

方检验。 $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 近期疗效 经过治疗后实验组总有效率明显高于对照组,经卡方检验分析发现组间差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 对照组和实验组近期疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	43	7(16.28)	12(27.91)	16(37.21)	8(18.60)	35(81.40)
实验组	43	10(23.26)	14(32.56)	18(41.86)	1(2.33)	42(97.67)*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 远期疗效 随访期间实验组复发率明显低于对照组,经卡方检验分析发现组间差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 对照组和实验组复发率比较[例(%)]

组别	n	复发
对照组	43	10(23.26)
实验组	43	2(4.65)*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

胃溃疡属于中医学理论中“胃脘痛、痞满”等范畴,与素体虚弱、劳倦内伤、饮食不节、情志不舒等多种因素密切相关。当肝郁气滞、疏泄失职导致肝气横逆犯胃,脾失健运导致清气不升、浊气不降而壅滞成疾,治则以舒肝理气、健脾和胃为法。本研究自拟的疏肝和胃汤方中以柴胡为君药,功擅疏肝解郁、升阳举陷。枳实、郁金共为臣药,其中枳实破气除痞、

化痰消积;郁金行气解郁、利湿退黄,共助君药增强疏肝解郁之功效。佐以白芍平肝止痛、养血和营;法半夏燥湿化痰、降逆止呕;乌贼骨制酸止痛、收敛止血;木香行气止痛、疏肝理气;香附疏肝解郁、理气止痛;砂仁化湿行气、温中止呕;延胡索活血行气、止痛。甘草缓急止痛,兼为使药,调和诸药^[6]。

本研究中采用中西医结合辨证治疗者总有效率为 97.67%,明显高于仅采用西医三联疗法治疗者。这一结果提示疏肝和胃汤可明显提高治疗效果,缓解疼痛,促进幽门螺杆菌阴转和溃疡面愈合,具有更好的近期效果。随访期间采用中西医结合辨证治疗者复发 2 例,复发率明显低于仅采用西医三联疗法治疗者。这一结果提示疏肝和胃汤可有效控制胃溃疡复发,具有更好的远期效果。本次研究结果表明:采用中西医结合辨证治疗肝胃不和型胃溃疡,可提高治疗效果、减少复发,具有满意的近远期疗效。

参考文献

[1]何芳,黄培容,王志花.四逆散加减治疗肝胃不和型消化性溃疡 40 例临床观察[J].四川中医,2010,28(4):75-76
[2]中华中医药学会脾胃病分会.消化性溃疡中医诊疗共识意见[J].中医杂志,2010,51(10):941
[3]肖礼军,郭琳.中西医结合治疗肝胃不和型消化性溃疡疗效观察[J].湖北中医杂志,2012,34(4):50
[4]刘斌,傅滢茹,周翼,等.小三汤对肝胃不和证胃溃疡患者血清胃泌素的影响[J].中国医药指南,2011,9(33):31-32
[5]魏晏,魏明.胃炎 I 号颗粒治疗肝胃不和型消化性溃疡临床研究[J].中医学报,2014,29(5):735-736
[6]李宝玉.中医辨证分型治疗消化性溃疡 60 例[J].中国中西医结合消化杂志,2012,20(6):273-274

(收稿日期:2014-11-10)

复方天麻蜜环糖肽片联合西比灵治疗原发性血管性头痛 70 例临床观察

王宾

(贵州省铜仁市中医医院 铜仁 554300)

摘要:目的:观察复方天麻蜜环糖肽片联合西比灵治疗原发性血管性头痛的临床疗效,优化本病临床治疗方案。方法:140 例纳入观察的原发性血管性头痛患者随机分为观察组和对照组各 70 例,对照组口服西比灵,观察组加服复方天麻蜜环糖肽片,4 周后对比疗效。结果:观察组总有效率达 98.6%,高于对照组的 91.4%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者止痛时间明显短于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组复发率为 10.8%,明显低于对照组的 25.9%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:复方天麻蜜环糖肽片联合西比灵治疗原发性血管性头痛明显提高了临床疗效,缩短了止痛时间,降低了头痛复发率,值得临床推广应用。

关键词:原发性血管性头痛;偏头痛;西比灵;复方天麻蜜环糖肽片

中图分类号:R747.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.011

原发性血管性头痛又称偏头痛,是门诊头痛病人中最多见的一种类型,多因头部血管舒缩功能障碍所引起。临床主要表现为反复性、慢性的脑部疼痛,女性多于男性,近年来随着生活节奏的加快,发病率呈上升趋势^[1]。为优化本病的临床治疗方案,笔

者开展了相关研究。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月~2013 年 12 月于我院门诊或住院部确诊并接受治疗的原发性血管性头痛患者 140 例,均符合中华医学会疼痛学分会

头面痛学组 2011 年制定的《中国偏头痛诊断治疗指南》^[2] 中相关诊断标准, 年龄>20 周岁, 且头痛时间>1 周, 同时排除合并有严重肝肾功能障碍、高血压、心脏病、脑血管病及精神疾病患者, 另外有明确的脑血管疾病所致的继发性头痛患者亦排除在外。

1.2 分组 根据患者进入观察的顺序, 采用随机数字表将患者随机分为观察组和对照组各 70 例。观察组中男 28 例, 女 42 例; 年龄 20~57 岁, 平均 (34.2±12.5) 岁; 病程 1 个月~18 年, 平均 (59.2±27.9) 个月。对照组中男 29 例, 女 41 例; 年龄 20~59 岁, 平均 (35.1±13.2) 岁; 病程 1 个月~20 年, 平均 (62.1±29.8) 个月。经统计, 两组患者年龄、性别及病程比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.3 治疗方法 两组治疗期间均嘱患者保持心情舒畅, 避免情绪激动, 饮食以清淡、易消化食物为主, 多放松身心。两组均每晚口服西比灵 (国药准字 H10930003) 10 mg, 1 次/d; 观察组加服复方天麻蜜环糖肽片 (国药准字 H14022944) 0.5 g, 3 次/d。两组患者均连续治疗 4 周为 1 个疗程。

1.4 观察指标 观察两组患者治疗前后的头痛程度和发作次数的变化、患者治疗后的止痛时间, 同时对两组患者随访半年观察头痛复发率。

1.5 疗效评价 根据观察指标自拟疗效标准: 治愈: 头痛症状完全消失; 有效: 头痛程度明显减轻, 发作次数明显减少; 无效: 头痛程度及发作次数无变化甚至加重。

1.6 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件对两组数据进行处理, 计量资料采用配对 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 两组疗效等级资料比较采用秩和检验, 检验标准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效对比 两组患者均接受完 4 周的治疗, 无中途退出病例。观察组总有效率达 98.6%, 高于对照组的 91.4%, 经秩和检验, 观察组整体疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($Z=-2.585$, $P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比

组别	n	治愈(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	70	47	22	1	98.6
对照组	70	33	31	6	91.4

2.2 两组止痛时间和复发率对比 观察组患者止痛时间明显短于对照组, 差异具有统计学意义

($t=4.251$, $P<0.05$)。对两组治疗有效的 133 例患者进行半年随访, 观察组和对照组分别有 4 例和 6 例患者因更换手机号码或搬迁等因素无法联系, 对两组剩余的 65 例和 58 例患者进行复发率统计, 观察组复发率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2=4.357$, $P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者止痛时间和复发率对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	止痛时间(d)	复发率[% (例/例)]
观察组	11.7±6.3	10.8 (7/65)
对照组	15.8±7.9	25.9 (15/58)

3 讨论

原发性血管性头痛的病因尚不明了, 一般认为可能与调节血管运动有关的中枢神经部分功能失调有关。相关实验研究表明, 在多种不良内外刺激作用下, 脑干神经元产生兴奋, 5-HT、去甲肾上腺素等递质释放增加, 导致颅脑血管出现收缩反应, 脑血管出现收缩, 脑血流量下降, 而出现头痛症状^[3]。西比灵 (盐酸氟桂利嗪) 是选择性钙拮抗剂, 可阻滞过量的钙离子跨膜进入细胞内, 防止细胞内钙负荷过量。由于本药是钙通道阻滞剂中唯一能透过血脑屏障的药物, 所以也可防止缺血缺氧时大量钙进入神经元, 改善脑微循环及神经元代谢, 抑制脑血管痉挛、血小板凝聚及血液黏滞度增高等, 从而阻断发作初期颅内血管的收缩, 抑制 5-HT 释放, 达到预防偏头痛发作的效果^[4]。

中医学认为本病可归属“头痛、偏头风”的范畴, 由于外感风、寒、湿、热邪或精神紧张、情志抑郁, 日久化热伤阴, 阴虚阳亢, 气血逆乱而致清窍不利, 治疗当息风止痉、平肝潜阳、活血通络。然而在临床中部分患者对中药煎剂依从性较差, 因此笔者选用了成药制剂。复方天麻蜜环糖肽片主要为天麻蜜环菌提取物和黄芪当归提取物, 具有天麻相同的功效, 能息风止痉、平肝潜阳, 同时有镇静催眠和抗惊厥及保护脑缺血的作用, 能增加脑血流量, 降低血压和外周血管阻力。黄芪擅于补气生血, 改善微循环; 当归擅于活血通络止痛, 有止眩晕、补气血、通血脉、舒筋活血等作用。现代药理研究表明, 复方天麻蜜环糖肽片可降低血小板聚集及血液黏度, 降低脑血管阻力, 增加血流量, 提高神经系统耐缺氧能力, 对缺血脑组织有保护作用^[5]。笔者研究结果显示, 采用西比灵治疗的对照组疗效一般, 而结合复方天麻蜜环糖肽片的观察组疗效明显提高, 且缩短了止痛时间, 降低了半年内的头痛复发率, 这可能与两药联合起到了较好的协同作用有关, 其协同作用机制值得下一步深入研究。(下转第 64 页)

在我院接受治疗的尿结石男性患者 100 例作为研究对象,年龄 23~75 岁,平均年龄(54.7± 4.3)岁;行尿常规检验与 B 超等检查,均确诊为尿结石,46 例为上尿路结石,54 例为下尿路结石。

1.2 检测方法 通过尿道拭子或取前列腺液的方法获得了 100 例患者的标本,均为无菌操作。使用无菌尿道拭子伸入尿道约 3 cm,捻转后将尿道分泌物取出,要控制好力度,不要过重,以免造成损伤。然后进行支原体培养计数药敏试验,将拭子放入 0.5 ml 支原体液体培养基中,混匀后将其分别接种于法国梅里埃公司及珠海迪尔生物工程有限公司的支原体分离培养药敏试剂盒培养板中,注入到相应的微量反应孔中,迪尔样量为 100 μl,梅里埃样量为 55 μl,检测板与液体培养基放置在 37 ℃ 环境下,孵育约 48 h,分离鉴定孔与培养液可出现橙黄色 - 红色的变化,变红色为阳性,不变色为阴性。

1.3 随访 将 20 例阳性患者随机分为两组,每组 10 例,观察组接受 UU 规范治疗,对照组未接受 UU 规范治疗,2 年后随访,观察复发率。

1.4 统计学处理 数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 上下尿路阳性率比较 上尿路结石患者 46 例,UU 阳性患者 4 例,阳性率为 8.7%;下尿路结石患者 54 例,UU 阳性患者 16 例,阳性率为 29.6%:两组比较, $\chi^2=4.275,P<0.05$ 。

2.2 复发率比较 接受 UU 治疗的复发率为 10.0%,未接受 UU 治疗的复发率为 60.0%,两组比较, $\chi^2=6.341,P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组复发率比较

组别	n	复发例数(例)	复发率(%)
观察组	10	1	10.0
对照组	10	6	60.0

3 讨论

支原体多于泌尿生殖道黏膜寄居,其中 UU、Mh 穿通支原体、梨形支原体、生殖支原体以及发酵支原体等可通过性行为传播^[1],且可共生于其他菌

群,若患者免疫力下降或者黏膜损伤,则会快速繁殖,进而诱发疾病。临床经调查后发现形成感染性结石支原体为重要因素,其会诱发慢性尿路感染,由于临床症状不典型且体征不明显,甚至表现为携带状态,故而极易容易被忽视。当前临床多检测 Mh 与 UU,而一般尿道分泌物中主要以 UU 感染为主,Mh 较为少见^[2]。石核 UU 阳性多发于男性,为男性泌尿生殖道解剖特点所致。

本研究采用法国梅里埃及珠海迪尔两种支原体分离培养药敏试剂盒检测,从而提升检测阳性率^[3]。本研究结果显示,上尿路结石 UU 阳性率为 8.7%,下尿路结石 UU 阳性率 29.6%,对比差异有统计学意义, $P<0.05$ 。由此可知,尿结石形成早期其 UU 感染主要表现为下尿路感染。UU 在生长时会形成尿素酶,进而对尿液中尿素予以分解,生成氨与二氧化碳,形成碳酸钙结晶;氮碱化尿液后可在尿液中形成磷酸钙盐与磷酸镁盐,继而形成尿路结石^[4-5]。这也提示复发性尿结石患者在复发早期存在尿路 UU 感染。而随访 2 年后发现接受 UU 治疗的复发率为 10.0%,未接受 UU 治疗的复发率为 60.0%,对比差异有统计学意义, $P<0.05$ 。这说明对 UU 感染予以控制可极大程度上降低尿结石复发率,由此也可以证明 UU 感染是尿结石复发的主要因素。与帅丽华等研究结果基本一致^[6]。

综上所述,要避免尿结石复发需对支原体感染予以有效控制,同时还需结合患者实际情况采取对应治疗,例如调整饮食与生活习惯以及解除尿路梗阻等。

参考文献

[1]张建平,邵茹彬,朱爱萍,等.男性不育患者尿道分泌物及精液解脲支原体的阳性率比较[J].临床误诊误治,2011,24(8):94
[2]黄锡谊.112 例男性患者淋球菌、沙眼衣原体及解脲支原体荧光定量支原体分离培养药敏检测分析[J].检验医学与临床,2010,7(14):1462-1463
[3]帅丽华,冷耀明,周会祥,等.复发性尿结石患者支原体检测和尿石成分分析的临床价值探讨[J].现代检验医学杂志,2010,25(1):64-66
[4]Shelbourne KD,Brueckmann RR.Rush-pin fixation of supracondylar and intercondylar fractures of the femur [J].J Bone Joint Surg Am, 1982,64(2):161-169
[5]Stammberger HR,Kenney DW,Anatomic Terminology Group. Paranasal sinuses: anatomic terminology and nomenclature [J].Ann Oto Rhinol Laryngol,1995,167:7-16

(收稿日期:2014-10-24)

(上接第 22 页)

参考文献

[1]台立稳,李伟,刘晓鹏,等.复方天麻蜜环糖肽片治疗偏头痛 100 例临床观察[J].现代中西医结合杂志,2009,18(30):3693-3694
[2]中华医学会疼痛学分会头痛学组.中国偏头痛诊断治疗指南[J].中国疼痛医学杂志,2011,17(2):65-86

[3]刘海云,陈希源.清肝活血止痛汤联合氟桂利嗪片治疗偏头痛 120 例[J].陕西中医,2014,35(2):164-165
[4]杨宇腾.川芎茶调片联合西比灵治疗偏头痛[J].长春中医药大学学报,2013,29(6):1056-1057
[5]赵金芬.复方天麻蜜环糖肽片治疗心脑血管疾病的药理与临床应用进展[J].临床和实验医学杂志,2009,8(8):146-147

(收稿日期:2014-10-08)