

混合痔并发继发性贫血的治疗

刘勇桃¹ 王晓强² 余自君¹

(1 成都中医药大学 2009 级硕士研究生 四川成都 610075;

2 成都中医药大学 2010 级硕士研究生 四川成都 610075)

摘要:目的:探讨运用外剥内扎硬注术配合中药内服治疗混合痔并发继发性贫血的疗效。方法:对 2010 年 1~12 月间行外剥内扎硬注术配合中药内服治疗混合痔并发继发性贫血的 13 例病人进行回顾性分析。结果:11 例随访病人的贫血症状均得到纠正,2 例病人为重度贫血,出院后继续服用中药 2 个月后贫血症状得到明显改善。结论:运用外剥内扎硬注术配合中药内服治疗混合痔并发继发性贫血疗效显著,该方法具有创伤性小、术后创面愈合快等优点。

关键词:外剥内扎硬注术;中药;混合痔;继发性贫血

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.024

痔疮是人类常见疾病之一,发病率高。据 1977 年全国肛肠病调查,痔的发病率为 51.53%,占肛门直肠疾病的 87.19%,各年龄段均可发生^[1]。早期以便血为主要症状,病情较轻者仅在排便时发现大便表面附有少量血液或便纸带血;随着痔核体积的不断增大,症状加重,可表现为排便时肛门部滴血或喷射状出血,严重时一次可达数十毫升,反复发作,继而诱发失血性贫血。笔者对 2010 年 1~12 月间行外剥内扎硬注术配合中药内服治疗混合痔并发继发性贫血的 13 例病人进行回顾性分析。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 13 例病人均诊断为混合痔并发继发性贫血,诊断标准参照国家中医管理局 1995 年发布的《中医病证诊断疗效标准》,其中男性 7 例,女性 6 例;年龄最大者 70 岁,最小者 18 岁,平均年龄(42±5)岁;病程 5 年以上者 2 例,3 年以上者 4 例,1 年以上者 5 例,1 年以下者 2 例。均无造血系统疾病及肝炎、肝硬化等病史。贫血程度标准^[2]:轻度贫血:Hb 90~120 g/L;中度贫血:Hb 60~90 g/L;重度贫血:Hb 30~60 g/L;极重度贫血:Hb<30 g/L。患者红细胞总数在(2.3~3.7)×10¹²/L 之间,白细胞及血小板总数均在正常范围,轻度贫血 3 例,中度贫血 8 例,重度贫血 2 例,Hb 平均值为 78 g/L。

1.2 治疗方法

种不完全逆转作用的原因可能是氟马西尼的剂量相对过低或异氟烷通过其他作用途径(离子通道或神经递质)降低认知功能^[4]。

总之,异氟烷麻醉可降低腹腔镜胆囊手术患者的空间记忆和工作记忆等认知功能,以术后 1 h 明显,24 h 后能完全恢复到术前水平。氟马西尼能部分逆转异氟烷所造成的认知功能的降低,但作用时间有限,给予氟马西尼后 1 h 内其作用明显,有较佳

1.2.1 输血治疗及支持治疗 对 2 例重度贫血病人输入压积红细胞 2 个单位;1 例 70 岁中度贫血病人输入红细胞 2 个单位;其余 10 例轻、中度贫血病人均未输血。经对症支持治疗及补充能量后,择期行手术治疗。

1.2.2 手术治疗 均采用膀胱截石位,在腰俞穴麻醉下行外剥内扎硬注术:麻醉成功后常规消毒肛管及直肠下端,暴露内痔。钳牵外痔顶部,从外痔外缘向肛管内作“V”型切口,切开皮肤至齿线。血管钳提起皮瓣,剪刀剥离痔外静脉丛至齿线,提起游离外痔,用中弯血管钳钳夹与之对应的内痔基底部。钳夹时需注意对合外痔切口,使之平整呈放射状。以 7 号丝线于血管钳下结扎内痔,于结扎点上方注入 1:1 的消痔灵液至黏膜苍白水肿。如结扎内痔较大,可剪除部分残端。外痔切口必要时可予以缝合。检查肛管,要求可容纳二横指。术中注意各点位切口间应保留适当的皮肤、黏膜桥;结扎顶点应呈锯齿形,以免术后形成瘢痕性直肠狭窄。术毕,肛内置入凡士林油纱,塔纱压迫,纱布加压包扎,宽胶布固定后送返病房。

1.2.3 术后处理 术后予以卧床休息,流质饮食 2~3 d,后改为普食;控制排便 48~72 h,排便前 1 d 睡前冲服福松 1 包,每日便后聚维酮碘兑水清洗肛门,肛肠科常规换药;静脉滴注抗生素、止血药以预防的临床应用价值。

参考文献

[1]Rawal N.The combined spinal-epidural technique [J].Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology,2003,17(3):347-364

[2]岳云,冯春生.全身麻醉药物影响记忆机制的研究[J].首都医科大学学报,2006,27(1):39

[3]Neave N,Reide,Scholey AB,et al.The dependent effects of flumazend on cognition,mood,and cardiac respiratory physiology in healthy volunteers[J].Br Dent J,2000,189:668-674

[4]谭刚,郭向阳,罗爱伦.评价手术后病人神经心理改变时值得注意的几个问题[J].中华麻醉学杂志,2004,24(6):477-478

(收稿日期:2011-04-12)

防感染及出血。

1.2.4 中药治疗 治以益气健脾, 补血止血。方以参芪四物汤临证加减: 党参、炙黄芪、当归、阿胶(冲服)、炒地榆、炒川芎、生熟地、炒白术、白芍、槐角、防风、陈皮、大枣等药物。每日 1 剂, 水煎内服, 1 d 3 次, 每次 150 mL, 入院第 1 天起开始服用。

2 结果

本组患者住院时间平均为 18.5 d, 经治疗后, 患者便血消失, 食欲逐渐增强, 精神状态明显好转, 均在结扎痔核脱落后痊愈出院。出院前查血色素逐渐回升, 红细胞达 $3.5 \times 10^{12}/L$ 以上, 贫血状况得到明显改善, 逐渐恢复健康。2 例重度贫血患者, 出院后嘱继续内服中药, 2 个月后复查血常规: 血红蛋白 90 g/L 以上, 红细胞 $4.0 \times 10^{12}/L$ 以上。

3 典型病例

患者何某, 男, 38 岁, 因反复肛门肿物脱出、便血 1 年, 加重 2 个月, 于 2010 年 4 月 29 日来我院就诊, 门诊以“混合痔、继发性贫血”收入院。1 年前患者无明显诱因出现便时肛门肿物脱出肛外, 可自行回纳, 伴便血, 量时多时少, 色鲜红, 当时未经治疗。2 个月前出现便时肿物脱出肛外, 需用手托回纳, 便血加重, 反复便时滴血, 有时呈喷射样便血, 每次出血量 50~80 mL。伴头昏眼花、心慌气短、全身疲乏、食欲不振、睡眠不佳等, 自用痔疮栓后, 症状缓解不明显。入院症见: 患者面色苍白, 自述全身疲乏, 活动后心慌, 偶有头晕, 食欲不振, 睡眠差, 大便偏干, 日行 1 次。既往患者否认高血压、糖尿病、心脏病等内科病史; 否认肝炎、结核等传染病史; 否认外伤、手术史; 否认输血史; 否认食物及药物过敏史。查体: 体温: $36.8^{\circ}C$, 脉搏: 96 次/min, 血压: 110/80 mmHg, 体重 60 kg。神清, 面色不华, 神倦懒言, 语声低微, 眼睑苍白, 贫血外貌, 舌质淡白, 脉沉细无力。全身皮肤无血疹、瘀斑, 心肺听诊正常, 腹部肝脾未触及, 四肢指甲苍白, 下肢踝部轻度凹陷性浮肿。肛肠科检查: 肛门居中, 外观无畸形。肛缘赘皮不规则增生, 肛镜下见母痔区黏膜苍白、水肿、隆起, 尤以 3、11 点位为甚, 表面可见部分糜烂。指检直肠下段未扪及异常包块, 指套少许血染。实验室检查结果: 血常规: $WBC: 8.24 \times 10^9/L$ 、 $L: 19.3\%$ 、 $N: 74.8\%$ 、 $RBC: 2.22 \times 10^{12}/L$ 、 $Hb: 53 g/L$ 、 $PLT: 510 \times 10^9/L$ 。凝血酶原时间: 11.8 s。尿常规、肝肾功能检查、心电图等均无异常。诊断为“混合痔, 继发性重度贫血”(心脾气虚型)。

4 月 29 日入院当天输入压积红细胞 2 个单位, 中药予健脾益气、补血止血, 方以参芪四物汤加减:

党参 30 g、炙黄芪 30 g、当归 20 g、阿胶 15 g(冲服)、炒地榆 15 g、炒川芎 6 g、荆芥炭 15 g、炒白术 10 g、赤芍 15 g、槐角 20 g、防风 10 g、炒枳壳 12 g、大枣 3 枚。每日 1 剂, 水煎内服, 1 d 3 次, 每次 150 mL。同时口服云南白药胶囊(国药准字 Z53020799), 每次 0.5 g, 每日 3 次。于 5 月 2 日复查血常规, $RBC: 3.20 \times 10^{12}/L$ 、 $Hb: 71 g/L$ 。5 月 3 日上午在腰俞穴麻醉下行外剥内扎硬注术。术后静滴抗生素、止血药等预防感染及出血。嘱患者继续口服中药, 卧床休息, 流质饮食 3 d, 后改为普食; 控制排便 72 h。排便前 1 d 晚上冲服福松 1 包, 术后第 4 天排便, 解便时见便纸上少量染血, 未见肛门肿物脱出, 停输止血药。每日便后肛肠科常规换药。术后第 7 天便血消失, 患者精神状态明显好转, 食欲良好, 停输抗生素等药物。中药继续服用, 以补气摄血为主, 减炒川芎、荆芥炭, 加熟地 30 g, 改赤芍为白芍 15 g。术后第 18 天复查血常规, $RBC: 3.75 \times 10^{12}/L$ 、 $Hb: 83 g/L$, 贫血外貌改善, 全身状况基本恢复正常。经 23 d 的治疗, 肛门镜检查: 结扎痔核已脱落, 未见便血及肛门肿物脱出, 痊愈出院。嘱患者出院后继续口服中药。2 个月后再来我院复查血常规, $RBC: 4.35 \times 10^{12}/L$ 、 $Hb: 96 g/L$ 。

4 讨论

中医学将贫血纳入“血虚”或“虚劳出血”的范畴。内痔出血常见, 但引起严重贫血的病例少见。该贫血多属心脾气虚, 脾不统血致血虚, 其原理多属气机逆乱, 血不归经; 或因排便时粪便肛管的挤压作用致痔区脉络受损, 血溢脉外, 致血反复流失, 超过了人体对血液的再生能力, 引起血亏形成的贫血^[1]。通过手术去解除混合痔并发继发性贫血根本上出血的原因, 再配合中药参芪四物汤加减内服治疗, 可达到大补气血、引血归经、养血止血的目的。

混合痔外剥内扎硬注术治疗效果明确。外剥即剥离外痔, 内痔结扎法又名缠扎法, 它是利用线的紧力, 通过结扎, 促使患部经络阻塞, 气血不通, 结扎上部的病变组织失去营养而逐渐坏死脱落。但并发继发性贫血增大了内痔结扎后脱落期间诱发继发性大出血可能, 因此在内痔黏膜结扎点上方注入 1:1 消痔灵, 该药的主要成分为五倍子和医用明矾(硫酸铝钾), 其中的铝离子与局部组织结合, 刺激产生化学性炎症, 纤维蛋白渗出, 促进纤维化粘连, 使组织蛋白收缩粘连。将消痔灵注射于痔核组织内可使内痔黏膜收缩、小血管闭塞, 从而达到止血以及防止出血目的。

笔者认为运用外剥内扎硬注术(下转第 40 页)

慎服,儿童减半,热盛患者忌服。

1.3.2 西医治疗 98 例治疗过程中均使用了强的松 10 mg,1 次/d,口服;环磷酰胺冲击疗法。其中有 45 例加服羟氯喹 0.1 g,2 次/d,53 例加服来氟米特 10 mg,1 次/d。

1.4 治疗结果 98 例中,治愈 23 例(23.47%),显效 32 例(32.65%),有效 36 例(36.73%),无效 7 例(7.14%),总有效率 92.86%。

2 典型病例

李某,2009 年 3 月 6 日初诊。患者面部、鼻梁块状红斑、皮疹 8 年,复发并加重 3 个月就诊。患者于 8 年前因受寒后面部、鼻梁出现斑块状红斑,就诊于上海某医院,经各项化验检查及皮肤病理活检,确诊系统性红斑狼疮为盘状红斑,给服强的松、羟氯喹等药治疗,环磷酰胺静脉用药,病情好转,强的松逐渐减量。3 个月前因天气骤冷外出受寒,病情复发,面部、双手、足皮肤出现冻疮样斑疹,瘙痒,轻度触痛,无渗出,发热。雷诺氏征阳性,乏力畏寒,手足不温,脘腹胀满,小便清长,大便不爽,舌淡苔白,脉沉细无力。实验室检查:ENA 抗体(—),ESR:63 mm/h,血常规:正常,尿常规:正常。诊断:系统性红斑狼疮,盘状狼疮;中医诊断:红蝴蝶斑(阳虚寒盛,血脉阻滞)。治则:温阳散寒,宣通血脉,活血祛斑。给予狼疮皮损验方,1 d 2 次,早晚分服。嘱患者避寒冷,注意保暖。治疗 1 个月,病情大为好转,冻疮样斑疹明显减轻,其他诸证亦减。继续服用 3 个月,诸证消失,随访 1 年未复发。

3 讨论

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种累及多系统、多器官、有多种自身抗体的自身免疫性疾病,多数患者有发热、关节痛、皮疹及脏器受累等表现,诱发因素有感染、分娩、妊娠、日光照射及药物因素等。皮肤黏膜损害是系统性、盘状狼疮的主要表现之一,据统计 80% SLE 患者有皮肤损害,最具特征者为面部蝶形红斑,发生在颧颊,经鼻梁融合呈蝶翼状,是一种不规则的水肿性红斑,色鲜红或紫红,边缘清楚或模糊,可稍高出皮面,表面光滑,有时有鳞屑。可累及其它部位,有时

可伴有出血或水肿。其它皮肤表现还有血管炎性皮疹、结节、溃疡及坏疽、雷诺氏现象、光过敏、毛细血管扩张、紫癜、水肿及脱发等。20%~40%的患者有黏膜损害,常累及口腔、唇、舌、鼻腔及支气管;可表现为溃疡、糜烂,亦可出现潮红、出血或毛细血管扩张性红斑等。系统性红斑狼疮治疗具有高度个体化特征,医师(主要是风湿科医师)必须根据患者的疾病亚型及其严重程度来确定最优治疗方案^[1]。临床可见有用羟氯喹治疗系统性红斑狼疮皮疹和皮炎的报道^[2]。

本组患者西药中的免疫抑制剂均使用了足够疗程,其系统性红斑狼疮的大部分症状已基本控制,但皮肤损害时轻时重,如果加大免疫抑制剂用量无疑增加了药物的毒副作用和患者的经济负担。中医学认为狼疮性皮损的病理机制是肾虚失固、阴阳失调、气血失和、经络受阻,加之热毒内蕴、脾虚湿壅等,应给予补肾、活血化瘀、清热解毒、益气健脾等综合治疗。狼疮皮损验方中党参、白术、淮山、山茱萸、熟地、泽泻调整素体虚弱,牛膝、延胡索、全蝎祛瘀活血、通经活络,土茯苓除湿、解毒。热毒炽盛加入银花、黄芩清热解毒,生地、玄参、紫草凉血祛斑,生地、玄参滋阴以防火盛伤阴;阳虚寒盛则给予肉桂、仙灵脾温阳散寒,莪术、川芎辅助祛瘀活血。临床根据患者的疾病亚型加减用药,用治红斑狼疮或盘状狼疮症见面部蝶形红斑、手足指(趾)皮肤斑疹,或全身皮肤斑疹,或甲周红斑、网状红斑、瘙痒脱屑、结痂干裂等,药颇对症,故可获良好疗效,值得进一步研究推广。在整个皮肤斑疹的治疗中一般不选用大热之品,如川乌、草乌等,这些药虽能治疗寒凝血瘀的网状青斑,但也易升阳助火,出现面部红斑加重及发热等症状。皮肤损害伴有许多过敏因素,因此不要应用化学性的药品,更不可应用化学化妆品,应避免紫外线,以免加重皮肤的损伤。

参考文献

[1]马培奇.系统性红斑狼疮治疗药物研发进展[J].上海医药,2009,30(9):416-418
[2]周红丽,黄波,马艳.羟氯喹治疗老年系统性红斑狼疮皮疹 1 例分析[J].中国误诊学杂志,2007,7(6):1 330

(收稿日期:2011-05-12)

(上接第 37 页)配合中药内服治疗混合痔并发症继发性贫血是一种标本兼顾、中西并用的良好治疗方法。通过对本组 13 例患者的观察,疗效显著,具有止血效果好、病人康复快、不良反应少等优点,在肛肠科具有一定的临床实用价值。

参考文献

[1]曹吉勋.中国痔瘡学[M].成都:四川科学技术出版社,1985.176-184
[2]武永吉.血液系疾病诊断与诊断评析[M].上海:上海科学技术出版社,2004.2
[3]王建华.中西医结合治疗内痔失血性贫血[J].赤峰学院学报,2007,23(3):86-87

(收稿日期:2011-06-03)