

• 经验交流 •

芒硝联合施他宁治疗重症急性胰腺炎的临床研究

秦月花,傅文安,王丽敏,潘颖颖

(浙江省绍兴市人民医院消化内科,浙江 绍兴 312000)

【关键词】 胰腺炎,急性,重症;芒硝;中西医结合疗法;生长抑素;施他宁

中图分类号:R278 文献标识码:B 文章编号:1008-9691(2006)03-0187-02

重症急性胰腺炎(SAP)为高危急腹症,其病情凶险,发展迅速,预后不良,病死率高。造成患者死亡的主要原因是胰腺组织坏死感染继发的多器官功能衰竭(MOF)及全身炎症反应综合征(SIRS),而非胰腺坏死本身。研究表明,生长抑素对急性胰腺炎(AP)有治疗价值,一方面抑制胰腺腺泡分泌胰酶;另一方面可抑制炎症反应,下调细胞因子表达,改善胰腺的局部血液循环^[1]。实验研究表明,AP时血中抗炎细胞因子升高,并可能和胰腺炎后期的免疫抑制效应有关,生长抑素对抗炎性细胞因子的升高有抑制作用^[2]。而中药芒硝具有泻下、利尿、消肿、抗炎等功效,敷于腹部患处可使肿胀的腹部及肠管得以消肿,改善胰腺及肠道血循环,增强机体抵抗力,使其病程缩短,提高治愈率。为此,我们选用芒硝联合生长抑素(施他宁)治疗SAP,并与单纯生长抑素治疗结果相比较,以期观察中西联合用药的治疗效果,并探讨其作用机制。

1 资料与方法

1.1 病例:选择本院2000年2月—2005年2月住院的AP病例(根据症状、体征、血和尿淀粉酶及B超或CT检查

诊断)。按Ranson标准选取其中64例SAP患者进行研究,发病至入院时间为6~48h,95%为发病24h内入院。诱因:胆道疾病33例,酗酒、暴饮、暴食25例,不明原因13例。男41例,女23例;年龄27~80岁,平均(51.3±12.4)岁。按随机数字表法将研究对象分为联合治疗组33例,施他宁组31例。两组患者年龄、性别及病情严重程度差异均无显著性,有可比性。

1.2 治疗方法:施他宁组采用施他宁3mg加生理盐水50ml静脉输液泵维持250μg/h,连续应用5~7d。联合治疗组在应用施他宁基础上同时予芒硝100g装于棉布袋(约25cm×25cm)中平敷于中上腹,12h更换1次,根据病情连用5~7d。两组常规给予禁食、胃肠减压、应用抗生素和奥美拉唑制酸,及解痉、维持水、电解质平衡和营养支持治疗,治疗中严密观察临床症状及体征变化,动态监测血和尿淀粉酶、血糖、血钙、白细胞计数及复查腹部B超或CT等。

1.3 临床观察指标:详细记录患者入院当日及治疗3d和5d后血、尿淀粉酶及血白细胞水平,同时观察腹痛、腹胀、退热、禁食、住院时间及并发症发生率。

1.4 统计学分析:计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,差异比较采用 u 检验;并发症发生率比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后血、尿淀粉酶及白细胞变化比较(表1):联合治疗组治疗3d和5d后血、尿淀粉酶及血白细胞下降幅度较施他宁组差异均有显著性($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

2.2 两组患者平均腹痛、腹胀、退热、禁食、住院时间以及并发症发生率比较(表2):联合治疗组患者平均腹痛、腹胀、退热、禁食、住院时间均显著缩短,并发症发生率下降,与施他宁组相比,差异均有显著性($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3 讨论

SAP由多种致病因素引起胰腺腺泡的损伤,释放多种受激活的胰酶及炎症细胞因子,加上细菌感染及内毒素血症,形成瀑布样连续放大反应,引起严重的组织损害,导致MOF。正常情况下,肠道细菌因肠道机械、免疫和生物屏障阻隔等,难以突破肠黏膜屏障移位至肠外组织。研究显示,肠源性感染在SAP胰腺坏死组织继发感染中居主导地位^[3]。

表1 两组患者治疗前后血、尿淀粉酶及白细胞变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	血淀粉酶(U/L)			尿淀粉酶(U/L)			血白细胞($\times 10^9/L$)		
		入院时	治疗3d	治疗5d	入院时	治疗3d	治疗5d	入院时	治疗3d	治疗5d
联合治疗组	33	603±206	369±125*	150±60**	4728±2803	2523±1649*	761±395*	17.3±2.3	12.1±2.2**	6.8±1.8**
施他宁组	31	586±203	445±183	254±141	4744±2915	3332±1949	1109±665	17.5±2.6	14.3±1.8	9.7±1.5

注:与施他宁组同时点比较:* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

表2 两组患者平均腹痛、腹胀、退热、禁食、住院时间及并发症发生率比较

组别	例数 (例)	平均时间($\bar{x} \pm s, d$)					并发症发生率 (例(%))
		腹痛	腹胀	退热	禁食	住院	
联合治疗组	33	2.6±1.1**	3.4±0.9**	5.1±1.6**	8.5±1.2**	16.9±2.2**	6(18.2)*
施他宁组	31	4.2±1.5	4.9±1.2	7.2±1.9	11.9±1.8	20.4±2.9	8(25.8)

注:与施他宁组比较:* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

作者简介:秦月花(1970-),女(汉族),浙江绍兴人,医学硕士,副主任医师。

SAP 时由于渗出使肠血流量减少,导致肠黏膜缺血、缺氧、再灌注损伤,损害肠黏膜屏障,造成肠黏膜通透性增加、肠道功能减弱^[4];大分子物质如细菌和内毒素即可穿越肠黏膜至其他脏器,透过激活的巨噬细胞、中性粒细胞引起高细胞因子血症及氧自由基和中性粒细胞弹性蛋白酶破裂,导致或加强 SIRS,促进 MOF 的发生,造成 SAP 的二次打击^[5]。

施他宁是 14 肽生长抑素,对胰酶、胰岛素、胰高血糖素及胰岛素的分泌有很强的抑制作用,此外还有阻断炎症细胞因子的释放作用^[6],并且无收缩奥迪括约肌的作用,是治疗 SAP 的重要用药。同时生长抑素可显著改善 SAP 患者的组织氧供,降低器官功能衰竭的发生率,从而降低 SAP 患者的病死率^[7]。

促进肠道正常蠕动,消除腹胀,减轻肠道淤积,增加肠道黏膜的抵抗力,减少肠道细菌移位,保证胆汁、胰液的引流通畅,控制肠道、胆道炎症及防止并发症等,已成为治疗 SAP 的另一重要措施。Chen 等^[8]报道用番泻叶导泻减少肠移位。Sahin 等^[9]报道用灌肠法治疗肠道细菌移位。而芒硝的主要成分为硫酸钠,其具有清热泻下、清除肠道燥热实积、降低肠管压力、消肿、抗炎等功效^[10]。将芒硝粉敷于腹部数小时后即成结晶块,说明其有吸附腹部水分的作用,而使肿胀的

腹壁及肠管得以消肿,并可减少肠道细菌移位,防止腹膜炎^[11]。由于本法能改善胰腺及肠道血液循环,增加机体的抵抗力,使其病程缩短,提高治愈率。本研究发现,芒硝与施他宁联合治疗 SAP 时,患者的血、尿淀粉酶和白细胞下降程度均较单用施他宁组显著,且血、尿淀粉酶的下降与病情好转一致,其腹痛、腹胀、退热、禁食、住院时间均较施他宁组显著缩短,并发症发生率也降低。因此,用芒硝联合施他宁的中西医结合疗法治疗 SAP 是一种简便易行、疗效可靠,且无不良反应的方法,值得临床推广使用。

参考文献:

- [1] Bucheler M W, Binder M, Friess H. Role of somatostatin and its analogues in the treatment of acute and chronic pancreatitis [J]. Gut, 1994, 35 (3 Suppl): S15 - S19.
- [2] 陈晓理, 黄兴兰, 吴浩, 等. 急性胰腺炎血中抗炎性细胞因子的变化和生长抑素的调节作用[J]. 中国危重病急救医学, 2001, 13: 223 - 225.
- [3] Schmid S T, Uhl W, Böhler M W. Acute pancreatitis: bacterial translocation and pancreatic infections [M] // Lankisch P G, Dimagne E P. Pancreatic disease. Springer, 1999: 39 - 54.
- [4] Wang X, Gong Z, Wu K, et al. Gastrointestinal dysmotility in patients with acute pancreatitis [J]. J Gastroenterol Hepatol,

2003, 18: 57 - 62.

- [5] Ogawa M. Acute pancreatitis and cytokines: "second attack" by septic complications leads to organ failure [J]. Pancreas, 1998, 16: 312 - 315.
- [6] 张群华, 蔡端, 吴树强, 等. 急性坏死性胰腺炎大鼠的炎性介质变化和生长抑素的作用[J]. 中华医学杂志, 1997, 77: 355 - 358.
- [7] 张颖, 于学忠. 急性重症胰腺炎患者生长抑素干预前后 pH_i 监测及其临床意义[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14: 368 - 370.
- [8] Chen X L, Valante J F, Alexandrew J W. The effect of sennosides on bacterial translocation and survival in a model of acute hemorrhagic pancreatitis [J]. Pancreas, 1999, 18: 39 - 54.
- [9] Sahin M, Yol S, Ciftci E, et al. Dose large bowel enema reduce septic complication in acute pancreatitis [J]? Am J Surg, 1998, 176: 331 - 334.
- [10] 何景贤. 中西医结合治疗急性胰腺炎疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10: 113.
- [11] 顾慧珍, 徐颖鹤, 张锐利, 等. 大黄内服、芒硝外敷辅助治疗重症急性胰腺炎 23 例[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24: 274.

(收稿日期: 2005 - 10 - 22)

修回日期: 2005 - 12 - 02)

(本文编辑: 李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国中西医结合急救杂志》第 3 届编委会名单

名誉总编 陈可冀(中国科学院院士) 吴咸中(中国工程院院士)

总编辑 王今达

副总编辑 任新生 陈士奎 王宝恩 沈自尹(中国科学院院士) 石学敏(中国工程院院士)
郝希山(中国工程院院士) 张伯礼(中国工程院院士) 曹尔澄(常务) 郭 仓
李鸣真 杨国栋 梅广源 雪 琳 沈 洪 李银平

编辑委员 (按姓氏笔划为序)

马晓昌	牛建昭	王 左	王 阶	王兴勇	王学美	王晓璐	王静怡	邓跃林	乔佑杰
刘 健	刘 淳	刘远新	刘清泉	刘懿禾	匡调元	危北海	托马斯皮克(美国)		
吕传柱	吕维柏	朱辟疆	许文兵	许树强	齐清会	吴汉平(美国)	吴和木	宋继昌	
张人华	张久山	张文高	张 畔	张敏州	张淑文	李 恩	李春盛	李忠诚	李建生
李大金	李小勇	李志军	李 牧	李俊海	杨明会	沈中阳	陆付耳	陈小野	陈维养
麦时任(加拿大)	岳茂兴	金妙文	金鸿宾	侯 灿	姚咏明	祝兆林	胡 森	赵祥文	
唐由之	聂 广	高金亮	崔树波	曹书华	梁晓春	黄小民	黄体钢	焦东海	谢竹藩
廖家楨	熊旭东	蔡定芳	穆大伟	魏江磊					