

自拟通淋汤治疗非淋菌性尿道炎 96 例疗效观察

寿仁国

(浙江省诸暨市中医院 诸暨 311800)

关键词:非淋菌性尿道炎;通淋汤;中医药疗法

中图分类号:R 695.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)06-0053-02

随着人们观念的开放和某些西方国家腐朽生活的影响,近年来性传播疾病(STD)在我国发病率逐年增加,1998 年淋病为首位,近年呈下降趋势,而非淋菌性尿道炎(NGU)的感染率逐年上升^[1]。解脲支原体(UU)和沙眼衣原体(CT)是非淋菌性尿道炎发病的主要病原体,用西药治疗,有些患者耐药性很强,副作用很大,疗效欠佳。笔者于 2003 年 1 月~2006 年 1 月间用自拟中药通淋汤治疗非淋菌性尿道炎 96 例,取范围较局限者采用局部扇形浸润麻醉外,余均采用骶麻,以防止局麻易引起的局部肿胀与痔核相混淆而影响手术的治疗效果。患者取俯卧半膝胸位或截石位,常规消毒、铺巾。用足量的液体石蜡把脱出之内痔向肛内推揉,使之尽可能复位,先做肛内指检排除肛管、直肠及其它疾病后,指法扩肛,使肛门松弛,直肠指诊结合肛门镜检查,查清痔核部位、数目、大小及肛管内外病变关系,注意有无合并血栓、水肿及糜烂。在插入肛镜下嘱病人做排便动作,随着病人的用力内痔组织将随镜脱出至肛外,充分暴露痔组织。内痔区在齿线上 0.5cm 处用弯止血钳平行于肠管将痔核夹住,远端基底部黏膜下剪开少许,钳下以 7 号丝线行 8 字贯穿结扎,剪去部分结扎痔组织,注意保留足够的残端,以免结扎线滑脱。同法处理其他较大痔核,每个根部结扎点应上下错开呈齿形,使其不在同一水平面上,以减少肛管张力。用组织钳提起结扎痔核残端,于其近端基底部黏膜下注射 1:1 消痔灵注射液 2~4 mL。未结扎的其他内痔核酌情给予单纯消痔灵黏膜下注射。外痔区可根据外痔大小、部位、病理分型情况,选择性在齿线下 0.5cm 处切除,并尽量注意保留肛管皮肤切除结缔组织。于外痔中央作与肛门呈放射的切口,牵开两切缘向两侧潜行剥离,切除外痔静脉丛和多余的皮肤,使切缘对合整齐成线形。对于病变广泛的环形混合痔,依痔核数目的多少设计 4~5 个区域的切口,操作首先从痔核较大、脱出较重的部位开始,分别依上法处理其内外部分痔组织,各切口间要留有皮桥,其宽度至少 0.3cm。创面彻底止血,肛内塞太宁栓及消炎痛栓各 1 枚,肛管内外置油纱条,外敷塔形纱布加压固定。对较大的环形痔,肛管内可保留排气管,以便术后观察有无内出血和防止肠胀气。术后予普食,应用抗生素,术后第 1 天开始每次排便后用 5%硫酸镁或 1:5 000 PP 粉水坐浴,创面换药每日至少 1 次,有皮桥缝线者,术后 4~6d 拆除。所有患者术后随访半年以上。

2 结果

本组病例全部治愈,均无术后大出血、肛周感染、肛门狭窄或肛门失禁。部分患者有短时间的尿潴留、创周水肿及排便困难等,经理疗、坐浴等相应对症处理后均缓解。

3 讨论

本术式的改良处即是在常规外痔切除、内痔结扎的基础

得满意效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 治疗组和对照组共 186 例,均为性病门诊男性患者,按门诊首诊时间,单日就诊者为治疗组,双日就诊者为对照组,2 组病人病程均为半年~3 年。治疗组共 96 例,病程半年~1 年 66 人,1~2 年 22 人,2~3 年 8 人;年龄为 21~61 岁,平均年龄 26.8 岁。对照组 90 例,其中半年~1 年 65 人,1~2 年在结扎内痔基底注射硬化剂,注重保留齿线及肛管皮肤,酌情给予内括约肌松解。为避免术后痔残端出血,在痔基底部以 7 号丝线 8 字缝扎,切除痔时应在结扎线上保留足够的残端,以免结扎线滑脱出血,此外,在结扎内痔组织时如果内痔根部宽大,应分束结扎。还可以采用结扎与注射联合应用,可用 1:1 的消痔灵于分段结扎的痔组织间内痔点状注射,结扎残端上黏膜松弛明显者亦可点状注射。硬化注射造成无菌炎症使组织相互粘连,有将发生病理改变的肛垫上提的作用,注射法可避免过多结扎^[2]。

外剥内扎术应从痔核较重的部位开始,使手术由难而易,便于术中保留皮桥及方便操作。操作时遵循肛门整形原则,在剥除痔组织的前提下尽量保留肛管皮肤,恢复肛门正常解剖及自然状态。同时因齿线区对排便生理具有极其重要意义,是肛门反射中重要的感受装置,不破坏齿线敏感区可以防止术后引起排便感觉及排便运动异常^[3]。

环行混合痔切口在 3 处以上者应常规行内括约肌松解,从切除外痔创面处挑出部分内括约肌并切断,以肛门顺利通过两指为度,以防术后肛门狭窄;同时避免了因伤口疼痛刺激等引起的内括约肌痉挛,致使静脉血液及淋巴液回流障碍而引发肛缘水肿^[4]。环状痔分段切除时,由于皮下静脉曲张,肛周皮肤高于正常,在摘除静脉团后,皮桥往往呈弓形隆起,此时可在弓形中间剪断,剪除多余部分,两断端缝合,缝合需要深及皮下基底组织以保证血运。

术后坐浴和保持大便通畅非常重要,被结扎的痔组织因缺血坏死,第 2 天始可用 5%硫酸镁或 1:5 000 PP 液或中药制剂坐浴^[5],清洗肛门,清洁创面,以防坏死组织引起局部炎症而致肛门疼痛、水肿、全身发热等不良反应。此外,坐浴能促进血液循环,使创面清洁创口愈合快。

参考文献

[1]Accarpio G, Ballari F, Puglisi R, et al. Outpatient treatment of hemorrhoids with a combined technique: results in 7850 cases[J].Tech Coloproctol,2002, 6(3): 195~196
[2]杨立民,张宏伟,石丽,等.外剥内扎内注保留齿状线治疗混合痔 230 例[J].四川中医,2006,24(4): 77
[3]侯岩.改良外剥内扎术治疗混合痔 201 例临床分析[J].临床医药实践杂志,2006,15(2): 157
[4]毛剑.混合痔及术后并发症的治疗近况[J].现代中医药,2004,24(3): 59

(收稿日期:2007-04-19)

张枫

(河南省偃师市中医院 偃师 471900)

关键词: 痤疮; 罗红霉素; 维胺脂胶囊; 丹参注射液; 足三里; 穴位注射

中图分类号: R 758.733

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0054-02

我科自 2004 年 10 月~2006 年 10 月采用口服罗红霉素、维胺脂胶囊,同时配合丹参注射液双侧足三里穴位注射治疗痤疮 68 例,取得满意疗效。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 130 例病人均来自我院皮肤科门诊,随机分为 2 组。治疗组 68 例,男 30 例,女 38 例;年龄 16~34 岁,平均 20.1 岁;病程 1 个月~7 年,平均 2.2 年;根据病情严重程度分类^[1]: I 度(轻度)21 例,II 度(中度)39 例,III 度(重度)8 例。对照组 62 例,男 29 例,女 33 例;年龄 17~33 岁,平均 20.3 岁;病程 2 个月~6 年,平均 2.1 年;分类: I 度 20 例,II 度 35 例,III 度 7 例。所有病例均符合《皮肤性病学》第 6 版痤疮临床诊断标准^[2],就诊前 1 个月内未使用过相关治疗药物,排除对罗红霉素、维胺脂胶囊过敏者及孕妇、哺乳期妇女、严重肝肾功能不全者。2 组在性别、年龄、病程、严重程度、发病年 19 人,2~3 年 6 人;年龄为 23~58 岁,平均年龄 27.1 岁。

1.2 临床表现 2 组病人症状无差异,均有尿急、尿频、尿痛,或尿液呈黄色,尿道内有不同程度的刺痒、虫行或烧灼感。有的患者用手挤压阴茎尿道口有白色浆液状分泌物溢出,量少,或晨起尿道口有糊口现象。2 组病人用尿道拭子作淋球菌培养均为阴性,阳性者不列入统计范围。用聚合酶链反应法(PCR)检测均有 CT、UU 病原体感染或两者混合感染。其中治疗组 CT 感染者 41 例,UU 感染者 38 例,CT、UU 混合感染者 17 例;对照组 CT 感染者 39 例,UU 感染者 37 例,CT、UU 混合感染者 14 例。

1.3 治疗方法 治疗组用自拟中药通淋汤煎服。组成:瞿麦 10g、篇蓄 10g、金钱草 30g、益母草 10g、旱莲草 10g、车前草 30g、木通 5g、泽泻 10g、滑石(包煎)10g、草薢 10g、土茯苓 10g、焦山栀 10g、黄柏 10g、甘草梢 5g。水煎服,每日 1 剂,早晚饭后温服,连服 2 周为 1 个疗程。随诊加减:湿热重者加石菖蒲 10g、苡仁 30g,倦怠乏力加黄芪 15g、沙参 30g,饮食乏味者加焦山楂 10g、焦神曲 10g。对照组用强力霉素片 0.1g,早晚各 1 次,连服 2 周为 1 个疗程。

2 疗效观察

2.1 疗效判断标准 参照《性病防治手册》^[3]制订。治愈:用药 2 周后 PCR 复检病原体转阴,临床症状消失,无尿道分泌物。有效:用药 2 周后 PCR 复检病原体转阴(二项者其中一项转阴),症状、体征减轻。无效:病原体复检未转阴,症状、体征未改善。

2.2 治疗结果 经 2 周治疗,2 组疗效见表 1。

表 1 2 组疗效比较 例				
分组	n	治愈	有效	未愈
治疗组	96	69	21	6
对照组	90	30	33	27

3 讨论

CT 和 UU 是一种介于细菌与病毒之间的病原体,强力

部位等资料上无显著性差异。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 口服罗红霉素胶囊(国药准字 H10970292) 150mg, bid, 维胺脂胶囊(国药准字 H50021842) 50mg, bid, 连续服用 4 周观察疗效;同时给予丹参注射液双侧足三里穴位注射:找准穴位,常规皮肤消毒,用 2.5mL 注射器带 6 号针头抽取药液,迅速注射,深度 0.5~1.5 寸,每穴 1mL,1 周 1 次。

1.2.2 对照组 口服罗红霉素胶囊 150mg, bid, 维胺脂胶囊 50mg, bid。

1.3 疗效标准^[4] 治愈:皮损完全消退,自觉症状消失,且连续 3 个月无新皮损发生;好转:自觉症状明显减轻,皮损消退在 30%以上,或皮损消退后在 3 个月内重新发生;未愈:皮损及症状均无变化或皮损消退不足 30%。总有效率以治愈率加好转率计算。

霉素对此三种病原体都有治疗作用,但单纯使用临床效果并不理想。本组强力霉素治疗 90 例,有效率仅 70%。强力霉素在血中有效浓度维持较久,但经肾脏排除较少,尿道局部药物浓度较低,故疗效欠佳。由 CT 和 UU 感染的非淋菌性尿道炎,中医理论认为热毒内蕴,湿热下注所致,属“湿热淋、热淋”范畴。笔者自拟中药通淋汤治疗该病多年,在临床上往往能够取得西药不能代替的效果,且无毒副作用。2 组患者均有尿急、尿频、尿痛等膀胱刺激症状,且小便色黄,属湿热蕴结下焦,气化不利所致。通淋汤方组成由《和剂局方》的八正散和《伤科心得集》的萆薢渗湿汤化裁加减而成。方中萆薢、滑石、土茯苓分清别浊;黄柏善清下焦湿热,伍山栀清热解毒以止尿痛;瞿麦、篇蓄、金钱草、车前草、泽泻为清热通淋要药,合用能增强清下焦、利水湿、通淋之作用;益母草、旱莲草、木通清热凉血解毒;甘草梢调和诸药,且与木通、滑石同用有通淋利尿作用,并有保护上皮细胞组织以及细胞膜的作用。从西医理论角度分析,全方位抑制病原体,抗炎症介质,消肿利尿,也能防止尿道黏膜受损,减轻毒素反应及清洗尿道,促进病原体排除体外,消除尿道刺激症状,对 CT 及 UU 感染所致的非淋菌性尿道炎均有显著效果。另外,在治疗过程中发现,CT、UU 混合感染者用通淋汤治疗的效果明显优于西药对照组强力霉素的效果。

2 组治疗结束后,血、尿常规,肝、肾功能检查均无改变。经 3 个月治疗后,治疗组复发 4 例,后服通淋汤 1 个疗程治愈;对照组复发 8 例,服通淋汤治愈。

参考文献

[1]殷大奎,王钊,吴明江.性病·艾滋病防治培训教材[M].北京:北京医科大学出版社,1999.1~6
[2]中华人民共和国卫生部防疫司.性病防治手册[M].南京:江苏科学技术出版社,1994.56

(收稿日期: 2007-04-02)