

作用。我们于 2005 年 3 月~2007 年 9 月应用清胃降逆方治疗胆汁反流性胃炎 146 例,取得满意疗效,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组共 243 例,均为 2005 年 3 月~2007 年 9 月我院内科门诊及住院患者,依照受试者进入研究的先后顺序,采用随机数字表法随机分为治疗组 146 例和对照组 97 例,治疗组男 75 例,女 71 例;年龄 20~59 岁,平均(37.34±2.87)岁;病程 2 个半月~14 年,平均 4.91 年;伴黏膜肠上皮化生 21 例。对照组男 52 例,女 45 例;年龄 19~60 岁,平均(36.15±2.37)岁;病程 2 个月~13 年,平均 4.78 年;伴黏膜肠上皮化生 13 例。两组在性别、病程、病情轻重程度方面比较差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 西医诊断标准

①临床症状:胃痛、胃胀、烧心、嗳气、恶心、口苦、呕吐。②胃镜检查:证实为胆汁反流,并有胃部黏膜充血水肿或糜烂出血者。③病理检查:证实为明显炎症细胞浸润,以及部分可见肠化生或不典型增生。

1.3 中医辨证标准

主症:胃脘疼痛、胃脘胀满;次症:可兼有①烧心或胃脘烧灼感;②胸闷食少、嗳气吞酸;③胃痛攻串两胁,甚及后背;④进食辛辣或遇恼怒忧思后加重或复发。舌脉:舌红、苔黄腻或黄,脉弦等。除主症及舌脉必备外,兼有两项次症即可。症状采用记分法,分无、轻、中、重四级,分别记 0、1、2、3 分。

2 治疗方法

治疗组服用清胃降逆方,由我院煎药室制成煎剂(蒲公英 20g,黄连 6g,连翘 12g,冬凌草 10g,柴胡 12g,黄芩 6g,八月札 20g,枳实 12g,三七粉 2g,延胡索 20g,白芍 20g,半夏 9g),每次 1 袋,每袋 150ml,饭前 30min 服用,每日 2 次。对照组口服吗丁啉,每次 10mg,每日 3 次,饭前 15~30min 服用。两组均以 8 周为 1 个疗程,治疗期间,均停用其他一切治疗胆汁反流性胃炎的药物。观察治疗前后患者临床症状(疼痛、烧心、嗳气等)、胃镜、病理组织学检查及幽门螺杆菌的变化情况。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

①证候疗效判定标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]制定。临床痊愈:临床症状、体征消失,治疗前后证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:临床症状、体征明显改善,治疗前后证候积分减少 $\geq 70\%$ 但 $<95\%$;有效:临床症状、体征改善,治疗前后证候积分减少 $\geq 30\%$ 但 $<70\%$;无效:临床症状、体征无改善,治疗前后证候积分减少 $<30\%$ 。②胃镜及组织学疗效判定:痊愈:胃镜示胆汁反流消失,炎症消退或基本消退;病理复查胃黏膜大致正常或炎症好转达轻度。显效:胃镜复查胆汁反流减轻 2 级,炎症显著好转,黏膜轻度水肿,无糜烂;病理复查胃黏膜炎症呈轻度或炎症减轻 2 个级别,萎缩、肠腺化生重度减为轻度、或中度减为基本正常。有效:胃镜复查胆汁反流减轻 1 级或不足 1 级,炎症减轻;病理复查胃黏膜炎症减轻 1 个级别,萎缩、肠腺化生重度减为中度、或中度减为轻度。无效:胃镜复查胆汁反流无变化或增加 2 级或加重,病理复查胃黏膜炎症无变化或加重,萎缩、肠腺化生无变化或加重。③幽门螺杆菌(Hp)的根除标准:参照中华医学会消化病学分会 2003 年在安

徽桐城制定的《幽门螺杆菌共识意见》^[3]:抗 Hp 治疗停药至少 4 周后复查:组织学检查:取胃窦和胃体黏膜,经 Warthin-Starry 银染色,确认 Hp 阴性;¹³C-尿素呼气试验阴性。以上两项均为阴性时可确定 Hp 根除。

3.2 两组疗效比较

①两组临床证候疗效比较:治疗组 146 例,痊愈 71 例,显效 48 例,有效 19 例,无效 8 例,总有效率为 94.52%;对照组 97 例,分别为 13 例、14 例、29 例、41 例、57.73%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。②两组治疗后胃镜疗效比较,治疗组 145 例,痊愈 43 例,显效 50 例,有效 22 例,无效 31 例,总有效率为 78.8%;对照组 97 例,分别为 10 例、12 例、13 例、62 例、36.08%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。③两组治疗后病理疗效比较:治疗组 146 例,痊愈 44 例,显效 45 例,有效 22 例,无效 35 例,总有效率为 76.03%;对照组 97 例,分别为 10 例、13 例、15 例、59 例、39.18%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。④两组治疗前后 Hp 变化比较:治疗组 146 例,治疗前 Hp 阳性例数为 84 例,治疗后 33 例,根除率为 60.7%;对照组 97 例,分别为 56 例、42 例、25%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

4 讨论

根据无胆汁反流性胃炎的临床症状,当属中医学“胃脘痛”、“呕吐”、“吞酸”等病范畴。方中蒲公英味苦甘,性寒,为君药,善清热解毒、泻肝和胃,有较强的消炎抑菌作用。黄连、连翘、冬凌草为臣药,均有清热解毒作用,其中黄连泻火解毒,善清胃火,去中焦热毒且有较强的消炎抑菌作用,与半夏配伍清热燥湿、和胃降逆;连翘可清胃中郁热;冬凌草清热同时可促使异常细胞逆转。四药合用能加快胆汁反流致胃黏膜充血水肿、糜烂等炎症的吸收恢复,对 Hp 有较强的抑杀作用。柴胡经清升散,疏邪透发,用于疏利肝胆气机,与黄芩配伍清火通降解郁,有较强的抗菌消炎和利胆作用,促使胆汁疏泄正常;八月札理气散结;半夏、枳实行气和胃降逆,枳实善行气宽中,消胀除痞,与柴胡配伍,一升一降,共同调畅中焦运化之气机,亦可使胃肠收缩节律增加,使胆囊收缩,奥狄括约肌张力增加;延胡索行气疏肝、活血止痛,对于热郁中焦,心腹胁肋诸痛有较好的止痛作用;三七粉既可活血又能止血,具有双向调节之功。

参考文献

- [1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:125-129.
- [2] 中华医学会消化病学分会. 幽门螺杆菌共识意见(2003,安徽桐城)[J]. 胃肠病学, 2004, 9(1):46-47.

针药结合治疗乳腺增生病 46 例

喻国华 邹来勇 刘建国

(江西中医药高等专科学校附属医院, 344000)

乳腺增生病是妇女乳房常见病,我们自 2007 年 2 月~2008 年 10 月采用针药结合治疗本病 46 例,疗效确切,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照《外科诊疗常规》^[1]中乳腺增生病的诊断标准。①乳房

疼痛:多为双侧性,也可为单侧,疼痛性质为隐痛、胀痛、月经前或情绪波动时可加重。②乳房肿块:多为双侧或为单侧,肿块大小不等,形态为片状、盘状、颗粒状、条索状等,质地柔韧或韧硬,边界不清,有压痛,与皮肤无粘连。③辅助检查:乳腺超声波检查可见乳腺内腺组织回声紊乱或回声增强、欠均,可有乳腺导管扩张,腺体增厚。乳房钼靶 X 摄片可见乳腺呈现较均匀密度增高阴影。其中①、②必备,结合③中任何一项即可诊断。

1.2 排除标准

①妊娠期、哺乳期、严重月经周期紊乱者;②乳腺炎症及肿瘤;③有严重心、肝、肾和血液系统等原发疾病,精神病患者;④服用避孕药及性激素类药物者。

1.3 一般资料

90 例患者随机分为治疗组与对照组,治疗组 46 例,年龄 18~56 岁,平均(34.0±2.5)岁;病程 3 个月~10 年,平均(3.5±1.2)年;轻度 17 例,中度 19 例,重度 10 例。对照组 44 例,年龄 21~58 岁,平均(35.0±4.1)岁;病程 4 个月~11 年,平均(4.1±1.3)年;轻度 19 例,中度 17 例,重度 8 例。2 组患者的年龄、病程及病情程度差异无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组

针刺治疗:主穴取屋翳、乳根、合谷、肩井、天宗、肝俞。随证加减:肝火旺者加太冲;肝肾阴虚去合谷加太溪、肾俞;气血两虚加足三里、脾俞;月经不调加三阴交;肩背痛者去合谷加外关。针刺方法:屋翳、乳根穴针体呈 150°向外斜刺 40mm,天宗穴向外斜刺 40mm,肩井穴从后向前刺 40mm,其他穴均按常规刺法。月经来潮第 10 天开始治疗,每日 1 次,15 次为 1 个疗程,下次月经来潮后第 10 天进行下 1 个疗程。连续治疗 3 个月经周期观察疗效。中药治疗:柴胡 12g,郁金、延胡索、王不留行、川楝子、皂角刺、土鳖虫各 10g,丹参、牡蛎各 15g。肝火旺者加夏枯草 10g;肝肾阴虚者加山茱萸 15g、熟地黄 20g;气血两虚者加生黄芪 30g、当归 6g;月经不调者加紫河车 10g、女贞子 10g。水煎服,每日 1 剂,分 2 次口服,行经期间停药,经净后继服。

2.2 对照组

三苯氧胺片(枸橼酸他莫昔芬,国药准字 H32021472,江苏扬子江药业集团有限公司),每次 10mg,每日 2 次,每次在月经过后第 5 天连续服用 2 周,连续治疗 3 个月经周期观察疗效。

3 疗效观察

3.1 证候积分标准

中医症状分级量化标准参照《现代中医乳房病学》^[2]。①乳房肿块:肿块质地:0 分:治疗后肿块消失;1 分:质增厚;2 分:质韧如鼻尖;3 分:质硬如额。肿块触痛:0 分:无;2 分:有。肿块大小(以最大的肿块长径计算):0 分:治疗后肿块消失;1 分:肿块≤2cm;2 分:2cm<肿块≤5cm;3 分:肿块>5cm。肿块范围:0 分:治疗后肿块消失;1 分:局限在 1~2 个乳房象限;2 分:范围在 3~4 个乳房象限;3 分:范围在 5~6 个乳房象限;4 分:范围在 7~8 个乳房象限。②乳房疼痛:以 10 分标尺法计算。③善郁易怒:0 分:无;1 分:有。④脱痞纳呆:0 分:无;1 分:有。⑤胁肋胀闷或痛:0 分:无;1 分:有。⑥月经量少色暗:0 分:无;1 分:有。⑦经行腹痛:0 分:无;1 分:有。病情分级标准:轻度:中医症状积分 8~14 分;中度:中医症状积分 15~21 分;重度:中医症状积分≥22 分。

3.2 疗效标准

根据症状改善情况判定临床疗效。临床痊愈:疗效指数≥90%;显效:疗效指数 70%~89%;有效:疗效指数 30%~69%;无效:疗效指数<30%。

3.3 两组证候积分改善情况比较

治疗组 46 例,治疗前后证候积分分别为(25.12±1.2)分、(10.29±3.42)分;对照组 44 例,分别为(24.58±2.4)分、(18.16±2.86)分,两组均有明显改善($P<0.05$),但治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.4 两组疗效比较

治疗组 46 例,临床痊愈 29 例,显效 6 例,有效 6 例,无效 5 例,总有效率为 89.1%;对照组 44 例,分别为 8 例、4 例、16 例、16 例、63.6%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.5 两组治疗前后血清中雌二醇(E₂)、泌乳素(PRL)及孕酮(P)测定结果比较

治疗组治疗后较治疗前 E₂、PRL、P 均值均有明显下降($P<0.05$),而对照组下降程度不明显($P>0.05$)。

3.6 两组复发率比较

半年随访,复发率治疗组 6%,对照组 45%,两组比较差异有显著性意义($P<0.01$)。

4 讨论

乳腺增生病属于中医学“乳癖”范畴,多由于情志内伤,郁怒伤肝,忧思伤脾,使气血郁阻乳络所致。肝脉布两胁,乳头属肝,乳房为足阳明胃经所过,阳明多气多血,若肝气不疏或横逆,则血痰湿互结于乳络而成块,本病病因在肝,病位在乳,所以针刺选取气之会膻中穴,宽中理气;足阳明胃经之屋翳、乳根二穴直接作用于乳房,畅通阳明经气,调和冲任两脉;肩井为手足三阳、阳维之会,有疏泄木气、平肝降逆之功;天宗为通乳要穴,能通乳络、调气血,配合肝俞、合谷穴以疏肝理气,畅达阳明经气,而达消肿散结止痛的目的。

方中柴胡性轻清,主升散行滞,入肝胆经,调畅气机,使肝疏泄调畅,郁金为活血化瘀,行气止痛之要药,柴胡重在理气,郁金重在化瘀,二者从气血相关理论而消癖散结,川楝子行肝而不伐肝,助柴胡之行气,王不留行、延胡索活血化瘀,行血中气滞,气中血滞,专治一身诸痛,且王不留行善于通乳络,现代研究证实,延胡索有明显镇痛作用,丹参具有养血活血,一可防止疏散药太过损伤肝血,二是丹参还有很好散结作用;皂角刺性善走窜,能攻定血脉,透达经络,直至乳房活血通络、消肿止痛;土鳖虫、牡蛎软坚散结,消除肿块,全方有疏肝解郁,活血通络散结之功。E₂ 水平提高是导致乳腺增生的主要原因,本研究发现,针药结合具有调节 E₂ 和 PRL 水平,且效果明显优于三苯氧胺,从复发情况来看,也优于对照组($P<0.01$)。说明针药结合疗效稳定,远期效果好,而且可以避免三苯氧胺致癌的副作用。

参考文献

[1]北京市卫生局.外科诊疗常规[M].北京:中国协和医科大学出版社,2002:40-41.
[2]林毅,唐汉钧.现代中医乳房病学[M].北京:人民卫生出版社,2003:110-111.