

阑尾穿孔腹膜炎的中西医结合治疗

首都医学院宣武医院外科 王湘衡 陈 翔 宋宗尧 刘家峰

我院从1972年9月~1985年12月共收治急性阑尾炎穿孔合并局限性与弥漫性腹膜炎患者648例,现将结果报告如下。

临床资料

一、一般资料:648例均为我院住院患者。诊断主要依据为:典型阑尾炎病史;以右下腹为主的压痛、反跳痛与肌紧张,其范围至少为1个象限,甚至可达全下腹乃至全腹;腹腔穿刺抽出脓性渗出液,镜检白细胞满视野。

分组情况:中西医结合组333例,男:女为4:3,年龄最小12岁,最大81岁,平均 45.92 ± 1.8 岁。弥漫性腹膜炎153例,占45.9%。手术组315例,年龄分布与中西医结合组一致,平均年龄 45.78 ± 2.58 岁。弥漫性腹膜炎95例,占30.15%。

二、观察项目:主要比较两组治愈的平均住院日、两组合并症的发生情况以及死亡例数。

治疗方法

一、结合组

1.药物:以疔毒丸为主,配合应用汤剂。疔毒丸组成:巴豆、明雄黄、生大黄各等分,共研细末装入胶囊,每丸含生药0.3g。成人每次服3~5丸,最多可服7丸。服药时应以温开水送下,服药3小时后尚未泻下时,可重复给药3~5丸,一般每日仅服1次,最多2次,连服3天,病情即明显好转,然后改服汤剂。

汤剂组成:银花30g 公英30g 败酱草30g 桃仁10g 丹皮15g 冬瓜仁30g 生薏米30g 香橼皮12g 附子10g 生大黄30g(后下)。水煎,每剂煎成100ml。早晚各服1剂。

2.方法:入院后立即服用疔毒丸,连服3天。服药后,每日应至少泻下6次以上,第1天是关键,泻下次数越多,好转越快。服疔毒丸有恶心呕吐者,肌肉注射灭吐灵10mg。服药期间禁下地,输液维持水电解质平衡。体温 38.5°C 以上时,配合抗生素。可进流食。病情好转后改用汤剂。入院24小时内经反复攻下仍不排便者,应及时改用手术治疗。

二、手术组:入院后即行手术探查,切除阑尾,

根据腹腔渗出液的多少采用腹腔冲洗或吸净脓液,必要时可放置引流。同时应用抗生素。

三、结合组禁忌症:(1)感染中毒性休克或继发重要脏器功能衰竭。(2)伴随重要脏器严重疾患。(3)弥漫性腹膜炎腹腔渗出较多,叩诊有移动性浊音,腹腔穿刺易抽出2ml以上液体。(4)12岁以下儿童弥漫性腹膜炎。(5)妊娠。

结 果

一、疗效评定标准

1.近期疗效标准:痊愈:腹膜炎症状、体征消失,体温与白细胞正常,无合并症。显效:腹膜炎症状、体征消失,有合并症(腹腔脓肿、右下腹炎性包块等),但经治疗后痊愈。有效:腹膜炎症状、体征消失,但遗留永久性合并症者。无效:治疗后无好转,需中转手术及死亡者。

2.远期疗效标准:优:1年半以内无腹痛,或愈后1年以内未复发。良:偶有轻微腹痛,一般无需治疗可自行缓解。中:愈后半年以上至1年内复发,或阑尾脓肿经保守治疗痊愈后,半年内虽无腹痛,但根据外科原则行阑尾切除者。差:反复发作性腹痛,阑尾穿孔而手术者。

二、结果

1.结合组近期疗效:333例中痊愈203例(60.96%),显效96例(28.83%),无效34例(10.21%),均中转手术。现将1981年6月以前与1981年7月以后的疗效比较如下,见表1。1981年7月以后,掌握了下法的规律及明确了治疗适应症,疗效有明显提高。

表1 结合组1981年6月前后疗效对比 (例,%)

	例数	痊愈	显效	有效	无效	死亡
1981年6月以前	197	105 (53.30)	58 (29.44)	1 (0.51)	33 (16.75)	2 (1.02)
1981年7月以后	136	98 (72.06)	37 (27.21)	—	1 (0.74)	—
P值		<0.01	>0.05		<0.01	

2.结合组远期疗效:治愈1~5年的106例患者随访结果为:优者49例(46.23%,愈后1年以上复发急性阑尾炎5例),良者15例(14.15%),中者13例(12.26%),差者29例(27.36%)。

手术组	315	95(30.16)	125(39.68)	42(13.33)	3(0.95)	4(1.27)	13(4.13)	18(5.71)	3(0.95)
P 值		<0.01	>0.05	>0.05	<0.01	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05

• 无效中转手术的病例中切口感染情况

3. 手术组疗效: 315 例中痊愈 110 例(34.92%); 显效 202 例(64.13%); 无效 3 例(0.95%), 均死亡。

4. 两组疗效比较: 结合组中痊愈率明显高于手术组($P < 0.05$), 显效率明显低于手术组($P < 0.05$), 无效率明显高于手术组, 但两组死亡率对比 $P > 0.05$, 现将两组合并症情况作了比较, 见表 2。

结合组的合并症主要为盆腔脓肿与右下腹炎性包块, 手术组的合并症主要是切口感染、肠梗阻, 以致影响了住院日, 致平均住院日结合组(14.8 天)较手术组(19.4 天)明显缩短($P < 0.01$)。1981 年 7 月以后, 由于手术技术的改进, 使手术组切口感染率明显下降, 住院时间也缩短(11.3 天), 与结合组(11.8 天)相比 $P > 0.1$ 。

讨 论

中西医结合治疗阑尾穿孔腹膜炎以中医下法¹为主, 源于张仲景“肠痈……脓未成可下之”。我们体会“脓未成”系指未出现明显的腹腔局限性脓肿而言, 因此对阑尾穿孔所致的腹膜炎应用下法是合理的, 临床疗效也证实了这一点。疔毒丸以巴豆为主, 攻下甚峻,

产生剧烈肠蠕动, 既可促使腹腔炎性渗出物沿结肠旁沟流动至膈下吸收, 又可改善腹腔血运及抗感染能力, 结果不仅腹膜炎, 而且阑尾炎症也一并消退。只要严格掌握适应症, 积极攻下以及维持水电解质平衡, 防止因峻下所致的水盐失衡, 疗效是理想的, 中转手术率下降, 远期随访的优良率达 60.38%。

我院进一步作动物实验研究, 初步发现巴豆可促进腹腔渗液吸收, 并将注入腹腔的同位素经肾脏排出, 其排出速度明显高于对照组。

中西医结合治疗阑尾穿孔腹膜炎应注意掌握适应症。一是患者的病情能否经中西医结合疗法治愈, 二是愈后是否遗留较严重的合并症。能否治愈又有两个方面, 即腹膜炎的严重程度与机体的耐受程度。我们体会, 腹膜炎所致肠麻痹严重, 虽经反复用药物不能致泻者, 预后不佳, 有 5 例患者经反复攻下无效而中转手术, 发现腹腔渗液均在 500~1000ml。由此总结经验, 腹腔渗出多的患者应以手术为宜。机体的耐受程度主要与患者有无严重的脏器伴发疾患有关, 如有重要脏器的严重疾患, 不易耐受腹膜炎的中毒症状。此外, 儿童因机体反应性差及腹腔对炎症的局限能力差, 也以手术为宜。

行气利水活血祛瘀法治疗硬脑膜下血肿 1 例

辽宁省锦县中医院

张茵州 侯德森

病例摘要 李某, 男, 22 岁, 因头痛、恶心 3 周于 1986 年 10 月 26 日来我院就医。该患者于 1986 年 9 月 16 日因外伤头先着地, 当时昏迷约 5 分钟, 醒后仅略觉头痛。3 周后自觉头痛, 逐渐加重, 有时恶心, 食欲不振, 在当地中心医院治疗 2 周无效。体检: 神志清楚, 语音清晰。一般情况无异常, 心肺腹部无异常。颅神经检查未见定位病变体征, 左侧上下肢肌张力略低于右侧, 腱反射左侧较活跃, 病理反射未引出。眼底检查未见异常。实验室常规理化检查均正常。10 月 28 日在市中心医院做颅脑 CT 检查结果: 中线向左移位, 右脑室受压, 右额顶部近脑表等密度病灶约 $3.5 \times 1.8 \times 0.9\text{cm}$, 其边缘有少许增强。提示: 右

额顶慢性颅内血肿(硬膜下)。临床诊断: 右额顶部硬膜下血肿。患者要求中医药治疗。

治疗经过 中医辨证属跌打损伤致瘀血内停。治则: 行气利水, 活血祛瘀。处方: 木香、厚朴、大腹皮、枳壳、冬瓜皮、茯苓皮各 30g, 川芎、红花、桃仁、泽泻各 20g, 三棱、莪术各 10g。每日 1 剂, 水煎服。同时停用脑复康等西药。服药后尿量明显增多, 服第 14 剂后, 自觉头痛头晕皆减轻, 精神食欲好转, 按原方继服 32 剂后, 自感一切如常, 双侧肢体肌力一致。于 1987 年 12 月 18 日颅脑 CT 复查报告: 颅内未见异常。因血肿完全吸收, 故停药参加正常劳动, 随访至今未复发。