

克泽普在肛肠手术中运用

赵昂之¹ 彭斌²

(1 江西中医学院附属医院 南昌 330006; 2 江西省萍乡市芦溪县中医院 芦溪 337000)

关键词:复方利多卡因注射液;肛肠手术;临床应用

中图分类号:R 657.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01- 0051-01

作者采用手术创面注射克泽普 (复方利多卡因注射液) 溶液, 观察肛肠手术患者 81 例, 其中混合痔 39 例, 肛裂 11 例, 肛瘘 23 例, 肛周脓肿 8 例; 男性 45 例, 女性 36 例; 年龄 20~65 岁。

1 使用方法

常规消毒手术区域后, 将克泽普均匀注射于手术部位浅部, 及需切除病灶周围, 不可过深。因克泽普单价较高, 较为节省的方法是: 术中仍用廉价的 1% 普鲁卡因或利多卡因, 手术结束时将克泽普注入创面内, 同样可取得良好的止痛效果。值得注意的是: 克泽普仅适用于止痛, 而且作用时间长, 如手术时用作局麻扩肛注射过深, 误入肌层, 则可能在术后较长时间内肛管感觉迟钝、弛张不利。

2 效果评价

显效: 术后无明显不适; 有效: 无需使用镇痛剂; 无效: 需使用镇痛剂者。显效者为 67 例; 术后感创面不适, 但无需镇痛剂者为 14 例; 止痛效果满意。

3 讨论

肛肠手术后并发症众多, 尤以疼痛最为多见, 并极易导致排尿和排便困难、创面清洗和换药困难、睡眠差等不良影响, 患者常因此难以配合治疗。术后较长时间疼痛, 引起肛管内括约肌反复痉挛, 肛管部血液循环障碍, 创面愈合时间延长或不愈合。目前, 临床常规处理方法有: 术中缩小对肛管的创伤、切断部分内括约肌和缝合创面, 可不同程度的减轻疼

痛, 做为补充使用的镇痛剂, 也只是短暂止痛, 重复使用副作用大。在常见肛肠手术中, 如外痔、肛裂、肛周脓肿及肛瘘术后, 在较长时间内创面暴露, 引起不同程度的疼痛, 因此导致患者难以配合治疗, 疗程延长。引起术后严重疼痛的原因有: 解剖因素 (脊神经支配肛管区域, 痛觉敏感), 刺激因素 (排便时肛管扩张、创面感染, 引起肛管内括约肌痉挛) 等。

克泽普是一种新型局麻药, 为盐酸利多卡因与薄荷脑等的灭菌烯醇溶液。利多卡因为酰胺类局麻药, 因其能与神经细胞膜钠通道轴浆内侧受体相互作用, 从而阻断钠离子内流, 可逆性阻滞神经纤维的冲动传导。利多卡因虽起效快、弥散力强, 但仅可维持 12h。薄荷脑为中药薄荷中提取物, 其能与神经细胞膜脂质相互作用, 使膜膨胀, 钠通道变窄, 钠离子内流减少, 产生长效麻醉止痛作用。

4 结语

我们在临床上体会到, 克泽普具有使用方法简便、持续止痛时间长 (72h 以上), 副作用小等优点, 对外痔、肛裂、肛瘘手术创面止痛有良好效果, 肛周脓肿则因组织感染严重, 药物难以渗透, 麻醉止痛效果不够理想, 有待进一步研究。

目前, 全社会提倡优质服务, 倡导无痛手术, 减轻术后疼痛, 提高社会效益, 在肛肠手术中运用克泽普止痛的方法值得推广。

(收稿日期: 2004-06-27)

原位侧偏切开术治疗 100 例陈旧性肛裂临床观察

刘宾华

(江西省九江市第三人民医院 九江 332000)

关键词:陈旧性肛裂;手术疗法;原位侧偏切开术

中图分类号:R 657.1+4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01- 0051-02

2000 年以来, 笔者采用原位侧偏切开术治疗 100 例 II、III 期陈旧性肛裂患者, 一次治愈率 100%。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 100 例中男性 70 例, 女性 30 例; 年龄 18~60 岁, 平均 32 岁; 病程 2~10 年; 其中 II 期肛裂 32 例, III 期肛裂 68 例; 临床表现以便时刀割样疼痛伴出血为主, 肛裂发生部位后正中 64 例, 前正中 36 例; 并发肛乳头肥大 35 例, 前哨痔 68 例。

1.2 手术方法 术前常规肠道准备, 取侧卧位, 碘伏消毒铺巾, 局麻满意后, 再用碘伏棉球消毒直肠下端粘膜及肛管, 取

少量局麻药于肛裂基底及外侧缘皮下部局部浸润。用尖刀从肛裂上缘齿线处起切开内括约肌下缘部分及外括约肌皮下部, 并向外侧沿长皮肤切口略 0.5~1cm (前正中位肛裂切开方向偏 5 点或 7 点, 后正中位肛裂切开方向偏 1 点或 11 点), 剪去前哨痔。合并肛乳头肥大者, 如果肛乳头较大直接剪掉难以止血的, 可于其基底部用 10 号丝线单纯结扎或贯穿缝扎, 让其术后自行坏死脱落; 肛乳头较小的, 可直接切除。指诊肛管明显扩大, 无紧箍感后, 修剪创面两侧皮瓣, 使呈底小口大的“V”形创面, 创面底部必须修剪平坦, 使其引流通畅。检查创面无活动性出血后, 用凡士林纱条塞入肛内

中西医结合抢救马钱子中毒致惊厥 1 例

周英 段莉

(内蒙古自治区包头市中心血站 包头 014010)

关键词:马钱子中毒;惊厥;急救;中西医结合疗法;五虎追风散;苯巴比妥;病例报告

中图分类号:R996.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01- 0052-01

马钱子是一味毒性较大, 治疗量与中毒量相接近的中药。味苦寒,有毒,入肝、脾经,具有通络散结、消肿定痛的功效。常用于痈疮肿毒、跌打损伤、风湿痹痛、拘挛麻木。本品误食或用量过大,可致中毒,甚至致病。现将本人收治的 1 例马钱子中毒病例报告如下:

1 病例简介

患者,女,54 岁,以四肢麻木、痉挛、惊厥 1 次于 2003 年 3 月 7 日上午 9 时来我院治疗。患者自述因患腰椎间盘突出症,于入院前 1h 服用含马钱子 10g 的中药半付。药后 10min,出现口唇麻木、四肢及面肌僵直、自主活动困难、恶心欲吐、自觉胸闷、气短、呼吸困难、舌强、惊厥 1 次,角弓反张,被家人送来急救。查体:T:37.2℃,P:88 次/min,R:29 次/min,BP18/13 kPa,意识清晰,颜面、肌肉痉挛,牙关紧闭,语言困难,双手握拳,四肢腰背肌痉挛,双瞳孔等大等圆、约 3mm、对光反射尚可,双肺呼吸音正常,未闻及病理性杂音,腹平软,肝脾肋下未触及,肠鸣音正常,神经系统病理体征未引出。实验室检查,血常规 WBC 9.4×10⁹/L,N 为 0.83,L:0.11,M:0.02;尿常规(-)。诊断:急性马钱子中毒。

2 治疗经过

(1)洗胃导泻:立即用 1:5 000 高锰酸钾溶液洗胃,随后用 50%硫酸镁导泻;(2)惊厥处理:苯巴比妥 0.1g 肌肉注射,每 8 小时 1 次,及水合氯醛 30mL 灌肠。导泻洗胃后,稍停片

并覆盖创面,外盖塔形纱布加压包扎。术后给予有效抗生素 4~5d,控制排便 1~2d,每日便后中药坐浴,并用红油膏换药,如大便秘结可服麻仁丸等润肠缓泻剂。

1.3 疗效评定 本组 100 例中,96 例术后第 1 次排便时肛门疼痛明显减轻,无滴血,周期性疼痛消失,肛裂创面一般为 14~16d 愈合。随诊 0.5~2 年,无 1 例复发及肛门功能障碍。治愈率 100%。

2 讨论

肛裂是齿状线以下肛管皮肤层慢性感染性小溃疡,经久不愈,常并发裂痔、肛乳头肥大等病理改变。发病原因很多,常见于便秘、肛窦和肛管慢性炎症刺激。肛门前正中位皮肤相对固定,容易受损,因而成为肛裂的好发部位。肛裂反复发作导致肛管皮肤深层的肌肉纤维组织弹性降低,加上肛裂的慢性炎症和疼痛刺激,使内括约肌张力增高,出现反射性痉挛,使肛管压力升高。久之可使该肌肥厚,致肛管内层和皮下血液、淋巴液回流受阻,使局部组织营养不良,难以愈合^[1]。临床上治疗方法很多,如纵切横缝术、闭式内括约肌侧切术、指扩术等。但对合并症不能一次彻底治疗,且闭式内括约肌侧切术可出现皮下血肿、纵切横缝术易致伤口感染、指扩术远期疗效较差等,本术式切断了内括约肌及其哨状痔、肥大

刻,口服五虎追风散加减:白僵蚕 150g,白附子 5g,制南星 5g,蜈蚣 1 条,全蝎 5g,炙甘草 30g,煎汤,4 h 1 次,连服 2 剂。(3)吸氧,保持呼吸道通畅。(4)补液,加速毒物排泄,补充维生素及使用利尿剂。(5)预防水电解质紊乱。经上述治疗 3d 后,患者痊愈出院。

3 讨论

马钱子是马钱科常绿乔木植物马钱子的成熟种子,又称番木鳖,其所含主要有毒成分马钱子碱(土的宁)对神经系统有强烈兴奋作用,表现为骨骼肌、内脏平滑肌紧张度增高,并可兴奋呼吸及血管运动中枢,严重者延髓麻痹,心肌、呼吸肌均被抑制,使呼吸加深,血压增高,或心衰、心室纤颤而死亡。中毒引起四肢轻微抽搐,嚼肌及颈部肌肉有抽筋感,咽下困难,精神不安或失常。然后,伸肌与屈肌极度收缩而出现强直性惊厥。常用剂量不应大于 1g/d,入丸散,一般不入汤剂使用。抢救处理贵在使用白僵蚕,其性平,入肝、肺经,功用熄风止痉,祛风止痛,用于治疗抽搐、惊厥。因本品无毒,故可大量使用,100~300g 都可以。配以五虎追风散,则效力更强,以对抗马钱子引起的惊厥。此外,炙甘草主要成分为甘草甜素,分解产生葡萄糖醛酸,可增强肝脏解毒功能^[2]。

参考文献

[1]朱亚峰.中医成药解毒手册[M].第 2 版,北京:人民卫生出版社,1998.93

(收稿日期: 2004 -10 -29)

肛乳头,解除了内括约肌痉挛,使其恢复良好的血液,淋巴回流,并使陈旧性肛裂创面成为新鲜引流通畅创面,便于创面修复愈合。本术式有如下优点:(1)该手术切口偏离了肛管前、后正中位,避开了术后排便时张力着力点,可减轻患者术后排便痛苦,使创面愈合快,缩短疗程。(2)该术式直观,且一次性切除肛裂并发症,如哨状痔、肥大肛乳头,故手术彻底。术中术后注意事项:(1)创面一定要平坦,不能有“坎”,这样创面引流通畅,可避免积血、积液及导致创面感染,延迟愈合。(2)内括约肌下缘部分及外括约肌皮下部一定要切开到位,使肛门扩大,解除内括约肌痉挛,有利肛门血液、淋巴回流,便于创面愈合。(3)术后换药纱条要从创面基底部填起,防止假性愈合,或形成皮下瘘。

本术式操作简便,治疗彻底,远期效果好,且疗程短无复发及后遗症,是目前治疗陈旧性肛裂较理想的方法,值得采纳、推广。

参考文献

[1]闫如好.内括约肌切断术在肛肠科的应用[J].中国肛肠病杂志,1999,9 (1): 17~18

(收稿日期: 2004 -07 -29)