

通结攻下为大法。在做好手术准备的条件下，应抓住胆石阻塞胆管造成不通的主要矛盾，正确运用中西药物解除梗阻，消除炎症。在治疗中应辨证地、动态地进行观察。适合继续非手术治疗者应坚持治疗，并应采用一切措施使病变由不利的方面转向有利一面，但根据目前经验与水平认为需手术治疗者，应把握住手术的时机，决不应强行非手术治疗。应实事求是地正确对待手术与非手术的选择。

五、努力提高肝内残余结石的诊治水平。肝内残余结石是胆道外科中常见而又难于处理的问题，也是再次手术及增加手术病死率的主要原因。中西医结合在这方面有很大优势，可大大降低再次手术率。应积极采取中西医之长，在各自选择恰当适应症情况下，有机地相互配合，应用中药、总攻、溶石、取石以及手术等方法，创造出切实可行的最佳方案，改变肝内残石必须再次手术的局面。

总之，胆石病的中医西结合研究，有着极丰富的内容，无论在临床或实验研究方面都还存在大量没有解决的课题，今后需认真积累经验和总结规律，逐步建立起更为完善的中西医结合治疗胆石病的新方法。

急性阑尾炎中西医结合研究展望

黑龙江省医院(哈尔滨 150001)

杨熙平 高晓江

中西医结合非手术治疗阑尾炎的有效率可高达70~80%，病死率在0.1%以下，但是还有许多问题需进一步研究解决。下面就目前存在的几个主要问题谈谈看法。

一、中、西医对阑尾炎病因、病机认识的融汇贯通问题：中医认为阑尾炎的发病与病邪（六淫、七情等）的侵袭和正气虚（机体抗病能力低下）有关，即所谓的“邪之所凑，其气必虚”。西医则强调发病的局部因素，即阑尾炎的发病与阑尾腔的梗阻或排空欠佳等因素有关。如何将阑尾炎发病过程中整体与局部、机能与器质改变的辨证关系有机地结合起来是个重要课题，这个问题解决好了，将有助于克服在医疗时只顾局部、忽视整体或与之相反的两种偏向和做法。

二、西医诊断与中医辨证的结合问题：中西医结合有一个手术与非手术疗法适应症的选择问题，特别是在选择非手术疗法时，除了诊断为阑尾炎外，还必须了解阑尾本身是否过长、有无粘连扭曲、阑尾腔有无狭窄梗阻、阑尾的炎症程度、腹腔积液多少等。另外在采用中药时必需辨证论治，才可能取得好疗效。

三、提高近期疗效问题：大量临床病例观察证

明，对单纯性、轻度化脓性阑尾炎及阑尾周围脓肿的治疗效果较好，但对阑尾炎穿孔并发腹膜炎的治疗则存在分歧，有人列入手术治疗范围，有人则非手术率达50~70%，且远期疗效也较好。

四、中药的剂型改革问题：阑尾炎的类型较多，中药的方剂也很复杂，加上中药煎剂不方便、药源不能保证等原因，非手术疗法始终未能很好推广，如果研制出对各类型阑尾炎都基本适用有效的制剂，将有助于开展这项疗法。目前虽然已做了些工作，有了一些初步成果，但问题仍很多，需要研究解决。

五、阑尾炎的复发问题：阑尾炎经非手术疗法治愈后，复发的因素甚多。要降低其复发率可从下列几方面着手研究：首先是非手术疗法适应症的选择问题，显然阑尾管腔狭窄者易复发，不应首选非手术疗法。其次是需要摸索出一个合理的治疗方案，以免在急性期治疗不彻底而复发，再就是要根据阑尾炎的病因，在阑尾炎治愈后指导病人注意预防。

六、阑尾手术围手术期的中西医结合疗法问题：阑尾手术后机体恢复的快慢和手术后并发症的多少，虽然与手术本身有关，但与围手术期的治疗也有密切关系。这个问题已经引起重视，例如术后胃肠功能恢复较慢、腹胀、疼痛、恶心、呕吐等，通过中西医结合治疗得以迅速解决；又例如有腹膜炎的病例，阑尾切除后可以不放引流，用活血化瘀、通里攻下、清热解毒的中药治疗，效果很好，可减少因放引流引起的切口感染、术后肠粘连等许多并发症。

急性肠梗阻中西医结合研究展望

西安医科大学第一附属医院(西安 710061)

党正祥

急性肠梗阻的中西医结合研究已有30余年的历史。中西医结合治疗规律已基本摸清。非手术率一般在60~80%之间，病死率在3%左右，但其难点仍集中在绞窄性肠梗阻的诊断与治疗上。

一、早期肠梗阻：肠梗阻是一个多因性疾病，故其诊断十分重要。根据肠梗阻的病谱调查，目前我国肠梗阻的最常见原因为肠粘连所致，故应作为重点研究目标。各地研究证明：当归、赤芍、川芎、丹参、大黄及大黄蟅虫丸都有预防肠粘连的作用；腹腔内灌注与涂敷红花及泽兰液、人体脂肪油、二甲基硅油及复方大黄合剂，也能收到较好的预防作用。肠梗阻的诊断方法虽然很多，如X线检查、钡餐造影、B超等，但尚缺少特异性诊断方法，这也就给适应症选择，中药的运用带来困难。为克服非手术治疗的盲目性，在

很大程度上还要依靠临床经验,一般非绞窄性肠梗阻在攻下2~3次不见效果,要在24~48h内转手术治疗为宜。此外,非手术治疗方法也很多,哪些方法应该先用或后用,尚需要深入研究。

二、绞窄性肠梗阻:其难点也在诊断上。特别是早期绞窄性肠梗阻尚没有快速准确的客观指标,有人提出血清中无机磷、尿蛋白、腹腔穿刺液中红白细胞的动态观察等,但没有突破性进展。近几年来我们作了一系列研究证明,绞窄性肠梗阻解除,血循环恢复,可引起肠壁的再灌注损伤,加重原有的缺血性病理损

害。还证明肠粘膜缺血造成细菌的肠外转移,其细菌转移的量与肠粘膜损伤程度呈正相关,肠外器官的损伤主要由内毒素的直接和间接作用所致。我们的实验还证明,丹参注射液对这些损伤均有较好的保护作用,对再灌注损伤时细菌转移有明显的阻抗作用,因而肠道毒素的吸收也大为减少。我所提出:绞窄性肠梗阻合并休克的治疗中,在术前、术中、术后静脉滴注丹参注射液及清解II号注射液,可减轻休克症状,预防休克及多器官功能衰竭的发生。

中西医结合治疗新生儿坏死性肠炎 21 例

苏州医学院附属儿童医院(江苏 215003) 张瑞宣 周星霞

本院新生儿科1989年以来收治新生儿坏死性肠炎(Necrotizing enterocolitis, NEC) 43例,现报告如下。

临床资料 43例随机分成两组:西医组22例,中西医结合组21例。两组病情相似:平均日龄为3.51d及3.25d;就诊前病程为2.01±1.35d及1.95±1.05d;胎龄37~42周占60%及61%;体重2500~4000g占85%及85.5%。围产期窒息占56%及60%,合并感染(肺炎及败血症)占82%及81.5%。临床表现以腹胀、呕吐及便血和/或大便隐血阳性为主。病情均较重,Ⅲ期病例占35%及35%,Ⅱ期占60%及64%,Ⅰ期占5%及1%。中西医结合组中3例伴腹膜炎。

诊断标准:参考全国统一标准诊断及分期(林峰,等。儿科疾病诊断与治疗。第一版。天津:天津科学技术出版社,1990:19)。

治疗方法 (1)西医组:以禁食、胃肠减压及静脉补液为主。禁食时间7~23d,平均12.5±1.25d;胃肠减压平均3.84±1.35d;补液时间12~35d,平均20.59±2.45d。(2)中西医结合组:①西医疗法:同西医组。禁食4~20d,平均8.34±2.65d;胃肠减压2.24±1.45d;补液7~45d,平均14.34±3.45d。②中医疗法:每例均用以川芎嗪10mg/次加于10%葡萄糖液20~30ml静脉注射,1日2次,疗程5~7d,平均6.65±2.40d。若治疗1周以上症状不缓解,纳呆、神萎、舌苔光剥,舌质红者为阴虚阳衰之证,加用扶正汤(人参1.5g 鹿茸0.5g 灵芝0.25g 五味子1.5g 川芎0.5g)水煎内服,每天1剂,疗程3~6d。本组

病例服扶正汤者共10例,均于2~3d内食欲、精神明显好转,直至治愈。

结果 疗效评定标准:按全国统一标准评定疗效(刘昕曜,等。疾病诊断和疗效标准。1990:332),包括临床表现及X线征象等。结果:西医组:治愈11例(50.0%),好转7例(31.82%),死亡4例(18.18%)。中西医结合组:治愈19例(90.48%),好转2例(9.52%)。结果显示中西医结合治疗NEC的疗效明显优于单纯西医疗法,差异极显著($\chi^2=8.598$, $P<0.01$)。治愈病例症状改善时间:西医组12.0±2.45d,中西医结合组3.05±1.55d。X线征阴转时间:西医组14.8±3.05d,中西医结合组6.75±1.76d。体重增长:西医组-14.75g/周,中西医结合组+29.75g/周。

讨论 中医称NEC为胃肠“血瘀症”,故活血化瘀是中医的基本治法。本文病例气滞血瘀证明显,合并腹膜炎时腹水呈暗红色,属血瘀积滞。西医处理需手术治疗,其病死率极高。本文中西医结合组3例腹膜炎患者均未手术,很快治愈出院,随访观察正常。川芎嗪为活血化瘀之要药,其优点是使用方便,疗效好,无毒副作用。早期应用可有效地改善微循环、抗血小板凝集、防治DIC、纠正重要脏器的缺氧缺血状态,阻止病情的恶化,值得推广应用。由于阳虚是新生儿患病的基础,NEC病情严重,病程长,疾病后期阴虚证明显,故适时地投用壮阳滋阴的扶正汤可促使病情尽快恢复,缩短疗程,有利于减少由静脉补液所致的医源性疾病的发生,又可提高机体的免疫力。因此,值得今后作深入研究,以利扩大临床应用范围。