

中西医结合治疗小儿喘息样支气管炎 120 例疗效观察

林黎清

(浙江省温州市中医院小儿科 温州 325000)

摘要 :目的 :观察中西医结合治疗小儿喘息样支气管炎临床疗效。方法 :将 212 例小儿喘息样支气管炎随机分为对照组 92 例用世福素 5~10mg/(kg·d) ,分 2 次口服 ,加用博利康尼 0.065mg/(kg·次) ,每 8h 1 次 ;治疗组 120 例西药同对照组 ,加用中药麻杏石甘汤加味。结果 :治疗组和对照组有效率分别为 98.3%和 91.3% ,经统计学处理有显著性差异($P<0.05$) ,2 组的痊愈率分别为 92.5%和 78.3% ,经统计学处理有非常显著性差异($P<0.01$)。结论 :中西医结合治疗小儿喘息样支气管炎可明显提高临床疗效。

关键词 :喘息样支气管炎 ;小儿 ;中西医结合疗法 ;麻杏石甘汤 ;世福素

中图分类号 :R 725.6

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0025-02

1999 年以来我们对小儿喘息样支气管炎采用中西医结合治疗并与同期纯用西药治疗比较,疗效明显提高。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 全部病例来自门诊,治疗组 120 例,男 74 例,女 46 例;年龄 4~36 个月,平均年龄 (12.3依.7) 个月;就诊前病程 0.5~5 d,平均 (1.4依.5) d。对照组 92 例,男 58 例,女 34 例;年龄 6~36 个月,平均 (12.1依.9) 个月;就诊前病程 0.5~2.5d,平均 (1.3依.4) d。全部病例均符合诸福棠《实用儿科学》诊断标准^[1],2 组病情相似,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组:以世福素 (头孢克肟) 5~10mg/ (kg·d) ,分 2 次口服;博利康尼 0.065mg/ (kg·次) ,每 8h 1 次。治疗组:西药同对照组,加用中药:炙麻黄 3g,杏仁 4g,生石膏 9~15g,射干 3g,紫菀 5g,桔梗 3g,炙甘草 3g,当归 3g,赤芍 3g。加减:喘甚加地龙 5g;痰热盛加天竺黄 3g、黄芩 3g、胆星 2g;寒性哮喘者减石膏,加细辛 0.5g、半夏 3g。每日 1 剂,水煎服,2 组均 5d 为 1 个疗程。

1.3 观察内容 观察疗效、主要症状、体征改善情况、外周血液嗜酸粒细胞 (EOS) 计数的变化。

1.4 检测方法 外周血 EOS 计数:按常规法计绝对值。

2 结果

2.1 总疗效 判定疗效,治疗组 5d 内痊愈 (症状及阳性体征均消失) 111 例,显效 (症状及阳性体征明显好转) 7 例,无效 2 例,总有效率 98.3%;对照组分别为 72、12、8 例,91.3%。2 组治愈率、总有效率统计学处理, $P<0.05$ 与 0.01,治疗组优于对照组,有非常显著性差异。

2.2 主要症状和阳性体征平均消失时间及平均治愈时间比较 见表 1。

表 1 2 组主要症状和阳性体征平均消失时间及平均治愈时间比较 d

	气喘	咳嗽	肺部哮鸣音	治愈
治疗组	1.7依.84	4.5依.27	2.8依.01	4.8依.46
对照组	2.6依.88	5.3依.48	3.8依.17	5.5依.76
t	7.573	4.229	6.668	3.163
P	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2.3 2 组治疗前后 EOS 计数变化 见表 2。

表 2 2 组治疗前后 EOS 计数变化 ($\bar{X} \pm S$) 10⁹/L

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	120	492.52依.93	175.12依.10	10.38*	<0.01
对照组	92	469.48依.01	220.13依.70	6.900	<0.01

注: * 与对照组治疗后比较, $t=2.329$, $P<0.05$ 。

3 讨论

小儿喘息样支气管炎属中医学“咳嗽”、“哮喘”范畴,中医辨证大多属于外寒内热或表邪化热壅遏于肺。现代医学认为喘息样支气管炎病因除婴幼儿支气管解剖因素外,还与感染及体质因素有关,感染大多数在病毒感染的基础上并发细菌感染,体质因素系过敏质患儿,其发病机理与 IgE 介导的 I 型变态反应有关。有人认为 3 岁以下不明原因反复喘息患儿应考虑为婴幼儿哮喘^[2]。近几年来许多的国内外学者认为“喘支”就是婴幼儿哮喘^[3]。目前认为气道变应性炎症和气道高反应性为哮喘发作两个重要因素,而麻黄辛温宣肺解表平喘,研究表明^[4]:麻黄可促进肾上腺素能神经和肾上腺髓质嗜铬细胞释放去甲肾上腺素和肾上腺素而间接发挥拟肾上腺

[2]Mc Caberp,Lamm LD,Hasrel MV,et al.Adiagnostic-prog- nostic test for bladder cancer using a monoclonal antibody- based enzyme-linked immunoassay for detection of urinary fibrinogen degradation products[J]. Cancer Res, 1984, 44: 5886~5 892
[3]卢根生,金锡御,宋波,等 . BCG 膀胱灌注对局部免疫细胞功能的影响[J]. 中华泌尿外科杂志, 1996, 17(4): 210~212
[4]顾方六.尿路上皮肿瘤临床[A]. 见: 吴阶平主编.泌尿外科[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1993.453~475
[5]黄云腾,叶敏,张良,等. 三苯氧胺在膀胱癌 T₂₄ 细胞系中的化疗增敏作用[J]. 河南肿瘤学杂志, 2000, 13: 160~162

[6]张广建,吴长利,韩瑞发,等. 膀胱肿瘤抗药机制的实验研究[J]. 中华泌尿外科杂志, 1996, 17(4): 203~204
[7]Oguhara M.retrospective study of prophylactic intravesical therapy on primary superficial bladder cancer [J].Japan J Cancer Chemother, 1996,23: 465~470
[8]杨德安,李慎勤,李香铁,等. 猪苓和卡介苗预防膀胱肿瘤术后复发的长期观察[J]. 中华外科杂志, 1994, 32(7): 433
[9]Seller MJ,Benson PF.In vivo effect of adenosine 35-monophosphate on chrlich ascites tumor cells[J]. Europ J Cacer, 1973, 9: 525
(收稿日期: 2004 - 02 - 17)

肛瘻切除一期缝合术治疗肛瘻 35 例体会

洪来电¹ 李定¹ 叶妙满¹ 王学军¹ 徐建辉² 唐渊红²

(1 浙江省淳安县第一人民医院 淳安 311700; 2 浙江省淳安县大市镇卫生院 淳安 311713)

摘要 :目的 探讨肛瘻手术治疗方法。方法 采用肛瘻切除一期缝合术治疗肛瘻 35 例 ,并与切开引流手术治疗肛瘻进行对比。结果 肛瘻切除一期缝合术治疗肛瘻均治愈 ,平均疗程 10.5d ;切开引流手术治疗肛瘻均治愈 ,平均疗程 27.6d。结论 肛瘻切除一期缝合术治疗优于切开引流术治疗 ,具有创口愈合快、住院时间短、病人痛苦小、后遗症极少等优点。

关键词 :肛瘻 ;切除术 ;一期缝合术

中图分类号 :R 657.1⁺7

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2004)04-0026-02

1998 年 8 月~2003 年 12 月我们采用肛瘻切除一期缝合术治疗肛瘻 35 例 ,并与切开引流手术治疗肛瘻进行对比观察,门诊随访 6 个月~5 年,结果显示有效地缩短了疗程、避免了肛门变形发生等。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 (1) 肛瘻切除一期缝合术治疗组:男 25 例,女 10 例,共 35 例;年龄 10~64 岁;病程 2 个月~15 年;低位瘻(即内口在直肠环以下)34 例,高位瘻(即内口在直肠环以上)1 例。(2) 肛瘻切开引流手术治疗组:男 23 例,女 8 例,共 31 例;年龄 15~66 岁;病程 3 个月~13 年;低位瘻(即内口在直肠环以下)30 例,高位瘻(即内口在直肠环以上)1 例。

1.2 手术方法 (1) 肛瘻切除一期缝合术治疗组:术前 1d 常规口服全消化道灌洗液清洁肠道作肠道准备,手术日晨禁食,术前半小时静注抗生素 1 次,患者取俯卧位,5%PVP-I 消毒,铺无菌巾,骶管麻醉。先了解瘻管走向分布,采用软件探针轻轻从瘻管外口插入,细心探查瘻管的弯曲走向,从瘻管内口穿出后,将左食指探入肛管,将探针头拉出。在探针指引下切开瘻管外口、管道及内口。以刮匙搔扒管壁,切除内口组织、外口及部分周围组织,或提起外口,沿瘻管壁周围组织分离出至内口的完整瘻管并切除,清除内口组织。修剪切口边缘,彻底止血,以 5%PVP-I 冲洗。肛管内用两个零可吸收线将括约肌及脂肪组织作数层间断缝合,不留死腔,皮肤用 4 号丝线间断缝合,5%PVP-I 纱条内引流,5%PVP-I 纱布外敷创口适当加压固定。并予直肠内放入美施康定片 60mg 镇痛。

(2) 切开引流术治疗组:探针从肛瘻外口探入寻找内口,探查清楚后将主管及支管一切开,搔刮腐败组织和内口,在创口内放入 5%PVP-I 纱条引流及敷料包扎固定;对于高位肛瘻避免损伤肛管直肠环,采取低位部分予以切开,高位部分清除管内坏死组织后予以胶圈挂线,并予直肠内放入美施康定片 60mg 镇痛。

1.3 术后处理 (1) 肛瘻切除一期缝合术治疗组:术后控制排便 4~5d,应用抗生素和营养支持治疗 5~6d。术后 2d 拔肛管纱条,更换敷料,排便后清洁肛门,用 5%PVP-I 换药并肛内塞入太宁栓;7d 后拆皮肤丝线,拆线前不能坐浴。如观察到创口有感染,则及时拆开缝线引流、换药,直至创口愈合。(2) 切开引流术治疗组:术后均予抗生素抗感染和营养支持治疗,并在术后第 2 天起每天清晨排便 1 次,便后用温盐水坐浴 15~20min,洗净肛周和创面后给予换药,创口内用 5%PVP-I 纱条引流,到创面脓性物、坏死物干净后用烧伤湿润膏纱条引流,直至愈合。

2 结果

(1) 肛瘻切除一期缝合术治疗组:愈合时间 7~14d,平均疗程 10.5d,局部红肿 10 例,多于术后 1 周左右消退,无化脓性感染及出血;术后排尿困难 4 例,均经热敷、肌注新斯的明后排尿;门诊随访 6 个月~5 年,无 1 例发生复发,对肛门位置、形态及功能均无显著影响。(2) 切开引流术治疗组:愈合时间 24~40d,平均疗程 27.6d;术后排尿困难 6 例,均经留置导尿管后排尿;门诊随访 6 个月~5 年,未见复发,但换药过程中患者疼痛明显,术后大部分有不同程度的肛门漏气、漏液、

腺素作用,使支气管平滑肌松弛,并使血管收缩,有利于支气管粘膜肿胀的减轻;亦可直接作用于支气管平滑肌,使支气管平滑肌松弛;具有抗过敏作用,能阻止过敏介质释放;并且有抑制抗体的产生和抗菌、抗病毒作用。石膏辛寒清泄肺胃之热,与麻黄配伍相制为用,既宣肺又能泄热;杏仁助麻黄止咳平喘;甘草祛痰止咳,调和诸药,且具有抗炎、抗过敏的作用。以上配伍为麻杏石甘汤,具有抗 I 型变态反应作用。射干、紫菀、桔梗宣肺化痰止咳,且射干能溶解、中和组织胺,紫菀具有抗病毒作用;当归、赤芍活血祛瘀,使血活而痰化,赤芍还有抗炎、抗病毒作用。有研究报道,哮喘患者存在高凝状态,而当归、赤芍可改善微循环,防止血小板聚集,促进呼吸道局部炎症的吸收。上述诸药配伍具有抗病毒、抗菌、祛痰平

喘、抗过敏、抗血小板聚集、改善微循环的作用。以上 2 组病例在治疗前 EOS 计数均增高,治疗后均明显下降,2 组治疗前后 EOS 计数变化 $P<0.01$,而 2 组治疗后 EOS 计数比较 $P<0.05$,也说明小儿喘息样支气管炎与过敏质有关,中药具有明显的抗过敏作用。因此,中西医结合起协同作用,从而提高疗效。

参考文献

[1]吴瑞萍,胡亚美,江载芳,等.实用儿科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,1996.1 137~1 138
[2]诸福棠.实用儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2002.1 172
[3]袁承文.儿科诊断治疗学[M].北京:中国医药科技出版社,1994.267
[4]沈映君.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1997.29~30

(收稿日期:2004-03-01)