

治疗后研究组 24 h UTP、FIB、TC、LDL-c 均明显低于参照组,ALB、HDL-c 明显高于参照组, $P<0.05$,

差异具有统计学意义;两组治疗后 TG 水平比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 治疗前后两组各项实验室指标比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	UTP(g/24 h)	ALB(g/L)	FIB(g/L)	TG(mmol/L)	TC(mmol/L)	HDL-c(mmol/L)	LDL-c(mmol/L)
治疗前	参照组	27	6.78± 2.54	21.73± 4.12	4.87± 1.52	5.18± 1.24	9.63± 3.42	0.47± 0.15	3.95± 0.62
	研究组	27	6.79± 2.55	21.85± 4.15	4.86± 1.53	5.21± 1.19	9.65± 3.47	0.48± 0.13	3.92± 0.63
	t		0.014	0.107	0.024	0.091	0.021	0.262	0.176
	P		0.989	0.915	0.981	0.928	0.983	0.795	0.861
治疗后	参照组	27	2.76± 1.02	30.87± 3.58	4.57± 1.09	2.43± 0.65	5.16± 1.04	0.89± 0.13	2.07± 0.54
	研究组	27	1.83± 1.01	37.53± 3.46	3.31± 0.96	2.47± 0.64	4.12± 1.13	1.25± 0.15	1.92± 0.57
	t		11.613	8.951	8.508	0.228	8.902	9.424	0.176
	P		<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者不良反应发生率比较 研究组肝功能受损、痤疮、血糖升高、向心性肥胖、精神兴奋等不良反应发生率均低于参照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率比较[例(%)]

组别	n	肝功能受损	痤疮	血糖升高	向心性肥胖	精神兴奋
参照组	27	7(25.93)	10(37.04)	6(22.22)	12(44.44)	5(18.52)
研究组	27	1(3.70)	3(11.11)	1(3.70)	4(14.81)	0(0.00)
χ^2		5.283	4.964	4.103	5.684	5.510
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

肾病综合征主要表现为高蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症、水肿,其发病机制较为复杂,临床主要采用激素治疗。但激素在发挥其作用的同时,会对机体产生一定的副作用,长期应用可出现严重不良反应和并发症^[3]。研究显示^[4],激素为阳刚之品,大剂量激素长期应用可生热助阳,造成阴液耗损,阴虚火旺,针对激素不同用药阶段配合中医药分阶段论治,可有效降低激素毒副作用。

本研究结果显示,治疗前两组患者各项实验室指标比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后研究组 24 h UTP、FIB、TC、LDL-c 均明显低于参照组,ALB、HDL-c 明显高于参照组($P<0.05$);两组治疗后 TG 水平比较差异无统计学意义($P>0.05$);研究组肝功能受损、痤疮、血糖升高、向心性肥胖、精神兴

奋等不良反应发生率均低于参照组($P<0.05$)。说明在激素治疗肾病综合征期间配合中医药分阶段论治效果确切,可明显降低不良反应发生风险,增效减毒。激素应用早期患者多表现为脾肾阳虚,故以真武汤加减温阳利水,可有效改善患者脾肾阳虚证候^[5]。激素大剂量应用到激素撤减阶段患者津液耗伤,主要表现为阴虚阳亢,以知柏地黄汤合二至丸加减治疗,可滋阴降火、滋肝补肾、镇静降火,增强免疫力。激素维持阶段外源性激素阳热之性消退,机体肾上腺功能尚未恢复,主要表现为脾肾气虚,故以补中益气汤加减补益脾肾,标本同治^[6]。综上所述,在肾病综合征激素治疗过程中,分阶段辨证论治,具有增效减毒作用,可降低不良反应发生率,值得临床推广。

参考文献

[1]陈佳娣,吴迪炯,高雁婷,等.周郁鸿胸腺肽联合中药治疗激素耐药 ITP 临床经验[J].黑龙江中医药,2016,45(1):47-48
[2]费德升,蓝小琴,丁伟伟,等.中医药分阶段论治对激素治疗肾病综合征增效减毒的临床疗效观察[J].浙江中医药大学学报,2015,39(11):817-819
[3]王新爱.分阶段辨证应用中药配合激素治疗原发性肾病综合征的临床疗效观察[D].石家庄:河北医科大学,2015.1-40
[4]鹿伟.中药对原发性肾病综合征糖皮质激素治疗的增效减毒作用分析[J].河北医药,2017,39(13):1952-1955
[5]刘东营.真武汤加味治疗肾病综合征水肿脾肾阳虚证的临床研究[D].济南:山东中医药大学,2014.1-47
[6]唐珑,赵文景,张胜容,等.激素依赖型肾病综合征的中医药治疗思路[J].中国临床医生杂志,2016,44(11):101-104

(收稿日期: 2017-10-13)

凉血地黄汤加减配合马应龙痔疮栓治疗混合痔 83 例

张敏

(四川省德阳市人民医院 德阳 618000)

摘要:目的:观察凉血地黄汤加减配合马应龙痔疮栓(膏)治疗混合痔的疗效。方法:将我院 2015 年 6 月~2016 年 6 月收治的 162 例混合痔患者随机分为治疗组与对照组。治疗组 83 例采用凉血地黄汤加减配合马应龙痔疮栓治疗,对照组 79 例则予以太宁栓治疗。观察比较两组临床疗效。结果:治疗组总有效率 92.8%,对照组总有效率 68.4%,两组比较差异有统计意义($P<0.05$)。结论:凉血地黄汤加减配合马应龙麝香痔疮栓治疗混合痔疗效显著,值得临床推广并运用。

关键词:混合痔;凉血地黄汤;马应龙痔疮栓

中图分类号:R269

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.041

痔的近代概念认为,痔是肛垫病理性肥大、移位及肛周皮下血管丛血流瘀滞形成的局部团块^[1]。民间有“十人九痔”之说,且各年龄阶段均有发病的可

能性,其发病率与年龄有正相关性。西南地区的民众因嗜食麻辣肥甘之品,加之气候偏湿热,发病率尤高,笔者应用凉血地黄汤加减配合马应龙痔疮栓

(膏)治疗混合痔疗效确切。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 收集本院门诊符合美国结直肠外科协会(ASCRS)2010年修订《痔临床诊治指南》中痔诊断标准^[2]患者 162 例,随机分为治疗组与对照组。治疗组 83 例,男女比例 41:42;年龄 20~60 岁,平均年龄 42.26 岁;病程:1 年以内 14 例,1~3 年 34 例,3 年以上 35 例。对照组 79 例,男女比例 37:42;年龄 21~60 岁,平均年龄 41.58 岁;病程:1 年以内 10 例,1~3 年 32 例,3 年以上 37 例。两组患者基本资料经统计学处理无明显差异($P>0.05$),具有可比性。纳入前所有病例于我科门诊行常规乙状结肠镜检排除乙状结肠或直肠恶性肿瘤、炎症性肠病、结肠息肉等疾病。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 采用凉血地黄汤加减配合马应龙痔疮栓治疗。凉血地黄汤加减组方:生地黄 25 g、穿心莲 15 g、黄连 9 g、黄芩 10 g、地榆 15 g、黄柏 10 g、槐角 10 g、荆芥炭 10 g、升麻 12 g、黄芪 20 g、赤芍 10 g、枳壳 15 g、炙甘草 6 g。用法:1 剂/d,水煎分 2 次服用;药渣煎水熏洗,2 次/d。坐浴后以 1 枚马应龙痔疮栓(国药准字 Z42021461)塞肛,如有痔核脱出应使其回纳;对于不可回纳者先外用马应龙痔疮膏,轻轻揉按复位,解除嵌顿。服药期间嘱患者忌食生冷辛辣之品,调情志。疗程为 2 周。

1.2.2 对照组 给予太宁栓(国药准字 H20083150)治疗。同法纳肛,1 粒/次,2 次/d。疗程为 2 周。

1.3 评分标准及疗效判定标准

1.3.1 评分标准 出血:采用 0~3 分级记分,0 分为无出血;1 分为便纸染血;2 分为大便时滴血;3 分为射血。疼痛:采用 0~2 分级记分,0 分为无疼痛;1 分为轻度疼痛;2 分为重度疼痛。脱出:采用 0~1 分级记分,0 分为无痔脱出;1 分为有痔脱出。瘙痒:采用 0~2 分级记分,0 分为无瘙痒;1 分为轻度瘙痒,无需干预;2 分为重度瘙痒,影响日常生活。肛门分泌物:采用 0~2 分级记分,0 分为无分泌物;1 分为少量分泌物;2 分为多量分泌物。

1.3.2 疗效判定标准 按照 1994 年国家中药管理局制订的《中医病证诊断疗效标准》。疗效评分=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。显效:症状消失,体征改善(疗效评分 $\geq 70\%$);有效:症状、体征有所改善(疗效评分 $\geq 30\%$ 且 $<70\%$);无效:症状、体征无改善(疗效评分 $<30\%$)。

1.4 统计学方法 用 SPSS19.0 统计学软件分析处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料

采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

治疗组总有效率 92.8%,对照组总有效率 68.4%,差异有统计意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	83	49	28	6	92.8
对照组	79	25	29	25	68.4

3 讨论

痔是个古老的病名,首见于《山海经》。从古到今无数医家对痔病的病因、病机及治疗做了大量的摸索,积累了宝贵的临床经验。金元时期李东垣提出“湿热风燥四气合而为病”的观点;朱丹溪提出“痔疮专以凉血为主、以解热调血顺气先之”等治疗原则。《外科正宗》中也有“痔病治法,初起及已成,渐渐大而使涩做痛者,宜润燥及滋阴。肛门下坠大便去血,时或疼痛坚硬者,宜清火渗湿。紫色疼痛,大便虚秘兼做痒者,凉血祛风,疏利湿热……”的阐述,精辟论述了痔病的辨证论治。肯定了中医药在治疗痔病方面的独特优势,给后世提供了丰富的理论基础。现代医学也认识到了痔是肛垫的病理性肥大,而肛垫是肛管的重要结构,使治疗痔彻底清除“痔静脉曲张”的传统观念转变为先行保守治疗,慎重手术。笔者在临床上也强调痔病应先保守治疗,不能盲目手术,手术治疗的前提是保守治疗无效;而手术治疗的原则应是保护功能、缓解症状;更不能为了追求肛门局部的外观过多切除肛管黏膜、皮肤导致严重的术后并发症。故我们在临床上应该充分发掘中医药方法治疗肛肠疾病的经验,继承并发扬其优势。

本研究用方凉血地黄汤加减取自《外科大成》,原方本有治痔疮肿痛出血之功效,笔者在原方的基础上根据混合痔并发症的特点加减化裁而成。方中生地性寒味甘,最善凉血兼止血,故为君药;穿心莲、黄柏、黄连、黄芩性寒味苦,清解热毒兼燥湿,助君药加强凉血之效,故为臣药;以地榆、赤芍、槐角、荆芥炭增强凉血止血之效,辅以黄芪、升麻益气健脾升阳,再以枳壳行气通便,预防术后便秘,以上共为佐药;辅以炙甘草调和诸药。诸药共用,共奏清热祛湿、凉血祛风、润肠行气、消肿止痛之效。另遵循外宜熏洗,内宜宣利之古法,利用口服中药之渣熏洗,协助内服中药增强疗效。现代药理学证实本研究方中生地黄、穿心莲、黄芩、赤芍通过改善肛周局部静脉血管内循环,达到降低血管壁通透性的作用;地榆炭、荆芥炭可缩短凝血时间,能有效缓解便血的症状;黄连中所含的黄连素也对多种细菌均有不同水平的抑

制和杀灭作用。

外治法也是极具中医肛肠特色的治疗方法之一,因其能直达病所,充分发挥药效及有效吸收,故至今临床上仍应用广泛。现代医学证实,肛门给药有诸多优势,直肠黏膜因其表面血供丰富对药物吸收速度快,不仅能防治口服药物吸收后首过效应对药效的减弱,且有避免口服药物对胃黏膜的直接刺激作用。马应龙痔疮栓(膏)是我科常用的外用药,具有使用方便且疗效确切的优点。从中医理论上分析:麝香因其气味芳香行散,具有较好的清热解毒、消痔疮肿痛、祛腐生肌之力;五倍子、炉甘石止血收

敛;牛黄、珍珠、冰片性寒,有清热解毒、消肿止痛的功效。另外用药前应详细记录患者病史,对青光眼、孕妇、哺乳期妇女、前列腺肥大的患者应禁用。本研究示:凉血地黄汤加减合马应龙痔疮栓治疗混合痔的总有效率显著优于太宁栓治疗,值得临床推广。

参考文献

[1]李春雨,汪建平.肛肠外科手术技巧[M].北京:人民卫生出版社,2015.164
[2]Rivadeneira DE,Steele SR,Terment C,et al.Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010)[J].Dis Colon Rectum,2011,54(9):1059-1064

(收稿日期:2017-08-09)

经脐单孔腹腔镜胆囊切除术对急性胆囊炎的影响

吴鹏

(河南省许昌襄城中西医结合医院普外科 襄城 461700)

摘要:目的:探讨经脐单孔腹腔镜胆囊切除术对急性胆囊炎患者术后 VAS 评分及并发症发生率的影响。方法:选取 2016 年 3 月~2017 年 5 月我院收治的急性胆囊炎患者 78 例,随机分为对照组和观察组各 39 例。对照组采用常规腹腔镜胆囊切除术治疗,观察组采用经脐单孔腹腔镜胆囊切除术治疗,比较两组手术情况(手术时间、术后排气时间、住院时间)及并发症发生率,比较两组术后 12 h、3 d、7 d 的疼痛程度。结果:观察组术后排气时间、住院时间及并发症发生率均低于对照组,术后 3 d、7 d 的 VAS 评分均低于对照组($P<0.05$);两组手术时间及术后 12 h 的 VAS 评分比较无明显差异($P>0.05$)。结论:应用经脐单孔腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎,可缓解患者术后疼痛,降低并发症发生率,且安全性较高,值得临床推广应用。

关键词:急性胆囊炎;经脐单孔腹腔镜胆囊切除术;VAS 评分;并发症

中图分类号:R657.41

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.042

急性胆囊炎(Acute Cholecystitis)是由于胆囊管阻塞和细菌侵袭而引起的胆囊炎症,以右上腹阵发性绞痛为主要症状,并伴有发热、恶心、呕吐,病情严重者可出现感染性休克甚至危及生命。临床上以手术治疗为主,可有效缓解患者疼痛,减轻炎症反应,但常规腹腔镜胆囊切除术采取三孔入路,术后瘢痕明显。随着医疗微创技术的发展,改良腹腔镜手术在外科治疗中应用广泛,具有切口小、疼痛轻、美观度高等特点,可促进患者早期康复^[1]。本研究旨在探讨经脐单孔腹腔镜胆囊切除术对急性胆囊炎患者术后 VAS 评分及并发症发生率的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月~2017 年 5 月我院收治的急性胆囊炎患者 78 例,随机分为对照组和观察组各 39 例。对照组男 22 例,女 17 例;年龄 27~63 岁,平均年龄(45.84±2.31)岁。观察组男 23 例,女 16 例;年龄 26~64 岁,平均年龄(45.26±2.66)岁。两组患者一般资料比较无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:发病时间<72 h 者;符合急性胆囊炎诊断标准;同意本次研究并签署知情同意书者。(2)排除标准:严重心、肝、肾疾

病者;精神障碍者;治疗依从性差者。

1.3 手术方法

1.3.1 对照组 实施常规腹腔镜手术:患者取仰卧位,气管插管全麻,消毒铺巾,腹膜腔插入导管,建立人工气腹,气腹压为 12~14 mm Hg;剑突下做一长约 10 mm 的切口为主操作孔,插入套管针,锁骨中线、肋缘下做一 5 mm 切口为抓钳操作孔,插入套管针,腋前线、肋缘下做一 5 mm 操作孔以充分暴露术野,探查胆囊及胆囊三角情况,钝性分离胆囊粘连,根据胆囊三角区解剖结构分离胆囊动脉与胆囊管,夹闭切断胆囊动脉,切除病变胆囊。

1.3.2 观察组 实施经脐单孔腹腔镜胆囊切除术:患者取截石位,气管插管全麻,消毒铺巾;经脐下缘做一长约 20 mm 纵行切口,依次切开皮肤及皮下组织,放置三通道穿刺套管,分别置入 10 mm 腹腔镜、抓钳、弧形电钩,建立人工气腹,气腹压为 12~14 mm Hg,探查胆囊及胆囊三角情况,钝性分离胆囊粘连,分离胆囊管,夹断胆囊动脉,逐渐剥离切除胆囊并经脐取出后,电凝止血,用生理盐水冲洗,缝合切口。两组患者术后均给予常规抗生素预防感染。

1.4 观察指标 (1)比较两组手术情况(手术时间、术后排气时间、住院时间)。(2)比较两组术后 12 h、