红外线照射联合青霉素 G 钠治疗下肢丹毒 28 例临床疗效观察

万兴　秦建华

（江西省南昌市第二中西医结合医院　南昌 330008）

摘要：目的：观察红外线照射联合青霉素 G 钠治疗下肢丹毒的临床疗效。方法：将 2009 年 1 月 ~2011 年 6 月在我院治疗的下肢丹毒患者 55 例随机分为两组，治疗组 28 例，对照组 27 例。对照组采用静脉滴注青霉素 G 钠及患处外敷硫酸镁，治疗组采用静脉滴注青霉素 G 钠联合红外线患处照射。结果：临床疗效比较，治疗组优于对照组（$P<0.05$）。结论：在青霉素 G 钠治疗基础上辅以红外线患处照射对丹毒临床疗效显著，可缩短疗程，值得临床推广应用。

关键词：红外线照射；下肢丹毒；青霉素 G 钠

中图分类号：R 753.5　　**文献标识码：**B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.046

丹毒是皮肤和皮下组织、淋巴管及周围软组织的急性炎症，多见于乙型(B)溶血性链球菌感染引起[1]。下肢与面部多见，易复发。临床治疗方法标准不一，通常采用抗生素及患处外敷硫酸镁等治疗，疗程长。我院在采用抗生素治疗基础上辅以红外线患处照射，对丹毒的临床疗效显著，可缩短疗程，改善预后。现分析报道如下：

1　资料与方法

1.1　临床资料　2009 年 1 月 ~2011 年 6 月在我院治疗的下肢丹毒患者 55 例，局部均有红肿热痛，下

前壁中点纵行切开 1 cm 长，以扩大吻合口。作者本组数十年做了几百例（包括胃溃疡选择性手术）均未出现瘘、狭窄等并发症。(2) 胃大部切除胃空肠吻合（毕 II 式），胃大部切除后将残端胃与空肠上端吻合，而将十二指肠残端缝闭。它的优点是能够切除足够的胃而不致吻合口张力过大，术后溃疡复发率较低，但它的缺点是操作比较复杂，胃空肠吻合改变了正常生理关系，术后发生胃肠道功能紊乱较 I 式多。(3) 穿孔修补胃空肠单纯吻合，该组医生因担心十二指肠穿孔修补后疤痕性狭窄，而加做胃空肠单纯吻合以增加另一通道，该术后由于部分食物在胃→十二指肠→空肠→胃内反复循环，致使胃扩张、反流性胃炎，部分病人因腹胀、胃炎、胃溃疡而再作胃大部切除术。此术式实际上没有任何优点。(4) 胃十二指肠溃疡穿孔不管采用何种术式，都必须保持有效的腹腔引流，要经常挤捏引流管，以防止被食物残渣堵塞。术后第 2 天就要鼓励患者起床活动，这是避免出现肠间脓肿、肠粘连必不可少的步骤。若出现上述症状倾向时，可口服中草药扶正理气汤、粘连松解汤等，早期还可以做些理疗（如音频等），因为数年后还可以出现粘连性肠梗阻。术后若引流液较多且穿孔较大、修补不太满意，或疑有可能再穿孔时，都要延迟拔管时间，最好 1 周后再根据病情决定，因为只要引流管还在，即使再穿孔也不要再进腹修补，我科 9 例再穿孔患者，均采取保守治疗痊愈。(5) 胃十二指肠溃疡穿孔采取非手术治疗时，必须严密观察，一旦毒血症明显时，如高热、白细胞计数升高、脉搏增快等，或腹膜炎加剧时，如腹痛腹胀明显、渗出增加、腹穿时很容易抽出渗液等，必须立即中转手术，否则可能危及生命，我院近期就有一个血的教训。需要提醒的是，在溃疡病穿孔中，有 10%病人没有溃疡病史，有 75%病人在叩诊时肝浊音界缩小或消失，有 80%病人在腹透时右膈下可见到月牙状游离气体[2]。那些没有溃疡病史、肝浊音界存在、膈下无游离气体就不会是溃疡穿孔，这种论调是非常危险的。(6) 胃十二指肠溃疡穿孔手术有两大类，单纯的穿孔修补和彻底的溃疡手术。单纯修补的优点是操作简便易行，手术时间短，危险性较少，但它的缺点是有 2/3 病人以后因溃疡未愈而需行第二次手术；而彻底的溃疡手术的优点是一次手术同时解决穿孔和溃疡两大问题。故八十年代前都是用胃切除来治疗胃十二指肠溃疡，九十年代中后期就不再采用了，而是做单纯修补缝合术。改革开放后，物质丰富，人民生活及健康水平有很大提高，更主要的是生物医药飞速发展，治疗溃疡病有效药物不断涌现及引起溃疡重要病因之一幽门螺旋杆菌的发现（文献[2]92%溃疡穿孔病例伴有幽门螺旋杆菌感染，幽门螺旋杆菌是消化道溃疡病的主要病因），溃疡病的发病率明显降低，穿孔的发生率大大地减少，也就是溃疡病可以用药物治愈。目前每年收治的一些溃疡病穿孔病例，相当一部分是内地劳务工，他们生活较艰辛、工作较疲劳，故而发病。近年随着腔镜广泛应用，并为大多数外科医生所掌握，今后溃疡病穿孔手术更趋于简单化、风险小、创伤少[3]。

参考文献

[1]吴在德.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2005.445,453

[2]Tokunago Y.消化道溃疡病人中幽门螺旋杆菌感染的意义[J].国外医学•外科学分册,1999,26(1):6

[3]宁良树,王新,尹传华,等.腹腔镜与开腹胃十二指肠溃疡穿孔修补术的对比研究[J].腹腔镜外科杂志,2011,16(4):266

（收稿日期：2012-02-24）

肛门洗剂合金黄膏治疗血栓性外痔 110 例

曾玲　肖慧荣　谢昌营
（江西中医学院附属医院　南昌 330006）

关键词：血栓性外痔；肛门洗剂；金黄膏
中图分类号：R 657.18　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.047

血栓性外痔是肛肠科的一种常见病和多发病，临床表现为肛缘皮下突发青紫色的肿块，局部皮肤水肿、疼痛剧烈和出血。江西中医学院附属医院肛肠科采用肛门洗剂联合金黄膏治疗血栓性外痔，疗效满意。现报告如下：

1　资料与方法

1.1　*临床资料*　选择 2010 年 7 月 ~2012 年 2 月在江西中医学院附属医院肛肠科门诊就诊患者 110 例，其中男 65 例，女 45 例，年龄 15~72 岁，病程 1~6 d。

1.2　*治疗方法*　采用江西中医学院附属医院自制肛门洗剂熏洗坐浴并配合金黄膏外敷治疗。肛门洗剂药物组成：五倍子 60 g，朴硝 20 g，桑寄生 20 g，荆芥 20 g，苦参 60 g，黄柏 20 g，月石 20 g，白及 20 g，

肢淋巴水肿。随机分为两组，治疗组 28 例，男 18 例，女 10 例，年龄（35.4± 11.2）岁，病程（6.2± 3.7）d；对照组 27 例，男 15 例，女 12 例，年龄（37.0± 10.6）岁，病程（5.3± 3.9）d。两组患者的年龄、性别、病程比较，差异无统计学意义（P >0.05）。

1.2　*方法*　对照组患者采用静脉滴注青霉素 G 钠 240 万 U，3 次 /d，抬高患下肢，同时于患处外敷硫酸镁，每次 20 min，3 次 /d。治疗组患者采用静脉滴注青霉素 G 钠 240 万 U，3 次 /d，并联合红外线（TDP-II 型红外线治疗仪）患处照射，时间 15 min，3 次 /d。比较两组患者治疗后第 3 天、第 5 天病情缓解率和患肢红肿、疼痛消退时间。

1.3　*疗效判定*　治愈：全身及局部症状均消退；有效：全身症状消退，局部症状未全部消退；无效：症状治疗前后无明显变化。

1.4　*统计学方法*　SPSS 13.0 软件进行统计分析。两独立样本计数资料，采用 t 检验；率的比较，采用卡方检验；P <0.05 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　*临床疗效*　见表 1。

表 1　两组治疗后疗效比较　例(%)

组别	n		治愈	有效	无效	总有效
治疗组	28	第 3 天	8(28.6)	15(53.6)	5(17.8)	23(82.1)
	28	第 5 天	16(57.1)	9(32.1)	3(10.7)	25(89.3)
对照组	27	第 3 天	3(11.1)	10(37.0)	14(51.8)	13(48.1)
	27	第 5 天	5(18.5)	13(48.1)	9(33.3)	18(66.7)

注：两组比较，P <0.05，统计学差异显著。全身及局部症状治疗后比较，治疗组患者减轻程度较对照组减轻明显。

2.2　*肢体症状*　见表 2。

表 2　两组肢体症状消退比较　($\overline{X}$± S)　h

组别	疼痛消失时间	红肿消失时间
治疗组	10.20± 5.62	15.33± 6.90
对照组	16.34± 4.91	25.73± 7.09

注：两组比较，P <0.05，有统计学意义。治疗组病程明显缩短，疗效肯定。

3　讨论

丹毒多由乙型(B)溶血性链球菌通过破损的皮肤侵入，致皮肤血管及淋巴管扩张、炎性细胞浸润、淋巴液回流障碍而形成组织水肿。多由足癣或皮肤破损引起，下肢多发，临床表现为局部皮肤红、肿、热、痛及全身毒血症等[2]。目前治疗方案不一，但多以抗生素针对病因、感染等治疗为主，辅以局部用药对症处理，但其对感染后引起的病理改变治疗效果不佳，大部分患者进行反复多次治疗，最终仍肢体肿胀、严重纤维化，不得不借助手术治疗[3]。有研究提示：对患肢按摩、加压包扎、烘绑及微波治疗等对预防和治疗轻度淋巴水肿有益[4]。

红外线理疗仪照射患处是利用热能促进血液循环，促进局部淋巴液回流，能激活或诱导机体淋巴细胞和巨噬细胞因子，抑制和降低炎性反应，对细菌感染后的皮下组织病理变化疗效显著。本实验资料表明，无论在丹毒肢体的红肿好转时间还是在临床症状消失时间上，统计学差异均显著，治疗组疗效优于对照组。因此，对于丹毒的临床治疗而言，在常规抗感染治疗的基础上加用红外线患处照射，不仅在病因上解决了丹毒的细菌感染问题，也在改善其病理方面发挥了治疗作用，临床疗效显著，可明显缩短病程和改善预后。其操作简单易行，不良反应少见，值得基层医院临床推广。

参考文献

[1]吴在德,吴肇汉.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008.153
[2]赵辨.临床皮肤病学[M].第 3 版.南京:江苏科学技术出版社,2001.349
[3]陈存富,李江,于仁义,等.下肢淋巴水肿的整复治疗临床研究[J].实用医药杂志,2008,25(10):1 153-1 155
[4]李先慧.淋巴水肿外科治疗方法及新进展[J].中国美容医学,2009,18(6):876-878

（收稿日期：2012-02-24）