

中西医结合治疗上尿路结石 63 例

王建业

(浙江省嵊州市中医院 嵊州 312400)

关键词:上尿路结石;中西医结合疗法;利尿排石汤;黄体酮;山莨菪碱;碳酸氢钠

中图分类号:R 691.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)05- 0048-01

泌尿系结石是泌尿外科最常见的疾病之一, 据统计泌尿系结石占泌尿外科住院人数的 30%以上, 其中又以上尿路结石者居多^①。治疗上, 目前有药物排石、体外碎石及外科手术取石等。笔者用自拟利尿排石汤, 结合西药治疗上尿路结石 63 例, 取得较好疗效。报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 123 例随机分为治疗组 63 例, 对照组 60 例。治疗组 63 例中, 男 41 例, 女 22 例; 年龄 15~70 岁, 平均年龄 42.5 岁; 病程 1 月以内 18 例, 1 月~1 年 30 例, 1 年以上 15 例; 单肾结石 16 例, 单侧输尿管结石 21 例, 肾、输尿管均有结石 26 例; 结石横径 7~10mm 26 例, 7mm 以下 37 例。对照组 60 例, 男 42 例, 女 18 例; 年龄 18~68 岁, 平均 41.6 岁; 病程 1 月以内 19 例, 1 月~1 年 29 例, 1 年以上 12 例; 单肾结石 15 例, 单侧输尿管结石 27 例, 肾与输尿管均有结石 18 例; 结石横径 7~10mm 22 例, 7mm 以下 38 例。2 组病例一般资料经统计学处理, 差异无显著性意义。

1.2 诊断标准 全部病例均符合国家中医药管理局于 1994 年 6 月发布的《中医病证诊断疗效标准》中“石淋”的诊断依据。均经 B 超和 X 线证实为肾和输尿管结石。结石横径大于 10mm, 有肾功能损害, 严重肾积水, 伴有其他严重器质性疾病的患者不入选本组病例。

2 治疗方法

2.1 对照组 用黄体酮针 20mg, 肌注, 每日 1 次; 山莨菪碱片 10mg/ 次, 每日 3 次口服; 碳酸氢钠 2.5g/ 次, 每日 4 次口服。15d 为 1 个疗程。伴有尿路感染者加用抗生素, 疼痛剧烈者加用解痉止痛药。

2.2 治疗组 在使用对照西药的基础上加用自拟利尿排石汤: 金钱草、海金沙、石苇各 30g, 鸡内金、滑石、车前子、扁蓄、瞿麦、川牛膝各 15g, 台乌药、延胡索、白芍、甘草各 10g, 每日

1 剂, 水煎分 2 次口服, 15d 为 1 个疗程。

2.3 辅助治疗 全部患者治疗期间均嘱其多饮水, 注意饮食, 适当跳动。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 参照国家中医药管理局于 1994 年 6 月发布的《中医病证诊断疗效标准》中“石淋”的疗效标准。治愈: 砂石排出, 症状消失, X 线摄片结石阴影消失; 好转: 病症改善, X 线摄片结石缩小或部位下移; 未愈: 症状及 X 线检查, 结石无变化。

3.2 结果 见表 1。

表 1		2 组治疗结果及其比较			例
组别	n	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
治疗组	63	51	9	3	95.24
对照组	60	26	15	19	68.33

治疗组与对照组总有效率比较, 经统计学 χ^2 检验, $P < 0.01$, 差异有非常显著性意义。

4 讨论

上尿路结石, 属中医“淋证”、“腰痛”等病范畴。《金匱》认为是热在下焦所致。《诸病源候论》则认为是肾虚而膀胱湿热所致。历代医家认为本病多由于热积膀胱尿液受其煎熬而积为砂石。治疗当以清热通淋、利尿排石为主。自拟利尿排石汤中, 金钱草、海金沙、鸡内金、石苇、滑石、车前子、扁蓄、瞿麦能清热通淋, 利尿排石, 软坚散结, 起到排石、溶石的主要作用。现代研究亦表明, 清热利湿药可以增加输尿管的动作电位, 并具有利尿效应, 有利于推动结石下移和促进结石的排出^②。台乌药、延胡索、白芍、甘草调整气机, 缓急止痛, 能扩张输尿管平滑肌, 以利结石排出化瘀, 引药下行。诸药合用, 共奏利尿排石之功。

现代医学认为, 泌尿系结石是由于尿路感染、梗阻、营养

2.2 对照组 吗丁啉, 每天 3 次, 每次 10mg, 饭前口服。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 临床治愈: 临床症状消失, 饮食如常, 半年内未复发。有效: 临床症状有所改善或虽明显改善, 但疗效持续不足 1 个月。无效: 临床症状无明显改善。

3.2 治疗结果 治疗组临床治愈 56 例, 有效 20 例, 无效 4 例, 临床治愈率 70%, 总有效率 95%; 对照组临床治愈 18 例, 有效 38 例, 无效 24 例, 临床治愈率 22.5%, 总有效率 70%。2 组比较, 临床治愈率差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。

4 讨论

胃痛、便秘、消化不良, 是功能性消化不良的表现形式。中医认为本病多为气机不利, 气机滞郁而化热, 里热内结积

滞肠胃, 胃失通调, 传导之令不行而致腹痛、便秘、食欲不振。临床上表现为呕吐, 脘腹胀痛, 疼痛拒按, 嗳气频频, 纳食减少, 大便干燥、秘结, 口臭。治疗原则以理气清热消积为主。土木香理气, 使大肠兴奋, 收缩力加强, 蠕动加快, 能缓解胃肠气滞、实热所致的腹痛; 大黄、寒水石清热降火、消积, 治胃肠实热, 并可促进胆汁消化液分泌, 利胆、排石、促消化, 刺激肠壁, 改善肠收缩, 使分泌增加, 而致肠内容物易于排出; 山柰温中、消食、止痛, 治心腹冷痛、停食不化; 碱花清热消积; 诃子涩肠。全方合用有补有消可增强胃肠运化、功能, 有较强促胃肠动力作用。说明本方治疗功能性消化不良有较好的疗效。

(收稿日期: 2004 -03-10)

外切内注保留齿线治疗混合痔

王长云

(江苏省兴化市戴南中心卫生院肛肠科 兴化 225721)

关键词:混合痔;齿状线;痔全息注射液;CO₂激光切除术

中图分类号:R 657.1¹*8

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)05- 0049-01

笔者在门诊采用局麻后内痔部分注射痔全息,外痔部分使用 CO₂ 激光切除,保留齿线,治疗混合痔,取得了满意疗效。现报告 52 例如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组资料,男 36 例,女 16 例;年龄最小 16 岁,最大 63 岁,平均 42.5 岁;病程最长 30 年,最短 1 年,平均 8.2 年;痔核数目 1~3 个者 48 例,环状混合痔 4 例。

1.2 治疗方法 术前 1 日下午口服 5%甘露醇 1000mL 以清洁肠道。术时患者取侧卧位,消毒铺巾,局麻,扩肛。用组织钳将混合痔之内痔部分牵至肛外,用 2mL 注射器着 4.5 号针头,吸取痔全息注射液适量,针尖斜面向上,从痔核最突出点下方进针,浅浅刺入粘膜下层,回抽无血后,缓缓推药。可见痔核逐渐充盈,变成紫褐色,待药浸面离基底正常粘膜及齿线 0.3~0.4cm 时停止推药,退出针头,以干棉球轻按针孔片刻,观察无出血及药液外溢后再注射其他痔核。一般由小到大,用药量多少视痔核大小而定,总量以不超过 4mL 为宜^[1]。环状混合痔至少分 3 处注射,且较均匀分布,保留痔核自然凹陷处的粘膜,防止术后肛门紧缩,注射完毕将痔核纳入肛内。以血管钳纵行夹注外痔核根部(尽量多留皮肤,钳夹上端距齿线 0.4cm),以大功率激光切除钳上痔核,残端用中功率碳化。环状痔者外痔部分至少分 3 处切除,且较均匀分布,切除之痔核间保留宽度 0.5cm 以上皮桥。摘除皮桥下静脉曲张丛,皮瓣松弛者可外延切口,游离皮瓣,使皮瓣均匀外移,并可将皮瓣与基层缝合固定,对肛门紧缩者,选择一处切口,从中挑出部分内括约肌切断。术后常规肌注 TAT 1 500U,给服甲硝唑、氟哌酸 1 周,争取控制 2 天内不排便,5 日内不坐浴,并充分休息,肛外创面以京万红换药,肛内纳入痔疮栓,至创面愈合。

2 结果

痔核脱落时间一般 7~9d,创面愈合多为 15~20d;术后疼

痛多为 I 度,无需用杜冷丁类药止痛;未见出血病例;少数病例有排尿困难,经热敷小腹或肌注新斯的明后解除。半年后复查,52 例中,治愈(症状消失,痔核消失)49 例,好转 3 例(均系环状混合痔者),治愈率 94.23%,无肛门狭窄、失禁病例。

3 讨论

痔全息注射液之主药为水化硫磺,并加入冰片、薄荷水等,为速效坏死性组织脱落剂,具有枯痔、止血、杀菌和局部止痛之功效;注射后局部组织迅速变为紫褐色,药量易控;脱落后创面如刀割样整齐,与结扎法有异曲同工之效。该药使组织坏死快而脱痂慢,痂皮脱落时组织已大部修复,故不易出血和感染;CO₂ 激光聚焦切割时可产生 200~1000℃高温,在瞬间使组织直接汽化,可凝固封闭直径 0.1cm 以下的动脉及 0.2cm 以下的静脉,并能直接杀灭病原微生物,有效地避免了术后出血和感染。

本法按丁氏分段齿形结扎^[2]设计要求保留了足够的皮桥及粘膜桥,避免了术后肛门狭窄;肛门紧缩者切断部分内括约肌,更好地防止了肛门狭窄的发生,且对术后肛门水肿、疼痛亦有明显缓解作用;保留齿线处肛管上皮的完整,符合生理要求^[3]。本组未痊愈 3 例均为环状混合痔,说明本法对环状混合痔疗效还不够理想,有待进一步探讨、改进。

参考文献

[1] 杨里颖.痔全息系列疗法[M].山西:山西科学教育出版社,1990.59~60
[2] 丁泽民,丁义江,王业皇.丁氏痔科学[M].上海:上海科学技术出版社,1989.201~208
[3] 胡伯虎,李宁汉.实用痔瘡学[M].北京:科学技术文献出版社,1988.23~25

(收稿日期:2004-07-02)

障碍及新陈代谢紊乱等原因导致尿液中晶体增多或胶体减少,使尿中晶体沉淀,并围绕沉淀核心沉积而形成结石,结石逐渐增大又可引起尿路梗阻。感染和粘膜的直接损伤,互为因果^[1]。研究表明:黄体酮肌注 30~60min 以后,可使输尿管平滑肌松弛、扩张,60min 中后输尿管平滑肌产生有节律蠕动,有助于结石下移;对输尿管平滑肌痉挛者,在用药 1.5h 能使痉挛收缩的输尿管平滑肌变为节律性收缩,而使绞痛缓解或消失;另外尚有抗醛固酮作用,可增加尿量^[2]。山莨菪碱能扩张输尿管平滑肌以利结石的排出,碳酸氢钠能碱化尿液,起到溶解结石的作用。

笔者用自拟的利尿排石汤中西医结合治疗上尿路结石,

总有效率为 95.24%,明显高于对照组的 68.33%,说明中西医结合治疗上尿路结石,能明显提高总有效率,值得临床推广使用。

参考文献

[1]吴阶平.泌尿外科学[M].济南:山东科技出版社,1993.549~571
[2]胡德泉.急威排石汤治疗尿路结石[J].实用中西医结合临床,2003,3(1):34
[3]吕树森.外科学[M].北京:人民卫生出版社,1989.386
[4]董穗生.黄体酮治疗输尿管结石的临床总结[J].中华外科杂志,1986(2):77~78

(收稿日期:2004-03-22)