

· 临床报道 ·

柴胡加龙骨牡蛎汤联合兰索拉唑治疗 非糜烂性胃食管反流病 45 例

胡学军 花海兵* 姚平 袁士良 龚伟 向培

(江苏省江阴市中医院消化科, 江阴市人民中路 130 号, 214400)

基金项目: 江苏省老中医药专家学术经验继承专项研究课题(苏中医政[2010]24 号)

* 通讯作者: jzy-001@163.com, (0510) 86703288

[关键词] 柴胡加龙骨牡蛎汤; 兰索拉唑; 非糜烂性胃食管反流病; 生存质量

非糜烂性胃食管反流病(NERD) 又称内镜阴性反流病或症状性胃食管反流病。治疗目前首选质子泵抑制剂(PPI), 但临床应用对有效缓解症状和改善生活质量不理想, 且停药后极易反复, 更容易合并抑郁、焦虑状态, 因而导致患者反复求医, 影响患者的生活质量。2009 年 5 月~2010 年 5 月期间, 我们对 NERD 患者使用 PPI 的同时, 联合柴胡加龙骨牡蛎汤治疗, 并观察其临床疗效, 现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择住院及门诊 NERD 患者 90 例, 随机分为治疗组及对照组。治疗组 45 例, 男 20 例, 女 25 例, 年龄 27~62 岁, 平均 37.5 岁; 对照组 45 例, 男 19 例, 女性 26 例; 年龄 24~65 岁, 平均 35.8 岁。两组在年龄及性别构成上差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: ①胃食管反流病(GERD) 的临床典型症状出现 1 个月以上, 如烧心、反酸、胸痛等; ②胃食管反流病调查问卷(RDQ) 症状积分 ≥ 12 分; ③胃镜检查无食管黏膜损害及 Barrett 食管表现; ④2 周内未用过中西药; ⑤生活质量与反流性食管炎相似; ⑥年龄 18~65 岁; ⑦同意参加本试验, 并签署知情同意书。排除标准: ①胃镜检查有消化性溃疡或糜烂、胃癌者; ②有严重的肝胆胰肠疾患者; ③有症状相关的心肺疾患者。

2 治疗方法

对照组口服兰索拉唑(江苏扬子江药业有限公司生产), 每次 30mg, 每日 1 次, 早餐前 30min 口服, 共 8 周。治疗组在此基础上同时服用柴胡加龙骨牡蛎汤: (醋) 柴胡 12g, (炒) 黄芩 10g, (制) 半夏 12g, (煅) 龙骨 30g, (煅) 牡蛎 30g, 桂枝 10g, 茯苓 20g, (制) 大黄 9g, 生姜 3 片, 大枣 10 枚。每日 1 剂, 水煎

400ml, 分 2 次服, 共 8 周。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

胃食管反流疾病健康相关生命质量量表(GERD-HRQL) 中症状评分标准: ①按发作频率计分: 按烧心感、胸骨后疼痛、反酸和反食 4 种症状统计, 无症状为 0 分, 症状出现频度分为 $< 1d/周$ 、 $1d/周$ 、 $2\sim 3d/周$ 、 $4\sim 5d/周$ 以及 $6\sim 7d/周$ 5 个级别, 分别计为 1、2、3、4、5 分。②按症状程度计分: 统计上述 4 种症状, 症状不明显, 在医师提醒下发现为 1 分; 症状明显, 影响日常生活, 偶尔服药为 3 分; 症状非常明显, 影响日常生活, 需长期服药治疗为 5 分。症状介于 1 分和 3 分之间为 2 分, 介于 3 分和 5 分之间为 4 分。③发作频率计分和症状程度计分两者相加。

痊愈: 治疗后症状完全消失; 有效: 症状积分降低 $\geq 50\%$, 但未完全消失; 无效: 症状积分降低 $< 50\%$ 。

生存质量评价: 采用汉化版 SF-36 健康量表, 包括 36 个条目, 对生理功能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、总体健康(GH)、活力(VT)、社会功能(SF)、情感职能(RE)、精神健康(MH) 8 个维度进行评价。记录治疗前及治疗后 8 周两组患者 SF-36 健康量表以上 8 个方面(维度) 进行评估。各个维度记为 0(最差)~100(最好)。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 45 例, 痊愈 25 例, 有效 14 例, 无效 6 例, 总有效率为 86.7%; 对照组 45 例, 分别为 20 例、10 例、15 例、67.7%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.3 两组 SF-36 量表评分比较

对照组治疗前后 SF-36 量表评分分别为 (490.55 ± 125.58) 分、 (580.23 ± 118.23) 分, 治疗组分别为 (489.53 ± 130.02) 分、 (640.30 ± 100.05) 分。

两组治疗后均较治疗前有明显改善($P < 0.01$), 治疗后组间比较, 治疗组明显为优($P < 0.05$)。

4 讨论

中医学认为, 本病病因主要是由于饮食失调、寒邪犯胃、情志内伤、脾胃虚弱等, 病位在胃, 涉及肝脾肺, 与肝的关系较为密切, 病机的关键为胃气上逆^[1]。从经方论治杂病出发, 采用柴胡加龙骨牡蛎汤辨证与辨病相结合, 体现了辨证施治的灵活性。方中柴胡、黄芩、半夏主治寒热往来、胸胁苦满、心烦喜呕等症; 龙骨、牡蛎有镇静作用, 乃为惊恐、心胸悸动、脐腹部搏动感、失眠、惊狂等症而设; 桂枝主治气上冲; 茯苓主治眩悸而小便不利; 桂枝、茯苓配伍龙骨、牡蛎能治心悸亢进、惊狂、眩晕等神经系统之重症; 大黄能清除肝胆邪热, 疏通肠道且有消炎镇痛作用;

生姜、红枣固护胃气且有增强药效之作用。现代药理证实上述所用药物有抑制胃酸过度分泌和解痉止痛作用, 其中大黄、桂枝、黄芩、黄连等都有一定的清除幽门螺杆菌(HP)的作用。诸药合用对缓解与消除NERD的临床症状有显著功效。而在本研究中, 兰索拉唑联合柴胡加龙骨牡蛎汤治疗NERD, 不论是在疗效上, 还是在改善患者生存质量上, 均优于单独使用兰索拉唑。

参考文献

[1] 花海兵. 药对组合法治疗非糜烂性胃食道反流病 40 例[J]. 中医杂志, 2008, 49(5): 340.

(收稿日期: 2010-09-06; 修回日期: 2010-09-18)

[编辑: 黄健]

调神解郁汤结合头针治疗中风后抑郁症 30 例

肖震心* 杨宝旺 杨蕾

(天津中医药大学第二附属医院脑二科, 天津市河北区真理道 816 号, 300151)

* 通讯作者: stain_868@163.com, 13920886434

[关键词] 调神解郁汤; 头针; 中风后抑郁症

中风后抑郁症的发生是严重影响中风患者康复的主要因素之一, 其发病率较高。若临床上仅重视躯体功能的治疗, 而没有改善患者的抑郁状态, 常会导致治疗效果不佳, 影响中风患者的全面康复, 而中风后长期的抑郁状态亦会对躯体产生直接的影响, 导致中风复发。我们于临床中采用调神解郁汤结合头针治疗中风后抑郁症, 现就收治的 60 例患者的治疗情况报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例病例均来自 2006~2010 年本院住院患者, 中风前无抑郁症病史, 中风后出现抑郁症表现。原发病为脑梗死 48 例, 脑出血 12 例, 均经头颅 CT 或 MRI 检查证实。将 60 例患者按就诊顺序随机分为治疗组与对照组。治疗组 30 例, 男 18 例, 女 12 例; 平均年龄(61.5 ± 11.4) 岁; 脑出血 7 例, 脑梗死 23 例, 平均病程(6.8 ± 1.2) 个月。对照组 30 例, 男 20 例, 女 10 例; 平均年龄(62.8 ± 9.6) 岁; 脑出血 5 例, 脑梗死 25 例, 平均病程(6.8 ± 0.9) 个月。两组性别、年龄、病程、抑郁量表评定总分等资料差异无统计学意义($P < 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

①均为出血性或缺血性脑血管病, 患者经头颅 CT 或 MRI 检查证实, 处于后遗症期, 无神志障碍^[1]; ②符合美国精神病协会《精神障碍诊断统计手册》DSM-IV 抑郁诊断标准^[2]及《汉密尔顿抑郁量表》(HAMD) 评分标准^[3]; ③无严重心、肝、肾疾病, 无严重感染性疾病、传染性疾病。

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 中药 调神解郁汤(柴胡 20g, 白芍 20g, 枳壳 10g, 郁金 15g, 石菖蒲 15g, 远志 15g, (炒) 酸枣仁 30g, 黄芪 60g, 丹参 30g, 甘草 6g), 服法: 水煎服, 每日 1 剂, 每剂煎汤 300ml, 早晚分 2 次服, 共治疗 28 天。

2.1.2 头针 额中线, 额旁 1 线, 额旁 2 线, 额旁 3 线。操作: 采用 0.3mm × 40mm 不锈钢针, 头针以 15° 左右夹角从前向后进针, 刺至帽状腱膜下, 进针深度为 1~1.5 寸, 进针得气后, 手法采用提插捻转手法, 予平补平泻法, 每穴行针 30s。留针 30min, 每日 2 次, 共治疗 28 天。

2.2 对照组

对照组予西酞普兰片, 每次 20mg 口服, 每日 1 次, 共治疗 28 天。

3 疗效观察