

# 生脉注射液治疗急性胰腺炎合并 多器官衰竭 32 例

蒋俊明

华西医科大学附属第一医院 中医科 (成都 610041)

**内容摘要** 用华西牌生脉注射液治疗急性胰腺炎合并多器官衰竭 32 例,结果治愈 31 例,死亡 1 例,取得了满意疗效。并着重从急性胰腺炎证候分类的热病观、生脉注射液的应用及其疗效原理和综合治疗的重要性三个方面对急性胰腺炎合并多器官衰竭的治疗问题进行了讨论。

**关键词** 华西牌生脉注射液 重症急性胰腺炎 治疗 多器官衰竭

急性胰腺炎继发胰源性中重度休克和/或多器官功能衰竭或损害(MSOF),临床即可诊断为重症急性胰腺炎(SAP)。众所周知,SAP是MSOF的主要原发病,病死率极高。我院80年代收治的86例SAP中合并MSOF者37例,发生率为43%,其中因MSOF死亡29例,病死率为33.7%(29/86),为MSOF本身病死率的78.4%(29/37)。其预后之险恶,实为急腹症和急救医学中亟待解决的重大难题。

为了改善本病的预后,我校在国家中医药管理局“八·五”重大课题经费资助下,对该病开展了以中医药益活清下法为主的中西医结合治疗的前瞻性研究。我们首先提出以中医整体观、辩证观和热病观的基本理论为指导;以热病理理论阐述其病机证治与理法方药;以益气救阴、活血化瘀、清热解毒、通理泻下法(简称益活清下法)诸法方药联合应用,中西医病证结合辩证论治的综合疗法。益气救阴以华西牌生脉注射液作为急救治疗的主要中成药,以期通过阻断病机发展,控制胰腺及胰周器官炎症,防治胰源性休克和MSOF,从而降低病死率,提高治愈率。近期收治32例,治愈31例,死亡1例,取得了满意的疗效。本文着重对华西牌生脉注射液的临床应用及其作用原理,进行探讨。

## 1 临床资料

### 1.1 病例选择

急性胰腺炎病程在5日以内,或病程在5日以上,经检查尚无胰腺或胰周脓肿形成,无胃肠坏死穿孔征象,无腹腔内或腹膜后大量积液伴感染,符合SAP合并MSOF的诊断标准者,均被列为中西医结合非手术治疗的观察对象。

### 1.2 临床诊断标准

突发上腹剧痛、恶心、呕吐、腹胀、便秘并伴有腹膜刺激征,经检查可除外胃肠穿孔,绞窄性肠梗阻等其它急腹症,并具备下列5项中之3项,或1,2和3~5项中之各一项以上者,即可诊断为SAP。

(1)血、尿淀粉酶增高,或突然下降到正常,但病情恶化;

(2)B超或CT检查示胰腺肿大,质不均,胰外有浸润或积液;

(3)血性腹水或炎性腹水,其淀粉酶增高者;

(4)中、重度休克;

(5)伴有或继发单个或多个重要器官功能的严重损害或衰竭。

器官功能衰竭的依据:

肺:呼吸困难, $>35$ 次/分, $\text{PaO}_2 < 8.0$  kPa (60mmHg)。肾:尿量 $<500\text{ml}/24\text{h}$ (20ml/h),  $\text{BUN} > 7.5\text{mmol/L}$  ( $>100\text{mg/dl}$ ),  $\text{Cr} > 177\mu\text{mol/L}$  ( $>2\text{mg/dl}$ )。

肝:黄疸、胆红素 $>34\mu\text{mol/L}$  (1mg/dl), SGPT 达正常的 2 倍以上,血清蛋白 $<30\text{g/L}$ 。

胃肠:肠麻痹、呕血或黑便,估计出血量在 1000ml 以上,胃镜见粘膜糜烂,溃疡。

心:低血压,心率 $<54$ 次/分或 $>130$ 次/分,平均动脉压 $<6.5\text{kPa}$ (49mmHg)。

脑:神智模糊、谵妄、昏迷。

凝血象: DIC、PT、PTT 延长,血小板 $<8$ 万/ $\text{mm}^3$ ,纤维蛋白质 $<150\sim 200\text{mg/dl}$ 。

### 1.3 中西医结合非手术治疗疗效评定标准

1.3.1 临床治愈 症状、体征完全消失,化验检查正常,影像学检查基本正常。

1.3.2 显效 症状体征基本消失,化验检查基本正常,但并发胰腺假性囊肿、局限性腹腔感染,可以非手术疗法治疗者。

1.3.3 有效 临床症状体征减轻,但需中转手术治疗者,或胰腺假性囊肿形成并发感染需行手术治疗者。

1.3.4 无效 经中西医结合非手术治疗无效死亡者及在治疗中病情恶化,需急诊中转手术治疗者。

### 1.4 一般资料

按照上述标准,本组患者中男性 18 例,女性 14 例,男与女之比约为 1.3:1;年龄最小 16 岁,最大 78 岁,16~49 岁者 13 例,50~54 岁者 6 例,55~64 岁者 9 例,大于 65 岁者 4 例,55~78 岁者 13 例。平均年龄  $47.67 \pm 14.10$ 。

### 1.5 主要临床表现

本组 32 例均有突发上腹疼痛、呕吐、腹胀、便秘、腹膜刺激征和肠麻痹等症征。体温  $37.5\sim 38^\circ\text{C}$  者 11 例,  $38.1\sim 39^\circ\text{C}$  者 16 例,  $>39^\circ\text{C}$  者 5 例。白细胞总数:  $10\sim 16 \times 10^9/\text{L}$  者 9 例,  $16.1\sim 20 \times 10^9/\text{L}$  者 8 例,  $>20 \times 10^9/\text{L}$  者 15 例,最高  $35 \times 10^9/\text{L}$ ;分类计数:中性白细胞 $>$

90%者 14 例,最高达 98%。淀粉酶共测 32 例,其中血清淀粉酶升高 15 例,尿淀粉酶升高 21 例。腹水淀粉酶共测 13 例,升高者 11 例。血糖 $>11.2\text{mmol/L}$ 者 11 例,血钙 $<2\text{mmol/L}$ 者 4 例。

影像学检查: B 超检查 32 例,31 例均有胰腺肿大,质不均,或回声减弱和不同程度的胰周积液。另 1 例发病 3 小时检查胰腺无肿大,12 小时后死于休克,抽出血性腹水,淀粉酶 1024u。CT 检查 24 例,均有不同程度的胰腺肿大、横结肠及小肠系膜根部水肿、腹腔或腹膜后间隙炎症浸润和积液。影像检查尚发现胆囊结石 18 例,胆道蛔虫 2 例,胰管蛔虫 2 例。

胰外器官损害表现:肺具有不同程度的肺表现者 29 例(胸水 27 例,胰性肺炎 21 例,呼吸 $>30$ 次/分 29 例,其中吸 $>35$ 次/分 11 例),  $\text{PaO}_2 < 8.6\text{kPa}$  17 例,  $\text{PaO}_2 < 8\text{kPa}$  6 例;符合早期 ARDS 诊断者 11 例。肾:尿常规异常 29 例(蛋白尿 24 例,血尿 21 例,管型 10 例,尿糖阳性 11 例);  $\text{BUN} > 7.5\mu\text{mol/L}$  7 例,  $\text{Cr} > 177\mu\text{mol/L}$  11 例。心:急性左心衰 3 例,其中血压下降 1 例;中毒性休克 5 例,其中血压测不出 2 例。心电图异常(心律失常及 ST 段下移)12 例,心率 $>130$ 次/分 10 例。肝:SGPT 升高达两倍以上者 6 例,血清白蛋白下降到  $30\text{g/L}$  者 6 例。胃肠:肠麻痹 30 例,出血 5 例。胰性脑病 5 例。DIC 4 例。综上所述,32 例患者均有胰外器官损害或衰竭,其中具有 7 项者 2 例,6 项者 2 例,5 项者 4 例,3 项者 12 例,2 项者 7 例。

### 1.6 治疗与预后

1.6.1 治疗方法 急性期的治疗,包括以下几个方面:

1.6.1.1 基础治疗:禁食、胃肠减压、补液支持、纠正低血容量、维持水电解质与酸碱平衡。

1.6.1.2 中医中药治疗:本组根据 SAP 急性期常见证候,将其分为气分邪实证、营血毒热证、热病脏衰证,采用通里泻下、清热解毒、活血化瘀、益气救阴四法合用,进行辨证施治。

(1)生脉注射液 40~80ml/d 分次静脉点滴。

(2)丹参注射液 40~120ml/d,分次静脉点滴。

(3)汤剂以柴芩承气汤和柴胡解毒汤为基础方,随证化裁,泻下之后,根据病情增减硝黄用量,调整处方用药。

(4)足三里等穴针刺或穴位注射,用于促进肠鸣恢复,增加肠蠕动,或减轻腹痛。

(5)腰肋背部肿胀、红肿疼痛者,可外敷六合丹或消炎散。

1.6.1.3 抗菌素:为预防和治疗胰腺、胰周及胆道和全身的继发感染,本组患者及时使用了抗菌药物。

1.6.1.4 其它治疗:吸氧等其它西医对症疗法,根据病情短期加用。

1.6.1.5 手术治疗:本组 32 例中无一例急症中转手术者,仅 2 例假性胰腺囊肿形成并发感染者进行了择期引流

## 1.6.2 预后

32 例中 27 例经非手术临床治愈,2 例显效,2 例有效,1 例无效死亡。

## 2 讨论

### 2.1 SAP 证候分类的热病观

SAP 的中医证候分类迄今尚未统一。根据我院对 SAP 辩证论治的临床实践,我们认为本病病机证治与理法方药的理论与实践的统一似应以中医热病理论为指导,或可找出本病临床表现复杂、证候繁多的内在联系。

我们认为:从 SAP 病机演变过程及其临床表现诸多症候来看,用伤寒六经辩证,难以概括本病临床常见的热瘀血症和脏衰证,温病虽有血症的论述,但脏衰证尚未独立加以阐明。从内经有关热病的论述看,本病应属“脾热病”的范畴。我们提出用热病气分、血分、脏衰分期辩证的理论加以概括,将本病分为气分证、血分证、脏衰证期和恢复期。本病气分证期,包括脾胃实

热证,结胸实热证,肠结实热证,中焦(肝胆脾胃)实热证或湿热证等证候。在营血分证期则可表现为气阴暴伤、神失气脱、热深厥深的厥脱证(休克);或由气入营、气营两燔、火毒炽盛、热腐成脓的脏腑痈疡证;或湿热火毒、邪留膜原,上溢胸膈,下注盆腔,外达腰背肌肤的流注痈疡证;或毒邪入血,耗血动血、迫血妄行的热瘀血症(DIC)。脏衰证期,则多因毒邪弥漫三焦,“三阴三阳,五脏六腑皆受病,荣卫不行,五脏不通”,而致气血败乱,脏气衰败的诸多脏衰证候,而危及生命。大病之后,邪去正伤,故瘥后则多见气阴(血)两伤,或脾胃不和,或脾虚湿困,或余邪未尽,湿热留恋,或热血相结而遗留症瘕积聚等证。

本组 32 例的临证经过具有上述临床表现,符合热病分期辩证的认识,但有关 SAP 证候分类的完善,尚有待进一步深入探讨,以求得国内同行的共识。

### 2.2 生脉注射液的应用及其疗效原理

生脉注射液治疗 SAP 合并 MSOF 未见文献专题报告。本组采用中西医病证结合、辩证论治的综合疗法,以华西牌生脉注射液作为益气救阴的基本方药,用于治疗 and 预防气阴两虚或气阴两脱证。在抢救 SAP 合并 MSOF 的综合治疗中,常以生脉注射液 40ml 加入 5%葡萄糖液或 0.9%氯化钠注射液 250~500ml 中静滴,每日 1~3 次,两周为一疗程,每日用量和静滴速度根据病情加以调整。我们认为及早使用生脉注射液防治气阴两脱证,是本组疗效取得突破性进展的一个重要措施和特色。

药效学研究结果表明,生脉注射液具有以下多方面的作用<sup>[1~4]</sup>:

具有抗中毒性休克、抗失血性休克、调节血压和强心作用;能增加冠脉血流量、改善心肌缺血、调整心肌代谢、提高耐缺氧能力;能降低血液粘度和血小板聚集、抑制血栓形成,改善血液流变性,改善微循环;还能提高机体活力和肝脏能量代谢;显著对抗毛细血管通透性的增高而

具非特异性抗炎作用;显著提高内源性皮质激素水平;激活吞噬功能,抑制 IgE 介导的体液免疫而显著提高机体的细胞免疫功能等。

这些广泛的药理作用,对于从多个环节阻断 SAP 的病机演变,预防和治疗休克与 MSOF,促进机体器官功能的恢复,无疑具有重要的积极作用,但临床益活清下法方药是综合应用而取得疗效的,因此,如何阐明生脉注射液和其他方药的相互作用和协同疗效的机理,则尚需进行更深入具体的研究。

### 2.3 综合治疗的重要性

本组 SAP 合并 MSOF 的治疗,治愈率的提高,死亡率的下降,是中西内外结合综合治疗的结果。因此,我们强调无论对本病的认识和各种治疗措施的应用,都应坚持整体和辩证的观点。现代诊疗技术的进步,使我们减少了治疗的盲目性,严密监护、谨守病机,置病人于加强医疗病室,早期诊断、早期治疗,是有效防治 MSOF 的必要条件,但应正确掌握手术与非手

术疗法的适应症,防止绝对化。在运用中医中药治疗的同时,基础治疗中的液体疗法,营养疗法、防治内脏器官功能损害和衰竭的有关其它措施的正确运用,以及对部分患者进行必要而及时的手术治疗,均具有同等重要的意义,不可偏废。

本组 32 例使用生脉注射液,治愈出院者 31 例,死亡 1 例。用药均采用静脉滴注,疗程多为两周,未发现毒副作用。

### 参 考 文 献

- 1 张秦怀,蒋俊明.生脉注射液治疗感染性休克.中西医结合杂志,1983;3(1):10
- 2 楚 延.生脉注射液的抗炎作用及对免疫功能的影响.药学通报,1984;19(7):23
- 3 楚 延.生脉注射液对内源性糖皮质激素水平的影响.中成药研究,1983;(10):25
- 4 严永清.生脉散的现代研究概况——生脉散口服液的综合研究.北京:中国医科学技术出版社,1990:399~414  
(1995-04-15 收稿)