

也能治疗腰痛；二是可作为腰源性腹痛鉴别诊断的重要依据。本组 238 例均采用肾俞穴封闭后腹痛消失，作出明确诊断。

长强穴封闭治疗术后 肛门激惹征 38 例

湖南省邵阳医院(湖南 422000) 龙德时

术后肛门激惹征是肛肠疾病常见的术后反应，既痛苦难忍，又影响创口愈合。口服镇静止痛药物治疗，见效缓慢，且对重症患者效果常欠满意。我们自 1985 年以来，用当归加安定注射液作长强穴封闭，治疗本病患者 38 例，疗效显著。现报告如下。

临床资料 两组病例均在肛肠疾病手术后出现典型的肛门激惹症状，并持续 4 h 以上不能缓解。治疗组 38 例，男 31 例，女 7 例；年龄均在 21~62 岁之间；混合痔内扎外切术后 24 例，环状内痔分段结扎术后 11 例，高位肛瘘扩创挂线术后 3 例。对照组 22 例，男 18 例，女 4 例；年龄均在 24~58 岁之间；混合痔内扎外切术后 13 例，环状内痔分段结扎术后 7 例，肛裂和肛门狭窄扩肛法治疗后各 1 例。两组在性别、年龄、病情程度和手术方法等方面，差异均无显著意义，具有一定可比性。

治疗方法 治疗组：用装有 7 号针头的 5ml 注射器，抽取当归注射液 2ml，安定注射液 10mg，由长强穴(尾骨尖与肛门联线的中点处)刺入，沿尾骨与直肠壁间以 20 度角斜刺进针，刺入 2.5~3cm，待出现酸胀感并抽吸无血后，将药液全部注入。退针后，加压轻轻揉按 1~2 分钟即可。对照组：取上述两种药液各 2ml，作常规肌肉注射。两组病例均每日注射 1 次，2 次为一疗程，第二次注射 24 小时后进行疗效观察。

结果 疗效标准：治愈：临床症状消失；好转：临床症状减轻；无效：临床症状无改善，改用其他方法治疗。结果：治疗组：治愈 35 例(92.1%)，平均治愈时间为 1.56 小时；好转 3 例(7.9%)。对照组：治愈 8 例(36.4%)，平均治愈时间为 8.75 小时；好转 6 例(27.2%)；无效 8 例(36.4%)，总有效率 63.6%。两组间总有效率、治愈率和平均治愈时间，经统计学处理，差异均非常显著($P < 0.01$)，说明治疗组疗效明显优于对照组。

讨论 术后肛门激惹征，是由于在肛肠疾病手术治疗过程中，对肛周组织强力牵拉刺激所引起。其临床表现，以术后肛门出现有规律或无规律的挛缩、

坠胀，甚至剧烈掣痛为特征。中医认为其主要病理变化是局部经络凝滞，气血不通。长强穴位于尾骨与肛门之间，为督脉经之穴，临床是治疗便血、痔疮、脱肛等肛肠疾病和尾骶部疼痛的常用穴位。我们对术后肛门激惹征患者，选用具有行气活血、解痉止痛的当归和安定注射液于本穴封闭，通过针刺和药物的作用，更能激发经络经气，加强穴位效能，疏通经络，行气活血，因而其疗效较常规肌肉注射更为满意。

我们认为，本法不但对术后肛门激惹征效果满意，而且有预防伤口感染，减少术后瘢痕粘连，防止肛门狭窄的作用。因而是预防肛肠疾病术后并发症的有效方法，值得推广应用。

中西医结合治疗席汉氏 综合征 6 例

上海市奉贤县中心医院(上海 201400) 徐永正

自 1984 年 1 月~1987 年 6 月 我们对 6 例席汉氏综合征(脑垂体机能减退症)采用中西医结合治疗，效果较好，报告如下。

临床资料 6 例患者均系女性，年龄 33~71 岁。病程分别为 5、10、11、20、31 及 40 年。职员 2 例，农民 4 例。6 例均符合《实用内科学》中有关本病的诊断标准。均有产后大出血史，其中 2 例因此而已作子宫切除术，产后均无泌乳及月经来潮。1 例有慢性胆囊炎，余均无特殊病患史。

入院病情：体温 36.5℃ 以下 2 例，36.5~37℃ 2 例，2 例高达 40.1 及 40.5℃。收缩压低于 90mmHg 2 例，1 例未测出，3 例正常。2 例神志昏迷，2 例精神抑郁，2 例有幻听、幻视及迫害妄想。4 例颜面及下肢浮肿，6 例皮肤均粗糙，全身毛发稀少，乳房萎缩，乳晕色淡，2 例心界扩大、心音低远、心率 < 60 次/min，3 例肺部有罗音。3 例生育期者子宫体缩小，阴道粘膜有萎缩伴慢性炎症。

舌象脉象：6 例均舌质淡胖边有齿印(2 例有紫斑)，舌苔薄白、黄腻及光剥的各 2 例。脉濡细、细数各 2 例，脉微欲绝及测不到各 1 例。

实验室检查：血 Hb 6 例均 ≤ 100 g/L，RBC 6 例均 $\leq 3.5 \times 10^{12}$ /L，WBC 4 例 $\leq 10 \times 10^9$ /L，2 例 $> 10 \times 10^9$ /L。基础代谢率、空腹血糖、24h 尿 17-酮类固醇及 17-羟类固醇检测均明显低于正常，肝肾功能在正常范围。胸片检查 3 例有胸腔积液(2 例并少量心包积液)。心电图检查低电压及窦性心动过缓各 2 例，

窦性心动过速 1 例，以上 5 例中 2 例合并心肌损害；1 例正常。6 例头颅及蝶鞍摄片，2 例作 CT 检查，均无异常。

治疗方法

西医治疗：(1)入院后即予保暖、供氧、补充热量及多种维生素。(2)强的松 10~30mg/日，2 例昏迷者氢化可的松 0.2g/日，静脉滴注，甲状腺素 20~60mg/日，3 例年轻者曾予短期人工月经周期治疗。(3)抗感染、抗休克、纠正酸中毒、电解质紊乱等综合治疗。

中医中药：本组 6 例均辨证为气血两虚、肾阳不足，其中 2 例并有血瘀、2 例挟有湿热。治宜补肾温阳、气血双调，对挟湿浊及瘀血者辅以清热解毒及活血化瘀之剂。药用：制附块 10g，党参、黄芪、当归、熟地、丹参、白芍、白术各 12g，甘草 5g。每日 1 剂，分二次服。对脉微欲绝及测不到者加用红参（1 例用野山参）；对挟有湿热者加板蓝根、黄芩、黄柏等清热解毒药；脱发多加首乌；年轻闭经者加茺蔚子。待病情基本稳定后，则以参芪六味丸方加减调治之。

结 果 经治疗后，患者精神、食欲、体力均有明显改善，2 例原有精神症状基本消失，胸腔及心包积液吸收，血常规、基础代谢率、心电图等有关检查已恢复或接近正常。6 例均好转出院，住院时间 13~54 天，平均 31.5 天。

随访：6 例出院后继续以参芪六味丸（或十全大补丸）方加减进行治疗，激素用量逐渐减少，4 例以强的松 5mg/日、甲状腺素 20mg/日维持，一年后 2 例停用激素，2 例正常月经来潮。全部病例保持随访追踪，至今已 2~5 年，现 6 例均能参加正常工作及劳动。

讨 论 本病以往主要终身服用激素进行替代治疗，但长期大量应用激素易引起严重并发症。中医学将产后大出血归属“崩”症，由于血崩致冲任损伤，血海不固，气血亏损，肾阳不足；同时由于阴阳互根，无阳则阴无以生，最终肾阳肾阴俱损。治疗时则既用补肾温阳之剂，又用益气补血之品，而对兼有湿热或血瘀者则加用清热化湿或活血化瘀药物。方中附块以温阳补肾为主，党参、黄芪、当归、白术、白芍等气血双补，丹参则活血祛瘀。若遇脉微欲绝则重用红参或野山参以回阳救逆、益气救阴。但当病情稳定后，则以参芪六味丸为主进行调治。我们采用上法治疗后，激素用量大为减少或已停用，而病情持续稳定、好转。

血府逐瘀汤及中极穴埋线法对 输卵管吻合术后复孕的观察

江西省吉安县医院(江西 343100)

罗亦戎 傅枕华

我院从 1985 年 3 月起，将血府逐瘀汤及中极穴埋线法应用于输卵管吻合术，并设对照组对比观察，疗效满意，现报告如下。

临床资料 60 例行输卵管吻合术的患者年龄在 21~38 岁，术前检查男女双方均健康，有过生育史，女方分泌期测定均有排卵，男方精液检查正常；双方均居一地，术后分两组对比观察。治疗组 40 例，平均年龄 28.9 ± 7.4 岁 ($\bar{x} \pm S$)，手术距结扎时间 31 ± 17.7 月 ($\bar{x} \pm S$)。术前月经基本规则者 30 例，不规则 10 例，术中见原结扎术式为麦氏改良法 33 例，李氏法 7 例；结扎于峡部者 60 例；壶腹部 20 例；输卵管与周围组织均无重度粘连，轻度粘连 48 例，原结扎部位瘢痕结节除 4 侧长 4cm、1 侧长 6cm 外，其余为 2~3cm 长。伴盆腔慢性炎症 5 例；单侧卵巢炎 3 例，双侧者 1 例；1 侧卵巢小囊肿 2 例（已切除，做对侧吻合）。吻合后输卵管 67 侧长 6~10cm，13 侧 ≥ 10 cm。对照组 20 例，平均年龄 29.5 ± 8.2 岁，手术距结扎时间 29 ± 18.2 月。月经尚规则者 16 例，4 例不规则。术中见结扎为麦氏改良法 14 例，李氏法 6 例；峡部结扎 28 例，壶腹部 12 例。结扎瘢痕结节均为 2~3cm。盆腔慢性炎症 3 例，单侧卵巢炎 2 例。吻合后输卵管 6~10cm 31 例， ≥ 10 cm 9 例。

治疗方法 治疗组术前先定好中极穴位置，即排尿后在脐窝与耻骨联合上缘中点连线的下 4/5 处，直刺进针约 3cm，患者有下腹部酸胀、生殖器抽动感即到穴，体表着色后退针并测深度。手术在肉眼直视下按常规操作，“0”号肠线作支架将输卵管切端做端端吻合，缝皮前在定位点皮下缝埋肠线至所测深度后缝合切口。拆线后开始服加减血府逐瘀汤，每日 1 剂，共服 7 天。术后 1 个月如输卵管通液欠佳或生殖器炎症明显可加服 7 剂。加减血府逐瘀汤组方：当归、赤芍、木通、艾叶、红花、牛膝、鸡血藤各 9g，桃仁、茯苓皮、益母草各 12g，川芎 6g，肉桂 3g。体虚者可兼服补益气血药物。对照组手术方法及材料相同，术后除防治切口感染外不作其他治疗。

结 果 术后 2 月复查碘油子宫通畅率，治疗组与对照组分别为 85.0% (34 例) 及 55.0% (11 例)， $P <$