

中 西 医 结 合

中西医结合治疗急性肠梗阻
附 325 例临床病例分析

殷 铭¹, 周振理¹, 杨 涛²

(1. 天津市南开医院, 天津 300100; 2. 天津医科大学, 天津 300070)

关键词 中西医结合; 急性肠梗阻; 病例分析

中图分类号: R574 2 文献标识码: B 文章编号: 1004- 5392(2002)03- 0022- 02

中西医结合治疗急性肠梗阻在急腹症治疗中难度最大, 关键在于治疗规律难以掌握, 手术和非手术疗法的适应症和病例观察时间及中转手术时机难以掌握。随着现代诊查技术的应用以及中医辨证施治水平的提高, 使中西医结合治疗急性肠梗阻进步显著^[1]。本科自 1995 年至 2001 年收治了 325 例急性肠梗阻, 在中西医结合治疗原则指导下取得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

325 例患者均为患急性肠梗阻而入院治疗, 其中男 204 例, 女 121 例, 平均年龄 58.6 岁, 65 岁以上 123 例 (37.85%); 发病至就诊时间 1~3 d; 入院后急诊手术 43 例 (13.23%), 其余行非手术治疗 255 例 (78.46%), 治疗过程中中转手术 27 例 (8.31%), 在梗阻解除后有 31 例行择期手术 (9.54%)。本组病例病因分类见表 1。

表 1 肠梗阻病因分类

病因分类	例数	比例 (%)
粘连性	168	51.69
肿瘤性	97	29.85
疝	21	6.46
肠套叠	5	1.54
肠扭转	6	1.85
炎性肠病	8	2.46
肠系膜血管栓塞	9	2.77
腹腔脓肿	5	1.54
腹茧症	3	0.92
放射性肠炎	3	0.92
合计	325	100.00

1.2 诊断标准

本组临床上均有不同程度的腹痛、腹胀、呕吐和停止排气、排便等症状。腹部检查可见腹胀、肠型、蠕动波或非对称性隆起, 肠鸣音增多亢进, 可闻及气过水声或高调金属音, 如出现绞窄或穿孔时可有腹膜炎表现。腹平片出现气液平面; B 型超声可探及部分肠管扩张、肠壁增厚、蠕动改变, 或可探及狭窄部位, 提示肠梗阻的病因诊断。325 例患者依据典型的临床表现和体征, 结合辅助检查及术中所见均可得到明确诊断。

2 治疗方法

患者入院后禁食、胃肠减压、纠正水和电解质与酸碱失

作者简介: 殷 铭 (1956-), 男, 副主任医师, 从事中西医结合治疗急腹症临床和基础研究工作。

衡、抗感染等治疗, 监测患者生命体征, 明确西医诊断和中医辨证, 选择适应症。对于疽结型肠梗阻, 肠管已发生绞窄或坏死, 急诊手术解除梗阻和切除坏死肠管, 本组行急诊手术 43 例; 痞结型和瘀结型肠梗阻, 如各类单纯性肠梗阻, 无血运障碍的粘连性肠梗阻、功能性肠梗阻等及早期的肠扭转、肠套叠等, 则以通里攻下和活血化瘀法治疗, 治疗过程应严密观察病情变化, 出现血运障碍表现, 则中转手术治疗, 本组应用此法治疗 255 例, 中转手术 27 例。在梗阻解除后我们给患者行彩超和消化道双对比造影检查, 进一步明确病因, 对于肿瘤引起的梗阻择期行肿瘤根治切除术。中西医结合治疗急性肠梗阻时手术疗法亦占重要地位, 在应用中药攻下通便解除梗阻后择期手术, 降低了手术危险性, 减少了术后并发症的发生, 术后继续中西医结合治疗更可提高远期疗效。

3 结果

本组 325 例, 痊愈出院 316 例, 9 例死亡, 病死率 2.77%。死亡原因为肺部感染、中毒性休克、全身多脏器功能衰竭等。行急诊手术 43 例, 中转手术 27 例, 选择性手术 31 例, 总手术率为 31.08%。除外中转手术组, 应用中西医结合非手术疗法治疗疗效佳, 梗阻全部解除。

4 讨论

肠梗阻的病因构成近年来发生了变化, 肿瘤性梗阻比例增加^[2], 但目前粘连性肠梗阻仍是肠梗阻的主要原因^[3], 本组病例粘连性肠梗阻占 51.69%, 略高于国内的其他统计, 可能与我院收治对象有关。因此继续提高粘连性肠梗阻的诊治水平具有重要的意义。

7 年来我们应用中西医结合方法治疗急性肠梗阻取得了优于单纯西医或中医的治疗效果。笔者体会是由于严格选择了适应病例, 遵标本缓急、辨证施治原则, 减少了盲目手术例数, 降低中转手术率, 同时也减少了多次手术引致的严重粘连。非手术治疗时, 强调个体化治疗的原则, 分别采用急攻、缓攻或者攻补兼施, 因人定方, 因人定法用药, 将中西医两法有机地结合, 利用有效的胃肠减压, 保持胃肠道低压状态, 加强营养支持, 采用静脉营养治疗和中医补气养血法改善周身的营养状况, 为攻下药的应用创造条件。对于不适合中药急攻的病例, 可在有效胃肠减压基础上予中药保留灌肠进行引导, 中药胃管注入, 自上向下发挥推动肠管运动的作用; 中

药灌肠则可发挥肠管的虹吸作用,二者有机结合可以起到相得益彰的治疗作用。治疗中应用彩超作动态观察,可获得对疾病发展过程的更全面、动态的了解,对抉择中转手术时机提供更为客观的指标。梗阻缓解后可行消化道双对比造影检查,明确病变部位、范围及性质,指导下一步治疗。

在采用中西医结合方法治疗肠梗阻疾病过程中,我们的体会是不贸然开腹探查手术(肿瘤性梗阻除外)。对用中西医结合非手术治疗缓解后多次复发者^[5],多是肠管与原手术切口粘连成角畸形,肠管之间有较为松弛的粘连索带,肠管间广泛的膜性粘连使肠腔部分狭窄,无肠绞窄的趋势,应用中药攻则通,停即堵,对此类肠梗阻在梗阻攻通后择期行粘连松解手术,手术结束关闭腹腔前应用透明质酸钠涂布脏、壁层腹膜,防止粘连形成;对多次行开腹探查手术粘连十分严重的病例,经中西医结合非手术疗法攻通后,行内置管支撑

法肠排列术^[4],术后以活血化瘀中药为主进行后续治疗,一般约 3~6 个月,取得了满意的临床疗效。

参考文献:

- [1] 吴咸中,田在善.急性腹部疾病证与治则的现代研究[M].天津:天津科技翻译出版公司,1999:89.
- [2] 江来,孟荣贵,王颢,等.肠梗阻的病因及诊治探讨[J].中华胃肠外科杂志,2001,4(1):34.
- [3] Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction[J]. Eur J Surg, 1997.
- [4] 王代科.肠梗阻[M].北京:科学技术文献出版社,1993:95.
- [5] Miller G, Boman J, Shrier I, et al. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction[J]. Br J Surg, 2000, 87: 1240.

(收稿日期:2002-04-08)

中西医结合治疗系统性红斑狼疮 30 例

陈发喜

(天津传统医药研究所,天津 300400)

关键词 系统性红斑狼疮;中西医结合;治疗应用

中图分类号:R593.241 文献标识码:B 文章编号:1004-5392(2002)03-0023-02

系统性红斑狼疮(SLE)属结缔组织性疾病,不但侵犯皮肤,还侵犯多系统、多器官,属自身免疫性疾病,病情较为复杂,该病好发于年轻女性。几年来笔者采用中西医结合的治疗方法对该病进行观察治疗,收到了较为满意的临床疗效,现总结如下。

1 临床资料

30 例患者均来自门诊,全部是女性。年龄最小 19 岁,最大 39 岁。青年女性 26 例,占 87%,中年女性 4 例,占 13%,病程 1~2 年。

2 诊断标准

根据 1987 年我国中华医学会风湿病学分会 系统性红斑狼疮(SLE)学术讨论会 制定的诊断标准:蝶形红斑或盘状红斑;光敏感;口、鼻腔黏膜溃疡;非畸形性关节炎或多关节炎;肾炎(蛋白、管型、红细胞);浆膜炎(胸膜炎或心包膜炎);白细胞 $<4 \times 10^9/L$,血小板 $<80 \times 10^9/L$,溶血性贫血;癫痫或精神症状;抗核抗体阳性(IFANA);dsDNA 阳性或 SLE 细胞阳性;抗 Sm 抗体阳性;狼疮带阳性或肾穿刺阳性;C₃降低和/或 CH₅₀降低。符合以上 4 项者可诊断为 SLE。

作者简介:陈发喜(1955-),男,主治医师,胶原性疾病科主任,主要从事中医、中西医结合治疗胶原性疾病及疑难病的临床工作。

3 治疗方法

3.1 西医治疗

3.1.1 一般治疗

活动期应卧床休息,合并感染者应积极治疗感染,光敏感者应避免阳光暴晒。

3.1.2 药物治疗

1) 非甾体类抗炎药:可作为发热、关节痛、肌肉痛的对症治疗。但此类药物可影响肾血液灌注,合并肾炎者使用时应谨慎。

2) 抗疟药:氯喹对控制皮疹、光敏感和关节症状有一定效果,是治疗盘状红斑狼疮的主药,250~500 mg/d,口服,治疗时应定期检查眼底。

3) 糖类皮质激素:是西医治疗 SLE 的首选药物,一般均有较好的疗效,对多器官损害尤其对肾脏损害者,疗效更佳。强的松的使用以 1~1.5 mg/(kg·d)为好,持续服用 8 周,病情控制后开始减量,每半月减 5 mg,逐渐减至 10~15 mg/d,维持 2~3a 为宜,至病情完全缓解后可试行停药。如在减量过程中出现反跳现象,则需恢复原剂量并加 5 mg 予以维持。对患有暴发性或者顽固性狼疮性肾炎和严重中枢神经系统病变者,可采用短期大剂量激素冲击疗法,可用甲基强的松龙 1 000 mg 静脉滴注,1 次/d,共用 3 d,第 2 周视