

安肠汤加结肠水疗治疗 52 例腹泻型肠易激综合征

黄适 林寿宁 朱永萍 张雪兰

(广西中医学院附属瑞康医院 南宁 530011)

摘要:目的:观察水疗加免煎中药安肠汤保留灌肠治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效。方法:将 102 例腹泻型肠易激综合征随机分成 2 组,治疗组水疗加免煎中药安肠汤保留灌肠,对照组口服匹维溴胺。2 组疗效通过积分比较和疗效指数比较评价。结果:治疗后的积分差值比,治疗组疗效优于对照组, $P < 0.05$ 。疗效指数比,治疗组 52 例,痊愈 30 例,占 57.7%;显效 10 例,占 19.2%;有效 8 例,占 15.3%;无效 4 例,占 7.7%;总有效率 92.3%。对照组 50 例,痊愈 18 例,占 36.0%;显效 10 例,占 20.0%;有效 11 例,占 22.0%;无效 11 例,占 22.0%;总有效率 78.0%。2 组对比, $P < 0.05$,有显著性差异。结论:水疗加安肠汤保留灌肠治疗腹泻型肠易激综合征有良好疗效。

关键词:肠易激综合征;水疗;免煎中药;安肠汤;保留灌肠

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)01-0031-02

肠易激综合征 (IBS) 指的是一组包括腹痛、腹胀、排便习惯改变和大便性状异常、黏液便等表现的临床综合征,症状持续存在或反复发作,经检查排除引起这些症状的器质性疾病^[1]。由于症状反复,严重影响人们的工作和生活质量。本科室 3 年来采用自拟安肠汤免煎剂加水疗治疗腹泻型 IBS52 例,并与口服匹维溴胺组 50 例进行对比观察。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 将纳入病例随机分成 2 组(制成随机卡分别发给门诊和病房医师)。治疗组 52 例,住院 42 例,门诊 10 例;男 12 例,女 40 例;年龄最小 17 岁,最大 70 岁;病程最长 9 年,最短 1 年。对照组 50 例,住院 12 例,门诊 38 例;男 10 例,女 40 例;年龄最小 19 岁,最大 72 岁;病程最长 7 年,最短 1 年。所有病例都有腹部隐痛或不适,大便频数改变,发作时每天 3 次以上,便后痛减,伴有腹胀、肠鸣、粪便稀烂、溏薄、黏液便、便后不爽。结肠镜检查大部分病例降结肠、乙状结肠或直肠均有黏膜潮红、血管纹理模糊、粗乱或触之易出血等慢性炎症改变。2 组病例性别、年龄、病程和临床症状等比较,无显著性差异。

1.2 诊断依据 参照罗马 II 标准^[2]。

1.3 排除标准 所有病例均经结肠镜检查,排除器质性的疾病。直肠黏膜脱垂症、严重内痔、严重心脏疾病和高血压患者以及资料不全或不合作者均排除。

1.4 疗效评定标准 参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》制定。对腹痛、腹胀、粪便稀烂、排便次数增多、黏液便采用积分法记录。按无、轻、中、重分别记 0、2、4、6 分。治疗前见表 1。

表 1 2 组治疗前积分比较 ($\bar{X} \pm S$)

病情	治疗组 (n=52)	对照组 (n=50)
腹痛	3.28± 1.19	3.14± 1.09
腹胀	2.41± 1.86	2.55± 1.63
粪便稀烂	3.11± 1.68	2.97± 1.78
排便次数增多	2.04± 0.99	1.88± 1.38
黏液便	2.54± 1.35	2.38± 1.57

注:2 组间比较, t 检验 $P > 0.05$ 。

2 治疗方法

2.1 药物治疗 治疗组用自拟方安肠汤免煎剂。安肠汤的药物组成:黄连 10g,木香 10g,白芍 20g,槐花 15g,地榆 15g,蒲公英 15g,土茯苓 20g,赤芍 15g,丹参 15g,丹皮 10g,冰片 3g。免煎中药药物为江苏江阴制药厂生产。免煎中药用开水 100mL 浸泡 1h,配成 300mL 备用。对照组:匹维溴胺(商品名:得舒特,法国苏威公司生产)500mg,口服,1d3 次,疗程 2 周。

2.2 水疗方法 采用美国生产的 IMS-100 结肠水疗仪,备好无菌纯净温水(38~42 度)35~45L。嘱患者排空大小便,左侧卧位,双腿收向胸前。将一次性专用探头套上外管插入肛门 6~8cm 后,在进管的同时轻轻将内管送入,同时灌水冲洗,排水时停止进管。如此反复,将内管送进约 60~80cm,灌注冲洗时间为 30min。结肠冲洗干净后,用适温的生理盐水 1000mL 再次冲洗 10min,最后将中药液经内管注入结肠深部。并嘱患者回病房卧床休息,同时抬高臀部 10cm 后交替取左、右侧卧和平卧 3 种体位 1h。每天水疗 1 次,7d 为 1 个疗程。所有病例均经过 2 个疗程治疗。

3 结果

3.1 积分差 见表 2。

表 2 2 组治疗 2 个疗程后积分差值比较 ($\bar{X} \pm S$)

病情	治疗组 (n=52)	对照组 (n=50)
腹痛	1.72± 0.92	1.35± 0.84
腹胀	1.29± 0.81	0.93± 0.85
粪便稀烂	2.29± 1.08	1.97± 0.78
排便次数增多	1.45± 0.99	1.00± 0.58
黏液便	1.24± 0.35	1.00± 0.57

注:2 组间比较, t 检验 $P < 0.05$,有显著性差异,治疗组优于对照组。

3.2 疗效指数^[3] 疗效指数见表 3。疗效指数(%)=[(治疗前症状分数—治疗后症状分数)÷ 治疗前症状分数]× 100%。疗效指数 ≥ 90% 为治愈,70%~89% 为显效,31%~69% 为有效,≤ 30% 为无效。治疗组 52 例,痊愈 30 例,占 57.7%;显效 10 例,占 19.2%;有效 8 例,占 15.3%;无效 4 例,占 7.7%;总有效率 92.3%。对照组 50 例,痊愈 18 例,占 36.0%;显效 10 例,占 20.0%;有效

11 例,占 22.0%;无效 11 例,占 22.0%;总有效率 78.0%。2 组对比, $P < 0.05$,有显著性差异,治疗组优于对照组。

表 3 2 组疗效指数比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	52	30(57.7)	10(19.2)	8(15.3)	4(7.7)	92.3
对照组	50	18(36.0)	10(20.0)	11(22.0)	11(22.0)	78.0

注:2 组间比较, t 检验 $P < 0.05$ 。

3.3 不良反应 有 10 例患者在水疗时出现恶心、腹部不适,无须特殊处理。48 例在水疗前 3d 内偶有腹部疼痛不适,未作特殊处理。其余未见其他不良反应。

4 讨论

肠易激综合征是肠道功能紊乱的功能性疾病。发病机制尚未清楚,可能与胃肠动力学异常、内脏感知异常和精神因素等多种因素有关。IBS 属中医的腹痛、腹泻范畴,证多属肝郁脾虚、肝脾失和、湿热内壅而致。湿热壅滞下焦,碍于大肠,故泄下垢瘀黏液之物。肝主疏泄,肝气郁滞,疏滞不畅,加之下焦湿毒,出现腹痛、腹胀、黏液便、大便不畅或干结。肝气疏泄过于亢盛,则大便次数增多,泻后痛减。治疗以健脾疏肝,化湿清热为原则。安肠汤(该方为广西名中医林寿宁教授验方)中,木香、白芍、赤芍、丹皮舒肝柔肝以畅通气机;黄连、槐花、地榆、土茯苓、蒲公英、冰片清热化湿以健脾;赤芍、丹皮、丹参活血化瘀而改变微循环;诸药合用,达到舒肝理气健脾、清热化湿的功效。免煎中药是按照中药的浸取法,使用适当

的溶媒和工艺,将中药的有效成分浸出,经过浓缩精制而成。它保持了传统中药配方灵活简便的特点,既可内服,也可外用,不但保持了药效特性,而且其有效成分比较稳定。免煎中药灌肠类似外敷的膏药,药物直达患处,作用迅速。经临床观察,免煎中药水疗疗效较传统的煎剂疗效确切。

我们运用新型结肠水疗仪,采用电子技术辅以专门设计的探头,能给结肠内一定的压力和机械冲洗,起到按摩肠道的作用。同时可以清洁滞留在结肠内的大便、细菌和毒素,减少肠内容物的非正常的分解和发酵,缓解肠道的痉挛和疼痛。结肠冲洗干净后,有利于灌肠液与结肠黏膜充分接触,充分发挥药物作用。水疗法避免了上述药物苦寒性能对胃的刺激。在水疗的同时,操作者同时对患者进行健康宣教,增进患者对疾病的了解,有利于患者的康复。治疗期间,禁吃粗纤维食物以及油炸煎炒和易胀气的食物。

通过积分差值比较和疗效指数比较, t 检验 $P < 0.05$,治疗组水疗加免煎中药安肠汤灌肠明显优于对照组。

参考资料

[1]叶任高,陆再英.内科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.442~443

[2]Drossman DA.Diagnosis and treating with refractor functional gastrointestinal disorders[J].Ann Intern Med,1995,123:688

[3]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.34

(收稿日期:2005-08-09)

带状疱疹误诊 1 例

张文中 魏美莲

(山东省东明县第三人民医院 东明 274500)

关键词:带状疱疹;误诊;病例报告

中图分类号:R 752.1²

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)01-0032-01

曹某,女,63 岁,退休职工。主诉:发作性右上腹部疼痛 7d。患者 7d 前进食较多的凉食及瓜果后出现右上腹部疼痛,伴轻微恶心、腹胀,夜间疼痛甚,无腹泻发热。曾经在社区门诊部按“胆囊炎”治疗,口服氟哌酸胶囊 2 粒,1d 3 次;消炎利胆片 4 粒,1d 3 次;颠茄片 1 片,1d 3 次;疗程 3d。症状未见缓解,反而转移至腰背部,疼痛加剧。查体:右肾区轻度叩击痛,余正常。到县医院做肝、胆、脾、右肾、输尿管、膀胱彩超正常,腰椎正侧位片示骨质增生,以 L₄₋₅ 明显。既往高血压病史 8 年。诊断:胸椎骨质增生症。给予布洛芬 2 片,1d 3 次,口服;维生素 B₁ 30mg,盖天力 3 片,1d 3 次,嚼服,症状未见缓解。今晨患者家属发现其右腰部一簇红色丘疹,微痒,查右背部 T₁₁₋₁₂ 区见一片呈簇状分布绿豆大的丘疱疹群,有的疱疹紧张,局部溃破。明确诊断:带状疱疹。予以聚肌胞 4mg,肌肉注射,隔日 1 次;维生素 B₁₂ 20mg,1d 3 次,口服;维生素 E 0.1g,1d 3 次,口服;阿昔洛韦 2 片,1d 3 次,口服。10 余天后皮疹消失,腰痛减轻。

讨论:带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒引起的一种累

及神经及皮肤的病毒性皮肤病,中医学称“缠腰蛇”。初次感染后,临床表现为水痘或呈隐性感染,以后病毒进入皮肤的感觉神经末梢,沿神经纤维向中心移动,持久地潜伏于脊髓后根神经节的神经元中,当宿主的细胞免疫功能减退时,病毒被激活,使受侵犯的神经节发炎及坏死,产生神经痛。神经痛为本病特征之一。有些老年人在神经痛 4~6d 后才发生皮疹,因而极易误诊,约有半数中老年患者于皮疹消退后,仍可遗留顽固性神经痛,常持续数日或更久。好发部位为肋间神经(占 53%)、三叉神经(15%)、颈神经(占 20%)及腰骶神经(12%)的分布区。

该患者于神经痛 6d 后出现典型带状疱疹的皮损,皮疹 2 周后才渐消退,此间曾误诊为“胆囊炎”、“骨质增生症”。有些亦可误诊为结石症、急性阑尾炎等。临床工作中,对老年患者无明显原因可解释的顽固性腰背部疼痛,应充分考虑到本病的可能,追踪随诊,密切观察有无典型皮损发生,切不可麻痹大意,忽略细致的查体,而仅迷信主诉、病史及辅助检查。

(收稿日期:2005-05-18)