

大承气汤加味治疗 重症急性胰腺炎并发麻痹性肠梗阻临床观察

李宝贤 王 勤
(城固县医院,陕西 城固 723200)

摘 要:目的 观察中药大承气汤加味对重症急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻的疗效。方法 对重症急性胰腺炎发病24~48小时内出现麻痹性肠梗阻表现的28例患者,在西医常规治疗的基础上给予中药大承气汤加味胃管内注入或口服,每日一剂。结果 28例患者在胃管内注入或口服大承气汤加味2~3天后,麻痹性肠梗阻均得到有效缓解,肠道功能恢复,腹胀等症状改善。结论 重症急性胰腺炎患者并发麻痹性肠梗阻后,加用中药大承气汤加味可快速恢复肠道功能,缓解临床症状。

关键词:重症急性胰腺炎;麻痹性肠梗阻;大承气汤
中图分类号: R 574.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2015)01-0035-02
DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.01.014

重症急性胰腺炎发病急、变化快、病情危重、复杂,预后不佳,病死率高。由于胃肠道与胰腺同属消化系统,且胃与十二指肠及结肠紧邻胰腺,因此胃肠道往往是重症急性胰腺炎首先受影响的器官之一。麻痹性肠梗阻是其重要的并发症之一,一方面重症急性胰腺炎发展会出现麻痹性肠梗阻,另一方面麻痹性肠梗阻会加重重症急性胰腺炎,故尽早处理麻痹性肠梗阻,对治疗重症急性胰腺炎及减轻患者的痛苦,都非常必要。本研究旨在观察对重症急性胰腺炎并发肠梗阻患者加用中药大承气汤加味的临床疗效,并探讨其作用机理。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照诊断及纳入标准,收集2009年1月~2013年11月在我院消化科住院的52例重症急性胰腺炎患者,其中男性40例,女性12例,年龄13~78岁,平均46岁。其中胆系疾病30例,高脂血症18例,糖尿病4例。52例重症急性胰腺炎患者中,在发病24~48小时内出现麻痹性肠梗阻表现的有28例。其中男性26例,女性2例;年龄15~78岁;伴有胆系疾病者19例,高脂血症者8例,糖尿病者1例。

1.2 诊断及纳入标准^[1] 麻痹性肠梗阻的诊断标准:肛门停止排便排气,肠鸣音减弱或消失,腹

部平片见广泛肠道扩张。所有病人均为在发病72 h内入院的患者。对于有心血管、肝、肾和造血系统严重的原发性疾病者,妊娠及哺乳期妇女以及出现感染性坏死、脓肿或假性囊肿等局部并发症或二者兼有者排除在外。

1.3 治疗方法 52例重症急性胰腺炎,其中并发麻痹性肠梗阻28例,为治疗组;其余24例为对照组。患者确诊后全部进行保守治疗,包括重症监护、禁饮食、胃肠减压、纠正水电解质紊乱、抑制胰腺分泌、抑制胰酶活性、抗感染、全胃肠外营养或肠内营养支持。对28例出现麻痹性肠梗阻患者在以上治疗的同时,给予中药大承气汤(加味):柴胡10 g,黄芩10 g,枳实10 g,厚朴10 g,白芍10 g,芒硝10 g(冲服),生大黄10 g(后下)。每日一剂。每剂用水煎成300 mL,胃管内注入或口服,每次150 mL,每日2次。一般1~3天后患者腹痛、腹胀减轻,直至缓解,不再呕吐,肛门自行排气排便,胃肠减压引流物明显减少(排除胃肠减压管梗阻、故障),查体:腹部压痛减轻、甚至缓解,肠鸣音恢复,可判定使用中药有效。待腹痛、腹胀减轻、缓解,肛门自行排气、排便,无恶心、呕吐,说明肠功能恢复,可停止口服或胃管内注入中药大承气汤(加味),继续使用西医常规治疗,并注意监测血、尿淀

粉酶及电解质变化。

2 结果

52 例重症急性胰腺炎患者均经内科保守治疗痊愈,住院时间 12 ~ 32 天,平均 19.5 天。其中病程中合并有麻痹性肠梗阻的 28 例患者,均在给予中药大承气汤(加味)治疗后的第 1 ~ 3 天腹胀、腹痛缓解,2 ~ 3 天开始排气、排便,全身症状减轻,查体肠鸣音恢复,腹部压痛、叩痛减轻。住院期间使用中药大承气汤加味治疗的 28 例患者均未再出现病情反复,复查上腹部 CT 见胰腺炎症逐渐吸收,血、尿淀粉酶恢复正常,痊愈出院。中药使用 1 ~ 3 天即可起效,最少 1 天,最多 3 天,且减少了奥曲肽、加贝酯等贵重药物使用时间,为患者节省了住院费用及时间。住院时间 14 ~ 28 天,平均 19.3 天,与未合并麻痹性肠梗阻的 24 例患者的住院时间基本相同,并无明显延长,如表 1 所示。

表 1 两组临床症状改善时间比较 (n)

组别	n	腹痛腹胀症状	肛门恢复排气	肠鸣音
		改善至缓解(天)	排便(天)	恢复(天)
对照组	24	3 ~ 4	4 ~ 5	3 ~ 4
治疗组	28	1 ~ 3	2 ~ 3	2

远期疗效观察:对完全治愈的患者嘱出院后注意饮食。随访 6 个月,未见复发者。

3 讨论

重症急性胰腺炎是一种高危、凶险疾病,病死率高达 20 % ~ 40 %。重症胰腺炎时胰腺坏死或感染通过诱导宿主过度的免疫反应而导致全身组织、器官的损害。由于血供障碍,弹力蛋白酶,PLA2 等胰酶,缓激肽等血管活性物质,胰源性毒素,细胞因子、格兰氏阴性杆菌产生的内毒素在病程中互相诱生,并随血流释放到各系统、器官,互相作用、互相影响,即可引起多器官、多系统损害^[2]。重症胰腺炎时由于毛细血管渗漏导致后腹膜和腹腔内大量液体渗出,加之腹膜本身水肿,肠麻痹和肠腔内液体潴留,故容易引起腹内高压,甚至发展成腹腔间隔室综合征^[2],在合并麻痹性肠梗阻时,常能直接或间接导致腹内压增高,腹内压升高后,导致心血管系统、肺通气功能、肾脏、腹腔内脏、腹壁、颅脑等功能障碍或衰竭综合征,导致

心血管紊乱、肺功能不全、肾功能不全、腹腔内脏异常、腹壁损害、颅脑功能失调。因此,在重症急性胰腺炎的治疗中,尽早有效处理麻痹性肠梗阻,越早排出粪便、黏液、坏死组织,减轻腹内压力,就越能有效防止肠道细菌的移位和内毒素的吸收,减少各种严重并发症的发生。

重症急性胰腺炎并发麻痹性肠梗阻,可归属于中医学的“腹痛”“腹胀”“阳明腑实证”等范畴,多属里实热证,依据“实者攻之,热者寒之,滞者通之,积者散之”的原则,我们采用大承气汤加味治疗。该方具有通里攻下,消痞除满,清热解毒,活血等功效,能有效消除肠麻痹及肠胀气,减轻腹腔脏器水肿及消除积液,从而降低腹压,缓解临床症状。现代药理研究^[3]表明,大黄对炎症早期的渗出、水肿和炎症后期的结缔组织增生均有明显的抑制作用,能抑制胰酶分泌,并使胰淀粉酶活性降低,还有较强的广谱抗菌作用,但久煎则致泻力大大减弱;柴胡、枳实、厚朴能兴奋胃肠平滑肌,促进胃肠蠕动;芒硝能消炎、利胆、促进肠道蠕动、导泻。白芍有止痛作用,广谱抗菌作用,并能抑制胃液分泌以减少对胰腺的刺激。本组重症急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻的 28 例患者,经加用中药大承气汤加味治疗后,麻痹性肠梗阻症状均得到快速有效的解除,所有病例均得到内科治愈,平均住院时间无增加。因此,在重症急性胰腺炎并发麻痹性肠梗阻明确诊断后,早期应用中药大承气汤加味治疗,不但争取了治疗时间,减少了患者痛苦,而且还有利于减轻患者临床症状,促进胰腺炎的恢复,降低死亡率,提高重症急性胰腺炎的抢救成功率,减少住院时间,降低住院费用,节省医疗资源,故值得推广应用。

参考文献

[1] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中华内科杂志, 2004, 43 (3): 236-238.
[2] 郑国荣, 谭洁, 郑建超, 等. 实用消化病学[M]. 2 版, 北京: 科学出版社, 2007: 932, 934-935
[3] 彭成. 中药药理学[M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 33.

(收稿日期: 2014-04-17 编辑: 王益平)