

文章编号:1005-2194(2001)10-0631-02

冰片、砒硝外敷配合综合疗法治疗 急性重症胰腺炎临床观察

黄修海 张登科 毕超 李学文 卢吉平 张一帆

中图分类号:R74 文献标识码:A

急性重症胰腺炎(acute severe pancreatitis, ASP)是常见的危重急腹症之一,因早期手术治疗可加重内环境紊乱及胰腺组织的坏死,并增加手术并发症及感染机会,多数学者认为早期积极的非手术治疗能降低 ASP 的病死率^[1]。我院自 1996 年 1 月起,对 48 例 ASP 分别采用内科综合治疗加冰片、砒硝外敷治疗和单纯内科综合治疗,对二种方法的疗效进行观察,发现冰片、砒硝外敷治疗 ASP,对缓解患者腹部症状体征及预防和治疗并发症有着明显的疗效。现将我们的方法和经验介绍如下。

1 临床资料

ASP 48 例,男 26 例,女 22 例,平均年龄 46.5 岁(1774 岁),发病至入院时间为 672h,94% 的患者为起病后 12h 内急诊入院,发病诱因:胆道疾病 22 例,其中 2 例为乳头切开后(EST)术后;饮酒 12 例;暴食 10 例;不明原因 4 例。其临床表现腹痛 48 例(100%),恶心、呕吐 42 例(87.5%),发热($T > 38.5$) 23 例(47.9%),黄疸 5 例(10.4%),腹膜炎 39 例(81.3%),ARDS 2 例(4.2%),休克 6 例(12.5%),急性肾衰 1 例(2.1%),上消化道出血 1 例(2.1%)。血淀粉酶升高 48 例(100%),白细胞 $> 16.0 \times 10^9/L$ 31 例(64.6%),血尿素氮升高 9 例(18.8%),血钙 $< 2\text{mmol/L}$ 32 例(66.7%),血糖 $> 11.2\text{mmol/L}$ 10 例(20.8%),乳酸脱氢酶 $> 350\text{U/L}$ 2 例(4.2%),门冬氨酸转氨酶 $> 250\text{U/L}$ 6 例(12.5%),氧分压 $< 8\text{kPa}$ 2 例(4.2%),剩余碱 $< -4\text{mmol/L}$ 20 例(41.7%),腹水 35 例(72.9%),胸水 6 例(12.5%)。所有患者均行 B 超检查,32 例行 CT 检查,全部患者入院后 48h 内按 Ranson 分级,平均为 3.82 项。随机分为治疗组和对照组各 24 例。

2 治疗方法

内科综合治疗是患者入院后予以禁食禁水、下胃管持续胃肠减压、补液及维持水电解质平衡、抑制胃肠道分泌(西米替丁或洛赛克、5-氟尿嘧啶或善得定)、解痉止痛

(654-2、维生素 K_3)、改善微循环(低分子右旋糖酐或复方丹参)、防止脑水肿(甘露醇或速尿)、抗生素(氧氟沙星或头孢哌酮加甲硝唑)及中药(清胰汤)。治疗组采用内科综合治疗加冰片 20g、砒硝 50g 碾末外敷胰腺体表投影区和(或)局部炎性包块处,每日 1 次;对照组只采用内科综合治疗。在治疗过程中严密观察临床症状体征变化,定时测定血糖、血钙、血尿酸淀粉酶、白细胞数及腹部 B 超等检查。

3 结果

治疗组患者全部治愈,平均治愈天数为 12d,无一例并发腹腔炎性包块和假性囊肿。对照组平均治愈天数为 16d,1 例死亡,4 例并发腹腔炎性包块,6 周后复查 B 超包块均吸收,5 例并发假性囊肿,8 周后复查 B 超 2 例吸收;治疗组腹部压痛反跳痛及肌紧张 612h 明显缓解消失,而对照组平均 72h 才缓解。经统计分析,两组发热、腹痛、腹胀、肌紧张、白细胞数、血糖、血钙、血尿酸淀粉酶、腹水、胸水等指标的开始好转及恢复正常平均天数比较均有差别($P < 0.05$),尤其是腹痛、腹胀及肌紧张的缓解消失和腹腔炎性包块及假性囊肿并发症的发生,两组之间存在着非常显著的差异($P < 0.01$)。

4 讨论

ASP 发病凶险,并发症多而重^[2],病死率高达 25%~40%^[3]。ASP 的发病机制复杂,以往认为系由胰酶激活后引起胰腺组织自身消化所致的急性化学性炎症。但晚近的研究资料表明,ASP 的发生与发展不一定或不完全取决于胰酶的消化,而与循环因素有着极其重要的联系,ASP 的发生与发展与血液循环障碍有关,王兴鹏等^[4]认为:胰腺缺血是引起急性胰腺炎的始发因素,缺血可导致胰腺细胞膜功能破坏,最终导致自身消化作用;缺血本身会促使大量钙离子流进细胞内,钙离子内流一方面激活磷脂细胞系统,导致溶酶体膜破坏和酶的释放,另一方面促发大量毒性炎症介质的释放,导致胰腺、肺、肾、脑等组织细胞膜磷脂结构分解,造成脏器的损害;抗胰蛋白酶减少,加重胰腺的损害。氧自由基参与了 ASP 的病理生理过程,氧自由基造成膜稳定性降低,可使胰腺细胞溶酶体释放和消化酶的活化释放,它还能激活磷脂酶 A,使胰腺细胞膜上的卵磷脂分解,进一

作者单位:解放军 163 中心医院(长沙,410003)

步造成胰腺组织损害^[5]。导致胰腺缺血的机制大致系炎性介质(氧自由基)和血管活性物质如血栓素(TXA₂)、前列环素(PGL₂)、血小板活化因子(PAF)、内皮细胞舒张因子[即一氧化氮(NO)]等因素引起。由于 ASP 早期手术病死率高,近年来多数学者认为早期积极非手术治疗能降低病死率。ASP 的治疗重点是迅速缓解患者腹痛症状,防止和治疗并发症,我们在早期积极内科综合性治疗的同时采用冰片、砒硝外敷。冰片性味辛苦凉,具有局部降温、散热、止痛、消炎,改善局部微循环,刺激肠道增加蠕动,防止肠麻痹,松弛 Oddi 括约肌,降低胆管压力等作用;砒硝对网状内皮系统有明显的刺激作用,使其增生现象与吞噬能力有所增强,加强抗炎作用,通过刺激神经反射使局部血流供应丰富,网状内皮系统吞噬能力增强,从而调动了机体内在的抗病能力,加快淋巴细胞生成,有消炎止痛作用^[6]。冰片、砒硝外敷治疗能迅速缓解患者腹痛、腹胀及腹肌紧张,改善胰腺局部的血液循环,防止和治疗腹腔炎性包块和假性囊肿等并发症。由于它能改善血液循环,增强机体的抵抗能力,使其病程明显缩短,提高了治愈率,尤其是对患者腹部症状体征的缓解消失及预防和治疗并发症的发生有着独特的疗效,两组之间存在着非常显著的差异($P < 0.01$)。由于冰片、砒硝外敷对局部皮肤有一定的刺激性,可引起局部

皮肤发热、发红、起小疱。我们在冰片、砒硝与皮肤之间垫一层纱布来预防,本组 24 例中无一例发生皮肤损害。冰片、砒硝外敷不会引起中毒,两组患者之间的肝功、生化无明显差异。因此,冰片、砒硝局部外敷是辅助治疗 ASP 的一种简便易行、疗效可靠而无毒副作用的方法,易于临床推广。

参 考 文 献

- 1 修典荣,袁炯,侯宽永,等.急性出血坏死性胰腺炎早期非手术治疗的探讨.中华消化杂志,1997,17(5):277
- 2 巫协宁.重症胰腺炎的发病机制.中华消化杂志,1999,19(5):335
- 3 陈灏珠主编.实用内科学.第 10 版.北京:人民卫生出版社,1997.1649
- 4 王兴鹏,王国良,巫协宁,等.急性胰腺炎血循环障碍的意义.新消化病杂志,1997,5(1):55
- 5 Dabrowski A, Gabryelewicz A, Wereszczynska U, et al. Oxygen - derived free radicals in cerulein - induced acute pancreatitis. Scand J Gastroenterol, 1998, 23: 1245
- 6 江苏医学院编.中药大辞典.上海:上海科学技术出版社,1985. 836

(2001 - 01 - 21 收稿 2001 - 05 - 30 修回)

短篇报道

内镜超声检查及病理活检诊断早期胃癌 1 例

赵 聪 史 维 孙晓滨 李 慧 邱 雄 吴立平

患者女性,42 岁。因中上腹痛 3 个月在院外胃镜检查,发现胃体后壁一个 0.6cm × 0.8cm 的 A1 期溃疡,诊断为胃体溃疡并用抗溃疡药物治疗 1 个月,症状无缓解而转入我院。入院查体:除中上腹轻度压痛外无其它阳性体征。腹部 B 超:肝胆胰脾未发现异常。我院胃镜检查:胃体后壁发现一个 0.3cm × 0.2cm 的 H1 期溃疡。胃角部可见一个 0.5cm × 0.4cm 红斑,略高出粘膜平面,边界不清楚,活检提示慢性炎性改变。内镜超声检查(EUS)采用日本 Pentax 36 - UX 上消化道超声内镜。EUS 发现:

胃角病变处胃壁超声回声第一和第二层(胃粘膜层)明显增厚,不规则,呈低回声改变,超声回声第三层完整。EUS 下测量病灶实际大小为 0.6cm × 0.7cm。距病变 3cm 以内胃壁外侧可探及数个淋巴结影,直径在 0.3-0.6mm,内部呈低回声,边界清楚。高度怀疑为早期胃癌 a,故在 EUS 引导下再取活检,病理检查为印戒细胞癌。手术后病理证实为早期胃印戒细胞癌伴胃周淋巴结转移。

讨论:早期胃癌(EGC)指癌细胞仅浸及胃粘膜层及粘膜下层,不论有无淋巴结转移。小胃癌系指癌灶直径在 6-10mm,仅占 EGC 的 14.7%。EGC 的

诊断有赖于检查医师的警惕性以及对其内镜表现的认识。本例患者院外漏诊可能和检查医师满足胃溃疡诊断而未对胃角病变作仔细观察有关。

国外文献认为 EUS 是诊断 EGC 的敏感方法,对有无淋巴结转移的检测也有重要意义。国内有关 EUS 在 EGC 诊断中的文献报道极少。本例患者 EUS 探及病灶局限于粘膜层,粘膜下层完整,属 T1 期肿瘤。对胃周淋巴结转移的评定也为手术病理证实。此外,EUS 可对病变,特别是表层粘膜下的浸润范围作准确测量,从而对癌灶的真实大小作出正确的判断。

(2001 - 02 - 14 收稿 2001 - 07 - 10 修回)

作者单位:成都市第三人民医院消化内科(610041)

