

中医学腰腿痛范畴。补阳还五汤系《医林改错》经典方；功能补气活血，祛瘀通络，主要用于治疗半身不遂，属于元气亏虚而致血脉不利者。方中重用生黄芪大补元气而起痿废，使气旺血行，周流全身，瘀去络通；归尾养血行血，赤芍、川芎、桃仁、红花破结散瘀，地龙通利经络，蜈蚣、僵蚕、搜风解痉治麻木。中医认为本病与先天肾气不足，肾气衰退，劳役伤肾有关，隋·巢元方《诸病源候论·

腰候痛》说“夫腰痛，皆由伤肾气所为”唐·孙思邈《备急千金要方》也说“肾虚、役用伤肾是以痛。”故于方中加杜仲、金毛狗脊、鹿角胶、川牛膝等补肾强筋骨，全方合用共奏补气活血，通络止痛，强筋健骨之效，方法简单，经济有效，易为患者所接受。

\* 宁夏回族自治区固原市中医院骨伤科(756000)

## 马白散治疗胆汁反流性胃炎 128 例

秦永河<sup>1</sup> 赵家善<sup>2</sup>

胆汁反流性胃炎是临床常见病，约占胃炎的 22.6%，近年来国内外资料显示胆汁反流入胃与胃黏膜恶变显著相关，防治胆汁反流性胃炎的方法在探索之中，由于胆汁反流性胃炎的发病机理复杂，目前临床上常用的胃动力药疗效不太满意。我们总结前人的经验，在 2004 年 5 月~2009 年 5 月用马钱子白术散(以下简称马白散)，临床治疗 128 例患者，现报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照《实用中西医结合诊断治疗学》。①典型的临床症状：持续性上腹胀痛，不为抗酸剂所缓解，频繁恶心呕吐或返苦水。②胃镜检查幽门口有胆汁反流或胃黏液湖有黄染或空腹胃液胆酸浓度  $>100\text{nmol/ml}$ 。③慢性胃炎患者。

1.1.2 中医诊断 胃痛、痞满、呕吐、嘈杂等症患者符合西医胆汁反流性胃炎诊断标准者。

#### 1.2 一般资料

全部病例治疗前均有消化道症状，经胃镜检查符合胆汁反流性慢性胃炎患者，按确诊顺序随机分组治疗。治疗组 128 例，男 82 例，女 46 例；年龄 19~72 岁，平均 35.41 岁；病程  $<1$  年者 38 例，1~5 年者 40 例，6~10 年者 35 例， $>10$  年者 15 例。对照组 80 例，男 52 例，女 28 例；年龄 21~68 岁，平均 34.62 岁；病程  $<1$  年者 20 例，1~5 年者 24 例，6~10 年者 22 例， $>10$  年者 14 例。两组无统计学差异( $P>0.05$ )，具可比性。

### 2 治疗方法

治疗组：采用马白散治疗。方药组成：称制马钱子细粉 1 份，白术细粉 2 份，按重量比混合均匀。每次服 0.5g，每日 3 次，饭前口服。亦可装入 0 号胶囊，每个胶囊装药粉 0.5g。对照组：用吗丁啉，每次 10mg，每日 3 次，饭前口服。两组治疗均以 1 个月为 1 疗程，治疗期间停用其他药物，每周记录 1 次病情变化，连用 2 个疗程后停药 1 周复查。

### 3 治疗结果

#### 3.1 疗效标准

临床痊愈：症状、体征消失，胃镜复查黏液湖澄清或空腹胃液胆酸  $\leq 50\text{nmol/ml}$ ，幽门口胆汁反流消失；胃镜所见及组织学改变基本恢复正常或明显好转。显效：症状、体征明显改善；胃镜复查黏液湖明显变淡或空腹胃液

胆酸浓度下降  $>60\%$ ，幽门口胆汁反流明显减少；胃镜所见及黏膜组织学改变有好转。有效：症状、体征有改善；胃镜复查黏液湖色变淡或空腹胃液胆酸浓度下降  $>30\%$ ，幽门口胆汁反流减少；胃镜所见及黏膜组织学改变有减轻或无变化。无效：症状、体征、胃镜所见及黏膜组织学改变无变化或加重者。

#### 3.2 结果

3.2.1 总疗效比较 治疗组 128 例治愈 65 例(50.78%)，显效 28 例(21.88%)，好转 20 例(15.63%)，无效 15 例(11.72%)，总有效率 88.28%。对照组 80 例治愈 17 例(21.25%)，显效 11 例(13.75%)，好转 9 例(11.25%)，无效 43 例(53.75%)，总有效率 46.25%。两组比较有统计学差异( $P<0.01$ )。

3.2.2 症状疗效比较 对两组患者的常见症状如上腹痛、腹胀、嗝气、嘈杂、纳差、呕恶等疗效作一比较，治疗组症状总有效率为 90.2%，症状缓解时间为  $(11.2 \pm 4.4)$  天；对照组症状总有效率为 54.66%，症状缓解时间为  $(18.6 \pm 5.52)$  天。两组比较有统计学差异( $P<0.01$ )。

3.2.3 胃镜疗效比较 治疗组胃镜下幽门口胆汁反流，黏膜充血、水肿、糜烂、隆起、出血点的有效率均高于对照组( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。

3.2.4 病理疗效比较 胃黏膜的肠上皮化生和不典型增生的好转方面治疗组为 15/28 例(53.57%)，3/7 例(42.86%)；对照组为 4/15 例(26.67%)，1/6(16.67%)，两组比较有统计学差异( $P<0.01$ )。

3.2.5 实验室检查疗效比较 治疗组及对照组治疗后其 pH 值及 CG(胆酸)均显著降低，但两组比较无统计学差异。

3.2.6 副反应 治疗组有 3 例，对照组有 2 例药后腹泻。腹泻可自行消失，一般不需处理。

### 4 讨论

胆汁反流性胃炎可散见于中医学胃脘痛、痞满、嘈杂、呕吐等症。其主要病机关键是胃失和降。马白散是由制马钱子、白术组成。马钱子苦降，能使胃失和降得以和顺。有报道称胆汁反流性胃炎与湿热邪气有关，马钱子苦寒，苦能燥湿，寒能清热，湿热邪除。白术甘苦温，补气健脾，燥湿和中，与马钱子合用，脾气升胃气降，脾胃健旺，浊气得降，胆汁不反流，诸证皆除。

马钱子祛风止痉，活络止痛，散结消肿，用于咽喉痹

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、生地黄、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,每晚入睡前服用 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