

中医临床研究

Clinical Journal of Chinese Medicine

主管 中国科学技术协会
主办 中华中医药学会
(北京市朝阳区樱花园东街)

Governing Unit: China Association for Science and Technology
Organizer: China Association of Chinese Medicine

编委会主任 李俊德
主编 王仰宗
副主编 孙永章 王志杰
责任编辑 段苏婷

Editorial Board Director: LI Jun-de
Chief Editor: WANG Yang-zong
Vice Chief Editor: SUN Yong-zhang, WANG Zhi-jie
Editor in Duty: DUAN Su-ting

编辑 中医临床研究编辑部
出版 中医临床研究编辑部
印刷 昌平百善印刷厂
国内发行 北京报刊发行局
国际发行 中国国际图书贸易总公司
定价 每册 15 元, 全年 360 元

Editing: Editorial Department of CJOCM
Publishing: Editorial Department of CJOCM
Printing: Beijing Baishan Printing House
Domestic Distributor: Beijing Newspapers Distributing Center
International Distributor: China International Book Trading Cor.
Pricing: 15 yuan per copy, 360 yuan per year

中国标准连续出版物刊号: $\frac{\text{CN11-5895/R}}{\text{ISSN 1674-7860}}$

China Authorized Number: $\frac{\text{CN11-5895/R}}{\text{ISSN 1674-7860}}$

《中医临床研究》编辑部

编辑部 网址 www.cjocm.cn
编辑部 地址 北京市昌平区咨询产
业科技文化创业园
办公室 电话 010-85463620
编辑室 电话 010-59431886
编辑室 电邮 zy@cjocm.cn

Editorial Department of CJOCM

Editorial department web site: www.cjocm.cn
Office Address: Beijing Changping Zixun Chanye Keji Wenhua
Hi-tech Industrial Park
Office Telephone Number: 010-85463620
Editorial Telephone Number: 010-59431886
Editorial E-mail: zy@cjocm.cn

编辑部通信地址:

102218
北京市昌平区 102218-59 信箱
中医临床研究 收

Editorial Corresponding Address:

Post Box 102218-59, Beijing
102218
China

声明

除非特别声明, 本刊刊出的所有文章不代表本刊编委会以及本刊相关单位的观点; 本刊有权以其他方式出版论文。对文章所载药物剂量和使用方式不承担任何责任。关于作者论文版权, 如有任何版权要求, 请作者及相关人特别标注, 并签署声明。(试行)

Editorial Statement:

The editorial department has the right to revise the manuscripts. Once authors agree to publish, the copyrights of articles will belong to the journal. All articles published do not reflect the opinions of editors, unless this is clearly specified. The Editorial Department is not responsible for the dosage and usage mode in the articles.

期刊基本参数: CN115895/R * 2009 * f * A * 136 * zh * P * ¥15.00 * 5000 * 66 * 2010-23

中国核心期刊(遴选)数据库收录期刊 万方数据库全文收录期刊 中文生物医学期刊文献数据库 中文科技期刊数据库(全文版)

定喘祛痰雾化液平喘、祛痰、 止咳和抗炎的药效学实验研究

An experimental pharmacodynamics study of Dingchuan qutan atomized liquid on asthma, cough and anti-inflammatory

孙 丽 刘灿坤 田恩圣 谢法东 郑 辉

(山东省淄博市第一医院, 山东 淄博, 255200)

中图分类号: R284.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0001-03

【摘要】 目的: 探讨新药定喘祛痰雾化液对平喘、祛痰、止咳及抗炎的药效学作用。方法: 利用化学佐剂复制动物模型, 观察药物对这些模型的影响。结果: 定喘祛痰雾化液对二甲苯诱发小鼠耳部炎症具有抗炎作用; 对氨水引发小鼠和幼年豚鼠的咳嗽有明显的减少咳嗽次数, 延长咳嗽潜伏期的作用; 可以明显增加小鼠及幼年大鼠的排痰量; 对组胺、乙酰胆碱诱发的支气管哮喘, 可以显著延长哮喘的潜伏期时间、出现抽搐的时间和发生跌倒的时间。结论: 定喘祛痰雾化液对平喘、止咳、祛痰、抗炎有明显的药效作用。

【关键词】 定喘祛痰雾化液; 平喘; 祛痰; 止咳; 抗炎

【Abstract】 Objective: To investigate effects of Pingchuan qutan atomized liquid on asthma, cough and anti-inflammatory. Methods: Copy animal models using chemical adjuvants to observe the impact of drugs on these models. Result: Antiasthmatic and apophlegmatic Atomization has anti-inflammatory effect in the xylene-induced ear inflammation in mice; Can significantly reduced cough frequency and extend the cough incubation period on ammonia induced cough in mice and juvenile guinea pigs; Can significantly increased the amount of expectoration in mice and young rats; Can significantly prolong the latent period of Asthma, convulsion time and fall time of occurrence on histamine, acetylcholine-induced bronchial asthma. Conclusion: Pingchuan qutan atomized liquid on asthma, cough and anti-inflammatory has a good effect.

【Keywords】 Dingchuan qutan atomized liquid; Antiasthmatic; Expectorant; Antitussive; Anti-inflammatory

定喘祛痰雾化液是在古方麻杏石甘汤基础上化裁而来, 方中麻黄、石膏、杏仁、瓜蒌、胆南星、百部、沙参具有宣肺定喘、祛痰止咳、清热解痉的良好作用。在临床和民间用于肺热炽盛的肺炎和热邪犯肺的哮喘等, 均取得良好的疗效, 为了充分揭示其雾化液在平喘、化痰、止咳和抗炎方面的药理作用。我们对其进行了平喘、化痰、止咳和抗炎方面药效学的研究, 为进一步的临床应用提供依据。

1 试验材料

1.1 动物及饲养

昆明种小鼠, SPF 级, 17~20g, 雌雄各半, 由山东泰邦生物制品有限公司提供; 合格证号: SCXK 鲁 20030011; 雌雄分笼饲养, 每笼 10 只。短毛豚鼠, 清洁级, 300~330g, 雌雄各半, 由山东泰邦生物制品有限公司提供; 合格证号: SCXK 鲁 20030011; 雌雄分笼饲养, 每笼 5 只。

1.2 仪器与试剂

平喘化痰雾化液: 山东省淄博市第一医院制剂室, 批号 20100126。盐酸氨溴索颗粒: 成都森科制药有限公司, 批号 090402。酚红: 天津市福晨化学试剂厂, 批号: 20090504。碳酸氢钠: 上海联试化工试剂有限公司。二甲苯: 莱阳市康德化工有限公司, 批号: 20080814。阿司匹林肠溶片: 山东鲁抗辰

欣药业有限公司, 批号: 1002192013。磷酸组织胺: 中国药品生物制品检验所, 批号: 150510-200412。复方甘草片: 山东新华制药股份有限公司, 批号: 1003067。氨水: 莱阳经济技术开发区精细化工厂, 批号: 20080814。离心机: 上海安亭科学仪器厂。紫外分光光度计: 日本岛津 UV2250。电子天平: 赛多利斯科学仪器(北京)有限公司。

2 试验方法

2.1 小鼠二甲苯耳肿胀实验^[1]

昆明小鼠 50 只, 雌雄各半, 体重 $20.0 \pm 1.0g$, 随机分 5 组, 10 只/组。分别为平喘化痰雾化液 (4, 8, 16ml/kg) 组, 阿司匹林 (100mg/kg) 组, 空白组按 (8ml/kg) 给予蒸馏水。各组按上述剂量连续喷雾给药 4d, 各组喷雾速度固定, 并保持匀速, 给药时间均为 30min。于末次给药后 40min 右耳正反面涂二甲苯 $30\mu l$ /只, 15min 后将动物脱臼处死, 每鼠剪去左右两耳, 用 6mm 直径打孔器分别在同一部位打下两耳片, 电子天平称重, 计算肿胀度 (mg) 及肿胀抑制率 (%)。

肿胀度 (mg) = 右耳耳片重 (mg) - 左耳耳片重 (mg)

抑制率 (%) = (空白组平均肿胀度 - 给药组平均肿胀度) / 空白组平均肿胀度 $\times 100\%$

2.2 小鼠氨水引咳实验^[1]

取小鼠 50 只, 体重 $20 \pm 1.5\text{g}$, 随机分为 5 组, 每组 10 只 (雌雄各半)。分别为平喘化痰雾化液 (4, 8, 16ml/kg), 咳必清 (100mg/kg), 空白组按 10ml/kg 给予蒸馏水。各组按上述剂量连续喷雾给药 4d, 各组喷雾速度固定, 并保持匀速, 给药时间均为 30min。末次给药后 40min 将小鼠置于 500ml 烧杯中, 另在一直径小于烧杯的表面皿内放入一等体积大小的棉球, 上面加盖筛网, 向棉球中注入 0.2ml 浓氨水, 迅速将烧杯倒置, 让氨水刺激小鼠引发咳嗽 (以腹肌强烈收缩, 同时张大嘴为准)。观察并记录各组小鼠引咳潜伏期 (从倒置烧杯至发生咳嗽的时间) 及小鼠 3min 内咳嗽的次数。

2.3 小鼠气管酚红祛痰实验^[1]

小鼠 50 只, 体重 $20 \pm 1.5\text{g}$, 随机分为 5 组。分别为平喘化痰雾化液 (4, 8, 16ml/kg), 盐酸氨溴索 (100mg/kg), 空白组按 10ml/kg 给予蒸馏水。各组按上述剂量连续喷雾给药 4d, 各组喷雾速度固定, 并保持匀速, 给药时间均为 30min。末次给药 30min 后, 腹腔注射 5% 酚红生理溶液 (10ml/kg), 30min 后脱臼处死小鼠。剪开颈部皮肤, 分离气管, 用眼科剪刀在气管甲状软骨下端剪一小口, 插入 6 号冲洗针, 约插入 0.5cm, 用棉线系紧。将事先预备好的充满 0.5ml 5%NaHCO₃ 溶液的针管连接到冲洗针上, 抽洗共 4 次, 将冲洗液合并入小试管, 4000r/min 离心 5min, 取上清液于 546nm 处比色, 测 A 值。制

表 1 平喘化痰雾化液对二甲苯诱发小鼠耳部炎症的影响 ($\bar{x} \pm s$, $n=10$)

组别	剂量	耳肿胀度 (mg)	肿胀抑制率 (%)
空白对照组	10ml/kg	9.97 ± 1.37	-
阿司匹林	100mg/kg	$6.67 \pm 1.48^{**}$	33.1
	4ml/kg	$7.90 \pm 2.47^*$	20.8
平喘化痰雾化液	8ml/kg	$7.53 \pm 1.58^{**}$	24.5
	16ml/kg	$6.66 \pm 1.49^{**}$	33.2

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, vs 空白对照组。

3.2 平喘化痰雾化液对小鼠引咳的影响

小鼠引咳实验结果表明: 阳性对照组咳必清对小鼠引咳潜伏期及 3min 内咳嗽次数与空白对照组相比, 明显减少; 三剂

表 2 平喘化痰雾化液对小鼠氨水引咳的影响 ($\bar{x} \pm s$, $n=10$)

组别	剂量	引咳潜伏期 (s)	3min 内小鼠咳嗽次数
空白对照组	10ml/kg	21.8 ± 1.8	21.8 ± 2.6
咳必清	100mg/kg	$46.1 \pm 6.9^{**}$	$13.6 \pm 1.5^{**}$
	4ml/kg	$27.2 \pm 3.6^{**}$	$15.3 \pm 2.7^{**}$
平喘化痰雾化液	8ml/kg	$40.0 \pm 3.1^{**}$	$11.8 \pm 3.4^{**}$
	16ml/kg	$60.8 \pm 2.3^{**}$	$9.4 \pm 2.5^{**}$

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, vs 空白对照组。

3.3 平喘化痰雾化液对小鼠气管酚红分泌的影响

3.3.1 酚红标准曲线的制备

用 5%NaHCO₃ 溶液精确配制 128、64、32、16、8、4、2 $\mu\text{g/ml}$ 的酚红溶液, 于 546nm 处进行比色, 读取吸光度, 以酚红浓度作为横坐标, 吸光度为纵坐标做标准曲线, 结果发现酚红溶液浓度在 2~32 $\mu\text{g/ml}$ 内呈线性关系, 线性方程为:

$$y = 0.0343x + 0.0707; R^2 = 0.9986 \quad (y: A \text{ 值 } x: \text{ 酚红含量}),$$

结果见图 1。

备酚红标准曲线, 并根据酚红标准曲线折算出酚红含量。

2.4 对豚鼠组胺、乙酰胆碱性哮喘的作用^[1]

取体重小于 200g 的豚鼠, 逐个放入 (14×24×24) cm³ 的玻璃钟罩内, 用 2%氯化乙酰胆碱和 0.1%磷酸组织胺混合液喷雾 10s, 观察豚鼠的引喘潜伏期 (从喷雾到哮喘发作, 呼吸极度困难, 直至抽搐跌倒的时间), 选用引喘潜伏期小于 150s 的豚鼠备用。

挑选合格的豚鼠 50 只, 随机分成 5 组, 10 只/组, 分别为平喘化痰雾化液 (2.4, 4.8, 9.6ml/kg) 组, 氨茶碱 (100mg/kg) 组, 空白组按 (10ml/kg) 给予蒸馏水。各组按上述剂量连续喷雾给药 4d, 各组喷雾速度固定, 并保持匀速, 给药时间均为 30min。于末次给药后 40min 将豚鼠逐个放入玻璃钟罩内, 同筛选实验条件进行引喘剂喷雾, 观察豚鼠的引喘潜伏期和抽搐动物数, 观察时间为 360s, 360s 不跌倒者按 360s 计算。

3 试验结果

3.1 平喘化痰雾化液对小鼠耳肿胀的影响

小鼠耳肿胀实验结果表明: 空白对照组小鼠耳肿胀明显, 阳性对照组阿司匹林对小鼠耳肿胀有明显的抑制作用; 三剂量组平喘化痰雾化液对小鼠耳肿胀抑制作用与空白对照组相比, 有显著性差异, 且随着剂量的增加其抑制率越高, 结果见表 1。

量组平喘化痰雾化液对小鼠引喘潜伏期及 3min 内咳嗽次数与空白对照组相比, 有显著性差异。且随着剂量的增加引咳潜伏期越长, 3min 内咳嗽次数减少, 结果见表 2。

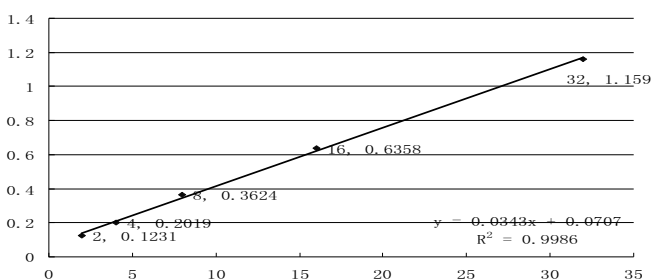


图 1 酚红溶液的标准曲线

3.3.2 平喘化痰雾化液对小鼠气管酚红分泌的影响

小鼠气管酚红分泌实验结果表明：阳性对照组盐酸氨溴索对小鼠气管酚红分泌与空白对照组相比，有明显促进作用；三

剂量组平喘化痰雾化液对小鼠气管酚红分泌与空白对照组相比，有显著性差异，且随着剂量的增加小鼠气管酚红分泌量增加，结果见表 3。

表 3 平喘化痰雾化液对气道内酚红排出量的影响 ($\bar{x} \pm S$, $n=10$)

组别	剂量	酚红分泌量 ($\mu\text{g/ml}$)	增加百分率 (%)
空白对照组	10ml/kg	11.82 \pm 0.73	-
盐酸氨溴索	100mg/kg	17.26 \pm 0.68**	46.02
	4ml/kg	12.68 \pm 0.87	7.275
平喘化痰雾化液	8ml/kg	14.55 \pm 0.32**	23.09
	16ml/kg	16.06 \pm 0.51**	35.87

注：* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ ，vs 空白对照组。

3.4 平喘化痰雾化液对豚鼠哮喘的影响

豚鼠哮喘实验结果表明：阳性对照组氨茶碱对豚鼠哮喘的影响与空白对照组相比，有明显抑制作用。

三剂量组平喘化痰雾化液对豚鼠哮喘的影响与空白对照组相比，有显著性差异。随着剂量的增加引喘潜伏期增加（结果见表 5）。

表 4 平喘化痰雾化液对豚鼠组胺、乙酰胆碱性哮喘的影响 ($\bar{x} \pm S$, $n=10$)

组别	剂量	抽搐动物数	引喘潜伏期 (s)
空白对照组	10ml/kg	9	95.1 \pm 2.2
氨茶碱	100mg/kg	2	160.5 \pm 13.3**
	2.4ml/kg	4	111.0 \pm 5.4*
平喘化痰雾化液	4.8ml/kg	5	105.4 \pm 7.2**
	9.6ml/kg	5	128.6 \pm 7.6**

注：* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ ，vs 空白对照组。

4 讨论

目前，哮喘的治疗仍未取得实质性的进展，临床上多以糖皮质激素抗炎为主^[2-3]，虽然有较好的疗效，但并不能从根本上阻止疾病的发生和进展，并且长期使用糖皮质激素可产生严重的副作用，所以加深对哮喘发病机制的认识，积极寻找新的治疗手段十分重要。该雾化吸入剂型与原剂型相比除保持了原剂型的作用特点外，还克服汤剂煎药困难，口感差，药物作用效率低等问题，采用雾化吸入的方法，使药物能很快作用于支气管及肺泡，并可以在局部形成相对高的药物浓度。此外，采用雾化吸入方法还可以最大限度的减少药物带了的全身副作用。

现代药理研究显示：以卵蛋白致敏建立哮喘小鼠模型，灌胃麻杏石甘汤治疗后气道炎症比哮喘组明显减轻，支气管内及其管壁浸润细胞数比哮喘组均明显减少，说明麻杏石甘汤能缓解哮喘小鼠气道炎症^[4]。麻杏石甘汤在解热、抗炎、镇咳方面确实具有明显的作用，而且对肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌感染有显著抑制作用，对流感病毒、副流感病毒感染具有一定的抵抗作用^[5]。对哮喘模型的小鼠的实验中，麻杏石甘汤可明显抑制 IL-4、IL-5 的蛋白表达和 GATA-3、STAT-6 的基因表达。提示麻杏石甘汤在体内可能主要通过 GATA-3、STAT-6 等转录因子调节 Th2 反应^[6]。麻杏石甘汤可以调节慢性阻塞性肺疾病大鼠多种细胞因子水平的变化，具有抗炎，提高机体免疫的作用，对于痰热阻肺型慢性阻塞性肺疾病疗效确切^[7]。麻杏石甘汤作用于小鼠哮喘模型，具有止咳平喘作用，原方可显著延长小鼠咳嗽发作潜伏期及减少咳嗽发作次数^[8]。上述药理作用，在本实验中也有所体现，本药效学实验显示定喘祛痰雾化液对二甲苯诱发小鼠耳部炎症具有抗炎作用；对氨水引发小鼠和幼年豚鼠的咳嗽有明显的减少咳嗽次数，延长咳嗽潜伏期的作

用；可以明显增加小鼠及幼年大鼠的排痰量；对组胺、乙酰胆碱诱发的支气管哮喘，可以显著延长哮喘的潜伏期时间、出现抽搐的时间和发生跌倒的时间。说明定喘祛痰雾化液可能是通过多种机制发挥其平喘、止咳、祛痰、抗炎等药效作用，具体作用机制还需要进一步研究。

参考文献：

- [1]徐淑云,卞如濂,陈修.药理学实验方法学[M].人民卫生出版社,2002:1066
- [2]Heaney L G,Robinson D S.Severe asthma treatment:need for characterizing p-atients.Lancet,2005,365(9463):974
- [3]Bloom J W,Chaeo J,Lohman I C,et al.Diferential control of eosinophil survival by glucocorticoids.Apoptosis,2004,9(1):97
- [4]黄建明,陈东波,杨乐鹏.麻杏石甘汤对哮喘小鼠气道炎症的影响[J].福建中医药,2003,34(4):38-39
- [5]马以泉,王仁忠,曹灵勇.麻杏石甘汤药理作用研究[J].药物研究,2005,14(4):32-33
- [6]黄丰,童晓云,张荣华等.麻杏石甘汤调节哮喘模型小鼠 Th1/Th2 反应的机制初探[J].中药材,2008,31(10):1519-1522
- [7]张伟,张心月,邵雨萌.麻杏石甘汤对痰热阻肺型慢性阻塞性肺疾病大鼠细胞因子水平的干预作用[J].中国临床康复,2006,10(39):167-170
- [8]徐小平,杨鸿.复方麻杏石甘汤的动物实验研究[J].陕西中医学院学报,1999,22(5):37-38

基金项目：

山东省淄博市卫生科技开发项目（20090023）。

作者简介：

孙丽，通讯作者，淄博市第一医院。

编号：EA-101028198（修回：2010-12-06）

亚健康状态分型调治的临床概况

Clinical review on treating type of sub-health state

雷龙鸣 庞军 唐宏亮 甘炜

(广西中医学院第一附属医院, 广西 南宁, 530023)

中图分类号: R151.4+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0004-02

【摘要】 亚健康状态是一种非健康状态, 它介于健康与疾病之间。采取一定的医学干预方法, 可以防止从亚健康状态向疾病状态转化。

【关键词】 亚健康; 治疗; 文献综述

【Abstract】 Sub-health state is a non-health, it ranged between health and disease. Take certain medical interventions, can prevent the disease from the sub-health state to state transformation.

【Keywords】 Sub-health; Treatment; Literature review

亚健康状态是一种非健康状态, 它介于健康与疾病之间。采取一定的医学干预方法, 可以防止从亚健康状态向疾病状态转化。由于不同的亚健康人群其临床表现不一样, 因此, 在进行临床干预时需要区别对待, 即需要分型调治。关于亚健康的临床分型, 目前主要将其分为躯体性、心理性和社会交往性亚健康种^[1], 这种分型方法能被多数人接受, 但对于有针对性地指导临床治疗仍较为笼统。谢雁鸣等人^[2]将亚健康人群分为 7 个临床亚型的分法对于指导临床调治更为合理, 这 7 个临床亚型分别心理性亚健康、疲劳性亚健康、睡眠性亚健康、疼痛性亚健康、胃肠性亚健康、体质性亚健康和其他型亚健康, 与之相对应的近 3 个月来最感不适的症状分别是: ①情绪不好或心烦易怒; ②疲劳, 全身乏力; ③睡眠障碍(难入睡, 或睡眠不好、易醒); ④头痛, 颈肩腰背或全身肌肉酸痛; ⑤大便干燥、便秘, 或便溏, 食欲不好; ⑥容易感冒, 平素多汗、怕热或怕冷; ⑦其它不适。现按照此种分型方法对亚健康分型调治的临床概况叙述如下。

1 心理性亚健康的调治概况

对于心理亚健康的调治, 临床观察^[3]表明合理的营养膳食、有针对性的心理指导、景观和体能训练、文体活动以及有按摩等, 对心理性亚健康状态有着明显的治疗作用。生物反馈治疗对以焦虑为主的心理性亚健康状态效果明显^[4]。贲学芳等人^[5]采用不同的乐曲给予音乐治疗, 发现音乐治疗能改善心理亚健康状态的多数症状。此外精神科药物治疗^[6]对心理性亚健康状态也具有一定的治疗效果。心理性亚健康状态与中医肝郁气滞证、肝脾不调证、心脾两虚证、心肾不交证以及“郁症”等十分相似。因此, 在中医药理论指导下对心理性亚健康状态进行药物与非药物调治的方法亦有报道, 如袁立霞等人^[7]对亚健康肝郁气滞证方选柴胡疏肝散加减, 肝脾不调证用逍遥散加减, 心脾两虚证方用归脾汤加减, 心肾不交证方用天王补心丹或三才封髓丹加减等。在非药物治疗方面, 庞军等人^[8]通过疏肝健脾推拿法调治肝郁脾虚型亚健康状态, 结果总有效率为

89.04%。雷龙鸣等人^[9]采用中医推拿调治心理性亚健康 39 例, 结果发现背部循经推拿能改善心理亚健康的主要症状尤其是其抑郁症状。魏凌霄^[10]采用针灸疗法对肝郁气滞型亚健康治疗, 疗效亦好。

2 疲劳性亚健康的调治概况

温茂兴^[11]采用补中益气丸合六味地黄丸疲劳性亚健康 66 例, 平均服药时间为 40 天, 总有效率为 92.4%。范宏元等人^[12]采用以循膀胱经弹拨法为主的背腰部推拿方法调治疲劳性亚健康 68 例, 结果显效 38 例, 有效 24 例, 无效 6 例, 总有效率 91.2%。雷龙鸣等人^[13]采用按摩足部反射区的方法, 重点按摩足部反射区中的肾、输尿管、膀胱、额窦、头(大脑)、脑垂体、头·颈淋巴腺、腹腔神经丛、脾脏、生殖腺、前列腺·子宫、淋巴腺等反射区穴位。共调治 205 例, 其中痊愈 23 例, 显效 34 例, 有效 132 例, 无效 16 例, 总有效率 92.20%。

3 睡眠性亚健康的调治概况

睡眠性亚健康是指难入睡, 或睡眠不好、易醒为主要临床表现的亚健康状态。临床报道中, 朵皓英^[14]采用支持性心理治疗及睡眠卫生教育对亚健康的失眠进行干预, 具有一定疗效。罗仁瀚等人^[15]采用缓慢而轻的手法对头面部及腰背部进行按摩治疗, 疗效较好。尹建平等^[16]采用穴位敷贴的方法, 将扶元乳膏(由附子、公丁香、肉桂、人参、细辛、皂荚、冰片等组成)敷贴在大椎、至阳、关元、膻中等穴位, 每穴 1g, 1 天 1 次, 共调治亚健康疲劳症 34 例, 疗效满意。凌雄等人^[17]采用耳穴疗法治疗亚健康失眠, 其方法是: 使用 0.1 寸一次性无菌针灸针刺双耳的神门、心、脾 3 个穴位, 每次 30min, 隔天 1 次, 每个疗程 10 次, 共针刺 2 个疗程。本组 30 例患者中, 治疗后主证全部消失 24 例, 主证明显改善 6 例, 总有效率 100%。邹世昌^[18]用六味地黄汤合当归六黄汤加减治疗亚健康人群睡眠障碍 56 例, 显效 16 例, 有效 31 例, 无效 9 例, 总有效率 83.93%。

4 疼痛性亚健康的调治概况

躯体疼痛性亚健康^[19]是指以身体酸痛不适为主要表现,但实验室检查指标正常,或略有改变,无论从症状,还是从实验室指标角度,均不能构成现有“疾病”(身体酸痛不适)的诊断标准,且身体酸痛不适持续时间达1个月以上、经休息不能缓解的状态。庞军等人^[20]采用大样本、多中心的随机对照的临床试验方法,以麦吉疼痛问卷和世界卫生组织生存质量测定量表为指标观察了中医保健推拿对躯体疼痛性亚健康的调治作用,结果显示中医保健推拿能改善疼痛指数中的感觉、情感、评估、其他、疼痛评估指数和现存疼痛强度等维度的评分,改善生存质量中的生存质量主观感觉、健康状况主观感觉、生理领域和心理领域几个维度的评分。

5 胃肠性亚健康的调治概况

胃肠性亚健康主要表现为食欲不好,大便干燥、便秘,或便溏。任跃^[21]采用改良型的捏脊疗法调治胃肠性亚健康,其操作为:先用掌推法在脊背部由上到下施术3~5遍,由上到下双手叠掌按揉两侧膀胱经各5遍,依次点按膀胱经各俞穴或阿是穴,掌擦膀胱经。然后用双手拇指桡侧缘抵住骶尾部皮肤,食、中指前按,3指同时用力捏拿皮肤,沿督脉双手交替捻动至大椎,中间捻3下,重提皮肤一下,此法做3~5遍,再由下到上沿两侧膀胱经的两条侧线用同样手法反复做5遍。用双手食指与中指屈曲,相对扯捏两侧膀胱经(以脾胃区为重点),扯起后迅速放下,再扯捏起放下,由上到下反复数遍,以局部皮肤充血出现红斑为宜。最后用虚掌或侧掌由上到下有节奏叩击肩背腰臀等部位若干遍结束。上述手法操作隔日1次,14天为1疗程。

6 体质性亚健康的调治概况

体质是个体在其生长发育过程中形成的,它反映了机体阴阳气血盛衰的禀赋特点。体质在生理上表现为机能、代谢及对外界刺激的反应等方面的个体差异,在病理上表现为对某些疾病的易感性及病变转归的倾向性。因而体质有生理体质(健康体质)、病理体质之分^[22]。改善体质是对机体内阴阳气血偏颇的调整,可以改善亚健康状态^[23]。因此,多数人认为体质虽然与先天禀赋有关,但它仍然可纠可调。临床上多采用中药进行调养,如张沁园^[22]对不同体质类型的亚健康选用不同的方药进行调治:阴虚质调以滋阴补肾之法,方选六味地黄丸或知柏地黄丸、左归丸等;阳虚质调以壮阳温肾,方选金匮肾气丸、右归丸;血虚质调以养血补心,方选四物汤或归脾汤等;阳盛质调以清热泻火,方选黄连解毒汤或白虎汤;气郁质调以疏肝行气,方选逍遥散、柴胡疏肝散或越鞠丸;瘀血质调以活血祛瘀,方选桃红四物汤、血府逐瘀汤或补阳还五汤;痰湿质调以化痰祛湿,方选二陈汤、香砂六君子汤或参苓白术散。

参考文献:

- [1]中华中医药学会发布.亚健康中医临床指南[S].北京:中国中医药出版社,2006:1-2
- [2]谢雁鸣,刘保延,朴海垠等.亚健康人群亚型症状特征初探[J].北京中医药大学学报,2006,29(5):355-357,360

- [3]吴卉慧.飞行员心理亚健康的治理[J].中国疗养医学,2007,16(5):266-267
- [4]刘欢欢,张小远,赵静波等.军队医科院校心理亚健康学生肌电生物反馈干预研究[J].第四军医大学学报,2004,25(22):2048-2050
- [5]黄学芳,高风,彭江红.音乐疗法干预军人心理亚健康 32 例分析[J].中国疗养医学,2005,14(4):257-258
- [6]李一云,屠鉴源,陈德沂等.阈下抑郁的研究(III)-抑郁的亚综合征(SSD)的治理[J].神经疾病与精神卫生,2001,1(4):48-49
- [7]袁立霞,刘刚.亚健康状态的中医药证治评析[J].中医药学刊,2005,23(3):494-495
- [8]庞军,雷龙鸣,伦斌芳等.疏肝健脾推拿法调治亚健康状态疗效观察[J].辽宁中医杂志,2007,34(11):1574-1576
- [9]雷龙鸣,曾湘玲,伦斌芳等.背部循经推拿对39例心理性亚健康患者的调治作用[J].中医杂志,2010,(2):142-144
- [10]魏凌霄.针刺治疗亚健康状态人群临床疗效观察[J].中国中医药科技,2005,12(6):356
- [11]温茂兴.补中益气丸合六味地黄丸治疗亚健康疲劳[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2006,13(1):31-32
- [12]范宏元,罗才贵,曹俊岩等.循膀胱经弹拨法治疗慢性疲劳综合征的临床观察[J].广西中医药,2009,32(6):40-41
- [13]雷龙鸣,庞军,伦斌芳.足部按摩治疗慢性疲劳综合征 205 例[J].广西中医学院学报,2005,(4):22-23
- [14]朵皓英.亚健康状态失眠的心理干预治疗[J].中国水电医学,2006,(1):32-33
- [15]罗仁瀚,源援基,谭金庆.按摩治疗亚健康状态下的失眠症疗效观察[J].按摩与导引,2005,21(2):6-8
- [16]尹建平,金远林,王海燕.扶元乳膏穴位敷贴治疗亚健康疲劳症 34 例[J].中医外治杂志,2008,17(1):22-23
- [17]凌雄,王薏.耳穴治疗亚健康状态失眠 30 例[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(4):122
- [18]邹世昌.六味地黄汤合当归六黄汤加减治疗亚健康人群睡眠障碍 56 例临床观察[J].江苏中医药,2009,41(11):29-30
- [19]庞军,唐宏亮,雷龙鸣等.循经推拿调治躯体疼痛性亚健康作用探析[J].辽宁中医杂志,2009,36(9):1500-1501
- [20]庞军,唐宏亮,高丽芳等.中医保健推拿调治躯体疼痛性亚健康的随机对照试验[J].中国针灸,2010,30(1):55-59
- [21]任跃.改良型捏脊疗法对脾虚型亚健康状态患者的干预及对血清胃肠激素的影响[J].中国中医药科技,2009,16(3):241-242
- [22]张沁园,商庆新,王鹏.亚健康状态的体质调理探讨[J].天津中医药,2007,24(4):300-302
- [23]高京宏,盖海山,李英帅.浅论调节体质改善亚健康[J].山东中医杂志,2006,25(4):225-227

项目来源:

“十一五”国家科技支撑计划课题(课题编号:2006BAI13B07);广西壮族自治区教育厅科研项目(面上项目,项目编号:200911MS137);2008年度广西壮族自治区卫生厅自筹经费计划科研课题(合同号:Z2008174)。

作者简介:

雷龙鸣(1969-),湖南衡阳人,副教授,副主任医师,硕士研究生导师,主要从事推拿的临床、科研与教学工作。

编号:EA-101026185(修回:2010-12-04)

生存质量评价在糖尿病肾病临床疗效评价中的应用

Application of evaluation Quality Of Life on clinical evaluation of diabetic nephropathy

田凤胜 王元松 李文东 贾彩霞

(河北医科大学附属沧州中西医结合医院, 河北 沧州, 061001)

中图分类号: R692 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0006-02 证型: DBG

【摘要】 糖尿病肾病是糖尿病的慢性并发症之一, 研究生活质量 (quality of life, QOL) 评价在中医治疗糖尿病肾病疗效评价中的应用, 值得我们去进一步研究。

【关键词】 糖尿病肾病; 生活质量; 中医

【Abstract】 Diabetic nephropathy is one of the chronic complications of diabetes, to study QOL on application of efficacy evaluation of treating diabetic nephropathy in TCM, deserve our further study.

【Keywords】 Diabetic nephropathy; QOL; TCM

糖尿病肾病是糖尿病的慢性并发症之一, 随着糖尿病病程的延长, 其在患病后 5~10 年的发生率约为 60~70%。约 1/3 的 1 型糖尿病与 1/5 的 2 型糖尿病患者最终发展为糖尿病肾病^[1]。

在西方国家糖尿病肾病是终末期肾病 (ESRD) 的第一位死因^[2], 因而其是影响糖尿病患者寿命的重要并发症之一, 其给家庭和社会带来巨大的经济负担和心理负担。因而在临床当中寻找有效的治疗方法和评价方法称为目前研究的重点和热点, 为此我们研究了生活质量 (quality of life, QOL) 评价在中医治疗糖尿病肾病疗效评价中的应用。

1 生存质量评价在糖尿病肾病疗效评价中的必要性

在现代医学模式中, 医学观、健康观随之也不断更新, 人们对生命质量的要求和期望也在不断的增高。因而, 对糖尿病肾病的治疗效果的评价不再是单纯的血糖控制水平、尿白蛋白定量的变化、血清尿素氮、肌酐等生物学指标的变化, 还要关心疾病症状的缓解, 患者心理状况的变化, 以提高糖尿病肾病患者的生存质量^[3]。

这就要求我们在评价临床疗效时不要只关注检验指标的变化, 还要注意患者生存质量的改善。我们在临床中经常碰到部分糖尿病肾病患者虽然 24 小时尿白蛋白定量、血清肌酐、尿素氮、水肿等指标明显改善, 但患者仍然感觉不舒服, 生活没有兴趣, 对一切失去信心, 生活质量未得到改善。因而目前仅以生物学指标做为评价临床疗效的模式不能适应现代医学模式的的需要。

生存质量最早作为社会学指标, 用于社会学研究中人们希望达到的家庭生活和谐、自我满足的目标。二十世纪七十年代以来, 随着医学研究的发展, 健康观念发生转变, 健康的定义从单纯没有疾病和虚弱拓宽为身体上、精神上和社会适应方面

的完好状态。医学模式从单纯生物医学模式发展成为生物-心理-社会模式。生存质量逐渐引入医学研究领域, 形成了健康相关生存质量, 成为评价健康水平的新的指标。

1993 年 WHO 生存质量评估组将不同文化和价值体系中的个人对与他们的目标、期望、标准及所关心的事情有关的生存状况的体验称为生存质量^[4]。

生存质量主要是个体的主观体验指标, 其不同于传统的生物医学模式评价健康的指标, 不是客观的测量身体的功能和状态, 而是着重患者自身体验, 患者对自己身体、精神和社会适应的满意度。

糖尿病肾病是发生在病程较长的糖尿病患者, 一方面, 其严重影响患者的生理功能, 可以出现肢体水肿、乏力、恶心、呕吐等不适; 另一方面, 糖尿病肾病的治疗要求患者终身坚持控制饮食、适当运动、口服药物和注射胰岛素等多方面的综合治疗。

在这种情况下, 很容易产生对疾病治愈的悲观、失望, 对尿毒症发生的担心、恐惧, 复杂的生活制度及服药可能引起的低血糖和过敏等不良反应严重影响患者的心理健康; 由于生理和心理上的痛苦, 患者不能很好地担当起家庭和社会角色, 承担应有的责任, 影响患者在家庭和社会的地位及人际关系等。有研究表明糖尿病患者合并抑郁症占 30%, 以上这些因素相互关联、相互影响、相互牵制, 决定了对糖尿病肾病治疗及评价的复杂性和综合性。

2 祖国医学对于生存质量的认识

祖国医学的整体观点认为, 人是一个统一的整体, 人体的五脏六腑、经络气血以及五体、五窍都相互联系, 相互影响。同时, 祖国医学的整体观念还认为人与自然环境对应统一, 而且与社会环境密切相关。

正如《素问·宣命全形论篇》中说：“天覆地载，万物息备，莫贵于人，人以天地之气生，四时之法成。”祖国医学中的形神学说认为，“形”与“神”二者相互依存，不可分割，故又称“形与神俱”。“行”即指现代医学上的生理机能，“神”指现代医学中人的精神意志和主观感受等，两者相互依存，故而在治疗于疗效评价上也要“形神兼备”。

天人相应学说，认识到应把人体的健康与疾病放到自然与社会环境中考虑，人体自身的生理结构与机能应该是完整统一的，形与神俱以及人与自然环境相适应，是其健康的保证，也是判定疾病治疗效果的不同方面。这是祖国医学朴素的“生存质量观”的具体体现。

在糖尿病肾病治疗过程中，常常存在一部分病人有明显的症状，如：腰酸、乏力、睡眠差等，但经现代医学检验所有理化结果都正常，而被认为无病，但患者的日常生活、活动能力、心理健康等受到影响，即“生存质量”下降了。

祖国医学强调“辨证论治”，医生在对患者进行资料搜集时的望、闻、问、切过程，就已在无意识的把生存质量内容纳入思考范围。

中医的“证”其实就是疾病特异生存质量的部分反映，而中医学当中没有现代生物学客观指标的检验与评价，因此，客观来讲，中医治病就是为提高患者的生存质量。

3 生存质量在中医糖尿病肾病治疗效果评价中应用的现状与思路

3.1 研究现状

目前生存质量评价已广泛用于 2 型糖尿病的研究领域。包括治疗效果的评价、健康教育干预、运动干预等影响因素的研究方面应用^[5]。如吴平陵^[6]等观察了 2 型糖尿病及其并发症患者的生活质量状况，并研究了其影响因素。

结果发现糖尿病并发症组在疾病维度、生理维度、心理维度、社会维度、满意度维度 5 个领域及总分方面均显著低于无并发症组 ($P < 0.01$)。性别、年龄、文化程度、收入、体力和脑力活动都不同程度地影响生活质量的不同方面。独居方式、自费和农民职业的患者生活质量显著低于其他族患者 ($P < 0.01$)。

曾艳彩等^[7]采用 NHP 量表对 200 例 2 型糖尿病患者生存质量进行评价研究，结果表明：2 型糖尿病患者生存质量普遍下降，尤其在精力、睡眠、社交隔离和情感反应方面较为突出；社会心理机能损害比生理机能损害严重；社会因素、医学因素以及健康感觉对生存质量均有显著影响。

吴先萍等^[8]采用 NHP 量表对 200 例 2 型糖尿病患者生存质量进行评价研究，结果表明：社会因素（文化程度，医疗保健制度）、并发症情况、糖尿病知识、态度、行为、血压等对生存质量有影响。而目前对于中医糖尿病肾病生存质量评价研究相对较少。

3.2 研究思路

糖尿病肾病在临床上包含了生物学指标的异常及由疾病所引起的痛苦感觉。中医学通过辨证求因，对症下药，消除病人的病痛。

当病人感觉机体出现不适，如恶心、呕吐、全身乏力就诊，医生运用辨证论治的方法，消除病人的这种不良感觉和不适，同时改善患者的生物学指标。在疾病的诊治过程中，病人病痛的消失，即是生存质量得到了提高。中医评价病人健康状况（生存质量），即是通过问诊以主观感觉不适的有无作为评价的标准。

中医在考察糖尿病肾病患者病情及疗效的过程中，主要采用问诊的形式。现代医学的观点，中医的这一问诊就是了解和评定生存质量的过程。但是中医学问诊的理论体系，仍然停留在病人主观叙述的表象，未能对病人描述的症候进行更深一层的量化分级，以便对病人病情及治疗效果有一个精确的评价。

在适应现代医学模式的前提下，糖尿病肾病疗效评价的研究过程中，应做到以下三个方面结合：

- ①将患者 24 小时尿微量白蛋白排泄率、血清肌酐、尿素氮等作为主要指标，以判断患者机体功能的改善；
- ②将糖尿病肾病患者临床症候进行分级量化评分，观察治疗前后症候积分的变化，使患者主诉内容客观化；
- ③采用国际通用的生活质量量表进行生活质量的评定，或制定适合中医学内容的糖尿病肾病生活质量量表进行评定。

这种在结合生物学指标的同时，关注糖尿病肾患者的症候的改变及生活质量的提高的临床疗效评价体系是否为中西医结合评价体系的研究方法，还值得我们去进一步研究。

参考文献：

- [1]向红丁.糖尿病肾病的诊治[J].中国实用内科杂志,1993,13(11):684
- [2]钱国熙.糖尿病肾脏病[J].国外医学内科学分册,1998,25(12):507-511
- [3]胡明,孙振球.生存质量测评在糖尿病患者疗效评价中的应用[J].中南大学学报(医学版),2004,29(1):99-101
- [4]梁万年.医学科研方法学[M].北京:人民卫生出版社,2002,10
- [5]张卫东,袁媛,郝园林等.郑州市社区中糖尿病患者生存质量及其影响因素调查[J].郑州大学学报(医学版),2005,40(1):136-139
- [6]吴萍陵,蔡太生,刘建等.2 型糖尿病及其并发症患者生活质量影响因素的研究[J].中国临床心理学杂志,2005,13(2):213-215
- [7]曾艳彩,王圣基,李汝霖等.2 型糖尿病患者生命质量研究[J].中国公共卫生学报,1997,16(5):267-268
- [8]吴先萍,杨晓妍,张宁梅等.2 型糖尿病患者生存质量及其影响因素研究[J].预防医学情报杂志,2000,16(4):14-17

基金项目：

河北省科技厅科技支撑计划项目（项目号：09276101D-15）。

编号：EA-101018138（修回：2010-11-28）

颈椎病治疗中颈胸同治的机理探讨

Discussion of mechanism on treating cervical spondylosis from neck and chest

高仰来

(张掖医学高等专科学校, 甘肃 张掖, 734000)

中图分类号: R323.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0008-02 证型: ADI

【摘要】 颈椎病又称颈椎综合征, 中医认为颈椎病是由于风寒劳累, 肝肾亏虚, 痰湿阻络, 气血亏损, 气滞血瘀致头目眩晕, 筋骨失养所致的一系列临床症状候群。文中以桂枝加葛根汤系列方、颈胸夹脊穴、颈胸一体整脊手法、颈胸一体整脊保健操综合治疗预防颈椎病, 取得了较好疗效。

【关键词】 颈椎病; 颈胸同治; 机理

【Abstract】 Cervical spondylosis, also known as spondylosis syndrome, TCM think cold and fatigue lead to cervical spondylosis, Ganshen Kuixu, Tanshi Zuluo, Qixue Kuisun, Qizhi Xueyu lead to dizziness, bones dystrophy lead to a series of clinical syndrome. In the article treating cervical spondylosis in TCM, gets a good effect.

【Keywords】 Cervical spondylosis; Cervicothoracic; Mechanism

颈椎病^[1]又称颈椎综合征, 是由于颈椎间盘退行性改变及其继发病变刺激或压迫脊髓、神经根、椎动脉、交感神经等临近组织, 引起头晕、头痛、颈肩痛等一系列临床症状候群。中医认为^[2]颈椎病是由于风寒劳累, 肝肾亏虚, 痰湿阻络, 气血亏损, 气滞血瘀致头目眩晕, 筋骨失养所致的一系列临床症状候群。

本病是中老年人的常见病、多发病, 现在随着电脑的普及以及人类劳动和生活习惯的改变, 其发病年龄也提前, 许多青壮年人也出现颈椎病。我们依据中医整体观念、经络学说、现代医学脊柱解剖学和骨伤生物力学及多年临床治疗经验, 认为诊治颈椎病应重视脊柱的整体性及颈椎和胸椎的密切关联性, 并提出了颈胸同治的治疗观点^[3-5]。现做如下分析。

1 中医学整体观、经络学说的观点

颈椎病属中医学“痹证”及“筋伤”等范畴, 中医整体辨证认为其外因是风寒湿邪痹阻经络, 致气血运行不畅, 或扭挫损伤, 劳作过度致经络受损, 气滞血瘀; 内因为气血不足, 肝肾亏虚, 筋骨失养。

因此致局部瘀血凝滞, 筋肉跳槽, 骨节错缝。而中医经络学说认为, ^[6]人体躯干项背部主要分布着十四经脉中的督脉和足太阳膀胱经, 督脉行于脊柱正中, 膀胱经行于脊柱旁开一寸五分和三寸处。它们对脊柱结构和功能的影响是很大的, 同时对五脏六腑、五官七窍和皮肉筋骨的生理和病理状态也起着极为重要的调控作用。《灵枢·症论篇》云“巨阳虚, 则腰背头项痛”。《灵枢·刺症篇》“先项背痛者, 先刺之”。《伤寒论》第十四条云“太阳病, 项背强几几, 反汗出恶风者, 桂枝加葛根汤主之。”第三十一条云“太阳病, 项背强几几, 无汗恶风者, 葛根汤主之。”《张氏医通》则补充, “有肾气不循故道, 气逆挟脊而上, 至肩背痛。或观书对弈久坐而致脊背痛者”。

头项痛、项背痛、脊背痛、项背强几几正是颈背部疼痛强硬不适的形象描述, 也是颈椎病主要症状之一。

中医学虽无颈椎之名, 从以上中医学整体观、经络学说描述来看, 颈椎与属于督脉和足太阳膀胱经所经过的部位, 项与背即颈椎与胸椎有密切的联系, 颈椎发生病变, 必然波及胸椎。因此, 治疗颈椎病应注重颈胸同治。

2 脊柱神经解剖学的观点

脊柱的骨骼组织、脊髓、神经, 以及肌肉、韧带、血管等软组织共同组成了人体躯干的颈背部分和腰骶部分, 一方面复合身体的重力, 参与保护躯干体内的五脏六腑等器官组织; 另一方面又构成一个统一的整体, 调节着脏腑的生理功能, 在人体生命活动中发挥了重要的作用^[6]。

颈椎和胸椎共同组成了组成了人体躯干的颈背部分, 脊柱椎骨间通过椎间盘和前纵韧带、后纵韧带、黄韧带、棘上韧带、棘间韧带以及斜方肌、肩胛提肌、菱形肌、头夹肌、竖脊肌等颈部肌肉将颈椎和胸椎紧密的连接在一起。颈胸段脊柱容纳了绝大部分的脊髓(脊髓下端以脊髓圆锥终于第一腰椎), 脊神经以及自主神经系统等组织, 调节着五脏六腑、四肢百骸的生理功能。

从脊柱神经解剖学来看, 颈椎与胸椎上下毗邻, 唇齿相依, 颈椎发生解剖结构变化, 必然影响胸椎, 颈部肌肉损伤、小关节紊乱, 必然并发胸背部肌肉损伤、小关节紊乱。因此, 在颈椎病治疗时, 尤其手法治疗应注重颈胸同治, 颈胸椎同时整复治疗。

3 脊柱生物力学的观点

脊柱作为人体的重要组成部分, 在维持正常的生理形态、保持各种运动姿势、承受各种载荷等方可, 发生各种力学变化,

发挥着重要的力学作用^[7]。整条脊柱中以颈、腰段活动度较大,故较易受伤,胸椎因有肋骨、胸廓的支持,受伤的机会相对较少,但人们用双臂劳动,肩胛区软组织损伤则相对较多。当老年颈、胸椎间盘胀变而引起椎间失稳时,肩胛区软组织慢性劳损即加剧,下颈、上胸段脊椎失稳而易发生脊椎错位,继而引起内脏功能障碍^[8]。韦以宗^[9]研究颈曲紊乱分型诊断与胸椎关系后认为颈椎病的主要病理改变是椎曲改变,从临床常见的三曲九弓类型分析,凡颈曲加大、变直、批弓或下段变直、反弓,都与胸椎有密切关系,说明胸椎紊乱是导致颈曲紊乱的主要病因病理。

孙永章,韦以宗,等^[10]研究 448 例颈胸椎 X 线片测量结果显示,87%之颈曲变异的颈椎病,有胸椎超 5 度以上侧凸,表明胸椎侧凸是继发颈椎不稳之重要原因,此原因与伏案及单一上肢运动关系密切,也可能与习惯侧卧睡眠有一定关系。胸背损伤是颈椎病值得重视的病因之一。

颈椎病的发生,脊柱生物力学平衡失调是引发的重要环节,尤其颈胸段脊柱生物力学平衡失调。颈部曲度变异,并发胸椎上胸段发生侧弯,肩胛区软组织损伤时,可造成下颈、上胸段脊椎失稳。因此,颈椎与胸椎在生物力学上联系密切,治疗时应注重颈胸同治。

4 小 结

颈胸同治的观点是依据中医整体观念、经络学说、现代医学脊柱解剖学和骨伤生物力学及多年临床治疗经验提出的,在这一观点基础上,我们总结出了桂枝加葛根汤系列方、颈胸夹脊穴、颈胸一体整脊手法、颈胸一体整脊保健操综合治疗预防颈椎病。

该系列治疗方法中药、针灸、理筋、整脊手法、保健操,均注重颈胸同治,克服了颈椎病常规只治疗颈椎的片面认识,强调了颈椎和胸椎的关联性以及脊柱的整体性,纠正人体正常肌肉关节解剖学位置,恢复脊柱生物力学平衡和阴阳平衡,从

而在临床取得了较好疗效。该方法安全简便,实用易学,价格低廉,适合广大基层医院,具有推广价值。

参考文献:

- [1]彭太平.中医骨伤科学[M].南昌:湖南科学技术出版社,2004:430
- [2]胡利荣,李安民.100 例颈椎病中医临床证型与影像学表现分析[J].浙江中医杂志,2008,43(6):346
- [3]姚军汉,高仰来,姚兰.颈胸同治理筋整脊并针刺法治疗颈椎病 180 例[J].甘肃中医,2009,22(10):41-42
- [4]高仰来.颈胸一体整脊法治疗颈椎病的疗效观察[J].按摩与康复医学杂志,2010,1(2):6-7
- [5]高仰来.颈胸夹脊穴配合桂枝加葛根汤治疗颈椎病临床体会[J].针灸临床杂志,2010,26(9):29-30
- [6]袁键强,侯云山.中医经络脊柱推拿疗法图解[M].北京:人民军医出版社,2005:43
- [7]杜瑞卿,陈以国,张鹏等.脊柱生物力学有限元分析法的概述[J].北京生物医学工程,2004,23(1):78-80
- [8]魏征.颈椎病治疗学[M].香港:商务印书馆香港分馆,1987:3
- [9]韦以宗.颈曲紊乱分型诊断与胸椎关系-颈椎病病因探讨之二[J].世界中医骨科杂志,2004,6(2):13-16
- [10]孙永章,韦以宗,韦春德等.颈曲与胸椎关系 X 线片测量分析-颈椎病病因探讨之一[J].世界中医骨科杂志,2004,6(2):7-12

基金项目:

项目《颈胸同治及颈胸一体整脊法治疗颈椎病的疗效观察的临床研究》由张掖市科技局组织鉴定,科学技术成果鉴定证书登记号:zy200941。

作者简介:

高仰来,大学本科,中医针灸学主治医师,张掖医学高等专科学校。
编号:EA-101024177(修回:2010-11-30)

卫生部回顾“十一五”成果 中医药事业成就显著

12 月 10 日,卫生部召开新闻发布会介绍卫生工作“十一五”成果。卫生部规划财务司司长李斌介绍说,“十一五”期间中医药事业发展取得显著成就,在基本医疗卫生制度建设中发挥了积极作用。

李斌说,“十一五”期间,《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》颁布实施。中医药投入力度不断加大,发展环境明显改善。中医药服务体系基本形成,中医药服务覆盖面和可及性明显提高。中医和民族医医院基础设施条件明显改善,服务能力进一步提高。常见病、多发病适宜技术的推广工作持续推进。中高层次中医药人才培养和中医药重点学科建设顺利推进,人才队伍素质不断提高,中医药继承与创新明显增强。中医药法制化、标准化、规范化建设取得新成效。中医药产业水平进一步提升,文化建设新局面初步形成,国际影响日益扩大,形成了中医药全面发展的新格局。

加味银翘散煎水含漱在扁桃体术后的应用

Application of Yinqiao San by Jianshui gargle after tonsillectomy

王丽超 曾慧娟 沈祖泓 向国球 叶拾全 袁志昂 陈桂河 房保文

(广东省清远市中医院, 广东 清远, 511500)

中图分类号: R766.18 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0010-02

【摘要】 目的: 观察加味银翘散煎水含漱治疗扁桃体术后所致咽痛的临床效果。方法: 选择 40 例扁桃体摘除术后病人。随机分为治疗组 (术后常规处理 + 加味银翘散含漱液含漱) 20 例和对照组 (术后常规处理 + 生理盐水含漱) 20 例, 进行临床观察。结果: 治疗组患者咽痛症状明显比对照组患者轻, 在咽痛程度比较上, 治疗组总有效率为 95%, 对照组总有效率为 80%, 两组临床近期症状疗效差异有显著性。结论: 加味银翘散煎水含漱法治疗扁桃体术后所致咽痛具有临床疗效显著, 且毒副作用小, 使用安全, 值得临床推广应用。

【关键词】 加味银翘散; 煎水含漱; 扁桃体术后

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of treating sore throat after tonsillectomy with Yinqiao San. Methods: To choose 40 patients with sore throat after tonsillectomy, randomly divide them into treatment group (after conventional treatment + Yinqiao San) 20 cases and control group (after conventional treatment + NS) 20 cases, to clinical observe. Results: In treatment group the symptoms is lighter than the control group, in treatment group the total efficiency rate for 95%, in control group the total efficiency rate for 80%, by statistically analyzing both data, have a dignificant difference. Conclusion: Treating sore throat after tonsillectomy with Yinqiao San has good effect, is worth being clinically applied.

【Keywords】 Yinqiao San; Jianshui gargle; Sore throat after tonsillectomy

我科自 2009 年 10 月~2010 年 10 月, 对于 40 例扁桃体摘除术后患者在常规应用抗生素及止血药的同时, 给予加味银翘散煎水含漱液含漱, 并与用生理盐水含漱组作对照观察, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所观察的全部病例均来自我院耳鼻喉科住院病例。40 例扁桃体摘除术后患者随机分为 2 组。治疗组 20 例, 男 11 例, 女 9 例; 年龄 13~46 岁, 平均 29.3 岁; 病程最短 0.5 年, 最长 30 年, 平均 13.5 年; 对照组 20 例, 男 12 例, 女 8 例; 年龄 14~48 岁, 平均 32 岁; 病程最短 0.5 年, 最长 28 年, 平均 14.2 年。2 组病例年龄、性别、症状、体征、病情、身体状况、病程均无显著性差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

2 组患者扁桃体摘除术后均使用阿莫西林钠舒巴坦钠粉针 3.0g 加入 0.9%氯化钠注射液 250ml 中静脉滴注治疗 (儿童用量根据公斤体重计算药量), 每日 1 次, 连续用药 5 日; 止血敏 1.5g, 止血芳酸 0.3g 加入 5%葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注, 每日 1 次, 连续用药 3 日。治疗组于术后第 1 天给予加味

银翘散含漱液含漱。用法: 将加味银翘散煎水取汁 250ml, 冷后含漱, 含漱频率每次 10min, 50ml, 每日 5 次; 对照组予 0.9%生理盐水含漱, 含漱频率每次 10min, 50ml, 每日 5 次, 2 组均应用含漱液 5 日。

1.3 疗效标准

采用患者陈述及自拟视觉比量表 (VAS) 逐日记录。完全缓解 (CR): 咽痛消失, 咽部无充血、肿胀; 部分缓解 (PR): 咽痛较给药前明显减轻, 进食基本不受影响, 咽粘膜由重度充血、肿胀转为轻度充血、无明显肿胀; 或由轻度充血、肿胀转为无明显充血、肿胀; 有效 (MR): 咽痛较给药前部分减轻, 但仍感到明显疼痛, 进食仍受到影响; 咽部充血、肿胀由重度转为轻度, 或由轻度充血、肿胀转为轻度充血、无明显肿胀; 无效 (NR): 与治疗前相比疼痛无明显减轻, 咽部检查无变化。CR 加 PR 为总有效率。

2 结果

2.1 2 组疗效比较 (见表 1)

由表 1 可以看出, 治疗组总有效率明显优于对照组 ($P<0.05$), 尤其是术后症状完全缓解者显著优于对照组 ($P<0.01$)。

表 1 2 组治疗效果比较, 例 (%)

组别	n	CR	PR	MR	NR	总有效率 (%)
治疗组	20	13 (65)**	6 (30)	1 (5)	0	95*
对照组	20	8 (40)	8 (40)	4 (20)	0	80

注: 与对照组比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$ 。

2.2 不良反应

2组均无不良反应。

3 讨论

咽痛是扁桃体切除术后最常见的症状,剧烈而持久的咽痛严重影响病人的术后进食、发音和睡眠,使生活质量下降。造成咽痛的原因除了与术中切、夹、剥、套等动作造成粘膜和肌肉组织撕裂,创伤性疼痛有关外,有学者认为组织受到机械创伤后局部水肿,炎症细胞渗出,释放致痛物质,使神经末梢感受器敏感,引起局部疼痛感觉^[1]。

另一方面口腔分泌物及食物摩擦、残留均易造成创面的污染,增加继发性出血和感染机会,影响创面白膜的形成和脱落,延长康复时间。

中医认为扁桃体摘除术后多为热毒停聚或风热上攻兼夹痰瘀互结之证,治疗上应辅以清热解毒、疏散风热或兼祛瘀化痰之法。

因而使用辛凉解表、清热解毒代表方银翘散加味煎水含漱恰好契合证型,既可抗炎止痛,又能促进创面愈合。加味银翘散主方中,金银花味甘性寒,清热解毒、凉散风热;连翘味苦性微寒,善清心肺而除上焦热毒;桔梗味苦辛性平,利咽止咳、引药上行;薄荷性味辛凉散风热,清头目,以加强疏风清热之效;甘草性味甘平,清热解毒,缓急止痛,调和诸药。诸药合用,共奏清利咽喉虚实火热之功^[2]。

现代药理研究证明,金银花的抗菌范围较广,对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎双球菌等革兰氏阳性菌有抑制作用,对绿脓杆菌、大肠杆菌等革兰氏阴性菌也有较强的抑制作用,还具有抗炎解热,提高免疫力的作用。

薄荷对多种细菌如金黄色葡萄球菌、链球菌及病毒有抑制作用,还可解热、抗炎、镇痛,减轻咽喉疾病临床症状。甘草不但改善口感,而且还具有抗病原体、抗炎解毒、解热镇痛以及提高免疫功能的作用。因此加味银翘散含漱液在临床发挥了积极治疗作用。该药临床疗效显著,且毒副作用小,使用安全,值得临床推广应用。

参考文献:

[1] Coultard P, Haywood D, Tai MA, et al Treatment of postoperative pain in oral maxillofacial surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2000, 38: 588-592

[2] 彭桂原, 陈文勇. 银荷漱口液治疗咽喉口腔疾病 100 例[J]. 新中医, 2002, 34(8): 50

基金项目:

为 2009 年广东省中医药局建设中医药强省科研立项资助课题, 课题名称: 加味银翘散煎水含漱用于扁桃体围手术后期的临床研究, 编号 2009105。

编号: ER-10111001 (修回: 2010-12-10)

中央财政拨 5.5 亿元鼓励社会资本办医

新华社北京 12 月 9 日电 记者 9 日从财政部获悉, 今后社会资本举办的非营利性和营利性医疗机构, 将与公立医疗机构享有同样的税收优惠政策。中央财政已于近期下拨补助资金 5.5 亿元, 专项用于鼓励和引导社会资本办医。

财政部社会保障司有关负责人指出, 对社会资本举办非营利性医疗机构, 可享受与公立医疗机构同样的税收优惠政策: 一是对其按照国家规定价格取得的医疗服务收入, 免征各项税收。二是对其取得的非医疗服务收入直接用于改善医疗卫生服务条件的部分, 经税务部门审核批准可抵扣其应纳税所得额, 就其余额征收企业所得税。三是对其自产自用的制剂, 免征增值税。四是对其自用的房产、土地、车船免征房产税、城镇土地使用税和车船使用税。五是鼓励对社会资本举办的非营利性医疗机构进行捐赠, 符合税收法律法规规定的可享受相关税收优惠政策。

此外, 对社会资本举办营利性医疗机构提供医疗服务, 也可享受以下税收优惠政策: 一是免征营业税。二是在 3 年内, 对其自产自用的制剂, 免征增值税。三是在 3 年内, 对其自用的房产、土地、车船免征房产税、城镇土地使用税和车船使用税。

据介绍, 在中央财政下拨的 5.5 亿元补助资金中, 有 4.4 亿元用于支持社会力量举办的社区卫生服务中心和乡镇卫生院设备购置、维修改造和人员培训, 对城市社区卫生服务中心按每个 10 万元、乡镇卫生院按每个 20 万元补助, 支持社会力量举办基层医疗卫生机构改善服务条件, 提升服务能力, 方便基层群众就近看病。另外的 1.1 亿元用于支持公立医院与包括社会资本举办在内的基层医疗卫生机构健全分工协作机制。

此外, 财政部表示, 自 2010 年起, 将社会力量举办的三级医院纳入中央财政临床重点学科建设补助范围, 非公立医疗机构科研学术环境将得到进一步优化, 实现与公立医疗机构平等待遇。

(//健康报)

针灸治疗遗尿 52 例疗效观察

Effective observation on treating 52 cases of enuresis in acupuncture

李助宇

(商丘市中医院, 河南 商丘, 476000)

中图分类号: R256.54 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0012-01 证型: GDA

【摘要】 目的: 探索针刺疗法是治疗小儿遗尿症的有效途径。方法: 取穴: 百会、气海、四神聪穴。结果: 治疗本病 52 例, 总有效率 94.2%。提示: 该方法能使肾气壮, 阳气助, 神志清而遗尿止。

【关键词】 遗尿针刺疗法; 百会; 气海; 四神聪

【Abstract】 Objective: To explore effective methods of treating enuresis. Methods: Select point: Baihui, Qihai, Sishencong point. Results: Curing patients is 52 cases, the total effective rate is 94.2%. Tips: In this way can be Shenqi strong, helping Yangqi, clear mind to stop enuresis.

【Keywords】 Enuresis acupuncture therapy; Baihui; Qihai; Sishencong

遗尿是指发育和智力正常的 3 周岁以上小儿在夜间熟睡中小便自遗、醒后方知的一种病症, 又称为尿床。轻者数日遗尿 1 次或尿出后能醒, 重者一夜遗尿数次, 遗后仍熟睡不醒, 甚者叫不能完全清醒迷迷糊糊乱尿。近年来笔者采用针灸治疗小儿遗尿取得良好的效果。兹统计 2000 年以来病案记录完整的 52 例, 报道如下:

1 临床资料

1.1 病例选择: 全部病例排除因全身性疾病及神经病变和泌尿系统病变所引起的小便失禁。52 例均来自商丘市中医院门诊, 男 19 例, 女 33 例; 年龄最小 4 岁, 最大 15 岁; 病程均自 3 岁以后算最长 12 年, 最短 1 年。辨证为肾阳不足, 下焦虚寒者为 27 例, 肺脾两虚, 不能固摄者 13 例, 肺脾肾均虚, 禀赋不足者 12 例。初诊 12 例, 其它均经它法医治未愈而来我科求治。

2 治疗方法

取穴: 百会、气海、四神聪穴。操作: 先取百会、四神聪, 令患儿座位, 选取 0.30×25mm 针灸针, 皮肤常规消毒后, 百会向后快速平刺, 四神聪向百会方向快速平刺, 进针 0.3~0.8 寸; 然后取气海穴, 令患儿仰卧位, 选取 0.35×40mm 针灸针, 皮肤常规消毒, 快速向下斜刺, 进针 0.5~1.5 寸, 针感向阴部传递。每日 1 次, 10 次为 1 疗程, 3 个疗程后评定疗效。

3 疗效标准

根据国家中医药管理局医政司制定的《中医内儿妇儿科病证诊断疗效标准》, 痊愈: 治疗后遗尿症状消失, 随访半年未见复发者; 好转: 经治疗遗尿次数减少, 睡眠中能叫醒排尿者; 无效: 治疗前后无改善者^[1]。

4 治疗结果

52 例中治愈 41 例, 好转 8 例, 无效 3 例, 总有效率为 94.2%。无效的 2 例中, 1 例为 4 岁, 1 例为 7 岁, 均为男性, 患儿均瘦弱, 拒针, 家长强行使其完成治疗, 结果无效。典型病例, 患者甲, 男, 7 岁。于 2005 年 10 月 16 日就诊。家长代诉: 自幼患遗尿症至今, 每晚尿床 3~4 次不等, 疲劳后睡眠较深尿床加重, 夜里家长呼之小便, 不起或起来糊涂眼睛睁不开, 有时到卫生间转一圈却不知撒尿回来又尿到床上。患儿曾服用中西药物治疗, 效果不佳, 遂来就诊。患儿面色无华, 神疲乏力, 手足发凉, 遇冷遗尿加剧, 小便清长, 舌质淡, 苔薄白, 脉沉细缓而无力。查体: 发育良, 营养中等, 查体合作, 各生命体

征未见异常, 二阴正, 大便溏薄, 血、尿常规未见异常。诊断为遗尿, 属为肾阳不足, 下焦虚寒型。治宜培元补肾, 固摄止遗。采用上述方法治疗, 1 疗程后症状明显好转, 2 疗程后痊愈。为巩固疗效, 又继续治疗 3 次。随访 1 年未复发。

5 讨论

遗尿乃是元神失控所致, 本病症位在膀胱, 为脑府所司, 脑为髓之海, 禀赋于先天, 靠后天之经气来濡养, 涉及肾、脾、三焦、肺等多个脏器。《内经》《灵枢·本输篇》说: “虚则遗溺, 遗溺则补之。”《诸病源候论·尿床候》说: “夫人有睡眠不觉尿出者, 是其禀质阴气偏盛, 阳气偏虚也”。说明本病病性属虚且与先天禀赋不足有关, 肾为先天之本, 不足则固摄无权, 加之脾肺气虚等导致膀胱失约而致。故治疗时以助肾气开窍醒神为根本, 气海为任脉之要穴, 能助益肾气, 固摄下元; 百会穴属督脉要穴, 督脉总督一身之阳, 其脉上连于脑, 下连足太阳膀胱经, 故针灸百会穴可醒脑开窍, 升举收摄, 温经散寒; 四神聪为经外奇穴, 能开窍醒神, 协同百会、气海 共奏补肾益脑、固气束尿之功。

从解剖学上看, 其下为大脑皮层的旁中央小叶, 针刺可以兴奋大脑高级排尿中枢的功能, 不仅激活了下位排尿中枢, 同时也将神经冲动传向上排尿中枢, 引起效应器膀胱和尿道的功能改变, 起到治疗目的^[2]。治疗期间应培养患儿按时排尿的习惯, 夜间定时叫醒患儿起床排尿。同时嘱患儿家长, 对遗尿患儿应关心、体贴, 不宜嘲笑打骂, 避免精神刺激。患儿白天不宜贪玩, 防止过度疲劳。晚睡前不宜饮水过多, 并鼓励患儿消除自卑感, 树立战胜疾病的信心。针灸治疗遗尿症疗效颇高, 无任何毒副作用, 值得临床进一步研究和推广。

参考文献:

- [1] 国家中医药管理局, 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 人民卫生出版社, 1994:86
- [2] 李杰. 百会穴为主针灸治疗小儿遗尿 30 例临床观察[J]. 四川中医, 2008, 26(2):120-121

作者简介:

李助宇, 大专, 中医主治医师。工作单位: 商丘市中医院。
马玉东, 中医主任医师, 商丘市中医院。

推拿配合温针灸拔罐治疗 退行性膝关节炎的疗效观察

Effective observation on treating degenerative arthritis of the knee by massage plus moxibustion cupping

朱剑寰¹ 陈加云² 黄应杰³

(1.荔湾区第二人民医院, 广东 广州, 510160;

2.荔湾区南源街社区卫生服务中心, 广东 广州, 510160; 3.广州市中医医院, 广东 广州, 510130)

中图分类号: R593.22 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0013-01 证型: IBD

【摘要】目的: 观察推拿配合温针灸拔罐治疗退行性膝关节炎的疗效。方法: 选择 60 例患者, 采用推拿配合温针灸拔罐。结果: 总有效率 96.7%。结论: 推拿配合温针灸拔罐治疗膝关节炎疗效确切, 值得临床应用。

【关键词】 退行性关节炎; 中医; 疗效观察

【Abstract】 Objective: To observe the effect of treating degenerative arthritis of the knee by massage plus moxibustion cupping. Methods: To choose 60 patients, take massage plus moxibustion cupping. Results: The total efficiency rate for 96.7%. Conclusion: Treating degenerative arthritis of the knee by massage plus moxibustion cupping has a good effect, is worth being clinically applied.

【Keywords】 Degenerative arthritis of the knee; TCM; Effective observation

退行性关节炎是中老年人的常见病, 尤以膝关节多见, 以局部疼痛、活动功能异常为表现。近年来, 笔者采用推拿配合温针灸拔罐治疗骨性膝关节炎 60 例, 取得了确切疗效。现将疗效报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料: 本组 60 例, 其中男性 29 例, 女性 31 例, 年龄最大 75 岁, 最小 43 岁, 平均年龄 59 岁; 一侧膝关节痛者 23 例, 双侧膝关节痛者 37 例; 病程最长者 10 年, 最短者 35 天; X 线显示有不同程度的膝关节退行性改变, 关节间隙变窄等; 检查血沉、抗“O”等均正常。

2 治疗方法

2.1 推拿疗法: ①患者仰卧位: 医生用双手拿法在膝关节处由下至上推拿 20 遍, 手法轻柔, 可以舒筋活络; 并配合点按内、外侧膝眼, 血海, 阴陵泉、阳陵泉等穴位, 起到止痛作用; 然后用双手掌擦膝关节, 以患者感到发热舒适为度; 最后做屈伸膝关节活动, 一般 10 次左右, 起到松解粘连, 滑利关节的作用。②患者俯卧位: 医生滚法施于窝及大腿后侧肌肉、使之放松; 并点按委中、承山等穴位; 最后使患肢屈曲尽可能使足跟臀部, 约 10 次左右。以上治疗每天 1 次, 10 次 1 疗程。

2.2 温针灸: 患者取仰卧位, 于膝下窝处垫一枕头, 使膝关节屈曲。用 2 寸毫针刺刺内外膝眼穴, 同时配合针刺血海, 阳陵泉, 并在内外膝眼穴针柄上揉捏上艾绒少许, 点燃, 以求温经通络止痛, 要求针在髌韧带与髌内侧支持带之间经膝关节囊入翼状皱襞, 进入关节腔。该法对有关节腔积液的患者更为有效。每天 1 次, 10 次 1 疗程。

2.3 拔罐: 用闪火法, 拨中号火罐在委中、足三里、膝眼、阿是穴等穴位 10min, 至皮肤潮红, 皮肤明显瘀红点为佳。每天 1 次, 10 次 1 疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准: 根据 1995 年 1 月 1 日实施的中华人民共和国中医行业标准《中医病症诊断疗效标准》制定。治愈: 疼痛消失, 功能治疗正常。好转: 疼痛缓解, 功能活动正常。有效: 局部肿痛减轻, 治疗有改善, 但劳累后加重。无效: 治疗前后症状无改善。

3.2 治疗结果: 经上述方法 10 次 1 疗程治疗后, 统计结果如下:

临床治愈 34 例(56.7%), 好转 20 例(33.3%), 有效 4 例(6.7%), 无效 2 例(3.3%), 总有效率 96.7%。

4 讨论

骨性关节炎又叫退行性关节炎, 以中老年人居多, 受累关节易发于负重活动多的关节, 尤以膝关节多见, 主要是软骨随年龄增长磨损程度而发生退化的一种病理改变, 引起的关节软骨的非炎性退行性改变, 并在关节边缘有骨赘形成, 而关节软骨下骨质内囊肿形成是本病特点, 临床可产生关节疼痛、肿胀、活动受限或关节畸形等症状。X 线检查, 该病早期仅有软骨退行性改变, 无异常出现, 随着关节软骨变薄, 关节间隙逐渐变窄, 一般成人膝关节间隙小于 3mm, 60 岁以上小于 2mm 为狭窄。个别可间隙消失。骨性关节炎中医称之为痹证, 认为年龄增大, 脏腑发生病变, 肝肾亏虚, 气血亏虚, 气机失调而不能濡养筋、骨、使关节抗邪能力减弱, 风、寒、湿邪侵入肌肤、关节而致病变。推拿治疗可以疏通经脉, 使气血通畅, 激发经气, 使之通达, 通则不痛, 则关节得到营养, 肌肉筋恢复弹性, 使关节间隙增大, 骨质增生得到缓解, 关节肿胀及疼痛自然消失, 功能活动得到恢复。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》曰: “因跌仆闪失……气血郁滞, 为肿为痛, 宜用按摩法, 按其经络, 以通郁闭之气, 摩其壅聚, 以散瘀结之肿, 其患可愈……”。行推拿手法, 因患者年龄, 体质, 病情轻重不同, 用力适当, 以患者感觉舒服为佳。温针灸是通过艾绒的温热效应借助针灸传入关节腔内, 起到温经通络, 活血化瘀之效, 增强了关节抗病能力和祛除病邪的能力。配合拔罐治疗, 用闪火法, 拨中号火罐在足三里, 阳陵泉, 委中, 阿是穴等穴位, 加强活血化瘀, 祛风除湿, 疏通气血, 使关节活动功能恢复。同时, 治疗期嘱患者防寒保暖, 适当活动, 配合功能性锻炼, 避免长时间负重, 步行, 患者要休息好, 劳逸结合, 先增强肌力练习, 再逐渐增加关节活动。本方法治疗膝关节炎具有操作简便副作用少, 疗程短, 收效快等优点, 值得临床应用。

作者简介:

朱剑寰, 工作单位: 荔湾区第二人民医院。

陈加云, 工作单位: 荔湾区南源街社区卫生服务中心。

黄应杰, 工作单位: 广州市中医医院。

编号: EA-101027195 (修回: 2010-12-05)

针刺配合耳压治疗失眠症 258 例

Treating 258 cases of insomnia by acupuncture plus auricular acupressure

张江层

(河南省三门峡市中医院, 河南 三门峡, 472000)

中图分类号: R256.23 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0014-02 证型: AGD

【摘要】 目的: 探讨针刺配合耳压治疗失眠症的临床疗效。方法: 选取本院 258 例患者, 使用针刺配合耳压的方法治疗。结果: 痊愈 87 例, 显效 101 例, 好转 52 例, 无效 18 例, 总有效率 93%。结论: 针刺配合耳穴贴压是治疗失眠症较满意的方法之一, 值得临床应用。

【关键词】 针灸; 耳穴贴压; 失眠

【Abstract】 Objective: To investigate clinical effects of treating insomnia by acupuncture plus auricular acupressure. Methods: Choose 258 patients in our hospital, treating insomnia by acupuncture plus auricular acupressure. Results: Cure is 87 cases, efficiency was 101 cases, improve was 52 cases, invalid 18 cases, the total efficiency rate is 93%. Conclusion: Treating insomnia in acupuncture plus auricular acupressure is one of the most satisfied methods, is worth being clinically applied.

【Keywords】 Acupuncture; Auricular acupressure; Insomnia

失眠是指经常不能获得正常的睡眠, 轻者入睡艰难、时寐时醒, 重者彻夜不眠。顽固性失眠常伴有头痛、头晕、心悸、健忘、多梦等症, 这往往对患者的生活质量有较大影响, 笔者近几年采用针刺配合耳压的方法, 在改善失眠患者的睡眠质量上取得较满意效果, 现报告如下。

1 临床资料

所有失眠病例均来自 2005 年 7 月~2010 年 7 月我院针灸科门诊患者, 其中男 118 例, 女 140 例; 年龄最大 70 岁, 最小 35 岁; 病程最长 10 年, 最短 3 个月。

2 治疗方法

2.1 针刺治疗

取穴: 百会、四神聪、内关、神门、三阴交、足三里、心俞、肝俞、脾俞、肾俞。针刺方法: 取 1.5 寸毫针, 穴位局部常规消毒, 先针刺心俞、肝俞、脾俞、肾俞, 施捻转手法得气后不留针, 然后再针刺百会、四神聪、内关、神门、三阴交、足三里, 每 10min 行提插捻转平泻手法 1 次, 留针 30min。每日下午治疗 1 次, 10 次 1 疗程, 共治疗 3 个疗程。

2.2 耳穴贴压

取穴: 神门、皮质下、心、肾、内分泌、垂前、神经衰弱区^[1]。操作方法: 将王不留行籽 1 粒, 贴于 0.5cm×0.5cm 医用胶布中央。

耳廓皮肤用 75%酒精棉球消毒后, 找准上述穴位, 将王不留行籽对准固定, 用手轻按压, 使之产生酸胀感, 每次贴 1 侧耳穴, 3d 后换对侧耳穴。嘱患者每天按压穴位 4~5 次, (每晚睡前必须按压 1 次) 每次按压 1~2min。10 次 1 疗程。

治疗期间嘱病人停用安眠镇静类药物, 晚饭后禁饮浓茶,

按时就寝, 睡前排除杂念。

3 治疗效果

3.1 疗效标准

痊愈: 每晚能安睡 6h 以上, 并能持续 1 个月以上, 其间隔有睡眠差, 但不超过 2d;

显效: 每晚能睡眠 4~6h, 偶有睡眠差, 但不连续超过 3d, 且能自我调节者;

好转: 每晚能睡眠 4~5h, 偶有睡眠差, 但不超过 5d, 自我调节差;

无效: 治疗前后睡眠无明显改善^[2]。

3.2 治疗结果

258 例失眠患者, 痊愈 87 例, 显效 101 例, 好转 52 例, 无效 18 例, 总有效率 93%。

4 典型病例

患者甲, 女, 42 岁, 干部。2008 年 5 月 12 日初诊, 主诉: 失眠半年余。半年前因工作繁忙, 压力过大出现心烦急躁, 入睡困难, 多梦易醒, 每晚最多能睡 3~4 个小时, 有时彻夜不眠。曾服中药及各类安神药效果不佳, 患者害怕服用镇静安定类西药, 故前来针灸治疗。

现症: 心烦失眠, 每到晚上害怕睡觉, 入睡特别困难, 翻来覆去 2~3h 才能朦胧入睡, 多梦易醒, 有时彻夜不眠, 同时伴有头痛头昏, 记忆力减退, 注意力、判断力明显下降, 影响工作和生活。

诊断: 失眠。按上述治疗方法针刺 3 次, 耳穴贴压 1 次, 患者晚上已能安然入睡 4~5h, 针刺治疗 10 次, 耳穴贴压 4 次后, 患者睡眠正常, 伴随各种症状消失。又继续耳穴贴压 6

次以巩固疗效,随访半年未复发。

5 讨论

失眠是一种持续相当长时间的睡眠质量令人不满意的状况,临床上患者主要表现为入睡困难、多梦、易惊醒或醒后不能入睡,甚至彻夜未眠。

长期失眠会造成患者的注意力、判断力、记忆力及工作能力下降,还可导致患者抑郁和焦虑状态^[3]。失眠症中医称之为“不寐”,其病因在于情志内伤、思虑太多、劳逸失调、久病体虚及饮食不节等,而尤其以忧思劳倦多见;病位主要在于心,涉及脾、肾、肝、胆、胃,病理变化主要在于阴阳失调,阳盛阴衰,阳不入阴,阴阳失交,昼夜阴阳运转失常;治疗的关键在于调整阴阳的偏盛偏衰。

本疗法就是通过疏通经络而达到调整阴阳,从而达到阴平阳秘的效果。百会穴、四神聪位于巅顶,入络于脑,可清头目宁神志;选心经原穴神门、心包经之络穴内关宁心安神^[4];选心俞、脾俞、足三里、三阴交健脾养心安神,选肝俞、肾俞滋补肝肾、宁心安神。耳穴神门、皮质下镇静安神,心、肾宁心补肾,失眠患者多数在更年期阶段,内分泌失调,故取内分泌穴以调节内分泌;垂前(早醒点)、神经衰弱区为对证取穴。

诸穴合用补肾健脾、养心安神。

在临床治疗过程中,笔者观察到,大部分失眠症患者由于

病程的迁延都有焦虑或抑郁情绪,而且这种不良情绪反之又会加重患者的失眠程度,这样就容易形成恶性循环,但通过针灸治疗可以使患者的焦虑和抑郁状态得到改善,从而起到提高患者的自信心和自我调节能力以达促进睡眠改善的作用。因此,在改善睡眠质量的同时不能忽视对患者抑郁和焦虑情绪的治疗。

总之,针刺配合耳穴贴压是治疗失眠症较满意的方法之一,值得临床应用。

参考文献:

- [1] 黄丽春.耳穴诊断治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2000,6:64
- [2] 许红,胡振霞,翘楚.针药结合治疗失眠 30 例[J].上海针灸杂志,2001,20(6):19
- [3] 钟志国,蔡恒,李小龙.针刺结合足底按摩对失眠症患者睡眠质量的影响[J].中国针灸,2008,28(6):412
- [4] 王启才,刘红石,回克义等.实用针灸临床辨证论治精要[M].北京:中医古籍出版社,2003,12:180

作者简介:

张江层(1960-),女,副主任医师,三门峡市中医院针灸科主任,从事针灸临床工作30年,积累了丰富的临床经验。

编号:EA-100928080(修回:2010-12-01)

卫生“十一五”成就惠及城乡居民

“十一五”即将收官,“十一五”期间卫生工作取得哪些成就?在12月10日召开的卫生部例行新闻发布会上,卫生部规财司司长李斌将其概括为九大方面。

这九大方面成就分别是:一、深化医药卫生体制改革全面启动,5项重点工作取得突破性进展。二、新型农村合作医疗制度实现全面覆盖,有效减轻了参合农民的就医负担。三、重大疾病预防控制工作取得明显成效,妇女儿童健康得到有效保护。四、医疗卫生服务体系建设步伐明显加快,服务能力全面提升。五、卫生监督工作进展明显,人民群众健康权益得到有力保障。六、医疗管理力度加大,服务质量进一步提高。七、食品药品监管能力不断加强,人民群众饮食用药安全得到有效保障。八、中医药事业发展取得显著成就,在基本医疗卫生制度建设中发挥积极作用。九、着力保障和改善民生,卫生事业在促进社会和谐稳定方面发挥了重要作用。

李斌说,医改全面实施国家重大公共卫生项目和9项基本公共卫生服务项目,公共卫生服务均等化进程明显加快。大力推进基层卫生服务体系建设,基层医疗卫生机构基础设施条件得到改善。国家基本药物制度在全国超过30%政府举办的基层医疗卫生机构启动实施。公立医院改革取得积极进展。新型农村合作医疗制度建设取得新突破。医改工作实现了“开好局、起好步”的要求,人民群众正在得到“看得见、摸得着”的实惠。

据悉,目前我国参加新型农村合作医疗的农民已经达到8.35亿人,参合率达到95%左右,人均筹资水平从“十五”末期的30元提高到150元左右,统筹基金最高支付限额提高到当地农民人均纯收入的6倍左右。2009年农村孕产妇住院分娩率提高到94.73%,2008年5岁以下儿童中重度营养不良患病率比2000年下降37.9%,均提前实现“十一五”规划目标。

据介绍,“十一五”期间,中央累计安排专项资金558.4亿元,支持近5万个医疗卫生机构项目建设,初步建立了由5500多个社区卫生服务中心和2.3万个社区卫生服务站组成的社区卫生服务体系。1100多所城市三级医院与2139所县级医院建立对口支援和协作关系。16个公立医院改革国家联系试点城市及31个省级试点城市陆续启动试点工作。

李斌指出,“十一五”期间是中央财政投入卫生事业力度最大的时期。2006年~2009年,中央财政安排卫生事业资金1852.9亿元。2009年与2005年相比,在卫生总费用中,政府卫生支出所占比重从17.93%增加到27.23%,个人卫生支出比重从52.21%下降到38.19%。

(张灿灿//健康报)

针药并用治疗妇科术后尿潴留的临床研究

A clinical study on treating urinary retention after gynecologic surgery in acupuncture

刘婷 谢波 纪珮

(广东省第二中医院, 广东 广州, 510095)

中图分类号: R256.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0016-02 证型: DGB

【摘要】 目的: 应用不同医疗方法治疗术后尿潴留, 并将疗效进行比较分析, 以确定更加有效的治疗方法。方法: 将30例妇科术后尿潴留患者进行随机分组, 对照组采取针灸疗法, 治疗组在对照组的基础上结合中药进行治疗。两组于治疗结束后进行疗效统计对比分析。结果对照组总有效率为80%, 显效率为33.33%; 治疗组总有效率为93.33%, 显效率为53.3%。结论: 针灸与中药结合治疗术后尿潴留可以起到互补互助的作用, 具有起效快, 疗效好等优势, 结合治疗的效果优于单纯应用针灸治疗的效果, 具有临床推广应用价值。

【关键词】 针灸治疗; 中药治疗; 尿潴留; 妇科术后

【Abstract】 Objective: Treating urinary retention in different therapy after gynecologic surgery, comparative analysis, to make sure effective therapy. Methods: Choose 30 cases of urinary retention after gynecologic surgery, randomly divide into two groups, control group using acupuncture, treatment group bases on control group combine with TCM. Two groups comparative analysis. The total effective rate of control group is 80%, cure rate is 33.33%; the total effective rate of treatment group is 93.33%, cure rate is 53.3%. Conclusion: Treating urinary retention after gynecologic surgery in acupuncture plus TCM has a good effects, therapy of acupuncture plus TCM is better than acupuncture therapy, is wroth being applied.

【Keywords】 Acupuncture therapy; In TCM; Urinary retention; Gynecologic surgery

尿潴留是妇科手术后的常见问题, 尤其是妇科恶性肿瘤根治术后发生率高, 有报道^[1]其发生率高达52.38%。尿潴留不仅影响手术疗效, 同时给患者带来不同程度的躯体痛苦、心理压力及经济上的不良影响。因此很有必要采取有效的治疗方法以促进膀胱功能的恢复。笔者近年来采用针药结合治疗妇科术后尿潴留, 取得了满意的效果, 现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2007年1月至2009年12月妇科术后尿潴留患者30例, 其中宫颈癌次广泛子宫切除6例、宫颈癌广泛子宫切除9例, 卵巢癌根治术4例, 卵巢癌肿瘤细胞减灭术2例、子宫内膜癌根治术7例、腹式子宫切除2例; 年龄为27至65岁, 平均45岁。

所有患者均为开腹手术, 手术均采用腰硬联合麻醉, 术后均使用PCA泵, 所有患者术前均无排尿障碍。将30例患者按手术顺序采用随机数字表随机分为两组, 每组15例, 对照组采取针灸疗法; 治疗组在对照组的基础上加用中药进行治疗。两组患者的年龄、手术方式、手术时间、留尿管的时间等变量的分布无显著性差异 ($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组

所有患者均予重新留置尿管, 并定期夹闭尿管, 3~4h一次。同时采用针灸疗法, 主要穴位: 双侧肾俞、膀胱俞、三焦

俞、足三里、三阴交、阴陵泉。患者取侧卧位, 针刺肾俞、膀胱俞、三焦俞, 针刺方向斜向脊椎, 进针深度1.5寸, 并使针感传至下腹部。针刺足三里、三阴交、阴陵泉, 采用直刺法, 进针深度1.5寸, 并使针感向上传导为佳。均采用平补平泻法, 留针20~30min, 行针间隔为10min。每日1次, 治疗3次为一疗程。

1.2.2 治疗组

在对照组基础上加用中药治疗。中药自拟方剂: 生黄芪30g, 车前子30g, 茯苓15g, 生甘草10g。水煎取汁两次和一, 共300ml, 分2次口服。每日一剂, 连服3日为一疗程。

1.2.3 统计学方法

统计学处理使用SPSS软件, 进行资料计数卡方检验。

2 疗效观察

2.1 疗效评判标准

显效: 1疗程结束后, 残余尿量少于100ml, 症状、体征完全消失, 并可自动排尿;

有效: 2疗程结束后, 残余尿量少于100ml, 症状体征缓慢消失;

无效: 2疗程结束后, 残余尿量仍大于100ml, 症状、体征消失不明显^[2]。

3 结果

对照组总有效率为80%, 显效率为33.33%; 治疗组总有

效率为 93.33%，显效率为 53.3%。治疗组的疗效显著优于对照组疗效， $\chi^2=4.2614$ ， $P<0.05$ 。具体疗效对比数据（见表 1）。

表 1 两组临床疗效比较，【例（%）】

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	5 (33.33)	7 (46.67)	3 (20)	12 (80)
治疗组	8 (53.33)	6 (40)	1 (6.67)	14 (93.33)

4 讨论

现代医学认为妇科术后尿潴留的原因主要为：

- ①术中支配膀胱功能神经的损伤；
- ②膀胱血运的损伤；
- ③膀胱肌层的损伤；
- ④术后膀胱尿道腺体水肿；
- ⑤术后膀胱支持组织受损^[3]。

近年来随着宫颈癌发病率的升高，广泛子宫切除术也越来越多的应用于临床，而术后尿潴留也成为术后常见并发症。因此治疗及预防术后尿潴留，成为妇科肿瘤工作者所重视的课题。

术后尿潴留属祖国医学“癃闭”范畴，中医认为：肾主生殖，主水液代谢，主气化；脾主运化水湿，调节气机升降；膀胱潴尿液，司小便之开合。妇科手术累及盆腔生殖器官，必将伤及脾肾，肾气虚则气化失常，膀胱开合失度，导致液体潴留；脾虚则运化失职，不湿不行，小便不畅。治则以补肾气、助气化、健脾利尿、调畅气机为主。

针灸治疗尿潴留的临床疗效明显，文献报道较多。而且针灸方便易行，安全性好，大多数患者容易接受。我们选择膀胱俞、肾俞、三焦俞、足三里、三阴交、阴陵泉为治疗穴位。因为肾主水，三焦主气化，膀胱主通调水道，三器官均有调节水液的代谢、分泌和排泄的作用。

根据脏病取俞的原则，取膀胱俞、肾俞、三焦俞三穴，可以振奋肾经阳气，通调三焦气机，疏利膀胱之开合功能^[4]。而

足三里为人体强壮之要穴，可健脾益气，阴陵泉为脾之合穴，有健脾利尿之功；三阴交为脾经、肾经、肝经交会穴，可以健脾益肾，运化水湿，诸穴合用，以达到疏通小便的作用。同时我们联合中药进行治疗，以生黄芪、车前子为君药。黄芪其性善补，为补气药之长。生黄芪尤能补气升阳，益三焦之气，水道通调，膀胱气化正常，尿液自下也。车前子可利尿通淋，清下焦湿热，辅以云苓之淡渗，增强利水蠲浊之功；甘草为甘平之品，调和诸药，生用则是良好的缓急解痉、清热解毒之品。本方剂可起到补气固本、利尿去湿的功效。

因此临床中，针灸治疗与中药相结合，在很大程度上其效果相互补充，能够发挥超过任何单一疗效的作用。起效快，疗效确切的优点。具有推广和应用价值。

参考文献：

- [1]刘朝晖,赵亚红,张岩等.宫颈癌患者术后泌尿系统并发症分析[J].中国妇产科临床杂志,2005,1(6):13-15
- [2]闵洁,赵虹,赵庆君等.通关汤治疗宫颈癌根治术后尿潴留的临床观察[J].湖北中医杂志,2007,29(11):35
- [3]刘婷婷,孔为民.宫颈癌根治术后膀胱麻痹尿潴留的原因及防治[J].北京医学,2009,31(2):105-107
- [4]王肃,胡神笔.背俞穴穴位注射治疗术后尿潴留疗效观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(3):33-34

编号：ER-10110800（修回：2010-11-30）

一种女性紧急避孕药品说明书修订

根据不良反应评估结果，为控制药品使用风险，国家药监局日前发布通知，要求对左炔诺孕酮片的非处方药说明书范本进行修订。与旧版说明书相比，修订后的药品说明书在用法用量、不良反应、注意事项等内容上有所更改。

据介绍，左炔诺孕酮片为口服避孕药类非处方药品，用于女性紧急避孕，即在没有防护措施或其他避孕方法失效时使用。

修订后的药品说明书应在用法用量一栏中标明，该药品应在房事后 72 小时内口服第 1 片，隔 12 小时后服第 2 片。在不良反应一栏中，从旧版说明书标明的“偶见轻度恶心、呕吐，一般不需处理，可自行消失”更改为“偶有轻度恶心、呕吐、乳房触痛、头痛、眩晕、疲劳等症状，一般不需处理，可在 24 小时后自行消失，如症状较重应向医师咨询”，同时增加了“可见子宫异常出血，多数表现为服药当月的月经提前或延后；少数表现为不规则出血，一般可自行消失，严重者应向医师咨询”一项。

国家药监局要求，各地药监部门通知辖区内药品生产企业尽快修订该药品说明书和标签，并将修订的内容及时通知相关医疗机构、药品经营企业等单位。同时，相关药品生产企业应主动跟踪该类药品临床应用的安全性情况、收集不良反应并及时报告。

（王 丹//健康报）

仲景“桂枝加龙骨牡蛎汤”治疗 更年期综合症合并肺系疾病体会

Experience of Zhong-jing for treating department of menopausal syndrome with pulmonary disease with Guizhi plus Longgu Muli decoction

史锁芳

(南京中医药大学第一附属医院, 江苏 南京, 210029)

中图分类号: R271.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0018-02 证型: GBD

【摘要】 作者通过对《金匱要略》“桂枝加龙骨牡蛎汤证”的研习, 师其调和阴阳、潜阳固涩功效, 将本方作为治疗肺系病症合并女性更年期综合征的基础方。临床根据不同见症灵活加减, 治疗更年期综合症伴有慢性咳嗽、慢支、肺气肿、哮喘、肺纤维化、慢性阻塞性肺气肿等获得满意疗效。

【关键词】 张仲景方; 桂枝加龙骨牡蛎汤; 肺系疾病合并更年期综合症; 临床运用

【Abstract】 To study on *Guizhi plus Longgu Muli decoction* in *Jinkui Yaolue*. Treating pulmonary disease combined menopausal syndrome by this prescription. Treating menopausal syndrome associated with chronic cough, chronic bronchitis, emphysema, asthma, pulmonary fibrosis, COPD by TCM in differentiation has a good effect.

【Keywords】 ZHANG Zhong-jing; *Guizhi plus Longgu Muli decoction*; Department of menopausal syndrome with pulmonary disease; Clinical application

桂枝加龙骨牡蛎汤原为仲景方, 出于《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六》“夫失精家少腹玄急, 阴头寒, 目眩, 发落, 脉极虚迟, 为清谷, 亡血, 失精。脉得诸动微紧, 男子失精, 女子梦交, 桂枝龙骨牡蛎汤主之”, 病机属阴阳两虚导致阳失去阴的涵养, 浮而不敛, 阴失去阳的固摄, 走而不守, 阴阳不和, 心肾不交, 故桂枝加龙骨牡蛎汤调和阴阳, 潜阳固涩, 使阳能固摄, 饮能内守, 则诸症可愈矣。该方由桂枝汤加龙骨、牡蛎组成, 桂枝汤外证得之可调和营卫以固表, 内证得之则交通阴阳而守中, 加龙骨、牡蛎则具有潜镇固涩之力。女性更年期综合征是女性的特殊生理期, 该期由于女性卵巢功能逐渐衰退、雌激素水平下降, 引起下丘脑-垂体-卵巢轴的功能失调, 易于出现月经紊乱、烘热汗出、心悸、胸闷、失眠、烦躁易怒、情绪波动、记忆力减退、疲劳乏力等证, 多由于阴血亏耗, 阴虚阳亢, 或阴虚及阳, 阴阳失调, 冲任失养, 多脏同病, 尤其容易导致卫外不固、营卫失和、冲气上逆之症, 正虚易遭外邪侵袭, 肺失宣降而致咳嗽诸症发作。正是由于特殊时期出现的肺系病症其治当与一般治法有别, 我们根据临床实践, 紧紧抓住妇女更年期的生理特点, 将本方作为阴阳失调之更年期患者出现肺疾的基础用方, 并根据肺系兼症及体质状况灵活化裁, 常可应手取效。以下列举更年期综合症合并慢性咳嗽、哮喘、肺纤维化、肺气肿等肺系疾病运用本方化裁治疗谈粗浅体会于后, 以纠正与同道。

1 更年期综合症合并慢性咳嗽

患者甲, 女, 57岁, 2008年05月11日就诊, 诉间断咳

嗽2年余, 夜间尤甚, 少痰, 易醒, 易汗, 怕冷, 口干口苦, 咽干, 烦躁, 夜寐不宁, 纳谷不香, 舌苔薄黄, 质暗红, 脉细弦, 月事已净2年。全胸片(-), 血常规(-), 经西医抗感染、化痰止咳未见显效, 后于中药调理, 前医与清肺润肺止咳剂治疗罔效。

分析其病机属阴阳失调、心肾不交, 肺失清润, 给予桂枝加龙骨牡蛎汤加味, 拟方: 桂枝10g, 白芍10g, 生甘草5g, 煅龙牡各20g(先煎), 百合10g, 知母10g, 茯神15g, 川连3g, 肉桂3g(后下), 炒山栀6g, 枇杷叶10g, 生姜4片, 红枣6g, 7剂后诉咳嗽明显减轻, 口干苦、咽干缓解, 夜寐改善, 汗出减少, 项背强几几, 舌苔薄黄略干, 质暗胖, 脉细, 予原方葛根15g, 继服1周, 诸症均明显好转, 偶咳, 夜寐尚安, 烦躁、汗出明显减少, 继与上方加山药15g, 生谷芽10g调治而愈。

按: 本案患者年57, 月事已净, 秉属阴液匮乏, 阳失去阴液涵养, 则浮而不敛, 心肺失濡, 冲气上逆, 气失所降, 则夜咳频作矣。阴虚及阳, 阴失去阳的固摄, 则泄而不守汗出不已, 卫阳不煦, 则怕冷。

总之, 本证属阴阳不和、心肾不交、肺失清润、心神失养为患, 此时惟宜调和阴阳、润养心肺为本, 徒司清肺止咳, 则属治不得法, 故无寸效矣。据此理予桂枝加龙骨牡蛎汤调和阴阳、潜阳固摄、平冲降逆, 加百合知母滋阴润肺, 交泰丸(川连、肉桂)、茯神交通心神, 配山栀、枇杷叶清解郁火降逆, 后期加用山药、谷芽健脾开胃顾护后天善后。方证合拍, 药对根本, 故不徒止咳咳自宁矣。

2 更年期综合症合并慢支、肺气肿

患者乙，女，54岁，2008年05月09日初诊，诉咳嗽、气短，喘息，咯白粘痰，心慌，烦躁、易怒，耳鸣、面部潮红阵作，易疲劳，怕冷，夜寐欠安，眼睛干涩，头昏，月事已少，苔薄黄质暗红，脉沉细滑，胸片示“肺气肿，肺纹理增多”，诊为阴阳两虚、肺肾两亏、阴虚阳浮，予桂枝加龙牡汤、知柏地黄丸、二仙汤加减，处方：桂枝 6g，炙甘草 5g，白芍 10g，煅龙骨 20g（先煎），煅牡蛎 20g（先煎），枸杞子 30g，熟地 10g，山萸肉 10g，山药 20g，茯神 15g，知母 10g，菊花 10g，炒黄柏 10g，仙灵脾 10g，仙茅 10g，苏子 10g，炒当归 10g，陈皮 6g。药服 7 剂后诉喘咳好转，痰如水状，脚冷，心慌减轻，烦躁、耳鸣和面部潮红好转，仍易疲劳，但昏昏欲睡，脉沉细弱，予原方加制附片 65g（先煎 90 分钟），干姜 15g，白薇 10g，继服一周。三诊时诉上述困顿感明显减轻，痰饮渐少，心慌、潮热消失，气喘、烦躁、耳鸣明显好转，原方加补骨脂 15g，五味子 10g，继进 14 剂，诸症基本消失。

按：本案患者年 54 岁女性，除有“咳嗽、气短、喘息、咯痰”等症以外，更有“面部潮红、烦躁、易怒、疲劳、怕冷、月事少”等阴阳亏虚、阴不涵阳、阳虚失煦之证，此时若单纯治喘，恐难取效。因此，取桂枝龙牡汤合并二仙汤（仙灵脾、仙茅、知母、黄柏、当归、白芍）滋阴补阳、阴阳双调，合杞菊地黄、知柏地黄汤以增加滋补肝肾、清解浮热，复入金水六君煎（熟地、当归、陈皮、法半夏、茯苓、甘草）健脾化痰、益肾平喘，二诊时，因症显“脉沉细、但欲寐”的少阴阳虚、失于气化、浊阴上逆之症，故温肾化饮，用制附片 65g 者，意在加强温阳纳肾、去除浊阴之力，与龙牡、白薇相配，更能潜纳浮阳，后入补骨脂、五味子意在益肾敛肺，共收填补真元、纳气平喘之功。整方法中有法、方中套方、步步为营、方正合拍、故获效验。

3 更年期综合症合并哮喘

患者丙，女，57岁，2008年05月06日就诊，诉有哮喘病史 7 年，本次咳嗽气喘发作 1 周，喉鸣，鼻痒，喷嚏，胸闷憋气，咯痰白色泡沫夹黄，烦躁、易汗，头面部烘热，月事已乱，苔薄黄质淡红，脉细小滑，两肺可闻及哮鸣音，诊为阴虚阳浮、风痰痹阻、饮郁化热，治拟滋阴敛阳、祛风宣痹、化饮解热、缓急止痉，方用桂枝加龙牡汤、瓜蒌薤白汤加减，处方：炙麻黄 4g，细辛 3g，制附片 8g，生石膏 20g（先煎），全瓜蒌 10g，薤白 10g，柴前胡各 10g，白芍 12g，枳壳 10g，桂枝 6g，炙甘草 5g，煅龙骨 20g（先煎），煅牡蛎 20g（先煎），白薇 10g，炙全蝎 5g，炙蜈蚣 3 条，地龙 12g，二诊诉咳嗽减轻，哮喘已控制，已 3 天未发，胸闷不显，面赤，苔淡黄，质淡，脉细沉，继予前方出入，处方：桂枝 6g，炙甘草 5g，煅龙骨 20g，煅牡蛎 20g，白薇 10g，制附片 8g，炒当归 6g，白芍 12g，知母 10g，黄柏 10g，仙灵脾 10g，仙茅 10g，桑皮 10g，苏子 10g，7 剂，三诊诉咳嗽症状已明显减轻，无胸闷，喉鸣，烦躁汗出明显好

转，面部烘热感减轻，又予山药 20g，补骨脂 15g，7 剂继进，诸症悉除。

按：本案据其咳喘、喉鸣、鼻痒、喷嚏、胸闷之症断其为风痰闭阻、胸阳不展、肺失宣降，因女性特殊生理期，阴阳失调，阴不敛阳，虚阳上扰，则有头面部烘热，烦躁；阳虚失固故易汗出；饮郁化热故见痰白泡沫夹黄、舌苔薄黄。此时，阴阳失调势必影响气机条畅，在运用祛风宣痹、化饮平喘的同时，重视调理阴阳，使得阴阳调和，则气机易畅。故方用麻黄附子细辛汤配石膏，温阳祛寒化饮解郁热，用瓜蒌薤白汤合四逆散，宣痹宽胸、化痰畅气机，更用桂枝加龙牡汤调和阴阳、潜镇平冲治其本，因风动挛急较甚，故用全蝎、蜈蚣、地龙祛风止痉，与芍药甘草一起缓急解痉平喘，白薇清虚热，二诊更用二仙汤以增调和阴阳之功，这是结合体质辨证及重视结合女性特殊生理特征辨治哮喘的例子。

4 更年期综合症合并肺纤维化、慢性阻塞性肺气肿

患者丁，女，60岁，2008年04月19日初诊，曾因咳喘，胸部 CT 示“弥漫性泛细支气管炎，两下肺局限性纤维化”，肺功能测定：FEV1 42%，重度阻塞性肺气肿，住院治疗 5 次，予抗感染、解痉平喘等对症治疗，疗效不佳，病情时有反复。来诊时咳嗽，咳痰，胸闷，动则气喘，心慌，烦躁，手足冷，面部潮热，夜寐不宁，口腔溃破，口干苦，纳食不香，大便不畅，月事已净 3 年，苔黄干质淡暗，脉细滑数，予桂枝龙牡汤、《千金》苇茎汤、黄连温胆汤加减，方药：桂枝 6g，炙甘草 5g，煅龙骨 20g，煅牡蛎 20g，冬瓜子 15g，薏苡仁 20g，芦根 20g，川连 3g，生石膏 25g（先煎），陈皮 6g，淡竹茹 10g，白残花 6g，枳壳 10g，竹沥半夏 10g，茯苓 10g，水煎服，7 剂后复诊诉咳嗽、气喘、面部潮热感减轻，口干、口腔溃破愈合，又予原方去石膏、白残花，加太子参 15g、麦冬 10g、五味子 6g，以加强益气敛肺之功，7 剂继进，三诊诸症缓解明显，咳喘显缓，痰少质稀味咸，面部无潮热感，寐安，再予原方加熟地 10g，苍术 10g，干姜 6g，7 剂收功。

按：本案年 60，月事已净，阴虚及阳，阴虚阳浮则面部潮热，阳虚失煦则手足冷。“肺为气之主、肾为气之根”，阴阳两虚，肺失濡养、肾失摄纳则作咳喘、动则尤甚。心阳虚损、心神失于温养，不能潜敛于心，则致心神浮越于外，可见心慌、烦躁、舌质淡暗。痰热夹湿热内蕴则口干苦、口腔溃破、纳食不香、苔黄、脉滑数。

病机实属虚实夹杂、寒热错杂，选用桂枝加龙骨牡蛎汤去阴柔之芍药以温通心阳、镇敛心神，合苇茎汤、黄连温胆汤加石膏者，意在清化痰热和湿热，寒温并用、虚实兼顾，以求湿热、痰热标邪去除，再入生脉益气敛肺，后合黑地黄丸（熟地、苍术、干姜、五味子）以益肾健脾化饮平喘，理路清晰，药证合拍，故获良效。

桃红四物汤加减治疗冠心病心绞痛 46 例临床观察

Clinical observation on treating 46 cases of angina with Taohong Siwu decoction

李厚兴

(山东省枣庄市中医医院, 山东 枣庄, 277101)

中图分类号: R541.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0020-01 证型: BDG

【摘要】 目的: 观察桃红四物汤加减治疗冠心病心绞痛的临床疗效。方法: 以桃红四物汤加减治疗冠心病心绞痛 46 例患者观察临床疗效。结果: 总有效率 95.65%。结论: 桃红四物汤加减治疗冠心病心绞痛有确切的疗效。

【关键词】 桃红四物汤加减; 冠心病; 心绞痛

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of treating angina with Taohong Siwu decoction. Methods: To observe the effect of treating 46 cases of angina with Taohong Siwu decoction. Results: The total efficiency for 95.65%. Conclusion: Treating angina with Taohong Siwu decoction has a good effect.

【Keywords】 Taohong Siwu decoction; Coronary heart disease; Angina

冠心病心绞痛是冠状动脉供血不足, 心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合症。为临床的常见病多发病。笔者自 2006 年 5 月至 2008 年 5 月用桃红四物汤加减治疗 46 例患者, 疗效显著, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 46 例患者均为本院门诊患者, 其中男 26 例, 女 20 例, 年龄 36~81 岁, 平均 (59.6±6.0) 岁, 合并高脂血症 23 例, 糖尿病 12 例, 高血压病 8 例, 陈旧性心肌梗死 3 例。

1.2 诊断标准

46 例均符合《实用内科学》^[1] 诊断标准、临床表现: 胸闷、心前区疼痛、心悸气短、心烦失眠、舌质淡黯、舌苔白腻、脉弦涩或结代。

1.3 治疗方法

桃红四物汤加减: 桃仁 10g, 红花 10g, 川芎 10g, 当归 10g, 赤芍 10g, 生地 10g, 牛膝 10g, 丹参 15g, 郁金 10g, 每日一剂, 水煎, 分 2 次服, 1 个月为 1 疗程, 连服 2 个疗程。加减: 胸闷痛甚者加降香、元胡; 心烦失眠者加酸枣仁、五味子、夜交藤; 血压高者加天麻、钩藤、菊花, 血脂高者加决明子、泽泻、山楂。

1.4 疗效判定标准

参照《中医病症诊断疗效标准》^[2] 分为临床治愈: 胸前区发作性疼痛消失, 无胸闷、心悸等症状, 心电图 ST-T 无异常。好转: 胸前区发作性疼痛次数明显减少, 胸闷、心悸症状明显改善, 心电图 ST-T 好转。无效: 症状无改善或加重, 心电图 ST-T 无变化或发生心肌梗死。

2 治疗结果

临床治愈 38 例, 好转 6 例, 无效 2 例, 总有效率达 95.65%。

3 典型病例

患者甲, 女, 70 岁, 2006 年 9 月 18 日初诊, 患冠心病 20 年余, 近 1 个月因劳累、心情不畅、胸闷、胸痛加重, 伴心悸、

气短、烦躁、失眠, 食少纳呆, 服用硝酸甘油片及复方丹参滴丸稍能缓解, 刻诊见舌质黯, 有瘀点, 舌苔薄白, 脉弦涩。心电图: 窦性心率, ST-T 改变, 中医诊断: 胸痹。治宜益气活血化瘀, 宽胸行气止痛, 方用桃红四物汤加减: 桃仁 10g, 红花 10g, 川芎 10g, 当归 10g, 赤芍 10g, 生地 10g, 牛膝 10g, 丹参 15g, 郁金 10g, 每日一剂, 服药 10 剂, 胸闷、胸痛症状消化, 心悸气短、烦躁失眠好转。守原方, 继服 20 剂, 诸症消失, 心电图恢复正常。

4 讨论

冠心病心绞痛是临床常见病、多发病。属中医“真心痛”、“胸痹”等范畴。^[3]《素问·痹论篇》:“心痹者, 脉不通”。本病的发生与心、肝、脾、肾诸脏盛衰有关, 在心的气、血、阴、阳不足或肝、脾、肾功能失调的基础上, 兼有痰浊、血瘀、气滞、寒凝等阻于心脉。寒冷刺激、饱餐后、情绪激动、劳累过度等诱因可使胸阳痹阻, 气机不畅, 心脉挛急, 闭塞不通而发病。桃红四物汤出自《医宗金鉴》, 由四物汤加桃仁、红花而成, 具有养血、活血之功效。本加减方中桃仁、红花、当归、川芎、赤芍活血化瘀; 牛膝祛瘀血、通血脉, 引瘀血下行, 郁金疏肝解郁, 生地凉血清热, 合当归能养阴润躁, 使祛瘀而不伤阴血。本方行血分瘀滞, 又解气分郁结, 活血而不耗血, 祛瘀又能生新, 使瘀去气行, 诸证可愈, 能明显缓解心绞痛, 无不良反应, 是治疗心绞痛的理想方药, 值得临床推广使用。

参考文献:

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:1475
- [2]国家中药管理局 ZY/T001.1-001.9-94 中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994
- [3]张伯臾.中医内科学[M].上海科学技术出版社,1984:108-112

作者简介:

李厚兴 (1955-), 男, 汉族, 山东微山人, 主治医师, 研究方向: 心脑血管常见病及多发病。作者单位: 山东省枣庄市中医医院。

编号: EA-101020149 (修回: 2010-12-01)

当归四逆汤新用

New using Danggui Sini decoction

李隆山 龚昭卿

(兰州市红古区人民医院, 甘肃 兰州, 730084)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0021-02

【摘要】 笔者运用当归四逆汤加减, 治疗手部皲裂, 冻疮等病, 取得了异病同治的良好效果。

【关键词】 当归四逆汤; 皲裂; 肩痹; 血痹; 冻疮

【Abstract】 Author treating hand chap, frostbite and other diseases with Danggui Sini decoction has a good effects.

【Keywords】 Danggui Sini decoction; Chap; Jianbi; Xuebi; Frostbite

当归四逆汤出自《伤寒论》厥阴篇, 由当归、桂枝、白芍、细辛、木通、大枣、甘草组成。具有温经散寒养血通脉之功, 主治手足厥寒, 脉细欲绝的病证。笔者运用此方加减, 治疗手部皲裂、肩痹、血痹及冻疮等病, 扩大了其治疗范围, 取得了异病同治的良好效果。举例如下:

1 皲裂

患者甲, 女, 45岁, 农民。2008年11月11日初诊。主诉: 每遇秋冬季节即双手掌手背皮肤干燥、粗糙、皲裂、裂深则出血疼痛, 粗皮翘起如毛刺, 诊视患者形体瘦, 面色少华, 月经周期正常、经量偏少, 舌淡红, 苔薄白, 脉细弱。诊为手足皲裂。当归四逆汤加减。

处方: 当归 15g, 桂枝 15g, 白芍 12g, 细辛 9g, 木通 6g, 吴萸 9g, 制附片 10g, 炙麻黄 6g, 郁金 10g, 生姜 6g, 甘草 6g, 大枣 10枚。五剂, 水煎服。2008年11月19日二诊。自述服药后皮肤变得稍滋润不棘手, 裂口渗血及疼痛消失, 继续上方去郁金加生黄芪 40g, 鸡血藤 30g, 川芎 15g, 取 7 剂, 服完后皮肤柔软滋润, 抚摸无刺手感。两年后回访无复发。

按: 患者病发于秋冬寒冷季节, 秋季燥气当令, “燥胜则干”, 冬季寒水主令, “寒则气收”, 形体瘦, 经量少, 脉细弱, 素体阳虚血弱, 遇秋冬燥寒之令, 是以血脉凝滞, 气血循环不畅, 阳气失于温煦, 不达于肢末, 阴血失于濡润, 肌肤失养则粗糙, 干燥、裂口出血疼痛。

方中当归四逆汤养血温经散寒通脉以治本虚, 吴萸生姜祛内寒, 生姜兼散表寒, 制附片大辛大热温元阳补命火, 通行十二经络, 祛散内外之寒, 麻黄开腠理, 发汗滋润皮肤, 助以郁金行气活血; 二诊加黄芪补气行血, 鸡血藤、川芎养血活血, 诸药温经散寒, 养血润燥, 活血补气之功, 切中病机, 药证相合, 故取效速建。

2 肩痹

患者乙, 女, 35岁, 2009年2月1日初诊。主诉: 左肩关节至上臂冷痛麻木, 沉重、活动不利 1月。诊见患者面色萎黄, 舌淡红, 边尖有瘀点、苔薄白, 脉沉细涩。查患者手足欠温, 左上肢被动上举外展受限, 背伸则痛。诊为肩痹。证属血

虚寒侵, 瘀阻脉络。治宜温经散寒, 活血通络。当归四逆汤合桃红饮加减。

处方: 当归 15g, 桂枝 12g, 炒白芍 12g, 细辛 6g, 大枣 6g, 木通 6g, 鸡血藤 30g, 忍冬藤 30g, 生黄芪 30g, 片姜黄 12g, 桑枝 30g, 秦艽 12g, 羌活 18g, 防风 10g, 桃仁 10g, 威灵仙 12g, 红花 6g, 五剂, 水煎服。并嘱加强肩关节功能锻炼。2009年2月6日二诊, 自述服完上药后肩关节疼痛减轻, 活动上肢仍有疼痛但上举、外展及后伸范围增大。原方去忍冬藤继服十剂后痊愈。

按: 本例患者病生于冬令寒月, 肩臂冷痛手足欠温, 为寒侵致痹, 面色萎黄, 脉沉细为血虚, 故用当归四逆汤温经散寒、养血通脉; 舌有瘀点, 脉涩, 痛有定处为瘀血阻络, 故用治瘀血致痹的专方桃红饮活血通痹; 痛在上肢肩臂, 用黄芪, 鸡血藤、秦艽、忍冬藤补气养血活络; 羌活, 防风祛散上部风寒, 片姜黄桑枝治上肢肩臂痛, 理法方药与病理紧密结合, 故取效快。

3 血痹

患者丙, 女, 17岁, 2008年5月2日初诊。主诉: 左手食指及小指背第二节暗红发凉, 每到冬季后双手手指暗红延及腕部, 抓冷水后手指先苍白发冷发麻, 继而整个手指背由潮红转暗红, 半小时后逐渐复原, 易疲劳乏力。诊见患者面色苍白, 双手指暗红肤温低, 舌质淡红, 舌苔中心灰白, 脉沉细弱。诊为血痹。当归四逆汤加减。

处方: 当归 15g, 桂枝 15g, 白芍 12g, 吴萸 10g, 川芎 10g, 细辛 7g, 木通 6g, 大枣 6枚, 炮姜 9g, 炙麻黄 6g, 白芥子 9g, 鹿角胶 9g, 水煎服, 每日 1 剂。5月11日二诊, 服完 5 剂后双手食指及小指第二节暗红色减退缩小。上方去白芥子加制附片 10g, 生姜 6g, 威灵仙 15g, 黄芪 30g, 皂刺 10g, 地龙 10g, 防风 6g。守方续服 20 剂, 暗红色全退, 抓凉水后手指也不发白发凉, 临床治愈。1年后回访未复发。

4 冻疮

患者丁, 男, 15岁, 2009年3月11日初诊。其母代述, (下转 23 页)

浅谈大黄不同炮制品的制法及其临床应用

Discussion on the law system of different processed products and clinical application of Dahuang

常文隽 董 靖

(河南省驻马店市中医院, 河南 驻马店, 463000)

中图分类号: R283 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0022-02

【摘要】 大黄是临床常用药物, 在方剂中根据其主治不同需配伍不同炮制品, 如生大黄, 熟大黄, 酒大黄, 醋大黄, 大黄炭或清宁片等。不同炮制品的制法不同其功效也有所不同。

【关键词】 大黄; 炮制方法; 临床应用

【Abstract】 Rhubarb is commonly used clinical drugs, indications in the recipe according to their compatibility with different needs of different processed products, such as rhubarb, cooked rhubarb, rhubarb wine, rhubarb vinegar, rhubarb carbon or Qingning table. Different processed products of the system of law of their effects are different in different.

【Keywords】 Rhubarb; Processing methods; Clinical application

大黄是临床常用的中药, 始载于《神农本草经》, 来源于蓼科多年生草本植物掌叶大黄 (*Rheum palmatum* L.)、唐古特大黄 (*Rheum tanguticum* Maxim. Ex Balf.)。或药用大黄 (*Rheum officinale* Bail)。的干燥根及根茎, 其性味苦、寒, 归脾、胃、大肠、肝、心经, 具有泻下攻积、清热泻火、解毒、止血、活血祛瘀、清泄湿热的功效^[1]。不过, 大黄生品与炮制品在功效上存在较明显差异, 临床应用也各有其主要适应症。因此, 临床上常根据病情应用不同的炮制品。现将大黄临床常用的不同炮制方法简述如下。

1 生大黄

炮制: 取原药材拣净杂质, 大小分档, 洗净, 焖润至内外湿度均匀, 切厚片或块, 晾干或低温干燥, 片面黄色, 呈槟榔纹及朱砂点, 气味浓厚。但须注意: 生大黄体大质坚, 在水处理过程中, 宜采取少泡法, 缓缓润透, 因大黄中所含的蒽甙类极性较大, 能溶于水, 在热水中更容易溶解, 久泡后影响药物疗效。

生大黄其性苦寒、气味重浊, 走而不守, 直达下焦, 泻下作用峻烈, 攻积导滞, 泻火解毒力强。主要用于实热便秘, 高热谵语, 发狂, 吐血, 湿热黄疸, 跌打瘀肿, 血瘀经闭, 热毒肠痈, 瘀血腹痛, 痈肿疔毒以及外治烧烫伤等证。临床应用广泛, 在较多方剂中使用, 如《伤寒论》治肠胃燥热脾约证的麻子仁丸; 《金匮要略》治寒积腹痛便秘的大黄附子汤; 《温病条辨》治疗热结阴亏便秘的增液承气汤; 《备急千金要方》治阳气虚冷积便秘的温脾汤等。

2 熟大黄

炮制: 取黄酒润透的大黄 (大黄 1 公斤用黄酒 0.3~0.5 公斤切厚片或块, 置蒸器蒸笼内密闭, 以武火隔水蒸 6~8 小时, 至大黄内外均呈黑褐色时, 取出晒至八成干, 再蒸一次, 并将

蒸器下的水闷干后再干燥, 片面呈黑褐色。

熟大黄其泻下力十分缓和。能减轻伤胃气、伤阴血、腹痛等副作用, 但其活血作用较强, 常用于瘀血诸证效佳。如《医宗金鉴》与当归, 木香、红花等行气活血药配伍, 用于治疗跌打损伤、闪挫伤, 瘀血停滞的正骨紫金丹; 《金匱要略》与干地黄、芍药、桃仁等滋阴活血药同用, 用于治疗五劳虚极, 瘀血内停的大黄蛭虫丸等。

3 酒大黄

炮制: 取大黄片或块, 用黄酒喷淋拌匀, 稍闷润, 待酒被吸尽后, 置炒制容器内, 用文火炒干, 色泽加深, 筛去碎屑即可。

大黄经酒炒后, 泻下作用弱于生大黄, 但酒大黄力稍缓, 并借酒升提之性, 引药上行, 善清上焦、头面部血分热毒。正如明代《本草蒙荃》曰: “大黄欲使上行, 须资酒制。酒浸达巅顶上, 酒洗至胃脘中”。主要用于治疗目赤咽肿, 齿龈肿痛、头痛及血热妄行之吐血、衄血等。如《张氏医通》与黄芩、栀子、豆豉等同用, 用于治疗热病时疫, 咽喉肿痛、头痛壮热的三黄栀子豉汤; 《宣明论方》与当归 (酒炒)、龙胆 (酒炒)、芦荟、青黄连 (酒炒)、黄芩 (酒炒) 木香、麝香等配伍, 用于治疗火邪上炎所致的头痛、目赤、牙痛等的当归龙荟丸; 酒大黄还能减轻腹痛之副作用, 增强活血祛瘀之功, 如《金匱要略》治疗妇女经闭腹痛的抵当汤等。

4 醋大黄

炮制: 取大黄片或块, 用米醋拌匀, 焖润至透, 待醋被吸尽后, 置炒制容器内, 用文火加热, 炒干, 取出, 晾凉, 筛去碎屑。

大黄醋炒后, 可减轻腹痛、恶心、呕吐等胃肠道反应, 但消积化瘀力增强, 还可清热利胆、活血通腑, 且能引药入肝,

主要用于治疗湿热内阻、脘腹痞满、下痢、泄泻、妇女癥瘕癖积、痛经闭经、产后血瘀腹痛、产后胎衣不下及肝胆胰腺疾病等。现代药理研究证实^[2]，醋大黄具有明显利胆、保肝及抑制胰蛋白酶活性，因此是临床上治疗肝胆疾病和急重型胰腺炎的一种常用药。如黄志伟等^[3]研究认为，用本品配伍茵陈蒿、栀子等，治疗急性黄疸型肝炎在改善症状、消退黄疸及恢复肝功能方面效果显著。《中国药典》与乌药、醋香附、醋延胡索、醋莪术等活血化瘀、理气止痛药配伍，用于治疗产后瘀血不清的腹痛、腰痛、胸肋刺痛的乌金止痛丸；《医略六书》与代赭石（醋煨）、桃仁等合用，可用于产后血瘀肝络，胃气上逆的胸腹胀满，噎食不下的桃花丹等。

5 大黄炭

炮制：取大黄片或块，置炒制容器内，用文火加热，炒至表面焦黑色、内部焦褐色，取出，凉干。

大黄炒炭后，泻下作用极弱，而收敛和吸附作用相对增强，有止血、止泻的功效。主要用于大肠积滞的大便下血，以及热血伤络、血不循经之各种出血症。如《十药神书》与大小蓟、栀子、牡丹皮等配伍，用于治疗火盛，迫血妄行，灼伤血络的各种出血的十灰散；《近代中医流派经验选集》与金银花炭、赤芍、板蓝根、陈皮等配伍，治疗大肠积滞的便血，下痢脓血的双炭饮。

6 清宁片

炮制：取大黄片或块，置煮制容器内，加水完全浸没药材，用武火加热，煮烂时，加入黄酒（100：30）搅拌，再煮成泥

状，取出晒干，粉碎，过100目筛，取细粉，再与黄酒、炼蜜混合成团块状，置笼屉内蒸至透，取出揉匀，搓成直径约14mm的圆条，于50℃~55℃低温干燥，烘至七成干时，装入容器内，闷约10天至内外湿度一致，取出，切厚片，晾干，筛去碎屑。

清宁片为熟大黄经加工制成的片剂，药性平缓，使得缓泻、逐瘀而不伤正气，缓解生大黄所造成的恶心、呕吐、腹痛等胃肠反应，对儿童、年老体弱的患者更为适宜。《中国药典》把熟大黄加工制成新宁片剂，具有清热解毒，活血化瘀，缓下的作用。用于内结实热，喉肿，牙痛，目赤，便秘，下痢及儿童、年老体弱者习惯性便秘的治疗。

综上所述，由于大黄的炮制方法较多，其不同的炮制品在方剂中的功效及主治各有所偏。生大黄泻下峻烈，以攻积导滞，泻火解毒为主；熟大黄泻下之力缓和，长于活血；酒大黄善泻上焦及头面部的火热之邪；醋大黄长于消积化瘀，清热利胆、活血通腑，引药入肝；大黄炭泻下作用极微，而收敛和吸附作用相对增强，具有止血、止泻的作用；清宁片药性平缓，使得缓泻、逐瘀而不伤正气，具有清热解毒，活血化瘀，缓下作用。临床运用要因人因症施药，才能充分发挥大黄应有的功效。

参考文献：

- [1]黄兆胜.中药学[M].北京:人民卫生出版社,2002:137
- [2]沈映君.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:70
- [3]黄志伟,何秀红.不同剂量的醋大黄治疗急性黄疸型肝炎量效关系研究[J].湖南中医药导报,2002,11:23-24

编号：ER-10111700（修回：2010-12-07）

（上接21页）

近三年来从11月下旬开始，双耳轮先发红至红肿，双手指背逐渐暗红，双手食中指第二关节肿大青紫破溃，少量渗液。冬春换季天气转暖后手指先发热发痒，然后逐渐肿消色退。查风湿、类风湿因子阴性，冷水实验阴性，面色晦暗，舌淡红，苔白厚，脉沉细缓，诊为冻疮。治宜温阳散寒，活血通脉，化湿行痹。当归四逆汤合麻黄附子细辛汤加味。

处方：桂枝15g，炒白芍15g，生姜10g，甘草8g，大枣6g，当归12g，制附片10g，生麻黄6g，细辛6g，吴茱萸10g，炒薏仁12g，川芎10g，羌活10g，苍术6g，红花6g，五剂，水煎服。2009年3月24日二诊。中指第二关节肿胀已消一半，色转潮红、痛痒，双耳轮色转正常，苔稍转薄。药已中的，守方续治。原方去川芎、肉桂加生黄芪20g，皂刺15g，桃仁10g，六剂，并用羌花60g，红花15g，桂枝30g，75%酒精250ml浸泡48小时后外擦患处，每日3次，每次10分钟。4月1日三诊，肿痛痒全消，肤色转正常。嘱为巩固疗效，再服十二剂，以防复发。1年后回访，2009年冬季未复发。

按：尽管血痹冻疮临床表现不同，病名各异，但其素体

阳气虚，“阳虚生外寒”，“风淫末疾”内寒与外寒相引，寒邪客于肢末指节，脉络收引挛缩，血行不畅的病机则是相同的。故皆用当归四逆散加减治疗而获效。所不同的是肩痹面色眺白易疲劳，皮肤先苍白后潮红再冷痛，阳气虚较著，故合阳和汤温补元阳，二诊后加芪附汤益气温阳祛寒，威灵仙、防风，皂刺祛风行痹、舒筋通络而收效。冻疮面色晦暗，指节肿胀青暗破溃渗液，苔厚腻脉沉缓，在主病理基础上尚有血瘀夹湿，所以合麻黄附子细辛汤加吴茱萸，温少阴助膀胱气化，发表温经解散寒邪，加片姜黄、川芎、红花行气活血通络；羌活、炒薏仁、苍术祛风健脾燥湿，二诊后去川芎肉桂，加黄芪、桃仁、皂刺加强补气活血消肿之功，共服用23剂而痊愈。

作者简介：

李隆山，中医本科毕业，副主任医师，从事中医内科病研究30余年，甘肃省第四批师带徒指导老师，中华中医学会针刀学会会员，中华寻医网特色名医。

编号：EA-101016131（修回：2010-12-05）

如何保护肝脏

How to protect the liver

吕惠祥

(莱芜市高新区鹏泉办事处卫生院, 山东 莱芜, 438000)

中图分类号: R333.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0024-01

【摘要】 肝脏是维持生命活动的必不可少的重要器官, 养肝、护肝非常必要。分析了引起肝脏损伤的主要因素, 提出了保护肝脏的重要方法。

【关键词】 肝脏; 保护; 方法

【Abstract】 The liver is an important and essential organ of maintaining life. Protecting liver is necessary. The main factors causing liver damage is analyzed. The important method of protecting liver is proposed.

【Keywords】 Liver; Protection; Method

肝脏誉为人体内的“化工厂”, 也是最大的腺体, 功能也极为广泛, 在我们的生命活动中占有着十分重要的地位。当肝脏发生问题的时候, 肝内的物质代谢就会出现障碍, 身体的诸多功能也会受到影响, 甚至危及生命。因此不管是健康者, 还是肝病患者来说, 都应该保护好肝脏。

1 引起肝脏损伤的主要因素

1.1 肝炎病毒乃是肝脏健康的首要敌人, 病毒性肝炎是多种肝炎病毒引起的一种传染病, 目前国际上公认的有个型可分为甲型、乙型、丙型、丁型和戊型五种, 另外还有己型和庚型肝炎。但目前尤以慢性乙型肝炎为最多。乙肝病毒进入肝脏后, 会在肝细胞中持续复制, 不断破坏肝细胞的结构。

1.2 我国大中城市成人脂肪肝的平均患病率高达 10%。脂肪性肝病正严重威胁国人的健康, 成为仅次于病毒性肝炎的第二大肝病, 已被公认为隐性肝硬化的常见原因。其临床表现轻者无症状, 重者病情凶猛。一般而言, 脂肪肝属可逆性疾病, 早期诊断并及时治疗常可恢复正常。

1.3 药物性肝病简称药肝, 是指由于药物或其代谢产物引起的肝脏损害。可以发生在以往没有肝病史的健康者或原来就有严重疾病的病人, 在使用某种药物后发生程度不同的肝脏损害, 均称药肝。本病发病率逐渐增高, 占有黄疸住院病人的 2%, 占暴发性肝功能衰竭中的 10%~20%。

2 保护肝脏的方法

2.1 注意个人卫生: 由于肝炎可以通过血液和体液传播, 所以在日常生活中, 注意个人卫生和饮食卫生是保护肝脏不被感染及破坏的首要方法, 而且要特别关注细节的卫生防护。日常生活中, 如果我们不要在不正规的输血站、医疗或美容机构进行输血、打针、洗牙、手术, 或是文身、文眉、扎耳眼、做双眼皮、刮面等具有出血性损伤的医疗和美容行为, 因为可能会由于器具的不洁、消毒不彻底或反复使用, 就会使上面的病毒感染到自己体内。

2.2 禁绝喝酒: 专家们指出: “酒精引起的死亡比所有非法药物引起的死亡加起来还多”。酒的主要成分是乙醇。乙醇进入人体后会代谢成乙醛, 乙醛能直接损害肝细胞的结构与功能, 尤其是对糖、脂肪和蛋白质在肝脏中的代谢影响较大。乙醇还能增加对肝脏有毒害作用的氧自由基的合成, 使肝纤维化的进程加快。研究证实, 在所有导致脂肪肝的病因中, 喝酒位居首位。而且酒喝得越多或酒龄越长, 对其肝脏损害的程度就越重。当然喝酒对肝脏造成的损害还与所喝酒的浓度、喝酒时佐餐食物的多少和种类及所患肝病的轻重等因素有关。

2.3 合理饮食: 要多喝开水, 补充水分可增加循环血量, 有利于养肝和代谢废物的排出, 还可减轻毒物对肝脏的损害, 起到“内洗涤”的作用。饮食定时定量不过饱, 每餐八九分饱为好, 防止暴饮暴食, 以减轻肝脏的负担。人体缺乏优质蛋白、糖、

维生素族和维生素时, 都会引起肝细胞损害。不少人忙于工作, 饮食没规律, 这样同样会破坏肝脏的代谢和胆汁分泌, 久而久之也会发生营养失衡性脂肪肝。人们应该格外注意规律饮食和营养均衡, 除了避免暴饮暴食, 少吃油腻、辛辣的东西外, 平时要多吃各种蔬菜、豆制品、水果等, 保证每天喝一杯牛奶, 吃一个鸡蛋, 牛肉、猪肉、鱼肉等二两瘦肉, 三种蔬菜, 糖类可从米、面等主食中摄取。

2.4 小心用药: 在药物对人体的伤害中, 肝脏受到的伤害最大。这是因为, 大多数药物进入人体后都要在肝脏中进行代谢, 这不仅加重了肝脏的负担, 有的还会直接毒害肝脏。毒性大的药有抗生素类药物: 抗结核药物利福平、异烟肼等; 大环内酯类药物, 如四环素、红霉素等。解热镇痛药物: 如保泰松、阿斯匹林等。抗精神病药物: 氯丙嗪、奋乃静。抗抑郁药物: 阿米替林。抗癫痫药物: 丙戊酸钠。镇静药物: 苯巴比妥等。抗甲亢药物: 他巴唑、甲亢平等。抗肿瘤药物: 丝裂霉素、更生霉素等。降糖药物: 优降糖、拜糖平等。

2.5 避免肥胖: 肝病患者通过加强营养来修复肝损害是完全正确的。但如果摄入的营养过多或经常食高脂肪饮食, 对摄入的食物种类缺乏控制则不利于身体的康复。这是因为, 摄入的脂肪过多不仅容易导致高脂血症、动脉硬化, 也可导致脂肪肝; 人体内的糖主要来自于各种主食, 适量地摄入含糖食物可以起到保护肝脏和供应能量的作用, 但如果摄入的糖过量则容易使糖转变为中性脂肪, 这也是导致脂肪肝的常见原因; 蛋白质的代谢几乎都是在肝脏中进行的, 摄入过多的蛋白质类食物必然会加重肝脏的负担。

2.6 忌自身懒惰, 但不可过于劳累: 随着年龄的增长, 有的人变得散漫和懒惰, 这很不利于肝脏的健康。加强运动和进行体育锻炼不但可以促进气体交换、血流畅通, 为肝脏提供足够的氧和营养供应, 而且可加速新陈代谢, 起到保肝护肝的作用。适用中年人运动的体育项目有散步、慢跑、太极拳、气功、广播体操等, 可怡情养肝, 达到护肝保健的目的。

2.7 忌情绪暴怒: 好心情胜过十副良药。中医认为肝脏有疏畅气脉、调节神志、促进胆汁分泌与疏泄、协助脾胃消化的功能。抑郁、暴怒是损伤肝脏的重要因素之一。肝脏内分布着丰富的交感神经, 气恼忧愁会直接导致肝细胞缺血, 影响肝细胞的修复和再生。总而言之, “不喝酒, 少用药, 免感染, 勿过劳, 莫太肥”, 应该成为我们遵循的护肝守则。

参考文献:

- [1]如何保护好我们的肝功有问必答健康社区,2008,3,19
- [2]姚蓝.保护肝脏延年益寿,怡寿园,2008,8

作者简介:

吕惠祥 (1969-), 女, 山东莱芜人, 莱芜市高新区鹏泉办事处卫生院, 主要从事护肝保健研究。编号: EA-101005088 (修回: 2010-12-06)

纳洛酮合血塞通注射液治疗急性脑梗塞 68 例临床观察

Clinical observation on treating 68 cases of acute cerebral infarction with Naloxone plus Xuesaitong injection

龙舟

(钦州市钦南区人民医院, 广西 钦州, 535011)

中图分类号: R743.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 23-0025-01 **证型:** BGD**【摘要】** 目的: 观察纳洛酮合血塞通注射液治疗脑梗塞的疗效。方法: 选择我科住院病人 68 例, 采用纳洛酮合血塞通注射液治疗。结果: 有效率为 95.59%。结论: 纳洛酮合血塞通注射液治疗脑梗塞疗效显著, 值得临床推广使用。**【关键词】** 纳洛酮; 血塞通; 脑梗塞; 临床研究**【Abstract】** Objective: To observe the effect of treating acute cerebral infarction with Naloxone plus Xuesaitong injection. Methods: To choose 68 patients in our hospital, take Naloxone plus Xuesaitong injection therapy. Results: The efficiency rate for 95.59%. Conclusion: Treating acute cerebral infarction with Naloxone plus Xuesaitong injection has a good effect, is worth being clinically applied.**【Keywords】** Naloxone; Xuesaitong; Acute cerebral infarction; Clinical study

脑梗塞占全部急性脑血管病的 50~60%, 是由于脑供血障碍引起局部脑组织缺血坏死和软化, 造成神经功能损伤, 是严重威胁中老年人的疾病。主要病因为动脉硬化, 血液粘稠度增加, 血流主力升高, 形成血栓, 使管腔狭窄或闭塞^[1]。2007 年 6 月至 2009 年 12 月, 笔者采用纳洛酮加血塞通联合治疗急性脑梗塞 68 例, 取得良好疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 全部 68 例病例均为我科住院病人, 其中男 41 例, 女 27 例; 年龄 41~72 岁, 平均 51.6 岁; 病后当日入院者 41 例, 3d 内入院者 25 例, 3~5d 入院者 2 例。

诊断标准参照中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的脑血管病诊断标准^[2], 有明显的神经系统功能缺损定位体征, 并经头颅 CT 或 MRI 扫描确诊。其中基底节区脑梗塞 34 例, 多发性脑梗塞 25 例, 脑干梗塞 9 例。

1.2 治疗方法: 常规应用抗血小板凝集、改善微循环和对症等治疗的基础上, 使用血塞通注射液 400~500mg 加入生理盐水 250ml 中静脉滴注, 1 次/d; 纳洛酮 0.8mg 加入 5%葡萄糖液 250ml 中静脉滴注, 14d 为一个疗程。对部分伴有头痛、呕吐、意识障碍等颅内高压患者, 均用 20%甘露醇常规快速静注; 对高血压、高血糖患者给予相应的降压、降糖治疗。所有患者入院后次日均作空腹血液流变学检查, 疗程结束后复查对比, 并再次进行神经功能评分。

1.3 疗效评定标准

参照相关文献^[3-4]制定: 基本痊愈: 神经功能缺损评分减少 91%~100%, 病残程度 0 级; 显著进步: 神经功能缺损评分减少 46%~90%, 病残程度 1~3 级; 进步: 功能缺损评分减少 18%~45%; 无变化: 功能缺损评分减少 < 17%。有效率 = (基本痊愈 + 显著进步 + 进步) 例数 / 总例数 × 100%。

2 结果

经治疗两个疗程后, 全部 68 例病例中, 痊愈 31 例, 显著 24 例, 进步 10 例, 无变化 3 例。有效率为 95.59%。

3 讨论

脑梗死是指局部脑组织包括神经细胞、胶质细胞和血管白干血液供应缺乏而发生的坏死。是一种由于脑血管内发生血栓、栓塞或其他原因导致脑供血不足而引起的疾病。在局部血管闭塞后, 血流下降最严重的梗死中心区细胞迅速死亡, 而其

周围半暗带血流不同程度下降并引发缺血级联反应, 发生缺血再灌注损伤。脑梗死患者多存在不同程度的高血压、动脉硬化、血液黏度高, 血液流速慢, 易发生血小板聚集而形成血栓, 导致脑梗塞发生。其中, 自由基损伤是引起水肿形成和细胞凋亡的主要原因。 β -内啡肽是中枢神经系统内作用最强的内源性阿片样物质, 大量实验和临床资料证实脑梗塞时, 缺血刺激下丘脑弓形核释放大量的 β -内啡肽是造成神经元损伤的主要原因。

血塞通系是临床常用的药物之一, 由五加科人参属植物三七中提取的制剂, 能显著降低血中纤维蛋白原含量, 使血液粘稠度降低, 血流增快, 减少红细胞和血小板聚集, 防止血栓形成和再发生, 具有扩张血管, 降低动脉压, 增加冠脉血流量, 降低心肌耗氧量, 抗心律失常, 抑制血小板聚集, 降低血液粘度及对脑缺血具有保护作用。目前临床能取得一定疗效, 但仍不十分理想, 其原因之一是单药使用不能较好地完成梗塞后中枢神经系统继发性损伤的修复。纳洛酮是竞争性阿片受体抑制剂, 容易通过血脑屏障, 与脑内吗啡受体结合而成为竞争性吗啡抑制剂, 使 β -内啡肽失活, 对中枢神经系统吗啡受体有拮抗作用, 从而拮抗由 β -内啡肽引起的心血管效应, 提高脑灌注, 逆转 β -内啡肽对神经系统的继发性损伤。并且纳洛酮能刺激体内超氧化物歧化酶的形成, 通过清除自由基, 有效地保护机体脏器功能^[5]。本研究表明纳洛酮合血塞通注射液治疗急性脑梗塞疗效显著并且安全值得临床推广。

参考文献:

- [1] 康安静, 杨杰, 作文英. 脑梗塞的凝血纤溶状态及抗栓治疗[J]. 现代中医药, 2002, 22(4): 19
- [2] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病的诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-381
- [3] 王维治. 神经病学[M]. 人民卫生出版社, 2004, 5: 134
- [4] 李彬, 鄂宏臣. 急性脑梗塞临床治疗体会[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(4): 108-109
- [5] 丁素菊, 宋承伟, 李永生等. 纳洛酮对急性脑梗死患者 β -内啡肽和红细胞免疫粘附功能影响[J]. 中国急救医学, 2000, 20(11): 655-656

作者简介:

龙舟, 中医主治医师, 工作单位: 钦州市钦南区人民医院。

编号: EA-101101204 (修回: 2010-12-07)

DCS 和 DHS 在老年股骨转子部骨折治疗中的应用分析

Analysis of experience of treating

intertrochanteric fracture in elderly by DCS and DHS

刘红军¹ 王智勇²

(1.河南省洛阳市中心医院, 河南 洛阳, 471009;

2.河南省洛阳正骨医院, 河南 洛阳, 471002)

中图分类号: R274.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2010)23-0026-02

【摘要】目的: 讨论 DCS 和 DHS 在老年股骨转子部骨折治疗中应用的临床效果。方法: 170 例患者分为 DCS 组和 DHS 组。结果: DCS 组 4 例出现术后并发症。DHS 组术中股骨外侧皮质骨折 4 例(III、IV 型骨折), 术后股骨头、颈切割螺钉穿破股骨头伴后期髋关节疼痛 2 例, 术后转子部压缩、加压钉后退、股骨颈短缩 5 例(I 型骨折), 骨折均愈合, 伴发肢体短缩在 2cm 之内, 术后远端内移骨折 2 例。结论: DCS 相对 DHS 明显稳定性好、操作相对简单, 值得临床推广使用。

【关键词】 股骨转子间骨折; DCS; DHS; 骨折固定术

【Abstract】 Objective: To investigate clinical effective of treating intertrochanteric fracture in elderly by DCS and DHS. Methods: 170 patients are divide in DCS group and DHS group to treatment. Results: In DCS group, 4 cases appear postoperative complications. In DHS group, 4 cases appear fractures of the lateral femoral cortex (III、IV fracture), 2 cases appear after the femoral head, femoral neck cutting screws with worn hip pain later, 5 cases appear rotor after the ministry of compression, compression screw back, neck shortening (I fracture), 2 cases appear fractures healed, associated with limb shortening within the 2cm and postoperative fractures of distal shift. Conclusion: DCS group stability is better than DHS group, relatively simple, is worth being applied.

【Keywords】 Intertrochanteric fracture in elderly; DCS; DHS; Fracture fixation

股骨转子部骨折多见于老年人, 而且随着人口老龄化, 其发病率还在不断提高^[1]。2001 年 3 月~2007 年 3 月, 我院应用 DCS 治疗老年股骨转子部骨折 95 例、应用 DHS 治疗老年股骨转子部骨折 75 例, 出现髋内翻、钢板断裂、股骨外侧皮质骨折、螺钉切割穿破股骨头等并发症, 现分析如下。

1 临床资料

共 170 例患者, 男 93 例, 女 77 例; 年龄 60~92 岁, 平均 72.5 岁。左侧 91 例, 右侧 79 例。转子间骨折 142 例, 按照 Evans^[2]分类法: I 型 52 例, II 型 40 例, III 型 20 例, IV 型 30 例; 转子下骨折 28 例。伴有高血压病 82 例, 糖尿病 51 例, 心脏病 102 例, 偏瘫 35 例。

2 手术方法

连续硬膜外麻醉下, G 型臂 X 线透视监控, 患者取仰卧位, 患侧臀部用一扁枕垫高, 使身体与手术台呈 15°。取改良 Watson-Jones 入路, 作股骨外侧切口, 自股骨大转子的顶端经大转子后侧 1/3 下行, 长约 15cm。依次切开皮肤、皮下组织、深筋膜后切开阔筋膜张肌, 显露股外侧肌, 经股外侧肌后侧显

露股骨上段外侧骨质。行骨膜下剥离, 髋白拉钩置骨于前后拉开前后组织, 显露股骨上段外侧, 外展位牵引监控复位骨折, G 臂双视角透视下自转子下 2.5cm 将导针沿正轴位正中置入股骨颈内至关节面下 0.5cm, 沿导针置入 DHS 主钉及股骨部的钢板。采用 DCS 治疗的病例, 自大转子外端上方 0.5cm 将导针沿股骨干 95°置入股骨颈内至关节面下 0.5cm, 沿导针置入股骨颈内至关节面下 0.5cm, 沿导针置入股骨部的钢板。

3 结果

本组 162 例得到随访, 随访 1~6 年。其余 8 例因其它疾病死亡。DCS 组 4 例出现术后并发症, 其中 3 例出现钢板断裂(III 型), 钢板断裂均处于接骨板近侧第一枚钉孔部, 1 例主钉部分切割, 发生髋内翻。DHS 组术中股骨外侧皮质骨折 4 例(III、IV 型骨折), 术后股骨头、颈切割螺钉穿破股骨头伴后期髋关节疼痛 2 例, 术后转子部压缩、加压钉后退、股骨颈短缩 5 例(I 型骨折), 骨折均愈合, 伴发肢体短缩在 2cm 之内, 术后远端内移骨折 2 例(IV 型骨折)。见表 1。

表 1 两组术后并发症比较

组别	加压钉切割股骨头颈	加压钉后退转子部骨质压缩	钢板断裂并髋内翻	骨干皮质骨骨折	远端内移骨折
DCS 组	1	0	3	0	0
DHS 组	2	5	0	4	2

4 讨论

随着社会老龄化, 低能量外伤所致的股骨转子部骨折的发生率逐年增高。高龄患者常有其他内科合并症, 保守治疗常因褥疮、肺炎、血栓、心梗等并发症发作而丧失治疗时机。

CASALETTO 认为髋部骨折患者等待手术的时间越长, 术

后 1 年内的死亡率越高, 伤后入院平均等待时间为 1.01d 的患者要比 0.47d 的死亡率增加 10.1%, 在大于 80 岁的患者中其死亡率更是增加 16.9%。但亦有研究^[3]认为高龄并不是髋部骨折的手术禁忌证。早期手术有助于早期离床、恢复生活及活动能力, 减少骨折长期并发症。目前随着手术器械的不断改进、透

视设备的更新、骨科专科分工带来的技术提升,转子部骨折宜尽早手术已成共识。

而手术固定物中 DCS 和 DHS 兼具维持骨折对位和颈干角

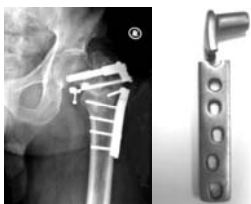


图1 钢板断裂

老年股骨转子部骨质较为疏松,复位后自身稳定结构差,尽管髓部钉板系统(DCS或DHS)相对强大,但适应证选择不佳、复位不良、安装不合理、康复指导不到位等诸多因素均可招致固定失效。

DHS设计原意固定骨折类型在于骨折线和加压钉方向垂直,即指Evans I型骨折或股骨颈骨折,固定终末动力加压钉加压过程可对骨折线构成加压作用,目前股骨颈骨折保头治疗已经由经皮穿针固定相对完美解决,而对于老年股骨转子部Evans I型骨折,滑动加压结果则会因股骨转子部骨质疏松而致使股骨颈基底部持续下滑直至压合到股骨外侧皮质终止,从而使股骨颈缩短、肢体缩短,而骨折往往会在颈干角保留的情况下,重叠移位骨性愈合。另外于股骨颈轴线上的纵向设计又使患者负重时加压钉主钉头端和上方遭遇相对较大的压力,安装过程中主钉放置偏向上方或康复过程中拐杖应用不合理或过度用力则会招致股骨头颈被主钉切割,固定失效、骨折不愈合,甚或造成主钉侵入关节导致创伤性关节炎。从设计原理来说,Evans II、III型骨折则因为主钉进钉孔部位破坏而不适合DHS固定,Evans IV骨折可以采用DHS固定,但明显加压主钉失去其设计对骨折的加压原意。

DCS引用至转子部骨折则利用其粗大的加压钉作为一枚强大的松质骨螺钉将钢板近端牢靠固定于股骨头颈转子部,同时区别于DHS在近端仍可有1~2枚松质骨螺钉固定于股骨短部位有效控制近端防止内翻和旋转,可以有效应用至Evans I~IV型骨折,同时其垂直于骨干放置钢板的方式又可有效减小切口的长度,在股骨头、颈的位置又可以减小承重后对股骨头、颈的切割压力,放置时穿出风险相对较小,但因其负重后近端所受压力集中于钢板近侧两孔康复指导失误则可招致钢板疲劳断裂,从而出现髓内翻及骨折不愈合。

DCS相对DHS明显稳定性好、适应证较宽、操作相对简单,近年来在老年股骨转子部骨折固定中应用广泛。但操作过程中要注意处理好钢板近端和骨干外侧皮质的对合关系,往往需要将进钉孔位置放置准确,同时将进钉孔远端高出骨干部分予以去处,方可在解剖复位情况下将DCS板体顺利、贴合固定于骨干外侧。但因其“直角结构”承重后钢板近端贴近骨折端部位应力较为集中,如果康复过程中不注意拐杖的应用,使患肢过度承重则可能招致DCS钢板在近端钉孔部分疲劳断裂。

另外在两者相同适应证方面,DCS的手术切口要比DHS要小3~5cm,手术时的出血和创伤要小许多,在治疗股骨转子部近端的骨折,可用DHS/TSP进行内固定,但还是没有DCS内固定切口小,手术时间短,方便快捷,出血少,费用低^[4]。

的作用,使骨折愈合率得以保障,因此在临床上得到广泛应用,但具体应用过程中在显现出各自优势的同时,也逐渐出现一些失败病例。



图2 骨质疏松



图3 稳定性差

正确的康复指导对骨折及内固定的维护有至关重要的作用,DCS和DHS固定术后多长时间下地、持拐辅助行走多长时间观点不一,Radford等^[5]报告术后3周承重站立。DCS和DHS固定作用尽管强大,但目前中国老年患者因早期生活环境差、饮食结构不尽合理等因素往往导致骨质疏松,DHS属偏中轴固定,主钉部分所受剪力较大,过于承重可招致主钉对股骨头颈的切割使内固定失效、骨折移位、髓内翻畸形出现。在Evans I型骨折中,因股骨转子部骨质疏松,承重后转子部骨质受力沿加压钉加压方向压缩、主钉后退、股骨颈短缩、肢体短缩出现;而DCS尽管沿中轴固定,但由于主钉方向和中轴垂直,在Evans III、IV骨折中,由于骨干内侧骨质破坏、支撑能力消失,所受压力则传递至接骨板近端成角部位,过度、过早受力则往往于接骨板近端钉孔(相对薄弱阶段)处断裂。

我们认为下床时间长短不是问题,老年患者往往合并心、脑血管疾病、内分泌疾病等内科基础病,往往不宜长期卧床,关键在于下床后患肢必须有双拐支撑或学步车辅助,保证患肢不能过度承重,即承重不能超出正常的1/4,身体条件过于糟糕的患者则可以早期坐轮椅及陪护、器械严密保护下适度锻炼,在后期的病人中,我们严格要求病人减少承重,各种类似并发症明显减少。需要注意的是,术后早期需要借助有效的按摩手法帮助消退患肢肿胀(按摩范围包括切口),并且在术后卧床的1周内被动锻炼患肢髋、膝关节屈伸功能,使其能够达到或超过90°,这样患者在下床后能够维持肌肉平衡和稳定,有效保证了持拐站立和行走的稳定,进而也保证了骨折和固定的稳定,患肢局部生理功能的恢复也有效促进了骨折的尽快愈合。

参考文献:

- [1]CUMMINGS SR,RUBIN SM,BLACK D.The future of hip fractures in the United States.Numbers,Cost,and potential effects of postmenopausal estrogen [J].Clin Orthop Relat Res,1990(252):163-166
- [2]胥少汀,葛宝丰,徐印坎等.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,1999:678-684
- [3]CASALETTO JA,GATT R.Posl-operative mortality related to waiting time for hip fracture surgery[J].Injury,2004,35(2):114-120
- [4]JAAKOLA JI,LUNDY DW,MOORE T,et al.Supracondylar fe-mur fracture fixation:mechanical comparison of the 95 degrees condylar side plate and screw versus 95 degrees angled blade plate[J].Acta Orthop Scand,2002,73(1):72-76
- [5]Radford PJ,Needoff M,Webb JK,et al.A prospective ran-domised comparison of the gamma locking nail[J].J Bone Joint Surg(Br),1993,75:789-793

编号:EA-100927073(修回:2010-12-01)

肝失疏泄与代谢综合征的理论探讨

Discussion on theory of Ganshi Shuxie and metabolic syndrome

王天明

(湖南农业大学医院, 湖南 长沙, 410128)

中图分类号: R322.4+7 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0028-02 证型: DGB

【摘要】 在研究代谢综合征的过程中, 胰岛素抵抗始终被放在一个最为重要的位置。作者认为胰岛素抵抗与肝失疏泄关系密切。

【关键词】 肝失疏泄; 代谢综合征; 胰岛素抵抗

【Abstract】 The research process of metabolic syndrome think insulin resistance is important position. Author think insulin resistance and Ganshi Shuxie of relationship close.

【Keywords】 Ganshi Shuxie; Metabolic syndrome; Insulin resistance

代谢综合征 (Metabolic Syndrome, MS) 是多种代谢成分异常聚集的病理状态, 是一组复杂的代谢紊乱症候群, 其发生可能与胰岛素抵抗有关。众多研究均表明胰岛素抵抗是多种代谢相关疾病的共同的病理生理基础。目前认为, 具备以下 4 项组成成分中的 3 项或全部者可以诊断为“代谢综合征”: ①超重和 (或) 肥胖; ②高血糖和 (或) 已确诊糖尿病并治疗者; ③高血压 SBP/DBP \geq 140/90mmHg, 和 (或) 已确诊高血压并治疗者; ④血脂紊乱^[1]。

而在中医的理论体系中, 肝主疏泄是肝的重要功能。许多临床的常见病, 如高血压、糖尿病、脂肪肝等等都与肝失疏泄相关。在临床应用中, 着手于肝失疏泄而采用疏肝健脾治疗代谢综合征, 疗效显著。笔者在本文中探讨“代谢综合征”与“肝失疏泄”之间的相互联系, 以供大家参考。

1 肝主疏泄的渊源及概念

“疏泄”一词始见于《素问·五常政大论》:“发生之纪, 是谓启陈, 土疏泄, 苍气达”。这里的“土疏泄”就是指木气条达, 土得木制化而疏通。朱丹溪首倡“肝司疏泄”, 《格致余论·阳有余阴不足论》云:“主闭藏者肾也, 司疏泄者肝也”, 他把肝脏看成是机体运行气血和新陈代谢的重要器官。明代的薛立斋在《内科摘要》中正式提出“肝主疏泄”的概念, 自此以后, 历代医家多引述其为肝的主要功能。

所谓“肝主疏泄”, 即是指肝具有保持全身气机疏通畅快, 通而不滞、散而不郁的作用。这反映了肝脏是调畅全身气机, 推动血和津液运行的一个重要环节。它主要表现为以下 5 个方面:

①对气机的影响: 肝的疏泄功能正常, 则气的运动疏散通畅, 血液的运行和津液的输布也随之而畅通无阻。

②对脾胃运化功能的影响: 肝的疏泄功能是脾胃气机疏通畅达、脾升胃降的一个重要条件。

③对情志的影响: 肝主疏泄功能正常, 则气机调达、气血调和, 心情也平和。

④对胆的影响: 胆肝相连, 胆汁来源于肝, 为肝之余气化生, 而胆汁的泄注于小肠的功能实现有赖于气机的调节。综上所述, 肝主疏泄功能的实现实际上是建立在肝对全身气机的影响上的, 其他作用都是在此基础上派生的。

2 肝主疏泄的现代医学基础

现代医学认为, 肝的功能主要有以下几个方面: ①参与了三大基本生命物质在体内的代谢; ②分泌胆汁; ③解毒功能; ④免疫功能; ⑤凝血功能; ⑥肝脏参与人体血容量的调节、热量的产生和水、电解质的调节。以上功能与中医概念的“肝”并不冲突, 而且绝大部分都包含在“肝主疏泄”的功能范围内, 在此做一简要阐述: 脾胃对食物的消化以及对水谷精微的吸收运输, 将体内糟粕排出体外的功能, 是通过脾升胃降来实现的。肝的疏泄功能正常, 则脾胃升降有序, 食物的消化功能方能正常进行, 方能参与到三大基本生命物质在体内的代谢; 胆汁是肝之余气所化生, 而且胆汁的泄注于小肠亦有赖于气机的调节; 至于肝的解毒、免疫、凝血以及水、电解质的调节, 其实都与肝主疏泄功能正常相关。

肝的疏泄功能正常, 则气的运动疏散通畅, 血液的运行和津液的输布也随之而畅通无阻。有学者早就提出:“肝主疏泄功能正常, 人体内部的脏腑、器官、组织、气血的生理功能就能处在正常状态”^[2]。学者曾民德^[3]也认为:“西医肝脏作为代谢器官, 它对全身的调节作用主要通过代谢功能实现”。这与肝主疏泄, 对全身气机的调畅功能相对应; 他还进一步谈到:“肝脏还能分泌多种激素及其类似信息物, 对其他靶器官具有广泛调节作用”, 这也对应了肝主疏泄对脾胃、胆、男女生育、情志方面的影响。

因此, 有学者提出:“在大量临床事实的支持下, 不难发现, 肝主疏泄理论与人体大多脏腑组织的生理功能、病理变化以及疾病的治疗等, 皆有着密切的关系”, 并提到:“肝主疏泄对全身的调节作用可能是通过神经、内分泌等整体调控作用来实现的”^[4]。

3 肝失疏泄与代谢综合征的相关研究

肝主疏泄有助于脾胃升降功能的协调,正所谓“食气入胃,散精于肝”,只有肝气和顺,气枢常运,脾胃调和才能不病。若肝失疏泄,木不疏土,升降无序,则直接影响脾胃运化。周学海在《读医随笔》中就强调:“凡脏腑十二经之气化,皆必借肝胆之气以鼓舞之,如能调畅气机而不病,凡病之气结、血癖、痰饮、积聚……皆肝气之不能调畅所致也”。故肝气郁结,肝失疏泄,肝气无法正常鼓动脏腑功能,导致津血不能为所用,从而出现脑失所充、脾失所养、胃受纳失常致痰、湿、浊、淤内生,最终机体出现病理状态。以上种种均提示,肝失疏泄的现代医学本质即是胰岛素抵抗,是代谢综合征的启动环节与病理基础。理由阐述如下:

3.1 病种关联极其密切

从郑绍勇等^[5]人的研究我们可以发现,在1915~2009年间检索到“肝主/失疏泄”的文献中,相关疾病总频率为3614次,涉及病种264种。其中我们发现,与代谢综合征关系极其密切。糖尿病出现231次,脂肪肝122次,高脂血症72次,代谢综合征44次,合计共469次,占12.9%,为所有统计比例中最高。

3.2 现代医学的相关研究

内脏脂肪堆积是代谢综合征的重要特征,也是导致胰岛素抵抗的主要原因。脂肪在内脏堆积会引起分泌瘦素、脂联素、抵抗素、肿瘤坏死因子- α 、IL-6、血管紧张素、PAI-1等^[6]。而脂肪的产生恰恰与肝失疏泄有关。患者或因过食肥甘厚味,痰湿内生,留着不去,从而引发肝失疏泄而致气血运行不畅,脂浊内生;或因性情急躁等多方面原因,导致肝失疏泄,木旺乘土,脾失健运,水谷精微不能送达全身,反聚湿成痰而发生湿阻、食积、痰凝而致脂浊内附。这与代谢综合征的内脏脂肪堆积这一重要特征相对应。

另外目前认为脂联素在代谢综合征的发生中起重要作用。有学者研究后指出,脂联素可能是中医概念中“气”的微观物质之一^[7]。这是因为脂联素是脂肪细胞特异性分泌的一种新型蛋白,这与中医精气学说的“精化气”相一致。“精能化气”,即水谷精微中包括了现代医学的三大物质糖、蛋白质和脂肪能够化生“气”,这“气”就包括了正常脂肪细胞所分泌的脂联素。脂联素能明显提高肝脏、肌肉对胰岛素的敏感性,促进糖和脂肪的代谢^[8]。它还能刺激肌肉对脂肪酸(FFA)摄取,加强FFA氧化,增强FFA进入线粒体^[9],生理剂量的脂联素能促进肝及肌细胞脂肪酸的氧化和能量消耗,从而降低细胞内的甘油三酯水平,改善肥胖和2型糖尿病鼠的高脂血症和胰岛素抵抗^[10]。脂联素的这功能与脾主运化、主升清的功能相一致。脂联素水平可以通过脂肪组织AdipoR1起作用,并可能通过调控其他脂肪细胞因子参与机体体脂分布、能量代谢以及胰岛素敏感性的调控,这在肥胖以及与肥胖相关疾病的发生中可能具有重要作用。AdipoR2只存在于肝脏、肾脏和骨骼肌组织,且肝脏AdipoR2的表达最为丰富^[11]。由于肝脏、骨骼肌都是胰岛素作用的重要靶器官,这与脾主升清、肝主疏泄功能存在着内在的某种联系。

4 结 语

在研究代谢综合征的过程中,胰岛素抵抗始终被放在一个最为重要的位置。但代谢综合征在中医中归属于何症目前尚无定论,它所包括的糖尿病、高血压病等病一直归结于“消渴”、“眩晕”、“积聚”、“痰湿”等范畴内。众多医家从肝论治,采用疏肝健脾,化痰祛湿的方法治疗代谢综合征,能显著改善胰岛素抵抗。

本人认为:胰岛素抵抗与肝失疏泄关系密切。肝失疏泄的现代医学本质就是胰岛素抵抗。现代医学研究表明:胰岛素抵抗会引起一系列的后果,对重要器官产生损害,胰腺也是胰岛素抵抗受累的主要器官,导致 β 细胞凋亡加速。它还能损害内皮功能,加速动脉粥样硬化的进程,并导致患者不能正常启动纤溶过程,极易造成血栓的形成,从而导致高血压病、糖尿病、高脂血症等疾病的产生。而肝失疏泄,则肝气无法正常鼓动人体脏腑功能,津血不能为所用,脾失健运,且随着疾病的发展,全身脏腑受累,痰、浊、淤、热、毒停积体内,最终发展成为肝脾失和、虚实错杂、本虚标实,以实为主的病理状态。以上病理环节中医与现代医学并无冲突,且一一对应。

因此笔者认为:治疗代谢综合征的过程中要明确肝气郁结、肝失疏泄是代谢综合征的启动环节,采用疏肝、健脾、补肾、化湿等治疗方法,可改善胰岛素抵抗,能取得更好的疗效。我们期待在细胞、分子等不同层次上能有更多的相关实验,从而为进一步揭示肝失疏泄的现代医学本质提供科学的依据。

参考文献:

- [1]中华医学会糖尿病分会代谢综合征研究协作组.中华医学会糖尿病分会关于代谢综合征的建议[J].中华糖尿病杂志,2004,12(3):156
- [2]陈家旭.论肝为气血调节之枢[J].中医杂志,1997,39(1):9
- [3]曾民德.肝脏与内分泌[M].北京:人民卫生出版社,1995,52
- [4]马月香,乔明琦,张惠云.论肝主疏泄对人体生理功能的调节[J].光明中医,2007,22(1):11-13
- [5]郑绍勇,吴语凤,梅晓云.肝主疏泄理论的研究概况[J].中医药通报,2009,8(4):37-39
- [6]张广文,赵平.代谢综合征的研究新进展[J].心血管病学进展,2007,28(4):587-590
- [7]纪云西,蒋历.脂联素是中医“气”的微观物质之一[J].中华中医药学刊,2008,26(6):1279-1281
- [8]李晓南,陈荣华,潘亚.人类皮下和网膜脂肪组织中脂联素基因的表达和调控的研究[J].南京医科大学学报(自然科学版),2006,26(1):6
- [9]脂肪细胞分泌的一个重要保护性内泌素—脂联素[J].高血压杂志,2006,14(3):229
- [10]顾卫琼,洪洁,张翼飞等.肥胖人群中血清瘦素,游离脂肪酸和脂联素水平的相互关系[J].中华内分泌代谢杂志,2003,19(3):169-172
- [11]李春霖,龚燕平,田慧等.脂联素受体在正常 Wistar 大鼠各组织的分布和表达[J].解放军医学杂志,2005,30(8):718-719

编号: EA-101007094 (修回: 2010-12-01)

间充质干细胞移植治疗心肌梗死中医药干预的研究

A study on TCM intervention myocardial infarction by mesenchymal stem cell transplantation

谭琦

(湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410007)

中图分类号: R222.19 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0030-02

【摘要】 心血管疾病已经成为当今世界威胁人类健康的重大疾病, 其防治是全球性首要卫生健康问题。本文就干细胞移植治疗缺血性心脏病以及中医药在其中的应用进行综述。

【关键词】 心肌梗死; 中药干预; 间充质干细胞移植

【Abstract】 Cardiovascular disease is become the world's major diseases that threaten human health, the primary control is a global health problem. This article summarize that treating myocardial infarction by mesenchymal stem cell transplantation and TCM application.

【Keywords】 Myocardial infarction; TCM intervention; Mesenchymal stem cell transplantation

心血管疾病已经成为当今世界威胁人类健康的重大疾病, 其防治是全球性首要卫生健康问题。心肌梗死是其最危重症之一, 尽管近年来药物和手术治疗有了很大发展, 但总体而言, 药物和手术都不能使已经坏死的心肌得到有效地恢复, 且技术复杂, 价格昂贵, 术后可能出现再狭窄等。坏死心肌的修复一直是科研工作者和临床医生面临的严峻挑战。近年来大量的基础和临床研究提示干细胞移植是一种崭新的治疗方法, 干细胞在梗死的心脏中可以分化成心肌细胞, 参与新生的血管形成, 恢复心功能, 显示出良好的应用前景^[1-2]。心血管再生医疗^[3]有望成为缺血性心脏病治疗的有效途径。本文就干细胞移植治疗缺血性心脏病以及中医药在其中的应用进行综述。

1 现代医学 BMSCs 研究及应用的困境

1.1 间充质干细胞的生物学特性及分离培养

间充质干细胞 (mesenchymal stem cells, MSCs) 是上个世纪 70 年代 Friedenstein 等首次从骨髓分离的一种具有多向分化潜能的纺锤状、成纤维细胞样细胞, 具有自我更新、克隆增值和多向分化能力^[4]。MSCs 可以从骨髓、脂肪、羊膜或外周血中提取, 但骨髓 MSCs 提取方便, 故应用最广。骨髓 MSCs 在骨髓中含量很低, 通常只占有核细胞的 0.001% 和 0.01%^[5], 还不到造血干细胞的 10%, 要利用就必须进行体外扩增。

目前对 BMSCs 体外分离、纯化、培养的最主要的方法有全骨髓贴壁法、密度梯度离心法、流式细胞仪分离法、免疫磁珠法, 后两种方法可获得较为纯化的 BMSCs, 但对细胞活性影响较大, 甚至导致细胞完全失去活性^[6]。就目前干细胞体外培养技术, 体外扩增的干细胞难以用于临床。再加上干细胞移植后的排斥反应、炎症等原因使得干细胞存活率低, 尤显得 BMSCs 的珍稀^[7]。BMSCs 在鉴定上也存在着一定的难度, BMSCs 没有自身特异性的表面标记, 一般认为 BMSCs 能表达 CD90、SH2 (CD105)、SH3 (CD73)、CD44 等表面标记, 且不表达造血细胞系的表面标记, 如 CD11b、CD34、CD45 等^[8]。

1.2 间充质干细胞向心肌样细胞的分化

1999 年 Makino 等首次通过 5-氮杂胞苷 (5-azacytidine, 5-Aza) 诱导鼠 MSCs 分化出具有心肌细胞形态和电机械特征的细胞, 能自主搏动, 并表达心肌转录因子 4 (GATA-4)、肌球蛋白、心脏发育早期转录因子 (NKx2.5)、心钠肽等心肌细胞特异标志物^[9]。2001 年 Orlic 等^[10]首次提出干细胞能修复梗死的心肌及 2002 年 Strauer 等^[11]首次将骨髓单个核细胞群移植于人体治疗心肌梗死以来, 一系列研究也相继发现 BMSCs 能定位于心肌损伤的部位并分化为心肌样细胞, 但是由于细胞融合干扰, BMSCs 能否真正分化为有功能的心肌细胞至今仍然存在争议。

由于 BMSCs 具有多向潜能性, 直接将 BMSCs 移植入人体内可能是很危险的, 因移植的 BMSCs 可能分化为内皮样细胞、平滑肌样细胞或在梗死区分化为心肌样细胞, 同时也可能诱发心律失常^[12-14]。然而, 在移植前, 如果能将 BMSCs 预分化为心肌样细胞, 副作用将会大大减少。但 BMSCs 体外诱导分化为目标细胞的转化率低, 从而限制了 BMSCs 移植技术的普遍推广使用^[5]。而常用的诱导剂多具有一定的毒性, 如 5-Aza, 随着诱导时间的延长, 对细胞的毒性也越来越大^[16]。细胞因子诱导法则因为价格昂贵, 不能被广泛应用。因此有必要寻找高效安全且价廉的诱导分化剂以提高 BMSCs 分化为心肌样细胞的转化率。

2 传统医学面临的机遇与挑战

中医药的理论基础是整体观和辨证论治, 是一个唯象的功能原理系统且中药“多因微效”、多靶点、多效应、毒副作用小的特点使得中医药可以在 BMSCs 的培养、诱导分化和移植中发挥作用。现在许多学者将中药与干细胞移植相结合, 起到协同增效、优势互补的功效。如李连达院士等^[17]报道双龙方与自体骨髓单个核细胞 (主要含 MSC) 对中国小型猪心肌梗塞有明确的治疗作用。范英昌等^[18]在诱导剂 5-aza 的基础上加上

丹酚酸 B, 诱导 MSCs 向心肌样细胞转化, 从形态学上加入丹酚酸 B 组的形态更好, 细胞凋亡数量将少。叶能胜等^[19], 根据复方双龙方具有益气养血、活血通脉的功效, 在治疗心肌梗塞方面有显著作用^[20]的情况, 发现其有效成分可诱导大鼠 BMSCs 向心肌样细胞分化。曾意荣等^[21]研究补肾活血中药含药血清能促进干细胞在体外增殖。宋清等^[22]用药物预处理的方法观察中药参三七皂苷 Rg1 对 5-aza 诱导鼠 BMSCs 向心肌细胞转化的作用的研究, 结果证实参三七皂苷在体外可显著刺激 5-aza 诱导的鼠 BMSCs 向心肌细胞转化和增殖。黄芪甲苷可在体外诱导大鼠 BMSCs 定向分化为心肌样细胞的作用^[23], 香丹注射液有促进骨髓间充质干细胞增殖作用^[24]等等。

大量实验研究表明多种中药对干细胞的定向分化有调控作用, 这些发现不仅为干细胞的定向分化开辟了新的途径, 而且对中药作用机制的研究, 中药新药的研制开发和某些疑难疾病防治水平的提高都有重要意义。

3 前景与策略

近年来, 国内外对 BMSCs 移植进行了大量研究, 取得大量突破性的成果, 其在临床应用的报道越来越多, 但 BMSCs 移植毕竟是一门新兴的产业, 还存在有许多待解决的问题。如细胞移植到该区域后绝大多数细胞在 7 天内凋亡, 少数细胞存活下来, 给移植细胞转染了抗凋亡基因 Akt, 有助于细胞的存活。中药在这方面是否能有所作为呢? 答案是肯定的, 问题是用什么方法和技术去完成。现有证据表明: 很多中药具有抗凋亡, 保护心肌细胞的作用。可以考虑使用中药处理个体或者预处理 BMSCs。中医药诱导分化剂的研发和体内干预是中医药参与 BMSCs 移植的新切入点。虽说中医药干预的研究兴起较晚, 目前也仅是体外实验研究, 脱离了人体环境, 这和中医的整体观念及辨证论治相违背; 多数研究仅限于证明中药在某个病理环节上的作用靶点; 中医药促进 BMSCs 增殖分化的机制还不清楚等等一系列的问题, 但是干细胞移植还是为临床实践带来了希望, BMSCs 与中药诱导分化将可能成为中医药走向现代化的一个标志, 将促进新中医药的诞生。

参考文献:

[1]Min JY,Yang Y,Converso KL,et al.Transplantation of embryo-nic stem cells improves cardiac function in postinfarcted rats[J].Appl Physiol,2002,92(1):288-296

[2]Singla DK,Lyons GE,Kamp TJ.Transplanted embryonic stem cells following mouse myocardial infarction inhibit apoptosis and cardiac remodeling[J].Physiol Heart Circ Physiol,2007,293(2):H1308-1314

[3]荒井正纯.造血细胞因子治疗缺血性心脏病-G-CSF 的临床应用[J].日本医学介绍,2007,28:6

[4]Davani S,Marandin A,Mersin N,et al.Mesenchymal progenitor cells differentiate into an endothelial phenotype,enhance vascular density, and improve heart function in a rat cellular cardiomyoplasty model[J].Circulation,2003,108(suppl):II 253-258

[5]Colter DC,Class R,Digirolamo CM,et al.Rapid expansion of recycling stem cells in cultures of plastic-adherent cells from human bone marrow[J].Proc Natl

Sci USA,2000,97(7):3213-3218

[6]马力,刘大军,李德天等.不同分离方法及培养条件对兔骨髓间充质干细胞生长增值及生物学特性的影响[J].中国组织工程研究与临床康复,2008,12(38):7401-7406

[7]郭艳,史大卓,陈可冀.中医药结合干细胞移植治疗心肌梗死性疾病的前景[J].新中医,2005,37(5):88-89

[8]Majumdar M K,Keane-Moore M,Buyaner D,et al.Characterization and functionality of cell surface molecules on human mesenchymal stem cells[J].J Biomed Sci,2003,10(2):228-241

[9]Makino S,Fukuda K,Miyoshi S,et al.Cardiomyocytes can be generated from marrow stromal cells in vitro[J].J Clin Invest,1999,103(5):697-705

[10]Orlic D,Kajstura J,Chimenti S,et al.Bone marrow cells regenerate infarcted myocardium. Nature.2001;410(6829):701-705

[11]Strauer BE,Brehm M,Zeus T,et al.Repair of infarcted myocardium by autologous intracoronary mononuclear bone marrow cell transplantation in humans.Circulation.2002,106(15):1913-1918

[12]Sliva G V,Litovsky S,Assad J A,et al.Mesenchymal stem cells differentiate into an endothelial phenotype,enhance vascular density,and improve heart function in a canine chronic ischemia model[J].Circulation,2005,111(2):150-156

[13]Iwase T,Nagaya N,Fujii T,et al.Comparison of angiogenic potency between mesenchymal stem cells and mononuclear cells in a rat model of hindlimb ischemia[J].Cardiovasc Res,2005,66(3):543-551

[14]Moscoso I,Centeno A,Lopez E,et al.Differentiation "in vitro" of primary and immortalized porcine mesenchymal stem cells into cardiomyocytes for cell transplantation[J].Transplant Proc,2005,37(1):481-482

[15]Oswald J,Boxberger S,Jorgensen B,et al.Mesenchymal stem cells can be differentiated into endothelial cells in vitro[J].Stem Cells,2004,22:377-384

[16]Li W J,Okafor C.A three-dimensional nonferrous scaffold for cartilage tissue engineering using human mesenchymal stem cells [J].Biomaterials,2005,26(6):599-609

[17]李连达,张荣利,刘成源等.双龙方与自体骨髓单个核细胞经心导管移植对中国小型猪心肌梗塞的影响[J].中国新药杂志, 2003;12(12):999

[18]范英昌,华生瑜,姚雅娟.丹酚酸 B 诱导体外培养大鼠骨髓基质细胞向心肌样细胞分化的研究[J].天津中医学报,2005;24(1):10-12

[19]叶能胜,赵艳峰,张荣利等.双龙方干预骨髓间充质干细胞分化过程的蛋白表达[J].中成药,2007,29(1):24-29

[20]王金津,钱夕元,李雪等.双龙方有效成分诱导干细胞分化过程中差异表达基因筛选和聚类分析[J].世界科学技术-中医药现代化,2007,9(3):39-42

[21]曾意荣,樊粤光,刘红等.补肾活血中药对大鼠骨髓间充质干细胞体外增殖的影响[J].中药新药与临床药理,2007,18(3):93-96

[22]宋清,张晓文,卢新政等.参三七皂苷 Rg1 预处理对 5-氟胞苷诱导大鼠骨髓间充质干细胞向心肌细胞转化的干预[J].中国组织工程研究与临床康复, 2007,11(24):4693-4697

[23]冼绍祥,杨志奇,汪朝晖等.黄芪甲苷体外诱导骨髓间充质干细胞分化为心肌样细胞的实验研究[J].广州中医药大学学报,2007,24(1):37-40

[24]王明宁,林洪,胡琳等.香丹注射液对大鼠骨髓间充质干细胞的增殖作用[J].华西药学杂志,2007,22(3):304-305

编号: EA-101013118 (修回: 2010-12-02)

中药治疗肺间质纤维化的文献研究

A study on TCM literature of treating pulmonary interstitial fibrosis

金旭峰¹ 杨春华² 李凤森²

(1.武警新疆总队哈密地区支队, 新疆 哈密, 839000; 2.新疆国家中医临床研究基地, 新疆 乌鲁木齐, 830000)

中图分类号: R222.19 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0032-02

【摘要】目的: 探讨并研究中医治疗肺间质纤维化所用中药规律。方法: 借鉴统计学研究思路和方法, 对现代文献进行研究, 统一信息录入标准, 用 SPSS17.0 进行频数统计。结果: 肺间质纤维化常用中药频数由高到低以黄芪、甘草、当归等 32 味药较多; 归经以肺经、脾经居多; 药性以微寒、平居多; 药味以甘味、苦味为主。结论: 中药治疗肺间质纤维化有一定的特色和优势, 主要在补气活血、兼有清热、化痰平喘中药。

【关键词】肺间质纤维化; 中药; 性味归经; 文献研究

【Abstract】 Objective: To study on TCM literature of treating pulmonary interstitial fibrosis. Methods: Using statistical route and method to study moden literature, unify the data standard SPSS17.0. Results: Treating pulmonary interstitial fibrosis, TCM from more to less are Huangqi, Gancao, Danggui, and so on. Guijing are the lung meridian, splenic organ, and so on; drug property are micr-frigidity, evenness and so on; ingredients in a prescription are sweet taste, bitter and so on. Conclusion: Using TCM treating pulmo-nary interstitial fibrosis have peculiarity and predominance, the mainly TCM are Buqi Huoxue, Qingre, Huatan.

【Keywords】 Pulmonary interstitial fibrosis; TCM; Drug property Guijing; Literature investigation

肺间质纤维化是多 literature 种弥漫性肺间质疾病的一种病理改变, 是呼吸系统的难治病之一。其发病率逐年增加, 病死率高, 缺乏有效的治疗药物。传统上用糖皮质激素和免疫抑制剂治疗, 但疗效尚有争论, 现将中医学治疗肺间质纤维化所用中药及其性味归经进行统计分析, 以供借鉴。

1 资料与方法

1.1 资料来源

中国期刊全文数据库 (CNKI) 1996~2009 年相关研究文献。检索词为“肺间质纤维化”、“肺纤维化”、“肺痿”、“中医”并根据纳入标志和排除标准筛选出肺间质纤维化中药治疗相关研究文献, 整理录入。

1.2 资料录入方法: 纳入标准: ①有关中医治疗肺间质纤维化涉及中药治疗的文献, 包括专家经验、病例报告、病例对照研究。文献中有明确的中药方剂; ②对于中药统计, 把纳入的方剂所对应用中药进行录入; ③对于同一文中提出的方药只纳入基本方。④中药录入根据 2005 版药典中药学规范录入, 比如紫苏叶和苏梗统一为紫苏, 银杏统一为白果等。⑤性味归经均根据药典中每味药归经数量及性味数量分别录入。

排除标准: ①除去综述、动物实验研究类的文献; ②除去有方剂名称但无具体中药的文献; ③同一研究从不同杂志发表的文章, 只选择其中一篇; ④排除有中药但用于中医特殊治疗的如穴位贴敷给药等。⑤验案中药录入排除在基本方上加减后的方药。

1.3 统计方法

由本专业硕士研究生录入信息, 根据标准进行规范中药名称、性、味、归经, 经核对核实用 SPSS17.0 进行频数统计。

2 结果

从文献中筛选出 196 篇文献, 根据纳入和排除标准, 纳入统计的为 122 篇。经统计得出共 198 味中药, 总计使用频次 1707 次, 因药物涉及过多, 我们将使用频次 $\geq 1\%$ 的 32 味中药列入表格, 以黄芪、甘草、当归、丹参等 32 个中药在肺间质纤维化治疗中较常见, 其余药物归为其他类。整理后得出结果如表 1 (附后)。中药归经和药味不仅局限于一味药只有一个归经或一种药味, 所以统计中分别为归经 1, 归经 2 等; 药味分为

药味 1, 药味 2 等 (如表 2, 表 3 附后)。对于所用中药药性经统计得出以温性要居多为 603 次、微寒 348 次、性平 347 次、寒 315 次、凉 43 次、大寒 18 次、热药 11 次, 大热药 6 次。

3 讨论

肺间质纤维化根据临床表现中医将其归为“咳嗽”“气短”, 从不同角度分析可将其归为“肺痿”、“肺痹”“络病”等范畴, 以喘息气短、咳嗽咯痰、紫绀、发热为本病主症。中医学认为肺为“华盖, 娇脏”, 易受外邪侵袭, 引起肺气虚损, 气不行血, 以致瘀血内停, 或肺气不足, 气不布津, 聚而成痰, 日久痰瘀互结, 瘀久化热, 内舍肺络以使痰、瘀、热三者相互并见, 错杂为患, 内容于肺, 肺失宣降而发为本病^[1]。

从本统计结果得出中药治疗肺间质纤维化用药频次由高到低分别为补气药、化痰止咳平喘药、活血化瘀药、清热药等。其中很多药物有多方面作用, 如地龙清热息风通络, 平喘的作用, 五味子敛肺气可用于久咳虚喘等。其中有药理研究表明生黄芪、当归可调节免疫功能生黄芪与丹参并有逆转肺、肝纤维化的作用。此外《血证论》指出: “盖人身气道, 不可有壅滞, 内有瘀血, 则阻碍气道, 不得升降, 须知痰水之壅, 由瘀血使然, 但去瘀血, 则痰水自消”^[2]。痰瘀又为阴邪, 凝聚于肺, 耗伤肺气, 促使气喘症状反复发作, 迁延难愈, 这也符合“久病入络”的观点。所以痰瘀既是致病因素, 又是病理产物, 表现主要为气促喘憋, 肢端青紫, 口唇发绀, 胸闷痰多, 舌紫苔薄腻或厚腻, 脉濡涩或结代, 故在肺间质纤维化治疗中又选用活血化瘀药治疗, 如川芎、当归, 桃仁, 丹参等, 具有促进血液循环, 提高血氧含量的功能, 从而改善紫绀症状。归经是药物作用的定位概念, 即表示药物的作用部位, 经络能沟通人体内外表里^[3], 所以药物的归经与疾病定位有着密不可分的联系。从药物归经统计来看, 药物归肺经最多, 其次为脾经及肝经。本病病位在肺, 故如肺经药物居多。临床中用药往往不单纯使用某一经的药物, 李中梓则言: “肺气受伤者, 必求之于脾土”。本结果看出兼用脾经药物“脾气散精”使痰、瘀、热有所化解, 同时“脾为后天之本”使肺有所养而逐渐向愈。

根据药味药性的统计结果得出以甘、苦、辛味为主。甘味药能补、能缓、能和有益、缓急等作用^[3], 故对于肺间质纤

维化用药以补益药为多,而甘味药多属性温。“久病伤气,入络,”肺气亏虚,朝百脉不利,造成气不行津,津血同源,瘀血阻滞,故痰瘀常胶结在一起阻滞脉道,导致肺络不通,肺气上逆患者出现咳喘、咳痰、紫绀等症状,故用药中苦味药可降泄肺气多属性寒,辛味药能散、能行、可行气、行血,“气推血行”“气行津液”使气道通,诸药合用共奏益气活血,化痰平喘的作用。

表1 198味中药使用频次统计

	频率	百分比%	累积百分比%
黄芪	72	4.22	4.22
甘草	62	3.63	7.85
当归	60	3.51	11.36
丹参	59	3.46	14.82
麦冬	53	3.1	17.93
川芎	47	2.75	20.68
沙参	45	2.64	23.32
半夏	40	2.34	25.66
杏仁	37	2.17	27.83
黄芩	36	2.11	29.94
五味子	36	2.11	32.04
桃仁	32	1.87	33.92
茯苓	31	1.82	35.74
桔梗	31	1.82	37.55
川贝母	28	1.64	39.19
苏子	27	1.58	40.77
党参	26	1.52	42.3
瓜蒌	26	1.52	43.82
生地黄	25	1.46	45.28
金银花	24	1.41	46.69
浙贝母	24	1.41	48.1
薏苡仁	23	1.35	49.44
地龙	22	1.29	50.73
太子参	22	1.29	52.02
鱼腥草	21	1.23	53.25
白术	20	1.17	54.42
红花	20	1.17	55.59
桑白皮	20	1.17	56.77
陈皮	19	1.11	57.88
山茱萸	19	1.11	58.99
赤芍	18	1.05	60.04
麻黄	17	1	61.04
其他	665	38.96	100
合计	1707	100	

注:补气药:黄芪、党参、太子参、白术、甘草;补血药:当归;补阴药:麦冬、沙参;收涩药:五味子、山茱萸;化痰止咳平喘药:杏仁、苏子、桑白皮、半夏、桔梗、川贝母、浙贝母、瓜蒌;活血化瘀药:川芎、红花、丹参、桃仁;清热药:黄芩、鱼腥草、金银花、赤芍、生地黄;发散风寒平喘药:麻黄;理气药:陈皮;利水渗湿健脾药:茯苓、薏苡仁;息风止痉药:地龙。

表2 198味中药归经频次统计

归经	归经 1	归经 2	归经 3	归经 4	合计	百分比%
肺	400	537	155		1092	28
脾	314	234	65		613	16
肝	595	3			598	15
心	352	228			580	15
胃	6		211	74	291	7
肾	21	130	97	34	282	7
大肠		72	111	17	200	5
膀胱	1	42	33		76	2
小肠		7	24	40	71	2
胆		53	8	1	62	2
心包		8	47		55	1
三焦			1		1	0
合计					3921	100

表3 198味中药药味频次统计

药味	药味 1	药味 2	药味 3	合计	百分比%
甘	816	107		923	36
苦	264	567	10	841	33
辛	513	4		517	20
咸	48	38	14	100	4
酸	46	41		87	3
淡		64		64	3
涩	2	30		32	1
合计				2564	100

综上,中医学治疗间质纤维化大多采取益气活血,化痰平喘为基本治则。同时中医药以其毒副作用小、不产生耐药性和依赖性、临床作用机制全面等优点^[4],为治疗肺纤维化这一难治性疾病开创了新的治法。越来越受到国内外医学界的重视。肺间质纤维化的治疗是一个长期且困难的过程,本文总结用药规律,以管窥之见作为引玉之砖,希望今后我们在治疗过程中有所帮助。

(本文承蒙新疆医科大学本校高振、徐丹、荆晶同志的审修,谨致谢意!)

参考文献:

- [1]关大宇,焦扬,孙海燕.中医对肺间质纤维化的认识[J].中华中医药学刊,2007,25(5):1000-1001
- [2]杨春华,高振,李凤森等.近10年哮喘患者证候分布规律及所用中药的文献研究[J].江苏中医药,2010,42(7):52-54
- [3]雷载权.中药学[M].上海科学技术出版社,第六版
- [4]刘臻华.中医药防治肺纤维化的研究进展及思考[J].山西中医学院学报,2005,6(4):59-60

作者简介:

杨春华(1980-),通讯作者,女,硕士,主要从事呼吸系统疾病研究。

编号:EA-101013112(修回:2010-12-2)

CT引导下穿刺囊样病变抽吸引流的价值

The value of needle aspiration and drainage cystic lesions by CT guidance

朱兆兴 裴建强 段凤霞 宋宪仁 吕文涛 陈刚

(酒钢集团公司医院医学影像中心, 甘肃 嘉峪关, 735100)

中图分类号: R2-031 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0034-01

【摘要】目的: 探讨CT引导下穿刺囊样病变抽吸引流在临床应用的价值及其可靠性与并发症。方法: 在CT引导下, 利用专用穿刺针/引流针或管, 从体表穿刺到人体器官内的病变区抽吸引流液体(囊液、脓液、积液/积血等)。结果: 进行囊样病变抽吸引流86例, 有效86例, 治愈78例, (治疗)有效率100%、治愈率90.69%。结论: CT引导下穿刺囊样病变抽吸引流, 定位精确, 穿刺安全可靠, 对包裹积液、囊肿、脓肿、血肿等是一种疗效好、副作用小的非手术根治疗法, 治愈率高。

【关键词】 CT引导; 经皮穿刺; 抽吸引流

【Abstract】 Objective: To investigate the value reliability and complications of needle aspiration and drainage cystic lesions in clinical application by CT guidance. Methods: To take the CT guidance, take special needle/needle or tube drainage, human organs from the body surface to puncture the lesion within the suction drainage fluid (cyst fluid, pus, and effusion/hemorrhage). Results: Suction drainage of cystic lesions was 86 cases; the efficiency was 86 cases, curing were 78 cases, (treatment) the efficiency rate for 100%, cure rate for 90.69%. Conclusion: Needle aspiration and drainage cystic lesions in clinical application by CT guidance, has a good effect.

【Keywords】 CT guidance; Percutaneous; Suction drainage

本院2003~2009年进行CT引导下穿刺体内囊样病变抽吸引流治疗86例, 现报告如下:

1 材料与方法

本组86例中, 男53例, 女29例, 平均年龄49.2岁, 最小6岁, 最大75岁。采用飞利浦Brilliance 16 CT扫描机、Cook和Angiomed 12~18G穿刺针、引流针/管以及专用穿刺包与消毒盘(内盛穿刺针、不锈钢刻度尺、量角器等)。术前准备包括术前检查(凝血机制、血常规及心肺功能等)和药物准备(局麻药、无水酒精等)。在CT扫描下确定最佳穿刺点, 严格按无菌操作进行穿刺。确认针尖插入病变内进行抽吸并注射硬化剂或置入引流管。术后一般要观察4~6小时。

2 结果

穿刺治疗肾囊肿52例, 随访(复查)47例无复发, 5例仍有小囊肿; 穿刺治疗胰囊肿6例, 随访(复查)4例无复发, 2例仍有小囊肿出现; 穿刺治疗胸部陈旧包裹性积液13例, 随访(复查)无复发; 穿刺引流腹膜后脓肿2例、肝脓肿2例及背部脓肿1例, 随访(复查)未复发; 穿刺抽吸肾自发性被膜下血肿4例及肝被膜下血肿1例, 随访(复查)未复发; 穿刺抽吸盆腔囊肿5例, 随访(复查), 1例仍有小囊肿出现。

3 讨论

3.1 定位与穿刺

精确定位是基础, 安全有效穿刺是关键。CT能够清楚显示靶区及靶器官的组织结构, 可以准确确定进针途径、角度、深度及穿刺目标。本组86例体会, CT图像定位与病人实体定位存在偏差(可能由于呼吸及患者不自主运动造成), 在确定的体表穿刺点(一般A.B.C点)应进行“铅粒标记扫描”校正, 以肯定体表穿刺点与病灶间的关系。进针速度宜快不宜慢, 第一步应达到病灶边缘, 第二步一般直接进入病灶中心抽吸液体(脓液、囊液、血肿液化、积液等)或置引流管。

3.2 穿刺引流的价值

本组穿刺抽吸胰肾囊肿52例、胰囊肿6例、陈旧包裹性

积液13例(抽吸后注入无水酒精)及盆腔囊肿5例, 引流腹膜后脓肿2例、肝脓肿2例及背部脓肿1例, 抽吸肾自发性被膜下血肿4例及肝被膜下血肿1例, 观察6月、12月不等, 有5例肾囊肿、2例胰囊肿及1例盆腔囊肿又出现小囊肿, 86例囊性病变治愈78例, 显效8例。囊肿病变抽吸后是否复发主要取决于两个因素, 其一是抽吸液体是否完全, 囊肿病变内的液体能否完全抽吸或引流, 与定位、选择的穿刺点及引流位置直接相关; 其二是根据抽吸液体的性质所注射的介质(无水酒精、凝胶等硬化剂), 如果抽吸后没有注射硬化剂, 囊肿病变容易复发。

3.3 并发症分析

胸部穿刺最常见的并发症是气胸, 其次是出血, 文献报告其发生率为30~60%。本组胸穿13例, 发生气胸1例, 未处理自行吸收, 发生率为7.69%, 1例痰中带血3天, 发生率为7.69%; 腹部穿刺最常见的并发症是出血, 本组腹部、盆腔及背部穿刺73例, 2例肝穿后CT显示局部有小血肿未进行处理, 4例肾穿局部出血, 量小未行处理, 其发生率为8.29%, 文献报告腹穿并发症为11~17%。对穿刺适应症严格掌握和正确熟练的穿刺是减少并发症的关键。

CT引导下穿刺囊样病变抽吸引流, 定位精确, 穿刺安全可靠, 对包裹积液、囊肿、脓肿、血肿等是一种疗效好、副作用小的非手术根治疗法, 治愈率高。

参考文献:

- [1] Bean WJ. renal cysts treatment with alcohol. Radiology, 1981, 138: 329
- [2] 郭启勇. 介入放射学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000, 34
- [3] 李春平, 周燕发, 兰鹰等. 肺内结节CT导向穿刺活检的精确性和安全性[J]. 实用放射学杂志, 1989, 14: 205
- [4] 孙殿敬, 张培功, 秦东京等. CT引导下肝囊肿硬化剂治疗[J]. 临床放射学杂志, 2000, 19: 258

编号: ER-10112300 (修回: 2010-12-10)

慢性萎缩性胃炎的中医辨证论治

TCM in differentiation of chronic atrophic gastritis

郭明娥

(山东省招远市张星镇宋家卫生院, 山东 招远, 265400)

中图分类号: R573.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0035-01 证型: IDGA

【摘要】 目的: 探讨中医辨证论治在治疗慢性萎缩性胃炎中的临床应用。方法: 将患者分为肝胃不和证、脾胃虚弱证、胃阴亏损证、气滞血瘀、郁热证 5 型施治。结果: 据此结合辨证分析、综合治疗, 均取得很好的疗效。结论: 中医辨证论治治疗慢性萎缩性胃炎有较好的疗效。

【关键词】 慢性萎缩性胃炎; 辨证论治; 中医

【Abstract】 Objective: To investigate the clinical application of treating chronic atrophic gastritis by TCM in differentiation. Methods: Divide them into disharmony of liver and certificates, weak stomach card, card loss of stomach yin, qi stagnation, yu-heat syndrome. Results: Plus the analysis in differentiation, combination therapy, gets a good effect. Conclusion: TCM in differentiation treating chronic atrophic gastritis has a good effect.

【Keywords】 Chronic atrophic gastritis; Treatment in differentiation; TCM

1 病因病机特点

中医认为慢性萎缩性胃炎是因感受外邪、饮食不当、情绪失调、脾胃虚弱引起的。脾胃主管饮食消化、营养吸收, 起着维持人体气息升降的作用, 当脾胃虚弱后就会出现食欲减退、气息瘀滞等一系列萎缩性胃炎的症状。辨证论治是中医的特色, 就是根据病人个体化的情况, 针对选择不同的治疗方法。

2 辨证分型与治疗

2.1 肝胃不和证

症见胃脘胸胁胀闷或胀痛, 情志抑郁或烦躁易怒, 嗝气, 呃逆, 苔薄白或薄黄, 脉弦。治法: 疏肝理气和胃。

方药: 柴胡疏肝散加减, 柴胡 10g, 木香 10g, 香附 10g, 陈皮 10g, 枳实 10g, 莪术 10g, 姜黄 10g, 白芍 15g, 半夏 15g, 党参 15g, 白术 10g, 元胡 10g, 甘草 6g。

2.2 脾胃虚弱证

症见胃脘胀闷或疼痛, 嗝气, 呃逆, 食欲不振, 精神不振, 身倦乏力, 气短懒言, 苔薄白或白腻, 脉弦缓或虚弦。治法: 健脾理气和胃。

方药: 六君子汤加味, 黄芪 15g, 白术 10g, 党参 15g, 茯苓 15g, 半夏 10g, 陈皮 10g, 木香 10g, 枳实 10g, 莪术 10g, 元胡 10g, 炒莱菔子 15g, 白芍 15g, 厚朴 10g, 姜黄 10g, 甘草 6g。

2.3 胃阴亏损证

症见胃脘胀闷、疼痛、嗝气、呃逆、口干, 饥不欲食, 大便干结, 舌质红, 少苔或中有裂纹, 脉弦细数。治法: 养阴理气和胃。

方药: 养胃汤加减, 石斛 15g, 玉竹 15g, 白芍 15g, 沙参 15g, 元胡 10g, 莪术 10g, 木香 10g, 陈皮 10g, 枳壳 10g, 丹参 15g, 黄连 10g, 黄芩 10g, 甘草 6g。

2.4 气滞血瘀证

症见胃脘胀闷疼痛, 痛势较剧, 痛有定处, 拒按, 舌紫暗或有瘀点、瘀血, 苔薄润, 脉弦涩。治法: 健脾理气活血。方药: 党参 15g, 焦白术 10g, 姜黄 10g, 莪术 10g, 元胡 10g, 三七 6g, 枳实 10g, 木香 10g, 陈皮 10g, 白芍 15g, 厚朴 10g, 甘草 6g。

2.5 郁热证

症见胃脘胀痛, 嗝气, 呃逆, 嘈杂, 口干口苦, 大便秘结, 烦躁易怒, 舌红, 苔黄, 脉弦数。治法: 清热理气和胃。

方药: 半夏 15g, 黄连 10g, 黄芩 10g, 蒲公英 30g, 丹参 15g, 枳实 10g, 陈皮 10g, 元胡 10g, 厚朴 10g, 白芍 15g, 栀子 10g, 吴茱萸 2g, 姜黄 10g, 甘草 6g。

3 辨治要点

本病的治疗健脾、养阴、理气、活血、清热和胃, 和胃加重理气, 扶正不忘化瘀^[1]。脾虚者选用党参、黄芪、焦白术、山药, 胃阴虚者选用沙参、玉竹、石斛、白芍, 肝胃郁热者选用黄连、黄芩、栀子、蒲公英。

参考文献:

[1]李进兰.慢性萎缩性胃炎治疗经验谈[J].中国医学杂志,2008,20(3):36

编号: EA-101021155 (修回: 2010-11-30)

52例小儿腮腺炎中医治疗分析

A analysis of treating 52 cases of mumps in children in TCM

郭生明

(山西省忻州市妇幼保健院, 山西 忻州, 034000)

中图分类号: R373.1+6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2010)23-0036-01 证型: IDBG

【摘要】目的: 观察中医治疗小儿腮腺炎的疗效。方法: 52例小儿流行性腮腺炎患者按性别分组治疗并跟踪观察。结果: 52例小儿腮腺炎患者服药2~6剂后痊愈, 占总病历的84.5%, 服药9剂以上有8例, 占总数的15.5%。结论: 中医治疗小儿流行性腮腺炎的疗效可靠、病程短、并发症少。

【关键词】 中医辨证治疗; 小儿腮腺炎; 病例分析

【Abstract】 Objective: To observe the effect on treating mumps in children in TCM. Methods: 52 cases of mumps in children are divide according gender and follow-up observations. Results: 52 cases of mumps in children have cure after 2~6 drug, 84.5%, after 9 drugs are 8 cases, 15.5%. Conclusion: The effect of treating mumps in children in TCM is safe, treatment short and fewer complications.

【Keywords】 Treatment in differentiation; Mumps in children; Analysis of case

流行性腮腺炎是冬、春季小儿的常见和多发病。中医也称“痄腮”、“温毒”、“发颐”、“大头瘟”、“蛤蟆瘟”等。是由流行性腮腺炎病毒引起的急性呼吸道传染病。病毒存在于病人的唾液中, 主要通过飞沫传染给他人。一年四季均有发病, 以春夏季多见。由于传染性强, 因此常在幼儿园小学里流行, 患过本病可以终身免疫。

1 临床资料统计

1.1 一般资料: 选择2009年1月至5月治疗的52例年龄在3~11岁之间的小儿流行性腮腺炎患者, 并将这52例小儿流行性腮腺炎患者的病历首先按性别分组: 其中男孩患者29例, 女孩患者23例, 二者之比大约为1.2:1, 无显著差异。再按患儿的年龄分组: 3~7岁患儿42例占总数的80.8%。3~5月份是腮腺炎发病的高发期, 在统计的52例腮腺炎患儿中, 有47例发病时间在3~5月份, 占总数的90.4%。

1.2 症状表现: 单侧或双侧腮腺肿大2~4cm者为轻型; 单侧或双侧腮腺肿大5~8cm者为中型双侧腮腺肿胀波及颌下肿大致使左右相连者称为重型。

1.3 诊断标准: 参考《中医病症诊疗标准与方剂选用》进行诊断。52例病例均做血常规、尿淀粉酶检查。

2 治疗方法及疗效

以内服中药为主, 外施药物为辅。患儿初发病时即刻正确用药, 其中44例服药2~6剂后痊愈, 占总病历的84.5%, 服药9剂以上有8例, 占总数的15.5%。辨证施治: 根据发病的循经部位感温毒之邪的轻重分为“痄腮”、“发颐”、“时毒”、“和“并发”四种类型。方剂用荆防败毒散、小柴胡加石膏汤、普济消毒饮、柴葛解毒汤加减。常用药物组成主要有: 板蓝根、连翘、金银花、蒲公英、元参、柴胡、黄芩、半夏、石膏、葛根、蝉衣、夏虫、桔根等。要根据小儿体质的不同, 临床症状表现各异, 审时伍用。以“轻可去实又轻而扬之”的原则, 掌握剂量, 以免寒凉之剂伤及正气致留弊作俦。配方要随证化裁, 正确配用一些外敷药物可缩短用药时间, 促病早愈。常用仙人掌、冰片、或赤小豆、鸡蛋清调膏外敷。

3 病因分析

3.1 客观因素: 2009年流行性腮腺炎属于散发流行, 由于2008年冬季和2009年春降水稀少, 气候干燥, 冬季偏温, 未至而至。入春后应温反黄, 至而未至。使温热时毒晚发, 出现了3~5月份较大散发流行。

3.2 人为因素

患儿独生子女者为多, 父母多于溺爱, 缺乏锻炼, 调护失当, 或平素多食肥甘, 偏嗜少菜, 内伤脾胃, 化源受损, 致使气血不足, 赏虚卫弱, 腠理不容, 肺卫功能降低, 易感毒邪, 发为本病。

4 讨论

流行性腮腺炎是由腮腺炎病毒所引起的急性传染病。临床特征为腮腺非化脓性肿痛伴有发热及全身不适。该病毒除侵犯腮腺之外, 还可侵犯神经系统和其它腺体。常见并发症有脑膜炎、睾丸炎、附睾炎、急性胰腺炎等。

感染腮腺炎病毒后一般2~3个星期的潜伏期才出现症状。病初起时会有1~2天的低热, 头痛, 呕吐以及全身不适症状, 继之出现一侧或两侧的耳下腮腺肿胀, 疼痛, 皮肤表面有发热和弹性感, 但局部不红也不会化脓。发病部位的循行看, 足少阳胆经, 足阳明胃经, 均上行头、面、颊、颐、颈部, 依其多血多气与多气少血之不同, 染毒后临床表现不同。痄腮多偏于少阳, 其与阴经相表里, 邪毒循经下行, 可致睾丸肿大。“发颐”、“时毒”多偏重于阳明, 致气血雍滞而成硬核, 久则营热肉腐, 渐趋溃烂, 而无睾丸受累, 故应正确辨证施治。用药要按归经选用。如连翘能治手足少阳, 手阳明三经合分之热, 为疮家圣药。元参能利咽喉、通血滞、消肿毒、散颈下结核, 滋阴降火, 二者合用, 相得益彰。蒲公英入阳明、太阳经, 清热解毒, 消肿核有良效, 葛根是阳明经药, 本病用之解肌发腠理, 又轻扬发散除时毒, 谓“轻可去实”。因而诸药因病、因时、因人而施, 不多赘述。立方遣药需“热淫于内, 治以咸熏, 佐以甘苦”。另外腮腺炎流行时, 易感儿童要作好预防, 平素适当锻炼, 纠正偏嗜, 早发现早治疗。防止传播流行, 保证儿童健康。

参考文献:

- [1]张玉英. 小儿流行性腮腺炎的中医治疗及加强护理疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(6): 759
- [2]朱国龙. 中西医结合治疗小儿流行性腮腺炎疗效观察[J]. 河北中医, 1999, 06

作者简介:

郭生明 (1960-), 男, 汉族, 山西省忻州市偏关县人, 本科学历, 中医主治医师, 单位: 山西省忻州市妇幼保健院; 主要从事研究方向: 中医、妇科及儿科。

编号: ER-10110302 (修回: 2010-11-29)

彩色多普勒检测肠系膜上动脉血流动力学改变评价腹膜超滤功能

Colored doppler examines on hemodynamic changes of the Superior Mesenteric Artery appraise peritoneal ultrafiltration function

韩卓

(沈阳市红十字会医院, 辽宁 沈阳, 110013)

中图分类号: R-331 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0037-01

【摘要】 目的: 应用彩色多普勒检测肠系膜上动脉血流动力学指标, 评价腹膜透析患者的腹膜超滤功能。方法: 对我院2006年10月~2010年4月70例正在进行腹膜透析的患者(其中A组40例患者腹膜透析时间少于1年, B组30例患者腹膜透析时间超过一年)检测肠系膜上动脉的血流动力学指标, 并进行回顾性分析研究。结果: 分别检测肠系膜上动脉的血流动力学指标, 包括血管内径(D)、收缩期峰速(PSV)、舒张末期速度(EDV)、搏动指数(PI)、阻力指数(RI)、血流量(Q)。结果发现, 腹膜透析时间越长, SMA的PI、RI越低, 腹膜超滤量就越低, 间接反应出腹膜超滤功能降低。结论: 彩超对SMA血流动力学检测无痛苦、可反复操作, 对临床上评价腹膜透析患者的腹膜超滤功能提供参考。

【关键词】 肠系膜上动脉; 腹膜透析; 腹膜超滤功能

【Abstract】 Objective: Applies colored doppler to examine on hemodynamic targets of the superior mesentery artery, appraise peritoneal dialysis patient's peritoneum ultrafilters the function. Methods: To my hospital in the October, 2006~April, 2010, 70 patients, who carries on the peritoneal dialysis (A group of 40 example patient peritoneal dialysis time is short in 1 year, B group of 30 example patient peritoneal dialysis time surpasses for one year) examine on hemodynamic targets of the superior mesentery artery, and conducts the review analytical study. Results: Examine on hemodynamic targets of the superior mesentery artery, including diameter(D), the peak systolic velocity (PSV), the end-diastolic velocity (EDV), pulsatility index (PI), resistance index (RI), blood flow (Q). The result discovers, Peritoneal dialysis time longer, PI, RI of the SMA is lower, peritoneal ultrafiltration volume is reduce, and reduce peritoneal ultrafiltration function indirectly. Conclusion: Colored doppler examination on hemodynamic changes of the superior mesentery artery is painless, and may operate repeatedly. Provide refers to appraisal the peritoneal dialysis patient's peritoneum to clinical on ultra to filter function.

【Keywords】 Superior mesenteric artery; Peritonwal dialysis; Peritoneal ultrafiltration function

肠系膜上动脉(Superior Messenteric Artery, SMA)是由腹主动脉发出向前走形, 供给部分十二指肠、全部小肠和右半结肠^[1], 并承担部分脏层腹膜的血液供应。因此, 通过对SMA血流动力学量, 可以间接反应出腹膜微循环的状况, 为临床需要腹膜透析(Peritoneal Dialysis, PD)的患者评价腹膜超滤功能提供参考数据。

1 资料与方法

本院自2006年10月~2010年4月70例正在进行腹膜透析的患者(其中A组40例患者腹膜透析时间少于1年, B组30例患者腹膜透析时间超过一年)检测肠系膜上动脉的血

流动力学指标, 其中男性18例, 女性32例。最小年龄32岁, 最大年龄71岁, 平均年龄59.5岁。仪器采用Philips iu 22超声诊断仪, 频率3.5MHZ。嘱患者空腹12小时以上, 患者分别取平卧位扫查, 沿腹主动脉长轴扫查, 在SMA的起始部1.0cm以内测量SMA的内径(D)、收缩期峰值速度(PSV)、舒张末期速度(EDV)、阻力指数(RI)、搏动指数(PI)、血流量(Q)。

2 结果

应用彩色多普勒超声诊断仪对A、B两组患者的SMA血流动力学指标进行测量记录, 并与SMA正常参数值对比分析, 见表1。

表1 A、B两组SMA指标与正常指标对比

组别	D (mm)	PSV (m/s)	EDV (m/s)	PI	RI	Q (ml)
A	6.1~7.2	0.9~1.5	0.12~0.20	2.4~3.2	0.82~0.94	330~540
B	5.9~6.9	1.0~1.4	0.18~0.26	1.9~2.5	0.76~0.83	423~690
正常值	6.0~7.1	0.9~1.4	0.1~0.15	2.6~3.1	0.87~0.91	358~450

A组腹膜透析时间少于1年的患者D、PSV、EDV无明显改变, Q略增加, PI、RI略减低。B组腹膜透析时间超过1年的患者D、PSV无明显改变, EDV、Q略增加, PI、RI明显减低。临床上证实B组较A组腹膜超滤膜量及超滤功能明显降低。结果发现, 腹膜透析时间越长, SMA的PI、RI越低, 腹膜超滤量就越低, 间接反应出腹膜超滤功能降低。

3 讨论

PD在临床应用越来越普及实用, 而长期PD会给腹膜结构功能及腹膜血管的血流动力学指标带来影响, 从而影响腹膜的超滤功能。腹膜超滤量是衡量腹膜超滤功能的重要指标, 有研究表明, 长期透析液的应用可造成腹膜毛细血管大量增生, 即

腹膜血管化, 这与腹膜的超滤量负相关。由于腹膜血管化, 导致血管床开放增多, 腹膜血管的阻力降低。而SMA正是承担了部分腹膜的血液供应, SMA阻力指数、搏动指数越低, 腹膜超滤量明显降低。因此, 通过测量SMA的血流动力学指标, 估测腹膜血管化程度, 为临床评价腹膜超滤功能起到重要的参考指标。

参考文献:

[1]Qantar MI, Read AE, Skidmore R, et al. Transcutaneous Doppler ultrasound measurement of superior mesenteric artery blood flow in man. GUT. 1986;27:100-105

编号: EA-100713896 (修回: 2010-11-30)

毒蕈中毒临床救治分析

Analysis of clinical treatment of mushroom poisoning

杨 梅

(河南省平顶山市第一人民医院, 河南 平顶山, 467021)

中图分类号: R595 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0038-02

【摘要】 毒蕈中毒是临床常见的植物性毒素引起的急性中毒之一。全部患者均首先出现急性胃肠炎症状, 继之出现肝、肾功能受损害及神经精神症状等。目前对急性毒蕈中毒的治疗, 无特异解毒剂, 只能给与对症支持治疗。

【关键词】 毒蕈; 中毒; 救治

【Abstract】 Mushroom poisoning is common clinical one of acute poisoning as plant toxin. All patients first symptoms is acute gastroenteritis, second symptoms is liver, kidney functional damage and neuropsychiatric symptoms. At present treatment of mushroom poisoning have not specific antidote, only give symptomatic and supportive treatment.

【Keywords】 Mushroom; Poisoning; Treatment

毒蕈中毒是临床常见的植物性毒素引起的急性中毒之一。我国目前已发现有有毒蕈190多种, 食用后能致死的达30多种^[1]。现就我院近年来收治的急性毒蕈中毒16例临床救治体会分析报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者男11例, 女5例。其中儿童4例, 成人12例, 均在食用毒蕈后0.5h~3.5h后引起发病, 治愈14例, 死亡2例。

1.2 临床表现

全部患者均首先出现急性胃肠炎症状, 继之出现肝、肾功能受损害及神经精神症状等。表现为少尿或无尿4例, 恶心、呕吐14例、腹痛、腹泻、带血的水样便6例, 流涎、大汗淋漓、肌颤、瞳孔缩小、流泪, 心率缓慢等症状7例, 出现肝肿大、黄疸1例, 谵妄、烦躁不安、呼吸麻痹而死亡2例。

1.3 治疗措施

患者就诊后, 接诊医师详细问诊, 结合有食用毒蕈的病史及临床表现, 明确诊断后, 立即给予催吐、清水反复洗胃、导泻、灌肠等方法以迅速、彻底清除尚未吸收的毒物, 根据轻重, 采用阿托品0.5~1mg皮下注射, 每0.5h至6h一次, 必要时可加大剂量或改用静脉注射, 给予对症与支持治疗, 积极纠正脱水、酸中毒及电解质紊乱; 并给予保护肝脏, 增强肝脏解毒作用, 应用大量维生素C等措施, 对有精神症状或有惊厥者给予镇静或抗惊厥治疗。重症者给予血液净化治疗。

2 结果

本组患者, 经全力救治, 治愈14例, 2例因服用野生毒蘑菇量多, 发病后按普通型急性胃肠炎治疗2~3天后才就诊, 且就诊时已出现肝、肾、心肌、中枢神经系统等多器官功能损害, 出现呼吸肌麻痹, 经抢救无效而死亡。

3 讨论

蕈俗称蘑菇。毒蕈种类繁多, 不同类型的毒蘑菇含有不同

的有毒成分, 一种毒蘑菇也可含有多种毒素, 而有时多种毒蘑菇可含一种毒素^[2]。不同毒素的毒性和毒理作用各不相同, 主要有毒蕈碱、类阿托品样毒素、溶血毒素、肝毒素、神经毒素等。毒素成分为含有数个氨基酸的多肽, 属中分子物质, 易溶于水, 耐一般烹调高温。中毒机理可能是: 毒肽进入机体后与肝肾等靶器官中的RNA聚合酶结合, 阻碍RNA的合成, 导致细胞坏死。

毒蕈碱是一种与乙酰胆碱相类似的生物碱, 毒性极强, 具有刺激兴奋节后胆碱能神经的毒作用, 与阿托品有相互拮抗作用; 类阿托品样毒素的毒作用与毒蕈碱相反, 表现与使用阿托品过量中毒相似; 溶血毒素主要毒作用为使红细胞溶解而致溶血; 肝毒素毒性极强, 可毒害肝、肾、心、脑等重要脏器, 尤其对肝脏损害最大, 造成急性肝坏死; 神经毒素主要侵害神经系统出现神经精神症状^[3]。

本组病例, 中毒后症状表现均有不同程度的毒蕈碱中毒症状, 表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻、流涎、肌颤、瞳孔缩小、流泪等。阿托品的作用机制为竞争性拮抗乙酰胆碱或胆碱受体激动药对M胆碱受体的激动作用, 抑制腺体分泌、扩大瞳孔、调节麻痹、解除胃肠痉挛, 有效控制毒蕈碱中毒症状, 根据病情轻重可加大剂量。本组患者死亡2例, 其中1例成人, 是由于发病当初误诊为普通型急性胃肠炎, 延误了抢救时间, 就诊时间过晚, 错过洗胃时机, 最终合并多脏器功能衰竭、呼吸肌麻痹而死亡。1例患者为4岁儿童, 食用过量毒蕈, 再加上小儿抵抗力弱, 病情变化快, 农村基层医师接诊时对毒蕈中毒救治措施不当, 当初误诊为一般腹泻病, 最终死于多脏器功能衰竭。

笔者在此总结临床救治经验, 仅供同仁参考: ①因蘑菇中毒的潜伏期较长, 且部分蘑菇中毒的症状一旦出现就会迅速恶化, 所以进食可疑有毒蘑菇后要及时到医院就诊。对曾进食可疑有毒蘑菇的患者, 接诊大夫不能麻痹, 应尽快求助专业机构, 判定蘑菇种类以利救治。②一旦中毒, 应尽快促使毒物排出。进食后要尽快催吐, 就诊后要尽快给予洗胃、导泻、灌肠等治疗, 重症患者可以到有条件的医院行血液净化治疗。③对于神

经精神型中毒患者。可根据病情轻重,采用阿托品 0.5~1mg 皮下注射,每半小时至 6 小时 1 次。必要时可加大剂量或改用静脉注射。④对于溶血型毒蕈毒及其他重症中毒病例,特别是有中毒性心肌炎,中毒性脑炎、严重肝损害及有出血倾向的病例可给与肾上腺皮质激素应用。⑤对各型中毒的肠胃炎型症状,应积极纠正脱水,酸中毒及电解质紊乱。对有肝、肾损害者应给予保肝、护肾支持治疗。对有精神症状或有惊厥者应予镇静或抗惊厥治疗,并可试用脱水剂。

总之,目前对急性毒蕈中毒的治疗,无特异解毒剂,只能给与对症支持治疗。为此,加强宣教和预防中毒尤为重要,不提倡食用野生蘑菇,没有采蘑菇经验的大人和小孩,切勿随意采摘。以防中毒的发生,即便是食用市售蘑菇,如发现异样者应挑除。食用蘑菇时,一定要严格按照蘑菇的食用方法烹调和

就餐。在此笔者同时提醒乡村医生,患者食用野蘑菇后出现腹泻症状,要高度警惕是急性野蘑菇中毒,且莫认为是一般胃炎,应及时给与洗胃、导泻对症支持治疗,必要时给予血液透析,乡村无条件者,尽快到有条件的医院就诊,以免因此而危及生命。

参考文献:

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2005:844-846
- [2]聂振明,孟昭全.实用危重病监护与急救[M].上海:第二军医大学出版社,2005:751-752
- [3]王一镗,李德馨,林桂芳等.实用急诊医学[M].江苏科学技术出版社,1992, 623-624

编号:EA-101009100(修回:2010-12-1)

声频共振治疗突发性聋的疗效观察

Effective observation on treating sudden deafness by acoustic resonance

李冬枝

(河南省郑州市中心医院,河南 郑州,450007)

中图分类号:R322.9+2 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)23-0039-02 证型:ADI

【摘要】目的:观察声频共振治疗突发性聋的疗效。方法:120 例突发性聋患者随机分为 2 组,每组 60 例。治疗组和对照组均采用相同的扩血管、营养神经、改善微循环药物治疗;治疗组加用患耳声频共振治疗。结果:2 组患者治疗后耳聋症状均有改善,治疗组总有效率 93.33%(56/60),对照组总有效率 78.33%(47/60),治疗组与对照组相比,有效率显著提高,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:声频共振治疗突发性聋疗效显著、安全可靠、操作简单、无创、无毒副作用、老少皆宜。

【关键词】声频共振治疗;突发性聋;疗效观察

【Abstract】 Objective: To observe effects of treating sudden deafness by scoustic resonance. Methods: 120 patients with sudden deafness randomly divide them into treatment group 60 cases and control group 60 cases, taking vasodilator, neurotrophic, drugs to improve microcirculation therapy in treatment group and control group; plus scoustic resonance therapy in treatment group. Results: The total efficiency rate for 93.33% (56/60) in treatment group, the efficiency rate for 78.33% (47/60) in control group, to compare the treatment group and control group, significantly improve efficiency, there were significant differences ($P<0.05$). Conclusion: Treating sudden deafness by scoustic resonance has a good effect.

【Keywords】 Scoustic resonance therapy; Sudden deafness; Effective observation

突发性聋是指突然发生的,可在数分钟、数小时或三天以内,原因不明的感音神经性听力损失,至少在相连的 2 个频率听力下降大于 20dB 以上。其病因及发病机制尚未明确。多倾向于病毒感染、微循环紊乱、免疫因素等造成。

对突发性聋的治疗是否及时、合理,关系到患者的听力恢复程度,治疗越早越好。我科自 2009 年 1 月~2010 年 1 月对突发性聋患者采用 CZT-8F 声频共振耳聋治疗机治疗取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料与方法

1.1 一般情况

120 例患者入院后行常规检查,所有病例肝、肾功能正常,并排除自身免疫性疾病,常规行颞骨 CT 或 MRI 检查排除器质

性病变。均符合 2005 年济南会议制定的突发性聋诊断标准^[1]。120 例患者随机分为 2 组,声频共振治疗组 60 例:男,32 例,女,28 例;年龄 18~65 岁,平均 52.2 岁;病程 1 小时~15 天;左耳 32 例,右耳 28 例;伴耳鸣者 48 例,伴眩晕者 19 例。对照组 60 例:男,31 例,女,29 例;年龄 19~68 岁,平均 53.6 岁;病程 2 小时~14 天;左耳 34 例,右耳 26 例;伴耳鸣者 45 例,伴眩晕者 16 例。

治疗组与对照组 120 例患者均为单耳听力损伤,两组病人在年龄、性别和病程等方面组间比较,差异无显著性(>0.05),具有可比性。

1.2 治疗方法

两组 120 例患者均予以静脉点滴甲硫酸维生素 B₁ 针 0.2g,银杏达莫针 30ml 1 次/日,14 天一疗程;静脉点滴地塞米松针

10mg 1次/日,三天后改为5mg 1次/日连用三天后停药。治疗组加用CZT-8F声频共振耳聋治疗机治疗患耳:患耳灌注2ml(2%利多卡因液1ml+维生素B₁₂针1ml)后,将声频共振治疗头放入患耳,选择穴位并固定导电片,调升低频生物电强度,进行治疗;1次/日,每次25分钟,14天为一疗程。个别病人可根据情况和疗效加用1个疗程。7天及14天后复查纯音测听,观察比较2组患者的疗效。

1.3 疗效评价

病人治疗前后均由同一位听力师在同一隔音检查室、同一纯音听力仪检查,两组听力损失均以250-4000HZ的平均听阈为准进行分类,以临床耳聋症状改善程度和纯音测听结果作为疗效评价的主要依据。

疗效分级标准依据2005年济南会议,中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会、中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会制

定的突发性聋的疗效分级标准^[1]:

痊愈:受损频率听阈恢复至正常,或达健耳水平,或达此次患病前水平。

显效:受损频率平均听力提高30dB以上。

有效:受损频率平均听力提高15~30dB以上。

无效:受损频率平均听力改善不足15dB。

1.4 统计学分析

数据变量采用t检验,分类变量资料采用卡方检验,所有资料均采用SPSS10.0软件进行统计学处理。

2 结果

治疗七天后声频共振治疗组与对照组听力恢复情况见表1。治疗一个疗程后声频共振治疗组与对照组听力恢复情况见表2。

表1 2组突发性聋患者治疗七天后听力恢复情况比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	60	4(6.67)	17(28.33)	22(36.67)	17(28.33)	43(71.67)
对照组	60	1(1.67)	4(6.67)	22(36.67)	33(55.00)	27(45.01)

注:与对照组相比P<0.05。

表2 2组突发性聋患者治疗一个疗程后听力恢复情况比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	60	12(20.00)	27(45.01)	17(28.33)	4(8.33)	56(93.33)
对照组	60	6(10.00)	14(23.33)	27(45.01)	13(21.67)	47(78.33)

注:与对照组相比P<0.05。

3 讨论

突发性聋是指突然发生的,可在数分钟、数小时或三天以内,原因不明的非波动性感音神经性听力损失,可为轻中或重度,甚至全聋,至少在相连的2个频率听力下降大于20dB以上,多为单侧,偶有双侧或先后发生;可伴有耳鸣、耳堵塞感,眩晕、恶心、呕吐,但不反复发作;除第八脑神经外,无其他颅神经受损症状。突发性聋大多数病因不明,可为多种不同病因所引起,多倾向于病毒感染、微循环紊乱、免疫因素等造成。对突发性聋的治疗是否及时、合理,关系到患者的听力恢复程度,治疗越早越好。

治疗上应针对不同病因进行相应的早期综合治疗;并采用扩血管、营养神经、改善微循环、糖皮质激素、抗凝等治疗。我科采用CZT-8F声频共振耳聋治疗机,治疗突发性聋取得了很好疗效。CZT-8F声频共振治疗机是最新一代耳病治疗仪器,采用全新声频共振发生器,叠加立体共振治疗机理。由声、频、热、电、磁、微细按摩等自然物理治疗因子同步叠加作用于病灶,形成声频共振、理化叠加的立体效应。

由于多种因子的协同交互作用,能使耳蜗内微毛细血管循环加快,炎症消失,恢复听力;声频叠加共振的声、频、热、电、磁、细胞按摩立体效应,能很快使角质层软化,增强生物膜弥散过程促进物质交换,同时还会使组织内酸碱度发生改

变,pH值向碱性方面变化;声频叠加的温热效应可增强血液循环,加强代谢,改善局部组织营养,增强组织活力,降低肌肉和结缔组织张力;微细按摩作用能使机体细胞组织的压力和张力发生变化,使细胞与细胞之间产生摩擦而形成能量,提高细胞的代谢功能,增强细胞活力,改善血液和淋巴液的循环,提高组织的再生能力,并可使药物易于透过细胞膜进入细胞内。

总之,CZT-8F声频共振治疗机,具有显著的促进局部的血液循环和淋巴回流的作用,使小动脉、毛细血管、淋巴管扩张,血流加快,内耳血氧含量提高,增强血氧的有效弥散,恢复耳蜗的血氧供应,促进内耳毛细胞及神经末梢功能的恢复。因此对突发性聋是一种较理想、安全、操作简单、无创、无痛、无毒副作用、老少皆宜的治疗方法,值得临床进行推广。

参考文献:

[1]中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会.突发性聋的诊断依据和疗效分级标准(2005年济南会议)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,41(8):569

作者简介:

李冬枝,女,郑州市中心医院副主任医师。

编号:EA-101024175(修回:2010-11-30)

支气管哮喘实验动物模型的研究现状与思考

A study research on experimental animal models of asthma

田金娜 李建保

(成都中医药大学附属医院, 四川 成都, 610072)

中图分类号: R-332 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 23-0041-02 **证型:** GDA

【摘要】 支气管哮喘是一种气道慢性炎症性疾病, 随着人类支气管哮喘病因、发病机制研究的不断完善, 相信会探索出一种更适合支气管哮喘研究的实验模型。

【关键词】 支气管哮喘; 动物模型; 研究现状

【Abstract】 Bronchial asthma is a chronic airway inflammatory disease, with a result of human bronchial asthma, pathogenic mechanism of continuous improvement, believe it will explore a more suitable experimental model of bronchial asthma.

【Keywords】 Bronchial asthma; Animal models; Research

支气管哮喘是一种气道慢性炎症性疾病, 这种慢性炎症进而可引起组织损伤及后续的组织结构改变即气道重塑。目前支气管哮喘的发病率和死亡率在全球范围内逐年增长, 引起了各国医学科研工作者的重视, 各种支气管哮喘动物实验模型也随之应运而生。现将近年来有关支气管哮喘动物模型制作的研究状况及存在问题进行探讨。

1 实验动物的选择

动物实验研究所复制的哮喘模型的科学价值取决于所选用的实验动物品种、品系及其遗传、健康背景, 这其中必然涉及到比较病理学。从目前的研究可以看出, 最初国内外首选较易致敏的豚鼠, 但缺点之处在于豚鼠个体反应差异大, 对于致敏原或不反应或明显反应甚至死亡。近年来, 用大鼠制作哮喘动物模型的技术日见成熟。Brown Norway 大鼠以国外常用, 国内则以 Wistar 大鼠、Sprague Dawley 大鼠为主。随着实验技术和检测手段的改进, 小鼠如 BALB/c 小鼠、C57BL/6 小鼠已经成为国外用来研究支气管哮喘的较为常用的动物。

有学者研究发现不同品系的鼠类对致敏原的反应有差异。Hylkema 等^[1]报道用卵蛋白 (OVA) 分别致敏 Brown Norway 大鼠和 Sprague Dawley 大鼠, 结果发现 Brown Norway 大鼠中 Th2 细胞对 OVA 反应较 Sprague Dawley 大鼠显著, 而且 Brown Norway 大鼠中血管细胞黏附分子 1 (VCAM-1) 表达上调, 而 Sprague Dawley 大鼠中无明显变化。有研究还发现 BALB/c 小鼠对致敏原较易产生气道高反应, 而 C57BL/6 小鼠则不易产生气道高反应^[2]。

此外, 性别差异、品系间身体长度和胸围不同等, 可能导致炎症反应程度不同, 或致敏原或粉尘微粒在支气管树上沉积的部位不同, 致使致敏反应不同, 最终得出的支气管哮喘动物模型也各异^[3-4], 这种研究为支气管哮喘动物模型的选择提供了新的思路。

2 实验造模方法

根据支气管哮喘的病理生理基础, 模型应以慢性气道变应性炎症为标准。近年来, 随着对支气管哮喘发病机制的广泛研究, 各种病因所致的哮喘动物模型日益发展起来。其中致敏原诱发的哮喘模型是最常应用的方法。研究表明致敏原在支气管哮喘发生和发展过程中占重要地位, 主要以吸入方式为主。用

于制作过敏性支气管哮喘动物模型的致敏原主要有卵蛋白 (OVA)、尘螨、豚草花粉、真菌孢子、蟑螂等。一般采用腹腔注射致敏原、腹腔注射加皮下注射进行系统致敏、雾化吸入或呼吸道滴入的方法, 有时根据实验需要加用免疫佐剂。

Palmans 等^[5]研究表明延长 OVA 暴露时间可以形成类似于人类支气管哮喘中气道重构的改变。Schmitz 等^[6-7]进一步应用 OVA 制作不同程度的支气管哮喘动物模型, 并证实该模型的可重复性。我国研究者^[8]则另辟蹊径, 在实验的第 1 天, 第 8 天在大鼠两侧腹股沟、腹、前足趾皮下注射 1mg OVA + 200mg Al (OH)₃ 加生理盐水混悬液 1ml, 同时腹腔注射 0.2ml 混悬液, 然后从实验第 15 天起连续 6 天, 雾化吸入 1% OVA, 每次 30 分钟, 成功地建立大鼠支气管哮喘模型。

此外, 病毒、细菌感染可以诱发感染性支气管哮喘, 但相关的动物模型研究较少, 可能是由于感染性支气管哮喘发病率较低之故。利用基因敲除或转基因技术, 在基因水平建立支气管哮喘动物模型, 是随着分子生物学水平的发展而形成的, 但基因技术制作的模型不足之处是花费大, 技术难度高, 成功率较低, 故亦难于推广。

3 动物模型的评价方法

在进行哮喘动物实验过程中必须首先确认所复制动物的模型是成功的, 是符合标准的, 根据目前人们对于哮喘本质的认识, 判断动物模型是否成功和合格至少应当包括以下 4 个方面^[9]: ①造模后动物总体外观, 包括呼吸频率、有无呼吸困难、咳嗽、发绀及躁动、抽搐等; ②肺病理切片观察、炎症细胞浸润、炎性细胞分类 (以 EOS 为代表); ③BALF 中细胞计数、分类, 重点是 EOS 比率是否升高; ④生理功能指标, 如气道阻力、气道压力、顺应性、反应性。

4 问题与展望

随着支气管哮喘发病机制研究的不断深入, 哮喘动物实验模型的制作日趋成熟, 人们趋于认同卵蛋白法复制的豚鼠以及大鼠、小鼠动物哮喘模型与人类哮喘比较接近, 但是必须清醒地认识到这种动物模型与人类哮喘在很多方面还是有差距的, 甚至有本质的不同。此外, 从中医发病机制来看, 哮喘为一全身性疾病, 与机体水液代谢障碍相关, 病变部位涉及肺、脾、

(下转 43 页)

不寐的临床研究及进展

A review on clinical discussion on insomnia

裴长艳 董宇翔

(吉林大学白求恩第一医院, 吉林 长春, 130021)

中图分类号: R256.23 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0042-02 证型: AGD

【摘要】从不寐病因病机的论述入手, 搜集相关文献, 并总结不寐的治疗进展, 同时探讨未来治疗不寐的新方向, 为不寐的深层次研究提供基础依据。

【关键词】不寐; 病因病机; 中医药研究; 进展

【Abstract】 According etiology and pathogenesis of insomnia, collection of relevant literature, and reviews on clinical discussion on insomnia, the same time discussion on treating insomnia of new therapy, in order to deep research provide the foundation.

【Keywords】 Insomnia; Etiology and pathogenesis; TCM research; Review

中医称“失眠”为“不寐”, 是以经常不能获得正常睡眠为特征的一种病证。一致认为, 卫气昼行于阳经, 阳气盛则瞑; 夜行于阴经, 阴气盛则寐。当机体阴阳失调, 阳不入阴则产生不寐。轻者入寐困难, 寐而易醒, 醒后不能入睡, 亦有时寐时醒, 严重者则整夜不能入睡^[1], 常伴有头痛、头晕、健忘、记忆力下降, 注意力不集中等神经衰弱症状。

近年来, 伴随社会竞争的日趋激烈, 生活节奏的不断加快, 不寐的现象越来越多, 程度越来越严重, 已成为影响人们身体健康, 生活质量和工作效率的重要问题。国外流行病学调查显示, 每年大约有 33% 的人出现睡眠障碍, 约 17% 的人为严重失眠^[2]。以下就不寐的病因病机、辨证分型及中医药治疗情况作一分析讨论。

1 病因病机研究

古代医家认识到阴阳不交是不寐的根本病机, 《大惑论》曰: “卫气不得入于阴, 常留于阳。留于阳, 则阳气满, 阳气满则阳跷盛; 不得入于阴, 则阴气虚, 故目不瞑”。即阴阳不交是不寐的总病机。汉代张仲景在《伤寒论》中记载了太阳病汗下后致胃中干, 而烦躁不得眠, 诱因为汗、吐、下之后的虚烦不得眠或下后又汗, 致昼夜烦躁不得眠。病位主要与心、肝、脾、肾关系密切。张云程等^[3]认为湿热之邪亦属本病的病因之一。陈己明等^[4]认为气滞血瘀是导致本病的病机之一。隋代巢元方《诸病源候论·卷三之大病后不得眠候》曰: “大病之后, 脏腑尚虚, 营卫不和, 故生于冷热。阴气虚, 卫气独行于阳, 不入于阴, 故不得眠。若心烦不得眠者, 心热也。若但虚烦, 而不得眠者胆冷也。”提出脏腑机能失调与营卫不和可导致不寐。许良等^[5]也认为不寐的机制有五脏功能失调, 其中以肝为主。

2 辨证分型

按辨证分型, 常把不寐证分为虚实两大类^[6], 虚者多见肝经、心经血虚所致的虚烦不得眠, 以及热病后期所致的胆寒不得眠; 实者多见痰火、水饮、食滞等。

2.1 实证

2.1.1 肝郁化火

不寐, 性情急躁易怒, 不思饮食, 口渴喜饮, 目赤口苦, 小便黄赤, 大便秘结, 舌红, 苔黄, 脉弦而数。

2.1.2 痰热内扰: 不寐头重, 痰多胸闷, 恶食暖气, 吞酸恶心, 心烦口苦, 目眩, 苔腻而黄, 脉滑数。

2.2 虚证

2.2.1 心脾两虚

夜来不易入寐, 寐则多梦易醒, 心悸, 健忘, 自汗, 面色少华, 神疲乏力, 脘痞, 便溏, 舌质淡, 苔薄白, 脉细弱。

2.2.2 阴虚火旺

虚烦不寐, 或稍寐即醒, 手足心热, 惊悸, 出汗, 口干咽燥, 头晕耳鸣, 健忘, 遗精, 腰酸, 舌质红, 脉细数。

3 治疗进展

不寐因其病机复杂, 治疗难以奏效, 甚至缠绵难愈。安眠药虽有一定治疗疗效, 但易形成对药物的依赖性和成瘾性^[7], 且撤药时容易发生反跳性失眠。中医药治疗采取调畅脏腑阴阳气血, 祛邪扶正, 循序渐进, 以达到阴平阳秘, 邪去正安, 心神安定的目的, 已成为目前治疗失眠的中医特色疗法。

3.1 方药治疗

3.1.1 归脾汤 (治疗心脾两虚型不寐): 多应用于因思虑太过, 部分因情志不舒或劳倦而不寐者。可伴有不同程度的心悸健忘, 肢倦神疲, 头晕目眩, 舌淡, 苔白腻或薄白, 脉细弱或懦弱, 兼见面色少华, 饮食无味。徐吉密^[8]利用归脾汤加味治疗心脾两虚型不寐, 共 60 例。结果显示, 治愈 22 例, 好转 30 例, 无效 8 例, 总有效率为 86.7%。

3.1.2 高枕无忧散 (治疗顽固性不寐): 方药有太子参、炒酸枣仁、茯苓、法半夏、丹参、龙眼肉、枳实、陈皮、麦冬、竹茹、石膏、鹿角霜、生姜、甘草。胃有宿食, 嗳气吞酸者加神曲、谷麦芽、山楂; 惊恐所致, 多梦易醒者加牡蛎、龙骨; 情志所伤, 肝气郁结者加柴胡、白芍、郁金; 胆热炽盛, 心烦懊恼, 便干溲赤者加胆南星、黄连、栀子; 妇女脏躁, 哭笑无常者加大枣、麦芽; 胡宾^[9]以高枕无忧散加味治疗顽固性不寐症 28 例, 总有效率为 92.7%。

3.1.3 酸枣仁汤 (治疗血虚型不寐): 从肝来论治不寐一证。石冠卿教授在研究不寐的治疗方面, 注重心神的作用, 擅长从肝论治, 运用酸枣仁汤来养血, 治疗血虚所致之失眠。该方中酸枣仁滋养肝阴, 安养心神为君药。川芎疏理肝之气血, 与君药酸辛相成, 收散相协。茯苓安神宁心, 知母养阴清热除烦, 甘

草调和诸药，全方具有养肝宁神，标本同治。

3.2 中医治疗

3.2.1 三部推拿法

不寐的病因虽多，但其机理有共性，就是气机不畅，阴阳不和，神不守舍而卧不得安，因此便有了“调畅气机而安神”的观点。治疗重点应本着调畅气机，调整脏腑，通达气血，安神定志，平衡阴阳。三部推拿法治疗不寐，就是通过推拿手法作用于人体的3个部位，即头、腹、背部，调畅气机，通达气血，安神定志，从而对不寐进行有效的治疗。周运峰等^[10]运用三部推拿法在治疗心脾两虚型不寐时，观察组和治疗组两组PSQI总分、SAS标准分、SDS标准分均有显著差异，且治疗组效果明显优于对照组。

3.2.2 针灸疗法

针灸疗法能调节阴阳，疏通经络，促使机体“阴平阳秘”，恢复正常的生理功能。《灵枢·根结》曰：“用针之要，在于知调阴与阳。”《素问·阴阳应象大论》言：“故善用针者，从阴引阳，从阳引阴。”近年来针灸治不寐以其见效快，无毒副作用之优点而逐渐为患者所接受，并广泛推广。饶忠东等^[11]取丝竹空透率谷、足三里、百会、神门、风池、三阴交、太冲，从丝竹空向率谷浅针横刺，小幅度捻转，使局部产生较强重胀感，余穴按常规刺法，留针60min，治疗顽固性失眠，共60例，同时设对照组，不取丝竹空透率谷，其余穴位、手法同治疗组，结果总有效率治疗组为98.0%，对照组77.5%，两组差异具有显著意义。

4 小结

随着人们对生活质量的追求，睡眠科学将在全球引起各国的重视，睡眠和免疫、长寿相关的研究将会越来越多。传统的辨证论治实际上就是一种因人而异的诊治手段，但针对不同体

质的患者采用不同的治法也使得中医药难以有一个客观化的用药标准。治疗的关键还应在调理气机，疏肝解郁。但迄今还尚未找到完全无副作用的外源性安眠药物。因此探寻模拟脑内天然存在的、无不良副作用的内源性促眠药物，再加之针药复合治疗的模式，是治疗不寐的研究方向。

参考文献：

- [1]张伯臾.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,2002:113
- [2]Rosekind MR.The epidemiology and occurrence of insomnia [J].J Clin Psych-iatry,1992,53(suppl):4
- [3]张云程,张艳,张洋等.甘露消毒丹的临床运用[J].陕西中医,2002,23(2):167
- [4]陈己明,陈东成.血府逐瘀汤治疗经前失眠症 127 例[J].陕西中医,2003,24(5):422-423
- [5]许良,王翘楚.治不寐学术思想初探[J].中医文献杂志,2002(4):42-43
- [6]李岩,高权国(指导).浅谈不寐的病因病机[J].中医药信息,2007,24(2):5-6
- [7]戴自英.实用内科学[M].第9版.北京:人民卫生出版社,1994:2164
- [8]徐吉密.归脾汤加味治疗心脾两虚型不寐 60 例[J].实用中医药杂志,2000,16(3):50
- [9]胡宾.高枕无忧散加味治疗顽固性不寐症 28 例[J].四川中医,2001,19(4):40-41
- [10]周运峰,魏玉龙,张攻磷等.三部推拿法治疗心脾两虚型不寐 100 例近期疗效研究[J].中医杂志,2006,47(6):427-428
- [11]饶忠东.丝竹空透率谷为主治疗顽固性失眠 50 例疗效观察[J].中国针灸,2001,21(07):407

作者简介：

裴长艳 (1980-), 女, 硕士研究生。研究方向: 消化及心脑血管疾病。
董翔翔 (1961-), 通讯作者, 男, 教授, 硕士研究生导师。

编号: ER-10111005 (修回: 2010-11-29)

(上接 41 页)

肾、三焦等多个脏器，最终病理产物为痰饮留伏，临证着重于分期、辨证论治，现有的动物模型还无法使辨病与辨证较好的结合，缺乏较好的哮喘证候模型，从而不能从实验中体现中医辨证论治的重要思想。

总之，一个理想的实验模型应具备重复性好，其病变发展过程应尽可能与人类支气管哮喘病因、病变过程相似等特点。尽管目前支气管哮喘的动物模型种类繁多，但目前尚无一种实验模型能完全等同人类支气管哮喘的病理生理过程。现有的模型大都仅能重现支气管哮喘某些阶段的形态及病理生理改变，这些实验模型的建立对阐明支气管哮喘的发生及发展仍具有重要作用。随着人类支气管哮喘病因、发病机制研究的不断完善，相信会探索出一种更适合支气管哮喘研究的实验模型。

参考文献：

- [1]Hylkema MN,Hoekstra MO,Luinge M,et al.The strength of the OVA-induced airway inflammation in rats is strain dependent.Clin Exp Immunol,2002,129(3):390-396
- [2]Pabst R.Animal models for asthma:controversial aspects and unsolved problems.Pathobiology,2002-2003,70(5):260-265
- [3] Hayashi T,Adachi Y,Hasegawa K,et al.Less sensitivity for late airway infl

-ammation in males than females in BALB/c mice.Scand J Immunol,2003,57(6):562

[4]Oldham MJ,Phalen RF.Dosimetry implications of upper tracheobronchial air-way anatomy in two mouse varieties.Anat Rec,2002,268(1):59

[5]Palmans EJC,Pauwels RA.Prolonged allergen exposure induces structural air-way changes in sensitized rats.Am J Respir Crit Care Med,2000,161(2 pt 1):627-635

[6]Sehmitz N,Kurrer M,Kopfl M,et al.The IL1 receptor 1 is critical for Th2 cell type airway immune responses in a mild but not in a more severe asthma model.Eur J Immunol,2003,33(4):991-1000

[7]Smith JJ,Loveren HV,Maarten O,et al.Therapeutic treatment with heat-killed Mycobacterium vaccae(SRL1 7 2)in a mild and severe mouse model for allergic asthma.Eur J Pharmacol,2003,470(3):193-199

[8]迟磊,符州,戴继宏等.过敏性哮喘大鼠模型的建立[J].重庆医学,2003,32(4):429-431

[9]何权瀛.对我国哮喘动物实验研究的评价与思考[J].国外医学呼吸系统分册,2005,25(9):718-719

作者简介：

田金娜, 博士, 讲师, 研究方向为小儿呼吸系统疾病。工作单位: 成都中医药大学附属医院。

编号: EA-101027193 (修回: 2010-11-28)

中西医结合治疗粘连性肠梗阻 68 例临床观察与分析

Clinical observation and analysis of treating 68 cases of adhesive intestinal obstruction in the integrative medicine

赵刚¹ 白卫云²

(1.河南省辉县市中医院, 河南 辉县, 453600;

2.河南职工医学院附属医院, 河南 辉县, 453600)

中图分类号: R574.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2010)23-0044-02 证型: GDI

【摘要】目的: 分析研究中西医结合治疗粘连性肠梗阻的临床效果。方法: 基本治疗, 禁食、持续胃肠减压。纠正水电解质酸碱平衡紊乱, 预防感染中毒, 选用厚朴三物汤加减, 配合针灸等疗法, 并进行统计分析。结果: 本组 68 例, 治愈 65 例, 无效 3 例(观察 60h 后, 症状无改善而中转手术治疗)。所有非手术治愈患者中, 起效时间最短 6h, 最长 36h, 平均 16h; 治愈时间最短 2d, 最长 5d, 平均 4.2d。结论: 中西医结合治疗粘连性肠梗阻, 方法简单, 治愈率高, 是一种较为理想的治疗方法。

【关键词】 中西医结合; 治疗; 粘连性肠梗阻; 临床观察

【Abstract】 Objective: To analyze the clinical effect of treating adhesive intestinal obstruction in the integrative medicine. Methods: Basic treatment, fasting, continuous gastrointestinal decompression. Correcting water and electrolyte acid-base balance disorders, poisoning prevention of infection, choosing the Houpu Sanwu decoction, plus acupuncture therapy. Results: 68 patients in this group, be cured was 65 cases, invalid was 3 cases (to observe after 60h, no improvement of symptoms the transfer surgery). All patients with non-surgical cure, the shortest onset time for 6h, longest 36h, and average for 16h; 2d shortest time to heal, longest for 5d, average for 4.2d. Conclusion: Treating adhesive intestinal obstruction in the integrative medicine has a good effect.

【Keywords】 The integrative medicine; Treatment; Adhesive intestinal obstruction; Clinical observation

粘连性肠梗阻是指肠间粘连或腹腔内粘连带所致的肠梗阻, 是急腹症中较为常见病因之一, 其发生率占各类肠梗阻的 20%~40%^[1]。2006 年 5 月~2010 年 4 月, 我科共收治术后粘连性肠梗阻 68 例, 经中西医结合治疗, 效果满意, 报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 68 例, 男 36 例, 女 32 例; 年龄: 16 岁~76 岁, 平均 36.6 岁; 发病至入院时间 2 小时~48 小时, 平均 11.8h 小时。手术类别: 胃肠道手术 43 例, 胆道手术 6 例, 脾脏手术 2 例, 妇科子宫附件切除及剖宫产 8 例, 胰腺手术 1 例, 阑尾炎 8 例。

初次就诊 46 例, 再次就诊 12 例, 第三次发病 10 例。本次发病距手术时间 3 个月至 67 年。平均 30 个月。临床表现: 腹痛 68 例, 呈阵发性绞痛, 多位于腹中部。腹胀 50 例, 呕吐 62 例, 停止肛门排便排气 56 例; 查体: 腹部可见肠型及蠕动波, 有压痛, 部分出现反跳痛。听诊肠鸣音亢进, 有气过水声或金属音。X 线可见腹腔内积气, 立位可见多数液平面及气胀肠袢。血常规: 白血细胞(WBC)计数增高, 一般在 $10 \times 10^3/L$ 以上, 绞窄性肠梗阻常在 $15 \times 10^3/L$ 以上, 中性 WBC 增加。血清二氧化碳结合力测定: 当出现代谢性酸中毒时, 二氧化碳结合力可以降低。血清电解质测定: 可出现低钾、低氯和低钠血症。

1.2 治疗方法

1.2.1 基本治疗

禁食、持续胃肠减压; 纠正水电解质紊乱和酸碱失衡; 防止感染和中毒。治疗期间随时观察病情变化, 有绞窄趋势者, 做好手术治疗准备, 48h~72h 综合治疗, 若病情加重或有血运障碍者, 则中转手术。

1.2.2 中医中药治疗

厚朴三物汤加减(厚朴 15g, 大黄 12g, 枳实 9g,) 气滞重者加香附 10g, 木香 9g, 代赭石 9g; 血瘀重者加桃仁 10g, 炒莱菔子 10g, 当归 10g, 赤芍 10g 等。发热者加双花、连翘、黄芩, 恶心呕吐甚者加姜半夏、竹茹。腹痛甚者加延胡索; 1 剂/d, 上方加水 500ml, 煎成 200ml, 每日 2 次~3 次由胃管注入, 注入后夹闭胃管 1h~1.5h。灌肠: 相同方剂煎水 200ml~300 ml, 待温凉后保留灌肠。

1.2.3 针灸治疗

取双侧足三里。内庭, 强刺激, 每天 2 次, 每次 20 分钟。

1.3 疗效标准

治愈: 症状、体征消失, 腹部 X 线检查无异常; 有效: 症状、体征缓解, 腹部 X 线检查仍有气液平及胀气肠袢; 无效: 症状、体征无缓解或加重, 腹部 X 线仍有较多气液平面。

2 结果

本组 68 例, 治愈 65 例, 无效 3 例(观察 60h 后, 症状无改善而中转手术治疗)。所有非手术治愈患者中, 起效时间最短 6h, 最长 36h, 平均 16h; 治愈时间最短 2d, 最长 5d, 平均 4.2d。

3 讨论

3.1 粘连性肠梗阻的病因病理

肠粘连和腹腔内粘连带形成可分为先天性和后天性 2 种。先天性较少见, 可因发育异常或胎粪性腹膜炎所致; 后天性多见, 常因腹腔内手术, 炎症, 创伤, 出血等引起。临床上以手术后所致粘连性肠梗阻最为多^[2]。肠粘连必须在一定的条件下才会引起梗阻。如肠袢间紧密粘连成团或固定于腹壁; 肠管因粘连牵扯扭曲成锐角; 粘连带压迫肠管, 肠袢套入粘连带构成

的环孔；或因粘连带处为支点发生扭转等，使肠管腔变窄或影响了肠管的蠕动和扩张。在上述病变基础上，肠功能紊乱、暴饮暴食、突然改变体位等也是引起肠梗阻的诱因。本组 68 例，均有腹部手术史，且有 22 例为反复发作。

3.2 中医中药治疗分析

粘连性肠梗阻属于中医学的“关格”、“肠结”、“腹胀”、“腹痛”等范畴，中医认为肠为传化之府，位居腹中，以通降下行为顺，以痞满上逆为病。肠道气血凝滞则腹痛，肠道闭阻，糟粕浊气不得下行则腹胀、大便不行，浊腐之气上逆则呕吐。根据病因病机特点和“六腑以通为用”的理论，厚朴三物汤加减，以通里攻下、行气止痛、活血化瘀，其中尤以通里攻下为其要点。方中厚朴宽中下气以消气壅；枳实行气导滞以破气结；莱菔子消食降气，大黄、通里攻下消积泻热、润燥软坚；木香、香附行气止痛；桃仁、赤芍活血化瘀，改善血液循环，增加肠壁的血流量，从而加强通里攻下的效果。现代药理研究证实大黄、枳实均可兴奋肠道平滑肌，增加肠蠕动，大黄还可改善肠壁微循环，有利于粘连性肠梗阻的恢复^[3]。针灸选取足三里为足阳明胃经之经穴，主治胃痛、呕吐、肠鸣、腹胀泄泻、便秘、乳痈、肠痈等，具有强壮保健作用。内庭为足阳明胃经之荥穴，主治胃痛、吐酸、泄泻、腹胀、便秘等^[4]，强刺激二穴，可降逆止呕，消积除满。本组治愈 65 例，占 95.58%。3 例经 60h 观察治疗后症状无改善，中转手术治疗而愈，避免了肠坏死等严重并发症。

3.3 粘连性肠梗阻的预防和保守治疗的注意事项

粘连性肠梗阻是由腹腔手术后所致，因此加强预防具有重要意义。术中彻底止血，避免血肿形成；注意保护肠管，避免过度暴露；冲净手套上的滑石粉等异物；避免腹膜撕裂和大块组织结扎；术后早期下床活动等可降低粘连性肠梗阻的发生率。对于非手术治疗者，应密切观察病情，经治疗不见好转或病情加重，或疑为绞窄性肠梗阻时，要及时手术，以免发生肠管坏死。据报道^[5]腹部外科手术后引起的粘连，其发病后发生绞窄的比例约为 10%，一旦发生绞窄，其病死率可达到 10%~30%，故其治疗方法的选择和手术时机的掌握是非常重要的。

总之，中西医结合治疗粘连性肠梗阻，方法简单，效果好，是一种较为理想的治疗方法。

参考文献：

- [1]吴在德,吴肇汉.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:479-480
- [2]李兆军,孙风华,杜平山.中西医结合治疗术后粘连 42 例报告[J].中国中西医结合外科杂志,2003;9(4):315-316
- [3]朱宗培,朱发林.中西医结合治疗粘连性肠梗阻[J].中国中西医结合外科杂志,1999,5(3):187
- [4]李家邦,高鹏翔.中医学[M].北京:人民卫生出版社,2003:252
- [5]陈冒惠,殷发林.中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻的体会[J].中国中西医结合急救杂志,2003,10(1)

编号：EA-101029199（修回：2010-12-05）

人类白细胞抗原的研究进展

A review on Human Leukocyte Antigen

张明 孟和宝力高 兰旭青 郭兰英 邹丹

(解放军第 253 医院免疫中心, 内蒙古 呼和浩特, 010051)

中图分类号：R222.19 文献标识码：A 文章编号：1674-7860 (2010) 23-0045-02

【摘要】 人类白细胞抗原 (Human Leukocyte Antigen, HLA) 基因系统是人类主要组织相容性复合体。本文简述了 HLA 基因生物学特性, HLA 基因多样性, HLA 基因与卵巢癌、宫颈癌的关系和 HLA 基因与乙型肝炎病毒慢性感染。

【关键词】 人类白细胞抗原; 基因; 研究

【Abstract】 Human Leukocyte Antigen (HLA) gene system is human major histocompatibility complex. This article description biological characteristics of HLA genes, HLA genetic diversity, HLA gene relationship of ovarian cancer and cervical cancer, and HLA genes and chronic hepatitis B virus infection.

【Keywords】 HLA; Gene; Review on

人类白细胞抗原 (Human Leukocyte Antigen, HLA) 基因系统是人类主要组织相容性复合体, 1958 年首次发现, 是位于人类第 6 号染色体短臂 6p21.31 的一组紧密连锁的基因群, DNA 片断长度约 3600kb, 虽仅占人类基因组的 1/3000, 但在机体的免疫应答中起关键作用。HLA 在组织及器官移植、疾病等方面都发挥着重要的作用, 同时在亲子鉴定中也有一定的辅助用途。HLA 是人体生物学“身份证”, 由父母遗传; 能识别“自己”和“非己”, 并通过免疫反应排除“非己”, 从而保持个体完整性。^[1]

1 HLA 基因生物学特性

人类第一个 HLA 由法国 Dausset 在 1958 年从三个多次输

血的血清中检出, 因其首先在 WBC 表面被发现, 故称 HLA, 又因其分布在人体所有有核细胞表面并参与移植排斥反应和调节免疫, 故又称移植抗原。HLA 由 400 万碱基组成, 它包括 I、II、III 类基因。

HLA-I 类基因区靠近染色体顶端, 长约为 1500kb, 编码移植抗原。该基因区包括 HLA-A, B, C, E, F, G, H, J, K, L10 个位点, 其中 A, B, C, E, F, G 座位是表达基因, H, J, K, L 是假基因, 无相应产物。

HLA-II 类基因区靠近染色体着丝点, 长约 1000kb, 它包括 HLA-DR, DQ, DP, DN, DO, DM 六个亚区。HLA-III 类基因区位于 I 类基因与 II 类基因之间, 长约 1000kb, 已检出

40 多个基因, 编码部分补体成分和细胞因子。

HLA-I 类抗原分布于所有有核细胞的表面, 负责将内源性抗原递呈给 CD8⁺CTL, HLA-II 类抗原仅表达于成熟 B 细胞、抗原递呈细胞及活化细胞表面, 负责将外源性抗原递呈给 CD4⁺Th 细胞^[2]。I、II 类抗原被认为是促进免疫应答的一类重要的辅佐分子^[3]。

HLA 与临床多种疾病相关, 随着人们对 HLA 的认识的逐步深入及实验室检验技术的进步, HLA 越来越为国内外学者们所关注。

2 HLA 基因多样性 (HLA diversity) 的研究

HLA 基因是一个复等位基因系统, 为单倍型遗传 (haplotype-peinheritance), 并呈现连锁不平衡 (Linkage Disequilibrium, LD) 遗传, 共显性 (co-dominant) 表达, 致群体 HLA 的高度多态性 (high polymorphism)。

在 HLA 基因复合体上, 截止 2004 年, 已知共有 224 个基因座位, 其中 128 个为功能性基因 (有基因产物), 96 个为假基因, WHO 已正式命名的等位基因有近 2000 个^[4]。HLA 复合体调节转录的相应核苷酸区段结构多变, 而且这种变异可通过自然选择以等位基因形式被保留下来形成多态性。一般认为碱基突变、基因转换及基因重组是 HLA 多态性产生的基础。有些碱基突变造成氨基酸残基的改变, 如位于 HLA-I 类分子 d1、d2 区以及 HLA-II 类分子 (如 HLA-DR 分子) B1 氨基酸的改变可能造成抗原肽结合能力和/或 TCR 识别作用的改变, 从而能识别不同抗原分子, 引起不同的免疫应答反应。而位于其他功能区的氨基酸改变对 HLA 分子的抗原识别及 T 细胞受体相互作用的影响就较小。还有氨基酸突变发生在三联密码的第 3 位, 容易造成同义突变, 即氨基酸不发生变化, 因而 HLA 分子的结构与功能也将不发生改变^[5]。

基因转换指两条染色体非同源部分发生 DNA 片段的转移, 可产生新的等位基因, 其他真核细胞的基因较少发生基因转换。基因重组造成多态性有两种形式: ①重组点发生在 HLA 等位基因上, 则不仅可以产生新的 HLA 等位基因, 而且可形成新单倍型 (位于同一条染色体单体上的 HLA 基因型); ②重组点出现在非等位基因区, 那么将只形成新的单倍型, 而不形成新的等位基因。在仅有一两个位点不相合的同源染色体之间很难区分 HLA 基因多态性是由链间基因转换还是基因重组成的。目前, 关于 HLA 多态性形成机制的分子基础尚不十分清楚, 因此, 研究 HLA 重组家系就显得格外重要。

3 HLA 基因与卵巢癌、宫颈癌的关系研究

女性常见的恶性肿瘤有乳腺癌、卵巢癌和宫颈癌。有研究表明, 遗传因素在此三种肿瘤的发生中也发挥重要作用。为探讨遗传因素在卵巢癌发生和发展中的作用, Gamzatova 等^[6]在欧洲进行了 HLA 与卵巢癌进展的关系研究。作者以 32 例瑞士经治疗复发及进展的卵巢癌病人和荷兰健康骨髓捐献者作为研究对象, 应 PCR-SSP 方法对 HLA-A, HLA-B, HLA-Cw 和 HLA-DRB1 位点进行分析。

研究结果显示, 尽管未达到显著性水平, 但 HLA-A1 和 HLA-A2 频率在卵巢癌病人还是高于对照组, 但 HLA-A3 是下降的。病人 HLA-A2 纯合子是对照的两倍。A2-B8 单倍型如 A2-B5, A2-B15, A2-DRB1*03, A2-DRB1*04, A2-B15-Cw3

和 A2-B8-DRB1*03 显著高于对照组。研究结果提示 HLA 基因多态性与卵巢癌的发生与发展存在密切联系。

4 HLA 基因与乙型肝炎病毒慢性感染的研究

目前发现, HBV 慢性感染不同个体临床结局的差异除与病毒因素、环境因素有关外, 主要是由宿主的自身遗传因素, 特别是免疫遗传因素所决定。HLA 是宿主免疫系统状态的重要决定因素, 目前多数研究表明 HLA-DR 基因与肝炎的慢性化之间有密切关系, HLA-DR 基因调控的免疫反应与 HBV 感染后病毒的清除有关, 是决定 HBV、感染结果的重要因素, 并且 HLA-DR 基因决定宿主免疫环境与自身免疫性肝炎的发病有关。而 HLA-DR 基因是 HLA 基因中最为复杂的基因群, 并且与 HBV 的人群易感性有关^[7]。型肝炎病毒慢性感染可引起慢性乙肝病毒携带者、慢性乙型肝炎、乙肝后肝硬化和肝细胞癌等不同的临床结局。最早在 1984 年, Forzani B 报道在 Italian 病人中, HLA-DR3 可能对慢性 HBsAg 阳性的肝病不重叠感染 HDV 有关, DR2 与清除 HDV 失败有关, DR4 与机体不持续感染 HBV 有关。1995 年 4 月, Thursz MR 也报道 DRB1-1302 与机体不持续感染 HBV 有关。乙李长缨等^[8]研究发现 HLA-DR12 对 HBV 感染的慢性化有促进作用, 而 HLA-DR15 则对 HBV 感染的慢性化具有拮抗作用。也有学者分别通过对我国上海和湖北两地的乙肝后肝硬化患者研究发现, HLA-DR12 和 HLA-DR15 基因型频率与健康对照组具有显著差异^[9]。结果表明 HLA-DR 基因型与 HBV 慢性感染的易感性有关, 因此, 这为评估 HBV 慢性感染患者的预后和早期进行有目的的预防和治疗等措施提供了宿主遗传学方面的依据。

现今, HLA 作为一种免疫效应分子, 已成为免疫遗传学、免疫生物学和生物化学等学科的一个重要新兴研究领域。对 HLA 基因与卵巢癌、宫颈癌、肾脏移植、乙肝慢性感染等的相关性研究已成为热点, 仍有很多深入研究的空间。

参考文献:

- [1] 田丁. 人类白细胞抗原的研究进展[J]. 中国免疫学杂志, 2009, 25(12): 1145-1150
- [2] 胡建明, 李锋. HLA 与食管癌的研究现状[J]. 世界肿瘤杂志, 2009, 8(1): 1-3
- [3] 范丽安, 周光炎. 人类基因组 MHC 测序及其免疫学意义[J]. 上海免疫学杂志, 1999, 19(6): 321, 322
- [4] Marsh S G E, Albert E D, Bodner W F et al. Nomenclature for factors of the HLA System, 2004[J]. Human Immunology, 2005, 66: 571-636
- [5] Storb R, Blume K G, O'Donnell M R et al. Cyclophosphamide and antithymocyte globulin to condition patients with aplastic anemia for allogeneic marrow transplantations: the experience in four centers[J]. Biol Blood Marrow Transplant, 2001, 7: 39-44
- [6] Gamzatova Z, Villabona L, van der Zanden H, et al. Analysis of HLA Class I-II haplotype frequency and segregation in a cohort of patients with advanced stage ovarian cancer[J]. Tissue Antigens, 2007, 70(3): 205-213
- [7] Yang GT, Liu J, Han S, et al. Association between hepatitis B virus infection and HLA-DRB1 genotyping in Shaanxi Han patients in northwestern China[J]. Tissue Antigens, 2007 Feb; 69(2): 170-175
- [8] 李长缨, 赵林, 李建忠等. 中国北方汉族人 HLA-I, II 类基因与 HBV 水平感染及预后相关性研究[J]. 中国输血杂志, 2005, 18(06): 459-463
- [9] 袁俊华, 崔萌, 孙成刚等. HLA-DRB1*1201/*1501 与 HBV 感染不同状态的相关性[J]. 山东大学学报(医学版), 2005, 43(5): 428-431

编号: EA-100926072 (修回: 2010-11-30)

川椒丸对小鼠体内抑菌作用的实验研究

Experimental discussion on antibacterial role of Chuanjiao Wan on mice

邹瑾¹ 唐逸红¹ 刘巧灵¹ 尹进²

(1.湖南科技职业学院, 湖南 长沙, 410014;

2.湖南疾病预防控制中心, 湖南 长沙, 410007)

中图分类号: R-33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 23-0047-03

【摘要】 目的: 观察川椒丸对小鼠体内肠道常见致病菌的影响, 探讨其治疗湿热泄泻的作用机制。方法: 分别腹腔注射小鼠致死量大肠杆菌、乙型副伤寒杆菌、痢疾杆菌3种不同的细菌菌悬液, 制作腹泻感染动物模型, 观察川椒丸高、中、低3个不同剂量(以下简称九香高、中、低剂量组)及肠康片、诺氟沙星胶囊对感染小鼠模型的存活率、存活动时间的影响。结果: 与模型相比, 各药物组均可显著提高3种不同细菌感染小鼠模型的存活率、明显延长其存活时间, 差异具有统计学意义($P<0.05$), 其中, 诺氟沙星组、九香高制剂量组均明显优于肠康片组, 差异具有统计学意义($P<0.05$), 而九香中剂量组与肠康片组、九香高制剂量组与诺氟沙星对感染模型小鼠存活率的提高及存活时间的延长相当。结论: 川椒丸对腹腔注射致死量大肠杆菌、痢疾杆菌和乙型副伤寒杆菌等感染小鼠模型可明显提高其存活率, 显著延长感染小鼠存活时间, 并呈现一定的量效关系, 表明其对感染模型小鼠具有较好的保护作用, 对体内肠道常见致病菌具有较好抑制作用。

【关键词】 川椒丸; 保护作用; 乌梅; 小鼠; 泄泻; 抑菌作用

【Abstract】 Objective: To observe on effects of common pathogens of Chuanjiao Wan on mice, to explore mechanism of treating diarrhea. Methods: Production of diarrhea in animal models of infection, intraperitoneal injection *E. coli*, *Bacillus paratyphi B*, *Shigella*, observe effects of survival rate and activity time of mouse model of infection with 3 different doses Chuanjiao Wan plus Changkang tablets, capsules of norfloxacin (Short title Jiuxiang high, medium and low dose group). Results: Comparison mouse model, every dose group can increase survival rate and activity time, statistically significant difference ($P<0.05$), norfloxacin group and Jiuxiang high group are better than Changkang tablets group, statistically significant difference ($P<0.05$), norfloxacin group of activity time compare with Jiuxiang high group almost. Conclusion: Treating mouse model of intraperitoneal injection *E. coli*, *Bacillus paratyphi B*, *Shigella* with Chuanjiao Wan can increase survival rate and activity time, it show antibacterial role of Chuanjiao Wan on mouse model.

【Keywords】 Chuanjiao Wan; Protection; Wumei; Mice; Diarrhea; Antibacterial role

川椒丸系由乌梅、花椒等药组成的复方, 具有清热燥湿、理气止痛、涩肠止泻之功效, 主治湿热泄泻, 治疗感染性腹泻有其独特之处。为进一步探讨其治疗湿热泄泻的作用机制, 保障临床应用提供更科学的理论及实验依据, 前期我们对该方进行了较系统的药效学实验研究, 将其体内抗感染作用的实验方法及结果报道如下。

1 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 药物

秦香止泻片干浸膏(含挥发油包合物)由湖南德康制药有限公司提供, 100g干浸膏相当于488g生药, 批号20070108; 肠康片由湖南湘泉制药有限公司生产, 批号: 20061218; 诺氟沙星胶囊由福建古田药业有限公司生产, 批号: 20061118。

1.1.2 菌株

大肠杆菌、乙型副伤寒杆菌、痢疾杆菌均由湖南中医药大学医学免疫教室提供。

1.1.3 仪器

恒温培养箱, 生物显微镜, 超净工作如, 电子秤(EPS-3001, 长沙湘平科技发展有限公司生产)等。

1.1.4 培养基

普通肉汤琼脂培养基(杭州微生物试剂有限公司生产, 批号: 20050616, 按说明配制); 普通肉汤培养基(杭州天和微生物试剂有限公司生产, 批号: 20050801, 按说明配制)。

1.1.5 动物

昆明种小鼠, 雌雄各半, 体质量为18~22g, 购于湖南中医药大学实验动物中心, 动物合格证号: SCXK2004-2005。

1.2 方法

1.2.1 菌液的制备: 将大肠杆菌、乙型副伤寒杆菌、痢疾杆菌的菌株划线培养后, 挑选典型菌落接种于普通肉汤琼脂培养基上, 经37℃培养18~24h, 连续传代3次, 取其菌落用普通肉汤培养基制成菌悬液。

1.2.2 药液的制备分组及给药剂量: 分别取川椒丸干浸膏、肠康片、诺氟沙星胶囊各适量, 按无菌法操作, 研细, 称取适量分别用无菌用水溶解, 按60kg成人体表面积换算成小鼠的临床等效用药剂量, 川椒丸制成高、中、低3个不同剂量组, 即以临床等效剂量1、3、9倍浓度(0.47、1.40、4.21g/kg)给药, 肠康片组以临床等效剂量3倍浓度给药(0.78g/kg), 诺氟沙星以临床等效剂量3倍浓度给药(0.52g/kg)。

1.2.3 预试验: ①感染菌的制备: 按无菌法操作, 从上述制备好的菌液中采用麦氏计数法制成分别为 10^{13} 、 10^{12} 、 10^{11} 、 10^{10} 、 10^9 、 10^8 、 10^7 、 10^6 cfu/ml的不同浓度菌液。②动物致死预试验:

取体质量为(20±2)g昆明种小白鼠80只,雄雌各半,先按性别分层,再按随机数字表,随机分为8组,每组10只,分别腹腔注射不同浓度的细菌溶液(大肠杆菌、乙型副伤寒杆菌、痢疾杆菌),0.5ml/只,观察小鼠在7d内的死亡情况,找出一个最小致死量(MLD),即感染后引起小鼠100%死亡的菌液浓度。

1.2.4 体内抗菌实验对细菌感染致死小鼠的保护作用^[2-4]分别取体质量(20±2)g昆明种小白鼠70只,雄雌各半,先按性别分层,再按随机数字表,随机分为正常、模型、肠康片、诺氟沙星及川椒丸高、中、低3个不同剂量共7组,每组动物10只。除正常组外,其余各组小鼠置于造模箱[室温(30±2)℃,相对湿度80%~90%,自制]5d,第6天移出置于自然环境[室温(25±2)℃,相对湿度:65%±5%]。禁食不禁水24h后,除正常组外,其余各组小鼠分别腹腔注射“1.2.3实验室”项下

测得的大肠杆菌、乙型副伤寒杆菌、痢疾杆菌MLD 0.5 ML,除正常组和模型组灌胃生理盐水外,其他组分别于1、12h给小鼠灌胃给药1次,灌胃体积为20ml/kg。以后每隔24h以同样的方法灌胃7d,并观察、记录动物的存活情况。第8天处死所有动物。

1.3 统计学分析

数据采用SPSS 13.0统计软件进行统计学分析。以“”表示。

2 结果

2.1 3种细菌对小鼠的最小致死量(MLD)为 1×10^{11} cfu/ml(3号菌液);乙型副伤寒杆菌对小鼠的最小致死量(MLD)为 1×10^9 cfu/ml(5号菌液);痢疾杆菌对小鼠的最小致死量(MLD)为 1×10^8 cfu/ml(6号菌液)结果见表1。

表1 3种细菌对小鼠最小致死量(MLD)的测定

菌液浓度 (CFU/ML)	剂量 (ML/只)	大肠杆菌		乙型副伤寒杆菌		痢疾杆菌	
		动物总数	动物死亡数	动物总数	动物死亡数	动物总数	动物死亡数
1号菌液	0.5	10	10	10	10	10	10
2号菌液	0.5	10	10	10	10	10	10
3号菌液	0.5	10	10 [△]	10	10	10	10
4号菌液	0.5	10	7	10	10	10	10
5号菌液	0.5	10	6	10	10 [*]	10	10
6号菌液	0.5	10	5	10	7	10	10 [◇]
7号菌液	0.5	10	2	10	5	10	7
8号菌液	0.5	10	0	10	4	10	5

注:△为大肠杆菌对小鼠的最小致死量; *为乙型副伤寒杆菌对小鼠的最小致死量; ◇为痢疾杆菌对小鼠的最小致死量。

2.2 川椒丸对感染小鼠模型的影响

2.2.1 九香小鼠对3种不同细菌感染小鼠模型存活率的影响

处死动物前,计算各组保护率(存活率=每组存活动物数÷每组动物总数×100%),结果:正常组、各药物组与模型组相比,差异有统计学意义($P<0.05$);诺氟沙星组、九香高剂量组与肠康片组相比,差异有统计学意义($P<0.05$),表明前

两组均优于肠康片组,而九香中剂量组与肠康片组相比,两组对感染模型小鼠的保护作用相当($P>0.05$);九香高剂量组与诺氟沙星组相比,差异无统计学意义($P>0.05$);

此外,川椒丸对感染小鼠模型的保护作用具有一定的量效关系,九香中剂量组优于九香低剂量($P<0.05$),九香高剂量组则明显优于九香中、低剂量组($P<0.05$)。结果见表2。

表2 川椒丸对3种不同细菌感染小鼠模型存活率的影响

组别	剂量 (G/KG)	大肠杆菌		乙型副伤寒杆菌		痢疾杆菌	
		存活小鼠数(只)	存活率(%)	存活小鼠数(只)	存活率(%)	存活小鼠数(只)	存活率(%)
正常组		10	100	10	100	10	100
模型组		0	0 [*]	0	0 [*]	0	0
肠康片组	0.78	7	70.0 [△]	4	40.0 [△]	5	50.0 [△]
诺氟沙星组	0.52	10	100.0 [△]	9	90.0 [△]	8	80.0 [△]
川椒低剂量组	0.47	5	50.0 [△]	3	30.0 [△]	4	40.0 [△]
川椒中剂量组	1.4	7	70.0 ^{△◇}	5	50.0 ^{△◇}	5	50.0 ^{△◇}
川椒高剂量组	4.21	9	90.0 ^{△◇}	8	80.0 ^{△◇}	7	70.0 ^{△◇}

注:与模型组比^{*} $P<0.05$;与肠康片组比较[△] $P<0.05$;与诺氟沙星组比[◇] $P<0.05$ 。

2.2.2 川椒丸对3种不同细菌感染小鼠存活时间的影响

与感染致死量大肠杆菌、乙型副伤寒杆菌、痢疾杆菌的小鼠模型组比,正常组、各药物组小鼠存活时间显著延长($P<0.05$);与肠康片组相比,诺氟沙星组、九香高剂量组与肠康

片组小鼠存活时间明显延长($P<0.05$),九香中剂量组优于肠康片组;与诺氟沙星组相比,九香高剂量组对小鼠的存活时间延长作用相当($P>0.05$);川椒丸各组之间,随着剂量增加感染小鼠存活时间延长。结果见表3。(下转50页)

闭合性胰腺损伤 33 例的诊治分析

A analysis of treating 33 cases of blunt pancreatic injury

杨国防 王建勋

(鄢陵县中医院, 河南 鄢陵, 461200)

中图分类号: R322.4+91 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0049-02 证型: IBD

【摘要】目的: 探讨闭合性胰腺损伤的诊断和治疗方法。方法: 对我院 2006 年 1 月至 2010 年 1 月收治的闭合性胰腺损伤 33 例的临床资料进行回顾性分析。结果: 胰腺损伤 I 级 4 例, II 级 12 例, III 级 8 例, IV 级 5 例, V 级 4 例, 33 例均行手术治疗, 全组死亡 2 例, 8 例术后出现胰瘘、胰腺假性囊肿等并发症。结论: 胰腺损伤早期诊断困难, 应高度警惕, 根据胰腺损伤的程度尽早选择合理的手术方式可提高治愈率, 降低死亡率。

【关键词】 胰腺损伤; 诊断; 治疗

【Abstract】 Objective: To explore the therapy of diagnosis and treatment of blunt pancreatic injury. Methods: Analysis of 33 patients with blunt pancreatic injury treated in our hospital from January 2006 to January 2010 were retrospectively analyzed. Results: There were 4 cases of pancreatic trauma in grade I, 12 in grade II, 8 in grade III, 5 in grade IV, 4 in grade V. All cases with blunt pancreatic injury were all determined preoperatively, 2 patients died of multiple organ failure, 8 patients pancreatic fistula and pancreatic pseudocysts are the main complications. Conclusion: Early diagnosis of blunt pancreatic injury is difficult, so if the diagnosis of blunt pancreatic injury is suspected or made, laparotomy exploration should be done as early as possible. Appropriate operation is the key to reduce the complication and mortality based on patient's condition and the classification of pancreatic trauma.

【Keywords】 Pancreatic injury; Diagnosis; Treatment

闭合性胰腺损伤早期表现缺乏特异性, 术前易误诊, 其诊断和手术处理有一定难度, 术后病死率和并发症发生率均很高。本文对我院 2006 年 1 月至 2010 年 1 月共收治的 33 例闭合性胰腺损伤者的临床资料进行回顾性分析, 旨在提高对胰腺损伤的诊治水平。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 25 例, 女 8 例。年龄 7~69 (平均 35) 岁。其中方向盘撞击伤 16 例, 车祸伤 8 例, 动物踩伤 2 例, 车把撞伤 5 例, 高处坠落伤 2 例。合并合并肝破裂 5 例, 脾破裂 4 例, 肝脾同时破裂 2 例, 十二指肠损伤 4 例, 小肠破裂 1 例, 腹膜后血肿 2 例, 颅脑外伤 2 例, 血气胸 3 例。

1.2 临床表现及诊断

全组患者均有不同程度的上腹部疼痛, 有明显腹膜刺激征者 19 例, 以腹腔内出血为主要症状 15 例, 20 例术前血常规、尿淀粉酶检查, 血淀粉酶增高 10 例, 尿淀粉酶增高 3 例。术前 28 例行腹腔穿刺检查, 21 例抽出血性液体和或肠内容物, 16 例腹腔穿刺液有淀粉酶升高。术前超声检查 27 例, 提示胰腺损伤 12 例; 33 例行 CT 检查, 提示胰腺损伤 24 例; 根据 1990 年美国创伤外科协会脏器损伤委员会提出的胰腺损伤分级^[1], I 级 4 例, II 级 12 例, III 级 8 例, IV 级 5 例, V 级 4 例。

1.3 治疗

本组病例均行手术治疗, 其中 4 例 I 级和 12 例 II 级行彻底止血和充分胰周外引流术。8 例 III 级胰腺损伤中, 7 例行远端胰腺切除术和脾切除术, 1 例行保留脾脏的远端胰腺切除术。5 例 IV 级胰腺损伤中, 4 例行胰腺空肠 Roux en-Y 吻合术, 1 例行远端胰腺切除术和脾切除术。4 例 V 级胰腺损伤中, 行十二指肠憩室化手术 2 例, 2 例胰头严重损伤且合并十二指肠损伤行胰十二指肠切除术。

2 结果

全组共死亡 2 例, 死亡率 6.1%, 1 例 V 级复合伤情较重, 术后 3 天死于失血性休克和急性肾功能衰竭; 1 例 V 级合并十二指肠损伤行胰十二指肠切除术并发胰漏、胆漏和腹腔感染, 2 周后死于多脏器功能更衰竭。余 25 例中术后发生并发症 8 例, 包括腹腔脓肿 2 例, 其中 1 例使用抗生素等保守治疗后治愈, 1 例经 B 超定位下穿刺引流后治愈; 胰瘘 4 例, 3 例经引流及生长抑素等药物治疗后治愈, 1 例患者 6 个月后行瘘管空肠 Roux-en-Y 吻合治愈。胰腺假性囊肿 2 例, 其中保守治疗后消失 1 例, 远期囊肿空肠内引流治愈 1 例。

3 讨论

3.1 闭合性胰腺损伤的诊断

胰腺位置深在, 一旦损伤, 其症状和体征常不典型, 故早期诊断十分困难。诊断性腹腔穿刺及穿刺液淀粉酶检查对诊断很大帮助, 但腹腔脏器损伤, 如十二指肠或空肠破裂均可出现血液及腹腔穿刺液淀粉酶升高^[2], 本组 19 例腹腔穿刺抽出血性液体和或肠内容物, 16 例腹腔穿刺液有淀粉酶升高占 84.4%。

影像学检查能提供有价值的诊断线索, B 超为无创的检查手段, 简便易行, 对腹腔积液的判断有一定价值。但是 B 超检查易受肠道气体的影响而诊断率不高, 本组术前超声检查 25 例, 仅 10 例发现有胰腺损伤, 确诊率为 40.0%。Genuit 等^[5]认为 CT 是诊断胰腺损伤最有价值的检查方法, 胰腺外伤的 CT 检查敏感度超过 80%, 优于 B 超; CT 虽能显示胰腺损伤部位, 但难以明确有无主胰管损伤, 其对损伤的分类也不可靠, 影响临床应用价值^[3], 本组 CT 确诊率为 73.3%。胰腺的解剖特点决定了其辅助检查手段的局限, 当伤情不允许作更多检查时, 特别是重度伤组, 早期休克与腹膜刺激征表现分别占 86.7% 和 80%, 就不必拘泥于术前的确切诊断, 剖腹探查是早期诊断胰腺损伤的首选方法^[4]。

3.2 闭合性胰腺损伤的治疗

目前认为胰腺损伤的治疗原则：①控制出血和细菌污染；②清除失去生机的胰腺组织；③尽可能保留 20%~50% 的正常胰腺组织；④充分的内或外引流损伤的胰腺组织或将其切除^[5]。

胰腺损伤治疗方式取决于胰腺损伤的部位、程度、主胰管损伤情况以及是否合并其他脏器的损伤，主胰管的损伤程度是胰腺外伤处理中的关键因素^[6]。单纯 I、II 级胰腺损伤患者，可仅行清创、止血、单纯外引流术。本组 16 例采用此法治愈。III 级损伤常行胰腺近侧端清创缝合封闭、远侧端胰腺切除、胰床置管引流术。如果生命体征不稳定，或合并伤复杂，应以挽救生命为主，不必勉强保脾，应尽快结束手术。本组中 III 级损伤 8 例，其中 1 例行保留脾脏胰体尾切除术。IV 级损伤根据损伤部位可以切除损伤远端胰腺，缝扎断端，或者是近侧缝扎胰腺，远侧与空肠行 Roux-Y 吻合。V 级胰腺损伤可根据具体情况采用十二指肠旷置术或胰头十二指肠切除术。急诊行胰十二指肠切除术手术死亡率高、并发症多，只能作为最后的选择^[7]。本组 4 例 V 级胰腺损伤患者中，1 例十二指肠憩室化手术后治愈；1 例十二指肠憩室化手术后复合伤情较重，术后 3 天死于失血性休克和急性肾功能衰竭；2 例胰头严重毁损伤行 Whipple 手术，1 例术后并发胆瘘、肠瘘和腹腔感染，二次手术后死于多器官功能衰竭；1 例术后胰瘘，6 月后行瘘管空肠 Roux-en-Y 吻合后治愈。

总之笔者认为，胰腺损伤术前诊断困难，及早剖腹探查是

诊断胰腺损伤的主要方法，术中明确损伤程度和部位，根据胰腺损伤的程度选择合理的手术方式可提高治愈率，降低死亡率。

参考文献：

- [1] Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, et al. Organ injury scaling, II: Pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum. J Trauma [J]. 1990, 30(11): 1427-1429
- [2] Wong YC, Wang LJ, Fang JF, et al. Multidetector-row computed tomography (CT) of blunt pancreatic injuries: can contrast-enhanced multiphase CT detect pancreatic duct injuries [J]. J Trauma. 2008, 64(3): 666-672
- [3] Harbrecht BG, Zenati MS, Ochoa JB, et al. Evaluation of a 15-year experience with splenic injuries in a state trauma system [J]. Surg. 2007, 141(2): 229-238
- [4] Haan JM, Bochicchio GV, Kramer N, et al. Nonoperative management of blunt splenic injury: a 5-year experience [J]. J Trauma. 2005, 58(3): 492-498
- [5] Cadeddu M, Garnetta A, Anezki K, et al. Management of spleen injuries in the adult trauma population: a ten-year experience [J]. Can J Surg. 2006, 49(6): 386-390
- [6] Lin BC, Fang JF, Wong YC, et al. Blunt pancreatic trauma and pseudocyst: management of major pancreatic duct injury [J]. Injury. 2007, 38(5): 588-93
- [7] 冷津立, 张嘉越, 赵子毅等. 胰腺损伤的诊断与外科治疗(附 39 例报告) [J]. 中华肝胆外科杂志, 2004, 10(8): 566-567

作者简介：

杨国防，男，河南许昌人，医学学士，主治医师，主要从事肝胆胰方面的研究。

编号：ER-10110400（修回：2010-11-29）

（上接 48 页）

表 3 川椒丸地 3 种不同细菌感染小鼠存活时间的影响

组别	剂量 (G/KG)	大肠杆菌	乙型副伤寒杆菌	痢疾杆菌
正常组		7	7	7
模型组		0.6±0.84*	0.8±0.92*	0.7±0.82*
肠康片组	0.78	5.4±2.67 [†]	3.8±3.43 ^{†△}	3.5±3.13 ^{†△}
诺氟沙星组	0.52	7 [†]	5.7±2.75 ^{†▲}	6.3±1.21 ^{†▲}
川椒低剂量组	0.47	4.3±2.98 ^{†△}	3.6±3.10 ^{†△}	2.9±3.07 ^{†△}
川椒中剂量组	1.4	5.7±2.11 [†]	4.3±2.95 ^{†△}	4.1±3.18 ^{†△}
川椒高剂量组	4.21	6.5±1.58 [†]	5.3±2.79 ^{†▲}	6.1±1.91 ^{†▲}

注：与模型组比^{*}P<0.05；与正常组比[†]P<0.05；与肠康片组比较[▲]P<0.05；与诺氟沙星组比[△]P<0.05。

3 讨论

川椒丸是根据少数民族博士研究生导师腾久祥教授应用多年的经验方精制而成，具有清热燥湿、理气止痛、涩肠止泻之功效，主治湿热泻泄，通过多年临床应用疗效对比观察，提示该药对于湿热泻泄具有非常好的临床疗效。

组方中秦皮苦、辛、平、入大肠、肝、胆经，具清热燥湿、解毒止痢、止带、明目之功效；善治热毒泻痢、血痢、里急后重及肝经郁热、目赤肿痛、生翳等证。

前期我们已经做了川椒丸对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌、变形杆菌的体外抑菌实验，结果表明该药抑菌作用显著。

本实验结果证明川椒丸明显能提高腹腔注射致死量细菌模型小鼠的存活率，并能延长其存活时间，且具有一定的量效关系，表明其对感染模型小鼠具有较好的保护作用，对体

内肠道常见致病菌具有较好抑制作用。而细菌感染是引起腹泻的主要病因，提示川椒丸可能通过抑制或杀灭肠道细菌而达到止泻目的，为其治疗腹泻具有良好效果提供可靠的理论依据及实验依据，也为进一步阐明其治疗腹泻的机制奠定良好的基础。

参考文献：

- [1] 陈奇. 中药药理研究方法学(第 2 版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 262, 276
- [2] 张明发等. 汉里药对小白鼠胃脑推进运动及药物性腹泻的影响 [J]. 中国医药学报, 1988: 3260
- [3] 国家药典委员会编. 中华人民共和国药典(一部) [S]. 北京: 化学工业出版社, 2005: 54
- [4] 雷载权. 中药学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 317

编号：EA-100628858（修回：2010-11-30）

真武汤加减方治疗缺血性心肌病并心衰 30 例

Treating 30 cases of ischemic cardiomyopathy and heart failure with Zhenwu decoction

龙荣华

(四川省南充市仪陇县马鞍中心卫生院, 四川 南充, 637631)

中图分类号: R542.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0051-02 证型: GBD

【摘要】 目的: 探讨真武汤加减方治疗缺血性心肌病并心衰的临床疗效。方法: 真武汤加减方配合西医常规治疗总有效率达 94%, 较单纯以西医常规治疗的疗效有明显差异 ($P < 0.05$)。结论: 真武汤加减方配合西医治疗缺血性心肌病并心衰, 中西医优势互补, 疗效显著。

【关键词】 缺血性心肌病并心衰; 真武汤加减方; 中医

【Abstract】 Objective: To investigate the clinical effect of treating ischemic cardiomyopathy and heart failure with Zhenwu decoction. Methods: Zhenwu decoction plus western medicine therapy, the total efficiency rate for 94%, to compare the effect of western medicine therapy have a significant difference ($P < 0.05$). Conclusion: Zhenwu decoction plus western medicine treating ischemic cardiomyopathy and heart failure has good effect.

【Keywords】 Ischemic cardiomyopathy and heart failure; Zhenwu decoction; TCM

缺血性心肌病属于冠心病的一种分型, 好发于中老年人, 以全心扩大, 心力衰竭为主要临床特征。2003 年 3 月至 2008 年 9 月, 我们运用真武汤加减方对 30 例病人进行了临床疗效观察, 取得了一定效果, 现报告如下:

1 临床资料

1.1 病例选择

符合 2005 年版 3 版内科本科教材缺血性心肌病并心力衰竭的诊断标准, 年龄在 55 岁以上, 中医辨证属于肺脾心肾俱虚, 气滞血瘀, 水湿泛滥者。

1.2 资料

符合上述诊断标准的住院病人 50 例, 随机分为两组: 治疗组 (真武汤加减方组) 30 例, 对照组 (单纯西医治疗组) 20 例。治疗组: 男性 18 例, 女性 12 例, 55~60 岁 11 例, 60 岁以上 19 例, 平均年龄 68 岁, 在缺血性心肌病的基础上并发右心衰的 17 例, 全心衰的 13 例, 出现心衰病程最长的 7 年, 最短的 1 月, 心功能 IV 级 18 例, 心功 III 级 12 例。对照组: 男性 13 例, 女性 7 例, 55~60 岁 8 例, 60 岁以上 12 例, 平均年龄 68.5 岁, 在缺血性心肌病的基础上并发右心衰的 15 例, 全心衰的 5 例, 出现心衰病程最长的 6 年, 最短的半月, 心功能 IV 级 16 例, 心功 III 级 4 例。二组资料经统计学处理, 差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组: 真武汤加减方加西医综合治疗。中药真武汤加减方为自拟方。方剂组成: 制附片 15g (先煎 2 小时, 以不麻口为度) 茯苓 20g, 白术 15g, 干姜 10g, 红参 20g, 丹参 20g, 当归 20g, 甘草 6g。双下肢肿甚合五皮饮; 紫绀明显者加桃仁 10g, 红花 10g, 桂枝 15g; 四肢不温加肉桂 6g (后下)。每日一剂, 每剂煎服 3 次。

对照组: 西医综合治疗常规给予吸氧, 强心, 利尿, 扩血管药物。

2.2 观察指标

观察治疗前后心悸, 咳嗽, 气喘, 进食, 尿量等临床表现, 两肺干湿罗音, 肝脏肿大, 双下肢水肿等体征及心功能分级情况。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

显效: 临床症状体征消失, 心功能恢复到 I 级以上。有效: 临床症状体征明显减轻, 心功能恢复到 II 级以上。无效: 临床症状体征改善不明显, 或无改善, 或死亡。

3.2 临床疗效分析, 两组治疗结果 (见表 1)

表 1 二组疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30 例	18 例 (60%)	10 例 (33%)	2 例 (6%)	28 例 (94%)
对照组	20 例	6 例 (30%)	10 例 (50%)	4 例 (20%)	16 例 (80%)

注: 总有效率治疗组明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

缺血性心脏病好发于中老年人,多属于中医的“心悸”“怔忡”“阴水”范畴,其病变波及心肺脾肾。患者年迈体衰,心肺脾肾俱虚。肺虚则气不布津而聚为水,脾虚则不能运水,肾虚不能主水而妄行,水液聚在上焦则为心悸,怔忡,喘咳,中焦则脘腹胀满,下焦则一身尽肿。肾阳虚衰,不能上煦心阳,心阳虚衰,运血无力,血瘀水停。总之,本病以心肺脾肾俱虚为本,瘀血内阻,水湿泛滥为标,为一派本虚标实之象。

治疗过程中,我们基于其本虚标实之证,拟用具有温阳益气,化痰行水之真武汤加减方进行治疗。方中附子大辛大热,既能上助心阳,又能下补肾阳,以回阳救逆,温经散寒,化气行水。现代药理研究表明附子含有洋地黄类物质,具有强心抗休克的作用。人参,甘温,补气益肺,救逆回脱,与附子同用增强其回阳益气固脱的作用。现代药理研究认为人参具有兴奋肾上腺皮质系统,提高应激能力,有抗休克作用。白术,益气健脾,燥湿利水,茯苓利水渗湿,健脾和中,白术,茯苓,均

具有利尿作用,可减轻心脏前负荷。丹参,一味,功同四物,具有活血祛瘀通络扩张外周血管的作用,从而可降低心脏后负荷。当归,补血活血,小剂量当归对心脏有兴奋作用,亦能扩张冠脉,降低心肌耗氧量。干姜,温中回阳,温肺化饮,助附子回阳救逆,甘草调和诸药。诸药合用,可使阳气回复,血脉通畅,水湿得消,脏腑功能得到明显改善。

西医疗疗缺血性心脏病并心衰,常给予“强心,利尿,扩血管”,洋地黄类药物因患者年龄大,机体耐受性差,排泄慢,易蓄积中毒,利尿药物可致电解质紊乱,增加了洋地黄中毒的危险性。因它们具有上述毒副作用及潜在风险,从而限制了它们的使用及长期应用,而中药真武汤加减方亦具有强心,利尿,改善微循环的功效,与西医疗有着异曲同工之妙,且疗效可靠,作用持久,而又无明显毒副作用,此时两者合用作用互补,疗效显著。

编号:EA-101024178(修回:2010-12-02)

小儿感染后脾虚综合征临床探讨

Discussion on treating Pi deficiency syndrome after children infection

吴亮 谢兰星 柳琴

(萍乡市妇幼保健院,江西 萍乡,337000)

中图分类号:R256.3 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)23-0052-02 证型:DGB

【摘要】目的:探讨小儿感染后脾虚综合征的诊断标准及临床处理。方法:对404例婴幼儿在重症感染后出现的厌食、多汗、口渴、便通失常(包括便溏、干结、便秘)、夜啼、磨牙、异嗜、腹痛为特征的,可归属于“感染后脾虚综合征”者,分为脾弱气虚型;脾肺两亏型;脾虚气阴不足型;脾胃阴虚型;湿邪蕴结型;气机失调型;给予中医辨证施治。结果:痊愈128例,显效76例,好转158例,总有效率为89.60%。结论:小儿感染后脾虚综合征一旦形成,采用以健脾为主的中医辨证施治,常能获得良好效果,可以弥补西医在这方面的不足。

【关键词】脾虚综合征;中药疗法;临床

【Abstract】 Objective: To investigate diagnostic criteria and clinical management of treating Pi deficiency syndrome after children infection. Methods: 404 cases are divide into Piruo Qixu type, Pifei Liangkui type, Pixu Qiyin shortage type, Piwei Yinxu type, Shixie Yunjie type, Qiji Shitiao type, treating in differentiation. 404 patients features are anorexia, sweating, thirst, they pass disorders (including loose stools, dry, constipation), Yeti, molar, pica, abdominal pain. Results: Cure are 128 cases, effective are 76 cases, improving are 158 cases, the total effective rate is 89.60%. Conclusion: Treating Pi deficiency syndrome after children infection in TCM has a good effects, can make up the shortfall of western medicine.

【Keywords】 Pi deficiency syndrome; TCM therapy; Clinical

小儿感染后脾虚综合征,是著名中医孟仲法主任医师首次提出的新概念。它是指小儿(多见于6岁内)在一次或多次急性感染后不久产生的一组与脾虚证相似或以脾虚证表现为主的综合征群。患儿厌食,乏力,便通失常,睡眠不良,消瘦,身高、体重落后于同年龄,其中以厌食、夜啼为最突出的主诉。病情迁延、反复,可达数月数年之久。一旦形成,仅用西药抗感染治疗难于见效,甚至反使病情加重,而采用以健脾为主的中医辨证施治,常能获得良好效果。现将笔者5年来对我院

儿科的本综合征患儿404例的临床研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

404例中男268例,女孩136例,起病年龄14天~6岁。前驱感染性疾病:新生儿皮下坏疽5例,梅毒8例,脓疱疮34例,婴幼儿哮喘39例,支气管肺炎176例,扁桃体炎38例,化脓性脑膜炎15例,麻疹45例,疖腮17例,败血症15例,

重症湿疹 2 例, 病毒性脑炎 10 例。

1.2 诊断标准

①有 1 次或多次急性或亚急性感染或伴有发热病史的患儿, 在感染症状消失或基本消失后存在脾虚证的症状和体征者。②常见症状为厌食、乏力、多汗、口渴、便秘失常(包括便秘、干结、便秘)、夜啼、磨牙、异嗜、腹痛。③常见体征为消瘦(包括身高、体重落后于同年龄正常儿童), 面色苍白或萎黄少华, 面部有花斑, 扁桃体慢性肿大, 颈部淋巴结肿大, 舌质淡或淡红, 或舌质红、花剥, 苔白腻或黄腻, 脉细弱或指纹淡、淡红等。④实验室检查: 常示轻度贫血, 白细胞及中性粒细胞略增高, 细胞免疫功能偏低, 血中免疫球蛋白 IgG 和 IgA 偏低。微量元素测定常示铜、锌、铁、锰的偏低, 铅偏高的现象。

2 治疗方法

404 例患儿按不同的证候分成六组, 给予不同的施治。

2.1 脾弱气虚型

用益气健脾法治疗。方用健脾 1 号方加减: 党参或孩儿参 10g, 黄芪 10g, 白术 8g, 陈皮 4.5g, 炙甘草 3g, 本型共 162 例, 占 40.1%。

2.2 脾肺两亏型

用清肃余邪益气养阴之法治疗。方用人参五味子汤加减: 党参 10g, 五味子 3~6g, 白术 10g, 茯苓 6g, 麦冬 6g, 百部 10g, 山药 15g, 陈皮 4.5g, 甘草 4g。本型共 100 例, 占 24.75%。

2.3 脾虚气阴不足型

治以益气补血、健脾助运法。常用参苓白术散或八珍汤加减调治, 并指导饮食营养。本型共 45 例, 占 11.14%。

2.4 脾胃阴虚型

以清热养阴、健脾泻火之法治之。方用健脾 3 号方: 生地 10g, 石斛 10g, 乌梅 6g, 白扁豆 15g, 甘草 6g, 或加用黄连泻心汤。本型共 36 例, 占 8.91%。

2.5 湿邪蕴结型

治以清热化湿、健脾和胃法。方用健脾 4 号方加减: 藿香 6g, 川朴 3~6g, 姜半夏 4.5g, 茯苓 10g, 黄芩 6g, 地锦草 10g, 车前草 10g, 连翘 10g, 生苡仁 15g, 滑石粉 6g。本型共 36 例, 占 8.91%。

2.6 气机失调型

治以温中健脾、理气止痛。方用健脾 2 号方: 制附片 3~6g, 干姜 4.5g, 芍药 10g, 甘草 6g, 党参 10g, 白术 10g, 木香 3g, 陈皮 6g。本型共 25 例, 占 6.18%。

3 结果

3.1 疗效标准

治疗 3d 后厌食、夜啼、腹胀、泄泻消失, 面色及舌象、指纹明显好转者为显效; 治疗 3d 后、厌食、夜啼有明显减轻, 1 周后腹胀、泄泻明显减轻, 面色及舌象、指纹有所好转者为有效; 治疗 3d 后厌食、夜啼无好转, 1 周后腹胀、泄泻、面色及舌象、指纹无明显改善者为无效。

3.2 治疗结果

痊愈 128 例, 占 31.68%; 显效 76 例, 占 18.81%; 好转

158 例, 占 39.11%; 无效 42 例, 占 10.40%; 总有效率为 89.60%。

4 讨论

4.1 多年来我们发现一些病儿, 在一次或多次急性感染后, 出现一组雷同的症状, 有的经抗感染或对症治疗后可愈, 有的甚为顽固。西医治疗效果不够理想, 考虑暂名为“小儿感染后脾虚综合征”, 并探索其中医辨证施治规律。

4.2 中医文献中类似“小儿感染后脾虚综合征”表现的记载不少。系由外感温热之邪和素体虚弱酿成, 呈现虚实夹杂之症, 其治疗大法, 当为扶正祛邪, 并须根据邪实和正虚的病情变化, 有所偏重, 方能取得如期疗效。小儿脾虚与成人比较具有以下几个特点:

①发病率高于成人, 其年龄多集中在幼儿期及学龄前期, 这是由于小儿“脾常不足”的生理特点所引起的。

②小儿脾虚多见于营养性疾病和感染性疾病, 而成人则多见于各种杂病, 特别是某些慢性病如溃疡病、老慢支、肾炎等患者中。

③小儿的脾虚证出现快, 经过合理的健脾治疗, 痊愈快, 消失也快。

④小儿脾虚在辨证时, 脉诊往往不足凭信, 主要以临床症状为主。

4.3 在辨证施治中, 本病的施治重点, 从病位言, 主要在脾肺两脏; 从治法言, 则以清热、益气、养阴三法为最重要。应予以指出, 调理脾胃在本病的治疗中占有重要位置。

4.4 “小儿感染后脾虚综合征”的病因尚不清楚, 小儿脾虚的发生与感染和营养二个因素关系最为密切。因此我们分感染性和非感染性脾虚两类, 前者是一种感染和延续状态, 感染延续的原因可能是病儿抗病力的不足, 或病原体的顽固性所致。这样就形成了一种“正虚邪恋”的延续状态。也可能为感染后机体的一种免疫反应或感染后引起的一种体内营养代谢的失常状态。当然其中有不少病例是感染因素和营养因素兼而有之的, 那时我们要弄清其以哪一因素为先或为主, 真正无法分的, 则可视作为混合性。

4.5 感染是现代医学的概念, 脾虚则为祖国医学中的概念, “小儿感染后脾虚综合征”一名, 反映了中西两种医学在实践中的自然结合。

参考文献:

- [1]孟仲法,刘兆华,郑美华等.小儿感染后脾虚综合征诊断与治疗研究[J].中国中西医结合杂志,1991,(11):742
- [2]孟仲法.小儿感染后脾虚综合辨证施治探讨[J].中医杂志,1998,(5):355
- [3]林广裕,林渊液,蔡健文等.小婴儿重症感染后脾虚综合征的临床观察[J].中医杂志,1998,(1):38

作者简介:

吴亮(1976-),男,中医本科,主治医师,主要从事小儿内科疾病的诊治研究。

编号:EA-101013117(修回:2010-12-02)

Cerb-B-2、P53 和 nm23 在乳腺癌组织中表达相关性及其意义

Relevance and significance of expression of Cerb-B-2, P53 and nm23 on breast Cancer

侯绍章¹ 李媛²

(1.宁夏医科大学病理学系, 宁夏 银川, 750004;

2.宁夏医科大学护理学院, 宁夏 银川, 750004)

中图分类号: R735.9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0054-02 证型: IAD

【摘要】目的: 探讨 Cerb-B-2、P53 和 nm23 基因在乳腺癌中的表达与转移及预后的关系。方法: 采用免疫组织化学 (SP 法) 对乳腺癌 Cerb-B-2、P53 和 nm23 的表达进行检测。结果: Cerb-B-2 阳性率为 68.4%, P53 为 51.8%, nm23 为 71.1%。Cerb-B-2 和 P53 与肿瘤临床分期和淋巴结转移呈正相关, 差异有统计学意义, 与患者年龄无显著相关性。nm23 基因蛋白的表达与临床分期、淋巴结转移呈负相关, 差异有统计学意义, 而与患者年龄无显著相关性。结论: Cerb-B-2、P53 和 nm23 基因参与乳腺癌的发生发展过程; 联合检测对预测乳腺癌淋巴结转移及判断预后具有重要意义。

【关键词】 乳腺癌; Cerb-B-2; P53; nm23; 免疫组织化学

【Abstract】 Objective: To investigate the expression of oncogenes Cerb-B-2, P53 and nm23, and the relationship of the genes with metastasis and prognosis in patients with primary breast carcinoma. Methods: The expression of Cerb-B-2, P53 and nm23 was detected by immunohistochemical (s-p methods) in 114 cases of breast carcinoma. Results: The positive expression of Cerb-B-2, P53, and nm23 were 68.4%, 51.8% and 71.1%. The expression of Cerb-B-2, P53 were positively correlated with TNM stage and lymph node metastasis ($P<0.01$), but did not relate to age; nm23 was negatively correlated with TNM stage and lymph node metastasis, and did not relate to age. Conclusion: Oncogenes Cerb-B-2, P53 and nm23 may play an important role in the development and progression of breast carcinoma. The combined detection of Cerb-B-2, P53 and nm23 gene proteins has positive effects on predicting the lymph node metastasis and the prognosis of breast carcinoma.

【Keywords】 Breast carcinoma; Cerb-B-2; P53; nm23; Immunohistochemistry

乳腺癌是妇女最常见的恶性肿瘤之一, 在我国目前其发病率逐年增高、发病年龄逐渐年轻化。而临床分期高和有淋巴结转移是预后不良指标, 但乳腺癌癌变机制至今仍不清楚。本研究通过检测 Cerb-B-2、P53 和 nm23 基因在乳腺癌中的表达, 旨探讨其与乳腺癌预后的关系。

1 材料与方法

1.1 材料

114 例乳腺癌来自宁夏医科大学附属医院病理科 2002~2003 年手术切除标本, 术前未做化疗和治疗。其中伴有腋窝淋巴结转移 50 例, 未见腋窝淋巴结转移 64 例。均为女性患者, 年龄 30~79 岁, 平均年龄 49 岁。

1.2 方法

采用 SP 法进行检测, 使用抗体、SP 试剂盒均购自北京中山公司, 为即用型产品。用已知阳性切片对照, 以 PBS 代替一抗为阴性对照。

1.3 结果判断

阳性结果呈棕黄色或棕褐色颗粒, Cerb-B-2 阳性细胞为细胞膜/浆着色, P53 为细胞核着色, 其肿瘤阳性细胞数 $<10\%$ 为

阴性 (-); $>10\%$ 为阳性 (+)。nm23 阳性定位于肿瘤细胞胞质, 癌细胞胞浆中出现棕黄色颗粒为阳性, 不着色为阴性。

1.4 统计学分析: 采用四格表的 χ^2 检验和确切概率法。

2 结果

2.1 Cerb-B-2、P53 和 nm23 在乳腺癌组织中阳性表达与临床病理特征的关系

114 例乳腺癌组织中阳性表达率 Cerb-B-2 为 68.4%, P53 为 51.8%。nm23 为 71.1%。抗体阳性表达与临床分期、淋巴结转移的关系见表 1。由表 1 可看出, Cerb-B-2、P53 的阳性表达率随临床分期的增高、淋巴结转移数目的增多而增加, nm23 是降低。且临床分期 I 期与 III 期乳腺癌组织中 Cerb-B-2、P53 和 nm23 蛋白阳性表达率间的差异有统计学意义 (Cerb-B-2 间的 $\chi^2=11.649$; P53 间的 $\chi^2=11.369$, 均 $P<0.01$; nm23 间的 $\chi^2=4.656$, $P<0.05$), 腋窝淋巴结转移者 Cerb-B-2、P53 蛋白阳性表达率均显著高于无淋巴结转移者, 而 nm23 为低于无淋巴结转移者 (Cerb-B-2 的 $\chi^2=11.700$, P53 的 $\chi^2=12.579$, nm23 的 $\chi^2=10.339$, 均 $P<0.01$), 三种蛋白均与患者年龄无关 (Cerb-B-2 的 $\chi^2=0.031$, P53 的 $\chi^2=0.179$, nm23 的 $\chi^2=2.819$, 均 $P>0.05$)。

表1 乳腺癌 Cerb-B-2、P53、nm23 表达与预后关系

项目	例数	Cerb-B-2 (+)	P53 (+)	nm23 (+)
临床分期				
I	12	5 (41.7)	5 (41.7)	10 (83.3)
II	76	49 (64.5)	33 (43.4)	46 (60.5)
III	26	24 (92.3)	21 (80.8)	12 (46.2)
淋巴结转移				
无	64	18 (28.1)	14 (21.9)	46 (71.9)
有	50	30 (60.0)	27 (54.0)	21 (42.0)
年龄(岁)				
≤50	69	48 (69.6)	34 (49.3)	53 (76.8)
>50	45	32 (71.1)	24 (53.3)	28 (62.2)

注：括号内为阳性表达率(%)。

2.2 乳腺癌组织中 Cerb-B-2、P53、nm23 蛋白表达的相互关系
在 114 例乳腺癌组织中，Cerb-B-2 与 P53 和 nm23 蛋白共同阳性表达分别为 43 例、45 例，其与淋巴结转移的关系见表

2。Cerb-B-2 与 P53 之间表达呈正相关 ($\chi^2=7.02$, $P<0.01$)；与 nm23 之间表达呈负相关 ($\chi^2=7.221$, $P<0.01$)，差异有统计学意义。

表2 Cerb-B-2、P53、nm23 共表达与淋巴结转移的关系

组别	例数	淋巴结转移	P 值
Cerb-B-2、nm23 两者阳性	45	17 (37.8)	<0.01
Cerb-B-2、nm23 两者阴性	22	16 (72.7)	
Cerb-B-2、P53 两者阳性	43	16 (37.2)	<0.01
Cerb-B-2、P53 两者阴性	19	14 (73.7)	

注：括号内为阳性表达率(%)。

3 讨论

3.1 Cerb-B-2 基因又称 neu 或 HER-2，定位于 17q21，编码分子量为 185KD 的跨膜蛋白，该蛋白又称为人类表皮生长因子相关基因^[1]。正常情况下处于非激活状态，当受到体内、外某些因素作用而激活时，具有肿瘤转化活性，通过基因扩增和蛋白过度表达在细胞信号传递系统中起桥梁作用，刺激细胞增殖、浸润和转移。本实验研究显示，Cerb-B-2 蛋白在乳腺癌中阳性表达率为 68.4%，随临床分期升高其表达也增高，在 I 期与 III 期之间有显著性差异；腋窝淋巴结转移者表达率明显高于无淋巴结转移者。提示 Cerb-B-2 基因与乳腺癌淋巴结转移密切相关，该基因过度表达与乳腺癌浸润性生物学行为有关，预示乳腺癌浸润性强、转移早。可以作为评估乳腺细胞癌变及患者预后的指标之一。

3.2 P53 基因是重要的抑癌基因，定位于 17p13，正常情况下野生型 P53 (wt P53) 可抑制细胞的生长和分裂，并能抑制癌基因活性；当 P53 基因突变后产生突变型 P53 (mt P53)，其半衰期长，促进细胞恶性转化。突变型 P53 几乎见于所有恶性肿瘤，是癌变细胞的标志之一^[2]。有人认为 P53 是判断乳腺癌预后较好的指标^[3]。本研究显示，P53 蛋白在乳腺癌中阳性表达率为 51.8%；P53 蛋白表达率随临床分期升高而增加，差异有统计学意义；与腋窝淋巴结转移呈正相关。提示 P53 基因与乳腺癌淋巴结转移密切相关，可以作为评估乳腺细胞癌变及患者预后的另一指标。

3.3 nm23 由 Steeg 等^[4]在 1988 年应用消减技术发现的一种肿瘤转移抑制基因，定位于人 17 号染色体长臂，编码分子质量为

18.5 kDa 和 17 kDa 的蛋白质，主要分布于细胞质中；其基因产物在细胞信号传递、细胞分化、维持细胞的正常骨架等过程中起着重要作用。本研究显示，nm23 阳性率为 71.1%，nm23 阳性率表达随临床分期升高其表达降低；说明 nm23 缺失的肿瘤具有较强的侵袭性。本实验 nm23 表达与淋巴结转移呈负相关，提示 nm23 表达能够抑制乳腺癌的淋巴结转移，使肿瘤更具侵袭、转移活性，临床预后差^[5]。nm23 的检测有利于判断乳腺癌的转移潜能。

在乳腺癌中联合检测 Cerb-B-2、P53、nm23，能够较好地了解癌组织对激素治疗的敏感性、癌组织的分化及增殖、转移活性，对判断其生物学活性、指导治疗及判断预后具有重要意义。

参考文献：

- [1]Wong AJ,Habib FK.A variant epidermal growth factor receptor protein is similarly expressed in benign hyperplastic and carcinomatous prostatic tissues in black and white men[J].West Afr JMed,2007,26(1):42-47
- [2]Linksba0 G,Yang DQ,Zhou B,et al.Effect of neoadjuvant chemotherapy on estrogen and progesterone receptors and p53and CerbB-2 in breast cancer[J].Zhonghua Yi Xue Za Zhi,2007,87(40):2843-2845
- [3]Sigrid S.The P53 gene in breast cancer prognostic value of complementary DNA sequencing versus immunohistochemistry[J].J Nat Cancer Inst,1996,21:173
- [4]Steeg PS,Bevilacqua G,Kopper L,et al.Evidence for a novel gene associated with lowtumormetastasis potential[J].J Natl Cancer Inst,1988,80(3):200-204
- [5]熊晓平,陈修己,杜丽英.乳腺癌 nm23 基因和雌孕激素受体的表达与组织学分级及预后关系的研究[J].江西医学院学报,2007,47(1):34-36

编号：EA-101025181 (修回：2010-12-02)

试论中药炮制的主要目的

The main purpose of TCM processing

罗仁书

(重庆市大足县中医院, 重庆, 402360)

中图分类号: R02 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0056-01

【摘要】 中药经过加工炮制, 去粗取精, 调整药性, 增利除弊, 以满足临床治疗需要。

【关键词】 中药; 炮制; 中医药理论

【Abstract】 To meet the requirement of the clinical treatment, the TCM should be processed and discarded the dross and selected the essential and adjusted the potency.

【Keywords】 TCM; Processing; The TCM theory

中药炮制是根据中医药理论, 依照辨证施治用药的需要和药材自身性质以及调剂、制剂的不同要求, 所采取的一项制药技术, 是中医药学的一大特色。中药因来源于自然界的植物、动物、矿物类, 绝大多数都要经过加工炮制, 去粗取精, 调整药性, 增利除弊, 以满足临床治疗需要。现就中药炮制的目的做简单归纳, 主要有以下几点:

1 清除杂质和非药用部分, 使药物清洁纯净

中药在采收、运输、保管过程中, 常混有砂土、杂质及霉败品等或保留有非药用部分, 因此必须进行严格的分离和洗刷, 使其符合药用的净度和纯度, 以保证临床用药剂量准确, 减少污染, 确保质量。如根及根茎类须除去泥砂; 枇杷叶、狗脊去毛; 杏仁、桃仁汆后去皮尖; 动物类药材去头、足、翅等。曾有报道说, 枇杷叶未去毛而用于临床, 能导致喉头水肿^[1]。

1980年湖南省曾从四川调进野赤芍, 株州某医院配方使用, 连续造成40多人中毒。经调查, 是野赤芍中混有剧毒药“三钱三”所致^[2]。

2 便于制剂、煎服和贮存

植物药经切制成不同规格的饮片, 便于调剂时分剂量配方, 使剂量准确, 易于煎出有效成分。矿物药、贝壳类、动物骨骼类经煅制后, 质地由坚硬变得酥脆, 易于粉碎, 利于煎出有效成分, 同时还有利于调剂和进行特殊的炮制以及储藏。如白芍, 黄芪, 山药须切片, 龙骨, 牡蛎须煅制等。

3 矫臭、矫味, 便于服用

动物类或其他有特异不快嗅味的药物, 往往难以口服或口服出现恶心、呕吐、心烦等不良反应。为便于服用, 常采用漂洗、酒制、醋制、蜜炙、麸炒等方法处理, 起到矫嗅矫味的效果。如紫河车、乳香、僵蚕、五灵脂等。

4 改变药物性能, 增强药物疗效

不同的药物, 其寒热温凉、酸甘苦辛咸的性能各异, 各有其一定的主治适应病症, 性味的偏盛, 有时难以适应各种病情的需要, 因此就通过炮制, 来改变药物的性能, 增强药物疗效, 扩大应用范围, 适应临床需要。如地黄鲜用或生用, 性寒而凉血, 能清热凉血、滋阴生津, 用于热病邪入营血, 壮热, 发斑、舌绛或热病伤阴、血热妄行出血者。若经黄酒反复拌蒸、晒、炮制而成熟地黄, 则其性微温而味甘, 专用于滋阴补血, 治疗血虚萎黄、肝肾阴虚, 潮热、消渴之症。何首乌含蒽醌衍生物, 卵磷脂等, 以大黄素为多, 故生首乌能促进肠管蠕动而通便, 用于血虚肠燥便秘; 若以黑豆汁拌蒸制成制首乌, 蒽醌衍生物破坏减少, 则泻下作用减除, 卵磷脂经制后易于溶出, 卵磷脂

为构成脑脊髓的主要成分, 并能促进血细胞的新生和发育。故制首乌为补肝肾、益精血、降血脂之品, 用于肝肾阴亏, 血虚萎黄、眩晕, 须发早白、高血压及冠心病患者。

活血行气止痛之延胡索, 传统以醋制, 按其镇痛的有效成分延胡索乙素, 在醋的作用下, 转化为盐, 增加了在煎剂中的溶解度, 使镇痛作用明显增强; 若以酒制。则其生物碱部分被破坏损失, 故延胡索用醋制而不用酒制是有一定的科学性的。蒲黄生用破血行瘀, 炒炭收敛止血; 某医院一胎漏病人, 服用药房配给的生蒲黄, 而出血不止^[3]。款冬花蜜炙能增强润肺止咳作用; 白术土炒, 补脾和中力强, 柴胡醋炒、舒肝解郁力增, 这些均是中药经炮制后增效的实例, 是长期临床经验的总结。

5 消除或降低药物的毒性和副作用

某些药物疗效虽佳, 但因毒性和副作用大, 临床应用不安全, 故需经炮制, 降低其毒性和副作用, 使服后不致产生不良反应。如大辛、大热有毒之乌头、附子类, 主要有毒成分为乌头碱, 尝之有麻、辣、痛感, 并刺激咽喉, 对心脏和神经系统有毒, 然乌头碱不耐热、不稳定, 经炮制以去其毒, 使乌头碱破坏或溶出, 或水解为乌头次碱、乌头原碱而解毒, 炮炙后, 乌头碱平均减少78%~82%, 达到药用要求^[2]。

温化寒痰之半夏, 含刺激性的辛辣成分, 有麻辣感, 能刺激咽喉, 口腔粘膜, 并易致中毒, 发生舌麻、声音嘶哑、呕吐等。其炮制须经反复浸至无麻辣味, 再加明矾、生姜共煮, 以除其毒性成分。(现研究单位以明矾制即可解毒, 或生半夏在高温170℃和高压处理可解毒)。斑蝥能攻毒蚀疮, 破痂散结, 其所含斑蝥素有抗癌作用, 然有剧毒, 能使皮肤粘膜起水泡烂, 能影响肾功能, 传统须用米与斑蝥同炒至米焦黑, 使部分斑蝥素升华而减毒。乳香、没药生品气味浓烈, 刺激性很强, 经醋制后其副作用降低。如一坐骨神经痛方内有乳香、没药, 药房配给生品, 病人服药5min后胃中煎熬难忍, 终以吐后为安, 改用制乳香、没药后未出现上述异常^[4]。综上所述可以看出: 中药炮制是中医药必不可少的环节, 炮制的根本目的在于增效、制毒, 调整药性, 以适应临床应用的需要。

参考文献:

- [1]万国庆. 枇杷叶毛所致严重喉头水肿一例报道[J]. 中药通报, 1985, 10(8): 30
- [2]赵归如. 中药炮制与临床疗效的关系浅述[J]. 湖南中医杂志, 1991, (5): 20
- [3]潘育仁. 对忽视炮制所致病例事故的分析[J]. 湖南中医杂志, 1988, (6): 26
- [4]郭国华. 从炮制对中药性能的影响谈炮制的重要性[J]. 湖南中医学院学报, 1986, (3): 40

编号: ER-10101500 (修回: 2010-11-08)

沐舒坦不同给药途径佐治 小儿急性感染性喉炎的疗效观察

Effective observation on treating acute infectious laryngitis by different routes of administration of ambroxol

张丽群¹ 胡波¹ 李晶²

(1.四川省遂宁市中心医院, 四川 遂宁, 629000;

2.重庆三峡医药高等专科学校, 重庆, 404120)

中图分类号: R322.3+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0057-02 证型: IBD

【摘要】目的: 探讨沐舒坦不同给药方式对小儿急性感染性喉炎治疗作用的差异性。方法: 将140例婴幼儿急性感染性喉炎随机分成4组, 每组35例。对照组(A组)给予抗感染、降温、镇静及氧气驱动雾化吸入布地奈德混悬液等治疗; 沐舒坦雾化吸入组(B组)另给沐舒坦针剂雾化治疗, <2岁者7.5mg/次, >2岁者15mg/次, 加生理盐水2ml, 空气压缩泵雾化, 每日2次, 疗程5~7天; 沐舒坦静脉滴注组(C组)另给沐舒坦针剂静滴治疗(用量同雾化, 加入10%葡萄糖注射液20ml), 每日2次, 疗程5~7天; 另给沐舒坦雾化联合静脉滴注组(D组)联合使用沐舒坦针剂静脉滴注及空气压缩泵雾化吸入每日2次, 疗程5~7天, 观察内容包括患儿呼吸困难、发热、声嘶、咳嗽、喉鸣音等症状及体征改善时间。结果: 4种治疗方案中, 联合组疗效最好, 静滴组及雾化组疗效均优于对照组, 患儿呼吸困难、发热、声嘶、咳嗽、喉鸣音等症状及体征消失时间均明显缩短($P<0.05$)。结论: 联合静脉滴注和雾化吸入沐舒坦治疗小儿感染性喉炎效果好。

【关键词】急性感染性喉炎; 沐舒坦; 雾化吸入; 静脉滴注

【Abstract】 Objective: To investigate the therapeutic effects of different administration ways on mucosolvan for acute infectious laryngitis. Methods: 140 children with acute i-nfectious laryngitis were divided randomly into 4 groups; there were 35 children in each group. All groups were treated with anti-infection, cooling, conscious-sedation and nebulizing budesonide suspl with oxygen driving. The group treated with mucoso-lvan nebulization (the group B) were given 7.5mg/time-1 who yonger than 2 years and 15mg • time⁻¹ who older than 2 years mucosolvan by nebulization with 2ml normal sod-ium, once for 12 hours for 5~7 days additionally. The group treated with mucosolvan intravenous drip (the group C) were given the same dosage with the nebulization group of intravenous drip mucosolvan with 10% glucose solution, once for 12 hours for 5~7 days additionally. The group treated with mucosolvan nebulization and intravenous drip (the group D) were given the above dosage of intravenous drip mucosolvan and nebulization, once for 12 hours for 5~7 days. All the content observed included improved time of symptoms and physical signs such as dyspnea, fever, hoarseness, cough, laryngeal stridor. Results: Among the four treatment plans, the curative effect of the conjoined group was the best, that of the intravenous drip group and nebulization group were better than control group, disappearing time of symptoms and physical signs such as dyspnea, fever, hoarse- ness, cough, laryngeal stridor were shortened obviously. Conclusion: Treating acute infectious laryngitis by different routes of administration of ambroxol has a good effect.

【Keywords】 Acute infectious laryngitis; Mucosolvan; Nebulization; Intravenous drip

急性感染性喉炎为喉部黏膜弥漫性急性炎症, 好发于声门下, 常见于1~3岁幼儿^[1]。冬春二季发病较多, 临床表现为不同程度的发热, 夜间突发声嘶、犬吠样咳嗽及吸气性喉鸣伴呼吸困难等呼吸系统障碍, 严重者危及生命。我们对本院收治140例住院毛细支气管炎患儿分别采用沐舒坦静脉滴注、雾化吸入治疗及联合两者治疗的不同给药方案, 探讨了上述给药方案对治疗小儿急性感染性喉炎的疗效差异性, 证明沐舒坦雾化联合静脉滴注优于单独给药, 为小儿急性感染性喉炎最佳给药方案。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2007年9月至2009年9月来我院就诊的患儿140例, 均符合急性感染性喉炎的诊断标准^[2], 按就诊顺序随机分为对照组(A组)(35例)、沐舒坦雾化吸入组(B组)(35例)、沐舒坦静脉滴注组(C组)(35例)、沐舒坦雾化联合静脉滴注组(D组)(35例)。经统计学处理, 各组病例在性别、年龄、病情轻重程度等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

各组均给予抗感染、降温、镇静及氧气驱动雾化吸入布地奈德混悬液等治疗。B组在此基础上给沐舒坦剂雾化治疗，<2岁者7.5mg/次，>2岁者15mg/次，加生理盐水2ml，空气压缩泵雾化；C组另给沐舒坦剂静滴治疗（用量同雾化，加入10%葡萄糖注射液20ml）；D组联合使用沐舒坦剂静脉滴注及空气压缩泵雾化吸入；以上治疗均每日2次，疗程5~7天。

1.3 观察指标

治疗后1~7天时间段内，观察患儿呼吸困难、发热、声嘶、咳嗽、喉鸣音改变情况，记录。

1.4 统计学方法

采用SPSS 12.0统计软件进行分析。多组间症状、体征消失天数用单因素方差分析，两组间症状、体征消失天数用t检

验，实验数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

140例患儿均治愈出院。各组之间呼吸困难、发热、声嘶、咳嗽、喉鸣音等症状消失时间比较见表1，表1可以看出A组与B组、A组与C组、A组与D组之间存在有显著差异，($P < 0.05$)，D组分别与B组、C组之间也存在显著差异，($P < 0.05$)，B组与C组之间差异无统计学意义($P > 0.05$)。

上述统计学结果证明，联合用沐舒坦雾化吸入加静脉滴注(D组)临床治疗比单用雾化吸入(B组)或单用沐舒坦剂静脉滴注(C组)具有更好的临床效果。所有用药组患儿均未出现任何不良反应。

表1 两组患儿治疗后症状体征消失时间($\bar{x} \pm s$, 天)

组别	例数	呼吸困难	发热	声嘶	咳嗽	喉鸣音
A	35	1.69±0.66	2.13±0.43	3.55±0.75	4.19±0.65	2.70±0.77
B	35	1.27±0.50 [?]	1.45±0.54 [‡]	2.77±0.91 [‡]	3.42±0.77 [‡]	1.95±0.65 [‡]
C	35	1.31±0.62 ^{**}	1.51±0.39 ^{**}	2.69±0.88 ^{**}	3.34±0.72 ^{**}	1.86±0.67 ^{**}
D	35	0.91±0.48 [*]	1.01±0.35 [*]	1.92±0.69 [*]	2.75±0.65 [*]	1.15±0.50 [*]

注：B、C、D组与A组症状消失时间比较 $P_{?}^{\dagger}$ 、 P^{**} 、 P^{*} 均 < 0.05 。D组与B、C组症状消失时间比较 $P_{?}^{\dagger}$ 、 P^{***} 均 < 0.05 ；B组与C组症状消失时间比较 $P_{?}^{**} > 0.05$ 。

3 讨论

急性感染性喉炎是婴幼儿时期常见的急性上呼吸道感染性疾病，在寒冷及干燥的季节多发病，起病急，进展快，是引起小儿喉梗阻的主要原因。急性感染性喉炎病理基础是喉部黏膜的急性水肿，炎性细胞浸润、气道分泌物阻塞。多继发于鼻炎、咽炎及上呼吸道感染，致病多为乙型溶血性链球菌、葡萄球菌、流感杆菌或病毒感染引起；其次为麻疹、百日咳、猩红热等传染病引起。

沐舒坦注射液的主要活性成份是盐酸氨溴索，是一种具有多种生物学效应的黏液溶解性祛痰药，使呼吸道黏膜上的表面活性物质发挥其正常的保护作用^[4]；此外还发挥抗氧化，减少氧自由基生成，减少炎性介质的合成和释放，促进肺泡表面活性物质的合成；在较高浓度时，沐舒坦还具有明显的抗炎作用^[5]，与抗生素联合使用时具有协同作用。本组急性感染性喉炎患儿应用沐舒坦注射液雾化吸入治疗取得较好疗效，与对照组比较，患儿呼吸困难、发热、声嘶、咳嗽、喉鸣音、吸气三凹征症状及体征改善时间较对照组缩短；应用静脉滴注沐舒坦注射液取得相同疗效。雾化组与静滴组患儿的呼吸困难、发热、声嘶、咳嗽、喉鸣音等症状及体征改善时间差别无统计学意义。而相对静脉滴注沐舒坦注射液，雾化吸入方法简便，不良反应少。D组联合用沐舒坦雾化吸入及静脉滴注效果明显优于单一方法治疗组(B、C组)。考虑静滴沐舒坦一方面和抗生素有协同作用，增加抗生素在呼吸道中的浓度，增加了抗生素的疗效，另一方面，婴幼儿由于呼吸系统生理解剖上的特点，极易造成气道狭窄甚至堵塞，雾化吸入沐舒坦及时有效地清理呼吸道分泌物，促进痰液排出。由于喉部的炎性病变位置表浅，声带的

血液循环差，全身用药很难在病变部位达到较高的药物浓度，两者联用可起很好协同作用。通过静脉给药可弥补雾化吸入的患儿不配合治疗、药量吸入不保证等不足。

沐舒坦不良反应较小，曾有研究者报道，在成人或儿童病例个别发现有出现瘙痒、皮疹、低热、恶心等不良反应，停药后无需特殊处理即可缓解^[6]。我们选用的沐舒坦雾化联合静脉滴注给药显著改善患儿呼吸困难、发热、声嘶、咳嗽、喉鸣音，结果明显优于单用沐舒坦雾化吸入或静脉滴注，在使用过程中未发现上述明显不良反应，值得临床上进行推广。

参考文献：

- [1]胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:1162-1164
- [2]胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:1162
- [3]柳瑞会.急性喉炎.见:团承先.小儿耳鼻咽喉科学[M].天津:天津科学技术出版社,1985:345
- [4]方晓惠,钮善福.沐舒坦剂治疗呼吸系统疾病多中心临床试验[J].上海医科大学学报,2000,27(2):152-153
- [5]Honlfeld J,Fabel H,Halmm H.The role of pulmonary surfactant in obstructive airways disease[J].European Respiratory Journal,1997.10(2):482-491
- [6]李洲,陈品,刘恒等.沐舒坦在预防早产儿呼吸窘迫综合征中的疗效观察[J].中国当代儿科杂志,2004,6(5):425-426

作者简介：

张丽群(1976-),女,四川眉山人,四川省遂宁市中心医院主治医师。胡波,通讯作者,儿科副主任医师。

编号:EA-101019148(修回:2010-11-29)

中医中药配合食疗治疗复发性 轻型口腔溃疡的临床观察与对策

Clinical observation and countermeasure of treating recurrent oral ulcers light by TCM plus diet

黄兰珍 陈梅芳 何素连

(福州市中医院, 福建 福州, 350001)

中图分类号: R322.4+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0059-02 证型: IDGA

【摘要】 目的: 观察配合中医中药治疗复发性口腔溃疡后的复发率。方法: 选择46例25~35岁复发性轻型口腔溃疡的患者在一年内将其随机分为观察组(采取中医中药)和对照组(西医药物治疗)各23例, 其中观察组有10名女性, 对照组8名女性。两组均有采取对症治疗, 观察组在此基础上配合中医中药。比较两组患者口腔溃疡的复发率。结果: 观察组在一年内复发一次的有3例, 二次的有2例, 三次以上的无, 复发率21.73%, 而对照组在一年内复发一次的有6例, 二次的有4例, 三次以上的有2例, 复发率52.17%。差异显著($P<0.05$)。结论: 中医中药治疗对复发性轻型口腔溃疡的复发率疗效显著。

【关键词】 中医中药; 复发性; 口腔溃疡

【Abstract】 Objective: To observe the relapse rate of treating recurrent oral ulcers in TCM. Methods: To choose 46 cases 25 to 35 years old patients with recurrent oral ulcers on 1 year, randomly divide them into observation group (taking TCM) and control group (western medicine therapy) for 23 cases, and the observation group have 10 female, the control group have 8 female. To compare the relapse rate of two groups patients. Results: The observation group recurrence 1/time have 3 cases, 2/time have 2 cases, no more than three times, relapse rate for 21.73%. The control group recurrence 1/time have 6 cases, 2/time have 4 cases, more than three times have 2 cases, relapse rate 52.17%. Have a significant difference ($P<0.05$). Conclusion: Treating recurrent oral ulcers in TCM.

【Keywords】 TCM; Recurrent; Oral ulcers

口腔溃疡是目前常见的口腔疾病之一, 也称之为“口疮”, 是一种浅而小、圆形或卵形的溃疡。复发性口腔溃疡是口腔粘膜疾病中最常见的一种, 通常发生在嘴唇、舌面或口腔的其他部位。它的特点主要是易反复发作, 可以单发或多发。发作时疼痛剧烈, 灼痛难忍, 任何年龄均可发病, 不少患者随着病程的延长, 出现溃疡。中医认为: 复发性口腔溃疡与外界因素影响, 以及机体内部脏腑功能失调以致发生口疮。对于常见的复发性口腔溃疡的治疗方法虽然很多, 目的主要是减轻疼痛或减少复发次数, 但长期的反复发作将直接影响患者整个机体的免疫功能, 引起代谢紊乱。口臭、口腔溃疡可导致慢性咽炎、便秘、头痛、头晕、恶心、乏力、烦躁、发热、淋巴结肿大等全身症状, 严重影响患者的工作生活, 甚至造成恶变或癌变, 所以研究如何预防和减少溃疡的复发率显得尤为重要。

1 资料与方法

病例: 随机调查抽样选择102例口腔溃疡患者, 从中筛选出年龄在25~35岁之间复发性口腔溃疡患者46例, 其中女性18名, 男性28名, 他们患病的特点都很相似, 均为单发或多发, 发作时疼痛剧烈, 灼痛难忍, 近期均有长期反复发作。

2 方法

2.1 将抽得的样本随机分成两组

分别为观察组(配合中医中药)和对照组(仅西医药物治

疗)各23例。观察他们通过各自采取的相应的治疗方法后, 在一年内口腔溃疡复发的概率。

2.2 西医对口腔溃疡的治疗方法虽然很多, 但基本上都是对症治疗, 主要是为了达到减轻溃疡疼痛为目的, 治疗手段也比较简单, 常见的有: 抗菌药、激素类药、及口腔含漱药、外敷药等消除炎症、消肿止痛、促进溃疡愈合的作用; 具体如下:

2.2.1 对于维生素等营养素的缺乏导致的口腔溃疡, 采用补充维生素类及补锌、补铁等方法; 也有将维生素C药片压碎, 涂抹于溃疡面上的做法, 效果一般。

2.2.2 对于细菌及病毒感染导致的口腔溃疡, 可采用甲氧咪呱或庆大霉素涂抹溃疡面的做法等。

2.3 观察组除了对症治疗外, 根据中医辨证配合清热、解毒、止痛等中医中药治疗。

2.3.1 中医认为复发性口腔溃疡(口疮)与素体虚弱、七情内伤、五味偏嗜、六欲不节、外感六淫之邪等因素久之导致肝郁气滞, 郁热化火, 心火炽盛, 胃火上攻、虚火上炎熏蒸于口而发病。根据病因分为: 脾胃虚弱型、脾胃积热型、脾肾阳虚型、心肾阴虚型、血虚阴亏型。

2.3.2 中药方根据中医辨证, 按复发性口腔溃疡的原因分类而采取口服不同方药的方法对症治疗, 具体如下:

2.3.2.1 脾胃虚弱型

症见口舌生疮反复发作, 疮面色淡凹陷, 伴神疲气短, 不思饮食, 四肢不温, 大便溏薄, 舌淡苔白, 脉细弱。治宜补中

益气，健脾化湿。方药：黄芪 15~30g，党参 15g，当归 10g，陈皮 10g，柴胡 6g，升麻 6g，藿香 15g，茯苓 10g，白术 15g，甘草 6g，水煎服，每日 1 剂。

2.3.2.2 脾胃积热型

症见口舌多处糜烂生疮，疮面红肿，灼热疼痛，甚则口臭牙龈肿痛，伴口渴多饮，尿黄便秘，舌红苔黄，脉滑数。治宜清热泻火，荡涤胃热。方药：山栀 12g，黄芩 12g，连翘 12g，大黄 10g，芒硝 3g，薄荷 8g，黄连 10g，竹叶 10g，甘草 8g，水煎服，每日 1 剂。配合食疗萝卜饮：取白萝卜（甜脆者佳）1 个（约 500g），切碎绞汁，生用加白糖适量调味，含漱口腔后徐咽下以益胃消食、清热生津。

2.3.2.3 脾肾阳虚型

症见口舌生疮，溃疡面色白，周围不红，数量少，久治不愈，伴四肢不温，口干喜热饮，腰背酸痛，尿频清长，大便溏，舌淡苔白腻，脉沉弱。治宜温补脾肾，引火归源。方药：制附片 15g（先煎 30 分钟），肉桂 3g，熟地 20g，山茱萸 12g，山药 30g，丹皮 10g，茯苓 12g，泽泻 10g，苍术 10g，水煎服，每日 1 剂。

2.3.2.4 心肾阴虚型--症见溃疡颜色鲜红，数量多，形状不一，大小不等，疼痛昼轻夜重，伴心悸心烦，失眠多梦，健忘，眩

晕耳鸣，腰膝酸痛，咽干口燥，小便短黄，舌红苔薄，脉细数。治宜滋阴清火，养心安神。方药：生地 30g，地骨皮 15g，山药 5g，泽泻 10g，山茱萸 10g，野菊花 15g，连翘 12g，升麻 6g，砂仁 3g，桑寄生 30g，水煎服，每日 1 剂。配合食疗竹心粥：取新鲜竹叶卷心 15g（干品 8g）石膏 30g、粳米 100g 煮粥；粥成加冰糖适量烱化后服食。竹叶具有清心除烦，石膏清热泻火，粳米、冰糖益胃健脾。以消除口腔溃疡红肿、口臭干渴、心烦多梦。

2.3.2.5 血虚阴亏型

症见口舌溃烂多发生于月经前后，伴月经先期量多，五心烦热，口干喜饮，舌淡苔薄白，脉细数无力。治宜养血益阴，潜降虚火。方药：当归 20g，白芍 20g，生地 15g，淡竹叶 10g，茯苓 12g，丹皮 10g，山栀 10g，柴胡 10g，麦冬 10g，五味子 10g，玄参 10g，水煎服，每日 1 剂。

2.4 疗效标准

尽量减少复发性口腔溃疡的复发率。

2.5 等级分类资料用秩和检验，计量资料用 *t* 检验。

3 结果

3.1 两组复发次数及复发率的对比表（见表 1）

表 1 两组复发次数及复发率的对比表

组别	n	复发次数			复发率%
		复发一次	复发两次	复发三次及以上	
对照组	23	6	4	2	52.17
观察组	23	3	2	0	21.7

3.2 观察组在一年内复发一次的有 3 例，二次的有 2 例，三次以上的无，复发率 21.73%，而对照组在一年内复发一次的有 6 例，二次的有 4 例，三次以上的有 2 例，复发率 52.17%。由此可见配合中医食疗治疗复发型轻型口腔溃疡，减少其复发率取得了显著疗效。

4 讨论

西医认为复发性口腔溃疡的原因有很多：①饮食过精导致机体缺乏某些营养物质，导致口腔溃疡：如，缺锌、缺铁及缺乏维生素类，包括叶酸、B₁₂ 等的缺乏，常常是导致口腔溃疡的重要原因之一。②免疫功能障碍：当免疫功能缺陷时某些细菌、病毒等微生物的感染，可能是导致复发性口腔溃疡的发生。③还和心理、社会因素、遗传因素等等有关。

中医认为，口腔溃疡谓之“口疳”、“口疮”。多因心肾不交，虚火上炎，脾胃湿热有关。治宜滋阴清热，清泄解毒，是因七情内伤，素体虚弱，外感六淫之邪，致使肝郁气滞，郁热化火，心火炽盛，胃火上攻，心肾不交，虚火上炎熏蒸于口而发病。

口腔溃疡临床表现很典型：初起时为很细的小斑点，伴有灼热不适感，然后逐渐扩大为直径 2~3mm 或更大的浅溃疡。溃疡微微有些凹陷，表面有一层淡黄色的假膜覆盖，溃疡周围的粘膜由于充血而呈红晕状，灼痛明显。当接触有刺激的食物

时疼痛更加剧烈。则在护理上应认真观察口腔粘膜情况，做好口腔护理，指导患者保持口腔清洁，按时服药，中药宜在饭后 2 小时凉服，以减轻粘膜刺激疼痛；指导患者在治疗期间应注意劳逸结合、避免精神紧张，饮食上以清淡为主，多吃蔬菜，少食生冷、忌食辛辣、醇酒厚味之品，保持大便通畅；亦可配合蜂蜜疗法：将口腔洗漱干净，再用消毒棉签将蜂蜜涂于溃疡面上，涂擦后暂不要饮食。15min 左右，可将蜂蜜连口水一起咽下，再继续涂擦，一天可重复涂擦数遍。木耳疗法：取白木耳、黑木耳、山楂各 10g，水煎，喝汤吃木耳，每日 1~2 次，可治口腔溃疡。创面可用维生素 B₂ 研粉涂患处能起到收敛止痛，加速伤口愈合的作用。总之，通过中西医结合治疗和护理对复发性口腔溃疡后的复发患者减轻溃疡疼痛、促进溃疡愈合取到积极的作用，观察组在此基础上再配合中医的食疗可以大大降低复发性口腔溃疡的复发率，对提高患者的生活质量起到了积极作用。

参考文献：

- [1]岳炜.口腔黏膜白斑中西医结合治疗的临床现状[J].四川中医,2007,25(05)
- [2]苏秀珍,张宜,杜少辉.食疗为主治疗复发性口腔溃疡的临床观察[J].现代中西医结合杂志,2002,11(10)
- [3]张举之.口腔内科学[M].北京人民卫生出版社,1999:358,1

编号：EA-101027192（修回：2010-12-04）

益宫颗粒预防药物流产后出血的临床观察

Clinical observation on function of prevention bleeding after abortion with Yigong particles

任秀聪 刘俊霞

(石家庄市第一医院, 河北 石家庄, 050011)

中图分类号: R719.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0061-02 证型: BDGI

【摘要】 目的: 观察益宫颗粒在预防药物流产后出血的作用。方法: 选择 110 例药物流产者, 随机分为实验组和对照组各 55 例, 采用常规药物流产同时实验组口服益宫颗粒, 对照组口服产复康颗粒, 每日三次, 每次 10g, 共 7 天, 观察药物流产情况和出血量。结果: ①完全流产率: 试验组和对照组完全流产率分别为 89.7% (49 例) 和 87.3% (48 例); ②流产后出血量: 与平时月经量相似, 试验组为 87.8% (40/493 例), 对照组为 77.1% (37/48 例); 出血量比平时多 (≤ 1 倍) 的, 实验组为 10.2% (5 例), 对照给为 18.8% (9 例), 两组有统计学差异 ($P < 0.05$); ③均出血天数和出血量用评分法计算以及月经恢复情况, 两组相似。结论: 药物流产加服益宫颗粒可减少流产后出血量。

【关键词】 药物流产; 流产后出血; 益宫颗粒

【Abstract】 Objective: To observe effects function of prevention bleeding after abortion with Yigong particles. Methods: To choose 110 cases of abortion, randomly divide into two groups, experimental group and control group, every group are 55 cases, experimental group using Yigong particles, control group using Chanfukang particles, 10g, tid, a treatment is 7 days, to observe effect of abortion and bleeding. Results: ①Complete abortion rate: experimental group rate is 89.7% (49 cases), control group rate is 87.3% (48 cases); ②Bleeding after abortion: the similar of menstrual, experimental group rate is 87.8% (40/493 cases), control group rate is 77.1% (37/48 cases); the amount of bleeding more than usual, experimental group rate is 10.2% (5 cases), control group rate is 18.8% (9 cases), two groups have significant defference ($P < 0.05$); ③Two groups effect of bleeding days and bleeding are similar. Conclusion: abortion plus Yigong particles can reduce bleeding after abortion.

【Keywords】 Abortion; Bleeding after abortion; Yigong particles

药物流产已经在临床广泛应用 10 多年, 但仍存在流产后出血时间长和出血量多的问题。临床曾试用过多种中西药, 但至今尚没有一种配方具有明确的疗效。益宫颗粒是一种纯天然中药制剂, 实验证明它具有益气摄血, 养血化瘀的功效。为观察益宫颗粒是否有减少药物流产后出血的作用, 我们于 2009 年 10 月~2010 年 4 月在药物流产中加用益宫颗粒进行临床观察。现将情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择妊娠在 49 天内, 自愿接受药物流产, 经尿妊娠试验和阴道 B 超检查确诊为宫内妊娠患者 110 例, 随机分为实验组和对照组两组, 每组 55 例。签署药物流产知情同意书。排除标准: 服药前 3 个月内有药物流产史, 有药物流产禁忌症。

1.2 方法

两组对象第 1、2、3 天均空腹口服米非司酮 25mg (1 小片) 每日 2 次共 150mg, 第 4 天晨起来医院空腹口服米索前列醇 0.6mg (3 大片)。观察组口服米索前列醇后 2 小时开始服用益宫颗粒 10g (1 袋), 陕西健民制药有限公司生产, 每日 3 次, 对照组口服米索前列醇后 2 小时开始口服产复康颗粒 10g (1 袋), 每日 3 次, 两组均服药 7 天。所有对象均自服米非司酮

的第天起记录出血情况, 出血同平时月经量记 "+", 出血较平时月经量多一倍以上记 "++", 点滴出血记 "·", 无出血记 "-"。

1.3 统计学方法

率的比较采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。出血量采用记分法, ++记 4 分, +记 2 分, ·记 1 分来统计出血分数。

2 结果

2.1 两组对象的一般特征 (见表 1)

表 1 例出试验组和对照组的主要特征, 如年龄、孕龄、孕次、产次、停经天数和 B 超测得的孕囊平均直径, 经统计学处理无差异 ($P > 0.05$), 说明两组资料具有可比性。

表 1 两组对象一般情况 ($\bar{x} \pm s$)

	试验组	对照组
年龄 (岁)	25.9 \pm 4.6	26.4 \pm 4.6
孕次	2.3 \pm 1.2	2.3 \pm 1.1
产次	0.5 \pm 0.6	0.4 \pm 0.5
停经天数	39.2 \pm 3.8	41.6 \pm 4.3
胎囊直径 (mm)	12.8 \pm 3.9	12.4 \pm 4.4
例数	55	55

注: $P > 0.05$ 。

2.2 流产效果 (见表 2)

试验组和对照组完全流产率分别为 89.7%(49 例)和 87.3%(48 例);不全流产率分别为 5.5%(2 例)和 7.3%(3 例);失败率分别为 5.5%(3 例)和 5.5%(3 例);两组疗效无统计学差异 ($P>0.05$)。因不全流产和失败行刮宫病例均经病理学检查确诊。

2.3 出血情况

2.3.1 流产后出血情况 (见表 3)

流产后出血量以平时月经量比较按主诉分为 4 类:比月经量少;差不多;多但少于或等于 1 倍和多于 1 倍月经量。完全流产者出血量从表 3 可以看出,两组均以出血量与平时月经量相似占大多数,分别为 87.8%(40/493 例)和 77.1%(37/48 例);出血比平时多 (≤ 1 倍)的分别为 10.2%(5 例)和 18.8%(9

例),两组经统计学处理有差异 ($P<0.05$)。出血量很少和很多者均为少数。

两组平均出血天数分别为 15 ± 8 天和 16 ± 8 天,无统计学差异。出血以评分法统计,试验组和对照组平均出血量,比月经量多 1 倍以上的均为 1 ± 1 天,月经样出血分别为 7 ± 4 天和 7 ± 5 天,点滴出血均为 8 ± 7 天,两组之间基本一致。

2.3.2 月经恢复情况

试验组和对照组首次恢复月经天数分别为 33 ± 6 天和 34 ± 7 天,两组之间无统计学差异 ($P>0.05$)。

2.4 安全性

本研究中未发生因大出血而需要输血或输液的病例。服用益宫颗粒后也无不良反应发生。

表 2 两组流产效果

	实验组		对照组		合计	
	例数	%	例数	%	例数	%
完全流产	49	89.1	48	87.3	97	88.2
不全流产	3	5.5	4	7.3	7	6.4
失败	3	5.5	3	5.5	6	5.5
合计	55		55		110	

注: $P>0.05$

表 3 药物流产后出血情况

	实验组		对照组		合计	
	例数	%	例数	%	例数	%
比月经少	1	2	0	1	1	
与月经相当	43	87.8	37	77.1	80	82.5
比月经相多 (≤ 1 倍)	5	10.2	9	18.8	14	14.4
比月经多 (>1 倍)	0		2	4.2	2	2.1
合计	49		48		97	

3 讨论

大量的临床资料已证实药物流产的成功率。本试验组和对照组对象的特征基本一致,具有可比性。疗效结果说明,试验组和对照组完全流产率分别为 89.7%和 87.3%,无统计学差异。但试验组比对照组多 2 个百分点,可能与研究病例数不够大有关,有待扩大样本量再观察。

益宫颗粒是一种具有益气摄血、养血化瘀的纯天然中药制剂,该中药首选黄芪大补元气,使气旺以促血行,以裕生血之源,当归补血、和营,以使阳生阴长,共为君药。川续断补肝肾,强腰膝,止崩漏,党参益气健脾,使脾胃之气健旺,化生有源。益母草,丹参活血祛瘀、生新,共为臣药。败酱草,清热解毒,化瘀祛浊为佐药,香附调畅气血,舒肝解气,为使药,诸药合用共奏益气补肾,养血化瘀之用,使气血旺,瘀血除,新血生,肾气充,恶露净而病自解。故该药常用于产后子宫复旧不全、人工流产、早产、引产等产后出血过多症^[1]。本实验将益宫颗粒用于药物流产后出血的治疗。从药物流产后出血的情况可见:试验组出血量与月经量相当者(87.8%)显著多于

对照组(77.1%);出血量比月经量多 (≤ 1 倍)者,实验组(10.2%)显著少于对照组(18.8%),两组出血量相比,有统计学差异 ($P<0.05$)。

出血天数两组相似,无统计学差异,均长达半月之久,其中点滴出血持续时间较长,约占出血天数 50%,但两组之间无统计学差异。月经恢复时间两组相似。

综上所述,药物流产同时加用益宫颗粒,虽不能提高流产效果和减少出血天数,但能使流产后阴道出血量显著减少,使近 90%妇女流产后出血量以少于或与月经量相似为主,为此证明在临床使用药物流产同时加用益宫颗粒可以减少流产后出血量。

参考文献:

[1]景茹草,姜向阳.益宫颗粒促进产后子宫复旧临床观察分析[J].中国医药指南,2010,8(1):103-104

编号: ER-10102911 (修回: 2010-11-29)

复方苦参注射液联合化疗治疗晚期胃癌的临床观察

Clinical observation on treating advanced gastric cancer with Fufangkushen injection plus chemotherapy

洪永贵 王俊生

(河南省安阳市肿瘤医院, 河南 安阳, 455000)

中图分类号: R735.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0063-02 证型: IBD

【摘要】 目的: 评价复方苦参注射液联合化疗治疗晚期胃癌的疗效、KPS评分及对T细胞亚群的作用。方法: 将90例晚期胃癌患者随机分为治疗组(复方苦参注射液+化疗组)和对照组(化疗组)。对照组应用多西他赛、奥沙利铂、氟尿嘧啶联合化疗, 治疗组同时加用复方苦参注射液20ml/d静滴, 连用2周, 3周为一周期。结果: 治疗组临床获益率(CR+PR+SD)77.08%, 明显优于对照组为(61.90%) ($P=0.029$); 治疗组、对照组Karnofsky评分提高率分别为60.4%和42.9%, 两组对比有显著性差异 ($P=0.024$); 治疗组CD4及CD8阳性细胞的百分率分别是 39.2 ± 1.9 和 26.5 ± 1.4 , 对照组分别是 30.8 ± 1.7 和 23.0 ± 1.8 , 治疗组高于对照组 ($P=0.000$)。结论: 复方苦参注射液联合化疗治疗晚期胃癌有改善生活质量, 提高免疫功能, 增强化疗效果的作用。

【关键词】 胃癌/药物治疗; 抗肿瘤药(中药)/复方苦参注射液; 化学疗法

【Abstract】 Objective: To evaluate the effective of treating advanced gastric cancer with Fufangkushen injection plus chemotherapy, KPS (scores of quality of life) and T cell subsets. Methods: 90 cases of advanced gastric cancer are randomly divide in treatment group (Fufangkushen injection+chemotherapy) and control group (chemotherapy). control group were treated with joint chemotherapy of docetaxel, oxaliplatin, fluorouracil, treatment group bases on joint chemotherapy add to Fufangkushen injection (20ml/d,d1-14), used 2 weeks, 3 weeks are one treatment. Results: Treatment group clinical benefit rate (CR+PR+SD) is 77.08%, is better than control group (61.90%) ($P=0.029$); Karnofsky score increased rate of treatment group and control group are 60.4%, 42.9%, two groups have significant defference ($P=0.024$); treatment group positive cells rate of CD4 and CD8 are 39.2 ± 1.9 and 26.5 ± 1.4 , control group are 30.8 ± 1.7 and 23.0 ± 1.8 , treatment group is higher than control group ($P=0.000$). Conclusion: Treating advanced gastric cancer with Fufangkushen injection plus chemotherapy can improve quality of life, immune function, enhance the effect of chemotherapy.

【Keywords】 Gastric cancer/drug therapy; Antineoplastic drugs (TCD)/Fufangkushen injection; Chemotherapy

近年来, 胃癌的发病率在世界很多地区有所下降, 仍居恶性肿瘤发病的第2位, 且大部分患者确诊时已属中晚期^[1], 失去手术治疗机会。自2002年10月~2009年6月, 我们采用复方苦参注射液联合多西他赛、奥沙利铂、氟尿嘧啶治疗晚期胃癌, 取得了满意疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

90例不能手术或术后复发转移的胃癌住院患者, 其中男48例, 女42例, 年龄35~75岁; 中位年龄49.5岁; 均经病理学或组织细胞学确诊, 临床分期按TNM分期均为IV期。病理类型腺癌60例, 粘液腺癌24例, 印戒细胞癌6例; 预计生存期 ≥ 3 个月, KPS评分 ≥ 60 分, 治疗前血象、心、肝、肾功能基本正常。将90例采用数字随机法随机分为复方苦参注射液加化疗组(治疗组)和单纯化疗组(对照组), 其中治疗组52例, 对照组48例, 两组病人一般资料无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

对照组单纯采用化疗药物, 多西他赛 $60\text{mg}/\text{m}^2$, 第1、8天给药, 奥沙利铂 $130\text{mg}/\text{m}^2$, 第1天给药, 氟尿嘧啶 $500\text{mg}/\text{m}^2$, 第1~5天给药, 21天为一周期。治疗组在化疗的基础上联合应用复方苦参注射液20ml加入0.9%氯化钠注射液250ml中, 静脉滴注, 每日一次, 从化疗开始的第一天开始连用2周。共

治疗两周期评定近期疗效、生活质量、及毒副反应。

1.3 近期疗效评价

评定标准根据WHO实体瘤客观疗效评定标准, 分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(SD)、进展(PD), 比较两组临床有效率(CR+PR)、临床获益率(CR+PR+SD);

1.4 生活质量按Karnofsky标准评分, 凡治疗后增加10分以上者为提高, 减少10分者为减少, 居于两者之间为稳定, 比较其提高率。

1.5 外周血淋巴细胞亚群

化疗前1天及化疗后1周检测淋巴细胞亚群(用流式细胞仪测定)。

1.6 统计学方法

采用SPSS13.0软件进行数据分析, 率的比较采用 χ^2 检验, 计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示, 采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 近期疗效

治疗组有效率为56.25%(27/48), 对照组有效率为42.86%(18/42), 2组在统计学上无显著差异性($\chi^2=3.07$, $P=0.080$)。治疗组临床收益率为77.08%(37/48), 对照组为61.90%(26/42), 两组对比有显著性差异($\chi^2=4.74$, $P=0.029$)。见表1。

表 1 2 组疗效对比

组别	n	CR	PR	SD	PD	有效率%	P 值	临床获益率%	P 值
治疗组	48	2	25	10	11	56.25	0.08	77.08	0.029
对照组	42	0	18	8	14	42.86		61.9	

2.2 生活质量评分

生活质量评分治疗组提高率为 60.4% (29/48), 对照组提

高率为 42.9% (18/42)。两组在统计学上有显著差异性 ($P < 0.05$) ($\chi^2 = 5.11$, $P = 0.024$)。见表 2。

表 2 2 组生活治疗提高率比较

组别	n	提高	稳定	下降	提高率%	P 值
治疗组	48	29	11	8	60.4	0.024
对照组	42	18	10	14	42.9	

2.3 免疫功能测定

两组患者化疗前 CD4+、CD8+、CD4+/CD8+ 无显著性差异

($P > 0.05$, 详见表 3), 化疗后均有显著性差异 ($P < 0.01$, 详见表 4)。

表 3 2 组患者治疗前淋巴细胞亚群检测结果

组别	n	CD4+/%	t	P	CD8+/%	t	P	CD4+/CD8+	t	P
治疗组	48	32.2 ± 1.8	1.94	0.06	28.9 ± 1.7	1.72	0.09	1.06 ± 0.16	0.94	0.35
对照组	42	31.5 ± 1.6			28.3 ± 1.6			1.03 ± 0.14		

表 4 2 组患者治疗后淋巴细胞亚群检测结果

组别	n	CD4+/%	t	P	CD8+/%	t	P	CD4+/CD8+	t	P
治疗组	48	39.2 ± 1.9	21.87	0	26.5 ± 1.4	10.36	0	1.34 ± 0.21	5.5	0
对照组	42	30.8 ± 1.7			23.0 ± 1.8			1.01 ± 0.35		

3 讨论

晚期复发转移性胃癌, 治疗以延长生存时间、改善生存治疗为目的, 治疗手段采取化疗为主的综合治疗。关于联合化疗用药, 晚期胃癌目前尚无公认的金标准方案。奥沙利铂为第三代铂类抗癌药物, 具有水溶性好、毒性低和抗癌谱广等特点, 其作用是破坏 DNA 的结构与功能。5-FU 是细胞周期特异性药物, 疗效呈剂量依赖性。多西他赛的作用机制是加强微管蛋白聚合和抑制微管解聚, 导致形成稳定的非功能性微管束, 从而破坏肿瘤细胞的有丝分裂, 目前广泛应用于晚期非小细胞肺癌、乳腺癌、卵巢癌、食管癌的治疗。以多西他赛为基础的化疗方案可能是近 20 年来胃癌治疗的最重要进展^[2]。

复方苦参注射液由苦参、山慈菇、灵芝、首乌、土茯苓等多味中草药经现代科学方法提取加工而成的纯中药制剂, 苦参苦寒, 功用清热燥湿、祛风解毒, 可治疗恶疮、瘰疬, 其含的苦参碱有细胞毒作用; 山慈菇味甘、微辛、寒, 能清热解毒、消痈散结, 主治痈疽发背、疔肿恶疮、瘰疬结核、癌瘤、喉痹、虫蛇咬伤等症。灵芝甘、平, 补气安神, 止咳平喘, 主治虚劳、咳嗽、气喘、失眠、消化不良, 恶性肿瘤等。首乌苦甘涩微温, 能补益精血、截疟、解毒、润肠通便, 现代研究有促进造血功能, 提高机体免疫功能, 保肝, 延缓衰老, 影响内分泌功能等作用。土茯苓甘、淡、平, 有健脾除湿、祛风解毒之功, 可用于风湿关节疼痛、脾虚泄泻、恶疮肿毒。复方苦参注射液的主要有效成分为氧化苦参碱、槐定碱、苦参碱等, 实验证实, 苦参碱可通过影响端粒酶, 对恶性肿瘤细胞有直接杀灭作用, 进而诱导肿瘤细胞凋亡, 调节免疫, 抑制肿瘤细胞转移的作用^[3]。王海清^[4]等研究证实复方苦参注射液能抑制人肝癌细胞株 SMMC-7721 的增殖和诱导细胞凋亡, 将细胞阻滞于 G₀/G₁ 期。

本世纪肿瘤医学的特点之一是更加重视患者的生活质量, 即不但要求把患者治好, 而且要活得好^[5], 晚期恶性肿瘤的治

疗从过去的单方面追求客观有效率向临床获益率转变^[6], 如果不能杀灭肿瘤, 就追求在提高患者生活质量的基础上带瘤生存及机体与肿瘤“和平共处”。而改善生活质量既是肿瘤中医药治疗的主要目标之一, 也是评价其疗效的重要指标之一^[5]。

本研究显示, 治疗组有效率为 56.25%, 略高于对照组 (42.86%) 治疗组临床收益率为 77.08% (37/48), 明显优于对照组为 (61.90%), 治疗组、对照组 Karnofsky 评分提高率分别为 60.4% 和 42.9%, 两组对比有显著性差异; 淋巴细胞亚群检测结果显示, 治疗组免疫功能改善明显优于对照组。说明复方苦参注射液能调节人体细胞免疫, 抑制肿瘤生长, 提高近期疗效, 进而提高肿瘤患者生活质量, 是治疗晚期胃癌一种较好的药物。

参考文献:

- [1] Lee KH, Hyun MS, Kim HK, et al. Randomized, Multicenter, Phase III Trial of Heptaplatin 1-hour Infusion and 5-Fluorouracil Combination Chemotherapy Comparing with Cisplatin and 5-Fluorouracil Combination Chemotherapy in Patients with Advanced Gastric Cancer[J]. Cancer Res Treat, 2009 Mar, 41(1):12-8
- [2] 秦叔逵, 龚新雷. 晚期胃癌化疗的现状和新进展[J]. 临床肿瘤学杂志, 2006, 11(9):641-652
- [3] 郭占文, 拱玉华, 孙英慧等. 复方苦参注射液与放疗并用对肺癌患者免疫功能的影响[J]. 中国综合临床, 2002, 18(5):46
- [4] 王海清, 姜子瑜, 杨爱珍等. 复方苦参注射液联合奥沙利铂对人肝癌细胞株 SMMC-7721 的增殖与凋亡的影响[J]. 临床肿瘤学杂志, 2010, 15(1):10-15
- [5] 孙燕, 石远凯. 临床肿瘤内科手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 12-243
- [6] Stomliolo AM, Enas NH, Brown CA, et al. An investigational new drug treatment program for patients with gemcitabine results for over 3 000 patients with pancreatic carcinoma[Medline]. Cancer, 1999, 85(6):1261-1268

马应龙麝香痔疮膏治疗肛痈术后伤口的临床观察

Clinical observation on treating the wound after perianal abscess operation with Mayinglong musk hemorrhoid ointment

吴汉泉 刘行稳 陈笑吟

(湖北省中医院, 湖北 武汉, 430061)

中图分类号: R657.1+8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0065-02 证型: IAGD

【摘要】 目的: 观察马应龙麝香痔疮膏对肛痈术后伤口的治疗作用。方法: 治疗组 56 例, 手术后采用马应龙麝香痔疮膏纱条换药。对照组 56 例, 手术后采用利凡诺纱条换药。观察比较术后肛门疼痛、水肿及创面愈合时间。结果: 治疗组明显优于对照组 ($P<0.05$)。结论: 马应龙麝香痔疮膏能明显缓解肛周脓肿术后伤口疼痛、水肿, 促进伤口愈合。

【关键词】 马应龙麝香痔疮膏; 肛痈术后; 临床观察

【Abstract】 Objective: To observe effective of treating the wound after perianal abscess operation with Mayinglong musk hemorrhoid ointment. Methods: 112 cases of perianal abscess were divided randomly into tried group (56 cases) and controlled group (56 cases). The wound was changed dress by the Mayinglong musk hemorrhoid ointment sliver in tried group and that was changed dress by rivanol sliver in controlled group. Compared the heal time and the score of postoperative pain, edema between the two groups. Results: The average heal time of raw surface, the scores of postoperative pain and edema were significantly different ($P<0.05$). Conclusion: The Mayin-glong musk hemorrhoid ointment could reduce postoperative pain, edema and promote the wound healing obviously.

【KeyWords】 Mayinglong musk hemorrhoid ointment; Postoperation of perianal abscess; Clinical observation

笔者将马应龙麝香痔疮膏制成纱条应用于肛周脓肿术后伤口换药, 对缓解肛周脓肿手术后伤口的疼痛、水肿, 促进伤口愈合等方面收到明显效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察 112 例肛周脓肿手术患者, 将其随机分为治疗组和对照组。治疗组 56 例, 男 34 例, 女 22 例, 年龄 7~56 岁, 病程 3~7 天。其中肛门旁皮下脓肿 28 例, 坐骨直肠间隙脓肿 12 例, 直肠后间隙脓肿 9 例, 骨盆直肠间隙脓肿 7 例。对照组 56 例, 男 35 例, 女 21 例, 年龄 6~54 岁, 病程 3 天~7 天。其中肛门旁皮下脓肿 30 例, 坐骨直肠间隙脓肿 11 例, 直肠后间隙脓肿 7 例, 骨盆直肠间隙脓肿 8 例。两组间资料经统计学比较无显著性差异, 具有可比性。

1.2 治疗方法

药品来源: 马应龙麝香痔疮膏, 马应龙药业集团股份有限公司生产, 产品批号[100201]; 雷夫诺尔溶液, 湖北省中医院, 产品批号[鄂药制字 H20070146]。

患者在局麻、骶管或连续硬膜外腔麻醉下行肛周脓肿低切高挂引流一次性根治术, 术后伤口换药引流。术后 24 小时内排便者, 便后立即换药; 超过 24 小时排便者, 无菌生理盐水棉球清洁创面后换药。治疗组将无菌绷带与马应龙麝香痔疮膏混合制成马应龙麝香痔疮膏纱条, 取大小适宜的马应龙麝香痔疮膏纱条平贴于创面或脓腔或引流口之内, 无菌纱布覆盖, 胶布固定, 一日 1 次, 换药至愈合。对照组用雷夫诺尔黄纱条同法换药, 一日 1 次, 换药至愈合。两组患者术后静脉滴注抗生素 5~7 天, 用药期间不使用其他外用药。换药期间, 仔细观

察记录术后第 3、7、14 天创面变化和创面愈合时间。

1.3 观察指标

1.3.1 疗效观测

观察记录患者术后创面疼痛、水肿及创面愈合时间。

1.3.2 安全性观测

- ①一般体检项目, 包括呼吸、脉搏、体温、血压;
- ②血尿常规检查;
- ③心、肝、肾及凝血功能检查。

1.4 疗效判定标准

1.4.1 术后疼痛评分

采用 VAS 法, 在纸上画一条直线, 长度为 10cm, “0”端代表无痛, “10”端代表最剧烈疼痛, 让患者根据自己感受疼痛的程度, 选择 0~10 之间的数值作为评分值。

1.4.2 术后创面水肿变化评分标准

- 0 分: 创面新鲜干燥, 无出血, 无水肿;
- 1 分: 创面新鲜, 周围轻微水肿;
- 2 分: 创面暗红, 少许脓性分泌物, 周围明显水肿;
- 3 分: 创面秽暗, 脓性分泌物稍多, 周围水肿较重。

1.4.3 创面指数评分 比较术后 7、14、21 天创面指数变化。

①创面面积 0 分: 无创面; 1 分: 平均直径 <0.5 cm; 2 分: 平均直径 $0.5\sim 1$ cm; 3 分: 平均直径 >1 cm。

②创面深度 0 分: 无创面; 1 分: 深度 <0.3 cm; 2 分: 深度 $0.3\sim 0.5$ cm; 3 分: 深度 >0.5 cm。

1.4.4 术后创面愈合时间

以创面痊愈的时间(天)为标准。

1.5 统计学处理

采用 SPSS13.0 统计软件包进行数据分析。计量资料采用 t 检验, 计数资料 χ^2 检验, 等级资料用 Ridit 分析。

2 结果

2.1 两组患者术后疼痛积分比较 (见表 1)

表 1 术后疼痛积分比较表

组别	例数	3 天	7 天	14 天
治疗组	56	5.74±0.15	3.54±0.14	2.55±0.11
对照组	56	8.78±0.12	6.45±0.13	2.64±0.12

第 3 天、第 7 天疼痛积分比较 $P<0.05$, 两组之间有明显差异, 且治疗组优于对照组, 说明马应龙麝香痔疮膏能明显缓解术后疼痛。第 14 天疼痛积分比较 $P>0.05$, 两组间无明显差异。

2.2 两组患者术后创面水肿积分比较 (见表 2)

表 2 术后创面水肿变化积分比较表

组别	例数	3 天	7 天	14 天
治疗组	56	1.83±0.11	0.86±0.12	0.21±0.03
对照组	56	2.76±0.13	1.78±0.11	0.24±0.02

第 3 天、第 7 天积分比较 $P<0.05$, 两组之间有明显差异, 且治疗组优于对照组, 说明术后马应龙麝香痔疮膏能明显消肿, 改善血供的作用。第 14 天积分比较 $P>0.05$, 两组间无明显差异。

2.3 创面指数积分比较表 (见表 3)

表 3 创面指数积分比较表

组别	例数	7 天	14 天	21 天
治疗组	56	2.23±0.12	1.53±0.11	0.76±0.21
对照组	56	2.83±0.17	1.87±0.11	1.23±0.11

第 7 天、第 14 天、第 21 天创面积分指数比较 $P<0.05$, 两组之间有明显差异, 且治疗组优于对照组, 说明术后马应龙麝香痔疮膏能明显促进术后创面生长与修复。

2.4 两组患者术后平均愈合时间 (天) 比较 (见表 4)

表 4 术后创面平均愈合时间 (天) 比较表

组别	例数	平均愈合时间 (天)
治疗组	56	28.53±5.32
对照组	56	36.43±5.35

两组平均愈合时间比较 $P<0.05$, 两组之间有明显差异, 且治疗组优于对照组, 说明马应龙麝香痔疮膏能明显促进术后伤口愈合, 缩短愈合时间。

3 安全性评价

治疗组和对照组均未见不良反应, 两组在治疗前后血、尿、心电图、肝肾功能未见异常变化。

4 讨论

中医认为, 肛痈 (肛周脓肿) 多因饮食不节, 嗜食辛辣厚味, 致湿热内生, 湿热下注大肠, 蕴结肛门, 热盛肉腐而成。对肛周脓肿的治疗, 历来都主张低切高挂引流手术治疗, 使脓毒之邪被动外泄而愈。但是术后肛门疼痛、水肿及愈合缓慢等

问题, 一直困扰着广大患者和众多肛肠科医务工作者。由于肛周脓肿皆因湿、热、瘀而成, 而手术的创伤, 使气血经络凝滞, 进一步加重其湿、热、瘀的病理状态, 再加上肛门位置和功能特殊性, 难免会出现上述一系列并发症。根据中医整体辨证理论, 其治宜活血化瘀、清热利湿、去腐生肌。选用相同或相近功效的中药外用可促进血液循环与成纤维细胞的生成, 抑制炎症介质的释放, 激活趋化巨噬细胞, 可减轻创面水肿、出血、疼痛, 促进创面愈合, 缩短术后愈合时间。

马应龙麝香痔疮膏以其疗效肯定在外科, 尤其在中医外科领域的应用日益广泛。该药由麝香、人工牛黄、珍珠、冰片、炉甘石、等中药辅以凡士林、羊毛脂而制成。其中麝香, 味辛、性温, 归心脾经, 芳香走窜, 能内彻脏腑, 外达皮肤, 循行十二经脉, 行血分瘀滞, 开经络之壅塞, 能除一切恶疮、漏、肿痛及腐肉。其渗透力强, 使肌肤毛孔扩张, 引诸药直达病所, 去腐生新。现代药理研究证实, 其有抗菌抗感染作用, 对大肠杆菌和金黄色葡萄球菌等具有抑制作用, 对炎症的早、中、晚各期都有明显的作用^[1]。牛黄, 味甘, 性凉, 归心、肝经, 为清热解暑之良药。现代研究表明, 牛黄中的牛黄酸能抑制机体的过氧化反应, 拮抗机体氧化自由基的危害, 对皮肤粘膜及细胞有保护作用^[2], 对组织细胞的恢复具有辅助治疗作用。冰片清热止痛, 三七活血化瘀, 麝香得牛黄、冰片、三七之助, 则辛温走窜而无助燃无不火毒之弊, 牛黄、冰片、三七得麝香辛温之助, 则清热解暑、消肿止痛之力更大。珍珠为解毒散瘀、生肌止血之品, 局部外用有防腐止痛、清热解暑、生肌敛疮的作用。它能抑制机体内自由基反应, 促进和加速机体的生长作用。动物实验报告, 珍珠对烧、烫伤创面具有良好的愈合作用^[3]。五倍子外用解毒消肿、收湿敛疮。炉甘石, 性味甘平, 具有收涩敛疮之功。诸药配伍, 具有清热解暑、活血化瘀、消肿止痛、去腐生肌等功效。

肛周脓肿术后, 由于开放性手术对机体组织、神经的损伤暴露及炎症介质的作用, 术后修复是复杂而漫长的过程, 其大致经历炎症期、肉芽组织增生期及瘢痕形成期的演变而最终愈合。而中医的清热解暑、活血化瘀、祛腐生肌则贯穿术后创面修复的整个过程, 肛周脓肿术后应用马应龙麝香痔疮膏纱条换药, 通过其清热解暑、活血化瘀、消肿止痛、去腐生肌的作用, 不仅能缓解肛门括约肌痉挛, 降低肛管内压, 增加肛门的顺应性, 减轻肛门术后疼痛。同时, 有效降低皮肤毛细血管的通透性, 改善肛管血液循环; 而且通过抑制局部的炎症反应, 加速坏死组织的清除, 促进创面组织的再生与修复, 共同达到术后止痛、消肿、促愈的目的。

参考文献:

- [1] 孙蓉, 王任卿, 余晓等. 麝香的化学与药理研究进展[J]. 齐鲁药事, 2005, 24(5): 296-297
- [2] 窦学术. 牛黄酸对小鼠电离辐射损伤的防护作用探讨[J]. 滨州医学院学报, 1994, 17(4): 296
- [3] 黄安庆. 珍珠烧伤膏动物实验研究和临床应用研究[J]. 广西医药, 1997, 19(1): 17

作者简介:

吴汉泉, 男, 湖北省中医院肛肠科主治医师。

编号: EA-101010102 (修回: 2010-12-01)

中西医结合治疗慢性肝炎后肝硬化的临床观察

Clinical observation on treating cirrhosis
after chronic hepatitis by in the integrative medicine

李全胜

(湖北中医药大学附属医院, 湖北 武汉, 430065)

中图分类号: R657.3+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0067-02 证型: IBD

【摘要】 目的: 观察中西医结合治疗慢性肝炎后肝硬化的疗效。方法: 将 70 例慢性肝炎后肝硬化患者随机分为治疗组和对照组, 每组 35 例, 治疗组给予中药联合西药常规护肝治疗, 对照组给予西药常规护肝治疗。分别检测治疗前后血清肝功能、肝纤维化等指标, 并观察治疗前后患者临床症状和体征及 B 超情况。结果: 治疗组肝功能、肝纤维化等指标的改善明显好于对照组。结论: 中西医结合治疗慢性肝炎后肝硬化有较好的疗效。

【关键词】 中西医结合; 慢性肝炎; 肝硬化

【Abstract】 Objective: To observe on effects of treating cirrhosis after chronic hepatitis by in the integrative medicine. Methods: 70 patients of cirrhosis after chronic hepatitis were randomly divided into two groups: the treatment group (35 patients) was treated with chinese herbs and drugs of protecting liver; The control group (35 patients) was treated by drug of protecting liver only. Items of liver function and index of liver fibrosis were compared. Results: Improvements of the treatment group on items of liver function and index of liver fibrosis superior to those of the control group. Conclusion: Treating cirrhosis after chronic hepatitis by in the integrative medicine has a good effects.

【Keywords】 In the integrative medicine; Chronic hepatitis; Hepatitic cirrhosis

2008 年 1 月至 2010 年 6 月, 我院应用中西医结合方案治疗慢性肝炎后肝硬化患者, 取得了较好的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

全部病例均系我院门诊或住院病人, 诊断符合 2000 年 9 月《病毒性肝炎防治方案》修订的慢性病毒性肝炎诊断标准^[1], 所有患者 B 超均诊断为肝硬化。

随机分为两组: 治疗组 35 例, 男 29 例, 女 6 例; 年龄 30~61 岁, 平均年龄 42.52 ± 10.50 岁, 平均病程 7.5 ± 3.5 年。对照组 35 例中, 男 30 例, 女 5 例; 年龄 31~60 岁, 平均年龄 42.45 ± 11.56 岁, 平均病程 7.2 ± 3.6 年。

两组一般资料经统计学处理差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组

采用常规休息、营养、护肝治疗 (肝安注射液、肌苷、维生素类等)。

2.2 治疗组

在对照组治疗基础上加一贯煎加减口服: 北沙参 20g, 麦冬 20g, 枸杞子 20g, 生地黄 30g, 当归 15g, 川楝子 6g, 白芍 20g, 丹参 20g, 制鳖甲 20g, 每日 1 剂, 水煎两次, 共合 300ml 左右, 每日 1 剂, 分早晚两次温服。两组均以 30 天为 1 疗程, 三个疗程结束后评定疗效。

3 观察指标

3.1 临床症状和体征

观察肝区痛、纳呆、乏力、腹胀、肝掌和蜘蛛痣以及肝、脾肿大等。

3.2 肝功能生化指标

每月检查血清白蛋白 (ALB)、白蛋白/球蛋白 (A/G)、谷丙转氨酶 (ALT) 等, 并填表记录。

3.3 血清肝纤维化指标

各项指标的测定严格按说明书有专人进行操作。包括血清透明质酸酶 (HA)、III 型前胶原 (PCIII)、层黏连蛋白 (LN)。

3.4 B 超检查

观察指标为门静脉内径和脾脏厚度。门静脉内径大于 1.5 cm 者为门脉增宽, 脾脏厚度大于 4.0cm 者为脾大。

4 统计学处理

采用统计学软件 SPSS12.0 建立数据, 数据用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 *t* 检验分析, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

5 治疗结果

5.1 临床症状、体征改善情况

治疗组症状改善显著, 尤其是肝区痛、乏力、腹胀、便溏、纳呆等症改善较明显; 对照组仅肝区痛改善较明显。治疗组患者蜘蛛痣明显减少或消除, 肝掌也变淡, 对照组则变化不大。

5.2 两组血清肝功能生化指标变化的比较, 见表 1。

表1 两组治疗前后肝功能变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	ALT (U/L)	ALB (g/L)	A/G
治疗组	35	治疗前	103.93 ± 35.68	31.25 ± 4.22	1.02 ± 0.12
		治疗后	28.12 ± 12.35 ^{bc}	35.84 ± 4.14 ^{ac}	1.53 ± 0.26 ^{ac}
对照组	35	治疗前	105.52 ± 36.20	31.12 ± 4.16	1.10 ± 0.15
		治疗后	35.09 ± 11.35 ^a	31.16 ± 3.94	1.24 ± 0.13

注: 治疗后与治疗前比较, a: $P < 0.05$, b: $P < 0.01$; 治疗后治疗组与对照组比较, c: $P < 0.05$ 。

表中显示治疗组 ALT、ALB、A/G 治疗后与治疗前比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$, $P < 0.05$), 而对照组治疗后与治疗前比较 ALT 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), ALB 和 A/G 差异无统

计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后治疗组与对照组比较, 肝功能变化差异有统计学意义 (P 均 < 0.05)。

5.3 两组血清肝纤维化指标变化的比较 (见表 2)

表2 两组治疗前后血清肝纤维化指标变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	HA (ng/ml)	PCIII (ng/l)	LN ($\mu\text{g/ml}$)
治疗组	35	治疗前	495.52 ± 89.86	252.82 ± 69.25	216.73 ± 48.15
		治疗后	273.25 ± 86.35 ^{ab}	125.65 ± 37.40 ^{ab}	115.35 ± 33.37 ^{ab}
对照组	35	治疗前	499.83 ± 86.65	248.52 ± 66.28	213.84 ± 45.89
		治疗后	320.86 ± 67.55 ^a	186.26 ± 41.36 ^a	160.28 ± 33.25

注: 治疗后与治疗前比较, a: $P < 0.05$; 治疗后治疗组与对照组比较, b: $P < 0.05$ 。

表中显示治疗组治疗后与治疗前比较血清肝纤维化指标 (HA、PCIII、LN) 均下降, 差异有统计学意义 (P 均 < 0.05), 而对照组治疗后与治疗前比较 HA 和 PCIII 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), LN 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后治疗组与对照组比较, 血清肝纤维化指标变化差异有统计学意义 (P 均 < 0.05)。

5.4 B 超检查情况

疗程结束后, 治疗组患者的肝光点增粗、门静脉内径增宽、门脉血流受阻等情况明显改善, 较对照组改善显著。治疗组 35 例肝、脾有回缩 1~3cm, 而对照组肝、脾无明显回缩。

6 讨论

我国是慢性肝炎的高发地区^[2], 严重影响着人民的健康状况。现代医学认为, 肝纤维化是各种慢性肝病发展为肝硬化的必经阶段^[3]。近年来的研究表明, 早期作出诊断并加以干预, 针对原发病的病因治疗和抗肝纤维化本身的治疗, 可以阻止甚至逆转肝纤维化^[4]。但是一旦发展到肝硬化阶段则很难阻断或逆转其病理过程的进一步发展, 因此, 延缓阻断乃至逆转肝纤维化的病变过程, 对控制肝硬化的发生发展具有非同寻常的意义。现代医学对肝炎后肝硬化尚无理想的治疗方法, 而中医药在这一领域却有独特的优势, 因此, 中西医结合治疗已经成为临床治疗该病的主要手段。

慢性肝炎后肝硬化属中医学“胁痛”、“积聚”、“鼓胀”等范畴, 其病因病机大多属于疫毒内侵, 肝阴受损, 邪阻肝经, 气滞血瘀。一贯煎具有滋养肝阴、疏肝理气的作用, 方中沙参、生地、麦冬、枸杞子、白芍柔肝缓急止痛, 敛阴养血; 当归养血活血; 川楝子疏肝理气; 丹参行瘀散结; 鳖甲软坚散结, 是治疗肝纤维化的常用药物。全方活血而不伤正, 养阴而不留邪, 兼有软坚散结之功, 用于肝炎后肝硬化与该病病机非常吻合。现代研究认为: 白芍总苷对 CCL4 诱导的大鼠肝纤维化模型具有明显的治疗作用^[5]; 当归具有良好的抗肝纤维化功效^[6]; 丹参可促进肝内胶原蛋白的降解, 加速肝纤维组织的重吸收, 增加肝脏对 HA、PCIII 及 LN 的摄取与分解, 使其含量下降, 改善肝纤维化^[7]; 鳖甲水煎液具有显著的抗肝纤维化预防和治疗

综合效应^[8]。许多研究证明, 血清中 HA、LN 和 PCIII 常用于肝纤维化的诊断, 其水平的高低可作为慢性肝组织炎症坏死、纤维化程度和肝纤维化、肝硬化诊断的重要指标^[9]。尤其是 HA, 能同时反映肝纤维化的活动程度和肝功能的损害程度, 是临床评价慢性肝病肝纤维化相关性较好的指标。而 PCIII 受炎症活动的影响较小, 其血清水平与组织学肝纤维化的程度呈正相关, 可以很好的反映出肝纤维化的治疗效果。本研究以 HA、LN 和 PCIII 为判断肝脏纤维化好转的指标, 结果表明, 中药一贯煎联合西药常规护肝治疗能有效地降低患者显著升高的血清 ALT, 提高血清 ALB 含量及 A/G 比值, 并且对血清肝纤维化指标 HA、LN 和 PCIII 均有不同程度的改善, 疗效明显优于对照组。综上所述, 中药与西药常规护肝运用, 对改善慢性肝炎肝纤维化和肝硬化的临床症状、体征、肝功能和抗肝纤维化水平以及改善 B 超影像学异常等均有较好的效果, 两者作用互补, 副作用少, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会, 肝病学会, 病毒性肝炎防治方案 [J]. 中华传染病杂志, 2001, 19(1): 56-62
- [2] 王福生. 病毒性肝炎预防存在的问题和基因方面研究对策 [J]. 传染病信息杂志, 2001, 14(3): 96-98
- [3] 沈鼎明. 肝纤维化的发生机制 [J]. 中华肝病杂志, 2000, 8(4): 241
- [4] 陈毓文, 陈重阳. 肝纤维化的可逆性与疾病的转归 [J]. 华夏医学, 2005, 18(1): 144-145
- [5] 李瑞麟, 马勇, 魏伟等. 白芍总苷治疗四氯化碳致大鼠肝纤维化的作用与其影响肝星状细胞功能的关系 [J]. 中国新药杂志, 2007, 16(9): 685-689
- [6] 李青, 邓长生, 朱尤庆. 当归注射液对实验性大鼠肝纤维化的防治作用 [J]. 医药导报, 2000, 19(2): 110
- [7] 薛惠明, 胡义杨, 顾宏图等. 丹参抗 CCL4 及 DNA 诱导的大鼠肝纤维化的研究 [J]. 中西医结合肝病杂志, 1999, 9(4): 16-18
- [8] 高建蓉, 朱有法, 张赤志等. 鳖甲水煎液对两种肝纤维化大鼠模型的实验研究 [J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(8): 1727-1733
- [9] 李亮, 缪英年, 月辰等. 平肝汤抗大鼠肝纤维化的实验研究 [J]. 中国中医药信息杂志, 2005, 12(4): 27-29

编号: EA-101012108 (修回: 2010-12-01)

活血化瘀法治疗难治性肾病 72 例

Treating 72 cases of refractory nephropathy by Huoxue Huayu therapy

丁焦生

(河南省焦作市第二人民医院, 河南 焦作, 454000)

中图分类号: R322.6+1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 23-0069-02 **证型:** DBG

【摘要】 目的: 观察活血化瘀法治疗难治性肾病的疗效并评价其安全性。方法: 将 72 名患者随机分成治疗组和对照组, 对照组患者采用常规的激素加环磷酰胺治疗方法, 其余 38 名治疗组患者在常规治疗的基础上加用活血化瘀药治疗, 并观察患者 24 小时尿蛋白定量、肝功能、肾功能等指标变化情况。结果: 治疗组总有效率 86.8%, 明显高于对照组的 61.8%。与对照组比较, 治疗组 24 小时尿蛋白、肌酐、尿素氮显著低于对照组, 血浆白蛋白显著高于对照组。治疗组和对照组中的 TNF α 、IL-1 含量均显著少于治疗前, 两组间无显著差异。结论: 本研究提示, 激素联用环磷酰胺加用活血化瘀中药可提高疗效并且安全有效。

【关键词】 中药; 活血化瘀; 难治性肾病

【Abstract】 Objective: To observe on the clinical effect and safety of treating refractory nephropathy by Huoxue Huayu therapy. Methods: 72 patients were randomly divided into treatment group and control group, the control group were treated with conventional hormone therapy plus cyclophosphamide, the treatment group were based on prednisone and cyclophosphamide plus huoxuehuayu. Observed in patients with 24-hour urine protein, liver function, kidney function and other indicators. Results: The total effective rate of the treatment group was 86.8%, significantly higher than the 61.8%. Compared with the control group, treatment group 24-hour urine protein, creatinine, urea nitrogen were significantly lower than the control group, serum albumin was significantly higher. Treatment group and control group TNF α , IL-1 levels were significantly less than before treatment, no significant difference between the two groups. Conclusion: These findings suggest that, combined with cyclophosphamide and hormone therapy plus TCM can increase the safe and effective.

【Keywords】 TCM; Huoxue Huayu; Refractory nephropathy

难治性肾病主要包括一类对激素依赖或对激素和-或其他细胞毒药物抵抗的原发性肾病综合征, 具体是指经过强的松标准治疗 (成人 1mg/(kg·d) 连续治疗 8 周) 无效者-激素抵抗型, 或经过强的松标准治疗缓解, 但半年内复发两次以上或一年内复发三次以上者, 病情复杂, 缓解率低。提高难治性肾病的缓解率, 降低其复发率, 防止病情的进一步发展是当今肾病学科研究的重点之一。单一的西医治疗采用激素和细胞毒药物, 虽短期效果较好, 但易复发且副作用大, 笔者采用中西医结合, 在运用激素治疗的同时辨证施用活血化瘀法治疗难治性肾病综合征 72 例, 效果显著。现将具体病例报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料: 72 例住院患者均符合难治性肾病的诊断标准, 随机分为两组。治疗组 38 例, 男 18 例, 女 20 例。年龄 12~70 岁, 病程 3 个月~6 年。首次给足量强的松标准治疗 8 周, 无效者 12 例, 治疗有效但反复发作者 26 例。平均 24h 尿蛋白定量 5.78g, 血浆白蛋白 23.67g/L, 胆固醇 7.89mmol/L。对照组 34 例, 男 18 例, 女 16 例, 年龄 10~68 岁, 病程 3 个月~五年 8 个月。首次给强的松标准治疗 8 周, 无效者 14 例, 治疗有效但反复发作者 20 例。平均 24h 尿蛋白定量 6.14g, 血浆白蛋白 26.02g/L, 胆固醇 7.83mmol/L。两组资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

对照组: 给 34 例患者均激素强的松 30mg/d, 加用环磷酰胺 200mg, 隔日静滴, 累计量达 6~8g 后停药。观察期间停用

其他免疫抑制剂及细胞毒类药物, 观察时间为 6 个月。同时给予护肾、排毒等对症治疗, 监测血、尿常规, 肝肾功能, 积极防治并发症。

治疗组: 在对照组的基础上加笔者自理活血化瘀方药: 黄芪 30g, 当归 15g, 丹参 15g, 白术 12g, 茯苓 12g, 泽泻 12g, 大黄 6g, 菟丝子 12g, 山茱萸 12g, 牛膝 12g, 枸杞 12g, 覆盆子 9g, 甘草 9g, 水煎服, 一日一剂, 口服一个月为一个疗程, 根据病情服用 6 个疗程。

1.3 观察指标

所有患者均空腹抽取静脉血检查肝、肾功能, 采用免疫比色法测定 24h 尿蛋白, 分离 1 份血清, -70℃ 保存, 用于测定细胞因子 TNF α 、IL-1 的含量。方法是双抗体夹心 ELISA 法。同时监测用药期间所有不良反应。

1.4 疗效标准

①完全缓解: 水肿等症状与体征完全消失; 治疗后连续三次尿蛋白检查阴性, 或 24h 尿蛋白定量持续小于 0.1g; 高倍镜下尿红白细胞消失, 血浆白蛋白恢复到 35g/L, 血总胆固醇、甘油三酯恢复正常, 肾功能恢复正常。②部分缓解: 水肿等症状与体征基本消失; 治疗后尿蛋白连续三次减少 1~2 个“+”号以上, 或 24h 尿蛋白定量在 0.1~0.5g 之间; 血浆白蛋白在 30~35g/L 之间; 血胆固醇、甘油三酯接近正常, 肾功能正常或基本正常 (与正常值相差不超过 15%)。③有效: 水肿等症状与体征明显好转, 尿蛋白检查持续减少一个“+”号, 或蛋白尿持续在 0.5~2.0g/24h 之间; 血总胆固醇、甘油三酯与治疗前相比有所好转, 肾功能有所好转。④无效: 水肿等症状与体征无

明显好转, 24h 蛋白定量大于 2g, 肾功能无好转。具体疗效结果见表 1。

1.5 统计学方法: 所有计量数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 各项指标治疗前后以及组间比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。统计软件采用 SPSS 13.0。

表 1 活血化癥法治疗难治性肾病的疗效[例数 ($\times 10^2$)]

组别	例数	完全缓解	部分缓解	无效	有效率
治疗组	38	20 (52.6)	12 (31.6)	5 (13.2)	33 (86.8)
对照组	34	11 (32.4)	9 (26.5)	13 (38.2)	21 (61.8)

2.2 活血化癥法治疗难治性肾病对蛋白漏出及肾功能的影响: 与对照组比较, 治疗组 24 小时尿蛋白、肌酐、尿素氮显著低于对

2 结果

2.1 随访结果

治疗组复发 2 例, 占 5.26%, 对照组复发 9 例, 占 26.47%。可见治疗组的复发率显著低于对照组 (见表 1)。

照组, 血浆白蛋白显著高于对照组。治疗组和对照组中的 TNF α 、IL-1 含量均显著少于治疗前, 两组间无显著差异。见表 2。

表 2 活血化癥法治疗对蛋白漏出及肾功能和血清中 TNF α 、IL-1 的影响 ($\bar{x} \pm s$)

组别	24hupro (g)	Alb (g/L)	Cr ($\mu\text{mol/L}$)	BUN (mmol/L)	TNF α (ng/L)	IL-1 (ng/L)
治疗组						
治疗前	3.91 \pm 0.41	21.1 \pm 2.1	133.62 \pm 49.57	7.47 \pm 4.01	180.16 \pm 11.21	80.41 \pm 9.12
治疗后	2.37 \pm 0.13 ^{ab}	31.5 \pm 1.8 ^{ab}	63.29 \pm 20.33 ^{ab}	5.12 \pm 2.51 ^{ab}	100.91 \pm 9.77 ^a	40.21 \pm 80.1 ^a
对照组						
治疗前	3.77 \pm 0.51	22.0 \pm 1.7	128.79 \pm 40.23	7.37 \pm 3.88	180.71 \pm 13.16	87.7 \pm 10.44
治疗后	2.91 \pm 0.25 ^a	24.1 \pm 1.7 ^a	90.34 \pm 49.16 ^a	5.46 \pm 2.61 ^a	129.41 \pm 10.5 ^a	56.32 \pm 9.81 ^a

注: a 与同组治疗前相比较 $P < 0.05$, b 与对照组对应治疗前相比较 $P < 0.05$

2.3 活血化癥法治疗的不良反应

两组的副作用经过对症处理后均缓解, 所有患者均未停药。治疗组出现肝功损伤 1 例, 腹泻 2 例, 总发生率为 7.9%。而对照组出现肝功损伤 4 例, 恶心呕吐 4 例, 过敏性皮疹 1 例, 另有 2 例白细胞减少, 1 例肺部感染, 总发生率为 35.3%。二者具有显著性差异 ($P < 0.05$), 提示应用活血化癥法治疗难治性肾病可明显减少副作用的产生。

3 讨论

难治性肾病是肾脏病治疗研究中心的一大难点, 现代医学认为其病理类型复杂。我国传统医学将其病归属于水肿范畴, 并明确记载该病的发病机制与淤血有关。《血证论·阴阳水火气血论》言: “水火气血, 固是对子, 然亦相互联系。故水病则累血。……淤血化水, 必发水肿。” 血病及水, 水病及血。这说明了水肿与淤血的关系: 水肿病情发展过程中淤血贯穿各证型和病变各阶段, 是临床运用活血化癥法治疗水肿的理论依据, 与现代医学研究相符。研究表明, 难治性肾病患者都普遍存在不同程度的高凝状态和高粘血症。其机制是由于肾病综合征患者体内某些蛋白从尿液中排除, 加上肝脏代偿性合成蛋白质增加 (包括脂蛋白) 就可引起机体的凝血、抗凝、纤溶系统成分紊乱, 血小板功能异常, 血液粘稠度增加而出现高凝, 同时大量的激素更加重了血液的高凝状态, 导致肾病不易缓解, 尿蛋白持续甚至加重, 影响势病的发展。这不是免疫抑制剂等药可以解决的。根据祖国医学理论必当配合活血化癥, 益气补血等中药联合治疗方可取得疗效。经过大量临床及实验研究证明中药的活血化癥药具有以下作用: 解除平滑肌痉挛, 减少血管阻力; 扩张血管, 增加肾脏血流量; 抑制血小板聚集, 增加纤维蛋白溶解的活性; 改善肾血流量, 起到抗凝、抗血栓、抗血液粘滞和血小板聚集的作用; 抗炎抗免疫排斥。这些中药通

过改善微循环障碍, 调节机体的免疫功能, 从而改善肾功能。

自拟方中黄芪益气扶正, 健脾利湿。现代药理研究表明: 黄芪可扩张外周血管改善微循环, 降低血小板聚集, 抗凝改善血液的高凝状态, 调节肾小球蛋白质代谢, 提高血浆蛋白水平, 从而减少尿蛋白; 同时可通过促进肝细胞生长因子的表达而抑制免疫因 TGF- $\beta 1$ 的表达, 减轻氧自由基的损伤增加超氧化歧化物的活性, 其含有的微量元素硒对肾小球基底膜电荷及机屏障具有保护作用, 从而降低尿蛋白, 保护肾功能。当归, 具有活血活血, 驱邪扶正的作用, 丹参活血化癥, 扩张末梢小动脉, 防止血栓形成, 降低血脂, 改善肾功能。白术、茯苓、泽泻健脾祛湿, 利水消肿以求消除水肿症状; 大黄泻下祛湿热, 引水湿从下而走, 现代研究具有降脂的作用。难治性肾病病程长, 易迁延不愈且易复发。久病必虚, 正气存内, 邪不可干。故方中配伍菟丝子、山茱萸、牛膝、枸杞补肝肾以扶正固本, 防治病情迁延恶化。

综上所述: 采取中西结合法治疗难治性肾病, 在应用激素和免疫抑制剂的同时辨证施治运用活血化癥方药, 可提高完全缓解和有效缓解率, 降低复发率, 减少不良反应。

参考文献:

- [1] 中华人民共和国卫生部[S]. 中药新药临床研究指导原则. 1993:158-162
- [2] 闫燕. 刘霞教授治疗小儿肾病综合症临证经验[J]. 中医儿科杂志, 2006, 2(4):3-4
- [3] 徐佩华. 难治性肾病的免疫抑制及中医辨证治疗[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(29):4336-4337
- [4] 阮雪铃, 张秀薇, 郑东文等. 黄芪和丹参注射液联用对早期糖尿病肾病的血流变学及肾功能的影响[J]. 中国实用内科杂志, 2005, 25(2):149

正确的保留灌肠法治疗溃疡性结肠炎的临床观察与对策

Clinical observation and measures of treating ulcerative colitis by the correct retention enema

冷文萍 刘莹

(江苏省泰州靖江市中医院, 江苏 泰州, 214500)

中图分类号: R574.62 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 23-0071-01 **证型:** IDGA**【摘要】** 目的: 阐明正确的药物保留灌肠法是治疗溃疡性结肠炎的关键, 其直接影响疗效。方法: 抽取 42 名住院患者采用此方法, 同时以饮食、心理护理。结论: 正确的保留灌肠法能有效地提高治疗效果。**【关键词】** 保留灌肠; 心理饮食护理; 卧位; 疗效**【Abstract】** Objective: To investigate the effect of treating ulcerative colitis by the correct retention enema. Methods: To choose 42 patients, take this method, at the same time taking diet, psychological care. Conclusion: Treating ulcerative colitis by the correct retention enema has a good effect.**【Keywords】** Retention enema; Mental diet nursing; Supine; Effect

溃疡性结肠炎是一种不明原因的结肠和直肠的炎症性疾病, 病变集中在肠粘膜上, 临床症状表现为反复发作性腹痛、腹泻、粘液便或便秘, 有的迁延不愈, 且患者担心肠道癌变, 忧心忡忡。我们肛肠科结合多年的临床护理经验, 总结出一套患者易接受且科学的灌肠方法, 收到良好的治疗效果。

1 临床资料

1.1 一般资料

随机抽取 2009 年 3 月~2010 年 4 月 42 例肛肠科住院患者, 男性 25 例, 女 17 例, 年龄均在 37 岁以上。均为慢性溃疡性结肠炎患者。

2 心理护理

由于病程长, 反复发作, 患者易丧失信心, 造成一定的心理压力, 尤其初次灌肠治疗患者更有恐惧、害羞的心理, 护士应主动关心、交流, 耐心地讲解药物保留灌肠法的相关知识与治疗的意义, 取得病人的合作。操作时注意保护、尊重患者的隐私, 且室内温度适宜, 防止受凉。

3 饮食护理

注意补充蛋白质及维生素。饮食应选易消化的优质蛋白质食品, 如鱼、蛋、豆制品及富含维生素的新鲜蔬菜等。还应密切观察自己对各种食物的适应性。如吃某种食物后腹泻加重, 尽量不要食用这种食物。

4 操作前护理

用物准备: 一次性灌肠袋一个, 配好的药液一瓶, 如加入片剂或粉剂要充分溶解混匀。静脉输液电热夹一个, 50ml 针筒一副, 热水袋一个, 软枕一只, 一次性中单一条。保留灌肠应在睡前进行, 让病人排空二便, 如病人一天内无大便, 可以温生理盐水灌肠, 使肠道清洁后再行保留灌肠。

5 操作中护理

5.1 将配好的灌肠药液倒入一次性灌肠袋, 夹上电热夹, 灌肠温度最好控制在 38 度左右。排气后关闭调节器备用。

5.2 嘱病人取左侧位, 屈膝, 臀下垫上软枕, 腹部放包好的热水袋热敷胃腹部, 充分放松, 深呼吸几次, 感到舒适后, 将导管前端用石蜡油润滑后轻轻插入肛门, 采取进二退一的手法, 可有效防止导管在肠道内打折。

如遇到阻力将调节器打开, 放少量的灌肠液润滑肠道, 然后轻轻地顺势插入所需要的长度, 缓慢地将药液灌入。插管长度可根据病变部位决定, 病变在直肠及乙状结肠者插管深度 15~17cm, 如病变在直肠及乙状结肠以上者插管深度 20~25cm 为宜。

6 灌肠后护理

为使药液充分与肠道接触, 发挥其疗效, 灌肠后可用 50ml 注射器经灌肠导管注入肠腔气体约 100ml, 同时变换体位, 依次左侧位、俯卧位、胸膝卧位, 右侧卧位。灌肠后卧床休息, 保留时间在 2 小时以上。

7 护理体会

7.1 结果经过治疗患者, 痊愈 29 例, 临床症状完全消失, 大便成形, 肠粘膜恢复正常。12 例有效: 临床症状基本消失, 肠粘膜轻度炎症, 粘液少, 1 例无效; 症状无显著变化。有效率 97.6%。

7.2 正确的药物保留灌肠法其优点在于

先用温生理盐水清洁灌肠, 使肠腔在清洁状态下直接与药物接触, 增加吸收面积。灌肠中用电热夹给灌肠液加温, 能保证药液恒温, 促进局部血液循环, 加快药物吸收。最重要的还是通过变换体位使药物充满全结肠, 是治疗溃疡性结肠炎的关键所在。

编号: EA-101019145 (修回: 2010-11-29)

老年鼻衄患者的临床观察与对策

Clinical observation and countermeasure of patients with old epistaxis

郝士芬

(内蒙古呼伦贝尔市中蒙医院, 内蒙古 呼伦贝尔, 021000)

中图分类号: R09 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0072-01 证型: AGD

【摘要】 鼻衄是临床常见急症之一, 我们采取中医中药, 结合临床对 56 例老年鼻衄患者进行科学系统的治疗和护理, 取得了良好的效果。

【关键词】 老年; 鼻衄; 护理

【Abstract】 Epistaxis is common acute in clinical, taking TCM, plus clinical on 56 patients with epistaxis aged scientific system of treatment and care, gets a good effect.

【Keywords】 Elderly; Epistaxis; Nursing

鼻衄是临床常见急症之一, 尤其是老年人因血管不同程度地硬化, 管壁缺乏弹性, 血压发生变化, 心血管疾病、高血压及血管硬化造成既易出血又不易止血的特点, 一量出血, 量大且易反复, 重者可危及生命, 加之老年人的抗病能力下降, 其中部分老人长期患慢性病营养障碍或维生素缺乏, 血小板异常。这些因素造成老年患者与正常人的不同心理。我们采取中医中药, 结合临床对 56 例老年鼻衄患者进行科学系统的治疗和护理, 取得了良好的效果。

1 临床资料

老年患者 (55~70 岁), 男 35 例, 女 21 例, 发病冬季居多, 可能与冬季干燥, 寒冷风大的气候有关, 其中 38 例出血点在鼻腔后部; 18 例无法明确出血确切部位; 伴高血压、心脏病史者有 32 例, 其它如慢性气管炎等患者 16 例, 老年鼻衄易反复, 出血量大, 有顽固性出血的倾向, 除采取有效的止血措施外, 同时治疗原发病, 达到标本兼治的目的。

2 治疗方法

2.1 病因治疗

详细了解和检查全身因素及局部因素, 予以对症治疗:

2.1.1 一般处理

患者取坐位或半坐位, 疑有休克时, 可取平卧低头位。烦躁者给予镇静剂, 使之快速进入安静状态。

2.1.2 止血

①简易止血法: 多数鼻出血位于鼻中隔前段, 可嘱病人用手指捏两侧鼻翼 10~15 分钟, 同时用冷水袋或湿毛巾敷前额及后颈, 促进血管收缩, 减少出血。松指后仍出血者, 可用浸有 1% 麻黄素生理盐水或 0.1% 肾上腺素的纱条塞入鼻腔止血。②烧灼法: 多采用微波烧灼止血。③填塞法: 适用于出血较剧、部位不明者。可用医用膨胀海绵加压止血、明胶止血海绵等填塞鼻腔; 也可用凡士林油纱条、抗生素油膏纱条或碘伏纱条作鼻腔填塞。对以上方法仍不能奏效者, 可采用后鼻孔填塞法。④止血剂的应用。⑤手术方法。对少数严重出血, 上述方法不能制止者, 可行血管结扎术止血。⑥中药治疗: 清肝止衄, 衄血称为木火刑金; 清肝止衄汤: 该方由青黛、焦栀、黄芩各 10g,

青蒿 20g, 所组成。清肝止衄, 适用于治疗肝火犯肺的出血症, 如鼻衄如注, 舌红苔黄, 脉象弦数。用治肝火犯肺的鼻衄, 可收清肝血衄的功效。⑦饮食治疗: A: 血热鼻出血、咳痰带血、咽干咽痛患者, 选鲜藕 960g, 蜂蜜 30g, 将鲜藕洗净榨汁约半小碗, 加入蜂蜜, 调匀即成, 每日一次, 连服数日。B: 鲜茅根 30g, 加水煎成汤剂饮服, 一日 3 次。C: 粳米 10g, 熬成稀粥一碗, 将熟地 5g, 当归 4.5g, 川芎 3g, 甘草 3g, 艾叶 3g, 芍药 4.5g, 以上 6 味加水煎成汁, 去渣, 加入阿胶 3g, 放火上使之溶化, 倒入熬成的粥内, 趁热服用, 本方适用于反复鼻出血病人。

3 护理

3.1 经常巡视病房, 及时了解患者的生活起居, 饮食、睡眠和情志等情况, 做好相应的护理。严密观察患者的神志、面色、舌象, 脉象和头痛的部位、性质, 以及鼻液的色、量、气味的变化和鼻出血、嗅觉等情况, 按医嘱给予相应饮食, 注意饮食宜忌。

3.2 护士要沉着冷静, 稳定患者情绪, 树立其战胜疾病的信心。老年鼻衄患者, 本身体质较弱, 大多数就诊时已反复出血多次, 加上老年人在入院前多有慢性或老化性疾病, 他们对自己的病情多较悲观。因此, 接诊护士应小心轻柔地安置患者半卧位, 使其安静休息。多与患者沟通, 打消患者疑虑, 使其情绪稳定, 积极配合治疗。鼻衄患者止血后, 嘱患者勿用力咳嗽、打喷嚏、勿用力擤鼻、挖鼻。尽量减少活动, 并保持大便通畅。注意监测血压, 观察病情变化。

3.3 重症患者应与一般鼻衄者分开救护, 以免影响病情较轻或已趋康复患者诱发血压升高而再次出血。入睡时鼻腔滴复方薄荷油, 保持鼻黏膜湿润, 病室内保持适宜的温、湿度。特别注意的是患者的心理护理, 如若发现老人精神抑郁, 随时请神经内科医生会诊, 给予适量镇静剂及抗焦虑症药物, 并给患者听音乐、看电视以转移其注意力。一段时间后, 患者心里负担减轻, 精神放松, 睡眠好转, 鼻出血次数亦可明显减少。

编号: EA-101026191 (修回: 2010-12-04)

外伤性脑出血后遗偏瘫诊治体会

Experience for treating left hemiplegia after traumatic cerebral hemorrhage

赖家模 覃梅

(湖北恩施市中心医院, 湖北 恩施, 445000)

中图分类号: R743.34 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0073-01 证型: BDGI

【摘要】 外伤性脑出血后遗症所致偏瘫现代医学主张运动康复治疗。笔者临床采用中医辨证施治先以养血活血, 继则益气活血补肝肾, 后则益气养血补肝肾的方法, 疗效满意。

【关键词】 偏瘫; 外伤性脑出血后遗症; 中医药疗法

【Abstract】 Sequelae of traumatic brain hemorrhage caused by paralysis of modern medicine advocates exercise rehabilitation therapy. Taking TCM in differentiation of Yangxue Huoxue, and Yiqi Huoxue Buganshen, and then taking Yiqi Yangxue Buganshen therapy, has a good effect.

【Keywords】 Hemiplegia; Sequelae of traumatic brain hemorrhage; TCM therapy

偏瘫是外伤性脑出血后遗症中常见的后遗症之一, 具体表现为一侧肢体肌力减退, 活动不利或完全不能活动, 常伴有同侧肢体的感觉障碍如冷感, 疼痛等感觉减退或完全不知。由此, 患者常生活不能自理, 给患者及家属造成精神及经济上极大的负担。笔者在临床上采用先予以养血活血, 继则益气活血补肝肾, 后则益气养血补肝肾的方法辨证施治, 获得满意疗效, 报告如下。

常用方药: 当归, 赤芍, 川芎, 生地, 桃仁, 红花, 丹参, 土鳖, 田七, 忍冬藤, 泽兰, 黄芪, 怀牛膝, 桂枝, 鸡血藤, 地龙, 杜仲, 白酒, 松木皮, 炙甘草, 大枣, 生姜。

病案举例: 患者甲, 男, 29岁, 农民。2009年11月11日初诊。其父代诉于3年前车祸致脑出血, 经治疗, 后遗左侧肢体偏瘫, 伴言语不利, 生活不能自理, 脉象沉, 略涩, 舌暗红, 苔微腻。治法: 养血活血。

处方: 当归 10g, 赤芍 10g, 川芎 10g, 生地 18g, 桃仁 10g, 红花 10g, 丹参 18g, 土鳖 10g, 田七 10g, 忍冬藤 30g, 泽兰 10g, 炙甘草 6g, 大枣 6g, 白酒 2 两, 松木皮 50g, 生姜 3 片, 7 剂, 水煎服, 每日 1 剂, 每日 3 次, 每次 100ml。于 11 月 18 日复诊, 患者左侧肢体能抬离床面, 语言较前流畅, 感左侧肢体乏力, 脉象弱, 舌淡红, 苔薄白。

治法: 益气活血补肝肾。方药: 黄芪 120g, 当归 9g, 赤芍 9g, 地龙 9g, 川芎 9g, 丹参 18g, 桃仁 9g, 红花 9g, 田七 10g, 鸡血藤 12g, 桂枝 10g, 土鳖 10g, 怀牛膝 12g, 松木皮 50g, 炙甘草 6g, 大枣 6g, 生姜 3 片, 7 剂, 水煎服, 每日 1 剂, 每日 3 次, 每次 100ml。

11 月 25 日复诊, 患者左侧肢体较前有力, 守方 15 剂, 患者能拄杖下床活动, 吐词清楚, 言语基本流畅, 脉象有力, 舌淡红。

治则: 益气养血补肝肾。方药: 黄芪 120g, 当归 6g, 赤芍 6g, 川芎 6g, 丹参 18g, 田七 10g, 鸡血藤 12g, 怀牛膝 12g,

杜仲 10g, 伸筋草 10g, 炙甘草 6g, 大枣 6g, 生姜 3 片, 7 剂, 水煎服, 每日 1 剂, 每日 3 次, 每次 100ml。经以上治疗, 患者能自行活动, 生活能自理。

体会: 对于外伤性脑出血后遗症, 由于外伤作用于人体, 引起经脉破损, 导致出血。对于离经之血历代文献又称之为恶血、蓄血、积血、死血等。瘀血停积体内, 瘀血不去则新血不生, 可致血虚。

肝藏血, 血虚, 血不归肝, 肝主筋, 肝血不足, 血不养筋, 则手足屈伸不利, 肾藏精, 肾气不足, 精髓亏损, 肾火衰弱, 气化无权, 血无从生, 必然血虚。

《素问·至真要大论》说: “留者攻之”, 《素问·繆刺论》说: “人有所堕坠, 恶血留内, 腹中胀满, 不得前后, 先饮利药”。

故辨证遵循以上原则。首先以养血活血为主, 以桃红四物汤, 白芍换赤芍, 加用丹参、土鳖、田七、忍冬藤、泽兰、松木皮、白酒, 加强活血之力, 炙甘草、大枣益气健脾。气虚血弱, 无以濡养筋脉, 《素问·上古天真论》说: “肝气衰, 筋不能动”, 且肝肾同源, 故继在活血之后, 调整处方重点, 以益气活血补肝肾为主, 重用黄芪补气, 以取气生血、行血、摄血之功, 同时减小活血剂用量。

在治疗后期, 则益气活血补肝肾为治, 处方加用杜仲以增强补肝肾之力, 再次减小活血剂用量。对于外伤性脑出血后遗症的治疗, 现代医学主张病情稳定的情况下及早进行运动康复治疗, 早期对瘫痪肢体进行按摩及被动运动, 逐渐进行主动运动; 对失语病人需加强言语康复训练; 同时可用针灸、理疗治疗, 用中药治疗的不多, 笔者认为给予中药治疗对于外伤性脑出血后遗症的治疗个有效促进患者的功能恢复, 而且经济实惠, 简便宜行。

编号: ER-10111000 (修回: 2010-12-08)

中医药临床治愈 I 期膜性肾病 1 例

Treating 1 case of I membranous nephropathy in TCM

牟野 杜金行

(卫生部中日友好医院, 北京, 100029)

中图分类号: R692 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0074-01 证型: DBG

【摘要】 目的: 探讨中医药治疗 I 期膜性肾病的疗效。方法: 分析患者资料, 采用中药治疗肾病。结果: 临床治愈 1 例。结论: 中药治疗 I 期膜性肾病疗效显著, 值得临床推广使用。

【关键词】 I 期膜性肾病; 中医; 临床治愈

【Abstract】 Objective: To investigate effects of treating I membranous nephropathy in TCM. Methods: To analyze the data of patients, taking TCM treating nephropathy. Results: 1 case cured in clinical. Conclusion: Treating I membranous nephropathy in TCM has good effect, is worth being clinically applied.

【Keywords】 I membranous nephropathy; TCM; Clinical cure

1 病例简介

患者甲, 女, 48 岁。主因间断下肢水肿 3 年, 加重伴泡沫尿 11 个月就诊。患者 04 年发现 2 型糖尿病, 此后饮食控制, 已绝经 5 年。07 年 4 月始出现双下肢水肿, 未予诊治, 08 年 5 月尿中泡沫增多, 查 24h 尿蛋白 3.1g/L, 血压 110/70mmHg, 曾服药治疗效果不明显。09 年 4 月 17 日行肾穿, 结果可见三个肾小球, 毛细血管基底膜广泛空泡变性, 系膜细胞和基质轻微增生; 肾小管上皮空泡及颗粒变性; 小动脉管壁增厚; 免疫荧光见 12 个球, IgG (+ + +), IgM (+), C3 (-), FRA (-), 沿毛细血管壁呈颗粒状沉积; 病理诊断为 I 期膜性肾病。眼底检查未见糖尿病视网膜病变, 抗体 ENA、ANA、ACL 均 (-), 尿蛋白定量 3.828g/24h, 肌酐 (Scr) 及内生肌酐清除率 (Ccr) 正常。胃镜提示反流性食管炎、浅表性胃炎 (中度)、幽门螺旋杆菌 (-)。5 月份开始予环孢素 (CsA) 125mg, bid、替米沙坦 80mg, qd 治疗, 拜糖平控制血糖。因患者有糖尿病, 故未用激素。此后尿蛋白定量波动在 2.15~3.68g/24h, 肾功正常。

表 1 服用环孢素 A 及加用中药期间 24h 尿蛋白定量 (g/24h) 结果

日期	2009-5-21	2009-7-2	2009-8-13	2009-10-15	2009-11-5	2009-12-28	2010-2-1	2010-4-1	2010-5-6	2010-8-5	2010-9-6
尿蛋白	3.2	2.96	3.68	2.6	0.81	0.27	0.09	0.11	0.07	0.01	0.01

目前患者 CsA 减量为 25mg/d (7 月 20 日始减量), 替米沙坦 20mg, qd, 上述症状消失, 双下肢不肿, 食睡眠质量改善, 无夜尿。

2 体会

膜性肾病是肾病综合症常见原因之一, 一般推荐糖皮质激素与细胞毒性药物或者 CsA 联合糖皮质激素治疗, 但大量使用激素会导致血糖升高或其他合并症, 加速糖尿病所致肾损害; 应用 CsA 治疗, 虽有一定诱导缓解作用, 但在停用或减量过程中, 复发率高达 50% 以上, 且有急性和慢性肾毒性, 多毛、胃肠道紊乱、感觉异常、震颤等副作用。本例患者因合并较长糖尿病史, 顾虑大剂量应用激素, 使用 CsA 5 mg·kg⁻¹·d⁻¹ 合并替米沙坦治疗 5 月后, 24h 尿蛋白定量无好转, 且出现胃肠道、多毛等副作用。加用中药治疗后, 24h 尿蛋白指标很快正常, 症

09 年 10 月 15 日初诊时 24h 尿蛋白 2.6g/24h、Scr 64.3mmol/L、Ccr 103.01ml/min, 血糖 7.80mmol/L, 血清白蛋白 3.1g/L, 肝功正常; CsA 125mg, qd, 替米沙坦 80mg, qd, 同时口服黄芪颗粒、黄葵胶囊、拜糖平。患者诉平素怕冷, 腰痛, 乏力, 纳差呕恶, 失眠多梦, 便溏, 时有心悸, 查体: BP 100/70mmHg, 体瘦, 面色发黑, 面部细毛增多, 着装明显偏厚, 双下肢轻肿。苔薄白, 质偏红, 脉沉细右关旺, 中医诊断为虚劳, 辨证为肝肾阴虚, 肾阳衰微, 立法补益肝肾、交通心肾, 以八味地黄丸为主方加减, 生地 15g, 熟山药 15g, 茯苓 15g, 丹皮 15g, 泽泻 15g, 山萸肉 15g, 川断 30g, 知母 15g, 淡附片 10g, 肉桂 5g, 川黄连 6g, 生黄芪 20g, 陈皮 20g, 服用上方 14 剂后, 怕冷、纳差症状明显改善, 其余症状也有缓解。此后在上方基础上, 结合患者症状调整用药, 如舌苔黄厚腻时加用黄柏等清热利湿, 胃部不适时加用砂仁等, 下肢水肿、腹胀时加用猪茯苓等。服用环孢素 A 及加用中药期间 24h 尿蛋白定量 (g/24h) 结果见表 1。

状明显好转, 在提早减量 CsA 后, 病情稳定、无复发。

中医治疗本病的关键是辨证, 本例患者中医诊断复杂, 出现两个脏腑以上的劳伤, 肾气不足、肝肾阴虚、心肾不交、气血亏虚, 当诊断为虚劳, 治疗上关键在于因证施治, 需以补益先后天为主, 温补肾气、健脾化湿, 方选桂附八味丸加减, 切合主证及主要治疗目的, 因而取得良效。

参考文献:

- [1] 姚小丹, 陈惠萍, 王庆文等. Cyclosporin A treatment for idiopathic membranous nephropathy. Chinese Medical Journal 2001; 114(12): 1305-1308
- [2] 陈越, 丁小强, 钟一红等. 特发性膜性肾病合理治疗方案的研究. 复旦医学报, 2009, 36(6): 741-745

编号: ER-10112302 (修回: 2010-12-08)

膝关节置换围手术期深静脉血栓的预防措施

Preventive measures of deep vein thrombosis in operative of knee replacement

王玉青¹ 王磊² 金延春²

(1.山东省即墨市中医院, 山东 即墨, 266200;

2.青岛大学医学院附属医院, 山东 青岛, 266000)

中图分类号: R543.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 23-0075-01 **证型:** BGD**【摘要】** 下肢深静脉血栓形成是人工关节置换术后常见和严重的并发症, 采取正确预防措施可防止深静脉血栓形成, 收到了好的效果。**【关键词】** 深静脉血栓; 预防; 膝关节**【Abstract】** Deep vein thrombosis is common and serious complications after knee replacement, taking the right precautions can prevent deep vein thrombosis, in this way has a good effects.**【Keywords】** Deep vein thrombosis; Preventive; Knee

下肢深静脉血栓形成(DVT)是人工关节置换术后常见和严重的并发症, 可继发致命的肺栓塞, 所以早期预防极为重要。我们从患者入院开始就加以重视, 在医疗护理中采取一系列行之有效的措施, 防止深静脉血栓形成, 收到了好的效果, 现介绍如下。

1 临床资料

本组 100 例, 男 42 例, 女 58 例, 年龄 56~80 (平均年龄 65.8 岁) 合并高血压 20 例, 合并糖尿病 15 例, 术前已经将血压和血糖控制在手术范围内。

2 方法

2.1 术前措施: ①加强健康宣教: 向患者讲述深静脉血栓形成的病因、症状、危害, 以引起病人及家属的重视, 能积极配合治疗及护理。②让病人知道术后早期活动的重要性。指导病人和家属掌握正确的主动活动和被动活动的方法。③鼓励患者多喝水, 饮食清淡、易消化, 以降低血液粘稠度, 戒烟戒酒, 避免尼古丁刺激血管引起静脉收缩。④积极治疗原发病, 高血压、糖尿病等应使血压、血糖控制在适宜手术的范围, 适当增加膳食纤维的摄入, 保持大便通畅, 避免用力大便导致栓子脱落。

2.2 术中措施: 手术中建议使用电动止血带, 上肢 $\leq 4.0\text{kPa}$, 下肢 $\leq 8.0\text{kPa}$, 应尽量减少使用驱血带; 松止血带时, 应强调分次减压, 禁忌骤然松止血带, 避免一切使静脉内压骤然增高, 或静脉血流突然增多的操作。体位摆放得当, 避免双下肢过度外展, 并用棉垫妥善保护双下肢, 术中操作应轻柔, 减少不必要的血管解剖暴露及机械性刺激。尽量缩短手术时间。

2.3 术后措施

2.3.1 患肢抬高, 以利静脉回流。术后回病房, 应在患肢下方垫一软枕, 保持髋关节稍屈曲, 避过度屈髋, 一般采用抬高床尾的方法, 保持下肢高于心脏 $20\sim 25^\circ$, 下肢远端高于近端。术后抬高患肢时, 不要在腘窝小腿下单独垫枕, 以免影响小腿深静脉回流。

2.3.2 注意观察肢体及引流管情况, 远端深静脉血栓形成多较隐匿, 多无自觉症状或仅有患肢轻微疼痛和沉重感。所以应密切观察病人肢体情况, 力求做到早发现早治疗。应严格床头交

接班制度, 每班交接时各做 1 次小腿腓肠肌叩诊实验, 如压痛提示腓肠肌丛有血栓形成, 应及时采取相关措施。要妥善固定引流管, 保持其通畅减少局部压迫。使用充气压力泵时应快速充气可保证静脉系统的最大流量, 注意充气压力和峰值, 做好皮肤护理, 预防皮肤压疮。应穿弹力袜, 根据患者情况选择不同长度及号码, 至少至膝关节, 用弹力袜之前腿脚必须是干燥的, 避免皮肤破损。

2.3.3 早期积极活动, 鼓励患者尽早开始经常的足、趾主动活动; 并多作深呼吸及咳嗽动作; 定时翻身, 翻身时避免患肢受压。尽可能早期离床活动。此外应采取机械预防措施, 包括术后引流管拔除后即进行 CIM 康复训练, 1 周后达到 90° 。合理的锻炼原则是早期开始, 循序渐进, 被动和主动相结合, 因人而异, 个体化。

2.3.4 药物应用: 根据冯明光^[1]提出应用低分子肝素预防血栓也取得了良好效果。他认为低分子肝素是肝素经酶解聚而获得, 相对分子质量 4300, 与肝素相比其具有更高的生物活性、更长半衰期和更持久抗凝作用, 与相同效价抗凝药物相比, 所引起出血副作用反而要小, 低分子肝素是预防人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成的首选药。我们的方法是全麻术前 12h 或硬膜外术后 6h 开始皮下注射常规剂量低分子量肝素, 用药 7~10d。注意出血倾向和出血发生, 特别要注意头痛、呕吐、意识障碍、肢体感觉运动障碍等颅内出血迹象, 如肝素过量引起出血, 可以等量鱼精蛋白对抗。同时注意每日或隔日监测血凝常规。

3 结果

100 例患者中只有 1 例发生下肢深静脉血栓, 经过积极治疗及护理, 6d 后患肢肿胀消退, 未出现肺栓塞等全身并发症。通过本组病例的治疗和护理, 我们体会到下肢静脉血栓要以预防为主, 只要认真把术前、术中、术后预防措施落实得当, 膝关节置换术后这种常见的并发症是可以有效预防的。

参考文献:

[1]冯明光,吴海山,吴宇黎,速碧林预防下肢人工关节置换术后深静脉血栓的应用[J].临床骨科杂志,2004,7(4):400-401

编号: ER-10110301 (修回: 2010-11-29)

培土生金法治疗脑梗死后继发肺炎

Treating lung inflammation after cerebral infarction by Peitu Shengjin therapy

苏海燕

(呼伦贝尔市中蒙医院, 内蒙古 呼伦贝尔, 021000)

中图分类号: R743.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0076-01 证型: BGD

【摘要】 目的: 运用中医药治疗脑梗死后继发肺炎。方法: 中药汤剂治疗。结果: 较单纯抗生素治疗有效。结论: 中医药治疗肺炎显著有效。

【关键词】 脑梗死; 肺炎; 中医治疗

【Abstract】 Objective: Treating lung inflammation after cerebral infarction by Peitu Shengjin therapy. Methods: Using TCM therapy. Results: More effective than antibiotics. Conclusion: TCM treating lung inflammation is significantly effective.

【Keywords】 Cerebral infarction; Lung inflammation; TCM

脑梗死病人大多遗留肢体语言功能障碍。轻者行走不便, 重者久卧于床。气血循环不畅, 体质虚衰, 机体抵抗力差, 易为邪侵, 并发呼吸道感染。

脑梗死后部分病人遗留吞咽困难, 饮水呛咳, 此极易发生吸入性肺炎。故临床上中风后肺炎并发症极高, 且患者常常反复感染, 抗生素耐药率高。加之体质差, 抗病力弱, 故患肺炎后不易治愈, 严重者可因呼吸衰竭而导致死亡。而临床抗生素配合中药汤剂治疗可缩短疗程, 减少抗生素用量, 尽快缓解临床症状。

1 临床资料

患者均为我院收治的住院病人。X光片示: 肺炎。其中, 男14例, 女6例。年龄60岁以上, 卧床病人11例。对照组男12例, 女8例, 年龄60岁以上, 卧床病人8人。

2 治疗方法

中药汤剂: 白术20g, 茯苓20g, 陈皮15g, 鱼腥草25g, 川贝母15g, 桔梗20g, 枇杷叶20g, 薏苡仁30g, 枳壳15g, 黄芪20g, 桑白皮15g。水煎200ml, 日一剂, 早晚分服。配合抗生素, 热退后3~4天停用, 一般用7天左右。

对照组: 相应抗生素治疗, 疗程10天左右

3 治疗结果

3.1 疗效标准

显效: 无咳嗽, 无咳痰, 无发热等肺炎症状, 胸片复查正常。

有效: 留有轻度咳嗽, 咳痰(少量白痰), 无发热等症。肺部听诊无干湿啰音, X光片显示部分吸收。

无效: 临床咳嗽, 咳痰症状无好转, X光片显示肺炎。

3.2 治疗效果

治疗组20例。显效16例, 有效3例, 无效1例, 总有效率95%。对照组20例。显效10例, 有效6例, 无效4例, 总

有效率80%。两组总有效率比较, 治疗组明显优于对照组, 差异具有显著性意义($P<0.05$)。

4 讨论

“气”是人体生命活动的动力和源泉。李杲认为: 内伤病的形成, 乃是气不足的结果, 而气不足, 实由脾胃损伤所致。他说“夫元气、谷气、荣气、清气、卫气生发诸阳上升之气, 此六者, 皆饮食入胃, 谷气上行, 胃气之异名, 其实一也。”“脾胃之气既伤, 而元气亦不能充, 而诸病之所由生也。”说明脾胃是元气之本, 元气是健康之本。

脾胃伤则元气衰, 元气衰则疾病所由生。脑梗死后遗症患者多有行走障碍, 活动受限, 每日以坐卧为主。中医认为“久卧伤气”, 人长期坐卧于床, 致气血郁滞, 血液循环不畅, 易形成血、痰、郁。

且疾病日久, 脾胃虚弱, 运化水液的功能减退, 必然导致水液在体内的停滞, 而产生湿痰等病理产物。痰湿内蕴, 上犯于肺, 肺失宣肃, 致咳嗽、咳痰诸症。故本病以健脾益气为本, 行气化痰为标。

正如《医宗必读》中说: “脾为生痰之源, 治痰不理脾胃, 非其治也”, 痰随气而升降, 气滞则痰滞, 气顺则痰消, 故治痰剂中又常配合理气药用。庞安常说: “善治痰者, 不治痰而治气, 气顺则一身之液亦随气而顺矣”。本方中, 以黄芪大补脾胃之元气, 令气旺血行; 白术苦温, 健脾燥湿, 加强益气助运之力; 茯苓甘淡, 健脾渗湿, 苓术合用, 则健脾祛湿之功更甚; 陈皮、枳壳理气健脾祛痰, 理气可使气顺则痰消; 薏苡仁健脾化湿, 配合桔梗开宣肺气; 贝母化痰止咳清散热结; 枇杷叶化痰止咳, 和胃降逆。

本方以健脾益气、行气化痰为治法, 能够尽快缓解临床症状, 促进炎症吸收, 较单纯使用抗生素临床疗效好, 副作用少, 而且可以缩短病程。

编号: EA-101010103 (修回: 2010-12-01)

皮脂腺囊肿感染溃破的中西医结合治疗

Treating infection ulceration of sebaceous cyst in the integrative medicine

潘卫平

(江苏省溧阳市人民医院, 江苏 溧阳, 213300)

中图分类号: R63 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0077-01 证型: IDGA

【摘要】 运用内服罗红霉素, 外用拔毒生肌膏临床治疗皮脂腺囊肿感染溃破 41 例, 疗效显著。**【关键词】** 皮脂腺囊肿; 感染; 溃破; 中西医结合治疗**【Abstract】** Treating 41 cases of infection ulceration of sebaceous cyst using oral roxithromycin, external using Badu Shengji Gao has a good effects.**【Keywords】** Sebaceous cyst; Infection; Ulceration; In the integrative medicine

皮脂腺囊肿临床常见, 一旦发生感染, 引起红肿疼痛, 极易溃破流出豆腐渣样物质, 短期内难以手术根治。自 1997 年 7 月至 2008 年 5 月, 笔者主要采取口服罗红霉素、结合中药外治, 门诊共诊治 41 例患者, 取得满意疗效, 总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

41 例中, 男 27 例, 女 14 例, 年龄最小者 16 岁, 最大者 83 岁, 平均 41 岁。其中患于头面部 3 例, 胸部 5 例, 背部 17 例, 腹部 3 例, 臀部 7 例, 四肢 6 例。囊肿最小为 $1 \times 2 \text{cm}^2$, 最大为 $5 \times 6 \text{cm}^2$ 。治愈时间最短一周, 最长 37 天, 平均 21 天。

2 治疗方法

2.1 内治

口服罗红霉素胶囊 (江苏扬子江药业生产), 每日 2 次, 每次 1 粒, 饭前服用。

2.2 外治

拔毒生肌膏。

2.2.1 中药组成

紫草 50g, 黄连 50g, 生大黄 80g, 生地 80g, 当归 80g, 生地榆 50g, 制乳没各 50g, 冰片 10g, 白凡士林 1000g。

2.2.2 中药制法

先将黄连、生大黄、生地、当归、生地榆、制乳没、白凡士林放入锅中, 文火煎至黄连等药成枯黄色后, 去渣再缓慢分次少量放入紫草, 半小时后至药液成紫红色时, 将药渣过滤干净, 待药液冷却前, 将研细之冰片加入药液中搅匀, 高压消毒。

2.2.3 外治方法

皮脂腺囊肿感染溃破, 溃破口周围利多卡因局麻扩创, 彻底清除囊壁及豆腐渣样物质, 将拔毒生肌膏与剪成细条的消毒纱布拌匀, 换药时视囊肿大小取适量油纱布填塞于溃破口之内, 每日换药 1 次, 待长出新鲜肉芽后, 改用拔毒生肌膏外敷溃破处, 直至愈合。

3 治疗结果

41 例患者, 经内服罗红霉素, 外用拔毒生肌膏治疗, 全部治愈。

典型病例, 患者甲, 男, 81 岁, 退休工人, 因背部正中皮脂腺囊肿感染一周就诊。查体见局部皮肤红肿溃破, 范围 $5 \times 6 \text{cm}^2$, 即在局麻下扩大溃破口, 彻底清除豆腐渣样物质及囊壁, 用拔毒生肌膏油纱布填塞加压包扎。以后每日换药 1 次, 待新鲜肉芽长出后改用拔毒生肌膏外敷, 27 天后痊愈, 未再复发。

4 讨论

皮脂腺囊肿为皮脂腺排泄受阻所致潴留性囊肿, 为非真性肿瘤。多见于皮脂腺分布密集部位, 尤以背部好发。表面可见皮脂腺开口的小黑点, 囊内为皮脂与表皮角质物集聚的油脂样“豆渣物”, 临床极易因摩擦或挤压等而继发感染, 一旦感染皮肤破溃, 即排出奇臭的“豆渣物”。大多数患者因延误诊治, 往往就诊时已红肿溃破。治疗过程中, 如不彻底清除囊壁, 治疗好转后往往容易多次复发。

另外, 局麻下清除囊壁换药, 囊内填塞拔毒生肌油纱布条后需加压包扎, 已免伤口渗血。上述外治拔毒生肌膏中, 紫草、生大黄、生地、当归、生地榆清热解毒, 当归、制乳没活血生肌。冰片清热止痛。诸药合用, 共奏清热解毒、活血生肌之功, 值得临床推广使用。

参考文献:

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004
- [2] 李日庆. 中医外科学[M]. 北京: 中国中医出版社, 2007

作者简介:

潘卫平 (1962-), 男, 大学本科, 学士, 副主任中药师。研究方向: 疮疡的临床综合治疗。

编号: EA-101014122 (修回: 2010-11-23)

当归拈痛汤治疗湿热痹阻型类风湿关节炎 50 例

Treating 50 cases of blockage of rheumatoid arthritis hot and humid with Danggui Niantong decoction

陈小朋 李满意 李 坚 陈传榜

(河南风湿病医院, 河南 郑州, 450045)

中图分类号: R593.22 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 23-0078-01 **证型:** DGI

【摘要】 目的: 观察当归拈痛汤加减治疗湿热痹阻型类风湿关节炎的疗效。方法: 中药汤剂当归拈痛汤加减, 水煎口服, 连续口服 2 个月, 同时服用中成药制剂热痹清和着痹畅片, 配合功能锻炼。结果: 有效率 84%。结论: 当归拈痛汤加减治疗湿热痹阻型类风湿关节炎有显著疗效。

【关键词】 当归拈痛汤; 类风湿关节炎; 湿热痹阻型; 中医药疗法

【Abstract】 Objective: To observe effects on treating rheumatoid arthritis hot and humid with Danggui Niantong decoction. Methods: TCM with Danggui Niantong decoction, decoction oral, continuous oral administration of 2 months, while taking Rebiqing and Zhuobichang pill, plus functional exercise. Results: The efficiency rate for 84%. Conclusion: Treating rheumatoid arthritis hot and humid with Danggui Niantong decoction has a good effect.

【Keywords】 Danggui Niantong decoction; Rheumatoid arthritis hot and humid; Shire Bizu type; TCM therapy

类风湿关节炎 (rheumatoid arthritis, RA) 是一种以关节滑膜炎为特征的慢性全身自身免疫性疾病。滑膜炎可以反复发作, 导致关节软骨及骨质破坏, 最终关节畸形及功能障碍^[1]。RA 在各年龄段皆可发病, 成人中多发于中年, 男女之比约 1 : 3。2008 年 1 月至 2009 年 12 月, 笔者在临床中采用当归拈痛汤加减治疗湿热痹阻型 RA 门诊患者 50 例, 疗效满意, 现总结如下。

1 临床资料

本组病人 50 例, 其中男性 13 例, 女性 37 例, 年龄 19~50 岁, 病程 1~10 年, 平均 4 年。全部患者均符合 1987 年美国风湿病协会 (ARA) 修订的 RA 诊断标准。中医辨证分型均符合 2002 年《中药新药临床研究指导原则》^[2]中 RA 湿热痹阻型标准: 主症: 关节肿痛而热, 发热, 关节屈伸不利, 晨僵, 关节畸形; 次症: 口渴、汗出、小便黄, 大便干; 舌脉: 舌质红, 苔黄厚腻, 脉滑数或弦滑。接受非甾体类抗炎药和激素治疗的病人, 治疗前剂量至少稳定 30 天, 并且在以后的治疗中维持不变。

2 治疗方法

本组患者, 均给予我院中成药制剂热痹清和着痹畅片常规口服, 中药汤剂予当归拈痛汤 (白术、人参、升麻、葛根、苍术、防风、知母、泽泻、黄芩、猪苓、当归、炙甘草、茵陈、羌活) 加减。发热明显者加生石膏、忍冬藤; 关节红肿热痛, 斑疹隐隐者加生地、丹皮、元参; 关节肿胀明显者加白花蛇舌草、菝葜、葶藶; 下肢肿痛明显者可加川牛膝、木瓜、薏苡仁。用法, 每日 1 剂, 水煎后分两次口服, 连续口服 2 个月; 同时嘱患者进行适当功能锻炼。

3 结果

3.1 疗效评定标准: 参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》^[2]的疗效标准拟定。①临床痊愈: 关节肿痛而热、发热、关节屈伸不利、晨僵、口渴等中医临床症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 95\%$; ②显效: 关节肿痛而热、发热、关节屈伸不利、晨僵、口渴等中医临床症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 70\%$; ③有效: 关节肿痛而热、发热、关节屈伸不利、晨僵、口渴等中医临床症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 30\%$; ④无效: 关节肿痛而热、发热、关节屈伸

不利、晨僵、口渴等中医临床症状、体征均无明显改善或加重, 证候积分减少 $\leq 30\%$ 。

3.2 疗效评定结果

经过治疗, 采用上述疗效评定标准评定, 临床痊愈 6 例, 显效 21 例, 有效 15 例, 无效 8 例, 总有效率 84%。

4 讨论

RA 是一种侵犯四肢关节为主, 出现关节肿痛甚至日久畸形, 导致残废的常见风湿病。因其病程长, 难以治愈, 后世医家称之为顽痹、尪痹、历节风。

本病湿热痹阻型多为风湿热之邪乘虚侵袭, 或风寒湿痹, 经久不愈, 邪留经络, 瘀而化热所致。热为阳邪, 热邪为病, 故见肢体关节肌肉局部热感, 遇热痛甚, 得冷稍舒, 身热, 烦而不安, 小便黄, 舌红; 湿为阴邪, 重着黏腻, 湿盛则肿, 湿热交阻, 故见肢体关节肌肉重着, 肿胀, 热感, 渴不欲饮。故本型病机为湿热蕴结, 痹阻经络, 从虚、邪、瘀三者来看, 以邪实为主, 虚、瘀兼存为次。治疗以清热利湿、通络止痛为法。

本方出自《医学启源》, 方中以羌活、茵陈为君, 羌活辛散祛风, 苦燥胜湿, 且通痹止痛; 茵陈善能清热利湿, 两药相合, 共成祛湿清热, 疏风止痛之功。臣以猪苓、泽泻利水渗湿; 黄芩清热燥湿; 防风、升麻、葛根解表疏风, 以助君药除湿、清热、疏风助之力。佐以白术、苍术健脾燥湿; 所用诸药性多苦燥, 易伤及气血阴津, 以人参、当归益气养血; 知母清热养阴, 能使辛散而不耗阴津, 祛邪不伤正。且当归又可活血通络。使以甘草调和诸药。本方的配伍特点是祛邪为主, 且祛邪不伤正; 兼扶正通络。临证根据情况适当加减变化, 效果突出。

湿热痹阻型 RA 在临床上多出现在 RA 活动期, 此期为 RA 治疗的关键期。治疗若能及时得当, 病情得到控制, 则病情渐趋稳定; 若失治误治, 则病情迅速发展, 甚或导致关节破坏、畸形, 甚至残废。用当归拈痛汤加减治疗 RA 湿热痹阻型, 在临床上取得满意疗效, 值得进一步深入研究。

参考文献:

[1] 娄玉铃. 风湿病诊断治疗学 [M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2003: 137

[2] 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: 125

编号: ER-10111701 (修回: 2010-12-07)

浅谈骨折三期的药膳调护

Discussion on diet nursing of phase III fracture

林淑萍 黄兰珍

(福州市中医院, 福建 福州, 350001)

中图分类号: R274.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0079-01

【摘要】 随着社会的进步, 人民生活水平的提高, “寓医于食”的观点深受群众欢迎。绝大部分骨折虽无内脏损伤, 但由于经历了创伤或手术的打击、终日休息、运动减少, 原先的生活规律被打乱, 可能胃口不好, 受伤后短时期内较为明显。老年患者和体质较弱或心理承受能力差的人, 更容易发生。因此要在患者饮食花样、调配上多下功夫, 做到营养丰富, 色、香、味俱佳, 以刺激食欲, 选用骨折三期的药膳, 使患者既可免除打针服药之苦, 又能解除疾病的痛楚, 从而达到治病强身之效。

【关键词】 骨折三期; 药膳调护; 饮食疗法

【Abstract】 Along with social progress, the improvement of living standards, *Diet is the preferred way of medical*, this view are accepted by masses. The most of phase isn't visceral injury, because of patients have suffered trauma or surgery, lead to patients patterns of life has been disrupted, poor appetite, these status have significant after hurting short period. Old patients and physical or mental capacity of less poor people are easier happen than general patients. So we should do diet nursing, to achieve nutrient-rich, choosing diet of phase III, can avoid medication, and lift the pain of disease, to achieve effects of physical healing.

【Keywords】 Phase III fracture; Diet nursing; Diet therapy

骨折系指由于外伤或病理等原因致使骨质部分或完全断裂的一种疾病。其主要临床表现为: 骨折部有局限性疼痛和压痛, 局部肿胀和出现瘀斑, 肢体功能部位或完全丧失, 完全性骨质尚可出现肢体畸形及异常活动。骨折三期药膳疗法是在中医药理论、骨伤理论指导下, 将药物与食物合理配伍, 采用独特的烹饪技术, 制成具有治疗作用且又美味可口的佳品, 它是中医骨伤科的一个组成部分, 其源远流长, 至今已有 3000 年的历史。兹就骨折的药膳与调护, 浅述于后。

1 药膳疗法

1.1 骨折早期

1.1.1 骨折早期是指骨折损伤后一至二周内, 相当于炎症期和修复期的第一阶段, 以瘀为主要病理表现, 膳食原则以活血化瘀, 消肿止痛为主, 此期指导病人食用清淡富含营养之品, 如蔬菜, 水果, 鱼汤, 瘦肉末汤, 田七田鸡汤等。

1.1.2 药膳调护

1.1.2.1 田七煲田鸡瘦肉汤

主料: 田七 12g, 田鸡、瘦肉适量; 辅料: 盐适量。功效: 活血化瘀, 消肿止痛。用法: 每日早晚温热顿服一小碗。

1.1.2.2 桃仁粥: 主料: 桃仁 10~15g (捣烂), 粳米 50g; 配料: 红糖适量。功效: 活血通经, 祛瘀止痛, 润肠通便。用法: 温热内服, 每日 2 次。

1.2 骨折中期

1.2.1 骨折中期是指骨折损伤后 3~4 周 (相当于修复期中段), 膳食原则宜用和营止痛、接骨续筋法、舒筋活络为原则。中期食疗应以和法为基础, 在活血化瘀的同时加大接骨续筋或补益气血之力, 促进骨折早期愈合, 多用猪腰, 猪脊骨, 猪脚筋, 鸡, 枸杞, 党参, 杜仲, 山药, 当归, 核桃, 芝麻等品。

1.2.2 药膳调护

1.2.2.1 山楂粥主料

山楂 20~30g, 粳米 100g, 白糖适量。功效: 活血化瘀, 消食健脾; 主治腰椎压缩性骨折早、中期, 症见腰腹部疼痛、腹胀, 不思饮食, 大便不通; 腰椎压缩性骨折的患者, 因外力所致血淤气滞, 肠蠕动减弱, 加之需要卧床治疗, 久卧又可影响脾胃的运化, 故常出现腹胀, 不思饮食的症状。

1.2.2.2 猪蹄苡米汤: 主料: 猪蹄 1 只, 苡米 50g。功效: 健脾利湿, 强筋壮骨, 通络除痹; 适用于骨折损伤后兼风湿、关节屈伸不利、气血未畅引起的酸痛等。用法: 早晚 2 次服用。

1.3 骨折后期

1.3.1 骨折后期指骨折一个月以后 (即修复期), 此期饮食同骨折中期, 以补法为主, 亦以滋补肝肾, 调养气血为主, 此乃强筋壮骨之源。后期饮食可以解除禁忌, 食谱可以再配以老母鸡汤, 猪骨汤, 羊骨汤, 鹿筋汤, 炖水鱼等。

1.3.2 药膳调护

1.3.2.1 牛膝杜仲猪腰汤

牛膝 15g, 杜仲 30g, 猪腰一个。功效: 补肝肾, 强筋骨。

1.3.2.2 杜仲山药粥: 鲜山药 50g, 杜仲, 续断各 10g, 粳米 50g, 先煎续断, 杜仲, 去渣取汁, 后入粳米及捣碎的山药, 共煮为粥。功效: 补肝肾, 强筋骨。用法: 每日 1 次, 7 天为 1 疗程, 每 1 疗程间隔 3~5 天, 可用 3~4 个疗程。

2 小结

综上所述, 了解和正确掌握骨折三期的药膳调护方法, 指导骨折患者合理选择药膳, 加强辨证施护, 对于疾病预后及转归, 促进疾病早日痊愈, 具有重要意义。

作者简介:

林淑萍 (1982-), 福州市中医院。职称: 护师。

编号: EA-100722912 (修回: 2010-11-30)

地红油膏治疗跖疣 105 例疗效观察

Effective observation on treating 105 cases of plantar warts with Dihong You paste

李 丽

(山东省惠民县中医院, 山东 滨州, 251700)

中图分类号: R752.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0080-01 证型: IDGA

【摘要】 目的: 观察地红油膏治疗跖疣的疗效。方法: 选择 155 例跖疣患者, 随机分为治疗组和对照组, 治疗组采用地红油膏, 对照组采用鸡眼膏, 经统计学处理无显著性差异 ($P>0.05$)。结果: 治疗组痊愈率显著优于对照组 ($P<0.01$)。结论: 地红油膏治疗跖疣疗效高, 方法简便, 副作用少, 值得临床推广应用。

【关键词】 地红油膏; 跖疣; 疗效观察

【Abstract】 Objective: To observe the effect of treating planar warts with Dihong You paste. Methods: To choose 155 patients with planar warts, randomly divide them into treatment group and control group, taking Dihong You paste in treatment group, taking Jiyan paste, by statistically analyzing both data, haven't a significant difference ($P>0.05$). Results: In treatment group the cure rate is better than the control group ($P<0.01$). Conclusion: Dihong You treating planar warts has a good effect, is worth being clinically applied.

【Keywords】 Dihong You paste; Planar warts; Effective observation

2007 年 1 月~2010 年 1 月, 我院采取自制中药地红油膏治疗跖疣 105 例并与传统鸡眼膏治疗 50 例进行对照观察, 现报告如下:

1 一般资料

155 例均符合《皮肤性病学》跖疣诊断标准, 随机分为两组。治疗组 105 例, 男 68 例, 女 37 例, 年龄 15~65 岁, 平均 44 岁, 病程 1~3 年。对照组 50 例, 男 31 例, 女 19 例, 年龄 12~60 岁, 平均 41 岁, 病程 1~3 年。2 组一般资料经统计学处理无显著性差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组: 每晚洗脚, 洗净局部皮肤, 剪薄跖疣处皮肤角质层, 外敷地红油膏 (我院制剂室制备, 地骨皮、红花、薏苡仁按 2:2:1 比例研极细末, 配适量麻油拌匀成糊状备用) 外用胶布固定, 每 24 小时更换一次, 7 日为 1 个疗程。

2.2 对照组: 应用鸡眼膏, 用法同治疗组。

2.3 其他: 2 组治疗期间均未用其他药物。

3 治疗结果

治疗组 101 例痊愈 (疣体消失或脱落, 皮损恢复正常, 无

疤痕), 其中 1 个疗程痊愈 8 例, 2 个疗程痊愈 26 例, 3 个疗程痊愈 56 例, 4 个疗程痊愈 11 例, 无效 (1 个月内无变化或继续发展) 4 例, 痊愈率为 96.1%;

对照组痊愈 29 例, 其中 1 个疗程痊愈 2 例, 2 个疗程痊愈 8 例, 3 个疗程痊愈 18 例, 4 个疗程痊愈 1 例, 无效或复发 21 例, 痊愈率为 58.0%。

治疗组痊愈率显著优于对照组 ($P<0.01$)。对照组在治疗过程中, 局部发生感染 4 例, 疼痛 15 例。治疗组除 2 例对胶布过敏外无其他任何不良反应。

4 讨论

疣是一种常见的慢性病毒性皮肤病, 是人类乳头瘤病毒所致。常因人体免疫功能异常而发生, 且有传染性。发病时自觉症状轻微, 但大多有触痛。常发生于足部或手指部。跖疣发生于足底于受压状况有关。地红油膏组方中地骨皮养阴清热, 红花活血祛瘀, 薏苡仁除湿, 3 药合用起扶正祛邪之效。应用地红油膏治疗跖疣疗效高, 方法简便, 副作用少, 值得临床推广应用。

编号: EA-101025180 (修回: 2010-11-29)

《中医临床研究》征稿通知

为贯彻落实《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》国发[2009]22 号, 进一步扶持和促进中医药事业发展, 经国家新闻出版总署批准《中医临床研究》杂志 (CN11-5895/R; ISSN1674-7860), 由中国科学技术协会主管、中华中医药学会主办; 欢迎中西医学、卫生预防、临床医技等各类相关论文及稿件, 欢迎投稿、组稿; 欢迎各级卫生系统党政机关、医疗机构、卫生院校、图书馆、从业人员订阅 2010 年《中医临床研究》杂志。

亚低温治疗重型脑外伤病人的护理特点

The nursing characteristic in patients with severe brain injury by Selective Brain Cooling Treatment

李春红¹ 谢艳² 吴利文² 李孝生²

(1.桂阳县中医院医院, 湖南 郴州, 424000;

2.湘南学院附属医院, 湖南 郴州, 423000)

中图分类号: R651.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0081-02

【摘要】 目的: 探讨脑部亚低温 (SBC) 治疗重型脑外伤病人的疗效及其护理特点。方法: 回顾性分析 47 例重型脑外伤病人应用 SBC 前后脑温、颅内压的变化情况, 总结其护理特点。结果: 应用 SBC 处理前后脑温、颅内压均有明显降低, 护理环节对预后具有重要影响。结论: SBC 能有效地控制重型脑外伤病人体温, 降低颅内压。护理质量可以影响着病人的预后。

【关键词】 脑损伤; 亚低温; 护理质量

【Abstract】 Objective: Investigate the effects and nursing characteristics of Selective Brain Cooling (SBC) on severe brain injury. Methods: The changes of intracranial pressure were analyzed and the nursing characteristic were summarized in 47 patients with severe brain injury with SBC after being treated by SBC retrospectively. Results: The temperature and intracranial pressure were cut down after treating with SBC, the result were effected by nursing component element. Conclusion: SBC can effect -tive control the temperature of severe brain injury and reduce intracranial pressure. Quality of care can affect patients of future.

【KeyWords】 Brain injured; Selective Brain Cooling (SBC); Quality of care

亚低温方法治疗重型颅脑外伤已有报道^[1]自 2004 年来我们应用选择性脑亚低温 (Selective Brain Cooling, SBC) 的方法治疗重型脑外伤, 并取得了一定疗效。现就其中有关护理问题报告如下。

1 临床资料

选择 2003 年 1 月至 2009 年 9 月间脑外伤后 24h 以内的 47 例重型颅脑损伤 (GCS<8 分) 患者, 都经 CT 确诊, 并排除其他器官损伤引起的严重休克、缺氧或窒息。本组 47 例的致伤原因中, 车祸致伤占 72.5%; 高处坠落伤占 21.6%, 打击伤占 5.9%。

2 SBC 方法

病人入院后, 各项抢救措施、常规治疗按医嘱进行, 随后给病人戴上“降温头盔”和“降温颈围”, 以亚低温仪对病人整个头部及颈项部进行有效的降温, 维持脑温在 33~35℃的水平。在降温的同时应用微泵静脉推注冬眠合剂 (氯丙嗪 100mg+异丙嗪 100mg+生理盐水 50ml, 24h 持续维持), 降温 2~5d 后撤去降温头盔和颈围, 让病人自然复温。

3 护理要点

3.1 临床监测及护理

3.1.1 生命体征的监测

我们采用多参数监护仪对病人进行心率、呼吸、血压及血氧饱和度的 24h 动态监测。同时密切观察病人的呼吸节律、频率和幅度的改变, 定时监测动脉血气分析等。

3.1.2 颅内压监护

本组 47 例病人均存在不同程度的颅内压增高征象 (4.15±0.7kPa)。采用颅内压监护仪监测硬脑膜外压力。根据其显示的数据测评颅内压的变化, 指导降温、脱水等一系列治疗措施。

3.1.3 脑温的监测

亚低温仪可监测身体各部位温度。将温度传感器放于脑表面或硬膜外, 以显示脑部 (头部) 的温度。体温一般以腋表示, 即将温度传感器放于腋下, 也可以以口温或者肛温表示。在整个亚低温治疗期间, 病人的腋温和脑温均得到持续动态的监测。

持续将脑温维持在预置的 33~35℃之间。随时观察记录降温的时间、速度等, 注意病人有无寒战, 根据降温效果随时调节预置温度。

3.2 复温护理

将病人置于 25~26℃的室温中, 逐渐撤去降温物。整个复温过程持续约 12h, 复温过程中需遵医嘱适当使用镇静剂, 以防肌颤。

3.3 基础护理,

3.3.1 预防肺部感染

保持呼吸道畅通, 及时吸除痰液; 加强气道湿化, 充分利用氧气湿化瓶; 加强气管滴药, 雾化吸入每日 2 次, 每次 20 分钟; 室内配加湿器保持空气湿润; 保持室内清洁, 每日紫外线消毒 2 次, 室内定时通风换气, 床及床头桌等物品每班用消毒液擦洗 2 次, 地面每日用含氯消毒液擦, 每班二次。

3.3.2 预防颅内再出血

严密观察病人生命体征及瞳孔变化, 若出现瞳孔不等大,

偏瘫或颅内压显著升高，应立即通知医师进行CT检查，以确定其原因，采取有效治疗方案。

3.3.3 消化道出血的治疗护理

术后3~5天病情稳定，常规放置胃管，其作用一方面通过胃管给予药物、食物，另一方面也可观察胃内出血情况。同时观察大便颜色和次数。

3.3.4 预防颅内感染

保持切口敷料清洁干燥，及时换药，严格无菌操作。头皮切口引流管穿出处每6小时1次滴入碘酊，每次3滴，防止细菌从切口处移位感染。每日更换引流装置，密切观察引流液量及性状，发现异常及时提醒医师。

3.3.5 预防肾功能衰竭

应严密观察肾功能，注意并记录尿液的性质、颜色及量，定时查尿常规，发现问题及时处理。

3.3.6 预防褥疮

应给予充气气垫，定时翻身，每2小时一次，经常按摩受压部位，保持床铺平坦、干燥无皱褶，通过治疗护理，无1例

褥疮发生。

3.3.7 注意生命体征的变化

包括体温、脉搏、呼吸、血压。如伤后生命体征平稳，表示损伤较轻，但随着颅内继发病变，可出现生命征的一系列变化。如颅内血肿或脑水肿可引起颅内压增高，出现血压升高，呼吸脉搏慢而有力。应及早发现并给予相应处理。

4 统计处理

计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示，F检验及Pearson相关分析均采用SPSS11.0软件完成， $P < 0.05$ 有统计学意义。

5 结果

5.1 治疗结果

47例重型颅脑损伤患者，经SBC及其他系列综合处理后，恢复良好32例，占68%；中残7例，占14.8%；重残3例，占6.3%；植物生存1例，占2.1%；死亡4例，占8.5%。

5.2 SBC治疗后，脑温有明显下降（见表1）。

表1 SBC治疗前后脑温、颅内压变化（ $\bar{x} \pm s$ ）

时间	脑温（℃）	颅内压（kPa）
治疗前	38.7±0.6	4.15±0.7
治疗后	33.8±0.5 ^{**}	3.45±0.2 [*]

注：与治疗前比较，^{**} $P < 0.01$ ，^{*} $P < 0.05$ 。

5.3 护理情况

本组无一例因护理不当而发生并发症。

6 讨论

重型颅脑损伤是神经外科的常见急症，多系严重脑损伤、颅内血肿、脑出血所致。由于脑缺氧、脑水肿等一系列继发性损伤导致的颅内压增高，其致残率和死亡率都很高。有报道亚低温治疗可降低脑的耗氧量和改善脑代谢，从而降低颅脑损伤病人的高颅压，改善预后，提高生存质量^[2]。

而全身亚低温会给病人的心血管、血液、免疫等功能造成危害，因而限制了它的用途，选择性脑亚低温与全身性亚低温比较，具有并发症少等优点^[3]。

本组资料提示，选择性脑亚低温治疗后，病人的颅内压明显低于治疗前（ $P < 0.05$ ）。脑温在SBC治疗后也明显减低。为保护脑细胞，减低脑细胞的能量代谢提供了有利条件。我们的体会是亚低温治疗过程中的护理质量是影响病人预后的重要因素。

护理中应密切注意观察病人的意识、瞳孔、生命体征以及颅内压的变化，避免或及时发现继发颅内血肿。同时要控制躁动，防止肌颤。注意预防呼吸、泌尿系统的并发症。将有效地改善重型颅脑损伤病人的预后^[4]。

总之重度脑外伤病人的并发症很多，选择脑部亚低温（SBC）治疗，在护理过程中一定耐心细致，认真负责地作好整体护理，这是提升病人生活质量的重要环节。

参考文献：

- [1]McIntyre LA,Fergusson DA,Hébert PC,et al.Prolonged therapeutic hypothermia after traumatic brain injury in adults:a systematic review[J].JAMA.2003,289(22):2992-2999
- [2]Bayir H,Adelson PD,Wisniewski SR,et al.Therapeutic hypothermia preserves antioxidant defenses after severe traumatic brain injury in infants and children [J].Crit Care Med.2009,37(2):689-695
- [3]Sahuquillo J,Vilalta A.Cooling the injured brain:how does moderate hypothermia influence the pathophysiology of traumatic brain injury[J].Curr Pharm Des.2007;13(22):2310-2322
- [4]俞兰观,周群,何贤妹.重型脑外伤病人选择性脑亚低温治疗的护理[J].中华护理杂志,2003(38):437-440

作者简介：

李春红，桂阳县中医院外科，本科，主管护师。

谢艳，通讯作者，湘南学院附属医院外科，主管护师。

编号：EA-100929082（修回：2010-12-01）

中西医结合治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭临床体会

Clinical experience for treating chronic pulmonary heart failure in the integrative medicine

杜霞

(山东省招远市张星镇卫生院, 山东 招远, 265400)

中图分类号: R541.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0083-02 证型: GBD

【摘要】目的: 观察中西医结合治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭的疗效。方法: 采用自拟益肺温阳活血汤加减配合西药常规治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭 46 例, 并设西药常规治疗对照组 40 例。结果: 治疗组总有效率 93.5%, 对照组总有效率 75.0%, 两组总有效率比较有显著差异 ($P < 0.05$)。结论: 益肺温阳活血汤是治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭的有效方剂。

【关键词】慢性肺源性心脏病; 心力衰竭; 益肺温阳活血汤

【Abstract】Objective: To observe the effect on treating chronic pulmonary heart failure in the integrative medicine. Methods: Taking Yifei Wenyang Huoxue decoction plus western medicine treating 46 cases of chronic pulmonary heart failure, and taking western medicine in the control group for 40 cases. Results: The total efficiency rate for 93.5% in treatment group, the total efficiency rate for 75.0% in the control group, to compare the efficiency rate have a significant difference ($P < 0.05$). Conclusion: Yifei Wenyang Huoxue decoction treating chronic pulmonary heart failure has a good effect.

【Keywords】Chronic pulmonary; Heart failure; Yifei Wenyang Huoxue decoction

慢性肺源性心脏病是指慢性肺胸疾病或肺血管慢性病变, 逐渐引起肺动脉高压, 进而造成右心室肥大, 最后发生心力衰竭的一类心脏病。是常见病, 多发病。患病年龄多在 40 岁以上, 随年龄增长而患病率增高。寒冷地区、高原地区、农村患病率高。其原发病以慢性支气管炎、肺气肿最常见。急性发作以冬春季多见。

常因呼吸道感染而诱发肺、心功能不全。临床表现主要是: 肺原发疾病的症状, 肺气肿和右心功能不全的体征及肺性脑病等。

心电图、X 线检查有助诊断。自 2003 年 08 月~2005 年 09 月, 笔者采用益肺温阳活血汤加减治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭 46 例, 并设立对照组 40 例作疗效对比观察。现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 86 例分为治疗组和对照组。治疗组 46 例中, 其中男 32 例, 女 14 例; 年龄 51~78 岁, 平均 65.4 岁; 病程最短 3 年, 最长 20 年; 病情轻型 10 例, 中型 25 例, 重型 11 例。对照组 40 例中, 其中男性 34 例, 女性 6 例; 年龄 54~76 岁, 平均 62 岁; 病程最短 3 年, 最长 22 年; 病情轻型 6 例, 中型 25 例, 重型 9 例。基础疾病: 慢性支气管 56 例, 支气管哮喘 10 例, 支气管扩张 15 例, 肺间质性病变 5 例。

临床表现: 86 例均有不同程度肺淤血和/或肺气肿征(少

尿、颈静脉怒张、肝颈静脉回流征阳性、肝大、胸腹水及双下肢水肿); 并发室上性心动过速 10 例, 心房纤颤 8 例, 室性早搏二联律 8 例, 二度房室传导阻滞 3 例。

全部病例心功能(NYHA 分级)均为 III~IV 级。以上各项指标经统计学处理, 无显著性差异 ($P > 0.05$), 两组具有可比性。

1.2 诊断标准

参照 1977 年全国第 2 次肺心病专业会议修订的慢性肺心病的基层诊断标准, 并排除合并有冠心病、先心病、风心病及高血压性心脏病等其他心血管疾患; 心功能分级符合 1964 年美国纽约心脏病协会制定的心力衰竭(NYHA)分级标准; 全部病例均以急性发作入院。

2 治疗方法

2.1 对照组

单纯以西药抗感染, 解痉平喘, 改善肺功能, 扩血管, 强心利尿, 维持电解质酸碱平衡, 给予吸氧营养能量支持等对症治疗。

2.2 治疗组

在对照组用药基础上加用自拟益肺温阳活血汤加减治疗。方药组成: 附子 6g, 桂枝 10g, 白术 10g, 鱼腥草 20g, 葶苈子 20g, 半夏 10g, 枳壳 6g, 白芍 10g, 川芎 15g, 银杏叶 10g, 大枣 6 枚。

中医辨证分 5 型: 寒饮停肺型酌加麻黄、射干、吴茱萸;

痰热蕴肺型酌加黄芩、胆南星、石膏、金银花；痰淤阻肺型酌加莱菔子、厚朴、桃仁；阳虚水泛型酌加桂枝、沉香、五加皮；肺肾气虚型酌加黄芪、五味子、沙参、胡桃肉；痰蒙神窍型酌加橘红、天竺黄、礞石、石菖蒲。

两组均以3周为1个疗程，观察1个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

参照1977年全国第2次肺心病专业会议修订的慢性肺心病的综合疗效判断标准。

心功能改善达Ⅰ级，咳嗽、喘息、呼吸困难不明显，紫绀明显减轻，心率正常、肺部干湿啰音、胸腹水消失或明显减少，尿量增加，浮肿消失，为显效；

心功能改善达Ⅱ级，上述症状全部减轻，为有效；

心功能无改善甚至病情恶化，为无效。

3.2 治疗结果

治疗组46例，显效39例，有效4例，无效3例，总有效率为93.5%；对照组40例，显效26例，有效4例，无效10例，总有效率为75.0%。

两组比较差异有显著性($P<0.05$)，治疗组疗效明显优于对照组。

4 讨论

肺心病在中医属“肺胀”“喘证”“支饮”“水肿”等病范畴。肺心病主要临床表现是喘、咳、痰、肿4项主症并见。肺心病是许多疾病并发的急危重症，较难医治。因其肺素有痰淤内伏，复感外邪，邪淤互结，壅塞气道，故急性发作。随感外邪性质不同，内服之痰寒化、热化致外寒内饮，痰热壅肺之证，痰浊壅盛，痰热内扰，痰淤阻遏清阳，蒙蔽清窍，神机失用则意识朦胧、嗜睡甚至昏迷。肺心病患者反复咳嗽不愈致肺虚，肺虚日久则子耗母气，母不荫子致肺脾两虚，肺肾两虚，故肺、脾、肾俱亏。肺又于心脉相通，肺肾阳气虚衰导致心阳衰惫，出现喘脱之危候。

概而言之，肺心病总属本虚标实，以肺肾心脾俱虚为本，痰饮淤热为标。其标为痰热，或寒痰壅肺，其本多为气阴两虚，或气阳两虚，累及肺、脾、肾、心等脏。其心功能差者，常因虚致实，导致水饮内停，淤血阻络。反之，痰湿水饮，淤血阻滞又成为致病因素。而且实致虚，或由心气心阴更衰，使疾病反复发作，胶结难解。

痰淤为慢性肺源性心脏病主要病理因素，通过清热化痰、健脾化痰、温化寒痰达到祛痰利肺作用，痰淤清除为抗菌药物更好发挥作用创造条件，减少抗菌药物用量，有利于改善通气和缺氧状态，减轻心脏负担。故采用扶正固本，化痰祛淤疗法减少本病发生。

在辨证论治过程中，笔者运用中医的整体观念进行分析，认为肺心病肺肾心脾阳气俱虚，痰饮淤热互结为主要病机，脏腑功能低下是病理基础，而阳虚是其主要病理环节。针对这一

点，拟益肺温阳活血汤治疗。

方中附子以温壮肾阳，通经活络，化气行水，强心救脱；白术燥湿健脾使水有所治；桂枝辛散温通，有温补心阳、通脉行淤之功；并配合附子温经回阳，合白芍调和营卫；枳壳味苦为行气之要药，能泄至高之气，可使气顺痰消咳止；葶苈子泻肺定喘；川芎、银杏叶养血活血补而不滞，并根据临床变化在本方基础上随证加减。

麻黄味辛能发散，性温可祛寒，有开宣肺气，发汗、止咳、平喘、利尿之功；沙参甘寒，入肺胃，清肺热，养肺阴，润肺燥，止咳祛痰；黄芪甘温益气，大补脾肺，使脾能运湿，肺能布津以化痰湿，并且能补益卫外阳气而能固表止汗；如心悸喘满、咳逆倚息不得卧则者，加用沉香以温阳利水；神志恍惚，谵妄，苔腻，脉细滑数，加用天竺黄、礞石、石菖蒲以涤痰开窍醒神。

慢性肺心病是以呼吸系统症状为主的一种常见病，引起肺心病的先决条件是肺动脉高压。引起肺动脉高压的原因较多，主要是肺血管阻力增大，其次是长期缺氧，血液黏稠度增高，流向冠状动脉血量明显减少，造成右心负荷加重及心肌损伤所致，肺血管阻力增加有功能性因素和解剖学因素。

近年来研究认为肺心病发病机制中功能性因素较解剖学因素更为重要。缺氧可直接使肺血管平滑肌收缩，慢性缺氧产生继发性红细胞增多，血液黏稠度增加，血流阻力随之增高，使肺动脉压升高^[1]。

因为川芎中有有效成分川芎嗪通过钙离子拮抗作用，扩张肺血管，降低肺动脉压，减轻右心负荷，改善机体缺氧状态^[2-3]。还具有改善血流变，抑制血小板聚集，降低血液黏稠度，改善肺微循环，进一步降低肺动脉压作用。

银杏叶具有调节血管活性、清除自由基、拮抗血小板活性因子等作用。并具有血管内皮细胞保护功能，可抑制TXA₂生成，促进PGI₂生成，拮抗内皮素等缩血管物质活性，从而调节血管张力，扩张冠状血管，改善组织细胞的能量代谢，使心肌缺血缺氧得以改善^[4]。

综上所述并结合本组病例的疗效观察，结果证明益肺温阳活血汤是治疗慢性肺心病心力衰竭有效方剂，采用中西医结合治疗能明显提高疗效，降低病死率，值得推广应用。

参考文献：

- [1]潘远宁.老年肺心病急性加重期与缓解期的血流变观察[J].右江民族学报,1999,21(5):777
- [2]李金兰,张素荣,周义乾.川芎嗪对慢性肺心病急性加重期血浆内皮素-1,血液黏稠度及血压的影响[J].中国医刊,2000,35(2):40
- [3]李金兰,张素荣,周义乾.川芎嗪与酚妥拉明治疗肺动脉高压的疗效比较[J].中国现代医学杂志,2002,12(11):60
- [4]张英,李著华,黄维义等.杏丁注射液对兔试验性心肌缺血的影响[J].中国现代医学杂志,2002,12(11):60

编号：EA-101021162（修回：2010-11-30）

固冲汤治疗功能性子宫出血 58 例

Treating 58 cases of dysfunctional uterine bleeding with Guchong decoction

苗凌娜

(河南职工医学院中西医结合教研室, 河南 郑州, 451191)

中图分类号: R271.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0085-01 证型: BDGI

【摘要】 功能性子宫出血是一种妇科常见的一种疾病。“功血”是有内分泌失调引起的子宫异常出血,与性腺分泌直接有关,多发于 30~50 岁之间,属中医崩漏范畴,本病发生的主要机理,是冲任损伤,不能固摄所致。采用益气健脾,固冲摄血的固冲汤治疗功能性子宫出血 58 例,疗效满意。

【关键词】 固冲汤; 治疗; 功能性子宫出血

【Abstract】 Dysfunctional uterine bleeding is common gynecological diseases. *Dysfunctional uterine bleeding* is abnormal uterine bleeding as endocrine disorders, secreted by the gonads impact, mainly in 30 to 50 years old, is Benglou of TCM category, the main mechanism of dysfunctional uterine bleeding is Chongren injury, can't Gushe. Treating 58 cases of dysfunctional uterine bleeding with Yiqi Jianpi, Guchong Shexue therapy has a good effect.

【Keywords】 Guchong decoction; Treatment; Dysfunctional uterine bleeding

“功能性子宫出血”是西医名称,简称为“功血”,为妇科常见病,亦属于疑难重症之一。属中医崩漏的范畴,多发于青春期少女和更年期妇女,严重地威胁到妇女的身心健康。西医一直沿用对症止血及激素治疗,用药无效者采取手术治疗。而中医治疗此病具有相当大的优势。笔者用固冲汤加味治疗功能性子宫出血 58 例,疗效显著,报告如下。

1 临床资料

观察病例为门诊病例共 68 例。年龄 24~50 岁;已婚 43 例,未婚 15 例;病程最短 15 天,最长 3 个月。临床表现为阴道不规则出血,时量多如崩,时淋漓不尽,血色暗淡、有瘀块。

2 治疗方法

采用固冲汤加减治疗,处方:炒白术 20g,黄芪 30g,当归 15g,煅龙骨,煅牡蛎各 25g,山萸肉 15g,生杭芍 12g,海螵蛸 12g,茜草 9g,棕榈炭 6g,五倍子 3g。若血色偏红加旱莲草、仙鹤草凉血止血;气虚下陷出血不止,加人参、升麻、柴胡以补气升阳。血块多加三七 10g,生蒲黄 12g,五灵脂 12g。每日 1 剂,7 天为 1 个疗程。

3 疗效标准与治疗效果

3.1 疗效标准:西医诊断标准按《新药(中药)临床研究指导原则》及全国高等院校。治愈统编教材《妇产科学》(六版)制定。治愈:血止无任何不适;好转:出血量明显减少、症状基本消失;未愈:仍出血不止、伴有心慌、头晕。

3.2 治疗结果:全愈 46 例,占 79.31%;有效 10 例,占 17.24%;无效 2 例,3.45%。总有效率为 96.55%。

4 病案举例

患者甲,女,48 岁,因月经量多行经日久已半年,近五日加重于 2001 年 5 月 28 日就诊。患者既往月经正常,半年前因生气着急后,诱发月经先后不定期,量多,行经日久淋漓不断已半年,此次月经 5 月 24 日来潮,量多,色鲜红,无血块,伴有心慌气短,身倦无力,腰酸腿软,出虚汗,睡眠较差,食欲一般,二便正常。舌质淡,苔薄黄,脉弦缓。西医诊断:功能性子宫出血。中医诊断:崩漏(脾肾不足,冲任不固)。治则:健脾补肾、益气固冲,佐以清热。方药:固冲汤加味。黄芪 30g,党参 20g,炒白术 15g,山萸肉 15g,炒枣仁 15g,川断 15g,熟地 20g,煅牡蛎 30g,乌贼骨 15g,阿胶 15g,茜草 9g,棕榈炭 15g,地榆炭 15g。服上方三剂后血量明显减少,继服上方五剂,月经干净,但仍感气短乏力、寐少、健忘,上

方加。山药 20g,黄精 25g 继服 7 付。诸证消失,嘱其注意锻炼、增强体质、劳逸结合、注意情绪调理,半年后电话随访,月经正常,无再复发。

患者乙,女,50 岁,以突然阴道大量出血 1 小时于 2008 年 11 月就诊。病人面色苍白、口唇淡白无华,心悸头晕,精神疲倦,舌苔薄白,脉沉弱。西医诊断:功能性子宫出血。中医诊断:崩漏。辨证:脾肾气虚型。治法:补气摄血,固冲止血。方药:固本止崩汤合固冲汤。人参 15g,黄芪 30g,熟地 20g,当归 15g,炮姜 6g,煅龙骨,煅牡蛎各 30g,乌贼骨 15g,山萸肉 15g,黑香附 15g,远志 12g。服上方 6 剂,已不出血。诸证均减,嘱其病人服归脾丸以调其善后。半年后患者又来复诊,面色较前红润,精神焕发,月经周期正常。

5 讨论

功能性子宫出血是因卵巢功能失调引起的不正常子宫出血,即除妊娠、肿瘤、炎症、外伤、血液病等器质性病变所引起的子宫出血。症状与祖国医学崩漏相似。《诸病源候论》说:“妇人月水非时而下,淋漓不断,谓之漏下,忽然暴下,谓之崩中。”一般来势急出血量多称为崩,来势缓出血量少的为漏。女子青春期出现崩漏,往往是肾气不足,以致冲任不固。更年期发生崩漏,多数是肾气衰退。肾阴肾阳互不平衡,以致冲任气血功能紊乱。育龄期发生崩漏,主要是肝脾功能失调。因崩漏发病缓急不同,出血新久各异,应本着“急则治其标,缓则治其本”的原则,如明·方约之提出“塞流、澄源、复旧”的治崩大方,至今为临床治崩所遵循。固冲汤是《医学衷中参西录》之方,方中黄芪、白术补气健脾、固冲摄血为君药。山萸肉、白芍补益肝肾、调补冲任,益阴摄血为臣药。煅龙骨、煅牡蛎、棕榈炭、五倍子收涩止血,茜草、海螵蛸化瘀止血,使血止而无留瘀之弊为佐药,共组方达到益气健脾,固冲摄血的功效。

参考文献:

[1]谢鸣.方剂学[M].人民卫生出版社,2002,9:243-244

[2]傅淑清.中医妇科学[M].第 1 版.北京:人民卫生出版社,2005,6:68-75

作者简介:

苗凌娜(1957-),女河北魏县、教师、副教授、河南中医学院毕业。大学、研究方向:中医内科、妇科、中医美容、体质学说。工作单位:河南职工医学院。

编号:EA-101011105(修回:2010-12-01)

慢性胃炎的中医诊治

TCM treatment chronic gastritis

张继承

(宜宾市第二人民医院, 四川 宜宾, 644000)

中图分类号: R573.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0086-01 证型: IDBG

【摘要】慢性胃炎是常见的一种消化系统疾病。论文阐述了慢性胃炎的发病诱因和机制,同时描述了其临床症状。针对慢性胃炎,从中医角度辨证的看待慢性胃炎,同时对不同中医症状的慢性胃炎提出了相应的建议理论疗法。对临床慢性胃炎给出了中医的治疗方法。最后,强调了治胃“以理气为主、以通和为用”的治疗法则,阐述了对慢性胃炎患者日常中注意事项。

【关键词】慢性胃炎; 中医药疗法; 辨证论治

【Abstract】Chronic gastritis is common digestive disease. This article expound the causes and mechanisms of chronic gastritis, and clinical symptoms. Treating chronic gastritis in TCM, and proposed different therapy of treating chronic gastritis. Treating chronic gastritis has a correct treatment in TCM. At last, stressing treatment therapy of chronic gastritis is *Liqi is main, Tonghe is auxiliary*, expound some notes of chronic gastritis.

【Keywords】Chronic gastritis; TCM therapy; Treatment in differentiation

慢性胃炎系指不同病因引起的各种慢性胃粘膜炎症性病变,慢性胃炎是一种十分常见的消化道疾病。

1 慢性胃炎的发病原因和症状

1.1 慢性胃炎的病因和机理

从医院消化内科多年从医的经验可以看出,慢性胃炎的发病诱因虽然有许多,常见的有长期、大量地饮酒和吸烟,饮食无规律、饮食物过冷或过热、过粗糙坚硬;浓茶、咖啡和辛辣刺激性食物等都易诱发或加重病情。饮食不卫生所导致。总结来说,慢性胃炎的诱发原因主要有下面三点。

首先是急性胃炎的遗患,急性胃炎后,胃粘膜病变持久不愈或反复发作,均可形成慢性胃炎。其次,刺激性食物和药物的长期无规律食用。患者在患病前经常食用对胃粘膜具有刺激性的食物;此外,慢性胃炎患者长期服用对胃粘膜有害的药物,如水杨酸盐也会造成对胃粘膜产生不良影响。这些不良嗜好和服药因素目前是我国慢性胃炎发病的主要原因。第三,患者自身免疫因素较差所致。慢性胃炎患者自身免疫力低下往往造成对食物不能良好的消化,同时也对外部细菌的感染的抵挡能力也差。

1.2 慢性胃炎的症状和临床表现

慢性胃炎没有特异性症状,该病的症状表现的轻重不与胃粘膜的病变程度有一致表现。多数患者平常无症状或者在饮食不规律时有呕吐、胃痛症状。通常情况下,慢性胃炎的症状为上腹痛、消化不良、呕血、黑便。常常症状为反复发作,无规律性腹痛、疼痛经常出现于进食过程中或餐后及多数位于上腹部、脐周、部分患儿部位不固定,轻者间歇性隐痛或钝推、严重者则为剧烈绞痛。常伴有食欲不振、恶心、呕吐、腹胀,继续影响营养状况及生长发育。胃粘膜糜烂出血者伴呕血、黑便。

2 慢性胃炎的中医治疗

2.1 慢性胃炎的中医辨证诊治

慢性胃炎病灶虽在胃部,但是与肝脾两脏关系甚密。病之初起多以湿热阻滞,气郁不畅为主,患病长久,就会导致患者脾胃气阴受损,或脾气虚弱,或胃阴损伤,如果病程长期得不到控制或者没有进行治疗,则会出现呕血便血的临床症状。因此,临床治疗慢性胃炎,不能仅仅从胃部进行治疗,而应先调节脾胃,其原因在于人体的消化功能中脾胃具有密切相关,其中胃主纳,脾主运,胃主降,脾主升,胃喜润,脾喜燥,虽然胃脾两者性质不同,但总体作用目的是一致的。

2.2 临床上慢性胃炎的治疗:根据多年的临床实践经验,认为本病脾胃虚寒为本,肝气犯胃为标,临证从肝气犯胃和脾胃虚寒两型辨证施治,收到了较好的效果,供同道参签。但在临床中对本病的诊治应灵活变通,辨证用药应小心从事。从中医角度来讲,慢性胃炎,多属中医学“胃痞”、“胃痛”的范畴。①脾胃虚弱证:素体脾虚,或饮食不节、饥饱失常,使脾胃受伤而虚弱;表现为胃脘痞满胀痛、食欲不振、食后腹胀、倦怠乏力,治疗以香砂六君子汤健脾和胃;②脾胃虚寒证:脾虚较重,脾阳不足,或贪食生冷,损伤脾阳,致阴寒内盛,表现为胃脘隐痛、喜温得按、饭后痛减、空腹痛重、四肢冰冷,治以温胃舒脾暖胃止痛;③肝气犯胃证:情志不畅,郁怒伤肝,肝气犯胃,气机阻滞,升降失常,表现为胃脘胀痛,嗝气频繁、嗝气或排气后减轻,治疗以气滞胃痛冲剂疏肝理气和胃止痛;④肝火犯胃证:肝气郁滞,日久化火,肝火犯胃,致胃中灼痛、口苦、心烦、大便干燥,治以清泻肝胃之火,用左金丸;⑤胃阴亏虚证:肝火灼伤胃阴或嗜食辛辣,耗伤胃津,引起胃脘隐痛、口燥咽干,以一贯煎合芍药汤滋阴养胃;⑥血瘀胃络型:肝郁气滞或脾气虚,日久使血行不畅,瘀停于胃,产生胃脘刺痛或割痛、痛有定处、舌质暗或有瘀暗斑点,可用失笑散活血化瘀止痛。对慢性胃炎患者进行中医治疗,在服用用量上也应注意,应该对服用药量少而多次分开服用,每天3次,这样既利于患者对药物的吸收,同时也不影响患者的正常饮食。

3 慢性胃炎日常中注意事项

慢性胃炎患者需要注意自身饮食和加强自身锻炼,一方面饮用容易消化并且对胃粘膜没有损伤的食物,不宜暴饮暴食,此外锻炼身体和陶冶个人情操达到增强自身免疫力,同时除了注意忌食辛辣热油爆煎炸之物和烟酒生冷之食,宜常服蘑菇、木耳等,则对慢性胃炎患者也有很大的益处。

参考文献:

- [1]金雍和.胃脘痛辨病与辨证论治[J].湖北中医杂志,1992,11(96):35
- [2]翟信长.陈慈煦治慢性胃炎的经验[J].中医杂志,1995,36(8):471
- [3]周平安.对胃与十二指肠溃疡三期论治的体会[J].中医杂志,1994,35(6):331

作者简介:

张继承(1966-),男,四川省仪陇县。中医主治医师,大学本科,主要从事中医消化内科的的诊疗工作。工作单位:宜宾市第二人民医院。

一位伤寒合并溶血性尿毒综合征病人的辨证施护

Nursing in differentiation of one patient hemolytic uremic syndrome and Shanghan

杨成珠

(云南省临沧市医院, 云南 临沧, 677000)

中图分类号: R378.2+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0087-02

【摘要】 伤寒是由伤寒杆菌引起的急性肠道传染病, 伤寒合并溶血性尿毒综合征属于一种自身免疫性疾病, 好发于存在自身免疫缺陷的患者。

【关键词】 伤寒; 溶血性尿毒综合征; 护理体会

【Abstract】 As salmonella typhi to acute diarrheal diseases is Shanghan, Shanghan and hemolytic uremic syndrome is an autoimmune disease, Often happened on patients of autoimmune disease.

【Keywords】 Shanghan; Hemolytic uremic syndrome; Nursing experience

伤寒是由伤寒杆菌引起的急性肠道传染病, 以持续菌血症、网状内皮系统受累, 远端迴肠微小脓肿及溃疡形成为基本特征。伤寒杆菌及其内毒素随血液扩散到全身, 可引起全身任何脏器的局灶性感染。其中最常见并发症有肠出血、肠穿孔等等。而溶血性尿毒综合征国内报道甚少。现就我科于 2009 年 5 月成功抢救一例伤寒合并溶血性尿毒综合征病人的护理体会报告如下。

1 病例介绍

患者甲, 男, 18 岁, 因反复畏寒、发热、咽痛一周, 加重伴腰痛、血尿 3 天, 于 2009 年 5 月 18 日收住我科, 当时查体温 39.5℃, 脉搏 96 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 100/60mmHg, 精神差, 意识清楚, 急性发热面容, 表情淡漠, 体质消瘦, 全身皮肤无黄染, 浅表淋巴结无肿大, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性罗音, 腹软, 无明显压痛, 肝脾触诊不满意, 双肾区叩痛(±), 肠鸣音活跃, 余(-)。门诊资料: 尿常规 WBC0-4/Hp, RBC(+), 血常规 WBC $7.3 \times 10^9/L$, RBC $3.28 \times 10^{12}/L$, Hb10.8g/L。当时值班护士在做护理体检时发现患者的尿呈酱油色, 立即报告医生, 急查肾功能正常, 肥达-外斐结果: H: 1/320, O: 1/320, 余(-)。连查 3 次疟原虫均未找到, 肝功能报告: GPT56 μ/L , 总胆红素 79.83 $\mu\text{mol/L}$, 一分钟胆红素 28.5 $\mu\text{mol/L}$, 余项(-), B 超检查报告: 肝脾轻度肿大, 心电图(-), 入院后第 3 天复查血常规, Hb 降至 6.8g/L。患者面色腊黄, 精神萎靡, 经再次详细询问才得知其弟弟曾患“蚕豆黄”, 故初步考虑为“伤寒合并溶血性尿毒综合征”。即给氯霉素 1g 静滴, 益萨林 6g 每日分 2 次静滴, 肝太乐 0.2 口服每日 3 次, 少量多次输入同型鲜血, 同时加用地塞米松纳针 30mg, 每日分 2 次静滴, 大量补液、补碱, 床旁隔离, 清淡无渣饮食等治疗处理。第七天血培养报告“有伤寒杆菌生长”, 确诊为伤寒合并溶血性尿毒综合征。经上述积极治疗及精心护理, 患者住院 28 天于 2009 年 6 月 15 日痊愈出院。

2 讨论

该例患者病情发展迅速, Hb 直线下降, 主要考虑与下列因素有关:

2.1 伤寒合并溶血性尿毒综合征属于一种自身免疫性疾病, 好

发于存在自身免疫缺陷的患者。而该患者的弟弟曾患“蚕豆黄”, 这证明家族中存在一定程度的免疫缺陷。

2.2 大量伤寒杆菌内毒素经肠壁粘膜进入血液循环。而患者发病以来没有系统治疗导致溶血。

3 护理体会

伤寒合并大量溶血, 血色素直线下落的病人死亡率很高。本病例由于观察病情细致, 诊断及治疗及时, 治疗合理, 加用激素和少量多次输入同型新鲜血, 使患者在短时间内痊愈出院。护理人员在本病的诊断、抢救、治疗过程中起到很重要的作用。

3.1 严密观察病情变化: 此并发症发展迅速, 为争取有效的救治时间, 护理人员需认真细致地了解病情, 观察病情变化, 该患者入院时持续高热, 体温在 38℃~39℃之间, 精神萎靡, 表情淡漠, 疲乏无力, 不愿也无力与护理人员交流, 询问病史较困难。入院当日护士在对其做护理体检时发现患者所解的小便均为酱油色, 多年来的临床经验告诉此护士, 该患者存在溶血现象, 并立即报告医生, 采集血尿标本送检。

结果提示: 患者严重溶血, Hb 较入院时降低, 为 10g/L, 立即对该患者进行抢救, 在积极抗感染的同时加用地塞米松纳针静脉滴入, 少量多次输入同型鲜血以刺激骨髓造血机能, 补充血红蛋白, 保证重要脏器的供血、供氧, 在准确执行医嘱的同时, 严密观察有无腹痛, 腹泻情况, 体温波动情况, 特别加用糖皮质激素以后患者体温骤降, 出汗多, 应注意有无虚脱或休克出现, 观察用药的效果及不良反应, 为医生的诊断和用药提供可靠依据, 争取了抢救时机。

3.2 及时准确地采集各种检验标本, 为早期诊断提供可靠依据。虽说伤寒病比较多见, 它的诊断、治疗对临床医生来说也有一定的临床经验。但其确诊主要还是靠血液生化来完成的。所以, 我们护士能准确及时的采集各种化验标本送检对该患者的诊断, 治疗及为主要。

3.3 饮食护理: 伤寒病人对饮食要求很高, 既要满足患者新陈代谢所需要, 又不能暴饮暴食, 必须少食多餐, 且只能进食无渣清淡的流质饮食, 以免造成肠胀气、肠穿孔的危险, 该患者年轻, 平时饮食好。开始对治疗饮食不适应, 通过我们多次反

(下转 89 页)

清肺消痤疮配合 E 光治疗寻常痤疮 30 例

Treating 30 cases of acne with Qingfei Xiaocuo Yin plus E-ray

郭 雯 郭建辉 赵 丽 刘玉华 刘 建

(河北医科大学沧州中西医结合临床医学院, 河北 沧州, 061001)

中图分类号: R758.73+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0088-02 证型: IDGA

【摘要】 目的: 观察中药内服联合 E 光治疗寻常痤疮的疗效。方法: 60 例符合入选标准的寻常痤疮患者随机分成两组, 治疗组内服中药, 每日 2 次。同时采用 E 光进行治疗, 每 2 周治疗 1 次, 连续 4 次为 1 疗程, 对照组用 E 光治疗。疗程共 8 周, 8 周后观察疗效。结果: 治疗组总有效率为 83.33%, 对照组总有效率为 60%, 两组疗效比较差异有显著性 ($P < 0.05$), 两组均未发现明显不良反应。结论: 中药内服联合 E 光治疗寻常痤疮疗效较好。

【关键词】 寻常痤疮; 中药; 强脉冲光; E 光

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect on treating acne with Qingfei Xiaocuo Yin plus E-ray. Methods: 60 patients qualified with the inclusion criteria were divided into two groups randomly: TCM combined E-light group (treatment group) and E-light group (control group). Then the two groups were treated respectively, efficacy was evaluated at the baseline and at the 8 week's treatment. Results: In treatment groups the efficiency was 83.33%, and that control group was 60.00%. There was significant differences between two groups ($P < 0.05$). Conclusion: treating acne with Qingfei Xiaocuo Yin plus E-ray has a good effect.

【Keywords】 Acne vulgaris; TCM; IPL; E-ray

痤疮是一种青春期常见的毛囊及皮脂腺慢性炎症性皮肤病, 中医称为“肺风粉刺”。笔者自 2008 年 1 月~2009 年 1 月使用中药内服联合 E 光治疗 30 例寻常痤疮患者, 取得较好的疗效, 且无不良反应, 现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 60 例门诊寻常痤疮患者, 符合寻常痤疮诊断标准^[1]。患者随机分成两组, 治疗组 30 例, 男 12 例, 女 18 例, 年龄 15~33 岁, 病程 2 周~13 年; 对照组 30 例, 男 14 例, 女 16 例, 年龄 12~28 岁, 病程 1 周~14 年; 两组患者的性别、年龄、严重程度比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$) 具有可比性。

1.2 排除标准: ①面部有除痤疮以外的其他炎症性皮肤病; ②慢性或严重性疾病者; ③妊娠及哺乳期妇女; ④治疗前 3 个月内曾系统使用或外用过维甲酸等抗痤疮药物治疗, 两周内无应用糖皮质激素、抗生素史; ⑤对药物过敏或对治疗不能耐受的。

2 治疗方法

2.1 中药清肺消痤疮: 枇杷叶 12g, 黄芩 12g, 白花蛇舌草 12g, 桑白皮 9g, 栀子 9g, 防风 9g, 芦荟 9g, 皂角刺 12g, 升麻 6g,

甘草 6g。每日 1 剂, 水煎分两次服。疗程 2 个月。

2.2 E 光治疗方法

采用 HONKON E 光系列治疗仪, 波长 530~1200nm, 脉冲个数 4 个, 脉宽 2.9~3.3ms, 脉冲间隔 4~5ms, 能量密度 26~40J/cm², 射频能量 15~19J/cm²。操作方法: 治疗前建立档案, 拍照, 患者温水清洁面部后于其面部均匀涂 1~3mm 厚的冷凝胶, 专用眼罩覆盖双眼, 将 E 光治疗头与冷凝胶轻轻接触, 进行照射, 先以低能量开始自下向上、自外向内依次治疗, 待患者皮肤出现明显刺热感并观察到局部皮肤微红为度, 治疗结束后洗净凝胶。操作者记录治疗参数和术中皮肤情况, 嘱患者术后避光, 避免服用光敏性食物及药物。每 2 周治疗 1 次, 4 次为 1 疗程。

治疗期间注意事项: 治疗期间忌食辛辣刺激、油腻食物、咖啡浓茶, 鼓励患者多吃新鲜蔬菜水果, 并且保持乐观情绪。

3 疗效观察

3.1 疗效观察指标: 治疗前后观察皮损情况, 按 Doshi 的痤疮综合分级系统 (The Global Ache Grading System, GAGS) 计分评价症状轻重程度, 并评估疗效^[2]。见表 1。

表 1 痤疮的临床评分标准

项目	0	1	2	3
粉刺 (个)	无	<20	20~50	>50
丘疹	无	10	10~20	20
脓疱	无	5	5~10	10
脂溢程度	无	轻微	中度	重度

3.2 疗效判定标准: 按照卫生部《皮肤病药物临床研究指导原则》, 疗效计算方法: 疗效指数 = (治疗前皮损总数 - 治疗后皮

损总数) / 治疗前皮损总数 × 100%。基本痊愈: 疗效指数 > 90%; 显效: 60% ≤ 疗效指数 < 90%; 有效: 20% ≤ 疗效指数 < 60%;

无效：疗效指数 $<20\%$ 。有效率：(痊愈例数+显效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

3.3 统计方法：研究数据采用 SPSS10.0 软件进行 χ^2 检验。

4 结果

4.1 治疗前后两组 GAGS 评分：治疗前两组评分分别为：治疗

表 2 2 组疗效比较, 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率%
治疗组	30	7	18	5	0	83.33*
对照组	30	6	12	10	2	60

注：与对照组比较， $\chi^2=4.02$ ，* $P<0.05$ 。

4.3 不良反应：E 光不良反应：两组患者治疗过程中均耐受，其中有 1 例治疗后面部出现轻微的发红，1 例出现皮肤干燥、脱屑，持续数小时至数天自行缓解；中药不良反应：2 例口服中药后出现轻微腹泻，经调整用药后好转（芦荟用量减为 3g），1 例出现腹胀、纳差，均为轻度，可耐受。

5 讨论

痤疮是一种多见于青年人的面部及胸、背、肩等部位。通常是圆锥形的小红疙瘩，有的有黑头。多由皮脂腺分泌过多、消化不良、便秘等引起。俗称“粉刺”。其致病因素中微生物感染（主要是痤疮丙酸杆菌）、过度的免疫反应是重要的两环。此外，饮食生活失调、过食高脂高糖的食物及便秘也是诱发和加重痤疮的因素。

中医认为痤疮属肺风粉刺范畴，其病因主要是由于先天素体之阴阳平衡失调，肾阴不足，相火天癸过旺，加上后天饮食生活失调，肺胃火热上蒸头面，血热瘀滞而成。清肺消痤疮由枇杷清肺饮^[3]化裁而成，其中枇杷叶、桑白皮、黄芩、栀子清泄肺热，白花蛇舌草清热解毒并能抑制皮脂腺分泌^[4]，具有抗炎、抑菌作用。防风散肺卫之风，皂角刺化痰排脓，芦荟清腑泄热，升麻引药上行，直达面部，甘草解毒清热调和诸药。全方共奏疏风宣肺，清热解毒，活血化瘀，软坚散结的作用。

E 光技术是在传统光子基础上将强脉冲光（Intense Pulsed Light, IPL）与双极射频能量（RF）相结合的一种新型治疗技术，利用皮肤对光能的选择性吸收引起靶组织和正常皮肤的阻抗差异，在光能强度较低的情况下强化靶组织对射频能的吸收，极大消除了光能过强的热作用可能引起的副作用和不适^[5]。

（上接 87 页）

复讲解饮食对本病的重要性，后来患者能主动配合治疗及护理。

3.4 心理及精神护理：患者病情较特殊，思想负担很重，恐惧的心理状态使患者休息不佳，不愿多说话，更不愿与医护人员交谈，产生悲观，绝望的思想情绪，不能很好的配合治疗及护理工作。我们针对患者的这种心理活动，反复多次，不厌其烦地与患者交谈，讲解一些此病的知识及相关知识，举一些类似此病治愈出院的实例，帮助其树立战胜疾病的信心，最终患者能积极主动地配合治疗及护理。通过参加本例患者的抢救护理过程，让我体会到伤寒患者的护理观察必须认真细致，不能放过任何半点可疑问题，绝对不能存在任何侥幸心理，对并发症

组 6.9 ± 0.8 ，对照组 7.1 ± 0.6 ，两组比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

治疗后治疗组 3.3 ± 0.1 ，对照组 3.8 ± 0.4 ，两组评分均下降，治疗组评分优于对照组（ $t=1.931$ ， $P<0.05$ ），差异有显著性意义。

4.2 两组治疗前后疗效比较（见表 2）

E 光利用 IPL 选择性的光热作用，特定波长的强脉冲光，能够穿透皮肤被血红蛋白吸收，热能传到至血管壁，造成血管受损破坏，血栓形成，最后吸收消退，用以去除红斑及充血、扩张的血管，封闭皮脂腺的毛细血管，减少炎症部位的血液供应，使痤疮炎性丘疹及红斑很快消退^[5]。需注意的是，在治疗过程中，要根据不同皮肤类型和皮损严重程度等情况合理设定能量参数，并根据皮肤的反应及时调整，做到治疗参数个体化。在病例的选择上，应尽量避免有光敏反应病史及面部其他炎症性皮肤病的患者，并告知患者在治疗过程中勿大量食用光敏性的食物如泥螺、灰菜、苋菜等，或服用药物如磺胺药、四环素、苯海拉明、氯苯那敏等。中药内服联合 E 光治疗寻常痤疮，内外合治使治疗效果更显著，值得临床应用。

参考文献：

- [1]赵辨.临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2001:936
- [2]Doshi A,Zaheer A,Stiller MJ.A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system[J].int J Dermatol,1997,36:416-418
- [3]吴谦.医宗金鉴-外科心法要诀[M].北京:人民卫生出版社,1982:181
- [4]王浴生.中药药理与应用[M].北京:人民卫生出版社,1996:324
- [5]戴耕武,潘宁.皮肤外科学[M].北京:科学出版社,2006:272

作者简介：

郭建辉（1981-），河南舞钢人，硕士学位，主治医师。工作单位：河北省沧州中西医结合医院。研究方向：中西医结合防治皮肤病。

编号：EA-101018141（修回：2010-11-28）

的预防，除常见的外，极少见的，可能出现的都应认真细致的观察，尤其对家族中有免疫缺陷史的患者，一定要警惕溶血性尿毒综合征的发生，以便一旦出现异常情况可以争取有效救治时间，并为诊断提供可靠依据。要做到这一点，就必须增强护理观察的主动性，努力提高对疾病的分析能力，这是我们护理工作者的责任。

参考文献：

- [1]戴自英主编.实用内科[M].人民卫生出版社,1988,8 版

编号：EA-101001084（修回：2010-12-01）

中药口服配耳穴压丸治疗胆石症 36 例

Treating 36 cases of cholelithiasis by oral TCM plus Erxue Tieya

朱梅景

(河南省扶沟县中医院, 河南 周口, 461300)

中图分类号: R657.4+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0090-02 证型: GDI

【摘要】 目的: 观察中药口服配耳穴压丸治疗胆石症的临床疗效。方法: 36 例确诊患者, 给以中药口服配合耳穴压丸, 30d 为 1 个疗程。结果: 痊愈 12 例, 显效 20 例, 无效 4 例。总有效率 88.9%。结论: 中药口服配合耳穴压丸治疗胆石症, 有较好临床疗效。

【关键词】 胆石症; 中药口服; 耳穴贴压

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect on treating cholelithiasis by oral TCM plus Erxue Tieya. Methods: 36 patients, taking oral TCM plus Erxue Tieya, 30d for 1 course. Results: Recovered was 12 cases, efficiency was 20 cases, ivalid was 4 cases. The total efficiency was 88.9%. Conclusion: Treating cholelithiasis by oral TCM plus Erxue Tieya has a good effect.

【Keywords】 Cholelithiasis; Oral TCM; Erxue Tieya

胆石症是常见症, 可发生于胆囊、肝内胆管和胆总管。以右上腹胀、疼痛、并牵引肩胛及腰背部, 伴有恶心、食欲差、口苦、大便干, 尤以进食肥甘食物时明显, 西药治疗效果不明显, 外科手术痛苦大, 病人不容易接受, 而且容易复发或残留结石。笔者 2006 年 5 月~2009 年 5 月运用中药口服配耳穴压丸治疗 36 例患者, 取得一定效果, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

所有病例均经临床辨证、鉴别诊断、实验室检查、B 型超声或 CT 扫描检查确诊为胆结石患者。

1.2 纳入标准

①结石直径<1cm, 胆囊功能良好; ②胆总管下端无狭窄或乳头炎者; ③饮食接近正常者。

1.3 排除标准

①胆总管狭窄或梗阻; ②有新近胆道出血者; ③伴有胰腺炎; ④妊娠或其他严重疾病者。

1.4 一般资料

36 例患者年龄最大 65 岁, 最小 24 岁, 平均 45 岁; 男性 16 例, 女性 20 例。病程最长 8a, 最短半月; 中医辨证分型: 按照患者临床表现分为肝胆湿热型 19 例, 肝郁气滞型 17 例。

1.5 治疗方法

①中药基本方: 肝郁气滞型: 生大黄 6g, 木香 9g, 郁金 12g, 枳壳 9g, 金钱草 30g, 川楝子 9g, 黄芩 9g, 香附 9g, 沉香 5g, 内金 10g。肝胆湿热型: 生大黄 15g, 木香 15g, 枳壳 15g, 郁金 12g, 金钱草 30g, 山栀 12g, 延胡 15g, 虎杖 30g, 内金 10g, 黄芩 10g。以上均为基础方, 水煎服, 日 1 剂, 根据病人个体差异, 随证加减。

②贴压耳穴: 生王不留行种子置于 0.5cm×0.5cm 胶布中央, 敷于耳穴压迫。取穴: 肝、胆、胆管、十二指肠、小肠、脾、胃等穴位, 每次选 3~5 穴, 左右耳交替埋压, 每穴按压 3~

5min, 每日自行按压 4~5 次。每 3 天更换 1 次, 双耳交替施治。

以上中药口服及耳穴按压均 30 日为 1 疗程。

1.6 疗效判定标准

痊愈: 症状体征消失, B 超复查无结石存在, 随访半年未复发; 显效: 症状体征基本消失, B 超示胆囊胆管内结石数目明显减少, 或结石下降及结石直径缩小; 无效: 临床症状及复查情况与治疗前无变化。

2 结果

36 例患者经过半个~2 个疗程的治疗, 痊愈 12 例, 显效 20 例, 无效 4 例。总有效率 88.9%。

3 典型病例

患者甲, 男, 27 岁, 农民, 于 2008 年 6 月 8 日初诊。右上腹部疼痛反复发作 2 年, 疼痛放射至右肩背部, 曾多次做 B 超诊断为胆结石。现右上腹部疼痛连及胃脘部, 牵引右肩背部疼痛, 时恶寒发热, 厌油腻, 口苦咽干, 恶心欲吐, 大便秘结, 小便短赤, 舌苔黄, 脉弦滑。查体: T: 37.6℃, 右上腹压痛, 无反跳痛, 墨菲氏征阳性。查 B 超示: 胆囊壁毛糙, 囊内 2 个强光点, 约 0.5~0.7cm 大小, 诊断为胆结石并胆囊炎, 中医诊为胁痛, 证属肝胆郁火, 郁久化热, 治疗给予生大黄 15g, 木香 15g, 枳壳 15g, 金钱草 30g, 山栀 12g, 川楝子 10g, 延胡 15g, 虎杖 30g, 内金 10g, 郁金 12g, 黄芩 10g, 陈皮 12g。每日 1 剂, 水煎服, 同时配合上述耳穴贴压法治疗, 10 天后症状消失, 治疗 1 月后复查 B 超 3 次结石消失, 随访半年未再复发。

4 讨论

胆石症在我国相当常见, 属祖国医学“胁痛”、“胆胀”的范畴。其形成多因嗜食肥甘, 肝郁气滞, 或湿热虫体蕴阻, 影响肝的疏泄和胆腑的通降功能, 胆汁排泄不畅而瘀结, 胆汁与

湿热虫体凝结,相互煎熬,日久而成结石。方中金钱草清利肝胆湿热,消化石;郁金苦辛,疏利肝胆气机郁滞,能清利肝胆排石;内金健脾消积,化坚消石;大黄、虎杖下肠胃积滞,疏肝利胆排石;沉香降气荡涤结滞;枳壳理气宽中行滞,能促进平滑肌收缩;木香、郁金能使平滑舒张,三者能使胆总管呈现节律性蠕动状态,以利石块下行;元胡、川楝子配枳壳、香附清利湿热兼行气滞,并有镇痛作用;梔子据现代研究,有促进胆汁分泌的利胆作用。诸药合用,清利肝胆湿热,消化石。胆属奇恒之府,中清之府,胆贮清汁,受肝之余气、情志不遂,饮食肥甘,致使湿热郁积肝胆,气机失调,脉络失和,壅积成石。湿热蕴结,非清利不能清,气血失和,非疏理不能畅,故清利与疏泄相辅相成,并通过耳穴贴压刺激肝胆脾胃各穴,起到增强相应脏腑功能,疏通经络气机,运行气血,调和脏腑,

促进胆石快速排出。诸法合作,疗效显著。

参考文献:

- [1]姚建斌.消石散配合耳穴贴压治疗胆石症 65 例[J].河南中医,2010,30(7):682
- [2]褚万峰等.加味四逆散治疗胆石症 62 例疗效观察[J].山西中医,2009,25(4):10
- [3]肖守贵.以中药为主治疗胆系四病 150 例[J].中医杂志,1985,26(9):57
- [4]江绍基.临床肝胆系病学[M].上海:上海科学技术出版社,1991:567

作者简介:

朱梅景(1974-),女,汉族,河南扶沟人,学士学位,主治医师。
编号:EA-101022168(修回:2010-11-30)

柴胡龙牡胶囊治疗急性中风后失眠

Treating insomnia after acute stroke with Chaihu Longmu capsule

高振忠¹ 宋立公²

(1.潍坊市妇幼保健院,山东 潍坊,261041;
2.潍坊市中医院,山东 潍坊,261041)

中图分类号:R256.23 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)23-0091-02 证型:ADI

【摘要】目的:观察柴胡龙牡胶囊治疗急性中风后失眠的疗效。方法:急性中风后失眠患者 120 例,随机分两组。1 组为常规治疗组,60 例。血栓通 10ml 入液静滴,脑蛋白水解物 20ml 入液静滴,加艾司唑仑 1mg,每晚 1 次。结果:治疗组总有效率为 83.33%,与对照组疗效相当,无统计学意义($P>0.05$)。结论:柴胡龙牡胶囊疗效与艾司唑仑疗效相当,但无安定类镇静安眠药的副作用,可作为急性中风后失眠的常规用药。

【关键词】急性中风后失眠;柴胡;龙骨;牡蛎

【Abstract】 Objective: To observe the effect on treating insomnia after acute stroke with Chaihu Longmu capsule. Methods: 120 patients with insomnia after acute stroke randomly divide them into treatment group for 60 cases and control group. Hydrolyzate into the brain fluid infusion 20ml, Jiayi division alprazolam 1mg, 1 night/time. Results: Treatment group the total efficiency for 83.33%, haven't statistically significant ($P>0.05$). Conclusion: The considerable effect of Chahu Longmu capsule and and estazolam.

【Keywords】 Insomnia after acute stroke; Chaihu; Longgu; Muli

卒中后睡眠障碍是卒中的常见并发症,约 95% 卒中患者发病后出现睡眠障碍。其中以失眠最为常见。国内相关报道显示,脑卒中伴有失眠者 57.9%^[1];远高于普通人群的发病率(9.0%~12.9%)^[2]。对卒中急性期并发失眠的研究较少。有研究显示发生率为 15.58%^[3]。笔者通过对急性中风后失眠证候学观察,确立应用柴胡龙牡胶囊治疗,取得较好疗效。

1 临床资料

1.1 纳入标准

①符合全国第四届脑血管病学术会议修订的脑梗死脑出血诊断标准;②符合中医中风病中经络诊断标准;③符合 CCMD-3 中失眠症诊断标准的前 3 条;④符合中医不寐诊断标准;⑤失眠发生在中风以后 7 天之内^[4-5];⑥知情同意并愿意配合者;⑦脑出血所致严重头痛者;⑧失眠发生在中风以前者或

既往慢性失眠者。

1.2 一般资料

全部 120 例病例均来自于本科 2005 年 10~2008 年 10 年的住院病人,其中年龄最大 84 岁,最小 39 岁。

2 治疗方法

2.1 一般治疗

随机分两组。1 组为常规治疗组,60 例。血栓通 10ml 入液静滴,脑蛋白水解物 20ml 入液静滴,加艾司唑仑 1mg,每晚 1 次。

2.2 治疗组:2 组为治疗组,常规常规治疗加自制柴胡龙牡胶囊 10 粒,每日 2 次治疗。7 天为疗程。共两个疗程。柴胡龙牡胶囊组成:以伤寒论所载柴胡加龙骨牡蛎汤原方去铅丹,制成胶囊,每个胶囊含生药 0.3g。

2.3 统计分析方法

根据数据来源和类型不同, 计数资料采用卡方检验。

3 治疗结果

	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组 <i>n</i>	17	25	8	10	50
治疗组 %	28.33	41.67	13.33	16.67	83.33
对照组 <i>n</i>	15	18	15	12	48
对照组 %	6.67	3.33	5	85	80

注: 表 4 显示总有效率治疗组与对照组比较无显著性差异, $P>0.05$ 。

4 讨论

中风后失眠其发生机制目前尚不清楚, 可能与以下因素有关: ①脑卒中损害下丘脑或第 3 脑室侧壁, 产生持久昏睡。②脑卒中后直接损害睡眠与觉醒系统, 而目前认为该系统的解剖部位相当广泛, 至少包括额底部、眶部皮质、视交叉上核、中脑盖部巨细胞区、蓝斑、缝际核、延髓网状结构抑制区以及上行网络系统等。丘脑中交叉上核是人昼夜节律的起搏器, 其变性是卒中病人睡眠异常的病理基础, 使睡眠觉醒有解体趋势, 出现片段化睡眠。③与多巴胺代谢障碍有关, 特点是脑 5-羟色胺 (5-HT) 含量减少及胆碱能系统受损有关。由于脑卒中后脑组织处于水肿、缺血状态, 这种持续长期的低灌注, 有可能导致调节睡眠-觉醒的 5-HT 和胆碱能等神经元的功能失调, 从而阻断、抑制或延长睡眠的发生, 导致睡眠障碍。④脑卒中可直接或间接导致与睡眠-觉醒有关的神经递质的合成与代谢以及神经递质的信息传递障碍。⑤心因性因素^[6]。

中医是近几年才开始重视本病的研究, 文献相对较少。但急性中风后失眠必定与中风的病因病机密切相关。从中风急性期证候看, 主要与风、痰、瘀、火 (热) 相关, 研究显示中风发病时风痰瘀阻证、痰热腑实证占 79.9%^[7]。

柴胡加龙骨牡蛎汤出自《伤寒论》107 条“伤寒八九日, 下之, 胸满烦惊, 小便不利, 谵语, 一身尽重, 不可转侧者, 柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”后世对本方的应用范围有所扩展, 使本方的运用不仅仅在伤寒误下后, 胆枢不利, 邪热弥漫的证候, 而是进一步将本方加减应用到内伤诸病。尤其其方药寒温并用, 攻补兼施, 使错杂之邪从内外尽解, 共奏和解少阳, 通阳泄热, 重镇安神之功, 为临床治疗诸多精神神经疾病之良方^[8]。

方中重用柴胡, 其性味苦平, 入肝胆经。能透泄少阳之邪从外而解, 并能疏泄气机郁滞; 黄芩苦寒, 清泄少阳郁热; 柴胡配黄芩, 邪郁能透, 气郁能达, 火郁能发, 而且柴胡升散得黄芩降泄, 则无升阳劫阴之弊。茯苓宁心利水, 配伍桂枝, 外可解表畅卫气, 内可温阳化气。半夏、生姜温散水饮, 半夏又能降逆化痰, 通阴和阳。加大黄仿承气法, 通里泄热, 以安心神。佐以人参、大枣益气扶正, 托邪外解。龙骨、牡蛎、重镇安神, 祛痰镇惊, 以治惊惕不安。如此寒温并用, 攻补兼施, 使错杂之邪从内外尽解, 共奏和解少阳, 通阳泄热, 重镇安神之功。

柴胡龙牡胶囊中铅丹的去留: 方中铅丹有毒。《中华本草》引述《本草发挥》载本品“味辛, 微寒有毒”。张石顽说: “铅丹能坠痰止疟, 本草言止吐逆胃反, 治惊痛癲疾, 除热下气,

取其性重以镇逆满也。仲景柴胡龙骨牡蛎汤用之, 取其入胆以祛痰积也”。《本草从新》说: “性味沉阴, 损阳气”。临床曾有服用本品而致铅中毒的报道, 故不可长期服用, 用药一般不可超过一周^[9]。近年用此方者, 多去铅丹, 同样可获得卓效。

对于卒中后失眠, 西医目前文献较少, 大多应用短效、中效苯二氮卓类药物。近年有人主张小剂量、间断服药治疗, 但尚未见规范成熟的治疗模式。由于卒中后失眠患者常见早醒, 本研究应用常见中效药物艾司唑仑治疗。

笔者应用柴胡龙牡胶囊疗效显著, 临床结果显示, 有效率为 83.33%, 与艾司唑仑疗效相当, 但无安定类镇静安眠药可缩短慢波睡眠, 改变正常睡眠结构, 长期应用可以引起头昏、肌无力、记忆力减退, 并易成瘾和产生戒断症状, 过量时可导致昏迷和呼吸抑制等副作用, 可作为急性中风后失眠的常规用药。

参考文献:

- [1] 张晓玲, 官俏兵. 脑卒中患者的失眠问题调查[J]. 中华神经科杂志, 2005, 38(5): 324-325
- [2] Leppavuori T, Pohjasvaara R, Vataja M, et al. Insomnia in Ischemic stroke patients[J]. Cerebrovasc Dis, 2002, 14: 90-97
- [3] 伊藤秀树. 脑血管疾病急性期的睡眠障碍[J]. 国外医学: 脑血管疾病分册, 1998, 6(4): 224
- [4] 马斌, 高颖. 中风病发病第 7 天证候要素的初步分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2006, 12(7): 494-496
- [5] 马斌, 高颖. 中风病发病第 7 天和第 14 天证候要素演变规律初步研究[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(12): 1561-1563
- [6] 李玉岭, 闫国庆. 急性脑卒中合并睡眠障碍的临床分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4(9): 832-833
- [7] 黄宇虹, 张伯礼. 中风病发病时中医证候特点浅析[J]. 天津中医药大学学报, 2007, 26(2): 59-60
- [8] 孙艳. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗精神神经病的实验及临床研究进展[J]. 辽宁中医学院学报, 2006, 8(3): 42-44
- [9] 林坚. 柴胡加龙骨牡蛎汤之我见[J]. 国医论坛, 1999, 14(5): 8-9

作者简介:

高振忠 (1964-), 男, 毕业于山东中医药大学, 副主任医师, 现工作于潍坊市妇幼保健院;

宋立公, 工作于潍坊市中医院。

(注: 本文为潍坊市获奖课题总结。)

中西医结合治疗小儿秋季腹泻 60 例临床观察

Clinical observation on treating 60 cases of autumn diarrhea in children in the integrative medicine

郭 武

(石门县中医院, 湖南 石门, 415300)

中图分类号: R442.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0093-02 证型: GDI

【摘要】 目的: 观察中西医结合治疗小儿秋季腹泻的疗效。方法: 120 例秋季腹泻患儿随机分为 2 组。对照组 60 例, 口服思密达、妈咪爱及补液纠酸治疗; 治疗组在对照组的基础上内服中药集成止泻散。结果: 治疗组有效率达 86.7%, 对照组有效率为 81.6%, 治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 采用中西医结合治疗小儿秋季腹泻不仅疗效好、见效快, 且简便、无毒副作用, 易为患儿接受, 值得临床推广。

【关键词】 秋季腹泻; 小儿; 中西医结合

【Abstract】 Objective: To observe the effect on treating autumn diarrhea in children in the integrative medicine. Methods: 120 cases of autumn diarrhea in children are randomly divide into two groups. Control group are 60 cases, using oral Smecta, Mamiai and correction fluid; treatment group bases on control group using Zhixie San. Results: The effect rate of treatment group is 86.7%, the effect rate of control group is 81.6%, treatment group is better than control group ($P < 0.05$). Conclusion: treating autumn diarrhea in children in the integrative medicine, not only have good effect, quick, simple, toxic side effects, but also accepted, is wroth being applied.

【Keywords】 Autumn diarrhea; Children; In the integrative medicine

感染时轮状病毒时我国秋季婴幼儿急性腹泻的重要原因。每年都会在我国引起大小程度不一的流行, 跨度时间长 (从每年的 10 月到次年的 1 月份), 发病率高, 对我国经济损失大, 而临床给予抗炎、止泻、补液、纠酸、对症治疗等, 病情往往恢复较慢。我科于 2008 年 9 月至 2009 年 2 月采用中西医结合治疗, 取的满意的疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 120 例均为我院住院的患儿, 症见大便呈水样、蛋花样, 有酸臭味等。治疗前大便常规未检出红细胞、白细胞或偶见少量的白细胞 ($\leq 3/HP$) 随机分为治疗组 60 例和对照组 60 例。治疗组中男 32 例, 女 28 例; 年龄 6 月至 3 岁。对照组中男 33 例, 女 27 例; 年龄 6 月至 3 岁。两组病例在性别、发病年龄、症状、体征及实验室检查等方面差异均无统计意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组: 给予口服思密达 (< 1 岁半包/次, 1~3 岁 1 包/次, 每日 3 次)、复合维生素 B (< 1 岁半粒/次, 1~3 岁 1 粒/次, 每日 3 次), 口服及静脉补液、纠酸。

1.2.2 治疗组: 在对照组治疗的基础上, 给予集成止泻散口服, 方药组成: 炒车前子 60g, 炒白茯苓 60g, 炒山药 60g, 炙甘草 20g, 共研细末, 乌梅 10g 煎水口服, 每服 6~9g, 每日 3 次。

2 结果

2.1 疗效判定标准: 参照第二届全国小儿腹泻会议制定标准^[1]。显效: 用药 24~48h 腹泻次数减少至 ≤ 2 次/d 或恢复至正常次数, 大便性状恢复正常, 临床表现完全消失。有效: 用药 48~72h 腹泻次数减少至 ≤ 2 次/d 或恢复至正常次数, 大便性状恢复正常, 临床症状基本消失。无效: 用药 72h 后, 腹泻次数仍 > 2 次/d 或情况无明显好转, 甚至病情加重。

2.2 结果: 2 组疗效比较见表 1。从表中看出治疗组总有效率 86.7%, 对照组 81.7%, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计意义。

表 1 两组疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	60	46 (76.7)	6 (10.0)	8 (13.3)	52 (86.7)
对照组	60	41 (68.3)	8 (13.3)	11 (18.3)	49 (81.6)

3 讨论

本病具有传染性, 小儿由于各脏腑娇嫩, 免疫功能低下, 对该病防御能力低, 因此易受感染而发病。笔者采取中西医结合的方法加以治疗, 争取在 2~4 天内治愈或明显好转以阻断病

毒血症。西医方面给予纠酸补液对症治疗, 同时服用思密达加强胃肠粘膜屏障作用, 促进肠粘膜的修复, 口服维生素 B 可调节肠道功能, 恢复微生态平衡, 重建肠道屏障作用。小儿秋季 (下转 94 页)

万苏林、奥曲肽合用导致低血糖反应 1 例

To cause 1 cases of low blood sugar reactions by million surin, plus octreotide

施淑静 李梦杰 张 旭

(青县人民医院, 河北 沧州, 062650)

中图分类号: R587.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0094-01 证型: DGB

【摘要】 研究万苏林、奥曲肽合用导致低血糖的不良反应, 通过对患者的资料进行分析, 奥曲肽可抑制生长抑素、胰高血糖素及胰岛素的分泌, 并使胃排空延迟及胃肠道蠕动减缓, 引起食物吸收延迟, 从而有降低餐后高血糖的作用。

【关键词】 万苏林、奥曲肽; 低血糖; 临床举隅

【Abstract】 To study the adverse reactions of million surin, octreotide casing low blood sugar reactions, to analyze the data of patients, octreotide inhibits somatostatin, glucagon and insulin secretion, and to delayed gastric emptying and gastrointestinal motility slow, delay caused by absorption of food, thus reducing the role of postprandial hyperglycemia.

【Keywords】 Million surin, octreotide; Low blood sugar reactions; Clinical example

1 病历摘要

患者甲, 男, 60 岁, 因黑便 2 天于 2010 年 6 月 10 日入院。既往糖尿病史 5 年, 长期皮下注射精蛋白锌胰岛素 (万苏林) 30R, 近 2 月万苏林 30R 用量为 14 μ 、10 μ 、12 μ 分别于早中晚餐前半小时皮下注射, 七点血糖波动在 5.6mmol/L~8.7mmol/L。

于入院 2 天前出现排柏油样大便共 5 次, 入院后查大便潜血强阳性, 肝功能 ALT86 μ L, 直接胆红素 13 μ mol/L, 间接胆红素 23 μ mol/L, “小三阳”, 腹部 B 超示肝实质弥漫性病变, 门静脉宽 1.4cm, 脾厚 5cm, 诊断为肝炎后肝硬化, 门静脉高压, 上消化道出血, 给予奥美拉唑 40mg 静点每日 2 次抑制胃酸保护胃黏膜, 奥曲肽 20 μ g/h 维持静点, 入院第一日禁食, 未予胰岛素注射, 血糖随机血糖波动在 7.3mmol/L~11.6mmol/L, 第 2 日患者近半流食, 万苏林 30R 用量为 6 μ 、6 μ 、6 μ 分别于早中晚餐前半小时皮下注射, 七点血糖波动在 4.3mmol/L~7.6mmol/L。于第三天大便正常, 给予进糖尿病软食, 进

食量基本同入院前, 万苏林用量 10 μ 、8 μ 、8 μ 分别于早中晚餐前半小时皮下注射, 仍有奥曲肽维持静点, 患者连续 2 日多次出现低血糖, 血糖最低时达 2.9mmol/L, 停用胰岛素注射未再出现低血糖反应。入院第 4、5 日连续测大便潜血阴性, 于第 5 日停用奥曲肽后查七点血糖波动在 8.1mmol/L~14.6mmol/L, 恢复万苏林 30R 用量为 14 μ 、10 μ 、12 μ 分别于早中晚餐前半小时皮下注射, 七点血糖波动在 5.3mmol/L~8.9mmol/L。住院 8 天好转出院。出院诊断: 肝炎后肝硬化合并上消化道出血, 糖尿病 2 型。

2 讨论

奥曲肽可抑制生长抑素、胰高血糖素及胰岛素的分泌, 并使胃排空延迟及胃肠道蠕动减缓, 引起食物吸收延迟, 从而有降低餐后高血糖的作用, 因此, 在应用奥曲肽及同时需要应用胰岛素的患者, 胰岛素应适当减量, 以后再根据血糖情况调整用量, 以发生免低血糖。

编号: EA-101101202 (修回: 2010-12-06)

(上接 93 页)

腹泻属中医“泄泻”的范畴^[2]。其标是机体感受外邪, 其本是脾胃虚弱病变部位在脾胃、大小肠。

若脾胃受病, 则水谷精微不化合污而下, 则成泄泻。而集成止泻散乃清·陈复正所注《幼幼集成》之经验方, 方中各药均炒过, 有加强止泻的作用, 车前子能利水湿, 分清别浊, 利小便以实大便而止泻^[3], 而针对患儿脾胃虚弱为本的特点予以山药、茯苓健脾胃, 增强脾胃运化功能而止泻, 同时给予乌梅煎汤调服, 乌梅有涩肠止泻之功效^[4], 诸药共进, 同赴止泻止功, 用之如神。

特别笔者对腹泻水样便, 而大便化验无红细胞和白细胞或偶见少量的白细胞 ($\leq 3/HP$) 的情况, 有服用后第二天就解干

大便的患儿并不少见, 疗效确切, 值得临床推广。

参考文献:

- [1]方松鹤. 98 年全国腹泻和防治学术研讨会纪要[J]. 临床儿科杂志, 1998, 16(5): 356
- [2]夏新红. 中西医结合治疗婴幼儿腹泻的临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2001, 3(2): 215-217
- [3]夏玮. 复方车前子散治疗小儿秋季腹泻[J]. 湖北中医杂志, 2004, 26(4): 33
- [4]王爱玲. 八味葛芍汤治疗小儿秋季腹泻 56 例[J]. 陕西中医, 2005, 26(10): 1044-1045

编号: ER-10110501 (修回: 2010-11-29)

良附丸临床应用心得

Experience for clinical application of Liangfu Wan

伏学¹ 程小娟²

(1.秦安县陇城中心卫生院, 甘肃 秦安, 741615

2.秦安县宏仁堂诊所, 甘肃 秦安, 741608)

中图分类号: R289 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0095-02

【摘要】 临床应用良附丸治疗寒凝气滞型急慢性胃炎、胃溃疡、胃痉挛的心得及随证扩展应用。**【关键词】** 良附丸; 寒凝气滞; 急慢性胃炎; 胃溃疡**【Abstract】** Experience for treating Hanning Qizhi type of acute and chronic gastritis, gastric ulcer, stomach cramps.**【Keywords】** Liangfu Wan; Hanning Qizhi; Acute and chronic gastritis; Gastric ulcer

1 药物组成及功用

高良姜, 香附, 功效为温胃理气, 用于治疗寒凝气滞、脘腹胀满、疼痛吐酸等症的急慢性胃炎、胃溃疡、胃痉挛等。

2 处方来源

良附丸出自清·谢元庆(1798~1860年)《良方集腋》, 由高良姜、香附二味组成, 功善温胃散寒、理气止痛, 主治寒凝气滞引起的胃脘疼痛、畏寒喜温、胸腹胀满、苔白脉弦、妇女痛经等症, 为临床上治疗肝胃气滞冷痛的基本方。书中记载: “高良姜酒洗七次, 香附醋洗七次, 各焙、各研、各贮等分。如病因寒而得者, 用高良姜二钱, 香附末一钱; 如病因怒而得者, 用高良姜一钱, 香附末三钱; 如病因寒怒兼有者, 高良姜一钱五分、香附一钱五分。用时以米饮加生姜汁一匙、盐一撮为丸, 服之立止。”

《良方集腋》还认为“心口一点痛, 乃胃脘有滞, 或有虫, 多因恼怒及受寒而起, 遂致终身不愈”。《饲鹤亭集方》中言: “胃脘气滞, 胸膛软处一点痛, 经年不愈或母子相传。”强调了良附丸常用于治疗寒凝气滞胃脘, 反复经久不愈, 实为难治病。

3 药物分析

高良姜味辛性热、归脾胃肾经, 有散寒止痛, 温中止呕之功, 《名医别录》曰: “主爆冷, 胃中冷逆, 霍乱腹痛”; 《本草纲目》曰: “健脾胃、宽噎膈、破冷癖、除瘴症”。《本草从新》“暖胃散寒, 消食醒酒, 治胃脘冷痛。”香附味辛微苦、性平, 归肝、脾经, 有疏肝理气、调经止痛之功, 醋炙止痛力增强。《本草正义》“香附, 味辛甚烈, 香气颇浓, 皆以气用事, 故专治气结之为病。”《本草纲目》“利三焦, 解六郁, 消饮食积聚、痰饮痞满, 跗肿腹痛、脚气, 止心腹、肢体、头目、齿耳诸痛, 及妇人崩漏带下, 月经不调, 胎前产后百病。”两味药物配合, 一个温胃, 一个行气, 可用于温胃止呕, 行气止痛, 调气和中, 治疗急慢性胃炎、胃溃疡、胃痉挛等属肝胃气滞疼痛, 偏于寒者, 如寒凝气滞、脘腹疼痛、胃寒吐酸、胸胁胀满、气机不畅等症。

4 现代临床研究

在临床治疗急慢性胃炎、胃痉挛、胃溃疡等属寒凝气滞症的治疗中效果显著, 并在治疗萎缩性胃炎及胃癌的辅助治疗中, 起到非常好的协助作用。北京中医药大学东直门医院陈信义教授通过临床实践发现, 在胃癌发生过程中, 常有胃部隐痛、畏寒怕冷、得温则舒、遇寒加重等前驱症状, 结合胃部肿块、胀痛、食欲减退、嗝气或呕吐、疲乏、胀满、形体消瘦、舌质青紫、脉象细涩等临床特征, 与“寒主收引、主凝滞、主痛”等中医理论相符, 其发病关键是由于“脾阳不振”导致“寒凝胃脉、气机阻滞、气滞血瘀、痰湿凝聚、久则成瘤”的动态病机变化过程。故而确立了“温阳散寒、理气化痰、活血止痛”为胃癌基本治疗原则, 首创“新加良附方”(由高良姜、香附子、穿山龙组成), 用以治疗或辅助治疗中晚期胃癌受到良好的效果。

夏军权等探讨良附丸改良剂胃痛立应软胶囊对寒凝气滞型胃痛临床疗效及其止痛效果。统计患者 69 例, 其中胃痛立应组(治疗组) 34 例, 良附丸组(对照组) 30 例, 采用半定量的方法, 观察其临床疗效, 并对症状改善情况、特别是疼痛缓解情况进行了比较, 结果显示, 治疗组临床显效率显著高于对照组(分别为 88.24%、55.33%、 $P<0.05$)。表明胃痛立应胶囊具有明显的镇痛作用, 且见效快, 服用方便。

陶云卿用加味良附丸治疗消化性溃疡 128 例, 其中治疗组 66 例, 对照组 62 例, 治疗组应用加味良附丸(由高良姜、制香附、丹参、乌药、蒲公英、莲子、檀香组成, 治疗胃痛甚者加元胡, 吞酸嘈杂者加乌贼骨、瓦楞子, 腹胀者加厚朴、枳壳。)显效 32 例(48%)明显减轻 27 例(41%)无效 15 例(24%), 总有效率 76%, 认为加味良附丸对消化性溃疡患者有明显疗效, 尤其对促进溃疡面愈合、解除胃肠道的痉挛、抑制或杀灭 Hp 等方面有肯定的治疗效果, 且优于奥美拉唑胶囊。

5 显效举隅

患者甲, 男, 44 岁, 慢性胃炎十年, 诊其脉迟涩、舌质淡, 胃痛隐隐、喜温喜按、恶心呕吐、得热饮疼痛减轻, 吃生冷之

物疼痛加重,不思饮食,身体消瘦,面色恍白,疲乏无力。综合辨证,予以良附丸(高良姜 20g,香附 20g)三日后复诊,疼痛减轻,胃部渐有热感,但饮食一般,晨起呕恶不舒,其应为久病致虚,脾胃虚寒兼湿,治疗应温胃健脾,理气燥湿,故予以良附丸合香砂养胃丸服之,五日后复诊,饭量增加、疼痛消失,收效甚佳,病人要求根治其“顽疾”,遂嘱长期服用良附丸散剂(高良姜 500g,香附 500g)共研为末,温水冲服,一次 10g,一日两次,忌食生冷之物,两年旧疾未发。

患者已,女,33岁,夏夜外出乘凉,多食冷饮,又巧遇急雨淋湿,遂发胃脘痛剧烈,双手抱腹,四肢冰冷,不能行走,亲属用车送至我院,问明原由,遂叫家属用热水袋温服之,然后进行相关检查。排除胰腺炎、胆结石、阑尾炎等其他疾病后,诊其为“胃痉挛”,随即予以良附丸成药(减少熬药时间、以求速效)口服(北京同仁堂产,一袋 6g 装)两袋,十分钟后疼痛大减,并自觉胃中气上,打数嗝后疼痛消失。遂投以良附丸(高良姜 30g,香附 20g)三剂,水煎分服。三日后复查,诸症皆消,再投原方三剂,以愈其后,嘱忌食生冷寒凉之物。按:良附丸药简力专,疗效显著,配伍严谨,但临床应用亦不

可拘泥于“寒,气”致病,也应该因人体质辨证论治,随证加减变化,合方应用,均有奇效,如寒邪克胃,其阳气必虚,故可再加温阳补气之品,如人参、附子等,兼湿者,可加半夏、砂仁、苍术之品,气滞重者可加青皮、柴胡等,脾胃虚弱者加白术、茯苓、山药、党参等。唯有灵活应用,整体辨证,随证加减,方可体现中医药的特点所在,方可救苦痛于水火。

参考文献:

- [1]王婧,陈信义.良附丸古今研究纵横[J].北京中医药,2009,3(28):236-239
- [2]夏军权,贾晓斌等.胃痛立应软胶囊治疗寒凝气滞型胃脘痛的研究[J].辽宁中医药学报,2006,8(1):11-12
- [3]陶云卿.加味良附丸治疗消化性可溃疡 128 例[J].世界华人消化杂志,2000,8(特刊 8):93

作者简介:

伏学(1980-),男,本科学历,国家执业中医师。

编号:EA-101005087(修回:2010-12-01)

腰椎间盘突出症非手术治疗的辨证施护

Nursing in differentiation of lumbar disc herniation in non-surgical treatment

任素婷

(河南省洛阳正骨医院,河南 洛阳,471002)

中图分类号:R274.34 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)23-0096-02 证型:AGD

【摘要】腰椎间盘突出症属椎管内系疾病,属祖国医学“腰痛”、“痹症”范畴。

【关键词】椎间盘移位;腰椎;护理

【Abstract】Lumbar disc herniation is department of spinal disease, is TCM back pain, arthralgia syndrome category.

【Keywords】Intervertebral disc displacement; Lumbar; Nursing

腰椎间盘突出症(LIDP)属椎管内系疾病,是在椎间盘退变的基础上产生的,加之外力损伤或寒冷刺激等因素使髓核突破外围包绕的纤维环刺激神经根而产生的一系列临床症状。好发于 20~50 岁青壮年,男多于女。该病属祖国医学“腰痛”、“痹症”范畴。我科 2000~2009 年对 120 例腰椎间盘突出症患者进行中医非手术治疗及护理取得较满意的疗效。现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

本组病例 120 例,其中男性 86 例,女性 34 例,20~30 岁 22 例,31~50 岁 72 例,50 岁以上 26 例,有外伤史 16 例,劳累史 86 例,无明显诱因 18 例。120 例患者均有腰痛、下肢放射痛、腰部活动受限,伴有间歇跛行,直腿抬高试验阳性。全部患者均经 CT 或 MRI 检查诊断为腰椎间盘突出症。

2 治疗方法

手法推拿按摩、胸一骨盆带对抗牵引、针灸、推按运经、小针刀治疗配合中药以活血化瘀,行气止痛,补肾填精,祛风

散寒治疗。

3 护理方法

3.1 心理护理

由于腰椎间盘突出症早期腰腿痛较严重,影响正常的生活及工作,甚至大小便困难,行走不便,患者对疾病产生恐惧心理,惟恐自己成为生活上完全依赖他人的残疾者,或丧失工作能力,精神处于高度紧张中。为克服患者的这种恐惧心理,我们耐心倾听患者叙述,同患者一起分析病史材料,主动给患者介绍本病的一般情况,使之正确认识到腰椎间盘突出症早期一般疼痛较剧,但经积极治疗,配合绝对卧平板床,患肢避免受寒及吹风,一般 1 周后疼痛可以缓解或消失。患者明白这些情况后,情绪会变得积极、乐观、稳定,积极配合非手术治疗,病情会很快得以改善或恢复。

3.2 卧床休息患者的护理

卧床休息是腰椎间盘突出症最基本的非手术治疗方法,简便易行,经济有效,不可忽视。但是要让其真正发挥治疗作用,却不是只要患者能躺下休息就可做到的。根据我们的经验方法,

下列几点应予以注意。

一是要予木质硬板床,使患者平卧时脊柱能得到充分的放松,弹簧床、棚子床、气垫床等类软床都不适宜,要力求避免使用。

二是要帮助患者选择好适宜的体位,一般可自由选择屈髋屈膝仰卧位、侧卧位或俯卧位,但对腰 4~5 椎间盘突出者,则应强调尽可能采用屈髋屈膝仰卧位。

三是要保证卧床休息的舒适性。有些患者因疼痛厉害及精神因素等影响而不能真正卧床休息,往往是翻来覆去,郁闷烦躁,此时宜适量给予芬必得、萘丁美酮及安定等类药物以止痛镇静,保证其休息的舒适性与质量。

四是要保证足够的时间。临床上有些病人曾经卧床休息,但收效甚微,症状并未得到改善,究其原因,主要与他们在卧床休息过程中还象正常人一样从事家务劳动或工作,或症状减轻即便恢复工作,未能充分保证卧床休息的时间有关。

因此,卧床休息应要求患者整天躺在床上,吃饭、洗漱等都尽量在床上进行,即使离床下地,也应尽量缩短时间,避免弯腰,并戴腰围保护这样直至症状缓解时间约 2~3 周或更长一些。

3.3 腰椎牵引患者的护理

①慢牵:慢牵前病人应食易消化的食物,避免牵引后腹胀,嘱病人精神和全身肌肉放松;待突出物回纳或改变位置,解除根性压迫,下肢麻木感消失后可适当锻炼;平时带腰围防止再次受伤。②快牵(即电脑三维牵引术):牵引前测体温、脉搏、呼吸、血压并记录,牵引前病人应空腹以避免牵引后造成腹胀,嘱病人精神和全身肌肉最大量放松,以保证牵引效果;牵引后患者绝对平卧硬板床 6h,只能做轻微的单腿曲伸动作;牵引后要平卧 72h 方可下床轻微活动(包括饮食洗漱、大小便等都应卧床处理,大小便时系紧腰围防止再次受伤);在病人腰部垫薄垫,以维持腰椎生理曲度,且使病人舒适;牵引术后应进清淡、易消化的食物及新鲜蔬菜水果,帮助病人翻身时其躯干上下要保持一致,切忌颈椎屈曲和扭转,避免再次扭伤;允许病人下床活动时,嘱其系好腰围,控制好腰部活动范围,避免腰部再次受伤。

3.4 针灸患者的护理

针灸是治疗腰椎间盘突出症的有效方法,有疏风散寒,通经活络,行气活血,促进患处血液循环,减轻炎症水肿,缓解肌肉、韧带的紧张,促使突出髓核回纳,从而减轻乃至消除疼痛的作用。针灸看似简单,实则不易,除了选穴配方及手法等技术性问题外,至少还有下列几点应注意。一是要选择好体位,凡疼痛部位主要在足太阳膀胱经上者,宜尽可能选俯卧位;主要在足少阳经上者,则应采用患上健下侧卧位。二是要选择好施术方式,针刺、艾灸、拔罐、穴位注射、刺络等都可选用,一般多选针刺加灸或针、罐结合,单用一种方法的较少。拔罐不宜单纯采用坐罐法,应闪罐、走罐与坐罐相结合。三是要选择好施术部位,以腰椎间盘突出及疼痛所在部位为主,皮肤有破损、感染、增生、瘢痕等异常处应避免。四是要掌握好刺激强度,一般以中等刺激为宜,疼痛厉害、耐受力强者可予重刺激,年老体弱应轻刺激,时间大约 10~20min,每天 1~2 次。五是要避免灼伤和起泡,艾灸和拔罐易致烧灼伤和起泡,应注

意避免。如拔罐过久而使皮肤起泡,宜先用无菌毫针或注射器放出或抽出积液,然后外敷冰硼散或外涂湿润烧伤油等,并保持创面清洁。艾火灼伤者可仿此处理。六是要注意防寒保暖,避免患者在治疗过程中受凉。七是要注意询问和观察,尽量避免导致针灸意外的因素,防止意外事故的发生。

3.5 饮食护理

中医学对饮食非常重视,医生治疗疾病除给予药物治疗,更重视饮食调养的作用。《素问·五常政大论篇》曰:“谷肉果菜,食养尽之。”说明了饮食护理的重要性。祖国医学认为:“肾主骨,肝主筋”。人体筋骨的强健与肝肾的盛衰有密切关系。故应给患者多滋补肝肾食品,如猪肝、羊肝、猪骨,还可多食红糖、大枣或经常以枸杞子泡水代茶以达到强壮筋骨,促进腰痛症状改善及恢复健康的目的。从现代医学角度,这些富含钙、磷及氨基酸之品有助于关节的修复、神经的营养。另外要禁食辛辣、煎炸等刺激性食物。

3.6 日常起居护理

积累性损伤是促成椎间盘退变的因素,也是造成椎间盘突出的诱因。约 1/3 的患者发病时无明显外伤史,即使有外伤史,往往也是积累劳损基础上的最后一次外力所致^[2]。故本病患者应平卧硬板床,减轻腰对椎间盘的压力,以利于纤维环的修复,防止患者坐位休息及站行、弯腰等。腰痛减轻后,可在床上行腰背肌功能锻炼。中医学认为过劳伤肾,腰为肾之府,故嘱患者劳逸适度,节房事,避免疲劳。出院后还要预防复发,仍睡卧平板床,注意防寒保暖,注意腰部姿势,尽量避免腰部过度用力,弯腰及提、搬物体应十分慎重、小心。

4 结果

4.1 疗效评价标准:优:症状完全消失或接近消失,直腿抬高试验阴性,达 90° 以上,能恢复生活、工作;良:症状基本消失,偶感腰部轻度酸痛,直腿抬高试验 >70 度,能恢复生活、工作;差:症状部份消失,直腿抬高角度较前改善,可做较轻工作为可;症状无明显改善,不能恢复工作^[1]。

4.2 疗效评价结果

本组 120 例患者中治疗效果优的 70 例,占 58.3%;良的 32 例,占 26.6%;可的 12 例,占 10%;差的 6 例,占 5%。

5 体会

患者出院康复期内医务人员应作好随访,指导患者注意保暖,合理饮食,适当参加体育锻炼。增加腰背肌锻炼,增强脊椎稳定性^[3]。腰椎间盘突出症是导致腰痛的主要原因之一,恢复慢,易复发,配合医生治疗,不断完善充实护理内容,进行有效的心理护理,坚持功能锻炼,有助于患者尽快康复,提高生活质量。

参考文献:

- [1]胡有谷.腰椎间盘突出症[M].北京:人民卫生出版社,1995:120
- [2]侯丽萍.150 种关节病诊断与治疗[M].太原:山西科学技术出版社,1996:369-370
- [3]曹伟新,李乐之.外科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2006:577

编号: ER-10102900 (修回: 2010-11-29)

手法治疗青少年假性近视一百例

Treating 100 cases of youth pseudomyopia by massage

何凝凝 谭滔胜 黄红芳 谭嘉敏

(广东省广州市东升医院, 广东 广州, 510140)

中图分类号: R322.9+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0098-02 证型: AGD

【摘要】 目的: 观察点穴为主治疗青少年假性近视的疗效。方法: 以点穴为主配合揉按颈上交感神经节及颈项两侧治疗青少年假性近视 100 例。结果: 所有患儿经治疗后视力均有不同程度的提高, 有效率为百分百。结论: 采用手法治疗青少年假性近视, 确能使眼周放松, 气血畅通, 达到提高视力的目的。

【关键词】 青少年假性近视; 手法治疗; 临床举隅

【Abstract】 Objective: To observe effects on treating youth pseudomyopia by massage. Methods: Taking point plus massage treating 100 cases of youth pseudomyopia. Results: After treatment, all patients in varying degrees to improve vision, the efficiency rate for 100%. Conclusion: Treating youth pseudomyopia by massage has a good effect.

【Keywords】 Youth pseudomyopia; Massage therapy; Clinical example

近视是以视近清楚, 视远模糊不清为特征的眼病。学龄期青少年, 因光线不良, 或目标过远, 使用目力不当, 过度使用调节, 睫状肌长期痉挛, 使晶体持续处于凸度增加的状态, 而出现近视者称为假性近视, 若不及时治疗, 每可由假性近视发展为器质性近视。笔者于近年寒暑假两假期开展手法治疗青少年假性近视的专科, 总结出一套治疗青少年假性近视的推拿手法, 效果显著, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 100 例患者均为 2008 年 7 月至 2010 年 9 月来我院推拿科门诊的就诊者, 其中年龄最小 5 周岁, 最大 14 周岁, 平均 9 周岁; 病程最长 5 年, 最短 1 年, 平均 2 年 8 个月。

1.2 纳入标准

患者全部经各大医院眼科诊断为假性近视的青少年。

2 方法

2.1 注意事项

2.1.1 操作前, 术者要先清洁好双手并要求患儿摘下眼镜。

2.1.2 操作时, 注意力要集中, 手法要轻柔, 缓和, 手指切勿触及眼球。

2.2 治疗方法

2.2.1 仰卧位 (共二十分钟)。

A: 按印堂

B: 揉抹上下眼眶 (由内至外)。

C: 点按上眼眶: 四指并拢, 分别揉按睛明、攒竹、鱼腰、丝竹空等四个穴位。

D: 点按下眼眶: 分别取承泣、四白两个穴位。

E: 轻揉眼球: 两指并拢, 术者注意叮嘱患儿要双眼闭合, 眼球朝下, 术者轻揉患儿眼球, 患者有轻松舒适感觉为度。

F: 拨阳白: 以食指拨阳白筋, 眼球可出现胀感为度。

G: 揉按头部: 用敲法敲额部。

H: 点按阳陵泉、悬钟 (绝骨)、光明、太冲等四个穴位。

以上八个步骤需时十五分钟。

I: 按双脚足部反射区 (眼部反射区位于双脚第二趾与第三趾根部, 包括脚底和脚背两个位置, 右眼反射区在左脚上, 左眼反射区在右脚上)。

①单食指扣拳法, 每点各按压 3 次。

②捏指法, 每点各按 3 次。

③在二、三趾两侧及趾面垂直各由远端至近端按推 3 次。整个足部反射区需时五分钟。

2.2.2 俯卧位

①揉按风池、风府。

②揉按上项段交感神经节及颈项部两侧。

③揉按背部的心俞、肝俞、胆俞、脾俞、肾俞等五个穴位。

整个俯卧位需时七分钟。

2.2.3 坐位

①按双手的手三里、合谷两个穴位。

②拿肩井结束整个坐位需时三分钟。

2.3 患者日常生活注意事项:

2.3.1 每天定时做眼睛保健操。

2.3.2 注意视力锻炼, 多看绿色之物。

2.3.3 改变不良用眼习惯, 尽量极目远望。

3 疗效观察

3.1 疗效标准: 治疗后经眼科专科检查视力提高者为有效。

3.2 治疗结果

100 例患者中视力均有不同程度提高, 有效率达 100%。

4 讨论

由于社会的日新月异, 现在的青少年的学习负担不断加重, 而且在休息日的时候又无节制地接触电脑、电视以及各种电子游戏, 眼睛得不到较好的休息, 近年来, 青少年假性近视呈现幼龄化的趋势。笔者选用点穴为主配合揉按上项段交感神经节及颈项部两侧治疗本病, 目的在于增强气感和经络传导, 使患者局部放松, 减少治疗期间痛苦。分推眶周缘, 是本套手 (下转 99 页)

巧用“提壶揭盖法”治癃闭

Treating dysuria by Tihu Jiegai therapy

魏爱民

(广东省梅州市嘉应学院医学院, 广东 梅州, 514031)

中图分类号: R256.53 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 23-0099-01 **证型:** AGD**【摘要】** 运用提壶揭盖法的原理、方法, 下病上治, 宣肺利水, 治疗癃闭当知此法。**【关键词】** 提壶揭盖法; 下病上治; 癃闭**【Abstract】** Application the principle and methods of Tihu Jiegai therapy, treating dysuria by Xiabing Shangzhi, Xuanfei Lishui.**【Keywords】** Tihu Jiegai therapy; Xiabing Shangzhi; Dysuria

整体观念是中医理论的基本特点之一, 也是中医临床辨证论治的精髓。体现在治法上, 则常常是病在外治其内, 病在上治其下, 病在下治其上。例如小便不利、癃闭等病, 其病位在下焦肾与膀胱, 而治疗则可取上焦肺, 用宣通肺气的方法达到通利小便的目的。其理本于肺主气而有“通调水道, 下输膀胱”之功能, 盖肺主一身之气, 气行则水行, 气闭则水闭, 故云“肺为水之上源”。古人创立的“提壶揭盖法”便是此理论的成功运用^[1]。

中医的治法有许多有趣的比喻, “提壶揭盖法”就是用打开壶盖, 放进空气, 以利壶中水从壶嘴畅快流出的形象, 来说明使用宣肺或升提的方法通利小便的一种借喻。如《名医类案》记载朱丹溪一病案: “一人小便不通, 医用利药益甚, 脉右寸颇弦滑。此积痰在肺, 肺为上焦, 膀胱为下焦, 上焦闭则下焦塞, 如滴水之器, 必上窍通而后下窍之水出焉。以药大吐之, 病如失。”清·张志聪亦云: “如小便不利者, 用麻黄、杏子配八正散, 内加二味, 其应如响。盖外窍通而内窍通, 上窍通而下窍即利矣。”

(上接 98 页)

法的起式。可使眼周放松, 气血畅通, 让患者进入治疗状态。

4.1 局部取穴机理: 可通经活络, 解痉明目。睛明为治疗眼疾的经验效穴, 主治近视, 且为手足太阳、足阳明、阴跷、阳跷五脉交会穴。配攒竹共奏通经活络, 解痉明目之功。承泣、四白属足阳明胃经, 阳明多气多血, 取此二穴可使气血上荣于目。

4.2 背俞穴取穴机理: 背俞穴可调理各脏腑机能。因本病多系心阳不足, 故用心俞穴, 调和营卫气血, 交通心肾, 振奋心阳以明目。中医五轮学说认为脾主肌, 取脾俞可改善眼睫状肌的调节功能, 缓解肌痉挛。且肝藏血, 开窍于目, 肝与胆相表里, 肾藏精, 主骨生髓通于脑, 连目系, 故取肝俞、胆俞、肾俞。诸穴相配能调血养心, 疏肝滋肾, 利胆明目, 从而提高视力。

4.3 循经取穴机理

阳陵泉、光明、太冲属肝胆经, 可疏肝利胆, 通经明目。光明为治疗眼病的要穴, 阳陵泉乃胆经之下和穴, 均有利胆明目的作用。太冲乃肝经之元穴, 肝经连目系, 本病的发生又多与肝肾亏需有关, 《灵枢·九针十二原》曰: “五脏有疾也, 当取之十二原。”故取该穴, 疏通经络, 调肝明目。

4.4 颈上交感神经节位于第二、三颈椎横突的高度其发出的节

后世医家在此理论上启迪发挥, 不断用于临床。现代中医学家蒲辅周先生 60 年代初运用提壶揭盖法神奇般治愈国家领导人的“癃闭”(尿潴留) 病证, 传为佳话^[2]。笔者在临床上根据这一理论, 常以宣肺利水法治疗下焦肾与膀胱病证, 每收良效。药如苏叶、枇杷叶、桂枝、白芷、荆芥、防风、前胡、杏仁等; 若肺气闭郁甚者, 加葶苈子、桑白皮; 三焦郁滞, 加大腹皮、槟榔; 水肿甚者, 加冬瓜皮、茯苓皮; 气虚明显者, 加黄芪、茯苓、白术。尝治一妇女产后小便点滴不通, 腹胀痛难受, 西医用利尿剂与新斯的明效果不佳。中医诊断为“癃闭”, 经云: “肺为华盖, 宗气藏于其中, 主宰一身之气。通调水道, 下输膀胱。”投以上法加减, 服后小便大畅, 其效果甚佳。故曰: 治疗癃闭当知巧用“提壶揭盖法”。

参考文献:

[1] 谭宏祜, 赵晓珍. 提壶揭盖法在癃闭中的具体运用[J]. 山东中医杂志, 2001, 20(3):131-132

[2] 唐发武. 提壶揭盖法运用 5 则[J]. 辽宁中医杂志, 2003, 30(2):140-141

编号: ER-10112308 (修回: 2010-12-10)

后纤维攀附于颈内外动脉的周围, 形成从伴随动脉分支走行, 分不到头面各种血管, 腺体和瞳孔开大肌等, 故当颈 2、3 小关节发生位移, 会刺激到颈上交感神经节, 使其发出的节后纤维兴奋性增高, 从而导致所指支配的血管发生痉挛, 即颈内动脉的分支-眼动脉也相应痉挛, 致视神经和视觉细胞供血不足, 出现视力下降以上各穴相合能调节脏腑经络虚实, 使人体各部的功能得以保持相对平衡。调节眼部经气, 加速眼部血液循环, 从而使目视光明。配合弹拨胆经, 在于疏通胆经气机。肝脉连目系, 而肝与胆相表里。且足少阳胆经起于目锐眦之瞳子聊, 而且于该处与手少阳三焦经相交, 然后上头角, 下耳后, 并从耳后分支脉, 再行至目锐眦; 另一支脉则从锐眦下走大迎, 合手少阴经, 到达眼眶之下。其本经别出之正经, 亦上行头面, 系目系, 之后, 再与其本经会合于目锐眦。故疏通胆经可以达到通络明目的作用。

本套手法, 通过调理相关脏腑机能, 疏通经络, 行气活血, 使目窍得养, 神光得以远及。

编号: ER-10112303 (修回: 2010-12-07)

灭靡灵散治疗宫颈糜烂的疗效观察与辨证施护

Effective observation and nursing in

differentiation of cervical erosion with Miemiling San

杨晓婧 岳小红

(甘肃省白银市中西医结合医院, 甘肃 白银, 730900)

中图分类号: R 271.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0100-02 证型: IDGA

【摘要】 目的: 探讨自制中药灭靡灵散治疗宫颈糜烂的疗效及护理。方法: 将 160 例宫颈糜烂患者随机分为治疗组和对照组各 80 例。对照组使用微波, 治疗组使用灭靡灵散阴道局部放药。结果: 对照组与治疗组总有效率有显著性差异 ($P < 0.05$)。结论: 灭靡灵散治疗宫颈糜烂疗效明显, 效果优于微波。值得临床推广。

【关键词】 灭靡灵散; 宫颈糜烂; 护理

【Abstract】 Objective: To explore the effect and nursing of cervical erosion with Miemiling San. Methods: Choose 160 cases of cervical erosion patients, randomly divide into treatment group and control group. Control group using microwave, treatment group using Miemil-ing San. Results: The total effective rate of two groups has significant difference ($P < 0.05$). Conclusion: Treating cervical erosion with Miemiling San has a good effects, is better than microwave, is worth being clinical applied.

【Keywords】 Miemiling San; Cervical erosion; Nursing

宫颈糜烂是慢性宫颈炎常见的一种病理改变^[1]。由于宫颈长期浸于刺激性分泌物中, 鳞状上皮脱落引起。常表现为白带的量、颜色、性质及气味的改变, 可伴有腰骶部疼痛、盆腔部下坠痛等。是已婚妇女生殖道炎症中的一种常见的妇科多发病, 且与宫颈癌的发生有一定关系。临床上, 治疗宫颈糜烂的方法很多, 但以局部治疗为主。我院采用自制中成药阴道放药治疗宫颈糜烂取得良好的效果。先将总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 160 例患者均为已婚育龄妇女。妇科检查时可见宫颈有不同程度的糜烂, 白带增多, 经宫颈刮片检查, 均排除早期宫颈癌。宫颈糜烂的分度: 根据糜烂面积大小将宫颈糜烂分为 3 度: 轻度指糜烂面小于整个宫颈面积的 1/3; 中度指糜烂面占整个宫颈面积的 1/3~2/3; 重度指糜烂面占整个宫颈面积的 2/3 以上^[2]。两组年龄、病程及宫颈糜烂程度比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗组与对照组一般资料的比较, 见表 1。

表 1 治疗组与对照组一般资料的比较

组别	例数	年龄(岁)	病程(年)	宫颈糜烂面分度		
				轻度	中度	重度
治疗组	80	33.5	2.2	25	37	18
对照组	80	35	2.3	16	30	34

1.2 药物与仪器

1.2.1 方药组成

灭靡灵散由枯矾, 三七, 五倍子等中药经制剂室加工成粉剂。LEO-2200 微波治疗仪, 徐州雷奥医疗设备有限公司生产。
1.2.2 方法: 取膀胱截石位, 用 5% 复合碘消毒外阴、阴道、宫颈, 阴道窥阴器充分暴露宫颈, 干棉球拭净阴道及宫颈分泌物。治疗组将灭靡灵散药粉撒于带尾棉球上, 再将棉球紧塞于子宫

颈部, 线尾留在阴道口, 嘱咐病人 24 小时后自行牵引尾线将棉球取出^[3]。对照组根据宫颈糜烂程度调节微波功率键 40W, 选择微波凝固模式, 将电源另一端接上凝固治疗探头, 接着将探头接触病变组织面, 脚踏脚踏开关输出微波功率使病变组织面结成一层白色结痂为止。两组均于月经干净后 3~7 天开始, 隔日一次, 每疗程 7 次, 连续 2~3 个疗程。

1.3 疗效评定标准: 治愈: 阴道分泌物正常, 宫颈光滑, 糜烂面消失, 宫颈管口呈椭圆, 形态正常, 肥大缩小, 无粘连; 有效: 糜烂面基本消失, 但宫颈口处可见红色肉芽组织, 直径 $< 1\text{cm}$; 无效: 糜烂面及程度无变化。

2 结果

两组治疗效果 (见表 2)。

表 2 治疗效果比较

组别	治愈	有效	无效	有效率%
治疗组	43	34	3	96.25%
对照组	32	38	10	87.50%

3 护理

3.1 治疗前护理

3.1.1 治疗前了解患者一般情况

选取月经干净 3~7d 治疗; 术前常规宫颈刮片检查。

3.1.2 心理护理: 多数患者对疾病不了解, 把宫颈糜烂误认为性病, 难以启齿, 不好意思就诊。存在不同程度的紧张、恐惧, 护理人员应引导病人说出对疾病的心理感受。关心患者的疾苦, 保护患者的隐私。向病人及家属介绍疾病的原因, 过程, 及防治措施。取得家属的理解和支持, 解除患者的思想顾虑。以良好的心态接受治疗。

3.2 治疗中的护理: 为患者提供整洁、安静、舒适的治疗环境。术前排空小便; 常规外阴消毒及阴道擦洗。放置窥阴器时动作

要轻,以免误伤阴道壁或触及糜烂面,引起出血影响治疗效果。注意观察患者的面色,治疗过程中患者有轻度的不适,多鼓励,嘱深呼吸,不要随意左右移动或改变体位,以利手术顺利进行。

3.3 治疗后的护理:患者不需要住院。因此,要做好术后指导至关重要。嘱患者24小时后自行取出棉球。治疗期间禁房事、盆浴、坐浴、阴道冲洗两个月。保持外阴清洁、干燥,要勤换内裤,内裤应穿棉制品为宜,以减少局部刺激。注意经期卫生和夫妻双方个人卫生,落实节育措施,减少流产等损伤宫颈的操作。如有不适,要随诊。

4 体会

宫颈糜烂是慢性宫颈炎常见的一种病理改变,为妇科最常见的疾病。灭靡灵散是一种针对治疗宫颈糜烂的纯中药制剂,具有去腐生肌、清热燥湿、收敛止血、去腐生肌、抗菌消炎等功效。散剂经阴道深部给药后,直接接触糜烂面,能清除受炎症侵蚀的糜烂面,促使新鲜健康的鳞状上生长。具有价格便宜,

疗效确切,操作简便、无痛苦、无禁忌证等优点,具有临床推广价值。在治疗过程中了解患者一般情况,予以心理护理,消除患者恐惧心理,有利于手术的顺利进行,治疗时,为患者提供舒适的环境,陪伴患者,观察病人面色,多鼓励病人,密切配合。详细、耐心的指导治疗后注意事项,使广大患者提高自我保健意识。因此做好治疗前、中、后的护理,对成功治疗宫颈糜烂也起到重要的作用。

参考文献:

[1]乐杰.妇产科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2006,263,265

[2]岳亚飞.妇产科护理学(二)[M].湖南:湖南科技出版社,2001:202

作者简介:

杨晓婧(1973-),女,本科,职称:中级。研究方向:妇产科护理。

编号:EA-100912824(修回:2010-12-2)

丹红注射液治疗40例肝硬化的疗效观察

Effective observation on treating 40 cases of cirrhosis with Danhong injection

蔡宝玲¹ 朱铁兵² 徐丰² 邹冬侠²

(1.江苏省宿迁市卫生学校,江苏 宿迁,223800;

2.江苏省宿迁市宿城区人民医院,江苏 宿迁,223800)

中图分类号:R657.3+1 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)23-0101-03 证型:IBD

【摘要】目的:观察丹红注射液对肝硬化病人的治疗效果。方法:对照组38例,以甘利欣、Vitc、肌苷静脉滴注,每天一次口服水飞蓟素,两组疗程均为4周。治疗组40例,在对照组治疗基础上予丹红注射液40ml加入250ml葡萄糖注射液中稀释后缓慢滴注,每天一次;观察肝功能、肝纤维化及血流变的变化。结果:治疗组与对照组比较,总有效率有显著差异($P<0.05$);胆红素和转氨酶复常方面,治疗组亦优于对照级,有显著差异($P<0.05$);两组治疗前后肝纤维化指标检测结果,治疗组与对照组治疗后比较有显著差异($P<0.05$);两组治疗前后血流变检测结果,治疗组与对照组治疗后比较部分项目有显著差异($P<0.05$ 、 $P<0.01$)。结论:丹红注射液对肝功能、肝纤维化及部分血流变项目有改善。

【关键词】丹红注射液;肝硬化;肝纤维化;血流变

【Abstract】 Objective: To observe the protective effect of Danhong injection on patients with liver cirrhosis. Method: 78 patients with liver cirrhosis were randomly divided into treatment group ($n=40$) and control group ($n=38$). The treatment group were given Danhong Zhusheyeye injection. While, the control group was treated with Diammonium Glycyrhizinate injection, Vitamin C injection, Inosine injection and silymarin once a day. The two groups were observed 4weeks. Results: As compared to control group, the treatment group had a more significant improvement in clinical symptoms and liver function ($P<0.05$). There were also significant differences of the indicator of liver fibrosis and hemorheology of the treatment group than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion: Danhong injection can result in a significant improvement of liver function, liver fibrosis and some indicator of hemorheology.

【Keywords】 Danhong injection; Liver Cirrhosis; liver fibrosis; Hemorheology

目前肝硬化的治疗仍无特效方法,基础研究表明丹参、红花提取物对肝细胞修复及肝纤维化具有一定作用^[1-2]。本文应用丹红注射液治疗36例肝硬化患者,观察治疗前后肝功能、肝纤维化指标(HA, LN, PCIII, IV-C)、血流变等变化,发现有一定疗效,现总结报道如下:

1 资料和方法

1.1 病例选择:本组80例病例均为宿城区人民医院2006年1

月~2009年12月住院患者,男62例、女16例,年龄21~65岁、平均41.6岁,临床诊断符合2000年西安第十次全国病毒性肝炎及肝炎学术会议制定《病毒性肝炎防治方案》诊断标准^[3]。80例患者随机分为两组,其中A组为丹红注射液治疗组40例,B组对照组38例,两组临床资料具可比性。

1.2 治疗方法

治疗组:丹红注射液(济南步长制药有限公司)40ml加入

250ml 葡萄糖注射液中稀释后缓慢滴注，每天一次，其他治疗同对照组。对照组：以甘利欣、Vitc、肌苷静脉滴注，每天一次，口服水飞蓟素两组疗程均为4周。两组均未再使用其他保肝药。

1.3 观察项目

治疗前后肝功能、肝纤维化指标(HA, LN, PCIII, IV-C)及血流变的检测。肝纤维化指标检测采用放免法。

1.4 疗效判定标准

①症状消失、肝功能检测恢复正常为显效；②症状好转、主要肝功能指标恢复50%以上为有效；③未达到上述标准或病情恶化者为无效。

1.5 统计处理

计量资料用平均数±标准差($\bar{x} \pm s$)，治疗前后及两组均数比较用 *t* 检验，两组疗效比较用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 临床疗效

疗程结束后，治疗组和对照组总有效率(显效+有效)分别为85.0%(34/40)和63.2%(24/38)，有显著性差异($P < 0.05$)。

2.2 治疗前后两组肝功能指标变化

见表1。两组治疗前后各项指标比较有显著差异 $P < 0.01$ ，治疗后与对照组比较 ALT 差异不显著 $P > 0.05$ 。两组治疗后 AST、TBil 差异显著 $P < 0.05$ 。

表1 两组治疗前后肝功指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)		ALT (U/L)	AST (U/L)	TBil ($\mu\text{mol/L}$)
A组	40	治疗前	258.3±92.7	212.6±75.4	108.9±132.6
		治疗后	45.2±31.8	65.8±47.4 [*]	37.2±28.3 [*]
B组	38	治疗前	269.5±101.9	207.1±67.3	112.9±112.8
		治疗后	58.4±39.1	92.5±58.2	58.4±43.6

注：^{*} $P < 0.05$ 。

2.3 治疗前后两组肝纤维化指标检测结果见表2，治疗组中治

疗前后各项指标比较有显著差异 $P < 0.01$ ，治疗后与对照组比较 $P < 0.05$ 。

表2 两组治疗前后肝纤维化指标检测结果($\bar{x} \pm s$, $\mu\text{g/L}$)

组别	例数(n)		HA	LN	PCIII	IV-C
A组	40	治疗前	215.40±57.43	124.65±86.56	176.57±73.34	133.46±47.23
		治疗后	97.58±32.67 [*]	79.83±18.64 [*]	103.45±32.43 [*]	55.21±24.35 [*]
B组	38	治疗前	208.52±55.42	127.81±91.35	183.34±86.42	142.42±77.35
		治疗后	198.34±52.48	101.24±28.45	168.31±45.87	135.45±36.38

注：^{*} $P < 0.05$ ，^{**} $P < 0.01$ 。

2.4 治疗前后两组血流变指标检测结果：见表3、4、5。

表3 治疗组病人治疗前后血流变指标($\bar{x} \pm s$)

	全血低切 粘度(10s ⁻¹ / mPa·s)	全血中切 粘度(50s ⁻¹ / mPa·s)	全血高切 粘度(120s ⁻¹ / mPa·s)	血浆粘度 (120s/m Pa·s)	低切 还原 粘度	中切 还原 粘度	高切 还原 粘度	聚集 指数	红细 胞变 形指数	红细 胞刚 性指数	红细 胞电 泳指数
治疗前	6.15±1.32	6.02±1.38	3.74±0.48	4.07±0.39	3.21±0.31	3.12±0.24	1.15±0.12	1.28±0.16 ^{**}	18.4±2.3	17.7±1.9 [*]	10.9±1.2
治疗后	10.2±0.9 [*]	7.7±0.7	6.5±0.6 ^{**}	1.79±0.15	2.21±0.13 [*]	1.24±0.19	1.78±0.17 ^{**}	7.12±0.59	5.51±0.45 ^{**}	6.65±0.69	5.87±0.43 ^{**}

注：^{*} $P < 0.05$ ，^{**} $P < 0.01$ 。

表4 对照组病人治疗前后血流变指标($\bar{x} \pm s$)

	全血低切 粘度(10s ⁻¹ / mPa·s)	全血中切 粘度(50s ⁻¹ / mPa·s)	全血高切 粘度(120 s ⁻¹ /mPa·s)	血浆粘度 (120s/mPa ·s)	低切 还原 粘度	中切 还原 粘度	高切 还原 粘度	聚集 指数	红细 胞变 形指数	红细 胞刚 性指数	红细 胞电 泳指数
治疗前	6.14±1.34	6.13±1.29	3.68±0.51	3.85±0.41	3.28±0.29	3.32±0.34	1.13±0.15	1.25±0.13 [*]	18.6±2.4	18.3±1.8	10.7±1.3
治疗后	10.5±1.1	7.9±0.8	7.6±0.8	1.78±0.18	1.76±0.12	1.26±0.21	1.28±0.22	7.13±0.64	7.09±0.53	6.68±0.72	6.71±0.54

注：^{*} $P < 0.05$ 。

表5 两组病人治疗后血流变指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	全血低切 粘度 ($10s^{-1}/$ $mPa \cdot s$)	全血中切 粘度 ($50s^{-1}/$ $mPa \cdot s$)	全血高切 粘度 ($120s^{-1}/$ $mPa \cdot s$)	血浆粘度 ($120s/mPa$ $\cdot s$)	低切 还原 粘度	中切 还原 粘度	高切 还原 粘度	聚集 指数	红细 胞变 形指数	红细 胞刚 性指数	红细 胞电 泳指数
A组	40	6.02±1.38	6.13±1.29	4.07±0.39	3.85±0.41	3.12± 0.24	3.32± 0.34	1.28± 0.16*	1.25± 0.13	17.7± 1.9	18.3± 1.8	10.2± 0.9*
B组	38	10.5±1.1	6.5±0.6**	7.6±0.8	2.21±0.13*	1.76± 0.12	1.78± 0.17	1.28± 0.22	5.51± 0.459	7.09± 0.53	5.87± 0.43	6.71± 0.54

注: * $P<0.05$, ** $P<0.013$ 。

2.5 副反应

两组中无明显不良反应。

3 讨论

肝硬化属于中医学胁痛、积聚、臌胀等范畴,化痰通络是治疗肝硬化的方法之一^[4]丹参为唇形科植物丹参。干燥根及根茎。有祛瘀止痛、活血通经、清心除烦之功^[5]。红花是菊科草本植物红花的干燥花,是活血化瘀的传统中药之一。丹红注射液是丹参,红花提取物配伍而成。现代研究证明丹参水溶性化合物中丹参酚酸 B (SA-B) 可通过拮抗肝星状细胞活性而抑制肝纤维化^[6-7]。丹参酚酸 A (SA-A) 及 SA-B 可促进肝细胞再生^[8-9], SA-A 可提高肝细胞抗氧化能力^[10]。

近年来药物研究表明红花提取物的主要有效成分有红花黄色素、红花甙、红花醌甙及新红花甙等,具有很多药理作用,通过动物实验证实了其具有抗肝纤维化的作用,但其机制尚未完全阐明。

有人认为^[2]其机制可能是通过下调抗凋亡基因 bcl-2 和上调促凋亡基因 bax 的表达来促进活化的肝星状细胞 (hepatic steuate cell, HSC) HSC-T6 的凋亡,而起到抗肝纤维化的作用红花同时还有扩血管、改善微循环、抑制血小板聚集、增加与改善纤维蛋白溶酶活性、降低全血黏度、血浆黏度、红细胞压积及纤维蛋白原,纠正血液的高凝状态的功能^[11-12]。本组病例观察发现疗程结束后,治疗组总有效率(显效加有效)为 85.0% (34/40) 和对照组总有效率 63.2% (24/38),有显著性差异 ($P<0.05$)。在改善肝功能上治疗前后两组肝功能指标比较有显著差异 $P<0.01$, 两组治疗后 ALT 差异不显著 $P>0.05$ 。两组治疗后 AST、TBil 差异显著 $P<0.05$ 。表明丹红注射液对降低 AST、TBil 有较好疗效。

在肝纤维化指标方面:治疗组明显优于对照组,治疗组治疗前后各项指标比较有显著差异 $P<0.01$, 治疗后与对照组比较 $P<0.05$ 。在血流变方面:肝硬化病人由于低蛋白血症、贫血、血小板减少、肝脏合成凝血因子减少等原因,使其全血粘度和血浆粘度均显著低于正常人。肝硬化病人红细胞聚集指数和变形指数比正常人显著偏低;红细胞刚性指数和电泳指数则显著高于正常人。因此肝硬化病人全血还原粘度(排除压积因素的粘度)却略高于正常人^[13-14]。

本组观察丹红注射液可明显改善肝硬化患者血流变,可能与抑制血小板聚集、增加与改善纤维蛋白溶酶活性、降低纤维

蛋白原,纠正血液的高凝状态的功能^[11-12]有关。治疗结果提示丹红注射液对肝硬化病人在改善肝功能、肝纤维化及部分血流变项目有较好疗效。

参考文献:

- [1]张文炜,毛子旭,徐列明.丹参酚酸 B 盐对人肝星状细胞内肌细胞增强因子 2 的影响[J].自然科学进展,2008,18(5):573-578
- [2]刘珺,徐选福,杨文娟,郭传勇.红花注射液对肝星状细胞 HSC-T6 增殖、凋亡及凋亡相关基因表达的影响[J].中草药,2009,40(8):1570-1274
- [3]中华医学会传染病与寄生虫病学分会,肝病分会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝病杂志,2000,8(6):324-329
- [4]易善华,李永福.黄芪注射液合丹参注射液治疗慢性肝炎肝硬化 45 例[J].浙江中医杂志,2007,42(4):243
- [5]徐丽君,黄光英.丹参的化学成分及其药理作用研究概述[J].中西医结合研究,2009,11(1):45-48
- [6]张文炜,毛子旭,徐列明.丹参酚酸 B 盐对人肝星状细胞内肌细胞增强因子 2 的影响[J].自然科学进展,2008,18(5):573-578
- [7]薛冬英,洪嘉禾,徐列明.丹参酚酸 B 对转化生长因子 $\beta 1$ 和血小板衍生生长因子-BB 在肝星状细胞内信号传导的影响[J].中国中西医结合杂志,2006,26(5):439-442
- [8]Wu ZM,Wen T,Tan YF.Effects of salvianolic acid A on oxidative stress and liver injury induced by carbon tetrachloride in rats[J].Basic Clin Pharmacol Toxicol,2007,100(2):115-120
- [9]Kong R,Gao Y,Sun B,et al.The Strategy of Combined Ischemia Precondition and Salvianolic Acid B Pretreatment to Prevent Hepatic Ischemia Reperfusion Injury in Rats[J].Diq DisSci,2009,54(12):2568-2576
- [10]和水祥,徐俊丽,赵刚等.丹参对肝硬化上消化道大出血患者提内脂质过氧化状态的影响[J].世界华人杂志,2007,15(2):181-184
- [11]时明.红花注射液的临床应用[J].现代中西医结合杂志,2004,13(15):2077-2079
- [12]臧宝霞.红花黄酮成分抗血小板作用和作用机理研究[D].北京中医药大学,2006:65-69
- [13]倪定慧.肝硬化患者红细胞膜脆性和血流变指标的改变[J].浙江中西医结合杂志,2000,10(3):142-143
- [14]吴诗品,黄自存.慢性肝病红细胞体积分布宽度变化及其临床意义[J].临床肝胆杂志,1997,13(1):36

编号: EA-101026184 (修回: 2010-12-03)

中西医结合治疗慢性乙型肝炎的疗效观察

Effective observation on treating chronic hepatitis B in the integrative medicine

李爱芝 曲金梅 刘晓玲

(甘肃省酒泉市人民医院, 甘肃 酒泉, 735000)

中图分类号: R512.6+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0104-02 证型: IBD

【摘要】 目的: 观察拉米夫定联合乙肝散治疗慢性乙型肝炎的临床疗效。方法: 将两组患者分为联合治疗组和对照组, 其中治疗组: 拉米夫定片 100mg/1/d, 乙肝散 9g 3/d, 服用 24 周、48 周; 对照组: 拉米夫定片 100mg/d, 服用 24 周、48 周。观察 2 组患者治疗后 24 周、48 周肝功能复常率; HBV-DNA 转阴率及 HBeAg 转阴率。结果: 对其结果进行分析发现 24 周、48 周治疗组肝功能复常率、HBV-DNA 转阴率及 HBeAg 转阴率显著高于对照组 $P < 0.05$ 。结论: 拉米夫定联合乙肝散治疗慢性乙型肝炎疗效显著。

【关键词】 慢性乙肝; 中西医结合; 乙肝散

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect on treating chronic hepatitis B with Lamivudine plus Hepatitis B bulk. Methods: Divide into treatment group and control group, which the treatment group: Lamivudine tablets 100mg·l⁻¹·d⁻¹, Hepatitis B Bulk 9g 3/d, take 24 weeks, 48 weeks; Control group: Lamivudine tablets 100mg/d, take 24 weeks, 48 weeks. To observe the recovery rate of liver function after treatment 24 weeks, 48 weeks; HBV-DNA Negative rate and HBeAg Negative rate. Results: To analyze the result, the effect of treatment group is better than the control group $P < 0.05$. Conclusion: Treating chronic hepatitis B with Lamivudine plus Hepatitis B Bulk has a good effect.

【Keywords】 Chronic hepatitis B; The integrative medicine; Hepatitis B bulk

慢性乙型肝炎是一种难治性疾病; 根本措施在于抗病毒治疗, 拉米夫定是用于慢性乙型肝炎抗病毒治疗的核苷类似物, 拉米夫定发挥临床抗病毒效应较快, 但耐药率高, 为进一步提高拉米夫定抗病毒疗效, 降低耐药率, 延长耐药的时间, 我们应用拉米夫定片联合乙肝散治疗 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎, 并于单用拉米夫定治疗 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎对比, 现将结果报告如下:

1 临床资料

1.1 病例选择: 患者来源于 2009 年 6 月~2010 年 8 月酒泉市人民医院传染科门诊及住院的慢性乙型肝炎患者, 共 42 人, 男性 24 例; 女性 18 例, 平均年龄 18~65 岁, 诊断符合 2000 年第十次全国病毒性肝炎学术会议修订的《病毒性肝炎防治方案》, 并排除甲、丙、丁、戊型肝炎和其它病因所致的肝损害^[1], HBsAg 阳性大于 6 个月, 血清 HBVDNA > 10 × 5 拷贝/ml, HBeAg 均阳性, 可伴有 ALT 升高或临床加重, 排除其它病毒性肝病及排除半年内应用过免疫调节剂。随机分为联合组 22 例和

对照组 20 例, 两组性别、年龄、病程、生化学及病毒学指标均无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

联合治疗组: 拉米夫定片 (葛兰素史克公司产品) 100mg, 每日一次, 联合乙肝散 (贵州德祥制药有限责任公司) 9g, 每日三次, 服用 24 周、48 周 (总疗程 1 年以上)。对照组: 拉米夫定片 (葛兰素史克公司产品) 100mg, 每日一次, 服用 24 周、48 周 (总疗程 1 年以上)。

1.3 观察指标: 观察治疗后肝功能 24 周、48 周肝功能复常率; HBV-DNA 转阴率及 HBeAg 血清转换率, HBeAg 转阴率, 肾功能, 乙肝血清标志物。

1.4 统计学方法

计量资料采用配对 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检测。

2 结果

2.1 两组前后患者 HBV-DNA 转阴率及 ALT 复常率比较 (见表 1)。

表 1 两组患者 HBV-DNA 转阴率及 ALT 复常率比较

组别	例数	HBV-DNA 转阴		ALT 复常率	
		24 周	48 周	24 周	48 周
联合组	22	10 (45.5%)	12 (54.5%)	17 (77.3%)	19 (86.4%)
对照组	20	6 (30.0%)	7 (35.0%)	12 (60%)	13 (65%)
P		<0.05		<0.05	

2.2 两组前后患者两组患者免疫学 HBeAg 转阴率及 HBeAg 转换率比较 (见表 2)

(下转 106 页)

赵瑞华治疗妇科盆腔炎性包块经验

Experience of ZHAO Rui-hua for treating Gynecologic Pelvic Inflammatory Disease

权玉巧 赵瑞华

(中国中医科学院广安门医院, 北京, 100053)

中图分类号: R711.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 23-0105-02 **证型:** IBD

【摘要】 慢性盆腔炎是妇科临床中常见病, 常为急性盆腔炎未能彻底治疗或患者体质较差所致, 往往迁延难愈, 中医药对慢性盆腔炎有较好的疗效。

【关键词】 盆腔炎性包块; 中医药疗法; 经验

【Abstract】 Chronic Pelvic Inflammatory Disease (CPID) is a common gynecological disease. It is usually due to the failure of complete treatment of acute PID or the weak constitution. Of the patients, this disease is hard to cured, but Chinese medicine has some optimistic effectiveness.

【Keyword】 Chronic pelvic inflammatory disease; TCM therapy; Experience

赵瑞华主任系中国中医科学院广安门医院妇科主任, 主任医师, 硕士生导师。在近三十年的教学、临床和科研实践中积累了丰富的临床经验和医疗科研心得, 对妇科盆腔炎性包块有独特而深刻的认识, 形成了自己独特的风格, 组方用药更具特色。兹将其多年临证经验加以整理, 简要介绍如下。

现代医学认为急性盆腔炎是指在经期、产褥期、流产及盆腔、宫腔、宫颈各类手术后, 机体抵抗力减弱, 链球菌、葡萄球菌、大肠杆菌、厌氧菌以及性传播疾病的病原体等由血液、淋巴或沿生殖器粘膜上行蔓延或直接蔓延引起盆腔内生殖器及其周围结缔组织和盆腔腹膜等处发生充血、水肿、粘连、化脓等炎性病变, 形成急性盆腔炎。若治疗不及时, 并且妇女内生殖器位于腹腔最低处, 炎症吸收慢, 易迁延日久, 形成慢性盆腔炎。慢性盆腔炎常为急性盆腔炎未能彻底治疗或患者体质较差, 病程迁延所致, 亦可无急性病史, 因病情较顽固, 当机体抵抗力较差, 或在一定诱因激发下急性发作。病情复杂, 病程绵延难愈, 复发率高, 给治疗带来困难。近年来盆腔炎的发病率呈逐渐增长趋势, 而现代医学对本病的治疗尚无良策, 尤其对慢性盆腔炎的治疗没有确切的疗效, 其伴包块者更是成为了难治之症。祖国医学并无盆腔炎之名, 根据其临床特点, 分属祖国医学妇人腹痛、带下病、热入血室、症瘕、不孕等范畴。《医学入门》曰: “瘕者坚而不走, 瘕者坚而能移, ……瘕化瘕稍轻。其为病所以异于男子者, 皆曰疾发于经水时, 或饮食生冷, 以致脾虚, 与脏气相结, 或七情气郁生痰, 皆必夹瘀血而后成形。”《妇人良方》曰: “妇人月经痞塞不通, 或产后余秽未尽, 因而乘风取凉, 为风冷所致, 血得寒则瘀也。瘀血在内, 则时时体热面黄; 瘀久不治, 则为积聚瘕也”。

1 辨证论治

1.1 血瘀为致病之本

妇女的生理特点为“有余于气, 不足于血”, 机体常处于血分不足, 气偏有余的状态, 因气血相互依存, 相互滋生, 伤

于血, 必影响到气; 伤于气, 也会影响到血, 最终导致气血失调, 或气血两亏, 或气虚血瘀, 或气滞血瘀。瘀是慢性盆腔炎性包块的主要病机。人体的子宫、胞脉、胞络是天癸、脏腑、气血、经络协调作用的表现。气滞或气虚导致冲任损伤, 引起子宫胞脉、胞络等因瘀而结成包块。瘀血阻滞, 不同则通, 故小腹疼痛。临床常见分为气滞血瘀与气虚血瘀。气滞血瘀者, 下腹胀疼痛或刺痛, 经行腹痛加重; 腰骶胀痛, 经期加重。带下量多, 色白或黄; 肛门坠胀; 胸胁乳房胀痛; 心烦抑郁; 大便干燥; 舌质黯红, 或见瘀斑或瘀点, 苔薄白或微黄腻; 脉弦、或弦涩。治以理气活血化瘀之法, 常用药物有: 柴胡、丹参、当归、制香附、赤芍、延胡索、夏枯草、炙甘草。气虚血瘀者, 下腹隐痛, 日久缠绵, 或劳累后加重, 带下淋漓, 色白, 质稀, 乏力。舌淡暗, 或见瘀点, 苔薄白, 脉沉细。治以益气活血化瘀之法, 常用药物有: 炙黄芪、党参、炒白术、茯苓、丹参、赤芍等。新病体质较强的宜攻宜破。久病体弱可攻补兼施, 并遵循“衰其大半而止”的原则, 以免损伤元气。

1.2 湿邪为致病之灾

湿为阴邪, 易阻遏气机, 损伤阳气。湿为阴邪, 阴盛则阳病, 故其侵犯人体, 最易损伤阳气, 脾为阴土, 性喜燥而恶湿, 湿邪侵犯, 使脾阳不振, 运化无权, 水湿停聚, 加之湿性粘滞, 湿热或寒湿邪毒粘腻停滞, 而蕴积冲任, 致气血运行失畅, 日久病情迁延, 导致正气不足, 耗伤气血, 临床上常表现为虚实夹杂。湿热者, 下腹胀痛拒按; 腰骶胀痛; 带下量多, 色黄, 质稠, 经期腹痛加重; 月经量多或伴经期延长; 大便干燥或溏而不爽; 舌质暗红, 或见边尖瘀斑或瘀点, 苔黄腻或白腻, 脉弦滑或弦涩。治以清热利湿, 活血化瘀之法, 常用药物: 柴胡, 茯苓, 赤芍, 丹参, 牡丹皮, 莪术, 红藤, 薏苡仁, 败酱草等。寒湿者, 小腹冷痛, 拒按, 遇冷加重, 得温痛减, 带下量多, 质稀, 色白; 月经量少或伴月经后期大便溏, 有不爽感; 舌质暗, 有瘀点, 苔白腻或薄白, 脉沉滑或弦滑。治以温经化湿, 消癥理气, 常用方药有: 柴胡、茯苓、白术、干姜、小茴香、

乌药、巴戟天等。

2 调畅情志, 饮食清淡, 适度活动

盆腔炎症者, 多有腹痛, 加之盆腔包块, 精神紧张, 心情郁结焦虑, 肝郁不舒, 气血易滞, 或肝郁克脾, 脾虚不能化生气血, 气虚则血行不畅, 进而导致血瘀。因此, 对患者进行一定的心理疏导是很有必要的。保持饮食清淡, 防滋腻之品阻碍脾胃功能, 并适当的加强体育锻炼, 增强体质, 保持良好的心态, 从而促进炎症包块的吸收。

3 配合外治法

归翘栓是中国中医科学院广安门医院院内制剂, 已应用于临床十余年, 取得了良好的疗效。蔡玉华等^[1]研究报道归翘栓总有效率可达 97.5%。药物组成当归, 连翘, 金银花, 川芎等。直肠给药, 栓剂进入直肠后通过粘膜吸收, 进入血液循环, 达到局部和全身治疗作用。

4 典型病例

患者甲, 女, 30 岁, 已婚, 初诊日期 2010 年 3 月 17 日。患者于 09 年 8 月北京某三甲医院 B 超示: 左附件区囊性病变, 左卵巢后方可探及 4.6×2.0cm 无回声, 子宫直肠窝探及深 1.0cm 液性暗区。2010 年 2 月因阴道淋漓出血, 北京某三甲医院 B 超: 左附件囊性包块 8.7×5.9cm。查体左附件区有压痛。2010 年 3 月 8 日因发烧 38.7℃, 伴下腹痛于北京某三甲医院急诊就诊, 诊断为“急性盆腔炎”, 查 CEA: 3.57ng/ml, CA125: 22.69μ/ml, CA199: 0.6μ/ml, 均在正常范围内, 后穹窿穿刺提示盆腔炎性包块, 予抗炎治疗 1 周。2010 年 3 月 11 日盆腔 CT 平扫加增强示: 子宫上方可见囊性病变, 大小约 8.2×6.4×9.0cm, 其内可见分隔。盆腔内可见少量游离液体密度影。静注造影剂后, 子宫后方囊性病变壁有强化, 子宫右侧及后壁可

见多个低强化结节。印象: 子宫后方囊性病变, 多发囊肿伴感染? 2010 年 3 月 16 日 B 超: 左附件区可见 8.0×7.4×5.4cm 的囊实性包块, 边界清, 囊性部分透声差, 可见细点样回声, 提示: 盆腔囊实性包块。患者欲中药调理, 待炎症好转后手术治疗, 遂来我院妇科就诊。刻下症: 下腹胀痛, 伴有下腹及肛门下坠感, 纳眠可, 大便日 2 次, 正常。舌暗红, 苔白厚, 脉弦细。平素月经 6~7/30 天, 量时多, 5~6 片卫生巾/日, 有血块, 偶有痛经。Lmp2.24, 量少, pmp2.1, 量中。证属气滞血瘀。治以活血化瘀, 消癥散结。药用: 柴胡 10g, 云苓 15g, 炒白术 15g, 制香附 15g, 丹参 25g, 赤芍 15g, 莪术 15g, 皂角刺 15g, 生薏仁 30g 等加减。归翘栓 4g, 纳肛, 每晚一次。上方加减治疗一个月后, 2010 年 4 月 19 日上述三甲医院 B 超示: 左卵巢后方可见 4.7×3.2cm 的不均质囊实性包块, 边界尚清, CDFI: 实性部分可见血流信号, 盆腔可见液性暗区, 深约 1.6cm。提示: ①附件囊实性包块, ②盆腔积液。囊肿缩小。中药治疗有效, 继续上方加减。治疗 2 个月后, 2010 年 5 月 10 日同上三甲医院 B 超示: 左卵巢内可见直径 2.1cm 无回声, 壁欠光滑, 可见小突起, 子宫直肠陷窝可见深 0.8cm 液性暗区。提示: ①附件小囊肿; ②盆腔积液。继续上方加减。服药 3 个月后, 上述三甲医院复查 B 超: 左卵巢未显示, 右卵巢直径 2.5cm, 双附件区未见明显囊性无回声。盆腔包块消失, 盆腔积液消失。

参考文献:

[1]蔡玉华,刘弘,艾莉,王燕等.归翘栓治疗慢性盆腔炎临床研究[J].中国中医药信息杂志,2002,9(11):8-10

作者简介:

权玉巧, 工作单位: 中国中医科学院广安门医院。

赵瑞华, 通讯作者, 工作单位: 中国中医科学院广安门医院。

编号: EA-101023173 (修回: 2010-11-29)

(上接 104 页)

表 2 两组患者免疫学 HBeAg 阴转率及 HBeAg 转换率比较

组别	例数	HBeAg 阴转率		HBeAg 转换率	
		24 周	48 周	24 周	48 周
联合组	22	7 (31.8%)	8 (36.4%)	6 (27.3%)	7 (31.8%)
对照组	20	4 (20%)	5 (25%)	3 (15%)	4 (20%)
P		<0.05		<0.05	

2.3 不良反应: 两组均未见明显不良发应。

3 讨论

拉米夫定是一个用于慢性乙型肝炎抗病毒治疗的核苷类似物, 该药对乙肝病毒有较强的抑制作用, 拉米夫定发挥临床抗病毒效应较快, 但 HBV 对拉米夫定耐药率较高。本组资料显示从 24 周、48 周肝功能复常率; HBV-DNA 转阴率及 HBeAg 血清转换率, HBeAg 转阴率, 治疗组显著高于对照组。国内外近些年的研究提示, 慢性乙型肝炎患者的 HBV 持续感染主要是免疫功能低下, 属机体正气不足, 故充实肾精肾气可提高机体免疫功能, 清除和抑制肝炎病毒, 从而促使病情得以改善和修复^[2]。拉米夫定具有较强抑制病毒作用, 乙肝散是一种用于治疗慢性乙型肝炎的中药, 系苗族药改进而成。主要土大黄、

萱草、千里光、猕猴桃、红土茯苓、野蔷薇、獐芽菜等成分; 主要功能为清热解毒、疏肝利胆、健脾化湿、活血化瘀等, 近年发现它还具有抗 HBV 作用, 抑制病毒作用弱, 两者合用可以提高疗效, 因而可以达到抑制病毒、保护肝脏、减轻肝脏炎症、调节免疫、促进再生、抗肝纤维化的功能。在抑制拉米夫定耐药方面尚在观察总结, 值得进一步扩大样本深入研究。

参考文献:

[1]中华医学会.病毒性防治方案[J].中华传染病杂志,2001,19:56-62

[2]赵刚,陈建杰,王灵台教授论补肾法为主治疗慢性乙型肝炎的机制[J].中国中西医结合杂志,2005,25(1):78-79

编号: EA-101017135 (修回: 2010-11-27)

中西医结合护理及治疗早期糖尿病肾病 86 例临床观察

Clinical observation on treating and nursing 86 cases of early diabetic nephropathy in the integrative medicine

鞠萍

(山东青岛中西医结合医院, 山东 青岛, 266002)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0107-02 证型: DGB

【摘要】 目的: 讨论中西医结合护理及治疗早期糖尿病肾病的临床疗效。方法: 86 患者随机分为治疗组和对照组, 对照组给予常规治疗, 治疗组在常规治疗基础上配合中药治疗。结果: 治疗组效果优于对照组。结论: 中西医结合治疗早期糖尿病肾病取得良好的临床效果, 值得推广。

【关键词】 糖尿病肾病; 中西医结合; 临床

【Abstract】 Objective: To investigate effects of treating and nursing early diabetic nephropathy in the integrative medicine. Methods: 86 cases were randomly divide into treatment group and control group, control group using conventional therapy, treatment group bases on conventional therapy plus TCM therapy. Results: Treatmeng group is better than control group. Conclusion: Treating early diabetic nephropathy in the integrative medicine has a good effects, is worth being applied.

【Keywords】 Diabetic nephropathy; In the integrative medicine; Clinical

目前对中、晚期糖尿病肾病的病因治疗手段还不多。在早期糖尿病肾病期, 采用有效的护理和治疗方法, 可使尿微量白蛋白排泄率恢复正常, 若治疗不及时或不得当, 一旦发展为临床糖尿病肾病期, 出现持续尿蛋白, 则病情将不可逆转。因此, 对糖尿病肾病的早期治疗及护理尤为重要。自 2005 年 7 月至 2009 年 6 月, 我们应用中西医结合的方法护理和治疗早期糖尿病肾病, 对其相关指标进行了观察, 取得满意疗效, 总结如下:

1 临床资料

共观察 86 例早期糖尿病肾病患者, 全部符合 1999 年 WHO 糖尿病诊断标准和国际通用的 Mogensen 糖尿病肾病分期诊断标准之早期糖尿病肾病期: 即休息状态下尿白蛋白排泄率 20~200 μ g/分, 放免法测定尿微量蛋白均升高, 但尿常规蛋白测定阴性。除外其他疾病及药物所致的肾损害, 除外妊娠及哺乳期妇女。

将符合诊断的患者随机分为治疗组和对照组。治疗组 43 例, 其中男 23 例, 女 20 例, 年龄 35~72 岁, 平均 (51.67 \pm 10.72), 糖尿病肾病病程 2~7 年, 平均 (4.15 \pm 1.29); 对照组 43 例, 其中男 22 例, 女 21 例, 年龄 32~73 岁, 平均 (51.52 \pm 10.12), 糖尿病肾病病程 1~7 年, 平均 (4.83 \pm 1.36)。各组在年龄, 性别, 病程及病情严重程度均无明显差异。

2 护理方法

两组患者如下护理: ①在饮食方面, 以低盐、低胆固醇、限制植物蛋白, 并以优质低蛋白及低磷、富含维生素的食物为主。针对糖尿病肾病患者的分型分别给予中医施膳指导, 以平衡阴阳, 调理脏腑, 扶正祛邪。如: 肾阳虚者可食韭菜、狗肉、羊骨、肉桂等, 肾阴虚者可食枸杞子、桑葚子、小耳、银耳等。

②严格控制血糖, 使血糖长期稳定并保持接近正常水平, 对胰岛素用量需作精细调节, 应监测血糖作为用药指标, 而不能用作尿糖作指标。因为高血糖会加重糖尿病肾脏病变的发展。③糖尿病肾病多伴有高血压, 后期可伴有水肿及心力衰竭, 故糖尿病肾病应进低盐饮食, 每日钠盐最好低于 2g。但是, 无盐的饮食十分难吃, 糖尿病肾病患者常难做到, 为了病情需要, 要鼓励患者能够克服困难, 规律饮食。严格控制血压, 尽量使血压控制在 130/80mmHg 以下。④戒烟戒酒, 调畅情志。吸烟饮酒及情志不畅是加重糖尿病肾病的重要因素。护理人员多和病人交流, 在交流中了解其心理动态, 并灌输各种卫生保健知识, 增强战胜疾病的信心, 使其尽量保持愉快的心情配合治疗, 积极参与治疗。⑤禁用肾毒药物。根据糖尿病肾病各期特点、症状进行中医辨证施护, 采用艾灸穴位、中药灌肠等。⑥适当活动, 但要避免劳累, 以免复发。根据中医“天人合一”与“动静结合”的理论, 制定合理的作息制度。中医有“春夏养阳, 秋冬养阴”的学说, 春夏应多让患者接触阳光; 秋冬季节让患者注意保暖。根据病人病型不同, 为患者创造相应的环境。并采取太极拳、气功等传统锻炼方法, 指导病人运动以强身健体。

3 治疗方法

两组患者同时如下治疗: ①应用胰岛素皮下注射, 控制血糖: 空腹血糖 < 7.0mmol/L; 餐后 2 小时血糖 < 8.0mmol/L。②应用血管紧张素转换酶抑制剂以及钙离子拮抗剂等药物控制血压在 130/80mmHg 以下。

治疗组除以上治疗外, 加用自拟滋肾化瘀益气汤: 西洋参 20g, 生黄芪 20g, 麦冬 10g, 花粉 15g, 当归 15g, 生地 20g, 山萸肉 10g, 枸杞 10g, 黄精 20g, 女贞子 10g, 旱莲草 10g,

制首乌 20g, 丹参 15g, 赤芍 10g, 川芎 15g。水煎服, 每日一剂, 分早晚两次服, 连续服用 4 周。

4 观察指标

所有病例分别于治疗前一天及治疗满 4 周后一天, 取空腹晨尿, 应用放射免疫法测定尿微量白蛋白 (nALB), B2-微球蛋白 (B2-MG) 以及免疫球蛋白 (IgG)。

表 1 两组治疗前后尿微量白蛋白, B2-微球蛋白以及免疫球蛋白的变化

		nALB ($\mu\text{g/L}$)	B2-MG (ng/L)	IgG ($\mu\text{g/L}$)
对照组	治疗前	13.48 \pm 1.01	351.09 \pm 25.18	3.86 \pm 0.47
	治疗后	10.12 \pm 0.62	214.46 \pm 24.13	3.24 \pm 0.53
治疗组	治疗前	12.56 \pm 1.16	350.74 \pm 24.27	3.81 \pm 0.50
	治疗后	6.70 \pm 0.54 ^{*△}	156.10 \pm 22.27 ^{*△△}	1.90 \pm 0.48 ^{*△△}

注: 治疗前后比较^{*} $P<0.05$, ^{**} $P<0.01$; 与对照组治疗后比较[△] $P<0.05$, ^{△△} $P<0.01$ 。

7 讨论

糖尿病肾病是糖尿病的主要微血管并发症之一, 也是糖尿病患者重要的致残和致死原因。中医中药对治疗肾脏病有着丰富的经验, 能因人施治、辨证论治、辨证施护, 对糖尿病肾病有较大的意义。糖尿病在中医体系中属消渴病, 主要病机为阴虚燥热, 久之则导致气阴两伤或阴阳俱虚。阴虚内热耗灼津液; 阳虚寒凝, 无以推动血液运行, 两者均可造成血瘀。瘀血内停, 可损及先天之本, 使肾固摄无权, 导致蛋白等水谷精微外泄。

5 统计学方法

数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示, 治疗前后及组间比较采用 t 检验。采用 SPSS 13.0 软件进行统计学处理。

6 结果

两组治疗前后尿微量白蛋白, B2-微球蛋白以及免疫球蛋白的变化, 见表 1。

早期糖尿病肾病患者, 常表现为疲乏无力、头晕目眩、双目干涩、视物模糊、腰膝酸软、口干咽燥、烦热自汗、舌质暗红、脉弦细等, 属于气阴两虚、瘀血阻络之证, 治则: 益气养阴, 滋肾化瘀。滋肾化瘀益气汤方中重用西洋参, 黄芪补气; 麦冬、生地, 当归, 黄精, 枸杞, 山萸肉, 女贞子, 旱莲草, 制首乌等养阴滋肾益精血; 丹参, 赤芍, 川芎活血化瘀。合方做到益气养阴滋肾活血化瘀并重, 从而取得了良好的临床疗效。

编号: EA-101014119 (修回: 2010-12-2)

斡旋脾胃气机在消化道肿瘤的临床应用

Clinical application of Woxuan Piwei Qiji on gastrointestinal

吕新华

(常州市肿瘤医院, 江苏 常州, 213001)

中图分类号: R63 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0108-02 证型: IDGA

【摘要】 脾胃同为后天之本, 消化道肿瘤多有气机失调之患, 胃气上逆宜和降胃气, 气机下陷宜升提固涩, 脾虚气滞宜健脾理气, 斡旋脾胃气机在消化道肿瘤治疗中有十分重要的作用。

【关键词】 斡旋脾胃; 消化道肿瘤; 中医药

【Abstract】 Pi and Wei are all postnatal, gastrointestinal cancer often Qiji Shitiao, treatment in differentiation, treating gastrointestinal cancer application Woxuan Piwei Qiji has a important effects.

【Keywords】 Woxuan Piwei Qiji; Gastrointestinal cancer; TCM

脾胃同为后天之本, 共主受纳、运化, 是人体清气的发源地, 且又位居中焦, 通连上下, 实为人体气机升降出入之枢纽。胃以和降为顺, 胃气降则能受纳水谷; 脾以升为健, 脾气升, 不仅能助胃进一步消化吸收、转输水谷的精微和水液, 同时, 还能统摄、升提内脏不使下陷, 以保持诸脏各安其位。肿瘤是在正气亏虚的基础上, 多种致病因素相互作用, 导致脏腑功能、机体气血阴阳失调, 引起病理产物聚结而为病, 除病变本身影响脾胃外, 目前肿瘤的治疗方法手术、放疗、化疗等, 对人体正气损伤明显, 脾胃之气首当其冲, 多有气机失调之患。古训有“调理脾胃者, 医家之王道也”的见解, 斡旋脾胃气机在消

化道肿瘤治疗中有十分重要的作用。现谈谈个人一点浅见:

1 胃气上逆宜和降胃气

患者甲, 女, 56 岁, 胃癌术后 10 月, 术后化疗 6 疗程。患者精神欠佳, 面色萎黄, 形体瘦削, 术后一直胃纳欠佳, 口干而苦, 暖气时作, 呕酸吐苦, 胃脘隐痛, 胀闷不适, 大便干结, 两日一行, 舌红苔黄微腻, 脉弦。证属胃气上逆, 治宜和胃降逆。药用枇杷叶 20g, 黄连 5g, 姜半夏 10g, 生赭石 20g, 钩藤 20g, 瓜蒌仁 20g, 佛手 10g, 绿萼梅 10g, 茯苓 15g, 炒白术 15g, 煅瓦楞 20g, 炙内金 10g, 炒谷麦芽各 15g。服药一周后, 口干口苦、暖气较前减轻, 继续守方两周, 诸证皆较

前好转,精神佳,胃脘无不适感,呕酸吐苦不显,大便通畅,原方加减继服。

按:患者胃癌术后,气血损伤,复加化疗损伤脾胃,情志抑郁,肝气不舒,横逆犯胃,胃失和降,反致上逆。缪希雍《本草经疏·卷二十三》谓:枇杷叶秉天地清寒之气,味苦,气平,入手太阴、足阳明经,气薄味厚,阳中之阴,降也。枇杷叶性凉善下气,气下则火不上升,而胃自安,气下则火降痰顺、而呕者不呕,渴者不渴,咳者不咳,冲逆者不冲逆矣。故枇杷叶为降逆之主药;张锡纯《医学衷中参西录》中说生赭石:善镇逆气,止呕吐,通燥结,降胃之药,以赭石为最效;与姜半夏、同用降胃气之上逆。肝主疏泄,为全身气机之总司,而气得以敷布上下内外,无所不至。脾胃的正常功能,有赖于肝胆的疏通畅泄,故在治疗胃气上逆之证时要适当配伍疏肝理气,平肝降逆之品。钩藤既能清肝热,又能平肝阳,助胃气之下行,佛手、绿萼梅轻清,理肝胆之气,和胃解郁。

2 气机下陷宜升提固涩

患者乙,男,75岁,结肠癌术后一年余,术后行化疗4疗程。术后患者神疲乏力,大便溏泻,症状时轻时重,近来大便质稀次多,一日6~7次,腹痛不显,肠鸣显著,矢气亦有粪便排除,舌红绛,脉细弦,证为气阴两虚,脾运失职,肾阳不振,拟方健脾温肾兼顾脾阴肝阴。太子参15g,淮山药15g,炒陈皮10g,茯苓15g,炙草5g,煨诃子15g,益智仁15g,五味子5g,石莲子30g,仙鹤草20g,炙升麻5g,煨葛根15g,杭白芍15g,石斛10g,谷芽30g,建曲15g。守方治疗两月,患者精神佳,无明显乏力,大便成形,一日1~2次,原方加减继服善后。

按:患者年过七旬,脾肾皆已亏虚,又因消化道肿瘤,手术及其后的化疗,使正气受损,脾胃受伤,运化水谷功能失常,脾不升清,反致下陷,故肠鸣腹泻。久泻者脾必虚,久泻的一般病理过程是先伤脾气,延久不愈可致脾阴亦虚,故见舌红绛,或由脾气虚而发展至脾阴虚,所以,脾气虚是久泻的病理基础。脾胃有长养万物之功,在人体生理功能中具有十分重要的作用,因此治病应以“胃气为本”,“得谷者昌,失谷者亡”。本方由参苓白术散合四神汤加减,脾肾同补,并伍以升麻、葛根升提中气。《金匮要略·呕吐下利病篇》有:气利,诃梨勒散主之之语,气利指矢气夹有大便,故宜诃子固涩肠道,仙鹤草具有止血作用,还能治泻止痢,固涩肠道,对久泻颇为适用。肠道既属中医的腑,又属中医的脾,因此在生理上就有升降相因的问题。腑气宜通,宜降,泻而不藏;脾气宜守、宜升,藏而不泻:治疗时必须注意调整阴阳,升降适宜,把升提法与通下法有机地结合起来。升不得通,通不得升,邪盛、毒壅时,以通下为主,正气虚弱、脾虚气陷时,以升提为主,通、升亦可并用。久泻还要注意用药不宜过于温燥,以防伤阴,可适当伍以山药、莲子养脾阴之品。脏无邪气加用升提固涩之品可提高疗效。

3 脾虚气滞宜健脾理气

患者丙,女,60岁,肝癌术后3年余,术后行介入化疗4疗程,患者感神疲乏力,食欲减退,脘腹痞闷不适,右肋胀隐痛,无明显饥饿感,口淡乏味,大便量少,一日一行,舌淡苔白,脉细弦,证属脾虚气滞,治宜健脾理气。药用党参15g,

茯苓15g,炒白术15g,炒苡仁20g,炒山药20g,炒白芍15g,八月札20g,郁金10g,佛手10g,炒谷麦芽各15g,炙内金10g。治疗一月后,患者精神佳,乏力减轻,胃纳渐增,继服原方治疗,两月后患者精神佳,纳谷如常,无脘腹不适,右肋胀隐痛不显,原方加减调理,患者坚持服药,随访至今,病情稳定。

按:肝癌由于病情复杂,并发症较多,不同病情阶段有不同的临床表现,故辨证治疗也各有不同。《儒门事亲》则指出:“忧思郁怒,气机不和,日久聚而成积。”上海的中医名家于尔辛^[1]教授对肝癌的治疗主以健脾理气,认为健脾理气法,比活血化瘀法、清热解毒法、软坚散结法等治法为优,能明显提高生活质量,提高五年生存率,而且安全可靠。脾虚亦可伴见气滞,脾气既虚,运化水谷功能不足,气机不畅,气留而不行,故见乏力纳差,脘腹痞闷,口淡乏味,肝主疏泄条达,肝气不舒,阻于胁络,故见肋肋胀隐痛。本证虽为肝癌但据症而辨,病机为仍为脾虚失运,气机郁滞故治以健脾益气之党参,茯苓,白术,苡仁等,伍以八月札,郁金,佛手理气止痛,并酌加山药,炒白芍养阴柔肝。本方药味平和,勿以药味平淡而轻视之,对肝癌之疾运用得当,仍有良好效果。在有气虚气滞情况存在时,党参,炒白术补气药应注意用量不宜过大,以免反增脘痞、纳差气滞等症。理气之品宜轻灵,不宜过于温燥,以防伤阴。宁可再剂,不可重剂。

4 临床体会

脾胃为后天之本,气血化生之源,倘脾胃一败,则百药难施。惟有中央健,方能四旁如,因而凡遇疑难杂症久治不愈,在遍试各种治法均难以取效的情况下,应着重从斡旋脾胃入手。这就是“久病不愈从胃治,上下交损治其中”。胃气得开则气血生化有源,正气来复则自能克敌制胜。临床如见重病之人,胃尚能纳,犹有生机;若谢谷不纳,胃气败绝,则预后严重。

在正常情况下,气在人体上下流畅无阻,升降出入无处不到,借以行使其推动、温煦、营养、气化、防御、固摄的功能,维持人体的生理功能和机体的健康。脾胃是人体气机升降出入的枢纽。脾胃纳运功能正常,水谷精微物质充盛,则营卫协调,五脏安和,若脾胃气机升降失调,或升降太过,或升降不及,或升降反作,则不仅消化功能发生紊乱,而且将波及其它脏腑变生他证。气滞、气逆、气陷皆是气机不利之征象。《儒门事亲》则指出:“忧思郁怒,气机不和,日久聚而成积。”说明了气机不利亦是肿瘤最基本的病理变化,证之临床,则胃癌、食管癌多见胸脘痞闷、腹部胀痛,运用理气药,则可使气机调顺,改善由癌细胞影响机体所造成的混乱状态,从而达到抑制癌细胞生长的作用。消化道肿瘤由于病位关系,尤其容易出现脾胃症状,多伴见气机不利的病变,在临床上应注意斡旋脾胃气机,脾胃升降正常则水谷得以正化,充养五脏六腑,湿热、痰浊等病理产物不生。

参考文献:

[1]刘鲁明,宋明志.于尔辛肝癌经验集[M].北京:人民卫生出版社,2004:49

作者简介:

吕新华(1968-),女,副主任医师,医学博士,研究方向中医肿瘤。

编号:EA-101014123(修回:2010-12-02)

肝细胞生长因子与心力衰竭

Hepatocyte growth factor and heart failure

李秀才

(青岛经济技术开发区第二人民医院, 山东 青岛, 266500)

中图分类号: R541.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0110-03 证型: GBD

【摘要】 肝细胞生长因子具有潜在的多种生物学活性, 包括促有丝分裂, 抗细胞凋亡, 抗纤维化, 心肌肥大, 血管生成, 组织再生作用等, 这将对心力衰竭产生保护作用。本文就近年来肝细胞生长因子在心力衰竭中的作用及其机制、实验研究、临床应用等方面的研究近况做一综述。

【关键词】 肝细胞生长因子; 心力衰竭; 基因治疗

【Abstract】 HGF has multiple biological activities of potential, including the mitogenic, antiapoptotic, antifibrotic, cardiac hypertrophy, angiogenesis, tissue regeneration, this will produce a protective role in heart failure. In this artical, in recent years, hepatocyte growth factor in heart failure and its mechanism, experimental study, clinical application to do a review of recent research.

【Keywords】 HGF; Heart failure; Gene therapy

肝细胞生长因子 (hepatocyte growth factor, HGF), 又叫扩散因子 (Scatter factor, SF) 是一种间质细胞来源的肝素结合糖蛋白, 是以二硫键相连接的异二聚体分子, 由一条 69KD ($\approx 6.9 \times 10^4$) 的 α 链和一条 34KD ($\approx 3.4 \times 10^4$) 的 β 链组成, 其分子量大约为 82~85KD ($\approx 8.2 \times 10^4 \sim 8.5 \times 10^4$), 基因长度为 70Kb^[1]。起初, 它开始作为肝细胞特异的致有丝分裂原被分离、纯化和克隆。

作为一个细胞因子, HGF 具有潜在的多种生物学活性, 包括致有丝分裂、造血、心肌肥大、血管生成、抗凋亡、抗纤维化及组织再生的作用。后来, 研究又发现, HGF 又是一种特异的促内皮细胞生长因子, 具有很强的促血管内皮细胞有丝分裂、抑制细胞凋亡和组织重构作用, 是一种抗损伤修复因子, 对心血管细胞具有一定的保护作用。而且这些生物学效应是通过结合具有酪氨酸激酶活性的 HGF 特异性受体 C-met 原癌基因来实现的^[2-3]。

本文就近年来 HGF 在不同病因所致心力衰竭动物模型中的治疗作用及其机制, 和其在人心力衰竭治疗中的作用做一综述。

1 HGF 与心力衰竭的实验研究

1.1 HGF 与高血压所致心力衰竭

原发性高血压的病理生理与内皮细胞损伤或功能失调有密切关系。动物实验证实, 自发性高血压大鼠的血清 HGF 浓度明显高于正常对照组, 血清 HGF 的浓度与血压水平呈正相关^[4]。

Nishimura 等人^[5]的研究认为, 血清 HGF 浓度与高血压的病程或病期进展相关, 它反映了高血压靶器官的损害程度, 可以作为评价高血压严重程度的一个新指标。因此, 测定血清 HGF 水平对于判断高血压以及高血压的严重程度具有重要的价值。

Sakaguchi 等人^[6]首次研究了 HGF 在有脑卒中倾向的自发

性高血压大鼠心衰中的作用, 他们将 HGF 与凝胶片整合, 放置在左心室游离壁上, 能在体释放 HGF 超过 2 周。观察 4 周后发现, 在 HGF 组其短轴缩短率明显升高, 左室舒张范围明显变小, E 峰斜率及 E/A 比值明显降低, 心肌纤维化也明显低于对照组, 而毛细血管密度明显高于对照组。手术后 10 周存活率 CHF 远远高于对照组。

这表明 HGF 能够改善心功能, 逆转左室重构, 显著提高自发性高血压大鼠的存活率, 这些作用是通过左室心肌血管再生和心肌纤维化程度减轻来实现的。

1.2 HGF 与心肌梗死所致心力衰竭

Jin 等人^[7]用一个心脏缺血再灌注的大鼠模型研究证实, HGF 蛋白治疗对心肌梗死后心力衰竭有保护作用, 该作用与心肌梗死面积的大小无关。另外, 在大鼠及猪大面积心肌梗死动物模型上也研究证实心肌 HGF 基因转染能减轻心肌梗死后的心力衰竭^[8-10]。

Li 等人^[11]在小鼠心肌梗死模型上研究发现, 心肌梗死后 HGF 基因治疗能减少心室重构, 改善心功能。在结扎小鼠左冠状动脉第 3 天, 腺病毒编码的人 HGF 或 LacZ 基因被注入其后肢肌肉中。在心肌梗死后第 10 天和第 4 周小鼠血浆人 HGF 水平上升。在第 4 周两组的梗死面积是相似的, 但是和对照组相比, 在 HGF 基因治疗组梗死区室壁明显增厚, 梗死区附近的心肌细胞明显增大, 乳头肌和腱索显著增粗。在心肌梗死后第 4 周, HGF 基因治疗组能够明显减少左室心腔扩大, 明显增长左室短轴缩短率及等容相室内压变化速率, 显著降低舒张末压力。

研究表明, HGF 基因治疗可能通过诱导心肌细胞肥大, 增加梗死区室壁厚度, 保护血管, 减少纤维化, 最大程度地减少慢性左室重构和心功能不全。

1.3 HGF 与心肌病所致心力衰竭

Nakamura 等人^[12]研究了 HGF 基因治疗在因基因缺陷所致仓鼠晚期扩张型心肌病中的作用, 在治疗前心肌病仓鼠表现为

严重的心功能不全、纤维化, 心肌中存在高表达的一种能促进组织纤维化的生长因子, 即转化生长因子- β_1 (transforming growth factor- β_1 , TGF- β_1), 与之相反, HGF 表达水平下调。在用重组人 HGF 治疗 300 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 或 1 $\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$, 皮下注射 3 周, 结果发现心肌纤维化被抑制, TGF- β_1 及 I 型胶原纤维表达减少, HGF 抑制心肌肥大、心肌细胞凋亡和心房利钠肽的表达。通过 HGF 治疗使纤维化和致肥大基因下调, 改善了心功能。由此可见, 内源性 HGF 水平下降可能参与了心肌组织纤维化和肥大, 而外源性 HGF 能够使因扩张型心肌病发生心衰的仓鼠获得明显的治疗效果。

另有学者^[13]在减少或逆转犬因快速起搏 8 周所致的心肌损害上, 证实 HGF 治疗同样有效。在开始起搏 4 周将人 HGF 基因或对照载体注入左室心肌中。在治疗前, 两组无任何差别, 然而在基因转染后第 4 周, 在 HGF 治疗组心脏收缩和舒张功能不全及心肌再灌注明显改善, 而对照组心脏收缩和舒张功能不全并未改变, 心肌再灌注减少。组织病理分析表明, HGF 治疗组左室壁增厚, 心肌细胞直径增加, 毛细血管密度增加, 凋亡的细胞核密度降低。这些结果说明 HGF 基因转染能通过促进血管生成、抗凋亡、抗纤维化来减轻心衰时的心室重构, 改善心功能。

2 HGF 治疗心力衰竭的临床研究

Jayasankar 等人^[14]的研究证实, 心肌梗死后 3 周, HGF 的过度表达导致血管形成增加, 细胞凋亡减少, 较好维持心室形态和保护心脏收缩功能。

Ueno 等人^[15]在对充血性心力衰竭 (Congestive heart failure, CHF) 患者的研究中发现, CHF 患者的血浆 HGF 水平显著升高, 当病情趋于平稳时, 血浆 HGF 浓度逐渐下降; 给予血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 治疗不会改变患者的血浆 HGF 水平, 提示血浆 HGF 水平升高预示着 CHF 的病情恶化。Lamblin 等人^[16]对 529 名 CHF 病人连续平均随访 988 天, 得出了类似的研究结论。

该项研究发现 HGF 和下列因素强相关: 年龄、糖尿病以及能表明 CHF 严重程度的各种血清标记物。病人 1 年、2 年及 3 年存活率分别为 91%、87% 和 80%。存活曲线表明基础 HGF 水平高的病人其病情逐渐恶化。在 109 例已经发生心血管事件的病人中 HGF 浓度 (1001 pg/ml) 显著高于 419 例未发生心血管事件的病人 (HGF 浓度 773 pg/ml)。研究表明, 高于 802 pg/ml 的基础 HGF 浓度与增长的心血管死亡率相关。然而, 由于该临床研究的研究对象均为 CHF 处于代偿阶段的病人, 对于失代偿的 CHF 病人是否也能得出同样的结论尚需进行更加深入地研究。Yasuda 等人^[17]对 40 例急性心肌梗死患者给予冠脉再灌注常规治疗 4 周后, 利用左心导管反复测定左室射血分数、舒张末期容积指数和舒张末期压力。

同时测定心梗区和非心梗区静脉取血标本 HGF 浓度和脑钠肽浓度, 计算每个患者心梗区与非心梗区 HGF 浓度比率, 将其作为心梗有关 HGF 分泌的指数。研究表明, 心梗区增加的心脏 HGF 分泌水平与心室扩张减弱和心功能改善有关。HGF 系统也可调整心室重塑过程。所以, HGF 对于治疗心力衰竭具有重要的临床应用价值。

3 HGF 治疗心力衰竭的作用机制

3.1 血管生成及抗细胞凋亡作用

Jayasankar 等人^[8]研究了 HGF 与心梗后心衰的关系, 发现腺病毒介导的 HGF 基因转染对鼠广泛心肌梗死后 6 周的心功能具有显著的保护作用, 降低左室扩张, 维持室壁厚度。经 HGF 治疗的动物显示较多的血管生成和细胞凋亡水平的减少。他们提出本研究观察到的心功能保护作用是由于 HGF 具有血管生成及抗细胞凋亡的双重作用。梗死边缘的血管生成可能挽救了大部分由于缺血失去功能或者无功能的心肌细胞。室腔扩张和室壁变薄的心室重塑是梗死后心力衰竭的重要组成部分, 重塑过程与梗死区及周边心肌细胞死亡相关联, HGF 的治疗使具有抗凋亡作用的 BCI-XL 和 BCI-2 上调。

因此, 这种方法对缺血性心力衰竭患者也许是一种有用的辅助治疗方法。

值得重视的是, 通过抗凋亡因子 BCI-2 抑制凋亡能保护心肌避免发生心肌梗死后心衰^[18]。近年来的研究表明, HGF 是一个潜在的抗凋亡因子, 在慢性心力衰竭中, HGF 能够通过激活 MEK/ERK 依赖的 GATA-4 磷酸化信号通路和磷脂酰肌醇激酶通路保护心肌细胞避免凋亡^[19-20]。HGF 基因转染能减轻心肌梗死后心衰^[8], 这是通过增加 BCI-2 及 BCI-XL 表达, 明显减少心肌细胞凋亡来实现的。HGF 又是一个潜在的血管生长因子, 它能促进心肌血管生成, 改善心衰时心肌灌注和功能^[21]。HGF 促血管生成的分子生物学机制可能是通过 ets 途径^[22]。外源性 HGF 通过诱导 ets 活性可以刺激内源性 HGF 表达, 而内源性 HGF 系统通过自动传导功能, 促进小血管生成^[23]。

3.2 心肌肥大及抗纤维化

心肌梗死后 HGF 基因治疗能使梗死组织边缘的大量心肌细胞肥大, 并伴有 C-met 的过度表达^[11]。C-met 是一个跨膜酪氨酸激酶, 通过它 HGF 能激活 Ras-Raf-MEK-MRK 信号传导通路, 导致心肥大。HGF 诱导的梗死区室壁的明显增厚能阻止心肌梗死后心室重构的恶性循环, 因为根据拉普拉斯定律, 能加速心室扩张的室壁应力在薄的室壁显著增加。HGF 基因治疗能够显著增加已经发生心肌病和心衰犬的心肌细胞直径和左心室室壁厚度, 这表明 HGF 能促进心衰心肌恢复和修复^[13]。

HGF 能产生抗纤维化作用, 这与激活基质金属蛋白酶有关, 此酶能抑制胶原和 TGF- β 生成^[13]。HGF 能减轻心肌纤维化, 这个结论已经在心肌病心衰的犬^[13]、慢性心肌病的仓鼠^[24]、有卒中倾向的自发性高血压心衰大鼠^[6]及在心肌梗死后心衰的小鼠^[11]等众多动物模型实验中得到证实。HGF 诱导的心肌纤维化减少对心衰的心脏在改善收缩功能和血管生成方面是有益的^[11-13]。而在心肌梗死的慢性期, 伴随着功能降低的心脏重构将导致心肌细胞损害和心肌间质的纤维化, 在非梗死区的纤维化是缺血性心肌病心室重构的主要原因之一^[25]。HGF 基因和新生的心肌细胞联合治疗能减少心肌梗死后的心衰。

4 不良反应

有研究表明^[26], HGF 能促进肿瘤生长, 其机制为: 通过 HGF 与 C-met 结合能够导致血管生长、增生, 增强细胞活力, 入侵和最终转移。因此, HGF 不宜应用于有活动性恶性肿瘤的心力衰竭病人。

5 结 语

应用分子生物学技术对各种心血管疾病的基因治疗是目前医学研究的前沿领域,也是今后人类战胜心血管疾病的有效手段。HGF作为一种心血管疾病的保护性生长因子,对于心力衰竭的治疗及预后具有重要价值和临床意义。目前,HGF对各种原因所致心衰的动物模型实验研究及临床研究均证实HGF对心力衰竭的治疗及预后具有重要的价值。HGF基因治疗能够减少心室重构,保持其几何形状,改善心功能。其作用机制与HGF能够促进血管生成,抗心肌细胞凋亡、抗心肌纤维化、能使心肌细胞肥大,促进心衰心肌恢复和修复有关。

总之,HGF基因治疗心力衰竭为人类治疗心力衰竭这种难治性心血管疾病指明了新的研究方向,开辟了新的治疗思路。今后,应当加强对HGF治疗心力衰竭的人体安全性的系统评价,HGF导入的靶向性和可控制性,HGF治疗CHF时应用转载的最佳剂量、治疗次数、转载的途径等方面的研究。相信,随着研究的深入进行,应用HGF基因治疗心力衰竭必将成为一种安全、有效的新技术,为人类战胜心力衰竭这种难治性心血管疾病书写新的篇章。

参考文献:

[1] Nakamura T, Nawa K, Ichihara A. Molecular Cloning and expression of human hepatocyte growth factor[J]. Nature, 1989, 342(6248): 440-443

[2] Nieder C, Andratschke N, Jeremic B, et al. Comparison of serum growth factor levels and tumor markers as prognostic factors for survival in non-small cell lung Cancer[J]. Anticancer Res, 2003, 23(6D): 5117-5123

[3] Hojo Y, Ikeda U, Zhu Y, et al. Expression of Vascular endothelial growth factor in patients with acute myocardial infarction[J]. J Am Coll Cardiol, 2000, 35(4): 968-973

[4] Nakano N, Moriguchi A, Morishita R, et al. Role of angiotensin II in the regulation of a novel vascular modulator, hepatocyte growth factor (HGF), in experimental hypertensive rats[J]. Hypertension, 1997, 30(6): 1448-1454

[5] Nishimura M, Ushiyama M, Ohtsuka K, et al. Serum hepatocyte growth factor as a possible indicator of vascular lesions[J]. J Clin Endocrinol Metab, 1999, 84(7): 2475-2480

[6] Sakaguchi G, Tambara K, Sakakibara Y, et al. Control-released hepatocyte growth factor prevents the progression of heart failure in stroke-prone spontaneously hypertensive rats[J]. Ann Thorac Surg, 2005, 79(5): 1627-1634

[7] Jin H, Yang R, Li W, et al. Early treatment with hepatocyte growth factor improves cardiac function in experimental heart failure induced by myocardial infarction[J]. J Pharmacol Exp Therap, 2003, 304(2): 654-660

[8] Jayasankar V, Woo J, Bish LT, et al. Gene transfer of hepatocyte growth factor attenuates postinfarction heart failure[J]. Circulation, 2003, 108(1): 230-236

[9] Jayasankar V, Woo YJ, Pirolli TJ, et al. Induction of angiogenesis and inhibition of apoptosis by hepatocyte growth factor effectively treats postischemic heart failure[J]. J Card Surg, 2005, 20(1): 93-101

[10] Wang W, Yang ZJ, Ma DC, et al. Induction of Collateral artery growth and improvement of post-infarct heart function by hepatocyte growth factor gene transfer[J]. Acta Pharmacol Sin, 2006, 27(5): 555-560

[11] Li Y, Takemura G, Kosai KI, et al. Postinfarction treatment with an adenoviral vector expressing hepatocyte growth factor relieves chronic left ventricular remodeling and dysfunction in mice[J]. Circulation, 2003, 107(19): 2499-2560

[12] Nakamura T, Matsumoto K, Mizuno S, et al. Hepatocyte growth factor prevents tissue fibrosis, remodeling, and dysfunction in cardiomyopathic hamster hearts[J]. Am J Physiol Heart Circ Physiol, 2005, 288(5): H2131-H2139

[13] Ahmet I, Sawa Y, Iwata K, et al. Gene transfection of hepatocyte growth factor attenuates cardiac remodeling in the canine heart: A novel gene therapy for cardiomyopathy[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2002, 124(5): 957-963

[14] Jayasankar V, Woo YJ, Pirolli TJ, et al. Induction of angiogenesis and inhibition of apoptosis by hepatocyte growth factor effectively treats postischemic heart failure[J]. J Card Surg, 2005, 20(1): 93-101

[15] Ueno S, Ikeda U, Hojo Y, et al. Serum hepatocyte growth factor levels are increased in patients with congestive heart failure[J]. J Card Fail, 2001, 7(4): 329-334

[16] Lamblin N, Susen S, Dagorn J, et al. Prognostic significance of circulating levels of angiogenic cytokines in patients with long-term heart failure[J]. Am Heart J, 2005, 50(1): 137-143

[17] Yasuda S, Goto Y, Baba T, et al. Enhanced secretion of cardiac hepatocyte growth factor from an infarct region is associated with less ventricular enlargement and improved cardiac function[J]. J Am Coll Cardiol, 2000, 36(1): 115-121

[18] Chatterjee S, Stewart AS, Bish LT, et al. Viral gene transfer of the antiapoptotic factor Bcl-2 protects against chronic postischemic heart failure[J]. Circulation, 2002, 106(12 suppl 1): 1212-1217

[19] Kita K, Day RM, Kim Y, et al. Hepatocyte growth factor induces GATA-4 phosphorylation and cell survival in cardiac muscle cells[J]. J Biol Chem, 2003, 278(7): 4705-4712

[20] Fan S, Ma YX, Wang JA, et al. The cytokine hepatocyte growth factor/scatter factor inhibits apoptosis and enhances DNA repair by a common mechanism involving signaling through phosphatidylinositol 3-kinase[J]. Oncogene, 2000, 19(18): 2212-2223

[21] Ahmet I, Sawa Y, Yamaguchi T. Gene transfer of hepatocyte growth factor improves angiogenesis and function of chronic ischemic myocardium in canine heart[J]. Ann Thorac Surg, 2003, 75(4): 1283-1287

[22] Morishita R. Recent progress in gene therapy for cardiovascular disease[J]. Circulation, 2002, 66(9): 1077-1068

[23] Liu Y, Michalopoulos GK, Lin L, et al. Structure and functional characterization of the mouse hepatocyte growth factor gene promoter[J]. Biol Chem, 1994, 269(12): 4152-4160

[24] Taniyama Y, Morishita R, Aoki M, et al. Angiogenesis and antifibrotic action by hepatocyte growth factor in cardiomyopathy[J]. Hypertension, 2002, 40(1): 47-53

[25] Miyagawa S, Sawa Y, Taketani S, et al. Myocardial regeneration therapy for heart failure: Hepatocyte growth factor enhances the effect of cellular cardiomyoplasty[J]. Circulation, 2002, 105(21): 2556-2561

[26] Maulik G, Shrikhande A, Kijima T, et al. Role of the hepatocyte growth factor receptor, c-met, in oncogenesis and potential for therapeutic inhibition[J]. Cytokine Growth Factor Rev, 2002, 13(1): 41-59

慢性前列腺炎性不育国内治疗进展

Progress of treating infertility with Chronic Prostatitis on domestic

张宸铭¹ 卫爱武²

(1.河南中医学院, 河南 郑州, 450000;

2.河南中医学院第一附属医院, 河南 郑州, 450000)

中图分类号: R697+33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0113-02 证型: IBD

【摘要】慢性前列腺炎(CP)及其导致不育的原因及机理尚未阐明。无论细菌型还是非细菌型,经证实均可直接或间接影响患者生殖功能。近年来国内中西医对前列腺炎性不育的研究取得一定进展,由于CP病情具有复杂性和迁延性,前列腺具有生理屏障的特点,使本病疗效不尽如人意。本文就国内近十年对本病的治疗进展进行综述。

【关键词】慢性前列腺炎;不育;治疗;综述

【Abstract】The causes and mechanism of Chronic Prostatitis (CP), and how does it lead to male infertility have not been elucidated. It has been confirmed that whether bacterial or nonbacterial type can directly or indirectly affect reproductive function of patients. Some progress in research of infertility caused by CP has been made by Chinese and Western medicine in China recent years. However, due to the complexity and persistence of CP, physiological barrier of the prostate, the treatment of this disease is not satisfactory. The domestic treatment progresses of this disease in recent 10 years are reviewed in this paper.

【Keywords】Chronic prostatitis; Infertility; Treatment; Review

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)为男科及生殖专科常见疾病,已严重威胁到男性患者的健康,美国国立健康研究院(National Institute of Health, NIH)相关资料显示本病临床发病率为5~50%,本病又分为细菌性(Chronic Bacterial Prostatitis, CBP)及非细菌性(Chronic Nonbacterial Prostatitis, CNP),林海萍等^[1]对1186例CP性不育患者的EPS感染培养进行统计,发现感染占51.7%,其中包括细菌、支衣原体等感染。近年研究证实,两者均可直接或间接影响精液的质量,从而影响生殖功能^[2-4],现就近年来对CP性不育的国内治疗进展综述如下。

1 中医治疗

辨证治疗:张天栋等^[5]采用自拟嗣子汤加减治疗CP性不育45例,方用:山药、菟丝子各30g,党参、制首乌各20g,茯苓、熟地、覆盆子、枸杞子、淫羊藿、肉苁蓉各15g,丹参13g,泽泻12g,心气虚,失眠者加茯神、枣仁、夜交藤、合欢花等;湿证者加滑石、萆薢、薏苡仁等;中气虚者加黄芪,党参加量;阳虚者加附子、肉桂;阴虚者加黄柏、知母、龟板;遗精者加桑螵蛸、益智仁、龙骨、牡蛎,4周一疗程。结果临床治愈及显效各20例,总有效率为91%。曹继刚等^[6]应用泻肝补肾方治疗CBP性不育53例,与口服氧氟沙星的50例作对照观察。治疗组方用:金银花、连翘、败酱草、土茯苓各30g,丹参、枸杞子、菟丝子、淫羊藿各20g,川牛膝、甘草各10g,肾阳虚加右归饮,阴虚火旺加知柏地黄丸,治疗过程中根据前列腺炎症状随证加减。连续治疗6周后两组对比,总有效率分别为92.45%及74.00%,差异具有统计学意义($P<0.01$)。王耿^[7]分型辨证治疗CP性不育42例,湿热蕴结型方用清热通淋汤:瞿麦、车前草、白花蛇舌草各30g,败酱草、蒲公英、威灵仙、当归、牛膝各15g,肾阴虚型方用知柏地黄汤加减:生地20g,山药、枸杞子、丹皮、知母、黄柏各10g,白花蛇舌草、车前草、牛膝、枳壳各15g。结果总有效率83.33%。中药成药治疗:陈淑敏等^[8]应用宁泌泰胶囊(每次4粒,每日3次,连服3月)治疗CP性不育58例,合并支原体感染者加服阿奇霉素胶囊,

结果显效35例,有效17例,无效6例,总有效率为89.66%,其中治疗前后精液量、精子密度、a级精子具有显著差异($P<0.05$),a+b级精子具有极显著差异($P<0.01$)。李轩等^[9]应用前列通瘀胶囊(每次5粒,每日3次,连服75天)治疗IIIA型CP致不育112例,结果治疗前后顶体酶活性、精子活率、a+b级精子数有显著性差异($P<0.01$)。中药外用:蔡沙(鱼芒)^[10]采用口服中药、保留灌肠及外敷综合治疗CP性不育63例,口服中药用丹参、赤芍各15g,桃仁、黄柏、车前子各10g,当归、丹皮各8g,栀子6g,湿热重加滑石、龙胆草,偏血瘀加三棱、炮山甲;气虚加党参、黄芪;肾虚加淫羊藿、杜仲、山萸肉;灌肠方用公英、红藤、野菊花各30g,莪术18g,败酱草、桃仁、路路通、王不留行各15g,灌肠方药渣加食醋30g,热敷下腹部,结果治愈率为55.5%,总有效率为98.2%。

2 西医疗疗

微量元素治疗:邓春华等^[11]治疗CP性不育38例,治疗组在常规使用抗生素的基础上应用蛋白锌制剂锌硒宝,对照组单纯使用抗生素,连续治疗3月,结果治疗组在精子存活率及向前运动精子比率改善方面明显优于对照组($P<0.01$)。物理治疗:郑汝强等^[12]治疗CBP性不育83例,A组51例采用敏感抗生素加高压氧综合治疗,入高压氧舱后15分钟加压到2个绝对大气压,稳压1小时,吸氧浓度 $\geq 98.5\%$,然后30分钟内匀速减至环境压出舱,2~3日一次,10次为一疗程,共6疗程,B组32例单纯使用敏感抗生素,结果A组在改善精液质量、精浆Zn、SOD、AsAb转阴率、EPS-WBC、SPA及配偶妊娠率方面较B组有显著差异($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。局部药物治疗:孟战战等^[13]采用自行研发的微电脑脉冲式水囊按摩药渗仪(MPWMDP仪)治疗160例CBP性不育,治疗组96例使用用阿托品0.2mg,地塞米松1mg,糜蛋白酶2000U及敏感抗生素进行尿道内药物灌注、微电脑前列腺小管药物渗透及前列腺脉冲式水囊按摩治疗,对照组64例口服敏感抗生素,结果配偶受孕率(68.8%)及总有效率(95.8%)均明显高于对照组(17.2%, 79.7%, $P<0.01$)。

3 中西医结合治疗

中西药治疗：杜位良等^[14]治疗 CP 性不育 98 例，治疗组 50 例在敏感抗生素的基础上合用生精育嗣胶囊，对照组 48 例单纯使用敏感抗生素，结果治疗组（总有效率 96%）在改善精液、前列腺液常规指标及 CP 症状评分（NIH-CPSI）方面明显优于对照组（总有效率 77.08%， $P<0.01$ ）。施展等^[15]采用中西药结合治疗 CBP 性不育 56 例，中药方用补肾活血汤：白花蛇叶草 30g，土茯苓、虎仗各 20g，枸杞子、赤芍、党参、败酱草各 15g，茯苓、车前子各 10g，桃仁 6g，合用左氧氟沙星胶囊，结果治疗前后对比，精液、前列腺液及配偶妊娠情况均有明显改善，总有效率 96.4%。林伟强等^[16]治疗 CP 性不育 110 例，治疗组在口服氧氟沙星胶囊基础上合用中药补肾活血汤，药用当归、败酱草各 20g，山药、茯苓、泽泻、赤芍各 15g，菟丝子、枸杞子、川断、木通、丹参、桃仁各 10g，对照组仅用氧氟沙星，结果治疗组（总有效率 91.7%）除精液量及密度外，精液及前列腺液常规各项指标明显优于对照组（总有效率 62.0%， $P<0.05$ ）。苗庆斌等^[17]治疗 CP 性（混合）不育 112 例，选用敏感抗生素治疗前列腺炎基础上，精液不液化者服用液化汤（当归、知母各 12g，黄柏、黄芪、赤芍、泽泻各 10g，丹皮、乌药、甘草各 6g）及颠茄合剂；少精症者服用生精汤（生精汤方 I：菟丝子 25g，党参、枸杞子、女贞子各 15g，当归、赤芍、丹参、知母、黄柏、茯苓、乌药各 12g，泽泻、丹皮、鹿角、甘草各 10g；生精汤方 II：菟丝子 30g，仙灵脾、熟地各 20g，党参、黄芪、枸杞子各 15g，仙茅 12g，车前子、覆盆子各 10g，五味子 6g）及克罗米芬；弱精症者口服硫酸锌、鱼肝油丸及维生素 B₆。结果总有效率 84.82%。傅兆杰等^[18]采用中西药结合治疗 CP 性不育 99 例，治疗组 58 例在口服氧氟沙星胶囊基础上服用补肾活血汤：当归、败酱草各 20g，山药、茯苓、泽泻、赤芍各 15g，菟丝子、枸杞子、川断、木通、丹参、桃仁各 10g，另 41 例口服氧氟沙星胶囊做对照，结果除精液量及密度外，治疗组（总有效率 91.4%）各项精液及前列腺液指标均优于对照组（总有效率 58.6%）。综合治疗：鄢桃飞等^[19]分组治疗 CP 性不育 60 例，A 组 20 例采用葡萄糖酸锌、vitE、vitC、复方玄驹胶囊，胰激肽释放酶及敏感抗生素，B 组 20 例采用前列腺治疗仪进行物理治疗加坐浴，C 组综合前两组治疗，结果综合治疗对精液量、密度、活率及存活率的改善有明显统计学意义（ $P<0.01$ ），疗效明显优于单纯药物或单纯理疗。潘志坚^[20]治疗 CP 性不育 100 例，治疗组 60 例采用局部用药（前列腺包膜下注射及尿道灌注对尿道及肌肉组织刺激小的敏感抗生素）联合全身用药（口服敏感抗生素及黄精赞育胶囊），治疗组 40 例仅全身用药，结果除精液量外，治疗组（总有效率 88.33%）在精液及前列腺液常规检查改善方面明显优于对照组（总有效率 60%， $P<0.05$ ）。何瑞龙^[21]治疗 CNP 性不育 62 例，中医辨证分肾阳虚及肾阴虚，肾阳虚方用天雄散合肾气丸加减：生龙牡各 30g，生熟地、丹参各 15g，白芍 12g，制附子、桂枝、山萸肉、白术、大枣各 10g，炙甘草 5g，生姜 3 片，肾阴虚方用知柏地黄丸加减：盐知柏各 10g，山萸肉、泽泻、丹皮、女贞子各 10g，生地、山药各 15g，茯苓、旱莲草各 12g，白茅根 20g，配合前列腺区理疗等，结果生育率为 72.58%。

4 结语

综上所述，由于慢性前列腺炎的病因复杂，其导致不育的机制尚未阐明，治疗方法丰富，但总体疗效不佳，相比之下中

医治疗本病有其优势，尤其是中医辨证结合敏感抗生素治疗本病效果明显。前列腺液的感染培养结果是指导临床用药的一个重要因素，抗生素的使用与否以及是否使用敏感抗生素在很大程度上可决定患者治疗的疗程与效果；中医辨证分型复杂，诊断缺乏规范性，疗效评定缺乏统一性，并且缺乏相关的动物实验研究，故应以现代技术及科研方法，建立完善的诊疗体系，建立相应的动物模型，揭示中医治疗本病的机制，为中医治疗本病提供可靠的理论依据。

参考文献：

- [1]林海萍,吕火祥.1186 例慢性前列腺炎且不育患者前列腺按摩液中病原体检测及耐药性分析[J].中华男科学,2007,13(7):628-31
- [2]李宏军,许蓬,刘军生等.男性不育患者慢性前列腺炎的发病调查及其对生育的影响[J].中华医学杂志,2004,84(5):369-71
- [3]白勇,李轩,张若愚等.非细菌性前列腺炎与精子顶体酶活性的相关性及其在不育中的意义[J].临床和实验医学杂志,2007,6(12):10-12
- [4]曹继刚,周安方,舒劲松等.细菌性前列腺炎性不育大鼠模型建立初探[J].中华男科学,2008,14(4):368-9
- [5]张天栋,李雅芳,李月娥.嗣子汤治疗慢性前列腺炎引起的不育症临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(7):8-9
- [6]曹继刚,周安方.泻肝补肾方治疗慢性细菌性前列腺炎性不育症 53 例[J].中国中医药信息杂志,2008,15(03):64
- [7]王耿.辨证治疗慢性前列腺炎所致不育症 42 例[J].陕西中医,2002,23(6):517-518
- [8]陈淑敏,于忠建.宁泌泰胶囊治疗伴慢性前列腺炎的不育患者 58 例[J].中国药业,2009,18(14):79
- [9]李轩,白勇,任卫红等.前列通瘀胶囊治疗 IIIA 型前列腺炎不育患者的临床观察[J].中医药信息,2008,25(5):39-40
- [10]蔡沙(鱼芒).综合疗法治疗慢性前列腺炎致不育症 63 例[J].新中医,2003,35(9):47-8
- [11]邓春华,郑彬,余盛飞.锌剂治疗合并前列腺炎的男性不育患者 38 例[J].中华男科学,2005,11(2):127-9
- [12]郑汝强,王新生,王沛涛.高压氧配合抗生素治疗慢性细菌性前列腺炎不育的临床观察[J].中国男科学杂志,2006,20(11):25-8
- [13]孟战战,罗二平.微电脑脉冲式气囊按摩药液治疗慢性细菌性前列腺炎性不育症的探讨[J].生殖与避孕,2003,23(2):84-7
- [14]杜位良,万川,熊军等.生精育嗣胶囊配合抗生素治疗慢性前列腺炎不育症 50 例[J].辽宁中医杂志,2009,36(10):1738-40
- [15]施展,陈力戎,朱江波.慢性前列腺炎致不育症的中西医结合治疗[J].现代医药卫生,2008,24(7):962-3
- [16]林伟强,张永海,陈复纯.中西医结合治疗前列腺炎不育症的临床观察[J].河北医药,2005,27(6):472-3
- [17]苗庆斌,魏金星,赵明义.中西医结合治疗慢性前列腺炎合并男性不育 112 例体会[J].郑州大学学报(医学版),2005,40(5):953-4
- [18]傅兆杰,王永生.中西医结合治疗慢性前列腺炎不育症的临床研究[J].中国中医药科技,2001,8(2):71-2
- [19]鄢桃飞,江立,许传亮等.伴前列腺炎的不育症患者治疗后的精液分析[J].中国男科学杂志,2008,22(6):21-3
- [20]潘志坚.综合疗法治疗慢性前列腺炎所致不育症的疗效观察[J].海南医学院学报,2005,11(2):116-8
- [21]何瑞龙.慢性前列腺炎致男性不育症的中西医结合治疗(附 62 例分析)[J].现代泌尿外科杂志,2000,5(4):197-8

编号：EA-101019143（修回：2010-11-29）

脑血管后遗症患者康复期的健康指导

Health guide of rehabilitation of sequelae in patients with cerebrovascular

徐亚梅

(凤庆县人民医院, 云南 临沧, 675900)

中图分类号: R743.34 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0115-01 证型: BGD

【摘要】 脑血管病或脑外伤导致后遗症患者逐年增多, 加强康复知识的学习和康复训练的培训, 是康复工作者的职责, 不断提高广大民众的康复理念是促进患者康复的关键。

【关键词】 脑血管后遗症; 脑外伤; 康复

【Abstract】 Cerebrovascular and traumatic brain injury lead to sequelae in patients increasing year by year, to enhance learning rehabilitation knowledge and the training of rehabilitation, is responsibilities of rehabilitation workers, increasing the general public the concept of rehabilitation is to promote the key to rehabilitation of patients.

【Keywords】 Sequelae in patients with cerebrovascular; Traumatic brain injury; Rehabilitation

随着人们生活水平的提高以及人口老龄化, 脑血管意外的发病率明显增高, 逐渐成为老年人致死、致残的常见病。患者康复期的健康指导, 对减轻后遗症和改善患者生活质量具有重大意义。

1 健康指导的内容

1.1 心理疏导

患者由于生活不能自理, 甚至大小便失禁, 易产生孤独、焦虑、悲观失望等忧虑情绪, 因偏瘫失语, 又常常使患者产生自卑、消极心理, 这样常常会使患者血压升高而加重病情, 护理人员应积极主动关心患者, 教患者简单的哑语, 从思想上开导患者, 切忌在言行上的刺激, 同时向患者及家属介绍一些治愈的例子, 增强战胜疾病的信心, 耐心阐明保持良好心理素质的必要性, 使之保持乐观的态度。

1.2 饮食指导

加强饮食营养补充, 可明显减少发生压疮的危险, 无禁忌、吞咽流畅的患者, 饮食上给予易咀嚼、吞咽、消化且富含优质蛋白和维生素的低脂肪、低碳水化物、低盐食物; 对于吞咽困难、饮水呛咳的患者可鼻饲, 或适当给予静脉营养支持, 如有维生素或矿物质缺乏时, 应当相应补充。

1.3 生活指导

1.3.1 由于患者肢体感觉障碍, 因此应告诉患者及家属不可用热水袋及其它器皿取暖, 以防烫伤。

1.3.2 注意有无头痛、恶心、呕吐、肢体活动异常等, 一旦出现及时就诊。

1.3.3 加强护理, 定时翻身, 床上擦浴, 按摩骨突部位, 防止发生褥疮和肺部感染, 对大、小便失禁患者, 使用纸尿裤可使患者舒适, 但要勤更换, 保持会阴部清洁干燥, 每日会阴冲洗2次, 防止尿路感染。

1.3.4 多吃蔬菜、水果, 保持大便通畅, 必要时应用开塞露或通便药物。

1.3.5 生活要有规律, 保证足够睡眠, 避免各种不良因素刺激。

2 康复指导

2.1 语言、智力训练

可采用听、写、看、读、说等方法训练患者的语言表达, 对表达能力有缺陷的患者, 可用“是”和“不是”让患者回答, 对语言表达严重困难的患者, 可以借书写的方式进行表达, 反复练习, 循序渐进, 对言语困难的患者可用肢体语言进行交流。

2.2 肢体功能锻炼

2.2.1 避免盲目训练

许多脑血管病、脑外伤导致的偏瘫患者由于严重的足内翻或膝反张不能进行步行或步行速度下降, 患者非常痛苦, 究其原因, 患者及家属缺乏康复知识, 回家后按自己的理解盲目训练, 认为运动量越大越好, 患者虽然练得很辛苦, 结果适得其反。

2.2.2 正确的训练方法

偏瘫患者偏瘫后, 如能独立行走, 必须具备独立坐、独立站, 重心能转移到患侧下肢及单腿站立, 同时患侧下肢具备分离运动的条件, 也就是说, 应从坐起-站立-行走这一顺序进行训练, 另外, 脑损伤后, 上肢多表现为屈肌痉挛, 影响患者手臂的伸展和抓握功能, 如果不进行上肢近端控制能力的训练, 反复强化上肢屈肌运动会致上肢近端无力, 远端痉挛, 使上肢功能丧失, 开始训练主要是提高上肢近端控制能力为主, 逐渐过度到手指训练, (如缝袜垫训练), 以达到逐渐恢复功能的目的。

3 小结

面对脑血管病或脑外伤导致后遗症患者逐年增多, 加强康复知识的学习和康复训练的培训, 是康复工作者的职责, 不断提高广大民众的康复理念是促进患者康复的关键。

编号: EA-100910025 (修回: 2010-11-30)

妇科手术粘贴皮肤切口的临床临床观察与对策

Clinical observation and strategy of

paste the skin incision on gynecologic surgery

张秋平

(河南省平顶山市第一人民医院, 河南 平顶山, 467021)

中图分类号: R271.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0116-01

【摘要】目的: 探讨妇科横切口术后对粘贴切口的护理。方法: 分析我院近两年时间来妇科横切口手术, 应用粘贴代替传统皮肤切口缝合法 120 例, 对其病人进行心理方面的护理。结果: 120 例病人积极配合, 切口均甲级愈合。结论: 科学的护理应用于妇科粘贴切口病人, 可有效的减少或避免并发症。

【关键词】 妇科手术横切口; 粘贴; 护理

【Abstract】 Objective: To investigate the nursing of transverse incision in gynecologic surgery onpaste cut. Methods: To analyze the transverse incision in gynecologic surgery in 2 years, application of paste instead of the traditional method of skin incision, and psychology nursing of patients. Results: Actively cooperate with 120 patients, wound healing. Conclusion: Transverse incision in gynecologic surgery onpaste cut has a good effect.

【Keywords】 Transverse incision in gynecologic surgery; Paste; Nursing

我院妇科开展用粘贴代替传统的皮肤切口缝合法处理皮肤横切口, 取得良好效果。现将我院自 2008 年 1 月~2010 年 1 月共 120 例妇科病人的护理体会做以下总结。

1 临床资料和方法

1.1 一般资料: 本组 120 例患者均为住院病人, 年龄在 22~66 岁, 为横切口手术适应症者。

1.2 护理方法: 患者因缺乏对粘贴切口的了解, 产生恐惧怀疑及焦虑的心理, 术后不敢活动, 总以为不缝合, 会导致切口裂开。我院妇科护士针对病人的特点, 做以下心理护理: ①主动介绍住院环境、同室病友、主管医师及护士, 减轻病人的陌生感。安排舒适、清洁的病房, 室内光线柔和, 减少不良刺激。②向患者讲解手术方式: 应用于长 2~13cm 的横切口, 缝好腹膜, 前鞘, 脂肪组织后, 皮肤不用缝合, 用 3~4 把组织钳依次对夹, 使皮缘对合整齐。将灭菌不粘敷贴的边缘剪成如创可贴大小的长方形“小胶布块”, 中间剪一菱形小孔。视切口大小需用 1~8 块。将这些“小胶布块”沿与切口垂直的方向依次排列, 粘贴皮肤切口。将剪去边缘的灭菌不粘胶贴覆盖切口, 用另一块灭菌不粘敷贴固定皮肤。③耐心细致的向病人讲解粘贴切口的优点, 切口愈合的相关知识及预后情况。让其明白粘贴切口减去组织的缝合, 可消除缝线对组织血供的影响, 减少组织反应, 减轻组织水肿, 有利于伤口的愈合。这种方法简化了手术步骤, 节省了缝合时间, 减少了暴露机会, 降低了切口感染率。横切口张力不大, 有自然对合倾向, 并且不粘敷贴粘附力强, 固定牢靠, 切口不易裂开, 不影响下床活动。并且不用拆线缩短了住院时间并减少了换药次数, 从而减少了病人的医疗费用。让病人有安全感, 以取得理解和合作, 增加患者信心。鼓励关心病人介绍已康复的病人, 给予精神上的支持, 增加战胜疾病的信心。④经常巡视病房, 生活上多给以关心和帮助, 尽可能为病人提供方便, 耐心解答病人的提问, 建立良好的护患关系。及时发现胶布致局部皮肤过敏的情况, 及早应用医用输液贴更换胶布块, 用纱布块更换外固定的灭菌不粘敷贴, 皮肤用纸胶布固定。⑤术后第 2 天根据渗出的情况换药, 若有渗出, 挤压切口, 用干棉球拭去渗液, 不用消毒, 将切

口无菌包扎。一般无需再次换药。术后 4~5 天, 检查切口, 若有粘液样物, 可间断拆去“小胶布块”, 擦拭切口使其保持干燥。视病人情况术后 3~5 天可出院, 术后 9~10 天全部拆除切口敷料。

2 结果

120 例切口全部甲级愈合。其中有 3 例对胶布过敏, 术后第 2 天出现粘贴部分皮肤轻微红肿, 用医用输液贴换去“胶布块”, 4 天后红肿逐渐消失, 愈合好。余 117 例住院期间, 切口平整, 局部皮肤颜色无改变。随访 3 个月~2 年, 皮肤切口无硬结, 外观呈线状, 未发现瘢痕形成, 效果满意。

3 讨论

近年来, 随着医学模式的改变, 手术逐渐趋向人性化。对于术后皮肤切口的缝合也越来越向美观、无疤痕的方向发展。为减少异物反应, 近几年来皮肤缝合方法在传统的基础上不断改进, 方法很多。我们曾应用于临床的有: 皮肤皮下全层仅 3 针宽的针距缝合腹部横切口^[1]、应用伤口拉合胶布粘合切口、采用横切口皮下埋缝的方法^[2]以及采用生物胶粘贴皮肤的方法, 因其存在种种不足, 至今未能在我科临床广泛应用。我们综合以上方法的优缺点, 应用皮肤粘贴的方法处理皮肤切口, 不缝合皮肤, 皮下组织无缝线, 无异物。减少肉芽组织增生, 愈合后皮下无缝线疤痕, 无硬结, 切口平整成线状, 美容效果好, 满足了人们爱美的心理需求。我院妇科护理人员在护理的过程中, 全面观察患者术后切口愈合情况, 应用当前所能获得的最新知识, 结合护士的个人专业技能和多年的临床经验, 制定出了一个最适合患者的护理方案, 对患者实施系统有效的护理, 减轻了新技术给病人带来的恐惧, 避免了并发症的发生, 减轻患者的痛苦, 提高治愈率, 在护理实践中取得了较好的效果。

参考文献:

- [1] 马彦彦. 新式剖宫产术[M]. 北京: 北京科技出版社, 1997: 24-58
- [2] 李历红, 杨松梅. 横切口剖宫产脂肪层自然对合法 40 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 6: 322

认识远伤

Understanding far injury

张怡曹 曾保章

(岳阳长岭炼油厂, 湖南 岳阳, 414012)

中图分类号: R274.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0117-03 证型: ADI

【摘要】 远伤是人类的一大疾病, 以往我们却没有认识它。远伤的病理都是一样, 我们却以各种病因治疗它, 致使远伤成了人体疾病中的顽疾。我们通过临床观察和验证, 发现远伤都是同一病因, 实质上也是同一疾病。认识和研究远伤, 是为了有效防治远伤, 维持和恢复健康。远伤终究被人们所认识, 是中医发展的必然结果。

【关键词】 远伤; 疼痛; 行动障碍; 远伤观察; 中医发展

【Abstract】 Far injury is one of the major diseases of mankind, we did not know it in the past. Much the same pathological injury, we treat it in a variety of causes, lead to far injury is become stubborn disease. We are verified by clinical observation, found the same cause of injury. Far injury awareness and research, in order to effectively prevent much damage, to maintain and restore health. Far injury is recognized after all, is the inevitable result of the development of TCM.

【Keywords】 Far injury; Pain; Barriers to action; Far injury observation; Development of Chinese medicine

远伤不是一个新的疾病, 是人们早已知道和正在治疗的疾病(见《一个亟待解决的问题—宿伤发现》^[1])。这个同一疾病, 在目前的临床上却有多个不同的病名, 甚至归属不同科别, 治疗上针对不同的方向, 采取不同的方法。这是为什么? 是因为这个疾病没有被人们认识, 既不知道是同一疾病, 也不知其病因。这个疾病与软组织损伤相关, 但并不就是软组织损伤, 只是在曾经发生过软组织损伤过的部位和地方, 经过久远的时间, 出现病症, 我们就将这种病症叫作远伤。这是我们通过专门的临床试验和实际观察发现的, 又经过了多年的临床实践验证。现将其发现经过作一介绍, 以便大家更好地认识远伤。

1 远伤发现过程

1.1 《经络篇》研究远伤的概况和对我们的启发

最初研究到远伤的, 是早在两千多年前的《灵枢·经络篇^[2]》文章。这篇文章大家都不陌生, 因为它曾被说成是“经络”的发现之作。这篇文章在讨论一个极其重要的课题, 那就是远伤。文章列出了 180 余种病症, 有 80 种是远伤或可能是远伤, 占 43% (有人列出的“有关躯干肢体部位疼痛”的病症, 我们统计有 110 多种, 占 62%^[3]); 远伤的主要症状表现, 痛、寒、烦、不用、似折、似拔、如结、不可曲、挛急等, 在文中都出现了。

文章研究从“脉之卒然动”这一现象入手, 以弄清各条动脉和各条动脉所系疾病来展开讨论。因为“是动”是远伤在动脉血管上唯一的可见现象, 作者提出了一个大胆的设想: “脉之卒然动者, 皆邪气居之”。有了动脉的路径, “是动”时便可“知其何脉之动也”, 进一步指出了那些疾病是与该动脉有联系的。

反过来, 那些病症出现, 则可判断是那条动脉有“邪气”, 就可以有针对性地针刺。针刺的技术要求, 操作要领, 都是以胃足阳明动脉血管的“人迎”段与肺手太阴动脉血管的“寸口”

段搏动强弱比较来决定。这些只是作者的设想, 是否符合事物的客观规律并不重要, 重要的是作者提出了这个课题, 并提供了较全面的远伤资料。具有突破性的, 是作者在当时就突破了“三气”的痹症之说, 认为是“邪气居之”。切入点是“卒然动”, 使之动者是“邪气”, 就是在这个具有可行性的启发下, 我们才去作进一步的研究, “捕捉”“邪气”, 搞清“邪气”的真相。

1.2 观察发现经过

1.2.1 寻找发生过“脉之卒然动”的人

动脉血管某处出现“卒然动”的现象, 是偶然、短暂现象, 也无危害, 出现者一般并不求医。我们在 3 个月时间内, 接触到 5 位发生者, 得以实行观察者 4 位。

1.2.2 实验观察

尽管“卒然动”是一个非常明显的现象, 患者自己感觉到和看得见, 但动的过程并不长, 有的只有三、五秒, 最长的也不过十来秒, 而且在发生时和发生过后, 其发生部位都未出现异样。为了进一步观察, 我们用药物擦拭。擦拭后发现, “卒然动”处与周边有明显差别, 随着擦拭的继续, 则发现“卒然动”之处出现界限分明, 形态各异, 颜色深浅不同的疤痕和瘀血, 观察判断是软组织损伤, 4 位发生者都一样。

1.2.3 普遍验证

直接察看远伤疾病, 首先选定的是“足肝厥阴”的是动则病“腰痛不可俯仰”, 现代医学诊断为腰椎间盘突出症患者, 我们通过擦拭, 见到与“卒然动”处同样的现象, 然后观察到肩、颈部疾病也是这样。为了验证如下两个问题, 我们进行了进一步的观察确定。

1.2.3.1 确认远伤的来源就是软组织损伤

在下列三种人群中进行揉摩对照确认, 出现的形态均相同, 清晰的轮廓可见到当初挤压受伤接触到的外物轮廓。说明远伤与软组织损伤同源。

三种人群分别是：曾有过软组织损伤、时间20年以上的12人，在近期发生过软组织损伤、时间在3个月~1年的6人，在揉摩远伤出现后，能追忆起以往软组织损伤4人。

1.2.3.2 确认远伤是疾病的真正病因。

只有治疗病因就能取得预期的效果，才能说明发现的“病因”是真正的疾病病因。如果是同一病理，发生在身体的任何部位的远伤必然可用同一原理的方法治疗它。

在观察擦拭的过程中，我们就注意到，患者擦拭过后疼痛立即缓减。我们通过配制揉摩药酒，探索治疗方法，达到了治疗效果。在3年的观察实验期间，既是观察验证，也是治疗。因为一经确定是远伤，则实施揉摩治疗，效果就立即产生，经几次揉摩，疾病就痊愈。完成观察发现并证实各种远伤疾病经历了3年，观察并同时治疗远伤各种疾病共279例，其中头痛38例，三叉神经痛3例，颈椎病42例（未诊为增生者5例），肩周炎36例，肱骨外上髁炎5例，网球肘12例，棒球肘8例，腰痛32（未诊为腰椎间盘突出者6例、已动手术者4例），股骨头坏死6例，坐骨神经痛19例（未诊为压迫神经者2例），膝骨性关节炎22例（未诊为骨性疾病者1例），不安腿综合征14例，诊为各种内科疾病者30例，不明病因者12例，上列各例在以往的诊治过程中，医生建议手术者共24例。

有的疾病是医治后得到认识的，大多数是在认识基础上去验证的，如三叉神经痛，我们认定也会是远伤，但暂时未遇到患者。为了验证，对以往经我们治过的3位三叉神经痛患者寻访，并设想，如果三叉神经痛是远伤，则这三位患者当初“好了”只是暂时的，因为未治远伤病因，病灶仍在。事实正如所料，3位患者后来都在治疗。后经过我们揉摩治疗，完全证实是远伤，也才最终治愈。

2 认识和讨论

尽管久远的软组织损伤的部分形态仍存在于机体中，显然作为软组织损伤的病机绝大多数已经消失，当初那些引起病痛的因素不复存在，而且经过十几年、几十年它都与人相安无事，即使在发病过程中，它也出现无症状期或“自愈”期。

为何在痊愈了的软组织损伤部位，又出现远伤疾病？损伤的软组织随着身体体质的整体下降而局部下降至病理状态，是一个因素，但不全是这样。用揉摩治疗就能让远伤很快痊愈，主要的因素应该是软组织损伤后的产物（主要为红细胞）长期变异的结果，或是在变异过程中、或是在变异后的物质产生了对神经的刺激和伤害。成年人每立方毫米血液里红细胞约500万个左右，除了水，红细胞是血液中的主要成份。血液中的红细胞在体内不易被分解吸收，即使衰老的红细胞，也要经过复杂的处理过程，才能清除出体外。而远伤的红细胞，脱离了血管，又处在受损的组织之间，毛细血管的功能不健全，很难被吸收进入循环系统，失去了裂解的场地和环境，经过长时间的变异，可能对神经末梢产生毒付作用，引起远伤之处的疼痛及其他反应。红细胞发生变化，不是直接损坏其他组织，只是引起神经反应。疼痛和其他异常表现，包括肢体行动障碍，都是不同的变化引起不同的反应。红细胞的变异，不会是单一的一种，远伤各种不同症状反应很可能是变异不同的结果，这种变异受到各方面的影响和制约，发生不发生，发生早晚，发生轻

重，不是一个定数。目前还没有内服药物可以清除瘀血的红细胞，“活血化瘀”的作用可能是抑制、改变或促进了红细胞的变异。

肢体行动障碍，也就是肢体的骨骼肌神经受到干扰，从治疗的结果来看，只要将瘀血清出，行动就能立即恢复正常，这么短的时间，不可能对骨骼肌有所修复，只是解除了对神经的干扰，骨骼肌就能正常工作了。只有个别软组织严重损坏者，在发生对软组织有影响的疾病时，也会直接出现软组织缺损性独特的痛苦和行动障碍，并且治疗棘手。

2.1 远伤特征：我们通过对远伤的观察，掌握了远伤的一些特征，这对我们更好地认识远伤有所帮助。

2.1.1 隐蔽

摔、跌、撞、碰、击、压等常造成软组织损伤，大多数的时候并不经意，明显的损伤大多数也会自愈，在我们眼前“消失”了，日后则出现远伤。

2.1.2 长久稳定

一般的情况下，没有任何病理表现，几年、十几年或几十年都是如此。

2.1.3 症状多样

软组织损伤一般以胀、痛为主，但远伤则不光是胀、痛，所有一切发生在人体身上的异常现象几乎都会出现，这就是为何人们难以识别远伤的一个原因。将远伤的一些症状以为中风先兆就是一例。

2.1.4 疼痛感觉与病位不一

远伤疼痛的感觉，有时会产生与生理部位不相符的错觉，常感到是骨骼的疼痛，致使人们误以为病变是骨骼；痛处就是病灶所在处，移动、牵扯、牵涉痛一般难见，行动障碍亦如此。

2.1.5 危害差别极大

轻的无任何反应，或只偶尔表现不适，重者疼痛难忍，再重者瘫痪或危及生命。这么大的差异，又是让人们无法想象是同一种疾病的原因。

2.1.6 人类专属、普遍发生

2.1.6.1 人类生理的特征和生活方式，是人类产生和形成远伤的主要原因；

2.1.6.2 损伤的特异性，使得人们对它的预防、发生、治疗认识不足，让大量的软组织损伤得以形成远伤；目前对软组织损伤的治疗，还消除不了远伤的根源。

2.1.7 受外界气候变化和自身体质影响。

2.1.7.1 寒冷和气候变化时，大部分具有症状的远伤加重，部分没有症状者出现不适症状。寒冷使机体机能下降；气候变化或许是湿度增大，空气变稀变轻，单位体积内的氧含量减少，作平时等量呼吸时氧吸入相对减少，对远伤红细胞产生了不良影响。

2.1.7.2 感冒和其他疾病发生时，女性经后、产后，年老体弱者，均因体质下降，远伤症状明显，女性和老年人远伤发生者最多。

3 发现和认识远伤是中医发展的必然结果

中医在自己的临床实践中，总在不断去伪存真，认识深化。对痹症的“三气”病因之说，中医一直在质疑，从邪气，到瘀血，最终“三气”被否定，（50年代上海著名医师祝味菊指出，

“风也寒也，名虽有而实无也”^[4]；中医从一开始，就将现在才明白的大部分远伤疾病，认识为同一种疾病-“痹症”，就是一大进步。

远伤的发现过程，是医学发展的必然结果，更是中医的发展必然结果。在今天来看，《灵枢·经脉篇》的研究思路和方法，那些是正确的，那些是不正确的，区分并不困难；文章列出的病症，那些是“某主病”，那些是属痹症，区分也不是很难。正如爱因斯坦所言，“提一个问题往往比解决一个问题重要”，而文章提出的关键点“脉之卒然动”和“邪气”设想，只要作进一步的观察和研究，就必然会导致发现事物的真相。我们创立的治疗远伤的揉摩方法，也是充分利用中医的医药原理，在传统的治疗方法上舍其弊取其利而建立起来的。

认识远伤极其重要，目前，远伤被认识且受到明确治疗的并不多，相反，伤害机体的“治疗”方法流行开来，这些伤害机体的“治疗”对软组织造成的直接破坏，要比软组织损伤本身还大。临床证实，凡经过伤害机体治疗后的远伤，药物揉摩治疗达到痊愈要比未经伤害治疗的难得多。

黄帝内经《素问·刺要论》对细小的银针就发出过这样的警告，“过之则内伤，不及则生外壅，壅则邪从之。浅深不得，反为大贼，内动五脏，后生大病。”^[2]事实上，在任何时候，我们都无法设定针刺的深浅，也无法做到不“过”、不“及”、不“深”、不“浅”，在认识远伤之后，我们对深入皮下破坏软组织的治疗

要慎之又慎。

我们现在还只是找到了远伤的病因和建立在解除病因基础上的治疗方法，我们还需对远伤作进一步的专门研究，弄清发病机制和控制发生规律，采取多种多样的预防措施和治疗方法。我们创立的揉摩方法（见《药物揉摩治疗远伤》^[5]），虽然安全无损，疗效确切，见效快，但治疗中远伤处有不同程度的痛感，治疗起来也比较麻烦费事。一旦把远伤的病机和控制发生的规律也弄明白了，人们也许会创立更多、更好、更简易的治疗方法，造成人类疼痛和行动障碍的主要疾病-远伤，就会不再是一个难以解决的疾病了。

参考文献：

- [1]张怡曹,张蜀湘,曾保章等.一个亟待解决的问题-宿伤发现[J].北京:中医临床研究,2010,2(9):8
- [2]欧阳铸,裘沛然.历代医学名著全书[C].海南:海南国际新闻中心,1996:93,37
- [3]彭深山,刘尚友,车文恕.临床软组织损伤学[M].北京:中国医药科技出版社,2008:83
- [4]招尊华.祝味菊医案经验集[M].上海:上海科学技术出版社,2007:31
- [5]张怡曹,张蜀湘,曾保章等.药物揉摩治疗远伤[J].北京:中医临床研究,2010,2(17):108

编号：EA-101016130（修回：2010-12-10）

《中医临床研究》杂志 2011 年征订 欢迎订阅 欢迎投稿

国家新闻出版总署批准创办《中医临床研究》杂志，国内统一连续出版物刊号为：CN11-5895/R，国际刊号 ISSN 1674-7860，半月刊，大 16 开，国内外公开发行，由中国科学技术协会主管，中华中医药学会主办，出版单位为《中医临床研究》编辑部。办刊宗旨及业务范围：传承和弘扬我国民族中医药传统，以中医基本理论为框架，面向临床，面向普及实用，汇总中医临床经验，报道国内外中医临床研究成果，促进中医临床学术交流，为中医现代化提供多层次、全方位的学术研究平台，推动中医药事业发展。

中医为本，西医为用，中西医并重，医药并重，医疗保健并重，预防及治未病并重，基础医学与临床研究并重。欢迎中西医学、卫生预防、临床医技等各类相关论文及稿件，欢迎投稿（鼓励电子邮件投稿 zy@cjocm.cn），欢迎订阅！（本订单回执复印有效）

订 单 回 执

订书单位		联系人	
详细地址			
刊名	《中医临床研究》杂志	发行价	15 元/期 360 元/套 全年 24 期
		订数	套
合计金额	万 仟 佰 拾 元		
汇款日期	年 月 日	汇款方式	邮局

《中医临床研究》杂志

主 管：中国科学技术协会
主 办：中华中医药学会

电 话：010-59431886

通讯地址：北京市昌平区 102218-59 信箱

邮 编：102218 电子信箱：zy@cjocm.cn

我国社区护理安全隐患原因的探讨与防范措施

Discussion and preventive measures of the

reason of security risks community nursing in our country

都冬梅 王芳 罗珊 徐静静

(成都中医药大学护理学院, 四川 成都, 610072)

中图分类号: R248 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0120-03

【摘要】 通过采取一系列的防范措施, 可大大降低差错、纠纷发生率, 保证护理安全, 更好地为社区人群服务, 同时也提升了医院的社会效益。

【关键词】 社区护理; 安全隐患; 护理管理; 防患措施

【Abstract】 Take a series of preventive measures can greatly reduce the errors, the incidence of disputes and ensure care and security, and better service for the community population, but also to enhance the hospital's social benefits.

【Keywords】 Community care; Security risks; Nursing management; Preventive measures

护理安全是指在实施护理的全过程中, 患者不发生法律和法定规章制度允许范围以外的心理、机体结构或功能上的损害、障碍、缺陷或死亡^[1]。由于社区护理较之临床护理存在着服务场所、服务设施、服务内容和人群等诸多方面的特殊性, 以及社区护理操作规程不完善, 社区护理记录欠规范, 社区护理人员法律意识不强及自我保护意识较淡薄^[2], 导致护理安全隐患问题日益突出, 护理纠纷与事故呈上升趋势。现将具体护理安全隐患原因及防范措施报告如下。

1 社区护理工作中可能存在安全隐患的原因

1.1 管理方面

1.1.1 基础设施不完备: 社区卫生服务站的地面、地板不防滑; 仪器设备管理不善, 交通工具、通讯设备管理缺失等都可能成为护理安全隐患的因素^[3]。

1.1.2 质量管理体系不健全

质量管理体系是护理安全管理的核心, 管理制度不完善, 质量监控不力都是造成护理不安全的重要因素^[4]。

1.1.3 护理人员缺编严重

我国从事社区卫生服务的护士仅 10 万人左右^[5], 不到全部护士的 1%^[6]。根据发达国家的经验, 社区护理形成一支稳定的队伍并发挥其功能, 约需占护理人员总数的一半以上^[7]。由此可见, 我国社区护理从业人员的比例是处于非常低的一个水平, 离国际标准还相差甚远。护理人员的缺编, 使护士超负荷工作, 造成工作责任心不强, 注意力不集中, 服务不到位, 环节质量无法控制, 给病人带来不安全感^[8]。

1.1.4 护士无任职资格上岗: 目前我国社区护士准入制度还不够完善, 社区护士素质良莠不齐, 部分社区护士由未经过岗前培训的专科护士承担, 部分社区护士连护士资格证书都没有, 导致社区护士在承担护理工作时, 存在极大的法律风险^[8]。

1.1.5 排班不合理: 护理排班未按病人的需要和数量以及护理人员的工作经验、能力、责任心等因素合理搭配。

1.1.6 住院病人的管理疏漏: 由于社区医院的住院病人离家较近, 病情较轻, 社区住院条件差, 从而使很多病人只要注射、

输液一结束就私自离院, 一旦发生意外必将引起纠纷。

1.1.7 医疗废物的管理不规范: 尤其有些护理操作在家里进行, 如伤口换药、各种导管的更换、静脉输液、各种注射等, 这些操作所产生的医疗废物不能严格地按照《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的有关内容分类、包装、收集、运送, 增加了感染机会, 容易造成家庭和社区的污染。

1.2 护理人员方面

1.2.1 法制观念薄弱, 缺乏自我保护意识

护士在工作中多重视解决患者健康问题, 而忽视潜在法律问题, 如: 对患者实施治疗和护理时, 没有及时履行告知义务, 忽视了患者的知情同意权; 社区护士在上门访视过程中稍一疏忽, 将侵犯护理对象的隐私权和保密权; 没有充分履行健康教育的义务会侵犯病人的生命健康权^[9-12]。另外, 护理记录中也存在安全隐患。社区护理记录是严肃的法律文件, 不认真记录、漏记、错记等均可能是日后侵权责任的基础。针对社区护理记录, 目前还没有统一的详细的规章制度, 管理还不规范, 普遍存在缺乏规范格式, 记录的完整性、及时性、准确性差的现象, 这些都是可能埋下安全隐患^[8]。

1.2.2 文化水平偏低, 业务水平不高: 社区护理人员综合知识水平偏低, 大多是中专毕业, 大专毕业生不足 20%, 本科及以上更少^[13]。作为一名社区护士, 要向个体、群体、家庭提供医疗、预防、保健一体化护理服务, 因此, 她们应具备多种技能。而目前在社区卫生服务站从事社区护理工作的人员大多是医院分流人员, 缺乏社区护理系统和正规化培训^[14]。因此, 许多社区护理技术水平不能适应日益增长的社区服务需求。

1.2.3 责任心不强, 规章制度执行不力

主要表现为护理人员工作态度不严谨, 在工作中违反操作规程、护理常规, 过失造成患者的人生损害。

1.2.4 服务态度差: 工作中没有与病人及家属进行有效沟通, 导致病人误解、反感; 对病人观察不到位, 延误抢救时机; 护理人员态度差, 解答问题语言生硬或不予解答, 甚至与病人及家属发生冲突。

1.3 患者方面

1.3.1 病人法律意识和保护意识增强：随着法律法规的健全和完善，医疗案例的增多，病人的法律意识增强，加上各种媒体的炒作，使护患关系紧张，病人对护士的不信任增加。

1.3.2 病人期望值过高：病人对医院的硬件设施、住院环境、医疗护理工作等的期望值都有所提高，社区医院难以满足病人的某些需求。患者表现出不信任，拒绝配合治疗的行为，导致病人人为的护理不安全因素。

1.3.3 医疗费用方面：由于新型医疗设备的引进、新药的应用、医疗费用的支付使病人难以承受以及医疗收费不规范等，这些极易造成病人的误解，产生不满情绪引发矛盾。

1.3.4 病人自身的素质：由于部分病人所受教育、经济状况等因素的限制，对护士出言不逊或不尊重行为，也是导致护理安全隐患的一个因素。

1.3.5 不遵医行为：由于部分患者不理解医疗行业高技术、高风险的性质，往往出现不遵医行为。表现在：患者任意点药；多服或漏服药物。如在家庭治疗、护理的过程中，由于目前医药市场的开放，有的病人自购各类药品，特别是静脉注射的药品，要求输注，如果护士出于好意而执行，一旦出现反应或意外，将处于非常被动的地位，须承担相应的责任^[15]。

2 防范对策

2.1 健全落实各项规章制度：健全落实各项规章制度，建立护理质量三级管理体系^[16]，把好护理质量关。做到三有三无，即有措施、有制度、有人管和无差错、无事故、无纠纷^[13]。

2.2 完善后勤支持系统，保障安全管理

包括基础设施安全，仪器设备状态完好安全等，要做好防止摔伤烫伤的教育工作，必要时护士要亲自给予示范、指导，以预防住院患者摔伤或烫伤。

2.3 培养全科护士，依法执业

随着卫生体制的改革，准入制度的推行，凡是从事或即将从事社区卫生服务及家庭护理服务的注册护士，必须参加相应的培训，未取得培训合格证的护理人员不得从事社区卫生服务及家庭护理服务工作。真正建立一支高素质的社区护理服务队伍，为社区、家庭提供优质护理服务。而开办社区护理专业，被认为是解决我国目前社区护士短缺、素质不高的长远之策^[17]。

2.4 合理配置人力资源：医院管理者要根据实际情况合理配置人力资源；护士长可实行弹性排班，注意新老搭配，根据不同的时间段、护理工作量变化、护理人员的技术水平等动态安排人力资源，采取多种方法解决护士的超负荷工作。

2.5 加强安全及法律知识教育

通过学习，使护士学法、懂法、用法、依法行医、依法执业，不断提高全体护士安全法律意识，在尊重和维护患者合法权益的同时，懂得运用法律武器维护自己的合法权益。加强护士的工作责任心，确保护理安全^[18]。

2.6 加强岗位培训，提高操作技能

注重护士的继续教育，平时要加强护士的三基训练，提高业务技术能力。根据实际情况制定一套培训标准，从综合能力，理论知识，技术操作，规范服务等方面进行考核。

2.7 规范护理文件记录，加强文书管理

规范护理文件记录，做到客观、真实、及时、准确、完整记录护理服务过程及观察到患者的病情。加强文书管理，保管

好病案中的原始资料，避免丢失^[19]。

2.8 加强医疗废物管理：社区医疗护理中的废弃物应有专人负责，统一收集，集中处理，（尤其是家庭上门护理时产生的医疗废弃物）。对社区医护人员经常进行感染知识培训，避免医疗废物流失造成疾病传播及意外伤害。

2.9 重视沟通技巧，建立平等的护患关系：社区护士应具备良好的职业道德和社会沟通能力。交流时口带敬语，缩短护患之间的心理距离^[20]。在建立良好的护患关系的基础上，用通俗易懂的语言讲解疾病防治知识，从而使患者及家属对疾病有足够的了解，增强其遵医行为，减少误解，多些理解。

2.10 严格按国家规定标准收费

杜绝多收或少收费现象，向病人发放每日收费清单，对费用高的药品或治疗，护理人员应做到提前告知病人或家属，并解释使用的目的、依据，取得病人同意，以维护患者的消费权益和医院正当合法的权益，减少纠纷发生。

3 讨论

总之，社区护理工作中的安全隐患既有客观决定因素，又有可控制的一面。通过采取一系列的防范措施，可大大降低差错、纠纷发生率，保证护理安全，做到最大限度地控制和避免护理风险，提高护理质量，更好地为社区人群服务，让病人满意，同时也提升了医院的社会效益。

参考文献：

- [1]潘绍山,孙方敏,黄始振.现代护理管理学[M].北京:科学技术文献出版社,2001:349
- [2]程英玲.社区护理存在的风险与对策[J].中国医药导报,2006,3(22):137
- [3]陈小芳.社区家庭输液的护理风险及防范措施[J].护理研究,2009,23(3):745
- [4]阎成美.护理不安全因素分析与管理[J].中华护理杂志,2003,38(7):547
- [5]周璇.建立完善社区护理人才培养体系的构想[J].医学信息,2007,20(7):1151-1153
- [6]孔菊红,王桂华.我国社区护理现状及改进措施[J].荆门职业技术学院学报,2008,23(6):65-67
- [7]卫生部.2006年中国卫生年鉴[M].北京:协和医科大学出版社,2006
- [8]谭凤林,何国平,李现红.社区护理行为法律风险的原因分析与防范[J].护理研究,2007,21(9):2527-2528
- [9]吕红英,罗宝珠,黄凯帆.社区护理服务的安全隐患探讨[J].齐齐哈尔医学院学报,2009,30(12):1531
- [10]陈双双,易红艳.社区护理安全隐患原因分析与防范对策[J].中国实用医药,2009,4(13):259
- [11]吕建华.从举证责任倒置谈护士的自律行为[J].中华护理杂志,2003,38(5):351
- [12]高小玲.谈社区护理中潜在的法律问题与防范[J].护理研究,2005,19(3A):558-560
- [13]陈爱萍.社区护理安全隐患原因探讨与防范措施[J].临床和实验医学杂志,2009,8(4):156
- [14]管惠娟,尹娜,梁万年.我国社区护理队伍的现状分析[J].中国全科医学,2010,13(10):1064-1067
- [15]秦秀瑞.社区家庭输液的风险预防措施[J].中外健康文摘,2007,4(11):94
- [16]宫海燕,伍素华.实施三级护理质量管理的做法[J].重庆医学,2006,35(8):759
- [17]胡敏子,肖水源,周昌菊等.培养社区护理人才的设想[J].护理研究,1997,11(下转 122 页)

肿瘤科护患矛盾的原因分析及对策

Countermeasure and analysis of nurse-patient conflicts in oncology

高燕 丛榕

(威海市中医院, 山东 威海, 264200)

中图分类号: R273 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 23-0122-01 证型: IAD

【摘要】 通过加强护患沟通, 强化主动服务意识, 合理管理实行弹性排班等方法, 减少护患矛盾。

【关键词】 肿瘤; 医院; 护患矛盾;

【Abstract】 Arcoding to increase nurse-patient communication, strengthen the consciousness of active service, rational organization of work et al, to reduce nurse-patient conflicts.

【Keywords】 Cancer; Hospital; Nurse-patient conflicts

2008年1月~2010年8月, 我们对所发生的18例护患矛盾时间做回顾性分析, 总结发生的原因并提出相应对策, 现报告如下:

1 临床资料

本组18例, 发生矛盾冲突的原因: 解释不到位3例, 换液体不及时4例, 操作不规范2例, 收费不理解5例, 服务态度差3例, 家属情绪过激1例。

2 原因分析

2.1 患者维权意识增强

本组资料显示护理人员解释不到位3例, 对一日清单所示收费项目不理解导致的5起护患矛盾中, 主要是因为护理人员没有充分尊重患者的知情同意权, 对解释的必要性认识不足, 或者解释内容简单, 缺乏说服力, 得不到患者的认可。

2.2 护患沟通障碍

肿瘤病人心理极为脆弱, 常表现为抑郁、情绪低落、易激怒, 肿瘤科护士受患者情绪影响, 加之护理工作繁琐、琐碎、压力大, 容易出现情绪不稳定, 导致护患双方不能有效沟通。

2.3 护士人员不足, 导致护理措施不及时, 不到位, 也是导致冲突的重要因素。

2.4 护理观念陈旧, 主动服务意识差

肿瘤科的工作具有临终关怀的特点, 其宗旨是以照护为主, 尊重患者的权利与尊严, 重视患者的生存质量, 如果护理人员仅限于机械执行医嘱, 不能主动关心满足患者的生理、心理需求, 则会多重影响护患关系。

3 对策

3.1 加强护患沟通: 通过多种途径对护理人员进行沟通技巧的培训, 减轻护士压力, 使护士具有稳定的工作情绪, 提高与患者沟通的主动性, 沟通中以患者为中心, 尊重患者人格, 对患者的需要及时作出反应。

3.2 强化主动服务意识: 护士应具有高度的职务责任感和慎独精神, 工作中保持注意力集中, 对任何事情都要认真负责, 一丝不苟, 充分理解患者的痛苦。做到服务周到, 行为得体, 态度亲切, 提高患者对护理工作的理解, 避免纠纷。

3.3 弹性排班, 合理管理实行弹性排班, 缓解工作集中时段的压力, 充分调动每位护士的工作积极性, 加强护士奉献精神和利他主义价值观的培养, 尽心尽意为患者提供优质服务。

3.4 培养护士专科业务水平

肿瘤科护士的培养, 从基础知识和操作入手, 逐步掌握专科知识和技能, 并注重患者心理护理, 以适应现代护理工作的要求。

编号: EA-101011106 (修回: 2010-12-01)

(上接 121 页)

(2):12-13

[18]陈缓爱.社区护理风险管理初探[J].社区医学杂志,2006,4(10):9

[19]杨晓云.风险管理在社区护理管理中的应用[J].现代护理,2005,11(23):2046

[20]陈小萍.社区慢性病患者居家护理风险防范[J].Chinese Medical Ethics, 2006,2(106):87-88

作者简介:

鄧冬梅 (1983-), 女, 籍贯: 四川简阳; 职称: 护师; 硕士在读; 研

究方向: 临床护理及管理。工作单位: 四川省中医院 (成都中医药大学附属医院)。

王芳 (通讯作者), 工作单位: 四川省中医院 (成都中医药大学附属医院)。

罗珊, 女, 硕士在读, 研究方向: 临床护理及管理。

徐静静, 女, 硕士在读, 研究方向: 护理教育。

编号: EA-101014125 (修回: 2010-12-08)