

中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎临床报告

叶青¹ 哈志强²

(1 江西省九江县人民医院 九江 332100; 2 江西省中医药研究院 南昌 330077)

关键词: 溃疡性结肠炎; 中医药疗法; 保留灌肠

中图分类号: R 574.62

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)06-0042-02

溃疡性结肠炎又慢性溃疡性结肠炎, 是一种病因不明的直肠和结肠慢性炎症性疾病。近年笔者采用中药汤剂保留灌肠, 治疗溃疡性结肠炎 3 例, 收到较好疗效。该方法费用低廉、简便易行、副作用少。现简要报告如下:

1 临床资料

3 例患者主要临床表现均为: 腹泻, 腹痛, 黏液脓血便, 里急后重感, 呈慢性反复发作。大便常规和培养不少于 3 次, 无病原体发现, 电子结肠镜检查显示结肠炎病变, 伴有溃疡形成。临床诊断: 溃疡性结肠炎(轻型)。3 例患者中男性 2 例, 女性 1 例; 21 岁, 26 岁, 36 岁各 1 例。

2 治疗方法

以中药大黄 10g、三七粉 5g、蒲公英 30g, 水煎取汁

红色血便 1 000mL, 至出血第 4 日加用 5%SH 溶液 50mL 注入胃内, q 4h, 6h 后抽胃液仅见少许咖啡色样物, 12h 后胃管引流中无出血。用 SH 治疗 4d 后查粪潜血转阴, 再治疗 5d 停用 SH。继续治疗原发病, 3 个月后痊愈出院。用 SH 治疗前输血 3 200mL, 用 SH 治疗后输血 400mL, 二者有鲜明对比。

例 2 男, 56 岁, 因间歇上腹痛 5 年, 黑便 3d 加重伴呕血 1d 以“上消化道出血”收住院。入院前半天呕血 600mL。既往有风心病二尖瓣狭窄并关闭不全病史 12 年, 房颤史 5 年, 4 年前查胃镜示“十二指肠溃疡”。入院查体: T 37℃, R 23 次/min, BP 10 / 7kPa, 脉搏细弱, 四肢末梢冷, 神志清楚, 贫血貌, 双肺呼吸音粗糙, 心界向左扩大, 心率 110 次 / min, 律不齐, 快慢不均, 心尖区闻及收缩期吹风样杂音及舒张期隆隆样杂音, 中上腹有中度压痛。诊断为“十二指肠溃疡并出血, 失血性休克, 风心病二尖瓣狭窄并关闭不全, 心律失常房颤”。给予前述综合止血治疗, 8h 后仍有呕血约 400mL, 黑色及暗红色血便 800mL, 遂停用冰盐水及去甲肾上腺素, 改用 5%SH 每次 40mL 口服, q 2h。服药 2h 后抽胃液仅有少许咖啡色絮状物, 3h 后病情改善, 活动性出血征象消失, 服 SH 4d 后查粪潜血转阴, 复查胃镜示“十二指肠溃疡”, 巩固治疗半月康复出院。

2 讨论

腐植酸钠是腐植酸的钠盐, 是一类天然无定形、高分子有机化合物, 主要含有黑腐酸并含有少量黄腐酸(SF)和棕腐酸(Shy)。它具有抗炎、止血、收敛、改善微循环、促进组织愈合、激活单核巨噬细胞等作用, 在一定条件下具有沉淀蛋白质的作用。这可能与其抗炎、收敛作用有关, 临床上用于收敛、止血、止痛、止痒、抗渗出、消炎消肿等。药理学^[1]介绍主要用于妇科疾病。《本草纲目·石部》曾有记载:“(石炭)亦名煤炭, 乌金石……主治妇女气血痛及金疮出血。”^[2](白善土)主

200mL, 保留灌肠, 2 次 /d, 每次保留 30min, 15d 后改为每日灌肠 1 次。1 个月为 1 个疗程。3 例患者中仅 1 例治疗 1 个疗程, 2 例治疗 2 个疗程。

3 治疗效果

症状完全消失, 复查结肠镜基本正常 2 例; 症状明显好转, 复查结肠镜黏膜充血, 水肿明显吸收, 溃疡基本愈合 1 例。治疗 3 例均随访半年复发。

4 典型病例

患者王某, 男性, 21 岁, 学生。于 2003 年 7 月 18 日来院初诊。诉腹痛, 腹泻反复发作 2 年, 本次于 10 d 前无明显诱因又出现腹泻, 解黏液脓血便, 每天 2~3 次, 伴腹痛, 里急后重感, 便后缓解, 无发热等全身症状。诊见: 左下腹轻压痛, 舌红

治女子月闭积聚、血结, 治鼻洪吐血。”国内所用 SH 皆可以从风化煤、泥炭、土壤中提取。从临床及动物试验发现有活血化瘀以止血的功效, 说明 1500 年前古人所用乌金石或白善土治病的有效成分就是腐植酸。近年有腐植酸钠治疗溃疡性结肠炎的报道^[3]。北京同仁医院腐殖酸研究室内科消化组关于腐植酸中黄腐酸的研究表明: 该药能加速凝血过程(《北京医学》1999, 5(5): 40)。在给实验动物静脉注射 SF 后 30min 测血栓弹力图, 显示凝血活酶和凝血酶生成时间缩短非常显著, 还伴纤维蛋白凝血坚固性的显著提高, 血栓弹性的提高可能对止血后预防再出血有一定帮助。由于它有较强的吸附和胶体性, 是否能促进出血部位血小板的粘附作用, 有利于局部止血也值得研究。祝亚勤等^[4]以大鼠胃溃疡模型为起点, 用 3 种不同浓度的腐植酸钠为实验药物, 并以生理盐水作空白、胃得乐为阳性对照药, 发现腐植酸钠具有较强抗溃疡作用, 其作用在一定浓度下明显优于阳性对照药胃得乐, 其低剂量组 1mg/mL、中剂量组 2mg/mL、高剂量 4mg/mL 组溃疡抑制百分率分别为 46.3%、62.55%、72.25%。SH 上述的药理作用有利于快速止血和促进创面的愈合。

SH 的临床应用中未发现明显副作用, 根据试用结果, SH 是一种治疗难治性上消化道大出血的有效药物, 在其他药物无效或选用受限时值得一用。

参考文献

[1] 陈有谦. 新编药理学[M]. 第 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 501
[2] 于建新, 张喜英, 李文刚. 自拟健脾化湿汤配合腐植酸钠保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 82 例[J]. 大肠肛门病外科杂志, 1999, 5(2): 40
[3] 祝亚勤, 王洪杰, 李秀宏, 等. 草炭腐植酸钠抗溃疡作用的研究[J]. 腐植酸, 1998(3): 24

(收稿日期: 2005-04-25)

恩丹西酮和氟哌利多对预防术后自控镇痛相关恶心、呕吐、锥体外系反应的对比观察

田金美

(浙江省长兴县中医院 长兴 313100)

关键词: 自控疼痛; 副作用; 恩丹西酮; 氟哌利多; 对比观察

中图分类号: R 614.4⁺2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)06- 0043-002

1 资料与方法

1.1 一般资料 100 例年龄 20~60 岁, 体重 45- 60Kg, ASA I - II 级择期进行股骨头置换术。术前均无恶心呕吐, 无肝肾功能及神经系统疾病。

1.2 麻醉方法 硬膜外阻滞穿刺点选 L₁₋₂, 向头端置管 3cm, 注入试验量 1.5%利多卡因 5mL, 观察 5~10min, 出现阻滞平面, 再注入 1.6%利多卡因和 1%丁卡因混合液 8~12mL, 阻滞平面在 T₆-S₄ 之间。视情况间断追加上述混合液 4~6mL, 术后经静脉行注射止痛泵 (PCA), 连续 48h 微泵输注 (2mL/h)。将上述患者随机分为 2 组, 每组 50 例。镇痛药配方为: I 组: 芬太尼 0.5mg+ 曲马多 600mg+ 枢丹 4mg, II 组: 芬太尼 0.5mg+ 曲马多 600mg+ 氟哌利多 5mg, 配方均用生盐水配至 100mL。

1.3 观测项目

1.3.1 观察 PCA 开始后 2、4、8、12、24h 患者心率、血压、脉搏血氧饱和度 (SPO₂) 及各个时点 2 组恶心呕吐发生率。

1.3.2 观察 PCA 开始后 2、4、8、12、24h 患者镇痛及镇静评分, 镇痛评分采用视觉模拟评分 (VASF), 镇静评分采用 Ramsay 评分法: I 级, 清醒、烦躁不安; II 级, 清醒、安静合作; III 级, 欲睡、仅对指令有反应; IV 级, 入睡、对呼唤反应敏捷; V 级, 入睡、对呼唤反应迟缓; VI 级, 嗜睡、难以唤醒。从 I ~VI 级相应地设定为 0~6 分。

1.3.3 观察患者术后 0~2h、2~4h、4~8h、8~12h、12~24h 5 个时段中 2 组恶心呕吐发生率及锥体外系发生率。

1.4 统计分析 数据采用均值± 标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示, 组间

计量资料采用配对卡方检验, 计数资料采用卡方检验。所有数据均采用 SAS8.0 进行统计学处理, $P < 0.05$ 为有显著性差异。

2 结果

观察到患者 97 人。2 组患者年龄、性别、体重、手术种类均无显著差异, 见表 1。2 组患者血压、心率、SpO₂, 24h 内无显著差异, 且无 1 例出现呼吸循环功能障碍。24h 内 VAS 评分 2 组无显著差异 ($P > 0.05$), Ramsay 镇静评分、锥体外系发生率有明显差异 ($P < 0.05$)。I 组呕吐发生明显减少 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 2 组一般情况 ($\bar{X} \pm S$)

组别	年龄 / 岁	性别 / (例, 男 / 女)	体重 / kg	股骨头置换术 / 例
I 组	45± 20	21/28	50± 10	49
II 组	40± 22	29/19	45± 12	48

表 2 Ramsay 评分、PONV 发生率等 例 (%)

组别	n	Ramsay 评分						PONV 发生率	锥外系发生率
		I	II	III	IV	V	VI		
I 组	48	2 (4.16)	38 (79.2)	3 (6.25)	5 (10.4)	0	0	5 (10.4)	0
II 组	149	3 (6.12)	32 (65. 3)	4 (8. 16)	7 (14.3)	2 (4.08)	0	15 (30.6)	2 (4.08)

3 讨论

术后镇痛已普遍开展, 但还存在一定的副作用, 包括恶心呕吐、呼吸抑制、锥体外系在内的不良反应。积极预防其副作用迫在眉睫^①。曲马多通过弱阿片和单胺介导的抗伤害刺激机制的协同作用产生镇痛作用^②, 由于其呼吸抑制及依赖性成隐性小, 已广泛应用临床治疗^③。但曲马多 PCA 恶心呕吐发生率高^④, 限制其在疼痛中应用, 因此如何控制曲马多相关恶心呕吐便十分关键。恩丹西酮和氟哌利多均可控制呕吐

苔黄腻, 脉滑实。实验室检查: 血常规在正常范围, 腹部 B 超无异常发现。大便培养 3 次, 无病原体发现。电子肠镜检透显示: 乙状结肠黏膜弥漫性充血、水肿, 伴轻度糜烂, 可见 3~5mm 浅小溃疡 2 处。诊断: 慢性溃疡性结肠炎。予中药大黄 10g、三七粉 5g、蒲公英 30 克, 煎煮取汁保留灌肠 1 个月, 腹泻腹痛消失。复查结肠镜: 乙状结肠黏膜充血、水肿基本吸收, 溃疡愈合, 随访半年余未复发。

5 讨论

溃疡性结肠炎临床表现以腹泻、解粘液脓血便、腹痛、里急后重为主, 症状与中医“痢疾”十分接近, 故可按“痢疾”进行辨证治疗。本病的发生与感受外邪及饮食不节有关, 其病位在肠。外感湿热之邪或平素好食肥甘厚味, 酿生湿热, 湿热壅滞肠中, 气血与之相搏结, 使肠道传导失司, 脉络受伤, 气

血凝滞, 腐败化为脓血, 而出现腹泻、黏液脓血便, 湿热内结或饮食内阻, 以致腑气不通, 则腹痛、里急后重。

根据以上病机, 治疗当以清热利湿、导滞通腑、活血祛瘀为法。湿热乃“痢疾”的主要病因, 故首当清利湿热。导滞通腑、活血化瘀, 为针对气滞血瘀病机之治法。所谓“行血则便脓自愈, 调气则后重自除”。方中重用蒲公英清热利湿, 切中病因; 大黄导滞通腑, 腑气通则腹痛、里急后重自除; 田三七活血散瘀, 加之大黄也有活血化瘀、泻火凉血之功, 凉血、凉血则脓血便自止, 祛瘀又能促进生新, 利于溃疡愈合。

以上三药合用, 切中该病病机。该病病位在肠, 采用保留灌肠的用法, 药物能直达病所。因此, 临床治疗取得较好的效果。

(收稿日期: 2005-05-12)