

HbA1c 下降与治疗前相比 >10%，但未达到 6.2%；无效：治疗后症状及体征均无改善，甚至恶化，中医证候积分减少 <30%，血糖及 HbA1c 下降未到达有效标准或恶化。

2.3 治疗结果 见表 1。

表 1 两组治疗结果及疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	35	14	19	2	94.3*
对照组	35	10	16	9	74.3

注：与对照组比较，*P<0.05。

于预混胰岛素控制不佳的老年 2 型糖尿病患者的血糖波动会更明显。因此，如何安全的调控这类患者的血糖并使其安全达标具有重要临床意义。

糖尿病属传统中医学“消渴”范畴，分为上、中、下三消，分别以肺燥、胃热、肾虚为主要病机^[3-4]，但若发病日久，阴津亏损，多以气阴不足，虚热内扰为主，病变部位多在肺、胃、肾，尤以肾为关键。治当以益气养阴，清热生津为主要治则。本研究自拟益阴消渴汤方，方中采用黄芪补中益气；沙参、麦冬、玄参、生地滋阴生津清虚热；丹参、川芎活血化瘀通络；地骨皮、天花粉滋阴清热；山药补肾益阴消渴；石菖蒲安神定志；甘草调和诸药，诸药合用，共奏益气养阴，清热生津，通络化瘀之功。同时，现代药理研究显示，方中诸药具有良好的调节血糖、降血脂、扩张外周血管、脑血管、冠状血管和改善微循环的作用。

本研究结果显示，治疗组的临床总有效率 94.3%，显著高于对照组的 74.3% (P<0.05)。经治疗后，治疗组的 FBG、2 hPG 及 HbA1c 控制程度好于均对照组 (P<0.05)，且血糖达标时间短于对照组 (P<0.05)，低血糖发生例数少于对照组 (P<0.05)。说明本方配合强化胰岛素治疗预混胰岛素控制不佳的 2 型糖尿病患者可在短时间内有效控制血糖，且显著减少了血糖波动及低血糖反应的发生，提高了患者治疗的依从性，值得在临床推广应用。

参考文献

[1]李爱珍.动态血糖监测系统在监测老年 2 型糖尿病患者血糖波动中的临床价值[J].中国老年学杂志,2013,33(14):3496-3497
 [2]田列,石岩.《四圣心源》论治消渴[J].吉林中医药,2016,36(1):94-97
 [3]吴喜喜,柴可夫.从六郁论治消渴浅析[J].云南中医学院学报,2014,37(2):31-33
 [4]张名扬,吕肖锋,张微微,等.2 型糖尿病合并急性脑梗死患者血糖波动对体内氧化应激水平的影响及意义[J].中国全科医学,2014,17(7):784-787

(收稿日期：2016-06-30)

2.4 两组治疗前后血糖及体重指数变化 见表 2。

表 2 两组血糖水平和 BMI 变化比较 (x ± s)

组别	n	FPG (mmol/L)	2 hPG (mmol/L)	HbA1c (mmol/mol)	BMI (kg/m ²)
治疗组	治疗前	9.78± 1.34	15.14± 1.53	8.99± 0.79	25.33± 1.46
	治疗后	6.39± 1.22*	8.26± 1.47*	4.36± 0.42*	23.52± 1.26*
对照组	治疗前	9.92± 1.26	15.32± 1.48	8.76± 0.55	25.47± 1.48
	治疗后	7.13± 1.45*	9.76± 1.25*	6.24± 0.36*	24.26± 1.28*

注：与治疗前比较，*P<0.05；与对照组治疗后比较，*P<0.05。

2.5 两组治疗后血糖达标时间及低血糖发生情况比较 见表 3。

表 3 两组血糖水平和 BMI 变化比较 (x ± s)

组别	n	血糖达标时间(d)	低血糖发生[例(%)]
治疗组	35	12.22± 2.46*	2(5.71)*
对照组	35	20.46± 2.35	10(28.57)

注：与对照组比较，*P<0.05。

3 讨论

有研究表明，血糖的大幅度波动对内皮功能的损害可能大于慢性持续高血糖状态，大幅度的血糖波动可能更易触发氧化应激反应，使 C 反应蛋白水平迅速增高，从而激活补体促进黏附因子的释放，使动脉粥样硬化进程加速并促进血栓的形成，最终使冠心病、脑梗死等并发症的风险大幅度增加^[1-2]。对

柴胡疏肝散加减联合穴位贴敷治疗功能性消化不良疗效观察

王小辉¹ 黄慧芝¹ 葛来安^{2#}

(1 江西中医药大学 2014 级硕士研究生 南昌 330004; 2 江西省中医院 南昌 330006)

摘要：目的：观察柴胡疏肝散加减联合穴位贴敷治疗肝胃不和型功能性消化不良(FD)的临床疗效。方法：将符合研究纳入标准的 76 例肝胃不和型 FD 患者随机分组，分为观察组及对照组各 38 例，观察组予内服柴胡疏肝散加减联合外用穴位贴敷治疗，对照组口服多潘立酮治疗，均治疗 4 周。记录两组患者治疗前后临床症状积分变化，比较临床疗效。结果：治疗后观察组总有效率为 94.74%，显著高于对照组的 71.05% (P<0.05)；两组症状积分均较治疗前明显降低，观察组症状改善较对照组更显著 (P<0.05)。结论：柴胡疏肝散加减联合穴位贴敷治疗 FD 疗效显著，能有效改善临床症状，安全性好，值得推广。

关键词：功能性消化不良；柴胡疏肝散；穴位贴敷

中图分类号：R574.4

文献标识码：B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.07.011

功能性消化不良(FD)是以上腹部胀痛、嗝气、食欲不振、早饱等为主要表现，经检查可排除器质性

病变的一种临床常见的胃肠功能性疾病，其发病与胃肠动力障碍、精神和社会因素等相关^[1]。西医主要

通讯作者：葛来安，E-mail: 13970998757@163.com

以对症治疗为主,尚无满意疗效,且长期使用不良反应多。笔者在临床上用柴胡疏肝散加减联合穴位贴敷疗法治疗 FD,疗效显著,无明显不良反应。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 研究病例为江西省中医院脾胃肝胆科门诊和住院部 2015 年 3 月~2016 年 3 月就诊并确诊为肝胃不和型 FD 患者 76 例,其中男 35 例,女 41 例,采用随机数据表法随机分观察组和对照组,每组各 38 例。观察组男 18 例,女 20 例,平均年龄(38.53±11.74)岁,平均病程(8.26±6.14)年;对照组男 17 例,女 21 例,平均年龄(37.46±10.47)岁,平均病程(7.84±5.37)年。两组患者性别、年龄、病程等资料经比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:参照罗马 III 有关 FD 的诊断标准^[2]。中医证候诊断标准:参照《消化不良中医诊疗共识意见》^[1]及《中药新药临床研究指导原则》^[3]。

1.3 纳入标准 (1)符合肝胃不和证型 FD 诊断标准;(2)年龄 18~65 岁者;(3)知情同意并签署同意书者;(4)无其他心脑血管、肝肾等严重疾病者;(5)未进行其他临床研究,未服用其他消化疾病相关药物者。

1.4 排除标准 (1)近期服用治疗胃肠病相关药物者;(2)患有其他严重心脑血管等疾病者;(3)合并有消化道出血,胃食管反流病,胃、十二指肠溃疡,肠易激综合征等疾病者;(4)妊娠或哺乳期妇女;(5)精神障碍而不能配合者;(6)对研究所用药物过敏者。

1.5 治疗方法

1.5.1 观察组 予中药柴胡疏肝散加减内服治疗,组成:柴胡 10 g、川芎 10 g、法半夏 10 g、白术 12 g、香附 10 g、陈皮 10 g、枳壳 10 g、芍药 10 g、甘草 6 g。腹胀甚者加厚朴 12 g、青皮 12 g;腹痛甚者加延胡索 12 g、木香 12 g。水煎服,2 次/d,4 周为 1 个疗程。联合使用穴位贴敷法治疗,敷贴由我院脾胃肝胆科自制,组成:炒白芥子、延胡索、肉桂、木香、青皮、细辛等,选穴:双侧肝俞、足三里、天枢、脾俞及中脘、关元。每次贴 8 h,隔日 1 次,4 周为 1 个疗程。

1.5.2 对照组 口服多潘立酮片(国药准字 H10910003)10 mg,3 次/d,餐前 15~30 min 服用,4 周为 1 个疗程。

1.6 观察指标 采用症状积分法观察记录症状变化情况,依据痞满证症状分级量表^[4],将临床症状按无、轻、中、重度分级,分别以 0、1、2、3 分记录,记

录治疗前后的症状积分变化,对症状体征进行量化评估,观察不良反应情况。

1.7 疗效标准 痊愈:症状、体征基本消失,症状积分下降 $\geq 95\%$;显效:症状、体征显著改善,70% \leq 症状积分下降 $< 95\%$;有效:症状、体征好转,30% \leq 症状积分下降 $< 70\%$;无效:症状、体征无改善或加重,症状积分下降 $< 30\%$ ^[1-3]。

1.8 统计学方法 应用 SPSS19.0 统计软件分析研究数据,计量资料采用 t 检验,数值以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料应用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗 4 周后,两组均未发生明显不良反应。观察组总有效率为 94.74%,对照组为 71.05%,两组疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。提示:柴胡疏肝散加减联合穴位贴敷治疗 FD 临床疗效显著,优于口服西药多潘立酮治疗。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	38	6(15.79)	14(36.84)	16(42.11)	2(5.26)	36(94.74) [▲]
对照组	38	2(5.26)	12(31.58)	13(34.21)	11(28.95)	27(71.05)

注:与对照组比较,▲ $P<0.05$ 。

2.2 两组症状疗效比较 经治疗后两组患者症状积分均较治疗前明显降低,差异显著,且观察组优于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	38	12.55±1.33	2.17±0.75 ^{°*}
对照组	38	12.61±1.25	6.88±0.69 [°]

注:与治疗前比较,° $P<0.05$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

根据 FD 临床表现、病因病机等特性,可将其纳入为中医学中的“痞满、胃脘痛”等病证范畴。本病位在胃,和肝、脾等脏腑密切相关,病因与饮食、情致、虚劳等因素有关,其基本治则为疏肝健脾、理气和胃。随着社会发展,人们生活压力加大,情致失调致病极为普遍,其中肝胃不和型功能性消化不良极为常见。柴胡疏肝散出自于明代张景岳所著的《景岳全书》,是临床中疏肝解郁的经典代表方剂。故本研究选用柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型 FD,方中柴胡性微寒、味苦,具有极佳的疏肝解郁之功效而为君药;香附性平,味辛微甘、苦,具有理气疏肝之效,可助柴胡增强疏解肝郁之功;川芎味辛性温,有行气活血止痛功效,可助柴胡解肝郁,为臣药。同时两药相

合,又可增强行气止痛的作用。枳壳及陈皮均有理气行滞之功,白芍、甘草合用可起到养血柔肝,缓急止痛之功效,为佐药。甘草又可调和诸药,为使药。方中同时加入法半夏消痞除满,白术可健运脾胃。诸药合用可起到疏肝解郁、和胃健脾的作用。现代药理学表明:柴胡疏肝散可增加血中胃动素,兴奋胃平滑肌,促进胃排空^[4]。有研究表明白芍的主要成份白芍总苷可以增强胃肠收缩时间及幅度^[5];白术能促进分泌消化液,可加速胃肠的蠕动作用^[6],枳壳挥发油有兴奋胃肠运动作用,可增加胃肠运动节律及收缩力^[7]。

本研究同时联合中医经典外治法穴位贴敷法治疗,选用炒白芥子、延胡索、肉桂、木香、青皮、细辛等辛温、芳香的药物制成穴位敷贴,具有易吸收、起效快、作用直接等特点,可起到药效、穴效双收的作用。一方面可减轻胃肠道及肝肾负担,避免胃肠道刺激;另一方面可避免首过消除效应而减弱药效,可充分利用药物,提高疗效。选穴方面:选用大肠募穴、天枢、胃经下合穴足三里、胃经募穴中脘调节胃肠功能,脾俞、肝俞调和肝脾,补虚强壮的关元。柴胡疏肝

散加减内服联合穴位贴敷法外用可共奏疏肝和胃,行气止痛,健脾补虚之功。

本研究结果显示:观察组总有效率为 94.74%,明显高于对照组的 71.05% ($P < 0.05$),且观察组症状改善优于对照组 ($P < 0.05$)。提示柴胡疏肝散加减联合穴位贴敷法治疗 FD 疗效显著,可有效改善临床症状,安全性好,依从性强,值得推广。

参考文献

[1]中华中医药学会脾胃病分会.消化不良中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010,25(5):722-725
 [2]Drossman DA.The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process[J].Gastroenterology,2006,130(5):1377-1390
 [3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.139-143
 [4]黄颖杰,郑新梅.柴胡疏肝散对功能性消化不良肝气郁结证患者胃动力及胃肠激素的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(13):1408-1410
 [5]蔡双燕,林珍娥.中西药联合治疗动力障碍型功能性消化不良 120 例[J].浙江中西医结合杂志,2014,24(2):132-134
 [6]杨娥,钟艳梅,冯毅凡.白术化学成分和药理作用的研究进展[J].广东药学院学报,2012,28(2):218-221
 [7]舒尊鹏,胡书法,翟亚东,等.中药枳壳化学成分及药理作用研究[J].科技创新与应用,2012 (17):8-9

(收稿日期: 2016-05-21)

壮肾宁心安眠方联合自血疗法对改善 ESRD 患者睡眠及生存质量的临床研究 *

魏涛¹ 张丽华²

(1 广东省茂名市中医院 茂名 525000; 2 广东省高州市妇幼保健院 高州 525200)

摘要:目的:探讨壮肾宁心安眠方联合自血疗法对改善终末期肾病(ESRD)患者睡眠及生存质量的临床效果。方法:选择在我院接受治疗的 50 例 ESRD 患者作为研究对象,将其随机分为对照组与治疗组,每组 25 例。对照组患者接受常规透析治疗,治疗组患者在此基础上接受壮肾宁心安眠方联合自血疗法治疗,比较两组患者治疗前后睡眠和生存质量改善情况。结果:两组患者治疗后 PSQI 评分和症状积分均明显降低,且治疗组患者降低幅度更大 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组患者 SF-36 量表中 8 个维度评分均明显高于对照组患者 ($P < 0.05$)。结论:壮肾宁心安眠联合自血疗法可明显降低终末期肾病患者病变发生的风险,改善患者的健康状况,提高其睡眠和生存质量,值得临床推广应用。

关键词:终末期肾病;壮肾宁心安眠方;自血疗法;睡眠质量;生存质量

中图分类号:R692

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.07.012

目前在我国约有 100 万以上的终末期肾病(ESRD)患者需要依靠血液透析治疗来维持生命,随着对疾病研究地不断深入,患者对治疗的要求已经从维持生命上升到了提高生存质量,回归社会的高度。睡眠障碍一直都是 ERS D 患者出现的主要问题之一^[1]。据报道,维持性透析慢性肾衰竭患者睡眠障碍的发生率可高达 80%,严重影响患者的生活质量,甚至会导致患者发生抑郁症,出现自杀的倾向^[2]。因此,为了提高 ERS D 患者的生活质量,探寻一种更好的治疗方法,本研究以中西医结合为基础,尝

试通过壮肾宁心安眠方联合自血疗法来改善 ERS D 患者的睡眠和生存质量,从而为中医药防治慢性肾脏疾病提供理论和实践依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 1~5 月在我院泌尿内科门诊就诊的 50 例 ERS D 患者作为研究对象,所有患者均参照《中国肾脏病学》^[3]中有关慢性肾衰竭尿毒症期诊断标准确诊,且均符合失眠症的诊断^[4],PSQI 评分在 7 分及以上。将所有患者随机分为对照组与治疗组,每组 25 例。对照组男 16 例,女 9 例;年

* 基金项目:广东省茂名市科技计划项目(编号:20150330)