复方大黄散配三九胃泰、甲硝唑治疗消化性溃疡 88 例

刘茂松 逮明森

(山东省东明县第三人民医院 东明 274500)

关键词:消化性溃疡;中西医结合疗法;复方大黄散;三九胃泰;甲硝唑

中图分类号:R 573.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)05- 0018-02

笔者依据辨证辨病相结合, 中西医相结合的思维方法, 自拟复方大黄散配合三九胃泰、甲硝唑治疗该病取得明显效果。

1 临床资料

88 例病人均为门诊和住院患者, 均经纤维胃镜确诊为消化性溃疡。其中男 65 例, 女 23 例; 胃溃疡 31 例, 十二指肠球部溃疡 47 例, 胃、十二指肠溃疡并存 10 例; 最小年龄 18 岁, 最大年龄 71 岁, 平均年龄 44.5 岁, 以 20~45 岁发病率最高, 占 95%; 病程最短者 3 个月, 最长 25 年; 有出血史者 15 例, 大便潜血阳性者 27 例。

2 诊断标准

根据全国大专教材《内科学》第 5 版及其他参考资料, 慢性、周期性与饮食有关的节律性上腹疼痛。X 线钡餐检查

为宜。患者取侧卧位, 用 18~20 号肛管涂少许油剂, 将药物抽入灌肠器内, 经肛门灌注入肠腔, 保留至少 2h 以上, 灌肠前排空大便。插管深度, 可随病变部位调整, 一般以 15~30cm 为宜, 药物注入速度不宜过快, 避免压力增大, 损伤肠壁粘膜。治疗结束后卧床休息 30min。每晚临睡前灌肠, 10d 为 1 疗程, 间歇 5d 后, 进行第 2 疗程, 6 个疗程结束后复查纤维肠镜。停药后随访 1 年。对照组: 口服水杨酸偶氮磺胺嘧啶 (SASP)(上海信谊制药厂生产), 每日 3 次, 每次 1.0g, 连续治疗 3 个月。停药后随访 1 年。

3 统计方法

采用美国 SPSS10.0 统计软件包, 组间比较用 χ^2 检验。

4 疗效标准

显效: 临床症状有明显减轻或消失, 纤维肠镜检查、病理活检显示肠粘膜炎症、充血、水肿消失, 随访 1 年未复发。有效: 临床症状、纤维肠镜检查 and 病理活检有一定好转和改善, 随访 1 年未复发。无效: 临床症状、纤维肠镜检查 and 病理活检无改变。

5 治疗结果

表 1 2 组疗效比较 例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	62	25	32	5	91.9%
对照组	66	19	24	23	65.2%

经 χ^2 检验, 2 组有显著性差异 ($P < 0.05$)。

6 体会

目前认为慢性结肠炎发病主要由于免疫机制异常所致, 和遗传因素也有一定关系^[1]。结肠粘膜的广泛充血、水肿、渗

显示龛影征象, 纤维胃镜检查可见溃疡病灶为主要临床诊断依据。

3 治疗方法

采用中西医结合的方法, 结合辨证思路, 自拟复方大黄散: 大黄、白及、三七按 3:3:2 比例, 共为细末, 每服 4g, 每日 3 次, 饭前、睡前 30min 口服, 1 个月为 1 个疗程。同时配服三九胃泰 (深圳南方制药厂出品), 每次 1 包冲服, 早晚各服 1 包; 甲硝唑每次 0.4g, 每日 3 次, 餐后服。中成药、西药 1 个月为 1 个疗程。连服 3 个疗程, 半年后随访。

4 疗效标准及结果

4.1 疗效标准 根据卫生部颁发的《中药新药治疗消化性溃疡疗效标准评定》, 参照《中医内科学》制定, 症状以疼痛、饱胀、暖气、泛酸、呕恶、嘈杂, 食欲、大便、舌象、脉象等综合

血是便血和腹泻的病理基础, 在溃疡边缘假性息肉形成的粘膜上皮炎性化生的异常增生, 提示有癌变的可能性^[2]。虽然

表 2 2 组临床症状平均改善时间 d

组别	腹泻	粘液便	脓血便	腹痛	里急后重
治疗组	2.70	2.90	4.20	1.36	3.60
对照组	4.80	3.90	5.90	3.50	4.80

经 χ^2 检验, 2 组有显著性差异 ($P < 0.05$)。

癌变率较低, 但对慢性结肠炎患者精神上是一种负担和威胁。慢性结肠炎属中医学“肠风”、“泄泻”等范畴。主要病机是感受外邪, 内伤饮食, 脾胃虚弱而致湿热郁结大肠, 伤及血络致泄泻及便脓血等。“肠炎康”灌肠方中选用大黄“荡涤肠道, 推陈致新, 通利水谷”, 大黄还有清热止血作用; 五倍子收敛止血生肌; 黄柏泻除下焦湿热; 马齿苋泻热解毒, 散血瘀。诸药合用, 共奏清热解毒、化瘀收敛、止血之功。药物灌肠利用大肠粘膜对液态中药物吸收快的特点, 根据不同病变部位, 药物灌注后采用相应的卧位姿势, 使药液高浓度作用于病变肠段, 同炎症部位直接接触, 起到局部治疗的作用, 并且避免了口服中药对胃肠道刺激的不良反应, 防止药物被消化液的酸碱度和酶破坏, 从而提高了疗效。

参考文献

[1] 李志询. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 64 例[J]. 实用中西医结合临床, 2003, 3(5): 20

[2] 伏兴华, 王大观. 慢性结肠炎的研究进展[J]. 云南中医学院学报. 1995, 8(3): 43~46

[3] 田海河, 李庆荣. 中医药治疗慢性结肠炎的思路方法分析[J]. 中国中医药信息杂志, 1995, 2(9): 23

(收稿日期: 2004-04-19)

中西药结合前列腺内注药治疗细菌性前列腺炎 203 例报告

邢子龙 解春洁 许衍慧

(吉林省延吉市医院男科 延吉 133000)

关键词: 中西医结合疗法; 前列腺内注药; 细菌性前列腺炎; 川参通注射液; 抗生素

中图分类号: R 697.33

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2004)05-0019-02

慢性前列腺炎, 是青壮年男性的常见病、多发病, 约占泌尿男科门诊病人的 30%^[1]。1954 年以来, 国内外学者对全身抗生素药物及中药治疗前列腺炎作了大量的研究, 但由于药物难以穿过前列腺类脂膜进入前列腺腺泡内, 故该处药物含量不能达到有效浓度^[2-3]。为此, 我院自 2000 年 12 月以来对 203 例经按摩前列腺液细菌学检查培养出细菌证实为慢性细菌性前列腺炎者, 选用川参通注射液等联合局部直接注药治疗细菌性前列腺炎, 取得了较满意的效果^[4-6]。现报告如下:

1 临床资料

本组 203 例, 均为以往在外院或诊疗所曾用过抗生素、微波、多功能治疗仪或离子透入服用中药等治疗无效或复发者。年龄小于 20 岁 12 例, 21~30 岁 69 例, 31~40 岁 65 例, 41~50 岁 49 例, 大于 50 岁 8 例; 病程 3 个月~12 年, 1 年以内 28 例, 1~5 年 107 例, 6~10 年 46 例, 10 年以上 22 例。本组病人皆有典型的临床症状和体征: 如腰骶酸痛、小腹、会阴、睾丸、精索等胀痛, 尿道痒痛 168 例 (82.7%); 尿道滴白、尿频、排尿不尽感 108 例 (53.2%); 性功能改变 (阳痿、早泄、

滑精等) 139 例 (67.9%); 肛诊前列腺均有不同程度结节、肿胀、压痛 189 例 (93.1%); 前列腺液检查卵磷脂小体皆在 50% 以下, 最少者为 10% 以下, 白细胞皆在 15 个 /HP 以上, 脓细胞满视野 29 例 (14.3%); 198 例做前列腺液细菌培养和抗生素敏感试验^[4], 其中有细菌生长 72 例 (36.3%), 依次为金黄色葡萄球菌 23 例, 表皮葡萄球菌 16 例, 大肠杆菌 12 例, 淋球菌 8 例, 其它细菌 13 例。

2 治疗方法

取川参通注射液 (苦参、麦冬、当归、川芎等纯中药制剂, 贵州瑞和制药厂生产) 4mL+2% 利多卡因 2mL+ 地塞米松 5mg+ 糜蛋白酶 4 000U, 敏感抗生素 (如头孢类、喹诺酮、氨基甙类、大环内酯类等)。总注射容量不超过 8mL 为宜, 注药方法: (1) 经耻骨上、距耻骨联合上 1.5cm 进针, 沿耻骨向下, 经耻骨后膀胱穿入前列腺要用腰椎穿刺针; (2) 经直肠穿入前列腺, 污染机会多, 一般不采用此方法; (3) 经会阴部穿刺前列腺。我们将 3 种方法作比较, 经会阴方法, 病人痛苦小, 简单易行。患者采取胸膝位在肛门与阴囊间两侧用碘伏严密消毒, 然后左手戴无菌手套, 涂润滑剂用食指伸入直肠扪及前

评价为疗效评定标准。痊愈: 症状消失, 胃镜下溃疡灶愈合, 局部无充血水肿; 显效: 症状明显改善, 胃镜下溃疡灶基本愈合, 但仍有轻度红肿炎症表现; 有效: 症状改善, 胃镜下溃疡面缩小 >1/2; 无效: 症状无改善, 胃镜下溃疡面缩小 <1/2 或无变化。

4.2 治疗结果 3 个疗程观察结果, 痊愈 51 例, 占 57.9%; 显效 26 例, 占 29.54%; 有效 6 例, 占 6.82%; 无效 5 例, 占 5.68%; 总有效率达 94.32%。半年后复发者 12 例, 占 13.64%, 按该疗法治疗仍有效。5 例无效患者 3 例癌变。提示经治疗效果较差者应早取活检, 早期诊断早期治疗。

5 讨论

消化性溃疡是临床常见病多发病, 具有病程长、易复发等特征, 临证以胃脘部慢性、周期性与饮食有关的节律性上腹疼痛为主特征, 并伴饱胀、暖气、泛酸、呕恶、嘈杂、食欲不振、大便失调或黑便及舌象、脉象的异常改变。属祖国医学“胃脘痛”范畴, 是由忧思恼怒所致肝郁气滞、肝气横逆犯胃引起; 二是饮食失节, 劳倦、六淫所伤, 致脾不健运, 胃失和降而生, 但最多见、更重要的因素是情志失调, 临证脉象多弦, 舌体两侧多瘀斑瘀点。其病机是致病因子——肝郁气滞——胃、十二指肠粘膜瘀血——微循环障碍——局部组织失去气

血濡养——细胞变性坏死粘膜糜烂、溃疡, 并功能障碍。

现代医学认为该病一是长期精神刺激 (紧张、焦虑) 致使神经及内分泌失调; 二是过食辛辣、粗糙、烈酒、浓茶及非甾体抗炎药等; 三是幽门螺杆菌感染: 引起胃十二指肠粘膜——粘膜屏障的破坏和胃液大量分泌造成胃或十二指肠壁自我消化。

从辨证辨病及胃镜观察提示, 胃粘膜充血水肿, 颗粒状增生隆起、皱肉、小结均为瘀血表现, 粘膜糜烂、溃疡为瘀血所致。治疗总则应遵王清任“气通血活”之旨, 即活血化瘀为治疗大法, 采用复方大黄散为主治疗。方中大黄泻火解毒, 活血消瘀, 抗菌消炎, 并有杀灭幽门螺杆菌作用; 三七味甘微苦, 走血分, 善和营止血, 化瘀生新, 消肿定痛, 具有化瘀血和脉络、通血滞生新血作用, 并能改善胃肠粘膜血液循环, 增加胃肠粘膜血流量, 促进溃疡愈合; 白及苦甘气寒, 走血分, 具有收敛止血、消肿生肌之功, 对胃粘膜和溃疡面有良好的保护作用。配合三九胃泰、甲硝唑增强消炎、杀灭幽门螺杆菌作用。诸药合用, 具有灭幽门螺杆菌、消炎止血止痛、促进炎症创面愈合、改善毛细血管通透性、保护胃粘膜、调整胃酸、胃酶及腺体分泌作用; 用药方便、实用, 效果好, 值得推广应用。

(收稿日期: 2004-03-12)