

急性坏死性肠炎 67 例临床分析

湖南医学院第二附属医院 皮执民* 黄贯学* 李书芬** 黄世一***

我们收集了 1966 年 7 月~1984 年 7 月湖南医学院第二附属医院与洪江人民医院[△]治疗的急性坏死性肠炎(以下简称肠炎)128 例,其中 67 例采用中西二法的综合疗法,治愈好转率达 94%,死亡率 6%。现介绍分析如下:

临床资料

一、诊断标准

本病的早期诊断主要依据临床表现:(1)急性起病,有腹泻、呕吐、腹痛症状;(2)有肠出血倾向;(3)病情严重时较重的中毒征象或有中毒性休克、中毒性脑病、水电解质平衡失调、肠穿孔并腹膜炎者;(4)经手术证实肠道有炎症或出血、坏死、穿孔者。均排除其它疾病。

二、一般资料

本组 67 例中,男性 48 例,女性 19 例。年龄 4 个月~52 岁,其中 <14 岁 44 例,14 岁~20 岁 17 例,>20 岁 6 例。

三、临床表现

全部病例均有不同程度的腹痛、呕吐。大多为急性起病,持续性疼痛,以隐痛、胀痛为主,少数绞痛及阵发性加剧,以脐周部位为多见,其次为右下腹部。全部病例均有腹泻、便血,每天 2~12 次,一般腹泻 1~7 天后才出现血便。发热多数不超过 39℃,但有 18 例在 39℃以上。在中毒性肠麻痹腹胀者中少数可见肠型。5 例发生肠坏死穿孔,有休克者 35 例。全部病例腹部均有不同程度的压痛,但多局限于脐周围,部分有腹膜刺激征,肠鸣音早期亢进,晚期减弱或消失。白细胞计数超过 1 万/毫米³ 47 例,二氧化碳结合力偏低 22 例,非蛋白氮升高 9 例。本组有 32 例行腹部 X 线透

视,均有肠梗阻征象。

治疗方法与结果

本病病情较重,临床上我们给予辨证施治、对症治疗,有手术指征者行手术治疗。

一、辨证施治

1. 湿热内蕴:症见发热,腹痛,腹泻或里急后重,粪便夹有脓、血、粘冻,苔黄腻,脉濡数。治以清热利湿解毒,予白头翁汤加减:白头翁 15 克,秦皮 10 克,黄连 6 克,黄柏 10 克,车前子 10 克,广木香 6 克,枳壳 10 克。热重加银花 15 克,黄芩 10 克;湿重加厚朴 10 克,苍术 10 克。

2. 气滞血瘀:症见午后发热,口渴,右下腹部可触及肿块,腹痛更甚,拒按,泄泻夹血便或大便干结,小便黄,甚则唇青面晦,舌质暗红或有黄苔,脉弦数或弦细涩。治以理气通络,活血化瘀,托里解毒,予托里解毒活血汤加减:丹参 15 克,田三七 3 克,赤芍 10 克,银花 15 克,当归 10 克,乳没 6 克,白头翁 15 克,枳壳 10 克,川朴 10 克,沉香 3 克,薏仁 30 克,西党参 20 克,甘草 3 克。便结用大黄 10 克,血便加血余炭 10 克。个别病人有明显血瘀兼便秘的,可采用桃仁承气汤。

3. 阳气虚弱:心悸气短,纳少乏力、颜面微肿,四肢欠温,腹中胀满作痛或腹濡而痛,时下脓血,舌色淡白,脉濡缓或细弱。治以益气温阳活血,托毒排脓,予牡丹皮散加味:黄芪 20 克,西党参 20 克,当归 10 克,川芎 6 克,肉桂 4 克,桃仁 12 克,丹皮 10 克,赤芍 10 克,白芷 12 克,薏仁 15 克,木香 6

* 外科; ** 儿科; *** 中医科

[△] 本文第一作者原工作单位

克,甘草8克。

4. 脾气下陷:大便溏薄、水泻交替,反复发作,食欲不振,食后饱胀,头昏,乏力,面色萎黄,精神倦怠,少气懒言,舌淡苔白,脉细弦。治以补中益气,升阳举陷,予补中益气汤加味:黄芪20克,西党参20克,白术10克,广皮10克,升麻6克,柴胡8克,当归10克,薏仁15克,砂仁6克,荷叶4克,川芎6克,甘草6克。若病人出现休克时,阳脱者用红参15克,附片10克;阴脱者用白参15克,麦冬15克,五味子3克。

二、对症治疗

主要是减轻消化道负担,清除肠道炎症,改善中毒症状,纠正脱水和电解质平衡以及抢救中毒性休克。采用禁食,予抗生素,首选庆大霉素、氯霉素、卡那霉素、氨苄青霉素等。适时给予激素、升压药及输液输血等治疗措施。

三、手术治疗

患者有以下指征可行手术治疗:(1)明显的腹膜炎体征,怀疑有肠坏死穿孔时;(2)不能排除其它需要手术的急腹症;(3)中毒症状严重,便血不止,中西医二法保守治疗无效且症状加重,梗阻不能解除者。手术方法根据肠管病变的程度和范围而定。本组有12例患者行15次剖腹探查,分别行肠切除一期吻合、肠穿孔修补、腹腔引流等术式。行手术治疗者全部获治愈出院。

四、治疗结果

经中医西医二法综合治疗的67例患者中,出院时治愈58例,占86.6%;好转5例,占7.4%;死亡4例(其中一例死亡原因与本病无直接关系)占6%。中转手术12例,均治愈出院。

讨 论

急性坏死性肠炎属祖国医学“小肠痛”“急腹痛”的范畴。《灵枢·上膈篇》称与“饮食不适”有关。《冯氏锦囊》明确指出,肠痛是“膏粱

积热所致”。《外科正宗》亦曰:“肠痛者,皆湿热瘀血流入小肠……饥饱劳伤……或生冷并进,以致气血乖违,湿动痰生,多致肠胃痞塞,运化不通,气血凝滞而成。”故本病临床多见里、实、热证,以痛、呕、胀、泻、热五大症状为其特点。我们认为本病病机是脾失健运,湿浊内生,郁而化热;或感受外邪,损伤脾胃,酿生湿热。湿热蕴结肠腑,腑气不利,气血凝滞,壅而为脓,故见腹痛、腹泻、便下粘液脓血等症。

在治疗措施上,除采用禁食、补液、纠正水电解质及酸硷平衡失调外,重点以中医辨证论治进行治疗。初期以清热利湿解毒、理气活血化瘀为其主要治疗原则。对早期发热、腹痛、苔黄、脉数明显者可用黄连、黄柏、黄芩、白头翁、银花等苦寒泻热之品,待热退,腹痛、肌卫减轻后即选用活血化瘀方药,如丹参、田三七、桃仁、赤芍、当归、丹皮之类。对于气滞者加枳壳、川朴、广木香等。但寒凉清热药服用不宜过长,否则对炎症的吸收消散不利。

临床观察到本病在发病过程中,开始多以实证为主,继之虚实互见。故强补、强攻均非本病所宜。治当攻补兼施,扶正祛邪。我们常采用托里解毒方药治疗,用党参、当归相配,扶正补气血;以当归、丹参、田三七相配,养血活血化瘀;以乳没、田三七、沉香相配,理气通络止痛;以银花、白头翁、薏仁相配,化湿解毒;以甘草和其药性。随着病情的变化,增减药物及改变药物剂量。恢复期治以益气健脾、活血养血为主,用补中益气汤加味以尽全功。

在本组治疗同时,另有61例患者采用西医对症治疗及中转手术治疗,除不予中医辨证治疗外,余方法及用药均与本组大致相同,治疗结果:治愈、好转47例,占77%;死亡14例,占23%,其中4例死于手术后。两组比较,中西二法的综合疗法具有疗效好、死亡率低等优点,值得进一步研究探讨。