

颈舒散热奄包防治甲状腺术后综合征

严伟华 黄进林

(广东省佛山市顺德中医院 佛山 528333)

摘要:目的:探讨传统的甲状腺手术后常规处理和术后加中药颈舒散热奄包敷烫颈项部对手术后患者舒适度的影响。方法:将 315 例甲状腺手术患者随机分成两组,中药热奄包组(中药热奄包颈舒散外敷)165 例,常规组(传统术后处理)150 例。对比两组患者出现术后头痛、颈项肌肉疼痛、恶心呕吐的发生情况。结果:中药热奄包组负性影响的发生率低于常规组。其差异有统计学意义。结论:术后中药颈舒散热敷颈项部可以改善甲状腺手术后患者的舒适度及减小不良反应的发生。

关键词:甲状腺手术;头痛;中医药疗法

中图分类号:R 653 **文献标识码:**B **doi:**10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.036

常规的甲状腺手术体位要求使手术野充分暴露,因此要将肩背部垫高,颈部过伸,头部后仰,以利于手术野的暴露^[1]。但患者对此体位不适应,易出现术后头痛、颈项肌肉疼痛、恶心呕吐等甲状腺手术体位综合征。我们术后应用中药颈舒散制成热奄包敷烫颈项部,取得良好的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 对 2006 年 1 月~2010 年 12 月行甲状腺手术的 315 例患者前瞻性观察,其中男性 56 例,女性 259 例,年龄 19~74 岁。其中结节性甲状腺肿做甲状腺大部分切除术 171 例,甲状腺腺瘤做单侧大部分切除及加峡部切除 95 例,甲状腺功能亢进症做甲状腺次全切除术 42 例,甲状腺癌根治术 7 例。将 315 例随机分成两组,常规组 150 例,中药热奄包组 165 例。两组在性别、年龄、手术时间方面差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 中药热奄包组颈舒散热敷:术后第一天开始,用小布袋装入颈舒散(川乌 30 g、威灵仙 30 g、羌活 30 g、川木瓜 30 g、虎杖 30 g、没药 10 g、木香 30 g)放入微波炉中火加热 2 min,使其温度达 40℃左右。敷烫颈项部,每天 2 次(分别于 10:00 及 16:00 执行),每次 20 min,如其温度下降可以重复加热。热敷治疗开始时间不宜在手术当天。因为太早使用,频繁更换患者体位,在麻醉有效时间内,可能加重患者的不适,致呕吐出现的频率增加。使用的温度以 40℃左右为宜,在此温度下可使药散之力透过皮肤渗透入肌肉经络而起效,而不至于造成皮肤的烫伤,亦不至于过度刺激局部的血液循环升高血压至创面渗血。常规组术后仅给予对症处理,头痛给予芬必得、恶心呕吐给予胃复安等常规处理。

1.3 观察指标 对两组患者术后连续 3 d 出现术后头痛、颈项肌肉酸痛、恶心呕吐的患者进行观察,记录呕吐、头痛发生的次数,并进行统计学分析。

1.4 统计学分析 数据以 SPSS 10.0 统计软件处理,采用卡方检验进行统计学分析。

1.5 结果 见表 1。在术后呕吐、头颈痛发生率方面,中药热奄包组明显低于常规组,差异有显著性意义($P<0.01$)。

表 1 两组甲状腺术后头颈痛及呕吐比较 例(%)			
组别	n	头颈痛	呕吐
常规组	150	55(36.7)	38(25.3)
中药热奄包组	165	27(16.4)	12(7.3)

2 讨论

甲状腺常规手术体位术后易产生头痛、颈项肌肉酸痛及恶心呕吐,可能与下列因素有关:(1)压迫脊神经根:在椎间孔周围韧带变形内突面压迫颈神经根,表现为压迫耳大神经、枕小神经为主的头颈痛,及压迫膈神经所致的恶心呕吐。(2)压迫椎动脉:头颈部过伸位时,使穿过颈 6~7 横突孔的椎动脉受压并可能发生痉挛,而使血流受阻使脑组织处于缺血状态,术后出现脑缺血症状,表现为头痛、恶心呕吐等。(3)甲状腺手术体位颈部肌肉过长时间维持在过伸或紧张状态,引起颈部肌肉静力性损伤或痉挛,引起头痛,颈项不适^[2]。使用中药热奄包,通过热敷可缓解肌肉、血管的痉挛,减轻神经的炎症水肿,从而达到止痛止呕的效果。

甲状腺术后头痛、颈项肌肉酸痛归属“落枕”范畴。《诸病源侯论》分析本证“头项存风,在于筋脉之间,因卧而气血虚者,值风发动,故失枕。”如果病人平素体质虚寒,气虚易生风,寒邪从内而生,当长时间头颈处于过伸位,可致气血不通、寒凝经络、肌络拘挛、筋脉失养的病机改变。故用颈舒散治之以温经散寒,舒经活络,活血止痛。本自拟方中,以川乌、威灵仙为主药,其中川乌性味辛热,功能祛寒湿,散风邪,温经止痛,为治疗各种痹痛症之要药;威灵仙性味辛咸温,功能祛风湿,通经络,止痹痛;辅以羌活发散风寒,祛湿止痛,擅走上,故对头项疼痛疗效更佳;川木瓜舒筋化湿和胃;没药活血止痛,消肿生肌;虎杖、木香舒经活络,行气降逆^[3]。合而达到温经散寒、舒经活络、活血止痛的功效。将上药制成散剂以热奄包形式作用于颈项部,使药力从皮肤渗透达

溃疡愈散对消化性溃疡愈合质量的影响研究

李倩 余勇

(江西省南昌市中西医结合医院 南昌 330003)

摘要:目的:比较中西药治疗消化性溃疡的临床疗效,探索中药治疗消化性溃疡的机理和前景。方法:将 65 例消化性溃疡患者随机分为治疗组 35 例、对照组 30 例,对照组用奥美拉唑 20 mg/d 口服,连用 4 周,治疗组则在对照组基础上加用自拟方剂溃疡愈散。观察比较两组的临床疗效和溃疡的愈合质量。结果:治疗组溃疡愈合率为 88.57%,且 S₂ 期获得率、溃疡直径缩小率分别为 51.43%、66.30%,而对照组为 73.33%、36.67%、60.13%,两组比较有显著差异性(P<0.05)。结论:中药治疗消化性溃疡愈合质量明显提高,无毒副作用。

关键词:消化性溃疡;溃疡愈散;奥美拉唑

中图分类号:R 573.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.037

消化性溃疡是临床较常见的一种疾病,临床上多种药物有较好的疗效,但复发率较高,有资料显示,本病愈合后 1 年内复发率为 50%~70%^[1]。我们从 2009~2011 年,采用自拟溃疡愈散联合奥美拉唑治疗消化性溃疡,取得了令人满意的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 65 例胃镜确诊为消化性溃疡的患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组 35 例,其中男性 19 例,女性 16 例,平均年龄 38.42 岁,胃溃疡 15 例,十二指肠球部溃疡 20 例;对照组 30 例,其中男性 20 例,女性 10 例,平均年龄 38.61 岁,胃溃疡 16 例,十二指肠球部溃疡 14 例。两组在性别、年龄、病程、病情等方面经统计学处理无显著性差异,具有可比性。

1.2 入选标准^[2] 长期反复发生的周期性、节律性慢性上腹部疼痛,应用碱性药物可缓解;上腹部有局限性压痛;内镜检查诊断为消化性溃疡。

1.3 排除标准 经实验室、B 超、X 线、心电图检查确诊有心、肝、肺、胰、胆等严重器质性疾病;胃溃疡经病理证实有可疑及恶性病变者。

1.4 研究方法 对照组:奥美拉唑 20 mg/d 口服,连用 4 周。治疗组:在对照组基础上加用自拟方剂溃疡愈散。组方:黄芪、白及、白芍、乌贼骨、党参、茯苓、香附、砂仁、乌梅、元胡各 3 g,共研为细粉,分为 3 份装瓶。每次 1 份,口服,每日 3 次,连用 4 周。对所有 HP 阳性病例作根除 HP 治疗,以排除 HP 对溃疡愈合质量的干扰。方案:阿莫西林 1 g、每日 2 次,克拉霉素 0.5 g、每日 2 次,共用 1 周。全部患者于治疗开始前和治疗 4 周末行胃镜检查,观察溃疡愈合

情况。对溃疡未愈合者连续治疗 8 周,然后重查胃镜。

1.5 胃镜直视下观察指标 (1)溃疡部位(胃体、胃角、胃窦)溃疡愈合率[S₁ 期 +S₂ 期]及 S₂ 期获得率。(2)治疗前溃疡直径(D₁),治疗后溃疡直径(D₂),治疗前后溃疡直径缩小率=(D₁-D₂)/D₁×100%。

1.6 疗效判断 溃疡愈合评价:溃疡愈合系指溃疡消失,又分两期:S₁ 期为原溃疡底部苔膜消失,完全被红色再生上皮覆盖(红色瘢痕期);S₂ 期为红色消失变为白色(白色瘢痕期)。有 2 个溃疡者按未愈合溃疡计。

1.7 统计学方法 采用 SPSS12 统计软件进行秩和检验、χ² 检验,P<0.05 为具有统计学意义。

2 结果

见表 1。治疗组治疗 4 周后溃疡愈合 31 例,对照组为 22 例,治疗组 4 周溃疡愈合率明显高于对照组(P<0.05)。治疗组溃疡愈合的 S₂ 期获得率、溃疡直径缩小率在治疗 4 周后均高于对照组(P<0.05),两组比较有显著差异。

表 1 两组患者溃疡愈合率、溃疡愈合质量比较				($\bar{X} \pm S$) %
组别	n	溃疡愈合率	溃疡 S ₂ 期获得率	溃疡直径缩小率
治疗组	35	88.57	51.43	66.30±9.71
对照组	30	73.33	36.67	60.13±7.52
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

消化性溃疡是指发生在胃和十二指肠的溃疡,临床上以中上腹痛为主,有慢性、周期性和节律性三个特点。现代医学以抑酸、保护胃黏膜、抗幽门螺杆菌为主要治疗方案^[3]。消化性溃疡属中医学“胃脘痛”、“嘈杂”及“吞酸”等病范畴,其主要病因病机是长期饮食不节、劳倦内伤致脾胃虚弱,加之频繁的七情刺激引起肝郁犯胃、气滞血瘀、内生湿热,乃是

2002,25(10):38

[3] 宋立人,洪恂.现代中药学大辞典[M].北京:人民卫生出版社,2007.216-522

(收稿日期:2011-07-06)

参考文献

[1] 吴阶平,裘法祖,黄家驹.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2002.2 477-2 499

[2] 潘贻飞,施成飞.甲状腺手术体位综合征及预防[J].医师进修杂志,