

中西医结合治疗急性胰腺炎的疗效观察

周 颖 李荣祥 潘万能 李金龙 李 劲 蒲清凡

急性胰腺炎起病急,病情严重,目前已倾向于非手术治疗为主。我科于 1994 年以来,采用自拟胰安汤中西医结合治疗 65 例,并与单纯西医治疗 35 例作对照观察,结果中西医结合治疗组较单纯西医治疗对照组病程明显缩短,治愈率提高。现将结果报道如下。

临 床 资 料

诊断标准和中医分型参照实用中西医结合临床手册^[1],全部病例随机分为两组,治疗组 65 例,其中男性 39 例,女性 26 例;年龄 18~62 岁,平均 42 岁;65 例均有不同程度的腹痛、腹胀,恶心、呕吐 42 例,发热、畏寒 36 例,轻度黄疸 9 例,大便干燥 39 例,中上腹肌紧张 52 例;白细胞 $>10 \times 10^9/L$ 54 例;血淀粉酶:200~600u/L 43 例,601~2100u/L 22 例;尿淀粉酶:1200~3900u/L 41 例,3901~5400u/L 24 例;血钙 1.5~2.0mmol/L 24 例。B 超示:65 例胰腺均有不同程度的肿大,27 例发现腹腔积液。合并胆总管结石 4 例,胆囊结石 12 例。对照组 35 例,其中男性 12 例,女性 23 例;年龄 20~64 岁,平均 40 岁;35 例均有不同程度的腹痛、腹胀,恶心、呕吐 16 例,发热、畏寒 22 例,轻度黄疸 5 例,大便干燥 24 例,中上腹肌紧张 32 例;白细胞 $>10 \times 10^9/L$ 27 例;血淀粉酶:200~600u/L 24 例,601~2100u/L 11 例;尿淀粉酶:1200~3900u/L 27 例,3901~5400u/L 8 例;血钙 1.5~2.0mmol/L 10 例;B 超示:35 例胰腺均有不同程度的肿大,14 例发现腹腔积液;合并胆总管结石 2 例,胆囊结石 7 例。

全部病例均可见舌质红绛,舌苔薄白或黄厚,脉洪或弦滑数。中医辨证分型:治疗组肝郁气滞型 25 例,脾胃实热型 27 例,肝胆湿热型 13 例。对照组肝郁气滞型 12 例,脾胃实热型 15 例,肝胆湿热型 8 例。治疗组急性水肿性胰腺炎 49 例,急性出血坏死型胰腺炎 16 例。对照组急性水肿性胰腺炎 26 例,急性出血坏死型胰腺炎 9 例。

方 法

1 治疗方法 对照组:禁食 3~14 天,常规留置胃管行胃肠减压,亦便于中药注入和肠内营养支持。

若腹痛、腹胀较轻,两天后拔除。甲氧咪胍 0.4~0.6g,静脉推注,每天 2 次,同时抗感染治疗:氨苄青霉素 8g、环丙沙星 0.4g、甲硝唑 0.5g,静脉滴注每天 1 次,并保持水、电解质和酸碱平衡。营养支持:(1)全胃肠外营养:7% 氨基酸 1000ml、10% 脂肪乳剂 500ml、10% 葡萄糖注射液 1500ml、微量元素 10ml、复方磷酸盐 10ml、水溶性维生素 10ml、脂溶性维生素 10ml、钾、钠、氯电解质适量,从周围静脉按序按时输入,5~10 天。(2)肠内营养支持:口服或经胃管供给,以牛奶、豆浆、鸡蛋、白糖及少量植物油配合而成,每次 500~1000ml,浓度从 10% 逐渐增加到 25%,总量可达到 2500~3000ml,5~10 天。疼痛剧烈者给予度冷丁加阿托品。重症患者使用善得定(每支 0.1mg,诺华制药厂)抑制胰腺分泌,0.1mg 皮下注射,每日 2 次,5~10 天。治疗组:在西医治疗基础上加上中医治疗。以清热解毒,通里攻下为主,辅以理气活血,同时根据辨证分型论治。肝郁气滞型:以疏肝理气为主,选用胰安汤 1 号:柴胡 15g 黄芩 15g 元胡 15g 杭白芍 15g 川楝子 10g 大黄(后下)15g 芒硝(冲服)10g;脾胃实热型:以清热解毒为主,选用胰安汤 2 号:栀子 15g 牡丹皮 15g 赤芍 15g 木香 15g 胡黄连 15g 虎杖 15g 连翘 15g 元胡 15g 大黄(后下)15g 芒硝(冲服)10g;肝胆湿热型:以清化湿热和解毒为主,选用胰安汤 3 号:龙胆草 15g 木香 15g 元胡 15g 白芍 24g 茵陈 30g 金钱草 30g 连翘 30g 栀子 15g 大黄(后下)14g。以上中药均水煎后从胃管注入并夹管 1h,每天 2~3 次,重症者每天 2 剂,7~14 天为 1 个疗程。患者大便得通,腹胀减轻或消失,减少大黄用量。

2 统计学方法 采用 *t* 检验。

结 果

1 疗效标准 治愈:症状、体征消失,白细胞、淀粉酶及血钙恢复正常。

2 治疗结果 治疗组治愈 64 例,死亡 1 例,急诊手术胰腺周围引流和胆总管取石 5 例。对照组治愈 33 例,死亡 2 例,急诊手术胰腺周围引流和胆总管取石 3 例。治疗组和对照组在临床症状和体征消失,腹腔积液吸收,白细胞、淀粉酶和血钙恢复正常方面有

表 1 两组患者治疗结果比较 ($d, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	症状、体征 消失时间	腹腔积液 消失时间	白细胞恢复 正常时间	血淀粉酶恢复 正常时间	血钙恢复 正常时间	住院时间
治疗	65	$4.5 \pm 0.5^*$	$6.0 \pm 1.0^*$	$5.0 \pm 1.0^*$	$5.5 \pm 1.1^*$	$5.0 \pm 0.5^*$	$11.0 \pm 1.2^*$
对照	35	5.5 ± 0.6	8.0 ± 1.2	7.0 ± 1.1	7.5 ± 1.2	6.0 ± 0.7	14.0 ± 1.4

注:与对照组比较, * $P < 0.01$

显著性差异($P < 0.01$), 两组在住院时间上也存在显著性差异($P < 0.01$), 见表 1。

讨 论

由急性胰腺炎引起的腹胀和肠麻痹可引起肠道粘膜功能损害、细菌过量繁殖及大量内毒素产生, 发生肠道细菌移位, 激发多器官功能衰竭和全身炎症反应综合征。新近研究发现大黄和其他具有清热解毒功能的中药, 对促炎症细胞因子如 $TNF\alpha$ 、IL-1、IL-6、IL-8、IL-12 的表达、产生和释放均有抑制作用, 对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌和变形杆菌有杀灭作用, 并可增强肠道蠕动和机体免疫功能^(2~4)。

中医学认为急性胰腺炎多由饮食失节, 损伤肝脾, 肝失疏泄, 脾失健运, 传导失职, 腑气不通而致湿热蕴积中焦。故用大黄、芒硝通里攻下, 柴胡、木香疏肝理气, 以助泻下之功, 黄芩、龙胆草、茵陈等清热解毒, 利

湿退黄, 辅以理气活血药物。诸药相伍, 使脏腑气机得以疏利, 瘀血得通, 实热之邪得解而泄, 故能有效减轻腹胀、腹痛, 恢复胃肠功能, 抑制肠源性毒素的吸收, 促进炎症及坏死组织的消散, 这些是单纯西医治疗所不能及的, 中西医结合治疗急性胰腺炎明显优于单纯西医治疗。

参 考 文 献

1. 杨思澍, 陈贵廷, 胡国臣. 实用中西医结合临床手册. 北京: 学苑出版社, 1990: 608—609.
2. 胡 萍, 白凤菊, 李东升, 等. 大承气汤及大黄对小鼠抗菌能力的影响. 中国中西医结合外科杂志 1999; 5(1): 7—9.
3. 崔乃强, 赵 琪, 葛智慧. 通里攻下对急腹症所致 MODS 的疗效观察. 中国中西医结合外科杂志 1996; 2(5): 315—320.
4. 赵连根, 伍孝先, 朱作铭. 治疗急性胰腺炎中药筛选及药理作用研究. 中国中西医结合外科杂志 1996; 2(5): 329—333.

(收稿: 1999-09-24 修回: 2000-02-08)

· 读者·作者·编者 ·

对“中西医结合治疗面神经炎 30 例”一文疗效验证

李 荣

《中国中西医结合杂志》1998 年第 18 卷第 2 期刊登了吴岳洲的“中西医结合治疗面神经炎 30 例”一文, 读后受益很大, 笔者自 1998 年 4 月~1999 年 7 月, 应用该文介绍的中西医结合方法对 20 例面神经炎患者进行治疗, 取得满意疗效, 现将结果报告如下。

资料及方法 20 例均为我院门诊患者, 男 12 例, 女 8 例; 年龄 20~55 岁, 平均 32.5 岁; 全部病例均为急性起病的周围性面瘫, 排除一切继发性面神经麻痹的病因。按原文介绍的中西医结合方法和步骤进行治疗, 即口服强的松 80mg, 晨起 1 次顿服, 每隔 3 天减 10mg, 24 天后 5mg 服 4 天; 同时每天 1 次肌

肉注射维生素 B_1 100mg、维生素 B_{12} 500 μ g; 并同时服用中药: 生地 12g 当归 15g 独活 10g 防风 10g 珍珠母 30g 钩藤 15g 白附子 5g 煎汤并全蝎末 1g 冲服, 痰涎多者加半夏 10g, 制南星 5g, 每天 1 剂, 疗程 4 周。

结 果 20 例患者 2 周末痊愈 17 例, 3 周末痊愈 2 例, 4 周末痊愈 1 例, 治愈率为 100%。

体 会 以前笔者对面神经炎治疗均采用西药治疗, 1 周后加用电针及理疗, 虽然疗效也较好, 但仍有一小部分患者预后不令人满意, 贵刊介绍此疗法简便, 不用住院, 一般患者都能接受, 而且疗效好, 值得临床进一步推广。

(收稿: 1999-09-20 修回: 2000-02-28)