

自拟升降启膈散治疗胃食管反流病 35 例

★ 刘鹏程 祝梅君 (浙江省温州市中医院 温州 32500)

关键词:自拟升降启膈散;胃食管反流病;中医药疗法

中图分类号:R 573.9 文献标识码:B

随着人们生活方式及饮食习惯的改变,近年来胃食管反流病(GERD)发病率越来越高。GERD 的西医疗费用高、疗程长、停药后易复发,而中医中药因其疗效确切,不良反应少,且不易复发,受到越来越多的临床医师的重视。笔者治疗内镜阴性 NERD 35 例,取得较好疗效,总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为我院消化科门诊病人,随机分为两组。治疗组 35 例,男 16 例,女 19 例;年龄 22~69 岁,平均 44.5 岁;病程 3 个月~5 年。对照组 31 例,男 14 例,女 17 例;年龄 25~66 岁,平均 42.5 岁;病程 4~6 年。两组间有可比性($P > 0.05$)。

1.2 诊断排除标准 (1)具有 GERD 典型症状:烧心、泛酸、胸骨后疼痛、反胃、打嗝和/吞咽困难等。(2)电子胃镜检查排除反流性食管炎和 Barrett 食管。(3)PPI 试验阳性。(4)排除其他相关疾病:如食管胃术后改变、消化性溃疡、消化道肿瘤、严重心血管及肝肾疾病、妊娠、严重精神心理疾病。

2 治疗方法

对照组常规服用金奥康 20 mg 每天 2 次,吗丁啉 10 mg 每天 3 次治疗,疗程 4 周。治疗组应用自拟升降启膈散(片姜黄 10 g、大黄 6 g、蝉蜕 6 g、僵蚕 6 g、浙贝母 10 g、北沙参 10 g、薄荷 6 g、丹参 12 g、郁金 10 g、砂仁 6 g、茯苓 10 g、柴胡 12 g),随症加减:脾胃气虚加黄芪 15 g、党参 15 g;肝胃不和加吴茱萸 3 g、川黄连 3 g;脾胃湿阻加苍术 10 g、半夏 10 g;兼血瘀加三七粉 3 g 冲服;兼食滞加莱菔子 10 g、山楂 10 g。兼阴虚加石斛 10 g、玉竹 10 g,每日 1 剂,水煎服。2 周为一疗程,间隔 5 天,进行第 2 个疗程,共治疗 2 个疗程后复查胃镜,随访 3 个月。

3 观察方法

3.1 临床观察指标 主要将胸骨后疼痛、烧心、泛酸 3 个症状作为症状评分程度:无症状 0 分;症状较轻可以忍受为 1 分;介于 1 分和 3 分症状之间的评 2 分;症状严重,不能忍受必须用药物治疗的评 3 分;另外根据发作的频率评分,每 30 天有评 1 分,每 15 天有评 2 分,每 1 天有评 3 分,根据症状程度与频率各得分之和为总分^[1]。

3.2 临床疗效评定标准 疗效评定依据疗效指数。疗效指数计算公式为: $n = (\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) \div \text{治疗前积分} \times 100\%$ 。

症状体征基本消失, $n \geq 90\%$ 为临床痊愈;症状体征明显改善, $60\% \leq n < 90\%$ 为显效;症状体征有所改善, $30\% \leq n < 60\%$ 为有效;症状体征改善不明显, $n < 30\%$ 为无效。

3.3 统计学处理方法 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,两组治疗前后积分均数做 t 检验,有效率比较用 χ^2 检验。

4 结果

4.1 临床症状疗效比较 治疗组 35 例,痊愈 4 例,显效 22 例,有效 8 例,无效 1 例,有效率 97.14%;对照组 31 例,分别为 3、11、10、7 例,77.42%。两组有效率比较有显著性差异($\chi^2 = 4.2949, P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后临床症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$)/分

组别	时间	烧心	泛酸	胸骨后疼痛
治疗组 ($n=35$)	治疗前	5.22 ± 1.38	4.18 ± 2.09	2.79 ± 1.08
	治疗后	1.18 ± 0.49 [△]	0.86 ± 0.35 [△]	0.74 ± 0.23 [▲]
对照组 ($n=31$)	治疗前	5.18 ± 1.27	4.29 ± 1.91	2.90 ± 1.28
	治疗后	3.09 ± 0.96	1.48 ± 0.47	0.81 ± 0.35

注:经两样本 t 检验,两组治疗前组间差异均无统计学意义, $P > 0.05$;两组治疗前后比较均有统计学差异, $P < 0.05$ 。[△]:与对照组比较, $P < 0.05$,组间差异有统计学意义;[▲]:与对照组比较, $P > 0.05$,组间差异无统计学意义。

5 讨论

耳针合中药对 2 型糖尿病脂代谢的影响

★ 徐江红 (河北省秦皇岛市中医医院 秦皇岛 066000)

关键词:耳针;2 型糖尿病;脂代谢;中医药疗法

中图分类号:R 245.32*3 文献标识码:B

笔者运用耳针结合中药口服治疗 2 型糖尿病(辨证属脾虚湿瘀型)的脂质代谢异常,疗效显著。现将 2006 年 6 月~2007 年 6 月治疗的 30 例情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 均为我院 2000 年 6 月~2007 年 6 月的糖尿病专科门诊及病房的患者。30 例中,男 13 例,女 17 例;年龄(57.3 ± 5.9)岁;病程(4.2 ± 2.1)年。

1.2 病例入选标准 西医诊断标准:根据 1999 年 WHO 修正的诊断标准^[1]明确诊断为 2 型糖尿病;中医诊断及辨证标准:参照中国中医药学会糖尿病专业委员会制定的消渴病分期辨证标准,具有脾虚湿瘀症状者。且 BMI:女 >23 ,男 >25 。

1.3 病例排除标准 (1)年龄 <18 或 >65 岁的;(2)近期有严重心肝肾肾功能不全的;(3)近期有酮症及高渗,感染结核、脑血管意外等严重并发症的;

(4)血压 $>150/90$ mmHg。

1.4 统计学方法 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,同组治疗前后比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 治疗方法

患者按体力劳动强度、体型规定饮食,并要坚持运动计划,在此基础上给胰岛素降糖治疗。

耳穴埋针法:耳穴埋针应选用揸钉式。右手用镊子夹住消毒的皮内针针柄,预先剪好风湿关节膏 $0.5\text{ cm} \times 0.5\text{ cm}$ 正方形,直接将已消毒的揸钉式皮内针柄贴在预先剪好的风湿关节膏中央,经过消毒,用左手固定耳廓,再揸针垂直刺入穴位。一次埋单耳即可,每日自行按压 3 次,留针 5 天,两耳交替,连续 5 次,休息 5 天,为一个疗程。主穴为神门、肝、脾、三焦、内分泌、交感。

同时自拟中药,运用健脾、清热、化湿、活血之法,药用黄芪 30 g、山药 30 g、薏苡仁 20 g、鸡内金 12

GERD 属中医学“噎膈”、“胸痹”、“胃脘痛”、“吞酸”、“梅核气”范畴。其病变在食管,食管属胃,为胃气所主,因脾胃升降失调,胃中浊气该降不降而上逆,脾之清阳该升不升而下沉,气机不畅,郁久化火,久病入络则为瘀。故脾胃升降失常为主要病机,痰、瘀、郁、火相结形成本病主要病因和病理产物,故调畅脾胃升降功能、解郁泻火、化痰祛瘀为治疗本病主要手段。笔者运用升降散与启膈散化裁,自拟升降启膈散治疗内镜阴性 NERD,与对照组相比,差异显著,而且,对烧心、泛酸症状改善程度明显优于对照组。升降散乃清代杨栗山所创,由大黄、姜黄、蝉蜕、僵蚕组成。方用僵蚕为君,取其轻浮而升,能清热解郁,散逆浊结滞之痰,辟一切佛郁邪气,用之“以清化而升阳”;蝉蜕为清虚之品,涤热解毒,用之“以清虚而散火”为臣,二药相伍,清热散火解毒,又“升阳中之清阳”;姜黄大寒无毒,祛邪伐恶,行气散

瘀而辟疫,用之为佐;大黄大寒无毒,上下通行,上抑亢盛之阳,下导蕴结之热邪,用之为使,此二药既伐恶逐秽辟疫,又“降阴中之浊阴”。启膈散出自清代程钟龄所著《医学心悟》一书,方由沙参、丹参、茯苓、川贝母、郁金、砂仁壳、荷叶蒂、杵头糠等组成,主治由于胃脘干槁、有形之瘀血、顽痰和无形之逆气阻隔、胃气欲降而不得降的噎膈。加上柴胡疏肝解郁、条畅气机,诸药合用,使三焦气机升降得复,郁火得清,痰瘀得祛,脾阳得升,浊阴自降。总之,笔者运用自拟升降启膈散治疗内镜阴性 GERD 具有较好疗效,值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 潘国宗,许国铭,郭惠中,等. 胃食管反流症状的流行病学调查[J]. 中华消化杂志,1999,19(4):30.
- [2] 罗全燕,龚均,董雷,等. 胃-食管反流病的临床研究[J]. 中华消化杂志,1991,11(3):137.

(收稿日期:2008-03-26)