

● 中医临床 ●

中医药治疗功能性消化不良疗效观察

雷力民 许鑫梅

(广州中医药大学附院消化科 广州 510405)

摘要:目的:探讨中医药治疗功能性消化不良的临床疗效。方法:将 91 例患者分为动力障碍样 FD 和溃疡样 FD 2 组,以四君子汤为主方加减治疗,用量表的方式,采用主观症状半定量计分法,进行治疗前后的疗效指数、症状积分症状改善情况的比较。结果:2 组的有效率分别为 86.3%和 80%,症状积分治疗前后的比较有非常显著的差异($P < 0.01$),症状明显改善。结论:中医学在西医认为缺乏有效治疗手段的功能性疾病领域中有明显的优势。

关键词:四君子汤;小陷胸汤;左金丸;功能性消化不良;疗效观察

中图分类号:R 57

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)05-0045-02

功能性消化不良(functiondyspepsla,FD)又称非溃疡性消化不良(non-ulcerdyspepsla,NUD),明显地影响着人们的生活质量,同时社会耗资巨大,日益引起国内外的密切关注。由于 FD 的发病率高,发病机制未完全阐明,其主观症状多而客观依据少,西医迄今尚无确切的病因治疗,而无论是促动力剂或抑酸剂均是针对纠正其病理生理,但 FD 病人的症状和病理生理往往不尽一致,有些患者依然对治疗的疗效欠佳。为探讨中医药治疗功能性消化不良的疗效,本文采用量表的方法,对 91 例患者进行了观察,取得了理想的临床疗效。

1 临床资料

依据罗马 II 标准制定了 FD 的诊断标准、纳入标准和排除标准^[1]。91 例患者均按上述标准选自本院门诊,其中动力障碍样消化不良 66 例,男 28 例,女 38 例;溃疡样消化不良者 25 例,男 11 例,女 14 例。

2 治疗方法

2.1 用药方法 动力障碍样消化不良组,以四君子汤合小陷胸汤加减;溃疡样消化不良组,以四君子汤合左金丸加减。腹胀、大便秘结者,加枳实、代赭石等;嗝气者,加浙贝母、郁金等;反酸者,加乌贼骨、瓦楞子等。4 周为 1 个疗程。

2.2 观察方法 参照 SF-36 量表、症状自评量表(SCL-90)^[2]制定相应的消化不良量表,含 10 种消化不良症状,由患者于治疗前和治疗后填写量表。

3 疗效观察

3.1 计分法 采用主观症状半定量计分法,分为 0,1,2,3,4 分五个计分等级。0 分为无症状;1 分为很少有症状;2 分为有症状(一般);3 分为症状较重;4 分为症状很重,严重影响日常生活。

3.2 疗效标准 (1)疗效指数^[3](%)=[(治疗前症状分数-治疗后症状分数)÷治疗前症状分数]×100%。疗效指数≥90%为治愈,70~89%为显效,30~69%为有效,<30%为无效。(2)症状积分比较。(3)症状改善情况。(4)统计方法:计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

4 结果

4.1 疗效比较 见表 1。

表 1 2 组治疗前后疗效比较					
组别	例数	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率%
动力障碍样组	66	8(12.1)	49(74.2)	9(13.7)	86.3
溃疡样组	25	2(8.0)	18(72.0)	5(20.0)	80.0

注:2 组组间无显著性差异

4.2 治疗前后症状计分比较 见表 2。

表 2 2 组治疗治疗前后症状积分比较($\bar{X} \pm S$)				
组别	例数	治疗前	治疗后	差值
动力障碍样组	66	19.15±5.87	9.88±3.03	9.41±4.01**
溃疡样组	25	17.4±6.46	9.46±2.61	7.76±4.49**

注:** 治疗前后比较, $P < 0.01$;2 组间比较, $P < 0.05$ 。

4.3 症状改善情况 见表 3。

表 3 2 组治疗前后症状改善情况								例
组别	n	时间	上腹胀	暖气	早饱	上腹痛	反酸	烧心
动力障碍样组	66	治疗前	66	47	58	0	14	0
		治疗后	7	9	12	0	3	0
溃疡样组	25	治疗前	0	2	0	25	21	16
		治疗后	0	0	0	2	3	5

5 讨论

功能性消化不良在中医诊断上归属于“胃脘痛”、“痞满”等范畴,病机关系肝、脾、胃 3 脏,其中脾虚是发病的基础,肝郁是发病的条件,胃气不降是引发诸症的原因,即以脾虚为本,气滞、血瘀、食滞、痰湿为标,脾虚气滞为基本病机;也有以肝郁为核心,将本病分为肝郁气滞、肝郁胃热、肝郁湿阻、肝郁脾虚、肝郁阴虚,即以肝郁为发病的基本环节^[4],治疗重视疏肝解郁。总之,健脾、疏肝、降胃是治疗功能性消化不良的三大法则。

四君子汤具有益气健脾之功,使脾胃之气健旺,运化复常;合之二陈,则补中微有消导之意;复加木香、砂仁,则添理气止痛功。小陷胸汤为小陷胸病而设,只有宽胸散结之功,《伤寒论》谓“小陷胸病,正在心下,按之则痛”,药仅 3 味,配伍精当,为治胸脘痞痛之良药。左金丸清肝降逆止呕,主治嘈杂吞酸、呕吐口苦、脘痞嗝气。

实验研究表明,四君子汤可改善脾虚型大鼠的临床症状,提高血清胃动素水平,降低大肠中升高的前列腺素 II(PGE₂) 水平,抑制亢进的大肠功能,对胃肠有双向调节作

加減復脈湯治療蝮蛇咬傷致心肌損害 96 例

趙炎 許增寶 莊連奎
(浙江省湖州市中醫院 湖州 313000)

关键词:加減復脈湯;蝮蛇咬傷;心肌損害;中西醫結合療法
中圖分類號:R 646 文獻標識碼:B 文獻編號: 1671-4040(2003)05-0046-01

我院自 1984-2002 年 6 月共收治江浙短尾蝮蛇咬傷病人 2 058 人,其中心肌損害 96 例,採用加減復脈湯為主的治疗方法,取得了較為滿意的療效。

1 臨床資料

96 例心肌損害病人中,男性 68 例,女性 28 例;年齡 12~76 歲;咬傷上肢 59 例,下肢 37 例;咬傷至就診時間 3~49 h,平均 16 h。

臨床分型(按第 4 屆蛇傷學術交流會修訂標準)均為重型,均有程度不同的心悸、胸悶、乏力、活動後氣急;其中呼吸困難 18 例,心前區悶痛 14 例;所有病例均有心尖區第一心音減弱、收縮期雜音,聞及舒張期奔馬律 12 例,扣診發現心臟向左擴大 19 例;口唇紫紺 16 例。心電圖檢查 96 例都有 ST-T 改變,Q-T 間期延長 45 例,房室傳導阻滯 27 例,早搏 43 例,提示左心室肥大 24 例。

2 治療方法

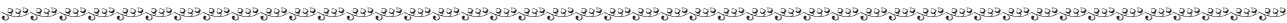
在西藥能量合劑、激素使的基礎上,根據本組患者系風火毒邪未清而心之氣血受損的特點,治以益氣滋陰、補血復脈、清解余毒法。擬復脈湯加減:炙甘草,炙黃芪,炒生地,赤、白芍,車前子各 15g,半邊蓮、半枝蓮各 30g,白花蛇舌草 10g。每日 1 劑,水煎,分 2 次口服。

3 治療結果

本組全部病例經加減復脈湯為主治療後,均獲痊癒。平均住院時間 15d。隨訪 1 年以上,無反復。

4 典型病例

潘某,男,15 歲,1995 年 8 月 16 日入院。2d 前在田埂邊捉黃蟹時不慎右手手中指被蝮蛇咬傷。咬傷後 29h 入院,曾在當地醫院經局部清創排毒,靜脈注射抗蝮蛇毒血清等治療。入院時患者右上肢腫脹、疼痛,心悸,胸悶,乏力,動輒氣急。



用。香砂六君湯可加快小鼠胃腸蠕動;大劑量白朮煎劑有促胃腸動力作用,且有量效關係;木香可刺激胃粘膜 EC₂ 細胞,產生內源性胃動素加速排空。左金丸可明顯抑制胃酸的分泌,對血漿胰高血糖素的升高有明顯的調節作用^[5]。

因此,以四君子湯為主加減治療功能性消化不良,症狀積分顯示,治療前後有非常顯著的差異,有效率达 80%以上,症狀改善顯著。結果顯示,中醫藥辨證論治在西醫認為缺乏有效治療手段的功能性疾病領域中有明顯的優勢。

參考文獻

[1]雷力民,許鑫梅.功能性消化不良及中醫辨證治療[J].實用中西醫結

查體:T 37.3℃,P 96 次/min,R 25 次/min,BP 14/10kPa。面色㿨白,精神軟弱,口唇輕度紫紺,右上肢腫脹至肩關節下方,有片狀皮下出血;心濁音界向左擴大,心前區第一心音減低,聞及 3 級收縮期雜音,早搏 3~5 次/min。實驗室檢查:血常規 Hb10g/L,RBC 2.8×10¹²/L,WBC 10.2×10⁹/L (N 0.75,L 0.125),尿常規 BLD+3,PR0+1;EKG 檢查 ST-T 改變,早搏 4 次/min。胸片示:左心室肥大。診斷:蝮蛇咬傷並發心肌損害重型。治療:治以清解余毒、益氣補血、滋陰復脈法。處方:炙甘草 15g,炒黨參 10g,炙黃芪 15g,麥冬 10g,阿膠珠 10g,赤、白芍各 15g,炒生地 10g,半邊蓮 30g,半枝蓮 30g,白花蛇舌草 15g,車前子(包)15g,苦參 15g。2 劑。2d 後,早搏減少,心悸、氣急等明顯減輕,前方去苦參,4 劑。住院治療 17d 痊癒出院。

5 討論

江浙短尾蝮蛇是以血循毒為主的混合毒類蛇種,且含心臟毒素。心臟毒素能使心肌細胞膜損壞,抑制細胞膜的酶,改變膜的通透性,抑制細胞膜的主動轉運過程,影響心肌代謝,導致心肌壞死。蝮蛇咬傷後引起心肌損害的比率較高,我院不完全統計,發生率在 20%~30%,文獻報告較高的達 53%。在觀察過程中,心肌損害較輕者,隨病情好轉而逐漸恢復,無需特殊治療。而嚴重的心肌損害,如果治療不及時,病變進一步加重,則將造成嚴重後果,甚至導致患者死亡。採用復脈湯具有益氣滋陰、補血復脈的功效,能有效改善心肌代謝,加速心肌細胞的修復;配合半枝蓮、半邊蓮、白花蛇舌草等具有較強清熱解毒作用的藥物以解蛇毒,阻止蛇毒的進一步損害。臨床實踐證明,蝮蛇咬傷引起的心肌損害,採用復脈湯加減為主的治疗方法,不失為一種合理、有效的治療方法。

(收稿日期:2003-04-10)

合臨床雜誌,2002,2(4):33~34
[2]汪向東.心理衛生評定量表手冊[J].中國心理衛生雜誌,1993(增刊):31~36
[3]國家中醫藥管理局.中醫病症診斷療效標準[M].南京:南京大學出版社,1994.34
[4]黃可成,陳寿菲.非潰瘍性消化不良的中西醫診治研究進展[J].中國中西醫結合脾胃雜誌,1996,4(2):124
[5]魏睦新,鄒百倉.胃腸動力中藥的調節機理研究進展[J].浙江中西醫結合雜誌,2002,12(7):456~457

(收稿日期:2003-03-17)