

中西医结合治疗阑尾周围脓肿

吴国水 冯刚 许煥建 孙学征 黄志坤
(浙江省绍兴市人民医院 绍兴 312000)

关键词: 阑尾周围脓肿; 中西医结合疗法; 大黄牡丹汤; 苇茎汤; 抗生素
中图分类号: R 574.61 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2006)02-0060-01

笔者自 1997 年 7 月~2003 年 5 月运用中西医结合治疗阑尾周围脓肿 50 例, 收到较好效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 阑尾周围脓肿患者 100 例随机分为 2 组, 西医组 50 例, 男 32 例, 女 18 例, 平均年龄 45 岁; 中西医结合组 50 例, 男 35 例, 女 15 例, 平均年龄 43 岁。入组标准: (1) 有转移性右下腹痛史, 右下腹压痛、反跳痛; (2) 血常规 WBC 升高; (3) B 超示: 阑尾周围脓肿。2 组病例无明显差异 ($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 西医组, 均以输液治疗, 一般以金标准治疗, 即氨苄青霉素、丁胺卡那、灭滴灵三联治疗, 按常规剂量静滴 7d, 改口服抗生素左旋氧氟沙星及灭滴灵片 7d。中西医结合治疗组, 在选用上述抗生素的基础上加用中药治疗。中医分 2 期, 发病早期, 患者发热明显, 右下腹痛剧烈, 选用《金匱要略》中的大黄牡丹汤合《千金》苇茎汤, 药用: 生军 15g (大便不通者, 后下), 丹皮 15 g, 赤芍 15 g, 芦根 30 g, 生米仁 30 g, 桃仁 15 g, 冬瓜仁 30 g, 穿山甲 10 g, 皂角刺 15 g, 天花粉 30 g, 当归 10 g, 红藤 30 g, 败酱草 30 g; 后期, 若体温已退, 热象不显, 腹痛减轻, 可用《外科正宗》的透脓散合《金匱要略》中薏苡附子败酱散, 药用: 生黄芪 30g, 当归 10g, 穿山甲 10g, 皂角刺 15g, 天花粉 30g, 红藤 30g, 败酱草 30g, 附子 6g, 乳香 6g, 没药 6g, 芦根 30g, 生米仁 30g, 冬瓜仁 30g。上述苔厚腻, 大便溏薄者, 宜加藿香、佩兰、苍术各 10g; 疼痛明显者, 可加用川楝子、玄胡各 12g; 恶心想吐者, 宜加制半夏 15g、茯苓 30g、生姜 3 片; 病情严重者, 加用西黄丸 3g, 1d 2 次。14d 为 1 个疗程。

1.3 疗效标准 治愈: 症状、体征均消失, 血象及 B 超均示正常; 好转: 症状消失, 体征改善, 血象正常, 肿块缩小; 无效: 症状、体征、血象及肿块无明显改善。

1.4 统计检验方法 用统计软件 SPSS12.0, 计数资料用 χ^2 检验, 计量资料用 t 检验。

2 治疗结果

西医治疗组: 治愈 22 例, 好转 18 例, 无效 10 例; 有效率为 80%; 中西医结合治疗组: 治愈 36 例, 好转 13 例, 无效 1 例; 有效率为 98%。2 组经 χ^2 检验有显著差异性 ($P<0.05$)。

3 讨论

阑尾周围脓肿一般采用保守治疗后, 行 II 期阑尾切除治

疗^[1]。近虽有人作 I 期手术治疗, 但因并发症多, 手术难度大仍未能作为常规使用, 有些保守治疗未能成功者, 手术仍以引流为主。在保守治疗中, 大量文献报道, 采用中西医结合治疗收到满意疗效。本组临床观察发现, 与纯粹西医治疗相比较, 中西医结合治疗在缩短肿块缩小的时间, 减少肠痿、化脓性门静脉炎、肠粘连等并发症方面有明显优势, 且能改善患者食欲, 从而提高患者的机体状态。

中医对阑尾脓肿有较早认识并有相当丰富的治疗经验。阑尾脓肿属中医的“肠痈”范畴, 其病机主要为湿热 (早期) 或寒湿 (中后期) 蕴结肠道, 气血凝结, 腐败成脓。汉代医圣张仲景提出肠痈初起宜泻热破瘀、散结消肿, 方用大黄牡丹汤; 脓成后宜温化寒湿、排脓消肿, 方用薏苡附子败酱散。两方虽寥寥数药, 后世处方思路不出其右, 目前仍有效地用于临床。笔者在本组治疗中, 仍遵循仲景之训, 阑尾周围脓肿初期, 患者发热、腹痛明显, 宜泻热破瘀、散结消肿, 方用大黄牡丹汤合苇茎汤增损, 本方中生军有清热解毒、活血化瘀、推陈出新的作用, 荡涤一切湿热瘀结之毒; 桃仁、丹皮、当归、穿山甲有凉血散血、破血祛瘀的作用。《千金》苇茎汤原治肺痈, 有清肺化痰、逐瘀排脓之功, 由于肺痈与肠痈机理相似, 可以异病同治, 用于肠痈亦较恰当, 红藤、败酱草均有清热解毒、活血止痛功效, 若病情重, 体温高, 腹痛甚, 宜加用西黄丸 (牛黄、麝香、乳香、没药) 以提高解毒消痛、化痰散结、活血祛瘀之效。患者体温退下去或只有低热, 右下腹隐痛减轻, 这时可转用活血托毒、消肿散结之剂。由于抗生素应用, 患者这时可表现大便溏薄, 胃纳不振, 苔厚腻, 脓肿消退速度缓慢, 病机以寒湿内蕴, 气血不运为主, 治疗宜温运营血, 切忌不加辨证, 大堆加用清热解毒之剂, 该阶段运用《外科正宗》透脓散 (黄芪、当归、川芎、穿山甲、皂角刺) 为主, 目的在于托毒排脓, 使毒随脓泄, 腐祛新生。再合用薏苡附子败酱散以温化寒湿, 促进脓肿的进一步消散。笔者在治疗中, 体会到中西医结合应扬长避短, 发挥各方的最大优势, 西医对病灶的抑菌、杀菌疗效确切, 但对于组织粘连, 肿块消散吸收作用较小, 中医对于病灶的杀菌、抑菌不及西医强力, 但对阑尾周围的血运改善, 脓肿消散优势明显。

参考文献

[1] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 1 139

(收稿日期: 2005-07-01)

参考文献

[1] 杜海泉, 孔艺, 钟云培. 介入治疗股骨头缺血性坏死近期疗效观察[J]. 四川医学, 1998, 19 (2): 140
[2] 曹建明, 陈君坤, 黄伟. 股骨头缺血性坏死介入溶栓治疗[J]. 金陵医

学院学报, 1999, 12(2): 85
[3] 曹来宾. 实用骨关节影像诊断学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1998. 688

(收稿日期: 2005-08-09)