

· 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

味:生大黄 15g 厚朴 15g 枳实 12g 芒硝 9g(冲服) 炒莱菔子 30g 桃仁 12g 赤芍 15g 青皮 10g 乌药 6g。湿热甚者加败酱草 20g,黄芩 12g。术后第 2 天开始,每天 1 剂水煎,分 2 次服或经胃管注入(经胃管注入中药后要夹闭胃管 2h),5 剂为 1 个疗程,休息 3 天后开始另 1 疗程。轻度粘连者用 1 个疗程,中度用 2 个疗程,重度用 3 个疗程。

对照组术式与治疗组相同,关腹时只注入中分子右旋糖酐 250ml。术后每 3h 变换体位 1 次。手术后第 2 天开始加注新斯的明 0.5mg,1 天 2 次。轻度粘连者连续应用 3 天,中度及重度应用 5 天。

结 果 (1)疗效评定标准:优:术后肠粘连症状完全消失。良:近期有轻度粘连症状,3 个月内症状完全消失。一般:肠粘连症状与术前无明显改善,2 年内无肠梗阻症状发生。差:肠粘连症状较术前更明显,且症状持续 2 年内粘连性肠梗阻复发而再次手术。

(2)结果:治疗组 35 例中优 32 例占 91.4%,良 3 例占 8.6%,优良率为 100%。对照组 24 例,优 15 例占 62.5%,良 3 例占 12.5%,一般 1 例占 4.2%,差 5 例占 20.8%,优良率为 75.0%。两组疗效比较差异显著($\chi^2=9.74, P<0.01$)。

(3)随访结果:两组均随访 2~7 年,治疗组 3 例术后偶感腹部阵发性隐痛不适,服药 3 个疗程后症状消失,余疗效均优。对照组 6 例常感腹部阵痛,其中 1 例症状间歇性发作,6 个月后逐渐缓解;另 5 例腹部阵痛、不适症状持续 1~4 年。疗效差的 5 例均于 2 年内复发而再手术。其中 1 例 1 年内 2 次复发,最后 1 次改用中西医结合而治愈。余未见复发。

讨 论 肠粘连多因腹膜受手术、炎症、创伤、出血、异物、肿瘤等刺激造成浆膜面的完整性受到损伤或腹内组织的绞窄缺血等,导致纤维蛋白原渗出,形成纤维蛋白,在局部凝固机化,造成肠浆膜面的粘着。蝮蛇抗栓酶是从蝮蛇毒中分离出的具有精氨酸脂酶活性的一种酶制剂,能降低血浆纤维蛋白原,去除过量纤维蛋白,阻止损伤部位的血小板凝集,降解红细胞聚集性,降低血粘度及溶栓、扩血管、改善微循环作用。还有消肿止痛、减少创面渗出加速组织修复,不留疤痕等作用。从而达到阻止粘连物的形成。腹腔内局部应用蝮蛇抗栓酶能直接改善局部血液循环和局部纤溶。

中药大承气汤加味可促进肠蠕动恢复,防止静止的肠襻被粘连,还可降低因创伤而增多的血管活性肠肽,解除其对胃肠功能的抑制,增加腹腔脏器血流量,清除自由基,降低血粘度和急性反应物质(酸溶性蛋白)的含量。大承气汤伍用炒莱菔子、桃仁、赤芍、青皮、乌药可增加理气活血化瘀散结功效。大承气汤与清热解毒药败酱草、黄芩相配伍,增强机体抗感染能力,减轻内毒素血症。

中分子右旋糖酐是高分子物质,注入腹腔内在吸收前有大量液体向腹腔渗出,可起到腹腔脏器表面的分隔作用,也有一定的防止粘连作用

(收稿:1998-09-01 修回:1998-10-30)

中药降低急性心肌梗塞 周内病死率 218 例

天津市河西医院(天津 300202) 吴允琦

1976 年 1 月~1997 年 4 月我院应用常规治疗加人参四逆汤及三七粉抢救急性心肌梗塞 218 例,与应用常规治疗抢救急性心肌梗塞 111 例进行对照分析,在降低急性心肌梗塞周内病死率方面疗效显著,现报告如下。

临床资料 两组患者均为我院 1976 年 1 月~1997 年 4 月心内科收治的住院患者。病史、心电图演变及酶学检测均符合 1979 年 WHO 关于急性心肌梗塞的诊断标准。治疗组共 218 例,男 139 例,女 79 例,年龄 28~90 岁,平均 63 岁。前壁、前间壁、高侧壁梗塞 94 例,下壁梗塞 77 例,前壁加下壁 32 例,心内膜下梗塞 15 例,其中合并右室梗塞者 46 例。此组患者出现低血压/心动过缓症 30 例,休克 21 例,心力衰竭 38 例,心房纤颤或室上性心动过速 23 例,室性心动过速或心室纤颤 24 例,房室传导阻滞(Ⅱ度以上)或左束支传导阻滞或多支阻滞 48 例。

对照组共 111 例,男 69 例,女 42 例,年龄 39~88 岁,平均 62 岁,前壁、前间壁、高侧壁梗塞 53 例,下壁梗塞 34 例,前壁加下壁 14 例,心内膜下梗塞 10 例,其中合并右室梗塞者 13 例。此组患者出现低血压/心动过缓症 19 例,休克 14 例,心力衰竭 25 例,心房纤颤或室上性心动过速 21 例,室性心动过速或心室纤颤 9 例,房室传导阻滞(Ⅱ度以上)或左束支传导阻滞或多支阻滞 22 例。两组患者在性别、平均年龄、梗塞部位,主要合并症的发生率间均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

治疗方法 对照组常规给予静脉滴注极化液(10%葡萄糖 500ml 加氯化钾 1.5g 加普通胰岛素 8u),口服消心痛 10mg,每日 3 次,安定 2.5mg,每日 3 次,心绞痛剧烈者肌肉注射度冷丁 50mg 镇痛,出现合并症的患者给予相应治疗,治疗组除上述处理外给予人参四逆汤(红参 15g 附子 15g 干姜 10g 甘草 6g)口服,每日 1 剂水煎(200ml),多次分服,共 1 周,三七粉 10g,每日 3 次,1 周后改为 3g,每日 3 次,连服 4 周。

统计学方法 组间资料采用 χ^2 检验。

结 果 为避免其他因素对死亡的影响充分显示中药的作用,将发病 24h 内及 1 周后死亡者剔除,梗塞 1~7 天,治疗组死亡 7 例(7/218),对照组死亡 17 例(17/111),治疗组死亡率明显低于对照组($\chi^2=15.934, P<0.01$),合并休克患者治疗组死亡 3 例(3/21),对照组死亡 8 例(8/14),两组间存在显著性差异($\chi^2=7.159, P<0.01$)。

讨 论 急性心肌梗塞表现心胸猝然大痛,阳衰气脱,心气不足,心血瘀阻。方中应用红参大补元气,补气固脱,治疗休克患者喘急汗出,手足厥逆等虚脱亡阳之证,同时兴奋中枢。方中应用附子补肾回阳,干姜温中散寒,回阳通脉,甘草和中益气,补正安中。根据药理学的研究,四逆汤具有显著升压作用,尤其是对急性心肌梗塞合并心源性休克患者更有很好的疗效。附子与甘草合用可使强心效应增强,干姜扩张血管,改善循环,也与附子有协同作用。根据药理研究,三七有缩短血液凝固时间及使血管收缩作用,但参三七在与硝酸甘油合用时可改善冠脉系统