

陈旧性肛裂合并肛管狭窄 55 例临床治疗体会

黄瑜

(福建省三明市中西医结合医院 三明 365001)

关键词: 肛裂; 并发症; 肛管狭窄

中图分类号: R 657.14

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0075-01

肛裂是齿线以下肛管皮肤破裂形成棱形裂口或溃疡, 是一种常见的肛管疾病, 好发于青壮年, 多由于大便秘结, 排便用力过度, 引起齿线以下的肛管皮肤破裂, 或因肛管狭窄, 造成继发感染, 逐步形成慢性溃疡所致, 长期的陈旧性肛裂一般主张手术治疗。现将临床治疗陈旧性肛裂合并肛管狭窄 55 例报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 55 例, 男性 23 例, 女性 32 例; 年龄 25~51 岁; 发病 2~21 年; 肛裂临床分期二期 22 例, 三期 33 例。55 例均合并肛门狭窄, 临床表现以肛门周期性疼痛、出血、便秘为主要症状, 合并前哨痔 35 例, 肛窦炎和肛乳头肥大 24 例, 肛门梳硬结 12 例。

1.2 治疗方法 采取纵切横缝术治疗陈旧性肛裂为主, 配合中药凉血润燥、理气通便、活血解毒。

1.2.1 手术方法 常规消毒肛周周围皮肤, 局部麻醉。取截石体位, 沿肛裂正中作菱形切口, 其下端在肛缘外 0.5cm, 上端在齿线上 0.5cm, 同时从外向内依次切除哨兵痔、溃疡、瘢痕组织及该处肛隐窝、肥大的肛乳头, 并在直视下切断部分内括约肌和外括约肌皮下部, 以手指无紧张感为度, 松解纤维化失去弹性的组织。然后将切口横行缝合, 缝合略带基底组织, 术后常规消毒, 敷止血海绵、凡士林纱条压迫止血, 术后禁大便 1d, 每天换药至伤口愈合。

1.2.2 中药治疗 术后配合中药凉血润燥、理气通便、活血解毒。生地 15g、当归 10g、玄参 15g、麦冬 10g、火麻仁 15g、川芎 10g、赤芍 10g、延胡索 10g、枳壳 10g、木香 10g、黄柏 10g、蒲公英 10g、甘草 3g; 每日 1 剂, 水煎服, 1d2 次, 至伤口愈合。

1.3 疗效观察 疗效标准: 治愈: 治疗后症状消失, 排便时

无困难, 随访 1 年无复发; 好转: 症状消失, 排干便仍有困难, 1 个月左右无复发; 无效: 症状无改善。结果 55 例中治愈 40 例, 好转 14 例, 无效 1 例; 总有效率 98.2%。

2 体会

陈旧性肛裂常伴有肛管相对狭窄, 肛管相对狭窄是指排便时肛管不能扩张到正常口径, 常小于通过直肠环的粪便(硬便)的口径, 硬便通过肛管时产生高张力, 因而造成持久性肛裂。肛裂的部位一般在肛门前正中位, 肛管皮肤纵行裂口, 呈线形或棱形溃疡, 边软整齐, 有弹性, 反复感染使裂口久不愈合, 边缘增厚、基底硬, 逐渐成为较深的慢性溃疡, 轻微刺激可引起剧烈疼痛。反复损伤, 继发性慢性感染, 经常性括约肌痉挛引起局部血运不畅, 造成肛管皮肤、内括约肌和外括约肌部分纤维化而丧失弹性, 只要少量括约肌纤维化就能造成排便时肛管无法正常扩张, 又加剧了肛管相对狭窄。纵切横缝术可松解纤维化失去弹性的组织, 恢复肛管排便时扩张功能。

陈旧性肛裂患者除了有肛管纵行溃疡外, 常常并发裂口上方邻近的肛乳头肥大、肛窦炎, 裂口上端受炎症反复刺激, 乳头肥大显著的可随排便脱出肛门外。裂口下方结缔组织增生并形成外痔(哨兵痔), 手术中应一并予以处理。

中医将肛裂称为“钩肠痔”、“裂痔”, 认为肛裂因阴虚津乏, 或热结肠燥, 而致大便秘结, 排便努责, 再使肛门皮肤裂伤, 然后染毒而渐渐形成慢性溃疡; 而现在的观点认为肛管后方局部缺血是肛裂形成的重要原因。因此在手术治疗陈旧性肛裂同时, 配合中药凉血润燥、理气通便、活血解毒, 标本兼治, 往往能收到良效。

(收稿日期: 2007-05-16)

小剂量氯胺酮复合异丙酚在结肠镜检查中的临床应用

黄宝根 刘志刚 龙林玉
(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

关键词: 结肠镜检查; 氯胺酮; 异丙酚

中图分类号: R 443.8

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0075-02

结肠镜检查是大肠最常见的检查、治疗手段之一, 随着人们对医学知识水平和生活质量的提高, 无痛技术运用越来越广, 也被广大患者所接受。结肠镜在检查过程中给患者带来的腹痛、腹胀、恶心、肛周疼痛等, 部分患者因为害怕上述不良反应而拒绝检查, 从而延误病情, 我院自 2003 年起应用小剂量氯胺酮复合异丙酚用于结肠镜检查取得了满意效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 100 例 ASA I~II, 心肺功能无异常, 性别、年龄、体重无显著差异的患者(见表 1), 随机分为 2 组, I 组实施无痛结肠镜检查, II 组实施传统结肠镜检查。年龄 16~80 岁, 体重 34~70kg。

表 1 2 组患者一般资料 ($\bar{X} \pm S$)							
组别	男	女	年龄(岁)	体重(kg)	ASA I 级	ASA II 级	
I 组	28	22	57.80±6.83	58.07±7.35	16	34	
II 组	23	27	58.32±6.37	59.137±7.86	19	31	

中西医结合治疗跟痛症 128 例心得体会

叶泽亮 张智广 熊为民
(广东省博罗县龙溪镇卫生院 博罗 516121)

关键词:跟痛症;中西医结合疗法;芬必得胶囊;当归鸡血藤汤
中图分类号:R 681.8 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2007)06-0076-02

跟痛症是临床常见病、多发病,是影响人们生产、生活及工作而至今尚无特效疗法的骨伤科疾病之一。本人自 1998~2006 年采用中西医结合的方法治疗跟痛症 128 例,取得较好的疗效。现总结如下:

1 临床资料

本组 128 例,男 86 例,女 42 例;年龄最大 63 岁,最小 34 岁;右足 57 例,左足 48 例,双足 23 例;发病至就医时间最长 10 个月,最短 7d。X 线片检查多无异常发现,仅 20 例显示骨刺增生,31 例显示局部脱钙、骨质稀疏。临床表现为足跟部疼痛,站立或行走时疼痛加剧,跟腱附着部位肿胀、压痛,跟骨后上方有软骨样隆起。

2 治疗方法

2.1 手法治疗 劈法:患者俯卧床上,患肢膝关节屈曲 90 度,医者一手拿住患足作背屈固定,使跟腱紧张,另一手用小鱼际处,对准滑囊用力劈之。以病人能耐受为度,隔天 1 次。手法目的是促进局部充血流通,消肿止痛。

1.2 麻醉监测 检查前认真询问病史,仔细体检,常规禁食禁饮。I 组患者建立静脉通路,常规鼻给氧,依次快速静脉推注氯胺酮 100~200 μg/kg,然后缓慢静脉推注异丙酚 1~2mg/kg,直到睫毛反射消失即可插镜检查,若检查过程中患者出现肢体躁动,酌情追加异丙酚 10~30mg。2 组检查过程均连续监测 BP、HR 等生命体征变化。

1.3 统计分析 结果用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,所得数据采用 t 检验进行统计学处理, $P < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

50 例实施传统结肠镜(II 组)中,平均时间 11.6min,检查过程中伴明显不适感如腹痛、腹胀、恶心、肛周疼痛等。无痛结肠镜(I 组),给药后平均时间 30s(18~52s)患者出现眼睑闭合,随后进入睡眠状态,检查过程平均 9.2min,检查后平均 36s(18~54s)苏醒,留观 5.6min(3.4~11.3min)后可下床独自离院或回病房。约有 1/10 患者诉苏醒后 5min 内稍感头晕,10min 后无处理可自行缓解。随访患者均对检查过程无知晓,无任何不良记忆。I 组检查时 BP、HR 稍有下降($P < 0.05$),检查结束后可逐渐回升;II 组检查时 BP、HR 显著升高,检查后仍保持较高水平($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 BP、HR 变化 ($\bar{X} \pm S$)				
指标	组别	检查前	检查时	检查后
BP/kPa	I 组	16.38±1.49	16.11±1.17 [△]	16.29±1.03 [▲]
	II 组	16.51±1.78	24.21±2.17*	21.78±2.06*
HR/次·min ⁻¹	I 组	88.16±10.18	78.73±12.23 [△]	86.35±10.46 ^{△▲}
	II 组	86.12±11.03	105.31±15.89*	94.43±12.37*

注:与检查前比较, $\triangle P < 0.05$, * $P < 0.01$; II 组与 I 组比较, $\triangle P < 0.01$ 。

2.2 药物局部注射法 按摩后,用碘伏、酒精常规消毒患处皮肤,用 5mL 注射器抽取醋酸强的松龙 0.25mL 加 2%普鲁卡因 2mL,在压痛点作局部封闭,每 7 天 1 次,一般 2~3 次即可。

2.3 中药内服法 治宜养血舒筋、温经止痛,用当归鸡血藤汤化裁。当归 15g,熟地 15g,桂圆肉 6g,白芍 9g,丹参 9g,鸡血藤 15g。胃寒加生姜,呕吐加砂仁。

2.4 中草药水外熏洗法 药用防风 6g,荆芥 6g,川芎 6g,甘草 6g,当归 9g,苍术 12g,丹皮 12g,川椒 10g,苦参 15g,黄柏 9g。煎水 2 000mL,趁热烫洗患处,每天 2 次。起到祛风散瘀、活血通络之功效。

2.5 西药内服法 芬必得胶囊 300mg,每天 2 次,饭后服。复方丹参片 4 片、维生素 B₁ 片 2 片,每天 3 次,口服。

以上方法每 7 天为 1 个疗程,未愈者继续治疗,中间不用间隔休息。

3 治疗结果

患者 128 例全部有效,经治疗 1 个疗程后症状体征消失

3 讨论

无痛结肠镜检查主要是为了消除患者紧张情绪,克服检查过程带来的不适感,让患者在无知晓中完成检查、诊疗任务,而且要求此项技术安全可靠,起效快,苏醒快,无不良反应。国内外用安定、咪唑安定、异丙酚用于消化道内窥镜检查的报道也不少,并且取得一定的效果。

我们用小剂量氯胺酮复合异丙酚应用于结肠镜检查,其机理基于以下几方面:(1) 氯胺酮是唯一的非巴比妥类静脉给药,具有完善的感觉、运动分离效果;(2)起效快、半衰期短,苏醒快;(3)它兴奋迷走神经,产生心血管兴奋效应,心排量增加,心率增快,血压升高^[1]。但存在精神症状等不良反应,并且随着剂量的增加而明显,同时有呼吸抑制的危险性。异丙酚是一种新型静脉全麻药,同样也具有起效快、苏醒快等特点,它可抑制迷走神经,引起血压下降,心率减慢,剂量增加时可抑制呼吸甚至会引起呼吸暂停。如上所述,氯胺酮与异丙酚从药理上既协同又互补,共同维持循环系统的稳定,避免了它们各自剂量增加时对呼吸系统的抑制。结肠镜检查一般只需 10min 左右,我们应用小剂量氯胺酮复合异丙酚,单次给药基本能满足检查所需时间,个别患者由于检查时间的延长,再适量静脉推注异丙酚,并没有明显延长术后恢复时间,较长时间使用也不会出现体内蓄积。无痛结肠镜检查的开展使结肠镜检查更安全、舒适,乐于被广大患者所接受,值得在临床上推广应用。

参考文献

[1]庄心良,曾因明,陈伯銮.现代麻醉学[M].第 3 版.北京:人民出版社,2005.426~480,482~487

(收稿日期: 2007-06-05)