

老年急腹症的中西医结合诊治

——429例分析

天津市中西医结合急腹症研究所 张炳生 郑显理

近几十年来,国内外都很重视对于老年人疾病的观察与研究。老年人有其生理、病理和解剖学上的特点,各器官功能都表现有不同程度的退行性变。老年人患外科急腹症的同时,常伴有周身其它器官疾病。老年急腹症在国内外,多主张手术治疗,但手术后并发症较多且严重,死亡率相应也高于青壮年患者。

目前,中西医结合治疗急腹症已取得了良好的效果。在60岁以上老年急腹症中,采用中西医结合治疗,同样取得了良好的效果。使住院周期缩短,死亡率降低。

临床资料

一、发病率:我院外科自1975~1980年共收治各种急腹症病人4,719例,其中60岁以上老年人429例,占总住院人数的9.1%,并且住院人数逐年增加,见表1。

表1 老年急腹症逐年发病率

年 度	75 年	76 年	77 年	78 年	79 年	80 年
例 数	60	23	49	80	100	117
%	14.0	5.4	11.4	18.6	23.3	27.3

注:76~77年因地震影响所占比数较低

二、年龄与性别:本组老年急腹症病人中男性199例占46.4%,女性230例占53.6%,男:女=1:1.15。

三、疾病种类与治疗方法:病种以急性阑尾炎为最多,其次为急性胆道疾病、急性肠梗阻、急性胰腺炎和溃疡病的并发症。其它20例中恶性肿瘤引起的急腹症15例,还有原发性腹膜炎、肠道感染和外伤性肠破裂。

本组病例的治疗可分非手术组与手术组两类。非手术治疗385例,其中有59例治疗无效中转手术,急症手术44例,实际手术治疗103例。非手术治疗的病例以中药为主,根据病情使用针刺与外敷中药。溃疡病急性穿孔的早期均以针刺治疗。

非手术组中只9.8%的病例使用了抗菌素,5.8%的病例使用了胃肠减压,而手术组则常规使用抗菌素与胃肠减压。

四、治疗效果:本组病例中,非手术治愈306例(占71.3%),死亡21例;中转手术59例中死亡4例,立即手术44例,死亡11例,全组死亡36例占8.4%,其中9例为晚期癌瘤,详见表2。

表2 老年急腹症疾病分类与治疗结果

病 种	急 性 阑尾炎	急 性 肠梗阻	溃 疡 病 急性穿孔 出血	急 性 胰腺炎	急 性 胆囊炎 结石	其 它
例 数	118	77	45	76	93	20
%	27.5	17.9	10.5	17.7	21.7	4.7
非手术组 死亡/痊愈	3/93	2/49	2/19	1/74	4/62	9/9
中转手术 死亡/痊愈	0/12	2/19	0/3	~	2/21	~
立即手术 死亡/痊愈	1/9	3/2	5/17	1/0	0/4	1/1

讨 论

一、老年人生理、病理变化与急腹症的关系

随着年龄的增长,机体组织学发生改变,细胞衰老,肌肉萎缩,脏器呈退行性变,组织间有钙质与胆固醇沉着,机体的代偿和适应能力明显降低,身体中主要脏器如心、肺、肾脏的机能均减退。

心血管疾病中以冠心病、高血压最为多见。本组中血压超出160/100 mmHg者104例占24.2%,脉搏超过90次/分者141例占32.9%,152例患者常规检查EKG,其中不正常者92例占60.5%。因此说明心脏功能降低,适应力减弱,一旦疾病程度严重,有发生心动过速或心动过缓的可能。

本组有记载的314例中,有慢性支气管炎、肺结核、支气管哮喘等肺部疾患者73例占23.2%,由于呼吸肌萎缩,换气功能较差,气体交换和氧的吸收受到

明显影响,一旦出現急腹症或术后卧床,很容易出現缺氧与沉积性肺炎。由于心、肺功能均减退,治疗中输入液体的速度与质量的不当均可使肺部发生水肿与心衰等并发症,加之肺功能差排痰功能减退,肺部并发症如肺炎、肺不张、肺栓塞等都可造成病人死亡。

本组发现明显糖尿病者4例(0.9%)。

老年人肾脏变小,有功能的肾小球数目减少,肾小球血管往往因为结缔组织的增加,而使血管管腔变窄,血流量减低,肾小球滤过功能下降。临床可见血尿素氮增加,血二氧化碳结合力降低。本组有183例检查 CO_2CP ,其中139例在正常范围以下,占7.6%。

由于老年人肾上腺功能减退,重量减轻,尿中17类固醇排泄较青壮年水平低。垂体功能下降,肾上腺皮质激素的预备力低下,致使应激力减退。因此对外界刺激的反应力减低。本组病人入院体温超过 37°C 者仅185例占43.1%。入院时白细胞总数超过1万以上者仅268例占62.5%,超过2万以上者58例占13.5%。

腹部检查体征与病情常不相符,压疼、反跳疼、肌紧张均较青壮年表现轻,见表3。

表3 老年急腹症压疼、反跳疼、肌紧张程度分组

程 度	压 疼			反 跳 疼			肌 紧 张		
	轻	中	重	轻	中	重	轻	中	重
例 数	127	204	98	120	97	57	119	65	34
%	29.6	47.6	22.8	28.0	22.6	13.3	27.7	15.2	7.9

二、老年急腹症误诊原因分析

由于老年人脏器机能呈退行性变,反应迟钝,疼痛阈值高,故临床上往往被外科医生误诊。本组有20例病人误诊,占4.7%。分析原因如下:

1. 老年人记忆力差,陈述病史不全,对于发病时间及病情程度均描写不详。加之疼痛阈值高,因此很容易造成误诊。临床上对于老年患者很需要反复耐心询问病史,以求真正材料,来达到准确诊断。

2. 就诊时间晚。本组病人就诊时间均较晚,这对于达到正确诊断与及时治疗均带来了困难。就诊时间分组见表4:

表4 老年急腹症病人就诊时间分组

就诊时间	6小时内	6~12小时	12~24小时	24~48小时	48小时以上
例 数	48	69	69	63	180
%	11.2	16.1	16.1	14.7	42.0

3. 老年急腹症病人往往同时患多种疾病,容易混

淆,造成误诊。除前述伴随疾病外,还有手术者53例占12.4%。

三、老年急腹症国内外多主张手术治疗。我们采用中西医结合方法,多数可以不行手术。

1. 中西医结合适应症:(1)基本采用非手术疗法:此类病人特点是病理损害较轻,全身情况较好(正盛邪轻)如急性单纯性阑尾炎、单纯性机械性肠梗阻、单纯性溃疡病穿孔、单纯性急性胆囊炎等均可采用非手术疗法,只有在某些特殊情况下才考虑手术。

(2)在做好手术准备情况下,采用非手术疗法:此类特点是病理损害较重或病变情况较快而全身情况尚好(正盛邪实),如急性化脓性阑尾炎、重型机械性肠梗阻、急性化脓性胆囊炎等。如经治疗无效或发现病情恶化,应及时改用手术。

(3)宜采用手术疗法:其特点是病情严重、复杂、全身情况差或属进行性病变(正虚邪陷)。具体有以下三种情况:①局部病变严重,全身情况又很差,如合并有中毒性休克的肠梗阻、坏死性胰腺炎、溃疡病穿孔并中毒性休克、严重的急性梗阻性化脓性胆管炎等。②虽然全身一般情况尚好,但局部病理改变严重,属难逆型或进行性发展下去必将导致病情恶化者,如闭袢性肠梗阻已有肠坏死、肿瘤导致的肠梗阻、嵌闭性巨大胆石或尿石,以及复杂性溃疡病穿孔等。③局部病变虽不重,由于反复发作,从提高这期疗效出发,也应争取在主要脏器功能改善后进行手术治疗,如复发性阑尾炎、反复发作的胆囊结石病、胆囊炎等。

2. 中医药的运用:老年急腹症也同样属于中医的里证、实证、热症居多,因此通里攻下、清热解毒、理气开郁与活血化瘀仍然是中医治疗的大法。但老年人体质弱或病程久,正气常不足,则要根据辨证论治的原则,采用先攻后补、先补后攻或攻补兼施的方法(具体方药见《新急腹症学》,人民卫生出版社,1978年,第一版)。在急腹症的后期,更易出现气血虚与脾胃虚弱的现象,故在行气活血的原则外,还要注意补气补血和调理脾胃。

3. 手术治疗:在掌握好适应症的基础上,手术治疗也是非常必要和积极的方法之一。通过实践证明,对于病情严重,全身情况差,或是疾病有进行性发展趋势的,国内外有主张一旦诊断明确,宜早期手术。但我们通过中西医结合治疗,改善了主要脏器的功能,将急腹症手术变为早期手术,不但提高了疗效,而且降低了手术死亡率。Dreznik报告急症手术死亡率63%,半急症手术死亡率为23%。本组共手术103

例, 其中中转手术 59 例死亡率 7%, 立即手术 44 例死亡率 25%。

此外, 老年急腹症合并症状较多, 抵抗外界能力差, 加之手术刺激, 大量蛋白质消耗, 失水, 失血或水电紊乱, 手术后并发症较多。因此, 提高手术操作水平, 加强术后护理也是十分重要的。

本组手术后切口感染共 21 例占 20.4%。其余并发症如支气管感染、泌尿系感染、褥疮等均有发现, 较严重者有因并发症造成心肺功能衰竭而死亡。

老年急腹症病人平均住院天数: 非手术组 11.5 天, 手术组 31 天。

四、老年急腹症病人死亡原因分析: 本组共死亡 36 例, 占总住院人数 8.4%, 其中非手术死亡 21 例,

占总住院人数的 4.9%, 立即手术后死亡 4 例, 占 0.9%, 立即手术后死亡 11 例, 占 2.6%。36 例死亡病人中, 因循环呼吸衰竭者 27 例 (占 75%), 死于 DIC 者 3 例占 8.4%, 死于恶性肿瘤者 7 例占 19.4%。

小 结

一、由于生理、病理、和解剖上的不同特点, 加之发病后症状、体征不典型, 就诊时间较晚给老年急腹症的诊断与治疗带来了困难。

二、中西医结合治疗老年急腹症具有很大的优越性。本组有 76% 的病例避免了手术治疗, 住院时间短, 死亡率为 8.4% (参考文献省略)

中医治疗小儿慢性乙型肝炎 32 例初步小结

中医研究院西苑医院儿科 张荣显

我们根据 1978 年杭州会议制定的病毒性肝炎防治方案的分型、诊断和治疗标准。又根据祖国医学的辨证理论, 以清肝经毒热为主, 注意治肝必治脾、治肝必治肾、治肝必补血养血、活血化瘀的理论, 分型治疗小儿慢性乙型肝炎。现将资料比较完整的 32 例小结如下:

一般资料: 性别: 男 27 例、女 5 例。年龄: 4 岁 1 例, 6~10 岁 16 例, 11~15 岁 15 例。病程: 1 年以上者 8 例, 5 年以上者 22 例, 10 年以上者 2 例。以上 32 例病人全部 HBsAg 阳性。肝功能全部异常。疗程: 3~5 月者 5 例, 6~12 月者 14 例, 2~4 年者 13 例。

治疗方法: 一、肝经毒热型: 时有烦急、睡眠不安、手足心热、大便干、小便黄, 面红、舌赤、苔黄, 脉弦滑稍数。HBsAg 持续阳性, 肝功异常, 转氨酶持续明显增高, 肝脾大。

方药: 茵陈 25g 白花蛇舌草 25g 生地榆 10g 木瓜 10g 蚤休 10g 蚤砂 10g 地骨皮 10g 黄柏 10g 槟榔 10g 旱莲草 10g 半枝莲 10g 龙葵 10g 土茯苓 10g 珍珠母 10g 鱼腥草 10g 焦三仙各 10g。

二、脾肾肝虚型: 饮食不佳、腹胀、腹痛、倦怠乏力、便秘、多汗、胁痛、关节痛, 舌苔淡黄, 脉弦细而滑。HBsAg 持续阳性, 肝功异常, 转氨酶持续增高, 肝脾大。

方药: 黄芪 10g 党参 10g 山药 10g 白术 10g 枸杞子 10g 女贞子 10g 首乌 10g 五味子 10g 茜草 10g 丹参 10g 当归 10g 郁金 10g 白花蛇舌草 25g 龙葵 10g 蚤砂 10g 焦三仙各 10g。

治疗结果: 治疗后主要症状全部消失者 23 例, 部分症状消失者 9 例。30 例肝功转为正常, 16 例 HBsAg 转阴性。治愈 14 例占 43.7%, 基本治愈 9 例占 28.12%, 好转 9 例占 28.12%。9 例好转中有 2 例 HBsAg 转阴性而肝功尚不正常, 7 例肝功已正常, 但尚有部分症状未消失。

体会: 小儿乙型肝炎急性期及时治疗多可治愈。但若病程超过一年以上成为慢性者则治疗效果往往欠佳。我们根据肝藏血又赖血以养肝, 肝病郁久则生瘀化热, 热久成毒, 形成肝经毒热, 热毒盛则伤肝肾阴、克脾土等, 故以清肝经毒热为主治之, 获得一定疗效。