

论治。

**2.1 血瘀气滞型** 证候:腰腿疼痛如刺,痛有定处,日轻夜重,俯仰不便,转侧不能,咳嗽时加重,伴有便结溺清,烦躁口干,舌质暗紫或有瘀斑、脉沉涩。

治法:治宜活血化淤、理气止痛。

处方:大黄 10 g(后下),桃仁 12 g,当归 12 g,红花 6 g,穿山甲 12 g,柴胡 15 g,天花粉 15 g,元胡 15 g,甘草 10 g。

痛甚者加泽兰 15 g,莪术 10 g,木香 6 g(后下)加强行气活血止痛;痹痛甚者加血竭 6 g,乌梢蛇 20 g,地龙 24 g 以加强搜风通络止痛。方中当归、桃仁、红花、穿山甲、元胡活血祛瘀,《本草纲目》论元胡“能行血中气滞,气中血滞,故专治一身上下诸痛,用之中的,妙不可言。”,现代药理研究元胡含有多种生物碱,其中延胡甲素、乙素、丑素、左旋延胡乙素均有镇痛、镇静、催眠作用<sup>[1]</sup>;大黄荡涤凝瘀败血,引瘀下行;天花粉有消散瘀血之功;柴胡、甘草共奏缓急止痛之效。诸药合用,使瘀去新生,行气通络,消肿止痛。

**2.2 风寒痹阻型** 证候:腰腿冷痛,肢冷无力,按有定处,有时觉下肢麻木重着,得寒痛剧,遇热痛减,溲清长,舌质淡、苔薄白或腻、脉沉微紧。

治法:治宜温经散寒、通络止痛。

处方:制附子 15 g,桂枝 26 g,白术 15 g,黄芪 30 g,白芍药 15 g,杜仲 20 g,狗脊 15 g,茯苓 18 g,鹿角霜 15 g,当归 15 g,仙茅 15 g,乌梢蛇 20 g

面色㿔白,气短乏力,脉沉细,加党参 20 g,枸杞 15 g,首乌 30 g,以补益气血;下肢痹痛剧者,加蜈蚣 3 条,血竭 6 g,以通络止痛。本方以制附子、桂枝温经散寒、通经止痛为主药,现代研究桂枝挥发油(VORC)0.1、0.05、0.025 ml/kg 灌胃,每日一次,连用 3 天,对二甲苯所致的小鼠耳廓肿胀和醋酸所致的毛细血管通透性亢进有明显的抑制作用<sup>[2]</sup>,具有镇痛、抗炎作用;白术、黄芪、茯苓补气祛湿;狗脊、鹿角胶、杜仲、仙茅、当归、芍药补肝肾、强筋骨、止痹痛;乌梢蛇通络止痛。全方有温经散寒,补肝肾通络止痛之效。

**2.3 风湿痹阻型** 证候:腰脊疼痛,痛引下肢,肌肤麻木,痛无定处,走窜不定,与天气变化有关,伴

有微恶风寒,舌质淡、苔薄白或薄黄、脉虚细。

治法:治宜祛风除湿、宣痹通络。

处方:独活 15 g,桑寄生 30 g,杜仲 24 g,牛膝 15 g,党参 24 g,当归 12 g,熟地黄 24 g,白芍 15 g,川芎 9 g,桂枝 15 g,茯苓 20 g,细辛 6 g,防风 10 g,秦艽 15 g,蜈蚣 3 条,乌梢蛇 30 g。

若腰腿疼痛沉着者,加仙灵脾 15 g,豨薟草 15 g,萆薢 20 g,加强祛风除湿定痛之功;若腰痛牵及腿痛,游走不定者,加全蝎 6 g,搜风剔络,行痹止痛;若兼腰膝酸软,头晕目眩者,可加肉苁蓉 15 g,巴戟天 15 g,鹿胶 12 g(烊化)增强补肝肾壮阳。本方具有祛风除湿、散寒温经通络兼有补肾扶正之功。方中以独活、秦艽、防风祛风湿止痹痛,更加桂枝、细辛发散阴经风寒,疏利筋骨风湿,且能止痛,现代研究细辛含挥发油甲基丁香酚等,其有效成份具有镇痛、抗炎作用,其在扭体试验中显示出具有镇痛作用,在二甲苯所致炎性肿胀、醋酸所致毛细血管通透性亢进试验中表明细辛的抗炎作用较强<sup>[3]</sup>。用杜仲、牛膝、桑寄生补益肝肾祛风湿,以当归、熟地黄、白芍养血和血,党参、茯苓补益正气,川芎活血行气、祛风止痛、开郁燥湿,蜈蚣、乌梢蛇清热解毒,散结消肿,众药合用能祛风湿止痹痛,益肝肾补气血,邪正兼顾。

**2.4 肾阳虚型** 证候:腰痛绵绵酸软,肢冷麻木无力,久治不愈,喜按喜揉,遇劳尤甚,常伴少腹拘急,面色白,畏寒,少气乏力,舌质淡、苔薄润,脉沉弱。

治法:治宜温补肾阳、通经活络、强筋壮骨。

处方:熟附子 15 g,骨碎补 15 g,巴戟天 15 g,仙茅 18 g,杜仲 24 g,黄芪 30 g,白术 15 g,乌梢蛇 20 g,血竭 6 g,桂枝 9 g,当归 12 g,干姜 10 g。

食少便溏者加党参 20 g,砂仁 10 g(后下)以补气健脾开胃;痛甚者加全蝎 9 g,蜈蚣 3 条以活血通络止痛。本方以制附子、骨碎补、仙茅、杜仲、巴戟天温肾壮阳、为主药;黄芪、当归补益气血;白术培中土,助主药温肾壮阳之力;乌梢蛇通络止痛,壮筋骨;干姜、桂枝走四肢温通经络为佐使药,现代药理研究桂枝的主要成份桂皮醛和干姜的主要成份姜酮均有扩张血管、改善微循环、解热镇痛的作用,干姜也具有镇痛消炎作用,其含挥发油及辛辣

成分,可以促进局部的血液循环,并有抑制血小板聚集、预防血栓形成的作用<sup>[4]</sup>。血竭可活血化瘀,全方共奏温肾壮阳、通络止痛之效。

**2.5 肾阴虚型** 证候:腰痛绵绵,酸软无力,久治不愈,遇劳则甚,常伴心烦不眠,口燥咽干,面色潮红,手足心热,舌红少苔、脉弦细数。

治法:治宜滋阴补肾、舒筋活络、强筋壮骨。

处方:熟地黄 30 g,何首乌 30 g,女贞子 24 g,白芍 24 g,牡丹皮 15 g,知母 12 g,木瓜 18 g,牛膝 15 g,蜂房 12 g,乌梢蛇 20 g,全蝎 6 g,五灵脂 15 g,地骨皮 20 g。

面色晄白,神疲、纳呆加黄芪 30 g,当归 12 g,党参 20 g 以补益气血;口苦咽干加麦冬 15 g,玄参 18 g 以养阴清热。本方以熟地黄滋肾养阴,现代药理研究,熟地黄可选择性抑制白细胞和血小板 12-S-HHTRE 产生,12-S-HHTRE 为一个有效的环加氧酶活性标志,表明熟地黄有一定的抗炎作用<sup>[5]</sup>;女贞子、何首乌、白芍养肝阴同为主药;地骨皮、牡丹皮、知母清火养阴,助主药养肝肾之阴;木瓜舒筋活络;蜂房、五灵脂、全蝎、乌梢蛇通络止痛;牛膝为引经药入腰膝。全方有养肝阴、通络止痛之功效。

还可以配合经验穴位针灸疗法,常用腰夹脊穴、腰阳关、腰眼、环跳、承扶、殷门、委中、承山等穴。耳穴可取神门、腰骶、坐骨神经等穴。

### 3 特色手法

可按以下步骤进行,推拿手法忌用暴力。中央型突出者不适宜推拿治疗。

**3.1 滚法** 在腰部及患侧下肢施以滚法,以放松紧张的肌肉。

**3.2 点穴法** 点按肾俞、关元俞、环跳、殷门、委中、承山、太溪、昆仑等穴,在点穴时用力要稍大,位置要准确。

**3.3 俯卧位推扳法** 推髋扳肩,患者取俯卧位医者一手掌对侧推髋固定,另一手自对侧肩外上方缓缓扳起,使腰部后伸旋转到最大限度时,再适当推扳 1~3 次,对侧相同;推腰扳腿,医者一手掌按住对侧患椎以上腰部,另一手自膝上方外侧将腿缓缓扳起,直到最大限度时,再适当推扳 1~3 次,对侧相同。

**3.4 侧卧位推扳法** 推髋扳患者取侧卧位,其在上、下的下肢屈曲,贴床的下肢伸直,医者一手扶患者肩部,另一手同时推髋部向前,两手同时向相反方向用力斜扳,使腰部扭转,可闻及或感觉到“咔嚓”响声,换体位作另一侧;推腰扳腿,医者一手掌按住患处,另一手自外侧握住踝上,使之屈膝,进行推腰牵腿,作腰髋过伸动作 1~3 次,换体位作另一侧。

**3.5 足蹬法** 患者仰卧位(以左侧为例)医生左手放在膝关节下,右手扶在膝关节上保护髌骨,患者小腿放在医生左手及肘部,然后作伸膝足蹬的被动活动,患肢的抬高角度由小到大,以患肢能忍受为度,目的在于解除伤侧神经根的粘连。

**3.6 捋顺法** 在腰部及患侧下肢沿肌纤维方向施以此法,在此基础上还可加一些散法,反复数次。

### 4 预防及调护

患者应改善不良的劳动和用力姿势,避免强力举重,以防止腰部负荷的增加;坐位时腰部应略后倾,同时腰后放一靠垫,屈髋屈膝;弯腰提取重物时应屈髋屈膝,直腰取物,避免腰部的扭曲动作;加强腰背肌、腹肌的功能锻炼,可维持脊柱的稳定性,减轻腰部的负荷,同时强有力的腰背部肌肉可防止腰背部软组织的损伤;要注意改善居住的环境;急性期患者应卧硬板床休息。

张根印教授对于该病的临床辨证真知灼见,针药并用,手法娴熟,患者经他治疗后临床症状明显好转,生活质量明显改善。

### 参考文献

- [1] 吴克强,臧堃堂. 中药古今应用指导[M]. 广东:广东科技出版社,2000:205.
- [2] 徐世军. 桂枝挥发油的抗炎作用研究[J]. 中药新药与临床药理,2007,18(3):186.
- [3] 胡竟一,邱春燕,雷玲,等. 细辛的镇痛和抗炎作用[J]. 中药药理与临床,2011,27(2):67-69.
- [4] 周静,杨卫平. 干姜的临床应用及药理研究进展[J]. 云南中医中药杂志,2011,32(2):70-72.
- [5] Prieto JM, et al. Influence of traditional Chinese anti-inflammation medical plants on leukocyte and platelet functions. [J]. Pharm-Pharmacol,2003,55(9):1275.

临床研究

温胆汤加味治疗慢性肺心病 41 例

乔志宏

(铜川市耀州区孙思邈中医院,陕西 耀州 727100)

**摘 要:**目的 观察温胆汤加味治疗慢性肺心病的临床疗效,总结中医药治疗慢性肺心病的有效方法。方法 将收住院的 82 例慢性肺心病患者随机分为治疗组、对照组,治疗组用温胆汤加味治疗,对照组用西医常规治疗,分别观察治疗前后慢性肺心病发作情况及静息心电图、心率、心肌耗氧量的变化。30 d 为 1 个疗程,两个月后观察疗效;结果 在减少慢性肺心病发作、改变异常心电图方面治疗组总有效率 89.7%,对照组总有效率 71.6%,明显优于对照组( $P<0.05$ )。心肌耗氧量也明显减少( $P<0.05$ )。结论 温胆汤加味治疗慢性肺心病效果明显,不良作用少,安全可靠。

**关键词:**慢性肺心病/心肌耗氧量;中医药治疗;温胆汤加味/治疗应用

**中图分类号:** R 541.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1672-0571(2015)06-0015-02

**DOI:**10.13424/j.cnki.mtem.2015.06.007

慢性肺源性心脏病是由于肺、胸廓或肺动脉的慢性病变所致的肺循环阻力增加、肺动脉高压,进而引起右心室肥厚、扩大,甚至发展为右心衰竭的疾病<sup>[1]</sup>。共以反复咳嗽气喘、咯痰、气短、心悸、水肿、唇舌紫暗等为主要表现。急性发作以冬、春季多见。

1 临床资料

笔者将 2007 年 2 月~2013 年 12 月使用中药温胆汤加味治疗的 41 例患者作为治疗组。2007 年 3 月~2014 年 3 月内科常规治疗的 41 例患者作为对照组。治疗组:男 26 例,女 15 例;年龄 55~81 岁,平均 62 岁。其中合并慢性支气管炎 41 例,慢性阻塞性肺气肿 39 例,冠心病稳定劳累型心绞痛 10 例,心力衰竭 37 例,合并高血压 36 例,高脂血症 19 例,2 型糖尿病 3 例。对照组 41 例,男 37 例,女 4 例;年龄 51~76 岁,平均 59 岁。其中合并慢性支气管炎 38 例,慢性阻塞性肺气肿 40 例,冠心病稳定劳累型心绞痛 9 例,心力衰竭 38 例,合并高血压 32 例,高脂血症 29 例,2 型糖尿病 7 例,支气管哮喘 1 例。两组基本情况大致相同,有可比性。

2 治疗方法

治疗组中药以理气化痰,泻肺平喘为主,采用温胆汤加味:制半夏 10 g,茯苓 10 g,炙甘草 10 g,枳实 10 g,陈皮 10 g,竹茹 10 g,葶苈子 10 g,白芥子 10 g,苏子 10 g,莱菔子 10 g,生姜 5 g,大枣 3 枚。

风寒壅肺型加麻黄;表寒肺热型加黄芩、桑白皮;痰浊内阻型加瓜蒌、半夏;肺气虚耗型加太子参、黄芪;肾虚不纳型加附子、肉桂,正虚喘脱型蛤蚧粉、龙骨、牡蛎。

对照组根据肺心病发作的不同类型分别选用抗感染、平喘,强心利尿对症支持治疗,给予持续低流量吸氧,留置导尿,绝对卧床休息,24 小时心电监护,疗程 4 周。两组病人用药前后观察肺心病反复发作加重次数、血氧饱和度、二氧化碳分压值等有关指标。

3 观察指标

治疗前后肺心病的疗效及次年复发率和氧分压、血氧饱和度、心力衰竭改善情况。

4 疗效标准

疗效诊断标准参考《疾病临床诊断与疗效标准》制定。

4.1 肺心病急性发作期综合疗效判断标准

4.1.1 显效 ①间咳,痰为白色泡沫粘痰,易咯出,两肺偶闻啰音,肺部炎症大部分吸收(可参考体温、白细胞计数、分类、痰量、血沉)。②心肺功能改善达二级。③神志清晰,生活自理。④症状、体征及实验室检查恢复到发病前情况。

4.1.2 好转 ①阵咳,痰为粘脓痰,不易咯出,两肺有散在啰音,肺部炎症部分消失。②心肺功能



改善达一级(可参考上述检查)。③神志清晰,能在床上活动。

4.1.3 无效 上述各项指标无改善,或有恶化者。

4.2 X 线疗效判断标准

肺部炎症阴影消散、大部消散和扩大是肺部继发感染的吸收、好转和恶化的指征。

肺动脉高压的 X 线征象经综合判断恢复到正常或原有范围,增大的心脏缩小至正常范围为显效,前者为较明显恢复,后者缩小 1/2 至 1/3 为好转。

肺动脉高压、心脏大小不变和进一步增重、增大或出现胸水为病情稳定和恶化的指征。

5 统计学方法

采用  $t$  检验和  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  为差异有显著性。

6 结果

疗效比较两组治疗前后肺心病心力衰竭改善程度、血液状态比较,见表 1、表 2。

表 1 两组治疗前后心力衰竭疗效的比较 (n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	41	31	8	2	95.1
对照组	41	19	13	9	78.0

表 2 两组治疗前后血液状态比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	红细胞压积 血沉 血氧分压 血氧饱和度				
		(%)	(mm/h)	(kpa)	(%)	
治疗组	41	治疗前	47.89±5.19	58.32±3.48	80.15±5.25	60.12±4.65
		治疗后	33.22±1.18▲	19.86±1.15▲	87.24±9.15	85.78±4.28
对照组	41	治疗前	49.56±5.18	59.26±3.62	65.14±9.25	64.23±1.86
		治疗后	42.52±3.16	47.34±3.07	78.15±5.71	72.23±1.51

注:两组治疗后比较▲ $P<0.01$

不良反应:治疗组 1 例出现泄泻、呕吐;对照组 1 例出现全身皮疹;余无其它不良反应。

7 讨论

慢性肺源性心脏病(简称肺心病)是慢性支气管炎、肺气肿、其他肺胸疾病或肺血管病变引起的心脏病,有肺动脉高压、右心室增大或右心功能不全。祖国医学称之为“喘证”或“肺胀”。病机为本虚标实,本虚以气虚、阳虚居多,标实以痰湿血瘀<sup>[2]</sup>多见。以理气化痰,泻肺平喘、虚实兼治为治则。中医经典名方温胆汤首见于唐代孙思邈的《备急千金要方》,乃由半夏、生姜、竹茹、枳实、陈皮、甘草、等六味中草药组成。温胆汤以调畅气机为基本功效。首先是疏调肝胃气机,半夏、陈皮、

生姜之辛,合于《素问·脏气法时论》:“肝欲散,急食辛以散之”之论;其次是和中降逆,方中主要药物均具有和胃降逆之力,为胃气上逆诸证之良方;功用之三是化痰,方中药物多具化痰之力,而诸药之辛散,调气和中也与化痰之功用密不可分。喘证的病位在肺,责之于肝、心、脾;肺主宣发肃降,主治节,朝百脉,肝主疏泄,调畅气机,脾主运化,喘证的病因病机为要气机郁滞、痰湿血瘀。温胆汤具有温养胆气、和胃化痰之功,人体脏腑中与气机关系密切的莫过于肝胆和脾胃两对互为表里的脏腑。肝主厥阴风木之气,具有疏泄条达、调畅气机作用,胆主少阳春生之气,具有升发敷布、推陈出新作用,二者经络互为络属,相互配合维持人体气机的通畅条达,为人体气机出入的枢纽。脾胃同居中焦,以膜相连,脾主升,胃主降,升降相因,燥湿相济,纳运相协,为人体气机升降之枢纽。气行则血行,肺主宣发肃降,主治节,朝百脉功能得以正常发挥,咳喘症状得以纠正,再加以葶苈子、白芥子、苏子、莱菔子泻肺平喘,则诸证得消,疗效可靠。在结合“春夏养阳,秋冬养阴”的理论基础,采用冬病夏治更能控制疗效,防止复发。

现代药理证明,半夏为天南星科植物半夏的干燥块茎,有燥湿化痰,降逆止呕,消痞散结功效<sup>[3]</sup>;陈皮所含挥发油有刺激性被动祛痰作用,使痰液易咯出。陈皮煎剂对支气管有微弱的扩张作用。其醇提物的平喘效价较高。枳实有抗变态反应、加强心肌收缩的功效;枳实水提物 100 mg/kg 静脉注射,对大鼠被动皮肤过敏反应(PCA)有抑制作用,50  $\mu\text{g/mL}$  对大鼠腹腔肥大细胞释放组胺有抑制作用<sup>[4]</sup>。

总之,温胆汤加味治疗能有效改善肺功能,纠正心力衰竭,提高机体耐缺氧能力,显著改善患者症状,减轻肺心病发作频率和强度,肺换气功能情况改善明显,并且无明显副反应。

参考文献

[1] 李宪凤,王新佩. 宣肺祛痰方治疗咳嗽 40 例疗效观察[J]. 陕西中医,2014,35(2):180.  
[2] 尹韶邦. 中医学术研究[M]. 西安:陕西科学技术出版社,1986:179~180.  
[3] 何东霞,赵宇. 自拟宣肺活血补肾汤对慢阻肺患者肺功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2001,10(6):524.  
[4] 周仲瑛. 中医内科学. 新世纪[M]. 2 版. 中国中医药出版社,2007:92-93.

(收稿日期:2015-03-17 编辑:王益平)

益气温阳汤加减治疗慢性充血性心力衰竭 30 例

汤宝昌<sup>1</sup> 指导:张治祥<sup>2</sup>

(1. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712046; 2. 陕西中医药大学附属医院, 陕西 咸阳 712000)

**摘要:**目的 观察益气温阳汤加减治疗慢性充血性心力衰竭的临床疗效。方法 将入选病例随机分为两组。两组在治疗原发病的基础上均给予西药(利尿剂、ACEI 或 ARB、 $\beta$ 受体阻滞剂或洋地黄、螺内酯)治疗。治疗组加用益气温阳汤治疗。4 周后比较两组临床症状、体征、心功能改善情况。结果 治疗组疗效明显优于对照组。结论 本方有控制或改善慢性充血性心力衰竭临床症状,提高心功能的作用。

**关键词:**心力衰竭;充血性/中医药疗法;益气温阳汤/治疗应用  
中图分类号: R 541.6<sup>+</sup> 文献标识码: B 文章编号:1672-0571(2015)06-0017-02  
DOI:10.13424/j.cnki.mtcm.2015.06.008

我们在西药(利尿剂、ACEI 或 ARB、 $\beta$ 受体阻滞剂或洋地黄、螺内酯)治疗的基础上,结合中医辨证,采用益气温阳汤加减治疗慢性充血性心力衰竭(气虚阳衰、阳虚水泛)取得良好的临床疗效。现报导如下:

1 临床资料与方法

**1.1 临床资料** 所有病例均为陕西中医学院附属医院心内科 2014 年 8 月~2015 年 2 月住院及门诊病人。符合中医气虚阳衰、阳虚水泛证,并且明确诊断为慢性心力衰竭,其中男性 29 例,女性 31 例,年龄 43~78 岁,排除严重脑、肝、肾、内分泌、消化、血液系统等严重原发疾病,所有病例均签署知情同意并愿意随访。随机分为治疗组和对照组各 30 例,治疗组 30 例中男 12 例,女 18 例,年龄 45~78 岁,平均年龄 59.58 $\pm$ 12.35 岁;病程 2~16 年,平均 5.4 $\pm$ 2.2 年;心功能Ⅱ级 5 例,Ⅲ级 18 例,Ⅳ级 7 例;原发病为冠心病 15 例,肺心病 5 例,高心病 7 例,扩心病 1 例,其他心脏病 2 例。对照组 30 例中,男 12 例,女 18 例;年龄 43~77 岁,平均 58.56 $\pm$ 11.55 岁;病程 2~15 年,平均 5.4 $\pm$ 2.1 年;心功能Ⅱ级 5 例,Ⅲ级 19 例,Ⅳ级 6 例;原发病为冠心病 16 例,肺心病 6 例,高心病 5 例,扩心病 2 例,其他心脏病 1 例。两组患者性别、年龄、病程、病情轻重以及原发疾病等方面无显著差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 所有病例在治疗原发病的基础

上给予西药(利尿剂、ACEI 或 ARB、 $\beta$ 受体阻滞剂或洋地黄、螺内酯)治疗,疗程均为 3 周。治疗组加用益气温阳汤进行治疗,药物组成:黄芪、党参、茯苓各 30 g,川芎、炒白术、桂枝、当归、麦冬各 15 g,制附片、干姜各 10 g。每日一剂,水煎服,早晚分服。随证加减:胸闷、痰多者加射干、薤白各 15 g,水肿较甚者加泽泻、车前子(布包)各 15 g,心烦失眠者加黄连 6 g,酸枣仁 30 g。对照组:西医常规治疗。

**1.3 观察指标** 观察两组治疗前后心电图、心脏彩超变化。记录患者症状、体征、心功能分级变化情况。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS12.0 统计软件。计数资料采用 $\chi^2$ 检验,计量资料采用  $t$  检验。

**1.5 疗效标准** 西医诊断标准、中医气(阳)虚、水饮证的诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>制定;心功能分级标准:参照美国纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级标准<sup>[2]</sup>。

2 治疗结果

**2.1 两组治疗结果比较** 见表 1。

表 1 治疗组与对照组疗效比较 (n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率%
治疗组	30	18	10	2	93.34
对照组	30	10	11	9	70.00

注:经 Ridit 统计分析, $u=2.35$ , $P<0.05$  两组疗效有显著差异,治疗组优于对照组。

2.2 两组左室射血分数比较 见表 2。

两组治疗后左室射血分数(EF)与治疗前比较有统计学差异( $P<0.01$ ),治疗后两组间左室射血分数(EF)比较有统计学差异( $P<0.05$ )。

表 2 两组左室射血分数比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	33.45±4.52	47.25±3.78
对照组	30	33.68±4.32	40.28±3.56

注:与治疗前比较, $P<0.01$ ,组间比较, $P<0.05$ 。

不良反应:治疗组患者中 1 例口干,对照组患者中有 1 例轻微恶心(不影响继续治疗)。

3 讨论

充血性心力衰竭是由于任何原因的初始心肌损伤,引起心肌功能和结构的变化,最终导致心室泵血功能下降<sup>[3]</sup>。临床以肺循环和(或)体循环瘀血以及组织血液输注不足为主要特征,是各种心脏病的严重阶段。采用中医辨证为主进行治疗,常可有效缓解症状、改善病情。充血性心力衰竭属中医学的“心痹”“水肿”“喘证”“惊悸”“痰饮”等范畴<sup>[4]</sup>。我们通过长期的临床观察,认为充血性心力衰竭的基本病机多为邪实正虚,虚实夹杂。以心肾阳虚气弱为本,瘀血水湿搏结为标,其基本治则为扶正祛邪,补虚泻实,以益气温阳治其本,活血利水治其标,标本同治才能效如桴鼓。

益气温阳汤是在《金匱要略》苓桂术甘汤和真武汤的基础上,结合充血性心力衰竭的基本病机加减变化而来,全方由黄芪、川芎、炒白术、茯苓、桂枝、当归、制附片、党参、干姜、麦冬组成。其中党参、黄芪可补心肺之气,党参、茯苓、白术可补脾胃之气,附片、干姜温补肾阳,桂枝温通心肾,白术、茯苓健脾利水,当归、川芎活血以利水,化瘀而行气。麦冬生津养阴,加入众多温性药中既可防

辛温伤阴又可避免渗利伤阴之弊,取阴阳互补之义。全方扶正而不滞邪,利水而不伤阴。现代药理学研究证实:党参具有强心、保护心肌的作用。黄芪能利尿,还可通过抑制心肌细胞膜  $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$  酶起到类似洋地黄的强心作用,增强心肌收缩力<sup>[5]</sup>。附子、干姜配伍有明显的强心作用,能增强心肌收缩力,提高心输出量,降低肾素、血管紧张素Ⅱ、醛固酮、心钠素、内皮素的作用<sup>[6]</sup>。麦冬具有强心、保护心肌并修复受损心肌的作用。桂枝、白术、茯苓具有利尿作用。当归、川芎均具有扩血管、改善微循环作用,而且当归可增加心肌氧的供给,减少氧的消耗,对心肌细胞缺氧性损伤有保护作用<sup>[6]</sup>。通过我们的临床观察证实,益气温阳汤能明显缓解慢性心衰证属气虚阳衰、阳虚水泛者的临床症状,改善患者心功能,提高生活质量,降低死亡率。经我们推测,其取效的机理与所含中药具有强心、利尿、扩血管、抗心肌缺血、保护并修复受损心肌的综合作用相关。

参考文献

[1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 77-85.

[2] 中华医学会心血管分会. 慢性收缩性心力衰竭的治疗建议[J]. 中华心血管杂志, 2002, 30(1): 7-23.

[3] 汤益明. 汤益明临证经验精粹[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 276-277.

[4] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 1093.

[5] 李阳革. 黄芪对心血管保护的药理作用和临床应用进展[J]. 中国实用医药, 2009, 4(7): 149-150.

[6] 彭成. 中药药理学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 243-253.

(收稿日期: 2015-04-19 编辑: 王益平)

更 正

《现代中医药》2015 年第一期第 11 页《中西医结合治疗小儿肾病综合征 32 例临床观察》的作者排名应该为: 朱海路<sup>1</sup> 赵峰刚<sup>2</sup> 赵志凌<sup>3</sup> (1. 兴平市中医院, 陕西 兴平 713100; 2. 兴平市南位中心卫生院, 陕西 兴平 713100; 3. 兴平市西城医院, 陕西 兴平 713100;)。特此更正。

益气活血舒筋法合电刺激对脑卒中患者  
上肢痉挛的影响

杨杏萍<sup>1</sup> 黄旭明<sup>1</sup> 张明兴<sup>1</sup> 石艺华<sup>1</sup> 陈红霞<sup>2</sup>

(1. 广东药学院附属第一医院, 广东 广州 510699; 2. 广东省中医院, 广东 广州 510120)

**摘要:**目的 研究通过评定改良 Ashworth 量表(MAS)、简化 Fugl-Meyer 功能量表上肢部分(FMA)、改良 Barthel 指数(MBI)评分,观察益气活血舒筋法中药结合痉挛肌对脑卒中后患者上肢痉挛的疗效性,并探索其可能的作用机制。**方法** 将符合纳入标准及排除标准的 47 例患者,按分层随机对照的方法分组。治疗组给予益气活血舒筋法中药汤剂合痉挛机治疗;对照组给予口服巴氯芬,两组均进行康复训练、针灸治疗及临床基础疾病治疗,共治疗 3 周。于治疗前及治疗后评定 MAS、FMA、MBI,两组评定安全性评价指标。**结果** 两组治疗前后 MAS、FMA、MBI 明显改善,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),且 2 及 3 级层内治疗组 FMA 评分优于对照组,差异有明显统计学意义( $P<0.05$ )。安全性:治疗过程中对照组有 2 例患者诉乏力明显,经调整剂量后乏力消失;治疗组病人未发生不良反应;两组均未发现死亡等事件。**结论** 益气活血舒筋法合电刺激法治疗脑卒中后上肢痉挛患者有效,并且该方法对中度痉挛患者的治疗效果明显优于口服巴氯芬组,有较好的安全性。

**关键词:**脑卒中;中药汤剂;痉挛

中图分类号: R 255.2 文献标识码: B 文章编号: 1672-0571(2015)06-0019-05

DOI: 10. 13424/j. cnki. mtcm. 2015. 06. 009

Clinical Observation on the Treatment of Upper Extremity Spasticity  
for Stroke Patients by Combining Electric Stimulation with  
Qi-invigorating and Blood-activating Therapy

Yang Xingping<sup>1</sup>, Huang Xuming<sup>1</sup>, Zhang Mingxing<sup>1</sup>, Shi Yihua<sup>1</sup>, Chen Hongxia<sup>2</sup>

(1. First Affiliated Hospital of Guangdong Pharmaceutical University, Guangzhou 510699, China;

2. Guangdong Chinese Medical Hospital, Guangzhou 510120, China)

**Abstract Objective:** To study the effect of integrative methods of Chinese medicine and electric stimulation on upper limb spasm for stroke patients and to explore the possible mechanisms by evaluating the scores of MAS, FMA and MBI. **Methods:** Totally 47 patients with the inclusion and exclusion criteria were grouped according to the stratified and randomized method. Chinese medical decoction with the function of invigorating qi, activating blood circulation and dredging collaterals as well as electric stimulation was given to the treatment group, while baclofen in oral to the control group, all patients receiving rehabilitation training, acupuncture treatment and clinical basic treatment for 3 weeks. The scores of MAS, FMA and MBI as well as safety conditions in both groups were evaluated before and after treatment. **Results:** The differences of FMA, MBI and FMA scores improved significantly in the two groups before and after treatment had statistical meanings ( $P<0.05$ ), and the FMA score of 2 and 3 levels were superior to that of the control group and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Safety:** Two cases of patients in the control group complained their fatigue during treatment and the symptom disappeared after adjusting the dose; there was no adverse reactions among the patients of treatment group; no death was found during the treatment. **Conclusion:** The method of combining the electric stimulation



with qi-invigorating and blood-activating therapy is effective in treating upper limb spasticity of stroke patients, far better and safer than baclofen.

**Keywords** stroke, Chinese medicine decoction, spasticity

流行病学调查显示我国脑卒中发病率多达 10/120 万<sup>[1]</sup>,致残率高达 70 % 以上,且脑卒中患者大多伴随痉挛症状<sup>[2]</sup>。对于偏瘫患者肢体恢复过程中的肌张力增高症状,若处理不当,会影响患者运动功能的恢复和康复治疗效果<sup>[3]</sup>,可能导致永久性的高肌张力、关节挛缩等,降低患者的生活质量,延长治疗周期,增加治疗成本。目前,临床上采用的多种西药虽可有效缓解痉挛,但都不同程度存在药物副反应。本研究通过益气活血舒筋中药汤剂结合痉挛机治疗仪治疗与巴氯芬给药对治疗脑卒中后上肢痉挛疗效的对比研究,探索安全、有效

缓解肢体痉挛及改善患者预后的有效治疗手段。

**1 研究对象与方法**  
**1.1 研究对象** 选取 2012 年 1 月~2014 年 3 月入住康复科治疗、符合纳入标准和排除标准的患者共 47 例。将符合标准的患者按 Ashworth 分级(1 和 1+级,2 和 3 级)分层,采用随机数字法分为治疗组(益气活血中药汤剂和痉挛机),对照组(巴氯芬)。两组患者年龄、性别、病程及病性及 MAS、FMA、MBI 治疗前基线比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表 1。

表 1 治疗前一般情况比较

组别	性别		年龄(岁)	病性(n)		病程(月)	MAS					
	男	女		梗塞	出血		1	1+	2	3	1 及 1+	2 及 3
治疗组	19	5	63.08±8.87	17	7	2.77±0.45	2	13	5	4	15	9
对照组	21	2	59.83±8.19	17	6	4.24±1.09	2	10	7	4	12	11

续表 1 治疗前一般情况比较

组别	FMA			MBI		
	1 及 1+级	2 及 3 级		1 及 1+级	2 及 3 级	
治疗组	10.17±5.85	9.07±2.14	12.00±2.53	37.13±8.19	38.67±7.94	34.56±9.13
对照组	15.39±3.19	17.42±3.83	13.18±2.86	40.70±8.43	39.00±7.12	42.55±9.57

**1.2 诊断标准** ①西医诊断标准:据 2005 年卫生部、中华医学会制订的《中国脑血管病防治指南》的相关标准,结合头颅 CT/MR 确诊;②中医证候诊断标准:据 1993 年通过的《中风病辨证诊断标准》。  
**1.3 纳入标准** 年龄  $40 \leq X \leq 80$  岁;发病在 1 月~6 月;上肢肌群分级(MAS)属  $1 \leq X \leq 3$ ;生命体征稳定,认知清晰可接受指令;自愿参与研究,签署知情同意书。

**1.4 排除标准** ①非卒中所致痉挛;②既往有运动功能障碍;③并有严重心、肝、肾疾病者;④自主意识障碍及不配合治疗者。

**1.5 研究方法**

**1.5.1 治疗方法** 两组均同时予以康复训练、针灸治疗及高血压病、糖尿病、抗血小板聚集、护脑等临床基础疾病治疗。具体如下:(1)运动疗法:①抗痉挛体位;②关节被动活动和持续肌肉牵伸;③改善上肢功能的作业治疗等。(2)针灸治疗:主

穴:内关、水沟、三阴交、尺泽、委中,上肢:肩髃、手三里、曲池、合谷。

治疗组:(1)益气活血舒筋法:黄芪 30~60 g,当归 5~10 g,白芍 20 g,川芎 15 g,桃仁 10 g,红花 5 g,地龙干 10 g,川木瓜 20 g,炙甘草 5 g,全蝎 5 g,伸筋草 15 g,石菖蒲 10 g。水煎至 250 mL,每天 1 剂,共治疗 3 周。(2)电刺激疗法:采用痉挛机治疗仪(北京耀洋康达医疗器械公司,KX-3 型),两电极分别置于患侧痉挛肌肌腱和拮抗肌肌腹,刺激频率 30 Hz,通电/断电比 5 s/5 s。每天 1 次,每次 20 min,共 3 周。

对照组:巴氯芬片,口服用量:每天 3 次,每次 5 mg,每 3 天增加 5 mg 剂量,肌张力下降 2 个级别或至正常或不能耐受毒副作用为止。

**1.5.2 统计学方法** 疗程结束后,将收集的资料用 SPSS17.0 进行统计分析。两组计量资料采用  $t$  检验,计数资料采用秩和检验。



2 研究结果

2.1 治疗前后患侧上肢肌肉痉挛状态的变化

治疗前后,2 组治疗方案均能降低患侧上肢肌张力( $P<0.01$ ),见表 2;对不同痉挛程度的均有效( $P<0.01$ ),见表 3;2 组方案对改善患侧上肢肌肉痉挛无明显统计学差异( $P>0.05$ ),见表 4、5。

表 2 两组上肢改良 Ashworth 评分治疗前后比较与分析

组别	上肢 MAS 评分					Z	P
	0	1	1+	2	3		
治疗组	治疗前	0	2	13	5	4	-4.274
	治疗后	3	16	3	2	0	
对照组	治疗前	0	2	10	7	4	-4.221
	治疗后	5	11	6	1	0	

表 5 不同分层两组上肢改良 Ashworth 评分治疗后比较与分析

组别	1 及 1+					2 及 3					Z	P
	0	1	1+	Z	P	0	1	1+	2	3		
治疗组	2	13	0	-1.638	0.101	1	3	3	2	0	-0.123	0.902
对照组	5	7	0			0	4	6	1	0		

2.2 治疗前后患侧上肢运动功能的变化 治疗前后,2 组治疗方案均能改善患侧上肢的运动功能( $P<0.01$ )见表 6FMA 部分,但在 2 及 3 级层内则益气活血舒筋法中药汤剂和痉挛机效果更佳( $P<0.05$ )见表 7、9。

表 6 上肢 Fugl-meyer 评分及改良 Barthel 指数治疗前后比较与分析

组别	FMA				MBI			
	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	10.17±5.85	15.71±4.76	-2.914	0.008	37.13±8.19	64.83±9.78	-7.499	0.000
对照组	15.39±6.65	17.00±4.67	-3.257	0.004	40.70±7.87	61.09±9.02	-7.275	0.000

表 7 分层组内上肢 Fugl-meyer 评分及改良 Barthel 指数治疗前后比较与分析

组别		治疗前	治疗后	t	P
1 及 1+	治疗组	上肢 FMA 评分	9.07±3.21	11.40±9.55	-2.885
		MBI 评分	38.67±6.55	66.73±7.54	-8.749
	对照组	上肢 FMA 评分	17.42±6.03	19.00±6.22	-3.272
		MBI 评分	39.00±9.22	58.83±10.80	-4.800
2 及 3	治疗组	上肢 FMA 评分	12.00±5.53	22.89±8.49	-2.429
		MBI 评分	34.56±7.13	61.67±8.84	-3.139
	对照组	上肢 FMA 评分	13.18±4.86	14.82±5.26	-1.784
		MBI 评分	42.55±10.57	63.55±11.71	-5.320

表 8 两组间上肢 Fugl-meyer 评分和改良 Barthel 指数变化情况比较与分析

组别	△FMA 上肢评分	△MBI 评分
治疗组	5.54±0.32	27.71±2.10
对照组	1.61±0.37	20.39±3.14
	t=2.002,P=0.056	t=1.568,P=0.124

表 3 不同分层组内上肢改良 Ashworth 评分治疗前后比较与分析

组别	1 及 1+				2 及 3				
	0	1	1+	Z	0	1	1+	2	3
治疗组	治疗前	0	2	13	Z=-3.419	0	0	0	5
	治疗后	2	13	0	P=0.001	1	3	3	2
对照组	治疗前	0	2	10	Z=-3.035	0	0	0	7
	治疗后	5	7	0	P=0.002	0	4	6	1

表 4 两组间改良 Ashworth 评分治疗后比较与分析

组别	上肢 MAS 评分					Z	P
	0	1	1+	2	3		
治疗组	3	16	3	2	0	-0.036	0.972
对照组	5	11	6	1	0		

2.3 治疗前后患者日常生活能力变化 治疗前后,2 组治疗方案均能改善患者日常生活能力( $P<0.01$ )见表 6MBI 部分,分层后两组治疗方案对患者日常生活能力的改善差异无统计学意义( $P>0.05$ )见表 7、9MBI 部分。

表 9 不同分层两组上肢 Fugl-meyer 及改良 Barthel 评分变化情况比较与分析

组别	△FMA 上肢评分		△MBI 评分	
	1 及 1+级	2 及 3 级	1 及 1+级	2 及 3 级
治疗组	2.33±0.13	10.89±2.45	28.07±6.42	27.11±5.91
对照组	1.58±0.42	1.64±0.34	19.83±3.13	21.00±3.09
	t=0.746,P=0.462	t=-2.315,P=0.021	t=1.600,P=0.122	t=0.644,P=0.533

**2.4 不良反应** 治疗过程中对照组有 2 例患者诉乏力明显,经调整剂量后乏力消失;治疗组病人未发生不良反应;两组均未发现死亡等事件。

### 3 讨论

中医学认为脑卒中引起痉挛属于“痉症”范畴。《素问·至真要大论》曰:“诸暴强直,皆属于风”“诸风掉眩,皆属于肝”。指出痉症与肝风有关。清代叶天士在《临证指南医案·中风》:“内风乃身中阳气之变动,肝为风脏,因精血衰耗,水不涵木,木少滋荣,故肝阳偏亢,内风时起,治以滋液熄风,濡养营络,补阴潜阳。”指出中风由肝阴不足所致。清代王清任在《医林改错》中指出气虚血瘀导致中风、偏身麻木,并立补阳还五汤治疗该病,杨利等<sup>[4]</sup>通过回顾 1418 例中风患者的发病过程,得出血瘀证和痰证是中风病的两大主要病理因素;痰瘀互结是中风病的基本病机。故本研究认为气阴两虚,痰瘀阻络是脑卒中后上肢痉挛的根本病机,并以益气活血舒筋法为治法,选用以补阳还五汤合芍药甘草汤加减组方治疗,药物组成:黄芪,当归,白芍,川芎,桃仁,红花,地龙干,川木瓜,炙甘草,全蝎,伸筋草,石菖蒲。诸药合用,共奏益气活血,柔肝舒筋,化痰通络之效。研究表明中风后肢体痉挛的本质是由于脑卒中后上运动神经元受损和脊髓反射活动增高,以牵张反射活跃为核心的  $\alpha 2\gamma$  环路功能失衡所致<sup>[5-6]</sup>。通常表现为肌张力异常增高和异常运动模式,典型临床表现为上肢屈曲,下肢伸直,可导致运动功能残损、疼痛、跌倒风险增高、睡眠障碍等多种不良后果,严重影响患者的日常生活能力<sup>[7-8]</sup>。尽早降低肌张力,有助于缓解痉挛,改善肢体正常功能活动,减轻患者痛苦和减少医疗资源的浪费。

痉挛肌治疗仪交替输出可调波宽及频率的两组脉冲,分别交互刺激患侧肢体痉挛肌和拮抗肌来缓解痉挛<sup>[9]</sup>。此外,交替刺激痉挛肌和拮抗肌有利于调节各级中枢控制反射,从而协调主动肌及拮抗肌群,利于肢体克服异常运动模式<sup>[10]</sup>。Seieglitz 等<sup>[11]</sup>通过神经促通技术和功能电刺激治疗的疗效分析,证实了该治疗的安全有效;Sabut 等<sup>[12]</sup>发现功能电刺激治疗能够改善卒中患者的痉挛程度及运动功能。

目前作为国内外首选的抗痉挛药, GABA-B

受体激动剂巴氯芬( $\beta$ -(对氯苯基)- $\gamma$ -氨基丁酸类似物)具有较高的安全性和良好的治疗效果<sup>[13]</sup>。其药理作用以痉挛与抑制性神经递质  $\gamma$ -氨基丁酸释放不足有关为前提,通过选择性地抑制神经末梢释放兴奋性氨基酸,阻断多种突触反射在脊髓传递以降低肌张力。有临床研究表明,长期使用巴氯芬虽有明显的临床疗效,但对于恢复丧失的运动功能及改善自觉健康状况无作用<sup>[14]</sup>。巴氯芬主要的不良反应包括:镇静、嗜睡或头晕、呕吐、眩晕及过度虚弱等不良反应,大部分是与剂量相关,短暂可逆的。口服给药的风险主要为停药后的癫痫、幻觉等精神症状和高热,尤其是对于颅脑损伤及老年患者<sup>[15]</sup>。本研究中,巴氯芬组中有 2 例患者未能在充分缓解肌张力的剂量时出现乏力、嗜睡,减少剂量后症状可缓解。

本研究发现,两组治疗前后 MAS、FMA、MBI 明显改善,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),且 2 及 3 级层内治疗组 FMA 评分优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。且整个治疗过程中,对照组有 2 例患者发生不良反应;治疗组病人未发生不良反应,两组均未发现死亡等事件。表明益气活血舒筋法合电刺激治疗对患者上肢痉挛程度、轻度痉挛的上肢运动功能、日常生活能力改善与巴氯芬组效果相当,且对中度上肢痉挛患者的上肢运动功能的改善作用优于巴氯芬组,整个观察过程无不良反应,证实了益气活血舒筋法合电刺激治疗脑卒中后上肢痉挛的有效性和安全性,对上肢中度痉挛的患者更佳,提示将功能电刺激技术与传统中医益气活血舒筋法相结合治疗脑卒中后上肢痉挛具有明显优势,值得推广。

### 参考文献

- [1] 蔡全萍. 134 例脑卒中患者的护理效果分析[J]. 中国医学创新, 2012, 9(13): 77-78.
- [2] 王茂斌, 高谦, 黄松波, 等. 脑卒中的康复医疗[M]. 中国科学技术出版社, 2006: 58-59.
- [3] 廖翠强. 综合护理干预对脑卒中患者生活质量影响的临床研究[J]. 中国医学创新, 2012, 9(20): 67-68.
- [4] 杨利, 黄燕, 蔡业峰, 等. 1418 例中风患者痰瘀症候分布和演变规律探析[J]. 辽宁中医杂志, 2004, 31(6): 459-460.
- [5] Ivanhoe CB, Reistetter TA. Spasticity: The Misunderstood Part of the Upper Motor Neuron Syndrome [J]. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 2004, 83(10): S3-S9.

慢性胃炎的中医论治体会

王 维 吴改红 指导:杨承祖  
(西安高新医院,陕西 西安 710075)

摘 要:中医治疗慢性胃炎以恢复脾胃本体功能为主,结合现代医学幽门螺杆菌检测及胃镜检查,对慢性胃炎进行中医辨证论治,兼顾饮食、情志调养,收到良好效果。

关键词:慢性胃炎;中医治疗;体会

中图分类号: R 573.3 文献标识码: B 文章编号: 1672-0571 (2015) 06-0023-02

DOI:10. 13424/j. cnki. mtem. 2015. 06. 010

慢性胃炎是由多种病因引起的胃黏膜慢性炎症或萎缩性病变,为消化系统常见病、多发病。现代医学将慢性胃炎分为慢性浅表性、萎缩性和特殊类型胃炎三大类,认为其与幽门螺杆菌(Hp)感染、自身免疫、遗传等因素有关,多以根除 Hp 及对症治疗为主,然而临床上该病常反复发作,难以根治。中医学对慢性胃炎的论治积累了丰富的经验<sup>[1]</sup>,具有显著优势。笔者通过长期临床观察,总结慢性胃炎的中医药辨治体会如下。

1 体会

1.1 注重脾胃功能调整 兼顾生克制化 注重脾胃本体功能的调节与恢复,着眼症状,兼顾五行

生克制化。脾胃同居中焦,以膜相连,互为表里,为仓廪之官,脾主运化、主升清、主统血,且主运化是其升清、统血功能得以正常发抒的前提,脾喜燥恶湿,为胃行其津液,脾易为暑湿邪气所伤;胃主受纳、腐熟水谷,为水谷之海,六腑之大源,胃喜润恶燥;脾胃为中焦气机之枢纽,脾升胃降为顺;脾胃属戊己土位居中央,灌溉四旁,与五脏关系密切,脾胃病变在五行生克制化关系上常表现为木乘水侮。慢性胃炎常见的典型症状有胃胀、胃痛、嘈杂、反酸、恶心、呃逆、纳呆等,在病机上主要为脾胃的运化受纳功能失常,脾胃升降失调所致,同时常兼湿热之邪,病久则可见瘀血证候,或为虚、

[6]张万青,龚小玲.探讨良姿位护理对脑卒中急性期患者偏瘫肢体痉挛的影响[J].中国医学创新,2014,11(21):117-119.

[7]周燕利.35例急性脑卒中偏瘫患者早期综合康复疗效分析[J].中国医学创新,2013,10(14):109-110.

[8]王红燕.运动康复疗法防治脑卒中致偏瘫步态的临床观察及护理[J].中国医学创新,2012,9(9):147-148.

[9]张通.脑卒中的功能障碍与康复[M].北京:科技文献出版社,2006:323.

[10]Skold C, Lonn L, Harms RK, et al. Effects of functional electrical stimulation training for six months on body composition and spasticity in motorcomplete tetraplegic spinal cord injured individuals [J]. Rehabil Med, 2002, 34(1):25-32.

[11]Seieglitz T. Neural prosthesees and functional-electrical stimulation[J]. Biomed Tech (Berl), 2004, 49(4):70-71.

[12]Sabut SK, Sikdar C, Mondal R, et al. Restoration of gait and motor recovery by functional electrical stimulation therapy in persons with stroke[J]. Disabil Rehabil, 2010; 32(19):1594-1603.

[13]Glen Gillen, Ann Burkhardt. Stroke Rehabilitation: A Function-Based Approach. Singapore: Elsevier Pte Ltd. 2008:159-160.

[14]Zahavi A, Geertzen J H, Middel B, et al. Long term effect of intrathecal baclofen on impairment, disability, and quality of life in patients with severe spasticity of spinal origin[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2004, 75:1553-1557.

[15]Charlene B, Suzann C. Evidence of the effects of intrathecal baclofen for spastic and dystonic cerebral palsy[J]. Developmental Medicine & Child Neurology, 2000, 42:634-645.

(收稿日期:2015-05-27 编辑:巩振东)

或为实、或为虚实夹杂;治疗当依据其病机特点以恢复脾主运化胃主受纳脾升胃降之状态,同时宜疏肝温阳,以防木乘水侮,常以柴芍六君子汤化裁,气滞明显者加枳实、厚朴、木香,兼湿热者合乌贝散,寒湿明显者加入藿香、佩兰、砂仁,兼瘀血者合以丹参饮、三七,食纳欠佳者加入鸡内金、炒三仙。

**1.2 参考现代医学检测** 中西医结合治疗 结合现代医学 Hp 病原学检测及胃镜检查,联合、分阶段,中西医结合治疗。随着慢性胃炎的发病机制及生理病理研究进展,在病因方面提出 Hp 感染为慢性胃炎发病的主要病因<sup>[2]</sup>,抗 Hp 治疗为治疗慢性胃炎的主要手段。因此笔者对于慢性胃炎尤其是经中药治疗 1~2 周临床效果欠佳患者,进行 Hp 检测结果多为阳性,转而采用二阶段疗法:即在常规三联基础上联合中成药芫龙胶囊、枫蓼肠胃康分散片清热利湿之剂组成五联疗法,服用 1~2 周;第 3 周停用西药,根据患者证候进行辨证论治,恢复脾胃本体功能,常选用六君子汤合乌贝散加黄连、萆澄茄等,疗程一般为 1~3 月,收到良好效果,复查 Hp 多转阴,临床症状缓解;借鉴胃镜检查<sup>[3]</sup>,根据胃黏膜形态、颜色的不同,进行四诊资料归纳补充,对寒、热、虚、实、湿、痰、瘀进一步辨证,后期复查胃镜,判断疗效。

**1.3 恢复期强调饮食 情志调养** 随着人民生活水平日益提高,生活节奏逐步加快,有的人精神日趋紧张,加之或嗜食酒、茶、肥甘厚味、炙燥辛辣之物,或饥饱不匀,饮食无定,或情志怫郁,多思过劳,或气候骤变,冷热摄养不当等原因,均可导致慢性胃炎的反复发作、迁延不愈。因此在慢性胃炎的整个病程中,饮食、情志调养对疾病的向愈起着重要作用。

## 2 典型病历

刘某,女,49 岁,于 2014 年 6 月 10 日就诊,以“胃脘部胀满疼痛 5 年”为主诉。症状:胃脘部胀

满疼痛,反酸、烧心,食纳差,大便溏稀,睡眠欠佳。舌质红,体胖大边有齿痕,苔淡黄微腻,脉弦。胃镜提示慢性萎缩性胃炎。中医诊断:胃痞,证属脾胃虚弱,兼有湿热。处以柴芍六君子汤合乌贝散化裁,处方:柴胡 10 g,白芍 30 g,陈皮 12 g,半夏 10 g,党参 30 g,茯苓 30 g,白术 15 g,乌贼骨 15 g,浙贝母 15 g,萆澄茄 15 g,黄连 10 g,鸡内金 15 g,炒麦芽 30 g,元胡 15 g,川楝子 15 g,炙甘草 10 g。7 剂,水煎服,每日 1 剂。二诊:药后症状减轻不明显,反酸、烧心明显,舌质红,边有齿痕,苔淡黄,脉弦。治以上方加煅瓦楞子 15 g,7 剂,水煎服,每日 1 剂。三诊:症状较前变化不大,行 C14 呼气试验,结果提示 Hp(++++),给予暂停中药,处以:阿莫西林克拉维酸钾片(0.914 g, Bid) + 甲硝唑片(0.64 g, Bid) + 雷贝拉唑片(20 mg, Bid) 三联杀菌治疗,配合芫龙胶囊(1.35 g, Tid)、枫蓼肠胃康分散片(3.0 g, Tid)服用 1 周。四诊:患者胃脘胀痛减轻,反酸、烧心明显缓解,食纳欠佳,大便稀溏,舌质红,边有齿痕,苔淡黄腻,脉弦,再次处以柴芍六君子汤合乌贝散加炒三仙、鸡内金、黄连、萆澄茄、薏苡仁。治疗 1 周后,患者食纳增加,诸症减轻,精神好转,大便成形,继以前方治疗 1 月,诸症悉除,复查 C14 呼气试验(-)。以前方做成药,巩固治疗 2 月,并嘱患者饮食避免生、冷、油腻性的食物及甜食,避免情绪大波动。随访 3 个月,未再复发。

## 参考文献

- [1] 韩木龙,林雪娟,甘慧娟,等.慢性胃炎中医证素分布规律的文献分析[J].中华中医药杂志,2014,29(3):900-903.
- [2] 中华医学会消化病学分会.全国慢性胃炎研讨会共识意见[J].中华消化杂志,2000,20(3):199-201.
- [3] 毛承飞,曹蕊芸,贺盘良,等.慢性胃炎中医证型与胃镜病理关系探讨[J].江苏中医药,2011,43(2):32-33.

(收稿日期:2015-03-30 编辑:王益平)

人类最高的品德是《曲礼》开头第三句话:“积而能散……临财毋苟得,临难毋苟免。很毋求胜人,分毋求多。”富裕了就散财施善于困穷之人,遇到发财的机会不要轻易攫取,要想到危险。遇到不要苟且逃避,即敢于担当。与人争执时不要一味求胜,在分配财物时不要多占。克制私欲,是中国文化的重要原则。