

鸡矢藤与柴芍六君子汤合用治疗 功能性消化不良的临床观察

福建省第二人民医院(福州 350003) 林 平 黄铭涵

福建省龙岩市第一医院 张烈湖 张 强 王元梁

功能性消化不良是临床中常见的上消化道症候群,笔者于 2003 年 8 月—2004 年 12 月,采用柴芍六君子汤加入鸡矢藤治疗本病取得了满意疗效,现报告如下。

临床资料 90 例门诊患者,根据 Rome II 诊断标准 [Talley NJ, Stanghellini V, Headtnng RC, et al. Functional gastroduodenal disorders. Gut 1999; 45 (suppl 11):1137—1142],符合以下条件:(1)持续或反复性上腹中部疼痛或不适(如上腹胀、早饱、暖气、恶心等);(2)上述症状在近 12 个月内至少出现 12 周,但无需连续;(3)症状与排便无关;(4)无器质性疾病可解释的症状(包括消化内镜检查);中医辨证参照《中医内科学》属肝郁脾虚型。按照就诊先后顺序分为 3 组,每组 30 例,鸡矢藤与柴芍六君子汤治疗组(简称中药治疗组)中男 13 例,女 17 例;年龄 21~62 岁,平均(35.7±7.5)岁;平均病程(2.1±2.3)年;柴芍六君子汤对照组(简称中药对照组)中男 14 例,女 16 例;年龄 19~57 岁,平均(33.7±8.8)岁,平均病程(2.5±2.2)年;常规西药对照组(简称西药对照组),其中男 14 例,女 16 例,年龄 21~64 岁,平均(33.9±6.9)岁;平均病程(2.4±2.2)年。各组在性别、年龄、病程等方面比较,经统计学处理差异无显著性($P>0.05$)。

治疗方法 中药对照组予柴芍六君子汤(柴胡 10 g 赤芍 15 g 白芍 15 g 潞党参 6 g 炒白术 15 g 茯苓 15 g 姜半夏 10 g 陈皮 10 g 甘草 3 g),每日 1 剂,分两次温服,每周 5 剂;西药对照组予西沙比利 5 mg 或氯波必利 0.68 mg、维生素 B₆ 20 mg、谷维素 20 mg,每日 3 次;雷尼替丁 0.15 g,每日 2 次。中药治疗组在中药对照组基础上加用鸡矢藤 30 g(煎煮服法同中药对照组)。3 组各服药 1 个月,同时注意饮食调理,以清淡、软质饮食为主。

观察两组患者消化道主要症状(包括持续性或发作性的上腹中部疼痛、腹胀、早饱、恶心呕吐、暖气、胀气等)改善情况。症状分为 3 级,分级标准:1 级:症状轻微,有轻度感觉但不明显;2 级:症状稍重,但不影响工作;3 级:症状严重,难于坚持工作。主症(腹痛、腹胀)分别记 2、4、6 分,次症(早饱、恶心呕吐、暖气、胀气)分别记 1、2、3 分,无症状记 0 分。治疗前累计患者所有症状的总分,治疗后每周观察记录 1 次,1 个月后

统计结果。

统计学方法采用 Ridit 检验,所有数据均运用 SPSS11.5 统计学软件处理。

结 果

1 疗效标准 参照《中药新药治疗痞满证的临床研究指导原则》,计算疗效指数,疗效指数=[(治疗前总分值-治疗后总分值)/治疗前总分值]×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%~59%;无效:主要症状无减轻,疗效指数<30%。

2 3 组临床疗效比较 见表 1。3 组总有效率比较,差异无显著性;但痊愈率比较,两中药组与西药对照组比较,差异有显著性($P<0.05$)。提示中药治疗虽然不能提高总有效率,但可提高痊愈率。

表 1 各组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
中药治疗	30	12(40.0)*	10(33.3)	6(20.0)	2(6.7)	28(93.3)
中药对照	30	11(36.7)*	9(30.0)	7(20.0)	3(10.0)	27(90.0)
西药对照	30	4(13.3)	14(36.7)	7(23.3)	5(16.7)	25(83.3)

注:与西药对照组比较,* $P<0.05$

3 3 组治疗前后症状评分差值比较 见表 2。中药治疗组在腹胀、早饱症状的改善方面与中药对照组及西药对照组比较,差异均有显著性($P<0.05$);恶心呕吐症状的改善优于中药对照组($P<0.05$),提示中药治疗中加用鸡矢藤可显著改善腹胀、早饱、恶心呕吐症状。

表 2 各组治疗前后症状评分差值比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	腹痛	腹胀	早饱	恶心呕吐	暖气	胀气
中药治疗	3.17±1.66 (28)	3.58±1.67 (24)	2.20±0.79 (19)	2.21±0.70 (13)	1.87±0.89 (16)	1.61±0.85 (21)
中药对照	3.10±1.42 (24)	2.83±1.55* (14)	1.50±0.97* (10)	1.71±0.91* (20)	1.63±1.09 (18)	1.78±0.94 (18)
西药对照	3.23±1.57 (27)	2.67±1.74* (24)	1.36±1.20* (15)	1.86±0.86 (11)	1.50±1.21 (20)	1.47±0.96 (19)

注:与中药治疗组比较,* $P<0.05$;()内数据为治疗前合并有该症状例数

讨 论 功能性消化不良在临床上常见,其病因尚未明了,中医学认为本病多因饮食劳倦、情志不遂而引发,故本病多涉及胃、肝、脾三脏,与肝气郁滞、外邪内积、脾胃虚弱等有关,基本病机为肝郁脾虚。

鸡矢藤为茜草科多年生草质藤本植物,性平,味甘、微苦,具有理气止痛、消食健胃、化痰止咳、清热解毒等功效,俗称“通幽草”,民间素有利用其治疗胃肠道疾病的历史。我们的研究证实,鸡矢藤在消化系统方面有显著的消食导滞除胀之功效,能显著改善功能性消化不良患者上腹胀、早饱、恶心等胃肠运动障碍症状。

鸡矢藤与柴芍六君子汤配伍使用,方中以鸡矢藤消胀除满、行气导滞;柴胡疏肝解郁,使肝气得条达;白芍柔肝缓急,使柴胡升散而无耗阴伤血之弊;党参、茯苓、白术、甘草健脾益气而补虚;半夏、陈皮理气和胃以降浊。诸药相伍,共奏疏肝健脾和胃之功,临床应用取得满意疗效。

(收稿:2005-01-20 修回:2005-09-14)

慢性乙型肝炎湿热蕴脾证患者
IFN- γ 及 IL-10 水平的研究

福建中医学院 (福州 350003)

陈锦芳 郑春素

为了探讨细胞因子在慢性乙型肝炎(简称慢乙肝)中医各证型中的作用,本课题选择临床上常见的慢乙肝湿热蕴脾证开展研究,通过动态观察慢乙肝湿热蕴脾证患者治疗前后 γ -干扰素(IFN- γ)及白细胞介素-10(IL-10)水平的变化,了解细胞因子对慢乙肝湿热蕴脾证病理机制的影响,进而为慢乙肝的中医辨证治疗打开新的思路。

资料与方法

1 临床资料 60 例均为福州市传染病医院 2004 年 2 月—2004 年 12 月住院的慢乙肝湿热蕴脾证患者,慢乙肝诊断标准参照中华医学会传染病与寄生虫病学分会肝病学分会联合制定的病毒性肝炎防治方案[中华传染病杂志 2001;19(1):56-62];中医辨证参照《中药新药临床研究指导原则》[郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行). 北京:中国医药科技出版社,2002:371-372],并排除慢乙肝合并有丙型肝炎病毒、丁型肝炎病毒重叠感染者,合并发热及消化道、呼吸道、泌尿道、腹腔感染等。采用单盲随机数字表法分为两组。常规治疗组 30 例,男 26 例,女 4 例;年龄 19~58 岁,平均(37.57 $\pm$ 10.93)岁;病程 1~3 个月,平均病程(1.93 $\pm$ 0.90)个月。加服中药组 30 例,男 28 例,女 2 例;年龄 19~57 岁,平均(38.03 $\pm$ 10.77)岁;病程 1~3 个月,平均(1.98 $\pm$ 0.96)个月。经方差齐性检验,两组间在性别、年龄、病程、病情方面差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法 常规治疗组用西药阿拓莫兰(重庆药友制药有限公司,批号:H 20040435)1.2 g,每天 1 次;苦参素注射液(正大天晴药业股份有限公司,批号:H 20010756)200 ml,每天 1 次,静脉滴注治疗。加服中药组在常规治疗的基础上加服中药茵芍散加减:茵陈 15 g 赤芍 9 g 白芍 9 g 白术 10 g 茯苓 10 g

黄芪 10 g 丹参 6 g 白花蛇舌草 12 g 等,每天 1 剂,水煎服,连续服 1 个月。观察两组治疗前及治疗 1 个月后 IFN- γ 、IL-10 指标变化、肝功能变化及中医证候积分的变化。

3 观察项目及检测方法

3.1 IFN- γ 及 IL-10 测定 用双抗体夹心 ELISA 法检测,具体步骤按试剂盒(由美国 Genzyme 公司生产,深圳晶美生物工程有限公司提供)说明书严格操作。

3.2 肝功能和病原学指标测定 ALT、AST、TBIL 采用速率法,应用 BECKMAN 全自动生化分析仪,试剂盒由 BECKMAN 公司提供;HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb 定性检测;采用酶联免疫法,试剂盒由 Abbott 公司提供。

3.3 中医证候积分及疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》,根据主要症状轻重程度进行评分,轻(+),中(++),重(+++),按 1 个(+)记 1 分,症状无或正常记 0 分,症状消失记 0 分,各个症状、体征得分相加为总分。

4 统计学方法 所有数据均用 $\bar{x} \pm s$ 表示。计量资料采用 t 或 t' 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用 Ridit 检验。应用 SPSS 11.0 统计软件处理。

结 果

1 两组患者治疗前后 IL-10 及 IFN- γ 的变化 见表 1。慢乙肝湿热蕴脾证患者治疗前 IL-10 升高,IFN- γ 降低,与正常值比较,差异均有显著性($P<0.01$)。两组间比较,差异无显著性($P>0.05$)。治疗后两组 IFN- γ 均升高,与治疗前比较,差异有显著性($P<0.01$),且加服中药组较常规治疗组升高明显($P<0.01$),而 IL-10 差异无显著性($P>0.05$)。

表 1 慢乙肝湿热蕴脾证患者治疗前后 IL-10 及 IFN- γ 的变化 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	IL-10	IFN- γ
加服中药	30	治疗前	62.76 $\pm$ 51.21 [*]	352.73 $\pm$ 70.55 [*]
		治疗后	53.91 $\pm$ 13.90	777.47 $\pm$ 385.63 ^{△▲}
常规治疗	30	治疗前	61.40 $\pm$ 24.06 [*]	329.80 $\pm$ 146.79 [*]
		治疗后	59.29 $\pm$ 20.11	334.50 $\pm$ 154.43 [△]
正常值	30		39.99 $\pm$ 6.02	465.00 $\pm$ 184.76

注:与正常值比较,* $P<0.01$;与本组治疗前比较,△ $P<0.01$;与常规治疗组治疗后比较,▲ $P<0.01$;正常值来源于 30 名健康人

2 两组治疗前后 ALT、AST、TBIL 的变化 见表 2。两组治疗前比较,ALT、AST、TBIL 差异无显著性($P>0.05$);两组治疗后 ALT、AST、TBIL 均下降,与治疗前比较差异均有显著性($P<0.05$ 或 $P<$