

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。