

痛,风湿头痛,筋脉拘挛,肢体瘫痪,痞块恶疮,痈疽肿毒,跌打损伤,肿瘤等证,未有马钱子能降气和胃之说,唯《医学衷中参西录》云:马钱子是健胃要药。我们在临床实践中体会到马钱子能开胃增加食欲,降气消痞除胀。剂量适中未发现不良反应。药理学研究,马钱子主要成分是番木鳖碱,有兴奋脊髓神经作用,对于胃肠作用有待验证。应用马钱子 1 日量为 0.3~0.6g,炮制后入丸散剂。

胆汁反流性胃炎发病机制的研究报道不多,主要有吸烟、胃黏膜屏障的损害,幽门机能不全,胃排空障碍等。

现代医学主要用以胃复安为代表的胃肠动力药,其作用机制是调节幽门功能,增加胃窦蠕动,缩短排空时间而减少反流。所以对胃排空障碍者疗效较好,但临床上许多患者并非有排空障碍,故作用单一的胃肠动力药疗效欠佳。

1 山西省晋城市城区中医院(048000);

2 山西省晋城市人民医院

## 失眠症从肝论治临床观察

陆伟珍\*

失眠症是指持续相当长时间对睡眠质量的不满意,并伴有其他相关临床症状,影响工作、学习和社会活动功能者。其病因复杂,严重影响患者的身心健康。中医认为肝与睡眠有密切关系,我在临床中应用疏肝、平肝、清肝、柔肝、养肝等诸法辨证论治失眠症疗效较好,现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 病例选择

病例选择标准均按照《中国精神障碍诊断分类与标准》第 2 版修订版(CCMD-2-R)失眠症的标准,即:①以睡眠障碍为唯一症状,其他症状均继发于失眠,包括难以入睡、睡眠不深、易醒、多梦、疲乏或白天困倦等。②睡眠障碍每周至少 3 次,持续 1 个月以上。③失眠引起显著的苦恼,或精神活动效率下降,妨碍社会活动功能。④无躯体疾病或器质性精神疾病。病例排除标准:长期服用抗抑郁药物者;对相关药物有过敏者;未按规定服用药物或擅自加用相关其他药物、保健品等者。

#### 1.2 一般资料

选择 2007 年 1 月到 2009 年 1 月于我科中医睡眠障碍专科就诊者符合病例选择标准者 60 例,随机分为治疗组 32 例和对照组 28 例,治疗组 32 例,其中男性 14 例,女性 18 例,年龄 26~70 岁,平均 40.7 岁,对照组 28 例,其中男性 10 例,女性 18 例,年龄 24~69 岁,平均 39.1 岁。60 例患者病程均为 1 个月~11 年。两组患者在性别、年龄、病程、病情等方面比较,无明显差异,具有可比性。

#### 1.3 治疗方法

治疗组 32 例根据中医基础理论,按照中医辨证论治原则,分为肝气郁滞、肝郁化火、肝肾阴亏、肝虚内热、肝郁脾虚 5 型,其中肝气郁滞型 8 例,肝肾阴亏型 7 例,肝郁化火型 10 例,肝虚内热型 5 例,肝郁脾虚型 2 例。

肝气郁滞:症见失眠多梦,头目眩晕,胸胁胀痛,口苦纳呆,或见月经失调,脉弦细等,方选柴胡疏肝散加减,药用柴胡、川芎、白芍、陈皮、枳实、郁金、制香附、茯神、酸枣仁、合欢花、夜交藤、丹参。

肝肾阴虚:症见心烦不寐,或时寐时醒,或少寐多梦,头晕耳鸣,腰酸背痛,神疲乏力,苔薄,脉细弦等,方选杞菊地黄汤,药用枸杞子、菊花、生地、牡丹皮、茯神、泽泻、

山药、山茱萸、天麻、石决明、白芍、酸枣仁、怀牛膝、桑寄生、炒白蒺藜、黄连、肉桂。

肝郁化火:失眠伴性情急躁易怒,不易入睡,入睡后多梦易惊,胸胁胀满,善太息,易生气,口苦目赤,口渴多饮,小便黄赤,大便秘结,舌质红苔黄,脉弦数。方选龙胆泻肝汤加减,药用龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、柴胡、当归、车前子、酸枣仁、苦参、生地、生龙齿、灯心草、甘草。

肝虚内热:身体亏虚,虚烦而难以入睡,或入睡后容易惊醒,心悸盗汗,头晕目眩,咽干口燥,遇事易惊,舌红少苔,脉细弦或细数。方选酸枣仁汤加减,药用酸枣仁、茯神、知母、川芎、柏子仁、郁金、合欢皮、夜交藤、珍珠母、龙齿、甘草。

肝郁脾虚:症见失眠,胸闷,心悸不安,纳食不香,时有恶心,苔厚,脉濡。方选逍遥丸加减,药用柴胡、白术、茯苓、白芍、半夏、秫米、郁金、炙远志、石菖蒲、枳实、陈皮、紫苏梗、酸枣仁、焦山楂、神曲。

每日 1 剂,水煎两次,早晚分服,14 天为 1 个疗程。

对照组 28 例予以舒乐安定片,每晚入睡时服用 2mg,年龄大于 60 岁的起始剂量为 1mg,若无效可酌情加量,最多不超过 2mg。14 天为 1 个疗程。

两组治疗前后观察嗜睡、口干、头晕等反应,观察肝肾功能、肾功能、心电图等情况,治疗后都随访 1 个月,以观察反跳情况。

两组治疗中同样强调注意患者的心理疏导,避免情绪激动,消除患者对失眠的恐惧感,还要鼓励患者进行适当的运动,改善体质,注意睡眠习惯的纠正,睡前不喝咖啡、酒、茶等刺激性饮料,不看兴奋的书籍及节目,用热水洗脚,稳定情绪,才能为更快的恢复睡眠作好准备。

#### 1.4 统计学方法

计数资料采用  $\chi^2$  检验,计量资料采用  $t$  检验。

### 2 疗效评定

根据《中药新药临床研究指导原则》和国际通用 SPIEGEL 量表为标准,从入睡时间、睡眠时间、睡眠深度、夜醒次数、做梦情况、醒后状态 6 个方面对患者治疗前后分别进行评分,分为 4 级:临床痊愈:症状完全或基本消失, SPIEGEL 量表减分率  $\geq 80\%$ 。显效:症状基本消失, SPIEGEL 量表减分率  $\geq 50\%$ 。有效:症状有改善

或部分消失, SPIEGEL 量表减分率  $\geq 30\%$ 。无效: 症状无变化或加重, SPIEGEL 量表减分率  $< 30\%$ 。注: 减分率: (治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分  $\times 100\%$ 。

### 3 结果

#### 3.1 两组患者疗效比较

治疗组 32 例, 临床痊愈 4 例 (12.5%), 显效 16 例 (50.00%), 有效 10 例 (31.25%), 无效 2 例 (6.25%), 总有效率 93.75%; 对照组 28 例分别为 2 例 (7.14%)、12 例 (42.86%)、10 例 (35.71%)、4 例 (14.29%) 及 85.71%。

#### 3.2 两组患者全身症状改善情况比较

表略。治疗组全身症状改善情况 (包括头晕头痛、烦躁不安、胁胀纳差、口干舌燥) 明显好于对照组, 两者有统计学差异 ( $P < 0.01$ )。

#### 3.3 不良反应

治疗组服药后副反应的发生明显低于对照组, 两者有统计学差异 ( $P < 0.01$ ), 而且对照组中有 1 例肝功能

(ALT) 的升高, 有 1 例心电图出现窦性心动过速, 停药后既恢复正常, 但治疗组中未出现以上情况。

### 4 讨论

《素问·五脏生成论》谓: “故人卧, 血归于肝, 肝受血而能视, 足受血而能步, 掌受血而能握, 指受血而能摄。”王冰注曰: “肝藏血, 心行之, 人动则血运于诸经, 人静则血归于肝脏。”说明人的生物节律性的调控是通过肝藏血来完成的。由于情志劳逸等失度导致肝的疏泄和藏血功能失调, 节律性就会打破, 睡眠的节律性也会打破。另外, 阴阳不交是失眠的基本病理, 《类证治裁·不寐》谓: “不寐者, 病在阳不交阴也。”肝为刚脏, 体阴而用阳, 主情志疏泄。而情志所伤、劳逸失度、久病体虚等均能引起肝之气血紊乱, 阴阳失调, 病久易牵涉心、脾、肾等各脏腑的功能失衡, 出现各种临床证候, 所以肝与失眠的关系十分密切, 故治疗失眠症从肝立法可取得较好的疗效。

\* 复旦大学附属上海市第五人民医院中医科 (200240)

## 腹腔镜辅助阴式子宫切除术 60 例临床观察

陈 静\*

子宫肌瘤、子宫腺肌瘤和功能性子官出血均为女性生殖系统常见病, 其中子宫肌瘤的发病率在育龄妇女可达 20%~40%<sup>[1]</sup>。随着腹腔镜技术的应用与发展, 腹腔镜辅助阴式子宫全切除术 (LAVH) 已日益普及, LAVH 拓宽了阴式子宫切除术的适应证, 损伤小, 恢复快。现将我院 2007 年 10 月~2009 年 5 月 60 例 LAVH 临床观察现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择 2007 年 10 月~2009 年 5 月 LAVH 患者 60 例, 其中子宫肌瘤 35 例, 子宫腺肌瘤 18 例, 功能性子宫出血 7 例。年龄 42~56 岁, 平均 48 岁。经期腹痛 15 例, 月经过多 25 例, 尿频等膀胱压迫症状 5 例, 贫血 8 例。既往有腹部手术史 15 例, 子宫肌瘤剥除术 9 例, 卵巢囊肿剥除术 3 例, 剖宫产术 7 例, 输卵管结扎术 11 例, 阑尾切除术 1 例。术前妇科检查、B 超检查或诊断性刮宫以及宫颈刮片排除宫颈及内膜恶性病变。

#### 1.2 手术方法

腹腔镜部分建立气腹, 压力 11~14mmHg, 3 个小切口: 脐孔上或下 10mm、左下腹与麦氏点对应点 5mm 和麦氏点 10mm。保留双侧附件者, 超声刀断圆韧带、输卵管峡部及卵巢固有韧带。切除附件者, 电凝、切断圆韧带及骨盆漏斗韧带, 电钩打开子宫膀胱腹膜返折, 向下分离膀胱达宫颈外口水平, 两侧至圆韧带断端, 剪刀打开阔韧带后叶并分离疏松组织至血管, 电凝、切断、缝扎子宫血管。

经阴道部分: ① 1:1200 肾上腺素生理盐水溶液分别注入阴道穹窿黏膜下及子宫膀胱间隙和膀胱阴道间隙, 使局部黏膜稍水肿, 高血压、心脏病及老年患者应将

肾上腺素浓度减小或仅用生理盐水; ② 沿阴道穹窿环形切开阴道壁, 钝、锐性分离膀胱宫颈间隙和宫颈直肠间隙, 向上推进撑开, 分离数次可达前后腹膜返折, 剪开; ③ 钳夹并切断子宫骶、主韧带, 双重缝扎; ④ 取出子宫: 可应用肌瘤剝除、子宫对半切开和“削苹果皮”等方式将大子宫取出; ⑤ 全层缝合阴道断端及盆腹膜, 注意将阴道残端两角与子宫骶、主韧带缝合在一起可防止阴道顶脱垂的发生, 必要时可于阴道残端中间置橡皮引流管, 术后如无引流液, 可在 48h 取出阴道填纱时同时拔除。子宫切除后, 在腹腔镜下检查盆腔各组织残端, 生理盐水冲洗盆腔。

### 2 结果

60 例手术成功 58 例, 2 例患者中转开腹, 其中 1 例系因盆腔重度粘连, 1 例因术中伤及子宫动脉大量出血导致手术视野模糊。手术平均时间 105min (90~130min), 术中平均出血量为 130ml (100~300ml)。58 例无大出血、感染、肠损伤及膀胱、输尿管损伤等并发症。术后无需使用镇痛剂, 8~12h 进流质饮食, 6~25h 肛门排气, 48h 下床活动, 体温 2~3 天恢复正常。术后住院 5~7 天, 平均 6 天出院, 无一例感染。手术后 2 月随诊, 患者均康复, 阴道残端无息肉, 愈合好, 盆腔检查无异常发现。

### 3 讨论

手术适应症<sup>[2]</sup>: ① 有全子宫切除的指征且无阴道狭窄; ② 经阴道子宫切除困难或伴有附件切除; ③ 阔韧带子宫肌瘤; ④ 子宫病变合并子宫内膜异位症。一般认为 LAVH 适用于子宫  $\leq 12$  孕周, 超过 12 孕周的子宫会影响手术视野的暴露, 增加手术难度及术中术后的并发症, 但随着技术的进步, 大子宫行腹腔镜辅助阴式切除的报