

期,这有助于在急诊时选择手术或非手术的治疗指征;有助于减少手术时的盲目性和选择合理的手术方式。

三、中西医结合治疗 AOSC 的几个方面:一部分病人可通过非手术治疗主要是根据中医以通为用的治则,常用清法、泻法、据余仲符⁽²⁾实验研究及临床大宗病例证实,对治疗早,括约肌尚未纤维化造成狭窄者有增加胆汁流量、松弛括约肌起到胆管十二指肠内引流作用。此外对一部分极重病例,涉及多脏器功能病变时,用中医凉血散血法则治疗,可改善微循环及凝血机制;生脉散有稳定血压作用,尤其当内生性血管活性物质短缺时,可改善心功能和增加心脏输出量。

在以往的经验教训中使我们认识到,在治疗本病时,过急地手术而忽视必要的术前准备,并不是降低死亡率的唯一方法⁽³⁾,但过份强调非手术治疗而延误时机,同样可以增加死亡率。中西医结合治疗是两法并用或结合使用,扬长避短,以冀找出一条提高本病治愈率的合理途径。

参 考 文 献

1. 马荣康,等.细针经皮肝穿刺胆道造影与手术病理对比.铁道医学1983; 11(1):6.
2. 余仲符,等.实验性胆道感染及茵陈胆道汤对化脓性胆管炎的作用观察.中华医学杂志1981; 61(1):21.
3. Dow RW. Acute obstructive suppurative cholangitis. Ann Surg 1969; 169:22.

中西医结合治疗急性出血性坏死性肠炎 1 例报告

湖北省天门县皂市卫生院 程松山

我院1981年共收治两例急性出血性坏死性肠炎,采用中西医结合治疗痊愈出院,现举 1 例报告如下。

病历摘要 艾××,男,48岁,社员,住院号:4109。腹痛、腹泻、伴呕吐发热一天,于1981年11月2日入院。病者于11月1日半夜突然发病,满腹剧痛,腹泻血水样大便,且伴呕吐食物残渣及清水数次。在当地医疗站注射黄连素、阿托品等药物治疗无效,且腹痛加剧,腹胀如鼓,连续解血水样大便数次,腹痛腹胀难忍,急送我院住院治疗。

检查:体温 38.5℃,脉搏 100 次/分,呼吸 22 次/分,血压 0 mmHg。神志清楚,面色苍白,口唇发绀,呼吸急促。胸呈桶状,未闻及干湿性罗音,心率 100 次/分,心律齐,无杂音,心音低钝。腹胀如鼓,满腹压痛,肝右肋缘下 4 cm,质软。肠鸣音存在,余正常。大便镜检:红细胞++,脓细胞少许。小便常规:(-)。血常规:血红蛋白 12g,白细胞 11,800、中性 70%,淋巴细胞 30%。诊断:急性出血性坏死性肠炎。

治疗经过 11月2日,以抗休克、纠正水电平衡为主,同时以红霉素、氯霉素等抗生素药物联合应用,24小时补液 4,500ml,收缩期血压始终在 60~70 mmHg 之间,病人神志恍惚。11月5日,病人出现板状腹,大便不通,呕吐频繁,辗转不安,病势渐重。此时临床所

见,具有痞、满、实三证,单用西药,收效不显,故并用中药治疗,以小承气汤加减:大黄 10g(后下) 川朴 12g 枳壳 10g 白头翁 15g 白芍 15g 广木香 12g 甘草 6g 山楂、陈皮、神曲各 12g 连夜煎服一剂,第二天清晨大便已解,量多而恶臭,腹胀大减,呕吐停止,血压恢复至 100/70 mmHg,后又大便二次,仍为血水样,再进中药一剂(大黄同煎),11月7日,腹胀消失,可进少量饮食。于11月9日体温恢复正常,精神好转,大便正常,可以下床活动。后经调理住院 41天,痊愈出院。

讨 论 病人腹痛、腹胀、腹泻血水样大便,发热,血压“0”,低血压达 3 天,虽经输液、升压、纠酸等药物治疗,血压仍不能恢复正常,且大便不通,症状加重,是为热毒炽甚,郁积壅结而现阳明腑证,导致小肠失职,气机不畅,热伤肠络,毒入营血,出现一系列中毒症候。中药取大黄以攻积热,川朴理气去满,枳壳消痞散结,兼施白头翁以清热解毒,并倚其平肝之力以防热甚动风之变。助用消导之品以化滞,使病人转危为安。当然,此型病人,应用西药抗休克,纠正水、电解质及酸碱平衡,也极为重要。所以,笔者认为对这样的病人,应用中西医结合治疗,对提高其治愈率,大有裨益。