

番泻叶加山莨菪碱治疗急性水肿型胰腺炎疗效观察

何东初¹ 薛小红¹ 傅炳国²

我们采用番泻叶加山莨菪碱(654-2)治疗急性水肿型胰腺炎,取得了较好的疗效,现报告如下。

临床资料

诊断标准:参照焦东海等人所订标准[单味大黄治疗急性胰腺炎临床与基础研究报告.新消化杂志 1995;3(1):5]:(1)急性中上腹或左上腹持续性疼痛,可放射至左肩或左腰背部,发热伴恶心呕吐。(2)腹部压痛。(3)血尿淀粉酶达正常值 1 倍以上。(4)多数有暴饮暴食及胆石症等诱因。(5)B 超证实胰腺存在炎性改变。临床资料:根据上述标准选择急性水肿型胰腺炎患者 84 例,分成治疗组和对照组。治疗组 45 例,男 23 例,女 22 例;年龄 30.4~65.5 岁;病程 1h~2 周。发病原因:暴饮暴食 13 例,胆源性 13 例,高血脂与肥胖 4 例,慢性胰腺炎急性发作 2 例,不明原因 13 例。对照组 39 例,男 19 例,女 20 例;年龄 32.5~63.8 岁;病程 0.5h~16 天。发病原因:暴饮暴食 11 例,胆源性 13 例,高血脂与肥胖 6 例,慢性胰腺炎急性发作 3 例,不明原因 9 例。

治疗方法

治疗组:(1)不需禁食,少数呕吐频繁,可暂禁食,补充电解质维持酸碱平衡;不行胃肠减压。(2)番泻叶(购自湖北省中药材公司)5~10g/次,泡水 200~400ml,频频服之,呕吐剧烈给予胃管灌入,排便后改为每日服 2 次。(3)654-2 10mg 加入 10% 葡萄糖 250ml 静脉滴注 2 次/d。(4)体温达 39℃ 时加用氨基甙类抗生素。对照组:(1)禁食、胃肠减压、输液以纠正水电解质及酸碱平衡紊乱。(2)抑肽酶 20 万 u 静脉滴注,1 次/d。(3)氨苄青霉素 3.0g 静脉滴注 2 次/d;或庆大霉素 24 万 u~32 万 u 静脉滴注,1 次/d。(4)解痉镇痛:阿托品 0.5~1mg 肌肉注射或普鲁苯辛 5mg,3 次/d 口服。统计学方法:采用 χ^2 检验及 t 检验。

结果

1 疗效评定标准[江西中医药 1988;9(3):1]:显

效:3 天内腹痛消失及淀粉酶恢复正常;有效:4~7 天腹痛消失及淀粉酶恢复正常;无效:7 天后内科治疗无效而转手术治疗或出血坏死而死亡。

2 结果:治疗组 45 例中显效 37 例(82.22%),有效 8 例(17.70%),全部有效;对照组 39 例中显效 28 例(71.79%),有效 6 例(15.39%),无效 5 例(12.82%);有 1 例因发展成出血坏死性胰腺炎,抢救无效而死亡;另 2 例转手术治疗)。两组有效率经 χ^2 检验,其差异有显著性意义($P<0.05$)。

3 主要指标恢复正常时间:治疗组腹痛 45 例,恢复正常时间为 3.02 ± 1.45 (天, $\bar{x} \pm s$,下同),腹胀 30 例为 2.32 ± 1.31 ,恶心呕吐 31 例为 2.01 ± 1.37 ,发热 33 例为 3.70 ± 2.01 ,上腹压痛 45 例为 3.38 ± 1.76 ,黄疸 10 例为 9.32 ± 4.01 ,血淀粉酶增高 45 例为 3.40 ± 1.23 ,尿淀粉酶增高 45 例为 4.01 ± 2.69 ,白细胞增高 30 例为 4.93 ± 3.10 ;对照组腹痛 39 例为 4.82 ± 1.90 ,腹胀 35 例为 3.40 ± 1.80 ,恶心呕吐 29 例为 1.50 ± 1.15 ,发热 31 例为 3.59 ± 2.14 ,上腹压痛 39 例为 5.83 ± 1.68 ,黄疸 12 例为 9.27 ± 3.15 ,血淀粉酶增高 39 例为 4.56 ± 2.10 ,尿淀粉酶增高 39 例 5.72 ± 3.01 ,白细胞增高 26 例为 4.02 ± 2.75 。治疗组腹痛、腹胀、上腹压痛、血尿淀粉酶等恢复正常天数均较对照组缩短 1 天以上,经统计学处理,与对照组比较差别有显著性意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

讨论

急性水肿型胰腺炎,因肠道胀气或大便秘结不利于 Odd's 括约肌的开放和胆汁引流而造成胰腺本身或周围组织的炎症。治疗上通便解痉尤为重要。药理研究表明番泻叶有较强的利胆与松弛 Odd's 括约肌的作用,对胰胆系统起到了内引流的作用;番泻叶的泻下作用和大黄一样含有番泻甙 A 及 E 等成分,能使肠排空运动加强,导致排便从而将毒素排出体外,减少了胰腺及周围组织的自家中毒。番泻叶所致腹泻时有易引起腹痛的副作用,我们加用 654-2 解痉止痛,避免了其不良反应。

(收稿:1996-12-02 修回:1997-04-02)