所以,本病的治疗原则是祛除病灶,解除狭窄,通畅引流为主。我院自拟残石净合剂是根据残余结石的形成三要素(结石、炎症、狭窄)而设计,方中金钱草、海金沙含单萜酮海金沙素,能使奥狄氏括约肌松弛,清热抗炎,利胆排石;郁金、槟榔有促使胆汁分泌,使胆汁下行,冲涤结石,并有驱蛔作用;威灵仙含白头翁素,有化石抗菌作用;虻虫善化瘀血、最补损伤,能减轻术后组织粘连,使梗阻狭窄解除;白鲜皮、大黄含有鲜碱及蒽醌甙大黄素等物质,有较强的抗炎及泻下作用,具有抗胆道感染及清除炎性胆汁排入肠腔;柴胡促使胆汁分泌,并可引药直达病所,故该药含有排石、化石、抗炎、解除狭窄、粘连等作用,因而用于术后肝内胆管结石有效。唯服药后部分患者会引起大便次数稍增多,腹部隐痛的副反应,但停药后即消失。

(收稿:2002 05 10 修回:2002-08-13)

中药导气饮辅助治疗粘连性肠梗阻 108 例

湖南省耒阳市人民医院(湖南 421800)

邱崇怡 谷安文

1998 年 1 月~2001 年 12 月,我们采用中药导气饮辅助治疗粘连性肠梗阻 108 例,并与单纯西医治疗的 108 例作对照,现报告如下。

临床资料

1 病例选择 全部病例均为我院住院患者,有腹部手术、创伤或感染的病史;临床症状出现 4 大症状(腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便,简称痛、胀、吐、闭),体征有腹隆,可见肠型及蠕动波,腹肌软,有压痛,无反跳痛或轻反跳痛,可听到气过水声;腹部 X 线检查可见肠管扩张、积气或阶梯状液平面。其他类型肠梗阻(如肠肿瘤、肠套叠)除外。

2 一般资料 按简单随机化原则分为两组:治疗组 108 例,男 59 例,女 49 例;年龄 6~68 岁,平均 32.5 岁;病程 6 个月~25 年,平均 4.1 年,原发病:阑尾炎 37 例,肠梗阻 29 例,胃肠穿孔 25 例,其他因腹部外伤、剖宫产、宫外孕、女性绝育手术者 17 例。对照组 108 例,男 52 例,女 56 例;年龄 8~72 岁,平均 31.7 岁;病程 5 个月~24 年,平均 3.9 年;原发病:阑尾炎 41 例,肠梗阻 27 例,胃肠穿孔 22 例,其他因剖宫产、腹部外伤、宫外孕者 18 例。两组均有 4 大症状,两组患者资料比较差异无显著性,具有可比性。

3 治疗方法 两组患者在治疗期间均给予胃肠减压,纠正水电解质紊乱和酸碱失衡,防治感染等常规治疗。治疗组另加中药加味导气饮:莪术、三棱、陈皮、赤芍、皂角刺、厚朴、枳壳、地榆、当归各 10g,槟榔 15g,吴茱萸 5g。腹痛明显者加延胡索、木香;呕吐严重者加旋复花、法半夏;伴发热者加黄芩、连翘、大黄;体质虚弱者加党参、白术。将上药加水 400~500ml,煎至 250ml,分早晚两次服,或分 2~4 次从胃管注入,用药后夹胃管 2h,每天 1 剂,疗程 2~4 天。

结果

1 疗效标准 以临床 4 大症状为计分指标,痛、胀、吐、闭症状消失各记 3 分,减轻记 2 分,无变化记 1 分,加重记 0 分;排

气排便通畅记 3 分,有排气排便,但不顺畅者记 2 分,排气不顺畅、不排便者记 1 分,无排气、排便者记 0 分。治愈为 11~12 分,显效为 7~10 分,有效为 3~6 分,无效为 0~2 分。治疗过程中除中转手术外,所有患者经治疗 48h 统计疗效。

2 两组疗效 治疗组 108 例,治愈 88 例(81.5%),显效 10 例(9.2%),有效 6 例(5.6%),无效 4 例(3.7%),总有效率为 96.3%。对照组 108 例,治愈 54 例(50.0%),显效 25 例(23.1%),有效 8 例(7.4%),无效 21 例(19.4%),总有效率 80.6%。两组治愈率、总有效率比较差异均有显著性($P < 0.05$)。

3 两组患者疗效分值(分, $\bar{x} \pm s$)比较 疗效分值:治疗组为 10.35 ± 1.65 ,对照组为 8.22 ± 1.11 ($P < 0.05$)。

4 两组患者疗程(h, $\bar{x} \pm s$)比较 疗程:治疗组为 18.63 ± 10.27 ,对照组为 36.42 ± 18.54 ($P < 0.01$)。

讨论 粘连性肠梗阻为外科常见急腹症,占肠梗阻病例的 20%~40%,以往治疗多采用胃肠减压,维持水电解质平衡,以及对症处理,但疗效不太满意,而致大多数患者被迫多次手术治疗。中医学认为本病属于“腹痛”范畴,其病机多为肠道痞塞不通,气血不畅,通降失调;不通则痛,气滞则胀,气逆则呕。因手术等多种原因导致气滞血瘀,气血运行不畅,肠腑运化失常,气机不利而产生痛、胀、吐、闭等症。因此,我们以行气宽肠,活血祛瘀,通结导滞为原则,选用元·危亦林《世医得效方》中的导气饮进行加减,方中三棱、莪术破血祛瘀,行气止痛;槟榔泻下行气、消胀止痛;地榆、当归凉血活血,润肠通便;陈皮疏肝理气,消积化滞;枳壳、厚朴行气,消除胃肠胀满、腹中疼痛;吴茱萸理气温中,祛瘀止痛;赤芍活血祛瘀;皂角刺活血散结。本方具有行气活血,宽肠通腑之功效,在西医常规治疗的基础上加用本方其疗效更佳。值得提出的是,在治疗过程中,应严密观察腹部情况,一旦出现绞窄性肠梗阻特征,须及时中转手术治疗。

(收稿:2002-05-12 修回:2002-07-18)

温针疗法治疗雷诺氏病 30 例

黑龙江省中医研究院(哈尔滨 150036)

王 顺 蔡玉颖

哈尔滨市第一医院 卢金荣

我们于 2000 年 3 月~2002 年 3 月采用温针疗法治疗雷诺氏病 30 例,并与用倍他乐克治疗的 30 例作对照,现报道如下。

临床资料 参照中华人民共和国《中药新药临床研究指导原则》(第 2 辑,1995 年)制定的雷诺氏病的西医诊断标准。60 例均为门诊患者,按数字表法随机分为两组。治疗组 30 例,男 9 例,女 21 例;年龄 26~58 岁,平均 (40.0 ± 2.5) 岁;病程 3 个月~3 年,平均 (1.0 ± 0.4) 年;病变部位:双手指 19 例,双足趾 6 例,双手指及双足趾者 5 例;对照组 30 例,男 7 例,女 23 例;年龄 24~57 岁,平均 (39.0 ± 3.0) 岁;病程 2 个月~2.8 年,平均 (1.0 ± 0.1) 年;病变部位:双手指 20 例,双足趾者 5 例,双手指及足趾者 5 例。60 例患者中有 47 例均有不同程度的寒冷接触史。两组资料比较差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 治疗组病在手指,取上肢穴:阳池、八邪、合谷、外关、曲池;病在足趾,取八风、太冲、解溪、足三里、阴陵腺、二阴交;病在手指和足趾,上下肢穴均取。操作方法:皮肤常规消毒后,取 28 号 1.5 寸毫针,针刺得气后,切艾条寸许若干段,置于诸穴针柄上,点燃之后徐徐烧灼,自行熄灭(为避免艾段炭灰散落灼伤皮肤,可剪一圆形纸片中留小孔,预先套在针身覆盖在皮肤上),每日针灸 1 次,每次留针 30min,疗程 15 天。对照组用倍他乐克(每片 25mg,无锡阿克苏拉厂生产)50mg/次,每日 2 次口服,疗程 15 天。采用国产彩色微循环图像分析仪检测患者治疗前后左手无名指甲襞微循环。

统计学方法:采用 χ^2 检验。

结果

1 疗效判定标准 临床痊愈:症状消失,对低温有良好的耐受性,甲襞微循环正常;显效:主要症状消失,对低温有良好的耐受性,甲襞微循环基本正常;有效:主要症状减轻,耐低温能力已有提高,但遇冷后或情绪激动时仍有皮色变化,甲襞微循环较前好转;无效:未达到有效标准。

2 两组患者疗效比较 治疗组 30 例,临床痊愈 12 例(40.0%),显效 10 例(33.3%),有效 5 例(16.7%),无效 3 例(10.0%),总有效率 90.0%;对照组 30 例,临床痊愈 5 例(16.7%),显效 7 例(23.3%),有效 8 例(26.7%),无效 10 例(33.3%),总有效率 66.7%;两组总有效率比较差异有显著性($\chi^2 = 7.8733, P < 0.05$)。

3 两组患者治疗前后甲襞微循环变化 清晰度异常:治疗组治疗前 27 例,治疗后 4 例;对照组治疗前 26 例,治疗后 14 例。管袢数异常:治疗组治疗前 30 例,治疗后 6 例;对照组治疗前 28 例,治疗后 15 例。流速异常:治疗组治疗前 24 例,治疗后 5 例;对照组治疗前 26 例,治疗后 17 例。两组甲襞微循环测定结果比较,差异有显著性($P < 0.05$)。

体会 本病在中医学中没有明确提出,根据临床表现属“痹证”范畴,多由外邪侵袭,营卫失调,气血不足所致。温针可发挥艾灸及穴位刺激的双重作用,并使热力通过针灸而内达腧穴,温通血脉,通瘀决闭可治疗本病。凡本疗法具有降粘、解聚、促溶及扩张外周血管,改变微循环血流量的作用。通过对比观察,温针治疗本病效果显著,且无毒副作用,值得推广应用。

(收稿:2002-05-12 修回:2002-07-26)

枳术汤辅助治疗功能性消化不良 68 例

河南中医学院第一附属医院(郑州 450000)

杨守峰

1998 年 2 月~2001 年 9 月,我们应用枳术汤辅助治疗功能性消化不良(FD)患者 68 例,并与单纯用西药西沙比利治疗的

34 例进行对照观察,现报告如下。

临床资料 102 例患者均符合 FD 的诊断标准[Gastroenterology 1989;(11):625-630],并排除合并心、脑、肾等严重疾患者。按入院先后顺序随机分成两组,治疗组 68 例,男 38 例,女 30 例;年龄 22~67 岁,平均 39.8 岁;病程 10 个月~12 年,平均 3.1 年。对照组 34 例,男 18 例,女 16 例;年龄 20~65 岁,平均 39.6 岁;病程 7 个月~10 年,平均 2.7 年。两组资料经统计学处理,差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 治疗组予中药枳术汤:枳实 30g,白术 15g,陈皮、竹茹各 10g 为 1 剂量,均采用江阴天江药业有限公司出品的颗粒剂中药,每克含生药 1g,每日 1 剂,予温开水 100ml 溶解,每日 2 次口服;西沙比利片 5mg/次,每天 3 次。对照组每天单服西沙比利,剂量、服法均同治疗组。两组在治疗过程中均未合并其他治疗,治疗 2 周后评定疗效。每例患者在治疗前后均由同一医师填写临床症状观察表,对早饱、上腹胀满、恶心、胃烧灼感、食欲不振 5 种症状,按无(无症状)、轻(经提醒后患者可意识到症状存在)、中(患者意识到症状存在,但活动未受限)、重(患者有症状,且活动受限)分别记 0、1、2、3 分,各种症状的积分值相加,则为总体症状积分值。治疗后临床症状基本消失,总体症状积分为 0 为近期临床治愈;临床症状大部分消失,总体症状积分值低于原积分值的 25% 为显效;临床症状明显减轻,总体症状积分值低于原积分值的 50% 为有效;未达到有效标准为无效。

结果 治疗组 68 例,临床治愈 28 例(41.2%),显效 24 例(35.3%),有效 11 例(16.2%),无效 5 例(7.4%),总有效率为 92.6%;总体症状积分值(分, $\bar{x} \pm s$)治疗前为 12.55 ± 4.07 ,治疗后为 $2.76 \pm 1.72 (P < 0.01)$ 。对照组 34 例,临床治愈 12 例(35.3%),显效 10 例(29.4%),有效 7 例(20.6%),无效 5 例(14.7%),总有效率为 85.3%;总体症状积分值(分, $\bar{x} \pm s$)治疗前为 12.40 ± 4.43 ,治疗后为 $5.32 \pm 3.03 (P < 0.05)$ 。两组疗效比较治疗组优于对照组($U = 1.991, P < 0.05$)。治疗后总体症状积分值两组比较差异有显著性($t = 2.422, P < 0.05$)。

副反应:对照组发生腹痛、腹泻副反应 3 例,减量及停药后症状消失;治疗组未出现副反应。

讨论 中医学认为本病发病机理主要为脾虚气滞,为本虚标实证。枳术汤中白术健脾和胃,枳实行气导滞,合陈皮、竹茹畅通中焦气机,标本兼治。现代药理学研究证实,枳实、枳壳对在体肠管显示兴奋效应,使肠胃运动节律增加,收缩力增强;白术对小鼠胃肠运动有显著的推进作用。故枳术汤配合西沙比利能有效改善 FD 的临床症状,优于西沙比利单独应用,疗效显著,且减轻了单用西沙比利所致的腹痛、腹泻副反应,具有简、便、效、廉的特点,值得深入研究并进一步推广应用。

(收稿:2002-06-07 修回:2002-07-26)