

消退时间。临床检验送益阳市中心医院。

1.5 统计学方法 本文中临床资料及疗效指标数据输入 SPSS18.0 软件处理, 计量资料组内与组间比较采用均数 t 检验, 计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

两组患者治疗后随访 6 个月, 血压水平较治疗前均有所下降, 但观察组血压水平下降幅度更为明显 ($P < 0.05$); 观察组血脂水平较治疗前得到明显改善, 对照组血脂水平治疗前后差异不显著, 两组治疗后组间比较差异显著 ($P < 0.05$)。见表 1。观察组眩晕症状明显消退时间为 (8.63 ± 1.2) d, 对照组眩晕症状明显消退时间 (17.21 ± 2.3) d, 组间比较, 观察组明显缩短 ($t = -34.371, P < 0.05$), 具有统计学意义。

表 1 两组治疗前后各指标比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别		DBP (mmHg)	SBP (mmHg)	TCH (mmol/L)	TG (mmol/L)
观察组	治疗前	99.7 ± 8.5	156.3 ± 14.8	7.38 ± 1.9	2.11 ± 1.4
	治疗后	81.1 ± 6.5	127.2 ± 13.2	3.81 ± 1.6	1.08 ± 0.4
	t	18.0643	15.2494	14.9361	7.3516
	P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
对照组	治疗前	99.6 ± 8.3	157.1 ± 15.6	7.39 ± 1.7	2.12 ± 1.3
	治疗后	89.3 ± 7.2	141.3 ± 14.1	6.44 ± 1.6	1.98 ± 0.3
	t	9.7419	7.8086	4.2290	1.0905
	P	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

注: 组间治疗前比较无显著差异, $P > 0.05$, 有可比性; 组间治疗后 DBP、SBP、TCH、TG 比较, t 依次为 -8.7853、-7.5866、-12.0790、-6.5425, $P < 0.05$ 。

3 讨论

中医认为高血压病属于“眩晕”的范畴,《素问·至真要大论》中指出病机:“厥阴之胜, 耳鸣目眩”,《灵枢·海论》中指出病机云:“髓海不足, 则脑转耳鸣, 脘酸眩冒。”^[1]高血压病因病机虽有多种, 但总以肝肾平衡失调、阴虚阳亢为关键病机, 临床证实气虚夹痰夹瘀亦是主要病机之一。阴阳失调、虚火上炎、肝肾阴虚是本病血压控制不良多合并脂代谢紊乱的主要原因之一, 而脂代谢的动态平衡失调, 肝细胞内脂肪蓄积过多, 又会进一步加重阴虚阳亢, 从而显示出疲倦、乏力、心烦、眩晕、食欲不振等临床症状, 同

时也增加了动脉硬化性心血管事件发病的风险。因此, 西医针对高血压眩晕症患者, 不仅维持降压药物治疗, 同时嘱咐采取运动疗法结合饮食干预, 改善脂肪代谢。但临床实践显示, 此方案对血压与血脂虽有一定改善, 却无法治本, 远期干预效果不甚可靠。

本研究在常规西医治疗基础上采用自拟双降汤治疗高血压眩晕, 双降汤具有益气化痰、清化痰浊、降脂降压之功效, 具有改善微循环、增加血流量、改变血液黏稠度、改善脂质代谢等作用, 服后可降压降黏、降脂通脉, 防止心脑血管栓塞。方中生山楂可消食化积、活血化瘀; 地龙和水蛭有破血逐瘀之功; 豨莶草消浊降脂; 黄芪补气益气, 促气血畅行; 丹参、赤芍、当归、白芍、怀牛膝活血通脉; 杭菊花、法夏、决明子能有效抑制血管平滑肌收缩, 使血管痉挛缓解, 血管通透性增加, 有利于将血管壁的脂肪盐消除, 预防和减轻血管玻璃样变性, 预防动脉粥样斑块的形成。此方作为基础方, 还可根据患者的症状差异进行加减调整, 如: 颈动脉性高血压患者可加葛根, 能解痉通督^[4]。本研究结果显示, 治疗后 6 个月随访, 观察组血压与血脂指标均比治疗前改善明显, 且显著优于对照组, 其消退临床症状时间也显著短于对照组, 可见双降汤联合常规西医治疗能提高降压、消脂效果, 优势突出。

综上所述, 双降汤治疗高血压眩晕不仅能有效降低与控制血压、消除临床症状, 还能改善脂代谢功能, 标本兼治, 对降低各种心血管事件和维持远期血压稳定均有重要的临床意义。

参考文献

- [1] 李波. 平肝降压汤治疗肝阳上亢型高血压病 23 例临床观察[J]. 新中医, 2010, 42(12): 7-8
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第二辑)[S]. 1995. 171
- [3] 吴莹. 双降汤配合西药治疗老年糖尿病合并高血压 43 例[J]. 陕西中医, 2013, 34(8): 963-965
- [4] 张健. 天麻钩藤饮加减治疗高血压眩晕 30 例[J]. 陕西中医, 2012, 33(9): 1170-1171

(收稿日期: 2014-05-05)

中西医结合治疗幽门螺杆菌阳性胃炎 46 例

曾龙钧 艾英

(江西省东乡县马圩镇中心卫生院 东乡 331800)

关键词: 幽门螺杆菌胃炎; 中西医结合疗法; 中医辨证

中图分类号: R573.3

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.051

幽门螺杆菌 (HP) 作为一种致病因子, 自被发现后得到深入研究, 证实与胃炎及溃疡的发病有一定的关系。成功根除 HP 后, 胃炎及溃疡的复发率降低。由于 HP 与萎缩性胃炎 - 异型增生 - 胃癌渐进性过程的肯定, 根除 HP 得到广泛认可。本文旨在观察中西医结合治疗 HP 阳性胃炎与纯西药治疗的临床

疗效差异, 以进一步探讨治疗 HP 阳性胃炎的有效方法。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 92 例观察对象均来自 2013 年 9~12 月消化科门诊病例, 均进行胃镜检查及活检确诊。所观察病例均经 HP 测试仪检测, 阳性者入选,

然后结合电子胃镜检查,胃黏膜无溃疡、糜烂、异型增生、胃癌者入选。所有病例随机分为治疗组与对照组各 46 例;治疗组男 24 例,女 22 例;年龄 22~75 (平均 34)岁;病程 6 个月~20 年。对照组男 23 例,女 23 例;年龄 21~73 (平均 39)岁;病程 6 个月~22 年。两组在性别、年龄、病程、治疗前症状等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)HP 阳性;(2)上腹胀痛;(3)早饱感、嗝气、恶心、呕吐、乏力、睡眠差、上腹烧灼感;(4)食欲下降。排除标准:(1)常规上腹彩超及生化检查排除肝、胆、胰、脾、肾脏疾患;(2)心脏疾患;(3)胃癌、胃溃疡有糜烂及异型增生;(4)精神病患者;(5)腹部有手术史者。

1.3 治疗方法 两组均经相同的 HP 根除方案,奥美拉唑+阿莫西林+克拉霉素,2 次/d,疗程 14 d [1]。HP 疗程结束后,均给予西药维酶素、维生素 B₆、多酶片、西沙必利维持治疗。治疗组在此基础上依据中医辨证论治予中药治疗。基本方:党参 20 g、白术 15 g、枳实 10 g、厚朴 10 g、莱菔子 15 g、麦芽 15 g、丹参 10 g、甘草 3 g。夹湿为主:加茯苓 20 g、菖蒲 10 g、桂枝 5 g;以热为主:加蒲公英 15 g、竹茹 10 g、黄连 3 g;以寒为主:加干姜 8 g、乌药 10 g、桂枝 5 g;阴虚为主:加麦冬 10 g、玉竹 10 g;便秘:白术加量至 30~60 g,加杏仁 10 g、郁李仁 15 g、当归 10 g;腹泻:加山药 30 g、薏苡仁 50 g;恶心:加半夏 10 g、陈皮 10 g、木香 3 g;疼痛:加延胡索 10 g、白芍 15 g、川楝子 10 g。中药疗程汤剂服用 1 个月后,改为丸剂或者散剂继续服 2 个月,疗程结束后再次 HP 复检。

1.4 疗效判定^[2] 痊愈:所有症状、体征消失;显效:上腹部胀痛,早饱感、恶心、呕吐、嗝气、乏力等胃肠道症状消失,睡眠可;有效:上述症状减轻,患者有自觉症状但不影响正常生活和工作;无效:上述症状无好转或者加重,影响患者的正常生活及工作。

1.5 结果 治疗组痊愈 24 例、显效 14 例、有效 6 例、无效 2 例,总有效率 95.6%,HP 根除率 93.5%;对照组分别为 16 例、11 例、7 例、12 例,总有效率 73.9%,HP 根除率 65.2%。两组总有效率、HP 根除率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组均未见明

显不良反应。

2 讨论

HP 是一种专性寄生于胃黏膜上的革兰阴性细菌,致病物质和致病机制目前尚不清楚。大部分强毒性的 HP 能引起局部及全身性严重反应,引起上皮细胞的严重损伤。研究显示:根除 HP 后患者的血管内皮功能改善,可能部分得益于根除 HP 后总胆固醇水平的降低。尤其在萎缩性胃炎患者,内镜下见黏膜苍白,部分可能与供应胃的相关血管动脉粥样硬化、管腔狭小、血流量下降有关。而成功根除 HP 后,萎缩性胃炎逆转成浅表性胃炎或痊愈,推测可能与胃的血流恢复有关。

HP 属于中医邪气范畴,HP 阳性胃炎在中医上相当于“痞满、胃脘痛”等范畴,方中主要由党参、白术、茯苓、麦冬、玉竹、蒲公英、枳实、厚朴等药组成,有益气健脾、理气和胃、活血化瘀、滋阴清热等作用。据动物药理作用研究,他们具有双向调节胃肠道功能,可以降低胃酸分泌,抑制溃疡形成,促进胃液分泌,帮助消化,减轻胃肠负担,有针对性地抑制胃炎发病的因素,产生较强的胃黏膜保护效应,从而更加有利于病损的黏膜修复,因此能有效改善症状。另外,由于中药本身具有酸、辛、苦、甘、咸五味,对 HP 所处环境的 pH 值及尿素酶活性可能有影响,可从另一方面改变 HP 生长环境,抑制 HP 生长,则是今后进一步探索的问题。

治疗组采用西药迅速杀灭 HP,体现两药抗菌优势,后联用中药全面整体调节胃肠功能,纠正胃肠病损,使之恢复正常。能够从多环节、多层次、多途径、多靶点、多效应调节,真正体现中医治病特色,弥补西药不足。治疗组在治愈率及 HP 根除率方面,较对照组均有优势,且有恢复快、低复发等特点,为治疗 HP 胃炎提供了一种新的思维方法。随着科技的发展,中西药结合治疗 HP 阳性相关性胃炎的研究将越来越深入。

参考文献

- [1]陆再英,钟南山.内科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2007. 3 391
- [2]鲍捍东.120 例胃溃疡临床疗效分析[J].中国现代药物应用,2009,3 (19):31-32

(收稿日期:2014-04-25)

征订启事

本刊由江西省中医药研究院、江西省中西医结合学会主办,江西省卫生和计划生育委员会主管。系综合性中西医结合学术期刊 (ISSN 1671-4040, CN36-1251/R, 邮发代号 44-126, 国外代号 BM1734),为《中国核心期刊(遴选)数据库》、《中国学术期刊(光盘版)》、《中国期刊网》全文数据库入选期刊,获《CAJ-CD 规范》执行优秀期刊奖。本刊以宏

扬中西医结合学术、贴近临床、注重实用、鼓励创新、中西医并重为宗旨;适用于中西医结合、中医、中西药、西医临床教学科研人员和基层医护人员订阅。本刊为大 16 开,96 页,单月刊,定价 8.50 元,全年 12 期共 102 元,可在全国各地邮局订阅。亦可直接汇款至本编辑部订阅。地址:南昌市文教路 529 号,电话:0791-88528704。