

程达 1~2 周。本病因溃疡面的剧痛而严重影响患儿进食,同时表现为烦躁、哭闹,使家长身心疲惫,十分焦虑。因此,及时消除患儿口腔疼痛,使溃疡尽快愈合、恢复进食,对减轻患儿痛苦和家长的心理负担有重要的临床意义。

三七为传统中药。《本草汇言》记载:三七,味甘、微苦、性平,具有祛瘀生新、消肿定痛的作用,且有止血不留瘀血、行血不伤新的特点。有文献^[2]记载,三七有抗炎镇痛作用,同时使过高或过低的免疫功能恢复正常,具有免疫调节作用,并能加强巨噬细胞的吞噬作用。锡类散由象牙屑、青黛、壁线炭、人指甲(滑石粉)、珍珠、冰片、人工牛黄制成^[3]。方中青黛清热解毒凉血,人指甲解毒祛湿敛疮,珍珠解毒生肌,冰片清热止痛,人工牛黄清热解毒:诸药联合共达清热解毒、化腐生肌之效。地塞米松有抗炎、减轻创面渗出的作用。三药联合起协同作用,相互促进使药效增强。同时药物直接作用于溃疡面

使创面迅速消肿止痛,加快愈合,所以大大提高了药物的疗效。观察组 50 例中 13 例用药 24 h 内溃疡面即全部愈合,恢复进食;而对照组无 1 例在用药 24 h 内愈合,溃疡愈合时间明显长于观察组 ($P < 0.01$)。锡类散三七粉加地塞米松联合外用治疗小儿口腔溃疡具有显著的临床疗效,可减轻患儿的痛苦,并具有取材容易、价格低廉、方法简单(护理人员 and 家属容易掌握)、安全有效的特点。与单独使用锡类散的对照组比较,观察组可明显缩短溃疡面的愈合时间和恢复进食的时间,从而减轻家长的心理负担和经济负担,值得在各级医疗机构推广使用。

参考文献

[1]肖祎,舒智荣,叶乐荣,等.思密达、西米替丁、鱼甘油滴剂联合治疗小儿口腔溃疡疗效与观察[J].江西医药,2007,42(11):1 037-1 038
[2]王浴生,邓文龙,薛春生.中药药理与应用[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1998,36-37
[3]舒勇,江伟,安梅,等.锡类散治疗口腔溃疡的临床观察[J].安徽卫生职业技术学院学报,2008,7(4):49

(收稿日期: 2010-10-11)

血府逐瘀汤联合西药治疗视网膜震荡

何翠蓉 罗瑞雪

(四川省蓬安县人民医院 蓬安 637800)

关键词:视网膜震荡;血府逐瘀汤;中西医结合疗法

中图分类号:R 774.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.027

我院自 2002~2008 年以来对 30 例视网膜震荡的患者采用中西医结合治疗,取得了良好的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 58 例 (61 眼),其中男 39 例 (40 眼),女 19 例 (21 眼);年龄最大 73 岁,最小 5 岁,平均 36 岁;单眼 55 例,双眼 3 例。将 58 例随机分为治疗组 30 例 (31 眼)及对照组 28 例 (30 眼)。

1.2 致伤原因 车祸伤 27 例 (46.55%),拳击伤 20 例 (34.48%),其他损伤 11 例 (18.96%)。

1.3 并发症 伴眼睑挫裂伤 46 例,伴角膜裂伤 10 例,伴球结膜下出血 23 例,伴前房出血 8 例,伴视网膜出血 5 例,伴视网膜脱离 3 例,伴黄斑水肿、出血 4 例。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 口服皮质类固醇如泼尼松,血管扩张剂如地巴唑、烟酸、复合维生素 B、维生素 C 等,有并发症者同时予以治疗。

1.4.2 治疗组 在对照组基础上加服中药血府逐瘀汤加减:当归 10 g、桃仁 15 g、红花 10 g、赤芍 15 g、枳壳 15 g、柴胡 15 g、川芎 15 g、生地 15 g、川牛膝 15 g、桔梗 6 g、茯苓 15 g、车前子 15 g (包煎)、三七

粉 10 g、仙鹤草 30 g,恢复期则加用枸杞子、菟丝子。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 显效:视力明显提高,治疗后视力恢复正常或接近正常。好转:视力有提高,治疗后视力提高 2~3 行。无效:视力无变化或下降。

2.2 结果 治疗组视力提高明显优于对照组,两组差异有显著性意义。治疗组有效 28 眼 (90.32%),对照组有效 22 眼 (73.33%)。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较 眼 (%)					
组别	眼数	显效	好转	无效	
				视力无变化	视力下降
治疗组	31	26 (83.87)	2 (6.45)	3 (9.68)	0
对照组	30	18 (60.00)	4 (13.33)	7 (23.33)	1 (3.33)

3 讨论

眼挫伤引起的后极部视网膜一过性水肿、视网膜变白称之为视网膜震荡,大部分患者经过 3~4 周水肿消退,视力恢复较好。而有些病例则存在明显的光感受器受损,视网膜外层变性坏死,黄斑色素紊乱,视力明显减退,则称之为视网膜挫伤,此种病例经过治疗后视力仍不能恢复至伤前水平^[4],西医早期多应用皮质类固醇、神经营养药、血管扩张剂及维生素类药。视网膜震荡属中医学“撞击伤目、暴盲”等眼病范畴,眼部在直接受伤或 (下转第 72 页)

肾囊肿可在 B 超引导下经皮穿刺注射硬化剂(如无水乙醇);而体积较大有压迫症状、穿刺可能损伤其他器官或穿刺治疗无效者,则应采用手术治疗^[2]。

20 世纪 90 年代初腹腔镜在泌尿外科领域开始应用后体现了良好的微创效果,腹腔镜下行肾囊肿去顶术,在创伤、肠道功能及体力恢复等方面优于开放手术,其止血效果好,出血少,不易遗漏囊内病变,住院时间大大缩短,是单纯性肾囊肿治疗的最佳选择^[3]。腹腔镜肾囊肿去顶减压术可经腹腔或腹膜后入路。腹腔入路因进入腹腔,对腹腔脏器干扰大,易引起腹腔内并发症,有发生腹腔内脏器损伤的可能,对有腹腔内手术、外伤、感染等病史者的使用受到限制^[4]。后腹腔镜手术最初由 Bartel 于 1969 年提出,直到 1992 年印度医生 Gaur^[5]发明了水囊扩张术创建后腹膜腔再注入 CO₂ 维持空间后,腹膜后腹腔镜手术才开始应用于临床。目前该途径已成为腹腔镜治疗肾、肾上腺、上段输尿管病变的首选途径。

与经腹腔入路相比,经后腹腔途径入路直接,对腹腔脏器干扰少,且后腹腔表面积小,对 CO₂ 的吸收减少,对机体酸碱平衡影响较小^[6],但手术操作空间狭小,解剖标志不够清楚,有损伤腹膜造成漏气使腹膜后间隙形成困难的可能,不能同时处理双侧肾囊肿,对于经验不足的操作者常常不能成功^[7]。有研究报道,经后腹腔腹腔镜肾囊肿去顶术在手术时间上虽可能稍长于经腹腔手术,在术后住院天数、体力恢复等方面无明显差别,但患者术后疼痛发生率低,肠道功能恢复较快,且肾囊肿位于后腹膜间隙,目前认为经后腹腔途径更具有优势^[8]。也有学者认为两种手术途径的手术时间、术中出血量、手术并发症和术后住院时间无明显差异^[9]。因此术前应按照 CT 或 MR 检查结果,根据肾囊肿的大小、位置、单侧或双侧等因素决定采用经腹腔或腹膜后途径。本组患者均采用经后腹腔入路。

后腹腔镜肾囊肿去顶术注意事项:(1)熟悉后腹膜腔的重要标志,如腰大肌(其头端为肾脂肪囊覆盖,可据此寻找肾囊肿)、前腹壁腹膜反折线和后(上接第 41 页)外力传导下伤及眶内组织,气血逆乱致气滞血瘀,水湿停聚则见眼底水肿、渗出,血液不循常道则溢于脉外而出血,瘀血、水湿滞于目窍而发为本病。故治疗本病当以活血化瘀、行气利水为主。血府逐瘀汤出自清代名医王清任所著《医林改错》。方中当归、川芎、赤芍、桃仁、红花活血化瘀;川牛膝祛瘀血,引血下行;柴胡、枳壳疏肝理气;生地养血润燥;桔梗载药上行;加茯苓、车前子利水消肿;三七粉、仙鹤草化瘀止血。全方共奏活血化瘀、

腹壁腹膜反折线、前/后腹壁肌(腋前/后线 Trocar 穿刺区)和腹膜区(其头端为肾脂肪囊,顶部为肝脾,中部为结肠)3 个区域;(2)明确肾囊肿的位置及与周围血管、集合系统的关系,特别是肾盂旁囊肿,术前 B 超、CT 检查定位极其重要;(3)是尽量去除游离的囊壁,一般去除囊壁应距肾实质 0.5 cm 左右,不要为追求切净囊壁而距肾实质太近,否则易损伤肾实质导致出血,同时常规电凝残余囊壁边缘止血;(4)防止未显露囊肿前将囊肿弄破,以免切除不彻底而复发,切除的囊壁必须送检,以避免遗漏恶变的患者,术中应仔细观察囊液的性质,切除和剩余的囊壁是否光滑,必要时取可疑组织行快速病理检查;(5)对于囊底不能盲目电灼以免灼伤肾盂引起漏尿,对是否与肾盂相通有疑问者,需耐心仔细观察,可静脉注射亚甲蓝观察囊腔是否排蓝,也可预先逆行放置输尿管导管于患侧肾盂,切除囊壁后经输尿管导管注入亚甲蓝,观察囊壁底部有无蓝染尿液流出;(6)气腹压力过高时可压迫血管暂时不出血,在降低气腹压力后应仔细观察并及时止血。本组患者仅 3 例发生腹膜损伤,6 例术后出现皮下气肿,均为术式开展早期发生,未经任何特殊处理而自愈,所有患者均无严重并发症发生。

参考文献

[1]Lauck SP,McLachlan MSF.Aging and simple cysts of the kidney[J]. Br J Rad,1981,54:12
[2]梅骅,陈凌武,高新.泌尿外科手术学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2008.875
[3]那彦群,吴刚,郝金瑞.泌尿外科腹腔镜手术 141 例分析[J].中华外科杂志,1998,36(3):143-145
[4]高鹏,裴军,黄海云,等.腹腔镜肾囊肿去顶、引流术二种入路的手术体会[J].中国内镜杂志,2003,9(3):53-54
[5]Gaur DD,Agarwal DK,Purohit KC.Laparoscopic operative retroperitoneoscopy:use of new device[J].J Urol,1992,148(4):1 137
[6]吴士良,那彦群,郝金瑞,等.腹腔镜二氧化碳腹腔镜内与腹膜外充气的比较[J].中华泌尿外科杂志,1998,19(1):48-50
[7]郝金瑞,那彦群,张晓春,等.腹腔镜在肾囊肿治疗中的应用[J].中华泌尿外科杂志,1996,17(11):657
[8]Stoker ME,Patwardhan N,Maini HS,et al.Laparoscopic adrenal-surgery[J].SurgEndosc,1995,9:387-391
[9]张杰,陈永昌,孙利国,等.腹腔镜肾囊肿切除术两种不同路径的比较(附 56 例报告)[J].中国临床医学,2005,12(5):854-855

(收稿日期:2010-10-18)

止血、行气利水消肿之功。恢复期在活血化瘀的基础上加枸杞子、菟丝子以滋补肝肾,通络明目,实为缓则治其本。结合现代药理,方中药物有解除血管痉挛、增加血流量、保护缺血组织耐缺氧、改善局部微循环、消除水肿、促进瘀血吸收、加快视力恢复的作用。

参考文献

[1]惠延年.眼科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2005.230
(收稿日期:2010-08-26)