

复查较治疗前黏膜康复愈合 $>60\%$ 而 $\leq 80\%$ 。有效;临床症状及体征有改善,或纤维结肠镜复查较治疗前黏膜康复愈合 $\geq 30\%$ 而 $\leq 60\%$ 。无效;临床症状及体征无明显改善,或纤维结肠镜复查较治疗前黏膜康复愈合在 $<30\%$ 。

3.2 两组总疗效比较

治疗组 100 例,治愈 42 例,显效 28 例,有效 18 例,无效 12 例,总有效率 88.00%;对照组 48 例,分别为 14 例、12 例、9 例、13 例、72.92%,治疗组临床总有效率高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.3 两组治疗前、后临床症状体征积分比较

治疗组治疗后各症状积分均显著降低($P<0.05$ 或 $P<0.01$),对照组治疗后腹泻、黏液脓血便、纳差、乏力等症积分降低,但除腹痛、腹胀、黏液脓血便外其余症状积分差异均无显著性($P>0.05$);治疗组与对照组治疗后比较,腹痛、腹胀、黏液脓血便积分差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.4 两组纤维结肠镜检查结果比较

治疗组湿热黏滞、气血瘀滞两型治疗后较治疗前积分明显降低($P<0.05$ 或 $P<0.01$),对照组治疗后较治疗前积分降低以湿热壅滞型较明显($P<0.01$),而后两型积分降低不明显($P>0.05$)。

3.5 两组治疗后血清免疫球蛋白指标改善比较

两组治疗前、后血清免疫球蛋白结果显示,治疗组治疗后 IgA、IgG 指标均有显著改变($P<0.01$);对照组仅 IgG 指标有显著改变($P<0.01$)。

4 讨论

中医学认为,本病属“痢疾”、“肠癖”、“泄泻”、“脏毒”等范畴。病因与六淫邪袭,尤其是湿热壅滞,饮食所伤,情志郁结及禀赋不足等有关。协定方溃结灵中黄连、蒲公英味苦性寒,入胃、大肠经,清热燥湿,清肠止泻为君药。地榆、败酱草甘寒,助君药清热解毒、和血散瘀、消肿排脓。白芍、甘草养血敛阴,缓急止痛,既可防君臣苦寒伤阴太甚,又能加强止痛缓急之效。诸药合用可泻热毒,荡积滞,行瘀血。虽为苦寒泻下但走而不守,有“通因通用”之义。由于本病病程缠绵,长期服用苦寒药物易败胃伤脾,肠腔给药可防上述弊端,并且局部用药药物浓度增高,吸收性好,从而提高了临床疗效。现代药理研究表明,黄连、蒲公英、败酱草均可改善循环,清除肠道内细菌和毒素,可防止溃疡性结肠炎的复发。

解毒化瘀汤合敏感抗生素治疗慢性支原体感染性盆腔炎 30 例

山东省济宁医学院(272000)

郑桂芝

南京医科大学 2007 级硕士研究生

梁汝庆

由于性传播疾病(STD)的流行,使感染性盆腔炎(PID)的病原体多样化、复杂化,尤其是支原体感染。目前对于慢性支原体感染性盆腔炎的治疗尚缺乏较理想的方法和药物,西医主要

应用抗生素治疗,能暂时缓解症状,近期疗效比较明显,但容易复发,致使病程迁延。我们以中药解毒化瘀汤保留灌肠加口服敏感抗生素治疗慢性支原体感染性盆腔炎,取得较好临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

选择 2003 年 8 月~2005 年 9 月在济宁医学院附属医院妇科门诊就诊的慢性支原体感染性盆腔炎患者 60 例,随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组年龄 21~47 岁,平均 31.0 岁;病程 6 个月~9 年,平均 2.70 年;其中经产妇 21 例,腹腔手术史 10 例,宫腔操作史 22 例(有流产史者 12 例,放置节育器者 14 例)。对照组年龄 22~44 岁,平均 30.63 岁;病程 6 个月~8.1 年,平均 2.27 年;其中经产妇 20 例,腹腔手术史 13 例,宫腔操作史 20 例(有流产史者 15 例,放置节育器者 12 例)。两组患者的一般资料经统计学检验差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。参照《中华妇产科学》中有关盆腔炎的诊断标准进行诊断。两组患者除有慢性盆腔炎的一般症状和体征外,宫颈分泌物支原体培养阳性。

2 治疗方法

两组患者根据宫颈分泌物支原体培养阳性加药敏试验,对强力霉素和阿奇霉素均敏感。对照组 30 例患者第 1 个疗程均首选口服强力霉素 100mg,每日 2 次,10 天为 1 个疗程;第 1 个疗程未转阴者,在第 2、3 疗程每次加用阿奇霉素片 250mg,口服,每日 2 次;治疗期间禁止性生活或采取严格的避孕措施。治疗组敏感抗生素的选用、用法、疗程及注意事项等同对照组。同时使用解毒化瘀汤保留灌肠,药物组成及使用方法如下:红藤 30g,败酱草 20g,丹参 20g,黄柏 20g,土茯苓 20g,延胡索 15g,川楝子 10g,皂角刺 10g,桂枝 5g,黄芪 20g,浓煎 100ml 保留灌肠,每晚 1 次;在使用前嘱患者排便,将药液加热至 37℃ 左右,取侧卧位、屈膝,将一次性肛管插入直肠内 15cm,接上输液器,将药液缓慢注入;保留灌肠液 1 小时;10 天为 1 个疗程(经期停止灌肠,经净后继用)。连续治疗 3 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

痊愈:腹痛消失,妇科检查子宫及附件无压痛,宫颈分泌物支原体培养连续 3 次阴性;显效:腹痛消失,妇科检查子宫及(或)附件区压痛明显减轻,宫颈分泌物支原体培养阴性;有效:腹痛好转,妇科检查子宫及(或)附件区压痛有所好转,宫颈分泌物支原体培养弱阳性(支原体 <10000);无效:治疗前后症状、体征、妇科检查均无改善,宫颈分泌物支原体培养阳性(即支原体 ≥ 10000)。

3.2 两组疗效比较

治疗组 30 例,痊愈 16 例,显效 12 例,有效 2 例,无效 0 例,痊愈率与愈显率分别为 53.3%和 93.3%;对照组 30 例,分别为 12 例、8 例、7 例、3 例、40%、66.7%。治疗组疗效明显优于对照组,两组愈显率比较差异有显著性意义($P<0.05$)。

4 讨论

中医学认为,本病多由经期、产后或宫腔术后调摄不当,胞脉空虚,湿热、湿毒之邪乘虚而入,或湿热之邪由下而上浸渍胞

官,湿热内蕴,外邪与瘀血相互搏结,蕴积胞络、胞脉,伤及冲、任、带脉,加之湿性凝滞,易阻滞气机,气血运行不畅,以致气滞血瘀;湿热之邪日久未除,瘀结胞中,以致脏腑功能失常,气血失调,冲任受损,带脉失司,故本病既有湿热蕴结之势,又不乏气滞血瘀之象。因此,以清热解毒利湿,理气活血化痰为主的解毒化痰汤灌肠切中病因,谨守病机,实为治病求本之方。方中红藤、败酱草清热解毒、活血止痛为主,是为君药;丹参功擅活血化瘀,黄柏、土茯苓清热除湿,共为臣药;延胡索、川楝子行气止痛,皂角刺活血,以增强君臣活血止痛之功,同为佐药;少量桂枝在此取其温经通阳,化湿逐瘀之效,避免因上述药物药性太凉而致腹泻,不能在肠道保留较长时间而影响疗效;性味甘温归肺、脾二经的黄芪,具有调和诸药,并能扶正培本,增强机体对病邪的抵抗能力,共为使药。诸药合用,共奏清热解毒利湿、理气活血化痰之功。

中药灌肠是中医学传统的给药途径之一,汉代著名医家张仲景的《伤寒论》中有“猪胆汁一枚,泻汁,和少许法醋,以灌谷道内”的记载,当时称之为谷道导入,自汉以来,此法一直为临床所沿用。从病位来看,女性生殖器与肠管之间仅有“一壁”之隔,药物的有效成分通过直肠壁的黏膜充分吸收到达盆腔,直达病变处,而且直肠周围与盆腔有丰富的静脉丛而缺少静脉回流瓣,使药液能较长时间停留,药物在局部浓度高,吸收快,使长期慢性炎症刺激已经粘连或已形成包裹、包块的盆腔病灶循环及代谢加快,有利于炎性物质的吸收和消散、松解粘连。同时中药灌肠,不经过肝脏,由相应器官及其周围的静脉丛直接进入下腔静脉,避免寒凉药物对胃的刺激,又不给肝脏增加负担。另外,药液本身具有物理性的热疗作用,有利于盆腔脏器的血液循环,而且中药保留灌肠无毒副作用,简便易行,易被接受。

脑络通汤治疗脑梗死 30 例

广西壮族自治区民族医院(530001)

邓广业 莫艳芳

2004 年 2 月~2007 年 12 月,我们运用自拟脑络通汤治疗脑梗死 30 例,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例均为我院住院患者,随机分为治疗组和对照组各 30 例。其中治疗组男 17 例,女 13 例;年龄 48~76 岁,平均 68.4 岁;病程 4 小时~6 天。对照组男 18 例,女 12 例;年龄 46~74 岁,平均 66.6 岁;病程 4 小时~5 天。两组患者在性别、年龄、病程、并发症和神经功能缺损程度方面,经统计学检验差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

所选病例均经头颅 CT 或 MRI 检查证实脑梗死,符合第四届全国脑血管病学术会议修订的诊断标准。

2 治疗方法

2 组患者根据病情均给予相应的基础治疗,如稳定血压,维持水电解质平衡,控制感染,降低颅内压及对症支持治疗等。治

疗组同时给脑络通汤,基本方:黄芪 30~60g,川芎 16g,丹参 15g,桃仁 12g,红花 6g,胆南星 10g,桔梗 10g,石菖蒲 10g,天竹黄 10g,地龙 10g,蜈蚣 1 条,全蝎 3g。加减:形体肥胖者加薏苡仁 30g;年老体虚者加太子参 20g、何首乌 20g、枸杞子 10g;半身不遂者加桑枝、木瓜 12g、伸筋草 15g;食欲不振者加神曲 15g、山楂 9g;口眼歪斜者加白附子 10g、僵蚕 10g;大便秘结者加火麻仁 15g、郁李仁 12g、何首乌 20g。每日 1 剂,分上下午 2 次温服,昏迷或吞咽困难者,发病 48 小时后插胃管鼻饲。对照组给予血塞通注射液(国药准字 Z53021498)300mg、胞二磷胆碱(国药准字 H19999353)0.75g 分别加入 5%葡萄糖注射液或生理盐水注射液 250ml 中静脉滴注,每日 1 次。2 组均 2 周为 1 个疗程,均治疗 4 周。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照第四届脑血管病学术会议通过的临床疗效评分标准制定。痊愈:患者肌力达 5 级,构音清楚,生活能自理;显效:患者肌力提高 2 级以上或失语等症明显好转;有效:患者肌力提高 1 级以上;无效:症状、体征无明显变化。

3.2 两组疗效比较

治疗组 30 例,痊愈 7 例,显效 8 例,有效 13 例,无效 2 例,总有效率为 93.33%,愈显率为 50%;对照组 30 例,分别为 5 例、7 例、9 例、9 例、70%、40%。治疗组明显优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

3.3 血液流变学变化情况

2 组治疗后血液流变学较治疗前明显改善,经统计学处理,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。治疗组治疗后与对照组比较,全血黏度低切、高切、血小板聚集率、纤维蛋白原改善程度明显优于对照组($P<0.01$)。

4 讨论

脑梗死是神经系统常见病、多发病,致死率和致残率高,已成为严重的医学和公共卫生问题。现代医学认为,脑梗死患者存在的动脉粥样硬化斑块导致管腔狭窄,血液黏稠度增高,血流速度缓慢或血流量降低,脑灌注压下降,脑组织缺血、缺氧或血栓形成,引起脑组织缺血性坏死和脑软化。脑梗死属中医“中风”、“卒中”范畴。其病机多属脏腑功能失调、气虚血瘀、血脉痹阻或风痰阻络所致。气虚血瘀痰浊痹阻是脑梗死的主要病机,益气活血、化痰通络是治疗本病的基本原则。方中黄芪益气扶正固本。现代研究表明,黄芪含多糖、黄酮类,具有抗凝、降低血小板黏附力,扩张血管,改善微循环,增强机体应激能力的作用。川芎、当归、丹参、桃仁、红花活血化瘀通络,川芎还能上行头目,下行血海,善行血中之气,祛血中之风,走而不守,既可以活血化痰,又可以行气止痛。现代研究表明,川芎中所含川芎嗪和阿魏酸钠有抑制血管平滑肌痉挛的作用,能增加脑血流量,可以改善脑血管舒缩功能,能透过血脑屏障,抑制血栓形成。胆南星、桔梗、天竹黄、石菖蒲开窍豁痰,桔梗还能散结,引药上行;地龙、蜈蚣、全蝎等虫类药物善行走窜、熄风止痛、通络祛痰。以上诸药合用,共奏益气活血、化痰通络、祛瘀生新之功。

[编辑:黄健]