

心绞痛严重发作时发生AMI。另1例(2%)随访4年有4次心绞痛复发住院,超声心动图检查有主动脉夹层征。(4)合并用药与AMI之间的关系:51例中有22例并用心痛定、硝酸脂、速效救心丸等药,其中2例发生AMI,1例心绞痛复发4次住院,其余29例中有15例未服药,14例间断服药,间断服药者均因血压高服心痛定。全部病例基本都能坚持顶压助压器。

体会 (1)本组不稳定型心绞痛,出院平均随访3年8个月内AMI的发生率为3.9%,病死率为0%,与Ming-Kiat等158例不稳定型心绞痛患者经4年随访,AMI发生率13%,病死率4%和陈世波等(陈世波,等.不稳定型心绞痛患者出院后近期随访中华心血管杂志1987;15(4):193.)44例不稳定型心绞痛患者经3年5个月随访,AMI发生率11.4%,病死率4.5%对比,结果不同。后两组结果相似,本组明显降低。(2)51例中渐增型亚组28例(54.9%),其他亚组23例(45.1%),两组发生AMI率分别为7.1%和0%($P<0.05$),提示:至阳穴埋藏微型助压器虽能降低渐增型亚组AMI发生率,但其预后仍比其他亚组差。其原因渐增型亚组发生AMI的2例,原有陈旧性心肌梗塞,说明冠状动脉粥样硬化严重且常为多支冠状动脉病变,而其他亚组冠状动脉病变可能较轻。(3)易患因素与预后的关系:本文结果分析认为血糖与血脂的值与预后关系不大,高血压可能影响预后,2例AMI患者血压 $>21.33/12.64\text{kPa}$ (160/95mmHg)。(4)合并药物治疗与预后的关系:兼用药物治疗的22例中有2例发生AMI,另1例心绞痛严重发作4次。而不服药或间断服药的29例中没有发生AMI,可见合并药物治疗与否和预后无关。(5)至阳穴埋藏微型助压器降低AMI和病死率的原因:51例在随访期中心绞痛未发作和偶有发作者共49例(98%),心电图改善31例(60.7%),表明本组病例至阳穴埋藏微型助压器能缓解心绞痛发作和改善缺血性心电图,这对不稳定型心绞痛的发展过程起了良好的作用。

中西医结合治疗外伤性脾破裂 52 例

山西省忻州地区人民医院外科(山西 034000)

续满元 侯依泽 史增祥

梁满荣 张俊茂 安贵林 郑仁

我院自1980年以来,采用中西医结合非手术疗

法治愈外伤性脾破裂52例,现报告如下。

临床资料 本组52例中,男44例,女8例,年龄6~63岁,平均38岁。发病至入院期间最短者1小时,最长者78小时,平均18小时。就诊时休克者26例。血红蛋白平均在8.7g%,最低者为6g%。本组均有左季肋部外伤史,其中钝性碰撞伤32例,跌伤8例,锐器伤3例,车祸9例,52例均有腹痛、全腹肌紧张、压痛及反跳痛等血腹症;其中39例有固定左上腹浊音区,23例有左肩部放射痛。全组病例均有腹部移动性浊音,52例皆作腹腔穿刺,均有不凝的血性液体。X线检查,大部分患者膈肌活动受限。B超检查,全组均有不同程度的脾边缘不完整,影像不连续,脾肿大,出现液平段等表现,同位素扫描,均有脾脏放射性核素灌注异常。

治疗方法 皆做好手术准备并在严密观察下进行中西医结合保守治疗。(1)绝对卧床休息,禁食;输血,输液;给予止血药,止血敏2.0g 6小时1次静滴;应用镇静剂,鲁米那钠0.1g,一日2次肌注;给予抗生素以防感染。本组26例患者就诊时有休克症状,经给吸氧,输血300~600ml后,血压回升,可稳定在正常范围。此时开始服用中药。(2)中药治疗:治则是活血化瘀,清热凉血,通里攻下。方剂:丹参、赤芍、桃仁、乳香、没药、元胡、大黄(后下)各15g,1日1剂,水煎服,应用2周。根据病情辨证论治,随症加减。发热加黄连、双花。腹痛消失减元胡。腹泻减大黄,加黄芩、川连、甘草。恶心,呕吐加茯苓、陈皮、枳实。

结果 疗效标准:临床痊愈:症状、体征完全消失,经B超检查脾声像正常,腹腔液体消失,无后遗症。有效:体征好转,经B超检查脾声像接近正常,腹腔无包块、积液。无效:经治疗症状体征逐渐加重,血压下降,脉搏、呼吸增加,B超检查脾声像无好转,腹腔积液渐增多。本组病例无死亡及并发症,亦无中转手术。平均住院24.5天,经随访7~8年病人生活正常,已参加工作和学习。

体会 (1)非手术治疗脾外伤的适应症:Bur-rington非手术治疗35例幼儿单纯脾损伤,无1例死亡。我们治疗的脾损伤中,除6例合并胸腔、腹腔的多脏损伤外,其余52例均进行非手术治疗,效果良好。所以我们认为:凡是临床上能排除胸腔其它脏器损伤的单纯脾外伤,只要血压能稳定在7.98kPa(60mmHg)以上者,都是中西医结合非手术治疗的适应症。但是一定要严密观察患者,做好手术的一切准备。笔者认为,凡是通过脾缝合术能治愈的脾破裂患者,大都能通过

中西医结合非手术的方法治愈。(2)非手术治疗时的中药应用:脾外伤破裂后,属于中医膈下血瘀的实证,当以“活血化瘀,清热凉血,通里攻下”的原则辨证论治。方中丹参和血,大黄破血,赤芍和血,有破血凉血、生血补血的作用,桃仁、乳香、没药、元胡活血,四药大剂量合用加强了破血逐瘀的功效,对减轻腹痛,增强腹腔血液吸收效果良好,为促进早期肠蠕动,防止肠粘连,并加快腹腔血液吸收,使用大黄(后下)其用量随病情增减。本组全部病例应用中药后临床症状及腹膜炎体征很快减轻,病程缩短,恢复顺利,无并发症出现,住院时间短。出院后随访,一般情况良好,患者能及早参加工作和学习,与中药治疗有密切关系。

中西医结合治疗细菌性 肝脓肿11例

甘肃省陇南地区人民医院(甘肃 746000)

李秀云 韩奋强 李永寿

自1987年以来,我们采用中西医结合治疗细菌性肝脓肿11例,临床效果满意,现报道如下。

临床资料 所选病例均按照黄家驷《外科学》细菌性肝脓肿所列诊断依据而确诊。随机分为中西医结合治疗组(简称治疗组)和对照组。治疗组11例,其中男6例,女5例。年龄9~72岁,平均41岁。病程最长1年,最短6天。有慢性胆道感染史者5例,急性上呼吸道感染者4例,原因未明者2例。其中并发左肾周围脓肿者1例,巨大肝脓肿并昏迷者1例,多发性脓肿1例,肝右叶脓肿8例。对照组9例,其中男5例,女4例,年龄10~68岁,平均39岁,病程最长1月,最短7天。有左叶脓肿1例,右叶脓肿1例,误诊为阿米巴肝脓肿1例,多发性脓肿1例。

治疗方法 治疗组:(1)根据肝穿抽取脓液细菌培养及药敏试验的结果。选用一种或两种以上抗生素联合治疗。肝穿术前先经“A超”定位,然后在压痛点最明显处进针,深度要比“A超”进波深1~3cm。对脓肿部位深者用腰穿针,表浅者腹穿针即可,再次穿刺时,应在原穿刺点周围约1~2cm处进针,多发性脓肿交替抽脓。脓液粘稠者,脓腔注入稀释的 α -糜蛋白酶冲洗。穿刺结束时脓腔注入适量抗生素及地塞米松。(2)中药治疗:初期:肝区隐痛或胀痛,不能侧卧,局部压痛拒按,甚则呼吸不利,恶寒发热,脉弦。证属肝郁气滞,热聚成毒。治宜清肝泻火,理气解毒。药用:柴胡10g、黄芩15g、山栀子10g、连翘30g、川楝子10g、青皮10g、郁金15g、川芎10g、

蒲公英30g、蚤休10g、甘草6g。中期:肝区胀痛加剧,肋肋明显膨满,身热不退,形体渐瘦,面色萎黄,精神萎靡,时时出汗,口苦纳呆,脉弦数。证属气滞血瘀,化火成毒。治宜清热解毒,活血消痞。药用:柴胡10g、黄芩10g、蒲公英30g、败酱草30g、薏苡仁30g、桃仁10g、川楝子10g、红藤30g、乳香6g、没药6g、甘草6g。后期:并发咳吐脓血,或并发剧烈腹痛,下利脓血及虚脱者,证属热腐成脓,阴液被劫。治宜清热养阴排脓。药用:柴胡10g、黄芩10g、鲜沙参15g、鲜芦根30g、鱼腥草30g、桃仁10g、丹皮10g、冬瓜子30g、天花粉10g、生黄芪30g、甘草6g。恢复期:溃脓后邪势已去,口干少津,胃纳不香,脉细数,证属气阴两亏。治宜益气养阴。药用:太子参10g、麦冬10g、五味子10g、石斛10g、天花粉10g、生黄芪30g、当归10g、山药10g、紫草10g、白薇10g、白芍10g。

对照组:不用中药,西医治疗同治疗组,肝穿抽脓后不用 α -糜蛋白酶冲洗脓腔。

结果 疗效标准:痊愈:(1)肝区疼痛消失,全身情况明显改善,体温及血常规正常。(2)A超每3天检查1次,连续3次无液性平段;B超:病灶处液性暗区消失,光点与正常肝组织基本一致。好转:仅具备以上一项者。无效:以上两项均未达标者。结果:治疗组痊愈11例,为100%,平均住院20天。对照组:痊愈2例,占22%;好转5例,占56%;无效2例(病危自动出院1例)。

体会 细菌性肝脓肿一般多继发于全身化脓性感染,病情危重,病死率较高。本疗法关键在于:(1)肝脏穿刺抽脓,可避免手术排脓而造成的创伤,且不受环境条件及病员体质状况限制,易于施术,患者乐意接受。(2) α -糜蛋白酶有分解肽链的作用,能使蛋白分解,溶解脓液及坏死组织,促进肉芽生长,加速脓腔愈合。(3)中医辨证论治,本病多为肝经郁热,方用《医宗金鉴》柴胡清肝汤加减为基础方,清肝解郁;至中期对原方加桃仁、乳香、没药之类,以使瘀毒由血分疏解。由于热毒伤阴,故用鲜沙参、鲜芦根清热养阴。右期门穴周围刺痛胀痛,低热不退者,用桃仁、丹皮、天花粉、冬瓜仁、鱼腥草化瘀清热排脓,往往剂不过三,效如桴鼓。气阴两亏时扶正祛邪,用生脉饮加紫草、白薇、白芍之类,以防正虚邪恋,余毒复肆。而补中益气汤,笔者认为有促进组织修复及增强机体免疫功能之作用,恢复期以气虚为主者均可予之。本法治疗肝脓肿效果较好,但病例太少,有待进一步总结完善。