



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：**1009-5187(2019)05-057-02

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部门批准。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，暖气叹息，舌淡红，烦渴口苦，苔微黄等临床表现，尿酮体+~++++，宫内妊娠。

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±23.55	19.55±2.33
治疗后		213.55±11.34ab	7.01±0.11ab
参照组	27		
治疗前		133.58±24.55	19.58±2.55
治疗后		202.55±11.27b	11.22±0.27b

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

(下转第60页)



2 结果

2.1 实验结果显示, OG 患儿治疗总有效率明显高于 CG 患儿, 其症状缓解时间、肺部体征消失时间也大大缩短, 存在明显的差异 ($P < 0.05$)。2 组患儿不良反应发生率(嗜睡、头痛、肠胃不适等)对比差异不存在统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1, 表 2。

表 1: 两组患儿疗效等级及治疗总有效率比较

组别与检验	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
CG	60	9	44	7	88.33
OG	60	23	36	1	98.33
χ^2					11.425
P					<0.05

表 2: 两组患儿不良反应人数及发生率比较

组别与检验	n	症状缓解时间(d)	不良反应人数	不良反应发生率(%)
CG	60	3.1±1.9	3	5.00
OG	60	1.4±0.5	1	1.67
t/ χ^2		6.647	1.034	
P		<0.05	>0.05	

3 讨论

过敏性咳嗽又称咳嗽变异型哮喘, 属于慢性非特异性的气道炎症, 通常表现为慢性咳嗽, 使用抗生素治疗效果低下。其发病机制众说纷纭, 从生理病理变化角度分析, 患儿出现气道慢性变态反应性炎症及气道的高反应性, 可能与肥大细胞和 T 淋巴细胞等释放细胞因子有关, 故在儿童过敏性咳嗽治疗中, 以抑制炎症、降低气道高反应性为主。

在促发儿童过敏性咳嗽的媒介中, 粒细胞释放的白三烯首当其冲。之所以会出现过敏性咳嗽, 因其与受体结合后, 会使得嗜酸性粒细胞聚集、黏液分泌增多、局部组织水肿和发生支气管痉挛。作为一种组胺类特异性受体拮抗剂, 仙达安在拮抗白三烯、血小板活化因子、抑制细胞间黏附分子表达和炎症细胞活化释放反应等多方面可发挥很大的抗炎功效, 因而对于过敏性炎症如哮喘等其他与组胺相关的疾病的治疗效果独树一帜; 且仙达安相比于国产盐酸西替利嗪, 其在儿童使用的效果及安全性上表现出强大作

用。因给患儿用药均采用口服, 直接减少了静脉用药导致药物不良反应的发生频率, 同时每天 1 次服药, 患儿及其家属均容易接受而有很好的依从性。而作为另一种特异性白三烯受体拮抗剂, 新一代的非甾体抗炎药物, 在缓解过敏性咳嗽过程中, 孟鲁司特可在白三烯所导致的血管通透性增加、气道嗜酸性粒细胞浸润及气道平滑肌细胞增生肥大、变应原激发的气道高反性等肺部症状方面, 发挥很好的选择性和抑制作用。由此可见, 在拮抗白三烯的作用上, 仙达安及顺尔宁表现为协同作用。

在本文研究结果中, OG 患儿的治疗总有效率为 98.33%, 明显高于 CG 患儿的 88.33%, 可见仙达安与顺尔宁联合治疗下, OG 患儿的咳嗽、发作性喘息症状肺部体征(哮鸣音)的缓解时间上也显明短于 CG 患儿。治疗全程定期对两组患儿的尿常规、血常规、大便常规以及肝肾功能等各项检查中, 没有发现异常情况, 患儿的不良反应也比较轻微, 并且 OG 患儿的不良反应发生率小三倍于 CG 患儿, 同时都是一次性出现, 完全在可控范围内。

综上所述, 相比于单独使用孟鲁司特钠剂治疗, 孟鲁司特钠联合盐酸西替利嗪治疗过敏性咳嗽会有更好的疗效, 可以显著缓解患儿咳嗽症状, 有效改善其肺部体征和睡眠质量, 其安全性也突出, 可以获得更高的疗效收益, 具有很大的临床推广应用价值。

参考文献

- [1] 陈丙文, 陈斌斌, 石泽真. 孟鲁司特钠联合盐酸西替利嗪治疗咳嗽变异性哮喘儿童的临床观察[J]. 西北药学杂志, 2016, 31(3): 308 ~ 310
- [2] 张荣娟. 孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效观察[J]. 临床医药文献杂志, 2018, 5(5): 132 ~ 134
- [3] 莫建容, 黄念华, 黎小华. 孟鲁司特钠联合沙美特罗替卡松粉吸入剂治疗哮喘的临床效果[J]. 中国当代医药, 2018, 25(4): 132 ~ 138
- [4] 宋治军, 范华. 孟鲁司特钠联合盐酸西替利嗪治疗儿童咳嗽变异性哮喘有效性及安全性分析[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(12): 1586 ~ 1588
- [5] 袁世萍. 孟鲁司特钠治疗小儿哮喘临床效果、复发及不良反应分析[J]. 临床医药文献杂志, 2018, 5(98): 168 ~ 169
- [6] 黄连康. 儿科哮喘治疗中孟鲁司特钠的临床效果观察[J]. 中外医学研究, 2017, 15(36): 171 ~ 172

(上接第 57 页)

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. 中药内服加夏茄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.

(上接第 58 页)

信息文摘, 2018, 18(02): 70.

[3] 杜悦新. 骨碱性磷酸酶、血 25-(OH)D 联合其他实验室指标诊断小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的价值[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(15): 3561-3563.

[4] 许典粤. 30 例维生素 D 缺乏性佝偻病临床分析与保健[J]. 微量元素与健康研究, 2015, 32(02): 26-27.

[5] 居星耀, 盛红斌, 沈健. 锌、维生素 D、钙联用对婴幼儿佝偻病疗效及对生化指标和骨密度的影响[J]. 儿科学杂志, 2015, 21(05): 21-24.