

中西医结合疗法对脾虚食滞型功能性消化不良患者临床症状及疗效的影响

熊璘^{1*}, 张毅²

(1. 乐山职业技术学院, 四川 乐山 614000; 2. 泸州市人民医院内科, 四川 泸州 646000)

[摘要] 目的:观察运脾消食汤合多潘立酮治疗脾虚食滞型功能性消化不良(FD)的临床疗效。方法:将符合诊断标准的160例FD患者按就诊顺序随机分为观察组与对照组,每组80例。两组患者均给予多潘立酮片,每次10 mg,3次/d。治疗组在此基础上加用运脾消食汤,水煎分服,1剂/d。两组均以7 d为1个疗程,治疗2个疗程后评价疗效。结果:痊愈率观察组为77.50%,对照组为52.50%,两组相比差异有统计学意义($P < 0.05$);总有效率观察组为97.50%,对照组为77.50%,两组相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。恶心呕吐、食欲下降、上腹不适、嗝气、烧心、反酸等临床症状积分明显降低($P < 0.05$);治疗后较对照组改善明显($P < 0.05$)。结论:运脾消食汤合多潘立酮治疗脾虚食滞型功能性消化不良临床疗效显著,且可明显改善临床症状。

[关键词] 功能性消化不良;运脾消食汤;多潘立酮

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)09-0277-03

功能性消化不良是常见的消化系统疾病,临床以脾虚食滞型多见,多呈慢性表现,呈持续性或反复发作,临床以恶心呕吐、食欲下降、上腹不适、嗝气、烧心、反酸为主要表现,影响患者的工作生活质量。笔者自2010年1月至2011年10月采用多潘立酮合自拟运脾消食汤治疗脾虚食滞型功能性消化不良80例,疗效显著。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究选择2010年1月至2011年10月在本院消化科门诊就诊的160例脾虚食滞型功能性消化不良患者为观察对象,根据就诊的先后顺序随机分为两组。观察组80例,其中男47例,女33例;年龄最小18岁,最大85岁,平均(44.4 ± 7.3)岁;病程最短3个月,最长8年,平均(2.2 ± 0.5)年。对照组80例,其中男46例,女34例;年龄最小18岁,最大75岁,平均(45.2 ± 7.8)岁;病程最短3个月,最长8年,平均(2.7 ± 0.8)年。性别、年龄、病程等临床资料两组患者相比无明显差异,具有可比性。

1.2 病例入选标准

1.2.1 纳入标准 ①符合功能性消化不良诊断标准^[1]:在1年内至少有持续或间断性消化不良症状12周;症状:主要表现为恶心、呕吐、食欲下降、嗝

气、腹胀、早饱、上腹痛、上腹不适、泛酸烧心等;电子胃镜、消化道钡透等检查证实无胃、十二指肠溃疡、肿瘤及肠道器质性病变;实验室理化检查、B超、X线检查等排除肝、胆、脾、胰等脏器病变。②本次治疗前72 h停用影响疗效的药物(如解痉药、胆碱能药物和其他胃肠促动力药)。③中医辨证属脾虚食滞型。

1.2.2 排除标准 ①在本次治疗前2周内使用其他药物者;②合并有严重的胃肠疾病或腹部手术史者;③孕妇及哺乳期妇女;④中途退出治疗或临床资料收集不完整者。

1.3 治疗 两组患者均给予多潘立酮片,每次10 mg,3次/d。治疗组在此基础上加用运脾汤。运脾汤药物组成:党参30 g,白术20 g,茯苓15 g,佛手15 g,枳壳15 g,麦芽15 g,神曲15 g,石菖蒲15 g,甘草6 g。泛吐清水者加吴茱萸10 g,高良姜10 g;嗝气、腹胀明显者加旋覆花10 g,代赭石15 g,大腹皮12 g,川厚朴10 g;烧心反酸者加乌贼骨15 g,煅瓦楞子15 g;兼食滞而呕吐酸腐者,加神曲15 g;大便不通者枳壳重用至20 g,白术重用至30 g,加肉苁蓉10 g;阴虚甚者加玄参30 g,天花粉12 g;恶心者加枇杷叶10 g,竹茹10 g,苏梗10 g;腹痛者加炒白芍10 g;腹胀者重用枳壳至30 g。以上诸药,文火煮沸,煎煮30 min,头煎、二煎各取汁150 mL,二汁兑匀,早、中、晚分服,1剂/d。两组均以7 d为1个疗程,治疗2个疗程后评价疗效。

1.4 观察指标 观察两组治疗前后恶心呕吐、食欲

[收稿日期] 20111118(013)

[通讯作者] *熊璘,本科,副教授, Tel: 15928286933, E-mail: 1041956786@qq.com

下降、上腹不适、暖气、烧心、反酸等临床症状的改善情况及不良反应,并综合上述情况评价临床疗效。

1.5 疗效标准 按《中医内科病证诊断疗效标准》^[2]《内科学》^[3]拟定疗效标准。

1.5.1 临床症状评分标准 恶心呕吐、食欲下降、上腹不适、暖气、烧心、反酸等临床症状的轻重程度分为无、轻、中、重 4 级,分别计 0,1,2,3 分。

1.5.2 疗效标准 参照《中医内科病证诊断疗效标准》^[2]拟定。治愈:恶心呕吐、食欲下降、上腹不适、暖气、烧心、反酸等临床症状全部消失。显效:恶心呕吐、食欲下降、上腹不适、暖气、烧心、反酸等临床症状明显减轻或大部分消失。有效:恶心呕吐、食

欲下降、上腹不适、暖气、烧心、反酸等临床症状有所减轻。无效:恶心呕吐、食欲下降、上腹不适、暖气、烧心、反酸等临床症状无改善甚至加重。

1.6 统计学方法 本研究所涉及数据经采用 SPSS 12.0 统计学软件进行处理,计数资料采用 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 痊愈率:观察组 77.50%,对照组为 52.50%,两组相比差异有统计学意义($P < 0.05$);总有效率观察组为 97.50%,总有效率为 77.50%,两组相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 ($n = 80$)

例(%)

组别	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
观察	62(77.50) ¹⁾	12(15.00)	4(5.00)	2(2.50)	(97.50) ¹⁾
对照	42(52.50)	14(17.50)	6(7.50)	18(22.50)	(77.50)

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗后症状改善情况比较 恶心呕吐、食欲下降、上腹不适、暖气、烧心、反酸等临床症状

积分明显降低($P < 0.05$);治疗后较对照组改善明显($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗后症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	恶心呕吐	食欲下降	上腹不适	暖气	烧心	反酸
治疗	治疗前	2.85 ± 0.47	2.78 ± 0.39	2.59 ± 0.89	2.79 ± 0.42	2.88 ± 0.58	2.86 ± 0.17
	治疗后	0.92 ± 0.34 ^{1,2)}	0.92 ± 0.41 ^{1,2)}	0.89 ± 0.32 ²⁾	0.71 ± 0.25 ²⁾	0.86 ± 0.32 ^{1,2)}	0.69 ± 0.22 ^{1,2)}
对照	治疗前	2.83 ± 0.51	2.82 ± 0.43	2.71 ± 0.38	2.74 ± 0.51	2.85 ± 0.38	2.82 ± 0.25
	治疗后	1.56 ± 0.32 ¹⁾	1.45 ± 0.54 ¹⁾	1.69 ± 0.52 ¹⁾	1.68 ± 0.45 ¹⁾	1.42 ± 0.51 ¹⁾	1.35 ± 0.50 ¹⁾

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

FD 是消化系常见病、多发病,约占胃肠病患者的 50%^[3]。功能性消化不良属中医“脘痞”“腹胀”“反胃”“胃痛”等范畴^[4-5]。其病位主要在脾、胃,脾虚是本病的发病基础;脾胃虚弱,运化失常,气机阻滞,痰浊中滞是本病的病机^[6-7]。因此临证时以健脾益气,理气和胃,调中消痞为基本治疗原则^[8-13]。

本研究结果表明,采用运脾消食汤合多潘立酮治疗的观察组痊愈率为 77.50%,对照组为 52.50%,两组相比差异有统计学意义($P < 0.05$);总有效率观察组为 97.50%,对照组为 77.50%,两组相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。恶心呕吐、食欲下降、上腹不适、暖气、烧心、反酸等临床症状积分明显降低($P < 0.05$);治疗后较对照组改善明显($P < 0.05$)。

综上所述,运脾消食汤合多潘立酮治疗 FD 临床疗效显著,可明显改善临床症状,且无不良反应。

[参考文献]

- [1] 德罗斯曼. A 罗马 III 功能性胃肠疾病[M]. 柯美云,方秀才,译. 北京:科学出版社,2008:147.
- [2] 中华中医药学会内科脾胃病专业委员会. 功能性消化不良(FD)中医诊治规范(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2002,10(4):封 2.
- [3] 叶任高. 内科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004:420.
- [4] 章伟. 中西医结合治疗功能性消化不良 93 例疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2009,14(10):42.
- [5] 籍玉帆,张茜,李献良,等. 益气补肝法治疗功能性消化不良疗效观察[J]. 西部中医药,2011,24(8):73.
- [6] 胡学军,黄穗平,邓时贵. 健脾理气方对功能性消化不良大鼠胃肠运动及胃动素、胃泌素的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(8):214.
- [7] 张迎春. 中西医结合治疗功能性消化不良 60 例临床效果分析[J]. 哈尔滨医药,2011,31(4):289.
- [8] 籍玉帆,张茜,李献良. 益气补肝法治疗功能性消化

白头翁汤加味综合治疗复发性念珠菌性阴道病

张晓芬, 张超云

(南阳理工学院张仲景国医学院, 河南 南阳 473004)

[摘要] 目的: 观察 49 例复发性白色念珠菌性阴道病 (recurrent vulvovaginal candidiasis, RVVC) 患者 (其中 28 例为白头翁汤治疗组, 21 例为氟康唑对照组) 治疗前后的临床主要症状、病原体的转阴率和随访复发情况。中药综合疗法治疗组治疗肝经湿热型念珠菌性阴道病总有效率为 85.7%, 西药对照组总有效率为 80.99%, 经统计学处理, 差异无显著性意义, 说明两者治疗复发性念珠菌性阴道病的均有较好的临床疗效。但经过后期随访调查发现, 中药综合疗法治疗组复发率为 25%, 西药对照组复发率为 47%, 说明中药综合治疗本病长期疗效明显优于西药组, 不易复发。

[关键词] 念珠菌性阴道病; 白头翁汤; 肝经湿热型; 综合疗法

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)09-0279-03

复发性念珠菌性阴道病是妇科的一种多发病、难治病, 是常见的妇科感染性疾病, 严重危害广大妇女的身心健康。西药治疗本病极易复发, 笔者在临床上采用白头翁汤加味中药内服外用综合治疗中医分型属湿热证型的复发性念珠菌性阴道病取得较好的疗效。

1 临床资料

1.1 诊断标准 根据 1993 年中华人民共和国卫生部药政局《中药 (新药) 临床研究指导原则》—中药新药治疗女性生殖系统炎症 (阴道炎) 研究指导原则的诊断标准。

1.1.1 西医诊断标准 症状: 外阴瘙痒、灼热, 带下量多, 或伴有尿频、尿痛、尿急等尿道及其他局部症状。妇科检查: 宫颈和阴道黏膜充血、分泌物量多, 豆腐渣样, 有气味, 阴道清洁度 II° 以上。阴道清洁度: I° 涂片内主要是阴道上皮细胞及阴道杆菌 (正常); II° 涂片内可见白细胞及白色念珠菌; III° 涂片

内阴道上皮细胞及阴道杆菌很少, 白色念珠菌和白细胞多, 或只是白细胞及白色念珠菌。在既往治疗后临床症状及体征消失, 真菌学检查阴性后又出现阳性, 1 年内发作 4 次以上。

1.1.2 中医诊断标准 湿热下注及热毒蕴结证: 外阴瘙痒, 带下量多, 色黄或呈脓性, 或呈泡沫米泔样, 或呈豆腐渣样, 其气腥臭或伴有口苦而腻, 纳呆脘闷, 小便短少, 频数, 刺痛, 舌质红, 苔黄腻, 脉象滑或滑数。主证: 带下量多色黄, 阴部瘙痒。次证: 口苦而腻, 纳呆脘闷, 小便赤涩短少, 舌质红, 苔黄腻, 脉象滑或滑数。

1.2 纳入标准及排除标准 纳入标准: 凡符合诊断标准, 接受实验前 1 周, 无用过抗霉菌药物, 同意接受配合本组治疗, 并可以追踪观察者均可纳入。排除标准: ①患有妇科器质性疾患; ②盆腔器官缺损; ③有宫内避孕器; ④有心、肝、肾、血液病及内分泌疾患, 恶性肿瘤或其他疾病致衰竭而感染本病的; ⑤哺乳期、妊娠或月经期妇女; ⑥用此类药过敏患者; ⑦年龄在 18 岁以下 50 岁以上患者; ⑧对正接受其他药物治疗或近一周有局部用药史; ⑨不能坚持治疗、不配合治疗、不同意在治疗后接受随访者不予入选。

1.3 一般情况 本研究收集 2008 年 7 月至 2011

[收稿日期] 20111129(016)

[通讯作者] * 张晓芬, 硕士, 讲师, 主治医师, 从事妇科疾病的中医药临床研究, Tel: 15093388039, E-mail: zxf2003009@126.com

不良疗效观察[J]. 西部中医药, 2011, 24(8): 73.

[9] 于洋, 杨小燕. 半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良 90 例[J]. 甘肃中医, 2010, 23(12): 34.

[10] 谭华梁, 王小娟. 舒胃汤治疗肝胃不和型功能性消化不良 30 例临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2009, 15(10): 93.

[11] 王斌, 李治建. 功能性消化不良的研究进展[J]. 中国

基层医药, 2011(20): 2858.

[12] 冯子南, 徐湘江, 许迪, 等. 参苓胃消胶囊联合多潘立酮治疗功能性消化不良 108 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(2): 224.

[13] 李代晓, 吕英超, 张晓峰. 舒胃方治疗功能性消化不良的作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(19): 261. **[责任编辑]** 邹晓翠]