

中西医结合治疗急性胰腺炎 24 例

★ 陈忠 陈巧松 (浙江省永嘉县中医院外科 永嘉 325102)

摘要:目的:观察中西医结合治疗急性胰腺炎的疗效。方法:将 45 例急性胰腺炎患者随机分两组,对照组 21 例单纯用西医常规保守疗法,治疗组 24 例在对照组治疗基础上加用复方大承气汤加减治疗。结果:治疗组总有效率 91.7%,对照组为 61.9%,两组比较, $P < 0.05$ 。结论:中西医结合疗法是治疗急性胰腺炎实用、有效的方法。

关键词:急性胰腺炎;中西医结合疗法;复方大承气汤

中图分类号:R 256.34 **文献标识码:**B

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是外科常见的急重病症之一。笔者于 2004 年 8 月~2008 年 7 月采用中西医结合非手术治疗急性胰腺炎 24 例,收到了较满意的效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 45 例急性胰腺炎患者随机分两组,中西医结合治疗组(治疗组)24 例,西医常规保守治疗组(对照组)21 例;治疗组中男 13 例,女 11 例,年龄 13~62 岁,平均 36.2 岁。轻症 19 例,重症 5 例;有不节饮食或饮酒、油腻食物史 14 例,胆系疾病史 4 例,消化性溃疡病史 2 例,另 4 例无明显发病原因。对照组中男 12,女 9 例,年龄 15~60 岁,平均 35.4 岁。轻症 16 例,重症 5 例;有不节饮食或饮酒、油腻食物史 13 例,胆系疾病史 2 例,消化性溃疡病史 1 例,另 5 例无明显发病原因。所有病例均符

合中华医学会急性胰腺炎诊断及分级标准^[1]。

1.2 症状与体征 全部病人均有明显上腹持续性疼痛,并阵发性加剧。伴恶心、呕吐 38 例;腹胀 34 例;上消化道出血、腹泻、畏寒发热、皮肤瘀斑 5 例;上腹或左上腹压痛、反跳痛、肠鸣音减弱或消失 38 例;腹穿有洗肉水样或血性液体 24 例;左侧胸腔积液 6 例。

1.3 实验室检查 血白细胞计数均有明显升高,其中 $(10 \sim 20) \times 10^9/L$ 40 例,中性分类 > 0.80 42 例。血淀粉酶 $> 1\,000\text{ u}$ 34 例,腹穿液淀粉酶测定 $500 \sim 1\,500\text{ u}$ 31 例。

1.4 影像学检查 B 超提示胰腺体积增大,胰包膜模糊,胰腺光点不均,胰腺周围或腹腔积液者 36 例。两组治疗之初采用 Ranson 标准和 Balthazat CT 标准评分^[2],对照组为 5.2 ± 1.14 、 6.3 ± 1.23 ;试验组为

维持时间短,苏醒迅速安全,醒后无残余,有明显的止吐作用。肩周炎手法松解术是一种短小的手术,使用异丙酚进行静脉麻醉是安全、可靠的,并且能满足手术要求,减少患者手法松解术过程中的痛苦。避免传统的臂丛麻醉本身具有并发症,而且苏醒后即可行功能锻炼,巩固疗效。

年高,阳气日趋衰减,阴寒偏盛,肌表不固。若肩部护卫不当,或劳损致伤,或长期静而不动,以致肩部肌肉筋脉凝滞不畅,气血痹阻,而肩痛发作,故肩周炎又有“冻结肩”之称,治当温经散寒、舒筋通络、活血止痛。而当归四逆汤具有温经散寒、养血通脉之功,与肩周炎之病相相合。可用于手法松解后

肩周炎的辅助治疗,巩固疗效,避免肩周炎的复发。有报道^[3]与本文相符。

综上所述,在异丙酚静脉麻醉下行手法松解术安全可靠,可以尽早恢复功能锻炼,辅以当归四逆汤治疗肩周炎,取得良好效果,在临床工作中值得推广。

参考文献

- [1] 谭冠先. 疼痛治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:147.
- [2] Hamdan T A, Al-Essa kA. Manipulation under anaesthesia for the treatment of frozen shoulder[J]. Int orthop,2003,27:107-109.
- [3] 黄耀生. 当归四逆汤加味治疗肩周炎 56 例[J]. 浙江中医药大学学报,2007,31(4):474.

(收稿日期:2009-01-13 责任编辑:曹征)

5.3 ± 1.13、5.8 ± 1.18; 两组比较差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。

2 治疗方法

对西医治疗组进行监测各项生命指标, 积极抗休克, 纠正水电解质和酸碱平衡紊乱, 禁食, 持续胃肠减压, 应用镇痛、解痉药物。强痛定 100 mg, 必要时肌注。654-2 10 ~ 20 mg, 肌注, 每 6 小时 1 次。5-FU 500 ~ 750 mg 加 5% 葡萄糖溶液 500 ml, 静滴, 每天 1 次, 连用 5 ~ 7 天; 或善得定 0.1 mg, 皮内注射, 每 6 小时 1 次, 连用 5 ~ 7 天。第三代头孢菌素 1 000 mg 加生理盐水 20 ml, 静注, 每天 2 次。甲硝唑 200 mg (250ml), 静滴, 每天 2 次。加强营养支持治疗。

中西医结合治疗组除以上治疗外, 另给予以复方大承气汤为主: 大黄、厚朴、炒莱菔子、枳壳、桃仁、赤芍、芒硝, 水煎 200 ml, 经胃管分 3 ~ 4 次/天经胃管注入。病情好转后给予活血、补气养血为主的中药口服。常规用低分子右旋糖酐 500 ml 加复方丹参 20 ml 静滴。

手术治疗: 本组 45 例中有 3 例 (对照组 2 例, 治疗组 1 例) 出现胰腺坏死和胰腺感染所致脓毒血症行手术治疗, 术中充分游离胰腺清除坏死组织, 保留有活力的胰腺组织, 尽量减少出血, 充分引流。术后采取相应综合治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 从治疗开始, 第 4 天腹痛缓解、复查血、尿淀粉酶正常, 复查 B 超无异常者为显效; 7 天内腹痛缓解, 理化检查正常者为有效; 大于 7 天检查正常者为效差。

3.2 治疗结果 见表 1。

表 1 两组治疗结果比较

组别	n	显效	有效	效差	有效率
对照组	21	8	5	8	61.9%
治疗组	24	14	8	2	91.7%

注: 两组有效性比较, $\chi^2 = 4.15, P < 0.05$, 有显著性差异。

4 讨论

现代医学认为急性胰腺炎使胰腺本身产生微循环障碍, 微小血管平滑肌痉挛, 引起胰腺坏死。Kusterer 等^[3]认为急性胰腺炎组织灌流不足并非周围循环血容量不足造成, 而系局部微循环紊乱所致。禁食、胃肠减压、应用抗生素、抑制胰酶分泌、营养支持、改善胰腺微循环等非手术治疗在早期急性胰腺炎的治疗中得到广泛应用, 但治疗的效果不太理想。中医认为, 急性胰腺炎属“脾心痛”、“胃心痛”、“厥心痛”等病证范畴, 其病机主要是中焦湿热蕴阻, 气滞血瘀, 腑气不通, 不通则痛。复方大承气汤中的厚朴、莱菔子下气除胀, 桃仁、赤芍可活血化瘀润肠, 大黄、芒硝荡涤积滞排出大量肠内细菌及毒性物质。低分子右旋糖酐加丹参可降低血粘稠度及血小板粘附性, 扩张血管有利于胰腺微循环的改善, 也减少了对心、脑、肺、肾等脏器的损害。

本组资料显示, 中西医结合治疗使急性胰腺炎患者有效缓解率明显提高, 尤其适用于轻症急性胰腺炎, 与单纯用西医常规保守疗法比较有显著性差异。还可以弥补单纯西医治疗的不足, 减轻胰腺、胃肠道炎症和水肿, 缓解胰胆管痉挛, 利尿通便, 促进麻痹的胃肠功能恢复, 缩短胰腺炎的病程, 减少并发症的发生, 进一步提高急性胰腺炎的治愈率, 是一种值得推广的较为实用、有效的方法。

参考文献

- [1] 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准 (1996 年第二次方案) [S]. 中华外科杂志, 1997, 35: 773 - 775.
- [2] Feldman M. 胃肠病学 [M]. 第 6 版. 北京: 科学出版社, 2001: 809 - 862.
- [3] Kusterer K, Engbofer M, Zendler S, et al. Microcirculatory changes in sodium taurocholate induced pancreatitis in rats [J]. Am J Physiol, 1991, 260: 345 - 351.

(收稿日期: 2009-04-08 责任编辑: 周茂福)

《江西中医药》征订启事

《江西中医药》创刊于 1951 年, 是新中国创办最早的中医药杂志, 也是第一批进入中文核心期刊的中国医药类核心期刊, 并被多家知名权威检索期刊及数据库确定为固定信息源。五十多年来, 《江西中医药》发表了数以万计的优秀论文, 一大批中医药学者就是从这里走向成功、走向成名的。21 世纪, 《江西中医药》迎来了更大的发展机遇, 2002 年评为华东地区优秀期刊、江西省优秀期刊, 2004 年评为全国高校优秀期刊。2003 年成功改为月刊, 赢得了更多读者的青睐。本着“面向临床, 面向基层, 坚持传统, 注重实用”的办刊思路, 我们进一步充实内容, 调整栏目, 使文章更具可读性、实用性、信息性, 以满足读者的需要。

《江西中医药》(ISSN 0411-9584, CN 36-1095/R) 为月刊, 国内外公开发行。国内邮发代号为 44-5, 国外代号为 BM1012。每期定价: 4.80 元。