

严重上升。

根据我院妇产科手术发生副损伤的原因进行探讨,进行阴道分娩会阴侧切术,应严密把握分娩的各个因素,尤其是产妇的骨盆条件,应由有经验的医师评估,减少难产的发生,随着我院医疗技术的上升,由会阴侧切术引起的膀胱损伤已明显下降,膀胱损伤及输尿管瘘已逐渐转变为腹腔镜手术所致。腹腔镜手术过程中及时发现并诊断泌尿系统损伤可避免永久性损伤,有助于提高损伤修复的成功率。但一般来说只有 1/3 的泌尿系统损伤可在术中发现^[2]。腹腔镜手术中更多的使用电手术器械或其他有能量的器械,产生的热传导可致周围组织缺血坏死,如输尿管的热损伤,在术中很难预测,而形成迟发性尿疹。在电凝止血中时间要掌握好,不能过长,且电凝要远离输尿管至少 1 cm^[3]。女性泌尿系统并发症多发生在难度较大的手术中,如中重度子宫内膜异位症、DIE、多次腹部手术史、盆腔黏连严重,较大的卵巢囊肿、子宫大肌瘤,镜下操作困难时并发症也增加^[4]。术者对女性泌尿系统的结构以及生殖系统的结构掌握不熟,缺乏良好的辨识能力,尤其是输尿管、输卵管、膀胱、卵巢及其周围走行的血管^[5],增加了女性泌尿系统的损伤。膀胱的过度充盈,这些都增加了损伤的概率。所以,在进行妇产科手术中,应进行充分的术前评估及术前准备,充分预计手术中可能出现的一些情况,膀胱引流需通畅,在难度大的手术中,可行双侧输尿管双 J 管置入术,以减少输尿管的损伤。对于广泛粘连术,从盆腔侧腹膜先将输尿管游离能较好预防损伤泌尿器官^[6]。对于较大的肿瘤导致的输尿管走向及解剖关系发生改变的情况,应首先分清输尿管走向,必要时将输尿管游离^[7]。正规进行手术者的培训是减少并发症的关键,手术中保持良好的手术视野,减少术中出血,力求稳中求好。

本组资料显示,A 组与 B 组肠损伤差异无统计学意义,肠损伤的总数也较小,最主要的原因是子宫内异位症,肿瘤侵及直肠前壁,剥离时直接损伤直肠。手术中分离黏连时导致肠管损伤。当手术过程中没有及时发现难以察觉的肠道损伤,就会给病人的生命带来很大的威胁。手术后,小肠和大肠损伤都会出现严重的腹膜刺激症状^[8]。早期发现及术中恰当的处理是治疗成功的关键。对于妇产科手术所致的切口感染,与患者的年龄、免疫力、手术切口的清洁程度、手术时间、术者的缝合技术、患者的体重及切口的大小有关。

综上所述,随着腹腔镜手术的广泛开展,其手术损伤率尤其是热损伤增加严重,这将严重影响患者的预后及生活质量。腹腔镜不同于开腹直视下手术,要求特定的空间定位和眼、手、脑的协调配合,并且所需器材复杂,所以操作者除具备良好的腹部手术基础外,还必须就腹腔镜的知识和技能进行规范的培训^[9],做好术前评估,这些是减少并发症的首要对策。

参考文献

- [1] Forsgren C, Altman D. Risk of pelvic organ fistula in patients undergoing hysterectomy [J]. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2010, 22(5): 404-407
- [2] Frankman EA, Wang L, Bunker CH, et al. Lower urinary tract injury in women in the United States, 1979~2006 [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2010, 202(5): 495
- [3] 石丽. 妇产科手术并发泌尿系统损伤 4 例报告 [J]. *中外医疗*, 2011, 30(2): 108
- [4] 彭超, 孙笑, 等. 妇科腹腔镜手术十年的并发症分析 [J]. *中华妇产科杂志*, 2014, 49(3): 179-182
- [5] 李炳琪. 45 例妇产科手术损伤泌尿器官的临床分析 [J]. *中国实用医药*, 2012, 7(36): 43-44
- [6] 张燕. 妇产科手术致泌尿系统损伤的临床分析及治疗措施探讨 [J]. *中国医药指南*, 2015, 13(14): 193-194
- [7] 黄春林, 蔡萧然. 妇产科手术致泌尿系统损伤案例分析 [J]. *中国药物经济学*, 2013, 8(3): 69-71
- [8] 辛玉芳. 妇产科手术损伤的尿路及肠道诊治探讨 [J]. *医药前沿*, 2013, 3(35): 257
- [9] 高原, 惠宁. 妇科腹腔镜手术并发泌尿系统损伤的相关分析 [J]. *中国妇产科临床杂志*, 2013, 14(1): 92-94

(收稿日期: 2016-07-18)

张介眉教授治疗消化道恶性肿瘤验案 3 则*

杨永清¹ 谢志明¹ 张介眉^{2#}

(1 湖北中医药大学硕士研究生 武汉 430065; 2 湖北省武汉市中西医结合医院 武汉 430022)

关键词: 消化道恶性肿瘤; 张介眉; 解毒扶正

中图分类号: R573

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2016.09.033

消化道肿瘤包括食管、胃、肠、胰腺、肝、胆肿瘤等在内,其中恶性肿瘤者称为癌,目前恶性肿瘤的发病呈逐年上升趋势,故对于恶性肿瘤的防治及后期

调理也越来越受到重视。《说文解字》:“瘤,肿也,从病,留声。”《圣济总录》:“瘤之为义,留滞不去也。”消化道肿瘤属于中医学“癌病、积聚、癥瘕、肠风、噎膈、

* 基金项目: 2011 年全国名老中医传承工作室建设项目 (编号: 国中医药人教发[2011]41 号)

通讯作者: 张介眉, E-mail: zhangjiemei66@163.com

肝积”等范畴。中医学治疗此病以扶正祛邪为指导思想。张师认为毒邪结聚不散而为瘤,肿瘤日久必消耗正气,故以邪正杂陈为常见,不能见肿瘤则消散,应以解毒为要,同时兼以补益。现录医案 3 则,以窥张师治疗肿瘤之经验。

1 胃癌

1.1 病例资料 胡某,女,31岁,2014年6月13日初诊。患者诉不能饮食,饮入即吐,精神较差,倦怠乏力,五声低微,气息短促,自汗盗汗,舌质淡,苔薄白,脉细。2014年4月25日腹部CT:(1)胃窦部胃壁增厚,胃底小弯侧、胃窦大弯侧淋巴结增多,部分增大;(2)左肾结石,结肠内钡剂残留,以升结肠为主。2014年4月29日于武汉市协和医院行全胃切除术。2014年4月30日病检示:胃印戒细胞癌浸及胃壁全层,累及食管手术边缘;幽门手术切缘切片中未见癌累及,小弯侧淋巴结(8枚)、大弯侧淋巴结(6枚)切片中未见癌转移。免疫组化染色示癌细胞:人表皮生长因子受体-2 HER2(2+)。诊断为胃癌,气阴两虚证。治以健脾益气、养阴生津。以西洋参 10g,6付,小火慢煎,分多次以棉球蘸服。二诊,呕吐、乏力减轻,语声稍低,心慌,小便排出不畅,大便质稀。治以益气养阴、解毒散结。方拟生脉散加减,组方:西洋参 6g、麦冬 10g、五味子 6g、白花蛇舌草 15g、石见穿 10g、守宫 3g、藤梨根 15g、佛手 10g、山药 10g,20付。三诊,诉精神好转,可以进食,偶有食后呕吐。上方加焦山楂 5g、焦神曲 5g、焦麦芽 5g、远志 10g,30付。四诊,诉经放化疗后不欲饮食,余症平稳。(1)上方去守宫、远志,加玫瑰花 6g,30付。(2)守宫胶囊 360颗,蜂蜜含服,每次 4颗,每日三次。五诊,患者心情舒畅,精神较好,饮食基本正常。(1)上方再进 30付。(2)守宫胶囊 360颗。其后随诊半年宗上方加减而治之,患者病情稳定。

1.2 讨论 胃癌是我国发病率很高的消化道恶性肿瘤,它的发生与 Hp 感染、饮食习惯、环境及遗传相关^[1]。中医学认为,胃癌患者手术后病灶虽去,但气血津液已伤,脾胃功能受损,脾胃受伤,则易发它病;且残余之毒素易趁身体之虚而复发。李东垣《脾胃论》:“人以胃气为本”、“内伤脾胃,百病由生^[2]。”《黄帝内经》曰:“正气存内,邪不可干。”故当以扶正为主,辅以祛邪,治以益气养阴、解毒散结;方拟生脉散加味。患者胃虚不受食,食后即吐,而胃为燥土阳土,喜润恶燥,故以西洋参益气养阴生津,胃土得安,则呕吐自止,而后合麦冬、五味子、山药加强健脾胃益气养阴之力而扶正。余毒未清,留滞而碍胃,投以

白花蛇舌草、石见穿、藤梨根解毒散结、活血化瘀。张师认为久病入络,邪正杂陈者,必须借助虫类药加以搜剔;且因其走而不守,能行能散,兼备攻性;尚可以毒攻毒,故加守宫入药以增强解毒消肿散结之力^[3]。配佛手理气和胃、破气消肿。脾胃受损,功能失调,腐熟水谷功能降低,加用焦三仙消食和胃、行气散瘀。玫瑰花芳香醒胃、行气活血。蜂蜜补中润燥、解毒止痛。

2 直肠癌

2.1 病例资料 任某,男,54岁,2015年5月22日初诊。患者1个月前行直肠癌手术,诉目前自觉肛门、会阴处疼痛灼热,肛周瘙痒、坠胀,大便时干时稀,不能久坐,舌红苔黄厚腻,脉滑数。2015年5月11日病理报告:(直肠)中分化腺癌,倾及肠壁全层。免疫组化:PSM2(+),MLH(+),MSH2(+),MSH6(+).诊断为直肠癌,湿热郁毒证。治以清热利湿、化瘀解毒。方拟半夏泻心汤加减,组方:半夏 10g、黄芩 8g、黄连 6g、西洋参 10g、炮姜 3g、甘草 6g、白花蛇舌草 15g、守宫 6g、枳壳 10g、白英 10g,14付。二诊,诉肛门疼痛减轻,食纳可。上方加苍术 20g、佩兰 10g、茯苓 20g,14付。三诊,肛门坠胀、瘙痒好转。上方去佩兰、苍术,加蛇果草 15g,14付。四诊,诉腹泻,肛门偶有疼痛、瘙痒,余症平稳。上方去守宫、白英,加杏仁 10g、白豆蔻 10g、薏苡仁 30g、茯苓 15g、丹参 15g,14付。五诊,患者未诉肛门疼痛、瘙痒、坠胀,可以久坐,未诉明显不适,生活质量显著提高。

2.2 讨论 直肠癌为常见的消化道恶性肿瘤,近30年来我国的发病率在不断上升。其属于中医学“肠积、积聚、癥瘕、肠覃、肠风、脏毒、下痢、锁肛痔”的范畴。本案患者手术后身体大虚,邪毒趁虚而入,湿热下注,毒邪结聚不散,而见疼痛、瘙痒、不耐久坐,总以本虚为主,邪实为标。治以清热利湿、化瘀解毒,方拟半夏泻心汤加减。以半夏辛热燥湿、散结消肿;黄连、黄芩苦寒降热、清肠燥湿;炮姜温中止痛,而又制连芩之寒凉;配合白花蛇舌草、白英、守宫清热利湿、解毒消肿,清除体内结聚之毒邪;西洋参甘凉益气、清热生津补人体之虚,尚可制约半夏、炮姜之辛热伤阴;枳壳破气消积,消局部之淤滞;湿热下注大肠而见大便稀溏,加苍术、佩兰、薏仁、茯苓之品芳香化湿、健脾益气;《妇科明理论》:“一味丹参散,功同四物汤”;《上海常用中草药》:“蛇果草,主治癌肿,疔疮,瘰疬。”故加用蛇果草、丹参以增强活血祛瘀、消毒散结之功;甘草补中益气、清热解毒、调和诸药。诸

药相合,则湿热可去,邪毒可解,诸症自去。

3 食管癌

3.1 病例资料 邵某,男,2015 年 11 月 9 日初诊。食管癌放化疗后患者,诉进食有梗阻感,胸骨后烧灼不适,伴咽干、咽痒、咽痛、咳嗽,无咳痰咳血,饮食尚可,形体消瘦,大便正常,舌暗红,苔少,脉细数。诊断为食管癌,阴虚燥热证。治以滋阴润燥、解毒散结。(1)方拟沙参麦冬汤化裁,组方:沙参 10 g、麦冬 10 g、玉竹 10 g、川贝 6 g、杏仁 10 g、桔梗 10 g、甘草 6 g、蛇六谷 30 g、石见穿 10 g、石上柏 10 g、西洋参 6 g、黄芩 10 g,14 付;(2)守宫粉 100 g,每日 6 g,分三次服用。二诊,仍咽干咽痛,咽痒较前减轻,夜间咳嗽。上方加射干 6 g、地龙 6 g,14 付。三诊,口咽干燥减轻。上方加栀子 6 g、白茅根 60 g,14 付。四诊,患者诉咳嗽,咳稀痰,余症平稳。上方去黄芩、西洋参,加紫苑 10 g、款冬花 10 g、牛蒡子 10 g、瓜蒌皮 15 g,14 付。五诊,偶有咳嗽、咳痰,饮食正常,无咽干咽痒等不适。上方 7 付,以巩固疗效。

3.2 讨论 本病属于中医学“噎膈”范畴^[4]。叶天士《临证指南医案·噎膈反胃》指出噎膈的病机为“脘管窄隘”。食管癌的基本病机为痰、气、瘀交阻于食道、

胃脘,以致食道狭窄而出现进食梗阻,食道不适。本案患者虽经过放化疗治疗,但肿瘤之毒仍然留滞不去,毒邪消耗机体正气,久则表现出人体气血津液耗伤,以正气亏虚为主;故应以扶正为主,辅以祛邪之品;治以滋阴润燥、解毒散结;方拟沙参麦冬汤化裁。方中以沙参、麦冬、玉竹滋阴养血、润燥生津,补益人体正气;川贝、桔梗、杏仁润肺止咳,利咽散结消肿;黄芩清热泻火解毒;西洋参益气养阴,补益元气;加石见穿、石上柏、蛇六谷活血化瘀、散结消肿,促进局部毒邪消散;久病入络,加守宫、地龙等虫类药增强解毒散结、通络止痛之功。四诊时患者咽部不适明显好转,考虑其咳嗽咳痰,故去黄芩、玉竹、西洋参,加紫苑、冬花、牛蒡子、瓜蒌皮宣肺润肺、止咳化痰。全方共奏滋阴润燥、解毒散结、消肿止痛之功。

参考文献

- [1]邹文斌.中国胃癌发病率及死亡率研究进展[J].中国实用内科杂志,2014,34(4):408-415
- [2]李东垣.脾胃论[M].北京:人民卫生出版社,2005.2,5
- [3]杜念龙,章茜,张介眉.张介眉辨治脾胃病验案 3 则[J].辽宁中医杂志,2016,43(3):612-614
- [4]周仲瑛.中医内科学[M].第 2 版,北京:中国中医药出版社,2007.213

(收稿日期:2016-08-13)

一次性根管治疗慢性根尖周炎的效果与优越性分析

万佳丽 答昊

(江西省新余市新钢中心医院口腔科 新余 338000)

摘要:目的:研究并分析治疗慢性根尖周炎患者时使用一次性根管治疗的效果。方法:收集慢性根尖周炎患者共 106 例,根据随机对照、平行、单盲的原则分为对照组和观察组各 53 例,对照组接受常规根管治疗,观察组接受一次性根管治疗,将两组患者治疗后的总有效率以及疼痛程度评分进行观察和对比。结果:观察组治疗后的总有效率明显高于对照组,观察组的疼痛程度评分显著低于对照组, $P < 0.05$ 。结论:在慢性根尖周炎患者的治疗过程中,一次性根管治疗能够使患者获得更佳疗效,且患者的疼痛程度更轻,因此能够使患者更加受益,值得推广应用。

关键词:慢性根尖周炎;一次性根管治疗;治疗效果;优越性

中图分类号:R781.341

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.09.034

慢性根尖周炎是指在患者的患牙根管当中长期存在病原或感染刺激,从而导致根尖周围的组织逐渐出现了慢性的炎性反应,临床表现则包括了炎性肉芽组织的形成以及牙槽骨的破坏^[1]。目前临床上对于慢性根尖周炎的主要治疗方式为根管治疗,但是传统的根管治疗技术需要的治疗周期较长,且需要患者频繁就诊,从而会对患者的工作及生活造成极大影响,并在很大程度上降低了患者的治疗依从性^[2]。在本次研究中,对慢性根尖周炎患者采用了一次性根管治疗。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月~2016 年 4 月在我院接受治疗的慢性根尖周炎患者共 106 例,根据随机对照、平行、单盲的原则分为对照组和观察组各 53 例。对照组男 33 例(41 颗患牙),女 20 例(25 颗患牙);年龄 23~52 岁,平均年龄(33.2±5.2)岁;病程 4 个月~5 年,平均(1.1±0.3)年。观察组男 32 例(43 颗患牙),女 21 例(24 颗患牙);年龄 23~54 岁,平均年龄(33.4±5.3)岁;病程 3 个月~5 年,平均(1.2±0.4)年。要求入选的患者仅有一颗患牙需行根