

基本方:生黄芪 25g 玄参 20g 苍术 15g 淮山药 30g 生葛根 25g 生地黄 20g 麦冬 15g 熟地黄 15g 生石膏 30g 丹参 20g 北沙参 15g 白茯苓 15g 山茱萸 9g 加减法:气虚加西洋参,重用黄芪、淮山药;血虚加当归、白芍、阿胶;阳虚加巴戟天、淫羊藿、补骨脂;血瘀加桃仁、红花、当归、三七;视力下降加菊花、枸杞子、桑椹;疳肿加蒲公英、金银花、紫花地丁;口干甚加知母、天花粉、玉竹;失眠加炒酸枣仁、远志、五味子;每日 1 剂,水煎分 2 次温服,1 个月为 1 个疗程,连服 2~3 个疗程,重症患者延长于 6 个疗程。

2.2 疗效判定标准

临床痊愈:临床主、次症状消失,空腹血糖 3.9~6.1mmol/L;显效:临床症状明显减轻,主症消失,次症减轻,空腹血糖 6.2~7.0mmol/L;有效:临床症状有所改善,空腹血糖 7.1~8.0mmol/L;无效:临床症状无改善及空腹血糖无变化或增高。

3 结果

本组 60 例,痊愈 15 例 (25%),显效 36 例 (60%),有效 6 例 (10%),无效 3 例 (5%),总有效率达 95%,疗程 1~4 个月,平均 2.5 个月。

4 讨论

糖尿病属中医消渴病范畴,本病的发生与肺、脾、胃、肾关系密切,多为禀赋不足、饮食失节,情志失调,年老久病等原因导致肺燥、胃热、肾虚,关键是阴津亏损,以肾亏

为主。其病机主要在于阴津亏损,燥热偏胜,而以阴虚为本,燥热为标,瘀血为患。故滋阴清热,润燥生津,佐以活血通脉为本病的治疗大法。方中生黄芪补中益气,升阳固表,淮山药益气阴、固肾精,二药配合益气生津,健脾补肾,涩精止遗,麦冬生津清热,润肺养胃,生地黄滋阴清热,补肝益肾,玄参培液清热,入肺、胃、肾,作用于三焦,三药合用养肺胃肾之阴液,消三焦燥热,生葛根升津止渴,石膏清肺胃之热,沙参滋养脾胃之阴,熟地黄、山茱萸滋养肝肾,固肾涩精;苍术、茯苓健脾祛湿,补中寓消,滋而不腻,苍术虽燥,伍之玄参、麦冬之润,可制其短而用之长,由于本病日久易发阴虚血滞发生血脉瘀滞变生他病,因此,虚瘀常贯穿于糖尿病发生发展的始终,补虚化瘀是防治并发症的重要方法之一。故配以丹参活血化瘀,通利血脉,现代药理研究:黄芪、淮山药、苍术、玄参、麦冬等具有增强免疫功能,且有较好的降血糖、尿糖、血脂等作用,丹参有抑制血小板黏附聚集,降低血液黏稠度,改善微循环。诸药合用具有滋阴清热,益气生津,敛气固精,活血通脉等作用。故治疗糖尿病效果良好。本病除药物治疗外,应注意起居,饮食节制,精神调养,忌辛辣、肥甘厚味,防恣情纵欲,劳逸结合,方可达到较好的治疗效果。

* 福建省霞浦县海岛卫生院 (355112)

中药保留灌肠配合西药口服治疗溃疡性结肠炎 36 例

房桐丞* 杨淑雯*

近年来,采用自拟中药结肠宁汤保留灌肠配合口服西药美沙拉嗪肠溶片治疗慢性溃疡性结肠炎 36 例,取得满意疗效。现报告如下。

1 临床资料

本组男性 22 例,女性 14 例;年龄 24~71 岁,病程 5 个月~13 年;均为慢性活动期,病变范围在直肠、乙状结肠、降结肠的患者;其中,轻度初发型 9 例,中度复发型 27 例。

2 治疗方法

①口服西药为美沙拉嗪肠溶片 (规格:0.25g)。起始用量每日 4 次,每次 4 片;症状明显改善后,改为维持用量每日 3 次,每次 2 片。②中药保留灌肠方为自拟结肠宁汤,方药组成如下:黄芩 30g 黄连 30g 白头翁 30g 穿心莲 20g 马齿苋 20g 赤芍 30g 牡丹皮 20g 白及 20g 侧柏叶 20g 五倍子 20g 炙甘草 20g 水煎药液至 300~400ml 平均分成 2 份,药液温度以不烫手为宜,嘱患者排空大便后取侧卧位,臀部抬高,每日早晚各保留灌肠 1 次。患者先取左、右侧卧位,再取膝胸、仰卧位交替,每个

体位至少保留 0.5h。

3 结果

3.1 疗效判定标准

治愈:症状消失,大便常规及肠镜检查正常。显效:白细胞、脓细胞 (0~+),红细胞 (0~+),腹痛、里急后重、黏液血便基本消失,每日腹泻 1~2 次,体温正常。肠镜检查:肠黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡、黏液或脓苔附着等明显改善。有效:主要症状消失,体温正常,每日腹泻少于 4 次。

3.2 结果

本组治愈 32 例,显效 4 例,治愈率 88.9%,总有效率 100%。

3 讨论

现代医学认为溃疡性结肠炎 (UC) 是一种病因不明的炎症性肠病 (IBD),其发病机制尚未阐明,一般认为主要与免疫损害、环境、遗传、精神以及某些食物成分等因素有关。美沙拉嗪肠溶片为 5 氨基水杨酸制剂,口服后大部分有效成分可达结肠,作用于肠壁炎症黏膜,抑制引

起炎症的前列腺素合成和炎症介质白三烯的形成,有显著的消炎作用。较口服柳氮磺胺吡啶片不良反应明显减少,安全性明显提高。中医理论认为,UC属中医学“痢疾”范畴。临床上以湿热壅滞与气血搏结于肠中之湿热痢为多见,实证为主。结肠宁汤具有清热燥湿,凉血止痛,收敛止血之功效。黄连、黄芩、穿心莲可清热燥湿解毒;马齿苋、白头翁、赤芍、牡丹皮、侧柏叶均能清热凉血,其中,赤芍、牡丹皮兼能活血化瘀;马齿苋、侧柏叶兼有利湿止血之功;白及、五倍子收敛、止血、生肌;炙甘草、赤芍缓急止痛。现代药理学研究表明,本方诸药均具有不同程度的抗炎、抑菌功能,其中以黄连、黄芩、白头翁、马齿

苋、穿心莲、牡丹皮作用最强;黄连还可止泻;白及、侧柏叶局部止血;黄芩尚能抑制炎症渗出;五倍子能修复黏膜、止血、促进溃疡愈合;赤芍、炙甘草、白头翁、牡丹皮均可解痉止痛;炙甘草还具有非特异性的免疫增强、抗溃疡及类似激素的作用。全方共奏抗炎、抗溃疡、止泻、止血、解痉止痛之功。

我们认为,结肠宁汤保留灌肠配合美沙拉嗪肠溶片口服实为治疗溃疡性结肠炎疗效显著的方剂和方法。

* 新疆维吾尔自治区昌吉州中医医院肛肠科(831100)

解郁止泄汤联合西药治疗腹泻型肠易激综合征 60例

颜 勤* 杨景林*

肠易激综合征(IBS)是一种以腹痛或腹部不适伴排便习惯的改变为特征的功能性肠病,经检查排除可引起这些症状的器质性疾病。肠易激综合征是最常见的一种功能性肠道疾病。其发病机制及病因目前尚不清楚,无特定的治疗方法。笔者采用中医疏肝健脾为主的辨证治疗,联合匹维溴胺片等口服治疗腹泻型IBS现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准:参照2006年罗马Ⅲ标准;中医诊断标准:肝郁脾虚证参照国家中医药管理局发布《中医病证诊断疗效标准》制定。

1.2 一般资料

选择本院2007年8月~2009年2月门诊IBS患者。为排除肠道炎症、肿瘤或其他器质性疾病,要求患者在发现肠道症状后2年内作过结肠镜、乙状结肠镜或结肠气钡造影中至少1项检查,且未发现器质性疾病;同时排除其他可能影响肠道转运的器质性疾病,如胃、小肠、结肠或直肠切除史,结肠或直肠癌史。炎症性肠病史,胰岛素依赖型糖尿病、控制不良的甲状腺功能亢进症或甲状腺功能减退症、先天性巨结肠、硬皮病、神经性厌食症等。入选120例,治疗组60例,其中男28例,女32例;年龄18~70岁,平均 (45.2 ± 1.3) 岁;病程6~10年。对照组60例,其中男26例,女34例;年龄19~71岁,平均 (43.9 ± 1.2) 岁;病程8~12年,两组患者年龄、性别、病程等差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

对照组予口服匹维溴胺50mg、谷维素10mg、黄连素100mg每日3次,饭后服。

治疗组予解郁止泄汤联合匹维溴胺片50mg、谷维素10mg、黄连素100mg每日3次。基本方:白术20g、白芍

20g、陈皮10g、防风10g、法半夏10g、干姜10g、黄芩10g、合欢皮12g、酸枣仁30g、苍术10g、厚朴10g。每剂方煎煮方法如下:第1次加10倍量水,浸泡30min后煎煮1.5h,第2、3次分别加8倍量水,每次各煎煮1h,3次煎液滤净混合后取300mL药液,分两次服用。腹痛者加延胡索,久泻加升麻、柴胡、黄芪;肾虚加补骨脂、肉豆蔻、五味子。治疗期间停用其他药物,忌食油腻、辛辣之物。两组患者均向其做耐心解释,使其对该病有正确认识,以消除紧张情绪,保持良好心态。以7天为1个疗程,4个疗程后评定其疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》和《中药新药临床研究指导原则(试行)》拟定。临床治愈:腹痛、腹胀等症状消失,大便次数及粪质正常,每天大便1~2次,成形,无黏液;显效:临床症状明显缓解或基本消失,每天大便次数1~3次,大便近似成形,黏液明显减少;有效:主要症状好转,每天大便次数 < 3 次,大便溏烂不成形,黏液减少;无效:腹痛及大便异常等症状无变化或加重。

3.2 治疗结果

治疗组60例,显效40例,有效17例,无效3例,总有效率95%;对照组60例,显效27例,有效23例,无效10例,总有效率83.3%。两组疗效相比差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组疗效优于对照组。

4 讨论

中医药治疗IBS有优势,疗效肯定,副作用小,越来越受到重视。IBS腹泻型中医认为病机为肝郁脾虚、气机不畅,治疗上应考虑“培土制木”;笔者自拟解郁止泄汤联合西药,疏肝解郁、健脾止泻为法,方中白术、白芍、陈皮、防风泻肝补脾,四药具有调节植物神经及镇痛解痉的功