

香胃片辅助三联疗法治疗胃溃疡效果显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1]赵晖,钟卫一,梁金仙,等.益生菌辅助三联疗法根除幽门螺杆菌的疗效观察[J].广西医学,2015,37(1):105-106
[2]孟高达,王垂杰.中医药治疗胃溃疡简况[J].实用中医内科杂志,2015,29(1):78-79

[3]王晓琴,杨印智.三联疗法联合丹参注射液治疗胃溃疡的效果观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(2):151-153
[4]吴勇惠,方明亮,张武林.常规西药三联疗法联合半夏泻心汤治疗胃溃疡的临床效果观察 [J]. 中国中西医结合消化杂志,2014,22(2):102-103
[5]高东.三联疗法与胃炎灵联合治疗胃溃疡幽门螺旋杆菌感染疗效分析[J].武警后勤学院学报(医学版),2014,23(4):316-318

(收稿日期: 2015-05-08)

加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效分析

解德雄

(江西省永丰县七都乡卫生院 永丰 331506)

摘要:目的:探讨加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征的临床效果。方法:随机选取 2010 年 3 月~2014 年 3 月我院收治的 86 例腹泻型肠易激综合征患者,分为中药组与西药组各 43 例,西药组给予思密达治疗,中药组给予加味痛泻要方治疗。比较两组临床疗效结果:中药组的总有效率为 95.35%,显著高于西药组的 79.07%,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征能有效改善患者的临床症状,疗效显著,值得临床推广应用。

关键词:腹泻型肠易激综合征;加味痛泻要方;思密达;临床疗效

中图分类号:R574.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.041

肠易激综合征是一种常见的胃肠功能紊乱性疾病,临床表现以腹痛、腹胀、排便习惯改变以及大便性状异常等症状为主^[1]。临床中可将该病分为腹泻型、便秘型及两者交替型,以腹泻型居多。该病的病因和发病机制复杂,认为与胃肠动力异常、肠道菌群失调、精神心理等因素有关^[2]。临床中对该病的常规治疗以思密达等西药为主,但存在疗效不甚理想、不良反应多等缺陷。中医是临床治疗腹泻型肠易激综合征的重要手段,为了分析采用加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征的临床效果,我院对 86 例患者进行了分组比较。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2010 年 3 月~2014 年 3 月我院收治的 86 例腹泻型肠易激综合征患者,分为中药组与西药组各 43 例。中药组:男 27 例,女 16 例;年龄 18~66 岁,平均年龄(41.6±3.8)岁;病程 6 个月~12 年,平均病程(5.2±1.3)年。西药组:男 24 例,女 19 例;年龄 34~85 岁,平均年龄(58.6±5.6)岁;病程 4 个月~13 年,平均病程(5.4±1.4)岁。纳入标准:(1)符合《肠易激综合征罗马标准》者;(2)近 1 周内未接受肠易激综合征药物治疗者;(3)签署知情同意书^[3]。排除标准:(1)合并其他消化系统疾病者;(2)合并严重性心、肝、肾疾病者;(3)对思密达过敏者;(4)妊娠、哺乳期妇女。两组的各项资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 西药组给予思密达口服治疗,3 g/次,3 次/d,4 周为 1 个疗程。中药组给予加味痛泻

要方治疗,方药组成:炒白术 15 g、炒白芍 15 g、炒陈皮 10 g、炒防风 10 g、麦芽 10 g、山药 15 g、谷芽 10 g、红花 10 g、绿萼梅 10 g、白花蛇舌草 30 g、炙甘草 10 g,1 剂/d,早晚煎服,疗程为 4 周。

1.3 疗效判定 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]。(1)显效:临床症状消失,大便成形、有规律,1~2 次/d。(2)有效:临床症状明显改善,大便次数明显减少,但仍 >3 次/d;(3)无效:临床症状无变化,大便次数无减少或增加。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 用 SPSS22.0 软件进行统计,计数资料采用卡方检验,用百分值表示, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

中药组的总有效率为 95.35%,显著高于西药组的 79.07%,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。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
中药组	43	25(58.14)	16(37.21)	2(4.65)	41(95.35)
西药组	43	14(32.56)	20(46.51)	9(20.93)	34(79.07)

3 讨论

中医认为^[4],腹泻型肠易激综合征属于“泄泻、痛泄”等范畴,病机为肝郁脾虚,肠道传导失司。因脾胃素虚,或有食滞湿阻,但未发病,因情志失调、忧郁恼怒,累及肝脾,使肝气失于疏泄,横逆犯脾胃,使脾胃受制,运化失常,痛泄由生。故该病治疗宜以疏肝解郁、健脾渗湿为主。

本研究中,中药组给予加味痛泻要方治疗,方中炒白术除湿益燥、和中益气,可去脾胃中湿、除胃热、强脾胃;炒白芍健脾和胃、缓急止痛;炒陈皮理气健脾、调中燥湿;炒防风祛风解表、胜湿止痛;麦芽行气消食、健脾开胃;山药补脾养胃、生津益肺、补肾涩精;谷芽消食化积、健脾开胃;红花活血通经、去瘀止痛;绿萼梅舒肝、和胃、理气;白花蛇舌草清热解毒、消痈散结;炙甘草益气滋阴,通阳复脉;诸药合用,共奏疏肝解郁、健脾渗湿等功效^[9]。现代药理研究表明^[6],炒白术、炒防风具有增加小肠蠕动的作用;而炒白芍、炒陈皮则有一定的抑制作用,四药合用可起到调节肠管蠕动的作用。白花蛇舌草能有效增强白细胞吞噬功能及提高血清杀菌作用,有利于增强肾上腺皮质功能,且能有效调节肠管的异常功能状态;红花具有增强免疫能力的作用,红花中主要成分多糖能有效促进淋巴细胞转化^[7]。本研究中,中药组的总有效率为 95.35%,显著高于西药组的 79.07%,说明通过这些药物的共同作用,能有效改善、调节患者的

胃肠动力异常、内分泌异常、免疫异常及神经异常等状态,因此能取得良好的治疗效果。综上所述,加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征能有效改善患者的临床症状,疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1]郝忠和,闫俊生,郭建东.加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征 80 例临床观察[J].内蒙古中医药,2014,33(1):4-5
[2]李爱丽.加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征 108 例临床观察[J].湖南中医杂志,2014,30(6):9-10
[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.169-171
[4]徐学驹.加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征临床疗效观察[J].亚太传统医药,2014,10(20):102-103
[5]徐焕成,廖丽玲,陈建繁.加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征 43 例疗效分析[J].现代医院,2012,12(S1):20-21
[6]彭懿.加味痛泻要方合黄连素治疗腹泻型肠易激综合征的临床观察[J].中医药导报,2010,16(12):30-32
[7]苏国彬,刘文华,陈海滨,等.以痛泻要方为基本方治疗肠易激综合征随机对照试验的系统评价[J].广州中医药大学学报,2009,26(2):113-119

(收稿日期: 2015-05-08)

无张力补片修补法治疗疝气的随机对照研究

黄发新

(江西省丰城市董家中心卫生院 丰城 331133)

摘要:目的:探讨无张力补片修补法治疗疝气的临床效果。方法:按照实际手术方式将我院收治的 96 例疝气患者分为实验组(无张力补片修补法)56 例和对照组(传统修补术)40 例,分别行无张力补片修补法和传统修补术治疗,比较两组患者的术后下床时间、术后住院时间、手术费用以及术后复发率。结果:实验组患者术后下床时间、术后住院时间和手术费用均明显优于对照组,差异有显著性, $P<0.05$;实验组患者术后复发 1 例(1.79%),对照组患者术后复发 6 例(15.00%),两组术后复发率比较,差异有显著性, $P<0.05$ 。结论:无张力补片修补法治疗疝气手术费用低、术后恢复快、复发率低,是治疗疝气的优选术式。

关键词: 疝气;无张力补片修补法;传统修补术;临床效果

中图分类号:R656.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.042

疝气的临床发病率较高,发病人群主要集中于老年人,手术是治疗该病的主要手段。无张力补片修补法具有创伤小、复发率低、术后恢复迅速等优势,较传统手术更受临床医师和患者的青睐^[1]。本文对我院应用无张力补片修补法和传统修补术治疗疝气的临床效果进行了对照研究。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2011 年 1 月~2015 年 1 月我院收治的 96 例疝气患者的临床资料。所有患者均行腹股沟疝修补术治疗,排除绞窄疝、嵌顿疝等急诊手术患者、伴有其他感染的患者、长期使用免疫抑制剂或糖皮质激素治疗者以及有凝血功能障碍者。按照实际手术方式将 96 例患者分为实验组(无张力补片修补法)56 例和对照组(传统修补术)40 例。实验

组男 36 例,女 20 例;年龄 23~84 岁,平均年龄(51.97 ± 8.58)岁;病程 1 个月~20 年,平均病程(4.17 ± 1.32)年;其中单侧疝 38 例,双侧疝 18 例;直疝 21 例,斜疝 35 例。对照组男 27 例,女 13 例;年龄 24~84 岁,平均年龄(52.36 ± 8.67)岁;病程 1 个月~20 年,平均病程(4.18 ± 1.29)年;其中单侧疝 28 例,双侧疝 12 例;直疝 14 例,斜疝 26 例。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法 实验组患者术前无需禁食和留置导尿管,给予 1%利多卡因局麻后切开腹股沟区和外环区,缓慢游离腹外斜肌腱膜下间隙,充分显露联合腱和腹股沟韧带,将精索游离,切开提睾肌,轻柔提起疝囊并向疝囊根部游离,充分显露腹膜外后还纳疝