痰困难而行气管切开;11 例因术后支持治疗乏力,意识难以恢复,家属放弃治疗而死亡,病死率占 6.25%。

3 讨 论

高血压脑出血,起病急,病情变化快,多呈迅速恶化发展,且多伴有严重心、脑、肺、肾等多脏器功能不全,病死率及致残率均很高^[1-2]。尽早手术治疗,有效清除血肿,能降低颅内压,减轻脑水肿,改善脑循环,防止再出血,降低病死率。同时,治疗和恢复期的康复治疗对提高患者的生活质量,降低致残率也有重要作用^[3]。

高血压脑出血占位效应是导致颅内压增高、继发性脑损伤以及脑疝的直接原因,也是此类患者死亡的主要原因,因此,尽快清除血肿,解除占位效应是治疗成功的关键^[4-6]。血肿压迫脑组织直接损伤及脑组织水肿引起继发性损伤,被认为是脑出血引起的神经功能障碍的主要原因,血肿周围脑组织水肿多与血肿本身释放的凝血酶、红细胞、血红蛋白及其代谢产物有关。许多学者发现,血肿在凝固过程中(24 h 内)产出的凝血酶可以引起脑水肿,破坏血脑屏障和产生细胞毒性作用^[4];有学者认为 24 h 内出血患者脑组织损伤与血肿压迫关系密切,48 h 后损伤主要与脑水肿有关^[5]。因此,对高血压脑出血患者应尽早手术清除颅内血肿,改善脑循环。作者主张发病后 6~24 h 为最佳手术时机,在此期间行手术治疗,术后再出血风险以及

其他系统并发症发生率降低。总的原则是:手术方式选择既要根据 CT 计算的血肿量的多少而定,还应考虑出血部位、出血量、病情演变;同时也要尽可能彻底清除血肿,以降低颅内压,减少脑出血后脑功能的损害,达到手术治疗目的,提高生存率,降低病死率和致残率。

参考文献

- [1] 陈军、陈覃,司宪平,等. CT 引导微创钻颅穿刺引流术治疗急性高血压脑出血[J]. 中国临床神经外科杂志,2007,12(12):48-49.
- [2] 许瑞雪,刘荣耀,徐燕辉,等. 高血压脑出血的外科治疗分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2007,12(10):622-624.
- [3] 谢兴安,曾凡川,杨天成. 微创技术治疗高血压脑出血的体会(附 146 例报告)[J]. 中国临床神经外科杂志,2008,13(7):435-436.
- [4] 王凯,潘秀平,雪亮. 脑出血手术方法探讨与治疗进展[J]. 中国临床神经外科杂志,2008,13(12):764-166.
- [5] 刘家胜,史锡文. 小骨窗血肿清除术在高血压脑出血中的应用[J]. 中国临床神经外科杂志,2010,15(3):165-167.

(收稿日期:2013-01-16 修回日期:2013-04-10)

中医治疗盆腔淤血综合症的疗效观察及护理

古 玲(重庆市垫江县中医院 408300)

【关键词】 盆腔淤血综合征; 中医治疗; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.083 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)15-2063-02

盆腔淤血综合征是妇科病中的最为常见的多发病,妇女盆腔有庞大的盆腔静脉丛,并且鉴于盆腔内的静脉缺乏静脉瓣,不能有效防止血液倒流,因此很容易形成淤血^[1]。本病的致病因素主要包括不良的生活方式及个体易感性。前者包括多孕、多产、过劳、不良卫生习惯等可直接诱发病因素^[2]。患者多为生育年龄妇女,有过 2 次或 2 次以上的生产、流产史,继某次生产或流产后不久,出现慢性盆腔疼痛、低位腰痛、性感不快、痛经等症状,但并无产后或流产后感染史。最常见于 25~40 岁妇女,极少在绝经前期,从未见于绝经后。此类患者常被误诊为慢性盆腔炎或者慢性附件炎而久治不愈^[3]。现将本院 2011 年 2~8 月间收治的 68 例盆腔淤血综合征患者进行治疗及护理情况进行回顾性分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 2~8 月本院收治 68 例盆腔淤血综合征患者,年龄 25~40 岁,病程最短 6 个月,最长 12 年。具有慢性盆腔炎的症状,但无急性盆腔炎、感染性流产及产褥期感染病史,症状明显而盆腔体征较少,或以往按慢性盆腔炎治疗无效果,症状于久立或劳累后加剧,经卧床休息后改善,伴有外阴或下肢静脉曲张。所有病例均符合盆腔淤血综合征的诊断标准^[4]。

1.2 方法

1.2.1 针灸疗法 取三阴交、地机、次谿、足三里、血海、肾俞、子宫穴,其中关元、地机、次谿、三阴交采用平补平泄的方法,足三里、血海、肾俞采用补法。手法宜轻、准。

1.2.2 中药治疗 盆腔淤血综合征中医辨证为气滞血瘀型、湿热蕴结型、气虚血瘀型,治疗以清热利湿,补气活血的原则,

采用补中益气汤加减,党参 15 g、黄芪 12 g、白术 12 g、升麻 9 g、当归 9 g、柴胡 6 g、川芎 6 g、丹参 10 g、香附 6 g、红枣 5 枚加减。腹痛腹胀者,加川楝子 12 g、延胡索 12 g;骶腰酸痛者,加杜仲 15 g、菟丝子 12 g、鹿角片 12 g。每天 1 剂,首次加水 400 mL 煎,取汁 200 mL,2、3 次加水 200 mL,各取汁 100 mL,混合,早中晚分别取汁 100 mL,温服。剩余 100 mL,装入灌肠容器内每日行保留灌肠 1 次,药物温度保持在 36~40 ℃。灌肠前排空大小便,取侧卧位。灌肠管末端涂上石蜡油,缓慢插入肛管 15 cm,液面距肛门不超过 30 cm,让药液缓慢进入。灌肠完成后,侧卧位休息 2 h 以上,以免药液从肛门流出。10~15 次为 1 个疗程,每个疗程 10~15 d。

1.2.3 疗效判断^[5] 痊愈:自觉症状完全消失,双合诊时宫颈、后穹窿及双附件压痛明显减轻,体位实验阴性。有效:平时无症状,月经期仍时有腰骶部疼痛。无效:临床症状无改善。

1.3 护理

1.3.1 饮食护理 注意饮食平衡,给予足够的蛋白质、脂肪和维生素,使其营养充足,多吃水果蔬菜,以保证每日大便通畅。

1.3.2 睡眠护理 休息或睡眠时避免习惯性仰卧位,提倡侧卧位,有利于预防子宫后位的形成,防止产后大便便秘及尿潴留,有助于生殖器官的恢复及盆腔静脉的回流。

1.3.3 加强体育锻炼,增强体质 劳逸结合,避免过度疲劳,对长期从事站立或坐位工作者,工作期间抽一点时间尽可能的适当运动。养成午休的习惯,不论能否入睡,中午躺在床上休息一段时间,以消除上午的疲劳。

1.3.4 卫生宣教 加强计划生育宣传,防止早婚早育、性交过于频繁,提倡优生优育,最多生两个孩子,两次生产至少应有

3~5年的间隔,使生殖器官不仅在解剖上、生理功能上的功能充分恢复,而且血管的性能都得良好的恢复。宣传科学避孕方法,减少人流手术。产后卫生宣传:提倡产后体操,对子宫附件及盆腔其他支持组织的恢复有很大好处。

2 结 果

停药1周后判定结果:痊愈32例,占47.1%,显效20例;占29.4%;有效10例,占14.7%;无效6例,占8.8%,总有效率91.2%。

3 讨 论

盆腔淤血综合征因症状多体征少,近年来腹腔镜技术的广泛应用,诊断此病并不是很困难,但仍需与子宫内膜异位症、慢性盆腔炎相鉴别^[4]。中医认为,盆腔血瘀是本病的基本病机,血瘀的形成主要有气滞气虚血瘀,肾虚血瘀,气虚血瘀是本病的主要病机,气为血之帅,气行则血行,气虚无力推动血行,血行不畅,瘀阻经脉,气滞血瘀。妇女外感六淫,或七情内伤,使冲任之气亏损,气虚则不能运化,必将血瘀。总之,无论中医学理论的分析,还是现代医学的研究,“淤血阻滞冲任胞脉”是盆腔淤血综合征的重要病机^[6]。补中益气汤方中黄芪补中益气、升阳固表为君药;人参、白术、甘草甘温益气,补益脾胃为臣;陈皮调理气机,当归补血和营为佐药;升麻、柴胡协同人参、黄芪升举清阳为使药。综合全方,一是健脾补气,使后天生化有源,气虚诸证自可痊愈;一是升提中气,恢复中焦升降之功能,使下脱、下垂之证自复其位。

现代药理研究表明,黄芪主要含有甙类、多糖、氨基酸及微量元素等具有增强机体免疫功能作用的成分;当归挥发油能抑制子宫平滑肌收缩、抗血小板凝集及抗血栓、促进血红蛋白和红细胞生成,还具有抗炎镇痛的作用;川芎能抑制血管平滑肌收缩增加血流量,降低外周血管阻力;香附挥发油有轻微的雌激素作用。延胡索的主要成分中以延胡索乙素镇痛作用最强,对持续性、慢性钝痛有极佳的镇痛效果^[7]。

(上接第2059页)

性淋巴瘤的比例小于1%^[4];过去诊断为甲状腺小细胞未分化癌者,大部分是本病的误诊。

甲状腺不是黏膜性器官,而且无正常淋巴组织,但PTL生物学特征类似于黏膜相关淋巴组织淋巴瘤,可能与胚胎发育中甲状腺来自前肠有关。PTL与甲状腺自身免疫疾病相关,多数患者血清中有甲状腺自身抗体,患者多为女性。

3 讨 论

本病细针吸取细胞学检查:镜下见肿瘤细胞呈散在分布,细胞大小不等,形态不规则,胞浆量少,核多为圆形或不规则,核染色质致密粒状,不易见核仁,易见核内包涵体。并可见少量淋巴细胞,散在腺上皮细胞。本病细胞形态学需与以下疾病相鉴别(1)甲状腺腺瘤:瘤细胞呈滤泡状排列,细胞核大小一致、形态一致,核染色体致密粒网状。(2)甲状腺乳头状癌:大部分细胞分化良好,恶性特征不明显,诊断主要依据是瘤细胞作乳头状排列,另一特点为核内包涵体的出现。(3)甲状腺非典型腺瘤和甲状腺滤泡癌:瘤细胞呈滤泡状排列,细胞核大小不一,核染色质浓密,分布不均,核仁明显,细胞异型性明显。(4)甲状腺未分化癌:瘤细胞多分散存在或疏散聚集,细胞大小不一,核圆形或不规则,核染色质致密粒状,核仁较大,或为多个,核分裂象多见,细胞异型性明显。

本研究中2例患者术后病理诊断及上级医院会诊病理诊断:甲状腺弥漫性大B细胞淋巴瘤,免疫组织化学确诊。其诊

任脉为“阴脉之海”,与冲脉有紧密关系;三阴交为足太阴、厥阴、少阴之交会穴,又与中极相交,其经脉所过,“环阴器,抵小腹”;次谬穴在骶部,其穴下即为骶丛神经经过,其深部为盆腔结缔组织,地机为脾经之红穴,两者相配伍是治疗该病的经验穴。足三里为合穴,子宫穴为奇穴,其深部为输卵管所在。大量的临床研究表明^[8],血海穴有活血化瘀之功。中药保留灌肠,药物直接由肠道吸收入血液循环,明显优于口服效果,上述针灸与之合用,标本兼治再辅以预防为主护理措施,既可以增强人体的免疫能力,达到补气活血,改善盆腔微循环,利于血液回流。显著提高盆腔淤血综合征的治疗效果。

参考文献

- [1] 裴正学. 裴正学医学笔记[M]. 兰州:甘肃科学技术出版社,2008:439.
- [2] 孙咏. 中西医结合治疗盆腔淤血综合征研究综述[J]. 中国医药指南,2010,8(19):241-242.
- [3] 吴凯新,陆宝明. 盆腔淤血综合征中西医结合治疗的临床研究[J]. 实用预防医学,2007,14(6):1864-1866.
- [4] 顾美皎. 临床妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:830.
- [5] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:1345-1347.
- [6] 王清. 许润三妇科常见疑难疾病临证思辨特点[J]. 中华中医药杂志,2009,24(2):183-185.
- [7] 吕清文,丛雅勤. 延胡索药理作用及临床应用浅议[J]. 内蒙古中医药,2005,24(1):26-26.
- [8] 赵淑华,吉学群,许洪玲,等. 血海穴活血化瘀功能的再评价[J]. 中国针灸,2004,24(7):475-478.

(收稿日期:2012-12-17 修回日期:2013-04-22)

断依据有以下几点:甲状腺为首发部位,全身浅表淋巴结未触及肿大,充足的恶性淋巴瘤形态学依据,组织化学依据。甲状腺淋巴瘤大多为B细胞表型,主要类型为弥漫性大B细胞淋巴瘤,本病手术治疗后再结合化疗或放疗综合治疗效果更好。

快速增大的颈部肿块是原发性甲状腺非霍奇金淋巴瘤患者就诊的主要症状。PTL的确诊有赖于组织和细胞学检查。随着流式细胞仪和免疫组化技术的发展,细针吸取细胞学检查已成为PTL初诊的主要方法,细针多点多次穿刺可以提高阳性率。

参考文献

- [1] 邓智平,宋张骏,苏智祥,等. 原发性乳腺恶性淋巴瘤1例[J]. 临床血液学杂志,2009,22(5):507.
- [2] 同济医科大学病理学教研室,中山医科大学病理学教研室. 外科病理学[M]. 2版. 武汉:湖北科学技术出版社,1999.
- [3] Pasięka JL. Hashimoto's disease and thyroid lymphoma: role of the surgeon[J]. World J Surg,2000,24(8):966-970.
- [4] Widder S, Pasięka TL. Primary thyroid lymphomas[J]. Curr Treat Options Oncol,2004,5(4):109-118.

(收稿日期:2013-01-14 修回日期:2013-03-13)