

临 床 报 道

药对组合法治疗功能性消化不良 49 例

河北省石家庄市中心医院(050011)

薛银萍 高 彤 王子臣 邢 军

功能性消化不良(FD)亦称非溃疡性消化不良,是以上腹疼痛、饱胀、暖气泛酸、呃逆、恶心、呕吐、食欲不振等为主要表现而无消化道溃疡等阳性体征的一种疾病。2001 年以来,我们用药对组合法治疗本病 49 例,并与口服西沙必利 42 例对照观察,疗效较好,现报告如下。

1 临床资料

所有病例均为河北省石家庄市中心医院门诊患者,符合《内科学》第 5 版 FD 的诊断标准。随机分为治疗组 49 例,对照组 42 例。治疗组男 21 例,女 28 例;年龄 20~78 岁,平均 43.21 岁;病程 6 周~9 年,平均 2.56 年;对照组男 19 例,女 23 例;年龄 23~75 岁,平均 39.7 岁;病程 5 周~10 年,平均 2.79 年。两组临床资料经统计学处理,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组采用药对组合法:柴胡 10g 与白芍 15g,柴胡 10g 与枳壳 10g,枳壳 10g 与黄芪 20g,桂枝 10g 与白芍 20g,白芍 20g 与甘草 5g,制半夏 10g 与黄连 10g,黄连 10g 与吴茱萸 10g,枳实 10g 与白术 10g,延胡索 10g 与川楝子 10g,生姜 5g 与大枣 3 枚。每日 1 剂,水煎服。临床加减:(1)寒热交错者使用药对原方剂量;(2)兼阳虚畏寒加用制附子和高良姜;(3)兼阴虚加用乌梅和天花粉;(4)寒象明显增加药对中温热药的用量,减少寒凉药用量,使之呈大剂温热药稍佐寒凉药的结构;(5)热象明显增加药对中寒凉药的用量,减少温热药用量,使之呈大剂寒凉药稍佐温热药的结构;(6)证偏虚者重用补益药,如黄芪、白术、白芍;(7)证偏实者重用通降药如枳壳、枳实;(8)幽门螺杆菌感染者重用黄连,酌加黄芩和蒲公英;(9)久病入络加用丹参和三七粉。对照组用西沙必利(浙江京新药业股份有限公司生产,每片 10mg)每次 1 片,每日 3 次,餐前 30 分钟服用。两组均治疗 1 个月为 1 个疗程,治疗期间停用其他改善消化道功能的药物。

3 治疗结果

疗效标准:将 FD 的主要症状分为上腹部疼痛;上腹烧灼感;上腹饱胀感、暖气、反酸;呃逆、恶心呕吐等 4 个系列,并以分级评分法观察其主要症状治疗前后变化情况,症状每天出现 5 次以上为 4 分,出现 3~4 次为 3 分,出现 1~2 次为 1 分,症状消失为 0 分。以治疗后评分表的减分率作为疗效评价指标,分显效、有效、无效 3 级。减分率=(治疗前分数-治疗后分数)/治疗前分数 $\times 100\%$ 。显效:FD 评分减分率 $\geq 50\%$;有效:

FD 评分减分率为 20%~49%;无效:FD 评分减分率 $<20\%$ 。结果:治疗组 49 例,显效 27 例,有效 18 例,无效 1 例,总有效率 91.8%;对照组 42 例,显效 8 例,有效 17 例,无效 17 例,总有效率 59.5%。两组总疗效比较差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

FD 属中医学“胃脘痛”、“嘈杂”、“吐酸”、“痞满”、“呕吐”等范畴,病位在脾胃,与肝密切相关,治宜疏肝理气,降逆和胃。药对是中医学特色之一,是中医方药配伍的常见形式,其组成是以中医基本理论为指导。总结文中所用药对组成有如下特点:(1)药对大多取自治疗脾胃病经典方剂——四逆散、左金丸、金铃子散、枳术丸、小建中汤、芍药甘草汤、半夏泻心汤、吴茱萸汤等;(2)性味功效相反者组成药对:升提之柴胡与降泻之枳壳;疏解之柴胡与内敛之白芍;升补之黄芪与通降之枳实;善走之桂枝与善守之白芍;黄连与半夏辛苦开降;黄连与吴茱萸寒热并用;补虚之白术与泻实之枳实;白芍与甘草酸甘化阴;止痛之延胡索与行气之川楝子;(3)辨病与辨证有机结合,视病证具体情况灵活变换药物剂量或加用相应药物,以求药证相符。治疗结果显示,药对组合法治疗 FD 疗效明显优于西药治疗($P<0.05$)。

中药保留灌肠治疗慢性盆腔炎 80 例

浙江省杭州市萧山区第一人民医院(311200)

来 齐 胡月明

我们根据现代中医对盆腔炎病因病机的认识,于 2000 年 3 月~2004 年 3 月采用清热解毒化湿、理气活血止痛中药制成妇外 4 号灌肠液,经肛门给药治疗慢性盆腔炎,取得满意效果,现将临床观察报告如下。

1 临床资料

本文 159 例均属我院中医妇科门诊患者,临床表现、诊断及分级标准根据卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》制定。随机分为治疗组和对照组,其中治疗组 80 例,年龄 20~54 岁,平均(32.93 $\pm$ 6.0)岁,病程 6 个月~7 年,平均 3.2 年,病情中度 25 例,重度 55 例,湿热蕴结型 30 例,气滞血瘀型 35 例,气虚夹瘀型 15 例;对照组 79 例,年龄 20~50 岁,平均(33.38 $\pm$ 6.15)岁,病程 5 个月~8 年,平均 3.3 年,病情中度 26 例,重度 53 例,湿热蕴结型 28 例,气滞血瘀型 36 例,气虚夹瘀型 15 例。两组患者年龄、病程、临床表现等差异无显著性,具有可比性。

2 治疗方法

治疗组给予妇外 4 号灌肠液(杭州市萧山区第一人民医院协定组方)。基本药方由红藤 30g、败酱草 30g、牡丹皮 10g、丹参

10g、乳香 5g、没药 5g 等组成,湿热蕴结型加白花蛇舌草 30g、薏苡仁 30g、重楼 10g,气滞血瘀型加三棱 10g、莪术 10g、半枝莲 30g,气虚夹瘀型加黄芪 45g、当归 12g、川芎 10g,上述方药浓煎成灌肠剂 100ml,使用一次性灌肠器,每日 1 次,临睡前操作,肛管插入深度在 15cm 左右,药液温度在 35~40℃,20 天为 1 个疗程,避开经期,灌肠前排便,灌肠后卧床休息,连续治疗 3 个疗程。

对照组给予妇乐冲剂。组成:忍冬藤、制大黄、大青叶、蒲公英、牡丹皮、赤芍、川楝子等。由杭州天目山药业股份有限公司生产,国药准字 Z33020337。开水冲服,每次 2 袋,每日 2 次,20 天为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效观察标准:根据卫生部颁发的《中药新药临床研究指导原则》制定。痊愈:症状、体征消失,妇科检查正常,积分为 0 分;显效:症状消失,妇科检查有明显改善,治疗后比治疗前积分降低 2/3 以上;有效:症状、体征及检查均有减轻,治疗后比治疗前积分降低 1/3 以上;无效:治疗后无改善。治疗前后按上述指标进行疗效评定。

3.2 治疗前后两组疗效比较:治疗组 80 例,痊愈 30 例(37.5%),显效 35 例(43.8%),有效 12 例(15%),无效 3 例(3.7%),总有效率 96.3%;对照组 79 例,痊愈 25 例(31.6%),显效 27 例(34.2%),有效 10 例(12.7%),无效 17 例(21.5%),总有效率 78.5%。两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

3.3 治疗前后两组患者主要症状改善:治疗组下腹、腰骶酸痛下坠患者治疗前 70 例,治疗后 10 例,改善率 85.71%,对照组治疗前 71 例,治疗后 15 例,改善率 78.87%;治疗组经行腹痛患者治疗前 51 例,治疗后 8 例,改善率 84.31%,对照组治疗前 55 例,治疗后 16 例,改善率 70.91%;治疗组白带增多伴色黄患者治疗前 53 例,治疗后 3 例,改善率 94.34%,对照组治疗前 57 例,治疗后 9 例,改善率 84.21%。两组主要症状改善率治疗组高于对照组,但差异无显著性($P > 0.05$)。

3.4 病情分级与疗效关系:治疗组病情中度患者 25 例,痊愈 11 例,显效 10 例,有效 2 例,无效 2 例;对照组病情中度患者 26 例,痊愈 9 例,显效 7 例,有效 5 例,无效 5 例;治疗组病情重度患者 55 例,痊愈 35 例,显效 18 例,有效 2 例,无效 0 例,对照组病情重度患者 53 例,痊愈 10 例,显效 16 例,有效 17 例,无效 10 例。治疗组与对照组经 *Ridit* 分析,差异有显著性($P < 0.05$)。

3.5 中医辨证分型与疗效的关系:治疗组湿热蕴结型患者 30 例,痊愈 10 例(33.3%),显效 8 例(26.7%),有效 8 例(26.7%),无效 4 例(13.3%);对照组 28 例,痊愈 8 例(28.6%),显效 7 例(25%),有效 9 例(32.1%),无效 4 例(14.3%)。治疗组气滞血瘀型患者 35 例,痊愈 14 例(40%),显效 15 例(42.9%),有效 6 例(17.1%),无效 0 例。对照组 36 例,痊愈 10 例(27.8%),显效 8 例(22.2%),有效 13 例(36.1%),无效 5 例(13.9%)。治疗组气虚夹瘀型患者 15 例,痊愈 5 例(33.3%),显效 4 例(26.7%),有效 5 例(33.3%),无效 1 例(6.7%);对照组 15 例,痊愈 2 例(13.3%),显效 3 例(20%),有

效 4 例(26.7%),无效 6 例(40%)。两组各证型疗效比较,经 *Ridit* 分析,除湿热蕴结型外,其余各型差异均有显著性($P < 0.05$)。

3.6 不良反应:两组患者用药后未见明显不良反应。

4 讨论

妇外 4 号组方是基于中西医对慢性盆腔炎的认识,选用的红藤、败酱草具有清热解毒、消痛排脓、祛瘀止痛等功效,牡丹皮、丹参可以清热凉血、活血化瘀,乳香、没药有活血止痛等功效。现代药理研究表明,红藤、败酱草对金黄色葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌等多种细菌有抑制作用,牡丹皮、丹参等活血化瘀药能抑制纤维蛋白形成,改善微循环,软化增生的纤维组织,改善粘连。妇外 4 号灌肠剂直肠给药,与口服药相比避免了胃肠道症状、肝首过消除效应,药物进入直肠后通过黏膜吸收进入血液循环,达到局部和全身治疗作用。女性盆腔静脉丰富,又与直肠相邻,因此,药物在盆腔内的局部浓度高,从而达到较好的治疗效果。

中医治疗月骨无菌性坏死 68 例

陕西省人民医院(710068)

张 勇 侯玉亭 弓立群

我们自 1997 年 3 月~2003 年 11 月,先后用自拟益气养血、补肾健骨之中药方剂结合针刺治疗月骨无菌性坏死,与现代医学非手术疗法对照观察,取得了理想的疗效,现报告如下。

1 临床资料

所有病例均为我院门诊患者,均依据病史、症状、体征和 X 线片或放射性核素骨显像确诊。影像学检查示:所有患者月骨外型轮廓无明显改变,是非手术治疗的适应症。全部 68 例患者随机分治疗组与对照组。治疗组 34 例,男性 22 例,女性 12 例,年龄 23~71 岁,病程 2~21 年,平均年龄 36 岁,平均病程 5 年 4 个月。对照组 34 例,其中男性 21 例,女性 13 例,年龄 23~69 岁,平均 35.5 岁,病程 1.5~20 年,平均 5 年 2 个月。

2 治疗方法

2.1 治疗组:采用自拟益气活血,补肾健骨方加减,方药组成:生地黄 10g,熟地黄 15g,赤芍 10g,当归 10g,生黄芪 15g,党参 10g,续断 15g,桂枝 6g,桑枝 6g,土鳖虫 3g,水煎服,每日 1 剂。另外配合针刺治疗,以下两组穴位交替使用:第一组取外关(双侧)、肾俞(双侧)、绝骨(双侧);第二组取大杼(双侧)、三阴交(双侧)、太溪(双侧)。采用平补平泻手法,每周治疗 3 次。以上治疗 3 个月为 1 个疗程,疗程间休息 10 天。1 个疗程后复查 1 次,共治疗 3 个疗程。治疗期间禁止患腕关节的持重、受力和过度运动。

2.2 对照组:采用患腕关节石膏外固定在背伸 20~30°位 12 个月,每半年复查 1 次,观察月骨形态和血供的恢复情况。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:治愈:自觉症状及体征消失,X 线摄片显示月骨内囊变消失,骨小梁恢复或核素骨显像显示血供恢复,随访 1 年无复发。有效:自觉症状消失,体征基本消失,X 线摄片显示骨内囊变明显缩小,骨小梁开始产生或核素骨显像显示血供开