

化湿醒脾汤治疗伤寒 32 例临床观察

赵 郴,李文龙,黄荣其,张登科

(湖南省长沙市中医医院/长沙市第八医院,湖南 长沙,410100)

[摘要] 目的:观察化湿醒脾汤治疗伤寒的临床疗效。方法:将72例伤寒患者随机分为治疗组和对照组各36例。治疗组采用化湿醒脾汤治疗,对照组采用常规西药治疗,2组均用药14d。观察2组治疗前后中医症状积分及伤寒沙门菌血培养、血常规的变化。结果:总有效率与治愈率治疗组分别为96.88%、78.13%,明显优于对照组的65.52%、31.03%,差异均有统计学意义($P < 0.01$, $P < 0.05$)。治疗组中医症状积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$, $P < 0.05$);对照组身热不扬、小便短少积分较治疗前降低($P < 0.05$)。治疗组伤寒沙门菌血培养转阴例数自身前后对比,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。2组白细胞总数、中性粒细胞数及治疗组嗜酸性粒细胞数治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗后白细胞总数比对照组高($P < 0.05$)。结论:化湿醒脾汤治疗伤寒疗效显著,安全性良好。

[关键词] 伤寒湿温病;中医药疗法;化湿醒脾汤

[中图分类号] R254 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.04.025

伤寒是由于伤寒沙门菌引起的急性肠道传染病,临床表现以持续性身热不扬、头身困重、表情淡漠、食欲下降、脘痞腹胀、腹痛腹泻、小便短少或黄灼、口渴多饮、苔腻脉缓及白细胞减少为特征,严重者并发肠出血、肠穿孔、中毒性肝炎、中毒性心肌炎、伤寒性脑炎^[1]。支气管炎及肺炎是最常见的并发症。实验室检查伤寒沙门菌血培养呈阳性、白细胞和嗜酸性粒细胞减少,肝脾肿大等。本病属中医学“湿温病”范畴,薛生白曰:“太阴内伤,湿饮停聚,客邪再至,内外相引,故病湿热”,故其基本病机是湿热弥漫三焦,内阻气机^[2]。化湿醒脾汤是笔者(第一作者)根据伤寒的病因病机,在长期临床中摸索出来的治疗该病的特效中药组方。笔者采用该方治疗伤寒32例,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 72例均为本院门诊或住院患者,按照随机数字表法随机分为治疗组和对照组,每组各36例。治疗组中,男27例,女9例;年龄21~55岁;病程7~14d。对照组中,男25例,女11例;年龄20~55岁;病程7~14d。2组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《传染病学》^[1]制定。1)当地的伤寒疫情,是否有过伤寒史,最近是否与

伤寒患者有接触史,以及夏秋季发病等流行病学资料。2)持续发热1周以上,伴有全身中毒症状,表情淡漠,食欲下降,腹胀;胃肠症状:腹痛、腹泻或便秘;相对缓脉、玫瑰疹和肝脾大等体征。3)血和骨髓培养阳性。外周血白细胞数减少,淋巴细胞比例相对增多,嗜酸性粒细胞减少或消失。肥达试验阳性有辅助诊断意义。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中医病证诊断疗效标准》^[3]中湿温病的湿郁卫分证辨证标准。1)身热不扬,形寒少汗;2)头身困重,脘痞腹胀;3)苔腻脉缓;4)小便短少。以上4项俱备者即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述的西医诊断标准与中医辨证标准;2)未采取其他治疗方法;3)患者知情同意。

1.4 排除标准 1)伤寒并发肠穿孔、肠出血、伤寒性脑炎、中毒性肝炎、中毒性心肌炎及其他传染病;2)合并严重心血管病及肝、肾、造血系统原发性疾病者;3)精神病患者,妊娠或哺乳期妇女;4)过敏体质、虚弱体质、对所用药物过敏或有禁忌证者;5)不能配合治疗、中途改变治疗方法或资料不全影响疗效判定者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用化湿醒脾汤治疗。处方:茯苓15g,茵陈10g,白术12g,白扁豆10g,藿香15g,白豆蔻10g,车前子(包煎)12g。水煎,每次约260ml,分

2次温服。如发热达38.5℃以上则加芦根15g、银柴胡10g,于发热前(一般15:00~16:00,或/和23:00至凌晨3:00)约1h服药。恶寒加苏叶3g、香薷5g,视患者具体情况而定。

2.2 对照组 采用西药治疗。左氧氟沙星片[第一三制药(北京)有限公司,批准文号:国药准字H20000655,规格:0.1g]口服,每次0.2g,每天3次,热退后减半;头孢噻肟钠(华北制药河北华民药业有限责任公司,批准文号:国药准字H10960279,规格:1g)静脉滴注,每次2g,每天2次。

2组患者尽量给予营养丰富、易消化、少渣少纤维性流质饮食或半流质饮食,忌用油腻荤腥之物。2组用药时间均为14d。提前治愈者退出治疗,但观察指标仍记录并纳入统计学分析,未愈者继续治疗。

3 疗效观察

3.1 观察指标 分别于治疗前及治疗后检测患者的伤寒沙门菌血培养、血常规、肝肾功能、小便常规。根据《中医病证诊断疗效标准》^[3]及《中医诊断学》^[4]设计专用调查表观察中医症状积分。采集临床四诊资料,包括身热不扬、头身困重、脘痞腹胀、小便短少、苔腻脉缓,根据症状和体征的不同程度分别计为0、1、2、3分。治疗期间详细观察药物的不良反应,如有则如实记录不良反应的严重程度及解决方法,观察停药后不良反应消失的时间。治疗期间如并发肠穿孔、肠出血、中毒性肝炎、中毒性心肌炎、伤寒性脑炎等严重并发症患者立即转相关科室住院紧急抢救。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。治愈:主要症状消失,体温正常,实验室指标恢复正常,且无复发,疗效指数为100%;显效:主要症状基本消失,体温基本接近正常,实验室指标改善,75%≤疗效指数<100%;有效:主要症状好转,体温下降,实验室指标改善,30%≤疗效指数<75%;无效:主要症状、体温及实验室指标无变化,疗效指数<30%。

3.3 统计学方法 应用SPSS 16.0软件进行统计学处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,自身前后对照采用配对 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果 临床观察结束时,治疗组脱落4例,完成32例;对照组脱落7例,完成29例。

3.4.1 2组综合疗效比较 2组总有效率、治愈率比较,差异均有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	25(78.13) ^a	4(12.50)	2(6.25)	1(3.12)	31(96.88) ^b
对照组	29	9(31.03)	4(13.79)	6(20.68)	10(34.48)	19(65.52)

注:与对照组比较,^a $P < 0.01$,^b $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后中医症状积分比较 治疗组各项中医症状积分治疗前后组内比较及治疗后与对照组比较,差异均有统计学意义。对照组身热不扬、小便短少积分治疗前后组内比较,差异有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后中医症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	身热不扬	头身困重	脘痞腹胀	小便短少	苔腻脉缓
治疗组	32	治疗前	0.86±1.02	2.16±0.98	1.92±0.97	1.13±0.94	1.24±0.93
		治疗后	0.09±0.04 ^{ac}	0.18±0.74 ^{ac}	0.12±0.51 ^{ad}	0.10±0.32 ^{ad}	0.17±0.33 ^{ac}
对照组	29	治疗前	0.85±0.83	1.61±1.07	0.85±0.73	1.02±0.89	0.80±0.72
		治疗后	0.43±0.61 ^b	1.42±0.89	0.57±0.62	0.47±0.57 ^b	0.80±0.83

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$,^b $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^c $P < 0.01$,^d $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组伤寒沙门菌血培养转阴率比较 2组伤寒沙门菌血培养转阴率比较,差异有统计学意义。(见表3)

表3 2组伤寒沙门菌血培养转阴率比较(例)

组别	例数	治疗前阳性	治疗后转阴	转阴率(%)
治疗组	32	25	18	72.0 ^a
对照组	29	25	5	20.0

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.4 2组治疗前后白细胞总数、中性粒细胞数、嗜酸性粒细胞数比较 除对照组嗜酸性粒细胞外,2组其他指标治疗前后组内比较,差异均有统计学意义。治疗组治疗后白细胞总数比对照组高,差异有统计学意义。(见表4)

表4 2组治疗前后白细胞总数、中性粒细胞数、嗜酸性粒细胞数比较($\bar{x} \pm s$, $\times 10^9/L$)

组别	例数	时间节点	白细胞总数	中性粒细胞	嗜酸性粒细胞
治疗组	32	治疗前	3.01±1.14	1.26±0.24	0.02±0.01
		治疗后	6.73±1.72 ^{ab}	5.85±0.89 ^a	0.08±0.03 ^a
对照组	29	治疗前	2.92±1.79	1.34±0.37	0.02±0.01
		治疗后	4.35±1.86 ^a	4.21±1.26 ^a	0.032±0.01

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.5 不良反应 2组尿常规、肝肾功能均未明显异常。

槐花散联合马应龙麝香痔疮栓 治疗Ⅰ、Ⅱ期内痔出血42例疗效观察

赵丹, 杨赛, 宾东华

(湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察槐花散联合马应龙麝香痔疮栓治疗Ⅰ、Ⅱ期内痔出血的临床疗效。方法: 将92例Ⅰ、Ⅱ期内痔出血患者随机分成2组, 每组各46例。对照组单用马应龙麝香痔疮栓治疗, 治疗组采用槐花散加减联合马应龙麝香痔疮栓治疗。结果: 总有效率治疗组为90.48%, 对照组为76.74%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 槐花散加减联合马应龙麝香痔疮栓治疗Ⅰ、Ⅱ期内痔出血的疗效较佳。

[关键词] Ⅰ、Ⅱ期内痔; 并发出血; 槐花散; 马应龙麝香痔疮栓

[中图分类号] R269.571+.8 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.04.026

痔疮是临床常见病、多发病, 以20~50岁人群为多发, 男女皆可发病。痔疮主要以便血、疼痛、脱出为主要症状, 且容易反复发作, 给患者的生活质量带来较大影响。长期便血甚至可以引起失血性贫血, 危害患者身心健康。笔者采用槐花散加减联合马应龙麝香痔疮栓治疗Ⅰ、Ⅱ期内痔出血46例, 收到较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年6月至2017年12月

我院肛肠科门诊患者92例, 按随机数字表法将其随机分为2组, 每组各46例。治疗组中, 男20例, 女26例; 平均年龄(45.6 ± 17.1)岁。对照组中, 男19例, 女27例; 平均年龄(47.8 ± 19.5)岁。2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照相关文献^[1]制定。Ⅰ期内痔: 便时带血、滴血或喷射状出血, 无内痔脱出, 便后出血可自行停止。Ⅱ期内痔: 便时带血、滴血或喷射状出血, 伴内痔脱出, 便后可自行回纳。

基金项目: 湖南省教育厅资助项目(编号: 16C1224)

第一作者: 赵丹, 女, 医学硕士, 医师, 研究方向: 中医外科学

4 讨论

目前西医治疗沙门菌引起的伤寒首选第3代喹诺酮类药物和第3代头孢菌素^[1]。中医学认为该病主要是由湿热病邪引起的外感热病即湿温病, 其发病与人体的脾胃功能状态有着密切的关系, 正如章虚谷所说: “湿土之气同类相召, 故湿热之邪始虽外受, 终归脾胃” “人身阳气旺, 即随火化而归阳明, 阴气虚, 即随湿化而归太阴”。湿属阴邪, 其性重浊黏滞, 与热相合, 蕴蒸不化, 胶着难解。故本病临床上以身热不扬、头身困重、脘痞腹胀、小便黄短少、苔腻、脉缓、病情缠绵为主要特点。

化湿醒脾汤是根据伤寒湿郁卫分证的病因病机组方, 以芳香化浊、健脾祛湿为主, 根据不同证型而加减化裁。方中藿香、白豆蔻、茵陈芳香化湿除浊兼以透表, 为君药; 茯苓、白术、白扁豆健脾益气, 为臣药; 车前子利小便, 使湿浊之邪有出路, 为使药。七药组合化湿健脾利水, 使湿邪得化、脾气得运, 故诸症悉除。治疗本病忌用苦寒温热之药。如

伤寒迟延日久, 超过1个月或有急性并发症者一定要及早采用中西医结合治疗。

本方对伤寒的中医症状改善尤为明显。在本研究的治疗过程中未出现不良反应, 血、小便常规与肝功能均未见明显异常, 说明化湿醒脾汤不但疗效显著而且安全性良好, 值得在临床上进一步推广应用。此外, 其他沙门菌感染、流行性感、钩端螺旋体病以及急性血吸虫病等, 若表现有湿郁卫分证候者, 亦可参考本病辨证施治^[5]。

参考文献

- [1] 李兰娟, 任红. 传染病学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 149, 153, 155.
 - [2] 朱文锋. 国家标准应用·中医内科疾病诊疗常规[S]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1999: 143.
 - [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 12.
 - [4] 季绍良. 中医诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 133-162.
 - [5] 南京中医学院. 温病学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1979: 60.
- (收稿日期: 2018-07-04)