

· 临床报道 ·

中药离子导入加口服中药 治疗功能性消化不良 35 例

余 勇 李 倩

(江西省南昌市中西医结合医院消化科, 330003)

功能性消化不良(FD)是临床上较常见的一种功能性胃肠病,是指一组由非器质性原因引起的慢性或间歇性上消化道症状,如上腹痛、上腹胀、餐后早饱、食欲不振、嗝气、反酸、烧心、恶心、呕吐或其他有关的胃肠道症状。我们采用中西医结合治疗方案治疗功能性消化不良 35 例,现报道如下。

1 临床资料

70 例均为 2006 年 10 月~2008 年 8 月在本院消化科门诊就诊且符合上述条件的患者,随机分为治疗组与对照组各 35 例。治疗组男 18 例,女 17 例;平均年龄 38.6 岁。对照组男 19 例,女 16 例;平均年龄 36.8 岁。两组之间在性别、年龄、病程等方面比较差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准:①符合罗马 II 标准,具有慢性上腹部不适、腹痛、饱胀、烧心、恶心、呕吐、反酸、嗝气等症状,持续 3 个月以上。②3 个月内电子胃镜检查提示慢性浅表/萎缩性胃炎或并有轻微胃窦糜烂(<5 个糜烂点)、十二指肠炎,排除胃食管反流症。③辅助检查排除肝、胆、脾、胰器质性疾病。④使用 PPI 制剂+促动力药治疗 2 周效果不佳者。

2 治疗方法

治疗组中药穴位离子导入仪器为北京宏波科技发展有限公司的 HD-91-II 型离子导入治疗仪。①中药离子导入治疗:每剂导入液方剂加水煎至约 50ml,每日 1 剂。组成:茯苓 20g,陈皮 15g,当归 15g,全瓜蒌 30g,枳实 15g。将药垫浸湿药液(稍稍拧干不滴药),套上电极板,置于大肠俞、关元、天枢穴离子导入治疗,每天上午治疗 1 次,每次半小时;4 周为 1 个疗程。②服用自拟方剂,每日 1 剂,加水煎汁约 300ml,于中、晚饭后 1 小时服用。组成:茯苓、扁豆、薏苡仁、苍术各 20g,枳壳、乌药、木瓜、陈皮、升麻、柴胡、郁金各 10g,蒲公英 30g,甘草 6g。随症稍作加减。对照组在进行常规治疗的基础上,每次加用莫沙比利 5mg,每日 3 次。4 周为 1 个疗程。

两组在治疗过程中均要求患者防止情绪激动与压抑,戒烟酒,定时进餐,以清淡、营养食物为主,忌辛辣刺激、冷硬及高糖、高淀粉食物。并因人制宜,施以心理治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

①临床症状评分:治疗前、后记录上腹胀、早饱、烧心、反胃、恶心、嗝气等症状。评分标准:0 分,无症状;1 分,症状较轻,稍加注意就有症状;2 分,症状明显,但不影响工作;3 分,症状严重,影响工作。②消化道症状疗效判断标准:治愈:症状消失,异常指标基本恢复正常且疗效较为巩固;好转:症状消失或减轻,异常指标无改善或稍有改善。无效:症状及异常指标均无改善。

3.2 两组治疗前后症状、积分改善比较

治疗组治疗前症状总积分为(11.36 ± 1.24)分,治疗后降至(2.56 ± 1.63)分,两者差异有显著性($P<0.05$);对照组治疗前症状总积分为(11.78 ± 1.63)分,治疗后降至(6.12 ± 2.46)分,两者差异有显著性($P<0.05$)。两组治疗前总积分差异无显著性($P>0.05$),但治疗后症状总积分差异有显著性($P<0.05$)。治疗组中症状总改善率为(75.81 ± 24.34)%,对照组症状总改善率为(41.57 ± 35.28)%,两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

3.3 两组临床疗效比较

治疗组治愈 16 例,好转 15 例,无效 4 例,总有效率为 88.57%;对照组治愈 4 例,好转 16 例,无效 15 例,总有效率为 57.14%。两组总有效率相比差异有显著性($P<0.05$)。

3.4 两组治疗后 3 个月随访

治疗组、对照组的再发率分别为 45.7%、62.9%,两组差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

FD 属中医“腹胀”、“脘痞”、“胃痛”、“反胃”等范畴。病位涉及肝、脾、胃,脾虚是发病的基础,肝郁是发病的条件,胃气不降是引发诸症的原因,湿热是主要的病理产物。现代医学研究表明,应激和焦虑能影响中枢神经系统处理感觉信息的过程,使机体对酸的敏感性增加,在没有酸反流增加的情况下出现症状加重。精神状态及应激对胃肠动力障碍起重要作用。因此,采用健脾疏肝、理气和胃、清热除湿为基本治则。以茯苓、扁豆、薏苡仁、苍术健脾化湿;枳壳、乌药、木瓜理气和胃消食;陈皮降逆化浊止呕;蒲公英清热解毒并能健胃;升麻、柴胡、郁金疏肝理气并可升提脾之清气,清升浊自降。另外,现代药理证实,枳实、枳壳、乌药等药能兴奋胃肠平滑肌,增强胃肠运动。同时利用电极刺激大肠俞、天枢、关元等穴位,并放置中药导入液。通过电磁波刺激关元穴以培补元气,以益脾气;大肠俞、天枢穴作为配穴以助兴奋胃肠平滑肌,增强胃肠运动。电磁波在刺激穴位的同时,可以增加外敷中药导入液的吸收,而使脾气恢复、气血充足,起到促进胃肠道蠕动的作用。

滋阴清肺饮治疗放射性肺炎 39 例

苏 德 易

(甘肃省天水市第一人民医院肿瘤内科, 741000)

在胸部肿瘤如肺癌、食管癌、乳腺癌、胸壁肿瘤等的放射治疗中,因部分肺组织不可避免地受到一定剂量的射线照射造成损伤,而并放射线肺炎,我们应用滋阴清肺饮治疗放射性肺炎 39 例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

所观察病例均系 2004 年 3 月~2007 年 1 月在水市第一人民医院门诊与住院并符合放射性肺炎诊断标准的患者,共 77 例。其中肺癌 40 例,食管癌 20 例,乳腺癌 17 例;男 53 例,女 24 例;年龄 35~60 岁 48 例,61~70 岁 18 例,71~80 岁 7 例,81 岁

以上 4 例。所有病例均用本院⁶⁰Co 放射治疗机治疗,照射剂量 DT 为 4 000~5 000 cGy/25F/5W。

1.2 入组标准

放射治疗后 3 个月内出现咳嗽、胸痛气短等症状(排除上述症状由原发疾病及其胸部疾病引起者),听诊可闻及肺部干、湿啰音或哮鸣音,胸部 X 线片可见肺部炎症范围与原照射区域基本一致,治疗前 4 天未接受任何抗生素和激素治疗,治疗前心电图、肝功能、肾功能、血糖无异常。所有患者 KPS 评分≥70 分,预计生存期≥3 个月。⁷⁷例随机分为 2 组,治疗组 39 例,对照组 38 例,两组患者在性别、年龄、病理等方面比较差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

两组均予地塞米松注射液 10mg,静脉滴注,每日 1 次,阿奇霉素(江苏扬子江药业公司生产) 0.5g,静脉滴注,每日 1 次,疗程为 1 周。治疗组加服中药滋阴清肺饮(自制方),每日 1 剂,水煎 300ml,每日 3 次口服,连服 1 周为 1 个疗程。激素应减量,1 周内全停药。

2.2 观察方法

通过观察患者症状(咳嗽、咳痰、胸痛、气短发热),体征(肺部干、湿啰音与哮鸣音等)综合判断疗效。统计各组临床痊愈、显效、有效、无效例数。¹⁰天后复查胸部 X 线片,观察其变化,计算两组毒副反应发生率。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

临床痊愈:10 天内主要症状、体征消失或基本消失,减分率>90%;显效:10 天内减分率为 70%~90%;有效:10 天内减分率≥30%但<70%;无效:治疗 10 天内减分率<30%,症状、体征均无改变或加重。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组临床痊愈 18 例,显效 16 例,有效 3 例,无效 2 例;对照组临床痊愈 13 例,显效 11 例,有效 10 例,无效 4 例。治疗组愈显率(87.2%)明显高于对照组(63.2%),差异有显著性($P<0.05$)。治疗组及对照组总有效率分别为 94.9%和 89.5%,差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 两组胸部 X 线改变情况比较

治疗组 X 线胸片肺部炎症阴影基本消失 17 例,占 43.6%;肺部炎症阴影消失>50%者 15 例,占 38.7%;肺部炎症阴影消失>25%者 5 例,占 12.6%;肺部炎症阴影消失<25%或加重者 2 例,占 5.1%。对照组 X 线胸片肺部炎症阴影基本消失 13 例,占 34.2%;肺部炎症阴影消失>50%者 9 例,占 23.7%;肺部炎症阴影消失>25%者 10 例,占 26.3%;肺部炎症阴影消失<25%或加重者 6 例,占 15.8%。治疗组肺部炎症阴影基本消失和消失>50%的比例明显高于对照组。

3.4 毒副反应

对照组发生毒副反应 15 例,治疗组 3 例,毒副反应发生率为 39.5%和 7.7%,对照组明显高于治疗组。治疗后两组心电图、肝功能、肾功能等检查皆正常。

4 讨论

急性放射性肺炎其主要病理变化是急性渗出性炎症,主要

应用激素治疗。激素有抗炎和免疫抑制效应,能明显减轻纤维化病变的形成。有研究表明,激素治疗时间大于 14 天,临床疗效无明显提高,而肺部继发感染率明显增加,且放疗后患者免疫力低下,因此,本研究应用激素治疗仅限于 1 周,并联合抗生素治疗。

中医理论认为,放射治疗过程中损伤肺,根据症状表现,辨证当属痰热伤肺,阴津亏损证。滋阴清肺饮由金银花、黄芩、瓜蒌、鱼腥草、胆南星、麦冬、玄参、桔梗、紫菀、杏仁、甘草等中药组成。方中金银花、鱼腥草、黄芩清肺热解毒;瓜蒌、胆南星、桔梗清肺化痰止咳;紫菀、杏仁止咳平喘;麦冬、玄参滋阴清热,诸药合用共奏清热、滋阴、解毒、宣肺、止咳、化痰、平喘之功。切合病机,故疗效显著。

针灸中药配合西医治疗急性缺血性脑卒中 120 例

吴文军

(宁夏回族自治区银川市中医医院针灸康复科,750001)

缺血性脑卒中属于临床中老年人常见病,致残率、病死率较高。我院自 2003~2006 年,应用针灸、中药相结合的方法,治疗急性缺血性脑卒中 120 例,获得较好的疗效,现将结果报告如下。

1 临床资料

病例均来源于我院脑血管病专科住院患者。随机分为治疗组和对照组。治疗组 120 例,其中男 70 例,女 50 例;年龄 40~50 岁 9 例,51~60 岁 15 例,61~70 岁 61 例,>71 岁 35 例,平均年龄 65 岁;病程 15~50 天,平均 32.5 天;合并糖尿病 72 例,高血压病 96 例,高脂血症 109 例,冠心病 36 例。对照组 90 例,男 50 例,女 40 例;年龄 40~50 岁 11 例,51~60 岁 18 例,61~70 岁 41 例,>71 岁 20 例,平均年龄 62 岁;病程 16~52 天,平均 34 天;合并糖尿病 68 例,高血压病 81 例,高脂血症 85 例,冠心病 23 例;经统计学处理,两组临床资料比较差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$)。

中医诊断标准参照国家中医药管理局颁发的《中医病证诊断疗效标准》中的相关标准,西医诊断标准参照北京协和医院主编《神经内科诊疗常规》中的相关标准,且脑卒中发病均在 72 小时以内。

2 治疗方法

2.1 治疗组

在病情稳定后采用综合疗法,以针灸、中药、西药同步实施。

2.1.1 中药疗法 以滋阴潜阳,平肝熄风,益气活血,化痰通络为主要施治法则,基本方剂:生黄芪、当归、生地黄、白芍、川芎、旋覆花、赭石、钩藤、全蝎、杏仁、橘红、香附、桃仁、红花。加减化裁:口眼歪斜而无半身不遂者,减赭石、旋覆花、杏仁,加地龙、白芷、僵蚕;心中烦热者加黄芩、知母、石膏;舌謇语涩者加石菖蒲、远志、天竺黄以化痰开窍;肢麻痹阻明显者加穿山甲、蜈蚣、桂枝、鸡血藤以活血通痹。

2.1.2 针灸治疗 ①头部选穴:风池、百会、翳风、完骨、四神