

中西医结合非手术方法治疗急性重症胰腺炎 231 例*

庞 飞¹, 张 敬^{2△}, 向德森³ (重庆市黔江区黔江中心医院: 1. 中医科; 2. 普外科 409000)

【摘要】目的 探讨自拟胰清汤内服和中药外敷结合西医非手术方法治疗急性重症胰腺炎的疗效。**方法** 231 例随机分为治疗组 122 例和对照组 109 例, 两组均采用西医非手术治疗方法, 治疗组加用自拟胰清汤内服和中药外敷。**结果** 总有效率治疗组 97.5%、对照组 86.2%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 在西医常规治疗的基础上加用中药治疗, 充分发挥中西医结合治疗急性胰腺炎的优势, 可提高临床疗效。

【关键词】 急性重症胰腺炎; 胰清汤; 中药内服; 外敷

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.18.026 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)18-2407-02

急性重症胰腺炎是临床常见病、多发病, 有很大的患者群体。该病为急性病, 与目前的社会活动及生活饮食习惯有密切关系, 患者发病后临床症状明显, 结合 CT、超声、血生化等辅助检查, 确诊容易^[1]。但除了基本的治疗原则外, 仅靠西医药物治疗或手术治疗常取不到满意的效果, 故该疾病的治疗目前仍是一大难题, 患者的病死率近年来无明显下降, 且住院费用很高, 给患者本人、家庭和社会均带来很大的负担^[2]。胰清汤在治疗急性重症胰腺炎的效果已得到肯定。笔者应用自拟胰清汤内服及中药外敷结合西医方法治疗急性重症胰腺炎(非手术病例), 明显缩短住院时间, 降低住院费用, 减少患者痛苦和该病的复发率, 一定程度上降低患者的病死率, 带来了较大的社会及经济效益。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例来源均为 2009 年 5 月至 2012 年 12 月本院住院患者共 231 例, 随机分为两组。治疗组 122 例, 男 75 例, 女 47 例; 年龄一般资料比较 16~86 岁, 平均 45.95 岁。对照组 109 例, 男 52 例, 女 57 例; 年龄 18~83 岁, 平均 45.74 岁, 两组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 诊断及纳入标准 符合中华医学会外科学分会胰腺外科学组于 2000 年制定的《重症急性胰腺炎诊治草案》中的诊断标准。中医诊断标准参照《中医病症诊断疗效标准》。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 运用禁食、鼻胃管减压, 补充体液, 防治休克, 解痉止痛, 抑制胰腺外分泌及胰酶抑制剂, 营养支持, 抗感染治疗。

1.3.2 治疗组 在与对照组治疗相同的基础上加用自拟胰清汤: 大黄 15 g(后下), 芒硝 10 g(冲服), 胡黄连 10 g, 黄芩 10 g, 木香 15 g, 玄胡 15 g, 白芍 30 g, 枳实 15 g, 蒲公英 30 g。水煎服, 100 mL/次, 2~3 次/日; 芒硝 50 g 温水调稀, 纱布包好后外敷于上腹部胰腺体表投影处, 1 次/日。两组均 5 d 为一疗程, 1 个疗程后复查淀粉酶。

1.4 观察指标 腹痛、腹胀, 大便, 肠鸣音, 血常规检验指标及血、尿淀粉酶等变化。

1.5 疗效判断标准 显效: 5 d 临床腹痛、腹胀症状消失, 大便及肠鸣音正常, 血、尿淀粉酶正常。有效: 7 d 临床腹痛、腹胀症状明显缓解, 大便, 肠鸣音正常, 血、尿淀粉酶正常。无效: 治疗无效而中转手术治疗或有严重并发症甚至死亡。

2 结果

两组疗程疗效比较, 122 例治疗组的总有效率为 97.5%, 109 例对照组的总有效率为 86.2%, 两者比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效
治疗组	122	80(65.6)	39(31.9)	3(2.5)
对照组	109	64(58.7)	30(27.5)	15(13.8)

3 讨论

胰腺炎是胰腺因胰蛋白酶的自身消化作用而引起的疾病^[3]。胰腺炎引起腹胀、腹痛和肠麻痹, 可导致肠道黏膜功能损害, 细菌过度繁殖导致大量内毒素产生, 激发全身炎症反应和多器官功能衰竭^[4]。胰腺炎属中医“腹痛”范畴, 发病机制为饮食不调、情志失畅、胆结石、虫积、创伤等因素引起邪阻气滞, 肝胆不利, 湿热食滞交阻, 结聚于里, 气机不和, 腑气不通, 蕴结于肝胆, 使其失于疏泄条达, 脾运不及, 肠胃受伤, 食积停滞, 气机失畅, 蕴于中焦而为病^[5-6]。病位在脾, 与心、肝胆、胃肠有关, 中医辨证应以实证为纲。自拟胰清汤以疏肝解郁, 清热泻火, 通里攻下为原则。大黄、芒硝攻下解毒, 胡黄连、黄芩、蒲公英清热解暑, 木香、枳实行气导滞、消痞除满, 白芍、玄胡和中缓急, 全方通里攻下, 泻热解毒^[7]。促进胃肠蠕动, 加速内毒素及炎症因子的排泄, 大黄抗炎解热, 可促进胰液排泄, 并抑制胰酶的活性进而达到治疗胰腺炎的目的。芒硝内服外敷可引起肠管内液体增多, 肠管扩张, 兴奋肠道蠕动, 加快炎性渗液的排泄。上两味药物合蒲公英、黄芩、胡黄连清热解毒抗炎, 玄胡、木香、枳实行气导滞, 缓急止痛。本临床研究显示, 治疗组腹痛、腹胀缓解时间, 肠鸣音恢复时间, 血象恢复时间, 血、尿淀粉酶恢复时间, 大便恢复正常时间明显缩短。治疗组总有效率(97.5%)优于对照组(86.2%); 提示在西医常规治疗基础上加用中药治疗, 充分发挥中西医结合治疗急性胰腺炎的优势, 可提高临床疗效。

参考文献

[1] 沈丕安. 中药药理与临床运用[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.

* 基金项目: 重庆市黔江区科委基金课题(2011-2)。△ 通讯作者, E-mail: pangyifei1978@sina.com。

[2] 宋立人. 现代中药大辞典[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001.

[3] 裘秀月, 孙秋华, 肖雯晖. 芒硝贴敷辅助急性胰腺炎的临床疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2012, 19(6): 546.

[4] 陈建华, 季晓亮, 胡恺悦, 等. 大黄及芒硝在重症急性胰腺炎治疗中的价值[J]. 实用中西医结合临床, 2008, 8(2): 23-24.

[5] 郑晓博, 闫洪涛, 汤礼军. 大黄用于急性胰腺炎治疗的研

究进展[J]. 西南国防医药, 2013, 23(3): 340-342.

[6] 田继云, 陈亚峰, 奉典旭. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎的进展[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(7): 1755-1757.

[7] 黄天生, 朱生樑, 何立人, 等. 中医对急性胰腺炎发病机制的认识[J]. 时珍国医国药, 2007, 18(8): 2041.

(收稿日期: 2013-01-09 修回日期: 2013-02-12)

• 临床研究 •

响水地区妊娠妇女贫血情况的调查分析

杨云霞, 朱习海, 潘元元(江苏省盐城市响水县人民医院检验科 224600)

【摘要】 目的 通过分析本地区妊娠妇女外周血血红蛋白、红细胞数以及红细胞各项参数的变化, 了解妊娠妇女孕期的贫血情况。**方法** 使用见贝克曼库尔特 LH750 全自动血细胞分析仪对本标进行检测。**结果** 704 例妊娠妇女中, 贫血孕妇共 143 例(20.31%)。其中轻度贫血 127 例(88.81%), 中度贫血 15 例(10.49%), 重度贫血 1 例(0.70%), 无极度重度贫血。**结论** 本地区妊娠妇女并发贫血发生率高, 应定期进行血常规检测, 以便做到早发现、早治疗。

【关键词】 妊娠; 贫血; 血红蛋白; 红细胞及其参数

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.18.027 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)18-2408-02

妊娠并发贫血是妊娠期最常见的并发症。妊娠妇女由于对铁和维生素 B₁₂、叶酸的需要量增加, 容易造成铁及维生素 B₁₂、叶酸的相对不足, 从而引起贫血。实验室通过对血常规中血红蛋白(Hb)、红细胞(RBC)、血细胞比容(Hct)、红细胞平均容积(MCV)、红细胞平均血红蛋白含量(MCH)、红细胞平均血红蛋白浓度(MCHC)的数值分析即可大致判断贫血的类型, 从而推断发生贫血可能的原因, 以便及时采取积极有效的措施进行纠正或防范各种贫血的发生, 对提高生育质量是非常重要的。为了解本地区妊娠妇女的贫血情况, 本文对来本院就诊的 704 例妊娠妇女进行了调查分析, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院 2012 年 1~11 月份门诊及待产孕妇共 704 例, 其中贫血孕妇 143 例, 孕早期妇女(孕 1~3 月)9 例、孕中期妇女(孕 4~6 月)30 例、孕晚期妇女(孕 7~9 月)104 例。年龄 18~46 岁。产前无输血史, 既往无贫血、出血及其他引起贫血病史。

1.2 方法

1.2.1 仪器与试剂 仪器为贝克曼库尔特 LH750 全自动血细胞分析仪, 试剂为原装配套试剂。

1.2.2 质量控制 每日开机后, 当仪器进入稳定的工作状态下, 测定本底符合要求后, 进行室内质控品测定, 达到标准后, 进行患者样本测定。质控品由伯乐公司提供, 批号为 76832/

76842, 各项结果均符合要求。

1.2.3 实验方法 采集受试者静脉血 2 mL 于乙二胺四乙酸二钾(EDTA-K₂)抗凝管中, 上下颠倒混匀, 室温下 2 h 内完成检测。

1.2.4 判断标准 沿用我国多年使用妊娠期贫血的诊断标准^[1]: 外周血 Hb < 100 g/L, RBC < 3.5 × 10¹²/L 或 Hct < 0.30。妊娠期贫血分为 4 度, 轻度: RBC(3.0~3.5) × 10¹²/L, Hb 81~100 g/L; 中度: RBC(2.0~3.0) × 10¹²/L, Hb 61~80 g/L; 重度: RBC(1.0~2.0) × 10¹²/L, Hb 31~60 g/L; 极重度: RBC < 1.0 × 10¹²/L, Hb ≤ 30 g/L。

2 结果

2.1 704 例妊娠妇女的 Hb 结果 见表 1。

表 1 704 例孕妇 Hb 结果

Hb(g/L)	n	百分比(%)
≤30	0	0.00
31~60	1	0.14
61~80	15	2.13
81~100	127	18.04
>100	561	79.69

表 2 704 例不同孕期孕妇各指标检测结果(̄x ± s)

孕期	n	RBC(10 ¹² /L)	Hb(g/L)	HCT	MCV(fL)	MCH(pg)	MCHC(g/L)
早孕	117	3.95 ± 0.32	118.81 ± 12.96	34.11 ± 3.25	86.76 ± 7.50	30.32 ± 3.21	347.86 ± 12.34
中孕	253	3.61 ± 0.35	112.40 ± 11.46	32.21 ± 3.08	89.55 ± 5.06	31.18 ± 2.12	348.52 ± 9.76
晚孕	334	3.70 ± 0.37	106.49 ± 13.22	31.13 ± 3.37	84.27 ± 6.67	28.83 ± 2.98	341.66 ± 12.83

2.2 不同孕期孕妇各指标检测结果见表 2。

2.3 704 例不同孕期孕妇贫血检测结果见表 3。