

中西医结合治疗胆囊切除术后综合征 52 例

粟喜然

(湖南省邵阳县中医院 邵阳 422100)

摘要:目的:观察中西医结合治疗胆囊切除术后综合征的临床疗效。方法:对 52 例胆囊切除术后综合征患者采用中西医结合治疗,并与对照组 28 例进行比较。结果:治疗组有效率为 94.23%,对照组有效率为 78.57% ($P < 0.01$)。结论:中西医结合治疗胆囊切除术后综合征疗效明显优于常规治疗的对照组。

关键词:中西医结合疗法;胆囊切除术后综合征;辨证施治;针刺;胆舒胶囊;抗生素

中图分类号:R 657.4

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)04-0028-02

胆囊切除术后综合征(postchole cystomy syndrome,PCS)是指胆囊切除术后,仍有与胆系病变直接或间接有关的症状,或术前的症状持续存在甚至加重的一组症候群。其主要临床表现为胆囊切除后仍有右上腹胀痛或绞痛,可伴发热、恶心呕吐、黄疸等,属中医“腹痛”、“胁痛”、“胆胀”、“癖黄”等范畴。笔者自 2000~2007 年以来采用中西医结合治疗 PCS 52 例,疗效较好,并与常规治疗的 28 例进行对照观察。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 两组均为我院住院病人,随机分为治疗组和对照组,治疗组 52 例中,男 17 例,女 35 例;年龄最大 67 岁,最小 27 岁,平均 48 岁;病程 6 个月~2 年,平均 11 个月;OC 术式 36 例,LC 术式 16 例。对照组 28 例中,男 8 例,女 20 例;年龄最大 64 岁,最小 26 岁,平均 44 岁;病程 5 个月~2 年,平均 9 个月;OC 术式 20 例,LC 术式 8 例。两组性别、年

龄、病程、术式等资料比较均无统计学差异,具有可比性。

1.2 诊断标准 (1)有胆囊切除术病史或胆囊切除+胆总管探查术病史。(2)术后右上腹疼痛或绞痛、腹胀、恶心呕吐、口苦、纳差、厌油、黄疸等症状持续发作或反复发作 4 周以上。(3)实验室检查白细胞总数及分类正常,血清转氨酶、血清胆红素、碱性磷酸酶正常或稍高。

1.3 排除标准 (1)B 超、CT、ERCP 等检查排除胆道系统各种器质性病变。(2)消化性溃疡、膈疝、胰腺炎、冠心病等胆道外疾病所致上腹部疼痛,症状类似者。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规治疗:(1)一般治疗:包括饮食调节、输液,维持水、电解质及酸碱平衡。(2)口服胆舒胶囊(国药准字 Z20026078)。(3)应用抗生素及解痉、止痛剂等药物。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上,根据具体病情,结合下

3.2 手术时机 关于手术时机问题,有主张急性期(6~24h),亦有主张在亚急性期(2~7d)^[5],本文表 4 显示穿刺时间以 6~24h 时段病死率最低,提示急性期穿刺能降低病死率。

3.3 定位 本组 78 例均采用头颅 CT 定位,根据 CT 成像,采用三维定位理论,确定穿刺点,以穿刺点为中心,画两条互相垂直的线段,穿刺时以垂直此二条线段为进针方向,进针时需助手固定好头皮,我们以此方法穿刺,从未失准,值得临床推广。

总之,微创穿刺颅内血肿粉碎清除术具有以下优点:(1)方法简便,局部麻醉,操作简单,不需开颅,手术时间短;(2)穿刺针直径小,对患者创伤极轻,血肿清除率高,临床疗效好;(3)不需复杂设备和环境,易于基层医院开展,且费用低,病程短,患者康复快。

参考文献

[1]中华医学会神经科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379

[2]全国第五届脑血管病学术会议纪要.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,2000,33(4):252-254

[3]刘承基.脑血管病的外科治疗[M].南京:江苏科学技术出版社,1986.248

[4]贾保祥,孙仁泉,段征,等.穿刺及液化技术治疗高血压脑出血初步报告[J].中国神经精神疾病杂志,1996,22(4):233

[5]胡长林,吕涌涛,李志超.颅内血肿微创清除技术规范治疗指南[M].北京:中国协和医科大学出版社,2003.68-98

[6]陈少泉,文盛,徐长中,等.早期微创颅内血肿清除术治疗 30 例临床分析[J].中风与神经疾病杂志,2003.20(微创专刊):36-37

(收稿日期:2008-04-08)

表 4 穿刺时机与疗效的关系 例

穿刺时机	n	显效	有效	无效	死亡	病死率(%)
<6h	18	8	6	2	2	11.1
6~24h	32	21	7	3	1	3.1
24~48h	20	8	8	1	3	15.0
>48h	8	3	1	1	3	37.5
总计	78	40	22	7	9	11.5

3 讨论

脑出血是脑血管疾病中严重威胁人类健康的常见病、多发病,其病死率和致残率最高,内科保守治疗无新的进展,外科开颅疗效不能令人满意,文献报道病死率前者为 46.7%~90.2%,后者为 8.0%~67.9%^[3]。近年来利用立体定向法穿刺技术进行血肿清除,证实创伤小,疗效好,治愈好转率有所提高。贾保祥等通过临床研究发现其死亡率为 11%^[4]。我们采用的 YL-1 型颅内血肿粉碎穿刺针,操作简单,创伤小,明显降低了死亡率。本文治疗组治疗后,生存率和神经功能恢复均明显优于对照组,其近期病死率为 11.5%,明显低于对照组 41.2%,近期有效率(79.5%)及远期良好以上率(73.4%)也明显高于对照组的 26.5%和 43.8%。但疗效与出血部位、出血量及手术时机等相关。

3.1 出血量和出血部位 治疗组出血量 <60mL 52 例,死亡 2 例(3.8%);出血量 >60mL 26 例,死亡 7 例(26.9%);显示出血量愈大死亡率愈高。治疗组壳核出血 55 例,近期死亡 5 例(9.1%);脑叶出血 21 例,近期死亡 2 例(9.5%);丘脑出血 2 例,近期死亡 2 例(100%);显示壳核、脑叶出血疗效最佳,提示出血部位愈近中线部位,死亡率高。

创伤性脾破裂患者的临床诊治分析

杨振杰 吴水军 吴晓萍

(浙江省杭州市萧山区中医院 杭州 311200)

关键词:脾破裂;诊断;治疗

中图分类号:R 657.62

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)04-0029-02

脾脏是人体最大的淋巴器官,具有造血、免疫等功能,质软而脆,也是腹部创伤中极易发生破裂的实质性器官之一。脾脏损伤在腹部外伤中居首位,常伴有严重的失血性休克,治疗不及时可危及生命^[1]。近年来我国因创伤性脾破裂住院治疗的患者呈增加趋势^[2]。我科 2005 年 8 月~2007 年 6 月共收治创伤性脾破裂 52 例,根据脾破裂的程度和临床表现选择手术治疗或非手术治疗。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 52 例患者中,男 50 例,女 2 例;年龄 8~60 岁,平均 34.5 岁。所有患者均为闭合性复合外伤,其中

2.2.1 中医辨证分型治疗 (1)气郁湿热型(18 例):主症:右上腹胀痛或绞痛,间歇发热,口苦,咽干,呕恶,大便干或溏,苔黄腻,脉弦滑。治则:疏肝理气,清热利湿。方药:金钱草 15g,金铃子 10g,柴胡 10g,黄芩 10g,木香 10g,沉香 6g(后下),龙胆草 15g,蒲公英 15g。(2)气滞挟湿型(20 例):主症:右上腹隐痛,胸闷不舒,口苦,呕恶,小便微黄,苔薄白,脉弦滑。治则:疏肝理气,化湿利胆。方药:柴胡 10g,白芍 10g,佛手 15g,白豆蔻 6g(后下),白术 10g,苡仁 15g,茵陈 15g,金钱草 15g,郁金 10g。(3)气滞血瘀型(11 例):主症:右肋刺痛,胸闷不舒,面色晦暗,口苦,舌紫暗或有瘀斑,脉弦涩。治则:理气化瘀,清肝利胆。方药:柴胡 10g,黄芩 10g,丹参 10g,郁金 10g,金钱草 10g,赤芍 10g,延胡索 10g,姜黄 10g,大黄 10g,三七 8g。(4)气郁阴虚型(3 例):主症:右上腹疼痛不适,纳差,口干,大便少而干结,舌红苔少,脉弦细。治则:理气疏肝,养阴利胆。方药:金铃子 10g,沙参 15g,白芍 10g,佛手 10g,女贞子 10g,旱莲草 10g,茵陈 10g,郁金 10g。以上用药可根据病情随症加减化裁。

2.2.2 针灸治疗 结合中医辨证,分别取穴如胆俞、阳陵泉、期门、太冲、丘墟、足三里等针刺或电针,以疏通经络气血,调节胆道功能。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈:症状消失,随访 6 个月无复发。有效:症状明显改善,随访 3 个月无复发。无效:治疗 15~20d,症状加重或无改善。

3.2 治疗结果 见表 1。

表 1 两组治疗结果比较 例(%)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	52	38(73.08)	11(21.15)	3(5.77)	94.23*
对照组	28	12(42.86)	10(35.71)	6(21.43)	78.57

注:与对照组比,*P<0.01。

4 讨论

PCS 是胆囊切除术后常见的并发症,是胆道外科临床中的难题之一。其发病原因较为复杂,可能与术后胆盐代谢紊

单纯性脾破裂 8 例,5 例合并肋骨骨折,2 例合并颅脑损伤,3 例合并四肢骨折,1 例合并脑外伤。全部患者均有不同程度的腹痛,伴休克 6 例。脾损伤部位:脾上极 15 例、脾下极 15 例、门损伤 10 例、上下极均损伤 12 例;按第 6 届脾脏外科学术研讨会通过的“脾脏损伤程度分级”标准分类,I 级 8 例、II 级 32 例、III 级 10 例、IV 级 2 例。

1.2 临床表现 所有患者均为腹部或左季肋区外伤后左上腹疼痛,查体可见左季肋部或左上腹不同程度皮肤挫伤,脾区不同程度叩痛,腹肌紧张。所有患者均行诊断性腹腔穿刺,21 例抽出少量不凝血。同时所有患者均有不同程度腹腔内积乱、胆道动力障碍、内脏神经功能失调、泥沙样结石形成及精神、心理因素等有关。西医目前尚无确切有效的治疗方法及药物。有学者研究发现胆囊切除术后病人 Oddi 括约肌基础压力增高,括约肌收缩增强,收缩频率增加,导致胆汁排泄不畅,胆道内压力增高,胆总管代偿性扩张并出现临床症状^[3],与我们在临床中发现多数 PCS 病人存在胆总管扩张相符合。根据中医理论,结合大量临床报道及现代药物实验研究结果,表明疏肝解郁类、清热利胆类、化瘀破积类、通腑泻下类等中药经不同配伍,分别具有增加胆汁分泌、松弛 Oddi 括约肌、促进胆汁排泄^[4]、降低胆管内压力、改变胆汁酸比例及胆汁成分、降低胆汁黏稠度、抑制胆石形成^[5]、抗感染、促进炎症吸收、促进胃肠蠕动、消除腹胀等作用,对本综合征的治疗具有明显优势。实验证明中药能够改善胆道内环境,改变胆汁成分,增加胆汁分泌及排泄,从而拮抗结石形成,并具有肝胆管“内冲洗”作用^[6],可有效降低结石复发率。

本综合征的病因虽属多因素,但从中医学的观点来看,胆附于肝,肝主疏泄,通畅为顺。若疏泄失职,则肝气郁结,瘀留胆腑,胆液壅滞,生湿化热。《丹溪心法》云“气血冲和,万病不生,一有拂郁,诸病生矣。”可见肝郁气滞是本病发生的始动因素和首位原因。故疏肝理气、清热利湿之法一直贯穿于本病的各个辨证类型中。由于本综合征病人的肝胆系统长期处于慢性炎症状态,按中医学观点即为“余热未清,余湿未化”,且多数患者病程较长,症状反复,加上手术后正气耗伤,此所谓“虚邪之体,攻不可过”。所以施治大法贵在疏、通、清、利,用药宜轻、清、凉、润,切忌攻伐太过。

参考文献

- [1]吕新生,韩明.胆道外科[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998.418,467
- [2]胡励军,章小宛.利胆排石中药对胆道功能的实验观察[J].福建中医学院学报,1997,7(1):25-27
- [3]安新,史美媛,郭新武,等.中药柴胡汤抑制胆石形成的实验研究[J].唐山医学,1994,12(2):1-4
- [4]李彪,龚景林.新编中医外科学[M].北京:人民军医出版社,1999.362

(收稿日期:2008-04-03)