

表1 治疗6个月后两组患者生化指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	FPG (mmol/L)	2hPG (mmol/L)	HbA _{1c} (%)	ALT (IU/L)	AST (IU/L)	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)
治疗组	34	治疗前	8.7±2.3	11.8±4.8	7.8±1.5	37.8±10.8	58.61±20.41	3.3±2.4	5.3±1.5
		治疗后	6.8±2.2*	9.6±3.2**	6.6±2.0*	25.7±9.6**△	23.72±8.80**△	2.8±1.7*	3.7±1.8*
对照组	32	治疗前	8.6±2.9	12.0±4.1	8.2±1.2	38.4±9.8	55.58±18.67	3.8±2.9	5.3±1.2
		治疗后	7.1±1.9*	9.6±2.5**	7.1±1.8*	34.1±9.3**	42.78±9.07**	2.9±1.6*	3.9±1.9*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组比较,△ $P<0.05$

3.2 两组总体疗效比较

治疗组 34 例,显效 11 例,有效 18 例,无效 5 例,总有效率 85.3%;对照组 28 例中,分别为 4 例、13 例、11 例、60.7%。两组总有效率比较,治疗组优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组血液生化指标比较

表 1 示,两组治疗后患者 FPG、2hPG 及糖化血红蛋白(HbA_{1c})均较治疗前降低($P<0.05$)。两组治疗后患者血清 ALT 及 AST 均较治疗前显著降低($P<0.01$)。两组治疗后患者 TG 及血清总胆固醇(TC)均较治疗前降低($P<0.05$),但组间比较只有 ALT 及 AST 有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨论

根据多年临床观察,我们认为本病病因病机与心有直接联系。《素问·经脉别论》言及“食气入胃,散精于肝”或“浊气归心,淫精于脉”。意为消渴之人,伤津在先,必大量饮水自救,致水停胃脘,水之寒气随浊气上升于心,游溢心脉,蒙蔽心窍,久致侵乘阳位,心神难敛,心火不能归于心而暗耗;肝为心母,借

君火协肝火,共操舒展阳气之功;今心神消耗而气阻,清气难以转运、布息,故津液失布而停聚肝脉发为本病。辨证为心神不足,聚津阻脉。病性属本虚标实,病位在心、肝。当以标本同治,以补养心神,行气通脉为法。补心通脉汤中用人参、当归补气血以养心神;牛膝、生地黄补肾水,肾水足上荣于心,补养心神;黄芪、白术、绞股蓝健脾益气以行气通脉;木通、石菖蒲、茯神开心窍,敛心神;麦冬、天冬、天花粉、地骨皮生津止渴,补肺阴,肺为肾母,补肺阴以滋肾水,进而以补心神;柴胡、薄荷疏肝通脉。

参考文献

[1]高伟,任瑞珍,唐与晓,等.2 型糖尿病脂肪肝的筛查及相关因素分析[J].中华糖尿病杂志,2005,13(2):105-107.
[2]中国糖尿病防治指南编写组.中国糖尿病防治指南[M].北京:北京大学医学出版社,2004:56-60.
[3]中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组.非酒精性脂肪性肝病诊疗指南[J].中华肝病杂志,2006,14(3):162-163.

(收稿日期:2010-08-24;修回日期:2010-11-02)

[编辑:黄健]

加味六君子汤合三联疗法辨证治疗
幽门螺杆菌相关性胃炎 40 例

万丽艳* 李 密

(金川集团公司职工医院中西科,甘肃省金昌市北京路,737100)

基金项目:甘肃省金昌市科学技术局资助项目(200936)

通讯作者:tangwanliyan@126.com,13884508902

[关键词] 加味六君子汤;三联疗法;幽门螺杆菌相关性胃炎

慢性活动性胃炎中幽门螺杆菌(Hp)感染率 80%~95%,感染后自发清除少见。长期感染与胃黏膜癌变有很大相关性。由于根除 Hp 可使幽门螺杆菌相关性胃炎(HPAG)发生胃癌的危险性降低,临

床通过根除 Hp 治疗 HPAG 日益受到关注。我们应用加味六君子汤合三联疗法根除 Hp 辨证治疗 HPAG,现报道如下。

1 临床资料

所选 80 例均为我院 2008 年 6 月~2009 年 6 月

就诊的门诊及住院HPAG患者。根据2003年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《慢性胃炎中西医结合诊治方案标准》,全部病例经胃镜及病理确诊为慢性胃炎,并证实有Hp现症感染(¹⁴C尿素呼气试验),排除疑似病例及并发严重疾病及恶性肿瘤等,随机分为治疗组和对照组各40例。治疗组40例,男27例,女13例;年龄30~40岁10例,41~50岁17例,>50岁13例;病程<5年12例,5~10年15例,>10年13例。对照组40例,男25例,女15例;年龄30~40岁8例,41~50岁18例,>50岁14例;病程<5年14例,5~10年16例,>10年10例。两组间在性别、年龄、病程、证型发病例数等方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。

中医辨证分为4型^[1]:①脾胃湿热型:主症:胃脘胀痛或灼痛;口苦、口黏、口臭、口渴不欲饮;头身困重;舌苔黄腻或黄厚腻。次症:症状食后尤甚;暖气、纳差;吞酸、嘈杂;大便不爽或便秘;脉弦滑或滑数。具备主症第1项,兼具主症中其他一项加次症2项,即可诊断。②肝胃不和型:主症:胃脘胀痛、攻撑两胁;每因情志刺激而诱发或加重;暖气或矢气则舒;心烦易怒,喜太息。次症:胸闷食少;嘈杂泛酸;舌苔薄白;脉弦有力。具备主症第1项,兼具主症中其他一项加次症2项,即可诊断。③胃络瘀血型:主症:胃痛如刀割或针刺,痛有定处;舌质紫暗或有瘀点瘀斑。次症:痛势较剧,痛彻胸背,按之痛甚;呕血或黑便史。具备主症即可诊断。④脾胃虚寒型:主症:胃痛隐隐,喜温喜按;遇冷或劳累后发作或加重;空腹痛甚,得食痛减,食后腹胀;舌质淡,边有齿痕,舌苔薄白;脉沉细弱。次症:纳少便溏;倦怠乏力,神疲懒言;畏寒肢冷;口淡流涎。具备主症第1项,兼具主症中其他一项加次症2项,即可诊断。

2 治疗方法

对照组用西药抗Hp三联方案(每次奥美拉唑20mg、阿莫西林1.0g、甲硝唑0.4g,口服,每日2次),连用7d。对阿莫西林过敏者,改用克拉霉素0.5g口服,每日2次,连用7d。

治疗组治疗期间停用其他药物。在对照组基础上,应用加味六君子汤辨证加减用药。每日1剂水煎分两次服,疗程3周。加味六君子汤组成:党参15g,茯苓10g,白术15g,甘草6g,半夏10g,陈皮6g,黄连3g,吴茱萸3g,鸡内金15g,(炒)麦芽30g,砂仁6g,厚朴10g。辨证加减:脾胃湿热型加苍术、蒲公英;胃络瘀血型加蒲黄、三七;肝胃不和型加柴胡、香橼;脾胃

虚寒型加黄芪、生姜;胃阴不足加沙参、麦冬;泛酸者加乌贼骨、浙贝母;疼痛者加延胡索、川楝子;呃逆者加竹茹、紫苏梗;嘈杂者加乌梅、山楂;便秘者加大黄、枳实。

观察指标:中医证候总积分及各证候积分变化:主症按无、轻、中、重分别计0、3、5、7分;次症按无、轻、中、重分别计0、1、3、5分;分别于治疗前1周内及停药1个月后计算。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

痊愈:主要症状基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:主要症状明显减轻, $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$;有效:主要症状减轻, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$;无效为主要症状无减轻,疗效指数 $< 30\%$ 。

3.2 两组治疗前后证候总积分比较

治疗组40例,治疗前后证候总积分分别为(16.8 $\pm$ 3.7)分、(5.8 $\pm$ 1.8)分,对照组分别为(17.1 $\pm$ 2.8)分、(9.7 $\pm$ 5.4)分。两组均较治疗前有明显改善($P<0.01$),两组治疗后比较,治疗组改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后症状疗效比较

治疗组40例,治疗前腹胀、腹痛、暖气、泛酸、纳差分别为31例、32例、19例、21例、37例,治疗后分别为7例、4例、4例、3例、10例;对照组40例,治疗前以上症状分别为28例、34例、16例、20例、34例,治疗后分别为11例、9例、8例、6例、20例。两组比较,治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。

3.4 两组中医证型临床疗效比较

治疗组胃湿热型17例,痊愈15例,显效2例,有效0例,无效0例,总有效率为100%;对照组18例,分别为8例、4例、6例、0例、100%。治疗组肝胃不和型8例,分别为5例、1例、2例、0例、100%;对照组7例,分别为3例、1例、3例、0例、100%。治疗组胃络瘀血型8例,分别为5例、2例、1例、0例、100%;对照组9例,分别为3例、1例、4例、1例、88.9%。治疗组脾胃虚寒型7例,分别为3例、3例、1例、0例、100%;对照组6例,分别为1例、2例、2例、1例、85.7%。后两型疗效比较,治疗组明显为优($P<0.05$)。

4 讨论

本方以益气健脾为主,法张仲景“四季脾旺不受邪”、李东垣“内伤脾胃,百病内生”之意。佐以清热化湿、疏肝理气、活血化瘀等。加味六君子汤以六君子

汤合左金丸为主要组成。“脾喜燥而恶湿,胃喜湿而恶燥”,六君子汤健运中州、燥湿和胃。其中党参“健脾运而不燥,滋胃阴而不湿”。《本草汇言》曰:“白术乃扶植脾胃、散湿除痹、消食除痞之药。脾虚不健,术能补之;胃虚不纳,术能助之”。左金丸为治疗肝郁化火,横逆犯胃引起的脘痞吞酸、嗳气嘈杂。黄连、吴茱萸配伍比例宜灵活掌握,以防苦寒太过。处方寒热并

用,辛开苦降,调畅气机。另辅理以理气化滞之品,随症加减化裁。

参考文献

[1]李乾构,周学文,单兆伟.实用中医消化病学[M].北京:人民卫生出版社,2001:270-271.

(收稿日期:2010-08-17;修回日期:2010-11-02)

[编辑:黄健]

独活寄生汤加减治疗腰椎间盘突出症手术后遗症 30 例

李俊辉* 张向慧 艾进伟 郑福增

(河南省中医院骨科,郑州市东风路 6 号,450002)

* 通讯作者:15093290608

[关键词] 独活寄生汤;腰椎间盘突出症;手术后遗症

自 2008 年 1 月~2010 年 3 月,我们采用独活寄生汤加减配合常规疗法治疗腰椎间盘突出症手术后遗症患者 30 例,与术后采用常规疗法的 30 例患者作比较,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例患者随机分为 2 组,年龄 28~56 岁,平均 38.3 岁。治疗组 30 例,男 22 例,女 8 例;其中腰 3~4 椎间盘突出者 3 例,腰 4~5 椎间盘突出者 14 例,腰 5~骶 1 椎间盘突出者 10 例,同时有腰 4~5、腰 5~骶 1 椎间盘突出者 3 例;对照组 30 例,男 23 例,女 7 例;其中腰 3~4 椎间盘突出者 2 例,腰 4~5 椎间盘突出者 15 例,腰 5~骶 1 椎间盘突出者 11 例,同时有腰 4~5、腰 5~骶 1 椎间盘突出者 2 例。病程 1 个月~15 年,平均 3.5 年。患者有典型的临床症状、体征,全部病例均经 CT 或 MRI 证实,符合国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]。60 例患者治疗前主要观察指标:疼痛、麻木、功能障碍、直腿抬高及肌肉萎缩程度积分经 t 检验差异无统计学意义;年龄经 t 检验,性别经 χ^2 检验,差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 观察指标及评分

①疼痛:轻度:疼痛轻微,仅在劳累后腰部疼痛,对日常工作生活无明显影响,1 分;中度:疼痛较重,休息时也疼痛,影响日常工作和生活者,2 分;重度:

疼痛难以忍受,丧失工作能力,严重影响休息,常需配合止痛药物止痛,3 分;②麻木:轻度:麻木间断,多在睡眠或晨起时出现,1 分;中度:感觉麻木不减,但程度较轻,2 分;重度:明显电击样窜麻持续不减,3 分;③功能障碍:轻度:腰椎活动受限在 1/3 以内,1 分;中度:腰椎活动受限在 1/3 以上 1/2 以内,2 分;重度:腰椎活动受限在 1/2 以上,或完全不能起床翻身困难者,3 分;④直腿抬高试验:轻度:直腿抬高在 70°以上但低于正常者,1 分;中度:直腿抬高在 40~70°;2 分;重度:直腿抬高在 40°以下,3 分;⑤肌肉萎缩程度:轻度:健患侧对比差别在 1cm 以下,1 分;中度:健患侧对比差别在 1~2cm,2 分;重度:健患侧对比差别在 2cm 以上,3 分。

2 治疗方法

2 组病例均行椎板间开窗,2 组各有 1 例行双髓核摘除,剩余患者均行单髓核摘除术。术前 30min 及术后 5d 静脉给予足量抗生素预防感染,术后 β 七叶皂苷、维生素 B₆、维生素 C 及注射用骨肽等常规用量治疗,每日 1 次。治疗组另采用独活寄生汤加减。基础方:独活 10g,桑寄生 15g,怀牛膝 10g,杜仲 15g,当归 15g,白芍 15g,熟地黄 15g,细辛 6g,秦艽 10g,茯苓 10g,肉桂 6g,防风 10g,川芎 10g,党参 15g,炙甘草 6g。腰痛甚者加延胡索、川乌、白花蛇、地龙;麻木明显者加黄芪;寒邪偏重者加(制)附子、干姜;湿邪偏重者加防己;兼瘀血者加桃仁、红花、(制)乳香、(制)没药;热偏盛者去肉桂,熟地黄改用生地黄,白芍改用赤芍^[2]。每日 1 剂,分 2 次服用,10d 为 1 个疗程,连续