

的客观的、相对固定的结论。经方的方证即诊断,明确了方证,相应的方剂就确定了,避免了相同的治法却有多种不同方药的混乱情况。使用经方进行肿瘤临床研究,方剂及用药就有了明确的规范。明确了某种肿瘤病的六经演化规律及方证规律,则科研就有了统一的辨证和方药标准,同时因经方药味少、组方精简,非常适合科学研究和新药开发。

2.2 经方在中医肿瘤临床研究中的使用设想 首先,抓住方证。临床医生要熟悉《伤寒论》和《金匱要略》条文,熟悉常用经方的方证。其次,通过临床实践总结出常见几种肿瘤的六经病证规律及常用方证,进而建立常见肿瘤的六经辨证及经方方证规范。徐灵胎的《兰台轨范》为我们提供了比较好的常见病证的方证范例,经方大师胡希恕的六经及方证研究可以为我们提供借鉴。其三,以此规范为依据,开展临床研究。临床研究不应局限于限定的几个固定方药,而应随着病情变化随时调整方药,证变方亦变,着重于六经及方证体系在整个病程中的应用。中医治疗肿瘤评价的应该不是某个方剂的疗效,而是整个辨证施治体系的疗效。总结上述经方的优点,从经方方证着手开展中医肿瘤

临床研究必将为中医肿瘤开辟新的局面。

参考文献

- [1] 陈四清. 原发性支气管肺癌辨证分型探讨. 新中医, 2002, 34(1): 6.
- [2] 陈家旭. 中医证实质研究存在的问题与对策. 医学与哲学, 1995, 6(3): 131-132.
- [3] 申维玺. 中医证本质研究的反思及有关问题的探讨. 中国中医药信息杂志, 2004, 11(1): 11-13.
- [4] 梁茂新, 洪治平, 徐月英. 中医证研究的困惑与对策. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 45.
- [5] 林洪生. 中医肿瘤规范化研究与循证医学. 世界中医药, 2007, 2(6): 329.
- [6] 储大同. 肿瘤中医药治疗评价标准的新共识及其启迪. 中国处方药, 2004, 29(8): 42-44.
- [7] 邹玺, 刘宝瑞, 钱晓萍. 中医药治疗肿瘤的疗效评价标准的探讨. 南京中医药大学学报, 2005, 21(4): 270-272.
- [8] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑. 山西科学技术出版社, 2005 年 3 月第 1 版: 45.
- [9] 郝小波, 张彩霞. 《中医眼科六经法要》与《伤寒论》学术渊源探讨. 四川中医, 2007, 25(9): 35.
- [10] 梁广生, 苗原, 傅文录. 肾脏病中的六经辨治体系一评《杜雨茂肾病临床经验及实验研究》一书. 国医论坛, 2000, 15(2): 52.
- [11] 周岱翰. 肿瘤治验集要. 广州: 广东高等教育出版社, 1997: 38-47.

(2008-12-11 收稿)

中西医结合治疗黏连性肠梗阻 86 例

马强波 蒙慧君

(宁夏回族自治区固原市人民医院普外科, 756000)

关键词 黏连性肠梗阻/中西医结合治疗

我院 2003 年 1 月-2007 年 12 月对 86 例黏连性肠梗阻患者采取中西医结合的治疗措施,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 一般资料

本组共 86 例患者,其中男 58 例,女 28 例,年龄最大 73 岁,年龄最小 18 岁,平均年龄 42.4 岁,所有患者均有腹部手术史,其中 1 次手术史者 62 例,2 次以上手术史者 24 例。患者入院时均有腹痛、腹胀、恶心、呕吐,肛门停止排气排便,部分患者伴有发热。腹部 X 线片均显示肠管有不同程度的扩张、积气及气液平面。

2 治疗方法

一般治疗: 本组患者入院后均予以禁食、持续胃肠减压;静滴抗生素(头孢类和替硝唑);纠正水电解质及酸碱平衡紊乱。

中医药治疗: 胃肠减压后先经胃管注入液体石蜡油 50mL, 30min 后注入“复方大承气汤”100mL。处方如下: 大黄 15g(后下), 芒硝 9~15g(冲服), 厚朴 15~30g, 枳实 15g, 桃仁 9g, 赤芍 15g, 炒莱菔子 15~30g。用法: 厚朴、炒莱菔子、枳实、桃仁、赤芍煎 2 次, 浓缩约 200mL, 纳大黄煮沸, 去渣, 再纳芒硝, 待温后由胃管注入, 每次 100mL, 每日 2 次。每次注入后夹闭胃管 2h, 2h 后用肥皂水低压诱导灌肠。

3 结果

治愈标准: 肛门恢复排气排便, 腹痛、腹胀症状消失, 腹软无压痛, 无肠型及包块, 24h 胃管引出液少于 400mL, 不含胆汁, 肠鸣音恢复正常; 恢复饮食后, 梗阻症状不再出现。

本组 86 例患者经上述中西医结合治疗后, 69 例均在 24~72h 内梗阻症状缓解, 1 周后均痊愈出院, 治愈率 80.2%。17 例患者在保守治疗 48h 后, 症状仍未能缓解, 且出现明显胃肠型、腹痛, 由阵发性转为持续性, 伴有高热, 心率增快, 且腹腔内渗液明显增多, 有腹膜炎体征, 急转手术治疗, 2 周后均痊愈出院, 无并发症发生。

4 讨论

黏连性肠梗阻是腹部手术后常见的并发症, 非手术治疗是每一个肠梗阻患者必须首先采用的方法。本病属于中医“腹痛”“肠结”范畴, 多由气机郁闭、腑气不通所致。中医学认为, 肠道为传化之腑, “以通为用, 不通则痛”。手术后引起肠道气机痞结, 通降功能失调, 致肠内容物不能顺利通过而引起肠梗阻, 以痞、满、燥、实为主证, 治宜通里攻下、行气活血, 方用“复方大承气汤”。根据中医学“急则治其标”的原则, 临床上再配合西医胃肠减压及支持疗法以维持水电解质平衡。

(2009-07-29 收稿)