

组 42 例,男 23 例,女 19 例;平均年龄 62.3 岁。两组在年龄、性别、既往史、伴发疾病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 对照组

①内科基础治疗:保持呼吸道通畅,抗感染,预防肺栓塞及下肢深静脉血栓形成,调整血压,控制血糖,防止颅内压增高,抗血小板,维持水电解质平衡,防止心肾损害等,酌情抗凝,降纤治疗。②康复训练:指导患者保持良好肢体的摆放,积极进行适应性训练,根据患者的具体情况,制定相应的康复训练方案。包括被动关节活动度维持训练、体位变化的适应性训练、平衡反应诱发训练,以及抑制痉挛、日常生活能力训练、语言功能训练、心理康复治疗等。③规范护理:包括体位的选择,饮食、口腔的护理,皮肤护理,导管的护理,血压的调整与护理,并发症的预防与护理等。

2.2 治疗组

在西医内科基础治疗和康复训练基础上,采用中医综合治疗方案。①中医辨证施治:①风痰阻络证给予化痰通络汤:法半夏 10g 生白术 10g 天麻 10g 丹参 20g 三七 3g 香附 15g 酒大黄 5g。②痰热腑实证给予星蒺承气汤:全瓜蒌 30g 胆南星 6g 生大黄 10g (后下),芒硝 10g (冲服),丹参 20g。③痰热内闭证给予清心宣窍汤:黄连 10g 栀子 10g 丹参 15g 天麻 10g 钩藤 20g 石菖蒲 10g 牡丹皮 10g。④痰湿蒙神证给予清醒涤痰汤:法半夏 15g 天竺黄 10g 石菖蒲 10g 天麻 10g 钩藤 15g 丹参 20g。⑤气虚血瘀证给予益气化瘀汤:生黄芪 30g 全当归 10g 桃仁 10g 红花 10g 赤芍 15g 柴胡 10g 川芎 5g。⑥阴虚风动证给予育阴熄风汤:生地 20g 山茱萸 10g 钩藤 30g 天麻 10g 丹参 20g 白芍 15g。每日 1 剂,早晚 2 次分服。②中药注射液:非痰热证用血塞通粉针 400mg 加入 0.9%氯化钠注射液 250ml 中静脉滴注,每日 1 次,连续 14 天。痰热证用清开灵注射液 40ml 加入 0.9%氯化钠注射液 250ml 静脉滴注,每日 1 次,连续 14 天。③针灸治疗:选穴:风池、肩髃、臂臑、曲池、外关、合谷、阳陵泉、足三里、丰隆、太冲等。手法:得气后,行提插、捻转手法,留针 30min 待生命体征稳定,病情不再发展,即可进行。每日 1 次,连续 10 次,休息 2 天。所有患者均观察 4 周。

3 疗效观察

3.1 两组治疗前后神经功能缺损评分变化比较

治疗组 46 例,治疗前后神经功能缺损评分分别为 (25.5 ± 19.8) 分、(11.26 ± 7.65) 分;对照组 42 例,分别为 (26.1 ± 21.3) 分、(18.32 ± 10.22) 分。两组比较,治疗组神经功能缺损评分改善程度明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.2 两组治疗前后日常生活能力评分比较

治疗组 46 例,治疗前后日常生活能力评分分别为 (35.6 ± 21.4) 分、(66.32 ± 36.45) 分;对照组 42 例,分别为 (36.3 ± 34.5) 分、(51.66 ± 34.34) 分。两组比较,治疗组日常生活能力评分改善程度明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

中风具有起病急,变化迅速,多因素综合致病,一病数证的特点,临床必须采用多种治疗手段,多途径给药才能全面兼顾,提高临床疗效。

本研究以国家“十五”科技攻关课题成果为基础,以辨证论

治为核心,强调根据中风病动态演变规律,据证立法,依法选方,方证相应,突出了中医药辨证论治的学术优势,解决了辨证论治个体治疗方案与群体评价的矛盾。②给患者最优的治疗,采用综合干预的方法进行护理、康复,建立了规范护理和早期康复措施。观察结果表明,中风病综合治疗方案能明显改善缺血性中风患者神经功能缺损程度,提高患者的日常生活能力,在一定程度上减轻了社会和家庭的负担。

参考文献

- [1]中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [2]国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.

加味荣肝汤治疗慢性乙型肝炎肝纤维化 50 例

黎俊民¹ 李敏峰²

(1 江西宜春学院医学院,336000;

2 宜春市第五人民医院)

荣肝汤是我国已故著名老中医、肝病专家关幼波先生用于治疗慢性肝炎、早期肝硬化的经验方,我们对该方进行加减,用于治疗慢性乙型肝炎肝纤维化,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照 2000 年西安会议修订的《病毒性肝炎的诊断标准》^[1]。

1.2 一般资料

100 例均为我院传染科 2005 年 10 月~2008 年 10 月收治慢性乙型肝炎中度和重度患者,随机分为治疗组和对照组,每组 50 例。治疗组男 32 例,女 18 例;年龄 20~62 岁;病程 3~14 年;慢性乙型肝炎中度 43 例,重度 5 例。对照组男 35 例,女 15 例;年龄 18~60 岁;病程 4~13 年;慢性乙型肝炎中度 44 例,重度 6 例。两组性别、年龄、病程等比较,差异无显著性 ($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

对照组采用西药综合治疗,每次静脉滴注维生素 C 2.0g,肌苷 0.4g,每日 1 次;每次口服拉米呋定 100mg,每日 1 次,3 个月为 1 个疗程。治疗组在对照组治疗基础上加服加味荣肝汤治疗。处方:党参、白芍、当归、王不留行各 12g,炒白术、木香、桃仁、红花各 10g,茵陈、泽兰、生牡蛎各 15g,黄芪、丹参、鳖甲各 20g。每日 1 剂,煎水取汁 300ml,分 2 次温服。3 个月为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

显效:临床症状消失,肝功能、肝纤维化指标降至正常范围。有效:临床症状消失或基本消失,肝功能、肝纤维化指标降至正常范围或比原值下降 50%。无效:临床症状无缓解,肝功能、肝纤维化指标无明显下降。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 50 例,显效 10 例,有效 32 例,无效 8 例,总有效率为

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 (A1b) 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^[2],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 娉 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 4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》^[3]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 $1/3\sim 2/3$ 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