

参苓白术散临床应用举隅

张瑞丽

(山西省大同市中医院 大同 037004)

关键词:参苓白术散;小儿反复发作性咳嗽;复发性口疮;顽固性失眠;经验举例

中图分类号:R 249

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0042-02

参苓白术散药性温和,温而不燥,补而不膩,渗湿而不伤阴,临床应用广泛。笔者就自己在临床常见病中用本方的经验举例如下:

1 小儿反复发作性咳嗽

王某,男,6岁,2003年1月8日初诊。患儿体质瘦弱,经常感冒,咳嗽常月余不愈。此次发病,发热、咳嗽,经西医诊断为肺炎。住院用抗生素治疗半月余,高热已退。但患者仍咳嗽,痰量不多,不思饮食,面色苍白,苔厚略膩,脉滑,脉症合参,此乃肺脾气虚,痰湿阻肺。治宜健脾益肺,祛痰止咳。处方以参苓白术散加减:党参 6g,白术 6g,茯苓 10g,神曲 10g,砂仁 3g,扁豆 10g,陈皮 10g,桔梗 8g,山药 10g,半夏 6g,沙参 8g,炙紫菀 9g,炙款冬花 9g,甘草 6g,水煎服,日 1 剂。服上方 3 剂后,患儿咳嗽大减,效不更方,又以上方再服 3 剂,诸症痊愈,嘱其继服参苓白术散调理半月。

按:咳嗽一证,临床上虽分外感内伤论治,但其常互相影超或 CT 发现腹腔积液,2 例病人腹穿抽得胆汁。

1.2 治疗结果 2 例病人发现及时,自原窦道插入带侧孔的粗导尿管,引流出胆汁,然后,持续负压吸引,引流量 80~200mL/24h,分别于再置管后 6、8d 拔除。1 例病人拔管后 4h 发现胆漏,即从原窦口插导尿管,无法插入,B 超检查示肝下少量积液,行禁食、输液、抗炎及对症治疗,3d 后病情好转;2 例病人发现较迟,腹腔广泛积液,腹穿抽得胆汁再手术置 T 管引流,4 周后拔管。所有病例经上述处理,均治愈。由上可见,再手术恢复时间比保守治疗明显长。

2 讨论

正常拔除 T 管至少要满足 2 个条件:(1) 拔 T 管前应常规行 T 管造影,造影显示肝内外胆管无残余结石,胆总管下段通畅。(2) 术后至少 2 周。目前都使用 T 形乳胶管或橡胶管,T 管对人体是一种异物,在体内造成一定的生物学效应。T 管与身体组织接触后不久,在它周围炎症细胞聚集,3~5d 形成肉芽组织,随着时间推移(1~2 周)成纤维细胞产生大量胶原纤维,肉芽组织转变为纤维结缔组织^[1]。因此,2 周时间 T 管周围已形成完好的窦道,拔除 T 管一般不会造成胆汁渗漏的危险。有些因素影响窦道的形成,例如:(1) 年老体弱、营养不良及低蛋白血症^[2],患有糖尿病,缺乏微量元素、维生素。(2) 长期或大量使用激素,使用免疫抑制药,化疗。(3) 大网膜空缺。另外拔管时损伤窦道也会造成胆漏。本组 230 例,常规拔除 T 管致胆漏 5 例,发生率为 2.2%(5/230),其中 2 例不具备上述原因,可能与体质有关。

胆漏是严重并发症。本组 3 例病人行保守治疗,恢复时间分别为 3、6、8d;2 例行再手术置 T 管引流,恢复时间均为 4 周。可见保守治疗恢复时间比再手术明显短。胆漏能行保守治疗关键在于早期诊断,以便从原窦道置管引流胆汁。T 管

响。患儿体质瘦弱,经常复感外邪,致咳嗽反复发作,久咳则肺脾俱虚。清:沈金鳌《杂病源流犀独·咳嗽哮喘源流》说:“盖肺不伤不咳,脾不伤不久咳。”脾为生痰之源,肺为储痰之器,本方药性平和,诸药合用,共奏健脾保肺、祛痰止咳之功。

2 复发性口疮

李某,男,54 岁,干部,口疮反复发作 1 年。2002 年 5 月 6 日初诊,观其以前所用之方剂多以清热泻火及滋阴降火为主。现患者表现为面色暗黄,唇内及颊部有数个绿豆大小溃烂面,色白黄,周围微红不肿,自述进食时疼痛,伴口干不欲饮,全身困重乏力,时便溏,睡眠差,舌质淡红,苔白厚,脉细弱。追问病史,患者近 1 年来,工作压力大,经常失眠,脉症合参,考虑患者为思虑过度,伤及于脾,而致脾胃虚弱,口黏膜失养。治宜健脾益胃为主。方用参苓白术散加减:党参 15g,白术 10g,茯苓 15g,苡仁 15g,山药 15g,砂仁 6g,扁豆 12g,陈皮 10g,虎杖 12g,葛根 10g,藿香 6g,知母 10g,酸枣仁 15g,拔除后,窦道短时间内会瘪陷、闭锁。本组 1 例,拔管后 4h,从原窦口插导尿管,不能插入。常规拔除 T 管,短时间内出现右上腹痛,查体有腹膜刺激征,应高度怀疑胆漏。B 超或 CT 检查提示肝下积液,支持胆漏。腹穿抽出胆汁即确诊,但早期很难做到。一味地等待确诊,将错过保守治疗机会。拔管后出现胆漏可疑,即从原窦口插入带侧孔的粗导尿管,引流胆汁,持续负压吸引,密切观察腹痛和腹腔积液情况,并且行禁食、抗炎、解痉治疗。若腹腔积液减少,腹痛减轻,则继续治疗直至窦道破口愈合,然后拔管。若腹腔积液增加,腹痛蔓延,则要再手术。若不能从原窦口插入导尿管,腹腔广泛积液,腹穿抽得胆汁,要尽早手术;腹腔积液局限、少量,先行禁食、抗炎、解痉治疗,若病情进展,则要再手术。

针对拔管后发生胆漏的各种原因,我们体会到预防应从以下几方面着手:(1) 两短臂对长臂处剪成 V 形,缝合胆总管时 T 管上下两针勿过近,做到勿渗液就可以,避免缝住 T 管。T 管行径遵循“短、直”的原则,避免过长、扭曲,T 管周围填充大网膜以利窦道形成。同时放置腹腔引流管时,二者必须分开一些距离,并用大网膜隔开,防止拔除腹腔引流管时对 T 管产生干扰。(2) 严格掌握拔管指征,主张 3 周拔除 T 管,对可能窦道形成不全的病人,更要推迟拔管。(3) 拔管时,另一手对抗窦口皮肤,避免过分牵拉,动作切忌粗暴,如遇阻力,应检查原因,不可强行拔管。

参考文献

[1]李一雷.损伤的修复[A].见:李玉林.病理学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.26~43
[2]吕新生.胆道疾病[A].见:吴在德.外科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2002.607~635

(收稿日期: 2005-09-01)

38 例 50% 以上大面积烧伤的救治体会

吴抽浪 孙菊妹 叶礼岳 郑金满 王史辉 潘君太 林邦长

(浙江省台州医院 临海 317000)

摘要:目的:总结大面积烧伤的抢救治疗经验,进一步提高成功率。方法:总结 38 例大面积烧伤病例,分析其烧伤治疗特点及内脏并发症发生情况。结果:38 例烧伤总面积 50%~95%,平均 66.18%;8 例合并严重吸入性损伤而行气管切开;34 例治愈,4 例放弃治疗自动出院;急性肾功能不全、应激性溃疡、肺部感染和肝功能不全是常见的内脏并发症。结论:大面积烧伤病情危重,治疗时兼顾局部和全身可获得较满意的效果。

关键词:烧伤;急救;抗休克;抗生素

中图分类号:R 644

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)02-0043-02

大面积烧伤病情危重,病程较长,并发症多,临床治疗较困难。我科自 2003 年 7 月~2004 年 12 月,共收治烧伤面积 50% 以上的患者 38 例,效果满意。现将救治体会报道如下:

1 一般资料

38 例患者中,男 28 例,女 10 例;年龄 8~84 岁,12 岁以下儿童 2 例;烧伤面积 50%~95%,平均烧伤面积 66.18%;III 度烧伤 10%~78%,平均 35.62%;合并吸入性损伤 12 例;入院时间最早伤后 30min,最晚伤后 4h;致伤原因:热烧伤 32 例,化学烧伤 3 例,电烧伤 3 例,其中工业烧伤 23 例,生活烧伤 15 例。

2 治疗方法

2.1 入院时急救 立即建立静脉通道,快速补液以补充血容量;明确或高度怀疑有严重吸入性损伤时行气管切开并吸氧,保持气道通畅;肢体或指趾的 III 度环形烧伤行焦痂切开减压术。

2.2 烧伤的整体治疗

2.2.1 抗休克治疗 参照国内常用晶胶体公式补液,实际补液量常大于 $2.0\text{mL}/(\text{kg}\cdot\text{TBSA})$,根据生命体征、尿量和尿色调整补液速度。使用碳酸氢钠碱化尿液,适当利尿,保护肾脏功能。

2.2.2 抗感染治疗 入院时,如创面相对清洁使用青霉素或克林霉素防治感染,如创面严重污染时则使用泰能以兼顾阳性菌和阴性菌。伤后第 3 天,如高度怀疑或明确有严重细菌感染时,则根据经验或药敏给予泰能或(去甲)万古霉素,一

生甘草 6g,水煎服,日 1 剂。上方服 3 剂后,口腔溃疡明显减弱,效不更方,继以上方加减服 15 剂,诸症痊愈,随访 1 年未见复发。

按:复发性口疮多因心脾积热或虚火上炎而致。但此患者临床表现口干不欲饮,全身困重乏力,时便溏,睡眠差,结合舌脉,考虑为脾胃虚弱,不能运化,口腔黏膜失养而致。用参苓白术散健脾和胃,脾胃健,气血充,黏膜得以濡养而痊愈。

3 顽固性失眠

魏某,男,50 岁,干部。患者因工作繁忙,常失眠,伴多梦、头昏,曾服朱砂安神丸、养血安神片及一些镇静类西药,症状无明显好转。近日因工作负担重,症状加重。2004 年 8 月 12 日初诊,患者失眠,甚则整夜难以入睡,烦躁健忘,肢倦神疲,头重如蒙,脘闷纳呆,面色萎黄,舌质红,苔白厚,脉细而弱,

般使用 3~5d 后改用二线或一线抗生素。若病情严重,泰能或(去甲)万古霉素使用时间较长或有明确的真菌感染时,使用大扶康或两性霉素防治真菌。

2.2.3 创面处理 浅度创面采取保守治疗,加强创面换药,局部使用 1%SD-Ag 霜或氟哌酸-凡士林油膏预防感染和促进愈合,深度创面则尽早手术以封闭创面。深度手烧伤优先手术,条件允许时尽量行大张刃厚/薄中厚皮移植或皮瓣移植,以最大挽救功能;如深度烧伤面积太大而皮源有限,则行微粒皮移植异体/种皮覆盖术;手术一般在伤后第 3 天进行。为避免背部和后侧创面受压,睡悬浮床或翻身床。使用浸泡疗法以促进残余创面愈合。

2.2.4 营养支持 胃肠道无并发症者,伤后 2h 即留置鼻胃管,经管喂食肠内营养液(百普素),浓度从 5% 开始,逐日增加 3%~5%,直至 25%,量从 20mL/h 开始渐增至 150mL/h,喂食泵控制。营养支持早期以肠外营养为主,经静脉补充 GIK 液、氨基酸和脂肪乳剂等,逐渐过渡到以肠内营养为主,指导、鼓励患者进食,注意营养成分的均衡。使用重组人生长激素,促进愈合。

2.2.5 康复治疗 入院即给予心理治疗,帮助患者树立信心。日常换药时注意肢体的正常体位,尽早进行功能锻炼。创面愈合后,尽早使用弹力手套、弹力衣裤等行压力疗法,并使用药物(康瑞保或抑疤灵等)防治瘢痕增生。如瘢痕增生明显,影响外观和功能,一般半年后行后期整复手术,颜面和关节部位则在创面愈合后尽快手术。

诸症合参,此乃脾虚夹湿,心阴亏损,心火内盛而致。治宜健脾化湿,清心安神。处以参苓白术散为主方:党参 15g,白术 10g,茯苓 20g,苡仁 15g,山药 15g,砂仁 6g,黄连 6g,陈皮 10g,酸枣仁 20g,柏子仁 15g,桔梗 6g,远志 10g,磁石 30g,炙甘草 6g,上方加减服 20 剂后,诸症好转,睡眠较前大有改善。又以上方去磁石,加夜交藤研末装胶囊调服月余,诸症痊愈。

按:失眠一症临床当首分虚实,患者平素思虑、劳累过度,内伤心脾。《类证治裁·不寐》说:“思虑伤脾,脾血亏损,经年不寐。”《景岳全书·不寐》说:“无邪而不寐者,必营气之不足也。”脾虚营血生化不足,则无以养心,心虚则神不守舍,心血不足则心火独旺,热扰神明,则更加重不寐一症。脾虚湿阻,胃因不和,胃不和则卧不安。故治以参苓白术散为主,脾气健,营血生,心有所养,心火不亢,则心神安,不寐除。

(收稿日期:2005-08-29)