

肠激惹综合征的中西医结合治疗体会

宋文明

(山东省宁阳县中医院 宁阳 271400)

关键词:肠激惹综合征;中西医结合疗法;香连丸;脾约麻子仁丸;美加明;山梨醇;硫糖铝;安定;诊断

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0051-02

肠激惹综合征(Irritable Bowel Syndrome, IBS)系肠道运动功能紊乱性疾病,临床上以反复发作的腹痛、腹泻、便秘并伴有全身症状为特点。本病在消化道疾病中很常见,且临床表现无特别性,在未充分排除器质性疾病之前,诊断常难以确立,易作出“慢性结肠炎”的诊断。本文报告 45 例诊断治疗体会如下:

1 临床资料

男性 32 例,女性 13 例;年龄 20~30 岁 6 例, 31~40 岁 14 例, 41~50 岁 15 例, 51~60 岁 8 例, >60 岁 9 例; 病程 3 个月~20 年, 1~5 年占 85%。本组 45 例分别经粪便、X 线与纤维结肠镜检查并经 1~3 年随访排除结肠器质性疾病。发病因素:精神、饮食、感染、腹腔手术、旅行、药物等因素均可引起,其中以精神(17/45)及饮食(15/45)因素最为多见。临床表现:肠道症状有腹痛、腹胀 37 例(占 89.2%),腹泻 26 例(占 57.7%),便秘 9 例(占 20%),腹泻与便秘交替 4 例(占 8.8%),粘液便 7 例(占 15%),肠道外症状有头痛、头昏、失眠 5 例(占 11.1%),精神症状 18 例(占 40%),心慌胸闷 5 例(占 11.1%),食欲不振、乏力 10 例(占 22.2%)。临床分型:因本病症状多,以主要症状分型有利于治疗。我们分为 4 型:腹泻型 25 例,占 55.5%;便秘型 9 例,占 20 例;腹泻、便秘交替型 4 例,占 8.8%;低粘液便型 7 例,占 15.5%。

肠粘膜弥漫性充血、水肿,有的呈颗粒状,触之易出血,发生形态各异的糜烂和溃疡,有粘液或脓性分泌物,有的可见息肉,病程长的结肠袋变平。粘膜活检为炎症反应,糜烂溃疡腺上皮增生。临床症状:腹泻,为水样便,粘液便,或脓血便,有的有里急后重,次数 2~10 余次,下腹部或左下腹部阵发性疼痛,有的伴恶心、腹胀、食欲减退、消瘦等。

2 治疗方法

2.1 保留灌肠 清热利湿汤:秦皮 10g,白头翁 15g,黄连 10g,黄柏 12g,苡仁 15g,赤芍 15g,五灵脂 10g,葛根 15g,黄芪 30g,升麻 10g,肉桂 5g。水煎取 100mL,加入云南白药 4g 混合,在 38℃左右时左侧卧位灌肠,保留 1h 以上。10d 为 1 个疗程,休息 10d 后行第 2 个疗程。3 个疗程后复查,进行疗效评价。

2.2 柳氮磺胺嘧啶(SASP)2~4g,分 4 次口服。

3 疗效观察

3.1 疗效判定 治愈:症状消失,肠镜、病检粘膜基本恢复正常。好转:症状基本消失或好转,肠镜、病检粘膜病变减轻。无效:症状无明显改善,肠镜、病检粘膜无变化。

3.2 结果 33 例中痊愈 14 例,好转 17 例,无效 2 例,总有

2 治疗方法

2.1 一般治疗及心理治疗 让病人了解本病的基本知识,消除顾虑和恐惧心理,参加适当的体育锻炼、摄生及饮食指导。

2.2 对症治疗 症状此较明显,一般治疗难以见效者,根据临床分型针对性地用药。基本药方有:腹泻型服用复方苯乙哌啶 1~2 片/次或美加明 2.5~5mg/次,3 次/d;便秘型可服用山梨醇 2~4g/次或 20%甘露醇 20mL/次,2 次/d;粘液型服用氢氧化铝凝胶液 5~10mL/次或硫糖铝 0.5~1.0g/次,3 次/d。根据病情对以上药方进行调整,逐步达到较好疗效。因本病多少有精神因素,据文献统计最高达 90%,因此适当加用镇静或抗焦虑药:如安定、利眠灵、多虑平、安他乐等。有腹痛者给予解痉药,如颠茄合剂、普鲁本辛等药物综合治疗。

2.3 中医药治疗 腹泻型用成药“香连丸”,便秘型用“脾约麻子仁丸”等,辨证施治服用汤剂以巩固疗效。见表 1。

表 1 IBS 辨证施治情况				
辨证	主要症状	舌脉	治则	代表方剂
肝郁气滞	腹部游走疼痛、便秘	舌苔薄白、脉弦	疏肝理气	柴胡疏肝饮加减
脾虚肝郁	腹痛、下痢	舌红、苔薄黄、脉弦细	疏肝健脾	痛泄要方加减
脾虚失运	少食、疲乏便秘	舌淡、齿痕明显、脉沉细	健脾补气	参苓白术汤加减
寒湿内蕴	脐周腹痛腹胀	舌苔白腻、脉沉弦	温寒利湿	胃苓汤加减

3 疗效观察

治疗标准以用药半月~1 月或巩固半月为限。显效:主

效率 94%。

4 讨论

本病在祖国医学中属泄泻、痢疾、腹痛范围,多由饮食、情志失调致湿热之邪入里,内伤脾胃,运化失调而致泄泻,日久化毒损伤血络,便生脓血。治疗虽以驱邪为主,但病程多迁延日久,故以脾肾阳虚为本,须标本兼治,方能奏效。故用秦皮、白头翁、黄连、黄柏清热解毒,凉血止痢;苡仁健脾除湿排脓;赤芍能破血散瘀消痈肿;五灵脂行瘀止痛;因脾肾阳虚,清阳下陷,用黄芪益气健脾;升麻、葛根升发脾胃清阳之气,使浊降清升;用肉桂温肾暖脾;配云南白药有化瘀、止血、止痛、生新之功效。药液在肠道内保留时间长,直接作用于病灶,浓度高,吸收好,使病变结肠很快痊愈。

参考文献

[1]全国慢性非感染肠道疾病学术研究会. 溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准[J].中华消化杂志,1993,3(6):354
[2]高鹏翔,曹毅荣.通因通用法治疗溃疡性结肠炎 267 例[J].中国中西医结合杂志,2004,12(3):185
[3]高绪文,郑明新,李继莲.简明消化病诊治[M].北京:人民卫生出版社,2000.481~488

(收稿日期: 2004 - 12-27)

中西医结合治疗急性胆囊炎 185 例

郭翠萍

(河南省驻马店市第二中医院 驻马店 463000)

关键词:急性胆囊炎;中西医结合疗法;利胆汤;头孢噻肟钠;左氧氟沙星;654-2

中图分类号:R 575.6¹

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0052-01

急性胆囊炎是临床常见的急腹症,根据病因和发病机制一般分为急性非结石性胆囊炎和结石性胆囊炎 2 种。急性胆囊炎的表现主要取决于胆囊炎的类型、伴否结石、胆管梗阻程度和并发症情况,女性多于男性。我院自 1998 年~2003 年采用中西医结合治疗本病 185 例,效果显著。现报告如下:

1 一般资料

本组观察的急性胆囊炎患者 185 例,女性 115 例,男性 70 例;年龄 6~70 岁,平均年龄 32 岁;均为急性非结石性胆囊炎,结石性急性胆囊炎不在讨论范围;所有病例均结合临床表现、体征及实验室检查明确诊断。

2 治疗方法

2.1 西药治疗 (1)卧床休息,纠正脱水、电解质紊乱、酸中毒;(2)应用抗生素控制感染:头孢噻肟钠 2.0g 加入生理盐水 250mL 中静脉滴注,每日 2 次;左氧氟沙星 0.2g 静滴,每日 2 次;1 周为 1 个疗程;(3)对症治疗,主要是解痉止痛,一般用 654-2 针 10mg 肌注;(4)若疾病发展至化脓性或坏疽性胆囊炎时应立即手术治疗。

2.2 中医治疗 根据辨证施治,应用疏肝理气、祛瘀通络、清热利湿之中药,以利胆汤加減:柴胡 12g、香附 15g、枳壳 15g、川芎 12g、郁金 15g、当归 15g、泽泻 15g、车前子(布包)12g。若胁肋掣痛、心急烦躁者,加栀子 15g、川楝子 30g、延胡 15g 以清肝理气止痛;若发热、黄疸者,加茵陈 20g、黄柏 12g 利湿

退黄;若热盛伤津大便秘结、腹部胀满者,可加大黄 6g、芒硝 9g 以泻热通便;若胃失和降、呕吐甚者,可加陈皮 15g、半夏 13g、砂仁 10g 以和胃止呕。全部患者均用以上 2 种方法治疗。

3 治疗效果

治疗标准:痊愈:症状、体征均消失,B 超及实验室检查均正常;好转:症状、体征基本消失,B 超及实验室检查正常;无效:症状、体征无明显好转,发展成化脓性或坏疽性胆囊炎而手术治疗。本组病例治愈 152 例,好转 29 例,无效 4 例,总有效率 97.8%。

4 体会

急性胆囊炎发病急、病程重,属中医“胁痛”、“胃脘痛”、“腹痛”范畴。是由于肝气郁结、瘀血停着、肝胆湿热等病因所致,如果治疗不及时或不当,则易转变为慢性胆囊炎,若病情加重发展至化脓性胆管炎、急性坏疽性胆囊炎就需要立即手术治疗,所以急性期应积极治疗。单一治疗的效果往往不佳,我院采用中西医结合治疗本病,取得了令人满意的效果。西药以控制感染,解痉止痛;中医辨证施治以利胆汤加減,肝气郁结者以疏肝解郁、理气止痛为主,瘀血停着者以祛瘀通络止痛为主,肝胆湿热者以清热利湿为主;中西合参,标本兼治,相得益彰,疗效满意,值得临床推广。

(收稿日期: 2005-01-31)

要症状消失,3~6 个月基本无复发;有效:主要症状缓解,3~6 个月复发,但比治疗前明显减轻;无效:症状如故。结果 45 例病人,有效 41 例,总有效率为 91.11%。

4 讨论

4.1 诊断探讨 本病应排除其它器质性疾病以后诊断。因此,多需注意详细询问病史,细致体格检查及各种有关实验室检查,以排除其它器质性病变。我们的诊断标准为:(1)以腹痛、腹胀、腹泻、便秘等为主或伴有全身性神经官能症状,常有上述诱发因素;(2)病人一般情况好,无消瘦、发热、食欲明显下降,系统体检仅发现下腹压痛;(3)多次大便常规及培养(至少 3 次)阴性,大便潜血阴性;(4)钡剂灌肠 X 线检查无阳性发现或结肠有激惹现象,或报告“粘膜粗乱”; (5)纤维结肠镜检查提示运动亢进,无显著粘膜异常(如无糜烂、溃疡、结节、息肉等);粘膜活检正常或固有少许圆形细胞浸润,但无其它特异性病变;(6)血、尿常规正常,ESR 正常;(7)病史中无痢疾、血吸虫等寄生虫病或肠诱发试验阳性及抗痢疾治疗无效。所谓诱发试验,即有痢疾病史或有类似症状者,口服泻

剂促使腹泻,将其粪便作常规和培养,如系慢性痢疾正常呈阳性结果。本组 50 例中有 5 例诱发试验阳性,而未归入统计。

在鉴别诊断上,宜慎重排除肠道器质性病变,如炎症、肿瘤、憩室、息肉、小肠吸收不良综合征、乳糖酶缺乏症、胆道、胰腺、肛管、泌尿生殖道疾病等。对可疑的病例宜定期追踪观察,进行必要的复查。有文献报告 123 例 IBS 追踪 3 年,有 4 例归入器质性病变。本组病例均追踪 1~10 年,每年复查 1 次,迄今尚未发现器质性病变。

4.2 治疗体会 因本病是慢性病程,有反复发作的特点,在治疗中应耐心和有针对。我们设立了专科门诊,进行系统追踪治疗。因本组患者多为门诊病人,由于各种原因目前继续追踪者 32 例。我们发现易复发和治疗困难者以便秘型为多见,我们对各型复发的病人采取的措施是在原治疗有效基础上增加药物剂量,如再复发即调换药物和中医治疗。有关本病的远期疗效待进一步探讨。

(收稿日期: 2004 -12-06)