

司提供,均按说明书操作。监测治疗后两组患者的临床治疗指标(体温、咳嗽、肺部感染、白细胞)。

1.4 统计学方法 计量资料用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,所获数据采用 SPSS15.0 统计软件进行统计学处理,各组间、组内数值比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 表示有显著性差异, $P < 0.01$ 表示有非常显著差异。

2 结果

2.1 临床疗效比较 治疗后实验组临床治疗指标(体温、咳嗽、肺部感染、白细胞)优于对照组,两组间比较差异有显著性($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床指标比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	平均体温(°C)	平均白细胞($\times 10^9/L$)	肺部感染[例(%)]	平均咳嗽量(mL)
实验组	36.8±0.5*	8.4±0.48*	1(3.33)*	40.4±6.7*
对照组	37.3±0.8	10.9±0.54	3(10.00)	31.9±5.5

注:与对照组治疗后比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 炎性细胞因子比较 两组患者治疗后血清 IL-6、IL-8、TNF- α 、CRP 水平与治疗前比较均显著降低($P < 0.05$),实验组降低程度大于对照组,二者比较差异有显著性($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者不同时间炎性细胞因子比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	IL-6 (ng/L)	IL-8 (ng/L)	TNF- α (ng/L)	CRP (mg/L)
实验组	治疗前 250.21±55.90	7.03±3.19	1.92±0.31	36.15±15.28
	治疗后 173.09±45.98* Δ	4.50±2.57* Δ	1.28±0.35* Δ	7.38±2.41* Δ
对照组	治疗前 237.38±56.59	7.25±3.38	1.97±0.25	35.04±16.12
	治疗后 207.12±75.56*	6.58±3.79	1.65±0.42*	17.35±4.55*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3 讨论

胸科手术大多组织创伤大,对患者的呼吸生理功能造成了明显的影响,而且由于患者年龄结构偏大,因而极易发生各种术后并发症如肺部感染、肺不张、胸腔积液等,如果治疗不当可导致严重的急性肺水肿及呼吸窘迫综合征^[2]。目前国内外学者普遍认为^[3],严重感染或创伤可激活巨噬细胞释放 TNF- α 、IL-6 等炎性细胞因子,这些炎症因子的失控性释放是全身炎症反应综合征(SIRS)向多脏器功能障碍(MODS)转化的关键步骤。胸科手术创伤使得机体内皮功能受损,从而激活单核巨噬细胞系统并使之活化,最终活化的细胞释放大量的细胞因子和

炎症介质,如白介素-6 和肿瘤坏死因子(TNF- α)等,刺激机体 C-反应蛋白分泌增加。这些炎症介质可引起机体逐级放大的级联瀑布效应,进而引起全身炎症反应综合征^[4],导致机体的急性肺水肿及呼吸窘迫综合征的发生。

痰热清注射液由黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘等五味中药组成,具有较强清除氧自由基及抑制炎症介质释放的作用,尤其对 TNF- α 及 IL-6、IL-8 有明显的抑制作用,可以有效终止它们的级联瀑布效应,减轻胸科术后患者的全身炎症反应,减少各种术后并发症的发生^[5-6]。我们的研究发现:实验组患者应用痰热清注射液治疗后血清中炎症因子 TNF- α 、IL-6、IL-8 的水平较对照组明显降低($P < 0.05$),实验组临床治疗指标(体温、咳嗽、肺部感染、白细胞)均优于对照组($P < 0.05$),因而证实了痰热清注射液能很好地抑制炎症反应的起始因子 TNF- α 的释放,并且抑制了 IL-6、IL-8 在炎症反应过程中的放大作用,有效地阻断机体炎症反应的发展过程,从而提高了疗效。因此,我们认为将痰热清注射液应用于胸科术后患者,可以减少术后严重并发症的发生,提高临床治疗效果,值得临床应用。

参考文献

- [1]阳世雄,赵永亮,曾建业,等.痰热清对急性肺损伤患者细胞因子表达的影响[J].中国中医急症,2010,19(7):1 087-1 088
- [2]章晔.痰热清治疗老年开胸术后肺部感染[J].中国中医急症,2010,19(1):6,31
- [3]Mizuno Y,Hama E,Hirato J.Nestin immunore activity of purkinje cells in greutz feldt-Jakob disease [J].J Neurol Sci,2006,246(1-2):131-137
- [4]Hong Bin Liu,Nai Qiang Cui,Dong Hua Li,et al.Role of kupffer cells in acute hemorrhagic necrotizing pancreatitis associated lung injury of rats[J].World J Gastroenterol,2006,12(3):403-407
- [5]薛东升,李小利,宋庆宏.痰热清注射液作用机理与临床应用[J].上海医药,2007,28(11):521-522
- [6]冯志军,滕伟.痰热清对 COPD 患者血清 C 反应蛋白、IL-8 表达的影响 [J].中外医疗,2010,19(11):83-84

(收稿日期:2011-02-12)

湿润烧伤膏对痔瘻术后创面愈合的影响

梁高华 廖丽云

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

关键词:痔瘻术后;湿润烧伤膏;创面愈合

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.023

我院将湿润烧伤膏用于痔瘻患者术后换药,可以促进创面愈合。现总结报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 于我院行手术治疗的患者 200 例,其中 120 例术后采用湿润烧伤膏(治疗组),80 例术

后常规换药(对照组)。治疗组中,男 80 例,女 40 例;年龄 19~78 岁,平均 50 岁;痔外剥内扎术者 70 例,肛瘻切除术者 50 例。对照组中,男 56 例,女 24 例;年龄 20~72 岁,平均 48 岁;痔外剥内扎术者 42 例,肛瘻切除术者 38 例。(下转第 70 页)

中西医结合治疗肛周脓肿临床观察

宋卫国

(江西省鹰潭市中医院 鹰潭 335000)

关键词:肛周脓肿;中西医结合疗法;手术疗法;中药坐浴

中图分类号:R 657.15

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.052

2007 年 5 月~2010 年 5 月,我科采用中西医结合治疗肛周脓肿 97 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 本组男 62 例,女 35 例;年龄 17~75 岁,平均 35 岁;病程 3~11 d,平均 4.7 d。其中肛周皮下脓肿 20 例,低位括约肌间脓肿 39 例,坐骨直肠窝脓肿 17 例,肛门后间隙脓肿 15 例,低位蹄铁型脓肿 3 例,直肠黏膜下脓肿 2 例,直肠后间隙脓肿 1 例。

1.2 治疗方法 (1)对于低位脓肿患者,沿脓肿波动最明显或触痛最明显处放射状切开皮肤及皮下组织,切口长度稍长于脓肿 1~2 cm,用中弯止血钳分离脓肿纤维隔,排出脓液,将右手食指伸入肛内作引导,左手持球头探针自切口探向肛门,寻找内口,并使探针顺利从内口探出。寻找齿状线附近探针与食指间最薄处视为内口,从此处强行探出,顺探针切开肛管皮肤、皮下组织及部分括约肌,结扎内口处直肠黏膜。(2)对于高位脓肿患者,切开脓腔排尽脓液,用探针探到内口后,把橡皮筋用 7 号丝线系于探针另一端由内口拉出探针及部分橡皮筋,将橡皮筋两端打结用止血钳夹住,再用 7 号双丝线扎紧橡皮筋,若脓肿范围较广或蹄铁型脓肿,则需在脓腔的另一端做一切口,两切口之间用橡皮筋虚挂以便引流通畅,先用双氧水冲洗脓腔,后用甲硝唑液冲洗,凡士林纱布填塞,包扎固定。(3)术后当天常规用抗生素及止血药物,术后创口每天换药,(上接第 37 页)

1.2 治疗方法 治疗组术后次日开始,便后用高锰酸钾溶液坐浴,用 0.5%碘伏溶液消毒创面,根据创面大小选择适合大小油纱条,将湿润烧伤膏抹在油纱条上,轻轻塞入肛内并贴敷于创面上。另外用 1 粒复方角菜酸酯栓纳肛,无菌纱布覆盖,胶布固定。对照组用油纱条贴于创面常规换药。

1.3 结果 治疗组创面愈合时间为 8~24 d,其中痔外剥内扎者为 8~16 d,肛瘘切除者为 15~24 d。对照组创面愈合时间为 16~38 d,其中痔外剥内扎者为 16~22 d,肛瘘切除者为 24~38 d。治疗组比对照组创面愈合时间平均缩短 7 d。两组均无明显不良反应。

换药时先用双氧水,后用甲硝唑液或生理盐水冲洗创口。同时用中药液坐浴。中药方:黄连 10 g、黄柏 10 g、茜草 10 g、大黄 10 g、地榆 10 g、蒲公英 20 g、紫花地丁 15 g,煎汤,排便后与临睡前坐浴 2 次,高位脓肿挂线后 6~8 d 橡皮筋松动后可再次紧线,直至橡皮筋脱落。

1.3 疗效判定标准 按照 1995 年国家中医药管理局颁布实施的《中医病证诊断疗效标准》执行。痊愈:创口愈合,症状消失,无肛门变形、肛门失禁等并发症。好转:创口基本愈合,症状消失,但术后肛门不完全性失禁或完全失禁。未愈:创口未愈合,症状未改善或暂时愈合数日内又复发。

1.4 结果 本组 97 例,95 例痊愈,治愈率为 97.94%。治愈时间 15~65 d,平均 28.7 d,术后随访 12 个月,无后遗症发生。

2 讨论

中西医结合治疗肛周脓肿痛苦小、疗程短,一次性根治,能降低复发及肛瘘发生率。手术时应注意:首先要正确寻找内口;其次,切口大小应适宜,以稍长于脓肿为宜,以期充分引流,切口宽度以能使脓腔完全敞开为度,脓腔内应彻底清除腐朽组织,分离脓腔中的纤维隔,修剪创缘,使创口成“V”字形开放;再次,挂线的松紧要适度,距肛门较近的挂线宜松,橡皮筋脱落时间应控制在 10~14 d,以保证齿状线上下创面生长一致,使肛缘内创面先愈合,肛缘外创面后愈合。

(收稿日期:2010-08-17)

2 讨论

痔瘘术后留下的创口为开放性创口,其愈合过程为二期愈合,即先由肉芽组织填补创口,继之新的上皮覆盖创面。肛门部位创口修复过程中,新生肉芽组织容易受到污染与刺激,造成痔瘘术后创口愈合缓慢。本治疗中,我们将湿润烧伤膏用于痔瘘术后患者换药,取得满意疗效。湿润烧伤膏的主要成分为黄连、黄柏、黄芩、地龙、罂粟壳等,在痔瘘术后创口换药过程中,起到了促进创面溃疡愈合、抗炎、止痛作用,可缩短疗程,同时配合使用复方角菜酸酯栓纳肛,可对炎症或受损的黏膜起保护作用,加速创面愈合。

(收稿日期:2010-10-11)