

实,定喘汤重用白果者比轻用者效果好,未用白果者较差。经急性毒性实验表明重用白果具有较高的安全性。多项研究表明^[10],采用中药方剂治疗喘息性支气管炎患儿效果显著,且不会产生毒副作用,结合西医治疗效果更为理想。通过表 1 看出,B 组治疗总有效率为 93.3%,明显高于 A 组的 83.3%;B 组治疗复发率为 6.7%,明显低于 A 组的 20.0%。说明中西医结合疗法更具优势,此外,两组患儿血清 IgE 均明显改善,与治疗前比较差异显著,但 B 组 IgE 水平下降更为明显,改善情况优于 A 组,差异明显。由此可见,中西医结合的新治疗技术,在治疗小儿喘息型支气管炎方面,疗效显著,可有效改善相关炎症因子水平,具有全面的优势。

参考文献

[1]李梅,蓝晓光.沙丁胺醇与地塞米松雾化吸入佐治小儿喘息型支

管炎疗效比较[J].临床军医杂志,2008,36(1):94
[2]林越仙,冯俊杰,沈文娟.婴幼儿毛细支气管炎血清 IgE 水平检测分析[J].中国乡村医药杂志,2010,17(5):56
[3]胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2005.1172
[4]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.286-288
[5]张毅.自拟中药平喘汤治疗小儿喘息性支气管炎临床疗效观察[J].亚太传统医药,2014,10(3):88-89
[6]郁志伟,谢娟娟.毛细支气管炎患儿血清 IL-4, IgE 测定及与哮喘的相关性研究[J].中国优生与遗传杂志,2015.13(7):131-133
[7]黄海.中西药联合治疗小儿喘息型支气管炎的疗效观察[J].临床合理用药,2013,6(6):102
[8]张秉成(清).成方便读[M].学苑出版社,2010.46-47
[9]兰才生.中西医结合治疗小儿喘息型支气管炎疗效观察[J].中国民族民间医药,2010,19(9):144,146
[10]肖家亮.中西医结合治疗寒饮郁肺型喘息性支气管炎 35 例临床观察[J].中医儿科杂志,2015,11(2):23-25

(收稿日期: 2016-05-05)

综合疗法治疗湿热蕴结型急性胃肠炎的临床研究*

陈志光 孙芳 张晶 陈戈
(广东省阳江市人民医院 阳江 529500)

摘要:目的:对综合疗法在湿热蕴结型急性胃肠炎疾病治疗中的临床疗效进行探讨。方法:选取 2015 年 10 月~2016 年 2 月我院所收治的 120 例急性胃肠炎(湿热蕴结型)患者作为研究对象,按就诊前后顺序均分成对照组与治疗组,对照组予以西医常规治疗,在此基础上,治疗组采取综合疗法(藿香正气滴丸+腹可安片+艾灸+穴位注射),观察和比较两组患者的临床治疗效果。结果:治疗组患者的总有效率 93.3%显著高于对照组的 81.7%($P<0.05$)。结论:在常规治疗的基础之上,对湿热蕴结型急性胃肠炎患者采取综合疗法加以治疗,疗效甚佳,安全性高。综合疗法值得临床推行。

关键词:急性胃肠炎;湿热蕴结型;综合疗法

中图分类号:R579

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.008

急性胃肠炎是临床上一种十分常见的消化内科疾病,一旦患有此病,患者将出现发热、恶心、呕吐以及腹泻腹痛等一系列症状,对患者的正常生活、身体健康造成不利影响^[1]。对此,临床上必须采取有效治疗方法。为了解中医综合疗法在急性胃肠炎治疗中的价值,笔者对我院所收治的 60 例湿热蕴结型急性胃肠炎患者进行治疗。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 10 月~2016 年 2 月我院所收治的 120 例急性胃肠炎(湿热蕴结型)患者作为研究对象,全部患者均满足《中医内科学》^[2]与《中药新药临床研究指导原则》^[3]中关于胃肠炎的诊断标准,即突然性发生恶心、呕吐、腹痛、腹泻等症状,或伴有发热;苔黄腻,脉滑数或濡数。按就诊先后顺序,将所有患者均分成对照组与治疗组。对照组 60 例,男 31 例,女 29 例;年龄 18~63 岁,平均年龄(36.1± 10.3)岁;病程 4~47 h,平均病程(11.2± 2.1)

h。治疗组 60 例,男 33 例,女 27 例;年龄 19~64 岁,平均年龄(36.5± 9.9)岁;病程 5~50 h,平均病程(12.8± 2.7) h。两组患者在临床一般资料(性别、年龄、病程)的对比上,无明显差异,具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:与上述诊断标准相符;非过敏体质;年龄 18~75 岁;呼吸、血压正常;无晕针史。排除标准:疑患有烈性胃肠道传染性疾病者;存在脏器严重慢性基础性疾病者;药物过敏者;可能为病毒性肠炎(白细胞总数无升高甚至降低者);合并其它系统症状者。

1.3 治疗方法 对照组患者采取西医常规治疗,即抗感染、补液、止痛、解痉、保持酸碱平衡,纠正电解质紊乱,保护胃肠道黏膜^[4]。治疗组:在对照组治疗的基础上,采取综合疗法进行治疗。首先予以藿香正气滴丸(国药准字 Z20000048),口服,5.2 g/次,3 次/d;腹可安片(国药准字 Z44022450),口服,4 片/次,3 次/d。再予以艾灸法与穴位注射治疗,具体操

* 基金项目:广东省中医药局科研课题(编号:20152093)

作如下：(1) 艾灸法：选取内庭穴、中脘穴、天枢穴、内关穴、足三里穴以及上巨虚穴，对患者进行艾灸时，需注意艾火端和穴位之间的距离，一般以患者耐受为度，且艾灸时间在 20 min，1 次 /d。(2) 穴位注射：选用 2.5 ml 注射器，抽取注射药物(654-2 注射液 10 mg)，垂直向足三里穴进针，进针时需迅速刺入皮肤，随后慢慢进针，如得气并回抽时未发现回血现象，并且未出现强烈的放射性小腿麻痹，则可开始注射药物。在注射药物的过程中，若患者出现瘙痒、胸闷、头晕、脸色苍白等症状，需中断治疗，并予以对症处理，如吸氧、抗过敏等。

1.4 中医症状评分标准 对两组患者的发热、恶心呕吐、腹痛、腹泻等症状进行评分，依据评分对其治疗效果加以判定。其中：(1) 腹痛、发热以及恶心呕吐者，轻度、中度、重度的分值为 3 分、2 分、1 分，无症状或症状很轻基本可忽略者为 4 分。其中腹痛程度采用视觉模拟评分法，0.0~2.5 为 4 分，2.5~5.0 为 3 分，5.1~7.5 为 2 分，≥7.5 为 1 分。体温正常者为 4 分，轻、中、重度发热(标准同西医《诊断学》教材)分别为 3、2、1 分。无恶心或恶心轻微而无呕吐者为 4 分；恶心较明显，呕吐少量胃内容物，每天呕吐次数不超过 3 次者为 3 分；恶心呕吐胃内容物较多，每天呕吐 4~6 次为 2 分；恶心呕吐迅猛，呕吐胃内容物多，甚至呕吐时伴有腹部抽搐性疼痛者为 1 分。(2) 腹泻：依据每日腹泻次数，无腹泻为 4 分，1~2 次为 3 分，3~4 次为 2 分，≥5 次为 1 分。(3) 依据白细胞总数进行评分，细胞数正常为 4 分，(10~15) × 10⁹/L 或 (3~4) × 10⁹/L 为 3 分，(15~20) × 10⁹/L 或 (2~3) × 10⁹/L 为 2 分，大于 20 × 10⁹/L 或 (1~2) × 10⁹/L 为 1 分。

1.5 疗效判定标准^[5] 根据症状轻、中、重分别定义为轻症、中症和重症。治疗后，临床症状及体征均基本消失，治疗前原属于重症、中症、轻症症候积分升高分别达 95%、75%、35%以上为治愈；临床症状及体征显著缓解，治疗前原属于重症、中症、轻症症候积分升高分别达 80%、60%、25%以上为显效；临床症状及体征有所好转，治疗前原属于重症、中症、轻症症候积分升高分别达 50%、35%、15%以上为有效；经治疗后，患者的临床症状及体征并未好转，甚至加剧，治疗前属于重症、中症、轻症症候积分升高分别不足 20%、15%和 10%为无效。

1.6 安全性观察 两组患者治疗前后的心电图、肝肾功能、血压等为安全性指标，对其进行观察。

1.7 统计学分析 采取统计学软件 SPSS17.1 对数据展开分析，其中，计数资料以百分比表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效分析 治疗后，治疗组与对照组患者的总有效率分别为 93.3%、81.7%，组间总有效率对比，差异显著($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床治疗效果比较						
组别	n	治愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	60	14	22	20	4	93.3*
对照组	60	9	17	23	11	81.7

注：与对照组相比，* $P<0.05$ 。

2.2 安全性分析 治疗前后，两组患者的血压、心电图以及肝肾功能等均未发生显著性的改变，且治疗期间并未出现导致治疗中断的严重不良事件。

3 讨论

急性胃肠炎属于中医“腹痛、泄泻”等范畴，其发病原因为饮食不节，外感六淫，致使脾胃受损，脾运不健、胃失和降、中焦阻滞、胃腑气机逆乱、湿热互结，继而导致大便溏泻与腹痛疼痛^[6]。因而，对此病的治疗，应以除湿化滞、理气健脾为主。

笔者提出采取综合疗法对该病进行治疗，其中所选用的藿香正气滴丸具有理气和中、解表化湿之效，将其用于泄泻、呕吐、脘腹胀痛等症状的治疗，可获得较好的效果；腹可安片具有收敛止痛、清热利湿的功效。再者，对患者进行艾灸治疗，此法是经由对艾灸刺激人体的一些特殊穴位，进而调动经气活动，并对人体紊乱的生理生化功能加以纠正，最终达到治疗疾病的目的。对人体中相应的穴位进行艾灸，可达到相应的效果，例如艾灸中脘穴，可起到升清降浊、调理肠胃的作用。再结合足三里穴位注射治疗，此法是将针刺对穴位的刺激和药物对穴位的渗透刺激作用以及药物的药理作用相结合，最终起到综合性的治疗效果。经研究发现，实施综合疗法治疗的治疗组患者，其治疗后的总有效率(93.3%)比对照组(81.7%)高，且在治疗期间并未发生影响中断治疗的严重不良事件。由此可见，在常规治疗的基础之上，对湿热蕴结型急性胃肠炎患者采取综合疗法治疗，疗效甚佳，安全性高，值得临床推行。

参考文献

[1]李达芬.半夏泻心汤加味治疗急性胃肠炎疗效观察[J].陕西中医, 2012,33(12):1620-1621
[2]上海中医学院.中医内科学[M].上海:上海人民出版社,1972.11
[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.145
[4]方海明,王佳佳,章礼久.酪酸杆菌双歧杆菌二联活菌联合马来酸曲美布汀治疗急性胃肠炎疗效观察 [J]. 安徽医药,2013,17(7): 1207-1209
[5]王兰君.枫蓼肠胃康胶囊治疗急性胃肠炎的有效性及安全性[J].中成药,2012,34(7):1232-1234
[6]陈志君.门冬氨酸洛美沙星注射液治疗急性胃肠炎 137 例[J].中国药业,2012,21(7):40-41

(收稿日期: 2016-05-09)