

中药口服并灌肠治疗放射性直肠炎 33 例

★ 鄢全海 郑础兴 (江西省上饶市中医院 上饶 334000)

关键词:放射性直肠炎;二联疗法;灌肠;中医药疗法

中图分类号:R 574.63 文献标识码:B

我们自 1998 年至今根据慢性放射性直肠炎的发病机理,采用辨证施治的原则,对 62 例放射性直肠炎患者进行治疗,疗效显著,现报道如下:

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

选取的 62 例患者盆腔均接受放射照射,并于 6 个月后出现粘液脓血便、里急后重等症状,肠镜检查示直肠粘膜充血、水肿、糜烂、溃疡。将 62 例患者随机分成治疗组和对照组,治疗组 33 例中男 3 例,女 30 例;年龄 36 岁~76 岁,平均年龄 54 岁。对照组 30 例,男 4 例,女 26 例;年龄 37~75 岁,平均年龄 56 岁。两组在性别、年龄分布上无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 根据本病的特点与临床表现将本病分为三种类型。湿热型:腹痛,腹泻,里急后重,大便每日数次,粘液或脓血便,小便短赤,苔黄腻,脉濡数。治宜健脾理气,清热利湿。方用白头翁汤加减:白头翁 15 g、黄柏 15 g、秦皮 15 g、槐米 20 g、车前草 20 g、砂仁 10 g、木香 10 g、枳壳 10 g、焦山楂 10 g、白芍 20 g、甘草 6 g。脾胃虚弱型:腹胀纳差,神疲乏力,大便溏泻,夹有粘液或少量脓血,舌淡苔,脉细弱。治宜健脾燥湿,和胃理肠。方用参苓白术散加减:党参 15 g、炒白术 15 g、云茯苓 15 g、淮山药 15 g、砂仁 6 g、薏苡仁 30 g、扁豆 30 g、石榴皮 10 g、乌梅 10 g、白及 15 g、当归 10 g。脾肾阳虚型:肠鸣泄泻,腹痛,喜按,食少乏力,腰膝酸软,苔白,脉沉细无力。治宜温补脾肾,涩肠止泻。方用附子理中汤合四神丸加减:熟附子 6 g、肉桂 6 g、吴茱萸 10 g、肉豆蔻 10 g、补骨脂 10 g、党参 30 g、炒白术 10 g、木香 6 g、陈皮 6 g、茯苓 10 g、五味子 15 g。每日 1 剂,分 2 次水煎温服。15 天为一疗程,连服 2 个疗程。服药

过程中注意病情演变,随症加减。并配合中药灌肠治疗,组方如下:鱼腥草 30 g、白花蛇舌草 30 g、白及 30 g、白芍 20 g、石榴皮 20 g、地榆炭 20 g。水煎 3 次,去渣,把 3 次药液浓缩至 150 ml,盛入输液瓶内,将药液温度保持在 36~38℃ 之间,用输液器接上导尿管,头部涂上凡士林,于每晚排空大、小便后,患者左侧卧位,把导尿管插入肛管内 8 cm,将药液缓缓地滴入直肠内。

1.2.2 对照组 口服氟哌酸,每次 0.2 g,每天 3 次。另用生理盐水 150 ml,庆大霉素 24 万 IU,地塞米松 10 mg,每晚同上保留灌肠。

2 结果

两组均观察治疗 2 个疗程后评定疗效。治疗组痊愈(临床症状及体征消失,内镜下原受损直肠粘膜恢复正常,指检时可触及愈后瘢痕)11 例;显效(症状消失,内镜下直肠粘膜恢复良好,受损较重处稍充血、水肿)18 例;好转(临床症状和体征见轻,内镜下仍有散在片状或点状出血)3 例;无效(治疗前后症状及体征均无改善)1 例。治愈显效率为 87.9%,总有效率为 97%。对照组分别为 4、8、16、2 例,40%、93%。两组疗效比较有显著性差异($P<0.05$)。

3 讨论

随着放射治疗在临床广泛应用,放射性直肠炎患者也越来越多。本病的发生是由于肠壁受到放射线严重的损伤所致,早期肠粘膜细胞所到更新受到抑制以后小动脉壁肿胀闭塞引起肠壁缺血,粘膜糜烂,后期肠壁发生纤维化腔狭窄,甚至穿孔腹腔内脓肿瘘管形成和肠粘连。中医学将放射性直肠炎归属“泄泻”范畴,究其病因仍因患者素体亏虚,疫毒(放射性照射)侵及肠胃,肠络受伤,气血凝滞,病位在脾胃、大肠,证多属本虚标实,治宜攻补兼施。湿热型者,由白头翁汤加减:白头翁、黄柏、秦皮、槐米、车前

疏肝利胆方并耳穴贴压治疗胆汁反流性胃炎 45 例

★ 陶晓东 张贤锋 黄景瑞 雷永春 (江西省黎川县中医院 黎川 344600)

摘要:目的:观察自拟疏肝利胆方合耳穴贴压治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效。方法:将 86 例患者随机分成两组,治疗组 45 例,在对照组治疗的基础上,采用疏肝利胆方合耳穴贴压肝、胆、胃穴治疗,对照组 41 例采用口服西沙必利、法莫替丁治疗。两组均以 4 周为一疗程。结果:治疗组总有效率为 91.1%,对照组为 73.2%,随访治疗组总有效率为 80%,对照组为 43.9%,治疗组综合疗效及远期疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。结论:疏肝利胆方合耳穴贴压为主的中西医结合方法治疗胆汁反流性胃炎综合疗效及远期疗效优势明显。

关键词:自拟疏肝利胆方;耳穴贴压;胆汁反流性胃炎;中西医结合疗法

中图分类号:R 573.3+9 **文献标识码:**B

胆汁反流性胃炎以疗程长,反复发作,缠绵难愈为其临床特点,临床治疗颇为棘手,西医尚缺乏行之有效的办法。作者 2 年来,潜心揣摩,采用以疏肝利胆方合耳穴贴压为主的治疗方法,治疗胆汁反流性胃炎 45 例,取得了较好效果,现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 全部病例均来自 2005 年 9 月 1 日~2007 年 9 月 1 日本院门诊患者,诊断标准符合《慢性胃炎的中西医结合诊疗方案》(草案)拟定的诊断标准^[1],并经电子胃镜检查确诊为胆汁反流性胃炎。将全部病例随机分为两组:(1)疏肝利胆方和耳穴贴压为主治疗组,共 45 例,男 30 例,女 15 例;年龄 19~66 岁,平均 38 岁;病程 3 个月~21 年,平均 3.2 年。对照组 41 例,男 27 例,女 14 例;年龄 18~64 岁,平均 35 岁;病程 6 个月~19 年,平均 3.1 年。两组患者一般情况比较无显著性差异($P > 0.05$),

具有可比性。所有患者同时进行病史调查和其他实验室检查,排除嗜酒和近期服用抗生素、制酸剂、结合胆酸和影响胃肠动力及非类固醇类药,无肝、胆、胰和全身性或其他系统疾病(如糖尿病等内分泌疾病),非妊娠或哺乳期。

1.2 方法 对照组口服西安杨森产西沙必利片 5 mg,每日 3 次,饭前服,及上海信谊产法莫替丁片 20 mg,每日 2 次,早晚餐后服。治疗组在使用与对照组相同的西医处置基础上,加用自拟疏肝利胆方(柴胡 12 g、郁金 15 g、延胡索 15 g、川楝子 12 g、枳壳 10 g、厚朴 10 g、槟榔 10 g、代赭石 20 g、半夏 10 g、黄芩 10 g、党参 15 g、生大黄 5 g、甘草 5 g)。加减:脾胃虚寒者去大黄、黄芩,加吴茱萸 10 g、炮姜 9 g;食欲不振者加白蔻仁 8 g;嘈杂、泛酸者加瓦楞子 12 g;胆胃郁热者去党参、半夏,加栀子 10 g、茵陈 15 g。每日 1 剂,水煎 2 服。并同时选取肝、胆、胃 3 个

草清热解毒利湿;砂仁、木香、枳壳、焦山楂理气行滞;白芍、甘草凉血止血、益气和缓。本型需时时照顾脾胃、忌大施苦寒克伐之品。脾胃虚弱者,用参苓白术散加减:党参、炒白术、茯苓、淮山药健脾益气;砂仁、薏苡仁、扁豆和胃渗湿,理气止痛;乌梅、石榴皮涩肠收敛止泻;白及、当归行气和营以治瘀血。本型应注意补不可滋腻,因脾胃位居中州,为升降之枢,如补之不当,反致其害,故调理脾胃是治疗关键。脾肾阳虚者,用附子理中汤加减:熟附子、肉桂、吴茱萸、肉豆蔻、补骨子温中散寒;党参、白术健脾燥湿;木香、陈皮行气止痛,茯苓、五味子健脾渗湿、收敛止泻。对于脾肾阳虚者常投少量附子、肉桂,虽大辛、

大热,但少用则助阳而不伤阴,且能温阳暖中,逐寒除湿。此外合用中药保留灌肠,方中:鱼腥草、白花蛇舌草清热解毒;地榆炭、石榴皮、白及凉血止血、涩肠止泻;白芍柔肝缓急。中药灌肠能使药物直达病所,避免口服寒凉太过损伤脾胃。有研究已证实 50%~70% 的药物可以从直肠中静脉绕过肝脏而进入大循环,避免消化液中酸碱和酶的影响与破坏作用,同时,局部粘膜吸收血药浓度远高于口服吸收浓度,可达到静脉注射速度,而且起效快,作用时间长,吸收有规律。又本病病程较长,多见本虚标实,脾胃虚弱为其本,湿热蕴结为其标,气滞血瘀贯穿在本病的整个过程中,因此治疗往往寒热并用,消补同施。

(收稿日期:2007-09-14)