

中西医结合治疗急性重症胰腺炎28例

王黎明, 罗 华, 王懿娜, 曾 英, 苏惠芬

王黎明, 罗华, 曾英, 苏惠芬, 成都中医药大学附属绵阳医院
四川省绵阳市 621000
王懿娜, 成都中医药大学针灸英语 四川省成都市 610075
通讯作者: 王黎明, 621000, 四川省绵阳市, 成都中医药大学附
属绵阳医院. mywlmvip@126.com
收稿日期: 2007-04-18 修回日期: 2007-08-22

Integrated traditional Chinese and Western medicine in treatment of severe acute pancreatitis: an analysis of 28 cases

Li-Ming Wang, Hua Luo, Yi-Na Wang, Ying Zeng,
Hui-Fen Su

Li-Ming Wang, Hua Luo, Ying Zeng, Hui-Fen Su, Mi-
anyang Affiliated Hospital of Chengdu University of
Traditional Chinese Medicine, Mianyang 621000, Sichuan
Province, China
Yi-Na Wang, Chengdu University of Traditional Chinese
Medicine, Chengdu 610075, Sichuan Province, China
Correspondence to: Li-Ming Wang, Mianyang Affiliated
Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese
Medicine, Mianyang 621000, Sichuan Province,
China. mywlmvip@126.com
Received: 2007-04-18 Revised: 2007-08-22

Abstract

AIM: To observe the differences in therapeutic effects on severe acute pancreatitis between integrated traditional Chinese and Western medicine (therapeutic group) and Western medicine alone (control group).

METHODS: The therapeutic group was administered a combination of routine Western medicine and a series of traditional Chinese medicine approaches, such as injecting a modified decoction of chengqi including bupleurum and peony into the stomach and bowels via a stomach tube and a retention enema with applying an ointment of mirabilite powder and honey to the surface projection of the pancreas, acupuncture, and point injection with neostigmine. The control group was treated by routine Western medicine. The lengths of hospital stay, times before abdominal pain and distension improved, enterokinesia recovered, and amylzyme of blood reduced to

normal, as well as complications and mortality rates between the two groups were summarized and then analyzed.

RESULTS: The hospital stay of the therapeutic group was shorter than in the controls (24 ± 3.6 d vs 32.5 ± 2.5 d). Abdominal pain and distension in the therapeutic group improved quicker than in the controls (13.2 ± 4.8 h vs 25.6 ± 5.1 h, and 7.62 ± 4.30 h vs 12.5 ± 5.1 h). The time for recovery of enterokinesia, and amylzyme of blood reduced to normal was shorter in the therapeutic group than in the controls (3.8 ± 2.5 h vs 8.2 ± 2.25 h, and 6.5 ± 1.0 d vs 11.3 ± 2.3 d). Complications and mortality rate in the therapeutic group were clearly lower than in the controls (25% vs 80%, and 7.14% vs 15%, respectively).

CONCLUSION: There are significant therapeutic effects on severe acute pancreatitis from treatment with integrated traditional Chinese and Western medicine. Hence the method is worth recommending for widespread use.

Key Words: Severe acute pancreatitis; Integrated traditional Chinese and Western medicine methods; Evaluation of therapeutic effect

Wang LM, Luo H, Wang YN, Zeng Y, Su HF. Integrated traditional Chinese and Western medicine in treatment of severe acute pancreatitis: an analysis of 28 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2007; 15(25): 2747-2749

摘要

目的: 观察对照组(传统治疗组)与治疗组(中西医结合治疗组)对急性重症胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)的临床疗效。

方法: 48例随机分为对照组和治疗组, 治疗组在西医常规治疗的基础上, 以柴芍承气汤加减, 汤药鼻管注入和直肠滴入, 在胰腺体表投影部位芒硝碾碎成粉末与蜂蜜搅拌调制成药膏外敷、配合针灸、穴位注射新斯的明等中医药技术; 分别对两组患者住院时间, 腹痛腹胀缓解时间, 肠鸣音恢复时间, 血淀粉酶恢复时间及并发症及死亡率进行统计分析。

结果: 治疗组在住院天数(24 ± 3.6 d vs 32.5 ± 2.5

背景资料
重症胰腺炎是一种全身性的炎症反应, 是以胰腺弥漫性出血和组织坏死为特征的急性胰腺炎, 发病急骤, 病情凶险。近年来, 多主张以内科治疗为主, 强调个体化治疗原则下的综合治疗。治疗上针对疾病的几个重要环节, 采用中西医结合方法, 抑制和阻断疾病发行和发展的级联反应, 并认为中药的口服、灌肠, 可抑制胰酶的活性、松弛Oddi括约肌, 尽早恢复胃肠功能, 减少并发症, 缩短疗程。另外, 对于胆总管结石所致胰腺炎, 建议尽早行十二指肠乳头切开取石。

应用要点
中西医结合治疗重症胰腺炎,可明显降低入院费用、缩短病程、减少并发症、降低死亡率,值得基层医院推广运用。

d), 腹痛(13.2 ± 4.8 h vs 25.6 ± 5.1 h), 腹胀缓解时间(7.62 ± 4.30 h vs 12.5 ± 5.1 h), 肠鸣音恢复时间(3.8 ± 2.5 h vs 8.2 ± 2.25 h), 血淀粉酶恢复时间(6.5 ± 1.0 d vs 11.3 ± 2.3 d), 并发症(25% vs 80%)及死亡率(7.14% vs 15%)明显短于或低于对照组。

结论: 中西医结合治疗SAP的疗效确切, 值得推广应用。

关键词: 急性重症胰腺炎; 中西医结合; 疗效评价

王黎明, 罗华, 王懿娜, 曾英, 苏惠芬. 中西医结合治疗急性重症胰腺炎28例. 世界华人消化杂志 2007;15(25):2747-2749
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/2747.asp>

0 引言

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)发病急变化快, 临床表现复杂, 并发症多、预后凶险, 文献报告死亡率高达20%-40%, 我院自1999-05/2007-03共收治SAP 48例, 应用中西医结合个体化治疗原则下的综合治疗, 取得了满意的疗效, 现总结如下。

1 材料和方法

1.1 材料 本组48例患者SAP中, 男30例, 女18例, 年龄28-79(平均年龄为45)岁, 所有患者均以腹胀腹痛, 呕吐或发热为主诉, 病因中高脂饮食18例, 酗酒15例, 胆道疾病3例, 不明原因12例, 均符合SAP诊断^[1]。

1.2 方法 将48例随机分为对照组(传统药物治疗组)和治疗组(中西医结合治疗组), 两组在年龄、性别方面无明显差异。对照组: 20例, 早期常规保守治疗即禁食、胃肠减压, H₂-受体阻滞剂, 预防性抗生素, 生长抑素抑制胰酶分泌以及补充血浆、白蛋白以减少胰液渗出, 胆总管结石引起者, 早期行即经内镜十二指肠乳头括约肌切开引流(EST)。治疗组: 28例, 在常规对照组治疗的基础上, 加用中医药技术(1)中药方剂以柴芍承气汤加減(柴胡、黄芩、木香、枳实、厚朴、生大黄后下、桃仁、红花、赤芍、芒硝另包等), 每剂水煎300 mL备用, 先胃肠减压, 抽出胃肠积气液后经胃管注入药液150-200 mL, 注入后夹闭管2 h, 经直肠内滴入药液100 mL, 每4-8小时胃管给药和直肠给药1次; (2)胰腺体表投影处, 用芒硝500 g碾成粉末与蜂蜜搅拌调成膏状外敷, 每1-2天换药1次; (3)腹胀明显者, 针剂足三里、中脘、胃俞等穴位, 同时给予新斯的明0.5 mg足三里封闭, 通便后1-2次/d; (4)活血

表 1 两组患者病情缓解情况(mean \pm SD)

缓解时间	治疗组(n = 28)	对照组(n = 20)
腹痛(h)	13.2 ± 4.8^a	25.6 ± 5.1
腹胀(h)	7.62 ± 4.30^a	12.5 ± 5.1
肠鸣(h)	3.8 ± 2.5^a	8.2 ± 2.25
血淀粉酶(d)	6.5 ± 1.0^a	11.3 ± 2.3
平均住院日(d)	24 ± 3.6^a	32.5 ± 2.5

^a $P < 0.05$.

化瘀, 丹参注射粉剂0.4 g稀释后, 加液体中iv, 1次/d。观察和监测腹胀腹痛症状缓解时间, 肠鸣音恢复时间, 血淀粉酶恢复正常时间以及白细胞、血气分析、血糖、电解质、肝、肾功、心肌酶学, B超、CT等指标。疗效判定标准: 痊愈: 症状、体征消失, 血清淀粉酶恢复正常, 局部并发症消失, CT或B超检查胰腺正常。显效: 症状消失, 但血清淀粉酶、CT或B超检查及并发症如腹内炎症, 感染未全消失。无效: 症状不缓解、血清淀粉酶, CT或B超检查及合并症不减轻或加重转外科手术。死亡: 病情恶化进而死亡。

统计学处理 数据采用SPSS11.0统计软件, 比较采用t检验。

2 结果

2.1 两组患者经治疗后, 治疗组的腹胀痛缓解时间, 肠鸣音恢复时间及实验室检查结果明显短于或低于对照组($P < 0.05$, 表1)。

2.2 愈合情况 对照组20例中, 痊愈6例, 显效8例, 未愈转外科3例, 死亡3例, 并发胰周感染3例, 多器官功能衰竭4例, 败血症1例, 二重感染2例, 上消化道出血3例, 假性囊肿3例。痊愈好转率70%(14/20), 并发症发生率80%(16/20)。治疗组28例, 痊愈10例, 显效15例, 未愈转外科1例, 死亡1例, 并发胰周感染1例, 多器官功能衰竭2例, 二重感染1例, 上消化道出血1例, 假性囊肿2例。痊愈好转率89.3%(25/28), 死亡率7.14%(2/28), 并发症发生率25%(7/28)。

3 讨论

SAP是临床危急重症病之一, 常以腹胀腹痛为主要症状, 血尿淀粉酶的检查, 对胰腺炎有较高的诊断价值, 但淀粉酶的增高并非与胰腺本身的病理损害成正比关系, 48例SAP患者中, 我们发现6例血尿淀粉酶结果正常, 有3例胰腺B超显示正常, 所有SAP最后经胰腺CT得以证实, 所以

CT为SAP最有效检查手段之一。从表1显示, 两组患者病情缓解情况及愈合好转率、并发症发生率及死亡率看, 治疗组的腹胀痛缓解时间, 肠鸣音恢复时间及并发症发生率明显短于对照组, 治疗组死亡率也明显低于对照组。

对于SAP的治疗, 强调个体化治疗原则下的综合治疗。中医认为SAP是由于脏腑气机阻滞, 湿热蕴结, 腑气不通, 气血运行不畅, 经脉痹阻所致, 虽可分为各类证型, 究其根本病机, 总的治疗应强调“腑以通为用”, 故疏泄通导的原则贯穿到SAP的各类证型的辨证治疗过程中。崔乃强 *et al*^[2]根据临床观察将SAP分为初期(气血瘀闭期、全身反应期), 进展期(热毒炽盛期、全身感染期)和恢复期, 建议在初期采用主要措施是力争在24 h内通里攻下, 使肠道恢复功能, 减轻腹胀, 改善心肺功能, 减少毒性吸收。对于SAP治疗、禁食不禁中药的原则早已被临床医生接受并行之有效, 治疗组中, 我们应用中药(柴芍承气汤加减)胃管和直肠给药, 无1例发现肠梗阻并发症, 证实胃肠给药是安全可靠的。从SAP治疗效果发现, 预后好坏与肠鸣音早期恢复时间, 通便次数密切相关。肠鸣恢复越早, 排便次数越多, 并发症越少, 预后越早且越好, 如果肠鸣音恢复不佳, 我们建议缩短胃肠给药间隔时间即增加给药次数或加大大黄用药剂量, 配合针灸治疗, 通调脏腑之气机, 调气以和血, 疏通经络, 取腑会穴及胃募穴中脘, 大肠募穴天枢, 小肠募穴关元及六腑下合穴足三里等, 调节胃肠功能, 行气止痛, 且能解除平滑肌痉挛, 特别是十二指肠乳头肌痉挛, 利于胆汁和胰液排泄, 同时配合穴位注射, 通过经脉循行使药到病除, 给予新斯的明0.5 mg足三里封闭, 通便后1-2次/d, 促进肠道蠕动, 柴芍承气汤治疗SAP一味关键的中药为生大黄, 可清热解毒, 泻下通腑, 可除有形积滞和无形邪热。现代研究生大黄治疗SAP的机制^[3-7]: (1)抑制胰酶。(2)影响胰腺外分泌。(3)改善胃肠黏膜血流灌注及微循环, 缓解缺血缺氧状态, 提高胰腺组织对缺氧的耐受。而生大黄通里攻下作用可促进胃肠蠕动, 加快有毒物质排出, 松弛奥狄氏括约肌^[8], 利胆利胰, 故大黄对治疗麻痹性肠梗阻^[9], 恢复胃肠蠕动具有显著疗效。

治疗组中, 我们发现芒硝外敷7-14 d后, B超提示胰腺恢复正常, 胰周渗液吸收。药理研究^[10-11]表明, 芒硝外用后可使局部血管扩张, 血流加快, 改善微循环, 从而调动机体抗病能力, 使单核细胞吞噬能力增强, 加快炎症吸收与消

散, 又因其高渗作用, 也加速了组织肿胀的吸收、消散其外用方法简单, 疗效确切。现代许多临床试验均证实其外敷具有消炎止痛、预防感染、吸收腹腔渗液、促进脓肿吸收、促进与恢复消化道功能等功效。从治疗结果不难看出治疗组并发的胰腺假性囊肿及腹腔胰周感染明显低于对照组。

刘续宝 *et al*^[12]研究发现胰腺炎可引起红细胞聚集和红细胞变形能力降低, 所致血黏度增大是导致胰腺微循环障碍的原因之一, 治疗组我们应用了中药丹参粉针剂, 其作用为改善胰腺微循环, 促进胰周炎症水肿的吸收, 并取得良好的效果。48例SAP中有3例胆总管下段结石, 我们行EST治疗。目前逆行胰胆管造影(ERCP)后行EST并ENBD治疗胆源性胰腺炎的价值已明确, 因其微创、并发症少、费用低, 正逐渐取代外科手术, 因此对于胆总管结石引起胰腺炎建议尽量在72 h内行EST^[13-14], 可明显降低胆胰内压, 减少胆道感染的机会, 减少SAP并发症的发生。

总之, 我们认为中西医结合治疗SAP疗效可靠, 可以明显缩短住院日, 降低并发症及死亡率, 值得应用推广。

4 参考文献

- 1 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案). 中华消化杂志 2004; 24: 190-192
- 2 崔乃强, 吴咸中. 重症急性胰腺炎治疗的现状和展望. 中国危重病急救医学 2004; 16: 705-707
- 3 王婧, 阴赓宏, 张淑文, 王宝恩. 大黄类药物治疗重症急性胰腺炎的进展. 中国中西医结合急救杂志 2005; 12: 318-320
- 4 刘晓红, 赵雪卿, 钱家鸣. 大黄对大鼠急性出血性胰腺炎的影响. 中华消化杂志 2004; 24: 14-17
- 5 周静, 孙志广. 大黄在急性胰腺炎中的应用近况. 中国中医急症 2007; 16: 347-348
- 6 巫协宁. 重症胰腺炎的规范化治疗和治疗策略. 中华消化杂志 2001; 21: 300-302
- 7 赵雪卿, 刘晓红. 大黄对急性胰腺炎多靶点的治疗作用. 胃肠病学 2003; 8: 316-317
- 8 吴建新, 徐家裕, 袁耀宗. 大黄素与善得定对重症胰腺炎胰缺血的影响及机制. 中国中西医结合杂志 1997; 17: 356-359
- 9 张喜平, 李宗芳. 大黄治疗急性胰腺炎研究概况. 中国中西医结合外科杂志 2003; 9: 332-333
- 10 薛志祥, 葛茂军, 龚航军. 芒硝外敷辅助治疗外科急腹症的临床观察. 上海中医药大学学报 2000; 14: 23-24
- 11 秦月花, 傅文安, 王丽敏. 芒硝联合施他宁治疗重症急性胰腺炎的临床研究. 中国中西医结合急救杂志 2006; 13: 187-188
- 12 刘续宝, 严律南, 张肇达, 谭建三, 吴和光, 吴言涛. 急性胰腺炎由水肿型向坏死型转化时血液流变学的变化. 中华实验外科杂志 1997; 14: 211-214
- 13 王兴鹏. 重症急性胰腺炎的临床治疗策略. 中华急诊医学杂志 2006; 15: 101-102
- 14 周文策, 李玉民, 李汛, 曹农, 朱有全, 孟文勃, 张磊, 陈昊. 内镜治疗急性胆源性胰腺炎的临床价值. 腹部外科 2005; 18: 209-210

同行评价
本文探讨了中西医结合治疗SAP的临床疗效, 文章层次清楚, 方法成熟, 数据可信, 有一定的可读性和参考价值。