

中医整体观下的功能性胃肠病

一谈临床医师如何看待功能性胃肠病

Treating FGID in TCM

魏 艳¹ 徐晓明¹ 梁 超²

(1.成都中医药大学, 四川 成都, 610075;

2.成都中医药大学附属医院, 四川 成都, 610075)

中图分类号: R322.4+4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0001-04 证型: ID

【摘要】 功能性胃肠病是临床极其常见的疾病, 发病率、复发率均很高, 对现代人的生活、工作都造成了巨大的困扰, 同时因为反复的检查也极大的浪费了医疗资源, 现代临床对此类疾病有些认识误区, 为提高临床疗效及更好的服务患者, 需要从更广泛的角度认识其发生的原因、疾病发展的趋势。本文主要探讨了在中医整体观念下, 患者的体质、中医的脏腑、形神、环境、饮食及膳食结构与功能性胃肠病的关系, 给临床医生一个全面的视角去认识疾病, 通过多种治疗方式来进行干预。

【关键词】 功能性胃肠病; 中医; 整体观

功能性胃肠病 (FGIDs) 是以食欲不振、早饱、腹痛、恶心、呕吐、腹胀、腹泻、便秘及排便困难等症状为主要临床表现, 同时排除器质性病变的一类胃肠道综合征。FGIDs 在人群和就诊患者中均很常见, 国外有文献报道 FGIDs 的患病率为 34.6%。就诊率为 62.1%^[1]。国内流行病学调查显示^[2], 功能性消化不良 (FD) 患病率为 19.8%, 肠易激综合征 (IBS) 患病率为 8.3%, 功能性腹胀患病率为 11.0%, 功能性腹泻患病率为 4.1%, 功能性便秘患病率为 10.1%。

1 分类

根据罗马 III 标准^[3], 按解剖部位将成人 FGIDs 分为食管病 (功能性烧心, 食管源性功能性胸痛, 功能性吞咽困难, 癔球症), 胃十二指肠病 (功能性消化不良, 嗝气症, 恶心呕吐症, 反刍综合征), 肠病 (肠易激综合征, 功能性便秘, 功能性腹泻非特异性功能性肠病), 功能性腹痛, 胆胰病 (胆囊功能障碍, 胆道 Oddi 括约肌功能障碍, 胰管 Oddi 括约肌功能障碍), 肛门直肠病 (功能性便失禁, 功能性肛门直肠病, 功能性排便障碍) 共 6 大类 28 个小类, 将儿童 FGIDs 分为新生儿/婴幼儿功能性胃肠病 (婴儿反食, 婴儿反刍综合征, 周期性呕吐综合征, 婴儿绞痛, 婴儿功能性腹泻, 婴儿排便困难, 婴儿功能性便秘), 儿童和青少年功能性胃肠病 (呕吐和吞气症, 腹痛相关功能性

胃肠病, 便秘和便失禁) 共 2 大类 17 个小类。

2 实验依据

多年来, 由于对功能性胃肠病的病理生理知之甚少, 故通常临床医师致力于寻找可能引起这些症状的器质性病因, 如慢性炎症、感染、消化道肿瘤等等, 却收获很少, 所以 FGIDs 的诊断是排除性的诊断^[4], 通过消化道钡剂 X 线检查、消化内镜、B 超、超声内镜、腹部 CT、24 小时食管 pH 监测、腔内测压等手段, 排除器质性疾病, 才能诊断为功能性胃肠疾病。

3 回顾

随着现代医学的发展, 对功能性胃肠病的认识已有 20 多年的历史。1979 年创制的 Manning 标准^[5]首创以症状为基础进行临床诊断, 临床上免去了许多不必要的检查, 在实际工作中较为实用, 为满足临床需要 1984 年创立了 Kruis 标准^[6]。随后, 伴随着基础研究的深入及检测技术改进, 初步掌握了胃肠功能紊乱的病理生理基础, 1994 年制订了罗马标准。其后随着对胃肠功能疾病在生理学 (运动—感觉)、基础学 (内脏高敏状态、脑—肠轴)、精神心理学等方面的进一步研究, 并根据其所表现的症状及解剖位置, 遵循“生物—心理—社会医学”模式, 罗马委员会在 1999 年对罗马标准进行了修订, 制订公布了罗马 II 标准。罗马 II 标准不仅包括诊断标准和治疗的指导性意见, 同时

详尽叙述了胃肠功能紊乱的生理病理、胃肠激素、免疫系统。随着人们对 FGIDs 更深入的研究,罗马委员会再次对罗马标准进行修订和补充,于 2006 年 5 月通过并发表罗马 III 标准^[7],是目前全球用于 FGIDs 诊断、治疗的共识性文件,罗马 III 标准更加贴近临床,并更加重视心理因素的问题。

4 发展变化

还原论指导下的单纯生物学模式已不能适应人类医学研究的需要,便产生了更为先进的方法论及更完善的医学模式—系统论及系统论指导下的生物—心理—社会医学模式。在现代医学模式下,发现导致 FGIDs 并非一种原因^[8],如心理因素,肠神经系统与胃肠免疫系统,Cajal 间质细胞,胃肠高敏状态^[9],脑肠轴^[10]等在功能性胃肠病发病中都产生了重要的作用。与此同时,在临床中发现多种 FGIDs 可以同时或相继产生,而且反复发生,并且由于个体差异,相同的 FGIDs 在不同的人身上表现出症状及程度上的不同。罗马 III 标准对 FGIDs 进行了细致的划分,有助于临床医师对此类疾病的具体认识,但在某种程度上缺乏对疾病整体及动态的认识,如患者的易感体质、多个解剖部位同时或相继发病、症状反复出现,而且对于一些特殊症状无法作出明确解释,如病人背心发冷、咽部异物感、两胁胀痛、顽固性的腹痛、下腹的冷痛、不定时的发热汗出、频繁的出现感冒等,相应的治疗上就出现了一定的困难。这就要求我们临床医师从更广泛的角度思考这种疾病。

5 中医整体观

中医的主要特点之一就是整体观念。整体观把人体内脏和体表各部组织器官看成是一个有机的整体,并以一脏、一腑、一体、一窍为一个系统,将人体以五脏为中心,分为五大系统,这五个系统之间,以经络为联系的通道,以气血津液为信息物质,以心为主宰,共同组成了结构严密、分工有序、协调互助的整体网络调控系统,即五脏俱全调节系统,该系统有条不紊地进行正常的生理活动,保证了正气的强盛和机体的健康,同时在疾病的认识上也依据整体性原则,这种认识与现代“生物—心理—社会”医学模式,基本符合。中医虽无 FGIDs 病名,但各病的常见症状却早有论述。如咽部不适、腹胀(包括上腹胀)、腹痛、反酸、胃灼热、早饱、嗝气、呕吐、腹泻、便秘等症状,属于中医中的“梅核气”、“胃脘痛”、“痞满”、“腹痛”、“反胃”、“嘈杂”、“噎气”、“泄泻”、“便秘”等范畴。我们如何运用中医的整体观来更全面的认识功能性胃肠病呢?

5.1 FGIDs 的发病与患者的体质相关

体质是人体以先天禀赋为基础,在后天生长发育过程中所形成的形态、结构和机能代谢等方面相对稳定的特殊性。体质的差异是人体内在脏腑阴阳气血之偏倾和机能代谢活动之差异的反映,代表了个体的整体特征疾病是致病因素与机体正气相互作用的结果,其中正气作为内因是发病的根本依据,而正气的强弱、正气内在的倾向性是个体体质所决定的。各种类型的体质虽然均属于生理常态,但其中所包含的相对稳定的阴阳偏颇则是疾病状态时阴阳失衡的内在因素和依据。FGIDs 患者中多有焦虑、抑郁等情志改变^[11],常属于一种肝郁气滞(或夹脾虚湿盛,或夹阴血亏虚)的体质,在致病因素侵犯人体发病后,会随着人体阴阳的偏胜、寒热虚实的差异而发生病理性质的变化,即发病学中的“从化”学说—“从阳化热,从阴化寒”。同时,FGIDs 患者消化道常较敏感,对食物的生冷、辛辣、甜腻等耐受性较低,而经过心理测试还发现,FGIDs 患者多有焦虑、内向、情绪不稳定等内倾兼神经质的人格特征^[12],并且过分关注躯体不适,因此伴有心慌气短、易疲乏、出汗、记忆力下降、失眠、多梦等自主神经功能紊乱的症状。这就要求临床医师在面对病人时,多加注意病人的体质状况,性别,年龄和由语言及行为所表现出的神经精神症状,考虑这些症状背后所存在的体质因素,在治疗疾病的同时,为巩固疗效可以对其易感体质作出进一步的调整。

5.2 FGIDs 的发病与脏腑的相关性

FGIDs 发生所涉及的脏腑主要是脾胃。脾胃的病理表现主要是受纳、运化、升降、统摄等功能的异常。脾为太阴湿土之脏,喜燥而恶湿,得阳气温煦则运化健旺。胃喜润而恶燥,不仅需要阳气的蒸化,更需要阴液的濡润,胃中阴液充足,才能腐熟水谷,从而使脾胃升降有常。若脾的运化水谷精微功能减退,则运化吸收功能失常,以致出现便溏、腹胀、倦怠、消瘦等病变;运化水湿功能失调,可发生泄泻等病症。若胃的受纳、腐熟水谷及通降功能失常,不仅影响食欲,还可因中气不能运行,而发生胃痛、痞满、及大便秘结;若胃气失于和降,甚至上逆,可致嗝气、恶心、呕吐、呃逆等。同时脾胃的病变又与肝心肺肾有关,若肝气郁滞,失于疏泄,则横逆犯胃或肝郁克脾;心火燔灼可致胃燥,心阴暗耗可致阴亏胃燥,心阳不足,可使胃失温煦;若肺失清肃,水液不能下达大肠,可出现大便干结,若肺气虚推动无力,可致气虚便秘;脾脏需要肾阳的温煦才能正常运化水谷,若肾阳亏虚,可使脾阳受损,出现畏寒肢冷,腰膝酸软,腹中冷痛,久泻久痢。所以,在临床上,既要注意脾胃本脏腑发生的病变,也不能忽视与其他脏腑出现的合病或并病

的情况,要整体全面的认识疾病,是脾胃先病继而影响他脏还是他脏先病影响了脾胃的功能。通常疾病的发病模式为先脏后腑,先实后虚,先脾胃后发展至心肾,在临床诊断过程中,我们不仅要判断病位,更要综合临床资料来断定疾病的发展趋势,做到既病防变、未病先防,截断疾病发展趋势。且脾胃三分治七分养,故一定要重视病愈善后的问题,治疗固然重要,善后亦不能有任何的忽视。

同时对一些西医无法解释和治疗的症状有一定的认识,中医可以更好的缓解临床症状。如病人背心发冷,多是由于脾肾阳虚不能温煦;两胁胀痛,多是由于情志失调,肝气郁滞,或肝胆湿热,或肝阴不足等;咽部异物感,多是由于情志抑郁伤肝,肝郁乘脾,脾虚运化失司,津液失于输布,聚而成痰,积于咽喉;口淡无味多为脾胃气虚,不能主味;口苦多是由于肝胆火旺、胆气上逆;口干是由于胃阴不足、瘀血或湿热内阻等使得气不化津,津不上承所致;食后困倦多由中气不足,脾失健运所引起;饮冷后便溏是由于机体阳气不足,脾阳不振,失于运化引起。

5.3 FGIDs 与形神相关

中医学中的形,主要指气血津液、脏腑经络、躯体肌肉等生物机体或生命物质及其所进行的机能活动;神主要是指精神魂魄、感觉意识思维等各种心理活动。因此,“形神俱备,乃为全体”,形神离则死。中医中的喜、怒、思、悲、恐五志如果过激,超过心神的调节能力,皆可伤及五脏的气血阴阳,从而导致疾病的产生。就 FGIDs 而言,主要是由于肝气不疏,横逆克脾胃,在临床上,应注意条畅肝气。这与现代医学的认识较为符合,认为在 FGIDs 的发生中,精神因素很重要的作用,而胃肠运动、分泌、感知等异常均可能继发于其后。这些因素相互影响和作用,形成恶性循环,纠正心理异常往往是打断恶性循环的关键因素。

5.4 FGIDs 的发生与环境相关

中医讲求“天人合一”,所以人生活在天地之间,四合之内,形神机能活动不可避免地受到周围环境的影响和制约,其中环境指自然环境和社会环境两大方面。当季节气候、昼夜晨昏、地方区域等自然环境发生变化时,人体也会发生与之相应的变化。一年四季气候呈现春温、夏热、秋燥、冬寒的节律性变化,人体内脏因各自不同的功能特点,也随之发生变化,肝应春,心应夏,肺应秋,肾应冬,长夏应脾。内脏在不同的季节里呈现不同的功能状态。FGIDs 中各类疾病的发生有一定的季节性,如肠易激综合征在季节交替、气候变化或肠道感染性疾病高发的秋季多见,功

能性消化不良在春秋季节多发,临床医师应总结此方面的规律。

社会环境包括整个社会政治、经济状态及社会习俗、地区风尚,病者的政治经济地位、患者经历及处境遭遇人情事宜、文化修养、勇怯动静等个体因素。在当代,自然环境因素和社会因素变迁的速率加快,环境污染,温室效应有利于细菌滋生,生活和工作节奏日益加快,竞争日趋激烈,从生理上人们不能应付工作及家庭的负荷,从心理上不能承受变化所带来的心理的冲击,同时,随着健康意识的提高,人们又越发的关注自己的身体健康,FGIDs 的发生必然会越来越多,文献报道^[13]生活应激事件常常诱发或加重 FGIDs。神经质、情绪化等人格特征明显影响患者就诊率和症状程度,躯体化症状更多见于 FGIDs 患者。这就要求临床医师在关注患者身体上病理状况的同时,需要了解患者的社会经济状况,家庭背景、文化水平及生活环境等等,探讨疾病发生、发展的原因并寻找到更为适合的治疗方法,替代疗法中的认知疗法、森田疗法、生物反馈治疗、及瑜伽、太极等均有其治疗意义,综合运用各种疗法以提高临床疗效。此外,当各种外界负荷超过了个体所能承受的范围,心理问题的躯体化症状会日益突显,患者时常对此种情况失去分辨力,企图通过药物来解决心理的冲突,这种行为常常是徒劳的,如果临床医生对此不够重视,在某种程度上会加重滥用药物的危险。

5.5 FGIDs 的发生与饮食失调及膳食结构相关

饮食主要依靠脾胃消化吸收,如食物的质、量、温度及进食的时间等不符合生理的需要,就会损伤脾胃,引起消化功能的障碍。功能性的饮食失调包括饮食不节和饮食偏嗜。饮食不节包括过饥、过饱、暴饮暴食、睡前进食、饥饿时迅速进食等,都会引起进食性的损伤。饮食偏嗜是指对食物的味道、口感或温度有一定的偏好,并形成习惯。中医认为五味与五脏各有其亲和性,如酸入肝,苦入心,甘入脾,辛入肺,咸入肾。如果长期偏好某种食物,则会引起脏腑的偏盛偏衰,导致脾胃大肠小肠肝胆的病变。另外,若偏食肥甘厚味,可壅滞气机;若过食生冷,则易损伤脾阳,化生寒湿;若过食辛辣,易伤胃阴,引发胃热;嗜酒无度,易生内热及酒毒。如长期食物中纤维素含量较少,会引起大便秘结,诱发肠易激综合征便秘型(IBS-C)或功能性便秘(FC)。此外,胃肠道由于饮食不洁,可引发腹痛、吐泻等消化道感染^[14],即使感染消除后,仍可出现持续功能性的障碍;或由于服用某些药物如神经精神类、心血管类、沙星类抗生素等,而引发药物性的消化道功能障碍。这要求临床医师在

询问病情时应留意患者的饮食习惯,了解发病初期的状况,以确定是进食性得还是药物性的损伤,在去除损伤原因后,指导进一步的治疗。

同时人们对消化道的生理变化了解不够,误认为不同年龄段的患者只要消化功能正常就会拥有一样的代谢能力,实际上老年患者的消化功能处于退化的过程,相应消化能力亦会逐渐降低,会出现胃肠道蠕动缓慢,胃排空延迟等^[15]。在治疗的过程中,除了用药之外,我们需要对病人进行认识上的教育,在治疗疾病的同时,给患者提供健康的饮食计划,引导病人对自我的消化功能有整体上的认识,避免不必要的饮食上的损害。同时依据患者体质及疾病特点,根据中药配伍规律给予药膳调理以协助治疗和减少疾病的复发。

6 结 论

由上可以看出,中医对功能性胃肠病的认识与西医认识的角度是不同的。中医侧重于从整体上把握 FGIDs 的产生,即将口腔至肛门整个消化腔道包括分泌消化液的器官作为一个整体,即使是消化道的不同部位出现问题,都可以通过一个证型进行全面的解释,并且就此直接指导临床治疗,有效改善临床症状。而对于西医不能理解的许多特殊症状,中医亦可以给予明确的解释,并指导治疗,同时取得较好的临床疗效。这是中医药的优势所在。

但是,FGIDs 的诊断是排除性的诊断,要求进行一系列的检查才能确诊,如果单纯依靠症状诊断,可能会耽误器质性疾病的诊断和治疗;同时,整个中医界尚无统一的 FGIDs 的诊断及评价标准,中医临床医师各执其用,无法对疾病的发生率及疗效进行统一的评价,从而不能明确断定中医治疗的效果。针对以上情况,我们必须建立一整套完善的、复合临床要求的中医诊断及疗效判定标准,以体现中医药在治疗功能性胃肠病中的独特的疗效;同时临床医生需要在患者经济许可的范围内,借助临床检查及诊断标准,并合理的运用中药,同时进行情绪上的疏导及给予情感上的支持,才能为患者提供最为有效的治疗。此外,必须强调的是,“胃肠动力紊乱、内脏高敏感性及脑肠轴异常等”多是从生理角度解释了疾病可能性原因,都只是疾病发生发展的部分规律,要想更全面的认识这种疾病,就必须将病人置于社会这个大背景下及其所在的家庭环境中综合考虑,过分重视精神心理或胃

肠功能均不宜,生活习惯、饮食习惯等综合的调养才是治疗的重点。我们在总结 FGIDs 的发病原因的同时,一定要注意患者的个体特点,寻找到属于每个患者的独特的致病因素,从而给予个体性的治疗。

参考文献:

- [1]Koloski NA,Talley NJ,Boyce PM.Epidemiology 23 and health care seeking in the functional GI disorders:a population-based study.Am, Gastroenterol 2002;97:2290-2299.24
- [2]平丽,李瑜元,聂玉强,贾林.功能性胃肠病患病情况调查[J].实用医学杂志 2003;19:424-426
- [3]柯美云,方秀才.功能性胃肠病研究进展与罗马 III[J].胃肠病学 2006,11(12):709-712
- [4]赵荣莱.胃肠道功能性疾病的 RomeII 标准[s].中国中西医结合消化杂志, 2001,9(1):43-44
- [5]Krishnaswamy G,Kelley J,Johnson D,et al.The human mast cell:functions in physiology and disease.Front Basic,2001,1(6):D1109-27
- [6]Sullivan MO,Biddle NP,Harman I,et al.Increased mucosal mast cells in irritable bowel syndrome.Gastroenterology,1998,114(supp1):A816
- [7]Drossman DA.The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process.Gastroenterology,2006,130:1377-1390
- [8]Drossman DA,Camilleri M,Mayer EA,Whitehead WE.AGA technical review on irritable bowel syndrome.Gastroenterology.2002,123:2108-2131
- [9]邹多武.内脏高敏感在胃肠功能性疾病中的作用[J].中华消化杂志 2006, 6(26):427-428
- [10]柯美云,方秀才.功能性胃肠病研究进展与罗马III[J].胃肠病学 2006,11: 709-712
- [11]Talley NJ,Phillips SF.Non-ulcer dyspepsia:potential causes and path physiology[J].Ann Inter Med,1998,108(6):865-879
- [12]Tellyn J,Camilleri M.Epidemiological illness and the bio-psychosocial model [J]. J Clin Gastroenterology,1996,22:252-254
- [13]Williams M,Budavari A,Olden KW,et al.Psychosocial assessment of functional gastrointestinal disorders in clinical practice.J Clin Gastroenterol, 2005,39(10):847-857
- [14]王利华,方秀才,潘国宗.肠道感染与肠易激综合征[J].中华内科杂志, 2002,41(2):90-293
- [15]许桦林主编.实用老年消化病诊疗学[M].清华大学出版社,北京:2004, 415-416

作者简介:

梁超,男,副教授,硕士生导师,成都中医药大学主任。

编号:EA-10012884(修回:2010-03-13)

试论暑证的变异及临床对策

Variation and clinical strategies of summer heat syndrome

吴绍雄¹ 吴树铎² 杨凯铨³ 龙勇朝⁴

(1.潮州市中医医院, 广东 潮州, 521000; 2.广东省中医院, 广东 广州, 510120;
3.广东省广州大学, 广东 广州, 510006; 4.广东省潮州卫生学校, 广东 潮州, 521041)

中图分类号: R47 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0005-02

【摘要】 笔者在长期的临床实践中, 发现暑证的发病方式、临床表现及转归过程, 由于生存居住环境、气候因素、生活方式及心理模式等的改变, 正在慢慢的变异。详细探寻其变异的病因病机变化, 在对症候特点分析的基础上, 强调依据温病学说的理论, 灵活运用中医辨证施治, 解决暑证变异的各种复杂情况。反对盲目使用解热镇痛药、抗菌素及激素; 对暑证变异的调护, 也提出了确实有效的方法。

【关键词】 暑证; 变异; 辨证论治

1 暑证的特点及常见症状

传统暑证包括暑温和伏暑, 其发病具有明显的季节性。《素问·热论》篇曰: “凡病伤寒而成温者, 先夏至日者为病温, 后夏至日者为病暑……。”明确暑温是发生于夏季的特定疾病, 时间段约在夏至至白露之间, 而伏暑则是夏季感受暑邪, 秋冬为时令之邪诱发的。

1.1 暑的性质和特点

1.1.1 暑为阳邪, 其性为热: 感暑而病表现高热、口渴、脉洪等一派火热征象。

1.1.2 暑气升散, 耗气伤津: 升散则腠理开, 汗出而易伤津、耗气, 津伤则口渴、心烦、尿短, 气伤则倦怠无力, 甚至卒然晕倒。

1.1.3 暑多挟湿: 暑天多雨、潮湿, 进食生冷, 易伤脾胃, 脾失健运, 湿从内生, 故暑病易挟湿, 有四肢困倦、食欲不振、胸闷、恶心呕吐、腹泻等表现。

1.2 常见的暑证

1.2.1 伤暑: 身热多汗, 身痛无力, 气少倦怠, 恶心胸闷, 口渴喜饮等。

1.2.2 中暑: 突然发病, 头晕痛, 恶心呕吐, 身热, 烦躁, 无汗, 多突然昏倒, 不省人事, 手足厥冷, 脉大而虚, 或虚而数。

1.2.3 伏暑: 发于秋冬两季, 起病急骤, 多为表里同病, 既有暑湿或暑热的内伏症状, 又兼卫分见证, 或直接发于气分或营分, 有热逼血分的可能。

2 暑证变异的主要原因

2.1 居住环境

以潮州地区为例, 过去民居虽较狭窄, 但多为土

木结构的单层瓦房, 有易吸湿易散热、冬暖夏凉的优点, 人居密度低, 温室气体排放少。而现在多为水泥结构的楼房为主, 热源易吸难散, 吸湿差, 室内多使用空调。在外暑热煎熬, 大汗而毫毛玄府敞开, 进入房间, 在享受风扇、空调带来的凉爽同时, 不知不觉的寒邪郁闭人体肌卫, 外邪乘虚而入。骤寒骤热, 造成人体难以快速适用。

2.2 气候因素

现今, 自然环境严重破坏, 生活环境污染, 地球变暖及城市热岛效应, 极端气候时有发生。以潮州地区为例, 原本的长夏少冬变为长夏无冬, 而近两年又出现了冬季寒冷周期较长, 温度较低的现象, 如今年大年二十八最高温度是 28℃, 大年二十九则是 9℃。夏季或早于四月, 或晚至六月。多种因素造成奇异的气候: 如一天两季、一周三季、甚至一月四季或冬行春令、夏行春令。从天人合一的中医理论来说, 非常之气候必有非常之病。

2.3 生活方式、饮食习惯的改变

“以酒为酱、以妄为常……”成了时尚。生活无规律, 熬夜、吸烟、酗酒, 缺少运动, 饮食不均, 营养代谢紊乱。以车代步, 电脑代替人脑, 高热能挤掉了清淡的饮食方式。冻品成了物理降温, 夜宵啤酒是消暑清肠, 脾阳受损, 水食入胃, 不化为津, 反成为饮, 终成“脾湿之体”。“夜猫”顶替了早睡早起和规律性的生活。熬夜和辛辣之品, 伤肝损胃, 必成内火。

2.4 心理模式

由于工作的压力不断增加和扩张的名利欲望, 人

际关系的错综复杂, 社会竞争的加剧, 中医提倡的恬淡虚无养生观正在逐渐淡化。

诸上种种, 人体生存条件不断恶化, 体质普遍下降, 多数人罹上“亚健康”, “电脑病”等现代病越来越多, 代谢障碍疾病发病率高, 易出现疲倦、头晕、畏冷、失眠、易激动等症状。

3 暑证变异的主要特点及症候

笔者临症三十多年, 体会到暑证表现的变异, 其特点有: 一是兼邪兼证兼病多; 二是季节性的改变, 如暑温再不限于夏至至白露, 伏暑再不限于于夏而发于秋冬; 三是发病率较以前高, 且易患缠绵难愈。由于虚人易受邪, 其病机易见本虚标实。常见症候有:

3.1 “暑”与“感”相兼

由于空调的广泛使用, 人体进出空调房的冷热骤变, 温差过大极易产生感冒。而一旦感受烈日、高温环境, 又易产生伤暑、中暑之症。“感”者“暑”了, “暑”者“感”了, 故“暑”与“感”常相兼。这样的症候既有感冒的鼻塞流涕、咳嗽、恶寒发热、头身疼痛、脉浮等见症, 又可有高热汗多、心烦口渴、苔黄脉洪数等暑热见症。这两类症状绝不是均等的, 或暑多感少, 或感多暑少。

3.2 表里兼病和内外合邪

由于饮食结构的改变, 膏粱厚味、生冷辛辣造成胃肠的湿热积滞, 而熬夜则积火内郁。这样的人再来一个暑感, 很容易就出现了表里同病, 其症状既可出现上面所说的感冒和伤暑的见症, 也可出现肠胃积滞郁热与外邪合病。

3.3 传染病种的变化

如近年出现的非典、甲流等, 都是非常气候产生的疫病。

3.4 非时之症

如夏季皮肤病的增加, 带状疱疹、荨麻疹、过敏性皮炎发病率越来越高, 原本出现在冬春或秋冬的一些疾病, 如眼结膜炎、腮腺炎, 也在夏季频繁出现。

3.5 暑邪秽气直中病例的增加

中暑、冒暑与暑秽的病症, 以前夏季也有所发生, 但病例较少。暑多夹湿是正常的夏季主气, 但现在不同的是空调、风扇的风寒之邪, 加上人们的膏粱厚味, 嗜好生冷、辛辣, 造成胃肠的湿热积滞, 而熬夜的积火内郁, 暑湿秽气就很容易合邪伤人。这样的症状类似暑症所说的中暑, 但又不是以前的单一化, 它是多种病邪结合体对人体的侵害。在临床中这样的见症似乎在逐年增加, 其临床表现为突然昏倒、不省人事、四肢厥冷, 须臾而醒, 症状很似癫痫, 但脑电图不支

持这样的诊断。经外抹清凉油, 灌服温开水, 按摩四肢短时间内患者就能苏醒。如有一 45 岁男子, 冬至季节, 天气仍很闷热, 实然不知人事, 身热肢厥, 气粗谵语, 牙关微紧, 经指压合谷、曲池, 卧于阴凉处, 神志稍醒。再予安宫牛黄丸清心开窍, 后用三物香薷汤合青蒿、六一散治疗而愈。

3.6 四季俱可见暑感病

临床上在暑天以外的季节, 诊治许多患者, 见其恶风、头晕、头痛、咳嗽等, 开始我们认为是一般的感冒, 按常规的疏风解表治疗, 但效果不好。经详细辨别, 兼有一身酸痛、尿赤、口苦心烦、微有寒热往来、苔微腻等, 后经用蒿芩清胆汤加六一散而愈。

4 临床对策

暑证的变异虽复杂, 但万变不离其宗, 离不开中医辨证施治概念所涵盖的范围, 都可从温病学的理论去寻找答案。任何复杂的病症, 只要用心用意地研究, 厘清病因, 分析病机, 对证下药, 就能效如桴鼓。卫气营血与三焦是温病的辨证纲领, “在卫汗之可也, 到气才可清气, 入营尤可透热转气……入血就恐耗血动血, 直须凉血散血……否则前后不循缓急之法, 虑其动手便错, 反致慌张矣”, 应牢牢记住, 指导临床。

4.1 “暑”“感”相兼, 应分析其孰轻孰重

暑感相兼当以用“解表清暑、芳香化湿”为宗旨, 以银翘散、新加香薷饮等加减化裁使用, 常用药物有薄荷、荆芥、青蒿、香薷、扁豆花、银花、连翘、黄芩、竹叶、芦根、鲜荷叶、石膏、六一散等。具体使用时要注意区别其孰轻孰重, 如暑重者偏于清暑, 感重者注重解表。潮州地区传统常用干黄麻叶加苍耳根煮水治疗暑感, 对于身强体壮的这种方法仍然很有效, 但脾胃虚弱者就不大适应。而用苍耳根、鲜荷叶、鲜冬瓜皮、鲜西瓜皮捣汁和蜂蜜冷服, 还有以独叶蒲姜、旱莲草、葫芦茶和上几滴生姜汁都对于这类疾病很有效。

值得一提的是, 现在夏季的时病特点为暑感, 且为感重暑轻, 感多暑少, 银翘散仍为方剂。

4.2 “在表初用辛凉轻剂, 挟风则加入薄荷、牛蒡之属, 挟湿加芦根、滑石之流。或透风於热外, 或渗湿於热下, 不与热相搏, 势必孤矣。”是对于夹湿夹风的治疗法则, 也是对多种疾病必须逐个击破的之分解示范法。依据这个原理, 对表里同病, 内外合邪, 兼病兼证者, 当注重分解它邪, 如兼里滞者用槟榔、枳实、莱菔子、谷麦芽等通下导滞, 兼腑实证者承气汤类亦有用武之地。

(下转 10 页)

慢性心力衰竭中医病因病机新说探讨

The research on etiology and mechanism of CHF in TCM

颜芳¹ 赵立诚²

(1.广东省中医院, 广东 广州, 510120;

2.广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州, 510120)

中图分类号: R R541.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0007-04 证型: BGDA

【摘要】通过对现代各中医学者关于慢性心力衰竭病因病机各种新说进行梳理, 为我们更加深入认识慢性心力衰竭的中医发生发展规律, 从而丰富现代中医对心力衰竭的辨治理论和治疗手段起推动作用。

【关键词】慢性心力衰竭; 中医病因病机

慢性心力衰竭 (Chronic Heart Failure, CHF) 是一种由各种心脏疾病所导致的心肌收缩力下降, 心排量不足, 致器官、组织低灌注的复杂临床综合征, 是各种心脏疾病终末阶段的临床表现, 严重危害人类健康及生命。属中医学惊悸、怔忡、喘证、水肿、痰饮等范畴。近年来, 中医在心力衰竭的防治方面做了大量的研究工作。各中医学者在对慢性心力衰竭基本病机认识的基础上, 又根据其临床实践的体会, 从不同新的角度对其病因病机进行了论述, 形成了诸多新说, 这为我们更加深入认识慢性心力衰竭的中医发生发展规律, 从而丰富现代中医对心力衰竭的辨治理论和治疗手段起了重要的作用。

1 五脏相关学说

五脏相关学说是邓铁涛教授^[1-2]在五行学说的基础上发展而来的中医生理、病理观, 是中医整体观念在脏象学说中的具体体现。人体以五脏为核心, 以五脏相互间的生理病理联系为疾病发生发展及表现的内在基础, 每一种疾病都是五脏相关的局部体现。对于心力衰竭, 邓老提出“五脏相关, 以心为本”的理论, 认为心衰病位在心, 而与五脏相关。在心衰发生发展过程中, 肺、脾、肾、肝都起一定的作用, 因此将心孤立起来就不能正确地认识心衰的病因病机。如久患肺胀, 失于肃降治节之功, 通调水道不利, 水津不布, 痰水内结, 则可遏伤心阳, 阻塞心气; 久患肾病, 肾虚火衰则水饮内停, 上凌于心; 久患脾病, 不能为胃行其津液, 气血生化无源, 脉道不利。故心衰以心病为本, 他脏为标, 治疗重点应调理心脏的阴阳气血, 并重视脾肾二脏, 兼以益气健脾, 温阳补肾。邓老“五脏相关, 以心为本”的理论, 不仅能较好地解释心衰

出现的各种并发症, 同时也为其研制治疗心衰的两个中药制剂“暖心胶囊”、“养心胶囊”之开发, 提供中医药治疗经验的理论依据。

柯雪帆^[3-4]认为心力衰竭是一个全身性疾病, 病机复杂, 虚实并见, 有真阳虚衰、元气不足、水饮停留、瘀血凝聚、气机阻滞, 还有水饮凌心射肺、痰热、痰湿阻肺、肝气郁结、脾失健运、胃失和降、肾不纳气、心神不安、肺失宣降等。故往往非独心病, 而涉及多脏, 虚实夹杂。

詹文涛^[5-6]则认为心衰虽是局部之病却是全身之疾。心与五脏之气相连, 一脉相承。慢性心力衰竭的基本病机为本虚标实, 以心气耗竭为基础, 进而损及肺、脾、肾、肝四脏, 以致全身阴阳气血紊乱, 在此基础上产生痰浊、瘀血、水湿等种种内生实邪, 导致一系列的临床危机征象, 如有外邪乘虚而入引动内生实邪, 更进一步耗伤正气, 则形成内外合邪、虚实实、互为因果的危机局面, 其临床表现十分复杂。但从临床表现观之, 不论是哪一种心衰均存在不同程度的胸闷、心悸、呼吸困难、咳嗽、咳痰、水肿。中医认为心肺同居上焦, 心脉与肺相通, 心脉起于心, 其直者却上肺, 若久患心病必将损肺, 久患肺病亦损及心; 心气靠宗气来供养, 宗气不行, 则心气无源; 肺不朝百脉, 则心气不通, 心脉不畅, 心衰就难以缓解; 肺失宣发, 不能通调水道, 使水液内停, 则心脉不畅, 心脏受损。肺为娇脏, 感受六淫之邪或湿热之气损伤肺体, 引起肺失肃降, 水气上犯于肺则咳嗽气喘; 肺失治节之功, 不能通调水道则水津内蓄上焦, 停留于肺则生肺水, 水气内结, 血行不畅为瘀, 水瘀互结则呼气不得出, 吸气不得入, 浊气内积, 致使心失清气

之养,病邪内陷于心,则心气内闭而成心衰。心衰反复发作,迁延不愈,多有诱因,常见的诱因有劳累、精神刺激及感染,特别是呼吸道的感染。

2 心肾相关学说

张晓星教授^[7-8]认为心力衰竭病机为阳气不足(以心肾两脏为主,涉及肺、脾、肝诸脏),其主要表现为血瘀、水停。根据年龄、体质及病理阶段的不同,病变脏腑可有侧重,血瘀水停可有偏重。

邢月朋教授^[9]认为顽固性心力衰竭的患者,心衰日久,穷必及肾,肾阳不足,温煦无权,或阳虚水泛,或阳亡欲脱,均为阳气损折之证。肾虚水泛逆于肺,则肺气不降,失于通调水道之职,使肾气更虚,肾阳虚衰,不能温煦脾土,肾脾俱虚,水湿壅盛,使病情更加严重,如此恶性循环,导致顽症久治不愈。

周次清教授^[10]认为心肾阳虚是发病的根本,且脾肺功能失常,势必会导致或加重心衰阳虚。心气的正常功能,有赖于肺气的肃降通调、脾气的升发统摄、肾气的固纳施泻及肝气的疏泄调达等共同协调作用。脏腑间的这种密切联系,可以相互促进、相互制约,任何一个环节发生病变,都会不同程度地影响心脏功能。

李瑞等^[11]提出慢性心力衰竭是心肾为主的多系统虚损性改变,瘀阻水停为标,发时以标为主,平时以本虚为主。基本病理变化为因虚致实,因实致虚更甚,强调心衰从心肾论治。

赵锡武^[12]认为慢性心力衰竭证属心肾阳虚,水气上逆,凌心犯肺。肿满、喘促、心悸诸症较为常见。其心悸之治非补益气血,养心复脉之所能,当取强心扶阳,宣痹利水之真武汤为主,复佐“开鬼门”、“洁净府”、“去宛陈莖”之治水三法方能奏效。

3 心脾相关学说

该学说的代表医家为邓铁涛教授^[13],邓老认为慢性心力衰竭病机与五脏相关,而心属火,脾属土,心脾乃母子关系,故在心衰的病理演变中,脾与心的关系最为密切。脾胃为气机升降的枢纽,脾脏清阳之气主升,脾气一升,则肝气随之升发,肾水随之气化,脾气升而水谷精微转于肺脏而敷布周身;胃的浊阴之气主降,胃气降则糟粕得以下行,胃气降则肺气可以随之肃降,心火随之下潜,心肾得以相交。脾胃居于中央以运四旁。脾胃与心脏密切相关,脾胃经脉和心脏直接相联系,经脉上通于心。脾之支脉注心中,胃之大络出于左乳下,足阳明之经上通于心,足太阴之经散于胸中,手太阳小肠络抵胃属小肠,因而脾胃与心的功能息息相关。

当脾胃发生病变时,可影响其他脏腑而共同导致

心衰的发生。结合心衰患者的临床特点,脾胃失调除直接影响心脏之外,多涉及到肺、肾两脏。脾肺为母子之脏,母病及子,肺失于肃降治节之功,通调水道不利,水津不布,痰水内结,则可遏伤心阳,阻塞心气,临床上多见于心衰的早期;土能制水,肾精又靠后天之精的不断补充,故脾胃不健,运化无权,久之可波及到肾,不但加重了原来的病情,又可产生新的病变,临床上多见于心衰的后期。总之,在脾胃失调的基础上继发的脏腑功能失常,进一步加重了整体气血阴阳的失衡,均可直接或间接地对心衰造成影响。反之,心衰也可以引起多脏腑的功能衰竭。如心衰时,血脉瘀阻、肺气郁而喘咳;母病及子,中阳不运而脘痞纳呆;水火不济,心肾两虚而水饮停积等。辨证必须分清标本主次,正如《素问》所言:“知标本者,万举万当,不知标本,是谓妄行”。心衰病位关联五脏,但以心病为本,他脏为标,治疗应重点调理心脏的气血阴阳。

故治疗上邓老认为,五脏是一个整体,治脾胃可以安五脏,调五脏亦可以安脾胃。脾为土脏,灌溉四旁,故四旁皆有脾胃。而五脏中亦皆有脾胃之气,互为相使,善治脾胃者,能调五脏,即所以治脾胃可安五脏。治脾胃而使食进胃强,即安五脏;治脾胃病顺从整体出发,伏其所主而先其所因。盖脾为后天之本,脾气得安,五脏受荫;脾气虚弱,将百病丛生。《慎斋遗书》中“诸病不愈,寻到脾胃而愈者颇多”,亦是此义。脾胃为气机升降的枢纽,脾旺则四脏气机通达,气血调和,真气内充,病去正安。心衰病位关联五脏,肺、肝、脾、肾的功能失调都可能影响于心,故可通过调五脏治疗心衰。而“治脾胃可以安五脏”,故可通过调理脾胃而达到治疗心衰的目的。

4 气血相关说

颜德馨教授^[14]认为,心衰是本虚标实之证,与气血失常关系密切,阳气为一生之主宰,得之则明,失之则不彰。心体阴而用阳,心之气阳衰弱即心的正常功能衰退,往往出现虚寒证候,因此心衰的病机关键是心气阳虚,心血瘀阻。认为“有一分阳气,便有一分生机”、“瘀血乃一身之大敌”、“气为百病之长,血为百病之胎”、“久病必有瘀,怪病必有瘀”。遂创立衡法治疗心衰,即通过治气行血来疏通脏腑气血,使血液通畅,气机升降有度,从而祛除各种致病因子。

5 少阴论

熊曼琪教授^[15]认为,慢性心力衰竭与《伤寒论》少阴病之间具有明显的相关性。从临床症状及体征看,心衰时肢端发凉、苍白、脉微细等与少阴病心肾阳虚,推血无力,阳气不能温煦四肢的见症是相同的。当水

钠潴留时出现的少尿、水肿、下肢沉重、僵硬等临床表现,在少阴病肾阳虚衰、气化不利、开合失司、水湿停留时也可出现。当心衰进展进入休克状态出现脉微欲绝、大汗淋漓、烦躁不安等,则与少阴病篇原文 298 条、300 条所述的阳亡阴劫、阴阳即将离决之象相同;从病变机理看,少阴病与慢性心力衰竭,其病变部位均主要在心肾两脏,心阳具有推动血液脏脉管中运行的作用,心阳不足,则推血无力;慢性心力衰竭的根本病变机理也正是心脏泵血无力,两者说法不同,实则一致;从临床疗效看,少阴病篇中的四逆汤,为治少阴病寒化证的代表方。不少学者将其运用于治疗慢性心力衰竭,以心输出量降低、有效循环血量不足、末梢血管收缩、末梢循环减弱为主要病理变化,见有心肾阳虚证,或心阳虚脱证,取得较满意的疗效;从现代实验研究来看,已经证实,四逆汤可显著增加冠脉流量,增高心肌振幅,从而增强心肌收缩力。临床常用的参附注射液和真武汤煎剂同样被证实具有明显的强心作用。因此推论,临床可以运用《伤寒论》少阴病的理法方药对慢性心力衰竭进行论治。

6 心水论

陈可冀^[16]认为,慢性心力衰竭病程往往较长,早期到终末期,症状、证候演变多,在阴阳、脏腑、气血、津液等多个层次产生很多复杂变化。但大多数心力衰竭病人的病机演变有较强规律性,应执简驭繁加以总结。心力衰竭最根本病机为内虚,早期主要为心气心阳亏虚,可兼肺气亏虚,随病情发展及病机变化,心气心阳亏虚致运血无力,瘀血内停;中期脾阳受损,脾虚失运,复加肺气亏虚,水道失去通调,水湿内停;后期肾阳虚衰,膀胱企画不利,水饮泛滥。因此,心力衰竭的病机可用虚、瘀、水三者概括。

黄燕平教授^[17]认为无论何种心脏病引起的心力衰竭,均始于心气虚而渐致心阳亦虚,心之气阳虚是心力衰竭的始动机制。心气心阳俱虚则鼓动血液无力,致使血流迟缓或瘀滞形成瘀血。或气阳两虚水液失于温化输布,留聚体内形成水饮。当瘀血与水饮形成后,更加戕害心气心阳,使之更虚,病情愈加严重,终致形成本虚而标实的心力衰竭。

陈慈煦教授^[18]认为风湿性心力衰竭的病因病机是风寒湿邪由心脉传入心,心阳受损,心火衰则脾阳亏虚,脾虚不能制水,水气横溢而成水肿,脾虚不能滋生肺金,则肺气虚,气虚不能化津而成水,水气射肺则为咳为喘,水气凌心则悸。病久则心血不足,气血两虚,心阴亦亏,心火独亢,灼烁肺金,则为咯血,气虚不摄血,亦可咯血。

李介鸣教授^[19]认为心衰的发生是由于心脏长期

受累,心气亏损,阴血不足,久虚不复的结果,每因外感六淫、内伤七情、劳累以及妊娠分娩等因素诱发或加重。病变早期,病位多在心肺,患者最突出的症状为心悸气短,多在活动及劳累后出现,同时伴有胸闷憋气,头晕乏力,失眠多梦,双下肢水肿,尿少,两颧黯红,舌暗红苔薄白或少苔,脉沉细或结代等,此时其主要病机为气阴两虚,心血瘀阻。心之气阴两虚,病久及肾,肺肾两虚,水气上泛所致。盖肺为气之主,肾为气之根,肺主呼吸,肾主纳气;升降出纳,呼吸乃调。若肺虚不降气,肾虚不纳气,升降出纳失常,或由于肾阳虚损不能蒸化水饮,聚而为痰为饮,凌心射肺,均可出现呼吸困难。

林惠娟教授^[20]认为心衰主要沿循气阳亏虚、瘀血阻滞、气阴亏虚的发展演变规律。心之气阳亏虚为本,是本病的病理基础。气虚渐而及阳,阳虚无以化气,不能帅血循行及蒸化水液,遂变生瘀血、饮邪,导致病情加重。另外,由于阴阳互根,或原发病阴虚在先、治疗中利尿伤阴、饮食化源不足等,也可出现气阴匮乏、阴阳并损的情况。血瘀、水饮为标,是本病主要的病理因素,它在心气阳虚的基础上发生,又可促使病情进一步发展,也可直接加重患者的病情,血瘀与水饮又互相影响。病位虽主要在心,但与肺肾关系密切,并可涉及肝脾。心与肺同居上焦,心无力推动血液运行,势必使肺的治节过劳,久则肺气自虚。心气阳虚,久必累及于肾,阳气渐衰,肾失摄纳、温煦。由于母病及子,火不生土,心病可使脾阳不振,健运失职,气虚运血无力,瘀于肝,瘀结胁下。

周仲瑛等^[21]认为“阴阳两虚,心脉瘀滞”是慢性心力衰竭的基本病机,且尤以心阳(气)亏虚、心脏鼓动减弱、营运无力为其病理变化的主要方面。因虚致瘀是慢性心力衰竭的病理特点,气虚血滞是导致体内水液潴留的始动因素,气血阴阳之虚与瘀血、水饮之实的标本虚实之间,表现为因果错杂的转化关系。

何建成等^[22]认为本病之发生与脏腑功能失司、情志失调、劳累过度及外感邪气等有关。病机总属本虚标实,本虚主要是心、肺、脾、肾亏虚,早期常以心气虚为主,进一步发展气虚及阴,表现为气阴两虚;或气虚及阳,表现为阳气亏虚,终至阴阳两虚,以阴虚为主。标实常在本虚的基础上形成,主要表现为血瘀、水停、水邪上泛。

综上可见,现代医家认为,慢性心力衰竭的病因以痰、水、血瘀、气滞和心气心阳虚衰为主,是一种本虚标实的病证。临床可以概括成心气心阳亏虚、瘀血阻滞及水液停留的气、血、水病变。其中心气心阳亏虚为本,血瘀、水肿为标,且气、血、水三者又可

以相互为病，相互转化。以脏腑辨证为中心，参以八纲及气血津液辨证，如在八纲辨证中，强调表证可以加重里证（心衰），心衰过程是因虚致实，实又可以更虚的恶性循环，强调阳虚为主，日久可以致阴阳两虚。在气血津液辨证中，因脏腑功能紊乱，可致水液代谢及血行失常，从而痰饮、瘀血由生。各医家临证经验虽各有不同、各有侧重，但总不离乎脏腑及气血津液两个方面。

参考文献：

- [1]刘小斌,刘友章.邓铁涛教授五脏相关学说略介[J].上海中医药杂志,2002,36(7)
- [2]刘小斌,邓铁涛教授对五脏相关理论的临床应用[J].中国中医基础医学杂志,2001,11(7):73-74
- [3]柯雪帆.心力衰竭辨证论治的经验体会[J].新疆中医药,1994,(2):1
- [4]柯雪帆.心力衰竭辨证论治的经验体会(续)[J].新疆中医药,1994,(3):1
- [5]詹青,李青,等.詹文涛治疗慢性心力衰竭心肺同治经验[J].山东中医杂志,2003,22(9):5
- [6]李青,等.詹文涛教授治疗难治性心力衰竭临床经验—附 84 例资料分析[J].中国中医急症,2002,11(5):375
- [7]张道亮,张晓星.辨证治疗难治性心力衰竭的经验[J].湖北中医杂志,2000,22(4):5
- [8]张道亮,张晓星.治疗慢性心力衰竭的经验[J].湖北中医学院学报,2000,2(1):30
- [9]于慧卿,晏青.邢月朋治疗顽固性心力衰竭的经验[J].湖北中医,2000,22(2):110

- [10]路广晁.周次清教授辨治心力衰竭的经验[J].中医药研究,1994,(1):3
- [11]李瑞,等.慢性心力衰竭的中医病机探讨[J].现代中医药,2003,(1):137
- [12]于天星,李祥国.赵锡武老中医治疗慢性心力衰竭的经验[J].中医杂志,1978,(11)
- [13]邹旭.以心脾相关理论试论心力衰竭的辨治[J].广州中医药大学学报,2007(5),419-421
- [14]严夏,等.颜德馨教授治疗心衰经验撷拾[J].实用中医内科杂志,2003,17(6):447
- [15]熊曼琪,龙新生.少阴病与慢性心力衰竭相关性探讨[J].新中医,1997,29(4):2-4
- [16]李立志.陈可冀治疗慢性心力衰竭经验[J].中西医结合心脑血管病杂志,2006,2(4):136-138
- [17]薛长玲.董燕平治疗慢性心力衰竭经验[J].中医药学刊,2004,17(4):2250
- [18]陈继婷.陈慈煦教授治疗风湿性心力衰竭经验[J].贵阳中医学院学报,2000,(6):23
- [19]范爱平.李介鸣治疗心力衰竭经验拾萃[J].北京中医,1995,(1):6
- [20]孟昭阳.林慧娟治疗心力衰竭临床经验[J].山东中医杂志,2004,23(3):178
- [21]周仲瑛.益阴助阳活血通脉法治疗慢性心力衰竭的临床研究[J].南京中医药大学学报,1998,12(3):34
- [22]何建成.浅谈慢性心力衰竭中医药治疗[J].甘肃中医,1999,12(4):10

作者简介：

颜芳（1975-），男，博士，主治医师。主要从事中医药治疗心血管病的研究工作。

编号：EA-10012154（修回：2010-03-04）

（上接 6 页）

4.3 “救阴不在血，而在津与汗”、“通阳不在温，而在利小便”是暑症救阴通阳的原则。要保津养液，防汗泻过多，温病通阳，不是温补阳气，而意在化气祛湿利小便。气机通，水道调则湿从小便而去，湿遏阳气也就迎刃而解，如灯心草、猫毛草、车前草、鲜竹沥汁等。

4.4 要注意疫情动向，根据传染病的法规接诊转送病人。

4.5 对标本同病仍按内科的辨证和时病辨证相结合，逐一施治，兼顾标本的先后缓急。

5 几点看法

5.1 由于气候的异常，使暑病可在其余三季出现。医者要经常关注季节的交替，特别是不正常的气候，以判断暑症的存在与否。如果认为夏季才有暑证，暑证只有出现在夏季，按部就班，那无异于刻舟求剑。

5.2 解热镇痛药、抗生素、激素在临床被滥用的现象

日益增多。目前的暑感多是由病毒引起，患者的白细胞一般都不升高，甚至偏低，中性粒比例也偏低，使用抗生素并没效果。解热镇痛药、激素这些药物虽短时间内退热效果好，但药效一过则热势更高，易掩盖病情，而在不适当的时候使用则会耽误病情。中医药的辨证论治仍然是有效的治疗手段，特别是结合民间的一些退热方法很有效果。

5.3 空调的使用要适当，室内外温差不要超过 6℃，室内温度不要低于 26℃，太热了可以再置点冰。

5.4 “法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常”，老祖宗之诚训仍是预防与治疗暑症变异的最基本要求和最直接最简便的方法。

以上是笔者对暑症变异的肤浅认识，知识的局限性、所处的地域性、见解的片面性在所难免，谨请专家指正。

编号：EA-100301146（修回：2001-03-01）

路志正教授调脾胃治疗胸痹医案 2 则

Professor LUZhi-zheng treating 2 cases
of chest by conditioning spleen and stomach李官红¹ 李平²

(1.成都中医药大学, 四川 成都, 610075;

2.中国中医科学院广安门医院, 北京, 100053)

中图分类号: R256.22 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0011-03

【关键词】路志正; 胸痹; 调理脾胃; 黄连温胆汤

中医药的优势与特色是辨证论治与个体诊疗, 此观点基本成为国内外医学与相关领域的共识, 而名老中医的经验具有很好的代表性。因此, 总结和整理名老中医的经验和学术思想对中医药的发展意义重大。路志正教授是中国中医科学院广安门医院主任医师, 博士生导师, 是首批享受国务院政府特殊津贴的专家, 系首批“国医大师”。善长疑难杂病的治疗, 对胸痹诊治疗效独佳。胸痹是指因胸中阳气不足, 浊阴上逆, 痰浊瘀血寒邪凝结阻滞, 胸阳失宣, 气机闭郁, 甚则脉络阻塞不通, 以胸中窒闷而痛或胸痛彻背为主要表现的病证。类似“冠心病心绞痛”等病症。据世界卫生组织(WHO)的统计, 其发病率、死亡率均居各种疾病之前列, 是世界上四大疾病之一^[1]。路老调理脾胃法治疗胸痹突出了中医整体观和辨证论治, 调理后天之本以治疗心病, 具有独特的见解, 论治着眼于“调中央以通达四旁”。路老在《内经》“人以胃气为本”和张仲景“四季脾旺不受邪”、“保胃气, 存津液”的学术思想指导下, 并受李东垣、叶桂等医家影响, 临证重在升降相宜而顾其润燥, 升脾阳、降胃气, 健脾益气, 清养胃阴, 调畅气机, 法取中庸, 勿劫胃津, 勿伤脾阳, 气机通畅, 脾胃健运胃气来复, 诸病自除。具体治疗分为五法。中气不运者, 当健脾胃补中气, 中气盛则宗气自旺; 营血亏虚者, 当调脾胃助运化, 脾运健则营血丰; 湿浊痹阻者, 当芳香化浊, 湿祛则胸阳自展; 痰浊壅塞者, 当健脾化痰, 痰消则血脉自通; 中焦虚寒者, 当温中散寒, 寒散则阳气自运, 营血畅行^[2]。笔者有幸整理学习路老医案, 耳濡目染, 略有所得, 不揣浅陋, 举述验案 2 则。

例一: 患者甲, 初诊日期: 2005 年 8 月 16 日。主诉: 胸闷胸痛 3 月。现病史: 2005 年 5 月出现胸闷胸痛, 曾在宣武医院诊断为冠心病心绞痛, 服硝酸甘油及消心痛, 药后面潮红, 心悸不宁; 又改服心痛

定治疗, 药后头胀痛, 遂请中医诊治。阴雨天及饱食后易发, 形体丰腴, 头昏, 心悸, 眠差, 脘闷纳差, 恶心欲吐, 口粘口苦, 不欲饮水, 肢体沉重, 舌质淡红, 舌体胖, 边有齿痕, 舌苔黄腻, 脉象沉滑。既往体健。路老辨证为: 胸痹心痛; 痰热内蕴, 胸阳痹阻。法当健脾涤痰, 佐以清热。汤药以黄连温胆汤合小陷胸汤加减: 黄连 6g, 瓜蒌 15g, 枳实 12g, 半夏 10g, 陈皮 10g, 石菖蒲 12g, 茯苓 12g, 郁金 10g, 竹茹 10g, 旋复花 6g (包煎)。

二诊: 患者遵医嘱服上方 7 剂, 胸闷胸痛、心悸眠差减轻, 恶心欲吐、脘闷纳差消失, 仍肢体沉重, 头昏, 口粘口苦, 舌质淡红, 舌体胖, 边有齿痕, 舌苔黄腻, 脉象沉滑。路老认为证候未变, 在原方基础上加黄芩 10g, 薤白 12g。

三诊: 患者遵医嘱服上方 14 剂, 胸闷胸痛减轻, 头昏、肢体沉重减轻, 已无口苦, 仍口粘, 舌质淡红, 舌体胖, 舌苔薄白略腻, 脉沉滑。路老辨证后认为此乃痰痹已开, 胸阳复展, 但脾虚尚未恢复, 基本治疗方法不变。患者仍口粘, 舌苔转为白腻, 热像已不明显, 故上方去苦寒的黄连, 黄芩, 竹茹, 加苍术、白术、苏梗、荷梗各 10g, 太子参 15g。服 14 剂, 2 月后随访偶有胸痛, 无其它不适。

体会: 路老认为本病机理属少阳三焦, 痰热为患, 病位在脾胃。脾不运湿, 湿聚成痰, 痰停胃脘, 故阴雨天易发, 胸脘闷, 纳差, 恶心欲吐, 舌胖大, 苔黄腻脉沉滑, 少阳有热, 阻碍清阳上升, 反为痰热上扰, 故头昏, 胆热乘胃, 浊阴上逆而为恶心呕吐, 痰热壅于少阳, 阴阳升降之机被阻, 则心烦不眠, 痰热扰心, 则心悸易惊。叶氏《外感温热篇》说: “邪留三焦, 亦如伤寒中少阳病也。彼则和解表里之半, 此则分消上下之势。随证变法, 如近时杏朴苓等类, 或如温胆汤之走泄。”汤药中以枳实行气导滞, 陈皮芳香化浊,

展其气机；半夏燥湿祛痰，茯苓淡渗利湿，祛其湿浊；再加黄连、竹茹清热止呕，共分消走泄之功。郁金、菖蒲开窍醒神。加瓜蒌含小陷胸汤之意，专治痰热结于心下的“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者”之证。瓜蒌开胸散结，清热涤痰；黄连助瓜蒌泻热降火，半夏助瓜蒌降逆消痞。半夏与黄连同用，一辛一苦，辛开苦降能开痰热之互结。方中少许旋复花，降肺气以利大肠，降胃气而止呕恶，体现了路老用药轻灵的特点。二诊时虽诸证减轻，但痰热仍在，路老加黄芩，黄连、黄芩配伍，苦寒降泄，以清中焦湿热。疼痛因于气郁痰滞，胸阳痹阻，法当开胸豁痰，通阳宣痹，使痰祛气疏则痹结开而胸阳振，胸阳振则疼痛愈。故加薤白辛温通阳，豁痰下气。三诊时痰痹已开，胸阳复展，但脾胃尚虚，治疗当以健脾补益为主，故去苦寒的黄芩、黄连、竹茹，加苍术、白术健脾除湿，太子参补气生津。

例2：患者乙，初诊日期：2007年10月10日。主诉：胸闷胸痛3年。现病史：2004年因胸闷胸痛入东方医院，检查后诊断为心梗。后转入北京医院行支架手术治疗，术后症状好转。07年3月份又因胸前区闷痛，入北京医院，检查后诊断为心梗。再次行心脏支架手术，术后恢复良好。现无胸闷气短，无心悸乏力，酒后睡眠打鼾，睡眠易醒，饮食可，口干欲饮，大便正常，小便偏黄，烦躁易怒，血压：130mmHg/80mmHg（服药后），不服药血压：140/100mmHg。患者两次冠脉支架术后，总体情况尚可。既往体健。舌质紫暗，舌体中，舌苔薄微腻，脉象弦滑。路老辨证为胸痹；湿浊内阻，胆胃不和。法当芳香化湿，清胆和胃。汤药以黄连温胆汤合藿朴夏苓汤加减。太子参15g，西洋参10g，苏梗10g，荷梗10g，茵陈12g，厚朴花12g，竹半夏10g，旋复花10g（包煎），炒山楂12g，炒神曲12g，炒麦芽12g，鸡内金12g，炒杏仁9g，炒薏米20g，胆星10g，茯苓30g，柏子仁18g，黄连6g，娑罗子10g，炙甘草8g，炒枳实15g，竹沥汁30ml。

二诊：服药后明显改善，打鼾减轻，饮食可，睡眠易醒，大小便正常，口干减轻，心烦减轻，舌质暗淡，舌体适中，舌苔薄白，脉沉弦小滑。上方不变。

三诊：晨起时有头晕，头晕部位颠顶或头两侧，血压：120~130/70~80mmHg，饮食可，睡眠可，大便不成形，舌质暗淡，舌体中，舌苔白腻，脉沉弦小滑。去茵陈、旋复花，加柴胡12g，荷叶12g。

四诊：打鼾减轻，头晕消失，饮食可，睡眠可，大便不成形小便正常，舌质暗淡，舌体中，舌苔薄白，脉沉滑。上方去柴胡，荷叶，加炒苍术12g，泽泻15g。

1月后随访，病情平稳，诸证有所减轻。

体会：路老认为本病病机为胆胃不和，湿浊为患，标实本虚，病变部位在于中焦。胆胃不和，湿滞阳明之表，阳气内蕴，热扰神明，故睡眠易醒，烦躁易怒；郁热伤津，加之患者经两次心脏手术，年过四十，《素问·阴阳应象大论》说：“年四十而阴气自半也，起居衰矣”，故见口干欲饮，小便偏黄，阴不入阳则眠差。薛生白《湿热篇》说：“湿热证属阳明、太阴经者居多，中气实则病在阳明，中气虚则病在太阴。”阳明实故饮食可，太阴虚则木郁，故烦躁易怒，阴虚阳亢，故血压较高，脉弦。患者酒食不节，脾胃自伤，运化不及，宗气不足，内外神疲则打鼾，气虚血行不畅则舌紫暗。汤药中以胆星、竹沥汁、枳实清热化痰和胃，半夏黄连配伍，辛温苦降清热燥湿化痰，苏梗、荷梗、厚朴花宽胸利膈、利湿和胃，茯苓、薏苡仁健脾化痰，利水渗湿，《世补斋医书》说：“茯苓一味，为治痰主药，痰之本，水也，茯苓可以行水。痰之动，湿也，茯苓又可以行湿”。杏仁开宣肺气于上，茵陈清热利湿于下，使水道畅通，湿有去路，旋复花能除水、下气，共凑开源浚流之功。娑罗子疏肝解郁，柏子仁养心安神。太子参补益脾肺、益气生津，西洋参补气养阴，清热生津，《本草从新》说：“补肺降火，生津液，除烦倦。”山楂、神曲、麦芽、鸡内金健脾消食，且山楂善消肉积，神曲消酒食陈腐之积，甘草调和诸药。二诊时效不更方。三诊时出现了晨起时有头晕，头晕部位颠顶或头两侧，大便不成形，此时病邪由里出表，属少阳证，少阳下出肾系，上联心肺，内接胃肠，外近肌肤，故邪在少阳可影响五脏木不疏土，土湿木郁，故头晕腹泻，故去茵陈，旋复花，加柴胡以宣畅气血，推陈致新，荷叶清香升散，健脾升阳。四诊时头晕止，仍腹泻，加炒苍术，泽泻燥湿健脾。

路老认为，现代人若肥甘无度，饥饱不调，情志过极，劳逸过度，致使脾胃损伤，气血亏虚。脾失运化则湿浊中阻，积久生痰，湿浊上蕴胸中，则胸阳不展，胃失降纳则痰浊上逆，阻滞血脉，则痹而不通；气虚无以上奉，宗气匮乏，久则心阳虚衰，血亏无以灌注，则血脉不充，脉道滞涩，久则脉络不通，合而为胸痹。胸痹病虽有虚实寒热之分，在气在血之异，然胸中阳气虚衰，邪气乘虚入侵阳位，痹阻气机而致本虚标实之证是其共同的发病机理。正如喻嘉言所说：“胸中阳气，如离照当空，旷然无外，设地气一上，则窒塞有加，故知胸痹者，阳气不用，阴气上逆之候也”。叶天士亦指出：“若夫胸痹者，但因胸中阳虚不运，久而成痹”。胸中阳气，又名宗气，《黄帝内经》有：“食气入胃，浊气归心，淫精（下转14页）”

从中医“治未病”思想谈亚健康状态的防治

Prevention and cure of sub-healthy state by TCM

刘丰兰 谢慧明

(江西省安远县人民医院, 江西 安远, 342100)

中图分类号: R47 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0013-02

【摘要】 由于亚健康状态是一种中间状态, 不具备西医学对疾病的诊断标准, 所以西医学对其治疗往往束手无策。中医学认为其主要病因病机是, 长期情志不遂、疲劳过度、饮食不节、起居无常、年老体衰, 导致脏腑气血阴阳失调或正气耗伤, 而出现一系列临床症状。其中情志不节, 七情内伤是亚健康状态的主要病理环节。中医学早在《内经》就提出“治未病”的防治思想。从整体观念出发, 一方面或轻者, 通过心理治疗, 自我调节, 从而达到调和阴阳, 增强机体免疫功能; 同时另一方面或重者, 运用中医的辨证施治, 调整脏腑气血阴阳, 从而达到“阴平阳秘, 精神乃治”的平衡状态。运用中医“治未病”思想对亚健康状态进行防治, 发挥着独特重要的作用, 具有潜在的优势。

【关键词】 治未病; 亚健康状态; 中医药防治

据 WHO 研究表明, 亚健康状态已严重影响了人们的生活、学习和工作, 所以对亚健康状态的防治意义重大。由于亚健康状态是一种中间状态, 不具备西医学对疾病的诊断标准, 所以西医学对其治疗往往束手无策。中医则侧重于对功能的考察, 因而对功能改变作用明显。所以, 对于亚健康状态这种无器质性病变的“病态”来说, 中医学的防治具有明显的优势。

1 中医学对亚健康状态的认识

中医学没有亚健康状态一词, 但它的未病理论与之是一致的。早在《内经》就提出“治未病”的防治思想。所谓“未病”的含义就包涵是指疾病的前状态、临床潜伏期、某种疾病的前兆, 也就是我们所说的亚健康状态。中医学认为其主要病因病机是, 长期情志不遂、疲劳过度、饮食不节、起居无常、年老体衰, 导致脏腑气血阴阳失调或正气耗伤, 而出现一系列临床症状。其中情志不节, 七情内伤是亚健康状态的主要病理环节。《灵枢·口问》指出: “心者, 五脏六腑之主也, ……故悲哀忧愁则心动, 心动则五脏六腑皆摇。”强调心神情志因素是影响机体的重要因素。《灵枢·百病始生》曰: “喜怒不节则伤脏”。具体伤及内脏如《素问·阴阳应象大论》说: “怒伤肝、喜伤心、思伤脾、悲伤肺、恐伤肾。”《素问·举痛论》又曰: “百病皆生于气”。说明情志因素是直接作用于机体, 使脏腑气血发生改变的原因。还有《素问·宣明五气》曰: “久视伤血, 久坐伤肉, 久立伤骨, 久行伤筋。”《素问·举痛论》说: “劳则气耗。”可见长期情志失调, 劳逸失节, 必然会导致气血阴阳失调, 脏腑功能受损。以上中医学对亚健康的有关认识

与现代医学是一致的, 现代医学认为导致亚健康的主要原因是, 因生活、工作节奏加快, 工作学习、心理、社会、家庭等压力不断加重, 长期处于紧张状态, 使人精力不足, 体力下降, 心情不舒畅, 饮食不规律, 睡眠不足, 劳逸失常, 再加上自然衰老等等, 使人们的生理功能紊乱而导致身心病态。

亚健康状态的临床表现, 多属于中医学中诸多杂病的证候表现。如: 郁证, 心悸, 胸痹, 不寐, 头痛, 眩晕, 虚劳等病的症候。根据病因病机, 中医对之辨证分型可有: 肝郁气滞; 或脾失健运, 痰湿内生; 或肝肾不足, 阴虚火旺, 心肾不交; 或心血不足, 气血亏虚; 或气虚血瘀等等。

2 中医学对亚健康状态的防治

中医学历来就重视预防, 在《内经》中就提出了“治未病”的预防思想, 强调“防患于未然。”“无病早防, 有病早治。”“未病先防, 既病防变。”这与现代医学“预防为主”的原则是一致的, 包括亚健康状态。正如《素问·四气调神大论》所说: “圣人不治已病治未病, 不治已乱治未乱。……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?”这就生动地指出了“治未病”的重要意义。所谓防治亚健康状态, 包括未病先防和亚健康状态向健康或疾病转归两方面的内容。中医学从整体观念出发, 一方面或轻者, 通过心理治疗, 自我调节, 从而达到调和阴阳, 增强机体免疫功能; 同时另一方面或重者, 运用中医的辨证施治, 调整脏腑气血阴阳, 从而达到“阴平阳秘, 精神乃治”的平衡状态。

2.1 心理治疗, 自我调节

中医认为情志和心理因素是导致亚健康状态的重要原因,要预防、缓解或趋向健康,就要保持心情舒畅,心理健康。这没什么药物治疗,只能靠自身调节。俗话说“知足者常乐”。老子说:“乐莫大于无忧,富莫大于知足。”“无忧”和“知足”就是自我内心世界调解的结果。这样就会总有好心情。因人受外界因素影响很大,还要学会调控情绪,消除紧张,缓解压力。遇事要冷静、理智。要心胸开阔,自我调节,使自己始终保持积极乐观向上的态度。还可以通过聊天,看电影,听音乐,唱歌跳舞等调解。另外,走进大自然是缓解亚健康状态的最好方法。游山玩水看森林等,会使人身心放松,缓解压力;还使人心旷神怡,心胸豁达开朗。这无形中就提高了人的生命活力。再加上新鲜空气和阳光,使身体得到充分的恢复。这样就能正气内存,气机调畅,气血阴阳平和,而身心健康,不会导致亚健康状态;或对轻者能调向健康。《素问·上古天真论》就说:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来。”

现代人由于种种原因睡眠不足常见,但只有保证充足的睡眠和休息,才能使大脑及身体处于恢复状态,疲劳得以解除,获得充沛的精力和体力。同时饮食起居要有规律,为健康长寿打好基础。《素问·上古天真论》说:“饮食有节,起居有常,不妄作劳,故能形与神俱,而尽终其天年,度百岁乃去。”还有加强体育锻炼,强壮体魄也非常重要。《素问·遗篇·刺法论》说:“正气存内,邪不可干。”因此,增强体质,是提高正气抗邪能力的关键,是防治各种疾病的最佳方法,对预防及改善亚健康状态也无不裨益。

2.2 辨证施治

亚健康状态者表现出诸多中医病证的症候群,我们运用中医理论正确地辨证施治,合理用药,而调达气机,调理气血,疏通经络,调和阴阳,使脏腑功能

恢复平衡,从而达到治疗目的。使亚健康状态者缓解症状或恢复健康。

临床上通过辨证而常选用的方剂有:丹栀逍遥散,柴胡疏肝散,甘麦大枣汤,归脾汤,天王补心丹,血府逐瘀汤,左归饮,右归饮,生脉饮,天麻钩藤饮,半夏厚朴汤等等,加减化裁,灵活运用,必能奏效。在药物选择中,中医认为能提高人体兴奋,消除精神抑郁,增强机体免疫,防治亚健康状态的药物大多为补益类,理气类,祛湿类,活血化瘀类等。如:人参、黄芪、当归、丹参、三七、枸杞子、五味子、何首乌、冬虫夏草等等。各种中药的应用在治疗中只要辨证得当,都有改善不同亚健康状态的作用。

另外,在祖国医学中针灸对防治亚健康状态也是一种非常理想、安全有效的方法。通过针灸调理气血,疏通经脉,调节全身系统,具有预防保健和治疗的双向调整作用。《扁鹊心书》云:“于人无病时,常灸关元、气海、命门、中脘……虽未得长生,亦可保命,百余年矣。”临床还可选足三里、血海、三阴交、内关、神门、阿是穴等穴位,只要辨证准确,针法得当,针灸在防治亚健康状态中就能发挥其应有的作用。

总之,在人们追求健康同时,别忘了亚健康状态的致病因素无时不在您身边,影响或威胁着您的健康。特别是在现代日益发展又竞争激烈的社会,保证身心健康,防治亚健康状态意义更重大。而运用中医“治未病”思想对亚健康状态进行防治,发挥着独特重要的作用,具有潜在的优势。

作者简介:

刘丰兰(1960-),女,大专学历,现任安远县人民医院主治中医师。主要从事预防保健及中医内、妇科临床工作。

谢慧明(1958-),男,大学本科学历,现任安远县人民医院副主任中医师、副院长。主要从事中医内科、妇儿科临床工作。

编号:EA-100221132(修回:2001-03-10)

(上接12页)于脉”;“饮入于胃,游溢精气,上输于脾;脾气散精,上归于肺”之训,更有“胃之大络,名曰虚里,贯膈络肺,出于左乳下,其动应衣,脉宗气也。”由此可知,宗气的强弱,与脾胃的健运与否有直接关系,心肺虽居上焦,实赖脾胃之健运,脾胃为宗气之源。脾胃为后天之本,气血生化之源,脾主升运,胃主降纳,叶氏《临证医案指南》有云:“脾宜升则健,胃宜降则和”。故路老在调理脾胃治疗胸痹时,尤重调其升降,常升清降浊之法并用。此外,脾胃健运,则湿不聚,痰难成,亦为除痰打下基础。从根本上起到健脾益气养心而治疗胸痹之效。^[3]

参考文献:

[1]宋军,路志正教授调理脾胃法治胸痹的经验[J].中华医药学刊,2008,26(8):1648

[2]高荣林,朱建贵,李平,等.路志正调理脾胃学术思想探讨[J].中国中医基础医学杂志,2006,12(2):158

[3]李平,等.路志正从脾胃论治胸痹经验[J].中华医药杂志,2009,24(3):41

作者简介:

李官红,成都中医药大学硕士研究生。

基金项目:

首都特色临床医学技术发展研究项目(No.Z07050700690718),“十一五”国家科技支撑计划(No.2007BAI10B02-07)。

编号:EA-10012777(修回:2001-03-08)

英国的中医临床病种分类及分析

The types and analysis of TCM clinical disease entities in British

龚 标

(重庆医科大学中医药学院, 重庆, 401331)

中图分类号: R19 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0015-03

【摘要】 目的: 对英国中医临床病种进行分类和分析。方法: 病例资料来源从 2007 年 11 月 1 日至 2008 年 10 月 31 日, 作者本人在英国中医公司分支机构诊治的病人人次, 病种分为 7 类, 即疼痛性疾病、内科疾病、皮肤病、五官科疾病、保健、减肥和戒烟。结果: 共治疗病例人次 2166 人次, 疼痛性疾病 1005 人次, 占总数的 46.40%, 内科性疾病 554 人次, 占总人次的 25.58%, 皮肤病 156 人次, 占总数的 7.20%, 五官科疾病 114 人次, 占总数的 6.88%, 保健 162 人次, 占总数的 7.48%, 减肥 80 人次, 占总数的 3.69%, 戒烟 60 人次, 占总数的 2.77%。结论: 中医在治疗疼痛性疾病, 以及其它疾病方面的独特优势, 对英国西医治疗病种有很强的互补性。

【关键词】 英国; 中医临床; 病种分类; 分析

【Abstract】 Objective: It is the types and analysis of TCM clinical entities in British. Method: The disease entities data were collected from Nov.1 2007 to Oct.31 2008, and the patients who were diagnosed and treated by the author himself came mainly from Branch institution, TCM company in British. There are 7 types of disease entities, that is pain disease, internal medical disease, dermatologic disease, five organs disease, health care, weight reduction and smoke abatement. Result: The total numbers of patients is 2166, 1005 to pain disease, 46.40% in total, 554 to internal medical disease, 25.58% in total, 156 to dermatologic disease, 7.20% in total, 114 to five organs disease, 6.88% in total, 162 to health care, 7.48% in total, 80 to weight reduction, 3.69% in total, 60 to smoke abatement, 2.77% in total. Conclusion: TCM has peculiar dominancy in treating pain disease and other diseases and it is supply to the western medicine in British.

【key words】 British; TCM clinic; the types of disease entity; analysis

随着西方发达国家医疗费用的不断增加, 以及 20 世纪 90 年代西方国家追求回归自然的浪潮, 中医药受到越来越多的国家的关注。在针灸被西方主流医学广泛接受的同时, 中药也逐渐被接受。中医药因其在医疗、保健等方面的独特优势, 或者说针对西医不能或不擅长治疗的疾病, 中医在西方发达国家更是西医治疗的“功能性”补充, 使其被西方发达国家的民众所接受。

1 背景介绍

2005 年戈德·埃斯多 (Gerd Ersdal) 博士对欧洲 29 个国家替代医学的法规和从业人员做了调研。他将这 29 个国家的行医执业管理分为全控管制度 (all-regulated system) 和半控管制度 (semi-regulated system)。其中有 19 个国家实行了全控管制度, 这些国家包括德国、法国、意大利、西班牙、瑞士、奥地利、比利时等。另外 10 个国家实行半控制, 这些国家包括英国、荷兰、丹麦、瑞典、挪威、芬兰等^[1]。比

如瑞士的中医师只有在西医转诊的情况下, 才能给求治患者施行治疗, 中药也是使用药精, 不能使用原生药材; 而英国的患者可以直接向中医师求治, 中药原生植物药材被广泛使用, 但矿物类和动物类中药被禁止使用。

通过向英国的中医公司提供中国的中医药学院的毕业文凭、中医师资格证和中医师执业证的英文公正材料, 英国的中医公司提供聘用合同并向英国内政部提出申请, 就可获得英国中医师工作签证, 即 TCM doctor 工作签证。英国的 TCM doctor 工作签证可以在英国从事针灸治疗、中药治疗和推拿治疗工作。从 2008 年 9 月份以后, 申请英国的 TCM doctor 工作许可需要雅思成绩 5.5 分。

2 临床资料

病例资料来源从 2007 年 11 月 1 日至 2008 年 10 月 31 日, 时间周期正好一年, 所有病例均来自作者本人在英国中医公司的分支中医诊所亲自诊治的病人。

病例总人次 2166 例，男性 1077 例，占总人次的 49.72%，女性 1089 例，占总人次的 50.23%；年龄 11～89 岁，平均年龄 44.63±13.68。

表 英国中医诊所诊疗病种分类

病种类别	人次	%	疾病
疼痛性疾病	1005	46.40%	颈椎病，腰痛，肩关节周围炎，坐骨神经痛，痛风，风湿，术后疼痛，运动损伤，肌腱疼痛，肌纤维炎，肢体麻木，震颤，面瘫和面肌痉挛，等。
内科疾病	554	25.58%	高血压，头痛，偏头痛，失眠，动脉炎，胃痛，胃炎，咳嗽，肺炎，哮喘，不孕，月经不调，子宫内膜移位，压力，抑郁，早泄，膀胱炎，脱发，甲亢，甲低，等。
皮肤科疾病	156	7.20%	湿疹，牛皮癣，痤疮，风疹，皮炎，狼疮，老年性皮肤瘙痒，等。
五官科疾病	114	6.88%	耳聋，耳鸣，鼻窦炎，咽炎，等。
保健	162	7.48%	感觉针灸或按摩对健康有益。
减肥	80	3.69%	通过针灸减肥。
戒烟	60	2.77%	通过针灸戒烟。

附注：头痛、偏头痛、胃疼等由于病因复杂，往往需要从内科角度诊断和治疗，所以归在内科疾病里。中医诊所零售药品病种没有统计在内，这类主要是小儿湿疹和减肥产品销售。

从以上的病种分类来看，在国外从事中医药临床，疼痛性疾病几乎占了一半的病例人次，同时也要求具有内、妇、皮肤科、五官科等全科医学知识。作者在英国中医临床治疗的病种与北京中医药大学与德国施道丁格集团合作建立的德国魁茨汀中医院的中医临床治疗病种很相似^[2]。

英国求治中医药，均是自费。瑞士、加拿大、澳大利亚等国家，针灸治疗可以从医疗保险中报销。日本的医疗保险支付针灸的病种限制在神经痛、类风湿、劲腕症候群、五十肩、腰痛等几个病种^[3]。这说明针灸推拿治疗疼痛性疾病是发达国家医学“功能补充”的主要方面。

3 英国中医热的缘由

中医没有在不平的非洲兴旺，反而在医疗技术发达的英国等西方国家兴旺，主要有以下几方面的因素。一是英国就诊难，比如我治疗的一个腰痛患者，从事电工工作的他，腰痛已经严重影响他的工作了，他到医院去就诊，预约做 X 片是 2 个月后的了，当我给他治好后，他的预约都还没有等到；这与英国的全民医疗免费体制有一定关系，这也是为什么西方福利国家为了降低政府医疗开支大量引进中医师的缘由之一。二

病种分为：疼痛性疾病，内科疾病，皮肤科疾病，五官科疾病，健康保健，减肥和戒烟 7 大类。

是西医治疗疼痛性疾病除了手术等治疗手段外，缺乏经济有效的保守治疗方法，比如肩关节周围炎的患者，最常见的就是手术治疗或者封闭治疗，手术治疗的结果是更多的功能康复费用和后遗症。三是西医在某些疾病上存在认识误区，比如湿疹、牛皮癣、痤疮等皮肤病，西医通过外治，而中医更多的时候是采用内治；现在已经有很多英国的医生认识到中药在治疗皮肤病内治方面的优势，我就曾治疗过英国医生推荐一个患红斑狼疮的病人来服中药的案例。

4 结 语

中医在英国执业生根，最主要的原因还是中医的疗效被英国民众所接受，并且逐渐被部分西医临床医生所接受。西方主流医学在接受针灸的同时，也开展了一些针灸方面的研究，比如英国医疗机构对 401 例头痛病人的实用性随机对照研究证明针刺治疗疼痛和偏头痛有确切的疗效^[4]，进而对针灸的经济学也做了相关的分析^[5-7]；现在已逐渐接受中药治疗^[8]，比如肿瘤等^[9-10]，更年期综合症^[11]等。这充分说明中医在治疗疼痛性疾病，以及其它疾病方面的独特优势，对英国西医疗病种有很强的互补性。

中西医学尽管面对同样的人体和疾病，但由于研究角度和方法不同，形成了两种不同的医学范式，它们从各自不同的层面上总结出了不同的医学理论，并利用了不同的方法和手段来进行治疗疾病，增进健康，（下转 18 页）

诱发儿童支气管哮喘的常见因素及对策

Common factors and countermeasures of bronchial asthma in children

刘 红

(湖北中医药高等专科学校, 湖北 荆州, 434020)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0017-02 证型: GDA

【摘 要】 目的: 通过对诱发儿童哮喘的因素分析, 帮助制定对该病进行早预防、早治疗的对策; 方法: 合理采用四类调查项目, 结合患儿到医院或家访、电话沟通等形式构成完善的分析资料; 结论: 了解哮喘的发病规律, 掌握其突发病的特点, 通过有效的哮喘防治教育与管理, 可以实现哮喘临床控制。

【关键词】 儿童哮喘; 常见因素; 对策

儿童支气管哮喘是小儿常见的呼吸道疾病, 近年来有逐年增多的趋势。哮喘反复发作对患儿生长发育、生活、学习影响尤其明显, 家长及患儿自己应对此足够重视, 采取有效的早预防、早治疗的措施很有必要。同时, 积极防治儿童支气管哮喘对防治成人支气管哮喘有重要的意义。

1 对象与方法

1.1 对象

2006 年 6 月至 2009 年 5 月期间, 在妇幼保健院儿科就诊的 301 例哮喘患儿, 男 161 例, 女 140 例。

1.2 方法

根据哮喘临床诊断标准^[1]制定出调查项目。①主要症状和体征: 包括喘息、气短或胸闷, 阵发性咳嗽; 肺部有哮鸣音, 必须反复发作 ≥ 3 次; ②诱发因素; ③喘息好发季节; ④治疗措施及效果。综合上述调查项目填表并建立哮喘患儿病案。采取患儿到医院或家

访、电话沟通等形式完善分析资料。

2 结 果

2.1 人口学特征

年龄 1~3 岁 133 例 (44.2%); 4~6 岁 66 例 (21.9%); 7~9 岁 63 例 (占 20.9%); 10~14 岁 39 例 (占 13.0%)。农村 61 例 (20.3%); 城市 240 例 (79.7%)。年龄 1~6 岁患儿反复发作频率高, 城市儿童较农村儿童患病比例高。

2.2 诱发因素

本组病例主要可见四种诱发因素, 其中“敏感原”引起发病 5 例、“感染”引起发病 91 例、“气候转变”引起发病 150 例、“运动及情绪”引起发病 55 例。以诱发因素结合年龄分段统计形成表一。气候转变诱发因素在本组病例中所占比例最高, 春末夏初 (四五月份) 和夏末秋初 (九月份) 两个监测点平均发病率 49.8%, 几近一半。感染诱发因素占比次之。

表一 诱发因素分年龄段统计

	1~3 岁	4~6 岁	7~9 岁	10~14 岁	合计 n (%)
敏感源	1	1	2	1	5 (1.7)
感染	40	17	22	12	91 (30.2)
气候转变	86	34	22	8	150 (49.8)
运动及情绪	6	14	17	18	55 (18.3)
合计	133	66	63	39	301

3 讨 论

气温骤变对人体是一种刺激因素, 可以影响神经、内分泌及免疫功能, 儿童对外界气温突变的适应能力较差, 因此更容易发病。小儿肺部处于发育期, 肺泡

数量较少, 弹力纤维发育较差, 血管丰富, 间质发育旺盛, 致肺含血量多而含气量少, 易于感染^[2], 继而诱发哮喘。运动时身体需要大量的氧气、情绪激动例如大笑大闹时, 都需要作深呼吸, 这便有可能引起呼

吸管道狭窄,诱发哮喘。虽然目前哮喘尚不能根治,但了解哮喘的发病规律,掌握其突发病的特点,通过有效的哮喘防治教育与管理,可以实现哮喘临床控制^[3]。哮喘的本质、发病机制,哮喘发作的征象、应急措施和急诊指征,哮喘加重的先兆、症状规律及相应家庭自我教育方法、正确的家庭治疗护理是哮喘教育的重要内容。建立医患之间的伙伴关系,以医院专科门诊为基础,建立哮喘之家、哮喘俱乐部、哮喘联谊会等组织,让哮喘患儿及其家属对哮喘防治有一个正确、全面的认识和良好的依从性,坚持治疗,有问题及时沟通。前瞻性纵向调查证实与特应性有关,而特应性与环境因素、遗传关系密切^[4]。指导患儿家属确定并减少与触发因素接触,如尽量减少空气抗原接触,减少被动吸烟,婴儿出生后6个月内母乳喂养,避免高抗原饮食。家中常备平喘药物和必要的设备如峰流仪、雾化吸入器,以便应急使用,发作时要镇静、休息,维持足够的水份。

在哮喘长期管理治疗过程中,尽可能采用客观的评估哮喘控制方法,连续监测,提供可重复的评估指标,从而调整治疗方案,确定维持哮喘控制所需的最低治疗级别,维持哮喘控制,降低治疗成本。

参考文献:

- [1]支气管哮喘的定义,诊断,严重程度分级及疗效的判断标准(修正方案)[J].中华结核和呼吸杂志,2004(哮喘增刊):5
- [2]小儿支气管哮喘呼吸系统解剖生理特点[M].人民卫生出版社.儿科学,第6版:302
- [3]哮喘防治教育与管理[J].中华儿科杂志,2008,第46卷,第10期:749
- [4]全国小儿哮喘南片协作组.我国中南、西南地区儿童哮喘流行病学调查研究[J].实用儿科杂志,2004,8(2):105

作者简介:

刘红(1977-),女,籍贯湖北荆州,1999年大学毕业,在职本科学历,学士学位,主治医师职称。

编号:EA-100309160(修回:2010-03-09)

(上接16页)

两种医学范式具有较大程度的“不可通约性”。两种认识都具有相对性,都有自身的合理性和局限性。德国汉学及中医理论和方法论教授满晰驳在谈到中西科学和医学方法论时强调:我们应当习惯于这样的观念:它们是沿着不同的道路朝着严格意义上的科学这同一峰顶攀登的两支不同的队伍。显然,为了达到同一目标—理性对确定的经验事实的惟一定义,可以采用不同的方法。

参考文献:

- [1]Dr Gerd Ersdal,Cand Polit,Susanne Ramstad.Jurisdiction,supervision and reimbursement status in the EEA area (EU and EFTA)and Switzerland.
<http://www.cam-cancer.org>
- [2]王耀献.在国外建立中医院的实践.中国医院院长,2007,13:51
- [3]仝选甫.从日本中医药发展现状探讨未来国际间发展与合作领域[J].中医药管理杂志,2006,14(1):51-53
- [4]Vickers AJ,Ress RW,Zollman CE,et al.Acupuncture for chronic headache in primary care: large,pragmatic, Randomized trial.BMJ,2004,328(7442):744-749
- [5]Ratcliffe J,Thomas KJ,MacPherson,et al.A randomized controlled trial of

acupuncture care for persistent low back pain:cost effectiveness analysis.

BMJ,2006,333(7569):626-630

[6]Thomas KJ,MacPherson H,Ratcliffe J,et al.Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain.Health Technol Assess,2005,9:1-109

[7]Wonderling D,Vickers AJ,Grieve R,et al.Cost effectiveness analysis of randomised trial of acupuncture for chronic headache in primary care.BMJ, 2004,328(7442):747-751

[8]Tan BK,Vanith J.Immunomodulatory and antimicrobial effects of some traditional chinese medicinal herbs:a review.Curr Med Chem,2004,11(11): 1423-1430

[9]Konkimalla VB,Efferth T.Evidence-based Chinese medicine for cancer therapy.J Ethnopharmacology,2008,116(2): 207-210

[10]Efferth T,Li PC,Konkimalla VS,et al.From traditional Chinese medicine to rational cancer therapy.Trends Mol Med,2007,13(8):353-361

[11]Scheid V.Traditional Chinese medicine-what are we investigating?The case of menopause.Complement Ther Med,2007,15(1):54-68

编号:EA-100219116(修回:2010-03-02)

麻玄止咳合剂对 COPD 缓解期肺功能的影响

The efficiency of MZX in the treatment of the paracmasis of chronic obstructive pulmonary disease

杨 劼 苏先华

(四川省内江市第二人民医院, 四川 内江, 641000)

中图分类号: R322.3+5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0019-02 证型: GBD

【摘要】 目的: 研究我院自制处方中成药麻玄止咳合剂治疗 COPD 缓解期的临床疗效。方法: 选择符合 COPD 缓解期诊断的我院病人 50 例, 随机分为麻玄止咳合剂组 (25 例) 和对照组 (25 例)。治疗 30 天后, 测定患者肺功能中 FEV1/FVC、FEV1%预计值的变化。结果: 麻玄止咳合剂组患者的 FEV1/FVC、FEV1%预计值均较对照组提高, 结果有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 麻玄止咳合剂能明显改善 COPD 缓解期患者的肺功能, 临床疗效佳, 可在临床中推广应用。

【关键词】 麻玄止咳合剂; 慢性阻塞性肺病; 呼吸; 肺功能; 中医药疗法

【Abstract】 Objective: To investigate the efficiency, safety, and possible mechanisms of maxuan zhike mixture(MZX)in the treatment of the paracmasis of chronic obstructive pulmonary disease(COPD).Methods: This study was a prospective, randomized-controlled clinical trial. A total of 50 patients with COPD was equally and randomly distributed into the control group(conventional treatment)and the combination group(conventional treatment plus MZX). The changes of FEV1/FVC and FEV1% before and after treatment, were measured after the one-month treatment. Results: The FEV1/FVC and FEV1% were both significantly increased in the combination group as compared with those in the control group($P < 0.05$). In addition, no severe adverse event was found in the groups. Conclusions: Addition of MZX to the conventional treatment can effectively improve the the patients'pulmonary function of paracmasis of chronic obstructive pulmonary . The combination of conventional treatment with Chinese herbal medicine MZX is effective and safe for COPD.

【Key words】 maxuan zhike mixture; COPD; respiration ; pulmonary function; TCM

慢性阻塞性肺疾病 (COPD, chronic obstructive pulmonary disease)是一种具有气流受限特征的可以预防和治疗的疾病, 气流受限不完全可逆、呈进行性发展, 与肺部对香烟烟雾等有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关^[1]。肺功能检查是判断气流受限且重复性好的客观指标, 对 COPD 的诊断、严重度评价、疾病进展、预后以及治疗反应等均有重要意义。

麻玄止咳合剂 (原名肺炎合剂), 是我院临床使用 30 多年治疗咳嗽、喘息的有效方剂, 具有服用简单, 药物价廉, 疗效可靠, 经济效益与社会效益并存等特点。本研究以清热宣肺、止咳平喘的麻玄止咳合剂治疗 COPD 缓解期患者, 观察麻玄止咳合剂对患者肺功能的影响, 为临床治疗 COPD 提供新的思路。

1 资料和方法

1.1 临床资料

收集 2008 年 8 月~2009 年 8 月于我院门诊治疗的慢性阻塞性肺疾病缓解期患者, 共 50 例, 男性 28

例, 女性 22 例; 年龄 51~80 岁, 平均 68 岁; 平均病程 16 年。随机分为麻玄止咳合剂治疗组 25 例 (以下简称治疗组) 和对照组 25 例。两组患者的性别、平均年龄、平均病程均符合慢阻肺的流行病学情况, 组间比较无显著性差异, 具有可比性。

1.2 治疗方法

麻玄止咳合剂组: 在常规治疗的基础上加用麻玄止咳合剂; 服药方法: 口服, 每次 20ml, 每日三次; 药用: 麻黄 500g, 石膏 1000g, 杏仁 420g, 甘草 500g, 山银花 500g, 玄参 300g, 麦冬 300g, 桔梗 500g, 白前 500g, 鱼腥草 500g。制剂制备: 将上述药物煎制成 10000mL, 制剂制备参阅^[2]。

对照组: 给予常规治疗。

1.3 数据收集

观察患者一秒钟用力呼气容积占其预计值的百分比 (FEV1%预计值) 和 FEV1 与其用力肺活量之比 (FEV1/FVC)。各项指标在治疗前和治疗 30 天后各

测定一次。

1.4 统计学方法

计量资料用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 数据用 SPSS10.0 统计软件处理, 各组数据经正态检验和方差齐性检验后, 组间比较采用独立样本 t 检验, 组内比较采用单因素方差分析。

2 结果

治疗组与对照组一秒钟用力呼气容积占其预计值的百分比 (FEV1%预计值) 变化的比较, 见表 1。治疗组与对照组 FEV1 与其用力肺活量之比 (FEV1/FVC) 变化的比较, 见表 2。两组治疗后肺功能 (FEV1%预计值, FEV1/FVC) 均较治疗前有所改善, 其中对照组与治疗前比较肺功能有所改善但无显著性差异, 而麻玄止咳合剂组治疗后肺功能 (FEV1%预计值, FEV1/FVC) 较治疗前改善有显著性差异 ($P < 0.05$); 而麻玄止咳合剂组较对照组肺功能改善, 结果有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后 FEV1%预计值变化的比较

分组	治疗前	治疗后
治疗组	54.2±12.5	62.3±14.3 [*]
对照组	55.8±15.1	57.4±15.7

注: 与本组治疗前比较, $^{\Delta}P < 0.05$; 与对照组治疗后比较 $^*P < 0.05$ 。

表 2 两组治疗前后 FEV1/FVC 变化的比较

分组	治疗前	治疗后
治疗组	59±6.4	63.7±5.3 [*]
对照组	58.3±7.8	59.5±6.7

注: 与本组治疗前比较, $^{\Delta}P < 0.05$; 与对照组治疗后比较 $^*P < 0.05$ 。

3 讨论

慢性阻塞性肺病 (COPD) 以慢性咳嗽、咯痰、气促为主要临床表现, 属于祖国医学“咳嗽”、“喘证”、“哮证”、“肺胀”等范畴。肺的宣肃失司, 气机不利贯穿于咳嗽的始终。正如《素问·宣明五气论》说“肺为咳”, 《灵枢·经脉篇》又说: “肺于太阴之脉, 是动则病肺胀满, 膨膨而喘咳, ……是主肺所生病者, 咳上气喘……。”本研究将具有清热宣肺、止咳平喘的麻玄止咳合剂用于慢阻肺缓解期, 对肺功能具有一定的改善。

3.1 方剂分析

麻玄止咳合剂方中麻黄辛、苦, 微温, 解表、宣肺、平喘, 其辛散肺气的作用既可发汗解表, 又有利于宣发肺中的郁遏之气。石膏辛甘性寒, 归肺、胃经, 辛散以解肌透热, 甘寒可清肺泄热生津, 具清泄肺热, 平喘之效。与麻黄配伍, 辛温与辛寒并用, 宣肺与清肺结合, 相辅相成; 取其石膏之寒, 去其麻黄之温,

发挥麻黄之效; 二者合用为君, 恢复肺的宣肃功能, 共奏清热宣肺平喘止咳之效。杏仁苦温降气、兼有宣肺之功, 为治疗喘咳之要药。桔梗苦、辛、平, 开宣肺气、祛痰利咽, 寒热皆可应用。桔梗与杏仁共用, 一升一降, 宣降结合, 调理气机, 增强麻黄的宣肺平喘之力, 共奏宣肺化痰, 止咳平喘之功。玄参甘苦咸寒, 可清热解毒、凉血利咽消肿。银花味甘性寒, 气味芳香, 质体轻清, 功能疏散风热, 清热解毒, 善于发散肺经热邪。鱼腥草辛、微寒, 归肺经, 具有清热解毒之效。白前降气化痰, 主治胸胁逆气, 咳嗽上气。麦冬养阴润肺生津, 其性甘寒柔润, 防止咳嗽日久伤津耗液, 为佐药。炙甘草益气和中, 与麻黄、桔梗相配化痰止咳, 更能调和诸药于寒温宣降之间。诸药合用, 共成清热宣肺、止咳平喘之功。

3.2 现代药理研究

麻黄中的麻黄碱、伪麻黄碱、挥发油, 是其平喘的有效成分, 能松弛支气管平滑肌, 作用较缓慢和持久, 且具有抗炎、抗过敏作用^[4-5]。苦杏仁中的苦杏仁甙分解后产生少量氢氰酸, 能抑制呼吸中枢而起到镇咳平喘作用。桔梗皂甙可反射性的增加气管分泌, 稀释痰液, 具有化痰和止咳的作用。银花、鱼腥草具有广谱的抑菌、抗病毒、抗炎和提高机体免疫力的作用, 其所含的各种皂甙均有明显的祛痰作用, 部分皂甙具有平喘、抗炎之效。综上所述, 麻玄止咳合剂对 COPD 缓解期患者具有扩张支气管平滑肌, 抗炎、抗过敏, 解热消炎, 化痰止咳, 提高机体免疫力的效力。

3.3 结论

本研究应用麻玄止咳合剂治疗 COPD 缓解期患者, 效果显著, 肺功能 (FEV1%预计值, FEV1/FVC) 改善明显, 并且副作用小, 患者耐受性好, 经济实惠, 适合在临床中推广。

参考文献:

- [1]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南[S].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17
- [2]罗彬,王元明.麻玄止咳合剂的制备与临床应用[J].中外健康文摘.2008.1(5):03-104
- [3]董樵生,静选彬.麻玄止咳合剂治疗咳嗽临床观察[J].中华实用中西医杂志.2002,(5)1222
- [4]雷载全.药学[M].上海科学技术出版社.2001.1:29
- [5]沈映君.药理学[M].上海科学技术出版社.2002.7:29

作者简介:

杨劫, 女, 汉族, 华西医大呼吸专业研究生, 主治医师。

苏先华, 男, 汉族, 成都中医药大学方剂专业研究生, 住院医师。

编号: EA-10010715 (修回: 2010-03-10)

中西医结合治疗支气管哮喘 800 例体会

Clinical experience for treating 800 cases of bronchial asthma in the integrative medicine

王淑英¹ 甄树田² 李占元³

(1.河北石家庄交通医院, 河北 石家庄, 050021;

2.河北涿水县人民医院, 河北 涿水, 074100;

3.高邑县凤中路 168 号, 河北 高邑, 051330)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0021-01 证型: GDA

哮喘病是一种以气道慢性炎症为病理基础的常见病、多发病。这种气道的炎症是与气道的高反应性, 气流受阻及呼吸道的症状密切相关的。我院采用中西医结合方法, 根据祖国医学扶正祛邪原则, 采用急则治其标, 缓则治其本的原则, 治疗支气管哮喘 800 例, 疗效满意, 简述如下:

1 采用背肌反应物注药治疗支气管哮喘急性发作, 为哮喘病人迅速有效地止咳, 取得了较为理想的效果, 临床应用 800 人次, 其特点是高效、速效、长效, 方法简便易行。现介绍如下: 800 例患者均为门诊病历, 女性 307 人, 男性 493 人, 平均年龄 37.5 岁, 病程 2~36 年, 平均 16.45 年。

1.1 药物选用地塞米松 1mL, 氨茶碱 2mL, 利多卡因 0.5mL, 采用背肌反应物注射法。病人双上肢上举交叉抱紧, 头枕于上, 反坐于特制椅子上, 暴露脊背部。注射前先在病人背上触诊, 在脊柱两侧第 3~5 胸椎旁开 1.5 寸, 可触及条索状、团块状或不规则状反应物。成年人用 6.5 针头抽取 1 号、2 号、3 号一并。朝脊柱方向进针抽无回血, 将药物注射到反应物及其周围, 共注 2~4 点。

1.2 效果 疗效判断: 分为明显改善, 中度改善, 轻度改善, 无改善。

800 例支气管哮喘急性发作病人背肌反应物注药, 20 分钟后观察效果。明显改善占 68.1%, 中度改善占 20.2%, 轻度改善占 6.8%, 无效占 4.9%。

1.3 注意事项

1.3.1 解除病人的恐惧心理, 取合适的坐位, 使其背部放平, 肌肉放松, 以取得合作。

1.3.2 穿刺深浅度及进针角度应据病人胖瘦而定, 切勿刺入肺尖造成气胸。

1.3.3 根据病情酌情加用成用药, 如老年及小儿可减量。

2 按现代时间医学和中医子午流注理论, 晨间(卯时)用泻法, 晚睡前(戌时)用补法, 扶正固本, 提高机

体免疫力, 较有效地控制气道慢性炎症, 解除气道的反应性。可以使紊乱的机体得以调节, 恢复正常免疫功能, 达到治疗哮喘的目的。

中草药主要由五味子、苏子、枸杞、吐丝子、黄芩、草决明、苦参、莱菔子、甜瓜子、穿山龙、黄芪、双勾等 22 味中药研磨装胶囊。

晨间服 1 号因其含有较大剂量穿山龙、薯蓣皂甙及舒张平滑肌, 解除支气管平滑肌痉挛。控制了变应性炎症和增强了人体免疫力, 使病人一天之内能正常生活。晚间服 2 号因内含中药双勾、黄芩、苦参、五味子、莱菔子、黄芪等双勾能抵制迷走神经张力, 苦参具有消炎、利湿、平喘。五味子对多个病理免疫环节有抑制, 所以病人一夜平稳。

3 讨论

3.1 背肌反应物注药迅速。根据中医理论“内脏—体表相关原理”。当脏腑功能发生病变时可以通过经脉—穴位反应到体表。临床上支气管哮喘病人有“背紧”、“背寒”、“背部受凉易咳喘”的症状, 背部触诊发现几乎所有病的背部肌紧张度高, 皮温低, 在病人背部较固定的位置可触到“团块状”。条索状或不规则状反应物, 按压该物时, 病人有舒适感, 酸麻胀感。呼吸通畅感, 个别触不清者, 按压该部位也出现类似反应, 而对比触诊健康人或其他系统病人则无明显反应。可能与哮喘病人体表反应物有关。反应物的位置正是肺俞穴之处。肺俞是足太阳经的背部腧穴。与肺脏有内外相应的联系, 为肺经经气输注于背部之处, 肺俞主治肺之脏病和气化病, 对改善肺功能消除肺脏功能失常所产生的病理症候具有一定功效。

3.2 中药 1 号、2 号研磨装胶囊后, 早晚口服, 从中医学的整体观念来看, 有“扶正固本”、“活血”、“补肾”等作用, 且药物易得, 价格低廉, 使用方便, 作用时间长, 能使病情平稳, 持久, 确实值得推广。

编号: EA-10011843 (修回: 2010-03-05)

血府逐瘀汤加减治疗脑梗死后遗症的临床观察

Clinical observation on treating cerebral infarction sequela with Xuefu Zhuyu decoction

舒秀梅 杨文元

(重庆市丰都县中医院, 重庆, 408200)

中图分类号: R743.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0022-02 证型: BGD

【关键词】 血府逐瘀汤; 气虚血瘀型; 脑梗死后遗症; 中医药治疗

我们运用血府逐瘀汤加减治疗脑梗死后遗症, 疗效满意, 报告如下:

1 临床资料

1.1 病例

128 例患者均经过 CT 或者 MRI 确诊, 就诊顺序随机分为治疗组 64 例和对照组 64 例, 两组患者一般情况比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)

1.2 治疗方法

治疗组用血府逐瘀汤加减, 基本方组成: 当归 10g、赤芍 15g、川芎 10g、桃仁 10g、红花 10g、黄芪 60g、桔梗 15g、生地黄 10g, 随证加减。口眼歪斜者加用白附子 6g、僵蚕 10g、全蝎 10g。言语不利者加益智仁 15g、远志 15g、菖蒲 15g。肢体麻木者加天麻 15g、钩藤 15g、大便干燥者加火麻仁 20g, 每日一剂, 水煎服取汁 300mL, 每日分两次服用。对照组口服血塞通胶囊、拜阿司匹林 100mg, 每晚一次、辛伐他汀 20mg, 每晚一次硫酸氯吡格雷 75mg, 一日一次, 两

表 1 两组患者疗效比较

组别	例数	完全康复	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	64	28 (43.75%)	20 (31.25%)	12 (18.75%)	6 (6.25%)	60 (93.75%)
对照组	64	12 (18.75%)	16 (25.00%)	22 (34.75%)	14 (21.88%)	25 (78.12%)

表 2 两组患者血液流变学比较

组别	例数	时间	全血黏度 (mpa.s)	血浆黏度 (mpa.s)	血细胞比容
治疗组	64	治疗前	5.78±0.83	1.82±0.14	0.4835±0.0305
	64	治疗后	4.18±0.62	1.52±0.08	0.4530±0.0306
	64	前后差值	1.60±0.71	0.30±0.13	0.0305±0.0169
对照组	64	治疗前	5.78±0.98	1.78±0.14	0.4914±0.0321
	64	治疗后	4.80±0.98	1.66±0.10	0.4702±0.0331
	64	前后差值	0.98±0.68	0.12±0.13	0.0212±0.0185

2.2 血液流变学指标结果 (表 2): 治疗组治疗后的血液流变学指标明显改善, 显著优于对照组, $P<0.05$

2.3 安全性指标结果: 治疗后两组血尿便常规、肝肾功无异常变化与治疗前无显著变化

个月为一个疗程, 病程较长者可以增加疗程。

1.3 观察指标

血液流变学指标主要观察血液黏度和血细胞比容等的变化趋势和程度。安全性指标主要观察血、尿、粪常规以及肝肾功能有无异常变化。

1.4 疗效判定标准

①完全恢复: 肌力 V 级、语言清楚、症状及体征基本消失, 基本能独立生活。②显效: 肌力在原来基础上提高 2 级。主要症状和体征明显好转。③有效: 肌力在原来基础上提高 I 级、症状和体征部分好转。④无效: 治疗后症状和体征无明显好转。

1.5 统计学处理

计量资料用均数±标准差表示, t 检验; 计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 (表 1) 治疗组临床疗效明显优于对照组 ($P<0.05$)

3 讨论

脑梗死为急性脑血管病, 属于中医学“中风中脏腑”范畴, 中医认为多由于平素气血亏虚、心、肝、肾三脏阴阳失调所导致。其病机虽然复杂, 但可以用

本虚标实、上实下虚加以概括。在中风后遗症期，由于久病气血亏虚，气虚血行不畅，肢体活动不利。

血府逐瘀汤为清代名家王清任所创，主要用于气滞血瘀的中风病，方中川芎、桃仁、红花活血化瘀，当归、赤芍补血活血，适当加用地龙、蜈蚣通经活络，生地黄凉血清热，柴胡疏肝解郁去瘀不伤阴，全方组方合理、疗效确切。

临床实践证明血府逐瘀汤具有抑制凝血酶，刺激血管壁释放抗血管性假血友病凝血因子参与血小板黏

附于内皮下组织，在止血、抗血栓中起重要作用。气滞血瘀是多种疾病发展中的一个症型，而活血化瘀是治疗瘀血内阻的主要方法。

参考文献：

- [1] 中医药辨证治疗标准[S]. 中华人民共和国中医药管理局
- [2] 血府逐瘀汤治疗脑血管意外[J]. 中国中医杂志
- [3] 血府逐瘀汤在临床中的应用[J]. 医林改错
- [4] 实用内科学[M]. 第 11 版

编号：EA-10011537（修回：2010-03-11）

丹参注射液治疗冠心病心绞痛 66 例疗效观察

Effective observation on treating 66 cases of

CHD with salvia miltiorrhiza injection

刘爱辉

（凌海市人民医院，辽宁 凌海，121200）

中图分类号：R318.11 文献标识码：A 文章编号：1674-7860（2010）05-0023-02 证型：BDG

【摘要】 目的：观察丹参注射液治疗冠心病心绞痛临床疗效。方法：丹参注射液 20ml 加入 5%葡萄糖 250ml 静脉滴注，每日 1 次，连续使用 14d；心肌梗死病人加用硝酸甘油 5~10mg 静脉滴注，2 次/d，7d 后改口服硝酸酯类药；严重心绞痛病人，也加用硝酸甘油静脉滴注；心功能不全，加用利尿剂和小剂量地高辛。用药期间记录心绞痛次数、程度及持续时间，每日测血压及心率，治疗前后各作 1 次 12 导联心电图。结果：显效 23 例（34.8%），有效 25 例（37.87%），总有效 48 例（72.72%），无效 18 例（27.27%）。部分患者心绞痛发作频率减少、症状和体征改善、心电图 S-T 段、T 波明显恢复，所有患者对血、尿常规、肝、肾功能、血糖、血脂均无明显影响，全部病例均能耐受，完成疗程。结论：丹参注射液用于冠心病心绞痛的治疗有较为满意的疗效。

【关键词】 冠心病心绞痛；丹参注射液

冠心病（CHD）作为影响人类健康的常见病和多发病，由于发病呈年轻化而日益引起人们的重视。冠心病的形成是多种危险因素共同作用的结果，已明确的冠心病危险因素包括高血压、高脂血症、吸烟、肥胖、糖尿病、体力活动缺乏等危险因素。我院自 2006 年 2 月至 2008 年 6 月，我院运用丹参注射液治疗冠心病心绞痛 66 例，疗效满意。现报告如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 66 例患者均符合世界卫生组织（WHO）缺血性心脏病的命名及诊断标准确诊的冠心病，男 35 例，女 31 例，年龄 55~71 岁，平均年龄 63 岁。陈旧性心肌梗死 3 例，稳定型劳累性心绞痛 38 例，变异型心绞痛 18 例，无症状型 7 例；阵发性心前区闷痛 30 例，心悸气短 18 例，心律失常 35 例，心功能不全 29 例。

1.2 方法

丹参注射液 20ml 加入 5%葡萄糖 250ml 静脉滴注，每日 1 次，连续使用 10d；心肌梗死病人加用硝酸甘油 5~10mg 静脉滴注，2 次/d，7d 后改口服硝酸酯类药；严重心绞痛病人，也加用硝酸甘油静脉滴注；心功能不全，加用利尿剂和小剂量地高辛。用药期间记录心绞痛次数、程度及持续时间，每日测血压及心率，治疗前后各作 1 次 12 导联心电图。

1.3 疗效判定

显效：临床症状消失，心电图恢复正常；有效：临床症状改善，休息时无胸闷胸痛，偶有胸闷不适，心电图改变不明显；心功能不全需长期服用扩血管药或小剂量地高辛；无效：病情不能控制。

2 结果

显效 23 例（34.8%），有效 25 例（37.87%），总有效 48 例（72.72%），无效 18 例（27.27%）。部分患

者心绞痛发作频率减少、症状和体征改善、心电图 S-T 段、T 波明显恢复,所有患者对血、尿常规、肝、肾功能、血糖、血脂均无明显影响,全部病例均能耐受,完成疗程。

3 讨论

冠心病主要临床表现是心肌缺血、缺氧而导致心绞痛、心律失常,严重者可发生心肌梗塞,使心肌大面积坏死,危及生命。心绞痛是冠状动脉供血不足,心肌急剧、暂时缺血与缺氧所引起的临床综合征。近年来丹参制剂治疗冠心病心绞痛、心肌梗死获得良好疗效。有研究显示^[1-2],大剂量应用丹参注射液不仅可改善患者的症状和体征,还可使心电图 S-T 段、T 波明显恢复,无过敏及不良反应。用丹参注射液后血流速度明显增加,从而改善心肌组织供血、供氧,缓解心绞痛症状。

丹参具有祛瘀止痛、活血通经、清心除烦的功效,丹参中含有脂溶性的丹参酮类成分和水溶性的酚酸类成分,这两类成分都是治疗心脑血管疾病的有效组成部分,现代药理学研究证明丹参具有扩张冠状动脉。增加心肌营养血量,提高组织从微循环血管中摄取氧的能力,从而增加组织耐低氧能力,调整体内血液分布,增加四肢血液量,相对使头部血液量分布减少,抑制凝血,对氧自由基具有清除作用,可抑制脂质过氧化反应,明显减慢氧化脂蛋白的电泳迁移率,削弱

细胞内胆固醇含量及抗脂质过氧化,削弱对细胞的毒性作用,能够对抗低密度脂蛋白氧化和治疗动脉粥样硬化,故具有保护心肌细胞的作用^[3],此外尚能激活纤溶酶原,改善心功能,减慢心率,对窦性心动过缓者又可增加心率。可减轻阵发性心房纤颤及阵发性早搏的发作^[4]。另外,丹参注射液可明显降低血浆黏度,提高红细胞的变形能力,有助于改善微循环障碍,防止微血栓形成^[5]。因而无论从药理还是从临床实践来说,丹参注射液的使用有助于冠心病的治疗。

参考文献:

- [1]李运伟.丹参注射液治疗冠心病心绞痛 56 例临床分析[J].中原医刊.2006,33(17):72-73
- [2]王春芳.丹参注射液治疗冠心病心绞痛 50 例临床观察[J].中国中医药科技.2008,15(4):308
- [3]付辛芳,刘晓红.丹参的药理作用与临床应用研究进展[J].中国工业,2006,15(1):66
- [4]于涛.丹参注射液在冠心病中的临床应用研究[J].中国医药导报,2009,6(15):135
- [5]范慧霞.中药丹参药理作用研究概况[J].新疆中医药,2007,25(5):113-115

作者简介:

刘爱辉(1974-),女,籍贯:辽宁凌海,毕业于沈阳医学院临床医学系,大学学历,1997 年至今工作在凌海市人民医院,现职称:主治医师,主要从事循环内科临床工作。

编号: Z100309872 (修回:2010-03-04)

中西医结合治疗脑梗塞 52 例

Treating 52 cases of cerebral infarction in the integrative medicine

孙桂红

(江苏省南京市大厂中西医结合医院,江苏 南京,210044)

中图分类号: R743.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0024-02 证型: BGD

【摘要】目的:观察中西医结合疗法治疗脑梗死患者的临床疗效。方法:将 104 例脑梗死患者随机分为对照组与治疗组,每组各 52 例。对照组患者予以曲克芦丁和吡啦西坦等药物西医综合治疗;治疗组患者在对照组治疗基础上加用中药汤剂。观察两组患者的临床疗效。结果:对照组患者总有效率为 71.15%,治疗组为 96.16%,两组比较有显著性差异($P<0.05$)。结论:中西医结合方法治疗脑梗死,临床疗效显著,可明显改善临床症状,值得临床推广应用。

【关键词】脑梗死;中西医结合疗法;曲克芦丁;吡啦西坦;自拟中药汤剂

脑梗塞是临床常见脑血管疾病之一,多见于中、老年人,随着我国人口老龄化,脑梗塞的发病不断上升。因本病发病率、致残率高,加重了患者和社会负担,所以,对于如何更有效地治疗脑梗塞尤为重要,笔者自 2005 年 4 月~2009 年 1 月,应用中西医结合治疗脑梗 52 例,取得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

本组病例为 2005 年 4 月~2009 年 1 月本院住院的 104 例患者,诊断均符合《中风病诊断与疗效评定标准》制订的脑梗塞诊断标准^[1]。将 104 例患者随机分为治疗组 52 例和对照组 52 例。治疗组中,男 31 例,女 21 例;年龄 39~79 岁,平均 62.6 岁;病程最

短 1h, 最长 3 周; 高血压病史者 51 例, 糖尿病史者 9 例, 复发患者 4 例; 肌力 0 级者 13 例, 1 级者 10 例, 2 级者 22 例, 3 级者 7 例; 失语者 11 例。对照组中, 男 27 例, 女 25 例; 年龄 37~82 岁, 平均 63.8 岁; 病程最短的 1h, 最长的 4 周; 高血压病史者 35 例, 糖尿病史者 8 例, 复发患者 4 例; 肌力 0 级者 11 例, 1 级者 9 例, 2 级者 25 例, 3 级者 7 例; 失语者 8 例。两组患者在性别、年龄、病程、病情等方面比较, 均无显著性差异 (均 $P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

急性期有明显脑水肿患者用脱水、抗感染治疗, 病情稳定后则按以下方案进行: 对照组选用曲克芦丁氯化钠注射液 (长春天诚药业有限公司) 250ml iv gtt qd 和吡啦西坦氯化钠注射液 (江苏晨牌药业有限公司) 50ml iv gtt bid 治疗; 治疗组在上述治疗基础上加服中药汤药, 药物组成: 黄芪 30g、党参 30g、全蝎 3g、丹参 30g、川芎 10g、桃仁 10g、葛根 10g、地龙 10g、水蛭 6g、乳香 10g、红花 10g、赤芍 10g、三七 10g 每日一剂, 上下午各服一次 (均由本院中药房煎熬), 15 天为 1 个疗程。

3 疗效判断标准

疗效标准参照《中风病诊断与疗效评定标准》^[1], 并采用尼莫地平法: $[(\text{治疗前评分}-\text{治疗后评分})/\text{治疗前评分}]\times 100\%$ 。基本恢复: $\geq 81\%$; 显著进步: $56\%\sim 80\%$; 进步: $36\%\sim 55\%$; 稍进步: $11\%\sim 35\%$; 无变化: $<11\%$; 恶化: 负值。稍进步、无变化及恶化均归为无效。

统计学处理, 应用 SPSS 11.5 软件进行统计学处理, 采用 χ^2 检验进行比较, 以 $P<0.05$ 为有显著性差异。

4 结果

治疗组 52 例中, 基本恢复 12 例, 占 23.08%, 显著进步 31 例, 占 59.62%, 进步 7 例, 占 13.46%, 无效 2 例, 占 3.84%, 总有效率为 96.16%; 对照组 52 例中, 基本恢复 8 例, 占 15.38%, 显著进步 20 例, 占 38.46%, 进步 9 例, 占 17.31%, 无效 15 例, 占 28.85%, 总有效率为 71.15%。两组总有效率比较, 有显著性。 ($P<0.05$)。

5 讨论

脑梗塞在中医学中属“中风”范畴, 清代王清任认为“若元气足, 则有力; 元气衰, 则无力”, “元气既虚, 必不能达于血管; 血管无气, 必停留而瘀”。又气为血之帅, 气虚则鼓动无力而致血瘀; 血为气之母, 血瘀则气失营养而致虚。他明确提出中风的病机特点是气虚血瘀, 确立了益气活血为治疗中风之大法。黄芪, 党参大补脾胃之元气, 使气旺以促血行, 祛瘀而不伤正; 丹参、三七、川芎、桃仁、赤芍、红花养血活血化瘀; 水蛭、地龙、全蝎活血化瘀通经。现代医学认为: 脑梗塞是在高血压及脑动脉粥样硬化的基础上发生的血液有形成分凝集、血液流变学检查异常, 使动脉管腔明显狭窄或闭塞引起相应部位的循环障碍, 发病数小时后梗塞区核心部分的缺血性坏死已难逆转, 但其周围的边缘地带 (或称缺血性半暗带) 或水肿区如治疗合理及时, 则有可能恢复或缓解, 使脑梗塞区面积不再扩大, 越来越多的报道指出早期特别是超早期治疗的重要性。目前基层医院无条件开展超早期溶栓治疗, 行之有效的中西医结合治疗能有效挽救患者的生命和降低致残率。研究表明: 黄芪、党参具有正性肌力作用, 可改善细胞中糖原和核酸的含量, 具有扩张小动脉、降低外周阻力并减少血小板黏附率、增强免疫力的作用; 丹参、乳香、红花为活血化瘀类药物, 这类药物具有抑制血小板聚集、降低血液黏滞度的作用; 全蝎、地龙、水蛭等含有大量血栓溶解因子 (BDF), 能抑制血栓形成, 溶解血栓, 具有不同程度的溶栓、降纤、抗凝等作用, 能有效改善缺血半暗带血供, 减轻脑损伤, 保护脑功能, 改善预后; 葛根中的有效成分葛根素、葛根酮可通过扩张动脉, 增加侧支循环的血流量而改善缺血区的血流供应。

综上所述, 治疗组疗效明显优于对照组, 说明中西医结合治疗本病较单纯西医综合治疗效果, 提高了临床疗效, 改善预后, 标本兼治, 疗效满意。

参考文献:

- [1] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56

编号: EA-100228142 (修回: 2001-03-10)

复心汤治疗心源性水肿 110 例

Treating 110 cases of cardiac edema with Fuxin decoction

张 勇

(河南省新乡市中医院, 河南 新乡, 453003)

中图分类号: R256.51 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0026-02 证型: DBG

【摘 要】 目的: 观察复心汤加减治疗冠心病所致心源性水肿疗效。方法: 110 例冠心病所致心源性水肿应用复心汤加减治疗。结果: 总有效率 93.6%。结论: 复心汤治疗冠心病所致心源性水肿疗效显著。

【关键词】 复心汤; 冠心病; 心源性水肿

心源性水肿是由各种心脏疾病导致心功能不全, 引起体静脉压力升高使皮肤等软组织出现的水肿^[1]。笔者自 2004 年 5 月至 2009 年 3 月, 自拟复心汤加减治疗冠心病所致心源性水肿 110 例, 取得了满意疗效, 现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 110 例均为我院门诊病人, 其中男 48 例, 女 62 例; 年龄 42~50 岁 13 例, 51~60 岁 36 例, 61~70 岁 43 例, 71~82 岁 18 例; 冠心病史 1.3~12 年, 平均 7.6 年; 水肿病程 20 天~1.5 年, 平均 3.5 月。110 例中陈旧性心梗 37 例 (33.6%), 缺血性心肌病 12 例 (10.9%)。

1.2 临床表现

所有病人均以水肿为主要临床表现, 身体低垂部位水肿明显, 呈对称性可压陷性。多伴有心慌、胸闷、乏力、少尿等症状; 经心电图、心脏彩超、冠脉造影、肝肾功能检测等, 明确冠心病所致心功能不全诊断。

2 诊断标准

参照 1994 年 6 月国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》之水肿病诊断标准及陈灏珠主编《实用内科学》第 11 版, 冠心病、心功能不全诊断标准进行诊断。排除其它疾病所致水肿。

3 治疗方法

采用自拟复心汤加减治疗。药物组成: 生晒参 10~15g、黄芪 15~30g、茯苓 12~30g、白术 12~15g、破故纸 10~15g、桂枝 6~12g、丹参 12~20g、三七粉 3g (冲服)、益母草 12~15g、葶苈子 15~30g、泽泻 12~20g、车前子 12~20g、炙甘草 8~12g。阳虚畏寒者加附子、干姜; 气阴双虚者加麦冬、北沙参、五味子; 瘀血明显, 唇舌紫暗者加桃仁、红花; 胁下

癥积者加三棱、莪术、土元; 心悸者加生龙骨、酸枣仁、柏子仁、远志; 咳喘痰多者加杏仁、苏子、桑白皮; 纳呆呕恶者加半夏、生姜、砂仁。每日 1 剂, 水煎分上、下午两次温服。15 天为 1 疗程, 一般服用 1~2 个疗程。服药期间停用西药强心、利尿剂。

4 疗效判断标准

参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》之水肿病疗效评定标准而制定。治愈: 水肿全部消退, 其它症状消失, 停药三个月内无再发; 好转: 水肿及其它症状减轻; 无效: 水肿及其它症状无变化

5 治疗结果

治愈 69 例, 占 62.7%; 好转 34 例, 占 30.9%; 无效 7 例, 占 6.3%。总有效率 93.6%。

6 病案举例

患者甲, 冠心病史 8 年, 前壁心梗病史 11 个月。半月来双下肢出现水肿, 逐渐加重, 于 2006 年 3 月 22 日来诊。症见: 双下肢水肿, 肿至膝下, 按之凹陷, 胸闷阵作, 气短, 劳则加重, 纳呆, 面色无华, 口唇紫暗, 舌质淡有瘀斑, 苔白有齿痕, 脉沉细。心电图示: I、avL、V₃~V₆ 导联 S-T 段水平下降, V₃~V₄ 导联病理性 Q 波。心脏彩超示: 左室顺应性降低, 二尖瓣轻度返流; 左室射血分数 45%。诊断为水肿, 证属心脾气虚, 血瘀水停。治以益心健脾, 活血利水。方用复心汤加减。生晒参 10g (另煎)、黄芪 30g、白术 12g、茯苓 15g、丹参 15g、三七粉 3g (分冲)、桃仁 10g、红花 10g、桂枝 10g、葶苈子 30g、泽泻 30g、车前子 15g (包煎)、砂仁 5g、陈皮 12g、炙甘草 10g, 生姜大枣为引。每日 1 剂水煎服, 配合低盐饮食。服药 7 剂, 水肿消退大半, 15 剂水肿及诸症完全消除, (下转 29 页)

毛冬青甲素在急性弥漫性脑肿胀救治中的价值

Clinical valuation of treating

acute diffuse brain swelling with ilexonin

吴卫江¹ 兰青² 徐杰¹ 朱爱华¹ 房文峰¹ 葛风¹ 陆华¹

(1.无锡市第三人民医院, 江苏 无锡, 214041;

2.江苏省苏州大学附二院, 江苏 苏州, 215004)

中图分类号: R9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0027-03

【摘要】 目的: 检测弥漫性脑肿胀不同处理组病人各个时间段 AT-III、D-二聚体、TM、TPA、PAI-1、vegf、gmp-140、ET-1 的变化, 探讨毛冬青甲素超早期应用的治疗价值。方法: 分组采用 ELISA 法检测 T-PA、PAI-1、D-二聚体、vegf、gmp-140、ET-1, 竞争性放射免疫法测定 TM, 免疫浊度法测定 AT-III, 同时检测各组伤后 12h 及 5d 的 DIC 指标。结果: 所有病人以上指标各时间段均有不同程度变化, 特定时间段大剂量毛冬青甲素干预组与另两组病人间多数有明显差异。对照组及小剂量干预组病人的 DIC 指标大多呈阳性反应, 而大剂量干预组则多数阴性。结论: 决定弥漫性脑肿胀预后的主要因素是脑肿胀是否最终导致脑微循环障碍, 大剂量毛冬青甲素超早期应用对改善血液凝血机制、改变毛细血管通透性、缓解脑水肿的超早期形成从而改变病人预后有一定疗效, 小剂量则无效。

【关键词】 毛冬青甲素; 弥漫性脑肿胀; 凝血因子; 炎性介质

外伤性急性弥漫性脑肿胀 (PADBS) 是指伤后数小时内脑组织广泛肿大, 多数于伤后 4~14 小时发生, 最早可发生在 20~30 分钟, 3~5 天逐渐消退^[1]。其临床表现多变, 有的入院时仅表现为颅脑外伤轻症, 短时间内病情恶化, 有的受伤当时即深昏迷, 绝大部分病人预后不良, 但有少数病人却表现为可逆性的临床过程。作者曾对该临床顽症出现时其凝血机制的改变及炎性介质的异常分泌现象进行了研究^[2], 认识到造成不可逆性脑肿胀的内在机制是由超早期形成的脑微循环障碍、凝血机制紊乱及大量炎性介质的释放相互交织、互为因果造成的。而毛冬青甲素 (Ilexonin A IA) 抗血栓形成、抑制血小板粘附、稳定血管内皮功能、抑制炎症反应等早已为人所知^[3]。国内众多研究表明, 该中成药对缺血缺氧性脑损伤后以及高血压脑出血后的神经保护^[4-5]、对颈总动脉球囊扩张成型术后炎症的控制等都有着良好的作用, 同时在治疗多种心血管疾病患时都表明了其安全有效的治疗作用^[6], 本临床试验是基于其临床安全特性及既往的体外实验结果进行的, 通过超早期使用不同剂量药物比较其临床疗效从而明确其对弥漫性脑肿胀具有的逆转作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院自 2005 年 2 月至 2009 年 2 月 4 年间共收治了单纯重症弥漫性脑肿胀病人 64 例, 其中男性 38 例, 女性 26 例, 最大年龄 73 岁, 最小 15 岁, 平均年龄

43.5 岁, 车祸 52 例, 坠落伤 9 例, 其他原因损伤 3 例, 均为直接损伤, 所有病人均在伤后 2h 内入院。

1.2 GCS 评分

所有病人入院时均有不同程度的意识障碍, 其中 GCS 评分 3~5 分者 48 例, 评分 6~9 分者 16 例; 双瞳散大者 33 例, 单侧瞳孔散大者 26 例, 5 例为双侧小瞳孔, 光反应迟钝。

1.3 影像学表现

所有病人第一次头颅 CT 检查结果仅有少量硬膜下血肿, 不同程度中线结构的移位, 移位 >10mm 30 例, 环池及第三、四脑室受压消失的 18 例, 表现为脑白质 CT 值明显高于正常、灰白质界限消失的 44 例。

1.4 分组情况

根据病人伤后 6h 内是否使用 IA 以及使用的剂量将病人划分为 3 组, 分组的方法依据随机数字表进行单纯随机抽样, 具体分组情况如下: 所有病人入院前接受相同的急诊抢救措施, 包括气管插管、静脉快速滴注甘露醇、速尿、大剂量激素等。43 例施行了手术, 其余因属脑疝晚期、自主呼吸停止或接近停止, 或因经济方面的原因、年龄因素而放弃手术。随机选择 21 例为对照组接受以上抢救治疗; 随机选择 21 例为超早期加用常规剂量 IA 组 (20mg/d); 随机选择 22 例为超早期加用大剂量 IA 组 (500mg/d, 约为 $10\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$)。各组病人入院当时的 GCS 评分平均分别为 4.6 分、4.3 分和 4.4 分, 差别无显著性。各组接受

手术治疗的例数分别为 13 例、16 例和 14 例, 差异也无显著性。我们对所有病人分别在入院当时、伤后 12h、24h、48h、72h、和 5d 抽血测定 8 个凝血及炎性介质指标, 同时测定伤后 12h 所有病人的 DIC 指标, 以探讨 3 组间的不同病理演变机制。

2 结 果

所有检测指标各时间段的结果报告如下: (1)抗凝血酶Ⅲ(AT-Ⅲ): 3 组伤后 12h 检测数据均已明显下降, 48h 达到低谷, 其中对照组下降最为明显, IA 常规剂量组下降次之, 同对照组相比差异无显著性, 大剂量组谷值最高, 同前两组相比差异均有显著性。(2)内皮素 1(ET-1): 3 组病人伤后即刻呈上升趋势, 72h 后大剂量组进入平台期, 而另两组仍呈缓慢上升趋势, 并在最后两个时间点上同大剂量组出现显著性差异。(3)组织型纤溶酶原激活剂(t-PA): 3 组伤后早期即明显升高, 以后缓慢下降, 大剂量组下降速度更快, 到 72h 后数值已明显低于前两组, 差异呈现显著性。(4)纤溶酶原激活剂抑制物(PAI-1): 3 组均在伤后早期出现上升, 对照组及小剂量 IA 组上升更为明显, 从伤后 12h 起各时间点上同大剂量组差异均有统计学意义。(5)血小板糖化蛋白(Gmp-140): 同样都在伤后即刻出现上升, 24h 达到峰值, 以后缓慢下降, 各时间段大剂量组均明显低于其他两组, 差异有显著性, 而对照组与小剂量组间无显著性差异。(6)血管内皮生长因子(Vegf): 伤后随着时间推移, 对照组及小剂量组数值呈几何级上升, 而大剂量组则表现为轻度缓慢升高, 同前两组相比各时间点差异均有统计学意义。(7)D-二聚体(D-dimer): 伤后也都呈上升趋势, 早期(<12h)各组间无统计学差异, 48h 后大剂量组上升趋势明显不如前两组, 差异有显著性, 而前两组之间无显著性差异。(8)血栓调节蛋白(TM): 3 组检测结果均是在伤后 12h 内缓慢升高, 但无统计学意义, 以后对照组及小剂量组迅速上升, 同大剂量组比差异有统计学意义。(9)根据国内实验室诊断标准, 三组病人伤后 12h 测定 DIC 指标结果分为: 对照组 18 例、小剂量组 17 例、大剂量组 17 例可诊断为 DIC, 差异无显著性, 到伤后 5d 时再次测定 DIC 指标结果为: 对照组 19 例阳性, 小剂量组 17 例阳性, 大剂量组 14 例阳性, 大剂量组阳性率最低, 同前两组相比差异有显著性。(10)整个试验过程中所有病例每天查血常规、肝肾功能及电解质情况, 未发现有与药物剂量相关的副反应存在。(11)对病人进行的为期 1~3 个月随访期发现, 对照组死亡 15 例, 轻残 1 例, 重残 1 例, 植物生存 4 例; 小剂量组死亡 14 例, 重残 3 例, 植物生存 4 例; 大剂量组死亡 10 例, 轻残 2 例, 重残 5 例, 植物

生存 5 例。后一组死亡率较之前两组明显下降, 差异有显著性。

3 讨 论

弥漫性脑肿胀是重型颅脑损伤中的特殊类型, 目前公认的发病机理是为外伤剪应力破坏了广泛分布于下丘脑蓝斑核、中脑网状结构及延髓等中线结构上的血管紧张性调节中枢^[7], 由此造成迅捷剧烈的脑血管扩张进而内皮细胞的广泛损伤, 触发各种凝血因子及炎性介质的大量释放, DIC 形成使整个脑循环衰竭, 脑水肿形成。

本实验采用 8 项敏感的凝血及炎性指标检测作为评估和判断弥漫性脑肿胀病人预后的参数, 其理论依据是脑损伤后受损脑组织释放大量的组织因子进入血液循环, 触发外源性凝血途径, 而脑肿胀病人由于血管内皮受损必将触发内源性凝血途径和血小板聚集, 同时伴有纤溶亢进, 形成脑血栓前驱状态, 甚至脑血栓形成^[8]。

毛冬青系冬青科植物, IA 系从毛冬青中分离出的一种有效成分, 并经化学结构改造的一种具有生理活性的五环三萜类化合物。既往的临床研究观察证实了, 其对脑血栓、心肌梗塞、脉管炎等有较好疗效, 而药理实验也表明, 在体外有抗血栓形成、抑制血小板粘附和 ADP 诱导的聚集, 降低血液粘稠度, 改善内皮细胞功能, 从而改善微循环。进一步的研究证实, 血小板活化与聚集及血管内皮功能紊乱、血管平滑肌细胞异常迁移和增殖是同 PGI₂/TXA₂ 比例失衡有密切关系的, 而 IA 有促进 PGI₂ 产生, 抑制 TXA₂ 生成, 从而使 PGI₂/TXA₂ 趋于平衡的作用^[6]; 近年来的研究发现其还具有抗炎作用^[9], 研究证明 IA 可降低血管损伤后血浆 IL-6、M-CSF 水平, 说明 IA 不但可以保护血管内膜, 减少血管内膜损伤后的炎症反应, 还可以缩短炎症因子增高持续时间; 另有动物实验表明, IA 对脑细胞缺氧性损伤具有明显的保护作用, 而其作用机理可能同 IA 对抗了 Glu 的神经毒性作用有密切关系^[4]。

目前国内主要将 IA 应用于心血管疾病的治疗, 其应用剂量极不统一, 常规应用剂量为 10~20mg/d, 但众多动物实验研究表明, 此药安全性非常好, 常用实验剂量达 20mg·kg⁻¹·d⁻¹, 有研究将 100mg/kg 的单剂量应用到动物体内也未引起动物的不良反应^[10]。本实验将常规保守剂量同较大剂量进行分组研究, 结果表明小剂量组对实验数据未能造成多大影响, 相反, 较大剂量组是有意义的, 明显对本实验选定的观察指标造成了影响。

实验表明, 大剂量 IA 有效降低了凝血因子的消耗, 明显减少了内皮因子等炎性介质的释放, 印证了

IA 对血管内膜的保护作用;同时抑制血小板活化,有效降低血液粘稠度,对逆转病情将起着至关重要的作用;而其阻止血管通透因子异常表达的作用,说明该药对早期控制血管源性脑水肿,从而防止病情向不可逆性脑肿胀方向发展是有积极意义的。

伤后 DIC 检测指标也同样显示了大剂量 IA 的超早期使用明显减少了 DIC 发生,而病人的随访资料更显示其降低了死亡率。

我们认为,由于病理机制的独特性,使用常规的抢救颅脑外伤重症的方法来应对急性弥漫性脑肿胀是远远不够的,有些措施甚至是有害的,比如早期盲目使用各类止血药物就有可能加重病人凝血机制的紊乱,加速 DIC 的发生^[2]。而 IA 作为一种血管活性药物以及抗凝药物,调节了病人伤后凝血机制,平衡凝血、纤溶活性,从而防止了脑微循环障碍的发生,同时减少了各种凝血因子及炎性介质的过度释放,为进一步阻断病情的演化进程提供了基础。IA 有力保护脑微血管内皮细胞完整性正是阻断脑肿胀后 DIC 形成、炎性介质释放及血管源性脑水肿形成的关键机制。至于 IA 是否通过作用于心血管运动中枢核团的受体,再经过神经反射性调节,使异常扩张的血管重又恢复血管紧张度有待进一步研究。

参考文献:

- [1]Winter.CD, Adamides A, Rosenfeld JV. The role of decompressive craniectomy in the management of traumatic brain injury: a critical review. J Clin Neurosci, 2005 Aug; 12(6): 619-23
- [2]吴卫江,盛军,陆华,等.凝血机制检测对弥漫性脑肿胀预后判断的价值[J].

中华神经外科杂志,2008(24),7:546-547

- [3]Li M, Wu WK, Liu L,etal. Specific inhibiting effects of Ilexonin A on von Willebrand factor-dependent platelet aggregation under high shear rate. Chin Med J (Engl).2004 Feb;117(2):241-6
- [4]陈洁文,谭宝璇,苏文.毛冬青甲素对脑细胞缺氧损伤的保护及其机制的实验研究[J].广州中医药大学学报,1997(14),2:97-101
- [5]黄培新,刘茂才,陈根成,等.毛冬青甲素对高血压大鼠脑内血肿及脑微血管超微结构的影响[J].中国中医急救,1997(6),3:127-28
- [6]王瑛,郑明日.毛冬青甲素对家兔颈总动脉球囊成形术后 PGI₂ 和 TXA₂ 的作用[J].吉林医学,2004(25),4:61-63
- [7]Kochanek. PM, etal, Pediatric traumatic brain injury: quo vadis? Dev Neurosci 2006; 28(4-5):244-55
- [8]Sansing LH, Kaznatcheeva EA, Perkins CJ,etal. Edema after intracerebral hemorrhage: correlations with coagulation parameters and treatment [J]. Neurosurgery. 2003;98(5):985-992
- [9]赵利华,李章伟,杨闯,等.毛冬青甲素对兔颈总动脉球囊损伤后炎症因子 IL-6 和 M-CSF 的影响[J].吉林大学学报,2008,34:105-107
- [10]熊友香,李昶,罗宪堂.毛冬青的化学成分,药理作用研究进展[J].中药材, 2002,25(5):372-73

作者简介:

吴卫江 (1967-),男,42岁,无锡市第三人民医院副主任,副主任医师,南通大学及南京医科大学兼职副教授,南通大学硕士研究生导师,医学博士,专攻神经创伤的基础及临床研究、神经再生及修复研究。

基金项目:

获得 2007 年江苏省中医药管理局立项,项目编号 HL07111。

编号: Z10030219 (修回: 2010-03-11)

(上接 26 页)

共服复心汤 30 剂。3 个月后随访,水肿未曾复发。

7 体会

心源性水肿临床常见,多由左侧心力衰竭,波及右心,致右心功能不全所引起,水肿最早出现在身体的下垂部位,病情严重者可发展到全身水肿^[2]。本病属于中医“水肿”、“痰饮”、“心水”范畴。由于大多起病缓慢,病程较长,应当归为“阴水”类。《素问·至真要大论篇》指出:“诸湿肿满,皆属于脾。”《诸病源候论·水肿候》曰:“肾者主水,脾胃俱云土,……,今胃虚不能传化水气,使水气渗溢经络,浸渍府脏,……,故水气溢于皮肤面令肿也。”《奇效良方》说:“水之始起也,未尝不自心肾而作。”《血证论》则有“瘀血化水,亦发水肿,是血病而兼水也。”的论述。说明本证的发生主要责之心脾肾三脏,病机为本虚标实。本虚在于心脾肾阳气亏虚,标实则为瘀血水湿内停。治疗应着重于补气养心、健脾温肾、活血利水。

复心汤方用生晒参、黄芪、炙甘草补益宗气;白术、茯苓、故健脾化湿补肾;桂枝温通心阳;丹参、三七、益母草活血化瘀;葶苈子、泽泻、车前子利水消肿。诸药合用可使心气得充,脾肾得补,瘀血得化,水湿得行,则水肿自消也。冠心病心功能不全所致水肿,单纯使用西药强心苷或利尿剂效果并不理想,而复心汤不但能够全面改善心脏功能,增加心肌供血,又能利尿减轻心脏负担,不失为治疗心源性水肿的有效方剂。

参考文献:

- [1]叶任高,陆再英,等.全国高等学校教材.内科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社 2004
- [2]陈灏珠,实用内科学.[M]第 11 版.北京:人民卫生出版社 2002

作者简介:

张勇 (1961-),男,大学本科学历。从事临床工作二十九年,现为河南省新乡市中医院副主任医师;河南省中医心血管病专业委员会委员。

编号: EA-10013093 (修回: 2010-03-11)

中医治疗冠心病的疗效观察

Effective observation on treating CHD in TCM

马光明

(河南封丘县中医院, 河南 封丘, 453300)

中图分类号: R318.11 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0030-02 证型: BDG

冠心病左心心血管疾病中属发病率、死亡率较高的病种之一, 属中医“胸痹”范畴, 是严重危害人们健康的常见病^[1], 我们从 2007 年 2 月到 2009 年 3 月采用中医治疗冠心病 60 例, 疗效满意, 并与单用西药治疗的 50 例进行对照观察, 现报道如下。

1 临床资料和方法

1.1 临床资料

110 例冠心病心绞痛患者均符合 1979 年国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组的报告《缺血性心脏病的命名及诊断标准》^[2]。其中男 77 例, 女 33 例, 年龄 38~85 岁, 平均 63.2 岁。病程 2~18 年, 平均 7.5 部病例均按 WHO 制定的“缺血性心脏病命名及诊断”进行诊断和分型, 伴心绞痛 98 例, 高血压 74 例, 陈旧性心肌梗死 41 例, 糖尿病 15 例, 心脏扩大 57 例, 室性早搏 58 例, 房早 47 例, 房颤 32 例, 左或右束支传导阻滞 47 例, 高脂血症 59 例, 高血压性心脏病 19 例, 血液流变学异常 41 例, 脑动脉供血不足 55 例。临床心功能 I 级 25 例, II 级 85 例。随机分成两组, 治疗组 60 例, 对照组 50 例, 两组一般资料无差异, 有统计学意义。

1.2 治疗方法

治疗组给予自拟方剂养血生脉汤治疗。方药: 当归 30g, 玄参 30g, 金银花 30g, 甘草 10g, 人参 10g, 麦冬 30g, 五味子 10g。水煎服, 1 剂/d。服用 30d 为 1 个疗程。对照组给予硝酸异山梨酯、阿斯匹林、卡托利、美托洛尔治疗。治疗时间最短 30d, 最长 90d。

1.3 疗效标准

参照 1979 年全国中西医结合防治冠心病心绞痛、心律失常座谈会修订的《冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准》^[2]制定。显效: 心绞痛症状消失或基本消失, 心电图正常或大致正常。有效: 疼痛发作次数明显减少, 程度明显减轻, 持续时间明显缩短, 心电图 ST 段降低, 治疗后回升 0.05mv 以上, 但未达到正常水平, 在主要导联倒置的 T 波变浅达 25% 以上, 或 T 波平坦变为直立。无效: 症状无变化, 心电图基本与

治疗前相同。加重: 疼痛次数、程度及持续时间均有加重, 心电图 ST 段较治疗前降低达 0.05mv 以上, 在主要导联倒置的 T 波增深 25% 以上或直立的 T 波变平坦, 平坦的 T 波变倒置。

1.4 统计学方法

采用 SPSS11.0 统计学软件进行分析, 采用卡方检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有意义。

2 结果

2.1 治疗效果

治疗 1 个疗程后, 治疗组近期治愈 15 例 (25.0%), 显效 29 例 (48.3%), 好转 11 例 (18.3%), 无效 5 例 (8.3%), 总有效率为 91.7%。对照组近期治愈 6 例 (12%), 显效 20 例 (40%), 好转 12 例 (24%), 无效 12 例 (24%), 总有效率为 76%, 两组相比, $P < 0.05$ 。受治患者均在受治当天起效。随访 1 年以上, 个别患者病情复发, 可仍用原方, 亦获同样的疗效。

2.2 两组不良反应发生情况

两组患者在服药期间血压、心率、体质量、心电图等无明显异常变化, 肝、肾功能及血、尿、便常规均在正常范围。对照组有 2 例出现服药后短暂的恶心, 未影响治疗。余未发现其他明显不良反应发生。

3 讨论

冠心病是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称。冠状动脉供应心脏自身血液, 冠状动脉发生严重粥样硬化或痉挛, 使冠状动脉狭窄或闭塞, 导致心肌缺血缺氧甚至梗死的一种心脏病。冠心病的主要临床表现是心肌缺血、缺氧而导致的心绞痛、心律失常, 严重者可发生心肌梗死, 出现多种并发症而危及生命。属中医“胸痹”、“心痛”、“厥心痛”、“真心痛”范畴。多因遇事恼怒, 劳累疲倦, 思虑过度, 耗伤心气, 血行不畅, 心脉痹阻为主因, 临床还常见痰浊壅盛、阴寒凝滞、心肾阴虚、气阴两虚、阳气虚衰等证型, 治疗上采用行气活血、活血化瘀、益气活血、痰瘀同治、芳香温通、宣痹通阳、补益脾肾、益气养阴、回阳救逆法^[3]。

清营凉血方治疗术后复发跖疣报道

The report on treating recurrence of plantar warts with Qingying Liangxue prescription

张葆英

(武警甘肃总队医院, 甘肃 兰州, 570046)

中图分类号: R9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0031-01

【摘要】 观察应运中医清营凉血方治疗跖疣的临床疗效; 方法: 清营凉血方水煎服及局部浸泡治疗效果; 结果: 治疗 9 例, 全部治愈; 结论: 活血通络, 化瘀解毒, 软坚散结的清营凉血方为治疗跖疣的有效方药。

【关键词】 跖疣; 清营凉血方; 治愈

1 临床资料

2008 年 1 月~2008 年 12 月共接诊跖疣 9 例, 全部治愈; 其中 6 例经西医激光、冷冻等治疗后复发, 1 例激光治疗后溃疡, 2 例未经其它治疗。用清营凉血方治疗治愈, 随访一年无复发。

2 典型病例

患者甲, 患跖疣 2 年余, 曾行激光手术治疗 2 次复发, 于 2006 年 6 月第二次激光治疗后, 局部溃烂, 一直未愈, 时有红黄色分泌物渗出, 疼痛, 摩擦痛, 于 2008 年 10 月遂来我院治疗, 查疣体如黄豆大, 色黑, 局部有血液渗出, 按压痛, 摩擦痛, 活动受限, 本人给予清营凉血汤, 口服 150ml 每日两次, 及清营凉血汤日两次泡足, 治疗十五天治愈。

清营凉血方组成: 连翘 30g, 板蓝根 18g, 蚤休 10g, 木贼 6g, 香附 12g, 柴胡 12g, 川芎 15g, 穿山甲 8g, 白芍 10g, 白芷 10g, 玄参 15g, 甘草 6g。

3 疗效评价

3.1 治愈: 跖疣完全消退。

3.2 未愈: 跖疣无变化或部分消退。

4 讨论

自拟方剂养血生脉汤中当归养血和血; 丹参养血散瘀; 玄参养阴凉血化淤; 金银花、甘草解毒止痛。诸药合用, 共奏养血和血、化淤止痛之功。生脉饮中人参大补元气; 麦门冬养阴清热; 五味子敛阴止汗。三药合用, 一补一润一敛, 益气养阴, 生津止渴, 敛阴止汗, 使气复津生, 汗止阴存, 气充脉复。两方合用, 组方独特, 严谨, 药味精, 药力专, 共奏清热解毒、活血化瘀、宁心宽胸、通络止痛之效。

跖疣是发生在足底部的寻常疣、赘生物。是由于病毒感染、皮肤的微小破损自身接种传染引起的和足底受力, 再加上鞋的摩擦, 致摩擦表面有很厚的角质层。古籍有称之为牛程蹇, 多因风邪搏于肌肤, 或因怒动肝火, 肝旺血燥, 筋脉不荣, 以致气血凝滞, 加之足底部受压及摩擦, 而发生皮疹。本人遵循中医整体观和辨证论治, 采用养血平肝、活血通络、化瘀解毒、软坚散结的治疗方法, 远比西医的冷冻、激光和、手术挖除法外用药物治疗方法优越且治疗彻底; 方中连翘、板蓝根、蚤休、木贼清热解毒消肿散结抗病毒为君药; 取川芎能上行巅顶, 下达血海, 活血行气, 散瘀止痛, 穿山甲穿透之性较强通达四末, 玄参清热凉血活血通络、软坚散结之功为臣药; 取香附、柴胡、白芍滋阴平肝开郁为佐药; 取白芷消毒排脓、生肌长肉、祛腐生新, 甘草调和诸药的功效为使药。诸药和参, 能够完全消除跖疣, 疗效较好。

作者简介:

张葆英, 女, 46 岁, 中医副主任医师, 武警甘肃总队医院。

编号: EA-10012152 (修回: 2010-03-10)

参考文献:

- [1]唐润霞. 中医辨证治疗冠心病心绞痛 50 例临床观察[J]. 河南中医, 2005, 25(6): 36-37
- [2]陈灏珠. 实用内科学[M]. 第 10 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 1225-1226
- [3]赵新爱, 叶书敏. 益气活瘀汤治疗冠心病心绞痛疗效观察[J]. 河南中医, 2003, 23(3): 15-16

编号: A-0011 (修回: 2001-03-04)

生脉饮加味治疗病毒性心肌炎的临床观察

Clinical observation on treating viral myocarditis with pulse-activating decoction

段 浩

(河南洛阳钢铁集团医院, 河南 洛阳, 471023)

中图分类号: R542.2+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0032-02 证型: IBG

【摘要】 目的: 观察生脉饮加味治疗病毒性心肌炎的疗效。方法: 将 78 例病毒性心肌炎患者随机分为治疗组 48 例与对照组 30 例。两组均常规给予西医综合疗法, 静脉滴注 ATP、辅酶 A、维生素 C、氯化钾针等, 连续用药 15d 为 1 个疗程。治疗组在西医综合疗法的基础上给予中药汤剂生脉饮加味口服。两组均以治疗 2 个疗程后对比疗效。结果: 治疗组总有效率 95.16%, 对照组总有效率 82.61%。两组比较有显著性差异 ($P<0.05$)。结论: 生脉饮加味治疗病毒性心肌炎能提高疗效。

【关键词】 病毒性心肌炎; 生脉饮

病毒性心肌炎是临床常见病和多发病, 且近年来发病有增高趋势, 并有不少患者出现后遗症, 但目前尚未有公认的有效治疗药物, 部分患者由于急性期后炎症持续, 转为慢性心肌炎, 逐渐出现进行性心脏扩大、心功能减退、心律失常, 经过数年或一、二十年后死于上述各并发症, 自 2004-12~2006-12, 笔者运用生脉饮加味治疗病毒性心肌炎 48 例, 同时以单纯西药综合疗法治疗 30 例为对照组, 进行了随机对照观察, 疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料: 78 例患者均为我院住院病人, 按就诊顺序随机分为两组。治疗组 48 例中, 男 25 例, 女 23 例, 年龄 17~68 岁, 病程 6d~5 个月, 平均 22d, 发病前有上呼吸道感染或腹泻诱因者 39 例。心电图检查提示: 房性早搏 11 例, 室性早搏 34 例, 窦性心动过缓, 病态窦房结综合征 ST-T 改变者 26 例; 对照组 30 例, 男 13 例, 女 17 例, 年龄 16~67 岁, 病程 5d~5 个月, 平均 20d, 心电图检查提示: 房性早搏 10 例, 室性早搏 29 例, 窦性心动过缓, 病态窦房结综合征 ST-T 改变者 21 例。经统计学处理, 2 组病例在性别、年龄、病程、病情方面, 差异均无显著性意义 ($P>0.05$), 具有可比性。常见的心电图异常: ①房室传导阻滞、窦房阻滞或束支传导阻滞。②2 个以上导联 S-T 段呈水平型或下斜型下移 $\geq 0.05\text{mV}$, 或多个导联 S-T 段异常抬高或有异常 Q 波。③频发房性早搏或多源、成对室性早搏, 自主性房性或交界性心动过速、持续或非持续阵发性室性心动过速, 心房或心室扑动、颤动。④2 个以上以 R 波为主的导联 T 波倒置、平坦或降低 $< R$ 波的 1/10。

1.2 诊断标准: 参照 1999 年全国心肌炎、心肌病专题

研讨会提出的“成人急性心肌炎诊断参考标准”^[1]制定, 全部病例均有不同程度的发热、心悸、胸闷、乏力、面色苍白、多汗等症, 并排除因细菌、真菌感染及药物反应、中毒反应、甲亢、风湿等疾病所指的心肌炎。

2 治疗方法

对照组: 卧床休息, 进易消化和富含维生素和蛋白质的食物。心力衰竭应及时控制, 扩血管药和利尿药也可应用。早搏频繁, 或有快速心律失常者用抗心律失常药。如因高度房室传导阻滞、快速室性心律或窦房结损害而引起昏厥或低血压, 则需用电起搏或电复律, 多数三度房室传导阻滞患者借临时性起搏器渡过急性期后得到恢复。吸氧, 极化液 (10%葡萄糖注射液 500ml+10%氯化钾 10ml+胰岛素 8U) 静脉滴注, 每日 1 次; 能量合剂 (10%葡萄糖注射液+ATP 40mg+肌苷 100mg), 1, 6 二磷酸果糖 5g 静脉滴注, 口服三磷酸腺苷 20mg, 或肌苷 200~400mg, 辅酶 Q10, 10~20mg, 均 3 次/d。14 天后继用曲美他嗪片 20mg, 维生素 C 0.2g, 每日 3 次, 连续服用 2 个疗程后观察疗效。若有心功能不全, 两组均用依那普利 10~40mg、利尿剂如螺内酯 20~60mg/d、美托洛尔 6.25~75mg/d 等, 心脏彩超提示左心室扩大、射血分数 $< 40\%$ 、心动过速应用地高辛纠正心功能不全, 心功能不全控制后则停用。维持水电解质平衡, 治疗心律失常。治疗组在对照组治疗的基础上, 加用生脉饮加味中药汤剂口服, 组成: 人参 15g, 黄芪 20g, 麦冬 30g, 五味子 30g, 炙甘草 10g~15g。服用方法: 1 剂/d, 水煎取汁 400ml, 分早晚两次空腹温服, 15d 为一个疗程, 连续治疗两个疗程后观察疗效。

3 疗效标准与治疗效果

3.1 疗效标准参照《中医临床病症诊断疗效标准》^[2]

中病毒性心肌炎疗效标准制定。治愈：临床主要症状、体征基本消失，心电图检查基本恢复正常；好转：临床主要症状控制或好转，心电图检查较治疗前改善；无效：临床症状、体征及心电图检查治疗前后无改善。

3.2 治疗两个疗程后疗效比较，见表 1

表 1 两组疗效比较

疗效	治疗组	对照组
治愈	21	10
好转	27	20
无效	0	3
有效率	95.16%	82.61%

注：* 与对照组相比 $P < 0.01$

3.3 典型病例甲，就诊 2008-11-28，自述 20d 前出现咽痛，头痛，咳嗽，发热等症状，在社区卫生服务站服双黄连口服液、欧意（头孢羟氨苄）、溴己新片等药物后上述症状消失，于 2d 前出现心悸，气促，胸闷，伴乏力，活动后症状加重，治疗效果差，故来我院诊治。入院后心悸，气促，胸闷，乏力，纳差，舌质暗红，苔薄黄，脉迟缓、结代，查体 $T36.8^{\circ}\text{C}$ ，心率 46 次/分。BP100/70mmHg，双肺湿性罗音，心率 46 次/分，心音低弱，心律不齐、早搏；查心肌酶正常、肌钙蛋白阴性。心电图：窦性心律，I 度房室传导阻滞，窦性停搏，II、III 导联 S-T 段呈下斜型下移 $\geq 0.05\text{mV}$ ，频发室性早搏，心率 46 次/分。西医诊断：病毒性心肌炎 心律失常。中医诊断：心悸（气阴两虚型）。治以滋阴益气养心。给予生脉饮加味，方药：人参 15g，黄芪 20g，麦冬 30g，五味子 30g，炙甘草 10g~15g。1 剂/d，水煎，早晚两次温服。西药给予极化液静脉滴注，1 次/d，口服三磷酸腺苷 20~40mg，或肌苷 200~400mg，辅酶 Q10，10~20mg，均 3 次/d。治疗 1 个疗程后，临床症状明显减轻，心率恢复 60 次/分，心律齐，心电图明显改善，治疗 2 个疗程后，症状消失，心电图恢复正常。

4 讨论

病毒性心肌炎是病毒引起心肌的局灶性或弥漫性炎性病变，其中柯萨奇、埃可、流感病毒为致心肌炎的主要病毒。发病机制为病毒的直接作用侵犯心脏，引起机体的免疫反应损伤；包括急性病毒感染及持续病毒感染对心肌的损害；免疫学变化主要是细胞及多种细胞因子和一氧化氮等介导的心肌损害的微血管损伤，引起心脏功能和结构的损害；部分患者治疗不当转为慢性心肌炎，可遗留心脏扩大、心功能减退、心律失常，心肌病等严重后果。心肌组织受到侵害后它的再生能力弱，坏死病灶几乎最终均被纤维化及瘢痕组织所取代。因此，病毒性心肌炎的预后在很大程度上与急性期坏死病灶的广泛程度有关。所以早期积极、

有效的治疗可以减轻心肌的病理改变，因而可以有效改善预后。

根据病毒性心肌炎临床症状和病程转归属于中医学“心悸”“怔忡”“胸痹”“水肿”等范畴，乃因外感邪毒，邪毒内侵，耗气损阴，以致心失所养，气阴两虚，心脉瘀阻而发病。笔者在运用西药营养心肌的基础上同时配合生脉饮加味以益气养阴。方中人参健脾益胃，益气补血，现代药理研究其具有强心作用，能改善心肌代谢，降低心肌耗氧量，改善心功能，对于治疗房性早搏、室性早搏及心房纤颤有较好疗效；黄芪益气养心，现代药理研究表明其有抗病毒，增加免疫力，保护心肌的作用；黄芪具有抗病毒、调节机体免疫功能、保护心肌、清除氧自由基和改善心肌细胞电活动等作用^[3-4]，黄芪的抗病毒作用，文献报告可能为抑制病毒在体内继续繁殖，另一方面使机体免疫功能增强，两者相互作用达到在体内清除或消灭病毒作用^[5-6]。麦冬滋阴养心，养心体而助心用；五味子能聚耗散之心气；炙甘草补脾益气，养心复脉。方中生脉饮能促进心肌合成代谢，降低心肌耗氧量，增强心肌收缩力，增加冠脉流量，改善微循环。诸药合用共奏益气养阴，活血化瘀，宁心复脉之功，从而能提高免疫力，有效抑制心肌的炎症反应，促进心肌细胞的新陈代谢，加快心肌细胞的自身修复。本方用于治疗病毒性心肌炎未发现 1 例不良反应，从治疗结果中表明，中西医结合治疗病毒性心肌炎，能显著提高疗效，值得临床推广应用。

参考文献：

- [1] 中华心血管病杂志编辑委员会心肌炎心肌病对策专题组. 关于成人急性病毒性心肌炎诊断参考标准和采纳世界卫生组织及国际心脏病学会联合会工作组关于心肌病定义和分类的意见[J]. 中华心血管杂志, 1999, 27: 405-407
- [2] 龙俊杰. 中医临床病症诊断治疗标准[S]. 长沙, 湖南科学技术出版社, 1993: 328
- [3] 孙成文, 钟国赣, 江岩. 黄芪多糖抗氧化损伤的研究[P]. 中国药理学通报, 1996, 12: 161-163
- [4] 陈瑞珍, 杨英珍, 叶玉, 等. 急性病毒性心肌炎及其后遗症心律失常的中西医结合治疗[J]. 中华实用中西医结合, 1998, 1: 91-93
- [5] 杨英珍, 陈瑞珍. 急性病毒性心肌炎的药物治疗观察[J]. 中华心血管病杂志, 1999, 27: 413-415
- [6] 熊丁丁, 杨英珍, 宿燕岗, 等. 中西医结合治疗小鼠柯萨奇 B₃ 的病毒性心肌炎的实验研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 18: 480-482
- [7] 张宏考, 熊常初. 生脉保元汤体内抗柯萨奇 B₃ 病毒的实验研究[J]. 邵阳医学学报, 2004, 23(4): 210-213

作者简介：

段浩（1963-），男，硕士，副主任医师，研究方向：中西医结合治疗冠心病。 编号：A-0005（修回：2001-03-02）

中西医结合治疗粘连性肠梗阻 47 例效果观察

Clinical observation on treating 47 cases of adhesive intestinal obstruction in the integrative medicine

苗圣训

(山东省临邑县临邑镇卫生院, 山东 临邑, 251500)

中图分类号: R574.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0034-02 证型: IBDG

【摘要】 目的: 探讨粘连性肠梗阻的治疗方法。方法: 采用中西医结合的治疗方法治疗粘连性肠梗阻 47 例, 西医应用传统禁食、胃肠减压、纠正水电解质和酸碱失衡、行全胃肠外营养及预防性应用抗生素, 中医应用中药胃管灌注、保留灌肠、针灸。结果: 痊愈 40 例 (85.1%), 有效 6 例 (12.8%), 无效 1 例 (2.1%), 总有效率为 97.9%; 14 例 3d 内肛门开始排气、排便, 解除梗阻, 33 例 4~7d 肛门开始排气、排便, 解除梗阻, 平均 4.5d 解除梗阻。无不良反应、无中转手术病例, 随访无复发。结论: 中西医结合治疗粘连性肠梗阻, 肛门排气时间、平均住院时间均短, 无不良反应, 是有效、安全的治疗方法。适合在基层医院推广应用。

【关键词】 粘连性肠梗阻; 西药; 中药; 针灸

肠梗阻是外科急腹症之一, 其发生率占各类肠梗阻的 30%~50%^[1], 中医辨证多分为气结、热结及疽结三型。疽结型有肠坏死而呈弥漫性腹膜炎, 临床上一般采用手术治疗, 气结和热结两型应用中西医结合保守治疗。我院自 2007 年 1 月至 2009 年 10 月应用中西医结合方法治疗粘连性肠梗阻 47 例, 效果满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 粘连性肠梗阻患者 47 例, 其中男性 27 例, 女性 20 例, 年龄 14~62 岁。腹部手术史 36 例, 其中胃肠切除术 10 例, 胃、十二指肠穿孔修补术 3 例, 胆囊切除术 4 例, 脾切除术 2 例, 腹外伤术后 9 例, 阑尾切除史 8 例。病程 12~72h。

气结型临床表现有阵发性腹痛, 伴胸腹胀闷, 起病缓慢, 腹部膨隆呈对称性, 可见肠蠕动波, 恶心、呕吐胃内容物、大便秘结或不排便、不排气; 小便少或黄, 舌质红, 苔薄白, 脉沉弦; 不发热、白细胞正常; 体检腹软, 轻度压痛, 无固定性, 无明显的包块, 腹腔穿刺阴性, 可闻及高调气过水声, 无腹膜刺激征。X 线腹透或定位腹平片可见气液平面。但无孤立、巨大的肠袢, 从临床症状来看, 气结型表现以气滞为主, 兼有腑实证。热结型临床表现以阳明腑实及湿热蕴结症状为主, 如腹部疼痛阵发性加剧, 腹中度膨胀, 可见到肠型, 伴有胸闷气促、恶心呕吐、不排便、不排

气、脱水、发热等全身症状, 小便黄赤, 舌质红绛, 苔黄腻, 脉弦数或洪数; 听诊肠鸣音亢进; 腹部有明显的压痛点, 有轻度反跳痛及肌紧张, 常可扪及包块; 白细胞总数及中性粒细胞均升高; X 线检查腹部可见数个液平面。

1.2 诊断标准: 参照《外科学》^[1]制定。①患者多有腹部手术、创伤或感染史; ②阵发性腹痛、腹胀, 肛门排气、排便停止; ③腹部检查可见肠型和蠕动波, 腹壁柔软, 轻压痛, 肠鸣音亢进, 闻及气过水声或金属音; ④早期实验室检查无明显改变, 进一步发展可出现水电解质紊乱和酸碱平衡失调; ⑤立位腹部 X 线平片在梗阻发生 4~6h 后可显示肠襻胀气和阶梯状液气平面; ⑥排除绞窄性肠梗阻。

1.3 治疗方法: ①首先先给予禁食、胃肠减压, 胃肠外营养支持、纠正水电解质和酸碱失衡, 根据病情适当应用抗生素、抗酸剂减少消化液分泌。②在西医常规保守治疗的基础上, 再配合中药, 气结者治疗以理气降气为主, 兼以通腑。用藿香正气汤 (藿香、枳壳、陈皮、厚朴、紫苏叶、桔梗、白芷、神曲、大枣、苍术各 10g, 黄豆 100g), 津亏者加生地 30g, 石斛 15g; 体虚者加党参、当归各 15g; 伴食积者加焦山楂。热结者治疗以攻下通里、峻下结为主。用红藤汤 (红藤、紫地丁、连翘、大黄、乳香、番泻叶、没药、延胡索、丹皮、甘草), 伴发热者加板蓝根 30g, 黄芩、

黄柏各 9 g 水煎去渣。均每日 1 剂,加水煎 200mL,分 2 次由胃管注入,一般 1 次注入 100mL,注入后闭管 2~4h。若注药后腹痛剧烈、恶心呕吐者可随时放开胃管并行持续性负压吸引,待症状缓解后重新注药。治疗 7d 为 1 个疗程,同时用这些中药水煎保留灌肠。针药结合,取穴合谷、曲池、中脘、双侧天枢、足三里、上巨虚、下巨虚。配穴:呕吐加内关;腹痛加内关、章门;少腹痛加气海、关元。采用强刺激,留针 20min。针刺治疗 1 次后腹痛、腹胀明显减轻,针刺治疗 2 次后病情痊愈。治疗期间密切观察患者症状、体征的改变情况,一旦发生绞窄性肠梗阻,应及时转手术治疗。

1.3 疗效标准^[1]: ①痊愈:治疗后临床症状完全消失,大便通畅;②有效:临床症状减轻,大便通畅;③无效:经 1 周治疗,病情无明显变化。

2 结果

本组患者 47 例,痊愈 40 例 (85.1%),有效 6 例 (12.8%),无效 1 例 (2.1%),总有效率为 97.9%;14 例 3d 内肛门开始排气、排便,解除梗阻,33 例 4~7d 肛门开始排气、排便,解除梗阻,平均 4.5d 解除梗阻。无不良反应、无中转手术病例。随访无复发。

3 讨论

粘连性肠梗阻是肠粘连或腹腔内粘连带所致的肠梗阻,其病理基础是肠粘连,包括肠襻间、肠襻与腹壁及其他器官、组织之间的粘连。大多数是由于腹部手术创伤或腹腔内炎性反应积血、积液或其他能够导致腹腔内无菌性炎性反应物质的残留等因素导致肠壁水肿和渗出。其病理表现为各种刺激造成纤维蛋白渗出,引起纤维素粘连,导致纤维细胞增生日久机化形成结缔组织性粘连。当患者进食质和量发生变化时,导致肠功能运行紊乱而发病。中医学认为肠梗阻病机是胃肠气机紊乱、气血郁积、通降失调。属中医的“关格”和“肠结”范畴。是因瘀血留滞肠道,通降失调而病。肠道气血瘀结,不通则痛;肠腑闭阻,胃气上逆则呕;清气不升,浊气不降,气体液体积于肠内则胀;腑气不通则闭。

传统西医方法是禁食、胃肠减压、纠正水电解质和酸碱失衡、行全胃肠外营养及预防性应用抗生素等。能有效地减少梗阻患者胃肠液体丢失,促进水、电解质吸收,保护胃肠黏膜;结合祖国医学认为腑痛以通为补,六腑以通为用,肠为传化之腑,以通降下行为顺,腹部手术可致肠腑经络受损,气机痞结,气滞血瘀,肠道闭塞,腑气不通,肠道传导失司,水饮停滯,正常通降功能失调,从而出现痛、胀、吐、闭等症。

采用通里攻下,行气止痛,活血化瘀的治疗方法。应用用藿香正气汤、红藤汤。其中大黄、番泻叶泻下热结,利气除满、荡涤肠胃,消痞化结,促进肠道蠕动,促进肠管恢复正常位置。枳壳、厚朴、莱菔子、乳香、藿香、神曲行气消痞,理气消胀,改善肠道局部组织缺氧状态,促进微循环,有利于松解粘连,消除梗阻。延胡索、红藤、连翘、丹皮、甘草板蓝根、黄柏清热凉血,活血散瘀,解除平滑肌痉挛,缓急止痛作用。

据多位学者临床研究采用中医药疗法能取得良好的效果。如:赵景军等^[2]用活血通气饮药物(桃仁、地骨皮、冬瓜仁、乌药、赤芍、当归各 20g,三棱、槟榔片、莪术、乳香、没药、大黄各 15g,木香 10g)治疗肠梗阻 268 例,治愈 228 例 (85.1%),有效 12 例 (4.5%),未起效 10 例 (3.7%),无效 18 例 (6.7%),总有效率 93.3%。李进龙等^[3]用大黄附子汤加味:大黄、附子、细辛、莱菔子、大腹皮,若热盛者加败酱草、黄芩、栀子,虫积者加槟榔、乌梅、蜀椒、川楝子,血瘀明显者加丹参、延胡索、鸡血藤,呕吐频繁者加代赭石、竹茹,治疗肠梗阻 21 例,21 例患者全部治愈。曾小粤^[4]用开结通下汤,(生大黄(后下)、川朴、枳实、赤芍、莱菔子、火麻仁各 10~15g,芒硝 10~20g,槐仁 9~15g),加减法:若腹胀甚,加广木香 9~12g,大腹皮 10~15g;若热毒甚,加川连、黄芩各 10~15g;若湿热甚,加薏苡仁 15~20g,火炭母、番泻叶各 10~14g;若腹痛甚,加延胡索、白芍各 10~15g;若正气虚,加黄芪 10~30g,白术、西洋参各 10~15g。治疗肠梗阻患者 80 例,总有效率为 73.7%。张国典等^[4]用复方大承气汤(大黄 15g、赤芍 15g、枳实 9g、桃仁 9g、厚朴 15g、炒莱菔子 30g,水煎);芒硝 6~15g 冲服,疗效确切。

且现代科学研究表明,本方具有调整胃肠道,增强肠血流量及促进腹膜吸收,抑菌、抗炎的功能,诸药合用,共奏通里攻下、行气活血之功,结合中药保留灌肠、针灸,配合西医治疗,疗效迅速,胃肠功能恢复快。能预防再度粘连。

参考文献:

- [1]吴在德.外科学(6版)[M].北京:人民卫生出版社,2005,102-346
- [2]曾永明.生长抑素在肠梗阻治疗中的作用[J].实用全科医学,2006,3(4):258
- [3]李好朝,王成义,冯书梅.急性肿瘤性结直肠梗阻的治疗[J].中国普通科杂志,2005,14(10):767
- [4]陈厚斌.理气汤治疗腹部术后麻痹性肠梗阻 57 例[J].湖北中医杂志,2004,26(11):27

编号:EA-10012464(修回:2010-03-13)

中西医结合治疗复发性口腔溃疡 45 例临床疗效分析

A clinical analysis of treating 45 cases of recurrent oral ulcer in the integrative medicine

杨素花

(山东省德州市中医院, 山东 德州, 253013)

中图分类号: R364.1+6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0036-02 证型: IDGA

【摘要】 目的: 探讨复发性口腔溃疡的治疗方法。方法: 对 45 例复发性口腔溃疡患者给予口服, 维生素 B₂ 片、维生素 C 片、罗红霉素, 口含华素片。结合内服中药治疗。评价其治疗效果。结果: 治愈 26 例, 占 57.8%; 有效 16 例, 占 35.6%; 无效 3 例, 占 6.7%, 总有效率 93.3%。结论: 采用中西医结合治疗复发性口腔溃疡, 疗效显著, 可预防复发。

【关键词】 复发性口腔溃疡; 中西医结合; 疗效

口腔溃疡属自限性疾病, 也是口腔粘膜的常见病、多发病。但发病时溃疡部位疼痛, 病情重者持续时间较长, 且反复发作、久治难愈, 影响病人正常饮食, 给病人带来很大的痛苦, 严重时可发生癌变。目前尚无特效药物治疗, 因此研究其方法, 预防复发和减轻症状有较重要的临床意义。单纯西药治疗虽能促进溃疡愈合, 但不能阻止复发。2007 年 1 月至 2009 年 12 月我们运用中西医结合方法治疗该复发性口腔溃疡 45 例, 取得了很好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

复发性口腔溃疡患者 45 例, 其中男 31 例, 女 24 例; 年龄 25~63 岁; 平均年龄 41.5 岁, 其中轻型口腔溃疡 37 例, 重型口腔溃疡 8 例。均表现为牙龈和口腔粘膜充血发红、水肿, 有灼热、疼痛感, 常影响讲话和进食, 尤其在进辛辣食物后疼痛尤为明显。口唇内上颚、两颊黏膜、舌尖、舌面、舌边等处有单个或数个大小不等、散在的溃疡, 大的如黄豆, 小的如米粒, 有的融合成片, 溃疡表面可见灰白色或黄色的溃烂腐膜, 严重的有脓水流出。病程 1~6 年, 平均 3.5 年, 起病较快, 一般 7d 左右愈合。但此起彼伏, 病程易延长, 愈后常反复发作。西医诊断标准参照第 6 版《口腔学》。口腔黏膜浅表性溃疡, 为孤立的圆形或椭圆形、单个或多个并存、大小不等, 周期性复发但又有自限性。中医诊断标准依据《中医耳鼻喉科学》: ①脾胃炽热型: 脾胃湿热、受损, 溃疡生于唇、颊、

齿龈、舌面等处、大小不等、最大直径约 1cm、呈圆形或椭圆形的黄白色溃烂点、周围黏膜鲜红微肿、灼热疼痛感、说话或进食时加重, 口臭, 尿黄, 脉数。②阴虚火旺型: 运化失调, 湿热内蕴, 熏蒸口舌, 湿热粘滞而缠绵难愈, 口疮溃烂成点, 数量较少, 溃面成灰白色, 周围肌膜颜色淡红或不红, 常反复发作, 疼痛、进食时为明显, 舌质红少苔, 脉细数。有消化不良、口臭, 尿黄, 脉数等症状。③虚实夹杂型: 口腔黏膜溃烂, 创周微红, 疼痛、每遇辛辣食物加重, 愈合后常反复发作, 舌质红苔薄黄, 脉平。

1.2 治疗方法

患者每次进食后, 清水漱口, 以保持口腔清洁。西医疗法: 维生素 B₂ 30mg, 每日 3 次; 罗红霉素 0.15g, 每日 2 次, 维生素 C 0.1 g, 每日 3 次, 口服, 华素片 1 片含化, 1~2h 一次。疗程 1~2 周。中医治疗: ①脾胃炽热型: 清脾胃热, 引火下行, 用导赤散加减。生地 25g, 淡竹叶 18g, 丹皮 15g, 栀子 15g, 甘草 8g, 麦冬 20g, 连翘 30g, 木通 15g。②阴虚火旺型: 滋阴降火, 引火归元, 用四物汤加减。当归 30g, 熟地 20g, 川芎 15g, 白芍、竹叶 10g、18g, 黄柏 25g, 花粉 15g, 甘草 6g。③虚实夹杂型用黄连阿胶汤加减。黄连 9g, 阿胶 20g (烔化兑服), 生地 18g, 甘草 6g, 枸杞 20g, 党参 25g, 山楂 15g, 神曲 15g, 白术 18g。疼痛甚者, 加金银花 10g、七叶莲 12g; 口干明显者, 加芦根 30g, 麦冬 15g; 夹湿者加薏苡仁 12g、芡实 10g; 消化不良加白术 9g, 枳壳 10g, 神曲 12g, 炒麦芽 15g 等; 便

秘者,加火麻仁 30g,瓜蒌壳 12g;有湿热时加茵陈 12g,六一散 6g;脾虚者加白术 10g、陈皮 12g;有热象口臭明显者可加黄连 6g;胃阴不足者加石斛 9g;精神倦怠者,加山药 15g;纳差者,加 10g;舌尖明显发红者,加灯芯 4g;每日 1 剂,水煎服,每日 1 剂,分 3 次服用。7d 为 1 个疗程。治疗期间禁烟酒,忌辛辣油腻之品,饮食宜清淡,治疗 1~2 个疗程。随访 1 年观察疗效。

1.3 疗效标准

①痊愈:自觉症状消失,黏膜恢复正常,溃疡部周围组织黏膜充血完全消退,溃疡迅速愈合,创面完全消失,1 年内未复发者。②有效:溃疡创面明显减少,溃疡面缩小 2/3 以上,自觉症状明显减轻,但仍有小部分溃疡创面,溃疡部周围组织黏膜充血消退,溃烂部位基本愈合,1 年内仅 1~2 次复发者。③无效:溃疡创面无改变,自觉症状和临床表现均无变化者。

2 结果

45 例全部得到随访,随访时间 12 个月。结果治愈 26 例,占 57.8%;有效 16 例,占 35.6%;无效 3 例,占 6.7%,总有效率 93.3%。

病例举例:例 1:患者甲,因情绪不稳定,睡眠不足,饮食不规律而得病。查体:下唇内有两处溃疡,直径约 0.3cm×0.5cm,左颊部有一处溃疡,直径 0.3cm,中央稍凹陷,表面覆盖灰黄色假膜,周围有狭窄红晕,伴有剧烈烧灼样疼痛,遇刺激加重。影响进食和讲话,患者曾自行口服复方新诺明片,局部敷冰硼散等药物,效果不佳,病情反复,诊断为复发性口腔溃疡。我们给予上述方法治疗,3 天溃疡面积缩小,疼痛及充血减轻,6 天后症状全部消失。例 2 患者乙,因精神压力大、劳累、失眠而得病。查体:上唇内有 0.2cm×0.3cm 溃疡,右侧颊部有 0.3cm×0.4cm 的溃疡,伴有疼痛,进食及讲话困难。嘱其调节生活,充分睡眠。并给予上述方法治疗,3 天后口腔溃疡面积缩小,疼痛减轻,5 天后溃疡消失。

3 讨论

复发性口腔溃疡是口腔黏膜病中的常见病,病因未明,发病因素主要与细菌、病毒感染因素、微循环障碍、免疫功能失调、遗传因素及系统性疾病等有关,在精神紧张、情绪波动、饮食不节、睡眠状况不佳、植物神经功能失调、内分泌失调、及微量元素锌、铁、叶酸、维生素 B₁₂ 缺乏等^[1],免疫功能下降等情况下最易复发。细胞组织病理表现为口腔黏膜上皮表层坏死脱落,非特异性炎症,早期呈急性炎症、上皮层水肿变性,继之发生局限性坏死,并有纤维素性渗出,炎性浸润等。现代研究证明本病属于自身免疫性疾病,

与黏膜免疫力低下有关,其治疗原则是防止继发感染,减轻疼痛与促进愈合而缩短疗程。

口腔溃疡患者首先应注意口腔卫生,保持心情愉快,避免劳累,多喝水,多吃新鲜蔬菜、水果等补充维生素,有消化系统疾病的饮食宜清淡,易消化,不要食辛、辣刺激性食物。治疗主要是对证止痛减轻症状、促进溃疡愈合,预防复发。维生素 B₂ 是体内黄酶类的辅酶组成部分,参与糖、蛋白质和脂肪的代谢,对角膜炎、结膜炎、口角炎、舌炎等有治疗作用。罗红霉素为大环内酯类抗生素,有杀菌作用,主要作用于革兰氏阳性菌、厌氧菌、衣原体和支原体等。维生素 C 有降低毛细血管通透性及脆性的作用,可增进局部血液循环,促进上皮细胞产生,有利于创面的修复。

复发性口腔溃疡属中医“口疮”、“口疡”、“口糜”范畴。外感六淫、内伤七情、饮食不节均可引起脏腑功能失调,心胃积热,循经上熏于口舌,腐肉成溃^[2]。反复发作、迁延日久则热伤阴液,阴不制阳、虚火内生,络脉受损,气血运行不畅,口舌失养,导致溃疡反复不愈。“口疮”之名始见于《黄帝内经》,《素问·气交变大论》中曰:“岁金不及,炎火乃行……民病口疮。”首次指出口疮以火热为基本的发病因素^[3]。该病患者除有口腔溃疡、灼热疼痛外,还经常有口干、口苦、口臭、渴喜冷饮、五心烦热、大便干燥、小便黄赤、舌质红、苔少或舌苔黄白相兼而腻,属于阴液亏虚、湿热内蕴之证。乃由阴虚火旺,虚火上炎;心脾积热,湿热上犯,口腔局部气血失荣而溃疡疼痛。治疗宜以养阴活血、清热泻火。清热方中生地、淡竹叶、丹皮、栀子,甘草,麦冬滋阴清热;茵陈、六一散、加白术、陈皮、黄连除心脾之积热;白术、枳壳、神曲、炒麦芽、鸡内金等理气消滞。丹皮、淡竹叶、赤芍清热凉血、活血化瘀,改善局部微循环,有利于溃疡愈合;收敛生肌。枸杞、党参可提高机体免疫力,促进血液循环,调节能量代谢,提高机体应激能力,有止痛、减少组织液渗出、促进上皮修复、加速溃疡愈合之功。甘草调和诸药。

总之,采用中西医结合治疗复发性口腔溃疡,溃疡面愈合时间短,疗效可靠,能提高患者机体的免疫功能、预防复发。

参考文献:

- [1]李乾构.中医消化病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2006,2-136
- [2]李文东,李丽萍.中西医结合治疗复发性口腔溃疡 63 例疗效观察[J].中医中药,2008,46(10):95
- [3]韩燕,贺瀛.加味麦门冬汤治疗阴虚火旺型复发性口腔溃疡 60 例[J].中国中西医结合杂志,2007,27(7):662

编号:EA-100219127(修回:2001-03-14)

连花清瘟胶囊在缓解 甲型 H1N1 流感临床症状的观察与护理

Clinical observation and nursing of relieving clinical symptoms of influenza H1N1 with Lianhua Qingwen capsule

李锦慧 付 敏 李玉玲
(河南省开封市传染病医院, 河南 开封, 475001)

中图分类号: R47 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0038-02

【摘 要】 目的: 探讨连花清瘟胶囊在缓解甲型 H1N1 流感临床症状效果及护理方法。方法: 对 60 例甲型 H1N1 流感患者用药观察和实施护理干预措施。结果: 发现服用连花清瘟胶囊患者的平均退热时间及达菲(奥司他韦)相当, 与对照组无显著性差异, $P>0.05$, 在缓解、咳嗽、咳痰、咽痛、全身酸痛等症状方面优于达菲(奥司他韦)。结论: 连花清瘟胶囊治疗甲型 H1N1 流感作用与达菲同样效果显著, 且价格低廉、疗效确切、副作用更少、安全性更强, 符合卫生部诊疗方案中提到“要重视发挥中医药在防治工作中的作用精神”。

【关键词】 连花清瘟胶囊; 缓解; 甲型 H1N1 流感; 症状; 护理

1 临床资料

1.1 一般资料

按甲型 H1N1 流感诊疗方案(2009 年第二版)修订的甲型 H1N1 流感的诊断标准^[1], 选择条件为我院 2009 年 10 月~12 月住院及门诊病毒核酸检查结果阳性患者 60 例。遵循盲法对照、平行分组的设计, 随机分配为连花清瘟胶囊或达菲两个治疗组, 连花清瘟组共 30 例, 男 14 例, 女 16 例, 平均年龄 19 岁。达菲组 30 例, 男 12 例, 女 18 例, 平均年龄 18 岁。入院时两组患者经统计学处理, 无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

实验组用药: 连花清瘟胶囊 4 粒/次, 3 次/天, 口服+达菲胶囊模拟剂 75mg/次, 2 次/天, 口服。对照组用药: 达菲胶囊 75mg/次, 2 次/天, 口服+连花清瘟胶囊模拟剂 4 粒/次, 3 次/天, 口服。基础治疗均给予维康福 1 片/日, 并注意休息, 大量饮水, 疗程均为 5 天, 观察 7 天。

1.3 观察项目

患者的平均退热时间、及咳嗽、咳痰、咽痛等症状的缓解情况。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS13.0 进行统计学处理。

2 结 果

2.1 连花清瘟组和达菲组的平均退热时间相似, 连花清瘟胶囊组, 平均退热时间 1.32 ± 0.69 (天); 达菲组, 平均退热时间 1.28 ± 0.52 (天) 经统计学处理无显著性差异($P>0.05$)。

2.2 连花清瘟组在流感样症状的改善方面优于达菲组, 尤其是咽痛、咳嗽、肌肉酸痛等症状的改善尤为显著, 经统计学处理有显著性差异($P<0.05$), 鼻塞、头痛等症状的改善两组基本相似, 经统计学处理无显著性差异($P>0.05$)。见表 1。

表 1: 两组流感样症状改善时间(天)比较($\bar{x}\pm s$)

	连花清瘟胶囊组	达菲组	P 值
鼻 塞	1.17 ± 0.49	1.25 ± 0.52	>0.05
咽 痛	1.59 ± 0.63	2.02 ± 0.58	<0.05
咳 嗽	4.53 ± 2.03	5.30 ± 2.54	<0.05
肌肉酸痛	1.15 ± 0.46	1.39 ± 0.72	<0.05
头 痛	0.85 ± 0.27	0.90 ± 0.24	>0.05

3 护理干预

3.1 心理护理

因收治患者中多数为中小学学生, 由于隔离治疗, 患者容易产生紧张、恐惧心理, 表现为哭闹、情绪不稳定, 影响治疗。因此, 医护人员对患者要态度亲切、和蔼, 富有耐心合理方式与沟通取得患者的信任, 以减轻患者紧张情绪, 配合治疗。做好健康宣教指导患

者自我防护的一些隔离措施。

3.2 严密观察生命体征变化

为早期干预提供准确有效的依据,是治疗成功的关键,及时观察准确记录,特别是体温变化,观察服药后的退热时间和各项症状体征的缓解情况。

3.3 用药护理

详细告知患者服药方法、时间、量、注意药物的不良反应,对年龄较小的患儿护理人员要遵守发药到手、看服到口,服了再走,服药原则。保证药物发挥最佳疗效。

3.4 饮食护理

疾病的恢复来源综合调理,合理的饮食是关键,我院专门由一名护士长负责患者的饮食,制定每天每餐食谱,做到合理搭配,营养均衡对疾病的恢复起到良好作用。

4 讨论

本次发生的甲型 H1N1 流感是由变异后的新型甲型 H1N1 流感病毒所引起的急性呼吸道传染病。通过飞沫、气溶胶、直接接触或间接接触传播,临床主要表现为流感样症状,少数病例病情重,进展迅速,可出现病毒性肺炎,合并呼吸衰竭、多脏器功能损伤,严重者可以导致死亡。

奥司他韦(达菲)是目前世界上唯一的口服剂型神经氨酸酶抑制剂类药物。能有效预防和治疗甲型流感。抗病毒药物过度应用,则可能导致病毒产生耐药性。使用疗效下降,并且抗病毒药物有较严重的副作用,在临床应用中有其局限性。

莲花清瘟胶囊由连翘、金银花、板蓝根、石膏、鱼腥草、薄荷脑、绵马贯众、大黄、红景天、甘草、炒苦杏仁、炙麻黄等药物组成,方中连翘外疏肌表、骨清郁热;金银花、板蓝根清热解毒;炙麻黄疏风结表,宣畅肺气,润肺平喘;石膏清泄肺热,与麻黄相配,既可制其温散之性,又可协同加强宣肺清热之效;大黄通肺泄热;绵马贯众清热解毒且有抗病原微生物作用;红景天益气养阴、清肺化痰,有活血、清肺止咳、解热之功效,有抗缺氧、抗病毒及对神经系统和新陈代谢双向调节作用;鱼腥草清热、消肿、解毒有增强免疫系统作用,能增加白细胞的吞噬功能,有抗病原微生物作用,抑制金黄色葡萄球菌、流感杆菌、肺炎双球菌等;甘草调和药性,清热解毒、缓急止痛,

润肺止咳;苦杏仁润肺止咳,降气,平喘。药理实验证实,莲花清瘟胶囊既有较好的抗病毒作用,又有抗菌、抗炎、退热、镇痛、止咳、化痰和调节免疫的功能^[1]。

国内多家权威机构研究证实莲花清瘟胶囊具有良好的广谱抗病毒作用。^[1]莲花清瘟胶囊具有多环节抗甲型人流感病毒的作用,综合抑制作用、对病毒吸附的预防作用、抑制病毒吸附后的复制增殖作用以及直接杀伤病毒的作用。^[2]莲花清瘟胶囊用于治疗流行性感感冒疗效较好。^[3]而且无严重不良反应。临床研究表明:莲花清瘟胶囊对甲型 H1N1 流感具有明确的拮抗作用,患者的平均退热时间与达菲相当,对于咳嗽、咳痰、咽痛等症状的缓解更快,且治疗费低。充分体现了抗甲型 H1N1 流感方面的独特优势。

莲花清瘟胶囊抗多种病毒的特点及它清瘟解毒、宣肺泄热的功能特点,可以改善怕冷、发烧、头痛、肌肉酸痛、全身乏力等流感症状,同时它的退热消炎作用还能缓解嗓子痛。

专家认为:相比抗病毒药物,中药具有广谱抗病毒作用,可以整体调节,多靶点治疗,不仅能退热消炎,减轻上呼吸道症状更具有优势,所以中药防治甲型 H1N1 流感类传染病应大力推广,卫生部诊疗方案中提到“要重视发挥中医药在防治工作中的作用”对中医药得以早期及时介入,对发热、咳嗽、咽部红肿疼痛、鼻涕等症的改善方面收效迅速。^[5]

有效的护理干预措施能尽快解除患者的病痛,减少合并症的发生,保证甲型 H1N1 流感患者医疗救治工作的顺利进行,不失是一项重要的手段。

参考文献:

- [1]季振慧,王肋群,陈雪玲.莲花清瘟胶囊辅助治疗急性气管-支气管炎[J].现代中西医结合杂志,2007,cop,10(20)
- [2]莫红缨,柯昌文,郑劲平等.莲花清瘟胶囊体外抗甲型流感病毒的实验研究[J].中药新药与临床药理,2007,1
- [3]王新功,崔学军,刘新生等.莲花清瘟胶囊治疗流行性感冒的临床疗效观察[J].中国药房,2008,19(27)
- [4]王以炳,张天民,杨玉梅等.莲花清瘟胶囊治疗病毒性感冒的有效性与安全性观察[J].临床肺科杂志,2008,9:1118-1119
- [5]姜良铎,刘清泉.甲型 H1N1 流感的中医药防治[J].环球中医药,2009,07

编号: Z100501 (修回: 2001-03-05)

中医药治疗溃疡性结肠炎缓解期的临床观察

Clinical observation on treating ulcerative colitis remission by TCM

孙 静 仇彦飞

(黑龙江省牡丹江市中医院, 黑龙江 牡丹江, 157000)

中图分类号: R574.62 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0040-01 证型: ID

【摘 要】 目的: 观察结肠 I 号丸治疗溃疡性结肠炎缓解期的疗效。方法: 60 例患者随机分为治疗组和对照组。治疗组应用结肠 I 号丸治疗。对照组应用奥沙拉秦钠胶囊治疗。结果: 治疗组总有效率 93.3%, 明显高于对照组总有效率 76.7%, $P < 0.05$ 。结论: 结肠 I 号丸治疗溃疡性结肠炎缓解期疗效满意。

【关键词】 中医药; 溃疡性结肠炎; 缓解期

溃疡性结肠炎(UC)是一种病因未明的炎症性肠病。临床表现主要是: 腹痛腹泻、粘液脓血便、反复发作是溃疡性结肠炎的临床特点。由于治疗缺乏特异性, 导致病情反复。病人生活质量下降, 并发症增多, 甚至癌变。因此对溃疡性结肠炎缓解期的正确治疗, 降低复发率是非常重要的。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例 60 例, 男 34 例, 女 26 例, 年龄 23~61 岁, 均为 2005~2009 年在牡丹江市中医院门诊或住院病人。疗程 0.5~5.5 年, 按照 2000 年《炎症性肠病诊断治疗规范的建议》标准, 全部病例均经电子结肠镜和病理组织活检确诊为溃疡性结肠炎, 病情分期为缓解期患者。将 60 例人随机分为治疗组和对照组, 经统计学分析, 两组病人在年龄、性别、病程无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

治疗组服用结肠 I 号丸(由牡丹江市中医院制剂室生产), 9g/次、3 次/天, 治疗 6 个月。对照组服用奥沙拉秦钠胶囊(浙江众益药业有限公司, 批准文号: 20010001), 1~2g/d 治疗 6 个月。

1.3 疗效判定

参照 2000 年成都全国炎症性肠病学术研讨会制定标准。

1.3.1 完全缓解: 临床症状消失, 结肠镜检查粘膜大致

正常。

1.3.2 有效: 临床症状基本消失, 结肠镜检查粘膜轻度炎症或肠息肉形成。

1.3.3 无效: 经治疗后临床症状、内镜及病理检查无改善。

2 结 果

2.1 治疗效果

	总例数	临床治愈(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率
治疗组	30	16	12	2	(28)93.3%
对照组	30	7	16	7	(23)76.7%

注: 两组比较经 χ^2 检验, 证明有显著差异 $P < 0.05$ 。

2.2 不良反应

对照组有 3 例出现不良反应, 其中 2 例腹泻, 1 例恶心头晕, 未影响治疗, 治疗组无明显不良反应。

3 讨 论

祖国医学将溃疡性结肠炎归属于反复发作型休息痢范畴, 急则治其标, 缓则治其本, 故中医针对溃疡性结肠炎缓解期的治疗以治本为主, 兼顾治标。结肠 I 号丸的组方依据此法配伍而成。其中包括: 人参、茯苓、白术、豆蔻、金银花、黄芩、甘草等多种药物。具有益气健脾化湿作用, 临床疗效满意。该药明显降低溃疡性结肠炎的复发率, 未发现不良反应, 是治疗溃疡性结肠炎缓解期的理想药物。

编号: EA-100304151 (修回: 2010-03-4)

中西医结合治疗胆总管结石疗效分析 (附 59 例分析)

An effective analysis of treating CBDS in the integrative medicine

王大勇

(沈阳市浑南新区医院, 辽宁 沈阳, 110180)

中图分类号: R657.4+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0041-02 证型: GDI

【摘要】 目的: 探讨中西医结合治疗胆总管结石的疗效。方法: 熊去氧胆酸 0.15g, 3 次/d, 口服; 硫酸镁 2.0~5.0g, 3 次/d, 口服; 氨苄青霉素 0.75g, 3 次/d, 口服; 甲硝唑 0.4g, 3 次/d, 口服。利胆排石中药龙胆泻肝汤 (龙胆草 6g、栀子 9g、泽泻 12g、木通 9g、车前子 9g、当归 6g、生地 9g、柴胡 6g、甘草 6g、延胡索 9g、川楝子 9g) 加减口服, 2 次/d, 10 天为一疗程。每日检测常规、肝功、血清淀粉酶等指标。上述治疗期间, 病情继续加重恶化者即行胆总管切开取石及“T 型管引流术”。结果: 临床治愈 14 例 (23.72%); 显效 31 例 (52.54%); 有效 7 例 (11.86%); 总有效率 88.13%。无效 7 例 (11.86%) 全部行胆总管切开取石治愈。结论: 中西医治疗胆石症具有无禁忌症、安全、有效、副作用小、易被患者所接受等优点, 且其溶石、排石疗效在临床上已经显示出了明显的优势, 是治疗胆石症极具发展前景的方法之一。

胆石症在我国属高发病, 手术探查取石仍是主要的治疗手段, 但残余结石及复发率仍然很高。我院从 2003 年 12 月至 2008 年 5 月采用中西医结合辨证治疗 59 例胆总管结石患者, 取得较好疗效, 报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病人 59 例。男 22 例, 女 37 例, 年龄 21~58 岁, 平均年龄为 41.6 岁, 所有病人均有不同程度的梗阻性黄疸, 其中伴有腹痛 55 例, 发热 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 者 25 例, 合并急性胰腺炎 16 例; 胆囊切除术后继发胆总管结石 26 例, 胆囊结石合并胆总管结石 18 例, 单纯胆总管结石 17 例。诊断标准: ①有胆总管结石症状与体征; ②超声检查提示胆总管扩张, 胆总管内有结石, 结石直径 0.4~1.0cm, 超过 1.0cm 者不在治疗范围。

1.2 方法

熊去氧胆酸 0.15g, 3 次/d, 口服; 硫酸镁 2.0~5.0g, 3 次/d, 口服; 氨苄青霉素 0.75g, 3 次/d, 口服; 甲硝唑 0.4g, 3 次/d, 口服。利胆排石中药龙胆泻肝汤 (龙胆草 6g、栀子 9g、泽泻 12g、木通 9g、车前子 9g、当归 6g、生地 9g、柴胡 6g、甘草 6g、延胡索 9g、川楝子 9g) 加减口服, 2 次/d, 10 天为一疗程。每日检测常规、肝功、血清淀粉酶等指标。上述治疗期间, 病情继续加重恶化者即行胆总管切开取石及“T 型管引流术”。

1.3 疗效标准

临床治愈, 结石经 B 超证实排出, 临床症状、体征消失, 各项化验检查恢复正常; 显效, 肝内外胆管

结石减少, 临床症状、体征消失或减轻, 化验恢复正常; 有效, 结石位置、大小无变化, 但症状、体征改善, 化验恢复正常; 无效, 结石位置、大小无变化、临床症状、体征无改善或加重, 转手术等。

2 结果

临床治愈 14 例 (23.72%); 显效 31 例 (52.54%); 有效 7 例 (11.86%); 总有效率 88.13%。无效 7 例 (11.86%) 全部行胆总管切开取石治愈。

3 讨论

胆总管结石是外科的一种常见病, 近年来发病率有上升趋势。外科手术是其主要的治疗方式, 但术后残石和复发结石仍高达 38%。胆总管结石是胆系结石的一种特殊类型。其不同于胆囊及肝内外胆管结石, 即胆总管结石多是“成熟”的路石, 因其特殊的病位所在, 在一定的条件下可以排出^[1]。

熊去氧胆酸 (UDCA) 可增加毛细胆管碳酸盐的分泌, 从而可促进胆汁分泌, 增加胆汁流量, 促进胆汁酸排泄^[2]。因此熊去氧胆酸不但可利胆溶石, 而且具有稳定肝细胞膜、促进肝功能恢复的作用^[3]。龙胆泻肝汤中龙胆草大苦大寒, 泻肝胆湿热; 栀子、黄芩等苦寒清热泻火; 木通、泽泻、车前子清热利湿; 生地、当归滋阴养血, 标本兼顾; 柴胡疏肝解郁, 引诸药入肝经; 川楝子、延胡索理气止痛。排石中药的应用可以尽快地恢复肝脏的分泌功能及促进胆汁的排泄, 肝脏分泌功能的改善增加了胆汁的分泌量, 这大大改善了胆管的自洁作用。配合西医的补液、抗炎、

(下转 43 页)

健脾疏肝活血法治疗慢性溃疡性结肠炎 47 例

Treating 47 cases of ulcerative colitis

by Jianpi Shugan Huoxue methods

韩建庆 范 宇

(常州市新北区安家医院, 江苏 常州, 213126)

中图分类号: R574.62 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 00-0042-02 证型: ID

【摘 要】 目的: 探讨健脾疏肝活血法治疗慢性溃疡性结肠炎的临床疗效。方法: 47 例确诊慢性溃疡性结肠炎患者, 予以健脾疏肝活血法治疗, 方剂为基本方加减, 每日一剂, 水煎 2 次, 早晚分服, 15 日为一疗程, 3 个疗程后判定疗效。结果: 治愈 16 例, 占 34.0%, 有效 27 例, 占 57.4%, 无效 4 例, 占 8.5%, 总有效率 91.5%。结论: 健脾疏肝活血法治疗慢性溃疡性结肠炎疗效显著, 值得临床推广应用。

【关键词】 慢性溃疡性结肠炎; 疏肝健脾活血; 疗效

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种病因不明的慢性肠道疾病, 临床主要表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便和里急后重等。UC 病因和发病机制至今未明。西医治疗以水杨酸偶氮磺胺类药物、肾上腺糖皮质激素、抗生素和免疫抑制剂等为主, 但远期疗效不尽人意。近来中医药在 UC 治疗方面显示出良好的疗效^[1]。笔者根据其病程迁延、反复发作以致出现脾虚为本、湿主为标、兼有肝郁、血瘀的征候特点, 以健脾疏肝兼活血法治疗 UC 47 例, 取得了满意效果, 现报告如下。

1 一般资料

本组 47 例, 皆为本院 2005 年至今收治的 UC 患者, 其中男 26 例, 女 21 例, 年龄 24~58 岁, 平均 42.7 ± 11.4 岁, 病程 1~11 年, 平均 3.7 ± 2.2 年。所有患者皆反复发作、迁延不愈, 曾经过多种方法治疗, 包括中草药、柳氮磺胺吡啶 (SASP) 类或免疫抑制剂等, 效果皆不明显。

2 临床表现与诊断标准

全部病例的诊断符合 2000 年全国炎症性肠病学术研讨会制定的《炎症性肠病诊断治疗规范》^[2]。临床表现主要包括: ①腹泻、腹痛、黏液或便脓血; ②结肠镜见黏膜多发性浅溃疡或黏膜糜烂、充血、水肿或黏膜粗糙呈细颗粒状、黏膜血管模糊、质脆易出血, 黏膜活检呈慢性炎症反应; ③排除菌痢、阿米巴肠炎、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎及 Crohn's 病、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等疾病。中医诊断

标准参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[3] UC 的中医证候诊断标准。大肠湿热型主症: 腹泻, 脓血便, 里急后重, 腹痛, 发热; 次症: 肛门灼热, 溲赤, 舌红苔黄腻, 脉滑数或濡数。

3 治疗方法

基本方: 党参 10g, 黄芪 10g, 白术 10g, 只壳 10g, 青皮 6g, 郁金 6g, 丹参 6g, 白芍药 12g, 薏苡仁 15g, 黄连 3g。辨证加味: 腹胀明显者加木香、槟榔; 腹痛明显者加延胡索; 便中脓液多者加大黄连; 久泻滑脱不禁者加乌梅、赤石脂; 寒肢冷加补骨脂、吴茱萸, 并可酌加附子、炮姜, 久泻脱肛加升麻, 并可重用黄芪; 淤重者加三七 3g (冲服)。方剂服法: 每日一剂, 水煎 2 次, 早晚分服。15 日为一疗程, 3 个疗程后判定疗效。治疗期间予以清淡易消化、少纤维和富含维生素类的饮食, 忌乳制品、辛辣、生冷、不洁之食物。

4 疗效标准

参照中华医学会消化病学会《对炎症性肠病的诊断治疗规范的建议》^[2]和《简明中医临床诊疗常规》^[4]中关于 UC 的疗效标准制定本组病例的疗效标准。治愈: 临床症状消失, 大便正常, 肠镜检查示黏膜病变恢复正常或溃疡病灶瘢痕化; 有效: 临床症状明显好转, 肠镜检查黏膜病变较前明显改善, 大便常规检查有少量红白细胞; 无效: 症状无改善, 肠镜检查黏膜病变无好转。

5 治疗结果

所有病例皆经过正规 3 个疗程的治疗, 治愈 16

例,占34.0%,有效27例,占57.4%,无效4例,占8.5%,总有效率91.5%。治疗过程顺利,无明显药物不良反应。

6 病案举例

患者甲,2007年05月17日就诊。慢性腹泻一年余,每日解大便3~5次,便溏,有时伴有粘液,便前轻微腹痛,便后腹痛缓解,稍有饮食不慎即腹泻。就诊时患者形体消瘦,面色萎黄,肢倦乏力,舌淡苔白薇腻,脉细弱。肠镜检查示乙状结肠肠段散在溃疡灶,表面糜烂,诊断UC。中医辨证为肝郁脾虚,治以疏肝健脾,方用党参10g,黄芪10g,白术10g,只壳10g,青皮6g,郁金6g,丹参6g,白芍药12g,薏苡仁15g,黄连3g。治疗15天后大便次数减少、成形,食欲好转,食量增加。后又随症加延胡索,继续服用两个疗程,患者症状消失,与2007年8月复查肠镜示肠黏膜光滑,溃疡病灶消失。

7 体会

UC系病因不明的大肠黏膜的慢性炎症性和溃疡性病变。病程长、反复发作,迁延不愈。本病在我国发病率较欧美低,但近来发病率有上升趋势。UC病因和发病机制至今未明。西医治疗主要以水杨酸偶氮磺胺类药物、肾上腺糖皮质激素、抗生素和免疫抑制剂等为主,但存在疗程长、不良反应多、停药后容易复发以及远期疗效不尽人意等缺点^[5]。

中医认为UC属“肠癖”、“久痢”、“休息痢”等范畴。究其病因,不论是饮食不洁,还是禀赋优异或情志失调,究其根本,其发病的中心环节还在于脾。脾失健运,胃失和降,谷反为滞,水反为湿,水湿积

滞内停,湿主郁久化热,而生泄泻,反复发作。久之气机不和,肝气郁积,横逆乘脾,脾之升清失常,肠失传导,气机升降失常而致诸症。加之久病入络,胃肠脉络瘀阻,淤血不去,新血不生,脉络失养,内疮难以愈合。据此,确立疏肝健脾,活血化瘀之法。选用党参、黄芪、白术、薏苡仁健脾利湿,益气固本,青皮,郁金,白芍药疏肝解郁,理气柔肝,只壳调气行滞以除里急后重,丹参活血化瘀。黄连清除肠中湿热,燥湿止泻。诸药合用共奏清补兼施,标本兼顾,扶正祛邪之功。

本组资料中,47例患者皆曾经采用了多种治疗方法,效果皆不明显,病情反复发作。我们采用健脾疏肝活血法治疗后,34.0%的患者获得治愈,57.4%的患者显著好转,仅8.5%的患者无显著效果。结果表明,本法疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]孙松生,孙梅生.中医辨证治疗溃疡性结肠炎[J].湖北中医杂志,2009,31(8):36-37
- [2]中华医学会消化病学分会.对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J].中华消化杂志,2001,21(4):236-240
- [3]郑筱萸.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,2002,129-134
- [4]陈纪藩,樊奥艺.简明中医临床诊疗常规[M].广州:广东学技术出版社,2000,91-96
- [5]邓健敏,韩宇斌,陈建林等.中西医结合治疗溃疡性结肠炎30例效果观察[J].中国实用医药,2009,4(17):118-119

编号:EA-10011640(修回:2010-03-06)

(上接41页)

解痉止痛,利胆等综合治疗,对于胆总管结石小于1cm,胆管轻度感染的病人均可先采用中西医结合保守治疗。但是在诊治过程中要根据症状、体征,各项化验检查的变化随之作出中西药的更改。若病人高热不退、腹痛不止、黄疸加重,往往表明结石已嵌顿在胆总管下口,应考虑手术治疗。而对于那些年龄偏大,伴有心、肺、肝、肾功能异常及有急性梗阻性化脓性胆管炎倾向的病人不可拘泥于此法。

中西医结合治疗胆石症具有无禁忌症、安全、有效、副作用小、易被患者所接受等优点,且其溶石、排石疗效在临床上已经显示出了明显的优势,取得了显著的疗效。因此非手术的中西医结合疗法是治疗胆

石症极具发展前景的方法之一。

参考文献:

- [1]黄志强.胆道外科[M].山东:山东科学技术出版社,1999.37~38
- [2]王慧芬,王亚东主编.肝脏疾病[M].北京:科学技术文献出版社,2001:63
- [3]刘妮妮,沈锡中熊去氧胆酸临床应用进展世界临床药物[J].2003,24(4):214-216

作者简介:

王大勇(1966-),毕业院校于中国医科大学,本科学历,籍贯:辽宁省沈阳市,职务:医务科科长,职称:主治医师,从事普外工作。

编号:Z100398023(修回:2010-03-07)

中医治疗黄疸探微

A study on treating jaundice in TCM

陈华良

(江西省东乡县孝岗镇卫生院, 江西 东乡, 331800)

中图分类号: R256.41 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0044-02 证型: IDB

【摘要】 目的: 研究中医治疗黄疸的奥秘。方法: 从湿邪为启动与主导因素, 瘀血, 痰饮, 砂石, 淤胆为衍生因素, 诸因素相互作用三方面论述黄疸的致病因素, 从三焦部位辨明黄疸的病变部位在肝胆与血脉, 病邪部位在脾胃, 影响部位在上、下焦。结论: 运用清热利湿, 健脾和胃, 清心通脉, 疏肝理气, 解毒化痰治疗黄疸能收到良好的疗效。

【关键词】 黄疸; 湿邪; 利湿; 健脾; 通脉

黄疸以身黄、目黄、小便黄为主症的病证, 多见于肝细胞性黄疸, 溶血性黄疸, 阻塞性黄疸等疾病。中医治疗黄疸有丰富的临床经验。

1 “三因”致黄疸

1.1 湿邪为黄疸的启动与主导因素

脾为湿土, 喜燥恶湿, 素体脾虚或饮食失调致脾失运化, 湿浊内生, 阻滞中焦; 湿性粘滞, 阻遏气机, 气郁则湿郁, 影响肝胆疏泄功能, 胆液不循常道, 渗入血脉, 溢于肌肤而致黄疸, 故内湿致黄发病缓慢, 病程较长, 外湿内侵, 首先困脾, 引动内湿, 若湿邪量多力强则发病迅速, 病程较短, 湿蕴日久生毒则黄疸凶险。湿邪作为黄疸启动与主导因素始终影响着黄疸转归, 故《金匮要略·黄疸病脉证并治》云: “黄家所得, 从湿得之。”

1.2 衍生因素易致黄疸加剧

湿邪致黄疸的发病过程中由于湿邪的轻重不同, 影响气血津液及脏腑功能程度不同, 以及个体体质的差异, 易衍生瘀血, 痰饮, 砂石, 淤胆等病理产物, 成为黄疸加剧的因素, 如瘀热在里, 入于血脉, 阻滞血络而为黄, 即黄疸必有瘀血, 瘀血不去, 黄疸不消; 痰湿同源, 痰随气行, 流于全身, 痰性凝固阻滞, 脉道不通, 胆液更难循其常道而难消退。砂石与淤胆阻塞肝胆之络或胆道, 胆液排泄受阻, 不能入肠腑则黄疸更加明显。

1.3 复合因素使黄疸缠绵难愈

湿热相交, 蕴结脾胃, 熏蒸肝胆, 胆液外溢则为黄; 湿热伤血与瘀血相搏则黄疸更着, 且难消退, 湿热蕴毒或夹时邪疫毒则伤人尤急; 素体阳虚, 湿从寒化, 寒湿凝滞则为阴黄; 湿热凝痰胶固粘滞或凝痰与瘀血、砂石、淤胆凝结成块则为深黄; 湿热与肠中燥屎相结, 浊气不得下流, 上逆则胆伤而为燥结发黄。

2 宜法去因 因除黄消

2.1 治黄必须利湿健脾, 湿去黄易除

湿邪为黄疸主要致病因素, 即后世医家所说的“无湿不作疸”, 脾为生湿之源, 脾湿郁遏是黄疸发病的基础, 因此给湿邪出路, 杜绝生湿之源是治疗黄疸的主要方法, 小便水道是人体排泄水湿的主要通道, 湿性趋下, 使已有湿邪从小便而出是退黄的主要途径, 如《金匮要略·黄疸病脉证并治》云: “诸病黄家, 但利其小便”, 又《四圣心源·黄疸根源》云“其起于湿土, 而成于风木”, 脾健则能运化水湿, 健脾化湿为杜绝黄疸再现的根本。

2.2 治黄必须清热和胃

热清黄易退: 湿邪易与热邪相搏为患, 湿从热起, 热郁生湿, 湿热相助, 热炽湿盛, 蒸变发黄, 热清则湿易去, 胃和热易散而黄易退。清·叶天士论黄疸时指出: “凡湿伤必在太阴, 热必在阳明胃”, 提出“阳黄治在胃, 阴黄治在脾”的理论; 著名中医学家姜春华则指出: 发黄为小便不利所致, 小便不利因小肠之火, 小肠之火源于胃家移热, 故以胃热为本, 治疗以清热为主, 利湿为辅。

2.3 治黄必须清心通脉, 脉通黄易散

心主血脉, 脉为血府, 湿热胶固入脉伤血, 瘀阻血脉, 胆汁不循常道溢入血脉, 随心动流于周身发黄, 热伤心阴而致心火亢盛, 迫血妄行使黄疸加重, 即后世医家的“黄疸瘀血说”, 清心热易去, 血易宁, 通脉血易行而黄易散。肝病大师关幼波指出: 黄疸一病, 病在百脉, 由湿热伤血致瘀所为, 提出“治黄必治血, 血行黄易却”。

2.4 治黄必须调肝理气, 气顺黄易去

肝主疏泄, 调畅气机, 胆汁为肝之余气所化生, (下转 46 页)

浅谈中医治疗慢性鼻窦炎的临床体会

Clinical experience for treating chronic sinusitis by TCM

池少明

(广东省大埔县中医医院, 广东 大埔, 514200)

中图分类号: R76 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0045-02 证型: IDBG

【摘要】 目的: 观察中医综合治疗对不同病理类型慢性鼻窦炎的临床疗效。方法: 对 100 例不同病理类型的慢性鼻窦炎患者分别进行中药冲洗、滴鼻及口服治疗, 观察疗效。结果: 慢性感染性鼻窦炎、慢性炎症性鼻窦炎、慢性嗜酸细胞增生性鼻窦炎、慢性变应性真菌性鼻窦炎总有效率分别为: 66.7%, 83.9%, 86.1%, 71.4%, 可见中药、滴鼻及口服联合治疗慢性鼻窦炎疗效可观, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 与其他 3 型比较慢性感染性鼻窦炎疗效最差, 与其他 3 组差异有统计学意义 ($P<0.05$), 提示慢性感染性鼻窦炎难治。结论: 中药综合治疗慢性鼻窦炎效果好, 值得临床大力推广。

【关键词】 慢性鼻窦炎; 中医治疗; 临床体会

1 资料与方法

1.1 观察病例均为 2005 年 6 月~2008 年 7 月在本院门诊的病人, 共 100 例, 其中男 56 例, 女 44 例; 年龄 15~67 岁; 全部病例均确诊为鼻窦炎。临床分型按标准: 分为: 慢性感染性鼻窦炎 27 例, 慢性炎症性鼻窦炎 31 例, 慢性嗜酸细胞增生性鼻窦炎 36 例, 变应性真菌性鼻窦炎 6 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 方剂: 方用温肺止流丹加减; 方用补中益气汤; 方用银翘散合清胃散加减; 用龙胆泻肝汤加减; 方用黄芩滑石汤加减; 鼻炎仓菊饮。

1.2.2 滴鼻方法

其方法是: 上颌窦炎者先取侧卧低头位, 健侧向下约 15min 左右坐起, 擤除鼻涕, 再取侧卧低头位患侧向下, 滴入患侧鼻窦康复滴鼻剂药液 1.5ml, 待 5min 后坐起, 若为双侧, 上法交替进行, 其他鼻窦炎者, 取患者坐位, 下肢分开上身下俯, 头下垂近膝, 10min 左右坐起擤除鼻涕后, 仰卧肩下垫枕, 伸颈垂头, 务使颞与外耳道口之连线与床面垂直, 滴入患侧鼻窦康复滴鼻剂药液。注意滴药前先进行体位引流法, 尽量使鼻腔内的脓液排除。

1.3 疗效标准

治愈: 症状及体征消失。有效: 症状或体征有一项好转或消失。显效: 症状和体征的消失 2/3, 无效: 症状和体征无改变。

1.4 统计学方法

采用 SPSS10.0 统计软件进行数据分析, 所有数据均以均数±标准差表示, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

慢性感染性鼻窦炎、慢性炎症性鼻窦炎、慢性嗜酸细胞增生性鼻窦炎、慢性变应性真菌性鼻窦炎, 治愈例数分别为: 12, 17, 22, 3; 有效例数分别为: 3, 6, 5, 1; 显效例数分别为: 3, 3, 4, 1; 总有效率分别为: 66.7%, 83.9%, 86.1%, 71.4%, 可见中药、滴鼻及口服联合治疗慢性鼻窦炎疗效可观, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 与其他 3 型比较慢性感染性鼻窦炎疗效最差, 与其他 3 组差异有统计学意义 ($P<0.05$), 提示慢性感染性鼻窦炎难治。

3 讨论

慢性鼻窦炎以青少年为多见。该病以鼻流黄稠涕、前额及颌面部疼痛为主要症状, 因此, 中医学将其称之为“鼻渊”。主要表现为鼻塞、流涕、脓粘性液、头昏头痛、精力涣散、记忆减退等症。此病绝大多数因外感而急性发作, 并出现发冷, 周身酸痛, 且疼痛定时定位准确。若此病迁延不愈还可导致脾气升降失常而出现胃肠道症状。

病因病机: 中医学认为虽病在鼻, 但与脏腑虚弱, 经脉失畅, 气血不和有关, 主要与肺脾两脏虚损关系密切。肺脾气虚, 清肃不力, 清阳不升, 气血运行不畅, 致湿浊停聚鼻窦, 使鼻窦堵塞, 浊涕不断, 浊阴上扰清窍, 则头痛脑胀^[1]。中医认为本病多因感受风热邪毒, 或寒邪化热郁肺经、肺失清肃, 邪热循经上灼鼻窦; 或湿热邪毒郁困脾胃, 健运失调、浊阴上逆、湿热停聚鼻窦内, 经久不愈, 邪毒滞留不散而致。若反复发作, 肺气虚弱, 清肃不力, 邪毒易于滞留, 或因脾虚生湿, 湿热上犯鼻窦, 或因胆火循经上犯, 伤及鼻窦所致^[2]。

中医辨证: 肺气虚寒、脾气虚弱、肺胃郁热、胆热熏蒸、湿热瘀结。中医辨证治疗: ①温补肺脏, 疏

散风寒 方用温肺止流丹加减^[3]。处方用苍耳子、白芷、人参芥、细辛、诃子、甘草、桔梗、鱼脑骨。②健脾益气 方用补中益气汤。处方用黄芪、炙甘草、党参、当归皮、升麻、柴胡、白术。③疏肺清热，宣肺通窍。方用银翘散合清胃散加减。处方：金银花、连翘、当归、瓜薄荷、白芷、桔梗、辛夷、黄连苍耳子、升麻、生甘草。④清泻胆热，利湿通窍 方用龙胆泻肝汤加减。处方用黄芩、龙胆草、栀子、柴胡、菊花、生地、黄芩、当归、薄荷、苍耳子、车前子。⑤清热利湿，化痰通窍 方用黄芩滑石汤加减。处方黄芩、滑石、藿香、辛夷半夏、大腹皮、白豆蔻、芦根、连翘、石蒲、丹参各、白鱼腥草。

鼻炎仓菊饮是一个中药方剂，由多种中草药组成，具有祛寒湿，扶正固本，固表祛邪，补肺补肾，补脾胃，补气血之功效，具有强身健体，起到“正气内存，邪不可干”的作用，能根治慢性鼻炎^[4]。由于鼻炎仓菊饮重在扶正固本，即增强机体的“正气”。主要是治病之根本。相当于现代医学调节和增强免疫作用，即近来认为慢性鼻炎病因主要是自身免疫性疾病，鼻炎仓菊饮是针对慢性鼻炎的病因治疗，故能巩固疗效，不复发。可以看见肿大的鼻甲迅速消失或缩小，迅速通气，鼻窦里面的分泌物或脓液解除压迫慢慢流出，

症状缓解。再口服扶正固本的中草药以巩固疗效，可以达到根治的目的。

本观察表明，慢性感染性鼻窦炎鼻腔清洁时间最长，也即炎症消退最慢，疗效最差。中医学认为治疗应以扶正祛邪为主，早期宜排脓化浊，后期可根据辨证予以扶正。因此，临证时对不同病理类型的慢性鼻窦炎，要加强术后中医证型的动态观察，注意证型的改变，及时调整中医治则和方药。慢性鼻窦炎的病因较为复杂，往往是多种因素共同参与，决定粘膜转归及疗效的因素与病理类型有很大关系。而中药综合治疗具有杀菌、消炎、抗过敏及免疫调节作用，可贯穿于术前术后整个治疗过程，术前治疗可减轻鼻塞、减少鼻分泌物，有利于术后黏膜功能的恢复及症状的消失。

参考文献：

- [1]何宗德,余养居,房学贤.现代中医耳鼻喉口腔科学[J].合肥:安徽科学技术出版社,1986:114-115
- [2]李桂英.中西药合用治疗慢性鼻窦炎观察[J].实用中医志,2003,19(3):139
- [3]王宗富.中西医结合治疗慢性鼻窦炎[J].现代药,2006,26(2):16-17
- [4]毛承深,胡娟,刘盛林,等.苍辛汤对鼻内窥镜手术后疗效的影响[J].中国中西医结合耳鼻喉科学杂志, 2002,10(5):219-221

编号：EA-100206113（修回：2010-03-06）

（上接 44 页）汇集于胆，由肝调节；肝气郁结，气机不畅，胆汁排泄不利而外溢为黄疸，调肝使肝气条达，气机通畅，胆汁循常道泄于小肠而不外溢致黄。如《辨证奇闻·五疸门》云：“开肝气之郁而佐之分散湿热之剂则黄疸自愈矣”。

2.5 治黄必须解毒化痰，毒解痰尽黄易息：湿热胶固日久蕴毒或夹疫毒，毒助热威，热助毒势则血流薄疾，胆汁奔流横溢，毒势不减，黄疸急深，解毒则热易清，湿易除，胆汁易畅行，故诸多医家治疗急黄首倡解毒；痰性稠厚粘滞，湿热凝痰阻滞血络则胆汁流行受阻外溢，黄疸难消，脾为生痰之源，治痰实为治脾，痰化脾易健，湿易去，血络易畅，胆汁易行，黄疸易愈。

3 辨明病变、病邪部位与病邪影响部位

黄疸病变部位主要在于肝胆与血脉，然病邪部位在于中焦脾胃，外湿内侵首先困脾，内湿源于脾失健运，湿热困脾可见黄疸，四肢乏力，易疲劳，恶心厌油，脘腹胀满，舌苔黄腻，脉滑数。若湿热犯于上焦，还可见头痛，眩晕，心烦失眠，心中懊恼，恶心呕吐，口渴或渴不欲饮或发热身重；湿热蒙闭心包，可见高热，神昏抽搐等危候。名医张正利指出“肝病勿忘治肺”，治肺能平肝逆，解肝郁，清除黄疸；湿热侵及下焦兼见小腹胀满，小便短赤灼热，或尿频，尿急，尿

痛，大便干结或溏薄或粘滞不爽，湿热弥漫三焦则诸症可见。清·叶天士创立的从三焦分消湿热治法，为辨明病邪部位确有指导意义。

4 用药相宜，勿伐肝伤胃损脾

《温病条辨·治病法论》云：“治上焦如羽，非轻不举；治中焦如衡，非平不安；治下焦如权，非重不沉”，邪在上焦，法取轻清，选用杏仁，大豆黄卷，桑叶，菊花，银花，栀子，桔梗，防己等宣发上焦；邪在中焦，运转枢机，祛邪为主，使脾胃功能归于平稳，用薏苡仁，半夏，厚朴，黄连等；邪在下焦，用药宜重，使湿热从二便而出，用滑石，赤小豆，茯苓皮，通草，泽泻，猪苓，茵陈，大黄等。肝喜条达而恶抑郁，体阴而用阳，阴常不足，阳常有余。治疸宜在清热利湿基础上加用柴胡，枳实，郁金，白芍，川楝子，薄荷等疏肝，柔肝之药，而不宜伐肝；“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，“人以胃气为本”湿盛则阳微，寒易伤脾阳，苦易伤胃阴，清热利湿之品多苦寒败胃损脾，故治疸因加用陈皮，砂仁，炒白术，扁豆等健脾和胃之品。因黄疸致病因素的多样性，个体对药物数量及剂量耐受程度的不同，运用诸法时，应遵循“汗而勿伤，下而勿损，温而勿燥，消而勿伐，补而勿滞”的原则。编号：EA-100204106（修回：2010-03-03）

王氏保赤丸治疗幼儿食积发热临床观察

Clinical observation on treating

Child care food product heating with Wangshi Baochi pills

郭改书 李振武

(河北省邯郸市第三医院, 河北 邯郸, 056001)

中图分类号: R9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 00-0047-02

【摘要】 总结: 中药王氏保赤丸, 治疗幼儿食积发热的经验, 治疗方法: 回顾分析近几年来运用王氏保赤丸治疗食积发热患儿的临床资料, 治疗效果, 病例介绍, 预防措施, 治疗体会

【关键词】 王氏保赤丸; 治疗幼儿食积发热

幼儿食积发热是中医的一个病证, 属于幼儿时期常见病多发病, 食积一证多发生于3岁以下婴幼儿, 笔者近几年来见到此症患儿, 为了方面起见, 便全部采用王氏保赤丸, 给予治疗, 因该药的成分虽是协定处方, 没有全部公开, 但此方所含成分大都是消食导滞药, 该成药组方严谨, 服用方便, 经济实惠, 疗效可靠, 无副作用。近几年来笔者临床观察治疗62例患儿, 疗效显著, 现报道如下:

1 一般资料

自2002年5月至2009年5月, 我们共治疗食积发热患儿62例, 年龄最小11个月, 最大6岁, 多发病于2~4岁, 病程7天~28天。

诊断标准: 参照, 实用儿科学中的食积发热的诊断标准, 幼儿发热, 咳嗽, 腹胀, 便秘, 咽红, 口干, 口腔溃疡, 舌质红, 苔黄腻, 脉数, 等一派热像。

治疗方法: 消食导滞, 健脾祛痰, 选方, 王氏保赤丸, 本方主药为黄连。大黄等中药配伍加工而成, 该药的剂型较适用于幼儿服用, 颗粒小, 服用方便, 月龄较小者可直接粘附在乳头上吸允, 也可夹在蛋糕, 面包, 香蕉里吞服, 此药具有服用简单, 疗效快的特点。

疗效观察: 痊愈: 临床症状消失; 好转: 症状减轻; 无效: 效果不明显。

治疗效果: 本组62例, 痊愈37例, 好转22例, 无效3例, 总有效率达95%以上。

2 病案举例

例1: 患者甲, 06年4月17日就诊, 发热, 咳嗽, 口腔溃疡, 手足心热, 一周, 经门诊对症用药效果不明显, 故来我院就诊, 经查, 患儿面红目赤, 体温38

度, 口干, 咽喉红肿, 舌质红, 舌苔黄腻, 脉数。腹胀便秘, 尿黄, 等一派热像, 根据患儿的症候体征, 诊为食积发热, 选用王氏保赤丸每服20粒, 口服2次, 连服5天, 症状明显减轻, 第六天改为每次口服10粒, 口服2次, 继服5日, 患儿诸症皆退, 宣告痊愈。

例2: 患者乙, 08年6月5日就诊, 发热, 咳嗽, 口舌干燥, 咽喉红肿, 腹胀便干, 尿黄, 手足心热, 面红目赤等同样诊为食积发热, 选用王氏保赤丸每次口服30粒, 每日2次, 给药3天, 症状明显减轻, 第4天, 改为每次口服20粒, 每日2次, 继续给药3天, 第7天就诊诸症基本消失, 给药改为每次口服15粒, 口服2次, 继续给药3天, 治愈。其家长非常满意。

3 预防

合理喂养, 给予易消化, 富营养的食品, 进食次数应根据年龄及消化强弱的程度进行调配。加强体格锻炼, 经常带小孩到户外, 利用天然条件呼吸新鲜空气, 多晒太阳, 增强体质。

4 体会

幼儿时期, 正处于生长发育阶段, 机体的许多功能还没有完善, 尤其是消化系统功能相对薄弱, 消化液分泌的少, 胃肠道的吸收能力较差。幼儿时期乳食又不能自节, 如果家长对喂养稍有粗心, 就容易造成消化功能紊乱。乳食入胃以后, 不能正常消化吸收, 停滞于胃肠, 会损伤脾胃而形成食积。乳食积滞日久, 会郁而化热, 热与积滞相合, 会产生内热, 内热不能及时排除, 势必会外发而导致发热。同时还伴有腹胀腹痛、嗝气、大便酸臭、排便不畅等症状, 有的患儿 (下转49页)

消疹汤治疗慢性荨麻疹 48 例疗效观察

Effective observation on treating 48 cases of chronic urticaria with Xiaozhen decoction

张 琥¹ 沈 婧²

(1.四川省德阳市精神卫生中心, 四川 德阳, 618000;

2.四川省德阳市第二人民医院, 四川 德阳, 618000)

中图分类号: R9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0048-02

【摘 要】 目的: 观察消疹汤治疗慢性荨麻疹的疗效。方法 86 例荨麻疹患者随机分为治疗组 48 和对照组 38 例。对照组口服盐酸西替利嗪及雷尼替丁, 治疗组服用消疹汤, 每日 3 次。结果: 治疗组病人总有效率 87.5% 高于对照组 73.68%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 且治疗组无不良反应。结论: 消疹汤治疗慢性荨麻疹疗效确切, 价格低廉, 副作用小, 值得临床推广应用。

【关键词】 慢性荨麻疹; 消疹汤; 疗效

荨麻疹是一种常见的过敏性皮肤病, 俗称风团、风疹团、风疹块。是皮肤粘膜的速来速去、不留痕迹的局限性水肿。由各种因素致使皮肤粘膜血管发生暂时性炎性充血与大量液体渗出。其特征为突然发作或迅速消退的白色或浅红色局限性风团, 具有痛痒或烧灼感。本病多发生于冬春季节, 病史长短不一, 易反复发作。一般病程在 3 个月以上者称为慢性荨麻疹。荨麻疹中医称为“瘾疹”, 认为本病是在先天体质因素的基础上, 因感风寒湿热之邪, 或饮食不慎, 或七情内伤等所致^[1]。我们用自拟消疹汤治疗慢性荨麻疹 48 例, 收到较满意的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2005 年 2 月到 2009 年 6 月本院门诊患者 86 例。所有病人经查过敏源及临床症状确诊为慢性荨麻疹。诊断标准为皮肤突然出现大小不等、形状不一的风团, 呈鲜红色或淡红或苍白色, 迅速消退, 疹痒剧烈, 发无定处, 消退后不留痕迹, 且皮疹反复发作超过 3 个月。病人随机分为两组, 治疗组 48 例其中男 22 例, 女 26 例, 年龄 3~65 岁。病程 3 月~6 年。对照组 38 例其中男 18 例, 女 20 例, 年龄 2~64 岁。病程 4 月~6.5 年。两组患者在性别、年龄、病程及临床表现等方面比较, 无明显差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

表 1 两组疗效比较 (%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
----	----	----	----	----	----	----------

1.2 治疗方法

治疗组服用自拟消疹汤, 组方成分: 防风 15g、银柴胡 12g、苦参 10g、蝉衣 15g、冬瓜仁 15g、刺蒺藜 15g、白癣皮 15g、地肤子 15g、丹皮 10g、赤芍 15g、苍术 15g、甘草 10g。

每日一剂, 水煎 2 次, 分 3 次服用。对照组口服盐酸西替利嗪 1mg qd, 盐酸雷尼替丁 0.15 bid。两组病人均治疗 1 周为一疗程, 治疗 4 个疗程统计疗效。治疗期间禁食辛辣及海鲜食物, 随访半年。

1.3 疗效标准

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[2]。痊愈: 疹块消退, 痒痒消失, 半年以上无反复。显效: 疹块消退, 痒痒基本消失。发作次数减少, 时间间隔延长, 痒痒明显减轻, 半年后仍有小发作。有效: 慢性者经治疗, 疹块减少, 发作次数略有减少, 间隔时间略长, 痒痒减轻。无效: 3 日内疹块与痒痒无改善。

1.4 统计学方法

计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验与 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 疗效比较

治疗组总有效率 87.5%, 高于对照组 73.68%, 经 χ^2 检验 ($P < 0.05$), 两者有较显著差异。见表 1。

治疗组	48	24 (50)	11 (22.92)	7 (14.58)	6 (12.5)	87.5
对照组	38	12 (31.58)	9 (23.68)	7 (18.42)	10 (26.32)	73.68

注：与对照组比较， $P < 0.05$

2.2 不良反应

治疗组病人无明显不良反应。对照组病人有 2 例出现困倦，1 例病人诉头痛，停药后症状自行缓解。考虑为盐酸西替利嗪的副反应。

3 讨论

荨麻疹病因复杂，现代医学认为其发病机理可分变态反应和非变态反应两种。变态反应所致的慢性荨麻疹多系Ⅲ型，即免疫复合物型变态反应。非变态反应的荨麻疹系由某些物质直接引起的肥大细胞脱颗粒，如吗啡、硫胺、贝类、草莓、虫咬及物理刺激等引起。西医治疗见效快，但不稳定，易反复发作，尤其是慢性荨麻疹。荨麻疹属中医“风疹”、“瘾疹”等范畴。“隋·巢元方《诸病源候论·风瘙隐疹候》邪气客于皮肤，复逢风寒相折，则起风瘙隐疹”。阐明了本病的发病原因。瘾疹病名出《诸病源候论·风病诸候·风瘙瘾疹生疮候》，曰：“人皮肤虚，为风邪所折，则起瘾疹。热多则色赤，风多则色白，甚者痒痛，搔之则成疮。”中医学认为，慢性荨麻疹多因禀赋不足，腠理不密，风寒或风热之邪乘虚侵袭，郁于皮毛腠理之间所致。病久气血亏虚、生风生燥、肌肤失养、络脉瘀阻，致内不得疏泄，外不得透达，郁于皮肤腠理之间，故病情反复发作、迁延难愈。治宜活血养血，祛风止痒。自拟组方中防风其味辛甘，性微温而润，“乃风药中之润剂”，能祛风解表，开发腠理，透解在表之风邪，故为君药。《温病》中论“疹从血络而出，本属血分，然邪由气而闭其血”，“故治疹，必当两清气血。”故选用丹皮、赤芍泄血分郁热，亦合乎“治风先治血，血行风自灭”之意，配伍苍术祛风

燥湿，苦参清热燥湿，蝉衣、地肤子、白癣皮祛风脱敏止痒，据药理研究报道，蝉蜕具有很好的抗过敏功效，且临床副作用轻微^[3]。《本经逢原》：“银柴胡，其性味与石斛不甚相远。不独清热，兼能凉血。”冬瓜仁，性甘、凉、无毒，清热解毒，除湿利水，活血利湿。刺蒺藜在《别录》中论述：主身体风痒，头痛、咳逆伤肺，肺萎，止烦、下气，故本方中选其治疗身痒之功效。甘草清热解毒并调和诸药，其中的甘草甜素和甘草次酸的抗炎和抗变态反应的作用，是其皮质激素作用重要表现之一，治疗荨麻疹疗效切实可行^[4]。现代医学研究表明：蝉蜕、苦参、白癣皮、地肤子等具有明显的抗过敏作用，诸药合用以祛风为主，配伍燥湿、清热、凉血之品，祛邪与扶正兼顾，既能祛风除湿，又可养血以助疏风。使风湿得去。血脉调和，则瘙痒自止。荨麻疹因容易反复发作，日常生活中过敏性体质的人应尽量避免接触易引起过敏的食物、药物、花粉及化学物品，减少过冷、过热及日晒的刺激。同时还应注意生活规律，精神愉快。本方疗效显著，价格低廉，药源丰富，副作用小，值得临床推广应用。

参考文献：

- [1]郭艳辉,彭鑫,潘晓辉.荨麻疹中医病因病机探讨[J].中医研究,2009,22(1):9-10
- [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,1994:137
- [3]刘吉楨.蝉蜕糯米酒治疗荨麻疹[J].新中医,1980,(4):43
- [4]周金黄.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1986:247

编号：EA-100202100（修回：2001-03-11）

（上接 47 页）

还会伴有烦躁不安、睡眠不实、容易出汗等表现。小儿食积发热一般热势不会太高，多表现为低热，口渴。对这种发热的治疗，应抓住病机本质，着重于消导食积，食积得以消导，发热会自然而退。常用消导食积的中药有：鸡内金、神曲、麦芽、焦山楂、莱菔子、陈皮、茯苓、半夏、炒枳壳、木香等。对内热较重的患儿可加用黄连、生石膏、炒山栀、连翘等。效果很

好。笔者近几年来为了方便起见，见到此症便采用王氏保赤丸，该药服用方便，经济实惠，疗效可靠，无副作用。非常适合幼儿服用，故将其加以整理，供同行参考使用。

参考文献：

- [1]实用中医儿科学,中医儿科临床手册

编号：JD-1002（修回：2001-03-11）

五味消毒饮治疗婴儿湿疹的临床应用

Clinical application of treating infantile eczema with Wuwei Xiaodu decoction

杨会堂

(保山市施甸县人民医院, 云南 保山, 678200)

中图分类号: R9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0050-01

我于 1994 年 6 月至 2009 年 8 月使用五味消毒饮加减治疗婴儿湿疹 348 例, 在临床上取得了很好的治疗效果, 在我院住院部妇产科婴儿皮肤护理组及门诊广泛应用, 并设治疗组和对照组观测, 现报告如下:

1 临床资料诊断及治疗方法

1.1 临床资料

为了便于观察和确保资料的真实性, 资料源于本院住院部妇产科年龄为 1~15 天婴儿患者观察病例 60 例(男婴 35 例, 女婴 25 例)。治疗观察期为 1~10 天, 在观察期间, 对照组无效 5 例, 药疹 1 例, 经采用治疗组治疗方法予以治疗有效。

1.2 诊断

一是病情轻重不一, 皮疹多见于面颊、前额及下额, 可致头、颈、肩、臂、甚者可波及全身皮肤, 常呈对称性分布; 二是皮疹形态不一, 红斑、丘疹、疱疹以致渗液, 结痂、脱屑轻重不等的皮损可同时并称, 以瘙痒反复发作为特征; 三是有时需与耳后擦烂、接触性皮炎、皮肤霉菌病等作鉴别。

1.3 治疗方法

治疗组采用中医中药治疗, 以五味消毒饮方加减。药物组成: 银花 15g、野菊花 15g、紫花地丁 15g、紫背天葵子 15g、蒲公英 15g、苦参 15g、黄芩 15g、大黄 10g、蛇床子 10g、地肤子 10g、紫草 10g、(另包) 冰片 20 g。用法为用冷水 3000ml, 水煮沸 40 分钟后溶冰片于浴盆中, 兑水温度适度时婴儿沐浴备用, 每付两天, 每日 2 次。西医治疗选用莫匹罗星软膏、地塞米松软膏外用。向住院部妇产科护理组说明观察治疗的目的, 并严格执行, 向患者家属加以说明。

1.4 药物

中药婴儿沐浴液是根据《医宗金鉴·外科心法要诀》五味消毒饮, 随症加减水煎而成。西药治疗选用婴儿皮肤护理常用药物莫匹罗星软膏、地塞米松软膏。

2 疗效判断标准与结果

2.1 疗效判断标准

治愈: 原红斑、皮疹全部消退, 无新发红斑、皮疹或偶发 1~2 个; 显效: 以疹消退 60% 以上, 新起红斑疹 (3~5 个); 无效: 斑、疹消退不足 60% 或无变化。

2.2 治疗结果

中医中药沐浴液与莫匹罗星软膏治疗婴儿湿疹 60 例疗效比较

组别	例数	治愈	显效	无效	显效率
治疗组	30	21	8	1	97%
对照组	30	10	15	5	83%

2.3 不良反应

中医中药治疗组无不良反应, 对照组出现渗液 1 例。

3 讨 论

婴儿湿疹是由于孕母素蕴湿热之毒, 遗于胎儿而致。湿热熏蒸是导致婴儿湿疹的一个重要因素, 据多年的临床体会, 现代用药比较局限, 疗效欠佳, 以传统医学理论“清热、解毒、利湿、疏风”为指导, 选用治疗疗疮肿毒名方“五味消毒饮”临症加减煎剂沐浴, 在婴儿湿疹的治疗上收到了独特的疗效, 五味消毒饮加减煎剂药浴 (外用) 可广泛用于婴儿皮肤护理及多种皮肤疾病的防治。

编号: EA-100206109 (修回: 2001-03-12)

肛周慢性湿疹临床治疗分析

A clinical analysis of treating perianal chronic eczema

吕其华 高炳毫 赵景平

(大连市第五人民医院, 辽宁 大连, 116023)

中图分类号: R758.23 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 00-0051-02 证型: DAI

【摘要】 目的: 观察自拟中药方剂皮炎灵洗剂肛周熏洗、中成药知柏地黄丸内服治疗肛周慢性湿疹的临床疗效。方法: 将 77 例患者随机分为两组。治疗组 (39 例), 自拟中药方剂皮炎灵洗剂肛周熏洗、配合内服知柏地黄丸, 每日 2 次; 对照组 (38 例), 外涂皮炎平软膏 1 克, 每日 2 次, 30 天 1 疗程。结果: 治疗组总有效率 100%, 对照组总有效率 76.4%, 两组差异显著 ($P < 0.05$)。结论: 自拟中药方剂皮炎灵洗剂肛周熏洗、内服知柏地黄丸治疗肛周慢性湿疹疗效较好。

【关键词】 肛周慢性湿疹; 中药治疗; 熏洗

肛周慢性湿疹是肛肠科临床常见疾病之一, 其特点是经常反复瘙痒, 难以忍受, 不易根治, 至今未有理想的治疗手段。自 2005 年 12 月至 2008 年 12 月, 我科共治疗 77 例肛周慢性湿疹患者, 其中 39 例肛周慢性湿疹患者采用自拟中药方剂皮炎灵洗剂肛周熏洗、配合中成药知柏地黄丸内服治疗, 并与同期的 38 例患者对照, 取得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

所有病例均来源于 2005 年 12 月~2008 年 12 月我院病人。诊断标准: 参照 1994 年国家中医药管理局制定的《中医病症诊断疗效标准》^[1]。病程均在半年以上, 排除急性肛门湿疹及其他部位湿疹。症状特点: 反复发作, 病程较长, 皮损颜色暗淡, 浸润肥厚, 呈苔藓样变, 色素沉着。

1.2 一般资料

慢性肛门湿疹患者 77 例, 随机分成治疗组和对照组。治疗组 39 例, 男 28 例, 女 11 例, 年龄 28~61 岁, 平均 36.5 岁, 病程最短半年, 最长 11 年。对照组 38 例, 男 26 例, 女 12 例, 年龄 25~64 岁, 平均 38.5 岁, 病程最短半年, 最长 9 年。

1.3 治疗方法

自拟中药熏洗方剂皮炎灵洗剂: 苦参 200 克, 蛇床子 200 克, 地肤子 200 克、黄柏 200 克, 白鲜皮 100 克, 苍术 50 克, 枯矾 50 克, 当归 30 克, 红花 10 克, 花椒 10 克。治疗组: 将上药加水 2500ml, 浸泡 30min, 煮沸 30min 后去渣, 取药液约 1500ml, 先熏患处, 待水温适中后坐浴 20min, 擦干局部, 每日早晚各 1 次,

以大便后及晚上睡前熏洗为宜, 每剂坐浴 2 次; 知柏地黄丸 6 克, 每日 2 次口服, 30 天为 1 个疗程。对照组: 每日早晚各 1 次用温水洗净肛周后外涂皮炎平软膏 1 克。

2 结果

疗效标准: 治愈: 症状及体征消失, 局部病变皮肤恢复正常; 有效: 主要症状及体征明显好转, 局部病变皮肤明显减轻; 无效: 主要症状及体征无明显好转, 局部病变皮肤无好转。本组治疗组 39 例, 治愈 29 例 (74.4%), 好转 10 例 (25.6%), 无效 0 例 (0%), 总有效率 100%; 对照组 38 例, 治愈 12 例 (31.6%), 好转 17 例 (44.7%), 无效 9 例 (24.7%), 总有效率 76.3%。见表 1。

表 1 两组患者疗效比较

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率 (%)
治疗组	39	29	10	0	100
对照组	38	12	17	9	76.3

$P < 0.05$

3 讨论

肛门慢性湿疹多因急性肛门湿疹未及时治愈转化而成。主要临床表现是瘙痒、皮肤增厚粗糙、色素沉着或呈苔藓样变, 常反复发作, 不易根治。祖国医学称之为“肛门湿疡”、“肛周风”。其病机为脏腑功能失调, 脾失健运, 内蕴湿热, 复感外邪, 风、湿、热三邪相搏, 阻遏气血运行, 浸淫肌肤所致。由于湿热内蕴, 伤及营血, 血热生风, 游溢肌肤而起。若湿疹迁延不愈, 久病耗血, 血虚生风, 湿邪亦可化燥, (下转 53 页)

传统医药促进腹部术后胃肠功能的恢复

How to enhance the recovery of gastrointestinal Function after abdominal surgery by TCM

陈献春 肖素香

(河南省漯河医学高等专科学校, 河南 漯河, 462000)

中图分类号: R9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0052-02

【摘要】 目的: 用传统医药的方法促进腹部手术后胃肠功能的恢复。方法: 自制中药促通膏敷脐, 加艾灸, 穴位按摩。结果: 治疗组在术后肠鸣音恢复, 肛门排气, 排便和恢复饮食的时间均早于对照组。

【关键词】 促通膏; 艾灸; 外敷; 穴位按摩

一般情况下, 腹部术后的患者常有不同程度的腹胀、腹痛、排气排便暂停现象, 祖国医学认为, 这些现象应属虚中夹实证, 术中伤气耗血, 形成虚的一面, 但其主要表现为胀、痛, 气滞则胀, 不通则痛, 则又有实的一面, 故虚中夹实, 实中有虚, 不同于实热糟粕内结而形成的阳明腑实证。我们尝试使用自制中药促通膏, 加艾灸, 穴位按摩等方法治疗本病, 取得了较好的效果, 总结如下:

1 病材资料与施用方法

1.1 病材资料

1.1.1 对象选取

腹部术后病人 137 例, 为 1998 年 6 月~2003 年 6 月在协作单位: 漯河市中心医院、漯河医学高等专科学校附院(原漯河卫校附院)住院的患者, 所有病例均符合《黄家驷外科学》^[1]制定手术后肠麻痹诊断标准。根据随机抽样, 对比齐同的原则分为治疗组 69 例和对照组 68 例。治疗组, 男 32 例, 女 37 例; 年龄 16~76 岁, 平均 46.0 ± 2.3 岁; 行胃大部切除术 15 例, 胆系手术 24 例, 阑尾切除术 21 例, 其它腹部手术 9 例。对照组, 男 33 例, 女 35 例; 年龄 16~75 岁, 平均 44.6 ± 3.1 岁; 行胃大部切除术 14 例, 胆系手术 24 例, 阑尾切除术 21 例, 其它腹部手术 9 例。两组病例在年龄、性别、临床表现病程上均衡一致 ($P < 0.05$), 具有可比性。

1.1.2 施用方法

治疗组用促通膏(甘遂、大黄、冰片按 5:3:2 比例, 由本院制备)上述药物 10g 用 75%酒精调匀后加麝香 0.1g 敷脐, 每日一次, 以纱布覆盖, 胶布固定,

当出现酸、麻、困胀感后轻揉 5~10 min, 同时艾灸后指压穴位合谷、内关、足三里双侧各 1~2 min, 至排便后停用, 其它均按手术后常规处理。对照组只按术后常规处理。

2 疗效指标

2.1 疗效指标及判定标准

2.1.1 疗效指标

2.1.1.1 肠鸣音恢复时间

两组病人均于术后 4 小时开始腹部听诊, 每 30 分钟 1 次, 每次 3 分钟, 记录肠鸣恢复的最早时间及程度(肠鸣音音调、频率等)。

2.1.1.2 肛门排气时间: 由患者记录术后肛门最早排气时间并报告医师。

2.1.1.3 排便时间: 由患者记录术后最早排便时间及排出物性状并报告医师。

2.1.1.4 进食情况: 每天三餐时间询问病人食欲情况, 并记录首次进食时间。

2.1.2 疗效判定校准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]及促通膏敷脐的临床试验结果制定, 临床痊愈: 首次使用后 24 小时内肛门出现排便排气, 腹胀症状体征消失, 食欲正常, 无恶心呕吐及发热现象。

有效: 首次使用后 24 小时内肛门出现排便排气, 仍有轻度腹胀, 或无腹痛, 时有轻微恶心及呕吐现象。

显效: 首次使用后 24 小时内肛门出现排便排气, 腹胀腹痛基本消失, 偶而出现轻度恶心症状, 饮食尚可。

无效: 首次服药后肛门未出现排便排气, 腹胀症

状、体征检查均无明显改善。

3 结 果

治疗组在术后肠鸣音恢复，肛门排气，排便和饮食恢复时间均早于对照组，胃肠减压时间和术后静脉输液总量均少于对照组，各项指标两组比较有显著差异 ($P<0.01$)，见附表。治疗组无发现用药敷脐所致的任何副作用及并发症的发生。

附表 两组术后胃肠功能恢复时间之比较

组别	例数	肠鸣音恢复 (h)	肛门排气 (h)	排便 (h)	饮食恢复 (h)	胃肠减压 (h)	补液 (L)
治疗组	69	21.6±10.7*	37.3±17.0-*	41.9±17.7*	42.5±20.5*	72.0±12.0	52.0±1.9*
对照组	68	41.1±15.9	65.8±23.2	77.9±24.8	71.2±35.5	96.0±24.0	78.0±3.5

腹部手术后由于麻醉、手术操作和原发病的影响，临床上多出现不同程度的痛、胀、吐、闭等类似中医所述的阴阳腑实证候。根据祖国医学“六腑以通为用、六腑以通为补”之说和脐疗及穴位的经络脏腑相关学说，脐疗法是指将药物做成适当剂型施于脐部，或在脐部给予某些物理性刺激以治疗疾病的方法^[3]。它具有治法独特，方法简便，施行安全，疗效可靠，应用广泛的特点^[4]。脐疗是外治用药途径的精髓所在，基本原理是《内经》“从内之外者，调其内；从外之内者，治其外；从内之外而盛于外者，先调其内而后治其外；从外之内而盛于内先治其外，而后调其内；内外不相及则治主病”之旨。因此我们对腹部手术患者术后即用促通膏敷脐，方以甘遂，取其峻下为主药，辅以大

4 讨 论

腹部手术时，消化器官的切除、重建和改路，以及手术对机体的打击和麻醉等原因，常引起术后腹胀、腹痛、恶心、呕吐和停止排气排便，胃肠功能紊乱及肠麻痹，在胃肠道，胰腺及腹膜后脏器手术后，病人的胃肠活动一般经历三个阶段，即麻痹期、不规则蠕动期

黄通腑泻下，增强肠蠕动，借麝香芳香透窍、冰片之渗透，共同作用神阙穴，深入肠内，促腑气得通，诸症即除，艾灸加手法刺激足三里、内关、合谷穴可促进胃肠蠕动排空，有利于防止术后粘连。该手法较内服等方法简便易行，且安全无毒副作用。

参考文献:

[1]吴阶平主编.黄家驷外科学 (第 6 版).[M]北京:人民卫生出版社,1999. 1079~1080
[2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第 1 辑,1993
[3]陶晓华.古今脐疗法概要[J].中医文献杂志,1995,(1):40
[4]张馨兰,叶新翠.敷脐疗法研究与治疗近况[J].中级医刊,1997,32(12):38

编号：EA-100220129（修回：2010-03-04）

（上接 51 页）

风甚亦能使血燥，血虚风燥，郁结肌肤，肌肤失荣，以致皮肤肥厚、粗糙、苔藓化、有鳞屑。固其治法宜采用清热燥湿、活血凉血、祛风止痒法。中药熏洗局部，可使药力直达病所，同时能促进局部血液循环及新陈代谢，促进炎症吸收，以达到肛门清洁、舒适干爽。自拟中药方剂皮炎灵洗剂中的苦参、地肤子清热利湿，白鲜皮祛风止痒，枯矾收敛燥湿止痒，黄柏清热燥湿、泻火解毒，蛇床子、花椒燥湿祛风、杀虫止痒，当归、红花养血活血，苍术可健脾燥湿。西医认为本病系过敏性疾病，属 I、IV 型变态反应，许多研究已经证实，免疫异常是其发病的关键环节。现代中药药理学实验证明，苦参、蛇床子、黄柏、白鲜皮均有免疫抑制功能^[2-3]，黄柏所含的黄柏碱对小鼠变态反应性皮炎有显著抑制作用，苦参、黄柏均有广谱的抗菌作用^[4]。诸药合用，相得益彰，起到了清热燥湿，祛风止痒，活血化瘀的作用，配合知柏地黄丸滋阴降火^[5]，从而达到治愈顽疾之目的。

对于继发性肛门湿疹，主要原因是由于肛门局部产生的炎性分泌物对肛门周围正常皮肤的反复刺激所致，而痔疮、肛裂、肛瘘、肛窦炎等肛门直肠疾病者是产生这些原因的原发疾病。此类肛周湿疹单纯应用药物治疗后易复发，湿疹好转痊愈后应尽早手术治疗，去除原发病灶，防止复发。

参考文献:

[1]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京.南京大学出版社. 1994:137
[2]宋立人,洪恂,丁绪亮,等.现代中医药大辞典[M].北京:人民卫生出版社. 2001:1212
[3]金喜,毕焕新.现代中药药理手册[M].北京:中国中医药出版社.1998:550
[4]黄泰康,丁志遵,赵守训等.现代本草纲目[M].北京:中国医药科技出版社. 2001:593-2553
[5]许济群.方剂学[M].上海:上海科学技术出版社.1985:104

编号：Z100501（修回：2001-03-12）

慢性泄泻从瘀论治的体会

Clinical experience for treating chronic diarrhea from blood stasis

谢慧明

(江西省安远县人民医院, 江西 安远, 342100)

中图分类号: R256.34 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 00-0054-01 证型: DGI

笔者在临床每遇泄泻日久不愈者, 从瘀论治, 用活血化瘀为主治疗, 效果较为满意。兹介绍如下:

1 验案举例

患者甲, 1998 年 2 月 20 日初诊。患泄泻已 4 年余, 伴便时腹痛, 每日大便多则七八次, 少则有三四次, 大便稀溏夹白色粘液, 甚则如水样。曾在某医院肠镜检查诊为“慢性结肠炎”。屡用西药及参苓白术散、理中汤、四神丸等加减治疗。服药期间症状略减, 停药则复如故。诊见: 面色萎黄, 形瘦乏力, 畏寒肢冷, 纳差。舌质淡紫, 苔薄白腻, 脉沉细涩。根据病史及脉证, 此乃脾阳虚损, 温运无力, 寒凝血瘀, 肠道清浊不别而致。治以温阳健脾, 活血化瘀, 用少腹逐瘀汤加减: 干姜、白术、当归、蒲黄(包煎)、延胡索、赤芍药各 10g, 小茴香、五灵脂、没药、肉桂(后下)、川芎各 6g。每日 1 剂, 水煎服。连服 7 剂后复诊, 诉便次减少, 腹痛减轻, 纳食增加。续用上方加减进 14 剂后诸症消失。嘱其用香砂六君子丸调理巩固, 并忌食生冷油腻之物。随访 2 年未复发。

患者乙, 2001 年 11 月 6 日初诊。患者大便溏泄已 10 余载, 日行 3~5 次, 时夹白色粘液, 腹胀隐痛, 且时伴咳嗽痰多, 咯痰质稀色白, 胸闷呕恶。西医诊断为“慢性结肠炎, 慢性支气管炎, 肺气肿”。近 10 余天来因进食稍多油腻荤腥之品, 则便次增多, 匿达七八次, 腹胀腹痛, 胸闷呕恶加甚, 咯痰量增多。诊见: 神疲乏力, 畏寒肢冷, 舌质淡黯, 见有瘀点, 苔白腻, 脉濡细。根据病史及脉证, 乃痰湿内蕴, 气血瘀阻, 痰瘀交结, 传化失司所致。治以活血化瘀, 燥湿化痰。选膈下逐瘀汤合二陈汤加减。药用: 五灵脂、当归、赤芍药、乌药、枳壳、桂枝、半夏、陈皮、白术各 10g, 焦山楂、茯苓各 15g, 牡丹皮、桃仁、红花、川芎、炙甘草各 6g。7 剂, 每日 1 剂水煎服。2001 年 11 月 13 日复诊: 服上药后, 大便次数减少至每日二三次, 咯痰减少, 余症亦明显减轻。续用上方 14 剂后诸证告愈。后嘱服附子理中丸月余以资巩固, 并避风寒忌生冷油腻之物, 经随访未再复发。

患者丙 2003 年 5 月 8 日初诊。患腹痛泄泻 1 年余。少腹疼痛, 痛则大便, 夹有粘冻, 每逢情绪波动, 情

怀不遂则痛泻加剧, 矢气频多, 泄后即缓。诊见: 脘闷腹胀, 噯气食少, 心烦寐差, 舌边见有瘀斑, 苔薄白, 脉弦细。根据病史及脉证, 乃气滞血瘀, 肝脾失和, 运化失常所致。治以疏肝理气, 活血化瘀, 血府逐瘀汤合痛泻要方加减: 柴胡、枳壳、赤芍药、当归、川楝子、怀牛膝、白术各 10g, 生麦芽 15g, 桔梗、延胡索、桃仁、红花、陈皮、防风各 6g。上方共服 15 剂后, 诸症消失。嘱以逍遥丸调治巩固, 随访 2 年未再复发。

2 体会

泄泻的致病原因, 多由感受外邪, 饮食所伤, 七情不和及脏腑虚弱等, 但主要关键在于脾胃功能障碍。作者体会到, 瘀血阻滞也是致泻的常见原因。产生瘀血的原因, 有脾胃本身的因素。脾主益气生血, 脾胃功能正常, 则气流畅通, 生生不息, 如脾胃功能失常, 影响益气生血, 气为血之帅, 血无气则不行, 可致瘀滞脉中。它脏影响也可致瘀, 常见如情志失调, 则肝气郁结, 肝脾不和, 气机被遏而致血行不畅, 瘀血阻滞。此外, 脾主运化水湿精微, 如脾胃本身受损, 或受它脏影响除产生脉络瘀滞外, 体内精微水湿不得敷布, 可积而成为水湿、痰饮等证, 而水湿痰饮凝滞体内, 升降失常, 气机不畅, 又可致血瘀脉络。故瘀血所致泄泻是因瘀血与脾胃功能互相影响、互为因果所致, 且多兼见水湿痰饮见证。此类泄泻, 病程往往较长, 常法难以取效, 采用活血化瘀法每每奏效。前人亦已认识到瘀血可致泄泻, 如清代王清任《医林改错》中说: “泻肚日久, 百方不效, 是总提瘀血过多”。故临床凡见泄泻日久, 采用解表散寒、芳香化湿、清利湿热、消食导滞、抑肝扶脾、健脾补胃、温补脾肾等常法不效者, 但从瘀论治, 采用活血化瘀为主, 再根据邪正虚实实施以行气解郁、温阳除湿、燥湿化痰等法, 常可取得满意效果。

作者简介:

谢慧明 (1958-), 男, 大学本科学历, 现任安远县人民医院副主任中医师、副院长。主要从事中医内科、妇儿科临床工作。

编号: RL-10013804 (修回: 2010-03-05)

艾灸效应的 HSP70 机制研究进展

A review on the HSP70 mechanism of Moxibustion effects

马 腾 魏 宁 王 月 兰花惠 刘旭光

(成都中医药大学, 四川 成都, 610075)

中图分类号: R19 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0055-03

【摘 要】 艾灸是一种以温热作为主要刺激形式的独特治疗方法, 热休克蛋白 70 (HSP70) 的表达与机体遭受热应激刺激密切相关。本文从艾灸的主要刺激形式、HSP70 的主要生物学效应、艾灸效应与 HSP70 的关系等角度对艾灸效应的 HSP70 机制研究进展进行综述分析, 并提出进一步深化艾灸作用机制研究的思路和途径。

【关键词】 艾灸; HSP70; 机制研究

艾灸是中医临床运用中方式独特、疗效独特的治疗方法。有关研究表明, 艾灸是以温热作为主要刺激形式的治疗方法, 具有多种生物学效应的 HSP70 的主要产生方式为机体遭受热应激刺激。因此, 近年来有关艾灸效应的 HSP70 机制研究引起了研究人员的高度重视, 开展了一系列研究并取得一定成果, 现将有关研究进展综述如下。

1 艾灸是一种以温热作为主要刺激形式的独特治疗方法

艾灸具有独特的临床疗效。《灵枢·官能》: “针所不为, 灸之所宜,” 《医学入门》有“药之不及, 针之不到, 必须灸之,” 《扁鹊心书》有“真气虚则人病, 真气脱则人死, 保命之法, 灼艾第一”等重要论述。

研究表明, 艾灸效应主要由艾燃烧的温热作用引起, 而与艾的药性关系不大^[1-3], 艾灸时施灸局部皮下和肌肉层的温度变化与表皮不同^[4], 证实艾灸刺激可涉及机体不同深度, 可能是其激发经气发挥治疗作用的重要途径。艾在燃烧过程中辐射出的近红外线, 可以激发人体穴位内生物大分子的氢键, 从而产生受激相干谐振吸收效应, 通过神经-体液系统传递人体细胞所需的能量^[5]。日本学者在对施灸局部组织的研究中发现艾柱直接灸刺激能直接诱导局部肌肉产生热休克蛋白 (hsp) ^[6-7], 锅岛氏^[8]证明施灸可增加对 PPD (含有 hsp 的纯蛋白衍生物) 有特异反应的淋巴细胞, 并且认为在施灸部位产生的 hsp 作为免疫原而激活了免疫系统。由此可见, 灸法具有有别于针刺和药物的独特效果和运用领域。

2 HSP70 具有多种生物学效应

注: 本研究受 2009 年度教育部博士点基金博导类课题资助, 编号: 20095132110006。

热休克蛋白 (heat shock proteins, HSPs) 也称应激蛋白, 当机体遭受热应激或其他应激时表达明显增多。他是一组分子量不等的高度保守的酸性蛋白 (PI 5.0~6.5), 在不同物种之间有显著同源性。目前按相对分子量以及同源程度可分为 HSP90、HSP70、小分子 HSP 和泛素 4 个家族。HSP70 是 HSPs 家族中在应激条件下合成最为迅速、表达丰度最高的蛋白, 是最受关注、研究最为深入的一种。目前认为 HSP70 的主要生物学功能为:

2.1 作为分子伴侣 HSP70 是主要的伴侣蛋白 (chaperonin) 之一^[9-11]。其作用是加速正确的肽链折叠; 维持某些肽链的伸展状态, 促进某些变性蛋白的降解和清除; 维持或重新激活某些酶的作用, 保护细胞功能。

2.2 抗细胞凋亡作用: 细胞表面的 Fas/Apo-1 受体和它们的配体相结合是诱导凋亡的重要原因, HSP-70 的表达可能提供一种能够包裹自身和外来抗原的新的免疫物质, 从而使细胞避免凋亡^[12,13]。

2.3 一种应激保护质: HSP70 结合在应激中损伤的蛋白质, 预防它们发生聚集; 还可以用一种部分折迭构象把损伤蛋白质稳定住可以为这些损伤蛋白质的重新折迭起来或降解提供机会。

2.4 使生物获得耐热性: 生物获得的耐热性是指细胞或生物体在预先受到亚致死温度时, 对后来的热胁迫产生抗性的能力 (Moseley, 1997)。在热耐受的形成中, HSP70 起主要作用^[14]: ①维护细胞内环境的稳定。②提高细胞对应激原的耐受性。③防止细胞凋亡。④加速修复。

2.5 免疫作用 HSP70 是免疫系统识别的主要抗原, 在抗原的加工、处理和呈递以及效应 T 细胞的激活过程

中扮演着重要角色上^[15]。HSP70 可以诱导免疫细胞产生细胞因子来参与免疫应答^[16]。

2.6 抗炎作用: HSP-70 可抑制 IL-1、肿瘤坏死因子 (TNF) - α 等炎症介质的表达^[17-18]来发挥抗炎作用。

3 HSP70 在艾灸效应中发挥重要作用

HSP70 的主要产生方式是热应激刺激, 而艾灸是以温热作为主要刺激形式的治疗方法, 这已引起了国内学者的高度重视。已开展的一系列研究已初步证明 HSP70 在艾灸效应中发挥了重要作用。

3.1 艾灸治疗类风湿性关节炎与 HSP70 的研究

刘旭光等在以往研究的基础上, 以 HSP70 的表达为指标, 应用麦粒灸灸实验性 RA 大鼠“足三里”和“肾俞”穴, 发现治疗后明显改善关节炎症的同时, 显著提高炎症关节局部组织 HSP70 面积总和, 积分光密度总和和平均黑度值^[19]。因此认为艾灸作为一种生理性适宜刺激 (瞬间高温) 诱导体内具有细胞保护作用的 HSP70 大量合成, 可能是其治疗实验性 RA 的重要作用途径之一。而在炎症反应中, 促炎因子 (IL-1、IL-2、TNF- α 、iNOS 等) 的转录依赖于核转录因子- κ B (nuclear factor of κ B, NF- κ B) 的激活。HSP70 能抑制 NF- κ B 活化^[20], 进而阻断促炎因子表达。从一方面也证实了艾灸可能通过 HSP70 途径在类风湿性关节炎的治疗中发挥抗炎效应。

李晓泓等的研究认为艾灸预处理对随后佐剂性关节炎 (AA) 大鼠的保护作用可能与其适度提高正常大鼠的下丘脑 HSP70 的阳性表达, 以及明显减弱随后 AA 大鼠下丘脑的 HSP70 的异常高表达有关。艾灸预处理的灸热刺激对机体而言可能正是其产生适度应激的手段, 这种刺激的强度已经引起应激中枢下丘脑产生一定量的 HSP70。此时 HSP70 可能充当了内在的免疫佐剂, 引起机体潜在的级联反应, 在这种状态下再接受疾病应激刺激时, 即可产生减轻随后疾病带来的组织损伤的保护作用。下丘脑中 HSP70 可能是艾灸预处理产生防病减病、保健强壮的重要分子之一^[21]。

3.2 艾灸治疗胃溃疡与 HSP70 的研究

易受乡、常小荣等为阐明艾灸预处理对应激性胃溃疡大鼠胃黏膜的保护制与 HSP70 的表达进行了一系列的研究。

观察艾灸足三里和梁门穴预处理对应激性溃疡大鼠胃黏膜热休克蛋白 70 (HSP70) 及其基因表达、胃粘膜细胞增殖及凋亡、抗胃黏膜氧化损伤的影响, 分析热休克蛋白 70 基因表达 (HSP70 mRNA) 与上述效应的关系^[22-24]。结果认为艾灸足三里、梁门穴能达到对胃黏膜的保护作用, 其机制可能是促进了 TGF- α 合成, 刺激胃粘膜细胞增殖, 抑制细胞凋亡, 降低 MDA

含量抗氧化损伤, 而这一过程可能与艾灸诱导增强 HSP70 的蛋白和基因表达表达有关, 并有一定的穴位特异性, 为临床运用针灸治疗消化系统疾患提供了实验依据。

在艾灸促进胃黏膜 HSP70 表达上调对急性胃黏膜损伤细胞凋亡线粒体信号转导途径的相关作用靶点及其有关物质进行研究^[25]后认为艾灸足三里、梁门穴预处理可以通过上调大鼠胃黏膜细胞 HSP70 表达, 抑制了细胞凋亡线粒体信号转导途径中相关因子 Cyt-c、Apaf-1、Caspase-9、Caspase-3 的表达, 使细胞免于进入细胞凋亡的不可逆程序, 从而抑制损伤胃黏膜细胞凋亡。艾灸可能正是通过上调胃黏膜 HSP70 表达, 干预了细胞凋亡线粒体信号转导途径不同靶点, 达到抑制胃黏膜细胞凋亡、保护胃黏膜损伤的作用, 而且这种作用的发挥与艾灸及经络腧穴的“综合作用”是分不开的。

选取足阳明胃经足三里、梁门穴, 观察艾灸这 2 个穴位对健康大鼠多组织器官 (心肌、脑组织、胃黏膜) HSP70 表达以及胃黏膜 HSP70mRNA 表达的影响^[26]。结果显示艾灸穴位组大鼠心肌、脑组织、胃黏膜 HSP70 表达和胃黏膜 HSP70mRNA 表达均明显高于空白组、捆绑组及艾灸非穴组。实验表明, 在生理条件下, 艾灸足三里等穴可以诱导健康大鼠多组织器官 HSP70 及胃黏膜 HSP70 mRNA 表达明显升高, 艾灸发挥防病保健作用分子生物学机制是诱导机体多组织器官 HSPs 表达上调, 从而揭示了“艾灸预处理” $\rightarrow$ HSP70 $\rightarrow$ “防病保健”的内在联系。

3.3 艾灸心肌保护与 HSP70 的研究

孙忠人等^[27-28]对逆灸 (艾灸预处理) 有效性和对心肌的保护机制进行研究。观察逆灸“内关”、“膻中”对心肌缺血再灌注损伤大鼠 HSP70 表达的影响, 并与缺血预处理的效果进行比较。结果说明逆灸具有缺血预处理的效果, 逆灸“内关”、“膻中”与缺血预处理均可增加 HSP70 的表达, 减轻心肌缺血再灌注对心肌造成的损伤。在此基础上艾灸预处理组 (分为艾灸每日 1 次组和艾灸每日 2 次组)、观察大鼠细胞凋亡及热休克蛋白 70 (heat shock protein70, HSP70) mRNA 表达的情况。结果认为艾灸预处理对大鼠缺血再灌注心肌细胞具有保护作用, 可通过刺激缺血再灌注大鼠产生更多抗凋亡基因 HSP70 mRNA 而减少其细胞凋亡, 且其效应与每日艾灸次数有关, 丰富了“治未病”理论。

4 对进一步深化艾灸效应 HSP70 机制研究的思考

综合分析相关研究结果发现, 在艾灸发挥治疗及预防作用的过程中, 中枢器官、病变组织或健康器官

都有 HSP70、HSP70mRNA 的大量表达,并且与经络腧穴和艾灸的刺激量有关。艾灸效应中 HSP70 的表达贯穿中枢与外周,从某种意义上体现了艾灸调整作用的整体性特征。艾灸的抗细胞凋亡作用与 HSP70 的表达密切相关,研究的层次紧跟分子生物学步伐,已涉及到对细胞信号传导通路的影响。HSP70 在艾灸作用中扮演重要的角色,因此艾灸诱发机体 HSP70 的大量表达是艾灸发挥治疗及保健作用的重要机理之一。但是,目前对艾灸效应的 HSP70 机制研究还大多集中在预防疾病方面,涉及的病种也较少,因此还应进一步扩大研究范围,并在研究条件允许的情况下采取阻断 HSP70 的研究方法,以提供更丰富、更扎实、更直接的研究证据。

经脉与脏腑相关是指经脉与脏腑在生理上相互联系,在病理上相互影响,这是中医针灸理论体系的核心^[29]。易受乡、常小荣等的研究已证实艾灸足阳明胃经足三里、梁门穴能显著提高大鼠心肌、脑组织、胃黏膜 HSP70 表达和胃黏膜 HSP70mRNA 的表达,但并未对艾灸引起 HSP70 表达的经穴特异性及在经络相关脏腑与经络非相关脏腑的表达进行更深入的研究和探讨。因此,建议在今后的研究中高度重视从 HSP70 表达差异的角度探索经穴效应的特异性,为经脉—脏腑相关理论提供更丰富的科学依据。

参考文献:

- [1]王凤玲等.灸法治疗腱末端病 184 例临床疗效分析[J].中国针灸.1985,5(4):18
- [2]陈演江等.艾灸对家兔急性心肌梗死性损伤的影响[J].吉林中医药.1984;(2):38
- [3]白耀辉等.艾灸与温热刺激关系的探讨[J].针灸学报.1991;7(4):10
- [4]黄秋风译.艾的燃烧温度与机体内的温度变化(I)一施灸局部的皮下基层内温度[J].国外医学.中医中药分册.1989,11(5):48
- [5]杨华元,刘堂义.艾灸疗法的生物物理机制初探[J].中国针灸.1996,16(10):17-18
- [6]Kobayashi K.Induction of Heat-Shock Protein(hsp)by Moxibustion.Am J Chin Med.1995;23(3-4):327
- [7]小林和子,他.灸刺激と热シヨツクタンパク质,あるいはストレスタンパク质との关连性-画像解析装置による分析.全日本灸学会会报.1991;41(1):83
- [8]陆静译.运用电子灸诱导纯蛋白衍生物反应性淋巴细胞[S].国外医学·中医中药分册.1995;17(3):61
- [9]Mogk A, Bukau B. Molecular chaperones: structure of a protein disaggregase [J]. Curr Bio. 2004, 20; 14 (2):R78-80
- [10]van Eden W, van der Zee R, Prakken B. Heat-shock proteins induce T-cell regulation of chronic inflammation[J]. Nat Rev Immuno. 2005, 5(4): 318-320
- [11]Molecular chaperones and protein quality control [J]. Cell. 2006, 125(3): 443-451

- [12]Beere HM, Green DR. Stress management: heat shock protein-70 and the regulation of apoptosis [J]. Trends Cell Biol. 2001, 11(1): 6-10
- [13]Didelot C, Schmitt E, Brunet M, et al. Heat shock proteins: endogenous modulators of apoptotic cell death [J]. Handb Exp Pharmacol. 2006, 172: 171-198
- [14]赵志远,徐刚.热应激蛋白 70 与热应激反应[J].第一军医大学分校学报. 2003.26(2):151-152
- [15]郭建巍.HSP70 抗原递呈分子的研究进展[J].微生物学免疫学进展.2000,28 (3):95-98
- [16]ASEA A, KRAEFT SK, JONES EAK, et al. HSP70 stimulates cytokine production through a CD14- dependent demonstrating its dual role as a chaperone and cytokine[J]. Nature Medicine, 2000, 4: 435- 436
- [17]Multhoff G. Heat shock proteins in immunity [J]. Handb Exp Pharmacol. 2006, 172: 279-304
- [18]How is the immune response affected by hyperthermia and heat shock proteins? [J]. Int J Hyperthermia, 2005, 21 (8): 713-716
- [19]刘旭光,宋开源,郝亮,等.艾灸对实验性 RA 大鼠热休克蛋白(HSP70)表达的影响[J].中医药学刊.2003(7):1034-1037
- [20]Shi Y, Tu Z, Tang D, et al. The inhibition of LPS-induced production of inflammatory cytokines by HSP70 involves inactivation of the NF-kappaB pathway but not the MAPK pathways[J]. Shock, 2006, 26(3):277[21]学报. 2005; 28(4):86-89
- [22]常小荣,彭娜,易受乡,等.艾灸预处理对急性性溃疡大鼠胃黏膜 HSP70 蛋白及 mRNA 表达的影响[J].世界华人消化杂志.2006;14(13):1252-1256
- [23]易受乡,彭娜,常小荣,等.艾灸对急性性胃溃疡大鼠胃粘膜细胞增殖和凋亡的影响及其与热休克蛋白表达关系的研究[J].针刺研究.2006;31(5): 259-271
- [24]常小荣,彭娜,易受乡,等.艾灸足三里和梁门穴诱导热休克蛋白 70 抗大鼠胃黏膜氧化损伤作用[J].世界华人消化杂志.2006;14(35):3405-3408
- [25]易受乡,郁洁,常小荣,等.艾灸促进胃黏膜细胞 HSP70 表达上调对细胞凋亡线粒体信号转导途径的影响[J].世界华人消化杂志.2008;16(24):2689-2694
- [26]郁洁,易受乡,常小荣,等.艾灸足三里、梁门穴对大鼠不同组织器官 HSP70 表达的影响[J].湖南中医药大学学报.2009;29(4):67-69
- [27]孙忠人,王一茗,赵宇辉.逆灸对心肌缺血大鼠 HSP70 的影响[J].辽宁中医杂志.2008;35(9):1431-1432
- [28]赵宇辉,孙忠人.艾灸预处理对心肌缺血再灌注大鼠细胞凋亡及 HSP70 mRNA 表达的影响[J].安徽中医学院学报. 2009;28(1):36-38
- [29]周逸平,经脉—脏腑相关是经络理论的核心[J].针刺研究.1999,24(3): 238-240

作者简介:

马腾(1980-),男,成都中医药大学针灸学 2007 级硕士。

刘旭光(1965-),男,研究员,博士生导师,研究方向:针灸效应机制研究。

编号:EA-100203104(修回:2010-03-10)

针灸治疗颈性高血压

Treating cervical hypertenson by acupuncture

熊向武

(武汉市新洲区人民医院, 湖北 武汉, 430400)

中图分类号: R259 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0058-01 证型: BDG

【摘要】 针对颈椎病引发的高血压及并发症(晕眩、耳鸣、阵发性晕厥、视物模糊), 进行针灸、牵引、推拿、配合药物(复方丹参、红花等)穴位注射效果的临床观察。治疗效果表明: 30 例均有效占 100%; 18 例治愈占 60%; 12 例有效占 40%。

【关键词】 颈性高血压

颈性高血压病者发病机制的重要因素是颈椎病及颈椎综合症的继发证, 颈椎及周围软组织的慢性损伤, 对神经, 血管的挤压, 牵拉刺激颈交感 N 及颈部 A, 颈交感 N 兴奋性增强, 血管痉挛缺血, 反射性继发丘脑血管中枢与网状结构外侧加压素的增强, 使血管口径变小, 外周助力增大, 血压升高。

1 临床资料

①一般资料: 30 例均为老年人, 最大 78 岁, 最

小 50 岁, 病程最长 20 年, 最短 2 年, 均无高血压家族史及其他继发性高血压症。②临床症状: 晕眩、视物模糊、耳鸣耳聋、颈项僵直, 上肢及手指发麻, 胸闷、站立不稳等颈椎病症状。③颈椎检查: 患者颈肌紧张, 单侧横突或双侧横突压痛, 棘突偏歪占 60%, 颈椎 X 成片; 椎体增生占 95%, 椎间隙狭窄占 75%, 钩椎关节退变硬化占 50%, 生理曲度变直 80%, 椎体后缘增生 50%。

颈性高血压症治疗前, 治疗后血压变化

组别	例数	治疗前		治疗后	
50~60	18	收缩压 170~165mmHg	舒张压 110~100mmHg	收缩压 150~115mmHg	舒张压 95~90mmHg
65~78	12	收缩压 160~150mmHg	舒张压 105~100mmHg	收缩压 220~200mmHg	舒张压 120~105mmHg

2 诊断

根据体征, 颈椎症法, X 线平片的检查诊断为颈性高血压。

3 结果

用温针灸, 手法推拿、配合红花、丹参椎间孔注射, 治愈率为 60%, 有效率为 40%。

4 讨论

延髓网状结构外侧, 丘脑、大脑皮质中枢是调节血管舒缩的运动中枢, 颈性高血压发病因素来自颈椎综合症, 综合上述两病是发生颈性高血压症重要因素。但又不是所有的颈椎有损害的病人都有高血压的发生。只有所患的病损部位, 挤压 N、血管, 血管内压应力增强, 血管外周阻力增大, 才能导致血压升高,

改变包括间盘硬化突出, 骨赘, 关节错位和韧带松弛与扭曲, 韧带肥厚, 钙化和骨化, 粘连, 肌痉挛, 感应痛等。这些症状刺激颈上交感神经节, 致颈内 A 神经与椎 A 神经兴奋性增高, 致丘脑缩血管中枢与网状结构外侧加压区受冲动增多, 血管神经降压素分泌减少, 交感 N 兴奋, 血管痉挛, 口径变小, 血流阻力增大致高血压。针灸活血通络, 改善微循环。推拿改变后关节关系, 后关节恢复正常, 后关节束也恢复了正常, 解除了或减轻了关节软组织对交感 N 纤维或交感 N 干的压迫和刺激, 使颈段应力和血管 N 应力恢复平衡, 使血压降至正常。

编号: EA-100225140 (修回: 2001-03-12)

针灸、推拿配合 Vojta 训练

治疗小儿脑瘫肢体功能疗效观察

Clinical observation on treating Limb function in children

with cerebral palsy by acupuncture, massage with Vojta training

王 刚

(浙江民政康复中心, 浙江 杭州, 310016)

中图分类号: R259 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0059-02

【摘 要】 目的: 观察运用针灸、推拿配合 Vojta 训练与单纯 Vojta 训练小儿脑瘫肢体功能的临床疗效。

方法: 本研究采用针灸、推拿配合 Vojta 训练为治疗组, 以单纯 Vojta 训练为对照组。结果: 治疗组肢体功能恢复明显优于对照组 ($P < 0.05$), 两组临床疗效比较, 治疗组明显优于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 针灸、推拿配合 Vojta 训练治疗小儿脑瘫肢体功能疗效明显优于单纯 Vojta 训练。

【关键词】 小儿脑瘫; 针灸疗法; 推拿疗法; 头体; 体针; Vojta 训练

小儿脑性瘫痪 (Cerebral palsy, CP) 是指出生前到出生后 1 个月内发育期非进行性脑损伤所致的综合征。临床主要表现为中枢性运动功能障碍和姿势异常, 可伴有智力低下, 癫痫, 行为异常, 语言和视听觉障碍等。我国脑瘫的发生率为 1.8%~4.0%^[1], 是当今儿童致残的主要原因之一。属祖国医学“五迟”, “五软”, “五硬”范畴。笔者 10 余年来, 采用针灸、推拿为主, 配合 Vojta 训练, 治疗小儿脑瘫 30 例, 收到显著疗效, 现报告如下:

1 临床资料

表 1 两组脑瘫程度、肢体功能积分比较 ($\bar{x} \pm s$) 例

组别	n	极重度	重度	中度	轻度	肢体功能积分 (分)	P
治疗组	30	3	14	9	4	37.55 ± 7.54	>0.05
对照组	20	1	11	6	2	36.80 ± 7.48	

1.2 功能评判标准

小儿脑瘫功能评定是借鉴中国中医研究院马若飞拟定的小儿脑瘫疗效评估试行方案^[3]稍作修改而成。小儿脑瘫功能评定主要根据常用生活功能指数的四级打分原则, 将主要和次要评估依据按完全不能、大部分不能、部分不能及正常, 分别给 0、3、6、9 和 0、1、2、3 分, 然后通过计算进行评估。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①针刺疗法。头针取: 顶旁一线, 顶旁二线, 顶颞前斜线, 酌情加取颞前线、额中线、顶下旁线等; 以 15~30° 角刺入帽状腱膜下层, 留针 1~2 小时且间断行针保持一定的刺激量。体针取穴: 曲池、手三里、内关、环跳、足三里、解溪、委中、阳陵泉、悬钟、大肠俞、昆仑、肾俞等, 配穴: 命门、气海、上

1.1 一般资料

全部病例为浙江残疾儿童康复中心住院和门诊病人。已确诊并符合纳入标准^[2]的患儿 50 例, 其中男 28 例, 女 24 例, 年龄 0.9~6 岁, 平均 3.5 岁; 病程 0.9~5 年, 平均 2.5 年。50 例患儿按时间的先后顺序进行编号, 查随机数字表分为两组, 治疗组 30 例, 采用针灸、推拿为主, 配合合 Vojta 训练治疗; 对照组 20 例, 采用单纯 Vojta 训练治疗。两组患者性别、年龄分布均无显著性差异 ($P > 0.05$), 两组治疗前脑瘫程度和肢体功能积分比较 ($P > 0.05$), 见表 1。

巨虚、涌泉等; 痉挛型加八邪、中渚、后溪、外关、腰阳关、秩边、承扶、照海、申脉等。软瘫加梁丘、脾关、肝俞、肾俞、完骨、扶突、天窗和气舍等; 流涎取迎香、地仓; 语言障碍加廉泉; 颈软加大椎, 腰软加肾俞、阳关。体针选用 26 号一寸毫针, 常规消毒后进行针刺, 浅入疾出不留针, ②推拿采取推、拿、按、揉、拍、扣、捏、抹等为主的手法, 痉挛型多用轻柔手法给予全身放松拔伸牵引挛缩的关节; 软瘫多用弹拨肌腱、点穴、擦刷等强刺激的手法。以随症施术为主, 整体推拿与局部推拿相结合, 头颈部重在醒脑、开窍、提神, 四肢躯干部重在缓解肌张力、提高肌力、纠正异常姿势, 每天 1 次, 30 次为一个疗程, 休息 2 周, 开始第 2 个疗程。③Vojta 方法训练^[3]主要包括反射性俯爬和反射性翻身两部分, 治疗时要观察患儿的反应, 选择适当的手法, 遵循正常婴儿抬头挺

胸→上肢协调→挺腹→坐起→爬行→站立→行走，即从头到足的运动发育规律，通过刺激主诱发带及辅助诱发带，使肌肉产生收缩和伸展，促进正常反射通路形成，诱发患儿抬头、翻身、腹爬、坐起、站立等正常运动模式的建立，抑制异常运动模式的发展，从而达到纠正异常姿势的目的。

头针隔日 1 次，体针、推拿每天 1 次，30 天为一个疗程，休息 2 周，继续第二个疗程。

2.2 对照组

仅单纯采用 Vojta 训练^[4]为主进行治疗。每天 1 次，30 天为一个疗程，休息 2 周，继续第二期工程疗程。

3 结果

3.1 疗效评定标准

显效：治疗前后主要运动功能评分提高 12 分以上，或各项总分进步之和达到 18 分以上。有效：主要运动功能评分在 6 分或 6 分以上，或总分合计 10 分或 10 分以上。无效：主要运动功能评分在 6 分以下，或总分合计 10 分以下。

3.2 两组临床疗效比较

治疗三个疗程后，两组疗效比较差异呈显著性 ($P<0.05$)，治疗组的临床疗效优于对照组。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较例 (%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	30	14 (46.67)	14 (46.67)	2 (6.67)	93.3 [▲]
对照组	20	3 (15.00)	12 (60.00)	5 (25.00)	75.0

与对照组比较，[▲] $P<0.05$

3.3 两组治疗前后肢体功能积分变化比较

治疗三个疗程后，治疗前后比较，治疗组 $P<0.01$ ，对照组， $P<0.05$ ；两组治疗后比较， $P<0.05$ ；两组治疗前后差值比较， $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组治疗前后肢体功能积分比较 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后	治疗后-治疗前
治疗组	30	37.55±7.54	65.84±10.61 ^{***▲}	28.29±5.37 [▲]
对照组	20	36.80±7.48	51.62±11.23 [*]	14.82±3.58

与治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ，^{**} $P<0.01$ ；与对照组比较，[▲] $P<0.05$

4 讨论

小儿脑瘫的基本病理变化为大脑皮质神经细胞变性、坏死、纤维化，导致大脑传导功能失常，镜下可见神经细胞数量不同程度减少^[5]。过去一直认为脑细胞受损是不可恢复的，但一些临床研究证实通过有效的治疗方法，可促进脑电活动和神经递质的分泌^[6]，有可能激活其它细胞的代偿功能。康复治疗可促进脑细胞功能重建的理论基础是中枢神经可塑性理论，其机理为外周刺激作用于大脑皮质后，可诱发潜伏通路，并使突触启用。Vojta 神经生理学疗法就是借助于这一特性，以正确的手法抑制异常姿势与运动模式，协助

产生正常的反应，通过反复刺激和训练使患儿逐步发展正常的运动模式。

脑瘫当属中医“五迟、五软、五硬”的范畴，由于先天不足，后天失养，五脏精气不能上荣元神之府所致，其病位在脑，应在四肢，累及神志，症状变化多样。祖国医学认为，脑为髓海，脑为精明之府，元神之府，人体的坐立行走、言语、全身气血的调节、脏腑经络功能等都由脑神主宰，人体通过经络系统的联系而成为一个有机的整体，特别是脑与经络的关系十分密切。顶旁一线，位于膀胱经上，从通天沿头皮向后透向络却；顶旁二线，位于胆经上，从正营沿头皮向后透向承灵；顶颞前斜线，从前神聪沿头皮透向悬厘，贯穿督脉、膀胱经、胆经、胃经、三焦经。针刺头部这些穴位，可以直接宣通上述诸经经气，通过经络与脑的联系，起到益脑醒神，通络开窍的作用，同时促进脑细胞的发育和激活休眠状态下的脑细胞。选曲池、手三里、内关、环跳、足三里、解溪、委中、悬钟、太溪、合谷、外关、肾俞等肢体和躯干各穴以促进肢体功能的恢复和纠正畸形。推拿能够舒筋通络、调和营卫、益气活血、滑利关节、开塞通闭、开，并解痉。有学者研究^[7]，推拿能够产生体表内脏反射，窍提神-舒张毛细血管，改善微循环，调节局部免疫状态，抑制生物活，的性物质的释放，从而改善脑部的血液灌流，减少脑神经细胞损害，提高患儿的生活质量。

两组患儿治疗前后的肢体功能积分变化显示，采用针灸、推拿为主，结合 Vojta 训练的治疗组的疗效显著优于对照组 ($P<0.001$)，表明该法治疗小儿脑瘫，不仅可促进患儿运动功能的恢复，降低肌张力，而且可纠正异常运动姿势，获得较好的临床效果。

参考文献：

- [1]李春树.小儿脑性瘫痪[J].郑州:河南科学技术出版社,2000:12
- [2]《中华儿科杂志》编辑委员会,中华医学会儿科学分会神经学组.小儿脑性瘫痪的定义,诊断条件及分型[J].中华儿科杂志,2005,43(4):262
- [3]马若飞,齐有为.小儿脑性瘫痪的治疗和评估标准探讨[J].现代康复,1999,3(2):176-177
- [4]家森百合子.子どもの姿勢運動発達[M].第7版.京都:まめもあ房,1992:33-50
- [5] Glickstein SB, Golanov EV, Reis DJ. Intrinsic neurons of fastigial nucleus mediate neurogenic neuroprotection against excitotoxic and ischemic neuronal injury in rat. J Neurosci 1999,19: 41522-4154
- [6]崔庆荣.大脑瘫痪对小儿听觉诱发脑干反应的影响[J].中国康复杂志,1993,8(4):166
- [7]冯兆才.推拿按摩结合运动疗法治疗小儿痉挛型脑瘫 16 例[J].中医研究,2007,20(4):59-60

编号：Y-10020140 (修回：2010-03-06)

简论二便的形成及二便难的针灸治疗

The stool and urine formation with treating difficulty in stool and urine by acupuncture

朱国连

(浙江中医药大学, 浙江 杭州, 310053)

中图分类号: R47 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0061-03

【摘要】《黄帝内经》作为中医“四大经典”之一, 已备详尽的中医生理、病理、诊断及针灸治疗学。水谷饮食消化几何攸关人体性命, 故后世医书无不据《黄帝内经》进行阐发。

【关键词】小便; 大便; 便难; 针灸

水谷饮食经口咽入体, 先被消化, 精华被吸收, 糟粕分小便与大便出体, 小便难比大便难危险, 故先论水谷饮食消化, 次论小便, 最后论大便。

1 水谷饮食消化

清·岳含珍《经穴解·内景赋》: “……脏腑兮通于咽喉。……咽在后, 其质和柔。……咽为饮食之道, 六腑源头。……又如六腑, 阳明胃先, 熟腐水谷, 胃脘通咽, 上口称为贲门, 谷气从而散宣, 输脾经而达肺, 诚肺腑之大源。历幽门之下口, 联小肠而盘旋。再小肠之下际, 有阑门者在焉, 此泌别之关隘, 厘清浊于后前。大肠接其右, 导渣秽于大便。膀胱无上窍, 由渗泄而通泉。羨二阴之和畅, 皆气化之自然。”^[1]

《黄元御医学全书·四圣心源·卷一·精华滋生》: “阴生于上, 胃以纯阳而含阴气, 有阴则降, 浊阴下降, 是以清虚而善容纳。阳生于下, 脾以纯阴而含阳气, 有阳则升, 清阳上升, 是以温暖而善消磨。水谷入胃, 脾阳磨化, 渣滓下传, 而为粪溺, 精华上奉, 而变气血。”^[2]

《黄元御医学全书·四圣心源·卷一·糟粕传导》: “水谷入胃, 消于脾阳。水之消化, 较难于谷, 缘脾土磨化, 全赖于火, 火为土母, 火旺土燥, 力能克水。脾阳蒸动, 水谷精华, 化为雾气, 游溢而上, 归于肺家, 肺金清肃, 雾气降洒, 化而为水, 如釜水沸腾, 气蒸为雾也。气化之水, 有精有粗, 精者入于脏腑而为津液, 粗者入于膀胱而为溲溺。溲溺通利, 胃无停水, 糟粕后传, 是以便干。”^[2]

饮食水谷经口咽入胃。水饮在胃中经脾土阳气蒸动和在小肠中经小肠火腑蒸化, 化气腾而上, 不下入大肠。谷食在胃中经脾土磨化成谷糜和津液, 津液气化上行, 谷糜下入小肠; 谷糜经小肠火腐熟成谷滓和

津液, 津液气化上行, 谷滓下入大肠; 大肠环绕小肠, 谷滓继续经小肠火蒸化, 津液气化上行, 糟粕出体。

2 小便

《素问·经脉别论篇第二十一》: “饮食入胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行。”^[3]

肺脏法象天幕, 水饮和消化谷食之津液气化上行, 总归于肺金之脏。肺金清肃, 在天之气, 下行为雨, 下行之雨流经并滋润诸脏, 但大部分下输肾水之脏。

《黄元御医学全书·四圣心源·卷一·糟粕传导》: “以水性蛰藏, 太阳寒水蛰藏, 三焦之火秘于肾脏, 则内温而外清。”^[2]三焦之火气化肾之藏水, 其精者经脊上行而营脑髓, 其粗者下输膀胱。

《素问·灵兰秘典论篇第八》: “三焦者, 决渎之官, 水道出焉。”^[4]

《内景赋》: “三焦未言, 号孤独之府, 擅总司之权, 体三才而定位, 法六合而象天。”^[1]

下行之雨滋润诸脏后流入三焦, 经三焦之火气化, 其精者上行, 其粗者下渗入膀胱。

故水饮进入膀胱的途径有二: 一由肾脏下输, 一由三焦泌别渗入。

膀胱水腑位于小肠火腑前下方, 内盛之水受火而化, 其精者气化出而上行, 其粗者汽化存于膀胱顶部而为溺。《难经·第四十二难》: “膀胱重九两二铢, 纵广九寸, 盛溺九升九合。”^[5]此九升九合约为今之 400 毫升, 当汽态溺不断积累使膀胱充盈至九升九合极时, 其下窍则开, 受上方阳气推行, 汽态溺不断出下窍, 且出窍后因寒呈液态飞速经前阴出体。

此即《素问·灵兰秘典论篇第八》: “膀胱者, 州都之官, 津液藏焉, 气化则能出矣。”^[4]若气化出现异

常,小便则随之失常。

《针灸大成·卷六·足太阳膀胱经》:“诸书辨膀胱不一,有云:有上口,无下口。有云:上下皆有口。或云:有小窍注泄。皆非也,惟下窍以出溺,上皆由泌别渗入膀胱,其所以入也、出也,由于气之施也。在上之气不施,则注入大肠而为泄;在下之气不施,则急胀涩涩,苦不出而为淋。”^[6]

“在上之气不施”指脾阳或小肠火不足或因寒困,水饮难被气化而直接经口、咽、胃、小肠、大肠出体,为泄,故小便不利。灸中脘、水分、关元、中极等。

“在下之气不施”指或气化太过或气化不足。

气化太过,多因阳热太过,《素问·气厥论篇第三十七》:“胞移热于膀胱,则癃溺血。”^[7]《素问·痹论篇第四十三》:“胞痹者,少腹膀胱按之内痛,若沃以汤,涩于小便,上为清涕。”^[8]若沃以汤,意为如手探热汤。膀胱过热,溺由液态变为气态,少量溺即可使膀胱膨胀到九升九合而下窍开,但因过热之气态溺居上部难出下窍而无尿,为“在下之气不施,则急胀涩涩,苦不出而为淋。”^[6]针膀胱俞、中极泄膀胱热,针阴谷、束骨导膀胱热。

气化不足,多因阳热不足,膀胱内盛之水难被汽化而呈液态沉于膀胱底部,且膀胱受寒收引使下窍紧闭而溺液难出,亦为“在下之气不施,则急胀涩涩,苦不出而为淋。”^[6]灸关元与中极、针阴谷、针补委中。

3 大便

正常大便为一天一次于早上 5 至 7 点,因手阳明大肠经气血注卯时(5~7 点)。

《素问·五藏别论篇第十一》:“六腑者,传化物而不藏,故实而不能满也。所以然者,水谷入口则胃实而肠虚,食下则肠实而胃虚。故曰实而不满,满而不实也。”^[9]

饮食入胃,一部分食物沉于胃底部,为宿食。《灵枢·平人绝谷第三十二》:“故肠胃之中,当留谷二斗,水一斗五升;故平人日再后,后二升半,一日中五升,七日五七三斗五升,而留水谷尽矣;故平人不食饮七日而死者,水谷精气津液皆尽故也。”^[10]

正常情况下,胃底部的宿食被新食取代而下入小肠,新食成宿食。

异常情况下,如因于寒而胃蠕动消失,当进新食时,宿食无法入小肠而被吐出,为“朝食暮吐”,取中脘,或刺之,或梅花灸之。

谷秘于胃时,小肠与大肠虚,典型症状如《素问·咳论篇第三十八》:“胃咳之状,咳而呕。”^[11]所言之呕吐,又胃募中脘压痛。

谷秘于小肠,胃与大肠虚,典型症状如《素问·

咳论篇第三十八》:“小肠咳状,咳而失气。”^[11]所言之屁多尿少,又小肠募关元压痛。

谷秘于大肠,胃与小肠虚,典型症状如《素问·咳论篇第三十八》:“大肠咳状,咳而遗失。”^[11]所言之尿多屁少,又大肠募天枢压痛。

古时之大便难,指谷食残渣秘于小肠或大肠。

大便难,其标为实,其本有因于热,有因于寒,有因于津伤血虚,有因于气虚气滞。

热则伤津耗气,如《素问·气厥论篇第三十七》:

“膀胱移热于小肠,鬲肠不便,上为口糜。小肠移热于大肠,为虚痼,为沉。”^[7]《素问·举痛论篇第三十九》:“热气留于小肠,肠中痛,瘕热焦渴,则坚干不得出,故痛而闭不通矣。”^[12]所言。

平时饮水适量时,在胃、小肠时即被气化上行而不下入大肠,可引起小便增多而不会水样便。故若在短时间内饮大量水,超过气化限度:“在上之气不施,则注入大肠而为泄。”^[6]形成洪水冲刷河道之势,制造“人为泄泻”,可因势利导使秘之大便出体。

寒性凝滞,阻碍气机,寒性收引,肠道蜷缩不蠕动,则大便不行而秘。《素问·长刺节论篇第五十五》:“病在少腹,腹痛不得大小便,病名曰疝,得之寒,刺少腹两股间,刺腰髀骨间,刺而多之,尽炅,病已。”^[13]炅,从日,从火。“寒则热之”,用灸法,取胃募中脘,小肠募关元,大肠募天枢等。

明·李梴《医学入门·脏腑条分》载《五脏穿凿论》:“肝与大肠相通(肝病宜疏通大肠,大肠病宜平肝经为主),脾与小肠相通(脾病宜泻小肠火,小肠病宜润脾土为主)。”^[14]故大便难,秘于小肠时,可加取脾经腧穴;秘于大肠时,可加取肝经腧穴。

大便难属纯寒或热实证时,多取支沟配照海、中脘、关元、天枢,热证只针不灸,寒症多灸少针。若气虚可加取肺脾肾三经腧穴,气滞可加取肝经腧穴,津血虚可加取脾经腧穴等。

另外,应学习古人解便法:蹲并集中注意力于此事。蹲可集全身之力,集中注意力可加大气行,两力相加而效宏。现今人们解便时多坐着且看报纸等,两力皆失,大便难解。

参考文献:

- [1]岳含珍.经穴解[M].北京:人民卫生出版社,1990:19-20
- [2]黄元御.医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1996:8:701
- [3]黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005:5:45
- [4]黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005:5:17
- [5]黄帝八十一难经[M].北京:学苑出版社,2007:4:134
- [6]杨继洲.针灸大成[M].北京:人民卫生出版社,2006:6:258

(下转 64 页)

针刺治疗周围性面瘫 156 例临床疗效观察

A study on the clinical effects of treating 156 cases of PFP by acupuncture

孟 杰 刘婉师 温丽娟 杨柳城

(广州市荔湾区中医院, 广东 广州, 510140)

中图分类号: R323.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0063-02 证型: IGA

【摘 要】 目的: 观察针刺治疗周围性面瘫患者 156 例临床疗效, 并在病因、处方主配穴针刺手法和取特定穴位注射方面作了进一步探讨与总结。方法: 针刺患侧四白、风池、牵正、下关、颧髎, 攒竹透鱼腰、攒竹透睛明、太阳透颊车、地仓透下关、人中透禾髎, 合谷、足三里、阳陵泉; 病情重且病程长者, 辅以在口腔内穴位注射。结果: 治愈率达 98%, 总有效率 99.4%。结论: 按本法取穴处方, 可明显增加疗效, 缩短疗程, 提高治愈率。

【关键词】 面瘫; 针灸疗法

周围性面瘫, 俗称口眼喎斜, 是多发病常见病, 笔者自 2003~2008 年, 以针刺治疗该病 156 例, 取得了较好的效果, 现将结果报告如下。

1 一般资料

156 例门诊和住院病人, 均按照《神经病的检查与诊断》^[1]标准诊为周围性面瘫, 其中男性 95 例, 女性 61 例; 40 岁以下 93 例, 41~50 岁 36 例, 51~60 岁 18 例, 61 岁及以上 9 例; 病程 7 天及以下的 128 例, 8~20 天 21 例, 21~30 天 4 例, 31 天及以上 3 例。

2 治疗方法

2.1 取穴

患侧四白、风池、牵正、下关、颧髎, 攒竹透鱼腰、攒竹透睛明、太阳透颊车、地仓透下关、颊车透颧髎, 人中透禾髎, 合谷、内关足三里、阳陵泉。

2.2 操作

透刺: 沿皮下透刺攒竹至睛明、攒竹至鱼腰、人中至禾髎, 用 3 寸毫针沿皮下透刺太阳至颊车、地仓至下关、颊车至颧髎, 以上均用提插平补平泻法。直刺: 四白直刺 0.2~0.3 寸, 用雀啄平补平泻法, 需使麻胀样针感传至鼻唇部, 牵正直刺 0.8~1.2 寸, 平补平泻法, 风池直刺 0.8~1 寸, 提插泻法; 合谷直刺 0.5 寸, 用提插补法, 内关直刺 0.3~0.5 寸, 提插平补平泻, 足三里直刺 0.8~1 寸, 用提插补法, 阳陵泉直刺

0.3~0.6 寸用提插平补平泻法。下针完毕医者左右手各持相应主配穴之针, 即四白配足三里、牵正配阳陵泉、下关配合谷, 两手同时雀啄运针, 使针下麻胀感持续各一分钟接电针机通疏密波。

2.3 治疗时间

每日 1 次, 留针 30 分钟, 10 次为一疗程。

2.4 病情重且病程长者, 辅以在口腔内穴位注射

注射方法: 患者坐位, 头后仰, 嘱大张口, 下颌牙平面与地面平行, 常规消毒, 从翼下颌皱襞中点外侧 3~5mm 处进针, 针尖指向牵正穴, 用 2ml 注射器配 5 号针头, 进针约 1~1.5cm 深, 注进 10mg 654-2 和 0.5mg 维生素 B₁₂ 混合液, 日 1 次, 10 次为一疗程。口腔内注射药液易吸收, 可避免面部进针的剧烈疼痛, 又可减少药液滞留成硬结的发生率, 从而收到更好的疗效。

3 治疗效果

3.1 疗效标准

治疗 3 个疗程内, 口眼喎斜得到纠正, 面部表情恢复正常, 无自觉症状者为痊愈; 口眼喎斜及面部表情基本恢复正常, 自觉症状亦感明显好转, 但讲话或笑时口角现歪斜者为显效; 口眼喎斜及面部表情, 自觉症状均有不同程度的改善者为好转; 治疗 3 个疗程以上, 口眼喎斜及面部表情, 自觉症状无改善者为无效。

3.2 治疗效果

表 1 病程与疗效关系表

病程 (天)	例数 (人)	痊愈 (%)	显效 (%)	好转 (%)	无效 (%)
≤7	128	128 (82.1%)	—	—	—
8~20	21	21 (13.5%)	—	—	—
21~30	4	3 (1.92%)	1 (0.64%)	—	—
≥31	3	1 (0.64%)	—	1 (0.64%)	1 (0.64%)

156 例患者总有效率为 99.4%，其中痊愈 153 例占 98.1%，显效 1 例占 0.64%，好转 1 例占 0.64%，无效 1 例占 0.64%。病程与疗效的关系：从上表分析，发病 30 天内治疗总有效率为 100%，疗效随病程延长而下降，其中 1 例好转者因病程超过 30 天，年龄较大 75 岁，错过了最佳治疗时机；1 例无效患者年龄虽小，但发病初期在当地服中药后腹泻，致正气虚弱，机体抵抗力进一步下降，病程亦超过 30 天，错过最佳治疗时机，虽经 4 个疗程的治疗也未能取效。

4 病例介绍

患者甲，2003 年 6 月 5 日初诊。主诉：左面瘫 2 天。现病史：2 天前因感冒、劳累，次日晨起洗漱时自觉左颜面麻木不适，左口角漏水，左眼睑不能闭合，在当地服中药 2 剂未效遂来诊。查：左面部无表情，左侧额纹消失，鼻唇沟变浅，眼裂增大，口角下垂，鼓腮漏气，闭目露睛，左侧不能皱额、蹙眉、闭目、露齿、鼓腮和噤嘴等动作，四肢功能正常。脉浮缓，苔薄白。辨证：病缘由外感风寒之邪，外邪侵袭面部经络，阳明、少阳经气不畅气血失和，筋脉失于濡养，弛缓不收，致左面部肌肉麻痹，口喎癖不用。

诊断：中医：口眼喎斜（风寒中络）；西医诊断：周围性面神经麻痹。

治法：祛风散寒，疏经通络。按上述方法每日针刺治疗 1 次。经 10 次针刺治疗，面瘫诸症消失，又予以巩固治疗 5 次，即告痊愈。

5 讨论

本病多源感冒或过度疲劳、经产前后，当风露睡等机体抵抗力明显下降的情况下，头面部经络受到风

寒之邪的侵袭，致阳明、少阳经气不利，气血失和，筋脉失于濡养，弛缓不收而致口眼喎斜，证属：风邪中络之本虚标实证。针刺治疗直接作用于病所，比药物、其他理疗有更好的效果，而及早治疗是取效的关键。

“邪之所凑，其气必虚”，余发现相当部分患者有消化性溃疡、胃肠功能紊乱等病史，推断周围性面瘫的发病与慢性胃肠道疾病具有一定的关联，即阳明经经气不足，后天之本不固，水谷不能充养，脾不主肌肉，机体抵抗力弱，则易发痿症。因而在治疗过程中不忘固扶脾胃，取合谷、足三里等以养血活血，益气健脾。少阳为半表半里之经，疏通可调和气血，祛风通络，具有防止病邪深入之功。针刺取穴以阳明、少阳经为主，局部取穴意在祛邪而扶正，循经远道取穴意在扶正而祛邪，同经远近穴位同时运针，更能激发经气，搜筋通络，共同达到邪去正复的目的。

长针透刺可使多经得气，增加刺激强度、范围，皮下是面部神经末梢分布最广处，皮下浅刺更能提高面部神经的兴奋性，继而使血管扩张，血流量增加；故如太阳透颊车、颊车透颧髻、地仓透下关等，可明显改善血液循环，提升患侧皮温，从而促进面部的功能恢复。

按本法取穴处方，可明显增加疗效，缩短疗程，提高治愈率。

参考文献：

[1] 侯熙德.《神经病的检查与诊断》[M].江苏科学技术出版社,1978,6,第 1 版

编号：EA-10013095（修回：2001-03-10）

（上接 62 页）

[7] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005.5:74-75

[8] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005.5:85

[9] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005.5:22-23

[10] 灵枢经[M].北京:人民卫生出版社,2005.5:77

[11] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005.5:75-76

[12] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005.5:78

[13] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005.5:104

[14] 李挺.医学入门[M].北京:人民卫生出版社,2006.11:138-139

作者简介：

朱国连（1984-），男，浙江中医药大学 2003 届中医七年制硕士研究生，现于浙江省中医院实习。

编号：EA-10012151（修回：2010-03-13）

IIb 期宫颈癌同步放化疗结合手术治疗的疗效评价

Clinical evaluation of treating IIb cervical cancer

by concurrent chemotherapy and radiotherapy plus surgery

栾彦李冰

(大连市第三人民医院, 辽宁 大连, 116031)

中图分类号: 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0065-02 证型: IAD

【摘要】 目的: 探讨同步放化疗结合手术综合治疗 IIb 期宫颈癌的疗效。方法: 34 例 IIb 期宫颈鳞癌患者纳入放化疗结合手术治疗组 (以下均简称为治疗组), 放疗时同步行 PF/IP 方案化疗, 放射治疗均采用 6MV X 线盆腔照射加 Ir192 高剂量率后装治疗。同期收治的 34 例仅行同步放化疗的患者作为对照组。结果: 两组治疗后 5 年生存率治疗组 (76.5%) 明显高于放化疗组 (58.8%, $P<0.05$), 5 年无瘤生存率治疗组 (64.7%) 低于放化疗组的 (50%, $P<0.05$)。泌尿生殖道瘘发生率治疗组 (11.76%) 与放化疗组 (5.88%, $P>0.05$) 无明显差异。结论: 同步放化疗结合手术治疗中晚期宫颈癌可提高 5 年生存率及无瘤生存率, 降低局部复发率, 近远期并发症无明显增加, 因此, 同步放化疗结合手术治疗是安全可行的。

【关键词】 宫颈肿瘤; 同步放化疗; 手术疗法

【Abstract】 objective To study the effect of the operation for the patients of stage IIb cervical cancer after radiotherapy plus synchro chemotherapy. Method 34 patients of stage IIb cervical squamous carcinoma were put into a integrated treatment team, which received operation after radiotherapy plus synchro chemotherapy of PF/PI project. Radiotherapies are all preformed by 6MV-X ray in the pelvic area from front or back in turn plus Ir192 high-dose-rate afterloading. 34 patients were put into a control team, who received radiotherapy plus synchro chemotherapy in the same time. outcome After the treatment the 5-year survival rate and the 5-year survival rate without tumor of the treatment team is more than that of the control team. There is no significant difference between the two groups in the genesis rate of urinogenital fistula. result The operation after radiotherapy plus synchro chemotherapy can improve the 5-year survival rate and the 5-year survival rate. The method is safe and feasible.

【Key words】 cervical carcinoma; radiotherapy plus synchro chemotherapy; operation therapeutics

对于 IIb 期以上的中晚期宫颈癌, 在过去传统治疗中公认的首选方法是放射治疗, 但晚期宫颈癌因肿瘤体积大, 乏氧细胞多, 宫旁浸润明显, 对放疗欠敏感^[1], 且放疗无法控制照射野外的亚浸润灶, 因而治疗后长期生存率不满意。80 年代后开展同步放化疗, 疗效得到一定提高, 但 II 期 5 年生存率仍徘徊于 60~80%^[2], 传统的宫颈癌手术适应症为 IIa 期以前, 对于宫旁有浸润的 IIb 期宫颈癌的手术问题有争议, 尤其担心的是放疗后手术, 可能提高手术难度, 增加术后并发症。为研究提高 IIb 期宫颈癌治疗的疗效, 降低局部复发率, 延长生存率, 我院于 2000 年 2 月~2004 年 3 月对收治的 34 例 IIb 期宫颈鳞癌施行的同步放化疗后行子宫广泛切除+盆腔淋巴结清扫术, 经过观察,

效果较好, 总结分析如下。

1 对象和方法

1.1 对象

纳入标准为: ①病理确诊为宫颈鳞癌, 未接受过任何抗肿瘤治疗的初治病人; ②所有病例临床分期按 FIGO 分期标准为 IIb 期, 由至少两位从事妇科肿瘤的高年资医师共同判定; ③卡氏评分 >70 分, 心、肝、肾等脏器功能正常; ④年龄 <70 岁。

治疗组平均年龄 44.9 岁 (29~68 岁), 术后病检, 鳞癌 I 级 1 例, 鳞癌 II 级 14 例, 鳞癌 III 级 19 例, 宫旁及阴道残端均无癌残留, 宫体侵犯 2 例, 淋巴结转移 3 例; 随访 34 例, 随访 5a, 复发 11 例, 死亡 7 例, 泌尿生殖道瘘发生 4 例。对照组: 同期 IIb 期病人 34

例,平均年龄 47.2 岁(33~70 岁),治疗前有盆腹腔 CT/MRI 提示盆腔淋巴结转移者 3 例,未选择提示腹主动脉旁淋巴结转移者;随访 34 例,随访 5a,复发 17 例,死亡 14 例,泌尿生殖道瘘发生 2 例。

1.2 方法

治疗组术前进行后装放疗 2~4 次,500cGy/次,2 次/W,总剂量 DT: 10~20Gy,体外盆腔四野照射 DT: 18~20Gy/180~200cGy/10~12f,同步化疗 PF/PI 方案化疗(PDD60~70mg/m²,d1~d3i.v; 5-Fu1.0mg d1~d4i.v)。②PDD 60~70mg/m²,d1~d3i.v; IFO1g/m²,d1~d3i.v),1~2 程,每 28 天重复 1 次。术前一般行化疗 1~2 程,经阴道内诊检查达手术标准后于全麻下行广泛性全子宫切除术+盆腔淋巴结清除术+腹主动脉旁淋巴结取样术,45 岁以下有保留卵巢要求者,术中探查未见异常,行双侧卵巢悬吊术,并予钛夹标记,以备术后放疗避让之用。术后据病理情况补充放疗,体外盆腔前后对穿照射 DT: 18~22Gy。对照组全量放疗:体外(15cm×16cm)盆腔前后对穿照射 B 点剂量 DT: 30Gy,体外四野(15cm×6cm),B 点剂量 15Gy,腔内后装 A 点剂量 35~45Gy;同步化疗所用方案与治疗组相同。治疗根据患者年龄、一般状况、期别及病理类型及肿瘤退缩情况采取个体化对待原则,所选手术患者为经上述治疗后达到预期减期疗效,即主韧带受侵部分退缩满意、质地变软,无结节增厚者。放疗前、中期、结束后及手术前常规行妇科检查并详细记录及绘图。

1.3 统计学处理应用 SPSS 16.0 软件,组间率采用 χ^2 检验,生存率采用生存函数。

2 结果

结果两组治疗结束后 5 年总生存率治疗组(79.4%)明显高于放化疗组(58.8%, $P<0.05$),5 年无瘤生存率治疗组(64.7%)明显高于放化疗组的(50%, $P<0.05$)。泌尿生殖道瘘发生率治疗组(11.76%)与放化疗组(5.88%),经 χ^2 检验,二者差异无显著性($P>0.05$)。

3 讨论

3.1 由于有宫旁浸润,对于 IIb 期宫颈癌的手术问题,有争议。因担心放化疗后手术难度增加,术后并发症增加而少有人问津。近年来,随着手术技巧的提高,已有学者探索对这类患者进行放化疗结合手术的综合治疗。杨志成等对 43 例 IIb 期宫颈癌行术前放疗治疗后,患者 3a/5a 生存率分别为 77.6%,62.4%,3 年内复发率为 15.3%。^[3]Distefano H 等报道了 100 例 Ib2~

IIIb 局部晚期宫颈癌行术前同步放化疗的长期前瞻性研究结果,其 5 年无瘤生存率 76%,5 年总生存率 78%。^[4]同步放化疗可以通过以下机制发生作用,充分杀灭癌细胞,缩小肿瘤体积,增加手术机会:①直接杀灭原发肿瘤和消灭小转移灶;②使处于不同细胞周期的肿瘤细胞同步化,对射线产生敏感;③化疗也能通过直接细胞毒性、肿瘤细胞周期同步化和抑制亚致死放射修复来增加放射剂量反应曲线的梯度,以达到增加肿瘤细胞死亡。^[5]且手术后可以了解通过病理了解盆腔淋巴结受侵情况,指导进一步治疗。

3.2 术前治疗的选择

放疗剂量依患者具体情况而定,对于放化疗敏感,肿瘤退缩迅速而满意者可适当减少术前放疗剂量。一般后装剂量以 10~20Gy 为宜,当癌灶较大,溃疡或结节型,局部伴感染较重,宫旁受侵明显者,应尽早行体外放疗。目前我院术前体外放疗剂量控制在 24Gy 以内。

3.3 手术时机的选择

应选择放化疗后 2~4 周为宜。因为肿瘤消除需要时间,一般 2w 后才能见到肿瘤消除的程度,手术时间过早则肿瘤未得以满意消除,达不到术前治疗的目的。^[6]术前每周检测血常规 1~2 次,白细胞低者可应用升白细胞药物,待血象稳定、正常即可手术。

3.4 泌尿生殖道瘘为术后严重并发症之一,术中注意尽量避免或减少损伤输尿管滋养血管,术后常规留置导尿 2 周,必要时留置单侧或双侧输尿管支架 1~3 个月,可减少泌尿生殖道瘘的发生。

3.5 术后可根据宫旁受侵及盆腔淋巴结转移情况予以半量或全量放疗,如有盆腔髂腰组淋巴结转移,则术后常规行盆腔延伸野照射。

参考文献:

- [1]刘复生,刘彤华,主编.肿瘤病理学[M].第 1 版.北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1997.14-15
- [2]连利娟主编.林巧稚妇科肿瘤学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社 2006, 356
- [3]杨志成,陈典,张升红等.43 例 IIb 期宫颈癌术前放疗疗效分析[J].陕西肿瘤医学,2002,10(4):267-268
- [4]连利娟主编.林巧稚妇科肿瘤学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社 2006, 387
- [5]谷铎之,殷蔚伯,余子豪主编.肿瘤放射治疗学[M].第 4 版.北京:中国协和医科大学出版社 2008,1016
- [6]孙建衡.子宫颈癌放疗中的几个临床问题[J].医学研究通讯,2004,33(5):2

编号:EA-10011842(修回:2010-03-13)

浅谈中医药防治癌症的特点

The characteristics of TCM for controlling cancer

刘 龙 刘新民

(宁夏银川市兴庆区第三诊所, 宁夏 银川, 750000)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0067-02

【摘 要】 现代医学对于恶性肿瘤的防治取得迅猛的进展, 在目前的治疗中仍明显存在一些缺陷, 如过多的常规治疗缺乏针对性, 轻预防倾向严重等。而中医十分注重整体, 又极重视预防, 中医药治疗肿瘤的模式日渐成熟, 积累了丰富的经验; 中药品种十分丰富, 随着中药的研究深入, 其作用机理日益明确, 能在一定程度上弥补现代医学治疗肿瘤的不足。

【关键词】 肿瘤; 中医药; 优势

癌症是以细胞异常增殖及转移为特点的一大类疾病, 其病因和发病机制蕴藏着人类生命活动中最深刻的科学奥秘及难题。WHO 专家预测, 2020 年全球人口 80 亿, 癌症发病将达到 2000 万人, 死亡将达到 1200 万人, 癌症将成为新世纪人类第一杀手, 对人类生存构成最严重的威胁。世界银行测算: 1990 年我国因癌症造成的失能调整生命年占总失能调整生命年的 9.2%, 高于脑血管 6.3%、心血管 2.1%。全国因癌症损失的失能调整生命年为 185.1 万人年, 经济损失高达 1432.3 亿元。2000 年我国死亡 140 万, 发病 180 万, 每年用于癌症病人医疗费约 800 亿元, 占卫生总费用 20%, 远高于其他慢性病的费用。

癌症的发生及发展, 因其涉足的因素复杂, 阶段多态、环境和遗传交互作用方式多样, 为揭示其奥秘及规律, 给科学研究带来了重大的科学难题。虽然现代医学对于本病的防治已取得了突飞猛进的进展, 新疗法、新药物也不断推出, 但临床治疗效果并没有显著的同步提高, 还远远没有满足广大患者解除病魔的强烈要求和迫切愿望。反观其因, 笔者认为, 现代医学目前对于肿瘤的治疗存在着的某些模式化缺陷, 一定程度上可用或将要用中医药的优势及潜力来弥补。

1 中医药治疗肿瘤有自身独特的优势

中医从整体观念出发认为肿瘤属全身性疾病, 从患者全身的角度来考虑, 而不是局限在肿瘤病灶本身, 认为“全身为虚, 局部为实, 虚为病之本, 实为病之标”。中医认为癌症的发生是在脏腑阴阳气血失调、正气虚弱的基础上, 外邪入侵, 痰、湿、气、瘀、毒等搏结日久, 积渐而成。对其形成十分强调内因, “凡脾肾不足及虚弱失调之人, 多有积聚之病”, “正气

不足, 而后邪气踞之”; 《内经》云: “正气存内, 邪不可干”, “邪之所凑, 其气必虚”。正常人体正气充盛, 病邪难入, 正气所伤, 则易患病, 其对肿瘤病因的认识有指导意义; 中医学独具防治思想, 很早就提出上工“治未病”, “节饮食、慎起居、戒躁怒”的预防理念和丰富经验, 真正认识到“预防是最好的治疗”。

2 对改善病人的临床症状有其自身的特长

研究发现, 各种肿瘤有其固有的生物学特性, 如增殖与分化、侵袭与转移、凋亡与消退等。人们在治疗时常易忽视这一内因, 不能因势利导, 以最小的代价获取最好的康复效果。注重的是手术切除的范围和术式、化疗方案的组成和剂量、放疗的强度和分割等。实际上, 许多情况下, 各种治疗都难以改变肿瘤患者的自然病程, 甚至事与愿违, 变症丛生。放疗和化疗在杀灭癌细胞的同时也损伤了人体正常的细胞, 带来肝肾功能的损害、骨髓的抑制、胃肠道反应等副作用, 患者常会出现身体虚弱、恶心呕吐、发热、食欲下降、疼痛、口干舌燥、脱发、白细胞下降等症状, 无形中对机体造成极大的损伤, 还会导致癌细胞的扩散转移甚至危及生命。中医药治疗可以减轻放化疗的毒副反应, 减毒增效, 扶助正气, 保护机体正常机能, 改善病人临床症状, 注重患者生存质量, 增强病人和病魔斗争的信心。中医药在增效减毒和改善生活质量方面起到了不可替代的作用。

中医药对于肿瘤的防治有很好的疗效, 且潜力很大。笔者认为, 其不仅表现在中医药本身能直接对抗肿瘤细胞, 抑制癌瘤增生, 从而具有现代医学意义上 (下转 69 页)

祛湿化痰法治疗月经病的临床观察

Clinical observation on treating
menopathy by Queshi Huatan methods

黄慧琳 丛 鹏

(1.荔湾区中医医院, 广东 广州, 510000;

2.广州医学院附三院, 广东 广州, 510000)

中图分类号: R271.11+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0068-02 证型: IDBG

【摘 要】 随着社会的进步, 人民生活水平的提高, 食物的富足, 因膏粱厚味引起的疾病也在明显的增加, 痰湿型的月经病更是多见, 笔者在临床用祛湿化痰法取得明显疗效, 所以根据临床经验及病案举例谈谈体会, 希望能对医患有所帮助。谈到月经病多认为与阴血有关, 临床也多以血气失调, 肝血失和, 肝肾不足为主要辨证要点, 治疗也多用活血化瘀, 行气导滞, 疏肝解郁, 补益肝肾等方法, 但临床实践中发现有些病证单纯采用上述方法治疗往往难以奏效, 必须以祛湿化痰法为主治疗方可收功。就此谈谈体会。

【关键词】 祛湿化痰; 月经病; 临床观察

近年来, 由于人们的饮食结构及生活习惯的改变, 身体肥胖的女士明显增多, 《石室秘录》云: “肥人多痰”。故肥胖女性的月经病多因痰湿引起, 并且此类月经病有明显上升的趋势。

病机分析: 这些女士后天脾土所运化的气血精微均化形为肉, 化湿化痰而存留体内, 致使津液不能化血化气而形成月经病, 一 因其血气不能正化而月经太少, 二 因痰湿阻滞而形成闭经, 或经期延长或淋漓不尽。这类女性除有月经异常外, 常伴有气短乏力, 胸闷呕恶, 带多粘腻, 神疲倦怠, 或面浮足肿, 舌淡苔腻, 脉滑或濡或沉。其具体辨证思路为肥胖之人多痰多湿, 痰湿阻滞, 气血不化, 故有经血不足, 则月经太少。瘀阻较轻则有经期延长或淋漓不止, 瘀阻较重则有闭经, 痰湿内停, 则胸闷呕恶, 痰浊上阻, 清阳不生, 则有神疲倦怠, 气短乏力, 痰湿下注, 任带二脉受损, 则带下量多而粘腻。湿浊不化则有面浮足肿。根据辨证分析, 得出治疗方法, 以祛湿化痰为根本。用二陈汤加三仁汤加减治疗, 笔者经过多次临床治疗验证均取得很好的疗效。

现将其中的典型病例报道如下:

病例 1: 经期延长: 患者甲, 患者经期延长 2 年余。每次持续十余天量不多, 经色暗红有少量血块, 伴头晕、胸闷、乏力、口腻、痰多、欲呕、小腹胀痛、白带量多、质浓色黄, 体态肥胖, 舌淡暗边有齿痕, 苔白腻, 脉滑, 辨属痰湿瘀阻。治以利湿化痰祛瘀,

处方: 陈皮 15g、半夏 15g、茯苓 9g、生姜 9g、乌梅 3g、杏仁 9g、白蔻仁 9g、薏苡仁 9g、滑石 18g、通草 6g、厚朴 9g、竹叶 6g、香附 8g, 5 剂。日 1 剂, 水煎, 早晚各 1 服。用药后经期缩短, 血块明显减少, 腹痛亦减, 白带也基本正常, 诸症均有不同程度的减轻, 守方按月经周期治疗 3 个月, 经期复常。继续服药 3 个月, 并要求其控制饮食, 加强锻炼, 规律生活, 1 年后又见, 无不适。

病例 2: 闭经: 患者乙, 闭经 1 年余 14 岁初潮, 周期一直较乱, 近 1 年多来, 经量渐少而至经闭。先后肌注黄体酮, 月经方能来潮。且发胖, 欲孕不能, 故求诊中医, 此次来诊已经停经 3 个月刻下: 形体肥胖, 乏力气短, 胸闷, 痰多, 舌淡边有齿痕, 苔薄白根厚腻, 脉沉细, 妇检未见异常。辨属痰浊瘀阻, 经脉不通。以祛湿化痰, 调理冲任为法。处方: 陈皮 15g、半夏 15g、茯苓 9g、生姜 9g、乌梅 3g、杏仁 9g、白蔻仁 9g、薏苡仁 9g、滑石 18g、通草 6g、厚朴 9g、竹叶 6g, 党参 30g, 益母草 30g, 5 剂。日 1 剂, 月经来潮, 但量不多, 虑其痰湿较盛, 血气不足, 又加胆星 15g, 当归 20g, 按月经周期调理 6 个月, 月经复常, 年后产一子。

病例 3: 月经过少: 患者丙, 主诉: 月经量减少 2 年。现病史: 月经 14 岁 5~6/28~30, 量中等。28 岁结婚, 孕 1 产 1。2 年前无明显原因体重明显增加, 月经量逐渐减少, 近半年每次行经点滴即净。刻诊: 月

经量少，点滴而下，色暗红，每次月经仅用护垫即可。诉腰痛，带下量多，质稠，色白。舌质淡胖，苔白腻，脉沉缓。辨属痰湿阻滞。气血亏虚，治以祛湿化痰，补益气血。处方：陈皮 15g、半夏 15g、茯苓 9g、生姜 9g、乌梅 3g、杏仁 9g、白蔻仁 9g、薏苡仁 9g、滑石 18g、通草 6g、厚朴 9g、竹叶 6g、黄芪 60g、当归 10g、桑寄生 30g，日 1 剂，水煎。早晚各 1 服。月经前一周开始服用，至月经止，平时有空也可服用，第二次月经来时，量有明显增加，但仍嫌不畅，并腰痛不适，故又加用川断 12g、牛膝 15g，继续服药治疗，又坚持治疗 3 个月后，月经通畅，需用十片左右卫生巾，疗效显著。后以二陈汤调理，病人逐渐恢复正常。

妇人月经病从痰湿论治，古人很早就提出来过，

不过可能因社会条件所限，人们生活水平不高，膏粱厚味不如现世，痰湿型月经病不多，故提出不多。如元朱丹溪在《金匱钩玄》中有谓：“痰多占住血海地位，因而下多者，目必渐昏，肥人如此；肥人不及日数而多者，痰多，血虚有热。淡色过期者，乃痰多也。”明万全《万氏女科》云：“月经后期，肥人而多食者，为湿痰壅滞，脂脂阻塞。肥人经水过少，痰凝经隧为主”。现在，随着社会的进步，人民生活水平的提高，食物的富足，因膏粱厚味引起的疾病也在明显的增加，痰湿型的月经病更是多见，所以我们临床上应多加重视，认真辨证，仔细用药，方能取得满意的疗效，更好的为患者服务。

编号：EA-100304152（修回：2010-03-09）

（上接 67 页）

的促进免疫、提高机体自身抵抗力的优势。例如：许多中药如甘草、椿根皮、石菖蒲、大黄、地鳖虫、炒白术、肉苁蓉等具有相当强的抗突变作用，对癌前病变具有阻断或延缓恶变作用；中药复方如四君子汤，研究认为其是良好的反突变剂，研究证实对治疗癌前病变有卓著疗效。更重要的是中医学有很独到的防治疾病的理念，以及由此形成的一套理法方药、按摩导引、调神全形、食养摄生等方法。特别是康复阶段，其长期的“扶正”治疗法，已在很多常见的肿瘤如胃癌、肺癌、乳腺癌等中得以证明。不但能改善患者的免疫功能和诸如饮食、睡眠、精神、体力等一般状况即“扶正”，而且可在一定程度上直接杀灭肿瘤、提高治愈率，受到国内外学者的瞩目。

3 能弥补其他治疗的不足，一般不会因为治疗本身的原因而影响患者正常的身体机能

现代医学对肿瘤的治疗十分重视手术切除、放化疗及介入等常规治疗，虽然这此年来也开展了生物治疗，如细胞因子、免疫活性细胞等纷纷涌现，但大量的临床试验结果却令人无不失望。人们在苦苦寻觅有效的肿瘤免疫治疗方法时，却忽略了存在于机体本身的康复潜能。如不看重人的精神、心理治疗，也淡化了饮食、睡眠乃至身体锻炼对肿瘤康复的重要作用。再者，患者的生存期能否延长、生活质量是否确有提高，很少被顾及，医者考虑的往往是肿瘤能否切掉，经化疗或放疗后瘤体能否缩小等。由此导致近期疗效虽好，却使患者生活质量严重受损，甚至提前死亡的现象十分多见。

中医药学对肿瘤有着十分丰富的临床治疗经验，历代积累了数百张煎服方剂和肿瘤外治经验与方法，

民间也积累了大量的单方验方。清热解毒、活血化瘀、健脾理气、养阴生津、软坚散结等治法至今仍在肿瘤临床治疗上广泛运用，并且愈来愈证实这些方法的科学性、可靠性，可在一定程度上补充西医疗辅助疗法的不足。中医药治疗肿瘤的特点，主要是通过稳定瘤体，改善症状，达到“带瘤生存”，而不是或很少是直接杀灭癌细胞。因此。瘤体的缩小或改变较缓慢。其有效病例的疗效与西医治疗的最大差别是前者瘤体缩小不明显或较缓慢，但自觉症状明显改善，生活质量较高，总的生存期延长^[3]。

总的说来，中医药治疗，尽管还谈不上根治，但在肿瘤治疗中的地位越来越突出。尤其对治疗癌前病变，减少放疗、化疗的副作用，抗复发转移等方面的作用是不容忽视的。我们应以中医药理论为指导，辨证论治，与西医学治疗技术和手段有机结合，最大限度地发挥中医整体治疗优势，以期恢复机体动态平衡。同时，随着肿瘤综合治疗模式的提出，中医药以其独特的疗效、无创性、价格低廉愈来愈受广大医生和患者的认可，造就出博大精深的传统医药新世纪施展优势的广阔天地。

参考文献：

- [1]李醒亚,张云汉.当前恶性肿瘤治疗存在的问题与失误[J].医学与哲学, 2000,4(第 21 卷)第四期:1-4
- [2]鲁恒心,方肇勤.从现代医学治疗肿瘤的缺陷谈中医药的优势[J].辽宁中医杂志,2001,7(第 28 卷)第七期:394-395
- [3]周本杰,陈蔚文.中医药防治肿瘤的基础研究进展[J].新中医,2000,(第 32 卷)第五期:58-59

编号：EA-100219128（修回：2001-03-13）

痛经效灵汤内服配合痛经贴外敷

治疗痛经 140 例疗效观察

Clinical observation on treating 140 cases of dysmenorrhea with dysmenorrhea Xiaoling decotion

王战军 赵建群

(河北现代女子医院, 河北 石家庄, 050021)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0070-02

【摘要】 目的: 观察 140 例痛经患者应用痛经效灵汤内服、配合痛经贴外敷的临床效果。方法: 运用痛经效灵汤, 1 袋/次, 2/日, 早晚温服, 7~10 日 1 疗程, 结合痛经贴于经期每日 1 贴敷脐部, 连贴 5 贴, 重症病例辅以针灸治疗。结果: 治愈 39 例, 显效 41 例, 有效 48 例, 无效 7 例, 中断治疗 5 例, 总有效率 91.43%。结论: 痛经效灵汤内服、配合痛经贴外敷治疗痛经, 疗效肯定。

【关键词】 痛经; 中药疗法; 汤剂; 贴敷剂

痛经是指妇女经行前后或经行期间出现周期性下腹部疼痛、或痛引腰骶部的一种月经病, 严重者伴恶心呕吐、冷汗淋漓、手足冷凉甚至晕厥等症状^[1]。

2004-09~2008-08, 笔者采用中药验方痛经效灵汤内服、配合痛经贴脐部外敷治疗痛经 140 例, 取得了良好效果, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料: 140 例均为本院中医科门诊患者, 年龄 15~50 岁, 平均 23.5 岁; 其中 15~19 岁 27 例, 20~24 岁 75 例, 25~29 岁 16 例, 30~34 岁 13 例, 35~39 岁 6 例, 40 岁以上 3 例; 已婚 41 例, 未婚 99 例, 已婚与未婚之比为 1:2.44; 病程 2 个月~10 年, 平均 2.7 年; 原发性痛经 113 例, 占 80.7%; 继发性痛经 27 例, 占 19.3%。

1.2 诊断依据: 月经来潮数小时前已感下腹部疼痛, 月经来潮时疼痛逐渐加重, 或迅速加剧, 呈阵发性下腹绞痛、坠痛, 并向腰骶部及会阴部放射, 疼痛剧烈时可伴有面色苍白, 冷汗淋漓, 手足发冷, 晕厥虚脱^[2]。

1.3 治疗方法

1.3.1 中药治疗: ①痛经效灵汤方组: 当归 15g、赤芍药 12g、川芎 9g、延胡索 12g、制香附 12g、桃仁 9g、五灵脂 10g、川牛膝 12g、川楝子 12g、乌药 10g、制乳香 9g、没药 9g、甘草 6g 等药组成, 1 剂/日, 由我院中药煎药机 (北京东华集团医疗设备有限公司生产), 经 120℃ 高温煎煮, 真空灌装为 2 袋, 200ml/袋, 1 袋/次, 早晚温服, 经前 3~5 天开始服, 7~10 天为

1 疗程。②痛经贴主要成分为: 肉桂、吴茱萸、小茴香、没药等, 共研细末, 白酒调为药饼, 敷于脐部 (神阙穴), 胶布固定, 1 贴/日, 每经期连用 5 贴。

1.3.2 辅助治疗: 重症病例辅以针灸疗法以缓解疼痛, 增强疗效。取穴: 关元、中极、肾俞、(双)、承山 (双)、三阴交 (双), 交替取穴, 施以泻法, 留针 30 分钟, 1 次/日, 针后加灸, 以艾条每穴灸 3~5 分钟。1 次/日, 连针灸 3~5 次。

1.3.3 疗效评定标准: 根据《新药 (中药) 临床研究指导原则》(国家药品监督管理局, 2000) 制定以下判断标准:

①痊愈: 治疗后腹痛及其它症状消失, 停药 3 个月经周期未复发。②显效: 治疗后腹痛及其它症状明显减轻, 不服止痛药能坚持工作。③有效: 治疗后腹痛及其它症状减轻, 服止痛药能坚持工作。④无效: 腹痛及其它症状无改变。

2 结果

本组 140 例, 服药一疗程 73 例, 占 52.1%; 服药 2 疗程 34 例, 占 24.3%; 服药 3 疗程以上 21 例, 占 15%。其中治愈 39 例, 显效 41 例, 有效 48 例, 无效 7 例, 中断治疗 5 例。总有效率 91.43%。

3 典型病例摘要

3.1 患者甲, 主因痛经反复发作 3 年, 于 2004-09-09 就诊。月经史: 15 岁初潮, 周期 28~30 天, 经期 5~7 天, 末次月经 09-08。查体: 舌质暗红、苔白, 脉弦、紧。B 超示: 子宫附件 (一)。初诊: 原发性痛经, 中医辨证: 寒湿凝滞型。治疗: 痛经效灵汤 14 袋, 1 袋

/次, 2/日, 早晚温服。同时以痛经贴敷神阙穴, 1 贴/日, 连敷 5 天。因患者正值经期, 腹痛症状明显, 施以针灸疗法, 取穴: 关元、中极、三阴交(双)、肾俞(双)、命门、承山(双), 分为 2 组, 交替取穴, 1 次/日, 采用泻法, 得气后留针 25~30 分钟, 拔针后再以艾条每穴灸 3~5 分钟, 针灸 3 天。10-04 复诊: 月经即将来潮, 继续按上方痛经效灵汤 14 袋内服。10-09 月经来潮, 腹痛已减轻。开痛经贴 5 贴, 辅针灸治疗 3 天。11-04 复诊: 查体: 舌质转红、苔白、薄, 脉弦、缓。再拟痛经效灵汤 14 袋, 痛经贴 5 贴, 配合针灸 3 天。11-12 来电话告知: 此次月经来潮, 痛经症状已消失。2005-06-15 随访, 近半年来未再发生痛经现象。

3.2 患者乙, 主因痛经反复发作 3 年, 于 2005-09-18 就诊。月经史: 14 岁初潮, 周期 28~30 天, 经期 5~7 天, 末次月经 08-23。查体: 舌质暗红、苔白、厚, 脉弦、两尺沉。彩超示: 子宫后位, 大小为 4.8×4.8×3.4cm, 宫壁回声均匀, 内膜居中, 厚 1.0cm, 双卵巢未见异常。初诊: 原发性痛经。中医辨证: 气滞血瘀型。治疗: 痛经效灵汤 14 袋, 1 袋/次, 2/日, 早晚温服。痛经贴 5 贴, 外敷。同时做胸膝卧位体位调整以纠正后位子宫, 每晚 30 分钟。09-26 二诊: 患者诉 09-22 来潮, 此次来潮痛经症状减轻, 且经血为暗红色, 血块较多。效不更方, 痛经效灵汤 20 袋, 内服, 痛经贴 5 贴外敷。10-23 三诊诉: 月经如期来潮, 经血颜色转为红色, 血块已不多, 仅有下腹隐痛及腰部酸困症状。查体: 舌质转红, 苔转白、薄, 脉两尺已有力。再巩固一疗程, 痛经效灵汤 14 袋, 内服, 痛经贴 5 贴外敷。2006-05-25 随访, 患者欣喜告知: 自服完药后半年来痛经一直未发。

4 讨论

痛经是妇科的常见病, 严重时影响工作和生活。痛经又分为“原发性痛经”和“继发性痛经”两类。前者无生殖器官器质性病变, 即“功能性痛经”, 后者常并发一些妇科疾病, 如子宫内膜异位症、子宫腺肌症、盆腔感染等。本病病因复杂, 治疗棘手, 是中医妇科三大疑难病症之一^[1]。

现代医学认为: 痛经的发生主要与分泌期子宫内膜前列腺素 F2 α 含量过高有关, 它作用于子宫肌层, 刺激子宫平滑肌引起痉挛性收缩是痛经的根本原因。或因宫颈管狭窄、子宫后屈以致阻碍经血的流通而引发痛经^[2]。

现代研究证实: 脐在胚胎发育过程中为腹壁的最后闭合处, 和全身皮肤比较, 局部无皮下脂肪, 表皮角层最薄, 屏障功能最弱, 药物易于穿透、弥漫, 并

且外皮与筋膜和腹壁直接相连, 脐下两侧有腹壁下动、静脉, 布有丰富的血管网, 对药物的敏感度较高, 吸收迅速, 此外脐窝形成自然封闭, 能较长期地保持药物均匀释放, 所以用药敷脐既能治疗急性病, 又能治疗慢性病^[3]。

中医学亦称“痛经”, 又称“经行腹痛”。妇女在经期及月经期前后, 当感受病邪侵袭, 或潜在病因, 以致冲任、胞宫气血运行不畅, 不通则痛; 或致冲任胞宫失于濡养而不荣则痛。由于气血运行不畅, 导致气滞血瘀。中医认为: 气为血之帅, 血为气之母, 气行则血行, 气滞则血瘀。血瘀的病机主要是血行不畅, 所以主要表现为下腹部疼痛、甚至痛连腰骶。发挥中医在妇科疾病上的独特疗效, 痛经效灵汤针对痛经的治疗, 以调理冲任气血为主, 采用活血化瘀、温经散寒、理气止痛的治疗原则^[2]。药用香附、乌药、川楝子以理气止痛; 桃仁、川芎、五灵脂、延胡索、赤芍药、当归以活血化瘀; 川牛膝引血下行; 乳香、没药乃活血止痛之圣药, 故痛甚加乳、没以镇痛; 甘草调和诸药和中缓急; 全方以达气行血畅、血活瘀化痛自止之功^[3]。腹痛贴的功效: 根据经络学说原理, 神阙穴内联十二经脉、五脏六腑, 外络四肢百骸。由于神阙穴位于任脉之上, 而任脉总任一身之阴经, 为阴脉之海, 并且称为血海之冲脉及带脉均会于任脉。因此根据该穴的上述特殊生理功能, 在临床治疗妇科病过程中, 通过辨证用药, 贴敷神阙穴, 既简便易行, 又收效甚捷^[3]。

从本组 140 例患者中, 服药 1 疗程者占 50%以上, 但治愈者、显效者大部分为服药 2 疗程以上者, 因此治愈率、显效率的高低与服药的疗程呈正相关。另外本方组治疗原发性痛经寒湿凝滞型、气滞血瘀型疗效好, 而对继发性痛经效果较差, 且同时应进行病因治疗。综上所述, 本方药、症相符, 只要患者坚持按疗程治疗, 才能收到良好的治疗效果。

参考文献:

- [1]程泾. 妇科疑难病现代中医诊断与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 359
- [2]史润果. 中西医结合治疗痛经 60 例[J]. 河北中医杂志, 2008, 30(8): 118
- [3]张俊庭. 中国中医特治新法大全[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 646-650

作者简介:

王战军(1948-), 男, 中西医结合主任医师职称, 传统医学博士学位, 中医科主任。擅长对疑难病症的研究, 主要从事中医妇科、中医男科及皮肤科工作。

编号: EA-10020297 (修回: 2010-03-11)

固肾健脾安胎法治疗先兆流产

Treating threatened abortion by therapy of Gushen Jianpi Antai

郑惠芳 叶 青

(山东中医药大学附属医院, 山东 济南, 250011)

中图分类号: R169.42 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0072-02 证型: AGD

【摘要】 中医中药安胎在治疗先兆流产方面有独到优势和特长, 笔者总结多年临床经验, 运用固肾健脾安胎法治疗先兆流产, 取得较好疗效。

【关键词】 固肾健脾; 安胎; 先兆流产

先兆流产是妇产科中最常见的病理妊娠疾病之一, 发生率为 15%~40%^[1], 近年来发病有逐年上升的趋势, 其病因涉及遗传、感染、内生殖器解剖异常、内分泌、免疫等多方面^[2]。先兆流产属中医学胎漏、胎动不安之范畴。中医中药安胎是中医妇产科的优势和特长之一, 在治疗先兆流产方面有其独到之处, 笔者总结多年临床经验, 运用固肾健脾安胎法治疗先兆流产, 取得较好疗效。

1 病机首推肾脾偏虚, 以肾虚为主

从临床发病来看, 素体不足, 先天肾虚乃是发病的主要原因, 是发病的基础, 冲任不固, 胎失所系乃是本病的核心机理。肾为先天之本, 元气之根, 主藏精气, 既藏先天之精, 又藏后天水谷之精, 为生殖发育之本源, 能系胎载胎, 固摄胎元。《灵枢·决气》曰: “两精相搏, 合而成形”。精藏于肾, 生殖之精在于肾气充盛。成孕之前, 赖父母肾精之壮旺而相结合, 受孕之后, 仍借母体肾气充盛以支持其生长发育, 正如《医学衷中参西录》所说: “男女生育, 皆赖肾气作强, 肾旺自能荫胎也。”《女科经纶》: “女之肾脉系于胎, 是母之真气, 子之所赖也, 若肾气亏损, 便不能固摄胎元。”王冰《素问注》曰: “冲为血海, 任主胞胎。”若肾气削伐, 肾精耗散, 冲任不固, 血海不藏, 不能滋养或固载胎元, 胎失所系而发为先兆流产。《妇人大全良方》云: “夫阳施阴化, 故得有胎。荣卫调和, 则经养周足, 故胎得安, 则能成长。若血气虚损者, 子脏为风寒所苦, 则血气不足, 故不能养胎, 所以数堕胎也。其妊娠腰疼者, 喜堕胎也。”《格致余论·胎自堕论》“血气虚损, 不足荣养, 其胎自堕。”说明了先兆流产与肾气不固, 气血损伤有关。肾之精华, 因于脾胃, 且妇人以血为本, 以气为用,

血以养胎, 气以载胎。脾为后天之本、气血生化之源, 脾生血, 司化源, 主中气, 统血循常道, 载胎养胎。肾精充沛, 脾气健运, 则气血生化源盛流畅, 血有所生, 则胎得养而无殒坠之虞。如先天不足, 肾气虚弱累及脾气匮乏, 进而不能化生精血; 或多次流产, 损伤肾气, 殃及冲任, 不能蓄胎, 终至脾肾两虚, 冲任不固, 不能系胎, 均使胚胎不能健康成长发育致流产。若脾肾虚弱不能管束其胎, 气血虚衰不能寄养其胎, 胎失所养, 冲任损伤则出现胎漏、胎动不安, 甚至堕胎、小产。故肾气亏虚, 脾失濡养, 冲任不固, 胎失所系是本病发生的主要病机。

2 诊断重视脉象

正常妊娠脉平稍沉缓滑, 妊娠禁浮脉, 浮脉易致流产、出血。故在保胎时首先应注重脉象, 辨妊娠滑脉是否存在及其强弱。对于保胎患者来诊时有停经天数稍长, B 超检查未见胎心、胚芽生长慢者, 或既往有胚胎停育等类似情况, 若脉有滑象应先观察, 不应着急行流产手术, 以免徒增流产次数, 再伤肾气, 此时观察可先行保胎治疗。临床曾治愈多例有先兆流产征象、胚芽胎心生长缓慢的患者, 脉有滑象, 继续保胎获得成功。在中医药保胎的同时除重视脉象, 动态观察“腹痛、下血、腰酸、下坠”胎动不安四大症状的轻重变化外, 还应结合西医辅助检查, 如监测 BBT、B 超检查、动态观察血 β -HCG、孕酮值的变化等, 了解胚胎的发育情况。若经检查确诊为胚胎停育者应立即行流产清宫处理, 并预防感染, 不能盲目保胎。

3 治疗以固肾健脾安胎为主

《景岳全书·妇人规》曰: “凡治堕胎者, 必当察此养胎之源, 而预培其损, 保胎之法无出于此, 若待临期, 恐无及也”。由于肾脾亏虚, 胎元失固是本病

发生的主要病机。所以须以固肾安胎、益气健脾为治疗原则。脾肾合治，先后天双补，从先天以固胎元，从后天以养胎体。肾气旺，脾气健，气血充足则冲任得固，母健胎安而达到预期效果。正如《傅青主女科》指出：“补先后二天之脾与肾，正所以固胞胎之气与血，脾肾可不均补乎！”通过多年临床观察，在总结前人经验的基础上，在治疗本病时以自拟专方加减治疗脾肾偏虚型先兆流产取得满意疗效。自拟方药如下：熟地 16g、山药 30g、山萸肉 18g、杜仲炭 18g、川断 18g、枸杞子 15g、菟丝子 18g、白术 15g、甘草 6g。方中熟地滋阴补肾，填精益髓，山萸肉补养肝肾，并能涩精，山药补益脾阴，亦能固肾，三药合用，肝脾肾三阴并补，取其六味地黄丸中“三补”之意；杜仲、续断性温，归肝、肾经，补益肝肾安胎；枸杞子甘平，滋补肝肾之阴，为平补肾精肝血之品；菟丝子补肾益精，固摄冲任，肾旺自能荫胎；白术甘苦性温，主归脾胃经，健脾益气安胎，甘草调和诸药。用药时应根据患者就诊时的病情加减化裁，如伴有阴道少量血性分泌物者加莲房炭 20g、生地炭 12g、黄芩炭 6g；腹痛者加砂仁 6g；肾阳虚者加复盆子 10g；肾阴虚明显者加女贞子 6~9g、旱莲草 20g；恶心较重者加竹茹 9g、砂仁 3g；小腹坠痛乏力明显者加黄芪 30g；口干口渴者加麦冬 10g，大便干结者加生地 10g、麦冬 15g。早期妊娠保胎勿用川芎、当归等药，此类药辛燥走窜，走而不守，易致出血，不可不察。

4 调护重视指导

4.1 心理指导

孕妇的心理状态和情绪变化会影响胎儿健康发展，而早期先兆流产往往会使病人产生焦虑、烦躁、恐惧、抑郁等不良心理，对保胎极为不利。故对待先兆流产病人，在保胎治疗的同时，要进行耐心的心理疏导和健康教育，同时要加强对病人、家属与医生之间的沟通，鼓励病人正确对待病情，不应过早灰心，使病人树立信心，保持良好乐观的情绪才有利于保胎治疗。

4.2 生活指导

孕后首忌交合，以静养胎，正如清代叶天士在《女科证治》中提出“保胎以绝欲为第一要策”。妊娠期间孕妇和胎儿都需要丰富的营养，但并不是所有的食物都合适，保胎患者多为早期妊娠，在日常饮食中宜清淡平和，少食辛辣刺激之品，勿令过饥过饱，致伤脾胃。勿吃螃蟹，因其性奇寒，且含有刺激性蛋白质，以防过敏。勿吃蛤、无鳞鱼等走窜之品；生活有节，调畅情怀；已病防变，及早安胎；围产保健，母子平

安。

5 验案举例

患者甲，初诊：2009 年 3 月 4 日。停经 48 天，自测尿 HCG (+)，未行 B 超检查，自行肌注黄体酮 6 天。不良妊娠史 3 次，于 97、98 年均孕 75 天时因黄体功能不全自然流产，99 年于本院服中药保胎剖宫产一女婴，05 年孕 50 天时又自然流产。既往月经 5~7/25~28 天，量色可，无经行不适，LMP：1 月 14 日（周期 25 天）量色同前。现纳眠可，偶有轻微腰痠，稍有恶心呕吐，二便调，脉细缓，舌红。证属脾肾亏虚，胎元不固。治拟固肾安胎，益气健脾。处方：熟地 12g，山萸肉 18g，菟丝子 18g，炒川断 20g，黄芪 20g，西洋参 6g，炒白术 15g，杜仲 20g，黄芩炭 6g，甘草 6g，砂仁 3g，竹茹 9g。6 剂。嘱其多喝水，建议复查 B 超，忌无鳞鱼，螃蟹。二诊：3 月 11 日。上药服毕，3 月 7 日停用黄体酮，小腹胀满，时感心慌，纳可，轻感恶心呕吐，眠多梦，大便偏干，日 1 行，小便略频，脉细滑，舌红苔白薄干。处方：上方去西洋参，加太子参 12g，麦冬 10g。10 剂。续予固肾安胎，益气健脾以固其本。于今年 10 月顺利生产一男婴，母子平安。

按语：本案患者曾有过 3 次自然流产史，肾气亏虚，耗损真阴。肾藏精，精化气，肾中精气的盛衰主宰着人体的生殖功能。肾虚则冲任失养，不能系胎而致流产。肾为先天脾为后天，脾胃为气血生化之源，后天之本。妇女一旦妊娠，冲任气血上注为乳房的发育，下注胞宫以养胎元，若脾胃虚弱则无力滋养先天之肾气，必致肾中精气匮乏，而使冲任气血不足，胎失滋养。脉细缓，舌红也为脾肾偏虚之象。治宜固肾健脾安胎，自拟方加黄芪增强补气健脾之功，加砂仁、竹茹以理气和胃，清热止呕患者，舌质红，为防阴伤，故用西洋参以养阴。二诊时患者小便频，大便干，脉细，舌红苔白薄干，是为阴津不足兼有热象，然苦寒泻热之品又不适于应用，故而改西洋参为太子参，加用麦冬益胃生津，养阴润燥，此处用之正宜。此后患者仍以固肾安胎，益气健脾为治则，经过安胎治疗，故而平安生产。

参考文献：

- [1] 归绥琪. 自然流产的中医治疗[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(7): 489-490
- [2] 于传鑫, 李诵弦. 实用妇科内分泌学[M]. 第 2 版. 上海: 复旦大学出版社, 2004: 60-61

基金项目：

国家“十一五”科技支撑计划项目(2007BAI10B01-049)。

编号: Z100501 (修回: 2001-03-07)

补中益气汤妇科运用探析

Application of gynecology with Buzhong Yiqi decoction

刘荣香¹ 张秀丽² 陈秀玲²

(1.河北景县计划生育技术服务站, 河北 景县, 053500;

2.河北省景县人民医院, 河北 景县, 053500)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0074-02

补中益气汤是李东垣先生的著名方剂之一, 也是后世常用的有效方剂, 可广泛用于临床各科, 笔者运用本方治疗妇人疾患取得令人满意的疗效。现举数例验案探析如下:

1 妊娠小便不通

患者甲, 2006 年 3 月 16 日初诊。主因妊娠 50 天, 小便不畅 2 天就诊。患者怀第一胎至 50 天时, 出现小便不通, 插尿管 2 周后才拔去, 小便逐渐恢复, 至 3 周乃愈。本次怀孕 50 天, 2 天前突然小腹憋胀, 小便不利, 于夜半后则小便点滴难出, 急请本村医生插尿管, 次日来诊。症见: 面色萎黄, 小腹坠胀周身乏力, 头晕目眩, 心烦不寐, 腰部不适, 食纳欠佳, 舌淡边有齿痕, 苔薄白略腻, 脉沉细无力, 仍插着尿管。证属脾气不足, 中气下陷, 胎位下垂, 压迫膀胱所致。治拟益气升阳, 兼以补肾安胎。急投补中益气汤加菟丝子 15g, 桑寄生 15g, 砂仁 8g, 云苓 15g, 泽泻 12g。服药二剂后, 小便已通。小腹坠胀已除, 仍有小便不利。已去除尿管。继服原方三剂而小便通畅, 它症明显好转, 食纳增加。又连服补中益气丸 20 天, 早晚各一丸, 以巩固疗效。于次年生一女婴。

按: 此患者证属转胞。该患者务农辛劳, 耗伤脾气, 又加怀孕, 而脾失升提之权, 胞络松弛以致胎儿下迫尿道所致。治宜益气升阳, 兼以补肾安胎, 使阳气升, 带脉固, 胎元不致下迫, 而小便自通。肾气足则胎元固而不致坠胎。

2 妊娠便秘

患者乙, 2007 年 5 月 26 日初诊。主因妊娠 5 月余, 便秘 2 月就诊。患者既往便调, 妊娠 3 月时出现便秘, 曾服用麻仁滋脾丸或外用开塞露, 方能排便。诊见: 大便先干后溏, 排便时间长, 腹胀纳少, 矢气少, 心烦暖气, 舌淡红苔薄燥, 脉缓滑。证属脾虚不运, 气血不足。治拟益气升阳, 补血润便。方用补中益气汤加郁李仁 10g, 生地 15g, 炒白芍 12g, 木香 6g,

谷芽 10g。服药五剂后, 大便已通。又服五剂, 诸症悉除。再予三剂, 嘱其隔日一剂, 以巩固疗效。此后至生产, 大便畅通。于足月生一男婴。

按: 该患者孕后中气不足, 推动无力, 又加阴血养胎, 肠道失润, 故致便秘。脾胃乃气机升降之枢纽, 脾气升才能胃气降, 胃气下降, 才能运送浊气排出体外。故补其中气, 使清阳得升, 增其推动之力, 而使浊气下降, 兼以补血润便, 增水行舟以润其肠道, 故而便秘乃除。

3 经前泄泻

患者丙, 2006 年 10 月 6 日因经前泄泻五年就诊。患者月经初潮 19 岁, 经量少色淡, 月经先期 5~6 天。近五年来, 每于经前 12 天则出现便溏, 日泻 3~4 次, 已持续五年, 未予治疗。现症见: 面色㿔白, 精神萎靡, 头晕目眩, 疲乏无力, 纳少, 腹胀, 舌淡少苔, 脉沉细, 平时大便软日一行, 带下色白量多。证属脾胃气虚, 中气下陷。治拟健脾益气, 升阳止泻之法。方用补中益气汤加炒山药 30g, 云苓 20g, 葛根 15g, 芡实 10g, 陈皮 15g, 焦神曲 12g, 车前子 12g (另包), 木香 6g。服药五剂后, 泄泻未作, 月经来潮, 诸症均减。继守上方加益母草 20g, 再服五剂, 诸症均明显好转。嘱其服用补中益气丸合参苓白术散以善其后。于下次月经来潮之前再服上药七剂。追访两年, 其病未复发。

按: 该患初潮较晚, 经期提前, 本属气血不足之象。经前又发泄泻, 实乃气虚下陷之象。月经将至, 气血趋之于下。阳气不升故而泄泻。治宜补益脾胃, 升阳止泻, 佐以除湿止带之品。脾气足则阳气升, 泄泻乃止。脾气足则气血有源, 故而收效。

4 胎漏

患者甲, 2007 年 5 月 16 日诊。患者曾怀孕三次皆坠, 此次停经已两月余, 尿妊娠试验阳性。近两天来发现阴道有少量流血, 急用黄体酮、维生素 E 等药

物治疗,服之无效而求治于中医。诊见面色黄白,体倦神疲,少气懒言,食少纳呆,头晕腰疼,小腹下坠,舌淡边有齿痕,脉沉缓而滑,六脉无力。此乃气虚不能摄血,以养胎元所致。方用补中益气汤加炒杜仲、山茱萸、川断,3剂后头晕腰疼明显好转,阴道出血止。效不更方又5剂,患者精神明显好转,饮食渐增,头晕腰疼去,后改为丸剂,早晚空腹各1丸,其服120丸,翌年顺产一男婴。

5 产后关节疼

患者乙,2006年1月17日诊。患者于半月前足月顺产一男婴,出血约500毫升,现自汗,身疼纳少,乳汁不足,自认为产后劳累未引起介意,产后7日下床当风,自感脊背、肩关节及腰部疼痛加重,不能转侧,怕风,某医给抗风湿镇痛药治疗未效,反而胃部胀满,不能进食,大便不调,舌淡苔薄白脉虚缓。查心电图正常,血色素9.6g,白细胞5600个,中性68%,淋巴32%。类风湿因子阴性,大便常规正常,证属阴血暴虚,脾阳不振,感受风寒所致。治宜益气养血调中,祛除风寒。方用补中益气汤加苡仁、灵仙、桂枝、王不留行,服药5剂,乳汁增,饮食可,大便实,身疼腰痛减,原方去王不留行加杜仲、木香又5剂,诸证悉除。

6 习惯性流产案

患者丙,2008年7月5日就诊。婚后五年,素日食欲差,大便时溏。曾孕后50天、2个月、4个月、7个月等坠胎小产7次,用黄体酮、维生素E保胎均不效。现小产过3月余。诊见面色晄白,神疲倦怠,食后益甚,心悸气短,月经过11天,色淡红量少质稀,小腹坠胀不适,舌质淡苔薄白,脉细无力。证属脾胃阳虚,气血生化不足,治宜补脾胃,升清阳,调补气血。方用补中益气汤加味。黄芪30g、党参10g、白术15g、当归12g、陈皮6g、柴胡3g、升麻5g、炙甘草10g、大枣5枚。药进5剂,诸证见缓,故守原方,略有增减,共服27剂又孕。继用补中益气丸,一日二丸,共服120丸,于1982年9月足月顺产一男婴。

7 月经过多

患者丁,2009年8月10日诊。月经来潮,经期过长,有时一月二至已7月余。妇科诊断为“功能性子宫出血”,曾用刮宫疗法和多次肌注口服黄体酮,服己烯雌酚等均未能愈。本次月经来潮淋漓17天不止,前医曾用芩连四物汤,胶艾四物汤未效,自觉体倦,腰酸加重。现症状:月经淋漓,经色浅淡质稀,伴有心悸气短,体倦懒言,面黄少荣,腰酸不适,纳呆,

舌淡脉沉细无力。证属脾胃虚衰,气不摄血所致。治宜补益中气,方用:补中益气汤加味。黄芪30g、党参15g、白术15g、炙甘草10g、当归12g、升麻5g、柴胡3g、阿胶(烔化)10g、龙骨30g、牡蛎30g、大枣5枚。药进5剂月经止,又连服7剂,诸证悉除。并嘱其患者下次月经期前7天再服三剂,此后未再复发。

8 恶露不绝

患者戊,2006年7月17日就诊。产后27天恶露不断,量多质稀,色淡无味,伴面色萎黄,神疲体倦,言语无力,舌淡苔白有齿痕,脉沉细而弱。此属气虚失摄,治当补气摄血。方取补中益气汤加味:黄芪30g、党参10g、白术15g、陈皮5g、升麻5g、柴胡5g、当归10g、桃仁10g、阿胶(烔化)10g、炙甘草10g、桂枝3g、大枣3枚。服药二剂下血见少,又进三剂,恶露即止。

9 带下

患者己,2005年9月7日就诊。自诉白带量多半年余,西医诊断为“阴道炎”用西药内服及外用治疗月余不效。现症带下色白量多如月经,质稍稠,小腹隐痛,时常怕冷、头疼、少气懒言,饮食乏味,舌淡苔薄少,脉细软无力。证属中气不足,湿邪下注。治宜健脾益气,升补固涩之法。方取补中益气汤化裁。生黄芪30g、党参12g、山药20g、薏苡仁20g、椿根皮15g、陈皮10g、当归10g、桂枝6g、黄柏12g、煅牡蛎30g、甘草6g。三剂后,腹痛缓解,白带减少,饮食渐增,故守原方又进五剂,则诸证消失。

体会:补中益气汤有调补脾胃,益气升阳之功。主治因脾胃气虚而致的身热有汗,头痛恶寒,少气懒言,饮食无味,四肢乏力,舌嫩色淡,脉虚软无力,或因气虚下陷而致的脱肛、脏器下垂等症。本文所举胎漏案:陈修园云:“胎漏气虚不能摄血,多服补中益气汤。”此案正合陈氏所言,治宜补气摄血,以补中益气汤摄血安胎而获佳效。产后关节痛案:产后阴血暴伤,脾阳不振,中气不足,感受外邪,经络阻滞,气血运行不畅,治宜补气血、调中气、祛风寒,用补中益气汤加祛风散寒之桂枝、灵仙助正祛邪而奏效。经行面肿案:足太阴脾主运化,脾虚则健运失司,水湿停聚,上犯头面则浮肿,用补中益气汤酌加苡仁、砂仁、泽泻以助健脾利湿,药后阳气上升,水湿自散,面肿得消,故获痊愈。

编号:EA-100219123(修回:2001-03-13)

二至丸治疗月经病机理浅探

Mechanism of treating emmeniopathy with Erzhi pills

张 波 加力肯 王俊亚

(新疆克孜勒苏自治州人民医院, 新疆 克孜勒苏, 845350)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0076-02

【摘 要】 当今女子因社会、工作、生活、就业等多重压力日增, 加之特殊生理期, 暗耗肾之阴精所致月经病, 比比皆是。滋肾补肾成为治疗调理月经病的重要方法。而二至丸恰有滋补肾阴之良效, 故本人在临床治疗月经病时在辨证基础上每每加入女贞子, 旱莲草, 常获良效。

【关键词】 二至丸; 月经病; 辨证

二至丸出自《医方集解》, 有女贞子、旱莲草组成, 具有滋养肝肾之作用^[1], 常用于治疗因肝肾阴虚所致之诸症及阴虚火旺所致女子经期延长、经间期出血、崩漏等月经病。本人在临床中常将二至丸改丸为汤在辨证基础上每每加入治疗月经病, 常获疗效, 拓宽了二至丸治疗月经病的范围, 现将其机理探讨分析如下:

1 月经的产生必赖于肾

女子月经之产生与人体气血阴阳, 脏腑功能密切相关, 但各脏腑气血阴阳皆以肾为其根本。《素问·上古天真论》云: 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”。这说明肾气的充盛, 天癸的产生, 任通冲盛对月经的来潮有着极为重要与直接的作用^[2]。而在这个过程中天癸的至竭对月经的产生又有着极为重要的影响。天癸者^[3], 男女皆有之, 它是影响人体生长发育和生殖的一种重要阴精。它来源于先天肾气, 靠后天水谷精气以滋养, 对女子而言, 天癸至, 则月事以时下; 天癸竭, 则月事止。足以说明天癸对月经的产生有着至关重要的作用。而天癸的产生又赖于人体肾气的盛衰, 由此可言, 月经的产生必赖于肾。故《傅青竹女科》有“经本于肾”之说。

2 月经病的治疗必调养于肾

既然, 月经病的产生必赖于肾, 那么调养肾气, 补肾滋肾就为治疗月经病的重要治则。而女子以血为用, 以阴为用, 故滋补阴血之法在治疗月经病时就显得极为重要。因为只有阴血充足了, 月经才有其调顺之源泉, 才有发生之根本。否则月经岂不成为无源之经, 无源之水, 从而(月)经病百生。故治疗月经病必调养于肾, 必滋补于肾, 这才是调理其根本, 补充

其源泉。故有“调经之本在于肾”之说。而本人则认为调经之本更在于调养肾之阴血(精)。

3 月经病的治疗佳剂二至丸

二至丸由女贞子、旱莲草组成。女贞子甘苦凉, 归肝肾经, 有补益肝肾, 清热明目之功效, 为一味清补之剂。其补肝肾之阴, 善清虚热, 补阴之功虽不如熟地, 但补而不腻, 补中兼清, 是其特点。其性偏凉, 《本草经疏》云: “此药气味俱阴, 正入肾除热补精之要品^[4]。”予女贞子高度评价。旱莲草, 甘酸寒, 归肝肾经, 有滋阴益肾, 凉血止血之功效, 本品能滋养肝肾之阴, 多与女贞子同用, 协同增强两者的补益功效。女贞子性质寒凉, 既可滋阴, 又能凉血, 而有止血之功效。《本草从新》云此药: “甘酸而寒。汁黑补肾, ……功善益血凉血。纯阴之质^[5], ……”。当今女子由于工作、社会、家庭、就业等压力日增, 加之特殊生理期, 如青春期, 孕产期、更年期等, 暗耗肾之阴血成为极为普遍的病因病机, 均可加重或导致月经病的产生。月经过少、过多, 经期延长或缩短, 经间出血, 更年期崩漏闭经等等月经病比比皆是, 本人临床观察尤以暗耗肾阴, 肾阴虚损, 火旺于内所致者居多。而二至丸正具滋补肾阴之功效, 两药相配具有明显的协同滋养肾阴之效, 而又有补中有涩, 涩中有补的制约作用。可以说二至丸既可补肾生经(月经)又可滋肾止经(月经), 经血可少其可滋补, 经血过多其可治止, 具有很多明显的双向调节作用, 真可谓一剂多功, 实为调治月经病不可多得的治疗佳剂。故本人每每在辨证基础上大胆加入女贞子, 旱莲草两味药, 治疗月经病常获良效, 受益匪浅。例: 患者甲, 一年来月经量少, 到本人处就诊前两月未行经。面色(下转 78 页)

中西医结合治疗原发性痛经 66 例

Treating 66 cases of primary dysmenorrhea in the integrative medicine

徐红玲 李国武

(宁夏中宁县中医院, 宁夏 中宁, 755100)

中图分类号: R271.11+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0077-02 证型: BGD

【摘要】 采用中西医结合疗法用布洛芬和少腹逐瘀汤治疗原发性痛经 66 例; 结论: 采用中西医结合疗法用布洛芬和少腹逐瘀汤治疗原发性痛经具有疗效确切, 标本兼治的特点, 值得临床推广应用。

【关键词】 中西医结合; 少腹逐瘀汤; 布洛芬

原发性痛经是常见的妇科病症之一, 笔者从 2004 年 2 月~2009 年 2 月, 采用中西医结合疗法用布洛芬和少腹逐瘀汤治疗原发性痛经 66 例, 收到满意疗效, 现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

收治原发性痛经 66 例, 均为门诊病人。已婚 20 例, 未婚 46 例; 年龄最小的 18 岁, 最大的 30 岁; 病程最短 10 天, 最长 2 年, 其中 6 月以内者 42 例, 6 个月以上者 24 例。以血瘀寒凝为多。

1.2 临床表现和诊断标准

痛经分原发性痛经和继发性痛经。原发性痛经属功能性痛经。多见于未婚或未孕妇女。发于月经第 1~2 天, 常为下腹部阵发性绞痛, 可放射至阴部和腰骶部, 伴恶心、呕吐或腹泻等症状。痛剧者常可出现面色苍白、手足冰冷、出冷汗, 甚至晕厥。疼痛可持续 1~2 天。妇科或 B 超检查均未发现生殖器有器质性病变。

2 治疗方法

2.1 中医方药: 少腹逐瘀汤。当归 15 克、蒲黄 10 克、五灵脂 (醋炒) 15 克、赤芍 10 克、小茴香 (盐炒) 15 克、延胡索 (醋制) 10 克、没药 (炒) 10 克、川芎 10 克、肉桂 15 克、姜 15 克。每日 1 剂, 水煎服, 服药应于经前 3 天开始, 疼痛消失后停药。需持续 2~3 个周期, 服药期间忌食辛辣生冷食物。

2.2 西医疗法: 布洛芬 100mg, 一日三次服用, 应用 1~2 日或疼痛消失后停药。

3 疗效标准

痊愈: 临床症状完全消失, 随访 1 年无复发; 好

转: 临床症状基本消失, 6 个月内未见复发。无效: 症状略有改善或无任何改善。

4 结果

治疗 66 例, 治愈 58 例, 好转 8 例, 无效 0 例, 治愈率 87.9%, 有效率 100%。

5 体会

原发性痛经, 多属功能性疾病, 病因病机是多方面的, 现代医学认为原发性痛经与月经时子宫内膜前列腺素含量增高有关, 临床上使用前列腺素合成酶抑制剂布洛芬, 通过抑制前列腺素合成酶, 减少前列腺素的生产, 防止出现过强或痉挛性子宫收缩, 从而减轻或消除痛经。

中医学认为痛经以血瘀寒凝为多见。痛之因, 古人概称为“不通则痛”, 人之气血周流经脉环行, 以畅通顺为用, 不可阻滞不通, 血喜热而恶寒, 内经云: “血得热则通, 遇寒则涩而不行”。人之伤于寒或因饮食、贪凉或外感寒邪, 损及冲任之脉, 不通则痛, 《傅青立女科》说: 夫寒湿乃邪气也, 妇人有冲任之脉居于下焦……, 经水由二经而外出, 而寒湿满二经而内乱, 两相争而疼痛, 寒凝胞中, 阳虚内寒, 证见经期或经后小腹冷痛, 喜按, 得热则舒, 量小, 经色黯淡, 腰腿酸软等。因肾为冲任之本; 胞脉系于肾而终于胞中, 肾阳虚弱, 虚寒内生, 胞宫失煦, 虚寒滞血, 故经期或经后小腹冷痛, 经少色黯。寒湿之邪各于胞中与经血搏结, 使经血运行不畅, 故见经前一二日或经期, 小腹冷痛。血为寒凝, 经色不鲜有块, 寒得热化, 得温则舒, 故得热疼痛减缓。清代王清任的少腹逐瘀汤专为寒凝血瘀所设, 方中小茴香性味温, 归肝肾脾胃经, 功效祛寒止痛理气和胃, 用于寒疝疼痛、睾丸

偏坠、胃寒呕吐、食少、脘腹胀痛等。炮姜性味苦涩温，归脾肝经，用于温经止血。元胡性味辛苦温，归心肝脾经，功效活血行气止痛，用于气血凝滞所致的心腹及四肢疼痛，现代药理研究镇痛作用明显。没药性味苦平，归于心肝脾经，功效活血止痛，用于跌打伤痛、痈疽肿痛及肠痈等、乳香性味辛苦温，归心肝脾经，功效活血止痛、消肿生肌、用于痛经、闭经、胃脘胀痛、风湿痹痛、跌打伤痛、痈疽肿痛及肠痈等，常与没药同用，可增强活血化瘀止痛之功效。五灵脂

性味苦甘温，归于肝经，功效活血止痛，化瘀止血，用于瘀血阻滞所致的痛经、闭经、产后瘀阻腹痛及胸痛、脘腹疼痛等；因其苦泻温通，功能活血散瘀止痛，是一味治疗血滞诸痛的要药。川芎性味辛温，归肝胆心包经，功效活血行气祛风止痛，用于月经不调、痛经、闭经的治疗。采用中西医结合疗法用布洛芬和少腹逐瘀汤治疗原发性痛经具有疗效确切，标本兼治的特点，值得临床推广应用。

编号：EA-10012888（修回：2010-03-11）

（上接 76 页）

少华，腰膝酸软乏力，舌淡苔薄，脉细数兼涩之象，辨为气血亏虚、肾阴不足，以八珍汤加女贞子、旱莲草各 15 克，调治约二十余日，月经复来，患者欣怡。

参考文献：

[1]许济群.《方剂学》[M].107-108

[2]罗元恺.《实用中医妇科学》[M].12

[3]罗元恺.《实用中医妇科学》[M].12

[4]凌一揆.《中药学》[M].243

[5]凌一揆.《中药学》[M].243

编号：EA-100210114（修回：2001-03-12）

《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

《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

中西医结合疗法治疗子宫内膜异位症 70 例临床分析

Analysis Clinical data of Combine

integrative medicine therapy for endometriosis 70 cases

刘蔓莉

(湖南省衡阳县妇幼保健院, 湖南 衡阳, 421200)

中图分类号: R271.9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-00079-03 证型: IDBG

【摘要】 目的: 中西医结合疗法治疗子宫内膜异位组方治疗内异症的疗效, 并探讨其作用机制。方法: 将 140 例子宫内膜异位症表现为痛经的患者随机分为中西医结合组 70 例和西药组 70 例, 中西医结合组给予中药方剂“消异汤”加米非司酮口服, 西药组给予米非司酮口服, 共治疗 3 个月经周期。结果: 中西医结合组和西药组总有效率分别为 94.3% 和 85.7%, 严重痛经患者服用中西药后痛经程度评分 2.13 与服用西药者 3.84, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 消异汤加服米非司酮为治疗子宫内膜异位症的有效方药。

【关键词】 中西医结合; 子宫内膜异位症; 临床分析

【Abstract】 objective: of combining traditional Chinese and western medicine therapy for endometriosis formula in the treatment of vision effect and discusses the mechanism. Methods: Endometriosis performance within 140 cases was randomly divided into Combine traditional Chinese and western medicine group 70 cases and western medicine group 70 cases. Combine traditional Chinese and western medicine group gives proprietary Chinese medicine "xiaoyitang" add mifepristone. Medicine: group were given mifepristone oral. Treatment of three menstrual cycles. Results combining traditional Chinese and western medicine group and western medicine group total effectiveness were 94.3% and 85.7%. Severe pain patients taking traditional score after dysmenorrheal as taking the medicine 2.13 and 3.84. There was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Chinese medicine "xiaoyitang" add Tonga mifepristone treatment endometriosis, wich is an effective agent

子宫内膜异位症 (endometriosis, Ems) 是在宫腔外的其他器官出现内膜腺体和间质的生长, 是一种良性疾病, 主要引起痛经与不孕等症状。是妇科常见病和多发病, 其发病机制尚未明确。目前, 现代医学主要采用手术、促性腺激素抑制剂、对症治疗, 治疗方法很多。中医治疗本病多采用活血化瘀、消癥散结等药物。我们认为采用补肾温阳化瘀法利用消异汤和米非司酮合用治疗本病, 经多年临床观察, 取得了很好的疗效。现报道如下。

1 资料和方法

1.1 病例选择

随机选取于 2006 年 1 月至 2008 年 12 月在本院就诊的子宫内膜异位症患者 140 例, 年龄 29~39 岁, 平均年龄 33 ± 3.8 岁。体重 51~73 kg, 平均体重 57 ± 4.1 , 孕 1~5 次, 平均 (3.0 ± 1.1) 次; 产 0~2 次, 平均 (1.0 ± 0.2) 次; 经检查无内外科及内分泌病史, 肝肾功能及空腹血糖, 电解质正常者。140 例患者按随机原则 (抽签法) 分为 2 组, 其中中西医结合治疗组 70 例,

西药组 70 例。两组临床资料比较子宫内膜异位症部位和痛经度相近, 差异无显著性具有可比性。

1.2 诊断标准

参照中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议修订标准^[1]。全部患者均结合妇科临床检查、B 型超声检查诊断, 部分病例结合 CT、MRI、CA125 值、腹腔镜检查及手术后病理检查诊断为子宫内膜异位症。

1.3 药物

米非司酮 (后定诺, 5mg 片, 浙江仙琚制药股份有限公司, 国药准字 H200006491)。中药“消异汤”, 药物组成: 桂枝 12g、海藻 12g、牡蛎 12g、鳖甲 12g、茯苓 12g、桃仁 12g、赤芍 12g、柴胡 10g、香附 15g、丹皮 8g、当归 9g、红花 6g、乳香 6g、没药 6g。中药原料均经自来水浸泡 30min 后, 由全自动煎药机煎熬, 统一真空包装为 100ml/袋。

1.4 治疗方法

中西医结合组: 月经第 1 日开始口服米非司酮

5mg, 每日 1 次空腹服, 同时口服中药“消异汤”每日 2 次, 每次 1 袋, 连服 3 周为 1 疗程, 停一周。连续治疗 3 个月。西药组: 采用后定诺(单服米非司酮) 100mg · d⁻¹ 治疗。服药期间每月复查肝功能, 若肝功能无异常, 连续治疗 3 个月。

1.5 疗效标准

根据中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议制定的疗效标准: ①痊愈: 症状全部消失, 盆腔包块等局部体征基本消失, 不孕症患者在 3 年内妊娠或生育; ②显效: 症状基本消失, 盆腔包块缩小, 或虽局部体征存在, 但不孕患者得以受孕; ③有效: 症状减轻, 盆腔包块无增大或略缩小, 停药 3 个月内症状不加重; ④无效: 主要症状无变化或恶化, 局部病变有加重趋势^[1]。

1.6 服药组的患者均填写症状观察表, 自服药日起记录, 有无恶心、乏力、心悸、浮肿、失眠、白带异常、月经情况并记录经期痛经症状的轻重, 是否停药等。病人根据自己的疼痛感觉在一长为 10cm 线上画在数字上, 治疗前及治疗后均由病人画明疼痛所在的位置, 最后由医生给患者评分。痛经评分标准按美国国立卫生研究所制定临床疼痛的测定视觉模拟标尺法(VAS)对痛经进行分析比较。0 分, 0cm, 无痛, 无任何疼痛感觉; 2 分, 1~3cm, 轻度疼痛, 不影响工作和生活; 4 分, 4~6cm, 中度疼痛, 影响工作和生活; 6 分, 7~10cm, 重度疼痛, 疼痛剧烈, 影响工作和生活^[2]。

1.7 统计学方法

用 SPSS 13.0 统计学软件进行统计分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 *t* 检验, 治疗前后比较采用配对 *t* 检验。

2 结果

2.1 临床总疗效, 中西医结合治疗组疗效优于西药组, 有显著性差异。结果见表 1。

表 1 2 组治疗后疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
西药组	70	24	32	4	10	85.70%
中西医结合组	70	35	21	10	4	94.3%a

注: a 与西药组比较 *P*<0.05

2.2 血中 CA125 值的变化

2 组治疗前后 CA125 值的变化均有非常显著性意义; 而治疗后 2 组间比较有显著性差异, 见表 2。

表 2 2 组治疗前后 CA125 值的变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
西药组	70	57.45 ± 22.47	39.43 ± 12.53b
中西医结合组	70	60.62 ± 19.72	31.53 ± 10.73ab

注: a 与西药组比较 *P*<0.05, b 与治疗前比较 *P*<0.05

2.3 痛经情况

痛经以经期疼痛最重的这一天做评分记录, 同组前后比较有显著差异 (*P*<0.05)。对照组前后比较也有显著差异 (*P*<0.05)。

表 2 组间比较差异无显著性

组别	n	治疗前	治疗后
西药组	70	7.42	3.84b
中西医结合组	70	8.21	2.13ab

注: a 与西药组比较 *P*<0.05, b 与治疗前比较 *P*<0.05

3 讨论

子宫内膜异位症是指具有生长功能的子宫内膜组织出现在子宫腔及被覆黏膜以外的身体其他部位所导致的疾病, 临床上主要症状之一即为痛经。子宫内膜异位症异位灶出血是离经之血; 离经之血蓄积日久凝固而成, 主症之一为疼痛拒按, 故子宫内膜异位症基本病机是血瘀。其所见的痛经、不孕、月经不调等均由瘀血蓄积下焦, 阻滞胞宫经络所致。子宫内膜异位症在中医古籍中并无论述, 从其临床表现来看, 与中医学之“痛经”、“癥瘕”有类同之处, 究其病因病机, 当为“瘀血内停”, 病位在下焦; 离经之血, 溢于脉外, 积于下焦, 停滞留瘀。消异汤治疗子宫内膜异位症是多效应的, 据现代中药药理学研究, 气机, 不通则痛, 故为痛经; 血行不畅, 滞于胞中, 而为癥瘕。经云: “气为血之帅, 血为气之母”, 瘀血停滞, 气机受阻, 故当以活血化瘀、行气散结为治则, 方中桃仁破血祛瘀; 桂枝温经和营、散瘀行气; 茯苓健脾渗湿; 全方共奏化瘀散结之功^[3]。中药可因人而异, 辨证施治, 针对性强, 且毒副作用小, 日益为医务工作者及患者所接受。本研究结果提示, 中西医结合能较为有效的治疗子宫内膜异位症, 且安全无毒副作用, 可缓解子宫内膜异位症患者的痛经症状, 及降低血清 CA125。与西药组对比具有显著统计学差异。痛经是子宫内膜异位症患者就诊的第一因素, 为疼痛是一种主观意识, 对疼痛的判断易受各种主观因素影响, 所以我们采用了 Huskisson 创立的并被美国国立卫生研究所制定临床疼痛的测定视觉模拟标尺法(VAS)对痛经进行客观的量化。本研究 2 组患者治疗前痛经显著, 可口服非甾体类镇痛药甚至需卧床休息, 经中西医结合治疗后, 痛经症状缓解显著, 可明显改善生活质量^[4]。

本文的临床观察中, 中西医结合组与西药组总有效率显著差异, 中西医结合组在对痛经、月经不调、腰骶部不适、不孕、结节包块等症状的改善方面却明显优于西药组; 药物能调节患者的免疫, 改善卵巢功能, 促使排卵, 并提高受孕率, 即在消除异位灶的 (下转 82 页)

舒筋活络散治疗肱骨远端骨

折术后肘关节僵硬的临床观察与护理

Clinical observation and nursing of treating elbow stiffness after distal humerus fracture surgery with Shujin Huoluo San

陈雪芬 梁 周

(广东省茂名市中医院, 广东 茂名, 525000)

中图分类号: R47 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0081-02

【摘要】 目的: 探讨舒筋活络散治疗肱骨远端骨折术后肘关节僵硬患者的临床疗效观察与护理。方法: 收集符合条件的病例 40 例, 采用随机分组法分治疗组和对照组, 治疗组使用舒筋活络散浸泡、湿热敷, 配合被动、主动运动。对照组采用传统的推拿按摩理疗手法。结果: 治疗组总有效率为 90.1%, 较对照组的 75% 高出 15.1%。结论: 舒筋活络散从中医出发点来说具有改善血管舒缩功能, 促进静脉回流, 达到消肿、止痛的功效, 对治疗肱骨远端骨折术后肘关节僵硬效果明显。

【关键词】 舒筋活络散; 肱骨; 肘关节僵硬; 湿热敷

肱骨干骨折术后并发肩、肘关节僵硬主要是因为关节固定时间长, 缺乏积极的关节功能锻炼^[1]。肘关节僵硬主要表现为关节肿胀, 疼痛, 活动受限, 严重时可以是周围组织粘连, 挛缩, 严重影响功能。如果不及及时治疗, 症状会越来越明显, 任何对手或手指的压力或牵张, 都会引起肩、手剧烈疼痛, 迫使该肢体处于病态姿势, 最后变成固定畸形, 关节活动永久性丧失, 严重影响患者的康复和功能训练, 加重病人的致残程度。目前临床对肱骨远端骨折术后肘关节僵硬只是采用普通的康复理疗等传统治疗方法。根据中医中药理论, 我们研制舒筋活络散治疗肱骨远端骨折术后肘关节僵硬, 取得确切的疗效, 现将观察结果及护理情况报告如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择

1.1.1 诊断标准

肱骨远端骨折术后肘关节僵硬的诊断参照中国康复研究中心 (1996 年) 制订的标准: 肱骨远端骨折术后肘关节僵硬的患者瘫痪侧肩、肘、手部肿胀, 疼痛, 皮肤潮湿、发凉、发紫, 伴肩、肘、腕关节活动受限, 掌指关节屈曲挛缩, 功能障碍等。所有病例均符合: ①病程 1 月至 2 年; ②全部病例均有肢体僵硬, 挛缩。③所有患者均经急性期治疗后, 无意识障碍, 生命体

征平稳。排除病例: ①肩关节病变; ②周围神经疾病及其他原因引起肩关节痛。

1.1.2 分组方法

符合上述条件的 40 例患者均为住院患者, 按照简单随机法分治疗组 20 例和对照组 20 例。其中治疗组: 男 14 例, 女 6 例, 年龄 20~78 岁, 平均 50.5 ± 8.2 岁; 对照组: 男 12 例, 女 8 例, 年龄 22~76 岁, 平均 51.4 ± 7.3 岁。

1.2 治疗方法

治疗组: 以我科制剂舒筋活络散 (药物组成: 生川乌 10g、生草乌 10g、生南星 10g、生半夏 10g、麻黄 10g、川芎 20g、红花 10g、松节 30g、桑枝 20g、伸筋草 20g、透骨草 20g、宽筋草 30g) 局部浸洗及热敷 (将药制成散剂, 每次 50g, 装入布袋中, 置盆内煮沸, 药液温度下降后浸泡外洗患肢, 药液凉后加热, 用药袋热敷肘、肩关节), 每日 2 次, 每次 30 分钟。同时配合运动疗法, 加强患肢被动运动和主动运动, 增加肩关节的活动度, 2 次/日。

对照组: 采用传统的中医推拿按摩及超短波治疗, 每日各 2 次, 每次 30 分钟。4 周后评定疗效。

1.3 观察指标及疗效标准

采用 Fugl-Meyer 运动功能评定法, 在治疗前和治疗 4 周后分别进行运动功能综合评定。上肢运动评分

<33 分为严重运动障碍, 33~43 分为明显运动障碍, 44~54 分为中度运动障碍, 55~64 分为轻度运动障碍。治疗后临床症状基本消失及上肢运动评分提高 50%为显效; 主要症状明显好转, 上肢运动评分提高 25~49 为有效; 症状无明显改善, 上肢运动评分增高 <25 分为无效。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 统计软件包, 数据用均值±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较计量资料用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 治疗前 Fugl-Meyer 运动功能评分比较见表 1, 治疗前两组评分比较无显著性差异 ($P>0.05$)。

表 1 治疗前两组评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	评分
治疗组	20	48.52±8.68
对照组	20	47.48±9.24

注: 两组比较 $P>0.05$ 。

2.2 治疗后两组疗效比较见表 2

治疗组总有效率为 90.1%, 对照组为 75%, 两者比较具有显著性差异 ($P<0.05$)。

表 2 治疗后两组疗效比较

分组	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	20	12	6	2	90.1
对照组	20	8	7	5	75

注: 两组比较 $P<0.05$ 。

(上接 80 页)

同时, 还能提高患者的正常生理功能。西药组的治疗子宫内膜异位症的机理是阻断垂体促性腺激素的合成和释放, 直接抑制卵巢甾体激素的合成, 以及有可能与靶器官性激素受体相结合, 从而使子宫内膜萎缩导致患者短暂闭经, 故此方法不仅抑制了异位内膜的生长, 而且也抑制了正常的在位内膜^[5]。

中西医结合在临床上治疗子宫内膜异位症, 除能有效缓解患者的痛经症状外, 还可以明显提高患者的生存质量, 相比仅仅用西药, 具有不影响月经周期, 无多毛、肥胖、肝功能损害等副作用, 易于被患者接受。因此, 中西医结合疗法, 费用低, 安全性高, 无不良反应及患者易接受等优点。可用于子宫内膜异位症患者的保守治疗。

参考文献:

3 讨论

肱骨远端骨折术后肘关节僵硬是肱骨远端骨折术后患侧上肢的肘关节疼痛、活动受限、血管运动性改变, 皮肤和肌肉明显挛缩等表现的临床综合征。其发生机制是患者术后肢体淤血等病理产物痹阻脉络, 经脉阻滞, 寒湿易附关节, 致气血运行不畅, 筋络不舒, 不通则痛, 故出现伤肢远端肿胀疼痛, 活动受限, 皮肤潮湿、发凉、发紫等症状。淤阻日久, 气血津液不能濡养肢体关节, 可出现肢体挛缩, 僵硬。正确指导病人功能锻炼, 做到循序渐进, 坚持不懈, 是有效防止关节僵硬之方法。^[2]而目前治疗上只是采用传统的方法。我们应用自制的舒筋活络散浸洗及湿热敷, 使局部关节气血运行通畅, 经络疏通; 同时配合运动疗法, 加强患肢被动运动和主运动, 增加肘关节的活动度, 取得较好疗效。从临床结果显示, 肱骨远端骨折术后肘关节僵硬应用舒筋活络散治疗后, 治疗组明显优于对照组, 两者比较具有显著性差异 ($P<0.05$)。说明舒筋活络散浸洗及湿热敷能够改善血管的舒缩功能, 促进静脉回流、具有消肿、止痛、改善患肢的运动功能, 从而促进术后肢体的康复的功效。

参考文献:

[1] 胥少汀. 骨科手术并发症预防与处理[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005, 47
[2] 王敦壮, 李伟元, 王小波. 中西医结合治疗同侧肱骨尺桡骨折 52 例体会[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2009, 17(4), 48

编号: EA-100302148 (修回: 2010-03-10)

[1] 中国中西医结合学会妇产科专业委员会. 子宫内膜异位症及妊娠高血压综合症及女性不孕症的中西医结合诊疗标准[J]. 中西医结合杂志, 1991, 11(6): 376-379
[2] 潘敏珠. 被动瘀通经饮治子宫内膜异位症 60 例疗效观察[J]. 中国基层医药, 2006, 13 (8): 1358
[3] 郭洁. 名老中医辨治子宫内膜异位症经验举要[J]. 中国全科医学, 2008, 1(9): 1696
[4] 何建业, 黄民贵, 何珍, 等. 内异康胶囊与三草异位清丸治疗子宫内膜异位症临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(11): 1041-1042
[5] 郎景和. 子宫内膜异位症的诊断和治疗规范[S]. 中国医学论坛报, 2006 -06 -08

作者简介:

刘蔓莉 (1970-), 女, 大专学历, 研究方向: 妇产科临床。

编号: Y-9111606 (修回: 2010-03-05)

密集型银质针导热松解术治疗

慢性椎管外软组织损害性颈肩腰腿痛

Treating chronic spinal outside tissue damage to neck, shoulder, waist and leg pains by acupuncture

张润年 张 斌 李莲雄 刘成峰

(甘肃省武威市凉州区发放镇卫生院, 甘肃 武威, 733000)

中图分类号: R274 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0083-02 证型: ADI

【摘 要】 目的: 探讨密集型银质针导热松解术治疗慢性椎管外软组织损害性颈肩腰腿痛的临床疗效。方法: 选取具备慢性椎管外软组织损害性颈肩腰腿痛诊断标准的患者 38 例, 进行密集型银质针导热松解术治疗, 治疗结束后 1 年随访疗效。结果: 经密集型银质针导热松解术治疗后临床治愈 34 例, 占 89%, 显效 4 例, 占 11%, 且取得满意的长期疗效, 针刺部位不易复发。结论: 密集型银质针导热松解术治疗颈肩腰腿痛能更彻底的消除病灶无菌性炎症, 松弛痉挛肌肉, 疗效更持久, 是较好的非手术疗法之一, 值得广泛推广应用。

【关键词】 银质针; 导热松解术治疗; 慢性; 椎管外软组织损害性颈肩腰腿痛

慢性椎管外软组织损害性颈肩腰腿痛是中老年人常见病、多发病, 严重影响他们的健康。非手术治疗主要有牵引、手法、理疗、卧床、药物治疗、神经阻滞及注射疗法等, 均有一定疗效, 但易复发。自 2007 年 11 月至 2009 年 5 月我科用密集型银质针导热松解术治疗此类患者 38 例取得满意疗效。介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

38 例中男 15 例, 女 23 例, 年龄 38~72 岁, 病程 4~18 年。共同特点都具备慢性椎管外软组织损害性颈肩腰腿痛诊断标准如: ①发病前都有发病部位急性损伤后遗或慢性劳损史; ②疼痛反复发作; ③疼痛部位均有规律性高度和中度敏感压痛点; ④常伴肢体痛麻胀感; ⑤颈脊柱六种活动功能(即被动性颈脊柱过度前屈后伸、左右侧屈、左右旋转功能)和腰脊柱三种试验(即脊柱侧弯试验、仰卧腰脊柱屈伸位加压试验及胫神经弹拨试验)检查阴性; ⑥压痛点强刺激推拿或利多卡因痛点注射试验后疼痛暂时缓解; ⑦X 片等影像学检查常见脊柱侧弯、棘突偏歪、多椎体退变增生或有椎体压缩变形及椎间盘突出、膝关节退行性改变等。38 例患者均排除椎管内软组织损害经鉴别诊断无肿瘤、结核、出血性疾病、无局部皮肤损害等密集型银质针导热松解术治疗禁忌症后都确定为本疗法适应症。

1.2 治疗方法

1.2.1 针具选择: 根据操作部位不同, 选用银质针(直径 1.1mm, 针身长 15、17、19cm)使用前应做高压消毒处理, 针刺应严格在无菌操作下进行。

1.2.2 操作方法: 确定病变部位后(先治原发后治继发), 患者采取俯卧位、侧卧位或仰卧位, 局部充分暴露, 按预治区解剖特点以间距 2cm 设计二排进针点群, 龙胆紫标记, 碘伏消毒, 沿标记点做 0.5%利多卡因局麻皮丘, 选用长度适宜的银质针进行直刺、斜刺、直达骨面, 获得针感后留针, 银质针针柄端选 2cm×1.5cm 清艾条灸 1 柱, 艾球燃尽针体变凉后收灰起针, 碘伏消毒针眼, 3 日内防水浸污, 一周后复查, 对残余压痛处行第二疗程时, 可在前次两进针点中间进针。

1.2.3 布针方案

1.2.3.1 枕骨的枕外隆凸和上项线—项平面—下项线软组织附着处。

1.2.3.2 颈 2—胸 2 椎棘突—椎板—后关节的项伸肌群附着处。

1.2.3.3 胸椎棘突—椎板—后关节的背伸肌群附着处。

1.2.3.4 斜方肌的肩胛冈上缘—肩峰内缘—锁骨外端上缘附着处、冈山肌的冈上窝附着处、冈下肌、大圆肌和小圆肌的肩胛骨背面附着处以及肱三头肌长头的肩胛盂下唇附着处。

1.2.3.5 肱骨内上髁的屈肌群附着处。

1.2.3.6 肱骨外上髁的伸肌群附着处、肱骨远端桡屈侧的关节囊附着处和桡骨环韧带的所在处。

1.2.3.7 尺骨茎突的腕关节滑膜附着处。

1.2.3.8 腰椎棘突—椎板—后关节和骶中棘—骶骨背面的腰部深层肌附着处。

1.2.3.9 髂后上棘内上缘—骶髂关节内侧缘的骶棘肌附着处。

1.2.3.10 髂肌腹肌等附着处及髂后上棘内上缘和骶髂关节内侧缘等骶棘肌附着处（下排）及腰部深层肌自腰三角区上方肌腹直至其腰骶脊柱最远部位椎板和背面附着处（上排）。

1.2.3.11 髂翼外面旁侧前半部的阔筋膜张肌和部分臀小肌附着处。

1.2.3.12 髂翼外面旁侧的部分阔筋膜张肌和整个臀小肌连同其外上方的部分臀中肌附着处以及股骨臀肌粗隆的臀大肌下外端附着处。

1.2.3.13 髂翼外面后侧臀中肌附着处连同其坐骨大切迹—中缘附着的延伸骨膜。

1.2.3.14 髂翼外面内侧的臀大肌附着处。

1.2.3.15 耻骨上支—耻骨结节—耻骨下支以及坐骨支—坐骨结节的股内收肌群和闭孔外肌附着处。

1.2.3.16 耻骨联合上缘的腹直肌和棱椎肌附着处。

1.2.3.17 股骨干内侧和外侧的诸肌附着处。

1.2.3.18 股骨内上髁的诸肌附着处。

1.2.3.19 髌尖粗面的髌下脂肪垫附着处。

1.2.3.20 内踝后下方的胫骨后肌腱鞘以及跟腱前脂肪垫的所在处。

1.2.3.21 外踝后下方的腓骨长短肌腱鞘以及跟腱前脂肪垫和跗骨窦脂肪垫的所在处^[1]。

1.3 注意事项

1.3.1 针刺治疗时勿刺入枕骨大孔、椎管、骶后孔和胸腔。

1.3.2 每疗程后 3 日为观察疗效和肢体继发无菌性炎症损害治疗时间。

1.4 治疗结果

1.4.1 疗效标准

1.4.1.1 临床治愈

症状和体征消失，脊柱生理曲度及活动恢复正常，1 年内随访无复发。

1.4.1.2 显效

症状和体征消失，脊柱生理曲度及活动恢复正常，劳累后时有轻度颈肩腰腿痛不适，休息后好转。

1.4.2 治疗结果

经 1~2 疗程后临床治愈 34 例，占 89%，显效 4

例，占 11%，且取得满意的长期疗效，针刺部位不易复发。

1.4.3 病人椎体退变增生、棘突偏歪或有椎体压缩变形及椎间盘突出、关节退行性改变等多位生理老化的结果，其改善程度暂不作量化评定。

2 讨论

虽人类慢性颈肩腰腿痛病因、病理、征象分类复杂，但我科诊治的 38 例慢性颈肩腰腿痛经检查都为椎管外软组织损害的集结征象。全部使用密集型银质针导热松解术治疗取得临床治愈 34 例、显效 4 例，1 年内随访无复发的可喜疗效，可值得分析讨论。

密集型银质针导热松解术是一种非手术疗法，20 世纪 70 年代，我国软组织外科创始人宣蛰人教授在开创当代人体软组织松解手术治疗严重颈肩腰腿痛病例的认识基础上，揭示出了软组织损害性压痛点分布规律，严格按照人体软组织外科解剖，改用陆云响医师家传银质针而做的密集型针刺疗法，取得了显著的疗效。该疗法既有迅速的镇痛作用，又有远期的治痛效果。宣蛰人教授通过 50 余年、52000 多例临床疼痛治疗研究，发现该疗法在治疗颈肩腰腿痛方面具有传统软组织松解手术的治疗效果，可达到“以针代刀”的临床功效。密集型银质针导热松解术通过以下机理治疗颈肩腰腿痛：①消除无菌性炎症反应；②增加局部血供；③松解肌肉痉挛；④促进组织修复和肌细胞再生。研究表明，银质针传导热能远比一般金属快的多，银质针艾火灸时皮肤进针点温度多在 43℃~51℃之间，组织温度 40℃左右，热能传导直接作用到病变部位，促进血液循环，治疗后病变组织血流量增加 50%~100%，达到消除或减轻肌附着处的无菌性炎症病变，促进肌痉挛自然消失，达到无痛，通过此机制解除炎症致痛、缺血致痛、痉挛致痛，达到“去痛致松，以松治痛”的治疗作用^[2]。

本研究观察的时间仅为治疗后 1 年，而宣蛰人教授观察疗效的时间为 5 年，有更为严格的疗效标准，与之相比，本研究的疗效还不能算远期疗效，5 年或更久以后的疗效还有待于临床中进一步总结。

综上所述，密集型银质针导热松解术治疗颈肩腰腿痛能更彻底的消除病灶无菌性炎症，松弛痉挛肌肉，疗效更持久，是较好的非手术疗法之一，值得推广应用。

参考文献：

[1]宣蛰人.宣蛰人软组织外科学[M].上海:文汇出版社,2009.429-464

[2]王福根.银质针导热治疗软组织痛[M].河南:科学技术出版社,2008.1-4

手法复位配合中医药治疗股骨转子间骨折

Treating intertrochanteric fracture

by manipulative reduction and TCM

王之海

(四川省三台县中医院, 四川 三台, 621100)

中图分类号: R274.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0085-01

股骨转子间骨折, 是指发生在股骨大小转子之间的骨折。在老年骨折患者中发病较高, 下肢骨折中仅次于股骨颈骨折。我院自 2001 年 3 月~2008 年 10 月, 采用手法复位配合中医药, 对 21 例转子间骨折的治疗, 取得了较好的疗效, 现报告如下:

1 临床资料

本组 21 例, 男性 13 例, 女性 8 例, 年龄 45 岁~91 岁, 平均 73.5 岁, 左侧 11 例, 右侧 10 例。病员中顺转子骨折 13 例, 转子间粉碎性骨折 6 例, 反转子骨折 1 例, 转子下骨折 1 例。18 例为跌伤, 3 例为交通事故伤。就诊时间从受伤半小时至伤后 12 天入院不等。诊断标准: 参照《中医病证诊断疗效标准》。^[1]

2 治疗方法

13 例采用手法复位, 复位后给予小夹板外固定, 8 例采用患肢股骨髁上骨牵引、骨科手法复位, 骨牵引重量为体重的 1/10~1/8。病员骨折复位或骨牵引后, 卧床休息, 患肢保持外展 30~40 度, 中立位或稍内旋位。患肢脚穿“丁”字鞋维持体位。药物治疗采用内服外敷中药。内服中药按骨折早、中、晚三期辨证施治。损伤初期为筋骨损伤, 瘀积不散, 以气滞血瘀, 经络受阻为主。方药在桃红四物汤或肢伤 1 方的基础上随症加减。外用药物用接骨续筋散, 加蜂蜜或活络酒调配, 外敷骨折处。损伤中期内服药物以祛瘀生新, 续筋接骨为主, 方选续骨活血汤加减。损伤后期内服药物以补肝肾、壮筋骨、益气血、温经络为主。根据体质及伤情, 可酌情选用补肾壮筋汤、八珍汤或麻桂温经汤。损伤中后期外敷药物用温经通络散加蜂蜜调敷。身体强壮者, 损伤中后期亦可不需内服外敷药物。另外, 在骨伤方面, 一般各级中医院及专科医院均有自己的外用药配方, 可根据病情灵活运用。转子间骨折后病员均为卧床, 最好使用气垫床休息, 以减少褥疮发生。骨折经复位、内固定后, 应指导病员进行性功能锻炼, 主要是进行股四头肌伸缩活动和踝、膝关节活动, 并进行全身锻炼。其他可结合按摩、舒筋, 关节不利可配合熏洗, 热熨等辅助治疗。

3 治疗结果

3.1 疗效标准: 参照董纪元等疗效评分^[2]治愈: 对位对线满意, 局部无疼痛无跛形, 患肢无短缩, X 片提示骨折线消失。好转: 骨折对位良好。局部有轻微疼痛, 跛形, X 提示片骨折线消失。未愈: 伤肢不能行走, 骨折未愈合。

3.2 治疗结果: 21 例经复位后复片检查对位对线良好 18 例, 功能对位。6 周复片检查, 19 例有明显骨痂生长, 2 例骨折线。10 周后有 20 例能下地活动, 3 月后复查伤肢功能情况, 仅一例骨牵引病员左膝关节活动部分受限。伤肢功能完全恢复平均时间为 98 天。一年后随访有 1 例患肢短缩 1.5 厘米。

4 讨论

转子间骨折多发生在老年人。手术存在一定风险, 同时也影响骨折愈合。转子间骨折非关节内骨折, 不必追求解剖对位。同时转子间多为松质骨, 周围有丰富的肌肉层, 血运亦较丰富, 为骨折的愈合创造了有利的条件。因此, 可通过保守治疗, 骨折达到较理想的复位, 至骨性愈合。手术切开复位虽然追求了解剖复位, 但将闭合性骨折变成开放性骨折, 破坏了骨折部位的血运, 损害了骨折间的自身修复能力, 只能导致骨折愈合时间的延长, 同时, 手术后, 病员在短期内仍不能下地活动, 仍需要卧床一定时间, 并结合外固定维持。相比中医手法复位后配合各种辅助治疗, 实际治疗时间缩短, 治疗安全, 后遗症亦相对少, 还避免了取内固定再次手术的痛苦。所以, 手法复位配合中医药在治疗股骨转子间骨折方面有较突出的优势。

参考文献:

[1] 国家中医药管理局发布, 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京大学出版社,

1994, 18-19

[2] 董纪元, 李国宏, 胡永成等老年人股骨转子间骨折围手术期的治疗分析[J].

中华骨科杂志, 2000, 20(8): 476-479

编号: A-0009 (修回: 2001-03-03)

三维 CT 在发育性髋关节脱位研究中的应用

Application of 3-D CT in study of developmental dislocation of the hip

李 斌¹ 李 锋² 梁博程¹

(1. 山东中医药大学, 山东 济南, 250014;

2. 山东济南市中区人民医院, 山东 济南, 250001)

中图分类号: R274.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0086-03

【关键词】发育性髋关节脱位; 三维 CT; 应用

发育性髋关节脱位 (Developmental dislocation of hip, DDH) 是小儿骨科最常见的先天性畸形之一, 其病理变化非常复杂, 主要表现为髋臼缺损、股骨头发育不良及头臼非同心对位关系^[1]。在 90 年代中期以前, 由于检查手段的限制, 仅以 X 线片及二维 CT 作为临床影像诊断的依据, 其中所包含的信息十分有限, 且由于三维结构的重叠, 测量结果也不准确。从 90 年代中期以后, 由于计算机技术与螺旋 CT 技术的完美结合, 产生了三维 CT 成像技术 (three-dimensional computed tomography, 3DCT), 并在骨科领域得到了广泛应用。在 DDH 的病理改变分析方面 3DCT 比 X 线平片更有意义, 它能够发现髋臼在三维空间上的发育及缺损情况, 股骨近端的空间结构情况, 以及髋臼与股骨头的空间立体对位关系情况等, 对 DDH 引起脱位的原因的准确分析及其对症治疗有重要意义。3DCT 的应用为临床医生提供了大量精确的信息, 进一步加深了对 DDH 病理形态的认识, 有助于治疗前后定性定量地分析及治疗方案的选择。

1 三维 CT 在 DDH 定量测量研究中的应用

3DCT 在 DDH 的定量测量研究中有着越来越广泛的应用, 也越来越引起相关医学工作者的重视。近年来, 临床上报到了许多新的有实际应用价值的定量测量方法:

髋臼前外侧缘倾斜角 (anterior lateral acetabular lip angle, ALAL): 在骨盆的前冠状位图像上, 通过髋臼前外侧缘的直线与水平参考线 c 的夹角。c 是髌骨 (S₁) 中心与耻骨联合中心连线的垂线^[2]。用来观察髋臼前外侧缘在冠状面上的发育和修复情况。

髋臼后外侧缘倾斜角 (posterior lateral acetabular

lip angle, PLA): 在骨盆的后冠状位图像上, 通过髋臼后外侧缘的直线与水平参考线的夹角。用来观察髋臼后外侧缘在冠状面上的发育和修复情况。

侧面髋臼上缘倾斜度 (lateral acetabular incline, LAI): 在骨盆的侧面观 (矢状位) 图像上, 髋臼上缘前后顶点的连线 a 与侧面水平线 b 的夹角 (b 为髌前上棘与耻骨联合前缘连线的垂线)。如果 LAI 角在 b 的头侧则定义为正值, 在尾侧为负值, 若 a 与 b 重合, 则为 0。用来观察髋臼上缘在矢状面上的倾斜程度^[2]。并能观察髋臼前上缘和后上缘的发育和修复情况。

前髋臼指数 (anterior acetabular index, AAI): 在横断面上测量。在冠状面、矢状面和横断面上对 Y 形软骨中心点 O 进行定位, 取通过双侧 O 点的连线 (H 线) 的横断面的骨窗图像, 测量髋臼前缘与 O 点的连线与矢状线的夹角, 即 AAI。^[3]用来观察髋臼前缘的发育和修复情况。

后髋臼指数 (posterior acetabular index, PAI): 测量基本方法同 AAI, 为髋臼后缘与 O 点的连线与矢状线的夹角。用来观察髋臼后缘的发育和修复情况。

髋臼前倾角 (AA): 如上所述取通过双侧 O 点的连线 (H 线) 的横断面的骨窗图像, 测量髋臼前缘和后缘连线与矢状线的夹角即 AA^[4]。

髋臼三维方向的测量: 从髋臼 3DCT 图像的前、后、外、下面研究髋臼在冠状面、矢状面和横断面的变化。前面观察时, 测量前外侧臼唇角, 后面观察时, 测量后外侧臼唇角, 从而提供髋臼在冠状面上内收或外展的变化。下面观察时, 测定髋臼横向旋转

(transversal rotation, TR), 显示髋臼在横断面上位置的变化, 髋臼沿身体长轴的内旋为前倾, 外旋为后

倾。外面观察时,测定髋臼外侧倾斜度,从而分析髋臼矢状面上的位置,区分髋臼屈/伸变化。X线平片测量髋臼指数。前外侧臼唇角的测定,是由沿髋臼顶壁前外侧缘至髋臼前壁最下缘的连线与水平参考线的夹角,水平参考线是骶骨(S_1)中点与耻骨联合中点连线的垂线。后外侧臼唇角的测定,是由髋臼顶壁后外侧缘至髋臼后壁最下缘的连线与水平参考线的夹角。髋臼横向旋转(TR)的测定,是髋臼前后缘连线沿冠状轴旋转的角度,先确定经过两侧耻骨结节连线(PT线)的冠状面,PT线与冠状轴垂直,相当于经过此线的冠状面与经过此线的横断面垂直相交的线。髋臼前后缘连线与PT线夹角的余角即为TR。外侧髋臼倾斜度的测定,是髋臼顶壁前缘至髋臼后壁最下缘的连线与水平线的夹角,在外侧面观察时,水平参考线是与髌前上棘和耻骨联合连线垂直的线。^[5]

股骨颈前倾角(FNA):采用Murphy^[6]法,将股骨近端及股骨髁重叠在一幅图像中,两髁最低点与大粗隆最低点确定冠状面,并且大粗隆最低点在两髁最低点的中央,三点连成一条直线,确定髁轴;取股骨头最长径的中点,股骨颈最短径的中点,连接此两点确定股骨头颈的轴线即颈轴,颈轴与髁轴的夹角即为FNA。

股骨颈颈干角:在冠状面上测量,如上所述确定股骨头颈的轴线即颈轴,它与股骨干纵轴的夹角即颈干角。

2 三维CT在DDH定性分析研究中的应用

3DCT重建技术以其立体、直观、准确的图像显示优点广泛地应用于骨骼系统,可以从任意角度进行观测,直观地显示髋关节的空间形态,更接近于真实的解剖结构。张劲松等^[7]认为三维CT可以直观、全面及分解地显示髋关节结构,更加精确地测量AI和FNA,从而构成DDH诊治的新模式:立体观察、三维测量、针对治疗。Kim HT和Wenger^[8]通过对48例患者70个髋关节的3DCT观察分析及比较,将其分为四型,I型为轻度发育不良(24%),II型为前上缘缺损(29%),III型为中上缘缺损(38%),IV型为全缺损型(9%)。并提出,3DCT对X线难以诊断的外侧中央缺损型、全缺损型的诊断十分明确。李连永,赵群等^[2]在对幼儿DDH髋臼病理形态的3DCT定性观察研究中,在骨盆侧面观图像上,根据髌骨部分髋臼上缘的形态,把所有的异常侧髋臼分为两型,轻型缺损:髋臼上缘锐利、清晰,或略有凸凹不平,但髋臼上缘仍可辨认;重型缺损:髋臼上缘扁平模糊,斜度增大,不能辨认,有明显的压迹或形成假臼,臼窝内凸凹不平。Roach等^[9]通过对DDH患者髋臼3DCT

重建的定性分析后认为,受损最为严重的是髋臼上缘,尤其是半脱位的髋关节,且缺损部位主要是在髋臼外上缘的正中部分,造成这一结果的原因与脱位后头臼接触面积的减小导致应力过度集中有关。

3DCT重建影像能立体而直观地反映DDH髋关节骨性结构的改变,包括股骨头白的形态和二者的对应关系^[10-11],是否相称、是否为同心圆对位关系等;另外还可以进一步利用三维形态的数字模型进行力学分析,因为DDH治疗的最终目标不仅是头臼形态上的良好对应关系,更是经治疗后的髋关节能在生物力学上接近生理要求。

3 三维CT的局限性和未来展望

CT的成像原理决定了3DCT重建影像不能很好地显示软骨和软组织病理。小儿6个月前髋臼多为软骨成份,许多DDH患者发病年龄小,而CT对软骨的显示有很大困难,这样就会造成对髋臼发育情况测量的误差。目前对软骨的处理仍是一个难题。虽然利用MRI进行髋关节三维重建的报道日益增多,但费用昂贵。另外为了得到更接近于人体清晰的图像,患儿就必须接受更多的X线辐射,甚至需要在麻醉状态下进行,这也是3DCT的缺点之一。就信息的后处理而言,它很大程度上要依赖于新的计算机软件的帮助,但目前很多新开发的软件仅在个别研究中心应用,由于程序复杂,操作困难,而无法推广。

随着计算机技术、CT技术的发展和人类思维方式的转变,相信开发简单实用的计算机软件,采用低辐射的CT扫描技术,以及进行准确的软骨重建都将成为3DCT在DDH中应用的发展方向^[12]。而如何将3DCT与手术动态结合起来,为手术过程提供全程的导向,则是另一个需要为之努力的方向。

参考文献:

- [1] Sanchez-Sotelo J, Berry DJ, Trousdale RT, et al. Surgical treatment of developmental dysplasia of the hip in adults: II. Arthroplasty options[J]. Am Acad Orthop Surg. 2002;10(5):334-344
- [2] 李连永, 赵群. 幼儿发育性髋脱位髋臼病理形态的三维CT研究[J]. 中华小儿外科杂志, 2005, 26(11): 573
- [3] 倪庆宾, 王继孟, 郭宗远等. DDH髋臼形态学的三维CT研究[J]. 中华小儿外科杂志, 2003, 24(3): 208-210
- [4] 郑志永, 丁承宗, 刘复奇, 薛远亮. 发育性髋关节脱位髋臼前倾角的CT研究[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2006, 4(5): 348-349
- [5] 倪庆宾, 李琳, 赵金鸿. 儿童发育性髋关节脱位髋臼方向的三维CT研究[J]. 中国现代实用医学杂志, 2005, 4(5): 9-12
- [6] Murphy SB, Simon SR, Kijewski PK, et al. Femoral anteversion. J Bone Joint Surg. 2001;69A:1169-2117
- [7] 张劲松, 赵黎, 孙晶等. 三维CT在先天性髋关节脱位手术前后的应用[J]. 中

国医学影像技术,2002,18(3):266-268

[8]Kojima S,Kobayashi S,Saito N,et al.Three-dimensional computed tomography evaluation of bony birth canal morphologic deformity(small pelvic cavity)after dome pelvie osreomy for developmental dysplasia of the hip[J].Am J Obstet Gynecol.2002,187(6):1591-1595

[9]Roach JW,Hobatho MC,Baker KJ,et al.Three-dimensional computer analysis of complex acetabular insufficiency[J].Pediatr Orthop.2001,17(2):158-164

[10]Weinstein DR,Bomar JD.Human hip dysplasia:Evolution of current treatment concepts.J Orthop Sci,2003;8(1): 264-271

[11]倪庆宾,王继孟,郭宗远等.DDH 髋臼形态学的三维 CT 研究[J].中华小儿外科杂志,2003;24:208-210

[12]李洪秋,李连永,赵群.三维 CT 在 DDH 中的应用进展[J].中华小儿外科杂志,2006;27(8):432-435

编号: Z10038123 (修回: 2010-03-05)

药事服务费将由医保支付

卫生部有关人士说此项收费完全不同于药品加成

有关部门将综合考虑社会承受能力等因素,探索将药事服务费纳入基本医疗保障报销,并将选择部分地区或医疗机构开展试点,待条件成熟后逐步推开。近日,卫生部医改领导小组办公室有关负责人接受媒体采访,就药事服务费进行了释疑解惑。

药事服务费是指对医生和药剂师的处方、处方审核、药品调剂、管理等工作所应给予的报酬,是为合理弥补医院药事服务成本、维持医院药房正常运转而设立的收费项目。

这位负责人解释,由于政府财政补助严重不足而实行的“以药补医”机制,导致了公立医院的公益性方向发生了某些偏离。要改革“以药补医”机制,逐步取消药品加成,就必须对公立医院进行合理补偿,增设药事服务费,也是合理补偿的措施之一。

这位负责人说,药事服务费和药品加成是完全不同的,其主要区别有 3 个。一是收取规则不同。药品加成收入是按照药品进价的一定比例收取。而药事服务费是综合考虑药事服务成本、社会承受能力等因素合理确定,按照门诊急诊诊次、处方数量、住院床日等收取。

二是功能不同。药品加成收入除了弥补药事服务成本之外,还承担了弥补医疗服务成本的功能(即通常讲的“以药补医”),有些医院甚至用来盖大楼、买设备;而药事服务费主要是施行药品零差率销售后,用于弥补药事服务成本。

三是对医院和医生的激励机制不同。因为药品加成跟药费挂钩,会刺激医院和医生开大处方、滥用药。而实行药事服务费后,药品价格与医院、医生的收入不再有关系,刺激医院和医生开大处方的因素也不存在了。

这位负责人举例说,假设一所医院维持正常运行需要 15 元,按现行政策,必须卖 115 元的药,才能通过药品加成获得。如果按实际利润率 30%计算,从医学角度讲,其中至少有 30 多元的药品不是患者必须使用的。而如果由药事服务费或通过财政补贴这 15 元,那么医院和医生就不必千方百计地开 115 元的药品,可以从实际需求出发用药。

这位负责人强调,药事服务费政策是对公立医院补偿机制和激励机制的重大改革,是创新体制机制、取消“以药补医”、维护公立医院公益性的重要举措。

针对一些人对部分医生可能为了多收药事费进行“处方分解”的担心,这位负责人说,会有相关的监管政策,对医生的诊疗行为进行监管。从医院管理角度看,控制药品加成主要是对处方值的管理,是一个比较复杂的工作。而控制“处方分解”是处方数量的管理,相对来说要容易一些。另外,目前正在推行的临床路径、支付方式改革等工作也将对防止“处方分解”发挥积极影响。

(///健康报)

麻布七止痛片治疗腰椎间盘突出症 100 例

Treating 100 cases of lumbar disc herniation with Mabuqi pain-killer

周士华 祝天翔 祝忠良 祝方鉴

(湖北荆州公安县中医院, 湖北 荆州, 434300)

中图分类号: R274 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0089-02

【摘要】 目的: 观察麻布七止痛片治疗腰椎间盘突出症的疗效。方法: 2008-01~2009-01, 选取在公安县中医院门诊治疗患者作为研究对象, 随机分组, 治疗组 100 例采用口服麻布七止痛片治疗, 对照组 50 例采用口服腰痛宁胶囊治疗。结果: 治疗组在临床症状缓解率及有效率方面与对照组比较有极显著差异 ($P<0.01$)。结论: 麻布七止痛片治疗腰椎间盘突出症有效。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 腰腿痛; 麻布七止痛片

腰椎间盘突出症是因腰椎间盘突出纤维环破裂, 髓核等突出物压迫或累及到椎管周围相应的脊髓、神经或血管等而产生的症候群^[1], 是以腰腿痛为主症的常见病、多发病。临床中非手术治疗此病的方法较多, 疗效差异较大。麻布七止痛片是运用我市名老中医祝方鉴主任医师多年治疗腰腿痛的有效经验方(腰腿痛散), 经科学提炼而成。我们于 2008 年 1 月~2009 年 1 月, 用麻布七止痛片治疗腰椎间盘突出症 100 例, 并用腰痛宁治疗作为对照, 对其进行临床观察, 现总结如下。

1 诊断依据与临床资料

1.1 诊断依据

依照陈园桃主编《中医病证诊疗常规》制定^[1]。

1.1.1 腰痛向臀部及下肢放射, 腹压增加(如咳嗽、喷嚏)时疼痛加重。

1.1.2 脊柱侧弯, 腰生理弧度消失, 病变部位椎旁有压痛, 并向下放射, 腰活动受限。

1.1.3 下肢受累神经区有感觉过敏或迟钝, 病程长者可出现肌肉萎缩。直腿抬高试验或加强试验阳性, 膝、跟腱反射减弱或消失, 足拇趾背伸肌力减弱。

1.1.4 X 线摄片检查示脊柱侧弯, 腰生理前凸消失, 病变椎间隙可能变窄, 相邻椎体边缘可有骨赘增生。CT、MRI 检查显示椎间盘突出。

1.2 排除病例

1.2.1 长期服用镇痛西药或其它影响疗效药物者。

1.2.2 严重畸形、残废和丧失劳动能力者。

1.2.3 准备妊娠、妊娠或哺乳期妇女。

1.2.4 合并心血管、肝、肾或造血系统等严重原发性疾

病患者及精神病患者。

1.2.5 经 CT 或 MRI 检查, 排除脊椎椎管狭窄及椎间盘脱出。

1.3 入选病例资料

全部 150 例均为本院门诊患者, 依据病人就诊顺序随机分为两组。治疗组 100 例, 男性 83 例, 女性 17 例; 年龄 21~45 岁, 平均 33 岁; 病程最长 16d, 最短 1d, 平均 7d。对照组 50 例; 男性 42 例, 女性 8 例; 年龄 22~46 岁, 平均 35 岁; 病程最长 14d, 最短 2d, 平均 8d。两组患者年龄、性别、病程用统计学处理无明显差异。

2 治疗方法

2.1 治疗组

采用口服麻布七止痛片, 一日三次, 一次 4 片, 30d 为一疗程。药物组成: 麻布七、猴子七、制马钱子、制川乌、制草乌、山慈菇、全蝎、两头尖、见血飞、川牛膝、雪上一枝蒿、土鳖虫、制乳香、制没药、麻黄、僵蚕、制鹿筋、骨碎补、麸炒枳壳、甘草。

以上二十味, 川牛膝、骨碎补、甘草、麻黄加水煎煮二次浓缩至适宜体积加入淀粉后制成 10% 的淀粉浆备用; 其余麻布七等其它药粉碎成细粉, 过筛, 混匀, 加入上述淀粉浆, 制成颗粒, 干燥, 压制成每片重 0.3g, 即得。

2.2 对照组

口服腰痛宁胶囊(承德颈复康药业集团有限公司生产) 1.5g/次, 1 次/日, 晚上睡前口服, 30d 为一疗程。

3 疗效标准与治疗结果

3.1 疗效标准

依据陈园桃编着《中医病证诊疗常规》中腰椎间盘突出症疗效标准制定^[1]。

治愈：腰腿痛消失，直腿抬高 70° 以上，能恢复腰部活动。

好转：腰腿痛减轻，腰部活动功能改善。

未愈：症状、体征无改善。

3.2 临床症状和体征缓解比较

两组治疗均能改善患者的临床症状和体征，但在缓解率两组比较中，经卡方检验， $P<0.01$ ，治疗组与对照组有极显著差异，说明治疗组缓解率优于对照组，见表 1。

表 1 两组缓解率比较

主要临床症状和 体征	治 疗 组 (100 例)				对 照 组 (50 例)				两组缓解率 比较
	治疗前例数	占比率(%)	治疗后例数	缓解率(%)	治疗前例数	占比率(%)	治疗后例数	缓解率(%)	
腰痛	91	91	3	96.7	46	92	18	60.87	$P<0.01$
坐骨神经痛	97	97	5	94.84	48	96	15	68.75	$P<0.01$
腰部活动受限	100	100	8	92	50	100	16	68	$P<0.01$

3.3 治疗结果 治疗组有效率 99.0%，对照组有效率 64.0%，两组临床疗效比较有极显著差异（ $P<0.01$ ，表 2）

表 2 两组疗效比较

	组别	治愈	好转	未愈	有效率（%）
麻布七止痛片	治疗组	63	34	3	97
腰痛宁	对照组	20	12	18	64

注：与对照组比较， $P<0.01$

4 讨 论

腰椎间盘突出症属中医学痹证范畴，多因外邪侵袭人体肌肉、筋脉、经络，导致气血运行痹阻，临床表现为腰腿疼痛、麻木、拘挛、屈伸不利等。中医学认为，风寒湿三气杂至合而为痹，痹症日久，久病入络，治宜祛风散寒通络止痛。本方中麻布七能疏风除湿、理气止痛；川牛膝能活血补肝肾、强筋骨；鹿筋能强筋骨；制马钱子、全蝎及僵蚕能通络散结止痛；雪上一枝蒿、制川乌及制草乌能祛风湿、散寒止痛；骨碎补能补肾活血；山慈菇能散结解毒；枳壳能破气消积、化痰除痞；土鳖虫能破血逐瘀、续筋接骨；猴子七能养血活血；麻黄能温散寒邪、通十二经络；制乳香、制没药能活血消肿止痛；见血飞能祛风散瘀止痛；两头尖能祛风湿消痈肿；甘草能缓急止痛并调和方中诸药，缓和雪上一枝蒿药性。诸药合用，具有疏风除湿、通络止痛、活血逐瘀，养血补肾的功能，增强了镇痛作用，提高了临床效果。腰痛伴坐骨神经痛是腰椎间盘突出主要症状^[2]，其发生主要有三方面

原因：一是破裂椎间盘组织产生化学性物质的刺激及自身免疫反应使神经根发生炎症；二是突出髓核压迫或牵张已有炎症的神经根，使其静脉回流受阻，进一步水肿，从而对疼痛的敏感性增高；三是受压的神经根缺血^[3]。麻布七止痛片可能通过疏风除湿、通络止痛、活血逐瘀、养血补肾抑制炎症物质释放及其对神经根的刺激，改善神经根血液循环减轻水肿而发挥治疗作用，有待进一步药效学试验。本方中虽然含有毒性中药雪上一枝蒿，但未超过规定用量，按量服用，临床未见毒副反应。

参考文献：

[1]陈园桃编著.《中医病证诊疗常规》第 1 版[M].北京:中国医药科技出版社, 2009:414-416
[2]孙树椿,孙之镐主编《中医筋伤学》第二版[M].北京:人民卫生出版社, 2005:222
[3]吴在德主编《外科学》第五版[M].北京:人民卫生出版社,2001:957

编号：EA-10012358（修回：2010-03-08）

后路椎弓根内固定及术后针刺

治疗胸腰椎爆裂骨折的疗效分析

A efficacy analysis of treating thoracic-lumbar burst fractures by acupuncture

徐 辉¹ 朱蓬燕² 王晓英³ 郝延科(指导)

(1. 山东中医药大学, 山东 济南, 250014;

2. 烟台市中医医院, 山东 烟台, 264000; 3. 山东济南卫生学校, 山东 济南, 250014)

中图分类号: R274.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0091-03

【摘要】 目的: 观察后路椎弓根内固定治疗胸腰椎爆裂骨折及术后合并针刺治疗的疗效。方法: 根据患者术前、术后 1~3 个月的临床疗效评估 (Frankel 分级), X 线影像学结果 (患椎椎体前、后缘压缩率以及 Cobb 角), 对本院行单纯后路椎弓根内固定术后 2 周配合针刺治疗胸腰椎爆裂骨折的 46 例胸腰椎爆裂骨折病例进行疗效分析, 结果: ①术后患椎椎体前、后缘压缩率均有明显改善, 与术前比较均有非常显著性差异 ($P < 0.01$)。②术后 12 个月随访, 压缩率及 Cobb 角较术后无明显改善, 术后无脊髓损伤加重, 神经功能有一定的恢复。结论: 单纯通过后路椎弓根系统固定即可达到良好的稳定, 术后配合针刺治疗, 对于神经功能的恢复有很大帮助。

【关键词】 胸腰椎; 爆裂骨折; 后路内固定; 针刺

在胸腰椎爆裂骨折的治疗中, 后路经椎弓根内固定植骨融合对恢复椎体的高度, 脊柱的正常序列, 脊柱的稳定起到一定的作用。对我院 46 例胸腰椎爆裂骨折患者施行的单纯经后路椎弓根内固定手术, 术后 12 个月随访时的临床疗效分析, 取得较好的疗效。

1 临床资料

1.1 病例资料

46 例患者中男性 28 例, 女性 18 例, 年龄在 21~55 岁, 平均 36.8 岁, 均为新鲜骨折。其中, 高处坠落伤 22 例, 车祸伤 16 例, 重物砸伤 8 例。脊髓损伤程度 Frankel 分级: A 级 3 例, B 级 7 例, C 级 15 例, D 级 9 例, E 级 12 例。骨折节段, T₁₂ 26 例, L₁ 20 例, L₂ 10 例, L₃ 6 例, L₄ 4 例

1.2 影像学检查

对 X 线平片进行一般观察, 骨折分类, 同时测量 Cobb 角, 矢状面位移及伤椎高度。CT 片观察骨折块移位情况, 测椎管狭窄程度。MRI 检查了解脊髓及韧带等软组织损伤的情况。在术前术后及以后所拍 X 线片 (前后位及侧位片) 按上述方法进行分析。测量患椎椎体前、后缘压缩率, Cobb 法测量: 取术前术后 X 线侧位片在患椎上位椎体的上缘, 下位椎体下缘各作

平行线, 两平行线上各引一垂直线, 两条垂直的交角为 Cobb 角。

1.3 手术方法

麻醉成功后, C 型臂透视下定位患椎相邻两椎骨两侧椎弓根并标记, 常规消毒, 铺无菌巾单。取腰部后正中入路, 以患椎为中心做长约 12cm 纵行切口, 依次切开皮肤, 皮下组织, 深筋膜, 骨膜剥离器充分剥离患椎相邻两椎骨两侧椎旁肌, 充分暴露患椎相邻两椎骨两侧的关节突关节, 分别于患椎相邻两椎骨两侧关节突关节外侧缘与横突中轴线交点, 倾斜一定的度数 (术前利用影像学检查资料测量拟行椎弓根内固定的椎体的椎弓根参数, 以利于指导手术操作), 插入穿刺针做标记, C 形臂 X 光机透视下位置良好, 分别在患椎相邻两椎骨两侧标记处置入椎弓根螺钉, 并安装钉棒, 撑开牵引复位, C 形臂 X 光机透视下见患椎椎体高度基本上恢复, 椎弓根螺钉位置良好。清点器械无误后, 刀口内置引流管一根, 逐层缝合。辅料包扎。术后继续给予神经营养, 消炎, 脱水等药物治疗。

1.4 测量计算

在术前侧位 X 线平片上测量的患椎椎体前后缘的

高度分别为 A_1 、 A_2 ，患椎相邻椎体前后缘高度平均值分别为 B_1 、 B_2 ，那么患椎椎体前缘压缩率 $C = (B_1 - A_1) / B_1 \times 100\%$ ，患椎椎体后缘压缩率 $D = (B_2 - A_2) / B_2 \times 100\%$ 。测量 Cobb 角。



图 1 术前



图 2 术后一周

1.6 针刺治疗

取穴：肾俞、委中、阳陵泉、足三里、三阴交、太溪。操作方法：选直径 0.30mm、长 25 和 40mm 的毫针。嘱患者全身放松，穴位局部常规消毒。针刺足三里、阳陵泉、三阴交、太溪时，患者取仰卧位，毫针与皮肤呈 90° 角直刺，进针深度约为 20mm，得气

后行小幅度捻转手法，平补平泻，每 10 分钟行一次针，留针 30 分钟。针刺肾俞、委中时，患者取俯卧位，毫针与皮肤呈 90° 角直刺，进针深度约为 20mm，得气后行小幅度捻转手法，平补平泻，每 10 分钟行一次针，留针 30 分钟。

2 结果

表 1 手术前后椎体前缘压缩率、椎体后缘压缩率、Cobb 角° 的比较 ($\bar{x} \pm s$)

	术前	术后	随访
椎体前缘压缩率 (%)	47.61 ± 15.13	11.72 ± 6.98 [*]	12.72 ± 5.78 [▲]
椎体后缘压缩率 (%)	13.92 ± 10.93	6.34 ± 2.28 [△]	6.54 ± 3.28 [★]
Cobb 角°	14.23 ± 4.21	6.55 ± 2.63 [※]	6.57 ± 2.69 [◆]

* 表示：手术前、后椎体前缘压缩率比较， $P < 0.01$ ；▲表示：术后、随访时椎体前缘压缩率比较， $P > 0.05$ ，△表示：手术前、后椎体后缘压缩率比较， $P < 0.01$ ；★表示：术后、随访时椎体后缘压缩率比较， $P > 0.05$ ，※表示：手术前、后 Cobb 角比较， $P < 0.01$ ；◆表示：术后、随访时 Cobb 角比较， $P > 0.05$ 。

由表 1 可知，术后患椎椎体前、后缘压缩率均明显降低，与术前比较有非常显著性差异 ($P < 0.01$)；术后 12 个月随访，压缩率及 Cobb 角较术后无显著性差异 ($P > 0.05$)，说明术后椎体稳定性明显增强，脊髓损伤未加重，神经功能有一定的恢复（配合针灸治疗）。其中有一例 Frankel 分级从 B 恢复到 D，有 30 例 Frankel 分级恢复一级，肌力方面，基本上都有 1~2 级的恢复。椎间隙高度稳定，术后患者复查无椎体内骨密度低及瘢痕充填现象，全部骨性愈合，其中钉棒松动一例，未见断裂。

3 讨论

胸腰椎的爆裂骨折，轴向应力或轴向应力伴屈曲

应力所致。中柱受累椎体后缘骨折片常连同椎间盘突入椎管，导致神经损伤，这些突入椎管的骨块和患椎的上位椎间盘的纤维环和患椎的上终板紧密相连。对于 Gaines RW 等倡导建立的脊柱骨折的负荷分配分类法 (load-sharing classification) 所描述的椎体负荷能力不足的情况，单纯椎弓根内固定易造成断钉的内固定失效，应该用前路固定植骨融合或二期行前路支撑植骨融合^[1]。我们现在所讨论的是胸腰椎爆裂骨折后经评估脊柱有较好的负荷能力，单纯通过后路椎弓根系统固定即可达到良好的稳定，通过椎弓根内固定，应该能提供轴向牵张力，以恢复胸腰段的生理前凸^[2]。

(下转 94 页)

帕金森氏病人股骨颈骨折 行人工股骨头置换术的护理

Nursing of hemiarthroplasty about Parkinson following femoral neck fractures

黄爱华

(南京中医药大学附属姜堰中医院, 江苏 姜堰, 225500)

中图分类号: R274.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0093-02

【摘要】 目的: 探讨综合护理对帕金森氏病病人股骨颈骨折行人工股骨头置换的临床治疗效果。方法: 着重从心理护理、手术前后的护理、营养支持以及功能锻炼等方面进行。结果: 病人达到积极配合治疗的最佳心理状态, 明显减少并发症的发生。结论: 通过综合护理以及配合中西医治疗, 明显提高和改善了 PD 病人的生活质量。

【关键词】 帕金森氏病; 人工股骨头置换术; 护理

帕金森氏病即震颤麻痹 (Parkinson disease PD)^[1] 是锥体外系的一种较常见的原发性变性疾病, 以运动减少, 肌张力强直、震颤和姿势调节障碍为主要的临床表现, 发病以中老年人居多。作者经临床观察发现近二年来 PD 骨折住院人数呈递增趋势, 其中以股骨颈骨折为主。作者认为对 PD 股骨颈骨折行人工股骨头置换术^[2] 的病人实施有效的护理, 会提高病人对医疗和护理的依从性, 改善其生活质量。

1 临床资料

2007 年 1 月~2008 年 12 月, 共 11 例, 其中女性 7 例, 男性 4 例, 年龄 53~70 岁, 平均 66.2 岁。均是 PD 病人股骨头下骨折^[3] 和经颈骨折^[4], 有不同程度的髋关机肿痛, 活动受限, 肌张力强直, 姿势调节障碍等。完善各项理化检查, 无手术禁忌症, 在全麻下采用人工股骨头置换。通过中西医集合治疗及综合护理, 术后病人无一例并发症, 且原有病情未加重。

2 护 理

2.1 心理护理

PD 病人因身体形象改变, 出现不同程度的运动迟缓, 肌肉僵直, 吞咽困难, 流涎等症状, 形成了沉默寡言, 悲观厌世, 焦虑等自尊紊乱。认真倾听 PD 病人叙述, 准确找出心理症结, 从心理上认同其观点, 从医学角度给予科学的诠释, 强调 PD 虽是一种慢性、难治的, 但会有效。而 PD 股骨颈骨折采用的人工股

骨头置换术, 是科学的理论和有效的措施。善于诱导与转移, 以真诚的态度对待病人, 帮助病人稳定情绪, 鼓励病人及其家属正确地面对疾病, 努力提供一切可能支持系统。用通俗的语言告知病人手术的必要性, 介绍术中可能出现的情况, 给病人足够的时间表达自己需要的想法, 必要时提供代替交流的辅助工具, 直至消除其紧张、恐惧心理。

2.2 手术前后的护理

①及时评估病情、各系统状况、病人对手术的耐受能力等因素。完善术前常规检查, 备皮、备血。禁食、禁水、术前用药。术前指导练习深呼吸和有效的咳嗽, 提高肺活量, 避免因面肌、呼吸机强直运动减少导致术后肺部炎症。具体方法: a 深慢呼吸: 在不感觉费力的情况下, 逐渐增大呼吸运动幅度, 减慢呼吸频率, 使呼吸效率得以提高; b 缩唇呼气: 用鼻吸气, 缩口唇做吹口哨样呼气, 自行掌握呼吸频率、深度, 也可吹气球练习均匀呼吸。术日晚, 大便不畅者, 用 0.1%~0.2% 的肥皂液不保留灌肠。嘱其注意休息, 对睡眠形态紊乱者给予镇静剂口服。术日晨, 给予保留导尿。②术后评估病人回到病室时的神志、血压、脉搏、呼吸的因素。给予心电监护, 密切监测生命体征, 维持呼吸、循环等生理功能稳定, 保证病人安全, 持续低流量氧气吸入, 确保静脉输液及各种导管畅通。去枕平卧, 头偏向一侧。术后应用外展架保持髋部外

展, 并避免髋内外旋动作, 患肢保持中立外展位, 穿防旋鞋妥善固定, 膝下垫小软枕。每 15 分钟巡视病情, 鼓励病人深呼吸和有效的咳嗽, 认真倾听病人诉说, 及时解决存在问题。

3 营养支持

PD 患者一般有营养不足, 低于机体需要。因此, 术后以高热量、低蛋白, 制作精细的小块食品或粘稠糊状不易返流的食物。对于面肌严重强直、吞咽困难者, 必要时鼻饲流质, 保证营养供给。可根据病人的年龄、活动量给予足够的热量, 膳食中注意满足蛋白质的供给, 以植物油为主, 少进动物脂肪。服用多巴胺治疗者, 宜限制蛋白质的摄入量, 蛋白质摄入量限制在每公斤体重 0.8 克以下, 全日总量约 40~50 克。在限制范围内多选用乳、蛋、肉、豆制品优质和蛋白质。进食时取半坐位, 集中注意力, 并给病人充足的时间缓慢进食。

4 功能锻炼

术后应用外展架保持髋部外展 2 周, 并避免髋内外旋动作。卧床病人, 护士协助其每 2 小时抬臀, 为受压处用红花酒精按摩, 做好皮肤护理。运用推拿疗法, 在四肢行攘、抹、搓、拿等放松手法, 摩腹 5 分钟、震丹田 1 分钟, 以促进肢体血液循环, 对防止和延缓骨关节的并发症有意义。鼓励其主动进行肢体功能锻炼, 并有目的的训练膀胱功能, 尽早拔除导尿管。

术后两周, 开始进行外展滑板锻炼, 运动时, 注意适宜的运动量与幅度, 避免过节。拆线后, 护士可协助其床上坐起, 指导并鼓励其学会利用辅助设施, 提高病人与家属积极配合、参与治疗护理的意识。术后三周, 在护理人员的指导下, 鼓励病人自我护理, 进行 ADL^[5]的训练, 避免依赖他人。在恢复期, 护理重点在于调节精神、起居、饮食, 注意生活秩序, 按时作息, 保证充足的睡眠, 适度的运动。在整个治疗护理过程, 加强口腔护理、皮肤护理。

5 讨论

11 例 PD 股骨颈骨折病人, 通过评估病情, 将综合护理贯穿于护理过程的始终, 正确的体位、营养支持和功能锻炼, 中西医结合治疗, 积极有效地预防并发症, 达到了治疗的最佳效果, 无一例出现并发症, 且原有病情未加重。提高病人对医疗和护理依从性, 明显提高和改善了病人的生活质量。

参考文献:

- [1]叶任高等.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2009.1
- [2]曹伟新等.外科护理学,第 4 版[M].北京:人民卫生出版社,2007.4
- [3]胥少汀,葛宝锋,徐印坎等.实用骨科学,第 2 版[M].北京:人民军医出版社,2004.9
- [4]李玥等.现代康复[J].11 期.1999.11
- [5]杨宝锋.药理学,第 6 版[M].北京:人民卫生出版社,2005.1

编号: EA-10012782 (修回: 2001-03-09)

(上接 92 页)

通过临床资料, 我们可以看到, 在不植骨的情况下, 同样可以达到良好的恢复椎体稳定性的作用, 并且减少了对椎骨后方软组织的二次损伤。另外, 我们认为, 如果对后路椎板, 椎体间, 棘突间或横突间的融合, 随着术后开始功能锻炼, 在脊柱反屈曲活动中, 后柱不断受到张应力的作用^[3], 融合骨痂逐渐被拉长, 仍有出现椎间隙塌陷的可能, 况且术中植骨中对椎骨内软组织结构的破坏, 也不利于脊柱稳定性的恢复, 我们强调在最少损伤的情况下达到最好的恢复椎体高度及稳定性的效果。其中钉棒松动一例为过早进行功能锻炼 (主要是病人在针灸病房有比较好的恢复, 随后过早的进行锻炼)。另外在术后病情稳定后转针灸病房, 给予针灸系统治疗, 腰椎骨折多伴有患部肌肉挫伤, 属中医的瘀血滞经脉, 气机不通之腰痛, 足太阳膀胱经循行于腰背部, 自头至足, 其中直行的经脉夹于脊柱的两旁, 直达腰部, 并沿脊内深入腹腔, 联络肾脏, 再入属膀胱, 故取足太阳膀胱经合穴委中、肾

之背俞肾俞穴, 肾之原太溪, 足太阴脾经合穴足三里, 三阴经之交会穴三阴交, 筋之会阳陵泉通经调气, 散滞开郁, 通则不痛。临床证实, 疏经通络的针刺疗法对胸腰椎爆裂骨折术后的病人, 可以明显恢复神经功能^[4], 改善病人的心理状态, 对病人的康复有积极的作用。

参考文献:

- [1]田伟等.积水潭骨科教程[M].北京.北京大学医学出版社.2006.31-38
- [2]Joseph schatzker 等著,彭钦译.骨折手术治疗原理[M].北京.人民卫生出版社.2007.169-169
- [3]Roy sanders 著,姜保国译.骨科核心知识[M].北京.人民卫生出版社.2009.167-183
- [4]徐博佳,孙中田.针刺背俞穴对大鼠坐骨神经急性损伤后神经功能恢复的影响[J].针灸临床杂志,2008,24(7):48-49

作者简介:

徐辉 (1980-), 男, 研究生, 研究方向: 脊柱脊髓损伤及疾病的研究。

编号: EA-100310166 (修回: 2010-03-11)

射频消融治疗腰椎间盘突出阶段的阶段式健康教育

Staged health education of treating lumbar intervertebral disc protrusion by RFCA

郑蝶梅

(广东省茂名市中医院, 广东 茂名, 525000)

中图分类号: R47 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0095-03

【摘要】 目的: 探讨射频热凝消融术治疗腰椎间盘突出症患者进行阶段式健康教育的方法及效果, 帮助和提高患者掌握射频热凝消融术治疗腰椎间盘突出症的相关知识。方法: 我科对 68 例腰椎间盘突出症患者在 C 型臂下行射频热凝靶点消融术实施阶段性健康教育, 即在病人入院时、手术前、手术中、手术后及出院后我们分阶段有针对性地进行健康教育, 并进行效果评价和随访。结果: 健康教育后本组 68 例 LIDP 患者进行射频热凝靶点消融术治疗手术过程顺利, 患者对疾病相关知识的了解和自我护理技术的掌握明显高于健康教育前。术后给予抗感染治疗 3 天出院, 半个月后复查, 随访 6~12 个月。其中疗效达到优 31 例, 良 36 例, 无效 1 例, 差 0 例。结论: 认为腰椎间盘突出症射频热凝消融术治疗患者病程呈阶段性, 在成功手术的基础上结合其特点开展阶段式健康教育能有效地提高腰椎间盘突出症患者的健康知识水平, 提高患者参与治疗和护理的积极性, 对于巩固手术效果及促进疾病早日康复, 更具有重要的现实意义。

【关键词】 射频热凝消融术; 腰椎间盘突出症; 健康教育; 体会

腰椎间盘突出症 (lumbar intervertebral disc protrusion, LIDP) 是以腰腿痛为特征的常见病, 发生于 20~45 岁的青壮年, 发病率及致残率较高^[1]。目前治疗 LIDP 的方法很多, 主要有保守治疗, 微创介入治疗及传统骨科开放手术治疗。根据腰椎间盘突出不同的突出类型及临床表现选择不同的治疗方式可获得较好疗效。微创介入治疗 LIDP 因其创伤小、不破坏脊柱稳定性、并发症少、疗效好等优点在疼痛临床应用日益广泛。射频热凝消融术又名髓核热消融术 (thermonucleolysis) 是目前微创治疗 LIDP 的新方法, 我科于 2008 年将该新技术应用于临床并取得满意疗效。我们的体会是: 在病人入院时、手术前、手术中、手术后及出院后分阶段采取合理有效的健康教育, 对提高 LIDP 患者射频治疗疗效具有促进作用。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

2008 年 9 月至 2010 年 2 月到我院确诊 LIDP 患者 68 例, 男 38 例, 女 30 例, 年龄 20~71 岁, 病程 5 月~18 年。术前视觉模拟量表 (VAS) 评分 (7.43±1.39) 分。随访期限为术后 6~12 个月, 其中完成一

年随访的患者 33 例, 男 18 例, 女 15 例。

1.2 治疗方法

取腰椎间盘突出相应节段行硬膜外腔神经阻滞治疗, 穿刺成功后于硬膜外腔注入镇痛混合液 (配方: 2%利多卡因 4ml+复方倍他米松磷酸钠 7mg+VitB₁₂ 0.5mg+0.9%NaCl 4ml)。一周后在 DSA 室于 C 臂 X 线机引导下行腰椎间盘突出射频热凝治疗。患者俯卧位, 腹下垫薄枕, 根据患者临床表现及术前 MRI 或 CT 等影像学资料确定并定位突出椎间盘节段, 常规消毒铺巾。0.5%利多卡因 5ml 穿刺点局麻, 15cm 射频穿刺针穿刺, 抵达相应椎间盘, C 臂 X 线透视下确认穿刺针在椎间隙中正、侧位位置均良好后, 进行神经电生理测试, 在测试时询问患者腰部及下肢的感受, 根据患者对治疗耐受情况分别渐次给予不同热凝温度 (70℃~95℃) 及时间的自动脉冲射频或标准脉冲射频治疗。术中全程监测患者生命体征。术后卧床 3 天, 静脉用抗生素 3 天预防感染。

2 疗效判定标准^[2]

①优: 症状完全消失; ②良: 症状明显减轻, 能恢复正常工作; ③无效: 症状无任何改善; ④差: 症状加重。

3 阶段式健康教育

3.1 入院时的健康教育

3.1.1 疼痛正性教育

首先,要肯定患者因疾病带来的痛苦,向其表达认同感和关心之急;其次,向患者解释疼痛相关知识及手术经过,介绍成功病例现身说法,帮助患者消除对疼痛的认识误区,提高应对能力,增强信心,有利于挖掘自身的心理潜能,在疼痛控制上发挥自我效能,减轻由于心理因素带来的过度疼痛反应,刺激机体产生一系列病理生理变化,如呼吸急促、血压上升等;再次,对初次治疗者,向其说明术中刺激可能产生短暂的剧烈疼痛和不适感,争取患者配合,如有其他不适,要告之医生^[3]。

3.1.2 一对一的健康教育

我们采取责任护士负责制,一对一进行健康教育。由责任护士耐心向患者及家属介绍该手术的方法、疗效、注意事项,与传统开放手术相比具有的优势等。同时关心、安慰患者,对家属进行必要的健康教育,缓解和消除患者对该手术的恐惧心理,增强其对该手术疗效的信心,使其积极配合治疗和护理。

3.2 术前的健康教育

3.2.1 术前 2h 交待病人沐浴更衣,卧硬板床休息,放松心情并注意保暖,避免上呼吸道感染。

3.2.2 术前的准备和训练

术前教会患者术后卧床休息时正确的翻身方法。训练床上大小便,以适应术后卧床的需要。告知患者及家属术后需食用高蛋白、高纤维、易消化的食物,预防便秘。术前 1d 教会患者有目的地训练俯卧位,腹部垫枕抬高腹部,悬空胸部,以便适应手术体位。

3.2.3 支具的选择和应用

由于患者术后要使用支具 3~4 周,术前应根据患者的体型选择合适的支具,并教会患者正确使用腰围,向患者交待卧床时可解除支具,下床或坐起前必须先固定好腰围。

3.2.4 术前访谈

术前比较深刻的了解及谈话,使患者有了信任感,保证了患者术中正确的配合及生命体征的稳定。

3.3 术中健康教育

3.3.1 由参与手术护士向患者讲解及解释手术疑问,并在整个手术过程中陪伴在患者身边,使患者有安全感,拉近了护患关系,护士及患者都处在良好的人文环境中工作和治疗,保证了患者以积极的态度配合治疗。

3.3.2 密切观察患者术中反应,加强护患交流:严密观察患者的各项生命体征,随时询问患者不良反应与感受,有异常时及时向手术者报告,并遵医嘱及时给予

处理。

3.4 术后的健康教育

3.4.1 手术后 24h 内的健康教育

一般术后予患者卧硬板床,嘱患者绝对平卧 6h,可翻身及屈、伸双下肢,同时给予精神支持,消除顾虑。

告知患者术后 1h 可进食富含粗纤维、维生素、易消化的食物,多饮水保持大便通畅,保持床铺干燥整洁。

告知患者射频热凝消融术术后 6h 可能会发生症状加重,肢体感觉异常和活动障碍或发热,与术中穿刺刺激神经引起神经根水肿有关。一般在 24~72h 后会减轻,以消除患者心理负担,配合治疗护理。

3.4.2 手术后 24h 后的健康教育

嘱患者 24h 后可在腰围保护下下床自理大、小便,但应注意动作幅度不宜过大、过快、过猛。

3.4.3 手术 3d 后的健康教育

射频热凝消融术属微创手术,故术后第 3 天可带腰围护腰行主动活动,4~6 周内避免剧烈活动和劳累。每日床上行直腿抬高训练,运动强度循序渐进,逐渐增强;两周后行腰背肌锻炼,患者取仰卧位作五点、三点支撑训练,俯卧位作飞燕式训练。锻炼强度以不累、不痛为原则。

3.5 出院时的健康教育

出院前 1d 或出院当天,交待患者出院后一个月内继续进行腰背肌和腹肌力量加强训练,术后一个月可去掉腰围后进行腰部活动,在日常生活中避免过度劳累、长时间坐立,严禁提举重物、弯腰负重,禁止参加剧烈运动,坚持腰背肌循序渐进的功能锻炼,定期复查。

4 结 果

射频热凝消融术治疗腰椎间盘突出症同时配合阶段式健康教育,患者对疾病相关知识的了解和自我护理技术的掌握明显高于健康教育前,住院天数明显缩短,住院费用减少,无明显并发症发生,临床满意率 100%,临床效果满意。

5 讨论与体会

射频热凝消融术 LIDP 在椎间盘微创治疗中是一项成熟的技术,具有手术安全、有效、操作简便、创伤小的优点,但很多患者对该技术不甚了解,如果将相关健康教育全部告诉病人,病人一下子难以接受和难以掌握,所以我们根据病情不同阶段存在健康问题而实施阶段性健康教育是非常必要的,入院时的健康教育能使患者对疾病有初步的认识;术前健康教育使患者消除对手术的恐惧,顺利接受新技术的开展;术

中健康教育向其表达认同感,可使患者感到心情愉快,从而减少对手术的恐惧,对手术成功具有重大意义;术后健康教育和出院时的健康教育有利于巩固手术效果并促进康复,因此,实施阶段性健康教育,根据病情的不同时期向患者及家属分阶段实施健康教育,使患者及家属容易接受及掌握,调动了患者及家属治疗疾病的积极性,也充分体现了护理工作的灵活性,并使健康教育人性化、具体化,提高了护理质量,履行了医护人员的告知义务,促进护患关系的融洽,减少并发症,提高患者的生活质量。同时,家属也积极配

合,提高了健康教育的效果,是受家属和患者欢迎的方法。

参考文献:

- [1]邱爱丽,吕玉娣,人凤娇.腰椎间盘突出症患者的心理分析及护理对策[J].现代临床护理,2005,4(4):67-68
- [2]徐晓民,何平等.低温等离子射频消融髓核成形术治疗椎间盘突出症[J].腰痛杂志,2007,28(4):346
- [3]王燕,王瑞芬,林建坤等.射频热凝治疗三叉神经痛 100 例护理体会[J].齐鲁护理杂志,2006,12(11):2305-2306

编号:EA-10012149 (修回:2010-03-12)

整脊推拿治疗腰椎间盘突出症疗效观察

Clinical observation on treating lumbar disc herniation by chiropractic massage

杜正位

(新乡市第一人民医院,河南 新乡,453000)

中图分类号:R274 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)05-0097-02

【摘要】目的:观察用整脊推拿治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:通过对 210 例患者采用整脊推拿治疗治愈 136 例,好转 72 例,无效 2 例。有效率 97.5%。本人认为此法无任何副作用,值得推广。

【关键词】腰椎间盘突出症;整脊推拿法;疗效观察。

整体推拿是祖国医学遗产中极其宝贵的一部分,它以不用药、不动刀,疗效可靠,简单易行的特点,风靡于世,并引起国内外医学界的重视,应用整脊手法治疗腰椎间盘突出症在我国已有悠久的历史,经大量临床实践证明具有方法简便,安全疗效满意,并发症少的优点。

腰椎间盘突出症又名“腰椎间纤维环破裂症”是临床较为常见的疾患,多见于青壮年。罹患了此病,大多一侧腰腿痛,甚至长期影响工作和生活。主要症状表现为腰部疼痛及活动功能障碍,下肢放射性麻木。脊柱侧弯活动受限。主观麻木感及患肢温度下降,长期以来,治疗该病的方法及药物虽然很多,但绝大多数效果不明显,给病人的生活和工作带来诸多不便。因此笔者在近 10 年的临床治疗中采用整脊推拿治疗腰椎间盘突出症效果明显。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

210 例患者均根据临床 X 线、CT、MRI 检确诊为腰椎间盘突出症,其中男性 96 例,女性 114 例,年龄最大者 71 岁,年龄最小者 18 岁,病程最长 20 余年,

病程最短半月余。

1.2 诊断标准^[1]

①有腰腿部损伤或慢性病史,腰痛并向下肢放散;②下肢麻木感;直腿抬高及加强试验阳性;③下肢感觉,肌力反射减退;④CT、MRI 明确诊断为腰椎间盘突出症。

2 治疗方法

2.1^[2]取穴:肾俞(双侧)腰阳关,气浮俞、大肠俞、环跳、秩边、腰夹脊穴、风市、承扶、殷门、委中、太溪、昆仑;

2.2^[3]手法:患者取俯卧位,术者在患者腰、臀部及下肢用轻柔的滚、按、揉、推拿、弹拨,叩击等手法进行治疗,以按压法寻找痛点、痛线、痛区,用点穴法沿痛线用轻中手法点 5~10 遍^[4],对紧张肌肉接压弹拨法点 3~5 遍,然后用中重手法点以上穴位,麻木无力重力,采用中点大趾间、解溪、小趾间、足三里、浮郄、麻筋。臀部歪斜者按压坐结(患侧)治疗过程中可根据不同症状,采用上述不同的方法。病史较长,病情较重者可结合针刺或中药治疗,针刺应以痛点、痛线、痛区为主,治疗中后期还应加强腰肌及下肢功

能锻炼,如弯腰蹲起,取受限姿势向受限方向活动,捶打腰部及患肢,一般用于治疗中后期,症状消失后也应再巩固几日。

3 治疗结果

3.1 疗效观察:①痊愈:临床症状消失,生活和工作恢复如常。②显效:临床症状基本消失,恢复如常,但有时劳累后仍感腰部酸痛。③有效:临床症状减轻,生活基本能自理。④无效:临床症状未见明显好转。

3.2 治疗结果:210 例患者中,治愈 136 例,好转 72 例,无效 2 例,有效率 97.5%。

4 典型病例

患者甲,2003 年 3 月 8 日初诊,有腰腿痛病史 5 余年。自诉:腰及下肢间断性疼痛 10 余年,现发作并加重 20 天,经多方治疗效果不佳,现仍感腰及下肢后侧疼痛,行走不利,卧床翻身困难、咳嗽、喷嚏时可放射到小腿外侧且症状加重,查 L_{4~5} 腰椎旁有明显压痛,直腿抬高试验(+)CT 示:L_{4~5} 椎间盘膨出并突出,L_{5~S₁} 椎间盘突出,诊断为腰椎间盘突出症。取上述穴位,综合治疗五次后症状基本消失,又巩固两次后,正常上班,半年后随访未见复发。

5 体会

^[5]腰椎间盘突出症是一种慢性疾病,其发病因素,

有内因和外因两方面,其内因是椎间盘本身退行性,改变或椎间盘有发育上的缺陷,外因则有损伤劳损以及受寒着凉等。^[6]整脊疗法,具有改善局部血液循环,解除局部肌肉痉挛,加快局部炎性物质吸收,消除局部水肿的作用,手法复位可解除腰部肌肉痉挛,纠正腰椎错位,减少脊柱侧弯减少椎间盘所承受的压力,促进突出物还纳或改变突出物和受压神经根之间的关系,减轻或消除对神经根的压迫和刺激,松解神经根的粘连,使突出物无害化。同时嘱病人防寒保暖避免过度劳累,且还要用护腰带,尽量减少腰部负重,改掉不良习惯,必要时绝对卧床休息,使其早日康复。

参考文献:

- [1]国家中医药管理局,中医病症诊断疗效标准[S]南京:南京中医药大学出版社,1994.201
- [2]俞大方.推拿学[M]上海:上海科学技术出版社,1990.126-128
- [3]史玉泉.实用神经病学[M]第二版.上海:上海科学技术出版社,1994.347
- [4]孙树青.中医筋伤学 [M].北京:人民卫生出版社 1990.200
- [5]王振豫.腰椎间盘突出症最新诊断和治疗方法[M].电子科技大学出版社,1994.126
- [6]光军.按摩大全[M].延边人民出版社,2002.255

编号:EA-100302149(修回:2010-03-07)

补阳还五汤的临床新用

Clinical application of Buyang Huanwu decoction

肖兆威

(广东省大埔县中医院,广东 大埔,514200)

中图分类号:R28 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)05-0098-02

【关键词】补阳还五汤新用;气虚血瘀型;摇头病;头痛;胸痹

补阳还五汤出自清代·王清任《医林改错》。由黄芪、当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、地龙干药物组成,功用补气活血通络。主治中风后遗症,属气虚血瘀型。笔者在临证中,抓住气虚血瘀病机,应用本方治疗摇头病、头痛、胸痹等多种疾病,尝获良效,今病例例举如下:

1 摇头病

患者甲,2005 年 7 月 2 日初诊:患者一年前不明原因不自主摇头,开始摇头次数少未引起家长注意,以后次数渐增,多时一分钟 8~10 次,时有头晕、

头麻,记忆力明显减退,已严重影响学习。曾几次到上级医院做 CT、核磁共振头部检查,均未见异常,经服中西药效果不佳,前来就诊。检查:神志清楚,发育良好,营养中等,面色较晦暗,时有头晕头麻,胸闷,头部不自主摇头每分钟 8 次,饮食正常,大便溏,舌质淡暗,舌苔白稍腻,舌下脉络增粗,有多个瘀点,脉沉细涩。再详细追问既往史,患者在 9 岁时,跌伤致头部撕裂伤,经治愈后头部无不适。经综合分析辨证为头部久伤,瘀阻脑脉,因瘀致虚。治以益气通络,化瘀降浊。用补阳还五汤合半夏天麻白术汤加

减, 处方: 生北芪 30 克, 红花 10 克, 川芎 10 克, 川牛膝 15 克, 地龙干 15 克, 水蛭 6 克, 炒山甲 15 克, 半夏 12 克, 天麻 10 克, 白术 15 克, 石菖蒲 15 克, 陈皮 10 克, 白芍 10 克。5 剂, 每天 1 剂水煎服。二诊, 服药后摇头次数减少至每分钟 4 次, 其它症状也明显好转, 效不更方, 再进 5 剂。三诊, 服药后摇头基本痊愈, 面色有华, 头晕头麻, 胸闷大减, 舌质淡红, 瘀点变小。上方减去水蛭, 加丹参 15 克, 茯苓 15 克, 再服 25 剂, 以上症状消失, 至今未复发。

按: 点头病临床少见, “怪病多瘀多痰”, 患者有头部久伤病史, 因伤致瘀, 瘀阻脑脉, 故见摇头、头晕头麻, 经久不愈; 因瘀阻碍气血运行, 久致气虚, 气虚则运化失常, 痰浊内生, 形成虚、瘀、痰虚实并见, 治以益气通络, 化瘀降浊。方中北芪、白术、茯苓补气健脾, 红花、川芎、丹参、川牛膝、地龙干、水蛭、炒山甲活血化瘀通络, 半夏、石菖蒲、陈皮化痰降浊, 天麻、白芍息风止眩。全方药投病机, 虚实并治, 故此“怪病”也收到效如槌鼓的疗效。

2 头痛病

患者乙, 反复右侧头痛一年余。三年前头部撞伤史, 以后无明显不适, 近一年来反复右侧头痛, 痛如针刺, 夜晚尤甚, 已严重影响睡眠, 服止痛片后有所减轻, 曾服中西药效果欠佳。检查: 神志清楚, 面色无华, 气短乏力, 右侧头部时有针刺样痛, 晚上尤甚, 食欲不振, 大便溏, 舌质淡暗, 舌苔箔白, 舌下脉络淡紫增粗, 并有多个瘀点, 脉沉细涩。此为气虚血瘀, 脑脉瘀阻之头痛, 治以补气活血, 化瘀通络。投补阳还五汤力加减, 处方: 生黄芪 50 克, 党参 30 克, 炒白术 20 克, 桂枝 10 克, 红花 10 克, 川芎 10 克, 当归 15 克, 赤芍 15 克, 地龙干 15 克, 蜈蚣 2 条, 水蛭 6 克, 桔梗 15 克、川牛膝 15 克。5 剂, 每天 1 剂, 水煎服, 复煎再服。二诊, 头痛大减, 夜能入睡, 食欲好转。效不更方, 再进 7 剂, 头痛已基本消失, 面色有华, 气短乏力好转, 大便已成形, 舌转淡红, 舌下瘀点明显变小, 上方去蜈蚣、水蛭, 加白芍 20 克继续调理 20 天, 头痛消失, 其它情况良好, 至今未复发。

按: 患者素有气虚, 血行迟滞, 再头部受伤, 瘀阻脑络, 故头痛如刺, 固定不移, 经久不愈。入夜阴气盛, 气血运行更不畅, 故痛晚上尤甚。面色无华, 气短乏力, 舌质淡暗, 舌下瘀点, 脉沉细涩。均为气

虚血瘀之征。投补阳还五汤加减。方中: 生黄芪、党参、炒白术补气健脾, 桂枝温经通阳, 红花、川芎、当归、赤芍活血祛瘀, 地龙干、蜈蚣、水蛭破血化瘀, 通络止痛, 白芍养血调和阴阳, 桔梗载药上行, 川牛膝引瘀血下行。全方补气健脾, 活血化瘀, 通络止痛。虚实并治, 故此久痛也能收到良好的效果。

3 胸痹

患者丙, 2007 年 10 月 28 日初诊, 时有胸闷气促、心前区阵痛、汗出已一年余。患者在一年前劳累过度后, 突然出现左侧前胸部疼痛、气促汗出。即到本地医院急诊, 经心电图检查心肌缺血性改变, 经治疗后疼痛缓解。此后每在过度劳累后即发生胸闷胸痛, 含服硝酸甘油片后有所缓解。前来门诊治疗。检查, 患者精神疲乏, 面色苍白, 短气, 畏寒, 口唇淡紫, 时有左胸闷、胸痛不移, 舌质淡暗, 舌苔白腻, 舌下脉络增粗, 瘀丝, 脉沉细涩。心电图检查为心肌缺血。中医为胸痹。证属气虚血瘀, 心血瘀阻。治则: 补气活血, 化瘀通络。用补阳还五汤加减。处方: 生黄芪 30 克、桂枝 10 克、党参 20 克、炒白术 20 克、干姜 6 克、半夏 12 克、红花 10 克、桃仁 10 克、川芎 10 克、当归 10 克、麦冬 15 克、白芍 15 克、炙甘草 10 克。5 剂。服后精神好转, 胸闷、胸痛、短气减轻, 守原方, 再进 5 剂。三诊, 以上症状明显好转, 觉口稍干, 上方去干姜, 桂枝减至 6 克, 加丹参 15 克, 炒酸枣仁 15 克, 继续调理一个月, 以上症状基本消失, 自觉良好。

按: 本病为本虚标实, 气虚为本, 血瘀痰浊为实。气虚则推动乏力, 血行缓慢, 瘀血形成, 脾气虚则运化失常, 痰湿内生, 形成虚实并见的胸痹证。在治疗上辨别气虚与血瘀、痰浊轻重, 权衡补气与祛瘀化痰的关系, 合理用药, 投补阳还五汤加减, 可收到良好的效果。也体现了异病同治的治法。

参考文献:

- [1]张学文《瘀血证治》[M].陕西科学技术出版社,1998.10 第一版 P58-61
- [2]张伯臾《中医内科学》[M].上海科学技术出版社,1985.04 第一版 P108-112, P198-203
- [3]许济群《方剂学》[M].上海科学技术出版社,1985.06 第一版 P150-151, P201-202

编号: EA-10020298 (修回: 2010-03-09)

如何提高茯苓的药效

How to improve curative effect of *Poria cocos*

马 玲

(天津市北辰区天穆镇社区卫生服务中心, 天津 北辰, 300400)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 00-0100-01

【摘 要】 茯苓为常用中药, 含有多种有效成分, 其多糖类和三萜类均难溶于水, 多年来临床入药多采用水做溶媒煎煮, 既影响临床疗效, 也降低了药材利用率。根据扩散原理, 浸出量与药材表面积成正比, 将茯苓粉碎成颗粒或做成散剂, 可以提高有效成分的浸出量, 同时也可以提高临床疗效。

【关键词】 茯苓; 粉碎; 浸出量; 提高

茯苓为多孔菌科真菌茯苓 *Poria cocos* (Schw.) Wolf. 的菌核。多寄生於松科植物赤松或马尾松等树根上。野生或培植, 主产於云南省、湖南省、湖北省、四川省等地。茯苓的主要成分是多糖类(茯苓糖、茯苓聚糖)和三萜类(茯苓酸)、蛋白质、脂肪、卵磷脂、胆碱等。而多糖类和三萜类均难溶于水, 用水作溶剂煎煮不利于有效成分的溶出, 降低了疗效。特别是切成块状、片状或茯苓丁如果直接煎煮的话, 药材的利用率就极低。

茯苓质地坚硬, 不易破裂, 由无色不规则颗粒状团块及末端钝圆的分枝状团块组成。团块内含菌丝, 使水分很难浸入到药材内部。有人报道煎煮茯苓, 块状的长时间煎煮之后, 里面仍然未浸透的部分, 必须切成薄片或捣碎方能煎透。而 2 毫米的薄片煎煮 30 分钟后, 捞出后打碎里面仍有干粒。

1 经过笔者做实验, 温水浸泡 30 分钟, 煎煮 1 小时后, 捞出茯苓块, 内部仍有干芯。

根据扩散原理, 在浸出条件和药材性质确定以后, 浸出量与药材表面积成正比。因此把茯苓粉碎成颗粒或做成散剂, 增大与溶剂的接触表面积, 可以提高药材有效成分的浸出量, 同时也是提高临床药效等有效途径之一。近年来, 超微细粉化技术在中药粉碎中的应用日趋增多。据报道, 应用超声粉碎、超低温粉

碎等现代超细微加工技术, 可将原生药从传统粉碎工艺得到的中心粒径 150~200 目(75 μm) 的粉末, 提高到现在的中心粒径 5~10 μm , 在该细度条件下, 一般药材细胞的破胞率 $\geq 95\%$ 。这种新技术可使药材中的有效成分直接暴露出来, 从而使药材的浸出和起效更迅速完全。

2 因此, 像茯苓这类中药材粉碎后应用, 是提高药材疗效的重要措施之一, 也是中药现代化发展的重要途径。

另外, 有人通过模拟体内消化液作用的茯苓成分释放量对比值分析, 茯苓粉碎达到 120 目细度时, 茯苓酸经体内消化液的作用, 能基本全部释放出来, 茯苓糖的释放量也较高。

3 茯苓粉易于被人体吸收, 入散剂更利于发挥药效。

综上所述, 建议临床使用茯苓最好使用散剂, 如果入煎剂, 在加工炮制时, 必须粉碎成细小颗粒, 以扩大溶媒与药物的接触面积, 使有效成分充分溶解于水, 提高药效。

参考文献:

- [1]刘长业, 茯苓入煎剂应遵古法[J]. 中医药信息, 1989, (2): 6
- [2]郭胜民, 高新技术在中药制剂生产中的应用[J]. 中国药房, 2000, 11(6): 24
- [3]陈建南, 茯苓饼的研究与试制[J]. 中药通报, 1985, 10(8): 25

编号: EA-10012989 (修回: 2010-03-05)

中药不良反应成因探讨

Causes of adverse reactions of TCM

杨港坚

(广州市白云区人民医院, 广东 广州, 510500)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 00-0101-03

【摘要】 目的: 分析引起中药不良反应的原因。方法: 总结临床中药不良反应工作经验, 查阅有关中药不良反应文献资料, 总结、归纳中药不良反应的影响因素。结果: 引起中药不良反应的原因主要是服药病人机体因素、药物因素、使用不当因素等方面。结论: 导致中药不良反应的原因是多方面的, 是多种因素综合作用的结果, 要认真研究, 以确保临床用药安全。

【关键词】 中药不良反应; 机体因素; 药物因素; 使用不当因素

【Abstract】 Objective: To analyze the causes of adverse reactions caused by traditional Chinese medicine. Methods: To summarize the clinical adverse effects of Chinese medicine work experience, access to the relevant information on adverse reactions to traditional Chinese medicine, summary, induction factors of adverse reactions medicine. Results: The adverse reactions caused by traditional Chinese medicine was mainly attributable to medication the patient body factors, drug factors, the use of improper factors, and so on. Conclusion: The leading traditional Chinese medicine are many reasons for adverse reactions, is the result of many factors should be carefully studied to ensure the safety of clinical medicine.

中药源于自然, 人们一直对其毒副作用认识不足, 随意服用, 其不良反应也逐步年增加。据文献报道, 有学者对 1980~1999 年近 20 年中中药不良反应个案报道研究表明, 除滥用、误用、中毒的病例报告, 共发生中药不良反应 2732 例^[1]。另外, 据统计结果显示 2001~2003 年共发生中药不良反应报告数量占不良反应报告总数的 13.5%^[2]。截止 2004~2005, 世界卫生组织共收到有关中草药的可疑不良反应报告就达 11716 份^[3]。药物都有一定的偏性, 中医通过辩证论治运用中药偏性达到“补偏救弊”、“调和阴阳”。不认清病人机体状况和中药药性, 不按中医药理论正确使用中药, 容易导致中药不良反应发生。本人结合多年医院中药工作经验, 总结引起中药不良反应的原因主要是三大因素。

1 机体因素

机体是药物产生作用的载体, 患者的身体素质不同, 对药物的耐受力不同, 如种族、性别、年龄、体重、遗传、出生地及生理病理条件不同的病人, 对同一药物的敏感性、耐受性不同。体现中医“因人、因地制宜”的原则。

1.1 种族遗传与地域、生活习惯差异

遗传是个体差异的主要决定因素。不同种族的人群对药物的吸收、分布、代谢、排泄不同。不同出生地和不同生活习惯的人, 对同一药物的反应也不同。常见北方人体质偏寒, 喜用温热药, 南方人体质偏热, 爱喝凉茶下火。

1.2 性别、年龄差异

妇女月经期、妊娠期对部分中药较为敏感, 所以中药有妊娠慎用、禁忌药的要求。婴幼儿的肝肾等发育尚未完善, 对药物处理能力较低易发生不良反应。老人肝肾功能低下, 对药物分解排泄差, 易产生毒性反应。

1.3 体质差异及病理状况影响

不同个体存在着正常的药物反应差异; 有的人在病理状态下, 机体功能紊乱, 较正常人容易出现中药不良反应。如云南白药临床上就发生外敷刀伤时发生过敏性休克的危重病例^[4]。

2 中药自身药物因素

中药材大量来自天然, 其从植物、矿物、动物体, 通过种、养、采集, 粗加工成为药材, 到商业部门收购, 储运最后进入市场销售, 环节甚多, 其中只要有一个环节有疏漏, 均可产生伪劣药。服用含伪劣品的

中药, 极易发生不良反应。

2.1 中药材品种不纯

传统中医强调“道地药材”保证“品质效佳”。但目前中药市场上, 药材品种不纯却屡见不鲜, 一个药名之下, 代用品, 习用品并存, 南北品种各异。如木通有“川木通”和“关木通”之分, 前者来源于毛茛科植物, 主产于四川、贵州、湖南等地, 毒副作用很小; 而后者为马兜铃科植物, 主产于东北三省, 内含马兜铃有机酸 A、B、D 及其衍生物, 可损伤肾小管及间质, 长期服用甚至可致肾功能衰竭而死亡^[5]。

2.2 采收及加工贮存不当

植物类药材因其入药的花、叶、根、茎、实的采收季节, 都有严格的要求, 提早或延迟采收, 或采收后不及时进行加工处理; 动物类药材由于是来源于动物的骨、肉或内脏器官, 如加工处理或贮存不当, 极易引起腐败变质; 均极大地影响药效。原药质量把关不严, 使质差药品流入市场, 易产生不良反应。

2.3 不良传统造成的伪劣药

一方面, 由于历来人们把中药材当作“农副产品”对待, 主要依据药材的形色辨优劣, 而分级论价进行收购, 对中药质量影响较大。另一方面, 有些不良商贩把虫蛀、发霉的药物加工后重新使用。虫蛀后药效一定缺失, 发霉后药物已经变质, 已属伪劣药, 再加工不过是为其披上伪装, 其伪劣之性只会有增无减, 容易产生不良反应。我在中药饮片验收中, 多次发现中药虫蛀, 发霉, 都作出销毁处理, 有效地保证用药质量。

2.4 药物种养或加工炮制过程中残留或产生有害物质

由于较为普通地使用大量含有机氯、有机磷等成分的农药且含有铅、铬、砷等有害金属的工业废料、废水、废气等对土壤、空气等污染, 对中药种植造成影响, 有的可能长期残留在被污染的环境物植物内。人一旦服用这样的药材, 亦会导致蓄积性中毒, 出现各种各样的不良反应。

2.5 中药自身的毒性及炮制不当

中药都有自己的性味、归经。不少有毒的中药经过炮制可以减轻毒性, 而不正规的加工或未经炮制的中药, 在临床使用时中药不良反应的发生率大大增加。如: 芫花有毒, 需用醋煮或醋制; 马兜铃可用物治疗肺热咳嗽, 若生用苦寒味劣, 易伤胃所, 服后可导致恶心、呕吐, 一般蜜炙后用^[6]。我曾接待过病人反映咳嗽用药后呕吐, 经检查是处方中马兜铃没有炮制。

2.6 中药剂型和给药途径的改变

《本经》指出: “药性有宜丸者, 宜散者, 宜水煮者, 宜酒渍者, 宜膏煎者, 亦有一物兼备者, 亦有

不可入汤、酒者, 并随药性不得违越”。现在有些制剂轻易改变剂型, 尤其是在缺乏科学有效的内在质量控制手段, 制剂工艺不够完善的情况下制成注射剂, 极易发生药物不良反应。

3 使用不当等人为因素引起

中药是中医治病和防病保健所使用的药物。因此, 使用中药必须遵循中医理论及用, 否则容易引发不良反应。

3.1 辨治失误

中医治病必先辨证, 然后据证立法、选方、遣药。只有辨清病证的证型, 才能采取有效的方法进行治疗。那种不分寒、虚实, 头痛医头、脚痛医脚的用药方法很容易引发不良反应^[8]。

3.2 剂量不合适

药物都有合适的安全有效剂量, 这是中医在长期临床实践中对中药运用的经验总结。剂量过小, 产生不治疗作用。剂量过大, 产生毒副作用。林雪曾报道服过量山豆根煎剂致严重不良反应^[8]。我也曾上报过病人超剂量服用麝香保心丸引起舌麻失去味觉的不良反应。

3.3 长期服用引起蓄积中毒

某些中药在常规剂量下, 一般不会产生不良反应。若长期用药易导致药物蓄积, 引起不良反应。如番泻叶为泻下药, 同时有一定的刺激性, 有些慢性便秘患者长期泡服, 就注意可能发生低血钾, 也可能导致肝硬化^[9]。

3.4 用药方法不当

一些药物所含化学成分具有一定毒性或刺激性, 若使用不当易引起不良反应。如鸦胆子如鸦胆子含鸦胆子苷、鸦胆子碱及含皂化物的脂肪酸等, 内服治疗阿米巴痢疾有效, 但对胃肠道有刺激性, 可引起腹痛、腹泻、呕吐等, 故常灌入胶囊内吞服。若外用, 直接接触皮肤, 易引起过敏性休克^[10]。

3.5 配伍不当

药物配合使用, 药与药之间会发生某些相互作用, 如有的能增强或降低原有药效, 有的能抑制或消除毒副作用, 有的则能产生或增强毒副作用, 前人总结为“七情”。中药的使用讲究君、臣、佐、使的配伍原则。配伍得当, 可使其相互协调、增强疗效、降低毒性。如四逆汤中用甘草、干姜、附子配伍, 就制约了附子的毒性。对某些相恶、相反的药物要避免同时使用, 如“十八反, 十九畏”等禁忌。否则会降低药效或增加毒副作用, 产生不良反应。

3.6 中西药不合理联合应用

合理的中西药联合应用, 可起协同作用, 提高疗

效。中药的化学成分比较复杂、在与西药共同使用的过程当中,由于酸碱中和反应、沉淀反应、综合作用等化学反应的存在,有些中药含抑制某些西药的活性,甚至使西药的作用消失或产生其它副作用,若配伍不当,则可降低药效,甚至产生不良反应^[11]。如,酸性中药(山楂、牛黄等)与磺胺类药物合用易产生结晶尿、血尿;夏枯草、白茅根配服保钾利尿西药,容易产生高血钾症等。

3.7 煎服不合理

中药的煎煮要遵循一定的法度,正确的煎煮方法,一方面能使药物有效成分溶出而得以充分发挥疗效,同时还能降低药物的毒副作用。煎法、火候、煎煮时间等均会影响服药效果。先煎、后下、另煎、兑服等均需严格执行,以免出现不良反应。如乌头类药物经久煎可破坏毒性成分,降低其毒性;若煎煮时间短,毒性成分不能有效破坏,用药后易引起不良反应。另外,中药服用不当,也易引起药物的不良反应。例如,服用对胃有刺激性的药物(如远志、桔梗)均应在饭后服用,否则极易出现胃肠的不适反应;辛热、大寒的药在服药温度上应有所讲究,前者宜冷服,后者宜热服。服药时的饮食禁忌也是不容忽视的一个方面,如不加以注意会出现不良反应。

3.8 盲目用药,滥用补药

盲目用药,对其忌宜注意事项不了解,也是造成不良反应的人为因素之一。有些患者有病乱投医,迷信偏方、秘方,盲目服药,稍有不慎便会造成不良后果,甚而致残致死。有些病人自认为“久病成医”,本人对本病略知一二,就“照方抓药、照法用药”;还有一些病人听信游医药贩,随便滥用中药,而发生不良反应。有些人不知道 2000 多年前中医就有“人参也能杀人”的说法,不根据自己体质,滥用补药,引发不良反应。

3.9 调剂出错

有些药剂人员自身业务素质不高,不熟悉中药的性能、用法用量、配伍禁忌,或工作粗心,不认真审方和调配,出现配错药,或给错炮制品,或同一植物不同功效的药用部位等差错而引发不良反应。我曾见有调配人员把处方上用于止汗的麻黄根错配用于发汗的麻黄,幸发现及时才避免不良反应发生。

4 讨论与结论

中药不良反应的发生原因是多方面的,是多种因

素综合作用的结果。许多人错误地认为中药取材于自然界中的植物和动物,使用安全,不存在不良反应。而这正是导致人们随意使用中药并造成不良反应的主要原因。因此,我们作为中药工作者除了加强中药质量管理和正确审方调配外,必须宣传科学合理用药,正确认识中药的治疗作用与不良反应并存,治病选药要按照中医药理论和辨证论治原则,因人、因地、因时、因病制宜,不能盲目用药,消除“纯中药制剂,无毒副作用”和中药“有病治病,无病健身”的错误观念。我们也要指导群众正确煎煮、服用中药,减少不正确使用产生的不良反应。同时要加强中药基础研究和执行中药不良反应报告制度,提高医药工作者对于中药不良反应的认识和防范能力,合理指导临床用药,提高临床用药的安全性,最大限度地降低不良反应的发生率。

参考资料:

- [1]吕庆丽,方娟娟.近 20 年中药不良反应个案报道调查[J].药品不良反应杂志,2001,1:18
- [2]张力,杨晓晖,曹立亚,等.关于我国中药不良反应监测工作现状和发展的思考[J].中国中西医结合杂志,2005,25(7):584
- [3]梅全喜,曾聪彦.对中药安全性问题的探讨[J].中国药房,2007,18(12):882
- [4]王海廷.云南白药粉外用导致过敏反应 1 例[J].中国误诊学杂志,2007,7(3):664
- [5]宋雪英.木通的品种与不良反应关系[J].浙江临床医学,2001,3(8):623
- [6]严美琴,潘汉生.服马兜铃不良反应谈中药炮制重要性[J].浙江中医学院学报,2001,25(6):62
- [7]曾聪彦.双黄连注射剂致过敏性休克 43 例分析[J].中国医院用药评价与分析,200(4):241
- [8]林雪.服过量山豆根煎剂致严重不良反应 1 例[J].中国中药杂志,2002,27(7):559
- [9]骆小娟,王荣芳.番泻叶的功效及不良反应[J].北京中医杂志,2002,21(3):165
- [10]吉光宇,李晋,孟雪梅,等.鸦胆子外用致过敏性 1 例[J].中国药物滥用防治杂志,2007,13(1):48
- [11]赵博.中西药联用的相互作用与不良反应[J].国外医学·中医中药分册,2002,24(3):131

作者简介:

杨港坚,主管中药师,从事医院中药工作二十二年。广东省广州市白云区人民医院中药房负责人。

编号:EA-10020196(修回:2010-03-07)

阿替洛尔对映体的制备、活性以及手性分析方法简述

Description of atenolol to the preparation, activity and chiral analysis method of enantiomer

孙 晶 王艳杰 李桂香

(云南曲靖医学高等专科学校, 云南 曲靖, 655000)

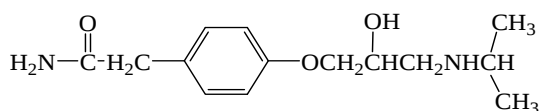
中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0104-03

【摘 要】 综述了近年来手性药物阿替洛尔制备合成的方法及其药理活性、临床应用方面的研究进展, 介绍了阿替洛尔手性分离的主要方法。

【关键词】 阿替洛尔; 对映体; 手性分离

许多药物的两个对映体在药动学、药效学方面有显著差异。某些情况下, 其光学异构体产生的副作用难以预想。因此解决提供光学纯化合物供药已成为近年来药理学、化学、生物等领域的热点课题。本文简述了近年来阿替洛尔对映体的合成、药理活性以及利用色谱分离其对映体的研究进展。

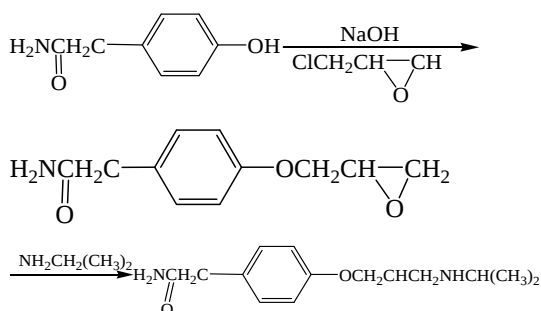
阿替洛尔(氨酰心安, Atenolol), 分子式为 $C_{14}H_{22}N_2O_3$, 化学名称为: 4-[(3-异丙氨基-2-羟基) 丙氧基] 苯乙酰胺 4-[2-hydroxy-3-[1-methylethyl-amino] propoxy] benzeneacetamide, 其结构式如下:



阿替洛尔是一种新的 β -肾上腺素能受体阻滞剂, 有 R-和 S-构型对映异构体, 其中 S-阿替洛尔就其药理学活性来看, 作为 β -受体阻滞剂是非常有药效的。

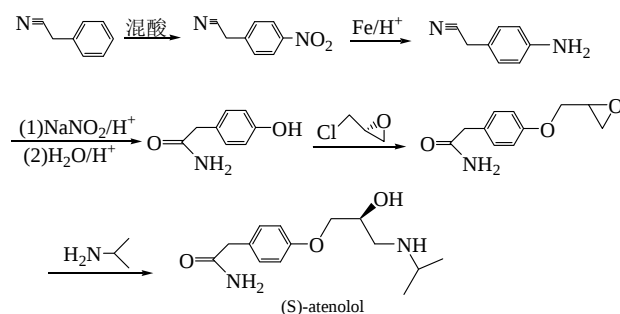
1 制备合成

有关阿替洛尔合成的报道很多, 合成的条件也不断优化, 但是合成大多为制剂均为 S 和 R 对映体各半混合的外消旋体。文献^[1]以对羟基苯乙酰胺为起始原料先加环氧氯丙烷, 再加氢氧化钠进行缩合; 然后用水做溶媒进行胺化, 提高了产物的质量和收率。合成线路如下:



胥波^[2]仍以对羟基苯乙酰胺为起始原料改进了阿替洛尔的合成, 在环氧物和阿替洛尔的制备两个过程中注重反应环氧氯丙烷用量问题及反应的温度控制, 并对合成阿替洛尔进行酸碱精制。

在李华英^[3]的论文中也报道了多种阿替洛尔的合成方法, 并在分析各种不同的合成机理的基础上设计并合成了 (S)-阿替洛尔。以苯乙腈为起始物, 经过 5 步反应进行合成。实验优化了中间体对硝基苯乙腈的合成条件和 4- ((2 (S)-环氧乙基) 甲氧基) 苯乙酰胺的手性合成条件, 简化合成对羟基苯乙酰胺合成路线, 制备环氧物过程加入催化剂提高手性中间体的收率, 摸索出胺化反应的最佳温度在 30~40℃。具体合成路线如下:



鉴于阿替洛尔的药理活性及临床应用, 其全合成具有很大的研究价值和实践价值随着新试剂、新方法的不断引入, 阿替洛尔的全合成研究也面临着新的挑战。

2 药理活性及临床应用

2.1 药理活性

阿替洛尔是无内在交感活性的 β_1 -受体阻滞剂, 对 β_2 -受体的阻滞作用相对较弱。具有降低心率和负性肌力作用, 是目前应用的 β -受体阻滞剂中选择性最高者之一。它对血管和支气管的作用很小, 对抗异丙肾上腺素的作用与普萘洛尔相似, 可使心脏收缩力减

弱, 心率减慢, 口服半衰期比普萘洛尔持久^[4]。脂溶性低, 中枢神经系统有关的副作用少, 以肾消除为主。

2.2 临床应用

国内外关于阿替洛尔在临床上的应用均有大量报道, 主要用于治疗高血压、心绞痛、心律失常、心肌梗塞、肥厚性心肌炎、甲状腺机能亢进、偏头痛等疾病。在治疗冠心病劳力型心绞痛方面也有良好的临床疗效。然而, 阿替洛尔虽能明显降低血压, 但缺少心脏保护作用, 另外, 阿替洛尔的不良反应有心动过缓、胸闷、乏力, 偶见谷丙转氨酶及三酰甘油升高。偶见不良反应为引起缓慢性心律失常, 加重心力衰竭, 诱发低血糖反应。

文献报道^[3]只有(S)-阿替洛尔具有降血压活性和心动过缓药效。但是, 将一对对映体作为两个化合物来看, 以纯光学异构体形式供药, 是手性药物的发展趋势。

3 分离测定

由于阿替洛尔对映体在药理活性上存在着明显差异, 对其手性分离已引起人们的广泛关注。药物对映体拆分方法主要有: 诱导结晶拆分法、化学拆分法、膜拆分法、酶拆分法、色谱拆分法等。在新药研究和分析化学的领域, 利用气相色谱、液相色谱、薄层色谱、超临界色谱、毛细管电泳分离药物对映体已成为研究的热点。这些方法在阿替洛尔对映体的分离中均有应用。目前阿替洛尔的手性分离大多利用高效液相色谱, 主要是利用手性衍生法和手性柱法进行分离^[5]。

3.1 高效液相色谱法

叶金星^[6]等采用新型商品手性柱 Shiseido CD-Ph, 将苯基异氰酸酯衍生的环糊精键合在高纯硅胶载体上, 采用乙腈-0.5mol/L 高氯酸钠作为流动相在反相条件下, 对阿替洛尔进行分离。左文坚^[7]以醋酸纤维素三苯基氨基甲酸酯的衍生物吸附于硅胶 G 表面, 用正己烷-异丙醇-三乙胺为流动相, 结果表明, 阿替洛尔在手性柱上得到较好的分离。李新^[8]等也报道了用手性衍生化试剂 2, 3, 4, 6-四-O-乙酰基-D-吡喃葡萄糖异硫氰酸酯 (GITC) 对阿替洛尔消旋体进行柱前手性衍生化再以 RP-HPLC 拆分, 流动相为 NaH₂PO₄ 缓冲液-CH₃OH-CH₃CN, 在 ODS 柱上拆分, 254nm 波长处检测, 分离效果较好。汪晓梅^[9]等选用盐酸甲氧胺为内标, R(+)-苯乙基异氰酸酯为衍生化试剂, ODS 为固定相, 流动相为水-甲醇-异丙醇-二氯甲烷, 从色谱图分析阿替洛尔对映体拆分完全。李凌云^[10]等使用万古霉素为手性固定相, 选用甲醇和不同比例的冰醋酸-三乙胺为流动相分别在正相、反相、极性有机分离

模式下对阿替洛尔对映体进行拆分, 只有极性有机模式能使其达到基线分离。徐贝佳^[11]等也在极性有机

(甲醇) 模式下, 用自制的替考拉宁手性固定相, 冰醋酸-三乙胺为流动相进行了阿替洛尔的手性拆分, 得出三乙胺的浓度影响分离度。但是徐秀珠^[12]等运用离子对色谱法, 在二醇柱上, 以 (+) -10-樟脑磺酸为手性离子对试剂, 选用二氯甲烷-正戊醇作流动相拆分阿替洛尔对映体, 并未实现拆分, 原因可能是其含有酰胺基团的原因。

3.2 毛细管电泳法

文献^[13]通过对羟丙基和高磺化两种类型环糊精衍生物作手性试剂进行试验, 建立了以 HS- γ -CD 为手性选择剂的区带毛细管电泳新方法, 成功地基线分离了阿替洛尔的两个对映体。另有文献^[14]以万古霉素毛细管柱为手性分离色谱柱, 采用毛细管液相色谱 (CLC), 甲醇-异丙醇-三乙胺-冰醋酸作流动相, 均获得最大的分离。采用加压毛细管电色谱 (PCEC), 在极性有机模式和反相模式时, 阿替洛尔均获得了较好的分离。

3.3 薄层色谱法

相比上述手性柱和毛细管电泳等仪器价格昂贵, 而衍生化操作复杂, 薄层色谱简单易行, 有较高的分离度。在董海英^[15]的研究论文中深入分析了利用 D-10-樟脑磺酸铵作为薄层色谱流动相手性离子对添加剂和 β -环糊精固载薄层色谱法拆分阿替洛尔对映体的条件、机理等。

4 结 语

随着社会的不断进步, 健康引起了人们的高度重视, 而以高血压、脑卒中和冠心病为代表的心脑血管疾病, 正严重危害人类健康。阿替洛尔作为 β -受体阻滞剂是非常有药效的。因此, 进一步研究其合成及手性分离, 更有利于深入了解阿替洛尔的药效学、药动学, 同时也为手性新药的研制提供了有效的分析手段, 解决了以纯异构体供药的难题, 有广阔应用前景。

参考文献:

- [1] 崔艳霞, 共卫国, 李淑芬. 阿替洛尔的合成[J]. 中国药物化学杂志, 1996, 6(1): 62-63
- [2] 胥波. 阿替洛尔合成的改进[J]. 广西化工, 1999, 28(2): 9-10
- [3] 李华英. β -受体阻滞剂阿替洛尔及其衍生物的合成研究[D]. 四川: 四川大学, 2006
- [4] 胡国钧. 阿替洛尔的药理[J]. 新药与临床, 1989, 8(3): 176-178
- [5] 罗维早, 李章万, 张志荣. 手性药物的色谱分离进展[J]. 华西药理学杂志, 2000, 15(4): 295-298

(下转 110 页)

70 例药物不良反应浅析

A analysis of 70 cases of adverse drug reactions

董淼珍

(湖南省石门县中医院, 湖南 石门, 415300)

中图分类号: R9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0106-02

对我院 70 例药物不良反应报告进行分类统计并分析,旨在了解我院引起不良反应的药物及临床表现,为临床安全合理用药提供参考。

1 资料来源与方法

对我院 2009 年门诊及病房收集的 70 例药物不良反应报告,按性别、年龄、药物类别及临床表现进行统计分析。

2 结果

2.1 一般情况

在 70 例 ADR 中,男性 34 例 (48.57%),女性 36 例 (51.43%)。年龄分布在 0~80 岁之间,见表 1。

表 1 发生 ADR 的患者年龄分布

年龄 (岁)	例数	构成比例 (%)
18 以下	4	5.71
18-45	24	34.29
46-65	28	40
65 以上	14	20
合计	70	100

2.2 ADR 涉及的药物种类

ADR 共涉及药物 39 个品种,其中抗感染药有 37 例。引起 ADR 的药品种类构成表详见表 2。引起 ADR 的抗感染药物类别详见表 3。

表 4 ADR 涉及系统、器官及其临床表现

涉及系统	例数	构成比 (%)	临床表现
皮肤及附件	36	51.43	皮疹、潮红、瘙痒、斑丘疹、寻麻疹
消化系统	13	18.57	恶心、呕吐、腹痛、腹泻
心血管系统	8	11.42	心悸、血压下降
神经系统	7	10	头晕、头痛、失眠、颤抖、抽搐
呼吸系统	2	2.86	呼吸困难、气促、咳嗽、哮喘
血液系统	1	1.43	血细胞下降
泌尿系统	1	1.43	尿频
其它	2	2.86	药物热
总计	70	100	

表 2 引起 ADR 的药品种类构成

药品种类	例数	构成比 (%)
抗感染药物	37	52.86
中成药	11	15.71
循环系统药物	9	12.86
维生素	6	8.57
解热镇痛药物	3	4.29
呼吸系统药物	3	4.29
消化系统药物	1	1.42
总计	70	100

表 3 ADR 的抗感染药物类别

药品类别	例数	构成比例 (%)
β-内酰胺类	21	30
喹诺酮类	7	10
大环内酯类	3	4.29
硝基咪唑类	3	4.29
氨基糖苷类	1	1.43
林可霉素类	1	1.43

2.3 给药途径

在 70 例 ADR 中,静脉给药 62 例 (88.57%),口服给药 7 例,外用药 1 例。

2.4 ADR 的主要临床表现

ADR 涉及的系统较多,以皮肤及其附件损害最多,消化系统次之,详见表 4。

3 讨论

(下转 108 页)

浅述“治血”在肛门直肠病治疗中的运用

Application of treating anorectal disease by therapeutic blood

余 洋 宁 玲 段培忠

(云南省澄江县中医院, 云南 澄江, 652500)

中图分类号: 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0107-02 证型: ID

【摘要】 肛门直肠病的发病因素虽多, 诸如风、湿、热、燥等, 但从其发病机理看均会影响“血”的功能。因此, “血”的病理变化在肛门直肠病的发生发展过程中占有重要位置, 故从“血”论治肛门直肠病能提高治疗效果。笔者以中医药理论为指导, 结合临床所得, 将从“血”论治肛门直肠病的治则归纳为“清热凉血”、“养血润燥”“补益气血”“活血化瘀”等“治血四法”, 并浅述其在肛门直肠病治疗中的具体运用。

【关键词】 肛门直肠病; 治血四法; 中医药治疗

肛门直肠病的发病因素虽多, 诸如风、湿、热、燥等, 但从其发病机理看均会影响“血”的功能, 因此, “血”的病理变化在肛门直肠病的发生发展过程中占有重要位置, 故从“血”论治肛门直肠病能提高治疗效果。笔者以中医药理论为指导, 结合临床所得, 将从“血”论治肛门直肠病的治则归纳为“治血四法”, 简述于次。

1 清热凉血法

《医学传心录》指出: “痔疾者, 湿热之气所至也。如树生菌物, 必因热而生。”湿热下迫于肠道, 耗损津液, 大便秘结不通, 压迫脉络, 致气血不畅, 瘀滞不散, 结而为痔; 热迫血燥, 易致血不循经, 溢于脉外而便血。凡肛门直肠病初期或预防, 如内痔Ⅰ期, 痔核小、质软、皮色鲜红, 便时痔核不脱出及血栓性外痔初期, 痔核质软、色鲜红或稍紫等伴有湿热瘀阻、正盛邪实之证者, 即可选清热凉血之法。方如: 凉血地黄汤、犀角地黄汤等。药物可选: 水牛角、生地、丹皮、地榆、侧柏叶、大小蓟等。

患者甲, 2006年2月20日来诊。诉肛门便时微痛, 时有便血半年。半月前, 因过食辛辣湿热之品, 而致病情加重, 未经治疗至今。刻诊见: 肛门便时疼痛, 便血, 伴纳呆、肛门灼热。查: 肛门外观无异, 指诊: 齿线上7、11两点位各触及一结节。肛镜下: 齿线上7、11两点位各见一 $0.2 \times 0.1 \text{cm}$ 痔核, 色鲜红。舌质淡红苔黄, 尤以根部盛, 脉濡数。此系湿热下迫、肠风血燥之证, 治以清热凉血, 方选凉血地黄汤化裁。药物: 生地30g, 白芍20g, 丹皮15g, 地榆15g, 皂角15g, 旱莲草10g, 黄芩12g, 栀子15g, 黄柏12g, 甘草6g, 归尾25g, 自加水牛角粉30g。两日一剂, 水煎服, 忌辛辣燥热。服两剂后, 肛门疼痛消。方药

未动, 续服八剂病愈, 诸恙问安。

2 养血润燥法

血虚则血运不畅, 脉络失养, 瘀阻肛门而成痔; 阴血虚少, 肠失濡润, 大便干燥, 便时压迫脉络和痔核, 则发便血等。凡各期内痔、肛裂及肛肠术后并发便血, 伴大便干结或大便带血、血色鲜红, 或有便意而无力排便, 面白少华、口干等属阴虚血少之证, 即可选养血润燥之法。再者久病体弱, 大便干燥者, 亦可以此法预防痔之发生。方如: 当归补血汤合五仁丸; 四物汤合润肠汤等。药物可选: 当归、生地、桃仁、首乌、火麻仁、柏子仁等。

患者乙, 2007年5月20日入院。患者便血及肛周肿物脱出十余年, 加重10日, 以①Ⅲ期内痔; ②混合痔收住。入院第二天行内扎外剥术治疗。术后3天便时努挣, 突发肛门流血不止, 除给予局部压迫止血及对症处理外, 辨为血虚肠燥, 脉络卒损, 法选养血润燥, 方选当归补血汤合润肠汤加减。药物: 黄芪40g, 全归30g, 生地20g, 火麻仁20g, 桃仁5g, 甘草10g, 炙首乌20g, 炒地榆15g, 阿胶(烊服)25g, 茜草15g, 花粉20g。一日一剂, 水煎温服, 忌辛燥。服药两天后, 便血止, 大便转软易排, 舌质淡红, 脉细, 续给上方。术后7天查见: 病情续减, 伤口愈合良好, 上方去炒地榆15g、茜草15g、加白芷5g, 再服三剂。住院半月, 病愈出院, 随防两月未见复发。

3 补益气血法

“气为血之帅, 血为气之母。”气与血同行脉中。气不仅推动血的正常运行, 同时又能控制血行脉中, 且促进血的新陈代谢。若气虚不足, 血则不能正常运行, 瘀阻会阴, 结而不散及痔生。或痔疾日久, 气虚不摄, 血溢脉外而便血。便血日久, 又会导致气血双

亏。凡肛肠病中、后期，以及术后恢复期。如肛痈溃后不敛，肛裂术后久不收口，局部脓水清稀或肿形软漫，溃后肉色灰暗，新肉难生，伴大便溏泄，神疲乏力等属气血亏虚之证，即可选补益气血之法。方如：八珍汤、补中益气汤等。药物可选：黄芪、党参、当归、生地、白芍、白术、淮山药、甘草等。

患者丙，2008 年 4 月 17 日初诊。病者患内痔三年余，常便血。近半月劳累，病情反复发作，势重。曾服清热凉血、止血药近 10 剂未效。现症：面色无华，气短心悸，大便时肛门有下坠感，舌淡、脉细弱无力。此系中气虚弱、脾不统血之证，治以补益气血之法，方选补中益气汤加减。药物：黄芪 18g，党参 20g，白术 15g，陈皮 15g，升麻 10g，柴胡 10g，当归 20g，侧柏叶炭 20g，甘草 10g，炒槐花 20g，地榆炭 15g。服药五剂后血止。上方续服十余剂，诸恙问安，随访半年余未再发作。

4 活血化瘀法

血液瘀滞会阴，凝结不散是痔病，尤其是痔核形成的主要原因。正如《外科正宗》所说：“夫痔者，因久坐而血脉不行，又因七情所伤，以及担轮负重，竭力运行，气血纵横，经络交错；再或酒色过度，肠胃受伤，以致浊气瘀血，流注肛门，俱能生痔。”这一观点同现代医学提出的“静脉曲张”学说极为相似。凡内痔各期，血栓性外痔、肛瘘等证见局部肿块硬结，刺通不适，色红或不红或青紫，舌紫红苔少有瘀点，脉细涩等属血瘀之证者，即可选活血化瘀之法。方如：桃红四物汤、血府逐瘀汤等。药物：桃仁、红花、丹参、赤芍、川芎、乳香、没药等。

患者丁，2007 年 12 月 7 日初诊。患者肛门刺痛 5 天。刻诊见：肛门口 4、7 两点位各见一约 0.3×0.3cm

痔核，触之质硬，色青紫。指诊及肛肠镜检查未见异常，舌暗苔薄有瘀点，脉弦细。此系脉络瘀滞、结而作痛之痔（血栓性外痔），治当活血化瘀，方选桃红四物汤化裁。药物：桃仁 15g，红花 10g，当归 20g，生地 15g，赤芍 10g，秦艽 10g，乳香 10g，没药 10g，甘草 10g，皂角 15g。嘱患者一日一剂，水煎温服，忌辛辣醇原之品。方药未更，连服十余剂后，肛门刺痛消失，肛周痔核明显缩小，直径仅 0.1×0.15cm，嘱其续服上方。

5 结语

历代医家对肛门直肠病的“治血”方法早有论述，且特别强调其在肛门直肠病治疗中的地位，如清·王清任提出了治痔以“补气活血祛瘀”为主。血的变化是肛门直肠病的重要病机，同时也是某些痔病的最终表现，因此，在肛门直肠病的治疗中合理选用“治血”方法具有重要的意义。

“治血四法”在肛门直肠病治疗中的运用，宜根据其病的发生发展情况，辨其逆顺善恶，结合全身情况，四诊合参，合理选用。如在肛门直肠病初期，正盛邪实，血瘀初成或未成，多采用清热凉血法，适当佐以活血化瘀之品；肛门直肠病的中、后期、病程日久，瘀滞已成，但正气未衰，则多采用活血化瘀之法。而在肛门直肠病各期，如因正虚而致，或因病久而损正，此时要根据病情，血虚者宜选养血润燥；气血双亏者，宜给补益气血，同时两者均应适当佐以活血祛瘀之品。

当然，肛门直肠病多为顽疾，病程较长。在辨证准确，立法合理的前提下，必须坚持守方，不能频频换药，才能获得满意的效果。

编号：EA-10012991（修回：2010-03-01）

（上接 106 页）

3.1 给药种类

ADR 涉及的抗感染报告例数位于前列，同近年来我国各地的药品不良反应报告分析结果一致。这与抗感染药物种类多，使用范围广，用药频率高有关。

3.2 给药途径

在 70 例 ADR 中，静脉注射引起的有 62 例。静脉给药相对其他给药途径，发生 ADR 的频率最高。这可能与下列因素有关：静脉给药时，药物浓度高，对机体的刺激较强；产生 ADR 的直接诱因较多，如内毒素、微粒、pH 值、输液浓度和速度等。因此，在临床上应根据患者病情的轻重缓急选择合适的给药途径，能口服给药的应尽量避免使用注射剂；在使用注射剂时应注意正确的操作，避免因配伍不当、浓度高、

药液放置时间过长、滴注速度过快引起的 ADR。

3.3 ADR 的主要临床表现

ADR 的主要临床表现以皮肤附件损害最多，与国内报道相符。主要症状为全身各部位的皮疹、瘙痒、斑丘疹等，属药物变态反应，临床比较多见，易于发现和观察，故这类不良反应表现最多。

4 结语

随着 ADR 监测制度在我国的实施和不断的深入，ADR 给人类健康和生命安全带来的危害已日益受到人们的重视。因此，我们应积极开展临床药学工作，加强 ADR 监测工作，及时向临床提供相关的 ADR 信息，尽可能避免或减少 ADR 的发生，保障患者安全用药。

编号：Z10030598（修回：2010-03-06）

脏腑阴阳辨证思维对易水学派形成与发展的影响

Influence of formation and development

Zangfu and Yinyang differentiation thinking Yishui school

朱 琳

(河南省开封市中医院, 河南 开封, 475000)

中图分类号: R19 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0109-02

【摘 要】 脏腑阴阳辨证渊源于《黄帝内经》，是一种集唯物论和辩证法思想于一体的医学思辨模式。在《黄帝内经》理论框架的指导下，易水学派以五脏阴阳辨证观为基础，结合自己的临床实践，以脏腑的寒热虚实论点分析疾病的发生与演变，探讨脏腑的虚实病机，并将药物功效与脏腑辨证结合起来，在遣方制药方面，发明了性味归经及引经报使等药理学理论，至今仍被广泛应用于临床。

【关键词】 易水学派；脏腑病机理论；遣方制药

脏腑阴阳辨证渊源于《黄帝内经》，是一种集唯物论和辩证法思想于一体的医学思辨模式。在《黄帝内经》中，借助于中国古代哲学的阴阳学说和五行学说，巧妙地构架出了人体的肝、心、脾、肺、肾等五脏模型。该书在奠定中医学理论体系科学性的同时，也为后世各家学说的产生和发展提供了可能。后世医家分别从不同的侧面反映了《黄帝内经》的理论思想，进而形成了丰富多彩的中医各家学说。回顾中医学发展历史，研究主要医学流派及其代表医家的学术思想、临床经验，可以发现，《黄帝内经》的五脏阴阳辨证思维对后世各家学说的形成产生了深远的影响，尤其对易水学派学术思想的形成与发展的影响更为突出。易水学派可谓是各学派中对《黄帝内经》的五脏阴阳辨证思维继承与发展的典范。

1 对易水学派脏腑病机理论形成的影响

易水学派首推金元医家张元素，他恪守《黄帝内经》要旨，潜心精研华佗、孙思邈、钱乙等前人的经验，由博返约，深入浅出，并根据自己数十年的临床经验，在脏腑病机的研究方面颇有心得，总结出一套从寒热虚实角度以言病机的学说。将脏腑的生理、病理、辨证和治疗理出系统，此后，脏腑辨证说渐被众多医家所重视，脏腑病机理论亦被不少医家所研究。溯源张氏脏腑辨证说的学术渊源，实源于《黄帝内经》。《灵枢·邪气脏腑病形》曾记载五脏之病变与六腑之病变的部分内容。在《灵枢》的《经脉》与《经筋》篇里，又介绍了脏腑所属十二经脉的是动病、所生病。

在《灵枢·本藏》中还记载了五脏之大小、高下、坚脆、端正与偏倾以及六腑之大小、长短、厚薄、缓急、直结等不同变化。《黄帝内经》中以五脏六腑为纲论述诸病表现的内容，实为后世脏腑辨证说的先驱。易水学派先师张元素在继承《黄帝内经》理论的基础上，创立了“脏腑标本寒热虚实用药式”，重视脏腑辨证。为强调其重要性，他在其著作《医学启源》中引《中藏经》之文“夫人有五脏六腑，虚实寒热，生死逆顺，皆见形证脉气，若非诊察，无南识也。虚则补之，实则泻之，寒则温之，热则凉之，不虚不实，以经调之，此乃良医之大法也”以示学者。在张元素所著《医学启源》中，除对心包络的论述较为简洁外，对每一脏腑，均按生理、病理、诊断、辨证、预后、治疗等进行介绍。张氏所提出的从脏腑寒热虚实以言病机的学说体系，使中医学脏腑辨证说从此而渐被众多医家所重视。究其“寒热虚实”的本质，寒为阴，热为阳，虚为阴，实为阳，亦不离五脏阴阳辨证范畴。其弟子李杲，广其学说，独重脾胃，临床擅用补中、升阳、益气、益胃诸法，而自成为“补土”一派。他对于脾胃生理病理的探讨，不仅为完善中医脾胃学说做出了贡献，而且其用甘温除热法治疗气虚发热的理论和实践，又为中医治疗脾胃内伤病证开拓出新的途径。李杲传人罗益天居李杲门下十几年，可谓是全面继承了李杲之学，如其论脾胃所伤，尚有饮与食之伤；论劳倦所伤，虚中有寒与热之辨，比李杲所说，更加有条理。而张元素的另一弟子王好古，既受张元素探讨脏

腑病机之影响,而重视脏腑虚损,亦受到李果脾胃内伤论的影响,尤其重视三阴阳虚的研究。他汲取前人论阴证之精华,加以发挥,对阴证的发病、病机、辨证与治疗均作了详尽论析(见《阴证略例》)。从肝、脾、肾三脏阳气虚衰论治伤寒“内感阴证”,可谓从另一角度发挥了张元素的脏腑辨证说。

2 对易水学派遣方制药方面的影响

张元素在《黄帝内经》理论的启发下,将药物功效与脏腑辨证结合起来探讨。他所提出的药物归经理论,至今被广泛应用于临床。如他指出同一泻火药,有黄连泻心火,黄芩泻肺火,白芍泻肝火,知母泻肾火,木通泻小肠火,石膏泻胃火之别等。又云:“以上诸药,各泻各经之火,不惟只能如此,更有治病,合为君臣,务详其直而用之,不可执言而言也。”这些精辟论述,给后世处方用药,扩大了治疗效用和针对性。归经理论的发明,是对中药学理论的巨大发展,为中医学辨证论治、遣药处方提供了科学依据。在此基础上,张氏还提出了引经报使说,《医学启源》云“头痛须用川芎,不效加引经药;少阴用细辛,厥阴用吴茱萸。”他认为归经是遣用每味药的专司,引经是响导全方主治的效用,药性有专司,制方有专主,则临床疗效,必将得到更大提高。这些理论现已被广泛应用于方剂学,对临床有着积极意义。其弟子李杲在潜心研究《黄帝内经》和继承先师思想理论的基础上,创立“内伤脾胃,百病由生”的论点,认为脾胃为元气之所出,相火为元气之贼,并强调胃气升发的一面,因而在治疗上便着重于对脾胃生阳益气药物的运用和处方,虽然有时也用苦降的方法,但只是权宜之计。

他所创的补中益气汤就是这一思想的代表方剂。并且在各科治疗中都贯穿着这一主导思想。而其另一弟子王好古也接受并继承了先师的这一药学理论,认为取药性之所长,使之各归其经,则药力专宏,疗效彰著。王好古的药学专著《汤液本草》,系统总结了上迄《神农本草经》、《黄帝内经》,下至金元千余年来的药学精华,药论翔实,秉易水余绪,倡六淫病用药大纲及药物归经理论,析五运六气学说,指导药物采收。另外,王好古在《医垒元戎》厥阴篇中论“三阳头痛”例,即是将药物归经理论成功应用于临床用药加减例中,充分体现其重视药物归经的用药学思想,继承并发扬了易水学派的药学理论。

综上所述,可以看出,易水学派的学术成就与观点,无一不来源于祖国医学的理论渊薮《黄帝内经》,无一不受到五脏阴阳辨证思想的指导。在《黄帝内经》理论框架的指导下,易水学派以五脏阴阳辨证观为基础,结合自己的临床实践,以脏腑的寒热虚实论点分析疾病的发生与演变,探讨脏腑的虚实病机。易水学派又将药物功效与脏腑辨证结合起来探讨,在遣方制药方面,发明了性味归经及引经报使等药学理论,至今仍被广泛应用于临床。易水学派的这些继承和发展,为后世医学开辟了新的途径,确实起到了承前启后的作用,不愧是后世医家学习的典范。在今后的中医学研究过程中,应当继续发扬这一传统,解放思想,活跃学术空气,百花齐放,百家争鸣,使中医学在大家的共同努力下,达到新的高峰。

编号:EA-9111020(修回:2010-03-09)

(上接 105 页)

- [6]叶金星,章飞芳,张青,陈吉平,梁鑫淼.β-受体阻滞剂类药物的 RP-HPLC 手性拆分[J].分析测试学报,2004,23(6):80-82
- [7]左文坚.高效液相色谱法手性色谱柱分离β-阻滞剂对映体[J].天津药学,2001,13(6):71-72
- [8]李新,刘伟华,曾苏.阿替洛尔的手性衍生化 RP-HPLC 法拆分及在鼠肝微粒体中的测定[J].药物分析杂志,2000,20(4):219-223
- [9]汪晓梅,余细勇,林曙光.柱前衍生化高效液相色谱法拆分人体血浆和尿液中阿替洛尔对映体的研究[J].药物分析杂志,1998,18(6):363-366
- [10]李凌云,钱宝英,高如瑜,王琴孙.万古霉素手性固定相分离几种药物对映体[J].分析测试学报,2003,22(6):83-85
- [11]徐贝佳,张大同,沈报春,徐秀珠.7 种氨基醇类药物在替考拉宁柱上的对

- 映体分离[J].分析化学研究简报,2007,35(1):55-60
- [12]徐秀珠,邹莉,胡明华,邵保海.离子对色谱法分离氨基醇类对映体[J].分析化学研究简报,2001,29(11):1295-1298
- [13]王园朝,罗经文.阿替洛尔毛细管电泳手性拆分方法研究[C].上海:第七届全国毛细管电泳及相关微纳分离分析学术报告会文集,2006
- [14]陈仲益,夏宗玲,胡纯琦,曾苏,姚彤炜.手性毛细管电色谱拆分索洛尔,阿替洛尔,克仑特罗和特布他林[J].分析化学研究报告,2007,35(2):181-186
- [15]董海英.薄层色谱法拆分几种β-受体阻滞剂药物[D].四川:四川大学,2006

编号:EA-100228141(修回:2001-03-12)

恶性腹腔积液置管引流注药化疗的护理

Nursing of chemotherapy about malignant ascites catheter drainage and injecting drugs

从爱华 顾巧萍 周晓江

(江苏省泰州市人民医院, 江苏 泰州, 225300)

中图分类号: R47 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 00-0111-02

【摘要】 目的: 总结 43 例恶性腹腔积液置管引流注药化疗的临床护理观察。方法: 采用 Seldinger 技术腹腔置管引流后, 注入化疗药物, 加强导管护理, 注意临床观察。结果: 本组置管 43 例次, 其中导管阻塞 9 例次 (20.9%), 导管滑脱 3 例次 (6.9%), 轻度穿刺点炎症 4 例次 (9.3%), 未见导管断裂, 近期腹腔积液完全清除 15 例 (34.8%), 部分清除 28 例 (65.1%)。结论: 加强对腹腔置管的护理是本组治疗的关键, 此方法不良反应并发症少, 患者痛苦少, 治疗疗效佳, 腹腔置管引流注入化疗药物是治疗恶性腹腔积液的最有效方法。

【关键词】 恶性腹腔积液; 置管引流; 化疗; 护理观察

恶性腹腔积液是恶性肿瘤晚期常见并发症之一, 多由胃癌、肝癌、胰腺癌、卵巢癌等恶性肿瘤等引起, 恶性腹腔积液常因积液量大、生长迅速, 影响患者生存质量, 甚至危及生命。我科从 2007 年 8 月~2009 年 10 月采用 Seldinger 技术腹腔置管引流, 腹腔内注药局部化疗, 控制和消除腹水, 延长生存期, 提高了生活质量, 现总结治疗的护理经验如下:

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 临床资料

43 例中, 男 24 例, 女 19 例, 年龄 35~71 岁, 平均 53.4 岁。胃癌 18 例, 胰腺癌 6 例, 肝癌 7 例, 结肠癌 8 例, 卵巢癌 4 例, 都经病理确诊, 经 B 超或 CT 检查诊断为腹腔大量积液。置管 43 例次, 置管引流时间 4~35 天。

1.1.2 物品的准备

使用美国 Arrow 单腔静脉导管 (穿刺针、活塞上微孔的注射器、导丝、扩皮针、中心静脉导管), 无菌中心静脉穿刺包 (内有 5ml 空针 1 副, 洞巾, 纱布, 7 号针头), 3M 透明敷贴, 一次性无菌引流袋, 无菌手套, 2% 碘酒, 75% 酒精, 棉签, 2% 利多卡因 5ml, 另备有常用的急救物品及药品等。

1.2 方法

1.2.1 我们采用 Seldinger 技术腹腔置管^[1], 使用中心

静脉导管, 病人取仰卧位, 取脐与左髂前上棘连线的中 1/3 与外 1/3 交界处, 常规消毒皮肤, 戴无菌手套, 铺洞巾, 以 2% 利多卡因做浸润麻醉。左手固定穿刺点皮肤, 右手持穿刺针, 与腹壁成直角缓慢进针, 当穿刺针进入腹腔注射器内有积液流出时再进针 0.3~0.5cm, 以保证穿刺针端口进入腹腔内。从注射器后部导丝孔插入引导钢丝, 引导钢丝超出穿刺针 2~3cm 后退出注射器, 用扩张管扩张皮肤及皮下组织, 沿导引钢丝插入中心静脉导管, 退出导引钢丝, 导管留置于腹腔内, 接上引流袋, 开始腹水引流。缝 2 针将导管固定在腹壁上, 最后贴 3M 透明敷贴。

1.2.2 化疗方法

一般采用顺铂、5-Fu 单用或联合应用, 腔内化疗前, 应尽可能将积液流尽, 将配置好的化疗药经导管注入腹腔内, 用肝素液封管夹闭 48~72 小时后再放开引流。

2 护理治疗

2.1 心理护理

初次置管的患者对置管操作和化疗较为恐惧, 操作前应向患者介绍此方法属微创疗法, 痛苦小、安全性高、引流彻底、避免反复穿刺。同时介绍化疗后的不良反应及处理, 消除患者及家属的恐惧和紧张情绪, 树立战胜疾病的信心。

2.2 导管护理

①深静脉导管滑脱:将导管侧翼缝于皮肤,导管应再盘曲后给予透明胶贴固定,另外,注意嘱病人注意导管固定点防止牵拉脱出;②防止感染发生:保持低位引流,防止逆行感染,引流袋位置必须低于腹腔,当导管滑脱外移时不可重新插入外移的导管,置管期间禁淋浴,擦浴时应避开置管部位,以免浸湿敷贴造成感染,穿刺部位换药 1 次/d,观察局部有无炎症反应^[2];③防止引流管阻塞:引流管每天用生理盐水 20ml 冲管 1 次/d,防止纤维蛋白的堵塞引流管,注意观察保持引流管畅,固定,无扭曲,如引流管堵塞、引流中断时,可用空针筒抽吸,用生理盐水冲管或者直接用导丝疏通,经上述处理后仍不通的可按医嘱腹腔内注入生理盐水 10ml 加尿激酶 10 万 U,夹管 4~6h 后再引流。

2.3 引流护理

采用间歇性引流,每次引流腹水量要根据患者的病情与耐受情况而定。首次引流量不超过 800ml,以后每次引流量小于 1000ml,每日引流总量控制在 2000~3000ml,引流速度应控制在 500ml/h 以内,防止有效循环血量降低引起患者虚脱^[3]。

2.4 化疗的护理

为达到最佳治疗效果,在腹腔内给药前尽可能引流尽腹腔积液。注入前 30min,按医嘱静脉推注托烷司琼 5mg,以减少胃肠道反应。注入药物后指导患者多翻身,变换体位,更换体位时注意观察患者的反应。同时严密观察化疗毒副作用,观察患者的心率、尿量、性质,嘱患者多饮水,保证每日摄入量 4000ml 以上,尿量在 3000ml 以上。

2.5 饮食护理

化疗后患者均有不同程度的食欲减退,嘱其食用温和、无刺激性的高热量、高蛋白、高维生素、低脂肪食物,必要时增加调味品,如增加甜度、鲜度以刺激食欲。症状持续化疗后 3~5 天即可逐渐缓解。

2.6 对症处理

置管引流期间,少数病人可感到置管处不适、微痛、紧张不安等,除给予心理护理外,可根据医嘱对症处治。

3 结果

48 例均一次置管成功,其中导管阻塞 9 例次(20.9%),导管滑脱 3 例次(6.9%),轻度穿刺点炎症 4 例次(9.3%),未见导管断裂,近期腹腔积液完全清除 15 例(34.8%),部分清除 28 例(65.1%)。

4 讨论

恶性腹腔积液是肿瘤病人晚期常见并发症之一,腹腔内化疗使药物局部浓度高于静脉内给药,可大幅度提高化疗药物的作用,而毒副作用并不显著增加,药物可渗入病灶 1~3mm,不仅对较大的瘤体有作用,对游离的癌细胞和微小病灶也有更好的杀灭作用^[4]。

传统方法采用单纯穿刺抽液,对积液量多的患者需反复穿刺抽吸,增加了患者痛苦又容易造成感染,费时费力,积液治疗不理想。我科采用 Seldinger 技术腹腔置管,其安全、病人痛苦小、疗效显著,取代以往单纯腹腔穿刺直接注药的方法,减少了不良反应的发生,降低并发症和积液治疗不理想的缺点。置管引流放液的速度易于控制,随时调整流速,在患者无反应的情况下,可迅速改善患者的临床症状。使用后患者活动不受限制,对改善患者自觉症状,提高生活质量,缩短住院时间起到良好的作用。它已成为治疗恶性腹腔积液的最有效方法之一。

腹腔置管引流注药治疗成功的关键是保持导管引流通畅,增加了护理的要求和难度,需要护士加强对引流管的护理,穿刺点、缝针处敷贴的无菌处理,指导患者自己对引流管的保护。总之,其恶性腹腔积液置管引流注药治疗的成功的关键是保持导管引流通畅。

参考文献:

- [1]刘坤申,夏岳.心血管疾病治疗新技术的临床应用及分析[J].中国实用内科杂志,2001,21(1):5
- [2]杨伟贤,陈秀芳.静脉置管术的临床应用与护理[J].护士进修杂志,1995,10(1):10
- [3]王茂云,宋海平,纪莫,等.PICC 导管在恶性腹水引流中的应用[J].实用护理杂志,2004,20(3):7
- [4]李春启,张秀荣主编.胃癌的化学治疗[M].北京,中国医药科技出版社,1995:144

编号:EA-10012255(修回:2010-03-11)

手术室护理安全及防范对策

Nursing safety and preventive measures of operating room

刘 洁

(大连市第四人民医院, 辽宁 大连, 116031)

中图分类号: R19 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0113-02

【关键词】 手术室; 护理安全; 防范; 对策

手术室的护理安全直接关系到患者的生命安危, 也是手术室护理质量高低的直接体现。随着医疗卫生事业的不断发展, 人们对健康的关注、需求不断增加, 现代化医院对手术室的护理安全、医护人员的职业要求也不断提升。手术室是抢救及手术治疗的重要科室, 是保证患者生命安全, 以取得手术成功的重要工作场所。所谓护理安全是指在实施护理的全过程中, 患者不发生法律和法定的规章制度允许范围以外的心理、机体结构或功能上的损害、障碍、缺陷或死亡^[1]。针对手术室护理安全中可能出现的安全隐患的问题, 我科在工作中进行了综合分析并予以总结, 建立健全和完善手术室各项制度, 加强制定目标管理, 有效地杜绝差错事故的发生, 提高了护理质量, 保证了患者的安全。现将我科的做法报告如下:

1 手术室常见的护理缺陷

1.1 手术前出现的护理安全问题

①语言使用不当: 手术室在术前访视和接患者, 面对患者及家属的提问时, 回答简单、生硬引起患者反感; 另外医护人员在手术过程中谈论与手术无关的话题, 可能影响患者的病情变化、预后和转归, 严重者还可引起医疗纠纷。②接错患者: 由于护士责任心不强, 不能够认真执行“四查”“八对”。③接患者时造成的损伤: 在搬运过程中患者坠床, 引起骨折部位的移位、穿破、损伤血管神经等。④术前用物准备不充分: 对择期手术的用物术前 1 天不能够及时准备充足而影响。⑤仪器使用不当: 手术室的电器设备手术前未试机, 没有定期维修临时出现故障, 患者身上带有金属物品, 皮肤与手术台或器械台、金属直接接触, 均可造成电烧伤。

1.2 手术中出现的护理安全问题

①手术部位的错误: 护士违反查对制度, 在铺无菌单时未认真确认手术部位, 造成开错刀。②手术体位摆放不当: 手术体位摆放不当可导致压疮的发生,

上肢过度外展或约束带过紧或两上肢过度外展, 造成血管神经损伤, 肢体麻痹。俯卧位摆放不当造成关节置换的角度错误。③物品清点有误: 由于手术器械清点制度不严, 患者体腔或深部切口遗留纱布、器械、缝针等可引起严重后果。手术时由于操作不当导致针断裂或弹出, 寻找困难以致残留患者内。④用药有误: 输液、输血查对不仔细, 药物摆放有误, 静脉麻醉药和大输液标志不清, 导致误用药物。执行口头医嘱有误, 术中药品残存及安瓶保持不当或丢失。

1.3 术后出现的护理问题

①患者护送不当: 护送患者途中发生管道和引流管脱落, 移动患者时骨折部位的再发骨折, 关节的脱位, 患者坠床, 术后患者 X 片、CT 片、手术衣裤、鞋等用物遗漏手术间。②手术标本的丢失: 术后标本保存不当或交班不清造成丢失。③手术护理记录不完善: 抢救患者时执行的口头医嘱, 手术抢救过程缺乏完整的资料, 术后护士记录不完整。护士对术中的护理操作如电刀极板的位置、止血带的压力等记录不全。

2 安全护理防范对策

2.1 加强护士的法制观念

组织护理人员学习我国有关法律知识, 知道病人在就医时享有的基本权利, 懂得在护理中如何运用法律手段维护护患双方合法权益, 避免侵犯病人的权利, 满足患者合理要求^[2]。为了保护病人免受伤害, 护理人员免于打官司, 医疗方面的政策必须明确, 医护人员也应具备相应的法律知识^[3]。同时, 也应使护理人员认识到由于自己违反规章制度的行为可能受到法律的制裁。要端正护士行为规范, 依法履行护理职责。

2.2 认真执行各项护理常规制度

认真执行各项护理常规制度, 是防止差错事故, 提高工作质量的保证。

2.3 严格执行手术室查对制度

(下转 115 页)

六味地黄丸(汤)加减在皮肤病治疗中的临床应用

Clinical application of treating skin diseases with Liuwei Dihuang pills

马琳

(聊城市人民医院, 山东 聊城, 252000)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0114-02

【关键词】 六味地黄丸; 皮肤瘙痒; 汗疱疹; 黄褐斑; 带状疱疹后遗神经痛; 复发性口疮; 斑秃; 痤疮

六味地黄丸方中用熟地补肾阴为主; 辅以山芋肉养肝肾, 山药补益脾胃; 又配茯苓淡渗脾湿以助山药之益脾; 泽泻清泄肾火, 并防熟地之滋腻; 丹皮清泻肝肾虚火, 并制山芋之温。该方组方严谨, 三补三泻, 补泻结合, 并兼清虚热。方中各药合用, 补中有泄, 泄中有补, 成为甘淡和平补而不滞的平补之剂, 用之滋补而不留邪, 降泻而不伤正, 是通补开合的代表方。本文就有关六味地黄丸(汤)加减在皮肤病治疗中的临床运用作以下综述。

1 老年顽固性皮肤瘙痒

张敬莘等^[1]治疗老年顽固性皮肤瘙痒 56 例, 六味加荆芥 12g、防风 6g、蝉蜕 6g、白蒺藜 10g 为基本方随症加减, 结果治愈 32 例, 好转 21 例, 无效 3 例, 总有效率 95%。中医认为年过六十, 肝肾之阴精渐亏, 阴虚则血燥, 血燥则易生风, 风盛则痒, 该方共奏滋补肝肾、养血润燥、疏风止痒之功。

2 汗疱疹

焦来文^[2]治疗汗疱疹 38 例, 口服自拟六味地黄汤加味汤剂(熟地、蒺藜各 20g, 山药、山茱萸各 15g, 茯苓、泽泻、牡丹皮各 9g, 防风浮小麦、麻黄根各 10g) 1 剂/d, 水煎 2 次早晚分服。治愈 20 例, 有效 17 例, 无效 1 例。徐厚宜^[3]等认为该病由于思虑过度, 劳伤心脾, 脾气虚弱, 失其传输, 湿热内蕴, 复感暑热, 内外合邪, 不得透达疏泄, 熏蒸肤腠, 循经流窜掌跖而发病。该方的特点是补中有泻, 加防风、蒺藜祛风止痒, 浮小麦、麻黄根收敛止汗。

3 黄褐斑

采用六味地黄丸(浓缩丸)治疗黄褐斑 112 例, 口服六味地黄丸 8 丸/次, tid, 结果治愈 13 例, 显效 68 例, 好转 22 例, 无效 9 例, 总有效 103 例($P<0.05$)

^[4]。黄褐斑是临床常见的皮肤色素沉着性疾病, 中医称为黧黑斑, 认为是肾虚所致, 宜滋阴补肾。真阴亏损、虚火上炎是黄褐斑的常见证型, 六味地黄丸具有滋阴补肾之功, 故对黄褐斑有效。

4 带状疱疹后遗神经痛

采用六味地黄丸(浓缩丸)治疗 64 例, 口服六味地黄丸 8 丸/次, tid, 服药 1 周为 1 疗程, 最长 3 个疗程。结果治疗组 64 例, 治愈 30 例(神经痛症状消失), 有效 12 例(神经痛明显减轻, 夜间能入眠, 不影响日常生活), 无效 22 例, 总有效率为 65.53% ($P<0.01$)^[5]。带状疱疹是由水痘一带状疱疹病毒引起的同时累及神经和皮肤的疾病, 年老体弱者在皮损完全消退后, 仍遗留有神经痛, 此种后遗神经痛可持续数月之久。老年患者, 气血不足, 温热毒邪乘虚而入, 劫气伤阴, 阴伤不能滋养肝木, 肝木疏发太过而致气痛, 故痛无定时, 时痛时止。用六味地黄丸滋水涵木, 使肝阴肝阳趋于平衡, 肝气条达舒畅, 则疼痛自止。

5 复发性口疮

80 例复发性口疮患者, 口服六味地黄丸(浓缩丸) 6 丸/次, tid; 3 个月为 1 个疗程。连续观察 6 个月。全身疗效评定有效率 92.5%, 局部疗效评定有效率 90% ($P<0.01$)^[6]。复发性口疮是口腔粘膜常见病, 中医认为其基本病机多在于肝肾阴虚, 虚火内炽^[7]。六味地黄丸可以使溃疡复发周期延长, 溃疡个数减少, 疼痛程度减轻, 溃疡愈合时间缩短, 明显改善复发性口疮患者的临床症状。

6 斑秃

治疗斑秃 22 例, 一般患者口服六味地黄丸, 5g/次, bid; 严重者 10 g/次, tid。1 月为 1 个疗程。结果显效 18 例(脱发停止, 重新长发, 恢复原貌, 临床症

状消失), 好转 4 例(脱发停止, 间隙性长发或大部长发, 临床症状消失), 总有效率为 100%。治疗时间最长者为 4 个疗程, 最短者为 1 个疗程^[8]。斑秃往往与精神紧张、外界刺激以及创伤等因素有关, 中医认为此系肾阴不足, 不能上济心阴, 血虚不能荣养肌肤, 风邪入侵, 风盛血燥, 发失所养而脱落。故采用滋补肝肾、养血宁心、祛风生发的六味地黄丸治疗, 可有良效。

7 痤疮

洪文^[9]用六味地黄汤加减治疗痤疮, 方用茯苓、泽泻、淮山、生地各 12g、丹皮 20g、山萸肉、白花蛇舌草、知母各 15g、浙贝、桑白皮、赤芍各 10g。并随症加减。每日 1 剂, 分 2 次服, 并用珍珠散 2g、青蛤散 5g、消炎湿膏 7.5g 和适量蜂蜜共同调成糊状, 如面膜外敷, 每天敷 1 次, 每次 2h。以 30 天为 1 疗程, 结果治愈 45 例, 好转 11 例, 未愈 4 例, 总有效率为 93.3% ($P < 0.01$)。痤疮相当于中医的粉刺, 《医宗金鉴·外科心法要诀·肺风粉刺》中云: “此证由肺经血热而成, 每发于面鼻, 起碎疙瘩, 形如黍米, 色赤肿痛。”六味地黄丸方药有滋阴补肾的协同作用, 可加速热瘀去, 新血生, 美容驻颜。

(上接 113 页)

对待每个患者都要做到“六查”、“十二对”、“四到位”。“六查”: 接患者查、患者进入术间查、麻醉前查、消毒皮肤前查、手术前查、关闭腹腔前后查。“十二对”: 查对科别、床号、姓名、性别、年龄、手术间、病房带入的物品药品、手术名称、手术部位、药物过敏史、器械敷料灭菌是否合格、用物是否齐全完好。“四到位”: 即急救药品到位、吸引器到位、氧气到位、电刀到位。

2.4 认真执行器械清点制度

防止器械和纱布遗留与创口或体腔内, 应双人进行四次清点, 器械护士在工作时应具有很强的责任心, 注意力集中。

2.5 预防手术体位损伤

摆手术体位时, 应使患者舒适。手术中上肢不可过度外展, 腋下、骨隆突出处要放置软垫, 束缚带不可过紧。做到既要显露良好的手术野, 又要使肢体及神经过度牵拉及影响患者呼吸循环功能。

2.6 防止术中标本保存不当或遗失

手术中取下的标本, 手术完毕交给手术医生送病

参考文献:

- [1]张敬苹, 乔平. 六味地黄汤加味治疗老年顽固性皮肤瘙痒 56 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2003, 22(12): 24-57
- [2]焦来文. 六味地黄汤加味治疗汗疱疹疗效观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2007, 21(4): 206
- [3]徐宜厚, 王保方, 张赛英. 皮肤病中医诊疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 219-221
- [4]袁惠英. 六味地黄丸治疗黄褐斑 112 例疗效观察[J]. 湖南中医药导报, 2001, 7(1): 26-27
- [5]陈迎五. 六味地黄丸治疗带状疱疹后遗神经痛[J]. 光明中医, 2001, 16(2): 43-44
- [6]孙林琳. 六味地黄丸治疗复发性口疮的临床疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2003, 3(9): 1344-1345
- [7]宁文洁. 六味地黄丸治疗复发性口疮 38 例[J]. 新中医, 2002, 34(3): 58-59
- [8]张理保. 六味地黄丸治疗斑秃 22 例[J]. 湖南中医杂志, 2001, 17(4): 44-44
- [9]洪文. 六味地黄汤加减治疗痤疮 60 例临床观察[J]. 中医药学报, 2008, 36(2): 59-60

作者简介:

马琳(1966-), 女, 硕士, 主管药师。研究方向: 医院药学。

编号: Z100501 (修回: 2001-03-07)

理检查, 并建立标本登记本。

3 讨论

要保证护理质量就必须有护理安全管理制度的保障^[4], 其次要注意护理专业技术素质的提高和新护士的岗位培训及带教工作, 建立手术室管理手册网, 在工作中有章可循, 有据可依, 对新护士来说是工作行动指南, 一根离不掉的拐杖。每个人都必须在每一个工作环节上遵循操作规程。对管理者来说, 便于管理上按章办事, 举一反三, 就可能将差错事故消灭在萌芽状态。

参考文献:

- [1]潘绍山, 孙方敏, 黄始振. 现代护理管理[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2001: 349
- [2]施理. 病人自主权-未来护患关系的根本立足点[J]. 医学与哲学, 1999, 20(3): 1-3
- [3]李素梅. 手术室护理工作中的法律性问题[J]. 实用护理杂志, 2001, 17(2): 47-48
- [4]高明丽. 科威特医院手术室见闻[J]. 实用护理杂志, 2000, 16(3): 59-60

编号: Z100321190 (修回: 2010-03-06)

复方酸枣口服液改善小鼠睡眠作用机制的研究

The study of Compound prescription jujube oral to improve the sleep mechanism in mice

王松青¹ 邹瑾² 尹进³

(1. 湖南常德职业技术学院附属二医院, 湖南 常德, 415000;

2. 湖南科技职业技术学院, 湖南 长沙, 410118; 3. 湖南疾病预防控制中心, 湖南 长沙, 410005)

中图分类号: R9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0116-03

【摘要】 目的: 探讨复方酸枣口服液对小鼠睡眠的影响。方法: 采用 1.44g/(kg·d)、4.33g/(kg·d)、12.98g/(kg·d) 剂量的复方酸枣口服液给小鼠经口灌胃 30d, 进行直接睡眠实验、巴比妥钠睡眠潜伏期实验、戊巴比妥钠阈下剂量催眠实验和延长戊巴比妥钠睡眠时间实验。结果: 与对照组比较, 中、高剂量组能显著延长戊巴比妥钠诱导的小鼠睡眠时间; 高剂量组小鼠睡眠潜伏期显著缩短, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。各剂量组无直接催眠作用, 对小鼠体重增长、戊巴比妥钠阈下剂量催眠均无显著影响, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 复方酸枣口服液能显著改善小鼠睡眠作用。

【关键词】 复方酸枣口服液; 睡眠; 酸枣仁; 远志; 小鼠

【abstract】 Objective To discuss the effect of compound prescription jujube oral (CPGO) to improve sleep in mouse. Methods Used 1.44mL/kg.bw, 4.33gmL/kg.bw, 12.98mL/kg.bw doses, give CPGO to mouse for 30 day, then do Sleep direct experiment, Sodium sleep latency test, Sodium pentobarbital hypnosis subliminal dose of the experimental and extend the sleep time induced by pentobarbital sodium experimental. Results Compares with the control group, CPGO could obviously extension of pentobarbital sodium-induced sleep time in mice. shorten sleep latency in mice. ($P < 0.05$). Other targets are insignificant Conclusion CPGO could obviously the sleep function in mice.

【Key words】 Compound prescription jujube oral; Sleep; jujube; semen zizyphi spinosae; Mice

复方酸枣口服液主要成分为酸枣仁。远志等临床主治失眠多梦等证, 其疗效显著。酸枣仁味甘, 性温。入脾、胃经。功能: 补中益气、养血安神。主治: 胃虚食少、失眠多梦、脾弱便溏、气血津液不足、营卫不和、心悸怔忡、妇人脏燥。今就其改善小鼠睡眠进行试验研究, 现将实验方法及结果报道如下:

1 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 药物

复方酸枣口服液, 主要由枣仁, 远志等组成。采用药材均由常德市中医院药剂科提供, 经鉴定均属真品。提取工艺为: 第 1 次 6 倍药物体积蒸馏水浸泡 40min, 回流提取, 煮沸 15min, 过滤。药渣加入 3 倍体积蒸馏水提取, 方法同前。合并过滤后的药液, 减压浓缩成 1.0g/mL (每毫升药液相当于 1.0g 生药), 4℃ 冰箱保存。临用前取浓缩液 7.2mL、21.7mL、64.9mL 加蒸馏水定容至 100mL, 摇匀, 得 7.2%、21.7%、64.9% 的药液供灌胃。

1.1.2 动物

长沙市开福区东创实验动物科技服务部提供的清洁级昆明种雄性小鼠 160 只, 体质量 18g~22g。160 只动物分 4 个实验组, 每组 40 只。实验动物生产许可证号为 SCXK (湘) 2006-0001, 饲料由同一单位提供。

1.1.3 仪器与试剂

AEU210 电子天平, 湘平科技发展有限公司生产。戊巴比妥钠、巴比妥钠。

1.2 方法^[1]

1.2.1 直接睡眠实验

将实验动物 40 只动物按体质量排序, 按随机数字表法随机分为 4 组: 空白对照组和复方酸枣口服液低、中、高剂量组, 每组 10 只小鼠。剂量按照 60kg 成人与 20g 小鼠体表面积换算, 则复方酸枣口服液低、中、高剂量分别为 1.44 g/(kg·d)、4.33 g/(kg·d)、12.98 g/(kg·d) (分别相当于临床推荐剂量的 1、3、9 倍), 取 7.2%、21.7%、64.9% 的药液, 按 0.2mL/10g.bw 体积给小鼠灌胃上述药液, 每天 1 次, 连续 30 天。空白

对照组灌胃予以等体积的蒸馏水。以翻正反射消失。小鼠背卧位超过 30 秒~60 秒不能翻正为指标,翻正反射恢复,被卧小鼠能立即翻正身位即为动物觉醒,翻正反射消失至恢复这段时间为动物睡眠时间,观察记录空白对照组与受试药物组入睡动物数及睡眠时间。

1.2.2 延长戊巴比妥钠睡眠时间实验

动物分组、给药方法同 1.2.1。于末次给药后 15min,给各组动物按 40mg/kg 剂量腹腔注射戊巴比妥钠,注射量为 0.1ml/kg,以小鼠翻正反射消失为睡眠指标,观察受试物对戊巴比妥钠睡眠时间的延长作用。

1.2.3 戊巴比妥钠阈下剂量催眠实验

动物分组、给药方法同 1.2.1。于末次给药后 15min,给各组动物按 30mg/kg 剂量腹腔注射戊巴比妥钠,注射量为 0.1ml/kg,以小鼠翻正反射消失达 1min 以上作为入睡判断标准,观察给戊巴比妥钠 30min 内各组动物发生睡眠的动物数。

1.2.4 巴比妥钠睡眠潜伏期实验

动物分组、给药方法同 1.2.1。于末次给药后

15min,给各组动物按 300mg/kg 剂量腹腔注射巴比妥钠,注射量为 0.1ml/10g,以翻正反射消失为指标,观察受试样品对巴比妥钠睡眠潜伏期的影响。

1.3 统计学分析

用 SPSS11.0 统计软件处理实验数据。计量资料两组间两两比较用单因素方差分析,方差齐时,两两比较用 q 检验;方差不齐时用秩和检验。计数资料,用 Fisher's Exact Test 进行剂量组和对照组之间的 χ^2 检验。

2 结果

2.1 直接睡眠实验

复方酸枣口服液低、中、高剂量给小鼠灌胃后,小鼠未出现睡眠现象。

2.2 延长戊巴比妥钠诱导的小鼠睡眠时间试验

见表 2-1。经方差齐性检验,各组小鼠睡眠时间方差齐,单因素方差分析显示,各组之间总体比较有显著性差异 ($P<0.05$)。进一步用 Dunnett 法进行各剂量组与对照组均数间的两两比较,结果显示低剂量组与对照组比较无显著性差异 ($P>0.05$);中、高剂量组小鼠睡眠时间较对照组显著延长 ($P<0.05$)。

表 2-1 复方酸枣口服液对戊巴比妥钠诱导小鼠睡眠时间的影响 ($\bar{x} \pm s, n=10$)

剂量组	剂量 g/ (kg · d)	睡眠时间 (min)
对照组	0	27.99 ± 13.23
低剂量组	1.44	32.88 ± 17.79
中剂量组	4.33	45.98 ± 19.79*
高剂量组	12.98	46.97 ± 13.61*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.3 戊巴比妥钠阈下剂量催眠试验

见表 3-1。将各剂量组与对照组小鼠睡眠发生率进行四格表 2 检验,发现有理论频数小于 5,故采用

确切概率法 (Fisher Exact Test) 进行统计,结果显示,各剂量组小鼠睡眠发生率与对照组比较无显著差异 ($P>0.05$)。

表 3-1 复方酸枣口服液对阈下剂量戊巴比妥钠诱导小鼠睡眠发生率的影响 ($n=10$)

剂量组	剂量 g/ (kg · d)	入睡动物数 (只)	睡眠发生率 (%)
对照组	0	4	40
低剂量组	1.44	6	60
中剂量组	4.33	6	60
高剂量组	12.98	8	80

2.4 巴比妥钠睡眠潜伏期实验

经方差齐性检验,各组小鼠睡眠潜伏期方差齐,单因素方差分析显示,各组之间总体比较有显著性差

异 ($P<0.05$)。进一步用 Dunnett 法进行各剂量组与对照组均数间的两两比较,结果显示高剂量组小鼠睡眠潜伏期较对照组显著缩短 ($P<0.05$)。(见表 4-1)。

表 4-1 复方酸枣口服液对巴比妥钠睡眠潜伏期的影响 ($\bar{x} \pm s, n=10$)

剂量组	剂量 g/ (kg · d)	睡眠潜伏期 (min)
对照组	0	34.16 ± 5.57
低剂量组	1.44	30.05 ± 6.31
中剂量组	4.33	27.56 ± 7.75
高剂量组	12.98	24.96 ± 7.76*

3 讨论

(下转 119 页)

经方临证应用举隅

Clinical experience for application of classic recipes

王健俐¹ 李国臣²

(1.河南科技大学二附院, 河南 洛阳, 471000;

2.鹤壁矿务局二院, 河南 鹤壁, 458010)

中图分类号: R47 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0118-02

1 胃痛案

患者甲, 因上腹部疼痛一年, 加重一月为主诉于 1998 年 3 月入院。患者于一年前无明显原因出现阵发性上腹部疼痛, 疼痛难忍, 侧卧屈膝无减轻, 疼痛发作似于进食或饥饿无关, 无烧心泛酸, 常服止痛药方能缓解。一月前因感冒, 疼痛随之而诱发, 同时伴咳嗽咯痰, 无发热, 饮食及睡眠欠佳, 小便正常, 有时便秘。舌质暗红, 苔白, 脉浮数。既往有白癜风病史 20 余年, 慢性支气管炎病史 10 年, 否认有胃病及肝炎情况。入院后查体, 呼吸正常, 肺底可闻及细湿罗音, HR 88 次/分, 律齐无杂音, 腹软无压痛, 肝脾未触及, 神经系统正常。血常规、尿常规、血生化、肝功能、淀粉酶检查均正常, 胃镜示: 浅表性胃炎。心电图示: 左前分支传到阻滞。腹部 CT 及肝胆 B 超均未见异常。入院诊断: ①慢性支气管炎急性发作; ②慢性胃炎。中医诊断: 胃脘痛 (寒邪袭胃)。治疗开始给予抗生素和胃酸分泌抑制剂, 效果不明显, 最后给予小青龙汤加减治疗, 疼痛减轻。方药如下: 桂枝 6.0g, 麻黄 9.0g, 芍药 30.0g, 甘草 6.0g, 干姜 12.0g, 细辛 6.0g, 五味子 6.0g, 半夏 9.0g, 元胡 15.0g, 陈皮 9.0g, 茯苓 12.0g, 砂仁 6.0g, 当归 12.0g。水煎服, 每日两次。后停用西药, 服用汤药一周后, 效果明显。因仍有隐痛, 无咳嗽咯痰及表证, 舌质暗红, 苔薄白, 脉沉濡。改为小建中汤加减: 桂枝 12.0g, 芍药 30.0g, 甘草 6.0g, 山药 30.0g, 白术 20.0g, 丹参 30.0g, 砂仁 12.0g, 元胡 15.0g, 檀香 6.0g, 生姜和大枣为引。两周后完全痊愈。

按: 本例胃痛因所遏而不得舒展致气机阻滞胃痛暴作, 即急性发作符合“不通则痛”。因发病存在寒邪袭肺, 出现肺卫失调, 所以应用小青龙汤可以肺胃同治, 解表散寒, 温化寒湿, 起到驱寒止痛, 宣肺止咳的目的。而表邪已去, 虚寒证显, 因而随证改为小建中汤配合丹参饮加减治疗, 彻底完全治愈了胃痛, 而

后者慢性疼痛应用小建中汤却符合“不荣则痛”之理。这也充分体现了中医“急则治其标, 缓则治其本”基本治疗大法。

2 吐血案

患者乙, 以吐血一天为主诉入院。患者入院前因饮酒过多致吐血。望其体瘦, 神志清, 面色红润, 但烦躁。既往有高血压病史及慢性支气管炎病史各十年。经应用止血对症处理十天后血已止, 躁已静。但出现午后发热, 37.5~38.5℃之间, 咳嗽咯黄痰, 胃中灼热, 头晕乏力, 面色苍白, 舌质淡苔薄白脉弦细。肺有湿罗音, 血常规: WBC $12.0 \times 10^9/L$, N 83%, L17%, RBC $1.75 \times 10^{12}/L$, Hb70g/L。在应用抗生素的基础上加用中药汤剂配合治疗。泻心汤合补中益气汤联合应用以清胃解表、补气养血。方药如下: 大黄 10.0g (后下), 黄芩 12.0g, 黄连 9.0g, 当归 15.0g, 生地 20.0g, 陈皮 15.0g, 枳实 30.0g, 黄芪 30.0g, 甘草 6.0g, 白芍 20.0g, 柴胡 20.0g。水煎服, 每日两次。经应用二周, 发热已退, 诸症减轻。肺部罗音也明显减少, 血常规恢复, 其中红血球已升至 10g/L。后在此基础上巩固治疗, 月余出院。

按: 本例病人因出血而贫血, 气血亏虚为病机之本, 酒性燥烈产生痰热为病机之标。补中益气汤健脾养血治其本, 泻心汤清胃泻火祛其标, 故二方合用效果显著甚为合拍。阴虚之体在这里成为病理转化之基础, 也为辨证论治提供了内在条件。补中益气汤一则补气养血, 二则甘温除热, 因补中益气汤中就有升柴之解毒, 原方中这种配伍就为二方互嵌应用提供了内在的依据。这种依据方剂内在条件的延伸与扩展大概正是配伍加减应用方剂的切入点。

3 痹症案

患者丙, 1998 年 8 月初诊。因四肢疼痛十年, 加重二月为主诉就诊, 除疼痛外, 神疲乏力, 饮食不佳, 腹胀微溏, 头晕口苦, 舌质暗淡, 有瘀点, 舌下静脉

怒张，苔薄白，脉沉濡。给予身痛逐瘀汤合四君子汤以活血通络、行气健脾，药后痛有所减轻，但腹胀便溏仍在，而且又增心悸气短。又仔细询问病史，述曾产后大出血。思及患者久病体虚，不胜攻伐，盖脾虚被瘀所掩盖之故，于是改为归脾汤佐桃仁四物汤治之。服药后，诸症有所消退，只是头晕便溏不减。又细查其脉证：脉象有缓象，苔现滑象，此乃瘀去而现湿困脾之故。于是改为甘草附子汤加减。健脾化湿为主，佐以活血通络：附子 10.0g，茯苓 30.0g，黄芪 15.0g，桂枝 12.0g，芍药 15.0g，白术 20.0g，甘草 12.0g，山药 30.0g，鸡血藤 30.0g，木瓜 20.0g，半夏 9.0g，陈皮 6.0g，干姜 6.0g。水煎服，每日两次。连服一月，基本痊愈。

按：对于这样一种本虚表实的病证，治疗起来的确相当棘手，是先攻后补呢？还是先补后攻呢？其双方的比例为何把握？这不能不说没有一定的难度。本案从“先攻后补”到最后“先补后攻”走了一个曲折的过程。主要是对其病机转机没有把握住，开始让其本虚被标实所掩盖住了，中间又出现了一个病机的变化，瘀去虚变而湿邪被显露出来了。所以治疗随证而变，这大概是辨证的实质与内涵吧。

4 虚劳案

患者丁，1997 年 7 月初诊。“甲亢”切除术后出

现神疲乏力两月余为主诉就诊。颜面浮肿，腹胀纳呆，畏寒便溏，四肢无力，月经量多。西医诊断为“甲减”，给予甲状腺素片、维生素类药物口服，服用一月余效果欠佳，故来服中药治疗。观其脉证，面色萎黄，下肢浮肿明显，舌质淡，苔白腻，脉象沉细。辨证为脾肾阳虚，湿邪阻滞，治当健脾温肾，燥湿化气，方用真武汤和金匮肾气汤加减：炒山药 30.0g，山茱萸 12.0g，熟地炭 24.0g，泽泻 25.0g，丹皮 12.0g，茯苓 25.0g，白术 12.0g，制附片 24.0g，炙麻黄 6.0g，桂枝 6.0g，干姜 6.0g，甘草 3.0g，白芍 12.0g。水煎服，每日两次。连服一月，月经正常，腹胀减轻、饮食好转，恶寒喜卧、嗜睡困乏、全身浮肿仍存在。连服二月，症状明显减轻，并逐渐减少西药的用量。到第三个月时，西药基本停用，中药可停用周余，诸症基本消退。后用金匮肾气丸以善其后。

按：甲亢转为甲减，需终生服用激素类药物，中药如果能解决这个问题，自然是一件了不起的成绩。中医根据肾主生长发育、脾主运化水湿的理论，结合西医所谓的“甲减”与“粘液性水肿”的特点，从脾肾两虚、湿邪阻滞入手，效温肾健脾、散寒祛湿之法，应用真武汤和金匮肾气汤之方，辨证明确，药症相符，效果满意。堪称合理应用经方、疗效突出之典范。

编号：EA-10013094（修回：2010-03-04）

（上接 117 页）

在本实验条件下，以低、中、高剂量的复方酸枣口服液给小鼠灌胃 30 天。各剂量对受试小鼠无直接睡眠作用，中、高剂量组能显著延长戊巴比妥钠诱导的小鼠睡眠时间，高剂量组能显著缩短巴比妥钠诱导的小鼠睡眠潜伏期，各剂量对阈下剂量戊巴比妥钠诱导的小鼠睡眠发生率无显著影响。提示复方酸枣口服液有改善睡眠作用。

Byun 等对酸枣仁和大枣中分离得到的一系列生物碱进行了镇静研究。结果表明：sanjoinineA 和 nuciferine 均具有较强的镇静催眠活性。其中 sanjoinineA 在 3mg/kg 剂量下即有明显的催眠作用，说明这一类环肽生物碱可能是酸枣仁的有效成分。此外还发现 sanjoinineA 和 nuciferine 之间有较强的协同作用^[4]。另有甘麦大枣汤为经典方剂，用于妇人脏燥等疾病，药理实验证明：具有升白、镇静、催眠、抗惊厥、促进离体平滑肌收缩等作用^[5]。延长戊巴比妥

钠诱导的小鼠睡眠时间、增加入睡动物数；降低硝酸士的宁诱发的小鼠惊厥数^[6]。

参考文献：

- [1] 卫生部卫生法制与监督司.保健食品检验与评价技术规范[S].北京:人民卫生出版社,2003:8-83
- [2] 清钩,王淑玲等.临床实用中药学[M].南昌:江西科学技术出版社,2002, 153
- [3] 阴健,郭力弓.中药现代研究与临床应用[M].北京:学苑出版社. 1993,186
- [4] 陈功.枣属植物化学成分及药理活性概况[J].国外医药·植物药分册.1999, 14(4):151-157
- [5] 张宏,王晓萍.甘麦大枣汤的药理研究与临床应用[J].时珍国药研究.1997, 8(1):2-3
- [6] 李俊,袁灿兴,林秀凤.甘麦大枣汤及其不同加味对小鼠镇静催眠作用的比较[J].上海中医药杂志.2003,37(8):016-8

编号：EA-100302147（修回：2010-03-09）

张元素学术思想浅探

A analysis of academic thinking of ZHANG Yuan-su

翟玉民

(开封市中医院, 河南 开封, 475000)

中图分类号: R19 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0120-02

【摘要】 张元素是易水学派的首推代表。其在《内经》脏腑理论的启示下, 总结以脏腑寒热虚实以言病机的学说, 并在此基础上创药物归经学说, 张氏的学术思想堪称临证者的典范, 后学的津梁。

【关键词】 《内经》张元素; 学术思想; 脏腑辨证; 归经

张元素, 字洁古, 为金元时期易水学派的开山者, 张氏探究《内经》, 师法仲景, 遣药制方的理论是其学术成就的重要一方面。而这个理论概括来说又有几个主要组成部分, 而其中五脏五味补泻理论是张氏对《内经》原文的补充, 是其独到的用药经验, 对后世临证遣药给予莫大的启示, 临床价值很高。

张元素在《内经》脏腑理论的启示下, 结合自己数十年的临床经验, 总结以脏腑寒热虚实以言病机的学说, 除心包络之外, 对于每一脏腑, 张元素均从生理、病理、演变、预后以及治疗方药等方面进行阐述, 各成体系, 较为系统, 使脏腑辨证说由此而渐被众多医家所重视, 脏腑病机理论也被不少医家所研究, 现已成为中医辨证理论体系中的重要内容。张元素的脏腑辨证说对中医学的发展作出了重要的贡献。此外, 张氏还对药物学研究颇有发挥, 尤其在药物学的理论认识和临床脏腑用药方面, 更为突出。张氏根据《内经》的理论, 强调药物的四气五味之厚薄, 是影响药物作用的重要方面。正由于药物有四气五味厚薄的不同, 药物作用才会出现升降浮沉的区别。因此, 对于每一药物功用的解释, 他强调首先应明确其气味厚薄, 然后再进一步阐发其功效, 使中药学的理论与其临床效用紧密结合起来, 推动中药学理论的发展。在遣药治方学上, 继承和发扬前人的经验, 创造了“引经报使”理论, 并确立了十二经引经引报使药, 对后世方药学的发展产生了深远的影响。张元素的学术成就主要有以下几个方面:

1 对脏腑辨证的研究

张元素在《内经》以及前人的经验基础上, 结合自己数十年的临证实践总结脏腑辨证用药规律, 其内容包括 5 个方面: ①脏腑的正常生理。包括性质、功用部位、特征等; ②某症的各种不同病理变化; ③某

症的虚实寒热及其所生诸病; ④某脏的演变和预后; ⑤从补虚、泻实、温寒、清热几个方面, 提出某脏常用的药和方, 如肺脏: 其实证, 治法泻子, 药用泽泻, 葶苈子; 除湿法, 药用半夏、橘皮; 泻火法, 药用石膏、知母; 通滞法, 用枳壳、杏仁。其虚证, 治法补母, 药用人参、升麻; 润燥法, 药用麦冬, 具母; 敛肺法, 药用乌梅、粟壳。其热证, 清本热, 药用黄芩, 知母。其寒证, 温本法, 药用丁香、款冬; 散标寒法, 药用麻黄, 紫苏。张元素脏腑辨证用药的规律, 繁简适宜, 自成体系便于学习与临床应用, 对推广辨证施治原则乃至今天临证辨证辨病都起到了重大的意义。

2 对药物的研究

张元素在《内经》的指导思想下, 深入研究药物的气味、归经、补泻等理论, 并有不少发挥与阐述。主要为: ①根据药物的五味, 结合五脏的苦欲论补泻。张氏指出: 同一药物因五脏苦欲的不同, 其补泄作用也发生变化。如同一酸味的白芍, 即能敛肺, 又能泻肝。同是苦味, 则白术以补脾, 黄芩用以泻肺, 黄柏用以补肾等; ②根据药物的气味, 厚薄、论升降浮沉, 并进行了药物分类。张氏提出: “气味中又分厚薄, 阴阳中又分阴阳, 气薄者未必尽升, 气厚者未必尽降”的主张。并对常用的药物结合五行之性分为风升生, 热浮沉, 湿化成, 燥降收, 寒沉藏五类。如《医学启源》记载对药性的运用, 以气味厚薄、寒热、升降的理论为主, 并辅以《内经》之酸苦甘辛咸五味, 于五脏之旨而发挥之, 卓然成为研究药性的专篇。③创药物归经学说。张氏认为“了解药物的性味, 而使之各归其经, 则力专而效宏”。如《医学启源》云: “头痛须用川芎; 少阴用细辛, 厥阴用吴茱萸。”又如, 同(下转 122 页)

肛门功能与脏腑关系浅述

A analysis of anal function and organs relationship

刘进录

(河南省洛阳东方医院, 河南 洛阳, 471003)

中图分类号: R47 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0121-02

【摘要】 肛门为七冲门之一, 它既是人体排泄糟粕的谷道, 也是人体气机升降的通道, 其启闭开合功能与心神的主宰、肝气的畅达, 脾气的升提, 肺胃的通降, 肾气的固摄密切相关。

【关键词】 肛门; 启闭功能; 脏腑关系

肛门, 古称作魄门, 是七冲门的下极。《难经·四十四难》称: “唇为飞门, 齿为户门, 会厌为吸门, 胃为贲门, 太仓下口为幽门, 大小肠会为阑门, 下极为魄门。” 由于七冲门是消化道的七个冲要部位, 故历代医家及典籍对此都十分重视。《素问·五脏别论》更是提出了“魄门亦为五脏使, 水谷不得久藏”的精辟论述, 把魄门启闭的生理功能与五脏紧密联系起来, 为后世研究肛门与脏腑之间的关系提供了理论纲领。笔者循此思路, 作一粗浅论述。

1 心神主启闭

心藏神, 为五脏六腑之大主。人体脏腑、经络、形体官窍, 尽管各有不同的生理功能, 但它们都必须在心神的主宰和调节下, 才能分工合作, 相互协调, 共同完成整体的生命活动, 肛门的启闭功能亦是如此。正常情况下, 当谷道末端的糟粕积存达到一定数量时, 人体就会产生便意, 此时如果环境条件许可, 心神便役使肛门开放, 并用力排净糟粕后再行闭合。若环境条件不允许, 心神便选择忍急, 努力使肛门紧闭, 直至适可。当心之藏神功能异常, 神之驭气控精也就失去了正常的作用。肛门便不能自主启闭, 大便闭结与失禁也就随之而生。临床经常看到高热神昏与便秘常同时出现, 厥逆与滑脱失禁多前赴而后继。高年体弱和婴童稚子常不能忍急, 久病体虚忍急功能较差等, 均与心神主肛门启闭功能相关。

2 肝气主畅达

由于肝脏具有升生阳气以启迪诸脏, 升发阳气以调畅气机的作用^[1], 故其疏泄功能正常, 可调畅全身气机, 使脏腑经络, 形体官窍的机能活动保持和谐统一, 稳定有序。肛门在心神的主宰下虽能正常启闭, 但开启是否完全、闭合是否顺利, 糟粕之生成与畅达于外等, 却有赖于肝脏的调节。当肝之疏泄功能异常,

机体的气机条畅也就为之紊乱。肛门当开而不全, 当闭而不顺, 糟粕不能畅达于外, 就会出现欲便不得, 排便不爽, 或便后再欲登厕等异常现象。

3 脾气主升提

每个脏器在人体的位置是恒定不移的, 而要维持这种相对恒定, 气机的升降起着决定的作用。五脏之中脾脏的功能特点是主升, 即脾气的上升能升举内脏、防止其下垂。肛门位于躯体脏器的下端, 由于其位置低下, 犹其依赖脾气的升举作用, 若脾气虚弱, 无力升举, 可导致某些脏器的下垂和脱肛, 临床上用补中益气汤治疗脱肛和其它气虚下陷的病例不胜枚举。

4 肺胃主通降

肺居胸中, 为五脏六腑之华盖, 其气以清肃下降为顺, 且又主治节, 主调理全身气机, 通过呼吸运动调节一身之气的升降出入, 以保持全身的气机通畅。从经络属属上看, 肺与大肠相表里, 肺气的肃降, 能促进大肠的传导, 有利于糟粕的排出, 同时大肠传导功能正常, 糟粕能够有序下行, 亦有利于肺气的肃降。若肺气壅塞, 失于下降, 气不下行, 津液不能下达, 可导致腑气不通, 肠燥便秘。若大肠传化失常, 不能将糟粕与粪便送至大肠末端并经肛门有节制的排出体外, 造成腑气阻滞也可影响到肺气的宣降, 出现胸满咳嗽。

胃气以降为顺, 胃气的通降实际是降浊, 也涵盖了大肠对糟粕的排泄作用。若大肠实热、消烁津液就会导致大便干结, 经肛门排出困难, 进而影响胃气的通降, 形成阳明腑实证。临床上常用通腑泄热、急下存阴或经肛门导便等法, 均是调整人体气机升降的常用方法。

5 肾气主固摄

肾主藏精、主蛰守位, 职司二便。肾之封藏功能

正常，则机体精气盈满，生机旺盛，各脏腑器官蜇守本位，各司其职。肛门为人体谷道的终端，其守位功能尤为重要。若肾气封藏失职，则肛门亦不能恪守本位，洞泄滑脱之证在所难免。反过来，若肛门守位功能正常，又有助于肾之封藏功能，故道家和练习气功之人，均十分重视提肛收气之术，意在培固肾元，进而达到延年益寿之目的。

综上所述，肛门虽为人体的微小器官，但与整体脏腑功能和谐统一，所谓“升降出入、无器不有”，它既是人体排泄糟粕的谷道，又是气机升降的要道，其启闭开合功能与心神的主宰，肝气的畅达，脾气的升提，肺胃的通降，肾气的固摄密切相关。张介宾在给“魄门亦为五脏使”作注时曾言，“虽诸府糟粕固

由其泻，而脏气升降亦赖以调，”确有独到之处。大量的临床实践也证明，因实火扰心致神不内守的狂证，可用斧底抽薪之法则热除而神安；因阳明腑实于下而肺热壅塞于上导致的喘症，可用通泻肠腑之法，则气降而喘平^[2]；因滑脱不禁导致脾肾双亏者，用益气固脱涩肠之法，则脾肾得固。种种案例，细究机理，无非是说明人是一个完整的统一体，肛门虽小，确不能例外。

参考文献：

[1]孙广仁.中医基础理论[M].中国中医药出版社,2002,90

[2]王庆其.内经选读[M].中国中医药出版社,2003,25

编号：EA-100309163（修回：2010-03-01）

（上接 120 页）

一泻火药，有黄连泻心火，黄芩泻肺火，白芍泻肝火，知母泻肾火，木通泻小肠火，石膏泻胃火等。又云：“以上诸药，各泻各经之火，不惟只能如此，更有治病，合为君臣，务详其直而用之，不可执言而言也。”这些精辟论述，给后世处方用药，扩大了治疗效用和针对性

3 对方剂学研究

张元素针对当时运气学说盛行和泥守成方的情况，提出“运气不齐，古今异轨，古方新病不相能”的独特见解，他善师古方之法，而化裁新方，又不拘泥古方，在理法方药等方面，开辟了新的途径。九味羌活汤，就是张氏针对桂枝、麻黄二汤的主证，所制成的四时发散通剂，用之不犯三阳禁忌。“民以食为

天”，养胃气为本，是易水学派的学术思想特点。元素阐发养胃气之理，云“安谷则昌，绝谷则亡，水去则荣散，谷消则卫亡，荣散、卫亡，神无所依。”自制有枳术丸，按枳术丸，系以《金匱》枳术汤化裁而成，原方枳实用量重于白术，以消化水饮为主，而元素改为丸剂，白术用量重于枳实，则以养胃气为主。

总之，张元素根据《内经》的脏腑辩证思维，来分析疾病的发生与演变，探讨脏腑的虚实病机，并在脏腑辩证基础上，创药物归经学说，在当时诸医家中是最有成就的。他撰写的许多有创见性的名著，为后世医学开辟了新的途径。张氏的学术思想堪称临证者的典范，后学的津梁。李时珍曾高度评价张元素，“大扬医理，灵素之下，一人而已”。

编号：EA-10012781（修回：2010-03-10）

夏枯草可作凉茶原料

——卫生部批准 7 种新资源食品

夏枯草可用作凉茶饮料的原料。3 月 15 日，卫生部发布《关于批准 DHA 藻油、棉籽低聚糖等 7 种物品为新资源食品及其他相关规定的公告（2010 年 第 3 号）》，对新资源食品、普通食品生产经营以及凉茶饮料原料的使用作出新规定。

根据《中华人民共和国食品安全法》和《新资源食品管理办法》的规定，卫生部批准 DHA 藻油、棉籽低聚糖、植物甾醇、植物甾醇酯、花生四烯酸油脂、白子菜、御米油等 7 种物品为新资源食品，允许玫瑰花、凉粉草作为普通食品生产经营，允许夏枯草、布渣叶、鸡蛋花作为凉茶饮料原料使用。

去年 5 月，王老吉凉茶遭遇的“夏枯草事件”引起广泛关注。有媒体报道，浙江省杭州市有消费者因饮用王老吉凉茶后出现胃溃疡。有医生诊断认为，患者的病情是因长期大量饮用含有性味苦寒的中药材夏枯草的王老吉凉茶所致。

（严少卫//健康报）