

84% ; 对照组50例, 分别为5例、26例、19例、62%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.01$)。

3.3 两组治疗前后肝功能变化比较

两组治疗后丙氨酸氨基转移酶(ALT)、血清总胆红素(TBil)、血清白蛋白(Alb)3项较治疗前明显改善($P < 0.05$), 且治疗组改善程度较对照组更为显著($P < 0.05$)。

3.4 两组治疗前后肝纤维化指标变化比较

结果显示, 治疗组透明质酸(HA)、层黏连蛋白(LN)、Ⅲ型前胶原(PCⅢ)治疗后较治疗前均有明显改善($P < 0.05$), 而对照组改善不明显($P > 0.05$)。

4 讨论

慢性乙型肝炎是常见病、多发病, 肝纤维化是慢性乙型肝炎患者发展至肝硬化的必然阶段, 是肝细胞发生坏死或炎症刺激时肝内纤维结缔组织异常增生的病理过程。慢性乙型肝炎肝纤维化属于中医学之“癥瘕”、“积聚”、“胁痛”、“瘀血”等范畴, 病机多为正气不足, 肝失疏泄, 血行瘀滞, 气虚血瘀阻于经络, 加之肝郁脾虚, 运化失健, 则聚湿生痰, 病延日久, 气滞血瘀痰聚于脏腑经络而发为本病。肝郁脾虚、肝血瘀阻、湿热留恋是慢性乙型肝炎的主要病理因素。荣肝汤对证属肝郁脾虚、气滞血瘀、湿热未清的慢性肝炎、早期肝硬化有较好疗效, 我们对其进行增减, 加入鳖甲、丹参、桃仁、红花等药用于治疗慢性乙型肝炎中重度患者亦获得满意疗效。方中党参、白术健脾益气, 培土荣木; 木香醒脾化湿; 茵陈清热解毒、利湿退黄; 黄芪益气健脾; 当归、白芍养血柔肝; 桃仁、红花、丹参、泽兰、王不留行活血化瘀; 牡蛎软坚散结; 鳖甲软坚散结养肝阴。诸药合用, 脾土得健, 湿浊得化, 热毒得清, 瘀血得解, 而收正复邪除之效。现代药理研究证明^[1], 鳖甲具有抑制结缔组织增生和提高血浆蛋白的作用, 能激活体液免疫; 丹参、红花有改善肝脏微循环, 助肝组织再生作用; 桃仁具有增加肝脏血流量, 促进肝内纤维胶原分散代谢及降低肝组织胶原含量等抗肝纤维化作用; 黄芪可以减少胶原在肝内的沉积, 并通过多环节抗肝细胞变性坏死, 促进再生及调节免疫, 抑制肝纤维化的形成。

参考文献

[1]中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会.病毒性肝炎的诊断标准[J].中西医结合肝病杂志, 2001, 11(1): 56-60.
[2]王伯祥.中医肝胆病学[M].北京:中国医药科技出版社, 1993:5.

和胃口服液治疗慢性萎缩性胃炎118例

傅志泉 金牡丹 黄巧玲 俞 婷 杨丽姣

(浙江省杭州市第三人民医院消化内科, 310009)

金亚城主任医师经多年的临床研究, 对慢性萎缩性胃炎(CAG)的治疗积累了丰富的经验^[1], 我们采用其总结的经验方, 改革剂型, 研制成“和胃口服液”, 并应用于临床, 经对118例慢性萎缩性胃炎患者系统的临床观察, 取得了肯定的疗效, 现将观察结果总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部病例均系2005年2月~2008年6月本院消化内科门诊

患者, 共214例, 随机分为两组。治疗组118例, 男66例, 女52例; 年龄26~66岁, 平均(49.6±11.3)岁; 病程6个月~29年, 平均(13.6±5.4)年; 伴胃黏膜上皮肠腺化生67例, 胃黏膜细胞异型增生41例, 幽门螺杆菌(Hp)感染72例。对照组96例, 男50例, 女46例; 年龄28~65岁, 平均(48.2±13.1)岁; 病程7.2个月~27年, 平均(12.7±4.2)年; 伴胃黏膜上皮肠腺化生46例, 胃黏膜细胞异型增生33例, Hp感染61例。两组患者在性别分布、年龄、病程及病理改变、Hp感染等方面差异均无显著性($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照2000年中华医学会消化病学分会江西井冈山“全国慢性胃炎研讨会”制订的标准^[2]。中医辨证标准参考1993年卫生部《中药新药临床研究指导原则》中的《中药新药治疗萎缩性胃炎的临床研究指导原则》的标准^[3]。全部病例均符合以上诊断标准, 症见: 胃脘痞满, 或胀满隐痛, 脘痛连胁, 反复发作, 嗳气, 纳呆, 身倦乏力, 大便不调, 舌淡、苔薄或少苔、脉细弦等, 并经胃镜检查证实有慢性萎缩性胃炎的表现(胃镜以治疗前及治疗后15天的检查为准)。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

治疗组用和胃口服液, 由杭州市第三人民医院制剂中心提供, 每次口服50ml, 每日2次, 3个月为1个疗程, 服药2个疗程。对照组用胃复春片(杭州胡庆余堂制药厂生产)口服, 每次4片, 每日3次, 3个月为1个疗程, 服药2个疗程。治疗期间停用其他治疗慢性胃炎的药物。

2.2 观察方法

观察两组病例治疗前后症状表现、病理改变、Hp感染情况。病理学检查参照1982年全国胃癌防治协作组病理组制定的标准^[4], 将胃黏膜萎缩、肠化、异型增生, 按轻、中、重分别计为1、2、3分, 各部位组织得分之和, 为各项目之总积分。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

参考卫生部《中药新药治疗萎缩性胃炎的临床研究指导原则》^[5]判定疗效。病理疗效判定, 采用半定量法。痊愈: 治疗后症状(包括病理改变)基本消失, 积分值较治疗前下降为零者; 显效: 治疗后症状(包括病理改变)有所改善, 积分值较治疗前下降>2/3者; 有效: 治疗后症状(包括病理改变)略有改善, 积分值较治疗前下降在1/3~2/3之间; 无效: 治疗后症状(包括病理改变)无改善或加重, 积分值较治疗前减少<1/3者。

3.2 两组患者综合疗效比较

治疗组118例, 痊愈11例, 显效44例, 有效52例, 无效11例, 总有效率为90.68%; 对照组96例, 分别为3例、28例、43例、22例、77.08%。两组疗效比较, 治疗组明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.3 两组患者治疗前后萎缩、肠化、异型增生积分改善情况

治疗组胃黏膜萎缩118例, 治疗前后积分分别为(2.8±0.6)分、(1.3±0.2)分, 对照组96例, 分别为(2.9±0.4)分、(2.1±0.2)分; 治疗组胃黏膜上皮肠腺化生67例, 治疗前后积分分别为(2.1±0.2)分、(1.0±0.8)分, 对照组分别为(2.4±0.3)分、(1.8±0.1)分; 治疗组胃黏膜细胞异型增生治疗前后积分分别为(1.8±0.3)分、(1.0±0.6)分, 对照组分别为

(2.0 ± 0.5) 分、(1.2 ± 0.5) 分。前2次指标改善程度治疗组明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.4 两组患者治疗前后 H_p 感染情况比较

治疗组治疗前 H_p 感染72例, 治疗后32例、转阴率为55.6%; 对照组分别为61例、38例、37.7%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

中医认为, CAG 与脾胃功能失调有关, 脾胃为“后天之本”, 脾胃虚弱, 情志不和, 饮食不节, 导致肝胃不和, 而肝胃不和和病理演变、转化过程中, 又可出现一系列病理变化。为此, 强调肝胃不和在萎缩性胃炎病理变化中的主导地位, 并贯穿于整个病理演变过程中, 在辨证论治时要抓住肝胃不和这一主要矛盾, 以疏肝理气和胃为主要治法, 在此基础上兼顾健脾活血、清热养阴, 才能切中病损关键, 临床上以健脾和胃理气的中药治疗常可取得满意的疗效^[1]。

和胃口服液以健脾和胃理气立法, 方中太子参、白术, 益气健脾; 柴胡、紫苏梗、木香、枳壳疏肝理气; 山楂、神曲、鸡内金消食和胃; 蒲公英清热抗 H_p 感染; 甘草缓急调和诸药, 全方共奏益气健脾、理气和胃之功效, 具有标本兼顾的特点。实验研究表明, 和胃口服液能有效逆转 CAG 大鼠胃黏膜腺体萎缩, 阻断 CAG 的发展, 并能调控 CAG 大鼠的胃黏膜细胞凋亡, 对萎缩性胃炎有较好的干预治疗作用。

参考文献

- [1] 傅志泉. 金亚城治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医杂志, 2005, 46(5): 335-336.
- [2] 中华医学会消化医学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[J]. 中华消化杂志, 2000, 2(3): 199-201.
- [3] 中华人民共和国卫生部制定发布. 中药新药临床研究指导原则[M]. 第二辑. 1993: 118-119.
- [4] 李益农, 肖树农, 张锦坤, 等. 慢性胃炎诊断标准[J]. 中华内科杂志, 1983, 22(5): 257-262.

温面散热敷乳突穴对面神经麻痹患者电生理的影响

戴其军¹ 瞿联霞¹ 柯进¹ 吕学东²

(1. 江苏省海安县中医院, 226600;

2. 江苏省南通市瑞慈医院)

特发性面神经麻痹是茎乳孔内面神经非特异性炎症导致的周围性面瘫, 临床表现为口角歪斜, 伴(或不伴有)乳突区的疼痛^[1]。为了验证温面散对面神经麻痹患者的神经功能恢复的疗效, 我们采用了面神经电图(ENoG)检查, 进行对比分析。现总结如下。

1 临床资料

40例均为2007年12月~2008年10月的门诊患者, 其诊断符合王维治《神经病学》^[1]。按就诊时间依次编号, 奇数号为温面散治疗组, 偶数组为对照组。其中治疗组男11例, 女9例; 平均年龄为(51.4 ± 2.9)岁; 平均病程为(10.7 ± 2.3)天; 病位在左侧12例, 右侧8例; 其中高血压病10例, 2型糖尿病9例, 冠心病4例。对照组男10例, 女10例; 平均年龄为(49.4 ± 3.1)岁; 病程平均为(11.2 ± 1.9)天; 病在左侧10例, 右侧10例;

其中高血压病8例, 2型糖尿病11例, 冠心病6例。两组患者在性别, 年龄, 发病时间及病位等方面, 经统计学处理, 差异无显著性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 一般治疗

两组患者均给予维生素 B₁ 每次口服20mg, 每日3次; 地巴唑每次口服20mg, 每日3次; 维生素 B₁₂ 每次肌肉注射0.5mg, 每日1次; 泼尼松每次口服20mg, 每日3次及对症治疗。

2.2 治疗组

在上述治疗基础上, 加用温面散热敷患侧乳突穴, 每日1次, 1个月为1个疗程。温面散组成: 白附子200g, 僵蚕200g, 全蝎200g, 桂枝200g, 白芷200g, 黄酒200ml, 凡士林200g, 羊毛脂100g, 氮酮30ml。前五味药, 热风循环60℃烘干, 备用; 将白附子、桂枝、白芷粉碎成细粉, 过五号筛, 所得粉末与其余二味药混合粉碎成细粉, 过七号筛, 备用。黄酒、氮酮混匀, 调和上述药物粉末。凡士林、羊毛脂适量, 加热熔融, 与上述药物粉末混匀, 搅拌均匀至冷却, 即得。使用时, 先将患侧乳突穴处用酒精棉球擦洗, 后取生药5g, 均匀涂于纸胶布中央, 酒精灯加热贴于患侧乳突穴。

3 疗效观察

3.1 两组治疗前后 ENoG 变化比较

治疗组20例, 就诊时, 测电生理潜伏期为(4.21 ± 0.62)ms, 波幅为(0.45 ± 0.31)mV, M 波波幅差为31.5%; 1个月3项指标分别为(3.13 ± 0.47)ms, (1.66 ± 0.44)mV、45.3%。对照组20例就诊时3项指标分别为(4.13 ± 0.58)ms, (0.40 ± 0.28)mV、31.3%; 1个月3项指标分别为(3.76 ± 0.53)ms, (1.09 ± 0.52)mV、38.9%。两组比较, 治疗组改善程度明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.2 不良反应

仅极少部分患者出现局部色素沉着, 几天内基本能消失, 全部病例未出现过过敏反应。我们委托南京中医药大学进行了皮肤刺激性试验与毒性试验。试验根据温面散(相当于人用量的6倍)和赋形剂(60%乙醇)单次和多次于家兔完整皮肤和破损皮肤处给药, 肉眼未见皮肤红斑、水肿、色素沉着、出血点、皮肤粗糙或皮肤菲薄等情况, 提示温面散对皮肤基本无刺激性反应。同时温面散皮肤给药基本无急性毒性反应, 安全度较大。

4 讨论

面神经麻痹, 属于中医“口僻”之范畴, 是神经科常见病和多发病, 其病因为外伤、肿瘤、血管病变、病毒感染等, 面神经损伤部位可定位在核性瘫、桥脑、小脑瘫、面神经管内和面神经管外等^[2]。其病理改变是由于面神经在面神经管缺血、水肿、受压, 继而神经变性所致^[1]。中医辨证为风、寒、痰、瘀壅结, 阻遏经气, 面部经络肌肉失于濡养。治疗以温经散寒、祛风化痰、活血祛瘀为法。温面散中以桂枝为君, 通阳化气、温经散寒; 白附子辛温为臣, 走头面经络, 祛风化痰; 僵蚕、全蝎辛平为使, 祛风通络; 白芷辛温, 引药入经, 芳香走窜, 擅走头面经络。诸药为末, 借助酒之辛味、冰片之芳香, 更加透皮吸收剂, 加热贴敷乳突穴(面神经管出颅之处), 共奏温经化痰、祛风通络之功, 使风、寒、痰、瘀得祛, 症状自除。现代研究表明, 桂枝中含有桂皮醛等成分, 具有抗炎、扩张皮肤血管等作用, 白附子中含有 β 谷