

# 溃疡性结肠炎云南白药液改良灌肠的观察

刘承红

(江西省余江县中医院 余江 335200)

关键词: 溃疡性结肠炎; 云南白药灌肠液; 改良; 保留灌肠

中图分类号: R 574.62

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.047

药物保留灌肠是溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 的主要治疗方法, 其目的是利用肠黏膜直接吸收药物, 达到治疗效果, 而灌肠液在肠内保留时间、肠腔环境、病变部位及灌后的体位, 将直接影响其临床效果。为了探讨更为理想的方法, 我们采用中西医结合治疗方法, 并对传统的灌肠方法进行了改良, 应用云南白药灌肠液保留灌肠, 先清洁灌肠, 然后根据病变部位的不同, 选择不同的插管深度及灌后体位。2006 年 1 月~2010 年 12 月治疗 36 例患者, 取得显著疗效。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 36 例溃疡性结肠炎住院病人, 均经结肠镜检确诊, 并除外细菌性痢疾、阿米巴痢疾、肠结核等疾患, 其中男 25 例, 女 11 例, 年龄 28~57 岁, 平均 42.5 岁。溃疡性直肠炎 8 例, 乙状结肠炎 13 例, 全结肠炎 12 例, 全结肠炎并直肠炎 3 例。

1.2 治疗方法 治疗前 1 周停用一切治疗溃疡性结肠炎的药物。(1) 药液配制: 云南白药 1.5 g、野菊花水 50 mL、甲氢咪呱 0.4 g、地塞米松 10 mg、复方新诺明 2 片, 研细末冲调均匀, 温度 37~38 ℃。(2) 操作步骤: 每晚临睡前 1 h, 用温生理盐水清洁灌肠后, 让病人休息 20~30 min, 将配好的药液抽入 100

## 2 讨论

目前控制类风湿关节炎病情发展的慢作用药起效慢, 抗炎镇痛药长时间服用有一定副作用, 一部分病人难以耐受; 糖皮质激素虽然有较强的抗炎作用, 由于副作用较多, 大多数病人不愿接受。RA 属于中医学“痹证”范畴, 病因与正气不足有关。《素问·痹证》云: “风寒湿三气杂至, 合而为痹, 痹者, 乃气血不通也。”治以益气血, 佐以祛风胜湿通络为法。故在临床工作中, 我们应用中医经络治疗理念, 配合起效快的西药穴位注射, 尽快达到控制病情的目的。治疗所选足三里为足阳明经, 系多气多血之经的合穴; 曲池为手阳明经之合穴, 具有补益气血、健脾化湿的功效。牛痘疫苗致炎兔皮提取物注射液是将 Vaccinia Virus 接种到家兔的皮肤组织, 从其炎性组织中提纯精制而成的一种非蛋白小分子生物活性物质。大量临床实验证明该药有神经修复、

mL 的注射器内, 选用 16~18 号导尿管用石蜡油润滑后经肛门轻轻插入病变部位缓慢注入药液。根据纤维结肠镜所提示的病变部位而定导管插入深度及灌肠后所取的体位, 见表 1。整理用物并观察病人有无不良反应及灌肠后排便的时间。灌肠后卧位时间不少于 2 h, 肠内保留时间 3~6 h<sup>[1]</sup>, 每晚 1 次, 14 d 为 1 个疗程。中间休息 5 d 继续下一疗程, 病情好转后灌肠 1 次/周。

表 1 插入导管深度及灌肠后所取体位参考

病变部位	肛管插入深度 (cm)	灌肠后体位
直肠	7~12	左侧卧位→俯卧位→仰卧位
乙状结肠	15~20	臀部抬高 10 cm→左侧卧位
全结肠	30	臀部抬高 10 cm→左侧卧位→俯卧位→胸膝卧位→右侧卧位
全结肠+直肠	30	左侧卧位→俯卧位→胸膝卧位→右侧卧位→平卧位

1.3 疗效判定标准 近期治愈: 疗程症状消失, 镜检复查黏膜正常; 好转: 疗程症状基本消失, 镜检复查黏膜轻度炎症反应; 无效: 症状及镜检均无显著变化。

1.4 结果 近期治愈 15 例 (41.7%), 好转 19 例 (52.8%), 无效 2 例, 总有效率 94.4%。36 例病人治疗前存在抑郁、焦虑、思想顾虑重, 经健康教育、心理护理, 全部配合完成灌肠治疗。9 例病人灌肠中出现腹痛, 经热敷、按摩疼痛缓解, 完成治疗。

神经营养及镇痛作用。国外研究报道: 牛痘疫苗致炎兔皮提取物注射液在中枢通过调节 5-羟色胺能系统及去甲肾上腺素能系统的功能, 激活下行性抑制疼痛系统; 同时在外周通过抑制激肽释放酶活性而减少缓激肽的释放, 达到镇痛的效果<sup>[2]</sup>。再加上穴位刺激疏通经络、调整脏腑之功效, 使患者多关节肿痛得以尽快缓解, 疗效满意。且未见明显副反应, 值得推广使用。

## 参考文献

- [1]Shaun R,Edward DH,Clement BS.Kelley's textbook of rheumatology [M].America:Health Science Asia,Elsevier Science,2002.973
- [2]中华人民共和国卫生部药政科.新药(西药)临床研究指导原则[S].1993.110-121
- [3]Kawamura M,Ohara H,Go K,et al.Neurotrophin induces antinociceptive effect by enhancing descending pain inhibitory ayatems involving 5-HT3 and noradrenergic alpha2 receptors in spinal dorsal horn[J].Life Sci,1998,62:2 181-2 190

(收稿日期: 2011-06-24)

# 小醒脑开窍配合后溪、眩晕穴治疗颈椎病临床观察

张小兰 姜艳

(天津市塘沽中医医院 天津 300451)

关键词: 颈椎病; 后溪穴; 眩晕穴; 针刺疗法

中图分类号: R 681.55

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.048

颈椎病又称颈椎综合征,是由于颈椎增生引起炎症,或颈椎间盘脱出、膨出、萎缩,或椎间隙变窄刺激压迫神经根、颈部脊髓、椎动脉或交感神经而引起的一组症状。本病为中老年常见多发病,近年临床观察发现,本病的发病年龄在逐年缩小,发病率在逐年上升。本院运用小醒脑开窍法联合后溪、眩晕穴治疗本病 85 例,取得了较好的疗效。现将结果报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 塘沽中医医院 2009 年以来门诊病例 150 例,按就诊顺序随机分为两组。治疗组 85 例,其中男 45 例,女 40 例,年龄 14~67 岁,病程 2 d~13 年。对照组 65 例,其中男 34 例,女 31 例,年龄 15~70 岁,病程 2 d~12 年。两组患者的性别、年龄、病程差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 分型标准 参照《中华人民共和国中医药行业标准 - 中医病证诊断疗效标准》分为颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感神经型等五型。除外耳源性、眼源性眩晕,排除血液病、髓内肿瘤等。

1.3 疗效评价 根据《中华人民共和国中医药行业标准 - 中医病证诊断疗效标准》分为:痊愈:原有各型病症消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作;好转:原有各型症状减轻,

## 2 讨论

中医认为溃疡性结肠炎属“肠风久痢、肠癖、滞下”等范畴。病因系暑热、湿热、寒湿或热毒侵袭,致腑不利,邪迫大肠,伤及脉络,肉腐化脓而见肠管内风下血。溃疡性结肠炎多迁延日久,极易形成腹泻、淤滞与出血并见的复杂症候。因此,我们采用中西医结合治疗方法,以止血、消炎为主,辅以活血、抗过敏,借鉴外科用药特色以改良灌肠法使药物直达病所。云南白药化瘀、止血、活血止痛、解毒消肿,为中医止血要药,止血作用持久而缓和。现代研究认为该药有缩短出凝血时间、促进血小板凝集的作用。野菊花清热解毒、消肿,有抗菌、抗病毒作用,用于疮疡肿毒治疗。地塞米松、甲氢咪呱、复方新诺明有抗过敏、消炎、止血等协同作用。改良后的保留灌肠,克服了传统方法中只灌不洗、插管插入深度不

颈、肩背疼痛减轻,颈、肢体功能改善;未愈:症状无改善。

1.4 治疗方法 治疗组采用石学敏院士“小醒脑”开窍针刺法治疗,主穴:百会、四神聪、内关、三阴交、风池、风府、天柱加颈 3~7 夹脊、后溪、眩晕穴(完骨穴下 2 寸)。操作:常规消毒后,先刺百会穴,针刺向后,针柄旋转 90°,转速 120~160 次/min,行手法 1 min;四神聪向百会平刺,平补平泻手法;双侧内关直刺 0.5~1 寸,采用捻转提插相结合的泻法,施手法 1 min;双侧三阴交沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45°斜刺,进针 1~1.5 寸,用提插补法;风池、天柱针尖朝向喉结,进针 1.5~2 寸,采用小幅度高频率捻转<sup>[1]</sup>;后溪透劳宫平补平泻;眩晕穴补法;颈 3~7 夹脊穴向颈椎斜刺,平补平泻。以上各穴均在得气后施行手法,留针 30 min,每日 1 次,连续治疗 10 d 后评价疗效。对照组采用传统颈椎夹脊穴治疗,每日 1 次,10 d 为 1 个疗程。

1.5 治疗结果 治疗组 85 例,治愈 32 例,显效 49 例,好转 4 例,无效 0 例,愈显率为 95.3%;对照组 65 例,分别为 19 例、34 例、11 例、1 例、81.5%。治疗组愈显率优于对照组 ( $P<0.05$ )。

## 2 讨论

临床上运用“小醒脑开窍法”可达开窍醒神、祛瘀、灌后体位单一等不足,用 16~18 号导尿管代替肛管,对直肠黏膜刺激小,无损伤,使药液保留时间延长<sup>[2]</sup>。药液温度应与肠腔温度接近,一般 37~38℃,此温度可减少药物对肠道的冷、热刺激,不易引起便意,利于药物保留。总之,应用云南白药灌肠液予改良后的保留灌肠直接作用于病变部位,局部药物浓度高,对结肠黏膜起治疗与保护作用,促进其修复,改善局部血运,且较快减轻病人的痛苦,缩短疗程,从而节约医疗费用,在治疗溃疡性结肠炎中取得了显著的临床效果,值得临床大力推广。

### 参考文献

[1] 范传玲,张晶,方娟,等.药物灌肠前行清洁灌肠治疗溃疡性结肠炎的护理观察[J].实用护理杂志,2002,18(12):11  
[2] 夏雪梅.改进溃疡性结肠炎灌肠方法及结肠镜下的效果观察[J].中国实用护理杂志,2004,20(1):10

(收稿日期: 2011-07-14)