

### 3.2 两组临床疗效比较

治疗组 30 例,治愈 11 例,有效 16 例,无效 3 例,总有效率为 90%;对照组 30 例,分别为 5 例、14 例、11 例、63.3%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组( $P<0.05$ )。

### 3.3 两组治疗前后汉密尔顿评分变化比较

治疗组治疗前后汉密尔顿量表评分分别为(26.35±6.78)分、(10.01±6.27)分;对照组治疗前后汉密尔顿抑郁量表评分分别为(26.65±7.39)分、(14.45±6.98)分。两组治疗后评分较治疗前均有明显降低( $P<0.05$ ),治疗后组间比较,治疗组疗效明显优于对照组( $P<0.05$ )。

## 4 讨论

FD 合并抑郁症临床常见“因郁致病”和“因病致郁”这两种情况,老年患者临床症状常常虚实夹杂,因此,我们以四逆散为基础方进行加味。方中柴胡味微苦,微辛,归肝、胆、脾、胃、三焦经,清轻升散,理气疏郁,升举脾胃清阳之气,条达厥阴风木之性,即“木郁达之”之意;白芍苦泄,平肝阳,其味酸,又敛养肝阴,调肝气,《本草备要》云:“补血、泻肝、益脾、敛肝阴。”枳壳行气宽中,善于破气除痞,和降胃气,与柴胡相伍,升降有常,中焦枢轴得运,气机畅达,郁滞得舒;甘草益气补中实土,调和诸药;合欢皮甘平,归心、肝经,安神解郁。黄精甘平,归脾、肺、肾经,质地柔润,补脾益气而又滋阴血,《本草正义》云:“补血补阴而养脾胃,是其专长。”该药配白芍,更奏补血之功,而使心肝二脏得养,平补之品,久服无动火伤阴之虞。全方立足中焦枢轴,调和肝脾胃,升降有权,顾及情志病“七情本归于心”,补养与畅达互寓,不偏不倚,贵在于“和”。偏虚如气虚者加黄芪、党参、白术以实中土,以防中虚而肝木乘土;血虚者用当归、女贞子补养心肝之阴血,使心神得安,肝木得涵。偏实者如气滞则加重原方药量,枳实 12g 易枳壳,加青皮 12g、制香附 10g,以增疏肝理气、宽中消痞之力;挟痰湿者辅以半夏燥湿化痰和胃,降逆消痞散结,合用枳壳可化痰行气以除痞,破气消满而止痛;茯苓健脾补中、利水渗湿、宁心安神,合半夏以健脾化湿,和胃降逆。现代药理研究亦证明,四逆散具有抗抑郁,改善胃肠动力作用。

## 参考文献

- [1] Drossman DA. The functional, gastrointestinal disorders and the Rome III process[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1377-1390.
- [2] 张万岱,危北海,陈治水,等. 功能性消化不良的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 13(1): 42.

## 中药内服外熏治疗虹膜睫状体炎 160 例

徐大梅

(河南省新乡市中医院, 453000)

虹膜睫状体炎属中医“瞳神紧小症”范畴。笔者以自拟的清肝利湿汤为主内服外熏综合治疗本病 160 例共计 168 只眼,现总结如下。

### 1 临床资料

(1) 一般资料  
病例共观察 200 例 210 只眼,均来自本院患者。随机分为

两组,治疗组 160 例 168 只眼,男 89 例 95 只眼,女 71 例 73 只眼;初发者 87 例复发者 73 例;病因为结核病史者 7 例,风湿病史者 18 例,糖尿病史者 8 例,眼外伤史者 4 例,余无特殊记载。对照组 40 例 42 只眼,男 22 例 23 只眼,女 18 例 19 只眼;初发者 23 例,复发者 17 例;病因为风湿病史 4 例,眼外伤史者 2 例,余无特殊记载。

### 1.2 诊断标准

依据中医药院校规划教材和《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>之瞳神紧小症诊断标准:突发眼珠疼痛或胀痛,畏光流泪,视物模糊。眼部检查:结膜混合充血或睫状充血,角膜后可见尘状或小点状,羊脂状物沉着,房水混浊(丁道尔现象阳性)或瞳孔缩小,对光反应迟钝或消失,或前房积脓,或虹膜后粘等。

## 2 治疗方法

### 2.1 治疗组

①内服:清肝利湿汤:龙胆草、栀子、黄芩、黄连、柴胡各 10g,土茯苓、车前子、赤芍各 30g,茺蔚子、青箱子、夏枯草各 15g。每日 1 剂,水煎分 2 次服。若目珠痛甚加羚羊角、三七粉;黄液上冲加大黄、牡丹皮、水牛角粉;有结核病史加鳖甲、地骨皮;有风湿病史加乌梢蛇、海风藤;有糖尿病史者去龙胆草、栀子、加苍术、黄精;有外伤史者加三七、水蛭。②外治法:用上述中药煎取第 3 汁,热熏患眼,待水温时,闭目洗眼,每日 2 次,每次 20min;配合阿托品眼液点眼,每日 1 次。③反复发作者,配服雷公藤片,每次 2 片(每片含雷公藤甲素 33μg),每日 3 次。忌饮酒类及辛辣刺激性食物。

### 2.2 对照组

①口服吲哚美辛肠溶片,每日 3 次,每次 25mg 饭后服。②配合阿托品眼液点眼,每日 3 次,地塞米松眼液点眼,每日 3 次。③反复发作者,配服雷公藤片,每次 2 片(每片含雷公藤甲素 33μg),每日 3 次。忌饮酒类及辛辣刺激性食物。

所有患者治疗前作全面检查:体温、呼吸、脉搏、大小便、血常规、血沉、胸部、X 线摄片等,个别作血糖、尿糖检查。10 天复诊 1 次,用对数视力表检测视力,裂隙灯查角膜、房水、虹膜等。

## 3 疗效观察

### 3.1 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>。治愈:眼部病变消退,畏光流泪疼痛等症状消除,视力恢复至正常或发病前水平。好转:眼部病变减轻,畏光疼痛流泪减轻,视力提高 2 行以上,裂隙灯检查,虹膜纹理变清,角膜 KP 消失。无效:畏光疼痛流泪及眼部病变无变化或加重,视力无变化或下降。

### 3.2 治疗结果

治疗组 168 例,治愈 134 例(79.76%),好转 32 例(19.05%),无效 2 例(1.19%),总有效率为 98.81%;对照组 42 例,分别为 20 例(47.62%)、14 例(33.33%)、8 例(19.05%)、80.95%。治疗组疗效明显优于对照组( $P<0.05$ )。服药最少者 10 剂,最多者 92 剂,其中初发者平均服药(24±6)剂,复发者平均(36±6)剂,无效的 2 眼是糖尿病多年患者。从治疗结果中可知,初次发病治疗效果明显好于复发者。

## 4 讨论

虹膜睫状体炎是眼科急症之一,病因复杂,大多认为系肝胆火邪攻目,或内蕴热毒,复感风湿,三邪搏结,上犯侵窍,致黄仁展而不缩,发为本病<sup>[2]</sup>。清肝利湿汤中胆草、黄芩、黄连、栀子

清热泻火;赤芍、茺蔚子凉血解毒,且有散肿之功;车前子、土茯苓、夏枯草利湿泄热,使邪有出路;青箱子消肿退翳;柴胡疏肝,条达气机,上行目窍。诸药合用,共奏泻热解毒,清肝凉血之功,配合熏洗疗法,诱邪外出,内外合治,收效满意。

#### 参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京中医药大学出版社,1994:107.
- [2] 廖品正. 中医眼科学[M]. 上海:上海科技出版社,1986:101.

## 疏肝健脾法治疗慢性疲劳综合征 24 例

彭玉清 刘 洋 葛 辛 赵敏春 杨 婷 张 燕

(北京中医药大学东方医院亚健康科,100078)

慢性疲劳综合征(CFS)是一组以慢性或反复发作的极度疲劳为突出表现,常伴有注意力不集中、头痛、咽喉痛、淋巴结压痛、关节肌肉疼痛或僵硬、低热、睡眠障碍、抑郁等精神障碍的以非特异性表现为主的综合征。目前现代医学对本病尚缺乏有效治疗药物,我科自 2008 年 1~10 月采用疏肝理气,健脾益气法治疗 CFS 46 例,取得较满意疗效,现总结如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

46 例均为我院亚健康门诊患者,随机分为治疗组 24 例和对照组 22 例。治疗组中男 5 例,女 19 例;年龄(40.3±13.9)岁;病程 6 个月~5 年。对照组中男 6 例,女 18 例;年龄(40.3±13.5)岁;病程 8 个月~5 年。两组病例在性别、年龄、病程方面大致相同,差异无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

#### 1.2 诊断标准

根据 1994 年美国疾病预防控制中心(CDC)修订的诊断标准<sup>[1]</sup>制定。①临床评估的不能解释的慢性疲劳,且不是持续用力造成,经休息后不能明显缓解,导致在工作、教育、社会或个人活动能力方面有明显的下降,持续或反复发作 6 个月以上;②同时兼有下述症状的 4 项以上,且已经持续存在或反复发作 6 个月以上,但不早于疲劳的出现。短期记忆力或注意力集中下降;咽喉疼痛;颈部或腋下淋巴结肿大、触痛;肌肉痛;无红肿的多关节疼痛;一种出现与以往不同形式或程度的头痛;睡眠紊乱(失眠或嗜睡);运动后疲劳持续 24h 以上。

#### 1.3 中医证候诊断标准

参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>制定。主症:胃脘或胁肋胀痛,腹胀,食少纳呆,便溏不爽。次症:情绪抑郁或急躁易怒,善太息,肠鸣矢气,腹痛即泻,泻后痛减,舌苔白或腻,脉弦或细。主症 3 项(胃脘或胁肋胀痛)必备,或主症 2 项(胃脘或胁肋胀痛)必备,次症 2 项,即可诊断。

#### 1.4 纳入和排除标准

纳入标准:①符合 CDC 诊断的《慢性疲劳综合征标准》;②中医辨证属于肝郁脾虚者。排除标准:①年龄在 18 岁以下或 65 岁以上者;②妊娠或哺乳期妇女;③可用原发病解释的慢性疲劳;④合并有其他重大疾病,如心、肝、肾等疾病或精神患者;⑤不能坚持治疗而脱落者。

### 2 治疗方法

治疗组采用疏肝健脾法治疗,药用:柴胡 12g,郁金 15g,赤

芍 10g,白芍 10g,菊花 10g,薏苡仁 30g,黄精 10g,刺五加 10g,苍术 10g,白术 10g。辨证加减:失眠者加合欢皮 30g,炒酸枣仁 15g,夜交藤 30g;心烦易燥者加百合 10g,莲子心 3g;腰膝酸软者加补骨脂 10g,杜仲 10g,续断 10g;口干咽燥者加麦冬 10g,天花粉 10g;关节疼痛者加鸡血藤 15g,延胡索 15g;记忆力减退者加远志 10g,益智仁 10g。每日 1 剂,水煎 2 次,混匀后分 2 次口服,连服 4 周为 1 个疗程,对照组采用北京同仁堂科技发展股份有限公司制药厂生产的加味逍遥丸(水丸,每袋 6g),每次 6g,每日 2 次,连服 4 周为 1 个疗程,两组均观察 2 个疗程。

### 3 疗效观察

#### 3.1 疗效标准

参照文献<sup>[3]</sup>制定。治愈:临床主症及兼症完全消失,能适应正常的社会生活及工作节奏;显效:临床主症及兼症消失 $>2/3$ ;有效:临床主症及兼症消失 $>1/3$ 但 $\leq 2/3$ ;无效:临床主症及兼症消失 $<1/3$ 或无改善。

#### 3.2 治疗结果

治疗组治愈 5 例,显效 11 例,有效 6 例,无效 2 例,总有效率为 91.7%,平均缓解疲劳时间为 3 周。对照组治愈 3 例,显效 7 例,有效 9 例,无效 3 例,总有效率为 86.4%,平均缓解疲劳时间为 4 周。经统计学处理,两组疗效差异无显著性( $P>0.05$ ),但平均缓解疲劳时间治疗组明显短于对照组,差异有显著性( $P<0.05$ )。

### 4 讨论

中医学认为,疲劳与肝、脾二脏关系密切。因肝主升发,喜条达而恶抑郁,主疏泄,调节气机的运行,调畅情志,长期压力过大的人,会出现肝气郁结不畅,心情抑郁,情绪不宁,失眠多梦。肝主筋,为罢极之本。肝主藏血,肝藏血功能正常,筋骨得以濡养,才能“足受血而能步,掌受血而能握,肝受血而能视”,相反长期精神紧张,肝气郁结,肝血不足,筋骨失于濡养,导致肢体的倦怠乏力。脾主肌肉四肢,为气血生化之源,后天之本。长期的饮食不节,劳倦伤脾,或思虑过度,会导致脾虚,不能运化水谷精微以濡养四肢,或脾虚不能运化水湿,湿滞经络,出现肢体倦怠懒动。正如《素问》云:“四肢懈惰,此脾精不运也”。“今脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉,皆无气以生,故不用焉”。此外,脾虚气血生化不足,清阳不升,日久头痛头晕,记忆力下降。方中柴胡、郁金疏肝理气;赤芍、白芍养血濡肝;菊花清肝明目,平抑肝阳;薏苡仁、苍术、白术、黄精健脾益气;刺五加健脾宁心安神。全方共奏疏肝理气,健脾宁神,使得肝气得舒,肝血得养,脾气得健,气机通畅,百脉调和,疲劳自消。

#### 参考文献

- [1] Fukuda K, Straus SE, Hickie I, et al. The Chronic Fatigue Syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group [J]. Ann Intern Med, 1994, 121(12): 953-959.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 364.
- [3] 刘倩. 中医诊治慢性疲劳综合征的疗效标准探讨[J]. 国外医学中医中药分册, 1993, 15(16): 15.

[编辑:黄 健]