

观察抑肝和胃饮治疗妊娠恶阻肝胃不和证的临床疗效

赵丽妍

北京市昌平区中医医院 102200

〔摘要〕目的 研究在妊娠恶阻肝胃不和证患者中采取抑肝和胃饮治疗的临床效果。方法 本文笔者选取抽签法将我院自 2018 年 6 月至 2019 年 6 月期间收治的 54 例妊娠恶阻肝胃不和证患者随机分为参照组和实验组，参照组（n=27）采取静脉输液治疗，实验组（n=27）抑肝和胃饮治疗，对比实验组与参照组妊娠恶阻肝胃不和证患者治疗差异。结果 实验组妊娠恶阻肝胃不和证患者治疗后临床治疗有效率、血 β -HCG 值、中医证候积分对比参照组，治疗后实验组与参照组血 β -HCG 值、中医证候积分对比治疗前， $P < 0.05$ ，统计学数据之间显示验证计算价值。结论 将抑肝和胃饮治疗应用于妊娠恶阻肝胃不和证患者中可缓解临床不良症状，值得借鉴应用。

〔关键词〕抑肝和胃饮；妊娠恶阻肝胃不和证；临床疗效

〔中图分类号〕R271.9 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165（2019）04-016-02

妊娠早期出现的明显恶心呕吐、厌食、食即吐等情况，在临床上被叫做作“妊娠恶阻或者“妊娠呕吐，属于常见妊娠早期临床病症。大部分孕妇在停经大约 6 周后可能发生呕吐恶心、择食倦怠、食欲下降等反应，持续 2 月之后能够自行缓解，不会影响孕妇日常生活。但如果孕妇发生的早孕反应比较严重，对其正常饮食带来影响，容易导致胎儿和母体出现营养不良现象，进而对母体生命安全造成影响^{〔1〕}。现对比且分析了在 2018 年 6 月至 2019 年 6 月期间收治的 54 例妊娠恶阻肝胃不和证患者中使用抑肝和胃饮治疗与静脉输液治疗的临床效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本文计算项目中将 54 例来源于 2018 年 6 月至 2019 年 6 月期间收治的妊娠恶阻肝胃不和证患者作为分析目标，依据抽签法对样本进行分组处理，参照组包括 27 例患者，年龄取值上下限分别为 38 岁和 21 岁，中位年龄为（31.55±2.22）岁，最长病程 36 天，最短病程 6 天，中位病程（16.32±3.33）天；实验组包括 27 例患者，年龄取值上下限分别为 39 岁和 20 岁，中位年龄为（31.22±3.22）岁，最长病程 35 天，最短病程 5 天，中位病程（18.52±4.22）天。对比验证两组妊娠恶阻肝胃不和证患者涉及的数据信息， $P > 0.05$ ，不存在统计学对比分析意义。

样本纳入标准：与《妇产科学》中妊娠剧吐判断标准相符合，妊娠早期低于 16 周，发生频繁呕吐恶心症状，也伴发电解质异常现象，且也出现严重肝肾障碍、消瘦脱水、酸中毒等情况，患者及其家属表示知晓治疗方案之后自愿签字认可，移交医学伦理得到相关人员批准。符合《中药新药临床研究指导原则》给出的妊娠恶阻临床表征，且肝胃不和的主要呈现出胸满胁痛，呕吐酸水，头胀而晕，嗳气叹息，舌淡红，烦渴口苦，苔微黄等临床表现，尿酮体 + ~ ++++，宫内妊娠。

样本排除标准：将存在因葡萄胎导致剧吐患者排除研究外；将存在体质过敏患者排除研究外；将存在恶性原发性病变患者排除研究外。

1.2 方法

参照组予以静脉输液治疗，静脉数值适量维 B6、维 C，在发生酸中毒时需要及时补充碳酸氢钠，针对低钾者需要及时补钾。并且结合起居饮食干预，一个疗程为 7 天。

实验组予以抑肝和胃饮治疗，组方包括钩藤 15g，苏叶、黄连各 5g，竹茹、陈皮各 6g，生姜 3 片，黄芩 9g，每天水煎 1 剂分早晚服用，进行持续治疗，并且及时补充 1000 至 1500ml 补液，

一个疗程为 5 天。

两组均开展 3 个疗程治疗

1.3 相关指标

观察及其计算实验组与参照组妊娠恶阻肝胃不和证患者临床治疗有效率、血 β -HCG 值、中医证候积分。

（1）患者经治疗临床指标及其相关症状全部改善，中医证候积分减少程度超过 80% 判定为显效；患者经治疗临床指标及其相关症状基本得到改善，中医证候积分减少程度处于 40% 至 80% 之间判定为有效；不符合以上指标为无效。

（2）中医证候积分满分为 30 分，重度为超过 23 分，中度为 15 至 22 分，轻度为 7 至 14 分，主要涵盖痰证、火热、风证、气虚证、阴虚阳亢证及其血瘀证。

1.4 数据统计方法

采取率（%）的形式表示实验组与参照组妊娠恶阻肝胃不和证患者临床治疗有效率，行 χ^2 检验，选取（均数 ± 标准差）形式表示实验组与参照组妊娠恶阻肝胃不和证患者血 β -HCG 值、中医证候积分，行 t 检验，参照 SPSS19.0 版本软件验证实验组与参照组妊娠恶阻肝胃不和证患者涉及的所有临床数据， $P < 0.05$ ，统计学数据之间显示验证计算价值。

2 结果

2.1 计算分析实验组与参照组妊娠恶阻肝胃不和证患者临床治疗有效率

实验组妊娠恶阻肝胃不和证患者临床治疗有效率 92.59% 与参照组数据指标（70.37%）对比更具优势， $P < 0.05$ ，统计学数据之间显示验证计算价值。

表 1：实验组与参照组妊娠恶阻肝胃不和证患者临床治疗有效率对比

组别	例数	无效（例数）	有效（例数）	显效（例数）	有效率
实验组	27	2	10	15	92.59%
参照组	27	8	12	7	70.37%
χ^2 值					4.4182
P 值					0.0355

2.2 计算分析实验组与参照组妊娠恶阻肝胃不和证患者血 β -HCG 值、中医证候积分

治疗前实验组妊娠恶阻肝胃不和证患者治疗后血 β -HCG 值、中医证候积分对比参照组， $P > 0.05$ ，数据指标无计算分析意义；实验组妊娠恶阻肝胃不和证患者治疗后血 β -HCG 值、中医证候积分对比参照组， $P < 0.05$ ，统计学数据之间显示验证计算价值。

治疗后实验组与参照组妊娠恶阻肝胃不和证患者血 β -HCG 值、中医证候积分对比治疗前, $P < 0.05$, 统计学数据之间显示验证计算价值。

表 2: 实验组与参照组妊娠恶阻肝胃不和证患者血 β -HCG 值、中医证候积分对比

组别	例数	血 β -HCG 值 (MIU/ml)	中医证候积分 (分)
实验组	27		
治疗前		132.33 $\pm$ 23.55	19.55 $\pm$ 2.33
治疗后		213.55 $\pm$ 11.34ab	7.01 $\pm$ 0.11ab
参照组	27		
治疗前		133.58 $\pm$ 24.55	19.58 $\pm$ 2.55
治疗后		202.55 $\pm$ 11.27b	11.22 $\pm$ 0.27b

注: a 和参照组对比 $P < 0.05$, b 和治疗前对比 $P < 0.05$

3 讨论

妊娠恶阻实际上是女性妊娠早期发生头晕厌食、恶心呕吐、恶闻食味等情况, 严重的可能食入即吐。中医学研究表示妊娠恶阻一般是因冲气上逆, 胃失和降导致的虚实夹杂症, 主要治疗原则是疏肝和胃、降逆止呕及其调气和中^[2-3]。

组方中主药为黄连及其苏叶, 黄连属于抑肝的要药, 苏叶具备理气安胎的功效。陈皮具备和胃降逆的作用; 竹茹具备清热和

胃的作用; 不但能够辅助黄连抑肝, 也可能辅助陈皮和胃, 少佐生姜具有和胃止呕的作用, 联合以上诸药具备快速缓解呕吐的作用^[4-5]。

本次结果计算表明, 实验组临床治疗有效率、血 β -HCG 值、中医证候积分对比参照组, 治疗后两组血 β -HCG 值、中医证候积分对比治疗前, $P < 0.05$, 统计学数据之间显示验证计算价值。

综合以上结论, 将抑肝和胃饮治疗用于妊娠恶阻肝胃不和证患者中展现出优于静脉输液治疗的临床效果。

[参考文献]

- [1] 林丽娜, 李淑萍, 袁杰, 等. 中药内服加夏茹和胃膏神阙穴贴敷治疗妊娠恶阻肝胃不和证的疗效观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2018, 39(7):49-50.
- [2] 杨萍. 抑肝和胃饮加减治疗妊娠恶阻 40 例 [J]. 母婴世界, 2018, (15):92.
- [3] 赵芸. 抑肝和胃饮治疗妊娠恶阻肝胃不和证 22 例 [J]. 江苏中医药, 2014, (9):36-36, 37.
- [4] 温桂荣. 半夏厚朴汤治疗杂病探微 [J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(4):1143-1145.
- [5] 温桂荣. 半夏厚朴汤治疗杂病探微 [C]// 中华中医药学会 2013 年学术年会论文集. 荣丰堂中医诊所, 2013:599-599.

(上接第 13 页)

观察组的 RBC、RDW 的水平都比对照组要低 ($P < 0.05$)。由此证明, 血常规检验鉴别诊断地中海贫血和缺铁性贫血, 应用价值高。

综上所述, 应用血常规检验诊断地中海贫血与缺铁性贫血, 可以有效鉴别贫血类型, 给临床疾病诊断提供参考依据, 从而提高治疗贫血疾病的效果, 有着较高的临床应用价值。

[参考文献]

- [1] 刘巧玲, 王雪, 李迎春. 血常规检查用于鉴别诊断地中海

贫血和缺铁性贫血中的临床意义 [J]. 临床检验杂志 (电子版), 2018, 7(04):606-608.

[2] 马骏. 血常规检验在地中海贫血和缺铁性贫血诊断与鉴别中的价值分析 [J]. 中国实用医药, 2018, 13(28):63-64.

[3] 许文荣, 林东红主编制. 临床基础检验技术 [M]. 人民出版社. 2015.

[4] 许文荣, 王健中主编. 临床血液学与检验 [M]. 人民出版社. 2007.

(上接第 14 页)

并按时完成相关预防接种 出现患病表现, 需要及时前往医院就医, 尽早治疗。

综上所述, 手足口病高发年龄为 0-5 岁的小儿, 对于手足口病高发年龄的小儿, 可采取全面的预防与控制措施, 有效控制临床发病率, 确保高发小儿健康成长。

[参考文献]

- [1] 苏艳. 手足口病的流行病学特征分析与临床预防 [J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(1):71-72.
- [2] 潘桂秋. 2014 ~ 2016 年苍梧县手足口病流行病学特征 [J]. 湖南师范大学学报 (医学版), 2017, 14(5):189-192.
- [3] 李琴丽, 王戡. 西安市托幼机构儿童家长手足口病知识、

态度、行为特征分析 [J]. 中国卫生统计, 2016, 33(1):99-101.

[4] 伍中华. 舒适护理模式配合健康教育在小儿手足口病感染防控护理中的应用研究 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(20):214-215.

[5] 谢东生, 何剑峰, 杨芬等. 2011-2015 年广东省基于主动监测的肠道病毒 71 型感染手足口病流行特征 [J]. 中华预防医学杂志, 2018, 52(7):738-742.

[6] 张志刚, 蔡钢. 手足口病方辅助治疗手足口病患儿的临床疗效及对细胞因子的影响研究 [J]. 中国全科医学, 2016, 19(24):2935-2938.

[7] 李文莲, 李文菊, 陈寿珊等. 肠道病毒 71 与肺炎支原体二重感染对手足口病患儿免疫功能的影响 [J]. 中国现代医学杂志, 2018, 28(21):53-57.

(上接第 15 页)

需要注意的是, 对高龄颈动脉狭窄患者行颈动脉内膜剥脱术时, 应做好心肺功能和神经功能评估工作, 在保证手术治疗效果的同时减少并发症发生风险。

综上所述, 予以高龄颈动脉狭窄患者颈动脉内膜剥脱术, 可获得良好的治疗效果, 也能降低并发症发生风险, 推广应用价值高。

[参考文献]

- [1] 王晓民, 职康康, 曲乐丰. 颈动脉狭窄外科手术治疗的研究进展 [J]. 中国临床医学, 2017, 24(6):978-981.

[2] 周瑜, 漆钜霞, 王小璟, 等. 颈动脉狭窄患者颈部斑块厚度及性质与脑梗死、TIA 的相关性分析 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14(3):442-444.

[3] 陈作观, 李拥军, 刁永鹏, 等. 颈动脉内膜剥脱术治疗颈动脉狭窄的疗效与危险因素分析 [J]. 中华医学杂志, 2017, 97(36):2839-2843.

[4] 陈宇, 刘暴, 邵江, 等. 颈动脉内膜剥脱术治疗高龄颈动脉狭窄患者的疗效分析 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2017, 16(10): 725-728.