

# 明矾溶液坐浴治疗混合痔 1 例

陈万秀(重庆市黔江区中医院 409000)

【关键词】 痔疮; 坐浴; 家庭护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)13-1664-01

痔疮是一种常见病,多发病<sup>[1]</sup>。明矾溶液坐浴治疗痔疮是民间流传的单方、秘方,无痛苦、效果明显、复发率低,可减少手术带来的痛苦和并发症,不用住院,在家治疗即可。现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 患者,男,48岁,教师。因大便时肛门滴鲜血伴肿物脱出3年,加重2月余,于2000年9月21日到重庆某医院检查,生命体征正常,血象正常,诊断为混合痔,湿热型,在门诊施行手术治疗,手术当天坐长途客车回家。术后出现肛门疼痛、肛缘水肿、便血、创面愈合缓慢等并发症,严重影响了生活质量,3个月后痊愈。术后第3年每年至少复发3次及以上,大便时滴鲜血,疼痛难忍,伴肿物脱出,卧床后也不能自行回纳肛内,给生活和工作带来诸多不便。内服和外敷药物效果不佳。2004年10月21日,作者遇到一个偶然的机,听说明矾溶液坐浴可治疗反复发作性痔疮,便介绍给患者,患者坐浴2次后症状好转,第3天痊愈。追踪7年无复发。

### 1.2 方法

**1.2.1 药物** 明矾每次约20g。

**1.2.2 必备用物** 坐浴盆一个,小方巾2张。

**1.2.3 操作步骤** (1)将烧开的水约1800mL盛在干净的坐浴盆内,待开水稍为冷却后,放入明矾约20g溶解,坐浴温度以手能伸进水中不烫为准,温度约为45℃左右<sup>[2]</sup>。(2)坐浴前用温开水将外阴及肛周洗净擦干以保证药效。(3)让患者坐浴,时间约为30min,肛周必须浸泡于药液中,用方巾轻轻擦洗,完毕,用方巾擦洗外阴,肛周药液。(4)每天坐浴2次,大便后必须坐浴一次,连用3d即可。

**1.3 效果** 连续坐浴3d痊愈。

### 1.4 家庭护理方法

**1.4.1 做好心理护理** 患者发病后在医院就诊,医生一般介绍的治疗方法就是手术治疗,对该方法治疗有的持怀疑态度,故要给患者做好解释工作,介绍明矾液坐浴的目的、安全性,使其积极配合治疗

**1.4.2 做好饮食护理** 饮食宜清淡、营养、润肠通便,多食用

蔬菜、水果及含粗纤维丰富的食物,如香蕉、蜂蜜等;禁食辛辣、燥火之物。

**1.4.3 重视无菌观念** 患者用的浴盆、方巾、内裤要严格分开,煮沸灭菌,坐浴盆可用2%的戊二醛浸泡后清洗晾干备用,也可用75%乙醇擦拭消毒后晾干备用。

**1.4.4 明矾坐浴的注意事项** (1)注意药物的浓度、温度等,防止烫伤,保证疗效。(2)明矾溶液对皮肤黏膜有明显的刺激作用,坐浴时嘱患者家属注意观察有无不良反应及肛周情况。(3)如患者是女性,月经期间禁止坐浴。(4)明矾晶体要妥善保管,放在小孩不宜拿到的地方,防治误食烧伤口腔、喉头等。

## 2 讨论

中药坐浴疗法有2000多年的历史,是外治法的一项重要内容。中医认为痔疮是由于体内生湿积热、湿热下注肛门,使肛门充血灼痛引发痔疮。明矾又名白矾,性寒味酸涩,具有较强的收敛作用,中医认为明矾具有解毒杀虫,燥湿止痒,止血止泻,清热消痰的功效<sup>[3]</sup>。近年来的研究证实,明矾还具有抗菌,抗阴道滴虫、凝固蛋白等作用,因内服刺激性大,一般只供外用。由于皮肤久浸于温热药气中,能使角质层软化或膨胀、药物容易透过角质层而吸收,也可通过毛囊或汗腺管被吸收到体内,更会直接附着在皮肤上发挥作用,使药物成分发挥最大效能<sup>[4]</sup>。对老年患者及不愿意接受手术治疗的患者有简便易行、有效的实用价值。同时提供正确的家庭护理指导,可提高治疗效果。

## 参考文献

- [1] 陈孝平. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:636.
- [2] 于媛媛,邵泽花. 痔疮术后坐浴水温对创面愈合的影响[J]. 中国临床研究,2011,24(4):342.
- [3] 高学敏. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:596.
- [4] 苏培基. 熏洗疗法[M]. 北京:中国医药出版社,2001:3.

(收稿日期:2012-01-05)

# D-二聚体在肺栓塞的临床应用

刘铁牛,黄强,陈要朋,杨静梅(解放军第三〇三医院检验科,广西南宁 530021)

【关键词】 D-二聚体; 肺栓塞; 临床应用

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)13-1664-02

D-二聚体可作为排除诊断肺栓塞的筛选试验,其定量检测,对肺栓塞的诊断治疗、观察、预后都提供了重要的参考价值,尤其对急诊患者应用价值更大。作者就近来本院1例患肺

栓塞的急诊患者抢救过程报道如下。

## 1 临床资料

患者于2011年12月17日17:25由急诊科医生在气管导

管置留,呼吸囊辅助呼吸下平车送入急诊科,入科后即予呼吸机辅助呼吸,模式:定容(VC),呼吸氧浓度(FiO<sub>2</sub>)70%,潮气量(VT)480 mL,吸呼比(I:E)=1:2,呼气末正压(PEEP)5 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。查体:体温 38.5℃,脉搏(P)153 次/分,呼吸(R)49 次/分,血压(BP)97/73 mm Hg。应用丙泊芬镇静时有躁动,两瞳孔等大等圆,直径 2.5 mm,对光反射灵敏,口唇、肢端发绀,四肢冰凉,颈静脉无怒张,双肺呼吸音粗,可闻及散在的干湿性啰音。心率 153 次/分,律齐,心音低钝,腹部饱满,肠鸣音减弱。予下病危通知书,心电监护,17:40 时血压 68/50 mm Hg,血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)82%,患者胸片示肺部感染严重,考虑重症肺炎、呼吸衰竭,出现休克,呼吸衰竭引起血流动力学不稳定;不排除感染性休克。予多巴胺升压,美罗培南抗炎,调高呼吸机氧浓度及 PEEP,同时化痰、营养心肌等治疗。监测 SpO<sub>2</sub> 82%~92%,血压不稳定,71~86/50~60 mm Hg,患者仍时有躁动不安,改用咪达唑仑镇静,SpO<sub>2</sub> 曾一度上升至 100%,但维持时间不长,之后 SpO<sub>2</sub> 渐下降,FiO<sub>2</sub> 100%,SpO<sub>2</sub> 82%~84%,予甲强龙 80 mg 减少炎症反应,同时抗休克,效果不明显,心电监护心率(HR)133~137 次/分,血压 87~91/56~60 mm Hg(多巴胺 15 μg/kg·min)。上级主任医师会诊,不排除舒张功能减退性心衰,指示静脉推注速尿 40 mg,西地兰 0.4 mg(分 2 次),吗啡 5 mg,同时停用多巴胺,改用去甲肾上腺素升压。急查 D-二聚体(D-D)8 820.0 μg/L↑(参考值 0~250 μg/L),复查心电图未提示心肌梗死,急诊纤支镜检查示:支气管黏膜充血,有少量分泌物,无活动性出血。查脑钠肽 396 pg/mL,复查凝血酶原时间 17.1 s↑、纤维蛋白原 1.54 g/L↓、凝血酶时间 29.2 s↑、D-D 7 430.0 μg/L↑、抗凝血酶原 III 21.7%↓;乳酸脱氢酶 627 U/L↑、肌酸激酶 427 U/L↑、肌酸激酶同工酶 60 U/L↑、α-羟丁酸脱氢酶 367 U/L↑、肌钙蛋白 I 0.57、肌红蛋白 327 ng/ml↑;血淀粉酶 1 234 U/L↑、尿淀粉酶 3 098.0 U/L↑。B 超:(1)轻中度脂肪肝;(2)胰腺腺体回声稍增强;(3)右肾结石;(4)双下肢静脉血流通畅。患者肌钙蛋白阴性,心电图无演变,可排除急性心肌梗死,脑钠肽正常,不支持急性左心衰,考虑急性肺栓塞,血尿淀粉酶升高为继发性胰腺改变,经患者家属同意,予尿激酶溶栓治疗,同时抗凝治疗,注意加强抑酸,抑制胰酶分泌,保护主要脏器功能等治疗支持。病情渐平稳、好转,18 日 5AM 心电监护 HR 98 次/分,呼吸 22 次/分,血压 104/68 mm Hg(去甲肾上腺素 7 μg/kg·min),咪达唑仑 5 mg/h 镇静,呼吸机模式:VC,FiO<sub>2</sub> 90%,VT 500 mL,I:E=1:1.3,PEEP 10 mm Hg;SpO<sub>2</sub> 92%~93%。

## 2 讨论

肺栓塞是体静脉和右心系统血栓栓子脱落堵塞肺动脉引起肺循环障碍的临床和病理生理综合征,是发病率高、病死率

高及误诊率高的重要心肺疾病<sup>[1-2]</sup>。症状多种多样,但均缺乏特异性,可以从无症状、隐匿,到血流动力学不稳定,甚或发生猝死,与冠心病、心绞痛、肺炎、支气管炎和胸膜炎等极为相似,所以肺栓塞的临床确诊非常困难。肺栓塞患者一般就诊于急诊,因此,在早期诊断或排除肺栓塞有重要的临床意义。肺动脉造影是诊断肺栓塞的金标准,但由于肺核素扫描(V-Q 显像)、高分辨率螺旋 CT 和肺动脉造影均不能急查,并是有创检查,有一定的并发症及病死率,费用昂贵,不易为患者所接受;且这些检查技术性高、需要特殊试剂和设备,所以限制其广泛应用而延误诊断。

D-D 是纤溶酶降解交联的纤维蛋白的产物,对继发性纤溶的诊断具有特异性,在血栓形成中的敏感性达 90%~95%,虽然特异性仅为 30%~40%,但阴性预测值可达 95%以上,即 D-D 阴性,可基本排除血栓形成和肺栓塞<sup>[3-4]</sup>。且 D-D 检测方便、快速、经济,可通过 D-D 含量测定,来排除深静脉血栓及肺栓塞的可能,以提高诊断准确率,指导治疗。

本案例中患者病情严重,病程急,出现顽固性低氧血症,胸片病灶多,提示肺部感染重,但一般来说,重症肺炎,有一病情发展过程,从其临床发现不支持;患者肌钙蛋白阴性,心电图无演变,可排除急性心肌梗塞;脑钠肽正常,不支持急性左心衰;血 D-D 明显升高,考虑急性肺栓塞,并发多脏器功能损害,经对症抢救,患者病情渐平稳、好转<sup>[5-6]</sup>。虽然 D-D 敏感性高、特异性差,但作为一种无创性手段,用于急性肺栓塞的筛查试验,具有重要的指导意义。本案例充分体现了 D-D 在诊断肺栓塞的临床作用,以供相互交流。

## 参考文献

- [1] 马露露. D-二聚体检测在诊断肺栓塞的临床意义[J]. 中国医药指南, 2011, 9(20): 101-102.
- [2] 周玉环, 彭和平, 陈爱保, 等. 血浆 D-二聚体的实验检测与肺栓塞诊断应用的探讨[J]. 现代预防医学, 2010, 37(12): 2325-2326.
- [3] 熊立凡. 临床检验基础[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 95.
- [4] 王吉耀. 内科学(八年制版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 65.
- [5] 周建群, 林蕊艳, 张淑明, 等. D-二聚体阴性肺血栓栓塞症临床分析[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(5): 588-589.
- [6] 桂艺方, 张春雷, 韩伟平. D-二聚体和 FDPS 联合检测在血栓性疾病中的应用[J]. 大连医科大学学报, 2012, 34(1): 78-80.

(收稿日期: 2011-12-22)

# 创伤性膈疝诊治体会(附 16 例报道)

杨文, 陈峰, 姚跃(重庆市南川区人民医院 408400)

**【关键词】** 创伤; 膈疝; 诊治

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 13. 076 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)13-1665-02

通过本院近年收治的 16 例创伤性膈疝患者的临床表现及收治过程, 病因及处置失误的分析, 总结临床经验, 减少临床上的误诊及处理不当, 使临床医生增加该类疾病的认识, 能正确、

及时诊治, 减少患者的痛苦和危险。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2005 年 1 月至 2011 年 10 月收治创伤