

• 病例报告 •

中西医结合治疗胃空肠吻合口排空障碍1例

河北省开滦吕家坨矿医院 王国卿 韩宴会 杜宝贵

我院对一例胃大部切除术后吻合口排空障碍坚持中西医结合治疗取得成功。报道如下:

王××,男,50岁,病历号741。患十二指肠球部溃疡10余年,于1982年12月13日在连续硬膜外麻醉下施行胃大部切除术,溃疡旷置,Hotmeister术式,吻合口约5cm,手术经过顺利,留置胃管,术后禁食补液,术后第三日肠鸣音恢复,肛门排气,去胃管下地活动,进流质食。术后第9日感觉上腹部不适,反酸、暖气,渐渐加重,上腹部胀痛,烧灼感明显,恶心呕吐,呕吐物内无胆汁。

体检:精神不振,腹软,上腹部饱满,肠鸣音弱。化验:Hb13.5g, WBC9,800,中性76%,淋巴24%;白蛋白4.5mg,球蛋白3mg,钠138mEq/l,钾3.85mEq/l,氯化物110.24mEq/l,二氧化碳结合力28.22mEq/l,非蛋白氮30mg%。临床诊断:吻合口排空障碍,吻合口水肿,残胃功能低下。

治疗:禁食、半坐位,胃管减压。治疗6天后(12月28日,即术后第15天)病情无好转,每日胃液量2,500ml~3,000ml。决定中西医结合治疗抢救。

中医初诊(12月28日):胃脘烧灼难忍,胸闷腹胀,8日无大便,尿350ml/日,胃液量2,630ml/日,舌淡嫩,苔白腻,脉虚弱。症属脾胃失权,清阳不举,浊阴上逆,邪燔于中。投乌贝散加味,温中化饮,理气止酸。处方:乌贼骨20g 大贝母12g 公丁香10g 桂枝10g 半夏10g 茯苓12g 一剂,水煎服。

二诊(12月30日):服上药一剂后,胃灼感稍减,尿400ml/日,胃液量3,200ml/日,其它如初诊。故拟大承气汤加味,通腑行浊,以治标缓本。处方:大黄9g 枳实10g 厚朴10g 地龙20g 木通10g 附子10g 云茯苓10g 一剂,水煎服。

三诊(1月1日):药入一剂后,肠鸣音增强,矢气频作,稀便一次,尿1,500ml/日,胃液量1,800ml/日,胸闷腹胀均减轻,食欲增,精神稍振,病情有趋缓之势。但患者出现低血钾(血钾3.25mEq/l),中医疑手术伤血耗气,久病体衰,唯恐继投攻下犯虚杀之戒。故拟益气养血,健中利尿之剂,以固其本。处方:

人参9g 黄芪15g 苍术10g 当归10g 地龙20g 泽夕10g 木通20g 云茯苓12g 桂枝10g 厚朴10g 三剂,水煎服。

四诊(1月5日):术后第23天,服中药8天,患者病情不见好转,胃液量仍无减少(3,450ml/日)。会诊时排除了因技术事故等所造成的机械性梗阻,认为患者体质仍能坚持中西医结合治疗。中医依《素问·标本病传论》“小大不利者治其标,小大利者治其本”之说,参考第二诊投药显效,决定投以大承气汤加味,再通腑降浊,除邪燔于中。处方:大黄15g 厚朴12g 云茯苓10g 枳实10g 地龙20g 滑石12g 木通15g,分别于晚8时、12时、次日凌晨4时三次给药。

五诊(1月6日):昨夜药入后,一夜尿950ml,两次稀便约2,500ml,胃液无复出,胸闷腹胀减退,腹鸣辘辘,矢气频频,诸症改善,精神舒展。临床提示吻合口已通。为巩固转机,防有它变,投益气养血、升清降浊之攻补兼施治疗。处方:人参9g 苍术9g 大黄9g 厚朴10g 枳实12g 桂枝9g 地龙15g 黄芪20g 当归12g 木通15g 云茯苓10g,6剂,水煎服,体质恢复,痊愈出院。已恢复原工作三月余。

讨论:一、我们认为:如果胃大部切除术中技术无误,经过顺利,不能解释存在机械性梗阻时,即使症状在2~3周内无明显好转,也要坚持中西医结合治疗为宜。对非机械性梗阻者的再次手术,只能加重水肿等各种障碍因素而延缓治疗。本例术后23天,虽无好转,但仍坚持中西医结合治疗,得以成功。

二、胃大部切除术后,残胃运动障碍,我们认为,属于中医的脾胃功能失权。《吴医汇讲》指出:“治脾胃之法,莫精于升降。”治脾以运,治胃以通为主,以复脾胃升清降浊之功,除其中满,加速胃的排空,消除滞留减少胃液的反流。本例治程所得:先治脾药入不行即反出而无效;先通其胃虽能暂缓但易复发。可见治疗本病宜通补兼施;临床中药入奏效,切不可随意更改方药。本例二诊用药后,尿有增加,胃液反流减少,肠鸣音增强,有矢气,大便已下,食欲增强,

腑气亦有通之势。但由于不适宜地更方，失去控制病情之机，病势日趋严重，险遭再手术之苦，若不更方可能早愈。

三、大承气汤加减对治疗吻合口排空障碍，胃浊中阻者有效。我们认为：大承气汤有增强肠胃蠕动，加速胃的排空力，除浊于中，减少胃液反流，消减吻

合口水肿的作用。故凡临床有脘腹胀满，无大便、脾胃升降失调者，虽无燥结，亦可急投大承气汤加减治疗。本例在治疗过程中，曾两次投用本方均获显效。对吻合口排空障碍，浊阻中焦者，汤药宜小量频服。给药前应先抽空胃液，然后注入药液并关闭胃管两小时，使药入内得行发挥其效。

肾结核并发肾功能衰竭治验1例

上海市第七人民医院中西医结合病房 叶景华 王哲身

患者女性，27岁，农民，因恶寒发热3天，右腰部酸痛、恶心呕吐、小便短少，下腹部胀满而于1980年1月8日住院。

患者于1979年3月因血尿经本院外科诊为右肾结核，须手术切除，患者拒绝手术，且又未坚持抗结核治疗。

入院体检：体温40°C，Bp130/90mmHg，面色萎黄，颧红，消瘦，舌质淡红苔薄，脉细数。心尖区有II级收缩期杂音，两肺呼吸音较低，腹部胀满，肠鸣音减弱，右下腹有压痛及移动性浊音，肝在肋下0.5cm，质软无压痛，脾未扪及，右肾区有叩击痛，余未见阳性体征。

实验室检查：血色素34%，RBC177万，WBC2,600，血沉65mm，血肌酐2.6mg%，尿素氮85mg%，CO₂cp 33.6 vol%。尿蛋白++，红血球3~5，白血球60~80。血、尿培养皆阴性，胸部X透视两肺上部陈旧性结核，心电图报告窦性心动过速。

住院后经科室病例讨论及外科会诊，诊断为肾结核、膀胱结核、结核性腹膜炎、肺结核，继发感染，氮质血症、酸中毒。病情危重以中西医结合抢救。西药用异烟肼、PAS、青、链霉素抗感染及纠正酸中毒等。待发热稍退，腹部仍胀满疼痛，以胃肠减压及服中药大黄片后，大便解，矢气多，腹胀减。小便不通，经导尿管导出脓尿，并有血块。泛恶纳少，口干，舌淡红少苔，脉细数无力，中医辨证湿浊内蕴而气阴两亏，治以养气阴而清解：孩儿参30g 石斛10g 天花粉15g 半枝莲30g 黄连3g 制大黄6g 毛冬青30g 鹿衔草30g 枳壳10g 佛手5g，每日1剂，治疗旬日后发热渐退，一般情况好转，血中肌酐1.7mg%，尿素氮48mg%。

至1月18日导尿管拔除后又发热、烦躁、泛恶，小便未能自解，腹胀甚，大便不多，口腔查到霉菌，于

是再行导尿，导出小便浑浊有腐烂组织，停用青霉素，继续用抗结核药。舌光，脉细数，中医辨证虽气阴不足，但此时邪热湿浊蕴阻为主，宜祛邪为主，改用通腑清解之剂：生大黄6g 枳实10g 槟榔10g 蒲公英30g 土茯苓30g 葶草30g 龙葵30g 黄连5g 野蔷薇花10g 广木香5g 青陈皮各10g。药后大便量多，小便导出亦较多，腹胀稍减。前方再加养气阴之品：孩儿参30g 金石斛10g。至1月23日腹胀又甚，烦躁，气促，肠蠕动音消失，经胃肠减压，肛排气未见好转，乃给大黄片10片，消胀合剂（广木香、砂仁、枳壳、槟榔、陈皮、生谷麦芽）100ml，从胃管中灌入。另用大黄片20片溶于250ml温开水中保留灌肠。经以上处理排气7~8次，解大便腥臭稀薄量多，随即腹胀顿减，发热亦渐退，但血中尿素氮又升至52mg%，中医辨证仍属邪盛正虚，继续给清解通腑，养气阴之剂，另用皮尾参煎汤代茶，西药停用PAS，改利福平。

至2月4日，口腔内有溃疡，仍有霉菌，一般情况较差，给以大蒜针静滴及支持疗法，中药仍以前法，病情日趋好转，经治疗月余，低热退，纳增，大便通畅，拔除导尿管后小便能自解，尿液变清，无腹胀。复查血肌酐1.6mg%，尿素氮32mg%，病情缓解于1980年3月5日出院，继续以抗结核治疗和扶正调理。至1982年4月29日复查，一般情况良好，寐食佳，体重较出院时增加15kg。

体会：本病例由于肾结核未能及时治疗而病变播散，导致多脏器有结核病变，并有继发感染，出现肾功能衰竭，病情复杂而危重，经中西医结合抢救而得到病情缓解。西药以抗结核，抗感染及补液输血等支持疗法；中医药以扶正祛邪，一方面以补养气阴，一方面清热解毒、通腑利小便、理气消胀。中西医结合取长补短收到了较好的效果。