

混合痔术后中药换药临床疗效观察

肖慧荣 赖志亨 谢昌营
(江西省中医院 南昌 330006)

关键词: 创面; 混合痔; 肛门洗剂坐浴; 中药换药

中图分类号: R 657.18

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)05-0062-02

2007 年 11 月~2008 年 9 月期间, 笔者对 170 例混合痔术后患者采用了肛门洗剂坐浴、九华丹栓剂塞肛、金黄膏外敷创面换药, 结果取得了较好的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》确定的混合痔患者 260 例, 并排除糖尿病基础病和 / 或同时进行其他肛肠病手术者, 均采用规范的外剥内扎术式治疗, 术后换药按照随机分组原则分为治疗组和对照组。治疗组 170 例, 其中男 91 例, 女 79 例; 年龄 18~72 岁, 平均(41.2± 5.1)岁; 痔切除数目: 1 颗 25 例, 2 颗 77 例, 3 颗 68 例。对照组 90 例, 其中男 54 例, 女 36 例; 年龄 19~68 岁, 平均(39.8± 6.5)岁; 痔切除数目: 1 颗 19 例, 2 颗 32 例, 3 颗 39 例。两组在性别、年龄及手术基本情况上无统计学差异, 具有可比性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 制备 (1) 肛门洗剂: 五倍子 20g、黄柏 20g、荆芥 20g、芒硝 10g、白及 20g、桑寄生 30g、白矾 10g, 煎汁 1 000mL, 先熏后坐浴。(2) 九华丹栓剂: 滑石 600g、月石 90g、龙骨 120g、川贝 18g、冰片 18g、朱砂 18g, 先制成膏, 再用棉栓做成栓剂, 塞肛用^[1]。(3) 金黄膏: 大黄 2 500g、黄柏 2 500g、姜黄 2 500g、白芷 2 500g、南星 1 000g、陈皮 1 000g、苍术 1 000g、厚朴 1 000g、甘草 1 000g、天花粉 5 000g, 制成膏, 外敷肛门^[2]。(4) 凡士林油纱条: 适量凡士林制成油纱条, 高压消毒备用。

1.2.2 换药方法 两组术后均取凡士林油纱条敷于创面, 无菌纱布覆盖, 包扎固定。治疗组术后每日

(4) B 超检查对手术后继发阑尾炎的诊断价值较大。超声可反复动态观察阑尾炎, 不仅给临床医生提供了诊断依据, 还提供了鉴别诊断依据, 应为首选的辅助检查方法^[4]。

腹部手术后早期急性阑尾炎虽属少见, 但应引起重视, 本病重在诊断。临床医生根据临床表现, 详询病史, 同时借助 B 超、CT 等辅助检查, 多可作出正确诊断。因此对腹部手术后出现阑尾炎相关临床表

排便后用肛门洗剂先熏后坐浴, 生理盐水棉球清洗创口, 肛内塞九华丹栓, 金黄膏外敷。对照组排便后用 1: 5 000 的高锰酸钾溶液坐浴, 凡士林油纱条外敷。

1.3 结果 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》确定创面愈合时间。治疗组创面愈合时间为 11~15d, 平均 14.5d; 对照组为 17~43d, 平均 20.4d。经统计学处理, 两组对比 $P<0.05$, 治疗组明显优于对照组。

2 讨论

肛肠病术后换药实际上是手术的延续, 适当的术后处理可以减少或杜绝术后并发症和继发症的发生, 支持手术获得预期的效果。混合痔外剥内扎手术是最常见的肛肠科手术, 创面不宜缝合, 面积较大, 又易受到粪便污染, 1: 5 000 的高锰酸钾溶液坐浴, 凡士林油纱条创面换药, 虽能起到保护创面的作用, 却无促进创面愈合的功能。而外用中药换药治疗伤口, 伤口肉芽组织新鲜, 抗感染能力强, 愈合快, 愈后瘢痕挛缩轻^[3]。

混合痔术后创面, 中医学认为是先有创伤, 气滞血瘀, 继有湿、热邪毒侵袭, 湿、热、滞、瘀相与为病, 往往互为因果, 相互夹杂, 致使肛门局部气血运行受阻, 经络瘀滞, 秽邪留恋, 创面疼痛、渗出, 创面旁皮肤水肿有碍气血生化、上皮生长。肛门洗剂中五倍子味酸、涩, 性寒, 能收敛止血、清热; 黄柏味苦, 性寒, 能清热燥湿; 荆芥味辛性温, 能轻扬; 芒硝外用能破血行血, 散结消肿; 白及有消肿、止血、生肌之功; 明矾收敛止血、燥湿; 诸药合用, 药证合机, 相辅相成, 共奏清热燥湿、祛风散结、消肿止痛、收敛止血之功效。九华丹栓剂有消肿止痛、生肌润肤

现的病人, 要积极处理, 尽快查明原因, 排除伴急性阑尾炎的情况, 如果诊断明确则应积极手术治疗。

参考文献

[1] 王毓, 王敖. 腹部手术后急性阑尾炎 6 例分析[J]. 中国综合临床杂志, 2003, 19(5): 475
[2] 张建民, 刘冬冬. 腹部手术后早期急性阑尾炎 6 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(1): 76
[3] 李永国. 急腹症再手术问题[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(4): 196
[4] 吴玉琴. B 型超声在急性阑尾炎诊断中的应用[J]. 医学理论与实践, 2007, 20(2): 217

(收稿日期: 2009-05-03)

复方公英片联合卡介菌多糖核酸治疗扁平疣疗效观察

毛骊俊

(江西省上饶市皮肤病性病防治所 上饶 334000)

关键词:扁平疣;复方公英片;卡介菌多糖核酸

中图分类号:R 752.52

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0063-02

扁平疣是一种常见的病毒性皮肤病,治疗时间长,疗效不理想。我科于 2007 年 10 月~2008 年 10 月采用复方公英片联合卡介菌多糖核酸注射液治疗扁平疣,取得了较好疗效。现将结果报告如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 100 例患者均为我院门诊就诊者,临床确诊为扁平疣。其中男 55 例,女 45 例;平均年龄 27.4 岁(10~47 岁);平均病程 2.3 年(0.5~5 年);皮损仅位于面部 68 例,手背及前臂 14 例,两个部位均有 18 例。100 例患者随机分为治疗组和对照组各 50 例,两组患者在年龄、性别、病程及临床表现上差异无显著性。所有患者无肝、肾功能不全,非孕期及哺乳期,治疗前 1 个月均未采用过其他药物治疗,对所用药物无过敏史。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 治疗组给予复方公英片,每次 6 粒,每日 3 次,口服(小儿剂量减半);卡介菌多糖核酸注射液 0.5mg,隔日 1 次肌肉注射;外用喷昔洛韦乳膏涂于患处,每日 3 次。对照组给予复方公英片,每次 6 粒,每日 3 次,口服(小儿剂量减半);外用喷昔洛韦乳膏涂于患处,每日 3 次。两组患者均连续用药 36d 评定疗效。

1.2.2 疗效判定标准 痊愈为皮损全部消退,或仅留轻度色素沉着;显效为皮损消退 70%以上;有效为皮损消退 30%~70%;无效为皮损消退不足 30%或增多。痊愈加显效例数的百分比为有效率。

1.2.3 统计学方法 数据采用卡方检验。

2 结果

2.1 疗效比较 两组患者经 1 个疗程治疗后,临床疗效见表 1。治疗组痊愈率和有效率分别是 50.00%和 86.00%,均高于对照组的 36.00%和 68.00%。两组患者的有效率经统计学分析, $P<0.05$,差异有显著性。

作用。金黄膏有清热除湿、散瘀化痰、消肿止痛的作用。先用肛门洗剂先熏后坐浴。用九华丹栓剂塞肛,外敷金黄膏有利于伤口的愈合,比 1:5 000 的高锰酸钾溶液坐浴、凡士林油纱条换药效果好,伤口愈合时间明显缩短,值得临床推广应用。

表 1 两组扁平疣患者疗效对比 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	50	25	18	5	2	86.00
对照组	50	18	16	11	5	68.00

2.2 不良反应 治疗组有 1 例患者注射卡介菌多糖核酸注射液初期有低热症状,无特殊处理,后恢复正常。

2.3 随访 治疗结束后对治愈患者进行随访,连续随访 3 个月观察复发情况。在治疗结束后 3 个月随访中,治疗组在第 3 个月有 1 例复发,对照组在第 2 个月和第 3 个月分别有 1 例和 2 例复发。

3 讨论

扁平疣是由人类乳头状瘤病毒 (HPV)-3 感染引起的慢性皮肤病,主要侵犯青少年^[1],好发于面部,影响发病者尤其是青少年的身心健康。中医学认为扁平疣系风邪搏于肌肤,风热血燥,气滞血瘀集于皮肤而致皮疹。目前的抗病毒药一般均是针对疱疹病毒而非人类乳头瘤病毒,故对一般的抗病毒药疗效不明显。复方公英片主要成分是蒲公英和板蓝根,具有清热解毒凉血的作用,在临床上抗病毒、抗菌作用明显。现代医学认为扁平疣患者存在细胞免疫功能低下或抑制^[2],当人体的细胞免疫功能低下时易患本病。卡介菌多糖核酸主要成分是多糖、核酸等多种具有免疫活性的物质,通过调节机体的细胞免疫、体液免疫,刺激网状内皮系统,有效激活巨噬细胞及 T 淋巴细胞,产生细胞介导的传染免疫,致敏 T 细胞在抗原的特异性刺激下增殖分化并释放出一系列淋巴因子,这一系列淋巴因子综合协同作用,发挥其细胞免疫功能,引起特异性抗体生成及对疣的免疫排斥,达到排斥疣病变组织的目的^[3]。两者联合使用可增强机体抗病毒能力,调节机体免疫功能。

笔者临床观察发现治疗组治愈率和有效率明显优于对照组,提示复方公英片联合卡介菌多糖核

参考文献

[1]李曰庆.中医外科学[M].第 7 版.北京:中国中医药出版社,2007.77
[2]荣文舟.现代中医肛肠病学[M].北京:科学技术文献出版社,2000.