

耳穴贴压预防肛肠疾病术后并发尿潴留的临床观察

肖慧荣 徐玲 安明伟 熊腊根 许金水 唐勇

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:耳穴贴压法;肛肠疾病;尿潴留

中图分类号:R 619.9

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.047

尿潴留是肛门直肠手术后最常见的并发症之一,其发生率高达 12%~52%^[1]。近年来,笔者采用耳穴贴压法预防肛肠术后尿潴留,疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2008 年 1 月~2009 年 1 月在我科接受肛肠手术后的病例 300 例,随机分为两组。耳穴贴压组(治疗组)150 例,男性 76 例,女性 74 例,年龄 20~60 岁,平均(38.03±10.00)岁;对照组 150 例,男性 77 例,女性 73 例,年龄 21~60 岁,平均(38.92±9.47)岁。两组患者性别、年龄、疾病类型、手术切口、术中术后补液量均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 手术前 1h,患者取坐位,暴露耳廓,选取患者双侧神门、皮质下、肛门、尿道,采用王不留行籽贴敷上述穴位,并按压所有穴位至局部产生胀痛的气感,嘱患者手术前及手术过程中每 15 分钟自行按压 1 次,手术后每 2 小时自行按压 1 次,每次 3~5min,以局部出现胀感为度,治疗持续 24h。

1.2.2 对照组 不给予上述治疗,仅给予常规心理诱导、耻骨上膀胱区按摩、听水声等物理治疗。

1.3 疗效观察

黏膜脱垂,同时完成切口后上提了肛垫,从而使痔核回缩至直肠内并逐渐萎缩,恢复肛管黏膜正常解剖,改善肛门的自制功能,降低肛管内压,调整内外括约肌的活动。但 PPH 也有诸多的并发症,术中出血就是其中最常见的一种。笔者在手术中发现,如果在击发吻合器前未拆除 CAD33,术中出血率明显增多,可能与 CAD33 在肛内形成一股向外向下的张力有关,吻合器在环状切除直肠黏膜脱垂带的同时要抗拒这股张力,钛钉很容易出现脱钉、钉合不全或吻合口对合不齐,因而术中出血的概率大为增加。且由于 CAD33 造成的压力,使我们在收紧荷包线拉入吻合器钉仓时,把更多的吻合器上直肠黏膜拉入吻合钉仓内,这在一定程度上影响了肛垫上提的效果。在 PPH 暂行规范修订^[2]中术中操作第 2 点

1.3.1 观察指标 记录术后首次排尿时间及尿量,并分别于术后 2、4、6、8h 记录患者的尿量。

1.3.2 疗效标准 术后 2~4h 内能自行排尽尿液为显效;4~8h 内能自行排尽尿液为有效;术后 8h 后尿液不能排出,小腹胀痛难忍,膀胱充盈呈半球形或能排出少量尿液,小腹胀痛不减,膀胱充盈呈半球形,为无效。

1.3.3 治疗结果 治疗组 150 例患者显效 120 例,有效 24 例,无效 6 例,总有效率为 96.0%;对照组 150 例患者显效 83 例,有效 42 例,无效 25 例,总有效率为 83.3%。两组总有效率比较, $P<0.05$,具有显著性意义。两组无效者均给予导尿。见表 1。

表 1 治疗后两组患者导尿情况比较 例(%)			
分组	n	导尿	未导尿
治疗组	150	6(4.0)	144(96.0)
对照组	150	25(16.7)*	125(83.3)

注:两组比较,* $P<0.05$ 。

2 讨论

术后尿潴留作为肛肠手术后最常见的并发症之一,属中医“癃闭”的范畴。用耳穴贴压法预防术后尿潴留,是根据中医“治未病”的思想和中医针灸基础理论,突出中医未病先防的思想。中医针灸理论认为,耳与人体脏腑经络在生理、病理上存在密切的联系。五脏六腑之精气聚于耳,肾开窍于耳,经络系统中所有的经脉,或直接入耳,或间接入耳,十

也指出:“用圆形肛管扩肛器进行扩肛,在扩肛器引导下置入透明肛镜并固定。若脱垂的痔组织过多,宜用无创钳向肛管外牵拉以便于置入,固定后将牵出组织复位。应充分显露痔上黏膜。”为什么要固定后将牵出组织复位,就是考虑到由于 CAD33 的存在,在收紧荷包线入钉仓时不能把荷包下痔黏膜及黏膜下层拉入,最终影响肛垫的上提。因此,等张吻合有助于肛垫上提及术中并发症的减少,值得同道们在临床上推广。

参考文献

[1]杨新庆,王振军.修订痔诊治暂行标准会议纪要[J].中华外科杂志,2003,41(9):698
[2]中华医学会外科学会肛肠外科学组.痔上黏膜环形切除钉合术(PPH)暂行规范修订[J].中华胃肠外科杂志,2005,8(4):342

(收稿日期:2010-07-06)

达克宁联合可宝净治疗外阴阴道假丝酵母菌病疗效观察

张婷¹ 晏咏梅² 郭黎³

(1 贵州省纳雍县妇幼保健院 纳雍 553300; 2 贵州省纳雍县人民医院 纳雍 553300;
3 北京市羊坊店医院 北京 100038)

关键词: 达克宁栓; 可宝净; 外阴阴道假丝酵母菌病
中图分类号: R 711.31 文献标识码: B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.048

2007 年 7 月~2009 年 11 月, 我们采用达克宁联合可宝净治疗外阴阴道假丝酵母菌病 40 例, 取得较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 2007 年 7 月~2009 年 11 月我院门诊就诊的 80 例外阴阴道假丝酵母菌病患者, 年龄 20~42 岁, 平均 30.2 岁; 病程 3~15d, 平均 8d。按入院顺序编码随机分为观察组和对照组各 40 例, 两组年龄及病程差异无统计学意义 ($P>0.05$)。诊断标准: (1) 明显的自觉症状: 外阴瘙痒和(或)分泌物增多; (2) 典型的体征: 外阴红斑、水肿, 阴道分泌物稠厚, 呈奶酪样或豆渣样, 量多时成膜样附着在阴道壁上; (3) 实验室检查: 阴道分泌物涂片镜检可见成团的假菌丝及孢子; (4) 排除滴虫性阴道炎、细菌性阴道炎等。

1.2 方法 两组均用 4% 小苏打液冲洗阴道并坐浴 5min。对照组采用达克宁栓剂 1 枚 (1 200mg) 阴道上药; 观察组在对照组基础上加用可宝净栓剂阴道上药。两组均治疗 7d 后进行阴道假丝酵母菌检测, 根据疗效标准进行评定。

1.3 疗效判定标准^[1] 痊愈: 自觉症状及体征完全消失, 真菌检查及(或)培养均为阴性; 显效: 自觉症状及体征好转, 真菌检查及(或)培养为阴性; 有效: 自觉症状及体征好转, 真菌检查及(或)培养为阴性或阳性; 无效: 自觉症状及体征无改变甚至加重, 真菌检查及(或)培养为阳性。

1.4 统计学方法 有效率采用百分率表示, 组间比较采用 V 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

总有效率观察组为 95.0%, 对照组为 85.0%, 两组比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 痊愈率观察

组为 55.0%, 对照组为 42.5%, 两组比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 对照组与观察组疗效比较 例 (%)					
组别	n	痊愈	显效	有效	无效
观察组	40	22 (55.0)	10 (25.0)	6 (15.0)	2 (5.0)
对照组	40	17 (42.5)	11 (27.5)	6 (15.0)	6 (15.0)

3 讨论

外阴阴道假丝酵母菌病是妇科常见病、多发病, 主要症状为外阴瘙痒、灼痛, 瘙痒尤以夜间为重, 症状严重时患者坐卧不安, 痛苦异常。此外, 可伴有尿痛、性交痛、尿频等, 严重影响患者的日常生活。

阴道是一个酸性环境 (pH4.2~5), 而假丝酵母菌生长的适宜环境为 pH 4~5。因此, 应用药物前, 要用碱性液冲洗阴道并坐浴 5min, 以提高疗效。达克宁为广谱抗真菌药物, 其主要药物成分为硝酸咪康唑, 是一种合成的唑类抗真菌剂, 能在阴道内保持较长时间。其作用机制是抑制真菌细胞膜的合成, 影响其代谢过程, 抑制真菌中麦角甾醇的生成, 并改变细胞膜中其他酸质成分的含量, 最终导致真菌死亡。可宝净栓剂的成分为氯喹那多及普罗雌烯, 氯喹那多可以迅速有效地杀菌, 从而消灭感染, 普罗雌烯为局部应用的雌激素, 可以修复受损的阴道黏膜, 还可以促进乳酸杆菌的再生, 从而维持正常的阴道 pH 值, 恢复阴道的微生态环境, 明显降低外阴阴道假丝酵母菌病的复发率^[2]。以上两种药物联合使用具有强力抗真菌活性能力, 通过药物协同作用提高疗效。该方法能迅速缓解患者瘙痒症状, 不良反应小, 方便实用, 值得推广应用。

参考文献

[1] 吴志华. 现代性病学[M]. 第 2 版. 广州: 广东人民出版社, 2002. 280-281
[2] 王逸菲. 可宝净联合伊曲康唑治疗复发性外阴阴道假丝酵母菌病的临床观察[J]. 临床医学, 2007, 20(3): 451-452
(收稿日期: 2010-06-04)

二经脉之气聚于耳, 即所谓“耳为宗脉之所附”。

王不留行籽耳穴贴压皮质下、肛门、尿道能加强肺、脾、三焦的津液传输能力, 增强肾的气化能力, 使人体正常需要的水液源源不断地输入膀胱从而使小便通利。且具有无痛、安全、经济实惠等优

点, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 张东铭. 大肠肛门局部解剖与手术[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1999. 81
(收稿日期: 2010-07-02)