

中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床观察

宋卫国

(江西省鹰潭市中医院 鹰潭 335000)

关键词: 溃疡性结肠炎; 中药灌肠; 中西医结合疗法

中图分类号: R 574.62

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.041

溃疡性结肠炎是一种原因不明、较难治愈的非特异性炎症性肠道疾病^[1], 临床主要以大肠黏膜与黏膜下层溃疡为主。2008 年 7 月~2010 年 5 月, 我科采用中药保留灌肠为主的方法治疗溃疡性结肠炎患者 37 例, 取得满意疗效。现总结报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2008 年 7 月~2010 年 5 月于我科住院的溃疡性结肠炎患者 37 例, 其中男 24 例, 女 13 例, 年龄 19~70 岁, 病程 3 个月~11 年, 病灶位于直肠 10 例, 乙状结肠 27 例。主要症状为腹泻伴不同程度的黏液脓血便, 可致里急后重感, 全部患者均经电子结肠镜检查, 病变部位肠黏膜充血、水肿、糜烂(可伴有出血), 溃疡散在分布, 严重者表面布满脓苔。

1.2 治疗方法 采用中药芍药汤加减(芍药 15 g、当归 10 g、黄芩 10 g、黄连 9 g、木香 10 g、蒲公英 15 g、败酱草 30 g、白头翁 20 g 等)灌肠, 取中药液 250 mL, 根据年龄、临床症状及电子结肠镜检查结果加入庆大霉素、甲硝唑液、维生素 C, 严重者加入地塞米松, 灌肠液温度保持 37~40℃。治疗时患者取左侧卧位, 暴露臀部, 用导尿管插入肛门, 深度视病变部位而定, 直肠部位病变患者插入肛门深约 15 cm, 乙状结肠以上部位病变患者, 插入肛门约 30 cm, 中药液缓慢灌注, 药液灌注完后夹闭导尿管, 慢慢拔管, 5 min 后嘱患者改膝胸位、右侧卧位各 15 min, 灌肠中药液保留 4 h 以上, 若药液很快排出, 半小时后再行灌肠 1 次, 每天排便后或每晚灌肠 1

次, 全部病例治疗 20 d 后观察疗效。

1.3 疗效判定标准 参照 2000 年中华医学会消化学会判定的溃疡性结肠炎疗效标准^[2]执行。病愈: 临床症状全部消失, 结肠镜检查肠黏膜大致正常, 无溃疡、出血, 大便常规正常, 随诊 6 个月无复发; 显效: 临床症状全部消失, 大便常规正常, 但结肠镜检查肠黏膜轻度炎症反应; 有效: 临床症状好转, 大便每天不超过 2 次或 2 d 1 次, 但结肠镜检查肠黏膜仍有轻微充血、水肿, 可有黏膜不平; 无效: 临床症状、大便常规及结肠镜检查均无明显改善。

1.4 结果 本组 37 例患者中, 病愈 17 例, 显效 11 例, 有效 8 例, 无效 1 例, 总有效率 97.3%。

2 讨论

中药保留灌肠是通过直肠直接给药的途径, 不仅使药物直接作用于病灶, 消肿抗感染, 改善微循环, 促进溃疡面愈合, 还可以通过直肠中下段血管直接进入大循环, 减少药物在肝脏中的代谢, 提高药物的利用率, 由于药物不经过胃和小肠, 完全避免了胃肠酸碱消化酶对药物的影响, 同时也减少了对消化道的刺激, 减少了副作用, 故有利于病情好转。在灌肠前, 应嘱患者排尽二便, 忌剧烈运动, 注意药温, 过冷、过热易损伤肠黏膜, 在治疗的同时, 患者应保持良好的心情及清淡易消化的饮食。

参考文献

[1] 杨继震. 实用普外科手册[M]. 北京: 人民军医出版社, 1995: 417
[2] 苏安, 王改莲. 《伤寒论》方在治疗溃疡性结肠炎中的应用[J]. 陕西中医, 2006, 27(1): 2

(收稿日期: 2010-07-30)

闭合复位克氏针内固定治疗肱骨髁上骨折 45 例

彭伟军 邓伟华

(江西省宁都县中医院 宁都 342800)

关键词: 肱骨髁上骨折; 闭合复位; 克氏针内固定

中图分类号: R 683.41

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.042

2009 年 1~12 月我科共收治 45 例肱骨髁上骨折病例, 经过闭合复位克氏针固定治疗, 均取得满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 男 25 例, 女 20 例; 年龄 3~8 岁,

平均 3.8 岁; 左侧 20 例, 右侧 25 例; 骨折类型按 A0 分型: A2 型 20 例, B1 型 18 例, B2 型 7 例; 按骨折移位方向: 伸直型 43 例, 屈曲型 2 例^[1]。

1.2 手术方法

1.2.1 骨折复位 全麻成功后, 先在 C 臂机透视下

刮痧治疗慢性软组织损伤 26 例

金丽珍¹ 许金水²

(1 江西省儿童医院 南昌 330006; 2 江西中医学院 南昌 330006)

关键词: 软组织损伤; 刮痧; 中医药疗法

中图分类号: R 686

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.043

笔者在 2008~2010 年援突尼斯医疗期间,应用刮痧疗法治疗慢性软组织损伤 26 例,获得显著效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 26 例患者中,男性 14 例,女性 12 例;年龄 19~56 岁;病程最短为 3 个月,最长 5 年;其中颈椎病 5 例,肩周炎 10 例,肱骨外上髁炎 3 例,腰肌劳损 6 例,跟腱滑膜炎 2 例。

1.2 治疗方法 四肢肩背部可采用常规刮痧手法施治:(1) 无菌纱布蘸 75%酒精擦拭刮痧板消毒;(2) 温水擦拭患者皮肤表面,清洁操作部位;(3) 患者取舒适体位,皮肤表面涂适量刮痧油或医用石蜡油,操作者右手持刮痧板与皮肤成 30~45 度角刮治。颈背腹、上下肢部从上向下顺着一个方向刮拭,

每个部位刮拭 5~10 min,手法宜先轻后重,但不可用力过重,以患者能够耐受为宜,每次间隔 1 周或痧象退净即可进行下次治疗,5 次为 1 个疗程。1 个疗程结束后统计疗效。

1.3 疗效标准 参照国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》并结合临床症状积分制定疗效标准。改善率 = [(治疗前积分 - 治疗后积分) ÷ 治疗前积分] × 100%。

1.4 治疗结果 临床治愈:临床症状消失,积分下降 90%以上者 7 例,占 26.92%;显效:临床症状显著改善,积分下降 75%~90%者 12 例,占 46.15%;有效:临床症状好转,积分下降 30%~75%者 5 例,占 19.23%;无效:治疗前后症状体征无明显变化,积分下降不足 30%者 2 例,占 7.69%:总有效率为

运用中医正骨手法将骨折端复位,使其达到功能复位或解剖复位。

1.2.2 内固定术 选择肱骨内外髁(一侧或两侧)作为进针点,在透视下将克氏针钻入,以将骨折端固定。剪除克氏针多余部分后,将其针尾留在皮外,用纱布覆盖^[2]。

1.2.3 术后处理 术后患肢石膏托制动 2~3 周,定期复查 X 线片,了解骨折愈合情况,拆除石膏和拔除克氏针,指导患者进行功能锻炼^[3]。

1.3 疗效评定标准^[4] 治愈:骨折解剖复位或骨折远端向桡侧移位 1/5 以内,有连续骨痂形成,功能完全或基本恢复,携带角正常。好转:骨折对位尚满意,骨折愈合,肘关节伸屈受限在 30° 以内,携带角在 20° 以内。未愈:伤肢畸形,携带角减少在 20° 以上,功能障碍。

1.4 结果 经过 3~6 个月的随访,该组病例全部治愈,临床体征均已消失,肢体功能恢复。

2 讨论

肱骨髁上骨折是儿童四肢骨折中最常见的疾病之一,处理不当往往会遗留肘内翻畸形等并发症。以往针对骨折端移位不明显的骨折,我们多采用手法复位 + 夹板(或石膏)外固定等疗法;对于移位明显难以复位的骨折多采用切开复位 + 内固定

术以达到治疗目的。但是采用传统手法复位 + 外固定疗法,骨折端再移位的可能性大,而导致骨折端畸形愈合,遗留肘内翻畸形;且肘关节行屈曲位固定易出现筋膜间隔区综合征继发前臂缺血性肌挛缩。切开复位内固定术则常采用作肱三头肌舌形肌瓣,破坏伸肘装置,影响肘关节功能恢复;且对骨折端的创伤较大,破坏局部血运,导致骨折愈合受影响以及增加骨化性肌炎的可能性。而我科采用的闭合复位 + 克氏针内固定术,是先在 C 臂机透视下将骨折端闭合复位,在进针点钻入克氏针,局部创伤小,相对更不会破坏骨折端的血运,能使骨折端得到牢靠内固定;又不会破坏伸肘装置,患肢可以早期进行功能锻炼,有利于其功能的恢复,减少并发症的发生;较好地将传统中医正骨手法和骨折内固定术结合起来,达到满意的治疗效果,故其不失为儿童肱骨上骨折的理想治疗方法。

参考文献

[1]王亦璠.骨与关节损伤[M].北京:人民卫生出版社,2007.703-730
[2]冯传汉,张铁良.临床骨科学[M].北京:人民卫生出版社,2004.1 623-1 630
[3]郭源.儿童肱骨髁上骨折、儿童肱骨远端全骨骺分离[A].见:荣国威,王承武.骨折[M].北京:人民卫生出版社,2005.1 326-1 356
[4]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.164-172

(收稿日期: 2010-11-29)