

现今对多数病因不明的肾小球疾病仍需强调多环节联合治疗的情况下,中医辨证合辨病(包括西药对症)这是一条有效的治疗途径。

关于雷公藤的用量,本组病例在用雷公藤见效过程中,有的因上感或病灶感染等同时导致尿蛋白回升,但经及时有效处理,尿蛋白可复降,因此无需急于增减雷公藤剂量。根据雷公藤等药物开始见效时间(按尿蛋白从“+++”降到“++”计算)和尿蛋白转阴时间,可衡量用药剂量。

有关雷公藤制剂,还需进一步提取有效成分及消除毒副作用,其消蛋白的机理,尚需继续探讨。

续探讨。

(本文承蒙夏幼周、李幼安、沈士芳指导,本科室有关同志参加工作,特此致谢)

参 考 文 献

1. 座谈纪要,原发性肾小球疾病的临床分类、诊断和治疗。中华内科杂志1978; 17(2):130。
2. 黎磊石,等。雷公藤治疗肾小球肾炎的临床研究。中华内科杂志1981; 20(4):216。
3. 黎磊石,等。雷公藤治疗肾炎的临床与实验研究。中华医学杂志1982; 62(10):581。
4. 郑家润,等。雷公藤的临床和实验研究。中医杂志1982; 23(9):74。

中西医结合治愈复杂性肠外瘘1例

云南冶金大姚铜矿职工医院外科 王国虎

病例介绍 李××,男,27岁,工人。1982年9月15日入院。患者主诉腹泻一周,腹胀、腹痛,肛门终止排便排气10余小时,呕吐2次入院。检查:一般情况较差,消瘦、精神萎靡,眼眶下陷。血压测不到,心率98次/分,脉搏细弱,呼吸22次/分,体温36.5℃。心肺无特殊发现。腹胀,全腹触压痛,反跳痛(++),肠鸣音弱,肝脾触诊不满意。X线腹透双侧膈肌明显升高,全腹可见明显透亮区,并有阶梯状液平面。血化验:白细胞总数14,500,中性88%,淋巴细胞12%,"B"型血。诊断:急性绞窄性肠梗阻并腹膜炎,中毒性休克。入院后禁食,给予胃肠减压、补液抗休克纠正水电解质紊乱及抗感染等措施。休克基本纠正后行急诊“剖腹探查术”,术中见小肠系膜顺时针方向扭转360度,小肠广泛坏死,肠管高度膨胀,腹腔有约2,000ml淡黄色浑浊渗出液。将肠扭转解除后行“肠切除、肠吻合术”(切除空回肠两米)。术后病情好转、平稳,切口无红肿及渗出液溢出,至术后第十四天并发肠外瘘(切口上端及中部各有一外口),每天由瘘口溢出黄色乳糜样粪汁400~1,000ml,经西医方法治疗无好转,第八天开始口服“白芨糊剂”(白芨2g,黄芩0.5g,三七0.5g,上方共3g研细末,冷开水

适量调成糊状一次内服,每天三次),同时配合抗感染及补液、输血、纠正电解质紊乱等支持方法,瘘口及右髂凹脓肿予以充分引流(每天换药1~3次),瘘口周围皮肤涂搽复方鱼肝油软膏保护。服药后第五天切口上端瘘口愈合,第十二天切口中段瘘口闭合。闭合后第十二天,由于患者进食过量而感腹胀,次日切口中部有刺痛感并溢出少量粪汁,经继续服用“白芨糊剂”六天,瘘口愈合,再服五天以巩固疗效,至“肠外瘘”发生后第五十二天,患者伤口愈合良好,腹部无不适感,一般情况明显好转,治愈出院。出院四月后随访,患者营养状况良好(饮食恢复,体重比术前增加9kg),腹部伤口愈合良好,无任何不适感。

体会 “白芨糊剂”系王五江老中医的配方,曾有报道本剂治愈肠瘘3例,但均属单个瘘外口。我们治疗本例属复杂性瘘外口(两个外口),且病情危重,一般情况较差,故采用中西医结合治疗,瘘口愈合较快,使患者在病后第52天痊愈出院。经临床观察,“白芨糊剂”口服后无胃肠道反应及其它副作用,药源充足,制作简单,服用方便。一般用药3~6次即可收效,在瘘口闭合后继续服用1~4星期可停药。

更正 本刊1984年第4卷第11期672页正文第1~2行“用中药治疗”小儿肺炎529例,应为“共收治”

小儿肺炎529例;同期682页左栏倒数第11行“女性21例”,应为“女性28例”。谨向读者表示歉意。

(本刊编辑部)