

溃疡灵加减保留灌肠治疗溃疡性结肠炎

吴亚宾^{1,2}

(1 广州中医药大学第四临床医学院 广东深圳 518033; 2 广东省深圳市中医院脾胃科 深圳 518033)

摘要:目的:观察溃疡性结肠炎患者给予溃疡灵加减保留灌肠的治疗效果。方法:选取 2014 年 3 月~2015 年 3 月收治的溃疡性结肠炎患者 90 例作为研究对象,分为对照组和实验组各 45 例。对照组应用柳氮磺胺吡啶治疗,实验组应用溃疡灵加减保留灌肠治疗。观察两组治疗效果。结果:实验组治疗总有效率为 95.6%,对照组为 80.0%,两组差异显著($P<0.05$);实验组不良反应发生率为 6.7%,对照组为 35.6%,两组差异显著($P<0.05$)。结论:溃疡性结肠炎患者给予溃疡灵加减保留灌肠治疗效果更为显著,不良反应少,安全性高。

关键词:溃疡性结肠炎;溃疡灵;保留灌肠;中药

中图分类号:R574.62

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.050

溃疡性结肠炎又称为慢性非特异性溃疡性结肠炎,为一类原因不明的慢性结肠炎症性病变。临床表现主要以反复发作的黏液脓血便、腹泻、腹痛为主,病程长,反复发作,病情轻重不一。本研究观察溃疡性结肠炎患者给予溃疡灵加减保留灌肠的治疗效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 3 月~2015 年 3 月收治的溃疡性结肠炎患者 90 例为研究对象,随机分为对照组和实验组各 45 例。实验组男 21 例、女 24 例;年龄 17~53 岁、平均年龄 (34.3 ± 4.5) 岁;病程 0.5~20 年、平均病程 (9.3 ± 4.5) 年。对照组男 22 例、女 23 例;年龄 18~54 岁、平均年龄 (35.5 ± 4.6) 岁;病程 0.5~19 年、平均病程 (9.3 ± 4.3) 年。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:所有患者均符合溃疡性结肠炎的诊断标准^[1];均自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准:对治疗药物过敏者。

1.3 治疗方法 两组患者均给予肠道抗菌素,并进行适量补液、纠正水电解质紊乱等对症治疗。

1.3.1 对照组 给予柳氮磺胺吡啶(国药准字 H10900091)治疗,初始剂量 2~3 g,分 3 次口服,症状消除后逐渐减至 2 g/d 进行维持。持续给药 3 个月。

1.3.2 实验组 给予溃疡灵加减保留灌肠治疗。药方组成:苦参 30 g,青黛 10 g,三七 10 g,白芨、儿茶各 15 g,蒲黄、槐花各 15 g,五倍子 10 g,气虚者加党参 30 g、炒白术 15 g;湿热邪明显者加薏苡仁 30 g、败酱草 30 g;出血明显者加枯矾 15 g、蒲黄炭 15 g,1 剂/d,水煎取汁 200 ml,待温度在 25~28 ℃ 时进行保留灌肠,1 个疗程为 4 周,隔 7 d 后开始第 2 个疗程,共 3 个疗程。

1.4 观察指标及标准 比较两组临床疗效,观察患者头痛、恶心、皮疹等不良反应发生情况。疗效标准^[2]:临床症状未明显改善,结肠镜复查肠黏膜糜烂、溃疡面积未改变甚至增大,则为无效;临床症状大部分消失,结肠镜复查肠黏膜轻度炎症,同时形成一些假息肉,为有效;临床症状彻底消除,大便镜检 3 次正常,结肠镜检查提示黏膜病变恢复正常或者溃疡病灶愈合,为痊愈。

1.5 统计学方法 采用 SPSS16.0 软件进行数据统计与分析,计数资料采用百分比表示,进行 χ^2 检验,计量资料采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,进行 t 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 实验组治疗总有效率为 95.6%,对照组为 80.0%,两组比较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	无效	有效	痊愈	总有效
实验组	45	2(4.4)	7(15.6)	36(80.0)	43(95.6)
对照组	45	9(20.0)	16(35.6)	20(44.4)	36(80.0)
χ^2					5.075
P					<0.05

2.2 两组不良反应发生情况比较 实验组不良反应发生率为 6.7%,对照组为 35.6%,两组差异显著($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组不良反应发生情况比较[例(%)]					
组别	n	头痛	恶心	皮疹	总发生
实验组	45	2(4.4)	1(2.2)	0(0.0)	3(6.7)
对照组	45	7(15.6)	6(13.3)	3(6.7)	16(35.6)
χ^2					11.275
P					<0.05

3 讨论

相关研究表明^[3],慢性溃疡性结肠炎的发生和免疫力低下、感染、遗传、溶酶菌分泌过多、过敏以及

肠道防御机能障碍、精神因素等有着直接的关系。多数患者发病是由于饮食不节,感受外邪,损伤脾胃,进而造成大肠功能紊乱^[4]。临床治疗药物包括磺胺类抗菌药、激素、免疫抑制剂等,疗效尚可,但不良反应大,停药后易复发。中医认为该病属“痢疾、泄泻、肠癖、肠风”等范畴,主要病机为本虚标实、湿热下注,湿热蕴结大肠,瘀血阻遏肠络,脉络受损,气血凝滞,化腐成脓而痢下赤白,发为本病。缓解期主要表现为脾胃虚弱、正气不足,机体多表现为修复状态。治愈后极易反复发作,致使病程迁延。溃疡灵加保留灌肠治疗具有诸多优势:(1)保留灌肠治疗,可使药物彻底、充分的清除肠道黏膜上的病原体和有毒物质,促进肠道黏膜免疫屏障功能的修复,且肠道黏膜具有生物膜特性、吸收面积大、血流充足,可有效促进药物的吸收和溶解,其吸收效果较口服、静脉、肌肉注射等给药方式更加迅速、有效、安全和彻底,进而利于病变黏膜的恢复。(2)溃疡灵方中苦参、青黛清热解毒;三七散瘀止血;白芨、儿茶收敛止血、消肿生肌、抗病毒;蒲黄、槐花健脾止血;五倍子收

敛、抗菌、解毒,诸药合用,随症加减,共奏健脾益气、化瘀止血、清热燥湿等功效。

本研究结果显示,实验组总有效率明显高于对照组,不良反应发生率低于对照组($P<0.05$)。与乔磊等^[5]研究结果相似。综上所述,溃疡灵加保留灌肠治疗溃疡性结肠炎相比于柳氮磺胺吡啶治疗效果更为显著,不良反应少,安全性高。

参考文献

[1]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19(1):61-65
[2]张晓丽,赵成欣,乔冠宇,等.溃灵汤口服及保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 60 例[J].国际中医中药杂志,2011,33(11):1039-1041
[3]冯春霞,张强,陈晓蓉,等.中药口服配合灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床观察及对肠黏膜 IL-6、IL-10 的影响[J].中国中医急症,2013,22(11):1878-1880
[4]程丽敏.溃结灵 IV 号保留灌肠对实验性 UC 大鼠治疗作用的实验研究[J].中医药信息,2012,29(3):107-110
[5]乔磊,王海芹.自拟溃灵汤灌肠治疗气滞血瘀型重症溃疡性结肠炎的疗效及对肠黏膜组织中 IL-8 和 NF- κ B mRNA 表达的影响[J].中医药信息,2017,34(4):98-101

(收稿日期:2017-11-28)

补中益气汤加味治疗脾虚气弱型功能性便秘患儿的效果观察

赵玲玲

(河南省新郑市中医院儿科 新郑 451150)

摘要:目的:观察补中益气汤加味治疗脾虚气弱型功能性便秘的临床疗效。方法:选取 2014 年 4 月~2016 年 4 月收治的脾虚气弱型功能性便秘患儿 66 例,随机分为对照组和观察组各 33 例。对照组给予乳果糖口服液治疗,观察组采用补中益气汤加味疗法,比较两组治疗效果、不良反应及治疗前后中医证候积分。结果:观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);治疗前两组中医证候积分相比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后观察组明显低于对照组($P<0.05$);两组不良反应情况相比较无明显差异($P>0.05$)。结论:补中益气汤加味治疗脾虚气弱型功能性便秘效果显著,可有效改善患儿临床症状,促进早期康复,值得在临床推广应用。

关键词:功能性便秘;脾虚气弱型;补中益气汤;临床疗效

中图分类号:R256.35

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.051

儿童功能性便秘是指非器质性因素与药物因素所导致的便秘,属儿科常见肠道疾病,其致病因素复杂且具有间断性或持续性,明显影响患儿心理发育及社会活动,降低生活质量^[1]。临床主要通过心理诱导、药物或物理治疗,效果不够理想。本研究探讨补中益气汤加味治疗脾虚气弱型功能性便秘的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 4 月~2016 年 4 月我院收治的脾虚气弱型功能性便秘患儿 66 例,随机分为对照组和观察组各 33 例。对照组男 18 例,女 15

例;年龄 1~14 岁,平均年龄(6.35 $\pm$ 1.24)岁。观察组男 19 例,女 14 例;年龄 1~13 岁,平均年龄(6.31 $\pm$ 1.28)岁。两组患儿一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。所有患儿均符合《诸福棠实用儿科学(第 7 版)》^[2]和《中医病证诊断疗效标准》^[3]中脾虚气弱型功能性便秘的临床诊断标准。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予乳果糖口服液(国药准字 H20065730)清晨顿服,3 岁以下给药 5 ml,4~6 岁给药 5~10 ml,7~14 岁起始给药 15 ml,维持剂量为 10 ml,1 次/d,治疗期间可结合具体情况酌情控制药