

消痔灵治疗坐骨结节囊肿 67 例疗效分析

石瑜 田斌 陈欣 王巍松 严光亮
(浙江省诸暨市红十字医院 诸暨 311800)

关键词: 坐骨结节囊肿; 消痔灵; 治疗

中图分类号: R 681.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0060-01

我们于 1998 年 1 月~2007 年 5 月,对 67 例坐骨结节囊肿采用消痔灵注射液囊腔内注射治疗,取得显著疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 67 例,男 41 例,女 26 例,年龄 51~82 岁,平均 63.5 岁。所有患者均根据临床症状、体征、B 超检查等确诊。囊肿直径 5~14cm,其中>10cm 者 28 例,占 41.79%。病程 6 个月~14 年,平均 6 年。

1.2 治疗方法 患者取俯卧位,垫高会阴部及胸部,术野消毒,铺巾,用 1%利多卡因 2mL 于囊肿中心点作局部浸润麻醉,用左手拇指、食指固定囊肿,取 50mL 带 8 号针头的注射器进行穿刺,进入囊腔时常有明显的落空感,抽尽囊液,固定针头,取下注射器,吸取术前已配制好的 2:1:1 药液,即消痔灵 2 份、2%利多卡因 1 份、生理盐水 1 份反复冲洗,直至囊内冲洗液清晰为止。然后向囊腔内注入 2:1:0.5 之混合液(消痔灵 10mL,2%利多卡因 5mL,地塞米松 2.5mL),注入量为抽出囊腔内液体 1/5,但最多不超过 15mL。注药完毕拔出针头后轻压穿刺点 5min 左右,无菌纱布加压包扎,并嘱患者换体位,以使药液与囊壁充分接触。一般间隔 1 周,根据囊肿缩小情况重复治疗,直至治愈。

1.3 疗效判断标准 以治疗前后囊肿大小的变化来判定疗效,囊肿缩小 1/3 为有效,缩小 2/3 为显效,囊肿消失为治愈。

1.4 疗效 一次注射后均达有效,有效率为 100%;显效 49 例(73.13%),治愈 16 例(23.88%)。二次注射后治愈 37 例(55.22%)。三次注射后治愈 11 例。3 例患者在反复穿刺注药治疗 5 次后,肿块虽明显缩小,但仍不能消失,故转手术切除,术中发现囊肿呈多房性,接受注药的囊壁组织已坏死,说梗阻诊断为机械性肠梗阻而再次手术,由于肠管脆性增大,极易受到损伤,可能使梗阻症状加重,甚至造成严重的手术并发症。反之,将机械性肠梗阻误认为炎性肠梗阻进行保守治疗,可能延误手术时机,同样造成严重的后果。所以,对术后早期肠梗阻判断出是炎性肠梗阻,还是机械性肠梗阻对下一步治疗显得尤为重要。术后早期肠梗阻 90%以上为炎性肠梗阻,而由肠粘连、肠扭转、内疝、局部压迫等所致机械性肠梗阻不足 10%^[3]。术后早期炎性肠梗阻发生的时间较为固定,多发生在术后 2 周内,这是由创伤后炎症反应的病理变化决定的。术后早期炎性肠梗阻因肠袢广泛粘连水肿,因此肠管扩张不明显,亦见不到肠型和蠕动波,触不到明显的肠袢或腹部包块,腹胀或膨隆不明显,叩诊多为实音,肠鸣音减弱、稀少甚至消失,更听不到气过水声或金属音。全腹 CT 对术后早期炎性肠梗阻诊断具有重要价值,CT 显示肠壁水肿、增厚粘连,肠腔积气,动态观察有助于了解病情进展情况^[4]。

笔者体会:术后早期肠梗阻多数是由于粘连与炎症引起的炎性肠梗阻,引起绞窄者较少见,治疗宜先行保守治疗。在

明多房囊腔影响治疗效果。

1.5 随访 67 例患者全部随访,随访时间 6 个月~8 年。随访患者均经触诊及 B 超检查,未见复发,亦未出现并发症。但其中 3 例患者由于年龄因素及患者其它疾病,分别于术后 3、4 和 6 年死亡。

2 讨论

坐骨结节囊肿又称坐骨结节滑囊炎,主要原因是长期的局部慢性刺激所致。由于滑囊较深,手术野距坐骨神经近,且接近肛门,容易污染,加上手术切口又在负重区,坐时瘢痕可有疼痛,一般多采用非手术疗法和预防措施,常用四环素、氢化可的松或无水酒精局部穿刺注药进行治疗,但疗效往往不确切。而本法治疗效果满意,无并发症,且操作简便,费用低廉,不失为一种新的治疗方法。

消痔灵注射液由五倍子和明矾组成,精制后的主要有效成分为鞣酸、硫酸钾铝和三氯叔丁醇^[1]。鞣酸具有较强的收缩性,能使蛋白质凝固,血管收缩,并对多种细菌有抑制作用;硫酸钾铝对局部组织产生较强的致炎作用,使组织产生轻、中度纤维化、囊腔粘连消失。利多卡因可减轻局部刺激性疼痛。地塞米松可抑制囊壁渗出,故三药合用可提高疗效。

手术操作时应注意以下两点:(1)操作仔细认真,注射消痔灵药液前,需确定针头在囊腔内,以免药液外漏致周围组织坏死;(2)注射治疗后,要密切观察囊肿情况,及时重复治疗,以求彻底治愈。

参考文献

[1]石瑜.消痔灵治疗甲状腺囊肿 15 例[J].中国中西医结合外科杂志,2000,6(5):349

(收稿日期:2007-12-29)

治疗过程中,动态观察病情变化,复查 X 线、CT,一旦出现体温持续升高,腹痛、腹胀进行性加剧或出现机械性肠梗阻及腹膜炎体征时,则应及时中转手术,避免肠管绞窄坏死。治疗炎性肠梗阻要有耐心,持续保守至少 2 周,同时应严密观察病情变化,掌握手术指征,以减少并发症的发生。保守治疗过程中,肠外营养支持(TNP)不但是一种支持手段,更是重要的治疗措施,促进肠壁水肿消退和梗阻缓解,营养支持一直要维持到病人能够正常进食后才能逐渐停用。

参考文献

[1]李幼生,黎介寿.再论术后早期炎性肠梗阻[J].中国实用外科杂志,2006,26(1):38-39
[2]Ellozy SH, Harris MT, Bauerj J,et al.Early postoperative small bowel obstruction: a prospective evaluation in 242 consecutive abdominal operations[J].Dis Colon Rectum, 2002,45(9):1 214-1 217
[3]黎介寿.认识术后早期炎性肠梗阻的特征[J].中国实用外科杂志,1998,18(7):387
[4]吴介平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,1999.1 072

(收稿日期:2008-03-21)