

参考文献

- [1] 钱荣立. 糖尿病临床指南[M]. 北京: 北京医科大学出版社, 2000: 7-11.
[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1025.

中药灌肠治疗放射性直肠炎128例

殷玉杰¹ 肖映昱²

(1. 内蒙古自治区包头市肿瘤医院, 014030;

2. 包头医学院第二附属医院)

放射性直肠炎是盆腔肿瘤放射治疗中及放射治疗后引起的直肠壁炎症性疾病^[1], 是放疗中常见的并发症, 我们自2003年12月~2010年3月采用中药灌肠治疗放射性直肠炎128例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察对象为患宫颈癌经放射治疗后并发放射性直肠炎的患者共178例, 年龄36~64岁, 病程1~4个月, 入选病例均有不同程度的腹泻, 肛门下坠感, 里急后重及黏液血性便。178例患者采用随机单盲法分为两组, 治疗组128例, 对照组50例, 两组年龄、病程及主要症状差异无显著性($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择标准

全部病例均为经放射治疗后并发放射性直肠炎。诊断标准按卫生部医政司制定的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

治疗组用中药灌肠, 药物组成: 大黄炭15g, 地榆炭20g, 赤石脂10g, 黄芪30g, 白及15g, 黄柏20g, (炒) 防风10g, (炒) 白术15g, 陈皮12g, (炒) 白芍12g。浓煎取液200ml, 每晚保留灌肠。

对照组每次口服思密达3g, 每日3次, 同时用左氧氟沙星100ml加地塞米松2mg, 保留灌肠, 每日1次。

两组病例均在3周后观察结果, 并在治疗前后进行症状评分及治疗后疗效分析。

2.2 症状评分项目及标准

按治疗前后症状评分对疗效做出评定。症状评分项目: 肛门下坠感, 里急后重按程度评分标准, 大便次数按频率评分标准, 大便性状异常按频率评分标准, 血性黏液便按频率评分标准; ①程度评分: 0=无(无肛门下坠和无里急后重); 1=轻度(医生问时才述肛门下坠感, 里急后重); 2=中度(有症状、但能正常活动); 3=重度(有症状、影响正常活动)。②频率评分: 0=无(即大便按正常生理节律, 无大便次数及大便性状改变、无黏液血性便); 1=偶尔(偶有大便次数、大便性状的改变和或黏液血性便); 2=经常(25%~50%时间内出现大便次数、大便性状的改变和或黏液血性便); 3=持续(>50%时间内出现大便次数、大便性状的改变和或黏液血性便)。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

症状改善用减分率表示, 减分率=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分 $\times 100\%$, 疗效评定标准: 减分率 $\geq 70\%$ 为显效, $50\% \leq$ 减分率 $< 70\%$ 为有效, $30\% \leq$ 减分率 $< 50\%$ 为进步, 减分率 $\leq 30\%$ 为无效。总有效率=(显效+有效)/该组病例总数 $\times 100\%$ 。采用放射免疫的方法检测所有患者治疗前后白细

胞介素8的变化, 取所有患者治疗前后1.5ml血液离心后(LD4-2A型低速离心机, 北京医用离心机厂生产)取上清液, 用ELISA法检测各组血清中白细胞介素8的水平。

3.2 两组治疗前后症状积分比较

两组治疗前各症状积分基本相同, 治疗后两组症状积分均有不相同程度下降, 但治疗组治疗后积分较治疗前下降明显($P<0.01$), 治疗组各项症状积分下降明显高于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组患者疗效比较

治疗组128例, 显效86例, 有效33例, 进步9例, 无效0例, 总有效率为92.97%; 对照组50例, 分别为27例、11例、9例、3例、76.00%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

3.4 两组患者中药灌肠前后白细胞介素8比较

治疗后患者白细胞介素8明显降低, 差异有显著性($P<0.01$); 对照组患者治疗后白细胞介素8亦降低, 但差异无显著性($P>0.05$)。

4 讨论

放射治疗是治疗宫颈癌的主要手段之一, 但其导致的放射性直肠炎, 常给患者带来很大的痛苦。我们采用中药灌肠治疗放射性直肠炎, 取得了满意的疗效。方中用白及收敛止血, 消肿生肌, 修复肠黏膜; 大黄炭化瘀止血; 地榆炭凉血止血、消肿止痛生肌; 赤石脂涩肠止泻; 黄柏清热燥湿解毒; (炒) 白术、(炒) 白芍、陈皮、(炒) 防风组成痛泻要方, 用治腹痛泄泻。诸药合用, 不仅能修复受损的肠黏膜而且有良好的止血止泻作用, 以达到治疗放射性直肠炎的目的。据现代药理研究证明, 白及可使血细胞凝集, 止血效果迅速确实^[2]。动物实验证明, 大黄能使血凝时间缩短, 增强毛细血管的致密性, 改善其脆性, 对外出血和内出血均有较好的止血效果。白术具有强壮作用, 能增强网状内皮系统吞噬功能, 具有升高白细胞及促进细胞免疫功能, 从而提高机体抗病能力。本观察表明, 中药保留灌肠可使药物充分作用于病变部位, 提高药物作用浓度, 既解决了患者服药困难, 又充分发挥了药效, 减少了对上消化道的刺激, 具有疗效确切, 操作简单, 安全等优点。

参考文献

- [1] 周殿元. 纤维结肠镜临床应用[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1995: 79.
[2] 王超, 许方玲. 中药放灵煎剂保留灌肠治疗放射性肠炎[J]. 四川中医, 1994, 12(7): 21.

活血止颤汤治疗帕金森病30例

窦维华 刁丽梅

(广西中医学院第一附属医院神经内科, 530022)

帕金森病(PD)是以震颤、肌强直、运动徐缓和姿势异常为特征的慢性神经系统变性疾病。随着人口的老齡化, 其发病率日渐攀升。据2005年北京、上海和西安的29454位居民6年随访发现, 65岁以上中国人的PD患病率已经达到1.7%^[1]。PD在发病的5~8年内可以导致半数患者生活不能自理, 由此造成了巨大的经济和社会负担。我科在临床中运用中医补肾活血法治疗PD, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 研究对象

选取2006年2月~2008年6月在我院神经内科住院部就诊

的患者60例,随机分为两组,各30例。治疗组男19例,女11例;年龄41~70岁,平均 (55.2 ± 11.3) 岁;病程1~5年,平均 (3.6 ± 1.8) 年;双侧患病21例,单侧患病9例;治疗前帕金森综合评分(UPDRS评分) (62.29 ± 22.36) 分。对照组男20例,女10例;年龄40~69岁,平均 (53.6 ± 10.9) 岁;病程1.3~6年,平均 (3.4 ± 1.7) 年;双侧患病19例,单侧患病11例;治疗前UPDRS评分 (63.53 ± 18.55) 分。两组一般资料比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:参照1984年10月全国锥体外系疾病讨论会《帕金森病及帕金森综合征的诊断标准及鉴别诊断》^[2]。中医诊断标准:参照1992年中华全国中医学会老年医学学会的《中医老年颤证诊断和疗效评定标准》^[3]。

1.3 病例纳入标准

①明确诊断为PD的患者;②初发PD的年龄为40~70岁;③符合改良Hoehn & Yahr分级第1.5~4级者;④中医诊断为颤证,证属肾阴虚夹痰;⑤签署知情同意书。

1.4 病例排除标准

①帕金森综合征;②伴随其他严重中枢神经系统疾病者(如肝豆状核变性、肝性脑病、小脑疾患、脑干病变、多发性硬化等);③有严重的心、肝、肾、造血系统疾患或恶性肿瘤、精神障碍者。

2 治疗方法

治疗组用活血止颤汤(丹参15g,全蝎10g,红花6g,桃仁10g,熟地黄20g,杜仲15g,何首乌15g,白芍12g,钩藤15g,龟甲20g,珍珠母30g,石菖蒲10g。上药水煎600ml,早晚分2次服)合美多巴(每次125mg,每日3次)治疗,连续3个月。对照组用中药协定处方(白术10g,茯苓10g,麦芽10g,大枣10g,甘草5g)合美多巴(每次125mg,每日3次)治疗,连续3个月。另外进行对症治疗,如合并有糖尿病和高血压病的需服用降血糖药及降压药。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照国家“九五计划帕金森病综合治疗方案研究组”修订的《帕金森病功能评定量表》(《改良UPDRS》)的改善程度判断标准,制定了疗效评定标准为5个级别:100%为临床痊愈,50%~99%为明显进步,20%~49%为进步,1%~19%为稍有进步,0为无效,总有效率=临床痊愈+明显进步+进步+稍有进步,比较两组的疗效。并按照《改良UPDRS》中第Ⅱ、第Ⅲ部分积分,比较治疗前后积分和时间变化情况。

3.2 两组疗效比较

治疗组30例,临床痊愈0例,明显进步6例,进步12例,稍有进步7例,无效5例,总有效率为83.3%;对照组30例,分别为0例、3例、8例、8例、11例、63.3%,治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.3 两组治疗前后UPDRS积分比较

治疗组治疗后日常生活能力积分和运动检查积分较治疗前明显降低,差异有显著性($P < 0.01$);对照组治疗后日常生活能力积分及运动检查积分较治疗前亦有降低,差异有显著性($P < 0.05$)。但治疗组治疗后日常生活能力积分及运动检查积分改善程度明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.4 副作用比较

治疗组出现恶心欲呕3例,流涎2例,低血压1例,失眠4例,抑郁症2例。对照组出现恶心欲呕5例,流涎4例,低血压6例,失

眠12例,抑郁症4例,开关现象1例。

4 讨论

活血滋肾法是PD病的基本治疗方法,我们以上述理论为依据,结合自己的临床实践,最终筛选出治疗本病的中药活血止颤汤。此方由丹参、全蝎、红花、桃仁、熟地黄、杜仲、何首乌、白芍、钩藤、龟甲、珍珠母、石菖蒲组成,熟地黄、杜仲、何首乌可补肾益精,滋阴养血,固本培元,杜仲补益肝肾,何首乌补益精血,故为君药;石菖蒲可化痰除湿,开窍醒神;本病起病隐袭,至有典型症状时已病程冗长,“久病入络”,仅用丹参等则难达病所,难中肯綮,而与石菖蒲等共为臣药;钩藤可熄风定惊,化痰舒筋;珍珠母、龟甲可滋阴潜阳,定惊止颤,养血舒筋,柔肝与熄风两者兼顾,滋阴与养血同行,乃平肝潜阳之要药;白芍可养肝血,滋肝肾,柔肝气,为养血濡筋,缓急止颤之良药,与钩藤、珍珠母同用,可助君药滋阴养血、熄风平肝,共为佐使药,桃仁、红花活血化瘀,桃仁兼有润肠之功效。诸药合用,共奏活血祛瘀、滋肾、补肝、熄风之功。我们在临床上将该方与左旋多巴类药物(美多巴)合用治疗PD患者,具有明显的增效减毒作用,疗效满意。

参考文献

- [1]Zhang ZX, Roman GC, Hong Z, et al. Parkinson's disease in China: prevalence in Beijing, Xi'an, and Shanghai [J]. Lancet, 2005, 365(9459): 595-597.
- [2]全国锥体外系疾病讨论会. 帕金森病及帕金森综合征的诊断标准和鉴别诊断[J]. 中华神经精神科杂志, 1986, 19(5): 256.
- [3]隆呈祥. 中医老年颤证诊断和疗效评定标准[J]. 北京中医学院学报, 1992, 15(4): 39.

加味黄芪桂枝五物汤配合点穴治疗
2型糖尿病周围神经病变45例

王 明 惠

(北京市丰台区兴隆中医医院, 100141)

糖尿病周围神经病变(DPN)是糖尿病的常见慢性并发症,也是糖尿病的主要致残因素,临床主要表现为肢体麻木疼痛、乏力、感觉异常。近3年来,笔者采用益气温阳、活血通络法,用加味黄芪桂枝五物汤配合穴位点压治疗2型糖尿病周围神经病变45例,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

观察病例均符合WHO制订的2型糖尿病诊断标准,并伴有四肢末端麻木疼痛,或发凉、蚁行感等感觉异常,跟腱反射减退。

1.2 一般资料

89例均为2006年10月~2009年10月我院门诊患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组45例,男21例,女24例;年龄42~76岁,平均59.2岁;糖尿病病程6~23年;并发DPN 0.3~8年,平均2.1年。对照组44例,男21例,女23例;年龄40~78岁,平均58.9岁;糖尿病病程5~24年;并发DPN 1~7年,平均2.3年。两组性别、病程、年龄等方面比较差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法