

内科综合治疗重症急性胰腺炎 30 例

★ 黄文瑜 (江西省九江市第一人民医院健康体检中心 九江 332000)

关键词:重症急性胰腺炎;综合治疗

重症急性胰腺炎(SAP)是由多种因素诱发,多个脏器受累的疾病,约占整个急性胰腺炎(AP)的10%~20%。其病情复杂,严重而凶险,进展迅速,由于缺乏有效的特异性治疗,其预后差,病死率达50%以上,2004~2007年我院收治30例SAP患者,经内科综合治疗,取得较满意疗效,大大降低病死率,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2004年3月~2007年12月我院内科收治的急性胰腺炎患者125例,诊断SAP30例,男17例,女13例,年龄31~74岁,平均45.2岁。所有SAP病人的诊断均符合1998年第七届全国胰腺外科学术研讨会制定的急性重症胰腺炎诊治规范。

发病诱因:饮酒16例(53.3%),暴饮暴食/油腻餐11例(36.7%),胆石症7例(23.3%),逆行胰腺管造影2例(0.7%),其他3例(10.0%)。临床表现:腹痛30例(100%),恶心呕吐27例(90.0%),发热($T \geq 38.5^\circ\text{C}$)18例(60%),黄疸14例(46.7%),休克5例(16.7%),皮下瘀血斑2例(6.7%)。辅助检查:实验室检查:血淀粉酶升高23例(76.7%),白细胞 $>16.0 \times 10^9/\text{L}$ 12例(40.0%),血糖 $>11.1 \text{ mmol/L}$ 23例(76.7%),乳酸脱氢酶 $>350 \text{ u/L}$ 13例(43.3%),AST $>250 \text{ u/L}$ 1例(3.3%),血钙 $<2.0 \text{ mmol/L}$ 22例(73.3%), $\text{PaO}_2 < 8 \text{ kPa}$ 10例(33.3%),血红蛋白降低11例(36.7%)。病人入院12小时内均行CT检查,按Balthazar CT分级多为D、E级。并发症:假性囊肿7例(23.3%),胰性腹膜炎22例(73.3%),ARDS3例(10%),胸腔积液13例(43.3%),低氧血症 $\text{PaO}_2 50 \sim 59 \text{ mmHg}$ 8例(26.7%),心力衰竭6例(20.0%),胰性脑病10例(33.3%),麻痹性肠梗阻17例(56.7%),高血糖25例(83.3%)。

1.2 治疗方法 禁食、禁水11~51天,平均21.2天。胃肠减压时间3~27天,平均15.7天。针对器官功能衰竭及代谢紊乱采取相应的监测,如监测血压、血氧浓度、尿量。积极补充液体及电解质,补充有效血容量,休克者给予白蛋白、鲜血或血浆代用品。减少胰液分泌:生长抑素或类似物,奥曲肽首剂 $100 \mu\text{g}$ 静注后 $25 \sim 50 \mu\text{g/h}$,持续静脉滴注,平均持续7天,质子泵抑制剂,奥美拉唑 40 mg 静点,每日3次,平均21天,进食后改口服。镇静止痛对症处理,安定、度冷丁的使用。ARDS、急性肺损伤、低氧血症,早期使用糖皮质激素。控制高血糖可以胰岛素 $2 \sim 4 \text{ u/h}$ 由输液泵输入。抗生素的应用可预防细菌感染,选用喹诺酮类、头孢类抗生素,如左氧氟沙星 0.4 g ,每日1次,静点平均16天;头孢他啶 2.0 g 静点,每日2次,平均12天,头孢哌酮+舒巴坦钠 3.0 g 静点,每日2次,平均15天,并联合应用甲硝唑、羧苄西林以对专性厌氧菌感染。营养支持,全胃肠外营养。2例胆结石者内镜下行Oddi's括约肌切开术,鼻胆管引流。中医中药治疗:

柴胡、黄连、黄芩、枳实、厚朴、木香、白芍、芒硝、大黄,随证加减。

2 结果

28例治愈,2例暴发型SAP死亡,死亡率6.7%。死亡原因主要为ARDS、急性肾衰竭、胰性脑病。死亡病例1.女,65岁,发病1周后来院,呈休克、中度昏迷状,血钙 1.58 mmol/L ,血糖 22.6 mmol/L ,血钠 156 mmol/L ,血氯 136 mmol/L ,LDH 800 u/L ,CK $6000 \sim 15000 \text{ u/L}$, $\text{PaO}_2 63 \text{ mmol/L}$,CT分级E级,并发脑水肿、脑疝,住院2天后死亡。病例2.男,68岁,患病9天来院,亦呈休克、意识模糊状,血钙 1.17 mmol/L ,血糖 25.7 mmol/L ,血钠 179 mmol/L ,血氯 141 mmol/L ,LDH 789 u/L , $\text{PaO}_2 59 \text{ mmol/L}$,CT分级E级,同样并发胰性脑病入院1天后死亡。

3 讨论

国内外研究表明,生理情况下,胰酶以无活性的酶原释放入肠道,被肠激酶激活,消化食物。当多种病因导致胰管内高压或胰腺微循环障碍时,腺泡细胞内溶酶体与酶原颗粒融合胰腺开始自身消化,启动了机体的天然免疫,天然免疫的非克隆识别机制诱导抗原递呈细胞表达共刺激因子,导致炎性细胞趋化和细胞因子的释放,通过级联反应使炎症进一步扩大,继而发生全身炎症反应综合征(systemic inflammatory reaction syndrome, SIRS),直至多器官功能障碍。此时,应尽早采取非手术治疗,并根据其病理生理过程重视3个治疗窗口,同时加强监护。包括:(1)降低胰管内高压,改善胰腺微循环,遏止胰腺被激活。如内镜治疗,对胆源性SAP迅速消除病因,降低胰管内压,缓解症状,可明显降低SAP病死率及胰腺的局部炎症。对非胆源性SAP亦可因鼻胰管引流,Oddi's括约肌切开而降低内压。充分补液维持有效循环血量有助于改善胰腺微循环。(2)将自身消化控制在最小规模:早期使用生长抑素及类似物,可有效减少胰腺泡细胞酶原颗粒的合成而减少胰腺创伤。(3)避免炎症失控:目前认为缺血再灌注、细菌毒素、肠道、两次打击和基因诱导是炎症失控的重要机制。肠道在多脏器功能障碍的发病中不仅是被损伤的靶器官,更是在应激状态下机体外环境稳定和全身炎症反应的重要调节。生长抑素主要作用于全身炎症反应的早期环节,通过调节肠淋巴细胞归巢和降低肠肥大细胞活性阻止多器官功能障碍的发展。SAP常伴有肠动力障碍易于发生肠道菌群移位和感染。肠内营养是避免肠衰竭的重要措施,进食应因人而异。感染是SAP发展过程中的第二次打击。因此临床应常选用可通过血屏障的针对G抗生素,如喹诺酮类、头孢类等。

Mier等研究发现,如果在SAP的早期(48~72小时)进行手术,行坏死胰腺组织切除,其死亡率56%。如先采用非手术治疗,后期12天后发现继发感染后再手术切除感染的坏死组织死亡率下降至27%。国内有学者提出,保持

完整的胰腺被膜在保守治疗早期 SAP 中可取得良好疗效。认为 SAP 不宜早期手术,否则会因手术创伤而加重病情使多数患者不能度过休克期。日本学者研究认为,SAP 患者死亡的主要危险因素是感染性胰腺坏死,对于非感染因素引起的胰腺坏死,手术治疗只适用于少数特定病例而感染性胰腺坏

死是被广泛认可的外科适应证。手术时机应当拖延至症状开始后 4 周。

我院使用内科综合治疗 SAP 取得较好疗效。强调 SAP 的内科综合治疗,严格把握外科手术适应证。降低 SAP 的病死率关键是减少并发症的发生率和提高并发症的治愈率。

中药内服合穴位注射治疗进行性肌营养不良症 2 例

★ 邹桢 邹蓉 (江西省宜春市人民医院 宜春 336000)

关键词:进行性肌营养不良;穴位注射;中药内服

进行性肌营养不良(以下简称肌营养不良),是一组遗传性骨骼肌原性退行性变性疾病,临床以鸭形步态,肌力减弱,肌肉萎缩为特征。属中医学“痿症”范畴,目前对此病缺乏特效疗法,属难治性病症,本文在临床实践中,应用中西医结合治疗 2 例,获得较为满意的疗效,特报告如下:

1 病案资料

病例 1. 某男,10 岁,2002 年因走路易摔跤,面色青暗,双下肢无力,行走呈鸭步态,蹲下后,双手撑膝,才勉强起立,大腿肌肉渐萎缩,小腿腓肠肌肥大,平卧爬起时臀部上抬,双下肢伸直。起病时曾在某大医院作肌电图等检查,提示:呈肌原性损害电生理特征性改变。诊断:进行性肌营养不良。经用肌苷片、VitE、VitB₁、转移因子等药,连续治疗 2 年未愈,病情较前加重。

病例 2. 某男,3 岁,因四肢无力,走路易摔跤,行走呈鸭步摇摆不稳,性急易怒,腰背软弱,蹲下难以站立。懒言,便溏,腹胀,苔厚白,脉细。体检:大腿细瘦,小腿腓肠肌肥大,平卧爬起时臀部上抬,双下肢伸直。其兄有相同病症,在某大医院确诊为进行性肌营养不良症。经多方治疗半年无效。

2 治疗方法

中药以杜仲、川牛膝、地龙、肉苁蓉、熟地、黄芪、制马钱子(从小剂量开始冲服)为基本方。治疗 1 个月后,稍见好转,予本方加附子、桑寄生、山药、白术、丹参、当归、炙甘草,治疗 2 个月,肢体痿软有所改善,上方加菟丝子、枸杞、川芎、

白术、茯苓、赤芍。治疗 3 个月,病情及肢体痿软缓解,食欲增加,神疲乏力改善,予上方加胆南星、麦冬、石菖蒲、佛手、钩藤、伸筋草、桃仁、党参、珍珠母、牡蛎、白僵蚕、焦白术、焦三仙、陈皮、姜半夏、枸杞,合用以下针药穴注。

穴注:脱氧核苷酸钠针 50 mg/2ml,穴取肩髃、曲池、曲泉、外关、足三里、大椎,用平补平泻法,隔日 1 次,10 次为一个疗程,共治疗 3 个疗程。

3 疗效观察

经以上中药合并针药穴注 1 个月,病症稍见缓解,2 个月见效,照原方继用 1 个月病情告愈。经 1 年随访观察,病情稳定,未见复发。

4 讨论

本文采用中药健脾益气,补肾填髓,活血通络,方中用制马钱子,含有番木鳖碱能使骨髓兴奋,增强骨骼肌紧张度,改善肌肉无力状态,具有通络生肌作用,此方机理,正对此症,组方严谨,切合病机。

西药:脱氧核苷酸钠是一种具有遗传性的化学物质,与蛋白质相结合成核蛋白,为生物体的基本物质,它在个体的生长、繁殖、遗传、变性等生理功能方面起着重要作用,通过核糖核酸(RNA)控制蛋白质的合成,尤其对某些关键性酶蛋白的合成起协调作用,因此有促进细胞生长、增强细胞活力的功能。

儿童哮喘综合治疗及管理

★ 周玉珍 周玉兰 罗丽凤 刘川华 曾金香 (江西省吉水县人民医院 吉水 331600)

关键词:儿童哮喘;综合治疗

我科自 2005 年 10 月起开展对儿童哮喘综合治疗及管理,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 所选病例符合全国儿科哮喘协作组制定的诊断标准,严格按 GINA 方案分级阶梯治疗达 2 年,在采用本治疗方案(GINA)前均未得到有效控制,病情分轻、中、重度,年龄 4~14 岁,性别不限。入选对象共 46 例,男 32 例,女 14 例,男女之比为 2.29:1;平均年龄 8.87 岁(4~8 岁 34 例,9~14 岁 12 例)。自婴幼儿期始有哮喘 36 例,38 例有过敏史,

21 例有家族史。

1.2 治疗方法 通过对患儿及家长进行哮喘知识宣教,调动其对哮喘防治的主观能动性,树立战胜疾病的信心。治疗 2 年后,对患儿及家长进行治疗后的问卷调查。治疗方案采用阶梯式,使用药物:吸入皮质激素(丙酸氟替卡松气雾剂 125 μg/喷,二丙酸倍氯米松气雾剂 250 μg/喷,布地奈德气雾剂 200 μg/喷),轻度(200~400 μg),中度(400~600 μg),重度(600~800 μg)。治疗期间有发作者同时加用喘乐宁气雾剂 100~200 μg/次,每日 3~4 次,症状缓解后停用;病重