

复方溃疡宁治疗慢性下肢溃疡临床验案举隅*

曾志刚¹ 熊墨年^{2#} 张红艳¹ 陈鑫¹ 吴跃进² 邓罗英²

(1 南昌大学第一附属医院 江西南昌 330006; 2 江西省中医药研究院 南昌 330046)

关键词:慢性下肢溃疡;中药外敷;复方溃疡宁

中图分类号:R 644

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.059

慢性下肢溃疡是发生于小腿下部内外侧的皮肤慢性疾病,中医俗称“臃疮”、“老烂腿”。其发病机制错综复杂,西医认为主要由周围血管性疾病所导致,主要可分为以下两类^[1]:一为瘀血性溃疡,即静脉性溃疡,主因下肢静脉血液瘀积而致;一为缺血性溃疡,也称为动脉性溃疡,主因下肢动脉供血不足所致。而中医认为其病机^[2]是因久站或过度负重而致小腿筋脉横解,青筋暴露,络脉失畅,影响局部气血的运行,瘀停脉络,肌肤失养,复因湿热下注,或因皮肤受损破伤、虫咬、湿疮染毒等而诱发。慢性下肢溃疡多见于老年人及长期从事站立、负重等工作,常反复发作,不易收口,严重者可烂至胫骨,引起骨髓炎,少数患者多年不愈,可发生癌变,临床治疗颇为棘手。西医治疗是以防止创面感染和对创面进行保护为主,以期通过机体自身修复而使难愈性创面自然愈合。中医主要根据下肢溃疡的病因病机进行辨证治疗,通过清热利湿、活血祛瘀、祛腐生肌的功效来达到治愈的目的^[3]。

慢性下肢溃疡的病变部位多较表浅,局部中药外敷治疗,药效吸收快,药力可直达病所,常能获得比单纯内治法更为显著的疗效。从古至今,中药外敷疗法一直是治疗慢性下肢溃疡的主要手段之一,历史悠久且效果显著,由此总结出了许多卓有成效的经典外敷中药膏方,如生肌红玉膏、凉血散瘀软膏、五妙水仙膏、珍珠生肌散等。复方溃疡宁为新型外敷中药制剂,主要由植物油、黄芩、紫草等中药组成,具有抑制细菌、消肿化腐、收敛生肌、活血祛瘀等作用,对于治疗水火烫伤、皮肤外伤等多种原因导致的慢性下肢溃疡效果显著。现举两例验案介绍如下:

1 临床资料

1.1 病例 1 江某,男,35 岁,因工作时不慎被电击伤四肢及会阴部 30 min 入院。创面检查:创面散在分布于四肢及会阴部,左手无名指及小指焦黑质硬,鹰爪状,右足第四及第五足趾焦黑,功能缺失,双手掌、双足背及会阴部可见散在创面,焦黑质硬,呈皮革样,痛觉消失,属Ⅲ° 烧伤,面积约 8%。立即

给予创面冲洗包扎、补液、抗感染治疗等,后每日创面换药,治疗 30 d 后创面坏死组织基本清除,创面肉芽组织形成,创面干洁,无明显分泌物。2 d 后行手术植皮治疗及截指(趾)术,术后继续创面换药治疗及抗感染治疗,创面愈合良好,唯右足内侧一大小约 4 cm× 6 cm 创面皮片坏死溶解,每日换药创面均可见少量黄色分泌物,味腥臭,创面愈合缓慢。15 d 后改用复方溃疡宁治疗,换药时先用 3% 双氧水冲洗创面,再用生理盐水冲洗干净,棉球拭干,复方溃疡宁外敷于创面,每日更换 1 次。连续治疗 5 d 后创面无分泌物,创面缩小,继续治疗 18 d 后创面愈合出院。

1.2 病例 2 周某,女,69 岁,因不慎被煤气火焰烧伤双下肢 2 h 入院。创面检查:创面散在分布于双下肢,创面可见散在水泡形成,部分创面腐皮破脱,创面基底部红白相间,触痛迟钝,双下肢肿胀,烧伤面积约 16%,属深Ⅱ° 烧伤。入院后给予清创包扎、补液、抗感染治疗等,后每日创面换药治疗。由于经济原因未行手术治疗,换药治疗 40 d 后创面基本愈合,剩余左下肢外侧近膝关节处一大小约 4 cm× 3 cm 创面未愈合,创面少量脓性分泌物,味臭,每日换药分泌物未见减少,创面愈合缓慢。后改用复方溃疡宁治疗,换药时先用 3% 双氧水冲洗创面,再用生理盐水冲洗干净,棉球拭干,复方溃疡宁外敷于创面,每日更换 1 次。连续治疗 3 d 后创面无分泌物,创面开始缩小,继续治疗 12 d 后创面愈合出院。

2 讨论

慢性下肢溃疡在临床中较为常见,多为其他疾病的并发症,其创面修复缓慢,常迁延不愈。正确运用中药外敷疗法,可以有效控制局部炎症,促进肉芽组织生长,为伤口愈合创造基础^[4]。通过临床应用观察,复方溃疡宁的抑制细菌作用能够明显减少创面脓性分泌物;活血化瘀作用能够增加溃疡局部组织的血供,加速血液循环,从而改善局部的微循环和增强局部组织的营养、氧供;良好的氧供及营养既可促进新陈代谢使肉芽组织迅速生长,又可使创面上皮迅速向心爬行,创面缩小、愈合,达到收敛生

* 基金项目:国家“十一五”科技支撑计划(NO:2008BAI53B015)
通讯作者:熊墨年,E-mail:nian69966@163.com

不挂线法治疗高位单纯性肛瘘 50 例体会

吴咏莉¹ 肖慧荣² 吴成成¹

(1 江西中医学院 2010 级研究生 南昌 330004; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:探讨不挂线法治疗高位单纯性肛瘘的临床应用价值。方法:采用不挂线法治疗高位单纯性肛瘘患者 50 例。观察手术时间、术后疼痛、创面愈合时间、肛门瘢痕大小、肛门畸形、肛门功能情况及术后复发情况。结果:50 例患者中 1 次手术治愈 49 例,治愈率 98.0%,疗程 16~25 d,平均 22.6 d;2 次手术治愈 1 例,总治愈率 100%。结论:不挂线法治疗高位单纯性肛瘘临床效果较好,能减轻术后疼痛,改善肛门括约功能,值得临床推广应用。

关键词:高位单纯性肛瘘;不挂线法;治疗体会

中图分类号:R 657.16

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.060

高位单纯性肛瘘就是只有一条管道,穿越肛管直肠环或位于其上。瘘管切开时不可避免地损伤较多括约肌,易导致括约肌功能减退甚至失禁,给患者带来很大痛苦和不便。对于高位肛瘘常采用的是挂线术,但此术式痛苦大,愈合时间长,后遗症多。针对挂线术的这些弊端,我科自 2008 年以来采用不挂线法治疗高位单纯性肛瘘 50 例,疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2008~2010 年所有符合高位复杂性肛瘘诊断的入院病例 50 例,男性 37 例,女性 13 例;年龄 18~60 岁,平均 39 岁;病程 9 个月~22 年,平均(0.5± 31)个月。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 术前 3 d 清淡饮食,口服磺胺等消炎药,预防创口感染。术前 1 d 晚上清洁灌肠 1 次,次日晨再清洁灌肠 1 次。备皮。

1.2.2 手术方法 取侧卧位,腰俞穴麻醉或局部浸润麻醉,铺无菌洞巾。(1)内口的探查:术者肛门指诊结合银质球头探查内口的位置、瘘管的走向。左手食指在肛管内,右手持探针自外口沿瘘道缓缓向肛内探入,在双手触摸下寻找最薄弱处,探针头感觉最明显处即内口探出。如探针不能探到内口,可在肛门内塞一块干纱布,自外口注入 1%美蓝溶液 2~3 mL,拔出纱布,观察美蓝染色的位置,以确定内口位置。如果仍然找不到内口,则将可疑病变的肛窦作内口处理。(2)切开瘘管:将肛管直肠环以下的瘘管表层的皮肤、皮下组织切开,完全敞开瘘管。直肠环以上的瘘管,如果其局部病变已完全纤维化,

且与周围组织粘连,切开后周围组织不会回缩,因此对肛门括约功能没什么影响,可将瘘管一直切开到内口。若直肠环以上的瘘管,只有 1/2 或 1/3 部分有硬结,则这部分也可切开,但应注意切除范围要在硬结组织范围内,就不会影响肛门的括约功能^[1]。最后用刮匙尽量将瘘管壁上染色的坏死组织和肉芽组织刮除,修剪硬结组织,形成一口宽底小如滴水状伤口,保证内口引流通畅。创面填塞凡士林纱条,外垫纱布,宽胶布压迫或丁字带固定。

1.2.3 术后处理 术后常规抗菌消炎 7 d,应用止血药 1 d。术后正常排便,便后坐浴清洗,坐浴后用生理盐水冲洗创面,用红油纱条填塞创面直至愈合。

1.3 治疗结果 本组 50 例患者中 1 次手术治愈 49 例,治愈率 98.0%,疗程 16~25 d,平均 22.6 d;2 次手术治愈 1 例,总治愈率 100%。随访 7 个月~3 年,期间无复发、肛门狭窄变形、肛门缺损及肛门移位等后遗症;2 例患者有轻度感觉性肛门失禁,有少许分泌物外溢,嘱其每天进行提肛运动 2 次,每次 8 min,逐渐恢复正常,随诊 5 个月~1 年,无复发。

2 讨论

肛瘘是肛管或直肠下端通肛门周围皮肤之间或邻近组织器官之间因病理性原因形成的不正常通道,90%以上是肛腺感染引起的,原发病灶躲在肛窦处即内口都在齿线附近。肛腺一旦感染,可沿着其分支抵达联合纵肌,形成高位肛周脓肿。由于内口未清除,高位脓腔引流不畅形成高位肛瘘。目前大部分医生对于高位单纯性肛瘘多采取挂线疗法,但对挂线后的生物力学特点了解较少,切割需要多

肌的作用。事实证明,复方溃疡宁治疗慢性下肢溃疡具有安全有效、费用低廉、痛苦小的特点,患者较易接受,是一种较为理想且行之有效的治疗手段。

参考文献

[1]赵东红.下肢溃疡的病因及治疗概况[J].实用医药杂志,2010,27(2): 171-173

[2]朱晨.中西医结合治疗慢性下肢溃疡 48 例[J].中国中西医结合外科杂志,2003,9(6):460-461

[3]杨敏,陶茂灿,曹毅.下肢溃疡的中医外治法研究进展[J].中医外治杂志,2010,19(3):48-50

[4]马巧玲.中医外敷疗法辨证治疗慢性下肢溃疡验案举隅[J].南京中医药大学学报,2009,25(3):228-229

(收稿日期:2012-01-11)