

原道插入,尾端留在体外,盖以敷料。次日换药可见粗大稠厚之脓柱附着于药线上被引出,清洗后仍以同法插入药线。至引流通畅即可嘱患者咳嗽协助排脓。当脓液明显减少时可改用九一丹药线,直至排尽脓液再加压包扎1~2周,以闭合脓胸窦道。

三、使用本法距吻合口泄漏的时间分别为84、96、115天。疗程分别为35、41、47天。

结果 治愈标准:(1)肋床切口线凹陷,窦道闭合,局部无红肿渗液。(2)X线胸片:脓胸完全消失,心影气管无偏移。结果:本组3例均治愈出院。目前2例已分别存活2年和1年7个月,无脓胸复发。1例于出院后第5月死于癌复发、肺转移。

典型病例 患者男,52岁。病历号79800。因食管中下段癌术后并发吻合口瘘致左侧脓胸近3月而于1989年2月1日再次入院。入院时查见胸壁切口前缘有一炎性窦口溢脓,探针可向左后外上方深入约12cm。摄片示:左胸腔积液(4×7cm),与左上吻合口附近一软组织致密影相通为包裹性脓胸。遂给予甲硝唑液冲洗,负压袋吸引及抗炎治疗1个月不效,故改用五五丹药线试治。10天后当拔出药线时可见灰白色稀脓流出,乃嘱患者咳嗽并沿切口线轻压胸壁即见多量稀脓溢出,量约50ml。如此持续4天脓液即逐日减少,至第17天改用九一丹药线,5天后稀脓、脓柱均消失,窦壁肉芽新鲜,胸透见左胸腔积液消失,即予原切口胸壁加压包扎。2周后见患侧胸壁沿原肋床切口线凹陷,范围约10×4cm,局部肤色正常。复查全胸片:左侧胸膜增厚,脓胸消失。患者恢复良好出院,至今未发。

讨论

一、提毒祛腐法是中医外科常用的外治疗法。使用的主要药物是升丹。正如高锦庭在《谦益斋外科医案》中所言:“升降二丹最为疡科圣药。升者春生之气,既可去腐而又生新”。五五丹、九一丹即是升丹的常用剂型。其有效成分主要是 HgO 和 $Hg(NO_3)_2$, Hg^{++} 能和细菌呼吸酶中的SH相结合而使之失活,因此具有强大的杀菌能力。此外, $Hg(NO_3)_2$ 尚可使病变组织的蛋白质发生凝固性坏死而脱落,同时又能刺激新生肉芽组织生长,从而达到祛腐生新的目的。而以药线插入脓胸窦道则更有引流的作用。本组3例之所以单用抗生素液冲洗吸引无效,就是因为包裹性脓胸的存在不能达到理想引流的结果。只是在五五丹药线腐蚀扩开了脓胸内瘘口及其纤维性间隔,改善了引流,清除了腐败组织之后,在原肋床切口的基础上加压包扎,才真正达到了消灭此种脓胸的目的。这对于已被

术后吻合口瘘严重消耗的食管贲门癌患者来说是一种易于接受的治疗方法,较之手术似更为稳妥。

二、胸膜纤维板包裹脓胸之后提毒祛腐剂就不可能损伤胸内脏器。因此作者以为本法的适应症应是慢性包裹性脓胸,急性期是为绝对禁忌。由于脓胸从急性期转入慢性期一般需8周左右,因此使用本法亦以急性期后的2~3月开始为宜,并需确认脓胸已无负压存在、X线胸片证实已经包裹后方可施术。至于此种脓胸的范围应是较小的,以肺呼吸运动无明显受限者为宜。

三、一般而言,由于胸膜纤维板的机化和引流的逐步通畅, Hg^{++} 被吸收的可能性甚微。因此使用本法是安全的。但如长期大剂量使用,则须注意预防汞中毒的发生。定期监测尿汞含量是行之有效的方法,否则将引起不良后果。

复宫灵 I、II号加减治疗 人流后闭经45例

空军福州医院中医科(福州 350002)

于素萍

一般资料 凡人流后出现闭经3个月以上为观察对象。本组45例,年龄19~42岁,平均31.1岁。初孕受术者18例,孕二次以上受术者27例,占60%。其中3个月内2次人流者3例。1年内3次人流者5例。术后闭经3~6月者32例,6个月以上者13例。部分病例曾应用雌孕激素、活血化瘀药治疗无效。所有患者孕酮撤血试验阴性。妇科检查:7例并发附件炎,13例并发宫颈炎。2例子宫偏小,其余正常。

治疗方法 药物组成:复宫灵I号:鹿角胶15g、紫河车10g、仙灵脾10g、紫石英15g、枸杞子10g、女贞子10g、首乌10g、杜仲15g、香附6g。复宫灵II号:益母草30g、茺蔚子10g、当归10g、丹参10g、牛膝15g、香附12g、枳壳9g、蒲通10g、仙灵脾10g、紫河车10g。随证加减:肾阴虚去紫石英,加旱莲15g、山萸6g、生地15g;肾阳虚加仙茅10g、肉苁蓉10g;气血两虚去紫石英加黄芪15g、鸡血藤15g、谷麦芽各15g;气滞血瘀加玫瑰花6g、红花6g、元胡10g。每日1剂,文火水煎分2次服。先服复宫灵I号18剂,再服复宫灵II号5剂,两方共服23剂为1个治疗周期。若月经来潮则于经期第5天继续下1周期用药,直至月经正常3周期方可停药。若无月经,7天后再进行下1周期治疗,直至用

药3周期, 仍无月经, 为治疗失败。

结果 疗效评定标准: 自觉症状消失, 周期正常3个月以上为治愈。自觉症状未完全消失, 月经量少, 周期不准为有效。自觉症状无变化, 月经未能来潮为无效。结果: 45例中治愈43例, 显效、无效各1例。治愈率95.5%, 有效率97.7%。其中治疗1个周期行经者18例, 2个周期行经者21例, 3个周期行经者5例。全部病例用药过程未发现不良反应。合并附件炎者均有不同程度的好转, 但宫颈炎无变化。

体会 笔者认为, 本病病机以肾虚为主而又挟瘀。“肾虚”与“卵巢功能紊乱”, “血瘀”与“子宫内膜创伤”相吻合。故治疗着重于肾, 寓补于通。先以复宫灵I号(补肾药)旨在补肾填精充血海, 为月经来潮提供物质基础。继以复宫灵II号(活血药)意在活血通经, 助血下行, 促使月经来潮。通过45例临床应用, 笔者认为还须注意(1)早治疗: 病程越长, 疗效越差。(2)贵坚持: 用药多为1~2个治疗周期有效, 行经后仍须巩固治疗。(3)莫早通: 部分病例曾应用黄体酮及活血化瘀药无效, 考虑子宫内膜损伤严重, 徒劳攻逐, 有损无益。故以补肾为先, 依次服复宫灵I、II号。(4)须加减: 本病多肾虚, 但也有阴阳气血的偏衰, 脏腑功能的失常, 故临床不能坚守一方, 要灵活加减。(5)宜疏达: 本病多为生育期妇女, 均有不同程度的情绪变化, 尤初孕妇女, 往往精神恐慌。中医历来重视情志治疗, 故复宫灵I、II号均选用香附, 临床酌情加玫瑰花、月季花等。用时还要进行心理疏导, 安定情绪。

手法治疗梨状肌综合征447例

吉林中西医结合医院(吉林 132012)

辛伯臣

一般资料 本组447例中, 男298例, 女149例; 年龄: 18~69岁, 平均34.3岁; 病程: 1天~12年, 平均64天; 有腰痛症状者194例, 伴有风湿者14例。诊断主要根据以下临床表现: (1)腰臀部呈持续疼痛或一侧臀部深在性酸胀, 伴随一侧下肢沿大腿后面, 小腿后外侧的放散性疼痛, 偶有小腿外侧发麻。会阴部不适, 使患者处强迫体位, 走路时身体半屈曲, 呈鸭步移行步态, 严重者臀部呈“刀割样”, “跳脓样”剧痛, 两下肢屈曲。(2)梨状肌走行位置上可触到高起的成条索或束状肌束, 钝厚, 周围组织松软, 有明显压痛, 直腿抬高及梨状肌紧张试验阳性, 直腿抬高在

60度以下疼痛明显, 抬举受限, 抬高超过60度以上, 疼痛反而减轻。

治疗方法 (1)揉摩: 患者侧卧位, 患侧在上, 全身自然放松, 微屈髋膝, 医者立于一侧, 用鱼际揉摩患侧臀部, 由内向外反复揉摩, 以局部微红发热为度。(2)弹拨理顺: 医者顺患侧梨状肌表面投影, 用一拇指指腹在病变部位顺纤维方向左右弹拨, 边弹拨边将拇指着力部位沿梨状肌肌根的外形轮廓移动, 当触及到挛缩的条索状肌性隆起时, 可适当加大拨动力量, 将全部肌腹拨动一遍, 再分筋理顺, 循序按压3~5遍。力量先轻后重, 指下感到原隆起的肌束平复。再用拇指指腹深压病变部位1 min, 以拨离粘连。(3)斜搬按压: 医者用拇指按压梨状肌抵止部(股骨大转子尖处), 余四指放在臀部, 另手提托患肢膝上部, 先缓后速向患部后侧斜搬, 同时拇指用力按压。一般1次即感患处肌肉松软, 再用拇指点按患侧环跳、殷门、委中、承山、昆仑等穴, 用掌叩击法从患臀部至足踝部2遍。(4)屈髋牵拉: 医者一手握住患侧踝部, 另一手按压屈曲的髌骨下方处, 双手协力将患腿屈曲触及胸前为止, 并作内外旋转运动1~2次。然后作被动伸屈髋关节运动3遍。治疗次数: 最少1次, 最多18次, 平均4.4次。

结果 疗效标准: 治愈: 症状、体征消失, 肢体功能恢复正常, 恢复原工作。显效: 症状、体征明显改善, 停止治疗后病情稳定者, 恢复原工作。好转: 自觉症状缓解, 肢体功能有所改善。无效: 治疗后症状、体征无所改变。本组447例中, 痊愈403例, 占90.16%; 显效42例, 占9.4%; 好转2例, 占0.44%, 有效率100%。

体会 本文介绍之治疗手法通过临床观察表明: 具有舒通经络, 活血解痉, 散瘀镇痛, 剥离粘连, 平复肌筋之功效, 大多数患者经1~4次治疗后症状体征消失。具有安全可靠、简便易行、疗效显著等特点, 患者痛苦少, 乐意接受, 便于在基层医疗卫生部门推广。治疗时, 手法操作应由轻而重, 循序渐进, 切忌蛮力, 以免导致软组织水肿加重而影响疾病的恢复和其他意外发生。急性期慎用弹拨、推压等重手法, 尽量采用抚摩、按揉等较轻手法, 待症状缓解再逐渐加力。总之, 临床中要辨证施治, 因人因症灵活施用手法。病程较长者由于梨状肌压迫神经干, 而导致下肢负荷失衡而出现废用性肌萎缩, 为促进肌肉及神经的生理功能, 加速康复, 应嘱患者加强适当的肢体功能锻炼。