

寸;人中向上斜刺 0.3 寸;百会、四神聪,平刺 0.5 寸左右;风池斜刺,向对侧风池透刺,深 0.8~1 寸;耳门、听会,张口进针 0.5 寸;翳风斜刺,略向前下方,深 0.5 寸;大椎略向上斜刺 0.5 寸;颈夹脊、肝俞、脾俞、膈俞、肾俞、命门、腰阳关,向脊柱方向斜刺 0.5 寸;中渚、后溪、神门、通里,针刺 0.3~0.5 寸;环跳、殷门、髀关直刺 1.2~1.5 寸;伏兔、风市、足三里、阳陵泉、阴陵泉,直刺 0.8~1.2 寸;梁丘、血海、三阴交、太溪、太冲,直刺 0.5 寸。太溪、悬钟、血海、足三里、三阴交、气海、肝俞、肾俞、脾俞、膈俞用捻转补法,太冲、风池、丰隆、阳陵泉用捻转泻法,其它穴位采用平补平泻,持续刺激 1min,每次留针 30min,每天 1 次,30 次为 1 个疗程,休息 2 周,开始行第 2 个疗程。

3 结果

3.1 2 组临床疗效比较 见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较 例(%)						
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)	u P
治疗组	40	20(50.00)	14(35.00)	6(15.00)	85	1.85 <0.05
对照组	20	5(25.00)	10(50.00)	5(25.00)	75	

注:2 组治疗后疗效比较,经 Ridit 分析(u=1.85,P<0.05),其差异显著,表明治疗组的临床疗效优于对照组。

3.2 2 组治疗前后肢体功能积分变化比较 见表 3。

表 3 2 组治疗前后肢体功能积分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分						
组别	n	治疗前		治疗后		治疗后-治疗前
治疗组	40	37.95±	6.76	64.95±	11.40	27.00± 4.64
对照组	20	35.20±	6.88	50.45±	9.51	15.25± 2.63

注:2 组治疗前比较,P>0.05;治疗前后比较,治疗组 P<0.01,对照组 P<0.05;2 组治疗后比较,P<0.05;2 组治疗前后差值比较,P<0.05。

4 讨论

脑瘫属于中医学“五迟”、“五软”、“五硬”等范畴,主要由肝肾不足,气血亏虚,脾胃虚弱,痰瘀交阻,心神失养所致。因肾主骨,齿为骨之余,髓之所养;肝主筋,筋束骨而运动枢利,肝肾不足则筋骨失养,故见筋骨痿弱,行立均迟;脾主肌肉,为后天之本,脾胃虚弱,气血化源不足故见肌肉瘦削,行均迟,小儿生理特点之一为“纯阳之体”,加之阳主动,肢体运动障碍,其病在阳,阳明为多气多血之经,少阳为多气少血之

经,太阳为多血少气之经,督脉为阳脉之海,且入络脑,若督脉和手足三阳经气血通畅,正气旺盛,则运动功能易于恢复,故本课题取督脉和手足三阳经腧穴为主。小儿生理特点之一又为“稚阴稚阳”,在取督脉和手足三阳经腧穴为主的同时,兼取阴经的一些要穴,特别是选取有“先后天之本”之称的脾肾两经的腧穴以平衡阴阳,补偏救弊。根据肢体功能障碍情况,加取局部腧穴,以行气活血化瘀通络止痉,壮骨充髓,强肾壮腰。根据辨证论治的原则,选取太溪、悬钟、肝俞、肾俞以滋补肝肾;太溪、足三里、脾俞、肾俞以补益脾肾;血海、足三里、膈俞、气海以益气养血;太冲、太溪、风池、三阴交以滋阴熄风;风池、丰隆、足三里、阳陵泉以祛风豁痰,通络止痉,从整体上调整患儿脏腑功能,平衡阴阳,调理经络气机。

脑为髓海,脑为精明之府,元神之府,人体的坐立行走、言语、全身气血的调节、脏腑经络功能等都由脑神主宰,人体通过经络系统的联系而成为一个有机的整体,特别是脑与经络的关系十分密切。人之阳经皆上循头面,内经中就有“头为诸阳之会”,阴经亦通过经别与头面联系。如《灵枢·邪气脏腑病形》所说:“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上注于面而走空窍。其精阳气上走于目而为睛,其别气走于耳而为听,其宗气上出鼻而为臭,其浊气出于胃,走唇舌而为味。”说明人身十二经脉与其相通的三百六十五络所有的气血运行都达到头面部,而分别入于各个孔窍之中,从而使人体中的经气集中于头脑、颜面及五官。脑通过经络与五官、肢体、脏腑相连,通过经络的传导以发挥作用。顶旁一线,位于膀胱经上,从通天沿头皮向后透向络却;顶旁二线,位于胆经上,从正营沿头皮向后透向承灵;顶颞前斜线,从前神聪沿头皮透向悬厘,贯穿督脉、膀胱经、胆经、胃经、三焦经。针刺头部这些穴位,可以直接宣通上述诸经经气,通过经络与脑的联系,起到益脑醒神,通络开窍的作用。

总之,本课题按照中医学理论,通过局部选穴和辨证选穴,起到补偏救弊、调理脏腑、平衡阴阳、壮骨充髓的作用。同时又通过直接刺激头皮相关穴位(头皮刺激线),进一步加强脑部血液循环,增加脑血流量、改善脑细胞代谢、增强脑神经反射,二者相互结合,从而促进肢体的恢复。

(收稿日期:2006-08-02)

内括约肌切断术治疗陈旧性肛裂 160 例

叶平

(江西省南昌县人民医院 南昌 330200)

关键词:陈旧性肛裂;内括约肌切断术

中图分类号:R 657.14

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0031-01

本人采取内括约肌切断术治疗陈旧性肛裂 160 例,效果满意。现报告如下:

1 临床资料

160 例患者中,男 72 例,女 88 例;年龄 16~55 岁;病程 2~20 年;其中伴哨兵痔者 136 例,伴肛乳头肥大者 26 例,伴潜行痿者 25 例。肛裂位于截石位 6 点 127 例,12 点 51 例,两点均有裂口者 18 例。

2 治疗方法

患者取右侧卧位,常规消毒铺巾,局麻生效后,在肛裂裂口上作纵形切口,向上至裂口近齿线处,向下至肛缘外并适当延长切口,切除哨兵痔及肥大肛乳头,结扎出血点,有潜行痿者一并切除,切断部分外括约肌皮下部和内括约肌下缘 1cm,修剪创面平整,使其引流通畅。术毕肛内置太宁栓 1 枚,凡士林纱条填塞肛门,塔形敷料加压,宽胶布(下转第 42 页)

下腹壁小横切口手术后腹壁血肿 7 例分析

朱福梅

(浙江省海宁市妇幼保健院 海宁 314400)

摘要:目的:分析下腹壁小横切口手术后腹壁血肿的原因,探讨预防对策。方法:对2000年4月~2006年3月本院经腹子宫切除术1526例中出现的腹壁血肿7例进行分析。结果:所有的血肿都发生在下腹壁小横切口手术。结论:腹壁血肿是下腹壁小横切口手术的并发症之一,需引起重视。

关键词:腹壁血肿;腹壁小横切口手术;并发症;原因分析;防治措施

中图分类号:R 656.32

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0042-01

腹壁血肿是手术后较为常见的并发症, 虽不常危及生命, 但影响术后恢复, 增加病人住院时间和经济负担, 且常引起医疗纠纷。为分析其原因, 探讨预防对策, 本文对其进行分析如下:

1 资料与方法

1.1 资料来源 对我院 2000 年 4 月~2006 年 3 月所有经腹子宫切除手术进行统计分析。

1.2 方法 共分3组:(1)下腹壁小横切口手术组(1组),切口长度5~6cm;(2)下腹壁大横切口手术组(2组),切口长度>6cm;(3)腹壁直切口手术组(3组)。分别统计年龄、手术方式、术中有无异常出血者及术后血色素下降情况。3组进行对比分析。

2 结果

2.1 血肿发生率 本院 2000 年 4 月~2006 年 3 月共计经腹子宫切除手术 1 526 例,腹壁血肿发生 7 例,发生率 0.46%,3 组年龄无差异。1 组手术 971 例,腹壁血肿 7 例,发生率 0.72%;2 组手术 263 例,无血肿发生;1 组与 2 组手术指征和手术范围无差异;3 组手术 292 例,多为妇科恶性肿瘤手术和以往有下腹部直切口手术者,无血肿发生。

2.2 术后腹壁血肿发生情况 7例腹壁血肿的手术切口均为下腹部小横切口;年龄40~53岁;手术方式2例为次全子宫切除,5例为全子宫切除;发现血肿的时间,最短6h,最长17d,平均6.03d;血肿大小,最小4.3 cm×2.2cm,最大11cm×12cm;血肿位置均为筋膜下;术后血色素较术前下降量最多为36g/L,最少17g/L,平均26g/L,其中1例输红细胞4U;术后住院时间最短12d,最长38d,平均23d;处理方法,1例抽吸,6例切开引流。

3 分析

小横切口子宫切除操作简单,切口小,创伤小,手术时间较短,对脏器干扰少,胃肠功能恢复快,病人康复早,较传统

(上接第 31 页)固定。

术后给予抗生素,适当服用润肠通便药物,每日便后用 1:5 000 高锰酸钾溶液坐浴,太宁栓塞肛至痊愈。

3 治疗结果

本组病人病程 10~26d, 平均 16d。160 例患者中除 1 例有肛门渗液后经提肛等肛门功能锻炼症状消失外, 其余均一次性治愈, 无后遗症, 随访 0.5~3 年无复发。

4 讨论

肛裂是齿线以下肛管皮肤全层裂开性溃疡，因反复感

式子宫切除术优越,有较重要的临床意义^[1]。下腹部横切口是最美观的盆腔手术切口,它们比中线切口的强度高 30 倍,引起的疼痛小,对术后呼吸影响小,在妇产科手术中应用广泛,但偶然也会切断神经,以及在分离筋膜层和肌层时形成潜在腔隙及血肿。腹部横切口越低越容易碰到腹壁下动脉^[2]。

3.1 发生血肿的原因

所有血肿均发生在小横切口手术中,且均在筋膜下,究其原因:横切口向两侧牵拉时可损伤腹壁下动脉及其分支;损伤的血管在肌层中如未被立即发现并止血彻底常很快回缩,术毕不易发现;由于肌层与腹膜间组织间隙疏松,容易引起多量出血且不易自然止血。

3.2 预防方法

切开筋膜层分离腹直肌时,尽可能将分离面贴近腹膜层,避免损伤肌层血管;进入筋膜下牵拉肌层时应特别仔细观察出血点,如有出血点须立即止血,且不宜用电凝止血或结扎止血,宜用缝扎止血;术中有良好的麻醉,避免过度牵拉腹直肌;缝合筋膜前,仍应仔细检查肌层出血点;这样对预防下腹壁小横切口术后腹壁血肿有临床意义。

3.3 处理原则 因腹壁筋膜下血肿起病缓慢,不易及时发现,当发现时常已形成血块,且位置较深,用针刺抽吸方法可能疗效不佳,我们除1例较小血肿行保守治疗外均行切开皮片引流收到较好的效果。术后须仔细询问腹部症状和体征,特别注意切口周围的情况,同时及时检查血常规,以便及早诊断和处理。

总之,下腹壁小横切口子宫切除术是一种较好的手术方法,已广泛应用于妇科临床,如能仔细操作,预防腹壁血肿,将更能发挥其优势。

参考文献

- [1]金杭美,孙进.小开腹改良子宫切除术的探讨[J].实用妇产科杂志, 2000,16(2): 78
- [2]John A,Rock MD, John D,et al.铁林迪妇科手术学[M].济南:山东科学技术出版社,2003.267

(收稿日期: 2006-06-05)

染、外伤等致陈旧性肛裂,多伴哨兵痔、肛乳头肥大或肛窦炎、潜行瘻,主要表现为肛门周期性疼痛。肛裂常用术式有扩肛术、封闭术、侧切术、纵切横缝术等。采取内括约肌切断术治疗陈旧性肛裂,可降低内括约肌张力,解除内括约肌痉挛,同时降低肛管压,从而中断肛裂恶性循环,促进创面愈合,治愈肛裂。故该术式为治疗陈旧性肛裂的较为理想术式。

(收稿日期: 2006-07-20)

[illegible]