

• 临床报道 •

安肠抑激汤治疗肠易激综合征 40 例

湖南省邵阳市中医院(422001)

刘 瑶

肠易激综合征(IBS) 属功能性肠病, 其发病率较高, 据 2001 年广州的一份调查显示, 按罗马 II 标准人群患病率为 5.6%。近年来, 该病已越来越引起医学界的关注。自 2004 年 11 月~2007 年 9 月, 笔者以自拟安肠抑激汤与西药联合治疗 40 例 IBS, 并与纯西药组对照, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例共 78 例, 均为我院确诊的肠易激综合征患者, 根据数字表随机分为 2 组, 治疗组 40 例, 住院 10 例, 门诊 30 例; 男 14 例, 女 26 例; 年龄 22~55 岁, 平均(36.0±7.81) 岁; 病程 1~10 年。对照组 38 例, 住院 10 例, 门诊 28 例; 男 14 例, 女 24 例; 年龄 21~56 岁, 平均(34.9±6.82) 岁; 病程 1~12 年。在排除有发热、血性腹泻、严重腹泻的急性发作者外, 全部病例均进行大便常规、结肠镜检、钡剂灌肠 X 线检查、腹部 B 超等检查。两组临床资料具有可比性($P>0.05$)。78 例患者均有腹痛、肠鸣、腹泻、泻后痛减、便秘或腹泻与便秘交替、腹胀、排便不尽、排便窘迫感、焦虑等临床症状。

1.2 诊断标准

(1) 中医辨证标准: 参照《中医内科疾病诊疗常规》拟定, 分为肝郁脾虚证、寒热错杂证、阴虚肠燥证、肠道瘀滞证 4 种证型。(2) 西医诊断标准: 参照罗马 II 诊断标准拟定: ①在过去 12 个月内至少累计有 12 周(可以是非连续性) 存在腹部不适或腹痛, 并伴有下列特点中至少 2 项: a 症状在排便后缓解; b 症状发生伴随排便次数改变; c 症状发生伴随粪便性状改变; ②以下症状不是诊断所必备, 但属常规症状, a 排便频率异常(每天排便>3 次或每周<3 次); b 粪便性状异常(块状/硬便或稀水样便); c 粪便排出过程异常(费力、急迫感、排便不尽感); d 黏液便; e 胃胀气或腹部膨胀感; (3) 缺乏可解释症状的形态学改变和生化异常。

1.3 排除标准

除外肠道肿瘤、类癌综合征及胰腺外分泌功能不全、慢性肠胃炎、慢性非特异性溃疡性结肠炎、功能性便秘、药物不良反应引起的便秘或腹泻。

2 治疗方法

对照组腹泻为主者每次口服思密达(博福-益普生制药有限公司) 3g, 每日 3 次; 便秘为主者, 每次口服西沙必利(西安杨森制药有限公司) 10mg, 每日 3 次, 均每次服用谷维素(山西侯马欣益药业有限公司) 10mg, 每日 3 次。治疗组在对照组治疗的基础上加服自拟安肠抑激汤: 党参 15g, 茯苓 12g, 大枣 3 枚, 菟丝子 15g, 黄芪 10g, 柴胡 10g, 白芍 15g, 郁金 10g, 甘草 6g。每日 1 剂,

水煎两次, 兑匀后分早晚 2 次饭前温服, 兼口渴便秘者加麦冬 15g、柏子仁 10g 以滋阴润燥; 若见腹胀冷痛、肠鸣肢冷等偏寒者加红糖 15g、补骨脂 10g、吴茱萸 10g、干姜 8g 以温补脾胃; 若见肛门灼热、烦热口渴、小便短少等偏热者加牡丹皮 12g、栀子 10g、小蓟 10g 以清热凉血; 肠道瘀滞者加延胡索 10g、木香 10g 以理气化瘀; 抑郁明显、胸胁脘腹胀痛者加香附 10g、枳壳 10g 以疏肝理气。两组均连续治疗 30 天。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

参照 1986 年 11 月全国慢性腹泻学术讨论会制定的有关疗效标准拟定: 治愈: 临床症状消失, 每天大便 1~2 次, 成型、无黏液, 稳定半年以上; 显效: 临床症状基本消失, 大便基本正常; 有效: 临床症状明显好转、大便次数比治疗前明显减少, 或偶有黏液, 或便秘减轻; 无效: 症状或大便次数均无明显改善。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 40 例, 治愈 20 例, 显效 12 例, 有效 6 例, 无效 2 例, 愈显率为 80%; 对照组 38 例, 分别为 7 例、8 例、12 例、11 例、39.5%。两组疗效比较, 治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组患者主要症状计分改变比较

两组治疗后症状计分与治疗前比较均有显著降低($P<0.01$), 治疗后治疗组在腹痛、腹泻计分的改善方面明显优于对照组($P<0.05$)。

3.4 治疗后半年随访

采取门诊或电话等方式治疗结束后半年随访, 治疗组治愈 20 例中获访 19 例、复发 2 例, 复发率为 10.5%; 对照组治愈 7 例中获访 6 例, 复发 4 例, 复发率约为 66.7%。对照组复发率明显高于治疗组($P<0.05$)。

4 讨论

肠易激综合征属于中医“泄泻”、“腹痛”、“便秘”、“肠郁”等范畴, 有学者主张用补脾泻肝法治疗 IBS, 亦有学者主张用补中益气法治之, 还有学者认为, 其病机与肝脾失调、痰瘀阻滞有关, 主张用抑肝扶脾、化痰祛瘀法。笔者认为, 本病的发生与肝、脾、肾及胃肠等脏腑关系密切, 肝主疏泄、脾主运化、情志失调、抑郁不舒、可使肝气郁结, 疏泄失司、肝木克土、肝脾不和、肝郁脾虚, 中州斡旋乏力, 引起脾胃虚弱、健运失司、水反为湿, 谷反为滞, 久病亦致热结阴虚、血瘀及肾虚, 脾阳根于肾阳, 肾阳不足, 脾阳失于温煦, 又可使脾运失健, 精微不化。其病机关键在于脾肾亏虚, 脾失健运。情志、饮食、寒温、劳累等与病情变化密切相关, 治宜健脾、补肾、疏肝。笔者在参苓白术散、柴芍六君子汤、半夏泻心汤等方的基础上化裁而自拟安肠抑激汤, 党参益气健脾、黄芪补中益气、茯苓健脾固本、菟丝子健脾补肾、养肝, 大枣健脾补血, 柴胡、郁金疏肝解郁, 白芍柔肝缓急止痛。

中药现代研究表明, 安肠抑激汤中黄芪、党参、菟丝子、茯苓、柴胡、白芍均能增进机体免疫, 柴胡、白芍有良好的镇静镇痛和抗应激性的作用, 郁金有保肝、抗炎、镇痛作用, 因此, 安肠

抑激汤能较好地提高肠易激综合征患者的免疫水平,降低肠道敏感性,可协同西药消除或改善症状,疗效相对稳定,对西药治疗 IBS 有良好的协同效应。

芪苈山萸心衰方治疗慢性心力衰竭 102 例

湖北省宜昌市中医院心内科(443003)

刘育英 张继红

2000 年 1 月~2007 年 2 月,我们运用中西医结合的方法治疗慢性心力衰竭 102 例,并与单用西药治疗的 100 例对照,取得显著疗效,现报道如下。

1 临床资料

所有病例均为我院住院患者,符合《实用内科学》中关于慢性心力衰竭的诊断标准,根据 NYHA 进行心功能分级。按住院先后顺序随机分为两组。治疗组 102 例,男 62 例,女 40 例;年龄 46~80 岁,平均 68 岁;病程 1~19 年,平均 4.9 年;原发病:冠心病 27 例,高血压型心脏病 32 例,风湿性心脏病 14 例,扩张性心脏病 10 例,肺原性心脏病 14 例,病毒性心肌炎 5 例。对照组 100 例,男 62 例,女 38 例;年龄 46.5~80.6 岁,平均 66.5 岁;病程 1.8~17.5 年,平均 4.5 年;原发病:冠心病 29 例,高血压型心脏病 37 例,风湿性心脏病 10 例,扩张性心脏病 6 例,肺原性心脏病 13 例,病毒性心肌炎 5 例。两组在年龄、性别、病程和病情程度上差异无显著性意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

两组常规运用洋地黄、利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)等西药治疗。治疗组加用中药芪苈山萸心衰方(自拟方),方药如下:黄芪 30g,葶苈子 15g,山茱萸 20g,北五加皮 10g,大枣 20g,桂枝 15g,煅龙骨、煅牡蛎各 15g,丹参 20g。加减:气虚明显者重用黄芪;瘀血重者加用川芎、赤芍;痰湿重者加用陈皮、竹茹;浮肿为主者重用葶苈子,加泽泻。上方加水 1000ml 煎取 600ml,分 3 次温服,连用 4 周为 1 个疗程。根据心力衰竭治疗后的临床症状、心功能改善情况判断临床疗效,询问用药过程中出现的不良反应。以彩色多普勒超声心动图测量左室射血分数(EF)、每分钟心排血量(CO)、心脏指数(CI)。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

根据陈明哲主编《心脏病学》关于慢性心力衰竭治疗的疗效判定标准。显效:能达到完全缓解,心功能改善 2 级以上;有效:能达到部分缓解,心功能改善 1 级以上;无效:心功能改善不足 1 级,症状、体征无改善或加重。

3.2 临床疗效

治疗组 102 例,显效 33 例,有效 49 例,无效 20 例,总有效率为 80.4%;对照组 100 例,分别为 20 例、33 例、47 例、53%,两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前、后心功能变化比较

治疗组 102 例,治疗前、后 EF 分别为 $(50.8 \pm 0.9)\%$ 、 $(59.5 \pm 7.8)\%$;对照组分别为 $(50.1 \pm 6.6)\%$ 、 $(54.5 \pm 7.0)\%$ 。治疗组治疗前、后 CO 分别为 (3.62 ± 0.33) L/分钟、 (4.32 ± 0.18)

L/分钟;对照组分别为 (3.58 ± 0.28) L/分钟、 (3.88 ± 0.82) L/分钟。治疗组治疗前、后 CI 分别为 (2.98 ± 0.57) 、 (3.43 ± 0.71) ;对照组分别为 (2.93 ± 0.55) 、 (2.92 ± 0.71) 。与治疗前比较,治疗组 3 项指标均有明显改善($P<0.05$),而对照组改善不明显($P>0.05$)。

4 讨论

心力衰竭中医归属心悸、怔忡、水肿、痰饮等范畴。心力衰竭病位在心,主要与脾肾有关,其病机多为阳气亏虚、痰瘀内阻。常按虚实主次缓急兼顾同治,一则益气温阳行水以治心力衰竭,二则化痰祛瘀以利血脉。阳虚虽多以心阳虚、血脉凝滞为主,但其本多源于元阳亏虚。肾阳亏虚、命门火弱,不能温煦心阳,寒邪侵其虚处,客其心脉,则引发心痛。应以温阳益气散寒、活血通脉止痛立法,尤其注重温补心肾之阳。治疗心力衰竭应补心气,温心阳。方中黄芪、山茱萸、桂枝益气生阳,以温补心肾之阳,为方中之要药;配葶苈子、北五加皮泻肺利水;龙骨、牡蛎重镇安神定悸;大枣养胃生津,丹参活血通络。诸药合用,共奏益气活血、利尿消肿之功。

阴极电针治疗顽固性面神经麻痹 30 例

中国中医科学院广安门医院针灸科(100053)

叶永铭 王蕊 黄石奎 杨涛

特发性面神经麻痹是周围神经病变中的常见病,85% 的患者预后良好,仍有 15%~20% 功能恢复不全。我科自 2004 年,对 60 例 3 个月后仍以面瘫为主要表现的周围性面神经炎患者,随机分为阴极远端穴位刺激治疗组 30 例,阳极远端穴位刺激 30 例,使用不透光的随机分组信封隐藏,治疗 4 周进行随机对照研究,报告如下。

1 临床资料

1.1 病例来源

所有纳入的特发性面神经麻痹病例均为中国中医科学院广安门医院针灸科 2004 年 10 月~2008 年 3 月的门诊或住院病例,共完成 60 例。阴极治疗组 30 例,阳极对照组 30 例。年龄、身高、性别两组差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。面神经总评分、各项功能评分值分布两组比较差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。电生理学检查比较:面神经 M 波动作电位可见多个未引出项,进行非参数检验,两组的潜伏期中额耳前、耳后、唇耳前、耳后、额肌和上唇方肌的轻收缩运动单位时限引出项和未引出项分布差异均无显著性意义($P>0.05$),其引出项均值对比两组差异均无显著性意义($P>0.05$)。额、上唇方肌重收缩进行秩检验,两组具有可比性。

1.2 纳入标准

符合诊断标准的特发性面神经麻痹,包括 Bell 氏麻痹和 Hent 综合征;电生理可见以下表现:面神经 M 波潜伏期延长(≥ 3.6 ms)或肌电图包括额肌、上唇方肌的最大募集电位、轻收缩运动单位时限(≥ 6.9 ms)为神经源性损害表现。且病程 ≥ 3 月。年龄 ≥ 14 岁, <75 岁。志愿参加本课题研究。

1.3 排除标准

因细菌感染、外伤、肿瘤等原因所致周围性面神经麻痹。年龄 <14 岁或 >75 岁者。有出血倾向,严重心脏、肝肾疾病和认