中西医结合治疗重症急性胰腺炎 62 例

★　应丽园　（浙江省永康市第一人民医院消化内科　永康 321300）

摘要：目的：探讨中西医结合治疗重症急性胰腺炎临床效果。方法：将 108 例重症急性胰腺炎患者随机分成 2 组，对照组 46 例，治疗组 62 例，对照组采用常规禁食、胃肠减压、抑制胰腺分泌及活性、抗感染、解痉止痛、改善微循环、营养支持治疗；治疗组在对照组基础上加用中药大黄鼻饲或灌肠，芒硝腹部外敷。结果：治疗组治愈率、总有效率均高于对照组（$P<0.05$），病死率、并发症发生率均低于对照组，治愈病例时间明显缩短（$P<0.05$）。结论：中西医结合治疗重症急性胰腺炎疗效好。

关键词：中西医结合疗法；重症急性胰腺炎；大黄；芒硝

重症急性胰腺炎（SAP）是胰酶在胰腺内被激活后引起胰腺及其周围组织自身消化的化学性炎症，起病急骤，发展迅速，变化快，而白细胞过度激活常是致死的重要因素，常并发多脏器功能不全（MODS），甚至多脏器衰竭，病死率居高不下，以往对 SAP 的治疗以外科手术治疗为主，但疗效不佳，随着现代医学的发展，SAP 常以内科治疗为主，2000 年～2008 年我院采用中西医结合方法治疗 SAP 取得满意疗效，报道如下：

1　临床资料

1.1　一般资料　108 例 SAP 均为我院收住消化内科的患者，均经上腹部增强 CT 及血尿淀粉酶测定确诊，根据 Ransan 评分（3 分），或 CT 评分（D 级、E 级）符合 SAP 诊断标准[2]。随机分为 2 组，对照组 46 例中男 29 例，女 17 例；年龄 18～75 岁，平均 45 岁；病因：胆石感染 21 例，饮酒 9 例，暴饮暴食 7 例，高脂血症 4 例，不明原因 5 例。治疗组 62 例中男 38 例，女 24 例；年龄 17～73 岁，平均 43 岁；病因：胆石感染 28 例，饮酒 11 例，暴饮暴食 10 例，高脂血症 5 例，不明原因 8 例。

1.2　治疗方法　禁食、禁水、持续胃肠减压、抑制胰腺分泌（生长抑素）及抑制胰酶活性（加贝酯或乌司他丁）、抗生素、解痉止痛、补液、营养支持（条件允许者用白蛋白或血浆），治疗组除上述治疗外加生大黄 10～30 g，每日 1 剂，分 2 次胃管内注入（夹胃管 2 小时），或保留灌肠，每日 2 次。芒硝适量，腹部外敷。

2　结果

治疗组痊愈（症状体征消失，血尿淀粉酶正常，B 超、CT 平扫胰腺正常，无并发症）55 例，好转（症状体征消失，血尿淀粉酶升高，B 超、CT 平扫胰腺轻度肿大或密度稍有改变）5 例，无效（症状体征无改变或加重，血尿淀粉酶明显增高或骤然下降，出现肝肾功能衰竭、胰性脑病、水电解质酸碱平衡紊乱或死亡，CT 平扫胰腺渗出坏死范围增大）2 例，未发现并发症，总有效率 96.8%。对照组相应为 30（平均住院时间 22 天）、8（4 例并发假性囊肿）、8（3 例死亡，5 例转上级医院治疗）例，82.6%。经 X^2 检验，两组总有效率比较差异有显著性（$P<0.05$），病死率、并发症发生率较对照组明显下降（$P<0.05$），治愈病例、住院时间明显缩短（$P<0.05$）。

3　讨论

SAP 早期，机体处于高度应激反应状态，内环境极不稳定。早期手术目的是清除胰腺的坏死组织，通过腹腔引流减少毒素吸收从而减少器官功能损害，但实际上往往并不能阻止病情的发展，反而可能加重机体的应激而加重全身的炎症反应，导致多脏器功能障碍综合征（MIDDS），这是患者死亡的最重要原因。肠菌易位是 SAP 的常见并发症，SAP 患者多伴有不同程度的肠运动抑制，如腹部胀痛，肛门排气减少或停止等肠麻痹症，肠运动抑制一方面可致肠内细菌过度生长，有害菌数量增加；另一方面由于肠内容物停留和肠道高分泌使肠内压力增高，肠管扩张，加之 SAP 时由于大量的渗出使得肠血流量减少，导致肠粘膜缺氧，缺血再灌注损害肠粘膜屏障，造成肠粘膜通透性增加，大分子物质如细菌和内毒素即可穿过损伤的肠粘膜易位或血源性播散，并引起大量炎症递质的释放造成二次打击，导致全身炎症反应综合征（SIRS）。

现代大量医学研究证明，大黄具有保持粘膜屏障，抑制细胞因子分泌及肠内细菌移位，防治内毒素血症的发生，并能抑制血中肿瘤坏死因子，白细胞介素-1 等炎性因子浓度的升高，从而降低内毒素血症的毒性，还能促进肠蠕动，清除体内氧自由基的作用。故其能有效地防止急性重度胰腺炎患者病程向 SIRS 甚至 MODS 发展。

阑尾动物实验证明，芒硝腹部外敷，对阑尾及脾脏的网状内皮系统有明显刺激作用，使其增生现象

江西中医药　http://www.ajutcm.com

与吞噬能力有所增强,阑尾炎症较对照组减轻,局部皮肤有发热、发红、起水疱等刺激症状,小肠及阑尾、袋状结肠运动增强,用 1% 普鲁卡因局部环封后,肠管运动则见减弱。因此,其作用是通过神经反射引起的。由于蠕动增加,血流供应丰富,网状内皮系统吞噬功能加强,从而调动了机体内在的抗病能力。

总之,采用中西医结合方法治疗重症急性胰腺炎具有明显的疗效,并能降低病死率、并发症,缩短住院时间,值得临床推广。

参考文献

[1]萧树东. 胃肠病学和肝病学[M]. 上海:世界图书出版公司,2004:861 - 862.

[2]中华医学外科学会胰腺外科组. 重症急性胰腺炎诊治原则草案[J]. 中华外科杂志,2001,39(12):963.

[3]焦东海. 大黄在急救医学中的应用概述[J]. 中国中西医结合急救杂志,2007,7(1):3.

●临床报道●

嗜酸性粒细胞增多症 1 例

★　胡美根　(江西省新钢中心医院良矿分院　新余 338013)

关键词:嗜酸性粒细胞增多症;医案

嗜酸性粒细胞增多症系指周围血液的嗜酸性粒细胞分类计数绝对值超过 4×10^8/L。本病病因很多,有寄生虫病、变态发应性疾病、皮肤病、血液病、理化因素、某些传染病、恶性肿瘤、家庭性嗜酸性粒细胞增多症及嗜酸性粒细胞性淋巴肉芽肿等。临床症状因引起的病因不同而各不一样,嗜酸性粒细胞淋巴肉芽肿常侵犯肋骨、脊椎、颅骨和下颌骨,X 线和活体组织检查可确诊。现代医学对本症主要治疗原发病,对嗜酸性淋巴肉芽肿有淋巴结肿大可用放疗,也可使用强的松及环磷酰胺。但有时治疗往往缠绵难愈。本病在中医学属"咳喘"范畴,肺主气,外合皮毛,风邪犯肺,肺气不宣,导致气滞血瘀,湿邪困脾等。

李某,男,42 岁。7 年前无明显诱因而出现全身皮肤瘙痒,右肋皮下结节。经多院多方面检查,确诊为嗜酸性粒细胞增多症,嗜酸性粒细胞为 6×10^8/L。经激素及肿块切除治疗后,嗜酸性粒细胞虽已降为正常值,但全身瘙痒如初,而左颌皮下又生结节。长年激素治疗,副作用大,已成满月脸。于是渐停激素,嗜酸性粒细胞又上升,瘙痒剧烈,患者痛苦,无赖求中医诊治。现患者嗜酸性粒细胞为 4.8×10^8/L,饮食,大小便可,苔黄较腻、舌质暗红,脉弦细。本证属风邪犯肺,湿热内盛,气滞血瘀。治以祛风止痒,清热燥湿,活血化瘀。药用:生地 18 g,当归 10 g,苦参 10 g,蝉蜕 10 g,荆芥 10 g,防风 10 g,白鲜皮 10 g,黄芩 10 g,乌梢蛇 15 g,连翘 10 g,白花蛇舌草 20 g,夏枯草 10 g,土鳖虫 9 g,三棱 10 g,莪术 10 g,生蒲黄 10 g(包煎),五灵脂 10 g(包煎),甘草 8 g。治疗 2 个月后,复查嗜酸性粒细胞已下降为 3.2×10^8/L,瘙痒症状好转。继服一月余,瘙痒及下颌肿块消失,经检验嗜酸性粒细胞为 1.2×10^8/L。随访半年未复发。

经竖脊肌间隙入路椎弓根固定配合中药外用治疗胸腰段骨折 30 例

★　厉江群[1]　叶树根[2]　施明祥[1]　杜兰翔[1]　刘盛飞[1]　(1. 江西省赣州市中医院　赣州 341000;2. 江西省兴国县东村卫生院　兴国 342400)

关键词:胸腰段骨折;消肿止痛;椎弓根固定;中药熏蒸

胸腰段骨折是脊柱外科常见病,多由高空坠落造成,随着工业、建筑业的快速发展,胸腰段骨折的病人逐年增加,对于无需行椎管减压的病人,我科自 2007 年 6 月 ~2009 年 2 月采用经竖脊肌间隙入路对胸腰段骨折无合并椎管占位行椎弓根固定配合中药熏蒸治疗胸腰段骨折 30 例,疗效满意。现报告如

江西中医药　http://www.ajutcm.com