

- [2] 黄广兰. 奥美拉唑三联疗法治疗尿道炎后综合征 72 例疗效观察[J]. 岭南皮肤性病科杂志, 2007, 14(4): 231-232.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [4] 陈忠, 谢剑, 宫证. 男性尿道炎后综合征 126 例[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(4): 851-852.
- [5] 李振守, 李慧芳, 胡亚东, 等. 中西医结合治疗性病性尿道炎后尿道综合征 76 例临床分析[J]. 实用诊断与治疗杂志, 2007, 21(2): 42-43.
- [6] 王万春, 严张仁. 加味四逆散治疗淋病后及非淋菌性尿道炎后综合征 40 例疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(5): 604.
- [7] 罗建华. 中西医结合治疗淋病后综合征 83 例[J]. 中国临床医生杂志, 2005, 33(5): 391-393.
- (责任编辑: 马力)

## 中药灌肠联合山莨菪碱治疗急性胆绞痛临床观察

孙毅

杭州市余杭区良渚卫生服务中心, 浙江 杭州 311113

**[摘要]** 目的: 观察疏肝利胆中药灌肠联合山莨菪碱治疗急性胆绞痛的临床疗效。方法: 将急性胆绞痛患者 75 例随机分为 2 组, 观察组 40 例给予疏肝利胆中药灌肠联合山莨菪碱治疗, 对照组 35 例仅给予山莨菪碱治疗, 用药后 30 min 采用视觉模拟评分评价其疗效, 并观察起效时间。结果: 2 组用药后止痛疗效比较, 差异无显著意义 ( $P > 0.05$ )。观察组镇痛起效时间优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 疏肝利胆中药灌肠联合山莨菪碱可有效改善胆绞痛, 且起效快。

**[关键词]** 急性胆绞痛; 山莨菪碱; 疏肝利胆; 中医疗法

**[中图分类号]** R575.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0095-02

急性胆绞痛是普通外科常见临床急腹症之一, 是由于胆石症、胆囊炎等引起胆道括约肌痉挛收缩所致, 该病症发病急、病情重, 及时止痛是治疗关键环节之一<sup>[1]</sup>。笔者采用疏肝利胆中药灌肠联合山莨菪碱治疗急性胆绞痛, 取得较好疗效, 结果报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 纳入 2012 年 7~12 月本中心诊治的急性胆绞痛患者 75 例, 随机分为 2 组, 观察组 40 例, 男 18 例, 女 12 例; 年龄 28~53 岁, 平均  $(39.7 \pm 7.1)$  岁。对照组 35 例, 男 20 例, 女 15 例; 年龄 33~55 岁, 平均  $(43.1 \pm 6.7)$  岁。2 组性别、年龄、病情程度经统计学处理, 差异均无显著性意义

( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 病例选择** 既往有胆囊结石、胆囊炎病史, 突发右肩背部放射痛、恶心呕吐、发热, 无黄疸、神志不清等严重并发症, 1 h 内未使用其他镇痛药。排除妊娠、哺乳期妇女, 18 岁以下者, 冠心病、心肌炎或肝肾功能不全者。

### 2 治疗方法

**2.1 观察组** 在胆绞痛发作时, 给予山莨菪碱 100 mg, 即刻肌肉注射; 同时给予疏肝利胆中药复方, 处方: 柴胡、白芍各 20 g, 金钱草 50 g, 枳实、枳壳各 15 g, 郁金、大黄、延胡索各 10 g, 水煎, 取汁 250 mL 灌肠给药。

**2.2 对照组** 胆绞痛发作时, 仅给予山莨菪碱 100

**[收稿日期]** 2013-11-04

**[作者简介]** 孙毅 (1976-), 男, 主治医师, 主要从事普外科工作。

mg, 即刻肌肉注射。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 用药后观察评价2组疗效, 记录不良反应, 包括恶心呕吐、眩晕、头痛; 观察起效时间。

3.2 统计学方法 采用统计软件 SPSS15.0 分析数据, 计数资料采用 $\chi^2$ 检验, 计量资料采用 $t$ 检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 2组分别在用药后30 min采用视觉模拟评分方法(VAS)评价疼痛。疼痛减轻程度=(用药前分值-用药后分值) $\times$ 100%。疼痛减轻程度 $<25\%$ 为无效, 疼痛减轻程度 $25\% \sim 50\%$ 为有效, 疼痛减轻程度 $51\%$ 以上为显效。

4.2 2组VAS评分、起效时间比较 见表1。用药30 min后, 2组VAS评分均较前下降( $P < 0.01$ ), 组间比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。观察组镇痛起效时间短于对照组( $P < 0.01$ )。

表1 2组VAS评分、起效时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	VAS评分(分)		起效时间(min)
		用药前	用药后	
观察组	40	8.7 $\pm$ 1.5	2.5 $\pm$ 1.7	12.7 $\pm$ 4.2
对照组	35	8.9 $\pm$ 1.9	2.4 $\pm$ 1.4	19.5 $\pm$ 5.1

与用药前比较, ① $P < 0.01$ ; 与观察组比较, ② $P < 0.01$

4.3 2组止痛疗效比较 见表2。止痛总有效率观察组为95.0%, 对照组为91.4%, 2组比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。

表2 2组止痛疗效比较 例(%)

组别	n	疗效			总有效率(%)
		显效	有效	无效	
观察组	40	23(57.5)	15(37.5)	2(5.0)	95.0
对照组	35	20(57.1)	12(34.3)	3(8.6)	91.4

### 5 讨论

急性胆绞痛是普外科常见疾病之一, 多由胆结石或炎症导致急性右上腹部剧烈疼痛, 该病的产生为各种病理性因素刺激胆道致炎性反应及括约肌痉挛, 结石阻塞胆道导致胆汁排出受阻, 刺激胆道形成炎性水肿, 甚至伴恶心、呕吐和黄疸等, 治疗原则首先是及

时止痛<sup>[1]</sup>。

目前临床上治疗急性胆绞痛以药物为主, 包括阿片类止痛药、非甾体类镇痛抗炎等药物。针对胆绞痛药物的应用选择观点不一, 有学者认为非甾体类镇痛抗炎药物应作为首选, 其次为阿片类药物, 给药途径以肌肉注射及静脉注射为主<sup>[2]</sup>, 阿片类药物起效快、止痛效果明显, 但不良反应较多, 如胃肠反应、成瘾依赖性、甚至呼吸抑制等; 麻醉类药品因管理政策等限制, 在基层医疗单位往往不得使用, 使得应用受限<sup>[3~4]</sup>。非甾体类镇痛抗炎药物副作用较小, 但其止痛疗效不及强阿片类药物; 山莨菪碱是抗胆碱类药物, 可使平滑肌松弛, 解除血管痉挛而具有镇痛的作用, 因口服吸收较差, 临床上多使用注射剂, 基层医疗机构应用广泛<sup>[5]</sup>。

中医学认为, 胆为中清之腑, 以通为顺, 本临床观察中药复方采用疏肝利胆立法治疗胆道疾患, 处方中柴胡、郁金、金钱草疏肝利胆泻热; 白芍、延胡索缓急止痛; 枳实、枳壳行气通肠; 大黄泻下通便。该中药煎剂采用灌肠方式给药, 肠道吸收快, 避免了对胃肠黏膜的刺激, 并能迅速起到通大便作用, 使胆绞痛快速缓解, 多数患者灌肠后5 min内排便, 排便后疼痛迅速缓解。本研究中, 2组止痛疗效相当( $P > 0.05$ ), 但观察组起效快; 从临床应用的角度上看, 口服制剂在胆绞痛发作时期不易于接受, 而灌肠给药操作性强。

### [参考文献]

- [1] 陈孝平. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 860-861.
- [2] 李仲廉. 临床疼痛治疗学[M]. 2版. 天津: 天津科学技术出版社, 2000: 16.
- [3] 唐静怡, 徐智. 浅析双氯芬酸钠的药物联用[J]. 药学服务与研究, 2011, 11(6): 469-472.
- [4] 钱裕方. 阿片类镇痛药的临床合理用药分析[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2012, 14(20): 14.
- [5] 李淑云, 杨慧文, 陈俊. 尼美舒利和山莨菪碱治疗胆绞痛的比较[J]. 黑龙江医药, 2010, 23(6): 982.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)