

病例讨论

急性重症胰腺炎病案

胡 炜¹ 余耀生² 王李华² 叶 安² 整理

主题词 胰腺炎/中西医结合疗法

1 病历摘要

患者姜某某,男,64岁,干部。因“腹胀,恶心,肛门停止排气排便8小时”于2005年3月12日收住我院普外科。患者8小时前无明显诱因出现腹胀腹痛,疼痛不剧,呈持续性隐痛,以中上腹为主,伴恶心,无呕吐,肛门无排气排便,无畏寒发热,无呕血黑便。到本院门诊,以“腹胀待查”收住院。患者12年前曾行“阑尾切除术”。40余天前发生“右侧周围性面瘫”,经治疗好转。查体:体温36℃,脉搏72次/分,呼吸20次/分,血压110/80mmHg。神志清,精神可,急性病容,皮肤巩膜无黄染,浅表淋巴结未及肿大,口角向左侧轻度偏斜,右侧鼻唇沟变浅,右侧眼裂略增大,心、肺听诊无特殊,腹略膨隆,肝、脾肋下未触及,上腹部轻压痛,无反跳痛。叩诊呈鼓音,移动性浊音未叩及,肠鸣音活跃,双下肢无水肿。初步诊断:腹胀待查,肠梗阻。入院后给予头孢呋辛、灭滴灵预防可能出现的肠道菌群移位造成的肠感染,灌肠通便对症治疗。完善各项检查,如腹部立、卧位X线平片,血尿淀粉酶,血常规等以明确诊断。

2005年3月13日第1次查房:患者经过2次灌肠后解出黄色稀便约100ml,诉腹胀较前明显缓解,无腹痛,无恶心呕吐,无畏寒发热。仍予禁食,小便无殊,睡眠可。查体:体温37.4℃,脉搏74次/分,血压110/70mmHg,神志清,精神可,皮肤、巩膜无黄染,皮肤浅表淋巴结未触及肿大,右侧鼻唇沟变浅,口角向左侧轻度偏斜,心肺(一),腹略膨隆,压痛不明显,肝脾肋下未触及,移动性浊音(一),肠鸣音活跃,双下肢无水肿。腹部立、卧位X线平片示:肠胀气较明显,未见明显肠梗阻征象。腹部B超示:脂肪肝(轻度),胆、胰腺、双肾未见明显异常。心律正常,血淀粉酶19IU/L。副主任医师分析病情:患者为一64岁老年男性,因腹胀,恶心,肛门停止排气排便8小时入院,查体发现腹略膨隆,上腹部轻压痛,肠鸣音活跃。腹部X线片示:肠道无气扩张。

既往有阑尾手术史,故诊断考虑为肠粘连。考虑到患者年龄较大,亦不能排除肠道肿瘤的可能性。嘱行肿瘤生物学检查,治疗上仍予禁食、灌肠,继续头孢呋辛、灭滴灵静脉点滴预防肠道菌群移位引起的感染。

2005年3月14日:患者下午突然出现剧烈腹痛,以上腹部为主,向腰背部放射,腹胀明显,经测血淀粉酶617IU/L,尿淀粉酶800IU/L,均高于正常范围,腹部CT、MRI提示胆总管下端多发结石,急性胰腺炎,胆囊有泥沙样结石,故目前急性胆源性胰腺炎诊断明确,亦极有可能为重症,目前病情较重,治疗方案首选为内科保守治疗,予生长抑制药施他宁、洛赛克、罗氏芬、丹参注射液、白蛋白,适当应用度冷丁、阿托品解痉镇痛。并于3月15日行内镜下十二指肠乳头切开取石术。

2005年3月16日:患者今述中上腹胀痛不适,呈持续性,较剧烈,难以忍受,肛门未排气排便。查体:体温38.1℃,脉搏100次/分,呼吸27次/分,血压133/82mmHg,心肺听诊无特殊,腹部明显膨隆,肠鸣音减弱,叩诊鼓音,移动性浊音未叩及,今继续予施他宁抑制胰液分泌,洛赛克制酸,罗氏芬抗感染,丹参活血治疗,鼻腔管引流胆汁,胃管引流胃液,并予中药胃管灌注,实验室检查:3月15日血糖15.1mmol/L,3月16日血白细胞 $6.3 \times 10^9/L$,中性0.75,淋巴0.13,ALT 310.5U/L,AST 254.4U/L,AKP 3181U/L, γ -GT 882.4U/L,总胆红素108.2 μ mol/L,直接胆红素56 μ mol/L,复查尿淀粉酶1808IU/L较前升高,血淀粉酶325IU/L,腹部B超检查示:腹腔明显胀气,未见积液。四诊摘要:发热,腹胀,腹痛拒按,目黄身黄,大便秘结,苔黄腻舌红,脉弦数。当晚行全院专家大会诊。

2 病例讨论

住院医师:汇报病史,患者西医诊断明确,虽无相对应的病名,但根据患者的临床表现,属中医“胃脘痛”、“结胸”、“阳明腑实”、“肝胃不和”等范畴,主要临床表现为痛、热、呕、黄、舌苔黄厚腻,辨证属实证、热证、里证。

主治医师:中医学虽无胰腺炎这一病名,但有类似的症状记载,如《金匱要略》:“按之心下满痛者,此为

1 浙江省衢州市人民医院中医科A衢州市钟楼底2号321000

2 浙江省衢州市人民医院普外科

收稿日期:2005-09-08

实,当下之,宜大柴胡汤”。《伤寒论》:“结胸热实,脉沉而紧,心下痛,按之硬者,大陷胸汤主之”。“舌上燥而渴,日晡所小有潮热,从心下至少腹硬满而痛不可近者,大陷胸汤主之”。这些论述颇似胰腺炎的症状和体征。依六经辨证而论,属少阳阳明。其病机为痰食阻滞,湿热蕴结,毒热炽盛,导致肝胆脾胃功能紊乱,气机升降失调,湿热阻于中焦而发病。气血瘀滞,不通则痛,故腹痛拒按;肝胃不和,胃气上逆,则恶心呕吐;湿热内蕴,阻遏中焦,则腹胀满闷;腑气不通,运化失司,则便秘。证属里实热证。由于急性重症胰腺炎以腑实疼痛为主症,根据“六腑以通为用”,“不通则痛”,“痛随利减”等理论,治宜清热解毒、通里攻下、活血化瘀、理气止痛。

副主任医师:急性重症胰腺炎单纯的西医治疗,主要采用抑制胰液分泌,抑制胰酶活性,解痉止痛,纠正水电解质平衡紊乱,抗感染,以及支持治疗。其主要表现腹痛、腹胀、呕吐等症状缓解不明显,而联合中药治疗,可有效改善临床症状,缩短住院天数,减少并发症的发生,降低血、尿淀粉酶等相关指标。早期急性重症胰腺炎尽可能非手术治疗已成共识,对于非手术治疗和手术治疗、手术指征、手术时机意见已趋一致。而非手术治疗采用中西医结合疗法是目前治疗急性重症胰腺炎的最有效方法之一。目前多主张在“个体化治疗方案”指导下,按病因、病期进行综合治疗。中医对其病机特点的认识可概括为:(1)热毒是急性胰腺炎发生的基本病机;(2)血瘀是急性胰腺炎病机演变的必然;(3)脾胃功能紊乱、通降失调、腑气不畅存在于急性胰腺炎发展的始终。根据上述认识,结合临床表现,同意以清热解毒、活血化瘀、通腑为治疗大法。

主任医师:急性重症胰腺炎除胰腺局部病理变化外,尚有明显的全身病理生理改变,由于目前治疗水平和重症监护技术的提高,急性重症胰腺炎早期的低血容量性休克、水电解质平衡紊乱以及由此导致的肾衰等均能得到及时纠正,已很少能导致死亡。而随后发生的多脏器功能障碍综合征则成为死亡的主要原因,主要由于急性胰腺炎时炎症反应过度达到失控的状态和感染即肠道细菌移位所引起。其严重并发症有局部包括胰腺坏死、胰周脓肿形成等,全身包括败血症、休克、ARDS、多器官功能衰竭、糖尿病、消化道出血 24 小时 >500ml 等。

该患者,年龄 64 岁,血糖 15.1 mmol/L, AST 254.4U/L,符合 Ransons 标准,即 ≥3 项为急性重症胰腺炎的诊断,病情较危重,并发急性呼吸循环衰竭可

发生休克,甚至死亡。保守治疗过程中有病情继续进展可能,对疾病的演变要有深刻的认识,治疗上不可大意。根据我科多年来对该病的治疗经验,充分发挥中药的优势,在西医的综合治疗基础上,运用中医清热化湿、活血化瘀、通里攻下、理气止痛的治则,拟定清胰合剂,以截断病程,防病传变。具体方药如下:柴胡 10g,郁金 10g,厚朴 10g,莱菔子 15g,枳实 10g,炒黄芩 10g,焦栀子 10g,胡黄连 10g,蒲公英 30g,生大黄 15g(后下),玄明粉 10g(冲服),姜半夏 10g,丹参 15g,赤芍 10g,延胡索 10g。方中柴胡、郁金、厚朴、莱菔子、枳实疏肝理气,能显著减少胃液和胰液的分泌,且有利胆作用,使奥狄括约肌松弛、有利于清除胰腺梗阻和降低压力;黄芩、焦栀子、蒲公英、胡黄连清热燥湿解毒,有明显的广谱抗菌作用;大黄、玄明粉通里攻下,能增强肠蠕动、改善胃肠功能和降低毛细血管通透性,从而解除肠麻痹所致的胀气和瘀滞状态;姜半夏则降逆止呕,消痞散结;丹参、赤芍、延胡索活血化瘀、通络止痛,能很好地缓解腹痛。上方水煎服共 150ml,经胃管分次灌服。另外可用生大黄 30g,红藤 30g,败酱草 20g,赤芍 10g,蒲公英 30g,水煎取 200ml 经肛门灌肠。诸药合用,使脏腑气机得疏,瘀血得消,湿热得泄,配合西药治疗,取长补短。

3 治疗结果

根据讨论结果,按主任医师处方服用中药,配合西药继续抑酶、制酸、抗感染、护肝及对症处理,并加用脂肪乳、复方氨基酸静脉滴注支持治疗。3 月 18 日上午,患者一般情况好转,已排便 2 次(稀便),量约 400g,腹胀腹痛较前缓解,鼻胆管引流出黄色胆汁约 150ml,胃管引流出胃液约 150ml。查体:腹略膨隆,中上腹轻压痛,无反跳痛及肌紧张,肠鸣音正常。复查血、尿淀粉酶均已降至正常。胆汁培养:大肠埃希菌及坚韧/空肠肠球菌,对多种抗生素敏感。电解质检查发现:钾 3.33mmol/L,钙 1.91mmol/L,有不同程度降低,血糖波动在 12~18.7mmol/L。治疗上除加强补钾、静脉滴注胰岛素外,余同前;中药去玄明粉、生大黄改制大黄 10g,鼻饲同前,停中药灌肠。

3 月 21 日,患者一般情况良好,无明显腹胀腹痛,无恶寒发热,肛门排气排便通畅,全身皮肤巩膜黄染较前明显消退。停中药清胰合剂,改用清热解毒、理气活血之品继续治疗 2 周。患者于 5 月 10 日出院,随访 3 个月,情况良好。

更正:本刊 2006 年第 4 期 316 页作者王占华的工作单位应为“陕西省榆林市中医院(719000)”。