

阑尾周围脓肿与阑尾包块的 中西医结合疗法

——525 例临床分析

天津市急腹症研究所 何清宇 陈松山

阑尾周围脓肿与阑尾包块是急性阑尾炎的主要并发症之一。阑尾周围脓肿系指因阑尾急性炎症而在右下腹髂窝部形成的脓肿或炎性包块。其形成方式有两种：一种是阑尾发炎后早期被大网膜及周围组织粘连包裹，因炎症进展而形成阑尾周围脓肿；另一种是阑尾穿孔后先形成腹膜炎，以后逐渐局限在右下腹，成脓的称为阑尾周围脓肿。未成脓的称为阑尾炎性肿块，简称为阑尾包块。据我所统计，约有10~13%的急性阑尾炎患者就诊时已有阑尾周围脓肿形成。在阑尾炎性腹膜炎的非手术治疗中，有些病例亦先后形成局限性脓肿或包块，然后才逐渐消散治愈。近几年来由于中西医结合疗法的发展，已提高了本病的疗效，但在诊断和治疗上仍存在着一定的问题。现就我院从1963年至1979年收治的阑尾周围脓肿和阑尾包块525例的治疗情况做一初步分析。

一 般 资 料

在525例中，男299例，女226例。年龄最小11岁，最大84岁，青壮年占88%。绝大多数病例均有典型的急性阑尾炎史，其中约有50%以上的病例还有弥漫性腹膜炎和局限性腹膜炎的病史。发病至入院时间，平均为8.4天，3天以内者占50%，7天以内者占73.8%。入院时体温升高者占85%，38℃以上者占67.8%。入院时白细胞总数记录完整的425例中，大于1万/立方毫米以上者占91.2%，大于1.5万/立方毫米以上者占48.7%，大于2

万/立方毫米以上者占18.8%。舌苔记录完整的424例中，最多的是黄苔，占60%，其次是白苔，占40%，以上两种舌苔中又以兼腻者为多见，黄腻苔占48.8%，白腻苔占40%，黄燥苔占11.2%。舌质多红或紫暗，或有瘀斑。脉象以数脉为最多见，其中以弦数和滑数占多数，其次是弦滑脉。

在本组525例中，阑尾周围脓肿有264例，入院时即形成脓肿的有166例，占62.8%；阑尾包块有261例，入院时即形成包块的有73例，占27.9%。各种类型的急性阑尾炎都可以形成阑尾周围脓肿和阑尾包块，其中以急性化脓性阑尾炎穿孔后腹膜炎形成脓肿和包块的为最多见。

在中医辨证分期记录完整的520例中，最多是蕴热期有247例，占47.5%，毒热期有228例，占43.8%，最少是瘀滞期有45例，占8.7%。

方 法 与 结 果

一、适应证的选择

阑尾脓肿和阑尾包块的治疗原则，是以中西医结合的非手术疗法为主。但遇有下列情况应当手术或中转手术以引流脓液：脓肿逐渐增大，有溃破倾向，并且全身中毒症状严重者；病史不典型、脓肿性质难以判明者；年老体弱，且病程较长，伴有腹膜炎、肠麻痹，应用非手术疗法反应不佳，有中毒性休克趋势者。

二、治疗方法

中西医结合非手术疗法以内服中药为主,根据急性阑尾炎的三个辨证分期的治疗原则以内服中药为主,同时配合中药外敷。对中毒症状重、中药效果不佳或手术后病例,还加用了抗菌素,本组一共有82例程度不同地配合了抗菌素治疗,占本组病例的15.6%。对于阑尾周围脓肿脓液较多的病例,我们采用了穿刺抽脓和套管针引流的方法,也取得了满意的效果。

近年来,对有些阑尾包块的病例又开展了激光治疗,常用的有二种激光器:用氩氦激光器(2毫瓦或20毫瓦)直接照射包块的体表中央和周边的阿是穴,每次照射20分钟,激光器的出光处距病灶的体表50厘米以内;用CO₂激光器(20或30瓦)照射府舍、腹结、水道、痞根等穴,照射距离为70或300厘米,每次照射时间为10~20分钟。上述两法均照射10~20次为一疗程,两个疗程间休息3~5天。对吸收消散较慢的包块还可以配合针灸治疗,主要是沿包块周径围刺,每次4~5针,每天一次或隔日一次,能加速包块的消散吸收,缩短疗程。

三、疗效分析

在本组疗效记录完整的510例中,治愈330例,占64.7%;好转(即病人出院时右下腹残留一小索条或硬结者)178例,占34.9%;死亡2例,占0.4%。非手术疗法治疗522例,占99.4%;手术3例,占0.6%。在525例中,有合并症的一共有25例,占4.7%,其中有盆腔感染者5例,肠梗阻20例,上述并发症均采用中西医结合的非手术疗法治愈。从住院天数来看,阑尾周围脓肿平均住院日为21.92天,阑尾包块的平均住院日为17.32天。现将治疗中的几个具体问题分析如下:

1. 中医治疗本病虽离不开清热解毒、行气活血、通里攻下等大法,但要强调,根据阑尾周围脓肿和包块的不同时期的病理特点,侧重应用某一大法。如合并腹膜炎的病例单用阑尾清解汤常感效力不足,而需要加大清热解毒之药如红藤、败酱草等;合并或有肠麻痹倾向的病例要兼用甘遂通结汤、复方大承气汤或甘黄

散和巴黄片等,以促使腹膜炎局限和改善肠道功能。

2. 对于阑尾包块和阑尾脓肿的后期治疗应以活血化瘀为主,在具体应用时须按不同病情用药。形成脓肿和包块的早期,我们常重用红藤,取其消散痈结之功和清热解毒之效,适用于怀疑局限不良或一些有热象患者的肿块,经多年来临床应用未见有使脓肿或包块扩散之情况发生;当脓肿和包块局限、临床热象不明显时,常以山甲、皂刺作为主要活血化瘀药;当脓肿和包块转化为索条时,常以破血散结之三棱、莪术作为主要活血化瘀药,同时在此时常配合应用温中散寒的附子,以加速索条的消散。脓肿和包块在消散之后期常在右下腹出现一小硬结,再用上述活血化瘀药常感其药力不足,为此近年来我们在上述用药的基础上,应用更强的破血散结药水蛭、虻虫和威灵仙,收到了较好的临床疗效。

3. 穿刺抽脓术和套管针引流术是治疗阑尾脓肿的有效方法。近年来几经超声波诊断显示有明显液平反射的病例,我们均采用了穿刺抽脓的方法进行治疗。在本组264例阑尾周围脓肿的病例中有80例做了穿刺抽脓术,仅有1例未抽出脓液。操作时一般选用9号针头,边进针边抽,抽脓次数1~8次,平均2~3次,每次抽脓量5~400毫升不等。抽脓术可以提高中药疗效,减轻中毒症状,加速脓肿的吸收。

套管针引流术是采用穿刺的方法向脓腔内置入塑料导管以引流脓肿,方法简单,床旁即可操作,适用于张力较大、脓液较多、中毒症状较重、腹膜炎局限良好的阑尾周围脓肿。据本组不完全统计,有6例采用了套管针引流,引流量最多一例达850毫升。采用上述中医中药为主的综合治疗,统计150例从脓肿形成至基本消失的平均时间为17天,统计100例从包块形成至基本消失的平均时间为11.6天。

临床体会

一、目前一般习惯地将阑尾周围脓肿分为真正的阑尾脓肿和阑尾炎性包块,因此凡是有

急性阑尾炎病史,一旦形成右下腹肿块,最好要分清是真正的脓肿还是炎性包块,因二者在治疗上不完全相同,A型超声波诊断仪有助于二者的鉴别。

二、在诊治过程中要注意患者的全身情况,尤其是年老体弱者,病情多变,合并症多。尽管绝大多数病例可用中西医结合非手术疗法治愈,但也一定要严格掌握手术适应症,对少数危重病例,必要时可尽早手术引流,无疑将有助于降低死亡率,提高治愈率。

三、阑尾周围脓肿非手术治疗的结局不外乎以下三种情形:一是脓液吸收,肿块消散;二是脓液增多,脓肿压力增高,脓肿破溃,酿成弥漫性腹膜炎,或形成内瘘,或形成腹壁窦道;三是形成厚壁的慢性脓肿。

治疗的结局与邪正的消长和治疗措施是否得当有密切关系。本组的绝大多数病例,机体的防御机能良好,经过恰当的治疗,正能胜邪,以第一种情形走向治愈;但也有少数病例以后两种情形为结局。本组中死亡病例之一就属脓肿破溃,酿成腹膜炎之例。该例为一阑尾炎性腹膜炎合并阑尾周围脓肿患者,年老体弱,极度消瘦,病程长,入院晚,经积极扶正(补血、血浆,纠正酸中毒等)治疗后,腹膜炎症状减轻,脓肿有所局限,但由于我们没有注意到抽脓量在逐渐增多,脓肿还在继续增大,终致脓肿破溃,中转手术无效而死亡。看来对体质过虚、邪气过盛的病例,采用非手术疗法必须慎重。如果现有的扶正措施尚难扭转正虚,就应早期采用祛邪以扶正的手术疗法,才能赢得时

间,掌握治疗的主动权。

四、阑尾脓肿与阑尾包块由于病理变化不同,在临床上两者可以相互区别。如脓肿有脓,中毒症状较重;包块无脓或仅有少量炎性渗出,中毒症状较轻。而在治疗中两者常可相互转化,如脓肿的脓液吸收后经包块再达到治愈;而局限不良还有热象患者的包块,也可由于过早地撤去清热解毒药,或过早地加入破血消坚药,而使包块变大扩散,甚至又形成脓肿或腹膜炎。因此我们强调在使用活血化瘀药时一定要掌握好适应证。

五、阑尾脓肿由于毒热炽盛,热入气血,有伤阴耗气之现象,因此运用清热法时要适当地注意养阴和补气,可加入生地、元参、麦冬、石斛、生黄芪等药,尤其是生黄芪既有托脓外出之功,又有补中益气之效。有些病人在恢复期包块消散甚慢,分析其原因常见有气血两虚或脾胃虚寒的表现。为此在治疗时要在活血化瘀、消块散结的基础上,适当地加用补气养血、健脾和胃、温中散寒之药,以提高机体的防御机能,加速包块的消散。

六、穿刺抽脓术治疗阑尾脓肿的原理尚未完全清楚,企图依靠这个方法完全清除脓液和阑尾的坏死组织是不可能的。然而很多病例经过几次抽脓后,病情迅速好转,脓肿消散或变成硬索条,超声波检查液平反射消失。经初步分析,认为脓液抽出后可以直接减少毒素的吸收;更重要的可能是由于穿刺后高张力脓肿变成低张力脓肿,局部血运改善,肠道功能恢复,使中药的作用能得以发挥的结果。

(上接第27页)

- (3) Wayne H H: Noninvasive Technics in Cardiology. p 158. Chicago.
- (4) 中国医学科学院心血管病研究所基础研究室: 心脏血管疾病 4(2-3):150, 1976.
- (5) 王锦溥: 冠心病中医辨证分型与某些客观指标之间相互关系的初步探讨。内部资料, 1979.
- (6) 周文泉等: 急性心肌梗塞证候演变规律的探讨。内部资料, 1980.
- (7) Meng R, et al: Am Heart J 90:134, 1975.
- (8) 吉村正治: 潜在性心不全。中外医学社, p 41, 东京, 1972.
- (9) Cecil et al: Textbook of Medicine. 15 th ed,

Beeson, p 1085, 1979.

- (10) 何瑞荣: 生理科学进展 9(1):40, 1978.
- (11) Lewis RP, et al: Circulation 56(2):146, 1977.
- (12) 姚康宝译: 中华心血管病杂志 7(2):108, 1979.
- (13) Agrese CM: Circulation 46:219, 1972.
- (14) Weissler AM, et al: Am Heart J 62:367, 1961.
- (15) 沢山俊民: 心机图による诊断。治疗 57:1431, 1975.
- (16) 上海第二医学院附属第三人民医院: 冠状动脉粥样硬化性心脏病。p 239, 上海科学技术出版社, 1978.
- (17) 郑道声译: 国外医学参考资料(心血管分册) 1:48, 1980.
- (18) 吴搏威等: 中华心血管病杂志 7(4):283, 1979.
- (19) 北京中医学院生化教研组: 心脏血管疾病 10:27, 1973.
- (20) 陈修等: 湖南医学院学报 5:3, 1980.