

参加中华中医学学会学术会议

学 术 资 料

黑龙江省中医学学会编

一九七九年四月

目 次

- 0451 中西医结合治疗兰尾炎临床总结 (附1909例资料分析)
哈医大附属第一医院外科等…………… (1)
- 0452 清胰汤对实验性胰腺炎的动物观察
哈医大附属第一医院…………… (2)
- 0453 活血化淤治疗肝硬化若干问题的探讨
黑龙江中医学院附院内科徐启营等…………… (18)
- 0454 脊髓空洞症的辨证施治 (附30例临床分析)
黑龙江中医学院附院 于致顺等…………… (24)
- 0455 痹证的治疗经验……………黑龙江省祖国医药研究所张琪…………… (28)
- 0456 活血化淤治疗肺心病近期疗效观察
黑龙江中医学院附院内科肺心病研究组等…………… (34)
- 0457 扶正固本治则对肺心病的疗效观察
黑龙江中医学院肺心病研究组等…………… (42)
- 0458 青核桃、刺五加合剂抗癌作用的实验研究及临床观察
黑龙江省祖国医药研究所…………… (51)
- 0459 低热的辨证施治……………黑龙江中医学院 柯利民…………… (64)
- 0460 中西医结合治疗慢性肾炎肾病型102例
黑龙江省祖国医药研究所…………… (71)
- 0461 试论脏腑学说及其在临床医学上的应用
黑龙江中医学院 毛翼楷…………… (76)
- 0471 论文摘要……………高仲山、马骥、韩百灵、张金衡、张廷栋等…………… (85)
- 0324 痛灵1号注射液与辨证治疗急性粒细胞性的白血病55例临床初步总结
哈医大附属第一医院 张廷栋等…………… (95)
- 0325 中西结合治疗大动脉炎症候群的临床体会 (附30例临床报告)
哈医大附属第二医院中医科 初洁秋…………… (101)
- 0326 双黄连静点治疗小儿肺炎360例临床观察
哈尔滨医大一院儿科教研组…………… (106)
- 0327 糖芥总甙对慢性肺原性心脏病疗效观察
黑龙江中医学院附属医院肺心病组 栗德林…………… (110)
- 0328 中药“骨金丹”治疗骨质增生213例临床观察
黑龙江省祖国医药研究所骨科…………… (115)
- 0329 首乌汤治疗43例慢性克山病观察报告
黑龙江省地方病研究所等…………… (119)

- 0330 芫花引产952例总结
 黑龙江省哈尔滨市第五医院计划生育组…………… (127)
- 0331 系统性红斑狼疮的病因病机分析与辨证施治探讨
 (附60例资料分析)
 哈医大附属第二医院中医科 张凤山…………… (130)
- 0332 坚持中西医结合创造新的精神病学
 (从精神分裂症治疗体会谈起)
 哈医大附属第一医院神经精神科…………… (135)
- 0337 试谈中医气血津液代谢气化过程
 黑河地区新医药研究所 李全…………… (146)

中西医结合治疗兰尾炎临床总结

(附1909例分析)

哈尔滨医科大学附属第一医院普外科
黑龙江中医学院附属医院外科
佳木斯医学院附属医院外科
哈尔滨医科大学附属第二医院外科急腹症组

陈宝池执笔

近年来,中西医结合治疗兰尾炎、全国普遍开展、做了大量工作,特别在1978年全国中西医结合治疗急性兰尾炎经验交流会以来,基本上有了统一的诊断与疗效标准,近期疗效已达70—90%,死亡率已下降到0.2%以下,但复发率仍较高,约15%左右,因此对中西医结合治疗急性兰尾炎的远期疗效看法尚不一致,这是目前对中西医结合治疗急性兰尾炎争论较大的焦点,而且在不同程度上也束缚了对中西医结合治疗急性兰尾炎的发展,为了进一步推动该项工作的进展,和进一步提高疗效,减少合并症,降低复发率,现将我省四个教学医院,近年来(1975—1978)中西医结合治疗急性兰尾炎共1909例中的一些具体情况总结报导如下:

1909例急性兰尾炎中,中西医结合非手术疗法1568例,非手术率76.7%,近期疗效93.3%,无效中转手术者6.6%,非手术疗法组无死亡,平均住院日数7.9天(包括毒热型合并腹膜炎在内),收到了较为满意的效果。

一 般 资 料

1909例中,男性1073例,女性836例。年令最大者79岁,最小者5岁,发病最高之年令组为21—40岁,占总数的60%。

发病时间见表一,本组从发病到入院25—72小时占59.3%。

表一

发病时间(小时)	例数	百分比%
12—24	430	22.5
25—48	550	28.8
49—72	579	30.4
>72	350	18.3

辨证分型与诊断标准：表二参数全国急性兰尾炎经验交流会统一标准

表二 辨证分型与诊断标准

证型	淤滞型	蕴热型	毒热型	特殊其它型
辨病 症状	急性单纯兰尾炎 轻型化脓性兰尾炎 兰尾炎型包块	急性化脓性兰尾炎 坏疽性兰尾炎 早期穿孔性兰尾炎 小的兰尾周围脓肿	穿孔性兰尾炎合并 局限腹膜炎 超过一个像限者 合并弥漫性腹膜炎 巨大脓肿	小儿老年妊娠性兰尾炎 复发性兰尾炎慢性 兰尾炎急性发作
腹痛	转移性腹膜右下腹明显压痛	疼痛较剧烈明显压疼拒按	疼痛剧烈范围扩大压痛超出一个像限至全腹	不典型小儿敏感老年次之均有右下腹压痛或同前型
腹膜刺激症	(-)或(±)	(±)或(+)	++或+++	(±)或(+)
体温	正常 37°C	$37-38^{\circ}\text{C}$	$>38^{\circ}\text{C}$ 以上	小儿高老人次之同前型
舌诊	质正常、苔薄白少数略黄	舌光红苔黄或黄腻	质红绛苔黄腻或焦黑	质略红紫苔腻小儿燥
脉象	平略弦	弦数弦滑	洪大洪数	小儿数其它同前型
白细胞	正常不超过 $10,000/\text{MM}^3$	$10,000-15,000/\text{mm}^3$	$16,000-20,000/\text{mm}^3$ 以上	反应不同、小儿高老人次之同前型
例数	903	551	334	115
百分比%	47.3	29.2	17.5	6

辨证施治与综合治疗表三

表三、方法

证型	中西医结合非手术疗法			手术治疗
	中药穴封	中药抗药素肾封	中转手术	
淤滞型	845	36		22
蕴热型	290	183	40	44
毒热型	9	99	64	162
特殊型		2		113
小计	1144	320	104	341
百分比	60%	16.8%	6.6%	17.9%
总计	1568			341
百分比	82.1%			17.9%

淤滞型：主要病机是气滞血淤、但以淤重于热为主，治则为活血化淤，行气通腑方药；以兰尾化淤汤为主加减，（南开方）川楝25克、延胡索15克、丹皮15克、桃仁15克、双花25克、大黄15—25克（后下）、木香15克。

（哈医大一院曾用上方自制冲剂，每日1—2次口服，亦有同样效果，在使用时感到很方便，尤其在急诊和夜间更为方便。）对兰尾炎性包块，兰尾脓肿者加用红藤50克但我省药源困难，改用鸡血藤代之，同时加用祛淤破结药物，三棱、莪术、山甲、皂刺等。

蕴热型：主要病机是淤久化热、但以热重于淤为主、湿热、实热均可出现，因此在辨证时，必须注意湿热与实热之不同以调正药味。

治则：清热解毒、通里攻下、佐以行气活血、利湿。

方药：兰尾清化汤加减之，除上方药外，重用清热解毒药公英25克、地丁25克、大黄加大量用30—40克行气活血药木香15克、赤芍15克等，破结药物尽量少用，湿热重者加黄连、黄芩、黄柏等苦寒燥湿药物，湿重者加用芳香化湿药佩兰15克、木通20克藿香15克等，如实热重加大清热攻下药味。

在兰尾包块，脓肿或有明显腹膜刺激症状时，外敷仙人掌生黄豆糊剂（水浸后，拔刺与生黄豆各半量（25—50克）捣成糊状）垫纱布敷于右下腹，每天更换1—2次，在临床上有较明显疗效。

毒热型：临床表现为里实热症，主要病机为热盛化火，热腐成脓，毒热炽盛，或热侵营血，甚至达热深厥深之危症。

治则：清热凉血、通腑泄火，佐以扶正，主要为一派里实热症，常同时表现为气阴两伤，因此需要注意攻补兼施。

方药：兰尾清解汤加减（南开方），重用清热泄火药味，并同时加重用药剂量，双花，公英、地丁加大到50克，大热者加生石膏50克、知母50克、天花粉25克或佐加补气养血药物黄芪、党参等。

毒热型：多并用综合治疗，可酌用广谱抗菌素，输液，矫正离子紊乱及水电平衡，有厥逆证时可适当输血或抗休克，肠麻痹经过针刺、穴封、两次无效时，可行双侧肾脂肪囊封闭（0.25%鲁鲁卡因每例60ml）对肠蠕动的恢复有良好疗效。巨大脓肿或腹腔脓液较多，不利于吸收时，应早期予以穿刺抽脓，并同时注入抗菌素或中药制剂（茶条漆，双黄连注射液）。

特殊型：原则上按上述三种辨证用药，但往往不理想，因此需同时做好手术准备，观察不超过12小时，反应不佳时应积极予以手术治疗

疗效观察表四、表五、

1、手术与非手术疗法平均住院日数

表四

方 法	中 西 医 结 合 非 手 术 方 法	手 术 疗 法	
		中 转	即 时
天 数	7.9	20.3	16.3
例 数	1464	104	341
百 分 比	76.7	5.4	17.9

2、近期疗效（按全国统一标准）

表五 近 期 疗 效

方 法 疗 效	中西医结合非手术疗法		手 术 疗 法	
	例 数	百 分 比	例 数	百 分 比
治 疗	1014	64.6	230	67.4
基 本 治 疗	405	28.7	109	32
无 效 中 转	104	6.7		
死 亡			2	0.6
计	1568		341	

治疗：体温、脉象、白细胞计数均恢复正常、自觉症状消失、饮食、排便正常。

基本治疗：体温、脉象、白细胞计数恢复正常，但右下腹尚有轻压痛或触及索条。

3、并发症：手术与非手术疗法比较表六：

表六

方 法 合 并 症	中西医结合非手术疗法 1568例				手 术 治 疗	
	非 手 术 1454		中 转 手 术 104		341 例	
	例 数	百 分 比	例 数	百 分 比	例 数	百 分 比
切 口 感 染			40	38.5	84	24.63
肠 麻 痹	24	1.64	10	9.6	27	7.9
膈 下 脓 肿	6	0.41			2	0.59
盆 腔 脓 肿	12	0.82	4	3.85	3	0.89
肠 粘 连	16	1.1	8	7.7	10	2.95
肠 痿					1	0.3
切 口 疝					1	0.3
计	58	3.97	62	59.65	128	37.5

4、远期疗效观察（哈医大一院随访材料）

中西医结合非手术治疗272例，其中随访127例，随访率为45%表七

表七

时 间	半年—一年	1—1½ 年	2—3 年	4—5 年
例	9	80	37	1
百分比 %	7	63	29.2	6.8

良好：65例51.9%，症状体征消失，恢复正常工作

尚好：42例33%，偶而右下腹痛或不适感，经门诊对症治疗很快恢复、能从事正常工作。

不佳：20例15.8%

(1)反复发作，1—2次以上，经常去门诊就医，影响工作12例10%

(2)发作二次以上而住院手术者8例6%

讨 论：

1、中西医结合治疗兰尾炎，实际是贯彻西医辨病(定诊断,定病程,病理改变和予后)与中医辨证相结合的过程,这对该病的认识更加深刻了,但要注意在型与型之间有些还难以单纯用辨病或辨证来确认,而临床上常随病情的发展,证型也相应变化,因而在治则、选方、用药上也应相应变化,因此运用中西医两法、必须密切结合病人临床表现,准确运用四诊八纲、脏腑辨证和及时矫正诊断上之误差、结合临床复核症型、才能恰当的掌握非手术和手术治疗的标准、作到准确无误。

2、中西医结合非手术治疗急性兰尾炎近期有效率为93.3%、无死亡、中转手术6.6%,因此可以认为非手术疗效是可以肯定的,而中转手术在本文中也都是 壅热, 蕴热两型。淤滞型无一例中转手术者。从失败而中转手术病人中,找其原因主要是在治疗过程中产生各种各样变证而致,因有时认识不足,而促成病情恶化,被迫手术。临床常见变证如:

(1)血热相搏、热腐为脓、而致腹腔脓肿、(膈下、肠间脓肿)。

(2)阳阴腑实、临床多为肠麻痹之症、此症是中转手术的主要原因。

(3)湿热下注,盆腔脓肿形成。

✓(4)热深厥深、合并中毒性休克

本文104例中转手术者,多为上述变证产生的结果、所以及时发现和采取有效措施,以防止或减少变证的发生、对提高非手术成功率是个关键,必须在临床辨证施治过程中、引起足够重视。

3 准确运用三大法(下、清、化三法)贯彻六腑以通为用的原则,在非手术疗法中是主要环节、也就是必须把通里攻下放在各型施治中的首位。

对攻下法大便次数问题,本文观察认为7—8次/日为宜,最多不超过10次/日,尤应注意必须达到真正的“通”字,也就是说单纯少量稀便并不一定是真正的通腑。因此大黄可酌用40克,但一般不超过50克,亦可并用芒硝等,第三天一般可维持大便4—5次/日左右,这样就基本上达到了清脏腑实热的作用。

对兰尾周围脓肿和局限腹膜炎者,多重用红藤,即能清热解毒,又可活血通络因我省药源缺少而改用鸡血藤以代之,也取得了满意疗效。供商确,(因红藤苦寒性凉,而鸡血藤性温,为减少其温性同时多适用大黄反佐血藤之温性)。

对毒热型：我们不主张用化愈破结药味，常可导致巨大脓肿之破溃，致炎症扩散，本文报导中已局限之炎症而致炎症又弥漫全腹，而被迫中转手术，应引为教训。临床证实，凡通下顺利者，腹痛，腹胀，发热等征缓解较快，从而达到邪去正安的目的。如上述三日后不宜过泻，尤其对毒热型更应慎之，对热深厥深等危症者更应慎重，适可而止，不可因过泻而伤阳耗阴，因而也需适当扶正固本、攻补兼施

本文体会总的三法治疗顺序为通里攻下为先导，清热解毒不能少，活血化淤要辨证。

4 缓解肠麻痹，控制腹膜腔感染之三个方法（1）首先用甘黄散（甘遂大黄末）口服式保留灌肠，新斯的明半支或当归液1 ml两三里穴位封闭（亦可封兰尾穴）；反应不大时可选用0.25%普鲁卡因60ml双侧肾封。

（2）腹腔巨大脓肿，腹腔脓汁较多不易吸收时，可行腹腔穿刺抽脓，并注入药物（过去用青链霉素，近年用茶条槭，双黄连注射液，疗效略同）亦可在两下腹部插管用上述药物灌流冲洗，对控制感染，减少肠粘连均有一定效果。

（3）对局限，弥漫性腹膜炎，兰尾周围脓肿、膈下脓肿，根据哈医大一院资料，腹部外敷仙人掌生黄豆糊剂，多数病人很快感到腹痛，腹胀减轻，脓肿范围很快缩小，直至消失。

5 远期疗效与复发：目前认识尚未统一，本文仅就哈医大一院非手术治疗2.72例中，其中127例进行随访，随访率45.8%，其中1—3年92.2%良好，尚好者84.2%，不佳者15.80%，其中做了手术，远期疗效是较满意的。

非手术，手术疗法的合并症比较分析：非手术疗法组3.97%，手术组37.56%，中转手术组59.6%，实践证明，注意对变证，兼证的防治，非手术疗法可以降低合并症。

但也应认识到、还有一大部份病人（随诊统计约占33%）长期留有右下腹疼，甚有一触痛之索条，常需用药物治疗才能消失，其中有15.8%效果不好，反复发作。此问题是目前争议较大之焦点，根据随诊资料体会，很多此类病人多因床位紧张而住院经非手术治疗用药5—7天而基本治疗出院，出院后没有坚持复查，不再用药而造成一些病例复发，这点在随访中得到证实，这也是造成复发率较高的原因之一。我们认为症状消失后，根据不同情况应在巩固7—14天为宜，用药应以行气活血，调理脾胃为主，但不宜过用泻下药和苦寒药，对减少复发率是有益的。从再次住院中转手术病例观察，佳木斯医学院31例中，多为兰尾扭曲，过长、粪石，疤痕，炎性包块等造成。因此反复发作，二次以上视为手术指征。

对有合并症的兰尾炎，老年、小儿兰尾炎11岁以下者），病情变化快，变异多不典型，因此切应考虑手术治疗。

目前关于中西医结合非手术疗法治疗急性兰尾炎，远期疗效尚待进一步提高，也是急需解决的难点，尚需今后在实践中重点攻克。

小 结：

1 本文总结四个教学医院1909例中西医结合治疗急性兰尾炎取得了满意疗效。非手术率76.7%，有效率93.3%，中转手术6.6%，无死亡者，平均住院7.9天，认为中西医结合非手术疗法效果是肯定的。

2 在辨证施治过程中，应注意变证和兼证，对减少中转手术，提高非手术疗效是很重要的。

3 在中医中药治疗过程中，应准确掌握下、清、化三法，其核心是以通为主，并注意攻补兼施，对肠麻痹者应用肾封是有效的、巨大脓肿可穿刺排脓，以利于控制感染，对脓肿形成和局限性腹膜炎者应用仙人掌生黄豆糊剂外敷，可使脓肿和炎症加快恢复，做为补助疗法是较为理想的。

4 对远期疗效认为良好尚好者84.2%，不佳者15.8%，故认为远期疗效是满意的。关于复发可能与出院后药物巩固时间较短有关，应予以注意。

5 非手术疗法尚有后遗腹痛，或反复发作，需进一步提高疗效

主要参考资料

- 1、全国中西医结合治疗急性兰尾炎第一次经验交流会会议纪要
78年2月 郑 州
- 2、1978年全国中西医结合治疗急性兰尾炎诊断疗效标准。
78年2月 郑 州
- 3、对中西医结合治疗急性兰尾炎复发探讨
遵义医学院急腹症组
- 4、中西医结合治疗急性兰尾炎
河南医学院一院急腹症组
- 5、国内外医学研究进展
中国医学科学院情报研究所
- 6、中西结合外科专题总结急肤症部份
中华医学会外科学术会议1978年
- 7、新急腹症
南开遵义主编
人民卫生出版社 1978年版

清胰汤对实验性胰腺炎的动物观察

哈尔滨医科大学附属第一医院

实验外科	李智勋	薛兴文	于跃渊
	张树才	魏林玉	李瑞祥
普通外科	赵廷忠	曲英贵	
中医科	张廷栋		
检验科	徐敬肃	孙艳平	
病理科	宋禹伦	苗兴昌	

一、前 言

清胰汤为中西医结合治疗急性胰腺炎的有效方剂，根据我院普通外科“中西医结合治疗急性胰腺炎”的报导，对104例中94例包括重症出血性胰腺炎在内的病例，应用以清胰汤为主的中西医结合非手术治疗，治愈率为92.6%。我们为进一步了解清胰汤对胰腺炎作用，特设计本实验。

二、方 法

(一) 实验性胰腺炎动物模型的制作：

为模拟实验性胰腺炎的病理改变，以成年杂种犬为对象，采取自体胆汁注射入胰腺内的方法。对16~21公斤体重实验犬，按公斤体重0.6毫升自体胆汁注入胰腺内，注射部位选择距兰尾三横指（约5公分），胰体、尾交界处，获得符合临床急性胰腺炎所见的实验动物模型。

(二) 实验步骤：

取10匹体重16~21公斤成年杂种犬，无选择地分为服药组和对照组。以公斤体重30毫克戊巴比妥钠静脉麻醉，术前采血化验作为基线。行正中切口开腹找到胰腺及胆囊，于胆囊底作一荷包缝合，在荷包缝合中心部位穿刺抽取胆汁，结扎荷包缝线，将胆汁注入胰腺实质内，注射时要防止胆汁溢于胰腺被膜之外。闭腹，留置胃管并将胃管缝合固定于鼻翼，带铁丝口罩，送回动物观察室。术后，每日经胃管喂养牛奶。投药组每日按公斤体重分两次经胃管投予清胰汤。

清胰汤药物组成：

柴胡五钱

杭芍三钱

黄芩三钱

黄连三钱

木香三钱

元胡三钱

大黄五钱

芒硝三钱

上述药物制成冲剂，每付冲为500毫升。按动物每公斤体重10毫升投给。

术后动物均隔日采血一次进行化验，共采血五次，两周后再行麻醉、开腹，切取兰尾及胰体一部分，作大体病理标本及切片标本观察。死亡动物立即作尸检并切取胰腺作病理检查。

(三) 观察指标：

1、化验：

(1) 血胰淀粉酶测定

(2) 白细胞计数检查

(3) 血糖测定

2、免疫学检查：

(1) 玫瑰花试验

(2) 淋巴细胞转化试验

(3) 免疫球蛋白

3、大体标本观察

4、病理切片观察

三、结 果

全组10匹动物中1匹死于术后26小时，其余4匹动物作为服药组，5匹作为对照组，观察结果如下：

(一) 死亡率：

因实验方法手术的死亡率为10%。对照组动物中有1匹死于术后第4天，死亡率为1/5 (20%)。服药组动物无死亡。死亡动物均进行尸检并切取病变部位的胰腺作标本观察。

尸检所见：

死于术后26小时的动物剖检时见腹腔内有大量血性渗出液，胆汁注射部位胰腺组织变黑、破溃。死于术后第4天的对照组动物，腹腔内渗出液呈脓性改变，胰腺组织以胆汁注射部位为中心呈坏死性断裂。此两项改变完全符合临床典型坏死性胰腺炎病理所见。

(二) 化验检查：

1、血胰淀粉酶：

术后动物第一次化验，血胰淀粉酶均明显增高。10匹动物最低比术前增高97索氏单位，最高比术前增高304单位。死亡的两匹动物中，死于术后26小时的增高304单位，死于第4天的增高168单位。其它8匹中增高97单位的1匹；增高119单位的1匹；增高147单位的1匹；增高148单位的2匹；增高151单位的1匹；增高251单位的1匹；增高276单位的1匹。

全组实验动物术前血胰淀粉酶检查均在344~576单位，术后第1次血胰淀粉酶检查则在644~728单位，无1例低于600单位，故考虑犬的血胰淀粉酶基数当在600单位以内，超过600单位即为异常改变。

按上述标准。服药组动物中1匹于第三次采血化验胰淀粉酶即降至600单位以下；1匹于第四次采血化验降至600单位以下；其余2匹则于第五次采血化验降至600单位以下。对照组动物中仅1匹于第三次采血化验降至600单位以下，其余3匹第五次采血化验胰淀粉酶仍在600单位以上（见表一、二）

2、白细胞计数：

实验动物术前白细胞计数的基数在6,800~18,800/立方毫米，其中7例在10,000/立方毫米以内，其余3例中1例为10,800/立方毫米；1例为11,300/立方毫米；1例为18,800/立方毫米，故可以认为大多数在10,000/立方毫米以内。

实验动物术后第1次白细胞化验，均有不同程度的升高，升高范围在100~26,100/立方毫米之间。其中死亡的2匹动物，白细胞升高不甚明显，各为160/立方毫米和230/立方毫米。

服药组动物第一次采血化验白细胞计数均达20,000~30,000/立方毫米，而于第三次采血化验，其中3例白细胞计数降至15,000/立方毫米左右，1例由30,000/立方毫米降至25,000/立方毫米。对照组动物术后第一次采血化验白细胞计数虽不甚高，均在15,000/立方毫米左右，而第二、三次采血计数4例均停留在20,000/立方毫米左右，而无下降趋势（见表四）

3、血糖：

本组实验动物术前血糖值在96~12毫克/100毫升，计：96毫克2例；97毫克1例；100毫克1例；105毫克1例；109毫克1例；117毫克1例；118毫克1例；120毫克1例；121毫克1例。术后第一次血糖值测定有9例增高6~37毫克，1例下降16毫克。其中死亡2例各增加10毫克及6毫克。

对照组动物中除7号犬1例术后第一次血糖测定下降16毫克/100毫升，而后上升，第五次血糖测定降至术前水平以下外，其余均未下降至术前水平。服药组动物中有3匹降至术前水平以下，1匹接近术前水平（见表五、六）

（三）免疫学检查：

在免疫学检查中发现犬淋巴细胞不能与羊的红细胞结合，玫瑰花试验为阴性。淋巴细胞转化试验结果也是阴性。免疫球蛋白中I.G.M一项有些变化，由于材料少，不能肯定其结果（见表一）

（四）大体标本观察：

胰腺大体标本的变化最为明显。死亡的两匹动物已如前述。对照组动物剖检大体标本均可见以注射胆汁部位为中心的胰腺呈黑褐色坏死，周围组织形成炎性粘连的包裹，有的有化脓改变。服药组动物以注射胆汁为中心的胰腺组织表面大部分光滑，形成卵形硬韧结节。9号犬因注射胆汁时外溢，周围有炎性粘连。

（五）组织学检查：

取以注射胆汁为中心的胰腺标本，按炎症中心区、中间区、周边区分别作病理切片，光学显微镜观察；死亡动物胰腺标本，中心区为坏死组织，中间区及周边区均未见明显炎性细胞浸润。对照组标本，中心区见坏死，周围区可见炎性反应轻微的细胞浸润。服药组标本，中心区虽有坏死，但中间区及周边区呈明显的炎性细胞浸润。

四、讨 论

根据本组实验资料，用实验犬自体胆汁胰腺内注射，可以获得完全符合临床急性坏

死性胰腺炎的实验动物模型。此种方法比较简单易行，可为胰腺炎的实验研究提供一种实验方法。

(一) 血胰淀粉酶、血糖、白细胞计数等化验检查、大体标本及病理切片观察可以看出：1、血胰淀粉酶变化：血胰淀粉酶在服药组动物均于第五次化验显示恢复至术前水平或接近术前水平，而对照组动物中仅有1匹下降至术前水平，其余均在术前水平以上。

2、血糖的改变：血糖的变化虽然不甚显著。但服药组动物最后一次化验均恢复至术前水平，对照组动物中4匹在最后一次化验结果仍在术前水平以上。

3、白细胞计数：白细胞计数在服药组动物中3匹恢复至术前水平，其余1匹逐渐下降并接近于术前水平。对照组4匹动物均未降到术前水平。死亡的2匹动物白细胞计数几乎没有反应，说明机体反应能力低下。

4、胰腺大体标本所见：对照组标本均表现有不同程度的坏死，周围可见有明显的粘连。服药组标本则表现为炎症局限，病变部位胰腺表面比较光滑。

5、胰腺切片标本光学显微镜下所见：对照组的胰腺组织坏死明显，病变局限化倾向不明显，而服药组的胰腺标本局部炎性细胞浸润明显，病变局限，形成包裹。

综上所述，可以认为清胰汤对实验性胰腺炎的病程，有控制其发展，使病变转轻及局限作用。从光学显微镜下所见，提示清胰汤的主要作用是一种提高实验犬机体抗感染能力，以炎性细胞浸润为主的免疫机能。本组实验免疫球蛋白I.G.M的改变，因限于条件和缺乏经验，虽不能作为充分依据，但结合上述所见可以联想到清胰汤的作用是与提高非特异性免疫作用的结果有关。这一点是否切合实际，尚待进一步证实。

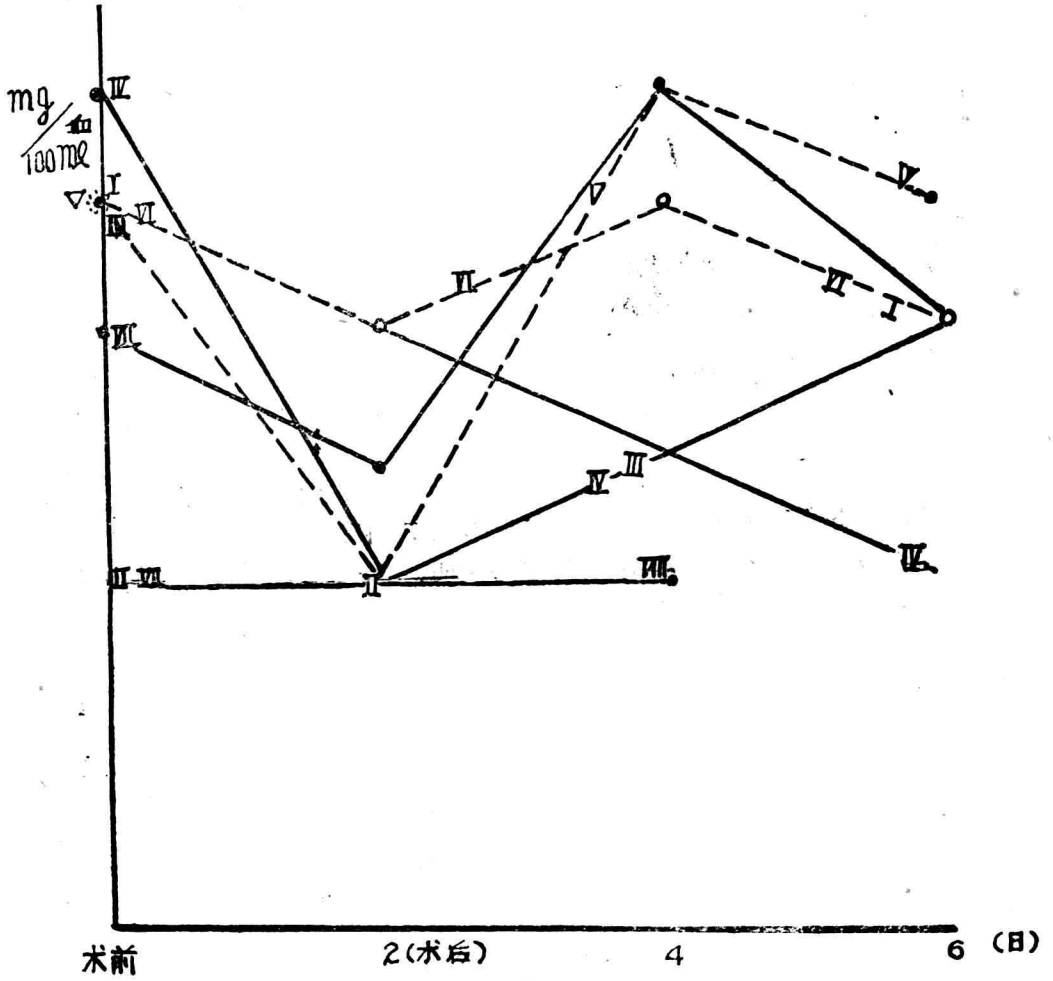
(二) 清胰汤药物组成中，祖国医学来认为柴胡、木香、元胡、白芍均有舒肝理气、缓急止痛作用。黄芩、黄连有清热解毒之功。大黄、芒硝有通里攻下、活血化瘀之效。据现代药理研究，该汤具有抗感染，消炎止痛，改善血液循环、增强免疫能力等综合作用。结合本组实验化验结果及病理所见，确有吻合之处。

(三) 根据本组实验免疫学方面检查的结果，初步认为，玫瑰花试验及淋巴细胞转化试验的方法，不适于作为犬的免疫学检查指标。免疫球蛋白中I.G.M对犬的免疫学检查指标上可能有些意义，尚待进一步探讨。化验检查方面，犬的血胰淀粉酶正常值约在600索氏单位以内；白细胞计数一般应在10000/立方毫米以内；血糖则在96~121毫克/100毫升之间。

五、小 结

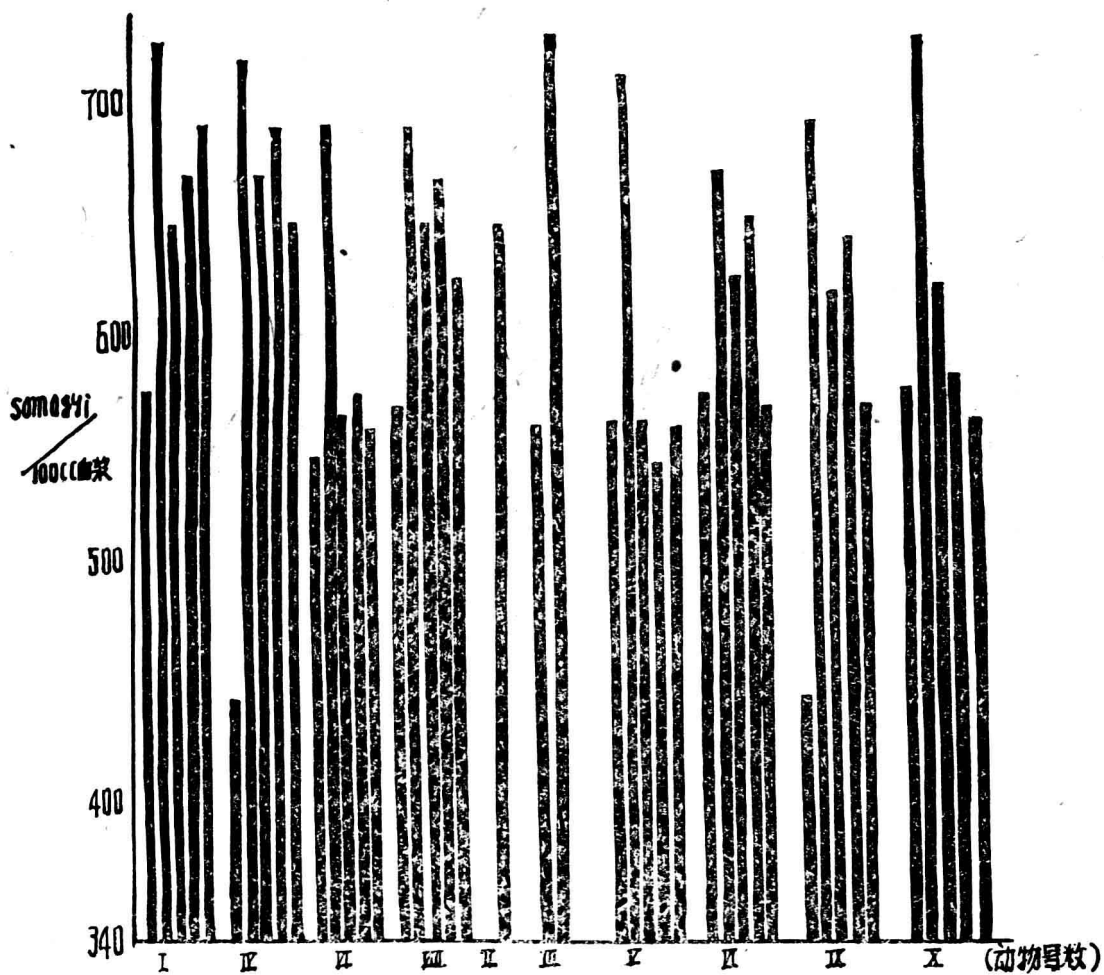
本文结合临床应用清胰汤治疗急性胰腺炎的显著疗效，进一步总结了应用清胰汤对实验性胰腺炎的动物实验结果，主要指标是结合临床化验，观察了胰腺病理大体标本和病理切片等，根据实验结果对清胰汤的作用进行了初步的分析。提出实验动物犬的某些化验指标基数，同时摸索了犬的实验性胰腺炎模型制作方法。因系初步资料的总结，仅作为临床参考。

I.G.M. 变化曲线表 (表1)



说明: ●——— 对照组动物
 ○——— 服药组动物
 图中曲线号按动物编号数

血淀粉酶对照表 (表二)



血淀粉酶 *Somogyi* / 100c.c. 血浆 变化曲线表 (表三)

