

本研究结果显示,两组治疗方式对于肩周炎疾病均有较好的疗效,均能够显著缓解临床症状及疼痛。且观察组疗效显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。表明温针灸结合关节松动手的治疗方式相对于单纯的温针灸效果更好,在条件允许的情况下,应该优选温针灸结合关节松动手。综上所述,温针灸结合关节松动手相对于单纯的温针灸对于肩周炎的治疗效果更好,应该优先选择。

参考文献

[1]蒋学文,涂春兰,秦少福.针刀配合肩周康复操训练对肩周炎患者的疗效观察及护理[J].护士进修杂志,2014,29(11):1028-1029
[2]朱婷,李加平,孙宇,等.超声引导下注射联合针刀治疗肩周炎效果观察[J].山东医药,2015,55(12):86-87
[3]周桂香.肩关节松动手配合温针灸治疗肩周炎的疗效观察[J].医学综述,2011,17(18):2862-2864
[4]李永凤.温针灸配合关节松动手治疗肩周炎 46 例[J].内蒙古中医药,2011,30(14):24-25
[5]王丽菊,郭龙.关节松动手配合温针灸治疗肩周炎的临床效果观察[J].中国医药指南,2012,10(6):76-78

(收稿日期: 2015-05-18)

中西医结合治疗胆道蛔虫症 100 例疗效观察

邓相圣¹ 刘镇中²

(1 江西省吉安市吉州区曲瀨卫生院 吉安 343065; 2 江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

关键词:胆道蛔虫;中药;电针;中西医结合疗法

中图分类号:R657.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.11.043

胆道蛔虫症为临床常见外科急腹症,以突然发作剑突下阵发性钻顶样剧烈绞痛,可向右肩背部放射为特点。其发病急,症状重,变化快,严重者可引起急性重型胆管炎、肝脓肿,蛔虫还可往胆总管钻入胆囊,引起胆囊穿孔。近年来,我们采用中西医结合治疗胆道蛔虫症 100 例,疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择我院门诊及住院治疗的胆道蛔虫症患者 100 例,其中男 61 例,女 39 例,年龄 10~57 岁,平均 29.3 岁,病程 2 h~3 d。所有患者发作时表现为:剑突下钻顶样绞痛或右上腹阵发性绞痛,伴脸色苍白、辗转不安、大汗淋漓、四肢厥逆。部分患者伴有发热、恶心、呕吐。疼痛间隙期无明显症状,剑突下或右上腹均有轻、中度压痛,无反跳痛。血象白细胞计数稍高,嗜酸性粒细胞比例升高。所有患者均经 B 超诊断为胆道蛔虫,部分患者并发胆囊炎。

1.2 治疗方法

1.2.1 中药治疗 以疏肝利胆、理气止痛、安蛔驱虫、健脾和胃为治疗原则。内服自拟驱虫利胆汤,方药组成:柴胡 10 g、枳壳 10 g、郁金 10 g、黄芩 10 g、虎杖 15 g、生大黄 15 g、乌梅 15 g、使君子 15 g、川椒 10 g、白术 10 g、陈皮 10 g、白芍 10 g、甘草 6 g。发热加金银花、牛蒡子;黄疸加茵陈、金钱草;痛甚加延胡索;呕甚合连苏饮;蛔虫排出胆管后去乌梅、使君子、川椒,加金钱草、法半夏、茯苓、砂仁。水煎服,每日 1 剂。

1.2.2 电针治疗 取胆囊、足三里、阳陵泉、内关穴,发热者加合谷。方法:穴位局部皮肤常规消毒,单手快速进针后捻转数次,得气后接华佗牌 SDZ-II 型电

子针治疗仪,选用连续波形、强刺激,频率 100 次/min,持续 20 min,每日 1 次。

1.2.3 西医治疗 卧床休息、静脉补液,提供每日足够热量,纠正脱水和电解质紊乱。抗生素治疗常用头孢哌酮钠舒巴坦、氨苄青霉素静脉点滴,厌氧菌感染时加甲硝唑静滴。对症治疗选 654-2 静脉点滴,肌注维生素 K₃,口服阿司匹林,必要时可肌注杜冷丁。

1.3 治疗结果 治疗 1 周后统计疗效。痊愈(临床症状消失,B 超诊断胆道蛔虫消失)95 例(占 95%);有效(临床症状消失,B 超诊断胆道内仍见蛔虫影)5 例(占 5%)。3 h 内止痛 65 例(占 65%),3 h~1 d 内止痛 30 例(占 30%),1~3 d 止痛 5 例(占 5%)。

2 典型病例

刘某,男,31 岁,突发剑突下偏右上腹钻顶样绞痛,伴恶心、呕吐,蛔虫 1 条,在当地卫生所肌注 654-2 10 mg,口服食醋约 100 ml,症状未缓解,遂前来本院治疗。于 2013 年 5 月 7 日 13 时入院治疗,入院时患者剑突下偏右上腹钻顶样绞痛,弯腰屈膝,辗转不安,面色苍白,大汗淋漓,四肢厥逆,伴恶心、呕吐。查体:T:37.3 ℃,P:84 次/min,R:21 次/min,BP:136/84 mm Hg。呈急性痛苦病容,皮肤巩膜无黄染,心肺(一),腹软,右上腹有轻压痛,无反跳痛,麦非氏征阳性,肝脾未触及。察其舌偏红、苔薄黄、脉弦紧。实验室检查白细胞 10.6×10⁹/L,中性粒细胞 79%,嗜酸性粒细胞 9%。B 超检查示:胆囊内见一长约 4.5 cm 左右蛔虫形影。入院诊断:中医:蛔厥(蛔虫内扰,气机郁滞,湿热内蕴);西医:胆道蛔虫症伴胆囊炎。入院后立即针刺足三里、阳陵泉、内关、胆囊穴,得气后接华佗牌 SDZ-II 型电子针治疗仪,选用

连续波形、强刺激,频率 100 次/min,持续 20 min。5 min 后疼痛得除。中医治疗予疏肝行气、消炎利胆、安蛔止痛、健脾和胃。药用:柴胡 10 g、枳壳 10 g、郁金 10 g、黄芩 10 g、虎杖 15 g、生大黄 10 g、乌梅 10 g、使君子 15 g、川椒 10 g、白术 10 g、陈皮 10 g、白芍 10 g、生甘草 10 g、延胡索 10 g。水煎服,每日 1 剂。西医静脉输液,纠正水电解质紊乱,静脉点滴头孢哌酮舒巴坦、氨苄青霉素、甲硝唑、654-2,肌注维生素 K₃,口服阿司匹林,上述方法连续治疗 3 d,诸症消失,B 超检查未见胆道蛔虫影。

3 讨论

蛔虫一般寄生于小肠中、下段,当肠道环境不适宜蛔虫寄生时,虫体则上窜至十二指肠钻入胆道,造成机械性胆道阻塞,致使肝胆气机瘀滞不通,并刺激奥狄氏括约肌痉挛,从而引起剑突下偏右上腹部阵发性剧烈疼痛。另一方面,蛔虫将肠道细菌带入胆道,引起胆道系统感染。西医在输液维持水电解质、酸碱平衡和抗感染的基础上口服阿司匹林,使蛔虫处于抑制状态,并应用 654-2 和维生素 K₃,使胆囊奥狄氏括约肌松弛,从而达到止痛的目的。中药驱

蛔利胆汤中柴胡疏泄肝胆气机,郁金行血中气滞,枳壳理气消胀,三者配伍除痞消胀止痛,且能松弛胆道括约肌,促进胆囊收缩,使蛔虫排出胆道;黄芩、虎杖清热凉血解毒,消炎利胆;大黄攻下,通导腑气,并能增强胆道蠕动,使奥狄氏括约肌松弛,促进蛔虫排出胆道;白芍、甘草缓急安中止痛;白术、陈皮健脾和胃止呕;且蛔虫得酸(乌梅)则静,得苦(黄芩、虎杖、大黄)则下,得辛(川椒)则伏,加使君子驱蛔。诸药合用共奏疏肝理气止痛、健脾和胃止呕、消炎利胆驱蛔之功。针刺足阳明经之合穴足三里,调理脾胃,通导腑气,理气止痛;根据“合治内腑”的原则,取足少阳胆经之合穴阳陵泉,以疏利肝胆,驱蛔止痛;胆囊穴为经外奇穴,为治疗胆道疾病的效验穴,具有安蛔止痛之功。通过针刺上述穴位,可增强胆囊收缩,促使胆囊括约肌扩张,促进胆汁分泌、排泄及蛔虫排出胆道,调理肠胃功能,从而达到即刻止痛的功能。

本研究结果显示,采用上述综合治疗,具有显著的协同作用,从而达到即刻止痛、排出蛔虫、迅速消除临床症状的效果,是治疗胆道蛔虫症的有效方法,值得临床推广应用。

(收稿日期: 2015-05-25)

微创小切口在单纯性阑尾炎手术中的应用效果分析

项凯

(江西省彭泽县乐观卫生院普外科 彭泽 332712)

关键词: 单纯性阑尾炎;微创小切口;手术疗法;效果分析

中图分类号: R656.8

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.11.044

阑尾炎是因多种因素而形成的炎性改变,该病症是外科常见病之一,多发于青年时期,男性发病率略高于女性^[1]。我院采取微创小切口治疗单纯性阑尾炎,临床效果较好。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取 2012 年 6 月~2015 年 4 月我院收治的单纯性阑尾炎患者 176 例,按照随机数字表法平均分为实验组和对照组,每组 88 例。实验组患者男 49 例,女 39 例,年龄 17~46 岁,平均年龄(16.25± 1.36)岁;对照组患者男 47 例,女 41 例,年龄 17~47 岁,平均年龄(15.04± 2.34)岁。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义, P>0.05,具有可比性。

1.2 治疗方法 实验组采用微创小切口手术法治疗:对患者进行常规硬膜外麻醉,在麦氏点作长 2.0 cm 的切口,依次切开各层组织,充分暴露每层组织,减少二次伤害的发生,根据实际情况进行阑尾的切

除,缝合切口,术后使用抗生素预防感染。对照组采取常规开腹手术治疗。

1.3 观察指标 观察两组的手术时间、住院时间及并发症发生情况。

1.4 统计学分析 采用 SPSS19.0 统计学软件进行统计和分析数据,以 ($\bar{x} \pm s$) 和百分率分别表示计量数据和计数数据, 分别采用 t 检验和 χ^2 检验。 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术时间、住院时间比较 实验组手术时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义, P<0.05。见表 1。

表 1 两组患者手术时间、住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)			
组别	n	手术时间 (min)	住院时间 (d)
实验组	88	18.56± 1.56*	5.98± 1.22*
对照组	88	34.78± 3.66	9.01± 1.68

注:与对照组比较,*P<0.05。

2.2 两组患者并发症发生情况比较 实验组无并