

报道,甚至应考虑在肾脏和其他器官功能发生障碍之前应用,以避免发生不可逆转性器官功能损害^[4]。

参考文献

- [1] 沈波,张薇.持续性肾脏替代治疗抢救横纹肌溶解急性肾功能衰竭[J].中国危重病急救医学,2005,17(10):637-638.

- [2] 沈源彬,陈逊文,刘照宏,等.横纹肌溶解症的超声表现[J].中国超声诊断杂志,2006,7(7):521-523.
- [3] 张文,陈楠,陈晓农,等.横纹肌溶解综合征致急性肾衰竭 23 例诊治分析[J].中国危重病急救医学,2003,15(2):73-76.

- [4] 赵华,徐文达.连续性血液净化技术治疗危重病中的体会[J].中国危重病急救医学,2004,16(11):698.

(收稿日期:2008-10-01)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

中西医结合治疗重症急性胰腺炎 76 例疗效观察

孔建兄

(浙江省上虞市中医院,浙江 上虞 312300)

【关键词】 中西医结合疗法;急性胰腺炎,重症

中图分类号:R242

文献标识码:B

DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2009.01.030

对 76 例重症急性胰腺炎(SAP)患者采用中西医结合治疗取得了显著疗效,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:所有患者在入院 24 h 内行螺旋 CT 检查证实有胰腺组织坏死。诊断按文献[1]标准,Ranson 标准符合 ≥ 3 项,急性生理学与慢性健康状况评分系统 I (APACHE I)评分 ≥ 8 分。按随机原则将患者分为治疗组(40 例)和对照组(36 例),两组患者的性别、年龄、诱因及 APACHE I 评分差异均无统计学意义(P 均 >0.05),有可比性。

1.2 治疗方法:对照组采用常规西医治疗方法,如禁食、持续胃肠减压、吸氧、预防性应用抗生素、胃肠外营养、补液、维持水电解质平衡、应用胰酶抑制剂、抑制胰腺外分泌,应用 H_2 受体拮抗剂和质子泵抑制剂、镇痛、使用血管活性药物、免疫调整治疗。治疗组在常规西医治疗基础上加用清胰汤口服或胃管灌注,每日 2~4 次,根据病情随证加减并增加或减少给药次数。方剂组成:生大黄 15 g(后下),芒硝 10 g(冲服),厚朴 10 g,枳实 10 g,栀子 6 g,白芍 10 g,陈皮 10 g,木香 10 g,川楝子 6 g,黄芩 10 g,水煎至 500 ml。随证加减:肝脾气滞甚者,疏肝清脾、理气通里,加丹参 12 g;脾胃湿热甚者,通里攻下、清热活血,加厚朴 12 g、丹参 12 g,肝脾湿热型,清利肝脾、通里

表 1 两组患者临床疗效的比较

例(%)

组别	例数	血白细胞计数正常		血淀粉酶正常		并发 MOF	中转手术治疗	死亡
		<7 d	>7 d	<7 d	>7 d			
治疗组	40	27(68)*	11(28)	29(73)*	8(20)	5(13)*	3(8)*	3(8)*
对照组	36	11(30)	16(44)	11(30)	16(44)	18(50)	14(39)	9(25)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

泻热,加丹参 12 g;蛔扰胆胰型,驱蛔清胰、理气通里,加苦楝皮 30 g。体温增高者可加连翘 9 g。外敷方:芒硝 500 g 置入布袋中全腹外敷,每日 1~2 次。

1.3 观察指标:体温、血压、腹痛缓解时间、各主要脏器功能、血白细胞计数、淀粉酶变化,并发症发生、中转手术治疗及死亡情况。

1.4 统计学方法:使用 SPSS 10.0 软件,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 结果(表 1):两组患者 7 d 内血白细胞计数和血淀粉酶恢复正常的例数以及并发多器官功能衰竭、中转手术治疗例数和死亡例数比较差异均有统计学意义(P 均 <0.05)。

2 讨论

SAP 属中医“脾瘕”范畴,多为里实热证,其病机是脾胃升降失常、肠道传化水谷失司、肝气不疏等,导致热盛腑实、气滞血瘀。因此,治疗 SAP 不仅要使用西医方法,而且应用中医泻热通腑、活血化瘀之法治疗。

清胰汤治疗 SAP 作用机制可能是^[2]:降低血中胰酶活性,减轻胰酶血症的损伤作用;阻断早期炎症细胞因子触发的连锁反应;通过活血化瘀,抑制血小

板黏附、聚集和释放,改善微循环,减轻胰腺组织病变程度,从而减少并发症和病死率;通过大黄的胃肠黏膜屏障保护功能,清除氧自由基,抑制肠内细菌移位,防止内毒素血症。方中芒硝具有清热泻下、清除肠道燥实积、降低肠管压力、消肿抗炎等功效,与大黄起协同作用^[3]。全方中诸药合用,可通腑泻热,疏肝理气,消炎止痛,促进肠蠕动,促进胆汁和胰液排泄,抑制胰腺消化酶对器官自身消化引起的化学性炎症反应。因此,中西医结合治疗 SAP 具有显著的效果,能降低 SAP 并发症的发生率,缩短患者的治疗时间,降低病死率,临床上易于推广,是一种经济有效的 SAP 治疗方法。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会普通外科专业委员会.重症急性胰腺炎中西医结合诊治常规(草案)[J].中国危重病急救医学,2007,19(8):448-451.
- [2] 付明明.中西医结合治疗重症急性胰腺炎 19 例疗效观察[J].云南中医中药杂志,2007,28(2):1-12.
- [3] 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(2):113.

(收稿日期:2008-06-15)

(本文编辑:李银平)

作者简介:孔建兄(1967-),男(汉族),浙江省人,主治医师,Email: kjkxy@163.com.

中西医结合治疗重症急性胰腺炎76例疗效观察

作者：[孔建兄](#)

作者单位：[浙江省上虞市中医院, 浙江, 上虞, 312300](#)

刊名：[中国中西医结合急救杂志](#) 

英文刊名：[CHINESE JOURNAL OF INTEGRATED TRADITIONAL AND WESTERN MEDICINE IN INTENSIVE AND CRITICAL CARE](#)

年, 卷(期)：2009, 16(1)

被引用次数：1次

参考文献(3条)

1. [何景贤](#) [中西医结合治疗急性胰腺炎疗效观察](#) [期刊论文] - [中国中西医结合急救杂志](#) 2003 (02)
2. [付明明](#) [中西医结合治疗重症急性胰腺炎19例疗效观察](#) [期刊论文] - [云南中医中药杂志](#) 2007 (02)
3. [中国中西医结合学会普通外科专业委员会](#) [重症急性胰腺炎中西医结合诊治常规\(草案\)](#) [期刊论文] - [中国危重病急救医学](#) 2007 (08)

相似文献(1条)

1. 期刊论文 [王晓](#). [张照兰](#). [杨国红](#). [王振东](#). [WANG Xiao](#). [ZHANG Zhao-lan](#). [YANG Guo-hong](#). [WANG Zhen-dong](#) [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](#) - [中国中西医结合急救杂志](#) 2010, 17 (3)
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1 h)、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5 d后进行急性生理学与慢性健康状况评分系统II (APACHE II) 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5 d后APACHE II 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.

引证文献(1条)

1. [张雪梅](#). [陈海龙](#). [王朝晖](#) [急性胰腺炎肺损伤时肺组织Ⅱ型分泌型磷脂酶A2表达及清胰汤的干预作用](#) [期刊论文] - [中国危重病急救医学](#) 2010 (9)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgzxyjhjzz200901024.aspx
授权使用: qkzgz16(qkzgz16), 授权号: ce014761-4eb2-4f2a-8cb2-9eec010c3a06

下载时间: 2011年5月23日