

良反应;B 组有 2 例患者出现胸闷、憋喘,但尚可耐受雾化,未中断治疗;C 组有 3 例患者出现胸闷、呼吸困难,亦未中断雾化治疗,1 例患者出现面色潮红及局部红色皮疹,停药后症状消失,未做特殊处理。

3 讨论

近年来,慢性阻塞性肺疾病(COPD)的病死率逐年升高,给患者家庭和社会带来了沉重的经济负担。COPD 好发于老年人群,临床主要以呼吸困难、咳嗽、憋喘、发热、咳痰等为主要表现,危重患者可并发心力衰竭等多脏器功能损害,严重威胁患者生命。因此,在治疗 COPD 的过程中,如何快速改善患者的临床症状,有效恢复肺功能,防止呼吸衰竭和窒息具有十分重要临床意义^[1]。COPD 属中医学的“肺胀”、“痰饮”等范畴。急性发作期多以化痰止咳,清肺祛痰为治则。细辛脑注射液具有良好的祛痰和清肺作用^[2-3],通过雾化吸入,药物直接进入病变气管,药物浓度高,药效强,起效快,可有效清除呼吸道分泌物,快速排出痰液,解除支气管痉挛。本研究运用中药细辛脑注射液雾化吸入治疗 1 周后,结果显示,B 组临床总有效率高于 C 组, $P<0.05$;B 组患者咳嗽、喘息、喘鸣音及湿罗音消失时间显著快于 C 组, $P<0.05$;且未见严重不良反应发生,说明中药细辛脑注射液雾化吸入治疗 COPD 临床安全可靠,不良反应小,临床疗效优于常规西药。

由于 COPD 多为老年人,呼吸道应激能力较差,部分患者采用常规雾化模式往往无法耐受,可能与常规雾化一开始就使大量冷雾气迅速进入气道,导致支气管痉挛,从而使胸闷、憋气、呼吸困难等状况加重有关。本研究采用渐进式雾化吸入细辛脑注射液治疗 COPD 患者,结果显示,A 组的临床总有效率显著高于 B 组和 C 组, $P<0.05$;A 组患者咳嗽、喘息、喘鸣音及湿罗音消失时间显著快于常规雾化组, $P<0.05$;且未见明显不良反应发生。这可能与渐进式雾化开始吸入时从小雾量、低湿度开始,待逐渐适应后,缓慢逐步的增加雾化量,使气道对冷雾化液有个逐渐适应的过程有关。综上所述,采用细辛脑注射液两种雾化方法治疗 COPD 均可使患者临床症状得到改善,但老年患者更适宜用渐进式雾化吸入方法,可显著减少雾化过程中对气道的刺激,具有很好的临床应用前景。

参考文献

[1]张丽,甘秀妮.主动呼吸循环技术对急性加重期 COPD 患者能量消耗和排痰效果的干预研究 [J]. 护士进修杂志,2014,29(17): 1560-1563
[2]曾国洪.细辛脑联合头孢呋辛钠治疗 COPD 急性加重期的效果观察[J].右江民族医学院学报,2012,34(3):291-292
[3]叶青,邝军,朱建勇.细辛脑注射液对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者血清降钙素原、C-反应蛋白及血气的影响[J].中华肺部疾病杂志(电子版),2015,8(2):64-66

(收稿日期: 2015-09-05)

火凤痛泻方治疗腹泻型肠易激综合征的临床观察

谭耀根¹ 漆娜² 梁文坚^{2#}

(1 广东省龙门县中医医院 龙门 516800;2 广州中医药大学 广东广州 510095)

摘要:目的:观察火凤痛泻方治疗腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚型)的临床疗效。方法:将 70 例腹泻型肠易激综合征患者按照随机数字表法分为治疗组和对照组各 35 例。治疗组给予火凤痛泻方治疗,对照组给予马来酸曲美布汀分散片治疗,治疗 4 周后,比较两组临床疗效。统计两组患者治疗前后症状积分及不良反应。结果:治疗组总有效率 97.14%,明显高于对照组 91.43%,两组比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。治疗组症状改善优于对照组,两组均未发生不良反应。结论:火凤痛泻方治疗腹泻型肠易激综合征临床疗效满意,无明显不良反应。

关键词: 肠易激综合征;肝郁脾虚型;火凤痛泻方;临床疗效

中图分类号:R256.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.022

肠易激综合征(Irritable Bowel Syndrome, IBS)是一种常见的功能性肠病,以腹痛或腹部不适为主要症状,排便后可改善,常伴有排便习惯改变、缺乏可解释症状的形态学和生物化学异常等^[1]。IBS 虽然无明显气质功能方面的异常,但其发病率较高,全球为 5%~25%^[2],占用了大量的医疗资源,增加了患者的经济负担,严重影响现代人的生活质量。西医对 IBS 尚无确切有效的药物及治疗方案。本研究中,我

院采用火凤痛泻方对 35 例腹泻型肠易激综合征患者治疗,取得了较好的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 6 月~2015 年 2 月我院门诊收治的 70 例腹泻型肠易激综合征患者作为研究对象,采用随机数字法分为治疗组和对照组各 35 例。所有患者均符合腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚型)的诊断标准,无严重合并症和并发症,年龄

通讯作者:梁文坚, E-mail: mankingliang@qq.com

18~75 岁。参照 2005 年《肠易激综合征中西医结合诊疗方案（草案）》中以腹泻为主型的诊断标准和 2002 年《中药新药治疗泄泻的临床研究指导原则》中症候的诊断标准。两组患者的性别、年龄、病程及中医症候总积分相比较，差异无统计学意义， $P>0.05$ ，具有可比性。见表 1。

表 1 两组治疗前一般资料比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	n	男(例)	女(例)	年龄(岁)	病程(年)	中医证候总积分(分)
治疗组	35	21	14	41.77±2.46	2.14±1.31	19.09±4.31
对照组	35	18	17	38.43±2.60	2.37±1.21	18.06±3.24

1.2 治疗方法 治疗组：给予火凤痛泻方：白术 15 g、白芍 15 g、陈皮 10 g、防风 10 g、枳壳 10 g、延胡索 10 g、火炭母 10 g、凤尾草 10 g、甘草 5 g 作为基本方，随证加减：脾虚舌淡者，加茯苓 15 g；腹胀者，加大腹皮 15 g；体倦者，加薏苡仁 30 g，同时加大火炭母及凤尾草剂量；舌下脉络迂曲者，加丹参 10 g、三七 5 g；加水 1 000 ml 煎煮 30 min，煎至 400 ml，1 剂/d，分 2 次口服。对照组：口服马来酸曲美布汀分散片（国药准字 H20040882），2 片/次，3 次/d。两组均连续服药 4 周，每周随诊，记录症状改善情况及不良反应。治疗期间停用其它与腹泻型肠易激综合征有关的药物及治疗方法。

1.3 疗效判定标准 参照 2002 年《中药新药治疗泄泻的临床研究指导原则》规定的泄泻、症候疗效判定标准。

1.4 统计方法 采用 Stata11.0 统计软件进行分析，计量资料运用($\bar{x} \pm s$)表示，组内自身前后比较采用配对资料 t 检验，组间比较采用两独立样本 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异显著，有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗后两组疗效指标分析

2.1.1 两组治疗后临床疗效比较 治疗组总有效率为 97.14%，对照组总有效率为 91.43%，经 χ^2 检验， χ^2 值为 13.51， $P<0.05$ ，差异有统计学意义，说明火凤痛泻方治疗腹泻型肠易激综合征优于马来酸曲美布汀分散片。见表 2。

表 2 两组治疗后临床疗效比较						
组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	35	16	12	6	1	97.14*
对照组	35	4	11	17	3	91.43

注：* $P<0.05$ ，两组临床疗效比较有统计学意义。

2.1.2 症状总积分比较 两组组内治疗前后中医症状总积分比较，经 t 检验， $P<0.01$ ，差异有统计学意义；治疗后两组间中医症状总积分比较，经 t 检

验， $P<0.01$ ，差异有统计学意义；说明两组临床症状经治疗后均较治疗前有改善，且治疗组改善优于对照组。见表 3。

表 3 两组治疗前后症状总积分比较(分， $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	治疗前	治疗后	t^*	t^{Δ}
治疗组	35	19.09±4.31	3.34±4.36	21.74	-3.74
对照组	35	18.06±3.24	7.46±5.43	13.50	

注：* t 为两组治疗前后中医症状总积分比较， $^{\Delta}t$ 为组间治疗后中医症状总积分比较。

2.1.3 两组治疗前后各症状积分比较 治疗组治疗后与治疗前各症状积分比较，差异均有统计学意义， $P<0.01$ ；对照组腹痛、腹泻、腹胀、大便性状等症状，治疗后与治疗前积分比较，差异均有统计学意义， $P<0.01$ ；对照组里急后重感、胸闷、纳呆等症状，治疗后与治疗前积分比较，差异无统计学意义， $P>0.05$ ；两组间治疗后腹胀、大便性状、里急后重、胸闷、纳呆等积分比较，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；两组间治疗后腹痛、腹泻积分比较，差异无统计学意义， $P>0.05$ ，说明两组在改善腹痛、腹泻症状方面疗效相当，但治疗组在改善腹胀、大便性状、里急后重、胸闷、纳呆等临床症状方面优于对照组。见表 4。

表 4 两组治疗前后各症状积分比较(分， $\bar{x} \pm s$)				
症状	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
腹痛	3.31±1.81	0.57±1.33*	3.89±1.75	1.20±1.39*
腹泻	4.28±1.62	0.97±1.40*	4.29±1.39	1.54±1.38*
腹胀	3.94±1.57	0.66±1.65*	4.06±1.85	1.77±1.52 [△]
大便性状	3.77±1.51	0.74±0.98*	3.71±1.62	1.43±1.33 [△]
里急后重	1.23±0.65	0.14±0.36*	1.31±0.68	0.43±0.70 [△]
胸闷	0.83±0.82	0.23±0.49*	0.86±0.88	0.57±0.78 [△]
纳呆	0.80±0.68	0.14±0.35*	0.94±0.76	0.60±0.70 [△]

注：两组组内治疗前后比较，* $P<0.05$ ；两组治疗后组间比较，[△] $P<0.05$ 。

2.2 安全性分析 在治疗期间，两组均未发生不良反应，治疗后复查血、尿、粪便常规，肝肾功能，心电图等均未出现异常改变，提示两组药物的安全性均良好。

3 讨论

中医学无腹泻型肠易激综合征病名，根据其临床表现，可归属于“泄泻、腹痛”等疾病范畴。《内经》对泄泻的病因病机进行了较全面的论述，认为外邪侵袭，情志失调，饮食所伤，病后体虚及禀赋不足均可致泻。其病位在肠，脾失健运是关键，但与肝密切相关。肝主疏泄，脾主运化，肝脾两脏在疏泄与运化上相互为用，相互协调。若情志失常，精神紧张，忧思郁怒过度，致肝气郁结，木郁不达，横逆乘脾而致脾失健运，肝脾不调引起气机升降失常，肠道传导失司而致泄泻、腹痛等症状。《医方考》记载：“泻责之脾，痛责之肝，肝责之实，脾责之虚。脾虚肝实，故令痛泻。”由此可知，肝郁脾虚是腹泻型肠易激综合征的

重要病机之一。

《杂病源流犀烛·泄泻源流》曰：“湿盛的殄泄，乃独由于湿耳。不知风寒热虚，虽皆能为病，苟脾强无湿，四者均不得而干之，何自成泄？是泄虽有风寒热虚之不同，要末有不源于湿也”。“湿”是泄泻的主要病理因素。广东地区地处岭南，属于亚热带季风气候区，常年气候较炎热，雨湿较重。此外，岭南地区居民喜甜食、糯米、海鲜、煎炸之品，这些地理气候特点及饮食习惯，使得该地区居民易形成脾虚湿热体质。经我们多年临床观察，腹泻型肠易激综合征患者多有湿邪内阻，病程易反复发作，缠绵难愈。

腹泻型肠易激综合征的病机主要为肝郁、脾虚、湿盛，治疗当以抑肝扶脾、运脾化湿为法。火凤痛泻方由白术、白芍、陈皮、防风、枳壳、延胡索、火炭母、凤尾草、甘草组成。方中白术甘苦而温，健脾除湿，恢复脾运，白芍柔肝缓急止痛，二药调和肝脾，是抑木培土，止泻止痛主药；陈皮苦辛温，能舒畅气机，擅燥湿醒脾，协白术恢复脾运；防风擅“搜肝风”祛风邪，协白芍调理肝之疏泄，恢复肝的功能，所谓“土中

泻木”之意，其气升散，用于此尚有升阳举陷之义；枳壳辛温，宽中除胀，行气开胸；延胡索苦辛温，行气止痛，其能“专治一身上下诸痛”；火炭母、凤尾草为岭南地方药材，均善清热除湿止泻。现代药理研究显示：痛泻要方具有抗炎作用^[1]，其作用机制包括降低炎症渗出液中 IL-6、NO 水平，抑制 PMN 活性，促进肠道 IELs 的增殖。李佃贵等^[4]研究表明痛泻药方能降低内脏高敏感性 IBS 模型大鼠血清 5-HT、血浆 SP 水平，增加 CGRP 水平，大剂量痛泻药方疗效优于得舒特。综上所述，火凤痛泻方治疗腹泻型肠易激综合征，能有效缓解临床症状，无明显不良反应，值得临床推广。其作用机制，有待进一步研究。

参考文献

[1]中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.肠易激综合征诊断和治疗
的共识意见(2007,长沙)[J].中华消化杂志,2008,28(1):38-40
[2]何宛蓉,张法灿,梁列新.肠易激综合征流行病学研究现状与进展
[J].胃肠病学和肝病学杂志,2012,21(1):83-88
[3]张竹,方步武,朱爱江,等.痛泻要方的抗炎作用研究[J].中药药理与
临床,2009,25(4):1-3
[4]李佃贵,赵玉斌.痛泻要方对肠易激综合征作用机制的实验研究[J].
中草药,2006,37(11):1681-1685

(收稿日期: 2015-09-04)

扶阳灸火配合足疗治疗肾阳虚失眠疗效观察

范晓玲 谭春娣 陈玉杰
(广东省乐昌市中医院 乐昌 512200)

摘要:目的:探讨扶阳灸火配合足疗治疗肾阳虚失眠病人的疗效。方法:选择 2014 年 2 月~2015 年 9 月我院收治的 90 例肾
阳虚失眠患者作为研究对象,将其平均分为研究组与对照组,每组 45 例。对照组单纯采用足疗治疗,研究组在此基础上应用扶阳
灸火治疗。结果:治疗后,研究组 PSQI 指数显著低于对照组($P<0.05$)。结论:扶阳灸火配合足疗治疗可以有效改善肾阳虚失眠患
者的睡眠质量,绿色、安全,适于临床应用。

关键词:失眠;肾阳虚;扶阳灸火;足疗

中图分类号:R256.23

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.023

失眠是指患者的睡眠质量和(或)时间不满足并影响日常生活与社会功能的一种主观体验。目前,催眠镇静类药物是治疗失眠的主要方法,然而,长期大量服用助眠药物可导致记忆力减退、头晕等症状,且药物依赖性较强,易产生戒断症状,甚至大量服用后可出现呼吸抑制或昏迷等不良后果。因此,探寻一种安全有效的方法治疗失眠,避免药物所致的毒副作用十分必要。我院对 45 例肾阳虚失眠病人应用了扶阳灸火配合足疗治疗,收效确切。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2014 年 2 月~2015 年 9 月我

院收治的 90 例肾阳虚失眠患者作为研究对象。入组标准:符合《中医病证诊断疗效标准》,且辨证为肾阳虚体质,以小便清长、手足不温、畏寒怕冷等虚寒阳气不足为主要表现;2 周内未采用安定类药物治疗;3 个月内未采用过任何药物治疗;患者对本次研究内容知情,已签署同意书。排除标准:外界环境干扰或其他因素引起的失眠;合并严重脏器疾病;哺乳期或妊娠期女性。按照随机数字表(乱数表)将 90 例病例平均分为研究组(45 例)与对照组(45 例)。研究组:男 20 例,女 25 例;年龄 50~75 岁,平均年龄(63.5 ± 5.3)岁;病程:3 个月~18 个月,平均病程(10.5 ± 5.3)个月。对照组:男 20 例,女 25 例;年龄