

· 基层园地 ·

大黄栀子汤治疗急性水肿型 胰腺炎 28 例

山西省临汾市第一人民医院(山西 041000)

蒋 森

自 1986 年~1998 年 3 月,笔者以自拟的大黄栀子汤治疗急性水肿型胰腺炎 28 例,并按随机原则设西药对照组 22 例,现报告如下。

临床资料 诊断标准符合《临床疾病诊断依据治愈好转标准》(北京:人民军医出版社,1991:134)。大黄栀子汤组(治疗组)28 例,男 12 例,女 16 例;年龄 22~55 岁,平均 36.8 岁。病程 6h~4d,平均 1.6d。诱发因素:暴饮暴食 12 例,过量饮酒 8 例,胆囊结石 2 例,胆囊炎 4 例,有慢性胰腺炎病史者 2 例。WBC($10\sim15$) $\times 10^9/L$ 者 22 例, $>15\times 10^9/L$ 者 6 例。血淀粉酶 $>360u/ml$ 者 19 例, $>540u/ml$ 者 9 例。尿淀粉酶 $>600u$ 者 16 例, $>900u$ 者 12 例。对照组 22 例,男 9 例,女 13 例。年龄 21~56 岁,平均 35.8 岁。病程 8h~4d,平均 1.5d。诱发因素:暴饮暴食 10 例,过量饮酒 9 例,胆囊炎 2 例,原因不明者 1 例, WBC($10\sim15$) $\times 10^9/L$ 者 16 例, $>15\times 10^9/L$ 者 6 例。血淀粉酶 $>360u/ml$ 者 14 例, $>540u/ml$ 者 8 例。尿淀粉酶 $>600u$ 者 10 例, $>900u$ 者 12 例。

治疗方法 治疗组用大黄栀子汤:生大黄 12~20g,生栀子 12g,每日 1 剂,水煎 2 次分 3 次温服。为促进服药后尽快排便,首剂药大黄剂量宜大,若服药后 5h 仍未排便,应尽快服第二煎。服药后以每日大便 3~4 次为宜,若腹痛较重、舌苔黄厚者可加大大黄剂量,增加大便次数。对照组除用阿托品、度冷丁、雷尼替丁解痉、镇痛、制酸外,每日静脉滴注 654-2 注射液 20mg,有 19 例患者用 5-氟尿嘧啶,每日 500mg,加入 5% 葡萄糖液中静脉滴注。

两组病例均禁食 1~2 天后进食无油脂半流食,并均给予静脉补液,适当补充钾、钙,维持水与电解质平衡。两组病例治疗前后均作临床观察记录,复查 WBC、血、尿淀粉酶及 B 超。两组疗程均为 7 天。

结 果 疗效标准:治愈:临床症状、体征消失,血、尿淀粉酶恢复正常,B 超检查胰腺形态及回声恢复正常;有效:临床症状、体征明显改善,血、尿淀粉酶基本恢复正常。B 超检查胰腺肿大明显减轻;无效:未达到有效标准。

临床疗效: 治疗组治愈 26 例,有效 2 例,总有效率为 100%;对照组分别为 16 例、4 例、2 例,总有效率为 90.9%,两组间有显著性差异($P<0.05$)。平均治愈天数:治疗组为 2.82 天,对照组为 5.85 天,两组间有显著性差异($P<0.05$)。

症状、体征消失情况: 治疗组腹痛(治疗后/治疗前)0/28 例,腹胀 1/28 例,恶心呕吐 0/28 例,黄疸 0/20 例,发热 0/26 例;对照组分别为 3/22 例、2/22 例、3/22 例、1/18 例、1/18 例。血淀粉酶恢复时间:治疗组(2.14 ± 0.22)天,对照组($4.14\pm$

0.34)天。尿淀粉酶恢复时间:治疗组(3.28 ± 1.08)天,对照组(6.28 ± 0.24)天。WBC 恢复正常时间:治疗组(2.84 ± 0.48)天,对照组(6.26 ± 1.06)天。以上各项两组比较,治疗组均明显优于对照组($P<0.05$)。

讨 论 本病属中医“腹痛”、“黄疸”范畴。其病机是湿热蕴结,血瘀血热,腑实不通,故用大黄、栀子清热燥湿,逐瘀凉血,通腑导滞。现代研究证明,大黄用于治疗本病具有多方面的作用:(1)能抑制胰蛋白酶、胰脂肪酶等与本病发病直接有关的胰酶;(2)利胆,降低奥迪氏括约肌张力;(3)增强肠蠕动,缓解中毒性肠麻痹,促进肠道内毒素排泄;(4)抑制肠道细菌的繁殖,保持肠道菌群的微生态平衡;(5)改善胃肠粘膜的血流灌注,缓解其缺血、缺氧状态,有利于胃肠粘膜损伤的修复;(6)抑制单核-巨噬细胞等免疫功能细胞的过度活化,降低炎性细胞因子及炎性介质的产生。栀子对急性胰腺炎时胰腺细胞亚细胞器的功能和结构有良好的保护作用,因此取得较好效果。

(收稿:1998-09-07 修回:1998-10-30)

腹腔内注入腹蛇抗栓酶加口服 大承气汤治疗粘连性肠梗阻

河南省驻马店地区中医院(河南 463000)

张汝正 李玉平 李海音 龚筱军 程 涛

河南省驻马店市人民医院 程瑞玲

笔者于 1989 年 5 月~1996 年 6 月应用腹蛇抗栓酶加入 250ml 中分子右旋糖酐中腹腔内注入加口服大承气汤加味治疗粘连性肠梗阻,疗效较好,报道如下。

临床资料 病例选择:所有患者均符合全国中等卫生学校《外科学》教材诊断标准:(1)曾有化脓性或结核性腹膜炎、腹内手术,以及腹部损伤史;(2)典型的机械性肠梗阻表现;(3)腹部 X 线检查可见多个液平面,经保守治疗无效,已发生或疑发生有肠绞窄者。全部患者分两组:治疗组(中西医结合组)35 例,男 28 例,女 7 例;年龄 16~69 岁,平均 45 岁;病程 1 个月~18 年,平均 3.6 年;病因:胃术后 6 例,胆道术后 5 例,肠道术后 17 例,脾切除 2 例,化脓性阑尾炎术后 2 例,子宫次切 1 例,剖腹探查术后 2 例。其中 2 次以上手术史 5 例。

对照组(西医组)24 例,男 19 例,女 5 例;年龄 20~68 岁,平均 42 岁;病程 2 个月~15 年,平均 3 年;病因:胃术后 5 例,胆道术后 8 例,肠道术后 7 例,脾切除术后 1 例,化脓性阑尾炎术后 1 例,子宫、卵巢术后 2 例。其中 2 次以上手术史 2 例。

粘连程度分级:轻度:小范围或多处小范围的肠管与肠管之间及肠管与腹腔脏器或腹壁的粘连。中度:整个上腹或下腹部较广泛而致密的粘连。重度:全腹较广范围的致密性粘连。治疗组中轻度 6 例,中度 24 例,重度 5 例。对照组轻度 6 例,中度 13 例,重度 5 例。

治疗方法 (1)手术及腹腔内注药:开腹后松解所有粘连带,注意浆膜面的完整修复。治疗组关腹前腹蛇抗栓酶(每支 0.25u)4 支加 250ml 中分子右旋糖酐注入腹腔(用前需做皮肤过敏试验),术后每 3h 变换体位 1 次。(2)口服中药大承气汤加