

止痛;当归养血和血,与芍药相合,共补肝体;茯苓利水渗湿、健脾益气;柴胡疏肝解郁;陈皮理气燥湿、醒脾和胃;防风祛风解痉止痛;薄荷能疏散郁遏之气,透达肝经郁热;延胡索止痛;甘草调和诸药。

临床治疗中,大部分患者伴有精神症状,如感到工作压力大,对外界反应敏感或过激,经常心烦、焦虑、抑郁、失眠多梦等。本病病程迁延,常反复发作,症状的加重往往与情绪有很大的关系。Guthrie 通过对 102 例本征患者心理治疗的研究发现,心理治疗在消除腹泻和腹痛方面有显著疗效。Thomson 则认为,即使药物治疗效果不甚理想,心理治疗也能取得

较好的疗效^[2]。鉴于此,笔者在临床治疗肠易激综合征时,在药物治疗的同时,非常重视心理治疗。针对不同的个体,采用不同的疏导方式,最大程度缓解患者的紧张、焦虑、抑郁等心理状态,往往起到意想不到的效果。综上所述,痛泻要方合逍遥散配合心理疏导治疗肠易激综合征切合病机,治疗方法得当,有较好的临床疗效。

参考文献

[1]郭振军,李云宁,李晶华,等.中医药治疗肠道易激综合征 63 例临床分析[J].吉林医药学院学报,2012,33(1):27-28
[2]胡伯虎.大肠肛门病治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2004.179-183
(收稿日期: 2013-12-31)

抑激方治疗腹泻型肠易激综合征的疗效观察

刘志冬

(江苏省高邮市中医医院 高邮 225600)

关键词: 肠易激综合征;腹泻型;抑激方;疗效观察

中图分类号: R574.4

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.030

肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 是临床最常见的一种功能性肠道疾病,临床表现为腹痛或腹部不适伴排便习惯改变为特征,持续存在或间歇发作,但无器质性疾病(形态学、细菌学及生化代谢指标等异常)的证据^[1]。临床上西医治疗药物单一效果差;中医药治疗该病有自身优势,为广大患者所认同。笔者运用自拟方治疗腹泻型 IBS,取得较满意的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例患者均为 2011 年 4 月~2012 年 3 月我院消化科门诊病人,其中男 26 例,女 34 例,年龄 18~65 岁,平均年龄 45.5 岁。随机分为治疗组和对照组各 30 例,治疗组男 12 例,女 18 例,病程 6 个月~20 年;对照组男 14 例,女 16 例,病程 6 个月~20 年。两组性别、年龄、病程等资料经统计学处理,差异无显著意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择 所有病例均通过胃肠镜、腹部 B 超等排除器质性病变;诊断标准参照罗马 III 诊断标准^[2]。年龄 18~65 岁,病程半年以上,且近 3 个月内每月至少有 3 d 反复发作的腹痛或腹部不适,并同时具备下列 2 种或 2 种以上症状可确诊:(1)排便后症状改善;(2)排便频率异常;(3)粪便性状改变。中医诊断参照 1993 年中华人民共和国卫生部《中药新药治疗肝郁脾虚证的临床研究指导原则》制定。肝郁证症见:(1)少腹胀痛,矢气后减轻;(2)情志抑郁,喜叹息;(3)烦躁易怒;(4)失眠多梦;(5)脉弦。脾虚证症见:(1)神疲懒言,体倦乏力;(2)胃纳减少;(3)脐腹隐痛;(4)食后腹胀,或下午腹胀加重;(5)大便溏

而不爽或时溏时干;(6)舌质淡,舌体稍胖或有齿痕。凡具有肝郁证和脾虚证见症 2 个以上者即可诊断为肝郁脾虚证。

1.3 治疗方法 治疗组口服自拟抑激方,组方:白术 15 g、防风 8 g、白芍 15 g、陈皮 10 g、太子参 15 g、薏苡仁 20 g、葛根 10 g、莲子 10 g、茯苓 15 g、柴胡 8 g、芡实 15 g、炙甘草 5 g,上方水煎服,1 剂/d,14 d 为 1 个疗程,共 2 个疗程。对照组:口服思密达(国药准字 H20000690),3 g/次,3 次/d,14 d 为 1 个疗程,共 2 个疗程。

1.4 疗效评定 疗效判定标准参照《中药新药治疗泄泻的临床研究指导原则》^[3]。痊愈:主要症状消失,大便成形,黏液消失;显效:主要症状基本消失,大便近似成形,黏液明显减少;有效:主要症状好转,大便仍溏,黏液减少;无效:临床症状无改善。

1.5 治疗结果 两组临床疗效比较,治疗组总有效率高于对照组,差异有显著性意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	22	6	2	93.3
对照组	30	18	4	8	73.3

2 讨论

肠易激综合征是最常见的一种功能性肠道疾病,在普通人群问卷调查中,有 IBS 症状者欧美报道为 10%~20%,我国北京和广州分别为 7.3%和 5.6%^[4]。临床上分为腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型和不确定型,其中尤以腹泻型最为常见。其病因病机尚不清楚,与多种因素有关,包括胃肠动力学异

常、内脏感知异常、精神因素、感染等,其中精神心理障碍被认为是 IBS 发病的重要因素。中医认为本病相当于“泄泻、腹痛、郁证”等范畴,并认为其发生多与情志失调、饮食失节、劳倦体虚、感受外邪等因素有关;调查表明尤与情志失调关系密切,而脾胃虚弱为其内因;烦恼郁怒,肝气不舒,横逆克脾,脾失健运,升降失调;或忧郁思虑,脾气不运,土虚木乘,升降失职,清浊不分,而成泄泻。经过对大量文献查阅得知,肝郁、脾虚是其病机的关键,肝、脾相关证候约占 80%。因此,本研究以“疏肝健脾法”为基础立论,自拟“抑激方”治疗本病。方中痛泻要方(防风、白术、白芍、陈皮)泻肝补脾,柴胡疏肝升阳;防风散肝舒脾、祛风燥湿;葛根鼓舞脾胃之气以升清阳、祛除湿邪,使阳气升腾而泄泻自止;太子参、茯苓、莲子、芡实、薏苡仁重以健脾涩肠之法,复以益气涩肠之功。

诸药合用,肝气得疏,脾虚得扶,肝脾同调,有健脾止泻之功。现代药理研究表明,白术对肠管活动有双向调节作用,当肠管兴奋时抑制作用,而肠管抑制时则呈兴奋作用;防风有抗炎抗过敏作用;白芍具有抗炎解痉镇痛作用,和茯苓均有提高免疫功能的作用;陈皮对肠运动有直接的抑制作用;薏苡仁内酯对小肠有抑制作用;葛根具有明显的解痉作用。故综合全方,具有明显的改善肠道功能、止痛止泻之功。临床应用效果显著,值得进一步推广。

参考文献

[1]Talley NJ,Spiller R.Irritable bowel syndrome:a little understood organic bowel disease[J]?Lancet,2002,360(9 332):555-564
[2]Longstreth GF,Thompson WG,Chey WD,et al.Functional bowel disorders[J].Gastroenterology,2006,130(5):1 480-1 491
[3]国家药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.139-143
[4]叶任高,陆再英.内科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2003.422-423
(收稿日期:2014-03-07)

术后胆道镜取石和肝脏切除术在肝胆管结石病治疗中的评价

唐茂明

(重庆市万州区中西医结合医院 重庆 404100)

摘要:目的:探讨胆管结石病治疗中肝脏切除术和术后胆道镜取石效果评价。方法:选取我院普外科 2012 年 1 月~2014 年 1 月收治的肝胆管结石病患者 100 例为研究对象,分析肝脏切除术与术后胆道镜取石治疗效果。结果:本组病例中,平均取石(3.78±2.1)次,结石取净率为 92%,仍有结石残余 8 例,占 8%。分析结石残余原因,多为术中处理不完善所致,其中术中未对肝胆管狭窄处理 2 例,未行肝脏部分切除 2 例,未行胆道镜取石 2 例,全身状态不佳无法行根治术 2 例。肝脏部分切除组结石取净率高于未切除组,平均取石次数少于未切除组,两组比较有统计学差异(P<0.05)。结论:肝胆管结石病术后胆道镜取石具一定有效性,但仍有复发和残石率,需外科进一步深入研究,同时,肝脏部分切除术预后更为理想。

关键词:肝胆管结石病;肝脏切除术;术后胆道镜取石术;评价

中图分类号:R657.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.031

肝胆管结石病地区分布有明显差异,西方国家发病率居较低水平,以亚太地区国家为主要好发区域,可能与环境和种族因素相关。其为一种分阶段、复杂的慢性疾病,有较高复发率,病因尚未十分明确,多认为与胆道慢性炎症、反复胆道感染、不明原因先天性胆管扩张和胆道狭窄相关,易致肝硬化,后引发肝衰,对患者生命安全构成严重影响,在治疗上存在一定难度。虽随着医疗科技的进步,在治疗方面取得一定成就,但其易有严重并发症出现的特点及病理生理复杂的过程,仍为临床应对难题^[1]。针对症状明显的肝胆管结石,需制定有效方案,行积极治疗,依据取尽结石、去除病灶、通畅引流、矫正狭窄、避免复发的原则,实施肝部分切除术、胆管结石取石术等多种手术方案^[2-3]。本文选取相关病例,就肝胆管结石病治疗中肝脏部分切除术、术后胆道镜取石应用效果进行评价。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取肝胆管结石病患者

100 例,男 40 例,女 60 例;年龄 21~82 岁,平均(58.3±12.9)岁;首次手术 55 例,二次 30 例,三次及以上 15 例;结石分布:左肝 47 例,右肝 23 例,双侧 30 例。患者均自愿签署本次实验知情同意书,并排除沟通障碍、意识障碍及机体其它系统严重患者。1.2 方法 全部病例首次手术均将胆囊切除,行胆总管切开取石术 69 例,肝脏部分切除术加胆总管切开取石 27 例,经皮经肝“U”形管引流术 1 例;Roux-en-Y 胆管空肠吻合术 3 例,其中 2 例合并肝脏部分切除。肝脏部分切除 29 例,未行肝脏部分切除 71 例,术后进行随访和数据分析,对比并发症、结石复发等情况。术后胆道镜取石多于门诊实施,不行麻醉,术前不用抗生素,不禁食,术后依据情况给予适当抗生素应用。术后 4~6 周,T 管窦道即可形成纤维化窦道,较坚固,T 管拔除后,胆道镜在窦道可自由进出,无窦道断裂或破裂。若患者合并有糖尿病、肝硬化等基础疾病,胆道镜检查可适当延后,防止 T 管窦道未成熟,引发不良事件。胆道镜取石前,B 超、