

使内源性糖皮质激素分泌,抑制炎症^[13]。三七皂苷能扩张血管,改善微循环,保护组织抗氧化能力,抑制脂质过氧化反应,减少 Ca^{2+} 内流,影响自由基生成,能抑制激活的巨噬细胞及 T 细胞释放炎症因子。有研究表明,大承气汤可以抑制内毒素介导的单核、巨噬细胞产生的细胞因子,如 $\text{TNF-}\alpha$ 、 IL-1 、 IL-2 、 IL-8 等,减少了这些因子造成的“瀑布效应”,因此,减轻了对靶器官的打击,起到脏器保护作用^[14]。大承气汤通过下调 IL-6 、 $\text{TNF-}\alpha$ 等促炎细胞因子的释放,清除循环中已产生的炎症因子,打断 SAP 的“瀑布式”反应,并重建促炎和抗炎细胞因子的平衡,进而减轻组织损伤,阻止 SAP 的发生、发展,且显著降低机体免疫抑制因子 sIL-2R 水平,从而有利于恢复机体免疫功能,对于 SAP 患者胃肠功能状态恢复大有裨益。

本实验采用大承气汤早期经胃管注入治疗 SAP 3d、5d 后 $\text{TNF-}\alpha$ 、 IL-6 、 IL-8 、PAF 等水平迅速降低,与对照组比较,差异明显($P<0.05$),在临床治愈率、总有效率、临床和实验指标的恢复时间上均明显优于单纯西医治疗。提示大承气汤可下调 IL-6 、 IL-8 、 $\text{TNF-}\alpha$ 等促炎细胞因子的释放,清除循环中已产生的炎症因子,打断 SAP 的“瀑布式”反应。综上所述,重症急性胰腺炎的发生、发展中炎症介质起到了重要的作用,炎症介质的级联反应可引起全身炎症反应综合征及多脏器功能衰竭,导致病人死亡。本实验通过观察认为,加用大承气汤能通过降低细胞因子含量、恢复肠道功能而改善预后,是一种较单纯西医治疗 SAP 更经济、安全有效的中西医

结合疗法,值得推广应用。

参考文献

[1] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中华消化杂志,2004,24(3): 190-192

[2] Gloor B,Schmidtman AB, Worni M,et al.Pancreatic sepsis: Prevention and therapy [J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2002,16:379-390

[3] Hartwig W, Maksan SM, Foitzik T, et al.Reduction in mortality with delayed surgical therapy of severe pancreatitis [J].Gastrointest Surg, 2002,6:481-487

[4]王自法,徐军,潘承恩,等.地塞米松抑制炎症递质改善鼠重症急性胰腺炎的预后[J].世界华人消化杂志, 2000,8(8): 239

[5]王崇文.重症胰腺炎的非手术治疗[J].中华消化杂志,1999,19(6): 367

[6]Mews P, Philips P, Fahmy R, et al.Pancreatic stellate cells respond to inflammatory cytokines potential role in chronic pancreatitis[J]. Gut, 2002, 50(4):535-541

[7]Dinarello CA. Biologic basis for interleukin-1 in disease [J]. Blood, 1996,40:1-4

[8]Donnelly SC, Strieter RM, Kundel SI, et al.Interleukin-8 and development of adult respiratory distress syndrome in a trisk patients groups[J]. Lancet, 1993,341:643-647

[9]陈龙海,吴威中,关凤林,等.中医通里攻下法对多器官功能不全综合征时肠道屏障功能保护作用的实验研究[J].中国中西医结合杂志,2000,20(2): 122-124

[10]冯顺友.大黄防治胃肠功能衰竭[J].中国中西医结合杂志,2000,20(10): 795

[11]刘峰,高士杰,胡慧刚,等.大黄治疗休克后胃肠功能障碍的研究[J].中国急救医学,2003,23(1): 38

[12] 陈海平, 李钢, 郑锐渊. 中药合剂抑制实验性急性胰腺炎大鼠炎症介质的研究[J].中国中西医结合外科杂志, 2000,6(5): 338-340

[13]邱德凯,马雄.急性胰腺炎[M].北京:科学技术文献出版社,2004. 1 448-1 449

[14]赵卫川,崔乃强,赵琪.承气合剂对缺血再灌注肠管内毒素转运的影响[J].中国中西医结合外科杂志, 1998, 4(2): 831

(收稿日期: 2008-09-17)

环行混合痔内结扎外十字剥切疗效观察

金杰

(上海市仁济医院崇明分院 崇明 202155)

关键词: 环行混合痔; 内结扎外十字剥切; 手术疗法

中图分类号: R 657.19

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0004-01

我科自 2005 年以来采用内结扎外十字剥切术治疗环行混合痔 65 例,同时与 58 例应用传统内痔结扎外痔菱形切缝合术治疗的环行混合痔进行同期比较观察。现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 123 例病例随机分为观察组与对照组。观察组 65 例,男 41 例,女 24 例;年龄 31~76 岁,平均年龄(45 ± 0.69)岁;病程(5.23 ± 0.21)年;其中伴有肛裂 15 例,低位单纯性肛瘘 3 例,内痔嵌

顿 10 例。对照组 58 例,男 31 例,女 27 例;年龄 25~71 岁,平均年龄(44± 0.71)岁;病程(5.57 ± 0.25)年;其中伴有肛裂 5 例,低位单纯性肛瘘 5 例,内痔嵌顿 13 例全部病例。病因为饮酒、辛辣刺激、便干努挣、劳累过度,临床表现为肛门剧痛、痔核脱出不能回纳、便血、瘙痒、渗液。

1.2 治疗方法 两组均取截石位,碘伏常规消毒肛周及肛管,0.25%布比卡因于肛管作菱形浸润麻醉。

1.2.1 观察组 切口一般选择痔核 (下转第 7 页)

疸。”并对黄疸的病因病机进行了分析,《素问·六元正纪大论》说:“溽暑湿热相搏,争于左之上,民病黄疸而为臌肿。”最先提出炎暑湿热之邪是黄疸的病因,对外邪侵袭,经过脏腑间的传变而发为黄疸的机制亦进行了阐述。我导师江一平教授认为湿热熏蒸肝胆是重症肝炎发病的重要病机,黄疸与湿热关系密切。现代医学认为,重症肝炎的黄疸(高胆红素血症)主要是由于肝细胞的大量坏死和受损,以及大量炎性介质作用,致使肝脏摄取、结合、排泄胆红素的功能发生障碍,使血中直接胆红素和间接胆红素升高。由于上述原因,可产生反馈抑制肝细胞窦间质膜对胆红素的摄取,及葡萄糖醛酸转移酶的活性下降致使非结合胆红素升高,重症肝炎中肝细胞大量坏死除由免疫因素直接所致外,目前认为由免疫产生的继发性细胞因子也起到重要作用,可使肝脏微循环产生障碍,肝脏代谢网络受损^[1]。本组 126 例重症肝炎病人全部符合肝胆湿热证,这与国内相关研究一致。陈氏等^[2]通过查阅文献、临床预试与专家咨询完善辨证标准;在不同级别、不同地区综合医院进行流行病学调查 5 606 例,属肝病者 1 013 例,其中肝胆湿热证(135 例)占 13.3%;运用微机先将所查资料由定性变成定量指标,用逐步回归分析

法进行多因素分析,对 100 例进行回顾性检验,肝胆湿热诊断符合率为 94%;对 69 例进行前瞻性检验,诊断符合率为 94%。曹月英^[3]教授认为重症肝炎系湿热之毒壅盛,气血分同病,治疗总以祛邪为主,清热解毒利湿,使气血两清,使邪去而正安,病情向愈。从治疗的角度说明了重症肝炎的湿热与重度黄疸关系密切,湿热积分越高(即湿热程度越高),血清胆红素浓度越高,昏迷程度越重,凝血酶原活动度越低,肝细胞坏死程度越高。湿热程度与病死率成正比,这一结果原因在于重症肝炎的黄疸主要属于肝细胞性黄疸,而在肝细胞性黄疸时,黄疸越深,亦即血清胆红素浓度与肝细胞病变成正比^[4]。故而我们认为清热利湿解毒是重症肝炎的中医主要治法,对于重症肝炎的湿热程度的观察可以帮助临床医务工作者判断预后。

参考文献

[1]彭文伟.实用传染病学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,2000.181
[2]陈泽奇,陈国林.肝火上炎证与肝胆湿热证临床辨证标准的研究[J].黑龙江中医药,1992, 36(4): 12-14
[3]李怀长.曹月英教授治疗慢性肝炎的经验[J].山西医科大学学报, 2003,34 (4):325-326
[4]沈耕荣,余书文,董祥家,等.重症肝炎[M].天津:天津科学技术出版社,2000.128

(收稿日期: 2008-09-19)

(上接第 4 页)对应处,内痔用双股 7 号缝线结扎,同位外痔皮赘处作放射状切口至齿线,在切口两侧沿肛缘做横形切口切除多余皮赘及皮下血栓和曲张静脉,并间断缝合横形切口。修整创面后肛门置排气管,内塞凡士林纱布,外贴纱布。

1.2.2 对照组 于截石位 3、7、11 点,内痔用双股 7 号缝线结扎,同位外痔皮赘处作菱形切口,创口依情况采用开放或半开放式。

1.2.3 术后处理 两组术后均控制排便 24h,进流质饮食 1d,便后用 1:5 000 高锰酸钾温水坐浴、红油膏外敷,术后洛美沙星静滴 3d。

2 结果

两组平均手术时间、术后疼痛评分、肛门水肿、尿潴留、肛管狭窄及创面愈合时间比较,见表 1。

表 1 两组各项指标比较 ($\bar{X} \pm S$) 例							
组别	n	平均手术时间(min)	术后 1-3d 疼痛评分(分)	肛门水肿	尿潴留	术后肛管狭窄 愈合时间(d)	
观察组	65	21.0± 4.9 *	1.21± 0.56*	12*	11*	0*	23.9± 4.1*
对照组	58	34.1± 5.5	2.04± 0.67	20	19	2	23.6± 4.0

注:与对照组比较,*P<0.01。

3 讨论

环行混合痔是临床上常见病,一般病程长,发作时病情较重,常伴有其他肛周疾病,伴有环状痔急性脱垂嵌顿时会给手术带来不小的难度。对于环

行混合痔以往通常采用内痔结扎外痔菱形切除缝合术、环行混合痔间断外切缝内注射术、环行混合痔外切除内缝扎术等,上述方法都存在手术创口大、术后疼痛明显、肛门水肿、愈合时间长、易发生肛管狭窄并发症等缺点。笔者在临床上尝试用内痔结扎外痔十字剥切术治疗环行混合痔,一方面有效切除多余皮赘确保手术疗效;另一方面通过更多地保留皮瓣,减小手术创面以缩短伤口愈合时间,减少疼痛及肛管狭窄等并发症。

本手术注意事项:(1) 术前设计手术方案确保勿过多地切除肛缘皮肤,以免缝合困难使伤口开放过多,引起术后疼痛以及疤痕组织过多生长并发肛管狭窄。(2)为防止术后肛门水肿,应彻底清除外痔皮下血栓、曲张静脉和多余的结缔组织,缝针宜少不宜多,以维持组织张力闭合良好为度,打结不宜收得过紧。(3)术后一般于 5~7d 拆除缝线。

本术式因充分考虑肛门的功能和解剖的关系,较之传统的内痔结扎外痔菱形切除缝合术能更好地保留肛缘皮肤、减少并发症和缩短疗程,在临床取得了良好的效果,值得推广应用。

(收稿日期: 2008-11-03)