

综述

中西医结合治疗溃疡病急性穿孔的现状与展望

白求恩医科大学第三临床学院 叶 舜 宾

天津中西医结合急腹症研究所 罗 连 城

对于消化性溃疡急性穿孔的治疗, 历来有不同的主张, 如主张施行穿孔修补术、胃大部切除术、以胃减压为主的非手术疗法或高选择性迷走神经切断术等。在我国, 60年代初期开始用中西医结合的方法治疗本病^(1,2), 70年代以来许多医院采用了这种疗法, 如1977年6月在广州举行经验交流会上, 曾汇集中西医结合非手术治疗本病5921例的经验⁽³⁾。本文拟简要地介绍非手术治疗本病的临床经验和初步研究结果, 并提出几点建议供同道参考。

一、适应症的选择

选择溃疡病急性穿孔的治疗方法, 须根据病人的下列条件: (1) 年龄; (2) 溃疡病病期; (3) 有无溃疡病的其他并发症; (4) 穿孔前、后胃内容物多少; (5) 腹腔积液和感染程度; (6) 全身状态。在上列诸条件中, (3)、(5)、(6)项是重要依据, 可直接影响近期疗效。一般认为, 本病可分三类处理。

第一类: 适用非手术疗法者。全身状态较好, 空腹时发病, 腹膜炎体征不严重, 腹腔穿刺抽出液体少而较清; 而且针刺治疗2~3次后腹膜炎明显好转。

第二类: 有下列情况之一, 应施行紧急手术: (1) 溃疡病穿孔合并幽门梗阻或出血; (2) 腹膜炎严重, 腹腔穿刺液量多或/和呈脓性; (3) 中度以上休克; (4) 原有抗感染能力降低的病症; (5) 用非手术疗法6~8小时病情未好转。

第三类: 有下列情况之一, 可试用非手术疗法, 必要时即改手术治疗: (1) 进餐后发病, 但腹膜炎体征不严重, 腹腔穿刺液量少而较清; (2) 有轻度休克, 但补液后迅速好转; (3) 年龄超过60岁, 但全身状态尚可, 腹膜炎不严重; (4) 原有心血管或肺部的疾病, 而腹膜炎不严重。

大多数医院按照上述适应症, 对50~70%溃疡病急性穿孔病例使用中西医结合非手术疗法, 其余施

行手术治疗。在少数医院非手术治疗者可超过80%病例⁽⁴⁾。

二、非手术治疗方法

按本病的病程演变, 中西医结合的非手术疗法可分三期实施。

第一期: 自穿孔发生至初步封闭, 临床表现急性腹膜炎从发生到缓解的过程。以针刺和胃减压为主要措施, 并用输液等疗法。针刺取穴以足三里为主, 可配中脘、梁门、天枢等, 可用手法或电流刺激, 每3~6小时一次, 每次留针30~60分钟。其余的处理与急性腹膜炎的支持疗法相同。此期治疗措施关系到非手术疗法的成败, 其中最重要的是针刺与胃减压的有效性。针刺要能出现针感或“得气”; 胃减压要能保持胃腔比较空虚。

为了提高此期疗效, 有的医院还采取某些其他措施^(5,6), 例如中药汤剂(如复方大柴胡汤)保留灌肠, 中药注射剂(如四季青、鹿衔草或大蒜等)静脉点滴; 中药糊剂腹部敷贴; 腹腔穿刺排液等等。

经过上述处理8~12小时(或针刺2~3次), 绝大多数病人的腹膜炎可减轻或局限, 肠鸣音开始恢复。如果病情未好转, 必须分析原因, 考虑改变处理方法。

第二期: 自穿孔初步封闭至腹膜炎完全消退, 临床表现腹膜炎的症状和体征逐渐消失。为了促进胃肠功能恢复, 可用复方大柴胡汤或其他清热理气通里方剂。第一次中药汤剂可从胃管注入; 无不良反应者可取出胃管, 然后口服中药汤剂。在此期间须注意腹膜炎后期的并发症(如膈下脓肿等)出现。

第三期: 溃疡穿孔已经闭合, 尚余溃疡或/和胃炎的改变。治疗方法与一般的消化性溃疡大体相同, 用中药者宜辨证施治。

三、非手术治疗的效果观察

(一) 近期疗效: 用上述非手术疗法治疗本病, 有一部分病例未好转而改为手术治疗。据报道中转手术率为1.6~22.8%。中转手术率的高低, 与各医院的适应症选择有关, 适应症放宽后往往中转手术病例增多。此外, 还可能与针刺或胃减压的有效性有关, 如胃内压不能及时降低, 则妨碍穿孔闭合。

治疗后并发率为0~7.3%, 多为膈下脓肿、盆腔脓肿等。病死率为0~3.3%, 死因为休克、合并心力衰竭等。

在第一期, 用腹直肌肌电图和胸腹呼吸运动曲线描记, 观察针刺的效应⁽⁶⁾。在治疗有效的病例, 可见腹直肌复合肌电发放由强变弱、直至基本消失; 腹式呼吸运动由抑制逐渐恢复正常。在疗效差、需改为手术处理的病例, 则腹直肌肌电图和腹式呼吸运动曲线均不能恢复正常。

在第二、三期, 用纤维内窥镜观察有效病例的胃十二指肠溃疡, 可见圆形或卵圆形的凹陷逐渐变浅, 周围粘膜的充血水肿逐渐消退, 溃疡形成瘢痕时周围粘膜可呈辐射状褶皱或其他变形⁽⁶⁾。

以上生理学和形态学的观察可以佐证, 非手术治疗顺利的病例, 其腹膜炎可以较快好转, 穿孔的溃疡可能由急性炎症趋向愈合。

(二) 远期疗效: 非手术治疗后一年以上的随诊病例, 临床上已无胃病症状或仅有轻微症状、能恢复工作者占44.5~68.6%; 症状较重不能工作或需行手术者占13~17.8%; 其余病人仍有某些胃病症状、但尚能参加工作^(6~8)。

随诊中作纤维内窥镜检查, 发现56.6~81.3%病人的溃疡已形成瘢痕, 其余尚存在深浅不等的溃疡。镜检还发现, 无论原有的溃疡愈合与否, 有一部分病例存在胃窦炎症或十二指肠第一段变形等改变。这可以解释一部分溃疡已愈者仍有某些胃病症状的原因。

随诊中以X线钡餐检查观察, 也发现半数以上病例已无龛影和钡点等溃疡的影象, 但可有胃窦粘膜纹改变、十二指肠球部变形等。

综上所述, 溃疡病急性穿孔的中西医结合非手术疗法, 在适应症选择比较适宜的情况下, 近期疗效良好(即腹膜炎治愈)者可达90%左右; 远期疗效较好(即胃病症状消失或轻微)者可达50%以上, 需行手术者不足20%。

四、关于针刺和中药对本病的治疗机理

与西医疗法相比, 针刺和中药是治疗本病比较独特的措施, 其作用机理值得探讨。根据中西医结合治

疗急腹症研究单位的资料⁽⁹⁾, 针刺和中药对本病的治疗作用如下。

(一) 关于针刺足三里的作用: (1) 兔和鼠的实验性胃穿孔经针刺后, 穿孔处较易为大网膜包裹粘连, 腹膜炎反应较轻; (2) 在兔实验中, 针刺可提高其腹腔对细菌的廓清力, 又可提高其腹腔对颗粒、蛋白质等异物的廓清力; (3) 针刺可降低溃疡病病人的高酸分泌; (4) 针刺能调节胃肠运动功能, 对人和犬均有促进胃排空的作用, 对人、犬和兔均有促进小肠和结肠蠕动的的作用。此外, 针刺能增强吞噬细胞功能和动员免疫系统, 从而增强机体抗感染能力。以上观察结果, 可以说明本病第一期治疗中针刺的某些作用机理。

(二) 关于中药清热理气通里方剂的作用: (1) 清热药如黄芩、蒲公英、银花等, 其煎剂在体内、外能抑制大肠杆菌、变形杆菌、金黄色葡萄球菌等。在兔的实验中, 以煎剂灌胃可减轻内毒素注射后反应, 其注射剂可防止或减轻大肠杆菌性腹膜炎; (2) 疏肝理气药如柴胡、白芍、木香、枳壳等, 在鼠的实验中其注射剂可降低胃液分泌量和酸度; (3) 通里药如大黄、芒硝等, 在鼠和豚鼠的实验中, 大承气汤灌胃或灌肠有促进肠蠕动、增高肠管血流量等作用。以上观察可以佐证服用复方大柴胡汤等有利于本病第二期治疗。

五、展望

溃疡病的外科治疗问题尚在继续研究中。由于内科学法有所进步, 并对胃大部切除术后生理缺陷和并发症的认识加深, 西医传统的外科适应症和手术方法需要修改⁽¹⁰⁾。溃疡病急性穿孔被认为是手术的“绝对适应症”之一, 并以急症胃大部切除术为主要方法, 现在也值得商讨。采用中西医结合的方法, 并未排除手术疗法, 但用非手术疗法处理本病者占50~70%。此种非手术治疗不仅有90%以上近期疗效(腹膜炎治愈), 而且至少有半数以上能保持远期疗效, 保留胃的生理功能。可见, 中西医结合的经验可提供一个改革本病治疗的方案。

为了进一步提高本病的疗效, 下列问题值得继续研究。

(一) 关于提高诊断准确性: 为了降低中转手术率, 又避免增高手术率, 必须有准确的诊断, 其要点是: (1) 重视鉴别诊断。本病除了与其他外科急腹症鉴别外, 还须与恶性溃疡、应激性溃疡、胃泌素瘤溃疡等的穿孔区别。恶性溃疡穿孔已引起重视, 目前的诊断方法主要是在非手术治疗第三期内施行X线或内

窥镜的检查,但最好能在治疗以前诊断。其余两者少见,需探索急症条件下的诊断方法。(2)了解溃疡穿孔的病变,如穿孔大小、腹膜腔炎症变化等。目前所用的方法主要是根据病史、体征、腹腔穿刺液等分析推断,尚欠准确。有些手术病例的穿孔较小、且腹膜炎并不严重,本可免于胃切除;另一些先用非手术疗法者,则对病变严重性估计不足而效果不良。为此应设法提高判断病变的精确度。(3)估计病人全身情况,选择相应的措施以取得更佳效果。迄今这方面的经验不够,需要研究与疗法效果相关的全身和重要器官功能指标。

(二)关于防治并发症:本病的并发症虽然不多,但有的颇为严重,如膈下脓肿、胃漏等,故应重视防治。首先要掌握好适应证。还可用腹腔穿刺排液等方法减少腹腔积液,以及用胃管内注入染料与腹腔穿刺,以辨认穿孔是否封闭。这方面,尚须探索其他有效的防治方法。

(三)关于加强恢复期(第三期)治疗和随诊工作:内窥镜检查提示本病非手术治疗后溃疡可能愈合。应当利用这种好转的可能性,提高本病的远期疗效。迄今恢复期的治疗尚无统一方案,有的病人使用某些西药和中药,有的则听其自然发展。前述的远期好转率实际上是非计划治疗结果。因此应加强病人出院后的治疗,包括饮食疗法和按辨证施治原则(如分肝郁、胃寒、脾虚等证型)用中、西药物。随诊工作甚为重要,能观察溃疡病发展过程和检验疗法的效

应,可供改进本病各期治疗方法的参考。

(四)关于治疗机理的研究:任何疾病的疗法都需要实践检验。在难以做到严格的临床随机试验的情况下,更需要通过机理研究以判断疗法的真实价值。机理研究还可能发展疗法。对本病治疗用的针刺和中药,已有初步的机理研究,但尚欠充实,需要继续深入。例如针刺足三里等穴位,对于穿孔的溃疡和腹膜炎,究竟在何种条件下起何种治疗作用?了解这些问题,不仅能解释临床疗效优差,还可能将针刺推广使用于其他性质的腹膜炎。

总之,中西医结合治疗溃疡病急性穿孔,值得继续实施和研究,以便使更多的本病病人能免于胃切除术,而且保持长期较好的疗效。

参 考 文 献

- (1) 天津医科大学附属医院外科急腹症小组等:中华外科杂志 9(7):491, 1961。
- (2) 傅培彬等:中华外科杂志 11(7):511, 1963。
- (3) 郑泽霖等:新医学杂志 (1):38, 1978。
- (4) 天津市急腹症协作组:天津医药杂志 (6):4, 1978。
- (5) 天津市南开医院、遵义医学院主编:《新急腹症学》。184页,人民卫生出版社,1978。
- (6) 罗连城等:中华外科杂志 18(1):20, 1980。
- (7) 吉林医科大学三院基本外科:新医学杂志 (3):33, 1978。
- (8) 河北医学院四院外科:中医杂志 21(6):21, 1980。
- (9) 天津市南开医院、遵义医学院主编:《新急腹症学》。416~439页、448~451页,人民卫生出版社,1978。
- (10) 曾宪九:中华外科杂志 18(1):1, 1980。

头 针 治 验 拘 证 1 例

江苏省赣榆县人民医院 董自斌

何××,男,36岁,干部。10天前患感冒,发热头痛,3天后上述症状悉减,但晨起右肘关节突然剧烈疼痛,屈伸不利,服药罔效。1981年9月8日来本院就诊。

刻诊:右肘关节屈曲成60°角,肱二头肌腱和桡侧腕长肌腱绷紧如弦,肘关节屈伸、转动均受限,触之则痛剧,舌质红、苔白腻微黄,脉象弦滑。

治疗经过:开始用体针治疗,取曲池、曲泽、手三里、外关、养老、内关、合谷等穴,经三日治疗,获效甚微。即改用头针疗法,取头部左侧感觉区中2/5,用28号、2.5寸长的毫针,以30°角左右,刺入帽状腱膜下。当针刺达一定长度,将针捻转1分钟

后,患者即觉针感沿巅下项,从颈斜行传入右上肢,过肩、肘、腕部直抵指末。患者骤觉患处轻松,又将针捻转3分钟,肘关节屈伸自如,疼痛消失,功能活动恢复正常。

按:据该患者的临床表现,当属于中医的拘证。《素问·生气通天论》云:“因于湿,首如裹,湿热不攘,大筋痠短,小筋弛长,痠短为拘,弛长为痿。”此乃感受湿邪,湿郁化热,阻滞筋脉,故筋脉收缩形成拘挛。

本例患者采用头针疗法,针刺感觉刺激区,使针感直达病所,起到宣导气血、舒筋活络的作用,故肘关节的拘挛疼痛得以解除。