

北京图书馆藏

26160

中西医结合治疗急腹症资料选编

(内部资料、注意保存)

湖北省科学技术情报研究所

一九七七年十二月

656.1

3

R656.1

13

2

1375/24

目 录

中西医结合治疗溃疡病穿孔疗效观察部分

溃疡病急性穿孔2579例综合报告	(1)
中西医结合治疗溃疡病急性穿孔	(5)
中西医结合治疗溃疡病穿孔265例有关中转手术的分析报告	(13)
中西医结合治疗溃疡病穿孔	
——附70例近期疗效观察	(15)
中西医结合治疗溃疡病急性穿孔136例临床分析	(20)

中西医结合防治急腹症理论研究部分

辣蓼治疗急性阑尾炎的实验研究

——关于活血化淤治则的机理探讨	(27)
清胆注射液及连翘、姜半夏、枳实、竹叶柴胡对内毒素性休克的升压作用	(31)
清胆注射液对抗体形成的影响	(34)
白花蛇舌草对家兔胃肠运动功能影响及抑菌试验的实验研究	(37)
中药“抗炎6号”注射液的实验研究	(41)
中药对家兔离体小肠运动的影响	
——大承气汤、锦红汤等七种方剂作用的初步观察	(48)
活血化淤注射液对微循环作用的初步观察	(50)

胆系疾患检查及尿结石化学成分的分析部分

胆系疾患时十二指肠胆汁的变化	(54)
尿结石114例化学分析报告	(58)
胆石核心检查寄生虫59例报道	(60)

中西医结合治疗肠梗阻、胆道蛔虫症等部分

中西医结合治疗粘连性肠梗阻144例报告	(63)
巴豆为主治疗胆道蛔虫症	
——附55例临床小结	(67)
急性阑尾炎非手术疗法远期疗效观察	(71)
中西医结合治疗几种急腹症的方法	(73)



A793894

溃疡病急性穿孔2579例综合报告

天津市中西医结合治疗急腹症协作组

溃疡病急性穿孔在天津市是一个比较常见的急腹症，一般占急腹症的第二、三位。过去，本市基本上以手术治疗为主，自从开展中西医结合治疗急腹症以来，非手术疗法在绝大部分医院成为治疗该病的主要疗法，治疗效果不断提高，住院时间大为缩短，充分显示出中西医结合治疗的优越性。为了反映我市对该病的治疗状况和治疗效果，根据近年来的报导，天津市急腹症协作组活动的资料综合成此文共2579例，报导如下：

一、诊断标准：本组病例的诊断方法主要是依靠临床诊断，包括有溃疡病或胃痛病史、典型症状与体征，虽多数都做了放射线检查，其气腹阳性率在50.4~65.0%之间部分病例对穿孔闭合早期做了导光纤维胃镜检查，或在不同时期行钡餐造影有助于溃疡病穿孔的进一步诊断。

二、治疗概况：本组报告的病例多为1970年以来治疗的总结，惟南开医院与天津医院分别是1964、1967年以来治疗的病例，其治疗方法大致相同，基本上是按三期进行治疗的。本组病例选择的两种疗法见表一。

三、非手术治疗的并发症和死亡率：非手术治疗最常见的并发症有膈下脓肿、肠间脓肿和盆腔脓肿，其发生率，平均2.8%（39/1725）。死亡率平均1.4%（85/2579）。

讨 论

一、适应症的选择问题：溃疡病穿孔的非手术与手术疗法选择问题，一般说来比较明确。现已公认，对单纯性溃疡病穿孔，小穿孔、空腹穿孔，全身情况良好者；年龄轻，穿孔前溃疡病程短或虽长但症状不重，且发作不频繁者；就诊时腹膜炎已有局限趋势者最宜采用非手术治疗。不符合上述条件者，宜采用手术治疗。过去，强调要严格掌握溃疡病穿孔的适应症，就是符合手术治疗条件的病例要积极施行手术治疗，而符合非手术治疗条件者，则应采用非手术疗法，否则前者可能给患者带来不幸的后果，增加死亡率、后者则增加病人痛苦增加手术率。

近几年来，一些单位在治疗经验不但丰富的基础上，非手术治疗的治疗效果和治理范围不断扩大，过去认为需要手术治疗的一些病例可以通过积极努力以非手术治愈。这是中西医结合治疗溃疡病穿孔的一项进展。

“严格选择”和“扩大范围”是对立的，但也是统一的。严格选择是要坚持原则，扩大范围不是盲目扩大，而是要根据每个病人的不同条件客观地选择治疗方法。

表1

本组病例非手术与手术治疗的比例

单 位	总 例 数	非 手 术 治 疗		手术治疗(包括中转手术)	
		例 数	%	例 数	%
南 开	593	417	70.4	176	29.6
天 津	386	213	55.2	173	44.8
金 钢 桥	311	292	93.9	19	6.1
红 一 防	251	119	47.5	132	52.5
河 东	241	194	80.5	47	19.5
一 中 心	206	107	61.3	99	38.2
工 人	173	92	53.2	81	46.8
胜 利 路	152	121	81.1	31	18.9
北 一 防	146	74	50.6	72	49.0
红 二 防	120	95	79.2	25	20.8
共 计	2579	1724	66.9	855	33.9

根据上述精神,我们认为对溃疡病穿孔的适应症划分为三类较为恰当:

1、适合于非手术治疗者:

(1)一般情况较好、年令较轻,主要脏器无严重病变者;(2)溃疡病史不长,或虽长但发作不频繁者;(3)空腹穿孔;(4)单纯穿孔(包括老年、再穿孔),估计穿孔较少,以及渗出较少者;(5)非手术治疗很快恢复者。

2、需在严密观察下,积极采用非手术治疗,只在治疗无效时方中转手术治疗者:

(1)一般情况较重,或中毒症状较重,或有内脏功能不健全,但体质较好者;

(2)饱食穿孔,或穿孔后吐出,并且腹腔渗出液不甚多者;

(3)腹腔渗液较多,但渗液不甚混浊者。

3、(1)一般情况欠佳,休克或早期休克者;(2)病史较长,有顽固疼痛,且发作频繁者;(3)复杂性穿孔,有大量出血、幽门梗阻、癌变可能者;(4)腹腔大量渗液且穿孔未闭合者。

每个单位由于治疗经验之不同,适应症选择也有所差异,从本组治疗情况来看,非手术率在47.5~93.9%之间,差异甚大,但随着治疗经验之不断丰富,非手术率可不断提高,非手术治疗范围可不断扩大。

二、抓紧第一期的治疗:溃疡病穿孔后,胃液(或食物)可有不同程度之漏出。随之产生剧烈之化学性腹膜炎,进而可发展为细菌性腹膜炎(即第二期开始)。此时,若腹腔渗液少,则可吸收,若量大可发生腹腔脓肿。因此,如何加强第一期的治疗,促使穿

孔闭合，并缩短第一期的时间使成为溃疡病穿孔非手术治疗成功与否的关键。

我们体会到下列方法有助于穿孔的闭合和腹腔渗液的吸收：

1、针刺：要求达到针刺穴位准确，针刺穴位虽不很一致，但以足三里、中脘、内关为主。针刺后要有明显针感为好，要求内关上传至肘以上，足三里上传至膝关节以上。电针效果更好，多数单位每次电针持续一小时，也有每隔半小时开半小时，至疼痛大减轻为止。

2、外敷药物：外敷消炎散对加强第一期的治疗有一定帮助，可用症状较重，估计渗液较多但又可采用非手术疗法者；

3、穿刺放液：对腹腔渗液较多，但又可实行非手术疗法者可用之，以减少毒性物质的吸收；

4、抗菌素的配合：虽在多数病例中不需应用，但在腹腔感染较重、全身中毒症状明显者可配合使用；

5、中药的运用：一般用于溃疡病穿孔的第二期，但为了加强第一期的治疗，缩短进入第二期的时间，防止郁久化热，可采用中药灌肠、中药的运用要强调辨证，不可拘泥于成方。

三、降低中转手术率的问题

溃疡病穿孔非手术治疗的中转手术率一般在10%左右，本组为1.6~10%。根据本组治疗情况来看，中转手术率与全组手术率的高低有直接关系，换言之，中转手术率与适应症选择有直接关系。若手术适应症掌握松一些，非手术治疗范围小一些，则中转手术率则较低，可达到5%以下；若手术适应症掌握紧一些，非手术治疗范围大一些，则中转手术率则较高，因此，我们认为，溃疡病穿孔的治疗效果要看：

第一是全组的非手术率与手术率，其次要看非手术治疗的中转手术率，这样才有实际意义。

第二、关于中转手术的概念需要有几项标准。由于非手术治疗的范围在不断扩大，一些原来符合手术治疗条件的患者也在试用短期的非手术治疗，或在进行术前准备的情况下，采用针刺止痛，不见效时则在短期内进行手术治疗，这些情况不能都归为中转手术的范围。我们认为，中转手术的标准应是：①入院后确定为非手术或可以在密切观察下进行非手术治疗者；②非手术治疗的时间超过一般的术前准备时间，即在2~3小时以上，经过2~3次的针刺治疗不见效者也有少数病人在非手术治疗好转3、4天后再次发生剧烈腹痛而中转手术。

关于中转手术的指标：天津市中西医结合治疗急腹症协作组曾作过专题讨论，可做为临床参考：

- 1、神态：有精神淡漠或烦躁不安者；
- 2、循环系统出现不稳定现象，如脉搏增快至100次/分以上，血压下降者；
- 3、体温骤然变化或寒战者；
- 4、腹胀加重者；
- 5、腹部有移动性浊音，并在腹腔穿刺后有大量粘稠渗液者；
- 6、非手术治疗10小时以内，经针刺治疗2~3次无效者。

关于中转手术时间一定要掌握好，它与治疗效果及死亡率有明显关系，在10小时以内中转的15例中有12例做了胃次全切除，并无一例死亡，而20小时以后改手术的竟有6例死亡。

总之，中转手术要综合全身与腹部情况进行诊断。

四、溃疡病穿孔非手术治疗并发症的防治

溃疡病穿孔非手术治疗的主要并发症为膈下脓肿，少见者有盆腔脓肿、肠间脓肿。这些脓肿在发生之前，先表现为感染症状，如腹痛发烧等，盆腔感染或脓肿常有直肠刺激症状。因此，我们可将这些并发症分为早期的膈下感染、盆腔感染、肠间感染（此种情况往往脓液不多，采取非手术治疗多能治愈）和成脓阶段，称为膈下脓肿、盆腔脓肿、肠间脓肿（此种情况脓液较多，常需进行引流脓液）。

另一类少见的并发症为穿孔未闭合的胃瘘，往往形成局限性包裹性脓肿。此种情况需要认真对待，并采用胃次全切除术Ⅱ式吻合可能获效。

我们认为，中西医结合治疗溃疡病穿孔的并发症主要与适应症选择有关，其次与治疗措施是否积极有关，如胃肠减压是否有效、针刺效果是否明显、中药清热解毒和通里攻下药物的运用是否足量等。通过临床经验的不断丰富，其并发症发生率可大大减少。以南开医院为例，在1974年以前非手术治疗的290例中发生并发症者有15例，占5.6%。而近两年来治疗的120例中只一例发生膈下脓肿，占0.3%。

五、提高溃疡病急性穿孔的远期治疗效果

根据南开医院、天津医院的远期随访结果来看，溃疡病穿孔的远期治疗结果属良好和尚好者达80%以上。但还存在一些问题需要解决

1、溃疡病穿孔遗留的溃疡需要一段药物治疗过程，以促使溃疡的愈合、以防止再次发生穿孔。近些年来，由于溃疡病穿孔非手术治疗的病例日渐增多，发生再次穿孔的病例也就与日俱增。据天津部分医院统计，发生再次穿孔者占全部溃疡病穿孔的5%左右，因而值得引起重视。我们目前的做法是在溃疡穿孔治愈后，坚持服药（如溃疡散等）三个月，可有利于溃疡愈合。

2、对溃疡病穿孔闭合后遗留一些症状者，需要进一步检查，如钡餐造影、纤维胃镜检查等。有时发现溃疡基本愈合，但有明显的慢性胃炎或胃窦炎引起的症状，也要采取积极的治疗。

3、对少数症状明显，有幽门梗阻或癌变者要在适当的时期进行手术治疗。

郑显理执笔 吴咸中审改

中西医结合治疗溃疡病急性穿孔

贵州省遵义医学院急腹症研究组

回顾近百年来自国内外对溃疡病急性穿孔的治疗,都曾经由保守疗法演变到单纯修补缝合。再由单纯修补缝合发展到急症胃大部切除。一九五八年以来,国内应用中西医结合治疗本病降低了手术率,提高了治愈率,减轻了病人的痛苦,经济简便,深受广大工农兵病人的欢迎,中西医结合为本病的治疗闯出了新路。

本文对遵义医学院十八年来应用中西医结合的方法治疗溃疡病急性穿孔的实践。作一小结,介绍如下。

治 疗 效 果

1959年3月至1976年12月我院应用中西医结合方法治疗溃疡病急性穿孔371例。其中采用非手术疗法者234例(包括中转手术21)。占总数63.1%;采用手术疗法者137例,占总数36.9%,共死亡十四例,死亡率3.7%。

一、近期治疗结果:

1. 非手术组:本组234例中。痊愈221例(94.4%),好转6例,加重1例,死亡5例(2.26%)。死亡病例中1例因麻醉意外,1例因浮肿衰竭而死亡,故修正死亡率为1.3%。

针刺治疗后,症状、体征、化验恢复时间及平均住院日如表1所示。

表1 溃疡病穿孔非手术组疗效观察

平均日 组别	观察项目											例数
	腹痛 消失	压痛 消失	肌紧张 消 失	肠音 恢 复	排气 开始	排便 开始	食欲 恢 复	精神 复 常	白细胞 复 常	体温 复 常	平均住 院 日	
针刺穴位 简化前	1.0	4.6	3.1	1.4	2.6	3.8	3.9	3.7	4.3	4.8	14.7	183
针刺穴位 简化后	1.1	4.2	2.7	1.6	2.3	2.6	2.4	—	3.2	3.7	14	51

非手术组治疗后共有并发症42例次:休克10例、呼吸道并发症14例、次腹腔脓肿12例次、伤口感染愈合不良4例、胃瘫1例、肠梗阻1例。

非手术治疗不见好转而中转手术者21例,大多系开展中西医结合治疗本病早期的病例。中转手术的原因为:休克10例、腹痛加重9例、脓肿形成2例、胃管断于胃中

1例。术中所见有如下特点：穿孔直径大于1厘米以上者8例，腹腔积液在1000毫升以上者13例，另有3例据术中所见可不手术。治疗结果：治愈16例，好转1例，死亡4例（其中1例因麻醉意外；1例入院即严重休克，支持疗法无效再手术；1例伴幽门梗阻及大出血，未及手术就死亡）。

2. 手术组：本组137例，治疗结果痊愈117例（85.4%）。好转3例，死亡17例。死亡病例中，因浮肿衰竭及肝硬化出血者3例，因入院已处晚期休克，未经计划治疗即死亡者3例，故修正死亡率为8%。平均住院日23.7天。

手术组并发症共57例次：休克2例，呼吸道并发症17例次，腹腔脓肿11例，切口感染、裂开13例，败血症2例，胃出血4例，胃瘫3例。肠梗阻、肠粘连、痔疮、静脉炎、肝硬化腹水各1例。

二、远期随访结果：

非手术组中有100例获得128年的随访。结果：良好者54%，尚好33%，不好13%。（表2）

表2 远期随访结果

结 果	时 间			总 计
	1 ~ 1 1 月	1 ~ 4 年	4 ~ 8 年	例 数
良 好	12	36	6	54
尚 好	5	21	7	33
不 好	2	11	0	13

判定标准按1975年全国中西医结合治疗急腹症经验交流会讨论审定的《常见急腹症诊断疗效标准》。

疗 法 的 选 择

在为人民服务的思想指导下，通过中西医结合治疗急腹症的反复实践，对于治疗方法选择的原则，逐步形成了我们自己的观点。这就是：应以最大安全为前提，包括生命的保障及并发症的预防；以最小的负担，包括经济的负担和肉体的痛苦；争取最高的疗效，包括近期的临床痊愈，也包括远期的病理愈合。

中西医结合治疗溃疡病穿孔的实践使我们认识到，疗法的正确选择常是取得成败的关键，对于腹腔积液量的正确估计和穿孔性质的判断，又是选择疗法的重要根据。因为溃疡病本身对病员并不构成即时的威胁，但溃疡发生穿孔后，胃肠内容经孔漏入腹腔，形成腹膜炎时，则可危及病人生命；而穿孔性质不仅影响着腹腔渗液量的多寡，其本身也往往关系着病人近期的安危及远期的效果。

（一）影响腹腔积液量的因素：

临床实践表明：在一般情况下，采用非手术疗法时，腹腔积液在500毫升以下者比较安全有效；积液在500~900毫升者经积极处理亦可能取效；若积液在1000

毫升以上，如无有效措施，则较难收效，极易导致中毒性休克，有相当危险性，有鉴于此，摸清影响腹腔积液量的因素及反映腹腔积液的客观指标颇为重要。为此，我们曾对以往单纯采用手术疗法的溃疡病穿孔100例的有关资料加以分析，发现：腹腔积液量在500毫升以下者54例（54%）；600毫升以上者46例（46%）。其中，穿孔直径大、复杂性穿孔、高龄时，腹腔积液常较多，每在600毫升以上；反之，孔径小，单纯性穿孔、年轻轻，腹腔积液较少，其他如穿孔部位在十二指肠、溃疡病史较长、饱食或饱饮后穿孔时，腹腔积液有时也较多，应予考虑，详见表3。

表3 溃疡病穿孔时影响腹腔积液量有关因素分析

腹腔积液		500毫升以下		600毫升以上		备 注
病 情		例 数	%	例 数	%	
穿孔直径	0.5厘米	47	67.2	23	32.8	
	0.6厘米	7	23.3	23	76.7	
穿孔性质	单纯性	49	54.5	41	45.5	顽固性溃疡及癌变穿孔未计在内
	复杂性	5		5		+ 5例积液均在1000毫升以上
穿孔部位	胃	51	54.8	42	45.2	
	十二指肠	3		4		
年 令	49	50	61.0	32	39	
	50	4	22.2	14	77.8	
溃疡病史	4年↓	31	58.5	22	41.5	2例记载不详
	5年↑	22	48.9	23	51.1	
进食穿孔	空腹穿孔	16	48.5	17	51.5	50例记载不详
	饱食穿孔	9	52.9	8	47.1	

由上表看来，孔径大小及年龄高低是决定腹腔积液量的重要因素。一般说来，孔径小，腹腔积液少；孔径大，腹腔积液多，老年组腹腔积液明显偏多，这可能与老年人修复及抗炎机能较弱；同时与50岁以上组溃疡病史较长（18例中有13例溃疡病史超过5年以上）有关。

由上表也可见，穿孔性质、穿孔部位、溃疡病史，对腹腔积液量的多寡，也有一定关系。本组属复杂性穿孔者10例（未包括顽固性溃疡及溃疡癌变穿孔在内），其中孔径在1.0厘米以上，腹腔积液在1000毫升以上者均有5例。由统计初步看来，十二

指胃溃疡穿孔腹腔积液似较胃溃疡穿孔腹腔积液为多，但尚待更多病例验证，从溃疡病史看，5年以上组的腹腔积液在600毫升以上者相对为多。这可能因为溃疡病史久，溃疡疤痕较大较坚，在此基础上的穿孔也较难愈合有关。应当指出，顽固性溃疡的诊断，病史久固然应注意，而发作的频繁及程度轻重更应重视。

关于进食情况与腹腔积液的关系，上组病例统计表明，并未见饱食组病例腹腔积液为多。再从穿孔的时间来看，夜间穿孔（下午十点至清晨六点）23例，腹腔积液在600毫升以上者11例（47.8%）；白天穿孔（从清晨七点至下午十点）者76例，腹腔积液在600毫升以上者34例（44.7%）。按我国人进食习惯一般多在白天，但并未见白天穿孔组腹腔积液为多。进一步分析，在饱食穿孔的17例中，进流质食的7例，其中4例腹腔积液在600毫升以上，似应注意，流质饮食较易经孔流入腹腔。另外，从腹腔积液中发现有食物内容24例。24例中，腹腔积液在500毫升以下者8例（33.3%），其中见到米饭粒7例，菜叶1例，油滴1例；腹腔积液在600毫升以上的16例（66.7%），其中见到米饭粒7例，蛔虫2例，苞米2例，菜叶2例，甜瓜子1例，油滴1例，中药水1例。再有，本组100例中，并有腹腔脓肿的11例中，见到食物渣或虫体者有7例。由上分析可见，胃内固体食物不一定每例都经孔漏入腹腔。但一度漏入腹腔，则引起腹腔严重的污染而积液较多，同时由于固体食物不易被吸收，因而腹腔脓肿的发生率较高。

（二）对腹腔积液的判断：

在临床上，估计溃疡穿孔时的腹腔积液量，除了应考虑到上述因素外，根据上组100例的分析，以下症状、体征可供判断借鉴（表4）。

由表4可见：病人伴有休克，腹胀，肠音减弱、消失、以及移动性浊音阳性者，腹腔积液一般较多；反之，则较少。

除上而外，腹腔穿刺抽液的难易与多寡，对判断腹腔渗液的多少很有帮助。

至于气腹的有无及量的多少，据分析与腹腔积液并无直接关系。

除上而外，我们又分析了应用中西医结合治疗的371例资料，得出了与上基本相同的结论（表5）。休克，腹胀，并幽门梗阻、出血、癌变的病人腹腔积液大多在1000毫升以上。此外，顽固性溃疡穿孔时不仅可能腹腔积液较多。通过对非手术疗法治愈的病人远期随访结果分析，效果不好的13例中有11例属于此例病人。（表5）

（三）分型与治则：

根据疗法选择的原则，对以上实践资料的分析所得到的认识，结合溃疡病急性穿孔的不同发展过程与病理特点，我们认为可将本病分为四型，分别采用不同的治疗方法（表6）。

表4 反映腹腔积液量的症状与体征分析

腹腔积液		500毫升以下		600毫升以上		备 注
病 情		例 数	%	例 数	%	
休克	无	53	62.4	32	37.6	+ 合并出血 ⊗腹腔渗液均在 100毫升以上
	有	1 ⁺	6.6	14 [⊗]	93.4	
气腹	无	10		10		17例未行×线 腹透
	有	34	54.0	29	40.6	
腹型	舟 状	11	52.4	10	47.6	15例记载不详
	平 坦	28	63.7	16	36.3	
	膨 隆	7	35	13	65	
肠音	正 常	7	87.5	1	12.5	17例记载不详
	减弱、消失	35	46.7	40	34.3	
移动性音	阴 性	23	65.7	12	34.3	45例记载不详
	阳 性	4	20.0	16	80.0	

表5 371例中腹胀、休克及复杂性穿孔与腹腔积液量的关系

病 情	例数	腹 腔 积 液 量			备 注
		1000毫升	600~900毫升	500毫升以下	
休 克	58	46(79.3%)	4	8	
腹 胀	19	15(79.4%)	3	0	1例记载不详
幽门梗阻	22	16(72.7%)	3	2	1例记载不详
出 血	17	11(64.7%)	1	2	3例记载不详
癌 变	7	4	0	1	2例记载不详
再 穿 孔	6	1	1	4	

表 6 溃疡病急性穿孔的分型与治则

分 型	主 要 病 理	主 要 临 床 表 现	治 则
局限型 约15%	穿孔小, 局限型腹膜炎	一般情况好, 腹膜炎局限而轻	非手术疗法
弥漫型 约50%	穿孔较小, 腹腔积液在 1 0 0 0 毫升以下, 弥漫性 腹膜炎	一般情况好, 弥漫性腹膜炎体 征, 腹胀、移动性浊音不明显, 中毒症状不重	非手术疗法
腹胀休 克 型 约20%	孔径大或属复杂性穿孔腹 腔积液在 1 0 0 0 毫升 以上	一般情况差, 腹膜炎重, 中毒 症状明显, 腹胀、肠麻痹、移动 性浊音明显或有中毒性休克	单纯修补缝 合术
复杂型 约15%	溃疡病穿孔并: 幽门梗 阻, 出血, 癌变, 多次穿 孔, 顽固性溃疡, 以及饱食 饱饮穿孔	溃疡病穿孔并前述各种有关临 床表现	胃 大 部 切 除 术

治 疗 方 法

一、非手术疗法:

溃疡病急性穿孔后的恢复过程, 一般程现三期不同的病理变化, 针对各期主要矛盾, 采用合理治疗, 才能掌握主动权。

1. 初期(闭孔期)主要矛盾是胃内容物不断外流, 引起局部与全身的变化, 因而, 减少或防止胃内容物外流及尽早使穿孔闭合, 是此期治疗的主要任务, 针刺及胃肠减压是主要措施; 同时也要顾及止痛和消炎。

(1) 针刺, 早年病例取穴: 上脘、中脘、双梁门、双天枢、双内关、双足三里或反应点。后经简化为局限型取穴: 中脘、右足三里; 弥漫型取穴双梁门、双反应点(相当足三里下3厘米); 予以电针连续波刺激, 留针30~60分钟; 每4~6小时一次。通过简化穴位后临床效果还有所提高(表1)。

(2) 禁食, 胃肠减压, 通畅的胃肠减压可以避免食物和胃肠内容经未闭的穿孔继续流入腹腔。虽有的报告指出不用胃肠减压也取得效果, 我们认为一般病例仍以应用为安全。

(3) 输液, 禁食期间需输液, 以维持水和电解质的平衡。

(4) 抗菌素, 一般可不用, 腹膜炎较重者可配合应用。

(5) 半坐位

(6) 腹腔穿刺, 腹腔积液较多者, 可配合腹腔穿刺抽液, 而后注入抗菌素治疗。近几年来, 我们有 5 例腹膜休克型病例, 原属手术适应证, 经采用腹腔穿刺而治愈。一次穿刺得液量由 200~600 毫升, 穿刺次数由 1~3 次。

一般病人, 经上述治疗 24 小时左右, 若腹痛明显减轻, 压痛、腹肌紧张开始局限, 肠蠕动音恢复, 即可转入中期治疗。

2、中期(消炎期) 此期腹膜炎是主要病理改变。故加速腹腔渗液的吸收、预防脓肿形成, 是这一期的中心任务, 中药清热下实剂和针刺是主要措施, 同时也要适当顾及溃疡病的治疗。

(1) 中药, 此期病机属中焦气血郁闭基础上化热阶段, 呈现胃肠实热之证。治以清热下实, 方用凉膈散加减, 处方: 栀子(炒)三钱、黄芩三钱、大黄(后下)三钱、双花五钱、连翘三钱、甘草二钱、枳实二钱、杭芍三钱、乌贼骨粉四钱。加减: 胃酸高者加瓦楞子、白芨; 呕吐重者加竹茹、半夏; 腹膜炎重者加红藤、丹皮、红花、丹参; 腹痛重者加元胡; 食欲不振者加鸡内金、焦建曲。服法: 初次浓煎药液 50 毫升(半剂)。过滤去杂质, 经胃管徐徐注入, 夹管 1~2 小时, 观察无特殊反应时, 以后每次 100 毫升(半剂), 早晚各服。

(2) 电针取穴, 同初期, 一日二次。

(3) 停胃肠减压、开始流质, 以后据病情恢复情况进半流质或普食。

此期一般需经 7~10 天, 若腹膜炎消退, 无脓肿并发症, 进半流质而大便通调。体温、白细胞正常时, 即可转入后期治疗。

3、后期(修疡期), 溃疡病本身已成为主要矛盾, 应采用中西医结合等根治溃疡。可以指出的是, 穿孔前无溃疡病史者, 不必继续此期治疗, 此类病人随诊结果远期疗效是稳定而良好的。

(1) 埋线, 出院前于右足三里穴至反映点间埋线。需要时隔两周后于上脘至中脘间, 或脾俞至胃俞间, 再行肠线埋入, 以达治愈溃疡之目的。上述方法, 对农村患者尤为适宜。

(2) 西药, 可选用胃舒平、氢氧化铝凝胶、维生素 u_1 、溴米辛等。

(3) 中药, 按中医理论进行辨证可分三型施治:

虚寒型: 本型治宜温中健脾, 方用小建中汤加减(桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣、半夏、吴茱萸、乌贼骨)。

肝郁型: 本型治宜疏肝理气和胃, 方用柴胡疏肝汤加减(柴胡、香附、枳壳、木香、陈皮、砂仁、乌贼骨粉)。

血淤型: 本型治宜化淤通络。养血柔肝, 方用失笑散加味(生蒲黄、五灵脂、当归、赤芍、白芨、香附、元胡、阿胶、乌贼骨粉)。

手术治疗:

1. 胃大部切除术 适应于全身情况较好的复杂型穿孔, 溃疡硬结巨大, 局部污染不严重者。

2. 穿孔修补缝合术 适用于一般情况差、腹腔污染重的腹膜休克型病人。对单纯缝合修补有困难者, 可行胃或十二指肠造瘘, 或以空肠浆膜修补。

治 疗 原 理

根据临床观察及实验研究，针刺治疗溃疡病穿孔有如下作用。

(一) 止痛作用，非手术组病人，经针刺后，大多精神安定，腹痛减轻，有 80% 的病人腹痛立即消失，甚至安然入睡。从神经原理来看，针刺的传入冲动至中枢神经系统的各个部位，抑制了疼痛刺激在神经中枢的活动，提高了机体的痛觉，从而起到镇痛作用。

(二) 消炎作用，通过对家兔人工造成胃穿孔，观察到针刺足三里后腹膜炎反应较对照组为轻(表 7)，说明针刺有助于腹膜炎的控制。

表 7 针刺对腹膜炎反应的影响

	轻	中	重
针刺组 (11只)	7	3	1
对照组 (11只)	1	5	5

注：术后剖验时间 3 小时~4 天。

(三) 修复作用，为了探究溃疡病穿孔能否闭合？以及采取何种方式闭合？我们分析了以往单纯应用手术治疗的溃疡病穿孔 100 例。术中对穿孔处情况记载较详者 62 例，其中穿孔未闭合者 42 例 (67.7%) 穿孔已闭合者 20 例 (32.2%)。说明相当一部分病例穿孔是可以自行闭合的。进一步分析已闭合的 20 例，其闭合的主要方式是：由孔周纤维素粘合修复者 15 例；由大网膜移行至穿孔处粘合者 4 例；穿孔与周围脏器粘连闭合者 1 例。

为了探明针刺对溃疡的修复作用，我们在针刺家兔人工胃穿孔的实验发现：针刺组胃壁创而被大网膜包裹及部分粘连者较对照组明显为多(表 8)，说明针刺加强了机体对创伤的修复，有助于穿孔的闭合。

表 8 针刺治疗对胃壁穿孔闭合的影响

组 别	网 膜 包 裹 胃 壁 创 伤	网 膜 与 胃 壁 创 伤 部 粘 连	胃 壁 创 伤 游 离
针 刺 组	4	3	4
对 照 组	0	2	9

(四) 调整胃肠运动及分泌的作用，临床观察表明：针刺后肠蠕动的恢复，排气，排便，腹胀消失均较快。

在实验中我们看到，针刺足三里、中脘或梁门穴后，胃肠血液循环与肠管蠕动增强幽门括约肌舒张，幽门开口放，胃内容很快从胃内经幽门排空。因此，可达到减少胃

内容物由穿孔处流入腹腔，有利于穿孔的闭合及腹膜炎的消退。

由于血循环改善及肠蠕动迅速恢复，可以避免肠麻痹的发生，有利于大网膜移行复盖于溃疡上及腹腔渗液的吸收，防止脓肿形成。

我们曾对一组溃疡病穿孔经非手术疗法治愈后作胃液分析时加用针刺观察其对胃液分泌量和胃液酸度的影响，发现：注射组织胺后胃液酸度有一致性的升高，而针刺足三里后，胃液酸度及胃液分泌量大多呈现有利于疾病恢复的调整作用，其结果有利于穿孔闭合，溃疡愈合，腹膜炎的控制，肠麻痹的消除，以及消化道功能的极早恢复。

中西医结合治疗 溃疡病穿孔265例有关中转手术的分析报告

上海市急腹症协作组

(1977年6月)

自1971—1976年上海第一医学院附属中山医院、上海第二医院附属第三人民医院、上海市长宁区中心医院、上海中医学院附属曙光医院、上海第四人民医院、上海市浦东中心医院、上海中医学院附属龙华医院等七个单位采用中西医结合非手术疗法治疗急性溃疡病穿孔共265例；其中中转手术17例，占6.4%；死亡4例，死亡率为1.5%。

现将中转手术病例情况分析如下：

1、在开展中西医结合非手术疗法的早期，由于缺乏经验，将一些可以继续采用非手术疗法治愈的病例改行手术。这类病例在本组中计有三例，一例穿孔直径为0.3厘米一例，0.5厘米一例，直径虽达1厘米但穿孔处都为大网膜所包裹，腹腔渗液仅100毫升。国内有报告认为非手术观察时间以进行三次针刺不超过10小时为宜。本组三例经胃肠减压、针刺观察24小时腹膜炎体征虽未见改善，但血压、脉搏稳定，腹不胀，从手术情况看穿孔都已被包裹，所以只要临床征象不继续恶化是完全可以采用非手术疗法治愈的。由此可见，时间不能单独作为中转手术的一个条件，应与全身情况结合考虑。

2、国内文献认为了解穿孔前后进食情况对选择疗法有重要意义。天津南开医院报导饱食穿孔20例，有12例腹腔渗液超过500毫升，而其中穿孔直径大于0.5厘米者仅5例，因此认为胃内容物多，穿孔直径虽小也可造成腹腔渗液多。本组有一例饱食穿孔行非手术治疗当天腹痛加重，血压下降而中转手术，术中见胃小弯穿孔仅0.5厘米但渗出达1000毫升，术后并发肺炎死亡。对饱食穿孔病例应按饮食的量和质、年龄、时间等因素来综合考虑选择适当治疗方案。

3、有腹部手术史，穿孔后大网膜因粘连等原因无法遮盖穿孔。本组有二例过去有手术病史，一例为直肠癌作过直肠癌经腹会阴切除术，一例因溃疡病于20年前行胃大部分切除术，此次发病后经非手术疗法治疗一天无效而改行手术，术中见大网膜粘连固定无法移行遮盖穿孔，因此，对过去有腹部手术史病例应以手术疗法为首选较为妥当。

4、在进行溃疡病穿孔的非手术疗法观察过程中,病员出现腹胀及肠麻痹往往提示腹腔污染重、渗液多,脉率增快(>100 次/分)应警惕休克之发生。本组一例溃疡病穿孔有脑动脉硬化化反应较迟钝,入院时血压稳定,脉率102次/分,因家属不同意手术而行非手术疗法观察二天无效,出现腹胀,脉快(102次/分),再次动员手术,见小弯穿孔0.5厘米,腹腔渗液1000毫升,术后第6天因中毒性休克、脓毒血症、肺炎抢救无效而死亡。一例发病五小时入院。当时体温不升,血压稳定,脉率104次/分,予非手术治疗观察9小时后突然血压下降至70/50毫米汞柱,脉率增快至180次/分,伴腹胀而中转手术,术中证实为幽门前置穿孔,吸出腹腔渗液1500毫升,穿孔直径约0.7厘米,作修补术。术后血压用升压药维持,二天后血压稳定但修补处裂开形成胃瘘,腹腔残余感染,虽经多方抢救无效于术后53天死亡。另一例入院时脉率80次/分,血压稳定,当应用非手术疗法观察12小时后出现腹胀、脉快时立即中转手术,术中见小弯侧穿孔 1×0.5 厘米,渗液2000毫升,因抢救及时而全愈出院。从以上三例中体会到入院时脉率在100次/分以上者宜考虑选择手术疗法为妥,当伴腹胀出现已说明病情严重,前二例由于未及时中转手术以致延误手术时机,出现休克后因抢救无效而死亡,后一例观察过程中发现脉快腹胀及时中转手术而抢救了病员生命。所以脉快(>100 次/分)与腹胀是中转手术与选择手术疗法的二个重要临床指标。

5、穿孔合并出血本组共三例,均于入院后施行非手术疗法过程中出现,二例为治疗后一天,一例为治疗后二天,发现出血后二例立即中转手术行胃大部切除后一般情况良好,一例出血后6天手术发现穿孔已为大网膜遮盖但仍有出血,术后19天因食道下段静脉曲张慢性出血死亡。由此可见,溃疡病合并有出血等兼证者需查明出血原因,并慎重选择非手术疗法。

6、另二例溃疡穿孔经中西医结合非手术疗法缓介后因有肿瘤可疑而中转手术,其中一例采用非手术治疗二周后腹痛缓介腹膜炎体征消失但进食仍感困难,胃镜检查提示贲门部肿瘤可能而改行手术,术中见贲门胃小弯侧有赘生物,幽门部穿孔已为纤维蛋白凝结而闭合。

综上所述,我们认为溃疡病穿孔的手术疗法与非手术疗法适应症选择大致可分以下三方面。

一、非手术疗法适应症,具有下列几点者:

- 1、单纯性溃疡病穿孔(不伴幽门梗阻、出血、癌变等其他并发症);
- 2、根据压痛和肌紧张范围小、程度轻、腹腔积液不多(移动性浊音不明显),腹不胀、脉搏不快,气腹量少而估计穿孔不大者。
- 3、病史不长(暂定参考年限:胃溃疡不超过三年,十二指肠溃疡不超过十年)发作不重,未经正规内科治疗者。

4、青年和空腹穿孔更为适应。

二、手术疗法适应症:

- 1、复杂性穿孔,或诊断尚不肯定,疑有肿瘤或其他需要急诊手术治疗的急腹症患者。
- 2、估计穿孔大,但一般情况不佳,或伴有休克者。

3、经中西医结合非手术疗法症状体征不见缓解或治疗期间出现腹胀、脉快(>100次/分),移动性浊音等征象者。

4、年老、病史长的顽固性溃疡,尤其是曾经长期内科治疗无效而并发穿孔者。

三、介于上述二者之间,一时不能适当选择者,可在作好手术前准备的条件下,一方面严密观察,一方面进行非手术治疗。

中西医结合治疗溃疡病穿孔

(附70例近期疗效观察)

湖北省广济县第一人民医院外科中西医结合小组

我科于1971年5月起,学习外地先进经验,结合本科实际,用“复方大柴胡汤”保留灌肠治疗溃疡病穿孔腹膜炎。在取得一定成效的基础上,我们不断改进方剂,制成“攻胃一号”和“攻胃二号”,通过临床观察,疗效较为满意。现将1971年5月至1977年3月70例近期疗效报导如下:

临床资料

(一) 诊断依据:

本文70例主要根据临床病史,典型症状及腹膜炎体征,X线检查隔下有游离气体或腹腔穿刺有脓液,白细胞总数或中性白细胞升高作为诊断依据。

(二) 病例选择:

- 1、一般情况好,无中毒性休克者。
- 2、腹腔积液不多,无明显移动性浊音者。
- 3、肠麻痹和腹胀不严重者。
- 4、单纯性穿孔,穿孔前不合并幽门梗阻、癌变,穿孔后不合并大出血者。

(三) 一般资料:

70例中,男性68例,女性2例,年龄最小20岁,最大70岁,其中20~50岁61例,

51~60岁4例,60岁以上5例。

穿孔距入院时间:在24小时内者56例,1~2天者10例,2~3天者3例,3~4天者1例。空腹穿孔者39例,饱食后穿孔者31例。

入院后体温在37.2℃以下者仅1例(此例在院外治疗3天,入院时体温已恢复正常,但腹膜炎体征仍非常明显,且遍及全腹,腹胀穿刺有脓液)。37.4~38℃16例,38.1~39℃45例,39.1~40℃8例。

70例入院时腹膜炎体征遍及全腹者66例占94.28%,在二个象限(四分法)以上者4例占5.72%。

治疗方法

本文70例均以中草药及新针治疗为主,配合其他中西医结合的辅助治疗,除有较严重的并发症及中草药治疗无效而加用抗菌素或配合隔下与陶氏腔引流术外,一般均不用抗菌素。

(一) 以中草药和新针为主的治疗:

甲组:病人入院后,先用电针强刺激中脘、双侧足三里、内关、天枢30分钟后,继以“复方大柴胡汤”(柴胡、白芍、黄芩、大黄、生甘草、玄胡、川楝各三