

消痔灵注射伴结扎术治疗Ⅱ、Ⅲ期内痔 208 例

★ 邹华利 熊国华 熊斌芳 罗时华 (江西省丰城市中医院肛肠科 丰城 331100)

关键词:消痔灵;内痔;结扎术

中图分类号:R 266 文献标识码:B

2005~2007 年我科 208 例Ⅱ、Ⅲ期内痔采取消痔灵注射伴结扎术治疗,效果满意,总结如下:

1 一般资料

本组男 96 例,女 112 例,年龄 15~75 岁,病程平均 1 年半。

2 治疗方法

在局部麻醉或腰俞穴麻醉下,取侧卧位,患侧在下,肛管直肠碘伏消毒后,嘱患者轻努挣肛门致内痔脱出,用 5 ml 注射器接皮试针头,抽取 1:1 消痔灵液(1% 利多卡因:消痔灵原液)5 ml,内痔表面粘膜严格消毒后,距齿线约 1 cm 痔核处进针,针头全部刺入痔核,极缓慢推药水,极缓慢退针,可见痔核缓慢弥散性隆起,注药量以粘膜血管清晰而不模糊为佳。一般约 2~5 ml,若痔核较大可用 5~10 ml,再用中号弯血管钳于齿线上约 0.5 cm 处钳夹住痔核,7 号丝线双线贯穿回字形结扎后,痔核纳入肛内,右手食指伸入肛内注射处按摩,使药液弥散更均匀,肛内纳入一枚太宁栓即可,无须肛内

纳入凡士林纱条。术后患者便后 pp 粉坐浴,再肛内纳入一枚太宁栓或不换药、静滴抗生素 3~5 天。

3 结果

本组病例均一次性痊愈,时间约 5~7 天,术后随访 1~1.5 年,未见一例复发。

4 讨论

对于Ⅱ、Ⅲ期内痔传统方法是单纯结扎术,其缺点是大部分患者在术后致粘膜完全修复,这段时间仍有便血,甚至结扎脱落时因痔核较大而出血量较多。我们在传统方法上加以先注射足量的消痔灵硬化剂,使痔核内毛细血管封闭萎缩,避免了术后大便时便血及结扎线脱落时出血,加之注射消痔灵后的无菌性粘连,使肛垫复位,减少了复发的可能性。本方法对痔核脱出较大伴有轻度直肠粘膜内脱垂,复位后肛缘平整的患者疗效极佳,患者术后第 2 天即感大便舒适通畅。

(收稿日期:2008-09-03)

颈项棘突肌有轻度压痛,压、叩顶试验(+),双侧臂丛牵拉试验阴性;眼球震颤征阴性;舌体较胖嫩、舌质淡白、苔薄白;脉沉细。颈椎 CR 摄片示:颈椎生理弧度变直;颈椎 4、5、6、7 椎体唇样增生,颈 3~7 双侧各椎间孔均变形或缩小。TCD 检查示:左椎动脉(LVA)平均峰流速(Vm)为 47.23 cm/s,血管搏动指数(PI)为 1.27 cm/s;右椎动脉(RVA)的 Vm 值及 PI 值分别为 45.52 cm/s、1.18 cm/s;基底动脉(BA)的 Vm 值及 PI 值分别为 55.76 cm/s、1.68 cm/s。中医诊断:眩晕(肾阳不足);西医诊断:颈椎病(椎动脉型)。治则:补肾壮阳,行气活血,疏筋通络。处方:杜仲 10 g,淫羊藿 15 g,山药 15 g,山茱萸 10 g,枸杞 20 g,桃仁 10 g,红花 8 g,当归 10 g,川芎 10 g,白芍 20 g,熟地 10 g,葛根 20 g,桂枝 8 g,甘草 6 g。每日 1 剂,水煎 2 服。另予热敏灸治疗,于双侧风池穴探及“热敏点”,该点有透热感,每日施灸 1 次。经药、灸治疗 10 日,患者眩晕等症消失,复查 TCD 各项指标恢复正常,随访 6 个月症状未复发。

5 讨论

笔者治疗该病以桃红四物汤合左当饮加减为主,两方均为临证常用之方。对颈椎病人进行热敏点探索,一般可在风池穴、颈夹脊穴及颈项部督脉循行处等部位发现热敏点。对热敏点施灸,在出现透热等感传后,患者的眩晕、耳鸣等症状多立即改善。其作用机理可能与艾条燃烧产生的有效药物成分的渗透及热辐射等多重作用有关,通过热敏灸的物理及药物作用,可有效地扩张椎-基底动脉、改善脑部供血,缓解颈项部肌肉痉挛,消除患椎周围软组织水肿、促进局部炎性致痛物质的消散,增加局部组织的渗透性,从而达到缓解眩晕、颈项疼痛等临床症状的作用^[2]。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:136.
- [2] 陈日新,康明非. 腧穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:3~5.

(收稿日期:2008-09-17)