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，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）

（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。

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）

中西医结合治疗原发性痛经临床分析

陈煜华

（长江航运总医院　湖北武汉 430019）

摘要：目的：对原发性痛经采用中医辨证分型，分别用中西药结合和西药治疗，观察两种治疗方法的效果。方法：原发性痛经按辨证分型分成气滞血瘀型、寒凝血瘀型、气血两虚型、肝肾虚损型四种。106 例病人分成两组，治疗组 60 例用中西药按四型治疗，对照组 46 例单纯用西药治疗。结果：治疗组在临床疗效方面明显优于对照组，两组比较有显著性差异（$P<0.05$）。结论：中西医结合治疗原发性痛经疗效显著。

关键词：原发性痛经；中西医结合疗法；消炎痛；中药煎剂

中图分类号：R 711.51　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.053

原发性痛经是指生殖器官无明显器质性疾病的经期疼痛，常发生在月经初潮或初潮后不久，主要表现为经期前后或在经期中下腹部和腰骶部阵发性绞痛，甚至剧痛难忍，少数患者可伴面色苍白、冷汗淋漓、手足厥冷、恶心呕吐等症状，并伴随月经周期发作，给患者带来极大痛苦，严重者甚至可引起晕厥。本病缠绵难愈，反复发作，严重地影响着妇女的生活和工作。笔者自 2006 年 1 月 ~2009 年 12 月采用中西医结合疗法治疗原发性痛经，疗效显著。现报告如下：

1　临床资料

1.1　一般资料　全部病例为本院门诊原发性痛经患者，经妇科检查或 B 超等辅助检查，无明显器质性病变，排除继发性痛经的病因，如子宫内膜异位症、急慢性盆腔器官炎症或子宫颈狭窄阻塞等。随机分为两组：治疗组 60 例，年龄 13~37 岁，平均 20.2 岁，病程最短 3 个月，最长 17 年；对照组 46 例，年龄 13~36 岁，平均 19.7 岁，病程最短 3 个月，最长 18 年。两组临床资料经统计学处理，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　基础方：当归 12 g，川芎 15 g，赤芍 10 g，白芍 10 g，熟地 10 g，延胡索 15 g，蒲黄 10 g，五灵脂 10 g。偏气滞血瘀者加柴胡 10 g，川楝子 10 g，木香 6 g，郁金 12 g，益母草 15 g；偏寒凝血瘀者加炮姜 10 g，小茴香 10 g，肉桂 6 g，吴茱萸 6 g，细辛 3 g，艾叶 5 g；偏气血两虚者加黄芪 15 g，党参 15 g，茯苓 10 g，白术 10 g，炙甘草 6 g；偏肝肾虚损者加枸杞 10 g，女贞子 10 g，旱莲草 10 g，鹿角霜 6 g，杜仲 10 g，川断 12 g，仙灵脾 10 g。于每次行经前 5 d 开始，连服 5 剂，每日 1 剂，水煎 2 次兑均，分 2~3 次口服，连用 3 个月经周期。疼痛开始时服用西药消炎痛 25 mg，1 d 3 次，应用 1~2 d 或疼痛消失后停药，不必预先服用。

1.2.2　对照组　单纯服用西药消炎痛 25 mg，3 次 /d，自疼痛开始时服药，应用 1~2 d 或疼痛消失后停药，不必预先服用。连用 3 个月经周期。

1.3　疗效标准　根据《中医病证诊断疗效标准》[1]制定。临床治愈：疼痛消失，连续 3 个月经周期没有复发；好转：疼痛减轻或疼痛消失，但不能维持 3 个月以上；无效：疼痛没有改善。

1.4　结果　见表 1。经统计学处理，两组总有效率有显著性差异（$P<0.05$）。

表 1　两组疗效比较　例(%)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	60	35(58.33)	23(38.33)	2(3.33)	58(96.67)
对照组	46	12(26.09)	14(30.43)	20(43.48)	26(56.52)

2　讨论

原发性痛经又称功能性痛经，系指生殖器官无明显器质性病变，多发生在青春未婚女性。临床表现为每次月经来潮时小腹疼痛难忍，面色苍白，手足冰冷或伴有恶心，严重者可出现晕厥。中医认为痛经主要为情志内伤、起居不慎或六淫为害，加上行经前后的生理环境等原因，使冲任胞宫受扰，经脉受阻，血行不畅，不通则痛所致。现代医学观点认为，原发性痛经和子宫过度收缩[2]，使子宫血管被挤压，子宫血流循环受阻致子宫缺血、缺氧有关。另外，内分泌激素失调，体内前列腺素异常增高[3]，引起子宫肌肉和血管痉挛性收缩亦可导致疼痛。

根据中医的病机，治疗原则当以通为要。方中用当归补血活血、调经止痛，为妇科调经要药；川芎活血祛瘀以调经，行气开郁而止痛，有血中气药之称；白芍养血和阴，调经止痛；熟地滋阴养血；赤芍活血调经；再配以延胡索舒肝理气止痛；蒲黄、五灵脂活血祛瘀止痛；诸药合用使活血行气、祛瘀止痛作用大大增强。又采用辨证分型，按分型分别辅以疏肝理气、温经祛寒、益气补血、补肾养肝等，从而使滞得行、瘀得化、寒得散、虚得养、经得调，气血调和，自无经来腹痛之虑。结合西药消炎痛能抑制前列腺素合成酶的活动，减少前列腺素的释放量，防止过强收缩和痉挛，从而消除疼痛。在治疗原发性痛经中，中西医相互取长补短，标本兼治，不失为一