

黄连汤加味治疗慢性乙型肝炎肝胃不和证 50 例

宋伟¹ 戚艳²

(1 山东省临沂市兰山区人民医院 临沂 276000; 2 山东省临沂市交通医院 临沂 276000)

摘要:目的:探讨黄连汤加味对慢性乙型肝炎肝胃不和证患者的治疗效果及可能的机制。方法:随机选择 50 例为治疗组,35 例为对照组,两组均采用常规护肝降酶治疗,治疗组以黄连汤为主方,对照组口服多潘立酮片。结果:治疗组总有效率与对照组比较有显著差异。结论:黄连汤加味对慢性乙型肝炎肝胃不和证患者具有显著改善症状的作用,具有良好的临床应用价值。

关键词:慢性乙型肝炎;肝胃不和证;黄连汤

中图分类号:R 512.62

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.016

黄连汤方由黄连、半夏、人参、炙草、干姜、桂枝、大枣组成,全方配伍精当,具有辛开苦降、调和脾胃、顺畅气机的功效。近年来,我们将其作为主方内服,用于治疗慢性乙型肝炎肝胃不和证患者,并与口服多潘立酮治疗的患者作对照,疗效显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照 2000 年中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会在西安联合修订的“病毒性肝炎的诊断标准”^[1]。

1.1.2 中医诊断标准 主证:脘腹胀闷疼痛或窜痛。兼证:恶心或呕吐,嗳气呃逆,嘈杂泛酸,纳差,性情烦躁易怒,脉弦。凡具备以上主证及两项以上兼证者可诊断为肝胃不和证。

1.1.3 纳入标准 (1)临床上符合慢性乙型肝炎轻、中度及肝胃不和证的诊断标准,无甲、丙、戊、庚型肝炎病毒及 TTV、巨细胞病毒、腺病毒重叠感染。(2)在乙型肝炎发病前无胃肠道疾病。(3)无腹泻。

1.2 病例选择 全部病例均为 2008 年 3 月~2010 年 3 月我科住院患者,符合纳入标准,随机分为治疗组 50 例和对照组 35 例。治疗组男 42 例,女 8 例,年龄 22~60 岁,平均 37.6 岁,病史 1~12 年,平均 3.4 年;对照组男 25 例,女 10 例,年龄 20~57 岁,平均 37.8 岁,病史 8 个月~15 年,平均 3.7 年。两组在年龄、性别、病程及病情等方面差异均无显著性意义($P>0.05$),均有可比性。

蛋白的表达,清除激活的氧自由基,抑制中性粒细胞活化,加强上皮屏障作用,刺激前列腺素生成,减少炎症因子的产生和 COX-2 基因的表达,从而促进溃疡愈合。而硫糖铝在胃酸性环境下形成胶状物与溃疡面上带正电荷的蛋白质结合,形成保护膜,使不受胃酸侵袭,防止氢离子的逆弥散,还具有吸附胃蛋白酶和胆汁酸作用,并能刺激前列腺素的合成和释放,以及吸附表皮生长因子使之在溃疡部位处浓集。本研究中曲昔派特组患者溃疡的愈合效果显

1.3 治疗方法 两组均采用甘利欣、能量合剂等药物对慢性乙型肝炎肝功能异常者进行常规护肝降酶治疗。治疗组在此基础上以黄连汤为主方,加茵陈 30 g,云苓、白术、丹参各 15 g,陈皮、枳壳各 10 g 等药物,1 剂/d,早晚各服 1 次,100~200 mL/次,1 周为 1 个疗程,未达显效以上者服足 2 个疗程。对照组患者口服多潘立酮片,10 mg/次,3 次/d,饭前 30 min 服用,全部治疗 2 周。全部病例均在治疗前 1 周及治疗期间未用其他治疗消化道症状的药物,治疗 2 周后进行评分和统计学分析。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 采用半定量的方法,即把治疗前的 6 个主要症状(脘腹胀闷疼痛或窜痛、恶心或呕吐、嗳气呃逆、嘈杂泛酸、纳差、性情烦躁易怒)分别分为轻、中、重 3 级,轻为 5 分,中为 10 分,重为 15 分,先评出治疗前症状总分,治疗结束 2 周后按同一标准计算出治疗后症状的分数,用治疗前总分减去治疗后症状分数,得出疗效分数,再用疗效分数除以治疗前总分,即是临床症状减少的百分比,以此来判定疗效。症状减少 $\geq 95\%$ 为治愈;减少 80%~94% 为显效;减少 51%~79% 为有效;减少 $\leq 50\%$ 为无效。

2.2 临床疗效 治疗组治愈 12 例,显效 16 例,有效 20 例,无效 2 例,总有效率 96.00%;对照组分别为 3、6、16、10 例,总有效率 71.43%。两组总有效率比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。

著优于硫糖铝组。但孕妇、哺乳期妇女、小儿以及肝功能不全患者慎用。

参考文献

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2006. 1 866-1 876
- [2]于皆平,沈志祥,罗和生.实用消化病学[M].第 2 版.北京:科学出版社,2007.247-250
- [3]王吉耀,廖二元,胡品津.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2006. 419-430
- [4]芮耀诚.实用药物手册[M].第 2 版.北京:人民军医出版社,2007. 448-450

(收稿日期:2010-12-06)

中西医结合治疗类风湿性关节炎 60 例临床观察

樊素琴

(山西省定襄县中医院 定襄 035400)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗类风湿性关节炎(RA)的临床疗效。方法:将符合类风湿性关节炎诊断标准的 120 例患者随机分为治疗组和对照组各 60 例,对照组口服炎痛喜康等治疗,治疗组采用中西医结合治疗,3 个月后根据症状、体征改善情况和主要实验室指标来判断治疗效果。结果:治疗组总有效率为 93.3%,对照组总有效率为 73.3%,两组比较有显著差异($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗类风湿性关节炎的临床疗效明显优于单用西药治疗。

关键词:类风湿性关节炎;对照治疗;中西医结合疗法

中图分类号:R 593.22

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.017

类风湿性关节炎(RA)是一种病因未明的以关节组织慢性炎症性病变为主要表现的自身免疫性疾病。病理变化为关节滑膜细胞浸润,滑膜翳形成,软骨及骨组织的侵蚀,滑膜反复炎症,最终导致关节结构的破坏、畸形和功能丧失,该病多侵犯手、足、掌、指、腕等关节,常为对称性,呈慢性反复发作,临床表现为关节疼痛肿胀,晚期关节强直、畸形和功能障碍,致残率高。中医学属“痹症”、“顽痹”、“历节风”等范畴。笔者于 2001 年 3 月~2010 年 4 月,对我院门诊确诊为类风湿性关节炎的患者,采用中西医结合的方法治疗,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 参照《实用内科学》^[1]具备以下各项中 4 项者即可诊断:(1)每日晨僵至少 1 h(≥ 6 周);(2)3 组或 3 组以上关节肿(≥ 6 周);(3)腕、掌指关节、近端指间关节肿(≥ 6 周);(4)对称性关节

3 讨论

我国慢性乙型肝炎患者较多,在这些患者中,有一部分经常伴有不同程度的腕胁胀闷疼痛、恶心呕吐、性情烦躁易怒或抑郁、嗳气呃逆、嘈杂泛酸、纳差等消化道症状,符合中医肝胃不和证的范畴。该病目前的发病机制尚未完全明了,可能与胃肠激素的作用及胃肠动力的改变有关,临床上常用多潘立酮作为治疗药物,取得了一定的疗效,但是总体效果仍不满意,本组观察多潘立酮总有效率为 71.43%,治愈率为 8.57%,复发率也较高。中医学认为:肝主疏泄,主藏血,主生发,喜条达而恶抑郁;胃主受纳,腐熟水谷,传化糟粕,以降为和,宜通而不宜滞,与脾同属中焦,共为“后天之本”。肝主疏泄有助于脾胃的腐熟运化,若失其疏泄之职而横逆犯胃,导致肝胃不和;同时,脾胃升降失常,有碍肝主疏泄,以致肝气郁结,该证主要症结为气机不畅。黄连汤方出自《伤寒论》,全方由辛开之半夏、干姜,苦降之黄连,甘补之人参、炙草、大枣组成,将此方用

肿(≥ 6 周);(5)类风湿皮下结节;(6)手 X 线片改变;(7)类风湿因子阳性(滴定度 $>1:32$)。

1.2 中医诊断标准 参照《中医内科学》诊断标准^[2],以筋骨、肌肉、关节的酸痛、重着、屈伸不利为主要临床表现,常呈慢性反复发作,中医辨证多属气血不足、肝肾亏虚型。

1.3 一般资料 治疗组 60 例:男 20 例,女 40 例,年龄 20~67 岁,平均 43.5 岁,病程 2~30 年;对照组 60 例:男 24 例,女 36 例,年龄 23~65 岁,平均 44.0 岁,病程 1.5~27 年。两组患者性别、年龄、病程经统计学处理差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 均在门诊采用西药:炎痛喜康,每日 20 mg,饭后服;芬必得 0.3 g,2 次/d。

1.4.2 治疗组 西药治疗同对照组,待病情控制后,逐渐减量至停药。中药采用独活寄生汤加减,药于肝胃不和患者,其中辛开以散脾气之寒,苦降以降胃气之热,甘补以和脾胃,补中气,复中焦升降功能。全方共奏开结除痞、调和阴阳、畅达气机之功效,故患者症状得以消除。

现代药理对黄连汤的大量研究表明,该方对大鼠胃运动具有双向调节作用,即在胃运动受抑制时具有促进胃运动作用,其作用强于多潘立酮,而在胃运动增强时,具有抑制胃运动作用,而多潘立酮则无此作用,这一点可能是黄连汤组疗效显著的主要原因。同时,该方中的黄连等具有抑制 HP(幽门螺杆菌)活性、保护胃黏膜、提高耐缺氧能力、调节中枢递质及提高免疫力的作用,这些作用对于改善患者消化道症状及慢性乙型肝炎的治疗,亦有一定的协同作用。故以该方为主方治疗慢性乙型肝炎肝胃不和证患者,总有效率为 96.00%,取得较为满意的疗效。

参考文献

[1]中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会.病毒性肝炎的诊断标准[J].中西医结合肝病杂志,2001,11(1):56-60

(收稿日期:2010-09-07)