

· 经验交流 ·

老年胆囊炎、胆石症中西医结合治疗探讨

张坚良

1985 年 6 月~1995 年 10 月,我院手术治疗了 180 例 60 岁以上湿热型胆囊炎、胆石症患者,其中 78 例经术前中西医结合治疗后择期手术,与急诊手术的 102 例对照,疗效有明显提高,现分析探讨如下。

临床资料

诊断标准和中医辨证分型以 1979 年 10 月旅大会议制定的全国“中西医结合治疗胆道疾病诊疗标准”[中级医刊 1980;(6):56—58]为依据。

中西医结合治疗后择期手术组(中西组)78 例,男 21 例,女 57 例;年龄 60~84 岁,平均 68.8 岁。临床表现:腹痛 78 例,恶心呕吐 59 例,畏寒发热 56 例,黄疸 22 例,大便干结 67 例,右上腹压痛 74 例,血白细胞数 $>10 \times 10^9/L$ 66 例,酸中毒、电解质紊乱 12 例;有伴存病者 52 例,其中心血管病(冠心病、高心病、肺心病、高血压)50 例,呼吸道病(老年慢性支气管炎、肺气肿)13 例,糖尿病 6 例,肾功能不全 3 例;伴存一种病者 35 例,两种病者 14 例,三种病者 3 例。急诊手术组(对照组)102 例,男 28 例,女 74 例;年龄 60~81 岁,平均 68.5 岁。临床表现:腹痛 102 例,恶心呕吐 76 例,畏寒发热 74 例,黄疸 31 例,大便干结 88 例,右上腹压痛 97 例,血白细胞数 $>10 \times 10^9/L$ 87 例,酸中毒、电解质紊乱 15 例;有伴存病者 48 例,其中心血管病 42 例,呼吸道病 11 例,糖尿病 5 例,肾功能不全 2 例;伴存一种病者 36 例,两种病者 12 例。

两组病例经术前 B 超和手术证实均患胆囊炎、胆结石;中医辨证分型均为湿热型。

治疗方法

中西组术前所用中药以清热利湿、通里攻下为主,方剂为茵陈蒿汤合大柴胡汤加减,主要用药:柴胡、黄芩、半夏、枳实、栀子各 9g,白芍、大黄各 12g,茵陈 30g。痛重加用元胡、川楝子、郁金,呕吐加用生姜、竹茹,热重加用黄连、金银花、板蓝根,黄疸甚重用茵陈、金钱草,便秘重用大黄、芒硝、厚朴,食欲不振加用山楂、神曲,舌绛、渴饮、脉洪加石膏、知母。每天 1 剂煎服,分

2 次服用。疗程 7~14 天。并及时纠正水、电解质和酸碱平衡失调,积极治疗伴存病,同时配合应用灭滴灵 1g、氨苄青霉素 5g 或环丙沙星 0.4g,每天 1 次静脉滴注,以加强抗感染治疗。本组 78 例经中西医结合治疗后,临床症状都获得迅速缓解,并接受了择期手术,其中行胆囊切除术 50 例,胆囊切除及胆总管引流术 24 例,胆囊切除及胆总管十二指肠吻合术 3 例,胆囊切除及胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术 1 例。

对照组有 13 例入院后立即手术治疗,89 例经 2~4h 术前准备(如输液、静脉滴注抗生素及维生素 K_1 等)后施行手术,其中行胆囊切除术 62 例,胆囊切除及胆总管引流术 38 例,胆囊切除及胆总管十二指肠吻合术 2 例。

结 果

疗效判定标准(实用中西医结合临床手册,第 1 版,北京:学苑出版社,1990:592—601):治愈:胆囊切除及胆管取石后,症状体征消失,胆道通畅,无残留结石,切口愈合,引流管拔除,并发症经治疗消失。好转:经治疗后症状、体征减轻。中西组 78 例全部治愈;对照组治愈 95 例,术后 1 个月内死亡 7 例(6.9%),死亡原因:多系统器官衰竭 3 例,急性心力衰竭、肺炎、上消化道出血、胆瘘各 1 例。两组比较, $\chi^2 = 3.885$, $P < 0.05$ 。

中西组出现术后并发症 13 例(16.7%),其中心律失常 5 例,肺炎 2 例,上消化道出血 1 例,切口感染 2 例,尿路感染 3 例。对照组出现术后并发症 32 例(31.4%),其中心律失常 9 例,心力衰竭 3 例,肺炎 4 例,上消化道出血 4 例,切口感染 6 例,切口裂开 2 例,尿路感染 7 例,胆瘘、肾功能衰竭、消化道霉菌感染各 1 例;5 例同时出现两种以上并发症。两组比较, $\chi^2 = 4.344$, $P < 0.05$ 。

讨 论

在现代医疗条件下,高龄已不成为胆道手术的禁忌症,多数文献也主张对老年胆道疾病应采取积极的手术治疗。但由于老年患者有其特殊的临床特点,如伴存病多,全身各重要脏器机能储备及代偿能力衰退,

应激能力下降;故急诊手术并发症发生率和死亡率均较高,文献报道分别为 42% 和 10% [中华外科杂志 1989;27(3):150—152],我院急诊手术组分别为 31.4% 和 6.9%。因此,我们认为降低老年胆道疾病手术并发症发生率和死亡率的关键是应根据老年患者的临床特点正确把握手术时机,除中毒症状严重或伴有明显腹膜炎体征、非施行急诊手术不能挽救生命者,均应尽量通过积极的非手术治疗,使患者渡过急性发作期和使伴存病得以纠正或处于相对稳定期再择期手术,以增强患者抗病和耐受手术的能力,提高治愈率。

术前采用中西医结合治疗,其目的是取两者的优点,扬长避短,以便使急性发作期患者的临床症状获得迅速缓解,尽快创造择期手术的条件。中医认为,胆为“中清之腑”,以通降下行为顺,因此,我们在对本病的

施治中,采用清法、泻法。茵陈蒿汤合大柴胡汤有较强的清热利湿、通里攻下及松弛胆道括约肌的作用,故适合于对湿热型胆囊炎、胆石症的治疗。同时通过辨证,对伴存病患者还能进行兼顾治疗,攻补兼施,从而起到明显改善心、肺、肝、肾等脏器功能和凝血机制、稳定血压的作用。为了弥补中药在治疗中的不足并加强抗感染治疗,我们同时给予输液、补充电解质、纠正酸中毒,并配合使用一些抗菌作用较强、毒副作用较小的抗生素。本组 78 例患者经术前中西医结合治疗后,临床症状均获得迅速缓解,并全部在 2 周内接受了择期手术,术后都获得了治愈,并发症发生率也仅为 16.7%,与同期急诊手术组比较,明显降低了术后死亡率和并发症发生率,获得了理想的治疗效果。

(收稿:1996—09—03 修回:1996—11—10)

当归注射液对冠心病患者血浆前列环素/ 血栓素 A₂ 和血小板聚集的影响

李自成¹ 曹茂银² 宋翠娥² 李庚山¹ 黄从新¹ 许家利¹ 江 洪¹

本研究对冠心病患者给予当归注射液静脉滴注治疗,观察治疗前、后血浆前列环素(PGI₂)/血栓素 A₂ (TXA₂)水平和血小板聚集功能的变化,并探讨其作用机制。

资料与方法

1 观察对象 按 WHO 缺血性心脏病的命名及诊断标准,共选择冠心病患者 24 例,男 13 例,女 11 例;年龄 41~75 岁,平均 58±11 岁。其中心绞痛者 16 例,陈旧性心肌梗塞者 4 例,心功能不全者 2 例,心律失常者 2 例。

2 观察方法与指标 全部病例均给予 25% 当归注射液 250ml(湖北医科大学附属第二医院制药厂生产)静脉滴注治疗,每天 1 次,疗程为 20 天。治疗期间禁用抗血小板聚集药及影响前列腺素代谢的药物。于治疗前、后取空腹血,采用放免法(苏州医学院提供药盒)测 6-酮-前列腺素 F_{1α} (6-K-PGF_{1α}) 和血栓素 B₂ (TXB₂)。用 BS631 型血小板聚集仪测定血小板对二磷酸腺苷(终浓度为 2μmol/L)诱导的血小板聚集反应,以血小板最大聚集率(PMAR, %)表示。

3 统计学处理 结果以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检

验。

结 果 24 例患者治疗前、后血浆 6-K-PGF_{1α}、TXB₂ 水平和血小板聚集的变化,见附表。

附表 24 例患者治疗前、后血浆 6-K-PGF_{1α}、TXB₂ 水平和血小板聚集的变化 ($\bar{x} \pm s$)

6-K-PGF _{1α} (pg/ml)	TXB ₂ (pg/ml)	6-K-PGF _{1α} / TXB ₂	PMAR (%)
疗前 12.4±5.5	357.8±124.2	5.3±2.1	42.3±15.8
疗后 12.2±6.9*	281.4±105.1*	8.1±3.0**	31.6±12.7*

注:与疗前比较,**P*<0.05,***P*<0.01

讨 论 当归具有活血化瘀的作用。临床观察曾发现,当归注射液治疗血栓闭塞性脉管炎有明显疗效[新医药学杂志 1977;(11):35—37]。本研究显示,冠心病患者应用当归注射液治疗能显著升高 6-K-PGF_{1α} 和 6-K-PGF_{1α}/TXB₂ 比值,降低 TXB₂ 和 PMAR,说明有调节 PGI₂/TXA₂ 平衡和抑制血小板聚集的作用。

当归抑制血小板聚集的作用与当归的有效成分阿魏酸有关。研究表明,阿魏酸能对抗 TXA₂ 的生物活性,增加 PGI₂ 的生物活性;阿魏酸钠亦能选择性抑制 TXA₂ 合成酶的活性,减少 TXA₂ 的生成,使 PGI₂/TXA₂ 的值升高,从而抑制血小板聚集。

(收稿:1996—04—04 修回:1997—03—30)

1.湖北医科大学附属第一医院心内科(武汉 430060);2.湖北医科大学附属第二医院