

一般资料经统计学处理差异无显著性,具有可比性。

2 治疗方法 治疗组 17 例由术前随胃管置入鼻饲管,术中随鼻饲管送入 Treitz 韧带远端 15cm 处的空肠上段;3 例由术中预置空肠造瘘管。对照组 15 例置鼻饲管,5 例预置空肠造瘘管。两组均术后第 2 天起即给予热卡营养支持,至术后第 10 天止。营养剂为美国雅培制药生产 ENSURE。治疗组另给予枳术丸煎剂 250ml(白术 60g 枳实 30g,水煎两次,第 1 次煎 60min,第 2 次煎 30min,两煎合兑浓缩取汁 250ml),每天 1 次,由营养管滴入。营养支持方案见表 1。

表 1 两组患者术后不同时间营养支持方案

	术后天数(d)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
热量(Kcal)	0	450	450	900	1350	1800	1800	1800	1800	1800
氮入量(g)	0	2.5	2.5	5.0	7.5	10	10	10	10	10

3 观察指标 (1)术前及术后患者的一般状况及体重变化。(2)术前及术后第 10 天分别测定血清白蛋白、转氨酶(GPT)、直接胆红素(DBIL)水平。(3)术后每日检测尿中所含尿素氮的总量,计算氮平衡值。(4)观察患者术后肠功能恢复情况(排气时间)、腹痛、腹胀及每日排便次数等。

4 统计学方法 两组均数比较采用 t 检验。

结 果

1 两组患者手术前后体重、血清白蛋白、GPT 及 DBIL 水平比较 两组患者术后体重较术前均有不同程度的减少,但无统计学差异。两组术后血清白蛋白、GPT 及 DBIL 水平与术前比较均无显著变化(数据略)。

2 两组患者手术前氮平衡值比较 见表 2。两组患者术后氮平衡均是负值,在营养支持下自术后第 6 天转正值后顺利恢复。两组术后氮平衡值比较差异无显著性。

表 2 两组患者手术前后氮平衡值比较

组别	术前	术后(d)								
		2	3	4	5	6	7	8	9	10
治疗	4.05	-7.89	-8.34	-5.38	-1.17	0.45	1.53	1.71	2.15	3.01
对照	4.33	-7.55	-5.89	-5.13	-0.20	0.92	1.21	2.01	3.57	3.63

注:每组例数为 20

3 两组患者术后肠功能恢复时间比较 排气时间治疗组平均为(51.5±6.5)h,对照组平均为(74.3±5.3)h,治疗组肠功能恢复时间短于对照组,两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。治疗组术后未出现不良反应,对照组 11 例出现腹痛、腹胀等不适症状,其中 6 例出现排便较稀。

讨 论 腹部手术后所致机体能量需求增加,分解代谢增强,呈负氮平衡,不仅使术后伤口愈合延迟,而且降低了机体抗感染防御机制,使康复受到影响,增加了术后危险性。因此,手术后积极地进行营养支持是十分必要的。完全胃肠外营养技术要求条件高,费用昂贵,且有一系列的并发症。近年来随着肠营养剂的发展,术后进行肠内营养支持法已被广泛采用。一般认为由手术造成的胃肠道麻痹,在确认排气后方可进食。但现在观点认为小肠运动机能恢复得比较快,术后可以早期进行肠营养剂的支持。

两组患者在术后第 2~10 天的营养支持中,在等热卡、等浓

度及等速度输入的条件下,治疗组胃肠功能恢复时间明显早于对照组,且无不良反应,表明枳术丸煎剂在促进术后肠功能恢复,调整胃肠功能等方面有良好的作用。枳术丸为传统经方,由枳实、白术组成。枳实苦寒,专主降气,长于破滞气,除痞塞,为脾胃气分药;白术甘温补中,益气健脾,两药合用一补一消,倍用白术意在以补为主,补而不滞。枳术丸煎剂避免了因肠内营养支持所导致的腹痛、腹胀、腹泻等症状,使胃肠内营养支持更安全、可靠。

(收稿:1999-11-15 修回:2000-02-21)

中西医结合辨证分型治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 55 例

吉林省辽源市中医医院(吉林 136200)

孙启光 张亚春 刘淑芹

吉林省辽源市第二人民医院

姜 侠 曲士杰 孔 杰

1995 年 3 月~1999 年 9 月,我们采用中西医结合辨证分型口服中药加中西药保留灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎患者(CUC)55 例,并与口服中药固定方加中西药保留灌肠治疗的 51 例 CUC 作对照观察,现报告如下。

临床资料 诊断和辨证分型标准均符合中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会公布的 CUC 中西医结合诊断、辨证和疗效标准的试行方案[中国中西医结合杂志 1994;14(4):239-240]。所有病例均为我院住院患者,按入院先后次序随机分为两组。治疗组 55 例,男 38 例,女 17 例;年龄 18~57 岁,平均 37 岁;病程 0.5~12 年,平均 3.2 年;湿热内蕴型 16 例,脾胃虚弱型 10 例,脾肾阳虚型 14 例,肝郁脾虚型 7 例,阴血亏虚型 4 例,气滞血瘀型 4 例;病情轻度 23 例,中度 31 例,重度 1 例;慢性活动期 23 例,慢性静止期 32 例。对照组 51 例,男 36 例,女 15 例;年龄 19~57 岁,平均 36.6 岁;病程 0.5~11 年,平均 3 年;湿热内蕴型 16 例,脾胃虚弱型 8 例,脾肾阳虚型 13 例,肝郁脾虚型 7 例,阴血亏虚型 3 例,气滞血瘀型 4 例;病情轻度 19 例,中度 32 例;慢性活动期 22 例,慢性静止期 29 例。两组病例性别、年龄、病程、中医辨证分型、病情及分期经统计学处理差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 两组均给予中西药保留灌肠。药物组成:马齿苋 25g 忍冬藤 25g 蒲公英 20g 地丁 20g 苦参 20g 黄连 10g 黄柏 10g,水煎,取浓缩汁 150ml,趁热加入儿茶粉 1.5g,青黛粉 1.5g,白及粉 1.5g,珍珠粉 0.5g,待药温降至 38~40℃,再加入氟美松 2mg(针剂),甲硝唑 0.4g(研末),于每晚休息时作保留灌肠,采取左侧卧位,垫高臀部 5~10cm,插入肛门 25cm 左右,10~20min 灌完,然后持胸膝卧位 30min,再取左侧卧位及右侧卧位交替 2~3 次,至少保留 2~3h。治疗组同时加服中药,每天 1 剂,水煎服,分 2~3 次服。湿热内蕴型以温胆汤合葛根芩连汤加减,脾胃虚弱型以参苓白术散加味,脾肾阳虚型以四神丸合理中丸加减,肝郁脾虚型以痛泻要方加味,阴血亏虚型以

驻车丸加减,气滞血瘀者以膈下逐瘀汤加减。有兼证者,主证合兼证方药加减化裁。对照组不辨证分型,均同时加服具有健脾益气、清热燥湿、涩肠止泻、活血止痛的方药:党参 15g 白术 20g 茯苓 15g 山药 20g 炙甘草 10g 扁豆 15g 莲肉 15g 肉豆蔻 12g 芡实 10g 赤石脂 10g 乌梅 12g 炒黄连 6g 香附 12g 炒白芍 15g 赤芍 15g 地榆 20g 每天 1 剂,水煎服,分 2~3 次服。20 天为 1 个疗程,两组均治疗 3 个疗程。疗程结束后 10 天内判定疗效。统计学方法:采用 SPSS10.0 统计软件包作统计学处理,计数资料采用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效标准参照前述文献。

2 结果 治疗组 55 例,临床治愈 34 例(61.8%),显效 15 例(27.3%),好转 5 例(9.1%),无效 1 例(1.8%),总有效率 98.2%。对照组 51 例,临床治愈 14 例(27.5%),显效 19 例(37.3%),好转 14 例(27.5%),无效 4 例(7.8%),总有效率 92.2%。两组治愈率比较差异有显著性($\chi^2 = 11.265, P < 0.01$)。对治愈的 48 例中的 30 例患者进行了 0.5 年随访,治疗组 20 例,复发 2 例;对照组 10 例,复发 3 例,两组复发率比较差异无显著性。

体 会 两组中湿热内蕴和脾胃虚弱两型均无无效者,可能因灌肠方主要以清湿热为主,脾虚及湿热为本病的早期表现,并相互影响,互为因果有关。治疗组阴血亏虚型(属重度)1 例无效,可能因病久伤及气血有关。对照组脾肾阳虚、肝郁脾虚、阴血亏虚及气滞血瘀型各 1 例无效,可能与没有辨证施治及灌肠方起不到整体调整有关。

CUC 发病率呈逐年上升趋势,本病虽表现为大肠的局部病灶,但和机体的整体病变密切相关。因而调整全身脏腑阴阳气血的平衡,可促进局部病灶的吸收,而局部病灶的好转,又有助于整体机能的恢复。所以治疗本病应采取整体与局部治疗相结合的原则。本病的主要病机为脾气虚弱,健运失司,脏腑气机不利,湿热毒邪瘀滞肠道,阻滞脉络,血败肉腐而成疡。病久耗伤气血,正虚邪恋,以致病情迁延难愈。灌肠方中马齿苋、忍冬藤、蒲公英、地丁、青黛清热解毒、凉血止血、化瘀消肿;苦参、黄连、黄柏燥湿泻火解毒;儿茶、白及、珍珠收敛生肌,促进肠粘膜溃疡愈合;氟美松减轻组织水肿,促进炎症吸收;甲硝唑具抗菌功效。中西医结合口服加灌肠治疗 CUC,标本兼治,能提高有效率,若再针对患者的具体情况辨证施治,能明显提高治愈率、减少复发。

(收稿:2000-07-14 修回:2000-08-27)

中西医结合治疗幼年类风湿性关节炎 20 例

白求恩医科大学第三附属医院儿科(长春 130021)

郭 君 赵善瑞

幼年类风湿性关节炎(JRA)是小儿时期常见的结缔组织病。我们以中西医结合治疗 JRA 20 例(治疗组),与单纯西药治疗的 20 例(对照组)近期疗效作了比较;并对其中 30 例作了远期缓解率 2 年的随访,现报告如下。

临床资料

1 诊断标准 参照《关于幼年类风湿性关节炎诊断与分型的建议》[中华儿科杂志 1996;34(4):277-278]:起病年龄 16 岁以下;有一个或多个关节炎;关节炎症状至少持续 6 周以上。根据病程最初 6 个月内的临床表现及受累关节数分为三型,即全身型 JRA、多关节型 JRA、少关节型 JRA。

2 一般资料 患儿为我科 1986~1997 年住院病例,随机分为两组。治疗组 20 例,男 12 例,女 8 例;年龄 3 岁 2 个月~15 岁,平均(10.2±2.4)岁;病程 5 个月~6 年,平均(1.8±1.3)年;全身型 1 例,多关节型 7 例,少关节型 12 例;关节功能评分(23.7±1.1)分。对照组 20 例,男 13 例,女 7 例;年龄 3 岁 6 个月~14 岁 9 个月,平均(10.9±3.3)岁;病程 6 个月~5 年 4 个月,平均(1.9±1.2)年;全身型 1 例,多关节型 6 例,少关节型 13 例;关节功能评分(19.9±7.7)分。两组一般资料具有可比性。

治疗方法 两组均给予氨甲喋呤(北京医科大学实验药厂生产,批号:991005)0.25~0.8mg/kg 加入 5%或 10%葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注,每周 1 次;芬必得(中美史克制药有限公司生产,批号 99080012),每天 0.6~1.2g,分 2 次口服;治疗组同时给予正清风痛宁片(白云山正清制药股份有限公司生产,批号 9908108,每片含盐酸青风藤碱 20mg)每天 60mg,分 3 次口服,逐渐增至每天 120mg。两组均以 8~12 周为 1 个疗程。观察项目:治疗前后按关节有无触痛或活动痛、肿胀程度及皮肤温度改变评分,并检测肝功能、血沉、粘蛋白、IgG 及类风湿因子。统计学方法:计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料比较采用 t 检验。

结 果

1 疗效判定标准 参照类风湿性关节炎疗效评价[临床荟萃 1994;(9)5:12]。显效:体温正常, JRA 功能障碍评分 ≤ 2 , 血沉、粘蛋白和 IgG 均正常, 类风湿因子转阴性。有效:体温正常, JRA 功能障碍评分为 2~6 分, 血生化检查大部分正常或接近正常。无效:仍发热(除外其他感染), JRA 功能障碍评分 > 6 分, 血生化检查大部分异常。远期缓解:显效持续 6 个月以上。

2 近期疗效 治疗组显效 7 例(35.0%),有效 11 例(55.0%),无效 2 例(10.0%),总有效率 90.0%;对照组显效 4 例(20.0%),有效 9 例(45.0%),无效 7 例(35.0%),总有效率 65.0%,两组近期疗效比较差异无显著性($P > 0.05$)。

3 远期疗效 治疗结束后对两组有效者(治疗组 18 例,对照组 13 例)进行了 11~24 个月的随访,治疗组和对照组的远期缓解例数分别为 12.7 例(治疗组 1 例失访),两组远期缓解率分别为 85.7%、43.8%,两组比较差异有显著性($\chi^2 = 5.66, P < 0.05$)。随访患儿复发的次数治疗组平均为(1.30±0.51)次,对照组为(4.26±1.74)次,治疗组少于对照组,两组比较差异有显著性($t = 3.38, P < 0.01$)。

4 两组患儿治疗前后关节评分及血生化指标比较 见表 1。治疗后两组关节评分、血沉、粘蛋白、IgG 均较治疗前有明显降低($P < 0.05, P < 0.01$),但治疗组降低幅度优于对照组($P < 0.05$)。