

颈深部感染临床治疗分析

曾晓明¹ 郑根水²

(1 浙江省第二监狱医院 余杭 311100; 2 杭州师范学院附属余杭医院 浙江余杭 311100)

关键词: 颈深部感染; 治疗分析

中图分类号: R 632.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0043-01

颈深部感染是指身体深部感染源,如牙、咽、扁桃体、涎腺、食道、呼吸道等处的炎症,感染颈深筋膜浅层以下的组织,如筋膜、淋巴结等,引起的脓肿形成较广泛的蜂窝组织炎的总称,扁桃体周围隙、咽后隙、咽旁隙、颌下隙的感染均属此类,颈动脉鞘、气管前间隙、嚼肌间隙、颞间隙等感染也为颈深部感染,临床上较为常见^[1]。颈深部感染为急症,接诊后须即行急症处理,本组经治的 100 例,临床治疗效果满意,无 1 例发生严重并发症。现就治疗体会分析如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 回顾 1996~2005 年间经治的 100 例,男 67 例,女 33 例;年龄最小的 10 岁,最大的 62 岁,10~45 岁的 85 例,占总数的 85%;其中扁桃体周围脓肿 75 例,咽旁间隙感染 20 例,咽后脓肿 3 例,颈动脉鞘炎 2 例,均为单侧;60 例住院治疗,病程平均 9.6d,40 例门诊治疗,病程平均 5.2d。

1.2 治疗方法 100 例病人均采用抗炎治疗,并酌情加用肾上腺皮质激素(地塞米松针)及支持疗法,其中 40 例扁桃体周围脓肿在表麻下行脓肿切开引流,3 例咽后脓肿在表麻后喉镜下经口行脓肿切开引流术,术后每日扩创引流 1 次,连续 3~4 次,直到脓液消失为止。

2 结果

100 例病人全部体温恢复正常,咽痛及局部症状消退,饮食无碍而获痊愈,无 1 例发生严重并发症。

3 讨论

腭扁桃体周围炎(或扁桃体周围蜂窝组织炎)与腭扁桃体周围脓肿是一类疾病两个阶段,在拟定治疗方案上有明显的区别,扁桃体周围炎可用抗炎治疗而愈,而扁桃体周围脓肿一旦确诊即需行切开引流或抽吸脓液加抗炎治疗,切开引

流方法优于抽吸脓液法^[2]。目前有些专科书籍上含义比较混淆,临床医师之间亦有见解分歧,从临床角度而言,我们认为该疾病的命名和治疗以分别设立为宜。

本文报告的扁桃体周围脓肿形成时间 4~5d 和急性咽后脓肿形成时间 2d 与文献一致,扁桃体周围脓肿的发病年龄和文献报道相符。文中 3 例咽后脓肿均在充分准备下,在手术室内表麻后喉镜下经口行脓肿切排,术前均采用了穿刺吸脓,其中 1 例抽吸脓液 20mL。3 例咽后脓肿病例均为成人,和文献比较有出入;全部作颈椎 X 光片检查,未发现颈椎疾患,和文献报道对照,成人咽后脓肿并发颈椎半脱位的机会,显然为少^[3]。

在治疗上述颈深部感染的病例中,我们对所有的病例均加用地塞米松针,每日 5~10mg,连续 3~4d,放在液体中静脉滴注。在使用足量抗生素的前提下加用激素,对咽喉部的水肿和炎症吸收起关键性的作用(但须警惕和重视糖尿病病人)。我们所遇到的 2 例颈动脉鞘炎病例,初诊早,但来势凶,就诊后第 2 日出现颈部症状加剧,滴水不能进,间接喉镜下见患侧咽侧壁黏膜肿胀伴破裂黏膜高度水肿,后经上述治疗而愈,防止了严重并发症的发生。

参考文献

[1]殷明德.耳鼻咽喉科急症与急救[M].南京:江苏科学技术出版社,1983.16~90
[2]黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998.375~383
[3]安旦华,朱淑敏.咽喉脓肿并发颈椎半脱位三例报告[J].临床耳鼻咽喉科杂志,1988,2(3):165

(收稿日期: 2006-06-12)

中药泡洗法治疗糖尿病足的临床体会

陈建龙

(福建省大田县中医院 大田 366100)

关键词: 糖尿病足; 并发症; 中药泡洗; 胰岛素; 脉络宁注射液; 巯蛇酶注射液

中图分类号: R 587.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0043-02

糖尿病足是导致糖尿病患者致残、致死的严重并发症之一,治疗难度较大。我院糖尿病专科自 2002 年 3 月~2005 年 6 月采用中药泡洗法治疗糖尿病足,取得了较好的疗效。现总结如下:

1 资料及方法

1.1 临床资料 本组患者共 36 例,均符合 WHO/DAD 于 1999 年颁布的糖尿病诊断新标准,并符合《实用内科学》(第 11 版)关于糖尿病足的诊断标准。其病情按 Wanger's 5 级标

准分级法。36 例患者随机分为 2 组,治疗组 18 例,男 10 例,女 8 例,年龄 46~79 岁,平均 64 岁,病程 6~20 年,临床分级: I 级 2 例,II 级 6 例,III 级 8 例,IV 级 2 例;对照组 18 例,男 11 例,女 7 例,年龄 42~81 岁,平均 62 岁,病程 5~24 年,临床分级: I 级 3 例,II 级 5 例,III 级 8 例,IV 级 2 例。2 组性别、年龄、病程、血糖及病情均无明显差异性,具有可比性。

1.2 治疗方法 2 组患者在治疗期间均进行饮食控制及胰岛素控制血糖; 脉络宁注射液 [每支 10mL, 批准文号:

小儿过敏性紫癜诊治体会

杨晓春

(内蒙古乌兰察布市第二医院 乌兰察布 012000)

关键词: 小儿; 过敏性紫癜; 诊治体会

中图分类号: R 554.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0044-02

过敏性紫癜 (Henoch-Schonlein purpura, HSP) 是侵犯皮肤或其他脏器的毛细血管及细小动静脉的一种过敏性血管炎症, 是一种变态反应性疾病, 其临床表现多样, 是儿童多发病之一。我院 1989~2003 年共收治 45 例 HSP 患儿。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 45 例, 女 33 例, 男 12 例; 2~7 岁 12 例, 7~14 岁 33 例。45 例均有双下肢紫癜, 以伸侧面多见, 呈对称分布, 分批出现, 其中 3 例紫癜波及上肢及臀部。肉眼血尿 6 例, 浮肿、尿少 3 例, 双踝关节肿痛 6 例, 双膝关节肿痛 3 例, 下肢痛 6 例, 阵发性腹痛 24 例, 黑便 3 例, 鼻衄 6 例, 牙龈肿痛 6 例。39 例在发病前 1~3 周内有不洁、乏力、纳差、低热等前驱症状。

1.2 病因 较复杂, 除感染、食物、药物等诱因外, 还与受凉、外伤、接种、花粉、虫咬、精神创伤等有关。本组 28 例于发病前 1~2 周有上感。

1.3 辅助检查 45 例血小板计数均属正常范围($105\sim 200\times 10^9/L$), 出、凝血时间均正常, 血沉 25mm/h 3 例; 大便潜血阳性 12 例; 尿中脓细胞 (+~++) 6 例, 尿蛋白 (+~+++)、尿红细胞 (+~满视野) 6 例; 心电图: 窦性心动过速 6 例, 左室高血压 3 例, PR 间期缩短、ST 段压低 3 例。

1.4 诊断 均为 HSP, 其中皮肤紫癜型 15 例, 肾型 6 例, 关 ZZ-5431 苏卫药准字 (1999) 第 177601 号]30mL 加入生理盐水 250mL 中静滴, qd; 蕲蛇酶注射液 (每支 0.75U, 批准文号: 国药准字 X19990362) 0.75U 加入生理盐水 250mL 中静滴, qd。10d 为 1 个疗程, 间隔 5d 后行第 2 个疗程, 共进行 2 个疗程。对照组在此基础上, 创面采用常规外科清创换药处理。治疗组在对照组基础上加用中药泡洗法治疗, 中药泡洗方: 生大黄 30g, 黄柏 30g, 苦参 30g, 金银花 30g, 白芷 30g, 丹参 30g, 乳香 15g, 没药 15g, 儿茶 15g, 生甘草 15g。上药煎煮过滤成 2 000~3 000mL 药液, 水温保持在 35~45℃ 之间, 将患处浸泡在药液里, 每次 20~30min, 浸泡后小心清除附着于疮面的坏死组织, 但不强行清除附着紧密的坏死组织, 泡洗后用无菌纱布覆盖创面, 每日 2 次。疗程为 1 个月。疗程结束后观察疮面坏死组织或脓苔消失情况, 疮面肉芽生长及愈合情况, 最后根据结果进行综合评价。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 按照《中药新药临床研究指导原则》制定。临床治愈: 疮面完全愈合, 疗效指数 [疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$] 为 100%; 显效: 疗效指数在 60%~100% 之间; 有效: 疗效指数在 30%~59% 之间; 无效: 疗效指数小于 30%。

2.2 治疗效果 治疗组 18 例, 临床治愈 6 例, 显效 7 例, 有

节型 9 例, 腹型 6 例, 混合型 9 例。

1.5 治疗 本病目前尚无特效疗法, 以综合治疗为主。高蛋白软食, 卧床休息, 抗感染、抗过敏、止血等对症治疗。本病具自限性, 一般 6 周内可自愈, 预后良好。

1.6 结果 随访 2~16 年, 3 例病情明显好转后转院查过敏原未复发。36 例未复发; 1 例受凉后复发; 2 例吃羊肉后复发; 3 例肾型紫癜常有血尿。

2 讨论

2.1 临床表现 本组资料表明, 小儿 HSP 好发于 7~14 岁儿童, 女性多见, 少数复发 (随访 42 例, 有 3 例复发, 占 7.14%)。发病诱因以上呼吸道感染居多 (28/45, 占 62.22%), 这与寒冷的高原气候有关。皮肤紫癜是本病常见之特征, 也可侵及脏器, 受累程度依次为肾、关节、消化道、心血管、神经系统等, 本组病例分别有皮肤、肾脏、关节、消化道和心血管受损害的临床表现。文献报道, 少数病人有头痛、惊厥、昏迷、偏瘫、视神经萎缩、脑电图异常、胸痛、咯血、哮喘、胸膜炎、X 线有肺梗塞样改变等临床表现, 极少数病人可见低蛋白血症、睾丸肿胀、阴囊水肿、胆囊积水、腰部肿块、双足趾干性坏死等临床表现。血象和骨髓象一般正常, 血小板数及出、凝血时间无异常, 白细胞可增加, 血沉可增快。有肾脏损害者尿中可出现蛋白和红、白细胞或管型等, 应进一步作肾功能检查, 必要时作肾活检。

效 4 例, 无效 1 例; 对照组 18 例, 临床治愈 2 例, 显效 5 例, 有效 6 例, 无效 5 例。治疗组愈显率为 72.22%, 对照组愈显率为 38.89%。2 组愈显 (临床治愈加显效) 率经 χ^2 检验, 差异有显著性 ($P<0.01$)。

3 讨论

一般认为, 糖尿病足的病理基础是糖尿病所致的慢性血管病变、神经病变和感染共同作用的结果。内科治疗包括控制血糖、改善血液循环、营养神经、抗感染等, 外科治疗包括清创、血管重建、截肢等方法。我们在内科控制血糖、应用蕲蛇酶和脉络宁注射液改善血液循环及外科常规清创等综合治疗的基础上, 配合中药泡洗取得了良好的疗效。

中药泡洗法古称“塌洗法”, 应用此法可使药物直接作用于创面, 具有见效快、副作用小、患者容易接受等特点。本方中生大黄、黄柏、苦参、金银花清热解毒; 白芷、丹参、乳香、没药活血托毒生肌; 儿茶收敛生肌, 促进疮面愈合; 甘草调和诸药, 兼有解毒之功效。诸药合用, 能杀灭和稀释病菌, 改善局部缺血缺氧状态, 使坏死组织排出, 促进肉芽组织生长和溃疡面愈合。这种集药疗、热疗、水疗于一身的中医外治法, 其疗效明显优于常规的外科清创法, 体现中医治疗独特优势。

(收稿日期: 2006-04-13)