

利胆驱蛔汤治疗胆道蛔虫症 33 例

万国华

(江西省南昌县向塘镇中心医院 南昌 330201)

关键词:胆道蛔虫症;利胆驱蛔汤;中西医结合疗法;硫酸镁;654-2

中图分类号:R 657.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0064-02

根据胆道蛔虫症的特点,本人采用自拟方利胆驱蛔汤用于治疗胆道蛔虫症,取得了较好的疗效。现报道如下:

1 临床资料

运用利胆驱蛔汤共治胆道蛔虫症 33 例,所有病人治疗前后均采用 B 超检查确诊。其中男 15 例,女 18 例;年龄最小者 16 岁,最大者 57 岁,平均 31 岁;24h 内就诊者 27 例,24h 以上就诊者 6 例;首次发作者 24 例,第 2 次发作者 8 例,第 3 次发作者 1 例。

2 治疗方法

患者经口服食醋、硫酸镁,肌注 654-2 或阿托品、度冷丁等治疗 6~8h 后蛔虫仍在胆道者,运用自拟方利胆驱蛔汤治疗。利胆驱蛔汤的药物组成:乌梅 20g,蜀椒 10g,细辛 5g,槟榔 10g,玄胡 12g,川楝子 10g,茵陈 30g,柴胡 10g,白芍 10g,枳壳 10g,法半夏 10g,黄连 3g,黄芩 10g,生大黄 20g(用药汁泡服)。每日 1 剂,水煎 2 次,分 2 次口服,蛔虫排出胆道后停药。

3 结果

患者口服利胆驱蛔汤后,1~2d 内蛔虫排出胆道者 12 例(占 36.4%),3~4d 内蛔虫排出胆道者 16 例(占 48.5%),4d 以上蛔虫排出胆道者 4 例(占 12.1%),无效 1 例(占 3.0%)。在 4d 以内有 84.8% 的患者蛔虫排出胆道,总治愈率为 97.0%。痊愈的判定标准为胆道蛔虫症的主要症状消失和 B 超检查胆道内无蛔虫回声影。

4 典型病例

某男,36 岁,右上腹阵发性剧烈绞痛 16h,无明显诱因。剧痛时右上腹有钻顶感,并伴有大量汗、恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物及酸苦水。疼痛缓解后有右上腹闷胀不适感。B 超检查发现胆总管内有索状回声影,诊断为胆道蛔虫症。经采用喝醋,口服硫酸镁,肌注阿托品、度冷丁等治疗后,阵发性剧烈绞痛缓解,但仍有右上腹痞闷胀痛、恶心、食欲不振,故要求中医治疗。患者身体壮实,舌质红,苔黄厚腻,脉弦。治以利胆驱蛔,行气止痛,清热燥湿解毒。方用自拟利胆驱蛔汤性差异($P<0.05$)。治疗组急性期再出血为 4 例,对照组为 3 例,2 组比较无显著性差异($P>0.05$);DCVS 2 组分别为 0 例和 2 例,差异显著($P<0.01$)。随访治疗组,无交通性及阻塞性脑积水的发生。

4 讨论

经腰穿行 CSF 置换术治疗 SAH 及原发性或继发性脑室出血,可使 SAH 和脑室出血的病死率明显下降,但 SAH 后的 DCVS、脑积水、继发性癫痫等并发症仍是困扰患者生存的重要原因,严重影响了患者的生命质量。尽早地排除蛛网膜下腔或脑室内的血液,可减少红细胞分解后产生的氧合血

汤。

患者服药半小时后,右上腹痛闷胀痛开始逐渐缓解,并且未发生剧烈绞痛。2 剂药服完后症状消失,其间有胀闷突然消失感。复查 B 超发现胆总管内索状回声影已消失。再嘱患者服安乐士杀蛔虫,患者痊愈。

5 讨论

胆道蛔虫症是一种常见病,发病原因很明确,就是由肠道的蛔虫钻入胆道内而引起。此病临床表现开始时主要为阵发性右上腹钻顶样剧烈绞痛,时作时止;继则为右上腹胀痛,甚至出现黄疸、发热。发作时令人痛不欲生,并常伴有呕吐,有的人甚至需用麻醉性镇痛药度冷丁才能止住疼痛;缓解后一如常人。时间一长,有些蛔虫则死于胆道或胆囊内。B 超检查见胆管或胆囊内有索状回声增高影而确诊。中医药治疗胆道蛔虫症有较好的疗效。笔者认为治疗胆道蛔虫症,主要应掌握以下几方面:

5.1 蛔虫的习性和特点 蛔虫是我们肉眼可见的害虫,有喜好钻孔的习性。历代医家经过长期的临床观察,对蛔虫的特点有了充分的认识。古代医家们将蛔虫的特点精辟地概括为“蛔虫得酸则安,得辛则止,得苦则下,得甘则动。”这一认识为利用中药的“五味”特性治疗胆道蛔虫症提供了理论指导。我国民间普遍知道,喝醋对治疗胆道蛔虫症有一定的疗效,这也是对“蛔虫得酸则安”理论的具体运用。

5.2 胆道蛔虫症的病机 由于蛔虫钻入胆道,并在胆道中蠕动,引起胆道拘急而发生钻顶样绞痛。蛔虫嵌入胆道,胆道堵塞,肝胆气机疏泄受阻,一则引起胃气上逆而呕吐;二则导致胆汁排泄受阻,从而引起右上腹胀痛,甚至出现黄疸。肝胆气机郁滞,久则蕴而化热,则出现发热。

5.3 胆道蛔虫症的治疗原则和方法 蛔虫是寄生于肠道的害虫,总的治疗原则是杀灭它。但胆道蛔虫症的治疗原则则不尽相同。如果蛔虫仍活着,通过有效药物的治疗,有的蛔虫会自行退出胆道,则易于治疗;若蛔虫死于胆道或胆囊内,由于胆道是一细长的横行管道,则不容易使蛔虫退出,只能通

红蛋白、5-羟色胺、前列腺素等化学因子的刺激及血液本身的机械刺激,加速血液吸收过程,达到治疗和预防血管痉挛、交通性或阻塞性脑积水及缓解剧烈头痛的目的。但必须指出的是,SAH 的病因有相当多的为脑动脉瘤所致,瘤壁仅由内

膜和外膜组成,壁菲薄,易破裂,如腰穿放 CSF 后使压力差加大,可诱发再出血。对重症或高龄的患者应经脑血管造影检查,确诊后行外科手术治疗。

参考文献

[1]方岩.临床脑血管疾病[M].郑州:河南医科大学出版社,1998. 228~230

(收稿日期:2006-03-14)

空心钉内固定配合中药治疗老年股骨颈骨折

赵树森¹ 王万霞²

(1 天津市静海县医院 静海 301600; 2 天津市静海县药品检验所 静海 301600)

关键词: 股骨颈骨折; 空心钉; 内固定; 筋骨痛消丸

中图分类号: R 683.42

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0065-01

自 1997 年 2 月~2005 年 10 月, 我院采用空心拉力螺钉内固定技术配合中药治疗老年股骨颈骨折 102 例, 疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

本组 102 例, 男 48 例, 女 54 例。年龄 51~81 岁, 平均 62 岁, 均为新鲜闭合骨折。左侧 53 例, 右侧 49 例。骨折类型: 非移位型骨折(Garden I 型和 II 型)24 例, 移位型骨折(Garden III 型和 IV 型)78 例。致伤原因: 摔伤 79 例, 交通伤 23 例。合并柯雷氏骨折 12 例, 胸腰椎压缩性骨折 7 例, 合并内科疾患如高血压、糖尿病、肺心病等 67 例。受伤至手术时间最短 11h, 最长 5d。

2 治疗方法

2.1 手术治疗 手术在 C 型臂 X 线机监视下进行。移位型骨折先于手术牵引床上行闭合复位, 复位满意后, 于患侧大粗隆下 2~4cm 作一小切口, 在导针引导下, 将三根空心拉力螺钉(国产不锈钢或进口钛合金)平行旋入, 呈三角对称排列于股骨颈内, 并应用垫片。要求其分别通过股骨矩、主要抗压缩骨小梁和抗张力骨小梁, 螺钉尖端距关节软骨下方不小于 5mm, 空心钉螺纹越过骨折线, 进入骨折近端。手术时间 35~60min, 平均 40min。平均出血 50~100mL, 术后指导病人进行髋关节功能锻炼, 术后第 1 天即可坐起, 2 周后鼓励病人扶拐不负重下地活动。

2.2 中药治疗 采用具有活血化瘀、行气止痛功效的筋骨痛消丸(河南洛正制药厂)口服, 每次 6g, 每日 2 次, 连续服用 3 个月。

3 治疗结果

本组 102 例, 均获随访, 随访时间 12~60 个月, 平均 32 个月。骨折愈合时间 3~10 个月, 平均 4.8 个月。按照 Harris 评分标准评分, 若 2 年内 X 线片显示有再错位、骨不连或股骨头缺血性坏死后期部分塌陷则视为差。结果优 91 例, 占 89.22%; 良 3 例, 占 2.94%; 可 2 例, 占 1.96%; 差 6 例, 占 5.88%。非移位型骨折全部愈合, 移位型骨折不愈合 2 例, 6 例后期发生股骨头缺血坏死(包括不愈合的 2 例病人)。

4 讨论

股骨颈骨折多发于 60 岁以上的老年人, 随着人类寿命

的延长, 发病率有增加的趋势^[1]。由于功能解剖上的特点及股骨头血液供应的特殊性, 使骨折不愈合率和股骨头缺血性坏死的发生率仍然较高, 一些长期卧床的合并症甚至危及生命。Heikinen 等^[2]研究认为: 内固定治疗的病人较行半髋置换的病人术后功能好, 死亡率低, 尤其适用于年轻病人, 也是年龄小于 80 岁、活动能力较强的病人的首选疗法。目前治疗股骨颈骨折的内固定方法主要有单钉类、滑移式钉板固定类、加压固定类和多针固定类等。根据股骨矩是股骨颈承受压力最大的部位, 与抗张力和抗压力骨小梁构成完整合理的内负重系统, 我们采用三根平行的空心钉加压固定, 使其分别通过股骨矩、主要抗张力和抗压力骨小梁, 不但使其抗压性、抗弯性增强, 而且使骨折断面嵌紧, 防止股骨头旋转, 术中可起到静力性加压, 术后随肌肉收缩和早期负重, 又可起到动力性加压作用。本法切口小、创伤少, 适用于闭合复位满意的股骨颈骨折, 特别适用于全身状况差、不能耐受其他手术的老年患者, 避免了退针、进针、无法加压等缺点。

笔者认为抓紧时间进行必要的术前检查和准备, 使骨折断端早期获得良好的复位和可靠的固定, 是提高股骨颈骨折愈合率的重要条件, 对老年股骨颈骨折患者尤为重要。本组病人最早接受手术的时间为伤后 11h, 最晚为 5d, 术后可早期离床, 有效地预防了卧床合并症的发生。术后服用具有活血行气、温经通络、消肿止痛作用的筋骨痛消丸, 起到增进股骨头血液供应, 促进骨折愈合, 防止髋关节强直的作用。

通过临床观察, 我们采用空心拉力螺钉内固定配合中药筋骨痛消丸治疗老年股骨颈骨折具有操作简单、进钉准确、固定可靠、手术时间短、并发症少、骨折愈合率高等优点, 在掌握好手术适应证的基础上, 本法为较好的治疗选择之一。

参考文献

[1] 韦建, 徐碧海, 陶真开. 股骨颈骨折治疗研究进展[J]. 中医正骨, 2002, 14(7): 54
[2] Heikinen T, Wingstrand H, Partanen J, et al. Hemiarthroplasty or osteosynthesis in cervical hip fractures: matched-pair analysis in 892 patients[J]. Arch Orthop Trauma Surg, 2002, 122(3): 143

(收稿日期: 2006-04-06)

过排泄胆汁将蛔虫冲挤出胆道, 这样治疗会更难。所以, 胆道蛔虫症的治疗应分阶段进行。即早期的治疗原则是采取驱蛔法将蛔虫驱出胆道, 待蛔虫退出胆道进入肠腔时再杀灭它。所以, 胆道蛔虫症早期的治疗方法是利胆驱蛔, 行气止痛, 佐以清热解毒。

5.4 利胆驱蛔汤的方解 方中乌梅、白芍味酸以安蛔, 蜀椒、细辛等味辛以止蛔, 黄连、黄芩、大黄、川楝子等味苦以降蛔。

茵陈、柴胡、白芍、黄芩、生大黄疏肝利胆, 玄胡、川楝子、枳壳、槟榔行气止痛, 白芍缓急止痛, 法半夏降逆止呕, 黄连、黄芩、生大黄清热解毒。整个方剂共奏驱蛔利胆、行气止痛、清热解毒之功。现代药理研究也证实, 槟榔、川楝子等药具有较强的杀虫驱蛔作用。如蛔虫已死, 则去蜀椒、细辛、川楝子等, 大便秘结者可加大大黄的用量。

(收稿日期: 2006-03-07)