

中药灌肠配合西医常规疗法治疗急性胰腺炎 32 例

★ 史改景 (河南省浚池县人民医院 浚池 472400)

关键词:急性胰腺炎;中西医结合疗法

中图分类号:R 576 文献标识码:B

急性胰腺炎是一种内科常见的疾病,临床症状轻重不一。轻者表现为腹痛、恶心、呕吐等,重者可出现休克和腹膜炎,病情凶险,死亡率高。近 5 年我们采用中药灌肠结合西医疗法治疗急性胰腺炎水肿型 32 例,并与单纯西医治疗对照组对比,疗效显著,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组病例共 64 例,均为 2002 年 3 月~2006 年 12 月在我院消化内科住院的病人,符合《实用内科学》诊断标准。男 28 例,女 36 例;年龄 21~75 岁,平均 38.7 岁;病程 15 小时~3 天。病因:胆源性疾病 41 例,十二指肠球部溃疡 5 例,胰管结石 2 例,酗酒和暴饮暴食 7 例,高脂血症 2 例,原因不明 7 例。临床表现:均有上腹痛及恶心、呕吐和腹胀史;51 例有不同程度发热,体温 $37.6\sim 38.7\text{ }^{\circ}\text{C}$;黄疸 6 例;肌紧张 53 例。白细胞升高 45 例,所有病例血清及淀粉酶升高,B 超和 CT 均有胰腺增大,提示急性胰腺炎影像。按住院日期的偶奇随机分为中药灌肠并西医治疗组 32 例,单纯西医对照组 32 例,两组病人在性别、年龄及病情等方面经统计学处理无明显差异($\chi^2=0.108, P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组均予禁食、胃肠减压,抑制和减少胰液分泌,镇痛解痉,维持水电解质、酸碱平衡,合并感染时应用抗生素。治疗组在此基础上加用中药灌肠。5 天为一疗程。药用柴胡 10 g,大黄 10 g,枳实 15 g,黄芩 15 g,白芍 15 g,半夏 10 g,陈皮 10 g,丹皮 10 g,生甘草 6 g。腹痛剧烈者加赤芍 30 g;腹胀明显者加芒硝 30 g、川朴 10 g、莱菔子 30 g;热甚者加黄连 10 g、银花 10 g、蒲公英 30 g。水煎至 300 毫升,保留灌肠,每日 1~2 次;重症者予以每 6 小时灌肠 1 次,病人大便通畅,则每日 1~2 次。

2 结果

治疗 1 个疗程后,治疗组治愈(临床症状,体征消失,血常规、血尿淀粉酶复查完全恢复正常,B 超、CT 完全正常)23 例;显效(临床症状,体征有改善,血常规、血尿淀粉酶复查基

本恢复正常,B 超、CT 有改善)8 例;无效(临床症状,体征和血常规、血尿淀粉酶复查及 B 超、CT 复查均无改善或加重)1 例。总有效率为 96.9%,治愈率为 71.9%;对照组分别为 13、12、7 例,78.1%,40.6%。两组治愈率、总有效率比较,差异均有显著意义($P<0.05$)。

3 讨论

急性胰腺炎(AP)并非细菌感染所致,乃胰酶消化自身胰腺及其周围组织所引起的化学性炎症。但在死亡病例中 80% 以上与感染有关,而继发感染的机制为肠道内细菌移位。按中医理论,急性胰腺炎则由肝郁气滞、湿热蕴结肝胆、腑气不通所致。因此,治以疏肝理气、清热化湿。方中半夏具有镇吐作用,大黄、柴胡、黄芩、白芍有显著的抗炎、解热作用,但作用特点又各有不同。柴胡对于晚期炎症增生的抑制作用强于早、中期,黄芩对变态反应性炎症效果为佳,大黄、白芍主要用于早、中期炎症。同时柴胡、白芍具有镇痛作用,柴胡、黄芩、白芍具有镇静作用,大黄配伍枳实泻下通腑、通下热结作用尤强。试验证明,大黄还有抑制胰酶活性和增加胰液流量的作用,具有较强的利胆、促进肠蠕动、减轻毛细血管的渗出、抑制肠道菌群和内毒素的移位的作用。本组采用中药汤剂直肠内灌注,既可以促进胃肠蠕动,增加排便次数,减少胃肠道细菌数量,促进肠道减少胃肠道细菌移位所致感染;又可以减轻病人腹胀,促进黄疸消退,减轻病人症状。同时,直肠内中药灌注无胃管内注药所引起的腹胀、腹部不适,且用药后导泻作用显著,腹胀减轻明显,病人乐于接受。采用中西医结合疗法治疗急性胰腺炎,主要基于中药与西药协同针对 AP 发病的各个环节,迅速改善胃肠功能,抑制和降低胰腺分泌,减轻毒物对机体的损伤,进而加速胰腺功能恢复,对于防止初期胰腺炎进一步缺血坏死起到了积极作用,使一些病例可不经进展期而直接进入恢复期,从而提高了治愈率。且中药药源丰富,使用方便,费用低,无任何不良反应,可推广应用。

(收稿日期:2007-09-14)