

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

能。合欢皮、酸枣仁入心肝经,疏肝解郁。黄芩、苍术、厚朴健脾燥湿止泻,法半夏、干姜温补脾阳,健运脾胃,从而达到疏肝解郁、健脾止泻之功。现代药理研究表明,白术所含挥发油能缓和胃肠蠕动,白芍对胃肠平滑肌的张力和运动有松弛和抑制作用,两药合用,即可减轻腹泻,又能解痉止痛,防风和白芍两药有控制肠道感染作用,陈皮所含挥发油对胃肠有温和的刺激作用,能增强消化液分泌和排除胃肠道积气,缓和肠管蠕动和解痉作用较为明显,并有抗菌和促进消化作用。合欢皮、酸枣仁有镇静、镇痛、催眠、抗焦虑、抗忧郁作用。钙通道是调节胃肠动力和内脏敏感性的“共同最终途径”,匹维溴胺直接阻断

去极化引起的平滑肌细胞的钙离子内流,有效解除肠道的高动力状态。匹维溴胺通过阻断钙通道,有效解除与内脏敏感有关的激素或递质引起的胃肠道平滑肌收缩,消除敏感。

本观察结果显示,治疗组不仅症状消失快,而且复发率低,尤其能提高疗效,比单用西药更有优势。由于 IBS 是一种与精神神经相关的疾病,除了药物治疗外,同时还要进行心理干预及饮食指导,以获得更佳疗效。

* 贵阳中医学院第一附属医院消化内科 (550001)

中西医结合治疗顽固性呃逆 28例

李 燕* 杨翠苓* 李吉栋*

呃逆以气逆上冲喉间,呃呃连声,声短而频,不能自止为主要表现的病症。本症治疗方法很多,如惊吓、探吐、针灸、耳穴压豆等,但疗效多不理想,故探讨呃逆的治疗方法很有必要。自 2004~2008年,我们采用中西医结合方法治疗顽固性呃逆 28例,取得较好疗效,现总结如下。

1 临床资料

本组患者 56例,男 30例,女 26例;年龄 50~75岁,平均 62岁;病程 3个月~1年。随机分为两组,每组 28例。两组患者均有呃逆频繁,顽固不止,持续数周乃至数月不止,部分患者有胃脘胀满,上腹隐痛不适,胸骨后疼痛等。两组年龄、性别、病程等处理无统计学差异 ($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

两组均给予口服山莨菪碱 10mg 每日 3次;氯丙嗪 20mg 每日 3次。

治疗组用瓜蜜方(民间验方),具体方法如下:全瓜蒌 1个,纳蜂蜜 250g灌于其中,外裹面厚约 1指,煨熟(以面干,色稍黄为度),冷凉,然后打开,喝蜂蜜,食瓜蒌仁,体质壮盛者食用全量;体质虚弱者服用半量。

两组治疗 1个月后观察疗效。

3 疗效标准

治愈:症状全部消失。显效:呃逆症状基本消失,仅偶尔发作 1~2次,且持续时间很短。无效:症状无缓解。

4 治疗结果

治疗组 28例中治愈 22例,显效 4例,无效 2例,总有效率 92.86%,对照组 28例分别为 19例、3例、6例及 78.58%。两组比较有统计学差异 ($P<0.05$)。

5 病案举例

某男,65岁。呃逆 45天。应用过多种中西药物及针灸治疗。均不见效,严重影响说话、进食、睡眠、工作,极

为痛苦来诊。给以口服山莨菪碱 10mg 每日 3次;氯丙嗪 20mg 每日 3次。加服瓜蜜方,(具体做法同前)因其体质壮盛故全量瓜蜜方,半小时后呃逆逐渐减轻,3天后复诊,呃逆基本消失,仅偶尔发作 1~2次,1个月后回访,未再发作。

6 讨论

呃逆,古称“嘔”,又称“嘔逆”,是指胃气上逆动膈,气逆上冲,喉间呃呃连声,声短而频,不能自止为主症,其呃声或高或低,或疏或密,间歇时间不定。常伴有胸脘膈间不舒,嘈杂灼热,脘腹暖气等。《素问·宣明五气》“胃为气逆为嘔。”《灵枢·口问》说:“谷入于胃,胃气上注于肺,今有故寒气与新谷气,俱还入于胃,新故相乱,真邪相攻,气并相逆,复出于胃,故为嘔。”本病起病多较急,其病因有寒邪蕴蓄,燥热内结,气郁痰阻,脾胃虚弱。其病位在膈,病变关键脏腑在胃,胃居膈下,其气以降为顺,胃与膈有经脉相连属,胃失和降,逆气动膈,上冲喉间,发生呃逆。肺处膈上,其气肃降,手太阴肺之经脉,还循胃口,上膈,属肺;肺气与胃气同主于降,此一脏一腑在生理上相互联系,病理上相互影响;膈居肺胃之间,若肺胃之气失于和降,使膈间气机不畅,逆气上出于喉间,则呃逆不止。治疗当理气和胃,降逆平呃为原则。瓜蒌味甘性寒,归肺、胃、大肠经。瓜蒌皮清肺化痰,利气宽胸;瓜蒌仁润肺化痰,滑肠通便;全瓜蒌兼具以上功效。瓜蒌经煨后善清肺胃之热而化痰,还能利气散结以宽胸降呃。煨法可缓解瓜蒌的破气功能,缓和药性。蜂蜜味甘性平,归脾、肺、大肠经,具有补中缓急,润肺止咳,滑肠通便的功效,与瓜蒌配合,能增强补中润肺之作用,以达理肺和胃,补中缓急,宽胸利膈,降逆止呃之助。是故逆气平,胃虚复,则呃逆自止,胸痞亦除,则疾病自愈。

* 山东省平阴县中医院 (250400)