

- [2]姚咏明, 盛志勇. MODS 抗炎治疗研究的反思[J]. 中国危重病急救医学, 1999, 11(8): 456-458.
- [3]王今达. 开展中西医结合治疗急性危重病的思路和方法[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2000, 7(6): 323-325.
- [4]盛志勇. 努力提高脓毒症的认识水平[J]. 中国危重病急救医学, 2003, 15(3): 131.
- [5]王今达, 雪琳. 细菌、内毒素、炎性介质并治——治疗重症脓毒症的新对策[J]. 中国危重病急救医学, 1998, 10(6): 323-325.
- [6]Chaudry I H, Wichterman K A, Baue A E. Effect of sepsis on tissue adenine nucleotide levels[J]. Surgery, 1979, 85(2): 205-211.
- [7]曹书华, 王今达. 血必净对感染性多器官功能障碍综合征大鼠组织及内皮损伤保护作用的研究[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14(8): 489-491.
- [8]Bone R C, Grodzin C J, Balk R A. Sepsis: a new hypothesis for pathogenesis of the disease process[J]. Chest, 1997, 112(1): 235-243.
- [9]Iba T, Kidokoro A, Yagi Y. The role of the endothelium in changes in procoagulant activity in sepsis[J]. J Am Coll Surg, 1998, 187(3): 321-329.
- [10]Napoleone E, Di Santo A, Bastone A, et al. Long pentraxin PTX3 upregulates tissue factor expression in human endothelial cells: a novel link between vascular inflammation and clotting activation[J]. Arterioscler Thromb Vasc Biol, 2002, 22(5): 782-787.
- [11]Herbert J M, Dupuy E, Laplace M C, et al. Thrombin induces endothelial cell growth via both a proteolytic and a non-proteolytic pathway[J]. Biochem J, 1994, 303(Pt 1): 227-231.
- [12]周慧君, 程尉新, 林洪远, 等. 弥散性血管内凝血临床治疗进展[J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12(10): 635-636.
- [13]姚咏明, 黎洁良. 脓毒性休克与细胞因子[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 20(7): 433-435.
- [14]雪琳. SIRS 和 MODS 防治新对策的实验研究——血必净的药效学观察[J]. 中国危重病急救医学, 1997, 9(12): 720-722.

(收稿日期: 2007-01-08)

(本文编辑: 保健媛)

## • 经验交流 •

## 生大黄浸液治疗轻症急性胰腺炎的疗效观察

蔡长泉

(河南省方城县中医院急诊科, 河南 方城 473200)

【关键词】 生大黄; 浸液; 胰腺炎, 急性; 疗效

中图分类号: R285.6; R259 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2007)02-0107-01

2004 年 1 月—2006 年 10 月, 采用综合治疗加服生大黄浸液治疗轻症急性胰腺炎(AP)患者, 报告如下。

## 1 临床资料

1.1 病例: 32 例轻症 AP 患者按照随机原则分为两组。试验组 16 例, 男 8 例, 女 8 例; 年龄 18~59 岁, 平均 41 岁。对照组 16 例, 男 7 例, 女 9 例; 年龄 17~58 岁, 平均 43 岁。两组患者临床症状、实验室检查、胰腺 CT 等都支持水肿型胰腺炎改变, 具有诊断意义<sup>[1]</sup>。两组患者基础资料比较差异均无显著性( $P$  均  $>0.05$ ), 有可比性。

1.2 治疗方法: 两组患者均予禁食、输液、静脉给予抑制剂西咪替丁或奥美拉唑; 防治感染(喹诺酮类、头孢他啶、甲硝唑等), 止痛(阿托品或度冷丁), 维持水和电解质及酸碱平衡, 营养支持等治疗。对照组部分患者插胃管减压; 试验组均不插管, 在综合治疗基础上口服生大黄浸液(生大黄 10 g, 用开水 70 ml 浸泡),

12 h 1 次, 腹痛减轻不明显或无明显腹泻者改为 8 h 1 次。2 d 后腹痛缓解和腹泻严重者减为 24 h 1 次, 4 d 后停用。

1.3 出院标准: ①腹痛、发热、恶心、呕吐等症状消失; ②白细胞计数、分类及淀粉酶连续 2 d 检查正常; ③能进正常膳食 1 d 不再发作。

1.4 统计学处理: 数据用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 采用  $t$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

1.5 治疗效果: 试验组腹痛、恶心、呕吐症状消失天数平均(2.5±1.1)d, 对照组平均(5.0±2.0)d。试验组退热天数平均(3.0±1.4)d, 对照组平均(4.5±2.3)d。试验组血象及淀粉酶恢复正常天数平均(3.5±1.5)d, 对照组平均(5.5±2.8)d。试验组住院天数平均(5.5±1.6)d, 对照组平均(8.0±2.9)d。经统计学处理, 两组差异均有显著性( $P$  均  $<0.05$ )。

## 2 讨论

AP 发病机制极其复杂, 大黄治疗胰腺炎也已被临床证实肯定有效。中医将大黄对 AP 的治疗功用归之为通里攻

下、清热利胆、活血化瘀。研究发现, 大黄对胰腺的保护机制可能与降低胰酶、减少炎症介质、保护胰腺细胞、保护胃肠道以及减少或治疗并发其他器官功能障碍等有关<sup>[2]</sup>。

本组结果表明, 加用生大黄浸液治疗可使轻症 AP 患者临床症状消失, 血象及淀粉酶恢复正常, 住院天数均少于对照组。治疗中两组各有 1 例患者出现头晕、乏力症状, 经检查与低血压、低血钾有关, 给予补钾、加大输液量后缓解, 其余患者均无不良反应发生。

值得注意的是, AP 患者由于大量体液渗出, 加上呕吐、禁食和导泻, 血容量减少, 需要积极补充血容量, 维持水、电解质和酸碱平衡以及能量供给。

## 参考文献:

- [1]叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 466-470.
- [2]王婧, 阴赅宏, 张淑文, 等. 大黄类药物治疗重症急性胰腺炎的进展[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12(5): 318-320.

(收稿日期: 2006-11-18)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 蔡长泉(1965-), 男(汉族), 河南省人, 主治医师。