

溃结汤保留灌肠的临床应用

★ 冯萍萍 王玉宗 汪炜锋 俞伟君 (浙江省临安市中医院消化内科 临安 311300)

摘要:目的:观察溃结汤保留灌肠治疗溃疡性结肠炎(UC)的临床疗效。方法:42例UC患者分为治疗组22例,对照组20例。前者采用辨证治疗给予溃结汤浓缩煎液加地塞米松、思密达保留灌肠治疗;后者采用地塞米松、思密达保留灌肠治疗。结果:治疗组治愈率32.7%,总有效率93.5%;对照组治愈率12.8%,总有效率68.7%,两组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:溃结汤治疗UC疗效明显,可降低复发率,值得临床推广。

关键词:溃结汤;保留灌肠;溃疡性结肠炎

中图分类号:R 574.62 **文献标识码:**B

笔者采用溃结汤配合西药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎22例,疗效较为满意,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

所有病例均为我院经电子结肠镜检查活检病理确诊。全部患者均符合中华医学会消化病学会对炎

症性肠病诊断治疗规范的建议中所规定的炎症性肠病的诊断标准^[1]。按确诊先后顺序进行分组。其中治疗组22例,男13例,女9例;年龄21~67岁,平均 (38.7 ± 4.5) 岁;病程3个月~12年。对照组20例,男12例,女8例;年龄19~73岁,平均 (33.6 ± 7.9) 岁,病程2个月~13年。两组治疗前一般资

1.3.1 对照组 对照组采用眼部综合疗法,根据眼部病情选用润舒眼液或珍珠明目眼液滴眼,同时改变屏幕画质、改善坐姿、照明条件及周围环境,合理矫正屈光不正,做眼保健操等。

1.3.2 治疗组 治疗组在对照组治疗基础上予中药杞菊地黄汤加减内服。中药基本组方为:枸杞15g,菊花12g,熟地12g,山茱萸10g,山药12g,泽泻10g,茯苓12g,丹皮10g。头眼胀痛者加蔓荆子、菊花以清利头目,止痛;兼见头晕、健忘、神疲者,合天王补心丹以补养气血,养心安神;大便干结者加火麻仁润肠通便。用法:1剂/天,水煎分2次服。两组均以15天为一疗程,共治疗1~2个疗程。

2 结果

疗效标准参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[3]的相关标准拟定。结果治疗组治愈(眼部及全身症状全部消失,病人能长时间近距离视物达6小时以上)17例,显效(能近距离工作4~6小时,眼部及全身症状基本消失)11例,有效(能适应近距离工作2~4小时,眼部及全身症状有所改善)6例,无效(眼部及全身症状无明显好转,耐受近距离工作时间不足2小时)6例,总有效率85%;对照组分别为4、5、9、22例,45%。两组疗效比较差异有显著性意义($P < 0.01$),治疗组优于对照组。

3 讨论

随着社会的发展,科技的进步及电脑的普及,人们对电脑的依赖程度逐渐增加,相应患者群亦越来越多。VDT视疲劳在当今信息社会表现尤为突出,成为眼科门诊的常见病。现代医学尚无满意的治疗方法。中医学认为“肝开窍于目”,《内经》曰:“肝受血而能视”,“五脏六腑之精气皆上注于目而为之精”。孙思邈将本病称为“肝劳”,曰:“其读书、博奕过度患目者,名曰肝劳。”这说明五脏六腑的精气旺盛、肝血充足、目得濡养方能明视万物。肝肾不足,久视伤血,或多思多虑,最易引起视疲劳。故治疗上当以滋养肝肾为主,辅以补血、益精、明目,方以杞菊地黄汤合柴葛解肌汤加减。方中以熟地、山茱萸、山药分别补肝肾脾肾阴,佐以丹皮、茯苓、泽泻分泻肝脾肾之火湿浊,补不足而泻有余,补不留邪,泻不伤正,六味相合,则精气旺盛,肝血充足,目得濡养。临证加减使用本方,能收到缓解症状、减轻痛苦、保护视功能的良好效果。

参考文献

- [1]徐广第.眼屈光学(修订版)[M].北京:军事医学科学出版社,2001:267-283.
- [2]关征实,余荣志,林建民,等.VDT工作对眼的影响[J].实用眼科杂志,1990.8(7):399-401.
- [3]孙传兴.临床疾病诊断依据治愈好转标准[S].北京:人民军医出版社,1992:593.

(收稿日期:2008-05-20)

料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 灌肠方组成与配制 溃结汤配方:红藤 30 g,生地榆 30 g,白头翁 30 g,白及 20 g,柯子 20 g,黄连 10 g,黄柏 10 g。将上述 7 味中药浸泡,煎水将药液浓缩至 150 ml 备用。

1.2.2 保留灌肠治疗 治疗组:取溃结汤浓缩煎液 100 ml 加地塞米松 10 mg、思密达 3 g 组成灌肠液,加温至 36~40℃ 左右。灌肠前排空大便,取左侧卧位,用灌肠管插入肛门内(10~15)cm 处,灌完后卧床休息,使药液在肠腔内至少保留 2 小时以上,每晚灌肠 1 次,15 天为一疗程,每疗程间隔 5 天,共治疗 3 个疗程。治疗期间,停用其他药物并忌食生冷瓜果、油腻刺激食物及牛乳制品等。

对照组:生理盐水 100 ml、思密达 3 g、地塞米松 10 mg 混合,灌肠,方法、疗程同治疗组。

1.3 观察方法及疗效判断标准

1.3.1 疗效评定 参照“对炎症性肠病诊断治疗规范的建议”^[1]。完全缓解:临床症状消失,结肠镜检查粘膜大致正常;有效:临床症状基本消失,结肠镜检查粘膜轻度炎症;无效:经治疗后临床症状、内镜及病理检查结果均无改善。

1.3.2 观察两组腹痛、腹泻、脓血便症状改善情况 治疗前将两组患者的腹痛、腹泻、脓血便症状在程度上进行分级,分为无、轻度、重度 3 个等级,在治疗后观察这 3 个等级例数改变情况。

1.4 统计学处理方法

计数资料采用 χ^2 检查,计量资料采用 t 检验。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗组完全缓解 8 例,有效 13 例,无效 1 例,总有效率 93.5%;对照组分别为 3、11、6 例,68.7%。两组比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.71, P < 0.05$),治疗组疗效优于对照组。

2.2 两组治疗前后腹痛、腹泻及脓血便改善情况比较

见表 1。治疗组治疗后在减轻患者腹痛、腹泻及脓血便方面明显优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后腹痛、腹泻及脓血便症状改善情况比较 例

组别	n	时间	腹痛			腹泻			脓血便		
			无	轻	重	无	轻	重	无	轻	重
治疗组	22	治疗前	0	12	10	2	13	7	2	12	8
		治疗后	14*	6*	2*	16*	5*	1*	20*	2*	0*
对照组	20	治疗前	1	10	9	1	13	6	3	13	4
		治疗后	6*	12*	2*	5*	13*	3*	14*	4*	2*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P <$

0.05。

2.3 两组治疗前后结肠镜检查比较

表 2。两组治疗后均有明显疗效(息肉改善情况除外),但是治疗组在改善结肠粘膜充血、水肿、糜烂、溃疡疗效方面明显优于对照组;而两组对治疗息肉的疗效均不明显,两组比较,差异无统计学意义。

表 2 两组治疗前后结肠镜检查情况比较

组别	n	时间	充血	水肿	糜烂	溃疡	息肉
治疗组	22	治疗前	20	15	6	2	1
		治疗后	6*	4*	0*	0*	1
对照组	20	治疗前	18	14	5	2	2
		治疗后	12*	8*	3*	1*	2

3 讨论

现代医学认为本病病因尚未完全明确,一般认为与免疫功能异常,氧自由基损失及感染、精神因素有关。中医学认为本病以大肠湿热壅滞及日久多瘀为其病机特点,属于“泄泻”、“久痢”范畴^[2]。多系感受外邪,饮食不洁,情志失调,脾胃虚弱,命门火衰等引起脾虚湿盛,脾失健运,肠道传化失常,升降失司,清浊不分。慢性溃疡性结肠炎大多数局限于左半结肠,另由于西医治疗效果欠佳,难以彻底,反复发作,所以肠腔内给药是一重要治疗方法。中医药多数医家认为脾虚湿盛是该病发展的病理基础,因此,主张以理脾渗湿为法^[3]。

灌肠液溃结汤中红藤为主药,清热解毒,活血化瘀,以局部直接给药,使药物直达病所,避免于各种消化酶对药物影响并能延长药物作用时间,有利于局部炎症消退和病变修复,副作用少,复发率低,使用方便,总有效率高。此方具有减轻炎症刺激,减少炎性渗出作用,同时可抑制亢进的肠蠕动,从而减少排便次数及缓解腹痛症状。中西药联合保留灌肠在改善局部肠粘膜充血、水肿、溃疡方面优于对照组,提示中西药联合保留灌肠对减轻局部炎症反应损伤程度,促进局部组织修复的作用优于对照组。中西药结合保留灌肠的疗法治疗慢性溃疡性结肠炎近期效果好,疗效持久。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(4): 236-237.
- [2] 阎青海, 张健文. 胃肠病诊疗全书[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000; 370-371.
- [3] 舒洪权, 王成友. 中西医结合大肠肛门病诊治新进展[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2006; 268-283.

(收稿日期: 2008-02-26)