

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。