DOI:10.16040/j.cnki.cn15-1101.2010.10.169

中药保留灌肠治疗90例慢性溃疡性结肠炎

罗藏成立*

关键词:中药保留灌肠;慢性溃疡性结肠炎

中图分类号:R754.62 文献标识码:B 文章编号:1006-0979(2010)10-0029-01

我院近年来采用中药保留灌肠疗法治疗慢性溃疡性结肠炎90例,疗效满意,现报道如下。

1 一般资料

本组病人90例,其中男性56例,女性34例;年龄最大者62岁,最小者20岁,平均年龄38.5岁;病程最短者5个月,最长者3年余,平均1年8个月。

2 诊断标准

腹痛,腹泻反复发作,大便中带有血性黏液,里急后重,左下腹压痛;肠鸣音亢进,病程超过6个月以上。辅助检查:大便常规:肉眼可见血浓性黏液,涂片见多数红白细胞或脓细胞增多。纤维乙状结肠镜检查:可见结肠黏膜弥漫性充血、水肿脆而易出血,糜烂及多数形状不规则大小深浅不等的溃疡,表面覆盖有黄白色或血性分泌物。X线检查:钡灌肠可见结肠黏膜紊乱,结肠袋形加深,肠壁痉挛,溃疡所引起的外部小刺或锯齿状阴影等。

3 治疗方法

据中医辨证分为2型:湿热郁结大肠型61例,占总例数的67.78%;药物组成为:秦皮15g、公英30g、黄连15g、白头翁30g、苦参30g、白芍30g、元胡12g、云苓30g、槐花12g、丹参30g、黄芪30g、甘草6g。脾胃虚弱型29例,占总例数的32.22%;药物组成为:陈皮15g、黄芪30g、党参15g、云苓30g、苡米30g、元胡12g、白芍30g、槐花12g、丹参30g、公英15g、黄连12g、白头翁15g、甘草6g。上述2型治疗方法均为每日1剂,水煎2次,共取汁300ml,早晚排空大便,保留灌肠各1次,静卧1小时以上。

4 疗效标准

痊愈:腹痛,腹泻消失、大便正常,纤维乙状结肠镜或X线钡灌肠检查肠黏膜恢复正常,随访1年无复发。好转:腹痛、腹泻消失,大便近正常,纤维乙状结肠镜或X线钡灌肠检查仅有肠黏膜轻度充血水肿,无浅表糜烂及溃疡。无效:诸症无明显改善。纤维乙状结肠镜或X线钡灌肠检查无变化。

5 治疗结果

治愈64例,占71.11%;好转12例,占13.33%;无效14例,占15.56%;总有效率84.44%。

6 典型病例

患者,男,31岁,于2008年9月就诊。左下腹疼痛,腹泻,大便稀附有黏液,每日排便7~8次,反复发作,已有1年余,伴有食欲不振,乏力,口干,口苦,观其舌质红、苔黄腻,脉弦滑。按其腹软左下腹压痛,无反跳痛,未触及包块。查大便常规:肉眼见黏液血性分泌物,涂片见红白细胞。经行纤维乙状结肠镜检查,左半结肠黏膜充血、水肿,以乙状结肠明显,并见散在点片状黏膜糜烂,浅表溃疡,有黄白色分泌物附着,拟诊为慢性溃疡性结肠炎。中医辨证分型为湿热郁结大肠型。给予秦皮15g、公英30g、黄连15g、白头翁30g、苦参30g、白芍30g、元胡12g、云苓30g、槐花12g、丹参30g、黄芪30g、甘草6g。水煎2次共取汁300ml,与早晚排空大便后,各保留灌肠150ml,病卧床休息1小时以上,治疗7天后,症状明显减轻,继用5天后症状消失,复查大便常规及纤维乙状结肠镜检查均正常,随访1年无复发。

7 讨论

慢性溃疡性结肠炎属中医"泄泻"、"痢疾"、"腹痛"等范畴,病程长,迁延难愈,反复发作。其病机多为湿热毒邪侵袭大肠,大肠气机不畅,不通则痛。湿热郁结大肠,热灼血络,热盛血腐而成本症。病久则脾胃虚弱,不能腐熟水谷,脾虚则统摄无权,离经之血与湿热相搏结,加上不化之水谷,而为泄下浓血。湿热郁结大肠型:方中秦皮、黄连、白头翁、公英、苦参、清热利湿解毒;槐花凉血止血,丹参活血化瘀,云苓、黄芪健脾利湿;白芍、元胡理气止痛,诸药共奏健脾利湿兼以清热解毒,活血凉血止血之效。药物通过保留灌肠,直接与病变部位接触,并通过肠黏膜吸收,内外结合,标本兼顾,疗效确切。

*青海省河南县蒙藏医院(811400)

2010年3月2日收稿

腰背肌功能锻炼治疗腰椎间盘突出症术后腰椎失稳的观察

李智斐* 许建文* 杨 光* 张家立* 韦家鼎* 通信作者:钟远鸣*

摘 要:目的:为腰椎间盘突出症术后腰椎失稳治疗提供较好方案。方法:运用五点支撑法、三点支撑法、飞燕点水法等锻炼方法治疗椎间盘突出症术后腰椎失稳。结果:优18例,良9例,可2例,差1例后期行手术治疗;总有效率为96.7%。结论:腰背肌功能锻炼临床运用安全,有效,并符合简、便、廉原则,便于临床推广。

关键词:腰背肌功能锻炼;腰椎间盘突出症;腰椎失稳

中图分类号:R681.5+3 文献标识码:B 文章编号:1006-0979(2010)10-0029-02

腰椎间盘突出症(以下简称腰突症)术后多数获得满意疗效,但仍有一定的复发率。其原因可能包括:椎间盘突出复发、椎管内疤痕粘连、肌源性疼痛、腰椎失稳等[1]。其中腰突症术后继发腰椎失稳问题正逐渐引起脊柱外科医生的重视。2000~2005年,我院采用腰背肌功能锻炼治疗腰突症术后脊柱失稳30例,效果满意,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组30例,男19例,女11例;年龄36~65岁,平均48岁。距初次手术时间3~6年,平均4年。单节段突出24例,双节段6例,其中L4~5节段11例,L5~S1节段19例。初次治疗单侧开窗术18例,单侧半椎板切除术7例,双侧半椎板切除术3例,全椎板切除加部分小关节切除术2例。术后下腰痛复发病程1~3年,平均1.5年。不稳节段L4~5节段11例,L5~S1节段13例,L4~5节段及L5~S1节段均不稳6例,所有患者为曾做过腰椎间盘突出髓核摘除术。其中,不稳节段为原手术节段16例,非手术节段11例,手术节段与非手术节段并发6例。

1.2 临床表现:主诉下腰部疼痛,有"下坠感",疼痛可放射至臀部、髋部及大腿后方,体位改变时疼痛加重,休息后缓解。

1.3 影像学检查:腰椎侧位片无明显滑脱或者滑脱≤1度,但存在以下任何1种情况者:①过屈过伸侧位X线片的可动域超过15°者;②在过屈过伸侧位X线片上椎体水平划移向前或向后L4~5超过3mm者,L5~S1超过4mm者;③过屈位X线侧位片呈椎间隙前宽后窄者。本组28例病变节段椎间隙变窄,2例椎间隙高度无改变。过伸过屈位X线片示,初次手术行开窗及半椎板切除者其腰椎不稳的严重程度较接近,行全椎板加部分小关节切除患者的不稳程度则明显较重。

2 治疗方法

治疗初期嘱患者使用腰围制动,减少对不稳节段的压力;避

*广西中医学院第一附属医院脊柱外科(530023)

2010年3月24日收稿

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

免腰部的旋转活动，以减少对不稳节段的剪力。同时行腰背肌功能锻炼：①五点支撑法：患者仰卧位，双侧屈肘、屈膝，以头、双足、双肘五点做支撑，双手托腰用力把腰拱起。②三点支撑法：患者仰卧位，双侧屈肘、屈膝，以头、双足三点做支撑，双手托腰用力把腰拱起。③飞燕点水法：俯卧位，双上肢靠身旁伸直，把头肩并带动双上肢向后上方抬起，或双下肢伸直用力向后抬起进而两个动作合并同时进行成飞燕点水状。对于初学者或力量较弱首先教其练习五点支撑法，从每次10下，1天3次，以后逐渐加至每次50下，1天3次。待其腰背肌力量增强后使其练习三点支撑法同样从每次10下，1天3次，逐渐加至每次50下，1天3次。至此，可嘱患者每日练习，也可嘱其练习飞燕点水法。对于年老体衰患有高血压等疾病者，嘱其一定要量力而行，避免勉强用力造成不可挽回之后果。对于兼患有颈椎病患者，可直接练习飞燕点水法之初级阶段即俯卧位，双上肢靠身旁伸直，把头肩并带动双上肢向后上方抬起，或双下肢伸直用力向后抬起；逐渐过度至飞燕点水法。一般一个月见效，3~6个月症状可完全消失。

3 结果

3.1 疗效评定标准：参照《中医病症诊断疗效标准》自拟。优：无腰腿痛症状，腰部活动功能接近正常，恢复原工作；良：腰痛或腿痛轻微，腰部活动轻度受限，能从事原工作；可：有轻度腰痛或腿痛，腰部活动轻度受限，能从事一般轻体力工作；差：临床症状无改善腰腿部仍感疼痛，腰部活动受限，不能从事轻体力工作。

3.2 疗效评定结果：本组30例，有1例兼有颈椎病患者在锻炼过程中出现头晕，恶心呕吐等不适症状，予以及时调整锻炼方法后未见类似症状出现。随访本组病例半年~3年，平均1.2年。优18例，良9例，可2例，差1例后期行手术治疗；总有效率为96.7%。21例拍摄过屈过伸侧位X线片上椎体水平无划移。

4 讨论

腰椎间盘突出症是骨科常见病，其手术治疗的近期疗效多较满意，但远期仍有5%~25%[2]的患者术后出现腰腿痛，其手术失败率文献报道为2%~14.3%，部分患者因腰腿痛而影响正常工作、生活。术后继发腰椎失稳往往是引起下腰痛的重要原因，正越来越引起人们重视，可能与初次手术方式的选择、术中的创伤程度、术后的康复以及患者的先天性解剖条件等诸多因素有关。Frymoyer和Pope[3]将脊柱失稳定义为脊柱活动节段刚性的丢失以致对该结构施加力时产生比正常结构所能看到的位移要大，结果导致了疼痛和潜在的畸形发展，并使神经结构处于危险之中。腰椎的稳定性取决于椎骨结构的完整和椎间盘生理功能的正常，以及依赖于韧带、肌肉及筋膜的协同作用。其中任何环节遭到破坏都可造成腰椎失稳。我们认为，腰突症状后继发脊柱失稳与椎间盘摘除后椎间关节进一步退变、术中对腰椎后柱骨-韧带复合结构的损伤和腰背肌术后康复失败有关[4]，术中因探查神经根管而去除部分小关节者特别是上关节面内侧1/3或下关节面2/3切除者则更易发生术后脊柱失稳[5]。本文效果差的1例就是术中去除部分小关节而致出现椎体1度滑脱。椎间盘具有维持脊柱稳定，支持脊柱正常的活动角度和吸收震荡能量的作用。绝大多数椎间盘突出的发生源于椎间盘退变的病理基础，加之术中摘除椎间盘时也造成了纤维环和终板的损伤。使椎间盘失去了吸收震荡和控制异常活动的能力。腰椎后柱的骨、韧带复合结构是维持脊柱稳定的重要部分，所以理论上对单纯性椎间盘突出，术中对该结构的损伤应尽可能少。但相当多的腰突症病人同时存在黄韧带肥厚、小关节增生等对神经根的卡压因素，术中需扩大减压范围，以彻底松解神经根。而损伤其黄韧带、后纵韧带而导致腰椎后柱的骨-韧带复合结构受损[6]。总之，在手术过程中破坏了维护手术间盘上下椎体之间稳定性的大部分结构。因其生理特点的关系有些组织难以再生及很好的修复如髓核，纤维环。

然而，肌肉组织是能够较好恢复的受损组织。故当患者术后出现腰椎不稳症状时，我们认为首先考虑的是怎样增强腰背部肌肉的力量。运用五点支撑法、三点支撑法及飞燕点水法循序渐进练习肌肉，并使腰椎处于一个后伸的生理状态。以较常人更强之肌肉力量来维持脊柱的稳定性及脊柱之正常序列，解除在过屈过伸时椎体之间的相对滑动，减少对周围神经的刺激和压迫，从而使临床症状缓解，达到预期的效果。

本方法简便易行，无毒副作用，不受时间及条件限制，不用服药，教会患者自行锻炼即可。只用每天话少许时间即可达到治疗目的，对于不能耐受二次手术及经济困难患者尤为适用。值得在缺医少药的地方推广使用。

参考文献

[1]费骏，毕大卫，陈文钧，等.腰椎间盘突出术后腰椎失稳的外科对策[J].中医正骨，2005，17(8)：38-39.

[2]杨雍，赵易，王炳强，等.腰椎间盘突出症术后同间隙再突出与不稳的防治[J].骨与关节损伤杂志，2000，15(1)：13.

[3]Frymoyer JW，Pope MH，Wilder DG Segmental instability. IN Weinstein J .Weisel SW (eds) . The lumbar spine . The International Society for the Study of the Lumbar Spine. Philadelphia :WB Sannders , 1990 ,6.

[4]S.TERRY CANALE(美)，主编. 卢世壁主译.坎贝尔骨科手术学[M].山东科学出版社.2001.2996.

[5]戴力扬，徐印坎，张文明.对于腰椎后部结构切除手术的生物力学探讨[J].上海医学，1991，14(12)：703.

[6]李春华，李林昌，徐国洲，等.腰椎间盘摘除术后远期并发症预防及术式的选择[J].国际医药卫生导报，2004，10(10)：63，85.

生命力针刺配合吴茱萸脐疗治疗复发性口腔溃疡临床观察

谢卫江* 何斌*

摘 要：目的：探讨生命力针刺治疗配合吴茱萸脐疗对复发性口腔溃疡的临床疗效。方法：将入选的184例患者随机分为两组，治疗组94例，采用生命力针刺及吴茱萸脐疗法，对照组90例，单纯口服雷公藤多甙片，观察临床疗效及复发率。结果：两组在减少疼痛方面差异无显著性($P>0.05$)；在减少复发方面，治疗组优于对照组，有显著性差异($P<0.01$)。结论：生命力针刺治疗配合吴茱萸脐疗对复发性口腔溃疡的临床疗效明确，复发率低，远期疗效更显著。

关键词：口腔溃疡；生命力针刺；吴茱萸脐疗

中图分类号：R781.5 **文献标识码**：B **文章编号**：1006-0979(2010)10-0030-02

复发性口腔溃疡又称复发性阿弗他溃疡，是一种临床常见的反复发作的口腔黏膜溃疡性损害，其疼痛持久，常影响语言、进食、心情，进而严重影响着患者的生活质量。近年来，我科引入医院积极探索的生命力医疗模式，通过运用生命力针刺配合吴茱萸贴脐治疗复发性口腔溃疡，疗效确切、复发率低，现报道如下。

1 临床资料

1.1 全部病例均来自2008年1月~2009年1月口腔科门诊病人，将184例患者按就诊先后顺序随机分为治疗组和对照组两组。治疗组94例，男42例，女52例；年龄20~59岁，平均35.22±3.28岁；病程7个月~12年，平均8.8±3.8年。对照组90例，男36例、女54例；年龄18~60岁，平均35.30±2.86岁；病程1~15年，平均8.6±3.2年。两组资料经，卡方检验差异无显著性意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 有患者均符合高等医药院校教材《口腔黏膜病学》第3版口腔溃疡的诊断标准[1]。受试者1个月内未接受抗生素、抗真菌或外用药治疗，1周内未接受过任何局部治疗；患有白塞氏综合征、疱疹性口腔炎、坏死性涎腺化生及复发性坏死性黏膜腺周围炎或不能完成本研究规定疗程者均作为剔除病例。

*广东省中西医结合医院·南海中医院口腔科(528200)

2010年3月25日收稿

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net