

农村常见急腹症的中西医结合治疗

——附 552 例报告

天津西郊杨柳青医院外科 杨大春

急腹症在农村较为常见,它直接影响到广大社员的身体健康。我院从1972年建院以来,在天津南开医院医疗队的协助下,运用他们和兄弟单位的治疗经验,对农村常见急腹症开展了中西医结合治疗,取得了较好的效果,现将收治的552例作一临床分析,并对农村地区急腹症发病原因及防治问题加以讨论。

临 床 资 料

一、一般资料:本组552例中男性337例,女性215例。年龄最小者5岁,最大者76岁,以青少年和儿童为多,老年人次之。职业以农民为多,共293例(53%)。

二、农村急腹症种类与病因分析:本组552例中,急性阑尾炎179例(32.4%),急性肠梗阻129例(23.4%),胆道蛔虫78例(14.1%),溃疡病穿孔61例(11%),胆囊炎、胆石症共51例(9.2%),急性胰腺炎44例(8.0%),泌尿系结石10例(1.8%)。

在129例肠梗阻中,以蛔虫性肠梗阻为多见,共49例(37.9%),全部为儿童和学生,究其原因,21例有不适当驱虫史,3例有发热史;粘连性肠梗阻共47例(36.4%),其中18例与下地劳动、冷食有关;在6例肠套叠和5例肠扭转病人中,各有2例系在田间劳动时发病,1例于扛粮食袋时突然转身发病,2例为慢性肠套叠,4例记载不详;其他22例均为60岁以上老年人,与粪便梗阻(18例)和肿瘤(4例)有关。

在78例胆道蛔虫中,儿童和学生占多数,共46例(58.9%),其中13例有不适当驱虫史,7例伴有发热史。

61例溃疡病穿孔中,有12例在田间劳动

时发病。本组空腹穿孔41例,食后穿孔或穿孔后饮水者20例。穿孔前溃疡病症状加重者37例,无症状者24例。

44例急性胰腺炎中,暴食或生气所致者22例,生吃瓜果者11例,饮酒者4例,其它记载不详。

本组急性阑尾炎、胆石症、胆囊炎、泌尿系结石患者的发病原因均记载不详。由病种分析来看,农村中的急腹症以急性阑尾炎、急性肠梗阻和胆道蛔虫为高,因此绝大多数患者均可采用中西医结合非手术疗法治愈,有利于减少医疗费用、巩固合作医疗。

三、发病距就诊时间:本组病例大多数在发病后6~48小时就诊,3天以后者较少。由于就诊时间短,有利于采用中西医结合方法治疗,疗效也比较好的。本组仅1例蛔虫性肠梗阻在发病后5天来院,经非手术治疗无效,后出现中毒性休克而中转手术,探查发现肠管已坏死,在治疗过程中蛔虫不断钻出,终因进入气管窒息而死。

四、治疗结果:从附表可看出,本组552例急腹症患者,经中西医结合非手术疗法或中

附表 552 例急腹症治疗结果

病 名	总例数	治 愈	好 转	手术或转院
急性阑尾炎	179	140 (78.2)	11 (6.2)	28 (15.6)
急性肠梗阻	129	102 (79.1)	3 (2.3)	24 (18.6)
胆道蛔虫症	78	77 (98.7)		1 (1.3)
溃疡病穿孔	61	53 (86.9)	2 (3.3)	6 (9.8)
急性胰腺炎	44	41 (93.2)	1 (2.3)	2 (4.5)
泌尿系结石	10	9 (90.0)	1 (10.0)	
胆囊炎胆石症	51	29 (56.9)	4 (7.8)	18 (35.3)
合 计	552	451 (81.7)	22 (4.0)	79 (14.3)

注:(1)表内数字为病例(%);(2)本组中转手术68例

转手术治疗,治愈 451 例 (81.7%), 好转 22 例 (4.0%), 中转手术或转院者 79 例 (14.3%)。

讨 论

一、蛔虫在农村急腹症病因学上的重要性: 肠蛔虫症是农村常见急腹症的重要原因之一, 本组病例因蛔虫所致者 129 例, 占 23.4%, 其中胆道蛔虫 78 例, 蛔虫性肠梗阻 49 例, 阑尾蛔虫 2 例。上述资料表明, 肠道蛔虫在农村急腹症的病因学中占有重要地位。

肠道蛔虫引起肠梗阻的原因主要有二: 一是由于不适当驱蛔 (34 例) 或各种原因引起的发热 (10 例), 蛔虫在肠腔内相互缠绕, 集合成团, 引起机械性肠梗阻; 二是蛔虫对肠壁的刺激而诱发的肠痉挛。故要降低本病发病率, 除宣传卫生知识减少蛔虫感染外, 尚应正确选择驱虫药和给予足够的剂量以保证驱虫。本组病例在解除梗阻后, 立即从胃管灌注氧气及驱蛔灵 3 克以达到联合驱虫及预防近期再发的目的, 排虫效果比较满意。本组驱蛔最多者达 460 余条。

二、在诊断上要重视农村工作特点: 在农村中从事急腹症治疗工作, 重视物理检查和掌握各种疗法的适应证极为重要。我们的体会是:

1. 病人入院后, 选择各种疗法的适应证十分重要, 它常是中西医结合非手术疗法成败的关键。如选择不当, 会增加手术率, 甚至延误病情, 危及生命。从本组中转手术 68 例中分析, 在开展急腹症中西医结合治疗的初期, 由于适应证掌握不当, 因此使 4 例单纯性粘连性肠梗阻、1 例肠套叠 (手术发现已复位)、14 例胆囊炎和 3 例急性充血性阑尾炎给予过早施行手术; 也有手术过迟, 发生中毒性休克后才予手术的, 如 1 例蛔虫性肠梗阻手术时发现肠坏死, 2 例溃疡病穿孔手术时发现穿孔 1.5 厘米, 渗液达 2000 毫升, 经过抢救, 死亡 2 例, 仅 1 例治愈。以上教训均说明合理适时地选择适应证的重要性。

我们认为, 由于农村医疗条件较差, 手术

适应证的选择应适当放宽, 具体掌握如下:

急性阑尾炎病例遇以下情况应予手术: 阑尾穿孔合并泛发性腹膜炎, 梗阻性阑尾炎 (包括寄生虫性阑尾炎), 儿童和老年性阑尾炎, 复发性阑尾炎, 服药呕吐病人如已采用止吐措施 4 次仍不能服药者; 肠梗阻病例遇以下情况应予手术: 腹疼剧烈而间歇期短或转为持续性疼痛, 腹部不对称, 腹部有包块或肿块, 脉数 (100 次/分) 而血压不稳定, X 线见肠管膨胀, 横径加宽并有绞窄征象者; 胆囊炎、胆石症病例如发现梗阻性黄疸或胆囊炎伴有中毒症状者, 或反复发作的胆道感染患者经非手术治疗未见好转, 或疑有胆囊坏疽、积脓及穿孔者, 均应考虑手术。

临床上应当密切观察病情变化, 特别是血压、脉搏、体温、腹部体征及精神状态, 这些均可以通过物理检查方法而观察到。对本组病例我们如能适时、恰当地掌握适应证, 有的病例则可避免手术, 有的则可提早手术。

2. 腹腔穿刺及测定移动性浊音是一种简便易行, 有一定临床价值的方法。我们的体会是: 如果穿刺抽液比较顺利, 一次能抽液 5 毫升以上, 同时移动性浊音较明显, 而且从腹平片上可见下腹有较致密的阴影, 即为手术指征。本组有 6 例溃疡病穿孔中转手术即由此而定, 手术证实穿孔均在 0.5 厘米以上, 腹腔积液在 500 毫升以上, 穿孔尚未闭合。另有 3 例 2 次穿孔, 因腹腔穿刺液不多, 移动性浊音不明显, 一般情况尚好, 采用非手术疗法治愈, 经随访, 治疗后症状已基本消失, 体重增加, 说明 2 次穿孔患者只要无其他并发症, 也是可以继续采用非手术疗法治愈的。

3. 对于典型的溃疡病穿孔, 又有明显溃疡病史者, 诊断并不困难。对无溃疡病史, 体征不十分典型的病例, 我们采用往胃管注入气体法, 初步认为, 这一方法可以协助本病的诊断。方法是: 病人取坐位或立位, 在 X 线透视下, 注入氧气 200 毫升, 可见胃逐渐充气, 此时若不见膈下出现透明区, 可令病人身体左右摇动, 但不可平卧, 3 分钟后仍不见膈下出现

透明区,可继续注入气体到500毫升,再观察3分钟,仍不见者即为阴性,当确定为阴性或阳性后,应立即抽出胃内气体。如病人不能坐立时,也可取左侧卧位,进行透视观察。本组有2例用此法肯定诊断,3例排除了溃疡病穿孔,胃镜亦未找到溃疡。本法只要有小型X线机即可操作,由于注入胃内氧气量不多,压力不高,检查后又迅速将气体抽出,因此促使穿孔扩大的可能性很小。

三、密切观察治疗反应:在农村治疗过程中密切观察治疗反应颇为重要。通过临床实践以下几点尤应注意:

1. 要认真观察腹痛是否减轻,体温、白细胞计数是否下降,体征是否减轻。服药后,在一般情况下,病情随大便的畅通而有所减轻;如病情反而加重者则应考虑中转手术。因此,治疗中要抓紧头一、二天的治疗,务使措施有力,以求速效。

2. 急腹症病人大多呕吐,首先要用针刺或穴位封闭解决服药后呕吐问题。通过观察,如服药后不吐,治疗常可见效,因此,不必过早放弃中药治疗。

3. 对于溃疡病穿孔,应抓住穿孔后8~10小时内的电针治疗。如电针后腹痛无好转,压痛、反跳痛无改善,并见脉率增快、血压有所下降时应即转手术。

4. 在治疗肠梗阻的过程中,应特别注意临床症状和体征的变化,及时发现肠坏死或肠绞窄的症候,尽早手术。如发现腹痛由阵发性转为持续性剧痛,脉率由正常突然加快达100次/分以上,肠鸣音由亢进而转减弱或消失,腹部检查由腹软、轻压痛转为轻度肌紧张及反跳痛,X线显示肠管较治疗前明显扩张,均为有绞窄的可疑征象。

5. 在胆石症“总攻”疗法治疗中,如见患者腹痛减轻、嗜睡、精神萎靡不振,可能为排石的先兆征象,应密切观察,千万不要误认为胆道休克而匆忙手术。本组6例排石中有2例由于认识不清而手术,手术中发现结石已排出

至小肠内。

四、治疗上力求简便,采取综合措施,几年来我们在治疗上基本采用了天津南开医院和兄弟医院的经验,但在农村由于抓药、煎药有一定困难,因此除备用成方外,应尽量采用冲剂和一些简便疗法。首先用针刺、解痉药解痉止痛,扶助正气,以求缓解症状,使患者容易接受治疗;其次是解决呕吐问题,于服药前15分钟予阿托品足三里穴位注射,并将中药分次温服,可大大减少呕吐的发生;第三尽量采用多种方法配合治疗,常常容易获得成功。本组有21例肠梗阻,重用行气活血、通里攻下药,并加用豆油或巴豆,经3~4天反复攻下,同时给予直肠按摩,均获成功。所以治疗过程中绝不应以时间作为决定中转手术与否的主要依据,只要血压、脉搏正常,往往坚持一下就会取得预期的效果。

另外,去油巴豆也是一种简便治疗肠梗阻的方法。巴豆药源丰富、方法简便、费用低廉(每次仅收3~5分钱),加之巴豆“热则助泻,冷则泻止”,易于控制。本组有49例次均在用药后4~6小时解除梗阻。

本文承天津市中西医结合治疗急腹症研究所审阅,特此致谢。

《黑龙江中医药》1981年复刊

欢迎订阅

本刊为综合性中医药学术刊物,主要介绍中医药理论研究探讨和各种不同学术流派介绍;中医和中西医结合对常见病多发病的临床经验和科研成果,老中医药人员的学术经验,心得体会,医案医话;经络、针灸、中药;医史,文献综述,书评,译文等。本刊为季刊,每逢季末月20日出版,每册定价0.25元。1981年第二季度将由哈尔滨市邮局向全国公开发行,全国各地邮局(所)均可订阅。