

临床报道

茵陈术附汤加味治疗阴黄证 38例

蔡行平* 林秉滔*

黄疸,《内经·平人氣象論》描述为“溺黃赤安臥者黃疸,……目黃者黃疸”。临床上,黃疸初期以陽黃居多,若濕從寒化,寒濕凝滯則發為陰黃。故病久則以陰黃常見。程鍾齡《醫學心悟》創制茵陳術附湯,為治療陰黃的代表方劑。我們以茵陳術附湯加味治療陰黃取得了滿意的療效。

1 臨床資料

1.1 診斷標準

西醫診斷:依照 2000 年 9 月中華醫學會傳染病與寄生蟲病學分會、肝病學分會聯合修訂的《病毒性肝炎防治方案》。陰黃證的中醫辨證標準依照中國中醫藥學會內科肝病專業委員會天津會議制訂《病毒性肝炎中醫辨證標準》:主症:①身目發黃,色澤晦暗;②脈沉緩無力。次症:①畏寒喜溫;②大便溏薄;③舌質淡、舌體胖。辨證要求:具備主症①、②者;或具備主症任何 1 項及次症 3 項中任何 2 項者,即屬本證。

1.2 一般資料

將 2002 年 5 月~2009 年 5 月的門診及住院患者隨機分為兩組。治療組 38 例中男性 29 例,女性 9 例;年齡 16~51 歲,平均(30.68±9.54)歲;病程 3~25 年,平均(12.53±4.45)年;病原學檢查:乙型肝炎病毒感染 28 例,甲型肝炎病毒感染 3 例,丙型肝炎病毒感染 1 例,病原未明 6 例。對照組 31 例,男性 25 例,女性 6 例;年齡 20~53 歲,平均(32.97±11.48)歲;病程 2~23 年,平均(11.13±4.72)年;病原學檢查:乙型肝炎病毒感染 24 例,甲型肝炎病毒感染 2 例,戊型肝炎病毒感染 1 例,病原未明 4 例。兩組患者一般資料均衡性比較無統計學差異($P>0.05$),具有可比性。

1.3 排除標準

①肝外膽管梗阻等所致的黃疸。②合併有心腦血管病、代謝類疾病、腎臟疾病以及腫瘤等的患者。

2 方法

2.1 治療方法

對照組:給予西藥甘利欣、肝得健、門冬氨酸鉀鎂、維生素 C、肌苷片等護肝、降酶、退黃及抗感染、營養支持等綜合治療。

治療組:在對照組治療的基礎上給予茵陳術附湯加味:茵陳 30g 炒白朮 20g 茯苓 30g 淡附片 10g 干姜 10g 生大黃 10g 枳殼 15g 丹參 30g 郁金 15g 虎杖 15g 赤芍

30g 陳皮 10g 澤瀉 10g 肉桂 2g 甘草 10g 瘙癢加防風 10g 嘔吐加蘇梗 10g 半夏 10g 納差加山楂 15g 腹痛加延胡索 15g 肝臟腫大加蟹甲 20g 常規水煎服,每日 1 劑,分 2 次服,共 4~8 周。

2.2 療效標準

顯效:自覺症狀消失, TBIL、ALT 恢復正常;有效:治療後消化道症狀明顯減輕,食慾增加, TBIL 下降 50% 以上;無效:未達到上述標準者,或自動出院放棄治療。

2.3 統計學方法

採用 SPSS 10.0 統計軟件,數據以 $\bar{x} \pm s$ 表示,對結果進行 χ^2 檢驗分析。

3 結果

3.1 兩組患者治療前後肝功能變化的比較

表 1 兩組患者治療前後肝功能變化的比較 ($\bar{x} \pm s$)

組別	時間	例數	TBIL($\mu\text{mol/L}$)	ALT(u/L)	A/G
治療組	治療前	38	179.2±75.8 [△]	525.7±168.9 [△]	1.05±0.20 [△]
	治療後	38	45.8±22.4*	97.9±51.7*	1.51±0.31*
對照組	治療前	31	163.0±76.0	472.9±149.8	1.04±0.23
	治療後	31	59.5±30.0	169.5±67.7	1.26±0.27

注:與本組治療前比較,* $P<0.05$

3.2 兩組臨床療效的比較

治療組 38 例,顯效 24 例,有效 10 例,無效 4 例,有效率 89.47%;對照組 31 例分別為 11 例、12 例、8 例及 74.19%。經 χ^2 檢驗,兩組顯效率比較,差異有統計學意義($P<0.05$);兩組有效率比較,差異無統計學意義($P>0.05$)。

4 討論

中醫學認為,脾胃為後天之本,氣血生化之源,腎之陽氣,為一身陽氣之根本,脾陽之運化依賴於腎中陽氣的溫煦,腎臟精氣亦有賴於脾陽不斷運化水谷精微而得以補充。脾陽與腎陽,在生理上相互資生,相互促進,病理上相互影響,脾陽久虛,進而損及腎陽。兩虛相得,邪從寒化,進而出現本虛標實之陰黃。宋《太平聖惠方》卷五十五首提腎黃一證,治腎黃以附子散方;元·羅天益《衛生寶鑑》的陰黃治驗方——茵陳附子干姜湯,均提示陰黃之脾腎陽虛、寒濕阻滯之病機特點。

“陰黃之症,身冷,脈沉細,乃太陰經中寒濕,身如薰黃,不若陽黃之明如橘子色也。……小便自利,茵陳術附湯主之(《醫學心悟》)”。我們以茵陳術附湯加味治療陰

黄。方中“茵陈,善清肝胆之热,兼理肝胆之郁,水消郁开,胆汁入小肠之路毫无阻隔也(《医学衷中参西录》)”。茵陈、附子并用,以温化寒湿退黄;茵陈、虎杖清热祛湿、利胆退黄;附子、肉桂、干姜温补脾肾;白术、茯苓、泽泻,健脾化湿,即所谓“治黄不利小便非其治也”;赤芍、郁金、

丹参有活血化瘀退黄;大黄泻浊解毒退黄;陈皮、半夏枳壳,理气化痰祛湿,降逆和胃;甘草调和诸药。全方寒温并用,温阳化湿,活血化瘀,解毒泻浊,利胆退黄。

* 浙江省玉环县人民医院(317600)

柴胡桂枝汤治疗青少年期颈椎病 30例

李力夫* 王维*

颈椎病低龄化趋势越来越明显,成为困扰人们的常见疾患。中医药治疗颈椎病虽有优势,但对青少年期颈椎病治疗缺乏新思路,大多沿用肝肾亏虚、经脉不利的传统思维,难以取得可靠疗效。笔者研读《伤寒论》,认为选用柴胡桂枝汤治疗青少年期颈椎病,颇合方证,疗效可靠,兹总结报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照国家中医药管理局 1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》。①有慢性劳损或外伤史或有颈椎先天性畸形、颈椎退行性病变;②发生于 40岁以下青少年,长期低头工作学习者,或习惯于长时间看电视、操作电脑者,往往呈慢性发病;③颈肩背疼痛,头痛头晕,心慌汗出,颈部板硬,上肢麻木疼痛;④颈部活动功能受限,病变颈椎棘突、患者肩胛骨内上角常有压痛,可摸到条索状硬结,可有上肢肌力减弱和肌肉萎缩,臂丛牵拉试验阳性,压顶试验阳性;⑤X线正位摄片显示钩椎关节增生,张口位可有齿状突偏斜,侧位片显示颈椎曲度变直或反弓,椎间隙变窄,有骨质增生及项韧带钙化,斜位片可见椎间孔变小,CT及核磁共振检查对定性定位诊断有意义。

1.2 纳入及排除标准

纳入①符合上述诊断,属颈型、神经根型、椎动脉型、交感型颈椎患者;②年龄小于 40岁者。排除颈椎暴力外伤史患者,有手术指征者。

1.3 一般资料

将符合纳入标准的 60例青少年期颈椎病患者按照就诊顺序分为治疗组 30例和对照组 30例。治疗组 30例中,男 18例,女 12例;年龄 8~40岁。对照组 30例中,男 16例,女 14例;年龄 9~40岁。两组患者性别、年龄比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组:①处方:柴胡 10g 白芍 10g 黄芩 10g 姜半夏 10g 党参 10g 桂枝 10g 生姜 10g 大枣 10g 炙甘草 6g 随症加减:枕颈部疼痛明显者加葛根 30g 上肢疼痛者加

桑枝 10g 头晕明显者加天麻 10g 每日 1剂,加水 600ml 浸泡 1h 煮沸后,文火煎 20min 取汁 200ml 再加水 300ml 煮沸后,文火煎 20min 取汁 200ml 两次兑服,分两次服,14天 1个疗程。②颈部行理筋放松手法 10min 每周 3次为 1个疗程,连续 2个疗程。

对照组:①颈复康冲剂(河北承德颈复康药业集团有限公司),每次 1~2袋,每日 2次,沸水冲服,连续 2周为 1个疗程。②颈椎推拿治疗,同治疗组。

2.2 疗效评定标准

痊愈:原有各型症状消失,肌肉肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常工作和学习,随访 3个月未复发;好转:原有各型症状减轻,颈肩背疼痛减轻,颈、肢体功能改善;未愈:症状无改善。

3 结果

治疗组 30例,痊愈 10例,有效 18例,无效 2例,总有效率 93.3%;对照组 30例,痊愈 4例,有效 15例,无效 11例,总有效率 63.3%。两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

4 讨论

《伤寒论》第 146条:“伤寒六七日发热微烦疼,微呕,心下支结,外证未去者,柴胡桂枝汤主之”。治疗太阳少阳的并病。青少年期颈椎病患者,由于工作、学习竞争压力,加上长时间低头伏案姿势,造成肌筋劳损,病在筋,而肝主筋,肝失疏泄,少阳失和,而致气血紊乱,患者多伴有颈肩上肢酸痛、情绪低落、烦躁、口干口苦、脉弦等症,少有肝肾亏损征象。中医六经辨证,其病在少阳,兼太阳经输不利。根据方证对应原则应选柴胡桂枝汤治疗。临床屡见报道葛根汤或桂枝加葛根治疗颈椎病,该两方的方证为太阳伤寒或太阳中风,兼项背强几几,青少年期颈椎病急性发作表现颈项强痛,不能转侧时选用,有可靠疗效。若项背强几几方证消失,仍一方到底,则疗效泛泛。不如选用柴胡桂枝汤,符合方证对应原则。

* 浙江省慈溪市红十字医院(315300)