

1 临床资料

200 例均为焦作职工医学院普外科腹部术后患者。男性 126 例, 女性 74 例, 年龄 18~65 岁, 平均年龄 48 岁。其中胃大部切除术后 35 例, 胃穿孔修补术后 16 例, 幽门梗阻术后 5 例, 急性化脓性阑尾炎术后 46 例, 胆系感染术后 8 例, 胆囊切除术后 20 例, 胰腺囊肿术后 6 例, 肝囊肿术后 12 例, 肝癌肝叶切除术后 21 例, 出血性坏死性小肠炎术后 16 例, 完全性肠梗阻术后 15 例; 采用硬膜外麻醉 150 例, 全麻 50 例。将 200 例患者随机分为观察组和对照组, 每组各 100 例, 两组性别、年龄、疗程等资料比较差异无显著性, 具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 方剂组成

白术、厚朴、枳实、大黄各等份, 加细辛、冰片少许研碎为细末, 用 75% 酒精调成糊状备用。

2.2 方法

观察组采用中药外敷神阙穴法。将患者神阙穴(脐部)用消毒棉签蘸生理盐水洗净, 将调好的药物适量敷于局部, 一般 5g 为宜, 上覆一小块塑料薄膜, 外敷消毒纱布, 用胶布固定。换药时间视患者的具体情况而定。对照组采用传统的肌肉注射溴化新斯的明法。两组均于治疗 24 小时后观察治疗效果, 并进行统计处理。

3 疗效观察

3.1 疗效判断标准

以敷药后 24 小时内肛门排气者为痊愈; 24~48 小时内肛门排气者为显效; 48 小时以上~72 小时内排气者为有效; 72 小时以上仍未排气者为无效。

3.2 两组治疗效果比较

观察组 100 例, 痊愈 60 例, 显效 24 例, 有效 13 例, 无效 3 例, 总有效率为 97%; 对照组 100 例, 分别为 38 例、32 例、14 例、16 例, 84%, 观察组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

中医理论认为, 术后引起的腹胀其产生的关键原因是因手术所致脏腑生理机能不能协调, 人体内部阴阳平衡和气化机制遭到破坏而引起。手术对组织器官的牵涉、移位, 原发疾病炎症对腹膜的刺激及麻醉对神经功能的影响, 使人体内气机阻滞不通, 气血不畅, 脾胃内伤, 气血瘀滞, 阳气失宣故腹胀。运用中医药治疗术后引起的腹胀可以调整整体内在机制, 调节和激发神经、体液诸系统, 使人体系统营养结构协调与功能协调。神阙位居于脐, 脐为大腹中央, “是五脏六腑之本, 冲脉循行之地, 元气归藏之根。”介于中下焦之间, 脐下肾间动气之处。外敷神阙, 能使胃肠蠕动增强。

白术性温、微香, 味苦甘温, 归脾胃经, 具有补脾益气, 燥湿利水等作用。现代药理研究表明, 白术主要含挥发油, 内酯, 白术酮, 丰富的维生素 A 类、果糖、葡萄糖, 具有增强免疫功能, 能提高抗疲劳能力, 能促进胃肠分泌和血液循环, 对肠管具有双向调节作用; 厚朴入脾、胃、肺、大肠经, 可行散气滞, 缓解疼痛, 疏通气机, 用于胃肠功能失调所致的实胀; 枳实入脾、胃经, 可行气破积, 兴奋胃肠功能, 使胃肠蠕动增强; 细辛味辛性温, 归

心肺肾经, 可温中止呕, 散寒止痛; 大黄苦寒, 归肺胃大肠、心、肝经, 可泻下攻积, 清热泻火, 活血祛瘀, 现代药理研究表明, 大黄的主要成分为蒽醌类衍生物, 可使肠管张力增强, 蠕动加速; 冰片具有开窍作用; 75% 酒精可扩张局部血管, 利于药物的渗透和吸收, 同时起到预防感染的作用。上述药物混合于神阙穴外敷, 可行血中之气, 气中之滞, 温补下元, 振奋中阳, 逐冷散结, 疏通血脉, 故收到了药穴双重之功。

食管安颗粒治疗反流性食管炎 30 例

河南省安阳市中医院(455000)

汤建光

河南中医学院

宋俊建

反流性食管炎(RE)是由于胃或十二指肠内容物反流至食管引起的炎症, 是临床常见病、多发病, 病程长, 复发率高。我们自 2007 年 4~10 月运用我院制剂食管安颗粒治疗本病 30 例, 疗效满意, 并与奥美拉唑胶囊治疗的 30 例作对比观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参考中华医学会消化内镜分会 2003 年 10 月济南全国食管疾病诊断治疗研讨会通过的诊断方案制定。RE 的内镜诊断及分级: 有典型的胃食管反流病(GERD)症状, 如明显烧心、反酸、胸骨后灼痛等, 而无报警症状者需具备 RE 的食管黏膜下内镜表现: 0 级: 正常(可有组织学改变), 为 0 分; I a: 点状或条状发红, 糜烂<2 处, 为 1 分; I b: 点状或条状发红, 糜烂≥2 处, 为 1 分; II 级: 有条状发红、糜烂并有融合但并非全周性, 融合<75%, 为 2 分; III 级: 病变广泛, 发红、糜烂融合呈全周性, 融合≥75%, 为 3 分。

1.2 一般资料

60 例均为本院门诊患者, 每组 30 例, 治疗组男性 23 例, 女性 7 例, 对照组男性 22 例, 女性 8 例; 治疗组平均年龄(48.53±13.40)岁, 对照组平均年龄(50.23±14.09)岁。病情根据胃镜检查食管黏膜损伤级别分为 I 级、II 级、III 级, 治疗组 I 级 16 例, II 级 11 例, III 级 3 例, 对照组 I 级 17 例, II 级 9 例, III 级 4 例。经统计学处理, 两组性别、年龄、病情资料差异无显著性意义($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

治疗组服用食管安颗粒(由半夏、紫苏梗、陈皮、土茯苓、旋覆花、赭石、桃仁、赤芍、香附、黄连、吴茱萸、乌贼骨、浙贝母、甘草等组成, 安阳市中医院制剂室制备, 豫药制字 Z04050035, 每袋 9g), 每次 9g, 每日早晚 2 次服; 对照组服用奥美拉唑胶囊(常州四药制药有限公司生产, 国药准字 H10950086), 每次 20mg, 每日 2 次, 早晚空腹。两组均以 4 周为 1 个疗程, 两组均治疗结束 1 周内复查胃镜。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

治愈: 临床症状完全消失, 胃镜检查积分为 0; 显效: 主要症

状明显改善,胃镜检查积分减少 2 分;有效:主要症状缓解,胃镜检查积分减少 1 分;无效:主要症状无改善,胃镜检查积分无变化或增加。

3.2 复发评定标准

选用两组治愈病例于停药后 8 周随访观察两组复发情况。8 周后症状积分值较治疗前下降≥90%者或积分值较治疗前下降 60%~89%者,评定为未复发;8 周后症状积分值较治疗前下降<60%者,评定为复发。

3.3 结果

临床疗效比较:治疗组 30 例,治愈 22 例,显效 3 例,有效 3 例,无效 2 例,治愈率 73.3%,总有效率 93.3%;对照组 30 例,分别为 14 例,2 例,6 例,8 例,46.7%,73.3%。治疗组治愈率和总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

复发率比较:疗程结束后 8 周随访,治疗组复发 4 例(18.2%),对照组复发 7 例(50.0%),两组复发率差异有显著性意义($P<0.05$)。

4 讨论

我们通过多年的临床观察,发现中医病理产物痰浊、瘀血是 RE 发生、发展的关键因素,故立化痰活瘀、和胃降逆法;并结合 20 余年临床用药经验依法化裁,创食管安颗粒方,针对病机进行治疗。食管安颗粒组方中半夏祛痰散结,降逆和胃,紫苏梗、陈皮通降胃气,紫苏梗入胃行气宽中,和胃通降,陈皮理气和胃化湿,疏利气机,两药配伍半夏共达祛痰散结,和胃降逆之效;土茯苓清热解毒,燥湿,以防痰瘀化热;旋覆花,降气化痰降逆止呕;赭石重镇降逆,可降上逆之胃气而止呕止呃,桃仁、赤芍、香附,疏肝行气,活血化瘀,使气机通瘀血化,肝脾功能复常;黄连、吴茱萸为左金丸,辛开苦降,降逆止呕;乌贼骨、浙贝母抑制胃酸,全方配伍严谨,共奏化痰化瘀、和胃降逆之功效。现代药理研究表明,半夏有显著抑制胃液分泌的作用,陈皮有明显抑制胃溃疡发生和胃液分泌、增强利胆的作用;紫苏梗、陈皮能抗菌、抗炎,对急慢性炎症有抑制作用,从而减轻食管黏膜病理组织损害;乌贼骨、浙贝母可中和胃酸,改变胃内的 pH 值,降低胃蛋白酶活性,有利于食管黏膜的修复和溃疡面的愈合;桃仁、赤芍、香附能改善食管黏膜血流、扩张小动脉、改善微循环、消除黏膜充血水肿,加速食管炎症的愈合;黄连具有抑制胃酸分泌,抗溃疡作用,吴茱萸具有抑制胃及十二指肠内容物反流作用;旋覆花、赭石对中枢具有调节作用,能抑制延髓呕吐中枢化学感受器而起镇吐作用,从而抑制胃食管的反流;茯苓具有镇痛、抗炎、抗癌、免疫抑制等作用。

耳针结合体针治疗失眠 43 例

河北省万全县中医院针灸科(076250)

刘 万 宏

失眠是指因各种心理、社会因素引起的非器质性睡眠与觉醒障碍,是严重危害人们身心健康的疾病。临床上药物治疗疗程长、易反复、易发生药物依赖性和副作用,而针刺治疗能够提

高治愈率,降低复发率,无明显副作用。现就多年来笔者临床治疗本病的情况总结介绍如下。

1 临床资料

122 例均为门诊患者,根据就诊次序随机分成 3 组:治疗组(耳针+体针)、体针组、药物组。治疗组 43 例,其中男性 16 例,女性 27 例,年龄 15~54 岁,病程 1 个月~5 年。体针组 43 例,其中男性 19 例,女性 24 例,年龄 17~61 岁,病程 2.5 个月~3 年。将不愿意接受针刺治疗的患者划为药物治疗组,共 36 例,男性 15 例,女性 21 例,年龄 21~63 岁,病程 3 个月~5 年。3 组临床资料相比,差异无显著性意义($P>0.05$)。

全部病例符合《中国精神病分类方案与诊断标准(CCMD-2-R)》中失眠的西医诊断标准:失眠超过 1 个月,汉密尔顿焦虑表<5 分,汉密尔顿抑郁表(HAMD)<5 分,用 SPIE-GEL 量表测得入睡时间>30 分钟,24 小时总睡眠<4 小时。以《中医内科病证诊断疗效标准》中医诊断标准为:(1)轻者入寐困难或寐而易醒,醒后不寐,重者彻夜难眠。(2)常伴有头晕、心悸、健忘、多梦、精神不振等症。(3)经各系统和实验室检查未发现异常。(4)症状持续 1 个月以上。

2 治疗方法

2.1 耳针

取穴:脑干、脑点、皮质下、神门。刺法:耳穴常规消毒后,选用耳针或 0.5 寸毫针对准穴位快速刺入 2~3 分,切勿从耳背后穿出。留针 30 分钟,不行针。每日 1 次,10 次为 1 个疗程,疗程间隔 3 天,共治疗 3 个疗程。

2.2 体针

主穴:通里。配穴:百会、神庭、太阳、内关、足三里、太冲或根据辨证取用其他穴位。刺法:通里穴给予强刺激,出现强烈的酸困感。内关、太冲中等强度刺激,出现憋胀感。头部诸穴采用弱刺激,轻度痛感,且针后有头部清明感。足三里用补法。留针 30 分钟。10 分钟行针 1 次,每日 1 次,10 次为 1 个疗程,疗程间隔 3 天,共治疗 3 个疗程。

2.3 药物治疗

舒乐安定或阿普唑仑每次 0.4~0.8mg,每日 1 次,睡前 30 分钟口服,谷维素 20mg,复合维生素 B,每次口服 2 片,每日 3 次。安神补脑液或生脉饮每次 1 支,每日 2 次。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

根据《中医内科病证诊断疗效标准》。痊愈:平均睡眠在 7 小时以上,伴随症状基本消失,停用安眠药。好转:睡眠时间延长 2 小时以上,但不足 7 小时,伴随症状有所改善,有时需用少量镇静药物。无效:治疗前后无明显变化。

3.2 治疗结果

治疗组 43 例,痊愈 32 例,好转 9 例,无效 2 例,总有效率为 95.3%;体针组 43 例,分别为 22 例、13 例、8 例、81.4%;药物组 36 例,分别为 12 例、14 例、10 例、72.2%。组间比较,治疗组疗效明显优于体针组和药物组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

4 典型病例

李某某,女,40 岁,1988 年 6 月 12 日初诊,主诉失眠 1 年