

中西医结合治疗急慢性附睾炎 56 例

丁辉俊 蔡国方

(江苏省丹阳市中医院 丹阳 212300)

摘要:目的:探讨西药抗炎、中药内服外敷治疗急慢性附睾炎临床疗效。方法:急性期静滴抗生素加外敷中药金黄膏;慢性期内服理气活血、解毒散结汤药,2 周为 1 个疗程,连续 1~4 个疗程。结果:治愈 50 例,好转 4 例,无效 2 例,总有效率 96.43%。结论:中西医结合治疗急慢性附睾炎疗效良好。

关键词:中西医结合疗法;急慢性附睾炎;中药内服;中药外敷;西药抗炎

中图分类号:R 711.22

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0023-02

1 临床资料

1.1 一般资料 所有患者的诊治均于门诊完成,诊断治疗标准符合《中医男科学》^[1]。患者年龄 20~65 岁,平均 40 岁。大部分急性发病,时间 3~15d,平均 7d,共 41 例;慢性者 1~6 个月,共 15 例。有明确尿路感染史 36 例,有外伤史者 3 例,其余均无明显诱因。伴阴囊红热者 18 例,睾丸肿胀者 21 例。

1.2 诊断标准 (1)附睾肿胀疼痛,或伴阴囊红热肿痛,发热;(2)查体:阴囊红肿灼热触痛,附睾肿胀触痛,内有肿块结节;(3)彩超显示:附睾体尾部低回声结节,部分有睾丸鞘膜积液。急性发作者查血常规:白细胞、中性或有升高。

1.3 治疗方法 急性期附睾肿痛明显或伴阴囊红热触痛,全身发热者,结合泌尿感染等病史,选用敏感抗生素:头孢类、大环内酯类、喹诺酮类等,一到两种静滴抗炎,同时外敷金黄膏^[2],连用 3~7d。发热消失,阴囊红肿疼痛基本减退,附睾肿块疼痛明显减轻,残余附睾结节者,改口服理气活血、解毒散

结汤药:柴胡、枸橘、陈皮、赤白芍、三棱、莪术、牛膝、夏枯草、连翘、浙贝母、海藻、蜂房、鹿角霜等^[3],湿热明显加蒲公英、黄柏;气虚加黄芪;久治、未治或失治已成慢性者,直接口服中药汤剂,2 周为 1 个疗程,连续 1~4 个疗程。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 痊愈:临床症状及体征全部消失。好转:主要症状及体征消失或明显减轻。无效:临床症状及体征无明显改善。

2.2 治疗结果 共治疗 56 例,其中痊愈 50 例,好转 4 例,无效 2 例,有效率为 96.43%。

3 典型病例

高某,男,25 岁,“左侧阴囊红肿热痛 3d,伴发热 1d”来院就诊。PE:T:39℃,神清,精神可,心肺腹(-),左阴囊红肿灼热触痛,左附睾肿大如蛋,未及波动,舌红带紫,苔薄黄,脉弦数。B 超:左附睾肿大,尾部低回声结节,睾丸鞘膜少许积液,

3 讨论

糖尿病足的病变包括糖尿病周围神经病变、糖尿病周围血管病变,是糖尿病病人,特别是老年病人的一种常见的严重的慢性并发症。据世界卫生组织统计资料,所有进行低位远端截肢手术的患者,有 40%~70%与糖尿病有关^[4]。在我国糖尿病及其并发症的发病率仍呈明显上升趋势,给患者带来巨大的痛苦。糖尿病足在临床上既有糖尿病内科的表现,又有局部溃烂、感染的外科症状和体征,常伴血管病变、神经病变、局部感染,治疗时常需多学科的合作。我院治疗糖尿病足注重中西医结合,重视局部辨证与整体辨证相结合,以外治法为主,内治与外治相结合。

从统计数据可以看出,我院收治的糖尿病足患者平均年龄 67 岁,年龄较高,患糖尿病病史较长,平均病程长,这些不利因素均导致疾病治疗上的困难。经过中西医结合治疗,总体治愈率 28.33%,治愈率不高,其主要原因为糖尿病足患者治疗时间长,费用较高,一般患者在病情稳定、创面向愈合方向发展时,即要求出院,因为局部创面腐脱肌长之时,创面的换药处理较为简单,患者或家属可以自行操作。而总有效率达到 88.33%,总的来说治疗效果还是可靠的。

参考文献

[1]董砚虎,钱立荣.糖尿病及其并发症当代治疗[M].济南:山东科学技术出版社,1994.186
[2]李仕明.糖尿病足与相关并发症的诊治[M].北京:人民卫生出版社,2002.168
[3]贾建东,鲍家伟.中西医结合治疗糖尿病足坏疽[J].中国中西医结合外科杂志,2000,6(4):265-266

(收稿日期:2008-06-24)

2 结果

2.1 不同病情分级疗效比较 见表 1。从表 1 可以看出 I 级、II 级、III 级糖尿病足患者病情轻,总有效率均为 100%,说明该疗法疗效可靠。但 IV 级、V 级的治愈率和总有效率均较低,是因为 V 级坏死程度很重,单纯药物内外治疗均不具有可逆性,截肢手术是唯一有效并且能缩短治疗过程和减轻患者痛苦的治疗;而 IV 级为局限性坏疽,通过清创和局部换药具有可恢复性,但因其治疗时间较长,往往在统计时不是病程的最后结果。

表 1 不同分级疗效比较 例						
分级	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
I	5	2	3	0	0	100
II	19	8	8	3	0	100
III	16	3	7	6	0	100
IV	14	2	2	5	5	64.28
V	6	2	1	1	2	66.67
合计	60	17	21	15	7	88.33

注:经 χ^2 检验, $\chi^2=24.5928$, $P=0.0169$,按 $\alpha=0.0500$ 水准拒绝 H_0 ,提示中西医结合治疗糖尿病足疗效与病情程度有关系。

2.2 不同证型疗效比较 见表 2。

表 2 不同证型疗效比较 例						
证型	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
气血两虚型	18	5	8	4	1	94.44
阴虚毒蕴型	42	12	13	11	6	85.71
合计	60	17	21	15	7	88.33

注:经 χ^2 检验, $\chi^2=1.3386$, $P=0.7200$,按 $\alpha=0.0500$ 水准不拒绝 H_0 ,提示阴虚毒蕴型和气血两虚型间在治疗效果上无统计学意义。

LASIK 手术并发症的原因分析及处理

许建人

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:观察准分子激光原位角膜磨镶术的术中术后并发症,探讨其发生的种类、原因、处理方法及预防措施。方法:对 2 465 例(4 481 眼)LASIK 术中术后并发症的发生、发展及影响进行了 6 个月的观察。结果:LASIK 术中并发症有角膜血管翳出血、角膜瓣偏位、角膜瓣不全、游离瓣、角膜上皮剥脱、角膜基质床不平整和纽扣瓣;术后出现多种并发症如过矫或欠矫、弥漫性板层角膜炎、角膜层间异物、近视回退、不规则散光、术后干眼和术后眩光。结论:LASIK 治疗近视安全、有效,但存在许多并发症,应引起重视。手术技巧的提高、手术设计的完善和手术设备的改进以及有效及时处理各种并发症是保证手术成功的关键。

关键词:近视;散光;准分子激光原位角膜磨镶术;并发症

中图分类号:R 779.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0024-03

准分子激光原位角膜磨镶术(laser in situ keratomileusis, LASIK)经过几十年的发展完善,已显示出许多突出的优点,如术后眼部比较舒适、伤口愈合和视力恢复快、几乎不发生角膜雾浊、术后不必长时间滴用激素、可矫正的屈光度范围大和屈光回退少等。但手术中及术后也有并发症出现,现就我中心施行 LASIK 术的病人术中及术后出现的并发症分析和处理情况报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 2002 年 6 月~2007 年 12 月在我中心行 LASIK 的近视患者 2 465 例(4 481 眼),其中男性 1 120 例(2 016 眼),女性 1 345 例(2 465 眼);年龄 16~48 岁,平均(20.18±4.15)岁;术前等效球镜 -0.75~-13.0D,平均(-5.15±2.59)D;等效柱镜 -0.5~-4.5D,平均(-2.04±1.14)D。术前做常规检查,排除眼部活动性炎症、青光眼、圆锥角膜、眼底视网膜病变、干眼症、全身免疫性疾病、胶原性疾病和瘢痕体质史。停戴软性角膜接触镜 1~2 周。术后均能够随访、定期复查者。

1.2 术前检查 患者术前行裸眼远视力、矫正视力、电脑验光、试镜、角膜地形图、角膜厚度、眼压、泪道冲洗、泪液分泌试验、散瞳检影联合综合验光仪等检查,最后在散瞳后间接眼底镜检查眼底,尤其高度近视眼患者,详细检查周边视网膜,必要时使用眼球压迫器检查,以排除视网膜存在明显变性或有干孔者。对角膜过薄、角膜地形图可疑或视网膜存在明显变性或有干孔者,应不予手术。

4 讨论

急性附睾炎,多为非特异性感染,常见为葡萄球菌、大肠杆菌,其次为链球菌,少数为淋球菌或结核杆菌等。急性发作者,一般表现为全身不适,阴囊发热,患侧阴囊疼痛,向腹股沟、直肠、下腰部放射,行走时坠痛加剧,阴囊肿大,皮肤红热,附睾肿大,触痛明显。慢性者多由急性迁延而来,肿痛较轻,以附睾局部肿块结节为主。中医学无对应“附睾炎”的病名,根据临床表现属“子痛”、“囊痈”、“癰疽”、“颓疽”等范畴。病因方面,医家多责之于肝,认为是湿热下注厥阴之络,气血凝滞而成,如《证治准绳》指出:“足厥阴之经环阴器抵少腹,人之病此者,其发睾丸胀痛,连及少腹。”随着医学的不断发展,现代医家对本病进行了深入的研究,在病因病机方面有了新的认识。王沛等认为,外感或内生湿热或寒湿,客于肾子,经络阻隔,气血壅滞而为肿为痛;或情志不舒,气郁肝经,经脉瘀阻;或房事不洁,忍精不泄,瘀精浊血与湿热交作,结于肾子,亦成子痛;跌仆损伤或硬物撞伤肾子,使气血凝滞,经脉阻塞于前阴而发病。王琦认为,本病为外感寒湿或湿热

2.59)D;等效柱镜 -0.5~-4.5D,平均(-2.04±1.14)D。术前做常规检查,排除眼部活动性炎症、青光眼、圆锥角膜、眼底视网膜病变、干眼症、全身免疫性疾病、胶原性疾病和瘢痕体质史。停戴软性角膜接触镜 1~2 周。术后均能够随访、定期复查者。

1.2 术前检查 患者术前行裸眼远视力、矫正视力、电脑验光、试镜、角膜地形图、角膜厚度、眼压、泪道冲洗、泪液分泌试验、散瞳检影联合综合验光仪等检查,最后在散瞳后间接眼底镜检查眼底,尤其高度近视眼患者,详细检查周边视网膜,必要时使用眼球压迫器检查,以排除视网膜存在明显变性或有干孔者。对角膜过薄、角膜地形图可疑或视网膜存在明显变性或有干孔者,应不予手术。

之邪,蕴结肝经,阻塞络脉;肝郁不舒,气机阻滞;或器械损伤,瘀血内阻,复感邪毒而成。徐福松等认为,多因肝肾阴虚或阳明积热,下注肝经,厥气失疏,血脉痹阻,营气不从,逆于肉里所致;或先患寒疝、偏坠,寒湿凝聚,日久寒化生热;亦可因睾丸外伤,已破者直接感染湿热,未破者瘀血凝滞,蕴热酿脓。谭异伦等尚提出素体阴虚,或大病久病之后耗伤肝肾,致肝肾阴虚,络脉失调,亦能诱发病^[4]。

根据以上病因病机,急性期毒热较盛,故选用敏感抗生素:头孢类、大环内酯类、喹诺酮类等,一到两种静滴抗炎,同时外敷金黄膏清热凉血、消肿止痛,一般连用 3~7d,可迅速控制局部红肿疼痛。毒热减轻,以气滞血瘀痰结为主,此时选用理气活血、解毒散结汤药,可消结止痛,促病痊愈。方中枸橘、柴胡、陈皮疏肝行滞;赤白芍、三棱、莪术、牛膝凉血祛瘀;夏枯草、连翘、浙贝母、海藻、蜂房、鹿角霜消肿散结;湿热未清,加蒲公英、黄柏清热除湿;日久气虚,加黄芪补气,以期气行血行;诸药共奏理气活血、解毒散结之功。金黄膏具有清热除湿、凉血散瘀、消肿止痛之功。另外在治疗中,急性期宜平卧休息,以利活血消肿;饮食宜清淡,忌食辛辣油腻之品,以免助火恋邪,迁延病期。

参考文献

[1]王琦,曹开铺.中医男科学[M].天津:天津科学技术出版社,1988. 86-91
[2]周素贞.如意金黄膏治疗附睾炎 42 例临床观察[J].河南中医药学刊,2001,17(4):55-56
[3]钱伯文,章永红.化瘀五法的临床运用[J].中医杂志,1985,26(8):22-23
[4]张凯.中医药治疗附睾炎概况[J].中医药临床杂志,2006,18(1):95

(收稿日期:2008-09-12)