

辨证分型治疗中重度倾泻综合征

陈维瑶* 叶挺兴*

主题词 胃切除术后综合征/中医药疗法 辨证分型

倾泻综合征系由于胃、十二指肠手术后,失去幽门正常功能,胃内高渗食糜骤然倾泻入十二指肠或空肠而引起的一系列症状。笔者于1977~1992年,用中药辨证分型治疗中重度倾泻综合征7例,收到满意的效果,报道如下。

1 一般资料

本组7例中男6例,女1例。年龄35~59岁,7例均于胃、十二指肠手术后2~3周出现症状,并经西药治疗3个月以上未见疗效而转中医中药治疗。

2 治疗方法

在调理饮食的同时,给予中医辨证治疗。

2.1 饮食治疗:继续坚持少量多餐,少进汤类食物,餐后躺卧半小时,中药汤剂放餐间分次口服。

2.2 辨证分型治疗:本组7例经辨证可分以下3型。

脾虚气陷型:疲乏无力,食欲不振,进食感恶心,嗳气,腹胀,肠鸣,便溏,面色㿔白或萎黄,舌淡苔白,脉缓无力。当补中益气,升阳举陷。方以补中益气汤加味:炙黄芪、党参、白术、炙甘草、当归、升麻、柴胡、陈皮、莲子肉、芡实等。先用汤剂治疗1个月左右,待症状控制后用莲子肉、怀山药炖汤送服补中益气丸1~2月巩固疗效。

心脾阳虚型:进食后即感肠鸣,腹痛,泄泻,头晕,心悸,汗出,甚则手足厥冷,面色苍白或暗晦,舌淡润边有齿痕,苔白,脉细无力或沉细。当温补阳气,涩肠固脱。方以附子理中丸合固肠丸加减:附子、干姜、党参(或吉林参)、白术、炙甘

草、乌梅肉、煨肉蔻、煨诃子、木香、罂粟壳等。先用汤剂治疗1月余,症状控制后改用理中丸与香砂六君子丸交替服用1~2个月巩固疗效。

胃阴虚型:口干舌燥,渴欲引饮,进食感脘腹灼热疼痛,舌干少苔中剥,脉细微弦。当益胃养阴,生津止渴。方以益胃汤合玉泉散加减:沙参、麦冬、玉竹、生地、葛根、五味子、甘草、白芍、太子参。连服20余剂。

3 疗效分析

3.1 疗效标准:经1~3月治疗,临床症状消失,半年内无复发者为临床痊愈;经3个月治疗,临床症状大部分改善者为有效;经3个月治疗,临床症状无改善者为无效。

3.2 治疗结果:脾虚气陷型4例,病程在3~17月,经2~3月治疗,全部临床痊愈;心脾阳虚型2例,病程分别为8个月和23个月,经3个月治疗,临床痊愈1例,有效1例;胃阴虚型1例,病程为3月,经20余天治疗临床痊愈。

3.3 病例介绍:王某某,男,52岁,机关干部。1986年3月就诊。2年前因胃溃疡并发大出血行胃大部切除术,术后3周出现倾泻综合征。经西药如阿托品、普鲁本辛、苯乙哌啶、D860等断续治疗近2年,症状反复,近2个月加重,原手术医院动员再次手术,患者拒绝,要求中医中药治疗。刻下食欲欠佳,进食即感脘腹胀痛,便意急迫,大便溏泄,时伴恶心呕吐,头晕心悸,出汗,甚则手足厥冷,自觉极度虚弱,血糖偏低。面色苍白,消瘦外观,舌淡边有齿痕,苔白腻,脉细无力。证属心脾阳虚,收敛固涩无权,治宜温补阳气,涩肠敛汗固脱。以附子理中汤合固肠丸加减。处方:熟附子6g(先煎),人参6g,干姜6g,白术10g,炙甘草6g,乌梅肉8g,煨肉蔻10g,煨诃子10g,木香5g(后入),罂粟壳6g。并嘱继续坚持饮食治疗。连进6剂后腹泻,出汗好转。遵上法进退,去人参、罂粟壳,加党参30g,炙黄

* 福建中医学院,福建省福州市五四路282号
(350003)

收稿日期:1993-12-27

芪 15g, 熟附子改为 3g。上方再进 10 剂后, 心悸汗出消失, 腹泻基本控制, 但进食时仍有短时间的恶心、腹胀及头晕, 上方去附子、乌梅, 加砂仁 5g, 半夏 10g, 连服半个月, 诸症基本消失。改用理中丸与香砂六君子丸交替服用, 1 月余而痊愈。随访 1 年无复发。

4 体会

倾泻综合征为溃疡病手术后最常见的并发症。国外报道发生率在 15~30%, 个别达 50%, 此并发症国内并不多见。患者术后失去幽门功能, 流动的高张饮食, 入胃后势必无阻地注入小肠, 致空肠顿时膨胀, 血管内液体渗入肠

腔使肠内容成等张溶液、细胞外液转移, 必然导致循环血容量减少。临床上出现上腹部胀满, 恶心, 反胃或呕吐, 继则嗳气, 腹鸣与腹胀, 并急需排便。病人面色苍白、脉快、大汗、极度虚弱。1 小时左右症状自退。轻度倾泻综合征可通过调理饮食及口服抑制胃肠蠕动的药物而治愈, 但中重度患者虽经上述处理仍可数月甚至数年不愈。本组 7 例均经西药对症治疗 3 个月, 症状未见改善, 而经中药补虚治本为主治疗后改到满意效果, 提示了对中重度患者更应重视全身生理功能的调整。由于补虚过程较缓慢, 所以必须坚持较长的疗程才能取得满意效果。

纸板加压垫法治疗第 5 跖骨基底骨折

谢 利 民*

第 5 跖骨基底骨折是临床常见骨折之一, 若治疗不当可致前足变宽, 足弓塌陷等。我们将本院纸板加压垫法治疗腕舟骨骨折的方法(中华骨科杂志, 1985 年第 1 期第 30 页)改进后用于治疗第 5 跖骨基底骨折, 效果满意, 现将随访 1 年以上的 113 例报告如下。

1 一般资料

本组 113 例中, 男性 50 例, 女性 63 例, 年龄 18~64 岁, 平均 43.7 岁, 以青壮年人居多。均为新鲜骨折, 右侧 69 例, 左侧 44 例; 绝大多数为间接暴力扭伤所致, 计 108 例(95.6%), 直接暴力砸伤 5 例(4.4%, 1 例合并第 3 趾骨骨折, 1 例合并第 4 跖骨骨折)。113 例均为闭合性损伤。

2 治疗方法

复位手法: (1)骨折块向外侧移位者, 先将踝关节背伸, 足外翻, 以放松腓骨肌, 术者拇指用力向前内挤压, 骨折块则可复位。(2)少数骨折块翻转的病例, 骨折块绕跖骨纵轴向前旋转, 同时绕足横轴在矢状面上向后旋转。因此复位时有一定困难。需先放松腓骨肌, 术者用拇指与食指捏住骨折块, 先纠正矢状面上的旋转移位, 然后将骨折块向后旋转一定角度, 再将其向内侧及跖侧挤压, 方可复位。

固定方法: 取硬纸板一块, 剪成梯形, 并在底部一

侧保留一小块突起; 大小依患者足部大小而定, 浸湿备用。再准备一厚度适中的棉花压垫, 骨折复位后, 将压垫放置在骨折块的后外上方。纸板突起部分对准外踝下方, 以外侧包绕足的背侧和跖侧, 不固定跖趾关节; 用绷带由足内侧经足底向外, 绕踝关节前方至后方, 在外侧作“8”字交叉固定, 以维持足的外翻。

对无移位骨折, 仅用纸板加压垫法固定 3 周, 并结合早期功能练习, 手法按摩跖骨间软组织及活动踝关节等即可。对骨折块有明显移位者, 则先行闭合手法复位, 再以纸板加压垫固定 4 周, 辅助疗法同前, 所有病例去固定后均用活血化瘀中药(本院自制)熏洗, 每日 1~2 次, 每次 30 分钟。

3 治疗结果

疗效标准: 优: 能持续行走 5 公里以上, X 线片示骨折愈合, 踝关节功能正常, 患侧足纵弓比健侧差 0°~5°以内, 前足宽度比健侧差 0.5cm 以内。良: 能持续行走 3~5 公里, 踝关节功能正常, X 线片示骨折愈合, 患侧足纵弓比健侧差 6°~10°, 前足宽度比健侧差 0.5~1cm 以内。满意: 能持续行走 1.5~2.5 公里, 踝关节功能正常, X 线片示骨折愈合, 患侧足纵弓比健侧差 10°以上, 前足宽度比健侧差 1~2cm 之间。

治疗结果: 根据上述疗效分级标准, 本组病例评为优者 87 例(76.99%), 良者 18 例(15.93%), 满意者 8 例(7.08%)。骨折临床愈合时间为 21~35 天, 平均 27 天。随访时间最短 1 年, 最长 4 年 5 个月。

* 中国中医研究院广安门医院, 北京市宣武区北线阁 5 号(100053)

收稿日期: 1993-02-15; 修回日期: 1993-07-15