

全国围手术期中西医结合研究 专题研讨会

论文汇编

中国·广州
2005年11月

主办单位：中国中西医结合学会 承办单位：广东省中医院

论文目录

● 专家讲座

充分应用现代科学技术, 推进中医学有机结合	陈可冀	1
中西医结合围手术期治疗有待于不断提高	吴咸中	3
围手术期研究是开展外科中西医结合的最佳结合点	马必生	5
围手术期中西医结合研究的内容与进展	马必生	11
门脉高压症围手术期的中西医结合治疗——兼论西医辨病与中医辨证	王声球	18
老年消化道肿瘤围手术期的中西医结合处理	李乃卿	21
探索现代中医的概念	陈志强 蔡炳勤 刘明	25
中医理论在外科手术的应用——彭氏刮吸解剖法	谭志健 彭淑牖 黄有星 何军明 陈志强 蔡北源 邹瞭南	30
调脾护心法对冠脉搭桥患者临床疗效及生存质量的影响	阮新民 江巍 林宇 胡佳心 吴焕林 陈秋雄 张敏州 林冬群 陈晓伟 邓铁涛	33

● 大会交流

外科

中医外科手术源流	陈志强 代睿欣 白遵光 蔡炳勤 王昭辉	40
围手术期处理的研究现状及中西医结合思考	秦有 陈志强	45
肝脏围手术期中医学应用的探讨	谭志健 何军明 陈志强	55
外科术后康复量表的制订与初步评价	陈志强 王树声 王昭辉 欧爱华 毛焱	58
胃穿孔修补术后中西医结合治疗肠麻痹	张永健 陈奇 罗东 何凡	63
疏肝健脾治疗与肝郁脾虚证对围手术期大鼠免疫学探讨	姚良 聂陆豪	64
清热利湿健脾法对急性阑尾炎患者术后 TNF- α 及 CRP 影响的临床观察	严志登 陈海生 刘学强 罗明 杨家恒 郑泽棠	68
腹腔镜胆囊切除术 90 例临床分析	翟胜 黄正宇	73
Kugel 腹股沟疝修补术并发症及其原因分析	秦有 任东林 林兆丰	75
参麦注射液在腹部外科围手术期中的应用	李钢 陈海平 王凯诚 许继伟 胡祖健 何俊玲	78
从脏腑论治围手术期咳嗽——蔡炳勤教授经验集之一	刘明 王树声 蔡炳勤	81
中西医结合治疗粘连性肠梗阻 355 例临床分析	谭志健 陈志强 蔡炳勤 何军明 刘明	85
肠梗阻 563 例临床分析	何军明 陈志强 谭志健 蔡炳勤 刘明	89
急腹症的中西医结合治疗思路与方法初探	傅岳武 代睿欣	94
穴位注射、按摩治疗术后腹胀 318 例	翟胜	96
255 例前列腺增生症术后证候调查初步分析	陈志强 王昭辉 王树声 欧爱华 白遵光 向松涛 代睿欣 张策 古焱明	98
中医综合治疗对经皮肾镜取石术(PCNL)后康复的影响的临床研究	王树声 李源 陈志强 向松涛 白遵光 张策	102
经尿道前列腺电切术后膀胱过度活动症的中西医结合治疗体会	赖海标 钟亮 黄智峰 曾晔 吴松 赖伟业	105

上尿路结石致急性肾功能衰竭的围手术期中西医治疗 (附 83 例)

.....钟亮 赖海标 黄智峰 张翼桂 曾晔 吴松 赖伟业 伍伟超	108	
健脾温肾化痰法在前列腺增生症伴慢性肾功能不全患者围手术期的应用		
.....黄智峰 赖海标 钟亮 曾晔 吴松 赖伟业	111	
丹参注射液治疗梗阻性肾病的实验研究	白遵光 陈志强 王树声 王昭辉	115
膀胱肿瘤保留膀胱围手术期的处理与治疗	池建安 郑泽棠 陈育忠	120
中西医结合治疗 292 例 TURP 术后患者体会	古炽明 向松涛 王树声 陈志强 王昭辉 张策 白遵光	122
经输尿管镜治疗复杂输尿管结石 326 例临床研究	张策 王树声 陈志强 向松涛 白遵光	125
中西医结合治疗对 TURP 患者围手术期影响的临床研究		
.....向松涛 陈荣 王树声 陈志强 古炽明 王昭辉 张策 白遵光	128	
经尿道输尿管镜碎石术治疗输尿管结石 1154 例临床研究		
.....张策 王树声 陈志强 向松涛 白遵光 古炽明 李源	132	
从中医学探讨肝与动脉缺血性疾病的关系	黄学阳 谭志健 陆广莘	135
中西医结合治疗原发性下肢深静脉瓣膜功能不全血流动力学变化的分析	黄学阳 蔡炳勤 林鸿国	137
甲状腺良性结节围手术期辨证规律探讨	林鸿国 黄学阳 王建春	142
牵引环切吻合术治疗 III~IV 度环状混合痔	张从裕	147
浅析 Fournier's 综合症的围手术期处理	毛细云	149
肛肠外科围手术期中的八纲辨证	苏丹	152
围手术期中医药干预下的体温调节	苏丹	155
首例成人脑死亡无偿捐赠肝肾联合移植成功	马俊杰 陈忠华 曾凡军 桂泽红 曹荣华 王冠苏	159
中医在肾移植中应用展望	王冠苏 马俊杰 曹荣华 桂泽红 杨霓芝 刘旭生 王立新 包昆 陈忠华 陈志强	164
肝移植术围手术期中医辨证施治及讨论	曹荣华 马俊杰 桂泽红 王冠苏 蔡炳勤	167
肝移植术后中医辨证治疗的探讨	桂泽红 马俊杰 曹荣华 王冠苏 陈志强 蔡炳勤	170
四磨汤在围手术期促进胃肠功能恢复的临床应用	桂泽红 王树声 谭志健 陈志强 蔡炳勤	172
从邓老“心脾相关”看岭南心脏外科围手术期的中医参与		
.....林宇 江巍 王侃 吴焕林 胡佳心 林冬群 阮新民	174	
体外循环手术患者围术期心气变化规律及参附液干预的影响	陈晓伟 付鉴 林宇 阮新民	177
冠脉搭桥围术期血肌酐变化及络达嗪对术后肾功能的改善作用		
.....胡佳心 林宇 林冬群 陈晓伟 阮新民	180	
冠脉搭桥围术期空腹血糖动态变化及中西医治疗	胡佳心 林宇 林冬群 陈晓伟 阮新民	184
心胸外科术后并发胃肠功能紊乱 106 例分析	王继娟 江巍 阮新民 林宇 胡佳心 林冬群 陈晓伟	187
显微手术切除颅底部肿瘤 (附 21 例报告)		
.....韩富 龙新兵 于春江 关树森 隋立森 张泽舜 王涤宇 魏正怀	191	
广东省中医院 2000~2004 年住院患者手术疾病分布		
.....欧爱华 周罗晶 老唐荣 陈志强 李小华 陈倩 杨洋 杨玲	194	

骨科

颈椎病围手术期的中医药治疗	施杞 王拥军 莫文	298
益气活血法对提高老年髋部手术围手术期安全性的回顾性分析		
刘军 万豫尧 许树柴 蔡德珺 欧爱华 吕燃 李晓初 刘岩 曾伟坤		201

波及跟距关节的跟骨骨折的治疗	李逸群 陈志维 徐志强 郑文林 谢学文 涂泽松 邱华耀	206
带锁髓内钉治疗肱骨骨折的并发症原因分析与防治措施	熊昌盛 傅强 吴峰 陈希聪	208
骨折愈合过程中骨痂骨密度的定量分析	傅强 陈志维 曹海伟 刘效仿 陈逊文 陈渭良 钟广玲	213
髋人工关节置换术后下肢深静脉栓塞的防治	张兆华 何仁荣	217
外固定支架调整在促进下肢骨折愈合的原理初探	邢基斯	219
后路腰椎间盘镜手术围手术期并发症的中医药防治	秦杰 李振宇 李勇	221
胫骨平台骨折 86 例治疗分析	谭志宏 许汉权 黄远源	225

妇科

临床路径在妇科手术医疗质量管理中的应用	王小云 张春玲 温明华 杨洪艳 王嘉莉 孙艳梅 成方平	228
子宫内位异位症术后复发与中医药治疗特色	曹立幸 司徒仪 黄健玲 梁雪芳 程兰 黎小斌 冉青珍 向东方	232
盆腔子宫内位异位症患者术前治疗对手术的影响	梁雪芳 冉青珍 李燕钰	235
41 例盆腔脓肿围手术期的中西医结合处理分析	向东方 梁雪芳	238
输卵管远端阻塞再通术后的中医外治疗法临床分析	黄晋琰 黄健玲 孙红燕	241
中医药综合疗法干预与子宫内位异位症盆腔状况的回顾性分析	妇三区	244

乳腺科

桃红四物汤配合新辅助化疗治疗瘀血内阻型乳腺癌的临床研究	杨海燕	246
参麦液对乳腺癌改良根治术后的临床观察	许文捷 薛志祥 鲍宇克	249
乳腺癌围手术期中医证候规律的临床研究	林晓明 周劬志 郝素贞 李淑艳	252

麻醉科

中西医结合对脓毒血症发病机制的认识及治疗进展	高巨 李铁军 招伟贤	256
头针对围手术期氧化应激反应调节能力的观察	贺必梅 李万山 招伟贤 高巨	261
头针麻醉对肠癌患者术后炎症反应的影响	贺必梅 李万瑶 李国才 秦凯 谢晓澜 高小云 廖敏	267

耳鼻喉科

咽喉部良性肿瘤术后中医药治疗临床观察	陈文勇 李云英 陈彩凤	271
--------------------------	-------------	-----

护理

前列腺增生症围手术期的中医辨证施护	胡艳梅	274
后颅窝肿瘤围手术期的中西医结合护理	周春姣	278
乳腺癌改良根治术围手术期中西医结合护理进展	陈娟	281
胸腰椎骨折 Tenor 内固定术围手术期的护理	宋苏闽 刘璐	287

充分应用现代科学技术，推进中医学有机结合

(提要)

北京西苑医院，中日友好医院 陈可冀院士

中西医结合是我国一贯坚持的卫生工作方针之一，它是根据我国现实存在中西医两种医学的国情而提出的。该方针强调中西医要加强团结合作，相互取长补短，共同提高，为继承发展中医药学，创新医疗模式，丰富现代医学和生命科学，为保障人民健康作出贡献；这也是自然科学史上学科交叉、学术进步的客观性和必然性的又一种体现。

医学的目的是要为公众的健康服务的，并要为社会需求和繁荣作贡献。我们决不能回避生命伦理学这一普遍性准则来讨论医学科学的发展。医学的重大使命乃是有效地防治疾病和提高人们的生命质量，中西医结合也不可能例外。

充分利用现代科学技术包括现代医学知识和方法，继承和发展中医药精粹，提高诊治效果，是中西医结合重要的发展方向。医学的进步模式基本上应当是：临床—基础—临床，经验—理论—经验，医学从起点到终点都应是病人，我们与健康同行。

我们亲身见证了半个世纪中西医结合发展的历程，在提高疗效方面，仅大体上列举以下一些事例：

一、代医学诊断明确，中医辨证论治为主，辅以西医一般治疗，病证结合，提高疗效。20 世纪 50 年代蒲辅周治疗流行性乙型脑炎的成功，突显了辨证论治个体化治疗和中医理论的优越性。

二、代医学崭新的冠脉介入术 (PCI) 治疗冠心病、心肌梗死，疗效立竿见影，但还有不少术后出现冠脉再狭窄的，我们按血瘀证论治，在西医常规处理基础上加活血化瘀方药，多中心 RCT 研究证明效果比单用西药为好，起到增效作用。

三、对现代医学诊断明确的难题，在继承中创新药物，因靶标明确，效果优异，如三氧化二砷治疗 APL；青蒿素治疗耐药恶性疟疾；是运用现代科技继承发展中医药的光彩夺目的成功。

四、应用现代循证医学方法，创新药物，发展活血消食中药红耬为血脂康，成为冠心病二级预防有效药物；较国外 4S、CARE、LIPID 等试验更有特色，实为现代中药有大宗病例随诊 5-7 年的范例。

五、肿瘤的扶正固本与放/化疗结合，完成疗程并提高了生活质量，被誉为中国模式。部分外科病人的免除手术之痛，围手术期中西医结合提高疗效和减轻痛苦；以及针刺镇痛/戒毒的新发展；都是原创性成就。

六、其他城乡采用中西医结合或综合疗法成功的实例很多，恕不一一阐述。

以上进步，各有千秋，具有不同特点，但更多体现了中医精髓而又结合今日科技知识，大都注重中西医的病证结合的思维，很是可贵！

临床大量事实表明，中西医病证结合诊断和治疗，是中西医结合的基本的和重要的模式，是中西医有机结合的具体体现，是高层次的；临床医生从此处起步，有可能取得更好的疗效，服务于病人；临床与基础进一步合作，也有可能对医学科学的发展作出新贡献！

《中华人民共和国中医药条例》要求“推进中医学和西医学两种医学的有机结合”。如果我们能

够遵循闪烁着医生智慧光辉的传统中医药理论及历久弥坚的临床经验方面进行探索研究，并同时注意结合当代科技新见，两相牵手，和谐发展，相信会有在国际国内都能立得住的成效面世。当代生命科学发展日新月异，各类“组学”对医学进步启迪良多：基因组学、蛋白质组学、代谢组学、系统生物学、生物物理学、信息科学、分子生物学、各类化学以及病理生理学等都可能对中医学的宏观思维，证候原理，方药配伍，疗效机理等等作出新的解读、发挥和丰富，并发扬光大之！可惜的是，我们今天相关平台还不完善，有的高谈阔论“激情”高得离谱，听不得丝毫不同意见，而提倡实干苦干立足创新却不足。由于我们今天倡导中西医并重、中西医结合和实现中医药现代化是起步于百年半殖民地劫难之后，而且也有些人还不理解中医学的精华，因而业内业外对引进现代科学包括现代医学有的人不免心有“西化”疑惑，陷入“引进一挨打”思维的怪圈，这是可以理解的；但时至今日，不应躲避去充分利用现代科技包括现代医学为我所用，应该有一个良好的社会学术氛围和思考。中医药学博大精深，我们不可能期望几代人就能把它研究清楚，所以中西医并重、中西医结合和实现中医药现代化的方针政策是正路，应该坚持，鼓励从不同途径探路和创新，为中华民族争光！

中西医结合围手术期治疗有待于不断提高

中国工程院院士，天津市南开医院 吴咸中院士

随着外科手术的不断进步与扩展，手术前准备与手术后处理也受到重视。但大幅度提高还是在上世纪中期以后。由于外科基础理论的提高，诊断与监测技术的改进，水、电解平衡治疗治疗的不断完善，抗生素的应用，以及肠内、外营养等其他支持疗法的出现，使手术前后处理有了充实的内容。围手术期（perioperative period）始见于 20 世纪 70 年代的国外文献，其后国内也开始使用，这就将术前、术中及术后三个阶段的治疗与处理做为一个整体来考虑，比术前准备及术后治疗更加合理。

1. 围手术期的界定及理念

按照 1981 年第 26 版 Doland 医学辞典的解释，围手术期为“从需要手术而住院治疗起到出院时止的时限”。显然，围手术期是指以手术治疗为中心，包括手术前、手术中及手术后的一段时间。到目前为止，还没有划定具体时限，因病而异，因手术规模的大小而异，也与病人自我恢复能力的不同而异，其中一个很重要的因素是术后恢复是否顺利，如出现术后并发症必然延长围手术期。

完善的围手术期处理，其重要性甚至超过手术操作技巧，围手术期处理的正确理念应当是：在全面了解病情，把握疾病局部病理损害及整体状态的基础上，以手术为中心，制定出周密的治疗计划，优选手术方案，准确实施，作好手术前后的相关治疗，防止术中意外，预防术后并发症的发生，以确保手术的成功。

因此，一项高水平的外科治疗，既要有熟练的手术操作技能，更要有系统的围手术期理论与知识，以及以人为本，全心全意为病人服务的精神。三者合起来，方能体现医生们对病情的深刻了解，善良的医疗愿望与良好治疗效果的统一。

2. 术前评估的方法与意义

不管手术大小，都是一种带有损伤性或风险性的治疗，因此，术前评估十分重要。评估内容可分以下四个方面。

2.1 一般情况的评估

为了尽可能对手术的安全性作出预测，可根据病人周身情况、重要器官的功能状态、疾病的性质与手术损伤的大小进行综合评价，可分为良好（good）、中等（intermediate）及不良（poor risk）。这一评价方法可为手术前准备及手术方式的选择提供参考。

2.2 并存疾病的术前评估

如病人有并存疾病，应根据其病理损害情况或功能状态进行评价。

并存心血管疾病：心脏代偿功能分级及其他检查；

并存肝脏疾病：肝功能检查，Child 分级，储备功能估计等；

并存肾功能不全：多项肾功能检测；

并存呼吸道疾病：高危因素的分析及肺功能测试；

并存糖尿病：有关糖尿病的检查及其并发症的确诊。

2.3 一些特殊情况的术前评估

20 世纪末，医学家们提出了一类特殊情况，称之为被损害了的宿主（Compromised host）或改变

了的宿主 (Altered host), 是指由于其他疾病或长期药物治疗, 使病人的营养状态、免疫功能、健康恢复能力受到严重损害, 因此, 对耐受疾病与手术的能力显著减低。已知的原因有: 自家免疫性疾病、慢性消耗性疾病、糖尿病、退行性疾病、肿瘤病人接受化疗或放疗之后、长期接受免疫抑制剂治疗, 等。这些病人的共性问题营养不良、免疫功能低下、抗感染的能力低下等。

2.4 中医辨证评估

中医辨证评估目前处于起步阶段, 仅少数病种中取得了较多的经验。八纲辨证、脏腑辨证、血气辨证等均有助于整体情况的评估, 也是进行中西医结合术前及术后治疗必不可少的内容。希望今后在这方面多做些工作, 进行一些系统性研究。

3. 术中监测及术后复苏 从略

4. 术后并发症

常见有切口并发症、手术后出血、术后心律失常、呼吸道并发症、术后胃肠功能紊乱、泌尿系统并发症及血栓性静脉炎等。这些并发症有因可寻, 有证可辨, 有药可用, 可根据病人不同情况进行治疗。

在大、中型手术后, 由于手术打击或切除脏器及组织后, 出现一些西医无明确诊断, 但症状相当明显的综合征, 常见的有以下三种。

一是**术后虚弱综合征**, 亦可称之为术后急性虚症。证见倦怠乏力, 少气懒言, 或形寒肢冷, 或表阳不固, 汗出不止。证属气虚或气血两虚。

二是**脾虚失运综合征**, 证见形体消瘦, 纳呆食少, 或食后腹胀, 小便清长。证属脾虚或脾肾两虚。

三是**代谢紊乱综合征**, 以肾阳虚为主要表现, 亦可表现为阴阳俱虚或阴虚肝旺。

除了上述综合征以外, 还可见到不明原因的发烧、不定部位的疼痛及肝失条达、情志不舒等征象, 多于脏腑失调、气血瘀滞有关。

上述病证西医尚乏有效的治疗方法, 用中药调理往往可取得良好的效果。

5. 几点建议

(1) 为了加快研究步伐可考虑以地区为单位组织协作研究, 制定统一诊断及辨证标准, 积累病例, 观察治疗效果。

(2) 尽可能实行术前评估与术后辨证论治相结合, 观察术前评估与术后疗效的关系, 阐明中医药的作用机理, 筛选有效的方剂与药物。

(3) 适应围手术期用药的要求, 优先选用已经批准上市的优质中成药 (如参芪注射液、丹参注射液、生脉注射液、血府逐瘀胶囊等), 在研制几种新型制剂。不宜人自为战, 各搞一套, 这样难出成果。

(4) 中西医结合围手术期处理研究, 符合两种医学互补创新的要求, 既有利于发挥中医辨证论治的优势, 又可弥补西医诊疗的不足, 前景看好, 希望能得到有关领导部门的支持。

围手术期研究是开展外科中西医结合的最佳结合点

北京中西医结合学会秘书长、外科学组荣誉主委 马必生

作为一个从事外科系统中西医结合工作的临床研究者，通过三十余年的临床体验与科研实践，深深地体会到外科医师应该充分发挥自身“手术刀”这一专业特长的基础上，继承和创新地应用我国传统中医中药的宝贵资源，坚定不移地走外科系统中西医结合之路，下面就以下几个方面谈谈个人的经验和体会。

一、外科系统开展中西医结合不能放弃手术这一重要“驱邪”手段

在外科系统早期开展中西医结合临床研究工作中，运用传统中医中药疗法促使许多必须采用手术疗法的病人恢复了健康，避免了手术，从而创建了所谓“中西医结合非手术疗法”，提出了“非手术率”这一指标，对于提倡和鼓励学习、推广外科系统的中西医结合工作是必要的和积极的。但是，随后有的部门简单地把“非手术率”作为衡量外科中西医结合工作成绩的指标时，它就成为抑制外科系统中西医结合工作的不利因素。

手术疗法是现代医学发展过程中治疗外科疾病的主要手段，它是作为临床治疗医学划分内、外科系的主要根据之一。在中西医结合治疗各种外科疾病的过程中，虽然有相当一部分外科病人可以通过中医中药治疗得以痊愈，免于施行手术。但是手术疗法作为一种直接的“驱邪”手段，它在中西医结合治疗各种外科疾病中仍然享有非常重要的地位。以腹部外科疾病为例，腹壁或腹腔内脏器的先天性畸形、缺损、肿瘤；中空脏器的器质性狭窄、梗阻；严重的内脏损伤、活动性大出血；局限性的化脓性病灶都需要手术治疗。中西医结合治疗急腹症和其它化脓性感染性疾病，虽然可以大大降低手术率，但是也必需加强病情的观察，时刻做好中转手术的准备工作。许多病人经过中西医结合非手术疗法急性症状得以控制甚至消失，但是从根除病因、防止复发的远期疗效考虑，尚需安排择期性手术。因此为了保证中西医结合治疗急腹症的最佳治疗效果，预防和治疗手术前后的各种并发症、保证远期疗效良好，必需不断地进行术前准备、术式改进和术后处理的系统研究，即围手术期的中西医结合临床和实验研究。

二、我国围手术期中西医结合研究的现状与进展

我国广大中西医结合临床外科工作者，在中西医结合围手术期的研究中主要是把祖国医学的丰富诊疗经验和手术疗法的不断改进结合起来，归纳有以下几个方面：

1. 结合四诊客观化的研究，利用中医整体辨证分析的优势，将望、闻、问、切以及观察神、色、气、血等的变化实时地对病人进行客观评估；应用脉象仪，舌象分析仪等现代化微观分析仪器，结合现代医学的 ICU 监测系统，为大型手术前后处理和危重病人抢救提供了更加完整而准确的诊疗信息，形成新的中西医结合诊疗和愈后评估系统，为提高外科危重病人抢救和手术成功率做出贡献。

2. 在中西医结合治疗急腹症和外科感染性疾病中，利用中医中药的临床疗效优势，可以缓解急性症状、提高病人的抵抗能力，变急诊手术为择期性手术，从而大大地降低了手术死亡率和术后并发症。

3. 广泛开展了手术前后的中医中药疗法，进行了腹部术后减少“二管一禁”的临床研究和实验研究。

4. 利用中医中药“通里攻下”的治疗原理开展结肠和直肠手术前肠道准备的临床疗效观察，从

而取代了传统的抗生素肠道准备法,避免了长期应用抗生素带来的不良反应。

5. 应用中医辨证论治的原则和方法在预防和治疗手术前后并发症,防治术后肠粘连方面开始进行临床和实验研究工作,其它如应用中医中药调节全身功能方面、加速术后病人康复过程的临床疗效研究等方面,均已取得了可喜的苗头和进展。

总之,中西医结合疗法在腹部外科术前准备和术后处理中的研究工作虽然刚刚起步,但是已经显示出,在这一领域中有许多有重要研究价值的研究课题。

三、外科中西医结合围手术期研究中的内容和范围

1. 手术前期的中医中药辅助疗法

(1)“虚则补之”为手术创造良好的条件

外科病人手术前如果存在负氮平衡、贫血及低旦白血症,可以直接影响手术疗效。现代医学采用的胃肠外营养及输血等治疗虽然可以有效地改善术前病人的全身营养状况,但由于血源供应紧张,治疗代价昂贵和血源污染等不安全因素,难于普遍推广和长期坚持。另外,完全的胃肠外营养疗法(TPN)、需要较高的设备和技术条件更难于避免某些严重并发症的发生。中西医结合可应用中医辨证论治的基本思想,采取“虚则补之”的治疗法则进行术前准备,常用治疗法则如下:

①补气健脾法 本法多应用于慢性胃肠道疾病,如慢性胃、十二指肠溃疡病或出现穿孔、出血、幽门不全梗阻之后,或各种消化道肿瘤、溃疡性结肠炎、克隆氏病等病程较长的疾病。证见:面色苍白无华、少气无力、食欲不振、腹胀或便溏、舌淡苍白、脉沉细。常用中药方剂有四君子汤、香砂六君子汤、黄芪建中汤、补中益气汤等,可根据病人的具体情况随证加减。

②气血双补法 本法在腹部外科多用于创伤、出血、手术肿瘤等失血性、消耗性疾病,病人表现为有不同程度的贫血或低旦白血症。从中医辨证来看,除上述脾虚见证之外可有面色晃白、精神萎靡等症状。唇舌淡白无华,苔少或白,脉沉细或见芤脉。主要治疗方为“八珍丸”加减,酌情加生黄芪、桑椹、太子参之类益气而不燥,补血而不腻胃的药味。

③益肾温阳法 此类病人多属于重病日久、热病伤阴或脾胃虚弱,“后天之本”的脾病伤肾而致脾肾阳虚或阴阳虚之证,常见于肝硬变、门静脉高压、食道静脉曲张破裂出血、腹水、肾功能不良等慢性外科疾病。证见:喜暖怕冷、四肢不温、腰膝酸软无力、大便溏泻、浮肿、腹水等。舌淡胖或暗,脉沉细无力或浮大无根,治疗多用黄芪、当归、党参、附子、肉桂等中药性味属于甘温一类的温补药,方中黄芪、当参一类“补气”药物经现代药理研究具有增强机体的免疫功能的作用,而附子、肉桂则有恢复肾上腺皮质机能的作用,可以增强吞噬细胞的功能。同时根据“阴阳互根”的理论,在补肾阳的前题下加用生地、知母、女贞子、旱莲草等滋补肾阴药物。从而对术前准备和术后病人的康复起了良好的作用。

2. “通里攻下”法则在肠道准备中的应用

结肠、直肠癌术前必须作好肠道准备,由于抗生素的肠道准备存在着种种的问题,如果没有同布进行的肠道机械性排空,那么抗生素作为肠道准备并不可靠。笔者曾比较应用中药通下方药促使术前肠道排空和口服抗生素的肠道准备的疗效,结果发现前者较口服抗生素肠道准备的术后感染率更低。

“通里攻下”类中药具有明显增加胃肠道推进性运动,具有除满、消胀、推陈致新、荡涤肠胃的作用。临床常用单味大黄制剂、番泻叶泡浸液、巴黄丸、“三物备急散”等简易剂型,在国内许多已有不少报道,而且在不使用抗生素肠道准备者,既可得到疗效,而又不存在抗生素所带来的副作用。通过全国性协作课题实验研究,观察到“胃肠复元汤”具有良好的促,进胃肠推进作用和肠道机械性清除作

用,可以增加门静脉、肠系膜上动脉和胃肠组织的血流量,改善肠道微循环具有良好的活血化瘀作用,同时又具有一定的抑菌作用。期间在应用胃肠复元汤作为结肠、直肠手术的术前准备的前瞻性随机对照性临床研究,观察到中药肠道准备组和口服红霉素、新霉素、同时术前作彻底控制饮食的和标准的清洁洗肠准备法,二组疗效无统计学差异,而中药准备组完全防止了术后二重感染的发生,术后首次排便或自人工肛门排便早期就成为成形粪便,完全避免了抗生素准备组后期可能出现的菌群失调。因而显示了应用中药进行结肠、直肠术前肠道准备的优越性。

3. 危重抢救病人的术前中医中药应用

腹部外科和急腹症病人,由于感染中毒、失血脱水、酸碱平衡紊乱可导致病情迅速恶化和合并严重休克,如果贸然施行手术往往加速患者死亡,因而可以在采用现代医疗抢救进行输血、输液、抗感染和抗休克治疗的同时,采用中医辨证论治可以为手术创造良好的条件,部分病人由于非手术的中西医结合治疗取得疗效,使病情迅速好转亦有免除手术的可能。危重症抢救术前准备中常用的治疗法则如下:

(1)清营救逆法 本法多用各种外科感染疾病所致之中毒性休克。证见高热谵语或体温骤降,唇干烦渴、小便短赤、大便秘结、舌质红绛,苔多黄燥,脉玄细无力。中医辨证属于毒热内陷、燔灼逆厥。治以解毒凉血、清营救逆之法。其代表方剂是清营汤加减。笔者应用北京名医赵炳南老医师治疗此类病人常用基本方药为:犀角 10g、生地炭 30g、银花炭 30g、连翘 30g、栀子 15g、公英 30g、黄连 10g、板蓝根 15g、紫草 12g、丹皮 10g、石菖蒲 10g、安宫牛黄丸(兑服)另加白人参 6g 单煎频服。应用此方治疗严重胆道感染等急腹症 34 例,服此中药前曾高烧一周以上应用各种抗菌素无效,但是服此方药以后大多次日体温开始下降,三五天内体温基本正常。仅有小部分病例(8/34)尚需配合外科减压或引流性手术。

(2)升阳救逆法 本法适用于创伤性休克和过敏性休克,证见:面色苍白、口唇紫绀、烦躁不安、胸闷、气蹙、汗出口张、四肢逆冷、舌淡、脉微欲绝。中医辨证属于神陷气脱,心脾逆乱之证。治疗采用益气固脱、升阳救逆之法。方用独参汤加味治之。基本方药包括:人参 10g、黄芪(30)g、炙甘草 10g。水煎频服,再辅以输血、输液等综合抗休克措施,可使血压迅速回升。

(3)益气救阴法 本方适用于中毒性休克中的高排低阻型休克、脱水或出血性休克。证见:心烦身热、口干思饮、手足尚湿、汗咸不粘、呼吸气粗、舌质红绛干瘪、脉细数或虚大无力。中医辨证:热甚耗津、气虚亡阴。治疗法则:益气增津、增液养阴。基本方法采用生脉散加减。本方已制成口服液及静脉针剂,在感染中毒性休克或出血性休克的抢救过程中,可一次性静脉滴入 30~50 毫升,配合其它综合性抗休克措施常常可以在许多重危休克病人的抢救治疗中使病情得以逆转。动物实验研究证明:生脉液有明显之强心作用,对急性失血性休克动物模型之抗休克能力,具有显著的保护性作用。

(4)回阳固脱法 本法适用于中毒性休克中的低排高阻型休克和创伤性休克、心源性休克。证见:神情淡漠、畏寒身凉、四肢厥冷、冷汗淋漓、呼吸微弱,舌淡润,脉微欲绝。中医辨证:元气大伤,阴损亡阳。治疗法则:益气敛阴,回阳固脱。代表方药为参附汤:人参 15g、附子 12g,本方亦属于休克治疗中的辅助用药,临床工作中发现:许多休克抢救时间较长患者,靠升压药维持血压且不易撤除,但经使用中药治疗以后,往往很快可以减少或停用升压药物,使病情转危为安。

(5)休克病人的针刺治疗 主穴:素髻、内关;配穴:人中、中冲、涌泉、足三里。针法要点:先刺主穴以中强刺激,持续运针或电针,可加备穴留针观察或脉冲电刺激。在休克病人抢救工作中必要时加耳针:肾上腺升压点、皮质下、心、内分泌、神门、交感等穴,或加用艾条灸百会、气海、关

元、檀中、不计壮数、以脉回汗止为度。

(6)解毒通脏法 在休克病人的术前应用：近年在急性梗阻性化脓性胆管炎和出血性胰腺炎合并休克病人术前准备阶段，改变了仓促进行急诊手术的观点，大量的资料证明：对于此类中毒性休克病人，在综合的中西医结合处理下可以较快地改善休克状态，争取了较好的手术条件和时机，可以大大降低手术死亡率，甚至可以使病情缓介，变急诊手术为择期手术，增加了手术疗法的安全性。其中如天津南开医院等应用清热解毒、通里攻下法则分别组成不同组方的“清胆汤”、“清胰汤”治疗重症胆道感染和急性重症胰腺炎合并休克的病人，使中西医结合非手术治疗成功率达到 80-90%以上，死亡率降至 5-10%以下。同济医科大学李鸣真等，对清热解毒中药抗炎 6 号对大肠杆菌内毒素 DIC 生物效应的拮抗作用的实验研究中，提示抗炎 6 号(由金银花、公英、大青叶、鱼腥草等组成)通过对细菌内毒素的直接降解作用，加强单核-吞噬细胞系统的吞噬作用和对补体 C3 旁路的激活作用。从而证明了清热解毒中药抗炎 6 号静脉注射液对内毒素 DIC 生物效应具有解毒拮抗作用。为手术前后应用此法治疗提供了理论根据。湖北中医学院竺嵇能等对清胆注射液抗内毒素的实验研究，观察到该药对休克鼠具有升压强心作用和改善微循环血流作用；华西医科学蒋俊明等通过观察发现大肠杆菌的菌毛是细菌实现粘附的物质基础，中药八正散是通过抑制大肠杆菌菌毛对尿路上皮细胞的粘附作用来治疗尿路感染的。对中医中药抗感染抗休克的原理探讨提出了新的理论和观点。

4. 术后减少“二管一禁”研究

术后促进胃肠功能恢复的方药大致可以将它们分成如下三类方药。

(1)第一类：攻补兼施，补泻相济类方药。如：胃肠复元汤、加味黄龙汤、肠功能恢复汤、保元汤、术后饮等。笔者组织全国性协作研究，采用的方剂是胃肠复元汤，由生黄芪、太子参、大黄、炒莱菔子、枳壳、木香、苏梗、桃仁、赤药、公英等味组成。通过对 406 例腹部手术病人的前瞻性、随机对照性的临床疗效观察和动物实验，通过观察药物对实验动物胃肠功能的多指标分析法，从给药组和对照组在肠肌电每分钟峰电束和每束平均电压的比较，对单位时间内口服钡剂推进运动的观察，证实该方具有非常显著的促进胃肠运动功能的作用；在小肠灌注葡萄糖的试验中显示了给药后小肠对水和葡萄糖吸收的非常显著的增进作用；同时表明给药组小肠液中胆汁分泌存在增加的趋势、而且对胰淀粉酶活性具有显著的增高作用；通过测定门静脉、肠系膜静脉、肠系膜微循环和胃肠组织血流量的变化证实：给药组非常显著地增加胃肠道的血运状况，这些结果为临床所取得的显著疗效提供了有力的实验证据。

(2)第二类方药：以通里攻下为目地的复方或单味峻下药物组成，其代表为应用以大承气汤为代表的复方或以硝黄散(栓)、生甘遂末等单味峻下药物。其中如中医研究院西苑医院自拟“排气汤”方药由枳壳 12g、厚朴 12g、木香 12g、香附 15g、生大黄 10g(后下)组成，主要方义取其理气通下为目的，组成专攻理气通脏的方剂。哈尔滨医大二院制成“硝黄栓”5~7.5g，治疗开腹手术 20 例，于术后 6 小时用药 2-3 枚结果用药后出现排气时间为 17 小时，对照组则平均 35 小时。上海市长宁光华医院，应用市售成药“大黄苏打片”每日三次、每次四片。经 69 例胃切除术，27 例胆囊切除术疗效观察，术后除一例切口感染，胃潴留而放置管，均未发现术后严重并发症。

(3)第三类方剂：属于疏肝理气、消食化滞、益气生津类型，作用平缓，其中代表方药为扶正理气汤。药物组成如下：太子参、佛手、枳实、川朴、麦芽、谷芽、陈皮、青皮等八味中药组成。许多单位以术后口服中药取来代“二管一禁”，结果平均在术后提前出现肛门排气，减少了切口感染。其他如无锡市第三医院在食管及胃手术后通过置入硅胶管滴注“增液汤”(生地、元参、麦冬)滴入 3000-

4000ml, 以代替静脉输液。结果术后肠功能恢复亦有明显效果。

5. 术后腹胀的常用中医中药处理方法

(1) 针灸、气功、穴位按摩以及穴位封闭、脉冲电刺激等方法。

(2) 口服或经术后留置胃肠导管注入各种类型的通下类中药复方、单方和验方。

(3) 通下中药灌肠：如单味大黄、番泻叶煎剂、复方大承气汤、胃肠复元汤等灌肠法。

(4) 肛门周围穴位按摩及扩肛疗法：对于下腹部手术后多日不排便，肛门括约肌痉挛影响排便者有良效。

6. 术后肺部感染并发症的中医中药疗法

肺不张、肺炎是腹部术后较常见的并发症，中医中药对肺部感染并发症的治疗，效果较好，配合加强咳嗽排痰的措施。中药治疗法则以清肺化痰、止咳平喘为主，基本方可用麻杏石甘汤为主，酌加川贝、桔梗、前胡、半夏、全瓜蒌等止咳化痰药物。高烧、咳嗽脓痰时可治以千金苇茎汤合银翘石膏汤加减，常用银花、连翘、生石膏、知母、桔梗、杏仁、黄芩、甘草的基础上，加上芦根、鱼腥草、瓜蒌、生苡米、冬瓜仁等药味，风寒束表者加麻黄。

7. 泌尿系统感染并发症的中医中药疗法

急性尿道炎、膀胱炎和肾盂肾炎等急性泌尿系感染，可出现典型的膀胱刺激症状，在保持尿路通畅的前提下，多饮水、保持一定的尿量，根据中医辨证论治的原则，针对下焦湿热和湿热下注的病因病理进行组方用药，常用八正散或导赤散加减治疗，急性肾盂肾炎可加当归、连翘、赤小豆汤及益智仁等。

8. 术后其他常见并发症针灸疗法

(1) 切口疼：腹部手术后切口疼痛采用中医止疼的办法以针刺疗法为主，主要取穴为内关、足三里、公孙。强刺激，留针 30 分钟至 1 小时，必要时加脉冲电刺激。背部俞穴的点穴、按摩，经络治疗以解决术后切口和腹内疼痛的疗法亦有报导，但由于手法、功力的差异疗效也不肯定，目前尚未广泛推广。

(2) 术后尿潴留：术后尿潴留的治疗以针刺治疗为主，可得到良好的疗效。常用针刺穴位有两组：a 曲骨、三阴交、水道、肾俞。b 关元、阴陵泉、复溜、中极。以上两组穴位可交替使用，中强刺激，可用持续运针法或用较高频脉冲电刺激。

临床亦可采用长强穴（尾骨尖至肛门中点）快速强刺激，亦常取得良好疗效。

民间中医验方：以大蒜削尖塞尿道外口刺激排尿，其有效率可达 90% 以上。

(3) 恶心、呕吐、呃逆（膈肌痉挛）：一般恶心、呕吐可针刺内关、天突、足三里、中强刺激留针半小时即可。

呃逆针刺主穴：天穴、膈俞、内关。备穴：中脘、膻中、足三里、巨阙、行间、关元、气海、天枢。以主穴为主，间歇运针，中强刺激。实症可配巨阙、天枢、行间、内庭。虚症可选配关元、中脘、气海、足三里。膻中穴虚实均可配用。

(4) 术后头疼：主穴首取风池，使针感扩散止颞额部。头顶疼加百会、太冲，颞部疼加太阳透率谷、中渚；前额疼加阳白透攒竹、合谷；枕部疼加天柱、后溪。针刺时先用小幅度捻插，找到应后即作捻转持续运针，时间为 5-15 分钟左右。

(5) 腹胀：取穴：足三里、上巨虚、气海、内关、天枢。中强震颤法或以脉冲电刺激。

(6) 术后高热：取穴：发热无汗取曲池、大椎；发热有汗取曲池、复溜。中强刺激。针刺退烧取曲

池祛风解表、清热利湿，调和营血。大椎为手、足三阳、督脉之会，能解表通阳、清脑宁神。复溜调肾气、清湿热。

四、抓住围手术期研究最佳结合点推进外科系统中西医结合研究

许多人曾经戏称说“西医有医没有药”，特别是在外科省市区后大多采用病人自身机体调节机制，被动地等待手术后的康复进程。然而中医中药根据整体调理和辨证论治的法则，具有非常丰富多彩的辅助治疗思路和方法。通过我国 30 多年来广泛的开展外科系统各个领域的临床实践和不同层面的试验研究，摸索了不同学科围手术期全面开展中西医结合的诊疗法则与方法，创建了具有中国特色的中西医结合新型的外科学。

为什么说围手术期研究是开展中西医结合的最佳结合点呢？因为，外科系统疾病本身往往是离不开“手术”这一关键步骤和技术手段，但是，具有五千年文明实践的中医中药所建立起来的整体调节和辨证论治的独特疗法，可以广泛地应用于外科病人的术前准备和术后康复，特别在外科危重症的抢救治疗、病人全身情况的调理、肠道情况改善；以及手术后病人胃肠道功能恢复和各种并发症的治疗和防治方面，都可以发挥比单纯手术治疗更加丰富、更加有效的效果。例如在腹部手术前后处理的中西医结合研究工作方面，是最近十多年来新开展的课题，我国的许多中西医结合医务工作者都已经进行了大量的临床研究工作，取得了很大的成绩。全国急腹症专业委员会已经成立了急腹症基础问题研究组，并把中西医结合术前准备与术后处理列为重点研究专题之一。在我国举办多次“急腹症基础的临床研究学术讨论会”上进行了专题讨论。初步肯定了全国在腹部术后减少“二管一禁”的临床研究中所取得的疗效和部分基础研究动物实验中所取得的成果。但是，从总的来说此项研究刚刚起步，绝大部分研究仍属于比较初级的临床疗效观察研究。今后中西医结合腹部手术前后研究的重点，要在进一步总结临床有效方药的基础上，进一步开展基础理论和作用机理的研究。同时还要大力开展应用中医中药防治术后粘连和粘连性肠梗阻的临床和动物实验的研究。并且把应用中药作为结肠、直肠手术前准备的研究工作继续深入开展下去。提倡临床和基础研究的全面协作。为创立具有我国特色的中西医结合手术前后处理体系而努力。

围手术期中西医结合研究的内容与进展

北京积水潭医院 马必生

手术疗法是现代医学发展过程中治疗外科疾病的主要手段，它是作为临床治疗医学划分内、外科系的主要根据之一。在中西医结合治疗各种外科疾病的过程中，虽然有相当一部分原属于外科体系的疾病可以通过中医中药疗法非手术治疗得以痊愈，免于施行手术。但是，在中西医结合临床外科工作的实践中表明，手术疗法作为一种直接“驱邪”手段，在治疗各种外科疾病中享有非常重要的地位。因而认真开展手术前、中、后期——围手术期的中西医结合临床和实验研究，是我们外科系统中西医结合工作者的重要课题。

以腹部外科疾病为例，先天性畸形、缺损、肿瘤；中空脏器的器质性狭窄、梗阻；严重的内脏损伤、活动性大出血；局限性的化脓性病灶都需要手术治疗。中西医结合治疗急腹症和其它化脓性感染性疾病，虽然可以大大降低手术率，但是也必需加强病情的观察，时刻做好中转手术的准备。许多病人经中西医结合治疗后，急性症状得以控制甚至消失，但是从根除病因、防止复发的远期疗效考虑，尚需安排择期性手术。因此，为了保证中西医结合治疗急腹症的最佳疗效，必需不断地进行术前准备、术式改进和术后处理的系统研究。

1. 现代外科手术前后处理的研究的进展

1.1 各种先进监测仪器越来越多地被应用于手术前后处理和危重病人的抢救，大型手术前后处理的抢救组织，已向人员和设备专业化方向发展。麻醉恢复室、术后监护病房、专科病房和康复病房已成为各种类型手术后病人得到最合理医疗和护理的场所。

1.2 强调手术前后病人的身心疗法。心理学治疗已形成独立的医疗学科，它对手术的顺利进行和术后的早日康复具有非常重要的意义。

1.3 手术前后病人的胃肠外营养疗法(TPN)，已成为独立的研究学科，大大地减少了严重营养障碍和胃肠道广泛切除病人的死亡率和术并发症的发生率。

1.4 合并休克病人、多脏器功能衰竭病人的手术时机和适应症的研究。术前如何组织快速有效的综合抗休克措施、平衡液的广泛使用；准确的病因定位和施行以去除病原为目的的急救简易性手术方法的研究；中晚期严重休克病人的扩张血管药物的应用等等。为降低危重病人手术的危险性、提高抢救成活率提供了有益的经验。

1.5 大多数临床实验研究的结果，对于手术前后长期大量的预防性使用抗生素均持否定的态度，I类无菌切口使用抗生素不能降低切口感染率；II、III类切口使用预防性抗生素则多主张自术前4—6小时开始，一次性大剂量抗生素静脉输入被提倡；预防性给药超过3天则不能降低切口感染率。阑尾切除术和择期性结肠、直肠手术的应用抗厌氧药物（如甲硝唑）近年来被大量提倡。术前肠道内容物的有效排空（通下法），被认为是比单纯应用肠道抗生素更为有效的措施，应该引起临床外科工作者的高度重视。

1.6 微量元素锌与外科手术的关系，是近年来才引起重视的一个新课题，临床和动物实验已经观察到大型术后病人于术后6小时血内锌含量开始降低，直到第六天开始又逐渐恢复正常。低锌血症可削弱病人抗感染的免疫功能，可导致创伤和切口的延迟愈合，因此是否对大型手术后病人进行防治性补

锌已成为研究的新课题。

1.7 对各种术式的改进、术中的失误与损伤等医源性损伤问题,已成为学术界越来越关注的问题。

1.8 器官移植术病人的围手术期处理中的脏器保存、抗排异反应的防治问题成为研究热点。

2. 手术前后中西医结合研究进展

2.1 结合四诊客观化的研究 利用中医整体辨证分析的优势,将望、闻、问、切中医四诊广泛地应用于危重病人的抢救工作中:从观察神、色、气、血等的变化可以及时地对病人进行客观预后评价;应用近年来研究成功的脉象仪、舌象分析仪等现代化影视微观分析技术与仪器设备,结合现代医学的ICU监测系统,为大型手术前后处理和危重病人抢救提供了更加完整而准确的诊疗信息,新形成的中西医结合诊疗系统可为提高术后抢救成功率做出贡献。

2.2 变急诊手术为择期性手术 在中西医结合治疗急腹症和外科感染性疾病中,利用中医中药的临床疗效优势,可以缓解急性症状、提高病人的抗病能力,变急诊手术为择期性手术,从而大大地降低了手术死亡率和术后并发症。

2.3 围手术期中医药疗法研究 广泛开展了手术前后的中医中药疗法,针对术后的各种问题,如腹部术后肠麻痹进行了术后减少“二管一禁”的临床研究和实验研究。

2.4 直结肠手术前肠道准备 利用中医中药“通里攻下”的治疗原理开展结肠和直肠手术前肠道准备的临床疗效观察,从而取代了传统的抗生素肠道准备法,避免了长期应用抗生素带来的不良反应。

2.5 防治术后并发症 应用中医辨证论治的原则和方法在预防和治疗手术前后并发症,防治术后肠粘连方面开始进行临床和实验研究工作,其它如应用中医中药调节全身功能方面、加速术后病人康复过程的临床疗效研究等方面,均已取得了可喜的苗头和进展。

3. 中医中药在围手术期研究中的应用

3.1 围手术期常用的中医辨证论治法则

3.1.1 “虚则补之”为手术创造良好的条件

多数外科疾病由于发病时间长、食欲不振、食量锐减,或出血、梗阻或肿瘤等病症影响其消化吸收功能,造成负氮平衡、贫血及低旦白血症,从而又直接影响病人接受手术治疗之能力。现代医学采用的胃肠外营养及输血等治疗虽然可以改善术前病人的全身营养状况,但往往由于血源供应紧张,治疗代价昂贵和血源污染等不安全因素,以及完全胃肠外营养疗法(TPN)、需要较高的设备和技术条件,甚至导致严重并发症,因而存在一定的局限性。根据中医辨证论治的基本思想,强调整体观念,针对病人存在的各种“虚象”,采取“虚则补之”的治疗法则进行术前准备。

① 补气健脾法 多用于慢性胃肠道疾病,如慢性胃、十二指肠溃疡病或出现穿孔、出血、幽门不全梗阻之后,或各种消化道肿瘤、溃疡性结肠炎、克隆氏病等病程较长的疾病。证见:面色苍白无华、少气无力、食欲不振、腹胀或便溏、舌淡苍白、脉沉细。常用中药方剂有四君子汤、香砂六君子汤、黄芪建中汤、补中益气汤等,可根据病人的具体情况随证加减。北京中医研究所危北海等报导,组织了各临床科室对健脾益气法的综合研究和动物实验研究,证明源自“四君子汤”加减而成的健脾益气汤,对消化道手术前后的脾虚症具有良好的临床治疗效果,并在四项脾虚症诊断的客观指标(木糖吸收试验、同位素示踪消化道运动试验、血清胃泌素水平测定和唾液淀粉酶测定)等的前瞻性对照观察中得到印证。

② 气血双补法 多用于创伤、出血、手术肿瘤等失血性、消耗性疾病,病人表现为有不同程度的贫血或低旦白血症。从中医辨证来看,除上述脾虚见证之外可有面色晃白、精神萎靡等症状。唇舌淡

白无华，苔少或白，脉沉细或见芤脉。主要治疗方为“八珍丸”加减，酌情加生黄芪、桑椹、太子参之类益气而不燥，补血而不腻胃的药味。

③ 益肾温阳法 此类病人多属于重病日久、热病伤阴或脾胃虚弱，“后天之本”的脾病伤肾而致脾肾阳虚或阴阳虚之证，常见于肝硬变、门静脉高压、食道静脉曲张破裂出血、腹水、肾功能不良等慢性外科疾病。证见：喜暖怕冷、四肢不温、腰膝酸软无力、大便溏泻、浮肿、腹水等。舌淡胖或暗，脉沉细无力或浮大无根，治疗多用黄芪、当归、党参、附子、肉桂等中药性味属于甘温一类的温补药，方中黄芪、当参一类“补气”药物经现代药理研究具有增强机体的免疫功能的作用，而附子、肉桂则有恢复肾上腺皮质机能的作用，可以增强吞噬细胞的功能。同时根据“阴阳互根”的理论，在着重补肾阳的前题下可加用生地、知母、女贞子、旱莲草等滋补肾阴药物。从而通过中医辨证论治的原理对术前准备和术后病人的康复起了良好的作用。

3.1.2 “通里攻下”法则在肠道准备中的应用

结肠、直肠癌术前必须作好肠道准备，由于抗生素的肠道准备存在着种种的问题，如果没有同步进行肠道机械性排空，那么抗生素作为肠道准备并不可靠。有人比较机械性洗肠和口服抗生素这两种不同的肠道准备，结果发现机械性肠道清理较口服抗生素肠道准备的术后感染率更低，这说明了排空对肠道手术准备的重要意义。

“通里攻下”类中药具有明显增加胃肠道推进性运动，具有除满、消胀、推陈致新、荡涤肠胃的作用。其中：单味大黄制剂、番泻叶泡浸液、巴黄丸、“三物备急散”等简易剂型已有益于肠道准备的不少报道，而且完全不使用口服抗生素作准备，可以得到更明显的效果，同时不存在使用抗生素所带来的副作用。

作者在组织“胃肠复元汤在腹部手术前后应用的临床观察和实验研究”中，观察到“胃肠复元汤”具有良好的促进胃肠推进作用和肠道机械性清除作用，可以增加门静脉、肠系膜上动脉和胃肠的组织血流量、改善肠道微循环等典型的“活血化瘀”作用，同时还具有一定的抑菌作用。因此，该院应用胃肠复元汤作为结肠、直肠癌根治手术的术前准备的前瞻性随机对照性临床研究，结果发现术前三天开始应用胃肠复元汤、不洗肠，同应用肠道抗菌素+清洁灌肠准备的对照组结果相同，术前口服胃肠复元汤以其方法简单、经济实用，术后首次排便或自人工肛门排便早期就成为成形粪便，完全避免了抗生素准备组后期可能出现的菌群失调。因而显示了应用中药进行结肠、直肠根治术前肠道准备的优越性。

胃肠复元汤作为术前肠道准备还被广泛地应用于幽门不全梗阻和慢性机械性不全肠梗阻的术前给药，一般采取小剂量多次给药并配合饮食质量控制。给药时间，可适当延长至5—7天，常可取得满意的肠道机械性排空，使不全梗阻上方之粘膜水肿及肠管张力得以恢复，减少了术后吻合口水肿和外漏的危险，甚至有许多不全梗阻病例经过给药局部粘膜消肿后，不全梗阻完全解除而避免了手术治疗。

3.2 危重病人的术前中医辨证论治

腹部外科和急腹症病人，由于感染中毒、失血脱水、酸碱平衡紊乱常可导致病情迅速恶化和合并严重休克，如果贸然施行手术往往加速患者死亡，因而可以在采用现代医疗抢救进行输血、输液、抗感染和抗休克治疗的同时，采用中医辨证论治可以为手术创造良好的条件，部分病人由于非手术的中西医结合治疗取得疗效，使病情迅速好转亦有免除手术的可能。在危重症抢救的术前准备中最常用的治疗法则，综合有如下几种：

①清营救逆法 本法多用各种外科感染疾病所致之中毒性休克。证见高热谵语或体温骤降，唇干