

• 农村园地 •

利胆合剂治疗胆道蛔虫症 31 例

湖南医学院第一附属医院外科

汤辉煥 刘 恕 熊铁新

我院 1984 年 7 月~1986 年 5 月应用中药利胆合剂治疗胆道蛔虫症 31 例，现初步总结报告如下。

临床资料 31 例中男 12 例，女 19 例；年龄 3~51 岁，平均 21.5 岁；其中 22 例住院治疗，9 例门诊治疗。从发病至就诊时间最短 4 小时，最长 7 天，平均 2.5 天。31 例均有剑突下偏右阵发性疼痛，其中阵发性钻顶样疼痛或绞痛者 27 例，钝痛 4 例。伴畏寒、发热者（体温在 37.6~39.5℃ 之间）18 例。有黄疸及经 B 型超声波检查发现胆囊肿大者 4 例。24 例有右上腹压痛，其中 2 例有右腹肌紧张及轻度反跳痛。

实验室检查：白细胞少于 1 万者 22 例，超过 1 万者 9 例。血或尿淀粉酶检查中一项或两项均大于 256 单位（温氏法）者共 4 例。31 例治疗前均经 B 型超声波检查明确诊断，共发现胆管内平行光带 45 条，其中左肝胆管 3 条，右肝胆管 5 条，胰管内 2 条，胆囊管内 1 条，总肝管和总胆管内 34 条。同时在左肝胆管及总胆管内各有 1 条经 B 型超声波反复观察未见活动的平行光带，诊断为死蛔虫。有 1 例同时发现总胆管内有一枚 $1.0 \times 0.7 \times 0.6\text{cm}$ 强回声伴有声影的结石光团。

药物及治疗方法 本组为简化辨证论治的方法，制定出协定处方“利胆合剂”。其组成为半边莲、茵陈、柴胡、十大功劳、栀子各 30g，大黄、枳壳、木香、黄芩、金银花各 15g，每日一剂，分二次服。单用利胆合剂治疗者 19 例；另 12 例系胆绞痛不能缓解者加用阿托品解痉治疗，但未加止痛剂；对炎症较严重或/和伴有急性胰腺炎的 6 例患者每日给予静脉输液并滴注庆大霉素 32 万单位。对利胆合剂治疗后未能从大便排出蛔虫的 9 例再给服驱蛔灵 3g，睡前服一次，连服两次；或左旋咪唑按每公斤体重 1.5mg 计算，晚餐后一次服完；或/和驱虫中药如乌梅、川楝子、使君子、槟榔各 15g，木香 12g，大黄 9g 驱虫治疗。

结 果 经利胆合剂治疗 2~13 天，平均 5.6 天后症状消失，且三天内疼痛无复发，黄疸消退，体温及白细胞降至正常；再次复查 B 型超声波见肝内、外胆道清晰，平行光带阴影消失为治愈。本组 31 例全部治愈，无中转手术、并发症手术和死亡病例。本组单

用利胆合剂大便排虫者 22 例，排虫率 70.9%。追加驱虫药物后有 8 例排出了蛔虫。但有 1 例经反复中西药驱虫始终未见蛔虫排出。排虫最少者 3 条，最多 1 例排出大小蛔虫近 200 条，有 3 例患者共排出 5 条即将腐烂的死蛔虫，其中 2 例为 B 型超声发现无活动死蛔虫的患者。治愈后 1~20 个月有 24 例来院复查，症状无复发，B 型超声亦未发现胆道内蛔虫阴影和由蛔虫死亡之后所形成的结石光团。1 例治疗前 2 次 B 型超声发现有结石光团，治疗后结石光团消失。

体 会 中西医结合治疗胆道蛔虫症改变了过去大部分病例手术治疗的痛苦。但以往中医传统的方法是应用乌梅汤或驱蛔汤，疗效虽较好，但有少数病例仍可出现近期或远期并发症，甚至需手术取蛔虫和手术治疗其并发症。为了探索较完善的治疗胆道蛔虫症的方法，作者试用了疏肝利胆类中草药治疗胆道蛔虫症 31 例，取得了比较满意的效果。我们体会在较强利胆及导泻的作用下能迫使蛔虫退出胆道并排出体外，虽然病例较少，但仍值得临床和实验进一步研究、探讨。

我们常规应用 B 型超声波反复动态观察胆道内蛔虫活动情况，较 Khuroo MS 等提倡的应用逆行胰胆管内窥镜追踪观察简单方便，适应于各种年龄患者，并可随时重复检查，无痛苦和并发症，是诊断和观察胆道蛔虫症疗效的理想方法。

中西医结合一次手术治愈 痔合并肛瘘 134 例

北京二龙路医院肛肠外科 刘铁英

痔合并肛瘘者多采用分期手术治疗，不仅疗程长，且增加患者的手术痛苦和经济负担。我院自 1983 年 6 月开始对 134 例痔合并肛瘘者，用中西医结合的肛瘘切开挂线和痔结扎术，取得一次手术治愈的满意效果，现报道如下。

临床资料 本组男 105 例，女 29 例；年龄最大 76 岁，最小 21 岁，以中壮年居多。病程最长 30 年，最短 1 个月。主要症状为大便时出血、脱垂和肛门部湿痒反复流脓等。其中Ⅰ期痔合并肛瘘 71 例，Ⅱ期痔合并肛瘘 63 例。肛瘘部位：后位直瘘 77 例，侧位皮下瘘 29 例，前位直瘘 25 例，马蹄型瘘 3 例，共 134 例。内口位置均在齿线。

腹部术后并发腹腔脓肿的治疗

湖北五峰县人民医院中医科 孙兴平

近几年来,我们在中西医结合治疗急腹症经验的启发下,以通里攻下、清热解毒、活血祛瘀为主要法则,对腹部术后并发腹腔脓肿患者辨证治疗,获得了良好的效果,现将其中资料完整的25例小结于下。

临床资料 本组25例,男11例,女14例;年龄最大的73岁,最小的2岁。溃疡病穿孔3例,急性阑尾炎并发阑尾穿孔,阑尾周围脓肿22例。本组均为腹部术后经大剂量抗生素治疗及术后常规处理1周以上,而腹部仍呈现不同程度的局限性腹膜炎体征,白细胞均 $>15\,000$,体温不同程度升高。西医诊断为膈下脓肿2例,肠间脓肿10例,盆腔脓肿13例。

治疗方法 本组在配合静脉输液维持水电解质平衡(个别危重病例输血),并在西医严格监护下以中药治疗。

1. 膈下脓肿:基本方:大黄15g 柴胡10g 半夏10g 枳实15g 白花蛇舌草20g 蒲公英20g 鱼腥草20g 赤芍15g;瘀滞明显者加红藤10g 皂刺15g 山甲15g;痞块明显者加三棱、莪术各15g。水煎200ml内服,一日一剂。双柏散(侧柏叶60g 大黄60g 黄柏30g 薄荷30g 泽兰30g,共研细末,水蜜调制)外敷疼痛处。

2. 肠间脓肿:基本方:大黄15g 丹皮15g 桃仁10g 冬瓜仁15g 芒硝6g 枳实15g 厚朴15g 木香10g;瘀重有硬块的加皂刺、山甲、莪术、三棱各10g。水煎200ml内服,一日一剂。外敷双柏散。

3. 盆腔脓肿:基本方:黄连10g 黄芩10g 赤芍10g 木香15g 槟榔10g 当归20g 大黄15g;膀胱湿热明显的加车前子、木通、篇蓄、牛膝各15g;下腹有痞块的加皂刺、山甲各10g。水煎200ml内服,一日一剂。外敷双柏散。另用上述内服方煎水100ml,加温盐水100ml保留灌肠。

结 果 本组25例,服药5剂,自觉症状和体征消失、体温及白细胞恢复正常者12例;服药5~10剂上述症状体征正常者9例;服药15剂以上症状体征消失者4例,其中1例膈下脓肿治疗20天症状无明显好转,配合切开引流术治疗。平均治愈天数为8.8天。

体 会 本病属急腹症范畴。按中医辨证,多属六腑之实热证候。而腑的共同生理特点是“以通为用”,病机特点是“不通则痛”,治疗特点是“以通为和”、“以

手术方法 术前洗肠2次,取侧卧位,常规消毒。采用骶管阻滞麻醉或局部麻醉。首先行肛瘘切开挂线,用有槽探针自外口插入,沿管道底部探查,以另手食指伸入肛内针指配合,寻找内口后穿出,沿探针槽切开外口和瘘管,刮除腐肉组织,于内口挂以10号丝线扎紧,修剪创缘和部分管壁组织使伤口呈“V”字形。然后行痔结扎术,先以手指显露痔核和脱垂的粘膜,用有齿中直钳将其夹住,以弯针10号丝线于痔核基底部贯穿“8”字结扎。其他痔同法处理,使之无菌坏死脱落。术后用抗生素5天,服润肠剂,便后用5%腐植酸溶液坐浴,挂线可自行脱落,如10天仍未脱落松弛时可紧线1次,即可脱落。创面每日用油纱条换药直至愈合。

结 果 本组134例均采用上法手术,挂线和结扎痔块平均10天左右脱落,术后无1例感染或大出血、肛门失禁以及排便功能障碍。仅有1例术后1年肛瘘复发再行手术治愈。

讨 论 中医治疗痔瘘历史悠久,远在宋代《太平圣惠方》记有:“用蜘蛛丝系缚痔鼠乳头,不觉自落”。《古今医统》中说:“至于成瘻穿肠,串臀中、有鹅管,年久深远者……挂线法治,庶可除根”。本文采用中西医结合的肛瘘切开挂线和痔结扎术,达到一次手术治愈痔合并肛瘘的目的,继承发扬了这一传统疗法,扩大了治疗范围。

肛瘘是慢性感染性病灶,痔为非感染性疾病,二者同时手术,术后无1例感染,可能与下列因素有关:(1)术后对于切开的肛瘘管道,除修剪创缘及切除部分不必要的管壁组织外,保留大部分具有较强抗菌能力的管壁纤维结缔组织。(2)术中剔除创面腐肉组织,开放伤口的同时,由于挂线的紧缩、逐渐扩大勒开内口,保证引流通畅,故不会导致炎症扩散,又有利于肉芽组织自底部顺利生长。(3)痔结扎法是一种闭合性手术,损伤组织小;痔结扎后产生无菌炎症反应,枯萎、坏死、脱落,最后纤维化而愈。(4)术后在应用抗生素的同时,注重创面换药和去腐生肌药物局部治疗。

目前许多人认为痔是由于直肠颈压力持续存在而导致直肠粘膜脱垂和静脉充血的结果。所以行肛瘘切开挂线术不仅切断了外括约肌皮下环,也切断了内括约肌下缘的一部分。从而改善了痔的症状,同时解除了肛管收缩作用,使张力消失,压力恢复正常。本法比分期手术疗程缩短,减轻了病人痛苦及经济负担,且不需较高条件,操作简便可靠,易于推广。