

理气止痛活血祛瘀;④温经散寒,活血祛瘀。

2.3.1 益气活血祛瘀常用药 ①丹参注射液,主要成分为丹参“丹参一味,功同四物”主要功效为益气养血、和血通脉。②丹红注射液,主要成分为丹参、红花,具有活血化瘀、通脉活络的功能。用于瘀血闭阻较甚之中风偏瘫麻木。

2.3.2 养阴清热,凉血祛瘀 ①脉络宁注射液主要成分为牛膝、玄参、石斛、金银花。用于中风阴虚阳亢之证;②苦碟子注射液主要成分为抱基苦苣菜,具有活血止痛、清热祛瘀的功能,用于中风阳热元盛之病证;③舒血宁注射液,主要成分为银杏叶,功效养阴清热、凉血祛瘀。

2.3.3 温经散寒,活血祛瘀常用的有 ①灯盏花素注射液;②灯盏细辛注射液主要成分为灯盏细辛。

2.3.4 理气止痛,活血化瘀常用的有 ①川芎嗪注射液;②红花注射液;③注射用血塞通主要成分为三七总皂苷;④注射用血栓通主要成分为三七总皂苷;⑤疏血通注射液主要成分为水蛭,功效破血逐瘀;⑥葛根素注射液功效活血止痛。

3 中药注射剂在缺血性卒中治疗中的几个问题

3.1 辨证论治

中医药的临床有效性有数千年的临床验证,取得疗效的重点是辨证论治。中医临床强调“辨证论治”、“固证施治”,若“药不对症,虽治罔效”,甚至“变证丛生,贻害无穷”。中医辨证论治还提倡个体化治疗,即使同一疾病的不同中医证型或同一证型的不同体质的患者在立法方药上也不尽相同。临床应根据辨证、结合患者的体质、疾病的不同阶段,分清气虚、血虚、阴虚、阳虚及偏寒、偏热、气滞、血瘀之不同,认真筛选适合的中药注射剂。

3.2 根据血瘀证程度选择用药

缺血性卒中临床所用中药注射剂中大部分为活血化瘀类。虽然血瘀证是中风最基本病机,但不包括全部,“有是证,用是药”,如果没有血瘀证的临床表现则不必用。而且临床根据血瘀证的轻重程度选择和血、活血、破血药物分别治疗。

3.3 根据药物作用机制选择注射剂

每一味中药有其性、味、归经。而且现代药理学研究

有扩张血管、抗血小板、抗凝、降纤、降脂、抗栓的不同。如水蛭有抗凝作用,川芎、葛根等有扩张血管作用。舒血宁有改善微循环作用。临床应根据药物特性及作用机制选择用药。

3.4 根据中风的不同病期选择用药

部分中药注射剂是有扩张脑血管及改善微循环作用。此作用与西药扩血管药物相似。扩血管药物有可能造成脑内溢血,加重脑水肿。临床应用是有扩血管作用的中药制剂应掌握时机,避免发病后 24~48h 内急性期应用。

3.5 中药注射剂与相应西药的合理配伍

中药注射剂种类繁多,作用广泛。一种药物往往具有多种类似西药抗凝剂,抗血小板剂,促纤溶剂、降脂剂、血管扩张剂等药理作用。临床存在运用中药注射剂与上述相关西药配伍的合理性和安全性问题。需要更多的临床研究,我们实际工作中一方面必须掌握每一种中药注射剂的组成及有效成分,掌握其作用机制,掌握剂量,避免过量或不足;另一方面,避免同一类中药制剂的配伍运用。

4 中药注射剂在缺血性卒中治疗中的安全性探讨

注射剂经过皮肤、黏膜这两层保护人体的天然屏障和肝脏的首过作用,直接进入人体分布到组织器官,生物利用度高。中药注射剂成分复杂,而且有很多复方制剂,药味越多,越易引起不良反应。中药注射剂的不良反应具有多发性、普遍性、临床表现多样性以及批次不同差异性等特点。常见不良反应有过敏反应、胃肠道反应、肝肾功能损害、出血倾向。目前尚无有效的预防措施,出现不良反应应做常规处理。

5 中药注射剂在缺血性卒中治疗前景展望

中医药是中华民族瑰宝。其有效性得到数千年的临床验证,但缺乏科学、客观的证据。中药注射剂是一个值得深入研究的领域。其应用前景十分广阔,但其有效性、安全性、制备工艺、质量标准缺乏客观的科学评估,有待于进一步完善。

* 江苏省南京市浦口区中医院 (211800)

直肠前庭大腺瘻 2例报告

刘 谋 贵*

直肠前庭大腺瘻,为肛门直肠周围或前庭大腺感染后炎症扩散,形成脓腔或瘻道彼此相通的并发症,临床较为少见。文献分别将其归入肛肠外科专著及妇科学范畴。我科曾收治 2例,报告如下。

1 典型病例

例 1 女,27岁,已婚育,发病前无外阴病史。患者自诉两年前肛门左前侧起一鸡蛋大包块,数日后增大扩散

至同侧外阴。曾在外院行肛周脓肿切开引流后,患侧肛门及外阴反复肿痛,伤口流脓久不愈合。直观局部,外阴无手术疤痕,截石位 1点,距肛缘约 3cm 处有一溃口,左侧大阴唇下部肿胀突起。检查发现,自溃口处有一条索状物通向相对肛窝;左侧大阴唇后部深面可触及一拇指大椭圆形肿块,探针可从溃口轻向外阴部进入 2cm,按压外阴肿块,有少许分泌物自溃口溢出。取溃口分泌物

涂片和培养为大肠杆菌生长,阴道分泌物涂片和培养阴性(两月余未用过抗生素)。诊断:①低位肛瘘;②外阴脓肿。

治疗经过:腰俞穴麻醉下,取截石位,从溃口注入美蓝,沿瘘道着色走向,从溃口切开至相对应肛窦和大阴唇后部肿块最低处,引出脓液,发现患侧阴道口边缘外(4点钟位)有一红肿小点,中心凹陷,以细软探针从切口进入,便顺其自然从此探出。遂以橡皮筋一端系于探针头退出脓腔,两端于脓腔外,以能牵转引流为宜,打结固定(此线用作“挂线造口”)。搔刮冲洗后,内口及肛缘主管道切口留一引流口,其余切口全层间断缝合。术后将切取的少许外阴部脓腔壁组织送病理,报告为前庭大腺囊肿。修正诊断:直肠前庭大腺瘘。经抗感染,1:5000PP坐浴,换药,术后12天拆去橡皮筋,阴道口边缘外留下的开口,保存前庭大腺功能(后确定为腺管开口)。住院20天,痊愈出院,随访6年未复发。

例2女,36岁,再婚育,发病前无肛门病史。患者主诉半月前觉左侧阴道口刺激不适,数日后感外阴灼热胀痛,用手触摸外阴下方有一肿块,继后肿块增大向下延伸至患侧肛门处,肿胀剧痛,行走困难,小便淋漓,时发寒热。直观局部,肛门外阴无创伤及疤痕,阴道口有较多奇臭脓性分泌物。左侧外阴后部红肿高起向肛缘波及,小阴唇被展平。检查左侧外阴后部有一6cm×3cm肿块向肛缘延伸,中心微软,灼热、拒压。肛门紧缩,左前侧肿胀。取阴道分泌物涂片和培养,为淋菌双球菌生长。白细胞 $12.9 \times 10^9 / L$ 中性88%。诊断:①左外阴脓肿;②左前肛旁脓肿;③淋病。

治疗经过:麻醉下扩肛检查,当加压肿块时发现脓液从2点位肛窦溢出,用有钩探针从肛窦钩入脓腔顶起,于表面近肛门处作一放射状切口,深达脓腔,将肛管至肛窦整个切开,再以弯止血钳从切口处顺脓腔向外阴轻探,发现脓腔通至大阴唇后部深面。沿大阴唇后部脓肿中心

表面作一个2cm纵切口,深达脓腔,刮净冲洗,与肛门切口之间皮桥留置活动橡皮筋挂线对口引流;内口及肛缘瘘道切口常规引流。术后根据临床表现症状及体征,诊断:①直肠前庭大腺瘘;②淋病。经用壮观霉素、青霉素等抗感染,PP坐浴,换药,住院27天,患部取材涂片和培养阴性,痊愈出院。无性事半年后复查,愈后良好。

2 讨论

肛门直肠周围感染时,细菌首先进入肛窦产生炎症反应,再经肛腺导管、肛腺向外周扩散,形成肛门直肠周围脓肿。由于脓腔内压力逐渐增大,脓液向上扩散穿破邻近外阴组织间隙进入前庭大腺,并发前庭大腺脓肿。脓肿切开引流后,由于引流不畅或治疗不够彻底,转为慢性。炎症引起前庭大腺管口阻塞,腺内分泌物滞留,形成前庭大腺囊肿,反复发作,后遗为直肠前庭大腺瘘。例1可能如此。

前庭大腺位于大阴唇后部深面,左右各一,有腺管从腺内伸出,开口于阴道口两侧边缘外,其分泌物起润滑作用。当外阴感染时,细菌首先侵袭腺管,引起急性化脓性炎症变化,阻塞腺管口,然后累及腺体,形成前庭大腺脓肿,当脓腔内压力增大时,脓液向下扩散穿破邻近肛门组织间隙进入肛腺,然后再经肛腺导管逆行感染进入肛窦,并发肛周脓肿。从例2可以看出,其主要是由淋球菌经外阴感染所致。

治疗上,应视其病情“因病制宜”。脓腔局限,炎症浸润范围小,治当“管道切除缝合内口引流”与“挂线造口”相结合,愈合快,疤痕小,且能保存前庭大腺功能;若在急性炎症期,特别是特异性感染,脓腔大、腐肉多,则宜在选择相应抗生素同时,还当“内口引流”与“挂线对口引流”并用,方能“托毒外泄”,“毒尽病愈”。既减少对组织损伤,又避免“毒邪内陷”之弊。

* 四川省什邡市中医院(618400)

从肝肾阴虚论治溃疡性结肠炎

田 德 新*

溃疡性结肠炎又名慢性非特异性溃疡性结肠炎。是一种原因未明的以结肠黏膜广泛溃疡为特征的结肠炎症。中医把结肠炎归属为“泄泻”、“肠癖”、“五更泻”、“湿热痢”等范畴。认为与脾胃、肝肾、大小肠有关。《黄帝内经》“饮食自倍,肠胃乃伤”。《素问·举痛论篇》指出“寒邪客于小肠,小肠不得成聚,故后泄腹痛矣”。说明饮食不节,寒邪客于肠道有关。《景岳全书》说:“凡遇怒气,便作泄泻者,必先以怒挟食,致伤脾胃,故但有所犯,即随处而发。此肝脾二脏之病也。盖以肝木克土,脾气受伤而然”。说明此病与情志有关。《景岳全书》又云

“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏之所主,今肾中阳气不足则命门火衰……阴气盛极之时,即令人洞泄不止也”。说明房室劳倦也是病因之一。总之病因主要在脾虚胃弱。肝肾之因引起的泄泻也是在脾虚胃弱的基础上形成的,其病变部位主要在大肠、降结肠乙状结肠居多。

以上对病因论述,多以脾胃虚弱、脾肾阳虚论述居多,治疗也多以补脾益肠,温运脾阳,肾阳为多,而从肝肾阴虚论述治疗者未见。肝肾阴虚型结肠炎正是本病发展的一个阶段。肝肾阴虚型患者共性是脾胃虚弱,腰膝酸