

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: CN11-5895/R
ISSN1674-7860

China Authorized Number: CN11-5895/R
ISSN 1674-7860

《中医临床研究》编辑部

Editorial Department of CJOCM

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

Editorial department website: www.cjocm.cn
Office Address: Beijing Changping Zixun Chanye Keji Wenhua
Hi-tech Industrial Park
Office Telephone Number: 010-85463620

编辑室 电话 010-59431886
编辑室 电邮 zy@cjocm.cn

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 * 2010-16

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)

经方的临床活用

Clinical application of prescription

刘 元

(中国新疆库尔勒市第二人民医院, 新疆 库尔勒, 841001)

中图分类号: R2289 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0001-04

【摘要】 前人的方剂, 皆为医学理论和临床经验密切结合融汇集积而成, 是留给后人的宝贵遗产, 我们必须很好地继承和发扬。前人的很多方剂, 组织严谨, 配伍巧妙, 直至今日, 依法使用, 仍有非常良好的效果, 成为临床上经常应用的方剂。但是, 我们在使用这些方剂时, 也应注意到古今生活不同, 社会环境不同, 人体禀赋、饮食、居住、病因等均有不同。故曾有不少医家提出古方宜古不宜今而创制新方, 并提出运用前人的方剂时, 不可固执不变。因此, 在临床上我们运用前人的方剂如炙甘草汤、瓜蒌薤白白酒汤、旋覆代赭汤、丁香柿蒂汤、复元活血汤等经方时, 既要学习与掌握前人关于方剂的法度规矩、严谨的组方理论和宝贵的临床经验, 又要注意运用中医理论按照辨证论治的原则, 结合具体情况, 进行加减化裁而灵活变通, 才能方证合宜, 起死回生。

【关键词】 辨证论治; 《伤寒论》; 《金匱要略》; 《济生方》; 《医学发明》

【Abstract】 Previous prescription is the combination of medical theories and clinical experience, is precious heritage for future generations, to must inherit and carry forward. Previous prescription, rigorous organization, ingenious combination, even today still has a good effect, become a frequent clinical application of prescription. But, to use it, should be noted different life, different social environment, different endowment, diet, live, lause of body. Ancient prescription isn't suitable for the modern, can not change. Therefore, to use of Zhigancao decoction, Gualou Xiebai Baijiu decoction, Xuanfu Daizhe decoction, Dingxiang Shidi decoction and Fuyuan Huoxue decoction, to study and grasp fadu rules, rescription rigorous theory and valuable clinical experience, to note principle of treating in differentiation, to combine specific circumstances, flexible work, to achieve arise from the dead.

【Keywords】 Treating in differentiation; *Shanghan Theory*; *Jinkui Yaolue*; *Jisheng prescription*; *Medical invention*

前人的方剂, 皆为医学理论和临床经验密切结合融汇集积而成, 是留给后人的宝贵遗产, 我们必须很好地继承和发扬。前人的很多方剂, 组织严谨, 配伍巧妙, 直至今日, 依法使用, 仍有非常良好的效果, 成为临床上经常应用的方剂。但是, 我们在使用这些方剂时, 也应注意到古今生活不同, 社会环境不同, 人体禀赋、饮食、居住、病因等均有不同。故曾有不少医家提出古方宜古不宜今而创制新方, 并提出运用前人的方剂, 不可固执不变, 依样葫芦, 呆板照抄。

例如《成方切用》序言中说: “故方有宜古不宜今者, 设起仲景于今日, 将必有审机察变, 损益无己者。……且病有标本先后, 治有缓急逆从, 医贵通变, 药在合宜, 苟执一定之方以应无穷之证, 未免实实虚虚, 损不足而宜有余, 反致杀人者多矣。”

徐灵胎也曾说: “欲用古方, 必先审病者所患之证, 悉与古方前所陈列之症皆合, 更审方中所用之药, 无一不与所现之症相合然后施用。否则, 必须加减。无可加减, 则另择一方。断不可道听途说, 闻某方可治某病, 不论其因之异同, 症之出入, 而冒然施治。虽所用悉本于古方, 而害益大矣。”可见在临床上运用前人的方剂时, 既要学习与掌握前人关于方剂的法度规矩、严谨的组方理论和宝贵的临床经验, 又要注意运用中医理论按照辨证论治的原则, 结合具体情况, 进行加减化裁而

已灵活变通才能方证合宜, 起死回生。

1 炙甘草汤《伤寒论》

炙甘草 12g, 生姜 9g, 人参 6g, 生地 30g, 桂枝 9g, 阿胶 6g, 麦冬 15g, 麻仁 15g, 大枣 30 枚, 以清酒与水共煎。炙甘草汤又名复脉汤。

《伤寒论》177 条说: “伤寒, 脉结代, 心动悸, 炙甘草汤主之”, 此条只有 14 个字, 就将心悸之病因、病机、诊断和治法显示俱全, 实乃言简意赅。

此方有通阳复脉、滋阴养血之功, 其方证的病机乃心之阴阳两虚。现代研究表明, 炙甘草汤对多种原因所致的心律失常有显著的抑制作用, 现多用于各类心律失常、病毒性心肌炎、冠心病、风心病、心血管神经症、肺心病等属于心之阴阳两虚者。

病例一, 患者甲, 女, 68 岁。阵发性心慌气短 1 年余, 加重 10 余天, 2008 年 1 月 6 日初诊。有高血压病史 5 年。1 年前因劳累而出现较严重的心慌气短, 在某医院诊为心律失常, 房颤, 快速心室反应, 经治后好转。此后, 常因疲劳过度、感冒、生气等因素而发病。10 余天前, 因感冒发热而过量应用退热针药, 大汗一夜又发病, 心慌不安, 动辄加重, 伴气短、乏力, 每日数次发作, 多方治疗, 效不明显, 求治。

诊见：精神差，总想睡，面色暗，心悸气短，畏冷，时出虚汗，咽干，无口苦、口渴，纳差，眠可，二便调，唇暗，舌质暗，苔白腻，脉沉细数。心电图示：心肌呈缺血型改变（前壁），房颤，快速心室反应。四诊合参，辨证为太阳、太阴、少阴合病，阴阳两虚，营卫不和，治宜通阳复脉，滋阴养血，调和营卫。

方予炙甘草汤化裁：炙甘草 40g，生地 45g，党参，桂枝，生姜各 30g，炮附子（先煎 1 小时）、麦冬，阿胶（烊化）、五味子各 15g，山萸肉 60g，红枣 12 枚（掰开），黄酒 100ml，5 付，一日一剂，水煎分 2 次服。

二诊：诉服一付药后，即觉心慌气短减轻，服 4 付药后精神转佳，虚汗减少，仍感乏力，上方炮附子加至 20g（先煎 1 小时），又据证加减服药 10 服，诸症悉除。

病例二，患者乙，男，46 岁，阵发性心慌胸闷伴头晕乏力半年余，加重 1 周，2009 年 11 月 12 日初诊。素体虚弱，半年前因感冒后出现严重的心慌胸闷伴头晕乏力而在某医院诊为病毒性心肌炎，住院治疗 12 天，出院后，体质更虚，感冒及疲劳皆可诱发心慌胸闷伴头晕乏力，1 周前，因感冒而症状频发，非常痛苦，求治。

诊见：面色无华，精神萎顿，心慌不能自主，并伴胸闷，头晕，乏力，腰部酸凉，动辄自汗不止，无口苦，口渴不欲饮，纳差，眠差，二便可，舌质淡，苔薄白腻，脉细弱结。心电图示：①频发房性早搏。②部分导联 ST 轻度压低。四诊合参，辨证为太阴、少阴合病，气血阴阳俱虚。治宜益气通阳，滋阴养血，宁心定悸。

方予炙甘草汤、黄芪建中汤、桂枝加附子汤合方化裁：炙甘草 40g，黄芪 40g，生地 50g，茯神，炒枣仁各 30g，炮附子（先煎 1 小时）、桂枝、白芍、党参、生姜各 20g，阿胶（烊化）、麦冬、五味子各 15g，红枣 12 枚（掰开），黄酒 100ml，5 付，一日一剂，水煎分 2 次服。

二诊：心慌胸闷、头晕、自汗明显好转，仍乏力，腰酸凉，上方加炮附子量至 30g，继服 5 付。三诊：精神转佳，著症明显减轻，在上方基础上据证加减又服药 20 付，诸症消失。

临床应用炙甘草汤的体会：①应用炙甘草汤，方中清酒（即黄酒），清酒不仅能通阳气，利血气，而且可以养胃气，滋阴液，实为益卫和营、行血通脉的一味必不可少的良药。

②方中地黄用量应较余药为重，大枣之量应大，如此方有良效。生地有生津，滋阴，养血之功，《本经》谓其：“主伤中，逐血痹”；大枣有补脾益气，养血安神之功，《本经》谓其：“主心腹邪气，安中养脾助十二经，平胃气，通九窍，补少气，少津液”。二者相伍，重在补中气，滋化源，养心阴，补心血，并助炙甘草补中益气，以充气血生化之源，和调气血以复脉。

③生地寒润，多用可致大便溏，对于脾虚有湿而大便偏稀者，应用时可将生地久煎 50 分钟以上，这样可破坏生地中的致泻物质，而其滋阴养血的功能却不受影响。

2 瓜蒌薤白白酒汤《金匮要略》

全瓜蒌 30g，薤白 10g，白酒 30~60ml，取前二味用水约 400ml，煎取 150ml。第二次再用水 250~300ml，煎取 150ml。

去滓，将两次药液，放入锅中，兑入白酒，煎二、三沸，分两次服。本方原为瓜蒌一枚，薤白半升，白酒七升，三味同煎，取二升，分两次温服。

本方为张仲景《金匮要略》治胸痹的第一张药方，主治胸阳不布，气机痹阻，阴气弥沦上逆而致胸背痛，短气。喘息欬唾，寸口脉沉迟，关上小紧数等症。关于“寸口脉沉迟，关上小紧数”的解释，自古以来，各诸家意见颇不一致。例如徐忠可从病机解释，认为：“寸口主阳，因虚伏而不鼓则沉而迟，关主阴，阴寒相搏则小紧而数。”程云来则认为“数字误”。沈明宗则认为“迟下当有一若字。”他说“然阳虚，则肺气亦虚，痹郁胸中，故寸口脉沉而迟，乃言正气虚寒之痹脉也。若中上二焦阳气未至，虚极，寒邪挟阴上逆，邪正相搏，而有余，则关上脉现小紧而数，即是寒实之证，法当行阳散邪，则胸痹得开”。我认为诸家之注，都有一定的道理，可供临床参考，要结合临床病情灵活掌握，切不可死于句下。

胸痹的主要病机为上焦阳虚，阴气上逆。正如仲景先师所说“脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也，今阳虚知在上焦，所以胸痹心痛者，以其阴弦故也。”此方以瓜蒌宽胸降气，消痰开结为主药，薤白辛苦性温而滑利，能通痹著之气滞为辅药。白酒味辛性温，宣发助阳，通行营卫为佐药。三药合用，能助胸中阳气，开上焦痹滞，使胸中阳气布达，胸中大气一转，浊阴之气下降，阳行痹通，诸症自然消除。

本方加半夏 10~12g，名瓜蒌薤白半夏汤。主治胸痹兼不得卧，心痛彻背，舌苔白厚或白厚腻，脉象弦滑等症者。此症为痰浊盛所致，故加半夏除痰降逆。本方去白酒加枳实、厚朴、桂枝，名枳实薤白桂枝汤。主治胸痹有心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心诸症者。此证为客气留结在胸中，不只上焦阳虚，而中焦阳亦虚，故阴邪得以留据而上逆动膈所致。故加枳实除痞气，厚朴开气结，桂枝行阳兼疏肝，不但胸阳得畅而中焦亦调，诸症自除《金匮要略》在本条中又说：“人参汤（人参、甘草、干姜、白术）亦主之。”观人参汤之组成，实即理中汤之大意，对兼见中焦阳虚证者可随证应用。总之，胸痹的虚，为胸中阳气微而不振，故不必用补，而用宣通之法，阳气宣畅布达则清阳盛、浊阴退而病除。

所以，我们要认识到仲景用瓜蒌薤白的方剂，是以行阳为主，并非补阳。即使所谈“人参汤亦主之”，亦是兼补中阳，不是补胸阳。由此可以体会到仲景先师启示后人，应认识到胸中大气为全身之主，实为生死第一关键，特于胸痹篇独发其精义，不可不知。

今人常以此方随证加减，用于治疗以胸、背疼痛为主要症状的疾病。对冠心病心绞痛、心肌梗塞、心肌炎、胸肋神经痛等。常去白酒，加半夏、红花、赤芍、丹参、川芎等。我治疗冠心病、心肌炎等病出现心绞痛而心痛彻背、背痛彻心、心慌、短气、脉见寸沉、关弦或寸关弦滑沉紧者，常以本方加减如下：瓜蒌 30g，薤白 10~15g，半夏 10g，桂枝 3~12g，檀香 6~9g（后下），茯神木 30g，苏梗 10g，红花 10g，五灵脂 9~12g，蒲黄 6~10g，焦山楂 10g，赤芍 10g。随证加减运用，每收良效。病情严重，服后效果不甚明显者，如病人会饮酒，可在汤

药中兑入黄酒 20~30ml。不会饮酒者，可在汤中对入米醋 20~30ml。心绞痛发作频繁，痛重者，可再加用苏合香丸半丸至一丸，随汤药服，可提高疗效。

瓜蒌薤白白酒汤与瓜蒌薤白半夏汤、乌头赤石脂丸（赤石脂 30g，乌头 15g，川椒 30g，附子 15g，干姜 30g，为细末，蜜丸）均能治疗胸痹、胸背疼痛。但三方主治又有不同。瓜蒌薤白白酒汤主治已如前述，瓜蒌薤白半夏汤则主治胸痹之偏于痰浊壅盛，痹滞胸阳而心痛彻背、不得卧者。乌头赤石脂丸则治阴寒之气厥逆上干，格痹胸背经脉，乱其气血而致心痛彻背、背痛彻心者。三方虽皆治胸痹。但主证，病机却有种种不同，必须详细辨证，随证运用，决不可呆板硬套。深研《金匮要略》胸痹心痛短气篇自知。

对于痰热结聚，滞塞胸膈而致心胸疼痛者，则不可用瓜蒌薤白白酒汤。如患者呈现胸痛、脘痞，舌苔黄厚且腻，大便秘结数日不行，脉象滑数有力的痰热结塞时。可用小陷胸汤（瓜蒌、黄连、半夏）合小承气汤（厚朴、枳实、大黄）随证配入红花、丹参、檀香、焦三仙、焦槟榔等进行治疗，病人随着大便通畅、痰热被涤泄、舌苔化薄而心胸疼痛减轻，余症亦随之而安。此证如误用瓜蒌薤白白酒汤或瓜蒌薤白半夏汤等辛温药治疗，则不但无效反可使病情加重或延误。可见每个方剂都有它一定的主治范围，必须按照辨证论治的法则去灵活运用。

本方中之“白酒”，据《千金方》用“白醪酒”。后人考证读（再），即酢浆。“酢”字《辞源》引古人注中有“醋本字”之句。《金匱玉函要略辑义》说：“今用米醋极验。”但今人有用醋者，有用黄酒者。我的临床体会是：用醋效果最好，用黄酒也有一定效果，用白干酒（半盅至一盅）未见疗效。

3 旋覆代赭汤《伤寒论》

旋覆花 9g（布包），生代赭石 24g（先煎），半夏 9g，人参 5g（或党参 9~12g），炙甘草 5g，生姜 9g，大枣四枚，水煎服。

本方原为治疗“伤寒发汗，若吐若下，解后，心下痞硬，噎气不除者”而设。具有调补肾虚，和降逆气，降浊升清的功。伤寒病经过汗、吐、下各法的治疗，虽然寒邪已解，但胃气已虚，未能自和，升降失职而虚气上逆，故出现心下痞硬闷堵，时时噎气而痞硬不得除去之症状。此为胃虚气逆之证，宜用此汤降虚气之逆而和胃安中，则证可愈。方中以旋覆花下气除痰，咸能软坚而治心下痞硬（硬则气坚）为主药。虚则气浮，代赭石下气而除痞逆之气为辅药。人参、大枣甘能缓中，补胃气之虚弱为佐药。甘草调和百药补虚安中为使药。诸药共达补虚散痞、除逆安中之效，其病自除。

后世医家常此方治疗因胃失和降、胃气上逆而致的呕吐、反胃、噎膈、呃逆等病症。

3.1 用旋覆代赭汤合大黄甘草汤随证加减，治疗神经性呕吐，效果良好。

例如 1999 年曾治：患者甲，女，患神经性呕吐将近二年，经北京各大医院检查，诊断相同，治疗均未见效。每顿饭后，随即把食物吐出，人体日渐消瘦，体重仅有 70 市斤左右，大便干结，数日一行，粪如羊矢。舌苔薄白，脉象细。辨证为中焦虚弱、胃气上逆所致之呕吐。治以调中补虚、下气降逆之法，

方用本方合大黄甘草汤随证加减。处方如下：旋覆花 10 在（布包），生代赭石 30g（先煎），半夏 10g，党参 12g，甘草 5g，生大黄 5g，当归 10g，桃杏仁泥各 9g，全瓜蒌 30g，生姜 3 片，伏龙肝 60g（煎汤代水），以此为基础，有时稍有一些加减，共进 40 余剂，呕吐全止，大便通畅，饮食正常，体重增加 30 多市斤，诸症痊愈。

3.2 用旋覆代赭汤合半夏厚朴汤随证加减，治疗梅核气病。

例如：患者乙，女，自觉咽喉部有东西似痰非痰，似物非物，咯之不出，吞之不下，咽喉堵闷不适，曾经大医院耳鼻喉科详细检查，咽喉无异常发现，但久治不愈。查其舌苔较白微腻，脉象右手沉滑，左手稍带弦意，诊为梅核气病，治以降气化痰、佐似调肝和中之法，方用本方合半夏厚朴汤加减。处方如下：旋覆花 10g（布包），生代赭石 30g（先煎），半夏 10g，厚朴 10g，苏梗 10g，苏叶 10g，茯苓 15g，香附 10g，乌梅 2g，生姜三片、金果榄 10g。水煎服。以此方为基础随证加减，服用近 20 剂而痊愈。

3.3 用旋覆代赭汤合丁香透膈散或通幽汤加紫肉桂，随证加减，治疗反胃病。

例如：患者丙，男，39 岁，中药师，患溃疡病合并幽门不全梗阻。近月余以来，饭后腹胀，胃内烦乱，每晚须吐出带酸腐味的黄色稀粥状物，有时还能看到未完全消化的食物，吐出后才能睡觉。食欲不振，下午烦热，有时暖气，腰酸腹坠，每月有遗精二、三次，大便尚可，小便黄。舌质略红，脉沉细无力。按其朝食暮吐，吐物中有未消化的食物，腰酸遗精，脉沉细诸症，诊为脾虚中焦不化，肾虚火不生土而致之反胃病。治以温中降逆、佐助命火之法。处方如下：旋覆花 9g（布包）生代赭石 30g（先下），人参 9g，清半夏 9g，公丁香 9g（后下），广砂仁 3g，干姜 9g，紫油桂 4~5g，单桃仁 9g，红花 6g，炒白术 9g，焦三仙各 6g，白芍 9g，沉香粉 1.5g（分两次，随汤药冲服）。服药七付，呕吐即止。以此方为基础随证加减（后来又加黄芪 6~9g，补骨脂 9g，升麻、柴胡各 0.6~0.9g，去公丁香、桃仁、焦三仙等）共进 39 剂，诸症皆除，即改服附子理中丸、补中益气丸、桂附地黄丸调理善后而愈。对有胃痛喜暖者，也可结合良附散方，大便干结者也可加大黄甘草汤……总之要辨证论治。

生姜泻心汤、半夏泻心汤与旋覆代赭汤，三方均用于治心下痞，但各有不同的适应证，要注意分辨。生姜泻心汤主要用于胃中不和而心下痞硬，干噎食臭，胁下有水气，腹中雷鸣下利者。如《伤寒论》所说：“伤寒汗出，解之后，胃中不和，心下痞硬，干噎食臭，胁下有水气，腹中雷鸣下利者，生姜泻心汤主之。”半夏泻心汤则主要用于邪在半表半里而误下成痞，心下痞满，不硬不痛，大便自通者。本方则主治胃虚气逆而心下痞硬、噎气不除者，心下痞证如兼有大便泄利腹中雷鸣者，则不可用本方。

4 丁香柿蒂汤《济生方》

丁香 6g，柿蒂 6g，人参 3g，生姜五片。水煎服。本方主用于治疗久病、中焦虚寒而致的呃逆。呃逆有脏腑虚实之分。据清·吴仪洛所说：“呃在中焦，谷气不运，其声短小，得食即

发,为胃呃。呃在下焦,真气不足,其声长大,不食亦然,为肾呃。久呃则胃肾俱寒者为多。此病有因痰阻气滞者,有因瘀血者,有因胃实失下者,此皆属实。有因中气大虚者,有因大下胃虚阴火上逆者,此皆属虚。寒热虚实,治法不一,古方以此方治寒呃。”从而可知本方以用于“久病则胃肾俱寒者”为适宜。本方用丁香辛温、通肺、温胃、暖肾、降虚逆之气,祛胃肾之寒。与柿蒂苦温降气,共为主药。辅以人参补元气而使正气展布,佐以生姜开郁去痰而散寒。四药合用主治虚寒证之呃逆。

本方与《金匱要略》橘皮竹茹汤(橘皮、竹茹、人参、甘草、生姜、大枣)、《济生方》橘皮竹茹汤(橘皮、赤苓、枇杷叶、麦冬、竹茹、半夏、人参、炙甘草、生姜),三方均用于治呃逆,但本方主治久病胃肾虚寒所致的呃逆。《金匱》橘皮竹茹汤则主治久病体弱、胃有虚热、气逆不降所致呃逆。《济生》橘皮竹茹汤则主治热病后胃热、口渴、呕哕不食、气逆不降所致的呃逆。

老人久病或大病之后,或重病患者,突然发生呃逆,连声不止。中医认为这是脾气欲败、正气欲绝的危险症状,须要抓紧时间进行救治。对于这种情况,我常用本方合《金匱》橘皮竹茹汤重用(30g左右)进行抢救,屡屡取效。兼有全身出虚汗者,可再加山萸肉30g,五味子10g。

急性闭塞性或开放性脑血管病人以及大手术后的患者,有时出现膈肌痉挛而呃逆频频不止。我在会诊这种病时,常用本方结合旋覆代赈汤、《金匱》橘皮竹茹汤随证加减而取效。我的组方是:旋覆花10g(布包),生代赈石30g(先煎),半夏10g,人参6~12g,公丁香3~5g(后下),柿蒂5~7个,竹茹6g,生姜三片。以此为主,随证加减,屡收良效。

前人另有一方在本方中加陈皮、半夏、茯苓、甘草、高良姜,亦名丁香柿蒂汤,治症相同,温中降逆的功效更为加强。本方去人参、生姜,加竹茹、橘红,名丁香柿蒂竹茹汤,用于治疗阳呃(少阳虚热,中气上逆作呃)。本方不能用于胃热、胃实证的呃逆。

5 复元活血汤《医学发明》

柴胡15g,瓜蒌根9g,当归9g,红花6g,甘草6g,炮山甲6g,酒浸大黄30g,桃仁50粒(去皮尖研如泥)。除桃仁外,挫如麻豆大,每服一两,水一盞半,酒半盞同煮至七分去滓,食前,温服之,以利为度,得利痛减,不尽服。

本方主治跌打损伤,砸伤、扭伤,从高处坠扑伤而致瘀血留滞,胸胁疼痛,疼不可忍等症。中医认为人体遭受跌、打、砸、挤、压、砍等伤害,皆可产生瘀血而致经络瘀阻发生疼痛。除受伤处疼痛外,因经络瘀阻的关系,别处也可发生疼痛。又因为肝主藏血,肝脉循两胁,故无论伤在何处,也常常会因为瘀血留滞肝经而发生胸胁闷胀疼痛等症。本方以柴胡引药入肝经为主药。当归活血、甘草缓急为辅药。桃仁、红花、山甲、花粉破瘀润血为佐药。大黄涤荡败血,推陈致新为使药。瘀去血

活,经络通畅,疼痛自止。

本方与七厘散(血竭、乳香、没药、红花、朱砂、儿茶、冰片、麝香,共为细末)都能治疗跌打损伤、金刃刀斧等外伤所致的瘀血疼痛。但本方用于疼痛偏在胸胁之处者。七厘散则用于全身各处发生疼痛者,并可以用酒调,外敷于肿痛之处。

本方与活络效灵丹(当归、丹参、生乳香、生没药,水煎服)相比较,本方治症已如前述。活络效灵丹则主治气血凝滞,心腹疼痛,痲痹症瘕,肢体疼痛,内外疮疡等。近代也用于治疗宫外孕。

我在内科临床上,凡遇因瘀血所致诸病,常用本方随证加减,每收良效。

例如1999年曾治:患者丁,女,山顶塌坍而被砸伤,四根肋骨骨折,胸椎两节压缩性骨折,并发血气胸。经外科抢救后,遗有胃脘腹胀,腹痛、腰痛,呕吐一日七八次,晚间也吐,吐前打哈欠、流眼泪、打冷战,小腹胀疼难忍。大便秘结,5~7天一行,干燥如球,排便非常困难。右上肢麻木,睡眠不佳。一年半多以来,虽到多处医治,匀未见效。查其舌上有瘀斑,唇色较暗,舌苔黄厚,脉象弦滑较细。四诊合参,诊为瘀血所致的腹痛、呕吐、便秘。治以活瘀、降逆、润肠、通腑之法。方用复元活血汤随证加减,柴胡15g,当归12g,红花9g,桃仁9g,炙山甲6g,赤芍12g,瓜蒌12g,生大黄9g,刘寄奴12g,生赈石30g(先煎),珍珠母30g(先煎),生甘草6g,芒硝6g(分两次冲服)。共进12剂,诸症著减,已不呕吐,大便一日一行。以后在此方基础上,随证加减,调治四个月,完全治愈。

我还治疗一例腹部手术后,因输血浆而发生过敏性休克,用西药抢救六天多,血压不能升到正常范围,须用很浓的升压药物,静脉点滴来维持,后来又出现尿量太多,口舌生疮等症,即请中医参加抢救。我诊为少阴病,以麻黄附子细辛汤加味,又考虑到病在手术以后,恐有瘀血留滞,即又结合复元活血汤之意,进行治疗,很快痊愈。其药方如下:麻黄3g,制附片3g,细辛2g,生熟地各12g,桃仁10g,红花6g,当归6g,酒大黄5g,木通5g,五味子6g,桑螵蛸10g,西洋参12g(另煎兑入),连翘15g。此方共进6剂(在服此方之前,曾服两剂加有紫肉桂2g,以引火归元)。如疼痛较重,痛处较多,可加乳香、没药、丹参、刘寄奴、泽兰、鸡血藤、郁金、川芎等,随证选用,也可用本方冲服七厘散0.3~0.7g(如无七厘散,可用云南白药或三七粉)。兼有攻窜疼痛者为气滞血瘀,可适加香附、木香、青皮之类以行气活血。上肢痛可加桂枝、片姜黄。下肢痛加牛膝、泽兰。腰痛加补骨脂、杜仲、川断。胸部闷胀加枳壳、桔梗。后背疼痛加羌活、葛根。临床中,肋间神经痛、肋软骨炎、结节性红斑、风湿性关节炎(有风湿结节者)等疾病,也可用此方随证加减进行治疗。

编号:EA-1005118752(修回:2010-08-18)

慢性心力衰竭与心肌细胞

凋亡基因的相关性研究进展

Correlation research review on chronic heart failure and cardiac myocyte apoptosis

陈国庆 姚淮芳

(安徽中医学院, 安徽 合肥, 230038)

中图分类号: R541.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0005-02 证型: AGD

【摘要】 细胞凋亡是充血性心力衰竭 (Congestive heart failure, CHF) 发生发展的重要机制。心肌细胞丧失可能是心力衰竭进行性恶化的重要基础。

【关键词】 心肌; 细胞凋亡; 基因表达调控; 慢性心力衰竭

【Abstract】 Apoptosis is important mechanism of congestive heart failure with development. Loss of myocardial cells can be important basis of deterioration of heart failure.

【Keywords】 Cardiac; Apoptosis; Gene expression regulation; Chronic heart failure

心力衰竭 (HF) 是以心脏收缩和 (或) 舒张功能受损为特点的器质性心脏病的终末阶段。HF 的发病机理是心肌细胞数目减少 (传统解释是细胞死亡), 近 10 年来有大量证据冲击这一传统理论, 它们证实细胞凋亡在 HF 的发生中起到了一定的作用。细胞凋亡是细胞受外环境和细胞内基因调控的一种主动性、程序性死亡形式。许多研究已经把细胞凋亡由“组织特异性”指标变成可延缓 HF 进展的“治疗目标”。

1 细胞凋亡与心力衰竭

20 世纪 90 年代后, 已逐渐明确心肌重塑 (心室重塑) 是慢性 HF 发生发展的分子细胞学基础^[1]。近些年的大量研究表明, 细胞凋亡与心肌重塑密切相关, 心肌细胞凋亡很可能是使 HF 从“代偿”向“失代偿”转折的关键因素。

国外学者已证实细胞凋亡导致心肌细胞数量减少在 HF 的病理机制中发挥重要作用^[2], 还有文献提出心肌细胞的丧失可能是 HF 进行性恶化以及最终死亡的一个重要基础^[3]。由于心肌细胞凋亡使心肌细胞大量丧失, 当心肌细胞数量减少到一定程度必然导致 HF 进行性恶化。

Olivetti 等^[4]研究了经心脏移植术后的标本及急性心肌梗死后不久死亡的标本, 发现 HF 组心肌细胞凋亡率是对照组的 232 倍, Bcl-2 在 HF 组表达增加。

Sarastte 等^[5]报道了 35 例心脏移植术后标本 (21 例 DCM, 14 例缺血性心脏病), 发现心肌细胞凋亡数较对照组显著增高, 且与 HF 病因无关, 同时 Bcl-2 的表达在所有 HF 标本中均增强。国内则以动物实验研究为主。

罗羽惠^[6]通过缩窄 Wistar 大鼠腹主动脉建立慢性 HF 模型,

研究后发现慢性 HF 的发生、发展过程中有心肌细胞凋亡的变化; HF 大鼠心肌细胞凋亡指数增高。

吴伟康^[7]观察阿霉素复制慢性 HF 模型的心功能、氧化应激和心肌细胞凋亡发生情况后得出结论: 阿霉素性 HF 模型有显著的细胞凋亡发生。

2 凋亡基因与心力衰竭的相关性研究

2.1 Caspases 家族与 CHF 相关性 caspase, 可以对一些结构蛋白发挥蛋白水解作用并且促使 HF 的收缩功能不全加重。

研究发现一些证据显示 caspases 可以通过减少局部收缩蛋白损耗而改善收缩功能^[8]。Caspases-3 (细胞凋亡级联反应中最终执行死亡的一种酶) 的过度表达和激活可以直接降低左室的收缩功能。另一些评估 caspases-3 介导收缩蛋白裂解的研究中, 发现肌球蛋白裂解的程度和心脏收缩功能呈相关性^[9]。

部分学者认为 HF 受多重因素控制, 存在细胞凋亡并不意味着将导致严重的收缩功能不全和 HF, 且细胞凋亡程度与 HF 的进展不成正比。关于转基因小鼠心肌有条件表达激活的 caspases 的最新研究显示, 即使是极低水平的细胞凋亡, 存在短暂时间, 也足以导致致命性扩张性心肌病^[10]。

细胞凋亡主要由 caspases 蛋白酶介导, caspases 抑制剂是最有效的抗细胞凋亡治疗方法之一。一项研究中使用的是可逆的 caspases1 或 caspases3 抑制剂, 凋亡细胞数目可减少, 但梗死面积并无缩小^[11]。一些抗蛋白酶因子, 虽然不是直接作用于 caspases, 但亦有抗 caspases 激活的作用, 它们也有减少细胞凋亡的作用。

李美霞等^[12]TUNEL 和琼脂糖凝胶电泳显示免疫组大鼠在

免疫 3、4、5 周心肌组织发生明显凋亡, caspase-3, 8 活性增高, 免疫 7、9 周心功能明显下降, 对照组未见异常。

2.2 Bax 及 bcl-2 与 CHF 相关性

杨晓霞等^[13]实验结果显示模型组、冠心康组、地奥组的心肌组织中均见有 Bcl-2 表达, 冠心康组 Bcl-2 表达增加明显, 提示心肌缺血时, 可见心肌细胞发生凋亡, 冠心康增加 Bcl-2 蛋白的表达, 抑制细胞凋亡, 从而保护缺血心肌损伤。该实验亦证实, 大鼠急性心肌缺血时, 心肌组织存在着明显的细胞凋亡, 光镜下模型组可观察到心肌较为明显的灶性损伤病变, 而冠心康胶囊组心肌虽也有病变发生, 但病灶较少、较小。

汪坚敏等^[14]实验结果提示: 心衰过程中伴随大量心肌细胞凋亡, 葛根素在体内具有拮抗心肌细胞凋亡的作用, 通过葛根素干预, 能上调心肌细胞的 Bcl-2 表达, 同时下调 Bax 的表达, 两种蛋白比例发生明显变化。结合细胞凋亡率检测结果推测, 葛根素抑制心肌细胞凋亡, 可能与其改变凋亡相关蛋白 Bcl-2、Bax 的表达有关。

邓元江等^[15]等研究结果提示心力衰竭模型组大鼠左心室心肌 Bcl-2 的含量低于假手术组 ($P<0.05$), 表明心衰大鼠心肌抑制凋亡蛋白 Bcl-2 的表达下降, 细胞凋亡加快, 凋亡细胞数目增加, 与心衰模型组的心肌细胞凋亡率高于假手术组相一致; 细胞凋亡增多, 促进了心室重构。生脉胶囊可上调压力超负荷致心衰大鼠心肌抑制凋亡蛋白 Bcl-2 的表达, 有抑制细胞凋亡的作用, 从而可抑制心室重构。

涂乾等^[16]研究结果显示, 慢性压力超负荷性心衰大鼠 Bcl-2、Bax 蛋白表达率及 Bcl-2/Bax 表达比例有显著性改变, 而高、中剂量的 Pd-E 能明显上调 Bcl-2/Bax 表达比例, 改善其在病理刺激作用下表达的失衡状态, 提示白花前胡提取液能够调节因腹主动脉缩窄所致的心肌细胞凋亡相关基因的表达, 这可能是白花前胡遏制心肌肥大的心衰恶化进程的机制之一。此外, 数据亦显示抑制细胞凋亡可以改善动物心脏模型的结构和功能, 临床应该重视细胞凋亡的意义。

3 结 语

综上所述, 人们越来越清晰的认识到, 细胞凋亡对 HF 的结构和功能有明显的影响, 抗凋亡治疗可以带来令人欣喜的结果, 然而尚有许多问题有待解决, 如基因治疗的载体选择, 基因转染的有效性等这些局限性也迫使当前的一些凋亡干预措施仅局限于试验或动物试验, 还未用于临床。因此充分认识细胞凋亡在 HF 的发生与发展中的作用将为心力衰竭的治疗提供了新的理论依据。

参考文献:

[1]戴国柱.心力衰竭诊断与治疗研究进展[J].中华心血管病杂志,2003,31(9):

641-644

[2]Hasegawa K,Iwai Kanai E,Sasayama S.Neurohormonal regulation of myocardial cell apoptosis during the development of heart failure[J].Cell Physiol,2001,186(1):11-15

[3]Singh K,Communal C,Sawyer DB,etal.Adrenergic regulation of myocardial apoptosis[J].Cardiovasc Res,2000,45(3):713-719

[4]Olivetti G,Abbi R,Quaini F,etal.Apoptosis in the failing human heart[J].N Engl J Med,1997,336(16):1131-1141

[5]Saraste A,Pulkki K,Kallajoki M.Cardiac myocyte apoptosis and progression of heart failure transplantation[J].Eur J Clin Invest,1999,29(5):380-386

[6]罗羽慧.福辛普利对实验性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡和 Fas,Fas 配体基因表达的影响[J].中国循环杂志,2004,19(1):66-70

[7]吴伟康.阿霉素性心力衰竭模型的氧化应激和凋亡机制[J].中国病理生理杂志,2004,20(8):1437-1439

[8]Chandrasekhar Y,Sen S,Anway R,etal.Long-term caspase inhibition ameliorates apoptosis, reduces myocardial troponin-I cleavage, protects left ventricular function, and attenuates remodeling in rats with myocardial infarction.J Am Coll Cardiol,2004;43:295-301

[9]Moretti A,Weig HJ,Ott T,etal.Essential myosin light chain as a target for caspase-3 in failing myocardium.Proc Natl Acad Sci USA,2002;99:11860-11865

[10]Wencker D,Chandra M,Nguyen K,etal.A mechanistic role for cardiac myocyte apoptosis in heart failure.J Clin Invest,2003,111:1497-1504

[11]Huang JO,Radinovic S,Rezaiefar P,etal.In vivo myocardial infarct size reduction by caspase inhibitor administered after the onset of ischemia.Eur J Pharm,2000,402:139-142

[12]李美霞,王晓樑,刘晓军等.抗 β 1-肾上腺素受体自身抗体对在体大鼠心肌细胞的致凋亡作用[J].中国免疫学杂志,2007,23(8):743-748

[13]杨晓霞,张静生.冠心康对实验性大鼠急性心肌缺血的保护作用[J].中医药学刊,2006,24(2):238-241

[14]汪坚敏,吴莘,张春炳等.葛根素对心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡及 Bcl-2、Bax 表达的影响[J].实用医学杂志,2008,24(2):186-188

[15]邓元江,梁伟雄,刘卫英等.生脉胶囊对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响[J].中国中医药信息杂志,2009,16(4):27-29

[16]涂乾,张雯娟,涂欣等.白花前胡提取液抗慢性压力超负荷大鼠心肌细胞凋亡研究[J].江汉大学学报(自然科学版),2006,34(2):71-73

作者简介:

陈国庆 (1984-), 男, 为安徽中医学院 2008 级硕士研究生。

姚淮芳, 工作于安徽省中医院。

编号: EA-100610820 (修回: 2010-08-19)

中西医结合治疗溃疡性结肠炎临床疗效分析

To analyze the clinical effective of treating
ulcerative colitis in the integrative medicine

李召兵

(山东省枣庄市中医医院, 山东 枣庄, 277101)

中图分类号: R574.62 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0007-01 证型: IDGA

【摘要】 目的: 探讨临床上中西医结合治疗溃疡性结肠炎的疗效。方法: 选取我院患者, 随机分为两组, 对照组单用柳氮磺胺吡啶口服, 治疗组给予中药组方和口服柳氮磺胺吡啶综合治疗。结果: 总有效率为 93.33%, 对照组为 77.78%。结论: 中西医结合治疗溃疡性结肠炎临床疗效确切。

【关键词】 溃疡性结肠炎; 中西医结合; 内外合治;

【Abstract】 Objective: To investigate the clinical effect of treating ulcerative colitis in the integrative medicine. Methods: To choose the patients in our hospital was randomly divided into two groups, control group were given oral sulfasalazine alone, and the treatment group were given TCM and sulfasalazine. Results: The total effective rate was 93.33% in treatment group, 77.78% in control group. Conclusion: Treating ulcerative colitis in the integrative medicine has a good effect.

【Keywords】 Ulcerative colitis; The integrative medicine; internal and external governance

溃疡性结肠炎 (UC) 又称慢性非特异性溃疡性结肠炎, 为临床上常见病、多发病。本研究近两年来试用中西医结合方法治疗慢性溃疡性结肠炎, 并与单纯西医治疗作统计比较, 取得预期的临床效果, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般临床资料

本研究选取样本为 2008 年 6 月至 2010 年 5 月我院门诊或住院 UC 患者共 90 例, 诊断标准符合中华医学会消化病学分会 2001 年修改的诊断标准和《中医病证诊断疗效标准》。90 例患者按就诊顺序随机分为两组, 其中治疗组 45 例, 男性 26 例, 女性 19 例, 年龄 19 岁~69 岁, 平均 36.5 岁; 病程 4 个月~10a, 平均 5.4a; 病情程度轻度 24 例, 中度 21 例, 病变部位直肠共 20 例, 直肠乙状结肠共 15 例, 全结肠炎 10 例。对照组 45 例, 男性 24 例, 女性 21 例, 年龄 20 岁~68 岁, 平均 35.9 岁; 病程 3 个月~12a, 平均 4.9a; 病情程度: 轻度 22 例, 中度 23 例; 病变部位为直肠炎 16 例, 直肠乙状结肠炎 21 例, 全结肠炎 8 例。

1.2 分组治疗方法

治疗组 45 例患者先口服柳氮磺胺吡啶, 1g/次, 4 次/d, 同时加用中药灌肠, 方剂组成: 白头翁 30g, 葛根 15g, 黄芪 20g, 白术 20g, 泽泻 15g, 黄芩、黄连、黄柏各 10g, 白芨 15g, 败酱草 20g, 腹痛重者加乌药、延胡索, 里急后重明显者加白芍、木香, 便血明显者加地榆炭、茜草, 腹泻次数多者加薏苡仁、车前子。加水浓煎取汁 200mL, 每晚 1 次, 药温在 40~42℃。对照组患者单独口服柳氮磺胺吡啶 1g/次, 4 次/d, 并保持服药的连续性。

1.3 临床疗效标准^[1]

痊愈: 疾病症状消失, 结肠镜或钡灌肠检查肠粘膜恢复正常, 大便常规检查连续 3 次正常, 停药后观察 6 个月无复发。显效: 疾病症状基本消失, 结肠镜或钡灌肠检查肠粘膜轻度炎症反应及部分假息肉形成, 大便常规检查正常或红细胞及白细胞在 5 个以下。有效: 疾病症状、结肠镜或钡灌肠检查肠粘膜

病变有所好转, 大便常规检查或红细胞及白细胞在 5 个以上, 10 个以下。无效: 疾病症状、结肠镜或钡灌肠检查无改善。

2 结果

两组治疗后临床疗效比较。

治疗 1~2 个疗程后, 随访 1~7 个月, 结果显示, 两组疗效对比治疗组总有效率 (痊愈+显效+有效/例数) 为 93.33%, 对照组为 77.78%, 治疗组疗效明显优于对照组 ($\chi^2=4.986$, $P<0.05$)。详见表 1。

表 1 对照组和观察组疗效对比结果, 例 (%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	45	10	21	11	3	93.33
对照组	45	8	19	8	10	77.78

3 讨论

《景岳全书》中有“泄泻之本, 无不由于脾胃, 若饮食失节, 起居不时, 以至脾胃受伤, 致合污下降而泻利作矣”, 说明本病以脾虚为本、湿热为标, 因此在治疗上以扶正祛邪、燥湿消肿为主。方中白头翁、葛根清热解毒, 升阳举陷, 清肠中热毒而凉血止痢为君药; 黄芩、黄连、黄柏清热燥湿, 厚肠止泻, 助君药化湿、祛浊, 解毒清肠; 败酱草能消肿排脓, 祛瘀止痛, 佐君臣药解毒消肿止痛。全方标本兼顾, 既能扶正, 又能祛邪, 寓消于补, 使补不碍滞, 消不伤正, 共奏清热燥湿、健脾止泻之功。

总之, 根据整体与局部治疗相结合的原则, 我们采用中西医结合治疗溃疡性结肠炎, 取得较好的临床疗效, 且无明显的毒副作用, 值得临床上推广应用。

参考文献:

[1] 中华人民共和国卫生部中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:129-130

编号: ER-10070902 (修回: 2010-08-18)

头痛宁合舒马普坦治疗丛集性头痛 110 例临床疗效分析

To analyze the clinical effective of treating 110 cases
of cluster headache with Toutongning plus sumatriptan

李清燕 许晓英 杨正春

(四川省自贡市精神卫生中心, 四川 自贡, 643020)

中图分类号: R441.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0008-02 证型: ADI

【摘要】 目的: 观察头痛宁合舒马普坦治疗丛集性头痛的临床疗效。方法: 将 220 例丛集性头痛患者随机分为 2 组, 2 组均给予舒马普坦片 50mg 口服, 每日 1 次。治疗组同时服用头痛宁胶囊, 5 粒/次, 3 次/d。2 组均以治疗 20 天为 1 个疗程, 治疗 1 个疗程后观察临床疗效及发作情况。结果: 治疗组显效率、总效率与对照组相比差异有统计学意义有 ($P<0.05$)。丛集期、发作频率治疗前 2 组相比差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗前后 2 组组内相比差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗后 2 组组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 头痛宁合舒马普坦治疗丛集性头痛临床疗效显著, 可明显缩短丛集期、降低发作频率。

【关键词】 丛集性头痛; 头痛宁; 舒马普坦; 临床研究

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of treating cluster headache with Toutongning plus sumatriptan. Methods: 220 cases of cluster headache patients were randomly divided into 2 groups, 2 groups were given oral sumatriptan tablets 50mg, 1/d. Treatment group while taking headache capsules, 5/times, 3 times/d. 2 group were treated as a 20d course of treatment, after a course to observe the clinical effect and attack situation. Results: Compare the differentiation in treatment group and in control the efficiency, total efficiency has statistically mean ($P<0.05$). Cluster period, seizure frequency before treatment, compared with 2 groups showed haven't significant difference ($P>0.05$); the treatment group compared before and after the two groups was statistically significant difference ($P<0.05$); 2 groups after treatment difference between the two groups statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: Treating cluster headache with Toutongning plus sumatriptan has a good effect.

【Keywords】 Cluster headache; Toutongning; Sumatriptan; Clinical study

丛集性头痛 (CH) 是一种临床常见病, 多见于中年男性, 呈周期性丛集性发作, 发作部位常固定于一侧眼眶及其周围的头痛^[1]。笔者自 2007 年 1 月至 2010 年 6 月采用头痛宁合维拉帕米治疗丛集性头痛患者 110 例取得了较好的疗效, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

将 220 例均为我院住院患者, 其中男 152 例, 女 68 例; 年龄 18~65 岁, 平均 (38.85±8.36) 岁; 病程 1~15 年, 平均 (4.85±1.55) 年;

丛集期: 12~45 天, 平均 (25.8±3.6) 天;

丛集期发作频率: 每天 1~5 次, 平均 (2.86±0.16) 次。按就诊顺序随机分为 2 组, 2 组性别、年龄、病程、丛集期、发作频率等临床资料相比差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准: 参照《神经病学》^[1]拟定诊断标准。

1.2.1 头痛发作 5 次以上。

1.2.2 严重或非常严重的单侧眼周、眼眶上和 (或) 颞部的头痛, 未治疗时持续 15~180 分钟。

1.2.3 头痛至少伴发下述情形的 1 种

①与头痛同侧的结膜充血和 (或) 流泪;

②同侧的鼻塞和 (或) 流涕;

③同侧的眼睑水肿;

④同侧的前额和面部出汗;

⑤同侧的瞳孔缩小和 (或) 眼睑下垂;

⑥坐立不安或躁动的感觉。

1.2.4 发作频率从隔天 1 次到每天 8 次。

1.2.5 不能用其他疾病来解释该头痛。

1.3 方法

2 组均给予琥珀酸舒马普坦片 50mg 口服, 每日 1 次。治疗组同时给予头痛宁胶囊, 5 粒/次, 3 次/d。2 组均以治疗 20 天为 1 个疗程, 治疗 1 个疗程后观察临床疗效及发作情况。

1.4 疗效标准

参照《神经病学》^[1]拟定疗效标准。

显效: 头痛消失, 一个丛集周期未再次发作。

有效: 症状明显减轻, 头痛发作频率减低。

无效: 丛集性周期未有改变, 每天发作次数基本没有变化。

1.5 统计学方法

本研究数据统计分析采用 SPSS13.0 统计件, 计量资料以均数±标准差表示, 统计方法采用配对检验, 以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

治疗组显效率、总效率与对照组相比差异有统计学意义有 ($P<0.05$)。见表 1。

2.1 2 组临床疗效比较

表 1 2 组疗效比较

组别	例数	显效		有效		无效		总有效率
		例	%	例	%	例	%	
治疗组	110	75	68.18 *	29	26.36	6	5.45	94.56% *
对照组	110	53	48.2	36	32.73	21	19.09	80.91%

注：治疗组与对照组相比 $P<0.05$ 。

2.2 两组从集期、发作频率比较

治疗后 2 组组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)，(见表 2)。

治疗前后 2 组组内相比差异具有统计学意义 ($P<0.05$)；

表 2 2 组从集期、发作频率比较

组别	n	从集期 (天)		发作频率 (次)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	110	25.8±3.6	2.83±3.6**	2.86±0.16	0.85±0.05**
对照组	110	24.8±3.44	5.45±5.31*	2.86±0.16	1.43±0.04*

注：*表示治疗组与对照组相比 $P<0.01$ ；**表示治疗前后相比 $P<0.05$ 。

3 讨 论

CH 又称组织胺性头痛、睫状神经痛、蝶腭神经痛、偏头痛性神经痛、Horton 综合征。本病病因及发病机制尚未完全明白，一般认为与下列因素有关^[2-4]：①血管源说。②神经源说。③组胺说。舒马曲坦为抗偏头痛新药，是高度选择性 5-羟色胺受体 (5-HT) 激动剂，逆转偏头痛时颅内血管扩张，减轻血浆蛋白外渗，从而改善脑血流量，缓解偏头痛的症状，口服起效快于麦角胺咖啡因，有效率达 66%，高于麦角胺咖啡因；还可用于丛集性头痛的治疗，15~30 分钟的有效率达 74%~77%^[5]。头痛宁胶囊是中成药制剂，主要成分为天麻、土茯苓、制何首乌、当归、防风、全蝎，具有熄风涤痰，逐瘀止痛之功效，能缓解脑血管痉挛，促进大脑供血供氧，并通过调节 5-HT 受体的功能，阻断脑膜血管的异常扩张，发挥有效的止痛作用^[6]。同时，头痛宁胶囊可直接作用于头痛调控位点。本研究结果表明，采用痛宁合舒马普坦治疗者显效率、总有效率均高于对照组。

综上所述，头痛宁合舒马普坦治疗丛集性头痛临床疗效显著，可明显缩短丛集期、降低发作频率。

参考文献：

- [1] 吴江. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 288-289
- [2] 山根清美, 徐万鹏. 丛集性头痛和三叉神经, 自主神经性头痛的分类和诊断标准[J]. 日本医学介绍, 2007, 28(1): 11-14
- [3] 姚刚, 于挺敏. 丛集性头痛的治疗进展[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2008, 34(05): 313
- [4] 盛威. 慢性丛集性头痛的临床表现与治疗[J]. 中外医疗, 2009, 19(15): 42
- [5] 朱凯云, 黄焰, 陈俊抛. 口服舒马普坦治疗丛集性头痛急性发作的疗效观察[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2009, 35(3): 156-158
- [6] 陈小奇, 冯齐安, 童小南. 头痛宁胶囊治疗丛集性头痛临床观察[J]. 山东医药, 2009, 49(16): 104

编号：ER-10080619 (修回：2010-08-19)

《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。

《中医临床研究》杂志 网站：www.cjocm.cn

高血压不同中医肝证患者血脂 IL-18 变化的观察

Observation on IL-18 changes of hypertensive

liver syndrome of traditional chinese medicine

韦延忠¹ 李天资² 梁 烨² 许晓萍² 潘兴寿² 黄贵明¹ 凌嘉康¹ 邱菊江¹ 黄连春¹ 黄莺飞¹

(1.平果县中医院, 广西 百色, 531400;

2.右江民族医学院心血管疾病研究所, 广西 南宁, 530000)

中图分类号: R259.441 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0010-03 证型: BDG

【摘要】 目的: 探讨高血压不同中医肝证患者的病因及其发病机制。方法: 对 156 例高血压肝气郁结和 153 例高血压肝阳上亢患者进行血脂和白介素-18 (IL-18) 水平检测, 并与 139 例健康体检者比较。结果: 肝阳上亢组其 TC, TG, 和 LDLC 均值分别为 5.62 ± 1.24 (mmol/L)、 1.54 ± 1.68 (mmol/L) 和 3.23 ± 1.13 (mmol/L), 65.1 ± 19.2 (pg/ml), 较肝气郁结组高 ($P < 0.01$), 也较正常对照组高 ($P < 0.01$), 肝阳上亢组的 HDLC 均值为 1.37 ± 0.48 (mmol/L) 较肝气郁结组低 ($P < 0.01$), 也较正常对照组低 ($P < 0.01$)。结论: 血脂紊乱和炎症反应参与了中医辨证为肝阳上亢和肝气郁结高血压患者的病理生理过程。不同中医肝证高血压患者均有脂质代谢紊乱, 其中肝阳上亢患者血脂水平改变较肝气郁结患者更为显著, 提示不同的中医肝证脂质代谢紊乱程度不一样。

【关键词】 高血压; 中医肝证; 血脂; 白介素-18

【Abstract】 Objective: To investigate etiological factor and pathogenesis of two types of liver syndrome of traditional chines medicine. Methods: 156 cases of hypertensive stagnation of liver-QI and 153 cases of hypertensive hyperactivity of liver-YANG should be tested the level of blood-fat and interleukin-18 (IL-18), and be compared to 139 cases who are normal in health examination. Results: The mean TC, TG and LDLC are 5.62 ± 1.24 (mmol/L), 1.54 ± 1.68 (mmol/L) and 3.23 ± 1.13 (mmol/L), 65.1 ± 19.2 (pg/ml) respectively in hypertensive stagnation of liver-QI group, which are higher than that of the hyperactivity of liver-YANG group ($P < 0.01$), and so is the normal group; the mean HDLC of hyperactivity of liver-YANG group is 1.37 ± 0.48 (mmol/L), which is lower than that of the hypertensive stagnation of liver-QI group ($P < 0.01$), and so is the normal group ($P < 0.01$). Conclusion: Both disorder of blood-fat and inflammatory reaction differentiate the pathologic and physiologic process of hypertensive stagnation of liver-QI and hyperactivity of liver-YANG patients. There is lipid metabolic disorder in these types of hypertensive patients of liver syndrome of traditional chines medicine, in which the blood-fat level of the liver-YANG group is higher than that of the liver-QI group, to prompt that different types of liver syndrome of traditional chines medicine differ degree of lipid metabolic disorder.

【Keywords】 Hypertension; Liver syndrome of TCM; Blood-fat; Interleukin-18 (IL-18)

祖国医学的辨证施治在调节脏腑功能、气血阴阳、扶正祛邪和活血通络等较西医药有一定的优势, 并在心脑血管疾病防治等临床实践中得到了证实, 我们知道中医肝证与高血压密切相关^[1], 而高血压与血脂紊乱也密切相关, 了解高血压不同中医肝证类型患者的血脂和白介素-18 (IL-18) 水平, 对认识中医肝证和高血压的发病机制, 指导临床辨证施治实践有要意义。

1 资料和方法

1.1 对象

选 2008 年 1 月至 2009 年 10 月在平果县中医院住院或门

诊的患者, 诊断标准: 按 1999 年 WHO/ISH 标准^[2]确诊为高血压病的患者, 收缩压 ≥ 140 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa) 和 (或) 舒张压 ≥ 90 mmHg, 高血压史 1 年以上。

中医肝证分类型: ①肝气郁结证: 胸胁、乳房、少腹胀痛, 抑郁太息, 烦躁易怒, 颠顶头痛或咽有梗阻感, 脉弦。

②肝阳上亢证: 眩晕, 头痛, 面目红赤或面部烘热, 烦躁易怒, 口苦而渴, 脉弦。入选者均排除心、肝、脑、肾、肺疾患及代谢性疾病、糖尿病和自身免疫性疾病。

三组入选者性别年龄差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。各组资料见表 1。

表 1 两组患者基本情况

组别	例	男	女	年龄 (岁)	病程 (年)	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
肝阳上亢	156	104	52	38.4 ± 10.3	2.4 ± 0.7	168.6 ± 8.7^{ab}	106.2 ± 8.1^{ab}
肝气郁结	153	97	56	37.9 ± 10.2	2.5 ± 0.6	150.2 ± 9.8	89.7 ± 6.2
正常对照	139	89	50	37.9 ± 10.2	0	126.5 ± 9.1	81.7 ± 6.2

注: 肝阳上亢与肝气郁结比较 ^a $P < 0.01$, 与正常对照组比较, ^b $P < 0.01$ 。

1.2 检测方法

受检者于早上 8:00~9:00 时空腹抽非抗凝血 8ml, 离心分离血清备检。用 Beck man-CX7 全自动生化仪检测总胆固醇 (TC, 正常值 3~6mmol/L)、甘油三酯 (TG 正常值 0~2.29 mmol/L)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C 正常值 1~1.8mmol/L) 和低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C 正常值 1.76~3.49mmol/L)。

1.3 IL-18 细胞因子测定于清晨空腹取外周静脉血 5ml, 3000r/分离心 10 分, 取上层血清标本贮藏于 -20℃。仪器: MULTI-FUAE3S-R 型 Heraeus 牌高速离心机 (德国), SLTIII 型酶标仪 (450nm) (奥地利), 超低温冰箱 (意大利)。试剂: IL-18 试剂盒由深圳晶美生物技术有限公司提供。

主要实验步骤: 血清 IL-18 的检测严格按其操作规程和质

量控制标准进行, 通过绘制标准曲线求出细胞因子的浓度。

1.4 统计学方法

c 测得资料以数据库方式输入电脑, 用 SPSS13.0 软件进行统计学处理, 计量资料服从正态分布的平均数和标准差用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 多组资料比较用单因素 F 检验; 组间资料比较用 q 检验。 $P < 0.05$ 为差别有显著性意义。

2 结果

肝阳上亢组的 TC, TG, LDLC 和 IL-18 均值较肝气郁结组高 ($P < 0.01$), 也较正常对照组高 ($P < 0.01$), 肝阳上亢组的 HDLC 均值较肝气郁结组低 ($P < 0.01$), 也较正常对照组低 ($P < 0.01$), 见表 2。

表 2 高血压不同中医证患者血脂水平 (mmol/L)

分组	<i>n</i>	TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	HDLC (mmol/L)	LDLC (mmol/L)	IL-18 (pg/ml)
肝阳上亢	156	5.62 ± 1.24ab	2.54 ± 1.68ab	1.07 ± 0.48ab	3.43 ± 1.13ab	65.1 ± 19.2ab
肝气郁结	153	5.26 ± 1.17a	1.68 ± 0.61a	1.22 ± 0.45a	3.06 ± 1.02a	51.3 ± 17.5
正常对照	139	4.53 ± 1.04	1.01 ± 0.93	1.47 ± 0.51	2.21 ± 1.05	33.5 ± 13.7
<i>F</i> 值		27.861	16.976	43.58	8.614	18.34
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

注: 肝阳上亢组与肝气郁结组比较 ^b $P < 0.01$, 与正常对照组比较 ^a $P < 0.01$ 。

3 讨论

近十年来, 我国高血压以及心脑血管的患病率呈逐年上升趋势, 众所周知, 血脂紊乱是引起高血压和动脉硬化发生的始动因素, 而动脉硬化常常可使患者血管变性导致出血或梗死^[1]。有研究表明, 血脂紊乱可明显损伤动脉内皮细胞, 造成内皮脱落、超微结构损害, 刺激内膜增生^[2]。电镜下主动脉超微结构的观察则显示, 血脂紊乱血管内皮细胞和平滑肌细胞大量脂质沉着, 造成动脉管壁的损伤, 超微结构受损, 提示血脂紊乱可致动脉粥样硬化病变^[3]。血脂是人体中一种重要的物质, 有许多重要的功能, 但不能超过一定的范围, 如血脂过高血液粘稠易在血管壁上沉积, 斑块逐渐增多, 增大, 堵塞血管, 使血流变慢。在正常情况下, 大部分血脂可由动脉内膜渗进动脉壁, 再由外膜的淋巴管排除去, 并不沉积在动脉壁内, 当脂代谢异常时, 血脂成分中的胆固醇, 甘油三脂, 低密度脂蛋白的浓度增高, 高密度脂蛋白降低, 引起动脉内壁的损伤, 血小板聚集于损伤处, 可使动脉内膜和中层的细胞大量繁殖, 还不断吸收渗进来的血脂, 这样中层内膜逐渐向管腔内突出, 形成了粥样斑块, 使动脉管腔狭窄, 阻塞血液流入相应部位, 引起功能障碍^[4]。研究表明^[5], 细胞因子中的 IL-18 与高血压 AS 的病情发展与转归有着密切的联系。正常情况下机体分泌活性的 IL-18 较少, 仅于 IL-1、TNF- α 、IL-6、外毒素等作用下, IL-18 可由单核细胞、巨噬细胞、上皮细胞、小胶质细胞等分泌, 产生无活性的 IL-18 前体, 再经 IL-1 β 转换酶在门冬氨酸位点切去前导序列后, 才裂解成有活性的 IL-18, 从而发挥生物学作用。祖国医学认为, 高血压心脏损害的相关因素有动脉压、神经因素、遗传因素和体液因子等多方面有密切联系。中医传统上将

高血压按其症候表现或不同阶段病机特点而归入某证来进行认识和论治。因此临床上辨证归类繁多, 对中医高血压病变机制的进一步探讨不利^[6], 我们认为, 研究高血压及其对心脏的损害, 首先要明确由“高血压”这一病证的延续, 高血压性心脏病变开始于高血压, 同时, 高血压对心脏的损害是高血压病进一步发展的结果, 中医学者认为^[7], 高血压是阴阳失调、气血违和的表现。中医学虽然没有“血压”概念, 但对于气血运行的理论认识经临床证实是可行的和科学的。气血在脏腑功能的主导下, 周流不息, 使全身器官组织得到气血的濡养, 发挥正常的生理功能和生命征象, 这就是阴阳平衡, 气血冲和的生理表现, 若在各种内、外因素的影响下, 脏腑功能失常, 阴阳失调, 气血的运行也随之而失和, 血压可以发生异常的变化。所以, 血压异常是阴阳失调、气血违和的病理表现之一。高血压的病机特点在于气机上逆, 血随气逆, 此病理特征可称为血郁于上, 如果此种病机持续或突然恶化, 有可能发生气上不下而导致气血逆乱的临床病证, 如中风, 心肌梗死等。这是气血久郁所发生的变证, 符合中医郁久化风, 风阳暴张的认识。血郁的另一个变证, 是久郁致瘀, 这也是中医久病人络的体现之一。由于久病必虚, 因此高血压所致的瘀阻, 多表现为虚实兼夹。气血违和的另一类表现, 是血脂代谢失调, 由于阴阳失调, 水谷精微运化转输失常, 痰浊内生, 易瘀阻脉道, 发生痰瘀互阻的病机。高血压病因其常表现眩晕、头痛、恶心、呕吐等症状, 故中医学多数文献将其归属于眩晕、头痛、肝阳、肝风等病证范畴, 本组资料结果显示, 肝阳上亢患者其 TC, TG, LDLC 和 IL-18 的均值较肝气郁结组高, 也较正常对照组高 ($P < 0.01$), 肝阳上亢组的 HDLC 均值较肝气郁结组低 ($P < 0.01$), 也较正

常对照组低 ($P<0.01$), 本研究结果认为, 血脂紊乱和炎症反应参与了中医辨证为肝阳上亢和肝气郁结高血压患者的病理生理过程。高血压各证型之间是有差别的, 高血压患者有脂质代谢紊乱, 其中肝阳上亢患者血脂水平改变较肝火上升患者更为显著, 提示不同的中医肝证脂质代谢紊乱程度不一样。

参考文献:

- [1] 李天资, 潘兴寿, 陆克兴等. 广西百色地区壮汉人群高血压和代谢综合征患者上病特点分析[J]. 中华流行病学杂志, 2009, 30(7): 157-203
- [2] 张世筠, 肖守贵, 张茹兰等. 中医肝证积分的增高与高血压患病关系的研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2003, 1(9): 525-526
- [3] 王培兴. 中医对高血压病的辨证防治[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(1): 74-75
- [4] 陆克兴, 李天资, 潘兴寿等. 壮汉人群高血压与血脂水平关系的分析[J]. 临床心脑血管病杂志, 2008, 24(2): 151-152

[5] Chien-Hua Huang, Jesus G, Vallejo George Kollias, et al. Role of the Innate Immune System in Acute Viral Myocarditis. Basic Res Cardiol, 2009, 104(5): 228-237

[6] 伦增瑞, 季祥武, 张爱元等. 高血压病程及血脂对冠状动脉造影病变程度的影响[J]. 中国实用医药, 2009, 4(30): 8-12

[7] 殷瑛, 任杰, 赵兴胜等. 高血压与血脂异常对亚临床动脉粥样硬化病变影响的研究进展[J]. 医学综述, 2009, 15(7): 1060-1062

作者简介:

李天资 (通讯作者), 就职于右江民族医学院心血管疾病研究所。

基金项目:

广西百色市科技厅资助项目, 合同编号: 百科技 0910002。

编号: EA-1005308795 (修回: 2010-08-17)

《中医临床研究》杂志 2010 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

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

松筋针治疗腰椎间盘突出手术后复发的临床研究

A clinical study on treating recurrence
after lumbar disc surgery Songjin acupuncture于开玺¹ 赵 阳² 李庆兰³

(1.山东省枣庄市立医院, 山东 枣庄, 277102;

2.枣庄市高新区卫生院, 山东 枣庄, 277800;

3.枣庄市峄城区中医医院, 山东 枣庄, 277300)

中图分类号: R323.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0013-02 证型: ADI

【摘要】目的: 应用松筋针配合椎管内神经阻滞治疗腰椎间盘突出手术后复发的近期疗效, 功能恢复情况及远期观察。方法: 一组为松筋针行椎间孔松解术伍用椎管内神经阻滞术。另一组单纯应用椎管内神经阻滞术。结论: 松筋针松解术配合椎管内神经阻滞治疗疗效可靠。

【关键词】松筋针; 硬膜外腔神经阻滞; 椎间盘手术后

【Abstract】Objective: To use pine needle with reinforced the nerves block in the treatment of recurrent lumbar intervertebral disc short-term curative effect, the function recovery and long-term observation. Methods: A group of pine needle line between vertebra reinforced with KongSong XieShuWu nerve block in the spinal canal. Another group of single vertebra inside nerve block. Conclusion: Loose muscle ZhenSong solution was decreased nerve block with within the curative effect and reliable.

【Keywords】Pine needle reinforcement; Extradural cavity nerve block; Disc after surgery

腰椎间盘突出症是一种常见病多发病, 自从 mixer 和 barr^[1] 于 1934 年提出并首先报道手术治疗该病以来, 手术治疗已成为治疗腰椎间盘突出症的常规手段, 大部分患者可获得满意疗效。配合松筋针行椎间孔松解, 小关节松解及瘢痕松解可以有效的消除残余症状。

1 一般资料

本组 46 例, 其中男 32 例, 女 14 例。年龄 34~65 岁, 平均 47.6 岁; 单节段 25 例、双节段 21 例。复发距首次手术 8 个月~10 年, 平均 6.6 年; 症状复发于同侧 35 例, 对侧 11 例。病变节段: L_{4/5} 26 例, L₅/S₁ 20 例。首次手术术式: 开窗及扩大开窗 18 例, 半椎板切除 17 例, 全椎板切除 11 例。本组中全部病例行 CT 检查及 X 线摄片检查, 20 例行 MRI 检查, 并结合临床症状、体征均与原手术时病变侵犯之神经根一致。其中, 髓核再突出 30 例、合并一侧侧隐窝狭窄 18 例, 合并双侧侧隐窝狭窄 12 例。MRI 显示未见明显椎间盘突出但有疤痕压迫, 神经根粘连 11 例。所有病例随机分为两组 A 组 26 例松筋针松解加椎管内神经阻滞, B 组 20 例单纯应用椎管内神经阻滞。两组年龄性别及治疗前 VAS 评分无明显差异。

2 治疗方法

2.1 体位 A 组患者俯卧位

2.2 定点取 A、B、C 点, 分别于突出椎间盘同位棘突间旁开 0.5cm (黄韧带及侧隐窝治疗点) 3cm~4cm (横突及椎间孔外口治疗点) 5cm (浅筋膜治疗点)。用龙胆紫作一点状进针标记, 术区常规消毒、医者戴一次性帽子、口罩和无菌手套。

2.3 操作各点用 0.5% 的利多卡因局麻 16# 注射针刺透皮肤, 选

用 20~25cm 两种松筋针分别对准 A、B、C 点缓慢探索深入。A 点: 先到达下关节突骨面, 将针逐渐移到下关节突内缘贴骨面向深处, 有突破感即可, 一般深度不超过 5cm 左右。患者有向下肢放散的酸胀感, 若有触电感则出针停止治疗, 若无触电感或放散感, 可将针向内下方稍作摆动 1~2 下, 幅度不超过 0.5cm, 出针按压。B 点: 松筋针缓慢到达横突骨面后, 在横突上缘贴骨面由外向内至横突根部, 患者有向下肢放射串麻感后退针, C 点进针到浅筋膜松筋针和患者躯体平行刺向对侧 (沿手术瘢痕左右 4~5cm) 做浅筋膜大范围松解。以上 3 点出针后均需按压 3min, 创可贴覆盖针眼。然后行椎管内神经阻滞, 病变侧侧隐窝注射镇痛液 8~10cm (镇痛液组方为 2% 利多卡因 5ml, 弥可保 1mg, 维生素 B₆ 200mg, 进口曲安奈德 20mg 加 0.9% N.S 至 20ml), 剩余镇痛液加生理盐水至 25ml 行骶管腔神经阻滞, 缓慢注射。B 组单纯行硬膜外侧隐窝和骶管腔神经阻滞, 镇痛液组方和用量同 A 组, 不做松筋针松解。两组均为一周治疗一次, 3 次为一疗程。

3 疗效评定

参考日本整形外科学会“腰椎疾患治疗成绩评分表(JOA)”^[3] 制定腰椎间盘突出症评价表, 于治疗前及治疗后 1, 2, 3 周及 6 个月评定, 完全正常积 45 分, 按公式计算出改善率: 改善率 = [(治疗后评分 - 治疗前评分) / (正常评分 - 治前评分)] × 100%。

痊愈: 改善率达 85%~100%;

显效: 改善率达 60~84%;

有效: 改善率达 25%~59%;

无效: 改善率 < 25%, 腰椎间盘突出症评价表 (LDP score)

项目标准及评分方法。

3.1 主观症状 (12 分)

①腰痛: 无痛 4 分; 偶有轻度 3 分; 常有轻度 2 分; 频发轻度或偶有重度 1 分; 频发或持续剧烈发作 0 分。

②臀及下肢痛和/或麻木: 同“腰痛”项。

③步行能力: 正常 4 分; 疼痛、麻木和/或肌无力发生, >1000 m 3 分; 500~1000m 2 分; 100~500m 1 分; <100m 0 分。

3.2 体征 (15 分)

①压痛和/或按压时放射痛: 无 3 分; 椎旁轻压痛, 无放射痛 2 分; 椎旁明显压痛, 伴轻度放射痛 1 分; 重度压痛, 伴放射痛 0 分。

②直腿抬高试验 (含腘绳肌紧张): 正常 3 分; 61~80° 2 分; 30~60° 1 分; <30° 0 分。

③感觉障碍: 正常 3 分; 有轻微障碍 2 分; 局部感觉未完全丧失 1 分; 局部感觉完全丧失 0 分。

④肌力: 5 级 3 分; 4 级 2 分; 2~3 级 1 分; 0~1 级 0 分。

⑤膝或跟腱反射: 正常 3 分; 轻度减弱 2 分; 明显减弱 1 分; 消失 0 分。

3.3 ADL (18 分)

①睡觉翻身: 容易 3 分; 稍有不灵活 2 分; 较困难 1 分; 非常困难 0 分。

②站起: 同“睡觉翻身”项。

③弯腰: 取并腿直立位脊柱尽量前屈, 手指触及踝部或以下 3 分; 触及小腿 1/2 部以下 2 分; 触及髌骨下缘 1 分; 不能弯腰或仅能触及大腿下段或髌骨 0 分。

④长时间 (1h) 坐位: 容易 3 分; 有疼痛 2 分; <30min 1 分; 非常困难 0 分。

⑤行走: 同“睡觉翻身”项。

⑥提物或举物: 容易 3 分; 稍有不灵活 2 分; 比较困难 1 分; 非常困难 0 分<25%。

4 结果

治疗后 1、2、3 周 6 个月时痊愈显效率比较, A 组为 72%、80%、90%、100%均明显高于 B 组 60%、68%、82%、84% 治疗后 6 个月时按腰椎间盘突出症评价表积分两组均较治疗前有显著提高 ($P<0.01$); A 组高于 B 组, 其中 ADL 提高更明显差异有显著性意义。

5 讨论

5.1 研究表明, 腰椎间盘突出症术后复发原因主要是间盘组织切除不彻底, 同一间隙间盘组织再突出。复发原因可能与手术技巧、间盘切除量的大小术后所致粘连、狭窄和瘢痕^[2-5]等有关。有学者报道, 腰椎间盘突出术后复发率为 5%~11%, 腰椎间盘切除术后效果不满意率为 5%~20%^[4-5]。

5.2 神经阻滞是现代医学疼痛疾病疗法的三大疗法之一, 原理是直接作用于末梢的神经干、丛, 脑脊神经根、交感神经节等神经

组织内或附近注入药物或给予物理刺激而阻断神经功能传导^[6-7]。神经阻滞具有如下治疗特点: ①止痛效果明显、可靠。②止痛快, 效果长久。神经阻滞治疗后, 可立即达到止痛效果, ③不需特殊的仪器设备, 操作方便。④操作技巧和疗效密切相关。神经阻滞并不是对所有腰椎间盘突出术后复发的患者都有效, 对于脊柱失稳的患者, 只能缓解疼痛, 远期疗效仍然较差。从 B 组 20 例病例的治疗效果来看, 一疗程治疗后优良率达 82%, 王留启报道总有效率达 86.7%^[8]显示神经阻滞治疗在复发性腰椎间盘突出症的治疗中是一种方便、快捷、行之有效的治疗方法。椎管内神经阻滞同时有药理作用和物理作用。低浓度的局麻药对神经鞘膜的轻度麻醉作用, 可以完善地阻滞神经纤维的传导, 抑制神经末梢的兴奋性。其弥散性强、起效快, 对组织无明显的刺激作用, 具有很好的止痛作用, 阻断“疼痛→肌紧张和小血管平滑肌紧张→代谢产物聚集→疼痛加剧”恶性循环^[9]。同时可使组织血管扩张, 改善局部血液循环, 消除、缓解神经的低氧状态及紧张状态。糖皮质激素可快速消除无菌性炎症, 抑制周围神经对“H”物质 (组织胺) 的反应, 解除充血、水肿及由此造成的对神经根的压迫症状, 同时能抑制成纤维细胞的增生和肉芽组织的形成, 有预防和减轻瘢痕及粘连形成作用, 减轻局部的自身免疫反应, 改善神经的营养状态, 促进受损神经功能的恢复物理作用。

本研究表明对于腰椎间盘突出术后复发的患者应用松筋针松解术配合椎管内神经阻滞治疗疗效可靠, 病人易接受, 费用低, 痛苦小, 创伤小无副作用。近期效果明显, 远期待观察。值得推广应用。

参考资料:

- [1]MixerWJ, Barr JS. Rupture ofthe intervertebraldiscwith involvementofthe spi-nal canal. New Engl Jmed.1934.211:210-215
- [2]OstermanH,SundR,Seitsalo S,eta.l Risk ofmultiple reoperations after lumb -ardiscectomy:a population-based study.Spine,2003,28(6):621-627
- [3]余维豪,霍速.介绍一种腰椎功能评定方法[J].中国康复医学杂志,1998,13 (5):214-215
- [4]曹鹏克,吴广良,张云飞,等.腰椎间盘突出症的再手术治疗[J].实用诊断与治疗杂志, 2002,10(13):1342-1343
- [5]许国华,贾连顺,李家顺等.腰椎间盘突出症再手术临床分析[J].中国矫形外科杂志,2002,10(12):1342-1343
- [6]蒋军辉.注射疗法治疗腰椎间盘突出症[J].中国中医骨伤科杂志,2004, 12(1):39-41
- [7]庾俊雄,蒋德斌,唐仁明.俯卧位骶管注射治疗腰椎间盘突出症[J].右江医学,2004,32(4):338-339
- [8]王留启.神经阻滞治疗腰椎间盘突出症术后症状遗留或复发 35 例[J].临床麻醉学杂志,2002,18(2):32
- [9]张文田,张中英,刘新元等.神经根松解注射法治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J].颈腰痛杂志,2002,23(1):48

编号: ER-10070910 (修回: 2010-08-24)

穴位注射治疗慢性荨麻疹 23 例

Treating 23 cases of chronic urticarial by acupuncture point injection

刘新生

(75660 部队门诊部, 广西 桂林, 541002)

中图分类号: R758.24 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0015-01 证型: DGB

【摘要】 阐述了穴位注射治疗慢性荨麻疹的疗效观察, 对于此治疗方法做出进一步的综述。**【关键词】** 穴位注射; 治疗; 慢性荨麻疹**【Abstract】** To investigate and observe the effect of treating chronic urticarial by acupuncture point injection, for the treatment of clinical observation method to make further review.**【Keywords】** Acupuncture point injection; Treatment; Chronic urticarial

慢性荨麻疹是基层门诊常见的皮肤病。由于病因较难明确, 因此在治疗上有一定难度, 目前尚无特效的治疗办法。我部自 2000 年 2 月以来, 采用穴位注射治疗慢性荨麻疹 23 例, 取得比较满意效果, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 23 例均为门诊患者, 其中男性 15 例, 女性 8 例; 年龄 13~53 岁, 平均 29.2 岁; 病史最长 6 年, 最短的 10 个多月; 全身泛发 18 例, 以上肢为重 3 例, 以下肢为重 2 例。

1.2 治疗方法

取穴: 上肢为主者取双侧曲池穴, 下肢为主者取双侧血海穴, 病程 1 年以上者加三阴交, 全身泛发者上下肢取穴。方法: 将穴位皮肤作常规消毒后, 按每个穴位抽取醋酸强的松龙混悬液 25mg 加 2% 普鲁卡因 2ml, 刺入穴位待得气感后行穴位注射。每 5 天 1 次, 上下肢交替取穴, 以 3 次为 1 个疗程, 一般 1~2 个疗程即可, 少数病人需要注射 3 个疗程。

1.3 疗效标准

风团伴红斑、瘙痒消失且 1 年内不复发为治愈; 风团、红斑及瘙痒基本消失, 偶有小片为好转; 3 个疗程内荨麻疹无明显好转为无效。

1.4 治疗结果

本组 23 例, 1 个疗程治愈 5 例, 2 个疗程治愈 12 例, 3 个疗程治愈 3 例, 好转 2 例, 无效 1 例, 总有效率为 96%。

2 讨论

据文献记载, 曲池穴属于阳明大肠经之合穴, 具有疏风清热、行气和血、利本通络之功效;

主治: 上肢肿痛、瘫痪、本腑咳喘吐泻、咽喉痛痹、湿疹、

荨麻疹、高血压等。

血海穴属足太阴脾经, 具有调和气血作用, 血分病常选此穴, 故有“治风先治血, 血和风自灭”之说;

主治: 经血不调、风疹、湿疹、荨麻疹、皮肤风湿侵袭之症。

三阴交, 属足三阴交之会, 具有健脾和胃, 养肝益肾之功, 应用极为广泛;

主治: 消化、泌尿、生殖系统疾病及湿疹瘙痒。

醋酸强的松龙混悬液是一种强性氟化糖皮质激素, 具有抗炎、抗过敏、抗毒作用, 其药效比可的松高约 30 倍, 作用可达 2 周, 故作用时间长, 见效快, 疗程短, 疗效高。因用量较少, 所以不良反应轻微, 但严重高血压、溃疡病患者慎用。普鲁卡因做局部浸润及局部封闭之用, 能延长药物吸收时间, 进一步发挥穴位刺激作用。

荨麻疹俗称“风疹块”, 是一种常见的皮肤病, 属中医学“隐疹”范畴; 荨麻疹既是一个独立疾病, 又是许多疾病的症状之一; 其原因复杂, 约 70%~80% 为原因不明, 这也是慢性荨麻疹在预防治疗方面最为困难的问题。

穴位注射治疗慢性荨麻疹因兼有药物及穴位的双重作用, 故作用明显, 疗效肯定, 操作方便, 经济; 穴位注射治疗荨麻疹起到疏风解表, 清热解毒, 健脾利湿, 调和营卫之效; 在临床上尤其对慢性荨麻疹较单用抗过敏药物或针刺方法效果更为满意; 对皮肤瘙痒症效果亦好, 值得基层推广使用。在治疗过程中, 要严格无菌操作, 以免发生感染; 特别是封闭穴位要准确, 否则直接影响治疗效果; 另外, 普鲁卡因穴位注射也要做皮试, 以免发生过敏反应。

编号: ER-10070903 (修回: 2010-08-18)

单刺精明穴治疗急性腰扭伤 88 例临床分析

Clinical analysis of treating 88 cases of acute lumbar sprain by Danci Jingming point

李 瑞 邓成哲 梁志刚

(邢台医学高等专科学校, 河北 邢台, 054000)

中图分类号: R274.34 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0016-01 证型: IDBG

【摘要】 目的: 观察针刺精明穴在治疗急性腰扭伤的临床效果。方法: 采用捻转手法针刺急性腰扭伤患者单刺精明穴并配以腰部活动。结果: 全部 88 例患者, 治愈 80, 好转 8 例, 总有效率为 100%。结论: 针刺精明穴治疗急性腰扭伤, 简便易行, “一针一效”, 取穴少, 见效快。

【关键词】 急性腰扭伤; 针刺; 精明穴; 治疗

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of treating acute lumbar sprain by Jingming acupuncture point. Methods: Taking massage plus acupuncture treating acute lumbar sprain patients. Results: All 88 patients, 80 cases of cured, 8 cases of improved; with the total efficiency rate was 100%. Conclusion: Treating acute lumbar sprain by Jingming acupuncture point has a good effect.

【Keywords】 Acute lumbar sprain; Acupuncture point; Jingming point; Treatment

急性腰扭伤是门诊常见病, 好发于青壮年、中重劳力、喜好运动者。多年来, 在有限条件的情况下, 不断总结经验。采用捻转刺激手法针刺精明穴治疗急性腰扭伤 88 例, 取得总有效率 100% 的效果。现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

全部 88 例急性腰扭伤患者中, 男性 67 例, 女性 21 例; 年龄最小 20 岁, 最大 71 岁; 病程最短 20min, 最长 10d。所有患者均排除既往有腰腿痛病史或/和腰椎间盘突出症等腰椎骨质性病变史, 部分是服药治疗而未效者。

1.2 治疗方法

患者取坐位或卧位, 嘱患者闭目, 医者左手轻推眼球向外侧固定, 右手缓慢进针, 紧靠眼眶边缘直刺 0.3~0.5 寸。医者随即用提插捻转手法刺激行针, 得气后嘱患者由小范围渐到大范围作腰部前屈、后仰及左右转侧活动, 患者出汗即止。留针 20~30 min 后缓慢出针^[1]。效果不明显者第二天继续行针。

1.3 疗效标准^[2]

1.3.1 治疗 1 周后的效果评价, 参照《中医病证诊断疗效标准》制定。痊愈: 腰部疼痛消失, 脊柱活动正常; 好转: 腰部疼痛减轻, 脊柱活动基本正常; 无效: 症状无改善。

1.3.2 远期疗效观察 1 月后电话随访, 包括腰痛、腰功能状况与出现再扭伤情况。

2 结果

本组 88 例中, 治愈 80 例, 占 90.9%; 好转 8 例, 占 9.1%。总有效率 100%。其中, 针一次而愈者 49 例, 针二次而愈者 24 例, 针三次而愈者 6 例, 针四次而愈者 5 例, 针六次而愈者 2 例, 针七次而愈者 2 例。而好转病例中, 60 岁以上者 6 例, 60 岁以下者 2 例, 均在针刺三次后辅以针刺委中、阳陵泉、三阴

交等配穴而治愈^[3]。

3 讨论

急性腰扭伤比较常见, 治疗不及时, 可使瘀血停滞于腰部、臀部肌肉、筋膜等组织之间, 致使经络阻滞, 不通则痛。若迁延日久, 则可转变为比较难治的慢性腰痛。针刺主要是对腰部肌肉的痉挛起缓解作用^[4], “以痛为俞, 舒经活络”, 使筋络通畅, “通则不痛”。精明穴为手太阳小肠经之输穴, 手太阳与足太阳为同名经, 两经脉气相通, “输之体重节痛”; 精明穴又为八脉交会穴之一, 通于督脉。急性腰扭伤时, 多使督脉及膀胱经气受损, “经脉所过, 主治所及”, 故针刺精明穴能使气知病所, 行气血而通经络, 使受伤组织功能恢复正常。所谓“痛则不通, 通则不痛”^[5]。

经观察, 本治疗方法有以下特点: 病程短者收效快; 针刺时活动度大者收效快; 急性期间首用冷水淋洗或感受寒湿者收效慢; 老年患者效果相对差; 取穴准确与否, 进针手法及进针角度不同, 均与疗效密切相关。

参考文献:

- [1]朱春红.精明透中渚治疗急性腰扭伤 52 例[J].广西中医药,1999,23(2):39
- [2]张必萌,吴辉持,汪崇森.针刺精明穴治疗急性腰扭伤疼痛 58 例[J].中国临床康复,2004,8(2):321
- [3]贾守月.针刺精明穴治疗急性腰扭伤 328 例临床分析[J].临床与实验医学杂志,2009,8(3):23
- [4]唐家玲.针刺精明穴加手法治疗急性腰扭伤 52 例临床小结[J].湖南中医药导报,2003,10(1):59-60
- [5]吴耀持,张必萌,汪崇森等.电针精明穴治疗急性腰扭伤的近远期疗效观察[J].中国针灸,2007,27(1):3-5

编号: ER-10071905 (修回: 2010-08-18)

浅谈对刺经筋治疗周围性面瘫

Discussion on treating peripheral facial paralysis by Duici Jingjin

王 峰 何天有(指导)

(甘肃中医学院, 甘肃 兰州, 730000)

中图分类号: R745.1+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0017-02 证型: ADI

【摘要】 通过对经筋疗法的学习和临床经验, 对刺经筋治疗周围性面瘫进行探析, 认为对刺经筋疗法治疗周围性面瘫这一常见病、多发病疗效更好, 时间更短, 能更好的解除病人痛苦。

【关键词】 对刺经筋; 面瘫; 探析

【Abstract】 To study and clinical experience of Jingjin therapy, investigate of treating peripheral facial paralysis by Duici Jingjin, thought the treating peripheral facial paralysis by Duici Jingjin, has a good effect.

【Keywords】 Duici Jingjin; Peripheral facial paralysis; Investigate

长沙马王堆出土的《阴阳十一脉灸经》当中首次提出“筋”字的概念。《说文解字》解释筋为“肉之力也, 从肉, 力, 从竹, 一竹, 物之多筋者”, 意指筋为能产生力量的肉。广义的筋则包括了肌肉在内。狭义筋的范围主要系指肌腱、韧带和筋膜。同时也包括了肉理、脏腑、胸膈之间相连的筋膜。在人体中, 筋可随人的意志伸缩变形并产生力量, 有牵拉肢体产生相应活动的组织, 毫无疑问, 就是现代医学所指的骨骼肌。

经筋是针灸学最早被认识的学术成就, 早期雏形见于《十一脉灸经》及《阴阳十一脉灸经》。“经筋”一词最早见于《灵枢·经筋》篇中, 比较全面、详细阐述了十二经筋的走向、病候及治法。其中病候和治法为: “经筋之病, 寒则反折筋急, 热则筋弛纵不收, 阴痿不用。阳急反折, 阴急者俯不伸。”和“治在燔针劫数, 已知为数, 以病为输。”这为后世治疗痹症、痿症, 和现代治疗软组织与运动系统、神经系统病变方面打下了非常宝贵的基础。

经筋理论萌芽于石器时代, 形成于战国及秦汉之际, 完善与晋唐, 昌盛于明清, 衰落于鸦片战争之后, 随着新中国的建立而又逐渐复兴。经筋的循行分布具有起于爪甲、结聚关节、伴行筋脉、向心循行、没有表里、不如脏腑、三维分布、联系五官、肝络诸筋、刚柔相济等十个特点。它有约束骨骼、活动关节、保持人体正常的运动功能及维持正常的体位姿势的作用。

十二经筋并没有络属脏腑, 当它的正常生理功能却必须有脏腑的气血生化的濡养。十二经筋受养于脾胃, 受制于肝肾。胃主受纳, 为“水谷之海”, 胃气充足, 才能濡养肌肉。脾, 在体合肉, 主四肢, 主运化, 人体的脏腑之气, 筋脉肌肉, 四肢百骸, 无不依赖脾脏的化生水谷精气的功能。如《太平圣惠方》指出: “脾胃者, 水谷之精, 化为气血, 气血充盛, 营卫流通, 滋养身形, 荣以肌肉也。”

肝在体合筋, 主一身之筋膜, 主筋的滋养与运动。肾主骨生髓, 主藏精, 筋骨的生长、发育等均依赖肾中精气的滋养。《素问·上古天真论》曰: “三八肾气平, 筋骨劲强·七八肝气

衰, 筋不能动。”十二经筋只有在脾胃、肝肾正常功能的前提下, 它才可以达到联缀百骸, 主司运动。维系周身, 抵御外邪。

“对刺经筋”治疗面瘫, 主穴取阳白、头维, 四白、颧髎, 地仓、颊车三对穴位, 我们主要考虑。

经筋分布: 经筋在头面部的分布, 手足三阳经筋均上头面部, 以线为纲。如, 手阳明经筋: “直者, 上出手太阳之前, 上左角, 络头, 下右颌。”足阳明经筋: “直者, 上颈, 上挟口, 合于頄, 下结于鼻, 上合于太阳, 太阳为目上纲, 阳明为目下纲。”手太阳经筋: “直者, 出耳上下结下颌, 上属目外眦。”足太阳经筋: “直者, 上头下颜, 结于鼻。”手少阳经筋: “支者, 循耳前, 属目外眦, 上乘颌, 结于角。”足少阳经筋: 直者“循耳后, 上额角, 交颞上, 下走颌, 上结于頄。”由此可见, 手足阳明经筋组要分布面颊和前额部。手足太阳经主要分布枕、额部和耳后、耳前与侧额。手足少阳经主要分布耳后、侧头部及耳前。所以我们认为, 经筋治疗周围性面瘫主要以手足阳明经筋为主, 太阳、少阳经筋为辅。因此, 我们所选的三对穴组中, 阳明取两对, 太阳、少阳各一个。

配穴: 患侧风池、太阳、下关、丝竹空、合谷、外关、阳陵泉、三阴交、太溪、太冲, 每次取双侧合谷、外关、阳陵泉、三阴交、太溪、太冲, 及其他配穴 2~3 个, 交替选用。右手将针斜刺入穴内, 然后用同样的方法将针刺入对侧的穴位, 得气后, 双手同时行针, 左手拇指用力向前捻转 9 次, 再连续小幅度重插轻提 9 次。右手拇指用力向后捻转 6 次, 再连续小幅度重提轻插 6 次。施补泻手法时, 一般须视病者年龄、体质的强弱, 以及病邪的多少来决定手法的轻重。

施补泻手法时, 一般须视病者年龄、体质的强弱, 以及病邪的多少来决定手法的轻重。操作步骤: 选用 0.30~0.35mm×25mm 不锈钢毫针, 嘱患者取仰卧位, 在患侧阳白配鱼腰、四白配颧髎两组穴沿皮斜刺, 进针 15~20mm, 然后双手同时进行操作, 左手行补法, 右手行泻法: 地仓配颊车使用 0.30~0.35mm×40mm 不锈钢毫针, 操作方法同上。每隔 10 分钟行针一次。隔日一次, 10 次为一个疗程, 疗程间休息 2~3 日。

三十天后进行疗效评定。

我们在临床上（2008年7月～2009年12月）治疗周围性面瘫共45例，全部为门诊病例，并全部符合纳入标准。

①符合上述诊断标准。

②自愿参加临床观察，并配合治疗和随访。

③发病在一周以内。

④年龄在18～70岁之间的患者，且符合以上诊断标准。

其中45例患者中男23例，女17例；年龄16～68岁；病程最短3小时，最长7天。治疗时间最短1个疗程，最长4个疗程。

平均有效率达98%。

何天有教授通过临床大量观察，发现“对刺经筋”针法治疗周围性面瘫和传统针刺方法对比，具有疗程短，治愈率高，复发率低的优点。而且经济、安全，所以是一种值得在临床推广的好方法。

参考文献：

[1]施雯馨.内经筋理论的现代发展[D].北京中医药大学硕士研究生学位论文,2009,5:79

编号：ER-10062502（修回：2010-08-16）

世界中联风湿病专业委员会会长王承德：

中医风湿病学研究硕果累累

风湿病是临床最常见的多发病、疑难病之一，对人类健康危害严重，引起各国政府和专家的高度重视。世界卫生组织和许多国家先后成立了风湿病的学术组织和研究机构。8月7日，一个聚集中外中医风湿病专家的专业机构——世界中医药学会联合会（简称世界中联）风湿病专业委员会在京成立。在成立大会上，新当选的风湿病专业委员会会长、国家中医药管理局台港澳交流合作中心主任王承德指出，近30年来，随着现代免疫学、分子生物学、基因组学的进步，中医风湿病学这门古老的学科研究也硕果累累，焕发出勃勃生机，进入了一个崭新的发展阶段。

成绩突出

王承德介绍说，首先，由于历代风湿病病名繁杂众多，广大中医工作者对风湿病病名进行了规范化研究。通过文献和临床研究，确立了痹症-风湿病的一级病名。在此基础上，进行了二级病名创新及规范化研究。对如行痹、痛痹、着痹、五体痹（皮痹、肌痹、筋痹、脉痹、骨痹）、五脏痹（心痹、肺痹、脾痹、肝痹、肾痹）、六腑痹进行了诊断与疗效标准的制定，同时制定了风湿病常见证候的诊断和疗效标准，并形成了系统的理论体系。这些规范与理论经过近30年的临床应用与验证，有些被相关部门和组织采用，提高了中医风湿病的诊疗水平。

其次，一些中医风湿病专家在总结古人经验的基础上，对风湿病学科进行创新与发展，增添了新的内容。如路志正老教授提出的“燥痹”，焦树德老教授提出的“尪痹”、“大痲”，朱良春老教授提出的“顽痹”，沈丕安老教授提出“红斑痹”等，并从病因、病机、证候分类、治则方药等对之进行了详细的论述。

第三，对中医风湿病的病因、病机及治法进行了创新。在风湿病病因、病机方面提出“痹从内发、以虚为主、虚实夹杂”、“痹必夹湿”、“痹多夹瘀”等观点；治疗上提出扶正培本、扶正祛邪、健脾化湿、养阴清热、解毒化瘀等治则。此外，由有关学术机构牵头，组织全国风湿病专家，遵循辨证论治的原则，研发风湿病系列药，开创了国内研发系列中成药的先河。

任重道远

王承德认为，在总结成绩的同时也应该看到，中医风湿病学科的发展仍然任重道远，应该着重进行以下工作。一是要加强继承，发挥特色，勤于临床，培养人才。中医学是一门实践医学，继承不足是突出问题。应鼓励风湿病工作者在继承上下功夫，深研古籍，熟读经典，发掘古籍中治疗风湿病的有效方药和方法；整理、挖掘名老中医，包括已故的焦树德、王为兰、谢海洲等的学术思想和临床经验；搜集、整理民族医药风湿病的单方、验方和各种治疗方法，搜集、整理民间医药治疗风湿病的宝贵经验。

二是要进一步提高中医风湿病普及程度与国际化程度，完善区域性学术、医疗、科研网络，建设中医风湿病医疗卫生保健、科研创新、教育和学会管理体系，强化平台建设，以利于推进知识普及，争取在提高中医风湿病治病防病能力方面取得突破性进展。特别是应积极开展标准化研究，进一步完善五体痹、五脏痹、燥痹等的规范化研究；进行多中心、大样本的临床研究，探讨中医风湿病更加科学的临床辨证分型、有效的中药和方剂，使其走向规范化。

三是要开展中医风湿病临床诊疗技术整理与研究。利用中医综合治疗的优势，开展对针灸、外治法、功能锻炼、食疗和饮食控制等治疗方法的挖掘；组织中医治疗方法、诊疗技术与标准的研究制定，拓展中医治疗方法种类，提高中医疗效，总结出更加科学规范的治疗标准。

四是要有效地利用现代科学技术、检查方法，促进中医药特色优势的发挥。中医药应该立足自我，既要体现出中医药治疗风湿病的特色与优势，又要在降低西药的毒副作用、提高生存质量方面发挥特色。真正体现出中医药在单独治疗风湿病和“增效”、“减毒”两个方面的优势。

五是要推进中医风湿病现代化发展战略，大力推动中医药科学研究的发展。要建立中医药风湿病科研队伍，重视后备人才培养；注重中医药理论、临床规范化研究，以及适合于中医的诊疗技术等研究；建立中医药风湿病重点实验室，加强实验室的科学化、规范化管理；建立和完善科技信息服务网络与共享平台，拓展与国际科学研究交流合作的领域，使中医药风湿病的科研成果被世界同行认识和接受。

（徐亚静/中国医药报）

丹参注射液合用治疗冠心病心绞痛的疗效分析

Effective analysis of treating angina pectoris with salvia injection

杜克刚

(湖北省保康县歇马中心卫生院, 湖北 襄樊, 441611)

中图分类号: R541.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0019-01 证型: BDG

【摘要】 目的: 观察黄芪、丹参注射液合用治疗冠心病心绞痛的临床疗效。方法: 将单用丹参的患者作为对照组, 在此基础上用黄芪、丹参注射液的患者作为治疗组, 比较两组的临床疗效。结果: 治疗组临床疗效显著高于对照组。结论: 黄芪、丹参注射液合用于治疗冠心病心绞痛疗效确切、值得临床推广

【关键词】 黄芪; 丹参; 冠心病心绞痛

【Abstract】 Objective: To observe clinical effects of treating angina pectoris with astragalus and salvia injection. Method: Patients alone salvia as a control group, in this based on the use of astragalus, salvia injection as a treatment group of patients, the clinical efficacy of two groups were compared. Results: The clinical efficacy of the treatment group is higher than the control group. Conclusion: Treating angina pectoris with astragalus and salvia injection has a good effect, is worth being clinically applied.

【Keywords】 Astragalus; Salvia; Angina pectoris

冠心病心绞痛是临床常见病, 是由心肌急剧的、暂时的缺血缺氧引起的临床综合征, 近年来的发病率有逐年上升的趋势。笔者 2008 年 3 月~2010 年 3 月联合使用黄芪注射液和丹参注射液治疗冠心病心绞痛 30 例, 取得较满意的效果, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 一般资料

选择 60 例我院住院患者, 均符合 1979 年 WHO 命名的缺血性心脏病的诊断标准^[1]和我国冠心病辨证座谈会的心绞痛中医辨证诊断标准。其中男 39 例, 女 17 例; 年龄 45~77 岁, 平均年龄 63.5 岁; 病程 5 个月~19 年, 平均病程 9.5 年; 临床表现: 心前区疼痛、憋气、胸闷、心悸、气短、苔白舌淡、口唇发暗、脉细弱、心绞痛每周发作两次以上; 心电图: 60 例患者均有不同程度的 T 波倒置或缺血性 ST-T 改变; 合并症: 合并糖尿病 7 例, 高血压 13 例, 高脂血症 9 例。将以上 60 例患者随机分成治疗组 30 例和对照组 30 例, 两组在病情、病程、年龄、性别、心电图表现等临床资料方面经统计学处理无明显差异, 具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组每日使用黄芪注射液 20ml 加入 5%葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注 (合并糖尿病的患者改用生理盐水滴注), 一日一次; 此外再使用丹参注射液 20ml 加入 5%葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注, 一日一次; 两种药物均连续使用一个疗程, 一个疗程为 14 天; 治疗期间两组均口服阿司匹林 50mg, 一日一次, 心绞痛发作时两组患者均立即停止活动, 并舌下含服硝酸甘油。对照组单独使用丹参注射 20ml 加入 5%葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注, 一日一次, 连续使用一个疗程, 不使用黄芪注射液。详细记录两组治疗前后的心电图改变、心绞痛症状。

2 结果

两组临床疗效比较, 治疗组显效 11 例, 有效 16 例, 无效

3 例, 临床总有效率为 90%; 对照组显效 9 例, 有效 13 例, 无效 8 例, 临床总有效率为 73.3%。经秩和检验, 治疗组临床疗效显著高于对照组 ($Z = -2.039, P = 0.041$), 结果见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	总病例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	30	11	16	3	90
对照组	30	6	16	8	73.3

3 讨论

冠心病心绞痛在中医中属于“胸痹”、“真心痛”等范畴, 脑力劳动者多见, 患者常伴有高脂血症、高血压、糖尿病等。对人们健康危害大, 为老年人主要死因之一。其基本病理机制是, 脉阳微阴弦、上焦阳气不足、气虚血瘀、阴邪乘虚居于阳位、是本虚标实之症。胸痛为标, 气虚为本。此病发作期以标实胸痛为主要临床表现, 同时出现血瘀气滞, 心脉不畅而惊悸、怔忡。中医证候群证明冠心病心绞痛患者阳气虚弱, 不能固摄。中医学理论认为心气不足则鼓动无力, 血不能亢养运行于脉, 不通则痛。而心主血脉, 气行则血行, 若血不能滋润营养脏腑, 气滞血瘀导致血脉瘀阻, 脏腑弓损气血失调, 而不通则致痛, 故因活血化瘀、补养心气。中医治疗冠心病心绞痛主要采用调整脏腑阴阳、活血、化瘀、气血、理气、滋阴、补阳等法。近年来活血化瘀法在治疗冠心病心绞痛方面取得了较满意的疗效, 但单纯使用活血行气法容易引起心气虚损, 所以治疗冠心病心绞痛的基本治法是综合使用活血益气法。硝酸酯类药物扩血管、降压的同时会出现心率的反射性增快, 心肌耗氧量增加及头痛头晕等副作用。因此, 笔者选用与硝酸酯类作用相似的黄芪、丹参作为治疗药物。

参考文献:

- [1]陶寿淇.缺血性心脏病的命名和诊断标准[J].中华心血管病杂志, 1981, 9 (1): 75

编号: ER-10080608 (修回: 2010-08-19)

《局方》甘露饮合封髓丹治疗慢性口腔炎 38 例

Treating 38 cases of chronic stomatitis by Ganluyin plus Fengsuidan in *Jufang*

李春峰

(河南省郑州市中牟县三官庙乡中心卫生院, 河南 郑州, 451478)

中图分类号: R322.4+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0020-01 证型: IDGA

【摘要】慢性口腔炎, 又称复发性口腔溃疡, 相当于祖国医学的“口疮”、“口糜”, 患者长期口腔黏膜溃烂, 舌边尖生疮, 时轻时重, 缠绵难愈, 且易复发, 《局方》甘露饮合封髓丹加减治疗, 有一定的疗效。

【关键词】慢性口腔炎; 《局方》甘露饮合封髓丹; 临床举隅

【Abstract】Chronic stomatitis, recurrent oral ulcer, equivalent to the motherland medicine oral ulcer and aphtha, patients with long-term oral cavity mucous membrane canker sores, tongue tip was born when time, treating chronic stomatitis by Ganluyin plus Fengsuidan in *Jufang*, has a good effect.

【Keyword】Chronic stomatitis; Ganluyin plus Fengsuidan in *Jufang*; Clinical example

笔者自 2008 年 12 月~2010 年 1 月以来, 应用《局方》甘露饮合封髓丹加减治疗慢性口腔炎患者 38 例, 取得满意疗效, 现介绍如下:

1 临床资料

38 例均来自我院门诊, 均经口腔科确诊, 其中女 26 例、男 12 例, 年龄 18~70 岁, 病程 1~20 年, 诊断标准参考《实用中医内科学》第二版。

2 治疗方法

38 例患者均给以《局方》甘露饮合封髓丹加减治疗, 方药组成: 天冬 12g, 麦冬 12g, 生地 10g, 熟地 10g, 黄芩 10g, 枳壳 10g, 石斛 10g, 茵陈 10g, 枇杷叶 25g, 砂仁 6g, 黄柏 6g, 肉苁蓉 10g, 生甘草 10g, 加减法: 大便秘结加虎杖 20g, 胡黄连 9g, 公英 20g, 心烦、小便短赤加竹叶心 10g, 芦根 12g, 琥珀末 6g (冲服), 咽喉疼痛加玄参 15g, 板蓝根 15g, 土牛膝 15g, 胸胁苦满、易怒加柴胡 9g, 白芍 15g, 郁金 12g, 神倦乏力、纳差便秘、自汗懒言去二冬、二地加黄芪 20g, 党参 15g, 升麻 3g, 柴胡 6g, 忌辛辣食物, 每日 1 剂, 水煎分两次温服, 7 天为 1 疗程, 连服 2 个疗程。

3 疗效标准

痊愈: 口疮愈合, 兼证完全消失, 停药半年至一年无复发者。好转: 口疮愈合, 兼证基本消失, 停药半年至一年复发者, 但复发次数减少, 口疮程度明显减轻者。无效: 服药一疗程后口疮无明显变化者。

4 治疗结果

治愈 20 例、好转 15 例、无效 3 例, 总有效率 92.4%。

5 典型病例

患者甲, 女, 38 岁, 2008 年 12 月 27 日初诊。患者 4 年前, 下唇内及舌边尖患口疮, 服牛黄解毒片、黄连上清片数日即愈。此后常在经期或劳累、熬夜、服辛辣食物后复发, 中西药杂投, 10 日许可愈。近 2 年来, 口疮越发越频繁, 好发部位为唇内、上腭及左颊内, 此伏彼起, 彼伏此起, 很难全部消失, 西医诊为: 复发性口腔溃疡, 嘱其多吃水果, 新鲜蔬菜, 常服多种维生素, 严重时用抗生素和激素, 外用冰硼散。中药

曾服过知柏地黄汤、丹栀逍遥散、龙胆泻肝汤、五味消毒饮等上百剂, 均似效非效, 始终未能控制其复发。刻诊: 患者精神倦怠, 面容憔悴, 口腔上腭、下唇、左颊内各有口疮 1 个, 呈圆形, 如黄豆大, 色黄, 疮面凹陷, 周围黏膜色红, 灼痛, 心烦, 眠食不安, 咽干, 小便黄, 大便干, 舌红少津, 苔黄腻, 脉弱稍数。诊断为: 口疮。予中药《局方》甘露饮合封髓丹加虎杖 20g, 公英 20g 内服治疗, 10 剂口疮消无芥蒂, 神爽面华, 眠食俱佳, 为巩固计, 予参苓白术散加减善后, 停药至今 1 年余无复发。

6 讨论

慢性口腔炎属祖国医学“口疮”、“口糜”范畴。至今为止, 到底属于炎症? 维生素缺乏? 内分泌失调? 祖国医学认为, 口疮是由于饮食不节、酒食热毒、劳累过度、七情刺激等致脏腑积热, 亦可由素体虚弱、气血阴阳不足导致虚火浮阳上熏于口而发病。从我治疗的病例来看, 该病属于阴虚夹湿热和脾阴不足、虚火上炎、湿热稽留者居多, 用《局方》甘露饮合封髓丹加减治疗, 非常有效。甘露饮是治疗阴虚湿热的主要方剂, 方中的二冬、二地名固本丸, 滋养肺肾之阴, 加上石斛养胃阴, 则上、中、下三焦的阴虚均能固护, 黄芩、茵陈清热利湿, 枳壳宣畅气机, 尤妙在重用枇杷叶宣肃肺气, 肺气化则湿热亦化。对于本方, 即使像陈修园那样尊经崇古的医家, 也承认本方滋阴与利湿两擅其长, 他认为方中二冬、二地等药即《伤寒论》猪苓汤以阿胶养阴之意, 黄芩、茵陈、枳壳等药即猪苓汤用滑石、泽泻以利湿除垢之意, 所以凡属阴虚兼湿热之证, 无论其舌苔多么黄腻, 都可以放心使用本方。封髓丹一方, 传统认为主治相火偏旺、肾精不固之证, 但本方能补土伏火, 可移治土虚而浮火上炎的复发性口疮。阴阳合化, 交会中宫, 则水火既济, 而三才之道, 其在斯矣……”封髓丹原方是制成水丸, 用肉苁蓉煎汤送服, 肉苁蓉一方面温肾阳, 更重要的是引火下行, 使得龙雷之火归于肾, 肉苁蓉是不可挪移之品。

参考文献:

[1]彭坚.我是铁杆中医-彭坚学术观点与临床心得集[M].北京:人民卫生出版社,2007:205-208

[2]余国俊.中医师承实录[M].北京:中国中医药出版社,2007:297-302

编号: ER-10070905 (修回: 2010-08-21)

灯盏花素联合降纤酶治疗脑梗死临床疗效观察

To observe the clinical effective of treating cerebral infarction with breviscapine plus Jiangxianmei

李金钟

(山西省高平市中医医院, 山西 高平, 048400)

中图分类号: R743.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0021-01 证型: BGD

【摘要】 脑梗死是发病率、致残率、复发率较高的一种脑血管疾病。梗塞后早期溶栓治疗是一种有效的减少脑梗后遗症的方法。

【关键词】 灯盏花素; 脑梗死; 疗效观察

【Abstract】 Cerebral infarction is the cerebrovascular disease of incidence, morbidity, recurrence rate was high. a higher recurrence rate of cerebrovascular disease. Infarction after thrombolytic therapy is an effective way to reduce the sequelae of cerebral infarction.

【Keywords】 Breviscapine; Cerebral infarction; Effective observation

1 资料与方法

1.1 一般资料

依据 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的评分标准^[1], 病例入选标准: 病史明确, 发病 24h~36h, 经头颅 CT 检查确诊者, 适合应用本药者。有出血倾向者、严重肝肾功能损害者均除外。本研究共入选病例 108 例。其中男 46 例, 女 43 例; 年龄 39~72 岁, 平均 58 岁。入院随机分为两组: 治疗组 54 例; 对照组 54 例。两组在年龄、性别、梗塞部位、神经功能缺损评分方面的差异均无显著性, 具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组应用注射用降纤酶 (辽宁天龙药业有限公司生产, 国药准字 H09832125) 加入生理盐水 150ml 中, 开始每日 10U,

连用 4d, 以后每次 5U, 隔日 1 次, 缓慢静脉滴注; 注射用灯盏花素 (昆明龙津药业股份有限公司, 国药准字 Z53020667) 40mg 加入 5% 的葡萄糖 500ml 静脉滴注。对照组用低分子右旋糖酐 500ml, 加丹参注射液 (江苏神龙药业有限公司, 国药准字 Z32020162) 20ml 静脉滴注。两组连用两周为一疗程。两组患者均接受神经营养剂等常规治疗, 并配合康复锻炼。对高血压, 高血脂, 糖尿病患者给予对症治疗。

2 结果

2.1 两组疗效比较

治疗组总有效率 96.3%, 对照组总有效率 85.19%, 两组总有效率比较 ($\chi^2=3.96$, $P<0.05$) 差异有显著性, 见表 1。

表 1 两组疗效比较

组别	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	总有效率
治疗组 (54)	18 (33.33%)	24 (44.44%)	10 (18.52%)	2 (3.70%)	52 (96.30%)
对照组 (54)	13 (24.07%)	20 (37.04%)	13 (24.07%)	8 (14.81%)	46 (85.19%)

2.2 两组神经功能缺损评分减少比较

两组治疗后神经功能缺损评分均较治疗前有显著减少, 治疗组神经功能缺损评分减少程度明显优于对照组, $\Delta P<0.05$, 见表 2。

表 2 两组神经功能缺损评分结果 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	54	21.05 $\pm$ 3.05	7.25 $\pm$ 2.24
对照组	54	19.85 $\pm$ 3.86	9.35 $\pm$ 2.01

3 讨论

灯盏花素注射液是从云南特有菊科植物灯盏花 (灯盏细辛) 中提取, 其有效成分为黄酮类等多种化合物。研究表明它有以下功效: ①对脑缺血及脑缺血再灌注损伤具有显著保护作用^[2], 并得到临床证实^[3]。②灯盏花素具有活血化瘀、抑制血小板和红细胞粘附和聚集, 降低血液粘稠度, 并具有扩张冠脉, 增加心肌供血量, 纠正心衰等作用^[4]。③灯盏花素具有降低血浆纤维蛋白原含量和促进纤溶酶活性、改善微循环、清除氧自由基, 保护肝损伤作用。

降纤酶是从蛇毒中提取的一种蛋白水解酶, 可降低纤维蛋白原、抑制血小板聚集并降低其黏附力, 从而增加脑血流, 改善缺血区血供; 因其能抑制血凝素 (TXP2) 及前列腺素的生成, 故可抑制新的血栓形成。最大的优点是除了降低血纤维蛋白原之外, 对凝血因子及血小板功能无明显影响。

两药联合应用使其溶栓作用显著增强, 使受损脑组织尽快恢复血供, 挽救半暗带, 并减轻了脑组织缺血再灌注损伤, 促进侧支循环建立, 本法应用安全, 疗效显著, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 中华神经科学会, 中华神经外科科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379
- [2] 彭海东, 涂晋文. 灯盏花素对大鼠脑缺血再灌注后迟发性神经元死亡的保护作用[J]. 湖南中医学院学报, 2006, 26(1): 29-30
- [3] 黄忠华. 灯盏花素治疗缺血性脑卒中的临床疗效观察[J]. 昆明医学院学报, 2007, 28(4): 139-140
- [4] 许立, 方泰惠, 周玲玲等. 灯盏花素对离体家兔心脏缺血再灌注损伤的保护作用[J]. 中药新药与临床药理, 2005, 16(6): 422-424

编号: ER-10080617 (修回: 2010-08-22)

中药浸制标本制作工艺的改进

Improving the production process of TCM specimens

刘春朝 王春雷 董诚明

(河南中医学院药学院, 河南 郑州, 450001)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0022-01

【摘要】对中药材原植物标本进行了系统的研究, 结果表明, 如果在保存液中加入少量的甘油, 开红色、蓝色和紫色花的花植物的花颜色不褪, 并且能够保存较长的时间, 这为浸制标本的制作提供了科学依据。

【关键词】植物标本; 保存时间; 保存液

【Abstract】Plant samples of herbal system of research, the results show that if the preservation solution in a small amount of glycerol, open the red, blue and purple flowers of the plant's flower color does not fade, and can save more time This is the production of impregnated specimens provide a scientific basis.

【Keywords】Plant specimens; Save time; Preservation solution

中药浸制标本, 系将有关中药材或原植物鲜品放入杀生固定液中进行杀生固定, 然后转入保存液中密封贮藏所得的一类标本, 它能有效地保存中药材及原植物根、茎、叶、花、果实等多器官的原始形态。它不仅在教学科研中有着很重要的作用, 而且在标本陈列、展示和艺术观赏等方面也有着重要的价值。由于自然界中植物花的颜色很多, 而且不同的植物体内化学成分差别比较大, 其化学变化规律难以掌握, 因此给研究中药浸制标本的制作方法带来了很大的困难。植物花的颜色通常是指花冠的颜色, 而花冠的颜色是由花瓣细胞里的色素决定的。色素的种类很多, 与花颜色有关的色素主要是花青素和类胡萝卜素。花青素存在于细胞液中, 含花青素的花瓣可呈现出红、蓝、紫等颜色。类胡萝卜素主要存在于有色体中, 不同种类的类胡萝卜素能使花显现出黄色、橙黄色或橙红色, 因此花的颜色是花青素和类胡萝卜素含量及种类决定的。本实验拟在前人研究的基础上, 改进中药浸制标本的制作工艺, 以期解决中药浸制标本制作中存在的一些问题, 主要探索开蓝花、紫花以及红花植物标本的保存方法, 以满足科研、教学及实际生活中对标本的需要。

1 仪器与试剂

1.1 实验仪器

量筒、烧杯、镊子、坩埚、枝剪、玻璃条、大玻璃缸、标本瓶、玻璃条板、玻璃棒、天平、搪瓷盆、剪刀、棉线、温度计、搪瓷盘、石蜡、电炉、坩埚、毛笔、浸制标本签、pH 试纸、乳胶手套、竹针、纸绳、记录本等。

1.2 实验试剂

乙醇、甲醛、硫酸铜、氯化铜、亚硫酸、醋酸、硼酸、蒸馏水、氯化钠、自来水等。

2 实验方法

2.1 杀生固定液及保存液的配置

杀生固定液的配置: 取适量的纯净水, 加入一定量的甲醛溶液, 然后在加入饱和硫酸铜溶液; 之后再加入质量浓度为 95% 的乙醇和质量浓度为 10% 的氯化钠水溶液混合均匀即成杀生固定液。保存液的配置: 取适量的纯净水, 加入一定量的抗氧化剂, 然后在加入适量的饱和硫酸铜溶液, 最后调节 pH 值

即形成保存液 A; 取纯净水适量, 加入抗氧化剂和硫酸铜溶液, 最后分别加入甘油和防腐剂, 用 NaOH 溶液调节 pH 值至 6.5 左右形成保存液 B。

2.2 制作过程

从自然界采集新鲜的不同时期、不同颜色植物体, 修剪后, 洗净。修剪后的植物体带有部分幼果, 若体积较大的植物体块根、块茎、果实, 固定前需要用竹针在果柄、节部隐蔽处打孔, 多方位穿刺。将新鲜的标本置于杀生固定液中。待杀生固定完全后, 将开黄色、橙黄色、白色、橙红色花的植物标本置入保存液 A 中, 将开红色、蓝色、紫色、绿色花色植物标本置入保存液 B 中, 调整好位置以便容易观察到植物的主要特征, 加盖, 溶蜡密封, 贴签, 避光保存温度为 5℃~15℃。

3 注意事项

杀生固定液一次配成, 可多次使用, 但每半年到一年必须按原配方的 10% 增加药品, 饱和硫酸铜配制时, 要充分搅拌; 保存液和杀生固定液均需密封保存; 标本采集后, 尽快放入杀生固定液中, 器皿选择应与标本大小相适应, 杀生固定的时间, 因标本而已, 嫩的枝、叶、花、果一般 3~4 天, 老的、直径在 8 厘米以上大的块根 (如地黄、山药), 果实需 15 天左右, 夏天气温较高时, 时间可适当缩短, 冬天气温较低时, 时间要适当延长, 以杀生固定完全为度; 放置标本的器皿要干净, 用 70% 的酒精消毒, 以免霉菌污染, 保存液失效。

4 讨论

本研究的创新之处在于两种保存液的配置上, 主要考虑到开橙黄、白色植物的花中主要是一些脂溶性的物质, 所以保存液种未加入甘油, 而开红色、紫色、蓝色花植物的花中主要含有水溶性的成分, 笔者在这种保存液种添加了甘油, 这样能够有效防止这些标本的褪色。本实验室标本制作水平在全国处于领先地位, 在保存绿色植物的花色方面积累了丰富的经验。目前对黄色、橙色、白色花标本的保存取得了较好的效果, 但仍然存在一些不足, 如有些植物的花和叶片容易脱落, 有些植物的花容易褪色, 本项目的目的在于探索不同花色的不同保存方法, 为下一步制作标本奠定基础。

编号: ER-10080616 (修回: 2010-08-17)

中成药的合理应用

The reasonable application on TCM

苏海震

(北京市顺义区医院, 北京, 101300)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0023-01

【摘要】 规范医生开药行为, 合理使用中成药, 首先是对症用药, 其次要了解服用中成药的用药禁忌, 服药时间, 剂量用法和剂型的选择。

【关键词】 中成药; 合理应用; 辨证论治

【Abstract】 To regulate doctors prescribe behavior, the rational use of proprietary TCM, first symptomatic medication, followed by taking proprietary TCM to understand the taboo, medication time, the choice of dose usage and dosage forms.

【Keywords】 TCM; Reasonable application; Treatment in differentiation

中成药是以中药材为原料, 在中医辨证论治的理论指导下, 按照组方原则和工艺标准制成的药剂, 是经过长期临床实践, 确有疗效的成方制剂。合理使用中成药对在防病治病中发挥其独特的疗效有重要意义。

1 对症用药

辨证施治是中医诊断和治疗疾病的基本原则。中成药的“辨证论治”有别于西药的“辨病论治”。“证”与“病”的概念是不同的。病是疾病的总称, 可概括疾病的全部病理过程; “证”则是疾病发展过程的某一阶段出现的“症候”。清代医家徐灵胎说过: “病之总者为病, 而一病总有数证。”中医治疗疾病, 是既辨病又辨证, 辨病必先辨证, 只有从辨证入手, 才能正确论治。例如: “病人初起有发热恶寒头痛鼻塞流涕等症状, 结合脉象舌像等体征进行辨证, 初步诊断为感冒(病), 又必须根据寒热的偏重, 舌胎的厚薄有无, 脉象的虚实等变化才能区别为风寒感冒或风热感冒, 然后确定用辛温解表药还是用辛凉解表药, 这就是中医辨证论治的全过程, 它不同于西医的辨病治疗。因此在选用中成药时, 必须依据辨证施治, 综合人体差异、药物功效等多方面因素, 才能药到病除, 否则就会出现药不对证, 延误病情的不当治法。

2 配伍应用

在临床使用中成药时, 为增强药物疗效, 或扩大其治疗范围, 可根据病情需要与其它药物配伍使用。若配伍得当, 确能提高疗效。

3 用药禁忌

为了用药安全, 避免毒副作用的产生, 使用中成药时, 要注意到用药的禁忌。

如饮食禁忌(饮食对药物的影响): 服用中成药时要注意食物对其作用的影响, 有些食物对所服药物有不良影响, 则应忌服。患哮喘、支气管炎、斑疹疮疡、过敏性皮肤疾病的患者忌腥膻、辛辣、发物的食物, 如鱼、虾、蟹、羊肉、狗肉、辣椒、韭菜、荞麦、豆芽等。服含有人参、党参的中成药, 应忌食萝卜、绿豆、山楂、茶叶等; 含甘草、黄连、桔梗、乌梅的中成药忌猪肉; 含天门冬的中药忌鲤鱼; 含白术的中成药忌大蒜、桃、李等; 含土茯苓的中成药忌茶。

证候禁忌: 每种中成药都有其一定的适应范围。如参芍片主治气虚血瘀型冠心病, 实证热证者忌服, 高血压高血脂患者慎用。六味地黄丸主治肾阴不足, 肾阳虚者忌用。

配伍禁忌: 含有机酸成分的大山楂丸、乌梅丸、茺蔚子颗粒等不宜与磺胺类药物同服, 因其易在肾小管中析出结晶, 引起血尿。磁珠丸、朱砂安神丸等镇静药若与溴化钠、溴化钾等药物同服, 会使药物毒性增强。

4 中成药的剂型选择

中成药有多种剂型。必须根据疾病的性质、药物特性及患者方便服用来选择。一般急、重症适宜选注射液, 吸收迅速作用快。轻、慢性病患者宜选丸、片剂, 其吸收缓慢而作用持久。口服液、冲剂、散剂吸收较快, 适用于症状明确的急性病患者。膏剂以滋补为主, 其作用缓慢适用于体虚久病者。临床上须根据病因、病情及个体差异来选用适宜剂型, 中成药才能发挥更大的作用。

5 剂量用法及服用时间

服用中成药按说明书或医嘱, 不能盲目加大用药剂量或延长服用时间, 特别是含有剧毒药的中成药, 更应严格控制用量, 因其毒副作用与药物的服用量成正比。如久服含朱砂的中成药, 可引起汞中毒, 导致肾功能衰竭。服用中成药还要根据患者的体质强弱、年龄差异、病情轻重, 其用量不同。

中成药的服用时间也有一定的讲究, 一般安神类、补益类宜在睡前半小时服用, 治胃的宜饭前服用, 顺气消食的宜在饭后半小时内服用。对消化道粘膜有刺激的成份中成药宜饭后服用, 以减少对消化道粘膜的刺激。正确应用中成药不仅提高疗效, 还可减少不良反应的发生。

6 临床应用中成药存在的不安全隐患

医生缺乏中药的基本知识。有的医生对中成药的处方组成和用途不是很了解, 只是应病人的要求开中成药, 对于中成药的适应症、功能主治及注意事项、禁忌证等不是很清楚, 安全隐患极大。医生不了解中成药的制剂学基本信息, 如剂型特点, 蜜丸、口服液、颗粒剂等均含糖, 造成给糖尿病患者的不便。有的医生对其它科室的用药不是很了解, 应患者要求开出其它病症的用药, 造成患者服用后出现的不适现象。

应加强处方审核, 以减少因使用不当导致的患者不合理用药。药师应及时总结医生在使用中成药时发生的问题, 对患者服药后出现的问题及时反馈给医生。出现问题及时与医生沟通, 定期开座谈会, 促进合理用药。

编号: ER-10080611 (修回: 2010-08-17)

中药不良反应产生的因素和防治措施

Adverse reactions of TCM the production factor and prevention measure

汪志萍

(江苏省兴化市中医院, 江苏 兴化, 225700)

中图分类号: R228 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0024-01

【摘要】 分析中药不良反应产生的因素, 并提出解决方法, 促进临床合理用药, 保障用药安全。

【关键词】 中药; 不良反应; 因素和防治措施

【Abstract】 To analysis of factors causing adverse reactions medicine, and proposed the solutions method, promote the rational using drug in clinical, guarantee using drug safety.

【Keywords】 TCM; Adverse reactions; Factors and preventive measures

中药是我国传统文化的瑰宝, 有着悠久的历史, 为保护人们的身体健康和疾病的防治发挥了巨大的作用。长期以来, 人们对中药有着不正确的认识, 认为“中药为天然药物, 无毒副作用”, 或者“有病治病, 无病防身”。从而导致中药不合理使用的现象出现。随着中药临床应用的日益广泛, 随之出现的中药不良反应也越来越多。我们有必要正确认识, 看待中药不良反应, 揭示其发生的原因, 从而最大限度地预防它的发生, 为临床的安全用药提供保障。

1 中药不良反应产生的因素

1.1 用药不当

中医用药根据“辨证施治”, 用药不对症往往得不到应有的效果, 甚至引起不良反应。此外, 误服、乱用、给药途径不正确等亦常导致中药的不良反应。

1.2 药材品种混乱, 炮制质量欠佳

中药的品种繁多, 同名异物, 同物异名现象普遍。一种中药来源不同, 不仅所含化学成分及药效有差异, 而且毒性强弱也不相同。产地、采收、加工、农药残留及炮制不规范等问题均影响饮片质量。

1.3 服用剂量过大或疗程过长

中药的使用有一定的剂量限度, 药典和中药教材中对各种中药的成人常用量均有明确的规定。剂量过大或长期服用同一种药物都易引起不良反应, 尤其是使用有毒中药或含有毒成分的中成药。这是引起中药不良反应的最常见因素。

1.4 中药汤剂配伍不合理

没有按照“君、臣、佐、使”的配方原则辨证定方, 或者违反“十八反”、“十九畏”的配伍禁忌, 或者服药时没有讲究饮食禁忌。

1.5 个体差异

过敏体质的病人易引起药物过敏反应, 年老体弱、婴幼儿及肝肾疾病的患者, 对药物的耐受力也相对较差, 易引起不良反应。

2 不良反应的防治措施

2.1 加大宣传, 强化安全用药意识

消除“中药是天然药品, 没有毒副作用”的世俗观点, 宣传药物的两重性, 科学客观地看待中药的不良反应。不仅是毒性中药, 即使是一个药性平和的药物若使用不当也可引起不良反应, 提高人们自我保健意识, 普及合理使用中药的知识。

2.2 保证中药材的质量

对于与中药材质量有关的各环节, 都应严格地科学管理, 对于中药材的种植、采收、加工、炮制都应制定统一的标准。从根本上杜绝中药品种混乱现象, 减少污染可能, 规范中药饮片质量和饮片炮制质量。

2.3 正确辨证施治, 科学合理用药

治病投药要按照中医理论, 因人、因时、因地、因病而异, 正确选用药物, 才能发挥中药的疗效和用药的安全。其次, 要注意正确的使用方法, 对中药饮片要严格按照先煎、后下、包煎等原则煎服。特别是一些有毒药物, 一定要按规定炮制应用, 煎煮时间要达到要求。不要輕易地改变给药途径, 只可外用的不可内服, 口服有效则不考虑注射用药。

2.4 加强中药的药理、毒理研究

中药汤剂给药多是复方, 其中的每味中药又含有多种化学成分, 其理化性质很是复杂。药物之间也易发生理化反应, 只有加强对中药化学成分的研究, 搞清有效成分, 无效杂质, 毒性成分, 采取相应的措施, 利用其有效成分, 去除无效杂质, 采取炮制方法降低毒性成分, 通过控制剂量、疗程, 使用方法等来避免或减少不良反应。

对于中药的不良反应, 应该科学的看待。既要正视中药不良反应的客观事实, 又要对其进行冷静的分析, 积极探求中药不良反应研究思路, 尽可能降低它的发生, 使中药真正成为安全、有效的药品。

参考文献:

- [1] 国家中医药管理局. 考试指南[S]. 2003
- [2] 张春霞. 中药安全性研究的思考[N]. 中国中医药报, 2006, 12(27)

作者简介:

汪志萍, 女, 江苏省兴化市中医院, 主管中药师。

编号: EA-100617836 (修回: 2010-08-23)

黄芩解热作用的实验研究

To experimentally study the antipyretic effect of scutellaria

褚连军 董茂江

(德州学院, 山东 德州, 253023)

中图分类号: R228 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0025-02

【摘要】 目的: 探讨黄芩的解热作用。方法: 观察黄芩对干酵母所致大鼠发热的影响。结果: 黄芩对干酵母所致发热大鼠具有显著的解热作用。结论: 黄芩具有明显的解热作用, 且以大剂量组为著。

【关键词】 黄芩; 解热; 动物实验; 大鼠

【Abstract】 Objective: To investigate the antipyretic effect of scutellaria. Methods: To observe on the impact of dry yeast induced fever. Results: Baicalin on the dry yeast fever in rats induced a significant antipyretic effect. Conclusion: Scutellaria has significant antipyretic.

【Key words】 Scutellaria; Fever; Animal experiments; Rat

黄芩是临床常用药, 具有清热燥湿, 泻火解毒之效, 可用于治疗肺热咳嗽, 高热烦渴, 血热吐衄, 痈肿疮毒等症, 为了为临床应用提供科学依据, 笔者对黄芩解热作用进行了实验研究, 现将结果报告如下:

1 材料

1.1 动物

Wistar 种大鼠, 雌雄各半, 体质量 80~220g。

1.2 仪器

电脑数字式体温计, MC-3 型, 欧姆龙 (大连) 有限公司; BS224S 型电子分析天平 (北京赛多利斯仪器系统有限公司); 6mm 打孔器 (国产)。

1.3 药品

黄芩由我院药剂科提供, 临用前浓缩配制成 652%、326%、163% 的浓度备用。阿司匹林肠溶片配制成 2.25% 的浓度备用。干酵母, 取干酵母 10g, 置于钵中研磨, 逐渐加入 0.5% 羧甲基纤维素钠 (CMC) 研磨成均匀的混悬液 100ml, 浓度为 10%。

1.4 方法

采用干酵母致热法^[1-3]

1.4.1 大白鼠的前处理

大白鼠在试验环境中适应 7d。试验前 3d, 每天测体温 1

次, 选取体温在 36.6~38.0℃, 且体温变化不超过 0.3℃ 的大白鼠供制备发热模型用。

1.4.2 给药

取合格大鼠 50 只, 随机分为 5 组, 各组分别灌胃生理盐水、阿司匹林肠溶片 0.225g/kg (相当于临床人用量 15 倍)、黄芩 57.3g/kg、28.7g/kg、14.3g/kg, 均为 1ml/100g 体质量, 每天 1 次, 连续 4 日。于给药第 4 日致热。致热前各组大鼠禁食 (不禁水) 8 小时, 然后按前述剂量各组给药 1 次。给药前测体温 2 次。给药后立即给实验大鼠背部皮下注射 20% 酵母悬液 10ml/kg 致热, 于致热后 1、2、4、8、12 小时测量体温 1 次。

1.5 统计学方法

采用 SPSS13.0 统计学软件对数据进行处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

大鼠解热试验结果显示, 黄芩对干酵母引起的大鼠体温升高有明显抑制作用, 高剂量组在致热后 4、8、12 小时大鼠体温升高值与对照组比较差异有显著意义 ($P < 0.05$); 中剂量组在致热后 8 小时大鼠体温升高与对照组比较差异有显著意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 黄芩对干酵母所致大鼠发热的影响

组别	动物数 (只)	剂量 (g/kg)	正常体温 (℃)	给药后体温变化值 (℃)				
				1h	2h	4h	8h	12h
空白对照组	10	-	37.60±0.57	-0.53±0.26	-0.58±0.27	0.18±0.23	1.25±0.31	1.28±0.21
阿司匹林片组	10	0.225	37.58±0.46	-0.43±0.17	-0.48±0.15	-0.19±0.20**	0.69±0.29**	0.79±0.32**
黄芩高剂量组	10	57.3	37.62±0.55	-0.45±0.19	-0.53±0.25	-0.10±0.18*	0.99±0.25*	1.44±0.17*
黄芩中剂量组	10	28.7	37.58±0.49	-0.48±0.14	-0.45±0.19	-0.12±0.21	1.12±0.22*	1.28±0.20
黄芩低剂量组	10	14.3	37.60±0.50	-0.42±0.18	-0.48±0.18	0.08±0.22	1.13±0.27	1.28±0.24

注: 与空白对照组比较, *表示 $P < 0.05$, **表示 $P < 0.01$ 。

3 讨 论

发热过程是由于外源性致热源进入机体, 作用于巨噬细胞、淋巴细胞、单核细胞等免疫活性细胞, 产生内源性致热源(EP)即大量致热性细胞因子, 它们直接或通过中枢介质间接作用于体温调节中枢, 使体温调节点上移, 产热增强, 散热减少, 体温在一个新的调定点达到平衡。药理学研究证实黄芩苷具有较好的解热抗炎作用^[4]。本研究结果表明, 黄芩大、中、小剂量组都具有一定的解热作用, 大剂量最为明显, 存在着一定的量效关系。

参考文献:

[1]陈奇,沈映君,刘青云等.中药药理学实验[M].上海:上海科学技术出版社, 2001:24

[2]徐叔云,卞如濂,陈修.药理实验方法学[M].北京:人民卫生出版社,2003:911

[3]陈奇.中药药理实验方法学[M].北京:人民卫生出版社,2006:347

[4]赵红艳,张蟠,范书铎等.黄芩苷对发热大鼠下丘脑 PGE2 和 cAMP 含量的影响[J].中国应用生理学,2002,18(2):139-141

作者简介:

褚连军(1967-),男,山东省德州市,本科,副教授,执业医师。主要研究方向:药理、中医教学与临床;医学教育改革、中西医结合教学与临床研究。

董茂江(1963-),副教授,医学学士。研究方向:解剖教学及实验管理。

编号:ER-10071900(修回:2010-08-20)

低碘饮食也能引起甲亢复发

由于高温,医院内分泌甲亢患者门诊量逐渐升高。记者在山东省各医院内分泌科获悉,这些前来医院就诊的甲亢患者中,有近七成是老甲亢,并且患者的症状均有所加重。内分泌专家指出,天气湿热很容易造成内分泌失调,从而诱发甲亢病情加重。

脾气暴躁可能是甲亢

天气闷热,很多女白领们的脾气异常,可用暴躁如雷一词形容,很多人都以为她们是更年期提前,殊不知这与甲状腺亢进有关。据相关数据统计,甲亢已从农村转移到了城市,其中白领女性成为甲亢钟爱人群,精神压力过大已成为甲亢发病主要原因。

引起甲亢的因素是多方面的,长期处于高压状态或是过度劳累或是情绪压抑等因素都可诱使发病,在众多甲亢患者中,女性明显多于男性,尤其是二三十岁的年轻女白领。这个年龄段的女性内分泌活跃,如果长期处于紧张、劳累、熬夜等状态,很容易引起内分泌紊乱诱发甲亢。此时,患者会出现脾气暴躁、心跳紧张、疲乏无力等症状。

心慌无力也可能是甲亢

白领王女士双休日中午抽时间出门办事,一个多小时后顶着太阳回家时,感觉心慌、乏力,以为是天气太热中暑了。可去了医院才发现是虚惊一场,是自己的老甲亢复发了。“平时稍微一活动就是一身大汗,在外面晒了一会,回办公室就感觉心慌、四肢无力。”王女士向医生如此描述自己的症状。由于这些看起来都像是高温中暑的症状,开始她还以为自己是中暑了。去了医院之后才知道自己担心过度。

南京市第一医院内分泌科主任马建华说,甲亢的发病原本没有明显的季节性,但是由于甲亢产热多,有“怕热不怕冷”的典型症状,身体特别容易出汗,很容易与中暑相混淆。在炎热的天气里,体内的水分和营养更容易流失,再加上酷热难眠,情绪不稳定,很容易造成内分泌失调,从而诱发甲亢。

不必刻意拒绝碘盐

甲亢病人就医时最爱问:“我可不可以吃碘盐”、“能不能吃海带和海鲜”。更有甚者,曾经患甲亢的妇女在孕期和哺乳期仍然坚持低碘饮食。可以说,目前多数甲亢患者刻意拒绝加碘盐。

广东省第二人民医院内分泌科主任傅晓英表示,甲亢患者不要刻意低碘和高碘饮食,此病关键要采取有效治疗措施长期控制甲状腺功能于正常状态。甲亢病人中90%以上是一种“弥漫性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进症”,核心问题不是碘过剩,而是自身存在免疫功能紊乱,产生了一系列针对甲状腺的自身抗体,这些抗体使甲状腺自主合成远远超于生理需要的甲状腺素,精神压力、盛怒、感染、过劳、创伤是甲亢发病的主要诱因。而满足每日生理需求的碘营养不是甲亢的诱发因素。

已经控制的甲亢病人更不必长期刻意不食碘盐,不吃海产品,自己制造一个缺碘的环境。长期低碘饮食使甲状腺长期处于碘饥饿状态,甲状腺摄碘功能上调,一旦甲亢治愈回归普通饮食,碘饥饿的甲状腺很容易摄取功能旺盛而再次诱发甲亢。

因此,刻意低碘饮食反而容易诱使甲亢复发。尤其是曾经患有甲亢的孕妇,切不可刻意低碘饮食,引起胎儿缺碘影响智力发育。

(晨露//当代健康报)

“五泻心”汤的临床运用

Clinical application of *Wuxiexin* decoction

李海峰

(海南省临高县中医院, 海南 临高, 571800)

中图分类号: R228 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0027-02

【摘要】“五泻心”汤, 是以《伤寒论》中之大黄黄连泻心、附子泻心、生姜泻心、半夏泻心、甘草泻心五汤方而言, 运用五泻心治痞, 在临床上常获得良好效果。

【关键词】“五泻心”汤; 伤寒论; 痞证

【Abstract】*Wuxiexin* decoction is based on Dahuang Huanglian Xiexin decoction, Fuzi Xiexin decoction, Shengjiang Xiexin decoction, Banxia Xiexin decoction, Gancao Xiexin decoction, to treat Pi with *Wuxiexin* decoction, have a good effect in clinical.

【Keywords】*Wuxiexin* decoction; Shanghanlun; Pizheng

“五泻心”汤, 是以《伤寒论》中之大黄黄连泻心、附子泻心、生姜泻心、半夏泻心、甘草泻心五汤方而言。此乃《伤寒论》中治痞的“五泻心”方, 选药为大黄、黄芩、黄连、干姜、生姜、半夏、人参、附子、甘草、大枣十味药。我循其法而灵活运用, 在临床上常获得良好效果。借此, 结合个人临床经验, 略述于下:

1 痞证概念

何谓痞证? 前人谓: “阴阳不交曰痞, 上下不通为满, 欲通上下, 必和其中。”此乃对痞满证治的概括。

痞证有因于气热互结者; 有因于寒热交错者; 有因于水热不化者; 有因于宿食停滞者; 有因于里虚气滞者。证因不同症状各异。在以痞满见症为主的同时, 可出现恶寒、汗出、干噎食臭, 呕吐酸苦、下利完谷不化、吐血、衄血、心烦不安等不同兼证。由于病情比较复杂, 医者如果不仔细分辨, 容易犯错, 效果不精。故对痞证论治, 贵在随证之寒热虚实, 灵活取舍。药物烹调, 或渍、或煮。随证变法, 各使药尽其能, 令痼疾康复。辨证论治, 避免被疑似症所惑, 不然铸成败绩。

2 泻心运用

2.1 大黄黄连泻心汤

由大黄、黄连二味组成。用麻沸汤渍之须臾, 去滓, 分温再服。方中用大黄, 意在下气开结泄热, 不在攻下。以黄连入心清热而消痞。药仅两味, 渍而不煎, 利于发挥其轻扬泄热消痞的性能。故仲师独以本方治热痞。所谓热痞, 乃无形之气热互结而成。盖气热互结于中, 则上下之气周行窒滞, 失其清虚流动之机, 故阻塞不畅而成热痞也。此时患者可见胸腹痞闷不舒、心烦、咽干、欲呕、纳呆, 舌苔薄黄等症状。若处理不当势必导致呕、利之变。仲师以本方用麻沸汤渍之须臾服, 目的是利用无形之药气, 轻清中焦之气热, 使正气宣布, 邪气偃消, 则窒滞者自通, 而痞热可散矣。若浸渍过久或煎煮, 则药味厚而气浓, 超过病所, 反生他变。我常如法用之, 疗效显著。于方中加入轻量甘辛芳香, 通降顺气之苏叶, 如法渍服, 用治妇

人胎前恶阻证, 亦有良效。

2.2 附子泻心汤

由大黄、黄连、黄芩、附子四味组成。三黄用麻沸汤渍取其气, 借以轻扬泄热消痞, 附子别煎取其味, 用以固卫阳之虚也。本方调烹, 别出心裁, 妙在一以浸渍取其气, 一以别煮取其味, 如此寒温并用, 重在异性, 生熟混和, 妙在异气, 药虽同入, 而各显其能, 两者并行而不悖, 可谓方成知约矣。

《伤寒论》云: “心下痞, 而复恶寒汗出者, 附子泻心汤主之。”这提示中焦有无形气热互结之痞, 下焦有少阴阳衰, 卫外机能失固之候, 此时若单补阳则痞益增, 如纯泄热则阳更虚。而仲师采取温经清热并举, 寒温之药兼用, 渍煎两法同施, 一举而寒热之邪获解, 虚实二证得除, 其用甚妙。凡属体弱易汗、畏寒、神衰、脘闷心烦, 噫干纳呆, 眩晕、或呕、或泻等寒热交错, 虚实互见的患者。我常如法用之, 获效甚好。

2.3 生姜泻心汤

本方由生姜、甘草、人参、干姜、黄芩、半夏、黄连、大枣八味组成, 水煮适量服。

方中以生姜之辛温散水、宣扬开发为主药, 合干姜可驱寒积, 半夏利蠲散痞, 芩、连泄热, 参、枣、草补脾胃之气, 全方合成, 有和胃散水、泄热消痞之能。用治心下痞硬, 干噎食臭, 两胁胀或牵痛, 腹中雷鸣, 或下利等证。缘由脾胃为寒热所扰, 腐熟水谷机能失职, 脾不为胃行其津液, 水气不化, 复因肝气之扰, 中土受戕, 致宿食停滞, 消化机能紊乱所致。在此寒热错杂兼证中, 仲师制订此寒温并用, 清补兼施之法, 用药恰如其分, 使寒药不伤阳, 温不劫阴, 补不滞邪, 互相制约, 而各尽其能, 自然药到病除。我常用此方加减治疗脘腹胀痛、餐后腹胀、嗝气腐酸, 或呕吐之消化性溃疡, 慢性胃炎, 或慢性肠炎之肠鸣、腹泻, 疗效甚佳。

2.4 半夏泻心汤

本方即生姜泻心汤去生姜而成, 生姜泻心汤以散心下水气为主, 本方则治“但满不痛”为主, 两者皆是治疗寒热虚实交错之痞证, 但在水气留滞上有别。

(下转 29 页)

三棱莪术药对在妇科疾病中的应用

Application of burreed and zedoary drug on gynecological disease

王文娟

(河南省洛阳市汝阳县中医院, 河南 汝阳, 471200)

中图分类号: R228 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0028-02

【摘要】 三棱莪术药对在治疗子宫肌瘤、排卵障碍、闭经、乳腺增生等多种妇科疾病中疗效显著。

【关键词】 妇科疾病; 三棱莪术药; 临床举隅

【Abstract】 Treating the gynecological disease of uterine fibroids, ovulation disorder, amenorrhea, breast hyperplasia by burred and zedoary drug, has a good effect.

【Keywords】 Gynecological disease; Burreed and zedoary drug; Clinical example

药对是中国医学的粹之一, 其形式独特, 且配伍相对固定, 用药虽不过二三味, 但药力专一, 取效迅捷。

三棱、莪术伍用, 出自《经验良方》三棱丸。三棱味辛苦, 性平和, 入肝脾二经, 既能入血分以破血祛瘀, 又能走气分以行气消积, 为中下焦气滞血瘀之要药, 用于治疗气滞血瘀之闭经, 癥瘕积聚等证。《日华子本草》: “三棱, 治妇人血脉不调, 心腰痛, 落胎, 消恶血, 通月经, 消气胀, 消扑损瘀血, 产后腰痛, 血运并宿血不下。” 莪术味辛苦性温, 入肝脾经。其药性作用, 基本同于三棱, 但偏入肝脾气分, 功专行气破血, 散瘀痛经。《药性论》言其“治女子血气心痛, 破瘀癖冷气, 以酒醋磨吸”。现代研究认为两药均有抗肿瘤作用, 可用于治疗子宫颈癌、外阴癌、以及皮肤癌等。两药参合, 三棱苦平辛散, 入肝脾血分, 为血中气药, 长于破血中之气, 莪术苦辛温香, 入肝脾气分, 为气中血药, 善破气中之血, 两者相辅相成, 相须为用, 共奏破血行气, 消积止痛之功。张锡纯谓: “三棱气味俱淡, 微有辛意; 莪术味微苦, 气微香, 亦微有辛意, 性皆微温, 为化瘀血之要药, 以治女子癥瘕, 月经不通, 性非猛烈而建功甚速^[1]。”

笔者从事中医妇科多年, 发现三棱、莪术作为妇科对药在治疗月经不调、子宫肌瘤、卵巢囊肿、排卵障碍、不全流产、乳腺增生等方面具有极佳的疗效。此将三棱、莪术在妇科疾病中的应用举隅如次。

1 子宫肌瘤

子宫肌瘤归属中医学“癥瘕”的范畴。多因脏腑不和, 气机阻滞, 瘀血内停所致, 或夹热夹痰。常用方剂有桂枝茯苓丸、大黄蛰虫丸之属。笔者在辨证选用上述方剂的同时加入三棱、莪术, 取其行气活血, 消癥散结之效, 则疗效更加显著。

例1, 患者甲, 39岁, 多发性子宫肌瘤两年余, 近日作B超确定最大的肌瘤为5.6cm×4.9cm×4.7cm, 症见月经量多, 色红质稠, 夹有血块, 经行少腹胀痛, 经期延长至10余天, 每次月经后疲乏无力, 舌红, 苔薄黄, 脉濡滑且数。证属瘀热内阻。方药: 柴胡10g, 黄芩10g, 赤芍10g, 丹参20g, 三棱

10g, 莪术10g, 太子参15g, 生地榆10g, 穿山甲10g, 生牡蛎10g, 鳖甲10g。平时服20剂, 经期加用荆芥炭6g, 茜草12g, 三七3g, 益母草30g, 服7剂。连服2月后, 经量减少, 血块消失, 腹痛缓解。之后根据病情及舌脉变化, 结合月经周期, 改用益气活血、活络消癥方法, 主用黄芪、三棱、莪术、桂枝、茯苓、丹皮、赤芍、桃仁、穿山甲等, 使气充则血行, 活瘀而不伤正。服用近1年中药, B超复查肌瘤全部消失。子宫肌瘤这类实质性瘤体的消除需要一个长期的过程, 坚持中药治疗效果甚佳, 避免了手术的痛苦, 保全了患者的子宫。

2 排卵障碍

排卵障碍患者因卵巢多次或长期无排卵, 使卵巢包膜变厚, 偶尔卵泡发育成熟却难以排出而形成囊肿。或多囊卵巢综合征患者, B超提示卵泡有10个以上而直径均小于1cm, 单侧或双侧卵巢增大。笔者运用化痰行气药加用三棱、莪术活血化瘀使囊肿消失, 再促卵泡发育及促排卵, 卵巢经多次排卵后囊肿不再出现, 卵巢包膜变薄, 月经正常, 以利怀孕。

例2, 患者乙, 28岁。发现多囊卵巢综合征1年, 月经后期合并原发性不孕2年余。B超示: 双侧卵巢增大, 呈多囊样改变。内分泌检查: LH/FSH>2.5。症见: 形体肥胖, 多毛, 带下量多, 月经三月一行, 量偏少, BBT呈单相, 舌淡胖大苔腻, 脉滑, 证属痰浊壅阻。余以苍附导痰汤加减以燥湿化痰, 理气调经, 软坚破瘀。方药: 苍术10g, 香附10g, 陈皮10g, 制半夏10g, 昆布10g, 浙贝母10g, 穿山甲10g, 菟丝子10g, 仙灵脾10g, 莪术10g, 三棱10g, 水煎服, 日1剂。服用1月余, B超检测有成熟卵泡, 加皂角刺10g, 丹参20g, 水蛭6g以加强行气活血、软坚破瘀之力, 使卵泡包膜变薄而排出卵泡。如此调理半年余, 卵巢经多次排卵, B超复查卵巢恢复正常大小, 多囊征象消失。半年后随访, 告知已怀孕两月余。

3 闭经

闭经是妇科的常见病和多发病, 在临床治疗上应以调理为主, 青春期闭经当责之于肾气未充, 补肾气在于填精血以固本,

可稍佐助阳之品,使阴阳平衡,精血俱旺,经血自调;中年妇女之闭经当疏肝解郁以调经。闭经具体治法是根据发病年龄,平时以补肾、调肝、健脾为主,方选大补元煎、左归丸、逍遥丸等;经前期及月经期因势利导,以通为主,方选桃红四物汤加三棱、莪术、水蛭等。如此交替用药,实有人工周期的作用。

例3,患者丙,28岁,闭经3月余,3个月前因生气后突然月经闭滞不来,伴少腹疼痛拒按,胸满胁胀,精神抑郁,烦躁不安,舌质紫,苔薄,脉沉。B超示:子宫及附件未见明显异常。乃气血瘀滞不畅,聚结胞宫所致,治以理气活血,祛瘀通经。方药:血府逐瘀汤加减。桃仁6g,红花15g,赤芍15g,白芍15g,当归15g,川芎10g,柴胡12g,枳壳15g,三棱25g,莪术25g,益母草30g,川牛膝15g,红糖引,服药10剂后经血来潮,量偏多,伴有大量黑血块,腹痛大减,胁肋不适也同时消除。劝其畅情志,后以逍遥丸合当归片而收功。

4 乳腺增生、乳房良性肿块

乳腺增生病是最常见的乳房疾病,多因情志不畅,郁久伤肝,致气机郁滞,蕴结于乳房胃络,经脉阻塞不通。轻则不通则痛,重则肝郁气滞血周流失度,气滞、痰凝、血瘀结聚成块而发本病。或乳腺炎失治误治致乳腺内或乳管内残留一或两三个硬结的炎性结节,不易消散。笔者运用三棱、莪术治疗多例乳腺上述疾病,疗效显著。

例4,患者丁,35岁,乳房刺痛或伴胀痛,肿块呈多样性,边界不清,质韧。疼痛与月经、情绪不甚相关,伴月经后期,经行不畅有瘀块,舌暗红,舌边尖有瘀斑,脉弦滑。证属痰瘀互结,方药:血府逐瘀汤合逍遥萎贝散加减。柴胡12g,丹参12g,郁金12g,三棱10g,莪术12g,当归10g,茯苓15g,浙贝母15g,山慈菇12g,生牡蛎30g,每日1剂水煎服,连服三

个月乳房刺痛消失,肿块消散,月经按时来潮。嘱其劳逸结合,畅情志,限制动物性脂肪及糖类摄入,禁食辛辣刺激油炸食物,忌烟酒。一年后随访无复发。

5 药物流产不净

怀孕早期终止妊娠选择药物流产者占40%,而药物流产不净者约占30%。对药物流产后复查B超,发现宫腔内有残留物者,方选脱花煎配伍三棱、莪术服用,常能达到祛瘀下胎、止痛止血之效,避免了再次手术清宫的痛苦。

例5,患者戊,21岁,孕46天选择药物流产后10天,阴道少量出血,偶有腹痛,B超复查宫腔内可见一1.6cm×0.9cm略强回声团,给予中药脱花煎汤加三棱、莪术服用,以祛瘀下胎。方药:黄芪30g,当归15g,赤芍15g,川芎10g,桃仁6g,红花15g,三棱30g,莪术30g,车前子15g,枳壳12g,益母草30g,官桂6g,川牛膝15g,酌情加用抗生素预防感染。服药6剂后,阴道仍有淋漓出血,复查B超示:宫腔内有散在略强回声。继续上药加入乌贼骨10g,茜草12g,荆芥炭6g治疗,服用7剂后,阴道出血已止。复查B超示:宫腔内未见异常回声。一月后随访月经已正常来潮。

参考文献:

[1]尤昭玲,文乐兮.妇产科常用药对[M].北京:人民军医出版社,2004:112-113

作者简介:

王文娟(1973-),女,汉族,河南洛阳人,毕业于河南中医学院,主治医师。

编号:E-10061254(修回:2010-08-22)

(上接27页)

2.5 甘草泻心汤

本方即生姜泻心汤去生姜、人参、加重炙甘草而名。方中以炙草之甘缓补虚为主,目的是以甘补虚缓急,缓客气之忧,协同诸药以疗寒热交错成痞之偏于虚者耳。治如《伤寒论》所云:“……其人下利,日数十行,谷不化,腹中雷鸣,心下痞硬而满,干呕心烦不得安。医见心下痞,谓病不尽,复下之,其痞益甚,此非结热,但以胃中虚,客气上逆,故使硬也。”盖胃气虚,则肝气得以凌之,胃气不降,则上逆而为呕。心烦不得安,则是气热互结的体现。《素问·藏气发时论》云:“肝苦急,急食甘以缓之,脾欲缓,急食甘以缓之。”说明肝胃不和,客气犯胃之偏于虚者,其治当以甘缓补虚为主,然脾虚失运,惟温能和,气热互结,非苦寒难散。仲师巧制此方,全面兼顾,相得益彰而奏治绩,确堪师法。

3 几点体会

3.1 中医治病,贵乎辨证用药,随证变法,妙在灵活变通。治病之道,可以实验中求方法,此所谓医贵专门,方贵经验也。仲景制方,药随证变,约而多验,且能经受历代之临床重复验证,尤为宝贵。如能化其方而活用之,确有桴鼓之应。

3.2 五泻心汤在临床上的运用,大抵因于热邪阻塞,气热互结成痞者,投与大大黄黄连泻心汤,妙在以麻沸汤渍之须臾服,目的是借其轻扬之药气以清无形之气热。对中焦气热互结,下焦内伏沉寒,外呈卫阳衰弱者则与附子泻心汤,一以浸渍取其气,一以煮汁取其味,气味虽不同,但各行其事,并行而不悖,一举而寒热两除,妙在煮渍法上别出心裁。因于寒热错杂,宿食停滞,内有水气成痞者,则以生姜泻心之寒温并用,以收散水和胃消痞之动。对寒热互结,气虚致痞者,用半夏泻心汤补虚开结,降逆和胃以调之。对胃中虚,客气上逆之虚痞,则用甘草泻心汤补虚缓急而解之。如此方依证转,药物增损,悉从证变,这充分体现仲师立法制方的精义,诚不愧为医方之祖,杂病之宗也。

3.3 运用五泻心治痞,如药证相符,取效甚捷。但痞之为病,尚有因于湿邪内阻、暑热阻气、痰浊腹着成痞等。由于时代所限,其论治有为经方所未备而为后贤发明补充完善者,斯应博览后世诸学家说,择善而从,以补其不足,庶免为一家学说所拘,此医者治疗贵通识也。

编号:EA-100715901(修回:2010-08-19)

加味补中益气汤治疗鼻出血 28 例

Treating 28 cases of epistaxis with Jiawei Buzhong Yiqi decoction

陈吉胜¹ 陈凯涛² 钟煜林² 管淑萍²

(1.韶关市曲江区人民医院, 广东 韶关, 512100;

2.广东省第二工人医院, 广东 广州, 510720)

中图分类号: R442.7 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0030-02 证型: BDGI

【摘要】目的: 探讨鼻出血的中医药治疗。方法: 选用自拟加味补中益气汤加减。结果: 28 例病例中, 总有效率为 96.43%。结论: 中医药治疗鼻出血有很好的疗效。

【关键词】鼻出血; 中医药疗法; 加味补中益气汤; 治疗应用

【Abstract】Objective: To investigate treating epistaxis in TCM. Methods: To choose Jiawei Buzhong Yiqi decoction. Results: Among 28 cases, the total effective rate is 96.43%. Conclusion: Treating epistaxis in TCM gets a good result.

【Keywords】Epistaxis; TCM; Jiawei Buzhong Yiqi decoction; Treatment application

鼻出血 (Epistaxis) 是多种疾病常见症状, 多因鼻腔局部病变引起, 也可由全身疾病所引起, 祖国医学称为“鼻衄”。西医多针对不同的出血原因采用相应的止血方法, 常使用一些止血药物治疗, 部分患者止血效果不是很理想, 易反复出血。笔者在长期的临床实践中, 根据局部原因引起的气不摄血型鼻出血患者的病理特点, 在中医理论指导下, 在《脾胃论》补中益气汤基础上, 自拟加味补中益气汤用于其治疗, 取得了良好的疗效, 现总结汇报如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

2005 年 3 月至 2007 年 12 月, 28 例病例中, 男性 11 例, 女性 17 例, 年龄 17~61 岁, 平均年龄 37.3 岁; 病程 3~21 天, 平均 6.2 天。

1.2 诊断标准

1.2.1 依据中国人民解放军总后勤部卫生部编的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》之鼻出血诊断依据, 排除全身性疾病和肿瘤或异物引起之病因^[1]。

1.2.2 鼻衄渗渗而出, 时衄时止, 常发于夜间, 面色晄白, 手足欠温, 少气懒言, 倦怠无力, 动则心悸气短, 夜睡不宁, 纳差便溏, 小便清长, 舌淡苔薄, 脉沉细无力^[2]。

2 治疗方法

2.1 加味补中益气汤组成

陈皮 10g, 柴胡 10g, 当归 12g, 升麻 10g, 黄芪 20g, 党参 30g, 白术 10g, 炙甘草 6g, 阿胶 25g, 生姜 5g, 熟地 20g, 川芎 8, 田七末 3g 等。

2.2 随症加减

兼有阳气虚者, 选加鹿角胶、菟丝子、艾叶、附子、肉桂; 兼有阴虚者, 选加生地黄、茜草根、旱莲草、乌贼骨、黄柏、知母、侧柏叶、阿胶、藕节; 兼有阴血虚症状者, 选加熟地、白芍、山药、川芎、首乌; 兼有血瘀者, 选加茜草根、炒蒲黄;

兼有感染化热者, 选加生地黄、赤芍、银花、黄连、黄柏、蒲公英、菊花。

3 治疗效果

3.1 疗效标准

参照中国人民解放军总后勤部卫生部编的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》, 鼻出血治愈标准。

治愈标准: 出血停止, 局部病变经适当治疗后痊愈, 随访一个月无复发。

好转标准: 出血基本停止, 局部病变经适当治疗后好转, 随访一个月或有复发。

无效: 达不到好转标准。^[1]

3.2 治疗结果

28 例患者中, 痊愈 25 例, 占 89.29%; 有效 2 例, 占 7.14%; 无效 1 例, 3.57%; 总有效率为 96.43%。

4 病案举例

患者甲, 女, 43 岁, 护士, 2007 年 11 月 19 日以“双侧鼻腔反复出血 7 天”为主诉前来就诊, 曾使用止血敏、Vit K1、止血芳酸等药物治疗。缘患者平素体质较差, 畏风, 易感冒, 19 日就诊时患者主诉双侧鼻孔仍有少量流血, 血色淡, 自觉疲倦乏力, 精神欠佳, 面色不华, 纳呆, 大便稀, 怕冷, 舌淡苔薄白润, 脉细。检查见双侧鼻腔黏膜色淡微肿, 双黎特氏区黏膜糜烂, 可见左右各有 2~3 个出血点, 周围微充血, 鼻底血迹, 鼻甲不大, 中下鼻道未见引流。

诊断: 鼻衄 (气不摄血型)。

治法: 补中益气, 固摄止血。

方药: 加味补中益气汤加防风 8g, 艾叶 10g, 灶心土 30g (包煎), 每天一剂, 复煎, 早晚一次, 温服。连服三剂后, 鼻衄渐止, 守上方去防风、灶心土再服六剂以巩固疗效, 辅以饮食调理, 随访一个月鼻衄无复发, 鼻腔黏膜已修复, 痊愈。(下转 33 页)

附子伍半夏的普遍性及临床疗效

Universality and clinical effective of Fuzi plus Banxia

顾树祥

(云南省昆明市塑料厂健民中医诊所, 云南 昆明, 650051)

中图分类号: R289.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0031-03

【摘要】 附子伍半夏, 仲景已开先例, 后世医家运用广泛。吴佩衡先生所创四逆二陈麻辛汤(附子, 干姜, 陈皮, 半夏, 茯苓, 麻黄, 北细辛, 甘草)附子与半夏配伍治疗脾肾阳虚寒湿痰饮之肺系病疗效显著, 笔者运用该方化裁治疗多种阳虚阴盛之呼吸系统疾病, 疗效确切。

【关键词】 附子伍半夏; 四逆二陈麻辛汤; 吴佩衡; 十八反; 临床运用; 普遍性

【Abstract】 Fuzi plus Banxia was first made by Zhongjing, applied widely. Treating lung diseases with Pishen Yangxu Hanshi Tanyin with Sini Erchen Maxin decoction (Fuzi, Ganjiang, Chenpi, Banxia, Fuling, Mahuang, Beixixin, Gancao) Fuzi plus Banxia by Wu Pei-heng have a good effect, author use this prescription to treating respiratory diseases with Yangxu Yinsheng, curative effect.

【Keywords】 Fuzi plus Banxia; Sini Erchen Maxin decoction; Wu Pei-heng; Shibafan; Clinical use; Universal

附子和半夏为伍, 属“十八反”范畴, 临床上属配伍禁忌, 历代医家多视为“用药禁区”。

“十八反”的现代研究工作开展近三十年, 发表论文近百篇, 在药性理论范围内, 这是近来牵涉面最大, 持续最久的争鸣。而临床方面需求同“十八反”矛盾很大。《中国药典》1977年版, 附子无反、畏或配伍禁忌, 1985年版则增加附子不宜与半夏、瓜蒌、贝母、白芨同用^[2]。

由于中医药文献本身对十八反存在着相互矛盾的认识, 中医临床意见也不统一, “十八反”又是中医配伍理论的组成部分, 从历史发展来看, 中医药理论的产生只能来自临床实践^[2]。

附子、半夏同用, 在仲景已开先例, 《金匱要略》治疗腹痛的附子粳米汤, 由附子、半夏、粳米、甘草、大枣组成。当代医家叶橘泉评附子粳米汤谓半夏“去胃之积水”该方之妙就在“附子半夏相伍”、“二者缺一”效即不佳。半夏、附子配伍早有记载, 如《备急千金方》之半夏汤、附子五积散; 《症治准绳》之小半夏汤; 《张氏医通》之附子散等等, 均见半夏、附子同用。

当代名医姜春华、朱良春、严德馨诸先生均郑重撰文驳斥半夏反附子之说。另据陈馥馨统计, 在《普济方》和《全国中药成药处方集》中含“十八反”组对共411方, 以半夏配附子数量最多, 达163方^[3]。可见其配伍运用的普遍性。

原云南中医学院首任院长、《经方》大家吴氏温阳学派创始人“吴附子”吴佩衡先生, 创用四逆二陈麻辛汤治疗寒湿痰饮证, 活人无数(医案见后), 吴氏先生后人业医者三十有余, 近百年来, 附子半夏配伍运用于临床, 疗效显著, 且无不良反应。

1 吴佩衡先生医案四则^[1]

1.1 太阳少阴两感于寒症(重感冒)

患者甲, 年四十二岁, 住云南省昆明市武庙下南联升巷底。

肾气素亏, 于1929年9月2日返家途中, 时值阴雨, 感冒风寒而病, 初起即身热恶寒, 头痛体痛, 沉迷嗜卧(即少阴病但欲寐之病情也), 兼见渴喜热饮不多, 脉沉细而兼紧象, 舌苔白滑, 质夹青紫, 由于肾气素亏, 坎阳内弱, 无力卫外固表抵御寒邪, 以致寒风乘虚直入少阴, 阻塞真阳运行之机而成是状。以仲景麻辛附子汤, 温经散寒解表辅正除邪治之。

黑顺片 36g, 麻黄 10g, 北细辛 6g, 桂尖 13g。

3日, 服上方一剂即汗, 身热已退, 唯觉头晕咳嗽, 神怯。表邪虽解, 肺寒尚未肃清, 阳气尚虚, 以四逆合二陈加细辛、五味子、扶阳温寒主之。

黑顺片 50g, 干姜 26g, 甘草 10g, 广皮 10g, 法夏 13g, 茯苓 13g, 北细辛 4g, 五味子 2g。

一剂尽, 咳嗽立止, 食量增加, 精神恢复, 病遂痊愈。

1.2 小儿急惊风(风寒误治救治)

患者乙, 生甫两月, 禀赋单薄。某日感风寒而病, 身热咳嗽, 不思乳食, 多啼声。医以清热解表之剂, 热不退, 发惊惕, 又复以追风清热镇惊等法治之, 竟沉迷不乳, 体若燔炭, 自汗肢冷, 咳嗽喘掣不已, 痰声漉漉时作角弓抽掣, 舌白而腻。此属风寒误治引邪入于阴分, 阳不胜阴, 虚阳浮越于外, 法当扶阳祛寒。

附片 20g, 炮姜 6g, 京夏 6g, 北细辛 2g, 生麻茸 2g, 茯苓 10g, 甘草 3g, 频频喂服, 一剂尽, 汗出, 热退其半已不发惊抽掣, 喘咳减, 始能吮乳。再剂病退七、八, 去麻辛, 又服二剂后, 诸证悉除。

1.3 痰饮咳嗽

患者丙, 男, 年四旬余, 昆明市人, 患痰饮咳嗽病已八、九年, 经中西医屡治未愈。诊其脉左弦右滑, 两尺弱, 心脉细短, 肺脉滑大, 按之则空, 舌苔白滑而腻, 面色青黯, 目下浮起如卧蚕, 咳痰气喘而短, 胸闷痰滞, 头痛目眩。食少无神, 畏食酸冷, 渴喜热饮而不多, 小便短赤, 咳时遗尿, 入夜难眠,

行卧惟艰，值阴雨天寒尤甚。良由脾肾阳虚，饮邪内泛，脾不运化，寒湿水饮上逆犯肺则作痰作咳，肾虚不纳，则气短喘息而遗溺，痰湿阻遏，清阳不升，浊阴不降，肺肾之气不相接，遂成痰饮咳嗽之症。《金匱要略》曰：“病痰饮者，当以温药和之”为痰饮病治本之法，禀成此意拟方，小青龙加减主之。

附片 20g，北细辛 4g，麻茸 3g，干姜 15g，法夏 15g，五味子 1.5g，甘草 3g。

次日复诊，昨服一剂，头痛咳嗽稍减，痰较易咯，乃照原方加倍份量，服后痰多咳吐如涌，胸闷减，喘息较平。服二剂后，头痛如失，喘息平其大半。服三剂后稍能食，行卧已较轻便，唯痰多，气仍短，小便转长而色仍赤，盖湿痰饮邪得阳药运行，在上由咽喉气道而出，在下则随小便而去，乃病退之兆，仍照原方加减治之。

附片 100g，北细辛 10g，半夏 10g，干姜 40g，上肉桂 10g，茯苓 30g，桂尖 20g，五味子 3g，甘草 10g。

服二剂后，喘咳平，痰已少。三剂后，胸闷气短均愈，饮食倍增，弦滑之脉已平，腻苔已退。唯精神未充，后以苓桂术甘汤加附子、口芪，连进十剂，遂得痊愈。

附片 150g，口芪 30g，茯苓 20g，桂尖 20g，白术 20g，甘草 10g。

1.4 哮喘

患者丁，女，二十五岁，已婚，云南省人，患慢性哮喘病已十四年之久，现身孕四月余，住昆明军区医院，于 1959 年 10 月 9 日邀余会诊。询其病史，始因年幼体弱，感风寒而起病，药、食调理不当，风寒内伏，夹湿痰上逆于肺，经常咳嗽，值天寒时令尤甚，迄今并己多年，转成慢性哮喘。症见咳嗽短气而喘，痰多无色，咽喉不利，时发喘息哮鸣。面色淡而无华、目眶、口唇青乌色胸中闷胀，少气懒言，咳声低弱，咳时则由胸部牵引小腹作痛。食少不思饮，溺短不清，夜间喘咳尤甚，难以平卧入寐。舌苔白滑厚腻，舌质含青色，脉现弦滑，沉取则弱而无力，此系风寒伏于肺胃，久咳肺肾气虚，阳不足以运行，寒湿痰饮阻遏而成是证，法当开提肺寒，补肾纳气，温化痰湿治之。方用小青龙汤加附片。

附片 100g，杭芍 10g，麻黄 10g，北细辛 6g，干姜 30g，桂枝 20g，五味子 5g，半夏 10g，甘草 10g。

服上方二剂后，咳吐大量清稀白痰，胸闷、气短及喘咳均已较减，能入睡四、五小时，食思见增，唇舌转红仍微带青色，原腻白苔退去其半。上方虽见效，然阳气未充，寒湿痰饮尚未肃清，继以温化开提之剂治之。方用四逆二陈合方加麻辛桂。

附片 200g，干姜 40g，茯苓 30g，法夏 15g，广陈皮 10g，北细辛 8g，炙麻茸 10g，上肉桂 10g，甘草 10g。

服上方后喘咳皆有减少。治法不变，仍用此方，随证加减药味及分量，共服二十余剂后，哮喘咳嗽日渐平息，再服十余剂，病遂痊愈，身孕无恙，至足月顺产一子，娩后母子均健康。^[1]

我传承家学，近四十年临床运用附子半夏配伍治疗多种阳虚阴盛之肺系呼吸系统疾病。每日接诊，呼吸系统病（如咳嗽、急慢性支气管炎、咽炎、扁桃体炎、肺气肿、肺心病。肺间质纤维化等）患者皆过半，凡属脾肾阳虚，寒湿阴盛伏肺之症，

皆以吴老之四逆二陈麻辛汤随证加减，附子半夏为伍，效如桴鼓，现择其如下：

2 太少两感证（急性扁桃体炎）

患者戊，女，六岁，家住席子营二期；2008 年 10 月 8 日其父背来应诊，述其患者素体虚弱，感冒常作，现感冒发热三天，到某医院求治，体温三十九度、扁桃体叁度肿大，白细胞计数 21.8/L，中性粒细胞 89.6%，要求住院诊费需预交叁仟余元，无奈家中贫寒，便来到我诊所医治；刻诊，全身发烫，肢冷而掌心热，面晄白无神，倦怠、似睡非睡，无汗脉沉紧，舌淡红苔白腻。以麻辛附子二陈汤加减，温经散寒解表，扶正驱邪。

附片 50g，麻黄 6g，北细辛 5g，杏仁 7g，桂枝 12g，法夏 10g，茯苓 10g，桔梗 5g，通草 4g，苡仁 10g，羌活 6g，甘草 5g，生姜 3 片，并嘱其服药后睡卧。

隔日后其父来告，当晚服药一道，即汗出热退，尽剂而病愈。

3 风寒伏肺（急性支气管炎）

患者己，女，三十六岁，某烟厂职工。2003 年 5 月来诊，自述咳已近月，住市医院已二十八天，无效且咳嗽加剧、是状，咳声不断，咳而不畅，咽痒痛难忍，胸闷气短咳时小便自出，舌淡苔白，脉沉紧，口干不渴。问其原因，因受寒感冒，咽不适，自服清热解毒、润肺化痰之药，病未愈而咳加重，气短而乏力，神疲体倦，又自认为体虚，喝鸡汤进补，又输补液而成是状。用麻辛附子二陈汤，温肺化痰，宣肺止咳。

附片 60g，杏仁 10g，枳壳 10g，麻黄 9g，桂枝 15g，北细辛 6g，陈皮 10g，法夏 15g，茯苓 20g，苏叶 10g，桔梗 6g，甘草 6g，生姜 3 片。

两剂，剂尽而症大减，痰易咯出，胸闷愈，能安睡。后以四逆二陈汤加减三剂而痊愈。

4 少阴咽痛急症（急性咽炎）

患者庚，男，40 岁，上海某校体育老师，1988 年秋来诊，是症：近年来咽痛如火烧、如刀割，痛苦不堪，寝食难安，几欲轻生。多年来经中西医治疗罔效，已拒医拒药，后经亲友相劝来诊，了解后方知，患者病由受寒引起，因咽痛不适，治以肺热、肺燥，服疏风清热、滋阴润肺、清热化痰之药日久，现面色晦暗、声低息短，舌淡苔白，脉沉紧，口虽干不渴饮，时喜热饮，此为阳虚阴寒所致。以麻辛附子汤温经散寒通络。

附片 60g，麻黄 8g，北细辛 6g，桂枝 15g，杏仁 10g，法夏 15g，化红 12g，通草 6g，茯苓 20g，桔梗 6g，甘草 6g，生姜 3 片。

三剂，剂尽各症均已大减，高兴之至，请求索方用药。更以白通汤加味回阳收纳。

附片 60g，干姜 15g，桂枝 15g，北细辛 6g，法夏 15g，茯苓 20g，通草 6g，桔梗 6g，苡仁 20g，葱头 3 茎。

三剂。五日后告，咽灼热疼痛渐愈，喉间清凉舒适，食欲增神复，后以四逆二陈汤加味调理数剂而痊愈。

5 寒饮伏肺（肺心病）

患者辛，女，82岁。2009年元月31日要求出诊（圣爱中医馆）。患者肺心病多年，近几月病情加重，卧床不起……刻诊，喘咳不能平卧，咳嗽不畅，痰白泡沫不易咯出，稍动则喘甚，每日吸氧16小时以上，面晦暗稍肿，心悸失眠，食少腹胀，下肢浮肿，小便不利，舌淡晦苔白腻，脉沉细无力，口干不欲饮水。诊为肺肾阳虚，寒饮伏肺，阳不足以运行，寒湿痰饮阻遏，治以温肺化饮，补肾纳气。方用四逆二陈麻辛汤加味治之。

附片60g，生姜三片，陈皮10g，姜半夏15g，茯苓20g，桂枝15g，北细辛6g，麻黄7g，砂仁10g，炒厚朴10g，炙远志12g，甘草6g，2剂。

复诊，服上方后，咳嗽渐减，吸氧只需6小时，稍能安睡，饮食渐增（家属来医馆代述），治法如前，原方去生姜加干姜，去麻黄易炙麻绒，2剂。

三诊（家属代述），咳嗽渐愈已停止吸氧，眠食正常，面浮及下肢肿已渐消，已能下床活动。时汗多，便秘仍感乏力。更方，真武汤合桂枝汤加味，强心固肾，调营和卫，3剂。

（上接30页）

5 体会

鼻出血为多种疾病的常见症状，属于祖国医学的血证范畴，称为“鼻衄”，祖国医学认为其多由不同疾病、不同原因，导致阳络受伤而致，可分虚证和实证两大类。

其中，气不摄血型多因饥饱劳力，饮食不调，或因病后脾虚体弱，脾胃气虚，统血失司，气不摄血，血不循经而离脉道所致^[2]。加味补中益气汤以黄芪、党参、白术、炙甘草补中益气而摄血；陈皮、生姜配补气药共起理气温中，益气健脾以固后天之本；熟地、当归、阿胶、川芎养血补血；升麻、柴胡升举下陷之阳气；田七止血。诸药合用共起益气养血，摄血止血之效，使患者病因除，本渐固而血自止。本方

附片60g，生姜三片，白术15g，茯苓15g，杭芍10g，桂枝15g，姜半夏15g，北五味6g，大枣12g，甘草6g。

剂尽则咳嗽愈，已能到户外活动，生活完全自理。

按：附子大辛大热，入心、脾、肾经，功能回阳救逆，温中止痛、祛寒除湿，对命门火衰、下元虚冷、脾阳不运，阴寒内盛之证有明显功效。半夏辛温，入脾、胃、肺经，有降逆止呕，燥湿化痰，宽中消痞，下气散寒之功，为除湿化痰之要药。二药合用，相辅相成，尤适于脾肾阳虚，沉寒固冷，痰湿不化，水饮内盛者，只要诊断确切，处方对症，加之炮制煎煮得法，因病施用，用之无妨。临床应用，若能辨证确当，则可获显著疗效。

参考文献：

- [1]吴元坤,吴生元.吴佩衡医案[M].云南人民出版社,1979,11:47-48
- [2]高晓山,陈馥馨.中药研究[J].中医杂志,1886.5
- [3]陈馥馨.中药通报[J].中医理论增刊,1986.169

编号：EA-100605813（修回：2010-08-17）

是李东垣《脾胃论》中补中益气汤在耳鼻咽喉科鼻衄方面的拓展使用，疗效较为显著，值得在临床中推广^[3]。

参考资料：

- [1]邹奉璋,罗子铭.鼻出血诊断依据,鼻出血治愈标准.临床疾病诊断依据治愈好转标准[S].北京:人民军医出版社,1991,9:1077
- [2]王德鉴,王士贞.鼻衄,中医耳鼻咽喉科[M].北京:人民卫生出版社,1994,1:359-373
- [3]韩先知.补中益气汤治疗鼻衄[J].湖南中医杂志,1995,11(01):15

编号：ER-10070600（修回：2010-08-17）

第十二届中国科协年会 22 会场

“中医药在重大公共卫生事件中的地位和作用论坛” 征文通知

由中国科协、福建省人民政府共同主办的第十二届中国科协年会将于2010年11月1-3日在福州市举办。由中华中医药学会、福建中医药大学承办，福州伟达中医肿瘤医院协办的“中医药在重大公共卫生事件中的地位和作用论坛”为第22分会场，届时将有国家领导人和各领域科技领袖出席。现征集大会论文，凡经审稿录用的论文将同时刊登在第十二届中国科协年会《论文集》。

征文内容：

- 1、中医药在防治重大传染性疾病中的应用，特别是防治甲型H1N1流感、艾滋病、抗击非典等重大公共卫生事件中的作用和成果；
- 2、中医药在防治重大慢性疾病中的应用，特别是心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病及重大心理疾患和行为问题的三级预防成果；
- 3、其他相关内容。

联系人：李劲松 于宏伟：(010) 64271946 64210760（传真）

庄乾竹 康宁：(010) 84257895 64214947（传真）

详细内容请登陆中华中医药学会网站 www.cacm.org.cn 下载。

河南怀菊花提取物对大鼠冠状动脉压作用的研究

A study on the effect of treating coronary with the extraction of Henan Huai chrysanthemum

胡明亚

(河南南阳市眼科医院, 河南 南阳, 473000)

中图分类号: R93 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0034-02

【摘要】 河南怀菊花水提取物对大鼠有降压作用, 治疗冠心病、心绞痛的作用明显优于醇提取物, 而其对心率无明显影响。

【关键词】 河南怀菊花; 降压作用; 冠状动脉

【Abstract】 Henan Huai-water extraction of chrysanthemum has hypotensive effect in rats, treatment with coronary heart disease, angina effect than alcohol extracts, and their heart rate had not significant effect.

【Keywords】 Henan Huai chrysanthemum; Hypotensive effect; Coronary

菊花为多年生草本植物 *Dendranthema morifolium* Rammat 的头状花序, 属传统中药, 据《本草纲目》记载: 菊花具有疏散风热、明目、平降肝阳、清热解毒之功。怀菊为河南四大怀药之一, 其为菊花主产地之一, 其有效成分为菊花中总黄酮类、挥发油、氨基酸、微量元素。据临床报导, 怀菊对高血压、冠心病、心绞痛患者有明显的降压和缓解症状、止痛作用, 其效率为 80%^[1], 怀菊是国内市场各产地的菊花中挥发油及总黄酮含量较高的一种, 其中挥发油含量比杭菊、祁菊高 3 倍多, 总黄酮含量比杭菊、祁菊高 2 倍多, 民间常用来降压、治头疼、风热等病症, 近年来中西医并用常用来治疗心绞痛、冠心病等症。

1 材料与方法

1.1 药品

河南怀菊、河南省张仲景国医大学药用植物种植园提供, 经河南仲景药用植物专家鉴定。

1.2 动物

Wistar 大鼠, 雄性体重 200g~240g, 有河南仲景医科大实验动物中心提供。

实验期间饲以该中心提供的固体饲料, 自由饮水 (动物试验许可证编号: SYXK (豫) 2005-0012)。

1.3 仪器

MLT0380 压力换能器和八道生理记录仪 (Adinstruments Pty Ltd, Australia)。

1.4 提取物的制备

1.4.1 怀菊水提物的制备

称取一定量干菊花, 加入约 15 倍水, 在 80 摄氏度的水中浸泡 4h, 滤出水浸液。向剩余的菊花中加入约 8 倍水, 小火煎

煮 10 分钟, 滤出水浸液, 与水浸液合并, 在旋转薄膜蒸发器中减压浓缩, 最终将溶液定容成含生药量 1g/ml 的水提物。菊花晾干备用。

1.4.2 怀菊醇提取物的制备

称取一定量上述晾干菊, 粉碎后, 加入约 5 倍 99%乙醇, 回流 4h, 过滤。菊花中再加 3 倍 95%乙醇, 回流 3h, 过滤。合并两次滤液, 在旋转薄膜蒸发器中减压浓缩成膏状物。取膏状物加入约 3 倍温水使之溶解, 用石油醚萃取水不溶物, 弃去, 分离出水相, 定容成含生药量 1g/ml 的水溶液。

1.5 菊花两种提取物对大鼠冠状动脉血压和心率的影响

雄性 Wistar 大鼠 10 只, 随机均分为 2 组: 怀菊水提取物组, 怀菊醇提取物组。大鼠实验前禁食 24h 用 25%, 乌拉坦 (2g/kg, 其中 1g/kg 皮下注射, 1g/kg 腹腔注射) 麻醉, 仰位固定, 气管插管以保持呼吸道通畅, 胸正中做纵行皮肤切口, 用镊子分离筋膜, 肌间隙、找出左侧冠状动脉后组线结扎远心端, 动脉夹固定近心端。用眼科剪刀在动脉壁上作一小切口, 将充有肝素 (25μl/ml) 生理盐水的硬质聚乙烯导管插入动脉, 细线结扎固定, 管的另一侧经三通、压力换能器与八道生理记录仪相连, 用以测定冠状总动脉血压^[4]和心率, 沿食管壁将自制的硬质聚乙烯导管插入胃中, 以备灌胃给药用, 每只大鼠平衡半小时记录给药前血压和心率值, 然后用注射器分别将怀菊水提物, 怀菊醇提物按 2.8g/kg 经插管注入大鼠胃内, 对照组注入相同容积蒸馏水, 记录给药前后 30、60、90、120min 时的血压和心率值。

1.6 统计方法

数据以 " $\bar{x} \pm s$ " 表示, 采用 ANOVA 和醇对 *t* 检验进行统计学分析。见表 1。

(下转 36 页)

中药调剂质量与临床疗效

The quality and clinical effect of TCM regulator

李焕平

(广东省德庆县中医院, 广东 肇庆, 526600)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0035-02

【摘要】 中药调剂质量工作, 是确保中药临床疗效的重要环节。做好中药调剂质量工作, 对保证中药疗效, 发挥中医药特色, 确保人民身体健康, 具有十分重要的意义。

【关键词】 中药调剂; 临床疗效; 中药炮制

【Abstract】 TCM regulator quality work, is to ensure that an important part of clinical medicine. TCM regulator good quality work, on the assurance of therapeutic efficacy, characteristics of Chinese medicine to play to ensure people's health, have great significance.

【Keywords】 TCM regulator; Clinical effect; TCM processing

中药调剂俗称中药配方。调剂工作与医生临床用药疗效有着密切的关系。清代名医徐大椿说:“用药如用兵。”临床医生诊断正确, 用药得法, 加之调配得当服之立起沉痾, 而如果不认真按方配药违反调剂常规就会适得其反。因此, 必须把中药调剂质量关, 确保中药临床疗效; 做好中药调剂质量工作与用药安全有效, 才能更好地为人民的防病治病服务。

1 中药配方与很多基础学科及药专业知识有密切关系

要做到准确配方, 首先是审方, 对症付药, 并能及时发现医生处方上的笔误和差错, 就要求调剂人员具有一定的中药学、方剂学、中医基础等知识。经过审方, 就可明了医生的用药目的, 从而准确地加以调配。对于医生用药不当也就不仅知其然, 而且知其所以然, 防止意外事故发生^[1]。

2 调配处方剂量须准确无误

首先, 中药方剂组成讲究“君臣佐使”, 每味药在处方中作用独特, 有主有次。如主治肝经火旺的“左金丸”, 为泻肝火止呕吐的常用方, 方中重用苦寒之黄连, 以泻肝经横逆之火, 佐以辛温吴茱萸, 既能疏肝解郁, 又能降逆上呕, 并能制黄连之过于寒凉, 二药合用辛开苦降, 一寒一热, 相反相成, 黄连用量 60g, 吴茱萸用量 10g, 可见剂量配伍主次之重要, 若剂量不准, 主辅混乱, 则起不到应有疗效; 其次, 某些方剂中单味药的变化, 会使整个方剂的药效属性发生变化, 如《伤寒论》中的桂枝汤、桂枝加桂汤、桂枝加芍药汤、三方之药物组成完全一样, 均有桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣, 其中甘草、生姜、大枣其剂量一样, 其差别仅在桂枝、芍药两味药的剂量上, 二者比例 3:3, 为“桂枝汤”, “主治太阳中风, 阳浮而阴弱……”; 二者比例 5:3, 则为“桂枝加桂汤”, 具有“泄奔豚气”之功效; 若二者比例是 3:6, 则成了“桂枝加芍药汤”。前两方治的是太阳病, 而该方却治的是太阴病; 第三, 某些有毒中草药, 其治疗有效量与中毒量非常接近, 如马钱子、细辛等, 用量不足, 疗效不显, 用量过大, 极易中毒, 故应慎选剂量, 以防中毒发生。故盲目操作主观估量, “抓药”代称, 是无法保证其准确性的。调剂工作是一项特殊工作, 调剂工作要求调剂人员除具

有合格的专业知识外, 还应具有良好的职业道德, 调剂的药材饮片是一种特殊“商品”要严格按照医嘱调配, 不能配错、配漏、配多、配少。有人认为, 配错配漏诚然不对, 但对称量认为无关重要, 因而出现了用“五爪金龙”抓药以手代秤。对于调剂工作应提高到“法制”的观念上认识, 不按规定配方, 是违反药品管理法的。药物用量, 在治疗上有着重要意义。每一种药都有其规定的用量, 尤其含有毒性的药物更是如此, 这就要求调剂人员懂得药物剂量常识。例如有位医生将细辛剂量写为 10g, 调剂人员发现后帮助医生纠正了错误。据文献记载, 细辛含挥发油, 大剂量的挥发油经动物实验, 证明可使中枢神经系统先兴奋, 后麻痹, 继而渐渐呼吸随运动减弱反射消失而死亡呼吸麻痹^[2]。

3 药材选用“地道”有别

中药应用讲究“地道”药材。同为红花以藏红花为优; 同为贝母, 以川贝为上, 天然药品与人工合成, 野生药材与人工培植其药效成份含量不一, 临床疗效也明显差别, 更何况近些年来药材市场良莠混杂, 真假难辨, 以豹骨充虎骨, 牛角代鹿角的假药案屡屡暴光。为此药剂人员还得练就识别假药的“火眼金睛”。

4 药材加工应严格要求

用根则去茎, 用茎则去根。如麻黄根与茎虽同出一物, 但药理完全不同。麻黄茎味微苦而性温, 以发汗为主; 麻黄根则味辛性平, 专长敛汗。茯苓、茯苓皮、茯神也为同出一物, 但茯苓能利尿、补益心脾; 茯苓皮可利水消肿, 茯神则可宁心安神, 其作用各异。另外, 据有关资料报道, 将黄芪做成圆片、直片、斜片的溶出量试验, 其溶出量是不同。故当归的切割, 归身切直片, 味甘补血; 归尾切圆片, 味辛破血; 归头切切片, 以和血。另外, 种子果实类需捣碎, 黄连、大枣需要劈, 法半夏应轻打成碎瓣, 以利于有效成分的煎出。

5 “依法炮制”保证疗效

中药炮制, 古人认为“酒浸外提, 姜制发散, 土炒健脾,

醋制入肝止痛，入盐走肾软坚”。如土炒白术，长于补脾止泻；焦白术，补脾而不滞气，并能开胃进食等；生甘草味甘偏凉，可泻火解毒；炙甘草味甘性偏温可温中祛寒，“十炭散”为大蓟、小蓟、第根、侧柏味等十味药炒炭组成，主治各种血症，如不炒成炭药，便达不到止血目的。另据报道，元胡索中的生物硷醋炙后可与醋酸结合成易溶于水的醋酸盐，煎熬时易溶出，其止痛作用可增强一倍左右。保证中药调剂质量的几项措施。

5.1 制订并执行各项规章制度

如：岗位责任制，中药调剂注意事项，剧毒贵重药品的管理条例，每付药常规：捣碎药、先煎、后下、另煎、包煎、冲服、烊化、研末服、兑服等常规。使调剂人员有章可循，有法可依。

5.2 调配的饮片必须是正品、清洁卫生、炮制合格。霉烂、变质、虫蛀以及混有杂质的药物，不得供调配用。

5.3 配药时一定要称准，分匀。要求每种药都要称取。按规定，一般药称量误差 $\pm 5\%$ ；毒、剧、细料药误差 $\pm 1\%$ 。

5.4 要核对发药

核对是调配中药处方的最后一道程序，也是减少差错防止事故的关键，必须建立严格的处方核对制度。发药时要核对病人姓名、性别、年龄等，煎服方法。

5.5 要建立差错事故登记本。考核配方质量，消灭差错事故。

5.6 要把好进入调剂室药材饮片的质量关

这一关要求领导严格管理，做到四不准，即药材品种不明

不准加工炮制；质量不符合规定的饮片不准出加工房；库房对不合格的饮片拒不验收；质量不符的不准上柜配方。

5.7 从饮片加工到饮片配方建立和健全质量管理监督网络，做到道道把关确保质量。

5.8 防止混装串药

造成饮片不纯混串的原因很多，只要注意加药不能过满，称取要小心，称药完毕要随手推关药斗。

5.9 要经常保持百子柜和调剂台的整洁卫生。

5.10 加强库房管理，保证饮片质量

在中药的储存中，药材饮片容易生霉、虫蛀、严重影响饮片质量，做到经常翻库，发现问题及时解决，并严格购进药材的验收制度，做到生霉、虫蛀药材不验收，实行退货，从而保证药材饮片质量。

中药调剂质量工作直接关系到中药临床疗效，故调剂人员要加强社会责任感，不断提高技术水平，以严谨的科学态度对待调剂工作，以提高质量，确保临床用药的安全有效。

参考文献：

[1]肖辉.浅谈把好中药调剂质量关.中国医疗卫生荟萃[M].重庆:重庆大学出版社,1996:516

[2]别芝芳.浅谈药房调剂配方把关[J].中国药事,1997,11(Z):144-145

编号：EA-100623852（修回：2010-08-20）

（上接 34 页）

表 1 两种提取物对麻醉大鼠血压的影响 ($\bar{x} \pm s$, $n=5$)

药物	剂量 (mg/kg)	BP 血压 (mmHg)	给药前	30min	60min	90min	120min
WEHBC	2.8	SBP	140.1 $\pm$ 9.6	121.10 $\pm$ 21.20	119.1 $\pm$ 19.1	114.7 $\pm$ 15.9	113.3 $\pm$ 13.3
		DBP	84.4 $\pm$ 9.6	73.8 $\pm$ 17.10	70.2 $\pm$ 16.2	66.2 $\pm$ 9.8	64.8 $\pm$ 11.4
EEHBC	2.8	SBP	144.2 $\pm$ 7.4	142.9 $\pm$ 8.0	141.1 $\pm$ 7.5	140.6 $\pm$ 7.5	138.0 $\pm$ 7.1
		DBP	85.3 $\pm$ 13.9	82.8 $\pm$ 13.0	80.5 $\pm$ 13.5	80.2 $\pm$ 10.70	79.2 $\pm$ 10.8
对照组		SBP	138.7 $\pm$ 6.9	136.8 $\pm$ 4.8	135.6 $\pm$ 5.2	135.6 $\pm$ 5.6	132.8 $\pm$ 7.0
		DBP	88.0 $\pm$ 15.0	84.6 $\pm$ 14.7	82.7 $\pm$ 14.6	82.4 $\pm$ 14.0	79.6 $\pm$ 14.10

注：①与给药前、后比较；②WEHBC、怀菊水提取物、EEHBC 怀菊醇提取物；③SBP 收缩压、DBP、舒张压。

2 结 果

2.1 两种提取物对麻醉大鼠血压的影响。结果见表 1。怀菊水提取物使大鼠收缩压、舒张压分别降低 21.26%、25.4%，怀菊

醇提取物对麻醉大鼠血压无明显影响。

2.2 两种提取物对麻醉大鼠心率的影响。结果（见表 2）怀菊水提取物、醇提取物对大鼠心率的影响。

表 2 两种提取物对麻醉大鼠心率的影响 ($\bar{x} \pm s$, $n=5$)

药物	剂量 (ml/kg)	心率 (次)	给药前	30min	60min	90min	120min
WEHBC	2.75		402 $\pm$ 5	396 $\pm$ 5.1	398 $\pm$ 14.00	400 $\pm$ 16.1	396 $\pm$ 20
EEHBC	2.75		385 $\pm$ 8	370 $\pm$ 8.5	376 $\pm$ 6.5	370 $\pm$ 11.2	380 $\pm$ 23.1
对照组	-		395 $\pm$ 7.5	394 $\pm$ 8.3	394 $\pm$ 8.5	392 $\pm$ 10.2	391 $\pm$ 10.2

注：与给药前比较，WEHBC、怀菊水提取物、EEHBC 醇提取物。

3 讨 论

本实验结果表明，怀菊水提取物能明显降低大鼠的收缩压和舒张压，并以此能缓解心绞痛的症状。怀菊的醇提取物对大鼠血压无明显影响。

因此，我们认为，怀菊的降压有效成分主要存在于水提取

物中，其降压有效成分可能是总黄酮类物，但也不排除有其他降压成分的可能。缓解心绞痛的疼痛的有效成分究其是黄酮、菊苷或其有待于进一步的研究。近年来国内对菊花的研究多集中在菊花的化学成分和药理作用方面的研究。

编号：ER-10080620（修回：2010-08-17）

平肝益肾中药颗粒治疗广泛性焦虑的观察

Observation on treating generalized anxiety by Pinggan Yishen TCM granule

史良荣¹ 孙宏新²

(1. 郸城县人民医院, 河南 郸城, 477150;

2. 河南省中医院, 河南 郑州, 450002)

中图分类号: R395.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0037-02 证型: GDA

【摘要】 目的: 比较平肝益肾中药配方颗粒与阿普唑仑治疗广泛性焦虑的临床疗效及副反应。方法: 采用随机分组的方法将符合 CCMD-3 诊断标准的 78 例广泛性焦虑症患者分为平肝益肾中药颗粒组简称中药组 (39 例), 阿普唑仑组 (39 例)。两组患者均用药治疗观察 6 周, 采用焦虑自评量表 (SAS)、Hamilton 焦虑量表 (HAMA)、副反应量表 (TESS) 进行疗效与副反应评定。结果: 通过 6 周的开放性对照研究后发现, 中药组与阿普唑仑组疗效相当 ($P>0.05$) 且副反应少。结论: 平肝益肾中药配方颗粒治疗广泛性焦虑症安全有效, 不良反应少, 依从性好。

【关键词】 平肝益肾; 中药颗粒; 广泛性焦虑; 阿普唑仑

【Abstract】 Objective: To compare the clinical effect of treating generalized anxiety by Pinggan Yishen TCM granule and alprazolam. Methods: 78 cases of generalized anxiety were randomly divided into TCM group (39 cases), alprazolam group (39 cases). To assessment the effect and side effects of 2 groups by SAS, HAMA, TESS for 6 weeks. Results: The effect of TCM group is the same as alprazolam group ($P>0.05$) and the side effects is small. Conclusions: Treating generalized anxiety by Pinggan Yishen TCM granule is safe and effective.

【Keywords】 Pinggan Yishen; TCM particle; Generalized anxiety; Aprazolam

广泛性焦虑症是一种慢性、进展性的严重疾病。它以慢性焦虑为特征, 常迁延数年难以自愈^[1]。传统的抗焦虑药苯二氮卓类, 三环类抗抑郁药及 SSRI 类均有较好的抗焦虑作用, 但因其严重的副反应及担心成瘾性使病人依从性差, 从而中断治疗^[2]。中医认为: 焦虑的产生与肝胆疏泄失常、少阳郁热有关。有学者用平肝潜阳、疏肝泄热之柴胡加龙骨牡蛎汤治疗广泛性焦虑取得较好疗效且副反应少^[3]。而慢性焦虑除与肝胆疏泄功能密切相关外, 还与肾关系密切。恐为肾志, 恐惧伤肾。《灵枢·经脉》: “肾足少阴之脉……气不足则善恐”。金元时期李杲《肝脾论》指出: “凡……恐惧, 皆损元气”。为观察平肝益肾中药治疗广泛性焦虑的疗效及副反应, 本研究拟以平肝阳、泄郁热之柴胡加龙骨牡蛎汤为主方加减, 配益肾安神熟地, 五味子, 枣仁, 首乌藤等药组成配方中药颗粒。与阿普唑仑进行对照, 现报道如下:

1 对象和方法

1.1 对象

入组对象为 2009 年 2 月~2010 年 3 月在郸城县人民医院门诊和住院治疗的患者, 均符合 CCMD-3 广泛性焦虑症的诊断标准; 焦虑自评量表 (SAS) 评定 ≥ 50 分; Hamilton 焦虑量表 (HAMA) 评定 ≥ 14 分; 排除有严重心、肝、肾等躯体疾病, 药物过敏, 癫痫, 青光眼病史者。符合上述条件者共 78 例, 其中门诊患者 48 例, 住院患者 30 例。按就诊的先后顺序分为两组各 39 例。中药组: 女性 26 例, 男性 13 例, 平均年龄 (36.1 ± 11.1) 岁, 平均病程 (3.7 ± 3.4) 年。阿普唑仑组: 女性 24 例, 男性 15 例, 平均年龄 (38.1 ± 13.7) 岁, 平均病程 (3.8

± 3.6) 年, 两组性别, 年龄及病程经统计学检验差异均无显著性 ($P>0.05$)。

1.2 方法

两组均口服给药, 平肝益肾中药颗粒组由广东一方制药有限公司生产的中药配方颗粒组成。柴胡 6g, 白芍 10g, 桂枝 6g, 黄芩 10g, 半夏 10g, 茯苓 20g, 龙骨 20g, 牡蛎 20g, 当归 10g, 酒制大黄 6g, 党参 10g, 熟地 10g, 炒枣仁 20g, 五味子 12g, 首乌藤 15g。根据辨证结果随机加减: 肝火盛者加去桂枝加胆草 10g, 栀子 10g, 痰盛者去熟地、白芍、五味子加天竺黄 10g, 黄连 9g, 制胆星 6g。肝肾阴虚者去桂枝, 沙参易党参, 加麦冬 10g, 枸杞子 10g, 腹胀食欲不振去熟地加焦山楂 10g, 炒麦芽 15g, 炒卜子 10g。所有中药颗粒混合, 加热开水 250ml, 搅拌均匀待完全溶解分早、晚两次口服。阿普唑仑组: (江苏恩华药业股份有限公司, 每片 0.4mg) 按递增法给药, 起始剂量 0.8mg/d, 2 周内加至 1.6~2.8mg/d, 治疗 6 周, 治疗观察期间停用一切抗精神病药物。并严密观察病情及药物不良反应。入组前及治疗第 6 周末进行血、尿常规和肝、肾功能及心电图检查。

1.3 疗效评定

采用 SAS 和 HAMA 及 TESS 量表进行评定。分别与治疗前和治疗第 6 周末各评定 SAS 和 HAMA 一次, 治疗第 6 周末或治疗终止时评定 TESS。临床疗效, 按 HAMA 减分率评定为四级: 减分率 ≥ 75 为痊愈, 75%~50% 为显效, 49%~25% 为稳定, $\leq 25\%$ 为无效。副反应用 TESS 量表评定。

1.4 统计学处理, 全部数据应用 SPSS10.0 软件进行数据处理与分析。

2 结果

2.1 临床疗效比较

中药组总有效率 92.3%与阿普唑仑组 89.7%相当。Radit 分析 ($P>0.05$) 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	痊愈	显效	稳定	无效	显效率%	有效率%
中药	12	15	9	3	69.2	92.3
阿普唑仑	11	14	10	4	66.7	89.7

2.2 SAS 及 HAMA 评分比较

两组 SAS、HAMA 及 HAMA 因子分的减分率的前后比较经检验差别有显著意义 ($P<0.01$), 两组比较差别无显著意义 ($P>0.05$)。

表 2 两组给药前后 SAS 及 HAMA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

量表	组别	治疗前	治疗后
SAS	中药组	61.2 $\pm$ 12.1	38.1 $\pm$ 9.7
	阿普唑仑组	60.3 $\pm$ 11.9	34.5 $\pm$ 6.3
HAMA	中药组	26.05 $\pm$ 6.5	8.01 $\pm$ 2.88
	阿普唑仑组	25.37 $\pm$ 7.04	8.21 $\pm$ 2.53

注: 组内治疗后与治疗前比较的 t 检验, $P<0.01$ 。

2.3 不良反应

治疗过程中, 中药组有 8 例出现腹胀, 厌食, 恶心消化道反应余无特殊, 且经适当加减配方药物后症状很快消失。阿普唑仑组出现头昏 4 例、嗜睡 8 例、无力 5 例。经减量后症状减轻。两组治疗前后血、尿常规, 肝肾功能, 心电图和血压检查均无异常变化。

3 讨论

焦虑障碍是社会人群中所有精神疾病中最常见的一种, 广泛性焦虑症是临床常见的类型^[4]。表现为经常或持续性的无明确对象和具体内容的提心吊胆及紧张不安, 伴有显著的植物神经功能亢进, 运动性不安和过分警惕。属祖国医学“惊悸”、“怔忡”、“不寐”、“百合病”、“恐症”等范畴。症位涉及肝、胆、心、脾、胃、肾等脏腑。《素问·灵兰秘典论》谓: “肝者, 将军之官, 谋虑出焉。”《黄帝内经》谓“胆病者惊惕, 心下澹澹, 恐人将捕之。”这些都说明, 人的情绪思维等情志活动与肝胆功能失调密切相关。焦虑的产生多由肝胆疏泄失常, 气机郁滞, 郁而化热, 心神失养, 心肾不交, 脏腑阴阳气血失调而成。现代中医研究也证明肝的疏泄功能失常可引起情绪异常, 疏泄太过产生肝气逆症, 疏泄不及而产生肝气郁症^[5]。肝气不和和气机横逆或上逆, 肝阳上亢产生焦虑, 肝气郁结多产生抑郁^[6]。且有研究表明, 疏肝解郁之代表方逍遥散和逍遥散为基本方加减治疗抑郁症疗效确切, 副反应少^[7]。但广泛性焦虑作为一种慢性反复迁延难愈的情志疾病, 与肾的关系也不容忽视。清代张璐所著《张氏医通》中指出: “恐者, 似惊悸而实非, 忽然心中恐惧, 如人将捕之属肾本脏, 而滂及它脏, 治法则有别焉。治肾伤者, 益补精髓”。恐伤肾, 久病必肾精不足, 精不足则脑神失养。肝肾同源, 肾愈虚而肝愈虚, 肝藏血舍魂, 肝虚则令人恐, 肝肾共虚故焦虑迁延数年而不愈。因此治疗焦虑障碍

必肝肾同治。

广泛性焦虑的发生开始多因情志刺激, 肝胆疏泄功能失常, 肝气横逆或上逆, 肝气不达, 郁而化热, 表现为少阳郁热的症状。日久肝肾阴虚, 肝阳上亢, 则表现为阴虚阳亢、心肾不交的症状。治疗广泛性焦虑症在平肝潜阳, 疏肝泄热的同时, 还应注意滋肾填精, 肾精足肝胆气化正常。则焦虑诸症才不会迁延发展为慢性。

本组 78 例患者均以柴胡加龙骨牡蛎汤为主方配滋肾养阴安神中药加减而组成配方中药颗粒。柴胡加龙骨牡蛎汤出于《伤寒论》。《伤寒论》第 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。”主要用于少阳郁热, 持久不解, 扰乱心神。方中以小柴胡汤调畅气机, 和解少阳, 疏肝解郁, 升清降浊。辅茯苓利三焦水湿, 桂枝平冲降逆, 龙骨牡蛎潜肝阳, 安魂魄, 大黄泄热去实, 共奏疏肝气, 泄郁火, 定肝魂, 镇心神之功。但久服小柴胡有耗阴之弊^[8], 在上方基础上加当归、白芍养血敛阴以收魂, 加熟地补肾填精以定魄。《药品化义》谓熟地: “凡内伤不足, 苦志劳神, 忧患伤血……皆宜用此, 安五脏, 和血脉, 润肌肤, 养心神, 宁魂魄, 滋补真阴……为圣药也。”配枣仁、五味子、首乌藤等补肝肾以安神, 诸药配伍, 使郁热散、气机畅、肝血充而阳无以亢, 肾精足虚热无以生。从而达到脏腑气血阴阳调和, 焦虑诸症自愈的目的。现代药理研究亦证明: 配方中柴胡所含柴胡皂甙, 桂枝的有效成分桂皮醛, 龙骨牡蛎中丰富的微量元素及有机钙, 以及黄芩, 五味子, 枣仁都有很好的镇静抗惊作用^[9]。平肝益肾中药配方颗粒可能通过上述药物的镇静作用而起到抗焦虑功效。

尽管各医家报道中药治疗情志疾病疗效可靠, 副反应少, 但因传统的中药片剂煎熬麻烦费时, 常使人们弃而不用。今用中药颗粒进行组方既可免去煎药之苦, 又可随症临时加减用药, 方便有效, 使患者乐于接受。平肝益肾中药颗粒治疗广泛性焦虑症疗效好, 副反应少, 服用方便, 无成瘾之虞, 依从性好。

参考文献:

- [1]陈彦方.CCMD-3 相关精神障碍的治疗与护理[M].济南:山东科学技术出版社,2001:695-697
- [2]沈渔邨.精神病学[M].北京:人民卫生出版社,2001:695-697
- [3]孙松涛.柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗广泛性焦虑症 72 例[J].中医杂志, 2000,41(2):95-96
- [4]吴文源,季建林.综合医院精神卫生[M].上海:上海科学技术文献出版社, 2001:63-74
- [5]张惠云,乔明琦,孙丽等.肝气郁证模型大鼠下丘脑单胺类神经递质分析[J].中医杂志,2008,49(2):150-152
- [6]谢雄伟,尤昭灵.肝阳上亢证患者情绪状态特征临床研究[J].中医杂志, 2006,47(11):854-855
- [7]徐志伟,吴丽丽,严灿等.逍遥散和丹栀逍遥散抗抑郁作用的实验研究[J].中医药学报,2003,31(3):16-17
- [8]吴中平,柯雪帆.小柴胡汤毒副作用探讨[J].中医杂志,1997,38(7):442
- [9]雷载权,张廷模.中华临床中药学[M].北京:人民卫生出版社,1988:182-191, 337-345,435-439,824-829,1402-1408,1409-1414

编号: ER-10062100 (修回: 2010-08-20)

应用多层螺旋 CT 诊断肺动脉栓塞的临床分析

Clinical analysis of diagnose PE by multi-slice CT

孙 钢

(山东省枣庄市中医医院, 山东 枣庄, 277101)

中图分类号: R331.3+6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0039-01 证型: GBD

【摘要】 目的: 探讨多层螺旋 CT 技术对肺动脉栓塞 (PE) 患者的临床诊断价值。方法: 选取我院临床诊治的 PE 患者 32 例, 采用 16 层螺旋 CT 行肺动脉造影检查并采用多种后处理技术。结果: 诊断直接征象显示偏心型充盈缺损 22 例, 中心型充盈缺损 10 例; 共累及血管 49 支; 平扫的间接征象为局部肺纹理稀疏 15 例, 胸腔少量积液 12 例。结论: 多层螺旋 CT 对 PE 具有重要的临床诊断价值。

【关键词】 肺动脉栓塞; 多层螺旋 CT; 临床诊断

【Abstract】 Objective: To investigate clinical diagnosis value diagnose PE by multi-slice CT. Methods: Taking clinical diagnosis of 32 cases of patients with PE in our hospital, taking 16-slice CT angiography and pulmonary artery using a variety of post-processing techniques. Results: The diagnosis of direct signs show eccentric filling defect in 22 cases, central filling defect in 10 cases; a total of 49 vessels involved; scan of indirect signs in 15 cases of locally sparse lung markings, small pleural effusion in 12 cases. Conclusion: Spiral CT of the PE has important clinical value for early detection.

【Keywords】 Pulmonary embolism; Multi-slice CT; Clinical diagnosis

肺动脉栓塞 (pulmonary embolism, PE) 是较为严重危害人类健康的一种心血管疾病, 病死率达 20%~30%^[1]。如能及时诊断并得到有效治疗, 病死率可明显下降。PE 缺乏可靠的临床指标, 其确诊有赖于影像学检查。两年前, 我院引进并应用多层螺旋 CT 诊断肺动脉栓塞患者, 现将结果总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般临床资料

2008 年 7 月~2010 年 6 月, 选取来我院就诊的 PE 患者共 32 例, 男性 27 例, 女性 5 例, 年龄 34~73 岁, 平均 56.6 岁。患者临床表现: 呼吸困难 27 例, 咳嗽、咳痰 16 例, 胸痛 21 例, 发热 13 例, 咯血 10 例, 有呼吸困难、胸痛、咯血典型肺栓塞三联征者 9 例。近期有胸腹部手术病史患者 12 例, 脑中风长期卧床或坐轮椅患者 7 例, 原因不明患者 11 例。

1.2 临床诊断方法

首先先对全组患者作屏气训练, 对呼吸困难的患者, 指导其平静呼吸。本研究采用东芝 Aquilion i6 层螺旋 CT, 扫描时患者仰卧取正位 CR 像, 从肺尖到肺底进行常规扫描。扫描范围从肺尖至膈肌水平, 一次屏气状态下从足侧向头侧扫描。扫描参数: 120~140kV, 250mA, 准直 0.5mm×16/1mm×16, 螺距 0.9376。机架旋转时间 0.5s。增强扫描使用非离子对比剂, 造影剂用量为 1.5~2.0ml/kg, 高压注射器肘静脉注入注射速率 3.0ml/s, 延迟时间 8s~25s。

2 结果

2.1 PE 诊断的直接征象

本组 32 例患者增强扫描图像显示: 偏心型充盈缺损 22 例, 中心型充盈缺损 10 例; 其中左肺上动脉 15 例, 右肺上动脉 8 例, 左肺下动脉 9 例, 右肺下动脉 3 例; 共累及血管 49 支,

并且有多数病例累及多支肺动脉, 其中累及两支肺动脉 12 例, 累及三支以上肺动脉 6 例。并用 MPR、MIP、VR 多角度观察血管腔内的血栓形态和范围。

2.2 PE 诊断的间接征象

32 例患者平扫的间接征象为肺窗观察局部肺纹理稀疏 15 例, 胸腔少量积液 12 例, 肺动脉或左右肺动脉扩张 5 例; 肺内和胸膜下区肺梗死灶 27 个, 其中多发 10 例, 单发 8 例; 未见肺内病灶 14 例。

3 讨论

PE 是指由各种原因的栓子栓塞肺动脉后引起的临床综合征, 多数患者发病急聚, 症状重, 但也有部分患者无症状或症状不明显, 不易引起临床重视, 容易误诊或漏诊。PE 的早期发现、早期诊断和早期治疗能够很好地对患者预后有帮助。临床上来自静脉系统和 (或) 右心房的血栓脱落而致的肺动脉栓塞较为常见^[4]。多层螺旋 CT 对肺动脉栓塞、外周性肺动脉栓塞都有很高的诊断价值, 本研究选取我院多层螺旋 CT 诊断 32 例肺动脉栓塞患者资料进行回顾性分析, 以提高对本病的影像学认识。

综上所述, MSCT 的快速容积扫描和各向同性重建功能, 使无创性肺动脉成像成为可能, 这进一步提高了肺段动脉和肺亚段动脉的显示率。随着 MSCT 技术的不断发展以及对肺动脉 CTA 的进一步深入研究, 将会使肺动脉栓塞诊断技术更趋完善。

参考文献:

[1]王青, 马祥兴, 李传福等. 16 层螺旋 CT 在肺动脉栓塞诊断中的应用[J]. 中华放射学杂志, 2004, 38(7): 711

编号: ER-10070909 (修回: 2010-08-21)

中西医结合治疗骨折不愈合及延迟愈合疗效观察

Effective observation on treating fracture

not healing and delayed union in the integrative medicine

蔡新木 陈 瑜

(惠东县中医院, 广东 惠州, 516300)

中图分类号: R274.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0040-01

【摘要】 目的: 探讨中西医结合治疗骨折不愈合及延迟愈合疗效观察。方法: 30 例患者分为西医治疗组和中医治疗组, 观察其两组疗效。结果: 本组 30 例均治愈。结论: 中西医结合治疗骨折不愈合及延迟愈合有显著疗效。

【关键词】 骨折; 不愈合; 延迟愈合

【Abstract】 Objective: To investigate and observe the effect of treating fracture not healing and delayed union in the integrative medicine. Methods: 30 patients were divided into western medicine treatment group and TCM treatment group, observe the effect of two groups. Results: 30 cases were cured. Conclusion: Treating fracture not healing and delayed union in the integrative medicine has a significant effect.

【Keywords】 Fracture; Not healing; Delayed union

本院自 2002 年以来, 运用中西医结合治疗骨折不愈合及延迟愈合 30 例, 均取得了满意疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 24 例为男性, 6 例为女性。其中 13~29 岁者 3 例, 30~45 岁者 2 例, 45 岁以上者 25 例, 平均年龄 47.5 岁。骨折不愈合者 10 例, 其中股骨干骨折 1 例, 胫骨骨折 8 例, 尺骨骨折 1 例。骨折延迟愈合者 20 例, 其中股骨干骨折 4 例, 胫骨骨折 11 例, 尺桡骨骨折 5 例。骨折均系外伤所致。30 例中有 4 例股骨干骨折, 3 例尺桡骨骨折, 10 例胫骨骨折曾行切开复位内固定手术治疗。病史最短者 10 个月, 最长者 20 个月。

1.2 治疗方法

1.2.1 西医治疗

骨折不愈合病例均采用植骨内固定手术治疗, 骨折延迟愈合者, 根据具体情况分别采用手法复位小夹板或石膏外固定、骨外穿针固定架加压治疗等。

1.2.2 中医治疗

方药组成: 菟丝子 12g, 杜仲 10g, 熟地 10g, 当归 12g, 川断 10g, 牛膝 15g, 补骨脂 15g, 山萸 6g, 骨碎补 10g, 五加皮 10g, 云苓 10g, 地龙 12g, 土鳖虫 6g, 丹参 30g, 三七 6g (研冲), 生龙骨 30g (先煎), 醋煅自然铜 30g (先煎)。随诊加减: 气虚者加党参 15g, 黄芪 30g; 血瘀明显者加乳香 10g, 没药 10g; 感染者加银花 20g, 公英 20g, 每日 1 剂, 水煎分 2~3 次服, 也可剂量加倍研末, 每次 20g, 每日 3 次冲服。

2 结果

2.1 疗效标准

临床症状及体征消失, 经 X 线片检查证实骨折线消失, 骨折骨性愈合为治愈。

2.2 治疗结果

本组 30 例均治愈。骨痂出现时间最短者为 3 周, 最长者为 6 个月, 平均为 4.2 周, 骨折愈合时间最短者 6 个月, 最长者 14 个月, 平均 10.3 个月。

3 体会

3.1 骨折愈合的基础是良好的复位和有效的固定

造成骨折延迟愈合及不愈合的主要原因除全身性因素及药物影响外, 主要是局部因素, 包括固定不完善、治疗不当造成骨折端存在间隙或骨缺损、血运障碍、感染等。采用植骨内固定手术治疗、手法复位小夹板或石膏外固定、骨外穿针固定架加压治疗为骨折愈合创造良好的基础。

3.2 益肾健脾是关键

骨折不愈合及延迟愈合属久病不愈, 患者又以中老年居多, 肝肾亏损, 精不充髓, 血不荣筋。中医认为“肾主骨生髓”, “肾藏精”, “肾为先天之本”, 肾虚则精髓不充, 骨折久不愈合。并认为骨折愈合迟缓, 不仅由于肾虚, 且与脾胃有关。慎斋云: “诸病不愈, 必寻到脾胃之中, 方无一失”。脾为后天之本, 脾胃亏虚则四肢皆无生气。说明疾病长期不愈, 与脾胃不健有关。方中用菟丝子、杜仲、熟地、山萸、川断、补骨脂、骨碎补、云苓等益肾健脾, 接骨生髓。

3.3 久病入络重化瘀

《临证指南》云: “久病入络”。本病病机以脾肾亏虚为本, 血瘀为标, 为虚实夹杂之证。方中用当归、牛膝、丹参、三七、地龙、土鳖虫等活血化瘀, 同时活血药物能改善微循环, 改善组织营养, 对骨折愈合也有促进作用, 所谓“血不活则骨不能接”。本方抓住虚、瘀这两个重要环节, 标本兼治, 对提高疗效, 缩短疗程有显著疗效。

编号: ER-10072405 (修回: 2010-08-18)

中西医结合治疗重症急性胰腺炎的临床分析

Clinical analysis of treating severe acute pancreatitis in the integrative medicine

雷 波

(泸州医学院附属中医院, 四川 泸州, 646000)

中图分类号: R576 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0041-01 证型: IDBG

【摘要】 目的: 分析中西医结合治疗重症急性胰腺炎(SAP)的效果。方法: 30例SAP病人分成观察组和对照组, 对照组给予西医常规治疗, 观察组在对照组治疗基础上联合中药治疗。结果: 观察组的血淀粉酶恢复正常时间、症状消退时间、禁食时间、平均住院时间都缩短, 手术率及死亡率均明显减少, 优于对照组, 两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论: 中西医结合治疗重症急性胰腺炎效果肯定。

【关键词】 胰腺炎; 急性坏死性; 中西医结合

【Abstract】 Objective: To analyze effects of treating severe acute pancreatitis (SAP) in the integrative medicine. Methods: 30 cases of SAP patients were divided into observation group and control group, taking western medicine therapy in control group, and based on control group therapy plus TCM therapy in treatment group. Results: The observation group of serum amylase returned to normal time, the symptoms subside time, fasting time, the average hospital stay is shortened, the operation rate and mortality were significantly reduced, is better than the control group, compare two groups the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: Treating severe acute pancreatitis in the integrative medicine has a good effect.

【Keywords】 Pancreatitis; Acute necrotizing; The integrative medicine

重症急性胰腺炎(SAP)是临床上急危重症之一,起病急、进展快、病情重、死亡率高。近年来,我们采用中西医结合的方法治疗该病15例,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2008年1月~2010年1月住院的SAP病人30例,随机分成观察组和对照组,对照组15例,男10例,女5例,平均48岁;观察组15例,男9例,女6例,平均49.5岁。两组病人年龄及病情比较差异无统计学意义。

1.2 诊断标准^[1]

1.2.1 急性胰腺炎诊断标准

①中上腹或左上腹突发剧烈疼痛,伴发热、呕吐、黄疸;②血清淀粉酶升高 $>500\text{U}$ (Somogyi法);③尿淀粉酶升高 $>300\text{U}$ (Somogyi法);④B超见胰腺肿胀。

1.2.2 SAP诊断标准

具备急性胰腺炎的诊断标准且满足下列条件之一即可诊断:胰腺坏死,假性囊肿,胰腺脓肿;器官衰竭;Ranson预后指标 ≥ 3 分;急性生理学及慢性健康状况评分II(APACHEII) ≥ 8 分;Balthaza CT分级为D、E。

1.3 治疗方法

对照组:①24h内留置胃管;②静脉滴注奥美拉唑40mg,善宁0.3mg,1日2次;③头孢三代+抗厌氧菌;④维持水、电解质、酸碱平衡。观察组:联合中药治疗;①甘遂末2g,与30mL生理盐水调匀后从鼻肠管滴入,1日1次;②大承气汤:大黄30g,厚朴30g,枳实30g,芒硝20g后冲,煎成200mL液,灌肠,1日1次。

2 结果

观察组的血淀粉酶恢复正常时间、症状消退时间、禁食时间、平均住院时间都缩短,手术率及死亡率均明显减少,优于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

SAP作为常见的病死率较高的急腹症之一,目前西医仍然没有确切的方法,而强调手术治疗,治愈率不但没有提高,却使多器官功能障碍综合征加重,病死率增加^[2]。

中医认为胰腺炎总的病机为互结水热,内停湿毒,血瘀气滞,不通腑气。故治疗以攻下通里、解毒清热及化瘀活血等为大法。本研究采用甘遂末胃管注入以逐水泻热,甘遂有解热、抗炎、增强免疫功能、抗氧化、清除自由基等作用;大承气汤保留灌肠通腑泻热,保留灌肠具有药物易保留吸收、无腹胀、不增加胃肠负担的优点;现代药理表明活血化瘀、清热解毒、通里攻下之中药具有改善胰腺微循环、抑制或清除炎症介质、排泄内毒素、增强肠黏膜屏障等作用,能够稳定机体内环境,控制或逆转病情,改善预后之功^[2]。总之,中西医结合治疗重症急性胰腺炎可以更快消除腹胀等症状,并发症明显减少,减少病死率,缩短住院天数,从而减少病人的住院费用,提高疗效。

参考文献:

- [1]黄宗文,夏庆等.早期应用柴芩承气汤治疗重症急性胰腺炎疗效分析[J].成都中医药大学学报,2008,26(3):25-26
- [2]巫协宁.重症胰腺炎的规范化治疗和治疗策略[J].中华消化杂志,2009,21(5):30

编号: ER-10071902 (修回: 2010-08-21)

中西医结合治疗胆源性消化不良的疗效观察

Effective observation on treating biliary dyspepsia in the integrative medicine

黎文新

(琼海市朝阳卫生院, 海南 琼海, 571435)

中图分类号: R322.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0042-01 证型: GDI

【摘要】目的: 观察中西医结合治疗胆源性消化不良的临床疗效。方法: 60例患者随机平分为2组, 治疗组采用中西医结合治疗, 对照组采用西医治疗, 观察疗效。结果: 治疗组有效率为95%, 对照组有效率为70%。结论: 采用中西医结合治疗胆源性消化不良疗效确切。

【关键词】胆源性消化不良; 中西医结合; 疗效观察

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of treating biliary dyspepsia in the integrative medicine. Methods: 60 patients were randomly divided into 2 groups, taking the integrative medicine in treatment group, taking western medical therapy in control group, effects were observed. Results: The efficiency rate was 95% in treatment group; the control group was 70%. Conclusion: Treating biliary dyspepsia in the integrative medicine has a good effect.

【Keywords】Biliary dyspepsia; The integrative medicine; Effective observation

目前, 国内外关于器质性消化不良的研究报道较少, 也无诊治指南, 缺乏对临床实践的指导, 为此我们采用中西医结合的方法治疗胆源性消化不良, 疗效满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

胆源性消化不良患者60例, 其病因构成为胆囊切除术后24例, 慢性胆囊炎20例, 胆囊结石10例, 胆囊息肉4例, 原发性胆汁性肝硬化2例。60例患者均同意定期来院复诊, 所有患者观察前1周内未服用对药物疗效评价有影响的药物, 包括各种利胆药、酶制剂和其他促胃肠动力药。60例患者分为中西医结合治疗组(治疗组)和对照组, 治疗组40例, 男22例, 女18例; 平均年龄(53±14)岁; 病程1.5~14年, 平均5.25年; 对照组20例, 男12例, 女8例; 平均年龄(50±12)岁; 病程2~13年, 平均4.75年。2组性别比、年龄、病程差异无统计学意义($P>0.05$)。

表1 两组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	7.5±1.8	2.0±1.5 ^{***△}
对照组	20	7.8±1.5	4.5±1.8 [*]

注: *表示治疗后症状积分与治疗前相比, 差异有统计学意义($P<0.05$); **表示治疗后症状积分与治疗前相比, 差异显著($P<0.01$); △表示对照组和治疗组治疗后的症状积分相比, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组疗效比较

治疗1个月后, 治疗组痊愈10例, 显效21例, 有效7例, 无效2例, 有效率95%, 对照组痊愈2例, 显效8例, 有效4例, 无效6例, 有效率70%。2组有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

胆舒是一种以薄荷酮和薄荷醇为主体的药物, 具有解痉止痛和抑制神经传导性疼痛的作用, 对胆道平滑肌和奥迪括约肌均有显著的松弛作用, 并能促进胆囊收缩功能和增加胆汁排出; 还有增加胆固醇性结石溶解性的作用, 有抑制和控制感染和非感染性炎症的作用^[1]。值得注意的是, 胆源性消化不良患者在使用胆舒时有清凉的感觉, 故在体质较弱的患者, 可给予减量服用, 以保持患者的依从性。柴胡疏肝散为张景岳的《景岳全书》中之良方, 主治肝气郁滞证, 脘腹胀满多由肝郁气滞,

1.2 治疗方法

所有患者均在入组后进行消化不良症状评分, 对照组采用胆舒(四川康宏药业公司)每日3次, 每次2粒, 进餐前服用, 疗程为1个月。治疗组在此基础上加用中药方剂柴胡疏肝散加减治疗。

处方: 柴胡15g, 香附15g, 金银花20g, 龙胆草10g。脘腹痛者加枳壳、檀香各10g; 口苦咽干伴舌苔黄腻者加茵陈30g, 栀子30g; 呕吐、恶心者加半夏10g, 砂仁10g。每天1剂, 水煎2次, 早晚空腹服, 1个月为1个疗程。患者的饮食要求: 患者进食量控制在60%~70%, 患者不能过饱或过饥。患者的饮食种类, 以清淡和易消化的淀粉性食物为主, 减少高蛋白、高脂肪食物量的摄入, 适当补充维生素或纤维素食品。

2 结果

2.1 两组评分比较(见表1)

湿结蕴结所致, 胆为奇恒之腑, 以降为顺, 以通为用, 凡情绪波动, 饮食不当, 可导致肝气郁结。湿热熏蒸于肝胆, 则影响肝的疏泄和胆的通降功能, 使胆汁排泄不畅, 郁而疼痛。用柴胡、川楝子疏肝, 香附、龙胆草清热利胆; 金银花清热解毒, 兼有消炎作用。全方共奏疏肝理气、清热利胆、止痛之功效。笔者根据胆源性消化不良产生的病理基础, 选用胆舒联合中药方剂柴胡疏肝散加减治疗胆源性消化不良, 患者经过1个月的治疗, 临床上的不良表现得到了较好的控制, 症状积分明显下降, 起效快, 总有效率达95%。

本研究观察表明采用中西医结合治疗胆源性消化不良疗效确切, 临床用药的安全性和依从性良好, 值得推广使用。

参考文献:

[1] 黄宁新. 胆舒治疗胆源性消化不良临床意义的探讨[J]. 中国基层医, 2005, 12(8):1099

编号: ER-10071903 (修回: 2010-08-21)

辨证治疗慢性胃炎 68 例临床分析

Clinical analysis of treating 68 cases of chronic gastritis by TCM treatment in differentiation

张述坪

(四川省仁寿县人民医院, 四川 眉山, 620500)

中图分类号: R573.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0043-01 证型: IDBG

【摘要】目的: 观察中药治疗慢性胃炎的临床治疗效果。方法: 将收治的 68 例慢性胃炎患者分为脾胃虚寒型、气虚血瘀型、痰阻气逆型三种症型治疗, 结果: 本组 68 例病例, 总有效率 94.1%。结论: 中医药治疗慢性胃炎具有较好的疗效, 值得在临床推广应用。

【关键词】慢性胃炎; 中医疗法; 临床分析

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of treating chronic gastritis in TCM. Methods: 68 patients with chronic gastritis treated patients were divided into spleen deficiency type, Qixu Xueyu type, phlegm gas against the three types of disease-based treatment model, Results: In group the 68 cases, the total efficiency rate 94.1%. Conclusion: treating chronic gastritis in TCM has a good effect, is worth being clinically applied.

【Keywords】Chronic gastritis; TCM therapy; Clinical analysis

慢性胃炎是消化系统常见病之一, 其发病率在各种胃病中居首位。年龄越大, 发病率越高。慢性胃炎无特异性症状, 多数病人常毫无症状, 若发生, 多诉称有消化不良的症状, 如饭后饱胀、暖气等, 少数可有食欲不振、恶心, 但呕吐比较少见。主要临床表现为上腹部疼痛或腹痛, 伴有恶心、暖气、返酸、胃脘部烧灼感等^[1], 易反复发作, 本病属中医学“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”、“反酸”等范畴, 中医治疗具有独特效果, 笔者近年来分型治疗慢性胃炎 68 例, 现将治疗结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 68 例均为门诊病例, 所有病例均具有慢性胃炎的临床症状, 在我院作胃镜确诊为慢性胃炎, 病理诊断上符合 2000 年全国慢性胃炎研讨会制定的病理诊断标准^[2], 其中男 42 例, 女 26 例, 年龄 20~70 岁, 病程 5~15 年, 平均 10 年。其中伴浅表性胃 25 例, 萎缩性胃炎 28 例, 胆汁返流性胃炎 15 例。

1.2 辨证施治

慢性胃炎的基本病机可归纳为肝郁、脾虚、胃实。肝气不舒则郁, 疏泄失常, 横逆犯胃; 脾胃虚弱, 中焦虚寒, 胃失温养; 寒凉伤中, 气机凝滞则胃气不和; 饮食失节, 内生食滞, 气机阻滞, 胃气失和而发病。治法上以理气和胃止痛为基本原则, 但须审证求因, 审因论治。根据以上原则可分为以下三种证型。

1.2.1 脾胃虚寒型 25 例, 症见胃脘隐痛, 食后加重, 喜暖喜按, 纳呆, 神疲乏力, 便溏, 舌淡苔薄白, 脉沉细无力。应益气温中。方用: 白芍 10g, 黄芩 20g, 茯苓 9g, 甘草 10g, 党参 12g, 白术 10g, 蒲公英 20g。水煎服, 每日一剂, 分两次服。

1.2.2 气虚血瘀型 28 例, 症见胃脘胀满、攻撑作痛, 脘痛连胁、暖气频频、得矢气则舒, 舌苔薄白, 脉弦。应益气健脾, 活血通络。方用: 太子参、黄芩、白术、茯苓、焦三仙、丹参、枳实各 15g, 半枝连、延胡索各 30g, 广木香、五灵脂各 10g, 甘草 6g。每日一剂, 煎取 450ml, 每日 3 次, 每次 150ml, 2 个

月为一疗程。

1.2.3 痰阻气逆型 15 例, 症见中上腹部持续性的烧灼痛, 餐后疼痛加剧, 服制酸药物无效。有消瘦, 贫血, 口苦, 恶心腹泻等临床表现。健脾化痰, 降逆止吐。方用: 代赭石 30g, 党参、茯苓各 15g, 半夏 10g, 陈皮、木香各 6g, 公丁香 3g。水煎服, 每日一剂。15 天为一疗程, 1 疗程结束后停药 5 天, 继续第二疗程, 治疗两个疗程后观察疗效。

2 结果

2.1 疗效标准按临床征象及胃镜检查结果制定: ①治愈: 胃粘膜病变恢复正常, 临床症状消失; ②显效: 病变胃粘膜基本恢复正常, 临床症状明显改善; ③有效: 病变胃粘膜范围缩小 2/3, 临床症状减轻; ④无效: 病变胃粘膜及临床症状无改变或加重。

2.2 治疗结果本组 68 例病例, 经治疗 5~6 个疗程, 其中治愈 48 例, 显效 12 例, 有效 4 例, 无效 4 例, 总有效率 94.1%。

3 讨论

慢性胃炎在现代医学中仅涉及胃, 而祖国医学则论胃及脾, 脾与胃相并而论。其致病之因, 有饮食不节、劳倦、七情所伤。其病机可归纳为肝郁、脾虚、胃实。肝气不舒则郁, 疏泄失常, 横逆犯胃; 脾胃虚弱, 中焦虚寒, 胃失温养; 寒凉伤中, 气机凝滞则胃气不和; 饮食失节, 内生食滞, 胃中气机阻滞, 胃气失和而发病^[1]。治疗上宜疏肝和胃、温中散寒、健脾益胃, 标本同治, 使肝气舒达、寒热平调、脾胃健运、胃络和畅、胃阴得复, 从而改善胃动力及胃黏膜血液循环, 促进胃黏膜修复。

参考文献:

- [1]李鸿燕.小柴胡汤为主治疗慢性胃炎 86 例临床观察[J].吉林中医药,2006,26(10):20
- [2]中华医学会消化病学分会.全国慢性胃炎研讨会共识意见[J].中华消化杂志,2000,20(3):199-201

编号: ER-10080600 (修回: 2010-08-22)

补肾健脾治疗先兆流产

Treating threatened abortion by Bushen Jianpi

张西蓉

(四川省越西县第一人民医院, 四川 凉山彝族自治州, 616650)

中图分类号: R271.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0044-01 证型: AGD

【摘要】 先兆流产属于祖国医学的胎漏、胎动不安范畴。因此一旦出现胎漏、胎动不安应立即重视加以保养, 究其病因前人虽有肾虚、血热、气血不足、跌扑闪挫, 七情过极等多种论述, 认为肾气本虚是最根本原因。中医中药保胎补肾健脾, 不但能使阴道出血止, 腹痛、腰痛等症状得以改善, 并且尚有维持妊娠黄体, 促进妊娠发育的作用。

【关键词】 先兆流产; 补肾健脾; 治疗

【Abstract】 Threatened abortion belong Tailou, fetal movement disturbed areas of motherland medicine. So there are Tailou, fetal irritability should immediate attention and maintenance, cause treatise investigated of previous have kidney, blood heat, blood deficiencies, or flap-down over a very impassioned, thinking of kidney weak is the most fundamental reason. Chinese medicine protection fetus Bushen Jianpi, not only can improve for vaginal bleeding stopped, abdominal pain, low back pain and so on, but also have effect of keep corpus luteum of pregnancy, promote the development of gestation.

【Keywords】 Threatened abortion; Bushen Jianpi; Treatment

先兆流产属于祖国医学的胎漏、胎动不安范畴。因此一旦出现胎漏、胎动不安应立即重视加以保养, 究其病因前人虽有肾虚、血热、气血不足、跌扑闪挫, 七情过极等多种论述, 但笔者认为肾气本虚是最根本原因。盖肾为先天之本, 主藏精而关乎生殖, 胞脉系于肾, 肾旺自能荫胎也。又冲为血海, 任主胞胎, 冲任之气盛则胎有所载, 血有所养, 其胎儿可正常生长发育, 因而流产的病机主要是冲任不固、不能摄血养胎, 名老朱丹溪主张“大补气血”。张锡纯则认为“男女生育、皆赖肾气作强, 肾旺自能荫胎也。”笔者体会肾为冲任之本, 脾为气血生化之源, 故治疗流产患者以补肾为主, 健脾益气养血为辅, 均取得较满意的效果, 例: 患者甲, 女, 26岁, 2007年5月10日初诊, 停经45天, 尿试验阳性、确诊早孕, 半年前曾先后怀孕3次均在受孕50余天自然流产, 曾用维生素E、黄体酮等西药保胎无效, 现又怀孕且头晕腰酸, 小腹坠胀不适3天, 伴有阴道少量流血, 神疲乏力、口淡乏味, 小便频数, 舌淡、苔薄白、脉滑、B超示妊娠。诊断胎动不安, 证属于肾气不足, 胎元失固。治拟补肾健脾益气, 固冲安胎。处方: 菟丝子15g, 续断15g, 杜仲15g, 黄芪20g, 阿胶12g, 艾叶炭10g, 白术(米炒)20g, 党参20g, 砂仁12g, 苏梗10g, 甘草6g。服药二剂后, 阴道血止, 腹痛缓解, 腰仍酸楚, 续服3剂, 诸证消失, 一月后又少许阴道出血, 仍服上方加减8剂而安, 嘱注意生活起居, 房事劳倦, 后足月顺产一女婴, 母女平安。体会: 胞宫能否正常孕育胎儿, 决定于冲任之盛衰, 而冲任系于肾, 肾精冲, 生机旺, 气血也壮旺, 则冲任脉盛而胎元牢固, 胎有所养及克流产之弊, 反之若先天肾气不足或后天房劳伤肾, 以致肾气虚, 胎失所系, 冲任失固, 势必流产, 而血热、血瘀、情志过极等因素仅仅是诱因, 即必须是在肾气本虚的基础上,

这些诱因方能引起流产。临床上一些滑胎病人, 特别是盼子心切的流产患者, 身体尚未恢复, 又很快怀孕, 则冲任虚损未复, 新胎又需精血滋养, 势必加重肾气不固, 冲任愈虚血海空乏, 妊养无力, 胎必滑脱而下, 以致形成屡孕屡坠的现象, 屡次坠胎, 耗伤气血, 损伤肾气, 冲任空虚而致肾虚无以系胎, 气虚无以载胎, 血虚无以养胎。腰为肾之府, 肾虚妊娠后则出现腰酸腹痛下坠为主症, 或兼有阴道少量流血, 腹痛症状。寿胎丸方出自张锡纯《医学衷中参西录》针对肾气虚以补肾固胎之方而达固冲安胎的目的, 方中菟丝子、川断固肾安胎, 而菟丝子具有雌激素活性, 对维持妊娠起着重要的作用, 肾精之化因于后天脾胃, 加党参、白术、黄芪、山药健脾益气, 养胎载胎。血热加黄芩、生地清热安胎。又《傅青主女科》云:“脾为后天, 肾为先天, 脾非先天之气不能生, 补肾不补脾, 肾精无从而生, 故补脾即补肾, 补先后二天之脾与肾以固胎元之气血”。因而对流产的治法, 除注意补肾外, 还必须并用健脾益气之品, 使脾与肾, 先天与后天互相促进以固胎元。因而临床上选用寿胎丸加党参、白术、砂仁、黄芪、山药健脾和中安胎, 这样即补先天之肾气, 又补后天之脾胃, 即肾气足, 气血旺, 胎有所载, 血有所养, 其胎自安。中医中药保胎补肾健脾, 不但能使阴道出血止, 腹痛、腰痛等症状得以改善, 并且尚有维持妊娠黄体, 促进妊娠发育的作用。

参考文献:

[1] 马宝璋. 中医妇科学[M]. 北京: 北京科学出版社, 2004: 160

[2] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 河北: 河北科学技术出版社, 1984: 353

[3] 傅青主. 傅青主女科[M]. 上海: 上海人民出版社, 1978: 32

编号: EA-100604812 (修回: 2010-08-18)

通心络胶囊治疗脑卒中后脑心综合征 65 例分析

Analysis of treating 65 cases of brain stroke heart syndrome with Tongxinluo capsule

许雪清

(武汉市第七医院, 湖北 武汉, 430071)

中图分类号: R743.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0045-01 证型: BGD

【摘要】 目的: 观察通心络胶囊治疗急性脑卒中后脑心综合征的疗效。方法: 对照组 61 例给予常规西药治疗, 治疗组在常规治疗的基础上加服通心络胶囊 3 粒, 每日 3 次, 两组均治疗 2 周。结果: 治疗组总有效率为 86.26%。与对照组总有效率为 63.18% 比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.105$)。结论: 通心络胶囊治疗急性脑卒中后脑心综合征疗效肯定, 通心络胶囊明显改善临床症状, 降低病死率。

【关键词】 通心络胶囊; 急性脑卒中; 脑心综合征

【Abstract】 Objective: To observe effect of treating brain stroke heart syndrome with Tongxinluo capsule. Methods: 61 patients in control group received conventional western medicine, the treatment group was treated on the basis of additional services Tongxinluo capsule 3 grain, 3 times a day, and patients were treated for 2 weeks. Results: The total effective rate was 86.26%. And the control group was 63.18% effective, the difference was statistically significant ($P < 0.105$). Conclusion: Treating brain stroke heart syndrome with Tongxinluo capsule has a good effect.

【Keywords】 Tongxinluo capsule; Acute stroke; Brain-heart syndrome

1 临床资料

1.1 一般资料

全部入选 122 例系我院自 2008 年 3 月至 2010 年 3 月入院患者, 经头颅 CT 检查确诊为急性脑血管病, 其中脑出血 37 例 (30.33%), 脑梗死 68 例 (55.74%), 蛛网膜下腔出血 17 例 (13.93%)。入院患者原无心脏病史, 无相应心电图及心肌酶学改变, 心功能为 I ~ II 级。其中治疗组 65 例, 男 42 例, 女 23 例, 平均年龄 61.23 岁; 对照组 55 例, 男 35 例, 女 23 例, 平均年龄 62.12 岁。

1.2 方法

全部患者均给予急性脑血管病的常规治疗和处理。治疗组加加服通心络胶囊 3 粒, 每日 3 次, 疗程 2 周。

1.3 判定标准

显效, 心脏症状明显改善, 心肌酶恢复正常, 心功能改善 I ~ II 级; 好转, 心脏症状有所改善, 心肌酶降低, 心功能改善 I 级; 无效, 心脏症状无改善, 心功能无改变或恶化。

1.4 结果

治疗组: 显效 35 例, 好转 24 例, 无效 6 例 (其中死于心脏事件 3 例), 总有效率 90.76%。对照组: 显效 23 例, 好转 12 例, 无效 20 例 (其中死于心脏事件 8 例), 总有效率 63.63%。两组疗效比较, 治疗组优于对照组, 经 u 检验, $P < 0.105$, 具有统计学意义。

2 讨论

脑心综合征又称脑原性心脏损害, 是指各种脑部病变 (包括脑卒中、急性颅脑损伤、脑肿瘤、颅内炎症、颅脑手术、癫痫等各种原因所致的继发性心脏损害), 主要表现包括心电图

复极改变, 心律失常, 心肌酶活性升高及心功能障碍等, 严重者可发生猝死^[1]。根据中医学理论体系的“脉络-血管系统病”新概念, 心、脑、周围血管病同源络病, 而通心络胶囊具有益气活血、搜风通络的作用, 通过有效作用于血管, 能够显著改善血管内皮功能, 稳定粥样硬化斑块, 抑制内膜增殖, 缓解血管痉挛, 显著保护心脏血管梗死缺血再灌注晚期微血管完整性, 对血管和血液的双重作用, 使其能阻断心脑血管病发生发展的恶性病理链; 其还具抑制兴奋性神经毒、毒性氧自由基, 明显减少心律失常, 改善心功能衰竭作用^[2]。通心络胶囊是根据中医络病学说研制的复方中药制剂, 主要成分为人参、水蛭、土鳖虫、蜈蚣、赤芍、冰片等, 现代药理研究认为, 人参能增强心肌收缩力和心输出量, 改善心肌缺血, 抗血小板聚集和抗氧化作用; 水蛭具有抗血小板聚集、抑制血栓形成的作用; 土鳖虫、赤芍等具有增强体内纤溶活性作用。本文资料表明, 通心络治疗组总有效率达 90.76%, 对照组为 63.63%, 两组疗效比较治疗组明显优于对照组 ($P < 0.01$), 显示了通心络胶囊对急性脑卒中脑心综合征有良好疗效。总之, 脑心综合征对急性脑卒中预后影响大, 及时在治疗脑部病变时, 诊断及治疗心脏并发症, 可明显改善急性脑卒中患者的预后。

参考文献:

- [1] 王建, 王艺明, 董为伟等. 脑卒中后脑心综合征的防治研究[J]. 内科急危重症杂志, 2003, 9(3): 167
- [2] 吴以岭. “脉络-血管系统病”新概念及其治疗探讨[J]. 疑难病杂志, 2005, 4(5): 285-287

编号: ER-10073001 (修回: 2010-08-20)

经皮椎体成形术加中药治疗胸腰椎压缩骨折

Treating thoracolumbar fractures by

percutaneous vertebroplasty plus TCM

孟显举 陈秀林 邓存宁

(南阳市骨科医院, 河南 南阳, 473000)

中图分类号: R274.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0046-01

【摘要】 目的: 探讨经皮椎体成形术结合中药治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的临床疗效及并发症。方法: 经皮椎体成形术后中药辨证施治、功能锻炼。结果: 术中 13 例发生骨水泥渗漏, 术后 4 例疼痛加重, 1 例患者出院后因并发心脏病死亡; 2 例发生周围椎体骨折; 无 1 例脊柱感染发生。结论: 结合中药辨证施治, 有效防治骨质疏松。

【关键词】 骨质疏松; 胸腰椎骨折; 经皮椎体成形术; 中药治疗

【Abstract】 Objective: To investigate the clinical effect of treating osteoporotic thoracolumbar vertebral compression fractures by percutaneous vertebroplasty plus TCM. Methods: To treat it in TCM treating in differentiation, functional exercise after percutaneous vertebroplasty. Results: 13 cases were occurred cement leakage in surgery, 4 cases were increased pain after surgery, 1 case was died; 2 cases were occurred in vertebral fracture. Conclusion: TCM treating in differentiation can effectively prevent and treat osteoporosis.

【Keywords】 Osteoporosis; Thoracolumbar fractures; Percutaneous vertebroplasty; TCM treatment

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 33 例, 男 7 例, 女 26 例; 年龄 56~87 岁, 平均 72.2 岁; 病史 1d~6 周, 平均 2.6 周; 14 例有外伤史, 以伤后腰背(或胸背)剧烈疼痛来院就诊; 余 19 例无明显诱因发病, 以腰背(或胸背)疼痛加重来院就诊; 根据临床和影像学表现, 均被确诊为新鲜骨质疏松性压缩骨折。

1.2 手术方法

本组 33 例全部采用俯卧位, 局部麻醉, 经椎弓根途径, 倾斜技术。于手术台上, 在 C 型臂 X 线机引导下, 确定穿刺进针点, 并用标号笔绘出。将 C 型臂 X 线机调整固定到侧位, 术区常规消毒铺巾, 局麻成功后, 用带芯穿刺针向内倾斜 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$, 缓慢均匀钻入, 使 X 线侧位像上穿刺针通过中心轴与终板平行, 当针尖到椎弓根影的 1/2 时, 透视正位, 如针尖位于椎弓影的中线处, 则说明进针正确, 可在侧位透视下继续钻入, 使针尖到达椎体前中 1/3 处。用注射器吸入事先配好的骨水泥, 在透视下注入椎体, 到有阻力感或骨水泥已扩展到椎体后缘时, 应停止注射。若术中发现骨水泥漏入椎间孔、椎静脉丛时, 应立即停止注射。若单次注射小于 50%, 可行同一椎体对侧椎弓根穿刺注射。根据病椎水平及压缩程度注入骨水泥约 3ml~6ml。

1.3 药物治疗

每天肌肉注射鲑鱼降钙素 100μ 1 个月, 此后改为隔天注射 100μ 持续 1 年。中药按骨折三期辨证施治。骨折早期(伤后 2 周), 治以活血化瘀, 行气止痛, 方药如下: 柴胡, 枳壳, 当归, 川芎, 生地, 白芍, 丹参, 牛夕, 桃仁, 红花, 香附, 元胡, 三七粉; 若有腹胀、便秘, 体壮者加生大黄, 体弱者用番泻叶泡服。骨折中期(伤后 2~4 周), 治以活血化瘀, 接骨续筋, 方药如下: 当归, 红花, 丹参, 牛夕, 自然铜, 骨碎补,

续断, 狗脊, 木瓜, 山药, 甘草, 血竭粉; 骨折后期(伤后 4~8 周), 治以补肾健脾, 活血化瘀, 方药如下: 仙灵脾, 补骨脂, 杜仲, 山萸肉, 骨碎补, 续断, 狗脊, 当归, 熟地, 丹参, 红花, 牛夕, 黄芪, 山药; 骨折后期不愿服汤药者, 以上方研细末, 炼蜜为丸, 每次 9g, 每日 2 次, 连用半年以上。

2 结果

本组 33 例 53 椎新鲜胸腰椎骨质疏松性压缩骨折, 行 PVP 术穿刺均获成功, 其中单侧椎弓根入路 47 椎, 双侧椎弓根入路 6 椎。单椎体注入骨水泥约 3~6ml, 平均 4.5ml。X 线片示伤椎体高度均无明显恢复, CT 片示 PMMA 充填伤椎均超过 50%, 术中 13 例发生骨水泥渗漏, 其中椎管内渗漏 2 例, 静脉内渗漏 1 例, 椎体前侧渗漏 4 例, 椎旁渗漏 3 例, 椎间孔内渗漏 1 例, 椎间盘内渗漏 2 例, 均无明显脊髓、神经压迫及刺激症状。术后 4 例疼痛加重, 经用解热镇痛药物后消退; 1 例患者出院后因并发心脏病死亡; 2 例 1 年后发生邻近椎体骨折, 并再次行 PVP 术; 无 1 例脊柱感染发生。

3 讨论

祖国医学认为: 骨质疏松以肾虚为发病的根本, 脾亏为发病的重要病机, 瘀血为其重要的病理产物。治疗以补肾药物为君, 以益气健脾药为臣, 以化瘀理气药为佐使。对于新鲜的骨质疏松性压缩骨折, 按照急则治其标、缓则治其本的原则, 分期辨证施治: 骨折早期, 治以活血化瘀, 行气止痛; 骨折中期, 治以活血化瘀, 接骨续筋; 骨折后期, 治以补肾健脾, 活血化瘀。总之, 运用中西医结合方法治疗, 充分发挥中西医各自特长与优势, 可以提高疗效, 达到最佳效果。

编号: ER-10080610 (修回: 2010-08-17)

活血通络口服液对脑缺血缺氧的实验研究

Experimental study on treating cerebral ischemia and hypoxia with Huoxue Tongluo oral

孙银生¹ 贾军锁¹ 郝全新² 李 鹏²

(1.解放军 66069 部队医院, 河北 保定, 071051; 2.解放军 93437 部队医院, 河北 保定, 074212)

中图分类号: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0047-01 证型: ADI

【摘要】 目的: 探讨活血通络口服液治疗脑中风的药理学作用基础。方法: 脑缺血缺氧模型, 观察其对动物脑缺血缺氧的影响。结果: 活血通络口服液能减轻断头引起的急性脑缺血, 明显减轻大脑中动脉引起的局部脑缺血的症状, 并缩小梗塞面积, 而对 NaNO₂ 所致的缺氧无效。结论: 活血通络口服液具有一定抗脑缺血缺氧作用, 对脑中风患者具有较好的预防和治疗作用。

【关键词】 活血通络口服液; 脑缺血缺氧; 实验

【Abstract】 Objective: To investigate the pharmacological effect of treating stroke with Huoxue Tongluo oral pharmacological. Methods: Model of cerebral ischemia and hypoxia, to observe the affect of animal cerebral ischemia and hypoxia. Results: Oral Huoxue Tongluo can reduce acute cerebral is chemia, reduce the local cerebral ischemia caused by middle cerebral artery and reduced infarct size, while the NaNO₂-induced hypoxia is invalid. Conclusion: Treating cerebral ischemia and hypoxia in Huoxue Tongluo oral has a good effect of prevention and treatment.

【Keywords】 Huoxue Tongluo oral; Cerebral ischemia and hypoxia; Experiment

1 实验材料

1.1 材料和药物

活血通络口服液: 为深棕色水溶液, 含生药 1g/ml, 由中国人民解放军 66069 部队医院提供。

川芎嗪: 白色粉末, 由北京制药工业研究所赠, 用时以 NS 溶解成合适浓度, PH3。

尼莫地平: 山东新华制药厂生产, 批号 090549, 30mg/片。

1.2 动物

实验用 18~20g 小鼠(昆明种)和 200~300g 大鼠(Wistar), 均由中国药品生物制品检定所实验动物繁育场提供(实验动物合格证号: 小鼠 09068 号; 大鼠 09065 号)。

2 实验方法

2.1 对小鼠缺血缺氧的影响

取昆明系小鼠 100 只, ♀ ♂ 各半, 随机分为 5 组, 每组 20 只, 分别灌胃自来水(对照组), 川芎嗪 20mg/kg, 活血通络口服液 2.5, 5.0 和 10.0g/kg, 每天 1 次, 连续 5 天, 于末次给药后 1 小时快速断头处死小鼠, 将头部放在白糖瓷盘中, 观察张嘴延续时间。

2.2 对 NaNO₂ 引起小鼠死亡时间的影响

取昆明系小鼠 50 只, ♀ ♂ 兼用, 随机分为 5 组, 每组 10 只, 分别灌胃自来水(对照组), 川芎嗪 20mg/Kg, 活血通络口服液 2.5, 5.0 和 10.0g/kg, 每天 1 次, 共 5 天, 于末次给药后 1 小时皮下注射 NaNO₂ 200mg/kg, 观察死亡时间。

3 实验结果

3.1 对小鼠缺血缺氧的影响

结果如表 1 所示。

表 1 活血通络口服液对小鼠断头致脑缺血缺氧的影响 (n=20)

组别	剂量 g/kg	张嘴延续时间(秒)	P 值
对照组	20ml 自来水	18.5±4.05	
川芎嗪	0.02	21.9±2.07	<0.01
活血通络	2.5	20.9±1.84	>0.05
活血通络	5	21.5±3.25	<0.05
活血通络	10	21.7±2.54	<0.01

3.2 对 NaNO₂ 引起小鼠死亡时间的影响

结果如表 2 所示。

表 2 活血通络口服液(ig)对 NaNO₂ 引起小鼠死亡时间的影响 (n=10)

组别	剂量 g/kg	死亡时间(分)	P 值
对照组	20ml/kg 水	17.8±3.8	
川芎嗪	0.02	18.8±3.6	>0.05
活血通络小剂量	2.5	17.8±2.8	>0.05
活血通络中剂量	5	19.8±4.1	>0.05
活血通络大剂量	10	18.3±1.7	>0.05

4 讨论

脑血栓是一种常见病、多发病, 严重影响患者的生活和工作能力。本病属于中医“中风范畴”, 其病机特点为本虚标实。中风一病, 始见于《内经》, 《内经·素问》中称为“薄厥”、“偏枯”, 从《金匱》始中风病名相沿成习。近代研究认为: 本病病机与风、痰、火、气、血五方面的因素最为相关, 其中气虚血瘀与本病发病及病理机转的关系尤受重视。许多研究认为气虚血瘀为本病重要症型, 尤其是恢复期^[3]。活血通络口服液是在传统的中医理论基础上, 结合现代制药技术和临床经验研制而成的一种复方制剂。

方中用水蛭为君, 有破瘀血, 通血脉。黄芪“善治风”, 为补气要药, 用其升被胸中大气, 令气足以帅血行, 助破血清症寓“气行则血行”之意, 亦能缓正气; 用川芎活血行气, 助君药以通脉络, 散风止痛, 二药共为臣药。当归为生血之主药, 与黄芪共用, 因气旺血自易生, 黄芪得当归之濡润, 又不至燥热; 丹参凉血祛瘀, 因气虚血瘀者, 其经络多瘀带, 以其通气活血, 化经络之瘀带, 此二药为佐意, 既可助主药攻瘀血, 又兼祛瘀生新之意。

编号: ER-10080612 (修回: 2010-08-17)

中西医结合治疗乙型病毒性肝炎肝硬化的临床研究

Clinical study on treating hepatitis B cirrhosis in the integrative medicine

许国智

(青海油田职工总医院, 甘肃 酒泉, 736202)

中图分类号: R512.6+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0048-01 证型: IBD

【摘要】目的: 观察拉米夫定联合复方鳖甲软肝片治疗乙型病毒性肝炎肝硬化的临床疗效。方法: 对照组单独使用拉米夫定, 并采取相应的保肝对症治疗; 试验组同时加用拉米夫定和复方鳖甲软肝片口服, 观察治疗前后各项指标变化情况。结果: 试验组疗效优于对照组。结论: 拉米夫定联合复方鳖甲软肝片治疗乙型病毒性肝炎肝硬化疗效肯定。

【关键词】拉米夫定; 复方鳖甲软肝片; 乙型病毒性肝炎; 肝硬化

【Abstract】Objective: To observe clinical effects of treating hepatitis B cirrhosis with Lamivudine plus Fufang Biejia Ruangan pill. Methods: The control group alone use lamivudine, and taking corresponding liver symptomatic treatment; experimental group orally lamivudine and Fufang Biejia Ruanganpian for 36 weeks. Observe changes situation of indicators before and after treatment. Results: The experimental group is better than the control group. Conclusion: Treating hepatitis B cirrhosis with Lamivudine plus Fufang Biejia Ruanganpian has a good effect.

【Keywords】Lamivudine; Fufang Biejia Ruangan pill; Hepatitis B; Cirrhosis

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集 2006 年 10 月~2009 年 10 月我院收治的乙型病毒性肝炎肝硬化病例 77 例。根据病人意愿及病情分为 2 组, 试验组 45 例, 对照组 32 例。试验组男 29 例, 女 16 例; 年龄 26~72 岁 (45±10.2 岁), 肝硬化病程平均 3.5 年, Child-Pugh 分级情况为: A 级 3 例, B 级 24 例, C 级 18 例。对照组男 22 例, 女 10 例, 年龄 28~72 岁 (43±9.3 岁), 病程平均 2.8 年, Child-Pugh 分级: A 级 4 例, B 级 17 例, C 级 11 例。所有患者 HBsAg 呈阳性, 血清 HBV-DNA>104coPies/mL, 肾功能正常。

1.2 病例排除标准

合并感染甲型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、丁型肝炎病毒、戊型肝炎病毒或 HIV 病毒; 自身免疫性肝炎征象 (抗核抗体阳性) 或者伴有其他各种严重的肝病患者; 酗酒, 中断服药及使用肝损害药物者, 3 月内使用过免疫调节剂、接受过干扰素、细胞毒性药物治疗者。

1.3 诊断标准

所有入选病例均符合 2000 年全国病毒性肝炎会议制定的《病毒性肝炎防治方案》中关于肝硬化的诊断标准^[3]。本组研究中, 采用 Child-Pugh 分级标准诊断肝功能分级。

1.4 方法

对照组 32 例, 单独使用 LAM (商品名贺普丁, 兰素公司生产), 口服 100mg/天。试验组 45 例在上述基础上采用 LAM 联合复方鳖甲软肝片 (内蒙古福瑞中蒙药科技股份有限公司) 治疗, 其中, 复方鳖甲软肝片 4 片, 3 次/d。两组病人在性别、年龄、Child-Pugh 评分等级、基线 HBV-DNA 水平上均有可比性 ($P>0.05$)。

1.5 统计学方法

本组实验均数均以 ($\bar{x} \pm s$) 形式表示, 应用 SPSS 13.0 统计软件包对各指标率的变化结果采用两组间的 t 检验, 计数资料采用组间的 χ^2 检验。

2 结果

2.1 肝功能及凝血功能比较

2 组治疗后肝功能各项指标、凝血功能均明显改善, 试验组优于对照组。与单独使用 LAM 组相比较, 联合用药治疗乙型病毒性肝炎肝硬化 36 周后, 除 PT 指标外, 有显著性差异 ($P<0.05$)。

2.2 HIB-DNA 定量水平、Child-Pugh 评分的比较

试验组较对照组 HBV-DNA 定量水平显著下降、Child-Pugh 评分明显减少, 有显著性差异 ($P<0.05$)。

3 讨论

体内 HBV-DNA 的持续复制是导致乙型肝炎肝硬化患者病情反复难以控制的最直接原因, 在治疗乙型病毒性肝炎肝硬化代偿性及失代偿方面, LAM 的应用安全性、稳定性、肝功改善及恢复 Child-Pugh 积分水平作用都得到了一致的认可, 但 LAM 也存在其自身缺点, 入高耐药变异率, 有可能导致 HBV-DNA 水平的上升和肝炎的反跳加剧, 甚至最终引起重型肝炎发生。复方鳖甲软肝片具有益气养血、软坚散结、化淤解毒等功效。研究表明, 复方鳖甲软肝片可明显提高患者生活质量^[2]。在病毒性肝炎肝硬化发生、发展的各个阶段, 复方鳖甲软肝片可有效抑制病毒复制, 抵抗纤维化。本研究对初治乙型肝炎肝硬化患者采用拉米夫定联合复方鳖甲软肝片治疗, 并与单用 LAM 治疗的临床疗效、安全性及耐药发生率相比较, 试验组较对照组临床疗效明确, 且更利于肝功能、肝纤维化的改善。可见, 这两种药物联合, 能有效抗病毒, 疗效确切, 值得临床推广。

参考文献:

- [1]邱源旺, 蒋祥虎, 黄利华等. 阿德福韦酯联合拉米夫定治疗 YMDD 变异的慢性乙型肝炎疗效相关因素分析[J]. 实用肝脏病杂志, 2009, 12(5): 347-349
- [2]陈艳娟. 阿德福韦酯联合复方鳖甲软肝片治疗 HBeAg 阳性的慢性乙型肝炎 36 周疗效观察[J]. 药物与临床, 2009, 6(3): 48-49

编号: ER-10073000 (修回: 2010-08-21)

芪众颗粒预防老年人上呼吸道感染的临床分析

Clinical analysis of preventing elderly upper respiratory tract infection with Qizhong particles

胡建军

(湖南省桃江县桃花江中心医院, 湖南 益阳, 413400)

中图分类号: R511.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0049-01 证型: IBD

【摘要】 目的: 观察芪众颗粒预防老年人上呼吸道感染的临床疗效。方法: 将 64 例患者随机分成治疗组和对照组, 治疗组予以芪众颗粒治疗。对照组予以西药泰诺治疗。结果: 治疗组总有效率 93.8%; 对照组总有效率 78.1%。结论: 芪众颗粒是治疗上呼吸道感染的有效方药, 安全性高, 发生不良反应的几率小于西药, 具有一定免疫调节作用, 值得临床推广。

【关键词】 上呼吸道感染; 芪众颗粒; 老年人

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of preventing elderly upper respiratory tract infection with Qizhong particles. Methods: 64 patients were randomly divided into treatment group and control group, taking Qizhong particles therapy in treatment group. Taking the western medicine in control group. Results: The total efficiency rate was 93.8% in treatment group; the total efficiency rate was 78.1% in control group. Conclusion: Treating elderly upper respiratory tract infection with Qizhong particles has a good effect, is worth being clinically applied.

【Keywords】 Upper respiratory tract infections; Qizhong particle; Elderly

1 临床资料

1.1 一般资料

本文选择的 64 例患者均为 2009 年 2 月~2010 年 2 月间在我院呼吸科门诊就诊的病例, 均符合西医上呼吸道感染诊断标准, 中医辨证为风寒感冒。其中男性患者 34 例, 女性患者 30 例, 年龄 60~84 岁, 平均 70.5 岁。按就诊先后顺序随机分为治疗组和对照组各 32 例, 两组年龄、病程治疗前的症状评分比较无明显差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 中医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》及《中医内科学》第 6 版“感冒”制定。主要症状: ①恶寒或恶寒发热不甚; ②周身酸痛。次要症状: ①鼻塞, ②流涕, ③咽痛, ④咳嗽。舌象, 舌淡红或淡白, 苔薄白, 脉浮紧。症型确定: 以上主症 2 项, 次症中必备 2 项, 结合舌象, 脉象即可辨证为感冒风寒表证。

1.3 治疗方案

治疗组: 芪众颗粒 (由同济大学附属第十人民医院研制), 每天 2 次, 每次 1 包, 餐前约 30min 口服, 观察期间禁止服用其他预防药物或采用任何预防方法, 连续服药 7d。对照组: 口服西药泰诺。两组疗程均为 7 天, 完成疗程后评定其疗效。

1.4 疗效评定标准: ①痊愈: 治疗 3 天以内体温恢复正常, 上呼吸道感染症状体征消失, 症状体征积分减少 $\geq 95\%$; ②显效: 治疗 3 天以内体温正常, 上呼吸道感染症状体征大部分消失, 症状体征积分减少 $\geq 70\%$ (但需 $<95\%$); ③有效: 治疗 3 天以内体温较以前降低, 主要上呼吸道感染症状体征部分消失, 症状体征积分减少 $\geq 30\%$ (但需 $<70\%$);

2 结果

2.1 临床疗效: 治疗组 32 例中痊愈 16 例, 显效 10 例, 有效 4 例, 无效 2 例, 总有效率 93.8%; 对照组 32 例中痊愈 10 例, 显效 10 例, 有效 5 例, 无效 7 例, 总有效率 78.1%, 两组总有效率比较经统计学处理有明显差异 ($P>0.05$), 治疗组的疗效明显好于对照组。

2.2 不良反应

治疗组 32 例中有 2 例出现胃部轻微不适感, 调整服药时间后症状缓解, 对照组 32 例中有 1 例出现嗜睡, 2 例出现胃肠道不适感。两组比较差异无显著性意义 ($P<0.05$); 两组在治疗后复查血尿大便常规, 肝肾功能, 心电图均未见异常。

3 讨论

上呼吸道感染为外鼻孔至环状软骨下缘包括鼻腔, 咽或喉部急性炎症的概称。上呼吸道感染约有 70%~80% 由病毒引起, 包括鼻病毒、冠状病毒、腺病毒、流感和副流感病毒以及呼吸道合胞病毒、埃可病毒和柯萨奇病毒等。另有 20%~30% 的上感为细菌引起, 可单纯发生或继发于病毒感染之后发生, 以口腔定植菌溶血性链球菌为多见, 其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等, 偶见革兰阴性杆菌。主要通过患者喷嚏和含有病毒的飞沫经空气传播, 或经污染的手和用具接触传播。在临床特征上, 老幼体弱, 免疫功能低下或有慢性呼吸道疾病如鼻窦炎、扁桃体炎者更易发病。病理改变首先可见粘膜血管收缩, 局部缺血, 分泌物减少, 使人有鼻咽部不适感, 继之可发生血管扩张, 分泌物增多, 粘膜上皮细胞破坏、脱落, 少量单核细胞浸润, 有浆液性及粘液性炎性渗出。继发细菌感染后, 有中性粒细胞浸润, 大量脓性分泌物。临床以起病急, 咽干, 咽痒或烧灼感等为主要症状, 发病同时或数小时后, 可有喷嚏, 鼻塞, 留清水样鼻涕, 2~3 天变稠, 少数有发热, 乏力, 严重时声嘶, 说话困难等症。病理改变主要为咽膜充血、水肿、分泌物增加。治疗上目前尚无疗效确切的抗病毒药, 故临床上以对症治疗为主, 多选用含有解热镇痛及减少鼻咽充血和分泌物等药物的药物治疗。

总之, 芪众颗粒通过多种途径来改善上呼吸道感染的症状, 同时能提高自身的免疫力, 从而达到“正气存内, 邪不可干”, 取得了较好的临床疗效。

编号: ER-10072403 (修回: 2010-08-20)

痰热清注射液辅助治疗上呼吸道感染的临床效果分析

To analyze the clinical effective of treating upper respiratory tract infection with Tanreqing injection

贾琳

(天津医科大学第二医院, 天津, 300100)

中图分类号: R511.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0050-02 证型: IBD

【摘要】 目的: 观察痰热清注射液辅助治疗上呼吸道感染的临床疗效。方法: 选取 72 例上呼吸道感染病例, 设置对照组对比, 以观察其临床效果。结果: 治疗组和对照组总有效率分别为 94.44% 和 86.11%, 两组比较有明显差异 ($P < 0.05$)。结论: 使用痰热清注射液辅助治疗上呼吸道感染临床疗效确切。

【关键词】 痰热清注射液; 上呼吸道感染; 临床效果分析

【Abstract】 Objective: To observe clinical effects of treating upper respiratory tract infection with Tanreqing injection. Methods: To choose 72 patients with upper respiratory tract infections compared a control group to observe the clinical effect. Results: The treatment group and control group were 94.44% and 86.11%, the compare of two groups were significantly different ($P < 0.05$). Conclusion: Treating upper respiratory tract infection with Tanreqing injection has a good effect.

【Keywords】 Tanreqing injection; Upper respiratory tract infection; Clinical effective analysis

痰热清注射液是国家中药二类新药, 其主要成分为: 黄芩、熊胆粉、山羊角、二花、连翘。具有高效、低毒、安全以及价廉等优点。临床广泛用于感染性疾病、解热化痰的治疗。自 2008 年底以来, 我院呼吸内科采用痰热清注射液辅助治疗上呼吸道感染 72 例取得了良好疗效。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

72 例上呼吸道感染患者全系我院门诊患者, 将其随即分成两组。治疗组 36 人: 男 17 人, 女 19 人。年龄为 13~48 岁, 平均年龄 28.5 岁。对照组 36 人: 男 15 人, 女 21 人, 年龄为 15~45 岁, 平均年龄 31.5 岁。两组一般资料无统计学差异 ($P < 0.05$)。

1.2 治疗方法

治疗组应用给予头孢呋辛钠 4.5g 溶于 0.9% 氯化钠注射液 250ml 静滴, 每日 1 次。同时辅助给药痰热清注射液 20ml 兑入 5% 葡萄糖注射液 2500ml 静滴, 每日 1 次; 同时对照组只给予头孢呋辛钠 4.5g 溶于 0.9% 氯化钠注射液 250ml 静滴, 每日 1 次。两组均以一周作为一个疗程。

2 疗效观察

2.1 疗效标准

治愈: 主要症状 (发热发冷、咳嗽咽痛、流涕, 下同)、体征完全或基本缓解, 客观指标 (胸部 X 线检查及实验室检查) 均已正常; 有效: 主要症状、体征明显缓解, 客观指标接近正常或有所改善; 无效: 症状、体征无变化, 客观指标转化不明显或加重。

2.2 治疗结果

治疗组 36 例, 治愈 23 例, 有效 11 例, 无效 2 例, 治愈率 63.89%, 总有效率 94.44%。对照组 36 例, 治愈 19 例, 有效 12 例, 无效 5 例, 治愈率 52.78%, 总有效率 86.11%, 两组比较有显著差异 ($P < 0.05$)。

3 讨论

上呼吸道感染是冬春季的常见病多发病之一^[1]。病人临床表现有高烧、咳嗽、咽痛、身痛等。严重影响患者的生活和工作。目前认为 90% 以上的上呼吸道感染是病毒感染所致, 常见目前治疗方法以休息、中草药、抗病毒西药、以及对症治疗为主。暂无特效疗法。抗病毒西药因其疗效不确切, 且副作用大, 已较少应用。

近年来, 我国对痰热清注射液其进行了广泛而深入的基础研究与临床观察。经上海中医药大学附属曙光医院、中日友好医院等六家国内最具权威的临床研究基地证实, 痰热清注射液疗效明显, 且优于双黄连与穿琥宁注射液等中药制剂, 具有很好的抗菌、抗病毒、退热和抗惊等作用, 还具有抗生素所没有的多种病毒抑制作用, 并能增强机体抵抗力^[2]。更兼其具有较快地改善临床症状, 无抗药耐药性等显著优点。

现代药理研究证明: 痰热清注射液具有广谱抗菌消炎作用及较强的抗呼吸道病毒作用, 对呼吸道有关致病菌肺炎链球菌、乙型溶血型链球菌、金黄色葡萄球菌、嗜血流感杆菌有一定抑制作用, 同时有解热、镇惊、祛痰、镇咳之作用^[3]。

同时, 痰热清注射液遵照中药指纹图谱技术控制质量生产而成, 具有清热、化痰、宣肺之功效^[4]。通过我院临床疗效结果来看, 其配合头孢呋辛钠辅助治疗, 很大的增强了治疗效果,

值得临床推广使用。

参考资料:

[1]刘峰,崔明.痰热清注射液治疗上呼吸道感染疗效观察[J].中华实用中西医杂志,2004,17(19):2916

[2]江忠亚,张磊.痰热清注射液治疗呼吸道感染 26 例临床分析[J].中国现代实用医学杂志,2005,4(1):79

[3]余灏东.痰热清注射液联合头孢呋辛钠治疗急性上呼吸道感染 37 例[J].中

国中医急症,2008,17(6):744-769

[4]高艳青,刘俊,邓翔,于青伟.痰热清注射液的临床应用概况[J].中国民康医学,2010,22(9):1153

作者简介:

贾琳(1982-),女,本科,籍贯:天津;职称:药师;研究方向:药物治疗或药事管理。

编号:ER-10072407(修回:2010-08-27)

***** 纳豆有哪些保健作用

“你了解纳豆吗?”“听说纳豆与北京的豆汁一样,有人喜欢,有人反感。”“纳豆有什么保健作用,哪些人可以服用?”

说起纳豆的起源、发展、营养价值、使用方法以及注意事项等情况,不少人是一无所知,至于纳豆对人体有哪些保健作用,更是一头雾水。查看有关资料得知,目前,纳豆不仅成为风靡于日本的一种保健食品,而且在全世界,尤其是整个东南亚,人们对纳豆的作用高度认可,食用者众多。

什么是纳豆

纳豆分为传统和现代两种。从外观上看,传统纳豆像是用水泡过的黄豆,表面有些皱褶。在冷冻状态下,外层有薄薄的白霜。用筷子搅拌,能拉出有长长的丝。闻一闻,有点类似臭豆腐,吃到嘴里,黏黏的,有点苦。

现代纳豆则克服传统纳豆的种种缺点,以服用方便、无异味、配方合理、功效突出,受到人们的喜爱。

原来,传统纳豆是大豆经过纳豆菌发酵的一种保健食品,源于中国,盛产于日本。纳豆初始于中国的豆豉,类似中国的发酵豆、怪味豆。

大约在奈良、平安时代,纳豆最初是僧侣们吃的食物,后来演变为日本皇室、贵族、武士的御用营养品。江户时代,纳豆开始走向民间,特别是东京一带,沿街叫卖纳豆的比比皆是。曾有这样一个描述,“乌鸦有不叫的时候,但没有纳豆不来卖的日子。”

日本人称纳豆为“唐纳豆”或“咸纳豆”,并将其作为营养食品和调味品。主要食用的是咸纳豆与拉丝纳豆。传统纳豆因为有怪味,保质时间短,服用不方便,曾遭到不少人的拒绝。现代纳豆采用胶囊剂型,避免了活性成分流失,有利于人体吸收,还具有服用方便的特点;根据人体需要,现代纳豆还加入了葛根、泽泻、茯苓、决明子等中药,可以降压、调血脂,使功效更为突出,营养更为全面。

纳豆有何保健作用

研究得知,大豆的蛋白质具有不溶解性,而做成纳豆后,变得可溶并产生氨基酸,而且原料中不存在的各种酵素会由于纳豆菌及关联细菌产生,帮助肠胃消化吸收。

研究发现,纳豆中含有纳豆激酶,是防栓、溶栓的最好物质,比常用的尿激酶强 47 倍以上。这种物质可以快速溶解血栓,清除血液垃圾,改善血液循环,防止动脉硬化,预防心脑血管梗塞,同时具有很强的血小板抑制作用,并有助于预防高血压和动脉硬化等相关疾病。

当然,纳豆的保健功能离不开其他重要成分,如纳豆菌、纳豆多糖、纳豆多肽、超氧化物歧化酶、微量元素、皂青素、异黄酮等 10 多种物质。

研究表明,纳豆中富含皂青素,能改善便秘,降低血脂,预防大肠癌、降低胆固醇、软化血管、预防高血压和动脉硬化,抑制艾滋病病毒等功能;含有游离的异黄酮类物质及多种对人体有益的酶类,在清除体内致癌物质、提高记忆力、延缓衰老等方面有明显效果;摄入活纳豆菌可以调节肠道菌群平衡,预防痢疾、肠炎和便秘;纳豆发酵产生的黏性物质可保护胃肠,也可缓解醉酒,保护肝脏。

中国疾病预防控制中心营养与食品安全所研究员杨晓光教授介绍,每 100 克纳豆中含有数亿个纳豆菌,由它们分泌出来的酶能够疏通血管。纳豆含有大豆卵磷脂等大量生理活性物质,具有保健功效。

哪些人可服用纳豆

据了解,我国每年有几十万人死于冠心病,100 多万人死于脑梗塞和脑溢血,其中 80% 的病例是由于血管中形成血栓而导致的。患者发病前往往有一个“隐形血栓”病变过程,即血栓已形成但尚未导致急性心脑血管疾病发生。

专家指出,纳豆中含有的纳豆激酶、纳豆菌等物质,能够排除血液中的甘油三酯等化学物质,能溶解体内外血栓,尤其能化解“隐性血栓”,起到净化血液等作用,对于心肌梗死、脑血管梗塞、中风等病人十分有益。

怎样服用纳豆呢?中国食品发酵工业研究院工程师李虹建议,传统纳豆可凉拌着吃。纳豆激酶是纳豆中最重要的具有溶栓作用的活性成分,加热后活性成分便会消失。具体做法是,把洋葱丁、白菜丝和纳豆调一起,加些生抽、芥末、辣椒油。另外,作为餐后小点,也可以在做水果沙拉时放进去一些纳豆,同水果丁和沙拉酱拌在一起,也能搭配出可口味道。

专家建议,晚餐吃纳豆效果最好。这是因为,在食用纳豆 1 小时至 12 小时之间,纳豆激酶可发挥溶解血栓的功能。据统计,脑梗塞、心肌梗死等各种血栓病,发病时间多为清晨及星期一。因此,每晚或星期日晚餐吃效果最好。同时,要坚持每天吃。纳豆激酶进入体内后,其活性维持 12 小时。所以,最理想的是每天吃 30g~100g。当然,每天服用现代纳豆就更为方便了。

(周颖//中国中医药报)

暴发性急性胰腺炎术后灌洗引流的作用

Effective of fulminant acute pancreatitis after surgery by lavage and drainage

杨 静 朱 宇 刘春蓉 张 伟

(四川省遂宁市中心医院, 四川 遂宁, 629000)

中图分类号: R657.5+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0052-02 证型: IDBG

【摘 要】目的: 探讨暴发性急性胰腺炎手术后灌洗引流的重要性。方法: 通过对暴发性急性胰腺炎术后引流管是否灌洗引流分为两组, 用统计学方法来评价其疗效。结果: 两组比较: 胰周脓肿 ($\chi^2=4.09$, $P=0.043$), 消化道穿孔 ($\chi^2=4.916$, $P=0.027$) 死亡 ($\chi^2=6.817$, $P=0.009$), 再次手术 ($\chi^2=8.125$, $P=0.004$)。结论: 暴发性急性胰腺炎手术后引流管行灌洗引流对提高其手术疗效有重要作用。

【关键词】急性胰腺炎; 术后灌洗; 引流

【Abstract】Objective: To investigate the importance of fulminant acute pancreatitis after surgery by lavage and drainage. Methods: To acute pancreatitis after surgery by lavage and drainage divide into two groups, evaluate the effect by statistically method. Result: Compare two groups: Pancreatic abscess ($\chi^2=4.09$, $P=0.043$), gastrointestinal perforation ($\chi^2=4.916$, $P=0.027$), the death ($\chi^2=6.817$, $P=0.009$), reoperation ($\chi^2=8.125$, $P=0.004$). Conclusion: Acute pancreatitis after surgery by lavage and drainage has a important effect.

【Keywords】Fulminant acute pancreatitis; After surgery lavage; Drainage

重症急性胰腺炎的治疗已经取得了长足进步, 治疗方法有了极大的改观, 但绝大部分起病早期就出现了难以控制的多脏器功能障碍。将 72h 发病内出现器官功能障碍的称为暴发性急性胰腺炎。暴发性急性胰腺炎伴腹腔内间隔室综合征, 以外科治疗为主。手术方式主要是清除胰腺周围感染灶及坏死组织, 同时行胰周引流术。由于手术后较高的并发症及死亡率, 曾经在学术界产生对坏死性胰腺炎是否手术治疗的争议。经过大量的临床研究, 逐渐认识到手术后的引流管是否通畅起着关键作用。本研究回顾分析我院 1990~2009 年间收治 103 例行外科手术治疗的暴发性急性胰腺炎患者。

1 资料和方法

1.1 病例选择

1990 年 1 月至 2009 年 10 月我院共对 103 例暴发性急性胰腺炎患者行手术治疗, 暴发性胰腺炎的诊断标准^[1]: 重症急性胰腺炎 72 小时出现以下之一者: ①肾功能衰竭 (血肌酐 $>168 \mu\text{mol}$); ②呼吸衰竭 PaO_2 8KPa; ③APACHE II 评分 ≥ 20 分; ④腹腔渗液超过 3000ml 时和后腹膜严重积液; ⑤Glasgow <8 分, 腹腔内压 (IAP) $\geq 25\text{cm H}_2\text{O}$ 引发脏器功能障碍-腹腔内间隔室综合征 (ACS)。

1.2 方法及分组

1990 年至 2002 年 49 例患者, 腹腔引流管未进行灌洗引流。

2002 年至今 54 例患者腹腔引流管采用生理盐水灌洗引流, 每天 3000ml, 分 3 次灌洗, 冲洗出大量坏死组织。所有的患者术后均采用了液体复苏, 抗休克, 抑制胰酶分泌, 预防性应用抗生素, 连续性血液净化应用 (血液滤过), 静脉营养支持, 维护脏器功能, 以及水电解质、酸碱平衡的维持。对两组病例是否出现胰周脓肿, 消化道穿孔, 死亡, 再次手术等情况来进行统计学分析。

1.3 观察项目

根据是否对腹腔引流管进行灌洗引流分成两组, 对每组的并发症胰周脓肿, 消化道穿孔, 死亡, 以及再次手术的例数进行统计。

1.4 统计学处理

本文的计数资料应用 χ^2 检验分析。数据资料用 SPSS 软件分析。所有资料经统计学分析, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结 果

采用灌洗引流的患者出现胰周脓肿 3 例, 消化道穿孔 2 例, 死亡 4 例, 再次手术 8 例。未进行灌洗引流的患者胰周脓肿 10 例, 消化道穿孔 12 例, 死亡 18 例, 再次手术 25 例。两组比较: 胰周脓肿 ($\chi^2=4.09$, $P=0.043$), 消化道穿孔 ($\chi^2=4.916$, $P=0.027$), 死亡 ($\chi^2=6.817$, $P=0.009$), 再次手术 ($\chi^2=8.125$, $P=0.004$) (见表 1)。

表 1 两组比较

组别	例数	胰周脓肿	消化道穿孔	再次手术	死亡
甲组	54	3	2	8	4
乙组	49	9	8	16	13
		$\chi^2=4.09$	$\chi^2=4.916$	$\chi^2=8.125$	$\chi^2=6.817$
		$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$

(下转 54 页)

中药灌肠治疗糖尿病肾病肾功能不全疗效观察

Effective observation on treating diabetic nephropathy by TCM enema

蔡辅贵

(贵州省余庆县中医院, 贵州 遵义, 564400)

中图分类号: R692 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0053-02 证型: DBG

【摘要】 目的: 考察中药免煎制剂灌肠方剂治疗糖尿病肾病肾功能不全的疗效及安全性。方法: 将 108 例糖尿病肾病肾功能不全患者随机分为治疗组 58 例与对照组 50 例, 分别给予中药免煎制剂灌肠方剂保留灌肠和常规西药治疗, 观察其血糖血压、临床疗效。结果: 治疗组总有效率 86%, 对照组总有效率 68%, 差异有显著性意义 ($\chi^2=25.85$, $P<0.05$)。结论: 中药灌肠液对糖尿病肾病肾功能不全具有明显延缓病程发展, 改善肾功能具有较好的疗效。

【关键词】 糖尿病肾功能不全; 中药灌肠; 疗效观察

【Abstract】 Objective: To investigate effects and security of treating diabetic nephropathy by TCM enema. Methods: 108 patients with diabetic nephropathy with renal insufficiency were randomly divided into treatment group and control group 58 cases, 50 cases were treated with traditional. Results: The total efficiency rate for 86% in treatment group, in control group the total efficiency for 68% total efficiency, the difference was significant ($\chi^2=25.85$, $P<0.05$). Conclusion: Herbal enema of diabetic nephropathy with renal insufficiency significantly delay progression and improve renal function has a good effect.

【Keywords】 Diabetic nephropathy; TCM enema; Effective observation

近年来我科采用中药保留灌肠治疗糖尿病肾病肾功能不全疗效显著。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

2005 年 5 月~2009 年 5 月我科收治糖尿病肾病肾功能不全患者 108 例。其中男 60 例, 女 48 例; 年龄 43~88 岁, 平均 65.5 岁; 糖尿病病程 12~28 年, 平均病程 18 年。糖尿病并发急性并发症、胃肠自主神经病变、糖尿病足及发展为尿毒症患者、除灌肠法外, 还应用其他中医疗法治疗、采用透析治疗、痔疮等不宜灌肠因素等排除在外。入院后按随机原则分为两组, 中药保留灌肠组(简称治疗组) 58 例, 常规西药对照组(简称对照组) 50 例。

1.2 实验室检查

两组患者血肌酐(Scr)5 月内持续稳定在 186~487 μ mol/L, 内生肌酐清除率(Ccr)稳定在 25~75ml/min, 尿素氮(BUN)>12mmol/L 者。发现肾功能异常(Cr、BUN 指标在前述指标范围)在 1~5 年。检测方法 BUN、Scr、Ccr 检测均采用本院检验科生化室拜耳全自动生化仪完成。血糖检测采用美国强生公司提供的 Li fescan 血糖仪及其随机试纸条快速测定。

1.3 临床表现与体征

两组患者临床表现均有不同程度的恶心、呕吐、厌食和食欲减退、头昏头痛、乏力、尿少、全身或双下肢浮肿、面色苍白等临床表现和体征。

2 治疗方法

2.1 对照组

给予西医综合治疗, 如稳定血糖血压、控制感染、减轻氮质血症、纠正水电解质平衡失调、卧床休息、低盐饮食、对症及支持治疗。

2.2 治疗组

在对照组治疗方法基础上, 加用深圳市 39 现代中药有限公司生产的袋装中药免煎制剂保留灌肠。其主要成分为: 大黄 3 袋(3g/袋), 附子 3 袋(3g/袋), 金银花 3 袋(10g/袋), 蝉蜕 2 袋(6g/袋), 牡蛎 1 袋(30g/袋), 益母草 1 袋(15g/袋), 白茅根 1 袋(15g/袋), 石菖蒲 1 袋(6g/袋), 100ml/袋, 1 次/d, 重症者 2 次/d。

2.3 疗程

两组均以 10d 为 1 个疗程, 一般连续治疗 2~4 个疗程, 重症者可连续治疗 4 个疗程以上。每个疗程结束后, 做血肌酐及尿素氮检测, 以观察治疗效果。

3 观察指标

3.1 疗效判定标准

参照《常见疾病的诊断与疗效判定》中相关标准^[1]拟定。

显效: 自觉症状消失, 体征明显好转, BuN、Cr 下降 $\geq 30\%$;

有效: 自觉症状基本消失, 体征好转, BuN、Cr 下降 20%~30%;

无效: 自觉症状、体征无好转或加重, BUN、Cr 下降 $\leq 20\%$ 或上升。

3.2 统计学处理

所有数据经 SPSS13.0 统计软件处理, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组内治疗前后比较及组间比较均采用 t

检验, 计数资料率的比较用 χ^2 检验。

4 治疗结果

治疗组显效 30 例、有效 20 例、无效 8 例, 总有效率 86%。对照组显效 14 例、有效 20 例、无效 16 例 (其中 6 例发展转

为血液透析), 总有效率 68%。

两组总有效率比较有统计学差异 ($\chi^2=25.85$, $P<0.05$)。组间比较具有显著性差异 ($\chi^2=5.25$, $P<0.05$), 表明中药灌肠液对糖尿病肾病肾功能不全有较好疗效。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较【例 (%)】

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	58	30 (51.72)	20 (34.48)	8 (13.79)	50 (86) Δ
对照组	50	14 (28)	20 (40)	16 (32)	34 (68)

注: 组间比较 $\Delta P<0.05$ ($\chi^2=5.25$)。

5 讨论

近年来, 因糖尿病而导致慢性肾功能不全的人数呈快速上升的趋势, 估计在未来的 20 年中糖尿病肾病将成为终末期肾病的最主要的成因。30%~40% 的糖尿病可以并发糖尿病肾病, 其具体机制尚不完全清楚。高血糖的毒性激活蛋白激酶 C, 糖基化终产物 (AGE) 增加形成肾小球内高滤过, 产生微量白蛋白尿; 一些生长因子 (如 TGF- β 1) 可以引起肾小球基底膜表面沉积本量的基质蛋白 (I、IV V、VI 型胶原) 从而使基底膜增厚, 肾单位功能丧失^[2], 可能为糖尿病肾病的发生提供了一些证据。糖尿病肾病肾功不全是以肾小球弥漫性硬化而出现的肾功损害, 血肌酐、尿素氮水平升高为重要标志, 因此, 肌酐、尿素氮的变化是评价与治疗的关键。

本文治疗组中的无效病例均为年龄偏大者, 肾实质破坏严

重, 须进行血液透析治疗。有效病例均随访 1 年无复发, 远期疗效尚可, 部分最终发展到衰竭期或尿毒症的患者须进行血液透析维持生命。临床实践认为, 采用大黄为主的中药免煎制剂灌肠方剂保留灌肠确有改善临床症状、降低血肌酐及尿素氮的作用, 且药物简单、价廉, 值得在基层医院推广使用。是广大患者可接受的治疗方法。

参考文献:

- [1]Mogensen CE.Early diabetic renal involment and nephropathy[M].Elsevier Science publishers,1987:306
- [2]吴少祯,吴敏.常见疾病的诊断与疗效判定[M].北京:中国中医药出版社, 1999:345

编号: ER-10072404 (修回: 2010-08-18)

(上接 52 页)

3 讨论

暴发性胰腺炎是早期 (48~72h) 病情恶化的特征性重症急性胰腺炎, 表现为生命体征不平稳及病程早期出现器官功能障碍。对于 FAP, 应在强化的非手术监护施行早期手术。原因是 FAP 患者虽然炎性介质可以通过血滤等非手术措施来进行处理, 但此类患者易出现腹腔间隔室综合征 (abdominal compartment syndrom, ACS), 却并非都能通过非手术治疗措施来解决。腹腔高压可影响肺、心、肾及肝脏的功能, 诱发或加重器官功能障碍, 腹腔减压是治疗 ACS 的唯一方法。至于 FAP 的手术时机应以 ACS 发展程度作为决定手术时机的关键。ACS 的诊断是腹腔内压力大于 15mmHg (2kPa), 同时伴有心输出量减少或进行性少尿, 在气道峰值压力正常或增高情况下出现缺氧^[2]。如 ACS 诊断成立则应积极手术引流, 手术方式是影响治疗效果的另一因素。SAP 早期是急性生理功能紊乱期, 在此期应采用避免造成加重机体应激的治疗措施, 即使手术治疗也应尽量采取时间短、损伤小的术式。手术的重点应放在腹腔及腹膜后的充分引流、缓解腹腔内高压及去除腹腔内毒性物质上, 这样既达到了治疗 ACS 的目的, 又尽量减少了对机体的应激和对胰腺的微循环损害。

但是暴发性胰腺炎行手术后, 仍有大部分患者出现胰周脓肿, 腹膜炎, 等并发症, 导致再次手术, 严重者出现死亡。暴发性胰腺炎的死亡率极高, 近年来国内外学者逐渐认识到早期

器官功能障碍的发生与细胞因子等炎性介质引导的瀑布样级联反应密切相关^[3]。本研回顾了 1990 年至 2009 年 103 例暴发性胰腺炎行手术治疗的患者。发现从 2002 年至今 54 例患者加强护理, 对引流管灌洗引流, 出现并发症的例数明显降低。可能是胰腺清除坏死组织后, 必定会发生胰漏, 胰液对胰周组织具有强烈的化学腐蚀作用, 产生的坏死组织会导致引流管堵塞, 胰液激活炎性介质, 坏死的胰周组织会出现感染, 最终出现并发症。暴发性胰腺炎行手术治疗是一种有效的治疗方式, 但如果术后引流不畅, 可明显影响预后。保持引流管通畅能减少胰液在体内的积聚, 从而减少炎性介质的释放和坏死组织的感染。可见暴发性急性胰腺炎手术后引流管灌洗引流对暴发性胰腺炎行手术治疗有着重要的作用。

参考文献:

- [1]张家邦,朱斌,张键.暴发性胰腺炎的诊治关键探讨[J].中国实用外科杂志, 2003,23(1):53-55
- [2]戴向晨,田伟学.暴发性急性胰腺炎的治疗方法探讨[J].天津医科大学学报, 2005,11(1):68
- [3]刘家锋,孙家邦,朱斌.暴发性胰腺炎的治疗策略[J].医学临床研究,2005,22(10):1366

编号: ER-10070602 (修回: 2010-08-16)

中西医结合在慢性盆腔炎中的效果研究

Effective study on treating chronic pelvic inflammatory disease in the integrative medicine

黄 曦

(贵阳市云岩区第二人民医院, 贵州 贵阳, 550008)

中图分类号: R711.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0055-02 证型: IDBG

【摘要】 目的: 探讨中西医结合在慢性盆腔炎中的效果。方法: 选取 60 例慢性盆腔炎患者随机分为 2 组, 治疗组 (甲硝唑、青霉素联合少疏气定痛汤组) 对照组 (甲硝唑联合青霉素组)。结果: 治疗组的治疗总有效率和患者满意率高于对照组。结论: 中西医结合在慢性盆腔炎中的效果较为肯定。

【关键词】 慢性盆腔炎; 西医; 中医; 效果

【Abstract】 Objective: To investigate effects of treating chronic pelvic inflammatory disease in the integrative medicine. Methods: To choose 60 patients with chronic pelvic inflammatory disease were randomly divided into two groups, treatment group (metronidazole, penicillin plus Shaoshu Qidingtong decoction group) control group (metronidazole plus penicillin group). Results: The total efficiency rate and patient satisfaction rate of treatment group is higher than the control group. Conclusion: Treating chronic pelvic inflammatory disease in the integrative medicine has a good effect.

【Keywords】 Chronic pelvic inflammatory disease; Western medicine; TCM; Effect

本文中笔者就中西医结合在慢性盆腔炎中的效果进行研究及比较, 效果较为明显可靠, 现将结果和经验报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2008 年 6 月~2009 年 12 月于我院进行治疗的 60 例慢性盆腔炎患者为研究对象, 将其随机分为对照组 (甲硝唑联合青霉素组) 30 例和观察组 (甲硝唑、青霉素联合少疏气定痛汤组) 30 例。对照组的 30 例患者中, 年龄 20~52 岁, 平均 (31.8±5.1) 岁, 病程 3~36 个月, 平均 (13.1±2.7) 个月, 其中慢性附件炎 20 例, 慢性盆腔结缔组织炎 10 例。观察组的 30 例患者中, 年龄 21~54 岁, 平均 (30.6±5.4) 岁, 病程 2~35 个月, 平均 (13.4±3.0) 年, 其中慢性附件炎 19 例, 慢性盆腔结缔组织炎 11 例。两组患者的一般资料进行比较, P 均 > 0.05, 均无显著性差异, 具有可比性。

1.2 方法

对照组采用甲硝唑联合青霉素进行治疗, 给予患者甲硝唑 250ml, 静滴, 青霉素 8000000U 加入生理盐水中静滴, 1 次/d。观察组采用甲硝唑、青霉素联合疏气定痛汤组进行治疗, 给予患者甲硝唑 250ml, 静滴, 青霉素 8000000U 加入生理盐水中

静滴, 1 次/d, 同时给予患者疏气定痛汤, 方为: 制香附、川楝子、延胡索、五灵脂、当归、乌药各 9g, 枳壳与木各香 4.5g, 没药 3g。以水煎服, 1 剂/d, 2 次/d。所有患者均治疗 7d 为一个疗程, 连续治疗 2 个疗程后, 将组患者的治疗效果及患者满意率进行统计及比较。

1.3 评价标准

对所有患者进行为期 6 个月的随访, 痊愈^[1]: 各项症状及体征等均消失, 各项辅助检查示正常; 有效: 各项症状及体征等均有很大程度的改善, 各项辅助检查示有所恢复; 无效: 各项症状及体征和各项辅助检查均示无改变或进一步加重。

1.4 统计学方法

将本文中统计所得的数据输入统计学软件 SPSS12.0 进行统计学处理, 计量及计数资料分别采用 t 及卡方检验, 以 $P < 0.05$ 表示有显著性差异。

2 结果

2.1 两组治疗效果及满意率比较

将两组患者的治疗效果及满意率进行比较, 具体比较结果见表 1。

表 1 两组治疗效果及满意率比较【 n (%)】

组别	治疗效果			满意率		
	痊愈	有效	无效	非常满意	较为满意	不满意
对照组 ($n=30$)	18 (60.0)	6 (20.0)	6 (20.0)	19 (63.3)	6 (20.0)	5 (16.7)
观察组 ($n=30$)	25 (83.4)	4 (13.3)	1 (3.3)	26 (86.7)	3 (10.0)	1 (3.3)

(下转 57 页)

1140 例接种甲型 H1N1 流感疫苗的临床观察与对策

Clinical observation and countermeasure on 1140

cases of inoculating influenza A H1N1 influenza vaccine

曹 慧 王静雅

(东南大学附属第二医院, 江苏 南京, 210003)

中图分类号: R373.1+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0056-02 证型: SARS

【摘要】 目的: 探讨接种甲型 H1N1 流感疫苗护理工作与组织管理方法。方法: 2009 年 11 月 3 日至 2009 年 11 月 10 日我院开展疫苗注射工作起, 共接种 1140 例自愿受种者。接种期间实施了有针对性的护理措施和管理方法, 包括加强思想宣传, 组织人员培训, 加强区域管理, 实施积极护理等措施。结果: 预防接种的结果显示不良反应率 0.26%, 未出现严重不良后果。结论: 接种甲型 H1N1 流感疫苗期间, 实施有针对性的护理措施是疫苗安全接种的有力保障。

【关键词】 疫苗; 接种; 临床

【Abstract】 Objective: To investigate the nursing work and organizational management of inoculating influenza A H1N1 influenza vaccine. Methods: November 3, 2009 to November 10, 2009, 1140 cases of inoculated patients were implemented nursing measures and management, including ideological propaganda, training organization, strengthening regional management, implementing positive nursing. Results: The adverse reaction rate of vaccination is 0.26%, adverse consequences were not appeared. Conclusion: Implementing care measure is the guarantee of vaccination in inoculating influenza A H1N1 influenza vaccine.

【Keywords】 Vaccine; Inoculation; Clinical

江苏省南京市第二医院是南京市甲型 H1N1 流感疫苗定点接种单位之一, 2009 年 11 月, 除负责本单位一线医务人员的甲型 H1N1 流感疫苗接种外, 还承担了其他单位重点人群的疫苗接种工作。本文从护理的角度就我院 1140 例接种甲型 H1N1 流感疫苗后的情况作一分析。

1 一般资料

2009 年 11 月 3 日至 2009 年 11 月 10 日我院开展疫苗注射工作, 共接种 1140 例自愿受种者。其中本院 412 人次, 医护人员 398 例, 非医护人员 14 例 (保安和保洁人员); 男 128 人, 女 284 人; 年龄 20~59 岁, 平均年龄 37 ± 5.32 岁。

院外 728 例; 男 487 人, 女 241 人; 大学以上学历 72 例, 大学以下学历 656 例; 年龄 24~56 岁, 平均年龄 40 ± 4.45 岁。

2 材料与方法

2.1 疫苗供应

疫苗品名: 甲型 H1N1 流感裂解疫苗 (裂解有佐剂); 生产厂家: 常州延申生物制品有限公司。

2.2 接种方法

接种剂量: $15\mu\text{g}/0.5\text{ml}$, 1 剂/次; 接种部位: 上臂外侧三角肌; 接种途径: 肌肉注射。

2.3 人员培训

所有参加接种医务人员接种前参加市疾控组织的疫苗接种和管理人员的培训, 经过考核后持证上岗。

2.4 接种程序

接种工作人员在接种前告知接种对象所接种疫苗的品种、作用、禁忌症及注意事项, 询问接种对象的健康状况, 对无禁忌症的对象必须在《南京市甲型 H1N1 流感疫苗接种知情同意单》签字后方可接种。接种后现场留观 30 分钟。

3 结果

3.1 疫苗接种反应情况

1140 例接种甲型 H1N1 流感疫苗者, 无不适反应者 1137 例, 占 99.73%; 发生一过性轻微副反应 2 人, 占 0.17%; 较重副反应 1 人 (荨麻疹), 占 0.08%, 疑似预防接种异常反应, 已及时通过“疑似预防接种异常反应报告系统”上报, 并给与对症处理, 连续输注抗过敏药物 3 天后症状消失。

本院 412 例中, 无不适反应者 411 例, 占 99.76%; 发生轻微副反应无, 较重副反应 1 人 (荨麻疹), 占 0.24%, 已做对症处理。

院外 728 例, 无不适反应者 726 例, 占 99.72%; 发生一过性轻微副反应 2 人, 占 0.27%, 无较重副反应。

3.2 出现反应后的护理

注射过程中, 出现两例一过性反应者, 均为男性, 46 岁、51 岁, 接种后 5 分钟左右, 有两名接种者称头晕, 站立不稳, 并有恶心感, 立即使其平卧, 给予氧气 $1 \sim 2$ 升/分吸入, 测量血压分别为 $148/95\text{mmHg}$ 、 $151/88\text{mmHg}$ 。给予饮用高糖水, 安慰其不必惊慌, 此为为一过性反应, 休息后将好转消失。接种前无不适主诉, 未测量血压, 此后密切监测血压, 10 分钟、20

分钟、30 分钟血压分别为 140/87mmHg、142/85mmHg; 130/88 mmHg、133/83mmHg; 128/85mmHg、130/80mmHg, 30 分钟血压正常, 直至主诉症状消失, 允许离开, 并告知如有不适立即与我医院联系。

4 讨论

甲型 H1N1 流感是由一种新型流感病毒引起的急性呼吸道传染病, 具有较强的传染性, 可通过近距离飞沫和接触传播。目前, 甲型 H1N1 流感疫情已在全球较大范围内传播, 我国已将甲型 H1N1 流感纳入乙类传染病并采取甲类传染病的预防、控制措施^[1]。

中国疾病预防控制中心统一组织开展的迄今全球规模最大的甲流疫苗临床试验显示, 中国各类型甲流疫苗对各年龄组人群均安全有效, 接种一针后都产生了较强的免疫应答, 接种第 21 天时抗体阳转率最高达到了 92.8%^[2]。

接种疫苗是预防甲型 H1N1 流感的有效手段之一, 我国成为全球第一个完成疫苗研发和注册使用的国家。开展甲型 H1N1 流感疫苗接种工作, 是预防和控制甲型流感传播的关键措施, 也是保障人民群众身体健康、落实以人为本科学发展观的具体体现。

本次我院预防接种的结果显示不良反应率 0.26%, 经过及时处理, 未出现不良后果, 说明疫苗有较高的安全性。我们的体会^[3-4]是:

4.1 加大宣传, 强化思想教育

接种前广泛宣传接种甲型 H1N1 流感疫苗对防控甲型 H1N1 流感的重要性, 绝大部分人群意识到甲型 H1N1 流感已造成全球流行, 但是对于疫苗的安全性抱有怀疑的态度, 因此在耐心做好解释工作的同时, 也详细告知禁忌症和接种前后注意事项, 具体实施时严格从严把把握。经过准确、适度的宣传, 疫苗在本院接种率达 68.3%。

4.2 预诊问诊, 严格掌握禁忌症

严格掌握疫苗接种禁忌症, 甲型 H1N1 流感疫苗的禁忌证为患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期。本次

接种过程中, 先后有两名女性受种者亲自填写接种知情同意书后, 预诊医生再次详细询问时, 称不知自己血压情况, 从未测量过血压, 经医生测量, 血压为 140/95mmHg、142/90mmHg, 预诊医生建议暂停注射。

4.3 人员组织, 立足快速反应

实施接种人员接种前参加由市疾控组织的培训, 重点掌握甲型 H1N1 流感疫苗接种方法和接种前后注意事项, 出现反应后的处理流程等, 经笔试合格后发放接种证。制订工作流程, 各区域人员在岗在位, 履行自己的职责。引导人员负责引导和疏散人群的作用, 休息区有专人负责巡视, 一发现情况第一时间处理。

4.4 合理布局, 加强区域管理

按甲型 H1N1 流感疫苗临时接种点设置要求, 我院在门诊处专门开辟区域, 设有接种室、预诊室和观察室, 设有明显标识, 针对受种人员规模较大的情况, 还专门设置了休息区, 有热开水供应, 方便群众接种后现场留观 30 分钟; 做好充分的物资准备, 接种现场配有血压计、听诊器, 50%葡萄糖、盐酸肾上腺素、地塞米松等急救药品和氧气、吸引装置等急救设备; 制定应急预案, 受种者一旦发生可疑的不良反应, 可以得到快速、有效的处理, 确保接种安全。

参考文献:

- [1]景琦.加强对甲型 H1N1 流感的认知和护理工作[J].Medical Equipment, 2009,22(9):60
- [2]Liang XF,Wang HQ,Wang JZ,et al.Safety and immunogenicity of 2009 pandemic influenza A H1N1 vaccines in China:a multicentre,double-blind, randomised,placebo-controlled trial[J].Lancet.375(9708):56-66
- [3]陈春苑,黄宝红.抗击甲型 H1N1 流感时期急诊护理工作的组织与管理体会[J].现代临床护理,2009,8(11):49-51
- [4]绳东霞.与甲型 H1N1 流感病例密切接触者的心理护理[J].中国现代医生, 2009,47(8):69-70

编号: ER-10062500 (修回: 2010-08-17)

(上接 55 页)

由表 1 可见, 治疗后观察组的治疗总有效率(痊愈率+有效率)及和患者满意率(非常满意率+较为满意率)高于对照组, P 均 <0.05 , 差异均有统计学意义。

3 讨论

慢性盆腔炎与生育、流产及宫内操作感染等有关系, 其主要表现为有时可有低热, 易感疲劳^[2]。病程时间较长, 部分患者可有神经衰弱症状, 可形成的瘢痕粘连以及盆腔充血, 可引起下腹部坠胀、疼痛及腰骶部酸痛, 常在劳累、性交、月经前后加剧^[3], 也可有月经异常等情况, 严重者可造成不孕不育^[4]。因此笔者认为中西医结合在慢性盆腔炎中的效果较为肯定, 综合优势较为明显, 值得临床进一步研究及推广应用。

参考文献:

- [1]张小丽,张静云,陈瑞明等.盆腔炎到混合菌液致大鼠慢性盆腔炎的治疗作用的实验研究[J].中药药理与临床,2005,21(2):37-40
- [2]Beigi R H.W iesenfeld H c.Pelvic inflammatory disease new diagnostic criteria and treatment[J].Obstet ym ol Clin NorthAm,2003,30(4):777
- [3]陈志霞,黄健玲.中医药治疗慢性盆腔炎湿热瘀结证研究进展[J].中国中医药信息杂志,2006,10(1):23
- [4]栗双禹.盆腔炎病原体及其药物检测分析[J].现代妇产科进展,2003,12(2):142

编号: ER-10071901 (修回: 2010-08-21)

加味温胆汤治疗单纯性肥胖症 52 例临床观察

Clinical observation on treating 52 cases of simple obesity with Jiawei Wendan decoction

黄慧芹

(北京市第六医院, 北京, 100007)

中图分类号: R589.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0058-02 证型: GD

【摘要】目的: 观察加味温胆汤治疗单纯性肥胖症的临床疗效。方法: 给予 52 例单纯性肥胖症患者口服加味温胆汤, 治疗 12 周后观察比较体重、体重指数、腰围、TC、TG、HDL、LDL 的变化。结果: 治疗后体重、体重指数、腰围、TC、TG、LDL 下降, 差异有统计学意义 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。HDL 升高有显著意义 ($P<0.01$)。结论: 加味温胆汤治疗单纯性肥胖症疗效确切。

【关键词】单纯性肥胖症; 加味温胆汤; 中药治疗

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of treating simple obesity with Jiawei Wendan decoction. Methods: 52 patients with simple obesity were given Jiawei Wendan Tang. The changes of weight, BMI, waistlines, TC, TG, HDL, LDL were observed after 12 week's. Results: The weight, BMI, waistline, TC, TG, LDL are decreased ($P<0.05$ 或 $P<0.01$), HDL increased after treatment ($P<0.01$). Conclusion: Treating simple obesity with Jiawei Wendan decoction has a good effect.

【Keywords】Simple obesity; Jiawei Wendan decoction; TCM therapy

近年来随着生活水平的提高, 肥胖症的患病率呈迅速上升的趋势, 肥胖症的治疗也日益受到人们的重视。笔者自 2006 年以来, 应用加味温胆汤治疗单纯性肥胖症 52 例, 获得了满意疗效, 现总结于下。

1 临床资料

1.1 一般资料

52 例均为单纯性肥胖症患者。其中男性 13 例, 女性 39 例。年龄 24~70 岁, 其中 40 岁以下 16 例, 40~50 岁 24 例, 50 岁以上 12 例。I 度肥胖 30 例, II 度肥胖 22 例。单纯总胆固醇 (TC) 增高者 11 例, 单纯甘油三酯 (TG) 增高者 8 例, TC、TG、均增高者 14 例, 单纯高密度脂蛋白 (HDL) 降低者 2 例。

1.2 诊断标准

参照国际肥胖特别工作组 2003 年亚太地区肥胖诊断标准, 体重指数 $BMI = (\text{kg}) / \text{身高}(\text{m})^2$ 。18.5 $< BMI < 22.9$ 为正常; 23.0 $\leq BMI < 24.9$ 为超重; 25.0 $\leq BMI < 29.9$ 为 I 度肥胖, $BMI \geq 30.0$ 为 II 度肥胖。凡 $BMI \geq 25.0$, 排除下丘脑病变及其他内分泌疾病, 列为观察对象。

2 治疗方法

基本方: 半夏、竹茹、枳实、陈皮、泽泻、石菖蒲、远志各 10g, 茯苓 15g, 生姜 5 片, 甘草 6g, 大枣 3g。伴有纳差、乏力者加党参、白术各 10g; 水肿明显者加猪苓 10g, 冬瓜皮 30g; 多食、便秘者加枳实 10g, 生大黄 6g。每日 1 剂, 水煎 2 次, 各取药汁 100ml, 混合后早晚分 2 次服。4 周为一疗程, 间隔 1 周后进行下一疗程。共治疗 3 个疗程。

3 疗效判定标准

按照 1998 年全国中西医结合肥胖病研究学术会议制定的单纯性肥胖病的疗效评定标准。近期临床痊愈: 体重下降已达到标准体重或超重范围, 显效: 体重下降 $\geq 5\text{kg}$; 有效: 体重下降 $\geq 3\text{kg}$; 无效: 体重下降 $< 3\text{kg}$ 。

4 统计学处理

应用 SPSS15.0 统计软件。平均数 $\bar{x} \pm s$ 表示。采用 t 检验。

5 结果

5.1 52 例患者中, 治疗后近期临床痊愈者 9 例, 显效 27 例, 有效 13 例, 无效 3 例, 总有效率 94.2%。

5.2 治疗前后体重、体重指数比较 (见表 1)。

表 1 治疗前后体重、体重指数、腰围比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

	体重	体重指数	腰围
治疗前	78.2 $\pm$ 10.4	29.9 $\pm$ 3.0	92.7 $\pm$ 10.9
治疗后	71.9 $\pm$ 10.0*	27.5 $\pm$ 2.9*	88.1 $\pm$ 10.5**

注: 与治疗前比较, * $P<0.01$, ** $P<0.05$ 。

5.3 治疗前后 TC、TG、HDL、LDL 比较 (见表 2)。

表 2 治疗前后 TC、TG、HDL、LDL 比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

	TC	TG	HDL	LDL
治疗前	6.25 $\pm$ 1.02	2.39 $\pm$ 1.27	1.31 $\pm$ 0.27	3.66 $\pm$ 0.81
治疗后	5.36 $\pm$ 0.95*	1.88 $\pm$ 1.01*	1.43 $\pm$ 0.33*	3.25 $\pm$ 0.87*

注: 与治疗前比较, * $P<0.01$ 。

6 讨论

中医学认为,肥胖症多为本虚标实、虚实夹杂之证。本虚,主要是指脾胃气虚;标实,是以膏脂、痰浊为主,常兼有水湿、气滞、血瘀等。而膏脂、痰浊是由于脾胃运化功能失常,津液不布,水液痰浊停聚而成。

因此,化痰浊,利水湿当为治疗基本法则,应贯穿于治疗的始终。温胆汤是中医燥湿祛痰的著名方剂。方中半夏燥湿化痰和胃;茯苓健脾渗湿;竹茹清热化痰;枳实、陈皮行气消痰;甘草、大枣补益中气,以阻断生痰之源,并能调和药性;泽泻清热利湿;菖蒲、远志化痰开窍。诸药合用,共奏健脾利湿,和胃化痰,降脂祛浊,调畅气机之功。药理研究表明,枳实、陈皮有促进胃运动,加速胃排空,清除肠内容物的作用^[1]。半

夏有显著的降血脂功效,能降低大鼠 TC、LDL 及 LDL 与 HDL 的比值,阻止或延缓高脂血症的形成^[2]。生姜提取物有较强的降血脂和抗动脉硬化作用^[3]。

参考文献:

- [1]张启荣,李莉,陈德森等.厚朴,枳实,大黄,陈皮对兔离体胃底平滑肌的影响[J].中国中医药科技,2008,15(4):279-280
- [2]陈凌云,杨国祥.半夏药理研究概况[J].云南中医学院学报,1997,20(4):17-19
- [3]彭平健.生姜的药理研究和临床运用[J].中国中药杂志,1992,17(6):370

编号: E-10061234 (修回: 2010-08-06)

悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性

睡眠呼吸暂停低通气综合征的临床观察

Clinical observation on treating

OSAHS by uvulopalatopharyngoplasty surgery

李冬枝 刘葛音

(河南省郑州市中心医院,河南 郑州,450007)

中图分类号: R563.8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0059-02 证型: GBDI

【摘要】 目的: 探讨悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (OSAHS) 的临床疗效。方法: 对 100 例 OSAHS 患者行悬雍垂腭咽成形术观察其疗效。结果: 100 例患者 90 例治愈, 好转 6 例, 总有效率 96%。结论: 悬雍垂腭咽成形术治疗 OSAHS 疗效显著。

【关键词】 悬雍垂腭咽成形术; 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 临床观察

【Abstract】 Objective: To investigate clinical effects of treating OSAHS by uvulopalatopharyngoplasty surgery. Method: To observe effects of uvulopalatopharyngoplasty surgery to 100 cases of patients with OSAHS. Results: 90 cases were cured in 100 cases of patients, 6 cases improved, the total effective are 96%. Conclusion: Treating OSAHS by uvulopalatopharyngoplasty surgery has a good effect.

【Keywords】 Uvulopalatopharyngoplasty surgery; OSAHS; Clinical observation

我科自 2008 年 6 月~2009 年 6 月行悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (OSAHS) 100 例, 疗效显著。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

病例的选择: 100 例 OSAHS 患者均选择阻塞平面在口咽部, 黏膜组织肥厚致咽腔狭小、悬雍垂肥大或过长、软腭过低过长, 扁桃体肥大或重度中以口咽部狭窄为主者; 100 例患者中, 男 78 例, 女 22 例, 年龄 25~62 岁, 平均年龄 46 岁; 病程 6 个月~20 年。100 例 OSAHS 患者均有不同程度的白天嗜睡、乏力、工作效率下降、睡觉时间增多、睡眠时不解乏、睡

眠时间歇性打鼾、憋气、张口呼吸等症状; 其中, 重度 OSAHS 患者 64 例, 中度 OSAHS 患者 36 例。

1.2 监测方法

100 例患者术前均采用 YH-2000A 型多导睡眠呼吸监测系统监测: 同步、连续地记录整晚 6~7 小时睡眠过程中患者脑电图、眼电图、肌电图、口鼻呼吸气流、鼾声响度、胸式呼吸、腹式呼吸、血氧饱和度、心电图、心率、整晚睡眠呼吸暂停、低通气或其他呼吸障碍发生时间及持续时间等进行监测。全组数据均经 SW-SM2000C 多导睡眠分析系统软件采集和分析, 并经人工重新分析修正。重度 OSAHS 患者术前采用持续气道正压通气 (CPAP) 治疗 1~2 周。

1.3 手术方法

术式采用韩德民悬雍垂腭咽成形术(H-UPPP)术式:患者取仰卧头后伸位,全麻插管成功后,开口器扩开口腔,剥离切除双侧扁桃体,纱球压迫止血或采用双极电凝止血;然后分别于悬雍垂两侧近倒U形切开软腭口腔面黏膜,软腭切除最高点根据OSAHS轻、中、重度取不同位置,其中中度的最高点位置位于上颌后磨牙平行向内与软硬腭中线的连线,重、轻度则分别位于上颌后磨牙与软硬腭中线的连线向上、下 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ^[1];切开软腭黏膜后钝性分离、切除黏膜下腭帆间隙多余脂肪组织,保留腭帆张肌与腭帆提肌;沿悬雍垂两侧切开软腭咽面黏膜、切除咽侧壁咽腭弓、舌腭弓与软腭相接处多余部分黏膜。对位缝合咽腭弓、扁桃体窝与舌腭弓,软腭及悬雍垂咽面与舌面黏膜,以提高咽部组织张力,扩大咽腔。术后24小时心电监护;术后应用抗菌药物5~7天,并配合短期使用肾上腺糖皮质激素(地塞米松)及雾化吸入等对症治疗;术后7~9天拆线。

2 结果

术后半年复查90例治愈,6例好转,总有效率96%;长期疗效有待进一步观察。

3 讨论

OSAHS患者临床症状主要表现为:不同程度的白天嗜睡、困倦乏力、注意力不集中、记忆减退、工作效率下降、脾气暴躁、睡觉时间增多、睡眠时不解乏、性功能减退、睡眠时间歇性打鼾、频繁的呼吸暂停、憋气、张口呼吸等症状。如果长期得不到适当的治疗,会引起:心血管疾病可发生于任何年龄,但以中年肥胖男性发病率最高。

OSAHS患者的特点是由于睡眠过程中上呼吸道的阻塞狭窄导致反复发生的呼吸暂停和低通气,并引起睡眠紊乱和低氧血症,进而引起一系列的病理生理变化。多导睡眠监测图(PSG)是国际上公认的诊断OSAHS的“金标准”(诊断标准:PSG监测每夜7小时睡眠过程中呼吸暂停及低通气反复发作30次以上,或睡眠呼吸暂停和低通气指数 ≥ 5)^[2]。

OSAHS轻、中、重度诊断标准分别为:呼吸暂停低通气指数(AHI)(次/小时): $5 \sim 20$ 、 $21 \sim 40$ 、 >40 。夜间最低 $\text{SaO}_2\%$: $85 \sim 89$ 、 $80 \sim 84$ 、 <80 。OSAHS的致病因素主要有:鼻部原

因:鼻中隔偏曲、鼻息肉、鼻甲肥大、鼻黏膜充血肥厚、慢性鼻炎等;咽部因素:扁桃体肥大、腺样体肥大、悬雍垂肥大或过长、软腭肥大低垂、舌体肥大等;先天性解剖畸形:下颌骨发育畸形、下颌偏小、下巴内收等;另外还有机械性原因:肥胖、脖子粗短;内分泌疾病:甲状腺功能减退症;肢端肥大症:舌体增生肥大;饮酒及服用镇静安眠药;吸烟、遗传、性别、年龄等。悬雍垂腭咽成形术的手术适应症为阻塞平面在口咽部,黏膜组织肥厚致咽腔狭小、悬雍垂肥大或过长、软腭过低过长,扁桃体肥大或重度OSAHS中以口咽部狭窄为主者;重度OSAHS患者术前采用持续气道正压通气(CPAP)治疗1~2周病情改善后方可手术。以解除口咽部狭窄为目的的H-UPPP较国内外传统的UPPP有更为突出的优越性,就是充分扩大咽腔,消除口咽部的阻塞因素,且同时能良好保持口咽部的解剖生理功能。

避免了国内外传统UPPP有可能造成鼻咽腔狭窄、闭锁、鼻腔返流、开放性鼻音等并发症的弊端。在切除部分软腭组织的同时,切除双侧扁桃体,扩大口咽腔,使松弛肥厚塌陷的咽侧壁达到一定的紧张度。

重度OSAHS患者因夜间反复出现呼吸暂停,导致长期处于夜间低血氧和睡眠严重不足的病理状态下,对手术和麻醉药物的耐受性明显下降,特别是伴有高血压等合并症情况下,手术危险性更大;CPAP通过持续正压机械通气的方式可以防止OSAHS患者睡眠时出现的上呼吸道阻塞,即阻塞性呼吸暂停,CPAP可使患者睡眠时上呼吸道的左右径明显增宽;并能纠正患者夜间低血氧、改变睡眠结构、增强呼吸驱动性;能有效地减少术后并发症的发病几率。

参考文献:

- [1]孙彦,李娜,杨松凯等.耳鼻咽喉头颈外科手术技巧[M].北京:科学技术文献出版社,2004,9:198-199
- [2]孔维佳.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2005,8:174

作者简介:

李冬枝,女,郑州市中心医院副主任医师。

编号:EA-100601801(修回:2010-08-16)

中医防治甲流有疗效

“中医对‘热病’的预防和治疗,历史已证明其疗效。甲流对展示中医药科学性和有效性而言,是一个难得的机遇。”8月13日,在卫生部新闻宣传中心召开的甲型H1N1流感防控媒体说明会上,北京朝阳医院院长王辰肯定了中医药在甲流防控工作中的积极作用。

世界卫生组织8月10日宣布全球进入“流感大流行后期”,即指大多数国家甲流活动水平已恢复到季节性流感水平,但并不意味甲流病毒完全消失。据监测统计,近期我国内地甲流活动维持在较低水平。

据专家介绍,在治疗甲流过程中,研究人员特别对中医药疗效作了科学观察,以现代科学的方法证实一些中药汤剂和其他剂型能改善患者的症状,包括减少发热时间、减轻症状等。中医药为防控甲型H1N1流感提供了更为价廉、有效的药物,发挥了简便验廉优势。

(张聪//中国中医药报)

维胺酯联合中药面膜治疗中重度痤疮临床疗效观察

To observe the clinical effect of treating moderate
to severe acne by viaminati combined plus TCM mask

刘 燕¹ 王志兰²

(1.江苏省盐城市疾病预防控制中心, 江苏 盐城, 224001;

2.江苏省扬州市宝应县皮肤病防治所, 江苏 扬州, 225800)

中图分类号: R758.73+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0061-03 证型: IDGA

【摘要】 目的: 观察口服维胺酯联合中药面膜治疗中、重度痤疮的效果。方法: 选择 104 例中、重度痤疮患者, 常规口服维胺酯配合 3 天一次中药面膜 20g (黄连、黄芩、黄柏等分研磨成粉备用) 外敷, 3 周一疗程, 并与单用口服维胺酯 96 例比较观察疗效。结果: 第 1 疗程、第 2 疗程治疗组有效率均高于对照组, 差异有显著性 ($P < 0.01$); 第 1 疗程治疗组与第 2 疗程对照组的有效率差异无显著性 ($P > 0.05$), 第 1 疗程治疗组的疗效与第 2 个疗程对照组的疗效无明显差别, 说明外敷中药面膜可缩短疗程, 减少治疗周期。结论: 口服维胺酯联合中药面膜外敷对中、重度痤疮可提高疗效、缩短疗程, 且简便易行, 值得推广。

【关键词】 痤疮; 维胺酯; 黄连; 黄芩; 黄柏; 面膜

【Abstract】 Objective: To observe the effect of treating moderate to severe acne by viaminati combined plus TCM facial mask. Methods: 104 patients of moderate to severe acne patients using conventional oral viaminati and 3 days a herbal mask 20g (Coptis, Scutellaria, Phellodendron and so on is grounded into flour) for external application, 3 weeks a course, comparing the efficacy with 96 patients who take viaminati only. Results: The effective rate of the first and second course treatment group is higher than the control group, the difference is significant ($P < 0.01$); there is no significant difference between the effective rate of the first course of treatment group and the second course of the control group ($P > 0.05$), and there is no significant difference in the efficacy of them which shows that external application of Chinese medicine mask can shorten the course of treatment, reduce the treatment period. Conclusion: Oral viaminati joined external application with Chinese medicine mask on the moderate and severe acne can improve efficacy, shorten treatment, and be simple, worthy of promotion.

【Keywords】 Acne; Viaminati; Coptis; Scutellaria; Corktree; Mask

痤疮是影响美容的常见病、多发病, 随着生活水平的提高, 痤疮的发病率逐年增加, 求治者心情迫切, 单纯药物治疗周期长, 患者依从性差, 我们口服维胺酯联合中药面膜治疗取得较好的效果, 现总结如下:

1 材料和方法

1.1 标准

1.1.1 入选标准

按寻常痤疮改良的国际标准分类法^[1]分级, 把痤疮分为 I ~ IV 度:

I 度 (轻度) 主要表现为黑头或白头粉刺或炎性丘疹;

II 度 (中度) 为 I 度基础上炎性皮疹增多和伴有脓疱, 总皮损数 30 ~ 50 个;

III 度 (重度) 为有大量丘疹脓疱, 炎性损害面积广, 总皮损数 30 ~ 50 个, 结节 < 3 个;

IV 度为 III 度基础上皮损进一步加重, 总皮损数 > 100 个, 结节 > 3 个, 伴有囊肿和形成瘢痕。

入选病例都符合痤疮诊断标准, 年龄在 15 ~ 45 岁的寻常痤疮患者, 性别不限, 病情程度为 II ~ III 度, 即有黑、白头粉

刺、有散在浅在性脓疱和炎性丘疹和有少量深在炎性结节的, 中重度病情的, 太轻的 I 度及较重的 IV 度均不在此例。

1.1.2 排除标准

糖皮质激素和抗生素治疗停药少于 4 周, 外用糖皮质激素停药少于 2 周, 外用维 A 酸类药物停药少于 2 周者, 妊娠或哺乳期妇女, 肝肾功能不全者, 瘢痕体质者, 审美要求过高者。

1.1.3 剔除标准

①治疗期间自行内服其它治疗痤疮药物者;

②未完成疗程者和未按规定时间随访者。

1.1.4 临床病例

试验组: 104 例, 其中男 62 例, 女 42 例, 年龄 19 ~ 38 岁, 平均 24.6 岁, 病程 3 个月 ~ 5 年; 对照组: 96 例, 其中男 51 例, 女 45 例, 年龄 19 ~ 43 岁, 平均 28.4 岁, 病程 2 个月 ~ 6 年。

两组患者性别、年龄、病程、病情严重程度无显著差异, 提示治疗组与对照组具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

试验药物: ①维胺酯胶囊 (山东良福制药有限公司生产),

每粒 25mg。

②中药面膜（黄连、黄芩、黄柏等分研磨成粉备用）。

试验组：口服维胺酯胶囊 25mg，每次 1 片，每日 3 次，外用莫匹罗星软膏，并配合中药面膜 20g 用温水调成糊状外敷 20 分钟，在敷中药前，先清洁皮肤，用碘伏消毒后分批逐步对一些粉刺、黑头、脓疱或炎性结节用粉刺针刺破表皮清除粉刺或脓液后再敷药，中药膜每 3 天做一次。

对照组：口服维胺酯胶囊 25mg，每次 1 片，每日 3 次，外用莫匹罗星软膏。一个疗程均为 3 周后观察效果。

1.2.2 统计方法

采用卡方检验标准。

1.2.3 疗效观察和评定标准

根据临床症状和体征改善程度，计算疗效指数，判断临床疗效。

痤疮病情评分按：粉刺<8 个为 0 分，8~20 个为 1 分，21~30 个 2 分，31~50 个为 3 分，>50 为 4 分；丘疹<3 个为 0 分，4~8 个为 1 分，9~15 个为 2 分，16~30 个为 3 分，>30 个为 4 分；无脓疱为 0 分，1~3 个 1 分，4~5 个 2 分，6~20 个为

3 分，>20 个为 4 分；无结节囊肿为 0 分，1~3 个为 3 分，>3 个为 4 分。上述各种皮损的积分相加为总积分。

观察指标：在治疗前及用药后 3 周分别计数非炎性皮损（黑头粉刺和白头粉刺）和炎性皮损（丘疹、脓疱及结节）的数目及其总数，治疗结束时计算疗效指数，疗效指数=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分×100%。

疗效判定标准：痊愈为疗效指数≥90%；显效为疗效指数 51%~89%；进步为疗效指数为 20%~50%；无效为疗效指数<20%；痊愈加显效例数的百分计为有效率。

2 结果

2.1 治疗前后皮损改善情况

治疗 3 周后治疗组有效率为 73.1%，高于对照组 42.7%，两组间有效率差异有显著性 $\chi^2=18.96$ ($P<0.01$)；治疗 2 个疗程后，治疗组有效率还是远高于对照组 $\chi^2=35.3$ ($P<0.01$)；随着治疗时间的延长，各组的疗效都较第 1 个疗程效果好。

第 1 个疗程的治疗组的有效率达 73.10%，与第 2 个疗程的对照组显效率两者差异无显著性， $\chi^2=0.12$ ($P>0.05$)。

表 1 维胺酯联合中药面膜治疗痤疮疗效比较。（例%）

级别	例数	1 个疗程					2 个疗程				
		痊愈	显效	有效	无效	显效率	痊愈	显效	有效	无效	显效率
治疗组	104	36	40	28	0	73.1	82	15	7	0	93.3
对照组	96	16	25	45	10	42.7	45	23	24	4	70.28

2.2 不良反应

不良反应为唇部干燥、皮肤干燥、皮肤轻度黄染和挑刺时的皮肤疼痛。

3 讨论

痤疮是一种多因素的疾病，主要与皮脂分泌过多、毛囊皮脂腺导管的堵塞、细菌感染（主要是痤疮丙酸杆菌和金黄色葡萄球菌）和炎症的产生有关。由于皮损常见于面部，病程迁延反复，又易引起色素沉着、瘢痕等后遗症，患者不胜其扰。轻度痤疮可通过少食油腻甜食、局部清洁或配合外用药物就可取得较好治疗效果。对中度以上的患者一般都需系统治疗。

维胺酯胶囊在国内应用多年，属于第 1 代维 A 酸类药物，化学名为 N-(4-乙氧基苯基) 维 A 胺，口服有促进上皮分化与生长、抑制皮脂腺导管角化过度、抑制皮肤腺分泌，抑制痤疮丙酸杆菌生长的作用，治疗周期为 1~3 个月，治疗痤疮有效率达 73.3%~80%^[2-3]，是治疗中、重度痤疮的首选口服药物。

微生物的感染是痤疮的重要发病因素之一，以痤疮丙酸杆菌感染为主，其次为卵圆形糠秕孢子菌、金黄色葡萄球菌及白色葡萄球菌，青春期后，雄激素及代谢产物的增多，皮脂腺活性增强，使得皮脂腺分泌旺盛，毛囊内寄生的细菌大量繁殖，痤疮丙酸杆菌可产生一种低分子肽的因子，导致中性粒细胞在毛囊内聚集，释放各种介质引起炎症反应^[4]。口服抗生素是治疗中重度痤疮的方法之一，四环素、米诺环素常被使用，它能抑制痤疮丙酸杆菌的繁殖并有非特异抗炎作用。但由于疗程长

要 6 周以上、副作用较多-胃肠道不适、菌群失调、肝功能损伤、超敏反应综合症等、耐药因素，患者往往难以坚持，依从性差^[5]。用三黄粉药膜外敷，可针对感染和炎症此重要发病环节。因为中药面膜的成分为黄连、黄芩、黄柏，黄连具有清热燥湿、泻火解毒作用，对多种革兰氏阳性菌和革兰氏阴性菌及皮肤真菌有抑制作用。黄芩具有：

①抗菌、抗病毒作用：体外对多种革兰氏阳性菌，阴性菌有抑制作用。

②抗炎作用：与其抑制组胺释放及抗花生四烯酸代谢有关，从而减轻炎性介质扩张血管、增加血管壁通透性及白细胞的趋化作用。黄柏抗菌谱和抗菌效力与黄连相似，另外还有促进皮下渗血吸收的作用^[6]。

用三种药物联合应用做成药膜外敷可提高其抗菌效力，对促进面部痤疮炎症的吸收，防止挑刺黑头、白头粉刺后的感染，抑制炎性丘疹再生都起到很好的作用，且避免了口服抗生素的副作用，减少了耐药的发生。

试验组的疗效无论是第一个疗程还是第二个疗程都远高于对照组，且治疗组第 1 个疗程与对照组的第 2 个疗程的疗效差异无显著性，说明利用维胺酯配合中药面膜治疗痤疮，可提高疗效，缩短疗程和治疗时间，增加患者依从性。随着疗程时间的延长，实验组疗效的优势越明显，特别是对含有脓疱、粉刺的痤疮，通过消毒，挤出粉刺、脓液，再敷药膜可起到立竿见影的效果，且有消除炎症、预防感染、减少油脂分泌的作用，患者易于接受。通过多年观察，我们发现外敷中药面膜具有

疗效稳定、持久、副作用少的优点。但中药膜有黄染皮肤的作用,治疗前与患者做好沟通,以后经多次清洗后黄染皮肤会恢复。对皮肤干燥、唇部干燥的患者要求多喝水,多吃水果蔬菜,外搽保湿水乳可缓解症状。值得提醒的是:对危险三角区内的炎性丘疹不要挤压,防止炎症沿窦腔上沿至颅内感染引起脑膜炎。另外,要嘱咐患者平时注意清洁皮肤,少食脂肪、糖类、烟酒、辛辣食物,多吃新鲜水果和素菜,保持大便通畅,禁用粉质类化妆品,保持情绪稳定乐观。

综上所述:维胺脂口服配合中药面膜治疗中、重度痤疮可提高疗效、缩短疗程,且对有炎性丘疹、脓疱、结节等炎症性皮肤病疗效更好,简便易行,值得推广。对于囊肿性痤疮患者的疗效还要进一步继续观察和研究。

参考文献:

- [1]赵辨.临床皮肤病学[M].南京:江苏科技出版社,1990:833-835
- [2]孙蔚斌.维胺酯胶囊和全反式维 A 酸霜治疗寻常痤疮临床疗效观察[J].临床皮肤科杂志,2004,33(7):439-400
- [3]沈献平,桑红,倪容之等.维胺酯与异维 A 酸对照治疗寻常痤疮[J].中华皮肤科杂志,2003,36(5):295
- [4]张华黎,王威.多西环素联合维胺酯治疗痤疮疗效观察[J].中国美容医学,2006,15(4):445
- [5]郝飞.痤疮的系统抗生素疗法[J].临床皮肤科杂志,2008,37(9):618-619
- [6]王本祥,马金凯,邓文龙等.现代中药药理学[M].天津:科学技术出版社,1997:302-311

编号:EA-100629863(修回:2010-08-20)

麝香保心丸辅助治疗病态窦房结综合征 27 例疗效分析

Effective analysis of treating 27 cases of sick sinus syndrome with HMP

王中凯

(河南省平顶山平煤医疗集团一矿医院,河南 平顶山,467000)

中图分类号:R256.21 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)16-0063-02 证型:GBD

【摘要】目的:探讨麝香保心丸辅助治疗病态窦房结综合征的临床效果。方法:选择我院 2006 年 12 月至 2009 年 12 月病态窦房结综合征 53 例,将以上患者随机分为两组,观察组和对照组。两组患者均给予一般治疗,充分休息、适当活动、病程严重者要卧床休息,低流量吸氧,低脂低盐饮食等。对照组患者给予山莨菪碱 5mg 口服,每天 2 次,应用 3 个月。观察组在对照组用药基础上口服麝香保心丸,每次 2 粒,每天 3 次,应用时间为 3 个月。结果:两组患者总有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:在西药常规治疗基础上,应用麝香保心丸能够显著改善病态窦房结综合征患者临床症状,临床效果显著,值得借鉴。

【关键词】病态窦房结综合征;麝香保心丸;疗效分析

【Abstract】 Objective: To investigate clinical effects of treating sick sinus syndrome with HMP. Methods: To choose December 2006~December 2009 the 53 patients with sick sinus syndrome, randomly divide into two groups, observe group and control group. All patients were given general therapy, adequate rest, appropriate activities, in severe cases of bed rest duration, low-flow oxygen, and low-fat low-salt diet. Taking oral the anisodamine 5mg in control group, 2/d, and applied of 3 months. Based on control group taking oral HMP in observe group, 2 capsules/times, 3/d, applied of 3 months. Result: Compare two group patient the total efficiency rate, has a significant difference ($P<0.05$). Conclusion: Based on the western medicine, treating 27 cases of sick sinus syndrome with HMP has a good effect, is worth being clinically applied.

【Keywords】 Sick sinus syndrome; HMP; Effective analysis

根据病态窦房结综合征的临床症状特征,病态窦房结综合征多属于中医“心悸”、“怔忡”等病范畴。在西医中,病态窦房结综合征主要特征为心动过缓,是因为窦房结和其周围组织病变而引起的窦房结起搏功能和窦房传到障碍,进而引起临床症状。本文在西药治疗基础上,应用麝香保心丸治疗病态窦房结综合征,观察其治疗效果,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择我院 2006 年 12 月至 2009 年 12 月病态窦房结综合征 53 例,以上患者阿托品试验阳性,同时符合动态心电图检查中

的一项:窦性心动过缓,心率小于 40 次/分,持续时间大约 1 分钟;二度 2 型窦房阻滞,伴有交界区心律;窦性停搏大于 2 秒,伴有交界区心律;患者窦性心动过缓伴有阵发性房颤、房扑等。将以上患者随机分为两组,观察组和对照组。其中观察组 27 例,男 16 例,女 11 例,年龄 41~76 岁,平均年龄为 58.3 $\pm$ 8.6 岁,病程 4 个月~7 年,平均病程为 3.4 $\pm$ 1.5 年,原发疾病:冠心病 15 例,风湿性心脏病 2 例,扩张型心肌病 3 例,高血压性心脏病 7 例。以上患者心电图类型均为心率缓慢失常型。对照组患者 26 例,男 15 例,女 11 例,年龄 40~77 岁,平均年龄为 57.1 $\pm$ 9.4 岁,病程 5 个月~7 年,平均病程为 3.2 $\pm$ 1.6 年,原发疾病:冠心病 14 例,风湿性心脏病 3 例,扩张

型心肌病 2 例, 高血压性心脏病 7 例。以上患者心电图类型均为心率缓慢失常型。两组患者在性别、年龄、病程、原发病等方面比较, 差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 方法

两组患者均给予一般治疗, 充分休息、适当活动、病程严重者要卧床休息, 低流量吸氧, 低脂低盐饮食等。

对照组患者给予山莨菪碱 5mg 口服, 每天 2 次, 应用 3 个月。

观察组在对照组用药基础上口服麝香保心丸, 每次 2 粒, 每天 3 次, 应用时间为 3 个月。观察两组患者在治疗期间临床症状改善情况, 采用心电图和动态心电图进行定期监测。

1.3 临床疗效评定标准

显效: 患者主要临床症状消失; 动态心电图监测 24 小时平均窦性心率比治疗前提高大于 10 次/分, 与病窦有关的心律

失常全部消失或明显改善; 治疗后阿托品试验阴性或窦性心律或者窦性心率提高大于 15 次/分提高>15 次/分。

有效: 患者主要临床症状部分消失; 动态心电图 24 小时监测平均心率(窦律)比治疗前提高大于 5 次/分; 与病窦有关的心律失常有不同程度的改善; 阿托品试验中窦律比治疗前提高大于 10 次/分。

无效: 以上指标检查没有改善。

1.4 统计学处理

对两组患者所得数据建立数据库, 采用统计学软件 SPSS 13.0 进行统计学分析, 率的比较采用卡方检验, $P<0.05$ 显示差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者治疗后进行临床效果评定, 结果见表 1。

表 1 两组患者治疗后临床效果评定结果

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	26	14	5	7	73.10%
观察组	27	19	6	2	92.50%

注: 两组患者总有效率比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨 论

病态窦房结综合征是指窦房结及其周围组织的器质性病变, 使激动的形成或传导发生障碍缓为主要特征的多种心律失常和症状的综合征。表现为持续性的窦性心动过缓、窦房传到阻滞、窦性停搏和心动过缓-心动过速综合征, 这些与患者的生理状况不相适应, 窦房综合征可发生于任何年龄, 但多见于老年人。中医没有病态窦房结综合征病名, 病态窦房结综合征可归属于中医的心悸、怔忡、眩晕、晕厥等范畴^[1]。病态窦房结综合征中医证型分布中心肾阳虚型较常见, 其次为气虚痰瘀型。目前其治疗主要是应用西药阿托品、氨茶碱、异丙肾上腺素等, 但是疗效有限也不持久, 副作用也较多, 如果安装相关器械治疗, 增加了患者的治疗成本。本文在常规西药治疗基础上, 采用中药麝香保心丸治疗病窦综合征, 观察其治疗效果。

麝香保心丸属于纯中药制剂, 主要有人参、麝香、冰片、肉桂、蟾酥、苏合香脂及牛黄组成。具有芳香温通, 益气强心作用^[2-3]。现代药理学表明, 麝香保心丸能够扩张冠脉血管, 增加冠脉血管的灌注量, 提高心肌的能量代谢, 能够消除氧自由基, 对损伤心肌有保护作用, 对心脏传导系统病理改变有延缓

作用, 从而减少心律失常发生, 改善心律失常患者临床症状, 还有研究表明, 麝香保心丸能够提高自主神经的调节能力。孙海英等^[4]研究发现, 麝香保心丸在一定范围内可提高缓慢性心律失常患者平均心率水平, 同时减少快速性心律失常发作, 减轻心肌缺血, 改善临床症状。

在本文中, 应用麝香保心丸辅助治疗病窦综合征, 患者的临床症状得到有效改善, 临床治疗效果显著, 总有效率高于常规治疗, 值得临床借鉴。

参考文献:

- [1]徐鸿华. 参松养心胶囊治疗病态窦房结综合征 22 例疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(1): 75-76
- [2]宋华. 麝香保心丸的药理研究与临床评价[J]. 中成药, 2002, 24(2): 131-132
- [3]戴瑞鸿. 麝香保心丸的作用机理研究进展与临床评价[J]. 中国社区医师, 2006, 22(6): 26-27
- [4]孙海英, 陈静, 张煜. 麝香保心丸治疗老年缓慢性心律失常疗效观察[J]. 中成药, 2004, 26(B12): 44-45

编号: EA-100617837 (修回: 2010-08-24)

百项亚健康中医调理

技术项目名单公布

经中华中医药学会和中和亚健康服务中心的征集和评选, 8 月 19 日, 2009 年度百项亚健康中医调理技术项目名单公布, 小儿预防感冒发热项目等 12 项技术成为首批入选技术。

本次评审经形式、内容和学术 3 方面, 恒神气头部经络养护技术、小儿养生脾胃养护项目、女性产后养护项目、老人关节养护项目、扶阳罐温刮温灸亚健康调理技术、中和温体通络祛痰利湿降脂术等 12 项亚健康中医调理技术以其创新性、科学性、安全性、有效性及可推广性方面的优势, 在 78 项申报技术中脱颖而出。

据了解, 第二批项目评选正在进行中, 所有入选项目将在今年 9 月举办的“中医中药中国行·文化科普宣传周-中医药养生保健体验展”中展出。

(冯磊 谭欣//中国中医药报)

我国当代针灸理论的发展与临床实践的发展探讨

To investigate the developing of
acupuncture theory and clinical practice in present

陈 延

(湖南省常德市常德职业技术学院, 湖南 常德, 415000)

中图分类号: R245 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0065-01

【摘 要】 本文就针灸在临床医学中的重要性, 从针灸理论的发展现状以及临床医疗所存在的若干问题进行分析 and 探讨, 找出完善针灸医疗法的若干意见和建议。

【关键词】 针灸; 临床实践; 探讨

【Abstract】 This article on the importance of acupuncture in clinical medicine, to analyze and investigate the questions from development of acupuncture theory as well as the existence of a number, to find out the perfect number of acupuncture health care law advice and recommendations.

【Keywords】 Acupuncture; Clinical practice; Investigate

1 当代针灸理论发展的现状

传统医学宝库中最古老的科学当属针灸学, 旧石器时代起, 针灸学就已生根发芽, 战国时代, 《黄帝内经》就已深入论证了经络、腧穴、针灸的适应症和禁忌症治疗原理, 以经络学说为中心的针灸理论体系基本形成。三千年前, 医家已开始初步总结针灸临床经验。后因西洋医学的传入, 针灸医学受到摧残, 一度奄奄一息。随着新中国的成立, 中医学事业不断复兴和发展, 针灸学随之开始普及和发展, 中医学院先后在各地成立, 并建立了专门机构从事针灸的研究^[1]。近年来, 大多中医学院开设了针灸系, 造就了很多的高级针灸专门人才, 针灸已在全国范围内开始普及^[2]。八十年代以后, 针灸不断推陈出新, 比如激光疗法、微波针灸、红外线疗法等等, 针灸的实验探讨也日新月异。其他国家的医疗保健事业也因为我国传统针灸医学的渗入而稳步发展。众多国家不但医院里配有专门针灸科, 还相继成立了研究针灸的专门机构及针灸学院等。国际性针灸学术会议也多次召开, 世界针灸联合会于八七年成立。世界卫生组织的数据统计, 针灸可治疗的疾病约 300 多种, 疗效佳的约 100 多种, 可完全治愈的约 67 种。可以说针灸医学是世界各国人民的共同财富。

2 针灸临床存在的问题

鉴于我国的针灸医学的现状, 其前景不容乐观。针灸临床仍存在诸多不可轻视的问题。取穴不准。取穴定位精确是针灸最基本的要求。当前很多针灸临床医生取穴都不准, 其根本原因是取穴准确性的重要性不被重视。不能治神。治神^[3], 是指医者在针刺过程中全神贯注, 不能分心。从疗效看, 治神可为获得好的疗效打基础; 就安全来讲, 治神能避免不必要的医疗事故的发生; 按患者意愿来说, 治神可让病人感受到医生对他的重视, 可增加病人治愈的信心。但能治神的针灸医生已不多了, 临床上常看到医生边针灸边谈笑风生、边行针边接听电话。

不求得气。是否得气是疗效的关键; 得气的迟缓跟疗效也密切相关, 进行补泻手法的根据及前提也是得气。当代医者,

图省时, 扎针像插秧, 动作既快又潇洒, 但却忽视了体会刺手的指下感觉, 很少关心病人是否酸麻重胀以得气。电针天下。八十年代后, 各种新式针灸疗法逐步兴起, 人们开始追逐各种电针、红外线等医疗方法。原本电针的运用是好事, 可使得针刺刺激量化, 对针刺的实验探索有利, 但当今针灸基本上是捡了芝麻丢了西瓜, 好多针刺补泻手法几乎都被放弃, 因此就逐步形成了针刺必电针的误区。但是, 电针并不是适用于所有疾病, 如处于肌张力高的中风恢复期患者和急性脊髓炎恢复期患者、早期面瘫和面肌痉挛病人, 都不适合电针疗法。

3 加强理论和实践的结合, 完善针灸医疗法

就无任何毒副作用的绿色疗法来说, 针灸正越发受到普遍欢迎。虽然针灸在局部地区发展的很好, 但整体讲却逐步退步, 面对如此的尴尬现状, 可以从以下几方面加以解决: 首先, 针灸医者要端正态度, 做到取穴准确, 能够“治神”, 保证疗效。针灸医生要从主观上加强对针灸医学的认识, 加强专业知识的学习, 不断完善针灸技巧, 做到取穴准确, 全神贯注^[4]。其次, 在各种新的学术思想、新的治疗方法推陈出新的同时也不忘继承传统的精髓。古老的未必就是落后的, 在吸纳新的医疗方法和手段的同时不断发掘传统针灸疗法的精髓部分, 更好的为医学和患者服务。最后, 加强理论和实践的有机结合, 强化临床研究, 完善针灸医疗法。针灸是我国的瑰宝, 独树一帜。为世界人民的身体健康作出了很大贡献。现代科学技术的逐步发展, 针灸只有以现代医学理论为基础才能生存和发展, 并要以临床实践做检验, 科学的认识、创新、整理和发展针灸医学。

参考文献:

- [1]符仲华.当代针灸学研究的转变及其启示[J].针灸临床杂志,1993,9(5):1-4
 - [2]罗燕,范郁山.从事针灸学教学的体会[J].广西中医学院学报,2009,12(3):124-125
 - [3]杨秀珍.针灸临床体会[J].中国民间疗法,2009,17(8):62
 - [4]罗文舒.针灸专业本科生临床教学的实践与思考[J].河北农业科学,2009
- 编号: ER-10072406 (修回: 2010-08-19)

浅谈《伤寒论》的“通因通用”

Discussion on Tongyin Tongyong of Shanghan theory

傅 强

(广东省中医院, 广东 广州, 510120)

中图分类号: R222.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0066-01

【摘要】“通因通用”是《内经》的治则之一,即以泻之法,治通之疾,求止之效。仲景《伤寒论》中对此法的运用有正有权,灵活多变,充分体现了辨证论治的思想。

【关键词】伤寒;通因通用;探析

【Abstract】Tongyin Tongyong is the one rule of Neijing, rule through the illness, seeking only the effect. Zhang Zhong-jing the Shanghan theory in the application of this law there is power, flexible, fully reflects the thinking of the diagnosis and therapy.

【Keywords】Shanghan theory; Tongyin Tongyong; Investigate

1 “通因通用”之正法

1.1 汗出用汗法《伤寒论》

13条“太阳病,头痛,发热,汗出,恶风,桂枝汤主之”;95条,“太阳病,发热汗出者。……宜桂枝汤”;234条:“阳明病,脉迟汗出多,微恶寒者,表未解也,可发汗,宜桂枝汤”;14条:“太阳病,项背强几几,反汗出恶风者,桂枝加葛根汤主之”等等。作为通证的汗出,推究病因,是机体抗病力趋于肌表,正气旺盛,驱邪外达的表现。如强行止汗,则邪无外泄之路,故借桂枝汤复发其汗,畅达通路。营卫流畅,则诸证自去,汗出自止。

1.2 呕吐用吐法

376条“呕家有痈脓,不可治呕,脓尽自愈。”呕家,病位在上,病因为痈脓内蕴,病机为正气迫邪向上外出。“不可治呕,脓尽自愈”一句,既指明了治疗禁忌,又导出了治疗原则。强止其呕,必致痈脓内留,贻患无穷。仲景虽未指出具体的治疗方药,然而可以悟出:必须因势利导,排脓消痈。正如后世某些伤寒注家所指出的,该条应是瓜蒂散证。

1.3 下利用下法

321条“少阴病,自利清水,色纯青,心下必痛……可下之,宜大承气汤”;374条“下利谵语者,有燥屎也,宜小承气汤。”以上两条即热结旁流证。阳明实热,燥屎内结肠腑,邪热迫津外泄,故而下利。以通府攻下的承气汤荡涤肠腑积滞,俾腐垢去,陈莖除,则下利不涩自止。

2 “通因通用”之变法

2.1 下利用汗法:32条“太阳与阳明合病者,必自下利,葛根汤主之。”盖表热无汗,表邪不得由肌表外泄,反而内迫阳明,下趋大肠而表现为通证的下利,病势偏重于表,故用葛根汤解肌发汗。肌表之邪得泄,无内迫之患,自利即愈。

2.2 呕吐用下法

103条指出,太阳病过经,医者误治,而致“呕不止,心下急,郁郁微烦者,为未解也,与大柴胡汤,下之则愈。”太阳之病,传入少阳,复入于胃,呕吐之因,缘在阳明胃府,燥屎内结,腑气不通,升降乖戾,浊阴上逆,故用大柴胡汤以荡涤燥屎,攻里和表,腑气得通,则不治呕而呕自止。

2.3 汗出用下法:136条:“伤寒十余日,热结在里,复往来寒热者,与大柴胡汤,但结胸无大热者,此为水结在胸胁也,但

头微汗出者,大陷胸汤主之。”但头汗出,乃因邪热与水互结,三焦水道不通,迫津外泄。用大陷胸汤攻逐通下,水热一去,水道通畅,则头汗自止。152条:“其人桡桡汗出,发作有时,头痛,心下痞硬满,引胁下痛,干呕短气,汗出不恶寒者,此表解里未和也,十枣汤主之。”水饮停蓄胸胁之间,上下充斥,内外泛滥,邪势向外则表现为汗出。汗出为标,水饮内蓄为本。十枣汤攻逐水饮,邪有下趋之路,而无外泄之机,故汗出随下而解。253条:“阳明病,发热汗多者,急下之,宜大承气汤。”汗多,为津液外越之候,乃府实燥结内迫所成,如不急用攻下通府,则津液涸竭之变可立而待,故釜底抽薪,无须固涩则汗出自止。

2.4 呕吐用利小便

74条:“渴欲饮水,水入则吐,名曰水逆,五苓散主之。”

“三焦不通,邪水盘踞于内,水气不化,水饮拒绝于外。五苓散有化气行水之力,俾水道通,小便利,则呕逆自止。”

2.5 下利用利小便:

159条:“伤寒,服汤药,下利不止,心下痞硬,服泻心汤已,复以它药下之,利不止,医以理中与之,利益甚。理中者,理中焦,此利在下焦,赤石脂禹余粮汤主之。复不止者,当利其小便。”入胃之水,合则为一,分则为二,或从前阴小便而泄,或从后阴大便而出。下利,为水湿下迫大肠所致。导水湿渗入膀胱,通利小便。小便利则大便实,下利焉有不止之理。

2.6 汗出用利小便

73条:“伤寒,汗出而渴者,五苓散主之。”邪水凝结于内,三焦气化失司,水湿不归正道,津液外泄则汗出。五苓散助气化,行水湿,导水归源。气化则水行,汗出自止。

2.7 下利、呕吐用利小便:319条:“少阴病,下利六七日,咳而呕渴,心烦不得眠者,猪苓汤主之。”水热互结,水气郁而不化,不从小便泄出,渗于大肠,而为下利;水气上逆于胃,胃气失于和降,而为呕吐。猪苓汤滋燥利水,导入胃之水于入肠之水俱输膀胱。水热化,小便利,呕吐和下利自愈。

2.8 呕吐、下利用下法

165条:“伤寒发热,汗出不解,心中痞硬,呕吐而下利者,大柴胡汤主之。”呕吐而下利,乃里实。燥屎热结内蕴,气机升降失常,浊阴上逆为呕吐,热结旁流为下利。大柴胡汤和解少阳而清阳明,燥屎得除,而呕、利自平。

编号: ER-10080602 (修回: 2010-08-20)

名医朱丹溪的保养阴精思想对调理亚健康指导意义

Guiding significance of conditioning sub-health
from thought of keeping Yinjing by ZHU Dan-xi

施仁潮

(浙江省立同德医院, 浙江 杭州, 310012)

中图分类号: R222 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0067-03

【摘要】 金元名医朱丹溪的保养阴精学术思想对于当今亚健康的调理有着十分重要的指导意义。文章探讨了朱丹溪的“阴难成水易亏”学术观点, 静养节欲以制君相之火、节慎饮食以顾护脾胃、慎燥热以防劫阴的保养阴精方法。

【关键词】 朱丹溪; 治则; 养阴; 亚健康

【Abstract】 The thought of keeping Yinjing conditioning sub-health by ZHU Dan-xi has important guiding significance.

【Keywords】 ZHU Dan-xi; Treatment; Yangyin; Sub-health

朱丹溪为历史上的养阴派代表人物。他提出了著名的阳有余阴不足论、相火论, 形成了系统的保养阴精学术思想, 他的静养节欲以制君相之火、节慎饮食以顾护脾胃、慎燥热以防劫阴的保养阴精方法, 对于当今亚健康的调理有着十分重要的指导意义。

1 人之一身, 阴难成水易亏

1.1 阴之难成

《黄帝内经素问》说, 女子七岁, 肾气盛, 齿更发长; 二七而天癸至, 任脉通, 太冲脉盛, 月事以时下, 故有子; 三七, 肾气平均, 故真牙生而长极; 四七, 筋骨坚, 发长极, 身体盛壮; 五七, 阳明脉衰, 面始焦, 发始堕; 六七, 三阳脉衰于上, 面皆焦, 发始白; 七七, 任脉虚, 太冲脉衰少, 天癸竭, 地道不通, 故形坏而无子也。丈夫八岁, 肾气实, 发长齿更; 二八, 肾气盛, 天癸至, 精气溢泻, 阴阳和, 故能有子; 三八, 肾气平均, 筋骨劲强, 故真牙生而长极; 四八, 筋骨隆盛, 肌肉满壮; 五八, 肾气衰, 发堕齿槁; 六八, 阳气衰竭于上, 面焦, 发鬓颁白; 七八, 肝气衰, 筋不能动, 天癸竭, 精少, 肾藏衰, 形体皆极; 八八, 则齿发去。肾者主水, 受五藏六府之精而藏之, 故五藏盛, 乃能泻^[1]。女子从二七经行至七七经止, 男子从二八精通至八八精绝, 精血随人之生长壮老而由弱而盛、由盛转衰。丹溪由此领悟到阴气之难成而易亏, 感叹道: “夫以阴气之成, 止供给得三十年之视听言动, 已先亏矣”^[2]。

1.2 水之易亏

论心火与肾水间的关系, 丹溪指出, 心为火居上, 肾为水居下, 水能升而火能降, 一升一降, 无有穷已, 故生意存焉。水之体静, 火之体动, 动易而静难。正因为此, 儒者立教, 曰正心、收心、养心, 防火之妄动; 医者强调, 恬澹虚无, 精神内守, 制火之妄动。论五脏特性, 丹溪说, 水火木金土各一其性, 惟火有二, 曰君火, 曰相火。相火藏于肾, 与心所藏之君火相系属, 君火不妄动, 相火惟有禀命守位而已。但心之君火

易为物所感而动, “心动则相火亦动, 动则精自走, 相火翕然而起, 虽不交会, 亦暗流而疏泄矣”^[2]。而人之一身, 少水而多火, 火多于水易于妄动, 水少于火难以制妄, 人体中存在着“火易亢水易乏”的发病因素。

1.3 燥热温补助火劫阴

隋唐以降, 人们盛用温燥补益, 好服“暖药”养生, 士大夫好以热药济欲。迨至宋代, 《太平惠民和剂局方》颁行, 用药偏于温热。人们遵以为定法, 按法修制, 专以香燥为用, 常取桂、附、丹药“多服常服久服”, 以为养生, 温补之风一时盛行。时弊还有妇女无子求嗣者, 一概服用秦桂丸的习俗。此类燥热温补, 势必使有余之阳弥旺助生火热, 不足之阴更虚益劫其阴。丹溪在《格致余论》、《局方发挥》中详数辛香之弊, 力辟燥热之非, 谓“香辛升气, 渐至于散, 积温成热, 渐至郁火”, 终则“阳亢于上, 阴微于下”^[3], 有余之阳弥旺, 不足之阴更虚, 反益病情。

2 保养大法, 静心节食慎燥热

基于对阴气之难成而易亏、火易亢水易乏、时弊燥热劫阴的认识, 丹溪强调静心节欲制妄动, 节慎饮食护脾胃, 慎用燥热防劫阴。

2.1 静心节欲制妄动

君火, 即心火。心为君主之官, 主司精神意识活动。外事时时感应于心, 五志六欲七情又都统之于心, 心易为物所感而动。要使其动而不妄, 唯一的办法就是息心静虑, 使心不为物欲所迁, 情欲所动。“正心、收心、养心, 皆所以防此火之动于妄也。”^[4]

丹溪还吸收了儒家的养生观点, 强调人心听命乎道心, 主之以静, 通过精神意识调节, 理智地控制各种精神活动, 使火动之中节, 不违常理。“心为火居上, 肾为水居下, 水能升而火能降, 一升一降无有穷已, 故生意存焉。”^[4]水主静, 火主动, 水火高下相召, 动静相制。君火妄动, 会下耗肾水, 引动相火,

静心养心是控制火动伤阴的重要环节。“君火不妄动，相火惟有禀命守位而已，焉有燔灼之虐焰，飞走之狂势也哉？”^[4]这一观点与《内经》“恬澹虚无，真气从之”的养慎思想是一脉相承的，说明了意识上的宁谧，精神上的清静，能够起到制火的作用，对于保护阴精十分重要。

相火，指寄居于肝肾二脏的火。相火“生于虚无，守位禀命，因其动而可见”^[5]。但动贵有度，妄动则伤阴，精自走泄。相火妄动的主要原因是情欲的放纵。纵欲表现为火的亢奋，阴精的耗损。人之情欲无涯，则难成易亏之阴往往不足供给，竭其本源，变乱是作。欲制约相火，不使妄动，方法是“远彼帷薄，放心乃收。”^[6]去杂念，戒嗜欲，勿耽心于声色，恣情纵欲，是控制相火妄动的根本措施。

根据人体脏气衰旺应天地四时阴阳消长的原理，丹溪推论出顺应四时的节欲养生大法，教人避一年之虚，一月之虚、一日之虚和平素之虚。

一年之虚，即四、五、六、十、十一月，也即丹溪说的“夏月火土之旺，冬月火气之伏，此论一年之虚耳”^[2]。先说四、五、六三个月，丹溪认为，天地以五行更迭衰旺而成四时，人之五脏六腑亦应之而衰旺。四月属巳，五月属午，为火大旺，火为肺金之夫，火旺则金衰。六月属未，为土大旺，土为水之夫，土旺则水衰。况肾水常籍肺金为母，以补助其不足，故《内经》谆谆于资其化源也。古人于夏，必独宿而淡味，兢兢业业于爱护也。保养金水二脏，正嫌火土之旺尔。再说十、十一月，十月属亥，十一月属子，正火气潜伏闭藏，以养其本然之真，而为来春发生升动之本。若于此时恣嗜欲以戕贼，至春升之际，下无根本，阳气轻浮，必有温热之病。这也论证了《内经》“冬不藏精者，春必病温”之说。

一月之虚，即上弦前、下弦后，月廓月空之时。丹溪说：若上弦前、下弦后，月廓月空，亦为一月之虚。弦，以月相如弓而得名。上弦，为夏历每月初八、九日；下弦，为夏历每月二十二、三日。在地球上，月球在太阳之东 90 度时，可看见月球西边的半圆，这时的月相称上弦；月球在太阳之西 90 度时，可看见月球东边的半圆，这时的月相称下弦。

一日之虚，即“遇大风大雾、虹霓飞电、暴寒暴热、日月薄蚀、忧愁忿怒、惊恐悲哀、醉饱劳倦、谋虑勤动，又皆为一日之虚”。^[2]

平素之虚，为病患初退、疮痍发作阶段。

当此四虚之时，保养上就要暂远帷幕，各自珍重，保全天和。反之，犯此四虚，会出现严重后果。丹溪将当时多见的“春末夏初，患头痛脚软，食少体热，仲景谓春夏剧，秋冬差，而脉弦大者，正世俗所谓疰夏病”^[2]，归结为犯此四虚之故。

根据临床病例分析，许多人头痛昏胀，躁动烦热；或心悸少寐，惊惕不安；或阳兴梦遗，腰膝酸软，现代检验指标正常，但自觉症状明显，可归结为亚健康。究其原因，此类种种表现均与欲动损阴有关，沉溺声色，邪思淫欲，精神颓废，纳减火升，不绝其邪念，治之无功。

2.2 节慎饮食护脾胃

丹溪认识到的“欲”，并不限于“男女之欲”，还包括了温柔、声音、颜色、馨香诸动火因素。他说：“古人谓不见所欲，使心不乱。夫温柔之盛于体，声音之盛于耳，颜色之盛于目，

馨香之盛于鼻，谁是铁汉，心不为之动也？”^[2]他从制约相火出发，把节制食欲放在重要的位置，他说，饮食之欲，于身尤切。因此十分注意食物的选择，以顾护脾胃。

丹溪指出，胃气者，清纯冲和之气也，人之所赖以生者也。人之阴气依胃为养，保养脾胃，化源不绝，阴精方有所本。“胃为水谷之海，多血多气，清和则能受；脾为消化之气，清和则能运。”^[7]在饮食摄养上，丹溪特别强调保护脾胃的清和畅达。他在《慈幼论》中说，“若稠粘干硬，酸咸甜辣，一切鱼肉、木果、湿面，烧炙煨炒，但是发热难化之物，皆宜禁绝。”^[8]《养老论》说：“至于好酒、膩肉、湿面、油汁、烧炙、煨炒、辛辣、甜滑（滑，古时指菜肴柔滑的作料），皆在所忌。”^[9]其理殆在于此。

节慎饮食对防止火动伤阴亦具重要意义。“安于冲和之味者，心之收火之降也；以偏厚之味为安者，欲之纵火之胜也。”^[10]务求厚味，心火随起，贪于食欲，相火由生。饮食失宜，不但脾胃损伤，阴失化源，又因湿热蕴中，邪火随起，阴被暗耗。盖“脾主中州，本经自病，传化失职，清浊不分，阳亢于上，阴微于下。”^[11]饮食之欲，不可不慎。对“精不足者补之以味”，丹溪有独特的见解，尝云味有出于天赋的，也有出于人为的。“天之所赋者，若谷菽菜果自然冲和之味，有食之补阴之功”；“人之所为者，皆烹饪调和偏厚之味，有致疾伐命之毒。”^[10]强调素食茹淡，以自然冲和之味补养脾胃清纯冲和之气。

节慎饮食是为了维护胃气的清纯冲和，其于此，丹溪提出了“倒仓”的创见。

丹溪的倒仓论，是将人体的肠胃比作储藏谷物的粮仓，认为水谷五味进入体内，必先到达胃部，对胃造成影响。而人们往往被物欲所累，对可口的东西难以自制，摄入过量，胃肠负担过重，致生积滞。过量的摄食及情志所伤，都会损伤胃的消化功能，最终导致积滞、痰饮、瘀血的壅阻，而这些东西均非人体生理所必需，乃属于滋生疾病的邪毒。丹溪还从火热致病的观点分析，“积聚久则形质成，依附肠胃回薄曲折处，以为栖泊之窠臼，阻碍津液气血，薰蒸燔灼成病”^[12]。所以，必须采取“倒”的方法，清理肠胃，荡涤留毒，“涤濯使之洁净”。

倒仓的方法是取黄牛肉 10 斤，加水煮烂，融入汤中为液，以布滤出渣，再取净汁入锅熬煎。每次饮下 1 小杯，少时又饮，积数十杯，以适量吐出为效。吐利后，睡一、二日，饥甚，可取稀粥淡食，三日后，可稍进菜羹，然后逐渐恢复正常饮食。

丹溪认为，人到中年以后，难免有留毒积聚的可能，可用此法一、二次，通过推陈致新，以收扶虚补损之效，为祛疾养寿之一助。倒仓以推陈致新，既减轻了胃肠的负担，又避免了火热变生百病。

从亚健康的调理来看，现代多应酬者，以饭店为家，山饮海吃，肚腹没有饥时，终日腹中饱胀不适，口苦不知食味，头昏不清，大便不爽，血糖不降，血压不低，“倒仓”确实不失是清洁胃肠、养生保健的有效手段。

2.3 慎用燥热防劫阴

针对燥热温补时弊，丹溪慨著《局方发挥》，批评那些不揣体质盛衰及病势轻重，概用燥剂为劫湿病，用暖剂为劫虚病，唯辛热是投者。对于妇人无子，丹溪强调血少不足以摄精，欲得子者必须补其阴血，反对“轻用热剂，煎熬脏腑”^[13]，使血

气沸腾，祸不旋踵。

朱丹溪在《格致余论·养老论》中，以设问的形式阐述了慎燥热的主张。其书载：“或曰：《局方》乌附丹剂，多与老人为宜，岂非以其年老气弱下虚，理宜温补？今子皆以为热，乌附丹剂将不可施之老人耶？余晓之曰：奚止乌附丹剂不可妄用，至于好酒腻肉、湿面油汁、烧炙煨炒、辛辣甜滑，皆在所忌。”^[9]

他结合老人生理特点，阐发说，“人身之阴难成易亏，六七十后，阴不足以配阳，孤阳几欲飞越，因天生胃气尚尔留连，又藉水谷之阴，故羸靡而定耳。……《内经》曰：肾恶燥。乌附丹剂，非燥而何？夫血少之人，若防风、半夏、苍术、香附，但是燥剂且不敢多，况乌附丹剂乎！”^[9]防风、半夏、苍术、香附性燥不宜用，好酒腻肉、湿面油汁、烧炙煨炒、辛辣甜滑，易滋生郁热，应当慎用。其用药、用食，用心良苦。

丹溪治疗特色之一是制火养阴。他创制了大补阴丸等养阴名方，降火补水。冉雪峰曾对大补阴丸作了注释：“阴气渐竭，燥火燔灼，烦躁身热，汗出不止，阴愈伤则热愈炽，热愈炽则阴愈伤，此际用六味等补水，水不能遂生，以生脉等保津，津不能终保，惟黄柏、知母大苦大寒，又益以地黄之润沃，龟版之镇降，以急平其火，急敛其火，急镇其火，急摄其火，去一分火热，即保一分阴液。”^[14]

现今的人们不差钱，动辄进服名贵补品。有的吃人参后，

腹中胀满，不思进食；有的吃了鹿茸，痔疮出血，肛门火辣辣；有的人喝了大补酒，血压升高，彻夜难眠。这是补不得法，反生火热，损伤阴精，害了身体。救治之法，切记丹溪之告诫，弃燥热，慎温补。

参考文献：

- [1]黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1963:4-6
- [2]元·朱震亨,施仁潮.格致余论[M].北京:人民卫生出版社,2005:2-3
- [3]朱丹溪.局方发挥[M].北京:人民卫生出版社影印,1956:61
- [4]元·朱震亨,施仁潮.格致余论[M].北京:人民卫生出版社,2005:52
- [5]元·朱震亨,施仁潮.格致余论[M].北京:人民卫生出版社,2005:45-47
- [6]元·朱震亨,施仁潮.格致余论[M].北京:人民卫生出版社,2005:1-2
- [7]朱丹溪.局方发挥[M].北京:人民卫生出版社影印,1956:31
- [8]元·朱震亨,施仁潮.格致余论[M].北京:人民卫生出版社,2005:9-11
- [9]元·朱震亨,施仁潮.格致余论[M].北京:人民卫生出版社,2005:6-9
- [10]元·朱震亨,施仁潮.格致余论[M].北京:人民卫生出版社,2005:49
- [11]朱丹溪.局方发挥[M].北京:人民卫生出版社影印,1956:61
- [12]元·朱震亨,施仁潮.格致余论[M].北京:人民卫生出版社,2005:43-45
- [13]元·朱震亨,施仁潮.格致余论[M].北京:人民卫生出版社,2005:36
- [14]冉雪峰.中风临证效方选注[M].北京:科学技术文献出版社,1981:60

编号：ER-10062501（修回：2010-08-16）

“治未病”-养生之道

Treating disease in future- regimen the way

李雯昕

（广州中医药大学，广东 广州，510405）

中图分类号：R212 文献标识码：A 文章编号：1674-7860（2010）16-0069-02

【摘要】 治未病不仅是表明“早诊断，早治疗”，而且还包括未病先防、有病早治、已病防传、病盛防危、新愈防复等方面。这理论在中医养生方面表现尤为突出，因此要把这一中医特色发扬和传承。

【关键词】 治未病；养生；中医药

【Abstract】 Treating disease in the future is not only that *early diagnosis and treatment*, but also of disease prevention before, while early treatment, has been ill for anti-biography, containing anti-disease risk, the more anti-complex and so new. This theory has shown in TCM particularly, it should develop and pass on the Chinese characteristics.

【Keywords】 Treating disease in future; Regimen; TCM

1 治未病的含义

“治未病”是我国中医学宝库中的一朵奇葩，较早见于《黄帝内经》。书中有三处明确提出“治未病”概念。一是《素问·四气调神大论》论述：“夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎”^[1]。以“渴而穿井”“斗而铸锥”为喻，把未病先防的思想提到战略高度，为养生学说建立了理论基础。二是《素问·刺热篇》：“肝热病者左颊先赤……病虽未发，见赤色者刺之，名曰治未病。”要求医者在

掌握疾病转变规律上密切注意病情洞察其演变趋势，早遏其路，化解病邪，争取病变的良好转机。三是《灵枢·逆顺》：“上工刺其未生者也……上工治未病，不治已病，此之谓也。”也说明在疾病发作前或未发展时，把握时机，予以治疗，从而达到“治未病”的目的。《难经》：“见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾气，无令得受肝之邪，故曰治未病焉。”阐明见病防变的观点。唐代“药王”孙思邈，令医者“消未起之患，治未病之疾，医之于无事之前”，论证“治未病”与养生的直

接关系,创建了一套养生益寿的方法。叶天士《温热论》:“务在先安未受邪之地。”其预防传变体现在护阴保津上。可见许多医家早就意识到“治未病”举足轻重的作用。

2 养生与治未病

中医“治未病”重在“养生”。主张以养神,动形,针灸,药膳等养生之道,使“正气内存,邪不可干”。“养生”最早见于《庄子·内篇》意思是通过养精神、调饮食、练形体、慎房事、适寒温等方法,保持身心健康,预防各种疾。中医养生包括形神共养、协调阴阳、饮食调养、和调脏腑、通畅经络、动静适宜等一系列养生原则,协调阴阳平衡是核心思想。可见养生是中医“治未病”的基础工作和根本出发点^[2]。有些疾病虽未发生,却已出现某些先兆,或疾病已经处于萌芽状态时,应早发现、早诊断、早治疗、防患于未然,及时把疾病消灭于萌芽状态。“未病”并不是没生病,而是症状还没显现出来。不要认为养生只建立于健康的基础上,其实病人更应注意养生,更要知道治未病的必要性,只有懂得养生才能更快地恢复自身的阴阳平衡。

2.1 情志养生

七情内伤是引起脏腑精气功能紊乱而诱发疾病的一种致病因素。《素问·举痛论》:“百病生于气也,怒则气上……思则气结。”可见情志内伤会引起脏腑气机失调,妨碍机体的气化过程,导致精气血津液的代谢失常,继发多种病症。现代社会生活的人们,有着不同的心理压力,如果压力长时间得不到有效地释放,就可能引发心理问题。《黄帝内经》:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来”^[3]。所谓知足者常乐,“淡泊明志,宁静致远”既是人生格言,也是精神养生大法。

2.2 饮食养生

有合理的膳食结构,提倡《养生录》“六宜”:食宜早些、食宜暖些、食宜少些、食宜淡些、食宜缓些、食宜软些。实际上很少人会做到这几点,而且现在患高血压,心血管疾病,糖尿病,脂肪肝的人数日益剧增,大多数由于他们摄入太多肥甘厚味所导致的。其实饮食养生也没有脱离阴阳平衡的总则,中医养生要以食为本,食在药先,合理饮食是有益于维持体质的阴阳动态平衡,避免疾病的发生。

2.3 运动养生

运动是维持和促进人体健康的基本因素,适当的运动锻炼,可以达到增强体质和改善偏颇体质的目的。所谓“流水不腐,户枢不蠹”,说明运动可促进精气运行气血畅达,增强机体正气来抗御邪。其实机体就像一台机器,时间久了肯定会有一点磨损,但如果你过度或过长时间不使用就会生锈,对它的损害反而会更加大,适当地锻炼是必须的。中医也很讲究“天人合一”,因此进行身体锻炼也要顺应四季的特点,否则就会适得其反。另外,值得一提的是,运动养生还包括勤动脑。纵观中国 5000 年,历史上的长寿者都是勤于思考的人。孔子在人均寿命 20 岁的时候活到了 73 岁,唐代的药王孙思邈在人均寿命 27 岁的时候活了 101 岁。在古今中外的长寿者中,科学家、书画家、棋手占了多数,这些人都是善于思考的人^[2]。所

以运动不仅仅是运动躯体还包括动脑。

2.4 体质养生

体质是指人体禀赋于先天,受后天多种因素影响,在其生长发育和衰老过程中,所形成的形态上、心理和生理功能上相对稳定的特征^[4]。体质养生就是顺应体质的稳定性,优化体质的特点,改善体质的偏颇。体质决定了我们的健康,决定了我们对于某些疾病的易感性,也决定了得病之后的反应形式以及治疗效果和预后转归,所以体质的重要性是不可忽视的。现代医家也从不同角度对体质进行了研究并分类,王琦继承古今研究成果将体质分型概括为 9 类^[5],即平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质,通过中医的四诊合参可以得知自己是哪一种体质,它对医生的开方和平时的饮食有一定的指导作用,从而使自己的体质调回平和状态。

2.5 穴位养生

有许多报道都有说针灸能增强免疫力,延缓衰老,具有明显的保健养生作用。据研究,针刺内关、神门、心俞、巨阙、百会、印堂诸穴可用来调整心功能,补益心气,镇静安神;艾灸神阙、关元、中极、命门、肾俞、太溪能补肾壮阳,增强性功能。《灵枢·经脉》指出:“经脉者,所以能决死生,处百病,调虚实,不可不通。”说明了经络在生理,病理和治未病等方面的重要性。不同体质的患者通过中医辨证来配穴针刺,能疏通经络,调其气血,使阴阳相对平衡,脏腑功能趋于调和,达到养生的目的。

3 小 结

中医从马王堆医书到春秋时期《黄帝内经》就形成了现代养生的雏形。而“上工治未病”是中医学的一贯思想,现在人们的生活水平日益提高,很多人早已经意识到养生的重要性。养生中医也贯穿着中医辨证的思想,不同体质的人群应该通过辨证来寻找合适自己的养生方案,要做到“治未病”首先要存入健康的生活方式,其次还要存入健康的心态,第三要存入健康的运动,第四要存入健康意识、健康智慧、健康知识和健康能力,储存健康才是我们的养生之道,增强自身正气才是关键。中医养生和“治未病”都是中华医学的精髓,希望这一理论得以继承、发扬、提高、振兴。

参考文献:

- [1]陈大舜.中医各家学说[M].长沙:湖南科技出版社,1985:186-189
- [2]王琦.中医治未病解读[M].北京:中国中医药出版社,2008:07,01
- [3]南京中医学院医经教研组.黄帝内经素问译释-宝命全形论[M].上海:上海科技出版社,1959:209
- [4]张利泰,王泽林,于宁.阐述中医“辨体养生”[J].中国疗养医学,2009,18(2):122
- [5]王琦.9 种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J].北京中医药大学学报,2005,28(4):1

编号: ER-10080601 (修回: 2010-08-19)

论高血压的中医预防与调制

Discussion on prevention and modulation of hypertension in TCM

王秀伟

(吉林市网络医院, 吉林 吉林, 132000)

中图分类号: R544.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0071-02 证型: BDG

【摘要】 高血压是指循环动脉血压升高为主的综合症。中医认为, 肝阳上亢、心火上炎、冲任不调可导致本病。文中运用中医对高血压的进行预防与调制。

【关键词】 高血压; 中医; 预防

【Abstract】 Hypertension is syndrome with circulating arterial blood pressure. TCM think Ganyang Shangkan, Xinhuo Shangyan, Chongren Butiao can lead to this disease. In this article preventing and modulating hypertension in TCM.

【Keywords】 Hypertension; TCM; Prevention

1 高血压形成的原因

高血压是指循环动脉血压升高为主的综合症。中医认为, 肝阳上亢、心火上炎、冲任不调可导致本病。高血压主要有两种类型: 一是原发性高血压, 通常指不名原因引起的高血压, 某些说法是说由大脑皮层功能紊乱而引起全身小动脉阻力增高的一种高血压, 高血压患者多数属这一类。二是继发性高血压, 它是由某些疾病引起的高血压, 如肾病、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤等病症引起的高血压。还有其他类高血压如: 妊娠高血压等。95%的高血压属于前者, 与长期精神紧张、高盐膳食、熬夜、吃夜宵、多坐少动等不良生活方式和家族遗传有关。仅 5%属于有明确诱因的继发性高血压, 如先心病、肾动脉狭窄、慢性肾炎、嗜酸细胞瘤、怀孕等引起的高血压, 这类患者只要病根一去, 血压自然恢复正常。以往高血压患者男性多于女性, 且以老年人居多。但随着工作和生活节奏的加快, 不良生活方式导致越来越多的中青年入罹患此病。

按照世界卫生组织 (WHO) 建议使用的血压标准是: 凡正常成人收缩压应小于或等于 140mmHg (18.6kPa), 舒张压小于或等于 90mmHg (12kPa)。如果成人收缩压大于或等于 160mmHg (21.3kPa), 舒张压大于或等于 95mmHg (12.6kPa) 为高血压; 血压值在上述两者之间, 亦即收缩压在 141~159mmHg (18.9~21.2kPa) 之间, 舒张压在 91~94mmHg (12.1~12.5kPa) 之间, 为临界高血压。诊断高血压时, 必须多次测量血压, 至少有连续两次舒张期血压的平均值在 90mmHg (12.0kPa) 或以上才能确诊为高血压。仅一次血压升高者尚不能确诊, 但需随访观察。

2 高血压的中医防治

2.1 食疗

①醋花生仁。花生仁以食醋浸泡密封一周后可吃, 每晚临睡前服 2~4 粒, 嚼烂服下。②海蜇马蹄饮。海蜇 124g, 马蹄 370g, 海蜇洗漂干净, 荸荠洗净不去皮, 用水 1000ml, 煎煮至

250ml, 分二次服用。③菜菔子。菜菔子 900g, 水煎过滤, 浓缩或浸膏, 干燥研粉压片, 分三十次服用, 每日三次。④杏仁鸡蛋糊。桃仁 12g, 杏仁 12g, 栀子 3g, 胡椒 7 粒, 糯米 14 粒, 全部捣烂, 加鸡清 1 个调成糊状, 分三次于睡前敷足心。⑤菊槐茶。菊花、槐花、绿茶各等分, 水代茶饮。⑥菊苗粥。甘菊苗 30g, 切细和入粳米煮粥, 加冰糖适量。⑦菊楂决明煎。生山楂 15g, 菊花 10g, 草决明 15g, 水煎成 300 毫升, 分两次服。⑧ml 海带汤。紫菜、海带适量, 煮汤服用。⑨葵鸡汤。向日葵盘 2~3 个, 母鸡一只, 去净毛皮内脏, 炖服。

2.2 养成良好的生活习惯

首先, 应该戒烟戒酒。吸烟会导致高血压。研究证明, 吸一支烟后心率每分钟增加 5~20 次/分, 收缩压增加 10~25mmHg。这是为什么呢? 因为烟叶内含有尼古丁 (烟碱) 会兴奋中枢神经和交感神经, 使心率加快, 同时也促使肾上腺释放大量儿茶酚胺, 使小动脉收缩, 导致血压升高。尼古丁还会刺激血管内的化学感受器, 反射性地引起血压升高。长期大量吸烟还会促进大动脉粥样硬化, 小动脉内膜逐渐增厚, 使整个血管逐渐硬化。同时由于吸烟者血液中一氧化碳血红蛋白含量增多, 从而降低了血液的含氧量, 使动脉内膜缺氧, 动脉壁内脂的含氧量增加, 加速了动脉粥样硬化的形成。因此, 无高血压的人戒烟可预防了高血压的发生, 有高血压的人更应戒烟。与吸烟相比, 饮酒对身体的利弊就存在争议。不时出现各种报告, 有的说饮少量酒有益, 有的说有害, 但可以肯定的一点是, 大量饮酒肯定有害, 高浓度的酒精会导致动脉硬化, 加重高血压。

其次, 要有一颗“平常心”。高血压患者的心理表现是紧张、易怒、情绪不稳, 这些又都是使血压升高的诱因。患者可通过改变自己的行为方式, 培养对自然环境和社会的良好适应能力, 避免情绪激动及过度紧张、焦虑, 遇事要冷静、沉着; 当有较大的精神压力时应设法释放, 向朋友、亲人倾吐或鼓励参加轻松愉快的业余活动, 比如听轻音乐、旅游等等, 使自己生活在最佳境界中, 从而维持稳定的血压。

2.3 科学就医

目前大量的医学实践告诉我们：降压是个硬道理。只有将血压控制在目标水平之内，就能减少心脑血管并发症的发生。因此，医学发展至今，对于高血压的防治最关键最有效的步骤仍然是及时就医、科学用药。高血压的治疗要考虑到每个病人的自身特点，选择适合自己的药物。而且这种治疗必须是长期的，需要有规律的，一个有效的治疗方案不要轻易地去改变。我们必须明白，血压降低是暂时的，受益是终生的，治疗是长期的，疗效是显而易见的。

2.4 老年高血压病人的防治与护理

强调治疗高血压时遵医嘱按时、按量、按次服药的重要性，以增强患者对治疗的依从性。多数高血压患者需长期服用降压

药，降压必须在医生指导下进行，保持稳定的血压，切不可血压一降下来就停药，血压上升又服药，使血压反复波动，对健康更有害，通过医护共同讲解，增强患者自我保健意识。指导患者或家属正确测量血压。血压监测是了解血压情况的重要手段，凭有无高血压症状进行治疗，会导致严重不良后果，因为有不少患者，血压严重升高而自我感觉不明显甚至无症状。高血压患者的血压除了受患者情绪、环境、气候变化的影响外，还因所用的药物而波动。教会患者及家属测量血压，使其学会自己观察血压的变化。

编号：ER-10070907（修回：2010-08-17）

试论《难经》对中医妇科的理论贡献

Discussion on theoretical contributions *Nanjing* to TCM gynecology

张华军

（北京军区总医院，北京，101100）

中图分类号：R221.9 文献标识码：A 文章编号：1674-7860（2010）16-0072-02

【摘要】 通过对《难经》关于奇经八脉、肾与命门以及肾间动气、诊法、治法等相关条文的解析，探讨《难经》对中医妇科学理论的形成和发展及中医妇科临床辨证论治的影响和贡献。

【关键词】 《难经》；中医妇科；奇经八脉；命门；肾；肾间动气

【Abstract】 By resolve of relevant provisions to Qijing Bama, kidney and vital and kidney gas, diagnostic methods, treatment methods with *Nanjing*, discussion on impact and contribution of *Nanjing* to formation and development of TCM gynecology and treatment in differentiation of TCM gynecology.

【Keywords】 *Nanjing*; TCM gynecology; Qijing Bama; Mingmen; Kidney; Kidney gas

《难经》原名《黄帝八十一难经》，又称《八十一难》。相传为春秋战国时期的名医秦越人（扁鹊）所著。《难经》与《黄帝内经》、《神农本草经》、《伤寒杂病论》合称为“四大经典”。《难经》是以问难的形式，针对《素问》、《灵枢》原文之疑义提出 81 个问题，进行释疑解难。从诊法、脏腑、经络和针刺的补泻手法等方面阐发了《素问》、《灵枢》之微言奥旨，发前人所未发，是对《内经》理论的充实和发挥，尤其对脉诊、肾与命门、奇经八脉提出了新观点，对妇科基础理论的形成和发展具有较大影响。现从以下几个方面探讨《难经》对后世中医妇科基础理论和临床治疗的影响及贡献。

1 论奇经八脉

《难经·二十七难》曰：“脉有奇经八脉者，不拘于十二经，何也？然：有阳维，有阴维，有阳跷、阴跷，有冲、有督、有任、有带之脉。凡此八脉者，皆不拘于经，故曰奇经八脉也。”

《难经·二十八难》曰：“督脉者，起于下极之俞，并于脊里，上至风府，入属于脑。任脉者，起于中极之下，以上毛际，循腹里，上关元，至咽喉。冲脉者，起于气冲，并足阳明之经，夹脐上行，至胸中而散也。带脉者，起于季胁，回身一周。”

提出了“奇经八脉”之概念，充实和发展了《黄帝内经》对于阳维、阴维、阳跷、阴跷、冲、任、督、带等八脉循行及其功能的认识，是经络学说的核心理论。在《难经·二十八难》还指出：“比于圣人图设沟渠，沟渠满溢，流于深湖，故圣人不能拘通也。而人脉隆盛，入于八脉，而不还周，故十二经亦有不能拘之。”^{〔1〕}以取类比象的方法，把十二正经比作沟渠，奇经八脉犹如湖泽。十二经脉之气血充盛，则蓄溢并储存于奇经。奇经八脉中的冲、任、督、带四脉通过经脉的循行联系于十二经脉与脏腑，又联系于女子胞，从而与女子之生理、病理有密切关系。损伤冲任是发生经、带、胎、产、等杂病的重要病机。《难经·二十九难》曰：“冲之为病，逆气而里急；督之为病，脊强而厥；任之为病，其内苦结，男子为七疝，女子为瘕聚；带之为病，腹满，腰溶溶若坐水中。”本条所述与《素问·骨空论》的论述基本吻合。

2 论肾与命门以及肾间动气

《难经·三十六难》曰：“肾两者，非皆肾也。其左者为肾，右者为命门。命门者，诸神精之所舍，原气之所系也；男子以藏精，女子以系胞。”《难经·三十九难》又说：“五脏亦有六脏

者，谓肾有两脏也。其左为肾，右为命门。命门者，精神之所舍也；男子以藏精，女子以系胞，其气与肾通。”这两条的论述基本一致。首先提出肾有二枚，左肾而右命门，认为“命门”是有形质的内脏。“命门”一词首见于《黄帝内经》。《灵枢·根结》谓：“太阳系于至阴，结于命门”。命门在目，乃言眼目至关重要。《难经》提出命门的新概念，并首论命门功能：一是神、精之所舍，为生命的原动力；二是生殖之本，男子以藏精，女子以系胞，为人体生殖之根本；三是其气与肾通。肾与命门相通，二者不可分割^[2]。《难经·八难》曰：“所谓生气之原者，谓十二经之根本也，谓肾间动气也。此五脏六腑之本，十二经脉之根，呼吸之门，三焦之原。”《难经·六十六难》曰：“脐下肾间动气者，人之生命也，十二经之根本也。”提出“肾间动气”是脏腑之本、经脉之根，后世医家在此基础上创立肾命门学说。明代赵献可、张介宾等提出“命门之火”的概念，认为肾与命门之水火是元阴、元阳，即真阴和真阳，乃人体生命之源。肾阴和肾阳是调节人体全身阴阳的中枢，是人一身之根本，其理论根源就来源于《难经》。

3 论诊法

3.1 四诊合参

《难经·六十一难》曰：“经言，望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切脉而知之谓之巧。何谓也？然：望而知之者，望见其五色，以知其病；闻而知之者，闻其五音，以别其病；问而知之者，部其所欲五味，以知其病所起所在也；切脉而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知其病，病在何脏腑也。经言，以外知之曰圣，以内知之曰神，此之谓也。”望诊为四诊之首。对于妇科疾病，望诊尤为重要。肾藏精，为先天之本，其华在发。女子之形态与神色可反映脏腑之虚实，尤其是先天禀赋及后天发育的状况。肾主生殖，肾虚则形体瘦削，

发枯或脱发；痰瘀阻滞则毛发浓密；均有其外候。^[3]冲、任、督、带损伤是经、带、胎、产等病发病的基本病机。因此，四诊合参是诊治妇科疾病的最基本、最重要的诊断方法。

3.2 脉诊

《难经·十九难》曰：“男脉在关上，女脉在关下，是以男子尺脉恒弱，女子尺脉恒盛，是其常也。”又曰：“男得女脉为不足，病在内；……女得男脉为太过，病在四肢。”女子属阴，阴气偏盛，故尺脉较盛，但总的脉势与男子比较略为柔弱，是阴阳之别。若女子得阳脉则为阳气亢盛，阴血不足。

4 论治法

《难经·七十七难》曰：“经言，上工治未病，中工治已病，何谓也？然：所谓治未病者，见肝之病，则知肝当传之与脾，故先实其脾气，无令得受肝之邪，故曰治未病焉。中工者，见肝之病，不晓相传，但一心治肝，故曰治已病也。”《黄帝内经》已提出“上工治未病”，《难经》则根据五行相克之理，首先提出“见肝之病，则知肝当传之与脾，故先实其脾气，无令得受肝之邪”，体现了未病先防、已病防变、防重于治的原则，是早期的预防学思想。^[4]妇科调经之常用方逍遥散正体现了《难经》“治未病”这种学术思想，对后世中医辨证论治的诊疗学的确立产生了深远的影响。

参考文献：

- [1]陈壁琉.难经白话解[M].北京:人民卫生出版社,1963:9
- [2]何爱华.难经解难校译[M].北京:中国中医药出版社,1992:9
- [3]王树权.图注八十一难经译[M].北京:科学技术文献出版社,1992:11
- [4]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2002:7

编号：EA-100630868（修回：2010-08-19）

HER2 抗体抗肿瘤效应免疫新机制被发现

中国科学院生物物理研究所王盛典研究员和美国芝加哥大学傅阳心教授等合作研究，发现了人类表皮生长因子受体 2 (HER2) 抗体抗肿瘤效应的最新免疫机制，为在临床上更加合理有效地联合使用 HER2 抗体和化疗药物进行肿瘤治疗提供了新的理论基础。研究成果近期发表在国际顶级癌症研究期刊《癌症细胞》(《Cancer Cell》) 上。

乳腺癌是严重影响女性健康的重要疾病之一，抗 HER2 的抗体已被用于临床乳腺癌患者的治疗。传统认为，抗 HER2 抗体阻断 HER2 受体信号，导致肿瘤细胞死亡。而越来越多的研究显示，免疫在抗 HER2 抗体抗肿瘤作用中具有重要作用，但具体机制还很不清楚。

在国家自然科学基金委员会、科技部和中国科学院以及美国国立卫生研究院(NIH)研究基金的资助下，研究人员以源于 HER2 转基因小鼠的 TUBO 乳腺肿瘤细胞为模型，利用可以阻止 TUBO 上 HER2 信号的 HER2 抗体，真实模拟了临床上 HER2 抗体的肿瘤治疗作用。研究表明，HER2 抗体可以消除野生型小鼠肿瘤，而对免疫缺陷小鼠则几乎丧失抗肿瘤作用，这一结果直接证明了 HER2 抗体所介导的抗肿瘤效应依赖于适应性免疫反应。研究人员进一步研究发现，HER2 抗体可以增强肿瘤特异性 CD8+T 细胞的功能和肿瘤特异的记忆性 T 细胞反应；HER2 抗体抗肿瘤效应需要释放大量的危险信号 HMGB-1，来活化天然免疫反应 MyD88 信号，进而启动适应性免疫反应。此外，研究还发现，化疗药物和 HER2 抗体联合应用时，治疗顺序不同会导致相反的记忆性抗肿瘤反应，这为临床优化 HER2 抗体的联合应用提供了重要的理论依据。

(白毅/中国医药报)

中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效观察

Effective observation on treating ulcerative colitis by TCM enema

蔡永江 张秀婷

(郑州大学第一附属医院, 河南 郑州, 450052)

中图分类号: R574.62 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0074-01 证型: IDGA

【摘要】 目的: 观察健脾益肠汤配合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效。方法: 将溃疡性结肠炎患者 64 例随机平分为 2 组, 治疗组采用自拟健脾益肠汤合中药灌肠液治疗, 对照组采用中药灌肠治疗。结果: 治疗组总有效率为 96.9%。对照组总有效率为 68.8%。2 组痊愈率、总有效率比较, 均有显著性差异 (P 均 <0.05)。结论: 健脾益肠汤配合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎具有较好的治疗作用, 值得临床推广。

【关键词】 溃疡性结肠炎; 健脾益肠汤; 中药灌肠

【Abstract】 Objective: To observe the effect of treating ulcerative colitis by Jianpi Yichang decoction plus TCM enema. Methods: 64 patients with ulcerative colitis were randomly divided into 2 groups, taking Jianpi Yichang decoction plus TCM enema therapy in treatment group, taking the TCM enema therapy in control group. Results: The total efficiency rate was 96.9% in treatment group. In control group the total efficiency rate was 68.8%. Conclusion: treating ulcerative colitis by Jianpi Yichang decoction plus TCM enema has a good effect, is worth being clinical promotion.

【Keywords】 Ulcerative colitis; Jianpi Yichang decoction; TCM enema

1 临床资料

1.1 一般资料

随机选择 2005 年 6 月~2009 年 8 月本院收治的溃疡性结肠炎患者 64 例, 均符合上述诊断标准, 随机再平分为 2 组: 治疗组男 20 例, 女 12 例; 年龄 18~49 岁; 病程 3 个月~18 年。对照组男 20 例, 女 12 例; 年龄 18~47 岁; 病程 4 个月~17 年。2 组性别、年龄、病情、病程等具有可比性, 无统计学差异 ($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

对照组: 采用中药安肠灌肠液保留灌肠: 孩儿茶、白头翁、白及、地榆炭、生黄芪各 15g, 黄连、苍术、木香各 9g, 乳香、生甘草各 10g。水浓煎至 100ml, 治疗时每天晚上 8~9 时排便后, 将药液适当加温保留灌肠, 取右侧卧位或膝胸位保持 30min, 然后平卧或右侧卧位保留, 自然排出。治疗组: 在对照组治疗的基础上加用自拟健脾益肠汤: 党参、炒白术、茯苓、山药、白扁豆、白及各 15g, 吴茱萸、肉豆蔻、补骨脂、赤石脂、诃子、芡实各 12g, 黄芪 30g, 升麻 10g, 肉桂 6g。水煎服, 每日 1 剂, 分早晚 2 次服, 治疗 4 周为 1 疗程。1 个疗程后, 随访 3 个月后评定疗效。

2 结果

治疗组 32 例中, 痊愈 21 例, 好转 10 例, 无效 1 例, 总有效率为 96.9%。对照组痊愈 10 例, 好转 12 例, 无效 10 例, 总有效率为 68.8%。2 组痊愈率、总有效率比较, 均有显著性差异 (P 均 <0.05), 治疗组疗效优于对照组。具体情况见表 1。

表 1 两组治疗疗效 (n)

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效率
治疗组	32	21	10	1	96.90%
对照组	32	10	12	10	68.80%

3 讨论

溃疡性结肠炎病因、发病机理尚不十分明确。目前一般认为本病的发病主要由于免疫机制异常, 涉及体液与细胞免疫反应, 并和遗传因素有关。感染、精神因素在本病中的地位尚难肯定^[1]。

结肠炎为临床常见病, 属中医“肠游”、“泄泻”、“痢疾”之范畴^[2]。西药治疗往往效果不稳定, 且有诸多副作用。中医认为本病的发生, 大多由于平素饮食无规律, 暴饮暴食, 或素体虚弱, 嗜食膏粱厚味, 生冷伤及脾胃, 致脾胃虚弱^[3]。脾为后天之本, 生冷伤及脾胃, 致脾胃虚弱。脏腑本虚, 外感六淫, 饮食所伤, 七情不和, 皆导致本病发生, 但脾为病变中心; 湿胜为疾病的主要矛盾所在。脾胃为仓廪之官, 后天之本, 气血生化之源, 饮食物的受纳、腐熟、转输皆有赖于脾胃。若中气不足, 脾胃虚弱, 运化失职, 清浊不分, 传导失常, 致湿浊内阻, 气血运行不畅, 经脉阻滞, 肠络受伤, 临床即发生以泄泻、粘液脓血便为主要症状的消化系统疾病。本临床观察结果提示, 健脾益肠汤配合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎具有较好的治疗作用, 其灌肠液保留作用于病灶的局部易吸收, 可改变局部血液循环, 使脉络疏通, 更有利于促进炎症的吸收和粘膜的修复。治疗结果经统计学处理 ($P<0.05$), 治疗组疗效明显优于对照组。经临床观察, 治疗组不仅疗效明显优于对照组, 故值得临床推广。

参考文献:

- [1] 王利华, 方秀才, 潘国宗. 溃疡性结肠炎-346 例患者的临床特点[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(1): 53
- [2] 全国慢性非感染肠道疾病学术研讨会. 溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准[S]. 中华消化杂志, 1993, 13(6): 354
- [3] 雷载权. 中药学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999: 279-281

编号: ER-10072402 (修回: 2010-08-18)

自拟健脾疏肝解毒汤治疗慢性乙型肝炎 98 例

Treating 98 cases of chronic hepatitis B with Jianpi Shugan Jiedu decoction

丁忠兵

(如皋市城西医院, 江苏 南通, 226500)

中图分类号: R512.6+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0075-01 证型: IBD

【摘要】 目的: 观察自拟健脾疏肝解毒汤治疗慢性乙型肝炎的临床疗效。方法: 将 170 例患者, 随机分为治疗组 98 例, 对照组 72 例。同时给予还原型谷胱甘肽、甘草酸二胺、胸腺肽等西医保肝对症治疗, 治疗组加服自拟健脾疏肝解毒汤, 疗程结束后观察疗效。结果: 治疗组总有效率为 94.9%, 对照组总有效率为 65.3%。结论: 自拟健脾疏肝解毒汤是治疗中重度慢性乙型肝炎的有效方剂。

【关键词】 慢性乙型肝炎; 自拟健脾疏肝解毒汤; 临床举隅

【Abstract】 Objective: To observe clinical effects of treating chronic hepatitis B with Jianpi Shugan Jiedu decoction. Methods: 170 patients were randomly divided into treatment group 98 cases, 72 patients in control group. While taking glutathione, ganlixin, thymosin by western medicine therapy, taking Jianpi Shugan Jiedu decoction in treatment group, after therapy the effects were observed. Results: The total efficiency rate was 94.9%, in control group the total efficiency rate was 65.3%. Conclusion: Treating chronic hepatitis B with Jianpi Shugan Jiedu decoction has a good effect.

【Keywords】 Chronic hepatitis B; Jianpi Shugan Jiedu decoction; Clinical example

慢性乙型肝炎是临床一种比较难治的疾病。笔者采用自拟健脾疏肝解毒汤治疗慢性乙型肝炎(中重度)98 例, 取得了较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例资料

随机选择慢性乙肝患者 170 例, 其中治疗组 98 例, 对照组 72 例。

治疗组男性 59 例, 女性 39 例; 年龄 20~53 岁, 平均年龄(36±7.80)岁。对照组男性 38 例, 女性 34 例; 年龄 22~54 岁, 平均年龄(38±5.66)岁。

两组病程均在 0.5~15 年, 两组病例在性别、年龄、病程、病情等资料经统计学处理, 无显著性差异($P>0.05$), 具有可比性。所有病例均为慢性乙型肝炎中重度患者。

2 治疗方法

2.1 两组同时给予还原型谷胱甘肽 1.8g 加入 5%葡萄糖 250ml 中, 甘草酸二胺 150mg、胸腺肽 100mg、门冬氨酸钾镁 30ml、维生素 C 3.0g 加入 10%葡萄糖 500ml 中, 静脉滴注, 1 次/d, 连续静脉滴注 15d, 休息 3d, 然后继续静脉滴注。同时, 治疗组患者加服自拟健脾疏肝解毒汤(党参 15g, 炒白术 15g, 茯苓 15g, 柴胡 12g, 枳壳 12g, 白芍 15g, 白花蛇舌草 30g, 半枝莲 30g, 鹅不食草 30g, 垂盆草 30g, 熟军 15g, 丹参 30g, 牛膝 15g, 车前草 15g)。

气虚加黄芪 30g; 阴虚、血虚加生地 15g; 阳虚加黄芪 30g, 鹿角霜 15g; 血分热盛加丹皮 15g, 赤芍 15g; 黄疸明显加茵陈 30g, 金钱草各 15g; 胁痛加青皮、陈皮各 9g; 恶心加半夏 12g; 腹胀不解加大腹皮 15g。1 剂/d, 煎两次, 取汁 600ml, 200ml/次, 3 次/d, 口服。

2.2 两组患者均以 6 个月为一疗程, 疗程结束后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 临床疗效

治疗组 98 例中, 显效 29 例(占 29.6%), 有效 64 例(占 65.3%), 无效 5 例(占 5.1%)总有效率为 94.9%; 对照组 72 例中, 显效 8 例(占 11.1%), 有效 39 例(占 54.2%), 无效 25 例(占 34.7%)总有效率为 65.3%; 经统计学处理, 两组间显效率、总有效率有高度显著性差异($P<0.01$)。

4 讨论

慢性乙型肝炎属中医“胁痛”“黄疸”“积聚”等范畴。慢性乙型肝炎的病理一般有湿邪作祟, 肝郁致病, 阳气虚弱, 疫毒内侵, 伏于血分, 阴阳双损, 气血失调合而为患等几方面。本病病机虽较为复杂, 可累及肝、脾、肾、气、血、阴、阳等多个方面, 且虚实错杂互见, 但正气虚贯穿于慢性肝炎的始终, 而肝郁脾肾气阴(血)虚是慢性乙型肝炎的根本病机, 特别是中、重度慢性乙型肝炎的主要病机。鉴于此, 制定了自拟健脾疏肝解毒汤, 以健脾益气, 疏肝解毒为法。经验方自拟健脾疏肝解毒汤以四君子汤和柴胡疏肝散化裁, 遵仲景“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”之原则, 白术“除胃中之湿热, 补脾家之元气”, 枳壳“泻心下痞闷, 消胃中所伤”。二药一急一缓, 一行一补, 使脾气得健, 气机得畅, 化源充足, 全身脏腑得以濡养; 党参、茯苓助白术健脾益气; 白芍柔肝止痛, 养血敛阴, 牛膝补益肝肾, 引血下行, 使肝肾得以滋养; 柴胡配枳壳共奏疏肝解郁之功; 丹参、熟军凉血活血, 行气止痛, 养血化瘀, 使血脉通畅, 气血流通, 精微得以荣养全身; 白花蛇舌草、半枝莲、鹅不食草、垂盆草清热解毒; 车前草平肝利水。临床证明自拟健脾疏肝解毒汤是治疗慢性乙型肝炎的有效方剂, 且随着治疗时间的延长, 其保持肝功能稳定功效越明显。

编号: ER-10080609 (修回: 2010-08-19)

体外冲击波碎石加自拟中药排石汤治疗泌尿系结石的临床观察

Clinical observation on treating urinary calculi by ESWL plus Paishi decoction

牛超英 邰锦善 王 宏 魏靖杰 宋国华

(甘肃省张掖市中医医院, 甘肃 张掖, 734000)

中图分类号: R693+4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0076-01 证型: GDI

【摘要】目的: 探讨体外冲击波碎石加自拟中药排石汤治疗泌尿系结石的疗效。方法: 对2003年~2010年6月住院治疗的1326例泌尿系结石患者分为2组, 治疗组663例, 在体外冲击波碎石后服用自拟中药排石汤。对照组663例, 单纯采用体外冲击波碎石。结果: 经观察治疗组在碎石后结石排净时间上较对照组明显缩短, 疗效显著。结论: 体外冲击波碎石术后加自拟中药排石汤可加速结石的排出, 减少碎石次数, 提高排石效率, 值得推广应用。

【关键词】泌尿系结石; 体外冲击波碎石; 自拟排石汤

【Abstract】Objective: To investigate the effect of treating urinary calculi by ESWL plus Paishi decoction. Methods: 1326 cases of urinary calculi were randomly divided into 2 groups, 663 cases of treatment group were taking Paishi decoction after ESWL. Treating 663 cases of control group by ESWL. Results: To observe the time of Paishi, treatment group is shorter than control group, the effect is notable. Conclusion: ESWL plus Paishi decoction can accelerate Paishi, reduce the number of gravel, improve the efficiency of Paishi.

【Keywords】Urinary calculi; ESWL; Paishi decoction

泌尿系结石为临床常见病, 占泌尿系疾病的第一位, 近年来呈上升趋势, 尤其是上尿路结石发病率明显高于下尿路结石。目前, 随着体外冲击波碎石技术的广泛应用, 90%以上的尿路结石不再需要开放手术治疗。我们自2003年~2010年6月应用体外冲击波碎石治疗泌尿系结石1326例, 分2组进行观察, 证实治疗组在结石排净时间和血尿持续时间上, 较对照组明显缩短, 疗效显著, 报道如下:

1 一般资料

本组1326例, 男856例, 女470例, 年龄18~65岁, 平均41岁。全组病例经泌尿系B超或彩超, 腹部X线拍片及静脉肾盂造影确诊。符合《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》^[1]中尿石症的诊断标准。结石分布: 肾结石315例(包括双肾结石68例), 肾结石合并输尿管结石198例, 输尿管结石798例(包括双侧输尿管结石45例), 膀胱结石15例。结石直径最小0.6~0.8cm, 最大1.2~2.3cm。998例有肾绞痛、肉眼血尿或镜下血尿以及不同程度肾积水, 26例有肾功能不全。

2 治疗方法

2.1 全组病人在确诊后, 排除体外冲击波碎石的禁忌证, 先行体外冲击波碎石治疗, 碎石后分治疗组和对照组, 两组碎石后均给予抗感染、止血、解痉、大量饮水, 适当增加跳跃运动等处理。治疗组加服自拟中药排石汤: 金钱草50g, 海金沙20g, 石苇15g, 车前子10g, 泽泻15g, 牛膝15g, 厚朴15g, 黄芪30g, 白茅根30g, 续断10g, 菟丝子10g, 郁金10g, 白芍10g, 甘草6g, 水煎服, 每日一剂, 早晚分2次口服, 服用1~2周。

2.2 疗效标准: 参照《肾脏病诊疗全书》^[2]相关评定标准拟定。治愈: 临床症状消失, B超或X线腹部拍片未见结石阴影, 肾积水消失。有效: 临床症状改善, B超或X线腹部拍片见结石缩小(或)位置下移。无效: 临床症状无变化, B超或X线腹部拍片示结石无缩小或无位置下移。

3 结果

治疗组: 治愈: 586例(88.4%), 有效: 56例(8.4%),

无效: 21例(3.2%), 总有效率97.8%。对照组: 治愈: 416例(62.7%), 有效: 161例(24.3%), 无效: 86例(13%), 总有效率87%。2组治愈率, 总有效率比较均有较大差异性($P<0.01$)治疗组疗效明显优于对照组。

4 讨论

体外冲击波碎石技术由于快捷、方便、安全、有效、痛苦小、已广泛应用于泌尿系结石的治疗。该方法主要是将结石击碎以利排出, 但如何在碎石后能加快结石的排出, 提高结石排净率, 减少因结石梗阻尿路导致的疼痛、血尿、肾盂积水, 感染或肾功能不全等并发症发生率, 是临床医生研究的重要课题。本病属祖国医学“石淋”“腰痛”之范畴, 其病机为湿热下注, 水热互结, 煎熬尿液为砂石, 结石日久导致部分患者肾气受损, 故多有虚实夹杂之症。我们应用自拟中药排石汤: 清热利湿, 通淋利尿排石、散结行气之痛、佐以益气补肾之法, 在溶石、碎石、排石, 消除症状及缩短疗程等方面具有明显优势。方中金钱草有明显的利尿作用, 能增加尿量, 并能扩张输尿管和促进输尿管的蠕动, 有利于结石排出, 现代药理研究证明, 金钱草通过其有效成分抑制乙二醇诱生过程中所产生的羟乙酸和乙醛酸向草酸的转化, 即减少了草酸钙结石的形成。海金沙、石苇、车前、泽泻清热利湿, 增加尿量, 促进输尿管蠕动, 加快结石排出; 白茅根清热利尿兼凉血止血、黄芪益气, 牛膝、续断、菟丝补肾, 防止术后耗气伤肾, 厚朴、郁金、白芍、甘草行气止痛。全方共达排石, 溶石, 预防结石复发, 防止术后并发症之功效。我们经临床研究证实, 对泌尿系结石行体外冲击波碎石术后的病人服用自拟中药排石汤可促进结石的排出, 提高结石排净率, 缩短疗程和血尿持续时间, 疗效明显优于单纯体外冲击波碎石, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]吴少祯, 吴敏. 常见疾病的诊断与疗效判定(标准)[M]. 北京: 中国中医出版社, 1999: 739-740
- [2]张琪琳. 肾脏病诊断全书[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 589-590
- 编号: ER-10070601 (修回: 2010-08-17)

小青龙汤加味治疗肺心病疗效观察

Effective observation on treating cor with Xiaoqinglong decoction

韦金荣

(高邮市中医医院, 江苏 扬州, 225001)

中图分类号: R541.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0077-01 证型: GBD

【摘要】目的: 观察小青龙汤治疗慢性肺源性心脏病的临床疗效。方法: 80 例肺心病患者随机分为治疗组和对照组, 对照组采用西医抗感染、吸氧、扩张支气管等手段, 治疗组在此基础上加用小青龙汤治疗, 比较两组疗效。结果: 治疗组临床疗效为 90%, 对照组总有效率为 72.5%。结论: 在西医常规治疗基础上加用小青龙汤治疗肺心病效果明显, 值得推广。

【关键词】小青龙汤; 慢性阻塞性肺病; 疗效

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of treating chronic pulmonary heart disease with Xiaoqinglong decoction. Methods: 80 patients with pulmonary heart disease were randomly divided into treatment group and control group, the control group taking western medicine anti-infection, oxygen, bronchodilators and other means, the treatment group was based on the decoction with a small dragon, two groups were compared. Results: The clinical efficacy of the treatment group and 90%, control group was 72.5% effective. Conclusions: Based on the conventional treatment of western medicine plus Xiaoqinglong decoction obvious effect of pulmonary heart disease, should be promoted.

【Keywords】Xiaoqinglong decoction; Chronic obstructive pulmonary disease; Effect

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我科 2008 年 5 月~2010 年 3 月所收治的 80 例患者, 诊断标准参照 2002 中华医学会呼吸病学分会制订的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》, 随机分为观察组和对照组。

治疗组 40 例, 男 26 例, 女 14 例; 年龄 53~72 岁, 平均年龄 (52.5±4.6) 岁; 慢阻塞性肺病史 10 年以上者 25 例, 20 年以上者 15 例; 心功能代偿期 28 例, 失代偿期 12 例。

对照组 40 例, 男 28 例, 女 12 例; 年龄 56~71 岁, 平均年龄 (53.2±4.3) 岁; 慢阻塞性肺病史 10 年以上者 27 例, 20 年以上者 13 例; 心功能代偿期 25 例, 失代偿期 15 例。

两组年龄、性别、病程无显著性差异 ($P>0.05$), 有可比性。

1.2 方法

两组均采用持续低流量吸氧、强心利尿、解痉止喘、抗炎等对症治疗。

治疗组在此基础上加用小青龙汤治疗, 每日 1 剂, 处方如下: 炙麻黄 12g, 白芍 15g, 桂枝 12g, 干姜 10g, 细辛 9g, 法半夏 12g, 五味子 15g, 甘草 6g; 如喘息加重则加苏子 20g, 厚朴 12g; 水肿明显加茯苓 15g, 泽泻 20g, 车前子 12g; 咳加杏仁 12g, 百部 12g, 桔梗 15g。两组 2 周为 1 个疗程, 1 个疗程结束后进行疗效判断。

1.3 统计学处理

采用 SPSS12.0 分析, 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组疗效比较 (见表 1)

治疗组总有效率为 90%。对照组总有效率为 72.5%。两组相比有统计学差异 ($P>0.05$), 治疗组疗效优于对照组。

表 1 两组疗效比较 (n%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	17 (42.5)	19 (47.5)	4 (10)	90*
对照组	40	12 (30)	17 (42.5)	11 (27.5)	72.5

注: 与对照组治疗后比较, * $P<0.05$ 。

3 讨论

小青龙汤为张仲景《伤寒论》之名方, 临床用以治疗太阳病“伤寒表不解, 心下有水气, 干呕, 发热而咳, 或咳, 或利, 或噎, 或小便不利, 少腹满, 或喘。”

而在《金匮要略》中, 本方主治“咳逆倚息不得卧”与肺心病的临床表现十分相近。方以麻黄、桂枝为君, 麻黄发汗、平喘、利水, 配桂枝则增强通阳之力, 有助肺宣发肃降, 通调水道之功; 干姜、细辛温肺散寒以消痰饮, 加半夏化痰燥湿, 三者联合, 加强化痰之效。五味子酸收、敛肺、止咳, 敛肺气之逆, 与细辛、麻黄相配, 一收一散, 散中有收, 敛中有散, 正邪兼顾, 用治咳嗽, 确有妙用; 桂枝白芍调和营卫; 甘草调和诸药。全方配伍合理, 解表、温里、散寒、逐饮, 化痰、止咳、平喘, 调和营卫。现代研究表明麻黄中的麻黄碱和伪麻黄碱对支气管平滑肌有松弛、抗炎、镇咳祛痰、抗菌、利尿作用; 桂枝中桂皮醛有扩张血管、抗炎抗菌、利尿等作用; 细辛中的各种成分有抗炎抗菌、强心、扩张血管、松弛平滑肌等作用; 五味子中五味子素有扩张血管、兴奋呼吸中枢、镇咳祛痰作用。其临床疗效及药理机制已得到临床验证。

从本研究结果表明, 治疗组在常规基础上使用小青龙汤, 有效率明显优于对照组, 两组相比有明显统计学差异 ($P<0.05$), 说明在西医常规治疗基础上加用小青龙汤加减治疗肺心病效果明显, 值得推广。

编号: ER-10080614 (修回: 2010-08-17)

中西医结合治疗消化性溃疡并发出血 52 例疗效观察

Effective observation on treating 52 cases of peptic ulcer bleeding in the integrative medicine

徐 鹏

(江苏省溧阳市中医院, 江苏 常州, 213300)

中图分类号: R573.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0078-01 证型: IDGA

【摘 要】目的: 探讨中西医结合方法治疗消化性溃疡并发出血的临床效果。方法: 将我院患者分为治疗组 52 组, 对照组 46 例, 对照组用西药治疗, 治疗组在西药的同时加用中药治疗, 观察期疗效。结果: 治疗组治愈率 24 例, 治愈率为 46.15%。结论: 中西医结合方法治疗消化性溃疡并发出血具有止血速度快, 溃疡愈合率高的优点, 标本兼治, 经济适用, 值得推广应用。

【关键词】中西医结合; 消化道溃疡; 出血; 疗效观察

【Abstract】Objective: To investigate the clinical effect of treating peptic ulcer bleeding in the integrative medicine. Method: Patients were divided into treatment group of 52 in hospital, 46 cases of control group treated by western medicine, the treatment group, while in western medicine plus traditional Chinese medicine, to observe the effect. Conclusion: Combination treatment of peptic ulcer bleeding have a way to stop bleeding fast, high rate of ulcer healing benefits of tackling the problem, economical, should be widely applied.

【Keywords】The integrative medicine; Gastrointestinal ulcers; Hemorrhage; Effective observation

1 资料与方法

1.1 临床资料

以我院 2008 年 1 月~2009 年 12 月 52 例应用中西医结合方法治疗的消化道溃疡并发出血患者为研究组, 男 39 例, 女 13 例, 男:女=3:1, 年龄 22~66 岁, 平均 38.52 岁; 病程 6 个月~14.5 年; 十二指肠溃疡 28 例, 胃溃疡 17 例, 复合性溃疡 7 例; 估计出血量<400ml 者 36 例, 400~1000ml 者 12 例, >1000 ml 者 4 例。以同期 46 例单独应用西药治疗的消化道溃疡并发出血患者为对照组。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组

胃出血即时应用甲肾上腺素 8mg, 加入冷生理盐水 100~200ml, 口服或经胃管灌注, 每 0.5h~1h 一次, 重复应用不超过 3 次; 潘拖拉唑 40mg, 静脉滴注, 每 12h 一次, 疗程 1 周; 口服潘拖拉唑胶囊 20mg, 日两次口服, 疗程 3 个月。

1.2.2 研究组

西药应用与对照组相同, 辨证加用自拟中药, 每日一剂, 水煎服。①肝气犯胃型: 证见胃脘、胸胁胀痛, 嗳气口苦, 喜叹息, 以丹栀逍遥散加减。②肝胃郁热型: 证见胃脘胀闷或灼痛, 嘈杂泛酸, 口臭口渴, 烦躁易怒, 尿赤, 以泻心汤加减。③脾虚不摄型: 证见神疲乏力, 少气懒言, 头晕心悸, 面色无华, 大便稀溏或便血, 以归脾汤加减。④脾胃虚寒型: 证见神疲怯寒, 胃痛隐隐, 喜温喜按, 手足欠温, 以黄土汤加减。

1.2.3 两组止血无效者均采用内镜下注射高渗生理盐水、肾上腺素混合液止血或介入止血。

2 结果

2.1 近期疗效

研究组与对照组比较, 近期止血疗效无显著性差异 ($P>0.05$), 但研究组止血时间显著少于对照组 ($P<0.01$) (见表 1)。

表 1 研究组和对照组近期和远期疗效比较

	近期疗效				止血时间 (h)
	显效 (%)	有效 (%)	无效 (%)	总有效率	
研究组 (52)	38 (73.08)	10 (19.23)	4 (7.69)	92.31%	11.52±3.37
对照组 (46)	26 (56.52)	14 (30.43)	6 (13.04)	86.96%	13.78±4.02
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01

2.2 远期疗效

研究组治愈率 24 例, 治愈率为 46.15%, 显著高于对照组 ($P<0.05$), 无效 1 例, 无效率 1.92%, 显著低于对照组 ($P<0.01$)。

3 讨论

消化性溃疡并发出血属内科急症, 主要表现为呕血和(或)黑便, 出血原因多为溃疡侵袭粘膜下毛细血管所致, 少数病例可累计十二指肠球部后壁或胃小弯粘膜下小动脉或静脉而发生致命性出血。祖国医学认为, 消化性溃疡并发出血属“血证”范畴, 病机为胃络受损, 胃失和降所致^[1]。我们采用中西医结合的方法治疗消化性溃疡并发出血, 近期止血效果无显著性差

异 ($P>0.05$), 但研究组止血时间显著少于对照组 ($P<0.01$), 提示中药的有效成分可促进血液凝固和血管收缩, 降低毛细血管的通透性, 从而缩短止血时间。

综上所述, 中西医结合方法治疗消化性溃疡并发出血具有止血速度快, 溃疡愈合率高的优点, 标本兼治, 经济适用, 值得推广应用。

参考文献:

[1] 马安荣. 中西医结合治疗消化性溃疡出血 56 例[J]. 陕西中医学院学报, 2006, 3(29): 28-29

编号: ER-10072412 (修回: 2010-08-17)

对我院 118 例眼底出血患者的中医治疗

Treating 118 cases of retinal hemorrhage in TCM

苏新伟

(许昌市公费医疗医院, 河南 许昌, 461000)

中图分类号: R246.82 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0079-01 证型: BDGI

【摘要】眼底出血是眼科的常见病症, 它不是独立性疾病, 而多与全身疾病有关, 临床上以高血压动脉硬化及糖尿病所致眼底出血最多, 其次是视网膜静脉阻塞、视网膜静脉周围炎及撞击伤等所致。

【关键词】眼底出血; 视网膜脱落; 中医辨证治疗

【Abstract】Retinal hemorrhage is a common eye disease, it is not the independence of the disease, but more with systemic diseases, clinical atherosclerosis and diabetes to high blood pressure caused by retinal hemorrhage, followed by a retinal vein occlusion, retinal vein and peri due to impact injury and so on.

【Keywords】Retinal hemorrhage; Retinal Detachment; Treatment in differentiation

眼底出血, 中医称之为“暴盲”及“云雾移睛”, 认为“血不循经, 溢于络外”, 已成为致盲主要原因。中医活血化瘀在眼底出血的治疗中占有重要地位。以辨证为主, 以出血的色泽(鲜红、暗淡、深暗)为主要依据, 分期治疗, 辨病治疗为辅。中医分期治疗并非绝对定时。往往有兼证, 应根据实际情况, 灵活辨治。

1 一般资料 and 治疗方法

1.1 一般资料

本组 118 例 156 眼眼底出血的患者, 其中男 80 例 102 眼, 女 38 例 54 眼, 年龄 18~74 岁, 病程最短 2h, 最长 44d, 分别确诊为视网膜静脉周围炎 21 例 22 眼、视网膜静脉阻塞 67 例 67 眼(其中玻璃体积血 15 眼)、糖尿病性视网膜病变 29 例 58 眼(其中玻璃体积血 11 眼)、外伤性视网膜出血 12 例 12 眼。

1.2 治疗方法: 临床确诊后, 根据病因不同实施辨证论治: ①肝阴不足、肝阳上亢: 治宜滋阴潜阳、平肝活血。方用天麻勾藤饮随症加减; ②肝肾阴虚、虚火上炎: 治宜滋补肝肾、清热凉血。方用知柏地黄丸随症化裁; ③热迫血行、溢于络外: 治宜凉血止血、清热明目。方用宁血汤合清热黄连汤加减; ④气滞血瘀、阻塞脉络: 治宜疏肝理气、活血化瘀。方用丹栀逍遥散合桃红四物汤随症化裁; ⑤脾虚统血失职、血不循经: 治宜益气摄血。方用归脾汤随症加减; ⑥外伤撞击、脉络受损: 治宜养血活血、扶正祛邪。治宜养血活血、扶正祛邪。方用芎归补血汤随症化裁。

2 结果

本组病例服药 15~20d 者 15 例, 25~30d 者 36 例, 40~50d 者 36 例, 60d 以上者 42 例, 视力均有不同程度提高, 玻璃体积血完全吸收, 眼底出血部分或大部分吸收, 有效率 100%。

3 讨论

高血压动脉硬化及糖尿病所致的眼底出血, 常因全身状况的加重而致视力急剧下降或骤然失明, 视网膜中央血管阻塞所致眼底出血常反复发作。以上眼底血症均属中医的暴盲、血灌瞳神、目衄、视瞻有色范畴。此病平素目无它疾, 一旦发病视力急剧下降或骤然失明。《审视瑶函》曰倏然盲而不见也,

其故有三: 阴孤、阳寡、神离, 闭塞关格之病。《证治准绳》指出: 目窍于肝, 主于肾, 回于心, 运于肺长养于脾……。以上所述足以说明了目非一孤立的器官, 而是与五脏六腑一脉相连, 目之所以能发挥其正常的功能, 视万物、辨黑白、审长短, 全赖脏腑之精气濡养的结果。同样, 当某脏腑功能失调, 出现偏盛偏衰时, 精血不能上行贯注或脏腑受邪。邪循经脉上犯于目, 致目中玄府阻闭而发生暴盲、目衄、血灌瞳神等症。根据作者多年临床总结, 眼底血症的病因不外乎: ①肝阴不足、肝阳上亢。②肝肾阴虚、虚火上炎。③热迫血行、溢于络外。④气滞血瘀、阻塞脉络。⑤脾虚统血。

4 辨病治疗

4.1 玻璃体积血

早、中期时, 用眼底镜检查可见玻璃体混浊, 并能发现原发病变。宜用养血止血法, 四物汤加止血药, 如三七粉、炒蒲黄、炒藕节、炒槐花、丹皮等。对反复出血、大量积血者, 慎用桃仁、红花、丹参、五灵脂等活血化瘀药。观察用药 1~3 个月后, 考虑作玻璃体切割术。

4.2 高度近视性黄斑出血

由于高度近视眼球后段变长, 脉络膜血管层受牵引而致破裂, 该处组织缺氧, 易产生新生血管, 反复出血、变性、萎缩。

宜补血养心、益气健脾, 以归脾汤、归芍地黄汤加减, 也可选用中成药三七粉、复方血栓通、石斛夜光丸、逍遥丸等。适当加止血化瘀药, 如蒲黄炭、大蓟草、花蕊石等。

4.3 年龄相关性黄斑变性: 早、中期湿性伴有出血、渗出物者, 宜用凉血止血、补气养血、活血化瘀法, 四物汤、归脾汤、八珍汤、桃红四物汤等加味。对于干性、萎缩性者, 宜用补益气血、滋养肝肾法, 根据临床辨证分别以补中益气汤、杞菊地黄丸、知柏地黄丸、石斛夜光丸等。治疗上, 出血期宜用平肝理气、活血化瘀法, 菊花钩藤饮、补阳还五汤、逍遥丸加减, 或口服三七粉、羚羊角粉、麝香保心丸等。气滞血瘀型表现为情志不畅, 胸闷胁胀, 宜用血府逐瘀汤、逍遥丸加减。对视网膜新生血管发生者, 在用止血药同时佐以益气养血药, 以增加新生血管韧性, 少用活血化瘀药, 慎用破血之品。

编号: ER-10070908 (修回: 2010-08-18)

中西医结合治疗异位妊娠 40 例临床分析

Clinical analysis of treating 40 cases of ectopic pregnancy in the integrative medicine

梁密兰

(河南省西华县人民医院, 河南 周口, 466600)

中图分类号: 271.41 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0080-01

【摘要】 目的: 探讨异位妊娠中西医结合保守治疗的疗效。方法: 对 40 例异位妊娠的保守治疗患者给予氨甲喋呤, 米非司酮片, 配合口服活血化瘀中药治疗 1~2 周。对照组 35 例异位妊娠患者单纯使用氨甲喋呤, 米非司酮。结果: 保守治疗成功率: 治疗组 90%, 对照组 71.4%。结论: 应用氨甲喋呤、米非司酮中药治疗异位妊娠疗效显著。

【关键词】 中西医结合; 异位妊娠; 保守治疗

【Abstract】 Objective: To investigate the effect of conservative treating ectopic pregnancy in the integrative medicine. Methods: Treating 40 cases of ectopic pregnancy conservative with methotrexate, mifepristone tablets, plus oral Huoxue Huayu medicine treatment 1~2 weeks. To treat 35 cases of control group with methotrexate, mifepristone tablets. Results: the conservative treatment rate: treatment group was 90%, control group was 71.4%. Conclusion: Treating ectopic pregnancy in the integrative medicine gets a good effect.

【Keywords】 The integrative medicine; Ectopic pregnancy; Conservative treatment

1 资料与方法

1.1 病例选择

自 2005 年 1 月到 2009 年 1 月, 我院共收治异位妊娠 201 例, 75 例选择保守治疗, 入院后均做 B 超、尿孕试检查, 确诊异位妊娠, 要求保守治疗, 符合下列条件^[1]: ①输卵管妊娠包块直径<3cm。②输卵管妊娠未发生破裂或流产。③无明显的内出血。④血 β -HCG<2000IU/mL。⑤无急性慢性器质性疾病, 肝肾功能正常。⑥同意接受按本方案保守治疗及追踪观察者, 有生育要求者, 熟悉自己的病情, 并在治疗同意书上签字。

1.2 临床表现: 75 例异位妊娠患者均有停经史, 闭经 38~50 天, 尿孕试阳性, B 超显示宫腔内未见妊娠声像表现, 可见增厚的内膜, 一侧的附件区见回声不均的混合型包块, 下腹疼 42 例, 30 例盆腔有少量液性暗区。阴道淋漓出血 36 例。年龄 17 岁到 40 岁, 平均年龄 27.5 岁。按就诊前后顺序随机分为两组: 对照组 35 例, 治疗组 40 例, 两组资料比较差异无显著性, 具有可比性。

1.3 治疗方法: 两组均使用 MTX 针 $0.4 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ (1、3、5、7 天), 四氢叶酸钙 50mg/日 (2、4、6 天) 肌注, 七天为一疗程。米非司酮片 75mg/2 次/日, 空腹, 口服, 共 3 天。治疗组同时加用活血化瘀中药: 以活血化瘀、杀胚消瘕为治疗原则, 结合虚实兼顾, 以补气、摄血、止痛为主, 方药为 (我院中医科提供): 当归 12g, 党参 12g, 桃仁 9g, 元胡 12g, 没药 12g, 蜈蚣 10g, 蒲黄 15g, 黄芩 15g, 三棱 15g, 莪术 15g, 丹参 9g, 赤芍 12g, 甘草 6g 水煎服, 每日一剂, 早晚分服, 7 天为一疗程。必要时输液加抗炎止血药物, 用药期间观察血象, 肝肾功能, 生命体征变化。

1.4 疗效观察

用药后每周测定血 β -HCG 2 次, 复查 B 超 1 次, 以判断治疗效果, 用药为两周。有效: 血 β -HCG 下降至正常, B 超检查异位妊娠包块缩小或消失, 生命体征正常。失败: 用药后 β -HCG 持续升高, 患者出现腹痛加剧, 腹腔内出血增多, 异位

妊娠包块增大, 心管搏动持续存在或出现原始心管搏动。

2 结果

在治疗有效率方面治疗组 40 例, 36 例治愈, 治愈率 90%; 失败 4 例, 其中 1 例为治疗第七天, β -HCG 下降大于 15%, B 超示包块缩小。另一例在治疗第五天无信心, 中途放弃, 改为手术治疗, 术中见腹腔极少量积血, 输卵管壶腹部紫蓝色增粗, 挤压出陈旧性积血块。保守治疗成功者 18 例有生育要求者行治疗性输卵管通液术, 13 例显示通畅, 4 例显示有阻力, 1 例不通。对照组 35 例中, 26 例治愈, 成功率为 71.4%, 两组成功比较有显著差异 $P<0.05$ 。

3 讨论

中西药保守治疗仍是我国目前治疗输卵管妊娠方法之一, 优点是免除了手术创伤, 保留患者输卵管并恢复功能, 尤其对尚需保留生育机能者更有临床应用价值。根据中医辨证论治, 异位妊娠属于血瘀少腹, 不通则疼的实证, 故以活血化瘀, 消瘕为主治则, 主方为桃仁、三棱、莪术, 破血逐瘀, 行气消积止痛为君, 蜈蚣行气通经络, 丹参凉血化瘀为臣, 赤芍引清药下行直达病灶, 甘草缓急止痛调和药性, 减轻毒性反映, 全方和用有清血化瘀止痛, 消瘕杀胚, 清热凉血之功效。中药与化疗药物合用, 对促使胚胎死亡效果显著^[2]。以往对胎儿存活的治疗方法曾用中草药和其他措施, 不加化疗失败率高, 为此我们探索中西药治疗, 不仅能发挥各自的效用, 而且能起到协同及互补作用, 大大提高了治愈率, 缩短了疗程^[3]。

参考文献:

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 289-291
- [2] 宋鸿钊, 高耀洁. 实用中西医结合妇产科学[M]. 郑州: 河南科学技术出版, 1990: 244-246
- [3] 袁智民, 尹魁, 徐金霞, 项圆圆. 中西医结合治疗异位妊娠[J]. 实用妇产科杂志, 2009, 25(03): 182

编号: ER-10070906 (2010-08-17)

龙胆泻肝汤加味治疗白塞病 (BD) 12 例

Treating 12 cases of behcet's disease with Longdan Xiegan decoction

罗思岳 杨碧莲

(北京中医药大学东方医院, 北京, 100078)

中图分类号: R364.1+6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0081-01 证型: IDGA

【摘要】白塞病与脏腑关系密切, 结合全身伴随症状和口腔溃疡表现, 辨为肝胆湿热证, 病程长者因木克土而见脾虚症候, 选用龙胆泻肝汤加味清热利湿解毒法, 随证加减, 使火降热泄, 湿浊分清, 循经所发诸症得愈。

【关键词】白塞病; 肝胆湿热; 龙胆泻肝汤

【Abstract】Behcet's disease has a close relation with the organs, with systemic symptoms and the performance of oral ulceration, identified as Gandan Shire symptom, treating it with Longdan Xiegan decoction plus Qingre Jiedu Lishi method. To made all of the symptom recovery.

【Keywords】Behcet's disease; Gandan Shire; Longdan Xiegan decoction

1 临床资料

1.1 一般资料

12 例均为我科门诊患者, 男 5 例, 女 7 例。年龄 15~51 岁, 平均 26.2 岁。病程 6 周至 8 年, 平均 3.8 年。全部病例均给予中药汤剂口服, 观察期为 2 周。

1.2 诊断标准根据 1989 年国际白塞病研究小组制定的国际诊断标准^[1], 全部病例均符合该标准。

1.3 初发部位以复发性口腔溃疡最常见, 8 例 (66.7%), 皮肤 3 例 (25%), 关节 1 例 (8.3%), 眼部损害 1 例 (8.3%), 外生殖器 3 例 (25%)。

1.4 临床表现

本组病例以口腔、皮肤、外生殖器、关节和眼为常见受累部位。口腔黏膜损害最常见, 共 12 例 (100%), 主要表现为反复发作的口腔黏膜单发性或多发性溃疡, 每年发作 3 次至数十次不等, 溃疡呈圆形或卵圆形, 边界清楚, 中央基底部呈乳白色, 有渗出, 周围有红晕, 多见于颊黏膜、唇、牙龈和舌, 溃疡疼痛明显, 常影响进食。

1.5 实验室检查

白细胞计数增高 3 例 (25%), 血沉增快 7 例 (58.3%), 免疫球蛋白增高 4 例 (33.3%), 类风湿因子阳性 2 例 (16.7%), C 反应蛋白增高 4 例 (33.3%), 补体 C3 降低 1 例 (8.73%)。无特异性实验室诊断指标。

1.6 舌象脉象

10 例舌质红, 2 例舌质淡红, 7 例舌体偏胖, 舌边有齿痕。12 例苔黄腻。8 例脉弦滑, 4 例脉沉细。

1.7 伴随症状

10 例烦躁易怒, 纳呆, 5 例胁肋胀痛, 9 例易腹胀, 12 例口苦口干。8 例大便秘结, 2 例便溏, 2 例大便正常。

2 治疗方法

2.1 口服方: 龙胆泻肝汤加味, 具体药物: 龙胆草 9g, 栀子 12g, 黄芩 12g, 泽泻 15g, 车前子 10g, 柴胡 9g, 连翘 10g, 赤小豆 30g, 蛇舌草 15g, 土茯苓 10g, 玄参 12g, 生地 15g, 花粉 15g。加减: 口腔溃疡疼痛剧烈者加元胡 10g; 大便秘结加生大黄 10g; 舌体胖边有齿痕者加猪苓 15g, 茯苓 15g; 关节疼痛明显的加

羌活 10g, 独活 10g。

2.2 服药方法: 水煎服, 每日 1 剂, 早晚各温服 200ml。

2.3 外治法: 马齿苋、银花、板蓝根各 30g, 每日一剂, 煎水漱口。

2.4 治疗结果: 口服 7 剂后, 5 例疼痛消失, 7 例疼痛减轻, 溃疡面明显缩小。口服 14 剂后, 8 例疼痛消失, 溃疡痊愈, 4 例疼痛减轻, 溃疡面明显缩小。

3 讨论

白塞病中医称之为“狐惑病”。《灵枢·痈疽》说: “大热不止, 热盛则肉腐”。《金匱要略》治狐惑病首立甘草泻心汤, 可知古人对本病从热论治。火热作为狐惑病的重要致病因素, 其作用机制并不是单一的, 它是由湿蕴日久转化而来, 又与湿相合, 湿热蕴积, 蒸腐气血, 化为脓浊, 循经走窜, 漫淫口咽、二阴、眼目及四肢等处而发。本组观察病例 12 例的溃疡特点均糜烂渗出, 其原因就在于湿邪为患, 这是“湿性秽浊”在本病的反映。本病病程长且反复发作, 盖因湿为重浊阴邪, 湿性粘滞, 与热相合, 缠绵难愈。白塞病病损多见于口腔、眼、生殖器、四肢关节, 从经络理论来看, 肝经经脉绕阴器, 循少腹, 入属肝脏, 络胆腑, 散布于胁肋, 上通于咽喉、口唇, 连于目系, 所以生殖器、咽喉、眼部及关节病变与肝脏有关。本组 12 例患者中, 结合全身伴随症状和口腔溃疡表现, 辨为肝胆湿热证, 病程长者因木克土而见脾虚症候, 因此选用龙胆泻肝汤加味。方中龙胆草、栀子、黄芩苦寒泻火除湿毒, 作为本方的君药; 泽泻、车前子、连翘、赤小豆、蛇舌草、土茯苓解毒利湿, 作为臣药, 加强除湿热毒之用; 由于热易耗伤津液, 加之苦寒燥湿伤阴, 故用玄参、生地、花粉养阴, 以使标本兼顾。柴胡为引经入药之用。出现不同的兼夹证给予相应的加减。总之, 本方采用清热利湿解毒法, 随证加减, 使火降热泄, 湿浊分清, 循经所发诸症得愈。

参考文献:

[1] International study group for behcet S disease. Criteria for diagnosis of behcet S disease[J]. Lancet, 1990, 335(8697): 1078-1080

编号: ER-10080613 (修回: 2010-08-17)

颅脑损伤致中枢性尿崩症的中西医结合治疗体会

Experience of treating central diabetes insipidus

was caused by brain injury in the integrative medicine

王树山 田兴军 孙志栋

(山东诸城中医医院, 山东 潍坊, 262200)

中图分类号: R584.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0082-01 证型: ADI

【摘要】 目的: 探讨中西医结合治疗颅脑外伤性尿崩症的疗效。方法: 对 18 例颅脑损伤并发中枢性尿崩症的病人观察总结。结果: 弥凝片(醋酸去氨加压素片)配合麦门冬汤加减口服治愈 18 例疗效可靠。结论: 颅脑外伤性尿崩症患者, 在西医治疗的同时, 配合中药制剂治疗, 缩短病程, 取得了满意的效果。

【关键词】 颅脑损伤; 尿崩症; 中药; 西药

【Abstract】 Objective: To investigate the effect treating central diabetes insipidus was caused by brain injury in the integrative medicine. Method: To observe and summary on 18 cases of head injury with central diabetes insipidus patient. Results: MI coagulation tablets (desmopressin acetate) plus lilyturf decoction oral cure for the 18 cases of reliable. Conclusion: Treating central diabetes insipidus was caused by brain injury in the integrative medicine has a good effect.

【Keywords】 Brain injury; Diabetes Insipidus; TCM; Western medicine

颅脑损伤并发中枢性尿崩症在临床上易引起水电解质失衡而危及生命, 现将我院 2005~2009 年经中西医结合治疗的 18 例颅脑外伤性尿崩症患者做一回顾分析, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 18 例, 男 10 例, 女 8 例; 车祸伤 15 例, 坠落伤 3 例。颅底骨折 15 例, 脑挫裂伤 16 例, 颅内血肿 13 例, 弥漫性轴索损伤 2 例。手术治疗 16 例, 非手术治疗 2 例, 伤后发病时间 2~14d。

1.2 尿量与实验室检查

24h 尿量最少 5000ml, 最多 25000ml, 平均 9000ml, 尿比重 ≤ 1.005 , 尿糖(-), 尿蛋白(-), 血清钠水平 112~153 mmol/l。

1.3 治疗方法: 积极治疗原发病, 应用醋酸去氨加压素片 200 μ g 口服一日 3 次, 同时给予麦门冬汤加减: 黄芩 15g, 知母 10g, 芦根 40g, 麦冬 15g, 花粉 20g, 沙参 20g, 竹叶 10g, 葛根 15g, 乌梅 10g, 甘草 20g。每日 1 剂, 水煎, 分 2 次服。限制钠盐及水分的摄入。

1.4 疗效: 疗效标准, 主要依赖于临床症状的改善, 分为四级: 临床痊愈: 临床症状消失, 尿比重正常。显效: 多饮、多尿症状明显改善, 饮水量、尿量均减少 1/2 以上, 但尚未恢复正常, 尿比重升高接近正常。好转: 临床症状有所改善, 尿比重有所升高。无效: 临床症状改善不明显。本组治疗 18 例, 口服西药及中药 3~6 剂后, 饮水、尿量减半, 尿比重增高, 服中药 7~10 剂后痊愈。

2 讨论

颅脑损伤后尿崩症约占脑外伤患者的 1%~6%, 通常是短暂性的^[1]。大多数学者认为是垂体柄的损伤。多见于发生在颅底骨折的病例中。本组 18 例 15 例有不同程度的脑底部挫裂伤和(或)颅底骨折, 这种损伤极易导致脑组织在颅腔内移动, 垂体柄在颅底相对固定, 垂体柄的视上核、神经垂体束可因垂

体柄受到牵拉、旋转、剪力作用而受损, 导致抗利尿激素来源通路中断, 引起神经内分泌功能紊乱, 有学者指出^[2]: 凡破坏①渗透压感应器; ②视上核、室旁核-神经垂体束; ③ADH 作用的远端肾小管, 都能引起尿崩症。

颅脑损伤导致的中枢性尿崩症通常在伤后 10 天左右发生, 临床表现比较典型。及时准确统计 24 小时出入量, 既使对意识不清的病人也能及时发现, 早期诊断。临床中我们认为: ①既往无多饮多尿及精神病史, 本次头部外伤后发病; ②多饮多尿, 尿量每日大于 4000ml 或更多, 且为持续低比重尿, 多在 1.005 以下, 不含糖及蛋白, 血尿素氮正常。③控制摄入量不能使尿量明显减少, 尿比重增高, 多提示存在尿崩症。

头部外伤后尿崩症的诊断一旦确立, 除积极治疗原发颅脑损伤外, 应及时治疗尿崩症。应用西药外可给予中药治疗。本病属于祖国医学“消渴”、“上消和下消”的范畴, 肺阴受灼致口渴引饮, 嗜水无度, 尿频而多, 燥热过盛, 耗阴更甚, 互为因果。治疗原则是滋肾养阴, 益气生津, 方选麦门冬汤加减: 黄芩 15g, 知母 10g, 芦根 40g, 麦冬 15g, 花粉 20g, 沙参 20g, 竹叶 10g, 葛根 15g, 乌梅 10g, 甘草 20g。方中沙参、麦冬、花粉、养肺胃津液; 甘草和养胃气; 竹叶、黄芩、知母、芦根、乌梅、清泄余热。共奏润肺, 养胃, 泄热, 生津之效。现代医学研究甘草治疗尿崩症的作用主要在于甘草甜素、甘草次酸, 均有去氧皮质酮样作用, 能使多种实验动物尿量排出减少, 加强肾小管对钠、氯之再吸收的作用^[3]。对地黄的研究, 发现它能促进组织更新修复, 能使某些内分泌激素恢复正常水平。

参考文献:

- [1]漆松涛, 张晓峰, 潘军等. 脑外伤后尿崩症 25 例临床分析[J]. 广东医学, 2006, 27(10): 1487-1489
- [2]谭启富. 神经外科病人尿崩症的诊断和治疗[J]. 国外医学: 神经病学、神经外科学分册, 1983, (10): 4
- [3]古立双. 尿崩症治疗体会[J]. 中外健康文摘, 2008, 5(19): 55

编号: EA-100614831 (修回: 2010-08-23)

腹腔镜治疗慢性胆囊炎急性发作的临床观察

Clinical observation on treating acute
exacerbation of chronic cholecystitis by celoscope

韩重鑫

(阳东县东平镇卫生院, 广东 阳江, 529941)

中图分类号: R575.6+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0083-01 证型: IDBG

【摘要】 目的: 分析腹腔镜胆囊切除术 (LC) 治疗慢性胆囊炎急性发作的临床经验。方法: 采用腹腔镜技术对慢性胆囊炎急性发作进行手术治疗。结果: 该组共有 54 例患者, 其中 48 例 (88.1%) 成功施行 LC, 另 6 例 (11.9%) 中转开腹。54 例均治愈, 住院时间 4~20d, 平均 6d。术后均无胆漏、黄疸、出血等并发症或死亡病例。结论: 只要熟练掌握腹腔镜的操作技术, 把握手术时机, 慢性胆囊炎急性发作行 LC 治疗可取得满意的效果。

【关键词】 慢性胆囊炎急性发作; 胆囊切除术; 腹腔镜

【Abstract】 Objective: To analyze the clinical experience for treating acute exacerbation of chronic cholecystitis by LC. Methods: Taking celoscope surgical intervention to acute exacerbation of chronic cholecystitis. Results: The group of 54 patients, 48 patients (88.1%) successful implementation of the LC, the other 6 cases (11.9%), laparotomy. 54 cases were cured, length of stay 4~20d, an average of 6d. acute exacerbation of chronic cholecystitis line LC treatment can achieve satisfactory results. Conclusion: As long as skilled grasp operation technology, grasp the timing of operation, treating acute exacerbation of chronic cholecystitis by celoscope has a good effect.

【Keywords】 Acute exacerbation of chronic cholecystitis; Cholecystectomy; Laparoscopic

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

病例选择标准: ①术前拟诊为胆囊炎急性发作, 除外肝外胆道梗阻、胆源性胰腺炎等; ②无腹部手术史; ③无绝对手术禁忌证。本组 54 例, 男 34 例, 女 20 例。年龄 18~75 岁, 平均 52 岁。均有右上腹痛症状, Murphy 征阳性, 右上腹压痛明显, 肝区有明显叩击痛, 血常规提示白细胞升高至 (11.0~11.0) $\times 10^9/L$, 中性粒细胞分数升高 0.85~0.95。皮肤轻度黄染 26 例, 发热 28 例, 37.2~38.5℃。发病时间 <3 天 26 例, 3 天~1 周 28 例。49 例为结石性胆囊炎急性发作, B 超明确诊断, 胆囊壁增厚 >3mm; 5 例为无结石性胆囊炎 (术前 B 超及胆囊切除后打开证实)。

1.2 手术方法

全麻下建立二氧化碳气腹 (维持腹内压在 13mmHg), 患者取头高脚低左倾位, 先穿刺 3 孔探查, 如操作困难, 则加第 4 孔。术中首先处理胆囊管, 左手持抓钳牵拉胆囊壶腹, 右手应用分离钳游离胆囊管。部分胆囊显露差, 被大网膜等包绕, 一般先钝性游离粘连, 显露胆囊。胆囊管周围浆膜也应用分离钳钝性分离, 注意充分暴露胆囊前三角及后三角, 扩大三角, 确认三角右侧壁为胆囊壁。如因炎症重局部渗血明显, 影响操作, 则可应用吸引器边吸边做钝性分离, 游离出胆囊管, 先上一枚钛夹夹闭胆囊管, 避免胆囊内结石掉到胆总管内, 并游离出胆囊动脉, 予以夹闭。牵拉胆囊底部, 沿扩大的胆囊三角处继续向上打开胆囊浆膜, 将胆囊自肝床游离下来, 再次验证为胆囊管无误后, 再上一枚钛夹阻断胆囊管, 确保胆囊管夹闭确实, 切断胆囊管和胆囊动脉, 胆囊床喷凝止血, 冲洗创面, 常

规放置小网膜孔引流。

2 结果

手术过程基本顺利, 平均手术时间 45~90min。本组患者均在入院后 1~2d 内施行急诊 LC, 术中认真辨别及正确处理胆囊三角的解剖关系, 确保手术安全完成。其中 48 例 (88.1%) 成功施行 LC, 术中出血 50~150ml, 均未输血。另 6 例 (11.9%) 中转开腹。开腹原因为: 胆囊与周围组织紧密粘连致解剖不清 2 例, 术中大出血 2 例, 胆管损伤 2 例。54 例均治愈, 住院时间 4~20d, 平均 6d。术后均无胆漏、黄疸、出血等并发症或死亡病例。

3 讨论

过去认为急性胆囊炎时胆囊壁充血水肿明显, 可致术中渗血较多, 胆囊张力较高, 夹持困难, 故一直被列为腹腔镜胆囊切除的禁忌证^[2]。但随着 LC 经验的积累、器械的更新以及手术技巧的提高, 越来越多的医生认为急性胆囊炎行 LC 安全有效^[3]。

参考文献:

- [1] 张勇智, 骆成玉, 杨齐等. 腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎 168 例[J]. 中国微创外科杂志, 2007, 7(7): 678-679
- [2] 黄建勇, 赵玉亭, 刘建文等. 急性胆囊炎的腔镜治疗[J]. 河南外科学杂志, 2007, 13(1): 24-25
- [3] 沈万川, 张丽霞, 陈哲等. 腹腔镜胆囊切除术在老年人急性胆囊炎中的应用[J]. 腹腔镜外科杂志, 2006, 11(6): 529-531

编号: ER-10070912 (修回: 2010-08-22)

中西医结合治疗小儿毛细支气管炎的临床观察

Clinical observation on treating children
with bronchiolitis in the integrative medicine

曹苏玲

(山东省枣庄市中医医院, 山东 枣庄, 277101)

中图分类号: R562.2+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0084-01 证型: IDBG

【摘要】 目的: 探讨总结中西医结合治疗小儿毛细支气管炎的治疗效果和护理措施。方法: 选取我院 60 例毛细支气管炎患儿, 随机分为两组, 对照组给予常规药物治疗, 治疗组给予中西医结合治疗, 并在临床治疗的同时采取正确合理的护理对策。结果: 治疗组临床症状改善情况均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗小儿毛细支气管炎, 疗效更明显。

【关键词】 小儿毛细支气管炎; 中西医结合治疗; 呼吸道合胞病毒

【Abstract】 Objective: To summarize and integrative the clinical treatment and nursing care of treating children with bronchiolitis in the integrative medicine. Methods: 60 cases in our hospital with bronchiolitis were randomly divided into two groups, control group received routine treatment, the treatment group received integrative medicine, and while in clinical evaluation we take the right reasonable nursing care. Results: Symptom improvement of the treatment group were better than the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: In the course of treatment with reasonable nursing care can significantly enhance the drug effects, so that children can get a speedy recovery.

【Keywords】 Children with bronchiolitis; The integrative medicine; Respiratory syncytial virus

毛细支气管炎是小儿时期常见疾病, 一般由呼吸道合胞病毒感染引起, 多发于 2 岁以内小儿, 尤以 2~8 个月婴儿多见, 患儿一般病情比较重, 病程比较长, 且易发生呼吸衰竭等严重并发症并危及生命^[1]。本研究采用中西医结合疗法治疗我院毛细支气管炎患儿, 并在治疗过程中进行了细致观察和护理, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般临床资料

选取样本为 2008 年 7 月~2010 年 6 月在我院儿科住院患儿共 60 例, 选取标准参照《诸福棠实用儿科学》。全组患儿随机分为两组, 治疗组患儿 30 例, 男孩 18 例, 女孩 12 例; 年龄 2 个月~2 岁, 平均 7.8 岁; 对照组患儿 30 例, 其中男孩 17 例, 女孩 13 例; 年龄 1 个月~2 岁, 平均 7.6 岁。两组患儿年龄、性别、病程和并发症等一般资料, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 临床治疗方法

对照组患儿给予利巴韦林 10mg/(kg·d) 加入 5% 葡萄糖注射液 50mL 中静脉滴注, 1 次/d, 视脱水情况予补水、维生素 C 0.4~0.6g、维生素 B 0.04~0.08g、电解质静滴以支持治疗。治疗组患儿在此治疗基础上加用中药方剂治疗。药方组成: 枇杷叶 12g, 桑白皮 12g, 橘红 10g, 板蓝根 10g, 炙麻黄 6g, 杏仁 10g, 地龙 10g, 甘草 6g。辨证加减: 风热犯肺加金银花 15g, 连翘 15g, 薄荷 (后下) 6g; 风寒袭肺加桂枝 6g, 荆芥 6g; 痰热甚加生石膏 (先煎) 15g, 葶苈子 6g。

1.3 疗效判定标准^[2]

疗效标准参照《中医病证诊断疗效标准》制定, 分治愈、好转、无效三个疗效级别。

2 结果

2.1 两组随访疗效比较: 治疗后随访观察, 结果显示, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 对照组和观察组临床疗效随访结果, 例 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	30	14	13	3	90
对照组	30	11	9	10	66.7

3 讨论

西医治疗小儿毛细支气管炎以症状缓解治疗和抗炎治疗为主, 加用中药治疗可从 3 个方面进行全面治疗, 特别是中药对病原学的治疗优于西药。中药方中麻黄宣肺平喘; 杏仁止咳平喘; 枇杷叶、桑白皮泻肺平喘, 降气祛痰; 橘红、甘草止咳化痰; 地龙平喘; 板蓝根清热解毒。诸药合用, 可宣肺平喘, 降气化痰, 从而有效地改善患儿的临床症状, 缩短疗程。

本研究中西医结合治疗中, 通过严密观察, 严格控制药液速度、监控病人对药液反应、积极控制主要症状等正确合理的护理措施, 我们发现中医药同用, 能显著增强药物作用, 改善患儿预后, 严防并发症发生, 从而使患儿早日得到康复。

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: 1200, 1199
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1996: 7-78
- [3] 李德秀. 中西医结合治疗小儿毛细支气管炎 50 例疗效观察[J]. 中医儿科杂志, 2009, 9(5): 18-19

编号: ER-10070900 (修回: 2010-08-22)

综合疗法治疗肩周炎 66 例

Treating 66 cases of periarthritis by composite therapy

高永富 李会芬 李泽太

(温县中医院, 河南 焦作, 454850)

中图分类号: R323.4+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0085-01 证型: IDBG

【摘要】 肩周炎是风湿科常见病之一, 其病因主要是肩部关节囊和关节周围软组织损伤退变, 而引起的一种慢性炎症, 形成肩关节内外粘连, 阻碍肩关节活动。是与季节和患者年龄相联系的病症。

【关键词】 肩周炎; 蠲痹丸内服; 熏蒸; 理疗; 综合治疗

【Abstract】 Periarthritis is a common disease of rheumatology, the main cause of the shoulder joint capsule and soft tissue damage joint degeneration, caused by a chronic inflammation, adhesion formation inside and outside the shoulder joint, shoulder joint activities hampered. With season and age associated diseases.

【Keywords】 Periarthritis; Juanbi pill taken orally; Fumigation; Therapy; Composite therapy

1 临床资料

1.1 一般资料

全部 66 例均为我科门诊患者, 其中男 25 例, 女 41 例; 年龄最小 43 岁, 最大 72 岁, 以 45~60 岁多见, 平均年龄 53 岁; 病程最短 2 周, 最长 1.2a; 右肩 43 例, 左肩 23 例。

1.2 诊断标准

参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》判定。①慢性劳损、外伤筋骨、气血不足, 复感受风寒湿邪所致。②好发年龄在 50 岁左右, 女性发病率高于男性, 右肩多于左肩。多见于体力劳动者, 多为慢性发病。③肩周疼痛, 以夜间为甚。常因天气变化及劳累而诱发。肩关节活动功能障碍。④肩部肌肉萎缩, 肩前、后、外侧均有压痛, 外展功能受限明显, 出现典型的“扛肩”现象。⑤肩部 X 线检查多为阴性, 病程久者可见骨质疏松。

2 治疗方法

2.1 内服

蠲痹丸(批准文号: 豫药制字 Z05080146), 由熟地、独活、巴戟天、川断、补骨脂、蜈蚣、制川乌、制附子、蚂蚁、鸡血藤等组成。功效: 补肾壮骨, 疏经活血, 祛风止痛。服用方法: 日 3 次, 每次 1 丸, 饭后温开水送服, 1 个月为 1 疗程。

2.2 热敷

药物组成: 生川乌、生草乌、生南星、生半夏、皂刺、红花、艾叶等组成。使用方法: 将上药加水 3000ml, 武火煎开 20min 后, 先用热气熏蒸患肩部, 煎至 30min 后离火, 用两条毛巾交替浸药液热敷患肩, 时间约 30min 左右。下次加热继续使用, 日 2 次, 1 付药可用 2d, 1 周为 1 疗程, 一般 1~2 个疗程。

2.3 理疗

应用 DZG-A 电脑直流感应治疗仪(廊坊市天月医疗器械有限公司生产)行局部药物离子导入。导入药物由生川乌、生草乌、生南星、生半夏、伸筋草、桂枝、红花、川椒、皂刺、冰片等, 前 9 味药加水煎煮取汁, 待冷却, 再把冰片研细末加入药液内摇匀。用时将药液渗透到吸附布垫上, 置于患肩关节处, 通过离子导入, 每次 30min。

3 治疗结果

全部患者经治疗 2 个疗程后统计疗效。结果: 治愈 53 例(占 80.3%), 好转 13 例(占 19.7%), 总有效率为 100%。

4 讨论

肩周炎属中医“痹证”范畴, 又称“漏肩风”、“五十肩”、“肩凝症”, 本病多发于中老年人。主要原因是五脏气衰, 肝肾亏虚, 气血渐衰, 筋骨失养, 外感风寒之邪乘虚而入, 流注于肌肉、经络、关节, 致经络阻滞, 气血瘀阻, 闭而不通, 气血运行不畅, 不通则痛, 而寒为阴邪, 易伤阳气, 寒性凝滞, 寒主收引, 故以疼痛、筋脉失养、机能障碍为主要临床特征。治疗采用补益肝肾, 温经通络, 化瘀止痛为法。内服方中熟地、巴戟天、补骨脂、川断等补益肝肾, 强筋壮骨; 熟川乌、附子温经通络止痛; 并加虫类药蜈蚣、蚂蚁等血肉有情之品, 搜剔串透, 引诸药直达病所, 以促进活血通络之功。热敷及理疗导入方中生川乌、生草乌、生南星、生半夏、桂枝、川椒等温经通络, 散结止痛; 红花、皂刺活血通络; 用冰片取其芳香之气, 引药直达病所, 《本草经疏》: “芳香之气, 能辟一切邪恶; 辛热之性, 能散一切风湿。故主心腹邪气及风湿积聚也。”故取其之意。外用方中生猛毒性药物较多, 但局部外用避免了药物的内毒性, 并且增强了疗效。有个别患者可出现局部皮肤红疹或过敏, 但不需特殊处理, 停用 2~3d 自行消退, 皮损消失后再用。现代研究证实, 熏蒸药物蒸气中含有生物碱、氨基酸、甙类、各种微量元素及酮、醛、醇类芳香挥发性物质, 熏蒸时药力与热力共同作用, 可致全身和病变肩关节局部血管扩张, 促进全身和局部血液、淋巴液循环, 加速新陈代谢, 消除水肿, 松解关节软组织粘连, 增加皮肤和关节软组织弹性, 减轻肌肉疼痛, 降低神经末梢的兴奋性。与此同时, 温热的刺激可使全身毛孔开放, 通过出汗使体内的新陈代谢产物和非特异性炎症介质排出体外, 达到消炎止痛的目的^[1]。通过临床综合并用, 相得益彰, 可提高临床疗效, 疗程短, 疗效确切。

参考文献:

[1] 肖晓华, 李瑞春. 针刺结合中药熏蒸, 关节松动术治疗肩周炎 85 例[J]. 中医外治杂志, 2008, 17(1): 29-31

编号: ER-10080606 (修回: 2010-08-20)

自血穴位注射疗法治疗慢性荨麻疹 30 例

Treating 30 cases of chronic urticarial by self-blood acupoint-injection therapy

何列涛

(广西中医学院第一附属医院, 广西 南宁, 530023)

中图分类号: R758.24 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0086-02 证型: DGB

【摘要】 目的: 观察自血穴位注射疗法治疗慢性荨麻疹的疗效。方法: 治疗组 30 例采用自血穴位注射治疗, 对照组 30 例用西药扑尔敏治疗。两组均治疗 2 个疗程。结果: 6 个月后随访, 治疗组中, 治愈 12 例 (40.00%), 显效 15 例 (50.00%), 好转 3 例 (10.00%), 总有效率为 100%; 对照组中, 治愈 8 例 (26.67%), 显效 11 例 (36.67%), 好转 3 例 (10.00%), 无效 8 例 (26.67%), 总有效率为 73.33%。两组比较, 差异有显著性 ($P<0.05$)。结论: 自血穴位注射疗法治疗慢性荨麻疹疗效优于扑尔敏治疗。

【关键词】 荨麻疹; 自血疗法; 穴位注射疗法

【Abstract】 Objective: To observe the effect of treating chronic urticarial by self-blood acupoint-injection therapy. Method: 30 cases of treatment group taking self-blood acupoint-injection therapy, 30 cases of control group taking chlorpheniramine. Two groups take two courses. Results: After 6 months follow-up, in treatment group, 12 cases were cure (40.00%), 15 cases markedly (50.00%), 3 cases improved (10.00%), the total effective rate was 100%; In control group, 8 cases were cure (26.67%), 11 cases markedly (36.67%), 3 cases improved (10.00%), 8 cases are invalid (26.67%), the total effective rate was 73.33%. There was a significant difference between the two groups. Conclusion: Treating chronic urticarial by self-blood acupoint-injection therapy was better than chlorpheniramine.

【Keywords】 Urticaria; Self-blood therapy; Point injection therapy

慢性荨麻疹为临床常见的过敏性疾病, 有典型的瘙痒、风团等症状, 因其病因复杂, 故药物治疗效果欠佳, 且药物的副作用较多。自 2007 年 4 月至 2009 年 8 月笔者对 30 例慢性荨麻疹患者采用自血穴位注射治疗, 疗效显著。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2007 年 1 月~2010 年 1 月门诊患者 60 例, 随机分为两组。治疗组 30 例, 男性 9 例, 女性 21 例; 年龄 19~70 岁; 病程 1 年至 25 年。对照组 30 例, 男性 8 例, 女性 22 例; 年龄 21~68 岁; 病程 1 年 8 个月至 22 年。两组患者性别、年龄、病程差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 入选标准

①年龄 18~70 岁, 性别不限; ②采用中国人民解放军总后勤部卫生部制定《临床疾病诊断依据治愈好转标准》中慢性荨麻疹的诊断标准^[1]确诊为慢性荨麻疹患者病程至少 1 年以上; ③10 天内未服用过对本疾病有预防和治疗作用的药物; ④无严重器质性疾病。

1.3 排除标准

①对 H1 受体拮抗剂过敏; ②不按医嘱用药及不按医嘱复诊和随访者; ③观察期间因其他事件而终止治疗者。

1.4 治疗方法

治疗组采用自血穴位注射疗法治疗, 方法如下: 用 10ml 注射器, 于肱静脉处局部常规消毒以后, 抽取静脉血 8ml 后立即分别注射到血海、三阴交、曲池、足三里, 局部得气以后, 缓慢推注, 每个穴位 2ml, 1 周 2 次, 30 天为 1 疗程。对照组采用常规西药治疗: 扑尔敏 4mg, 1 天 3 次, 连服 7 天; 第 15

天开始 1 天 2 次; 第 22 天开始 1 天 1 次。30 天为 1 疗程。两组均在治疗完 2 个疗程 6 个月后观察疗效。

1.5 疗效标准

据《中医病证诊断疗效标准》^[1]拟定。治愈: 治疗 1 疗程后全身皮肤无皮疹、瘙痒, 随访半年以上无复发; 显效: 治疗 1~2 疗程全身皮肤无皮疹、瘙痒, 但偶有复发, 症状比治疗前明显减轻; 好转: 治疗 2 疗程后皮疹、瘙痒明显减轻; 无效: 经治疗症状无改善。

2 结果

治疗组 30 例中, 治愈 12 例 (40.00%), 显效 15 例 (50.00%), 好转 3 例 (10.00%), 无无效病例, 总有效率为 100%; 对照组 30 例中, 治愈 8 例 (26.67%), 显效 11 例 (36.67%), 好转 3 例 (10.00%), 无效 8 例 (26.67%), 总有效率为 73.33%。两组疗效比较, 差异有显著性意义 ($u=2.1689, P=0.0301, P<0.05$), 治疗组优于对照组。

3 讨论

慢性荨麻疹又称为“风疹”、“瘾疹”等。《内经》云: “少阴有余, 病皮痹隐疹”。《诸病源候论》认为发病原因多为“邪气客于皮肤, 复逢风寒相搏, 则见起风瘙瘾疹”。《针灸资生经》亦云: “瘾疹曲池随年壮”, 指出曲池穴位治疗瘾疹之要穴。《金匱要略》曰: “邪气中经, 则身痒而瘾疹”。《证治准绳·风门》载: “夫邪热客于皮肤, 遇风寒所伤则起瘾疹, 热多则色赤, 风多则色白, 甚者痒痛, 搔之则成疮”。总的来说, 中医认为本病系由风邪所致。多由湿郁肌肤, 营卫失调, 表卫不固, 外感风邪; 或食鱼腥, 肠胃滞热, 再感风邪; 或因体弱, 气血不

足,风邪侵袭等原因发为本病。治疗当以益气固表、健脾去湿、养血益气为治疗原则。

穴位注射疗法是在腧穴注入一定的药物,通过针刺和药物本身的药理作用对经络、腧穴的刺激所产生的共同作用来防治疾病的一种方法,是通过穴位注射使药液在穴位保留一段时间刺激而起作用。本临床观察所取穴位中,血海、三阴交是足太阴脾经的穴位,主血分病,有调营活血之功,“治风先治血,血行则风自灭”,故取血海、三阴交;足三里为足阳明经合穴,多气多血,是人体强壮穴位,有健脾除湿,益气养血之功;曲池为手阳明大肠经的合穴,擅祛风止痒,清热解毒。诸穴合用,共奏益气固表、健脾去湿、养血益气之功。本临床观察是将自身血液注入穴位,是将穴位注射疗法与近年来的自血疗法结合起来使用。自血疗法是将患者自身的静脉血抽出后再注入其自体的一种方法。中医认为,本治疗方法有平衡阴阳、扶助正气、补血活血的作用^[3]。现代医学认为^[4],自血通过有效的刺激抗原引起不发热的蛋白应激作用,引起机体网状内皮系统反应,从而刺激机体自身免疫系统,调节机体免疫功能,促进免疫应答,促进细胞吞噬作用及抗体的产生,以抵御外来过敏原的干

扰。因此,将含有抗体、酶、激素及多种微量元素等成分的血注入穴位后能更有效地调节机体免疫功能,拮抗组胺和乙酰胆碱等活性物质,降低机体敏感性,抑制变态反应和毛细血管扩张,降低渗透性,从而达到了止痒消疹的治疗目的^[5]。

参考文献:

- [1]中国人民解放军总后勤卫生部编.临床疾病诊断依据治愈好转标准[S].北京:人民军医出版社,1995:53
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:62
- [3]张枫.当归饮子加减配合自血疗法治疗慢性荨麻疹 48 例[J].实用中医药杂志,2009,25(6):362
- [4]吴海斌,石家宴,魏旭等.自血疗法在自身免疫性慢性荨麻疹疗效中的临床研究[J].新中医,2009,16(2):108-110
- [5]黄贞.中药配合自血穴位注射治疗慢性荨麻疹 26 例报告[J].右江民族医学院学报,2009,31(4):740

编号:EA-100604807(修回:2010-08-18)

茴拉西坦联合银杏达莫注射液治疗血管性痴呆的临床体会

Clinical experience for treating vascular dementia with aniracetam plus Yinxing Damo injection

岳爱霞

(北京市石景山区五里坨医院,北京,100042)

中图分类号:R 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)16-0087-02 证型:BGD

【摘要】目的:观察茴拉西坦和银杏达莫注射液治疗血管性痴呆的临床疗效。方法:将符合诊断的 78 例血管性痴呆患者随机分为对照组和治疗组。治疗组给与茴拉西坦胶囊 0.2g/次,3 次/日口服。同时给与银杏达莫注射液 20ml 加入生理盐水 250ml 静滴,一天一次,15 天为一疗程,应用两个疗程,两个疗程中间间歇 5~7 天。对照组给与茴拉西坦胶囊 0.2g/次,3 次/日口服。共 12 周。两组患者继续服用降糖降压等药物对症治疗。观察两组治疗后 MMSE 积分的变化并进行比较。结果:两组治疗前 MMSE 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后治疗组评分明显高于对照组($P<0.05$)。结论:茴拉西坦联合银杏达莫注射液对血管性痴呆有较好的临床效果。

【关键词】血管性痴呆;茴拉西坦;银杏达莫注射液

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect on treating vascular dementia with aniracetam plus Yinxing Damo injection. Methods: 78 cases patients of vascular dementia was randomly divided into control group and treatment group. Treatment group patient were used aniracetam capsules 0.2g/times, 3 times/d. And Yinxing Damo injection 20ml plus NS 250ml, once a day, 15d as a course, use of two courses, two courses of intermediate 5d~7d interval. Control group patient were used aniracetam capsules 0.2g/times, 3 times/d. 12 weeks. Two groups continued to take antidiabetic antihypertensive drugs. To observe and compare diversification of MMSE integral after treatment. Result: Compare of MMSE integral before treatment, difference haven't statistically mean, fraction of treatment group is higher than control group after treatment ($P<0.05$). Conclusion: To treat vascular dementia with aniracetam plus Yinxing Damo injection has a good clinical effect.

【Keywords】 Vascular dementia; Aniracetam; Yinxing Damo injection

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2006 年 8 月~2009 年 12 月住院病人诊断为血管性痴呆的患者 78 例,头颅 CT 检查大脑半球存在梗塞和出血灶。将入选病例随机分为治疗组和对照组。治疗组 40 例,男 21 例,

女 19 例, 年龄 56~80 岁, 平均 66.5 岁。对照组 38 例, 男 20 例, 女 18 例, 年龄 54~82 岁, 平均 67.2 岁。2 组年龄, 性别, 文化程度及并发症分布一致, 治疗前 MMSE 评分无明显差异, 组间具有可比性。

1.2 血管性痴呆的诊断标准

是由缺血性卒中、出血性卒中或缺血-缺氧脑损引起的复合性疾病。按照目前应用较广泛的 NINDS-AIREN 的诊断要点包括下列项目。

1.2.1 痴呆

认知功能较以往减退, 表现为记忆力损害及二项或二项以上认知领域内的功能损害(定向、注意力、语言、视空间功能、执行功能、运动控制和实施功能)。最好由临床和神经心理测试确定。这些功能缺陷足以影响患者日常生活, 而不单纯是由卒中所致的躯体障碍引起。

排除标准: 有意识障碍, 谵妄, 精神病, 重度失语, 明显感觉运动损害, 但无神经心理测验证据的病例。且排除其它能引起记忆、认知功能障碍的系统性疾病和其它脑部疾病。

1.2.2 脑血管病神经病学检查有局灶性体征

脑血管病神经病学检查有局灶性体征, 如: 偏瘫、下部面瘫、巴宾斯基征、感觉缺失、偏盲、构语障碍等, 与卒中一致(不管有无卒中史)。脑部影像学检查(CT 或 MRI)有相关脑血管疾病的证据, 包括多发性大血管卒中, 或单发性重要区域内梗死(角回、丘脑、前脑底部、前脑动脉和后脑动脉的供血区域), 多发性基底神经节和白质内的腔隙性病灶, 以及广泛性脑室周围缺血性白质损害, 或二者兼有。

1.2.3 以上两个疾病诊断具相关性至少有下列 1 个或 1 个以上的表现

①痴呆表现发生在卒中后 3 个月; ②有突发的认知功能恶化, 或波动性、阶段性进展的认知功能缺损。

1.3 治疗方法

治疗组给与茴拉西坦胶囊 0.2g/次, 3 次/日口服。同时给与银杏达莫注射液 20ml 加入生理盐水 250ml 静滴, 一天一次, 15 天为一疗程, 应用两个疗程, 两个疗程中间间歇 5~7 天。对照组给与茴拉西坦胶囊 0.2g/次, 3 次/日口服。共 12 周。两组患者继续服用降糖降压降脂等药物对症治疗, 停止服用其他具有益智或改善脑功能的药物。12 周后观察疗效。

1.4 疗效评定标准

痴呆疗效评定标准分为基本控制、显效、有效和无效。

采用简易精神状态检查量表(MMSE)得分作为主要参考标准。其中 MMSE 积分接近满分者为临床基本控制, 增加 5 分及以上者为显效, 增加 5 分以下者为有效, 积分无增加者为无效。

1.5 统计学方法

计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验。

2 结果

本研究治疗结果显示, 治疗组显效 7 例, 有效 24 例, 无效 9 例, 总有效率 77.5%。对照组显效 4 例, 有效 10 例, 无效

24 例, 总有效率 36.8%。治疗组 MMSE 平均总分治疗后比治疗前显著提高($P<0.05$) 结果详见表 1、表 2。

表 1 两组疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	38	4	10	24	36.80%
治疗组	40	7	24	9	77.5%*

注: 与对照组比较: * $P<0.05$ 。

表 2 两组治疗前后 MMSE 检查评分比较

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	38	17.42 $\pm$ 1.98	19.70 $\pm$ 2.5
治疗组	40	17.02 $\pm$ 2.4	21.91 $\pm$ 2.8 [△]

注: 与对照组比较[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

在我国血管性痴呆占痴呆的比例较高, 主要是由于脑血管疾病引起的脑功能障碍而产生的智能损害临床综合征。因而防治血管性痴呆的关键是以各种方式治疗原发性脑血管疾病和改善脑功能。临床多用溶栓抗凝, 抑制血小板, 改善脑代谢药物治疗。因其病程长, 呈阶梯型进展, 早期多数患者可获得生活自理, 一部分患者经治疗后无明显改善, 认知功能减退, 预后较差。

银杏达莫注射液为复方制剂, 其组份为银杏总黄酮和双嘧达莫, 银杏总黄酮具有扩张冠脉血管、脑血管, 改善脑缺血产生的症状和记忆功能。双嘧达莫可以抑制血小板聚集, 高浓度可抑制血小板释放。药理研究表明: 银杏达莫注射液具有抗氧化活性、抗自由基活性、改善微循环、降低血液粘度、增加脑血流量以及改善记忆力, 提高学习、增强记忆功能的作用。同时还能减轻脑损伤, 保护脑微血管平滑肌细胞, 提高神经的可塑性, 改善神经退行性疾病等多种药理作用。而茴拉西坦能逆转细胞能量耗竭, 能阻断部分谷氨酸介导的缺血区细胞的钙离子内流。具有抗大脑皮质缺氧、活化大脑细胞, 增进磷脂吸收与蛋白质合成的作用可提高记忆、改善智能。两者联合使用使脑组织得到了持续、充足的氧供给, 改善和加强了脑功能, 对血管性痴呆的治疗起到协同作用且安全性好, 无明显毒副作用。

参考文献:

- [1]王新德.血管性痴呆的治疗与预防[M].北京:人民卫生出版社,2001:410-411
- [2]姚碧文.银杏叶药理研究进展[J].浙江中西医结合杂志,2005,15(3):391-392
- [3]郑淑锋.银杏达莫注射液治疗急性脑梗死的临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2007,5(9):881-882
- [4]贾建平,魏翠柏,方伯言.痴呆诊断中的几个问题[J].中华神经科杂志,2005,38(8):473-475

编号: EA-100811953 (修回: 2010-08-20)

自制中药制剂治疗中小面积烧烫伤 41 例分析

An analysis of treating 41 cases of small area burns in TCM preparation

逢瑞莲 丛月英 吕 婷

(威海市文登中心医院, 山东 威海, 264400)

中图分类号: R644 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0089-02

【摘要】 2005~2009 年采用自制的中药制剂治疗烧烫伤 41 例, 取得了令人满意的疗效。该药使 I 度、深、浅 II 度烧烫伤治愈, 不留疤痕。治疗方法简便, 止痛显著, 恢复迅速, 局部无刺激, 安全无毒副作用。

【关键词】 中药制剂; 烧烫伤; 治疗

【Abstract】 Treating 41 cases of small area burns in TCM preparation gets a good effect. This medicine made burn of I, deep, superficial II degree without leaving scars. The treatment were simple, relieve pain, quick recovery, non-stimulating, safe non-toxic side effects.

【Keywords】 TCM; Burn; Treatment

烧烫伤是突然发生的意外伤害, 属开放型的病理损害。给病人所带来的精神创伤和躯体损伤, 特别是发生在特殊功能部位的烧烫伤是十分危险和重笃的, 后果将是严重的。由于烧烫伤治疗技术、治疗药物的差异, 其治疗效果迥然有别。当今治疗烧烫伤创面中西医外用药物种类颇多, 其方法及疗效各具千秋。经过 5 年的努力与实践, 采用自制的中药制剂治疗烧烫伤 41 例, 取得了令人满意的疗效。

1 临床资料

在 41 例病人中, 男 28 例, 女 13 例。最大年龄 83 岁, 最小年龄生后 1 个月。烧伤面积 5%~28%, I 度烧烫伤 9 人, 浅 II 度烧烫伤 21 人, 深 II 度烧烫伤 11 人。致伤原因多为火焰烧伤, 化学烧伤, 电击伤, 金属液体烫伤等。全身情况: 神志清楚, 精神尚可。

2 治疗方法

2.1 中药制剂配方

大黄 2 份, 地榆 2 份, 黄柏 2 份, 白芨 4 份, 冰片、麻油、陈石灰适量。先将陈石灰放入锅内用中火炒活, 再放入大黄片共同拌炒, 炒至石灰变成桃红色、大黄变成灰黑色为止。再过滤除掉石灰, 凉后备用。最后将上述各成分分别研末备用。根据烧烫伤面积备份。

2.2 疮面处理

先用生理盐水清洗疮面, 若是 I 度、浅 II 度烧烫伤, 用麻油和大黄粉调成糊状涂于患处, 如无感染, 每日或隔日换药一次, 一般一周内即可痊愈, 不留疤痕。深 II 度疮面, 若有水泡, 低位将渗液排出再敷药; 已化脓者, 可用生理盐水拭去脓液及脓痂后, 先涂红霉素软膏再敷药, 在创面上均匀涂敷烧烫伤药膏 1~2mm 厚度。早期因坏死组织尚未液化可 2~3 天换药一次, 约 10 天左右, 换药应保持每天一次, 及时清除液化坏死组织。一般深 II 度创面 15 天左右愈合, 增生或萎缩不明显,

无功能障碍。除有全身症状需要对症处理外, 治疗期间不用其它任何药物。

3 临床疗效

经过实践证实, 自制的中药制剂对治疗烧烫伤均有良好的疗效, 41 例病人有效率 100%。能使深 II 度烧伤不结疤。本疗法与其他疗法比较如下:

表 1 本疗法与其他疗法比较

烧伤程度	中药制剂治疗	传统及其它治疗
I 度	1 天	3~4 天
浅 II 度	3~7 天	7~14 天
深 II 度	7 月 21 日	21~31 天, 易感染, 需手术植皮治疗

4 药理作用

大黄抗感染, 其中对葡萄球菌、链球菌最敏感, 具有解毒止血、活血化瘀、清利湿热、清热泻火、泻下攻积之功效; 麻油具有解毒、生肌、润燥之功效; 地榆具有凉血止血、解毒敛疮之功效; 黄柏是广谱抗菌剂, 能增强白细胞吞噬金黄色葡萄球菌, 具有清热燥湿、解毒疗疮、泻火除蒸之功效; 白芨具有收敛止血、消肿生肌; 冰片具有抑菌抗炎、散热、消肿、止痛, 应用于局部对感觉神经的刺激很轻, 有止痛及温和的防腐作用; 陈石灰具有燥湿、杀虫、止血、定痛、蚀恶肉。上述药物合用有消炎、消肿、止痛、止血、收敛、生肌, 促进疮面愈合的功能。

5 中药制剂的特点

5.1 止痛迅速, 效果显著

烧烫伤病人最大的痛苦是创面难以忍受的剧烈的疼痛, 本药对烧烫伤创面既无局部刺激性, 又有迅速的、显著的、持久的止痛效果, 药膏中含有多种散瘀止痛中药, 创面涂药后创面

的灼痛感迅速转为清凉感,病人会很快感觉疼痛减轻或消失,全身舒适,情绪稳定,会积极配合治疗。

5.2 保护创面减少渗出、防治出血、抑制感染

中药制剂含有的中药成份,可以在烧烫伤创面上形成一层透明的薄膜,这是一层保护膜,它既可减少渗出,又可抑制感染,这对控制细菌感染出血也很有意义。处方中的某些中药有抑制金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、绿脓杆菌、真菌等多种微生物生长、繁殖的药理作用,使创面不存在感染及加深,保证了创面的再修复。

5.3 本药具有一定穿透痂皮和焦痂的能力,能够加速创面修复,缩短疗程,并可抑制疤痕增生。由于本药方有强烈的抗感染成

分,不会使创面加深而结疤。再加上某些成份能生肌敛疮,有着活血消肿排脓。这些药物的协同作用,具有穿透痂皮和焦痂的能力,能将烧伤坏死组织从外向内逐渐溶解液化,直至完全脱落,继而帮助尚有生命力的残余上皮及残存的组织由内向外、自上而下、由里及表、由周边向中心迅速修复愈合,这样大大减轻了病人的痛苦和后遗症的产生。

5.4 本药方对烧烫伤创面的换药,每日一次即可,这样可避免因每日频繁换药给病人带来的剧烈疼痛和经济负担。

5.5 本药方安全、无任何毒副作用,且药源丰富广泛,价格较低、操作容易掌握。

编号: ER-10040600 (修回: 2010-08-17)

中药烫熨疗法辅助治疗腰腿痛 80 例的临床体会

Clinical experience for treating 80 cases of waist and leg pain in TCM ironing therapy

廖桂华

(广西中医学院第一附属医院, 广西 南宁, 530023)

中图分类号: R323.3+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0090-02 证型: IDBG

【摘要】 目的: 观察中药烫熨疗法对腰腿痛的辅助治疗作用。方法: 将 160 例腰腿痛病人随机分成 2 组, 每组各 80 例, 对照组仅采用推拿按摩法治疗, 观察组在对照组基础上加用中药烫熨疗法。观察两组的临床疗效。结果: 观察组与对照组治愈率 (43.75% 与 15%) 比较差异有显著性 ($P < 0.01$)。结论: 推拿组合中药烫熨疗法治疗腰腿痛较单纯推拿疗法具有更好的临床疗效。

【关键词】 腰腿痛; 中药烫熨; 临床

【Abstract】 Objective: To observe the clinical curative effect of treating waist and leg pain in TCM ironing. Methods: 160 patients with lumbocrural pain were randomly divided into the test group (80 cases) and the control group (80 cases). Both groups were treated with manipulative massage; based on that treating the control group in TCM ironing therapy. To observe the curative effect of two groups. Results: The recovery rate between the observation group and the control group have a significant difference (81.58% and 55.26 %, $P < 0.01$) the statistic analysis showed that the total effect of two groups (43.75% and 15%) had a significant difference ($P < 0.01$). Conclusion: The clinical effect of treating waist and leg pain by TCM ironing therapy plus massage is better than single massage therapy.

【Keywords】 Waist and leg pain; TCM ironing; Clinical

腰腿痛是指以腰部和腿部疼痛为主要临床症状的伤科病证的统称,它是指临床症状,而不是某一具体的疾病名称,是泛指腰背痛、臀部痛、腿痛、腿脚酸软麻木等临床不适。主要可见于腰椎间盘突出症、腰椎椎管狭窄症、急性腰扭伤及慢性腰肌劳损等疾病之中。自 2009 年 2 月至 2010 年 4 月,本院采用推拿按摩为主并结合中药烫熨疗法治疗腰腿痛 80 例,疗效显著。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

160 例腰腿痛病人均为门诊与住院病例,就诊时均排除由于其它内脏、血管、腰骶部脊髓肿瘤等所引起的腰腿痛。将之

在按门诊与住院病例和疾病种类(本组纳入病种仅限于腰椎间盘突出症、急性腰扭伤及慢性腰肌劳损 3 种)分层的基础上随机分为观察组与对照组,每组 80 例。两组患者的性别、年龄、病程、病种、病例来源(门诊或住院)等一般资料经统计学分析,差异无显著性 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组仅采用推拿按摩法治疗,观察组在对照组基础上加用中药烫熨疗法。

1.2.1 推拿按摩疗法

患者俯卧,医生站于一侧,用法、按揉法在背部、腰骶部及臀部和患侧下肢后侧往返治疗 5~8 遍,然后用两手指与其余四指对称用力,轻柔地拿揉腰背部和患侧下肢肌肉,方

向与肌腹垂直,重点拿揉腰椎两侧骶棘肌和压痛点,反复拿揉 5~8 遍。对于腰腿部有明显痛点的阿是穴处采用点压、弹拨手法,反复 3~5 遍。然后点按肾俞、腰阳关、大肠俞、八髎及患侧环跳、承扶、委中、承山及昆仑等穴位,以酸胀为度。每天治疗 1 次,7 次为 1 个疗程,疗程之间休息 3 天。

1.2.2 中药熨熨疗法

中药熨熨方的组成:大黄、荆芥、防风、羌活、独活、伸筋草、姜黄、透骨草、葛根各 1.5 份,川乌、草乌、红花、木香、桂枝各 1 份。将上述药物混合打碎约绿豆大小装缸,用 30 度左右米酒浸泡并尽量密闭,4~6 个月后即可应用。使用时将浸泡好的药物装入大小适宜(约 20cm×15cm)的布袋内,药物干湿以不滴药液为宜;扎紧袋口,放入家用式微波炉专用容器内,用高火加热一段时间(一般夏天为 7~10 分钟,冬天为 12~15 分钟)后取出,待温度适宜(约 50℃~60℃)时熨熨腰部或(和)臀部,当病人觉得不热且无舒适感时更换另一个烫包,一次使用 2 个烫包,每个部位每次熨熨时间约 20~30 分钟,每日 1 次。同一烫包可在同一个病人身上反复加热使用,3~7 天(一般夏天为 3 天,冬天可为 7 天)更换 1 次。

1.3 疗效标准

疗效标准参照文献^[1]拟定。治愈:临床症状体征完全消失,恢复正常功能。好转:临床症状体征基本消失或减弱,可恢复部分功能。无效:经治疗主要症状体征无好转,功能未恢复。

2 结 果

治疗 3 个疗程的治疗后统计两组的临床疗效。观察组 80 例中,治愈 35 例,好转 40 例,无效 5 例;对照组 80 例中,治愈 12 例,好转 60 例,无效 8 例。观察组与对照组总有效率(93.75%与 90%)比较无显著性差异($\chi^2=0.7535$, $P>0.05$);但两组临床治愈率(43.75%与 15%)比较差异有显著性($\chi^2=15.9367$, $P<0.01$),观察组临床疗效优于对照组。

3 护 理

3.1 一般常规护理

腰腿痛病人多疼痛难忍,行动不便,应嘱其卧硬板床,如卧床时间长、翻身困难的患者,需定时协助翻身,以防褥疮发生。指导正确的坐立行走姿势,开展健康教育,以纠正其生活上、工作中的不良姿势,案桌与座椅高度相称;避免长时间伏案或久站等工作,以免造成腰椎生理曲度变化及腰部肌肉的劳累;要求患者治疗期间戴腰围;注意腰部及患侧下肢保暖,避免受凉以加重疼痛症状;病室内宜温暖,避免潮湿及对流风,夏天开冷空调注意不能开得太凉;教其学会并坚持做腰部功能锻炼操。

3.2 心理护理

通过谈心的方式了解病人的心理活动特点,在谈心过程中可以详细地了解病人发病的原因,疾病发生发展的过程以及治疗的经过,了解病人患病前后心理状态的变化,引导病人树立

良好的心境。对于新入院病人,护士应帮助他尽快与同室的病友熟悉起来,对于那些不善于与人交往的病人、家属亲友少来探视的病人,护士应引导同室病友多主动与其接触,以减轻他们的陌生感和孤独感。此外还可以尽量将同病种病人安置在同一病房内,以促进病友之间建立良好的人际关系,且他们可以相互交流病情,尤其是可以将新入院病人与经过住院一段时间后病情恢复较好的病人在同一病房内,使新入院病人树立治疗信心。护士在平时应引导腰腿痛病人互相关心、互相帮助、互相鼓励。

3.3 中药熨熨疗法的护理

熨熨室内应保持温暖无风;烫包的温度以患者能忍受为度,防止患者烫伤及晕厥,对皮肤知觉迟钝及年老体弱者尤要注意;药熨后应静卧休息一段时间,注意避风和保暖。在治疗过程中,护理人员应密切观察患者的反应,若患者感到局部疼痛或不适,应停止操作,并进行适当处理。对于年老体弱、心脏病患者及有可能出现视网膜脱落倾向者,药熨时上下拍打的幅度及力度均不宜太大。此外,部分病人在接受该疗法过程中可能出现皮肤过敏现象,此时应停止使用该治疗方法。当局部皮肤有伤口时也应禁用。

4 讨 论

中医认为,腰腿痛与肾虚及风寒湿邪入侵有密切关系,其发病多因扭闪外伤、慢性劳损及感受风寒湿邪所致。中药熨熨疗法是中医的特色疗法,它具有理疗与药物治疗的双重作用。本院使用的中药熨熨方具有祛风除湿、温经散寒、行气活血、止痛消肿的作用。现代医学认为,中药熨熨疗法不仅能在体表形成相对密闭的高浓度药物离子场,而且其温热作用使皮肤毛孔开大通畅,易于药物离子吸收达到深层。并加速局部的血液循环,消除病损处的瘀血和水肿,改善组织的营养状态,降低受刺激神经的兴奋性,解除肌肉痉挛,使病损的组织得到修复,从而达到使疼痛缓解或消失的治疗目的^[2]。因此尽管观察组与对照组总有效率(93.75%与 90%)比较无显著性差异($P>0.05$),但两组治愈率(43.75%与 15%)比较差异却有显著性($P<0.01$),观察组临床疗效优于对照组。不过在临床中,应注意其禁忌症^[3]:对于身体大血管处、皮肤损伤早期、溃疡、炎症、水泡等禁用;腹部包块性质不明及孕妇腹部、腰骶部,局部无知觉处或反应迟钝处忌用;麻醉未清醒者禁用。

参考文献:

- [1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:186
- [2]邢俊领.中药热敷治疗颈椎病及腰椎骨关节病 67 例疗效观察[J].河南外科学杂志,2005,11(3):48
- [3]罗彩花,贺青涛,王慧.药熨的临床应用及其在社区护理发展前景[J].吉林中医药,2007,27(7):67-69

编号:EA-100612826(修回:2010-08-19)

中西医结合治疗前列腺痛疗效观察

Effective observation on treating prostate pain in the integrative medicine

李绪鲲

(泸州医学院附属中医院, 四川 泸州, 646000)

中图分类号: R697+.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0092-02 证型: IDBG

【摘要】 目的: 探讨中西医结合治疗前列腺痛疗效观察。方法: 收集门诊病人 100 例随机分为中西医结合治疗组和西药治疗组, 观察其疗效。结果: 中西医结合治疗组总有效率为 95.23%, 西医治疗组 70.27%。结论: 中药与西药配合使用较单纯使用西医治疗更可提高和巩固疗效, 明显减少不良反应。

【关键词】 前列腺痛; 中西医结合治疗; 西医治疗

【Abstract】 Objective: To investigate the effective observation of treating prostate pain in the integrative medicine. Methods: To collecting 100 cases of out-patients randomaly divide into the integrative medicine therapy group and western medicine therapy group, observe the effect. Results: The integrative medicine therapy group total efficiency rate was 95.23%, 70.27% in western medical therapy group. Conclusion: The use of TCM and western medicine with western medicine is more than can be used alone to enhance and consolidate the efficacy, decreased side effects.

【Keywords】 Prostate pain; The integrative medicine; Western medicine therapy

我科采用中西医结合的方法治疗前列腺痛 63 例, 疗效明显, 现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

共收集门诊病人 100 例, 年龄 18~49 岁, 平均 33 岁; 病程 6 个月~5 年, 平均 3 年; 已婚 75 例, 未婚 25 例; 随机分为中西医结合组 (中药加薰洗、坐浴组加西药) 63 例, 西药组 37 例。

2 组一般资料经统计学处理, 无显著性差 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

症状: ①盆腔痛症状: 与排尿无关的下腹会阴部、耻骨上、阴囊、腰骶部或阴茎、肛门等部位疼痛;

②排尿异常: 尿等待、尿无力、排尿困难或排尿中断、间断排尿;

③尿路刺激征: 尿频、尿急、尿痛、夜尿增多。

体征: 直肠指检前列腺无明显压痛, 而触及盆底肌肉两侧提肛肌及髂外旋短肌有疼痛表现。

2 治疗方法

2.1 西医治疗组

①盐酸坦洛新缓释胶囊, 每次 2mg, 每日 1 次, 晚睡前服用;

②安定 5mg, 每日 2 次。1 个月为 1 疗程。

③盆肌放松训练: 意守丹田, 吸气时用力收缩肛门, 呼气时放松, 反复 50 次为 1 遍。隔 3~5 分钟再进行, 每日晨、晚各锻炼 3 遍。日间亦可锻炼 2~3 遍, 此法站、坐、卧均可进

行。

2.2 中西医结合

治疗组在西药治疗组的基础上加用口服中药及中药薰洗、坐浴。

自拟口服药物组成: (桃仁、红花、丹参、王不留行、青皮、木香、穿山甲、地龙、皂刺、蜈蚣、甘草) 疼痛症状为主者加乳香、没药、川楝子; 性功能障碍加淫羊藿、巴戟天、仙茅; 排尿异常加车前子、革薢。1 个月为 1 个疗程, 水煎服, 1 剂/d。水煎至 250ml, 空腹顿服。每日 1 剂分 3 次服。

坐浴中药方: 赤芍 10g, 乌药 12g, 川楝子 12g, 木香 6g, 延胡索 10g, 白芷 6g, 皂刺 10g, 乳香 6g, 没药 6g, 丹参 15g, 川芎 10g, 当归 15g, 泽兰 12g, 小茴香 10g, 蒲黄 10g, 五灵脂 6g, 王不留行 12g, 蜈蚣 2 条。

取药液约 2000ml, 薰洗会阴部, 待温度适时坐浴, 每日 1 剂, 薰坐 1~2 次, 每次薰坐 30min, 10 天为 1 个疗程, 连用 3 个疗程。

3 结果

3.1 疗效标准

显效: 治疗后盆腔疼痛症状及排尿异常症状基本消失或疼痛症状评分 ≤ 2 ;

有效: 治疗后盆腔疼痛症状及排尿异常症状基本消失或疼痛症状评分 ≥ 3 分至 ≤ 7 分;

无效: 治疗后盆腔疼痛症状及排尿异常症状无明显改变或疼痛症状评分 ≥ 8 分。

3.2 两组治疗前后疗效比较

(下转 109 页)

中西医结合治疗原发性高血压的临床分析

Clinical analysis of treating essential hypertension in the integrative medicine

周日文

(广东省惠州市第二妇幼保健院, 广东 惠州, 516001)

中图分类号: R544.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0093-02 证型: BDG

【摘要】 目的: 探讨中西医结合治疗原发性高血压的临床效果及措施; 方法: 将 2009 年 1 月至 2010 年 2 月我院治疗的原发性高血压患者 146 例随机分为观察组 73 例 (中西医结合治疗) 和对照组 73 例 (单纯西医治疗), 对两组的治疗效果进行对比; 结果: 经过 8 周治疗后, 两组的总有效率相比有显著性差异 ($P<0.05$), 两组治疗前后 SBP、DBP、HR 相比差异有显著性 ($P<0.01$); 结论: 中西医结合治疗原发性高血压疗效满意, 能够明显改善临床症状。

【关键词】 中西医结合; 原发性高血压; 临床分析

【Abstract】 Objective: To investigate the clinical effect and measure of treating essential hypertension in the integrative medicine. Methods: To choose the January 2009~February 2010 the 146 patients with essential hypertension randomly divide into observation group for 73 cases (the investigate medicine therapy) and control group for 73 cases (western medicine therapy), compare the effect of two groups; Result: After 8 weeks, compare two groups the total rate has a significant difference ($P<0.05$), compare before and after two groups the SBP, DBP, HR has a significant difference ($P<0.01$); Conclusion: Treating essential hypertension in the integrative medicine has a good effect.

【Keywords】 The integrative medicine; Essential hypertension; Clinical analysis

1 临床资料

1.1 一般资料

本组资料共计 146 例, 均为 2009 年 1 月至 2010 年 2 月我院治疗的原发性高血压患者。男 91 例, 女 55 例, 年龄 38 岁~70 岁, 平均 55.2 ± 4.1 岁。病程 1 年~18 年。高血压 1 级 26 例, 2 级 89 例, 3 级 31 例。随机分为观察组 73 例和对照组 73 例, 两组患者性别、年龄、病史、病程及并发症等方面均无显著性差异 ($P<0.05$), 具有可比性。

1.2 排除标准

①年龄小于 18 岁或大于 70 岁; ②患者处于妊娠、哺乳期; ③身体经常出现过敏的患者; ④存在肌、肾和造血系统等病情严重的患者; ⑤继发于甲状腺功能亢进、原发性醛固酮增多症、肾性高血压的患者; ⑥存在精神病史的患者。

1.3 给药方法

患者先停止服用与血压有关的药物, 时间 2 周。对照组服用硝苯地平缓释片 10mg, 每天 2 次; 观察组在口服硝苯地平缓释片的基础上口服中药汤剂, 组方为: 鸡血藤 30g, 丹参 20g, 菊花 15g, 川芎 15g, 茯苓 15g, 天麻 10g, 半夏 10g, 钩藤 10g,

地龙 10g, 水蛭 5g, 每天 1 剂, 水煎 2 次, 取汁 300ml, 分为早、晚服用。两组的总疗程均为 8 周。

1.4 观察指标

患者接受治疗前期需经过心率、不良反应、心电图、血常规、血糖、血脂、肝肾功能等各项指标的检查。

1.5 降压疗效判定标准

根据 WHO 疾病疗效降压标准及卫生部颁布的《药物临床指导原则》疗效等级标准判定。显效: 舒张压 (DBP) 下降 $>1.33\text{kPa}$ (10mmHg) 并降至正常或降低 2.67kPa (20mmHg) 以上; 有效: DBP 下降 $<1.33\text{kPa}$ (10mmHg) 并降至正常或下降 $1.33\sim 2.53\text{kPa}$ (10~19mmHg), 如为收缩期高血压, 收缩压下降 $\geq 4\text{kPa}$ (30mmHg); 无效: 未达到上述标准。

2 结果

2.1 两组疗效对比情况

所有患者在经过 8 周治疗后, 观察组的总有效率为 97.26% (71/73); 对照组为 78.08% (57/73), 两组相比有显著性差异 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效对比 (n/%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	73	43 (58.90)	28 (38.36)	2 (2.74)	71 (97.26)
对照组	73	31 (42.47)	26 (35.62)	16 (21.92)	57 (78.08)

2.2 两组治疗前后 SBP、DBP、HR 的对比情况

两组治疗前后 SBP、DBP、HR 相比差异有显著性 ($P<0.01$)。

见表 2。

(下转 107 页)

中医综合疗法治疗特发性单侧声带麻痹 15 例

Treating 15 cases of idiopathic unilateral vocal cord paralysis in TCM comprehensive therapy

王丽鸣

(长春中医药大学附属医院, 吉林 长春, 130021)

中图分类号: R322.8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0094-02 证型: ADI

【摘要】 目的: 探讨中医综合疗法治疗特发性单侧声带麻痹的疗效。方法: 对 15 例患者经中医辨证分为风邪入络证、肺肾阴虚证和肺脾气虚证, 风邪入络证药用六味汤加減, 肺肾阴虚证治疗药用百合固金汤加減, 肺脾气虚证治疗用补中益气汤加減, 三组均配合按摩、针灸及穴位注射治疗, 观察其疗效。结果: 中医综合疗法治疗特发性单侧声带麻痹疗效较好, 治愈 8 例 (55%), 好转 6 例 (37%), 无效 1 例 (8%)。结论: 对于特发性单侧声带麻痹应积极采用中医综合疗法, 促进喉功能恢复。

【关键词】 特发性声带麻痹; 治疗; 中医综合疗法

【Abstract】 Objective: To investigate the effect of treating idiopathic unilateral vocal cord paralysis in TCM comprehensive therapy. Methods: 15 patients were divided into Fengxie Ruluo symptom, Feishen Yinxu symptom and Feipi Qixu symptom, treating Fengxie Ruluo symptom with Liuwei decoction, treating Feishen Yinxu symptom with Baihe Gujin decoction, treating Feipi Qixu symptom with Buzhong Yiqi decoction, treating three groups by massage, acupuncture plus acupoint injection, to observe the effect. Results: Treating idiopathic unilateral vocal cord paralysis in TCM comprehensive therapy has a good effect, 8 cases were cured (55%), 6 cases were improved (37%), 1 case was invalid (8%). Conclusion: of idiopathic unilateral vocal cord paralysis should be actively integrated with TCM therapy, promote laryngeal function recovery. Treating Idiopathic unilateral vocal cord paralysis in TCM comprehensive therapy can promote the restoration of laryngeal function.

【Keywords】 Idiopathic vocal cord paralysis; Treatment; TCM comprehensive therapy

声带麻痹又称喉麻痹, 是由于声带的运动神经支配障碍, 引起的声带运动异常称为声带麻痹, 病因可以包括中枢性或者周围神经病变, 周围性多见^[1]。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

2006 年 1 月~2010 年 5 月笔者采用中医综合疗法治疗 15 例声带麻痹患者, 取得较为满意的效果, 其中男性 9 例, 女性 6 例; 年龄最大 75 岁, 最小 37 岁。风邪入络证 5 例, 肺肾阴虚证 5 例, 肺脾气虚证 5 例。病程最短 1 个月, 最长 2 年。

1.2 病因

特发性。

1.3 临床表现

声音嘶哑。喉镜检查: 单侧声带麻痹。麻痹声带固定于旁中位 7 例, 正中位 2 例 (声带呈弧状), 中间位 5 例, 运动受限 (不全麻痹) 1 例。风邪入络证伴恶寒发热, 头痛, 脉浮, 或有外感风寒病史。肺肾阴虚证表现为舌红少苔, 脉细数。肺脾气虚证表现为舌质淡红, 舌体胖, 边有齿痕, 苔薄少, 脉细弱。

1.4 治疗

采用中医综合治疗, 疗程为 3 个月。

1.4.1 中药治疗

风邪入络证治宜疏风解表, 宣肺利咽。方药为六味汤加減。

桔梗 10g, 生甘草 10g, 荆芥 10g, 防风 10g, 薄荷 5g, 僵蚕 10g, 白附子 10g, 蝉衣 15g, 地龙干 15g, 石菖蒲 15g。方中六味汤疏风解表, 白附子、蝉衣、地龙干、石菖蒲解痉通络开音。

肺肾阴虚证治宜温润肺肾, 圆金复声。方药为百合固金汤加減。百合 10g, 生地 25g, 熟地 25g, 玄参 15g, 川贝 10g, 桔梗 15g, 甘草 10g, 当归 10g, 白芍 10g, 麦冬 25g, 诃子 10g。水煎服。方中主以百合、麦冬清润肺燥清虚火; 二地助肾滋阴; 玄参清热养阴, 滋阴降火, 利咽解毒。君臣相配, 滋肾阴, 降虚火, 金水相生。白芍、当归身两者相伍养血和血滋阴, 柔肝保肺; 贝母、桔梗、诃子敛气升提, 开音疗哑; 甘草合桔梗即桔甘汤以清利咽喉, 化痰散结, 调和诸药。

1.4.2 针灸

处方: 太溪, 大钟, 太渊, 列缺, 实证采用泻法, 虚证采用补法, 留针 30 分钟。

1.4.3 穴位注射^[2]

取复方丹参注射液 1ml 加入 2%利多卡因 0.5ml。取人迎、水突、廉泉穴, 每穴注入 0.5ml, 隔日 1 次。

2 结果

治疗前后经纤维喉镜检查、摄像, 观察声带的运动情况。声带内收外展运动自如, 闭合良好, 声音正常, 无呼吸困难者 (下转 105 页)

老年拇外翻患者术后口服中药临床观察

Clinical observation on hallux valgus of elderly by oral TCM after surgery

李昕宇 李俊海 林顺福

(北京中医药大学第三附属医院, 北京, 100029)

中图分类号: R322.99+4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0095-02 证型: BDGI

【摘要】 目的: 分析拇外翻患者截骨矫形术后口服活血化瘀中药的临床疗效。方法: 将双足截骨术患者随机分为两组, A 组: 术后给以口服活血化瘀中药, B 组: 口服常规镇痛抗凝药物。结果: 两组患者的卧床时间及完全无辅助行走时间比较, 差异均有统计学意义。结论: 活血化瘀中药对于拇外翻术后可达到消肿、止痛、舒筋通络, 使患者能早下地减少相应的并发症。

【关键词】 拇外翻; 中药; 截骨术

【Abstract】 Objective: To analyze the clinical effect of hallux valgus of elderly by oral TCM after surgery. Methods: Patients with feet osteotomy were randomly divided into two groups, A group: by oral TCM after surgery, B group: by oral analgesic anticoagulant. Result: Compare of stay time and completely non-assisted walking time, difference has a statistically mean. Conclusion: Hallux valgus of elderly by oral TCM after surgery to reach swelling, relieve pain, Shujin Tongluo, to make the patient as soon as possible shimoji, to reduce the complication.

【Keywords】 Hallux valgus; TCM; Osteotomy

拇外翻是临床上较为常见的足部疾病, 老年女性多见, 部分畸形较重疼痛明显的患者需行手术治疗, 足部手术后常因肿胀、疼痛导致不能下地^[1], 而老年患者可由于卧床可出现多种内科并发症。我们给以拇外翻术后患者口服活血化瘀中药, 发现患者局部水肿消退快、下地早、疼痛减轻, 取得了良好的治疗效果。

现总结 2006~2009 年, 我们选取手术治疗 60 岁以上双足拇外翻患者 76 例, 现将治疗体会报告如下:

1 临床资料

2006 年 3 月至 2009 年 10 月采用截骨术治疗 60 岁以上双足拇外翻行第一跖骨远端截骨矫形患者 76 例。其中男性 6 例, 女性 70 例, 年龄 60~93 岁, 平均 69.5 岁。随机分成两组, 每组患者 38 例。

中药组术后给以口服当归、川芎、赤芍、生地、桃仁、红花、水蛭、牛膝、泽兰、黄芪、地龙、陈皮、茯苓、苡仁、银花、枳壳、甘草。

对照组术后给以口服非甾体抗炎镇痛药(萘丁美酮)及肠溶阿司匹林。

两组患者的均行同一截骨矫形术式, 以防止数据偏差。分析两组患者住院期间卧床时间、完全无辅助负重行走时间, 观察时间为术后三周。

2 治疗过程

对于每位患者均充分完善术前准备, 请内科会诊调整及控制内科疾病, 对患者主要症状全面分析, 制定完善的手术方案, 手术在局麻下进行, 时间注意控制在 1.5 小时以内。术后绷带矫形包扎, 不用石膏固定。术后当晚常规口服非甾体抗炎止痛

药物, 如止痛效果不佳, 可肌注杜冷丁止痛。防止因术后疼痛诱发其它内科疾病加重^[2]。中药组患者在术后口服中药。同时, 对照组给以口服抗炎镇痛药(萘丁美酮)及肠溶阿司匹林。术后第二天鼓励患者根据疼痛及下肢肌力恢复情况, 有辅助穿支具鞋下地活动(需搀扶或助行器), 进而根据具体情况逐步无辅助负重行走。记录每位患者卧床时间、完全无辅助负重行走时间。术后 3 周拔克氏针, 术后 6~8 周拍片骨愈合良好后可脱支具鞋正常行走。

3 治疗结果及分析

本组患者 76 例, 术中除 9 例患者出现一过性血压波动或心律失常, 经简单对症治疗很快恢复外, 未发生其它严重并发症。术后康复顺利, 穿支具鞋下地时间(卧床时间)为术后 1~8 天, 平均为 2.7 天。伤口愈合满意, 只有 3 例患者出现伤口轻度感染, 经换药术后 4 周内愈合。术后患足 X 线片与术前比较拇外翻角(hallux valgus angle, HVA)、第一、二跖骨间角(intermetatarsal angle, IMA)、近侧关节面固角(proximal articular set angle, PASA)均基本恢复正常, 截骨矫形术无失败病例。两组患者相关指标对照分析并经 SPSS17.0 统计行独立样本 *t* 检验结果如下表:

表 1 两组患者相关指标对照分析并经 SPSS17.0 统计行独立样本 *t* 检验

	中药组	对照组	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
卧床时间	2.21	2.94	2.169	0.033
负重行走时间	10.13	11.74	2.858	0.006

注: 可见中药组卧床时间及自主负重均早于对照组, 两组结果 *P* 值均 < 0.05, 有统计学差异。

(下转 103 页)

56例前牙残冠残根桩核冠修复疗效观察

Effective observation on treating 56 cases of anterior residual crown and root crown restoration

常静华

(云南省保山市人民医院, 云南 保山, 678000)

中图分类号: R322.4+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0096-02

【摘要】 目的: 探讨前牙残冠残根桩核冠修复的疗效。方法: 将我院 56 例前牙残冠残根患者随机分为治疗组及对照组, 治疗组患者采用玻璃纤维桩, 对照组患者采用金属铸造核桩。结果: 治疗组的成功率为 94.7%, 对照组的为 81.0%。结论: 采用玻璃纤维进行前牙残冠残根修复, 具有操作简单、方便、快捷, 缩短就诊次数, 扩大应用范围的优点, 值得推广应用。

【关键词】 前牙; 残冠; 残根; 桩核; 修复

【Abstract】 Objective: To investigate the effect of repairing the anterior residual crown and root crown restoration. Methods: 56 cases in our hospital before the residual crown and root teeth were randomly divided into treatment group and control group, treatment group were treated by glass fiber post, the control group were treated with metal cast post and core. Results: The success of the treatment group was 94.7%, 81.0% for the control group. Conclusion: Repairing the Anterior residual crown and root crown restoration by glass fiber post has a good effect.

【Keywords】 Anterior; Residual crown; Residual root; Post and core; Repair

我科自 2005 年 2 月~2010 年 2 月采用玻璃纤维桩修复前牙残冠残根, 取得了较好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

56 例患者 (75 颗前牙) 均为我院收治的前牙残冠残根患者。男 35 例 (75 颗前牙), 女 21 例 (75 颗前牙); 年龄 16~70 岁, 平均 35.5 岁; 中切牙 46 颗, 侧切牙 29 颗; 均经过完善的根管治疗, 患者牙齿排列较整齐、牙齿无松动、无牙槽骨骨折、X 线牙片检查根管充填完善、牙槽骨吸收在根颈 1/3 以内、残根根面在龈上 $\geq 2\text{mm}$ 、且根长 $\geq 8\text{mm}$ 、牙周组织情况良好。

按照随机原则, 设治疗组 28 例 (38 颗牙) 和对照组 28 例 (37 颗牙), 两组患者性别、年龄、病程比较经检验差异无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组患者采用玻璃纤维桩: 修复前对残冠残根进行完善的根管治疗, 去除根管充填物, 3% 双氧水冲洗并用吸潮纸尖吸干根管, 根尖部保留 3~5mm 根充材料以封闭根尖孔。采用配套麻花钻、由小号到大号的顺序, 逐号预备至所需的直径和深度, 桩的直径约为牙根直径的 1/3, 根据根管长度及粗细, 试戴与终末钻头同型号的玻璃纤维桩, 并用金刚砂车针切除多余的纤维桩至所需的长度, 75% 酒精消毒预备好的根管及玻璃纤

维桩, 吹干备用, 迅速调拌玻璃离子水门汀粘结, 剔除多余的粘结剂, 光固化复合树脂粘结固化成桩核。

对照组患者采用金属铸造核桩: 摄 X 线片了解牙根长度、外形, 采用 G 钻顺根管方向深入至根长的 2/3~3/4, 并将根管扩大至牙根横径的 1/3, 方向与牙体长轴一致。预备好的根管干燥后, 将细嵌体蜡烤软插入根管内, 使蜡条与根管内壁密贴并充满整个根管, 蜡桩塑形后冷却取出, 检查是否完整和完全就位, 取模、灌模, 间接法制作桩核, 试戴合适后粘固。两组患者均用金属烤瓷冠恢复牙体外形。所有患者均由同一医师完成。

1.3 评定标准

成功: 患牙无自觉症状, 咬合功能良好, 核桩及冠固位良好, 无松动, 恢复患者美观及适当的使用功能; 无效: 核桩或冠松动, 牙根折裂, 脱落, 修复体失败, 患牙出现龈缘炎、根尖周炎。

1.4 统计学方法

使用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

所有患者均观察 1~2 年, 治疗组的成功率为 94.7%, 显著高于对照组的 81.0%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

(下转 101 页)

益肾利湿法治疗蛋白尿的体会

Experience for treating proteinuria by Yishen Lishi therapy

柳振华 赵春春 张英强(指导)
(成都中医药大学, 四川 成都, 610075)

中图分类号: R692 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0097-02 证型: DBG

【摘要】 蛋白尿可见于各种肾脏疾病的进程中, 迄今西医控制蛋白尿缺少理想药物, 中医药治疗蛋白尿尚在探索之中, 其当属于“尿浊”等范畴, 产生原因主要应属脾肾虚损、水湿内停, 以至精微外泄, 水饮内困, 通过临床大量观察, 由六味地黄丸化裁而成的益肾利湿汤以补肾益精, 健脾利湿为法, 治疗蛋白尿效果明显, 疗效确切。通过典型案例以做进一步讨论, 在病程进展中, 更好地理解正虚为本, 水湿为标的病理性质, 对于久治不愈、复发、难治性的蛋白尿可考虑选用虫类药物、活血化瘀类药物, 以冀取得最佳的治疗效果。

【关键词】 蛋白尿; 益肾利湿; 尿浊; 补肾益精; 健脾利湿

【Abstract】 Proteinuria found in process of all kinds of kidney disease, so far western medicine lack of good drugs for control of proteinuria, treating proteinuria in TCM still being explored, should belong category of *Urine turbid*, the main reason are Pishen Xusun, Shuishi Neiting, by a large number of observation of clinical, made Yishen Lishi decoction into Liuwei Dihuang pills for Bushen Yijing, Jianpi Lishi treatment, effect is obvious of treating proteinuria, curative effect. By typical cases for further discussion, in the course of progress, better understanding pathology nature of Zhengxu are basic and Shuishi are standard, consider taking insects drug, Huoxue Huayu drug to proteinuria with long treatment, relapsed, refractory, obtain the best treatment.

【Keywords】 Proteinuria; Yishen Lishi; Urine turbid; Bushen Yijing; Jianpi Lishi

蛋白尿可见于各种肾脏疾病的进程中, 尤其是肾小球疾病的最常见临床表现, 在肾脏疾病中, 蛋白尿是演变为肾衰竭的最大危险因素, 因此减少尿蛋白对保护肾功能是至关重要的。迄今西医控制蛋白尿缺少理想药物^[1], 中医药治疗蛋白尿尚在探索之中, 其产生原因主要应属脾肾虚损、水湿内停, 以至精微外泄, 水饮内困, 笔者结合随师张英强教授的临证心得, 运用益肾利湿法自拟益肾利湿汤治疗蛋白尿, 疗效显著。现将临床体会介绍如下:

1 病因病机认识

中医学没有蛋白尿的名称, 但是根据其临床表现, 应该属于“尿浊”等范畴。中医学认为精气是构成人体的基本物质, 也是人体生长发育及各种机能活动的物质基础。多认为蛋白尿的出现当属先天之本肾脏受损, 进而肾藏精主水之职失司, 以至水谷精微不得封藏而外流。引起精微外泄的原因是多方面的, 其本在肾、脾, 涉及肺及膀胱。临床多由于脾肾亏虚或肾络瘀阻或湿热久困, 致肾失闭藏之能, 精微外泄; 肾阴不足, 虚火妄动, 扰动肾关, 亦可产生蛋白尿, 肾不主水, 水液不归正化, 内停为饮, 继而反过来影响脾肾运化, 以至蛋白尿的反复发作。总的来讲, 蛋白尿的产生, 原因复杂, 正虚为本, 水湿为标。于此, 通过对于临床的大量观察, 自拟益肾利湿汤加减治疗蛋白尿效果明显, 疗效确切。

2 益肾利湿汤药物组成、加减及用法

熟地 15g, 淮山药 30g, 山茱萸 15g, 泽泻 15g, 牡丹皮 15g, 白术 20g, 茯苓 15g, 陈皮 15g, 车前草 30g, 芡实 30g, 金樱子 15g, 灵芝片 20g, 北五味子 15g, 白花蛇舌草 30g。

益肾利湿汤以补肾益精, 健脾利湿为法, 由六味地黄丸化裁而成。

方解: 熟地、山茱萸补益肾精, 白术、茯苓、淮山药、陈皮、灵芝片健运脾胃之气, 芡实、金樱子、北五味子收涩固精, 车前草、泽泻、白花蛇舌草利水渗湿解毒, 全方共奏健脾益肾、利水涩精之功。加减: 热毒盛者加黄柏 15g, 知母 15g, 金银花 15g, 蒲公英 30g; 水肿盛者加水蛭粉 6g, 蜈蚣 10g, 薏苡仁 30g; 神疲乏力加生晒参 15g; 面色淡白加阿胶 10g, 当归 10g; 潮热者加女贞子 15g, 旱莲草 15g; 口干乏津者加麦冬 20g, 北沙参 30g; 胃纳不佳胀满者加炒莱菔子 15g, 炒麦芽 30g, 炒山楂 20g。水煎服, 1 剂/日, 分三次温服。

3 典型病例

患者甲, 女, 20 岁, 学生, 患者因反复浮肿 16 年, 尿蛋白波动在 (+~+++), 曾诊断为: 肾病综合征, 一直予泼尼松等激素治疗, 病情反复发作, 蛋白尿 (+~+++), 持续不下, 遂转中医治疗, 2008 年 9 月 12 日查尿常规 PR0(+++), BLD(-), 24h 尿蛋白定量 4.82g/24h, 总胆固醇: 6.43mmol/L, 11G: 4.23mmol/L, 刻下症见: 面红潮热, 双眼睑肿, 下肢水肿, 小便不利, 腰膝酸软, 食欲不振, 舌淡红苔白腻, 脉细无力。此乃脾肾气阴两虚, 水湿内停, 治以滋阴补肾, 化气利水。方药: 熟地 15g, 淮山药 30g, 泽泻 15g, 牡丹皮 15g, 白术 20g, 茯苓 15g, 陈皮 15g, 车前草 30g, 芡实 30g, 金樱子 15g, 灵芝片 20g, 北五味子 15g, 白花蛇舌草 30g, 薏苡仁 30g, 炒麦芽 30g, 炒山楂 20g。以水 1000ml 煎取 400ml, 分两次温服, 20 (下转 99 页)

中医治疗肩周炎临床疗效观察

To observe the clinical effective of treating frozen shoulder with TCM

李卫国

(重庆市铜梁县中医院, 重庆, 402560)

中图分类号: R323.4+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0098-02 证型: IDBG

【摘要】 目的: 观察中医治疗肩周炎的临床疗效。方法: 选择2005年6月~2009年8月来自我院30例肩关节周围炎患者, 用小针刀治疗配合手法治疗及功能锻炼。结果: 一周治疗后, 治愈20例, 治愈率66.6%, 两周治疗后完全治愈, 有效率100%。结论: 使用中医治疗肩周炎, 能达到消除疼痛, 解除粘连, 具有疗程短、见效快、安全可靠、患者易于接受等优点, 临床实用价值较大, 值得推广应用。

【关键词】 中医; 肩周炎; 小针刀; 推拿

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of treating frozen shoulder with TCM. Methods: To choose 30 cases of frozen shoulder from June 2005~August 2009, to treat it by acupuncture knife and technique plus functional exercise. Result: After one week to treat, cured for 20 cases, cure rate for 66.6%, complete cure after two weeks, the total efficiency for 100%. Conclusion: To treat frozen shoulder with TCM, to reach elimination of pain, remove adhesion, have short course, effect of fast, safe and reliable, easy accept of patients.

【Keywords】 TCM; Frozen shoulder; Acupuncture knife; Massage

肩关节周围炎是肩部关节囊和关节周围软组织损伤、退变所引起的慢性积蓄性无菌性炎症病变, 是以肩关节疼痛和功能障碍为主要表现的一种临床常见病。我科于2007年6月2009年8月, 采用小针刀、推拿及功能锻炼治疗肩关节周围炎30例。疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》中肩周炎的诊断标准: ①多发于中老年人, 或继发于肱二头肌腱炎或上肢创伤; ②肩部疼痛、压痛、放射痛, 夜间疼痛加剧; ③活动受限, 以上臂外展、上举、后伸、内旋最为明显; ④可有三角肌肿胀, 后期可有肌萎缩; ⑤X线检查多为阴性, 部分患者可有肌腱钙化、骨质稀疏或肱骨头上移及增生。

1.2 排除标准

①合并严重心、肝、肾以及其他系统疾病者, 精神病及肿瘤患者; ②肩部急性软组织损伤、骨折、脱位、感染性炎症、颈椎病、风湿性关节炎、痛风等。

1.3 一般资料

30例符合诊断的肩关节周围炎患者, 来自我院疼痛专科2005年6月~2009年8月收治的病人。30例中, 男10例, 女20例; 年龄40岁~50岁以下11例, 50岁~60岁以下13例, 60岁及其以上6例, 平均(46.28±13.06)岁; 病程1个月~2个月以内6例, 2个月~3个月以内7例。

2 治疗方法

2.1 小针刀治疗

一般在压痛最明显处定2~5个点, 以龙胆紫作好标记,

然后用碘酊、酒精消毒, 或直接用0.75%碘酊消毒。术者戴无菌手套, 铺无菌巾。每个治疗点用0.5%~1%利多卡因2~3ml对病变部位进行局麻, 5min后, 术者持针刀于患处垂直刺入, 切皮后在喙突处肱二头肌短头、喙肱肌附着点、冈上肌止端、肩峰下滑囊、冈下肌和小圆肌止端, 分别作横行切割和纵行疏通剥离。如肩关节周围有其他较明显的压痛点, 也可与其他痛点一起分期分批进行治疗。每周治疗1次, 4次为1个疗程。

2.2 手法治疗

介质用我院生产的骨伤药酒, 顺次行以下手法:

①揉捏法: 患者端坐, 双手下垂, 自然放松, 宽衣露出患肩。术者站在患者患侧, 用掌心或指腹贴于患者肩部的皮肤上, 轻轻揉动3~5分钟指点按肩髃、肩髃、天宗、肩井等穴各1分钟。随后用拇、食、中三指对握三角肌束和肩部痛筋进行捏法, 以解除肩部的胀麻和疼痛。

②展筋旋转法: 术者一手掌按压患肩, 另一手握患肢作缓慢的反复外展牵拉、后伸、内旋、内收等上举动作。然后术者立于患者前面, 一手按压患肩, 一手托住患肢肘部, 将患肢作耸肩动作5次。接着抬患臂至与肩齐平, 作肩关节旋转活动。

③抖动法: 术者立于患者患侧, 两手掌紧握患者鱼际, 使其患肢处于外展姿势, 然后轻轻抖动患肢1min左右。1次/d, 10d为1疗程, 中间间隔2~3d后, 开始第2疗程。

2.3 功能锻炼

①患者面墙而立, 用两手指做爬墙运动, 并做记号;

②侧手指通过头后触摸对侧耳部;

③患侧翻手从背后触摸对侧的肩胛骨;

④患侧肢体做顺时针方向划圈数次, 再做逆时针方向划圈, 范围逐渐由小到大。早晚各1次。

3 结果

3.1 疗效标准

- ①治愈：疼痛消失，肩关节活动无障碍。
- ②好转：疼痛消失或部分消失，肩关节活动改善。
- ③无效：疼痛及肩关节活动无改善。

3.2 治疗结果

一周治疗后治愈 20 例，治愈率 66.6%，两周治疗后完全治愈，有效率 100%。

4 讨论

肩周炎的疼痛和关节活动受限症状，与局部的炎性细胞浸润、毛细血管扩张充血、通透性增加、细胞和液体渗出，引起局部组织水肿、坏死、局部组织的代谢异常，从而释放致痛物质以及关节囊和滑囊的纤维组织增生和粘连有关。

小针刀治疗机理就是用针刀切开部分张力增高的筋膜、肌膜、肌腱或韧带，使内部压力得以释放，降低组织静水压，使毛细血管开放，新鲜血液流入，淤积的代谢产物、致痛性介质被循环带走，建立起正常组织代谢环境，使病变消除^[1]。对于晚期粘连重、瘢痕形成者，则切断部分纤维组织，恢复肌力的平衡，刮除瘢痕，以解除疼痛。操作过程中要注意定点的选择，定点时要注意避开重要的血管神经，以免造成损伤。术者要对局部解剖甚至微观解剖非常熟悉，保证操作无误。本临床观察表明，联合整脊法治疗肩周炎，能解除软组织痉挛，消除软组

织变性，松解软组织粘连，恢复软组织弹性，有助于肩关节活动功能较快恢复。此方法针对性强，手法轻巧，并发症少。

推拿则具有放松肌肉，解除痉挛，滑利关节作用，松解粘连改善肩关节功能活动度的作用。能促进变性、挛缩组织修复，并在外力作用下使挛缩组织充分到伸展，使粘连逐渐解除，关节功能恢复。推拿治疗过程中，手法不可粗暴，应循序渐进地逐渐加大强度，患者能耐受为宜。

功能锻炼对本病的治疗有相当重要的意义，患肩通过主动或被动的功能锻炼，可改善局部的血液循环，加速渗出液的吸收，促进病变肌腱、韧带的修复，并使患肩恢复功能，防止再次发生粘连。值得一提的是，在进行训练活动时，要注意掌握好活动的度，要因人而异，活动度过小，则不利于病情的恢复，影响疗效活动度过大，则会造成局部疼痛加重，使患者产生畏惧心理，难以坚持。应指导患者掌握好适合自己的度，即对疼痛在能耐受的情况下，幅度越大越好。本临床研究表明，二者有机的结合，达到消除疼痛，解除粘连，具有疗程短、见效快、安全可靠、患者易于接受等优点，临床实用价值较大，值得推广应用。

参考资料：

[1]朱汉章.针刀医学原理[M].北京:人民卫生出版社,2002:623,625

编号：EA-1005198768（修回：2010-08-23）

（上接 97 页）

剂后，水肿消失，食欲增加，自觉潮热已解，实验室检查尿常规：PR0（+），BLD（-），24h 尿蛋白定量：3.85g/24h，总胆固醇：5.86 mmol/L，TG：1.82mmol/L，按原方加减又进 10 剂，诸症消失，精神状况良好，实验室各项检查均示正常。

4 讨论

蛋白尿持续不消多数因肾病日久，脾肾阴阳俱虚，一身元阴元阳俱损，肾不藏精，肾脏受损，影响肾的气化功能，肾气亏虚，固摄失司，不能固摄精气，水湿内泛。精微外泄体内蛋白随尿而出，从而出现蛋白尿，水湿寒化则伤阳，伤阳则可见畏寒怕冷，或四肢不温，或阳痿，面色苍白，腰膝酸软或困痛等，舌质淡苔白，脉沉细；热化则耗阴，阴伤则可见腰膝酸软、五心烦热、头晕头痛、咽干口燥、面色潮红、夜寐不安、小便黄赤、男子遗精，舌红少苔、脉细数；病久脾失健运，有面色萎黄无华，大便稀溏，纳差倦怠，或下肢浮肿，或晨起眼睑浮肿，舌质淡胖，脉沉细无力。其表现错综复杂，证情相杂，治疗上当全面照顾，从而使肾精藏，水湿去，则其病则瘳。而最难治者当属脾肾亏虚，湿热内生者，似如温病中湿热交杂，如油裹面之感，遇此则应掌握补益、利湿、清热之分寸，分利湿

热是关键，临证当需斟酌。此外，久治不愈、复发、难治性的蛋白尿可考虑选用虫类药物^[2]，正所谓“须藉虫蚁血中搜逐，以攻通邪结”，“每取虫蚁迅速飞走诸灵，俾飞者升，走者降，血无凝着，气可宣通”，如蜈蚣、全蝎、地龙、水蛭等。活血化瘀类药物^[3]以久病入络之理，“去菀陈挫”之法，疏通脉络，流畅气血，俾营血精微正常运行，蛋白尿自能获愈。常用药物有桃仁，红花，赤芍，川芎，丹参，益母草，当归，泽兰，三七粉等。

参考文献：

[1]王海燕.肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,1996:631

[2]刘春莹,于仪农.蛋白尿临证探索[J].中国中西医结合肾病杂志,2009,10(8):751-752

[3]王明杰.蛋白尿从络病论治探讨[J].四川中医,2004,22(11):10-11

作者简介：

柳振华（1983-），男，甘肃兰州人，成都中医药大学 2008 级在读硕士研究生。

编号：EA-100605814（修回：2010-08-17）

临床路径初探

To investigate the clinical pathway

王 巍

(武汉市第一医院信息中心, 湖北 武汉, 430022)

中图分类号: R365 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0100-02

【摘要】 临床路径 (Clinical pathway) 是指针对某一疾病建立的一套标准化治疗模式与治疗程序。临床路径是相对于传统路径而实施的, 传统路径也即是每位医师的个人路径, 不同地区、不同医院, 不同的治疗组或者不同医师个人针对某一疾病可能采用的不同治疗方案。采用临床路径后, 可以避免传统路径使同一疾病在不同地区、不同医院, 不同的治疗组或者不同医师个人出现不同的治疗方案, 避免了其随意性, 提高了费用、预后等的可评估性。本文从临床路径的设计, 执行和实施几个方面进行了相应的探讨。

【关键词】 临床路径; 传统路径; 治疗程序

【Abstract】 The clinical pathway is the standardized treatment modalities and treatment procedures established for a disease. Clinical path is implemented relative to the traditional path. The traditional path, that is each physician's individual path, different regions, different hospitals, different treatment groups or individuals may use different treatment for a disease. After using the clinical path, different doctors and different treatment groups in different hospitals and different regions use the same treatment programs for the same disease to avoid the arbitrariness. This paper explores the design, implementation and enforcement of the clinical pathway.

【Keywords】 Clinical pathway; Traditional pathway; Treatment procedures

临床路径 (clinical pathway) 在国外也为护理路径 (care pathway), 关键路径 (critical pathway), 整合护理途径 (integrated care pathway) 等, 指医生、护士及其他专业人员等多个相关学科研究者针对某个 ICD 对应病种或手术, 以循证医学为基础, 以预期的治疗效果和成本控制为目的, 制定的有严格工作顺序和准确时间要求的程序化、标准化的诊疗计划, 以规范医疗服务行为、减少康复延迟及资源浪费, 使患者获得最佳的医疗护理服务。很多事实已经证明, 临床路径的执行降低了医疗过程中是错误, 提高医疗质量和疗效。

临床路径起源于美国波士顿的新英格兰医学中心, 是 1985 年由 Karen Zander 和 Kathleen Bower 提出的, 当时医院选择了定额预付款制 (简称: DRG-PPS) 中的某些病种, 在住院期间按照预定的诊疗计划开展诊疗工作, 既可缩短平均住院天数和节约费用, 又可达到预期的治疗效果。此种模式提出后受到了美国医学界的高度重视, 逐步得到应用和推广。

临床路径可以被看作是一个临床诊疗的整体过程, 其宗旨是将重点放在病人诊疗的整体过程。同时, 临床路径强调的是一个团队的整体共同合作。通过引入临床路径, 可发挥医疗、护理的优势互补, 增强多专业的合作意识, 培养团队精神和提高凝聚力, 以标准化的医疗文书及信息管理提高医疗质量, 为医院管理和医学科研、教学提供详实可靠的依据, 达到社会效益与经济效益双丰收。同时, 通过临床路径的运用, 积极引导病人及其家属参与整个医疗过程, 可加强医患沟通, 充分体现以病人为中心的服务理念。

1 临床路径的设计

临床路径基本是以时间为横轴, 以入院、诊断、检查、用药、治疗、护理、饮食指导、教育、出院计划等理想护理手段为纵轴, 制定标准化治疗护理流程。其功能是运用图表的形式来提供有时间的、有序的、有效的照顾, 以控制质量和经费, 是一种跨学科的、综合的整体医疗护理工作模式。目前国外的主要观点认为, 临床路径有四个主要组成部分: 一个时间表, 护理或活动及其相关措施的类别, 中期和长期的预期结果, 变异的记录 (允许有变异, 以便于将来进行分析)。

临床路径的设计是需要满足最常用最符合大多数病人的治疗, 大部分的时间和内容都是可预见的, 同时需要有一个预期的目标来验证路径的执行过程。由于临床路径是一个诊疗过程中体现, 因此设计的时候, 使用工作流程图的方式来表示路径的执行, 从而能够直观的表现路径的执行情况。根据临床诊疗活动, 我们可以将临床路径的内容分成 6 个类别, 分别为检验检查、药物治疗、处置、饮食、活动、护理。每个类别下的具体项目又分为长期项目和临时项目, 相当于医嘱中的长期医嘱和临时医嘱。根据医生和护士的职责, 在路径设计时, 将路径中的项目区分为医生执行的项目, 护士执行的项目。为了更好的进行信息沟通, 协同工作, 医生和护士都应该能够从执行的项目中得知自己接下来的工作内容。为了方便将来对变异进行统计, 以便于能够进行变异的归纳分析, 因此需要对变异记录的项目进行标准化定义。

我们可以将变异记录的项目分为两个层次, 第一层为变异的类别, 如病人因素的变异, 医院因素的变异等。第二层为变

异的具体原因,如病情变化,产生并发症等。将来在进行变异统计的时候,就能够统计出哪一类的变异多,从而可以更好的调整路径,使之更加科学。

2 路径的执行

病人一旦进入医院,医疗护理人员该怎样做,均有明确规定。不论医护理人员是谁,均应该按临床路径进行处理。这样可以减少医师在诊治中的随意性、盲目性和不必要的重复。新病人入院后,医生手工选择某个路径,将病人加入路径。病人加入路径后,显示该路径的准入筛选信息,由医生完成准入筛选信息的判断,判断通过后,病人正式入组,然后显示第一天的路径内容。在路径执行过程中的任何时刻,如果病人的检查结果或者其他指标符合路径的排除标准,则提示医生是否让病人退出路径。路径执行过程中,每天自动提醒医生和护士当天需要执行的内容。当天的路径内容,全部完成后,医生和护士确认签字后,表示当天的内容已经全部执行完成,将在第二天,提示下一天的执行内容。当天的路径内容没有全部完成,第二天需要先提醒医生和护士,前一天有没有完成,是否继续执行前一天的内容,还是不执行,或者把前的一天的内容,移动到第二天的内容中进行执行。选择继续执行,则当天的继续提示前一天的内容,选择后两项,则需要医生和护士,先填写变异记录,然后再提示第二天的执行内容。路径执行过程中,如果有与设计的路径不一样的地方,可以进行修改路径,

修改路径是可以在路径中增加路径项目,也可以减少项目,提早或延迟执行路径内容。修改路径前必须填写便宜记录后,才允许修改。修改的路径只针对当前病人,而不能其他病人的路径。病人在路径执行过程中,可中途退出路径,退出途径可分为临时退出和永久退出两种模式,临时退出时,可以在几天后恢复路径,即继续执行退出前的路径内容。永久退出则以后再加入路径必须从头开始执行。路径执行过程中,质控人员可以随时对路径执行情况进行质控,质控结果可以与医生护士直接发消息沟通。路径执行完成后,打印路径进行存档。

(上接 96 页)

表 1 两组修复效果比较

组别	牙数	成功	失败				成功率 (%)
			松动脱落	根折	冠折	龈缘炎、根尖周炎	
治疗组	38	36	0	1	0	1	94.7
对照组	37	30	0	5	0	2	81.0*

注: * $P<0.05$ 。

3 讨论

前牙外伤形成残冠残根是临床比较常见的牙科疾病,桩核冠是临床上修复残冠残根常用的治疗方法。不同的桩核材料和桩核设计应用于口腔临床修复。桩核材料的选择是决定桩冠修复成功的重要因素,理想的桩核材料应具备强度高、耐腐蚀、耐疲劳、弹性模量与牙体组织接近、透光性好、美观、操作简单等特点。金属核桩在临床上已被公认其有足够的机械强度,

3 路径的实施

实施临床路径一般要经历准备阶段、制定路径、实施路径、改进路径、监测及评价五个阶段,后四个阶段根据 PDCA 的原理循环往复,不断改进,逐步使临床路径的内容更全面,项目更合理,更符合临床科室的工作和成本实际。

3.1 计划准备阶段

全员教育,成立团队组织(临床路径委员会或小组),基础信息收集、分析和确定病种或技术。

3.2 临床路径制订阶段

采用方法包括专家制订法、循证法和数据分析法;路径的样式包括表格病历、信息系统、医嘱系统或其他记录系统等;与临床路径相配套的诊疗标准,如流程图、纳入标准、排除标准、临床监控指标与评估指标、变异分析等;病人版本,通俗易懂,形式活泼,能够吸引病人阅读。

3.3 实施检查阶段

事前教育与培训,初期应用时要对每一个病人把关;严格按路径执行和记录,采取专人监控或智能监控相结合,保证实施的落实;分析变异,及时查明原因,尤其是注意分析路径、医生以及病人三者原因。

3.4 评价改进阶段

在临床路径实施一定时间以后,将路径实施后的结果与实施前的数据进行对照并加以分析。内容主要包括:工作效率评价、医疗质量评价、经济指标评价以及病人满意率评价。通过评价改进原有路径或使用改进后新的路径,临床路径不断完善,更符合临床实际。

参考文献:

[1] 杨志云. 中医临床路径制定工作座谈会召开[J]. 中医药管理杂志, 2009, (8): 744

[2] 曹建文. 临床路径在医院管理中的应用[J]. 中国医院, 2009, (6): 6-10

编号: ER-10080605 (修回: 2010-08-17)

与牙体组织较为密合,抗压强度较高,可获得良好的固位力。但其弹性模量大(100~200GPa),远远大于牙本质的弹性模量(18GPa),在受到较大作用力时,容易产生较大的应力。

综上所述,采用玻璃纤维进行前牙残冠残根修复,只要正确选择适应症,掌握时机,具有操作简单、方便、快捷,缩短就诊次数,扩大应用范围的优点。值得推广应用。

编号: ER-10072414 (修回: 2010-08-21)

中医治疗肠道易激综合征

Treating IBS in TCM

肖艳辉

(吉林省双辽市中医院, 吉林 双辽, 136400)

中图分类号: R656.9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0102-02 证型: GDI

【摘要】 本文阐述的是肠道易激综合征的中医治疗。详细描述了该病的病因病机(情志失调、脾胃虚弱、脾肾阳虚)、辨证论治(肝气乘脾型、脾胃虚弱型、脾肾阳虚型、肝郁气滞型、肝脾不和寒热夹杂型、湿浊困脾型、郁阻肠络型)及从心里和饮食方面的调理,收到了满意的治疗效果。

【关键词】 肠道易激综合征; 辨证论治; 中医

【Abstract】 This article elaborate treating IBS in TCM. Described the cause of disease pathogenesis which should get sick (emotional disorders, weakness of spleen and stomach, Yangxu of spleen and kidney), treatment in differentiation (vital energy of the liver while the spleen, weakness of spleen and stomach, Yangxu of spleen and kidney, liver strongly fragrant stagnation of flow of vital energy, liver spleen disagreement cold and heat mixture, the wet muddy sleepy spleen, Yu Zuchang to wind) in detail and from at heart with the diet aspect recuperation, has received the satisfactory treatment result.

【Keywords】 IBS; Syndrome diagnosis and treatment; In TCM

肠道易激综合征(简称IBS)是结肠功能失调所致的非器质性病变。临床以腹痛、腹泻、便秘及粘液便单独或综合出现为特征,并可伴有全身性神经官能症。大便常规检查不含病理成分,培养无致病菌,隐血试验阴性,X线或纤维结肠镜检查无器质性病变,但肠道对刺激可有异常反应。根据有关文献结合中医脾胃专科之经验,兹就中医对IBS的病因病机和辨证论治等浅述如下。

1 IBS的病因病机

我国古代医家很早就认为精神失调可致内脏功能紊乱,如《内经》就有因思虑、惊恐而内伤脾胃致腹泻的记载。此外,饮食不节、劳倦久病、寒湿等是本病诱发、加重、发展的因素。其主要病机是肝气郁滞,肝脾不和,久病伤肾。

1.1 情志失调:“肝主疏泄”、“暴怒伤肝”、“木郁克土”等是本病病因病机的传统立论。情志失调是基本病因,如《三因极一病证方论》云:“喜则散,怒则激,忧则聚,惊则动,脏气隔绝,精神夺散,以致溏泄。”肝气乘脾是基本病机,本病常因抑郁恼怒或精神紧张等因素而发病,致肝气郁滞,肝失疏泄,气机不畅,横乘脾土,脾胃受制,运化失常,发为泄泻;肝气郁滞还可使升降失调,大肠传导滞涩则发为便秘,肝旺亦可伤阴,致脾胃阴虚不能下润大肠,亦发为便秘。

1.2 脾胃虚弱:饮食失节、劳倦久病、七情不和等可伤脾胃,使脾胃虚弱,中阳不足,运化失司,水谷精微不能吸收反滞滞肠中,发为泄泻。

1.3 脾肾阳虚:肾为先天之本,脾为后天之本,命门火温煦脾阳,又赖后天精气滋养。脾虚久泻可致命门火衰,肾虚又可影响脾运不健,病久则脾肾阳俱虚。腹泻型的IBS多属中医的“久泻”、“虚泻”,浅则肝旺脾弱而运化失常,深则脾肾虚寒而不

能温化脾土。再者久泻失治误治还可伤阴而便秘;病久肝脾不和,寒热夹杂,虚实并见。

2 IBS的辨证论治

IBS的治疗,西医多对症处理,中医则有其独特之处,具有方法多样、副作用少等特点。其辨证分型,诸家各异。笔者学习前贤经验,结合临床实践,分为八个论型论治。

2.1 肝气乘脾型

主证:常因抑郁恼怒或精神紧张而发病或加重,肠鸣矢气,腹痛即泻,泻下不多,泻后痛缓,伴少腹拘急,胸胁胀满,嗳气少食,便下粘液。舌淡红,苔薄白,脉弦细。治以抑肝扶脾,调和气机。代表方:痛泻要方。常用药选白术,白芍,防风,陈皮,柴胡,佛手,枳壳,厚朴,藿香,香附,木香,元胡,金铃子,党参等。

2.2 脾胃虚弱型

主证:常于餐后即泻,大便时溏时泻,夹有粘液,便次增多,腹痛隐隐,肛门坠胀,脘闷不舒,纳差肢倦,面黄无华。舌淡,苔白,脉细弱。治以健脾益气,和胃渗湿。代表方:参苓白术散。常用药选党参,白术,茯苓,扁豆,砂仁,陈皮,薏苡仁,炙甘草,炮姜,木香,藿香,升麻,柴胡,赤石脂,诃子,乌梅,三仙等。

2.3 脾肾阳虚型

主证:常于清晨泄泻,便下清稀,完谷不化,便后腹痛不减,腰膝酸软,四末清寒。舌淡胖,苔白,脉沉细迟。治以温补脾肾,固涩止泻。代表方:附子理中汤,四神丸。常用药选制附片,干姜,焦白术,炮姜,吴茱萸,肉豆蔻,补骨脂,茯苓,党参,炙甘草,五味子,三仙,乌梅等。

2.4 肝郁气滞型

主证：腹痛便秘，欲便不畅，便下艰难，后重窘迫，脘腹胀闷，胸胁胀痛、窜痛，矢气可缓，恼怒忧虑易发，嗳气呃逆，纳差。苔薄，脉弦细。治以顺气行滞，降逆通便。代表方：六磨汤，柴胡疏肝饮。常用药选沉香，乌药，槟榔，枳实，柴胡，青皮，白芍，川芎，香附，炙甘草等。

2.5 肝脾不和寒热夹杂型

主证：久泻，便下粘腻，或夹泡沫，或腹泻便秘交作，便前腹痛、腹胀、肠鸣，得便即宽而停停又作。苔白腻，脉细弦滑。治以泄木安土，寒热同调。代表方：乌梅丸。常用药选乌梅，细辛，党参，白术，制附片，炮姜炭，黄连，黄柏，茯苓，甘草等。

2.6 脾胃阴虚型

主证：腹痛不甚，便秘难下，粪如羊矢，外裹粘液，大便数日一行，少腹结块，聚散无常，按之胀痛、消瘦，饥不欲食，口干喜饮，尿频色黄，常伴失眠、焦虑、心悸等。舌红、苔黄少津，脉细数。治以养阴润便。代表方：麻仁丸、增液汤。常用药选麻仁，玄参，生地，麦冬，枳壳，白芍，厚朴，瓜蒌仁，当归，柏子仁等。

2.7 湿浊困脾型

主证：腹痛绵绵，脘腹满闷，泄泻，粘液便多，呈胶冻状或与粪便相杂，便意频数但无里急后重，乏力倦怠，身困肢重。苔白腻，脉濡细或缓。治以健脾和胃燥湿。代表方：胃苓汤，二陈汤。常用药选苍术，厚朴，白术，陈皮，泽泻，茯苓，桂枝，藿香，佩兰，薏苡仁，甘草等。

2.8 瘀阻肠络型

主证：泄泻日久，大便粘滞，或干或溏，泻后不尽，腹部刺痛，痛有定处，按之痛甚，而色晦滞。舌质暗红或紫暗，脉弦细涩。治宜化淤通络，和营止痛。代表方：少腹逐瘀汤。常用药选薄黄，五灵脂，当归，川芎，丹参，红花，元胡，没药，小茴香，干姜等。

(上接 95 页)

4 讨论

拇外翻是一种临床较为常见的前足畸形，多发于女性及中老年患者。相当一部分患者需行截骨手术治疗^[3]，而足部手术后常因肿胀、疼痛导致不能下地负重，老年患者由于长时间卧床可出现静脉血栓、肺部感染等多种内科并发症，同时也不利于手术康复及足部功能锻炼，术后患足长时间绷带包扎，疼痛活动减少，加之手术切口未愈合，也必然造成局部经络不通，气血凝滞，出现局部肿胀疼痛，活动不利^[4]。我们在临床给药后3周内的患者口服活血化瘀中药，发现患足局部水肿消退快、下地早、疼痛减轻，利于患者早期康复、并发症的预防以及患者信心的恢复。口服中药可以活血化瘀，行气止痛，使截骨端血液循环和代谢增强，从而有效地减轻或消除水肿和疼痛。

两组患者均无出现明显术后并发症，而口服中药组患者术后下地时间及无辅助行走时间均明显缩短，与口服中药呈正相关。方中当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、水蛭、黄芪、泽兰、地龙、枳壳活血化瘀、行气止痛，陈皮、茯苓、苡仁利湿消脾，生地、银花清热解毒。可见拇外翻截骨手术后口服活血化瘀中

药可以达到散瘀、消肿、活血通络之目的，瘀去则能生新，经络通则气血和，关节滑利，可使患者早日下地活动，从而减少临床并发症的出现。该组中药药性温和，副作用少，患者易接受，临床疗效可靠，是拇外翻截骨术后较为有效的辅助治疗。

总之，对于拇外翻患者，我们在积极充分术前准备下根据不同的畸形情况手术矫形，截骨术后口服活血化瘀中药，发现患者局部水肿消退、下地早、疼痛减轻，并发症少，取得了良好的治疗效果。

3 心理和饮食治疗

由于 IBS 的发病与精神因素有密切关系，部分患者对安慰剂有效。因此，解除顾虑、紧张、抑郁、焦虑等，鼓励劳逸结合，适当参加文体活动，生活有规律，心情愉快，豁达开朗，可使患者缓解病情，尤其精神因素致病者效果更佳。在饮食方面，便秘型可食用高纤维素食物如粗粮、蔬菜等；腹痛腹泻型宜食用少渣、易消化、低脂肪、高蛋白饮食。对于有或可疑不耐受的食物如奶制品、豆制品、咖啡、粗糙食物等，应尽量避免食用。一般要禁忌刺激性食物、生冷食物、调味品及烟酒。

编号：EA-100603802（修回：2010-08-17）

药可以达到散瘀、消肿、活血通络之目的，瘀去则能生新，经络通则气血和，关节滑利，可使患者早日下地活动，从而减少临床并发症的出现。该组中药药性温和，副作用少，患者易接受，临床疗效可靠，是拇外翻截骨术后较为有效的辅助治疗。

总之，对于拇外翻患者，我们在积极充分术前准备下根据不同的畸形情况手术矫形，截骨术后口服活血化瘀中药，发现患者局部水肿消退、下地早、疼痛减轻，并发症少，取得了良好的治疗效果。

参考文献：

- [1]Foot disorders and falls in older persons. Chaiwanichsiri D. Janchai S. Tantisi -riwat N. Gerontology, 2009, 55(3): 296-302
- [2]王正义,唐凡启,林顺福等. Austin 手术治疗拇外翻 126 例分析[J]. 中华骨科杂志, 2000, 20: 637-638
- [3]王正义, 张中等. 足踝外科学[M]. 人民卫生出版社, 2006: 108
- [4]温建民. 中医理念在拇趾外翻临床中的运用[J]. 医学与哲学, 2007, 5: 22-23

编号：EA-100706877（修回：2010-08-17）

慢性肾衰患者的中医临床探讨

Clinical study on treating chronic renal failure in TCM

史兰英

(溧阳市人民医院, 江苏 溧阳, 213300)

中图分类号: R692.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0104-02 证型: AGD

【摘要】 目的: 探讨慢性肾衰患者的中医临床护理。方法: 选取本院 42 例慢性肾衰患者, 42 例病例分别应用辨证护理、中药服用、中药灌肠等中医方法, 综合分析各种中医临床护理方法的总有效率和实际效果。结果: 42 例病例均达到预期的临床护理效果, 并全部顺利出院。结论: 中医临床护理方法对于慢性肾衰患者的辅助治疗及康复均具有较为理想的效果。

【关键词】 慢性肾衰; 中医; 肾脏

【Abstract】 Objective: To investigate the clinical physiotherapy of patients with chronic renal failure in TCM. Methods: 42 patients with chronic renal failure patients were respectively apply nursing in differentiation, TCM and lavation. To analyze the total effective rate and effects of clinical nursing. Results: 42 cases reached to the desired effect, and all of them were discharged. Conclusion: Treating chronic renal failure in TCM clinical nursing have more satisfactory results.

【Keywords】 Chronic renal failure; TCM; Kidney

慢性肾功能衰竭是各种慢性肾脏病晚期, 肾功能逐渐减退而引起的一组综合征。患者经常会出现代谢异常、皮肤感染、贫血、高钾血症等并发症。目前, 在慢性肾功能衰竭的临床治疗上, 早期多采用保守疗法, 以延缓病情进展, 尤其适宜于病程迁延、易反复、合并症多的患者; 晚期则以透析和肾移植为主。慢性肾衰患者对自身疾病无心理准备, 心理压力较大并伴有恐惧心理^[1]。通过临床实践表明: 在慢性肾衰患者的临床护理中, 中医临床护理方法更为适用, 并且对于患者的调养与康复更加有利^[2]。本院多年来一直采用中医临床护理方法, 并且取得较为令人满意的效果, 其护理体会如下:

1 临床资料

2009 年 3 月~8 月, 本院共收治慢性肾衰患者 42 例, 男性 31 例, 女性 11 例, 年龄 24~55 岁, 平均年龄 (31.9±2.3) 岁。其中临床表现为水肿 25 例, 昏迷 18 例, 呕吐 27 例, 酸中毒 6 例, 水电解质紊乱 4 例。

42 例病例均需住院进行治疗与护理, 患者全部同意接受中医临床护理方法, 并表示愿意配合医护人员开展的各项护理工作。

2 方法

2.1 辨证施护

慢性肾衰的中医临床护理以辨证护理为基本要求, 即针对不同证型的患者采取不同的护理方法。

42 例病例中临床表现为肝肾阴虚型 17 例, 水湿泛滥型 11 例, 脾肾阳虚型 9 例, 温热内蕴型 5 例。

肝肾阴虚型患者临床症状为五心烦热、腰酸腿软、舌红苔少等, 临床护理中应以服用滋阴柔肝的六味地黄丸为主, 忌食辛辣之物; 水湿泛滥型患者临床症状为全身水肿、小便短少等, 临床护理中功逐峻利之品应慎用; 脾肾阳虚型患者临床症状为

身肿日久、腰以下为甚, 按之凹陷不易恢复, 脘腹胀闷等, 临床护理中以精神护理为主, 尤其注意药物宜温服; 温热内蕴型患者临床症状为全身浮肿、烦热口渴、苔黄等, 临床护理中服用利湿解毒药物为主^[3]。

2.2 中药服用法

42 例临床病例中, 27 例患者经常出现呕吐现象, 临床护理中对此 27 例患者采用中药服用法。中药汤剂采取高浓度、少量、多次分服的方法。其中 11 例患者对药物反应较大, 医护人员采用生姜汁点舌的方法, 帮助患者克服服药困难的问题。

同时, 应用中药服用护理法时, 服药后医护人员要提醒患者用温开水漱口, 保持口腔清洁。

2.3 中药灌肠法

医护人员对 42 例病例中病状较为严重、康复速度较慢的 13 例患者采用了中药灌肠法, 中药灌肠法具有明显的排毒功能, 对于延缓病程也具有十分重要的作用。

中药灌肠法应用药液的中药成分主要包括: 六月雪 30g, 炒槐花 30g, 生牡蛎 30g, 大黄炭 30g, 将以上中药材浓煎 120ml, 采用高位保留灌肠方法, 灌肠后 2h~3h, 使用 300ml~500ml 清水进行清洁灌肠。

医护人员要引导患者主动配合, 右侧卧位, 垫高臀部约 10cm, 还要选择细的肛管, 肛管插入 15cm, 用 50ml 注射器抽样药液后缓慢推入, 如感觉推进阻力较大, 可适当移动肛管的位置。

3 结果

本院选取 2009 年 3 月~8 月收治的 42 例慢性肾衰患者经过中医临床护理, 现已全部出院, 临床护理总有效率可以保持在 80%以上。42 例慢性肾衰患者中医临床护理方法及总有效率

见表1。

表1 42例慢性肾衰患者中医临床护理方法及总有效率

中医护理方法	治疗人数(例)	总有效人数(例)	总有效率(%)
辨证护理方法	42	34	80.9
中药服用法	27	23	85.2
中药灌肠法	13	11	84.6

由表1可见,本院接受中医临床护理的慢性肾衰患者对于有针对性的护理方法好转率较高,患者基本认可中医临床护理方法在慢性肾衰康复中的应用。

另外,在慢性肾衰患者的临床护理中精神护理、家庭自我管理、饮食护理、皮肤护理、口腔护理等护理方法也是必不可少的。

中药由天然植物做成,其副作用较少。而慢性肾衰的患者在选用西药时,应避免有肾毒性的药物,如庆大霉素、头孢菌素等。同时注意服药禁忌,慢性肾衰患者在服用人参等补气药时应忌食萝卜、绿豆等凉性食物,以免降低药物的温补作用。同时指导患者治疗期间不得擅自换药、减量、过早停药或停药后不追踪观察,以免加重病情。

4 讨论

现代中医学理论认为:慢性肾病患者血虚生风,挟热挟毒导致患者皮肤出现干燥、瘙痒,故应加强皮肤护理,以防感染。可用中药煎汤,待药液温度不烫皮肤时外洗,每日一次或隔日一次,并指导患者勤换内衣内裤,选料以棉质为佳。同时慢性肾衰患者脾胃衰败,湿浊中阻,以致患者出现口腔异味,舌苔厚腻或纳呆食减,恶心呕吐症状,因此慢性肾衰患者的口腔护理也十分重要,应指导患者饭前饭后漱口,睡前醒后刷牙^[4]。同时,中医认为七情致病,可直接影响其相应的脏腑,使气机

逆乱,气血失调,导致疾病发生或病情加重,此时应积极开导病人,教育病人正确对待自身的疾病,进而保持乐观积极的心态。

蛋白质的摄入也是慢性肾衰患者中医临床护理的关键,因为慢性肾衰患者血中非蛋白氮的浓度已经很高。如果摄入蛋白质数量多,质量次,势必增加血氮与尿素氮的浓度,加重病情,而长期的蛋白摄入不足,又可以产生负氮平衡。因此慢性肾衰患者必须注意蛋白的摄入对严重的后期慢性肾衰患者,进食蛋白质的量要遵医嘱。

慢性肾衰是人类常见的肾脏疾病之一,是多种慢性肾病发展到晚期而出现的严重综合症状。由于慢性肾衰的病程较长,病情普遍较重,患者极易产生悲观、恐惧、易怒等异常情绪,因此,在临床护理工作中医护人员一定要采取科学、合理、有效的护理方法,既要协助患者消除心理障碍,又要保证护理工作的实际效果。

经国内权威医学研究机构统计表明:中医临床护理的效果明显优于西医护理,接受中医临床护理的患者康复周期明显缩短,并发症也相对较少。

参考文献:

- [1]李春芳.慢性肾衰的中医临床护理体会[J].临床医学,2008,9(11):23-25
- [2]王公平,李暄.慢性肾功能衰竭的中药保留灌肠治疗及护理[J].京苑医学,2005,4(10):33-34
- [3]刘宏宇.浅谈中医对慢性肾功能衰竭的认识和治疗[J].中医百科,2004,7(2):17-18
- [4]王福堂,李兆玉.中医临床护理对改善慢性肾功能衰竭的实验研究[J].康复医学,2006,1(12):26-28

编号: ER-10080615 (修回: 2010-08-17)

(上接 94 页)

为治愈。声带运动基本正常或略有减弱,闭合欠佳,有裂隙,声音略有嘶哑者为好转。治疗前后声带运动无改变者为无效。结果治愈8例(55%),其中风邪入络证4例,肺脾气虚证3例,肺肾阴虚证1例;好转6例(37%),其中风邪入络证1例,肺脾气虚证2例,肺肾阴虚证3例;无效1例(8%),为肺肾阴虚证。

3 讨论

声带麻痹表现在喉,可影响发音、呼吸和吞咽,以及产生食物和流汁的误吸进入气管。但根本原因和全身脏腑关系甚密。本病初期多为实证,临床辨证多属风邪入络,肺气不宣;病久则多为虚证,临床辨证多属肺肾阴虚,肺脾气虚,喉窍失

养。因此辨证论治首先要分清虚实。除借助于脉诊、舌诊在内的全身症状外,还要认真观察声带的紧张度。一般来讲声带松弛外展者多属虚,紧张内收者多属实。按摩不同于针刺,远道穴位得气后不易上传,故以局部穴为主;治疗时取下肢穴位不太方便,所以远道穴位只取手上的。

从本组15例患者的证型作预后分析,发现风邪入络证型预后最好,其次为肺脾气虚,再次为肺肾阴虚。

参考文献:

- [1]田勇泉.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:200
- [2]熊大经.中医耳鼻咽喉科学[M].上海:上海科学技术出版社,2008:156

编号: ER-10071906 (修回: 2010-08-17)

浅谈温胆汤在神经系统精神障碍的临床运用

Discussion on the clinical application of treating mental disorders of nervous system with Wendan decoction

黄裕平

(广东省大埔县人民医院, 广东 梅州, 514200)

中图分类号: R322.8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0106-02 证型: ADI

【摘要】 目的: 探讨温胆汤加减治疗神经系统精神障碍患者的疗效。方法: 对 32 例神经系统精神障碍患者在应用温胆汤加减治疗。结果: 经过治疗后, 32 例痊愈 20 例, 有效 10 例, 无效 2 例, 总有效率 93.8%。结论: 温胆汤加减治疗神经系统精神障碍失眠临床疗效显著, 值得临床推广。

【关键词】 神经系统; 精神障碍; 温胆汤

【Abstract】 Objective: To investigate the effect of treating mental disorders of nervous system with Wendan decoction. Methods: Treating 32 cases of mental disorders of nervous system with Wendan decoction. Results: Post-treatment, 20 cases were cured, 10 cases were effective, 2 cases were invalid, the total effective rate was 93.8%. Conclusion: The clinical effect of treating mental disorders of nervous system with Wendan decoction is significant.

【Keywords】 Nervous system; Mental disorders; Wendan decoction

神经系统精神障碍是以基本个性改变, 思维、情感、行为的分裂, 精神活动与环境的不协调为主要特征的一类最常见的精神病^[1]。其严重影响患者的身心健康, 增加社会负担, 影响社会经济发展。不过神经系统精神障碍到目前为止病因未明, 其诊断、归属及临床特征尚无确切定论。在基层医院目前主要应用氯氮平、舒必利、阿米替林等药物, 但神经系统精神障碍属中医癫狂范畴, 运用中医药治疗可取得良好的治疗效果。在临床实践中, 笔者采用温胆汤治疗神经系统精神障碍, 收到一定疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

随机选择 32 例在我院门诊治疗的神经系统精神障碍患者, 其中男 20 例, 女 12 例; 年龄 12~40 岁, 平均年龄 29.5 岁; 病程 15 天至半年。诊断标准: ①症状以心情抑郁为主要特征, 且相对持久。②首次发作者情绪障碍至少已持续 2 周, 且至少具有下列症状的四项: 对日常活动丧失兴趣或无愉快感, 性欲减退; 精力明显减弱, 无原因的疲倦。软弱无力; 反复出现死亡的念头, 或有自杀企图或行为; 自责或内疚感; 能力或注意力减退; 精神反应迟钝或激惹。

1.2 治疗方法

应用加味温胆汤, 组成: 柴胡、半夏、茯苓、白术、丹皮、泽泻、山楂、枳壳、大腹皮、薏仁。若临床见有郁热内积者加大黄、黄芩; 肾虚气怯者加仙茅、补骨脂、杞子; 气滞血瘀加党参、川芎、丹参。用法: 水煎服, 每日 1 剂, 煎 2 次, 混合均匀后在中午及晚上分服。30 天为 1 疗程, 1 疗程结束后评定疗效。

1.3 疗效标准

痊愈: 症状消失, 恢复正常生活; 有效: 症状减轻, 能基本恢复正常生活; 无效: 症状无改善。

2 结果

经过治疗后, 32 例痊愈 20 例, 有效 10 例, 无效 2 例, 总有效率 93.8%。

3 病案分析

患者甲, 女, 18 岁, 2008 年春节因家庭发生矛盾, 考试成绩不佳, 情绪低落, 继之妄言妄闻, 表情淡漠, 导致口干口苦, 唇红干裂, 头昏头胀, 腹胀纳呆, 大便六日未下, 小便短黄, 就诊于精神病院诊断为精神分裂症, 西药治疗效果不著, 我们采用加味温胆汤, 服三天后神清语利, 舌红苔少, 脉转细数, 病至恢复期, 热盛伤阴之相已显, 遂改投养阴安神之剂。连服 14 剂, 诸症悉除, 随访至今未见复发。

患者乙, 女, 28 岁。2008 年 7 月 11 日初诊。患者就诊时极不配合, 极力述说自己没病, 是家人强迫自己来看病, 病情由其丈夫代述。患者 1 月前无原因个性大变, 对人冷淡, 生活懒散, 突然辞掉一份较好工作, 并说在单位有人要害害自己, 对丈夫及家人也充满怀疑, 常夜间独坐发呆, 口中念念有词。拟用温胆汤加减, 处方: 陈皮 9g, 半夏 9g, 茯苓 15g, 枳实 12g, 竹茹 12g, 菖蒲 6g, 胆星 12g, 车前草 12g, 远志 12g, 珍珠母 30g, 生大黄 10g。5 剂, 水煎服, 每日 1 剂。并告之继续服用维思通。1 周后, 患者独自复诊, 述便秘症状消失, 睡眠稍有改善, 但梦多, 仍感觉喉中有痰, 有恶心想, 食欲减退, 但身体发胖, 舌苔白腻, 脉弦滑。拟方: 上方减珍珠母、山楂,

加香附 12g, 红花 12g, 当归 12g, 车前草 12g, 百合 12g, 炒枣仁 15g。患者每半月进行一次复诊调药, 一直坚持到 11 月底停药。随访 1 年未有复发。

4 讨论

神经系统精神障碍的临床表现十分复杂多样, 不同类型的症状可完全不同, 但其最确切症状是思维、情感、感知和行为等多方面的障碍, 常导致精神活动不协调。神经系统精神障碍属中医癫狂范畴。临床表现多端, 但其病机主要是痰热瘀阻, 蒙蔽心窍, 即痰迷心窍。肝郁化火, 上扰心神可致失眠; 积湿生痰, 痰热互结可致失眠^[2]; 肾阴不足, 不能上交于心, 虚热扰神可致失眠; 脏虚气血生化不足, 血不养心, 神不守舍亦可致失眠等等。据我们多年观察, 神经系统精神障碍患者其病因不外痰、火、气、血、瘀、七情刺激、胎病等诸般因素, 但概括归类, 可分为虚和实两种, 其病因病机属实的总为气机郁滞, 火热过亢, 痰结心胸, 气血凝滞。属虚的为气血虚损, 或为七情刺激而发病, 而以积湿生痰, 痰热互结者居多^[3]。

目前已有大量的研究资料表明, 精神分裂症的症状是由于中脑边缘系统多巴胺功能活动过度, 以及额前叶多巴胺活性下降所致。《内经》有“治疗癫狂宜下其痰”的说法。金元时代张从正与朱丹溪明确地提出把痰作为癫狂的病因病机。因此就精神分裂症而言, 凡病机属痰热蒙窍, 症状属以心中烦热, 舌红, 苔黄, 便结, 脉象以滑数为主, 即可选用本方治之。温胆汤源于孙思邈《千金要方》十二卷胆虚实门, 由陈皮、半夏、甘草、竹茹、枳实、生姜、大枣所组成。具有化痰清热和清肝

利胆, 除虚烦, 定惊悸之功。主治痰火上扰、虚烦不眠、惊悸、气郁生痰化热, 痰热交蒸, 上扰神明所致精神病。中陈皮健脾利气。法下宽中散结, 且二药均有燥湿化痰之功; 枳实破气消积, 又能行痰除痞, 使痰有其出路; 竹茹性寒清热, 为清化热痰之要药; 云苓补脾宁心, 加之甘草补中州之气。且同时原方并无茯苓, 后世应用茯苓, 更有利湿祛痰^[4]。具体应用时, 要随症灵活加减, 本文所指之病症。我们用温胆汤加减结合镇静剂治疗 32 例精神分裂症, 通过疗效观察, 效果肯定。不过在在治疗本病过程中, 当患者精神症状减轻或疾病恢复期, 还应引导患者尽早适应社会环境, 如参加文体活动、家务劳动, 阅读有益的书报杂志电视, 并与社会保持一定的接触, 以防人格退化。要以重视传统的辨证施治为基础, 同时使病人心胸开阔, 精神愉快, 坚持服药, 多方配合治疗, 才能提高疗效。

参考文献:

- [1]李清亚,王晓慧,宋瑞华.中医学在诊治精神疾病中的应用[J].现代中西医结合杂志,2008,17(6):965-967
- [2]谢辉,贺又舜.温胆汤及其配伍对大鼠纹状体 DA 合成的影响[J].湖南中医杂志,2004,20(3):66-67
- [3]彭星星,钟潇琦,郑洪波.氯氮平治疗精神分裂症临床疗效与血浓度研究[J].神经疾病与精神卫生,2004,4(3):196-197
- [4]曹欣冬.利培酮治疗首发精神分裂症不同中医辨证分型的疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2000,20(6):421-423

编号: E-10061255 (修回: 2010-08-19)

(上接 93 页)

表 2 两组治疗前后 SBP、DBP、HR 的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别		SBP (mmHg)	DBP (mmHg)	HR (次/min)
观察组	治疗前	168.5±4.3	108.9±6.7	78.1±4.1
	治疗后	142.5±3.3	86.3±6.5	76.1±4.1
对照组	治疗前	167.7±5.3	108.7±4.0	79.1±4.1
	治疗后	148.5±4.5	92.5±3.8	77.1±3.1

3 讨论

原发性高血压属于祖国医学“眩晕”、“头痛”范畴, 传统的治疗方式一般以平肝潜阳、滋补肝肾最为常见。医学技术的不断进步使得人们了解到中医活血化瘀, 温阳利水法能够帮助高血压患者稳定病情, 促进血管扩张, 消除小动脉痉挛, 减小血液黏稠度, 完善血液循环, 并且对血管紧张素转换系统能够发挥抑制的效果^[1]。本次研究主要是以活血化瘀为重点, 配合平肝潜阳之品, 主要作用是将血压控制住, 此种药方结合了天麻、菊花, 平肝熄风; 钩藤入肝经, 能够改善血液、对肝部清热解毒^[2]; 丹参、鸡血藤养血、活血以化瘀血; 川芎是血液中改善气息的药物, 用于活血化瘀, 可以减少患者的病痛; 水蛭

活血化瘀, 通络搜风, 荡涤顽邪; 地龙咸寒走窜, 到达筋脉发挥出效果, 保持血液的畅通, 消除患者的疲倦; 半夏燥能够湿润后化解痰; 茯苓对小便有促进作用, 可消除肿胀。

参考文献:

- [1]王宏献.天麻钩藤饮治疗高血压病的 1 临床研究[J].中华中医药学刊,2008,26(2):338-340
- [2]龚一萍,倪美文,宋宵红.天麻钩藤饮对高血压肝阳上亢证大鼠一氧化氮、内皮素干预作用的研究[J].中国中医药信息杂志,2004,11(2):127-128

编号: ER-10060719 (修回: 2010-08-21)

社区内健康教育对腰椎间盘突出症复发的影响

The influence of community health education upon the recurrence on lumbar intervertebral disc protrusion

黄锦军¹ 靳晓娟² 雷龙鸣¹ 何贤芬² 杨宇²

(1.广西中医学院第一附属医院, 广西 南宁, 530023;

2.广西中医学院, 广西 南宁, 530001)

中图分类号: R323.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0108-02 证型: ADI

【摘要】目的: 观察社区医护人员健康教育及其指导下的功能锻炼对腰椎间盘突出症愈后复发的影响。方法: 将经综合康复治疗达临床痊愈出院的 100 例腰椎间盘突出症患者随机分为观察组与对照组, 每组各 50 例。观察组出院后由社区医护人员对其定期进行健康教育, 并指导与督促其坚持功能锻炼, 对照组仅在出院时进行相应的健康教育。观察两组在 2 年内的复发率。结果: 观察组与对照组各 50 例患者中分别有 3 例及 5 例失访。观察组 47 例中 2 年内复发者有 8 例, 复发率 17.02%, 对照组 45 例复发 23 例, 复发率为 51.11%, 两组复发率比较, 差异有统计学意义 ($P<0.01$), 观察组复发率低于对照组。结论: 社区医护人员健康教育及其指导下的功能锻炼对预防腰椎间盘突出症愈后复发具有积极作用。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 复发; 健康教育; 功能锻炼

【Abstract】 Objective: To observe the influence of community health education and functional exercise under the guidance of medical care workers upon the recurrence of lumbar intervertebral disc protrusion. Method: 100 examples lumbar intervertebral disc protrusion who were fully recovered by comprehensive treatment will be divided into the observation group and the control group stochastically, each group of 50 examples. After the observation group being out of hospital, they were carried on regular community health education and functional exercise under the guidance of medical care workers. The control group was only carried on the appropriate health education when they are discharged. Then to observation the recurrence rate within 2 years. Result: Each 50 example patients of the observation group and the control group had 3 cases and 5 cases were lost visits. within 2 years, the observation group 47 examples recurred 8 examples, the recurrence rate was 17.02%. And the control group 45 examples recurred 23 examples, the recurrence rate was 51.11%. Compared with two groups' recurrence rate, the difference has statistics significance ($P<0.01$). And the observation group's recurrence rate is lower than the control group's. Conclusion: The community health education and functional exercise under the guidance of medical care workers had played the positive role on preventing the recurrence of lumbar intervertebral disc protrusion.

【Keywords】 Lumbar disc herniation; Recurrence; Health education; Functional exercise

腰椎间盘突出症是引起腰腿痛的常见原因之一, 好发于 20~45 岁的青壮年, 尤其是重体力劳动者。绝大部分患者经积极的综合保守治疗均可获得临床痊愈, 但愈后易复发, 因而如何预防复发成为临床上的主要问题。自 2007 年 8 月开始, 笔者观察了社区医护人员健康教育及其指导下的功能锻炼对腰椎间盘突出症愈后复发的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

100 例腰椎间盘突出症患者均为本院推拿出院患者, 所有患者均经以推拿、针灸及中药烫熨为主的综合康复治疗, 并达临床痊愈而出院, 将之随机分为观察组与对照组, 每组各 50 例。两组出院患者的性别、年龄、职业、发病前的病程及突出节段等一般资料经统计学分析, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

两组患者在出院时均给予出院常规健康教育, 如指导其注

意腰部保暖, 勿持重物, 加强腰肌的功能锻炼等。观察组出院后由社区医护人员对其定期进行健康教育, 指导与督促其坚持功能锻炼。2 组患者均于出院后 2 年内由所在社区内医护人员进行每半个月一次的随访, 以症状重新出现并且不能从事正常或较轻工作者视为复发, 同一病人在 2 年内复发 2 次或 2 次以上者均以 1 次计算纳入统计分析。

2 结果

观察组与对照组各 50 例患者中分别有 3 例及 5 例失访。其中观察组 47 例中 2 年内复发者有 8 例, 复发率为 17.02%, 对照组 45 例中 2 年内复发者有 23 例, 复发率为 51.11%, 两组复发率比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=11.9579$, $P<0.01$), 观察组复发率低于对照组。

3 讨论

腰椎间盘突出症患者约 30%在治疗后 6~12 个月内复发

[1]。其复发的原因是多方面的,主要有以下几个方面^[2]:①腰椎间盘突出症经过治疗后,虽然症状基本消失,但许多病人髓核并未完全还纳;②劳累或扭伤腰部;③风寒湿邪侵袭人体的患病部位;④术后病人脊椎稳定性欠佳等。腰椎间盘突出症的高复发率及其复发原因的复杂多样性,给本病愈后复发的预防带来了相当的难度。既往的做法是,在病人出院时给予常规的健康教育,这种模式远远不能达到真正预防的临床效果。因此,针对复发原因的复杂多样性,有必要将预防复发的重心转移到社区医疗当中。本临床观察结果表明,社区医护人员健康教育及其指导下的功能锻炼可以降低复发率,对预防腰椎间盘突出症愈后复发具有积极作用。

为了使患者能够自觉地参加社区内组织的、集体性的功能锻炼活动,或者能自觉地在家里进行腰背肌功能锻炼,并能按要求坚持一段时间和一定疗程,有必要对本病患者采取健康教育,以提高他们对功能锻炼在本病预防中重要意义的认识程度。要想让患者认识到功能锻炼的重要性,就必须采取一些方法,使他们理解了功能锻炼确实对病情的改善与疗效的巩固有帮助时,他们才能积极主动地去进行功能锻炼。此时,我们召集本病患者或者已愈患者进行健康讲座,或让他们相互交流,或者请一些从功能锻炼中受益的患者或已愈患者介绍心得体会,这些方法都将有助于提高他们对功能锻炼重要性的认识,从而获得他们的配合。此外,健康教育有诸多好处^[3],如有利于他们改掉不良的姿势习惯,保持腰椎的前凸位,使之符合生理及力学要求,减少椎间盘的外在应力;从事限制性体位工作者,通过经常调节体位,可控制受力不均匀引起的关节位置改变,减缓肌肉韧带的劳损,从而起到预防复发的作用。

潘锦贤等人^[4]甚至认为,以腰腹肌肌力训练为主的功能锻炼应作为非手术治疗的后续手段,其原因在于腰腹肌力的下降可导致腰椎间盘突出症患者原有的肌肉痉挛加重,关节韧带僵硬,脊柱活动异常,进一步可能引起椎间盘及其周围组织结构

的细微损伤,形成恶性循环,造成疾病反复发作。钱红^[5]也认为,症状消失后仍需继续锻炼,其意义在于长期坚持腰背肌运动疗法,可以改善腰椎周围软组织的功能,加强连接组织及肌腱处骨质强度,增加血流量、增加椎间盘和椎间小关节的营养和张力,从而有效地防止腰椎间盘突出症的发作。但在社区医疗中开展腰椎间盘突出症功能锻炼,必须注意以下几个方面:①在进行功能锻炼时要遵循中医所提出的“形劳而神不倦”为原则。②锻炼时应循序渐进,防止过度锻炼造成腰椎过度的、反复的弯曲,次数要由少到多,循序渐进,持之以恒。③应考虑到社区内部分患者仍进行正常的学习与工作这一实际情况,因此应该告诉他们注意工作与学习对患者腰部的影响,例如夏季的冷空调、竹凉席以及长时间汽车驾驶、长时间伏案工作等日常生活与工作习惯对病情的影响等等,指导患者在日常生活、学习和工作中养成正确的姿势和习惯。④对于有复发先兆(如腰部酸胀重着不适)者尤应鼓励其进行功能锻炼,但应注意锻炼的安全性;必要时给予医学干预如以放松手法为主的推拿疗法等。

参考文献:

- [1]高晓平,刘彤,陈和本.腰腹肌肌力训练改善腰椎间盘突出症患者腰功能及预防复发的作用[J].中国临床康复,2003,7(23):3220-3221
- [2]王继往.腰椎间盘突出症复发与预防的探讨[J].齐齐哈尔医学院学报,2008,29(12):1442
- [3]贾琦,毛银芳.三合一综合治疗腰椎间盘突出症及预防复发[J].颈腰痛杂志,2005,26(3):207-208
- [4]潘锦贤,王利民.社区干预对改善腰椎间盘突出症患者腰功能及预防复发的研究[J].实用心脑血管病杂志,2009,17(7):545-546
- [5]钱红.运动疗法预防腰椎间盘突出症复发的临床观察[J].中国康复医学杂志,2004,19(12):937

编号:EA-100616833(修回:2010-08-19)

(上接92页)

表1 两组疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
中西医结合治疗组	63	38(60.31)	22(34.92)	3(4.76)	95.23
西医治疗组	37	14(37.83)	12(32.43)	11(29.72)	70.27

注:与西药组对照, $P<0.05$ 。

4 讨论

中医学认为本症与肝肾两经有关,或肝肾不足,感受寒湿,聚于前阴,寒则凝滞,经络不通,膀胱气化不利;或因暴怒忧悲,或因久坐,肝气不行,气滞肝脉,结于阴器,气机不通;肝郁气滞、湿热内蕴、阻碍气机、气滞血瘀、瘀血阻络、脉络不通,不通则痛,终因肝肾两经气机不畅,络脉气血瘀阻,而见诸症。笔者认为主要病机是肝郁气滞与瘀血阻滞贯穿着本病的各阶段,而湿热下注为本病一过性证候。当日久不愈或失治

误治即会产生淤阻的病理学改变,因此湿热、气滞、淤阻为该病的三大特征。但在临床上考虑到疗程过长,更多的是采用中西医结合的方式^[1],因此中药与西药配合使用较单纯使用西医治疗更可提高和巩固疗效,明显减少不良反应。

参考文献:

- [1]邓平荃.中西医结合治疗前列腺痛60例疗效观察[J].福建医药杂志,2004,26(2):88

编号:ER-10070913(修回:2010-08-20)

慢性胃炎的辨证论治

Treating in differentiation of chronic gastritis

孙国杰

(英德市中医院, 广东 英德, 513000)

中图分类号: R573.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0110-02 证型: IDGA

【摘要】 目的: 探讨应用中医理论辨证治疗慢性胃炎的临床效果及对 HP 清除情况。方法: 收集慢性胃炎患者 156 例, 随机分为治疗组和对照组各 78 例, 两组患者一般情况比较, 具有可比性。对照组应用三联疗法进行治疗, 治疗组应用中药辨证治疗。观察两组治疗前后临床症状及胃黏膜的改善情况, HP 清除情况。结果: 治疗组总有效率为 100%; 对照组为 94.9%。治疗组疗效优于对照组。对 HP 清除情况两组效果相当。结论: 应用中医理论对慢性胃炎进行辨证治疗能够收到满意疗效且患者不良反应少, 且能达到较好的清除 HP 的作用。

【关键词】 慢性胃炎; 辨证; 中医药治疗; 疗效

【Abstract】 Objective: To investigate the clinical effect and HP purge of treating chronic gastritis in TCM treating in differentiation. Method: 156 cases of chronic gastritis patients were randomly divided into treatment group and control group. To treat control group by 3-combination therapy, to treat treatment group in TCM treating in differentiation. To observe the pathological changes of gastric mucosa and HP clearing rate of both groups before and after treatment. Result: The total effective rate of treatment was 100%; the control group was 94.9%. The clinical effect of treatment group is better than the control group, the HP clearing rate is the same as the control group. Conclusion: Treating chronic gastritis in TCM treating in differentiation gets a good effect.

【Keywords】 Chronic gastritis; Differentiation; Treatment by TCM; Effect

慢性胃炎 (CAG) 是指由于细菌、病毒或其毒素, 刺激性食物、药物, 口腔及咽部的慢性感染、胆汁返流, 幽门螺旋菌感染等多种不同病因引起的各种慢性胃黏膜炎性病损, 是临床的常见病, 多发病。其发病机理目前尚未完全明确, 可能与急性胃炎的迁延不愈、刺激性食物和药物、十二指肠液的反流、免疫因素及感染因素有关。

临床主要分慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎。本病发病缓慢, 常反复发作, 临床主要依据胃镜检查及胃黏膜活组织检查确诊, 患者常伴有幽门螺旋杆菌感染。慢性胃炎在祖国医学属于“胃脘痛”、“痞满”、“吞酸”、“嘈杂”、“纳呆”等范畴, 并认为其发病多因长期情致不遂、饮食不节、寒温不适、劳逸失常, 导致脾胃虚弱、肝气郁结、脾失健运、胃失和降, 产生气血瘀滞、痰湿中阻、胃脘不适等症状^[1]。由于本病的成因复杂, 常反复发作, 单纯应用西药治疗效果欠佳。近年来, 我院应用中医学理论对慢性胃炎患者进行辨证治疗, 临床效果确切, 患者满意, 现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2009 年 3 月~2010 年 2 月我院门诊收治的慢性胃炎患者 156 例, 所有患者均经胃镜检查及病变部位胃黏膜活组织切片染色证实为慢性胃炎, 幽门螺杆菌阳性的患者。排除出现粘膜肠上皮化生、异型增生的患者, 排除合并溃疡患者及行胃切除术后的患者。所有患者均无心脑血管系统、肝、肾等其他脏器的严重病变。

将上述患者按照自愿原则随机分为治疗组和对照组, 每组各 78 例。治疗组中, 男性 52 例, 女 26 例, 年龄 18~52 岁, 平均 (42.5±1.3) 岁; 病程 10 个月~18 年, 平均 (10.6±1.2) 年。

对照组中, 男性 48 例, 女 30 例, 年龄 17~55 岁, 平均 (39.6±1.8) 岁; 病程 1~17 年, 平均 (9.7±2.0) 年。

两组患者在性别、年龄、病程等方面比较, $P>0.05$, 具有可比性。

1.2 诊断标准

所有患者诊断均根据 2003 年中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会制定的《慢性胃炎的中西医结合诊治方案 (草案)》^[2]并结合患者临床症状进行。

1.3 方法

1.3.1 对照组

应用口服西药进行治疗。奥美拉唑胶囊 20mg, Bid; 阿莫西林胶囊 1.0g, Bid; 甲硝唑片 0.4g, Bid。

对于青霉素过敏试验阳性者, 应将口服阿莫西林胶囊改为克拉霉素胶囊 0.25g, 1 日 2 次。

上药均服用 1 周, 1 周后单用奥美拉唑胶囊 20mg, QD, 巩固治疗 4 周。

1.3.2 治疗组

应用祖国医学“辨证论治”的理论进行治疗。

1.3.2.1 肝胃不和

主证: 胃脘胀痛, 胁肋疼痛, 嗳气频繁, 嘈杂泛酸。治宜疏肝理气, 和胃止痛。药用柴胡 15g, 枳壳 10g, 陈皮 10g, 半

夏 10g, 茯苓 10g, 木香 6g, 砂仁 10g, 炒白术 10g, 焦三仙 30g, 甘草 6g。

1.3.2.2 脾胃湿热

主证: 胃脘灼热胀痛, 口苦口臭, 渴不欲饮, 舌红苔黄厚或厚腻, 脉滑或濡数。治宜清热化湿, 健脾和胃。

药用: 陈皮 10g, 半夏 10g, 茯苓 10g, 枳壳 10g, 竹茹 10g, 黄连 6g, 厚朴 10g, 栀子 10g, 薏苡仁 20g, 鸡内金 10g, 甘草 6g。

1.3.2.3 脾胃气阴两虚

主证: 胃脘灼热隐痛, 嘈杂, 不欲饮食, 纳差, 神疲乏力, 面色恍白, 口干舌燥, 大便秘结, 舌红或有裂纹, 脉细软无力。治宜: 益气健脾, 泄热养阴。

药用: 党参 10g, 炒白术 10g, 茯苓 10g, 半夏 10g, 厚朴 10g, 白芍 10g, 石斛 10g, 玉竹 10g, 麦冬 10g, 沙参 10g, 甘草 10g。

1.3.2.4 脾胃虚弱

主证: 胃脘隐痛, 喜温喜按, 得食稍减, 胃脘胀闷, 纳少神疲, 舌淡胖, 苔白, 脉细。治宜健脾益气, 和胃止痛。

药用: 党参 15g, 白术 10g, 茯苓 10g, 半夏 10g, 陈皮 10g, 木香 10g, 砂仁 10g, 神曲 10g, 甘草 6g。

1.4 观察指标及疗效评价方法

观察治疗前后患者胃镜征象的变化及活组织病理改变, 并观察患者临床症状的改善情况。

疗效评定标准: 参照 2003 年中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会制定的《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)》及《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)》进行疗效评价^[3]。

治愈: 临床主要症状消失, 胃镜复查黏膜活动性炎症消失, 慢性炎症好转或达轻度水平, 病理组织活检证实胃镜所见, 腺体萎缩, 胃酸基本恢复正常。

显效: 临床主要症状基本消失, 胃镜复查黏膜急性炎症基本消失, 慢性炎症好转, 活检组织病理证实胃镜所见, 腺体萎缩, 胃酸分泌功能和胆汁反流改善。

有效: 主要症状明显减轻, 胃镜检查黏膜病变范围缩小 50%, 炎症减轻活检组织病理证实胃镜所见, 急、慢性炎症减轻 1 个级度以上, 胃酸分泌功能和胆汁反流有所改善。

无效: 临床主要症状无改善, 其他检查达不到有效标准。

1.5 统计学方法

应用 SPSS12.0 统计软件包进行数据处理, 计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计数资料以率和百分比表示, 两组比较用 t 检验或 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

结果见表 1。

表 1 两组患者临床效果比较【n(%)】

组别	病例数	治愈	显效	有效	无效
对照组	78	55*	17	6	0*
治疗组	78	32	20	22	4

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$, 差异有统计学意义

由表 1 可知, 治疗组总有效(治愈+显效+有效)率为 100%; 对照组总有效率为 94.9%。治疗组疗效优于对照组。

2.2 两组患者 HP 转阴情况比较

治疗组患者 HP 转阴 69 例, 清除率为 88.5%, 对照组患者 HP 转阴 71 例, 清除率为 91.0%, 两组比较, $P > 0.05$, 差异无统计学意义, 说明应用中药辨证治疗可以达到与西药相同的清除 HP 的效果。

3 讨论

慢性胃炎是一种临床常见的、呈反复发作的慢性疾病, 临床主要以胃黏膜充血、水肿及萎缩为主要病理改变。现代医学对其病因的认识目前还未完全明确, 多认为与感染(幽门螺杆菌)、自身免疫缺陷、十二指肠液反流等有关, 胃镜检查可以对本病明确诊断^[4]。祖国医学其属于胃脘痛、痞证、嘈杂、吐酸、呕逆、郁证等范畴, 多由情志抑郁、饮食不节、外邪侵袭及素体虚弱引起, 以致脾胃运化失司, 升降失调。其病位在胃, 与肝脾关系密切。临床上各种证型既可单独存在, 又可相互兼夹, 且多呈虚实夹杂之候, 临床当综合分析, 灵活辨治。

本实验结果表明, 应用中医“辨证论治”的理论治疗慢性胃炎, 治疗组总有效率为 100%; 应用西药的对照组总有效率为 94.9%。治疗组疗效优于对照组。治疗组 HP 清除率为 88.5%, 对照组者 HP 清除率为 91.0%, 应用中药辨证治疗可以达到与西药相同的清除 HP 的效果。应用中医药辨证治疗慢性胃炎疗效确切, 但应辨证准确, 并能根据患者的个体差异灵活加减用药。

参考文献:

- [1] 张伯臾, 董建华, 周仲英. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 108
- [2] 张万岱, 陈治水, 危北海等. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 12(5): 314-316
- [3] 周建中, 陈泽民, 危北海. 慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)[S]. 中西医结合杂志, 1990, 10(5): 318-319
- [4] 张成超, 刘从建. 中药辨证治疗慢性胃炎 136 例[J]. 中外健康文摘, 2009, 8(28): 235

编号: ER-10080618 (修回: 2010-08-17)

浅谈 CT 检查对腰椎后缘软骨结节的诊断与术后治疗

Discussion on diagnosis and after surgery treatment

on examination lumbar posterior marginal intraosseous by CT

张琳¹ 白小华² 袁瑞林³

(1.山西省荣军医院, 山西 太原, 030031;

2.山西省职工医学院附属医院, 山西 太原, 030012; 3.山西省吕梁市人民医院, 山西 吕梁, 033000)

中图分类号: R323.3+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0112-01

【摘要】目的: 探讨腰椎后缘软骨结节的 CT 诊断与治疗。方法: 对 24 例腰椎后缘软骨结节者进行分析。结果: 椎体后缘局部骨质缺损区, 均伴有椎间盘突出和椎管狭窄。结论: CT 确诊腰椎后缘软骨结节。

【关键词】腰椎后缘软骨结节; 体层摄影机; X 线计算机; 盘龙七片

【Abstract】Objective: To investigate the diagnosis and treatment of examination lumbar posterior marginal intraosseous by CT. Methods: To analyze of 24 patients with examination lumbar posterior marginal intraosseous. Result: Have the disc herniation and spinal stenosis on local vertebral bone defect. Conclusion: Inspecting examination lumbar posterior marginal intraosseous by CT has an important significance, and taking Panlong 7 can be improved effects after surgery.

【Keywords】Examination lumbar posterior marginal intraosseous; Tomography camera; X-ray computed; Panlong 7

腰椎后缘软骨结节是指发生于腰椎椎体终板后部的许莫氏结节 (schmorl snode) 是边缘性软骨结节的一种特殊类型。在骨科常称为腰椎软骨板破裂症。我们从 2007 年至 2009 年诊断和治疗的 24 例腰椎软骨板破裂症中具有很大的临床应用价值, 现分析如下。

1 一般资料

24 例中, 男 14 例, 女 10 例, 年龄 21~60 岁。平均年龄 40 岁。临床表现主要为腰腿痛, 病史 10 天~15 年。12 例向一侧放射痛, 10 例伴下肢感觉减退乏力, 3 例出现大小便障碍, 直腿抬高实验均阳性。均有慢性腰腿痛的病史。均无外伤史。24 例均先行腰椎正侧位片检查, 发现病变后再经 CT 平扫。使用深圳安科高技术股份有限公司制造的规格为 ASR-800 型 CT 扫描机, 型号 ASA-602S, 器号 0208338, 点距 0.26mm。扫描频率水平 30KHZ~100KHZ, 垂直: 50HZ~160HZ。电压: 88V~264vrms 单相。扫描前先行腰椎侧位数控定位, 所有病例均为 L₃~S₁ 依次平行椎体上下缘进行扫描层厚。层距为 3mm。

2 结果

24 例发病部位中 18 例共 20 个病灶。6 例发生于 L₅ 椎体后上缘, 6 例发生于 S₁ 后上缘, 1 例发生于 L₄ 椎体后下缘, 8 例发生于 L₅ 椎体后上缘和 S₁ 后上缘。L₅ 椎体后上缘病灶占 50%, S₁ 后上缘占 44%, L₄ 椎体后下缘占 66%。CT 表现: 24 例经 CT 多层次横断扫描, 显示椎体后缘有一类圆型或不规则形低密度影, CT 值为 70~95HZ, 与椎间盘密度一致, 其最大截面积为 1.80cm×1.4cm, 周边有 0.6~2.1cm 的硬化带, 骨质缺损的后壁厚 0.3~0.3cm, 呈弓状或弧状突向椎管并逐渐向两侧延伸, 位于中央者 18 例, 偏侧者 16 例。4 例显示骨块断裂游离, 10 例显示骨块一侧或两侧与椎体相连, 向后突入椎管约 0.3~0.8cm, 挤压硬膜囊致椎管狭窄, 有效矢状径 0.8~1.2cm, 侧隐管狭窄或椎间孔变窄 10 例。所有病例均伴有明显椎间盘突出 (中央型 16 例, 外侧型 8 例)。均须手术治。

3 术后治疗

盘龙七片 (陕西省盘龙制药有限公司研制) 口服: 一次 3 片, 一日 3 次, 10 天为一疗程。儿童、孕妇及妇女经期禁用。

4 讨论

腰椎后缘软骨结节是边缘性软骨结节的一种特殊类型, 它的发病机制是在青少年时期脆弱性较高的椎体终板在各种应力作用下发生破裂, 髓核在膨胀性压力使椎间盘组织经裂隙疝入椎体骨松质内形成椎体软骨终板后部的许莫氏结节; 骨突环后段则被挤向后方并继续骨化直至骨髓发育成熟, 构成软骨结节后壁; 腰椎软骨终板后部破裂, 软骨板和髓核向后移位引起椎间盘突出和椎管狭窄。破裂移位的软骨板逐渐钙化与骨化, 如椎体尚形成骨性连接, 则似“游离”骨块, 出现相应临床症状及体征视软骨板破裂。故一旦诊断, 均需手术治疗。

5 CT 检查

能清楚显示软骨结节的存在及能观察软骨板破裂的部位、大小、范围, 形状和后突程度, 以及软骨板破裂、椎间盘突出和椎管狭窄三者的关系, 一般情况可代替椎骨造影检查, 免除病人肉体上的痛苦。

6 手术后

应用盘龙七片是我们治疗本病的基本方案。盘龙七片是由地道中药材三七参等十几味组成的。功能具有祛风除湿, 通络止痛。用于腰椎后缘软骨结节引起的肢体疼痛, 麻木拘挛诸症。药理研究可活血化瘀, 溶解腰椎关节内淤血, 修复病变的关节组织。综上所述, CT 对腰椎后缘软骨结节具有重要的诊断意义, 可为临床治疗进行准确定位。而术后使用盘龙七片会明显提高疗效。值得一提。

参考文献:

- [1]朱建国. 腰椎后缘软骨结节的 CT 表现[J]. 放射学实践, 2000, 15(2): 119-120
- [2]胥少汀. 实用骨科学[M]. 北京: 人民军医出版社. 1999: 1535-1537

编号: ER-10062101 (修回: 2010-08-17)

浅议中医药治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛

Discussion on treating coronary heart disease angina pectoris in TCM

陈晓勇

(贵州省江口县人民医院, 贵州 铜仁, 554400)

中图分类号: R541.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0113-01 证型: BDG

【摘要】 冠状动脉粥样硬化性心脏病(以下简称冠心病)心绞痛属中医学胸痹、心痛范畴,是内科常见病、多发病,近年来发病率有上升趋势。中医药治疗冠心病心绞痛有较好疗效,且近年来对其病因病机的认识以及单味药、复方、辨证论治都有了长足发展,本文就近来复方中药干预 CHD 患者 CRP 的进展情况综述。

【关键词】 冠心病; 中医药; 复方中药

【Abstract】 Coronary heart disease (hereinafter referred to as coronary heart disease) is a medicine angina chest, heartache areas of medicine and common disease, the incidence of an upward trend in recent years. TCM treatment of angina pectoris has a good effect, and in recent years, understanding of its pathogenesis and the single TCM, compound, this compound TCM treatment on the recent progress of CHD in patients with CRP Summary.

【Keywords】 Coronary heart disease; TCM; Compound TCM

1 病因病机

中医学并无 CHD 这一病名,但其证候、病因、病机等在历代文献中早有记载,多散在于胸痹、心痛、真心痛等病证门类之中。有的专家^[1]将其基本病机概括为痰、瘀、虚。有的^[2]却认为痰浊痹阻心脉在 CHD 发病过程中起重要作用,各种原因导致痰浊内生,上犯心胸,痹阻胸阳,或壅滞脉道,瘀阻心脉,而致胸痹、心痛。其中 CHD 稳定型心绞痛病机多为气虚血瘀,不稳定型心绞痛病机则多为阳虚寒凝血瘀。也有认为动脉粥样硬化性发病学说中炎症的中医病机是瘀血和痰浊互结。

随着生活节奏的加快,社会、生活、工作、心理等压力日益增多,七情过激与胸痹的发生有着密切的关系。有关专家^[3]提出了“胸痹从肝论治”,认为冠心病心绞痛病机为肝心失调,肝失调达,心血为之瘀阻,心脉不畅而成胸痹。

2 中医药治疗

辨病治疗:遵循中医理论,根据证型虚实,采用祛邪、扶正治则。有专家^[4]从痰论治,用复降汤(旋覆花、半夏、茯苓、降香、枳壳、郁金、生地黄、麦门冬、五味子、丹参、瓜蒌、薤白、远志、甘草等)治疗冠心病心绞痛 46 例,并与心可舒片治疗 32 例对照观察。结果:治疗组总有效率 95.6%,对照组总有效率 87.5%,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。袁肇凯^[5]等、田军彪^[6]也有从瘀论治,应用川芎、红花、三七、乳香、丹参等活血药物治疗,以消心痛或硝苯吡啶作为对照,结果治疗组在缓解心绞痛、改善心电图和心悸、胸闷主要症状等方面均明显优于对照组($P<0.05$, $P<0.01$),且在血液流变学及血脂影响方面,治疗组亦明显优于对照组($P<0.05$, $P<0.01$),提示活血化瘀法能解除冠状动脉痉挛,增加冠状动脉血流,改善心肌缺血缺氧和心功能,提高患者心脏泵功能和血管的顺应性,改善血液流变性,降低血脂、血糖,减少外周阻力,调整血压和心率,同时有抗脂质过氧化和调节脂肪代谢的作用。

目前,随着对中药有效成分的提取、药理研究、剂型的改

进等研究的深入,应用单味药治疗冠心病心绞痛的病例越来越多。

中药对冠心病心绞痛的治疗包括辨病施治、辨证施治、应用单味药及外治法。目前对冠心病心绞痛中医辨证上可以虚实概之,虚者不离气、血、阴、阳,实者也多以痰、瘀、寒为主,但临床上虚实夹杂者亦不少见,且病程较长、病势缠绵者,亦终成虚实兼见之证,故临证亦多视其主次而灵活遣方用药。

3 复方中药的应用

临床研究在西药治疗的基础上加用赵文颖^[7]化痰解毒汤(附子、淫羊藿、黄连、赤芍药、三七、人参)治疗 CHD 不稳定型心绞痛,治疗效果有明显的提高。或采用化痰活血方(药物组成:瓜蒌 15g,薤白 9g,半夏 9g,竹茹 12g,郁金 9g,陈皮 6g,茯苓 15g,石菖蒲 12g,藿香 6g,丹参 15g,川芎 9g)为主综合治疗 CHD 不稳定型心绞痛黎鹏程等探讨冠心病斑斑汤(药物组成:瓜蒌皮 15g,法半夏 10g,黄连 6g,蒲公英 15g,血竭 1g)对 CHD 静息心绞痛患者心功能及 CRP 含量的影响。

参考文献:

- [1]钱小奇.试论高脂血症的病因病机[J].天津中医,2002,19(6):50-52
- [2]赵志付.胸痹从肝论治心得[J].中医杂志,1995,36(1):18-20
- [3]廖子君,侯蓉.冠心病从肝胆论治[J].新中医,1994,26(6):7-9
- [4]唐可清,田立.自拟复降汤治疗冠心病心绞痛 46 例[J].光明中医,1997,12(6):44-45
- [5]袁肇凯,周泽泉,范福元等.养心通脉片治疗冠心病心绞痛的临床研究[J].辽宁中医杂志,1998,25(2):65-68
- [6]田军彪,郭文勤,高忠范.参乌冠心丸治疗冠心病心绞痛 60 例临床观察[J].河北中医,1998,20(1):3-4
- [7]赵文颖,李瑞.化痰解毒汤对不稳定型心绞痛患者血清炎症因子的影响[J].辽宁中医杂志,2007,34(7):947-948

编号: ER-10070911 (修回: 2010-08-19)

心脑血管疾病的辨证施治

Treating in differentiation of cardiovascular and cerebrovascular diseases

杨 凯

(辽宁省黑山县中医院, 辽宁 锦州, 121400)

中图分类号: R322.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0114-01 证型: BDG

【摘要】 心脑血管病的病理基础是气血失调、供血障碍。在治疗此类疾病时应注重辨证论治, 根据不同的病证分别采取气血同治、痰瘀同治、心脑血管同治或气血痰瘀并治等方法。

【关键词】 心脑血管病; 辨证施治; 中医

【Abstract】 The pathological basis of cardiovascular disease is imbalance of Qixue, insufficient blood supply. Treating in differentiation this disease, according to different syndromes was taken Qixue Tongzhi, Tanyu Tongzhi or Qixue Tanyu Bingzhi.

【Key words】 Cerebrovascular disease; Syndrome differentiation; TCM

1 心脑血管同治

心脑血管病是现代医学的宏观定位诊断, 包括心血管病和脑血管病两大部分, 分属心内科和神经内科诊治。此类疾病是目前世界上发病率最高、危害人体健康的第一大杀手。各国医务工作者为攻克此类疾病都做出了不懈的努力, 取得了可喜的进展。中医学注重整体观念、辨证论治, 在心脑血管病诊治方面的研究更是硕果累累。笔者在多年的中医临床工作中体会到: 对心脑血管病的诊治, 应在辨证论治的基础上, 根据不同的病证, 分别采取气血同治、痰瘀同治、心脑血管同治或气血痰瘀同治等方法, 往往取得事半功倍的可喜疗效。

2 气血同治

中医学认为人体是一个有机整体, 禀受大自然之清气而生存。机体要顺应大自然的变化而不断调节, 保持着与其相应的阴阳平衡, 而气和血则是调节人体生命活动的物质基础。气血相合、融灌周身、机体强壮调和则不受外邪侵袭。所以《灵枢·营卫生会》曰: “营在脉中, 卫在脉外, 营周不休, 五十而复大会, 阴阳相贯, 如环无端。”故《素问·遗篇·刺法论》曰: “正气存内, 邪不可干。”正常情况下, 血载气而营运脉中, 气推血而达四肢百骸。反之, 机体如遭受外邪侵袭或情志、饮食劳倦等内伤, 导致气血运动失常, 则会引起一系列病变, 出现相应的临床症状。心脑血管病的基础病机是气血失调、供血障碍。现代医学表明: 人体内心脏和大脑受血量最大, 心脏是机体循环系统的泵站, 自身需血量占整个心排血量的 5%。脑是人体神经中枢, 脑的重量虽然只有人体体重 2%~3%, 但它的供血最却占全身供血量的 20%。由此可见, 气血在人体心脑血管的生理需求中是至关重要的。气血失调, 如: 气滞、气逆、气闭、气虚、气陷、气脱、血虚、血瘀等均能导致心脑血管供血障碍。因而, 供血障碍则是心脑血管病变的关键所在。气血失调是供血障碍之根源, 正所谓气不足则血运迟缓, 故心脑血管病的治疗首先当调理气血, 采用气血同治。

3 痰和瘀

痰和瘀是机体受某种致病因素作用后在疾病过程中形成的病理产物。在某些心脑血管病中往往痰瘀同病, 如现代医学的脑血栓、高血脂症。中医所说的眩晕、中风等, 这些病的主

要病机是痰阻血凝, 而根源则是无形之痰在作祟。从生理上讲, 中医认为痰来自津, 瘀为血凝, 津亦为血的重要组成部分, 故津血同源。元代朱丹溪曾提出: “痰夹瘀遂成窠囊。”可见, 痰与血瘀有相关的内在联系, 即痰瘀同源。在致病因子作用下, 机体气血失调, 如伤及脾胃时致脾气虚损, 脾运失司, 水湿内停, 积聚成痰, 痰之既成, 可成为新的致病因子, 阻于血脉, 影响气血运行, 导致血瘀。明·方贤《奇效良方》认为: “气塞不通, 血壅不流, 凝血蕴里, 津液凝涩渗着不去而成痰”。清·唐容川《血证论》云: “内有瘀血, 则阻碍气道, 不得升降, 气壅即水壅, 水壅即为痰。”由此所悟, 痰和瘀之间又可相互转化、互为因果。现代医学之高脂血症、脑梗塞、冠心病等部分心脑血管病, 其主要病机是痰瘀同病。当人体长期饮食膏粱厚味, 滋腻油肉, 血管内便会沉积粥样物, 尤以冠状血管为甚, 致管腔狭窄, 血运受阻。其次, 脾胃长期负荷加重, 脾气受损, 运化失司, 水湿积聚, 寒从中生, 寒湿凝聚成痰, 痰阻血道致血运障碍, 痰瘀同病, 气血失调, 心脑血管供血不足, 则出现一系列临床症状。显然, 治疗此类疾病, 理当痰瘀同治, 临床上以祛痰通窍、化瘀通络为治, 疗效满意。

4 气血痰瘀同治

现代医学将心脑血管分属循环系统和神经系统, 治疗上更是分别诊治, 各不相干。而中医认为, 心脑血管之间存在着内在的相关联系, 历代名医对心脑血管的阐述均说明了这一点。心主神明, 主宰人的精神意识, 思维活动。《灵枢·邪客》曰: “心者, 五脏六腑之大主也, 精神所舍也。”张介宾在《类经》中曰: “心为脏腑之主, 而总统魂魄, 并主意志, 故忧动于心则肺应, 思动于心则脾应, 怒动于心则肝应, 恐动于心则肾应, 此所以五志唯心使也。”而对于脑的生理, 早在《内经》中已有论述。《素问·脉要精微论》说: “头者, 精明之府。”《素问·五脏生成篇》曰: “诸髓者, 皆属于脑”; 《灵枢·海论》又曰: “脑为髓海……髓海不足, 则脑转耳鸣。”明代李时珍明确提出“脑为元神之府”。清·汪昂在《本草备要》曰“人有记性, 皆在脑中”。古代医家一系列论述充分说明大脑是一个思维器官。那么, 心脑血管之间就必然有微妙的联系。中医藏象学说将脑的生理功能和病理统归于心, 而分属五脏, 也充分说明了心脑血管之间有必然联系。

编号: ER-10073002 (修回: 2010-08-23)

肺心病应用中药辨证施治效果分析

An effective analysis of treating in differentiation cor in TCM

区乐周云

(新疆医科大学附属中医医院, 新疆 乌鲁木齐, 830000)

中图分类号: R541.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0115-01 证型: GBD

【摘要】 目的: 观察肺心病应用中药辨证施治效果。方法: 以肺心病就诊的 36 例患者根据中医辨证分成三组, 分别应用不同的中药方治疗。结果: 痰热壅肺型总有效率为 90.0%。痰湿壅肺型总有效率 80.0%。阳虚水泛总有效率 83.3%。经统计学分析, 3 组疗效差异无显著性 ($P<0.05$)。结论: 肺心病应用中药辨证施治效果好, 值得临床推广。

【关键词】 肺心病; 中药辨证施治; 痰热壅肺型; 痰湿伏肺型; 阳虚水泛

【Abstract】 Objective: To observe the effect of treating in differentiation cor in TCM. Methods: 36 patients with pulmonary heart disease admissions were divided into three groups according in TCM, were applied in a different prescription treatment. Results: The total effective rate of Tanshi Yongfei type was 90.0%. The total effective rate of Tanshi Yongfei type was 80.0%. The total effective rate of Yangxu Shuifan was 83.3%. The clinical differentiation of three groups has no significant ($P<0.05$). Conclusion: The effect of treating cor in TCM treating in differentiation is good, worthy of promotion.

【Keywords】 Cor; TCM treatment in differentiation; Tanre Yongfei type; Tanshi Fufei type; Yangxu Shuifan

1 临床资料

1.1 一般资料

肺心病 36 例中, 男性 16 例, 女性 20 例; 年龄最小 38 岁, 最大 68 岁, 平均 58.5 岁; 住院时间 7~15d。辨证分型: 痰热壅肺型 20 例、痰湿伏肺型 10 例、阳虚水泛 6 例。

1.2 治疗方法

本组病人均以“化痰宣肺汤”为主方, 根据辨证分型, 拟化痰宣肺汤加味治之。痰热壅肺型: 瓜蒌壳 15g, 黄参 10g, 地龙 10g, 陈皮 10g, 杏仁 10g, 紫苏 10g, 苇根 15g, 各瓜江 15g。日煎一剂, 分 2 次服用, 十日为一疗程。痰湿伏肺型: 杏仁 10g, 姜半夏 10g, 茯苓 15g, 陈皮 10g, 紫苏 10g, 地龙 10g, 厚朴 15g, 白蔻仁 10g, 白术 15g, 姜南星 10g, 甘草 6g。日煎一剂, 分两次服用, 十天一疗程。阳虚水泛: 杏仁 10g, 姜半夏 10g, 茯苓 15g, 陈皮 10g, 紫苏子 15g, 地龙 12g, 桂枝 12g, 白术 15g, 丹参 15g, 益母草 15g, 桔络 10g, 甘草 6g。日煎一剂, 分两次服用, 十天一疗程。

1.3 疗效判定标准

显效: 咳嗽症状基本消失, 痰量明显减少, 轻度活动时无明显心慌气短症状, 血象恢复正常, 肺部听诊干音基本消失; 有效: 咳嗽症状减轻, 痰量减少、轻度活动时心慌气短症状改善, 血象正常, 肺部可闻及少许干音; 无效: 咳嗽咳痰, 心慌气短症状未减轻, 血象基本正常, 肺部听诊无变化。

1.4 统计学方法

对数据进行 χ^2 检验, 组间资料采用 t 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

痰热壅肺型 20 例显效 8 例, 有效 10 例, 无效 2 例, 总有效率为 90.0%。痰湿壅肺型 10 例显效 4 例, 有效 4 例, 无效 2

例, 总有效率 80.0%。阳虚水泛 6 例显效 3 例, 有效 2 例, 无效 1 例, 总有效率 83.3%。经统计学分析, 3 组疗效差异无显著性 ($P<0.05$)。

3 讨论

肺心病是一种因肺、胸廓或肺血管的慢性病变引起的肺动脉高压, 继而导致的肺功能不全的疾病。临床常见的有慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、支气管扩张等, 均可转变成肺心病, 并出现一系列的临床症状, 如胸闷、气急短促、动则加剧、心悸、肢体浮肿等。严重会出现呼吸困难, 心力衰竭甚至死亡。在治疗方法上, 西医一般采用抗感染、强心、利尿、平喘祛痰等治疗。

祖国医学将肺心病归属为“肺胀”“喘证”“心悸”“水肿”等范畴。中医角度来看, 肺心病的起因先以肺气虚为主, 后出现气阴而虚, 然后逐渐发展为阳虚, 由于反复感受风、寒、暑、湿等外邪, 促使病情进一步加重。我国中医学研究还证实慢阻肺免疫功能下降与脾虚呈正相关, 认为久病体虚营养不良导致免疫功能下降。脾虚者的代谢缓慢, 不耐寒热, 面色苍白, 纳差等肺心病患者的常见症状。因此本病是以本虚标实证, 治疗过程中, 急则治其标, 标实乃痰之为患, 先拟化痰以祛其邪; 当标症徐缓, 则应健脾化痰标本同治也, 本方药的组成即为标本同治之方。根据上述认识, 辨证用药时除了运用常规中药补方外, 应加以应用清热化痰、宣肺止咳药的同之品, 本文观察结果表明, 肺心病应用中药辨证施治效果都比较, 尤其对控制心慌气短的症状, 效果更为理想, 可能与益气养阴药物能改善心肌能量代谢、提高老年人的免疫力有关, 其中的机制有待于进一步研究。

编号: ER-10072400 (修回: 2010-08-17)

浅谈糖尿病患者的临床治疗

To discuss the clinical effect of treating diabetes

金 英 梁一民

(贵州大学北区医院, 贵州 贵阳, 550025)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0116-01 证型: DGB

【摘要】 随着人们生活水平的逐渐提高, 目前我国糖尿病患者的增长率逐渐增加, 患者一定要得到及时正规有效的治疗才能控制糖尿病不会出现其他的病发症。本文就糖尿病及糖尿病患者的中医临床治疗展开论述, 希望对关注糖尿病资料的人可以有所帮助。

【关键词】 糖尿病; 中医治疗; 探析

【Abstract】 With the gradual increase of living standard, the current growth rate of China's gradual increase in diabetes, patients must receive regular and timely effective treatment does not appear to control diabetes complications of other diseases. This article on diabetes and diabetes treatment on Clinical article discusses the hope of the diabetes concern the information can be help.

【Keywords】 Diabetes; TCM therapy; Investigate

1 糖尿病引起的原因

中医认为: 糖尿病是因为脾脏的消化功能和肾脏的固本功能有问题, 部分中医以调整肠胃和补肾为治疗糖尿病的主要方法。另外还有一些中医流派认为: 因为内脏有火就有消渴症, 还把它分为上焦, 中焦, 下焦。上焦有火显口渴, 中焦有火显饥饿, 下焦有火显大便干燥。因此这部分中医用滋阴降火的方法为主。

2 相应患者症状

2.1 阴虚热盛型糖尿病

尿频量多, 尿色混黄, 烦渴多饮, 大便干结, 多食易饥, 舌红少津, 苔黄而燥。中医认为这型的治疗应当为滋阴清热。选用的代表方为增液汤合白虎汤合消渴方加减用药: 生地黄 30g, 玄参 30g, 麦冬 10g, 生石膏 30g, 知母 12g, 葛根 15g, 天花粉 30g, 黄连 10g, 枳实 10g 等。每日 1 剂, 水煎分 2 次服。

2.2 气阴两虚型糖尿病

口咽干燥, 神疲乏力, 气短, 腰膝酸软, 多饮、多尿、多食症状不明显, 大便干结, 舌苔白, 或眩晕耳鸣, 或肢体麻木, 或视物模糊。中医治疗原则为益气养阴。用药为生脉散合增液汤加味, 生黄芪 15g, 太子参 15g, 麦冬 10g, 五味子 10g, 生地黄 15g, 玄参 15g, 葛根 15g, 天花粉 15g, 山药 15g, 山萸肉 10g 等为主治之。每日 1 剂, 水煎分 2 次服。

2.3 气阴两虚兼淤型糖尿病

口干, 乏力, 心悸气短, 视物模糊, 眩晕耳鸣, 腰膝酸软, 肢体麻木, 胸闷胸痛。中医治疗主要采用益气养阴、活血化瘀的方法。用药方剂为益气养阴活血汤, 主要的药物有黄精 30g, 生黄芪 30g, 太子参 15g, 麦冬 12g, 五味子 10g, 生地黄 20g, 玄参 30g, 丹参 30g, 当归 10g, 桃仁 10g, 葛根 15g, 天花粉 30g, 枳实 10g, 生大黄 6~10g 等。每日 1 剂, 水煎分 2 次服。

2.4 阴阳两虚型糖尿病

腰膝酸软, 气短乏力, 口干饮水不多, 畏寒肢冷, 阳痿, 颜面或下肢水肿, 食欲减退, 面色苍黄晦暗, 大便溏泻或泄泻便秘交替出现, 小便混浊如膏。这一型患者的治疗法则为育阴温阳、补肾活血。选用金匱肾气丸合水陆二仙丹加减作为代表方剂, 主要的药物有熟地黄 15g, 山药 15g, 山萸肉 12g, 泽泻 15g, 猪苓、茯苓各 15g, 芡实 15g, 金樱子 15g, 桂枝 6g, 附片 8g, 丹参 30g, 葛根 15g 等。每日 1 剂, 水煎分 2 次服。

中药作用参考: 生地、熟地, 山药: 药理研究具有降低血糖作用, 并能抑制实验性高血糖。地黄的降糖成分为地黄素, 黄精, 其成分为粘液质、淀粉及糖等。具有抗脂肪肝、降低血糖及降压作用, 并能降脂具有防止动脉粥样硬化的作用。北五味子可以益气生津, 补肾宁心, 葛根中提取的黄酮能增加脑及冠状血管流量, 血管阻力降低, 具有降压作用, 降糖作用持久, 黄连, 据临床报道, 黄连素治疗糖尿病可使血糖明显降低, 黄连水煎剂可降低糖尿病患者的血糖, 茯苓止口焦舌干, 利于小便。牡丹皮有退湿降压作用, 车前仁具有降压利尿作用。

3 讨 论

糖尿病根据多饮、多食、多尿三个主证, 中医认为糖尿病划分为上、中、下三消, 如上消属肺, 偏重多饮; 中消属脾胃, 偏重多食; 下消属肾, 偏重多尿。虽证候上有上、中、下、肺、胃、肾的分别, 而病因则一滋阴清热为其根本治法, 只要在糖尿病前期早预防, 早发现, 早治疗通过正规合理的健康指导都能得到很好的效果, 如果一旦延误糖尿病的治疗, 出现了多种糖尿病并发症的话, 对于如何治疗糖尿病有问题的人们要知道, 糖尿病肾病此种并发症会导致尿毒症发生, 直接威胁了患者的身体健康。糖尿病还容易并发出高血压, 高血脂, 所以糖尿病的防治很重要, 不可忽视。

编号: ER-10072408 (修回: 2010-08-27)

颈椎病中医治疗探讨

To investigate treating cervical spondylosis in TCM

李亚荣

(永州市中医院, 湖南 永州, 425000)

中图分类号: R323.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0117-01 证型: ADI

【摘要】目的: 探讨中医治疗颈椎病的方法及临床疗效。方法: 对 90 例颈椎病人采用中医治疗, 中药、提颈旋转以及针灸治疗。结果: 总有效率为 94.4%。结论: 中医治疗颈椎病疗效显著, 疗效短、见效快、且不易复发, 值得临床推广。

【关键词】颈椎病; 中医; 提颈旋转; 疗效

【Abstract】Objective: To investigate the clinical effect and method of treating cervical spondylosis in TCM. Methods: 90 cases of cervical patients by TCM therapy, TCM, lifting neck rotation and acupuncture therapy. Results: The total efficiency rate was 94.4%. Conclusion: Treating cervical spondylosis in TCM has a good effect, is worth being clinically applied.

【Keywords】Cervical spondylosis; TCM; Mention neck rotation; Effect

我院自 2007 年 6 月至 2008 年 6 月收治的 90 例颈椎病人采用中医综合疗法治疗, 收到了良好的疗效, 现报告如下。

个疗程。

1.2.3 针灸

用捻转补泻手法, 主要取穴为患侧风池、颈夹脊穴、阿是穴、大椎及天柱。①神经根型取穴: 颈夹脊、曲池、肩髃、外关、偏历、合谷; ②颈型取穴: 落枕、完骨、后溪、风池、天柱、颈夹脊; ③椎动脉型取穴: 完骨、风池、天柱、颈百会、夹脊、四神聪、内关、上星、太阳; ④交感型取穴: 内关、颈夹脊、合谷、曲池、风门、足三里、三阴交、神门、肺俞。⑤混合型: 采用小针治疗, 根据 X 片, 将在增生部位针皮肤消毒后, 进行针刺。1 次/d, 10d 为 1 个疗程。

1 资料与方法

1.1 一般资料

该组患者 90 例, 均为我院收治的颈椎病患者, 诊断符合国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》中有关颈椎病的诊断标准。所有患者均经 X 线颈椎正、侧位片明确诊断。其中男性 46 例, 女性 44 例, 年龄 22~66 岁, 平均年龄 35 岁。患者大多长期从事伏案工作, 入院时均有不同程度的头晕、头痛, 颈肩部不适, 部分患者自觉颈肩酸痛加重伴局部肌肉组织僵硬。其中脑力劳动者 66 例, 体力劳动者 24 例。其中神经根型 44 例、颈型 16 例、椎动脉型 14 例、混合型 15 例、交感型 1 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 中药治疗

①神经根型和颈型: 以温经活血, 祛寒除湿, 通络止痛。方剂: 川芎、川桂枝、甘草、威灵仙、赤芍、秦艽、葛根、当归尾、天麻、炮甲珠、羌活、炒神曲。②椎动脉型: 以益气养血, 醒脑宁神, 活血通络。方剂: 炙甘草、炙黄芪、天麻、鸡血藤、潞党参、白芍、炒白术、当归、熟地、砂仁。③交感神经型: 以益气养阴、安神醒脑, 调和气血为准。方剂: 川芎、天麻、枸杞子、杭菊花、炒枣仁、炒柏子仁、沙参、炙远志、炙甘草、丹参、夜交藤、白芍、地龙。④混合型: 针对所表现病症, 联合用药。1 剂/d, 煎 3 次, 取汁约 500mL, 早晚分 2 次服, 10d 为 1 个疗程。

1.2.2 提颈旋转

患者取坐位, 术者立于患者背后, 先以舒筋手法, 对曲恒、天柱、风池、肺俞、神门、肩贞、少泽、曲池等穴位进行点压, 再用大、小鱼际肌自下而上反复滚摩颈根部, 再用指腹按摩, 弹拨、拿捏, 以舒筋活络, 放松颈肩背肌肉。然后术者以一手托住后枕部, 另一手托住患者下颌, 示意患者头颈部放松, 左右轻轻摇晃, 然后提托头部向上并逐渐加大转动范围, 当颈部旋转至一定限度时, 再用适当力量继续旋转约 5°~10°。操作时可听到可听到颈后小关节格吱的弹响声, 患者有一种解除交锁轻松感^[1], 对侧亦用同样提颈旋转方法, 1 次/d, 10d 为 1

2 结果

该组患者经过 3 个疗程的治疗, 治愈 71 例, 显效 11 例, 有效 3 例, 无效 5 例, 总有效率为 94.4%。该组患者均经 1 年随访, 复发率为 3.0% (3/90)。

3 讨论

现代人们生活方式的改变时颈椎病逐渐成为一种高发病, 其给患者的生活学习和工作带来了不变和痛苦。中医学认为, 外伤劳损、风寒湿邪是本病发生的外因; 肝肾亏损、筋骨失养是其内因^[2]。本文采用中药对不同分型的颈椎病进行辨证治疗, 配合手法治疗, 提颈旋转及针灸, 中药治疗可以起到活血化痰, 利关节, 止痛的作用。针灸可使肌肉痉挛解除与对神经根的刺激缓解, 手法治疗能够纠正关节的错缝和移位, 松解韧带及关节囊挛缩, 促进局部毛细血管扩张, 增加血管通透性, 加快血流速度, 炎症的吸收。结果表明, 中医综合疗法治疗颈椎病疗效显著, 患者损害小, 见效快, 由于其它西医及药物治疗, 对肝肾的损害小, 且复发率低, 可以达到标本兼治, 是一种值得临床推广的有效方法。

参考文献:

- [1] 牟贵, 曲向文. 中医治疗颈椎病的临床探讨[J]. 中国中医药杂志, 2006, 4(4): 94
- [2] 夏广, 夏维. 颈椎病的中医治疗探讨[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(24): 151-152

编号: ER-10080604 (修回: 2010-08-21)

浅析中西医结合治疗腰间盘突出症的疗效观察

Effective observation on treating lumbar disc herniation in the integrative medicine

王德朝

(四川省乐山市峨边县中医院, 四川 乐山, 614300)

中图分类号: R323.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0118-01 证型: ADI

【摘要】目的: 观察综合疗法对腰间盘突出症的疗效。方法: 对本组的 136 例腰椎间盘突出症的患者使用电脑中频电疗仪、卧硬板床、牵引、超短波治疗、静脉滴注疗法等。结果: 有效率较高 98.6%。结论: 对腰椎间盘的治疗使用中西医结合综合疗法甚佳。

【关键词】 腰椎间盘突出; 综合治疗; 观察

【Abstract】 Objective: To observe the comprehensive treatment of lumbar disc herniation. Methods: 136 patients in this group of patients with lumbar disc herniation intermediate frequency electrotherapy, lying hard Banchuang, traction, ultrashort wave therapy, intravenous therapy. Conclusion: The treatment of lumbar intervertebral disc in use Traditional Chinese and Western medicine is very good.

【Keywords】 Lumbar disc; Comprehensive treatment; Observation

1 临床资料

共有 136 例患腰椎间盘突出症的患者, 使用 X 线、CT、MRI 进行诊断, 均无手术指征的患者。男患者有 89 例, 女患者有 47 例, 年龄均在 18~65 岁之间。发病的年龄均以青年居多。其中 54 岁以下的占病例数的 82.65%, 病程均在 15d~17 年。单个腰椎间盘突出数为 43 例, 2 个腰椎间盘突出数为 37 例, L₃~L₄ 腰椎间盘突出为 26 例, L₄~L₅ 腰椎间盘为 17 例, L₅~S₁ 腰椎间盘突出为 13 例。

2 治疗方法

2.1 腰椎牵引法: 对患者采用 SS-1136 型号的微机控制牵引床, 让患者仰卧, 在胸廓和骶的部位分别使用固定带进行固定, 然后采取间歇式的牵引法, 使用的重量是患者自身体重的 50%~80%, 在牵引 15min 后, 休息 5min, 进行牵引的重量是根据患者的体质情况而定的, 首先从 30kg 开始, 然后是每一天或者是隔天增加 1kg, 但是要以患者的舒适为准, 每一次的治疗时间为 35min, 1 次/d, 以 10d 为一个疗程, 通常情况治疗 2 个疗程。每次牵引完之后要静卧 10min。

2.2 电脑中频治疗法: 使用北京生产的 K89-II 型号的电脑中频治疗仪对腰椎间盘突出症的患者进行治疗, 使患者采取俯卧, 将其 1 组的电极板放在患者的腰背部位, 再将另 1 组的电极板放置在患者的患病部位, 使用内储处方 1, 用硅导电橡胶电极板 10mm×15cm, 外部放上用温热水浸湿的棉布套, 再用沙袋进行压平, 电流强度由低向高进行调整, 20min/次, 以 10 次为一个疗程, 一共进行 2 个疗程。

2.3 超短波治疗法: 采用上海生产的 LDT-CD31 型号的超短波治疗器, 以输出的功率为 200W, 波长为 7.37m, 电极为 10cm×15cm×2cm, 让患者仰卧于治疗床上, 采用腰腹对置法, 间隙 2cm, 为热量即可, 20min/次, 以 10 次为一个疗程, 一共进行 2 个疗程。在治疗结束之后佩戴上腰围, 尽量使患者在较硬的床板上休息。

2.4 静脉滴注法: 对患者采取每天静脉滴注地塞米松 10mg、β-七叶皂苷钠 20mg。以 7d 为一个疗程。如患者急性发作时, 另加 20% 的甘露醇 250mL, 1 次/d。注意: 对患者进行治疗的过

程中根据患者的胃肠反有和血压的反应进行调整地塞米松的用量。

3 结果

136 例患者在经过综合治疗之后, 治愈的患者有 94 例, 治愈率为 69.1%; 有效的患者为 27 例, 有效率为 19.9%; 显效的患者为 13 例, 显效率为 9.6%; 无效的患者为 2 例, 无效率为 1.5%。因此总的有效率高达 98.6%。

4 讨论

腰椎间盘突出症在骨科中是常见病, 也是导致患者腰腿疼痛的最常见的原因。腰椎间盘突出症主要是因为腰椎间盘的变性、纤维环遭到了破坏, 以至于髓核突出压迫或者是刺激神经根, 使其周围的组织产生肿胀、炎症、粘连等, 从而导致局部充血, 甚至组织被破坏以及疼痛介质的释放, 因而出现了一系列的临床症状。其引起腰腿疼痛的原因可分为以下几种因素: 炎症对神经根的刺激、血中自由基产生较多、突出物的机械性压迫、抗原抗体复合物的而产生等^[1]。对于本病的治疗关键在于: 消除无菌性炎症的反应物, 解除对神经根的压迫。

牵引法主要是通过牵拉以及纠正小关节的紊乱, 从而使局部的肌肉痉挛得到缓解, 使其韧带松弛, 以减轻因张力而产生的疼痛感。通过牵引治疗, 从而扩大腰椎间的间隙, 吸引突出的髓核, 从而回纳髓核。与此同时, 是突出的椎间盘的组织高峰同神经根、硬脊膜指教发生移位, 从而减轻张力和压迫, 是突出的椎间盘组织高峰粘连, 并进一步的固定在以非刺激神经组织的位置上, 从而达到疗效的效果。骨盆牵引治疗主要是减轻肌肉痉挛, 减小腰椎的前凸, 使减小脊椎间的压力, 变大椎孔降低神经根的压力, 扩张椎间隙后方使髓核的回纳更加方便。在使用牵引法治疗的同时运用药物治疗, 效果更佳。

根据本文的观察, 对 136 例腰椎间盘突出症患者的治疗采用综合疗法, 得到了良好的效果, 使用牵引法、电脑中频治疗法、超短波治疗法、静脉滴注法等, 方法操作简单、安全、方便、可靠, 是值得医院推广。

编号: ER-10072411 (修回: 2010-08-24)

中医对慢性阻塞性肺病的临床探究

Clinical discussion of chronic obstructive pulmonary disease in TCM

李浓莲

(广东省中医院, 广东 广州, 510000)

中图分类号: R563 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0119-01 证型: IBD

【摘要】 通过对慢性阻塞性肺疾病的患者进行环境、情志、饮食、病情观察、治疗落实、功能锻炼等方面的护理, 总结慢性阻塞性肺疾病的中医护理, 提高患者的生活质量。

【关键词】 慢性阻塞性肺病; 中医护理; 临床探究

【Abstract】 To nurse patients of chronic obstructive pulmonary disease based on Environment, emotions, diet, disease observation, treatment implementation, functional exercise, summary the TCM nursing of chronic obstructive pulmonary disease, quality life of patients was improved.

【Keywords】 Chronic obstructive pulmonary disease, TCM nursing; Clinical investigate

慢性阻塞性肺病 (COPD) 是一种慢性呼吸系统疾病, 是以气道不完全可逆性气流受限为特征性疾病, 气流受限通常是渐进性的, 并且伴有肺部对有毒颗粒或气体的异常炎症反应^[1]。慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 相当于中医“肺胀”、“喘证”^[2], 是临床常见的急症, 通过进行有效的治疗, 并密切配合精心护理, 取得满意效果, 现将护理体会介绍如下:

1 环境和谐舒适

为病人创造安静、舒适的休息环境。病房内环境保持安静, 采光柔和, 温、湿度适宜, 通风良好, 空气新鲜, 禁止吸烟, 避免有刺激性的异味, 同时要注意保暖。床铺软硬适度、平整、整洁。工作人员工作时注意“四轻”, 有风天气使要固定好门窗, 勿使之发出声响, 夜晚拉好窗帘, 避免噪音和强光刺激。风寒袭肺者, 病室要阳光充足, 保持温暖。痰热壅肺者, 室内温度宜凉爽湿润, 通风换气, 防止闷热。

2 情志调护

中医认为喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等情志变化是重要的致病因素^[3]。慢性阻塞性肺病患者病情反复迁延不愈, 脾气虚弱, 运化失职, 气血失化不足, 心神失养, 情志忧虑。及时对病人进行心理疏导, 避免精神刺激, 理解同情病人的感受, 耐心倾听病人的诉说, 鼓励其说出自己的顾虑, 并和病人一起分析其产生的原因。明确积极回答患者提出的问题, 建立良好的护患关系。经常巡视病房, 了解病人所需, 尽可能满足患者所提出的一切合理要求。向病人介绍疾病的相关知识, 使其对疾病的变化过程、治疗、预后的情况有所认识, 增加战胜疾病的信心。鼓励家庭成员共同参与, 给予精神支持, 和病人一起共度难关。

3 饮食调理

根据中医食疗, 养生原则, 总体来说饮食予高热量、高蛋白、高维生素易消化之食物, 忌生冷、肥腻、煎炸之品。风寒袭肺者, 饮食忌生冷果菜及油腻之品, 饮食中可加葱白、生姜等调味品。风寒袭肺者, 饮食宜清热化痰平喘, 可予冬瓜粥、雪梨粥、鱼腥草煲瘦肉、枇杷粥、南北杏桑白皮猪肺汤, 鼓励多进食高纤维的蔬菜和水果, 忌辛辣、刺激、煎炸动火之品。痰浊阻肺者, 饮食宜利湿化痰之品, 如柚子、山药、陈皮等, 忌食糯米、甜食等助湿生痰之品。肾虚者, 饮食宜易消化富营养之品。

4 病情观察

加强巡视, 严密观察呼吸、血压、脉搏、情绪的变化, 有

无缺氧和二氧化碳潴留的症状。病人有无肺性脑病的先兆, 如头痛、烦躁不安、恶心呕吐的症状。监护血压、血氧、呼吸情况, 注意气促、呼吸困难发作的时间、持续时间、诱发因素, 及呼吸频率、节律、深浅等。密切观察病人有否出现进行性呼吸困难、剧烈胸痛等并发自发性气胸的症状。观察痰的颜色、性质、量的变化, 呼吸道是否保持通畅。若有异常立即报告医生, 并配合医生做好抢救工作。

5 治疗落实

慢性阻塞性肺病多由久病咳嗽发展而来, 经历了一个漫长的过程, 痰则是慢性阻塞性肺病的重要病理产物和致病因素^[4]。治疗主要有排除痰液与吸氧治疗。指导患者掌握咳痰的技巧, 进行有效排痰, 咳嗽无力者, 采用负压吸痰。予雾化吸入使痰液稀释, 有利于痰液的排出, 保持呼吸道通畅。给予氧气吸入治疗, 予持续低流量吸氧, 判断氧疗效果, 并注意安全用氧。

6 功能锻炼

指导患者坚持呼吸操锻炼, 以增强肺功能。用鼻吸气, 经口缩唇呼气, 呼吸要缓慢均匀, 切勿用力呼气。吸气时腹肌放松, 腹部鼓起, 呼气时腹肌收缩, 腹部下陷。每日训练2次, 每次10~15分钟, 熟练后可增加训练次数和时间, 可随时进行练习。适当全身运动锻炼, 活动形式多样化, 如户外散步, 上下阶梯, 八段锦等, 运动的强度及时间应根据病人的具体情况而定。鼓励病人坚持耐寒锻炼, 如冷水洗脸, 擦浴, 提高机体抵抗力。慢性阻塞性肺病病情反复迁延不愈, 严重影响患者的身心健康, 在积极治疗的同时, 更重要的是平时要慎起居、避风寒、畅情志, 适当锻炼等, 做好养生保健, 预防病情发作, 提高生活质量。

参考文献:

- [1] 陶仲为. 慢性阻塞性肺病呼吸性酸中毒的诊治[J]. 医学进修杂志, 2001, 24(1): 3-5
- [2] 孙钢. 慢性阻塞性肺疾病的中医药治疗[J]. 苏州医学, 2007, 13(1): 12-13
- [3] 陈艳. 浅谈中医内科急症的护理[J]. 基层医学论坛, 2006, 10(9): 823-824
- [4] 何军强. 中医对 COPD 病因病机的认识及中医固本治疗[J]. 何陕西中医学院学报, 2005, 28(3): 12-13

作者简介:

李浓莲 (1981-), 女, 大学学历, 广东省中医院护师。

编号: ER-10070607 (修回: 2010-08-18)

中医药诊治慢性前列腺炎的进展

A review on treating chronic prostatitis in TCM

郑德福

(黑龙江省红旗农场职工医院, 黑龙江 哈尔滨, 150000)

中图分类号: R697+.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0120-02 证型: IDBG

【摘要】 慢性前列腺炎是男科常见病和多发病之一, 因其病症复杂、病程长、容易复发, 故临床治疗颇为棘手。中医辨证论治在慢性前列腺炎治疗中起重要作用, 是目前临床治疗慢性前列腺炎的重要手段之一。

【关键词】 慢性前列腺炎; 中医药; 辨证论治

【Abstract】 Chronic prostatitis is common and frequently-occurring disease in male section, because this disease is complex, longer duration, easy to relapse, so the clinical treatment is quite difficult. TCM treating in differentiation play an important role in treating chronic prostatitis, is important means of treating chronic prostatitis in clinical treatment.

【Keywords】 Chronic prostatitis; TCM; Treatment in differentiation

慢性前列腺炎是男科常见病和多发病之一, 因其病症复杂、病程长、容易复发, 故临床治疗颇为棘手。近年来随着中医男科学的发展, 中医对本病的病因病机及诊断均取得一些进展, 大量文献表明中医药对本病具有一定疗效, 是目前临床治疗慢性前列腺炎的重要手段之一。现将近几年来中医药诊治慢性前列腺炎的进展综述如下。

1 慢性前列腺炎病因

中医辨证论治在慢性前列腺炎治疗中起重要作用, 那么中医是如何认识慢性前列腺炎的呢? 慢性前列腺炎属于中医“精浊”、“劳淋”、“白淫”范畴, 如清·何梦瑶《医编·赤白浊》篇中有“窍端时常牵丝带腻、如脓如眵”, 很像本病之尿末流白。^[1]其主要病因有以下几条: ①外感毒热之邪, 留恋不去, 或性事不洁, 湿热留于精室, 精浊混淆, 精离其位; ②相火旺盛, 因所愿不遂或忍精不泄, 肾火郁而不散, 离位之精化为白浊; ③房室过度, 以竭其精, 精室空虚, 湿热乘机袭入精室, 精被所逼, 不能静藏。^[2]

2 慢性前列腺炎临床治疗进展

中医药治疗慢性前列腺炎的优势在于针对每个患者的个体化治疗, 重视调整患者体内环境的平衡和解除患者各种痛苦症状, 而且治疗手段丰富, 在很大程度上弥补了西医疗疗的不足, 是临床治疗慢性前列腺炎的重要手段之一。

目前临床上绝大部分中医都是针对慢性前列腺炎的基本病程(湿热、瘀血、肾虚), 选用清热利湿、活血化瘀、补肾三大类中药, 组成一个基本的专方治疗慢性前列腺炎(临床上使用的治疗慢性前列腺炎的中成药大都如此), 在专方的基础上, 根据患者的症状随症加减药物。此外, 还是有一部分中医运用辨证论治的原则, 分型治疗。一般分为湿热蕴结、气滞血瘀、肝肾阴虚、肾阳亏虚、肝郁气滞、脾虚气陷等型, 分别采用清熱解毒、利湿祛浊、活血化瘀、滋养肝肾、温补肾阳、疏

肝理气、健脾益气等治则治疗。

目前中医治疗慢性前列腺炎有下面一些思路: ①常以清熱解毒、活血化瘀、补肾三大治疗原则组方治疗; ②重视活血化瘀, 认为无论何型慢性前列腺炎, 活血化瘀药应贯彻治疗始终; ③重视局部对症与机体整体调整相结合, 宏观辨证与微观病理变化相结合, 宏观辨证与病理分期相结合; ④对湿热型慢性前列腺炎, 大剂量长时间应用清熱利湿之剂, 攻伐太过恐伤气阴, 故宜于清熱利湿药中加益气养阴之品; ⑤宜慎用温补之药治疗慢性前列腺炎, 因临床上单纯肾虚者少见, 多伴湿热血瘀, 呆补会犯实其实之戒; ⑥疏肝理气法是治疗 CPPS 的主要法则。^[3]

虽然中医药治疗慢性前列腺炎的手段较多, 有明显的特色和优势, 但也存在一些不足之处, 如临床研究计划设计不够严谨, 诊断、疗效判定标准不规范统一, 实验研究相对较少等, 因而疗效统计结果可信度不高, 重复性差。因此, 中医治疗慢性前列腺炎的探索目前迫切需要做的是: 尽快应用现代科研方法建立合适的动物模型, 加强实验研究, 使其更加规范、科学, 更具有重复性, 只有这样才能使中医药治疗慢性前列腺炎的方法不断丰富, 不断深入, 疗效不断地提高。

3 慢性前列腺炎辨证施治

前列腺炎, 尤其是慢性的列腺炎出于是一种慢性病症, 使得祖国传统的中医药在其治疗中发挥了非常大的作用, 而且前景让人乐观。中医一般把慢性前列腺炎分为五型进行辨证施治:

湿热下注型: 症见小便淋涩赤痛, 少腹拘急, 会阴部胀痛, 尿道口滴白浊, 舌苔黄腻, 脉滑数。治宜清熱利湿, 方选八正散加减: 木通 7g, 车前子 10g, 扁蓄 10g, 瞿麦 10g, 滑石 20g, 栀子 10g, 大黄 6g, 甘草 5g。

脾虚湿盛型: 症见小便流浊, 面色不华, 肢体困倦, 不思饮食, 舌淡苔白, 脉虚。治宜健脾利湿、方选参苓白术散加减:

党参 10g, 炒白术 15g, 茯苓 24g, 薏苡 30g, 砂仁 7g, 泽泻 15g, 当归 10g, 坤草 30g, 陈皮 10g。

气滞血瘀型: 症见小便涩滞会阴及小腹下坠胀痛, 前列腺肿大坚硬, 舌紫暗, 脉弦涩。治宜活血化瘀、行气通络, 方选少腹逐瘀汤: 桃仁 10g, 红花 10g, 当归 15g, 小茴香 6g, 川楝子 10g, 乌药 10g, 赤芍 12g, 泽兰 15g, 蒲公英 30g。

肝肾阴虚型: 症见尿道口常有白浊、会阴坠胀, 腰膝酸软, 潮热盗汗, 舌红少苔, 脉细数。治宜滋肝肾, 清泄相火。方选知柏地黄汤加减: 知母 15g, 黄柏 10g, 土地黄 30g, 泽泻 15g, 丹皮 15g, 茯苓 30g, 制首乌 15g, 黄精 15g, 白藤 10g, 丹参 15g。

肾阳不足型: 症见小便淋涩挟精, 畏寒, 腰膝酸冷, 阳痿,

早泄, 舌质淡胖, 脉沉弱。治宜温肾壮阳, 方选金匱肾气丸加减: 制附片 10g, 菟丝子 10g, 仙灵脾 10g, 杜仲 10g, 黄精 10g, 当归 15g, 山药 15g, 茯苓 24g。

参考文献:

[1]郭应禄,李宏军.前列腺炎[M].北京:人民军医出版社,2002:99-121

[2]贾金铭.前列腺炎综合征中西医结合治疗现状,对策及展望[J].中国中西医结合杂志,2002,22(3):217

[3]洪锴,许清泉,姜辉等.慢性前列腺炎症状评分临床应用及分析[J].中华男科学,2002,8(1):38

编号: ER-10052705 (修回: 2010-08-16)

中医对周围血管病治疗效果展望

To observe the effective of treating peripheral vascular disease in TCM

梁燕科

(清远市清城区东城医院, 广东 清远, 511500)

中图分类号: R654.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 16-0121-02 证型: IDBG

【摘要】 周围血管疾病是一种危害性极强的高发病种, 本文通过对中医周围血管病学科的发展回顾, 展望了中医诊疗周围血管病的优势。

【关键词】 周围血管病; 发展历程; 中医

【Abstract】 Peripheral vascular disease is a harmful disease of high incidence, this article observed the superiority of treating peripheral vascular disease in TCM through the development review of peripheral vascular disease subjects.

【Keywords】 Peripheral vascular disease; Developing course; TCM

在中医学的发展历史中, 周围血管病的研究源远流长, 中医对治疗周围血管病的认识可以追溯到 2000 年前, 并在历史各个阶段中, 对周围血管病的研究有不同程度的发展。新中国成立后, 中医药工作者承前启后, 继往开来, 积极探索, 使周围血管病的中医临床及研究取得了举世瞩目的成就。

1 中医周围血管病的发展回顾

周围血管病的发展, 可以追溯到 2000 多年前。早在《黄帝内经》中就有关于血管病的记载, 在治疗上, 汉代华佗著的《神医秘传》对脱疽描述得十分清楚, 谓: “此疾发于手指或足趾之端, 先痒而后痛, 甲现黑色, 久则溃败, 节节脱落……内服用金银花三两, 玄参三两, 当归二两, 甘草一两, 水煎服”。^[1]由此可知, 古代医家已经积累了相当丰富的有关周围血管疾病的治疗经验。

1.1 初级阶段

新中国成立后, 医疗卫生工作逐步发展, 这个时期在血管病方面, 大多以治疗血栓闭塞性脉管炎单一病种为开端进行研究。1979 年 4 月, 在辽宁省锦州市召开了全国血栓闭塞性脉管炎学术讨论会, 王嘉桔总结《我国 20 年来血栓闭塞性脉管炎

研究概况》, 肯定了中医中药的治疗效果和作用机理。

1.2 发展阶段

从 1980 年开始, 西医学者以血栓闭塞性脉管炎为龙头, 将周围血管病扩展到动脉疾病、静脉疾病和淋巴疾病各个领域。1980 年 10 月, 在济南召开山东省中西医结合治疗周围血管病学术会议, 结束了单病种的研究, 把血栓闭塞性脉管炎纳入了周围血管病的范畴, 周围血管病的治疗范围逐渐扩大, 动脉疾病有动脉硬化闭塞症、雷诺氏病、大动脉炎、糖尿病足等; 静脉疾病有血栓性浅静脉炎、深静脉血栓形成、静脉曲张等; 淋巴疾病有丹毒、淋巴水肿等; 同时免疫性血管病如变应性血管炎、结节性血管炎也纳入了周围血管病的范畴。1980 年 10 月, 在樟州召开并成立了中华中医药学会中医外科分会, 与会专家初步拟定成立中医外科脉管专业委员会。在治疗方法上, 除内服、静脉滴注外, 有些学者还采取了动脉注射药物等方法。在中医外治方面, 结合现代科技技术, 如中药超声雾化 and 透入、中成药加紫外线照射、中药离子导入、中药加理疗、中药磁疗、中药加现代化高效皮肤渗透剂、中药穴位注射等广泛应用于临床。

1.3 兴盛阶段

随着现代高科技在周围血管病中的广泛应用,使中医治疗周围血管病自感力不从心,但是中医往往可以在大风大浪中乘风破浪,寻找自己的立足之地。在诊断上,除应用中医传统的望闻问切手段以及从整体上宏观辨证外,还利用现代检测手段,对患者进行微观检查。在治疗上,方法不断完善,完全打破了单纯的中医或西医的框架,大多采取中西结合的综合措施,对于可以手术搭桥、介入治疗者,术后中医药治疗必不可少,不适宜手术者,中医药更是占主导地位。目前,有学者报道中药具有防治经皮血管成形后再狭窄的作用。

2 中医周围血管病学科展望

在继承前人丰富的临床经验和总结近代研究成果的基础上,继续结合现代科技手段,汲取西医之长,坚持走中西医结合之路必定会在中医周围血管病的临床研究、方药研究、基础研究等各个领域取得更多的成就。种种迹象预示着周围血管病学科即将朝着专科化、规范化、现代化的方向迈进。

2.1 规范化是中医周围血管病学科发展的必要措施

1986年,中华中医药学会外科脉管专业委员会成立后就酝酿制订了《动脉硬化闭塞症中医诊断疗效评定标准》、《血栓闭塞性脉管炎中医诊断疗效评定标准》、《下肢深静脉血栓形成中医诊断疗效评定标准》,^[2]在规范化的道路上迈出了可喜的一步,但这还远远不够。比如说糖尿病足、大动脉炎、免疫系统性血管炎等有待于进一步规范诊断标准、治疗指南、疗效评定标准等。

2.2 现代化是中医周围血管病发展的必然趋势

中医周围血管病学的发展最终是要跟上时代的潮流,适应时代的发展,以较好的临床疗效和较先进的科学成果自立于医学之林。这既要保持和发挥中医之特色,弘扬中医之学术,光大中医之精华,又必须不断开拓,不断创新,不断前进,注意吸取现代先进的科学技术和近代医学的先进经验,才能使中医周围血管病的研究在保持优良传统的基础上,更体现出现代气息,才能克服“先天”的微观依据不足、欠缺实验手段、缺乏规范化和系统化的弱点。同时,科学技术也是不断发展的,不断有新的发现、新的学说出现,更不用说不断有新的仪器、新的检测手段和治疗方法应用于临床。这更促使我们必须努力学习和运用这些新的科学技术和方法以推动学科的发展。

综上所述,中医周围血管病学科的研究目前进展很快,其研究的方法多种多样,探讨的内容不断扩展和深入,取得的成果也越来越多。从大量的医学文献中,可以明显地看出中医、中西医结合诊疗周围血管病具有一定的优势和良好的发展前景。

参考文献:

- [1]赵钢,孙秋,黄艳洪.活血化瘀法在周围血管疾病中的应用[J].中华中医药杂志,2008,23(6):501-503
- [2]陈淑长,葛芑.周围血管疾病的中医治疗概况[J].继续医学教育,2006,20(19):78-80

编号: ER-10062107 (修回: 2010-08-17)

维生素 E 可减少女性慢性阻塞性肺病的发生

近日,在美国新奥尔良举办的美国胸科学会国际会议上,康奈尔大学公共卫生博士 Anne Hermetet Agler 及其同事发表了一项研究结果,发现长期有规律地补充维生素 E 可以减少女性慢性阻塞性肺部疾病的发生。而同样来自此次会议上的另一项康奈尔大学营养流行病学助理教授 Patricia Cassano 的研究却显示,维生素 E 对男性却并没有此项作用。

我们知道,吸烟是慢性阻塞性肺部疾病的主要风险,研究显示补充维生素 E 也可以降低吸烟女性患慢性阻塞性肺部疾病的风险,研究者称,女性每隔一天补充 600 IU 维生素 E 可使慢性阻塞性肺部疾病的发病风险降低 10%。

维生素 E 是一种抗氧化剂,由于其可以对抗自由基对细胞的损害而用于预防肺脏疾病。但是以前的研究并没有发现抗氧化剂对肺脏具有保护作用,而且还有研究发现增加维生素 E 的使用可能会轻微增加肺癌和其他疾病的发病风险。

此项研究纳入了近 40000 名年龄在 45 岁以上的女性,观察了阿司匹林和维生素 E 对心血管疾病和癌症的预防作用。在这项研究中,受试者被随机分为隔日服用 600 IU 维生素 E 组,隔日服用 100mg 阿司匹林组和安慰剂组。在研究开始,所有的女性都非慢性阻塞性肺部疾病。在近 10 年的随访中,维生素 E 组有 760 人患慢性阻塞性肺部疾病,安慰剂组有 846 人患慢性阻塞性肺部疾病,数据处理后,维生素 E 组慢性阻塞性肺部疾病的发病风险降低 10%。研究者虽然考虑到其他因素,如吸烟、年龄和复合维生素片的使用,不过维生素 E 可以降低吸烟以及不吸烟者患慢性阻塞性肺部疾病的风险。研究者还发现,吸烟者患慢性阻塞性肺部疾病的风险是不吸烟者的四倍。研究者还观察了维生素 E 对哮喘的影响,不过并没有发现二者之间存在联系。

Patricia Cassano 的研究却发现,维生素 E 对男性并没有这样的作用。Patricia Cassano 与同事对 35000 名平均年龄为 62.4 岁的男性进行研究。一些受试者每天服用 400 IU 维生素 E (服用或者未服用硒),随访 4 到 7 年,服用硒或者维生素 E,不论是单独或者联合应用,与安慰剂组相比都没有差异。因此,维生素 E 可降低女性慢性阻塞性肺病而对男性无此作用。

(//中国医药报)