

中药保留灌肠辅助治疗急性胰腺炎 29 例

刘东波

1995 年 1 月~2000 年 9 月,我院运用中药复方大承气汤保留灌肠治疗急性胰腺炎 29 例,并与用单纯输液治疗的 26 例作对照观察,现总结如下。

临床资料 55 例患者依据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》孙传兴主编,北京:人民军医出版社,1988:84 确诊。临床表现为急性上腹部持续性钻痛,刀割样剧痛,可向背部放射,常伴恶心、呕吐、发热或黄疸。上腹部压痛明显,伴反跳痛及肌紧张,B 超检查提示胰腺炎症改变,血清淀粉酶超过正常值 2~3 倍,持续升高,超过 1 周;血清脂肪酶超过 1.5u。55 例均为住院患者,按就诊先后顺序随机分为两组,治疗组 29 例,男 18 例,女 11 例,年龄 14~65 岁,平均 38 岁;病程 1h~3d,平均 18h;血清淀粉酶 510~1200u/L,平均 710u/L;血清脂肪酶 1.4~2.3u,平均 1.8u;急性水肿型 20 例,出血坏死型 9 例。对照组 26 例,男 16 例,女 10 例,年龄 19~60 岁,平均 39.6 岁,病程 1.5h~4d,平均 22h;血清淀粉酶 469~1192u/L,平均 765u/L;血清脂肪酶 1.5~2.2u,平均 1.7u;急性水肿型 19 例,出血坏死型 7 例。两组资料差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 两组均禁食,胃肠减压,合理应用抗生素,静脉滴注 5 氟尿嘧啶、甲氧咪胍、654-2、丹参注射液等。治疗组加用中药复方大承气汤保留灌肠,基本方:生大黄 30~40g 芒硝 10g(冲) 枳实 12g 黄芩 10g 厚朴 15g 柴胡 10g。属气滞热郁型者(12 例)加木香 10g 白芍 20g 元胡 10g;属脾胃实热型者(12 例)加石膏 15g;属肝胆湿热型者(5 例)加茵陈 20g 栀子 15g 元胡 10g 木香 10g 龙胆草 10g 白芍 20g。以上不论何种证型,呕吐重者(9 例)加半夏 10g 生姜 10g 竹茹 10g;高热者(7 例)加石膏 20g 金银花 20g 蒲公英 15g;小便利者(6 例)加木通 10g 车前子 15g 滑石 15g。上述方药首煎加水 400ml,煎 30min,取汁 100ml,2 煎加水 300ml,取汁 100ml,两汁混合,用 250ml 输液瓶装后用输血管(去掉针头)插至直肠内(插入直肠深度约 10cm),每天上午灌注,保留 1h 以上,每天 1 次,恢复饮食后改为口服,依据大便的次数酌减大黄及芒硝用

量,维持大便每天 2~4 次。疗程:治疗组为 7~10 天,对照组为 10~13 天。

结 果 (1)疗效判定标准:参照上述文献标准,症状消失,血清淀粉酶及脂肪酶恢复正常,无异常体征,假性囊肿等并发症得到治疗,CT 或 B 超检查胰腺正常为痊愈,急性胰腺炎症状消失,但合并症如腹内炎症、感染未完全恢复,假性囊肿未完全消失为好转,未达到上述标准为无效。(2)疗效:治疗组痊愈 21 例(72.4%),好转 8 例(27.6%);住院时间 7~21 天,平均 10 天,其中 1 例出血坏死型术后辅助中药保留灌肠,好转出院,1 年后复发再次手术治疗并中药保留灌肠,好转出院。对照组痊愈 11 例(42.3%),好转 15 例(57.7%);住院时间 10~25 天,平均 14 天。治疗组痊愈率明显优于对照组($\chi^2 = 5.11, P < 0.05$),平均住院时间少于对照组($t = 3.04, P < 0.05$)。

体 会 中医学认为,本病的病因病机主要为饮食伤胃,肝胆失调等原因,导致肝脾气机郁滞,热、湿、瘀蕴结中焦,因其主症是腹痛,故“腑气不通”在发病机制中具有重要作用。在各种诱因作用下,最初出现肝胆脾胃功能失调,疏泄不利,升降失和,而致气机不畅,继而气滞血瘀,生湿郁热,导致有形之壅塞,表现为脾胃湿热或实热蕴结为主的证候。治疗重点应以通畅腑气为主,并佐以疏肝行气,清热解毒,疏肝利胆之品。大承气汤重用大黄,它不仅有泻下作用,更重要的是调整了六腑的功能,排除毒素,祛邪治病,还具有较强的利胆作用,并对胰蛋白酶、胰脂肪酶、胰淀粉酶的活性具有明显的抑制作用,芒硝助大黄泻下通便,并能软坚润燥;厚朴、枳实、柴胡、木香行气散结;茵陈、元胡、栀子、白芍疏肝利胆,清热利湿;半夏、竹茹、生姜降逆止呕,金银花、黄芩清热解毒。现代医学研究表明直肠给药,一是通过直肠静脉经门静脉进入肝脏,再进入大循环;二是通过中直肠静脉和下直肠静脉直接进入大循环,可迅速发挥药物效应,其血药浓度与静脉给药相同,不受胃、十二指肠各种消化酶和 pH 值的影响,维持时间长,药物直达病所。中药保留灌肠配合西医治疗可产生协同作用。

(收稿 2000-10-08 修回 2000-12-02)