

• 临床报道 •

枳芩化浊解毒汤配合穴位敷贴治疗慢性萎缩性胃炎 58 例

王石红* 李佃贵 霍永利

(河北省中医院消化内科, 石家庄市长安区中山东路 389 号, 050011)

* 通讯作者: wws2000@139.com, 13633110093

[关键词] 枳芩化浊解毒汤; 慢性萎缩性胃炎; 胃电图

我们于 2008 年 10 月至 2009 年 7 月采用枳芩化浊汤治疗慢性萎缩性胃炎 58 例, 并与多潘立酮片口服治疗 50 例做对照, 观察治疗前后胃排空的变化, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

108 例均为本院消化内科门诊患者, 随机分为 2 组。治疗组 58 例, 男 32 例, 女 26 例; 年龄 35~58 岁, 平均(49.0±2.8)岁; 病程 3 个月~2 年。对照组 50 例, 男 29 例, 女 21 例; 年龄 38~66 岁, 平均(51.0±3.5)岁; 病程 1 个月~3 年。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》及 1982 年重庆会议制定的《慢性萎缩性胃炎(CAG)胃镜及病理诊断标准》^[1]和《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准》^[2]。

1.3 纳入标准

试验前半个月胃镜病理证实为慢性萎缩性胃炎且能配合治疗的患者。

2 治疗方法

治疗组予枳芩化浊解毒汤口服。药物组成: 枳实 12g, 茯苓 15g, 黄芩 9g, 当归 20g, 厚朴 15g, 陈皮 15g, 半夏 15g, 黄连 6g, 茵陈 12g, 鸡内金 15g, 佩兰 12g, 苦参 9g, 蒲公英 15g, 荔枝核 15g, 半枝莲 15g, 白花蛇舌草 12g, 每日 1 剂, 水煎取汁 400ml, 分 2 次口服, 3 个月为 1 个疗程。敷贴选穴: 中脘、双侧足三里、内关; 药物组成: 香附、木香等研末用醋调, 每日 6~8h, 5d 为 1 个疗程, 共 4 个疗程。对照组予多潘立酮片(吗丁啉, 丽珠集团丽珠制药厂生产, 批准文号: 国药准字 H20013196)每次 10mg, 每日 3 次口服, 3 个月为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

胃腹胀满疼痛、嗳气、腹胀等主症从轻到重依次为 2、4、6 分, 口干、便秘、纳呆等次症依次为 1、2、3 分。疗效评定标准: 临床痊愈: 症状消失, 积分为 0; 显效: 症状明显好转, 积分减少 2 个级别; 有效: 症状好转, 积分减少 1 个级别; 无效: 症状无变化。使用 EGEG-5D5 型胃电图仪, 分别于治疗前后测定患者餐前及餐后 30min 胃电幅值。

3.2 两组中医症状疗效比较

表 1 示, 治疗组较对照组临床症状有明显改善, 其愈显率与总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组中医症状疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	58	11(18.97)	31(53.45)	12(20.69)	4(6.90)	54(93.10)
对照组	50	3(6.00)	21(42.00)	7(14.00)	19(38.00)	31(62.00)

3.3 两组治疗前后胃电图幅值比较

表 2 示, 两组治疗后均能提高患者餐前及餐后胃电幅值, 但治疗组提高明显($P<0.05$)。

表 2 两组治疗前后胃电图幅值比较(mV, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	胃电图幅值	
			餐前	餐后
治疗组	治疗前	58	98.7±28.3	176.8±31.9
	治疗后	58	126.8±37.7*△	244.5±36.8*△
对照组	治疗前	50	96.6±31.4	188.6±26.7
	治疗后	50	113.3±47.4*	223.6±32.7*

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

4 讨论

枳芩化浊汤化浊解毒, 方中茯苓、陈皮、半夏、茵陈、佩兰健脾化湿祛除湿浊; 枳实、厚朴理气消滞, 促进胃肠蠕动; 黄连、苦参、黄芩、蒲公英、荔枝核、半枝莲、白花蛇舌草清热解毒; 当归活血行气, 改善胃的血液循环; 鸡内金消食导滞, 促进各种酶的分泌。中脘穴为三焦之枢机, 腑之会穴; 足三里穴是足阳明经

合穴,可调中焦,理脾胃;内关穴为手厥阴心包经穴,又为阴维交会穴,能开胸舒膈,和胃降逆。香附、广木香等药研末敷贴中脘、足三里、合谷穴能和胃降逆,调畅气机。

参考文献

[1]李益农,萧树东,张锦坤,等.慢性胃炎的诊治问题[J].

中华内科杂志,1983,22(5):261-262.

[2]周建中,陈泽民,危北海.慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)[J].中西医结合杂志,1990,10(5):318-319.

(收稿日期:2010-12-30;修回日期:2011-02-17)

[编辑:黄健]

芒针治疗膝关节骨性关节炎 30 例

赵莉^{1*} 谢新才²

(1. 北京市朝阳区将台社区卫生服务中心中医科,北京市朝阳区酒仙桥路 49 号,100016;

2. 首都医科大学附属北京中医医院针灸科)

* 通讯作者: xiaomaoli201. student@sina.com, 13520908725

[关键词] 骨关节炎;膝关节;针灸;芒针疗法

近年来,我们用芒针治疗膝关节骨性关节炎(KOA)效果满意,并与毫针治疗本病进行对比,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例患者均来自门诊,采用简单随机化方法分为两组。治疗组 30 例,男 7 例,女 23 例;年龄 43~70 岁,平均(56.23±7.64)岁;病程 6 个月~12 年,平均(5.34±2.67)年;平均疼痛积分(7.15±0.95)分;平均症状评分(51.00±13.22)分。对照组 30 例,男 9 例,女 21 例;年龄 45~69 岁,平均(57.33±6.95)岁;病程 2 个月~15 年,平均(5.81±3.02)年;平均疼痛积分(7.12±1.01)分;平均症状评分(50.33±11.59)分。两组患者一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

采用美国风湿病学会(ACR)1995 年修订的《膝骨关节炎诊断标准》^[1]:①1 个月来大多数时间有膝痛;②骨赘形成;③年龄≥40 岁;④晨僵≤30min;⑤关节活动时有关节摩擦音。满足①、②条或①、③、④、⑤条者可诊断为 KOA。

1.3 纳入标准

①符合 ROA 的西医诊断标准者;②年龄 40~70 岁;③临床症状发作期;④近 2 个月未用过治疗 KOA 的中西药物及其他疗法者。

1.4 排除标准

①关节间隙显著狭窄或关节间形成骨桥连接而

成骨性强直;②急性关节损伤,膝关节结核、肿瘤,风湿和类风湿关节炎;③合并心脑血管、肝、肾、造血系统疾病及精神病患者;④妊娠期及哺乳期妇女;⑤近 2 个月内用过有关治疗药物或使用其他治疗方法。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①芒针取穴:环跳。操作:按 1990 年国家标准《经穴部位》进行取穴,患者取侧卧位,屈膝屈髋,用拇指深压环跳穴,局部产生酸胀感后穴位常规消毒,用 30 号 7 寸不锈钢芒针快速刺穴位,刺入 10~15cm,行手法使局部产生酸、麻、胀感,以针感向下肢传导为佳,在进针点周围 1cm 处用芒针快速刺入 2 针,3 针针尖指向呈锥形。1 周治疗 3 次,6 次为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程后观察疗效。②毫针取穴:梁丘、血海、鹤顶、犊鼻、膝眼、阴陵泉、阳陵泉、膝阳关、阿是穴。操作:患者取仰卧位,胭窝部垫起以使膝关节成屈曲状。穴位常规消毒后,用 30 号 1.5 寸不锈钢毫针快速进针,膝眼穴向膝中斜刺 0.8~1 寸,其余穴位均直刺 0.8~1.2 寸。每次治疗留针 20min,1 周治疗 3 次,6 次为 1 个疗程,治疗 2 个疗程后观察疗效。

2.2 对照组

毫针取穴及操作同观察组。每次治疗留针 20min,1 周治疗 3 次,6 次为 1 个疗程,治疗 2 个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

①主症疼痛积分评定(VAS 法)^[2]:治疗前后分别检查 1 次。②膝关节临床症状评分:采用膝骨性