热痛宁灌肠液辅助治疗胆石症 并感染 52 例

云南省玉溪市中医院(云南 653100) 曾国强

1992 年 1 月~2001 年 10 月,我院急诊科用热痛宁灌肠液辅助治疗胆石症并感染 52 例,并与用常规治疗的 52 例作对照,现报告如下。

临床资料 全部病例均为急诊住院患者,诊断均符合《诊疗常规·内科》(云南省卫生厅医政处编,昆明:云南科技出版社,1988:88)标准,按抽签法随机分为两组。治疗组 52 例,男 16 例,女 36 例;年龄 21~76 岁,平均 51.3 岁;体温: $<37.5^{\circ}\text{C}$ 29 例, $37.5\sim 39^{\circ}\text{C}$ 16 例, $>39^{\circ}\text{C}$ 7 例;白细胞(WBC): $<10\times 10^9/\text{L}$ 23 例($10\sim 15$) $\times 10^9/\text{L}$ 23 例($15^+\sim 22$) $\times 10^9/\text{L}$ 6 例;腹痛程度:轻度(腹痛不剧)14 例,中度(腹痛剧尚能忍受)28 例,重度(腹痛剧,不能忍受)10 例,黄疸程度:轻度(巩膜黄染)1 例,中度(巩膜黄染,皮肤稍黄染)0 例,重度(全身明显黄染)2 例。对照组 52 例,男 21 例,女 31 例;年龄 20~77 岁,平均 49.1 岁;体温: $<37.5^{\circ}\text{C}$ 36 例, $37.5\sim 39^{\circ}\text{C}$ 12 例, $>39^{\circ}\text{C}$ 4 例;WBC: $<10\times 10^9/\text{L}$ 38 例($10\sim 15$) $\times 10^9/\text{L}$ 10 例($15^+\sim 22$) $\times 10^9/\text{L}$ 4 例;腹痛程度:轻度 15 例,中度 26 例,重度 11 例,黄疸程度:轻度 0 例,中度 0 例,重度 1 例。两组超声均显示胆囊或肝内胆管或胆总管结石。两组资料比较差异无显著性。

治疗方法 两组患者均常规使用抗生素及消炎利胆片,1995 年底前抗生素用氨苄青霉素 6.0g 加入生理盐水 250ml 中静脉滴注,1996 年后用头孢噻肟钠 3.0g,加入生理盐水 250ml 中静脉滴注,均每天 1 次,至腹痛消失,体温正常,再巩固 2 天后停用。治疗组同时加用热痛宁灌肠液(组方:大黄 50g 枳实 30g 黄芪 30g 元胡 20g,由本院制剂室提供)250ml 灌肠,药液温度 $35\sim 37^{\circ}\text{C}$,插管深度 14~18cm,保留 20min,每日灌肠 1~2 次,如 WBC($15^+\sim 22$) $\times 10^9/\text{L}$ 或重度腹痛或重度黄疸者每日 2 次,直至腹痛消失,体温正常。两组在治疗期间禁忌酒、鸡蛋、生冷辛辣食物。

结果

1 疗效判定 显效 3 天内腹痛消失,体温正常,血常规正常,无黄疸。有效 6 天内腹痛消失,体温正常,血常规正常,无黄疸。无效 超过 6 天腹痛仍存或体温仍高,或有黄疸。

2 两组疗效 治疗组 52 例,显效 22 例(42.3%),有效 22 例(42.3%),无效 8 例(15.4%),总有效率为 84.6%。对照组 52 例,显效 5 例(9.6%),有效 34 例(65.4%),无效 13 例(25.0%),总有效率为 75.0%,两组显效率及总有效率比较差异均有显著性($\chi_1^2=16.46$, $\chi_2^2=19.15$,均 $P<0.01$),治疗组的疗效优于对照组。

3 单一症状疗效 平均腹痛消失时间(天, $\bar{x}\pm s$)治疗组为 3.93 ± 1.04 ,对照组为 5.63 ± 1.61 ($t=11.33$, $P<0.01$);平均退热时间(天, $\bar{x}\pm s$)治疗组为 4.17 ± 2.11 ,对照组为 4.23 ± 1.71 ($t=0.09$, $P>0.05$)。黄疸症状,仅治疗组有 1 例,在治

疗有效期内完全消退,其余均未完全消退。

4 不良反应 两组治疗过程中未发现明显不适反应,治疗组在住院期间无复发,对照组在住院期间有 4 例复发。

讨论 本病中医学归入胁痛范畴,一般与肝胆气机郁滞、血瘀、湿热积滞、腑气不通有密切关系,故下法是本病的主要治法之一。现代研究证明:下法有提高肠管张力,促进蠕动增强,反射性引起排胆的作用,并且疏肝利胆类中药能松弛奥狄氏括约肌,促进胆汁分泌。热痛宁灌肠液组方以大黄为主,枳实、元胡配合,共达疏肝利胆,通腑泻热,理气止痛之功。黄芪增加益气推荡之力,并具托里生肌,保护肠粘膜之效。口服寒凉泻下之品,多致胃气受伤,灌肠疗法避免了下法影响脾胃功能这一弱点,能明显缩短疗程,副反应少,疗效稳定。

(收稿 2002-02-18 修回 2002-04-22)

复方丹参注射液局部注射加 扩肛术治疗肛裂 54 例

山东省立医院(济南 250021) 辛学知

肛裂局部注射加扩肛是治疗肛裂的一种有效办法,但选用不同注射液对肛裂治疗的远期疗效、复发率有一定影响。为此,笔者自 1998 年 7 月~2000 年 7 月,用复方丹参注射液加手术扩肛治疗肛裂 54 例,并与单用手术扩肛治疗的 32 例作对照,现报告如下。

临床资料 所有患者均以大便时肛门疼痛、便血为主症,局部检查可见肛门一处肛管皮肤梭形溃疡,大便干燥时加重,反复发作。诊断标准按《中国肛肠病学》(黄乃健等主编,济南:山东科学技术出版社,1996:774)。84 例按数字表法随机分为两组,治疗组 54 例,男 32 例,女 22 例,年龄 (40.5 ± 24.5) 岁,病程 (79.1 ± 11.4) 天;Ⅰ期 35 例,Ⅱ期 19 例。对照组 32 例,男 20 例,女 12 例,年龄 (41.7 ± 23.7) 岁,病程 (80.2 ± 10.7) 天;Ⅰ期 24 例,Ⅱ期 8 例。所有病例均观察有一处裂损者。两组一般资料经统计学处理差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

方法

1 治疗方法 两组患者均通过饮食调理大便,防止大便再干燥。患者呈骑俯位,局部消毒后以 1%利多卡因 10ml 行局部麻醉,成功后治疗组用复方丹参注射液(上海第一制药厂生产,每毫升含丹参、降香各 1g)6ml,沿肛裂基底部呈扇型注射,加压,可做适当按摩,然后以两指放入肛门内(取少量痔疮膏外涂)行手术扩肛术,观察伤口无波动性出血,术后包扎。对照组麻醉成功后,仅行手术扩肛术。术后不需换药,1 周后复查,术后随访超过 2 年。

2 肛管压力测量 应用合肥新技术研究所研制的 GCY-B 型肛肠测压仪,分别测量术前及术后(1 个月)直肠肛门反射(RAR)、直肠静息压(RRP)、肛管静息压(ARP)、肛管最大收缩压(AMCP)。

3 统计学方法 两组复发率按百分率计算,采用 U 检验。

结果

1 疗效标准 痊愈:创口愈合良好,肛门无新鲜裂口,2年内无排便时肛门疼痛、出血。复发:术后2年内肛门疼痛、便血,肛门有新鲜裂口形成。3项症状出现2项以上,或者某一症状出现3次以上者。

2 疗效 治疗组54例,痊愈52例(96.3%),复发2例(3.7%)。对照组32例,痊愈27例(84.4%),复发5例(15.6%),两组比较治疗组疗效优于对照组(P<0.05)。

3 两组患者术前及术后(1个月)RRP、ARP、AMCP测定结果见表1。两组患者手术前后均存在RAR阳性(因裂伤对肛门自制功能不造成影响),RRP两组术后均较术前均有显著降低(P<0.05),但降低程度两组比较,差异无显著性,说明术后肛管直肠局部炎症刺激的解除,增强了直肠的贮袋能力及其顺应性。ARP两组术后均较术前显著降低(P<0.05),但两组降低程度差异有显著性(P<0.05),说明治疗组在解除内括约肌痉挛、降低ARP方面明显优于对照组。AMCP两组手术前后均无显著性变化,说明两种方法对外括约肌功能影响较小。

表1 两组患者手术前后 RRP、ARP 和 AMCP 比较 (kPa, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	RRP	ARP	AMCP
治疗	54	术前	1.71±0.28	13.88±1.47	18.10±1.23
		术后	1.29±0.26*	9.28±0.68*△	18.02±2.20
对照	32	术前	1.57±0.44	13.57±2.04	17.98±1.74
		术后	1.28±0.48*	11.02±0.90*	17.90±1.33

注:与本组术前比较,*P<0.05;与对照组术后比较,△P<0.05

讨论 肛裂是因内括约肌痉挛诱发肛后血供严重不足所致。应尽力解除缺血、痉挛、更缺血这一恶性循环。括约肌切开术虽可降低肛管AMCP,但可引起约30%患者肛门失禁;化学性括约肌切开术可治愈>80%,无永久性括约肌损害,复发者再治疗仍有效,是治疗慢性肛裂的理想疗法。复方丹参注射液具有促进组织胶原修复与再生,防止组织损伤,主要通过改善微循环,改善血液理化特性及血液动力学,据此可以看出,肛裂的病理变化与复方丹参注射液的治疗作用极其对应。从本文治疗情况来看,治疗组疗效明显优于对照组。本法治疗肛裂简单易行、安全可靠、疗效确切,值得推广、应用。

(收稿 2002-01-21 修回 2002-03-10)

中医辨证治疗高原性功能低血压 200 例

西北民族学院医学院附属医院(兰州 730030) 李宝鹤
甘肃省甘南州医院 李宝鹤

1984年1月~1995年11月,笔者采用中医辨证施治高原性功能低血压200例,现报告如下。

临床资料 诊断依据《实用中西医结合诊断治疗学》(陈贵廷,杨思澍,北京:中国医药科技出版社,1991:372)标准,选择在高原地区生活达5年以上,血压达到低血压标准(血压为90/60mmHg),同时兼有眩晕、头痛、恶心、呕吐、疲乏、不思饮食、易感冒,头晕严重者如坐舟车、闭目静卧不敢睁眼。排除非功能性及先天性血压偏低而无任何不适者。

病例来源于海拔高于3100m的甘肃省甘南州碌曲县及4012m的碌曲县尕海乡患者共200例,男81例,女119例;年龄28~70岁,平均49岁,病程3~26年,平均14.5年。本地出生53例,内地来高原工作者147例;II期(血压低于诊断水平,并有眩晕、头痛、恶心、呕吐、疲乏、不思饮食、易感冒等)171例,III期(血压低于诊断水平,并有眩晕如坐舟车、严重呕吐、不思饮食、静卧不起等)29例。中医辨证为气血阴阳两虚型102例,肝肾阴虚型46例,脾胃痰浊型10例,脾肺气虚型13例,脾肾阳虚型21例,肝郁气滞型8例。

治疗方法 用杞菊地黄汤合生脉汤加黄芪为基础方:红参15g(另炖兑服) 麦冬12g 蜜制五味子12g 枸杞子10g 杭白菊10g 山萸肉10g 淮山药10g 炒泽泻6g 茯苓10g 地黄10g 牡丹皮6g 生黄芪30g,每日1剂,水煎分2~3次服,15剂为1个疗程。并随症加减:气血阴阳两虚型加附子、肉桂;肝肾阴虚型加炙龟版、炙鳖甲;脾肾阳虚型合真武汤;脾肺气虚型合香砂六君子汤;脾胃痰浊型合半夏天麻白术汤;肝郁气滞型合柴胡疏肝汤等,服药后血压升至正常范围,症状消除后改服中成药杞菊地黄丸(兰州佛慈制药厂生产,组成:熟地黄、山药、山茱萸、茯苓、牡丹皮、泽泻、枸杞子、菊花,每8粒相当于原药材3g)8粒,每日3次;生脉颗粒(组成:党参、麦冬、五味子,每袋10g,兰州佛慈制药厂生产)1包,每日3次。扶正冲剂(甘肃定西制药厂生产,组成:生黄芪、女贞子等,每袋15g)1包,每日3次,维持血压。一般成药维持10天后停药。有呕吐、恶心或服用中药受条件限制而不能用汤剂者(约20例)先采用西药静脉给予能量合剂,营养袋或直接输血等,缺氧时并同时配合氧气吸入,待能用汤剂(一般3~5天后)即服用汤药。

结果

1 疗效判定标准 治愈:血压升至正常值,症状、体征消失,随访3年未复发者;显效:血压升至正常值,症状、体征消失,随访1年未复发者;有效:血压升至正常值,症状体征消失,但不足0.5年又复发者;无效:未达到有效标准。

2 疗效 治愈140例,显效34例,有效23例,无效3例,总有效率98.5%。

3 不同中医证型疗效 见表1。各中医证型中以气血阴阳两虚型和肝郁气滞型疗效较好。

表1 200例患者不同中医证型疗效结果 [例(%)]

中医证型	例数	治愈	显效	有效	无效
气血阴阳两虚	102	77(75.5)	13(12.7)	9(8.8)	3(2.9)
肝肾阴虚	46	28(60.0)	11(23.9)	7(15.2)	0
脾肾阳虚	21	14(66.7)	4(19.0)	3(14.3)	0
脾肺气虚	13	8(61.5)	3(23.1)	2(15.4)	0
脾胃痰浊	10	7(70.0)	2(20.0)	1(10.0)	0
肝郁气滞	8	6(75.0)	1(12.5)	1(12.5)	0

体会 中药汤剂治疗高原地区高原性功能低血压疗效显著,远期效果好,从根本上调整患者阴阳,使之“阴平阳秘”,且无毒副反应,是居住高原地区患有此病者受到欢迎。基础方中杞菊地黄汤滋补肝肾之阴,生脉汤益气生脉,用红参以加强补力,再配以生黄芪增强对脾肺之气的补力。共奏填补真阴,益气生脉以达到升压的目的。

(收稿 2001-12-04 修回 2002-04-08)