

血沉(ESR)正常;重度:腹泻每天 6 次以上,明显黏液血便,体温在 37.5℃ 以上,脉搏在 90 次/分钟以上,血红蛋白<100g/L, ESR>30mm/h。中度:介于轻度和重度之间。

1.2 一般资料

入选的 110 例均为我院医学系 2003 年 6 月~2007 年 8 月消化内科门诊及住院患者。随机分为治疗组 58 例和对照组 52 例。其中治疗组男 33 例,女 25 例;年龄 27~55 岁,平均(38.32±6.26)岁;病程 0.5~10 年,平均(3.39±1.01)年;病变部位在直肠者 8 例,乙状结肠者 32 例,左半结肠者 10 例,广泛性者 8 例;病变程度轻度 25 例,中度 23 例,重度 10 例。对照组男 28 例,女 24 例;年龄 25~56 岁,平均(38.26±5.16)岁;病程 1~9 年,平均(3.36±0.89)年;病变部位在直肠者 7 例,乙状结肠者 28 例,左半结肠者 9 例,广泛性者 8 例;病变程度轻度 22 例,中度 20 例,重度 10 例。两组在年龄、性别、病程、病变部位、严重程度等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

对照组:注意休息,禁食奶制品、含纤维素多、难以消化和有刺激性的食品。柳氮磺胺吡啶,每日 4g,分 4 次餐后服用,病情缓解后,药量减为每日 2g,4 周为 1 个疗程。治疗 2 个疗程。治疗组加服痛泻要方合四逆散。方药组成:柴胡 10g,白芍 10g,枳实 10g,防风 6g,白术 10g,陈皮 10g,白及 10g,三七粉 3g(冲),甘草 6g。临症加减:脓血便者加白头翁 10g、黄柏 10g;里急后重甚者加木香 10g、槟榔 10g;黎明泄泻者加补骨脂 10g、煨肉豆蔻 10g;腹胀纳差者加山楂 10g、炒谷芽 10g;腹痛拒按者加延胡索 10g、桃仁 10g;泻下清稀者加煨诃子肉 6g、茯苓 15g、薏苡仁 15g;泻下日久脱肛加黄芪 20g、柴胡 6g、升麻 6g、葛根 12g。头煎加水 400ml,取汁 150ml,二煎加水 300ml,取汁 150ml,两煎混合。每日 1 剂,分 3 次口服,4 周为 1 个疗程,治疗 2 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

治愈:临床症状消失;肠镜检查黏膜恢复正常;停药或仅用维持量药物,观察 6 个月无复发。有效:临床症状消失;肠镜检查黏膜轻度炎症及部分假息肉形成。无效:症状及肠镜复查黏膜病变均无明显改善。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 58 例,治愈 19 例,有效 28 例,无效 11 例,总有效率为 81.03%;对照组 52 例,分别为 11 例、23 例、18 例、65.38%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 治疗前、后主要临床症状改善比较

两组治疗后与治疗前比较,患者腹痛、腹泻、黏液脓血便,黏膜充血水肿、糜烂溃疡等症状、体征积分均有显著性改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗组治疗后,在腹痛、腹泻、黏液脓血便,黏膜充血水肿、糜烂溃疡等主要症状、体征积分改善方面,均明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

溃疡性结肠炎属中医“泄泻”、“肠风”、“肠癖”等范畴。其症见肠鸣腹痛即泻,泻后痛减,胁胀嗳气,舌淡红,脉弦等,以肝脾不和为主要病机。治宜疏肝健脾、祛湿止泻,用痛泻要方合四逆散加味治疗。取柴胡疏肝解郁,调畅气机为主药;辅以白术补

脾燥湿止泻,白芍柔肝缓急止痛,使柴胡于补中寓疏而不伤正;佐以枳实理气导滞,助柴胡解郁,陈皮理气燥湿,醒脾和胃,以少量防风,辛散肝郁,与白术、陈皮配合胜湿止泻,以三七、白及化瘀止血护膜;用甘草调和诸药,合白术益气和中,合芍药缓急止痛为使药。诸药配用,共奏健脾祛湿而止泻,疏肝理气而止痛之功,使脾健肝舒,痛泻自止,糜烂溃疡渐复。

溃疡结肠腔内滴注治疗 溃疡性结肠炎 100 例

甘肃省庆阳市人民医院(745000)

张 慧

甘肃省庆阳市中医医院

权 晓 理

溃疡性结肠炎是结肠、直肠的慢性非特异性炎症,常发生于左降结肠,表现为局部炎症、溃疡。其病因未明,临床发病率较高,并发症较多,复发率高,我们从 1998 年开始,采用中药协定方溃疡结肠腔内滴注治疗 100 例溃疡性结肠炎患者,疗效显著,并与西药对照组进行临床对比观察,现报告如下。

1 临床资料

148 例均为甘肃省庆阳市人民医院住院患者,根据 2000 年全国炎症性肠病学术会议上修订的诊断标准及《中药新药临床研究指导原则》确诊。148 例患者均符合以下标准:腹泻,腹痛,腹胀,便中夹带黏液脓血。纤维结肠镜检查受累结肠呈现多发性浅表性溃疡、充血、糜烂或覆盖有脓性分泌物。排除痢疾、肠结核、血吸虫病等特异性感染性结肠炎。148 例患者随机分为两组,治疗组 100 例,男 60 例,女 40 例;年龄 19~70 岁,平均 43.5 岁;病程 3 个月~10 年;中医分型:湿热壅滞型 52 例,气血瘀滞型 20 例,脾肾阳虚型 28 例;病情程度:轻型 22 例,中型 32 例,重型 46 例。对照组 48 例,男 30 例,女 18 例;年龄 20~70 岁,平均 44 岁;病程 3 个月~11 年;中医分型:湿热壅滞型 22 例,气血瘀滞型 14 例,脾肾阳虚型 12 例;病情程度:轻型 8 例,中型 16 例,重型 24 例。临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

治疗组用甘肃省庆阳市人民医院中药制剂溃疡结灵 200ml,嘱患者排便后取左侧卧位,垫高臀部 10cm,用一次性肛导管入肛门 15~20cm,接一次性输液器将药液高位缓慢滴入,每分钟 60~80 滴,每晚临睡前用药后静卧 4~6 小时,每日 1 次,15 天为 1 个疗程,可连续使用 2 个疗程。对照组每次用生理盐水 200ml,加氯化可的松琥珀酸钠 100mg(天津市生化制药厂生产)混匀后结肠滴注,每晚 1 次,疗程同治疗组。两组患者治疗期间均要求忌食油腻,生冷,刺激之品,不再加用其他药物。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》进行疗效评定。治愈:临床症状及体征完全消失,或纤维结肠镜复查较治疗前黏膜愈合愈合>80%。显效:临床症状及体征基本消失,或纤维结肠镜

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,腹腔镜手术史 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,腹腔镜手术史 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,痊愈率与显效率分别为 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,两组痊愈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