

见,故以温补脾肾法作为遣方用药的切入点。方中制附子温阳散寒、专行肾经,炮姜温中止痛、专归脾经,两者配伍,温补脾肾,为君药;四神丸(补骨脂、肉豆蔻、五味子、吴茱萸)暖脾温肾、散寒止泻;大枣、生姜补益脾胃、调和营卫;陈皮、当归益气养血,复脾气之健运,助阴血之生成;此外,陈皮尚有行气燥湿化痰之功,使全方补而不滞、滋而不腻。纵观本方,共奏温补脾肾、散寒止痛、调和气血之效。

本研究显示,运用温补脾肾法治疗慢性结肠炎患者,能有效地改善其临床症状,减少复发。因此,针对缠绵难治的慢性结肠炎,中医药治疗或许可以成为解决这一医学难题的方向。

[参考文献]

- [1] 樊春华,吕永慧.关于慢性结肠炎诊断标准的拟定与探讨[C]//中华中医药学会脾胃病分会第十八次学术交流会,2003:336-340.
- [2] 陈灏珠.实用内科学[M].12版.北京:人民卫生出版社,2006:1914-1916.
- [3] 郑荣林.益气健脾温补肾阳法在治疗慢性复发型溃疡性结肠炎中的应用体会[J].辽宁中医杂志,2010,37(S1):108-109.

(责任编辑:马力)

泻心汤合十灰散加减治疗上消化道出血临床观察

杨俊波

普宁市中医医院内儿科,广东 普宁 515300

[摘要] 目的:观察泻心汤联合十灰散治疗上消化道出血临床疗效。方法:68例上消化道出血患者随机分为2组,各34例。对照组给予常规西医治疗;治疗组在对照组治疗基础上给予泻心汤联合十灰散治疗,7天为1疗程,治疗1疗程。结果:总有效率治疗组92.65%,对照组72.06%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);总不良反应率治疗组4.41%,对照组11.76%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后治疗组大便潜血转阴时间、住院时间与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:泻心汤联合十灰散治疗上消化道出血临床疗效显著,缩短大便潜血转阴时间,减少不良反应发生率。

[关键词] 上消化道出血;泻心汤;十灰散

[中图分类号] R573.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)05-0084-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.00.040

消化道出血可由临床多种疾病引发,大部分患者属于应激性溃疡的破裂而引发出血。上消化道是指食道、胃部、十二指肠、胆或是胰腺等部位的病变导致的出血现象^[1]。引起消化道出血的原因可以为自身炎症、血管病变、肿瘤、机械损伤等因素,也可由相邻器官的病变或者是全身性疾病诱发。患者主要临床症状为:黑便或呕血,因为出血量的不同会呈现出不同的临床表现,出血量少的患者症状较轻,出血量大时可并发出血性休克,主要表现为四肢湿冷、脉搏细弱、神志不清以及呼吸困难等,若治疗措施不当极易导致患者死亡^[2]。笔者采用泻心汤合十灰散治疗上消化道出血患者,取得满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

选取2011年1月—2013年12月本院上消化道出血患

者,共136例,随机分为2组,各68例。治疗组男35例,女33例;年龄25~75岁,平均(46.9±15.2)岁;出血量200~1400 mL,平均(786.2±153.6)mL。对照组男38例,女30例;年龄26~76岁,平均(47.2±16.3)岁;出血量300~1500 mL,平均(765.7±136.5)mL;主要临床症状为:呕血或(和)黑便、柏油样便以及血便等。所有患者行胃镜检查后确诊为上消化道出血,其中胃溃疡破裂40例,胃平滑肌瘤18例,十二指肠溃疡28例,肝硬化导致的食管胃底静脉曲张10例,食管癌7例,胃癌6例,急性胃炎16例,白血病3例,尿毒症8例。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西医治疗,主要处理措施为禁食或是

[收稿日期] 2014-12-03

[作者简介] 杨俊波(1967-),男,主治医师,研究方向:中医内科。

给予少量单纯的流食；出血量大的患者需要补充红细胞悬液，病情严重者需在内镜下行止血；出血量少的患者给予止血剂治疗，同时给予抑酸药物奥美拉唑 40 mg，静脉滴注，每天 2 次，保护胃肠黏膜。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上采用泻心汤联合十灰散治疗，方药：大黄、黄连各 8 g，黄芪、小蓟、茜草根、侧柏叶、大蓟、白茅根、牡丹皮各 10 g，黄芩、竹茹、茯苓、浙贝母各 15 g，甘草 5 g。辨证加减治疗，反酸者加瓦楞子 20 g，浙贝母 10 g；头晕心悸者加黄芪 15 g，阿胶 12 g；腹痛者加延胡索 10 g；血见黑者加侧柏炭、槐花炭各 9 g。每天 1 剂，加水 1500 mL，煎至 300 mL，早晚分服。

2 组治疗 7 天为 1 疗程。治疗 1 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2 组临床疗效、大便潜血转阴时间及住院时间等。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件包进行处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[3]。显效：临床症状及体征完全缓解，血压稳定，连续 3 天大便潜血试验为阴性；有效：临床症状及体征改善，血压恢复平稳，血红蛋白计数上升，大便潜血试验结果为阴性；无效：临床症状及体征未见缓解甚至加重，大便潜血试验结果仍为阳性。

4.2 2 组临床疗效及总不良反应率比较 见表 1。总有效率治疗组 92.65%，对照组 72.06%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。主要不良反应为头晕、呕吐、便秘等，总不良反应率治疗组 4.41%，对照组 11.76%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效及总不良反应率比较 例(%)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效	总不良反应
治疗组	68	35(51.47)	28(41.18)	5(7.35)	63(92.65)	3(4.41)
对照组	68	18(26.47)	31(45.59)	19(27.94)	49(72.06)	8(11.76)
χ^2 值	-	-	-	15.19	4.33	
<i>P</i> 值	-	-	-	0.0001	0.0375	

4.3 2 组大便潜血转阴时间、住院时间比较 见表 2。治疗组大便潜血转阴时间、住院时间与对照组比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组大便潜血转阴时间、住院时间比较 $(\bar{x} \pm s)$ 天

组别	<i>n</i>	大便潜血转阴时间	住院时间
治疗组	68	5.4 ± 2.3	7.6 ± 2.0
对照组	68	6.9 ± 2.5	9.7 ± 2.1
<i>t</i> 值		3.64	4.73
<i>P</i> 值		0.0004	0.0000

5 讨论

消化道出血在急诊科和消化内科属于常见的急症，出血部位主要集中在十二指肠，其次为胃部；大多数患者的出血情况较轻，属于自限性出血，而部分患者则表现为持续性出血^[4]。临床对于出血量大的患者常采用内镜治疗，创伤小且疗效显著，但存现局限性。针对自限性出血患者则采用常规治疗，但西药治疗具有心动过速、肾损害、血白细胞减少等不良反应。中医药在消化道出血的治疗中具有安全有效、费用低廉等优点，且对患者的临床症状及体征改善效果明显^[5]。因此在对临床各大疾病的治疗中均具有显著疗效。

上消化道出血属中医学血证范围，其病机为内热火盛，迫血妄行，血证患者中内火较重，火气过盛则会导致血液妄行，导致离经之血形成瘀血^[6]。因此中医治疗主要为清热凉血、泻火、止血。泻心汤联合十灰散方中黄连、大黄、黄芩有清火解毒、除痞、清热泻湿功效，尤其是对中焦之热具有良好的作用；但三大药物均为苦寒之药，服用时病情好转即可停药，避免久伤脾胃^[7]。茯苓具有健脾渗湿的作用；竹茹能够止呕，开胃降逆，除痞燥湿；侧柏叶、茜草根、白茅根等药物可有效去瘀生新、凉血止血，甘草调和诸药。共奏泻火清热、祛除湿热、止血收敛功效。本观察显示，治疗组治疗总有效率 92.65% 明显高于对照组 72.06%，且不良反应率为 4.41% 低于对照组的 11.76% ($P < 0.05$)。说明泻心汤联合十灰散对上消化道出血的疗效显著，且不良反应率低。同时治疗组患者的大便潜血试验转阴时间和住院时间均比对照组短 ($P < 0.05$)。提示泻心汤联合十灰散对上消化道出血具有显著的疗效，可明显降低不良反应的发生率，及时止血，缩短住院时间。

[参考文献]

- 余幼鸣. 中医辨证配合云南白药治疗上消化道出血 193 例疗效观察[J]. 新中医, 2004, 36(7): 19-20.
- 傅佑鼎. 归脾汤泻心汤联合西药治疗消化道溃疡 49 例[J]. 陕西中医, 2013, 34(6): 687-689.
- 李椿君. 加味泻心汤治疗上消化道出血 60 例[J]. 新中医, 2003, 35(3): 61.
- 张学成. 加味泻心汤治疗上消化道出血的临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2011, 30(22): 12-13.
- 刘秋伟. 三黄泻心汤治疗非门静脉曲张上消化道出血临床观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2011, 21(5): 298-299.
- 罗满芳, 李金萍. 纯中医治疗上消化道出血 257 例临床观察[J]. 亚太传统医药, 2012, 8(6): 59-60.
- 杨大坚. 经方临证治验 3 则[J]. 新中医, 2008, 40(6): 95-96.

(责任编辑: 马力)