

• 论著 •

重症急性胰腺炎早期中医药干预综合治疗方案的临床观察

王 晓, 张照兰, 杨国红, 王振东

(河南中医学院第一附属医院消化内科, 河南 郑州 450000)

【摘要】 目的 观察重症急性胰腺炎(SAP)早期中医药干预综合治疗方案的临床疗效。**方法** 66例SAP患者被随机分为两组。对照组30例,采用单纯西医治疗;治疗组36例,在对照组西医治疗基础上加用通里攻下中药灌胃(灌后夹闭胃管1h)、保留灌肠、静脉滴注活血化瘀中药及中药封包外敷治疗。观察两组患者腹痛缓解时间、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间、平均住院时间及并发症发生率、病死率;治疗前及治疗5d后进行急性生理学与慢性健康状况评分系统Ⅰ(APACHEⅠ)评分。**结果** 治疗组腹痛、腹胀、肠鸣音恢复时间及住院时间均较对照组明显缩短[腹痛缓解时间:(3.60 ± 2.01)d比(7.02 ± 2.40)d,腹胀缓解时间:(3.02 ± 1.83)d比(7.32 ± 2.28)d,肠鸣音恢复时间:(2.08 ± 1.52)d比(4.31 ± 1.42)d,住院时间:(17.01 ± 3.62)d比(27.65 ± 6.18)d,均 $P < 0.05$];治疗5d后APACHEⅠ评分亦明显低于对照组[(3.26 ± 1.88)分比(8.86 ± 7.66)分, $P < 0.05$]。对照组有11例出现胃肠功能不全、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、休克、胰腺假性囊肿或心功能不全等严重并发症,其中死亡3例;治疗组未发生并发症,且无一例死亡,明显低于对照组(均 $P < 0.01$)。**结论** 中医药早期干预对SAP有较好的临床疗效,能明显降低患者的病死率,缩短住院时间,提高治愈率。

【关键词】 急性胰腺炎,重症;中西医结合疗法;治疗效果

中图分类号:R285.6;R259 文献标识码:A DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2010.03.014

Clinical observation on early intervention of traditional Chinese medicine in patients with severe acute pancreatitis WANG Xiao, ZHANG Zhao-lan, YANG Guo-hong, WANG Zhen-dong. Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Henan College of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, Henan, China

【Abstract】 Objective To investigate the clinical effects of early intervention of traditional Chinese medicine (TCM) in patients with severe acute pancreatitis (SAP). **Methods** Sixty-six patients with SAP were randomly divided into two groups. Western medicine (WM) was used in the control group ($n=30$), and the WM mentioned above combined with TCM was used in the treatment group ($n=36$). TCM decoction for removing stasis by purgation (通里攻下) was administered through gastric tube or retention enema, injection for invigorating blood circulation and removing blood stasis (活血化瘀) via intravenous drip, and TCM package was applied externally on certain part of the body. The sustained time of abdominal pain, the time of relief of abdominal distension, the time of bowel sound recovery, the average length of hospitalization, the rate of complication and the mortality in the two groups were observed. Before the treatment and 5 days after the treatment, the acute physiology and chronic health evaluation Ⅰ (APACHE Ⅰ) score of the patient health condition in the two groups were assessed. **Results** In the treatment group, the time of abdominal pain relief being (3.60 ± 2.01) days, the amelioration time of abdominal distention (3.02 ± 1.83) days, the time of bowel sound recovery (2.08 ± 1.52) days, the time of hospitalization (17.01 ± 3.62) days were shorter than those in the control group [respectively (7.02 ± 2.40) days, (7.32 ± 2.28) days, (4.31 ± 1.42) days, (27.65 ± 6.18) days, all $P < 0.05$]. Five days after the treatment, the score of APACHE Ⅰ in the treatment group was 3.26 ± 1.88 much lower than that of the control group (8.86 ± 7.66 , $P < 0.05$). In the control group, 11 patients developed serious complications such as gastrointestinal dysfunction, acute respiratory distress syndrome (ARDS), shock, pancreatic pseudo-abscess, acute cardiac failure, of which 3 died. No complications and death occurred in the treatment group (both $P < 0.01$). **Conclusion** Early intervention of TCM in the treatment of the patients with SAP has good therapeutic effects. It can decrease the mortality, reduce the period of hospital stay and elevate the cure rate.

【Key words】 Severe acute pancreatitis; Integrated traditional Chinese and Western medicine; Therapeutic

因重症急性胰腺炎(SAP)发病急、病情重、变化快、预后差以及治疗费用高而倍受重视。本科采用中医药综合疗法治疗36例SAP患者收到了较好疗效,分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料:选择2006年12月至2008年12月本院收治的66例SAP患者,均符合SAP诊断标

准,且Ranson预后评分 ≥ 3 分,急性生理学与慢性健康状况评分系统Ⅰ(APACHEⅠ)评分 ≥ 8 分, Balthazar CT严重指数 $\geq 7 \sim 10$ 分。入院时有意识障碍和少数须外科手术的患者除外。66例患者中男39例,女27例;年龄18~78岁,平均46岁。

1.2 病例分组与治疗方法:将66例SAP患者按随机原则分为两组。对照组30例,采用单纯西医治疗,除进行监护、禁食、胃肠减压、补液、营养支持、监测和补充电解质等措施外,还使用生长抑素、奥美拉

作者简介:王 晓(1974-),女(汉族),河南省人,医学硕士,主治医师,Email:wangxiao_1974@yahoo.com.cn。

唑、血浆或白蛋白以及防治感染等措施。治疗组 36 例,在对照组基础上采用中医药综合疗法(即通里攻下中药灌胃、保留灌肠,静脉滴注活血化瘀中药及中药封包外敷)。灌胃、灌肠中药方组成:柴胡、白芍、枳实、厚朴、黄芩,重用生大黄和芒硝;剂量根据患者肠鸣音和大便情况进行调整,一般以每日 4~5 次稀便为度,每次胃管注入后夹管 1 h。配合静脉滴注丹参注射液 20 ml,每日 1 次。封包外敷中药组成:冰片、枳实、黄连、黄柏、黄芩、乳香、没药、元胡、木香、皂角刺、威灵仙;研粉后和凡士林乳膏调成糊状,外敷于上腹部(胰腺体表投影处)和脐周,每日换药 1 次。5 d 为 1 个疗程。

1.3 观察指标:观察患者治疗 5 d 后腹痛和腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间、主要并发症发生率、病死率、平均住院时间及治疗前后 APACHE II 评分。

1.4 统计学方法:采用 SPSS 13.0 软件,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用方差分析;计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床症状改善时间及平均住院时间比较(表 1):与对照组比较,治疗组腹痛和腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间及平均住院时间均显著缩短,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。

表 1 两组 SAP 患者临床症状改善时间、平均住院时间及治疗前后 APACHE II 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	腹痛缓解时间(d)	腹胀缓解时间(d)	肠鸣音恢复时间(d)
对照组	30	7.02±2.40	7.32±2.28	4.31±1.42
治疗组	36	3.60±2.01 ^a	3.02±1.83 ^a	2.08±1.52 ^a
APACHE II 评分(分)				
组别	例数	平均住院时间(d)	治疗前	治疗 5 d 后
对照组	30	27.65±6.18	10.86±1.76	8.86±7.66
治疗组	36	17.01±3.62 ^a	11.06±1.32	3.26±1.88 ^{ab}

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$;与本组治疗前比较,^b $P < 0.05$

2.2 两组治疗前后 APACHE II 评分比较(表 1):治疗组治疗 5 d 后 APACHE II 评分显著低于治疗前及对照组,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。

2.3 两组患者并发症发生率比较:在治疗过程中,对照组 3 例并发胰腺假性囊肿,2 例并发急性呼吸窘迫综合征(ARDS),3 例并发胃肠功能不全,1 例并发心功能不全,2 例并发休克;并发症发生率为 36.7%。而治疗组未发生上述并发症,并发症发生率显著低于对照组($\chi^2 = 0.78, P < 0.01$)。

2.4 两组患者病死率比较:在治疗过程中,对照组 2 例并发 ARDS 及 1 例并发心功能不全患者均死

亡,病死率为 10.0%;治疗组无一例死亡,两组病死率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 0.56, P < 0.01$)。

3 讨论

SAP 时由于胰腺坏死,产生大量毒素,损害全身多个器官功能,病死率很高^[1],治疗重点在于早期治疗,迅速缓解腹痛症状,防治并发症^[2]。近年来随着对 SAP 临床研究的深入,非手术治疗方法中除常规禁食、胃肠减压、应用抗生素、抑制胰酶分泌、营养支持外,改善胰腺微循环、抑制炎症反应、防止肠道菌群移位等方面越来越受到国内外学者的关注。积极防治“肠道衰竭”,尽快恢复肠道功能,对减少 SAP 并发症,特别是胰腺周围感染十分重要。

急性胰腺炎属中医学“胃脘痛”、“胁痛”、“膈痛”、“腹痛”、“胃心痛”、“脾心痛”等病证范畴,热毒血瘀互结是其病机关键,治疗以通为第一要点^[3],“六腑以通为用”。本组患者采用中药煎剂灌胃、灌肠通腑泻下之法,上攻下进,直至通畅。灌胃、灌肠之方药中的柴胡具有去肠胃中结气、饮食积聚、寒热邪气,推陈致新之功效;大黄有多种药理活性,作用于 SAP 多个环节,能抑制胰酶活性、巨噬细胞激活及中性粒细胞浸润,减少炎症因子及自由基释放,降低血管通透性,松弛奥迪括约肌,维护肠管屏障功能,防止细菌移位,促进结肠蠕动^[4];芒硝对网状内皮系统有明显抑制作用,使其增生现象与吞噬能力增强,加强抗炎作用,通过刺激神经反射使局部血液供应丰富,加快淋巴细胞生成,有消炎、止痛作用^[5]。

丹参注射液的主要功效为活血化瘀、凉血消痈,其中含有紫草酸 B 及衍生物,可扩张血管,抗血小板凝集和抑制血栓素 A₂ 的产生,能显著降低胰腺血流阻力指数,改善胰腺血流自动调节机制及胰腺局部缺血。丹参可以抑制炎症细胞因子如肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-1 β (IL-1 β)的产生,抑制发病后期转化生长因子- β (TGF- β)的产生,减少多种炎症细胞因子对机体的损伤,从而减轻胰腺的出血、坏死,同时可能有助于降低胰腺的纤维化^[6]。丹参注射液中水溶性酚酸类物质具有很好的抗脂质过氧化和消除自由基作用,对脂质过氧化引起生物膜损伤有明显的保护作用^[7],还能抑制还原型辅酶 I 的消耗和保护超氧化物歧化酶(SOD)活性,有效防止急性出血性坏死型胰腺炎的再灌注损伤^[8]。

中药封包外敷治疗是用中药研粉后与凡士林乳膏调成糊状贴敷于体表,经皮吸收后达到治疗目的。方药中冰片味苦性凉,具有局部降温、散热、止痛、消炎,改善局部微循环,刺激肠道,增加蠕动,防止肠麻

痹,松弛奥迪括约肌,降低胆管压力等作用。外敷中药能迅速缓解腹痛、腹胀及腹肌紧张,改善胰腺局部血液循环,促进肠道功能恢复。因此,在 SAP 早期采用中药四位一体疗法干预联合西医治疗,能明显改善患者的临床症状,缩短病程,降低住院费用,减少并发症和病死率,提高治愈率,尤其对患者腹部症状、体征的缓解消失及预防和治疗并发症的发生有其独特的疗效。而且中药价廉,副作用小,给药方便,疗效可靠,具有较好的临床应用前景。

参考文献

- [1] 崔乃强,吴威中.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(12):705-707.

- [2] 崔乃杰,崔乃强.重视重症急性胰腺炎的起始充分治疗.中国危重病急救医学,2009,21(2):67-68.
[3] 陈腾,奉典旭,李秋营,等.大承气汤治疗急性胰腺炎机制的研究进展.中国中西医结合急救杂志,2009,16(4):254-256.
[4] 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(5):300-302.
[5] 江苏新医学院.中药大辞典.上海:上海科学技术出版社,1985:836.
[6] 许利剑,张明顺,汪宝林.复方丹参对实验性急性坏死性胰腺炎细胞因子的影响.南京医科大学学报(自然科学版),2008,28(1):71-74.
[7] 黎莲娘,张均田.中药丹参的新水溶性成份丹酚酸化物.中国医学科学院学报,1995,17(6):480.
[8] 郑树森,韦靖江,吴和光.丹参与山莨菪碱对犬急性出血性坏死型胰腺炎致肺早期损伤保护作用的研究.中西医结合杂志,1989,9(3):158-161.

(收稿日期:2010-02-10)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

留置针行颈内静脉穿刺术在院前急救中的应用

石君挥,段政萍,辛代瑜

(广西柳州市铁路中心医院,广西 柳州 545007)

【关键词】 颈内静脉穿刺;留置针;院前急救

中图分类号:R278 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2010.03.015

临床上经皮颈内静脉穿刺置管应用广泛,传统方法通常需专用静脉穿刺包或一次性穿刺包,且费用高;而静脉留置针费用低廉,能减轻患者经济负担。本院多年来使用静脉留置针直接行颈内静脉穿刺置管在院前急救中抢救各种危重患者,效果满意,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组 86 例患者中男 49 例,女 37 例;年龄 7.8~81.0 岁;创伤失血性休克、大面积烧伤需要扩容 43 例,需中心静脉压监测 30 例,表浅静脉穿刺困难 13 例。留置针置管时间最短为 3.75 h,最长为 18 d。

1.2 操作方法

1.2.1 材料:用普通外用静脉穿刺留置管针,<6 岁用 20 号,6~15 岁用 18 号,>15 岁用 16 号。用 5 ml 注射器抽取生理盐水 2~3 ml 连接套管针做成穿刺针,备无菌保护膜或纱布固定套管用。

1.2.2 选择部位:①一般选用右侧颈内静脉为宜。患者取平卧位,头偏向左侧后仰,肩下垫一小枕头(为了保证穿刺的成功率必要时可取脚高头低位约 20°),胸

锁乳突肌锁骨头内缘与乳突连线外侧即颈内静脉穿刺点,为颈部中段处。②术者用手指在胸锁乳突肌中部外侧摸到搏动处为颈总动脉,颈内静脉在总动脉外侧约 0.5 cm 处,可选此处作为穿刺点。

1.2.3 穿刺法:常规消毒后,穿刺针与皮肤呈 30°~45°角沿颈动脉搏动处外侧向下斜行进针,保持注射器内轻度负压缓缓进针,当针尖进入静脉时常有突破感,见回血后反复抽吸注射器,如血流畅通无阻再向静脉管内进 1~2 cm,固定内针后边旋转边送入外套管,退出内针即连接输液器或中心静脉压监测装置,用无菌保护膜或纱布固定。输血或补液结束后,可用肝素帽盖紧,使用时将输液针插入肝素帽后橡皮孔内。

1.3 结果:本组穿刺成功率 100%;除 2 例误入颈总动脉,1 例凝血功能不良、穿刺后伤口渗血外,未发生其他并发症。

2 讨论

静脉留置针行颈内静脉穿刺置管法可用于多种危重患者的抢救,并能监测中心静脉压或进行静脉高营养疗法,尤其适合于创伤失血性休克、大面积烧伤和院前抢救危重患者时快速输血、补液。与传统经皮颈内静脉穿刺置管方法相比,

该法穿刺置管需要时间明显缩短,操作更简单,成功率高,更易掌握,并发症少、不试穿、不破皮、穿刺处不缝针、组织损伤小、患者痛苦小、费用低廉,尤其适用于周围表浅静脉穿刺困难的急救患者。置管在静脉管内保留时间长,不仅可减少患者因长时间输液反复浅静脉穿刺造成不必要的痛苦,而且还可减少护士因浅静脉穿刺困难所花费的时间,为抢救患者赢得了宝贵的时间。

常见的并发症有:误刺入颈总动脉、局部血肿与渗血、套管堵塞、误穿入胸腔等,因此需注意。通常的预防方法有:操作时要准而快,刺入颈总动脉时应立刻拔除穿刺针,用消毒纱布局部压迫;勿使套管扭曲受压;输血前后以生理盐水充分冲洗输液管,清除可能存在的小血凝块或纤维状物;输液速度不宜太慢;输液不畅时及时用注射器回抽冲管腔,但切勿强力注入以免致血栓形成;尽量放置内径较粗的套管;长期保留套管的患者,套管尖端有时压血管内壁可导致坏死穿孔,所以要每 5~7 d 将套管向外拔出数毫米。

(收稿日期:2010-02-16)

(本文编辑:李银平)