

中西医结合治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎临床观察*

章新华 叶毅 陈光辉 邓建忠 董瑶

(江西省抚州市南城县人民医院 南城 344700)

摘要:目的:观察中西医结合治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎的疗效。方法:对 200 例慢性非特异性溃疡性结肠炎患者随机分为两组,治疗组使用西、中药+热熨法治疗,对照组口服柳氮磺吡啶片与强的松治疗。结果:治疗组和对照组临床总有效率分别为 91%和 62%,两组疗效比较具有显著性差异($P<0.05$)。结论:中西医结合三法合用对慢性非特异性溃疡性结肠炎有较好的治疗作用。

关键词:溃疡性结肠炎;中西医结合;热熨法

中图分类号:R574.62

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.026

慢性非特异性溃疡性结肠炎,欧美发病率 5~12/10 万,近年我国发病率有显著增高趋势,因本病的病因病理尚未明了,临床疗效不够理想,本病已被列入世界难治性疾病。本研究用中西医结合药物治疗及药物热熨疗法,取得较好疗效。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 收集本院 2011 年 6 月~2013 年 1 月门诊、住院患者 200 例,随机分成治疗组和对照组各 100 例。患者年龄 20~65 岁,平均年龄 38 岁。其中男性 138 例,女性 62 例;病程 3 个月~3 年,平均 18 个月,治疗组和对照组年龄、性别、病程等方面无统计学差异。

1.2 诊断标准 参照 1993 年太原全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会提出的试行诊断标准。

1.3 纳入及排除标准 所有患者都具有典型的临床表现:反复发作的持续性的黏液血便,腹痛伴不同程度的全身症状,电子结肠镜或 X 线检查至少有一项特异性改变,并除外细菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病、克罗恩病、放射性结肠炎等原因明确的结肠炎症。排除标准:(1)合并心脑血管血栓、肝肾和造血系统疾病等严重原发性疾病,精神病患者。(2)有严重并发症,如局部狭窄、肠梗阻、肠穿孔、直肠息肉、中毒性结肠扩张、结肠癌、直肠癌及肛门疾病者。

1.4 治疗方法 治疗组(中西药+热熨法)。西药:柳氮磺吡啶片:每次 0.5 g(2 片),3 次/d;强的松片,每次 10 mg(2 片),3 次/d。2 个月为 1 个疗程,3 周后强的松缓慢撤药。中药:自拟结肠炎方药物组成:生黄芪 20 g、党参 10 g、白术 10 g、茯苓 20 g、赤石脂 15 g、干姜 8 g、肉桂 6 g、芡实 15 g、乌梅 10 g、延胡索 10 g、白头翁 15 g、败酱草 15 g、黄柏 8 g、黄连 6 g、白芍 15 g、白芍 24 g、地榆 15 g、当归 10 g、广木香 8 g,1 剂/d,分两次温服,2 个月为 1 个疗程,并配合药物熨。热熨法:盐 500 g、公丁香 15 g、吴萸 10 g、肉桂 10 g、八角茴香 15 g,炒热纱布包裹热熨神阙、气海、关元及阿是穴,2 次/d,2 个月为 1 个疗程。对照组西药:柳氮磺吡啶片:每次 1.0 g(4 片),3 次/d,强的松片,每次 10 mg(2 片),3 次/d,2 个月为 1 个疗程,3 周后强的松缓慢撤药。两组治疗前后均检查肝

肾功能、血尿大便常规、电子结肠镜,并进行随诊,计算复发率。

1.5 观察指标 通过观察患者症状(黏液血便、腹胀、食欲等)和临床体征(腹部压痛等)来综合判断疗效。2 个月后复查肠镜统计两组总有效率。

1.6 统计学方法 采用 SPSS10.0 统计软件进行统计分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效标准

2.1.1 证候疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》量化分级:轻度 1 分、中度 2 分、重度 3 分。临床痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$ 。显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 。有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 。无效:中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足 30%。

2.1.2 综合疗效标准 参照 1993 年太原全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会制定标准。显效(或完全缓解):临床症状消失,结肠镜复查黏膜正常,停药或仅用维持药物,观察 6 个月无复发。有效:临床症状基本消失,结肠镜下复查黏膜轻度炎症反应及部分假息肉形成。无效:临床症状、内镜及病理检查无改善。

2.2 证候疗效 治疗组:临床痊愈 66 例(66%),显效 13 例(13%),有效 15 例(15%),无效 6 例(6%),总有效率为 94%;对照组:临床痊愈 34 例(34%),显效 20 例(20%),有效 24 例(24%),无效 22 例(22%),总有效率为 78%。两组总有效率比较有显著性差异($P<0.05$)。

2.3 综合疗效 治疗组:显效 63 例(63%),有效 28 例(28%),无效 9 例(9%),总有效率为 91%;对照组:显效 40 例(40%),有效 36 例(36%),无效 24 例(24%),总有效率为 76%。两组总有效率比较有显著性差异($P<0.05$)。

3 讨论

本病属中医“泄泻、痢疾”范畴,病因病机较为复杂,常常为虚实夹杂,寒热互结之症。自拟结肠炎

* 基金项目:江西省卫生厅中医药科研基金课题(编号:2011A119)

方针对慢性非特异性溃疡性结肠炎。运用中医整体观念、标本同治、扶正祛邪的中药配伍原则,用健脾益气、养血止血、凉血活血、清热利湿、温中散寒、固肠止泻药物组方,方中生黄芪、党参补中益气,气升则泻止;白术、茯苓健脾利湿;乌梅酸涩止泻;延胡索、白芍柔肝抑木;木香祛湿行气;当归、白芍养血活血止痛,“行血则便脓自愈,调气则后重自除”;黄柏、黄连清热燥湿;肉桂、干姜温中温肾散寒又防苦寒太过;白头翁、败酱草、地榆清热解毒,凉血止血;白及、赤石脂、芡实固肠止泻。诸药合用共奏健脾益气、温中散寒、清热利湿、凉血活血、固涩止泻之效。现代药理实验证实:败酱草有广泛抗菌作用,并能修复溃疡,促进愈合;乌梅对大肠杆菌等多种致病菌有抑制作用,且有抗过敏和调节平滑肌痉挛作用;白及、延胡索对肠管有明显解痉作用,并有较强镇痛、镇静作用;木香对肠道有兴奋抑制作用,并有抑菌作用;赤石脂、白芍有较强吸附能力,对肠黏膜

有覆盖保护作用。

热熨法:为中医古老的内病外治之术,徐大椿说“人之疾病,由内以外……若其病既有定所,在皮肤筋骨之间可按之而得者用膏贴之,闭塞其气,使药性从毛孔而入其腠理,通经贯络或提而出之,或攻而散之,较服药尤捷”,我们取其畅通经络,调和气血,平衡阴阳,改变机体的病理状态,研究证实能改善局部血液循环和全身血液,并减少内脏充血。柳氮磺吡啶口服 90%到达大肠,分解成 5-氨基水杨酸后较长时间在肠壁组织中发挥抗菌消炎和免疫抑制作用。

中西药加热熨疗法治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎,三法合用能调节人体整体免疫功能,改善肠黏膜的血液循环,减轻充血,缓解痉挛,促进肠道病变炎症水肿消退,加速溃疡面愈合,减轻柳氮磺吡啶不良反应,从而获得满意的治疗效果。

(收稿日期:2013-10-25)

醒脑静联合纳洛酮治疗急性酒精中毒临床疗效分析

石军

(湖北省黄梅县人民医院 黄梅 435500)

摘要:目的:分析急性酒精中毒患者采用醒脑静联合纳洛酮治疗的临床疗效。方法:随机将 150 例急性酒精中毒患者均分为研究组与对照组各 75 例,对照组采取常规治疗+纳洛酮治疗,研究组在对照组治疗基础上联用醒脑静治疗,对比分析两组患者治疗效果。结果:研究组患者意识恢复正常时间、肢体运动功能恢复时间均短于对照组,差异显著($P<0.05$),有统计学意义。结论:急性酒精中毒患者及时采用醒脑静联合纳洛酮治疗可取得较好效果,相较于单用纳洛酮治疗,意识及肢体运动功能恢复正常时间明显更短,值得推广。

关键词:急性酒精中毒;醒脑静;纳洛酮;临床疗效

中图分类号:R595.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.027

急性酒精中毒俗称醉酒,指人体在饮入过量酒精(或酒精饮料)后引发的中枢神经系统兴奋与随后的抑制状态^[1]。当前,我国人均收入不断增长,人民生活水平提高,加上我国属于饮酒大国,有着悠久的酒文化,故而饮酒者与日俱增^[2]。从我院近几年接诊的急性酒精中毒患者来看,呈现逐年增长趋势。急性酒精中毒属于内科常见急症,其成人致死量为一次性饮酒相当于纯酒精 250~500 mL。我院将醒脑静联合纳洛酮治疗急性酒精中毒取得较好的效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2010 年 1 月~2012 年 12 月接诊的急性中毒患者 150 例作为研究对象,所有患者均经常规临床检查确诊,符合《实用内科学》酒精中毒诊断标准^[3]。纳入标准:(1)呕吐物中或呼气有明显酒味;(2)有过量饮酒史;(3)排除药物、有机溶剂等原因引发的类似中毒症状;(4)有兴奋、昏睡昏迷及共济失调等症状;(5)无其他合并症。所有

患者皆签署知情同意书愿意配合本次研究,皆在醉酒后 2.5 h 内来我院就诊。所有患者随机均分为研究组与对照组各 75 例。对照组中,男 48 例,女 27 例;年龄 18~68(39.4±5.5)岁;饮酒量 250~815 mL。研究组中,男 50 例,女 25 例;年龄 16~69(39.8±5.7)岁;饮酒量 255~800 mL。两组患者年龄、性别及饮酒量等一般资料无显著性差异($P>0.05$),有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者给予常规治疗与护理,主要有吸氧、保持呼吸道畅通、保暖、催吐、心电监护、洗胃,同时减少活动降低损伤,然后静滴 10%葡萄糖注射液 250 mL+VitC+VitB₆ 以及 0.9%氯化钠溶液 100 mL+40 mg 泮托拉唑,并纠正水电解质与酸碱失衡及低血糖,之后采用纳洛酮(国药准字 H20053314)0.4 mg 配制注射液静推,继而予纳洛酮 1.2 mg 加入 5%葡萄糖注射液 250 mL 中静滴(纳洛酮用量根据中毒情况适当调整,但不能高于 4 mg)。研究组在对照组治疗基础上联用醒脑静(国药准字