

## 综 述

急性阑尾炎合并腹膜炎中西医  
结合诊治的进展<sup>\*</sup>

天津市中西医结合急腹症研究所 郑显理  
河南省人民医院 董守元  
上海第二医学院附属第三人民医院 施维锦

急性阑尾炎合并腹膜炎, 或称急性阑尾炎性腹膜炎, 是急性阑尾炎的常见并发症, 其发生率一般占急性阑尾炎的 20~60% 之间。以往对该病的治疗多采用手术疗法, 但死亡率较高。据国外报道, 死亡率在 6~8% 之间, 中西医结合治疗不但使半数以上患者避免了手术治疗和手术并发症, 其综合报道的死亡率在 1% 以下。该病根据阑尾的病变可分两种: 渗出性腹膜炎与穿孔性阑尾炎, 前者多见于蜂窝组织炎性阑尾炎, 后者多见于坏疽性阑尾炎。

## 一、诊断和辨证

正确的诊断十分重要, 以往的误诊率高达 10~20% 之多。目前由于诊断水平的提高, 误诊率大大降低, 多数单位可控制在 5% 以下。阑尾炎性腹膜炎的诊断标准是: 典型的阑尾炎病史; 典型的阑尾炎性腹膜炎症状与体征; 能排除其他原因引起的腹膜炎。在一些诊断有怀疑的病例中, 要在非手术治疗过程中明确诊断, 或在后期经过各种检查, 排除其他疾病而确诊诊断。

腹膜炎病变范围的区分, 应以压痛、反跳痛和肌紧张的范围为准。因炎症反应或肠麻痹引起的压痛或反跳痛, 不应列为腹膜炎的范围。一般可将腹膜炎分为局限性与弥漫性两大类。局限性腹膜炎的范围只是局限在右下腹的一个象限; 弥漫性腹膜炎, 有的学者又分为三型, 即弥漫 I 型(压痛、反跳痛和肌紧张局限在两个象限以内)、弥漫 II 型(压痛、反跳痛和肌紧张局限在三个象限以内) 和弥漫 III 型(压痛、反跳痛和肌紧张占据全腹)。

按中医辨证, 急性阑尾炎的病机是郁久化热, 因此阑尾炎性腹膜炎属于久热腐脓。该病病情的进展决定于热邪的大小与正气的盛衰。在大多数治疗顺利的病例中, 临证可分为三型: 腑实(肠结)型, 常见于腹

膜炎伴有肠麻痹阶段; 热毒型, 常为毒素吸收引起的反应; 瘀热型, 常见于腹膜炎吸收, 局限于右下腹阶段。后者又有热重于瘀(常见于阑尾周围脓肿)和瘀重于热(常见于阑尾浸润包块)两种。以上三型在治疗过程中并无一定传变规律, 有的按上述三型的顺序规律发展, 有的则由热毒到瘀热, 有的则没有瘀热。若邪盛正虚, 则可出现一系列变证, 较常见者有热与食水相结, 出现腑实证(常见于肠麻痹或肠梗阻), 湿热相搏出现黄疸, 湿热下注则出现盆腔脓肿。热深不能外达, 则出现厥证(常见于中毒性休克)。腹腔渗液不多, 又能排除梗阻或严重坏死死者, 应首选非手术疗法。反之, 全身情况差, 中毒症状严重, 腹腔渗液多, 考虑为梗阻或严重坏疽性阑尾炎者, 宜采用手术治疗。但是, 具体掌握要根据本单位的治疗经验所决定, 尚难做到绝对统一。

在一些判断较为困难的病例中, 需要依靠其它客观检查方法。较为常用者为腹腔穿刺术, 根据脓液的多少、粘稠度和性质来决定治疗方法; 其次超声波诊断亦很有帮助, 除能了解积液的多少、脓肿的大小外, 还可在它的指导下进行穿刺并作为疗效的动态观察。X 线平片检查有时也能提供选择治疗方法的客观依据。

妊娠期阑尾炎性腹膜炎涉及母子的生命安全, 且用药较困难; 小儿阑尾炎性腹膜炎, 抗病能力差, 服药困难; 还有异位阑尾炎性腹膜炎诊断困难。故对这三种腹膜炎一般均趋向于手术治疗。老年人腹膜炎若不具备上述异位阑尾炎性腹膜炎手术指征, 又能除梗阻与坏死者, 亦可在严密观察下进行非手术治疗。

<sup>\*</sup> 本文系根据 1980 年 4 月在河南省洛阳市召开的中西医结合诊治急性阑尾炎合并腹膜炎现场交流座谈会资料整理而成。

对于早期穿孔性阑尾炎和复发性阑尾炎穿孔合并腹膜炎采用手术还是非手术疗法,则要根据具体情况决定。

中转手术要认真对待。若适应症选择得好、治疗措施积极得力,中转手术可以大大减少,中转手术率可在5%以下。中转手术的时间,多数人认为,经非手术治疗6~12小时,经过2~3次攻下,病情未见好转者可考虑手术治疗。

## 二、非手术治疗方法的应用

局限性腹膜炎以内服中药为主,必要时配合一些其他治疗措施;弥漫性腹膜炎需要采用综合疗法,包括内服与外敷中药、针刺、抗菌素的应用等。有腹胀或服药呕吐者,宜使用胃肠减压。全身疗法(水、电解质和酸碱平衡紊乱的纠正)要放在重要位置上,尤其在应用中攻下过程中,要注意脱水与缺钾。

中药治疗原则为通里攻下、清热解毒与活血化瘀。根据治疗上的需要,这三类药物应具有一定特点并能满足临床要求。

通里攻下药剂型要小,效力要快而峻猛。目前多数单位使用的巴黄丸(片)具有肯定的疗效,该丸只有巴豆和大黄两味药,可以达到上述要求(有的单位加用甘遂或芒硝)。一般在服药后3~5小时即可排便,无效时可加量服用,临床未见中毒反应。天津市第二中心医院使用甘遂、大黄、木香,其比例为1:3:3,配伍木香可减少甘遂引起的恶心呕吐,攻下效果亦好。

清热解毒药效力要大,作用持久,目前一般认为以汤剂疗效较好。河南省治疗大量阑尾炎性腹膜炎病例,有效率可达95%左右,值得推广。其统一处方为:金银花、连翘、蒲公英、败酱草、冬瓜仁、白花蛇舌草各30克,丹皮、赤芍各15克,桃仁、川楝子、木香各10克,大黄15~25克(后下)。

活血化瘀药应用时间要持久,早期使用可促使炎症吸收,后期应用可以防止复发。

以上三类药物的应用要根据病情来掌握。一般在急性期以通里攻下、清热解毒为主,活血化瘀为辅;攻下成功后,减少通里攻下药,清热解毒药不应太快减除,以防炎症扩散。活血化瘀药在早期要少用,后期热象不明显时加大用量。

抗菌素的应用对较重的局限性腹膜炎和弥漫性腹膜炎可配合使用,以减少并发症与缩短疗程,但主张用药早、剂量大、疗程短。若辨证准确,中药运用得法,采用切合临床要求的中药剂型,则可大大减少抗菌素的应用。肾上腺皮质激素对全身中毒症状较重的病人可以使用。据上海第二医学院附属第三人民医院

和天津市第二中心医院的经验,激素还能减少包块和脓肿的形成率,但激素一定要与有效抗菌药物配合应用,否则可致炎症扩散。通过伍用激素,他们使腹膜炎的包块形成率由以前的38.7~40%,下降到20%以下。

非手术治疗的病例务必要抓紧前3天的治疗,中药每日要服2剂,分4次服或每6小时服用一次,务必使大便尽早通畅,并保持每日5~10次为宜,以后保持在每日2~3次。凡通下效果好的,体温随之下降,症状体征也随之好转,反之,则恢复慢,疗程长,还可能出现并发症。因此,有人提出解决腹痛、腹胀、大便不通和发烧,应作为非手术疗法能否成功的四个关键。

## 三、并发症及其预防

非手术治疗的病例可以避免伤口感染这一类最常见的并发症。但是以下几种要引起注意,

1. 机械性肠梗阻:本病系由炎症、脓肿或粘连所引起。诊断这类肠梗阻需要有阵发性绞痛和肠蠕动音亢进等机械性肠梗阻的临床表现,并需与腹膜炎必然存在的、表现程度不同的肠麻痹或麻痹性肠梗阻相鉴别。前者要采用综合治疗措施(中药、抗菌素,有时需手术治疗),而后者用中药通里攻下药治疗多能迅速治愈。这两种并发症的发生率均占腹膜炎的1~3%。

2. 腹腔脓肿(包括盆腔脓肿、肠间脓肿和膈下脓肿):这类并发症除与腹腔积液的多少有关外,与治疗早期是否得法亦有一定关系,如早期攻下是否顺利、患者的体位是否恰当等。腹腔脓肿发生率约占腹膜炎的3~5%。凡前3天治疗攻下顺利者,脓肿形成较少;反之脓肿机会较多。

3. 门静脉感染:临床上偶可见到,可表现有寒战、高热、肝压痛、黄疸等。

4. 败血症与感染性休克:败血症与感染性休克在急性阑尾炎合并腹膜炎中是十分少见的,一旦发生则治疗困难,预后较差,因此要注意预防。这两种情况多发生于坏疽性阑尾炎病例中,由于治疗措施不够及时和有效所致。

总之,正确地选择适应症、有效的半坐位、积极的早期攻下、严密的观察与护理,是可以避免与减少并发症的。

## 四、疗效分析

中西医结合治疗急性阑尾炎性腹膜炎的近期疗效比较满意,极少数死亡病例可发生于就诊时间较晚、周身情况较差或伴有其它器官疾病,或许也有治疗措

施不当者, 以及与腹膜炎的范围有关。腹膜炎范围越广, 死亡率越高; 反之, 则死亡率低。在中西医结合治疗经验较多的单位中, 急性阑尾炎性腹膜炎的非手术率在 80% 左右, 刚开展这项工作的单位在 50~70% 之间。死亡率一般在 1% 以下, 低于手术治疗的死亡率。

减少并发症、缩短疗程是提高近期疗效的关键。除前已述及者外, 加强对阑尾包块或脓肿和腹腔残余感染的治疗十分重要。对阑尾包块或脓肿的防治已经取得了较多经验, 治疗方法亦较多, 如中药的运用、针刺、外敷药、激光照射、穿刺或套管针引流等。而对腹腔残余感染, 临床重视程度则尚不够, 其临床表

现有低热或不规则低热、右下腹或小腹隐隐作痛, 并有轻度压痛等。北京第二医学院附属宣武医院采用腹残热合剂(青蒿、地骨皮、金银藤、败酱草、大青叶、白芷、当归、生地、甘草)配合盆浴疗法\*, 有较好的疗效。

远期疗效主要是复发问题和发生肠粘连的可能性问题。根据少数单位的统计, 阑尾炎性腹膜炎复发率较其他类型阑尾炎的复发率为低, 而发生肠粘连者极少。但是, 尚拿不出确切的统计数字。

\* 盆浴疗法: 适用于腹腔任何部位残余感染的病例。根据患者体质可每日或隔日一次, 每次 20 分钟, 水温 30~34℃ (天热时适当降低水温)。盆浴后及时饮糖水 200~300 毫升以防晕厥。高血压、重要脏器有病者禁用, 久病体弱者慎用。

## 手心用药治疗风湿性关节炎

内蒙古医学院中医系 张述文 张美云

近几年来, 我们试以手心用药治疗风湿性关节炎收到一定效果, 现介绍如下, 供参考。

### 治疗方法:

皂矾、铅丹、火硝、白胡椒、五倍子各等分, 共研细末备用。用时以食醋将药末 30~45 克调成泥状, 令患者握在双手中, 或以塑料布包扎, 待全身出汗后撤除药物(如无汗, 可于连续用药 24 小时后取下)并避免着凉。一般用药 1 次即可收效, 也可隔一定时间后再次用药。用药期间, 患者除出汗外, 关节可有明显疼痛, 或身上某一部位有发热或有吹风样的发凉感觉。取下药物后自觉全身疲乏无力, 且可持续 1 周后而逐渐恢复。个别病人可发生轻度接触性皮炎, 数日后可不经处理而缓解。

### 典型病例:

例一: 任×, 女, 34 岁, 1971 年 3 月 15 日就诊。患者 17 岁时患关节游走性疼痛, 3 年后又因受凉而加重, 且每年春秋季节两小腿等处均发生“结节性红斑”。多年来, 经常头晕、心悸、胸闷、烦躁、咽痛、浮肿、形寒肢冷, 在炎夏酷暑也衣着较厚。曾经多处医院诊治, 均诊断为“风湿性关节炎”。检查: 一般情况尚可, 扁桃体 I~II° 肿大、充血, 心肺未见异常, 两小腿伸侧及足部散见结节性红斑, 略隆起, 质硬, 有触痛, 两小腿浮肿, 压之凹陷, 舌淡、苔白, 脉沉。临床诊断: 风湿性关节炎(风寒湿痹)。用上法治疗, 用药时间约 10 小时。用药期间, 患者先头面两

肩, 继而全身如有风吹一样的发冷感觉, 同时出汗。取掉药物后自觉乏力。数日后, 关节疼痛加重, 结节性红斑增加, 但头晕、胸闷、烦躁、心悸等全身症状消失。随后关节疼痛及结节性红斑也逐步消失, 未见再发。随访 8 年半, 疗效巩固。

例二: 梁×, 女, 27 岁, 工人, 1978 年 7 月 22 日初诊。患者 1 年前患化脓性扁桃体炎后, 继发关节游走性疼痛, 伴小腿浮肿及结节性红斑, 当时查血沉 90 毫米/1 小时, 诊为“风湿性关节炎”, 经服西药治疗无明显效果而住院接受中医治疗。4 个月后, 症状缓解出院。1 个月前, 化脓性扁桃体炎、关节疼痛及两小腿浮肿再现, 1 周前关节疼痛加重, 下肢结节性红斑又复再现, 经用抗风湿治疗收效不著。检查: 形体消瘦, 急性痛苦病容, 行动迟缓, 轻度跛行。咽红, 扁桃体充血, 心肺未见异常。两小腿及足部等处见有结节性红斑, 下肢浮肿, 两踝关节屈伸困难。舌红苔白, 脉沉, 血沉 26 毫米/1 小时; 抗“O”1:400。临床诊断: 风湿性关节炎(湿热痹)。停用一切药物, 单用上述方法治疗。共用药 37 小时。用药过程中, 患者除足掌以外全身均出汗, 关节及结节性红斑等处跳痛, 四肢瘙痒, 全身发热, 继之小腿浮肿减轻, 结节性红斑缩小, 颜色变淡。药后第 2 天小腿浮肿完全消退, 第 3 天部分结节性红斑消失, 第 4 天两踝关节屈伸功能恢复, 全身症状也逐渐好转, 纳食增加。随访 15 个月, 未见复发, 疗效巩固。