

· 学术探讨 ·

重症急性胰腺炎诊治体会

★ 张桃凤 刘鸿彬 谢琼英 (江西省新钢中心医院 新余 338001)

关键词:重症急性胰腺炎

重症急性胰腺炎(SAP)占急性胰腺炎(AP)发病的20%~25%,其病情凶险,死亡率高。我院自2003年4月~2006年12月采用综合治疗15例重症急性胰腺炎,取得了较好疗效,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 15例患者均符合1997年中华医学会公布的急性胰腺炎的临床诊断标准和分级标准。其中男9例,女性6例,年龄44~71岁。合并胆结石、胆囊炎10例;十二指肠憩室炎、球炎2例;高血压病6例;高血脂症、脂肪肝3例;并发循环衰竭5例;ARDS3例;肾功能衰竭4例,上消化道出血2例;胰性脑病1例;肝功能损害6例;胰腺脓肿2例。全部病例均行彩超或CT检查,都显示胰腺组织弥漫性增大,回声减弱,胰腺周围及腹腔、盆腔有中大量积液,血淀粉酶和尿淀粉酶均高于正常。

1.2 治疗方法 全部病例均采用综合治疗方法。包括密切观察体温、呼吸、脉搏、血压、尿量;注意腹部体征变化,及时进行必要的辅助检查;心肺监护、禁食与胃肠减压、吸氧、抗感染等。适当应用镇痛、解痉药物,维持水、电解质平衡,保证血容量充足。根据情况应用肠外营养, H₂受体拮抗剂和质子泵抑制剂通过抑制胃酸来减少胰腺分泌,还应预防应激性溃疡的发生。必要时短期内应用皮质类固醇激素,并使用施他宁抑制胰腺外分泌,使用酶抑制剂如加贝酯。4例肾功能不全者进行血液透析。3例大量腹腔积液患者给予腹穿抽液+腹腔灌洗术。保护肠道屏障治疗胃肠功能衰竭,如生大黄、清胰汤,改善微循环,低分子右旋糖酐、多巴胺、纳络酮、钙离子拮抗剂、前列腺素 E₁ 等对改善胰腺和重要脏器的微循环有明显作用。5例合并胆道梗阻者给予 ERCP + EST 术,1例胆道梗阻反复发作者给予择期手术治疗,1例胰腺脓肿而行切除术,对心肺功能不全等并发症给予对症治疗。

2 结果

本组治愈12例,好转2例,死亡1例,死亡的主要原因是多脏器功能衰竭(MSOF)。治愈率为80%,死亡率为6.6%。本组治愈、好转病例的平均住院天数为27天。

3 讨论

临床上,急性胰腺炎的表现有轻有重,轻症患者占80%~90%,病情较轻,多经非手术治疗1~2周治愈,重症患者即重症急性胰腺炎(SAP)起病急,病情凶险,进展很快,多并发多脏器衰竭,病死率高达30%~50%,过去强调早期手术治疗,现主张以内科保守治疗为主的综合治疗。通过对以上15例病例的治疗,我们的体会是:

3.1 维持有效循环血量和改善胰腺微循环 微循环障碍是引起胰腺坏死的主要原因。SAP患者早期由于大量胰酶被

激活、外溢和胰腺自身消化,大量胰液和腹腔液体被隔离,积聚在第三间隙内,再经禁食——胃肠减压和患者呕吐,造成血容量不足,甚至导致休克(本组有5例)。因此,维持有效循环血量和抗休克是改善微循环的重要措施。应积极补充血容量,特别要注意补充胶体液,早期补充足够的白蛋白和新鲜血浆。还可有效地减少渗出和防止肺水肿。丹参和低分子右旋糖酐有抗凝和改善胰腺微循环的功能。可早期选用。同时动态监测血生化指标。及时调整补液量及液体成分。维持水、电解质及酸碱平衡稳定。密切监测血气变化。一旦出现低氧血症,应面罩给氧或实施呼吸支持,以纠正缺氧防止急性呼吸窘迫综合征(ARDS)。

3.2 减少胰腺分泌和抑制胰酶活性 ①禁食及胃肠减压能减少胃酸与食物刺激胰液分泌。并减轻呕吐和腹胀。②抗胆碱药如阿托品、山莨菪碱等,虽可减少胰腺分泌,但它会加重肠麻痹使腹胀加剧,故不主张常规使用,我们用硫酸镁或解痉灵静滴达到良好效果。③质子泵抑制剂较 H₂受体拮抗剂更能有效地抑制胃酸分泌和预防应激性溃疡的发生。④生长抑素及其衍生物能抑制各种因素引起的胰酶分泌,抑制胰酶合成和胆囊收缩素(CCK)的释放,改善胰腺血液循环,降低oddi括约肌痉挛,我们的体会是尽早使用并用微量泵24小时持续泵入。⑤胰酶抑制剂,甲磺酸加贝酯(FOY)是一种合成的胰酶抑制剂,对胰蛋白酶、缓激肽、纤维蛋白溶酶、脂酶C、磷脂酶A₂均有抑制作用,此外尚有松弛oddi括约肌,抑制氧自由基的功能。

3.3 预防和治疗肠道衰竭 SAP时,机体免疫功能下降,肠道细菌易发生移居,致使脏器感染,再度激活细胞因子,引起循环中第2次细胞因子高峰,趋化更多的中性粒细胞,造成多器官功能障碍综合征(MODS)甚至多器官功能衰竭(MOF),即“二次打击”理论(本组有6例)。因此,减少肠道细菌移居,积极预防和治疗肠道衰竭对于SAP有重要意义,及早给予促肠道动力药物,包括生大黄、芒硝、硫酸镁等,本组有7例使用中药清胰汤或单味大黄加芒硝(生大黄30~50g加芒硝6~12g)煎水胃管内注入,通便,消胀,缓解腹痛效果良好。生大黄除导泻作用外,还具有抑制胰酶活性,抑制巨噬细胞过度激活及中性粒细胞浸润,减少炎症细胞因子及自由基释放的作用,并抑制血管通透性,维护肠管屏障功能,免除肠菌移位。

3.4 减少和阻断细胞因子,炎症介质的恶性循环 ①高容量血液滤过(HVHF)能有效地消除血液中50kd以下的中分子量物质,故可用来清除SAP时过多释放的细胞因子和炎症介质,阻断全身炎症反应综合征(SIRS)。减少MODS和脓毒症等并发症的发生。是SAP早期有效的辅助治疗措施。本

组有4例合并肾衰者采用短时血滤治疗均治愈好转,体会是开始血滤的时间应早,以72小时之内为好。在此时间段内,细胞因子的级联反应容易控制,且继发释放的化学因子与细胞因子还没形成恶性循环。②腹腔灌洗可以及时清除和稀释腹腔内的渗出液,各种被激活的胰酶、血管活性物质、细菌及其毒素,防止炎症渗出物的吸收,减少胰酶及炎症介质对周围组织和全身各器官的损害。从而达到减少局部组织坏死,全身炎症反应及并发症的发生率。本组有3例大量腹水者采用腹腔穿刺置管灌洗治疗效果良好。我们的体会:腹腔灌洗操作简单、安全、易行,可缩短住院时间,降低并发症的发生率和病死率。

3.5 预防性使用抗生素 大多数重症急性胰腺炎与胆道疾病有关,大多数合并胰腺坏死继发感染,因此,及时合理有效地应用抗生素对预防极为重要。要选用能够通过血胰屏障而达到有效治疗浓度的抗生素,如喹诺酮类、头孢类和甲硝唑。

3.6 适时选择肠内外营养支持 SAP患者处于高度应激状态,分解代谢亢进,能量的消耗要高于正常人的20%~50%,且由于长期禁食,营养支持成为SAP治疗不可缺少的措施。营养支持的目的是要在不刺激胰腺分泌和加剧胰腺自身消化的基础上满足新陈代谢增高的需要,全肠外营养(TPN)仍

是治疗SAP的标准营养方案,然而长期使用TPN可导致肠粘膜萎缩且具有费用高及并发症多等缺点。近年研究表明肠内营养(EN)可保护肠粘膜屏障,改善肠道功能和防止肠源性SIRS、MOF,故主张SAP病初期(1周)应以TPN支持为主,第2周开始逐渐过渡到EN,由TPN过渡到EN的时间应不少于1周,EN具有简单、实用、价廉、安全。

3.7 内镜介入治疗 本组有5例因胆石症引起的急性胆源性胰腺炎(ABP)采用十二指肠镜逆行胰胆管造影(ERCP),经十二指肠乳头括约肌切开术(EST)的治疗均取得良好效果,缩短了住院时间,降低了胰腺炎发生率和死亡率。其机理为早期内镜介入可消除共同通道梗阻。恢复胆流,减少胆汁胰管反流,阻止ABP的进一步恶化,减少并发症和降低死亡率。因此,内镜介入(ERCP、EST等)以其微创性,可重复性,并发症少,费用低等优点正逐步取代部分外科手术,成为胰腺疾病治疗的一个方向。

3.8 外科治疗 本组1例老年患者,因年龄大,合并高血压、糖尿病,后因胰腺脓肿而行手术治疗,最后因MOF而死亡。另1例因胆石症反复发作而行择期手术治愈。总之,SAP未并发感染时应采取内科综合治疗,一旦并发感染或内科治疗未能控制病情则应及时与外科协作,把握好中转手术的时机,获得最佳的治疗效果。

中西药联用探析

★ 林国华 陈玉心 郑碗玉 (福建中医学院附属人民医院 福州 350001)

关键词: 中西药联用;优势;配伍禁忌

中西药联用始于明末清初,最具有代表性的医家张锡纯大胆首创“生石膏阿司匹林汤”临床用于治疗温病发热,可谓开创了中西药联用的先河,随着近年来中西药结合工作的深入开展,中西药联用已日趋广泛遍及临床各个学科,成为我国临床用药的优势与特色。本人根据现代文献报告、药理研究,结合临床就中西药联用的原则、优势、禁忌做以下概述:

1 中西药联用的原则

中西药联用绝不是将相同药效的中西药相互叠加,而是根据各自的特点,进行理论的、科学的系统分析,做到充分发挥各自优势取得优于单独使用的综合疗效,消除或降低其不良反应及毒副作用,缩短疗程,减少药量及配伍禁忌,扩大适应范围,促进药物吸收。

2 中西药联用的优势

人们普遍认为“中医治本、西医治标”,中药药性平和,毒副作用小,安全可靠;西药见效快,副作用大。两者并用,优势互补。从而形成了中西药合璧的用药模式。

2.1 增效协同作用 (1)糖尿病联合共用,西药降糖药与中药知母、黄连、人参与中成药六味地黄丸等联用可明显改善糖尿病患者乏力、口渴、精神不振等症状。现代药理研究证明六味地黄丸中山茱萸、丹皮、山药、茯苓均有降血糖作用,地黄加泽泻、山茱萸和丹皮可提高肝糖原的含量,还能减轻糖尿病性神经和肾功能损害。对气阴两虚糖尿病有良好的效果。人参与胰岛素合用可减少胰岛素的剂量,延长降糖作用时间。(2)心血管疾病联合用药,生脉注射液联用西药常

规治疗心肌梗塞、心力衰竭具有协同作用,能提高心肌梗塞抢救率,比临床单用西药疗效好,有资料表明生脉注射液有显著的正性肌力作用,能增加心肌收缩力和收缩幅度,增强心脏泵血功能,增加冠脉流量,改善心肌供血调整心脏代谢,增加耐缺氧能力。因此具有抗心率失常,改善微循环,抗休克作用。对心肌梗塞并发心源性休克、冠心病、心绞痛及心率失常等是临床治疗的一种好办法。(3)降压药联用。降压药卡托普利与中药天麻、地龙等平肝息风药联用,能改善老年高血压症状。最常见的降压药,复方罗布麻就是由中药罗布麻、野菊花与西药硫酸双胍屈嗪组成,从而达到标本兼治相辅相成的功效。(4)消化系统疾病联合用药:胃丙胺片由丙谷胺加入适量的甘草、冰片、白芍能起到协同作用,加强制酸止痛,促进溃疡面愈合,疗效较单剂西药丙谷胺为优。复方陈香胃片由中药陈皮、木香、石菖蒲、大黄加入西药碳酸氢钠、氢氧化铝、硫酸镁,具有行气止痛、化湿健脾、制酸泻浊的功效,对中医临床辨证为气滞型的胃及十二指肠溃疡,表现为吞酸嗳气、痞滞、嘈杂症状的疗效比单用西药或中药疗效佳。(5)抗生素与清热药联用:药理研究表明中药黄连、黄芩、黄柏等具有较强的抗菌作用,与抗生素联用可增强疗效。如白头翁、香连丸与抗生素痢特灵、四环素、氟哌酸等联用治疗肠炎、痢疾有协同作用。(6)其他方面联用:现代药理研究表明中药丹参含丹参酮具有改善微循环,使外周微循环障碍现象明显改善,局部淤血循环改善,愈合时间缩短,与抗炎药地塞米松合用可以减轻急性炎症反应,减少增生、松解粘连,