

服用,每日 1 剂。钙尔奇 D(国药准字 H10950029, 600mg/片),每晚 1 片口服。对照组口服钙尔奇 D, 每晚 1 片口服。两组均以 3 个月为 1 个疗程,1 个疗程结束后观察各项指标。

2.2 观察指标

①骨密度测量:治疗前后应用法国 OSTEO-CORE 双能 X 线全身骨密度仪测定腰椎(L2~4)骨密度。②临床症状:根据主症腰腿疼痛程度进行评价。0 分:无疼痛;1 分:轻微疼痛,不影响工作、活动;2 分:疼痛明显,但尚能忍受,部分影响工作、活动;3 分:疼痛无法忍受,不能工作或活动。经治疗 3 个月后根据患者疼痛评分的分数值变化判断疗效:分数值减少 2 分为显效,减少 1 分为有效,分数值无变化或增加为无效。③焦虑抑郁量表分值:采用综合性医院《焦虑抑郁量表》(HAD),要求患者根据最近 1 个月的情绪状态回答表中的问题,选择最适当的答案。

3 疗效观察

3.1 疗效评价标准

根据《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。显效:疼痛完全消失,检查显示骨密度增加;有效:症状明显缓解,检查显示骨密度无明显变化;无效:临床症状及骨密度均无改变。

3.2 两组临床综合疗效比较

治疗组 60 例,显效 19 例,有效 36 例,无效 5 例,总有效率 91.67%;对照组 30 例,显效 3 例,有效 13 例,无效 14 例,总有效率 53.33%。两组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3.3 两组患者 HAD 评分比较

治疗组治疗前焦虑分(5.67 ± 0.42)分,抑郁分(5.43 ± 0.46)分,焦虑阳性数 18 例,抑郁阳性数 13 例,共 31 例;治疗后焦虑分(2.93 ± 0.49)分,抑郁分(3.11 ± 0.34)分,焦虑阳性数 8 例,抑郁阳性数 4

例,共 12 例。对照组治疗前焦虑分(5.59 ± 0.48)分,抑郁分(5.47 ± 0.39)分,焦虑阳性数 10 例,抑郁阳性数 4 例,共 14 例;治疗后焦虑分(3.26 ± 0.46)分,抑郁分(3.42 ± 0.41)分,焦虑阳性数 8 例,抑郁阳性数 2 例,共 10 例。治疗组治疗前后组内焦虑分、抑郁分、焦虑、抑郁阳性总数比较,差异有统计学意义($P < 0.01$);对照组治疗前后组内焦虑分、抑郁分比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),焦虑抑郁阳性总数比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗组与对照组治疗后组间焦虑分、抑郁分比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),治疗后阳性数比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨论

绝经后骨质疏松症的发病机理为绝经后雌激素分泌骤减,骨吸收大于骨形成导致的骨质疏松。临床上应用雌激素在防治绝经后骨质疏松症方面效果显著,但有一定的副作用,不宜长时间应用。中医认为,绝经后骨质疏松症的发生和肾、脾关系密切,肾主骨生髓,肾为先天之本,脾胃为后天之本,气血生化之源,脾主四肢。抗骨松汤由熟地黄、枸杞子、淫羊藿、续断、黄芪、茯苓、丹参、葛根、淡豆豉、鸡血藤组成,既可温肾阳,又可补肾阴,养精血,强筋骨,抑制破骨细胞分化,促进骨形成;又能健脾以补后天,使肠钙吸收增加,防治骨质疏松。钙尔奇 D 主要含碳酸钙、维生素 D,帮助身体对钙的吸收,有益于降低缺钙症状的发生。

参考文献

- [1]刘忠厚,杨定焯,朱汉民,等.中国人原发性骨质疏松症诊断标准(试行)[J].中国骨质疏松杂志,1999,5(1):1.
- [2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第 3 辑;1997:150.

(收稿日期:2011-05-11;修回日期:2011-05-26)

[编辑:黄健]

自拟调理汤治疗老年糖尿病性便秘 30 例

见小芹

北京市平谷区滨河街道社区卫生服务中心向阳社区卫生服务站,北京平谷都丽豪庭 5 号楼,101200)

通讯方式:jxqzys@126.com,(010)69985802

[关键词] 调理汤;糖尿病性便秘;胃肠道功能失调

糖尿病性便秘是糖尿病并发症之一,大多由于糖尿病性自主神经病变引发胃肠道功能失调所致,

临床症状复杂,可见排便次数减少,粪便质硬,排便困难,排便不尽等。糖尿病患者便秘容易诱发心、脑血管意外以及其他疾病。笔者自拟调理汤治疗糖尿

病性便秘 30 例,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

糖尿病诊断采用 1999 年世界卫生组织制定的 2 型糖尿病诊断标准^[1],凡符合下述条件之一者可诊断糖尿病:①有糖尿病症状:空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$,或葡萄糖负荷 2h 血糖或随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$;②无糖尿病症状;除上述标准外,口服糖耐量试验(OGTT)1h 或 2h 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$,或重复一次空腹血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ 。确诊的糖尿病患者同时具备便秘的诊断标准。

便秘诊断标准参考文献^[2]①排便间隔时间延长,超过 72h,且排便困难;②大便排出困难,排便时间 20min 以上;③需要服用泻药或其他方法协助排便;④大便不能一次排尽或有不尽感;⑤症状持续在 1 个月以上,反复发作,病程在 1 年以上。

1.2 纳入标准

①符合西医 2 型糖尿病诊断和便秘诊断;②年龄 55 岁以上,性别不限;③中医辨证分型属脾虚气滞性便秘。④患者知情同意并接受本试验。

1.3 排除标准

①经检查肠镜或 X 线钡剂灌肠排除肠道器质性病变;②排除其他器质性病变(如卵巢囊肿、腹腔肿瘤、脊髓病变、甲状腺功能亢进症等)引起的便秘;③合并心脑血管、肝、肾、内分泌和造血系统严重原发性疾病;④近一个月内有糖尿病酮症酸中毒等急性代谢紊乱及合并感染;⑤有药物过敏史和过敏体质。

1.4 一般资料

本文所选病例均为我社区站 2007 年 9 月~2010 年 9 月门诊糖尿病合并便秘患者,共 60 例,随机分为两组,每组各 30 例。治疗组男 11 例,女 19 例;年龄 55~78 岁;糖尿病病程 3~12 年;空腹血糖 $8.5\sim 13.20\text{mmol/L}$;便秘病程 1~8 年。对照组 30 例,其中男 13 例,女 17 例;年龄 56~80 岁;糖尿病病程 2.5~14 年;空腹血糖 $8\sim 12.2\text{mmol/L}$;便秘病程 1~10 年。两组患者在年龄、性别、病程、便秘程度比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

所有患者维持原糖尿病降糖基础治疗。如口服降血糖药或胰岛素疗法控制血糖。治疗组用自拟调理汤加减治疗。调理汤基本方:黄芪 30g,太子参 20g,(炒)白术 15g,鸡内金 15g,焦三仙各 15g,枳实

10g,佛手 10g,玄参 10g,香附 10g。加减:伴口渴引饮加沙参 15g,天花粉 15g,石斛 15g;伴噎腐吞酸、胸胁苦闷加枳壳 10g,白芍 10g,柴胡 10g,黄芩 10g;伴四肢麻木、舌质暗有瘀点或瘀斑加桃仁 10g,当归 20g,鸡血藤 20g,桑枝 10g;伴腰膝冷痛、水肿、畏寒肢冷加桂枝 10g,肉苁蓉 10g,淫羊藿 10g,菟丝子 20g。每日 1 剂,水煎服,每日两次。14d 为 1 个疗程。停药 2 个月后,电话随访 1 次。对照组单用莫沙必利片每次 5mg,每日 3 次,饭前服,疗程 14d。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

疗效标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[3],治愈:2d 以内排便 1 次,便质较润,排便通畅,短期内无复发;有效:3d 内排便 1 次,便质转润,排便欠畅;无效:排便次数及便质均无改善。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 30 例,治愈 6 例,有效 21 例,无效 3 例,总有效率为 90%。对照组 30 例,治愈 3 例,有效 18 例,无效 9 例,总有效率为 70%。两组疗效比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

3.3 治疗组治疗前后排便周期、大便性状,排便时间比较

治疗组治疗前排便周期为 $(5.8\pm 0.8)\text{d}$,治疗后为 $(3.0\pm 0.9)\text{d}$;对照组治疗前排便周期为 $(5.6\pm 0.6)\text{d}$,治疗后为 $(5.2\pm 1.1)\text{d}$ 。大便性状比较,治疗组治疗前大便较硬欠润,治疗后有 28 例大便性状变软。对照组治疗前大便较硬欠润,治疗后有 16 例大便性状变软。治疗前排便时间全部为 20min 以上,治疗组治疗后排便时间缩短 1/2 以上者 25 例。对照组排便时间缩短 1/2 以上者 14 例。治疗组于治疗后较治疗前排便周期缩短,大便变软例数,排便时间缩短例数较治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.01$)。

4 讨论

糖尿病患者慢性便秘的原因,可能是由于:①动脉硬化和微血管病变引起的肠自主神经末梢营养障碍,而致全胃肠运动减慢;②糖尿病患者由于控制饮食,食量减少,胃肠道分泌消化液减少,致粪量减少、粪便干结;③患者年龄相对较大,参与排便的肌肉张力减弱。便秘是糖尿病的常见并发症,本病属中医便秘范畴。“大肠者传导之官,糟粕出焉”。中医认为,大肠传化糟粕的功能实际上是脾胃升降清浊功能的具体表现,脏腑以通为用,胃气不降则阻塞不

通,反升呃逆,通降是胃肠道的生理特点。糖尿病患者多因长期饮食不节,嗜食肥甘厚味,脾胃损伤,脾气虚弱,运化功能失调,或不合理用药,自服苦寒泻剂,损伤中气,均可导致肠道失于润泽,传导失常而致便秘。脾胃居于中焦,为气机升降之枢纽,脾气亏虚,运化失职,气机紊乱才是本病的病理基础。早在《时方妙用·痞证》中就已提出“五脏皆受气于脾,故脾为五脏之本。”自拟调理汤首选黄芪、太子参健脾益气,而炒白术既可与黄芪配伍以健脾气,又能与枳实配伍以消痞除满,佐以鸡内金、焦三仙以消食导滞,攻补兼施;玄参性甘苦咸寒,入肺、胃、肾经,取咸能软坚散结,苦寒能清热泻火,甘寒能滋肾养阴。一方面以防黄芪、太子参、白术之甘温太过,另一方面又能对便秘有很好的治疗效果。加之佛手、香附调理胃肠之气机,使气机升降有序,各脏腑功能恢复,

内外调和。尤其是老年糖尿病患者之便秘常反复迁延不愈,不可仅图一时之快妄用泻药,故在辨证治疗过程中,一定从虚论治,注重脾脏的生理功能。健脾益气,调理气机是治疗老年糖尿病性便秘的关键。西药莫沙必利片,虽也有疗效,但常有致腹泻、腹部痉挛等副作用,中药调理汤治疗老年糖尿病性便秘,充分显示了中医中药治疗糖尿病并发症的优势。

参考文献

- [1]钱荣立译.关于2型糖尿病的诊断标准与分型[J].中国糖尿病杂志,2000,(8):5.
- [2]喻洪德.现代肛肠外科学[M].北京:人民军医出版社,1997:472.
- [3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:11.

(收稿日期:2011-05-20;修回日期:2011-06-30)

[编辑:李 巍]

枳芩化浊解毒汤配合穴位敷贴对慢性萎缩性胃炎患者胃动力的影响

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;胃泌素;移行性运动复合波;胃窦收缩幅度和收缩频率

我们于 2008 年 10 月~2009 年 8 月采用枳芩化浊解毒汤治疗慢性萎缩性胃炎 58 例,并与多潘立酮片口服治疗的 50 例做对照观察,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,随机分为两组。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 21 例,女 29 例;年龄 38~66 岁,平均 (51.0 ± 3.5) 岁;病程 1 个月~3 年。2 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

纳入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。贴敷选穴:中脘、双侧足三里、内关穴;药物组成:香附、木香等研末醋调,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,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 两组治疗前后胃泌素指标比较

表 1 示,治疗后两组血浆胃泌素含量均呈上升趋势($P < 0.01$),但治疗组明显上升,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。