

临 床 报 道

调肝实脾方对肝郁脾虚型肠易激综合征患者胃肠激素的影响

浙江省中医院(310006)

陈芝芸 严茂祥 项柏康

肠易激综合征(IBS)是一种肠道功能紊乱的原发性慢性疾病。胃肠激素在IBS中的作用逐渐为人们所认识。我们发现,具疏肝补脾、行气解郁作用的中药复方调肝实脾方对肝郁脾虚型IBS具有良好的临床疗效,但其作用机制尚不清楚。本研究进一步观察调肝实脾方对肝郁脾虚型IBS患者血浆血管活性肠肽(VIP)、胰高血糖素(Glu)、神经肽Y(NPY)、P物质(SP)及生长抑素(SS)的影响,从胃肠激素角度探讨其作用机理。

1 临床资料

IBS组符合IBS罗马Ⅰ诊断标准和中医肝郁脾虚辨证标准者共30例,其中男14例,女16例;年龄27~57岁,平均37.42岁。均为本院消化门诊病例,经大便常规及培养、血液生化、结肠镜/钡剂灌肠造影和腹部B超等检查,未发现足以解释其消化道症状的器质性病变。正常对照组为健康体检者,共30例,男16例,女14例;年龄21~58岁,平均34.8岁;各项体检指标均正常,无胃肠道病史及症状体征,无近期服药史。

IBS肝郁脾虚型中医辨证标准:常因抑郁恼怒或精神紧张而发病或加重,腹痛即泻,泻后痛减,肠鸣矢气,伴少腹拘急,胸胁胀满,暖气少食,便下粘液。舌淡红,苔薄白,脉弦或弦细。

2 治疗方法

以调肝实脾方(由炒白术、白芍、炒陈皮、防风、郁金、合欢皮、甘草组成,按3:2:1.5:2:1.5:2:1配制)治疗肝郁脾虚型IBS患者,每日1剂,连续服用4周。健康对照组及IBS患者治疗前后均检测空腹血浆NPY、SP、VIP、SS、Glu含量,NPY试剂盒由北京东亚免疫技术研究所提供;SP、VIP、SS试剂盒由北京海科锐生物技术中心提供;Glu试剂盒由中国原子能科学研究所提供。采用中国科学院上海原子能研究所日环仪器一厂的SN-682B型放射免疫γ测量仪。各项检测指标严格按照试剂盒说明进行操作。测定结果由放免检测仪自动计算并打印。

3 治疗结果

两组胃肠激素变化比较:治疗前患者血中VIP、Glu含量分别为 37.98 ± 17.02 pg/ml、 111.01 ± 42.23 pg/ml,较正常对照组明显升高(26.91 ± 16.04 pg/ml、 89.82 ± 22.18 pg/ml),差异有显著性($P < 0.05$);而血中NPY、SP、SS含量分别为 199.35 ± 54.48 pg/ml、 43.65 ± 18.31 pg/ml、 104.52 ± 41.19 pg/ml,与正常对照组比较差异无显著性(190.82 ± 29.50 pg/ml、 54.93 ± 16.20 pg/ml、 103.76 ± 28.12 pg/ml);经调肝实脾方治疗4周后,血中VIP、Glu含量较治疗前明显下降(30.75 ± 8.79 pg/ml、

91.76 ± 22.63 pg/ml),差异有显著性($P < 0.05$);但对血中NPY、SP、SS含量无明显影响($P > 0.05$)。

4 讨论

VIP广泛分布于胃肠道和神经系统,其中结肠中含量最高。VIP可刺激大、小肠分泌,降低对水和钠的吸收。肝郁脾虚型IBS患者临床上出现腹泻、夹杂粘液等症状可能与VIP升高促进小肠、胰腺分泌,降低对水和钠的吸收有关。Glu的生物学活性主要是升高血糖,刺激儿茶酚胺类释放,降低胃肠道平滑肌活动张力,抑制肠道的水和电解质吸收。各种应激状态、低血糖、CCK、GIP、VIP、交感及副交感神经兴奋均可使Glu分泌增加。我们研究发现,不同中医证型的IBS患者普遍存在着血中Glu含量增高。推测可能由于IBS患者普遍存在焦虑、紧张、抑郁等情绪障碍和精神性疾病,从而促进Glu的分泌。本研究发现,应用具疏肝补脾、行气解郁作用的中药调肝实脾方治疗能使肝郁脾虚型IBS患者临床症状改善的同时,血浆VIP、Glu含量明显降低,与治疗前比差异有显著性意义。表明调肝实脾方能改善肝郁脾虚型IBS患者肠道功能紊乱表现,这种作用的产生,可能是通过调节异常分泌的VIP、Glu水平来实现的。

清热除湿汤配合小剂量糖皮质激素

治疗狼疮性肾炎12例

甘肃省中医院老年病科(730050)

曹红霞 指导:刘国安

糖皮质激素虽然是治疗狼疮性肾炎的主要药物,但疗效一般,长期应用副反应多。1996年8月~2001年8月,我们应用自拟的清热除湿汤配合小剂量糖皮质激素治疗狼疮性肾炎12例,并与单用常规剂量激素治疗的11例作对照,现报告如下。

1 临床资料

选择在我院住院的狼疮性肾炎患者,诊断参照美国风湿病学会1982年关于系统性红斑狼疮的诊断标准,所选病例均表现为蛋白尿 >0.5 g/d,狼疮细胞阳性,或抗DS-DNA抗体Sm抗体阳性或梅毒血清试验假阳性,抗核抗体阳性,溶血型贫血或血白细胞减少或血小板减少。所有患者均有不同程度发热,腰酸或腰痛、乏力。按就诊顺序随机分为两组。治疗组12例,男3例,女9例,年龄34~53岁,平均 45 ± 7.7 岁;病程0.5~1.4年,平均 1.0 ± 0.5 年;24小时尿蛋白定量2.5~5.9g,平均3.4g,有蛋白尿者12例,有血尿者6例,有水肿者12例,有高血压者9例。对照组11例,男2例,女9例;年龄32~55岁,平均 43 ± 12 岁,病程3个月~1年,平均 0.7 ± 0.4 年;24小时尿蛋白定量2.1~5.7g,平均3.6g;有蛋白尿者11例,有血尿者7例,有水肿者11例,有高血压者9例。两组间病程、病情及年龄相似,具有可比性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

入院前用小剂量激素治疗者,入院后调整剂量,服从各组激素服法,入院前用大剂量激素者,不参加治疗组,用其他方法治疗者均停用。对照组:(1)强的松每日 1mg/kg,晨起顿服,每两周减 10%,(2)环磷酰胺每日 2mg/kg,两次服用,当白细胞 $<3 \times 10^9/L$ 时停用。(3)高血压者服用心痛定 10mg,每日 3 次。治疗组:(1)强的松每日 0.5mg/kg,晨起顿服。(2)自拟清热除湿汤加减:枸杞子 15g,女贞子 15g,山栀子 10g,白花蛇舌草 30g,忍冬藤 30g,仙鹤草 30g,杜仲 20g,菟丝子 30g,黄精 30g,有尿血者加白茅根 30g,尿蛋白量大者加黄柏 10g、薏苡仁 30g,有水肿者加附子 10g、茯苓 15g、白术 18g、党参 30g。(3)高血压者用心痛定 10mg,每日 3 次。两组均规定 6 个月为 1 个疗程。治疗前后监测 24 小时尿蛋白、血浆白蛋白(Alb),尿红细胞(BIO)、血色素(Hb)、血尿素氮(BUN),血肌酐(SCr),血脂(TC)情况,并且每日监测血压两次。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:显效:24 小时尿蛋白 $<0.3g$,Alb $>35g/L$,BIO 消失,Hb、BUN、SCr 恢复正常,血压 $<140/90mmHg$,水肿消失;有效:24 小时尿蛋白 0.3~2.0g,BIO 减少,Hb 有所升高、BUN、SCr 有所下降,血压 $<140/90mmHg$,水肿消失;无效:未达到有效标准。

3.2 治疗结果:治疗组 12 例,显效 4 例,有效 6 例,无效 2 例,总有效率 83%;对照组 11 例,显效 4 例,有效 5 例,无效 2 例,总有效率 81.8%,两组疗效比较差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 副作用及并发症:治疗组与对照组出现柯兴氏征分别为 0 例、2 例(18.2%);细菌感染分别 0 例、1 例(9%);消化道症状分别为 1 例(8.3%)、2 例(18.2%)。两组均未发现其它副作用及并发症。副作用及并发症发生例次:治疗组 1 例,对照组 5 例。提示治疗组的副作用及并发症明显低于对照组($P<0.05$)。

3.4 两组患者治疗前后部分观察指标变化比较:其中 BUN、SCr、24 小时尿蛋白两组治疗后均较治疗前降低($P<0.01$);TC 只有治疗组下降显著($P<0.01$);Hb、WBC、PL、Alb 治疗组治疗后较治疗前显著升高($P<0.01$),对照组治疗后较治疗前差异无显著性($P>0.05$)。可见中西医结合治疗可促进肾功能的恢复,调节血脂水平(资料略)。

4 讨论

狼疮性肾炎发病导致肾功能衰竭在系统性红斑狼疮死因中占 1/3,且长期服用激素会出现肥胖、血糖升高,诱发感染、骨质疏松等,用环磷酰胺会引起脱发、胃肠道反应、肝损害、血白细胞减少等。我们用中药配合小剂量糖皮质激素,大大减少了药物副作用。中医学认为,湿热不止,(尿)蛋白不清、肾精不足,(尿)蛋白仍存,治疗应“补泻兼顾”。故我们在清热除湿汤中用女贞子、枸杞子、山栀子补泻清热;白花蛇舌草、忍冬藤、仙鹤草等清热除湿;尿蛋白量大者加黄柏、薏苡仁以加大清热除湿之力,有尿血者,加白茅根凉血止血;有水肿者加茯苓、白术、党参以健脾利湿消肿。清热除湿汤配合小剂量激素治疗狼疮性肾炎,不但可大大减少副作用,且在升高血色素、血浆白蛋白、血白细胞计数及降低血脂等方面有着单用西药所达不到的效果。

巨刺针法结合头针治疗面肌痉挛 33 例

安徽省毛郢孜煤矿医院(235292)

吴 继 良

自 1998 年以来我院为探索非药物疗法治疗面肌痉挛的有效方法,根据人体经络上下贯通的循环走向和左右对称分布形式及古代巨刺针法的原理,采用巨刺针法结合头针治疗面肌痉挛,获得较满意的疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组 50 例患者,男 31 例,女 19 例;年龄 21~65 岁,平均 39.5 岁;病程 1 个月~18 年,平均 6.2 年,左侧痉挛 26 例,右侧痉挛 24 例,其中额及眼轮匝肌痉挛 21 例,半侧面肌痉挛 29 例;9 例伴有头痛,3 例伴有患侧耳鸣,8 例为面神经麻痹后遗症,全部病例均符合《实用神经病学》第 2 版面肌抽搐诊断标准。

2 治疗方法

50 例病例随机分为巨刺结合头针组(治疗组)33 例,中西医结合传统针刺组(对照组)17 例,两组年龄及病情无明显差异($P>0.05$)。对照组常规应用卡马西平、安定等及调节神经药物,加用传统针刺穴位(患侧四白、阳白、下关、颊车等),其中 6 例加服镇肝熄风止痉之中药。治疗组停用任何西药,采用巨刺法取健侧四白、下关、颊车、下颧髻(颊车与颧髻之间,颧骨弓前凹陷中),直刺用“徐而疾则实”的手法进针到骨膜,不运用捻转提插手法,取合谷(双侧)、太冲(双侧),直刺快速进针,得气后行提插捻转手法,头部平刺百会透前顶,神庭透上星,接 G6805 型治疗仪选疏密波,频率 18~26 次/分,输出强度见面部有轻微跳动为度,合谷、太冲加强输出强度,通电 15~20 分钟,每日或隔日 1 次,每组均 15 日为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:(1)痊愈:面肌痉挛发作消失,病情稳定在半年以上不复发。(2)显效:正常情况下面肌痉挛不发作,但在情志不遂等诱因条件下出现较短而又轻微的面肌抽搐。(3)有效:痉挛发作次数减少,时间缩短,程度减轻。(4)无效:面肌痉挛程度有所改善或无改变。

3.2 两组临床疗效比较:治疗组 33 例,痊愈 19 例(57.6%),显效 8 例(24.2%),有效 4 例(12.1%),无效 2 例(6.1%),总有效率 93.9%。对照组 17 例,痊愈 6 例(35.3%),显效 3 例(17.6%),有效 2 例(11.8%),无效 6 例(35.3%),总有效率 64.7%。统计学处理采用 χ^2 检验,治疗组与对照组疗效结果对比有显著差异($P<0.01$)。

4 讨论

面肌痉挛属于中医学“筋惕肉瞤”范畴,中医认为系肝风内动或血虚生风,扰乱面部经脉,侵袭阴阳经络,以致一侧经脉气血阻滞,失于营运,经筋失养遂致局部肌肉抽搐(痉挛)。在临床实践中我们发现,有些面肌痉挛和关节疼痛患者常规应用中西药和针刺患侧穴位疗效并不理想,而改用针刺健侧穴位疗效显著,根据面神经的分布及面部经络的走向和面肌痉挛属于足阳明经病变,选取了足阳明经输穴下关、颊车、四白为主穴,采