

EST 联合通里攻下法治急性胆源性胰腺炎 28 例

★ 刘运超¹ 侯俊明² (1. 陕西中医学院 2007 级硕士研究生 咸阳 712046; 2. 陕西中医学院 咸阳 712046)

关键词: 内镜; 十二指肠乳头切开术; 通里攻下; 急性胆源性胰腺炎

中图分类号: R 575 文献标识码: B

急性胰腺炎临床常见急腹症之一, 急性胆源性胰腺炎是因胆结石、胆道梗阻等胆道疾病而诱发的急性胰腺炎, 临床症状多较为严重。临床以急性发作上腹剧痛伴恶心、呕吐、发热、黄疸, 血尿淀粉酶增高为特点。胆总管下端结石堵塞或排石损伤所造成的胆汁胰液返流是急性胆源性胰腺炎(AGP)发病的重要原因, 早期解除胆道阻塞对缓解急性胆源性胰腺炎十分重要。我们自 2001 年 1 月~2004 年 12 月应用内镜下十二指肠乳头切开术(EST)联合通里攻下法治 AGP 28 例取得了良好效果, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 28 例, 其中男性 12 例, 女性 16 例, 年龄 31~76 岁, 平均年龄 63.7 岁。所有病例均有上腹部疼痛、血尿淀粉酶升高, 不同程度发热、血清胆红素升高。B 超、CT 检查提示: 胰腺肿大, 其中胰腺周围有渗出液者 13 例, 同时影像学提示胆总管结石和胆囊结石者 24 例, 其余 4 例均表现为胆总管扩张且大于 10 mm, 其中重症急性胰腺炎 11 例。诊断标准按 2000 年杭州第 8 届全国胰腺外科学术研讨会的临床诊断及分级标准确定^[1]。

1.2 治疗方法 28 例患者入院后采用常规急性胰腺炎综合治疗方案: 包括禁食、胃肠减压、抑制胃酸和胰酶分泌、维持水电解质酸碱平衡、抗休克、改善微循环、防治感染、多脏器功能监护、营养支持治疗及对症处理等。对急性胆源性胰腺炎诊断明确, 且保守治疗不能缓解者在 72 小时内行 EST。EST 后采取取石网篮或气囊取出结石, 对于较大结石者先行机械碎石, 后用网篮或气囊取出碎裂结石。在通过内镜治疗取净结石、解除梗阻、鼻胆管充分引流胆汁减压利胆基础上, 联合应用中药柴芩承气汤, 酌加茵陈、栀子、胆草、木香、川楝子及延胡索等, 煎至 200 ml, 分 2 次经胃管注入, 夹闭 2 小时。如每日排

便 5 次以上, 腹胀减轻或消失, 则减少大黄、芒硝用量。

2 治疗结果

28 例病例中 25 例(89.0%)成功实施 EST, 术中证实 18 例为胆总管下端结石, 其中 6 例合并有胆囊结石, 2 例行 ERCP 提示缩窄性乳头炎, 行 EST 后可见大量胆汁及絮状物外溢, 然后再次行气囊扩张治疗。成功实施 EST 后立即给予中药干预治疗, 患者在 48 小时内临床症状不同程度的缓解, 血尿淀粉酶及血清胆红素明显下降。2 例因结石较大, 加之胆总管下段水肿狭窄, 碎石网无法通过远端故中转手术治疗。另有 1 例十二指肠乳头位于憩室内, 切开失败而中转手术治疗。EST 后并发急性胰腺炎 1 例、出血 1 例, 均较轻微, 经保守治疗痊愈。2 例并发胰腺假性囊肿, 均于后期手术治愈。

3 讨论

急性胆源性胰腺炎是一种病情凶险、进展快、并发症多、病死率高、临床表现复杂的疾病。常见的病因包括胆石症、胆系感染、胆道蛔虫、胆道肿瘤、胆管狭窄、缩窄性十二指肠乳头炎及奥狄氏括约肌功能紊乱等。而胆石症又是胆源性胰腺炎的主要病因约占 50%, 在重症胆源性胰腺炎中可达 88.8%^[2]。胆总管下段结石, 或胆总管下端炎症发作时, 胆胰共同开口处的括约肌受刺激后会增厚, 而影响胰液或胆汁的通畅, 或者是胆囊内的小结石排出后亦可阻塞在共同开口处, 或单独阻塞开口的胰管处, 这时胆汁或胰液就会返流到胰管, 并激活胰酶, 损伤胰腺细胞引起胰腺急性自身消化和坏死。因此, 去除梗阻, 通畅引流, 减少胆胰返流是治疗 AGP 的关键。早期采取非手术的治疗措施较难解除梗阻, 而早期手术治疗由于疾病本身和手术双重打击, 易引发全身炎症反应综合征和 MODS。与传统开腹手术方法相比, EST 是一种针对其发病因素中的关键问题而采用的

复方大承气汤对重症胰腺炎肠屏障影响

★ 张艳军 胡艳玲 王宝民 刘丽檀 (河北省唐山市人民医院 ICU 唐山 063000)

关键词: 复方大承气汤; 重症胰腺炎; 肠屏障; 中医药疗法

中图分类号: R 289.5 文献标识码: B

胰腺炎按病情轻重分为轻型 AP(MAP)、重型 AP(SAP), SAP 并发症多, 病死率高, 有文献报道达 20%~50%。SAP 发病机制复杂, 病情凶险, 多数患者可发展为全身炎症反应综合征(SIRS), 最终导致多器官功能衰竭(MOF)甚至死亡^[1,2]。北京市 MODS 课题组调查了 11 个省市 36 家 ICU 约 1 087 例 MODS 患者, 其中胃肠功能障碍的发生率为 40.

积极治疗手段, 不仅及时有效地去除了 AGP 的致病因素, 阻止了疾病的进一步发展, 避免了急性期采用开腹手术, 可能对患者造成的进一步打击。而且其安全有效、并发症少、创伤小, 与当前倡导的微创外科思路一致, 特别适合难以耐受开腹手术的患者。

中医学认为, 急性胰腺炎属“脾心痛”、“结胸”、“厥心痛”范畴, 其病机主要是肝郁气滞、湿热蕴结、肝胆脾胃实热所致。有研究认为由胰腺炎引起的腹胀和肠麻痹可引起肠道粘膜功能损害, 细菌过量繁殖及大量内毒素产生, 发生肠道细菌移位, 激发多器官功能衰竭和全身炎症反应综合征^[3]。通里攻下法是中医治疗阳明腑实证的主要方法。急性胰腺炎作为典型的阳明腑实证, 故采用清热解毒利湿、疏肝解郁、活血化瘀、理气止痛、通里攻下等功用的中草药予以治疗。通里攻下法治疗急性胰腺炎作用机理广泛, 主要包括增强胃肠道运动功能; 改善腹腔脏器血供和毛细血管通透性, 促进炎症吸收; 减少内毒素吸收, 防治细菌移位; 抑制全身炎症反应, 保护组织器官; 以及菌毒并治作用等^[4]。大承气汤苦寒泻下, 在急性胰腺炎治疗中可以起到利胆、利胰, 减少胰酶分泌, 改善肠道动力学, 抑菌, 减少肠道细菌移位和肠源性内毒素吸收等作用, 配合理气药以松弛 Oddi 括约肌, 改善胆胰管压力等, 为治疗急性胆源性胰腺炎的可能机制。

0% (440/1 087 例)^[3]。如何改善胃肠屏障功能, 防治菌群移位对 SAP 患者尤为重要。本研究拟探讨复方大承气汤对重症胰腺炎患者肠屏障的影响, 为 SAP 的治疗提供一定的参考。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选择 2007~2008 年 60 例 SAP 患者, 男性 34 例, 女性 26 例, 年龄 18~76 岁, 平均年

本组 28 例治愈 26 例, 治愈率 92.9%, 死亡 2 例, 死亡率 7.1%。其中成功实施 EST 的患者 1 例死亡, 3 例手术治疗患者 1 例死亡。死亡患者均为重症胰腺炎严重度 II 级病人。死亡原因为 ARDS 和循环衰竭。

总之, 应用 EST 联合通里攻下法治疗急性胆源性胰腺炎, 充分利用了内镜治疗成功率高, 并发症少, 住院时间短的微创特点^[5], 联合应用中药能取中西医治疗的长处, 提高疗效, 证明 EST 联合通里攻下法给治疗胆源性胰腺炎提供了较为安全有效的手段。

参考文献

- [1] 中国医学会外科学会分胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊疗草案[J]. 中华普通外科杂志, 2001, 16(11): 699-704.
- [2] Schiertroma M, Iannozzo R, Risetti A, et al. Treatment of acute biliary pancreatitis in the aged in endolaparoscopic era[J]. Minererva Chir, 1999, 54: 677-684.
- [3] 王兴鹏, 吴丽颖. 重症急性胰腺炎的病因及发病机制[J]. 胃肠病学, 2002, 7: 224-225.
- [4] 夏庆, 蒋俊明. 通里攻下法治疗急性胰腺炎的机理研究[J]. 2001, 8(2): 131-132.
- [5] 秦明放, 赵宏志, 王庆, 等. 微创治疗肝外胆管结石阶梯方案研究[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(2): 88-89.

(收稿日期: 2009-03-17 责任编辑: 周茂福)