

中医药为主非手术治疗 急性阑尾炎556例临床观察

广州中医学院附属医院外科 袁家权 张超良 崔学敬 胡兴华

我院自1969年4月至1981年6月,中西医结合非手术治疗急性阑尾炎共556例,现总结如下。

一、一般资料:

本组病例男322例,占57.9%;女234例,占42.1%;年龄最小4.5岁,最大88岁;临床分型属单纯性阑尾炎147例,急性蜂窝织炎性或坏疽性阑尾炎并局限性腹膜炎304例,并弥漫性腹膜炎48例,阑尾脓肿57例。中医辨证属瘀滞型142例,蕴热型353例,毒热型61例。

二、治疗方法:

瘀滞型:内服白花蛇舌草60克,水煎,每日2~3剂;或白花蛇舌草60克,蒲公英30克,赤芍15克,大黄15克,水煎,每日1~2剂,如有阑尾包块则配合双柏散(侧柏叶60克,大黄60克,黄柏30克,薄荷30克,泽兰30克,共研细末,水蜜调制)外敷,并用中药地胆头60克,银花藤60克,穿心莲30克,保留灌肠。不用抗菌素。

蕴热型:属轻型则内服白花蛇舌草60克,蒲公英30克,赤芍15克,鱼腥草30克,大黄15克,水煎,每日2剂;属重型则内服白花蛇舌草60克,合用大黄牡丹汤或大承气汤,每日2剂,并配合双柏散水蜜调敷,有包块者配合中药保留灌肠(灌肠方同上)。必要时使用抗菌素。

毒热型:治法与蕴热型的重型相同,根据病情,也可加服黄连解毒汤或龙胆泻肝汤。

三、治疗效果:

本组556例中单纯用中草药治疗者502

例,占全部病例的90.3%;加用抗菌素者54例,占9.7%。本组病例中转手术者23例,占4.1%;出现并发症者60例,占10.8%。556例全部治愈出院,无一例死亡。

四、讨论和体会:

(一)急性阑尾炎非手术治疗适应症的选择:

中西医结合治疗急性阑尾炎遇到的第一个问题,就是非手术适应症的选择。经过多年的探讨、摸索,我们认为急性阑尾炎属瘀滞型、蕴热型的病例,绝大部分可以采取非手术治疗,关键是采取积极有效的治疗措施,准确地进行辨证施治。如这两型的病例中是反复发作的;或者曾经非手术治愈后短期复发的;或根据病史、症状和体征考虑为梗阻性阑尾炎的;或病情进展快,全身中毒症状明显,体质虚弱,不耐中草药攻伐的病例,则应施行手术治疗。

对于毒热型的急性阑尾炎,目前国内尚有争论。我们对1978年以后属毒热型病例10例施行即期手术,术中见阑尾具有粘连或屈曲扭转、粪石、坏疽、穿孔(局部脓液较多)等两种以上病变的占100%,上述病变全具有的占50%。这10例或许经非手术治疗可望获得成功,但势必病程长,体力、财力消耗大,且易复发,并发症相对也会增多。

(二)关于通里攻下:

有效的通里攻下,使大便保持每日5~7次,是提高疗效、缩短疗程、避免或减少并发症的发生和减少复发的重要手段。肠痈病在腑,常表现出腹胀满拒按、便秘或便闭等热结阳明、腑实不通之证,根据六腑“以通为用”、

“实则泻之”的原则,有效的通里攻下具有泄热、行瘀、通便的作用,可促进肠蠕动,改善腹腔的血液循环,促进炎症的局限和吸收,配合清热解毒、活血化瘀药物的合并应用,这些作用更为明显。

(三) 关于清热解毒:

急性阑尾炎大多属于里实热证,表现为发热、腹痛拒按、口干口渴、便秘或腹泻等胃肠实热症状。首先要早用清热解毒药物。阑尾炎早期热象可不明显,但往往很快化热,故要把清热解毒药用在病程发展之前,以求治热于化热之先;其次要用足剂量,因急性阑尾炎多为实热证,要使药能胜病,药量就要用足,如银花、公英、地丁的用量我们都用30克,而白花蛇舌草则常用60克;第三要有足够的疗程,清热解毒要贯穿在全过程,千万不能“衰其半而止”,特别是出现包块的病例,曾有因过早撤去清热解毒药而使包块增大,炎症难以局限者。

(四) 关于活血祛瘀:

在各型阑尾炎及阑尾包块的治疗中,活血化瘀的主要作用是止痛、消肿、化瘀、止血、通络、生新。在瘀滞型早期加用大黄、赤芍,可防止病情向蕴热型发展,促进病情向好的方面转化,即使部分病例已发展为蕴热型,控制病情的发展也较快;后期加用大黄、赤芍,可加速病情好转,减少并发症的发生。对阑尾包块,早期应用活血化瘀药,可防止包块增大,不至于形成脓肿,并可促进包块的局限和吸收;在后期,尤其当包块缩小呈硬结或条索状时,加用桃仁、乳香、莪术之类,可使原来消散慢的包块加快消散过程以至全部消失。所以,活血祛瘀、清热解毒、通里攻下三者,在治疗阑尾炎的过程中是相辅相成的。

(五) 抗菌素的使用问题:

我们在非手术治疗急性阑尾炎中,配合使用抗菌素的指征是:小儿重型阑尾炎及老年急性阑尾炎;阑尾脓肿较大、全身中毒症状明显、脓肿局限较差者;中草药治疗过程中迁延反复或高热不退者;弥漫性腹膜炎,全身中毒

症状明显者;全身情况差,手术治疗有一定困难并具有非手术治疗的适应症者。

(六) 关于阑尾脓肿:

本组入院时已是阑尾脓肿者57例;经我院非手术治疗过程中出现脓肿或包块者有56例,均用非手术疗法治愈。对于阑尾脓肿的非手术治疗,我们体会配合中药保留灌肠可以加速炎症的消散和吸收。对于脓肿明显、局限良好、边界清楚、包块有波动感的病例,可以采用脓肿穿刺抽脓的办法。经超声波定位后,在局麻下,于脓肿波动最明显的地方进针,达脓腔后将脓液全部抽净,并可向脓腔内注入链霉素0.5克、青霉素40万单位。脓肿消散后期,往往出现消散较慢的硬结或条索,根据“病久则通络”的原则,应配合活血化瘀、软坚散结的桃仁、赤芍、山甲、乳香、三棱、莪术等药物。

(七) 关于中转手术:

非手术治疗急性阑尾炎的中转手术率,与适应症选择是否得当有直接的关系。近年来,由于我们不断地总结经验教训,摸索规律,切实抓好非手术治疗适应症的选择,使中转手术率不断地下降。总结这些病例,我们发现部分非手术治疗而需中转手术者都是有其解剖和病理基础的。例如1978年以来中转手术4例,入院时辨证均为蕴热型,用中草药清热解毒、通里攻下无效,症状和体征加重,转化为毒热型,手术中发现阑尾屈曲、扭转、粘连的有3例,阑尾已发生坏疽的有2例(1例伴粘连)。

总之,对于采用非手术治疗的病例,经过积极的中西医结合治疗措施,病情不好转反加重者,则应及时改用手术治疗。

更 正

本刊1982年11期第29页右栏毒毛旋花子甙K应为0.007~0.01毫克/公斤/次,请予更正,并向读者黄胜文同志致谢。

北京友谊医院小儿科 阎田玉等