

急性胆源性胰腺炎的中西医结合诊治

天津市中西医结合急腹症研究所 天津市南开医院

郑显理 葛智慧 石水生* 涂纪耀 吕金钰 吴威中

急性胆源性胰腺炎是临床上常见的急腹症之一,并有逐年增加之趋势,我们采用中西医结合的方法取得较好的效果。本文总结了1975~1985年收治的急性胆源性胰腺炎200例,报道如下。

临床资料

一、一般资料

本组男性43例,女性157例。年龄12~80岁,小于30岁23例,31~40岁26例,41~50岁28例,51~60岁58例,大于61岁65例。

二、临床症状体征和实验室检查

腹痛性质,胀痛95例,绞痛64例,隐痛23例,钻顶痛6例,有放射性疼痛104例,伴有恶心呕吐188例。入院时有发热82例,发热最高达40℃。腹部有压痛197例,有反跳痛87例,有肌紧张59例。白细胞计数大于1万/毫米³132例。尿淀粉酶256单位12例,512单位22例,1024单位150例。血清胆红素大于1毫克%17例,sGPT大于100单位55例。B型超声波检查159例,其中发现单纯性胰腺炎、胆囊结石、全胰腺及胰头部肿大,重型胰腺炎可伴有周围积液。单纯性胆囊炎、胆囊结石、胆道蛔虫引起胰腺炎表现,以胆囊病变及胆囊周围积液为主。行口服胆囊造影者37例,部分病例表现为胆囊结石,胆囊浓缩及排空功能不良,或未显影。行静脉胆道造影者31例,部分发现是胆囊结石、胆管扩张、胆管结石、蛔虫及胆管下端狭窄。纤维十二指肠内镜逆行性胆胰管造影者30例,除发现

胆囊结石外,还有肝内、外胆管结石,胆管蛔虫及胆管下端狭窄,并发现胰管内呈串珠样改变1例。

三、治疗结果

我们认为本病通过中西医结合非手术疗法,多数病例于控制急性症状后可获治愈,部分病例根据病情需要再采用手术治疗,以根除后患。本组单纯服用中药者163例,中药加抗生素者31例,其余6例入院后即加抗生素治疗。行胃肠减压者17例,肌肉注射解痉药者53例。以中药为主行非手术治疗者共133例。治愈131例,合并肺感染和心肌梗塞死亡各1例。入院后行急症手术者6例,中转手术者7例,非手术治疗炎症控制后择期手术者54例。手术中均见到胆囊有不同程度的炎症改变,如化脓、坏疽或因结石嵌顿于胆囊颈部而使胆囊体积胀大(胆囊积水或积脓)。胆管的改变是由结石、炎症、蛔虫、Oddi氏括约肌乳头狭窄或肿大的胰腺头部压迫胆管而引起胆道高压,造成胆管扩张。胆汁内含有絮状脓性物。

本组急症手术、中转手术、择期手术共67例。其中胆管空肠Roux-Y吻合术2例;胆囊切除胆总管探查(取石或取虫)、胆管十二指肠吻合术5例;胆囊切除、胆管探查、T型管引流、腹腔引流术6例;胆囊切除、胆管探查Oddi氏括约肌成形术10例;胆囊切除、腹腔引流术43例;因出血坏死性胰腺炎行剖腹探查、腹腔引流术1例。手术后治愈65例,因术后出现合并症死亡2例。

* 现在广东省珠海市人民医院工作

讨 论

胆源性胰腺炎是指胆道与胰腺同时发生病变的疾病。由于胆道病变可有结石、炎症、寄生虫、胆道狭窄等不同病变，故称胆源性胰腺炎为妥。

一、诊断问题

急性胆源性胰腺炎没有特异的症状及体征，与急性胰腺炎不同的是可以见到胆道疾病的表现或有胆道检查的异常；与急性胆道感染不同的是可见到急性胰腺炎的表现和淀粉酶测定增高。我们在诊治胆道疾病时，常规做淀粉酶的测定，遇胰腺炎时，常规进行胆道检查，可提高胆源性胰腺炎的诊断。该病偶尔也误诊为溃疡病急性穿孔、腹膜炎、急性阑尾炎等，临床上要加以注意。

二、辨证思路

我们按照中医理论对本病首先进行“辨虚实”“辨病邪”“辨病位”，然后归纳辨认出疾病的证候，作为立法、用药和分型的根据。胆胰疾病为脏腑之病，病位在肝胆与脾胃，病邪为气滞血瘀、湿热郁结和毒热炽盛；八纲辨证以里、实、热证多见，而在老年人由于病程较长，素有气阴两虚现象，故根据舌、脉证之不同可分为以下几型：

(一) 肝郁气滞型：常见于单纯性胆源性胰腺炎，腹痛轻或呈串痛，舌白或腻，脉弦细。

(二) 脾胃湿热型：常见于化脓性胆源性胰腺炎，常有黄疸，舌黄腻，脉弦滑。

(三) 肝胃实热型：常见于坏疽性胆源性胰腺炎，腹痛剧烈，舌红苔燥，脉弦滑数。

(四) 蛔虫上扰型：为胆道蛔虫继发胰腺炎，有钻顶样腹痛，多有吐蛔虫，红花舌。

(五) 脾虚肝郁型：多见老年人，病程较长，或为上述各型的恢复期，腹痛喜热，舌淡苔少或无苔，脉沉细无力。

以上各型均较常见，惟蛔虫上扰型在蛔虫污染较重地区更属常见。

三、治疗要点

非手术治疗适用于急性单纯性胆源性胰腺炎和大多数化脓性胆源性胰腺炎。我们采用以中药为主，适当配合针刺、解痉止痛药，而使用胃肠减压者仅占 8.5%，并用抗生素者仅占 18.5%。急性胆源性胰腺炎多有少阳或阳明合病的证候，因此可采用复方大柴胡汤或清胰汤为主。病情较重者，可用清胰陷胸汤。本文中入院时已发热者 82 例，单纯服用中药治疗，体温降至正常者 54 例，服用中药再加抗生素治疗体温降至正常者 28 例。

在运用中药时要注意以下几点：

(一) 急性期要重用通里攻下药，务必要在入院后 24 小时内，使大便畅通，为此可重用大黄 30~60 克，也可加用巴黄片。清胰陷胸汤中之甘遂末，乃取其峻下之意。

(二) 对内热较重，表现高热、黄疸患者，除要注意发生胆道休克外，在重用通里攻下药的同时，也要重用清热解毒药，如金银花、连翘、夏枯草、龙胆草、板蓝根、蒲公英等。

(三) 对脾虚肝郁型患者，要注意养阴。我们常以一贯煎为主方，加舒肝利胆药，效果较好。

另外，对少数严重病例或非手术治疗无效者，可考虑手术治疗。然而，手术时机要根据病情而定。对胆道或胰腺有破坏性病变，如胆囊穿孔、胰腺明显坏死等，要采用急诊手术。非手术治疗过程中出现病情加重者，可早期中转手术。非手术控制急性症状后，需要根除病因，防止复发者，宜采用择期手术。

敬告作者

为提高工作效率，自 1987 年 7 月 1 日起，凡投寄本刊的稿件均不再退稿，务请自留底稿，希鉴谅。三个月内未接到本刊稿件联系信函者，稿件可自行处理。