

一般资料 122例中,男44例,女78例;年龄1/2岁~83岁;从发病到入院时间最短9小时,最长16天;有夏科氏征史者62例,行过胆道手术者19例。本组患者均符合1983年中华外科杂志第6期刊载的全国肝胆管结石专题会议规定急性重症胆管炎诊断标准。

治疗方法 患者入院后,用二联或三联大剂量抗生素,并根据病情及血、胆汁培养结果调整抗生素,对休克者常规快速补液,纠正酸中毒,酌情使用大剂量激素和升压药,注意保护肝肾功能,严密观察有无多器官衰竭的早期表现。中药使用我院排石4号方:石膏、银花各60g,知母24g,大青叶、大黄(后下)、金钱草各30g,赤芍、丹皮、川楝子、厚朴各15g,枳壳12g。黄疸重加茵陈30g,栀子15g;热重加连翘15g及紫雪丹;恶心、呕吐加半夏、竹茹各15g,生姜3片;有出血加炒茜草15g,炒蒲黄10g。上方煎成450ml,每次口服或胃管推入150ml,1日3次。同时严密观察,根据病情使用本院胆石总攻或小攻治疗方案治疗,总攻措施是:上午8时,皮下注射吗啡5mg,口服排石4号汤200ml;8:30,皮下注射吗啡5mg;9:10,口服33%硫酸镁60ml;9:20,进食猪油煎鸡蛋2个;9:30,电针胆俞(正极)、梁门(负极),留针30分钟,亚硝酸异戊酯1支吸入。以上方案每日一次,4天为一疗程。对胆道梗阻较明显者,改为小攻治疗,即上述方法中不用吗啡。在攻石过程中,要注意对每一次大便淘石观察。部分患者在治疗中不能解除梗阻因素,病情无好转者,应中转手术治疗。

结果 重症胆管炎主要梗阻因素解除,已有胆道排石或排虫及手术取石、取虫引流后,临床症状、体征消失,同时血压、脉搏、体温、呼吸正常达1周以上为痊愈。本组122例中治愈102例(83.6%),死亡20例(16.4%),其中非手术治疗82例,治愈71例(86.6%),死亡11例(13.4%);中转手术40例,治愈31例(52.5%),死亡9例(22.5%)。

体会 本组西医治疗按“控制感染,扩容纠酸,稳定细胞膜,供能给氧”原则,以保护肝、肾功能为主,防止多器官衰竭。

中医认为本病属于黄疸和结胸范畴,依据“六腑以通为用”和辨证论治的原则,我组采用清热解毒、凉血活血;通里攻下、利胆排石;扶正养阴、回阳救逆之法,采用总攻或小攻治疗。排出肝胆管结石最大 $4 \times 3.9 \times 3.5\text{cm}$,胆囊结石最大 $2 \times 1.6 \times 1.2\text{cm}$ 。在攻石过程中,出现腹痛加重、体温升高、黄疸加深,为“排石先兆”现象,此时应严密观察病情变化,如出现腹痛缓解,自觉症状突然减轻和腹部体征缓解而且血

压、脉搏、呼吸、体温逐步正常,为“排石现象”,此时应特别注意在大便中淘石检查,以明确排石疗效。

治疗中,出现有下列情况为中转手术指征:(1)发病前已确诊肝外胆道狭窄,胆总管扩张合并直径 $>2\text{cm}$ 的结石,及胆囊内有直径 $>1\text{cm}$ 以上结石。(2)已确诊或高度怀疑高位胆道狭窄,肝内胆道扩张合并多量或 1cm 以上结石。(3)出现“排石先兆”后,出现下列三项以上表现:①收缩压低于90mmHg持续6~12小时无改善,脉搏持续高于120次/分,体温持续高于 39°C 以上;②黄疸加深,皮下或粘膜出血;③有间歇性精神症状出现;④腹膜刺激征范围不断扩大,不能控制;⑤白细胞 >2.5 万,血小板 <7 万;⑥血、胆汁培养阳性。(4)高度怀疑胆系穿孔、癌变及不能控制的胆源性肝内感染、脓肿和胆道大出血。(5)合并多器官衰竭。(6)病情稳定后确诊非手术治疗不能解除梗阻因素或胆管病变需手术纠正等。

中西医结合治疗结核性 腹膜炎腹水型30例

甘肃天水航修厂职工医院 贾隆兴

我们于1977~1984年12月,应用中西医结合的方法治疗结核性腹膜炎腹水型30例,腹水消退疗效明显,报告如下。

一般资料 本组60例患者按入院先后,随机分为两组:西药组(对照组)与中西药结合组(治疗组)各30例。两组病情基本相似,60例中,男24例,女36例,年龄24~61岁。其中24~40岁48例,占80%,50岁以上12例,占20%。病程最短8天,最长8个月,平均3个月。病例选择经病史、临床症状、体征、实验室、X线、超声波检查符合《实用内科学》标准,确诊为结核性腹膜炎腹水型的患者。腹水量:依据A型超声波诊断仪,患者取侧卧位测得的液平段距离为准(上海市超声医学研究组,超声诊断学,第2版,上海科学技术出版社,1978:178)。治疗组:大量腹水(5cm 以上)5例;中等量腹水($2.5\sim 5\text{cm}$)19例;少量腹水($1\sim 2.5\text{cm}$)6例。对照组:大量腹水4例,中等量腹水18例,少量腹水8例(每 1cm 液平段平均腹水量估计约560~600ml)。

治疗方法 对照组:(1)异烟肼200mg,日三次口服,对氨基水杨酸钠8~12g加10%葡萄糖500ml静脉点滴,日一次;链霉素0.75g肌肉注射,日一次,至

临床症状好转后再以异烟肼合对氨基水杨酸钠连续治疗1~2年,其中7例选用利福平、利福定、乙胺丁醇等联合应用。(2)抽腹水及腹腔注射药物:每次抽腹水后腹腔注射异烟肼300~600mg,链霉素0.5~1g,醋酸可的松25~100mg,每周1~2次,直至腹水抽不出。(3)强的松30mg/日,共4~6周,停药前逐渐减量。治疗组:除用以上西药外,服用中药中满分消丸加减。基本方剂:白术、党参、炙甘草、猪苓、姜黄、白茯苓、生姜、干姜、砂仁、黄芩、黄连、半夏、枳实各6g,泽泻、陈皮、厚朴各9g,知母12g,每日一剂,分二次温服,5~7剂为一疗程,视病情而定,一般不超过两个疗程,但对疗效稍逊者可继用2~3个疗程。若阴虚内热,舌质红,少苔,脉细数去姜黄、生姜、干姜、砂仁、枳实,加青蒿、丹皮、地骨皮、生地、麦冬、鳖甲。伴有粘连者加三棱、莪术、桃仁。若病偏虚寒去枳实、厚朴、黄芩、黄连,加川乌、黄芪、吴萸、草薢仁。

结果 判定标准:显效:腹水在2周内消失,相应症状、体征基本控制。有效:腹水在3~5周内消失,相应症状、体征基本控制。

治疗组:显效18例(60%),有效12例(40%)。对照组:显效9例(30%),有效21例(70%),两组均无恶化死亡者。比较两组显效率: $X^2=5.45$, $P<0.05$,有显著差异。腹水消失时间:治疗组2周内消失者:5cm液平段以上者2例,2.5~5cm10例,1~2.5cm6例。3~5周内消失者:5cm以上者3例,2.5~5cm9例。对照组2周内消失者:1.5~5cm3例,1~2.5cm6例。3~5周消失者:5cm以上者4例,2.5~5cm15例,1~2.5cm2例。症状、体征:治疗组发热、畏寒、腹胀感、乏力、纳差、腹部压痛、呼吸短促、两下肢浮肿诸症均较对照组提早恢复正常或控制。但腹痛、腹泻明显者两组差异不显著。血沉恢复正常时间治疗组比对照组平均提前18.5天。

体会 中满分消丸出于《兰室秘藏》为分消中满而设,即从脾胃以行气和中,分化湿热,以消胀满。方中厚朴、枳实、姜黄利气机、消胀满;泽泻、猪苓、茯苓淡渗利湿;黄芩、黄连、知母与干姜、半夏同用,清热化湿;陈皮、砂仁合党参、茯苓、白术、炙甘草扶脾和胃。若偏虚寒者用上方加减,补中益脾,温通阳气。但总的精神都是从脾胃着手,以分消其邪,使阴阳升降之机复健,则胀满自消。与西药合用提高了消除腹水的疗效,缩短了住院时间,值得在基层推广应用。

槟榔治疗肠道鞭毛虫病 37例疗效观察

山东省益都中心医院 郑祥光

肠道鞭毛虫病是内科常见病之一,多由吞食包裹而感染。其主要临床表现为顽固性腹泻、腹胀、腹痛等症状,与慢性肠炎、过敏性肠炎、肠结核等病颇相似,笔者应用槟榔治疗本病收到较好的效果,报告如下。

一般资料 本组37例患者中,男22例,女15例。年龄最小20岁,最大58岁,平均31岁,其中20~30岁9例,31~40岁14例,41~50岁12例,51岁以上2例。病程最短45天,最长11年,以1~3年为最多,计23例。所有病例粪便镜检均发现致病原虫包裹。并有顽固性腹泻,每日2~5次,呈黄色泡沫状,伴有程度不同的腹胀、腹中隐痛。

治疗方法 槟榔(打碎)50g,水煎两次得药液300ml,加入蔗糖20g,溶化后分两次早晚饭前各服150ml。5剂为一个疗程,可连服两个疗程。以上为成人量,儿童或体弱者酌减。

结果 疗效判断标准:(1)治愈:临床症状消失,连续粪便镜检3次以上,未发现病原体。(2)好转:临床症状基本消失,粪便镜检偶见病原体。(3)无效:经治疗10天后,临床症状无明显减轻,粪便镜检仍见到病原体。本组37例中,治愈30例(占81%),好转5例(占13.5%),无效2例(占5.4%),总有效率为94.6%。

典型病例 患者王××,男,48岁,农民。主诉:腹泻反复发作5年,加重11天。患者5年来,不明原因腹胀、腹痛绵绵,以脐周围为主。大便每日3~5次不等,呈黄色泡沫状,无明显里急后重及脓血,血常规、大便常规检查无异常。经消化道钡餐透视、X线钡剂灌肠、乙状结肠镜、纤维结肠镜、直肠指诊等检查均属正常。曾服“复方新诺明”、“土霉素”及中成药“参苓白术丸”、“四神丸”等效果不显。本次发作来我院求治,粪便镜检见到肠道鞭毛虫原虫包裹,予“灭敌灵”、“啞噢方”治疗10天,大便次数减少,停药后又复发,再予前药,效果不佳,且恶心呕吐,患者随就中医治疗。检查:患者一般情况尚好,神清,面色稍萎黄,形体瘦削,皮肤略干燥。心肺无异常,肝脾未扪及,肝功化验正常。大便检查:黄色稀便,见到病原体(肠道鞭毛虫包裹),诊断为肠道鞭毛虫病。治疗:槟榔50g,水煎取汁300ml,加蔗糖20g,早