

状态炎 2 例,1 例继发青光眼,视力下降 5 例。其他情况:伴有发热、畏寒 19 例,恶心呕吐 3 例,白细胞总数增高 12 例,中性粒细胞增高 9 例。

1.3 诊断标准 2 组病例诊断依据参考国家中医药管理局发布的《中医病证诊断与疗效标准》^[2]。全部病例病变部位局限于三叉神经第 1 支分布区域的皮肤。眼睑及颜面部病变区域皮肤潮红、水肿、簇生无数透明水疱,部分水疱混浊或溃烂,局部剧烈疼痛,伴不同程度的全身不适,发热、口干口苦等症。并发角膜炎者可见球结膜混合性充血,角膜有点状、片状浸润,荧光素染色(+),并发虹膜睫状体炎者有球结膜混合性充血,Kp(+),Tyndall(+).

1.4 治疗方法

治疗组 用龙胆泻肝汤加减内服。组方:龙胆草 10g、栀子 10g、车前子 12g、黄芩 10g、泽泻 10g、柴胡 10g、当归 10g、生地 15g、赤芍 10g、乳香 10g、没药 10g、板蓝根 10g、菊花 10g、蒲公英 10g。每日 1 剂,分早晚 2 次温服。局部治疗:根据皮损面积大小取适量季得胜蛇药片(江苏中国南通制药总厂)及冰片研成细末(按 5:1 配制),用陈醋调成稀糊状,将药涂于患处。每日 2~3 次,至皮损结痂,疼痛消失为止。同时用病毒唑 0.68 加入 5%葡萄糖注射液 250mL 中静滴;0.1%无环鸟苷眼液及 0.3%诺氟沙星眼液点患眼,每日 4~6 次。并发虹膜睫状体炎者加用阿托品眼膏扩瞳及地塞米松眼液点眼;口服消炎痛 25mg,维生素 C 0.2g,维生素 B₁₂20mg,每日 3 次。对照组全部仅以西药治疗,药物应用与观察组相同。

2 结果

2.1 疗效评定标准 参照《中医病证诊断与疗效标准》。痊愈:局部皮肤损害全部消退,溃烂愈合,自觉症状消失,球结膜无充血,角膜恢复透明或薄翳,荧光素染色(-),Kp(-),Tyndall(-);好转:局部皮肤红肿减轻,水疱溃烂逐渐收敛,症状减轻,球结膜轻度充血;未愈:局部皮肤及眼前节病变加重或无变化。

2.2 疗效分析 2 组患者的疗效比较见表 1。经卡方检验, χ^2 检验, $P < 0.05$,有显著性差异。说明治疗组优于对照组。

表 1 2 组患者疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	好转	合计
治疗组	20	17(85)	3(15)	20(100)
对照组	14	6(42.9)	8(57.1)	14(100)

3 讨论

眼睑带状疱疹属中医眼科“风赤疮痍”症范畴。多因肝胆湿热上承胞睑,或脾经湿热蕴结,外感风热毒邪,上攻于目所致。治宜泻肝清热,除湿解毒,兼以活血,以龙胆泻肝汤加减内服及季得胜蛇药等局部外敷治疗。方中龙胆草苦寒,善泻肝胆实火,除下焦湿热,泻火燥湿,其性两全;栀子苦寒降泻,泻三焦火,利尿除湿;车前子、泽泻清热利湿;柴胡清肝胆之火兼疏肝解郁;黄芩、板蓝根、菊花、蒲公英清热解毒;当归、生地、赤芍、乳香、没药活血化瘀止痛。现代医学研究表明,柴胡、黄芩、栀子、龙胆草、生地、车前子、泽泻、菊花、蒲公英均有抗菌消炎作用;柴胡、蒲公英、板蓝根有抗病毒作用;黄芩、龙胆草、板蓝根、蒲公英、泽泻、当归、生地有增强机体免疫功能作用;川芎、赤芍有扩张血管改善局部微循环,促进水肿、渗出、瘀血吸收及组织愈合作用。季得胜蛇药片由蜈蚣、半枝莲、七叶一支花等药物组成,有解毒、消肿止痛的功效,能解蛇、虫之大毒,近年来用于治疗带状疱疹取得显著效果^[3];而冰片有清热止痛及温和的防腐作用^[4];陈醋味酸,有缓急止痛收敛的作用;三者调和外敷取得清热、解毒、止痛、消肿、收敛的作用。用本法治疗眼睑带状疱疹疗效显著,对于缩短病程、减轻症状及并发症有积极的作用。值得在临床上推广应用。

参考文献

[1]李凤鸣.眼科全书[M].北京:人民卫生出版社,1996.1 004
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断与疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.97~98
[3]程兆盛,王坤根,林志南,等.现代中成药[M].南昌:江西科学技术出版社,1997.1327
[4]郑虎占,董泽宏,余靖.中药现代研究与应用[M].第 2 卷.北京:学苑出版社,1997,1 986~1 987

(收稿日期: 2004 -09-13)

粪石异物嵌塞致肠梗阻 23 例诊治体会

胥俊清 梁少海

(江西省崇仁县人民医院 崇仁 344200)

关键词 :粪石异物 ;肠梗阻 ;嵌塞 ;诊治体会

中图分类号 :R 574.2

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)06- 0039-01

肠梗阻在临床上比较常见,我院外科自 1998 年~2003 年期间收治不同原因的肠梗阻患者 2718 例,其中粪石或异物嵌塞所致的肠梗阻 23 例,占 8.4%。现报告如下:

1 临床资料

男 17 例,女 6 例;年龄最小 23 个月,最大的 68 岁,平均 10.3 岁;梗阻原因:粪石 6 例,金属异物 4 例,动物骨刺 5 例,瓜子壳粪块 7 例,发胀黑木耳 1 例;嵌塞部位回盲瓣 13 例,回盲前 7 例,回肠段 3 例;其中 2 例合并肠粘连。

2 治疗及效果

分非手术治疗及手术治疗,非手术治疗可根据梗阻情况

采用口服石蜡油润滑剂及灌肠等方法。如嵌塞部位是回盲前可在麻醉下通过回盲直肠镜取出,并灌肠。其中 9 例经保守治疗痊愈,其余 14 例采取手术治疗。全组 23 例经治疗后均痊愈出院,无并发症。

3 讨论

粪石及异物粪块嵌塞导致的肠梗阻,相对临床症状轻,有些表现为不全性肠梗阻,一般常见于少年儿童,诊断不难。部分病人经非手术治疗可解除梗阻,排出异物。但如延误治疗或治疗不当常可加重肠梗阻病情,或出现异物刺伤肠管导致肠穿孔,弥散性腹膜炎等情况。一般异物梗塞部位常见于回盲瓣、胃幽门、肛门等消化道狭窄弯曲部(下转第 42 页)

150mg, 3 次/d, 或甘利欣 150mg、10%门冬氨酸钾镁 30mL 加入 10%葡萄糖 500mL 中静脉点滴, 1 次/d; 维生素 B6 20mg、三磷酸腺苷 40mg、辅酶 A100 加入 10%葡萄糖 500mL 中静脉点滴, 1 次/d; 必要时加用促肝细胞生长素静脉点滴。治疗组在此基础上, 根据情况口服自拟慢肝汤加减。慢肝汤组方: 黄芪 15g, 白术 10g, 当归 10g, 柴胡 10g, 枳壳 10g, 土茯苓 30g, 虎杖 20g, 绣花针 20g, 半枝莲 15g, 赤芍 30g, 丹参 20g, 甘草 10g。加减法: 身目发黄、口苦口干、尿黄赤、舌红苔黄腻加茵陈、黄芩、蚤休、大黄; 腹胀、恶心呕吐、便溏、苔白腻加陈皮、白蔻仁、厚朴、薏苡仁、茯苓; 倦怠、纳差加太子参、茯苓、炒麦芽; 肢冷畏寒、腰膝酸软、脉细加巴戟、川断; 口干咽燥、心烦失眠、舌红少苔、脉细数合二至丸加北沙参、麦冬、枸杞、枣仁; 胸胁刺痛, 或见肝掌、蜘蛛痣, 或舌紫暗、有瘀点加桃仁、莪术。水煎服, 每日 1 剂。2 组疗程均为 60d。

1.3 观察指标和方法 观察患者治疗前后临床症状与体征的变化, 肝功能 (ALT、TBIL、A/G) 复常率和乙肝病病毒复制 (HBV-M) 的变化。

1.4 疗效标准 参照《病毒性肝炎中医疗效标准》^[2]分为临床基本治愈、显效、好转、无效。

2 治疗结果

2.1 2 组综合疗效比较 见表 1。

表 1 2 组综合疗效比较						例 (%)
组别	病例数	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	125	65 (52.0)	48 (38.4)	5 (4.0)	7 (5.6)	94.4
对照组	82	30 (36.6)	18 (21.9)	14 (17.1)	20 (24.4)	75.6

注: 治疗组治疗后基本治愈率、总有效率均优于对照组 ($P < 0.05$)。

2.2 2 组患者治疗后临床症状与体征有效率比较 见表 2。

2 组患者治疗后临床症状与体征有效率比较							例
	肝区不适	腹胀	倦怠	纳差	目黄	肝脾肿大	
治疗组	90	90	80	72	23	17	
(n=125)	治疗后	6	0	10	8	0	7
对照组	58	56	50	45	14	10	
(n=82)	治疗后	14	10	12	9	2	6

治疗前 2 组临床症状与体征无显著性差异 ($P > 0.05$), 治疗后治疗组症状与体征有效率明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

2.3 2 组病例 ALT、TBIL、A/G 复常时间及复常率的比较情况 见表 3。治疗后治疗组 ALT、TBIL、A/G 复常率均优于对照组 ($P < 0.05$)。

2.4 2 组患者治疗后 HBV-M 的变化

表 3 2 组患者治疗后 ALT、TBIL、A/G 复常比较 例 (%)

组别	疗程	ALT	TBIL	A/G
治疗组	1 个月	95/125 (75.2)	19/23 (82.6)	17/25 (68.0)
	2 个月	117/125 (93.6)	22/23 (95.7)	24/25 (96.0)
对照组	1 个月	50/82 (60.0)	7/14 (50.0)	6/13 (46.1)
	2 个月	60/82 (73.2)	12/14 (83.3)	11/13 (84.6)

2.4.1 2 组患者血清 HBsAg、HBeAg、抗-HBc 阳性者治疗后变化比较 见表 4。

表 4 2 组患者血清 HBsAg、HBeAg、抗-HBc 阳性者治疗后变化情况比较 例 (%)

组别	n	HBsAg 转阴	HBsAb 转阳	HBeAg 转阴	抗-HBe 转阳	抗-HBc 转阴
治疗组	96	2 (2.1)	2 (2.1)	46 (47.9)	42 (45.8)	32 (33.3)
对照组	58	0	0	18 (31.0)	14 (24.1)	7 (12.1)

治疗后治疗组 HBsAg、HBeAg、抗-HBc 转阴率, HBsAb、抗-HBe 转阳率均优于对照组 ($P < 0.05$)。

2.4.2 2 组患者血清 HBsAg、抗-HBe、抗-HBc 阳性者治疗后变化比较 见表 5。

表 5 2 组患者血清 HBsAg、抗-HBe、抗-HBc 阳性者治疗后变化比较 例 (%)

组别	n	HBsAg 转阴	HBsAb 转阳	抗-HBe 转阴	抗-HBc 转阴
治疗组	29	3 (10.3)	2 (6.9)	16 (55.2)	10 (34.5)
对照组	24	2 (8.3)	0	8 (33.3)	4 (16.7)

治疗后治疗组 HBsAg、抗-HBe、抗-HBc 转阴率、HBsAb 转阳率均优于对照组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

慢性乙型病毒性肝炎, 乃因人体正气不足, 毒邪内侵, 日久致湿阻、毒蕴、气滞、血瘀, 伐肝脾而成。现代医学认为: “乙型肝炎慢性化主要是人体免疫应答功能低下”^[3]所致。故治疗当从整体观念出发, 重在健脾养肝、行气化瘀解毒。慢肝汤中黄芪、白术、当归益气养血, 柔肝健脾, 以扶助正气, 提高机体免疫功能, 增强肝脏对白蛋白的合成; 柴胡、枳壳疏肝理气, 配丹参、赤芍行气活血, 化瘀通络, 增强肝脏血液循环, 改善肝脏缺血、缺氧, 消除自由基, 抑制肝纤维化增生, 促进肝纤维化吸收, 减轻肝细胞变性、坏死, 促进肝细胞的再生与修复; 土茯苓、虎杖、半枝莲、绣花针清热利湿, 凉血解毒, 抗炎, 抗病毒, 降酶, 退黄, 抑制乙肝病毒复制, 清除内毒素, 恢复肝功能。全方集扶正祛邪于一体, 通过调节脏腑功能以增强机体免疫力; 通过清利湿热邪毒以抗病毒, 降酶恢复肝功能; 通过行气化瘀以改善肝脏血液循环, 阻止和修复肝纤维化。临床应用疗效颇佳, 是治疗慢性乙型病毒性肝炎的有效方法。

参考文献

[1] 中华医学会传染病寄生虫病学分会. 病毒性肝炎防治方案 (试行) [J]. 中西医结合肝病杂志, 1996, 6(1): 50~53
[2] 中医学会内科肝病专业委员会. 病毒性肝炎中医疗效判定标准 (试行) [J]. 中医杂志, 1992, 33(6): 373
[3] 骆抗先. 乙型肝炎 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 154~155
(收稿日期: 2004-08-12)

(上接第 39 页), 瓜子壳粪石嵌塞, 常见于肛门前, 粪块含多量坚硬有刺状物, 运行致直肠水分被吸收形成干粪团。由于刺状物, 会刺伤直肠末端肠管引起疼痛, 使肛门括约肌痉挛, 而恐惧排便, 使粪便存留干结而阻塞。

在治疗粪石异物嵌塞导致的肠梗阻时, 应注意如下几点: (1) 一般保守治疗 8~12h 无效或症状加重的应及时手术; (2) 对有刺状异物导致梗阻的应及时手术, 手术时应注

意检查肠壁有无刺伤, 以防漏诊; (3) 部分松软粪石或软性异物 (如黑木耳等) 可在术中从肠外压碎, 并引导通过狭窄至结肠, 不必切开肠管取出; (4) 对粪块阻塞于肛门前的患者, 有时合并有直肠的损伤, 粘膜糜烂, 甚至形成溃疡, 应妥善处理。

(收稿日期: 2004-08-15)