

1年半者49例,均为单侧发病,所有病例均有患侧肩部疼痛,活动受限,局部压痛,其中3例有轻度三角肌萎缩,全部病例均符合肩周炎诊断标准^[1]。

1.2 治疗方法 对病程短,症状较轻者,局部施以轻柔手法。对病程长,病情重者配以被动运动,手法逐渐加重,幅度逐步加大,以松懈软组织粘连,滑利关节。操作:(1)患者坐位,医者位于患侧,用滚法和掌揉法对患肩及周围组织进行放松。(2)用滚法施于患者肩前部及臂内侧,手法宜柔和持久均匀,同时配合点按肩内俞、肩贞等穴。医者手握患肢缓慢有力的帮助作内旋和外旋运动,以患者能承受为限度。(3)在肩外侧和肩胛部施以滚法配合按天宗、肩井穴及患肢被动后伸。(4)患肢作环转摇肩、上举、内收等被动运动,整个运动过程中幅度宜由小到大,以患者能忍受为限度,切忌用暴力。(5)最后用搓法、揉法、滚法对患肩和周围组织进行再次放松。每天1次,10天为1疗程。

1.3 疗效评定标准^[1] 治愈:肩部疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复;好转:肩部疼痛减轻,活动功能改善;未愈:症状无改善。

2 治疗结果

本组58例,治愈47例(81.03%),好转10例(17.24%),未愈1例(1.73%)。

3 讨论

肩周炎是由于劳损、外伤或颈椎病等原因引起的肩部关

节囊、韧带、肌肉、肌腱等软组织发生慢性损伤性炎症。属于中医“五十肩”、“漏肩风”范畴,祖国医学认为,本病系由于年老体弱、肝肾亏损、气血虚衰,筋肉肌腱失于濡养,兼操劳伤损,复感风寒湿邪,致使肩部气血凝滞,筋失濡养,经脉拘急而成。治疗时于局部施以推拿手法,其目的在于疏经活血、活血祛瘀、通络止痛,滑利关节,促进血液循环,以松懈肌肉损伤和软组织粘连,促进炎症的吸收,炎症的消除是治疗本病的根本。通过对本组58例的治疗,笔者认为:手法治疗肩周炎早期以减轻疼痛、缓解肌痉挛为主,手法以一指禅、滚法、弹拨为主,中后期以剥离粘连,恢复功能为主,重点在于弹拨、摇扳。治疗期间嘱患者需进行适当的功能锻炼,以滑利关节。如甩手、爬墙活动、体后拉手、外旋、搭肩锻炼等。本组未愈的1例,分析其原因可能为患者病程较长,年龄较大,接受治疗时惧痛,没有进行适当的功能锻炼。因此,只有手法和主动功能锻炼相结合,才能取得满意疗效。

参考文献

- 1 陈佑邦主编. 国家中医药管理局发布. 中华人民共和国中医药行业标准. 中医病症诊断疗效标准. 第1版. 南京:南京大学出版社, 1994. 186-187.

(2001-05-14 收稿, 2001-05-24 修回)

(责任编辑:朱一平, 责校:汤建明)

手术治疗嵌顿痔 65 例

广西桂林市中西医结合医院 (541004) 陈俊

嵌顿痔是肛肠科较为常见的急症,患者患病后局部疼痛剧烈,解除病痛的要求迫切,而治疗的关键是及时解除嵌顿、消除水肿、减轻疼痛。我院外科于1996年6月~2000年12月采用早期手术治疗该病。有疗效好、见效快、疗程短等优点,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组65例住院患者,其中男51例,女14例;年龄为20~60岁,20~29岁患者17例,30~55岁患者32例,56~60岁16例;饮酒后发病23例,负重劳累后发病20例,12例无明显诱因发病;均呈急性起病,病程1~4天,主要表现为便后肛门口脱出不能还纳,呈半环状或环状隆起,痔核大小为2cm×1cm×0.8cm至3.5cm×1.5cm×0.8cm不等,粘膜外翻水肿,肛门口持续剧烈胀痛。

1.2 治疗方法 患者术前排空大、小便,取折刀位,以宽胶布分别贴于肛晕外侧皮肤并向两侧牵开臀部,以1%新洁尔灭溶液常规消毒术野,铺孔巾,肛周行局部浸润麻醉,扩肛,1%新洁尔灭溶液消毒直肠下段。环形嵌顿者取3^点、7^点、11^点肛管区为切口位置,半环形嵌顿者取肿痔最高处做二切口。先用止血钳将准备切除之嵌顿痔块向外牵拉,于肛缘作一梭形切口至

齿线上3~5mm处,以7号丝线8字贯穿缝扎痔基底部,然后剥离切口内曲张静脉丛及血栓,同法处理其余切口,注意各切口之间保留足够皮桥,防止术后肛门狭窄,将各切口修剪整齐,于其中一切口内切断部分内括约肌,以4个0肠线连续缝合切口粘膜部,以1号丝线间断缝合切口皮肤部,在结扎线外5mm处剪除痔组织。切口皮下注射长效止痛剂,肛内置凡士林纱条引流,切口外盖消毒敷料加压固定。手术当天控制大便,次日起可正常饮食和排便,但要保持大便柔软通畅,便后使用本院产痔灵洗剂(主要成分为芒硝、乌梅、苦参等)坐浴,然后用远红外线灯照射切口10分钟,黄连润肌膏纱条换药,使用抗生素,术后4天拆除切口皮肤缝线。

2 结果

本组患者术后3~5天肛管水肿消退,6~8天结扎之痔核脱落,10天创面愈合,住院时间为12~17天,平均14天。根据国家中医药管理局1995年发布实施的中医病症诊断疗效标准^[1],本组65例患者均为痊愈出院。患者出院后随访半年,均无复发。

3 讨论

3.1 内痔发展到一定阶段,肛门口括约肌张力逐渐减退,痔核

易脱出肛门外^[2], 如果不及还纳, 其压迫肛门组织, 可导致括约肌痉挛, 局部血液回流受阻, 血管内瘀血, 血栓形成, 组织间隙压力增高, 大量液体渗出, 形成肛管水肿, 肛门组织因血运障碍, 组织内酸性代谢产物淤积刺激末梢神经而产生剧烈胀痛; 痔核水肿后则更不能还纳。嵌顿早期痔核粘膜水肿、渗出, 晚期则由于动脉供血不足或衣裤摩擦, 致表面粘膜糜烂、破溃, 甚至发生坏死。

3.2 早期认为嵌顿痔有炎症、肛管水肿、组织脆、痔核体积大, 手术难度大, 主张积极消炎, 待水肿消退后再手术治疗。现广大学者根据嵌顿痔形成机理及实践认为早期手术治疗嵌顿痔是合理可行的^[2]。嵌顿状态的内痔核为痔顶部的 3/4, 脱于肛管外, 而基底部的 1/4 因未嵌顿粘膜颜色外观无大变化, 组织弹性基本接近于正常^[3]。许多临床研究证明, 嵌顿痔早期并非感染性炎症^[4], 而当痔核粘膜糜烂破溃时, 虽有炎症, 但深部组织、附近粘膜及外括约肌皮下部均无显著的炎症改变, 因此并不增加手术的难度及复杂程度。本组 65 例患者术中均未发生大面积撕脱痔组织的情况, 术后亦未发生肛门狭窄, 所以嵌顿痔应尽量在发病后早期手术。手术切开括约肌, 解除了其痉挛状态, 使痔静脉回流障碍得以消除, 改善了因瘀血所致的组织缺氧状态, 使局部营养状况得以改善, 抗感染能力加强, 缝合切口可加快创面愈合。术后远红外线照射切口、中药坐浴有利于消除肿胀。

3.3 手术应及早施行, 除患者有明显手术禁忌症外, 均应在就诊后尽早手术, 本组 65 例患者均在发病后 5 天内手术。因为嵌顿痔早期为无菌炎症阶段, 时间越早, 越不易导致痔绞窄坏死发生, 症状消除快, 且效果显著。各切口之间要保留 3~5mm 的皮肤粘膜桥, 痔基底部结扎点不应在同一水平面上, 手术暴露应充分, 血栓及凝血块要剥离干净, 痔核切除范围要适中, 切除过多术后会导致肛门狭窄, 切除过少日后又会形成赘皮外痔。结合本组 65 例资料, 我们认为早期嵌顿痔患者入院后即可手术治疗, 不必将炎症减轻后再行手术, 对于嵌顿痔早期施行手术可迅速解除患者痛苦, 缩短其自然病程。

参考文献

- 1 陈佑邦主编. 国家中医药管理局发布. 中华人民共和国中医药行业标准. 中医病证诊断疗效标准. 第 1 版. 南京: 南京大学出版社. 1994. 132.
- 2 张庆荣. 临床肛门大肠外科学. 第 1 版. 天津: 天津科技翻译出版公司. 1992. 123-129.
- 3 吴阶平, 裘法祖, 黄家驷. 外科学. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社. 1988. 1166-1167.
- 4 张有生. 临床肛门外科学. 第 1 版. 沈阳: 辽宁中医学院出版社. 1986. 40-41.

(2001-03-16 收稿, 2001-05-14 修回)

(责任编辑: 朱一平, 责校: 汤建明)

中药保留灌肠治疗慢性盆腔炎效果分析

广西灵川县妇幼保健院 (541200) 秦霞

慢性盆腔炎是妇科常见病和多发病, 由于反复发作, 影响妇女生活健康。我院在应用抗生素的基础上辅用中药红藤汤、三黄汤保留灌肠, 明显提高了治愈率, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选我院 1998 年 5 月~2000 年 5 月住院确诊为慢性盆腔炎患者 180 例。所有患者均有流产史, 已婚 144 例, 未婚 36 例。年龄 20~54 岁, 平均 32.3 岁。病程 6 个月~14 年, 平均 2 年。并发盆腔炎性包块 94 例, 所有患者入院后均查血象、盆腔 B 超。患者均表现为持续下腹痛、腰骶痛, 其中白带增多, 脓性白带者 103 例。双合诊检查子宫大小正常、触痛, 附件区增厚、压痛, 有(或无)包块, 血象均正常, B 超显示子宫直肠窝有(或无)积液, 附件区正常或有不规则包块。180 例患者随机分为红藤汤治疗组、三黄汤治疗组及对照组, 三组在年龄分布、患病时间、疾病程度、并发症等方面均无明显差异, 有可比性。

1.2 方法 3 组均应用青霉素钠 640 万 u、庆大霉素 24 万 u、甲硝唑 0.5g 静滴, 1 次/天, 连用 7 天。红藤汤组在上述基础上

加用红藤汤; 方用红藤 30g、败酱草 30g、蒲公英 30g、紫地丁 30g、元胡 15g 煎浓汤 100ml, 38℃~40℃保留灌肠, 每天 1 次, 10 天为 1 疗程。三黄汤组加用三黄汤; 方用黄连 15g、黄芩 15g、黄柏 15g 煎浓汤 100ml, 38℃~40℃保留灌肠, 每天 1 次, 10 天为 1 疗程。对照组单用抗生素加频谱仪照光理疗, 10 天为 1 疗程。为巩固疗效均于下次月经干净后 7 天再行第 2 疗程。停药 24h 后复查双合诊及盆腔 B 超, 进行疗效判定。

1.3 疗效判定标准^[1] 治愈: 症状全部消失; 双合诊检查; 子宫大小正常, 无压痛, 活动度好, 两侧附件无组织增厚、无压痛, 炎性包块全部消失。有效: 腹痛消失或减轻, 白带正常或接近正常, 妇检子宫大小正常, 无压痛, B 超检查盆腔积液或包块明显缩小。无效: 治疗前后症状及体征无变化。

2 结果

3 种疗法对慢性盆腔炎均有效, 经统计学处理 $\chi^2_{c} = 48.19, P < 0.05$ 差异显著; $\chi^2_{bc} = 59.39, P < 0.05$ 差异显著; $\chi^2_{ab} = 1.15, P > 0.05$ 无明显差异。3 种疗法对慢性盆腔炎效果详见表 1。