

脑为元神之府,印堂为奇穴,是治疗痴呆、健忘的验穴,可调理脑神;太溪为肾经原穴,滋补肾阴;悬钟为八会穴之髓会,补脑髓不足;风池为足少阳胆经和阳维脉的交会穴,有醒脑开窍、明目益聪、宣畅少阳经气的功效;所取背俞肝俞、肾俞具有滋补肝肾虚实,养血益精,补髓填精,培元固本;足三里为足阳明胃经之合穴,健运中州,培补后天之本,以益气行血;合谷为手阳明大肠经的原穴,配肝经原穴太冲,活血通络;三阴交为足三阴经之交会穴,调理肝、脾、肾三

脏,养血活血,化痰通络。头针、体针结合既调理大脑皮层功能,又使整体与局部并重,既醒脑开窍,又益气活血、疏通经络。

参考文献

- [1] 吴江. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:7.
- [2] 中华医学会神经病学分会. 血管性痴呆诊断标准草案[J]. 中华神经杂志,2002,35(4):246.

(收稿日期:2011-12-28;修回日期:2012-01-06)

[编辑:黄 健]

中西医结合四联疗法治疗溃疡性结肠炎 30 例

黄付春* 汪建平

漯河医学高等专科学校第三附属医院,河南省漯河市大学路 148 号,462002)

* 通讯作者:huangfuchun123@163.com,13803953009

[关键词] 中西医结合;非特异性溃疡性结肠炎;四联疗法

非特异性溃疡性结肠炎(UC)是一种病因不明、主要侵犯结肠、直肠黏膜和黏膜下层的炎症,不足 10% 者病变可累及末端回肠^[1]。该病病程缓慢,轻重不一,常反复发作,临床表现为腹泻、黏液脓血便、腹痛。具有病程长、易反复发作的特点。我们采用中西医结合四联疗法治疗溃疡性结肠炎 30 例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照 1993 年全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会制定的 UC 诊断标准^[2]。

1.2 一般资料

选取 2006 年 9 月至 2010 年 12 月在我医院就诊的 60 例 UC 患者为研究对象。均有不同程度的腹痛、腹泻、脓血便、黏液便或血便,纳差乏力等症状。经电子结肠镜检查、病理活检、大便细菌培养,排除肿瘤及其他肠道疾病。60 例病例随机分为中医辨证内服中药汤剂配合灌肠治疗组(以下称治疗组)30 例,西药治疗(口服配合灌肠)对照组 30 例。治疗组中男 17 例,女 13 例;年龄 19~55 岁,平均 30~3 岁;病程 3 个月~9 年,平均 5.5 年。对照组中男 18 例,女 12 例;年龄 16~57 岁,平均 34 岁;病程 5 个月~8 年,平均 6 年。两组临床资料具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①口服中药:辨证分型为大肠湿热型(9 例):方用葛根芩连汤加减。如发热较著者,可加柴胡、金银花、连翘;如湿邪偏重,宜酌加藿香、佩兰、苍术、厚朴、薏苡仁;伴恶心呕吐者,可加竹茹、陈皮、半夏;大便下血者,可用地榆、槐花以凉血止血。热毒壅盛型(2 例):方用白头翁汤合黄连解毒汤加减。如热毒侵入营血、高热神昏谵语者,可加用紫雪散或安宫牛黄丸以清解热毒、开窍安神;若高热、抽搐痉厥者加用紫雪散、全蝎、钩藤以清热熄风镇痉;如呕吐频繁,胃阴耗伤,舌红绛而干,则可酌加西洋参、麦冬、石斛以扶阴养胃。寒湿凝滞型(6 例):方用胃苓汤加减。如兼恶寒身痛、发热无汗、脉浮等表证者,可合用荆防败毒散或藿香正气散以疏表解肌;若寒邪偏盛、泄下清稀如水样,腹痛肠鸣者,将桂枝改为肉桂,加乌药和高良姜以温化寒湿;若小便不利者加猪苓。脾虚湿困型(8 例):方用参苓白术散加减。如腹胀中满,气滞湿阻症状明显者,去方中炙甘草加大腹皮以理气化湿宽中;有停食者加山楂、麦芽、神曲;若湿蕴化热,舌苔黄腻者,加黄芩和滑石以清利湿热;如腹痛而冷者,上方加干姜以温运脾阳。脾肾阳虚型(5 例):方用四神丸合附子理中丸加减。肾阳虚偏重者,重用(制)附子、肉桂、补骨脂;滑脱不禁,舌苔无滞腻者,加罂粟壳、诃子、赤石脂和石榴皮等;如腹痛加狗脊和菟丝子;若久泻不愈,由阳及阴,脾肾阴虚

者,加天冬、黄精和麦冬。②应用灌肠液保留灌肠。取槐角、黄柏、苦参、白头翁、乌梅各 30g,地榆 20g,加水 500ml,煎至 150ml,降温后加入三七(粉)3g、庆大霉素 16 万 U、654-2 10mg 备用。每晚睡前保留灌肠 1 次。③采用针刺夹脊穴配合梅花针放血治疗。夹脊穴选取胸 8~胸 11,先泻后补,先行提按泻法及捻转泻法,留针 5~10min 后,再行提按补法及捻转补法。共留针 30min,每日 1 次,10 次为 1 个疗程。配合梅花针叩刺,选取三焦俞、大肠俞,重叩后拔罐出血,留罐 10min,视皮肤恢复情况,间隔 1 日或 2 日 1 次。④口服西药奥沙拉嗪治疗:奥沙拉嗪胶囊每次 1 粒,每日 2 次。以上治疗 4 周为 1 个疗程,疗程间隔 3~5 天,连用 2 个疗程。

2.2 对照组

口服柳氮磺胺吡啶片,每日 4~6g,分 4 次口服,病情缓解后改为每日 2g,分 3 次口服。灌肠:每次甲硝唑 0.4g、庆大霉素 8 万 U、地塞米松 5mg,加入生理盐水 100ml 保留灌肠,每日 1 次,4 周为 1 个疗程。连用 2 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

治愈:临床症状消失,结肠镜复查黏膜正常;好转:临床症状减轻或消失,结肠镜复查黏膜轻度充血,无溃疡形成,大便检查正常;无效:经治疗后临床症状、结肠镜检与治疗前无明显改变。

3.2 两组临床疗效比较

表 1 示,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	30	17(56.7)	11(36.7)	2(6.6)	28(93.4)
对照组	30	9(30)	13(43.3)	8(26.7)	22(73.3)

3.3 两组患者治疗后腹痛、便血消失时间比较

表 2 示,两组腹痛、便血消失时间比较差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组明显为优。

表 2 两组患者治疗后腹痛、便血消失时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	腹痛消失时间	便血消失时间
治疗组	30	2.49±0.35*	3.12±0.96*
对照组	30	4.32±0.51	5.82±1.43

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$

3.4 两组不良反应观察

治疗组在用药期间未发现不良反应。对照组在服药期间不良反应发生率 31%,主要表现为恶心、

呕吐、食欲减退、头晕、头痛、皮疹等症状。

4 讨论

UC 是一种非特异性慢性结肠炎,临床发病率逐年升高,病因和发病机制至今仍不清楚,目前研究的热点多集中在感染、遗传及免疫两大因素的相互作用上,其中免疫因素最被重视,具体发病机制目前尚不清楚。根据 UC 临床表现,本病多被归于中医学“泄泻”、“痢疾”、“腹痛”、“肠风”、“脏毒”、“肠癖”等范畴。现代中医研究认为,本病多因外感时邪、饮食不节(洁)、情志内伤、素体脾肾不足所致,基本病理因素有气滞、湿热、血瘀、痰浊等。本病病位在大肠,涉及脾、肝、肾、肺诸脏。湿热蕴肠、气滞瘀络为基本病机,脾虚失健为主要发病基础,饮食不调、情志不畅为主要发病诱因。本病多为本虚标实之证,活动期以标实为主,主要为湿热蕴肠,气血不调;缓解期属本虚标实,主要为正虚邪恋,运化失健,且本虚多呈脾虚,亦有兼肾亏。本研究将治疗组分为 5 个证型进行治疗。内服中药从整体方面着手,结合保留灌肠,可使药物直达病所,有利于发挥药物的效力而达到消除病邪,修复损伤组织的作用。UC 患者在胸 8~胸 11 两侧多可发现条索状物,正所谓“病之于内,形之于外”。现代医学认为,某一内脏的传入纤维与一定的皮肤区的传入纤维进入相同的脊髓节段,因而内脏传入的刺激兴奋了皮肤区的传入纤维,使相应皮肤区也感到疼痛,甚而出现该区的肌张力增高或痉挛,从而形成条索状物。故选取胸 8~胸 11 夹脊穴针刺治疗,调节相应的交感神经、副交感神经,通过神经体液调节机制发挥治疗作用。督脉之别和膀胱经皆夹脊而行,而夹脊穴则位居两经之中。针之可通达二经经气,而令全身气血流通,阴阳调和,故本研究采用夹脊穴调理气血脏腑,针法先泻后补,使邪去正安,再慢慢扶升正气;并配以梅花针叩刺三焦俞、大肠俞,使病邪由里出表,除湿热,去瘀血,使得新血生,气血调和,经络通,脏腑平和,阴阳得以平衡。故中药口服、灌肠和针灸三者并用,相得益彰。

参考文献

- [1]郑芝田.胃肠病学[M].北京:人民卫生出版社,2000:775-794.
- [2]全国慢性非感染肠道疾病学术研讨会制定的炎症性肠病诊断标准[J].中华消化杂志,1993,13(13):354.

(收稿日期:2011-12-30;修回日期:2012-01-06)

[编辑:黄健]