

橘皮枳术丸(汤)治疗功能性消化不良 34 例

★ 沈一山¹ 卢俊明² (1. 浙江省杭州市余杭区第五人民医院中医科 杭州 311100; 2. 浙江省丽水市第二人民医院中医科 丽水 323000)

摘要:目的:观察橘皮枳术丸(汤)治疗功能性消化不良临床疗效。方法:64 例患者随机分为 2 组,治疗组 34 例采用橘皮枳术丸(汤)口服,对照组 32 例以多潘立酮(吗丁啉)治疗,两组均以 14 天为一个疗程。结果:治疗组总有效率为 91.2%,对照组总有效率为 65.6%,两组总有效率比较有显著性差异, $P < 0.05$ 。结论:橘皮枳术丸(汤)治疗功能性消化不良有较好的疗效。

关键词:功能性消化不良;橘皮枳术丸(汤);中医药疗法

中图分类号:R 573.9 **文献标识码:**B

功能性消化不良为临床常见病,占消化专科门诊病人的 20% ~ 40%^[1]。其发病机理尚未完全清楚。笔者于 2004 年 2 月 ~ 2008 年 2 月应用橘皮枳术丸(汤)治疗功能性消化不良 34 例,疗效满意,并与同期多潘立酮进行比较。现报告如下。

1 临床资料

本组 66 例均为门诊患者,随机分为 2 组。治疗组 34 例,其中男 18 例,女 16 例;平均年龄 42 岁;病程 1 ~ 10 年,平均 2.4 年。对照组 32 例,其中男 17 例,女 15 例;平均年龄 41 岁;病程 1 ~ 10.5 年。两组患者年龄、性别、临床症状等一般资料无显著差异($P > 0.05$),具有可比性。

诊断标准参照《功能性消化不良中医诊疗规范(草案)》中的诊断标准^[2]。所有病例均除外消化性溃疡及食道、胃内肿瘤,B 超、X 线检查排除肝、胆、胰病变,糖尿病、结缔组织病、肾脏病及精神病;肠易激综合征。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法 治疗组:应用橘皮枳术丸(汤),药物组成:炒白术 20 g,枳实 10 g,橘皮 10 g,荷叶 6 g。随症加减:脾虚甚加炒党参 15 g、炒薏苡仁 20 g,气滞甚加砂仁 10 g、木香 10 g,食滞明显加焦三仙各 12 g、炒内金 10 g,痰阻加半夏 10 g、茯苓 15 g,寒湿加干姜 10 g,湿热加黄连 6 g。每日 1 剂,水煎 2 服。对照组:口服多潘立酮 10 mg,每日 3 次,餐前 0.5 小时口服。治疗期间停用其他胃动力药以及具有解痉、止呕、抑酸、止痛等作用的药物。两组均以 14 天为一个疗程,连续治疗 2 个疗程后观察疗效。

2.2 观察指标与方法 分别于治疗前及开始治疗后采用症状积分方法记录,包括腹胀、早饱、上腹痛、

暖气、恶心等症。要求患者每周复诊 1 次,记录资料采用症状积分,第 4 周结束后,开始统计积分情况。

3 疗效观察

3.1 症状评分标准^[3] 采用计分法:以腹胀早饱、上腹痛、暖气、恶心等症状分无、轻、中、重 4 级,以无症状为 0 级,轻度 1 级记 5 分(偶有发作但不影响工作或不需服药),中度 2 级记 10 分(症状持续,影响工作生活需服药者),重度 3 级记 15 分(每日或每餐均有症状,需全休及服药治疗)。

3.2 疗效评定标准^[2] 根据治疗前、后的主要症状积分计算疗效指数,其公式为:疗效指数 = (疗前症状积分 - 疗后症状积分) / 疗前症状积分 × 100%。临床痊愈:主要症状基本消失,疗效指数 ≥ 90%;显效:主要症状明显减轻,疗效指数 ≥ 60% ~ < 90%;有效:主要症状减轻,疗效指数 ≥ 30% ~ < 60%;无效:主要症状无减轻,疗效指数 < 30%。

3.3 治疗结果 见表 1、2。

表 1 两组疗效结果比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	34	3	16	12	3	91.2
对照组	32	0	10	11	11	65.6

与对照组比较, $P < 0.05$ 。

表 2 两组治疗后临床症状消失或改善情况比较 例(%)

组别	例数	腹胀早饱	上腹痛	暖气	恶心	纳呆
治疗组	34	31	32	30	29	26
对照组	32	22	21	20	20	14

与对照组比较, $P < 0.05$ 。

不良反应:两组均未出现明显不良反应,治疗前后血常规、肝肾功能未见异常。

4 讨论

功能性消化不良是指消化不良持续或反复发

外伤性小肠破裂 120 例诊治分析

★ 毛水清 (浙江省常山县人民医院 常山 324200)

关键词:外伤;小肠破裂;诊断;治疗

中图分类号:R 574.5 文献标识码:B

随着外伤事故的发生,外伤性小肠破裂也随之增多,如何提高外伤性小肠破裂的早期诊治水平,仍是临床工作者面临的严峻问题。我院从 1997 年 1 月~2006 年 12 月共收治外伤性小肠破裂 120 例,现报告如下,并结合文献进行分析。

1 临床资料

120 例患者中男 102 例,女 18 例;年龄 5~67 岁,其中 20~50 岁发病率最高,共 94 例,占 78.3%;受伤至入院时间最短 30 分钟,最长 6 天;住院时间 10~136 天,平均 21 天;坠落伤 12 例,交通事故 65 例,钝器伤 19 例,锐器伤 11 例,撞击伤 3 例,挤压伤 2 例,爆炸伤 4 例,其他伤 4 例;小肠破裂 1 处 87 例,2 处 22 例,2 处以上 11 例,合并其他脏器损伤 41 例(脾破裂 16 例,肝破裂 4 例,胃破裂 1 例,胰腺挫伤 2 例,肾挫伤 6 例,膀胱破裂并骨盆骨折 1 例,颅脑

损伤 7 例,脊柱、肋骨骨折 4 例);开放性损伤 15 例,闭合性损伤 105 例。病人皆有腹痛,伴腹胀 82 例,恶心、呕吐 40 例,典型腹膜炎 104 例,体温高于 38.5℃ 26 例,血压低于 12/8 kPa 39 例。腹透 74 例,发现膈下游离气体 46 例,占 62.2% (46/74)。腹穿 88 例,阳性 81 例,占 92.0% (81/88)。B 型超声波检查 96 例,阳性 64 例,占 66.7% (64/96)。

2 治疗方法和结果

本组 116 例在连续硬膜外麻或全麻下行手术治疗,3 例合并重度脑外伤,1 例失血性休克未手术。单纯肠修补 96 例,占 80.0%,肠部分切除肠吻合术 11 例,占 9.2%。同时根据病情对合并伤进行手术:脾切除 15 例,肝修补 4 例,胃修补 1 例,膀胱修补 1 例。治愈 114 例,占 95.0%;死亡 6 例,占 5.0% (1 例死于感染性休克导致 MODS 所致,2 例死于多发

作,而又无消化系统器质性或全身性疾病的上腹部证候群。目前,现代医学尚无特效治疗方法,主要应用抑制胃酸分泌、中和胃酸、促进胃动力等治疗,其中胃动力药应用最广泛,但疗效并不十分理想。本病属于中医学“痞满”、“胃脘痛”等范畴,病因主要为饮食不节、情志失调。脾胃乃水谷受纳、运化的场所,饮食自倍,肠胃乃伤;脾又与精神因素关系密切,思虑伤脾,思则气结。由于以上原因,导致脾胃受伤,气机升降失常,中焦运化失职,胃肠弛缓无力,排空缓慢。因此,脾虚失运是本病的关键。脾胃虚弱,运化无权,易致气滞、痰阻、食积,还可致寒湿、湿热之邪侵犯。所以,在临床治疗时,要特别注重健脾补虚。诚如张景岳所说“然脾胃强壮者,即滞亦易化,惟其不能化者,则最有中虚之证”。橘皮枳术丸(汤)出自李东恒《脾胃论》之方,李氏称此方能“治

老幼元气虚弱,饮食不消,或脏腑不调,心下痞闷”。方中白术健脾益气,枳实行气除痞,且白术用量大于枳实,乃补重于消,寓消于补之意;橘皮为脾胃气滞之要药,助以上两药理气健脾;荷叶取其升养脾之清气,助白术健脾,且与枳实相伍,一升清、一降浊,脾胃调和,正合“脾宜升则健,胃宜降则和之理”。全方用药精炼,健脾助运,补而不壅滞,消而不伤正,的确是治疗此病的有效方剂。

参考文献

- [1] 萧树东. 江绍基胃肠病学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2001: 552.
- [2] 张声生, 汪红兵, 李乾构. 功能性消化不良中医诊疗规范(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2002, 10: 194.
- [3] 段宗英. 自拟理气和胃健脾汤治疗功能性消化不良的临床观察[J]. 北京中医, 2007, 26: 508-509.

(收稿日期: 2008-06-24)