

16 例双足, 30 例单足; 病程 10 个月~3 年 3 个月。

治疗方法

1 跟骨钻孔减压术 其目的是降低跟骨内压力。患者取仰卧位, 患足常规消毒铺巾, 用局麻, 患肢内旋, 在足跟外侧作切口, 钻孔。切口从跟骨结节下方开始, 向前下方作弧形切口至外踝下方, 跟距关节下方约 1cm 处, 切口长约 4cm, 逐层切开皮肤、皮下组织、骨膜、推开骨膜后钻孔, 使孔成行成列, 共 6 孔, 孔间距 0.5cm, 以钻孔处溢出少量含脂肪的血液为度。置引流管后缝合切口, 术后 24h 后拔除引流管。钻孔时勿伤及对侧神经和血管。术后伤肢抬高, 使下肢肌肉静力锻炼, 2 个月后下地活动。

2 中药治疗 桃红四物汤加味, 桃仁 10g 红花 10g 附子 6g 肉桂 8g 熟地 12g 当归 9g 白芍 9g 川芎 6g 杜仲 10g 木瓜 10g, 每日 1 剂, 水煎 2 次, 早晚口服, 连服 10 剂, 10 剂为 1 个疗程。

中医治疗组采用口服桃红四物汤加味。西医治疗组采用跟骨钻孔减压术。中西医结合治疗组采用口服桃红四物汤加味和跟骨钻孔减压术。

结果

1 疗效标准 痊愈: 指症状体征完全消失; 好转: 足跟痛基本消失, 行走时轻度疼痛, 局部压痛消失; 无效: 足跟痛未改变。

2 治疗效果 见表 1(治疗 2 个月后评定疗效)。

3 组间总有效率和痊愈率有显著性差异($\chi^2 = 56.82, P < 0.01$)。中医治疗组与西医治疗组的总有效率和痊愈率有显著性差异($\chi^2 = 21.72, P < 0.01$)。西医治疗组与中西医结合治疗组的总有效率和痊愈率有显著性差异($\chi^2 = 7.19, P < 0.05$)。中医治疗组与中西医结合治疗组的总有效率和痊愈率有显著性差异($\chi^2 = 53.15, P < 0.01$)。

表 1 3 组疗效比较[足(%)]

组别	例数	足数	痊愈	好转	无效	总有效率
中医治疗	43	65	8(12.31)	19(29.23)	38(58.46)	(41.54)
西医治疗	38	47	23(48.93)	14(29.79)	10(21.28)	(78.72)
中西医结合治疗	46	62	44(70.96)	14(22.58)	4(6.45)	(93.55)

讨论

西医学认为: 跟骨主要由海绵样松骨质构成, 骨髓腔内静脉窦大。由于跟骨位于身体最低处, 受重力影响, 动脉血易注入, 静脉血难回流。在正常情况下, 跟骨内注入动脉血与回流的静脉血量是动态平衡, 所以跟骨内压力也是处于动态平衡。如果跟骨的血运受到影响, 打破这个平衡, 无论是注入或回流障碍, 均可造成瘀血或充血, 从而产生跟骨内高压症状。跟骨钻孔术是以手摇钻在跟骨上钻孔数处, 使骨内压下降, 血流畅通, 疼痛随之缓解。中医学认为: 本病病机是寒凝血滞, 致经脉瘀阻, 不通则痛。本方中熟地滋肾补血, 肉桂、附子温经祛寒。桃仁、红花活血化瘀。辅以当归养血活血, 使瘀血消散, 则脉络通畅。再以白芍养血和阴, 则补正而不碍邪。川芎活血行气。引以杜仲, 木瓜舒筋活络, 强筋壮骨。诸药合用, 则温经祛寒, 瘀血消散, 脉络通畅, 则足跟通则不痛。

使用中西医结合的治疗方法可在短时间内减轻患者的痛苦和治愈跟骨高压症。此法简单易行, 故可在基层医院推广。

(收稿: 1999-07-14 修回: 1999-01-05)

木芙蓉外敷辅助治疗阑尾周围脓肿 288 例

浙江省义乌市第二人民医院(浙江 322002)

何春林

1982~1998 年, 笔者用木芙蓉外敷辅助治疗阑尾周围脓肿 288 例, 并与同期常规保守治疗的 269 例作对照, 现报告如下。

临床资料

1 病例选择 有急性阑尾炎症状, 同时右下腹可触及固定的痛性肿块, 余腹无压痛, B 超检查右下腹炎性肿块, 排除实质性占位性肿块和囊肿。

2 一般资料 557 例患者按入院时的单、双日随机分为两组, 治疗组 288 例, 男 196 例, 女 92 例; 年龄 8~67 岁, 平均 36 岁; 病程 4~10 天, 平均 7 天; 右下腹肿块直径 7~15cm, 平均 10cm; 体温 37.8~39.2℃, 平均 38.6℃; 实验室检查: 血 WBC $(12.8 \sim 20.4) \times 10^9/L$, 平均 $16.2 \times 10^9/L$ 。对照组 269 例, 男 184 例, 女 85 例; 年龄 14~68 岁, 平均 37 岁; 病程 3~11 天, 平均 6 天; 右下腹肿块直径 6~15cm, 平均 9cm; 体温 37.6~39.0℃, 平均 38.5℃; 实验室检查: 血 WBC $(12.0 \sim 19.6) \times 10^9/L$, 平均 $15.8 \times 10^9/L$ 。所有患者均无腹膜炎体征, 两组患者资料比较无显著性差异。

治疗方法 两组患者入院后均给予补液、抗感染治疗(使用的抗生素相同)。治疗组根据不同季节取本地培植的木芙蓉叶、或花、或根皮, 加适量米醋、食盐捣烂成药糜, 视肿块大小, 敷于相应处约 1cm 厚, 范围超过肿块外缘 2~3cm, 每天 1~2 次, 以药糜干燥更换为原则, 直至肿块消失或患者出院。对照组不作其他特殊处理。

结果

1 疗效标准 治愈: 自觉症状及肿块消失, 体温正常; 显效: 症状消失, 体温正常, 肿块缩小 > 50%; 有效: 症状减轻, 体温下降, 肿块缩小 < 50%; 无效: 未达到有效标准, 或出现腹膜炎体征, 或中转手术治疗。

2 疗效 治疗组 288 例治愈 268 例(93.1%), 显效 16 例(5.6%), 有效 3 例(1.0%), 无效 1 例(0.3%, 中转手术治疗); 住院时间 9~22 天, 平均 14 天。对照组 269 例治愈 208 例(77.3%), 显效 18 例(6.7%), 有效 14 例(5.2%), 无效 29 例(10.8%, 其中中转手术治疗 26 例, 自动出院 3 例); 住院时间 12~33 天, 平均 21 天。经统计学分析, 治疗组疗效优于对照组(χ^2 检验, $P < 0.05$)。

体会 阑尾周围脓肿是由于阑尾的急性炎症未能得到及时控制, 炎症渗出, 大网膜包裹及周围组织的粘连, 形成阑尾周围炎症性肿块, 手术困难, 故一般主张保守治疗。木芙蓉(*Hibiscus mutabilis* L.) 又名地芙蓉、木莲、华莲、拒霜等, 属锦葵科落叶灌木或小乔木, 主产于浙江等地, 具有清热解毒、化瘀消

肿的作用,治一切痈疽发背,乳癰恶疮。本品取材方便,使用简单,疗效可靠,无毒副作用,适应推广使用。

(收稿:1999-09-17 修回:1999-12-10)

速尿与川芎嗪联合应用对重度肾积水术后肾功能恢复作用的临床观察

河南省平舆县中医院(河南 463400)

王小黑 田献忠 丁庆标

1992年3月~1998年3月,我们将收治的102例重度肾积水术后T管无尿、少尿患者随机分成治疗组和对照组,观察速尿、川芎嗪联合应用对术后肾功能的恢复作用,结果满意,现总结报告如下。

资料与方法

1 临床资料 共102例,均经B超、肾输尿管与膀胱X片(KUB)、肾盂造影术(IVP)、逆行造影、CT等确诊为结石梗阻所致的重度肾积水,且B超示肾皮质厚度0.5~1.0cm、IVP患肾不显影。治疗组62例,其中男35例,女27例;年龄20~66岁,平均45.1岁;肾结石7例,上段输尿管结石23例,中段20例,下段12例;发现梗阻时间7~56天,平均19天;因双侧梗阻或对侧病变合并氮质血症者16例(BUN 13.5~18.7mmol/L,平均14.3mmol/L);取石术后24h T管无尿14例,少尿(尿量<200ml)48例。对照组40例,其中男23例,女17例;年龄18~62岁,平均42.3岁;肾结石5例,上段输尿管结石16例,中段12例,下段7例;发现梗阻时间10~60天,平均22天;因双侧梗阻或对侧病变合并氮质血症者10例(BUN 10.1~19.6mmol/L,平均14.7mmol/L);取石术后24h T管无尿7例,少尿33例。两组性别、年龄、病情等无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法 全部病例均根据结石所在部位不同采取相应术式的开放取石术,术中均用T管行支架引流。治疗组从术后24h开始给速尿20mg,加25%葡萄糖注射液20ml,静脉推注,每天1次,连用3天;川芎嗪注射液100mg,加10%葡萄糖注射液500ml,静脉滴注,每天1次,连用10天;余按常规处理。对照组除不给速尿、川芎嗪外,其他同治疗组。

3 观察指标 (1)全部病例均记录术后第14天T管尿量,观察肾功能恢复情况。(2)合并氮质血症者,术后第14天测BUN。(3)术后3个月检查IVP,观察患肾显影情况,不显影者6个月再复查1次。

结果

1 肾功能恢复评定标准 术后第14天T管尿量>800ml者为显著恢复,400~800ml者为恢复良,200~400ml者为恢复差,<200ml者为无恢复。结果:治疗组62例中,显著恢复32例,恢复良19例,恢复差9例,无恢复2例,恢复良好率为82.3%;对照组40例中,显著恢复15例,恢复良11例,恢复差10例,无恢复4例,恢复良好率为65.0%。两组比较,治疗组肾功能恢复良好率明显高于对照组,有显著性差异($\chi^2=3.91$,

$P<0.05$)。

2 合并氮质血症者术后第14天BUN情况比较 治疗组BUN值(mmol/L)为 9.25 ± 1.86 ,对照组为 11.23 ± 1.55 。治疗组BUN值明显低于对照组,有显著性差异($t=2.829$, $P<0.01$)。

3 术后3个月、6个月IVP患肾显影情况比较 治疗组62例中术后3个月患肾显影41例,显影率66.1%,21例不显影者6个月复查,显影12例,不显影9例;总显影率85.5%。对照组40例中术后3个月显影18例,显影率45.0%,22例不显影者6个月复查,显影9例,不显影13例;总显影率67.5%。治疗组显影率明显高于对照组,有显著性差异(3个月 $\chi^2=4.45$, $P<0.05$;6个月 $\chi^2=4.65$, $P<0.05$)。

讨论

本疗法药物作用机理:速尿除具有抑制髓袢升支对 Cl^- 的主动转运,使大量 Na^+ 、 Cl^- 和水排出体外,还能降低肾血管阻力,增加肾皮质血流;川芎嗪能抑制血小板聚集,扩张小动脉,改善肾脏血液循环,保护肾小管上皮细胞,抗氧自由基损伤及促进肾小管上皮细胞再生。两药合用,在梗阻解除早期,速尿强大的利尿作用使肾小管系统得到冲洗,加上川芎嗪对肾小管上皮细胞的保护功能,可明显促进重度肾积水术后肾功能的恢复。

(收稿:1999-07-01 修回:1999-11-10)

云南白药用于扁桃体术后止血的疗效观察

黑龙江省绥芬河市人民医院耳鼻喉科(黑龙江 157300)

张玉成

我院耳鼻喉科1994年8月~1998年8月1日采用云南白药对40例扁桃体术后患者进行局部止血观察。现报道如下。

临床资料 我科4年期间所做扁桃体切除术,在术中用了3种不同药物进行局部止血,临床实践中随机分3组:白药组40例,男24例,女16例,年龄15~45岁,平均24岁。去甲肾上腺素组30例,男18例,女12例;年龄18~32岁,平均21岁。麻黄素组20例,男8例,女12例;年龄14~46岁,平均26岁。3组患者均为慢性扁桃体炎,扁桃体肥大程度除个别Ⅰ度外,绝大多数在Ⅱ度~Ⅲ度之间。手术时间距急性发作期最少在4周以上,女性患者在月经期前后5~6天内均不手术。临床检查:体温、脉搏、呼吸、血压、血尿便常规、肝功生化检验均在正常范围。

治疗方法 3组患者均用1%普鲁卡因局部麻醉,每侧用量12~15ml,用剥离法进行切除。扁桃体切除后,白药组用干纱球蘸云南白药(云南省文山壮族苗族自治州制药厂生产)约0.2g;麻黄素组用干纱球浸湿1%麻黄素液,塞入扁桃体窝内均匀压迫5min即可;去甲肾上腺素组于每10ml普鲁卡因液内加盐酸去甲肾上腺素1滴,术后用干纱球压迫5min,观察无活动渗血即结束手术。回观察室后,即让患者吐唾液,并分别把术