

非手术治疗消化性溃疡穿孔585例体会

首都医学院宣武医院普外科(北京 100053) 姜文华 王湘衡

近20年,我院共收治消化性溃疡穿孔致弥漫性腹膜炎790例,其中585例采用非手术法治疗,205例采用手术治疗。对前10年患者进行了随访(268/350例),随访率77%。现将治疗结果分析如下。

临床资料

一、一般资料 790例中,男668例,女122例,男女比为5.47:1。年龄最小13岁,最大88岁,平均年龄40.5岁;其中<20岁45例,>60岁89例。

二、消化性溃疡穿孔诊断依据 (1)明确的消化性溃疡病史或不规律上腹痛史。(2)突发剧烈上腹痛并向全腹扩散。(3)伴恶心、呕吐。(4)弥漫性腹膜炎,肠鸣音减弱或消失。(5)X线:膈下游离气体,胃泡变小或消失。(6)腹穿阳性。本组患者均符合该诊断标准。

治疗方法

一、非手术治疗指征 (1)年龄15~55岁。(2)无出血、幽门梗阻、休克等合并症,不怀疑是胃部恶性病变。(3)无重要脏器功能不全。(4)空腹穿孔。(5)腹腔内渗液较少、移动性浊音不明显或腹腔穿刺液<2ml。(6)第一次穿孔。

二、一般治疗处理 (1)胃肠减压、半坐位。(2)静脉输液维持水、电解质平衡。(3)体温>38.5℃应用抗生素。(4)排便后可进清淡流食,以后逐渐更改饮食。

三、甲氧咪胍治疗 (1)口服每次0.2g,每日3次;0.4g,睡前1次,共1个月。(2)每次0.4g,每日2次口服,共2个月。(3)每次0.4g口服,睡前1次,共3个月。全疗程6个月。

四、电针治疗 针刺中脘、天枢(双)、梁门(双)、足三里(双)穴,停针60min。个别症状较重者,再重复1次。

五、中药灌胃 待腹痛明显缓解,体征减轻,闻及肠鸣音时,即可经胃管分次,缓慢灌注加减小柴胡汤100ml(共分4次:10ml、20ml、20ml、50ml,每次间隔20~30min),灌注后夹管1~2h,严密观察患者有无腹痛加重及腹部体征变化,排气后停胃肠减压。

经以上治疗4~6h,病情无好转或加重者,中转手术治疗。

结果

根据上述指征,本组790例中,直接手术145例,死亡22例,病死率为15.2%;非手术治疗组585例中,死亡9例,病死率1.5%;中转手术60例中,死亡2例,病死率3.3%。中转手术率(60/645例)占9.3%。

在非手术治疗组585例中,平均症状消失时间为5.8h,最短腹痛在针刺后2h缓解,腹肌紧张在24~48h消失。本组患者中均未发现并发症。

对非手术治疗患者中490例,在症状消失2周左右行胃镜检查(占84%)。结果胃溃疡89例占18.16%,十二指肠球部溃疡392例占80.0%,胃癌9例占1.84%。

对前10年350例非手术治疗组患者中268例进行随访,结果远期疗效良好者210例,占非手术治疗总数的78.2%。

讨论

一、非手术治疗方法依据

1.胃肠减压,减少胃内容及胃内气、液体,减轻胃张力,有利于穿孔闭合,减少向腹腔内渗漏,减轻对腹膜刺激。

2.在充分胃肠减压下行针刺,尽快恢复肠蠕动。针刺后腹痛很快缓解,再用中药通里攻下原则,调整肠道功能,以清热解毒治则控制炎症,使患者很快渡过化学性腹膜炎期,症状得以缓解。

3.加减小柴胡汤组成 柴胡、半夏、枳实、白芍、黄芩、干姜、败酱草、生大黄,每剂浓煎100ml备用。张仲景谓:“按之心下满痛者,此为实也,当下之,宜大柴胡汤。”此即应用大柴胡汤之根据。日人藤平健解释大柴胡汤的腹证为“腹肌紧张应至腹底,可伴压痛”^[1]。这一描述也和我们应用指征相一致。在方剂上为切合溃疡穿孔的实际情况,加用了败酱草,以干姜代生姜,去大枣。

二、胃癌穿孔的问题 有人耽心非手术治疗不能诊断胃癌穿孔,而延误治疗。我们认为:(1)胃癌穿孔很少,日本平均0.59%^[2],欧美平均3.7%,我院为1.84%。穿孔已属胃晚期癌期,多不能根治。(2)腹膜炎缓解之后2周内常规行胃镜检查,一旦发现胃癌,立即手术,不至于延误治疗。

三、因为良性病行胃部分切除后约10%发生残胃癌,我科至1985年已发现残胃癌6例^[3],平均距胃部

分切除术23.7年。因此,对年轻患者行胃部分切除要十分慎重。随着治疗溃疡病药物的不断完善,消化性溃疡疗效可望不断提高⁽⁴⁾。

参考文献

1. 藤平健. 少陽病の薬方の腹侯 (4). 東洋医学 1985; 13

(3):68.

2. 川井启市, 他. 十二指腸潰瘍の長期預後と経過. 外科 Moon 1978; 1:871.

3. 孙家邦, 等. 残胃癌 6 例报告. 中华消化杂志 1985; 5 (4):260.

4. 李益农. 消化性溃疡治疗的进展. 中华消化杂志 1991; 11(2):64.

癌痛灵口服液对癌症疼痛的镇痛效果观察

解放军第二十八医院(陕西宝鸡 721001)

郭仁旭 张立业 廖勇 张保贵 陈世进 龚远明 王保雷

我院1987年6月~1991年9月收治的71例中、重度癌症疼痛患者,应用癌痛灵口服液取得了较满意的镇痛疗效,现报告于下。

临床资料 本组71例均为诊断明确的中晚期癌症患者。其中晚期占96.4%,所有患者均具有中或重度癌症疼痛。肝肾功能无严重障碍者;能除外因放化疗影响者。本组男57例,女14例,年龄21~79岁。肿瘤部位:胸部29例,腹部13例,四肢15例,头面部9例,会阴部5例。

疼痛划分参考世界卫生组织(WHO)标准,0度不痛;1度(轻痛)为间歇痛,可不用药;2度(中度痛)为持续痛,影响休息,需用止痛药;3度(重度痛)为持续剧痛,不用药不能缓解;4度(严重痛)为持续剧痛伴血压脉搏等植物神经系统的变化。

本组71例中,中度癌痛者17例,重度癌痛者54例。由原发灶所致的癌痛37例,由转移灶所致的癌痛34例,具有明显短暂发作史的急性癌痛39例,癌痛时间大于6个月的慢性癌痛患者32例。

治疗方法 癌痛灵口服液组成:熟地15g 山萸肉15g 云苓15g 骨碎补20g 补骨脂15g 白花蛇10g 地鳖虫15g 蜈蚣2条 元胡12g 蟾酥6g 肉苁蓉15g 乳香10g 没药10g 熟附子4.5g 黄芪20g,上药加凉水1000ml浸泡30min后,文火煎熬成300ml,滤出再加700ml,熬成200ml滤出,两次药液混合分装两瓶,每瓶250ml备用,每次服1瓶,必要时6h后再服1瓶。服药期间不加其他止痛、镇痛剂及安眠药物。每例重复用药5~610次。有30例进行杜冷丁和癌痛灵镇痛效果的自身对比,患者光口服杜冷丁

25~50mg/次,每3~6h1次,5~10天为1疗程。1~2个疗程后改用癌痛灵口服液。

结果 本组疼痛缓解程度的评定:均按首次服药后所达到缓解程度为准。缓解时间以最长缓解时间为准。71例中,用药后完全缓解29例(40.8%),缓解33例(46.5%),无缓解9例(12.6%),总有效率为87.3%。缓解疼痛的起效和维持时间,71例中有34例在用药后19min疼痛开始减轻,28例用药后32min疼痛开始缓解,缓解时间最长4.2h,最短时间为1.4h,平均缓解疼痛时间为1.8h。

30例与杜冷丁自身前后对比结果:口服杜冷丁完全缓解3例,缓解16例,无缓解11例;缓解时间 $2.4 \pm 2.9h$ ($\bar{x} \pm S$,下同)。口服癌痛灵完全缓解12例,缓解18例。缓解时间 $4.4 \pm 2.5h$ 。两者有效率及缓解时间比较均有显著性差异($P < 0.01$)。

疼痛部位:经临床观察,癌痛灵口服液对全身各部位的癌痛均有良好的止痛效果。但对直肠癌所致的会阴部疼痛效果稍差。药效起始时间和缓解时间不如其他部位。

体会 中药癌痛灵口服液方中熟地、黄芪、山萸肉、云苓大补气血,调养脾胃,可提高机体的免疫功能,改善本身衰弱状况;骨碎补、补骨脂、肉苁蓉、熟附子温补肾阳,可增强抗癌痛药效;白花蛇、蜈蚣、地鳖虫搜剔痼毒,驱风透骨;元胡、乳香、没药、蟾酥芳香止痛,解毒攻坚,活血化瘀。全方应用过程中未发现明显的毒副作用。并可避免吗啡类成瘾等不良作用。

《国外医学中医中药分册》属国家级医学学术和技术类正式期刊,是国内外仅有的报道国外中医药信息量最多的一种刊物。

该刊1993年将缩小篇幅、增大信息量,尤其加强有关中药信息的报道,为中医药事业走向市场提供最好的服务。欢迎广大医疗、科研、教学单位、药厂及

广大中医药爱好者订阅并投稿。凡有一定外语水平,愿意为该刊翻译外文文献者,请直接与该刊编辑部联系。地址:北京东直门内北新仓18号,中国中医研究院《国外医学中医中药分册》编辑部(邮政编码:100700)。邮发代号2-611。