

治疗肝硬化腹水时应注意时刻补气养血。益气养血利水方双补气血,常以八珍汤为基础加减化裁。其中黄芪补气升阳,固表行水,丹参功同四物,养血活血,辅以党参、白术、茯苓益气健脾,当归、白芍、鸡血藤、阿胶养血柔肝,柴胡、木瓜疏肝和络,泽兰、泽泻、槟榔、大腹皮去瘀利水。同时根据具体阶段不同证型的特点,在本方基础上予以加减。

参苓蚤休汤为主治疗慢性萎缩性胃炎68例

广西壮族自治区凌云县中医院(533100)

李景巍 吴杰

广西壮族自治区右江民族医学院附属医院

劳献明

慢性萎缩性胃炎(CAG)是临床常见病、多发病,其中伴肠上皮化生和异型增生者,被认为是主要的胃癌前期病变。1999年3月~2005年4月,我们以参苓蚤休汤为主治疗CAG 68例,取得良好疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

将128例来源于广西壮族自治区凌云县中医院的住院及门诊CAG患者,随机分成两组。治疗组68例,其中男性42例,女性26例;年龄22~69岁,平均43.2岁;病程1.8~53.5年,平均18.2年;伴肠上皮化生轻度20例,中度18例,重度6例,伴异型增生轻度16例,中度13例,重度4例,同时伴肠上皮化生及异型增生21例;伴幽门螺杆菌(Hp)感染61例。对照组60例,其中男性38例,女性22例;年龄23~68岁,平均42.8岁;病程1.5~52.8年,平均17.8年;伴肠上皮化生轻度17例,中度14例,重度3例,伴异型增生轻度12例,中度10例,重度3例,同时伴肠上皮化生及异型增生16例;伴Hp感染53例。两组在性别、年龄、病程、胃镜、病理等方面差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《实用内科学》(第11版)制定的标准拟定。胃镜诊断标准:(1)黏膜色泽呈淡红色、灰色、灰黄色或灰绿色,重度萎缩呈灰白色;(2)黏膜变薄,血管透见。活组织检查:(1)固有腺体萎缩;(2)黏膜肌层增厚;(3)固有膜炎症;(4)肠上皮化生或假幽门腺化生及淋巴滤泡形成。Hp检查:患者检查前1周内未服用抗生素、铋剂、抑酸剂等对Hp有抑制作用的药物。活检标本经尿素酶快速诊断检查,病理特殊染色镜检确定有Hp感染。并排除心、肝、肾及自身免疫等疾病。

2 治疗方法

2.1 治疗组给予参苓蚤休汤[由太子参30g,土茯苓15g,蚤休(重楼)10g,牡丹皮10g,山楂30g,佛手12g,郁金12g,莪术10g,三七6g(研末分2次冲服),白芍15g,甘草6g,组成1400ml,分早晚2次空腹,配合食疗(土茯苓15g,重楼10g,三七10g,猪肚1个,方法是将以上3味药捣碎后与切成小块的猪肚一起放入锅中,加

水放盐,生姜2片,酒少许,炖烂,当天分数次连渣服),每周1次。2.2 对照组口服维酶素胶囊,每次1g,猴头菌片每次3片,黄连素片每次0.2g,均每日3次。两组均以3个月为1个疗程,连续治疗2个疗程后复查胃镜、病理和尿素酶试验及组织染色检测Hp以判定疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》(2002版)慢性萎缩性胃炎评定标准制定。临床痊愈:临床症状、体征消失,胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转达轻度,病理组织学检查证实,腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生恢复正常或消失,Hp阴转。显效:临床主要症状、体征消失,胃镜复查黏膜慢性炎症好转,病理组织学检查证实,腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生恢复正常或减轻2个级度,Hp阴转。有效:主要症状、体征明显减轻,胃镜复查黏膜病变范围缩小1/2以上,病理组织学检查证实,慢性炎症减轻1个级度以上,腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生减轻,Hp阴转或阳性。无效:达不到上述有效标准或恶化,Hp阳性。Hp根除:疗程结束1个月复查尿素酶试验及组织染色检查,Hp均为阴性,如有一项或两项阳性则表示未根除。

3.2 治疗结果

3.2.1 两组疗效比较 治疗组68例,临床痊愈41例,显效17例,有效8例,无效2例,愈显率为85.3%,总有效率为97.1%;对照组60例,临床痊愈18例,显效10例,有效21例,无效11例,愈显率为46.7%,总有效率为81.7%。两组愈显率、总有效率比较,差异均有显著性意义($P < 0.01$)。

3.2.2 两组Hp根除情况比较 治疗组61例,Hp感染者阴转59例,未阴转2例,阴转率为96.7%;对照组53例,阴转24例,未阴转29例,阴转率为45.3%。两组比较,差异有显著性意义($P < 0.01$)。

4 讨论

近年来发现CAG与Hp感染有关,Hp在CAG中普遍存在,且与CAG病变程度密切相关。Hp感染后可引起胃黏膜的损害,进而造成胃黏膜的萎缩及明显的肠化,因此,根除Hp对治疗CAG意义很大。中医学将本病归属胃脘痛、痞满、嘈杂范畴。其病机虽复杂,但总属本虚标实证。气虚、热毒和血瘀是本病的发病及病机演变的关键。我们针对其病机,以益气养阴固本,清热除湿、解毒化瘀治标,方中重用太子参补脾益气,健运中州;土茯苓、重楼、牡丹皮清热凉血,解毒除湿,佐以行气活血,祛瘀消肿之佛手、郁金、莪术、三七;山楂入血分,既消食化积,又活血化瘀;芍药、甘草其味甘酸,酸甘化阴,濡润胃腑,缓急止痛。猪肚甘、温,补虚损,健脾胃。配土茯苓、重楼、三七炖汤服,用之有以脏治脏、以形补形之意。诸药合用,标本兼治,共奏益胃养阴,清热除湿,解毒化瘀之功。现代药理研究证实,太子参、甘草等补益药可调节内分泌、消化系统功能,增强免疫,促进胃黏膜上皮组织再生;土茯苓、重楼等清热解毒除湿药对Hp有很强的杀灭和抑制作用,可促进炎症的消除;三七能改善病变大鼠的胃液分泌功能,可有效地治疗大鼠胃黏膜的萎缩性病变,并能逆转腺上皮的不典型增生和肠上皮化生;芍药与甘草

合用,提示它们能促进胃液分泌,同时芍药有明显的镇痛作用,配甘草协同抑制胃平滑肌运动而起到止痛、抗炎、护膜作用。本研究证实,治疗组临床愈显率、总有效率、Hp 阴转率均明显优于对照组。表明参苓蚕体汤配合食疗治疗 CAG 有良好疗效,其作用机制可能与根除 Hp 感染,促进炎症吸收,调节胃液分泌,改善胃黏膜血液循环,促进病变组织修复有关。

针刺配合大柴胡汤加减治疗慢性胆囊炎30例

山东省中医药研究院(250014)

周 胜 红

慢性胆囊炎是消化系统常见疾病,多表现为右胁下胀痛或隐痛、口干苦、纳差、厌食油腻等症状。近年来,随着人们生活水平的提高,本病的发病率呈增高趋势,且西药治疗本病疗效欠佳,而传统的中医药疗法具有独到的疗效。近几年来,采用中药配合针灸对本病患者进行综合治疗,并与单用中药治疗进行对照观察,疗效显著,现总结如下。

1 临床资料

50例患者被分为中医综合治疗组(治疗组)和中药对照组(对照组)。其中,综合治疗组30例,男性12例,女性18例,年龄22~65岁,平均(43.27±1.40)岁;病程3个月~11年,平均(51.87±5.79)月。对照组20例,男性9例,女性11例,年龄21~62岁,平均(41.95±1.77)岁;病程1个月~12年,平均(50.65±3.71)月。两组患者年龄、病程比较差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

诊断依据:参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》拟定:(1)持续性右上腹钝痛或不适感,疼痛可向右侧肩背部放射;(2)有恶心、嗝气、反酸、腹胀和胃部灼热等消化不良症状,进食油腻食物后加重,而且病程长,病情经过有急性发作和缓解交替的特点;(3)胆囊区有轻度压痛和叩击痛,胆汁中黏液增多,白细胞成堆,细菌培养阳性;(4)B超可见胆囊壁增厚,胆囊缩小或变形,胆囊收缩功能不良,或胆囊显影淡薄等。

2 治疗方法

治疗组:(1)口服中药大柴胡汤加减,方药组成:柴胡12g,茵陈15g,黄芩12g,生白芍15g,枳壳12g,金钱草30g,延胡索10g,川楝子10g,桃仁12g。恶心、呕吐加旋覆花15g(包煎)、制半夏10g;便秘者加大黄10g(后下);久病气阴两虚者加太子参20g、白术10g。水煎服,每日1剂,1个月为1个疗程。(2)针灸治疗:取期门、支沟、阳陵泉、足三里、三阴交、胆囊穴、太冲为主穴。恶心、呕吐加中脘;口苦、湿热重加内关、中脘。用30号毫针进行常规针刺,每日1次,连续10天为1个疗程,两个疗程之间休息2天,持续1个月。对照组:单用中药大柴胡汤加减,水煎服,每日1剂。两组患者均于治疗1个月后统计疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》拟定,临床治愈:临床症状和体征消失,B超检查或胆囊造影恢复正常,观察1年以上无复发;显效:症状和体征消失,B超检查或胆囊造影

明显改变,观察1年内时有复发;有效:症状和体征大部分消失,B超检查或胆囊造影有改善。无效:治疗期间症状和体征减轻或无改善,停止治疗后又复发。

3.2 治疗结果

治疗组30例,临床治愈18例,显效6例,有效4例,无效2例,愈显率为80%,总有效率为93.3%;对照组20例,分别为8例、2例、5例、5例、50%、75%。两组总有效率比较差异无显著性意义($P>0.05$),两组愈显率比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

慢性胆囊炎多属中医学“胁痛”范畴,本病多因肝失疏泄,胆汁瘀积而成。肝主疏泄,性喜条达,胆附于肝,胆贮藏与分泌胆汁的功能正常与否与肝主疏泄的功能密不可分。肝失疏泄,则胆腑通降失司、胆汁结聚不通,逆则易犯脾胃,使脾胃不运,湿热蕴生,从而形成肝胆湿热。肝胆气郁日久,亦使胆汁瘀积,湿热阻络,血郁成瘀,不通则痛,故临床常见右胁下隐痛或胀痛不适。现代医学认为,本病发病与人体类脂质代谢障碍和胆囊排空功能障碍有密切关系,亦可能是急性胆囊炎治疗不彻底遗留造成的慢性细菌感染、浓缩胆汁或反流入胆囊的胰液的化学刺激所致。本病治宜疏肝利胆、行气解郁、活血化瘀止痛。方中柴胡、茵陈、金钱草入肝、胆经,可疏肝解郁、清热利胆;延胡索、川楝子、枳壳行气解郁止痛;桃仁活血化瘀;白芍养血柔肝止痛;黄芩清泄肝胆之热。现代药理研究证明,柴胡、枳壳、茵陈、金钱草有解热、减轻大鼠慢性炎症的作用。柴胡还有很好的疏肝利胆作用,茵陈也有显著的利胆作用,可松弛胆道括约肌、加速胆汁排泄;在增加胆汁分泌的同时增加胆汁中固体物、胆酸和胆红素的排除量,减轻了对胆囊的刺激作用,从而起到显著的利胆之效。以上诸药合用,共奏疏肝利胆、行气解郁、活血化瘀止痛之功。

肝居胁下,胆附于肝,且肝、胆两经经脉布于胁肋,故本病可取此二经之俞穴及相应的特定穴进行治疗。方中期门、阳陵泉、太冲疏泄肝胆经气,使气血通畅,以奏通络止痛之功;足三里和胃降气,以消痞满;三阴交为三阴经交会之穴,取之可调节气血、扶助脾胃,以资气血生化之源;胆囊穴为经外奇穴,具有清热利胆、通络排石之功,对治疗本病具有独特的疗效。诸穴合用并配上方药,使诸疾得解而收良效。

吞咽散治疗脑出血后吞咽障碍100例

河北省邯郸市中医院脑血管病科(056001)

杨泉鱼 孙建峰

急性脑卒中患者约51%有吞咽障碍,主要是舌咽、迷走和舌下神经的核性和核下损害,产生的真性球麻痹和(或)双侧皮层脑干束损伤产生的假性球麻痹,吞咽障碍影响进食,可引起脱水及营养不良;也可引起吸入性肺炎,危害生命。因此,及早对患者的吞咽障碍进行评估,有针对性的指导、帮助患者进行康复训练及治疗是至关重要的。2003年5月~2005年5月我们采用自制吞咽散治疗脑出血后吞咽障碍取得了较好疗效,现报告如下。