

自拟“止泻汤”合思密达治疗小儿慢性腹泻 63 例

63 of analysis of clinical curative effect of combination of *Zhi xie Decoction* of self-developing and Smectite in the treatment of Child Chronic diarrhea

彭建红

(广东省惠东县中医院, 广东 惠东, 516300)

中图分类号: R442.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0001-02 证型: DGB

【摘要】 目的: 小儿慢性腹泻是由多种病因导致的消化道疾病。通过对自拟“止泻汤”合思密达治疗小儿慢性腹泻的疗效观察, 探索小儿慢性腹泻的中医诊疗方法。方法: 运用中医理论及中医辨证施治方法, 自拟“止泻汤”结合口服肠黏膜保护剂(思密达)治疗小儿慢性腹泻 63 例(2007 年~2009 年门诊收集病例), 均治疗 2 疗程(共 20 天)。结果: 治愈 55 例; 好转 5 例; 无效 3 例。总有效率 95.2%。结论: 自拟“止泻汤”合思密达治疗小儿慢性腹泻取得满意临床效果, 值得推广。

【关键词】 小儿慢性腹泻; 中医辨证施; 止泻汤; 合思密达

【Abstract】 objective: Child chronic diarrhea is caused by a variety of causes of gastrointestinal diseases. By observation the clinical effects of combination of Zhixie Decoction of self-developing and Smectite in the treatment of Child Chronic diarrhea, explore Therapeutic methods of TCM. Methods Based on TCM Theory and Chinese medicine syndrome differentiation and treatment based on syndrome type, Treating the Children with chronic diarrhea in the number of 63 cases (the case were selected from pediatric department of Guangdong Huidong County TCM Hospital from 2007 to October 2009) use combination of Zhixie Decoction of self-developing and Smectite, 2 course of treatment were treated (20 days). Results: cured 55 cases, improved 5 cases, void 3 cases, with a total effective rate 95.2%. Conclusion: As the combination using of Zhixie Decoction of self-developing and Smectite in the treatment of Child Chronic diarrhea has a satisfactory clinical effects, it is worthy to be popularized. it should be carried on in clinical practices.

【Keywords】 Child Chronic diarrhea; Chinese medicine syndrome differentiation and treatment based on syndrome type; Zhixie Decoction and Smectite

1 资料与方法

1.1 临床资料

全部病例均选自 2007 年 1 月~2009 年 12 月我院儿科门诊患者, 均符合小儿慢性腹泻诊断标准。临床随机分为两组, 治疗组 63 例中男性 41 例、女性 22 例; 平均年龄 2.2 (4 月~4 岁) 岁; 平均病程 3 (2~6) 个月; 大便平均 6 (4~7) 次/天。对照组 40 例中男性 24 例、女性 16 例; 平均年龄 2.6 (5 个月~5) 岁; 平均病程 4 (1~7) 个月; 大便平均 5 (4~6) 次/天。全部患儿均有黄色蛋花样或黄绿色水样或不消化样便。合并营养不良 20 例、轻度贫血 27 例。两组患

儿在性别、年龄、病程及并发症、大便次数方面比较均无显著差 ($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

小儿慢性腹泻是一组由不同病因引起的临床综合征, 包括有: 2 周以上的持续性腹泻, 营养物质吸收不良, 营养不良, 免疫功能低下及反复感染等。以大便性状(蛋花样、水样、稀烂)改变或大便量增加或大便次数增加为主要特征。大便检查: 多正常或少量白细胞或脂肪球, 未分离出轮状病毒。

1.2.2 中医诊断标准

小儿慢性腹泻属中医“泄泻”范畴，证属脾虚失健，症见泻下日久，大便清稀3~6次/天，多于食后作泻，乏力，食欲差，消瘦，面色萎黄，舌质淡，苔白，脉弱。

1.3 辨证施治：《景岳全书·泄泻》云“泄泻之本，无不由于脾胃”，故调节脾胃功能为治泄泻之本。治疗方法：①对照组患儿口服思密达，<1岁者，(1/3)袋/次，3次/天；1~2岁者，(1/2)袋/次，3次/天；2~4岁者，1袋/次，3次/天。②治疗组在对照组基础上加用自拟“止泻汤”中药免煎颗粒制剂组方：乌梅1包(10g)、石榴皮1包(10g)，党参1包(10g)、茯苓1包(10g)、白术1包(10g)、甘草1包(5g)、薏苡仁1包(10g)、山药1包(10g)，莲子肉1包(10g)，陈皮1包(5g)、麦芽1包(15g)。根据患儿个体差异调整用药及加减用药。如食滞不化者加山楂1包(10g)；恶心呕吐者加半夏1包(6g)；每日1剂(用100℃水100ml充分溶解)。1岁内小儿分3~4次喂服，1岁以上小儿分2次喂服。10天为一疗程。共治疗2个疗程。并根据患儿个体差异制定饮食治疗方案。

1.4 疗效标准：显效：大便成形，1~2次/天，食欲好，面色红润，体重增加，全身症状消失；好转：便烂2~3次/天，食欲可；无效：大便次数或水样便及全身症状未改善。

2 结果

表 治疗组与对照组疗效对比

组别	治愈	好转	无效	总有效率
治疗组“止泻汤”合思密达	55例	5例	3例	95.20%
对照组单纯口服思密达	21例	11例	9例	77.50%

注：治疗组总有效率较对照组有显著性差异 P<0.05。

3 典型病例

患者甲，男，14月，于2007年8月8日上午初诊，患儿腹泻1月余，大便稀烂或呈蛋花样，4~5次/天，纳呆，精神稍差，乏力，舌质淡红，苔白，脉细。查体：T37℃，神疲，面色萎黄，体形消瘦(体重8kg)，双肺呼吸音清，心率98次/分，腹软稍胀，肠鸣音稍亢进，无压痛。实验室检查：血常规：WBC7.5×10⁹/L，L72%，N28%。大便常规：镜下见少许WBC及少许粘液。潜血阴性。西医诊断：慢性腹泻；中医诊断：泄泻(脾虚失健)。治疗以健脾益气止泻为原则。予思密达1/2包/次，3次/天。中药免煎颗粒制剂组方：乌梅1包(10g)、石榴皮1包(10g)，党参1包(10g)、茯苓1包(10g)、白术1包(10g)、甘草1包(5g)、薏苡仁1包(10g)、山药1包(10g)，莲子肉1包(10g)，陈皮1包(5g)、麦芽1包(15g)。10剂，每天1剂(用100℃水100ml充分溶解)，分2次喂服。于

2007年8月18日上午复诊。患儿食欲增，精神好，大便稍烂2~3次/天，停用思密达，上方再投10剂。2007年8月28日上午再复诊。患儿面色红润，食欲好，精神佳，大便成形1次/天，上方去乌梅、石榴皮、陈皮再投3剂巩固疗效。

4 讨论

小儿慢性腹泻多由急性感染性腹泻转化而来。中医有“飧泻”、“濡泻”、“注下”等名称，后用“泄泻”统称本病。泄泻乃感受外邪、饮食所伤、情志不调、禀赋不足、以及脏腑虚弱所致，主要病机是脾虚湿盛，脾胃运化功能失调，肠道分清泌浊、传导功能失司。小儿脏腑娇嫩，形气未充，为稚阴稚阳之体，脾胃素弱、脾常不足，后天未充，消化功能较弱，为泄泻的内因所在。饮食内伤、感受外邪，或先天不足、脾胃虚寒，则易损伤脾胃、清浊不分、湿滞为阻、合污下降而成泄泻，表现为面色萎黄、食欲低下、疲乏无力等。《景岳全书·泄泻》云“泄泻之本，无不由于脾胃”，故调节脾胃功能为治泄泻之本。自拟“止泻汤”方中乌梅、石榴皮收涩止泻；党参大补元气，振奋脾胃之元气，健脾止泻；白术、茯苓燥湿健脾；甘草、山药加强健脾之功；莲子、薏苡仁补气健脾止泻；陈皮理气和胃；麦芽、消食化滞。诸药相伍，健脾收敛、补而不滞、升降调和，清浊各行其道，泄泻自止。思密达为肠黏膜保护剂，在体内主要分布于肠腔表面，保护肠黏膜，增强肠黏膜屏障作用，有效地阻止病原微生物破坏肠黏膜入侵，促进肠道双歧杆菌等正常菌株增长，有助于恢复肠道生态平衡，快速止泻。本研究结果表明，采用自拟“止泻汤”加思密达治疗小儿慢性腹泻有良效，值得临床推广。

参考文献：

- [1]罗笑容,许允佳.《中西医结合儿科学》[M].科学出版社,2003,8
- [2]诸福棠,胡亚美.《实用儿科学》第七版[M].人民卫生出版社,2002
- [3]中国儿科专家经验文集[J].中国实用儿科杂志,1994,12月沈阳出版社发行(第2版)
- [4]李晏龄,孙国强,杨燕云等.小儿泻速停冲剂治疗小儿腹泻419例临床研究[J].中国中西医结合杂志,1991,11(2):79-82
- [5]王慕娴,钱姗姗.中医药治疗小儿迁延性腹泻及慢性腹泻的疗效观察[J].北京中医,1986,(04)

作者简介：

彭建红，女，内儿科主治医师。广州中医药大学兼职讲师，从事内儿科临床工作28年，运用中医学理论，结合现代医学的理论与研究方法，深入研究内儿科疾病的病变机理与证治规律，探索中西医结合治疗经验和方法，在临床治疗中采取中西医结合治疗内儿科常见病、多发病并积累了丰富的临床经验，取得良好疗效。

编号：Y-100331224 (修回：2010-04-14)

一例用美宝烧伤膏治疗 输液渗漏引起的皮肤损害介绍

Introduce of treating 1 case of extravasation induced skin damage by MEBO

仲子轩

(江苏省扬州市第二人民医院, 江苏 扬州, 225002)

中图分类号: R274.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0003-01 证型: BID

【摘要】 目的: 为探索更多的治疗输液渗漏导致不良后果的方法, 更好的发挥中药的作用。方法: 尝试用美宝烧伤膏治疗了一例输液渗漏引起的严重皮肤损害。结果: 患者皮肤损害痊愈。

【关键词】 输液渗漏; 皮肤损害; 治疗

药物从静脉注入是临床上广泛用于防治疾病及抢救危重病人的一种迅速而有效的给药途径, 但是思想上麻痹, 技术上不娴熟, 病房巡视的忽略和有关药理知识的缺乏等, 常常会导致不同程度的输液外渗影响给药, 甚至引起组织损伤而加重病人的痛苦。护理人员要了解静脉输液外渗的机理。为寻求有效的防治方法, 避免和解除静脉渗漏给病人造成的痛苦, 同道们进行了诸多的探讨和尝试, 甚至在不同的病房就有不同的方法, 我们曾用美宝治疗了一例输液渗漏引起的皮肤损害, 在此向大家做一个介绍。

患者甲, 男, 50 岁, 因外伤后阵发性肢体抽搐伴意识障碍, 失语, 绝对卧床 8 年余长期住院治疗, 2 月 9 日患者咳嗽, 痰多, 医嘱予抗感染等治疗, 因患者比较消瘦, 营养较差, 医嘱同时加用 18-a 复方氨基酸 500 毫升+丙谷氨酰胺 100 毫升静脉滴注。因患者长期卧床, 加之经常需要补液, 静脉非常难找, 最后就在左手食指上找了一根很细的血管, 又因为当天补液较多, 输液进行到当晚 11 点多, 虽然一直有回血, 但最后发生了弥漫性渗出, 手指及手背都有肿胀, 当时当班护士立即用硫酸镁进行了湿敷, 但是, 第二天上午一上班就发现患者的手背肿胀明显加重, 并且手指输液处附近出现了三个大约 0.5×0.5 厘米的水泡, 有点类似二度烫伤, 考虑到美宝湿润烧伤膏有止痛、生肌作用, 立即用碘伏消毒后用注射器将水泡内液体

抽出, 用美宝烫伤膏涂抹, 手背仍以 50% 的硫酸镁进行湿敷。美宝烫伤膏每天涂抹 4~5 次, 每次对创面进行清洁, 第二天就发现创面有所好转, 肿胀减轻, 第五天就发现指背创面完全干燥结痂, 到第十二天时, 结痂全部脱落, 创面痊愈, 无明显疤痕。

原因分析: ①药物的高渗透性应该是引起本次皮肤损害的主要原因, 曾因此事咨询厂方工作人员及医生, 估计是由于药物的高渗透性引起。②患者的血管比较差, 再加上输液较多。③护士对后果估计不足, 因为有回血就没有及时拔出有一点渗出的输液针。

经验教训: ①静脉渗漏性损伤的诸多因素中主要的是药物本身的理化因素。有效的预防措施是积极消除危险因素, 如提高静脉穿刺技术, 根据不同药物掌握好其浓度和静注速度, 加强护理观察, 尽量避免药物外漏。②中药美宝湿润烧伤膏因为其生肌作用, 对输液渗漏引起的皮肤损害同样有效。各位同行如果在临床上碰到类似情况, 不妨一试。③对已发生渗漏损伤者, 应及时根据药物理化性质, 渗漏损伤程度及个体差异, 适当选择热敷、冷敷、药敷或拮抗剂注射等处理, 若能早期治疗完全可以避免引起严重并发症的发生, 以减少病人的痛苦。

作者简介:

仲子轩, 女, 本科, 主管护师。

编号: EA-100309164 (修回: 2010-04-11)

上中下通用痛风方加减治疗风湿性关节炎 82 例

Treating 82 cases of rheumatoid arthritis on the side of General gout

谷建平

(锦州市中医院, 辽宁 锦州, 121013)

中图分类号: R593.22 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0004-01 证型: GID

【摘要】 目的: 观察自拟上中下通用痛风方治疗风湿性关节炎的疗效。方法: 对 2002 年 3 月至 2007 年 2 月收治的 82 例风湿性关节炎患者应用上中下通用痛风方, 结合《中西医证诊断疗效标准》的疗效评定, 进行比较。结果: 82 例中治愈 32 例, 好转 43 例, 未愈 7 例, 总有效率达到 91.5%。结论: 上中下通用痛风方在风湿性关节炎的治疗中疗效肯定。

【关键词】 风湿性关节炎; 上中下通用痛风方

上中下通用痛风方乃朱丹溪用来通治周身关节疼痛的一首方剂, 故称上中下通用痛风方。功效: 祛风除湿, 活血通络。笔者自 2002 年 3 月至 2007 年 2 月, 用其加减治疗 82 例风湿性关节炎患者, 收到较好效果, 现报道如下。

1 临床资料

82 例风湿性关节炎病人均为我院 2005 年 3 月~2007 年 4 月门诊病例, 其中男 35 例, 女 47 例, 年龄最小 16 岁, 最大 70 岁, 平均 45 岁, 病程最短 5 个月, 最长 35 年。

诊断标准: 参考国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》风湿性关节炎的诊断依据制定的诊断标准。①以四肢大关节走窜疼痛为主, 伴重着、酸楚、麻木, 关节屈伸不利。多有恶寒发热等症。②病前多有咽痛乳蛾史, 或涉水淋雨、久居湿地史。③部分患者可有低热、四肢环形红斑或结节性红斑, 常有心脏受累。④血沉增快、抗链球菌溶血素“O”大于 500 单位。凡具备上述①②条者加上③④条中部分症状体征及部分化验指标改变即可明确诊断。

2 治疗方法

上中下通用痛风方由苍术、黄柏、制天南星、桂枝、威灵仙、红花、羌活、防己、白芷、桃仁、龙胆草、川芎、炒神曲组成。笔者以上中下痛风方为基础方, 药用: 苍术 10g、黄柏 10g、桃仁 10g、红花 10g、胆星 10g、二活各 10g、桂枝 10g、威灵仙 10g、防风 10g、川芎 10g、秦艽 10g、甘草 10g。如疼痛以肩肘为主可加姜黄、桂枝; 疼痛以膝踝等下肢关节为主选加牛膝、防风, 以腰背疼为主者, 加杜仲、川断、寄

生等, 寒邪偏盛加附子、狗脊、淫羊藿, 风湿热痹则在本方加石膏、忍冬藤、赤芍等。如久病、气血不足可加人参、茯苓、当归、白芍、地黄等补气止血, 每日 1 剂, 水煎早晚分服, 每次服 180ml, 1 个月为一疗程。治疗期间停用其他口服药物及外用药。

3 疗效评定标准与结果

按国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》风湿性关节炎的疗效评定标准。治愈: 症状消失、关节活动、实验室检查正常; 好转: 症状明显好转、实验室检查改善; 未愈: 症状及实验室检查无改善。

结果: 82 例中治愈 32 例, 好转 43 例, 未愈 7 例, 总有效率为 91.5%, 疗程最短 10 天, 最长 60 天, 平均疗程 28 天。

体会: 风湿性关节炎中医称“痹证”, 是由于风寒湿热等外邪侵袭人体闭阻经络, 气血运行不畅所致的以肌肉、筋骨、关节发生酸痛、麻木、重着、屈伸不利, 甚或关节肿大灼热为主要表现的病证。痹证有受寒受湿、夹热、夹痰和血脉不和等原因, 方中防风、秦艽祛风除湿, 苍术黄柏、燥湿清热; 胆星祛经络之痰, 桃仁、红花活血行瘀; 川芎行血中之气, 合起来治痰和血; 二活祛骨节风湿, 桂枝、威灵仙去手臂、足胫的风邪, 合起来治周身关节风邪。诸药合用使风湿祛, 气血和, 脉络通, 痹痛消之目的。

参考文献:

[1] 国家中医药管理局发布. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 29

编号: EA-100317188 (修回: 2010-04-04)

中西医治疗银屑病优劣比较

The comparison of advantages and disadvantages of treating psoriasis by means of TCM and modern medicine

孙占学¹ 姚 荣² 李元文³ (指导)

(1.北京中医药大学东方医院, 北京, 100700;

2.北京中医药大学第二临床医学院, 北京, 100078; 3.北京中医药大学东方医院, 北京, 100078)

中图分类号: R754.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0005-04 证型: BID

【摘要】 本文从中西医对银屑病发病机理认识、治疗现状、临床疗效、药物毒副作用、医疗费用、趋势展望进行了比较, 为发挥中医优势治疗本病提供些许帮助。

【关键词】 银屑病; 中医; 西医; 优劣比较

【Abstracts】 The article compares the characteristics of psoriasis by methods of TCM and modern medicine, which contains pathogenesis, treatment status, clinical effect, drug side effects, medical expenses, tendency, in order to provide references for treating psoriasis by means of TCM and modern medicine.

【key words】 psoriasis; TCM; modern medicine; comparison of advantages and disadvantages

银屑病是一种常见的慢性复发性炎症性皮肤病, 俗称“牛皮癣”, 中医称之为“白疔”。由于其慢性、难治、长期不适, 严重影响患者的社会生活, 给患者带来极大的身体和心理上的痛苦。而且本病反复发作, 常需反复治疗, 也给患者带来沉重的经济负担。目前银屑病仍是困扰全球的医学难题, 治疗上难点多, 仍属于难治性疾病^[1]。随着中西医对本病研究的深入, 治疗方法和手段逐渐增多, 大都能收到不同程度的效果。本文就中西医对银屑病诊疗情况做一比较, 为能如何进一步提高疗效, 减少药物毒副作用, 减少复发的机率, 降低治疗费用和增加治疗的方便性以及发挥中西医优势治疗本病提供些许帮助。

1 发病机理

银屑病是一种常见的慢性复发性炎症性皮肤病, 其病因不明。中医认为本病多因素体营血亏损, 血热内蕴, 化燥生风, 肌肤失养而成。初因内有蕴热, 外感风寒、风热之邪, 阻于肌肤, 蕴结不散而发; 机体蕴热偏盛, 或性情急躁, 心火内生, 或外邪入里化热, 或恣食辛辣肥甘及荤腥发物, 伤及脾胃, 郁而化热, 内外之邪相合, 蕴于血分, 血热生风而发; 素体虚弱, 气血不足, 或病久耗伤营血, 阴血亏虚, 生风化燥, 肌肤失养而成; 病程日久, 气血运行不畅, 以致经脉阻塞, 气血瘀结, 肌肤失养而反复不愈; 热蕴日久, 生风化燥, 肌肤失养, 或流窜关节, 痹阻经络, 或热毒炽盛, 气血两燔而发^[2]。西医认为有多基因遗传背景, 涉及到免疫、炎症、细胞增殖与凋亡、神经介质

等多方面因素; 皮损处主要病理变化包含有 CD+4 中性粒细胞的 Munro 微脓肿形成, 角化不全, 真皮及表皮部 CD+4、D8+T 细胞、肥大细胞、树突状细胞和巨噬细胞组成的浸润^[3]。由于地域和文化背景差异, 中西医对银屑病的研究理论有不同的认识, 西医对于银屑病的研究借助于现代科技手段, 从细胞、分子的微观进行研究, 寻求微观病理变化, 进行“大众化”治疗; 而中医根据整体观念和辨证论治原则, 进行“个体化”治疗, 可以说中西医在各自领域里, 大大解决了银屑病患者的痛苦。

2 治疗现状

2.1 中医治疗现状

中医对银屑病的治疗, 讲究辨证论治, 进行个体化治疗, 虽然不同学派、不同医家学术思想、临床经验各不同, 辨证论治和理法方药长期呈现出众说纷纭的状态, 但是临床疗效基本一致, 在很大程度上解决了患者的痛苦。有从血论治, 如中国中医科学院广安门医院将寻常型银屑病分为血热风盛、血虚风燥、瘀血阻络三型论治^[4]。有从脏腑论治, 如北京中医药大学东方医院周德瑛以脏腑辨证论治本病疗效满意, 银屑病患者早期从肺论治, 进行期从心论治, 病程日久, 反复发作, 情志不畅, 久病成瘀, 从肝论治, 对于病情反复发作, 多为久病耗气, 从脾论治, 患者久治不愈, 反复发作, 腰脊酸软、舌红少苔、脉象细数, 年龄大于 40 岁以上者, 从肾论治^[5]。北京中医药大学东方医院李元文治疗银屑病采用宏观辨证和微观辨证相

结合，银屑病的微观病理变化常常表现为角化不全和棘细胞肥厚，应归咎于肝血不足和肺气虚弱的基本病理变化。肝血不足则血虚风燥，引起白屑累累，瘙痒等临床表现。肺气虚弱，则气虚血瘀，瘀血阻滞常常有血不归经，血管扩张等表现。“真皮血管辨证”真皮血管变化可以反应银屑病的基本病理变化，真皮乳头层血管扩张明显者，血热瘀阻愈重，血管周围淋巴细胞浸润明显者，毒热明显。银屑病的微观辨证是中医宏观辨证的有益补充，通过观察微观状态，进一步强化了对中医病理机制的认识。如宏观上我们看到的皮肤红斑，中医则认为由血热引起，微观上我们看到真皮乳头有扩张的毛细血管，因而在中医辨证上强调了血热瘀阻是最基本的病理；宏观上我们看到了红斑上有多层银白色鳞屑，中医辨证是血虚风燥，而微观上可见角化不全并可见 Munro,s 小脓肿，则可辨证为热毒蕴滞，热盛生风。^[6]另外，国家于 1994 年发布的中医药行业标准所列的风热血燥证、血虚风燥证和瘀滞肌肤证 3 型，多数医生认为不能满足临床上的实际需要。通过查阅文献，综合南北医家学术思想，目前治疗银屑病辨证多为血热证、血瘀证、血虚证、血燥证、风热证、湿热证、气滞血瘀证、血虚风燥证、肝肾不足证、冲任不调证、风湿痹阻证、毒热伤营证等。如果辨证太多，临床实际操作比较难。我们认为如下 5 种类型辨证论治^[2]可以满足临床需要。血热内蕴证（进行期），治以清热凉血，解毒消斑，方药选犀角地黄汤加减；血虚风燥证（病程久，反复发作，症见血虚风燥者），治以养血滋阴，润肤熄风，方选当归饮子加减；气血瘀滞证（病程久，反复发作，症见气血瘀滞者），治以活血化瘀，解毒通络，方选桃红四物汤加减；湿毒蕴阻证（关节型、或脓疱型渗出明显者）治以清利湿热，解毒通络，方选萆薢渗湿汤加减；火毒炽盛证（红皮病或脓疱型）治以清热泻火，凉血解毒，方选清瘟败毒饮加减。

中医外用药物治疗银屑病，多从清热解毒、祛风止痒、软坚散结角度治疗，外用膏剂有普连膏、黄连膏、冰黄肤乐软膏、青鹏膏剂、甘石青黛膏、复方苦参止痒霜等；外用洗剂多是医家拟方泡洗，常用中药有苦参、马齿苋、黄柏、苍术、莪术、威灵仙、枯矾、白鲜皮、地肤子等燥湿解毒、祛风止痒之品。另外还有针刺、耳针、埋线、割治疗法、刺络拔罐等治疗方法。

2.2 西医治疗现状^[7]：西医治疗银屑病主要根据银屑病发病机理，从抑制角质细胞增殖、免疫抑制、抗炎、抗感染和补充维生素等治疗。治疗方法虽多，但目前大多数只能达到近期临床效果，往往只是暂时缓解而

不能控制复发。

内用药物有抗肿瘤药物有甲氨蝶呤片或注射剂，主要是抑制表皮细胞过度增殖，从而控制银屑病皮损；皮质类固醇制剂多用于红皮病型、关节病型或泛发型脓疱型银屑病且使用其它药物无效者；维生素类有维生素 A、维生素 C、维生素 D₂，可以补充维生素，促进表皮细胞正常发育；维 A 酸类有阿维 A 酯（银屑灵）、阿维 A（方希）等，主要是使银屑病角化过度的表皮正常化，调节病变皮肤表皮细胞增生和分化，使之恢复正常；抗生素类药物有青霉素、头孢菌素、大环内酯类抗生素、甲砒霉素等，针对本病与感染因素有关而治疗；免疫疗法有环孢素 A 为免疫抑制剂，左旋咪唑为免疫调节增强剂等。

外用治疗银屑病有焦油制剂如煤焦油、黑豆馏油、糠馏油等；蒽林制剂有蒽林；皮质类固醇制剂有丁酸氢化可的松乳膏、糠酸莫米松膏、肤疾宁、卤米松乳膏、派瑞松、氟轻松软膏等；维 A 酸类有 0.025%~0.1% 的维 A 酸霜；维生素 D 类似物有卡波三醇软膏；大环内酯类免疫抑制剂有他克莫司及其衍生物匹美克莫司、西罗莫司等；其它药物有水杨酸软膏，白降汞软膏、尿素霜等。物理疗法有紫外线照射、光化学疗法和沐浴疗法等。

3 临床疗效

本文重点分析了银屑病治疗方面可得到文献，数据来源于 1995~2009 年间中国生物医学文献光盘数据库的论文，涉及的文献有 75 篇。

中医治疗银屑病，内服中药汤剂，临床总有效率（痊愈+显效+有效）在 83.1%~97.3% 之间，平均总有效率为 91.4%，而愈显率（痊愈+显效）在 72%~93.1% 之间，平均愈显率为 84.5%；内服中成药总有效率（痊愈+显效+有效）在 75.1%~93.2% 之间，平均总有效率为 83%；外用中药膏剂治疗局限型或斑块型银屑病总有效率在 72.6%~88.9% 之间，平均总有效率为 79.5%，中药浸浴疗法治疗银屑病总有效率在 79.7%~91.8% 之间，平均总有效率为 89.2%；在疗程方面，中药汤剂临床痊愈疗程为 1~5 个月，平均 3 个月，对于首次发作银屑病，临床治愈疗程平均 1.1 个月；中医治疗银屑病脓疱（脓疱型）消退最快，平均 11.2 天，寻常型银屑病红斑消退比较快，平均为 15 天，其次为瘙痒症状控制在 20.3 天，斑块消退比较慢，平均 1.8 个月，关节病型之关节疼痛消退最慢，在 3~4 个月之间；在复发率方面（本文统计为 6 个月复发率），中医复发率在 4%~12.8% 之间，平均 8.9%。

西医治疗银屑病内服药物控制症状比较快，临床有效率相对高，但复发率更高。很多患者需要长期口

服治疗银屑病药物。治疗寻常型银屑病,口服甲氨蝶呤临床,10周总有效率平均53.1%,20周总有效率平均80.1%,肌注甲氨蝶呤注射剂有效率为84.5%,治疗关节型银屑病20周总有效率平均为73.2%;口服阿维A治疗寻常型银屑病,10周总有效率平均79.1%,20周平均为81.5%;环孢素A口服治疗银屑病可迅速缓解症状,减轻皮损;4周临床治愈率可达90%左右,有效率接近100%,特别对于红皮病型、脓疱型及关节型银屑病疗效甚佳;皮质类固醇制剂多用于其它方法治疗无效的患者,仅用于红皮病型、关节型、脓疱型,疗效不理想。在疗程方面,西药控制症状较快,疗程在1~4个月,平均为2.1个月,同样统计文献发现,对于首次发作寻常型银屑病,临床治愈疗程(仅以甲氨蝶呤统计)平均0.8个月,红斑消退较快,平均为14.2天,斑块消退相对慢,平均为21天;外用西药膏方面,皮质类固醇制剂,有效率平均为73.28%,卡波三醇软膏有效率平均为74.6%,窄波紫外线光疗平均有效率在84%~91%之间;复发率(停药或减药过程中,本文统计为6个月复发率),甲氨蝶呤复发率平均为18.2%,阿维A复发率平均为21.2%。环孢菌素停药6~16周后银屑病有复发。

综上所述中西医治疗银屑病,中医较西医治疗银屑病疗程稍长,起效慢,但复发率低。

4 毒副作用

俗话说“是药三分毒”,中西医治疗银屑病均有一定的毒副作用,及时发现其毒副作用,及时纠正治疗方案,不仅治疗了银屑病,而且减少对患者的伤害。本内容数据来源于1995~2009年间中国生物医学文献光盘数据库的论文,涉及的文献有64篇。

中医治疗银屑病发生毒副作用较少,当然不除外民间治疗银屑病发生毒副作用不报者,其中内服药肝脏损害者(主要为雷公藤)占0.02%,肾脏损害者(主要为木通、防己、汞制剂)占0.01%,腹泻者占13%,中药过敏者(主要为虫类药)占7%;外用中药制剂发生皮肤过敏或刺激者占12.1%,其中瘙痒占9%、灼热占2%、刺痛占1.1%,没有发生皮肤萎缩及多毛现象者。

西医治疗银屑病发生毒副作用较多,内服西药肝损害者(甲氨蝶呤、雷公藤多甙片)占9.8%,胃肠道不良反应(腹泻、食欲不振、恶心、呕吐)、瘙痒、高血压、口腔炎、一过性白细胞减少、脱发、皮疹、头痛、全身倦怠、肝纤维化等;口服阿维A副作用发生率依次为唇干、唇炎、皮肤干燥、瘙痒、脱屑、甘油三脂(TG)升高、胆固醇(CHO)升高、眼干、丙氨酸转氨酶(ALT)增高;环孢素A主要表现为肾毒性

和神经毒性;外用皮质类固醇制剂主要见于皮肤萎缩占27%,多毛现象占15%,毛细血管扩张占22%;卡波三醇软膏表现为皮肤刺激等过敏反应,表现为灼热占10%、刺痛8%,瘙痒15%。

5 医疗费用

至于治疗费用,中药治疗银屑病费用相对低廉,平均每天患者中药汤剂费用在10~15元人民币之间,外用药在3~10元人民币之间,每天总共费用不超过30元人民币,而西药费用比较高昂,口服类固醇激素便宜,但要配合相应的预防副作用的药物,每天费用在30~40元人民币,进口阿维A胶囊,每天费用在50元人民币左右,再加上每天外用药膏一支,比如卡波三醇每支80元人民币,远远超过中药的费用。

6 方便施用

通过调查我们得知,对于中药,在银屑病患者中有26%人,难以忍受中药汤剂气味,33%人认为煎药或温热汤药麻烦,78%患者觉得携带中药汤剂不方便;外用中药制剂中76%染衣着色,82%气味难以令人接受。仅有45%患者可以接受中药制剂。

对于西药,100%患者认为西药易于口服,携带方便,没有特殊气味;外用制剂90%没有颜色,不会染衣着色。达到98%患者乐于接受西药剂型。

7 趋势展望

通过上述比较,可以看出中西医治疗银屑病各有优劣,西医治疗起效快、药物使用方便、无特殊气味,但复发率高、副作用大、治疗费用高昂,患者经济负担较重;而中医治疗起效慢、药物使用繁琐、口感差,外用气味大、染衣着色,但复发率低、副作用小、治疗费用相对低廉,尤其适和该病长期不愈的疾病特点。俗话说“尺有所短,寸有所长”,中西医治疗银屑病在各自领域里发挥了不可磨灭的作用,而且临床实践表明中西医结合治疗该病疗效更加显著。虽然中西医学来源于不同地域、不同文化背景,思想基础、思维方式各异,但共同目标均是治疗银屑病,解除患者身心痛苦。基于此共同目标,中西医应该各取所长、避其所短,中西医结合治疗银屑病,增加疗效、最大限度减少毒副作用。近年国家持续加大对中医药研究的投入力度,提出了“继承、创新、现代化、国际化”的新要求。皮肤病的中医治疗研究逐步走向成熟,国家中医药管理局在全国各地已建立皮肤病重点学科、重点专科,划拨研究经费,进行银屑病等皮肤病诊疗方案梳理工作,制定标准化的诊疗标准,使中医治疗银屑病研究更符合合理性、代表性、随机化和可重复的临床设计原则,同时借助先进的科技手段,进行中医(下转9页)

益气养阴解毒法配合熊去氧胆酸

治疗原发性胆汁性肝硬化 20 例

Treating of 20 cases of primary biliary cirrhosis with the therapy of reinforcing qi and replenishing yin and removing toxicant and ursodesoxycholic acid

李保良¹ 王灵台²

(1.常州市中医医院, 江苏 常州, 213003;

2.上海中医药大学曙光医院, 上海, 200020)

中图分类号: R657.3+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0008-02 证型: IAD

【摘要】目的: 探讨益气养阴解毒中药为主配合熊去氧胆酸治疗原发性胆汁性肝硬化的临床疗效。方法: 以原发性胆汁性肝硬化患者为研究对象, 给予益气养阴解毒为主中药汤剂(党参、茯苓、石斛、枸杞子、陈皮、生地、白花蛇舌草、蛇六谷等), 每日一剂, 配合熊去氧胆酸(15mg·kg⁻¹·d⁻¹, 分3次服用), 共治疗8周, 根据治疗前后主要临床症状和肝功能、血脂改变以评定疗效。结果: 临床基本治愈2例, 显效6例, 有效8例, 无效4例, 总有效率为80%。结论: 益气养阴解毒法配合熊去氧胆酸治疗原发性胆汁性肝硬化疗效显著。

原发性胆汁性肝硬化(primary biliary cirrhosis, PBC)是一种病因未明, 与自身免疫有关的疾病。临床以皮肤瘙痒、黄疸、肝脾肿大为特点, 多见于中年女性。现代医学目前对此病尚无特效治疗方法, 我们多年来运用中医益气养阴解毒治法配合熊去氧胆酸治疗该病取得满意疗效, 现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

20例为常州市中医医院及上海中医药大学曙光医院2005年5月至2008年12月间门诊患者, 其中男4例, 女16例, 年龄45~65岁, 病程3.2~5.6年, 其主要临床表现为: 肝区隐痛、纳差、腹胀、乏力、皮肤瘙痒、黄疸及肝脾肿大、腹水、下肢浮肿等。其中合并干燥综合征1例, 类风湿性关节炎2例, 糖尿病2例, 有明显的口干眼干症状6例。

1.2 诊断标准

参考2000年美国肝病学会PBC诊断建议^[1]: ①碱性磷酸酶(ALP)等反映胆汁淤积的生化指标升高; ②B超或胆管造影检查示胆管正常; ③血清抗线粒体抗体(AMA)或AMA-M2亚型阳性; ④AMA/AMA-M2阴性者, 肝穿刺病理检查符合PBC改变。符合①+②

+③或①+②+④即可诊断。

1.3 治疗方法

①熊去氧胆酸(由常州制药厂有限公司生产, 国药准字H30223735)15mg·kg⁻¹·d⁻¹, 分3次服用, 共治疗8周。②中药汤剂: 益气养阴解毒法基本方: 党参15克、茯苓12克、白术10克、当归12克、石斛30克、枸杞子15克、陈皮6克、生地12克、白花蛇舌草30克、蛇六谷15克(先煎60分钟)、黄芩9克、丹参20克、郁金15克。肝脾肿大者加制鳖甲12克、牡蛎30克; 黄疸者加绵茵陈30克、垂盆草15克; 齿龈出血者加紫珠草15克、丹皮10克、仙鹤草30克; 转氨酶升高者加女贞子15克、鸡骨草15克, 腹水者加车前子30克(包)、益母草15克、猪苓15克; 皮肤瘙痒甚者加秦艽15克, 地肤子12克, 鸡血藤30克。每日剂, 水煎服, 共治疗8周。

1.4 观测指标

患者治疗前、后症状、肝功能及其他生化检查指标, 主要包括谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、总胆红素(T-BiL)、ALP、谷氨酰转肽酶(γ-GGT)、总胆固醇(T-CH)及甘油三酯(TG), 实验室检查采用常规方法检测。为了较客观的评价症状和体征的改

善情况,将临床症状的轻重程度以 0、2、4、6 分级记分。0 分:无疲劳、倦怠;2 分:疲劳、倦怠休息可以缓解或轻度黄疸或皮肤瘙痒较轻;4 分:中度黄疸或皮肤瘙痒较重或肝、脾肿大、质中度;6 分:重度黄疸或皮肤瘙痒严重,有瘙痒抓痕或已发展为肝硬化、疲劳、倦怠较重。

1.5 疗效判定标准

根据参考文献拟定标准^[2-3]。临床基本治愈:症状完全消失,肝功能复常;显效:症状明显好转,积分、肝功能指标较治疗前下降 $\geq 50\%$;有效:症状好转,积分、肝功能指标较治疗前下降 $< 50\%$, $\geq 30\%$;无效:症状无好转,积分、肝功能指标较治疗前下降 $< 30\%$ 。

2 结果

治疗 8 周后:临床基本治愈 2 例,显效 6 例,有效 8 例,无效 4 例,总有效率为 80%。

3 讨论

原发性胆汁性肝硬化是一种自身免疫性疾病,有慢性进行性胆汁淤积,肝内小叶间胆管和中隔胆管非化脓性破坏炎症及淋巴肉芽肿形成,随着小胆管增生、纤维化加重而发展为肝硬化、门静脉高压,最终演变为再生结节不明显性肝硬化。无症状或症状轻微者可存活 10 年以上,黄疸加深、出现腹水、合并肝性脑病、肝肾综合征者预后不良。PBC 主要发生于中年妇女,发病不受地区和人种的限制,大多数患者在 40 岁以后诊断。随着我国医学科技的发展,近年来国内报道 PBC 病例显著增加。

本病病程长,临床表现复杂,在病程的不同阶段分别归属于中医“黄疸”、“胁痛”、“积聚”、“鼓胀”等病证,其主要的病理表现是肝、脾、肾等脏虚损。我们研究认为该病是由于湿热瘀毒长期蕴积于肝,耗伤肝阴血,肝失濡养,疏泄失职,胆汁泛溢于肌肤则黄疸;横逆犯脾,脾失健运,气血化生不足,日久气阴亏虚,肢体失养则神疲乏力;气虚血瘀痰浊阻于肝

脾则腹部积块。因此,气阴亏虚,湿热瘀毒内蕴是其病理关键,采用益气养阴解毒法治正切中病机。方中党参、茯苓、白术健脾益气;当归、石斛、枸杞、生地滋阴补肾;蛇舌草、蛇六谷和黄芩清热解毒散结;丹参、郁金活血化瘀;陈皮理气化痰,使诸药补而不滞。上药组合共具益气养阴解毒之功。现代药理研究表明党参、白术、丹参、茯苓、白花蛇舌草等可调控机体的细胞免疫功能,生地、黄芩、当归、丹参可抑制机体体液免疫,通过调节上述药物的剂量可有效地调控机体的免疫功能。郁金不仅可促进胆汁分泌外,收缩胆囊,加速胆汁排泄,还可促进肝内血液循环,增强肝内血液供应,有利于肝细胞修复。丹参可扩张血管,改善门静脉和肝内血液循环,防止微血管内凝血和丰富肝细胞营养和活化肝细胞,加速病灶细胞修复,此外,其还可降低门静脉压力,减轻瘀血,使肝脾回缩。黄芩中黄芩苷通过改善葡萄糖醛酶的活性而具有明显的解毒作用。

熊去氧胆酸虽是现代医学公认治疗 PBC 的有效药物,但临床上单该药治疗疗效甚至不满意,国内外医务工作者正在寻找综合治疗方法以提高疗效。本研究应用中医药理论深入探讨该病的中医病机特点,运用益气养阴解毒法为主配合熊去氧胆酸治疗取得满意疗效,可供同道参考借鉴,其作用机理有待进一步探讨。

参考文献:

- [1]Heathcote EJ.Management of primary biliary cirrhosis.The American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guidelines[J]. Hepatology .2000,31:1005-1013
- [2]熊文生.中西医结合治疗肝肾阴虚型难治性腹水 30 例[J].陕西中医,2006,27(1):8
- [3]徐晓芬,许国铭,李兆申等.原发性胆汁性肝硬化 31 例临床分析[J].中华消化杂志,2003,23(4):213-216

编号: Y-10022347 (修回: 2010-04-16)

(上接 7 页)

药治疗银屑病的靶向性研究,改良剂型,使中药治疗银屑病疗效更高、使用更方便、价格更低廉、副作用更小。

参考文献:

- [1]欧阳恒.中医和中西医结合治疗银屑病的临床研究进展[J].中医药导报,2007,13(2):1-2
- [2]李曰庆.中医外科学[M].(第 2 版).北京:中国中医药出版社,2002:183
- [3]Qin WZ.Studies on treatment of psoriasis with integrative medicine [J].

Chinese Journal of Integrative Medicine,2002,8:248-255

- [4]刘丽涛.治疗寻常型银屑病经验[J].中医杂志,2002,48(2):121-122
- [5]周德瑛.脏腑辨证治疗银屑病经验[J].中国中医急症,2005,14(11):1080,1085
- [6]李元文.银屑病的辨证论治[J].中国全科医学,2005,8(12):956-957
- [7]赵辨.临床皮肤病学[M].(第 3 版),江苏科学技术出版社,2001:766-771

编号: EA-100326209 (修回: 2010-04-06)

化痰止咳汤治疗小儿急性呼吸道感染 61 例疗效观察

Clinical observation on curative effect of treating 61 cases of acute respiratory infections in children with Huatan Zhike decoction

吕传增

(山东省金乡县肖云中心卫生院, 山东 金乡, 272213)

中图分类号: R254.9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0010-03 证型: IDGA

【摘要】 目的: 观察化痰止咳汤治疗小儿急性呼吸道感染的疗效。方法: 用自拟化痰止咳汤治疗小儿急性呼吸道感染 61 例, 并与西药常规方法对照组比较。结果: 化痰止咳汤治疗组总有效率 95.1%, 明显优于对照组 91.9%, 治疗组主要临床症状、体征的恢复时间比对照组明显缩短 ($P < 0.05$)。结论: 自拟化痰止咳汤治疗小儿急性呼吸道感染疗效确切, 值得临床进一步研究证实。

【关键词】 化痰止咳汤; 小儿急性呼吸道感染; 中医药疗法

小儿急性呼吸道感染是一种常见多发病, 主要侵犯鼻、鼻咽、气管及肺部。有时鼻咽部的症状已好转或消失, 而气管炎、支气管炎可迁延或加重, 并反复发作, 故必须对小儿急性呼吸道感染的临床特点作全面的观察和分析, 以便早期诊断, 早期治疗, 提高疗效, 切不可认为是日常小病而轻率对待, 选择一种较快治愈该病的方药是医患双方共同的愿望。笔者自拟化痰止咳汤是我院应用 20 多年的效方, 具有解表散寒、止咳平喘的功效。笔者自 2005 年 10 年至 2008 年 10 月间应用该方治疗小儿急性呼吸道感染, 效果满意, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 123 例患者均为门诊符合诊断的患者, 并经 X 线诊断, 病程小于 7 天, 年龄 1~7 岁, 体温小于 39℃ 的中轻型患儿, 按就诊顺序, 随机分为治疗组 61 例和对照组 62 例。治疗组 61 例, 男 29 例, 女 32 例, 平均年龄 2.5 岁, 平均病程 4.3 天, 其中支气管炎 36 例, 支气管肺炎 18, 毛细支气管炎 7 例, 轻型 30 例, 中型 31 例, 发热 43 例, 咳嗽 56, 憋喘 12 例, 咳痰 48 例, 全部病例均伴有双肺干湿性啰音; 对照组 62 例, 男 30 例, 女 32 例, 平均年龄 2.7 岁, 平均病程 4.6 天, 其中支气管炎 38 例, 支气管肺炎 17 例, 毛细支气管炎 7 例, 轻型 30 例, 中型 32 例, 发热 42 例, 咳嗽 58, 憋喘 13 例, 咳痰 47 例, 全部病例均伴有双肺干湿性啰音。两组资料经统计学处理, 无显著性差

异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

根据中医药高等教育学会全国临床教育研究会儿科分会制定的诊断标准^[1]: ①起病较急, 有发热、咳嗽、气促、痰鸣等症状。②肺部听诊: 肺部有中细湿罗音, 或管状呼吸音。③血象: 细菌引起的白细胞总数增高, 分类中性粒细胞增多; 病毒性白细胞计数可减少或正常。④X 线: 肺部显示纹理增多, 紊乱, 透亮度降低, 或见小片状、斑点状模糊阴影, 也可呈不均匀大片阴影。

1.2.1 纳入标准: 符合诊断标准, 无合并症的患者。

1.2.2 排除标准: 虽符合诊断标准, 但伴有心力衰竭或疑似传染患者; 虽符合纳入标准, 但未按规定用药, 无法判定疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

1.3 治疗方法

治疗组用化痰止咳汤, 加头孢唑啉; 对照组单用头孢唑啉。化痰止咳汤的药物组成为: 麻黄、桂枝、杏仁、鱼腥草、金银花、桔梗、银杏、五味子、诃子、半夏、陈皮、茯苓、甘草。水煎好后, 加入蜂蜜适量, 每日一剂, 分三次口服。头孢唑啉按 50mg~100mg/(kg·d), 静脉滴注, 疗程均为 7~14 天。所有病例均可加用支持疗法, 如补充液体、电解质及维生素, 一律不再加用其他抗病毒、抗生素及对症治疗药物。观察期间对发热、咳嗽、咳痰、喘息等主要症状及肺部啰音等体征进行观察并记录。

1.4 统计学处理：采用 χ^2 、 t 检验和 Ridit 分析。

2 结果

2.1 疗效标准判定：依据相关标准^[1]制定。临床治愈：咳嗽消失或偶咳，肺部干湿性啰音消失，肺部 X 线检查，炎性病灶完全吸收。显效：稍有咳嗽或喘息，肺

部啰音基本消失，X 线肺部炎性病灶明显吸收。有效：咳嗽或喘息有好转，肺部啰音较入院时有改善，X 线肺部炎性病灶稍有吸收。无效：咳嗽痰无好转或加重，肺部啰音未减少或增多者，X 线肺部无改善。

2.2 疗效分析：两组总体疗效比较，见表 1。

表 1 两组总体疗效比较 (例 (%))

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	61	42 (72.1)	10 (16.3)	4 (6.5)	3 (4.9)	58 (95.1)
对照组	62	39 (62.9)	13 (20.9)	5 (8.1)	5 (8.1)	57 (91.9)

注：两组比较治疗组总有效率优于对照组，但通过 Ridit 分析， $P>0.05$ ，无统计学意义。

2.3 两组临床症状、体征消失时间比较，见表 2。

表 2 两组症状、体征消失时间比较 (天,)

组别	例数	发热	咳嗽	憋喘	咳痰	肺部啰音
治疗组	61	2.16±1.47	5.45±2.80	2.73±1.24	3.23±2.12	4.03±2.03
对照组	62	2.23±1.82	6.61±2.43	3.28±0.80	4.34±2.12	5.41±1.82

注：两组患儿退热时间相似 ($P>0.05$)；咳嗽、咳痰、憋喘、肺部啰音消失时间治疗组较对照组为优 ($P<0.05$)。

2.4 平均住院天数和平均治愈时间比较

治疗组与对照组平均住院时间分别为 7.89 天和 8.94 天，平均治愈时间分别为 7.02 天和 7.14 天，经统计学处理，无显著性差异 ($P>0.05$)。

2.5 典型病例

患者甲，因发热、咳嗽、咳痰，有时出现憋喘 3 天就诊。近 3 年来，上述症状每年发作 3~4 次。3 天前，因受凉出现发热、咳嗽、咳痰，体温有时达到 38.7℃，曾在村卫生所给予治疗（不详），体温恢复正常，但咳嗽、咳痰日渐加重，有时出现憋喘来诊。

体检：体温 37.7℃，脉搏 98 次/min，呼吸 25 次/min，舌质红，舌苔黄燥，脉浮数。双肺闻及散在干湿性啰音，血常规示 WBC $11.2 \times 10^9/L$ ，N72%，L36%，胸透示双肺纹理增强，西医诊断急性支气管炎；中医诊断咳嗽（风热咳嗽），治以疏风清热，宣肺化痰，方用化痰止咳汤：麻黄 3g、桂枝 3g、杏仁 2g、鱼腥草 6g、金银花 5g、桔梗 3g、银杏 2g、诃子 2g、半夏 1g、陈皮 3g、茯苓 3g、甘草 3g，净水浸泡 1 小时，煎沸 15min 后滤出，加入蜂蜜 20g，调匀，分 3 次口服，并注意避风寒，少食辛辣刺激品，多饮白开水或蜂蜜茶。治疗 3 天后，体温恢复正常，仅有轻度的咳嗽，咳少许白痰，无憋喘，舌淡红，苔薄黄，脉浮。双肺啰音基本消失。继续用上方 2 剂，痊愈。随访 1 年，未见复发。

3 讨论

小儿急性呼吸道感染属祖国医学“咳嗽喘证”范畴，小儿属于“稚阴稚阳”之体，脏腑娇嫩，形气未充。清·吴瑭曰：“脏腑薄，藩篱疏，易于传变，肌肤嫩，神气怯，易于感触。”说明肺为娇脏，外合皮毛，

小儿卫外机能未固，病邪易从皮毛或口鼻袭入，首先犯肺，故易患感冒、咳嗽，肺炎喘嗽等病。现代医学亦证实：婴幼儿鼻腔较成人短，无鼻毛，后鼻道狭窄，粘膜柔嫩，呼吸道的非特异性和特异性免疫功能均较差，咳嗽反射弱，纤毛运动功能差，肺泡巨噬细胞功能欠佳，婴幼儿的分泌球蛋白 A (SigA)、免疫球蛋白 A (IgA)、免疫球蛋白 G (IgG) 和 IgG 亚类含量均低，乳铁蛋白、溶霉菌、干扰素、补体等的数量和活性不足，故易患呼吸道感染，中医治疗小儿急性呼吸道感染以发散外邪，宣肺止咳化痰为主要方法。笔者应用化痰止咳汤治疗小儿急性呼吸道感染，以麻黄、杏仁、桂枝、桔梗、金银花、鱼腥草宣发外邪，止咳平喘为主，辅以银杏、诃子敛肺止咳平喘，以防前组药物发散太过，耗伤肺气。两组药物一宣一敛，相反相成，使人体达到“阴平阳秘”的动态平衡之中，佐以半夏、茯苓、陈皮祛痰化痰，以甘草、蜂蜜调味调和诸药，共奏发散外邪、宣肺止咳化痰之功，使发热、咳、喘、痰诸症俱除。现代药理研究表明^[2]：麻黄、桂枝、金银花、鱼腥草、银杏、茯苓有抗菌抑菌抑制病毒作用，麻黄对支气管平滑肌的解痉的作用较为持久显著，鱼腥草能增强白细胞吞噬能力和增加白介素浓度，提高肌体的免疫力。半夏、桔梗有镇咳祛痰的作用，诃子、陈皮具有抗菌、松弛气管平滑肌的作用，五味子具“适应原”样作用，镇咳祛痰，兴奋呼吸，能增强肌体对各种有害刺激的防御能力，甘草具有镇咳、肾上腺皮质激素样作用，有抗炎抗变态反应的作用。因此，化痰止咳汤可以有有效的治疗小儿急性呼吸道感染，使咳嗽、咳痰、憋喘、肺部啰音等临床症状（下转 13 页）

补肝益肾活血汤治疗膝关节骨性关节炎疗效观察

Effective observation on treating osteoarthritis of the knee with Bugan Yishen Huoxue decoction

白胜利 张志忠

(甘肃省华亭煤业集团总医院, 甘肃 华亭, 744100)

中图分类号: R658.2/3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0012-02 证型: DGI

【摘要】 目的: 观察补肝益肾活血汤治疗膝关节骨性关节炎疗效。方法: 68例随机分为治疗组和对照组各34例, 治疗组应用补肝益肾活血汤加减, 对照组应用对乙酰氨基酚, 两组比较观察。结果: 补肝益肾活血汤治疗膝关节骨性关节炎有效率94.11%, 对照组有效率82.35%, 两组间有显著性差异 ($P < 0.01$)。结论: 补肝益肾活血汤治疗膝关节骨性关节炎疗效满意。

【关键词】 补肝益肾活血汤; 膝关节骨性关节炎; 疗效观察

膝关节骨性关节炎 (osteoarthritis, OA) 是中老年人常见的风湿性疾病, 本病是由于关节软骨完整性破坏以及关节边缘软骨下骨板病变, 导致关节症状和体征的一组异质性疾病, 以关节疼痛、肿胀、功能障碍为特征, 其病程长, 反复发作, 已成为全球广泛关注的社会卫生问题, 目前对其发病机制尚未完全明了, 也缺乏治愈的手段, 近年来, 应用西医诊病, 中医辨证治疗的方法, 以自拟方补肝益肾活血汤治疗膝关节骨性关节炎68例, 疗效满意, 报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

68例均为我院门诊就诊的膝关节骨性关节炎患者, 随机分为治疗组和对照组, 治疗组34例, 男11例, 女23例; 对照组34例, 男13例, 女21例。2组病例性别、年龄一般资料经统计学处理无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。两组年龄最小45岁, 最大60岁, 平均年龄 (53.82 ± 12.11) 岁, 病变部位左膝15例, 右膝35例, 双膝18例, 伴有关节积液9例; 病程最短1年, 最长14年, 平均 (7.4 ± 2.6) 年。

1.2 诊断标准: 根据美国风湿病协会推荐的临床标准^[1]: ①1个月来大多数日子膝关节痛; ②关节活动时有关响; ③晨僵 ≤ 30 min; ④年龄 ≥ 38 岁; ⑤膝关节骨性肿胀伴弹响; ⑥膝关节骨性肿胀不伴弹响。最少存在①②③④或①②③⑤或①⑥即可诊断为膝关节骨性关节炎。影像学检查 X 线表现: ①关节边缘或韧带附着点骨赘形成; ②关节周围小骨刺; ③关节间隙狭窄

伴软骨下骨硬化; ④软骨下骨板内有硬化囊变。实验室检查: 血清抗 O、类风湿因子、血沉均在正常范围之内。同时无明显心、肝、肾、肺功能不全等疾病, 能坚持本病治疗的患者。

1.3 证候分类^[2]

①肾虚髓亏: 关节隐隐作痛, 腰膝酸软, 腰腿不利, 俯仰转侧不利。伴有头晕, 耳鸣, 耳聋, 目眩。舌淡红、苔薄白, 脉细。②阳虚寒凝: 肢体关节疼痛, 重著, 屈伸不利, 天气变化加重, 昼轻夜重, 遇寒痛增, 得热稍减。舌淡, 苔白, 脉沉细缓。③瘀血阻滞: 关节刺痛, 痛处固定, 关节畸形, 活动不利, 或腰弯背驼, 面色晦暗。唇舌紫暗, 脉沉或细涩。

1.4 治疗方法

治疗组应用补肝益肾活血汤: 山茱萸 10g, 熟地黄 20g, 桑寄生 20g, 补骨脂 20g, 怀牛膝 20g, 鸡血藤 30g, 丹参 10g, 当归 10g, 川芎 10g, 川断 15g, 地龙 15g, 全蝎 6g, 白芥子 10g, 白芍 20g 甘草 10g 每日 1 剂, 加水 600mL, 煎至 200mL, 早晚分服。并予中药熏洗治疗, 取内服中药煎取 2 次后的药渣, 加水 1500mL, 煎沸 20min, 熏洗患膝, 每次 10min, 每日 2 次, 不能坚持服汤药, 照组应用对乙酰氨基酚, 口服 一次 0.3~0.6g (一次 1~2 片), 一日 3 次, 28 日为 1 个疗程。

随证加减肾虚髓亏: 山药 20g、枸杞子 10g、骨碎补 10g、仙灵脾 10g、金狗脊 10g、龟板 10g。阳虚寒凝: 附子 6g、细辛 10g、巴戟天 20g、鸡血藤 10g、

伸筋草 10g、千年健 10g。瘀血阻滞：桃仁 10g、当归 10g、川芎 10g、赤芍 10g、水蛭 10g、三七(研粉 10g)、地龙 10g、红花 10g。

1.5 疗效评定^[2]

①治愈：关节疼痛、肿胀减轻，活动功能恢复正常，实验室检查正常。②好转：关节疼痛、肿胀减轻，活动功能好转。③未愈：关节疼痛及肿胀无变化。

2 结果

表 治疗组和观察组疗效比较

	病例数	治愈	好转	无效	有效率%
治疗组	34	20	12	2	94.11
对照组	34	17	11	6	82.35

注：治疗组补肝益肾活血汤有效率为 94.11%，疗效优于对照组对乙酰氨基酚，两组间有显著性差异 ($P<0.01$)。

3 典型病例

患者甲，女，54 岁，2007 年 10 月 20 日初诊。自诉双膝关节疼痛 8 年加重 7 天，右膝关节为甚，以上下楼梯明显，下蹲功能受限，起时常用手扶物，夜间疼痛，影响睡眠，膝部怕凉。多处求治不愈，西药服用后上腹痛，甚为苦恼，现来我院求诊，患者体胖，体查：右膝关节肿胀，屈曲受限，髌骨研磨试验 (+)，浮髌试验 (-) 左膝活动有弹响。双膝 X 片示关节间隙狭窄，右膝髌间峭增生，余未见异常，舌质淡白，脉细涩。病久入络，气血虚弱。风湿之邪闭阻筋骨关节。辨证为阳虚寒凝，治宜补益肝肾，温阳通络。方用补肝益肾活血汤加减：山茱萸 10g，熟地黄 20g，桑寄生 20g，巴戟天 20g，补骨脂 20g，怀牛膝 20g，鸡血藤 30g，丹参 10g，当归 10g，川芎 10g，川断 10g，地龙 15g，白芥子 10g，威灵仙 12g，附子 6g，全虫 6g。上方服用 7 剂，双膝痛已减，肿胀减轻，活动稍灵活。药已对症，原方继服 7 剂。再诊时，双膝痛明显减轻，活动基本灵活。继服原方 14 剂后病愈。一年

(上接 11 页)

和体征明显改善。临床实践表明，口服化痰止咳汤治疗小儿急性呼吸道感染，疗效明显高于对照组，主要临床症状、体征的改善时间比对照组显著缩短

($P<0.05$)，该方剂不失为治疗小儿急性呼吸道感染的疗效确切的方剂，值得临床进一步研究证实。

参考文献：

后随访，关节疼痛未复发。

4 讨论

骨性关节炎属中医学“骨痹”范畴，《素问·长刺节论》：“病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛，寒气至，名曰骨痹。”证见骨节疼痛，四肢沉重难举，有麻冷感，其形成内因是正气不足，外因是风寒湿邪的侵入，内虚外感而成痹。张璐在《张氏医通·诸痛门》中论膝痛曰：“膝者，筋之府，无有不因肝肾虚者，虚者风寒湿气袭之。”故肝肾虚弱是骨痹发生的内在原因。《素问·五脏生成篇》：“肾之合骨也”，“骨痹不已，复感于邪，内舍于肾”，“肾之合骨也”是指肾脏与骨关系密切，肾病及骨，骨病及肾。清代医家王清任在其所著《医林改错》中明确提出了“痹有瘀血”的论点，并用活血化瘀法治疗痹证，其曰：“总滋阴，外受之邪归于何处？总逐风寒去湿热，已凝之血，更不能活。如水遇风寒，凝结成冰，冰成，风寒已散。明此义，治痹证何难？……用身痛逐瘀汤。”所以肾虚血瘀是膝关节炎的基本证候，在治疗时应补肝益肾、活血通络为主法，经多年的临床实践，自拟方补肝益肾活血汤治疗骨性关节炎，其中桑寄生、川断、补骨脂祛风湿，强筋骨；山茱萸、熟地黄补肝肾之阴；怀牛膝、鸡血藤养血通络，补益肝肾；丹参、当归、川芎活血通经；地龙、全蝎、搜风通络；白芥子是燥湿化痰，消肿散结，可祛除四肢关节顽痰瘀血，缓解疼痛；白芍味酸补血敛营柔筋止痛；甘草调合诸药。全方标本兼治、补肝益肾、强筋壮骨、活血通络、散结止痛之功，再随症加减，临床上获得较好的疗效。

参考文献：

- [1]孙瑛.实用关节炎诊断学[J].北京:北京大学医学出版社,2002,319-333
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京学出版社,1994.6.48-49

编号：EA-100401229（修回：2010-04-16）

[1]中医药高等教育学会全国临床教育研究会儿科分会.肺炎喘嗽的病因病机诊断依据证候分类及疗效判定标准[S].中医杂志.1997;38(5):274

[2]江苏新医学院.中药大辞典[M].上海.上海科学技术出版社.1986.387-2638

作者简介：

吕传增，男，大专学历，主治医师，主要从事中医临床医疗工作。

编号：EA-100215115（修回：2001-04-12）

壮骨通痹膏治疗膝关节骨性关节炎的临床研究

Zhuanggu Tongbi cream in treatment of knee osteoarthritis clinical research

关智宇

(大连市第二人民医院, 辽宁 大连, 116011)

中图分类号: R322.7⁺2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0014-03 证型: DGI

【摘要】 目的: 为探讨中药壮骨通痹膏治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效。方法: 以壮骨通痹膏与外用扶他林软膏对照, 共对 62 例膝关节骨性关节炎患者进行 4 周的疗效观察。结果: 治疗组总有效率 90.62%, 对照组总有效率为 76.67%, $P < 0.05$ 有显著差异。结论: 壮骨通痹膏对膝关节骨性关节炎有显著的治疗效果。

【关键词】 壮骨通痹膏; 骨性关节炎; 临床观察

【Abstract】 Objective: To discuss traditional Chinese medicine that relieve the pain of bone arthritis of knee joint. Method: with FuTaLin to compare, the curative effect that carries out 4 weeks respectively for the 62 regular bone arthritis patients of knee joint is observed. Result: Treatment group always effectivity is 90.62%; comparing group is 76.67% ($P < 0.05$), its have notable discrepancy. Conclusion: ZhuangGuTongBi Cream for the bone arthritis of knee joint have notable treatment effect.

【Keyword】 Bone arthritis; ZhuangGuTongBi Cream; clinical observe

骨关节炎 (osteoarthritis, OA) 又称退行性关节炎, 是一种慢性、无菌性关节炎, 最终致关节疼痛、畸形和功能障碍, 可严重影响病人的活动能力和生活质量。常累及膝关节, 约占各类关节炎的 40% 左右。其病理表现以膝关节软骨损伤为主, 病变累及软骨下骨、滑膜和关节周围组织为特征的一种慢性膝关节疾病。骨关节炎属于中医学“骨痹”的范畴, 中医认为痹证主要是由风寒湿邪所致, 其治疗以祛风、散寒、祛湿为主。2008~2010 年本院采用外用自制壮骨通痹膏临床治疗了 62 例膝关节骨性关节炎患者, 应用取得了良好的效果, 现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 62 例均为 2008 年 2 月~2008 年 2 月在我院骨科住院治疗病人共计 87 个膝关节。两组病例按入院时间根据随机数字表随机分配到治疗组和对照组。其中男 15 例, 19 个膝关节; 女 47 例, 68 个膝关节。年龄最小 51 岁, 最大 74 岁。病程最短 1.5 年, 最长 10 年。治两组病例资料性别、年龄、病程、满足正态性分布, 且经检验差异均无统计学意义, 具有可比性。

表 1 两组年龄、性别、病程分布情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄 (岁)	病程	男	女
治疗组	32	53.15 ± 12.756	18.3 ± 9.36	9	24
对照组	30	54.28 ± 11.125	17.5 ± 10.22	6	23

注: 两组经病例资料统计学处理: t 年龄=0.838, t 病程=0.795, $t > 0.05$, 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准参照 1995 年美国风湿病协会

(ACR) 修订的膝骨性关节炎诊断标准^[1]: ①膝关节痛在就诊的前 1 个月内 $\geq 14d$; ②膝关节活动时有关节摩擦响声; ③X 线片示膝关节骨端边缘有骨赘形成; ④膝关节周围有肿胀; ⑤膝关节晨僵 $\leq 30min$; ⑥骨关节炎的滑膜液相: 清、黏、WBC $< 2000/mL$ 。在 3 项中至少有两项; 如无滑膜液相指标, 则年龄 ≥ 40 岁。

具备①③或①②④⑤⑥即可诊断为膝骨关节炎。

1.2.2 中医诊断标准

根据卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[2]确诊: ①初起膝关节隐隐作痛, 屈伸不利, 轻微活动稍缓解, 气候变化加重, 反复缠绵不愈; ②起病隐袭, 发病缓慢, 多见中老年人; ③膝部可轻度肿胀, 活动时关节常有喀啦声和磨擦音; ④X 线检查: 骨质疏松, 关节间隙狭窄, 软骨下骨质硬化, 变圆唇样改变, 骨

赘形成。

1.3 病例纳入标准

①符合上述诊断标准者；②年龄 40~70 岁之间。

1.4 病例排除标准：①关节间隙显著狭窄或关节间骨桥连接形成而呈骨性强直者；②有明显膝关节内外翻畸形及患肢有血管神经损伤史者；③膝关节肿瘤，类风湿，结核，化脓及关节内骨折急性期者；④有明显的脏器器质性病变者；⑤妇女妊娠期及哺乳期；⑥治疗未滿 1 个疗程或未按规定用药者；③随访丢失者。

2 治疗方法

治疗组采用我院自制壮骨通痹膏，每一日一次。

表 2 症状、体征分级评分标准 (分)^[2]

关节疼痛	无	长距离行走时痛	步行时痛，休息后缓解	一行走就痛，行走后加重
最大步行距离	>1km	<1km 但有限	300m~1km	<300m
关节功能	正常	轻度受限，可从事正常活动	明显受限	功能活动丧失，生活不能自理
日常活动能力	无困难	偶有困难	时有困难	不能
关节肿胀	无	轻度	中度	明显

3.2 疾病疗效评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中骨性关节炎的疗效评定标准进行评定。临床控制：疼痛症状消失，关节活动正常，积分减少≥95%，X 线显示正常。显效：疼痛症状消失，关节活动不受限，积分减少≥70%，<95%，X 线性明显好转。有效：疼痛症状基本消失，关节活动轻度受限，积分减少≥30%，<70%，X 线性显示有好转。无效：疼痛等症状与关节活动无

表 3 治疗前后膝关节骨性关节炎症状、体征分级评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前积分	治疗后积分	前后积分差
治疗组	32	10.45±2.72	5.32±3.78	5.21±2.88
对照组	30	11.12±1.54	8.19±2.75	3.45±2.11

注：组内治疗前后比较， $P<0.01$ ，治疗组和对照组均为治疗膝骨性关节炎的有效方案。两组 Δ 积分比较， $P<0.05$ ，治疗组优于对照组。

4.2 两组患者疗效分析比较 (见表 4)

表 4 两组患者临床疗效比较

组别	例数	临床控制 例 (%)	显著进步 例 (%)	进步 例 (%)	无效 例 (%)	总有效率 %
试验组	32	6 (18.75)	9 (28.13)	14 (43.75)	3 (9.38)	90.62
对照组	30	2 (6.67)	8 (26.67)	13 (43.33)	7 (23.33)	76.67*

注：两组比较，经秩和检验， $P=-1.978$ ， $P<0.05$ ，差异有统计学意义，治疗组优于对照组。

治疗过程中，试验组和对照组均未出现皮疹、红斑等过敏现象。病人无瘙痒、不适等主诉。

5 讨论

退行性骨关节病其病因病机复杂，现代医学认为该病的发生与中老年人多年积累性劳损、静脉瘀滞、骨内高压等有关^[3]。而滑膜炎在骨关节病发病过程中起着重要作用。在致病因素的作用下，炎性滑膜大量分泌的 IL-1 β 、TNF- α ，促进软骨细胞产生大量的基质金属蛋白酶，引起细胞基降的失衡^[4]，从而使软骨产生破坏。另外，细胞因子还能激活软骨母细

胞中的 iNOS，产生 NO 和 NO₂ 与 OH⁻ 的自由基，损伤关节软骨细胞，以致关节软骨变性坏死，脱落。在此过程中，NO 和自由基在损伤滑膜组织的同时也损伤了其中的血管壁，使血管壁的通透性增大而加重渗出，导致滑膜肿胀、充血，这样致使大量细胞因子又大量分泌，如此循环，加速了软骨的破坏。

3 疗效评定

3.1 疾病症状评分标准

参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[2]中膝关节骨性关节炎症状分级量化表进行评分。根据下面 (表 2) 症状、体征分级评分标准逐项评分，各项症状评分累计结果积分≤5 分者为轻度；6≤积分≤10 分者为中度；积分>10 分者为重度。

明显改善，积分减少不足 30%，X 线无明显改变。

所得数据采用 SPSS13.0 统计软件作数据分析。计量资料进行正态性、方差齐性检验，满足条件者用 t 检验，否则用非参数检验。计数资料用 χ^2 检验，等级资料进行秩和检验。

4 治疗结果

4.1 两组治疗前后症状、体征分级量化进行评分 (见表 3)。

膝骨性关节炎属祖国传统医学“痹证”范畴，历代医家或从“痹症”，或从“痿证”，或二者结合加以诠释论治，有“骨痹”“骨痿”“历节”“鹤膝风”和“痿

(下转 17 页)

活血化瘀法治疗慢性肝炎机制和应用

Mechanisms and applications treating CHB

by promoting blood circulation to remove blood stasis

雷宁波¹ 韩大为²

(1.福建中医学院, 福建 泉州, 350108, 2.福建省人民医院, 福建 福州, 350108)

中图分类号: R512.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0000-00 证型: BDI

【摘要】 慢性肝炎是由病毒、药物或其它原因引起的肝脏炎症, 祖国医学概括在“黄疸”, “郁症”等范畴。治疗上根据不同证型分别采用清热利湿、疏肝健脾等法。但活血化瘀药的应用贯穿于慢肝治疗的始终, 其效果明显。现就其机制及应用加以探讨。

【关键词】 活血化瘀; 慢性肝炎

1 血瘀是慢性肝病的主要病机

慢性肝炎从病机方面讲, 叶天士所说:“初病在气, 久病入血”, “初病在经, 久病入络”, “大凡经主气, 络主血, 久病血瘀”。现代医学认为慢性肝炎病理过程为肝炎病毒包绕肝细胞表面→细胞壁增厚→“通透性”下降→代谢障碍→肝细胞进一步肿大→使细胞与细胞之间的血流挤压→形成肝脏缺血性瘀滞→肝细胞坏死→纤维化、细胞坏死与纤维增生相交替→形成恶性循环、导致肝血流梗阻, 门脉系病变。故慢性肝炎病理过程中, 血瘀是其发展的必然。其成因有以下几方面: ①因湿成瘀: 病程日久, 脾胃损伤, 内生水湿, 水湿内蕴可阻脉络, 导致血脉不通而成瘀; ②气虚血瘀: 气之与血, 相互滋生, “气为血之帅, 血为气之母”。在病理上相互影响, 病久则气虚, 气虚无力运血, 故致血瘀。③阳虚致瘀: 慢肝患者因久服苦寒之品, 致脾肾阳虚, 阴寒内盛, 致血行凝滞。④气滞致瘀: 肝失疏泄, 气滞不畅, 则血瘀; 反之血瘀又可致气机不畅。⑤因热致瘀: 肝炎病人感受的热毒之邪内蕴, 或素体阳虚火旺, 肝肾阴虚, 气郁化火, 热结于内, 致精液内燥, 熬煎血液, 灼血成块。可见血瘀是慢性肝炎的主要病机。故活血化瘀为慢肝治疗的基本大法, 贯穿其始终。

2 活血化瘀治疗慢性肝炎的机制

2.1 抗病毒

抗病毒是慢性肝炎的根本治疗方法。治疗目标是清除或永久抑制 HBV 复制, 降低致病毒性和传染性, 从而清除肝脏的炎症或坏死。目前抗 HBV 的治疗药

物主要是干扰素和拉米夫定为代表的新一代核苷酸类似药, 疗效尚未达到令人满意的程度。而中药的活血化瘀药有良好的抗病毒作用。在以活血化瘀药丹参、当归、益母草等为主的方药, 治疗慢性乙型肝炎 46 例临床观察中表明活血化瘀药在改善 HBsAg、HBeAg 转阴, 抗-HBs、抗-HBe 转阳有着良好疗效^[1]。

2.2 降酶

肝脏炎症受损, 致细胞膜通透性增加, 胞浆内的 ALT 释放入血浆, 致使血清 ALT 升高。活血化瘀法是常用降酶有效方法。药理实验表明, 丹参可以抑制和减轻炎症反应, 降低 ALT, 这可能与改善微循环、抗脂质过氧化及免疫调节作用等有关^[2]。

2.3 利胆退黄

中医认为肝胆是互为表里, 胆汁排泄的顺畅是肝疏泄功能的重要体现。故治肝必治胆。无论是清利肝胆湿热、疏肝理气, 还是健脾补肾、调理气血等各治法则, 利胆退黄都治疗慢性肝炎的重要治则。丹参注射液 1g/ml, 由 8ml 开始逐渐增至 20~30ml 加入 10% 葡萄糖液中静点滴治疗瘀胆型肝炎 20 例, 用药 2 周左右, 黄疸消退较快。其机制可能是通过改善肝微循环, 从而促进肝细胞胆汁分泌器的恢复, 调节胆盐泵的功能及胆小管转移系统的紊乱, 有利于恢复胆小管微绒毛机能障碍而起作用的^[3]。

2.4 抗肝纤维化

肝纤维化是指肝脏纤维结缔组织的异常增生, 其实质是胶原和其它细胞外基质的合成与降解失衡导致肝内过量沉积, 是肝硬化的主要原因。实验表明^[4]:

活血化瘀药具有防止肝细胞变性坏死,抑制纤维化的启动,抑制成纤维细胞的增生,促进肝内胶原降解及重吸收,增强肝脏血流量,促进肝胶原酶活性作用,其机制主要为改善肝局部血液循环、抗脂质氧化过程、阻滞钙离子内流、提高单核吞噬细胞系统及调理素活性,而且通过抗肝细胞变性坏死间接抑制肝纤维化形成,促进肝内胶原蛋白降解,加速纤维组织重吸收、发挥抗纤维化作用,从而延迟肝纤维化进程^[5]。

2.5 改善肝脏血液循环:肝病血瘀证是慢性肝炎、肝纤维化、肝硬化的常见证型。从中医药理的角度分析,治瘀所用活血化瘀药已经证明可以改善血液流变学特性,如降低血液黏度,减少红细胞压积,降血脂,减慢血沉,减少红细胞凝聚性,降低纤维蛋白含量,抗血栓形成,总之改善血瘀证时血液的浓、黏、凝、聚状况,有利于增加肝脏血流速度。活血化瘀药还可改善血液动力学;如通过扩张血管,增强心脏功能,增加肝脏血流量;通过改善微循环功能,增加病区的供血和供氧,利于肝损伤的修复与肝组织的再生^[6]。

3 活血化瘀的临床应用

活血化瘀法论治慢性肝炎时要结合其病因、病机及药物特性等方面,以更好地发挥活血化瘀治法的功效。常有:①行气化瘀法,用于气滞血瘀证。肝主疏泄,以调达和平为常。气为血帅,血为气母,气行则血行,血瘀亦致气滞,互为因果。故理气与活血同用。症见胁肋胀痛,烦躁易怒,脉弦等。方如柴胡疏肝散

合金铃子散加减;②清热化瘀法,用于湿热内蕴证。湿热疫毒是慢性肝炎的致病因素,瘀血内阻是病理因素,不化湿则不能祛除病因,不化瘀则湿热疫毒交结不解,难以痊愈。症见身目发黄,口干口苦,厌食乏力,尿赤便秘舌红紫暗,脉弦数。方如茵陈蒿汤合犀角地黄汤加减;③温阳活血法。多见慢性肝炎后期或肝硬化,日久病及脾肾,脾肾阳虚,阳虚则寒,寒凝气滞,气滞血瘀。症见形寒肢冷,夜间尿多,腰膝酸软,舌淡有紫斑,脉涩。方如金匮肾丸加当归、丹参等;④软坚消癥法,用于癥瘕积聚证。慢性肝炎病久,气滞血瘀日久,症见肝脾肿大,两胁攻痛,腹壁青筋显露,面色黧黑,头颈胸臂赤纹血痣,舌紫红有瘀斑,脉弦涩。方如膈下逐瘀汤加减。

参考文献:

- [1]黎玉冰,等.活血化瘀为主的中草药及复方抗乙型肝炎病毒实验研究与疗效[J].中国中西医结合脾胃杂志,1994,2(1):39
- [2]沈吉云,等.丹参保肝抗纤维化药理作用及应用进展[J].中西医结合肝病杂志,1998,8(2):124
- [3]刘存声,等.丹参治疗瘀胆型病毒性肝炎[J].中西医结合杂志,1990,3(2)
- [4]沈吉云.活血化瘀方药治疗肝纤维化研究进展[J].中华实用中西医结合杂志,2002,(6)
- [5]邓和军.丹参护肝机理研究[J].中国中药杂志,1992,17(4):233
- [6]余德胜.60例慢性肝炎患者肝纤维化血清学指标测定及分析[J].山东医药,2008,48,(35):69-69

编号: E-10040206 (修回: 2010-04-09)

(上接 15 页)

痹”之说。从“痹证”论治者,如《素问·痹论》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹”“其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹也”,说明本病与风、寒湿等外邪侵入机体,有着关系密切。从“痿证”论治者,如《卫生宝鉴》云:“老年腰膝久痛,牵引少腹两足,不堪步履,奇经之脉,隶于肝肾为多”,明确提出老年人久患腰膝疼痛,为肝肾两虚的表现。总之,中医学认为,人至中年后,肝肾渐亏,筋骨失养,不荣则痛;加之风寒邪乘虚侵袭留驻关节,或跌仆扭伤或长期劳损,导致经络痹阻,骨脉瘀滞,不通则痛。肝肾亏虚是本病发病基础,风寒湿邪侵袭及跌仆扭伤为发病诱因。

笔者认为骨关节病患者为年老之人,长期劳损、气血不足,累及筋骨关节,气血不和,运行不畅、瘀血内生、阻滞经络,故而成痹。无论其病因多变,“瘀”都是其发病根本。这与现代医学研究认为股骨下端、胫骨上端、滑膜静脉瘀滞、微循环障碍的病理一致。因此针对关节滑膜炎治疗和改善膝关节局部血运将有

效控制、治疗膝关节骨性关节炎。

本药组成独活、独活、牛膝、白芷、藤黄、威灵仙、桑寄生、川芎、蜂蜜。功能祛风散寒,活血行滞,通络止痛。可用于膝、腰椎部属血淤、风寒阻络证者,症见:关节疼痛、肿胀、压痛或功能障碍。

- [1] Al tman R,Asch D,Block D,etal.Development of criteria for the Classification and reporting of osteoarthritis,classification of osteoarthritis of the knee[J].Arthritis Rheum,1986,(28):1039-1049
- [2]邓筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].第一版.北京:中国医药科技出版社,2002,349-353
- [3]韦以宗.现代中医骨科学[M].北京:中国中医药出版社,2004:927-934
- [4]何耀华等.白细胞介素-1,肿瘤坏死因子在膝关节原发性骨关节炎发病中的作用[J].中华骨科杂志 1999,19(5):281

作者简介:

关智宇(1977-),男,满族,博士,主治医师,现工作在大连市第二人民医院,从事骨科临床工作。

编号: Y-10031656 (修回: 2010-04-16)

少腹康颗粒治疗慢性盆腔炎的比较性研究

Comparative Study on treating PID with Shaofu Kang grain

张爱银¹ 欧阳松山²

(1.汉川市人民医院, 湖北 汉川, 431600; 2.汉川市中医医院, 湖北 汉川, 431600)

中图分类号: R711.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0018-03 证型: BID

【摘要】目的: 比较少腹康颗粒与妇科千金片治疗慢性盆腔炎的临床疗效; 方法: 将符合慢性盆腔炎诊断标准的120例, 随机分为两组, 治疗组60例和对照组60例。治疗组用少腹康颗粒, 每日三次, 20g/包/次。对照组用妇科千金片, 每日三次, 每次二片, 服药一周疗程, 观察四周; 结果: 治疗组总有效率93.33%, 对照组总有效率66.67%, $P < 0.05$, 两者比较差异有显著性; 结论: 少腹康颗粒治疗慢性盆腔炎疗效显著, 未见不良反应。

【关键词】 少腹康颗粒; 慢性盆腔炎; 比较性研究

少腹康颗粒为我院研制的医院制剂(成果证号: EK080669), 为客观评价其疗效, 我科采用少腹康颗粒与妇科千金片治疗慢性盆腔炎, 进行了比较性研究, 取得了满意效果, 现报告如下:

1 一般资料

1.1 临床资料

所有病例来源于汉川市人民医院2008年7月至2009年10月妇科门诊病例, 将符合诊断标准的慢性盆腔炎120例, 随机分为治疗组60例, 平均年龄32岁 \pm 7.33, 病史最短半年, 最长11年, 平均2.1年; 对照组60例, 平均年龄34.5 \pm 6.97, 病史最短三个月, 最长11年, 平均2.5年。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]的有关内容制定慢性盆腔炎的诊断标准如下。

1.2.1.1 病史: 多有急性盆腔炎病史。

1.2.1.2 症状

1.2.1.2.1 主要症状下腹坠胀疼痛或腰骶部酸胀疼痛, 疼痛常在劳累、性交、情绪波动、月经前后因盆腔充血而疼痛加重。

1.2.1.2.2 其他可能出现的症状

- ①全身症状: 多不明显, 有时仅有低热, 易感疲乏, 下肢无力, 病程长者部分患者可出现神经衰弱症状, 如精神不振、周身不适、心烦起急或失眠等症。
- ②带下增多, 呈黄色或淡黄色或黄白色, 质粘或稀或如水样。
- ③月经不调, 以月经量多或经期延长多见。
- ④输卵管阻塞性不孕。

1.2.1.3 体征

- ①子宫多后倾, 活动受限或粘连固定, 伴有压痛。
- ②附件区扪及索状增粗或片状增厚或囊性包块, 伴压痛, 子宫骶骨韧带多增粗, 伴有压痛。

1.2.1.4 辅助检查

①B超检查: 可探及盆腔积液、输卵管增粗或卵巢略大、周围有水肿征象等。②血常规: 可有白细胞总数或中性粒细胞轻度增高。③阴道或子宫颈管分泌物涂片检查或培养: 可有异常或检出病原菌。④腹腔镜检查: 可见子宫、输卵管粘连病灶或盆腔炎性包块形成。

根据上述主要症状、体征, 结合病史及辅助检查即可诊断。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]的有关内容制定中医的诊断标准如下。

1.2.2.1 主症: ①下腹疼痛坠胀; ②腰骶酸胀痛; ③带下量多, 色白或色黄, 质稀有味。

1.2.2.2 次症

- ①肛门坠胀; ②低热起伏; ③胸胁乳房胀痛; ④身倦乏力; ⑤心烦抑郁; ⑥失眠; ⑦头晕; ⑧月经提前或错后或经期延长, 色暗红或淡红或鲜红, 有血块或质粘, 伴经行腹痛; ⑨尿频尿急或夜尿频多; ⑩大便塘或秘结。

1.2.2.3 舌脉

舌质淡红, 或暗红; 苔薄黄; 脉沉弦, 或细弦。

以上证候至少需具备主症2项, 次症3项方可诊断。

2 方法与结果

2.1 方法与受试药品: 治疗组用少腹康颗粒(由湖北

省汉川市中医院提供,批号 20070918)。少腹康颗粒由生黄芪、当归、白芍、川芎、丹参、红藤、没药、五灵脂、玄胡、赤芍、蒲公英、泽兰叶、大黄十三味中药组成,规格:每包重 20g,相当于生药一克。每日三次,20g/包/次。一周为一疗程,观察四周。

对照组使用妇科千金片,购于株州千金药业。每日三次,每次二片,服药一周为一疗程,观察四周。

2.2 疗效标准:参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》(郑筱萸主编,中国中医药出版社,2002 年 5 月第 1 版)制定。

2.2.1 治愈

治疗后自觉症状完全消失,阳性体征消失,如下腹痛,腰酸消失,白带明显减少,宫体恢复正常大

表 1 两组中医证候疗效比较(例)

组别	例数	痊愈		显效		有效		无效		总有效率(%)
		n	%	n	%	n	%	n	%	
治疗组	60	10	16.67	25	41.67	20	33.33	5	8.33	91.67
对照组	60	0	0	3	5	35	58.33	22	36.67	63.33

注:两组秩和检验, $P<0.05$,两者比较差异有显著性。治疗组优于对照组。

2.4.2 两组局部体征疗效比较(见表 2)

表 2 两组体征疗效比较(例)

组别	例数	痊愈		显效		有效		无效		总有效率(%)
		n	%	n	%	n	%	n	%	
治疗组	60	10	16.67	23	38.33	19	31.67	8	13.33	86.67
对照组	60	2	3.33	2	3.33	37	61.67	9	15	68.33

注:两组秩和检验, $P<0.05$,差异有显著性。治疗组优于对照组。

2.4.3 两组总疗效比较(见表 3)

表 3 两组总疗效比较

组别	例数	显效		有效		无效		总有效率(%)
		n	%	n	%	n	%	
治疗组	60	22	36.67	34	56.67	4	6.67	93.33
对照组	60	3	5	37	61.67	20	33.33	66.67

注:经秩和检验, $P<0.01$,两者比较差异有显著性。提示:治疗组的疗效优于对照组。

3 讨论

慢性盆腔炎是妇科常见病^[2-4]。祖国医学认为慢性盆腔炎属余邪未尽,瘀积胞中,以致脏腑功能失调,气与血失和,冲任受损。气滞血瘀为其病理基础。纵观慢性盆腔炎的病史、临床表现,从中医角度分析,无不由气血所致。《景岳全书·妇人规》云:“惟女人有其证,则或由经期,或由产后,凡内伤生冷,或外受风寒、或郁怒伤肝,气逆而血留,或忧思伤脾,气虚而血滞,或积劳积弱,气虚血之不行,总由血动之时,余之未净,而一有所逆,则留滞日积,而渐以痼矣。”可见慢性盆腔炎属“癥瘕”范畴。瘕属气病,微暇的形成,多与正气虚弱,血气失调有关,常见的以气滞血瘀,痰湿内阻等因素结聚而成。早在《素问·举痛论》,就有“百病生于气”的记载。南宋陈自明《妇人大全

良方》曰:“夫人之生,以气血为本,人之病,未有不先伤其气者。”妇女以血为主、为用。然气为血之帅,血赖气之推动以周流,气行则血行,气滞则血滞。根据对慢性盆腔炎病机的认识,以及中医“久病多虚”的观点,少腹康颗粒主要药物为生黄芪、当归、白芍、川芎、丹参、红藤、没药、五灵脂、玄胡、赤芍、蒲公英、泽兰叶、大黄。本方揉合当归补血汤、当归芍药散、少腹逐瘀汤、丹参散等多首名方化裁而成,具有益气补血活血祛瘀行气止痛清热解毒等功效。研究表明,少腹康颗粒能发挥中药抗炎、解痉、镇痛等多种作用,不仅能有效治疗慢性盆腔炎,而且避免了滥用抗生素而导致耐药菌株增加。该制剂给药方便,无

2.2.2 有效

治疗后症状消失或减轻,阳性体征尚存在,但无压痛,积分值减少 $\geq 95\%$, $<95\%$ 。

2.2.3 无效

治疗后症状、体征无明显改善,积分值减少 $\geq 30\%$, $<70\%$ 。

2.3 统计学方法

本研究数据均为计数资料,采用 t 检验进行统计学分析。各组数据以均数士标准差($\bar{x} \pm s$)表示。

2.4 结果与分析

2.4.1 两组中医证候疗效比较(见表 1)

下转 21 页)

关节镜清理术配合下肢洗剂治疗膝关节骨关节炎

Treating knee joint by arthroscopic debridement plus leg lotion

许春涛¹ 王荣茂² 石树培²

(1.福建中医学院, 福建 福州, 350004;

2.福建中医学院附属人民医院, 福建 福州, 350004)

中图分类号: R322.7+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0020-02 证型: BID

【摘要】 为探讨关节镜清理术配合中药治疗膝关节骨关节炎的疗效, 将 2007 年 12 月~2010 年 3 月共完成关节镜清理术配合中药治疗膝关节骨关节炎 67 例, 进行问卷随访。56 例完成答卷, 其中男 21 例, 女 35 例; 平均年龄 55.3 ± 12.5 (43~72) 岁; 左膝 24 例, 右膝 32 例; 平均随访时间 1.3 ± 0.5 (0.2~2.25) 年。结果疼痛 VAS 评分 (无痛为 100 分)、Lysholm 评分术前分别为 38.36 ± 20.88 、 46.21 ± 20.77 分, 术后分别为 69.11 ± 21.42 、 73.82 ± 24.31 分。术后改善均有显著性差异 ($P < 0.05$)。主观评定满意 43 例 (76.8%)、一般 10 例 (17.9%)、不满意 3 例 (5.4%)。提示关节镜清理术配合中药熏洗治疗膝关节骨关节炎能够明显地减轻疼痛、改善功能。

【关键词】 膝关节 OA; 关节镜; 清理术; 下肢洗剂

关节镜清理术治疗膝关节骨关节炎

(osteoarthritis, OA) 尽管创伤小、恢复快、并发症少, 但在病例选择、手术技巧、评估方法及治疗效果方面文献报道却有较大差异。我们采用关节镜清理术配合下肢洗剂熏洗治疗膝关节 OA, 疗效满意, 现总结如下:

1 临床资料

2007 年 12 月~2010 年 3 月共完成关节镜清理术配合中药治疗膝关节 OA 67 例, 并进行问卷随访。56 例完成答卷。其中男 21 例, 女 35 例; 平均年龄 55.3 ± 12.5 (44~74) 岁; 左膝 24 例, 右膝 32 例; 平均随访时间 1.3 ± 0.5 (0.2~2.25) 年。以 1995 年美国风湿病协会修订的膝关节 OA 诊断标准^[1]为准选择病例。术中关节镜检查证实诊断并行镜下清理术。根据 Outerbridge 分度^[2], 软骨病变 I 度 4 例, II 度 12 例, III 度 25 例, IV 度 15 例。18 例存在半月板损伤, 同时行半月板部分切除术; 24 例存在游离体, 同时行游离体取出术。

2 方法

2.1 手术方法

采取腰硬联合麻醉, 少数采用全身麻醉。麻醉成功后捆扎气囊止血带。进行关节镜检查, 并根据病变的具体情况分别予以关节面修整、游离体取出、半月板损伤的部分切除、磨除影响关节活动的骨赘和髁间窝扩大成形等。术中使用生理盐水进行持续关节冲

洗, 未行钻孔、打磨和微骨折处理。术后第 1 天患者开始股四头肌锻炼、训练屈伸膝关节, 允许扶拐下地活动。

2.2 中药熏洗疗法

术后创口愈合并拆线后, 行患膝中药熏蒸, 每日 1 剂药, 10 日为 1 个疗程, 连续 3 个疗程。下肢洗剂方药用法如下: 艾叶 9g、伸筋草 15g、骨碎补 9g、木瓜 15g、川牛膝 15g、苏木 15g、五加皮 15g、海桐皮 15g、乳香 10g、没药 15g、川芎 15g、红花 6g、威灵仙 15g。将上药置于煎药器具内, 加水 2000~2500ml 煎沸 20~30min 后离火, 利用蒸气熏蒸患处, 待药液温度适宜时, 直接浸洗局部。每日 2 次, 每次 20~30min。

2.3 随访评估方法

设计问卷, 使其内容包括主观满意度、疼痛 VAS 评分和 Lysholm 评分, 所有病例均采用问卷随访。采用 SPSS13.0 进行数据处理, 数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示。

3 结果

3.1 主观满意度

按照满意、一般和不满意进行统计。满意指患者认为术后症状明显改善; 一般指患者认为术后症状改善不明显, 或者早期虽有改善, 但在最终随访时与术前相比好转不明显; 不满意指对手术不满意、或现在还有明显的症状。主观评定满意 43 例 (76.8%)、一般 10 例 (17.9%)、不满意 3 例 (5.4%)。

3.2 症状功能评估结果: 症状功能评估结果如表 1。术后评分与术前评分相比有显著差异 ($P<0.05$)。

表 1 症状功能评估结果 ($\bar{x}\pm s$)

评估方法	n	术前	术后
VAS 评分	56	38.36±20.88	69.11±21.42
Lysholm 评分	56	46.21±20.77	73.82±24.31

注: 与术前比较, $P<0.05$ 。

4 讨论

4.1 膝关节 OA 是中老年人的常见疾病, 被认为是以关节软骨退行性改变为核心, 累及骨质、滑膜、关节囊及关节其它结构的全方位、多层次、不同程度的慢性炎症。临床上以关节疼痛、变形和活动受限为特点, 病理变化最初发生于软骨, 逐渐发展到关节畸形。轻度膝 OA 患者常常选择保守治疗的方法, 如药物、理疗和休息等。重度膝 OA 患者治疗的最佳选择是膝关节置换术。中度病变, 特别是伴有机械性症状或关节游离体的患者, 是膝关节镜清理术的良好适应证^[3]。

通过关节镜检查可以观察到关节软骨的病变, 也可以发现关节游离体和不同程度的半月板退行性损伤。关节镜手术能够对这些病理变化进行有效的处理, 从而消除机械性紊乱的症状, 缓解疼痛。对慢性膝关节炎具有诊治价值^[4]。关节镜治疗膝关节 OA 的目的是减轻疼痛、改善功能, 因此主观满意度评估更为重要。

4.2 膝关节骨性关节炎属中医“骨痹”范畴, 其病机在于患者年老体衰, 肝肾不足, 筋骨失养, 加之久劳伤筋累骨, 风寒湿邪乘虚侵袭, 客于关节导致气血运行受阻; 或由于伤后气血瘀滞不宣, 聚瘀成痰, 致使经络不通, 关节肿痛, 活动不利, 即“本虚标实”。中药外洗治疗是利用药物加热后的热能及药物本身的作用, 具有双重功效, 所用中药具有活血通络、祛风除湿的作用; 热能可使皮肤黏膜充血扩张, 使药物的有效成分能渗透到关节组织内; 两者协同作用可加速局部血液和淋巴液的循环, 降低骨内压力, 促进关节积

作用^[5]。急则治标, 缓则治本, 本洗剂中以威灵仙、海桐皮、五加皮祛风湿、止痛为君; 辅以川牛膝、液吸收, 缓解疼痛和肿胀, 从而达到改善关节功能的骨碎补、乳香、没药、川芎、红花、苏木活血化瘀、通络止痛, 以骨碎补、川牛膝、五加皮补肝肾、强筋骨, 共为臣; 佐以木瓜、伸筋草舒筋活络; 以牛膝引药下行、艾叶辛香走窜到达病所, 全方共奏祛风除湿、舒筋通络、活血止痛治其标, 补肝肾、强筋骨治其本的功效。外洗能使毛细血管扩张, 血流量加快, 促进血液循环和新陈代谢, 并起到降低末梢神经兴奋、松弛肌肉、分离粘连的作用, 而达镇痛、祛邪、抗炎的效果。

4.3 Lysholm 评分最初用于前交叉韧带重建术的评估, 现在文献中则常用于关节镜手术的评定, 用于症状和功能的综合评估; VAS 评分是临床上定量评估疼痛的常用方法。我们采用上述评分评价关节镜清理术治疗膝关节 OA 的总体结果两种评分均有显著改善 ($P<0.05$)。

4.4 本研究通过关节镜清理术配合中药熏洗治疗膝关节 OA, 能够内外兼治, 减轻疼痛、改善功能。采用包括主观满意度在内的多种评估方法, 有助于更可观的评价其疗效。

参考文献:

- [1] 施桂英. 关节炎概要[M]. 北京: 中国医药科学技术出版社, 2005: 442-443
- [2] Outerbridge RE, Westminster N. The etiology of chondromalacia patellae[J]. J Bone Joint Surg Br, 1961, 43: 752-757
- [3] 倪磊. 膝关节镜彩色图谱[M]. 北京: 科学出版社, 2001: 95-100
- [4] 张春礼, 刘继忠, 李新奎, 等. 关节镜在慢性膝关节炎诊治中的价值[J]. 中国临床康复, 2002, 6(5): 630-631
- [5] 陈成军. 中药外敷治疗膝关节骨性关节炎 150 例疗效观察云南中医中药杂志[J]. 2007, 28(9): 15

编号: E-10040205 (修回: 2010-04-11)

(上接 19 页)

毒副作用, 不增加病人痛苦, 价位低, 有推广价值。

参考文献:

- [1] 郑筱萸主编《中药新药临床研究指导原则(试行)》[Z]. 北京: 中国中医药出版社, 2002, 5(1), 243-253
- [2] 毕焕英, 靳林. 孟渝梅治疗慢性盆腔炎经验[J]. 北京中医药大学学报, 2000,

23(3): 48-49

[3] 姚寓晨. 盆腔炎证治[J]. 中医杂志, 1986, 27(7): 12

[4] 温中友, 白恩贤. 中药治疗慢性盆腔炎疗效观察[J]. 黑龙江中医药, 1987, (6): 18

编号: E10022513 (修回: 2010-03-12)

张林老师治疗肝硬化的治臌系列方组

Governance heave series side group of treating cirrhosis with Zhanglin teacher

张 林¹ 张彦秋¹ 刘华智² 陈晓慧³ 刘曙光²

(1.白城市洮北区海明医院,吉林 白城,137000;

2.白城中心医院,吉林 白城,137000; 3.洮南市大通乡卫生院,吉林 洮南,137100)

中图分类号: R575.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0022-03 证型: BI

【摘要】张林老师是全国老中医药专家学术经验继承指导老师。他治肝硬化(腹水)的经验是突出中医辨证施治的特色,吸取并制用西医的诊治手段,发古创新,在“治未病”和“已病防乱”的健脾扶正为主,疏肝祛邪,活血化瘀,解毒利水为辅的基础上,将辨证和辨症相结合,以自制的治疗肝血瘀阻之臌胀的“人参鳖甲汤”为主方,见症求本,随症加减,妥恰的选用汤、散、针、丸、膏等多种剂型,在诸多的失败与成功中总结创立了这一中西医结合,内外合治,药食并用,严格调护的“治臌系列方组”。它在众多不同条件的医疗单位和病人中均收到满意效益。

【关键词】肝硬化(腹水); 治臌系列方组; 临床经验; 张林

肝硬化(腹水)中医称臌、臌胀、单腹胀等,民间传称大肚子病。过去老百姓和医书里都说:“得上这种病没几个能好的”。当今虽然人们都富裕了,医术也提高了,但仍然没有摘掉它病杂多变,来势凶险的帽子。治臌系列方组是张林老师仁心仁术在长期临证中,弘扬《内经》和张仲景等“治未病”、“已病防乱,已乱防危”辨证论治的治则精髓,在刻苦钻研医经医技,精心查诊病人病情,精确选方用药的众多成功与失败中积累总结出来的一整套治疗本病用之有效的临床经验和研究成果。

1 内治法

内治法是通过口服给药方式治臌的治法(简称内法)。

1.1 治臌主方: 人参鳖甲汤: 此方是笔者多年治诊肝硬化的经验结晶(简称主方)。

1.1.1 药物组成及剂量: 茵陈、当归、川芎各 25g、白参 20g、丹皮、赤芍、姜黄、郁金、茯苓、鸡内金各 15g、炙鳖甲(单包)、土虫、青皮、柴胡、白术各 10g、甘草 5g; 1日1剂。

1.1.2 制用方法: 先将鳖甲、内金捣碎,加水适量,先煎半小时,再将已浸透的其他药兑入,再加水适量,以慢火煎 40 分钟,取药液 200ml,再加水适量,煎 20 分钟,取药液 100ml; 将两次药液合在一起,均分

2 次空腹温服。也可将鳖甲、内金捣碎,用纱布包煎,煎后取出放入下剂药再同煎 2 次; 也可再取出焙干,研面分 2 次,随汤药冲服。

1.1.3 禁忌及注意事项: 忌食辛辣肥腻、薄荷、醋、生冷之品,低盐,切忌房事、过劳、恼怒等恶性刺激,严戒烟、酒。

1.1.4 功效与主要适应症: 本主方具有健脾益气,固本扶正,活血柔肝,清热解毒,化瘀消痞,利湿行水之功效; 主治各种病毒性肝炎、酒精肝、脂肪肝、情志不遂等因导致的肝郁脾虚,肝血瘀阻,虚实错杂,水湿内停之臌胀,即肝功能失代偿期肝硬化(腹水)的各种常见症: 如胃脘、两胁、全腹胀满不舒或疼痛,食少纳呆,消瘦乏力,舌质暗或有瘀斑、苔多黄腻或白腻,脉象多见沉弦涩; 腹大如鼓,按之微痛,叩有水声,体似蛙型,青筋暴露,或有肝掌、蜘蛛痣、脐突阴肿或周身水肿如囊,尿少,心悸气喘,吐、衄、便血,昏迷,狂躁谵妄等症。理化检查各项指标均支持本病。

1.2 治臌辨方: 即以主方治臌临证中按病情变化和各期证型的不同而辨证加减并获显效方药的简称,也称辨方。

1.2.1 湿热黄疸方: 适用于肝炎后肝硬化,证属湿热偏盛; 症见本病早期症候,伴有身目俱黄,便秘不爽,

尿少而黄等；方以主方重用茵陈 50~100g；另加板兰根 25g，大黄（后下）15g，枳实 15g，垂盆草 20g，桃仁 20g；煎服法同主方。

1.2.2 寒湿腹泻方：适用于肝功能失代偿早期，证属寒湿困脾；症见腹泻便溏，肢冷神疲等；方以主方加肉蔻 10g，附子 10g，炮姜 5~10g；煎服法同上。

1.2.3 肝脾肿大：适用于肝功能失代偿中期，证属肝脾瘀血；症见肝脾明显肿大，触之微硬，腹大胀满，乏力等；方以主方加黄精 25g，神曲 10g，山药 30g，甲珠 10g；煎服法同上。

1.2.4 腕胁胀痛方：适用于肝血瘀阻；症见腕胁胀痛加重，肝脾肿大，按之坚硬者；方以主方加元胡 15g，木香 5g，砂仁 10g，川楝子 15g；煎服法同上。

1.2.5 腹水，水肿方：适用于脾肾阳虚；症见腹水及周身水肿严重者；方以主方酌减姜黄、郁金、土虫等；重用白术 50g~70g；另加泽泻 15g，蝼蛄 2~5 个，猪苓 15g，大腹皮 15g，桂枝 10g，也可改用肉桂或官桂适量；煎服法同上。

1.2.6 血证方

适用于肝肾阴虚，正气衰微；症见气血失和，血小板减少，热伤脉络而致各种出血、吐血、衄血、便血等；方以主方酌减姜黄、郁金、土虫、丹皮；将赤芍改为白芍并加量；另加广角 2g 或水牛角粉 5~10g 单包冲服，仙鹤草 25g，茜草 25g，生地 25g，三七 5g，小蓟 50g；煎服法同上。

1.2.7 失血过多方

适用于失血量大而久，正气虚弱，脾不统血，精气大败者；方以上方（1.2.6—血证方）为主另加黄芪 50~100g，伏龙肝 250g（单包），棕桐炭 25g，地榆炭 25g，大枣 10~20 枚；煎法先将伏龙肝多加水煎二滚，澄清后去土，用其水浸煎上药；服法同上。

1.2.8 消三阳方

适用于乙肝转变为肝硬化而大三阳久不转阴，证属脾虚气弱，疫毒内蕴；症见乏力神疲，腹胀厌食，周身不适；方以主方重用白术 30~60g，赤芍 25~50g；另加大青叶、双花各 50g，白花蛇舌草 15~25g，白芍 20g；煎服法同主方。

1.2.9 降酶方

适用于肝功能失代偿各期，谷丙、谷草等转氨酶高而不降，证属肝郁脾虚，血瘀气滞；症见腹胀纳差，胃脘不舒等；方以主方另加莱菔子 50g，五味子 15g，丹参 35g；煎服法同上。

1.3 辅方

辅方是在主方治臆过程中按其不同阶段和证型另拟方组，以不同剂型辅助主方提高或巩固疗效的方药

称之为治臆辅方，也称辅方。

1.3.1 逐水散

适用于本病中、晚期，症见腹水、腹胀严重，脐突阴肿而体质稍强正气未大衰者；方以甘遂、芫花、大戟、黑白丑、木香各等分；共研细面，视病情轻重，体质强弱，每服 1~5g，1 日 1 次，病轻者可隔日 1 次，每服时需用大枣 10~20 枚，煎汤送下；服此药时，若再服主方或其他药物应减去甘草。此为逐水峻剂，正气大衰之腹水者要慎用。

1.3.2 升蛋白散：适用于肝功能失代偿晚、末期，证属脾虚气衰，精微亏虚；症见腹水难消，血浆蛋白低，球蛋白倒置，贫血，肝功能严重异常之病症；方以人参 90g，三七 60g，白术 100g，黄芪 80g，琥珀 30g，黄精 50g；将上药共研细面，每服 5~7g，1 日 2~3 次，每日用大枣 10~20 枚，煎汤冲红糖 50~100g 空腹温服。

1.3.3 肝药

适用于本病早、中期，肝功能失代偿各阶段及恢复期；症见肝脾肿大，胁痛腹胀，水消体虚，体瘦乏力，舌暗苔薄，脉多弦细；方以紫河车（焙干）、红参、茵陈各 100g，土虫 50g，三七、姜黄、郁金、鸡内金各 30g，藏红花 20g；将上药共研细面，炼蜜为丸（或装胶囊），每丸 10g 重，每服 1 丸，1 日 3 次，白开水送下，一般以 40 天为一个疗程。

1.3.4 危候救脱方

适用于失血过多而虚脱，症见神昏，面白，脉微欲绝，血压甚低；方以生晒参 50g，或红参 25g，急煎顿服，或静点生脉针，或大量口服生脉饮。

1.3.5 危候救狂方

适用于本病末期危候，症见高热、神昏（肝昏迷）、谵语、狂躁不安，或痉或瘫等。药以清开灵静点，酌选口服或鼻饲安宫牛黄丸、紫雪丹、牛黄清心丸等成药。

2 外治法

外治法是运用主方治臆临床中，根据不同病症探索古今诸家经验，不断挖掘整理出来的从体外给药并配合口服药治臆的方法和药物，简称外治法也称外法。

2.1 大龙垂红膏

适用于瘀血阻滞之臆胀；症见肝脾肿大，腕胁刺痛，胀满不舒等；方以大黄 100g，龙爪菊 80g（鲜者 200g），垂盆草、红花各 70g；制用①将上药共研细面，用醋调成膏状摊于黑布上，敷于患部疼处，用纱布或胶布固定，1 日 1 次，重者可日用 2 次，连用两周为宜，②将前 3 味研面，用鲜龙爪菊适量合捣成膏敷患处。

2.2 吹鼻散

适用于本病腹水、胸水多而不消，体质尚好，正气未大虚者；方以苦丁香 10g，冰片少许 (0.01g)；将上药共研细面，每次用 0.5g~1.0g，用纸筒将药面吹入两鼻孔中，约半小时见从鼻孔流滴出黄水或淡黄水为佳，病重者 1 日 1 次，轻者可隔 2 日 1 次。

2.3 砖醋救脱法

适用于本病重危正气大脱，症见气短胸闷，神昏不醒；取红砖打小块，烧极热透，放到盛醋（适量）的盆中炸之，以其醋酸之气熏之令患者醒后再行其它救治。此法虽陈旧不好运用，但对偏僻无较好医疗条件的地方也可选用。

3 食疗法

食疗法是以饮食物品辅助主方等治疗臌胀的方法（简称食疗）。

3.1 鲤鱼红豆冬瓜汤

适用于本病肝功能失代偿的中、晚期，证属脾虚精亏；症见体弱消瘦，腹水不消或水消不尽，面暗神疲，舌淡、苔黄薄，脉弦细弱，肝功能严重异常，血浆蛋白降低者；方以鲤鱼 1 条 (250~500g)，赤小豆 60~100g，瓜冬（去籽、瓤）150 至 250g；先将鱼去其鳞、甲、鳃及内脏，再将豆、瓜洗净同放砂锅内，加水适量，酌料少许，用慢火燉至鱼熟、豆烂。均分 2 次，趁热空腹服下，也可随餐服，一般每日 1 剂，也可 2 天 1 剂，连用 2~3 周为宜。

3.2 芪薏鸭肉白术汤

适用于本病中、晚期，证属脾虚水聚；症见体弱食少，腹水不消，腹泻便溏，神疲乏力，面暗无泽，舌淡、苔白少津，脉象细弱；方以黄芪 100g，薏米仁 80g，白术 50g，鸭肉 100~500g，1 日 1 剂；先将芪、术洗净，用纱布包好，与米同放砂锅内，酌料少许，慢火炖至肉烂，去其药渣，将米、肉连汤均二次，空腹服下。

3.3 泥鳅豆腐汤

适用于本病中、晚期，肝功能异常；症见腹水不尽，食少乏力，面晦暗，舌淡红、苔白腻，脉沉细无力等；方以泥鳅鱼 3~5 条，豆腐 2~3 块，1 日 1 剂；先将鱼洗净去内脏，与豆腐同放砂锅内，加水适量，酌料少许，慢火炖至肉离骨，趁热服之，也可随餐服。

4 将息调护

说清或帮助病人，按时、量、法服用药品、食物，做到按医嘱服药进食，严格忌口，认识疾病，适当活动，戒掉烟酒，隔房养精，乐观胜病。

5 体会

5.1 张林老师临证强调治病组方要注重君臣佐使

此方组所以以人参鳖甲汤为主方，就是首选方中的参术苓草四君健运中洲，大补元气而扶正，固本“治未病”，又因气为血之帅，气行则血行，所以若欲活血，必先补气；方中以归、芍、芎、丹皮活血柔肝，化瘀生新，以达血为气之母，气血冲和，脉络畅通之功，故此二组合伍，可获补气而不滞，生血而不瘀，活血不离经，气血调和，正气充盛，固本扶正之功效为其君药。臣以鳖甲、土虫、姜黄、郁金、内金，活血破瘀，软坚散结，消积去痞之品，辅助君药主攻瘀血阻络之臌胀。以茵陈、茯苓、甘草清热解毒，化湿利水，益肾气，通利膀胱三焦气化功能为其佐。以柴胡、青皮疏利肝胆，泻热开郁，理气消胀，泻木合土，使其脾土旺盛，运化施司，并引诸药达其病所，各施其功，更使瘀毒外出有路为其使。总观全方可奏“健脾益气扶正，解毒活血柔肝，化瘀软坚消痞”，补不壅中，攻不伤正，攻补兼施，化瘀治臌之功效。

5.2 治病也要纲举目张

本方组的主方、辨方、辅方，特别是外治法和食疗将息等都是长期实践中深悟了“千方易得，一效难求”的古训而得的。张林老师说治臌虽有主方（纲）了，但人是活的、病是变的、不可能始终拿一个固定的方药去治好千变万化的各种病症。所以他以主方为（纲），有理法的随症辨治，加减运用各种治法和药物为目，才逐渐总结研究出来这个系列方组。他认为治病中只有纲举目张才能获一方之效。如在调治湿热黄疸时，就在主方中加大治疗黄疸药的剂量，重用茵陈 50~100g，另外还据症加减药味；又如治水肿重时，就酌减一些药，重用一些药，另加一些药，同时还采用了外治法如吹鼻散，或辅方的逐水散，并加强将息调护等综合治臌才获显效。

5.3 食药并用，将息调护是中医治疗各种疾病都用和都有的各种不同方法。但应因人而宜辨证施之，认真做到。

这里张林老师强调的是治疗本病时必须帮助病人绝对戒掉烟酒，严格隔房；就是愈后百日内也不准合房作乐、耗散真精。所以，我们在长期的临床工作中，经常看得到“肝病保肾精，可获回天功”的效果。

参考文献：

[1]南京中医学院医经教研组.黄帝内经素问[M].出版社,1963,266
 [2]李克光.金匱要略讲义[M].1985,(8)
 [3]张林.吉林中医药杂志[J].1991,(27)
 [4]何绍奇.现代中医内科学[M].1991,(309)

编号：E-1004989（修回：2010-04-12）

武定县近 10 年麻风病流行病学分析

Wuding the past 10 years epidemiological analysis of leprosy

马自聪 徐自强

(武定县疾病预防控制中心, 云南 楚雄, 651600)

中图分类号: R51 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0025-02 证型: BDIG

【摘要】 目的: 分析武定县近 10 年来麻风病流行趋势及防治效果, 为下一步防控工作提供依据。方法: 用回顾性方法对武定县 1999 年~2009 年共 41 例麻风病人资料进行统计分析。结果: 武定县从 1999 年至 2009 年间, 累计发现麻风病病人 41 人, 全县 11 个乡镇中, 除 4 个乡镇无病例发现外, 其余乡镇均有病例发现。发病年龄最小 25 岁, 最大 69 岁, 男性 32 例、女性 9 例 (性别比 3.55:1), 多菌型 30 例 (占 73.17%), 职业分布以农民居多 (占 97.56%), 发现方式以门诊发现为主 (占 68.29%), 患病率从 1999 年的 0.02‰ 上升到 2009 年的 0.1‰, 发生 II 级以上残疾 13 例 (占 31.71%)。结论: 武定县要达到基本消灭麻风病的指标, 还需继续加大工作力度, 总结经验, 完善措施, 加强对县、乡、村三级麻风病防治网络人员的培训、及时早期发现病人、减少残疾, 规范实施联合化疗, 消除传染源, 是今后防治的工作重点。

武定县是麻风病的高流行区, 从 1955 年有资料记录以来, 现症病人从最高年份 1966 年的 198 人、患病率 1.26‰ 降到 2009 年现症病人的 27 人、患病率 0.99‰。从高流到中、低流的转变是通过几代麻风病防治专业人员的无私奉献和不懈努力, 麻风病才得以及时发现和治疗, 疫情得到有效控制。但近几年, 通过加大工作力度, 特别是实施消灭麻风特别行动计划后, 病人发现数增加, 说明县内仍有潜藏病人未被发现的事实, 消灭麻风病还需做大量艰苦细致的工作。为总结防治工作经验, 为政府提供合理的麻风病防治工作建议, 现对 1999~2009 年新发病例 41 例统计分析如下:

1 资料与方法

根据武定县 1999~2009 年麻风病防治工作年报表、病人个案登记表进行汇总、统计、分析。

2 结果

2.1 流行病学情况

2.1.1 年龄性别分布

10 年累计发现麻风病病人 41 例, 男性 32 例, 女性 9 例, 男女比例 3.55:1; 发病年龄最小 25 岁, 最大 69 岁, 其中, 35~44 岁组发病率最高, 为 18 例, 占

病例总数的 43.90%, 45~54 岁组发病 13 例, 占病例总数的 31.71%。

2.1.2 地区分布

10 年间, 11 个乡镇有 7 个乡镇发现病例, 其中, 高桥镇发现病例 12 例, 占病例总数的 29.27%, 狮山镇发现病例 10 例, 占病例总数的 24.39%。

2.1.3 病例类型

41 例病例中, 多菌型 30 例 (LL7 例、BL17 例、BB6 例), 占病例总数的 73.17%, 少菌型 11 例 (BT10 例、TT1 例), 占病例总数的 26.83%。

2.1.4 职业、民族分布

41 例病例中, 农民 40 例, 占病例总数的 97.56%, 教师 1 例, 占病例总数的 2.44%; 汉族 27 例, 占病例总数的 65.85%, 彝族 14 例, 占病例总数的 34.15%。

2.1.5 发现方式: 门诊就诊发现 28 例, 占 68.29%, 线索报告发现 13 例, 占 31.71%。

2.1.6 流行现状

从 1999 年至 2005 年, 流行程度处于非流行状况, 2007 年至 2008 年, 处于低流行状况, 2009 年, 又进入中流行状况。详见表 1。

表 1 武定县 1999~2009 年麻风病病例年度流行情况表

年度	人口数	新发病人数	累计发现病人数	现症病人数	发现率 (十万)	患病率 (%)	流行度
1999	258280	1	578	4	0.39	0.02	非流行
2000	262331	1	579	4	0.38	0.02	非流行
2001	260196	5	584	8	1.92	0.03	非流行

2002	261060	2	586	9	0.77	0.03	非流行
2003	262151	1	587	9	0.38	0.03	非流行
2004	263572	3	590	11	1.14	0.04	非流行
2005	264894	2	592	12	0.76	0.05	非流行
2006	265943	6	598	16	2.26	0.06	低流行
2007	267510	7	605	21	2.62	0.08	低流行
2008	269413	6	611	24	2.23	0.09	低流行
2009	270641	7	618	27	2.59	0.1	中流行

2.1.7 患病后发现时间与残疾分析：41 例病例中，发生Ⅱ级以上残疾 13 例。当年发病当年发现的有 4 例，占 9.76%，无残疾发生；患病 1 年以上 2 年以下发现的有 11 例，占 26.83%，有 1 例发生残疾；患病 2 年以上 3 年以下发现的有 8 例，占 19.51%，有 1 例发生残疾；患病 3 年以上 4 年以下发现的有 5 例，占 12.20%，有 2 例发生残疾；患病 4 年以上 5 年以下发现的有 4 例，占 9.76%，有 2 例发生残疾；患病 5 年以上的有 9 例，占 21.95%，其中，有 2 例分别在患病后 22 年、40 年才被发现，有 7 例发生残疾。

2.1.8 传染来源分析：在 41 例病例中，能追溯到传染源的有 37 例，占 90.24%，传染源不明的有 4 例，占 9.76%；属于家庭传染者 17 例，占 41.46%，疫村传染者 20 例，占 48.78%。

3 讨论

3.1 麻风病是一种古老的传染性疾病，其传染与流行的主要因素是传染源的存在和因贫穷而导致营养不良形成的长期低蛋白血症，随着国家经济实力的增强和人民生活水平的提高，特别是近年来国家财政加大对防治麻风病经费的投入，预示着彻底消灭这一古老疾病的历史机遇已经到来，但结合武定县麻风病流行的现状，离基本消灭麻风病的目标，仍有较大距离，还

需继续加大工作力度，完善措施，总结经验，及时发现病人并进行治疗，降低传染，预防残疾的发生，在今后较长的一段时间内，抓好麻风病防治工作不放松，为达到基本消灭麻风病目标做出不懈的努力。

3.2 武定县是麻风病高流行区，自 1955 年有资料记录以来，累计发现病例 618 例。从近 10 年的流行现状看，年平均发现病例 3.73 例，多数年份处于非流行状态，但随着近几年病例发现工作力度的不断加强，病例又处于低流行或中流行状态。2 例病例分别发病 22 年、40 年后才被发现，说明县内仍有病例隐藏的情况，应引起足够重视，另一方面也提示在病人发现工作方面有漏洞。根据麻风病人分布广，潜伏期长等特点，要达到基本消灭麻风病的目标，任重而道远，还要做长期、大量艰苦细致的工作。

3.3 患病率、发病率和发现率是评价麻风病流行状况的基本指标，根据不同流行趋势在防治策略上作适当调整，结合武定县的实际情况，进一步加大工作力度，加大宣传，加强对县、乡、村三级麻风病防治人员的培训、积极提供线索，及时早期发现病人、减少残疾，规范实行联合化疗，消除传染源，是今后防治工作的重点。

编号：TZ-10033000（修回：2010-04-14）

要继续强化疫苗监管

山西“贴签疫苗”事件曝光后，一些家长拒绝为孩子接种疫苗。在 4 月 13 日召开的卫生部新闻发布会上，卫生部新闻发言人邓海华表示，不管疫苗事件发生的最初原因是什么，目前已经使公众对预防接种和疫苗安全产生了信任危机。卫生部对此高度重视，将在继续做好山西“贴签疫苗”事件后续调查的基础上，全力做好今年的预防接种工作。

邓海华说，卫生部和国家食品药品监督管理局已下发通知，要求各地加强领导，认真组织开展重点工作，强化督导检查，及时发现和解决问题，为群众提供规范的预防接种服务。他说，卫生部将继续强化免疫规划管理，规范接种服务，特别是对于边远贫困地区和流动儿童的预防接种的管理。要加强对疫苗生产、流通和使用环节的监管力度，进一步做好疑似预防接种异常反应的监测报告和处置工作。对于经过各级专家组判定的预防接种异常反应，要按照有关规定落实补偿资金。

他呼吁媒体加强科普知识宣传，使公众能够自觉自愿接受疫苗预防接种。

（孙 梦//健康报）

从《内经》看左右分治中风偏瘫的可行性

Recognize the feasibility of the left and right divided therapy of stroke hemiplegia from the *Huang Di Nei Jing*

蔡攀¹ 吕颖¹ 周基松¹ 蒋振亚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: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0027-02 证型: ABIG

【摘要】 针对传统辨证论治治疗中风后遗症中的肢体偏瘫疗效不甚明显, 根据《黄帝内经》中相关理论衍生出阴阳、左右、气血之间存在特定的联系, 结合解剖学中大脑左右半球不对称的理论基础, 探讨以左右分治代替传统辨证论治的可行性。

【关键词】 内经; 左右分治; 左右半球不对称; 中风偏瘫

【Abstract】 For the less obvious efficacy of traditional tcm differential treatment to cure the Paralysis of the limbs of stroke sequelae, according to the related theories in the *Huang Di Nei Jing*, from which derive that there are specific link between ying and yang, left and right as well as qi and blood, combining with the theoretical basis in Anatomy that the left and right cerebral hemisphere are asymmetrical, discuss the Feasibility of using the left and right divided therapy to instead of the traditional tcm differential treatment.

中风是临床最常见的脑血管疾病之一, 以肢体偏瘫等为主要临床表现, 致残率高, 是严重威胁中老年人生命健康的疾病。而如何尽可能、及早恢复偏瘫侧肢体功能则成为中风患者实现生活自理, 回归社会的关键所在。长久以来, 中医以传统辨证论治治疗为主, 疗效不甚明显, 尤其是对患者肢体功能的恢复一直是个中瓶颈。针对此种情况, 当以根据经典理论结合当今研究探讨新的治疗方案来提高疗效。

1 内经中有关左右分治的理论基础

1.1 阴阳、左右、气血的联系

《素问·阴阳应象大论》曰:“左右者, 阴阳之道路也”。根据古代浑天学说认为天体运转是自东向西旋转, 称右旋。日月星辰不断的自左向右旋转, 才有昼夜、四时变迁。因此, 左右为阴阳升降之道路。《素问·方盛衰论篇》曰:“阴从左, 阳从右”。根据中医理论中的人与自然相应, 宏观的阴阳升降之道对应到人体就是人体气机升降的正常生理活动。《素问·阴阳应象大论》曰:“阴阳之道, 血气之男女也”。阴阳之道, 其在人则为男、女; 在体则为气、血。即可以这样认为阴阳、左右、气血有着特定的联系: 阴-左-血; 阳-右-气。

1.2 人体的左右不对称

阴阳者, 一分为二也, 但这不是平均对称的一分为二, 而是统一体内分判阴阳的一分为二, 这是一种不对称不平均的一分为二。阳主动, 阴主静, 阳化气, 阴成形。人体内脏分布不论从外观形态上还是在功能特点上, 左右的不对称性是其基本特征, 不对称意味着可以分阴阳。就人体而言, 左右的阴阳属性是不一样的。《素问·刺禁论》曰:“肝生于左, 肺藏于右。”从脏腑而言: 心居左胸中, 主血脉; 肺主气、司呼吸, 位居胸腔; 肝主疏泄, 位居右胸; 脾胃居中, 偏右, 主运化水谷; 肾阳(命门)居右, 肾阴主左。脏腑的病变多出现与其相应侧肢体, 如胸痹证, 左胸痛, 且多放射于左上肢。从气血而言: 心主血脉, 居左; 肝生于左, 肝藏血; 左肾主阴精; 肺藏于右, 主气、司呼吸; 脾胃居中偏右, 主运化水谷, 为气血生化之源; 命门(右肾)主肾阳, 为五脏六腑阳气之根源。心肝左肾多主阴血, 肺脾命门多主气阳, 脏腑气血病多表现于相应一侧肢体, 故左侧肢体疾病多为阴血虚、血瘀等阴血病变, 右侧肢体疾病多为气阳虚、气滞等阳气病变。

人体左为阴而右为阳, 这在中医学理论中已成定

论,即左为阴之道路,而右为阳之道路。根据这一认识出发,用阴阳原理对人体内脏的解剖特征进行功能与结构上的分析,发现“左右者,阴阳之道路也”,不只是一个天人类比的泛泛理论,而是一个几近严格的内脏功能分区定理。

2 大脑左右半球不对称的解剖基础

两侧大脑半球的功能各有侧重,一般将在语言、逻辑思维、分析综合及计算功能等方面占优势的半球称为优势半球,大部分位于左侧,只有一小部分右利手和大多数左利手者优势半球在右侧。右侧大脑半球为高级的认知中枢所在,主要在音乐、美术、空间、几何图形和人物面容的识别及视觉记忆功能等方面占优势。不同部位的损害会产生不同的临床症状。

近年来国内外学者对左右半球不对称进行了研究。认为大脑左右半球确实存在形态上不对称,并且这种不对称体现了左右半球功能上的不一致,同时这种不对称也是优势半球的物质基础。

潘世军等^[1]研究了100例胎儿脑,结果发现外侧裂、后水平支、倾斜角均左大于右侧。

刘学钧等^[2]防腐固定成人脑100例,剥去脑膜,切除脑干、小脑,沿大脑纵裂切断胼胝体,分离左右大脑半球,研究结果显示,大脑左右半球确实存有明显的不对称,较显著的是外侧裂、后水平支、倾斜角及额叶、枕叶、颞叶的宽度,除了额叶宽度左侧小于右侧外,其余各项均是左侧大于右侧。

形态学上的左右侧半球不对称,说明大脑半球内的物质基础如细胞构筑、血管密度等左右存在有差异。这种差异可与临床某些脑血管疾病有直接关系。那么在左右不同大脑半球的病变导致的同种疾病的治疗上也应采取不同的治疗方法。

3 相关现代临床研究

马利中^[3]对左右侧肢体偏瘫各60例的脑梗死患者,在急性期应用西药治疗,2周后应用补阳还五汤治疗。发现右侧肢体功能恢复明显,好于左侧肢体功能恢复。补阳还五汤组方中,黄芪用量是其余所有药总量的5倍,显然是补气为主,而治疗结果表明右侧肢体功能恢复情况明显优于左侧。与在右者属气虚的观点相符。

刘跃清等^[4]将44例中风后遗症患者根据偏左偏右瘫分成两组,分别以偏左为血虚,偏右为气虚立论,分别处以玉竹四物汤及补阳还五汤。左右分治中风偏

瘫取得了较好的疗效。

曾锋等^[5]自拟左瘫汤及右瘫汤(左瘫汤中四物汤、黄芪桂枝五物汤小剂量养阴血、升精通脉,桑枝、伸筋草、姜黄、红花、玉竹、地龙、水蛭等祛风活血通络。右瘫汤中重用黄芪、白芍、薏苡仁等补气养精,牛膝、大黄通降,桑枝、忍冬藤、夜交藤、络石藤、天麻、地龙、石菖蒲、伸筋草、红花、水蛭等祛风活血通络),左右分治,治疗中风偏瘫共103例,并随机设立传统辨证施治作对照。结果:治疗组愈显率为84.5%,明显优于对照组的61.9%($P<0.05$);治疗组治疗后神经功能缺损评分及Barthel指数均明显优于对照组($P<0.05$)。左右辨证治疗中风偏瘫,可明显改善病人的临床疗效。

4 讨论

左为阴,右为阳是一个严格的内脏功能区分原则。属于奇恒之府的脑必然也严格遵守着相同的规律。在结构上左右大脑半球是不对称的;在功能上,左半球在语言、逻辑思维、分析综合及计算功能等方面占优势,右半球在音乐、美术、空间、几何图形等方面占优势。故以大脑作为一个统一体,左右半球可分阴阳,左侧大脑半球为阴,右大脑半球为阳。

阴阳之道,在体则为气、血。朱丹溪论中风时说:“半身不遂,大率多痰,在左属死血、无血;在右属痰、有热、气虚”,“病在左者,四物汤等加桃仁、红花、竹沥、姜汁。……病在右者,二陈汤、四君子汤等加竹沥、姜汁”^[6]。故中风后肢体偏瘫在左属阴属血,在右属阳属气,根据左右分属血气的不同,治疗原则当有分别。偏瘫在左侧的大多应补血活血,偏瘫在右侧的当补气行气。

参考文献:

[1]潘世军.胎儿和新生儿左右外侧裂不对称的观察[J].大连医学院学报,1987,9(1):1-4

[2]刘学钧,李建利,陈汉其.大脑左右半球不对称的解剖学观察及临床意义[J].中国煤炭工业医学杂志,2003,7(6):635

[3]马利中.补阳还五汤治疗脑梗死左右侧肢体偏瘫疗效比较[J].实用中医药杂志,2002,9(6):32

[4]刘跃清,张晓艳.左右分治中风后遗症44例[J].长治医学院学报,2003,9(3):221-222

[5]曾锋,陈南官,吴子承等.左右辨证治疗中风偏瘫,2006,8(4):211

[6]朱丹溪.金匱勾玄[M].人民卫生出版社,北京:1980:1

编号:EA-100320192(修回:2010-04-02)

加减地黄饮子治疗多发性梗死性痴呆 36 例临床研究

Clinical study on treating 36 cases of multiple infarct dementia with Dihuang Yinzi

李大立

(博爱县中医院, 河南 焦作, 454450)

中图分类号: R 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0029-02 证型:

【摘要】 目的: 观察加减地黄饮子对多发性梗死性痴呆 (MID) 的临床疗效。方法: 将符合中西医诊断标准的 56 例 MID 患者随机分为加减地黄饮子治疗组与喜得镇对照组, 分别观察症状, 长谷川痴呆量表 (HDS)、简易智能量表 (MMSE) 积分。结果: 加味地黄饮子治疗 MID 的总有效率达 91.7%, 该药能改善症状, 提高 HDS、MMSE 积分。结论: 加味地黄饮子治疗多发性梗死性痴呆疗效优于喜得镇。

【关键词】 痴呆; 多发性梗死性/中医药疗法; 益肾活血

近年来, 我们根据中医理论, 认为多发性梗死性痴呆 (MID) 的发病机理多为气虚血瘀, 元神迷蒙。采用益肾活血, 开窍增智法治疗 MID, 取得了较好疗效, 现报道如下:

1 临床资料

1.1 病例选择

共观察 MID 患者 56 例, 其中加味地黄饮子治疗 36 例, 喜得镇对照组 20 例, MID 56 例中, 男 43 例, 女 13 例, 年龄分布: 48~55 岁 12 例, 56~65 岁 22 例, 66~75 岁 17 例, 76~82 岁 3 例, 病程分布: 1 个月~2 年 43 例 (其中治疗组 27 例, 对照组 16 例), 2~5 年 13 例 (其中治疗组 13 例, 对照组 4 例), 轻度痴呆 33 例 (其中治疗组 21 例, 对照组 12 例), 中度痴呆 17 例 (其中治疗组 11 例, 对照组 6 例), 重度痴呆 6 例 (其中治疗组 4 例, 对照组 2 例)。经统计学处理, 两组病例无显著差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 西医诊断标准

采用美国神经病学学会第 4 版《神经病学诊断与统计手册 (修订版)》(DSM-IV) 的诊断标准。采用长谷川痴呆量表 (HDS) 和简易智能量表 (MMSE) 判断痴呆的严重程度和评价药物的疗效。HDS 标准: 文盲 ≤ 16 分, 小学 ≤ 30 分, 中学或以上文化 ≤ 24 分; MSE 标准: 文盲及小学 ≤ 19 分, 初高中 ≤ 21 分, 大学 ≤ 23 分。轻度: 23~30 分, 中度: 19~11 分, 重度 ≤ 10 分, 血管性与非血管性痴呆的鉴别诊断, 采用 Hachiski 缺血指数量表, 4 分以下为非血管性痴呆, 7 分以上为血

管性痴呆。全部病例均选择 ≥ 45 岁的老年前期及老年期患者进行观察。

1.3 中医诊断标准

采用卫生部制定《中药新药临床研究指导原则》中的“中药新药治疗痴呆的临床研究指导原则”。辨证标准: 主症: ①神情呆滞; ②智力减退; ③语言不利; ④善忘; ⑤肢体麻木; ⑥舌质瘀暗或有瘀点 (斑)。次症: ①烦躁易怒; ②口干不欲饮; ③久病反复加重; ④脉弦细或涩。具备主症 4 项以上及次症中任何 1 项者即可确认。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法

治疗组服用加减地黄饮子, 方药组成: 熟地 15 克、石斛 15 克、山萸肉 15 克、麦冬 15 克、五味子 15 克、菖蒲 12 克、远志 12 克、茯苓 15 克、巴戟天 15 克、淡大云 12 克、薄荷 12 克、天竺黄 15 克、僵虫 6 克、全虫 6 克、土元 6 克、地龙 6 克、水蛭 6 克、菖蒲 12 克、远志 12 克、茯苓 15 克、木香 4.5 克、山楂 30 克。每日一付, 水煎服。对照组服用喜得镇片 (瑞士山德士药厂与国营天津华津制药厂合作生产, 批号: 97340, 每粒 1mg, 每次 2 粒, 每日 3 次)。

所有病例均以 1 个月为 1 个疗程, 治疗期间停用其他治疗 MID 的药物 (包括脑血管扩张剂、脑细胞代谢药、神经功能调节药、降血脂及改善血液流变学的药物)。高血压、糖尿病、心脏病常规处理。3 个疗程结束后评价疗效。

2.2 观察方法与观测指标

主要症状与舌象：神情呆滞、智力减退、善忘、肢体麻木、烦躁易怒、语言不利、头晕头痛，舌质瘀暗或瘀（斑）。HDS、MMSE 积分、血脂、血液流变学、红细胞超氧化歧化酶（SOD）、血浆过氧脂质（LPO）。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

症状疗效评定标准：采用卫生部制定《中药新药临床研究指导原则》中的“中药新药治疗痴呆的临床研究指导原则”所定标准。①痊愈：主要症状基本恢复，神志清醒，定向健全，回答问题正确，反应灵敏，生活自理，能进行一般社会活动。②有效：主要精神症状有所减轻或部分消失，生活基本自理，回答问题基本正确，但反应迟钝，智与人格仍有部分障碍。③无效：主要症状无改变或病情有发展，生活不能自理，回答问题不正确，神志痴呆。

量表疗效标准：①痊愈：MMSE、HDS 量表积分增加到正常值。②显效：MMSE、HDS 量表积分增加 5 分以上者。③有效：MMSE、HDS 量表积分增加不足 5 分者。④无效：MMSE、IDS 量表积分没有增加或反而减少者。

3.2 两组总疗效比较

治疗组痊愈 12 例（33.3%），有效 21 例（58.4%），无效 3 例（8.3%），总有效率 91.7%；对照组痊愈 3 例（15%），有效 8 例（40%），无效 9 例（45），总有效率为 55%。治疗组与对照组在临床疗效上差异有显著性（ $P < 0.05$ ），表明治疗组优于对照组。

3.3 治疗组疗效与 MID 程度分级的关系

18 例轻度 MID 患者痊愈 8 例（22.2%），有效 10 例（27.8%），无效 0 例；15 例中度 MID 患者痊愈 4 例（11.1%），有效 10 例（27.8%），无效 1 例（2.8%）；3 例重度 MID 患者痊愈 0 例，有效 1 例（2.8%），无效 2 例（5.6%）。 $P < 0.05$ ，说明加味地黄饮子对轻度、中度 MID 疗效优于重度 MID。

3.4 两组量表疗效比较

治疗组痊愈 6 例（16.7%），显效 12 例（33.3%），有效 14 例（38.9%），无效 4 例（11.1%），总有效率达 86.7%；对照组痊愈 1 例（5%），显效 2 例（10%），有效 7 例（35%），无效 10 例（50），总有效率达 50%。治疗组与对照组量表疗效差异有显著性（ $P < 0.05$ ），治疗且优于对照组。

4 讨论

MID 属于脑血管性痴呆（VD），系反复多次脑缺血发作或多发性梗死引起的智能减退，为慢性脑血管病中较常见的疾病。在中老年人的疾病谱、死亡谱中占有重要位置，给家庭和社会造成很大负担。欧美中风存活者中伴痴呆者在 26.3%，而我国血管性痴呆患病率占中风患者的 20~40%，其中 MID 占绝大多数约为 60%，是主要的血管性痴呆类型。该病呈阶段式进展，往往伴有高血压、糖尿病和脑动脉硬化，发展至末期则精神功能普遍降低，严重损害老年人身心健康，因此采取积极有效的方法防治 MID 甚为重要。我们认为 MID 是一种全身性疾病，其病位在脑，病性为本虚标实、虚实夹杂。阴阳气虚、五脏亏虚为本，血瘀络阻、元神迷蒙为标。人到老年，肾精亏虚，气血阴阳、五脏功能日渐衰退，衰则易于气滞，气滞多致血瘀，气滞而衰，血瘀壅气，气壅聚液成痰，气血痰瘀互强，上犯巅顶，蒙闭清窍，遂成卒中。脑多发性梗死时脑动脉狭窄或闭塞，致使脑组织灌注量减少，神经细胞兴奋性降低，导致脑代谢率下降而引起思维过程缓慢，认知功能下降。近代大量研究证实，本病的发生与脑循环障碍、全脑缺血有关，并且全脑血液量降低的程度与“瘀血”密切相关。故立益肾活血，化痰开窍为 MID 的治疗大法。加味地黄饮子选用熟地、山萸肉滋补肾阴，巴戟天、淡大云温壮肾阳为君药，辅以石斛、麦冬、五味子滋阴，菖蒲、远志、茯苓开窍以补肾益智，去桂、附之温燥，加僵虫、全虫、土元、地龙、水蛭等虫药搜风活血，再予山楂、木香运脾以开化源，诸药合用，起到活血化痰，开窍通络，宁心益智之功。临床研究表明，加减地黄饮子治疗轻度 MID 轻度最好，中度 MID 次之，重度 MID 又次之。该方能明显改善 MID 患者的某些症状，如神情呆滞、智力减退、肢体麻木、烦躁易怒及舌象等；提高 HDS、MMSE 量表积，其作用效果均优于对照组。是一种较理想的脑保护剂。

参考文献：

[1]贾绍艳《中西医对血管性痴呆病因病机认识概述[J].实用中西医结合临床.2003.3(3):61
[2]张海滨,田金洲《复方大黄胶囊对老年人多发性梗塞性痴呆认知障碍的影响》[J].中医药学报.2002.17(6):353.

作者简介：

李大立（1967-），主治医师，河南中医学院毕业。

编号：L1004-13（修回：2010-04-11）

ET、NO 和缺血性脑血管病的关系及相关药物的研究进展

ET, NO, and ischemic cerebrovascular disease relationship and research related to drugs

曾胜男

(湖南省邵东县中医院, 湖南 邵阳, 422800)

中图分类号: R743.31 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0031-04 证型: BGD

【摘要】 ET 和 NO 作为近几年发现的血管调节因子, 二者在缺血性脑血管病 ICVD 中的双重作用, 机制的复杂性日益受到人们的关注. 本文就此作了一定的探讨, 并就相关药物的研究也作以综述。

【关键词】 ET; NO; 缺血性脑血管病; 相关药物

缺血性脑血管病 ICVD 是目前世界上致死致残率较高的疾病之一。其病因主要是由于短暂性和持久的局部脑缺血。引发此病是多因素、多机制、多环节的恶性级联过程。内皮素 (endothelins, ET) 和一氧化氮 (nitric oxide, NO) 是近几年发现的血管调节因子。ET 具有强烈而持久的缩血管作用, 而 NO 有明显的扩张血管作用, 并能强烈地抑制血小板聚集。正常情况下, 二者的合成与释放始终维持着一种动态平衡: 既相互依赖, 又相互拮抗, 维持着血管的正常舒缩功能, 缺血性脑血管病 (ICVD) 的发生发展可能与这种平衡的破坏有关^[1]。

1 ET 简介

1.1 ET

1988 年日本学者首次从猪主动脉内皮细胞培养液中纯化分离出内皮素 (ET), 包括 4 种多肽, 即 ET-1、ET-2、ET-3 和血管活性肠肽 (VIP), 均为含有 21 个氨基酸和 2 个双硫键的短链多肽, ET 是迄今为止所知的最强的长效缩血管物质^[2]。

1.2 ET 的分布

ET 广泛分布于机体心血管系统和中枢神经系统, 其中 ET-1 除表达于非血管内皮细胞外是惟一存在于血管内皮的 ET。ET-2, ET-3 主要分布于脑、肾和肾上腺。

1.3 ET 的受体及其分布

ET 需要通过与其特征的受体结合才能产生作用。目前认为 ET 有 4 种不同的受体亚型 (ETA1、ETA2、ETB1 和 ETB2)。ET 受体位于整个中枢系统的血管内皮, 平滑肌细胞, 神经元, 星状细胞, 和神经胶质细

胞中。ETA1 对 ET-1 有较高的亲和力, 主要存在于大脑皮质; ETA2 对 ET-2 有较高的亲和力, 主要存在于脊髓。在血管, ET-A 受体主要位于平滑肌细胞, 它的激活一般认为主要与血管收缩效应有关。相反, ET-B 受体, 平滑肌细胞和内皮细胞都存在, ET-B 受体通过刺激内皮细胞释放 NO 和前列环素而舒张血管^[3]。

1.4 ET 的代谢

ET 从血管内皮释放后, 首先与靶细胞表面受体结合从而引起多种膜上反应: ①激活与 G 蛋白相耦联的磷脂酶 C (PLC), 生成甘油二酯 (DG) 和三磷酸肌醇 (IP₃), 继而生成四磷酸肌醇 (IP₄)。IP₃ 促进细胞内肌浆网释放 Ca²⁺, 而 IP₄ 则开放细胞膜钙离子通道, 促使细胞外钙内流, 最终使细胞内 Ca²⁺ 浓度大幅度升高。Ca²⁺ 与钙调素结合后, 活化肌反应蛋白轻链激酶等, 引起 Ca²⁺ 介导的平滑肌收缩; ②ET 通过其受体, 活化 DG 活性蛋白激酶 C (PKC), 改变离子通道的通透性, 激活电压依赖性钙通道和磷脂酶 A (PLA), 促使细胞外钙离子内流; ③促进 Na⁺/H⁺ 交换, 增加 Na⁺ 的摄取, 推动 Ca⁺ 的内流, 最终加强 Ca²⁺ 介导的细胞收缩过程。其收缩作用造成脑血流量的减少以致脑梗塞, 该作用发生在脑组织含氧量正常期, 而非脑缺氧期。ET-1 的释放能够调节脑组织的供氧平衡, 脑组织低氧时, ET-1 含量较低, 使微血管扩张^[2]。

1.5 ET 和缺血性脑血管病

大量的动物实验及临床研究表明, ET 在脑缺血时合成、释放增加, 并可能参加与了脑血管功能的紊乱及缺血性神经组织的损伤。超早期缺血性脑血管病患者血浆 ET 水平可作为判断脑缺血损害程度的一个指

标。ET 升高水平与脑梗死体积大小有关，梗死体积越大，其血浆 ET 增高越明显。急性脑缺血后 ET 分泌增多的机制可能与下列因素有关：①脑组织缺血缺氧，血管内皮细胞受损，刺激内皮细胞合成和分泌 ET 增多；②急性缺血性脑血管病所致应激反应使全身血管内皮细胞产生 ET 非特异性增高；③缺血区凝血酶增加，诱导 ET 释放。作为神经调质和神经肽，ET 通过受体激活磷脂酶 c 及蛋白激酶 c，造成神经元损伤。脑缺血后 ET 合成增多，使缺血区血流量进一步减少，产生恶性循环^[4]。

1.6 针对于 ET 和缺血性脑血管病的相关药物

鉴于 ET 的重要生理、病理意义，国内外对 ET 受体及其转化酶抑制剂作了广泛的研究。目前发现的 ET 转化酶抑制剂有 Phosphoram ido、W S79089B、CGS26303 等；受体拮抗剂种类较多，肽类有 BQ-485、BQ-123、BQM10、BE-18257A 等，非肽类有 RO-46-2005、波生坦 (bosentan)、BM S-248360、TAK-044 等，其中波生坦于 2001 年成为第一种成功上市的 ET 拮抗剂^[3]。最近报道，ZD1611，一种 ETA 受体抑制剂，针对于 ETA 受体的调节收缩作用，尽管它本身没有神经保护作用，低剂量既不能改变平均动脉压，也不能减少脑损害，但是其和 AT1 受体抑制剂坎地沙坦联合应用能够显著改善脑损伤，减少缺血面积和神经伤痕。另外，还能够使 AT1 受体表达增多的缺血正常化^[5]。这些研究结果为应用 ET 受体拮抗剂及转化酶抑制剂防治脑损伤后脑水肿提供了研究线索。

2 NO

2.1 NO 简介

NO 通过 NOS 作用从 L-精氨酸合成：L-精氨酸和 O₂ 在 NO 合成酶作用下生成 NO 和瓜氨酸。在 NO 生物合成中，一氧化氮合成酶 (NOS) 是其关键因素。

2.2 NOS 及其分型

NO 的神经递质功能是通过其生物合成酶 NOS 的动态平衡来发挥的。NOS 有三种亚型：①神经型 NOS (也叫做 nNOS, NOS-1)，发现于神经组织。②诱导型 NOS (也叫做 iNOS, NOS-2)，能够通过前炎症因子和内毒素所诱导而合成。③内皮型 NOS (也叫做 eNOS, NOS-3)，是一种在内皮细胞中表达的亚型。nNOS 和 eNOS 属于结构型表达，他们的活动需要依赖于钙，而 iNOS 的表达不依赖于钙。神经元型 NOS (nNOS) 和内皮型 NOS (eNOS) 在缺血早期发挥作用，诱导型 NOS (iNOS) 在晚期发挥作用^[6]。

2.3 细述各型 NOS

2.3.1 nNOS 的生理及病理意义

nNOS 大部分存在于脑部区域，主要通过 NMDA

受体兴奋而激活。nNOS 是神经元中 NO 的主要来源，主要存在于突触处，另外也存在于骨骼肌，心肌，平滑肌。NO 调节这些地方的血流和肌肉舒缩^[6]。nNOS 已证实与学习、记忆、神经发生有关，同样也与各种人类疾病有关。尽管 nNOS 衍生的 NO 在调节突触适应性和神经信号中起着重要作用，但是产生过多的 NO，它会从生理的神经调质转变成神经毒性作用。所以 nNOS 可能在病理和生理条件下扮演着重要角色^[7]。

2.3.2 iNOS 的生理及病理意义：脑缺血损伤后，许多因子均刺激内皮细胞、星形胶质细胞、脑巨噬细胞，表达 iNOS，NO 浓度升高，导致活性氧自由基的形成增加，可能由此导致了脑缺血炎症反应。其作用机制可能有以下几点：①NO 介导谷氨酸的毒性作用；②NO 使各种含铁一硫的酶失活，抑制线粒体吸收，阻断细胞内能量合成及 DNA 的复制，产生细胞毒性作用；③NO 导致 DNA 的损伤；④NO 引起多巴胺 (DA) 大量释放而产生神经毒性；⑤NO 通过超氧自由基 (O₂⁻) 引起细胞毒性作用。

2.3.3 eNOS 和 L-选择素及 PECAM-1

生理的 NO 由钙依赖性的 cNOS 产生，包括 nNOS 和 eNOS。由其产生的 NO 调节白细胞中的 L-选择素和存在于白细胞、内皮细胞中的 PECAM-1 的构成表达及其转录。PECAM-1 表达于大部分白细胞亚型、血小板、内皮细胞。eNOS 和 PECAM-1 共同存在于内皮细胞当中。由剪切力激活 PECAM-1 的活化可以诱导 eNOS 的磷酸化作用，接着产生 NO 从而使血管舒张。阻断 eNOS 活性便减少了白细胞和内皮细胞中的 PECAM-1 表达^[8]。

2.4 NO 对于缺血性脑血管病的生理、病理意义及其相关药物

2.4.1 NO 和缺血性脑血管病

2.4.1.1 钙超载被认为是在缺血损伤中的关键介质。细胞内高钙引起各种酶的激活，导致蛋白合成和磷酸化作用的改变，蛋白水解增多、DNA 断裂、酯解、自由基的产生，所有这些因素恶化了缺血神经伤害。实验证实由 nNOS 和 iNOS 诱导产生的 NO 可以扰乱钙的平衡，通过细胞凋亡和坏死两种途径引起神经元死亡。其机制可能是通过激活 Caspases-3 和 calpains 而产生效应的。NO 诱导 Caspases 依赖的细胞死亡通过促进线粒体细胞色素 C 和 caspase-9 的激活，上调 p53 表达，激活促细胞分裂原蛋白激酶，和改变某些凋亡相关蛋白包括 Bcl-2 蛋白家族的表达，也通过诱导激活 calpains 从而诱导 Caspases 依赖的细胞死亡。相应机制如下：①诱导过多的兴奋性毒素介质的释放，包括

兴奋性氨基酸和活性氧化物质。②增加细胞内钙的浓度。③促进细胞内储存库锌的释放。④损伤线粒体的功能^[9]。

2.4.1.2 炎症反应促进了脑缺血损伤的进程,是缺血性脑血管病机制中至关重要的部分。实验证实在活化的免疫细胞中,NO 的产生与炎症反应密切相关,nNOS 和 iNOS 在神经性病变中扮演了关键角色,而 eNOS 衍生的 NO 能够调节内皮的完整性,维持脑血流和防止神经元的损伤,因此被认为对缺血性脑血管病是有利的。eNOS 在缺血后血管重建过程中也起着重要作用,包括细胞增殖和移位,平滑肌细胞分化,动静脉分化,血管生成。eNOS 的激活促进静脉内皮细胞释放内皮细胞衍生的 NO,NO 的调节增加了血管的传导性,允许远端组织中侧支血流向阻塞区,因此,增加 eNOS 活性在脑中风后调节动脉生成、血管重构过程中起着重要的作用^[10]。

2.4.2 针对 NO 与缺血性脑血管病的相关药物:综上所述,通过对 NO 和缺血性脑血管病的关系的研究,启发我们可以通过以下几个措施来达到对缺血性脑血管病有效的治疗:①抑制 nNOS 和 iNOS 活性。选择性抑制 NOS 活性(nNOS 和 iNOS)增加 eNOS 表达在缺血过程中可以保护脑缺血再灌注损伤。7-NI,作为一种 NOS 抑制剂,通过抑制 nNOS 的活性而减少 NO 的生成,随后阻断 NO 诱发的级联反应,下调脑中风后的核心和半影区 Caspases-3 和 calpain 的活化,对于缺血性脑血管病达到了一定的治疗效果。另外,7-NI 还能通过抑制钙蛋白酶抑制蛋白 calpastatin(其由 Caspases-3 调节)的降解从而减少 calpains 数目(因为钙蛋白酶抑制蛋白是一种内源性 calpains 抑制剂,它会被 Caspases-3 降解)^[9];选择性脑型 NOS 抑制剂如 ARL17477 可减少梗死体积,临床实验正在进行;②抑制脑缺血过程中的炎症反应是另一种可行措施。炎症反应的控制可以有利于改善脑缺血后果。

Brazilein 氧化巴西木素通过抑制在体、离体的前炎症因子的活性,同时抑制 iNOS 产生的 NO 的表达,从而保护大脑,减少缺血再灌注损害,改善神经功能^[11];③增加生理性的 NO 表达,促进血管发生也具有潜在的治疗价值。NO 供体或左旋精氨酸可以增加实验性脑缺血后局部脑血流量。DETA-NONOate,一个 NO 供体,临床证实其增加了血管发生,对于治疗缺血性脑血管病有一定的疗效^[10]。亚硝酸盐,一种潜在的细胞保护调节器,能够降低缺血再灌注组织的损伤,和 NO 不同,亚硝酸盐作为 NO 的生理储存库能够更稳定地存在血红蛋白和肌红蛋白中。在缺氧状态下通过几种特别途径来释放 NO。①非酶的 NO 群系。早期

报道,脑缺血的大鼠心脏中,当 pH 水平降低到 pH5.5,亚硝酸盐不依赖于酶歧化成 NO。实验证实严重缺氧状态下低 pH 可能是其主要机制。②血红蛋白途径 Nitrite + deoxyHb + H⁺ → NO + metHb + OH⁻ ③黄嘌呤氧化酶途径。④线粒体电子传递链的复合体途径。⑤细胞色素 P450 途径。⑥NOS 酶途径。^[12]

3 其它因素对于脑血管病中的 NO 和 ET 的影响

3.1 环境因素与脑血管病:空气污染是脑血管和神经退行性疾病的危险因素。吸入的污染物能导致作用于血管的物质(如 ET 和 NO)产生,(它们与脑血管疾病发生机制有关),同时也能增加循环系统中 ET-1 和 ET-3 的水平。脑垂体是血浆 ET 的主要来源,臭氧的吸入显著增加了大脑半球中 ET-1mRNA 的水平但减少了 ET-3 的 mRNA 水平,而垂体的 ET-1, ET-3 的 mRNA 水平表达增加。最近报道^[13]臭氧和粉尘微粒能够调节大脑和垂体血管调节通路的基因表达,从而证明了吸入的污染物能诱导脑血管效应^[13]。

3.2 运动对于脑血管病的影响:实验证实^[14]内皮祖细胞 EPCs 能够增加内皮功能和血管发生,而运动则能够通过增加血管和脊髓 EPC 的数量同样刺激血管的形成。其相应机制可能是运动增加了血管内皮生长因子(血管内皮生长因子可以活化 eNOS 和促进血管发生)的循环量,同时也促进了脉管系统和 EPCs 内的 eNOS 的表达。在缺血区域 EPCs 代偿性募集,运动可以促进此效应。因此,运动通过影响 eNOS 和 EPCs 水平从而产生增加脑灌注和认知功能的短期和长期效应^[14],是预防和改善缺血性脑血管病愈后治疗效果的有效办法。

4 小结

ET 和 NO 在 ICVD 的发生发展过程中的作用是复杂的,双重的,其机制和相关药物的研制受到了全球各国人们的重视,尽管就目前而言医疗界对此已取得很大的成就,但是相关药物具体应用于临床,还具有一定的缺陷,有待做进一步的探讨和研究。

参考文献:

- [1]王霞,韩雪芬,田义龙,张雪静等.含植物雌激素中药对脑梗塞大鼠血清中内皮素-1 及一氧化氮含量的影响[J].时珍国医国药,2008.19.04
- [2]张国华.内皮素在重型颅脑损伤的研究进展[J].沈阳部队医药,2008.3.21.2
- [3]Nobutaka Horiea,b, Anne-Lise Maaga,b, Scott A.Hamiltonb, Hideo Shichinohea,b, Tonya M. Blissab, Gary K. Steinbergab. Mouse model of focal cerebral ischemia using endothelin-1 Journal of Neuroscience Methods 173[J]. 2008.286-290
- [4]满晓,杨美兰,庞在英,冷振璞,冯亚波,杜怡峰.超早期缺血性脑血管病血浆 NO,ET 变化及意义[J].山东医药.2008.48.4

(下转 36 页)

奥扎格雷联合丹红注射液 治疗急性冠脉综合征临床研究

The clinical technical study reports on treating the acute coronary syndrome(ACS) with and ozagrel danhong Zhusheye

尤 东 刘佰万 刘艳梅
(枣庄市峄城区人民医院, 山东 枣庄, 277300)

中图分类号: R 322.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0034-03 证型: BDG

【摘要】 目的: 探讨奥扎格雷联合丹红注射液替代口服阿司匹林治疗急性冠脉综合征(ACS)的临床疗效。方法: 100例急性冠脉综合征患者随机分成奥扎格雷联合丹红注射液50例为治疗组, 常规治疗50例为对照组, 治疗组在常规治疗基础上用奥扎格雷加丹红注射液替代口服阿司匹林, 奥扎格雷80mgQd, 丹红注射液20mlQd, 两药均用2周, 对照组常规治疗(阿司匹林、硝酸酯类、钙离子拮抗剂、β受体阻滞剂、溶栓等)。两组分别于入院后即刻和治疗后2周抽静脉血, 检测血小板聚集率, 血浆纤维蛋白原水平和全血粘度, 观察临床疗效及安全性。结果: 两组患者治疗前血小板聚集率、血浆纤维蛋白原水平及全血粘度均升高, 两组间无差异, 治疗2周后两组均有所下降, 治疗组下降与对照组比较有显著性差异($P<0.05$), 临床疗效也较对照组明显改善($P<0.05$)。结论: 奥扎格雷联合丹红注射液可完全替代阿司匹林治疗急性冠脉综合征, 临床疗效显著。

【关键词】 丹红注射液; 奥扎格雷; 临床疗效; 急性冠脉综合征

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect on treating the Acute coronary syndrome(ACS) with Danhong Zhusheye and Ozagrel instead of aspirin. Methods 100 ACS patients were divided into two groups randomly. Each group contain 50 patients. The control group were treated with conventional therapy(Aspirin, nitrate esters, calcium ions antagonist, beta blocker, thrombolysis etc); The treatment group were treated with Danhong Zhusheye and Ozagrel instead of Aspirin for 2 weeks, other treatment measure were the same as control group. The changing of platelet aggregation ratio, plasma fibrinogen, blood viscosity were observed. The clinical effects and security were also observed. Results There were no difference of platelet aggregation ratio, plasma fibrinogen, blood viscosity between two groups before treatment. After 2 weeks, the two groups' platelet aggregation ratio, plasma fibrinogen, blood viscosity were descend. The changing of platelet aggregation ratio, plasma fibrinogen, blood viscosity were difference significantly between two groups ($P<0.05$); The clinical effects were improved, the difference were significant between two groups ($P<0.05$). Conclusion The Danhong Zhusheye and Ozagrel instead of Aspirin can be used for the treatment of ACS absolutely, their clinical effect is remarkable.

【Key Words】 Danhong Injection; Ozagrel; clinical efficacy; the Acute coronary syndrome(ACS)

急性冠脉综合征(ACS)主要机制是冠状动脉斑块破裂, 血小板聚集形成血栓, 血管痉挛。阿司匹林是治疗ACS经典的抗血小板药物, 抑制血栓素A₂(TXA₂)合成酶, 抑制TXA₂的合成。但临床上有相当一部分ACS患者始终不能或拒绝口服阿司匹林。本研究在常规治疗基础上用奥扎格雷联合丹红注射液替代口服阿司匹林, 观察与常规治疗的临床疗效、安全性及机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料

全部病例均选自本科2005年2月至2009年2月住院患者。所有入选者均排除射血分数 $<40\%$ 的心力衰竭, 严重肝肾功能不全、肿瘤、严重感染、近期手术及不合作者。入选患者随机分成两组, 治疗组50例, 男29例, 女21例, 年龄42~84岁, 平均59岁, 其中不稳定型心绞痛(UA)21例, 非ST段抬高性心肌

梗死(NSTEMI)12例,ST段抬高性心肌梗死(STEMI)17例;对照组50例,男31例,女19例,年龄39~80岁,平均61岁,其中UA23例,NSTEMI10例,STEMI17例。两组患者性别、年龄、临床类型及溶栓等配对因素对比,经统计学处理无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 诊断标准^[1-2]

不稳定型心绞痛1月内新发或原有心绞痛1月内进行性加重或静息状态发生心绞痛,同时伴有ST-T改变。急性心肌梗死,急性持续性胸痛、心电图动态变化和心肌损伤标志物(肌酸激酶/同功酶或肌钙蛋白)水平升高达到诊断标准。诊断均符合国际心脏病学会和WHO关于缺血性心脏病的命名和诊断标准^[3]。

1.3 治疗方法:治疗组在常规治疗基础上加用奥扎格雷联合丹红注射液替代口服阿司匹林,诊治过程及风险均告之患者及家属,并签知情同意书。奥扎格雷(石家庄四药有限公司生产)80mg+5%GS 100ml 静脉滴注, Qd 2周,丹红注射液(济南步长制药有限公司生产)20ml+5%葡萄糖 150ml 中静脉滴注, Qd 2周,两

表1 两组治疗前后实验室指标变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	血小板聚集率 (%)	纤维蛋白原 (g/ml)	全血粘度 (高切) (mPa%)	全血粘度 (低切) (mPa%)
治疗组治疗前	79±10	4.29±0.78	6.78±0.85	13.48±0.78
治疗组治疗后	48±12	3.20±0.81	5.44±0.51	10.11±1.01
对照组治疗前	80±11	4.24±0.88	6.78±0.78	13.44±0.75
对照组治疗后	58±9	3.58±0.72	6.33±0.54	11.83±1.01

注:两组治疗前血小板聚集率差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后2周治疗组血小板聚集率下降显著低于对照组 ($P<0.05$)。

2.2 治疗组与对照组临床疗效比较:两组临床疗效比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表2。

表2 两组治疗结果比较

组别	n	治愈	好转	无效	死亡	总有效率
治疗组	50	32 (64%)	13 (26%)	3 (6%)	2 (4%)	90%
对照组	50	23 (46%)	14 (28%)	9 (18%)	4 (8%)	74%

注:与对照组比较, $\chi^2=4.51$, $P<0.05$ 。

3 讨论

不稳定型心绞痛(UA)是冠状动脉粥样硬化斑块破裂、血小板黏附、聚集,释放血小板因子,凝血系统激活,诱发冠状动脉管腔内血栓形成导致管腔不完全性闭塞。以白血栓为主,即血小板成分多,纤维蛋白成分少,急性心肌梗死(AMI)的闭塞性血栓以红血栓为主,含有较多的纤维蛋白,血栓形成是一连续的急性或亚急性过程^[5]。

急性冠脉综合征冠状动脉管腔内血栓的形成与血栓素A₂(TXA₂)和前列环素(PGI₂)的平衡密切相关, TXA₂具有强烈收缩血管和促进血小板聚集诱发血栓形成的作用。

奥扎格雷为血栓素合成酶抑制剂,能抑制TXA₂生成,因而具有抗血小板聚集和扩张血管的作用。动

物试验表明,静脉注射给药能降低血浆TXB₂水平, Keto-PGF₁₂/TXB₂比值下降,对不同诱导剂所致血小板聚集均有抑制作用。

1.4 临床疗效评定标准

治愈:临床症状完全消失;好转:临床症状部分消失或减轻;无效:临床症状无改善或恶化。

1.5 统计学处理

用SPSS统计软件包进行统计分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,2组间比较用t检验,症状改善用百分率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血小板聚集率比较

采用Clauss凝固法原理检测(东亚CA-凝血酶:上海太阳生物技术有限公司),治疗前后实验室指标比较,治疗前两组全血黏度,血浆纤维蛋白原水平,血小板聚集率比较均无统计学差异 ($P>0.05$)。治疗后两组各指标均有统计学差异 ($P<0.05$)。见表1。

物试验表明,静脉注射给药能降低血浆TXB₂水平, Keto-

PGF₁₂/TXB₂比值下降,对不同诱导剂所致血小板聚集均有抑制作用。

丹红注射液是植物丹参、红花提取物,其主要成分是丹参素^[6]。《本草正义》中记载,“丹参专入血分,其功在于活血行血,内之达脏腑而化瘀滞,血行则瘀祛络通”。丹参味苦,性微寒,归心、肝经,通血脉散瘀结,为主药;红花味辛,性温,归心,肝经,化瘀血通经络,为辅药,两药相辅除邪不伤正,共奏活血通络、祛瘀生新之功。

现代研究认为,丹参具有扩张微血管口径,扩张冠状动脉,降低血管阻力,降低血液黏度,增强红细胞变形能力,改善微循环,并能清除氧自由基,抗脂

质过氧化损伤,拮抗Ca²⁺内流,改善ATP酶活性,同时也可提高心肌组织耐氧能力,对心肌具有明显的保护作用。

丹参酚酸有较强的抗血小板聚集作用,可显著降低血浆的TXA₂水平^[7];丹参酚酸和丹参酮有抗血栓形成作用^[8],改善微循环,抗氧化损伤作用^[9];丹参醌II A 磺酸钠具有提高心肌对缺氧耐受性,增强心肌收缩力,从而增加心肌血液灌注,使心电图缺血性改善总有效率达86%^[10]。

红花对内源性凝血系统的激活有一定的抑制作用,并有增加冠状动脉血流量及营养心肌细胞作用,使心肌细胞缺血程度明显减轻,缺血心肌组织氧的供求关系得到改善。红花能有效抑制血小板黏附、聚集、激活和释放TXA₂,激活血管内皮细胞释放PGI₂,纠正外周循环中TXA₂/PGI₂平衡失调,对缺血再灌注损伤具有积极的防治作用^[11]。

4 结 论

本研究结果显示,奥扎格雷联合丹参注射液静脉注射治疗急性冠脉综合征能显著降低血小板聚集率、血浆纤维蛋白原水平和全血粘度。临床疗效显著,提高有效率,降低死亡率,未见明显毒副反应。奥扎格雷联合丹参注射液临床应用安全有效,特别适用于不能胜任口服阿司匹林的急性冠脉综合征患者。

参考文献:

[1]陆再英,钟南山主编.内科学[M].第7版,北京:人民卫生出版社,2008,282-291

[2]杨新春,李延辉,王乐丰.急性冠状动脉综合征[M].北京:人民卫生出版社,2009,96-98

[3]陈国伟,顾菊康,陈灏珠.心血管病诊断治疗学[M].合肥:安徽科学技术出版社,2003,420-421

[4]胡大一,马长生,主编.心脏学实践 2008 规范化治疗[M].北京:人民卫生出版社,2008:258-277

[5]徐晓东,徐岩.不稳定型心绞痛抗血栓治疗对血小板聚集性和凝血,纤维活性的影响[J].中国医师杂志,2003,5:688-689

[6]李正国,赵淑杰,王宝. HPLC 法测定丹红注射液中丹参素的含量[J].中药新药与临床药理,1999,10(2):293-294

[7]杨佳,张毅,秦彩玲,等.丹参,三七的有效部位对正常大鼠血小板黏聚性及TXA₂,PGI₂的影响[J].中国实验方剂学杂志,2004,10(5):21-24

[8]胡小戎,曹凤梅.丹参的药理,临床应用与制剂研究[J].中国新医药,2003,2(6):54-55

[9]陈向荣,陆宗伯,石汉平.丹参的药理作用研究新进展[J].中国医院药学杂志,2001,21(1):44-45

[10]潘艳,吴春子.丹参在临床的应用[J].中国医药论坛,2009,2(7):30

[11]王淑君,王方铁,熊建华,等.红花注射液对脑缺血一再灌注损伤家兔血浆TXA₂/PGI₂水平的影响[J].中国现代应用药学杂志,2003,20(2):100-102

编号: EA-100317189 (修回: 2010-04-12)

(上接 33 页)

[5] Emelie Stenman, Roya Jamali, Marie Henriksson, Aida Maddahi, Lars Edvinsson Cooperative effect of angiotensin AT1 and endothelin ETA receptor antagonism limits the brain damage after ischemic stroke in rat[J].European Journal of Pharmacology 570 (2007) 142-148

[6] Giti Garthwaite, Katalin Bartus, Denise Malcolm, David Goodwin, Martha Kollb-Sielecka, Chaminda Dooleniya, and John Garthwaite. Signaling from Blood Vessels to CNS Axons through Nitric Oxide[J]. 7730. The Journal of Neuroscience, July 19, 2006. 26(29):7730-7740

[7] Li Zhou, Dong-Ya Zhu. Neuronal nitric oxide synthase: Structure, Subcellular localization, regulation, and clinical implications[J]. Nitric Oxide xxx (2009) xxx-xxx

[8] Cristina B. Hebeda a, Simone A. Teixeira b, Marcelo N. Muscar b, Marco Antonio R. Vinolo c, Rui Curi c, Suzana B. V. de Mello d, Sandra H. P. Farsky a. In vivo blockade of Ca²⁺-dependent nitric oxide synthases impairs expressions of L-selectin and PECAM-1. Biochemical and Biophysical Research Communications 377(2008)694-698

[9] Ming Sun, Yumei Zhao, Yi Gu, Chao Xu. Inhibition of the nNOS reduces ischemic cell death through down-regulating calpain and caspase-3 after experimental stroke[J]. Neurochemistry International 54 (2009) 339-346

[10] X. CUI, a, M. CHOPP, a, b, A. ZACHAREK, a, c, ZHANG, a, c, ROBERTS, a AND J. CHEN, a* a ROLE OF ENDOTHELIAL NITRIC OXIDE SYNTHETASE IN ARTERIOGENESIS AFTER STROKE IN MICE Neuroscience 159 (2009) 744-750

[11] Jia Shena, Hongyin Zhang, Han Lina, Hui Sua, Dongming Xing, Lijun Dua. Brazilein protects the brain against focal cerebral ischemia reperfusion injury correlating to inflammatory response suppression[J]. European Journal of Pharmacology 558 (2007) 88-95

[12] N. J. H. Raata, S. Shiva, b, M. T. Gladwin, c. Effects of nitrite on modulating ROS generation following ischemia and reperfusion[J]. Advanced Drug Delivery Reviews 61 (2009) 339-350

[13] Errol M. Thomson, a, b, Prem Kumarathasana, Lilian Calderon-Garciduenas, d, Renaud Vincenta, b, Air pollution alters brain and pituitary endothelin-1 and inducible nitric oxide synthase gene expression[J]. Environmental Research 105 (2007) 224-233

[14] Frank M. Faraci. Protectin the Brain With eNOS Run for Your Life[J]. See related article, pages 1132-1140

编号: Y-10011429 (修回: 2010-04-19)

祛痰活血汤治疗中风性失语 54 例疗效观察

Effective observation on treating 54 cases of stroke aphasia with Qutan Huoxue decoction

霍华莹 霍华永

(河北省馆陶县中医院, 河北 馆陶, 057750)

中图分类号: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0037-02 证型: BGD

【摘要】 目的: 观察自拟祛痰活血汤的临床疗效; 方法: 将 102 例患者随机分为观察组 54 例和对照组 48 例, 对两组临床治疗效果进行比较; 结果: 两组总有效率有显著差异 ($P < 0.05$) 观察组明显优于对照组; 结论: 自拟祛痰活血汤对中风性失语疗效明显。

【关键词】 祛痰活血汤; 中风性失语

中风性失语是中风后遗症之一, 是临床常见病。治疗比较困难, 给病人及家属带来很大的精神压力。2008 年~2009 年我们自拟祛痰活血汤治疗中风性失语 54 例, 并设对照组, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 102 例中风病住院患者, 经头颅 CT 或 MRI 确诊为脑梗塞或脑出血, 均为脑血管病急性期过后语言障碍患者。其中观察组 54 例, 年龄 41~76 岁, 男 35 例, 女 19 例。病程半个月至三个月不等; 对照组 48 例, 年龄 42~78 岁, 男 32 例, 女 16 例, 病程半个月至三个月。两组年龄、性别、病程、病种、治疗前失语程度经统计学分析均 $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 诊断标准^[1]

①头颅 CT 或 MRI 诊断为脑梗塞或脑出血; ②经“汉语失语症检查法”^[2]检查确诊为失语症; ③体征: 神志清楚, 舌强语謇, 或肢体麻木不遂, 或头晕目眩, 或吞咽不利, 舌苔白厚, 脉弦滑。

1.3 治疗方法

观察组在对照组采用西医治疗的基础上, 加用自拟祛痰活血汤, 日一剂, 水煎服, 方药组成: 天麻 15g, 胆星 9g, 菖蒲 10g, 郁金 10g, 僵蚕 10g, 丹参 20g, 赤芍 10g, 红花 10g, 甘草 6g; 冲服水蛭胶囊四粒 (由水蛭 3 全蝎 1 蜈蚣 1 的比例制成, 每粒 0.3g)。加减: 肝火上扰者, 加钩藤 15g, 菊花 10g, 石决明 20g; 痰浊壅盛者加川贝 10g, 茯苓 15g; 肢体麻木者加 姜黄 10g, 鸡血藤 20g, 气虚者加党参 15g, 黄芪 15g; 大便秘结者加大黄 6g, 火麻仁 15g, 7 日为一疗程, 治

疗 2~3 个疗程。

1.4 疗效标准

显效: 失语完全消失, 语言较清晰流利; 有效: 失语消失, 语言蹇涩, 但能表达意愿; 无效: 症状、体征无明显改善。

1.5 结果

观察组 54 例, 显效 18 例, 占 33.33%; 有效 33 例, 占 61.11%; 无效 3 例, 占 5.55%, 总有效率 94.44%; 对照组 48 例, 显效 11 例, 占 22.92%, 有效 25 例, 占 52.08%, 无效 12, 占 25%, 总有效率 75%。两组总有效率相比, 差异有显著性 ($P < 0.05$), 结果显示观察组效果明显优于对照组。

2 典型病例:

2.1 患者甲, 男, 50 岁, 农民, 2008 年 10 月 5 日入院, 主因: 言语不清伴右侧肢体麻木一天。入院时患者舌欠灵活, 言语不清, 右侧肢体麻木无力, 舌质紫暗, 苔白, 脉弦滑, 头颅 CT 示: 左基底节脑梗塞, 查体, $T 36.8^{\circ}\text{C}$, $\text{BP } 155/100\text{mmHg}$ (20/13Kpa), 神清, 言语不清, 右侧肢体肌力 IV 级, 右巴氏征阳性, 诊断为脑梗塞。入院后予祛痰活血汤, 日一剂, 方药为: 天麻 15 克, 胆星 9 克, 菖蒲 10 克, 郁金 10 克, 僵蚕 10 克, 丹参 20 克, 赤芍 10 克, 红花 10 克, 甘草 6 克, 冲服水蛭胶囊 4 粒。10 月 12 日查房, 患者舌体较前灵活, 能说简单话语。10 月 15 日查房, 患者诉便秘, 上方中加大黄 6 克, 火麻仁 15 克, 服两剂后大便通, 言语流利清晰, 患者满意而归。

2.2 患者乙, 男, 58 岁, 干部, 2009 年 4 月 30 日入 (下转 40 页)

外剥内扎注射术治疗混合痔临床研究

Clinical studies on external hemorrhoid dissection and internal hemorrhoid ligation injection of mixed hemorrhoids treatment

毛文建

(成都市第六人民医院, 四川 成都, 610051)

中图分类号: R657.1+8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 05-0038-03 证型: BDI

【摘要】 目的: 研究混合痔最佳的治疗方法。方法: 治疗组 40 例运用外剥内扎消痔灵四步注射术, 对照组 40 例采用传统的外剥内扎术, 在术后创面出血、肛缘水肿方面进行对比分析。结果: 术后并发症, 治疗组明显少于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 外剥内扎消痔灵四步注射术, 治疗混合痔, 效果显著, 在肛肠外科有很大的临床应用价值。

【关键词】 外剥内扎注射术; 混合痔; 临床研究

【Abstract】 Objective: To study best way of the mixed hemorrhoid treatment. Methods: treatment group 40 cases of the use of external hemorrhoid dissection and internal hemorrhoid ligation Xiaozhiling four-steps injection, control group 40 cases of traditional external hemorrhoid dissection and internal hemorrhoid ligation, postoperative wound hemorrhage, edema aspects of anal margin were analyzed. Results: Postoperative complications, treatment group was significantly less than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: External hemorrhoid dissection and internal hemorrhoid ligation Xiaozhiling four-steps injection to treat mixed hemorrhoids, results are obvious, in anorectal surgery have great clinical using value.

【Key Words】 External hemorrhoid; dissection and internal hemorrhoid ligation injection; Mixed hemorrhoids; Clinical studies

外剥内扎是混合痔治疗的经典术式, 术后创面出血、肛缘水肿占有一定比例。笔者运用外剥内扎注射术(治疗组)与经典外剥内扎术(对照组)进行对比研究, 治疗组疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 入组病例标准

按照 2002 年 11 月厦门会议修订的肛肠疾病诊断标准, 混合痔是指齿线上下互相融合的隆起性组织, 它具有内痔和外痔的临床特征。本文内痔指 II、III、IV 期内痔; 外痔指结缔组织外痔或静脉曲张外痔^[1]。

患者以无痛性便鲜血或肛门块物脱出为主要症状。消化道炎症、溃疡、肿瘤、损伤、血管病变者, 有肝脾疾病、凝血功能障碍者, 合并肛周脓肿、肛痿、肛裂者, 不入组。

1.2 一般资料

选择符合上述诊断标准, 无其他病症, 具备手术指征的患者 80 例, 随机分为治疗组、对照组各 40 例。临床资料比较见表 1。两组性别、年龄、病程、内痔分期方面, 经 t 或 χ^2 检验, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

表 1 两组患者临床资料比较

	治疗组	对照组
病例数	40	40
性别		
男	24	17
女	16	23
年龄(岁)	36.87±2.53	34.31±3.29
病程(年)	8.35±4.69	9.67±4.71

内痔分期			
II	21		22
III	14		15
IV	5		3

2 方法

2.1 治疗组

采用外剥内扎消痔灵四步注射术。术前作血常规、心电图、凝血图等检查，备皮，术晨灌肠，排净大便。术时侧卧弯腰曲膝位，碘伏消毒腰骶部，腰俞麻醉后转截石位，碘伏消毒肛周，铺洞巾，0.1%新洁尔灭棉球反复消毒肛管直肠下段，双手食指背向伸入肛管，扩肛 2~5 分钟，使括约肌充分松弛。在喇叭状肛镜下弄清内痔部位、数目、大小、病理分型、母痔与副痔的关系，直肠肛管有无其他病变。用手指触摸直肠上动脉搏动部位，III、IV 期内痔一般在右前、右后和左侧可以触到。第一步是向母痔上方粘膜下层的直肠上动脉区注射。通过动脉血管无菌性致炎作用，血管栓塞，闭塞血管，并使粘膜层和粘膜下层粘连，阻断或基本阻断进入内痔的动脉血流。第二步和第三步注射是对痔本体组织的注射。初期内痔仅将药液注射到痔的粘膜下层。内痔发展到中期、晚期阶段，必须行痔的粘膜下层和粘膜固有层二个部位的注射，即第二、三步注射。第四步是向齿线稍上方的最低部位注射，闭塞内痔起始部的窦状静脉^[2]。消痔灵注射液与 0.9% 生理盐水按 1/1 浓度配制，用 6 号针头，在 3、7、11 点母痔上方直肠上动脉区，避开动脉搏动点斜刺入粘膜下层，回抽无血，边缓慢退针边分别注药 2ml 左右。再在 3、7、11 点母痔痔体中部进针，略偏向斜上方，在粘膜下层的最低处，遇有肌性抵抗后稍退回一点注药，使药液充盈痔的粘膜下层。然后缓慢退针，当退到（增厚的粘膜肌层后有落空感）粘膜固有层再注药，注药量是粘膜下层的 1/2~1/3。最后行窦状静脉区注射。由于齿线下为有痛区，故不能将药液注射到齿线以下肛管皮肤区。进针应在母痔齿线上 0.1cm~0.2cm 处，针尖稍向上方刺入粘膜下层，边退针边注药，每处注药 1ml~2ml。如为静脉曲张型混合痔，需加大第四步窦状静脉区注药量。每个痔核注药量一般为 2ml~3ml，大致与痔体积相当。适量的标志是痔核呈弥漫

表 2 术后并发症比较

	治疗组	对照组	P 值
病例数	40	40	
出血			
I 度	2	7	<0.05
II 度	0	3	<0.05
III 度	0	1	<0.05
水肿			
轻度	4	8	<0.05

状突起，粘膜见微白色，表面有时可见微血管（条纹征）。副痔核常位于截石位 2、5、9 点或并有 6、12 点，需行副痔核注射。在副痔核粘膜下层，分别注入 1/1 消痔灵约 1ml~2ml。副痔核呈血管肿型仅注射到粘膜下层，静脉曲张型和纤维化型需行粘膜下层和粘膜固有层注射。若副痔核已发展到 III、IV 期，也需行第四步注射。用手指揉按已注射部位，使药液均匀分布。在内痔核同样大小的情况下，注药量纤维化型大于静脉曲张型，静脉曲张型大于血管肿型。前位不宜注射过深，因易损伤前列腺、尿道或阴道。

血管钳钳夹外痔，在外痔两侧作梭形切口，将皮下组织推剥至齿线处，大弯钳沿直肠纵轴钳夹内痔核，以圆针 7 号丝线自大弯钳下行 8 字贯穿缝扎，剪掉部分痔核残端，外痔切口用 4 号丝线间断缝合。以同样方法剥离结扎其他部位混合痔。注意内痔结扎点高低交错，各痔段间保留不少于 0.5cm 粘膜桥或皮肤桥，保持两侧张力平衡，减轻术后肛管狭窄、肛缘水肿。术毕凡士林油纱覆盖创面，塔纱加压包扎固定。术后常规应用抗生素 3~5 天，控便 1 天，适当给予润肠通便药，不用峻猛泻下剂，杜绝努挣或剧烈活动或负重，防止痔核过早脱落引起大出血。每日便后 0.1%PP 粉温热水坐浴后换药，5~7 天拆线。

2.2 对照组：采用外剥内扎术。方法同上（略）。

3 结果

3.1 判断标准

肉眼看不见，需用实验室检查才能发现的隐性出血不作统计。排便时肉眼能看到的显性出血纳入标准。I 度：便后手纸带血或粪便上带少量鲜血。II 度：大便时排出较多的血液和血块，经一般处理可止血。III 度：除上述症状外，还表现出血性休克，须特殊处理。水肿分为：轻度：水肿范围占肛缘 1/4 以下；中度：占肛缘 1/4~1/3 者；重度：超过肛缘 1/2 者。

3.2 观察结果

术后并发症比较，见表 2。

中度	1	5	<0.05
重度	0	1	<0.05

3.3 统计分析:采用 SPSS17.0 统计学软件进行 χ^2 检验。由表 2 可以看出,术后并发症,治疗组明显低于对照组, $P<0.05$,有统计学差异。

4 讨论

根据痔的现代概念,内痔是指发生于肛管齿线以上,直肠粘膜下的血管性衬垫病理性扩张或增生形成的隆起性组织。内痔为肛垫充血性肥大或移位,包括血管丛扩张,纤维支持结构松弛、断裂。对于混合痔的治疗,目前认识基本一致:Ⅲ期、Ⅳ期内痔出血行手术治疗,Ⅱ期内痔根据便秘时肿物脱出肛外程度及便血多少确定是否手术。

消痔灵注射液是一种慢性的致炎硬化剂,源于中医的“酸可收敛、涩可固脱”的理论,其主要成分为五倍子及明矾。五倍子成分主要是鞣酸,具有较强的收敛、收缩血管、抑菌、抗渗出等作用;明矾主要成分为硫酸铝钾,在注射后产生的铝离子可使局部产生无菌性炎症反应,从而导致纤维组织增生。一般认为,消痔灵的止血作用,是药液注射到粘膜下层血管周围,使血管收缩和闭塞的结果;同时逐渐纤维化的组织,包绕痔内的小动脉及静脉,在其周围形成一层保护膜,使薄弱的血管避免因排便等因素的损伤而出血^[3];消痔灵可使内痔脱出减轻或消失,起到高位悬吊作用,是此药液可使周围组织纤维化,使已松弛脱垂的肛垫(痔核 Treitz 肌纤维和 Parks 韧带)与肠壁肌层粘连固定的结果。上面是消痔灵硬化注射疗法的主要作用。

通过临床观察,发现其对降低术后肛缘水肿发生率也有明显作用。可能是由于痔上动脉区注射可减少肛门局部血液供应,迅速解除肛管上端的压力,充血肿胀及渗出减轻,水肿发生减少。

消痔灵四步注射法的正确应用,在临床上突破了传统外剥内扎手术方法的治疗效果。曲张的动静脉收缩,纤维组织增生,将收缩的血管包绕于瘢痕组织内,瘢痕组织挛缩使动静脉狭窄,不仅导致痔核萎缩、停止出血,而且在痔核上下部注射使供应痔区的血管阻塞,使痔体缩小降低复发;同时刺激粘膜与肌层之间粘连,使痔核不再脱出,恢复肛管的正常解剖和生理功能。同其它的注射硬化剂,如 5% 盐酸奎宁尿素溶液、5% 鱼肝油酸钠溶液、6%~8% 明矾溶液及 8% 氯化钠甘油溶液等比较,消痔灵注射液最常用,疗效好、见效快、副作用较少。虽偶见寒战、胸闷、心悸等不良反应(罕有过敏性休克),但及时处理未见严重并发症发生。通过对比观察,提示外剥内扎术结合消痔灵四步注射法治疗混合痔,比单纯的外剥内扎术,疗效显著,在肛肠外科有很大的临床应用价值。

参考文献:

- [1]中华中医药学会肛肠分会.痔肛痿肛裂直肠脱垂的诊断标准[S].中国肛肠病杂志,2004,24(4):42
- [2]陈少明.消痔灵四步注射疗法[J].中国乡村医药杂志,2006,13(10):75
- [3]李省吾.肛肠病诊治[M].上海:上海医科大学出版社,2000,54

编号: EA-100407250 (修回: 2010-04-19)

(上接 37 页)

院,主因头痛伴言语不清,右侧肢体活动不利 6 小时,入院时患者头痛剧烈,时有呕吐,言语不清,右侧肢体活动不利,舌质暗红,苔白,脉滑数,头颅 CT 示:左侧外囊脑出血,查体: T37℃, BP 160/90mmHg (21/12Kpa),神清,言语不清,右侧肢体肌力Ⅲ级,右巴氏征阳性,诊断为脑出血,入院病情稳定后予祛痰活血汤日一剂,方药为:天麻 15 克,胆星 10 克,菖蒲 10 克,郁金 10 克,僵蚕 12 克,丹参 15 克,钩藤 15 克,菊花 10 克,石决明 20 克,黄芩 10 克,甘草 6 克,送服水蛭胶囊 4 粒。5 月 5 日查房,患者言语较前流利,右侧肢体肌力Ⅳ级,5 月 8 日查房,患者舌质暗红,苔白,脉弦。原方去黄芩,继续服用七剂,言语清晰流利,停药出院。

3 讨论:

中风性失语是中风后遗症的常见症状之一,中医学认为,心主神志而开窍于舌,脑为元神之府,脑髓

充盈则语言正常,而舌为心之苗,言为心声,语言的表达与心神和舌体的活动关系密切。心神蒙蔽则言无所出。因此,语言不清舌暗不语是风痰阻滞舌体脉络所引起。所以中风性失语的治则为活血祛风、祛痰兼醒脑开窍。而祛痰活血汤正是秉承这样的原则,方中以丹参、红花、赤芍,活血化瘀;天麻、僵蚕、蜈蚣、全蝎、地龙,涤痰通络,菖蒲、郁金、胆星,豁痰开窍,诸药合用,共奏活血祛瘀,理气顺气,祛风除痰,宣窍通络之效。所以能有效的恢复患者的语言功能,收到满意的疗效。

参考文献:

- [1]中华医学会第四次全国脑血管病学术会议制定.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379,383
- [2]王新得,蔡晓杰.《汉语失语症检查法(草案)》用于健康人测验的结果分析[J].中华神经科杂志,1996,29(4):241

编号: EA-100330222 (修回: 2010-04-16)

粪便隐血试验两种不同方法应用评价

Two different methods of fecal occult blood test evaluation

谭卫华

(湖南涟源市人民医院, 湖南 涟源, 417100)

中图分类号: R 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0041-02 证型:

【摘要】目的: 探讨大便隐血实验不同方法检测的影响因素及应用局限性。方法: 采用过氧化物酶试纸法和人血红蛋白单克隆抗体胶体金标记法对 72 份粪便标本进行对照实验, 并行统计分析。结果: 两法检测结果存在着明显的差异 ($P < 0.005$), 过氧化物酶试纸法作粪便隐血试验, 特异性较差, 受众多食物因素的影响, 人血红蛋白单克隆抗体胶体金标记法作粪便隐血实验, 特异性高, 但不适于上消化道出血的检验, 且目前的商品试剂不提供肉眼判读的半定量的标准色板, 不能满足临床诊断的要求。结论: 做粪便隐血实验, 如采用过氧化物酶活性进行检测必须排除食物因素的影响, 否则将出现假阳性。而采用人血红蛋白单克隆抗体标记的胶体金法进行检测, 上消化道出血的假阴性结果应引起重视和注意, 并应根据每批试剂制作肉眼判读的半定量标准色板。

【关键词】 粪便隐血试验 (FOBT); 过氧化物酶法 (POX); 免疫胶体金法 (ICG)

粪便隐血试验 (FOBT) 为临床实验室常规检验项目, 目前临床普遍采用的方法大致有二^[1]: 一是化学法, 即利用血红蛋白中含铁血黄素具有过氧化物酶 (POX) 的活性, 能分解过氧化物, 催化色原物质氧化呈色, 呈色的深浅反映血红蛋白的含量, 即出血量的多少; 二是免疫胶体金 (ICG) 法, 即将单克隆技术与胶体金技术结合, 利用抗人血红蛋白 (Hb) 或抗人红细胞基质的单克隆抗体, 与人血红蛋白或人红细胞有高度特异性的特点检测粪便隐血。我们应用以上两法对 72 份粪便作了 FOBT, 现将我们的结果报告如下:

1 材料与方 法

1.1 试剂化学法试剂

广州越秀东方新科技研究所研制的 POX 试纸, 批号: 20071202; ICG 试剂: 艾康生物技术 (杭州) 公司生产的以人 Hb 为标记的 FOB 反应板, 批号: 20071002。

1.2 方法

取新鲜粪便标本严格按两方法的操作说明书进行检验。

2 结 果

表 1 72 份粪便标本采用 POX 法和 ICG 法做 FOBT 结果

POX 法	ICG 法		合计
	+	-	
+	30	24	54

-	1	17	18
合计	31	41	72

注: $\chi^2=19.36, P < 0.005$ 。

3 讨 论

3.1 从表 1 的统计结果显示, 两法存在显著性差异。POX 法阳性率达 75.0%, 而 ICG 法阳性率只有 43.1%。两法的符合率为 65.3%。POX 法实际上检测的是标本的过氧化物酶活性, 而本实验中 ICG 法检测的是标本中的人 Hb, 人们日常生活食物中的动物血、肉中的血红素和肌红蛋白以及一些新鲜蔬菜 (如红萝卜、西红柿、菠菜、韭菜、芹菜、油菜、木耳菜等)、铁剂和某些药物均含有 POX 活性, 临床上的随机标本很难避免其干扰。

3.2 24 例 POX 阳性 ICG 阴性标本中有 21 例粪便的颜色及镜检均属正常, 疑为非人血干扰所致, 其中的 9 例通过饮食控制三天后复检 FOBT 均阴性。另 3 例临床有咯血症状患者的粪便标本呈黑色, 但 ICG 法呈阴性, 与临床症状明显不符, 疑为假阴性。因为我们使用的 ICG 试剂检测的是人 Hb, 咯血时不慎吞咽的血液, 由于在消化道特别是在下消化道滞留的时间较长, Hb 容易被肠内细菌分解变性, 使其抗原性下降^[2], 而致 FOBT 阴性, 此乃人 Hb 作为 FOB 标记物的不足之处, 尤其不适宜上消化道的少量出血的检验。据报导^[1], 伴随 FOB 出现的转铁蛋白 (Tf) 具有良好的抗原 (下转 43 页)

脉血康对脑梗塞患者血浆纤维蛋白原的影响

Effective Maixue Kang to plasma fibrinogen in patients with cerebral infarction

蓝业平 李 亚 袁巍巍
(东莞市石排医院, 广东 东莞, 523330)

中图分类号: R743.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0042-02

【摘要】 目的: 观察脉血康对脑梗塞患者血浆纤维蛋白原的影响。方法: 选择 102 例急性脑梗塞患者, 随机分为对照组和治疗组, 每组 51 例, 对照组给予常规治疗, 治疗组在常规治疗的基础上加用脉血康胶囊治疗, 疗程 6 个月, 观察治疗前后患者神经功能缺损评分、血浆纤维蛋白原的变化, 并 2 组间进行比较。结果: 2 组治疗后神经功能缺损评分和对血浆纤维蛋白原的影响均有显著性差异 ($P < 0.05$)。结论: 脉血康可以通过降低患者血浆纤维蛋白原水平, 增加脑梗塞患者疗效, 能够有效降低急性脑梗塞患者的再梗率。

【关键词】 脉血康胶囊; 急性脑梗塞; 血浆纤维蛋白原

脑梗塞是神经科急症之一, 它具有高发病率、高致残率、高死亡率。急性期给予及时有效的治疗可以明显改善预后, 根据脉血康主要成分水蛭素的药理作用原理, 我院自 2007 年 1 月~2009 年 12 月应用脉血康治疗急性脑梗塞, 观察其对神经功能缺损评分的变化及血浆纤维蛋白原的影响。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

102 例均为我院 2007 年 1 月~2009 年 12 月住院患者, 均为自次发病, 发病 48 小时就诊, 经头颅 CT 或 MRI 证实, 均符合全国第四届脑血管病学术会议诊断标准; 排除短暂性脑缺血发作 (TIA) 患者, 排除严重心、肝、肾器质性损害者, 以及因故中断治疗, 无法评价疗效患者。将患者分为对照组和治疗组, 对照组 51 例, 男 31 例, 女 20 例, 年龄 46~75 岁。治疗组 51 例, 男 35 例, 女 16 例, 年龄 43~76 岁。按临床神经功能缺损程度评定标准: 治疗组, 轻型 36 例, 中型 11 例, 重型 4 例, 对照组, 轻型 37 例, 中型 12 例, 重型 2 例, 两组上述临床资料比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组给予常规降颅压、营养脑细胞治疗, 应用血塞通改善脑部血液循环, 对伴发感染、高血压、冠心病、糖尿病患者, 根据病情给予适当对症治疗。治疗组在上述治疗基础上加用脉血康胶囊口服, 每次

0.5, 每天三次, 疗程 6 个月。

1.3 治疗前、后采取静脉血测定

血脂、血糖、肝肾功能, 凝血功能。

1.4 神经功能缺损评分及疗效评定

符合全国第四届脑血管病学术会议制定的诊断标准。基本痊愈: 功能缺损评分减少 91~100%, 病残程度 0 级; 显著进步: 功能缺损评分减少 46~90%, 病残程度 1~3 级; 进步: 功能缺损评分减少 18~45%, 病残程度 0 级; 无变化: 功能缺损评分减少 18% 以下或反而增加 18%; 恶化: 功能缺损评分增加 18% 以上或死亡。

1.5 统计学处理

结果采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 统计采用 SPSS11.0 统计软件, 同一指标治疗前后及组间比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 对 2 组治疗前、后临床神经功能缺损程度评分进行比较, 2 组急性脑梗塞患者治疗后神经功能缺损程度评分均有不同程度的改善。治疗组神经功能缺损评分优于对照组 ($P < 0.05$), 具有统计学意义。

表 1 2 组治疗前后临床神经功能缺损程度评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	51	15±9	7±4
治疗组	51	16±7	10±5

注: 与对照组治疗后比较, 有显著差异性 ($P < 0.05$)。

2.2 对 2 组治疗前、后血浆纤维蛋白原变化进行比较,

治疗组患者治疗后血浆纤维蛋白原明显降低($P<0.05$), 2 组比较具有统计学意义。

表 2 2 组治疗前、后血浆纤维蛋白原的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前 (g/L)	治疗后 (g/L)
对照组	51	6.2±1.56	5.8±1.47
治疗组	51	6.8±1.35	1.6±1.1

注: 治疗组中治疗前、后比较 ($P<0.05$), 与对照组比较 ($P<0.05$)。

2.3 不良反应

治疗组在治疗过程中均无不良反应, 无一例出现出血倾向, 6 个月后复查肝肾功能, 均无异常发现。6 个月后随访, 治疗组有 2 例出现再次脑梗塞, 对照组有 5 例出现再梗塞。

3 讨论

脑梗塞系指由于脑局部动脉血流灌注减少或突然终止, 致该供血区缺血、缺氧, 使相应部位的脑组织包括神经细胞、胶质细胞和血管坏死软化。动脉粥样硬化是其病理基础。纤维蛋白原是一种在肝脏合成的多功能血浆球蛋白, 分子量 34 万, 占血浆总蛋白的 2%~3%, 正常人血浆中纤维蛋白原浓度为 2.0~4.0 g/L, 半衰期约为 3 天, 其主要生理功能是作为凝血因子 I 直接参与体内凝血过程。由血液进入动脉壁内, 在凝血酶作用下转变为纤维单体继发交联为纤维蛋白, 可直接破坏内皮细胞吸附在红细胞表面, 使动脉血栓发生率增加, 并促进粥样斑块进展。另外, 血浆纤维蛋白原可沉积于血管壁, 加速动脉粥样硬化。而且纤维蛋白原与全血粘度、血浆粘度、血沉及血小板聚集之间呈显著正相关, 血浆纤维蛋白原含量升高, 可使血液粘度增高, 红细胞聚集增高, 血小板聚集增高, 从而使血液处于高凝状态。纤维蛋白原升高提示机体纤溶活性降低, 促进血栓形成, 是脑血管动脉硬化的独立危险因素。

脉血康胶囊是一种中药单方制剂, 主要有效成分为水蛭素, 具有活血化瘀作用, 是凝血酶天然特异抑

制剂, 它能与凝血酶迅速结合, 阻止凝血酶作用于纤维蛋白原, 抑制血液凝固, 能够高效抗凝血、抗血栓形成, 还抑制凝血酶同血小板结合, 抑制血小板聚集、释放、并活化纤维蛋白酶原前活化因子, 分解纤维蛋白原和纤维蛋白, 改善脑细胞微循环灌注, 从而抑制血栓形成。

从回顾性分析: 治疗前脑梗死患者血浆纤维蛋白原浓度均有不同程度增高; 治疗组加用脉血康治疗后纤维蛋白原水平、神经功能缺损评分明显下降 ($P<0.05$), 与对照组比较有统计学意义, 坚持服药 6 个月后随访, 治疗过程中均无不良反应, 无一例出现出血倾向, 治疗组 2 例出现再次梗塞, 而对照组出现 5 例, 证明脉血康胶囊在治疗脑梗塞是有效的, 同时能够减少脑梗塞的复发率。

综上所述: 纤维蛋白原水平升高与动脉硬化血栓形成, 及其合并症的发生和发展密切相关; 血浆纤维蛋白原升高是心脑血管疾病的重要致病因素, 降低纤维蛋白原的含量是预防心脑血管疾病死亡及致残的有效措施之一。

参考文献:

- [1]汪钟, 郑植荃. 现代血栓病学[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社. 1997. 400-417
- [2]中华医学会第四届全国脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经内科学杂志. 1996. 29(6): 379
- [3]中华神经科学会, 中华神经外科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经内科学杂志. 1996. 29(6): 381-383
- [4]高雪涛等. 水蛭素的应用及研究进展[J]. 黑龙江医药. 2003. 16(1): 38
- [5]孙忠强等. 疏通注射液治疗急性脑梗死 30 例临床观察[J]. 中医杂志. 2004. 41(1): 31-31

作者简介:

蓝业平 (1972-), 副主任医师, 工作单位: 广东省东莞市石排镇石排医院。

编号: Y-100402225 (修回: 2010-04-16)

(上接 41 页)

性, 且不易被肠内细菌降解, Tf 与 Hb 联合检测将有助于单一检测粪便中人 Hb 的不足。

3.3 我们使用 ICG 法试剂作 FOBT, 其灵敏度可达 6 μ g/g (血红蛋白/粪便), 但不能定量, 不适合临床作 FOBT 的要求。参照 POX 法的阳性等级的半定量标准, 配制每微升含红细胞数分别为 10、25、80、200 的标准液做 ICG 实验, 发现检测带的呈色由浅至深, 肉眼可以分辨, 经扫描彩打可以制成半定量的标准色板。

3.4 由于 FOBT 化学法构建的原理是检测 POX 活性,

食物因素对实验结果影响大, 应引起足够的认识。ICG 法采用了单克隆抗体, 使其特异性大大提高, 但检测的蛋白质受肠内细菌代谢的影响, 对上消化道出血及便秘患者的阳性检测并非理想, 有待进一步完善。

参考文献:

- [1]熊立凡. 临床检验基础第三版[M]. 北京: 人民卫生出版社. 2003. 243-245
- [2]丛玉隆, 杨明, 马骏龙等. 体液及寄生虫学检验技术与临床[M]. 天津: 天津科学技术出版社. 2002. 169

编号: Y-10032063 (修回: 2010-04-19)

血府逐瘀汤加减治疗冠心病疗效观察及体会

Effective observation on treating coronary heart disease with Xuefu Zhuyu decoction

周世民

(胜利石油管理局河口医院, 山东 东营, 257200)

中图分类号: R544.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0044-02 证型: BDG

【摘要】 目的: 探讨采用益气活血, 祛瘀通络法治疗冠心病的疗效。方法: 采用血府逐瘀汤临证加减治疗冠心病 60 例。结果: 坚持中药治疗, 总有效率 91.67%。结论: 益气活血, 祛瘀通络法能有效缓解心绞痛及临床其他症状, 对临床气虚血瘀痰凝型冠心病较为适宜。

临床上冠心病的患者辨证不外虚、瘀、痰、寒, 而其中气虚血瘀, 痰浊中阻的患者占了绝大多数^[1]。自 2006 年以来, 对 60 例冠心病患者从气虚血瘀痰阻论治, 采用益气活血, 祛瘀通络法取得显著疗效。现总结如下:

1 一般资料

60 例中, 中医辨证均为气虚血瘀、痰浊中阻, 只是稍有侧重。男 39 例, 女 21 例。年龄最小 41 岁, 最大 68 岁, 平均 55 岁。病程最长 15 年, 最短 0.5 年。所有病例均参照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报告《缺血性心脏病的命名及诊断标准》选择, 病人中属初发型劳累性者 15 例, 稳定型劳累性者 30 例, 恶化型劳累性者 5 例, 自发性心绞痛者 10 例。

2 治疗方法

方剂组成: 太子参 10g、黄芪 30g、桃仁 6g、红花 10g、生地黄 15g、川芎 10g、赤芍 10g、瓜蒌 15g、薤白 6g、牛膝 10g、桔梗 10g、当归 10g、柴胡 12g、枳壳 10g、甘草 6g。中医治疗的精髓是辨证论治, 此方不能一概而论, 临证需灵活加减组方。兼食积胃肠, 苔黄腐腻, 脉滑数者加山楂、莱菔子、鸡内金; 兼腹胀气, 脉弦者加莱菔子、木香; 兼咳喘、浮肿有心衰征象者加炙附片、大腹皮; 兼心神不宁、失眠多梦者加酸枣仁、远志; 若舌色紫暗, 心前区刺痛严重的加三七并加重红花的用量。服用方法: 每日 1 剂, 凉水浸泡 30 分钟后煎 2 次, 每剂取汁 200ml, 分早、晚 2 次温服。治疗 10 天为 1 疗程, 可治疗 2~4 个疗程。

3 疗效标准

3.1 临床疗效评定标准

依据 1994 年国家中医药管理局颁发的《中医病证诊断疗效标准》, 治愈: 症状消失, 心电图及有关实验室检查恢复正常; 好转: 症状减轻, 发作次数减少, 间歇期延长, 实验室检查有改善; 未愈: 主要症状及心电图无改变。治愈及好转均为有效。

3.2 心电图疗效评定^[2]

依据国家中医药管理局医政司胸痹急症协作组制定的《胸痹心痛急症规范的评定标准》, 显效: 休息时心电图恢复至正常; 有效: ST 段下降, 治疗后回升 0.05mV 以上或 T 波由平坦变为直立; 无效: 休息时心电图与治疗前基本相同或虽有改善但未达到好转标准者。^[3]

4 治疗结果

显效 30 例, 占 50%; 好转 25 例, 占 41.67%; 无效 5 例, 占 8.33%; 总有效率为 91.67%。治疗时间最短 14 天, 最长 50 天, 平均 21 天。

5 讨论

首先要注意使用活血化瘀药的治疗原则, 活血化瘀药也存在一定程度的副作用及潜在的危险性, 具有下列情况的冠心病患者应慎用活血化瘀药: ①有出血性脑卒中史或长期服用阿司匹林的患者, 再服用大剂量活血化瘀药可能与抗凝药物产生叠加作用。故这类患者应用活血化瘀药时应注意随时监测血小板计数、出凝血指标等。②冠心病患者脑部检查发现有先天性血管畸形、动脉瘤等情况时, 应慎用或忌用活血化瘀药, 以防脑血管破裂而导致脑出血。③冠心病合并肝病、肝硬化患者, 由于血小板减少和凝血因子缺乏,

(下转 47 页)

中西医结合治疗糖尿病肾病 52 例临床体会

Clinical experience for treating

52 cases of DN in the integrative medicine

关翠兰

(中国人民解放军总参军训和兵种部 61699 部队医院, 湖北 枝江, 443200)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0045-03 证型: DGBA

【摘要】 目的: 观察中西医结合疗法治疗糖尿病肾病的临床效果。方法: 将 97 例糖尿病肾病患者随机分为对照组 45 例和治疗组 52 例, 对照组用常规西药治疗, 对照组在西医常规治疗基础上联合自制中药方辨证治疗。结果: 治疗组治疗后 8hUAER、24h 尿蛋白定量明显减少 ($P<0.05$); 对照组治疗后 8hUAER 明显下降 ($P<0.05$), 24h 尿蛋白定量、Scr、BUN 也有所改善, 但与治疗前比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 治疗组在 8hUAER、24h 尿蛋白定量方面的改善明显优于对照组, 2 者比较, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。对照组 45 例中, 显效 10 例 (22.22%), 有效 17 例 (37.78%), 无效 18 例 (40.0%), 总有效率 60.0%; 治疗组 52 例中, 显效 22 例 (42.31%), 有效 25 例 (48.08%), 无效 5 例 (9.61%), 总有效率 90.39%。2 组总有效率比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 中西医结合治疗糖尿病肾病可减少尿蛋白, 改善肾功能, 提高治疗疗效。

【关键词】 中西医结合; 糖尿病肾病; 尿蛋白; 疗效

糖尿病肾病是在糖代谢异常的情况下出现的以血管损害为主的肾小球病变, 是糖尿病主要的微血管病变之一^[1]。早期表现为尿中排出微量白蛋白, 进一步发展将最终导致慢性肾功能不全。我院 2006 年 3 月~2009 年 5 月采用中西医结合疗法治疗糖尿病肾病 52 例, 取得满意疗效, 现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组糖尿病肾病住院患者 97 例, 治疗前均做血压、血糖、血脂、24h 尿蛋白定量及肾功能监测。所有病例按随机分配原则分为 2 组: 对照组 45 例, 其中男 25 例, 女 20 例; 年龄 44~69 岁, 平均 55.4 岁; 病程 3~14 年, 平均 8.6 年。治疗组 52 例, 其中男 31 例, 女 21 例; 年龄 46~71 岁, 平均 56.2 岁; 病程 5~13 年, 平均 9.1 年。2 组性别、年龄及病情等方面均无显著性差异 (均 $P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准及临床分期

1.2.1 纳入标准

所选病例均符合 1999 年 WHO 的制定的 2 型糖尿病诊断标准, 即糖尿病症状在任意时间血浆葡萄糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/L}$; 空腹血浆葡萄糖水平 $\geq 6.1\text{mmol/L}$ 。尿蛋白排泄率 (UAER) $>200\ \mu\text{g/min}$, 尿蛋白 $>0.5/24\text{h}$, 肾功能正常或肾功能不全代偿期 ($\text{Scr} \leq 177\ \mu\text{mol/L}$), 属临床糖尿病肾病期^[2]。排除糖尿病酮症酸中毒及其

他肾脏病、原发性高血压、心力衰竭、肿瘤、泌尿系感染及剧烈运动等引起的尿蛋白增多。近期无使用肾毒性药物史。

1.2.2 临床分期

所有病例均按国际公认 MogenSen 分期法分为五期^[3]。①I 期: 以肾小球高滤过和肾体积增大为特征。肾小球滤过率 (GFR) 增高 (约 150ml/min), 尿蛋白排出率 (VAE) 正常, 血压正常, 肾小球肥大, 肾小球基膜 (GBM) 和系膜正常。②II 期: 蛋白尿排出率正常, 但肾小球已出现结构改变, 病理可见 GBM 增厚。③III 期: 隐性期或称微量白蛋白尿期, 或称早期糖尿病肾病。GFR 大致正常, $\text{VAE} 20\sim 200\ \mu\text{g/min}$, 初期 $\text{VAE} 20\sim 70\ \mu\text{g/min}$ 时, GFR 开始下降至正常, 血压轻度升高, 降低血压可部分减少尿微量白蛋白的排出, GBM 增厚和系膜基质明显增加。④IV 期: 也称临床糖尿病肾病, 或显性糖尿病肾病。这一期特点是 GFR 下降 (早期 $130\ \text{ml/min}\sim 70\text{ml/min}$, 后期 $70\text{ml/min}\sim 30\text{ml/min}$), 平均每月下降 1ml/min , $\text{VAE} > 200\ \mu\text{g/min}$, 或尿蛋白 $>0.5/24\text{h}$, 为非选择性蛋白尿, 血压升高, GBM 明显增厚, 系膜基质增宽, 肾小球荒废。⑤V 期: 亦称终末期。肾衰, 尿毒症期。

GFR $<10\text{ml/min}$, 尿蛋白量可由肾小球荒废而减少, 血清肌酐、尿素氮升高, 严重高血压、低蛋白血症、水肿、贫血、肾小球广泛硬化、荒废。

1.3 治疗方法

对照组给予糖尿病教育、饮食控制并适量运动，控制血糖应用诺和灵 30R 胰岛素注射液或格列喹酮 90~180mg/d，分 3 次口服；应用氯沙坦 50~100mg/d，以后非洛地平每日 1 次口服，使血压控制在 130/80 mmHg 以下；血脂高者予以氟伐他汀 40mg/d，每晚 1 次口服。治疗组在对照组基础上给予自制中药方：黄芪 30g、丹参 30g、泽泻 15g、丹皮 10g、茯苓 15g、山药 10g、生地 10g、枸杞 10g、益母草 15g、麦冬 10g、山茱萸 10g、制大黄 10g。呕恶者加黄连、半夏、竹茹，烦渴善饥、肺胃燥热者加知母、石膏、天花粉，头晕头痛、血压高者选用川芎、葛根，水肿明显者加车前子，伴视网膜病变、视物不清者酌加草决明、女贞子。每日 1 剂，水煎，早晚分服。1 个月为 1 疗程，治疗 3 个疗程后进行疗效评价。

1.4 观察指标

观察治疗前后患者面部及肢体浮肿、口干、疲倦、乏力、懒言、多饮、夜尿等临床症状的变化，以及治疗前后尿蛋白排泄率 (UAER)、24h 尿蛋白定量、尿

素氮 (BUN)、血肌酐 (Scr) 等指标。

1.5 疗效评定标准

治疗后临床症状、体征明显改善或消失，24h 尿蛋白定量下降≥70%为显效；治疗后临床症状、体征改善，24h 尿蛋白定量下降 30%~70%为有效；治疗后临床症状、体征无改善，24h 尿蛋白定量下降<30%为无效^[4]。

1.6 统计学处理

采用 SPSS13.0 软件进行统计学处理，计数资料以 % 表示，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，比较分别采用 χ^2 检验和 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后肾功能的变化：治疗组治疗后 8h UAER、24h 尿蛋白定量明显减少 ($P < 0.05$)；对照组治疗后 8hUAER 明显下降 ($P < 0.05$)，24h 尿蛋白定量、Scr、BUN 也有所改善，但与治疗前比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，治疗组在 8hUAER、24h 尿蛋白定量方面的改善明显优于对照组，2 者比较，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后肾功能变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	-	8hUAER (μg/min)	24h 尿蛋白定量 (g)	Scr (mmol/L)	BUN (mmol/L)
对照组 (n=45)	治疗前	344.84±27.08	1.59±0.50	132.16±22.95	8.43±2.18
	治疗后	317.25±26.49*	1.37±0.56	125.53±23.77	8.35±2.30
治疗组 (n=52)	治疗前	332.79±27.01	1.61±0.48	134.07±23.54	8.51±2.06
	治疗后	215.36±26.88*#	0.80±0.51*#	107.64±24.88	7.89±2.11

注：与治疗前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组比较，# $P < 0.05$ 。

2.2 临床疗效：对照组 45 例中，显效 10 例 (22.22%)，有效 17 例 (37.78%)，无效 18 例 (40.0%)，总有效率 60.0%；治疗组 52 例中，显效 22 例 (42.31%)，有

效 25 例 (48.08%)，无效 5 例 (9.61%)，总有效率 90.39%。2 组总有效率比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 对照组和治疗组临床疗效比较 (例 (%))

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	45	10 (22.22)	17 (37.78)	18 (40.0)	60
治疗组	52	22 (42.31)	25 (48.08)	5 (9.61)	90.39

注：2 组总有效率比较， $P < 0.05$ 。

3 讨论

糖尿病肾病是糖尿病最严重的常见慢性并发症之一，是由慢性高血糖所致的一系列代谢紊乱及血流动力学改变导致的肾小球硬化症，发生率约 35%^[5]，可进展为氮质血症和肾功能衰竭，已成为目前糖尿病患者死亡的主要原因。以蛋白尿、高血压、视网膜病变等为主要临床症状，糖尿病肾病一旦出现临床蛋白尿，将进一步发展至氮质血症、尿毒症期，最终导致死亡。

糖尿病肾病是糖尿病常见的微血管病变，糖尿病肾病属祖国医学“消渴”、“水肿”范畴，多与脾肾功能失调有关。糖尿病肾病以肾虚为本，消渴初期阴虚

燥热，日久阴津亏耗，无以载气，燥热亢盛，终致气阴两虚，血行无力，脉络瘀滞，故肾虚为本、脉络瘀滞是糖尿病肾病的基本病机。其治疗的关键是益气养阴、活血通络^[6]。本自拟中药方即是在益气养阴的同时，兼以活血通络，以治其标，虚实并施，切合病机。方中黄芪、丹参补气养阴，山药、枸杞健脾益肾，生地、麦冬养阴补肾生津，山茱萸平肝肾之阴血，益母草活血化瘀，大黄攻逐湿浊兼活血通络。全方补益肝肾，益气养阴，活血化瘀，利水消肿，调整糖脂代谢，减少蛋白尿，改善肾功能，从而达到治疗糖尿病肾病、延缓肾功能衰竭的作用。现代药理学研究表明^[7]，黄

芪可明显降低糖尿病大鼠的血糖、糖化血红蛋白，减轻肾小球基底膜增生，抑制肾脏肥大，同时可抑制肾皮质 TGF- β 的过度表达，因此可用来防治 DN 的发生和发展。大黄可抑制肾成纤维细胞增殖，延缓肾小球硬化，还可抑制尿素生成，增加尿素排泄量，改善机体的氮质代谢，缓解“残余肾”的高代谢状态，延缓肾衰病程进展。

本研究中，治疗后，治疗组在 8hUAER、24h 尿蛋白定量方面的改善明显优于对照组，二者比较，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组总有效率达 90.39%，疗效明显优于常规西药治疗组 (60.0%)。结果表明，中西医结合治疗糖尿病肾病，在减少尿蛋白、改善肾功能方面有较好疗效。中西医结合标本兼治、优势互补，治疗效果优于单纯西医治疗。

参考文献:

- [1]张振忠,豆小妮,赵宏波.糖尿病肾病发病机理的研究进展[J].现代中医药,2008,28(2):55
- [2]叶任高,陆再英.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:749
- [3]南征,高彦彬,钱秋海,主编.糖尿病中西医结合治疗[M].北京:人民卫生出版社,2004.173
- [4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.215-218
- [5]吴红梅,袁启远,张雪梅.糖尿病肾病诊治进展[J].现代临床医学 2007,33(2Supp1):177-180
- [6]陈彦.中西医结合治疗糖尿病肾病 43 例临床观察[J].药物与临床,2009,6(10):74-75
- [7]彭卫华,曲强.黄芪治疗肾脏疾病的现代药理研究[J].中国中西医结合肾病杂志,2001,2(10):614-616

编号: CH-10032600 (修回: 2010-04-12)

(上接 44 页)

再加上食管、胃底静脉曲张等因素，如果长期使用活血化瘀药可诱发胃肠道出血。

近几年来，冠心病发病率上升与人们生活节奏加快、精神压力大、学业紧张等因素有很大关系。此外，高热量、高脂肪食品在人们食谱中比重的增加，不科学的膳食安排，也是引发冠心病的一个主要原因。高血压、高血脂、糖尿病等疾病与冠心病的发生、发展都密切相关。冠心病是冠状动脉粥样硬化，使血管腔狭窄或阻塞，或因冠状动脉功能性改变导致心肌缺血、缺氧或坏死而引起的心脏病，此病属中医“胸痹”范畴。中医认为，冠心病是元气亏耗、本虚标实之症。由于体内阳气不足，鼓动无力，血行不畅，加之气虚，运化失常，过剩的膏脂浸淫脉道，沉积在管壁，形成动脉硬化斑块，中医称之为痰浊、血瘀。痰浊、血瘀阻塞脉道，影响血液运行，从而导致血管狭窄、闭塞、破裂，临床出现胸闷、气短、心绞痛、心肌梗死等临床症状。治病必求于本，针对疾病的根本原因，中医在治疗原则上主要抓住元气亏耗不足、瘀血、痰饮致病的病理机制，注重益气活血、化痰通络，标本同治。根据临床观察，采用血府逐瘀汤临证加减治疗，取得了可喜的疗效。

中药治疗冠心病有自身的优势，近年来的研究发现，单味植物中药含有许多种化学成分，由数味药组成的中药复方，其化学成分就更加复杂。中药化学成分的复杂性，决定了它们有多靶点作用，同时也解决了多年来西药开发一直未能面面俱到的目的。临床和实验研究发现，中药主要通过以下几方面明显改善患者症状，降低死亡率，改善预后。例如丹参、三七同

样具有高效、速效治疗效果，但又没有西药扩血管引起的面红、心悸、头痛等不适，中药主要通过以下作用起到治疗作用：①抗脂质过氧化：脂质过氧化是损伤血管内皮，导致血管狭窄或痉挛，致使心脏局限性缺血、缺氧的重要因素。②影响脂质代谢：脂质代谢紊乱是冠心病发病的独立危险因素，是冠状动脉硬化的病理基础，纠正脂质代谢紊乱，控制血脂于合适水平，可以预防动脉粥样硬化，减轻动脉粥样硬化斑块的形成，稳定动脉粥样硬化斑块，对于防治冠心病具有重要意义。③改善血液流变学：冠心病患者的血液流变学呈浓、粘、聚、凝状态，并且随病情的严重程度而呈现不同的变化。④抑制血管平滑肌增生：动脉粥样硬化是冠心病最重要的病理基础，而动脉粥样硬化是以血管内皮细胞损伤为始动因素，以血管平滑肌细胞增殖和内膜下迁移为主要环节的一种病理改变。中药活血化瘀药侧重血液流变学改善，芳香温通药则侧重对血管的作用和保护，这一观点也可以用于指导我们在临证加减组方时考虑。

此外，患者在使用中草药的同时，还要非常注意调节生活起居，改善生活方式，要限酒戒烟，保持情志舒畅，节制饮食，以植物油摄入为主，合理食用蛋白质，多吃粗粮，多喝水，少吃盐。

参考文献:

- [1]中国中西医结合学会心血管学会.冠心病中医辨证标准[J].中西医结合杂志,1991,11(5):257
- [2]黄宛.临床心电图学[M],第4版.北京:人民卫生出版社,1995,128,104
- [3]全国中医急症协作组.中医内科急症诊疗规范[S].第1辑(试行)1990.64-74

编号: Y-10022248 (修回: 2010-04-14)

消风止痒汤配合拔罐及敷脐疗法治疗慢性荨麻疹 68 例疗效观察

Effective observation on treating 68 cases of chronic urticaria with Qingfeng Zhiyang decoction plus cupping and umbilical compress therapy

李文雪

(河北省医科大学中医院, 河北 石家庄, 050011)

中图分类号: R758.24 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0048-02 证型: ABDI

【摘要】 目的: 观察消风止痒汤配合拔罐及敷脐疗法治疗慢性荨麻疹 68 例临床疗效。方法: 将 158 例患者随机分为 3 组。治疗组 68 例, 用消风止痒汤配合拔罐及敷脐疗法治疗; 对照 1 组 52 例, 用消风止痒汤治疗; 对照 2 组 48 例。给予斯奇康肌注治疗。结果: 治疗组、对照 1 组、对照 2 组痊愈率分别 60.29%、48.07%、35.41%, 总有效率分别为 95.58%、87.5%、72.3%。治疗组与对照 1 组、对照 2 组比较, 痊愈率和总有效率差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。停药 6 个月后, 治疗组、对照 1 组、对照 2 组复发率分别为 12.19%、16.00%、17.64%。提示: 治疗组与对照 1 组、对照 2 组比较复发率相近 ($P > 0.05$)。结论: 消风止痒汤配合拔罐及敷脐疗法治疗慢性荨麻疹疗效显著, 复发率低, 远期疗效好。

【关键词】 荨麻疹; 辨证分型; 消风止痒汤; 拔罐; 敷脐疗法; 慢性

慢性荨麻疹是一种皮肤、粘膜反复出现瘙痒性红色风团为特征的过敏性皮肤病, 属于中医的“瘾疹”范畴。具有病程长、反复发作, 迁延难愈等特点, 一般病程 3 个月以上者称为慢性荨麻疹。目前西医治疗慢性荨麻疹主要给予调节患者免疫力的药物如 (卡介苗菌素注射液肌注), 中医可给予中草药辨证治疗, 但是痊愈率均不高。自 2004 年以来, 以我科老主任治疗的慢性荨麻疹的消风止痒汤基础上配合拔罐及敷脐疗法治疗慢性荨麻疹 68 例, 疗效满意, 现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

所有 158 例患者均来自我院皮肤科门诊。随机分为治疗组 68 例, 男性 36 例; 女性 32 例; 年龄 5~57 岁, 平均为 29.3 岁, 慢性荨麻疹病程 3 个月~5 年, 平均 20 个月; 对照 1 组 52 例, 男性 30 例; 女性 22 例; 年龄 7~62 岁, 平均为 30.5 岁, 病程 3 个月~7 年, 平均 17 个月; 治疗 2 组 48 例中, 男 26 例, 女 22 例, 年龄 4~52 岁, 平均为 29.5 岁; 病程 4 个月~7 年, 平均 19 个月; 三组在性别、年龄、病程方面经统计学处理, 无显著差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

所有病例均符合国家中医药管理局《中医病证诊

断疗效标准》中“瘾疹”的诊断标准^[1]。病程均在 3 个月以上, 凡年龄在 5~62 岁范围内的男女患者, 头部、躯干、四肢等部出现红斑、风团等皮损符合荨麻疹的诊断, 均可纳入研究之列。

1.3 排除标准: 其中不包括寒冷性荨麻疹、胆碱能性荨麻疹等。所有患者常规检查无其它器质性病变, 治疗前 3 个月内未服用糖皮质激素、免疫抑制剂、抗过敏药物等。

2 治疗方法

2.1 治疗组患者给予消风止痒汤配合拔罐及敷脐疗法治疗。消风止痒汤基本方组成: 当归、赤芍、川芎、荆芥、蝉蜕、防风各 10 克, 地肤子 15 克, 白疾藜、生地各 30 克; 苍术 10 克, 茯苓 10 克, 泽泻 10 克, 甘草 15 克。日一剂, 水煎服, 两周为 1 疗程, 连服 2 个疗程进行疗效评估。风热偏盛者加银花, 蒲公英; 风寒偏盛者加桂枝, 生姜等; 血虚风燥者加白芍, 沙参、麦冬等。气血虚弱者加黄芪、党参等。

2.2 敷脐疗法: 取 100 克医用淀粉, 加适量蒸馏水适量调成稀糊状, 装瓶以备用, 每次实用时取适量, 加入多虑平 2 片, 研细末混匀, 将脐窝部位常规消毒, 敷于脐窝处, 以纱布覆盖, 用胶布固定, 每两天换药 1 次。两周为 1 疗程, 连用 2 个疗程进行疗效评估。

2.3 拔罐：患者取俯卧位，在足太阳膀胱经和督脉的循行的部位拔火罐（大椎穴、肺腧穴等）。每次留罐 15 分钟。隔日 1 次两周为 1 疗程，连服 2 个疗程进行疗效评估。

2.4 对照 1 组：患者给予消风止痒汤辨证分型治疗。而不用拔罐及敷脐疗法，疗程同前。

2.5 对照 2 组：给予斯奇康肌注治疗。每次 1 毫升，肌注，隔日 1 次。疗程同前。

表 I 两组疗效（例%）

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	68	41 (60.29)	13 (19.11)	11 (16.17)	3 (4.41)	95.58
对照 1 组	52	25 (48.07)	10 (19.23)	9 (17.30)	8 (15.38)	84.61
对照 2 组	48	17 (35.41)	9 (18.75)	8 (16.66)	14 (27.08)	72.91

4.1 治疗组与对照 1 组及对照 2 组比较，三组总有效率有显著性差异 ($P < 0.05$)。3 组复发率比较：停药 1 个月后患者随访。治疗组 41 例痊愈患者复发 5 例，复发率为 12.19%；对照 1 组 25 例痊愈患者复发 4 例，复发率为 16.00%；治疗 2 组 17 例痊愈患者复发 3 例，复发率为 17.64%。治疗组与对照 1 组、对照 2 组比较，复发率相近 ($P > 0.05$)。

4.2 安全性评估：治疗组中有 5 例患者出现医用胶布过敏反应，改用抗过敏的纸胶布就可以了，口服汤药的少数患者有轻微腹泻症状，但不影响治疗，改为饭后服用症状明显减轻。对照 2 组未出现明显不良反应。

5 讨论

现代医学认为，荨麻疹是由于皮肤、粘膜扩张及小血管渗透性增加而出现的一种局限性水肿反应。病因复杂，其发病与遗传因素、食物、药物、感染、吸入物、物理因素及精神因素有关。而慢性荨麻疹西药治疗见效快，但药效过后即复发，所以其治疗的难点在于长期疗效。但是目前中西医治疗慢性荨麻疹的痊愈率均不理想。中医认为，荨麻疹多由于素体虚弱，气血不足，或因久病，气血耗伤，血虚生风，气虚卫外不固，风邪趁虚侵袭人体所致。《诸病源候论》曰：“邪气客于皮肤，复逢风寒相搏，则起风骚瘾疹。”

中医学认为，“治风先治血，血行风自灭”，故本病治疗原则以养血活血、祛风止痒为主。方中防风、荆芥、地肤子、白蒺藜祛风止痒，以祛在表之风邪。配伍苍术祛风燥湿，茯苓、泽泻淡渗利湿。当归、川芎、生地养血活血、凉血熄风，取其“血行风自灭”之意。生甘草清热解毒、调和诸药。本方以祛风止痒为主，配伍祛湿、清热、养血之品，如此配伍则祛邪与扶正兼顾，既能祛风除湿，又能养血以助疏风。使风湿得去，血脉调和，则瘙痒自止。

现代药理研究证实：当归能降低毛细血管的通透

3 疗效标准

疗效标准以国家中医药管理局颁发的《中医病证诊断疗效标准》中“瘾疹”的疗效标准为依据^[3]。痊愈：2 个疗程内红斑风团完全消失，临床症状消失；显效：皮损消退 70% 以上，自觉症状明显减轻；有效：皮损消退 30% 以上，自觉症状减轻；无效：皮损消退小于 30% 或无改善或加重。

4 治疗结果

性和增加致密度。生地黄有清热、消炎、免疫抑制等作用。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，是其皮质激素作用的重要表现之一，治疗荨麻疹确实有效^[2]。蝉蜕有很好的抗过敏作用，且其副作用轻微^[3]。

督脉主一身之阳，足太阳膀胱经主一身之表；同时背部膀胱经的背腧穴又是脏腑精气所输注的部位，所以在背部的督脉和膀胱经的循行部位拔罐可以起到祛风散寒、益气固表、调理脏腑、养血活血之功。现代医学认为，背部拔罐可以刺激局部的神经、血管、肌肉及皮下腺体，引起一系列神经内分泌反应，通过反射机制调节人体的免疫功能。

敷脐疗法又称“脐疗”，脐的中间即为神阙穴，属于任脉。敷脐疗法的作用机理就是通过药物直接敷在脐部，由于其与诸经相通，通过经气循行并交通与五脏六腑，四肢百骸，五官九窍，皮肉筋膜药物得以循经直达病所而达到祛除病邪的作用。

拔罐、敷脐疗法是中医的特色疗法，其配合传统的中草药治疗慢性荨麻疹，疗效明显优于单用中药或西药，是目前治疗慢性荨麻疹最佳疗法之一，且治疗方便，副作用小，值得临床推广。

参考文献：

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 127-136.
- [2] 周金黄. 中药药理学[M]. 上海科学技术出版社. 1986: 247
- [3] 刘吉祯. 蝉蜕糯米酒治疗荨麻疹[J]. 新中医. 1980(4): 43
- [4] 黄咏晴, 曹雪辉. 中西医结合治疗慢性荨麻疹近, 远期疗效观察[J]. 新中医, 1998, 30(6): 43-44

作者简介：

李文雪 (1970-), 男, 河北医科大学中医院, 副主任医师、副教授, 医学硕士, 主要从事皮肤病的研究。

编号: Y-100331223 (修回: 2010-04-14)

湿热型低热阶段性治疗

Treating heat-type low-heat stages

郭方明

(山东省淄博市张店钢铁总厂医院, 山东 淄博, 255007)

中图分类号: R254.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0050-03 证型: DIB

【摘要】目的:除了掌握卫气营血层次的辨证施治外还要掌握病症本身层次的阶段性,阶段性是病症层次中不同阶段的实质性表现。它是向相反两个方向转化的关键,再阶段性治愈的可能性越大,疾病的治愈率就越高。方法:芳香化湿,清热透表,理气化湿,急下存阴,养阴润燥等多种方法在阶段性有目的选择。结果:湿热低热见脾胃运化失调,气机淤滞,湿性从热而成湿热,热郁而燥,用以上方法湿热低热而退。结论:湿热证所表现的阶段性特点,是不离中焦。热郁气滞,热郁而燥,气化功能严重失调。由于湿热低热的特点是多变性,多舛性,不稳定性,阶段性,随证见症等。给治疗带来很大困难。

【关键词】 低热; 阶段性

探讨疾病阶段性治疗有着深远的临床意义。疾病是复杂的,但阶段性任何表现,都是深入研究疾病深层次发展过程中存在不同机理的关键。及时判断掌握疾病发展的阶段性,就比较能够把握是向愈还是向坏的方面发展。从而提高治愈率。避免阶段性误治,而造成失去治愈机会。故中医对阶段性的认识有着多向角度理论与治疗实践。

切合实际研究症状与疾病的关系,可在某一个阶段就治愈,避免向坏的方向发展,这是争取主动性,避免被动型。故阶段性是控制与治愈主体,可提高预见性,加强科学性。

湿热型低热与原因不明低热、气虚、血虚低热等,都表现出不同阶段性。既有相同又有不同,即相互贯穿,又相互依赖。低热特点:不易治疗,且反复发作,容易转化,病程长,后果严重。因此,在治疗过程中,由于疾病阶段性表现的不是那么明显,层次也不是很明确,就给治疗带来困难。除了掌握卫气营血层次的辨证施治外,还要掌握病症本身层次的阶段性,阶段性是病症层次中不同阶段的实质性表现。它是向相反两个方向转化的关键,在阶段性治愈的可能性越大,疾病的治愈率就越高。所以有必要设立专题深入探讨。

湿热型发热,由伤寒入里化热引起,或入里后热伤骨髓,或热伤肾精,热毒伤血等都是比较严重的阶段。对湿热型低热分阶段性治疗效果,层次分明,辨证论治掌握主动权。做出比较正确的治疗。阶段性治疗符合疾病发病规律,它已经成为治愈低热的基础方法。

1 低热早期

多有外感风寒或不恰当治疗导致邪伏中焦,使邪无出路,邪气羁留,正气虚弱,邪气独强,造成机体发热。特点:反复发热,晨低午后高,周身乏力,虚汗连连。机理:初期病情尚浅,入里化热不重,重型湿热型尚未形成,仅在阳明气分游离,尚未继续入里。阶段性表现:反复低热,体温波动不大,心烦,口渴粘腻,湿热尽管蕴结中焦尚未形成胶着粘腻,燥热固结。

1.1 湿热初期:热重于湿

湿热型低热始终不离中焦。但本期影响上焦,熏蒸于肺,热伤津液。病在气分,病位在中焦,以脾胃湿热为主。由湿热不退引发低热,此时,正气未虚,湿热尚未化燥伤血。仅内外合邪,导致气机阻滞,湿热阻遏中焦,脾不运化,肺气失宣。

1.2 外感戾气,此时有一定的传染性,症见寒热交替,热甚寒微,汗出而粘,口渴欲饮,脘腹胀满,不思饮食,苔黄厚腻,脉数。吴又可:“感天地之戾气,在岁运有多寡,在方隅有厚薄,在四时有盛衰。此气之来,无论老少强弱,触之即病,邪从口鼻而入,则其所客,内不在脏腑,外不在经络,舍于夹脊之内,去表不远,附近于胃,乃表里之分界,是半表半里,即《针经》所谓横连膜原是也”。若在夏秋两季,多热多湿,内外邪相合,低热难退。游走在半表半里,湿热能进也能退。

湿热低热的早期严格掌握辨证分析,掌握区别与联系,治以芳香化湿,清热透表,疏利透达为主,使脾升胃降,中焦之气运化,使邪有出路。切忌见热治热,见湿温以寒化,非但不能治湿热发热,反致湿热

寒化，导致体温升高，加速湿热的转化，出现变证，坏证。

2 低热中期：湿重于热

湿热初期未能治愈，由表入里，入里化热化燥，伤津耗液，胃燥脾虚，脾升胃降功能受到湿热抑制，中焦炽热，体温升高，表症已经不在。此期脾胃炽热，燥热伤津为。以湿热加剧而致体温升高。此时，正气将虚，湿热以化燥伤津，尚未动血，但津液大伤。导致气机停滞，中气壅遏。上已热伤肺气，下已热伤大肠。乃燥热强烈所致，但都见津液已伤。

《薛生白·湿热病篇》：“湿热之证，阳明必兼太阴，湿是脾之所恶”。湿最易伤脾，脾之功能不能抵御湿的侵害，可随寒热转化，故湿性的特点是不稳定性。与热和则为湿热，与寒和则为寒湿。湿热易中阻，而伤阳，寒湿易流注易伤阴。

湿热灼伤阳明，兼及太阴，是脾虚受邪，阳明与太阴同病。湿热之邪，上蒙清窍：见头晕昏蒙，口咽干燥，咳嗽胸痛，夜卧不安，周身乏力。下伤阴窍：见小便黄赤，大便秘结。燥热湿阻遏中焦，气机失去升降机制，故湿难化，热难清。若见壮热汗出，头疼神昏，咽干烦渴，四肢倦怠，已入太阴。

湿热低热的中期阶段，是病进热高，机理是湿热伤津耗气，燥热内结。治以疏理气机，祛湿热，清燥热，复津液，通利大小便，使邪有出路。中焦乃气机升降之枢纽，气机的升降对化湿，清热祛湿，都有积极的治疗作用。

3 湿热后期：燥热并重

湿热低热进入后期，多伤肝肾心和气血。肝肾属下焦，对肾功能影响很大，且变证复杂，并有险象丛生，有痰浊、血虚、血热、气血、血溢脉外等。症状多见高热难退，神昏谵语，邪险心包，神志恍惚，下肢浮肿，斑疹肌应十分认真详细阶段性辨证，不可粗枝大叶，湿热燥虚等的变证十分复杂，涉非一脏一腑，多见虚实夹杂，各种变证互相影响，是多脏腑，多变证的相互联系。

3.1 湿热下注

湿热中阻热燔火郁，灼伤肝肾，阴液大伤，湿热燥互相胶着，难分难解，体温出现高热，热郁火炽，燥性更甚，湿热很容易下注，而伤及肝肾及膀胱，热极生风，风助热势，体温高热难退，见证：高热，神昏谵语，口渴咽干，胸闷气喘，头痛恶心，不思饮食，失眠难卧，皮肤出血或皮下斑斑，小便黄赤，大便秘结或溏垢，角弓反张。热入血分，除津液大伤外，亦见血燥。热骨髓，热极生寒，寒从骨生，见表寒冷抖，里又大便秘结，祛衣又觉寒，加衣又觉热，是证寒热

交替，热势乖张。

3.2 热伤元气

湿热之邪，粘腻性温，热极伤津，亦见元气大伤。肝肾津液干枯，气血不能行其津液，湿热之邪乘虚而入里，邪热耗阴伤气，肾精被耗，心火独剧，而见下肢沉重，或浮肿，腰酸，心慌，精神不振，小便灼热，或赤，一派伤阴耗气之象。若尿中带血，湿热已伤肾，肾功发生严重变化，此时，会影响到生命。这是，湿热大伤肾阴，耗血动血，元气大伤，阴阳将竭。薛生白·《湿热病篇》：“若湿热合，则身中少火，悉化为壮火，而三焦相火，有不起而为者哉”。

湿热的关键是燥，燥对湿和热影响很大。古有：“无燥不热”，燥是湿热低热的内在动力。清·吴塘：“秋燥方论，乃燥之复气也，标气也。盖燥属金而克木，木之子，少阳相火也。火气来复，故现燥热干燥之症，又《灵枢》谓丙丁为手之两阳合明，辰巳为足之两阳合明，阳明本燥，标阳也”。^[1]本段直接阐述了燥是阳明经之特性，若燥不除，低热难降。何廉臣：“薛瘦吟，温热之邪，皆从燥化。”^[2]湿热燥三者结合，向温毒转化。湿热燥凝固，首除燥，再除湿而清热。理气化湿在治疗湿热低热是一个重要的方法。何廉臣：“湿火、燥火证治最要分清，惟湿去燥来，燥又加湿之际，最难调治，稍一偏胜，则非液洁，即气滞也”^[3]芳香化湿，清热透表，理气化湿，急下存阴，养阴润燥等多种方法再阶段性又面的选择是掌握主动性。

由于湿热低热的特点是多变性，多舛性，不稳定性，阶段性，随证见症等，给治疗带来很大困难。

患者甲，男，45岁。1986.8.10来诊。主诉：伤寒2个月，反复发低热，体温在36.9~38.6之间。见证发热恶寒，发热重，恶寒重，汗出粘衣。时值天气炎热，身穿棉袄，和棉裤，头疼项强，面色潮红并发黄，皮肤也见黄色。口干唇燥，恶心呕吐，腹胀，大便干结硬。体温晨低午后热，夜间重，舌质红，苔厚腻而黄，中间有黑色苔。津干，脉洪数。辨证：伤寒入里化热，湿热燥结中焦。治则：通腑泄热，急下存阴。方药：大承气汤加大白12克。三副药而通。病祛有三。有效即用原方三副，再通大便实热，大部分症状很快减轻。体温降至37.3。旋即改用清热化湿，润燥，服药1个月，病去大半，后期以滋阴清热，养阴生津方法，服药1个月，最后痊愈。时间2个多月，随访2年，未再复发。

本案分三步，也即分三个阶段性，第一阶段，急下存阴，通腑泄热减轻腹胀，恶心，俯气一通，热随泄而去，急下存阴又不伤津液。第二阶段，清热化湿，（下转53页）

糖尿病患者合并慢性并发症的临床研究

Clinical study on diabetic and chronic complications

杨立民

(辽宁省阜新市中医医院, 辽宁 阜新, 123000)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0052-02 证型: DGBA

【摘要】 糖尿病作为危害性较大的一种遗传病, 目前尚无有效的治疗方法, 尤其针对其合并慢性并发症的治疗, 近年来, 广大中医工作者从传统医学角度来分析糖尿病及其慢性并发症的症型, 并据此提出一些常用的中药及合剂, 临床上在治疗糖尿病合并慢性并发症患者中取得了较好的效果。

【关键词】 糖尿病; 慢性并发症; 临床研究

糖尿病 (DM) 是一种有遗传基因决定的慢性内分泌代谢紊乱性疾病, 以血糖增高和尿糖为主要临床表现, 进而累及多系统、多脏器而形成的综合症。近年来, 糖尿病发病率以及糖尿病患者总数在全球范围内呈逐年上升趋势, 尤其在发展中国家增加得更快。调查显示, 目前我国 20 岁以上人群中糖尿病患病率达 9.7%, 依此推算病人约为 9200 万人; 糖尿病前期患病率达 15.5%, 推算约 1.48 亿人处于糖尿病前期, 因此我国已成为糖尿病患者最多的国家。由于人工胰岛素的推广应用及治疗方法的改进, 糖尿病已获得较好的疗效。但是, 由于糖尿病引起的肾病、神经病变、化脓性感染、血管病变、心脑血管病及视网膜炎等并发症至今尚无有效防治方法, 各种慢性并发症已成为糖尿病患者致死、致残的主要原因, 严重危害人民的健康。中医认为糖尿病属传统医学中的消渴范畴。早在公元前二世纪的《黄帝内经》中已有记载。中医认为糖尿病因阴虚内热日久, 气阴两伤, 易致气滞血瘀, 影响水津输布, 这也与西医中糖尿病有特异的细小血管症及部分糖尿病的胰腺血管阻塞的病理现象是一致的。

中医认为消渴分为三消: 病在肺胃上消, 病在脾胃中消, 病在肾为下消。但临床病症则错综复杂, 往往呈三消交错。传统医学中对于上消常采用降火清金, 生津止渴; 中消常采用清胃、养阴、润肠保津; 下消则用滋阴降火、不深入、利尿或三消同治。近年来中医药在治疗糖尿病慢性并发症方面已取得良好的效果。

1 控制高血糖

临床上对轻度 II 型糖尿病, 一般以控制饮食与中药治疗为主; 对中度及以上者, 采用中西药并用, 根据病情加用磺脲类或双胍类或胰岛素等药物, 尽量消

除高血糖的“毒性”作用, 临床研究资料证实, 有效控制血糖可明显减少糖尿病慢性并发症的发生, 同时注意避免低血糖发生, 这是防治糖尿病慢性并发症的基础。选择合理、适量西药降血糖治疗, 临床远期效果显示, 凡是中医辨证属于阴虚或阴虚热盛型的糖尿病患者, 血糖水平尚能控制在 6.15~9.10mmol/L 之间, 并且较为稳定。

2 合理选择降血压药物, 理想控制血压

研究资料显示糖尿病患者高血压发病率较一般人群高 2~4 倍, 高血压作为心脑血管疾病的重要危险因素, 可以显著加速糖尿病慢性微血管并发症的发生, 如糖尿病肾病和糖尿病视网膜病变等的发生、发展, 因此有效的控制血压在预防或延缓糖尿病多种慢性并发症的发生、发展过程中起着重要作用, 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 近几年来受到较广泛的重视。临床研究显示 ACEI 不仅可以降低血压, 同时可延缓动脉硬化的发生, 改善血管的顺应性和内皮细胞的机能, 还可逆转心室肥厚, 改善心肌功能; 明显降低早期糖尿病肾病进展; 可以使糖尿病肾病患者肾小球滤过率下降速度降低, 推迟肾功能不全或肾衰竭的发生; 改善 视网膜毛细血管血流动力学异常, 从而减少血浆蛋白的渗出和微动脉瘤的形成, 还可能降低糖尿病视网膜病向增生性视网膜病进展; ACEI 不影响糖尿病患者糖脂代谢, 也可改善胰岛素抵抗, 降低高胰岛素血症及高血脂症。临床常选用苯那普利、开搏通、依那普利、培哚普利等药物。糖尿病合并原发性高血压患者, 在中医辨证上多属阴虚燥热或阴虚阳亢型: 中药常用熟地黄、牡蛎、龟版、桑寄生、生黄芪、淫羊藿、丹参、毛冬青、夏天无联合应用进行治疗, 效果较好。

3 防治脂代谢紊乱

糖尿病患者防止糖尿病并发症另一个关键是预防脂代谢紊乱。患者首先要进行科学合理的饮食, 加强体育锻炼, 根据不同的脂代谢异常选择合适的降脂或调脂药物。临床常选用西药降脂药物有 HMG-CoA 还原酶抑制剂、纤维酶类衍生物、阴离子交换树脂及烟酸类等; 临床对于 2 型糖尿病患者不论有无高胆固醇血症, 均可应用 HMG-CoA 还原酶抑制剂以作为动脉硬化性疾病的预防。中药常用枸杞子、黄精、五味子、元参、忍冬藤、天花粉、滁菊花合剂茶饮, 长期饮用效果较好。

4 改善胰岛素抵抗, 降低高胰岛素血症

胰岛素抵抗 (IR) 是指机体对一定量的胰岛素的生化反应低于预计正常水平的现象, 也是肥胖症、高血压、脂质代谢异常、动脉粥样硬化等疾病的共同病理机制。因此采取行为方式干预和药物干预的措施来改善胰岛素抵抗, 降低高胰岛素血症, 有助于糖尿病血管并发症的防治。行为方式干预包括科学合理的饮食习惯和营养结构, 适当参加体育锻炼, 避免肥胖; 药物干预则是根据患者具体情况选择合理方案: 如 1 型糖尿病患者, 当胰岛素用量较大时, 若血糖仍控制不住时, 可适当加用二甲双胍或拜糖平; 又如对 2 型糖尿病患者在控制饮食和加强运动治疗时仍不能理想控制血糖时, 临床应联合选用降糖药物。减肥药可试用氟芬拉明或右旋氟芬拉明。此类症状中医辨证大多属于脾失健运, 痰浊蕴结型: 中药常用苍白术、怀山药、山萸肉、云茯苓、全瓜蒌、炒枳实、薏苡仁、川黄连、汉防己、广郁金、桃仁、丹参等合剂, 临床效果较好。

5 改善血液流变学, 清除氧自由基

糖尿病患者由于内皮细胞受损, 血小板功能亢进, 红细胞粘附性增强及变形能力降低, 凝血功能增强等, 导致血液高粘、高聚及高凝, 加剧了糖尿病血管并发症发生; 另外, 糖尿病患者体内不但自由基产生量增

加, 而且自由基清除能力也下降, 导致体内自由基蓄积, 加速组织老化和并发症发生; 因此, 改善血液流变学, 清除氧自由基也是防治糖尿病慢性并发症的重要环节。临床常用小剂量阿司匹林、潘生丁、西洛他唑; VC、VE、 β 2 胡萝卜素, 配合中药人参、丹参、川芎、泽兰、参三七、水飞蓟宾合剂长期服用, 效果良好。

6 展望

综上所述, 中西医结合防治糖尿病慢性并发症, 经近十几年的临床实践探寻, 取得了一定的成绩和效果, 如何进一步研究和筛选增强胰岛素敏感性、降血糖、降血脂、降血压等方药, 还需要建立一个长期系统工程。随着糖尿病发病率及糖尿病患者总数的上升, 急需培养一支训练有素的防治糖尿病专业队伍。也可借用现代科学手段来研究降糖机理, 或从微循环、全血粘度、脂质代谢及微量元素等方面来探讨糖尿病的机理, 采用中西医结合的方法来治疗糖尿病合并慢性并发症。另外, 加强对糖尿病患者及其家属有关糖尿病基础知识教育, 普及糖尿病的科普常识, 提高糖尿病患者的生活质量, 是广大医务工作者未来长期而又艰巨的任务。

参考文献:

- [1]陈丁生. 糖肾康治疗糖尿病的临床研究[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 64-65
- [2]冯世良. 应用胰岛素敏感性指数研究中药对 II 型糖尿病胰岛素抵抗的作用[J]. 中医杂志, 1997, 38(2): 100-103
- [3]邓广业. 中医药诊治糖尿病肾病的研究进展[J]. 安徽中医临床杂志, 1999, 9(6): 341-342
- [4]李渊何. 糖尿病中医诊断分型与治法概述[J]. 安徽中医临床杂志, 1998, 10(1): 54-56.
- [5]冯建中. 第四届中医糖尿病学术会议述要[J]. 中医杂志, 1998, 39(6): 374-376

编号: Y-10032567 (修回: 2010-04-14)

(上接 51 页)

润燥使热清湿减, 燥就得到遏制, 第三阶段, 湿热已去大半, 燥也轻, 故防死灰复燃。滋阴清热, 养阴生津, 在疾病恢复期, 机体已经受到疾病的伤害, 阶段性故对体虚做出相应的治疗, 否则忽视后期痊愈时的体虚, 疾病依然难去, 有可能再发病。阶段性治疗的措施要紧扣疾病的实质。湿热低热见脾胃运化失调, 气机淤滞, 湿热从热而成湿热, 热郁而燥, 用以上方法湿热低热而退。

湿热低热在发病过程中的阶段性, 是反映病症的走向与发展, 是反映疾病的轻重, 是反映疾病客观的

阶段性本质。尽管疾病有时在发展过程中有一定的隐蔽性, 但阶段性的表现依然是客观的。湿热症所表现的阶段性特点是不离中焦。热郁气滞, 热郁而燥, 气话功能严重失调, 由于湿热特点是多变性、多舛性、不稳定性, 阶段性, 随证见证给治疗带来很大困难。故对阶段性治疗的层次意义进行深入探讨。

参考文献:

- [1]温病条辨白话解[M]. 浙江中医学院. 北京: 人民卫生出版社. 1979. 68
- [2]何廉臣. 重订广温热论[M]. 北京: 人民卫生出版社. 1983. 13
- [3]何廉臣. 重订广温热论[M]. 北京: 人民卫生出版社. 1983. 16

编号: Y-10032972 (修回: 2010-04-16)

加味黄芪桂枝五物汤治疗

糖尿病周围神经病变 56 例临床观察

Clinical observation on treating 56 cases of diabetic

peripheral neuropathy with Jiawei Huangzhi Guizhi Wuwu decoction

魏荣友 李东华

(山东省寿光市中医院, 山东 寿光, 262700)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0054-03 证型: DGB

随着人们生活水平的提高, 糖尿病发病率逐年升高, 已成为继肿瘤和心脑血管病之后影响人类健康的第三大杀手, 而糖尿病周围神经病(DPN)是最常见、最复杂的慢性并发症之一, 据资料统计, 其在糖尿病患者中的发生率达 60~90%。DPN 严重影响患者生活质量, 给个人和社会造成沉重的经济负担。由于 DPN 的病因及发病机制尚不清楚, 目前现代医学尚无特效的疗法。近年来, 我们采用中、西医结合治疗 DPN, 取得了比较满意的效果, 现总结如下:

1 临床资料与方法

1.1 研究对象及选择标准

1.1.1 研究对象

所有病例均来源于 2008 年 06 月到 2009 年 06 月期间我院内分泌科的住院和门诊病人。

1.1.2 糖尿病诊断标准

采用 WHO (1999) 诊断标准如下: 糖尿病症状+任意时间血浆葡萄糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/l}$ (200mg/dl) 或空腹血浆葡萄糖 (FPG) 水平 $\geq 7.0\text{mmol/l}$ (126mg/dl) 或 OGTT 试验中, 2 小时 PG 水平 $\geq 11.1\text{mmol/l}$ (200 mg/dl)。

1.1.3 糖尿病周围神经病变诊断标准

1.1.3.1 符合 2 型糖尿病诊断标准

1.1.3.2 具备以下条件

①肢体远端感觉异常, 表现为麻木, 瘙痒、蚁行感或袜式感觉障碍。②肢体远端肿胀、疼痛, 疼痛随病情进展而加剧, 呈撕裂样、钻刺样、或灼烧感。③腱反射减弱或消失。④排除其它神经疾患。⑤肌电图神经传导速度减慢。

1.1.3.3 在上面①②③中任何一项加上④⑤项或①②

③不明显, 但⑤提示呈中度或重度异常。

1.2 研究方法

1.2.1 分组方法

根据上述诊断标准筛选 56 例糖尿病周围神经病患者, 按照就诊的先后次序依次编号 1、2、3……56, 随机分为甲、乙两组, 每组各 28 例, 甲组为使用治疗组, 乙组为空白对照组。

1.2.2 研究用药

黄芪 20g, 桂枝 10g, 白芍 20g, 生姜 10g, 大枣 10g, 甘草 6g, 当归 15g, 生地 15g, 川芎 12g, 赤芍 12g, 水蛭 9g, 土鳖虫 12g, 鬼箭羽 12g, 知母 12g。

1.2.3 给药方法

①甲组 (治疗组) 在糖尿病及其他原发病治疗同乙组, 再加用加味黄芪桂枝五物汤, 水煎服, 一日一剂, 早晚饭后分服。3 个月为一个疗程。②乙组 (对照组) 给糖尿病基础治疗, 兼有合并症者给予相应治疗。

1.2.4 观察指标

①临床症状: 用药前后患者麻木、疼痛等临床症状情况, 并计算积分 (根据《中药新药临床研究指导原则》试行本制定评分标准)。②体征改善: 用药前后患者皮肤、腱反射等情况, 并计算积分 (根据《中药新药临床研究指导原则》制定评分标准)。③实验室观察: ①安全性指标如大生化、血常规。②相关性指标糖化血红蛋白。③患者用药前一天或当天和用药后一周内分别做肌电图, 分别记录腓总神经、腓肠神经、胫后神经的运动、感觉传导速度 (检测患者左下肢腓总神经、腓肠神经和胫后神经)。

1.2.5 疗效评价标准

1.2.5.1 中医证候评分标准

参照《中药新药临床研究指导原则》(试行本)。

1.2.5.2 中医证候疗效判断标准, 参照尼莫地平标准

痊愈: 中医临床症状、阳性体征消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 90\%$;

显效: 中医临床症状、阳性体征明显改善, 证候

积分减少 89~70%;

有效: 中医临床症状、阳性体征均有好转, 证候积分减少 69~30%;

无效: 中医临床症状、阳性体征无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少<30%;

注: 计算公式(尼莫地平法)为: [(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。

1.2.5.2 肌电图检测疗效标准

感觉传导速度(SCV)和运动传导速度(MCV)

表 1 治疗组和对照组的基本情况资料比较

项目	治疗组	对照组	P 值
年龄(岁)	60.36±8.87	60.84±9.79	P=0.857
性别(男:女)	15:13	16:12	P=0.777
病程(月)	59.92±58.92	86.6±66.19	P=0.119
身高(cm)	163.20±8.37	164.36±7.50	P=0.608

2.2 两组在治疗前后的糖化血红蛋白(HbA_{1c})的比较: 治疗组和对照组的 HbA_{1c} 在治疗前后比较均无统

表 2 治疗前后的糖化血红蛋白(HbA_{1c})的比较

HbA _{1c}	治疗组	对照组	P 值
治疗前	6.64±1.10	6.61±0.71	P=0.608
治疗后	6.37±0.69	6.54±0.74	P=0.400

2.3 中医症候疗效: 两组临床痊愈者均为 0 例, 治疗组显效 2 例, 有效 15 例, 总有效率 56.67%; 对照组

表 4 两组中医症候疗效比较

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	28	0 (0%)	2 (7.14%)	14 (50%)	12 (42.86%)	16 (57.14%)
对照组	28	0 (0%)	0 (0%)	4 (14.29%)	24 (85.71%)	4 (14.29%)
检验值	Z=-2.747	P=0.006				

2.4 两组治疗前腓总、腓肠、胫后神经的 SCV 比较均 P>0.05, 具有可比性。

两组在治疗前后 SCV 组内自身比较均无统计学意义(P>0.05); 在治疗后组间比较显示腓总神经、腓

表 5 感觉传导速度(SCV)肌电图检查

项目	组别	例数	治疗前(m/s)	治疗后(m/s)	检验值	差值(m/s)
腓总神经	治疗组	30	48.93±10.15	52.38±8.29	P ₁ =0.194	3.45±3.94
	对照组	30	46.73±10.08	43.23±9.74	P ₂ =0.218	-3.50±4.53
检验值				P ₃ =0.001		P ₄ =0.000
腓肠神经	治疗组	30	41.48±12.99	45.10±9.63	P ₁ =0.270	3.61±5.78
	对照组	30	39.66±5.67	35.26±6.66	P ₂ =0.015	-4.19±6.37
检验值				P ₃ =0.000		P ₄ =0
胫后神经	治疗组	30	31.71±19.61	37.19±17.80	P ₁ =0.239	5.48±7.78
	对照组	30	26.18±18.94	21.76±17.36	P ₂ =0.195	-4.42±7.61
检验值				P ₃ =0.002		P ₄ =0.000

注: P₁: 表示治疗组治疗前后的检验值; P₂: 表示对照组治疗前后的检验值; P₃: 表示两组治疗后比较的检验值; P₄: 表示两组差的比较检验值。

2.5 两组治疗前腓总神经的运动传导速度 MCV 比较

均采用自身前后比较、治疗组和对照组治疗后比较、两者前后差值的比较, 如果 P<0.05 则说明有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况比较

对 56 例 DPN 患者随机分为治疗组 28 例, 对照组 28 例, 两组病人治疗前在年龄、性别、糖尿病病程、身高等方面均无统计学意义(P>0.05), 具有可比性, 详见表 1:

计学意义(P>0.05), 说明两组在治疗前后均具有可比性, 详见表 2:

25 例病例 3 例有效, 有效率 13.33%, 两组比较统计学意义(P<0.01), 详见表 4:

肠神经和胫后神经的 SCV 均有统计学意义(P<0.01), 从平均值看治疗组的 SCV 明显高于对照组。两组 SCV 的差值比较有统计学意义(P<0.01), 详见表 5。

(下转 57 页)

消痹汤熏蒸治疗颈性眩晕 120 例

Treating 120 cases of cervical vertigo Xiaobi decoction fumigation

武洪民 李茂林 任爱菊
(馆陶县中医院, 河北 馆陶, 057750)

中图分类号: R441.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0056-02 证型: ABGD

【摘要】 目的: 观察消痹汤熏蒸治疗颈性眩晕的临床疗效。方法: 120 例颈性眩晕患者采用 XZJ-2 数字显示微电脑控制熏蒸治疗机, 将消痹汤熏蒸颈椎进行治疗, 每次 45 分钟, 连续治疗 3 个疗程。结果: 治愈 30 例, 显效 62 例, 有效 16 例, 无效 12 例, 总有效率达 90%。结论: 消痹汤熏蒸治疗颈性眩晕疗效确切。

【关键词】 消痹汤; 熏蒸治疗; 颈性眩晕

眩晕是一种临床上的常见病, 多发病, 近年来随着人们生活方式和工作性质的改变及节奏的加快, 颈性眩晕越来越多, 患者多有头晕、头痛、或眩晕欲仆、恶心等症状, 严重影响患者的生活质量。我们用中药熏蒸治疗颈性眩晕, 获得良好疗效, 现报道如下:

1 临床资料

1.1 病例采集

120 例病例均来自我院门诊患者, 其中男性 52 例, 女性 68 例; 年龄 28~70 岁, 平均 50.2 岁; 病程 2 周~10 年。

1.2 入选诊断标准

①临床症状: 颈性眩晕, 或有猝倒史, 有头晕或头痛、耳鸣、恶心或呕吐, 视物不清等。②旋颈试验阳性。③颈椎 X 线片或 CT 或 MRI 示颈椎生理曲度改变、椎体失稳或骨质增生, 钩椎关节增生, 椎间孔或椎管变窄。④经 TCD 检查提示椎-基底动脉血流动力学异常。

1.3 排除标准

由外伤、眼源性或耳源性等疾病所致的眩晕。

2 治疗方法

2.1 消痹汤方药物组成

独活 15g、羌活 15g、秦艽 10g、防风 12g、细辛 9g、威灵仙 15g、透骨草 12g、海风藤 20g、制川乌 12g、制草乌 12g、土鳖虫 10g、地龙 10g、杜仲 15g、川牛膝 20g、桑寄生 15g、当归 12g、川芎 10g、白芍 12g、红花 10g。

采用 XZJ-2 数字显示微电脑控制熏蒸治疗机(牡

丹江市雷诺电子有限责任公司生产), 将上药用布包包好, 放到治疗机内, 加冷水 6000ml 浸泡 1 小时, 接通熏蒸床的电源, 使水沸腾后, 调节到适当温度(一般 35℃~45℃), 患者躺在熏蒸床上, 用热气熏蒸颈椎, 每次 45 分钟, 一日一次, 七天为一疗程。根据病情需要, 连续做 3 个疗程。

2.2 疗效评定标准

疗效评定标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]拟定。治愈: 临床症状和体征消失, 颈部能够正常活动及完成工作, 半年内未复发者; 显效: 临床症状和体征明显改善, 颈部无明显不适, 不影响工作; 有效: 临床症状和体征有所减轻或改善; 无效: 治疗前后症状及体征无明显变化。

3 结果

治愈 30 例, 显效 62 例, 有效 16 例, 无效 12 例, 总有效率达 90%。

4 讨论

颈性眩晕是指颈椎及有关软组织(关节囊、韧带、神经、血管、肌肉等)发生器质性或功能性变化所引起的眩晕及一系列神经症状。该病属于中医“眩晕”范畴。多由颈部感受风寒湿邪、长期姿势不良、慢性劳损等导致经脉不畅, 络脉瘀阻, 使脑失脉之充养, 致髓海空虚或痰浊上蒙清窍而发病。如《灵枢·海论》说:“脑为髓之海”, “髓海有余, 则轻劲多力, 自过其度; 髓海不足, 则脑转耳鸣, 胫酸眩冒, 目无所见, 懈怠安卧。”

消痹汤方中选用独活、羌活为君药, 羌活入太阳

经，能祛上部风湿，独活独活善祛下部及筋骨之间的风湿，二者相合，能散周身风湿，舒利关节而通痹止眩；秦艽、防风、细辛、威灵仙、透骨草、海风藤、制川乌、制草乌除风湿，通行经络；土鳖虫、地龙搜风剔络；杜仲、牛膝、桑寄生祛风湿兼补肝肾，填精益髓；当归、川芎、白芍、红花补血活血，“治风先治血，血行风自灭”，而且，祛风药过多，伤风动血。全方既祛风湿之标，又照顾肝肾阴血亏虚之本，标本兼治，共奏祛风通络、补益肝肾、熄风止眩之功。

采用 XZJ-2 数字显示微电脑控制熏蒸治疗机，通过智能化控制恒温，使中药药液产生蒸汽，气体中产

生药物离子，患者蒸汽治疗时通过熏蒸热敷，使毛孔张开，毛细血管网开放，在蒸汽环境内，机体内邪外出，药物离子通过患病部位和经络病变区进行有效渗透，药力直达病处，对改善微循环、松弛骨骼肌、镇痛止眩及活络关节有良好效果。该法方便、经济、安全、有效，而且克服了患者服药困难、西药毒副作用多、容易反复的弊端，值得推广应用。

参考文献：

[1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186

编号: Y-10031662 (2010-04-19)

(上接 55 页)

均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。两组在治

表 6 运动传导速度 (MCV) 的肌电图检查

项目	组别	例数	治疗前 (m/s)	治疗后 (m/s)	检验值	差值 (m/s)
腓总神经	治疗组	30	46.58 ± 7.91	50.64 ± 6.33	$P_1=0.051$	4.06 ± 4.67
	对照组	30	44.28 ± 5.25	41.18 ± 4.53	$P_2=0.03$	- 3.09 ± 3.59
检验值				$P_3=0.000$		$P_4=0.000$

注: P_1 : 表示治疗组治疗前后的检验值; P_2 : 表示对照组治疗前后的检验值; P_3 : 表示两组治疗后比较的检验值; P_4 : 表示两组差的比较检验值。

上述结果表明, 治疗组在治疗前后腓总神经 MCV 组内比较均无统计学意义 ($P > 0.05$), 从平均值看, 治疗后速度明显提高; 对照组在治疗前后腓总神经的 MCV 组内比较均有统计学意义 ($P < 0.05$), 从平均值看, 3 个月后速度明显降低。两组在治疗后的比较显示腓总神经 MCV 组间比较均有统计学意义 ($P < 0.01$)。两组 MCV 的差值比较有统计学意义 ($P < 0.01$)。

3 讨论

古代医家大多把本病归属于中医学的“痰证、痹证”范畴。朱棣在《普济方》中说:“肾消口干, 眼涩阴虚, 手足烦痛。”《类证治裁》中也有“诸气血凝滞, 久而成痹”的记载。《临证指南医案》指出:“三消一证, 不越阴亏阳亢, 津涸热淫而已。阴虚燥热, 耗气伤津, 津血同源, 津亏则血虚, 血虚而成瘀, 愈瘀愈虚, 津血不得调畅, 血不荣筋, 而发疼痛, 不仁”。阴虚燥热是糖尿病发病的基本病机, 而阴虚燥热日久, 耗伤气血津液, 脉络瘀阻而不通, 不通则痛, 气血亏虚则出现麻木, 是糖尿病周围神经病的发病病机。现代医学认为, 该病的主要发病机制是代谢异常、免疫机制异常、微血管病变、生长因子缺乏、层粘连蛋白缺陷等学说。由于 DPN 发病机制复杂, 西医针对其发病机制的治疗方法有很多, 但疗效甚微, 并且有些药物由于副作用及经济原因而不能继续使用, 而中医药在该领域有着独特的疗效。黄芪桂枝五物汤是治疗的基础方剂, 黄芪桂枝五物汤出自《金匮要略》, 用于治

疗前后运动传导速度 MCV 肌电图检查比较, 详见表 6。

疗血痹, 以肌肤麻木不仁、疼痛、脉涩为主要症状。该方由黄芪、桂枝、白芍、生姜、大枣组成。方以黄芪为君, 补益在表之卫气, 充肌肤, 温分肉, 有“治血先治气, 气行则血行”之意; 桂枝解肌祛风、通阳; 黄芪、桂枝同用固表而不留邪; 补中有通, 鼓舞正气祛邪气; 芍药敛阴和营兼除血痹, 使营阴充足, 血脉通行; 生姜、大枣调和营卫; 当归、生地、川芎、赤芍、水蛭、土鳖虫、鬼箭羽、知母养血活血通络。综观全方, 补虚而不恋邪, 祛瘀而不伤正, 全方共奏益气通阳, 化瘀通络之功。现代药理研究表明, 黄芪作为传统的中药, 具有抗自由基、增加机体免疫力、保护血管内皮细胞及改善微循环等多种作用, 尚能抑制醛糖还原酶, 对神经细胞代谢、核酸代谢具有良性调节作用; 桂枝有镇痛、扩血管、抗凝血、抑制血小板聚集抗炎等作用; 白芍有镇痛、降糖、抗缺氧、清除自由基、抗炎等作用; 大枣有抗疲劳、增强免疫等作用; 生姜能降脂、镇痛、抗氧化、抗炎、抗血小板聚集, 且对环氧合酶、脂氧合酶及血栓素 β_2 均有抑制作用; 当归、生地、川芎、赤芍、水蛭、土鳖虫、鬼箭羽有耐缺氧、降脂、抗凝、溶栓作用。综上所述该方的药理作用主要是通过抗氧化及清除自由基阻断了发病中心环节, 同时通过改善神经细胞代谢及改善微循环这两条主要途径对糖尿病周围神经病变发挥综合治疗作用, 且安全有效。

编号: Y-10040680 (2010-04-19)

中西医结合治疗老年功能性便秘 96 例疗效分析

An effective analysis on treating 96 cases of old functional constipation in the integrative medicine

范京国¹ 刘 磊²

(1.山东省桓台县人民医院, 山东 淄博, 256400;

2.山东中医药大学附属医院, 山东 济南, 250011)

中图分类号: R256.32 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0058-02 证型: AGB

【摘要】老年功能性便秘是一种常见病,它具有发病率高、病人痛苦大、单纯中、西药物治疗效差的特点,还可引发严重的心脑血管并发症,如诱发脑卒中、诱发或加重心肌梗塞等。笔者采用自拟“益气润肠方”配合西医胃肠动力药西沙必利治疗该病 96 例,结果痊愈 59 例,有效 31 例,无效 6 例,痊愈率 61.46%,总有效率 93.75%。其痊愈率和总有效率均显著优于单纯西药组 (P 均 <0.01),说明中西医结合组疗效明显优于西药组。

【关键词】 中西医结合; 功能性便秘; 益气润肠方

功能性便秘是一种常见的老年性疾病,它具有发病率高、病人痛苦性大、一般中西药物治疗效果差的特点,若处理不当还可引发许多严重的临床并发症,如排便过分用力可在高血压病人中诱发脑卒中,在冠心病患者中诱发或加重心肌梗塞等。鉴于此,笔者近 3 年来尝试用中西医结合的方法,运用自拟“益气润肠方”配合西医胃肠动力药西沙必利治疗该病,疗效比较满意,现简单介绍如下。

1 一般资料

共治疗 192 例,均为门诊病人,大便次数均 <3 次/周,且不同程度的伴有大便干结或排便困难。将其随机分为西药组、中西医结合组各 96 例。西药组中男 68 例,女 28 例;年龄 60~70 岁者 48 例,71~80 岁者 42 例, >80 岁者 6 例,平均 72.6 岁;病程最短 6 个月,最长 21 年,平均 6.8 年。中西医结合组中男 70 例,女 26 例;年龄 60~70 岁者 49 例,71~80 岁者 40 例, >80 岁者 7 例,平均 72.8 岁;病程最短 6 个月,最长 22 年,平均 6.9 年。两组资料在性别、年龄、病程方面无明显差异,具有可比性。

2 治疗方法

2.1 西药组

予西沙必利片或胶囊 10mg,餐前 15~30 分钟口服,3 次/d;或予果导片 50~100mg,临睡前服,1 次/d。均 15d 为 1 疗程。

2.2 中西医结合组

予自拟益气润肠方配合西沙必利片或胶囊治疗。

2.2.1 益气润肠方药物组成及用法

生黄芪 30g、党参 15g、生白术 15g、熟地 15g、当归 12g、白芍 12g、火麻仁 15g、肉苁蓉 20g、柴胡 10g、枳壳 12g、桔梗 10g、杏仁 10g。每日 1 剂,水煎两次成 300ml,早晚两次分服。15d 为一疗程。

2.2.2 临床加减

若大便多日不下,燥热明显者,可予元明粉 3g 冲服,但应注意得下即止;伴口干舌燥、心烦易怒、夜难入寐者,加川黄连 6~9g 以清心安神;腹胀甚者,加木香、大腹皮各 10g;腰膝酸软、畏寒肢冷者,加炒杜仲、肉桂各 10g;虽有便意,但入厕则努挣乏力,动则汗出者,可加大黄芪、党参剂量。

2.2.3 西沙必利片或胶囊的用量、用法及疗程同上。

3 治疗效果

3.1 疗效评定标准

痊愈:大便每周 5 次以上,松软成型,排便通畅;有效:大便每周 3~5 次,成型,较少费力;无效:大便每周 <3 次,成型干结,排便困难。

3.2 结果

所有病例均经 1 疗程治疗。结果西药组中痊愈 25 例,有效 42 例,无效 29 例,痊愈率 26.04%,总有效率 69.79%;中西医结合组中痊愈 59 例,有效 31 例,无效 6 例,痊愈率 61.46%,总有效率 93.75%。经卡方检验,两组的痊愈率和总有效率均有显著性差异 (P 均 <0.01),说明中西医结合组的疗效明显优于西药组。

(下转 60 页)

推拿治疗老年骨骼肌减少症的临床体会

Clinical experience for treating sarcopenia by massage

崔瑞敏

(河南省第一荣康医院, 河南 新乡, 453000)

中图分类号: R244.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0059-02 证型: AGB

【摘要】 通过多年临床体验, 只要遵循杂合以治、各得所宜, 手法与功法相结合, 主动与被动相结合, 动力训练与静力训练相结合, 治痿独取阳明的原则与方法, 推拿治疗老年骨骼肌减少症, 疗效显著而稳固。

【关键词】 老年骨骼肌减少症; 推拿治疗; 临床体会

老年骨骼肌减少症是随着社会老龄化进程出现的常见病和多发病。它是一种增龄性疾病, 也是诱发退行性骨关节病、骨质疏松等症的重要因素, 但目前临床上尚未得到足够的重视。由于年龄的增长, 肌肉体积不断减少, 肌肉力量逐渐下降, 造成人体结构和功能的下降的病症称为“骨骼肌减少症”。临床症状多表现为行动缓慢、步履蹒跚、平衡障碍、极易摔倒, 甚至丧失自理生活能力, 常伴有焦虑和抑郁等情绪障碍, 多数患者同时并发退行性骨关节病、骨质疏松等症。体格检查可见肌肉萎缩、肌力减弱、协调性和平衡功能下降。

十几年来笔者孜孜于老年骨骼减少症的探究, 并摸索出行之有效的推拿治疗方法, 现将临床体会介绍如下:

1 杂合以治, 各得所宜

老年骨骼肌减少症的临床表现在祖国医学中称为“痿证”, 痿证是指肢体筋脉迟缓, 软弱无力, 甚至手不能握物, 足不能任身, 日久渐至肌肉萎缩, 不能随意运动的一类病症。痿证临床辨证有虚实之分。凡起病急、发病较快, 属于肺热伤津, 湿热浸淫, 多属实症; 病史较久, 起病与发展缓慢, 以脾胃、肝肾亏虚为多, 多属虚症。结合老年骨骼肌减少症的增龄性发病特点, 当属于脾胃、肝肾亏虚的虚症。正如《三因极一病证方论·五痿叙论》所言“痿证属内, 脏气不足之所为也”。而现代医学对此症的研究开始于 20 世纪 70 年代, 其发病原因尚不能明确, 只提示可能与运动减少、神经增龄性退化和死亡、蛋白质合成减少、胰岛素样生长因子以及激素水平下降等因素有关。

老年骨骼肌减少症为增龄性疾病, 欲达康复实非单一疗法所能毕功, 治疗需遵循《素问·异法方宜论篇》

中“圣人杂合以治, 各得其所宜”的学术思想。此病的治疗方法很多, 如推拿手法、推拿功法、运动疗法、物理疗法、中药方剂、饮食疗法、针刺等。这些方法可以综合应用, 但在具体施治时则要根据患者不同的体质、年龄、病情、阶段所表现出来的不同症候采用适宜的组合, 而且每一种方法中又有多种不同的操作和配伍, 应根据具体病情而选择, 这就是辨证施治。辨证施治是中医治疗学的精髓, 它与杂合以治同样贯穿于老年骨骼肌减少症治疗的始终。

2 手法与功法相结合

人体生长、发育、衰老是自然规律, 正如《黄帝内经素问·上古天真论》所言“丈夫……七八, 肝气衰, 筋不能动。八八, 天癸竭, 精少, 肾脏衰, 形体皆极, 则齿发去。”但是, 人体衰老也是可以预防和延缓的, 《黄帝内经素问·阴阳应象大论》又言“能知七损八益, 则(阴阳)两者可调; 不知用此, 则早衰也。……故曰: 知之则强, 不知则老”。因此, 在老年骨骼肌减少症的推拿治疗中, 应当顺应人体生长发育规律, 综合运用推拿手法和推拿功法的干预措施。推拿手法治疗具有行气活血、舒筋通络、理气止痛、滑利关节和调节脏腑的功能, 治疗上可以选择礞法、按法、揉法、搓法、摇法、扳法等。但手法要求刚柔相济, 既要具有一定的力度, 能深透到深层组织, 又不能使用蛮力, 被治疗的组织不因压力刺激而产生疼痛痉挛, 反而有轻松舒适的感觉。^[1]

传统的推拿功法训练方法主要有“易筋经”和“少林内功”两种, 曾经是推拿工作者自身锻炼的基本方法, 近年来也成为用于指导患者进行功能训练的康复手段之一。对老年骨骼肌减少症患者来说尤其可以将“易筋经”指导病员锻炼, “易筋经”中, “易”为改

变、变换、增强之意，“筋”指经络、筋骨、肌肉等软组织，“经”则指方法，其名称为改变和增强经络、筋骨、肌肉等软组织的训练方法。它是以下肢裆势练习为主，结合上肢动作的一种练功方法，锻炼时强调下实上虚，着重于强身壮力，特别适宜于改善体质，增强体力，具有强筋、坚骨、丰肌之功效，久练可使筋骨强健脏腑坚固。

3 主动与被动相结合

在老年骨骼肌减少症的推拿手法治疗过程中，强调手法的主动作用和患者肢体的被动运动相结合。例如臀部及下肢后侧实施碾法作用时，需要配合患者髋关节的内收、外展、后伸运动，不仅可以使患者的髋关节得到充分的被动运动，而且可以充分牵张关节周围的肌肉，对关节的活动障碍有显著的疗效。在碾法操作中，始终与肢体的被动运动相结合，由于碾法施力面积大，作用柔和深透，所以与肢体被动运动相结合运用对运动系统和神经系统疾病有非常好的疗效。

4 动力训练与静力训练相结合

现代体育的运动训练以动力训练为特征，对提高骨骼肌中慢纤维的体积和比例有很好的作用。但研究表明老年骨骼肌减少症患者以骨骼肌中快纤维萎缩为主，因此训练应该以静力训练为主，而传统功法“易筋经”正是以“静力性”下肢裆势练习为主的一种练功方法，非常适宜于老年骨骼肌减少症患者，但考虑

到患者普遍年龄大，心肺功能较差，难以承受高强度的静力负荷，因此需要动力训练与静力训练的相互结合，这也是改良传统功法“易筋经”的一个原因。

5 治痿独取阳明

在老年骨骼肌减少症的推拿手法取穴上，应强调遵循《黄帝内经》“治痿独取阳明”的原则，原因有三。第一，阳明为多气多血之经，内关脾胃，脾胃为五脏六腑之海，主润泽与调养宗筋，而宗筋主约束骨骼，有利于关节运动。第二，阳明经与冲脉会合于气街，冲脉为“十二经之海”，有涵蓄十二经气血的作用，故阳明可总调十二经气血。第三，阳明经又联系带脉和督脉，带脉约束诸经，督脉调节蓄溢诸阳经气血。故阳明虚，则诸经不足，不能濡润宗筋，发为痿证，所以痿证的治疗当以调节阳明为主。同时，老年骨骼肌减少症呈增龄性发病，年龄越大，病情越重，往往伴有腰膝酸软、下肢无力等症状，故治疗时也应当适当补益肝肾。所以，手法操作选穴中，取阳明经穴，旨在调理脾胃、补益气血、滋养肌肉；佐膀胱经穴以培补肝肾、润宗筋、利关节；其他配穴，亦宗此理，以加强疗效。

参考文献：

[1]黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005,5

编号：EA-100401230（修回：2010-04-18）

（上接 58 页）

4 讨论

现代医学认为，老年功能性便秘与年龄增长密切相关，因为唾液腺、胃肠和胰腺的消化酶分泌随年龄的增长而减少；腹部和骨盆肌肉无力，敏感性降低；结肠肌层变薄，肠平滑肌张力减弱，肠反射降低，蠕动减慢。认为老年功能性便秘的发生主要与两个因素有关，一是肠管的张力和蠕动减慢，食物在肠内停留过久，水分被过度吸收；二是胃-结肠反射减弱，直肠粘膜敏感性下降，参与排便的肌肉张力低下。因而临床常应用全胃肠动力药（如西沙比利）和轻泻剂（如果导片）进行治疗。西沙比利的治疗机理在于可促进全胃肠道包括食管至肛门括约肌的动力，通过选择性的作用于胃肠肌间神经丛各乙酰胆碱的释放以增强胃肠运动，可促进大小肠纵行肌的收缩，缩短小肠和结肠的通过时间，从而发挥治疗作用。果导片的作用机理在于刺激结肠粘膜，促进其蠕动，并阻止肠液被肠壁吸收而起缓泻作用。但两者的疗效并不满意，特

别是后者有时反而可加重便秘。祖国医学认为，该病多是由于年老体衰、气虚血亏所致，因气虚则传导无力，血虚津少则肠道失润，均可致大肠传导失司而成便秘。因此老年功能性便秘的治疗原则应以益气养血、滋阴润肠为主要治则，益气润肠方就是遵循这一原则拟定的。方中黄芪、党参、白术意在健脾益气，脾健则运化有序，津液得布，气足则传导有力；熟地、当归、白芍、火麻仁、肉苁蓉意在滋阴养血、润肠通便，阴血足、肠道润则大便易下；柴胡、枳壳意在理气行滞；桔梗、杏仁功能宣肺降气通便，因肺与大肠相表里，故肺的宣降功能对大肠传导功能的实现具有促进作用。方中诸药合用，切中病机，标本同治，辅以随证加减，疗效肯定。再配合西医全胃肠动力药，可发挥协同作用，故疗效显著，值得推广应用。另外对病人进行健康教育，养成定时排便的良好习惯，注意调整饮食，加强体育锻炼，也对防治该病具有一定作用。

编号：EA-100313179（修回：2010-04-11）

浅谈骨质增生从痹证辩证

Hyperostosis of the dialectic from arthralgia

阳雅江

(冕宁县第二人民医院, 四川 冕宁, 615602)

中图分类号: R255.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0061-02 证型: ABIG

【摘要】目的: 探讨运用中医药对颈、腰椎骨质增生的治疗; 方法: 对患有颈、腰椎疾病综合征的患者, 经影像学确诊为颈或腰椎骨质增生, 归属于痹证范畴进行辩证施治; 结果: 能有效减轻甚至消除其所产生的临床症状, 远期效果稳定。

【关键词】 颈、腰椎骨质增生; 痹证

骨质增生又名骨质退行性变, 好发于中老年人, 男性多于女性, 其发病率随年龄的增长而增加。该病以 X 光或 CT 等影像学摄片为诊断依据。本病有迁延时间长、不易根治、反复发作等特点。西药、理疗等疗法虽能缓解或减轻症状, 但远期效果较差。我将该病归属于痹症范畴进行辩证施治, 取得较好的效果, 现总结如下, 以供同行参考。

1 病因病机

中医认为肾主骨, 藏精生髓, 是人体元阴元阳发生之地, 为先天之本。骨的生长、发育、退化、废用, 均与肾气的盛衰密切相关。肾气盛则精髓满实, 骨得其滋养而坚韧耐用; 肾气虚则精髓稀薄虚亏, 骨失其所养而枯弱。人到中年, 肾气渐衰, 精髓枯萎, 骨失所养, 髓开始退化; 又肝肾同源, 肝主筋、藏血, 精血互生, 筋骨相连, 肾虚则肝失所养, 所谓水不涵木, 筋经枯萎。肝肾衰退, 正气受损, 抵抗力下降, 风寒湿邪乘虚而入, 与内湿相合, 浸淫筋骨, 留宿关节, 经脉闭阻, 血脉不通, 生为痹证。

综上所述, 骨质增生所致的痹证, 内因为肝肾虚损, 筋骨失养而衰退; 外因风寒湿邪合而入浸, 内外邪气相引, 损害关节筋骨所致。

2 辩证施治

骨质增生所致的痹症, 可发生于人体多处关节部位, 本文着重讨论以颈椎、腰椎骨质增生所形成的痹症。对该病的辩证, 首先是在确定病位的基础上, 根据临床症状特征, 舌、脉象等因素综合参考, 辨其证型属性, 或为行痹、或为痛痹、或为着痹、或兼热象 (该病纯为热痹者少见)。

2.1 颈椎骨质增生属行痹者, 颈肩、臂酸痛呈游走性、痛无定处, 苔薄白、脉浮。治法: 祛风通络, 散寒除

湿, 选用防风汤加减。方药: 防风、当归、秦艽、葛根、肉桂、茯苓、羌活、灵仙、川穹、姜黄、甘草。

2.2 颈椎骨质增生属痛痹者, 颈、肩、臂局部疼痛较剧, 痛有定处, 退寒加重, 苔白、脉弦紧、治法: 温经散寒, 驱风胜湿。选用乌头汤后羌活胜湿汤加减方药: 制乌头、麻黄、白芍、甘草、羌活、防风、藁本、川穹、蔓荆子、葛根、桂枝、桑枝。

2.3 颈椎骨质增生属着痹者, 颈、肩、臂酸痛重着, 麻木不仁, 苔白腻、脉濡缓, 治法: 除湿通络、驱风散寒, 选用薏苡仁汤合蠲痹汤加减, 方药: 苡仁、苍术、羌活、防风、制乌头、桂枝、当归、川穹、生姜、姜黄、甘草、茯苓。

2.4 腰椎骨质增生属行痹者, 腰骶部或下肢呈游走性疼痛, 痛无定处, 苔白、脉浮, 治法: 祛风除湿, 通络止痛, 选用独活寄生汤加减方药: 独活、寄生、秦艽、防风、川穹、当归、白菊、熟地、肉桂、全虫、蜈蚣、甘草。

2.5 腰椎骨质增生属痛痹者, 腰骶部或单侧下肢疼痛, 痛有定处, 且疼痛较剧烈, 遇寒加重, 得热或减轻, 苔薄白、脉弦紧, 治法: 温阳散寒、祛风除湿, 选独活寄生汤合乌头汤加减, 方药: 制乌头、芍药、黄芪、独活、寄生、秦艽、川穹、当归、熟地、骨碎补、狗肾、甘草。

2.6 腰椎骨质增生属着痹者, 腰骶部或单侧下肢沉重酸痛、麻木不仁, 甚或肿胀, 苔白腻、脉濡缓, 治法: 除湿通络、祛风散寒, 选用独活寄生汤合薏苡仁汤加减, 方药: 独活、寄生、秦艽、防风、川穹、当归、茯苓、苡仁、苍术、木瓜、骨碎补、防己、甘草。

3 典型病例

(下转 63 页)

推拿治疗半腱肌挛缩一例临床体会

Clinical experience for treating 1 case of semitendinosus muscle contracture by massage

郑东辉

(吉林省长春市朝阳区人民医院, 吉林 长春, 130021)

中图分类号: R244.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0062-02 证型: ABI

1 基本资料

患者甲: 53岁, 机关干部, 2006年10月来诊。

主诉: 左大腿后发紧。

现病史: 左大腿后发紧, 晨起加重, 活动后略减轻, 走路不影响, 每因寒冷或阴雨天加重。左大腿外展时大腿外侧有痛感, 直腿屈髋时大腿后出现牵扯感。

1998年9月末, 因提重物上楼不慎将左腿扭伤, 当时膝大腿皆有痛感, 经某医院诊为膝关节滑膜炎和腿部肌肉拉伤。膝关节滑膜炎半年后治愈, 但肌肉拉伤一症几经多方多法(理疗、推拿、针灸、中药外敷)治疗也曾获效, 但日久继发, 从未彻解。因患者本人有晨起锻炼的习惯, 因某些医生支持其做体育活动, 所以在八年中, 患者一直坚持做跑步、屈髋压腿等体育活动, 有时还增加活动强度, 然而八年治疗八年锻炼, 久病至今。

既往史: 本人在煤矿工作数年, 做过采煤工, 曾有着冷史, 2003年体检查出胃癌, 饮酒少量, 无吸烟史, 爱活动。(身高178cm, 体重87kg)

查体: 仰卧位, 直腿抬高30°时, 大腿后出现紧张感, 至45°左右时出现牵扯感, 继续加大抬高角度, 则阻力增加, 而且在大腿后(半腱肌处)出现紧绳样绷紧, 无神经根体征, 腿主动外展时大腿外侧有轻度酸痛感。

触诊: 俯卧位, 将双小腿垫高使膝关节处于半屈位, 与健侧对比, 左大腿后半腱肌成绳索样隆起, 且墩厚坚硬, 位置在大腿中段, 长度约6厘米。侧卧: 患肢在上, 在大腿外侧可触及若干皮下结节。

诊断: ①左大腿肌筋膜炎; ②半腱肌挛缩。

治疗: 推拿手法治疗。

采用方法: 揉, 拨理, 点, 推, 牵拉。

选穴: 环跳, 殷门, 承扶, 委中, 阳陵泉, 足三里, 悬钟。

2 操作

患者侧卧, 伤肢在上。①推法, 以全掌或掌根在髂嵴至膝关节范围内做直推数次, 时间1~3分钟, 疏

通气血, 活瘀散结。②按揉环跳穴, 以双手拇指或食指按揉环跳穴, 要求缓慢沉稳, 力度适中以患者感到略有酸痛为宜。以上两种手法对多数软组织损伤都有很好的疗效, 尤其是环跳穴治疗范围非常广泛, 此穴选用与否, 疗效可见分晓。③患者俯卧, 将小腿垫高, 使大腿后肌肉松弛, 术者立于患者伤侧, 以前臂或掌根在大腿后由臀横纹至腘横纹范围内按揉数次, 时间1~2分钟。放松腿部肌肉为下步做准备。④拨离粘连, 以肘部近鹰嘴处与半腱肌上坚硬的条索状肌束做垂直推动, 要求沉稳持久有力, 时间约10分钟左右, 并且由臀向膝方向缓慢移动, 本法为治疗本病的重要手法, 剥离粘连的肌纤维, 解除挛缩, 虽要求有力, 但不可粗暴用力, 因为解除粘连和挛缩不仅需要手法的力度, 而且还需要一定的时间, 如在治疗初期就使用十分用力的手法, 那么对相对表层的软组织、肌纤维有一定的副损伤。⑤以肘或拇指顺序按揉: 承扶、殷门、委中, 每穴按揉1~3分钟。经脉所过, 主治所及疏通经脉, 加速治位修复。取阳陵泉, 筋汇愈筋病; 足三里, 调理脾胃, 强四肢肌肉; 悬钟, 经验之穴。⑥牵拉法: 患者仰卧, 术者立于患者伤侧, 以左手托住左足跟, 右手掌置于膝上部, 双手相对用力, 使膝关节保持伸直状态, 然后缓慢将伤肢抬起以牵拉腿后肌肉。牵拉的速度应缓慢, 力度与角度应逐渐逐日增加。必要时可由助手固定健侧下肢。

治疗期间嘱患者注意休息, 不要做剧烈运动。

3 疗效

连续治疗7日后, 患者晨起觉腿后部发紧感减轻, 15日后症状进一步减轻, 直腿屈髋角度进一步改善, 16日后坚硬的条索状肌束, 近膝侧已相对变软, 因此操作拨理法时可用肘和拇指交替操作, 并加大力度, 20日后条索状肌束近膝侧变软明显, 直腿抬高角度由45°至60°, 症状进一步减轻。左大腿外侧皮下结节已逐渐消退, 外展疼痛消失。25日后晨起腿后发紧感完全消失, 走路更轻快, 直腿屈髋角度65°, 30日后70°, 第45日后各种症状基本消除, 但阴雨天略有不

舒适感，嘱定期复诊巩固治疗。

4 体会

本例是由半腱肌、半膜肌、股二头肌损伤未得到正确治疗反复发作日久而成，因通过诊查，可明确找到病因所在半腱肌上，固定诊称为“半腱肌挛缩”。本病在祖国医学中属“伤筋”范畴，推拿治疗本病应获疗效。然而术者的手法是否运用得当，确是疗效的关键所在。本例有着凉史，遇寒冷症状加重，这是陈伤在临床上的表现特点。

本人治疗本例并无绝方妙法，只是在详细的临床检查和询问后明确诊断，全面而准确的掌握病情的前提下科学的制定了治疗方案，精细准确的手法操作加

上合理的经验选穴，才达到预期疗效。治疗本例虽以舒筋通络为原则，以拨理法为主，但笔者在整个疗程中从未省略任何一个步骤，坚持每一步的操作，坚持既定方案，在拨理法的操作上，一直坚持循序渐进的原则，由表及里，由浅入深，逐渐取得治疗的进程，并且根据病位肌束的紧张程度，调整变动体位，以求手法操作的准确，才使痼疾得以康复。这就是说，如果本患者在以前的治疗中遵循“治筋宜柔不宜刚”的原则，操作中注意“缓急有节，弛张有度”的方法，将不会出现伤痛数年的现象，生活质量将大大提高。

编号：Y-10031255（修回：2010-04-19）

（上接 61 页）

3.1 患者甲，男，51 岁，于 2006 年 8 月 7 日初诊，主诉：颈肩酸痛沉重，右手臂时有麻木，头昏重，枕部闷痛，记忆力减退，反复两年余，舌淡、苔白厚腻，脉濡缓。一年前经 CT 摄片诊断为颈椎骨质退行性变，曾经牵引、西药等治疗效果不佳，按主要脉症，将该病辨证为着痹，选薏苡仁汤合蠲痹汤加减治疗（方药如前 2.3 颈椎骨质增生属着痹者），前后服药共 24 剂，症状基本消失，随访两年未见复发。

3.2 患者乙，女，48 岁，2007 年 11 月初诊，主诉：腰骶疼痛，放射到左下肢外侧，遇天气寒冷或劳累后加重，舌淡、苔薄白、脉弦紧，经 X 光摄片诊断为腰椎骨质退行性变，按主要脉证，将该病辨证为痛痹，选独活寄生汤合乌头汤加减治疗（方药如前 2.5 腰椎骨质增生属痛痹者），前后服药共 18 剂，主要症状消失，

偶见腰部绞胀，随访一年，未见复发。

4 讨论

骨质增生所导致的痹证，本质上是由于肝肾亏损、筋骨失养，六淫邪气中的风、寒、湿三气乘虚而入，与体内湿气相合，留宿关节筋骨，气血闭阻，经络不通而致病害发。正如《济生方·痹》所说：“皆固体虚，腠理空疏，受风寒湿气而成痹也”。治疗上除驱风除湿，逐寒宣痹外，更要注重补肝肾扶正气，如《医宗必读·痹》所说：“治外者，散邪为急，治藏者养正为先”。中医治疗该病是在改善骨质退变的同时，以祛除风寒湿邪，宣通经络气血，以达到改善或消除临床症状为最终目的。

编号：EA-100329215（修回：2010-04-0-11）

药品生产经营监管工作计划发布——重点加强疫苗和基本药物监管

4 月 8 日，国家食品药品监督管理局公布《2010 年药品生产监管工作计划》和《2010 年药品经营监管工作计划》，要求强化对基本药物、高风险药品和疫苗生产、经营的监管。

国家食品药品监督管理局将会同卫生部疾病预防控制部门，组织开展人用狂犬病疫苗、麻疹疫苗和乙肝疫苗的专项检查。

计划要求，各地药监部门要结合辖区内基本药物生产的实际情况，全面落实属地监管责任，对每家基本药物生产企业每年至少进行 2 次监督检查；强化经营环节基本药物监管，建立基本药物配送单位档案和日常监管档案，对基本药物配送企业、零售企业和医疗机构的监督检查做到全覆盖、无遗漏。

按照计划，药监部门将监督药品生产、经营企业完善企业质量保证体系；组织专家对药品生产企业开展风险评估，消除药品生产质量隐患，对高风险类药品生产企业每年至少进行 2 次监督检查。

计划还要求，统筹开展 GMP（药品生产质量管理规范）、GSP（药品经营质量管理规范）认证，推进药品经营环节电子监管码实施工作；加强药品使用环节的监督管理，强化药品不良反应监测和再评价工作；继续抓好中药注射剂再评价工作。

（王乐民//健康报）

老年哮喘的中医治疗

Treating old asthma in TCM

池少明

(广东省大埔县中医医院, 广东 梅州, 514200)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0064-02 证型: AGDI

【摘要】 目的: 观察中药治疗支气管哮喘的临床疗效。方法: 90例老年支气管哮喘患者随机分为治疗组45例及对照组45例, 治疗组用中药治疗, 对照组则用头孢氨苄胶囊、氨茶碱、地塞米松口服治疗, 1周为1疗程。观察2组的临床症状、体征、不良反应和再次发作的时间等情况。结果: 治疗组、对照组的有效率依次为88.9%和73.3%, 治疗组无明显不良反应, 且下次发作的时间要长于对照组。以上差别有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 中医治疗哮喘, 可消除患者对激素、氨茶碱等药物的依赖性, 减少其不良反应, 降低其复发率, 其疗效更稳定, 更可靠, 值得临床大力推广。

【关键词】 老年支气管哮喘; 中医治疗; 疗效分析

支气管哮喘是一种由嗜酸性粒细胞、肥大细胞及多种炎性介质参与的反复发作的喘息、呼吸困难、胸闷和咳嗽的气道慢性炎症性及气道高反应性(BHR)为特征的疾病。因其病程长, 且反复发作, 患者长期应用多种抗生素、平喘药和糖皮质激素, 治疗效果不太理想, 还伴不良作用。我院自2005年7月~2008年7月期间, 用中药辨证治疗支气管哮喘发作期患者90例, 取得了满意的疗效。本文就中药治疗支气管哮喘的疗效进行了探讨, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所选病例, 年龄55~89岁, 病程1~23年, 其中治疗组45例, 男23例, 女22例, 年龄57~85岁, 平均年龄67岁; 对照组45例, 男21例, 女24例; 年龄55~89岁, 平均年龄71岁。2组间在年龄、性别等方面差别无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 按照中华医学会呼吸病学会2001年颁布的西医诊断标准^[2]。

1.2.2 按照《内科学》排除了伴阻塞性肺气肿、肺源性心脏病和哮喘急性发作的危重病例。排除年龄在<55岁及未完成疗程患者。

1.2.3 中医辨证分类标准根据《中医内科学》^[3], 按照其病因的性质、痰色、恶寒以及舌脉等情况, 分为: 实证(哮喘发作期)、虚证(哮喘缓解期)、虚实错杂(哮喘持续状态)。

1.3 治疗方法

1.3.1 一般地说, 在哮喘发作期以实证为主, 而哮喘缓解期以虚证为主。故发作期以攻邪为急; 缓解期以扶正为主。治疗组: ①治疗哮喘基本方: 麻黄5g, 杏仁10g, 地龙10g, 全蝎3g(研末冲服), 川芎10g。方解: 麻黄宣通肺气, 解表散寒; 杏仁通降肺气, 化痰润燥。二药相伍, 一宣一降以助肺气宣降之职。地龙、全蝎、川芎为经验用药, 奏解痉活络平喘之功。②临床分型论治: A 实证(哮喘发作期): a 痰热内壅: 以发热, 咯痰色黄, 粘稠不利, 舌苔黄腻为特点。基本方加黄芩、川贝、葶苈子。热甚者, 加生石膏。痰量甚多者, 加莱菔子、苏子、全瓜蒌。痰浊粘腻, 不易咯出者, 加海浮石、生蛤壳。b 肺有燥热: 以咽干舌燥, 咽痒频咳, 痰少不利, 舌红少津为特点。基本方加北沙参、麦冬、玉竹、桑白皮。c 内伏寒饮, 复感寒邪, 以痰液清稀而量多、恶寒为特点。基本方加桂枝、干姜、细辛、五味子。B 虚证(哮喘缓解期): 本证不用麻黄。a 肺脾气虚: 以气短, 语声低微, 懒言纳呆, 舌淡苔黄为特点。基本方加黄芪、党参、白术、功劳叶。b 气阴两虚: 以气短懒言, 心悸, 舌质嫩红少苔为特点。基本方加黄芪、党参、沙参、麦冬、冬虫夏草、仙鹤草。c 肾虚虚损: 以畏寒肢冷, 脉沉迟弱为特点。基本方加附片、紫河车、肉桂、紫石英、沉香。c 肾阴不足: 以五心烦热、体瘦、气短、舌红少苔为特点。基本方加生熟地、女贞子、核桃肉、五味子、沉香。C 虚实错杂(哮喘持续状态)。a 肺虚

胃实：肺脾气虚证兼见胃胀或痛，大便不畅。可在肺脾气虚方基础上加苏子、苏梗、瓜蒌、半夏、枳壳、三仙。b 肾虚表实：肾虚兼外感者，以肾虚方为基础，肺热加麻黄、黄芩、葶苈子；肺燥加生地、沙参、麦冬、玉竹；肺中伏饮加干姜、细辛、五味子、麻黄。

1.3.2 对照组 45 例，口服头孢氨苄胶囊，0.5g/次，3 次/d；地塞米松片 0.75mg/次、3 次/d，5d 后减量；氨

表 1 两组疗效和疗程比较

组别	例数	第 1 疗程			第 2 疗程			第 3 疗程		
		显效	有效	无效	显效	有效	无效	显效	有效	无效
治疗组	45	3	6	36	10	12	18	2	6	14
对照组	45	6	8	31	6	8	17	4	6	11

表 2 两组不良反应比较 (例)

组别	恶心	呕吐	胃部不适	心律失常	失眠	烦躁
治疗组	1	0	1	0	0	0
对照组	5	3	5	2	4	4

表 3 随访 1 年中，2 组患者复发间隔时间比较 (例)

组别	0~3 个月	4~6 个月	7~12 个月
治疗组	1	2	4
对照组	4	6	12

本次治疗结果：治疗 3 个疗程后统计疗效，治疗组总有效率为 88.9%，对照组为 73.3%。在第一疗程结束时，对照组的有效率高于治疗组，说明对照组起效快，但 3 个疗程结束后，治疗组的疗效高于对照组；跟踪随访 1 年，观察患者经本次治疗后，再次发作的间隔时间，治疗组在 1 年内复发率低于对照组，且间隔时间要长。

3 讨论

哮喘是因肺腑功能失调或者虚弱，复因外邪、情志、淤血等触发内伏之宿痰，引起痰气相搏，气道痉挛而导致的发作性痰鸣气喘疾患。临床上通常发作时哮喘有声，呼吸急促，甚则喘息不能平卧。慢性的气道变态反应性炎症是哮喘的本质，是临床症状及气道高反应性的基础，贯穿于哮喘的始终。

中医对哮喘的研究始于《内经》，有“肩息，喘息”等症状记载。对现代影响较大的是《景岳全书》，其中“喘有夙根，遇寒即发，或遇劳即发者”它指出哮喘的病因是肺有痰湿停聚，再加外感风寒，饮食不节导致痰阻气道，肺失和降，肺气上逆而产生痰鸣气喘。现代中医认为哮喘的属于发作性痰鸣气喘疾患，发作时喉中有声，呼吸困难，甚则喘息不能平卧，因哮必兼喘，故称哮喘。现代医学认为哮喘是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞的喘息，呼气性呼吸困难、胸闷或咳嗽等症状^[3]。哮喘是一种常见呼吸道疾患，可发生在各个年龄组的人群，严重影响着患者生活质量，尤其是老年人。

茶碱片 0.1g/次，3 次/d。1 周为 1 个疗程。

1.4 疗效评判标准：治疗 1~3 个疗程后分析其疗效。显效：咳喘症状消失，双肺湿啰音消失；有效：咳喘症状有所改善，双肺仍伴一些湿啰音；无效：咳喘症状、体征无明显减轻。

2 结果

治疗前后观察指标的变化，具体数据见表 1~3。

故了解哮喘本质，合理诊治及预后等方法选择至关重要。坚持长期抗炎、消除气管高反应性，减少对气管特异性及非特异性刺激，是防治哮喘的根本。哮喘的特征：一是反复发作的喘息、呼吸困难、胸闷和咳嗽，尤在夜间和（或）清晨明显。二是：咯痰出在某些哮喘急性发作后或伴慢性持续性哮喘的病人。

二者的比较，中医是一门反应哲学思想指导以实践为主的学科，故对哮喘的定义以症状为主，将哲学思想体现在病因病机上；现代医学则以科学实验为基础对其进行定义在治疗上，中医强调治疗原则为“急则治其标，缓则治其本”，但现代医学中则治疗期分为急性期及缓解期。在哮喘急性期发作期，中医以虚实辩证为原则，多数属实证，仅一些病情危重伴器官功能衰竭的划分为虚证，中医认为久病则虚；并在此基础上分为寒哮、热哮。所有观察病例均处于发作期，以实喘为主

本文研究表明中医辩证治疗哮喘，可消除患者对激素、氨茶碱等药物的依赖性，减少不良反应的发生，降低复发率，其疗效稳定可靠。

参考文献：

- [1]张伯臾.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1988:59-64
- [2]中华医学会呼吸病分会.支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义,诊断,治疗,疗效标准及教育和管理方案)[S].中华结核及呼吸杂志,1997,20:261-267
- [3]内科学第 5 版[M].北京:人民卫生出版社,2002:23-26

编号：EA-100310170 (修回：2010-04-12)

李秀亮教授治疗小儿厌食经验简介

Experience for Lixiuliang professor treating infantile anorexia

张 波

(成都中医药大学, 四川 成都, 610075)

中图分类号: R72 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0066-02 证型 AGD:

【摘要】 李秀亮教授从事临床研究四十余年, 对于小儿常见病疑难病有深入研究, 在治疗小儿厌食方面有丰富的临床经验, 认为饮食积聚, 脾胃功能失调, 久则耗伤脾胃气阴, 治当先消后补贯穿始终。

【关键词】 小儿厌食; 名老中医经验; 李秀亮

1 病因, 病机

消化系统疾病在儿科病中占有很大比例, 其中厌食在小儿消化病中尤多见。而小儿生长发育, 全赖后天脾胃生化气血以奉养生身。《内经》云: “中焦受气取汁, 变化而赤是谓血”。脾胃健, 气血旺, 机体所需营养丰富, 自然生长发育旺盛。因此, 厌食病证严重地影响到小儿身体健康, 常因此而发生营养不良, 免疫力下降。病人家属特别关注。

小儿厌食是小儿常见的脾胃病常见证, 以长期食欲不振, 厌食拒食为特点。其中积滞和厌食又有所区别, 积滞者, 有明显食积之证, 厌食者长时不食也, 多为饮食喂养不当, 造成脾胃功能紊乱性疾病。前者为实证多见, 后者为虚实兼有。由于喂养不当, 饮食失节而至脾胃失和, 日久可发展为疳证, 即营养不良等证。本病以1~5岁为多见, 城市儿童发病率较高, 发病无明显季节性, 但以夏季暑湿时令, 可使症状加重。

李秀亮教授依据多年临床经验认为, 厌食症的病因当责之于饮食积聚中州, 聚而不化, 停而不去; 其病机当为饮食积聚, 脾胃功能失调, 久则耗伤脾胃气阴。现在的父母多为一个小儿, 对小儿喜爱尤胜, 再加之当下人民生活水平大幅度提高, 物质生活尤为富足, 小儿所喜的食品琳琅满目, 数不胜数。家长关爱之心切, 使小儿喂养多而杂, 再加之小儿饮食不能自调, 冷暖不能自知, 所喜食之物尽性而咽; 小儿生理本为脾常不足, 运化功能差。加之稚阴稚阳之体, 成而为全, 全而未壮, 岂胃小容物不多, 易被饮食所伤。饮食过度, 使其脾胃负担加重, 功能紊乱。久为厌食。《张景岳医学全书》云: “饮食自倍肠胃乃伤”。《内经》云: “蒸气而久物化之常, 气蒸而久夭之由也”。可见

当下父母喂养小儿方法实乃欠妥, 真是以其爱反成其害也, 可悲乎, 可叹乎, 可反思乎。

2 治疗经验

李秀亮教授以中西医理论为基础, 思考小厌食致病独特机理和其小儿脾胃生理功能后, 结合多年临床经验, 确立以初期消食导滞, 后期补益脾胃气阴, 先消后补贯穿始终的治疗原则。古人曰: 新积疼可移者, 易已也, 积不痛, 难已也。夫饮食之积, 必用消导, 消者, 散其积也, 导者行其气也。脾虚不运则气不流行, 气不流行, 则停滞而为积。或作泻痢, 或成癥痞, 以至饮食减少, 五脏无所资禀, 血气日愈虚衰, 以至病困者多也。故必消而导之, 轻则和解常剂, 重必峻下汤丸。盖浊阴不降, 则清阳不升, 客垢不除, 则真元不复。夫食者, 有形之物也, 伤之则宜损其谷, 其次莫若消之, 消之不去则攻之。若积因脾虚者, 不能健运药力者, 和消补并行, 和补多消少, 和先补后消, 洁古所谓养正而积自除。《内经》云: “正气存内邪不可干, 邪之所凑其气必虚; 邪之所在皆为不足”。急者治其标, 缓者治其本也。消导者先去其肠胃饮食之积, 正符合六腑以通为用的原则。《内经》云: “成败倚伏乎动, 动而不已, 而变作矣, 出入废, 则神机化灭, 升降息, 则气立孤危。故非出入, 则无以成长壮老已, 非升降, 则无以生长化收藏。是以升降出入, 无器不有”。厌食病人出现口臭, 腹胀, 夜卧不安, 大便量多而臭, 舌苔黄厚腻时, 师观之为食积之征, 此为有入无出也, 当用消导之法, 枳实消积散加减为主方, 其方药以山楂, 建曲, 炒麦芽, 以消其肠胃难化之食, 更以消导双功的隔山撬, 鸡内金, 莱菔子助其运, 再以枳实, 厚朴, 槟榔, 青皮, 陈皮, 大腹皮, 以行其气助其运, 以达促进胃肠蠕动之效, 二者相合使其多

而不化之食可去，化而不去的食可除；食积久多有食积生热，在上法基础上辅以轻清积热之胡黄连，而此时胡黄连用之尤轻，导师常言此热为食积所化，积去热也消，胃喜清凉脾喜温，清热药不易太过，而图损其脾阳，影响到脾胃的运化功能，再配以芳香醒脾之五香虫，藿梗，砂仁等。如大便干结着可予以酒军以下其积。如病人因积热伤阴出现纳差，口干口渴，大便干，舌红，少苔脾胃阴虚者，予以益胃汤加乌梅，生山楂，生麦芽，生谷芽之品以养阴益胃。如大便干结者可用增液汤和火麻仁，郁李仁之品，以其增液行舟。根据胃为多气多血之脏，久病入络，而辅以行气活血消积之品，如消痞理脾之计，方药在前方加入行气活血开其络而兼其消积之功三棱，莪术之品，以助其血液运行。正如经云，经脉者能决死生，处百病，调虚实，不可不通也。在消导去其肠道之积后，病人舌苔退，口臭减轻后用以补虚之六神汤，以太子参，炒白术，炙甘草以补其脾气，而以扁豆，淮山药以运其脾，而与以之山楂，建曲，麦芽等消食助胃以纳，而再以气药五香虫，砂仁等醒其脾，以使补而不滞。

导师在临床多年运用上法治疗许多小儿厌食证，疗效显著。导师常言脾以温运为主，健脾在于运脾，运脾在于理运结合，小儿胃小其蠕动慢，常为食积所伤，脾气得运则津液得布，蠕动增加，而积滞随去。如此不怕小儿食欲不开，体制不健也。

3 典型病案

患者甲，男，6岁5月，2009-06-15初诊，小儿面色黄，家长诉小儿口臭，卧不安，梦魇，大便稍干，长期食欲不振。诊断为：厌食。西药治疗不明显，具体用药不详，其它医生处予以香砂六君等治，厌食不见好转。李教授认为此当为，饮食积聚中州，聚而不化，停而不去。久病脾气受损，虚实错杂。病机虽明，但治疗当有先后，治疗与攻补之间，当治以先攻后补为治，攻者去其肠道之积也，积去肠道功能易复，运化始开，出入复，神机开，方可运化纳药。药用：枳实 15g、厚朴 12g、青皮 10g、陈皮 10g、胡黄连 3g、焦楂 15g、建曲 15g、炒麦芽 15g、莱菔子 15g、隔山撬 15g、鸡内金 12g、三棱 3g、九香虫 10g、甘草 6g。5 剂，水煎服，嘱家属 1 日一剂，分三服，每次服 60ML，嘱患儿一周后带原处方复诊。一周后家长述患儿食欲有所增加，但仍然比同年龄小儿差，面黄乏华，口臭，卧不安有所减轻，舌红，苔黄稍腻，脉滑。此时在上方的基础上，稍加以芳香醒脾的砂仁 5g，其他药不变，第 2 周复诊时食欲大增，此时李教授治之以补气健脾

为主，佐以消食助运之品，处方：太子参 15g、炒白术 10g、茯苓 15g、淮山药 15g、扁豆 15g、建曲 15g、炒麦芽 15g、莱菔子 15g、焦山楂 15g、炙甘草 6g。而后依此治则加减续服。至就诊以来，患儿共服药 1 月，服药期间食欲增加，面色红润。随访至今饮食堪佳。

按语：脾主运化，胃主受纳，脾胃互为表里，六腑以通为用的原则下，李秀亮教授采用先消导其积，其体现六腑以通为用的原则，使其调达脾胃之气机，从而恢复脾胃之功能；中后期再加以补气健脾之品以助其运，从而达到纳运健，脾胃功能协调，共复后天生发之机。而常用之要药紧扣病机，所用之药或具“行气运脾”之功，或兼具“健脾醒脾”之效。

其“运”者，转其脾胃枢机也，如枳实、厚朴、青皮、陈皮等为行气助运之品，其可散气结，又可破其滞气，消导其食积，或加用三棱，莪术之品以行气消结散淤之品。《本经》：“枳实，性味苦辛微寒，归脾胃大肠经”。《本草图经》：“青皮：性味苦辛温，归肝胆胃经；主气滞，下食，破积结及膈气，治胸膈气逆”。

《本草纲目》：“陈皮，性味辛苦温，归肺脾经，苦能泻能燥，辛能散，温能和。其治百病，总是取其理气燥湿之功，同补药则补，同泻药则泻，同升药则升，同降药则降。疗呕哕反胃嘈杂，时吐清水，痰痞，大肠闭塞”。《本草纲目》：“山楂，性味酸甘微温，归脾胃肝经，化饮食，消肉积，痰饮，痞满吞酸，滞血痛胀”。《本草纲目》：“莱菔子，性味辛甘平，归脾胃肺，下气定喘，治痰，消食除胀，利大小便，止气痛，下痢后重，发疮疹”。《本草再新》：“太子参，性味甘微苦平，归脾肺经，治气虚肺燥，补脾土，消水肿，化痰止渴”。《本草纲目》：“淮山药，性味甘平，归脾肺肾经，益肾气，健脾胃，止泄痢，化痰涎，润皮毛”。李秀亮教授谨守病机，灵活化裁于临床，因而于临床屡屡收效。

参考文献：

- [1]胡亚美,江载芳.实用儿科学第7版[M].人民卫生出版社,2002
- [2]李志庸,张景岳医学全书第1版[M],中国中医药出版社,2005.10.1075-1076
- [3]苏树蓉,中医儿科学,人民卫生出版社第1版[M],2007.1.79-81
- [4]李时珍著,张守康校第1版[M],中国中医药出版社,1999.5.884-885
- [5]杨进,中医经典必读白话解[M]湖南科学技术出版社,2007.1.19,35

作者简介：

张波(1978-),男,2010年7月毕业于成都中医药大学,职务儿科医师、职称无、专业特长肺脾疾病。

编号：E-9121546（修回：2010-04-11）

小儿咳喘的治疗经验

Treating experience for pediatric cough and asthma

丛 鹏¹ 黄慧琳² 房莉萍¹ 陈 璐¹

(1.广州医学院第三附属医院, 广东 广州, 510150;

2.广州市荔湾区中医院, 广东 广州, 510140;

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0068-01 证型: GDIA

【摘要】 咳喘是儿童常见的疾病之一, 多伴有痰多、喘息、流涕、鼻塞、打喷嚏等症状, 且较为难治疗, 易复发, 每逢春秋易发。小儿本是肝木之体, 属于体阴而用阳, 当儿童肝木用太过, 便成金体强, 而用弱。笔者临床多用小青龙汤重用五味子, 二陈汤重用乌梅取得较好的疗效。

【关键词】 儿童 咳嗽 中医治疗

咳喘是儿童常见的疾病之一, 也是较为棘手难治的疾病。临床多伴有痰多、喘息、流涕、鼻塞、打喷嚏等症状, 或有常出现皮疹等过敏的症状。临床医生称他(她)们为过敏体质。或认为和遗传有关。这类儿童多有体质偏胖, 肤色略白, 汗多, 胃口较好。入睡容易, 但睡不安稳。且较为难治疗, 易复发, 每逢春秋易发。为什么会有这个特点呢?

首先小儿本是肝木之体, 身体各部分都处于生长发育的快速时期, 而身体本身却是比较幼小, 还不够强大, 机能尚弱但生机旺盛, 属于体阴而用阳(身体幼小而发育成长迅速)。这是儿童的正常属性特点。而当儿童肝木用太过, 便化火而成肺金。便成金体强, 而用弱。即金气不降; 木体弱而用强; 就是身体肥胖, 胃口好, 食欲强, 食后经脾胃运化吸收后化为形而存于体为肉, 开始长肉, 但后来随反复不断的化形长肉, 形体开始肥胖, 最后到阳不能化阴, 发病了。而春秋季节也正是木金二气当令之时, 更易加重以上情况而发病。

首先, 食欲好, 吃很多, 脾胃不能运化, 就有胃胀, 食积, 呕吐, 接着又有些精气经脾胃运化, 上输于肺, 而身体已经过剩了, 便不能利用, 存于肺中, 肺主皮毛, 皮毛得肺之布津, 方能濡润; 肺开窍于鼻, 鼻受肺之精气方能嗅, 今肺之精气太过, 在肺中化痰, 在鼻中则化涕, 在皮毛化为汗。精气拥塞于则鼻塞气不通, 而精气欲出于鼻, 则有喷嚏鼻涕多; 精气拥塞于肺, 则肺之气道不通, 而精气欲出于肺, 则有咳嗽气喘痰多; 精气拥塞于皮毛, 则皮毛不通, 而精气欲出于皮毛, 则有皮疹瘙痒汗多; 现在机理已经阐述的很清楚了, 下一步需要临床验证。

拿权威仲景的《伤寒论》为例, 为什么小青龙汤

用五味子, 再拿临床常用的《局方》二陈汤为什么用乌梅, 我想不用解释, 根据上面的理论也可以解答了。笔者临床有深刻的体会; 现将具体情况汇报如下:

患者甲, 女, 1.8岁, 就诊时表现, 面白, 略胖, 掌略红, 活泼, 聪明, 好动, 易兴奋, 语声急促迫切, 口中有食物不消化的气味, 脉较快或促, 掌热, 汗多, 常因喘咳、发热、惊厥入院。临床治疗非常棘手, 西医几乎是束手无策。只有用王牌一激素及抗生素治疗, 也无能为力, 后告知家属是先天遗传问题。家属只能暗自垂泪, 而经笔者中医治疗, 竟取得意想不到的结果, 笔者只不过就是用了二陈汤原方而已。或加重乌梅的用量, 便得到意想不到的疗效。其实这里也蕴含了脾为生痰之源, 肺为储之器的道理。也很好的解释了上面所说的道理。

患者乙, 男, 4岁。发病时见四诊如下: 形体偏胖, 面色白, 活泼, 好动, 性格急躁, 易激动。反应灵敏, 汗多, 常有流鼻涕, 打喷嚏, 后越来越重, 发为喘咳, 呼吸不顺, 经多方治疗不好。笔者先用小青龙汤原方比例先以五味子 6g, 有些疗效, 但不够理想, 后加大五味子到 20g, 疗效及极其明显。

从以上病例, 笔者体会到了这些辛中用酸的原因或道理, 更体会到五行的变化, 了解仲景的用意。水谷之精, 上聚于肺中, 或皮毛、或肌表, 停而不能变化为其所用, 故而成痰、成涕、成汗、成水。表现出以上症状, 发为各样肺金系疾病, 故用辛温以行之散之, 用以化水, 而佐以酸收, 收肝木之火, 使水无所生。治其化源。以求根本, 方为妙法。这是本人的理解, 不对之处请予以斧正。

编号: EA-100310169 (修回: 2010-04-12)

腹腔镜下筋膜交通支结扎术 导致广泛皮下气肿 1 例原因分析

Analysis of 1 case of communicating branch of laparoscopic ligation of fascia lead to extensive subcutaneous emphysema

刘惠玲 张丽萍

(甘肃省中医院, 甘肃 兰州, 730050)

中图分类号: R61 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0069-02 证型: AGB

【摘要】 探讨腹腔镜手术发生皮下气肿的原因, 处理方法及预防措施, 术前认真查看病人情况及必要的体格检查, 发生皮下气肿时立即停止手术, 可采取吸入高浓度氧气, 粗针头穿刺排气, 严重是可静滴碳酸氢钠等方法处理。吸取经验教训, 做好必要的预防措施, 避免皮下气肿的发生。

【关键词】 腹腔镜; 静脉曲张; 皮下气肿; 原因

下肢大静脉曲张多发生于从事持久站立工作, 体力活动强度高或久坐少动之人, 其主要原因是静脉壁软弱, 静脉瓣缺陷以及浅静脉内压力升高, 目前的治疗方法主要是大隐静脉高位结扎及剥脱术; 但此方法无法将交通静脉剥脱, 因而交通静脉功能不全则成为术后复发的重要因素。1985 年德国的 Hauer 首先将腹腔镜技术引入治疗下肢静脉疾病, 经过多年技术的不断改进, 目前已广泛应用^[1]。我院自开展此项手术以来, 疗效满意, 术中曾发生经腹腔镜下筋膜交通支结扎术导致广泛皮下气肿 1 例, 经治疗后恢复, 无并发症。

1 临床资料

患者甲, 男, 52 岁, 因双大隐静脉曲张伴双下肢静脉性溃疡入院, 完善检查无手术禁忌症, 在连续硬膜外麻醉下行左下肢经腹腔镜筋膜下交通静脉结扎术及大隐静脉高位结扎剥脱术, 硬膜外麻醉后, 病人取头低足高位 (15°), 在胫骨粗隆下 10cm, 胫骨内侧 4cm 处作 1cm 横切口 A, 钝性分离皮下脂肪组织, 深筋膜作 0.8cm 切口, 在深筋膜下向远端及内侧用组织剪钝性分离一定空间, 置入 1cm Trocar 及镜头, 导下置入另一个 1cm Trocar, 此孔系主操作孔。用拨棒钝性分离深筋膜下的疏松组织, 遇小交通支用电凝。手术开始 30 分钟后, 病人自述胸部压迫较重, 呼吸困难, 浑身难受。麻醉师发现病人颜面潮红, 胸腹部及颈部有广泛捻发感, SpO₂ 从 100% 下降至 95%, 血压也由 140/70mmHg 增高到 170/85mmHg, 且加深麻醉无效。检查气管导管、钠石灰、呼吸机等, 均无异常, 随提

醒术者发生皮下气肿, 故立即停止 CO₂, 退出腹腔镜, 结束手术, 同时予以气肿明显部位用针头戳孔, 同时皮肤揉按, 10 分钟后压迫症状缓解, 急查血气分析未见明显异常, 继续完成手术。病人三天后皮下气肿基本消退, 术后恢复良好。

2 讨论

皮下气肿是腹腔镜手术中常见的并发症, 以往报道多为腹腔内手术中建立气腹后导致皮下气肿, 而经腹腔镜筋膜下交通静脉结扎术导致广泛皮下气肿则少有报道, 分析其原因可能为: ①皮肤切口小, 而病人皮下筋膜组织疏松^[2]; ②CO₂ 压力过高; ③持续供入 CO₂ 气体时间过长; 以上均可使 CO₂ 气体沿疏松的皮下组织向上蔓延至胸腹部, 导致广泛皮下气肿的发生。皮下气肿发生后应立即停止 CO₂ 供气, 发现皮下气肿后, 即用 5% 碳酸氢钠 100ml 静滴, 用粗针头在气肿处多点穿刺排气, 同时进行过度通气 (10~15ml/kg) 加快呼吸频率 (15~20 次/min), 提高吸入氧浓度。同时术者与麻醉师同时用手向切口方向挤压排气, 及早停用麻药监测生命体征, SPO₂ 及呼吸情况, 必要时可做血气分析, 发现及时一般不会造成严重后果, 皮下气肿可在数日后自行消退。

3 护理

在行腹腔镜下筋膜交通支结扎术时, 皮肤切口不宜过小, 以有利于在 CO₂ 压力过高的情况下, 使 CO₂ 气体排出体外; 避免手术时间过长; 术前可于大腿处 (下转 71 页)

温针灸治疗尿道综合征的临床观察

Clinical observation on treating urethral syndrome by warm needling method

迟 旭 鞠琰莉

(北京大学深圳医院, 广东 深圳, 518036)

中图分类号: R245.31⁺5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0070-02 证型: AGD

【摘要】目的: 观察温针灸对尿道综合征患者主要症状的影响及疗效。方法: 将尿道综合征患者随机分为治疗组 30 例和对照组 20 例。治疗组采用温针灸治疗, 对照组采用口服西药治疗。结果: 两组总有效率有明显差异 ($P < 0.05$) 结论: 温针灸治疗尿道综合征疗效明显优于西药。

【关键词】 尿道综合征; 针灸治疗; 温针灸; 临床观察

尿道综合征 (US) 是指有下尿路刺激症状, 包括尿频、尿急、尿痛及耻骨上不适等, 但无明显膀胱尿道器质性病变及菌尿, 泌尿系检查常无异常的一组症状群, 又称无菌型尿频—排尿不适综合征。该病多发于中青年妇女, 所以常称为女性尿道综合征 (FUS)。笔者采用温针灸治疗尿道综合征 30 例取得了良好的疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料

50 例患者来源于本院康复科门诊, 均为女性。年龄最小 24 岁, 最大 60 岁, 平均病程最长 15 年, 最短 5 个月, 平均 3.4 年。以上患者随机分成治疗组 30 例, 对照组 20 例, 两组病人在年龄、病程以及临床表现等方面无明显差异, 具有可比性。

1.2 纳入标准

参照国际尿控协会 (ICS) 标准: ①具有主症尿频、尿急和排尿不畅; ②排除下尿路感染、肿瘤、神经原性疾病及外伤等引起的排尿功能障碍; ③治疗期间仅接受针刺疗法。

2 治疗方法

2.1 治疗组:

取穴: 中脘、天枢、气海、关元、曲骨、足三里、三阴交、足运感区、百会、四神聪。

操作: 常规消毒后, 用 0.3mm×50mm 不锈钢毫针进针。足运感区、百会、四神聪, 以快速捻转手法刺激达 1min 后留针。针刺曲骨穴时针感要放射到会阴部。除足运感区、百会、四神聪, 其余穴位得气后在柄上插约 2cm 长的清艾条, 点燃, 待艾条燃尽 (约 20min) 后再灸 1 壮, 3 壮燃尽后拔针。其中为防止烫

伤皮肤, 在施术腧穴皮肤上衬垫厚纸片。每日温针 1 次, 10 次为 1 个疗程。

2.2 对照组: 托特罗定片 2mg, 每日 2 次口服。

3 疗效观察

3.1 观察指标

临床症状积分评价: 参照国际尿控协会排尿障碍症状评分表 (I-PSS)。

生活质量评估^[1]: 参照国际尿控协会推荐的生活质量评估表 (WHO, 巴黎, 1994)。

3.2 疗效标准

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》制定。痊愈: 临床主要症状消失, 生活质量评分为 0~2。显效: 临床主要症状基本消失, 治疗后总评分较治疗前减少 2/3 以上, 生活质量评分为 3。有效: 临床主要症状部分消失, 治疗后总评分较治疗前减 1/3~2/3 之间, 生活质量评分为 3。无效: 临床主要症状存在, 治疗后总评分较治疗前减少 1/3 以下, 生活质量评分为 4 或以上。

3.3 治疗结果

表 1 两组临床疗效比较例 (%)

分组	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	20	2 (10)	3 (15)	5 (25)	10 (50)	10 (50.0)
治疗组	30	7 (23.4)	12 (40)	10 (33.3)	1 (3.3)	29 (96.7)

注: 经统计学处理, 两组总有效率之间有显著差异, 治疗组疗效明显优于对照组。

4 讨论

西医认为, 本病的发生可能与大脑皮层对排尿中枢的抑制作用失调有关。足运感区相当于旁中央小叶在头皮表面投影区, 旁中央小叶是尿便中枢。针刺足

运感区达到一定强度后能透过颅骨作用于旁中央小,即尿便的大脑中枢,从而达到了调节皮层尿便中枢功能的作用。气海、关元、曲骨位于腹部,针刺后其神经冲动传人 T₁₂~L₄, 此段脊髓发出支配膀胱逼尿肌的腹下神经,并且该处针尖直抵膀胱周围的筋膜、韧带及膀胱壁,调节分布于其上的副交感神经纤维。多数学者认为 US 患者多有心理因素,百会、四神聪可改善紧张焦虑的情绪,缓解膀胱及尿道平滑肌的痉挛。因此,针刺直接或间接刺激了排尿的大脑中枢以及控制尿道和膀胱的周围神经,从而协调了膀胱逼尿肌和尿道括约肌,调整了膀胱的贮尿和排尿功能,达到缓解症状的目的。

本征中医属于“淋证”范畴。由于肾气虚惫,下元不固,命门火衰,不能鼓舞膀胱气化,从而影响三焦的水液运行,导致水道通调受阻。中脘正当胃腑中间,为手太阳、少阳、足阳明、任脉之会,又为六腑之会,胃之募穴。其功能是助胃消化水谷,温通腑气,升清降浊,调理中州之气机。足三里为足阳明胃经之

合穴。中脘与足三里相配伍,调中益气、升清降浊、调理肠胃及气血。天枢为足阳明胃经腧穴,大肠之募,腹气之街。其功能是分理水谷之糟粕,消导积滞,调益脾气。气海又名丹田或丹灶,生发元气,蒸动气化,以助运化之机,且能通调任脉,温固下元。气海与天枢相配能协同振奋下焦之阳气。气海与中脘相配能助其益气升阳之功。曲骨为任脉腧穴,补肾、止带利。三阴交为治疗泌尿生殖器疾病的要穴,调理脾胃,分利湿热。配合关元、气海调理任脉,理气和血。足运感区、百会内秉督脉,外敛膀胱之经气,使阳气启动,膀胱守职。温针灸具有温阳补气活血的作用。全方结合温针灸共奏健脾补肾,固摄下元,温阳利水,活血行气止痛之功。

参考文献:

[1]蒋先镇,邓素雄,何乐业等.1-PP 和 UFR 对女性排尿行为的临床评价[J].中华泌尿外科杂志,1998,19(4):233-235

编号: EA-100324195 (修回: 2010-04-08)

(上接 69 页)

系止血带,可防止 CO₂ 气体向上蔓延。以上方法可有效的防止皮下气肿的发生。

预防严重皮下气肿,不要设定过高的压力。年老、瘦体型及皮下组织疏松的患者 CO₂ 压力 20mmHg 以下,术中防止气腹针滑入皮下组织。手术中密切观察患者的生命体征。尤其是心率和血压。无法解释的血压升高,心率持续升高要考虑到高碳酸血症的可能。巡回护士经常检查患者的上肢,颈部及颜面部是否有皮下气肿形成,做到尽可能早发现、早处理。

参考文献:

[1]HAUER G1Endoscopic subfascial discussion of perforating veins - preliminary report[J].1Vasa,1985,14(1):59-61

[2]常爱霞.腹腔镜手术发生广泛性皮下气肿的防范[J].河南外科学杂志,2006,12(2):101

[3]代雪梅,刘合军,李军,等.麻醉期间广泛皮下气肿的处理[J].四川医学,2005,26(7):773

[4]刘春兰.腹腔镜胆囊切除术并发严重皮下气肿 3 例原因分析及观察.中华现代护理学杂志,2008,5(12)

编号: E-9110307 (修回: 2010-04-13)

中医药信息技术对口支援将加强

4月1日在江苏省无锡市召开的全国中医药信息化经验交流会透出信息,我国将加强信息技术对口支援,力争“十二五”前全国省级三甲中医医院 100%实现医院数字化,县级中医医院 50%实现医院数字化。

据悉,“十一五”期间,中医药信息化建设取得了较大成绩。北京等 11 个省市中医药管理部门分别建立了独立的官方网站。有 4 所中医药大学和中国中医科学院广安门医院建立了数字图书馆,北京市中医管理局、山西中医学院等将现代信息技术与传统博物馆相结合,建立了中医药数字博物馆,实现了中医药资源的有效共享。中医药信息资源开发与标准研究不断推进,已制定和公布 27 项国家标准、中医病证诊断疗效标准等 209 项行业标准。

国家中医药管理局副局长吴刚在会上强调,要重点支持中西部地区,以信息扶贫为先导,积极运用远程医疗和远程教育技术功能,加强对口技术支援。

(杨丽佳 胡信诚 晓 许//健康报)

醒脑开窍针刺法加阴三针治疗遗尿症 63 例

Treating 63 cases of enuresis by orifices acupuncture and Yin three pin

孟杰 温丽娟 杨柳成 刘婉师
(广州市荔湾区中医医院, 广东 广州, 510140)

中图分类号: R245.31 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0072-02 证型: AGD

【摘要】目的: 探讨醒脑开窍针刺法加阴三针治疗小儿遗尿症的临床疗效。方法: 先用醒脑开窍法针刺, 用 1.5 寸毫针, 于人中, 内关(双)三阴交(双)各刺一针。醒脑开窍后, 用 1.5 寸毫针, 取头皮针百会五针, 即百会穴一针, 百会穴左旁开 5 分 1 针, 再左旁开 5 分 1 针, 百会右旁开 5 分 1 针, 再右旁开 5 分 1 针。沿头皮向后刺。针毕, 再针阴三针, (阴三针共分 3 穴。穴 1: 阴茎正面根部上 0.5 厘米; 穴 2: 阴茎背面根部右侧 0.5 厘米; 穴 3: 阴茎背面根部左侧 0.5 厘米。三穴成等腰三角形。如为女孩, 穴 1 可选耻骨联合正中线上 1 厘米, 穴 2、穴 3 分别为穴 1 之左右旁开 2 厘米)。辅以针刺阴陵泉(双)足三里(双), 合谷(双)。结果: 主要采取门诊随访和个别家访。在 63 例中, 痊愈 40 例, 占 63.5%, 显效 18 例, 占 28.6%, 好转 3 例, 占 4.8%, 无效 1 例, 占 3.1%, 总有效率 96.9%。结论: 醒脑开窍针刺法加阴三针治疗小儿遗尿症疗效确切, 值得临床推广。

【关键词】 遗尿症/针灸治疗; 遗尿症/醒脑开窍针刺法; 阴三针

遗尿, 俗称尿床, 系指 3 周岁以上小儿, 睡眠中小便自遗, 至醒后方觉的一种疾病。重者可每夜 1~2 次或更多, 其特点是膀胱一次排空。本病病因多与各种因素所致大脑功能紊乱有关, 但确切原因尚不清楚。现代西医学亦无理想疗法。临床上, 我们采用了先用醒脑开窍针刺法, 然后加用头皮针, 再用针刺阴三针, 最后辅以阴陵泉(双)足三里(双), 合谷(双), 取得了比较满意的疗效, 现将 63 例治疗结果总结如下:

1 临床资料

本组 63 例均为本院门诊病人, 其中男性 34 例, 女性 29 例, 年龄最小 4 岁, 最大 14 岁, 平均 8 岁, 病程最短 6 个月, 最长 10 年, 全部病例均符合遗尿的诊断标准, 并排除器质性疾病。

2 治疗方法

2.1 取穴: 内关, 人中, 三阴交, 合谷, 足三里, 阴陵泉, 涌泉, 上星, 头临泣, 百会五针(即百会一针, 百会穴左旁开 5 分 1 针, 再左旁开 5 分 1 针, 百会右旁开 5 分 1 针, 再右旁开 5 分 1 针), 阴三针(阴三针共分 3 穴。穴 1: 阴茎正面根部上 0.5 厘米; 穴 2: 阴茎背面根部右侧 0.5 厘米; 穴 3: 阴茎背面根部左侧 0.5 厘米。三穴成等腰三角形。如为女孩, 穴 1 可选耻骨联合正中线上 1 厘米, 穴 2、穴 3 分别为穴 1 之左

右旁开 2 厘米)。

2.2 操作方法: ①患者取仰卧位, “醒脑开窍针刺法”, 取穴内关(双), 人中, 三阴交(双)。手法: 内关为腕横纹上 2 寸, 两筋之间, 直刺金针 0.3~0.5 寸深, 得气后双手行小幅度提插手法约一分钟; 人中未鼻唇沟上 1/3 与中 1/3 交点处, 向上斜刺进针 0.3~0.5 寸深, 得气后行雀啄手法平补平泻手法约 1 分钟, 或者直至患者眼圈湿润为度, 三阴交为内踝尖上 3 寸, 胫骨内侧缘后方, 向后斜刺, 进针约 1.2~1.5 寸深, 得气后用提插刺法, 使患者双足连续抽动 3 次为度。留针 30min, 途中行针 2~3 次。②取头皮针百会五针, 即百会穴及百会穴左旁开 5 分 1 针, 再左旁开 5 分 1 针, 百会右旁开 5 分 1 针, 再右旁开 5 分 1 针, 用 0.25×40mm 毫针, 沿头皮向后刺, 进针约 1.2 寸深, 用提插补法, 留针 30min, 途中行针 2~3 次。③取阴三角(阴三角共分 3 穴。穴 1: 阴茎正面根部上 0.5 厘米; 穴 2: 阴茎背面根部右侧 0.5 厘米; 穴 3: 阴茎背面根部左侧 0.5 厘米。三穴成等腰三角形。如为女孩, 穴 1 可选耻骨联合正中线上 1 厘米, 穴 2、穴 3 分别为穴 1 之左右旁开 2 厘米)。手法: 对三个穴位直刺, 进针约 0.5cm 深, 以沉胀麻木为得气, 留针 30min, 途中行针 2~3 次, 辅以阴陵泉(双)足三里(双), 合谷(双)。

上述 3 穴均用提插补法,留针 30 分钟,途中行针 2~3 次,每日一次,以上各穴,均用平补平泻手法。每日 1 次,10 次为一疗程,疗程间隔 2 天。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:以《中医病证诊断疗效标准》为疗效评定依据。痊愈:治疗后遗尿消失,随访半年无复发。显效:经治疗遗尿次数减少,睡眠中能叫醒排尿或治疗后遗尿消失,半年内复发。无效:治疗前后遗尿无改善。

3.2 治疗结果:本组 63 例中,痊愈 40 例,占 63.5%,显效 18 例,占 28.6%,好转 3 例,占 4.8%,无效 1 例,占 3.1%,总有效率 96.9%。

4 典型病例

患者甲,男,12 岁,2008 年 5 月 27 日来我院针灸科就诊。其母亲代诉,患儿尿床多年,曾在某中医药大学附属医院治病服中药近一年,未见效。查体:身体健康,未发现异常。西医诊断:遗尿症;中医证属遗尿症之阳气虚弱型。一、予以“醒脑开窍针刺法”,取穴内关(双),人中,三阴交(双)。手法:内关为腕横纹上 2 寸,两筋之间,直刺金针 0.3~0.5 寸深,得气后双手行小幅度提插手法约一分钟;人中未鼻唇沟上 1/3 与中 1/3 交点处,向上斜刺进针 0.3~0.5 寸深,得气后行雀啄手法平补平泻手法约 1 分钟,或者直至患者眼圈湿润为度,三阴交为内踝尖上 3 寸,胫骨内侧缘后方,向后斜刺,进针约 1.2~1.5 寸深,得气后用提插刺法,使患者双足连续抽动 3 次为度。留针 30min,途中行针 2~3 次。二、取头皮针百会五针,即百会穴左旁开 5 分 1 针,再左旁开 5 分 1 针,百会右旁开 5 分 1 针,再右旁开 5 分 1 针,用 0.25×40mm 毫针,沿头皮向后刺,进针约 1.2 寸深,用提插补法,留针 30min,途中行针 2~3 次。三、取阴三角(阴三角共分 3 穴。穴 1:阴茎正面根部上 0.5 厘米;穴 2:阴茎背面根部右侧 0.5 厘米;穴 3:阴茎背面根部左侧 0.5 厘米。三穴成等腰三角形)。手法:对三个穴位直刺,进针约 0.5cm 深,以沉胀麻木为得气,留针 30min,途中行针 2~3 次,辅以阴陵泉(双)足三里(双),合谷(双)。上述 3 穴均用提插补法,留针 30 分钟,途中行针 2~3 次,每日一次,针至第 10 次,未见尿床证,再针 5 次以巩固疗效,随访 3 个月至 9 个月,遗尿症未见复发。前后共治疗 15 次即告痊愈。其母亲见之就可以放心让儿子住校读书了。

5 讨论

据临床病例分析,精神紧张,过度疲惫是小儿遗尿的主要诱因,其病机亦应属于“心神昏瞢、治理无权”,故立法以调节心神为主,“醒脑开窍”针法其核心立足于中医整体观念,强调“神”的作用,在《灵枢经》中早有“粗守形,上守神”的学术思想。“神”是中医整体观念的重要内核,强调人体内在积极因素的调遣,激发生命潜能,协调脏腑功能,维持机体相对平衡,和调形体和精神健康。神之所在,心藏神,脑为元神之府;神之所主,人体一切生命活动的外在表现;神之所病,百病之始,皆本于神;神之所治,凡刺之法,先醒其神。“醒脑开窍”针刺法的核心在调神,祖国医学中“神”不仅仅指人的思维、意识、智慧,而是人体生命活动的总称,一切生命活力的外在表现。“神存”“神守”则人体的生命活力正常,思维意识活动也正常;如果“失神”或“伤神”则人体出现病态或死亡。只有通过醒神、调神、安神,才能调和阴阳,气复神使,气血调和,机体恢复正常功能。人中穴为督脉、手足阳明经之会,督脉起于胞中,上行入脑,取之可调督脉,开窍启闭以“醒脑”“醒神”。内关为八脉交会穴之一,通于阴维,属厥阴心包之络穴,有养心宁神、疏通气血之功。三阴交为足太阴、足厥阴、足少阴三经之会,有益肾生髓之效。肾藏精,精生髓,脑为髓海,髓海有余可促进脑的生理功能的恢复,三穴相配可促进脑组织的代谢和修复,改善大脑的生理功能,收到“醒神开窍”之功,其余肢体穴为疏通经络之用。足三里、三阴交,阴陵泉统补足三阴之气以益气健脾,加强膀胱之约束,且弥补先天的不足,以达到培土固本的目的,为治疗本症不可缺少的要穴;百会属督脉之穴,有振奋阳气、扶元阳之功,诸穴具有安神醒脑作用。诸穴相配使脾气能升,肺气得降,膀胱得以制约,遗尿可止。百会五针下为二便中枢之所在,故针刺百会五针具有调节二便中枢功能的作用。阴三针等为外生殖器相应部位取穴,进一步加强了固脬止遗的功能。各穴配合,达到固涩止遗的作用。

参考文献:

- [1]潘峰.针刺加艾灸治疗小儿遗尿症 56 例[J].针灸临床杂志,2004,20(12):26
- [2]李化同.针刺“阴三角”治疗遗尿症 268 例[J].中国针灸 1987,7(4):19
- [3]陈再文.头皮针治疗遗尿 37 例临床小结[J].江苏中医杂志,1988,(3):封 3
- [4]石学敏.醒脑开窍针刺法[M].天津:天津科学技术出版社,1998,262-267

编号:EA-100313183(修回:2010-04-06)

温针灸治疗网球肘 56 例

Treating 56 cases of tennis elbow by warm pin

胡宗海 李共信 田财兴

(甘肃省白银市中西医结合医院, 甘肃 白银, 730900)

中图分类号: R245.31⁺5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0074-01 证型: AGB

网球肘又称肱骨外上髁炎, 是临床常见病, 笔者于 2008 年 4 月至 2010 年 1 月在门诊运用温针灸法共治疗 56 例, 疗效较佳, 现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

56 例网球肘患者均为我院针灸科门诊或住院患者, 其中男 26 例, 女 30 例; 年龄最小 20 岁, 最大 68 岁; 病程最短 10 天, 最长 5 年。

1.2 诊断标准

依据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]: ①多见于特殊工种或职业, 如砖瓦工、网球运动员或有肘部损伤病史者; ②肘外侧疼痛, 疼痛呈持续渐进性发展, 做拧衣服、扫地、端壶倒水等动作时疼痛加重, 常因疼痛而致前臂无力, 握力减弱, 甚至持物落地, 休息时疼痛明显减轻或消失; ③肘外侧压痛, 以肱骨外上髁处压痛为明显, 前臂伸肌群紧张试验阳性, 伸肌群抗阻试验阳性。

2 治疗方法

取穴: 阿是穴

操作方法: 患者坐位或卧位, 手臂自然放置于床上, 皮肤常规消毒后采用 0.3mm×40mm 华佗牌不锈钢针 (剪去针柄便于操作), 进针得气后, 行强提插、捻转手法 1 分钟, 取一长 2cm 左右艾段用牙签在艾段中间扎一小孔, 然后将艾段插在针柄上, 点燃施灸, 共施灸 3 壮, 术毕取针, 每日 1 次, 7 次为一疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

根据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证

诊断疗效标准》^[1]制定标准。治愈: 疼痛、压痛消失, 持物无疼痛, 肘部活动自如; 好转: 疼痛减轻, 肘部功能改善; 无效: 症状无改善。

3.2 治疗结果: 治愈 33 例, 占 59.0%; 好转 23 例, 占 41.0%。总有效率 100%。

4 体会

网球肘属祖国医学“伤筋”、“痹证”范畴, 又称为“肘劳”、“筋痹”。多由肘部长期劳累, 损伤气血, 脉络空虚, 寒湿之邪积聚肘节; 或长期从事旋前、伸腕等动作, 使筋脉损伤, 瘀血内停, 筋络失和而致。外感寒湿之邪与肘关节局部劳损是网球肘的两个重要病因。温针灸是在毫针刺后, 在针尾加置艾炷, 点燃后使其热力通过针身传至体内的一种治疗方法, 是针刺与艾灸的结合, 它既具有针刺疏通经络、调和气血、活血止痛的作用, 又具有艾灸温经通络、祛风散寒之功。现代研究认为针刺穴位可以增加局部血液循环, 促进局部致痛炎性介质的降解和转运, 消除局部软组织的炎性病变, 艾灸可能通过促进局部组织炎性细胞的凋亡、抑制局部组织的增生以减轻局部组织的炎性反应、水肿等症状, 从而达到消除炎性反应的目的。提示温针灸治疗本病具有较好的临床疗效, 值得推广。

参考文献:

[1] 国家中医药管理局, 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 189-190.

作者简介:

胡宗海 (1973-), 工作单位: 甘肃省白银市中西医结合医院针灸科。

编号: Y-10033174 (修回: 2010-04-16)

大血藤的最佳提取工艺研究

Study on the optimum extraction in sargentodoxa cuneata

张海龙¹ 李光喜^{2*} 王淑美² 梁生旺²

(1. 河南中医学院, 河南 郑州, 450008

2. 广东药学院, 广东 广州, 510006)

中图分类号: R284.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0075-02

【摘要】 目的: 建立大血藤的最佳提取方法。方法: 利用 HPLC 法, 比较超声提取、回流提取、不同溶媒、不同提取时间对绿原酸提取率的影响。结果: 50% 甲醇, 回流提取 1.5h 为最佳条件。结论: 该方法稳定、重现性好, 可作为大血藤的最佳提取工艺。

【关键词】 大血藤; HPLC; 绿原酸; 回流提取法

【Abstract】 Objective: To study the optimum extraction in *Sargentodoxa cuneata*. Methods: The effects of Chlorogenic Acid's extraction rate are compared with ultrasonic extraction, refluxing extraction, different menstruum and different time by HPLC. Result: The optimum extraction are added 50% methanol, extracted 1.5 h by refluxing extraction. Conclusion: The method was stable, good reproducibility, and can be used of the optimum extraction of *Sargentodoxa cuneata*.

【Key words】 *Sargentodoxa cuneata*; HPLC; Chlorogenic Acid; refluxing extraction

大血藤为木通科植物大血藤 *Sargentodoxa cuneata* (Oliv.) Rehd. et Wils 的干燥藤茎^[1]。主要含黄酮、有机酸、生物碱、鞣质等化合物^[2-3], 具有抗氧化, 防癌, 抗病毒及抑菌等作用, 常用于治疗妇科炎症、消化道溃疡及各种肿瘤^[4-5]等。然而, 目前尚未见 HPLC 法对其绿原酸含量测定的报道, 故本研究对其提取方法进行研究并建立其含量测定方法, 为进一步开发大血藤药材提供基础资料。

1 仪器与试剂

大连依利特高效液相色谱仪 (EC2000), UV230 + 紫外-可见检测器, KQ3200VDB 型超声波清洗器 (昆山市超声仪器有限公司), CP225D 型分析天平

(Sartorius), 绿原酸对照品 (中国药品生物制品检定所, 批号: 110753-200413); 乙腈为色谱纯, 其余试剂为分析纯。大血藤购自广州致信药业 (批号: 090910), 经鉴定为 *Sargentodoxa cuneata* 的藤茎。

2 方法与结果

2.1 色谱条件

大连依利特 Sinochrom ODS-BP 色谱柱 (200×4.6 mm, 5 μm), 乙腈-0.4% 磷酸水 (10:90) 为流动相; 柱温 30℃, 流速: 1.00 ml/min; 检测波长 327 nm。理论塔板数以绿原酸峰计算应不低于 3000。结果见图 1、

图 2。

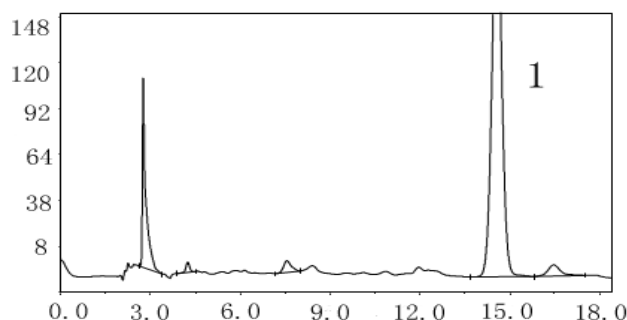


图 1 样品色谱图

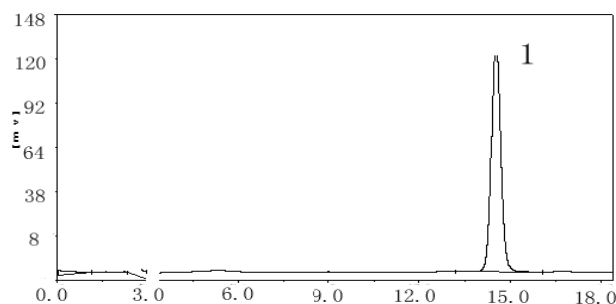


图 2 标准品色谱图 (1 为绿原酸)

2.2 对照品溶液的制备

精密称取经五氧化二磷减压干燥 36 小时的绿原酸对照品 20.68 mg, 置 100 ml 容量瓶中, 加 50% 甲醇

使溶解稀释至刻度, 摇匀, 即得 (每 1ml 中含绿原酸 216 μg)。

2.3 标准曲线的绘制

分别取 2.2 项下溶液 2、4、8、12、16、20ml, 50% 甲醇定容到 20ml。按 2.1 项下色谱条件各进样, 记录峰面积, 以峰面积积分值 (Y) 为纵坐标, 浓度为横坐标 (X, mg/ml), 绘制标准曲线, 结果表明, 绿原酸在 0.2068mg~2.068mg 范围内, 峰面积和浓度呈良好线性, 回归方程为 $Y = 6575971.2X - 22362.5$, $r = 0.9997$ ($n=6$)。

2.4 精密度试验

精密吸取上述绿原酸对照品溶液 20 μl, 按 2.1 项下色谱条件, 连续进样 5 次, 测定峰面积, 绿原酸峰面积的平均值为 9020016.375, RSD 为 1.62%, 表明仪器精密度良好。

2.5 提取工艺的优选

2.5.1 样品测定

表 2 不同提取方法对绿原酸含量的影响

提取方法	超声提取			回流提取		
	20min	30min	40min	30min	60min	90min
绿原酸含量 (%)	2.33	2.45	2.42	4.18	4.23	4.5

2.5.4 提取时间的确定

精密称取四份药材粗粉各约 0.5g, 置于带塞锥形瓶中, 分别精密加入 50% 甲醇 25ml, 精密称重, 静置 30min 后, 分别回流提取 1h、1.5h、2h、2.5h, 放冷, 再称重, 50% 甲醇补足减失重量, 摇匀, 过滤, 取续滤液, 得样品溶液, 按 2.1 项下色谱条件进行含量测定, 并计算含量, 结果分别为: 4.26%、4.50%、4.51%、4.36%。结果表明, 回流时间高于 1.5h 后, 对结果影响不大, 故确定回流时间为 1.5h。

由以上结果表明, 最佳提取条件为: 50% 甲醇回流提取 1.5h。

2.6 验证实验: 精密称取三份药材粗粉各 0.5g, 按最佳条件进行提取及 2.1 项下色谱条件进行验证试验, 计算含量, 得结果为: 4.50%、4.48%、4.51%, RSD=0.34%。表明工艺稳定, 可行。

3 讨论

3.1 在回流提取时, 时间过久所测含量反而偏低, 可能和绿原酸的水解有关。

3.2 本研究证明, 回流提取法对大血藤中的绿原酸提取率远高于超声法。因 2005 版《中国药典》中没有对其含量测定进行收录, 故可为药典的修订提供参考。

3.3 在实验过程中, 本研究对流动相进行了考察, 分

精密吸取样品溶液及对照品溶液各 20 μl, 按 2.1 项下色谱条件进样, 计算即得。

2.5.2 提取溶媒的选择

取大血藤粗粉分别精密加入 30%、50%、70% 甲醇提取, 按 2.1 项下色谱条件进样测定绿原酸的含量, 结果见表 1。结果表明, 甲醇含量高于 50% 时, 对结果无显著影响, 故选 50% 甲醇作为提取溶媒。

表 1 不同溶剂提取绿原酸含量的比较 (%)

提取溶剂	大血藤中绿原酸的含量			平均值	RSD
	1	2	3		
30% 甲醇	2.41	2.38	2.45	2.41	1.19
50% 甲醇	2.42	2.47	2.44	2.45	1.02
70% 甲醇	2.45	2.51	2.42	2.46	1.52

2.5.3 不同提取方法的比较

以 50% 甲醇分别超声及加热回流提取等量药材, 结果见表 2。由结果可看出, 回流提取得率明显高于超声提取法, 故确定回流提取法对药材进行提取。

别为甲醇-水, 乙腈-水系统, 乙腈-0.4% 磷酸水系统, 结果后者分离最好, 故选择其流动相为乙腈-0.4% 磷酸水。

3.4 试验中对提取溶媒乙醇进行了考察, 效果不如甲醇, 故选甲醇作为溶媒。

参考文献:

[1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典一部[S]. 北京: 化学工业出版社, 2005, 15

[2] 倪士峰, 傅承新, 吴平. 大血藤化学成分及药学研究进展[J]. 中国野生植物资源, 2004, 23(4): 8-10

[3] 苗抗立, 张建, 王飞音, 等. 红藤化学成分的研究[J]. 中草药, 1995, 26(4): 171-173

[4] 毛水春, 顾谦群, 崔承彬, 等. 中药大血藤中酚类化学成分及其抗肿瘤活性[J]. 中国药物化学杂志, 2004, 14(6): 326-330

[5] 全国中草药汇编编写组. 全国中草药汇编[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1975: 56-57

作者简介:

张海龙 (1983-), 男, 河南遂平人, 在读研究生, 研究方向: 中药质量控制研究。

通讯作者: 李光喜 (1963-), 男, 硕士, 讲师, 长期从事药物分析的教学科研工作。

编号: Y-10031558 (修回: 2010-04-19)

桑菊饮加减在儿科中的运用

Application of folium and chrysanthemum decoction in pediatrics

胡晓丽

(四川自贡自流井区中医院, 四川 自贡, 643000)

中图分类号: R287 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0077-02

【摘要】 小儿脏腑娇嫩, 形气未充, 最易为风热之邪侵袭; 小儿为纯阳之体, 生机蓬勃, 发育迅速, 脏腑清灵, 易趋康复, 用药宜轻, 药味宜少, 根据小儿这一生理的病理特点, 选用桑菊饮之辛凉轻剂加减治疗感冒、咳嗽、哮喘、麻疹、乳蛾、泄泻、紫癜、小儿水肿等疾病, 收到满意的疗效。

【关键词】 桑叶菊花饮; 儿科运用

【Abstract】 The entrails of child are tender and body structure and vital Qi are insufficient, so easily invaded by pathogenic wind-heat. Child is infantile body with rising entelechy, blastoproplesia, effecting entrails, and easily to be recovered. Using slightly medicine. According to the physiological and pathogenic features of child, choose pungent, cool and mild prescription to treat some diseases, such as cold, cough, asthma, measles, tonsillitis, leak and decanta, peliosis, child hydropsia, received satisfactory curative effect.

【Key words】 Folium and chrysanthemum decoction; paediatrics

桑菊饮首见于《温病条辨》, 是用于治疗风湿初起、风热客表之证的方剂, 有辛凉轻剂之称。小儿脏腑娇嫩, 形气未充, 体质和功能较脆弱, 加上寒暖不能自调, 卫外机能不固, 最易为六淫所侵, 特别是风热之邪, 由表而入, 侵袭肺卫, 出现一条例病变。小儿为纯阳之体, 生机蓬勃, 活力充沛, 脏腑清灵, 对药物反应敏捷, 患病之后用药宜轻, 药味宜少, 配伍恰当, 迅速康复, 而不宜用苦寒辛热之品削伐生气, 耗损真阴。根据这一特点, 临床用桑菊饮加减治疗小儿感冒、咳嗽、哮喘、麻疹、乳蛾、泄泻、紫癜、小儿水肿等疾病, 收到满意疗效。现总结于下, 以供同道参考。

1 基础方剂加减

基础方: 桑叶、菊花、薄荷、蝉蜕、杏仁、桔梗、连翘或(黄芩)加减: 感冒发热者、加银花、石膏、青蒿、枳实; 咳嗽者加紫苑、冬花、厚朴、法下; 哮喘者加厚朴、法下、桑皮、苏子、瓜壳、云苓; 麻疹者加银花、牛蒡子、葛根、升麻、丹皮; 乳蛾者加银花、赤芍、丹皮、蒲公英; 泄泻者加白术、茯苓、泽夕、扁豆; 急惊风者加钩藤、僵虫、代赭石; 紫癜者加赤芍、刺蒺藜、茜草、茅根、地骨皮; 水肿者加厚朴、大腹皮、防己、泽夕、桑白皮。

2 病案举例

2.1 患者甲, 发热 2 天, 体温 38.6℃, 流涕、出汗、

咳嗽、口渴烦躁、小便黄少、舌苔薄黄、指纹青紫。辨证为风热感冒, 治以疏风清热。处方: 菊花 6g、银花 6g、薄荷 6g、蝉蜕 6g、杏仁 6g、甘草 3g, 服药一剂后热退咳减, 再服一剂痊愈。

2.2 患者乙, 咳嗽咯痰, 痰黄粘稠, 易咯出, 流涕、口渴、微发热体温 37.5℃, 汗出, 舌苔薄黄, 脉浮数。辨证为风热咳嗽, 治以疏风宣肺止咳。处方: 桑叶 10g、菊花 10g、薄荷 10g、蝉蜕 10g、黄芩 10g、桔梗 10g、杏仁 10g、紫苑 10g、冬花 10g、厚朴 10g、法夏 10g、陈皮 10g。服药二剂痊愈。

2.3 患者丙, 咳嗽气紧 2 天+, 痰稠色黄, 喉间有哮鸣声, 咳嗽气紧严重时不能平卧, 口渴喜饮, 小便黄少, 伴流涕, 查: 双肺满布干湿鸣, 舌尖边红, 苔薄白, 脉浮数。辨证为风热袭肺之哮喘, 治以疏风清肺, 化痰平喘。处方: 桑叶 10g、菊花 10g、黄芩 10g、薄荷 10g、桔梗 10g、杏仁 10g、桑皮 10g、苏子 10g、厚朴 10g、法夏 10g、瓜壳 10g, 云苓 10g。连服三剂而痊愈。

2.4 患者丁, 发热咳嗽 3 天+, 体温 39℃, 流涕、喷嚏、口渴、目赤眵多, 烦躁不安, 口腔两颊贴近白齿处可见麻疹粘膜斑, 耳后、头面颈部可见麻疹点, 疹色暗丝, 舌质红, 苔薄黄、脉浮数。诊断为麻疹, 治以疏风清热解毒透疹。处方: 菊花 10g、银花 10g、连

翘 10g、石膏 10g、薄荷 10g、蝉蜕 10g、桔梗 10g、杏仁 10g、牛蒡子 10g、葛根 10g、升麻 10g、丹皮 10g。服药二剂后，疹点透发完毕，热退咳减，精神转佳。再服沙参麦冬汤加减一剂而告痊愈。

2.5 患者戊，发热三天，咽喉肿痛，咯黄色脓稠痰、咳嗽、口渴喜饮，头通、汗出。查：扁桃体Ⅱ°肿大，充血，有少许脓性分泌物，舌质红，苔黄，脉浮数。诊断为乳蛾，治以疏风清热、解毒利咽。处方：银花 10g、菊花 10g、石膏 10g、薄荷 10g、蝉蜕 10g、杏仁 10g、桔梗 10g、赤芍 10g、丹皮 10g、蒲公英 10g。连服三剂而愈。

2.6 患者己，腹泻 10 余天，曾服西药治疗无效前来就诊，患儿日泻 10 余次，量多色绿，夹带乳瓣，兼有泡沫，微咳，小便短少，舌苔薄白，指纹青紫。辨证为风热泄泻，治以疏风宣肺，健脾止泻。处方：桑叶 6g、菊花 6g、薄荷 6g、蝉蜕 6g、雅连 1g、桔梗 6g、云苓 6g、泽泻 6g、白术 6g、扁豆 6g、甘草 3g。服药一剂后，腹泻日 4 次，连服两剂而愈。

2.7 患者庚，患儿双下肢见大小不等的紫红瘀斑，啼哭不安、微热、轻度水肿，行动不便，舌尖红、苔白，脉浮数，辨证为风热紫癜，治以疏风清热，凉血化斑。处方：桑叶 10g、菊花 10g、薄荷 10g、连翘 10g、杏仁 10g、赤芍 10g、刺蒺藜 10g、茜草 10g、仙鹤草 10g、茅根 10g，地骨皮 10g。连服两剂而愈。

2.8 患者辛，颜面四肢浮肿 3 天，小便量少，头昏，咳嗽、咯痰、口干饮水，舌尖红，苔薄白，脉浮数。辨证为风水相搏之水肿，治以疏风宣肺利水。处方：桑叶 10g、菊花 10g、薄荷 10g、蝉蜕 10g、杏仁 10g、桔梗 10g、连翘 10g、厚朴 10g、大腹皮 10g、防己 10g、泽泻 10g、桑白皮 10g。服两剂而愈。

3 讨论

据笔者观察，临床上有相当一部份小儿，患病之初均为风热侵袭，由表入里，发生多种病证。临证时只要抓住这一有利时机，及时恰当的治疗，往往收到意想不到的效果。

基础方中桑叶、菊花、蝉蜕、薄荷疏风清热，杏仁、桔梗一升一降宣肺止咳，连翘、黄芩清中、上焦之热。若风热之邪客于肺卫，致卫表失司，腠理开合失常，卫阳被遏，肺气失宣而出现发热，流涕、出汗、咳嗽等一系列肺卫症状，用桑菊饮疏风清热，宣肺止

咳，加银花、石膏清泄肺胃热邪，青蒿、枳实可增强退热之功，使热退咳减，疾病迅速痊愈；风热上受，首先犯肺，当风热之邪犯肺，可致肺失肃降，气道不宣而见咳嗽，咯痰，用桑菊饮疏风宣肺止咳，加紫苑、冬花、厚朴、法夏增加止咳化痰之效，共奏疏风宣肺，止咳化痰之功；当风热之邪客肺，致肺气雍盛肃降失司，故咳嗽、气喘、喉间痰鸣，甚则不能平卧，在桑菊饮疏风宣肺止咳的基础上加厚朴、法夏、桑皮、苏子、瓜壳、云苓意在宣肺降逆，化痰定喘；麻为阳毒，喜清凉，宜发表透邪为先，故用桑菊饮风清热，加银花、丹皮清热凉血、解毒，加牛蒡子，葛根、升麻发表透疹以收全功。咽喉为肺胃之门户，风热之邪客于咽喉，搏于气血，热邪炽盛，致咽喉红肿疼痛，用桑菊饮疏风清热，宣肺利咽，加丹皮、蒲公英清热凉血解毒，共奏清热解毒，凉血利血，消肿止痛之功；风热之邪犯肺，肺气宣发，肃降功能失常，影响水道的通调，水谷并走肠间而致泄泻，用桑菊饮疏风宣肺，使肺宣发肃降之功能恢复正常，加白术、云苓、泽泻、扁豆运脾利湿，使水液循常道而奏止泻之效；小儿肝常有余，感受风热之邪，致邪气壅张而壮热，热极引动肝风而见抽搐频发，用桑菊饮疏风清热，加银花、石膏增加退热之功，钩藤，僵虫熄风止痉，代赭石镇逆平肝，使热势速去，抽搐自止；风热之邪浸淫腠理，热伤血络，使血液不循常道溢于脉外，致紫癜，用桑菊饮疏风清热，加赤芍、茜草、仙鹤草、茅根、凉血止血，共收疏风清热，凉血止血之效，肺为水之上源，风热之邪容于肺，肺气不宣，肃降无权，不能通调水道，致水液泛溢于肌肤而见水肿，用桑菊饮疏风宣肺，加厚朴、大腹皮、防己，泽泻、云苓、桑白皮利水渗湿，使肺气肃降，水液下输膀胱，而获消除水肿之功。

参考文献：

[1]江育仁主编.高等医学院校教材《中医儿科学》上海:上海科学技术出版社,1985:5.28.37.83.85
[2]陈潮祖,李大奇编.中医治法与方剂[M].成都:成都中医学院出版,1980:25

作者简介：

胡晓丽，女，现年 52 岁，大专学历，中共党员，主治医师，四川省自贡市自流井区中医院工作。学习，从事中医临床、中医管理工作三十余年，积累了较丰富的临床经验，善于治疗儿科、妇科疾病。

编号：E-10040207(修回：2010-04-10)

逍遥丸、逍遥散临床应用

Clinical application of Xiaoyao pills and Xiaoyao powder

邢献霞

(江苏省南京市白下区尚书社区卫生服务站, 江苏 南京, 210001)

中图分类号: R289 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0079-02

【摘要】 对国内近期文献进行总结归纳, 临床上广泛用于内科、妇科、皮肤科等方面的治疗。

【关键词】 逍遥丸; 逍遥散; 临床应用; 广泛

逍遥丸、逍遥散出自《太平惠民和剂局方》, 由甘草、当归、茯苓、芍药、白术、柴胡等药物组成, 具疏肝解郁、养血健脾的功效。逍遥丸 200g/瓶, 逍遥散由柴胡 15 克、白芍 15 克、当归 15 克、茯苓 15 克、白术 15 克、生姜 15 克、薄荷 6 克、炙甘草 6 克组成。用于肝气不疏, 胸胁胀痛, 头晕目眩, 食欲减退, 月经不调等病症。临床上广泛用于内科、妇科、皮肤科等方面的治疗。

1 作用于内科方面

1.1 治疗各种肝炎

肝胆疾病证属肝气郁结, 临床上常用于治疗各种肝炎: 急性黄疸性肝炎、无黄疸型肝炎、慢性乙型病毒性肝炎患者进行常规护肝及对症治疗, 肝功能复常后给予逍遥丸 8 粒, 3 次/d, 连服三个月为一个疗程, 停药三个月继续治疗 2 个疗程。按中医辨证, 兼夹湿者加服藿香正气冲剂, 兼夹阴亏者加服六味地黄丸。其治疗机理是方中当归、茯苓能使肝细胞糖元蓄积正常, 又能抑制炎症反应; 柴胡、甘草对慢性肝损害有效, 亦有抑制脂肪肝发生和纤维增生作用; 当归、茯苓有明显降酶效果, 抗肝细胞坏死的作用显著, 故对于慢性肝炎的治疗有良效。

1.2 治疗胃、十二指肠溃疡

方法是口服逍遥丸 1 小袋 (约 9 克), 口服 3 次, 30 天为 1 个疗程, 服至痊愈止。该处方中的生姜、白术可促进消化液分泌, 增进食欲。茯苓对实验性溃疡病有一定预防效果, 柴胡及芍药不仅镇痛, 其中芍药、甘草还可解除痉挛。诸药配合, 具有疏肝解郁, 缓急止痛之功效, 故对胃及十二指肠溃疡有效。

1.3 高脂血症

方法用逍遥散冲剂, 每次 1 袋 (6 克), 口服 3 次, 15 天为 1 个疗程。临床观察表明, 逍遥散具有明显的降脂作用, 且疗程短, 见效快。长期服用无毒副作用,

停药后血脂不易反弹, 是一种较好的降脂药物。

1.4 治疗失眠

肝气郁结, 气机不畅型失眠采用逍遥丸加减 (当归、柴胡、远志各 10g, 白芍、茯神、白术、夜交藤各 15g, 柏子仁 20g, 酸枣仁、珍珠母各 30g, 甘草 5g) 治疗, 特别是在肝郁和血虚型失眠中有着重要作用。

1.5 治疗抑郁症

抑郁症中医称肝气郁结, 逍遥丸具疏肝理脾, 理气化郁的功效, 有抗抑郁的作用。临床用小剂量多塞平联合逍遥丸治疗抑郁症, 既能增加疗效又减少了多塞平的副作用。

1.6 考前紧张综合症

考前紧张综合症是指一部分学生在考试前由于精神紧张而出现的一系列病证。临床表现有头痛、失眠、烦躁不安等, 女生并伴有经期延后、痛经等, 直接影响学生正常的学习和身心健康。逍遥丸配谷维素治疗该症, 效果较好。

1.7 治疗中老年脑卒中后情感失常

脑血管病的临床发病率有逐年增高的趋势, 而后遗症又为脑血管病治疗中的一大难题, 其中情感失常则是后遗症中较为难治的一种疾病。逍遥丸治疗中老年脑卒中后情感失常, 口服逍遥丸, 8g/次, 3 次/d, 1 个月为 1 个疗程, 连服 2 个月, 疗效显著。

2 作用于妇科方面

2.1 治疗妇女更年期综合征

更年期是由于妇女卵巢功能衰退, 引起植物神经紊乱而出现的一系列症状, 属中医的郁症。其病机是由于情志不舒导致肝失疏泄, 脾失运化, 心神失常, 阴阳气血失调。口服逍遥丸, 10g/次, 2 次/d, 1 个月为 1 个疗程, 连服 1~3 个疗程。

2.2 治疗经前期综合征 (PMS)

(下转 81 页)

化痰散结方含药血清对

MCF-7/ADR 细胞内阿霉素浓度的影响

Effective of phlegm with reagents to

MCF-7/ADR the concentration of intracellular adriamycin

孙长岗¹ 贺珊珊¹ 刘瑞娟²

(1.潍坊市中医院, 山东 潍坊, 261041;

2.潍坊医学院, 山东 潍坊, 261041)

中图分类号: R284.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0080-02

【摘要】 目的: 探讨化痰散结方含药血清对 MCF-7/ADR 细胞内阿霉素浓度的影响。方法: 荧光分光光度法分别测定 MCF-7、MCF-7/ADR 及加入化痰散结方含药血清的 MCF-7/ADR 细胞内阿霉素浓度。结果: 化痰散结方含药血清能显著增加耐药细胞内 ADM 的浓度。结论: 化痰散结方具有逆转人乳腺癌 MCF-7/ADR 多药耐药性的作用, 可能与增加 MDR 细胞内化疗药物聚集量有关。

【关键词】 化痰散结方; 乳腺癌; 多药耐药; 阿霉素

肿瘤细胞对抗肿瘤药物产生耐药, 是导致肿瘤化学治疗失败的常见因素, 也是困扰肿瘤治疗的关键性难题。化痰散结方是我院血液肿瘤科近年来研制的院内制剂, 由制半夏、制南星、陈皮、云苓、天花粉、浙贝母、黄芪七味中药按一定比例组成, 临床观察对乳腺癌有确切疗效。本研究通过观察化痰散结方含药血清对 MCF-7/ADR 细胞内阿霉素浓度的影响, 探讨其对入乳腺癌耐药细胞系 MCF-7/ADR 的多药耐药逆转作用。

1 材料与方法

1.1 主要试剂和设备

实验用阿霉素敏感的人乳腺癌细胞株 MCF-7 及人乳腺癌细胞耐阿霉素株 MCF-7/ADR 购自山东省医学科学院基础所; 盐酸阿霉素 10mg/支 (批号: 080707 浙江海正药业股份有限公司); 化痰散结方药: 由潍坊市中医院中药房提供。配制中药混悬液, 浓度 200% (即每毫升含生药 2 克), 4℃ 冰箱保存备用; RPMI 1640 培养基: 美国 Gibco 公司; 小牛血清: 美国 Gibco 公司; 850 型荧光分光光度计, 日本 Hitachi 公司产品。

1.2 方法

1.2.1 动物含药血清制备

6 月龄 Wistar 大鼠 15 只, 雄性, 体重 200±20g (山东中医药大学动物中心提供)。每日给予化痰散结方混悬液 3ml/次, 2 次/日灌胃, 于给药第 3 天, 于末次灌药前 12 小时禁食, 末次给药后 1 小时, 乙醚麻醉,

腹主动脉采血, 无菌分离血清, 经 56℃、30 分钟灭活处理, 用 0.22 μm 微孔滤膜过滤除菌后分装, 分装入小瓶, 置-20℃ 冰箱保存备用。

1.2.2 细胞培养

设 MCF-7/ADR 细胞加化痰散结方含药血清组为实验组; MCF-7/ADR 细胞为对照组; MCF-7 细胞为敏感组。MCF-7 与 MCF-7/ADR 细胞分别接种于 50ml 培养瓶, 加入 RPMI1640 培养基, 置于 37℃、饱和湿度、含 5% CO₂ 的细胞培养箱中无菌培养并传代, MCF-7/ADR 细胞连续培养在含 1mg/mlADM 的上述培养基中, 以维持细胞的耐药性。取 MCF-7/ADR 细胞分装入新培养瓶, 每瓶细胞数 2×10⁵/ml, 添加化痰散结方含药血清, 置于 37℃、饱和湿度、含 5% CO₂ 的 CO₂ 细胞培养箱中继续培养。三组各取对数生长期细胞, 加入适量的 0.25% 胰蛋白酶液消化, PBS 液洗涤 2 次, 离心, 吸弃上清液, 配制成 2×10⁵/ml 细胞悬液, 用于实验。

1.2.3 荧光分光光度法测定各组细胞内 ADM 药物浓度

各组分别加入不同浓度的 ADM (20、40、60mg/ml), 观察各组细胞内 ADM 药物浓度。按 ADM 本身荧光的特点, 选用激发波长 470nm、滤过波长 585nm、狭缝 8nm, 根据标准曲线计算相应药物浓度。

1.3 统计学处理

以上各组不同浓度均重复实验三次。采用 SPSS

16.0 软件进行数据处理, 平均数用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 统计推断采用 t 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

在三组细胞中, 细胞内 ADM 浓度均随细胞外 ADM 浓度的增高而增高, MCF-7/ADR 细胞内 ADM 浓度明显低于 MCF-7 细胞内 ADM 浓度; 当加入化痰散结方含药血清后, MCF-7/ADR 细胞内 ADM 的浓度明显升高, 实验组及敏感组中细胞内 ADM 浓度明显高于对照组, 两组与对照组相比较, 均有显著的差异 ($P < 0.05$)。敏感组和实验组比较无明显差异, $P > 0.05$ (表 1)。

表 1 化痰散结方含药血清对 MCF-7/ADR 细胞内 ADM 药物质量浓度的影响

组别	细胞内 ADM 浓度 (mg/ml)		
	20	40	60
MCF-7	1.92±0.19	2.19±0.13	2.39±0.16
MCF-7/ADR	0.32±0.11	0.76±0.09	1.15±0.22
MCF-7/ADR+含药血清	0.91±0.13	1.45±0.08	1.52±0.09

3 讨论

多药耐药性 (MDR) 是指肿瘤细胞接触了一些化疗药物之后, 不但对该药产生耐药性, 而且对其他结构及作用机制完全不同的抗肿瘤药物也产生耐药性, 严重影响了化疗效果和肿瘤预后, 成为肿瘤治疗的重要障碍之一。因此, 研究耐药的产生机理, 寻找耐药逆转剂进行治疗是近年来研究的重要课题。异博定和环孢菌素 A 是目前公认的逆转剂, 但它们有严重的心

血管和肾毒性, 近年来许多学者把目光投向天然药物中, 探索天然的肿瘤多药耐药逆转剂。

化痰散结方是我院血液肿瘤科近年来研制的院内制剂, 由制半夏、制南星、陈皮、云苓、天花粉、浙贝母、黄芪七味中药按一定比例组成, 临床观察对乳腺癌有确切疗效。本研究应用荧光分光光度法测定化痰散结方含药血清对耐药株细胞内阿霉素 (ADM) 荧光强度的影响。发现化痰散结方含药血清与 ADM 共同作用于 MCF-7/ADR 细胞时, 能够提高 MDR 细胞内 ADM 荧光强度。表明化痰散结方能部分逆转 MCF-7/ADR 细胞的多药耐药性, 可能与增加 MDR 细胞内化疗药物聚集量有关, 从抗乳腺癌多药耐药的视角揭示化痰散结方抗肿瘤作用的机理, 也是对中药逆转乳腺癌多药耐药的一种探求。

参考文献:

- [1]Ricardo P.Multidrug resistance retrospect and prospects in anti cancer drug treatment[J].Curr Med Chem,2006,33:1859
- [2]TakaraK,SakaedaT,OkumuraK.Anupdate onovercomingMDR1-mediated muhidrug resistance in cancer chemotherapy[J].Curt PharmDes,2006,12(3): 273.286
- [3]Ricardo P.M ultidrug resistance retrospect and prospectsin anti cancer drug treatment[J].Curr Med Chem,2006,33:1859
- [4]胡军,赵瑾瑶,杨佩满. B-榄香烯乳剂逆转多药耐药细胞株 MCF-7/ADM 对阿霉素耐药性研究[J].中国微生态

编号: EA-100407248 (修回: 2010-04-19)

(上接 79 页)

经前期综合征主要证候属于肝疏泄失常、脾运化不利所致, 故将该病为肝气郁结、脾运失调, 以养肝解郁, 理气止痛为治疗大法, 从根本上治疗经前期综合征。逍遥散 (柴胡、当归各 10g, 白芍、云苓、郁金、橘核、丹参各 15g, 白术 12g, 薄荷 5g, 青皮 9g, 甘草 6g) 加减治疗, 调节内分泌、消除经前期紧张综合征, 疗效肯定。

2.3 治疗乳腺增生症

乳腺增生症属于中医“乳癖”范畴, 多由忧郁、恼怒等情志刺激, 或因房事不节, 调养不当, 劳累过度等因素引起, 导致气致血瘀, 乳络受阻, 不通则痛, 而形成乳房肿块疼痛。临床上用桂枝茯苓胶囊 3 粒/次, 3 次/d; 逍遥丸 8 粒/次, 3 次/d, 1 个月为 1 个疗程。

2.4 治疗月经不调

引起月经不调的病因是多方面的, 但主要的有外感六淫, 内伤七情, 以及饮食、起居、环境的改变等

因素。其机理与肝、脾、肾及冲任等脏腑功能失常, 气血阴阳失调有关, 临床用逍遥丸 16 粒/次, 3 次/d, 六味地黄丸 16 粒/次, 3 次/d, 1 个月为 1 个疗程, 连服 2 个疗程, 疗效显著。

3 作用于皮肤科方面

治疗黄褐斑, 黄褐斑属中医黎黑范畴, 为肝气郁结, 气血失调, 血瘀络脉所致, 症见面部皮肤浅褐色、褐色或浅褐色斑片, 形状不规则, 多呈蝶翼状, 对称分布于额、眉、面颊、鼻、上唇、口周、颞等处。服用六味地黄丸 8 丸/次, 逍遥丸 8 丸/次, 均 2 次/d, 3 个月为一个疗程, 且治疗时间越长, 年龄越小, 病程越短, 病情越轻则疗效越好。

4 结论

综上, 不论单用, 合用, 必须紧扣“肝郁血瘀, 脾失健运”的病理, 抓住逍遥丸、逍遥散的治疗, 随着临床研究的不断深入, 其应用领域将不断得到扩展。

编号: EA-100325198 (修回: 2010-04-09)

不同加量四君子汤随证加减 治疗功能性消化不良疗效观察

Effective observation on treating functional dyspepsia with different dosage Four gentlemen decoction with the card

邓永斌¹ 苏锐²

(1.酒泉市肃州区总寨卫生院, 甘肃 酒泉, 735000;
2.酒泉市人民医院, 甘肃 酒泉, 735000)

中图分类号: R333 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0082-02 证型: ABGD

【摘要】 目的: 观察不同剂量四君子汤随证加减治疗功能性消化不良 (FD) 的疗效。方法: 对符合罗马Ⅲ诊断标准的 FD 患者 512 例进行辨证分型, 对符合肝气郁结证、肝气犯胃证、脾胃气虚证者 424 例按就诊先后随机分为三组分别接受四君子汤大剂量 (治疗 I 组 142 例)、四君子汤小剂量 (治疗 II 组 140 例)、吗叮林 (对照组 142 例) 治疗。7 天一疗程, 4 个疗程后评定上腹痛、腹胀、早饱、嗳气、反酸烧心、恶心呕吐 6 个主要症状轻重的记分并计算疗效指数, 以判定疗效。结果: 三组治疗前后症状积分分别为 14.12 ± 3.78 和 4.46 ± 1.67 、 13.79 ± 3.45 和 7.34 ± 2.33 、 13.87 ± 4.07 和 10.29 ± 3.56 ($P < 0.05$), 三组总疗效分别 91.5%、80% 和 60.6% ($P < 0.05$)。结论: 对脾虚肝郁型 FD 四君子汤随证加减治疗疗效优于西药胃动力药, 较大剂量组方疗效优于较小剂量组方。

【关键词】 四君子汤; 功能性消化不良; 不同剂量

功能性消化不良 (Functional dyspepsia, FD) 是临床常见的消化系统疾病, 发病率高, 易反复发作, 是消化门诊常见多发病, 占消化门诊病人 1/3 以上, 西药主要用吗叮啉、西沙必利等促胃肠动力药及对症治疗, 效果并不满意。中医从整体出发, 采用辨证论治治疗 FD, 能缓解其症状, 疗效较为满意。笔者加量应用四君子汤治疗脾胃气虚证和肝气郁结犯胃证功能性消化不良取得了满意的疗效, 现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

对 2007 年 1 月至 2009 年 12 月我院消化内科门诊就诊符合罗马Ⅲ诊断标准^[1]的 FD 患者 512 例, 排除妊娠、哺乳期妇女、小于 18 岁者进行辨证分型, 按《功能性消化不良的中西医结合诊治方案 (草案)》^[2], 将本病分为肝气郁结证、肝气犯胃证、脾胃气虚证和湿热滞胃证。将符合肝气郁结证、肝气犯胃证、脾胃气虚证者 424 例按就诊先后随机分为三组分别接受四君子汤大剂量 (治疗 I 组)、四君子汤小剂量 (治疗 II 组)、吗叮林 (对照组) 治疗。

治疗 I 组 142 例, 男 50 例, 女 92 例; 年龄 19~

73 岁, 平均 (45.8 ± 8.54) 岁, 病程 0.5~10 年; 治疗 II 组 140 例, 男 51 例, 女 89 例, 年龄 18~75 岁, 平均 (46.7 ± 8.79) 岁, 病程 4 月~11 年; 对照组 142 例, 男 53 例, 女 89 例; 年龄 19~69 岁, 平均 (44.9 ± 9.13) 岁, 病程 4 月~10 年, 3 组性别、年龄、病程及主要临床症状差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

治疗 I 组给予党参 18g、茯苓 18g、白术 18g、甘草 10g, 治疗 II 组给予党参 10g、茯苓 10g、白术 10g、甘草 10g, 两组在四君子汤组方基础上加入枳实 10g、厚朴 10g、木香 10g、砂仁 10g、良姜 10g、鸡内金 20g、焦三仙各 15g, 疼痛者加白芍、泛酸加乌贼骨、便秘者加麻仁和肉苁蓉、失眠睡眠不佳者加酸枣仁和柏子仁, 每日 1 剂, 水煎 400ml, 分 3 次温服; 对照组口服多潘立酮 (商品名: 吗丁啉, 西安杨森制药厂生产) 10mg, 每日 3 次。治疗期间停用其他药物, 忌辛辣油腻之品。7d 为 1 个疗程, 4 个疗程后评定疗效。

1.3 疗效标准及判定

(下转 89 页)

初探桔梗在方剂中的妙用

Effect of platycodon in the prescription

陈修保

(山东中医药大学基础医学院 2006 级中医学, 山东 济南, 250000)

中图分类号: R282.7 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0083-02

【摘要】 桔梗, 首载于《神农本草经》, “主治胸胁痛如刀刺, 腹满, 肠鸣幽幽, 惊恐悸气。” 中药学述其: “苦, 辛, 平。归肺经。功效: 宣肺, 祛痰, 利咽, 排脓。” 纵览方剂学, 桔梗应用极为广泛, 组方各殊, 作用各异。

【关键词】 桔梗; 方剂; 妙用

桔梗, 首见载于《神农本草经》: “味辛, 微温。主治胸胁痛如刀刺, 腹满, 肠鸣幽幽, 惊恐悸气。” 现多用于治疗咳嗽、胸闷、咽痛、肺痈等病证。纵览《方剂学》, 桔梗的应用极为广泛, 组方各殊, 作用各异。

1 宣肺利咽, 祛痰排脓

1.1 宣肺利咽止咳

银翘散: 方出《温病条辨》。主治温病初起, 邪在肺卫。温热病邪, 侵犯肺卫, 容易引起肺气失宣、邪热壅结导致咳嗽不适、咽肿疼痛等症状。方中双花、连翘清热解毒; 牛蒡疏散风热; 芦根、竹叶清热生津; 薄荷、牛蒡清利头目。桔梗, 辛味主散, 善归肺经, 开宣肺气; 兼苦味能降; 又有祛痰利咽之功。故宜于温病初起, 邪在肺卫, 功可宣肺利咽止咳祛痰。

1.2 宣降肺气, 畅通气机

桑菊饮: 方出《温病条辨》。主治温邪犯肺邪热不甚, 表热轻证。“太阴风温, 但咳, 身不甚热, 微渴者, 辛凉轻剂桑菊饮主之。” 方中桑叶、菊花、薄荷疏散风热、清肺止咳; 连翘透热解毒; 芦根清热生津。杏仁与桔梗配伍乃方中巧妙之处: 杏仁, 味苦主降, 功善肃降肺气; 而桔梗味辛主散, 力专开宣肺气。二者相合, 一辛一苦, 一宣一降, 畅通气机, 是宣降肺气的常用组合。

2 开肺气, 通大便

黄龙汤: 方出《伤寒六书》。证属阳明腑实, 兼气血不足。原文载其: “治有患心下硬痛, 下利纯清水, 谵语, 口渴, 身热……殊不知此为热邪传里, 胃中燥屎结实……此宜急下之, 名曰热结利证。” 肺与大肠密切相关, 生理上相互协调, 病理上相互影响。方中包含大承气汤, 攻下肠胃结热积滞; 人参、当归、甘草补益气血。桔梗: 阳明与太阴相表里, 关系密切, 今

阳明腑实结滞, 欲通下大便, 则需宣肺, 必先以桔梗开宣肺气, 上通则下行, 下行则阳明结滞得以荡涤而去。唐宗海: “大肠之所以传导, 以其为肺之腑, 肺气上通, 故能传导。” 组方中, 桔梗辛散, 开宣肺气, 通利大便, 上通下行, 实为“提壶揭盖”之妙例。

3 舟楫之剂

桔梗汤: 方出《伤寒论》。药仅桔梗、甘草两味。“少阴病二三日, 咽痛者, 可与甘草汤; 不差, 与桔梗汤。” 邪热客咽, 故痛。方中甘草生用, 微寒而清凉, 清热解毒, 缓急利咽候; 桔梗, 苦辛而平, 归肺经, 循脉上行于肺, 辛散苦泄, 宣肺利咽止痛。

本方中, 桔梗善入于肺经, 载药上行, 使药达病所, 力专效宏, 后世用作舟楫之剂, 用以载上行。

3.1 通调水道, 解表化湿

《素问·经脉别论》: “饮入于胃, 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。” 津液的输布依靠脾、肺、肾、肝、三焦脏腑生理功能的相互协调。肺在其中起着极其重要的作用: 肺主水, “为水之上源”; 肺主一身气, 司呼吸主治节, 开宣肺气, 气的功能正常, 气化促进津液正化, 停聚水液得以输布, 故“气化则湿化”。

参苓白术散: 方出《太平惠民和剂局方》。主治脾虚湿盛证。方中人参、茯苓、白术、山药、苡仁健脾益气渗湿; 砂仁醒脾行气化湿。桔梗, 味辛, 宣通肺气; 合甘草, 共为舟楫之剂, 载药上行。《医方考》: “……桔梗, 甘而微苦, 甘则性缓, 故为诸药之舟楫; 苦则喜降, 则能通天气于地道矣。” 桔梗, 既为舟楫之剂, 载药上行, 使药达病所; 又能开宣肺气, 通调水道, 协脾化湿: 功兼两职, 各显奇效。

(下转 86 页)

血清孕酮、β-HCG 和雌二醇对异位妊娠的诊断价值

The Diagnostic Value of Serum

Progesterone, β-HCG and Estradiol on Ectopic Pregnancy

冯广贵

(广东省廉江市人民医院, 广东 廉江, 524400)

中图分类号: R714.1⁺2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0084-03

【摘要】 目的: 研究和比较血清孕酮、β-HCG 及雌二醇联合检测对异位妊娠的诊断价值。方法: 收集 40 名异位妊娠及 20 名正常早孕的妇女, 电化学发光法检测外周血孕酮、β-HCG 及雌二醇水平。采用 *t* 检验、卡方检验及 Logistic 回归评价孕酮、β-HCG 及雌二醇对异位妊娠的诊断价值。结果: 异位妊娠组, 孕酮、β-HCG 及雌二醇分别是: $326.3 \pm 132.2\text{nmol/L}$, $654.6 \pm 101.4\text{UI/L}$ 和 $5102.6 \pm 1003.5\text{pmol/L}$, 正常早孕组则分别是: $755.3 \pm 108.4\text{nmol/L}$, $6435.8 \pm 780.6\text{UI/L}$ 和 $4982.6 \pm 1112.5\text{pmol/L}$, 异位妊娠组孕酮和 β-HCG 明显低于正常早孕组 ($P < 0.05$)。孕酮和 β-HCG 联合检测对异位妊娠诊断敏感性和特异性均明显高于其它检测组 ($P < 0.05$)。Logistic 回归提示较低水平孕酮和 β-HCG 对异位妊娠的诊断有预测价值。结论: 联合检测孕酮和 β-HCG 可进一步提高异位妊娠诊断准确率, 而雌二醇对异位妊娠无预测价值。

【关键词】 孕酮; β-HCG; 雌二醇; 异位妊娠; 早孕

【Abstract】 Objective: In order to investigate the diagnostic value of serum progesterone, β-HCG and estradiol on ectopic pregnancy. Method: We enrolled 40 ectopic pregnancy cases and 20 common early pregnancy cases, and to analyze progesterone, β-HCG and estradiol by electrochemical procedure. We evaluated the diagnostic value of the combination of progesterone, β-HCG and estradiol on ectopic pregnancy by *t*-test, chisquare-test, and Logistic regression. Result: Progesterone, β-HCG and estradiol in ectopic pregnancy group are $326.3 \pm 132.2\text{nmol/L}$, $654.6 \pm 101.4\text{UI/L}$ and $5102.6 \pm 1003.5\text{pmol/L}$ respectively, while $755.3 \pm 108.4\text{nmol/L}$, $6435.8 \pm 780.6\text{UI/L}$ and $4982.6 \pm 1112.5\text{pmol/L}$ in common early pregnancy group. Progesterone and β-HCG are significantly lower in ectopic pregnancy group compared with common early pregnancy group ($P < 0.05$). The combination of progesterone and β-HCG has a higher diagnostic sensitivity and specificity on ectopic pregnancy ($P < 0.05$). Lower level of progesterone and β-HCG has a higher diagnostic value on ectopic pregnancy by Logistic regression. Conclusion: The combination of progesterone and β-HCG can improve diagnostic accuracy on ectopic pregnancy whereas estradiol has no diagnostic value on ectopic pregnancy.

【Keywords】 Progesterone; β-HCG; Estradio; Ectopic pregnancy; early pregnancy

异位妊娠 (Ectopic Pregnancy) 是我国妇科常见病、多发病, 典型病例诊治对基层医院医生并无困难, 但对于临床表现不典型的患者, 基层医院医生常因症状不典型、实验室辅助检查欠缺等而误诊、漏诊, 从而影响诊治, 甚至危及患者及胎儿生命^[1-2]。所以, 早期诊断及治疗异位妊娠是挽救妇女生命和保存患者生育能力的关键。本文总结了有停经或月经紊乱、下腹

痛及阴道流血的 60 例妇科患者, 行血清孕酮、β-HCG 和雌二醇联合检测, 评估联合检测对异位妊娠的早期诊断价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究收集从 2008 年 9 月至 2009 年 9 月在我院住院及门诊就诊 60 例妇科患者, 所有入选者均为停经

56 天以内, 其中异位妊娠者 40 人, 正常早孕 20 人。外周血激素水平诊断异位妊娠标准为: 孕酮>100nmol/L, <500nmol/L, β -HCG>100UI/L, <1000UI/L, 雌二醇<5000pmol/L。病理学诊断金标准为术后进行组织切片证实为异位妊娠, 正常早孕的诊断金标准为入选者产下正常婴儿。两组研究对象的平均年龄分别为 (26.8 \pm 1.7) 岁 (异位妊娠组) 和 (27.7 \pm 2.4) 岁 (正常早孕组), 两组间年龄无统计学差别 ($P>0.05$)。

1.2 方法

收集所有入选者早上空腹静脉血 5ml, 用化学发光法测定外周血孕酮、 β -HCG 和雌二醇 (武汉博士德公司) 水平, 并根据上述激素诊断标准进行评估, 同时严密观察研究对象病情变化。外周血激素水平符合异位妊娠诊断标准者纳入异位妊娠组, 符合正常早

表 1 异位妊娠组与正常早孕组外周血孕酮、 β -HCG 和雌二醇的比较

组别	n	孕酮 (nmol/L)	β -HCG (UI/L)	雌二醇 (pmol/L)
异位妊娠	40	326.3 \pm 132.2*	654.6 \pm 101.4*	5102.6 \pm 1003.5
正常早孕	20	755.3 \pm 108.4	6435.8 \pm 780.6	4982.6 \pm 1112.5
t	60	3.47	4.88	1.02

注* $P<0.05$, 异位妊娠组 vs 正常早孕组

2.2 外周血孕酮、 β -HCG 和雌二醇联合检测对异位妊娠诊断准确率

由表 2 可见, 孕酮、 β -HCG 和雌二醇联合检测对异位妊娠诊断的真阳性率和真阴性率均明显高于各

表 2 外周血孕酮、 β -HCG 和雌二醇对异位妊娠诊断准确率

项目	真阳性率	真阴性率	假阳性率	假阴性率
孕酮	20/40 (50)	18/40 (45)	0/40 (0) *	16/40 (40)
β -HCG	30/40 (75)	24/40 (60)	8/40 (20)	20/40 (50)
雌二醇	10/40 (25)	20/40 (50)	27/40 (67.5)	15/40 (37.5)
孕酮+ β -HCG	37/40 (92.5) *	32/40 (80) *	0/40 (0) *	8/40 (20) *
β -HCG+雌二醇	30/40 (75)	18/40 (45)	12/40 (30)	16/40 (40)
孕酮+ β -HCG+雌二醇	37/40 (92.5) *	32/40 (80) *	0/40 (0) *	10/40 (20) *

注: * $P<0.05$, 与同一组其它数值相比较。

2.3 Logistic 回归结果

$P = \exp(-17.1054 + 1.0548 \times \text{HCG} + 0.0267 \times \text{PROG}) / [1 - \exp(-17.1054 + 1.0548 \times \text{HCG} + 0.0267 \times \text{PROG})]$

(PROG, progesterone)。由 Logistic 回归结果得出外周血较低浓度 β -HCG 及孕酮的患者患异位妊娠的可能性大于较高浓度 β -HCG 和孕酮患者, 而雌二醇对异位妊娠无预测价值。

3 讨论

在发达国家, 异位妊娠的早期诊断率为 88%^[3], 在我国早期诊断率则相差甚远。早期诊断可以减少威胁生命的大出血, 可以避免输卵管的严重损伤, 可以保留患者生育功能, 同时还可以避免其它严重并发症。

孕标准者纳入正常早孕组。真阳性或真阴性为激素诊断标准符合金标准, 假阳性为激素诊断标准为阳性但不符合金标准, 假阴性为激素诊断标准为阴性但金标准为阳性。

1.3 统计方法: 定量资料均采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组间比较采用 t 检验, 诊断准确率比较采用卡方检验, 发病率相关分析采用 Logistic 回归分析, $P<0.05$ 为差别具有统计学意义。

2 结果

2.1 异位妊娠组与正常早孕组外周血孕酮、 β -HCG 和雌二醇的水平比较

由表 1 可见, 异位妊娠组与正常早孕组孕酮和 β -HCG 值差别具有统计学意义 ($P<0.05$), 而雌二醇水平在两组间无明显差别。

单独检测组或其中两个指标联合检测组, 差别具有统计学意义 ($P<0.05$), 假阳性率和假阴性率在孕酮、 β -HCG 和雌二醇联合检测组也明显低于其它组 ($P<0.05$), 而雌二醇对异位妊娠无预测价值。

异位妊娠发病率在我国呈不断上升趋势, 提高早期诊断率不仅需要妇科医生的不断努力, 同时也需要检验科医生完善各种实验室辅助检查以进一步提高早期诊断率。

绒毛膜促性腺激素 (Human chorionic gonadotropin, HCG) 是由合体滋养层细胞合成和分泌的一种糖蛋白, 宫内孕时在排卵 8~10 天后可在孕妇血清中检测到 β -HCG 表达。宫内孕早期受精卵着床后, 由于子宫内膜处于分泌期, 有利于孕卵着床而使滋养层细胞迅速增长, 在着床数小时后就分泌 β -HCG, 因此 β -HCG 在妊娠初期约 2.0 天即可增加 1 倍。而异位妊娠时, 虽然黄体期输卵管内膜也可呈轻度增生, 但由

于异位妊娠内膜较子宫内膜有明显的不同，所以滋养层细胞无论从数量还是质量均较正常妊娠时有明显差别，故不可能分泌大量β-HCG，随着孕期延长，正常妊娠与异位妊娠β-HCG的差别也越大。因此，外周血β-HCG水平可作为宫外孕的诊断指标之一。在本研究也可以看出来，正常怀孕组β-HCG的水平明显高于异位妊娠组(P<0.05)。

异位妊娠患者血中孕酮水平低于正常怀孕已得到一致认同，但异位妊娠孕酮水平低是原发于黄体功能不足，还是继发于异位妊娠滋养层细胞所产生β-HCG不足所致目前尚无定论。测定血中孕酮及其代谢产物是诊断异位妊娠的方法之一^[4]。本研究也同样证实异位妊娠组孕酮水平较正常怀孕组低(P<0.05)。

由于临床工作中不少异位妊娠患者血中β-HCG和孕酮变化较大，且临床症状不典型，所以容易造成误诊和漏诊。本研究分析了40例异位妊娠和20例正常怀孕者外周血中孕酮、β-HCG和雌二醇水平，我们发现单独检测孕酮、β-HCG和雌二醇对异位妊娠诊断的敏感性和特异性均偏低，联合检测孕酮和β-HCG的敏感性和特异性均与联合检测孕酮、β-HCG和雌二醇相同，且明显高于其它检测组(P<0.05)。故

联合检测孕酮和β-HCG对异位妊娠具有较高的诊断准确率。从本研究Logistic回归分析结果及既往研究，我们可以发现异位妊娠患者β-HCG和孕酮水平均明显低于正常怀孕组，但由于本研究并未将正常育龄妇女纳入研究范围，故我们认为外周血激素水平与异位妊娠发生率并不一定存在负相关。同时，我们认为Logistic回归方程只能说明在本研究人群中β-HCG和孕酮对异位妊娠有预测价值，而雌二醇对异位妊娠无预测价值。总之，我们认为对于临床上异位妊娠症状不典型者，可以采用联合检测β-HCG和孕酮的方法以进一步明确诊断，从而可以进行早期治疗，避免严重并发症的发生。

参考文献:

[1]连丽娟.早期异位妊娠的诊断和治疗[J].中华妇产科杂志,1995,30(4):245

[2]Stemmer SM. Current clinical progress in early pregnancy investigation. EarlyPregnancy,2000,4(1):74-81

[3]Obed SA,Wilson JB, Elkins TE. Diagnosing unruptured ectopic regnancy[J]. Int J Gynecol Obstet,1994,45:21

[4]Matthews CP,Coulson PB,Wild RA. Serum progesterone levels as aid in the diagnosis ectopic pregnancy[J]. Obstet Gynecol,1986,68:390

编号: Y-10032670 (修回: 2010-04-16)

(上接 83 页)

藿香正气散：方出《太平惠民和剂局方》。主治外感风寒内伤湿滞证。方中藿香解表寒、化湿浊、辟秽气；厚朴、半夏、陈皮、白术、茯苓理气健脾和胃化湿；紫苏、白芷散寒行气化痰；桔梗，味辛，开宣肺气，散表寒利胸膈；通利肺气，气机得畅，气化则湿化。表证得解，湿滞亦除。

3.2 气为血之帅，气行则血行：“气为血之帅，血为气之母。”《血证论》：“运血者，即是气。”气能生血，行血，摄血，故曰“气行则血行”。肺主气，朝百脉，宣畅肺气，气行则血行，血行则瘀通，通则不痛。

血府逐瘀汤：方出《医林改错》。主治胸中血瘀证。方中桃仁、红花、赤芍、川芎活血祛瘀、行气止痛；生地、当归养血益阴、清热活血。桔梗“主治胸胁痛如刀刺”，又归肺经，配伍枳实、牛膝、柴胡，辛升苦降，宽胸行气，理气分之郁结，行血分之瘀滞，气行则血行。又为舟楫之剂，载药上行，功效透彻。

天王补心丹：方出《校注妇人良方》。主治阴虚血

少，神志不安之证。方中生地、麦门冬滋阴养血清热；酸枣仁、当归、远志补养心血以安神志。桔梗，功兼两职：“主惊恐悸气”，镇魂魄，安心神；又是舟楫之药，载药上行，使药力缓行于上位心经。肺，朝百脉，输布营血以养心；肺又可助生血化血。营血充足，心神得养，魂魄得安，烦热亦除。

4 结 语

桔梗，味辛，苦，平，归肺经，灵活配伍，临床应用极为广泛。这其实也为我们提供了遣方用药的新思路，对中药的使用，不能仅仅局限在功效上，而应结合其四气五味、升降浮沉、归经等，并联系中医理论，结合藏象、经络、气血津液等诸多知识，综合考虑、辨证分析、斟酌权衡、巧妙用药，从而使每味中药得到最佳最合理的应用。

参考文献:

[1]马子密等.历代本草药性汇解[M].北京:中国医药科技出版社,2002.2

编号: L10031106 (修回: 2010-04-12)

头位难产 58 例临床分析

Clinical analysis of 58 cases of head difficult

马凤英

(广东省韶关市曲江区中医院, 广东 韶关, 512100)

中图分类号: R339.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0087-03

【摘要】目的: 探讨头位难产的主要原因、识别方法、处理方法及预防措施。方法: 本文通过对头位难产 58 例进行回顾性临床分析而得出结论。结果: 造成头位难产的主要原因为胎位异常, 其中以持续性枕横位和持续性枕后位多见, 密切观察产程进展和胎头下降, 是早期发现头位难产的重要手段。结论: 早识别头位难产, 及时、正确处理是保证分娩顺利和母婴安全的关键。随着围产期保健的开展, 胎位性难产的发生率降低, 头位难产的发生率却持续升高。现就我院近 2 年来 58 例头位难产进行回顾性分析。

【关键词】 头位难产; 识别; 处理; 预防

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院自 2007 年 12 月至 2009 年 12 月共分娩总数 610 例, 发生头位难产共 58 例, 占分娩总数 9.5%。本组患者中年龄 18~42 岁, 孕周 37+1~41+2 周, 初产妇 45 例, 经产妇 13 例。

1.2 方法

对 58 例头位难产所发生的类型、识别、原因、预防进行分析观察。

2 结果

头位难产的分娩方式: 头位定位异常 48 例, 其中枕前位 12 例占 25%, 持续后位 19 例占 40%, 枕横位 14 例约占 30%, 头高直位 3 例占 5%。其他原因中宫缩乏力所致头位难产 10 例。头位难产的分娩方式 58 例中, 剖宫产 38 例占 65%, 胎头引产术 9 例占 15%, 徒手旋转胎头后径阴道分娩 11 例占 20%, 阴道助产指征为第二产程延长、胎儿窘迫及宫缩乏力。

3 讨论

3.1 头位难产的概念

头位难产是指在分娩过程中以头为先露却因分娩三因素: 即胎儿、产力、产道而导致的难产。头位难产的形成原因错综复杂, 非单一因素影响, 主要有胎儿性难产: 以胎头位置异常最常见, 本次回顾性分析中共 48 例 83%。其次是胎儿发育异常, 包括巨大胎儿和胎儿发育畸形。现代社会物质丰富而劳动强度较小, 巨大胎儿明显增多, 临床上常见巨大胎儿分娩受阻, 甚至发生肩难产。产力性难产: 产力是分娩的动力, 产力以子宫收缩力为主, 贯穿于分娩全过程, 以宫缩乏力为主, 包括原发性宫缩乏力和继发性宫缩乏力。产道性难产: 分为骨产道异常, 包括骨盆狭窄和

骨盆畸形; 此外尚有软产道异常, 软产道包括子宫下段、宫颈、阴道和外阴。软产道畸形如阴道纵隔、横膈、宫颈水肿、坚硬等均可导致难产, 但软产道畸形导致难产少见, 易被忽视。头位难产是因产力、产道、胎位异常所致难产, 三者相互关联, 相互影响, 需动态观察, 具体综合产妇多种条件分析, 选择适宜的分娩方式。

3.2 头位难产的诊断方法

3.2.1 病史和体格检查

认真复习产前检查记录和待产记录, 了解孕妇的年龄、孕产史、孕周、身高以及既往病史分娩、手术史、难产史及胎儿预后等。注意身高、体重、宫高、腹围及超声检查结果, 初步判断阴道分娩的困难程度有无难产倾向。注意产妇有无悬垂腹, 检查骨盆入口平面有无头盆不称, 跨耻径是阳性、可疑或阴性, 根据测量的宫高、腹围, 结合 B 超检查、羊水量、腹壁的厚薄、是否破膜、头先露的高低以及双顶径值、股骨长等, 估计胎儿的大小; 根据触诊胎体与肢体的关系、耻骨联合上触及的胎头部分、颅骨顶骨宽度和胎心音最响部位可初步明确胎方位。准确测量骨盆各径线, 骨盆的大小和形态对分娩有直接影响, 是决定胎儿能否顺利经阴道分娩的重要因素, 复习产前检查骨盆测量各径线大小, 同时产妇入院待产必须再次认真测量, 包括髂棘间径、髂嵴间径, 骶耻外径、坐骨结节间径。若坐骨结节间径小于 8 厘米, 则加测出口后矢状径, 二者之值相加应大于 15 厘米, 表示骨盆出口狭窄不明显。通过测量骨盆各径线、仔细观察米氏菱形窝是否对称等了解骨盆的类型、有无狭窄及畸形。

3.2.2 了解宫缩及胎儿宫内情况

注意待产记录并详细分析产程各时限是否异常如

潜伏期有无延长、停滞。头位难产当明显的骨盆狭窄或畸形以及胎儿过大与某些畸形异常在临产前即可作出诊断。但大多数头位难产是在临产后产程进展过程中逐渐表现出来，因此需要细致观察产程，注意观察宫缩强弱持续时间及间歇时间，正常宫缩随产程进展持续时间由20~30秒逐渐延长至50~60秒，间歇由5~6分钟逐渐缩短为2~3分钟，宫缩强度逐渐加强。注意观察胎心情况，可作连续电子胎儿监护，注意胎心基线率、变异性和反应性有无减速及减速类型，早期发现胎儿宫内窘迫。同时胎儿电子监护还能协助判断宫缩强弱、频率及协调性。

3.2.3 肛门检查

了解骶骨前面弯曲度、坐骨棘间径坐骨切迹宽度及骶尾关节活动度，测量出口后矢状径，了解宫颈的容受程度、宫口扩张大小、宫颈质地、位置、胎膜是否破裂、胎头是否下降，有无产瘤及颅骨重叠等。

3.2.4 阴道检查：阴道检查是产程中识别头位难产最主要的检查手段。与肛门检查相比，阴道检查能准确了解宫口开大情况，准确评估宫颈条件，估计分娩难易，及时发现宫颈水肿，产程停滞，还能及时发现脐带脱垂等危险情况，将对母儿的危险情况降到最低。产程中严格的消毒后阴道检查排除头位难产既避免肛查的弊端，又不增加感染的机会。现在欧美国家主张废弃肛查，产程中均采用阴道检查。仔细的阴道检查应包括：①宫口扩张程度以及宫口有无水肿、水肿的部位、程度等，如前唇水肿应警惕前不均称。②胎膜是否破裂，还可结合其他情况如骨盆无异常、胎儿不过大、胎儿宫内情况良好等可试产条件下在宫口开大了3厘米以上时，胎膜未破行人工破膜术，了解羊水：羊水量和性状判断胎儿宫内情况。③胎头下降程度，宫缩时胎头有无明显下降感，尤其是有产瘤或颅骨重叠时，应检查胎头双顶及胎耳的位置，从而准确了解胎头的位置。通过胎头的骨标志、颅缝及囟门的位置判断胎方位，在胎头形成产瘤和颅骨重叠明显时，胎头位不易查明清楚，菱形的大囟门缩小呈“+”字形，小囟门由于枕骨嵌入两顶骨下方，形成凹陷并呈“Y”字形，应注意与大囟门的区别。因此在活跃早期产程图一出现异常时即应及早进行阴道检查，此时胎头水肿和颅骨重叠不明显，易于查清囟门及颅缝，摸清胎方位。在试产一段时间后，如产程进展缓慢或无进展时，可行二次阴道检查以决定分娩方式。胎儿耳廓较高，在宫口开全、阴道助产时可以检查胎儿耳廓的方向帮助确定胎方位，耳廓的指向为枕骨的位置。④骨盆内测量：阴道检查于孕早期则应及时进行并行双合诊以排除阴道纵隔、阴道肿瘤、子宫增大是否与停经月份

相符等。产程中阴道检查能准确了解骨盆内部情况：包括对角线、中骨盆及出口前后径、骨盆是否内聚，坐骨棘是否突出，估计坐骨棘间径，骶尾弧度、骶尾关节活动度等。

3.3 头位难产的处理：在临床工作中广大产科医生均知道头位不一定就能正常顺利经阴道分娩，分娩一个动态的过程，头位难产是因产力、产道、胎方位异常、胎儿巨大等多因素所致难产。多种因素相互关联，相互影响，需密切动态观察产程，既不过早干预也不要失去时机进行相应处理和必要的试产，综合分析并及时向家人交待病情，取得理解在知情同意的基础上确定最后的方式结束分娩。剖宫产、产钳和胎头吸引术是解决头位难产的主要方式。主要体会如下：①潜伏期要维持有效规律宫缩以促宫颈扩张和胎头下降，若出现产妇呼痛不已、烦躁不安、睡眠欠佳、疲倦无力、宫缩乏力、宫缩不协调或潜伏期延长，可应用安定或杜冷丁注射，让产妇充分休息以调整宫缩，然后密切观察产程进展情况，必要时补液静滴缩宫素加强宫缩，在密切观察下试产2~4小时，如无进展或胎儿窘迫，可考虑剖宫产术。②产程进入活跃期是关键时期，绝大多数难产是在此期表现出来的，如出现停滞或延长，立即检查胎头位置，估计胎方位，及时发现头盆不称，适时行人工破膜促胎头下降及宫口开大，调整宫缩情况及手转胎头等措施，为经阴道分娩创造条件，如破膜后试产不能超过2小时。③第二产程：宫口开全后指导产妇屏气用力，如胎头下降缓慢或停滞第二产程延长或产程中出现胎儿窘迫情况等需尽早结束第二产程者，可考虑阴道手术助产，但如若出现双顶径位于坐骨棘水平、产瘤大者，不行阴道手术助产，避免胎儿遭受更大的损伤。④剖宫产术：一旦确诊产妇出现先兆子宫破裂、骨盆明显狭窄或畸形、头高直后位、前不均倾位、颈后位、联体胎儿，应立即行剖宫产术^[1]。剖宫产主要并发症为术后病率，术时切口撕裂及出血，所以试产既要充分又要适度。在保证母儿安全的情况，尽量降低剖宫产率。对充分试产后胎头较低的产妇剖宫产时，应将子宫切口呈弧形，以减少切口撕裂，防止出血，手托胎头用力均匀而且不粗暴，必要时阴道上推胎头，避免胎儿颅内血肿、新生儿窘迫等，减少产科并发症，降低围产儿病死率。

3.4 头位难产的预防

在孕产妇处理中要注意加强孕期教育和培训，指导合理营养和适度运动，减少巨大胎儿发生，定期产检，及早发现难产因素，及早确定分娩方式。由于胎头位置异常是构成难产的主要因素，然而这种由于胎头俯屈不良致胎头通过骨盆径线增加，引起的广义的

头盆不称, 含有可变性, 一旦胎头转为枕前位, 通过骨盆的径线缩小, 头盆不称即不复存在。因此纠正胎头位置应是预防头位难产的主要措施。可在孕期或分娩早期利用体势或手法将胎头位置转正, 也可于第二

产程宫口开大于 7~8 厘米时, 经阴道徒手旋转胎头。

参考文献:

[1] 乐杰. 妇产科学(第七版)[M]. 人民卫生出版社. 2008.1

编号: Y-10032365 (修回: 2010-04-19)

(上接 82 页)

对上腹痛、腹胀、早饱、嗝气、反酸烧心、恶心呕吐 6 个主要症状, 采用症状积分法进行病情评定, 每个症状分无、轻、中、重 3 级, 无症状记 0 分, 轻度记 1 分, 偶有症状需要提示才意识到有症状; 中度记 2 分, 常有症状存在, 但不影响正常活动; 重度记 3 分, 每日或每餐均有症状影响正常活动; 3 组治疗前后填写临床症状观察表, 记录 6 个主要症状等级与评分, 治疗结束后根据评分计算疗效指数, 疗效指数(%) = (治疗前症状总分 - 治疗后症状总分) / 治疗前症

状总分 × 100%。疗效评定指数 > 75% 为显效, 51% ~ 75% 为有效, 26% ~ 50% 为好转, ≤ 25% 为无效。

1.4 统计方法

采用 SPSS 11.5 统计软件, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, 有效率分析采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

三组治疗前后症状积分比较见表 1 和疗效比较见表 2。

表 1 三组治疗前后症状积分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗 I 组	142	14.12 ± 3.78	4.46 ± 1.67 ¹⁾
治疗 II 组	140	13.79 ± 3.45	7.34 ± 2.33
对照组	142	13.87 ± 4.07	10.29 ± 3.56

注: 与治疗 II 组和对照组比较 ¹⁾ P 分别 < 0.05 和 < 0.01。

表 2 三组治疗总疗效比较

组别	例数	显效	有效	好转	无效	总有效率 (%)
治疗 I 组	142	68	62	8	4	91.5
治疗 II 组	140	37	75	15	13	80
对照组	142	30	56	26	30	60.6

注: 与对照组比较, 分别 $P < 0.05$ 。

3 讨论

FD 是一种常见消化道疾病。占消化道疾病患者的 20% ~ 40%, 目前, 对功能性消化不良的西药治疗主要是促胃动力治疗, 疗效亦不甚理想, 有一定的局限性^[3]。相对而言, 中医治疗功能性胃肠疾病有一定的优势。而中医学认为, FD 属中医“胃脘痛”、“痞满”、“呕吐”等范畴。本病病位在胃, 而与肝脾关系密切, 脾虚为本, 肝郁气滞为标, 肝郁脾虚为其病机, 治法以疏肝健脾和胃调节中焦脾胃升降功能为治疗本病的关键。党参、白术、甘草补气健脾、益气和中, 使脾宜升; 茯苓醒脾开胃, 使胃宜降。枳实破气消积, 化痰散痞, 木香行气止痛, 健脾消食。四君子汤加味枳实、厚朴、木香、砂仁、良姜、鸡内金、焦三仙, 诸药合用, 使脾运健, 胃气降, 肝气达, 气机调畅, 脾升胃降, 痰湿化, 郁热清, 食积消, 则痞满、腹胀、嗝气、呕吐等症自消, 从整体上进行调节, 故疗效优于多潘立酮, 临床上值得进一步研究。

由于功能性消化不良病程长, 饮食、劳倦、七情

损伤脾胃, 失其常发, 则气机升降失调, 中焦运化失职, 脾不能为胃行其津液, 胃肠弛缓无力, 排空缓慢^[4], 故方中党参、白术、茯苓、甘草为四君子汤, 健脾益气, 如《医宗金鉴》谓其可“随证加减, 无论寒热补泻, 先培中土, 使药气四达, 则周身之机运流通, 水谷之精微敷布, 何患其药不效哉! 是知四君子汤为司命之本也”, 临床加大剂量的疗效由于小剂量方剂, 值得研究推广。

参考文献:

[1] 罗金燕. 功能性消化不良的再认识—罗马 III 标准解读[J]. 中华内科杂志, 2009, 48(2): 104-105

[2] 张万岱, 危北海, 陈治水, 等. 功能性消化不良的中西医结合诊治方案(草案)

[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 12(6): 381

[3] Douglas A, Drossman R. The functional gastrointestinal Disorders and the Rome III process[J]. Gastroenterology, 2006, 130: 1377-1390

[4] 曹继刚. 加味四君子汤治疗脾虚肝郁型功能性消化不良 49 例[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2008, 16(2): 126-128

编号: EA-100329207 (修回: 2010-04-09)

直肠应用米索前列醇配合宫腔

置水囊治疗剖宫产术中出血 56 例临床体会

Clinical experience for treating 56 cases of cesarean section by rectal misoprostol plus intrauterineHome cystic

刘荣军 郭小玲

(广东省韶关市职防院, 广东 韶关, 512026)

中图分类号: R71 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0090-02

产后出血是分娩期严重的并发症, 居导致孕产妇死亡的主要原因的首位^[1]。产后出血指胎儿娩出后, 24 小时内阴道出血量 $\geq 500\text{ml}$, 国际统一标准, 剖宫产胎儿娩出后, 产后出血是尚无统一标准。我国南京围产期保健组对市、城郊、县 1.2.3 级医院, 1125 例剖宫产分娩 24 小时内失血量进行精密的测量, 出血量中位数明显高于 3046 例阴道分娩的 397ml, ($P < 0.01$); 若以出血 $\geq 500\text{ml}$ 为诊标准, 则剖宫产术后出血的发生率高达 53.7%。无出血高危因素的剖宫产者, 第 80 百分位数产后出血量为 678ml。故剖宫产后出血为高危因素之一^[2]。一般情况下, 剖宫产术中出血经应用催产素, 徒手按摩, 局部缝扎及压迫即可起到良好效果, 但一小部分病例经上述积极处理后仍不能奏效, 出血进一步增多, 危及生命时, 常被迫切除子宫, 许多产妇因此失去了生育功能, 甚至失去生命。因此, 剖宫产术中, 产后出血如何采取快速, 行之有效的救治措施, 开展积极的抢救, 至关重要, 我院剖宫产术中以出血 $\geq 500\text{ml}$, 为诊断标准。诊断成立后, 经子宫按摩, 应用催产素, 局部缝扎及局部压迫等方法处理无效, 立即采取直肠置入米索前列醇配合宫腔置入水囊压迫宫腔治疗剖宫产术中产后出血^[3], 操作简便, 止血快速, 安全, 效果良好, 成功率高, 同时保留了子宫。现将临床体会报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

我院为 II 甲医院, 2002 年 1 月至 2008 年 12 月, 剖宫产分娩 2820 例, 术中出血量 $\geq 500\text{ml}$ 者, 178 例, 其中 122 例, 经子宫按摩, 大剂量使用催产素, 局部缝扎及局部压迫止血等方法处理取得了良好的效果。另 56 例, 经上述方法积极处理无效后即予直肠置入米索前列醇 400ug 配合宫腔放置水囊压迫宫腔而达到止

血目的。这 56 例患者中, 宫缩乏力 45 例, 胎盘粘连 3 例, 前置胎盘 4 例, 胎盘植入 2 例, 胎盘早剥 2 例。

1.2 水囊的制作、放置、取出的方法及术后注意事项

将双层消毒手套中间用 7 号丝线扎紧, 再将扎好的双层手套翻转过来, 置入硅胶导尿管套入双层手套内, 在手套外 1/2 处用 7 号丝线绑扎, 使导尿管末端达扎好的双层手套的前端, 最好是双重绑扎, 丝线的松紧度以不漏水为宜, 过紧会导致注水困难。不用双层手套用双层避孕套也可以。注意水囊不要太大, 否则张力不够, 起不到压迫作用。将制作好的水囊用生理盐水冲洗。术者先将子宫切口用 1 号吸收线常规缝合 2/3 时, 将水囊置入宫腔, 此时置入, 注水时水囊不易滑出。从导尿管的另一端注入生理盐水, 最好用温盐水, 在推注盐水的过程中, 协助者双手配合按压子宫上段以利于宫腔积血及时排除, 同时可防止注水过程中水囊滑出, 注入盐水的量以 300~500ml 为宜, 注水后期可见出血明显减少或停止。最后将尿管远端折叠结扎, 以防漏水可以双重结扎, 将结扎好的末端用 8×8cm 的纱块包扎, 用卵圆钳夹住末端, 经子宫切口向阴道送出, 台下人员经阴道确认末端到达, 以便水囊取出。术后注意事项: ①密切注意各项生命体征及阴道出血量; ②密切注意宫底的高度, 以防宫腔内积血及水囊的滑出或漏水; ③注意保持外阴的清洁, 以防逆行感染; ④加强抗生素的使用, 避免感染。如无特殊, 24 小时后, 在静滴催产素的同时缓慢放水, 观察阴道流血情况, 如无明显出血, 水囊缩小后取出。

1.3 水囊注水量及压迫时间

水囊内注入生理盐水的量要根据子宫大小及水囊形成后达到流血明显减少或停止来确定, 临床应用以 300~500ml 为宜, 必要时可以达到 800ml。注入生理盐水过少, 不能在短时间起到压迫止血的目的, 过多,

则随着子宫的收缩会出现腰痛及肛门坠胀感等不适。宫腔填纱一般压迫 24~36 小时, 滞留时间越长, 宫腔感染机会就越大。已有文献报道水囊压迫时间最长 12 小时, 最短 12 小时。本组 56 例压迫时间为 24 小时。如果可以方便控制水囊, 则可根据子宫收缩、阴道流血情况及患者的自觉症状, 将放置时间适当缩短, 以减少宫腔感染的机会。

1.4 米索前列醇的置入: 米索前列醇是前列腺素 E1 的衍生物, 具有 PGE1 的活性, 对妊娠各期子宫均有收缩作用。国外有报道将米索前列醇用于抗早孕及预防剖宫产出血, 其有效性及安全性已被肯定。有资料显示, 在剖宫产术后经直肠给药, 米索前列醇通过粘膜吸收迅速进入血液循环直接达到作用部位, 引起宫缩, 并持续 2~3 小时。本组病例均在宫腔放置水囊的同时经肛门于直肠内 3~5CM 放置米索前列醇 400ug。通过米索前列醇的作用加强水囊的效果。

2 结果

采用此方法治疗剖宫产术中出血 56 例, 55 例取得满意效果, 其中 1 例因术后 4 小时水囊滑出, 出血明显, 应家属要求转上级医院改用血管介入治疗。成功率 98.2%。本组 56 例均是剖宫术中出血 >500ml, 经子宫按摩, 使用催产素等方法处理无效后即予宫腔放置水囊压迫宫腔及直肠放置米索前列醇, 通过水囊的张力直接压迫宫腔血窦及刺激子宫产生宫缩并有米索前列醇加强宫缩而达到止血的目的。55 例均取得了满意的效果, 术后 24 小时出血量在 35~150ml, 效果非常明显, 成功率也高, 并且保住了子宫。其中是失败的 1 例原因分析是水囊的张力过小, 容易变形, 随着宫缩便将水囊排出。术后因出血过多, 机体抵抗力降低, 易发生感染, 同时因有宫腔操作也增加了感染的机会, 因此术后对 55 例产妇均应用了 5 天的二联广谱抗生素, 有 18 例在术后前两天出现发热, 体温: 37.8~38.9℃, 嘱多饮水, 加强散热, 第三天均转为正常体温, 考虑均为术后吸收热, 均无感染征象。本组 55 例均于术后 24 小时在使用催产素的情况下缓慢放水, 水囊顺利取出, 观察均无明显阴道流血, 止血成功。本组 55 例均治愈出院, 产后 42~56 天随访, 子宫复旧良好, 无产褥期出血及产褥感染的发生。

3 讨论

3.1 水囊压迫止血的机制, 一是通过膨大的球囊直接压迫宫腔胎盘剥离面的血窦达到止血。二是通过球囊的压力刺激子宫体感受器, 经大脑皮质刺激子宫产生收缩。因为没有专制的水囊, 现利用消毒手套或避孕套制作的水囊可塑性及弹性很好, 可以自动适应宫腔的形态, 压迫面积广泛, 可避免造成宫腔积血, 不影

响宫缩。水囊的放置指征: 胎盘娩出后虽经多种措施积极处理, 但仍然存在的子宫收缩乏力、出血或胎盘剥离面弥漫性渗血。因此, 要求操作者严格掌握放置指征, 及时有效的放置, 避免不必要的损失, 必要时可以提前做好相关的准备工作, 以争取抢救时间。

3.2 米索前列醇治疗剖宫产后出血的机理: 米索前列醇是一种合成的前列腺素 E1 类似物, 具有前列腺素 E1 的作用, 可使宫颈纤维组织软化, 胶原降解, 引起子宫平滑肌收缩。国内已报道将米索前列醇用于抗早孕及预防剖宫产后出血, 成功率为 96.4%, 其有效性及安全性已被肯定^[4]。米索前列醇单剂量口服 30min 血药浓度达峰值; 血浆药物的半衰期为 1.5h, 持续时间长, 可有效解决产后 2h 内出血问题, 对子宫的收缩作用强于催产素, 即使催产素无效时, 仍能发挥较好的促宫缩作用。通过局部上药诱发宫缩是目前常用方法之一, 直肠用药治疗产后出血也能产生很好的效果。有资料结果表明, 在剖宫产术中术后经直肠置入米索前列醇 200 μg, 米索前列醇直接到达作用部位, 通过粘膜吸收能迅速进入血液循环引起子宫收缩, 并持续 2~3 小时。刘敏^[5]报道在用药后测血液成分也证实了这一点。给药方便且污染小, 并可以避免上行感染, 且可以减少不良反应。本组在应用米索前列醇的过程中未出现不良反应。假如出现寒战, 高热, 皮疹, 腹泻等副作用, 可用非那根或地塞米松抗过敏治疗即可。米索前列醇是目前预防产后出血较理想的药, 具有应用简单, 效果可靠, 易掌握、安全、副作用小, 价格低的特点^[6], 用药范围广泛, 适用于各级医院, 尤其基层医院。对于降低孕产妇死亡率, 减少输血用量均具有重要意义, 值得推广应用。

3.3 本组病例通过上述方法治疗剖宫产术中出血, 简便易行, 所用的材料随时可取, 止血迅速, 效果确切, 操作简便, 成功率高, 同时保留了子宫, 值得各级各层医院临床推广。

参考文献:

- [1]曹泽毅.中华妇产科学(第二版)[M].北京:人民卫生出版社,2005:837
- [2]乐杰.妇产科学(第六版)[M].北京,人民卫生出版社,2005:224
- [3]郭秋琼,周晓莉.宫腔水囊压迫止血法在产后大出血中的应用(附 20 例报告)[J].中国实用妇科与产科杂志,1999,15(7):446
- [4]余江,张进,宋岩峰.米索前列醇在妇产科学的运用[J].中华妇产科杂志,1998,33(1):55
- [5]刘敏.米索前列醇预防产后出血 210 例的临床观察[J].中华妇产科杂志,2000,36(2):22
- [6]张首杰,安启哲.顽固性产后大出血的保守性手术治疗[J].中国实用妇科与产科杂志,1999,15(5):269-270

编号: Y-10032366 (修回: 2010-04-16)

养血化瘀理气通下方药促进 剖宫产术后康复的临床研究

Clinical study on Liqi and nourishing blood stasis under the prescription promote rehabilitation after cesarean section

张莹¹ 李绍轩² 刘燕萍¹ 吴玲玲² 温晓仙²

(1.江西省铅山县人民医院,江西 上饶,334500

2.江西省铅山县中医院,江西 上饶,334500)

中图分类号: R71 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0092-04 证型: ABGD

【摘要】 目的: 运用养血化瘀理气通下方药促进剖宫产术后康复进行临床研究。方法: 将 560 例剖宫产产妇随机分为两组, 两组在术后均常规使用抗炎、对症支持治疗。治疗组 280 例手术后第 2 天开始服用养血化瘀理气通下方药 (组成: 当归、川芎、赤芍、生地、益母草、桃仁、枳壳、大黄、甘草) 连续服用 10 天; 对照组 280 例于术后第 2 天开始连续 10 天口服益母草冲剂。观察两组剖宫产术后排便、腹胀、恶露、乳汁分泌及术后 42 天体检血色素等指标。结果: 治疗组术后通气排便加快, 腹胀发生率明显降低, 恶露日期显著缩短, 乳汁分泌量增加, 血色素显著提升。与对照组比较, 有显著性差异 ($P<0.01$)。结论: 养血化瘀理气通下方药能促进剖宫产术后胃肠功能恢复, 降低腹胀发生率, 缩短恶露日期, 增加乳汁分泌量, 提升血色素水平, 具有明显促进剖宫产术后康复的作用。

【关键词】 剖宫产; 康复; 养血化瘀; 理气通下

【Abstract】 Objective: Make the clinical research by making use of raising blood and removing extravasted blood, regulating the flow of vital energy and passing underneath to promote the recovery after the cesarean section. Method: Divide 460 cases c-section parturient woman into two groups randomly. Both groups make use of anti-inflammatory and support the treatment just right for the illness after the operation. 280 cases of treatment groups start to take the medicine which raising blood, removing extravasted blood, regulating the flow of vital energy for the second day after the surgery. (the composition: Radix engelicae sinensis, rhizoma chuanxiong, radix paeoniae rubra, herba leonuri, semen persicae, radix et rhizoma rhei, glycyrrhizae preparata, bitter orange Immature...) For these medicine, it takes continuously for 10 days. 280 cases start to take continuously herba leonuri for 10 day for the second day after the surgery. After observing two group of c-section, make bowel movement, distension of the abdomen, lochia, milk secretion, and make physical hemoglobin examination for 42 day after the operation. Result: After the treatment group operation, the ventilation bowel movement speed up, Distension of the abdomen reduces obviously, the lochia date obviously reduces, the milk secretion increases, the hemoglobin obviously promotes. Compares with the control group, it has the significance difference. ($P<0.01$) Conclusion: The medicine which raise blood and remove extravasted blood, regulate the flow of vital energy and pass underneath can promote the function of the stomach and intestines to restore after C-section, cuts the probability for distension of the abdomen, reduces the lochia date, increases the milk secretion, promotes hemoglobin level. It has the obvious function to promote the health to restore after the C-section.

【Key words】 Caesarean section; Recovery; Promoting blood circulation for removing blood stasis; Regulating qi flowing for relaxing purgation.

近年来产科住院分娩中剖宫产率呈明显增长态势。如何促进剖宫产术后的产后康复, 降低产妇不良

预后风险已成为围产医学中热切关注的课题。江西省铅山县人民医院和县中医院积极开展院际合作, 应用

养血化瘀理气通下方药,开展促进剖宫产术后康复的临床科研课题研究,在术后促进胃肠功能恢复,加快通气排便,减少腹胀,缩短恶露时间,增加乳汁分泌量,提升血色素水平等方面取得满意疗效,现就 560 例剖宫产术后康复的临床资料总结分析如下:

1 临床资料

自 2009 年 1 月至 10 月,由江西省铅山县人民医院妇产科观察剖宫产术后共计 460 例,县中医院观察剖宫产术后共计 100 例,随机分为两组。治疗组 280 例(其中县中医院 50 例),年龄 20~40 岁,平均年龄为 27 ± 3 ;初产妇 187 例,经产妇 84 例;其中头盆不称 85 例,胎位不正 68 例,前置胎盘 7 例,疤痕子宫 74 例,胎儿宫内窘迫 39 例,妊娠高血压综合征 4 例,双胎妊娠 2 例,过期妊娠 1 例。对照组 280 例(其中县中医院 50 例),年龄 19~40 岁,平均年龄为 28 ± 2 ;初产妇 193 例,经产妇 87 例,其中头盆不称 89 例,胎位不正 62 例,前置胎盘 7 例,疤痕子宫 77 例,胎儿宫内窘迫 41 例,妊娠高血压综合征 2 例,过期妊娠 1 例,双胎妊娠 1 例。两组病人手术均利用腰硬联合麻醉,腹部伤口根据病人自由选择行下腹部纵切口或下腹部横切口,疤痕子宫尽可能选择疤痕切口进腹,子宫切口均为子宫下段横切口。两组病人在年龄、手术指征、手术方式等方面差异均为无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 研究方法

2.1 两院统一治疗法,两组病人术后均常规给予抗炎、止血、对症及支持治疗,纵切口术后 7 天拆线,横切口 5 天拆线。

2.2 治疗组在常规治疗基础上加服养血化瘀、理气通下方药(组成:当归、川芎、赤芍、生地、益母草、桃仁、枳壳、大黄、甘草),于术后 8~10 小时开始服用。每日服 1 剂,1 剂分煎 2 次服用,连服 10 天,于术后 7 天、10 天、14 天进行电话随访,产后 42 天进行常规体格检查。随症加减:严重贫血者去枳壳加黄芪、党参;妊高症加用生龙骨、生牡蛎、石决明、夏枯草;缺乳加王不留行、党参、黄芪,减去大黄。

2.3 对照组在常规治疗基础上加服益母草冲剂(山东百草药业有限公司国药准字 Z37020392),手术后 8~10 小时开始服用,1 次 1 包,用开水冲服。1 日服用 2 次,连服 10 天,于术后 7 天、10 天、14 天进行电话随访,产后 42 天常规体格检查。

3 观察项目与统计方法

3.1 观察项目:①肛门通气情况,排便时间。②是否有腹胀腹痛发生。③恶露干净时间。④术后 3 天 Hb、RBC 与术后 42 天后 Hb、RBC 情况比较。⑤乳汁分

泌量比较,(根据日哺乳次数,新生儿日排尿次数,哺乳后睡眠情况及是否需人工补充代乳喂养来判断泌乳情况)。^[1]

3.2 统计方法:计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$),统计方法用卡方检验。

4 研究结果

4.1 两组术后通气排便与腹胀情况

治疗组 280 例病人,肛门排气时间为 13~35 小时,排便时间为 16~48 小时,术后 7 天、10 天、14 天内电话回访,无一例发生腹痛、腹胀;对照组 280 例病人,肛门排气时间为 26~72 小时。排便时间为 36~72 小时,其中 91 例有不同程度腹胀、腹痛,90 例服用番泻叶通便后腹胀改善,46 例腹部隐胀不适持续 3 天左右,3 例因严重腹胀,经给予养血化瘀、理气通下方药后痊愈。(见表 1)

表 1 两组术后通气排便、腹胀情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	排气时间 (h)	排便时间 (h)	腹胀情况 (人次)
治疗组	280	13~35n (23±1)	16~48n (32±3)	0
对照组	280	26~2n (49±2)	36~72h (54±2)	91

注:与对照组比较: $P<0.01$ 。

4.2 两组术后恶露情况

治疗组恶露 7 天内干净为 63 例,占 22.5%;10 天内干净为 96 例,占 34.28%;14 天内干净为 113 例,占 40.35%;30 天内干净为 8 例,占 2.95%,对照组恶露 7 天内干净为 23 例,占 8.74%;10 天内干净为 37 例,占 13.21%;14 天内干净 88 例,占 31.43%;30 天内干净 90 例,占 32.14%;42 天内干净 38 人,占 13.57%;42 天后仍未干净为 3 例,占 1.43%。(见表 2)

表 2 两组术后恶露情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	14d 内干净	14~4d 干净	42d 后
治疗组	280	272 97%	8 3%	0
对照组	280	148 52.85%	128 45.71%	4 1.43%

注:与对照组比较: $P<0.01$ 。

4.3 两组术后 3 天 Hb 与 RBC 情况比较,其中报告 Hb 在 80g/L、RBC 在 $2.6 \times 10^9/L$ 以下病人为 40 例;Hb 在 80~100g/L、RBC 在 $2.7 \sim 3.2 \times 10^9/L$ 之间为 280 例;Hb 在 101~110g/L、RBC 在 $3.2 \sim 3.5 \times 10^9/L$ 之间为 240 例;Hb 在 110g/L 以上为 0。(见表 3)

表 3 两组术后三天 Hb、RBC 指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Hb (g/L)	RBC ($10 \times 9/L$)
治疗组	280	96 ± 2	3.05 ± 3
对照组	280	96 ± 1	3.03 ± 6

注:与对照组比较: Hb $P>0.05$; RBC $P>0.05$ 。

4.4 两组术后 42 天 Hb 与 RBC 情况比较(见表 4)

其中治疗组 Hb 在 100g/L、RBC 在 $3.1 \times 10^9/L$ 以下为 18 例;Hb 在 101~110g/L、RBC 在 $3.2 \sim 3.5 \times$

109/L 之间为 55 例; Hb 在 110~120g/L、RBC 在 3.5~3.8×10⁹/L 之间为 137 例; Hb 在 120~130g/L、RBC 在 3.8~4.5×10⁹/L 之间为 65 例; Hb 在 130g/L、RBC 在 4.5×10⁹/L 以上为 5 例, 平均 Hb 为 116±2。对照组 Hb 在 100g/L、RBC 在 3.1×10⁹/L 之下为 35 例;

Hb 在 101~110g/L、RBC 在 3.2~3.5×10⁹/L 之间为 125 例; Hb 在 110~120g/L、RBC 在 3.5~3.8×10⁹/L 之间为 103 例; Hb 在 120~130g/L、RBC 在 3.8~4.5×10⁹/L 有 17 例; Hb 在 130g/L 以上为 0, 平均 Hb 为 105±1g/L。

表 4 两组术后 42 天 Hb、RBC 指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Hb (g/L)	RBC (10 ⁹ /L)
治疗组	280	116±2	3.68±0.02
对照组	280	105±1	3.47±0.03

注: 与对照组比较: Hb $P < 0.01$ RBC $P < 0.01$ 。

4.5 两组术后乳母泌乳量情况比较 (见表 5)

治疗组分别为第 1 天平均泌乳量为 22.70±6.4ml, 第 3 天为 188.28±50.40ml, 第 5 天为 345.12±68.54ml;

对照组分别为: 第 1 天平均泌乳量为 12.28±3.54 ml, 第 3 天为 115.86±48.54ml, 第 5 天为 212.56±54.62ml。

表 5 两组术后乳母泌乳量情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	第 1 天泌乳量 (ml)	第 3 天泌乳量 (ml)	第 5 天泌乳量 (ml)
治疗组	22.70±6.4	188.28±50.40	345.12±68.54
对照组	12.28±3.54	115.86±48.54	212.56±54.62

注: 与对照组比较: $P < 0.01$ 。

5 讨论

随着剖宫产手术的普及, 其术后整体康复已成为提高妇女生殖保健的焦点问题。由于剖宫产手术指征都是威胁母婴生命安全的产科危重征候, 加上剖宫产术腰硬麻醉药物的影响, 手术中损伤出血, 术后感染和组织粘连, 对胃肠功能恢复, 腹部伤口的愈合和子宫复旧, 体质复原与产后哺乳等各方面都给术后产妇康复带来不利影响。其中尤以术后腹胀, 恶露不绝等问题对术后产妇康复至关重要。^[2]

之体质, 亦不忽视术后产妇瘀血阻于胞宫的客观存在^[4]。治疗应以养血化瘀为主, 方药以四物汤加益母草和桃仁。首先四物汤是养血中药的代表方剂, 四物汤中不用白芍而选用赤芍, 只用生地不用熟地。因白芍、熟地柔润滋腻, 有碍脾胃运化, 而赤芍、生地凉血活血, 散热布津, 恰中剖宫产术后组织损伤所致的血瘀发热之病机^[5]。其中尤以当归、益母草两味属产后一般使用频率最高的有效药物。现代药理研究证明, 当归能调整子宫功能状态, 益母草能显著增强子宫肌肉的收缩力和紧张性。川芎为血中气药, 寓取气行则血行之意。桃仁含杏仁甙, 药性较纯, 在活血化瘀方药中被广泛应用, 其功效为镇痛清热, 解毒与通便^[6]。

剖宫产术后出现腹痛腹胀症状, 现代产科的常规处理方式就是给口服番泻叶, 单纯泻下通便, 虽亦能解决排气通便, 缓解腹痛, 减轻腹胀症状, 但不符合剖宫产术后产妇耗血伤阴, 又兼肠腑气机瘀滞之虚实夹杂病机。本临床研究在养血化瘀的基础上, 选择了枳壳与生大黄, 枳壳虽能破气消积宽中, 但药性缓和, 生大黄功专清热通下, 能有效刺激肠管而增加肠道蠕动, 从而促进矢气与大便的排出, 作用比较明确, 与行气宽中的枳壳配合运用, 能加强通气排便, 防止与减少腹胀、腹痛症状颇为有益。但产后通下药宜审慎, 腑气一旦畅通, 则应中病即止, 以免损伤正气, 影响术后康复。

本临床研究针对贫血患者加用黄芪、党参、亦取其益气摄血, 振复产妇之中气。与养血化瘀中药配合, 故能有效提高术后产妇的 RBC 与 Hb 的比值。但精血不能速生, 元气有待来复。故术后产妇 RBC 与 Hb 比值的提高, 须在术后 42 天后方呈明显改善。

剖宫产术后恶露不绝是影响术后产妇产后子宫复旧与体质康复以及母乳分泌的重要原因。现代产科主要针对子宫复旧不良而采取对症治疗, 以缩宫素应用为主, 加用益母草颗粒。本临床研究根据剖宫产术后产妇多虚多瘀的特点, 本着“勿拘于产后, 亦勿忘于产后”^[3]的原则, 既重视剖宫产术后的气血亏损, 百脉空虚

关于改善术后产妇母乳分泌量问题, 本临床研究针对明显缺乳者加用王不留行和黄芪、党参, 意在疏通乳道, 促进乳汁分泌, 同时加入补气药物, 寓气为血帅之意。更主要是养血化瘀理气通下方药排气通便, 有效缓解了腹通腹胀, 明显缩短了恶露时间, 因而迅速调整胃肠机能, 促进子宫复旧。如此则脾胃中气振复, 则能运化布津, 化生精血; 胞宫瘀净而新血始生, 故能有效促进母乳分泌。

综上所述, 养血化瘀, 理气通下方药对促进剖宫产术后整体康复疗效显著, 值得推广普及。

浅谈中西医结合治疗乳腺增生病

Discussion on treating hyperplasia in the integrative medicine

李咏梅 李庆学

(甘肃省武威市凉州区发放镇卫生院, 甘肃 武威, 733043)

中图分类号: R655.8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0095-01 证型: IBGD

乳腺增生病, 中医称为乳癖。祖国医学认为, 乳癖由肝郁气滞, 湿痰凝聚, 郁怒伤肝伤脾, 肝失疏泄。造成冲任失调, 以致肝郁气滞, 郁久成结。而西医认为, 本病与卵巢功能紊乱, 女性激素调节失衡有关。以致造成孕激素不足, 雌激素的相对或绝对过多。或乳腺组织对雌激素的过分敏感。使正常乳腺在月经周期的生理增生和复旧过程中发生紊乱而致此病。

1 临床表现

本病多发生于三十至四十五岁的中年妇女。常表现为一侧或两侧的乳房胀痛和锐痛, 疼痛有时向肩部、腋部及肩背部放射, 发病常有规律性, 多在月经来潮前和月经期加重, 月经过后逐渐缓解。有时在乳房的某一区域出现极敏感的碰触痛性反应。半数为一侧乳房内有散在多发, 圆形光滑且柔韧较硬的小结节。或有轮辐样轻微条索, 或扁平状块质。

2 诊断依据

以乳腺肿块为依据, 并以乳腺内呈现片状硬块居多, 形状多样、有薄有厚、边界不清、大小不等、活动尚好、立体感差, 肿块多在乳房外腺区, 表面光滑, 随月经周期而变化, 随喜怒而消长, 但肿块不完全消失。

依据以上症状的反复出现, 再结合西医学的穿刺抽液, 进行病理检查鉴别, 最终获得较正确的诊断。

3 中医治疗

3.1 治疗原则: 疏肝理气、活血化瘀、软坚散结。

3.2 方药: 自拟软坚散结汤: 当归 15 克, 白术 15 克, 白芍 15 克, 川楝子 9 克, 柴胡 15 克, 乳香 6 克, 没药 6 克, 赤丹参 15 克, 红花 6 克, 海藻 9 克, 昆布 9 克, 贝母 9 克, 郁金 9 克, 王不留行 20 克。

3.3 随诊加减: 如畏寒怕冷, 经血色淡量少, 可加用巴戟天、艾叶, 如腰痛者可加仙灵脾、菟丝子, 如失眠者, 可加焦枣仁。

4 西医疗法

4.1 5% 碘化钾溶液 5 毫升, 每日三次口服。因碘是合成甲状腺素的原料, 从而刺激垂体前叶产生黄体激素, 使卵巢生成黄体素增多。雌激素水平相对下降, 相应调整了卵巢功能和达到软坚散结止痛的效果。

4.2 大剂量维生素 E 及 B 族疗法: 维生素 E 每次 50 毫克口服, 每日三次。女性服用维生素 E 后, 可产生黄体素样作用, 能改善卵巢功能, 减轻乳痛。维生素 B₁, 每次 30 毫克口服, 一日三次, 可减轻经前乳腺水肿, 缓解疼痛。

必要时用甲基睾丸酮片, 每次 5 毫克口服, 每日三次, 以达到对抗雌激素的相对或绝对过多。

笔者在十几年的临床工作中, 对乳腺增生病的诊治, 基本上采用以上中医辨证施治和方药, 并配合西医治疗, 均取得了相当满意的效果。

编号: Y-10040176 (修回: 2010-4-16)

参考文献:

- [1] 黄醒华. 全国母乳喂养学术研讨会纪要[J]. 中华妇产科志. 1995. 30(10): 579-583
- [2] 李绍轩, 刘燕萍, 张莹. 养血化瘀理气通下方药促进剖宫产术后康复的疗效观察[J]. 临床和实验医学杂志. 2008. 7(10): 147-148
- [3] 孟国栋, 孙松生. 孟维礼中医世家经验辑要[M]. 西安: 陕西科学技术出版社 2004: 168
- [4] 庞相荣. 逐瘀安宫饮治疗药物流产后阴道出血不止 50 例[J]. 新中医, 2007.

39(6): 59

- [5] 刘新生, 韩天佑, 姜伟君等. 缩宫逐瘀汤治疗血瘀型恶露不绝的临床与实验研究[J]. 中医杂志, 1990 40(11): 35-36

- [6] 崔树德. 中药大全[M]. 哈尔滨: 黑龙江科技出版社, 1998: 177, 337-547

基金项目:

江西省卫生厅中医临床科研资助课题 (2008.A129)

编号: Y-10031254 (修回: 2010-04-14)

子宫胎盘部位滋养叶细胞 肿瘤恶性型一例误诊误治分析

Placental site trophoblastic Misdiagnosis of type 1 cases of malignant

张晚鱼¹ 李树鱼¹ 齐国海¹ 王立英¹ 赵向荣²

(1.河北省涉县医院, 河北 邯郸, 056400

2.河北省邯钢医院, 河北 邯郸, 056001)

中图分类号: R73 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0096-02 证型: IAD

【关键词】 子宫肿瘤; 胎盘部位滋养细胞肿瘤; 恶性型; 误诊; 误治

1 病例报告

患者甲, 女, 46岁。主因6天前无明显诱因出现左下腹持续性疼痛, 间或隐痛, 绞痛, 伴下腹胀, 阵发性加剧。无恶心、呕吐, 无放射痛, 大小便正常, 在当地静点抗生素治疗效果不佳, 于2009年1月23日上午入住我院妇科。查体: 全身浅表淋巴结无肿大, 心肺正常。妇科检查: 经产外阴, 阴道畅, 宫颈光滑, 子宫如孕4+大小, 固定, 有压痛, 顶硬, 双附件触及不满意。月经生育史: 17岁月经来潮, 周期28~30天, 经期5~7天, 孕2产2, 末产女孩27岁, 43岁绝经, 于2008年秋季出现两次不规则阴道排液及一个月连续少量出血。多普勒彩色超声示: 子宫宫颈宫体未见明显异常, 宫底边界不清, 内膜清晰居中。于宫底上方可见大小约170mm×150mm×87mm实性回声, 形态欠规整, 其内可见斑片状强回声, 中央可见形态不规整的液性暗区回声, 该光团与子宫关系密切, 分界不清, 彩超其内及周边可见血流信号, 双附件显示不清。超声印象: 盆腔包块, 子宫肌瘤变性? 卵巢实性包块待排除。入院诊断: 盆腔包块待查? 不能除外①卵巢肿瘤扭转; ②浆膜下肌瘤扭转; ③子宫肌瘤变性?(均常有腹痛)。

于2009年1月23日下午14:40分在硬腰联合麻醉下行剖腹探查术。术中见: 子宫如孕4+大小, 质软呈灰白色, 左侧部分输卵管、圆韧带、主骶韧带增厚, 质脆, 灰白; 右侧附件稍好, 反折腹膜增厚, 粘连, 盆腔内无积血、积液, 行次全子宫切除术。宫颈残端组织糟脆, 呈干酪样坏死组织, 间断缝合关腹。纵剖宫体见内膜糟脆, 呈干酪样, 侵及肌层, 左侧宫壁菲

薄, 后壁卒中。术中拟诊: 子宫内膜结核; 子宫内膜癌? 病理送检。

病理大体标本见次全子宫15cm×13cm×7cm, 宫体表面光滑, 未见正常内膜组织, 壁0.5~3cm厚薄不均, 左宫壁菲薄, 后壁卒中, 局部呈紫褐色, 组织糟脆, 土黄色呈干酪样明显坏死。冀医四院免疫组化、病理会诊结果: 恶性胎盘部位滋养叶细胞肿瘤。随访患者子宫次全切除术后35d, 发现盆腔复发, 双肺多发结节, 肿瘤转移。给予ACM方案化疗2个疗程, 显效。患者于术后十个月因盆腹腔肿瘤复发, 肠大范围粘连, 阴道痿、尿道痿形成, 衰竭而死。

2 讨论

2.1 诊断分析

胎盘部位滋养细胞肿瘤(PSTT)是指起源于胎盘种植部位的一种特殊类型的滋养细胞肿瘤, 现已获得公认是滋养细胞肿瘤中除葡萄胎、侵蚀性葡萄胎和绒癌以外第四种滋养细胞疾患^[1]。1981年, Scully等^[2]命名为胎盘部位滋养细胞肿瘤(placenta site trophoblastic tumor, PSTT)。临床极为罕见, 迄今英文文献报道逾百余例, 国内仅30余例^[3]。

PSTT的临床表现缺乏特异性, 诊断及鉴别较为困难, 需结合血清学、病理学、免疫组化染色及影像学检查等综合判断, 诊刮及手术病变组织病理学检查配合免疫组化染色是有效的确诊手段。PSTT一般均发生于孕龄妇女, 也有报道最小年龄19岁, 最大年龄大于50多岁者, 但不多见。多数为经产妇, 可继发于足月产, 流产和葡萄胎后, 主要症状为闭经和阴道不

(下转 99 页)

黄帝新经 (2)

—癌症新说

The second study on *Huangdi Xinjing*

徐建国

(世界中医药学会联合会)

中图分类号: R 221 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0097-03

现代科学的发展, 无形中将整个人类的身体变得弱不禁风, 同时又无形中增加了作用于人体的致癌物质, 将弱不禁风的人类推向了风雨之中。事实证明, 现代化生存环境造就的是较为虚弱的人体生命, 而致癌物质作为一种新的、现代医学无法对负的致病因素作用于人体, 则起到了四两拨千斤的作用, 无情地将人类推向了危险的境地。本文依托生命整体观, 超越了支撑现代西医的机械还原论, 以新的思维从新的角度提出了新的观点, 力求达到彻底战胜癌症的目标。

1 致癌物质

什么是致癌物质, 目前还没有一个准确圆满的说法, 但汽车尾气、工业污染、各种电器的电磁辐射、核放射、化学制品、某些病菌病毒以及这些物质的混合变化物是致癌物质, 则是人们比较普遍的看法。显而易见, 致癌物质是一个模糊的群体(具体何止千万), 是伴随现代化进程而迅猛发展起来的、已广泛地存在于人类生存环境(包括衣食住行、工作娱乐、空气等)中的、当今最为强大的常态致病物质。如果现代化模式及人的生活方式不进行相应的变革, 人类生存环境中的致癌物质就会越来越多, 癌症的发病率就会不断增高。

致癌物质对人体的伤害, 主要是在人体内堆积而挤压人体细胞、侵占人体生命力空间、滋生癌细胞消耗人体生命力, 由此使人体生命力相应减弱甚至崩溃。

2 癌细胞

癌细胞是由作用于人体的致癌物质引发的防御细胞, 其功用是拦截、清除进入人体的致癌物质。当然, 癌细胞只是人体抗癌机能必须的、表面的因素, 人体生命力才是人体抗癌机能必须的、根本的、实质的因素。

必须强调的是, 癌细胞和人体其它防御细胞一样, 只会消耗人体生命力, 应该越少越好。但是, 人体癌

细胞的存在、增长是因为作用于人体的致癌物质的存在、增加, 如果没有与致癌物质相当的癌细胞, 致癌物质就会在人体内快速堆积而快速导致人体死亡。所以, 癌细胞虽然消耗人体生命力, 却阻止了致癌物质对人体生命力的更大损耗, 癌细胞就像遭遇外敌入侵的国家的奋不顾身进行抵抗之军人。

癌细胞一般集结于致癌物质强作用处, 如吸烟者的咽喉、肺部, 放射仪器操作者的皮肤, 摄入含有致癌物质食品者的胃部, 等等。

人体一切细胞都是在相应的做功中产生、发展起来的, 并随做功的强弱而长消, 不做功的细胞是不存在的, 停止做功的细胞必然逐渐消退。内能运动部细胞是在不断的运动中产生、发展起来的, 随运动量的大小而长消; 思维部细胞是在不断思维中产生、发展起来的, 随思维量的大小而长消; 内脏细胞是在不断消化饮食中产生、发展起来的, 随饮食量的大小而长消; 炎细胞是在不断清除各种致炎因素中产生、发展起来的, 随作用于人体的致炎因素量的大小而长消; 癌细胞是在不断清除致癌物质中产生、发展起来的, 随作用于人体的致癌物质量的大小而长消; 等等。人体一切细胞, 都是人体生命整体的有机组成部分, 既获得整体生命力的保护、支持, 又以自身的特殊功能保护、支撑着整体的存在和发展。

癌细胞是致癌物质引发的特殊防御细胞, 其形态、结构没有理由一定要与人体其它细胞完全相同, 所谓分化不良的说法没有道理(西医认为, 癌细胞既分化不良, 同时又特别顽强, 明显是自相矛盾)。癌细胞的功用就是清除作用于人体的致癌物质, 暂不具备其它的功能。癌细胞大量消耗人体生命力, 是由于作用于人体的致癌物质相对强大。癌细胞并非很强, 人体其它细胞并非就弱, 强与弱主要取决于相应的生存环境。西医的理疗、化疗本身就含有致癌因子, 在此种情况

下，癌细胞的生命力自然强于人体其它细胞。另外，当作用于人体的致癌物质不断增强时，癌细胞便会随之不断扩展而取代人体其它细胞。此种情况也不是由于癌细胞就比人体其它细胞坚强，而是由于作用于人体的致癌物质强度大于被取代细胞的做功强度。

3 作用于人体的致癌物质、人体生命力、人体癌细胞数量、癌症的关联

所有的人，体内都有癌细胞。当人体癌细胞数量在1亿（其体积为0.1公分）以下时，既难以检测出来，对人体也没有明显的负面影响。所以，人体内一亿癌细胞，可当作人体是否患癌症的分界线。人体癌细胞越多，癌症就越严重。

人体癌细胞数量，与作用于人的致癌物质强度成正比，与人体生命力成反比。致癌物质是操纵癌细胞做功的因素，癌细胞做功在于清除作用于人体的致癌物质（类似脏腑消化饮食），而主导癌细胞机能的是人体生命力。人体抗癌机能=癌细胞数量×人体生命力。作用于人体的致癌物质越强，癌细胞做功就越强，癌细胞就会相应增生而越多，直至人体抗癌机能与致癌物质强度平衡；作用于人体的致癌物质越弱，癌细胞做功就越弱，癌细胞就会相应消退而越少，直至人体抗癌机能与致癌物质强度平衡。人体生命力越强，癌细胞就会相应消退而越少，直至人体抗癌机能与致癌物质强度平衡；人体生命力越弱，癌细胞就会相应增生而越多，直至人体抗癌机能与致癌物质强度平衡（人体机能力求与做功强度平衡是人体生命固有的重要规律）。

所以，人体是否患癌症，取决于人体生命力与作用于人体的致癌物质的博弈。每个人的生存环境和行为表面看似相同，实际却有一定的差别。比如每天多看一小时电视，多抽一根香烟，多生一次闷气，多睡一小时懒觉，每月多进行一次性生活，爱恨情仇的消退，等等，就会导致邪长正消，就易患癌症。由此我们就可以理解在同一生存环境中，有些人得癌症，有些人不得癌症；少数年轻人得癌症，少数老年人不得癌症；等等。

有多少致癌物质，就会滋生多少癌细胞来对其清除，所以人体内一般不会有致癌物质大量堆积。虽然人体癌细胞太多就会耗尽人体生命力使人死亡，但这不是癌细胞的错，如果没有癌细胞，致癌物质会更快地使人死亡。假设每天进入人体的致癌物质为10个单位，且人体堆积1000个单位致癌物质就会致常人死亡，那么如果没有癌细胞，人体只能存活100天。因为有了癌细胞对致癌物质的清除，所以人体内的致癌物质在数年甚至数十年才可能堆积至1000个单位，也

可能永远不会堆积至1000个单位。

4 批判西医

致癌物质是操纵癌细胞做功的因素，是滋生癌细胞的唯一原因（其它的说法都不切实际），也是危害人体的真正因素。但由于致癌物质纵横交错、千头万绪、隐秘模糊、变幻莫测且我们投鼠忌器，因而科学技术难以对作用于人体的致癌物质进行有效地清除。所以，西医不能治愈癌症理所当然、无可非议。但是，西医明知不可为而胡作非为，则必须进行批判。绕过致癌物质（入侵之敌），用物理、化学、手术等手段直接杀灭癌细胞（人体防御部队），是西医治疗癌症的主要方式。几乎所有的医疗实践都证明，西医的这种治疗方式对患者有害无益，其原因有四。第一，由于治疗手段本身就含有大量的致癌物质，所以会使患者雪上加霜。第二，杀灭癌细胞，实际就是损耗人体生命力（因为组建癌细胞要消耗相应的人体生命力），同时又使人体生力军变成垃圾而再度消耗人体生命力（因为清除垃圾要消耗相应的人体生命力）。第三，杀灭癌细胞会使人体抗癌机能一定时间里出现空缺（因为癌细胞的生长、成熟、训练有素需要一定的时间），由此将会使致癌物质在人体迅速堆积而极易达到致人死亡的程度，从而极易导致人体突然死亡。第四，没有丝毫阻止、清除作用于人体的致癌物质（致癌物质才是危害人体真正的罪魁祸首）。

西医认为，早发现、早治疗能大大提高癌症的治愈率，并以此炫耀自己的治癌效果。但是，早发现、早治疗果真对患者利大于弊吗？果真令人欢喜无忧吗？从表面上看，早期患者的“治”愈率大大高出晚期患者的“治”愈率。然而，当我们进行深入分析时就会发现，无论是早期治疗还是晚期治疗，对患者都有害无益。

早期癌症与晚期癌症的区别，主要是患者身体癌细胞的多少。癌细胞的大量存在，必然加大人体生命力的消耗，此是晚期癌症患者死亡的主要原因。由于早期癌症患者的癌细胞较少，对身体的影响不大，此时只要患者的生存环境稍有改善，癌细胞便会消退，身体会自然恢复正常。当然，如果患者的生存环境继续恶化，癌症便会加重而发展为中、晚期。一般来说，以现时常态生存环境为背景，在自然选择主导下，早期癌症自然痊愈的比例要大于发展为中、晚期的比例。

由于早期癌症患者的癌细胞较少且不明显，因而西医难以大打出手，从而使患者抗癌机能避免了严重的破坏。因此，早期癌症患者的治疗与晚期癌症患者的治疗相比，前者受到的人为创伤要小很多很多，但毕竟相应削弱了患者的抗癌机能，使早期患者的痊愈

率小于自然痊愈率，并延长了痊愈的时间。

总之，西医疗疗、化疗（手术治疗同样有害无益）不但增加了作用于人体的致癌物质，同时严重损耗了人体生命力（人体抗癌机能由此大幅减弱），这是癌症患者不治还好，一治便快速恶化（癌细胞超量反弹、人体生命力更加虚弱）的根本原因。极简单且极易痊愈的癌症，已被西医搞的极复杂且成为不治之症。

许多病可不治而愈，胡乱治疗则会弄巧成拙。面对癌症，现代中医是明知不可为而不为（即不进行对抗性治疗），而现代西医是明知不可为而胡作非为，所以癌症患者看中医胜过看西医。

5 战胜癌症的唯一途径

人体内 1 亿以上癌细胞，就是癌症的标志。人体癌细胞数量的增加或减少实乃平常之事，是作用于人

体的致癌物质与人体生命力彼此长消的反映，就像人体其它细胞一样，长长消消、反复无常，却有规律可循。

由《黄帝内经》的主要观点而知，战胜癌症的唯一途径，即是使作用于人体的致癌物质强度小于人体生命力。只有人体生命力大于作用于人体的致癌物质强度，人体癌细胞数量就不会超过 1 亿而不会得癌症，癌症病人也会因此逐渐痊愈。所以，只有相应减弱作用于人体的致癌物质，或者相应增强人体生命力，癌症患者就能恢复正常，若双管齐下，更能万无一失。

《黄帝内经》中的“不断增强人体生命力的主要方法”，即是防治癌症万无一失的方法。

编号：EA-100317186（修回：2010-04-11）

（上接 96 页）

规则出血，体征为子宫均匀性或不规则增大。组织学主要以中间型滋养叶细胞肿瘤性增生为主，无绒毛结构。多为良性临床经过，仅 10%~15% 发生子宫外转移，预后不良。

2.2 误诊、误治原因

胎盘部位滋养细胞肿瘤（PSTT）子宫大体形态多样，可弥漫浸润子宫壁增厚而宫腔内无肿块，病灶呈土黄色或棕黄色伴局灶坏死。该患即为肿瘤组织弥漫浸润子宫壁、子宫颈，伴有明显坏死，使壁厚薄不均，左宫壁菲薄，后壁卒中并且双侧附件受侵，而术前彩超影像学所示与事实子宫明显不符，超声医师经验不足，诊断水平差是造成误诊的主要原因之一；超声所示与临床妇查不相符，但临床医师还相信、依赖辅助检查是误诊原因之二；该患瘤组织恶性度高，坏死明显，如再详细询问病史应有阴道不规则出血或排液、排物史（作者跟踪问讯术前病史伴有不规则出血、排液史），加之腹痛，妇查子宫增大压痛，应想到子宫内膜或子宫体病变而行刮宫病理检查（病理组织学是 PSTT 确诊的主要方法），故而询问病史不祥，症状、体征、辅助检查综合分析不周是误诊、漏诊的又一原因。

PSTT 的治疗首选手术，手术范围一般为彻底清除病变，术后辅以多药联合化疗（有子宫外转移者）^[4]。该患子宫、宫颈、左附件、右附件腹膜反折处明显病变，却仅次全子宫切除，手术明显不到位，瘤组织残留导致患者术后 35d 盆腔复发及双肺转移，术后 10 个月广泛复发、转移而死是该患的最大遗憾。有研究^[4]对临床 III~IV 期 PSTT 患者经彻底手术加多药联

合化疗后 10~31 个月随访，生存率大 85.7%（6/7）。导致该例误治、误诊的原因有：①该例 PSTT 为我院首发病例，对本病认识不足导致误治、误诊是主要原因；（超声医生及临床医生均未考虑到妊娠相关疾病，未做相应检查，未清宫病理诊断）②我院妇科为综合科室，对恶性肿瘤的手术治疗原则及范围经验不足是主要原因之二；③术中发现瘤组织糟脆，为保证手术安全而保守手术可能是又一原因。

2.3 经验教训

①超声影像学检查是一门难以掌握的科学，临床医师普遍的、广泛的依赖它的诊断，所以超声诊断的质量普遍的决定着临床的诊治准确度，这就要求超声医师加强学习，精于业务，加强责任心，杜绝或减少医疗差错的发生。②临床医师应加强疑难病、少见病的学习，增强病患症状、体征及辅助检查的综合分析能力，提高、扩大专业疾病种类的诊治范围。③现如今各种各类恶性肿瘤的发生、诊出率增多，年轻化趋势明显，这就要求医院肿瘤专科诊治，综合、系统、规范化治疗的必要性。

参考文献：

- [1]曹泽毅.中华妇产科学(下册)[M].北京:人民出版社,2004:2320-2323
- [2]Scully RE,Young RH.Trophoblastic pseudotumor.A reappraisal [J].Am J Surg Pathol,1981,5:75-76
- [3]吴建琪,范明娣.子宫胎盘部位滋养细胞肿瘤的临床病理分析[J].中国肿瘤临床,2006,33(5):274-279
- [4]赵峻,向阳,万希润等.胎盘部位滋养细胞肿瘤的临床病理特征及预后分析[J].中华医学志,2006,86(27):1922-1924

编号：Y-10031661（修回：2010-04-19）

参芪扶正注射液联合 NP 方案

治疗晚期非小细胞肺癌临床观察

Clinical observation on treating NSCLC with SFPS plus NP program

魏玉红

(辽宁省盘锦市中医院, 辽宁 盘锦, 124000)

中图分类号: R273 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0100-02 证型: IAD

【摘要】 目的: 观察参芪扶正注射液联合化疗治疗非小细胞肺癌的疗效和安全性。材料和方法: 2006年6月~2008年12月我科采用参芪扶正注射液联合 NP 方案治疗的 28 例非小细胞肺癌患者。NVB 25mg/m², 第 1、8 天静脉滴入, DDP 70mg/m², 分 3 天静脉滴入, 21 天为 1 个周期, 连用 2 周期后评价疗效。参芪扶正注射液 250ml, 静脉滴注, 每天 1 次, 与化疗同步。结果: CR 3 例 (10.7%), PR 10 例 (35.7%), SD 10 例 (35.7%), PD 5 例 (17.8%), CR + PR 13 例, 临床缓解率为 46.4%。大多数不良反应为轻中度。结论: 参芪扶正注射液联合化疗治疗非小细胞肺癌可降低化疗对患者免疫功能的影响及不良反应, 改善患者的生活质量, 可作为一种有效的辅助药物治疗晚期非小细胞肺癌。

近年来, 肺癌发病率逐年增加, 其中 80% 左右为非小细胞肺癌 (Non-small cell lung cancer, NSCLC), 而且大部分患者就诊时已属晚期。其治疗主要采用以化疗为主的综合治疗, 目前随着新的化疗药物的不断出现, 晚期非小细胞肺癌患者的近期疗效得到了明显的改善, 但仍有许多不良反应。为减轻化疗药物的毒性, 提高疗效, 改善患者的一般状况, 我院于 2006 年 6 月~2008 年 12 月对 28 例非小细胞肺癌患者采用参芪扶正注射液联合 NP 方案 (诺维本+顺铂) 进行治疗, 现报告如下。

1 资料和方法

研究对象: 经病理或细胞学确诊的 28 例晚期非小细胞肺癌患者, 男 19 例, 女 9 例, 中位年龄 57 岁 (45~72 岁), 初治者 12 例, 复治者 16 例 (未使用过诺维本和顺铂)。腺癌 13 例, 鳞癌 15 例。IIIb 期 12 例, IV 期 16 例 (以 1997 年 UICC 修订的肺癌国际分期标准为依据)。治疗前 KPS 评分 ≥ 70 分, 肝肾功能、血常规正常, 均有可测量病灶 (CT 或核磁)。

治疗方法: 28 例患者均采用中心静脉置管化疗, 化疗采用 NP 方案。NVB 25mg/m², 第 1、8 天静脉滴入, DDP 70mg/m², 分 3 天静脉滴入, 21 天为 1 个周期, 连用 2 周期后评价疗效。化疗中常规应用 5HT₃ 受体拮抗剂止吐, 适当水化治疗。同时加用参芪扶正注射液 (丽珠集团利民制药厂生产) 250ml, 静脉滴注, 每天 1 次, 与化疗同步。

评价标准: 采用 WHO 推荐实体瘤疗效评价标准。疗效分为完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、稳定 (SD)、进展 (PD), 以 CR + PR 统计临床缓解率。毒副反应按 WHO 制定标准分为 0~IV 度。

统计学方法: SPSS 软件分析。

2 结果

近期疗效: 28 例患者中, CR 3 例 (10.7%), PR 10 例 (35.7%), SD 10 例 (35.7%), PD 5 例 (17.8%), CR + PR 13 例, 临床缓解率为 46.4%。中位生存期 11 个月 (范围 6 个月~23 个月)。初治患者有效率为 54.2%。

毒副反应: 大部分患者治疗过程中出现轻度、中度不良反应, 少数患者发生 III 级血液和非血液毒性, 没有患者出现严重不良反应 (见表 1)。

表 1 参芪扶正联合 NP 方案治疗 NSCLC 的毒副反应

毒性反应	毒性分级				
	0 (%)	I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)
白细胞减少		11%	28%	15%	
血红蛋白下降		25%	10%	4%	
恶心、呕吐		32%	23%	8%	
腹泻		8%			
周围神经炎		39%	8%		
乏力		20%	12%		

3 讨论

(下转 103 页)

关节镜下骨-髌腱-骨重建前交叉韧带术后早期康复训练的评估

Assess of early rehabilitation training arthroscopic bone - patellar tendon - bone reconstruction of the anterior and cruciate ligament surgery

周宾宾 蒙延雄 俸志斌 王 斌 李玉文 陈 培
(广西中医学院第一附属医院, 南宁 广西, 530023)

中图分类号: R61 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0101-03

【摘要】目的: 根据移植韧带的生物力学、生理病理过程, 采用早期以股四头肌锻炼和促进关节功能恢复为主要方面的康复方法, 观察关节镜下骨-髌腱-骨移植重建前交叉韧带术后的疗效。方法: 选取 2008-01 至 2009-01 广西中医学院第一附属医院骨关节创伤科采用关节镜下自体骨-髌腱-骨移植重建 (ACL) 的患者 47 例。其中男 32 例, 女 15 例; 年龄 20~45 岁; 左侧 19 例, 右侧 28 例。第一阶段 (术后 2 周内): 以减轻疼痛, 消肿为目的, 以股四头肌锻炼为主。第二阶段 (术后 2 至 6 周): 以恢复肌力、关节屈伸和部分负重功能为目的, 以闭链式和开链式关节活动为主。第三阶段 (术后 6 至 12 周): 重复上述锻炼基础上增加膝关节活动度及强度练习, 以进一步恢复膝关节功能、正常步态及本体感觉训练。术后 1 年评价膝关节活动度、膝关节稳定性 (前抽屉试验、Lachman 试验及轴移试验), 采用 Lysholm 评分 (总分 100 分, 分数愈高, 膝关节功能恢复愈好) 和 IKDC 评分 (4 级评分法, 分为正常、接近正常、异常、严重异常) 评价其疗效。结果: 47 例患者均保留有完整的联系信息, 每月均能定期随访及复诊, 随访率达 100%。术后 6 周膝关节活动度 $0^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 者 41 例 (余 7 例患者膝关节屈曲均超过 100°), 所有膝关节消肿明显, 肿胀轻微; 术后 12 周所有膝关节活动度均达到正常, 肿胀消退, 术后未发现膝关节屈伸功能丢失者。47 例患者术后 1 年随访行前抽屉试验、Lachman 试验及轴移试验检查均未见阳性结果。术后 1 年 Lysholm 评分和 IKDC 评分情况 IKDC 评分正常 43 例 (42/47), 接近正常 3 例 (3/47), 异常 2 例 (2/47); 患膝术前 Lysholm 评分平均 41.8 分, 术后平均 90.7 分, 其中优 39 例, 良 5 例, 中 3 例, 优良率 93.6%。结论: 关节镜下骨-髌腱-骨重建前交叉韧带术后, 采用早期股四头肌锻炼, 术后 2 周部分负重并由逐渐闭链式向开链式关节运动等过渡的康复训练疗效确切, 关节功能恢复满意, 患者的依从性较好, 符合骨-髌腱-骨重建前交叉韧带的生理病理和生物力学过程。

【关键词】 关节镜; 前交叉韧带; 骨-髌腱-骨; 康复训练

关节镜下微创重建膝前交叉韧带 (以下简称 ACL) 已被 ACL 损伤患者广为接受, 随着该手术的广泛开展, 术后的疗效越来越受到人们的重视和关注, 而术后膝关节的功能康复则是手术疗效的重要保障。其远期疗效与术后康复训练密切相关, 康复方法众多, 报道不一, 争议也较大, 目前尚无大家公认的最具权威性的康复训练方法^[1]。作者就 2008 年 01 月至 2009 年 01 月我院开展的 47 例关节镜下自体骨-髌腱-骨移植重建 (ACL) 术后经系统康复治疗后的临床疗效报道如下:

1 对象

选取 2008-01 至 2009-01 广西中医学院第一附属

医院骨关节创伤科采用关节镜下自体骨-髌腱-骨移植重建 (ACL) 的患者 47 例。其中男 32 例, 女 15 例; 年龄 20~45 岁; 左侧 19 例, 右侧 28 例; 21 例伴有半月板损伤, 行半月板部分切除或缝合治疗, 所有患者不伴有骨折、后交叉韧带和 (或) 侧副韧带损伤, 对侧膝关节均正常, 每例患者术前进 Lysholm、IKDC 评分。

2 手术方式

①取膝关节髌前内、外侧入路为工作通道; ②关节镜下对滑膜及半月板部分切除、修整或缝合, 髌间窝外侧壁扩大成形; ③髌腱正中切口, 切取髌骨下极、髌腱中 1/3 和胫骨结节复合体备用; ④建立合适的胫

骨隧道及股骨隧道；⑤将骨-髌腱-骨两端的骨块分别植入股骨及胫骨隧道中，调整张力后用2枚挤压螺钉分别拧入股骨和胫骨隧道中固定骨-髌腱-骨复合体两端的骨块；⑥冲洗关节腔，清除组织碎片，缝合伤口，膝关节加压包扎。

3 术后康复

第一阶段(术后2周内):以减轻疼痛,改善循环,减少渗出、消肿为目的。患肢不负重,股四头肌等长收缩及踝泵训练:麻醉消退后即开始练习,股四头肌收缩时持续5秒,25次/组,6组/天;踝泵训练用力、缓慢,全范围屈伸踝关节,25次/组,6组/天。

第二阶段(术后2至6周):通过以闭链式(闭链训练是一种髌、膝、踝三关节的联合运动,运动时足相对固定在某一个平面上而不离开这一平面)为主的练习,以恢复膝关节大部分屈伸功能。即重复第一阶段练习基础上,开始行以坐位滑动为主的膝关节被动屈伸锻炼,术后6周时膝关节活动范围达到120°;其次,膝关节伸直位支具保护下,扶拐下地患肢部分负重;最后于支具保护下行直腿抬高练习(伸膝直腿抬高至下肢与床面成45°角,维持5秒),15次/组,3组/天。

第三阶段(术后6至12周):重复上述锻炼基础上增加膝关节活动度及强度练习,以进一步恢复膝关节功能及正常步态。由闭链式膝关节被动屈伸活动变为开链式(足部处于悬空状态)膝关节主动屈伸练习,12周内膝关节活动度达到正常。术后6周直腿抬高练习时可去除支具,并逐渐过渡至30次/组,6组/天;术后8周可去除支具改用护膝保护及弃拐行走步态练习,同时用平衡训练垫或不同平面的平衡板进行本体感觉训练,12周时达到正常步态。

第四阶段(12周至24周):在膝关节正常屈伸活动范围及正常步态基础上进一步提高下肢灵活性,能较好地控制下肢。即在重复前三阶段锻炼的基础上,加强平衡训练,逐渐进行上下楼、下蹲、慢跑活动,以进一步恢复肌力及本体感觉。

第五阶段(24周以后):膝关节功能的全面恢复。循序渐进由跳跃、加减速跑步逐渐过渡至参加正常的体育活动。

每次训练后可冰敷30分钟,必要时间隔1小时后继续冰敷,以减轻康复训练后关节渗出,肿胀和疼痛。术后8周内,休息时支具固定膝关节于伸直位,防止膝关节伸直功能缺失而致行走困难,8周后配戴护膝至术后24周。

4 结果

4.1 主要观察指标:①检查关节活动度、Lachman 试

验、前抽屉试验、轴移试验检查膝关节稳定情况;②参照 Lysholm 评分标准,总分100分,分数愈高,膝关节功能恢复愈好;③参照 IKDC 评分标准,采用4级评分法,分为正常、接近正常、不正常、严重不正常,定期检查膝关节功能康复情况。

4.2 47例患者均保留有完整的联系信息,每月均能定期随访及复诊,随访率达100%。

4.3 膝关节活动度情况:术后6周膝关节活动度0°~120°者41例(余7例患者膝关节屈曲均超过100°),所有膝关节消肿明显,肿胀轻微;术后12周所有膝关节活动度均达到正常,肿胀消退,术后未发现膝关节屈伸功能丢失者。

4.4 膝关节稳定及 Lysholm、IKDC 评分情况 47例患者术后1年随访行前抽屉试验、Lachman 试验及轴移试验检查均未见阳性结果。

术后1年 Lysholm 评分和 IKDC 评分情况 IKDC 评分正常43例(42/47),接近正常3例(3/47),异常2例(2/47);患膝术前 Lysholm 评分平均41.8分,术后平均90.7分,其中优39例,良5例,中3例,优良率93.6%。

5 讨论

如果说精准的手术方法是膝关节的稳定性和功能恢复的前提和基础,合理的术后康复方案则是手术疗效的重要保障,所以术后康复的作用极为重要,不容忽视。研究表明1/3的骨-髌腱-骨移植强度为正常 ACL 的168%,具有足够的强度,力学性能最接近正常的 ACL,其两端所带的骨块可以与骨隧道形成牢固的骨性愈合等优点,被认为是重建 ACL 的理想材料和“金标准”^[2]。关节镜下骨-髌腱-骨重建 ACL 已广泛应用于临床,疗效肯定,ACL 重建后移植需经历缺血坏死、细胞再生、再血管化、细胞新生、新生组织重塑等变化过程^[3]。膝前交叉韧带重建术后康复训练方案有保守和激进之分,二者目前仍存在较大的分歧。传统的观念认为,ACL 重建术后,为了降低移植物的风险,避免移植物的损伤和防止移植植物在骨道中愈合受影响,早期一般采取保护性制动以保护重建的 ACL,过去认为这个过程一般需4~6周甚至更长的时间,但长期的制动会导致关节内粘连,肌肉组织的废用性萎缩和关节软骨及韧带的退行性变化,使膝关节的功能恢复需要很长时间^[4]。最早的“激进康复计划”于1990年由 Shelbourne^[5]提出,即术后完全负重,早期对关节活动度无限制,伸直位时增加肌力训练,早期恢复体育活动(4~6个月)。与传统的康复方法相比,激进的康复训练方法可以更早的恢复关节活动度,缩短了康复时间。但激进的康复方法常导致关节明显

肿胀、渗出增多,导致骨隧道的扩大,进而影响关节功能恢复和远期疗效。本方案中,早期股四头肌锻炼能促进关节积液吸收、肿胀消退,显著改善膝关节活动度,有助于降低感染率和减少膝关节松弛度。股四头肌本身抗重力负重影响的生理作用也有利于本体感觉的恢复训练。闭链训练使股四头肌和腘绳肌共同收缩,可保持关节的稳定性,减少当压力负载增加时引起的胫骨前移,从而减轻对膝的剪力和对移植物的拉力^[5],在术后早期的康复训练中对移植物更安全、更为适宜。曹正霖等^[6]对骨-髌腱-骨移植重建交叉韧带进行生物力学研究后发现,韧带重建所能提供的强度仅为正常的 1/4,所以术后早期支具固定患肢及扶拐部分负重是必要的。前交叉韧带重建术后康复方案目前尚无统一的标准和方法,存在着许多争议。ACL 重建时使用的材料及方法不同,术后康复训练的计划和步骤也不尽相同,但无论何种康复方法,其核心都是为了进一步解决 ACL 重建后移植的韧带和骨质良好的长入,尽早恢复关节功能及运动能力^[7]。传统的保守康复方法与激进的康复方法均存在着各自的优缺点,在康复治疗中,如何有效地吸收以上两者的优点,而尽可能地避免其缺点,正是本康复方案研究的目的所在。该康复方案介于激进与保守之间,循序渐进,在康复治疗期间,能进一步防止胫骨前、后方的应力,对移植物更为安全,符合骨-髌腱-骨移植重建 ACL 的生物力学特性与解剖结构,进一步保证了骨-髌腱-骨止点骨瓣的完全愈合,以及重建韧带的塑形、改建,是一种较为平衡的康复方案。既可以促进膝关节功能的较快恢复,又可以避免激进康复训练方案中出现膝

(上接 100 页)中医理论认为肿瘤的发生是在人体正气虚弱,阴阳失衡,邪毒乘虚而入,致使脏腑功能失调,气滞血瘀,日久形成肿块,正虚是肿瘤发生的主要因素,免疫力降低可导致肿瘤的发生与恶化。因此在抗肿瘤治疗的同时需要扶正治疗。化疗是治疗晚期非小细胞肺癌的主要方法,但全身毒性较大,对机体免疫功能起抑制作用^[1]。参芪扶正注射液具有扶正固本、补脾益气的功效,其主要成分党参、黄芪可诱生肿瘤坏死因子,从而提高细胞免疫功能,达到抑制及杀灭肿瘤细胞的作用^[2]。诺维本属长春碱类抗癌药,它通过阻滞微管蛋白聚合形成微管和诱导微管的解聚,使细胞分裂停止于有丝分裂中期,从而产生抗肿瘤作用,是抗有丝分裂的细胞周期特异性药物^[3]。顺铂为细胞周期非特异性药物,两药合用起协同作用。本组采用长春瑞滨联合顺铂治疗晚期非小细胞肺癌 28 例,总有效率 46.4%,与文献报道的近期有效率

关节渗出增多、加重关节肿胀、增加膝关节松弛度等缺点,降低 ACL 重建术后康复训练的并发症和移植物的不良风险。同时该方案能明显增加患者的配合和治疗的顺应性,无不良反应,远期疗效可靠,容易推广。

参考文献:

- [1]宋光虎,练克俭,翟文亮.自体材料重建前交叉韧带术后康复训练[J].中国临床康复 2006,10(28):147-149
- [2]刘玉杰,敖英芳,陈世益.膝关节韧带损伤修复与重建[M].北京:人民卫生出版社,2008,95-97
- [3]Weiler A,Peine R,Pashmineh A,et al.Tendon healing in a bone tunnel.Part 1:biomechanical results after biodegradable interference fit fixation in a model of anterior cruciate ligament reconstruction in sheep. Arthroscopy 2002; 18(2): 113- 23
- [4]林俊.前交叉韧带重建术后的康复训练[J]体育学研究,2009,13(2):81-83
- [5]SHELBOURNE KD,N ITZ P. Accelerated Rehabilitation after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction [J]. Am J Sports Med,1990,18(3) :292-299
- [6]曹正霖,黄华扬,赵卫东.挤压螺钉固定自体髌韧带移植后交叉韧带的生物力学研究[J].中国矫形外科杂志, 2003,11(19):1376-83
- [7]赵成亮,张晓南,宁漱岩.关节镜下四股半腱肌肌腱重建前交叉韧带术后康复程序及方法[J].中国组织工程研究与临床康复,2008,12(11):2178-2180

作者简介:

周宾宾,骨科教授、主任医师,硕士研究生导师。现任广西中医学院第一附属医院医务部副主任; 中华中医药学会骨伤科分会广西委员会常务委员兼秘书长; 广西中医药学会推拿分会常务委员; 广西国际手法医学协会常务理事; 世界手法医学联合会副主席。广西医学会医疗事故技术鉴定专家库成员。

编号: EA-100330223 (修回: 2010-04-17)

40%~53%接近^[4-5]。在化疗同时给予参芪扶正注射液,能降低患者乏力、白细胞减少等不良反应,其他毒副反应较轻,发生率低,患者可耐受。参芪扶正注射液联合化疗治疗非小细胞肺癌可降低化疗对患者免疫功能的影响及不良反应,改善患者的生活质量,可作为一种有效的辅助药物治疗晚期非小细胞肺癌。

参考文献:

- [1]张代钊.中西医结合治疗放疗化疗后的毒副作用[M].北京:人民卫生出版社, 2000:288
- [2]孙燕,周际昌.临床肿瘤内科手册[S].北京:人民卫生出版社,2003.563-566
- [3]中国医院药学杂志[J],2003 ;29 (9):554-555
- [4]张湘茹,孙燕,孔维红,等.去甲长春花碱加顺铂治疗晚期非小细胞肺癌 42 例[J].中华肿瘤,1998,20 (1) :60-62
- [5]吴梅娜,刘叙仪,方建,等.长春瑞滨联合顺铂方案治疗晚期非小细胞肺癌 [J].中国癌症杂志,2004,14 (2):184-186

编号: EA-100318191 (修回: 2010-04-05)

中医疗法治疗腰椎间盘突出症临床观察

Clinical observation on chinese medical treatments for protrusion of lumbar vertebral disc

尹 通

(山东省临沂市河东区人民医院, 山东 临沂, 276034)

中图分类号: R274 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0104-02 证型: ADI

【摘要】 目的: 观察中医疗法综合治疗腰椎间盘突出症的疗效。方法: 将腰椎间盘突出症患者分为治疗组 32 例和对照组 30 例, 治疗组选用中药、牵引、推拿、针灸综合治疗, 对照组予以口服双氯芬酸钠缓释胶囊治疗。观察两组疗效进行对比。结果: 治疗组的疗效显著优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中医疗法综合治疗与口服双氯芬酸钠缓释胶囊治疗腰椎间盘突出症均有疗效, 但中医疗法具有更好的长期疗效和整体疗效。

【关键词】 中医疗法; 双氯芬酸钠缓释胶囊; 腰椎间盘突出症

【Abstract】 Objective To observe the Chinese medicine a comprehensive treatment of lumbar disc herniation. Methods of lumbar disc herniation 32 cases were divided into treatment group and control group of 30 cases, the treatment group use Chinese medicine, traction, massage, acupuncture combined therapy in the control group to be oral diclofenac sodium sustained-release capsules treatment. Compare effects were observed. The results of the efficacy of the treatment group was significantly better than the control group ($P < 0.05$). Conclusion Chinese medicine combined treatment with oral diclofenac sodium sustained-release capsules are effective for treatment of lumbar disc herniation, but Chinese medicine has a better long-term efficacy and overall efficacy.

【Key words】 Chinese medicine diclofenac; sodium sustained-release; capsules of lumbar disc herniation

腰椎间盘突出症 (lumbar intervertebral disc herniation, LIDH) 是指椎间盘在退变的基础上, 由于外因的作用, 发生纤维环膨出或破裂、髓核脱出, 以致相应神经根受累的一种病症, 是临床康复科常见病、多发病。目前医界多数学者主张对 LIDH 患者首先采用非手术治疗, 国内常用中医疗法综合治疗。2008 年 8 月以来, 我们采用中药、牵引、推拿、针灸联合治疗 LIDH 获得满意疗效, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

根据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[1] 制定: ①腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史, 大部分患者在发病前有慢性腰痛史。②常发生于青壮年。③腰痛向臀部及下肢放射, 腹压增加 (如咳嗽、喷嚏) 时疼痛加重。④脊柱侧弯, 腰椎生理弧度消失, 病变部位椎旁有压痛, 并向下肢放射, 腰活动受限。下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝, 病程长者可出现肌肉萎缩。直腿抬高或加强试验阳性,

膝、跟腱反射减弱或消失, 拇趾背伸力减弱。⑤X 线片检查: 脊柱侧弯, 腰生理前凸消失, 病变椎间盘可能变窄, 相邻边缘有骨赘增生。CT 检查可显示椎间盘突出部位及程度。

1.2 纳入标准

经 CT 或 MRI 确诊为腰椎间盘突出症; 年龄 20~60 岁; 治疗期间未采用其他治疗腰椎间盘突出症的方法。

1.3 一般资料

全部病例来自我院中医康复科门诊、病房, 共选择患者 62 例, 将患者随机分为治疗组 (中药、牵引、推拿、针灸联合治疗) 和对照组 (口服双氯芬酸钠缓释胶囊)。治疗组 32 例, 男性 16 例, 女性 16 例, 年龄 20~60 岁, 病程 1 个月~5 年; 对照组 30 例, 男性 16 例, 女性 14 例, 年龄 26~60 岁, 病程 2 个月~6 年。两组患者在性别、年龄、病程等方面比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$) 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组：①中药自拟补肾通络汤（巴戟天、熟地、炒杜仲、川断、骨碎补、枸杞、怀牛膝、秦艽、乳香、没药、当归、赤芍、威灵仙、鸡血藤、乌梢蛇、蜈蚣、甘草等）随症加减，水煎日一剂，分早晚两次口服，15 天为一疗程。②牵引，采用 YHZ-II 型多功能牵引床，患者取仰卧位，1 次/d，30min/次。③推拿，患者取俯卧位，采用揉法、按压、弹拨、滚法、扳法等手法，依次对腰肌下肢进行推拿整复。④针灸，患者取俯卧位，局部皮肤常规消毒后，取华佗夹脊穴、肾俞、秩边、环跳、委中、阳陵泉、承山、昆仑等穴，电针为主，留针 30min，配以 TDP（特定电磁波谱治疗器）温通经脉，1 次/d，15 天为一疗程。

2.2 对照组：口服双氯芬酸钠缓释胶囊（海南普利制药有限公司生产，100mg/粒，批号 H20000656）每次 100mg，每天 1 次，连续服用 15 天。

2.3 疗效标准

参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》制定：痊愈：腰腿痛消失，直腿抬高试验 70° 以上，能恢复正常工作；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 治疗结果

两组患者的疗效比较如表所示：治疗组的有效率为 93.75%，对照组有效率为 83.33%。治疗组疗效优于对照组（ $P < 0.05$ ）。

表 两组 LIDH 患者临床疗效比较（例（%））

组别	例数	痊愈	好转	未愈	总有效率
治疗组	32	21(65.63)	9(28.12)	2(6.25)	30(93.75)
对照组	30	8(26.67)	17(56.66)	5(16.67)	25(83.33)

4 讨论

腰椎间盘突出症是由于椎间盘在不同诱因作用下，纤维环松弛变性膨出或纤维环破裂髓核向不同方向突出，从而压迫相应的神经根和周围软组织，引起局部水肿、炎性渗出，继而引起一系列的自身免疫反应，机体内分泌、激素异常及椎间盘本身蛋白多糖、胶原蛋白等代谢障碍。中医学认为本病多因肝肾亏虚，风、寒、湿邪侵袭，或劳损扭伤侵袭肾府，致筋脉失养，经脉瘀滞，不通则痛。症见腰膝酸软无力，腰痛沉重，下肢痛麻。治以补肾固本，祛风散寒，活血通络，自拟补肾通络汤随症加减治疗。补肾通络汤经现代药理研究证明能够提高人体的免疫功能，调节内分泌，改善微循环，促进炎症组织的吸收，帮助破裂的

纤维环修复，从而减轻神经根的压迫和炎性刺激。

牵引疗法，可以逐渐使腰背肌放松，解除肌肉痉挛，使腰椎列线不正的现象逐渐恢复正常，可使椎间隙逐渐被牵开，有利于突出物的还纳，对病程较长的患者，牵引可使粘连的组织和痉挛的韧带、关节囊牵开，使椎管间隙相应增宽，两侧狭窄的椎间孔增大，从而缓解或消除对神经根的压迫与刺激，对减轻下肢麻木和疼痛有较好效果。

推拿疗法，可以疏通经络，活血散瘀，松解粘连，滑利关节，促进气血运行。其主要机理是：促进局部血液循环，松解粘连，减少对神经根的刺激，调节后关节紊乱并使之复位，以解除神经根压迫，放松腰腿部肌肉，加强局部气血循环，促使受损伤的神经根恢复；降低椎间盘内压力，增加椎间盘外界的压力，使突出物复位回纳，改变突出物的位置，从而使疼痛缓解。

针灸疗法，可以疏经活络，调和气血，散寒止痛。现代医学已证明：针灸有增强血液循环，提高免疫力，促进炎症吸收，改善神经组织营养，影响中枢神经的丘脑外系统，提高痛阈，起到镇痛作用。

双氯芬酸钠能够通过抑制环氧酶，阻止花生四烯酸转化为前列腺素等炎症介质而产生镇痛作用，并通过抑制致炎物质缓激肽的合成，以及稳定溶酶体膜、抑制溶酶体酶的释放而产生抗炎作用^[2]，但对于 LIDH 患者，如果不消除机械压迫、腰椎系统生理结构紊乱等外在的诱发因素，而只给予单纯的消炎镇痛治疗，无法从根本上阻止疼痛复发或加重，治标不治本。

本临床观察研究结果表明，中药、牵引、推拿、针灸综合疗法治疗 LIDH，是环环相扣，互相协同，是整体与局部治疗的有机结合，符合中医的整体观和标本同治的原则。通过综合治疗可以提高人体的免疫功能，促进突出物周围炎症的吸收，消除神经根水肿，改善受压神经根营养障碍，预防和松解神经根与椎管粘连，使腰椎功能取得更好的改善，提高了患者的生活质量，从而提高了其参与社会活动的能力。

参考文献：

- [1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:201-203
- [2]金有豫.药理学[M].5版.北京:人民卫生出版社,1998:146

编号：EA-100326204（修回：2010-04-08）

手法治疗胸椎关节紊乱症 52 例报告

Report of treating 52 cases of thoracic joint disorder by massage

徐化金 韩 清

(山东省枣庄市妇幼保健院, 山东 枣庄, 277102)

中图分类号: R244.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0106-02 证型: BGD

【摘要】 目的: 探讨推拿手法治疗胸椎小关节紊乱症的疗效。方法: 对 52 例病人进行以手法复位为主的治疗。结果: 52 例病人中痊愈 44 例, 占 84.6%; 有效 6 例, 占 11.5%; 无效 2 例, 占 3.8%; 总有效率 96.2%。结论: 复位手法治疗胸椎小关节紊乱, 疗效迅速显著。

【关键词】 胸椎; 关节紊乱症; 推拿

胸椎关节紊乱症^[1]又称胸椎小关节错缝, 系指胸椎的关节突关节、肋椎关节和肋横突关节在外力、劳损或胸椎退变等因素作用下, 导致关节面不对称、关节囊充血水肿、滑膜嵌顿及关节周围韧带、神经组织损伤或受刺激而出现的背痛、胸肋部疼痛、呼吸活动障碍甚至出现胸腹腔脏器的功能性改变的一类病症。是推拿科常见病、多发病。但因其生理和病理的特点, 胸椎小关节半脱位后复位也较困难。笔者自 2006 年起运用手法推拿复位法治疗该病 52 例, 疗效满意。

1 临床资料

1.1 一般资料

52 例中、男性 20 例、女性 32 例; 年龄最小 20 岁、最大 58 岁, 平均年龄 36.6 岁; 病程最短 1 天, 最长 3 年。发病部位 T₂~34 例, T₃ 415 例, T₄ 59 例, T₅ 68 例, T₆ 711 例, T₇ 84 例。

1.2 临床症状

急性损伤的病例, 多因搬抬重物或军体训练中用力不当或准备活动不足, 突然扭转身体引起胸椎小关节突然错位, 有的可闻及声响。轻者表现错位节段局部明显疼痛和不适; 重者背肌剧烈疼痛, 偶有向肋间隙、胸前部及腰腹部的相应部位放射性疼痛, 深呼吸时疼痛加重, 常不能仰卧休息, 翻身转体困难。慢性损伤, 多有背部酸痛及沉重感, 久站、久坐、过劳或气候变化时症状加重, 但一般无放射性疼痛。

1.3 体征

急性胸椎小关节紊乱患者呈痛苦面容, 头颈仰俯、转侧困难, 常保持固定体位, 不能随意转动; 受损胸椎节段棘突有压痛、叩击痛和椎旁压痛, 深吸气疼痛更甚, 棘突偏离脊柱中线, 后突隆起或凹陷等。慢性

期一般无运动障碍。触诊时可发现患椎棘突偏离脊柱中心线, 患椎棘突旁压痛, 附近肌肉紧张或有硬性索条。

1.4 X 线检查

17 例 (27.3%) 棘突偏歪, 35 例 (72.7%) 无明显异常发现, 均排除胸椎骨折、胸椎结核、肿瘤等。

2 手法治疗

2.1 准备手法^[2]

本法适用于各型胸椎关节紊乱症, 操作时患者取俯卧位, 胸部垫薄软枕, 术者在患者背部和腰部先后施法、掌揉法和掌指点按法共 10~12 分钟。行掌指点按法时, 一手拇指点在痛点上, 另一手掌根叠按在拇指上, 两手合力, 拇指为主, 掌根为辅进行操作。注意掌握好力的大小及力的持续作用时间。疼痛剧烈, 伤处不能放松者, 给予利多卡因加注射用水痛点注射, 针孔处贴创可贴, 待局部肌肉组织松软后按照由简单到繁的步骤。

2.2 复位手法

2.2.1 旋转按压法

患者俯卧位, 头转向一侧, 双臂平放于体侧, 全身自然放松, 不要屏气。医者站立于患侧, 一手掌根按压患椎健侧横突, 另一手掌根按压患侧上一或下一节段的横突, 然后按分、旋、压三步骤完成。分, 医者两手掌根与脊柱垂直方向相对用力; 旋, 医者两手掌根以按患侧上一节段手势的, 给与轻巧的逆时针方向旋转用力, 下一节段手势操作医者需调换左右手, 给与轻巧的顺时针方向旋转用力; 压, 医者两手掌根向患者脊柱的左前下和右前下方向相对按压用力, 三步动作一气呵成。可随患者深呼吸动作, 医者两手掌

根随呼气渐用力,于呼气末完成,此时可闻及关节整复的响声。此法适用于全段胸椎的调整。

2.2.2 斜搬复位法

患者侧卧位,患侧在上,全身自然放松,自然呼吸。医者站立于患者前方,一手固定肩部,另一上肢前臂固定患者髂后部,前后摇摆患者数次,嘱患者深呼吸,医者两臂向相反方向逐渐用力至胸腰部不能继续旋转时,固定肩部的手瞬时给予一小幅度推冲动作,一般可闻及关节整复的响声。此法适用于中下段胸椎的调整。

2.2.3 脊柱旋转复位法

患者端坐于方凳上,两足分开与肩等宽,助于固定病人下肢维持其端坐姿势。术者坐其背后,一手从病人胸前握其健侧肩部上方,肘部卡住伤侧肩部,另一拇指顶住偏歪棘突。此时,按需要嘱病人配合前屈,侧弯及旋转动作,待脊柱旋转力传到拇指时,拇指协同用力把棘突向对侧上方顶推,指下有错动感或伴响声,示复位成功。

2.2.4 俯卧牵引按压法

患者俯卧位:一助手用双手分别插于病人两腋下,另一助手两手分别握拿病人两踝部,做对抗牵引。术者立于病人患侧,用一手掌根部按压向后凸起的胸椎棘突,若后凸消失,示复位成功。若未复位,仍在拨伸牵引下,用双手拇指由上而下逐个按压胸段棘突两侧间隙3到5遍,而后由下而上沿棘突顺向推按,拇指下有跳动感为佳。指下有错动感或伴响声,示复位成功。

3 治疗结果

治疗5次后,症状及体征完全消失者为痊愈;症状体征减轻者为有效;症状体征无变化者为无效。本组52例人中痊愈44例(其中一次复位成功34例),占84.6%;有效6例,占11.5%;无效2例,占3.8%;总有效率96.2%。

3 讨论

3.1 根据解剖及发病机制

胸椎的关节突关节由上位椎骨的下关节突与下位椎骨的上关节突构成。其关节面排列近似额状位,即一前一后,较适合于屈伸及侧屈,而关节突又正好位于椎体前侧为中心所作的圆周上,这种结构决定了胸椎的旋转运动^[3]。关节突关节的运动形式主要是参与脊柱的屈伸、侧弯及旋转。其中,躯干侧弯时,活动

主要发生于胸椎和腰椎,而在胸部,旋转往往与侧弯相结合^[3]。当侧弯提搬重物或运动中超范围转体,时较易损伤关节突关节,导致关节扭伤后常见的病理变化并出现相应的临床表现。肋椎关节与肋横突关节主要参与呼吸运动,即参与肋骨的升降及旋转并以此影响胸廓的矢径与横径。该运动是以肋间肌为动力、肋椎关节与肋横突关节的联合运动来完成,即肋颈绕肋骨小头中点至肋结节连线这一运动轴旋转。若在无准备的情况下突然咳嗽或抬肩举臂等动作过猛时,容易损伤两关节的关节囊、韧带并刺激周围的神经组织,出现各具特点的临床症状,即除背痛外,肋横突关节紊乱时常见的胸肋串痛、“乳房痛”等肋间神经痛的症

3.2 推拿治疗的机理及体会

胸椎关节紊乱症患者多数情况会出现背部深、浅肌群的反射性肌紧张和疼痛,或同时合并肌肉损伤出现背痛。通过准备手法的推拿治疗可解除肌肉紧张,缓解疼痛。同时,通过改善血液循环,促进韧带、关节囊等病损的修复^[4]。根据胸椎诸关节的解剖特点及生物学特性,结合临床发病机理,笔者将胸椎关节紊乱症分为三个类型并使用不同作用的三类手法进行治疗,即胸椎旋转类、肋骨升降类及改变胸廓矢状径类,以图通过手法的配合运动,使关节在其生理解剖活动范围内产生加力、加速的运动,增宽关节间隙,恢复关节正常的结构关系,使嵌顿的滑膜弹出,促进关节损伤后炎症的吸收,解除各种病理变化对神经组织的机械压迫和炎症刺激。患者在治疗过程中,应注意症状减轻后的巩固治疗及恢复期的功能锻炼和日常生活中的自我保护^[5]。在临床实施本手法前应明确诊断和熟练操作手法,并严格掌握推拿治疗的适应证和禁忌证。在取得临床疗效的同时,避免造成不必要的医源性损伤。

参考文献:

- [1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:186
 - [2]张安祯,武春发.中医骨伤科学[M].北京:人民卫生出版社.1988:434
 - [3]孟和.骨伤科生物力学[M].北京:人民卫生出版社,2001,214
 - [4]沈国权,严隽陶.对脊柱推拿“错位”与“整复”理论的思考[J].上海中医药大学学报,2002,16(2):26-28
 - [5]冯天有.中西医结合治疗软组织损伤研究[M].北京:科学出版社,2002:129
- 编号:EA-100330220(修回:2010-04-11)

针刺、拔罐治疗急性风疹 25 例

Treating 25 cases of acute rubella by acupuncture and ventouse

薛愧玲

(河南大学医院, 河南 开封, 475001)

中图分类号: R244 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0108-02 证型: GBDI

【摘要】 运用针刺、拔罐方法, 发挥疏散风邪、通经活血的作用, 治疗急性风疹 25 例, 取得满意效果, 有效率达 96%。风疹发于上半身者取曲池(双)、内关(双)、神阙。风疹发于下半身者取血海(双)、足三里(双)、三阴交(双)、神阙。风疹发于全身者取曲池(双)、血海(上)、三阴交(双)、神阙。以上穴位(除神阙穴外)常规消毒后, 取 1.5 寸毫针直刺, 行强刺激手法, 有较强的针感后, 留针 15 分钟。留针的同时在神阙穴外用闪火法拔罐。火罐拔上以后待吸力弱时取下再拔。如此反复三次为一次, 三天为一疗程, 停两天后可继续使用。

【关键词】 针刺; 拔罐; 急性风疹

风疹是一种常见的过敏性疾病, 现称荨麻疹。其发病特征是皮肤上出现鲜红色或苍白色的搔痒性风团。多因腠理空疏, 风邪乘虚侵袭, 遏于肌肤; 或因体质因素, 不耐荤腥等物; 或因肠胃积热, 郁于肌肤而发。风疹根据病程长短分为急性和慢性。近 5 年来, 笔者运用针刺、拔罐方法, 就急性风疹对 25 例患者进行了临床观察, 获得了较好的治疗效果。

1 一般资料

25 例中, 男性 10 例, 女性 15 例; 年龄最大者 65 岁, 最小者 7 岁。病程最短者 6 小时, 最长者 15 天。初诊未服任何药物者 17 例, 服扑尔敏等药物治疗无效而就诊者 8 例。

2 治疗方法

2.1 取穴

风疹发于上半身者取曲池(双)、内关(双)、神阙。风疹发于下半身者取血海(双)、足三里(双)、三阴交(双)、神阙。风疹发于全身者取曲池(双)、血海(双)、三阴交(双)、神阙。

2.2 操作

以上诸穴(除神阙外)常规消毒后, 取 1.5 寸毫针直刺, 行强刺激手法, 有较强的针感后留针 15 分钟。留针期间, 在神阙穴处拔罐。火罐拔上以后, 待吸力弱时取下再拔, 如此反复三次为一次, 三天为一疗程, 停两天后可继续使用。

3 治疗效果

痊愈: 风疹完全消退, 搔痒症状消失, 随访两个月未复发;

显效: 风疹完全消退, 搔痒症状消失, 两个月内

又复发者;

有效: 风疹明显减少, 时有隐隐小点出现, 搔痒症状明显减轻;

无效: 疹块没有明显减少, 搔痒症状未明显减轻。

25 例中, 治愈 21 例, 占 84%; 显效 1 例, 占 4%; 有效 2 例, 占 8 例%; 无效 1 例, 占 4%。总有效率达 96%。

4 典型病例

例一: 患者甲, 男, 38 岁, 工人。1995 年 3 月 16 日, 患者自述 7 天前去野外植树, 回家后全身突然发痒, 四肢及胸部出现大块突起, 越抓越多, 曾服用扑尔敏, COSMZ 等药物治疗未见明显减轻, 几天来寝食难安。经问诊和体查, 确诊为风疹。采用上述法进行治疗, 治疗到第三次时, 风疹就消失不发, 搔痒症状大减; 治疗到第五次时, 复有小疹点出现, 治疗 11 次后, 完全治愈。随访 2 各月未复发。

例二: 患者乙, 女, 12 岁, 学生。1998 年 10 月 5 日, 患儿家长代述不明原因下肢出现块状突起, 不断抓挠, 块状时隐时现, 伴有腹胀腹痛。查舌苔黄腻, 脉滑数, 诊断为风疹。因患儿平时喜食肉类, 造成脾胃运化失常, 胃肠道积热, 郁于肌表而发病。采用上述方法治疗, 外可以祛风解表清热, 内可以泄热, 达到表里双解的作用。治疗 2 次后, 疹块明显减少, 搔痒基本消除, 5 次以后, 风团全部消退, 搔痒消失。随开二剂汤药调理肠胃, 嘱患儿纠正偏食的不良习惯, 多吃蔬菜、水果。随访两个月未见复发。

5 体会

(下转 111 页)

脊髓型颈椎病的中医治疗进展

A review on treating CSM in TCM

周泳瀚

(广西桂林市中西医结合医院, 广西 桂林, 541004)

中图分类号: R 26 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0109-03 证型: ADI

【摘要】 文章总结了近 10 年来脊髓型颈椎病在中医治疗方面的进展, 从中医的角度出发, 就脊髓型颈椎病的手法、中药、针灸、牵引治疗以及中医综合治疗等方面进行了综述, 强调中医治疗在本病中治疗的重要性, 具有疗效高、痛苦少、经济成本低的优点, 系统分析了中医的优势及局限性, 并展望中医治疗该病的发展方向。

【关键词】 脊髓型颈椎病; 中医治疗; 综述

脊髓型颈椎病 (Cervical Spondylotic Myelopathy, CSM) 是由于颈椎间盘退变以及其继发性改变导致脊髓和/或支配脊髓血管受压而出现不同程度脊髓功能障碍的一种疾病, 它是颈椎病最严重的一种, 其致残率高, 甚至危及生命, 因而日益引起医学界的重视, 其发病机制是多种因素共同作用的, 包括发育性颈椎管狭窄、颈椎的退行性改变、机械动力因素、脊髓的血供障碍和交感神经的作用^[1]。既往国内外学者主张一旦确诊, 早期手术治疗^[2]。近年来随着中医对该病的研究越来越多, 治疗方面已有较大进展, 且疗效可靠。现将近 10 年来中医治疗 CSM 综述如下。

1 中药内服

对于 CSM 的治疗, 中医中药经过长期的临床实践, 积累了丰富的经验, 主要以补肾、活血化瘀、温阳通络、补气等为治疗原则。马晓春等^[3]用补阳还五汤加味方治疗 CSM, 治疗 12 例, 显效 7 例, 有效 3 例, 总有效率为 83.3%。吴弢等^[4]用血府逐瘀汤加减方治疗 60 例, 与对照组芬必得加 T.T.F.D 治疗 60 例比较, 观察组第 1、2、3 疗程后改进率与对照组比较均有明显增高 ($P < 0.01$)。王黑力等^[5]用桃红四物汤加减方治疗 CSM 30 例, 治愈 16 例, 好转 11 例, 总有效率 90%。杨成圣等^[6]用颈椎 2 号方治疗 58 例, 有效率 94.8%。王羽丰^[7]证实补肾活血方药能有效改善脊髓血液循环, 减轻脊髓病变, 应用补肾活血法可以收到满意的效果。韦贵康^[8]采用中药脊髓康治疗 CSM 32 例, 并进行动物实验, 证明中药脊髓康治疗 CSM 近期治愈与显效率为 56.3%, 总有效率为 90.87%; 动物试验提示: 脊髓康治疗 CSM 有较好疗效。张纯武^[9]采用自拟通督活血汤为主, 活血化瘀药为主, 加上黄芪、杜仲、狗脊、鹿角片、地龙、葛根

等, 治疗 CSM 48 例, 并与单纯西药 654-2 治疗的 31 例对照, 取得较好的临床效果。叶秀兰等^[10]用复元活血汤合圣愈汤治疗 CSM 30 例, 并与对照组 30 例采用西药莫比可、弥可保治疗 3 个疗程后对比, 治疗组与对照组总有效率分别为 90%、63.3%, 有显著性差异, 复元活血汤合圣愈汤治 CSM 无论近期还是远期疗效均较为显著。黄铭图等^[11]用补肾活血散内服治疗 CSM 32 例, 治愈 8 例, 显效 15 例, 有效 7 例, 无效 2 例, 有效率 93.75%。赵树挥等^[12]把 156 例 CSM 患者, 用中医辨证论治分成脾肾两亏、腑浊内阻、肾虚痰滞、脾胃虚弱型, 处方分别用左归丸合归脾汤加减、葶苈大枣汤合大承气汤加减, 结果显示基本痊愈 50 例, 显效 45 例, 好转 33 例, 无效 28 例, 总有效率 82.05%。

2 手法治疗

手法的治疗包括软组织推拿手法和整骨手法两部分, 手法具有舒筋通络、理筋整复、活血祛瘀、调整阴阳作用, 以及整复骨与小关节移位的作用, 但部分学者认为推拿按摩视为禁忌, 尤其手法整复椎体及小关节的移位。李春波^[13]应用疏经活络法、弹拨理筋法、揉压俞穴法、颈椎拔伸整复法等以疏通经络, 活血化瘀, 濡养筋骨, 恢复功能, 治疗 19 例, 临床治愈 3 例, 显效 13 例, 有效 3 例。林基华等^[14]采用揉颈肌, 点揉项后韧带, 提阳旋转法, 侧屈推法, 点揉项愈三穴 (自定名), 共治疗 29 例, 治愈 3 例, 好转 18 例, 无效 8 例, 总有效率 72.4%。何忠钢等^[15]用改良手法治疗 CSM 30 例, 并与传统手法治疗 30 例作为对照组, 结果为治疗组治愈例为 15 例 (50%), 显效为 13 例 (43.3%) 有效 1 例 (3.33%), 无效 1 例 (3.33%), 与对照组对比疗效明显, 其中传统手法参照邵铭熙《实用推拿学》, 为局部分筋理筋配合点穴法治疗, 而改良

手法则加用颈椎棘突定点旋转复位法,纠正偏歪棘突,结果显示改良手法治疗CSM能取得很好的治疗效果。

3 中医综合治疗

3.1 手法配合物理疗、牵引

周泳瀚^[16]采用手法、牵引、物理疗综合治疗CSM 180例治疗结果优166例,占92.2%,良6例,占3.33%,好转5例,占2.78%,无效3例,占1.67%。临床医生普遍反对推拿,尤其反对颈椎小关节的复位,而周泳瀚在文章中首次明确提出整骨手法只要掌握得好,可以迅速解除脊髓的骨性压迫,手法在解除骨性压迫方面起了巨大的作用,在180例的手法治疗中,无一例发生不良反应。

3.2 牵引配合手法

门保忠^[17]应用定点牵引手法配合牵引疗法治疗CSM收到满意效果。并指出以定点牵引手法为核心的非手术疗法对CSM是有效的,但门保忠反对用旋扳手法,以防脊髓的急性损伤。王登高^[18]采用牵引结合按摩治疗CSM 70例,痊愈42例,显效14例,总有效率为90%。

3.3 手法配合中药等

姚新苗^[19]运用手法和中药治疗CSM 21例,先行颈牵引,然后局部按摩并施以脊髓受压部位定点复位法,配合中药以补气养阴、化痰利水为治疗大法,结果显效5例,有效13例,总有效率85.7%。黄锦军^[20]运用局部软组织按摩手法,颈部纵向拔伸法,并配合中药辨证用药内服,治疗56例,结果痊愈18例,好转35例,总有效率94.64%。陈大伟^[21]采用补气活血、祛瘀通络之法配合推拿牵引治疗患者33例,有效率93.9%。李建民^[22]用中医的方法治疗CSM,把患者分为A、B两组,A组为中药加推拿手法治疗组共133例,B组为中药组共40例,中药治疗则分为痹症型和痿症型,而采用相应的中药治疗,而推拿按摩分别采用揉法、滚法、按法、点穴法,必要时采用旋转扳法或侧扳法来改善颈椎体的对位关系。结果A组显效65例,有效47例,总有效率84.21%,B组显效11例,有效21例,总有效率80%,而且结果显示中药和推拿手法结合可以更好地改善患者的症状和体征。

3.4 以针灸为主的综合治疗

针灸在治疗CSM方面有较好的疗效,尤其在对四肢功能障碍恢复上有独特疗效。吴弢等^[23]在患者颈椎夹脊处运用隔姜灸以引邪外出,疏通督脉,补虚壮阳;针足三里、三阴交以督脉气血,振奋阳气,生精益髓,活血化瘀;内服中药地黄饮子加减方,以益肾固元、滋阴敛液、清化痰火、益气活血、和营通络。共治疗30例,疗效显著,优于西药组。将戈利^[24]观

察三步针罐疗法治疗CSM的疗效,治疗120例,并与西药组40例比较,结果总体疗效显著优于药物治疗组($P<0.05$),治疗CSM有效。李学勇^[25]采用复方丹参注射液夹脊穴注射治疗CSM 96例,发挥穴位刺激与丹参活血化瘀双重作用,能改善局部血液循环,解除颈项肌肉痉挛,较针刺、牵引等疗法见效快,复发率低,疗效显著。

3.5 以平衡推拿法为主的综合治疗

周华龙等^[26]以平衡推拿法配合平衡针灸法、平衡拔罐法以及配合药物熏洗或热敷来治疗CSM,在颈椎至胸椎、颈背上臂肌肉实施平衡性放松手法,在颈椎、胸椎棘突间及棘旁用平衡针灸法进行针灸,在脊柱及两侧进行平衡性拔罐,并且配合用牡丹皮、荆芥、红花、桃仁、当归、细辛等中药外洗、热敷,供治疗30例,痊愈17例,有效率达80%。

3.6 小针刀加综合疗法

高长华^[27]用小针刀加颈牵引、颈肩部按摩、中药内服以补阳还五汤为主来治疗CSM,小针刀是在第二颈椎到第五颈椎处行小针刀术,如颈部寰枕筋膜挛缩还可在此处行小针刀松解术,按摩则在颈部两侧颈肌、胸锁乳突肌用手指去搓揉,并点按肩井、肩中俞、大椎穴。作者用此方法共治疗18例,治愈15例,好转3例。

4 小结与展望

4.1 关于治疗方法的选择

在医学界对于CSM治疗方法的选择,大家众说纷坛,由于CSM容易产生瘫痪等严重的后果,医学界相当部分学者主张一经确诊即行手术治疗。本人认为对于治疗方法的选择,应当辨证地看待,在CSM早中期的中医治疗方面已经取得很好的效果,根据文献报道统计,有效率最高可达93.9%,而且中医治疗经济成本低,痛苦少,副作用少,而手术风险大,远期效果难以肯定,经济成本高,痛苦大,因此本人主张早中期首选中医方面的治疗,早中期的患者经过系统的中医方面的治疗无明显的效果甚至持续加重才考虑手术治疗。对于后期患者特别是瘫痪的患者,则首选手术治疗,这样可以迅速解除压迫,避免带来严重的后果。

4.2 对中医整骨手法的重新认识

临床医生对CSM普遍反对推拿治疗,尤其反对对颈椎小关节的复位。其实这是一种错误的认识,只要掌握了CSM的压迫机理,掌握了复位的手法要领,它是一种很安全的治疗方法,它可迅速解除对脊髓的骨性压迫,可纠正椎体间的反张成角、椎体间的旋转移位、失稳椎体间的轻度移位等,更重要的是还可以

把椎体后缘有骨赘增生的椎体轻度朝前推移,解除椎体后缘骨赘对脊髓的压迫^[16],这是药物、针灸、理疗等方法无法达到的效果。

4.3 关于中医治疗 CSM 的优势和局限

由于中医治疗 CSM 方面有众多的方法,具有巨大的优势,实践证明对于 CSM 的早、中期治疗有很好的疗效,它具有疗效好,经济成本低,风险小,患者痛苦少的优点,容易被患者接受。但在治疗的方法选择上,对于颈椎的复位手法尚有很大的争议,而颈椎的复位手法带来的快速疗效有待于业界的重新认识和肯定,这也体现了我们对于掌握此项技术的医生的缺乏,从而制约了中医对治疗 CSM 的疗效和治疗的速度,这也预示着中医在治疗 CSM 的方法、效果上总体上还有很大的潜力可挖。其次,中医在治疗 CSM 后期特别是瘫痪的患者具有很大的局限性,因为此类患者时间紧迫,压迫严重,很容易致残,而中医不能迅速解除脊髓的压迫,从而导致中医的局限性,中医有待于在这方面取得突破。

参考文献:

- [1]马利杰.脊髓型颈椎病发病机制研究进展[J].华北煤炭医学院学报,2002,4(2):167-168
- [2]吴毅文.脊髓型颈椎病的非手术治疗[J].颈腰痛杂志,2004,25(2):97-99
- [3]马晓春,张春光,徐国忠,等.补阳还五汤加味治疗脊髓型颈椎病 12 例[J].四川中医,1994,(5):40-41
- [4]吴弢,高翔,叶秀兰,等.血府逐瘀汤加减方治疗脊髓型颈椎病[J].上海中医药杂志,2006,40(5):31-32
- [5]王黑力,张永丽.桃红四物汤治疗早期脊髓型颈椎病 30 例临床报告[J].黑龙江中医,1999,(2):16-17
- [6]扬成胜.颈椎 2 号治疗脊髓型颈椎病 58 例[J].湖北中医学院学报,2003,5(3):43
- [7]王羽丰.肾骨安治疗脊髓型颈椎病疗效及其血清内皮素关系的实验研究[J].中医正骨,2000,12(12):3-4
- [8]韦贵康.中药“脊髓康”内服治疗脊髓型颈椎病 32 例临床观察与实验研究[J].广西中医学院学报,2001,4(4):86-88
- [9]张纯武.通督活血汤为主治疗脊髓型颈椎病 48 例[J].浙江中医杂志,2000,35(5):390
- [10]叶秀兰,唐占英,等.复元活血汤合圣愈汤治疗脊髓型颈椎病 30 例临床观察[J].江苏中医药,2008,40(6):39-40
- [11]黄铭图,黄永光,等.中药补肾活血散内服治疗脊髓型颈椎病 32 例[J].广西中医药,2008,31(5):25-26
- [12]赵树挥,常秀龙,白明泽.中药疗法对 156 例脊髓型颈椎病临床研究.中国社区医师,2007,9(159):70
- [13]李春波,李艳秋.按摩治疗脊髓型颈椎病 19 例[J].吉林中医,2003(30):38
- [14]林基华,杨连松,毕可萍.推拿治疗脊髓型颈椎病 29 例[J].山东中医杂志,2002,21(7):412-413
- [15]何忠钢,刘海涛,等.改良手法治疗脊髓型颈椎病的临床研究[J].按摩与导引,2008,24(8):6-7
- [16]周泳瀚.脊髓型颈椎病的中医治疗[J].北京中医药,2008,27(173):35-37
- [17]门保忠.脊髓型颈椎病的手法治疗[J].中国骨伤,2001,2(2):96-97
- [18]王登高.脊髓型颈椎病的牵引,按摩治疗[J].吉林中医药,2000,(3):38
- [19]姚新苗.手法加中药治疗脊髓型颈椎病 21 例[J].中国医药学报,2002,17(2):125
- [20]黄锦军.手法为主配合中药治疗脊髓型颈椎病的临床观察[J].中医正骨,2008,20(2):27-28
- [21]陈大伟.中西医结合治疗脊髓型颈椎病[J].湖北中医杂志,2001,23(12):19
- [22]李建民.脊髓型颈椎病的中医治疗[J].中华中医药杂志,2007,5(22):276-277
- [23]吴孜,高翔,施杞,等.针灸配合地黄饮子加减方治疗脊髓型颈椎病 30 例[J].上海针灸杂志,2004,23(3):12-13
- [24]蒋戈利.三步针罐疗法治疗脊髓型颈椎病疗效观察[J].光明中医,2002,5(5):309
- [25]李学勇.夹棘穴注射丹参治疗脊髓型颈椎病 96 例[J].光明中医,2003,3(16):52
- [26]周华龙,周伟.平衡推拿法为主治疗脊髓型颈椎病[J].中国民间疗法,2008,(4):16-17
- [27]高长华.小针刀加综合疗法治疗脊髓型颈椎病[J].湖北中医杂志,2007,2(29):48

编号: EA-100315185 (修回: 2010-04-14)

(上接 108 页)

4.1 急性风疹多属于实证,责于风邪侵袭,郁于肌肤而发。“治风先治血,血行风自灭”,治疗上除采用祛风解表以外,还必须采用疏通血脉的方法,这样才能达到“血行风无”的目的。针刺选用曲池穴具有祛风解表、疏散风热、调和气血的作用;内关穴具有理气和胃、调理气血、宁心安神的作用;血海、三阴交具有疏通经络、调和气血的作用;足三里具有清泻阳明、通经活络的作用。以上诸穴相互配合,加强了疏风散热、活血消疹的治疗作用。神阙穴上采用拔罐的方法,

起到疏风散邪、温通气血的作用。针刺、拔罐并用,促使疾病早日痊愈。

4.2 本法对慢性风疹也可取得一定的治疗效果。因病例较少,未做观察统计。慢性风疹病因较多,虚实夹杂,针刺手法以平补平泻为主。

4.3 因体质因素,吃食荤腥等物过敏者,嘱以后禁食。对于风疹发于咽喉部,引起喉头水肿、呼吸困难者,应迅速采取药物抢救治疗。

编号: EA-100329213 (修回: 2010-04-07)

聚乳酸防粘连凝胶在鼻窦镜手术后的应用

Effect of Polylactide anti adhesion gel on after endoscopic sinus surgery

姜 栋 赵伟霞 赛 龙 王青山
(威海市文登中心医院, 山东 威海, 264400)

中图分类号: R61 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0112-02

【摘 要】 目的: 探讨聚乳酸防粘连凝胶在鼻科手术中防治鼻腔及鼻窦粘连的作用。方法: 对于鼻窦镜手术中估计有粘连的可能和术后已经粘连的病人粘连创面涂用聚乳酸防粘连凝胶。结果: 聚乳酸防粘连凝胶在鼻科手术中能有效防治粘连。

【关键词】 鼻窦镜; 鼻腔粘连; 聚乳酸防粘连凝胶

【Abstract】 objective: to explore the anti adhesion gel polylactic acid in the nose division of nasal and sinus surgery and adhesion. Methods: Sinus surgery for an estimated adhesion of the surgery and may have adhesion of patients with wound coating adhesion polylactic acid anti adhesion gel. Results: polylactide anti adhesion gel in the nose division operation can effectively controlling adhesion.

【keyword】 Polylactide anti adhesion gel; Endoscopic Sinus Surgery; Nasal adhesion

鼻腔粘连是鼻内镜鼻窦手术后最常见的并发症。尤其是鼻窦口粘连是明显阻碍疾病痊愈和手术疗效的重要原因。近三年来, 我科利用聚乳酸防粘连凝胶(瑞术康)局部涂用, 大大减少了术后粘连的数量, 对于已经粘连的病人应用瑞术康治疗亦取得了明显效果, 现总结如下:

1 临床资料

自 2008 年 1 月以来, 我们共对 135 例(侧)鼻腔粘连的病人应用了聚乳酸防粘连凝胶, 其中男 71 例, 占 52.59%, 女 64 例, 占 47.41%, 行鼻窦镜下鼻腔鼻窦手术后粘连者 112 例, 占 82.96%, 其他如鼻腔填塞, 鼻外伤, 非鼻窦镜手术所致者 24 例, 占 17.78%。应用 1 次即愈 117 例, 占 86.67%, 2 次以上愈合 15 例, 余 3 例未愈失访。另外, 对 76 例病人行预防性应用聚乳酸防粘连凝胶, 术后发生粘连病例 3 例, 占 4.72%。

2 方法

对于发生粘连的鼻腔先予丁卡因肾上腺素棉片麻醉收敛, 然后以剥离子或吸引器头分离粘连带或窦口, 彻底收敛止血后, 将聚乳酸防粘连凝胶涂抹于创面区域。对于部分鼻窦镜手术患者术中窦口较狭小, 中鼻甲与鼻腔外侧壁手术创缘较近, 下鼻甲与鼻中隔较近, 黏膜有擦伤, 有术后粘连之虞患者, 在术区止

血彻底后以聚乳酸防粘连凝胶涂抹于可能粘连创面, 如术中彻底止血困难或填塞物将对可能粘连的创面要擦挫, 就于术后 24~72 小时抽出鼻腔填塞物后收敛麻醉术区后再以聚乳酸防粘连凝胶涂抹于可能粘连创面。

3 结果统计学分析

将上述临床资料与以往其他未使用聚乳酸防粘连凝胶的患者 87 例治疗(分离、滴用呋麻滴鼻液、以油纱条明胶海绵隔离, 湿润烧伤膏红霉素眼膏涂抹)一次性治愈率 48.28% 比较, 结果用 χ^2 检验, $\chi^2=13.95$, $P<0.05$, 上述两种方法有统计学意义。

4 体会与讨论

随着鼻内镜鼻窦手术的开展, 慢性鼻窦炎、鼻息肉及鼻窦良性肿瘤的治疗提高到了一个新的水平。鼻内镜技术的发展与传统前鼻镜手术相比具有划时代的进步, 但是, 由于鼻内窥镜手术术野小, 鼻窦位置深、解剖变异、标志形态差别较大, 手术操作不熟练及对局部解剖不熟悉等原因, 导致并发症时有发生。鼻腔粘连是鼻内镜鼻窦手术后最常见的并发症。尤其是鼻窦口粘连是明显阻碍疾病痊愈和手术疗效的重要原因。预防在于术中彻底清除病变, 术中正确处理中鼻甲, 手术者在术中要动作轻快, 尽量减少不必要的操

作, 术后常规清理术腔、及时解除粘连^[1]。鼻腔粘连的原因非常多, 首先与鼻腔结构异常有关, 如鼻中隔偏曲、下鼻甲肥大等, 如手术时未对这些病变进行处理, 术后有可能继发鼻腔粘连。下鼻甲与鼻中隔粘连最常见, 多与鼻中隔偏曲有关, 偏曲的鼻中隔使鼻腔狭窄, 手术操作困难, 术中易损伤鼻黏膜。术后分泌物积聚, 换药不彻底, 这些都极易引起术后鼻腔粘连。下鼻甲肥大时正确选择术式, 下鼻甲黏膜下部分切除术既保留了正常的下鼻甲黏膜, 又增宽了下鼻甲与鼻中隔的距离, 减少了粘连的概率。中鼻甲的处理也非常重要, 处理不当, 极易粘连, 中鼻甲处理原则是尽可能恢复其生理状态下的形态, 即前端不超过下鼻甲上缘水平, 外侧与上颌骨额突、钩突之间的距离足够宽敞, 一般要>5mm。另一个重要原因与医务人员的不当操作有关, 粗暴的检查或鼻腔填塞, 干纱布或棉球填塞鼻腔均可损伤鼻黏膜引起粘连。避免手术切除正常健康组织过多, 不能轻易去除鼻窦内任何正常的或通过保守治疗而可逆的病变组织。其目的在于保留黏膜的生理功能, 也在于防止过度骨质增生^[2]。为了防止鼻窦开口粘连闭合我们过去采用尽可能开大窦口, 术后复查时注意探查扩大水肿之窦口, 为防止中鼻甲与鼻腔外侧壁粘连将中鼻甲切除一部分, 使其与上颌窦口鼻腔外侧壁有足够的距离, 术中对可能粘连的部分采用扩大切除的方法, 这样无疑有悖于功能性鼻内窥镜手术的基本原则, 尽可能保留正常的或可逆转的组织结构^[3]。下鼻甲与鼻中隔粘连采用将下鼻甲骨折外移或黏膜下切除部分下鼻甲骨, 对于已经粘连的病人采用分离, 以棉片、纱条、明胶海绵、碘仿纱条等填塞隔离等方法, 大部分病人可以治愈, 部分病人反复出现粘连。近年来我们采用了局部涂用聚乳酸防粘连凝胶(瑞术康)的方法, 该药物特点为安全有效、遇水成膜、自身降解、使用简便。是以聚乳酸为原料制备的防粘连凝胶在遇到组织液后自动固化成膜, 具有良好的生物相容性和柔韧性, 通过膜的“屏障”作用及膜的降解与术后粘连形成的时差作用把手术创面和周围组织隔离开, 阻止周围组织中成纤维细胞对手术创面的入侵, 避免它们直接接触产生粘连, 手术创面愈合后, 聚乳酸防粘连凝胶缓慢降解为乳酸单体, 参与肌体的代谢, 最终形成二氧化碳和水, 以呼吸和体液的形式排出体外。聚乳酸膜所形成的“屏障”在降解后成为微小的间隙, 能够有效地保护手术创面, 预防组织粘连。我们对于手术创面贴较近术区于术中或术后抽出填塞物后予以聚乳酸防粘连凝胶涂用。对于以往手术或其他原因已经造成粘连的患者予以分开

粘连(扩开闭合窦口), 涂以聚乳酸防粘连凝胶。在操作中应注意以下几个方面: ①术中应用聚乳酸防粘连凝胶应充分止血且涂药创面不要再擦伤, 尤其于术后2~3天抽除术腔填塞时往往难以避免, 我们多于抽除鼻腔填塞收敛术区后予以涂聚乳酸防粘连凝胶, 而后以鼻腔冲洗为主, 复查时一定注意勿再次擦伤术区, (待其结痂分泌物自行脱落或排出)。②对于已经粘连的病人涂抹聚乳酸防粘连凝胶后, 就不必再填塞隔离物了, 也不要再擦伤或人为去除创面覆盖膜。③在涂聚乳酸防粘连凝胶前一定要充分收敛显露好创面, 以便于药物涂遍涂匀, 几例失败的病例究其原因可能为粘连带分开后反复收敛仍紧密相贴, 药物不易浸涂于相抵处创面所致。④另外失败的原因可能是涂药后结痂较多, 影响鼻腔通气, 予以“强取”结痂有关, 而后我们采用生理盐水冲洗浸泡, 使结痂自行脱出, 大大提高治愈率。采用聚乳酸防粘连凝胶其优点: ①大大减少了术后窦口闭合和鼻腔粘连的发生。②减少了术后粘连反复发生的状况。③痛苦小, 聚乳酸防粘连凝胶涂创面后, 即基本不须进一步处理。④治愈率高。缺点: 术中应用妨碍术腔进一步处理(如填塞), 术后术腔的分泌物结痂不能及时清除。对于粘连带紧密的病人仍有复发粘连的可能。尚待进一步研究的问题: ①对于部分病人术中出血较轻, 临时收敛止血后大面积涂用了聚乳酸防粘连凝胶, 未予鼻腔常规填塞, 药物在创面形成薄膜既起到防粘连作用, 又减少了创面出血, 减轻了病人的痛苦。由于病例有限, 是否不涂聚乳酸防粘连凝胶, 不填塞鼻腔的病人有统计学意义尚未观察研究。②聚乳酸防粘连凝胶可以有效减少术区粘连, 能否降低窦口闭合概率尚待进一步测量比较, 若其能够减少人为造口的闭合, 则可进一步考虑运用于耳科, 减缓鼓膜穿孔愈合, 鼓室成型时涂于鼓室防止筋膜与鼓室内侧壁粘连, 听骨周围涂以聚乳酸防粘连凝胶防止其与周围粘连固定, 镫骨撼动术中涂以聚乳酸防粘连凝胶增加手术远期效果。耳道手术后瘢痕狭窄的预防等。其是否有耳毒性等作用。其在术区形成的薄膜是否可以用于扁桃体腺样体手术创面渗血的防治等尚待进一步探讨。

参考文献:

- [1] 黄南桂, 唐青来, 李友忠等. 1800例鼻内镜鼻窦手术临床分析[J]. 中国医师杂志, 2003, 1, 5(1): 64, 65
- [2] 张国忠, 王亚丽. 术后鼻腔粘连分析[J]. 山西医药杂志, 2008, 9, 37(9): 808-809
- [3] 韩德民, 周兵. 鼻内镜外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001, 206

编号: Y-10040174 (修回: 2010-04-14)

颈椎骨折并颈髓损伤的围手术期护理

Perioperative nursing of cervical spine fracture and spinal cord injury

郑蝶梅

(广东省茂名市中医院, 广东 茂名, 525000)

中图分类号: R 274.13 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0114-02

【摘要】 目的: 探讨颈髓损伤的围手术期护理, 防止并发症, 减少病死率, 促进康复。方法: 进行有效的心理护理; 做好术前各项准备; 术后综合护理。结果: 21 例中除 2 例颈 4 节以上高位截瘫患者外均效果良好。结论: 加强颈椎骨折并颈髓损伤的围手术期护理, 可提高患者存活率, 减少并发症。

【关键词】 颈椎骨折; 颈髓损伤; 护理

颈椎骨折并颈髓损伤是一种可危及患者生命的严重创伤。护理极为繁重, 很难完全避免并发症的发生。围手术期护理是否到位, 对提高手术的成功率、术后患者的存活率及减少并发症的发生有着重要作用。

1 临床资料

本组 21 例, 男 12 例, 女 9 例, 平均年龄 32.8 岁, 13 例行前路减压植骨内固定术, 8 例行后路减压术。

2 护理

2.1 心理护理

心理护理在整个围手术期护理过程中起着重要作用, 颈椎骨折及颈髓损伤病人往往合并瘫痪、脊髓功能受损, 思想负担重, 手术难度大, 时间长, 病人常产生焦虑、紧张、恐惧心理。对此, 在病人入院后、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, 包括: 系统的疾病相关知识的介绍、在治疗过程中的注意事项、手术的必要性, 术前准备、术中的配合、术后并发症的预防及功能锻炼等, 使患者对疾病本身及预后都有充分了解, 帮助其正确对待伤残, 减轻患者的焦虑、恐惧心理, 增强其战胜疾病的信心, 积极主动配合治疗及护理^[1]。

2.2 术前护理

2.2.1 早期的生命维持

急性颈髓损伤可导致昏迷、低血压、心动过缓低温或高温等表现, 需密切观察生命体征的变化, 注意电解质紊乱的纠正、补液、体温调节等问题的及时处理, 使患者度过脊髓水肿期。

2.2.2 重点加强呼吸道的管理

2.2.2.1 密切观察呼吸

由于颈髓损伤, 肋间肌完全麻痹, 因此伤者能否

生存, 很大程度取决于腹式呼吸是否幸存。因此需密切观察患者呼吸状态, 有无腹式呼吸存在。同时还要观察呼吸频率、节律和深度, 颈部有无增粗, 鼻翼是否扇动, 口唇及四肢末梢有无发绀等, 尤其是在夜间病人入睡后警惕出现呼吸停止或昏睡状态, 适当调整病人的睡眠时间, 让病人白天睡眠, 减少夜间睡眠期, 在睡前不用镇静剂, 发现病人睡眠较深时, 立即呼其名字, 使病人清醒。

2.2.2.2 保持呼吸道通畅

气道通畅对提高抢救成功率, 降低呼衰, 减少肺部感染至关重要。首先要指导患者进行有效的咳嗽及咳痰; 咳痰无力或痰液粘稠时, 可进行雾化吸入以湿化呼吸道及痰液, 并及时有效地吸痰, 必要时进行体位引流, 同时做好胃肠道的护理, 避免腹胀影响膈肌的运动。

2.2.2.3 呼吸功能训练

进行吹气球练习: 鼓励病人一次性将气球吹得尽可能大, 放松 5~10s, 然后重复上述动作。每次 10~15min, 每日 3 次。根据具体情况逐渐增加次数和时间^[2]。

2.2.3 后期的术前准备

颅骨牵引的管理, 注意牵引方向、牵引重量及轴线翻身的调整等问题, 尤其是在合并脱位患者的复位牵引过程中, 多应由古曲牵引开始, 复位后平牵, 牵引重量要逐渐增加, 并密切观察有无神经体征及生命体征的改变, 及时通知大夫; 气管牵拉训练: 行前路手术患者, 术前 3d~5d 开始, 避免术中牵拉致喉头水肿而引发窒息, 要求逐渐达到 20min~30min, 3 次/d~5 次/d, 气管食道鞘推移过中线^[3]。气管牵拉训练应与

呼吸道主动咳嗽、排痰、深呼吸的训练相结合, 增强呼吸功能储备, 减少术后呼吸系统并发症。

2.3 术后综合护理

既要严密观察, 又要做好各种并发症的防治。

2.3.1 术后早期观察

生命体征如血压、呼吸、心率、体温的变化, 如有喉头水肿痉挛致呼吸困难, 及早气管插管或气管切开; 有无喉返神经损伤及喉上神经损伤症状, 如声音嘶哑、呛咳等; 切口观察: 有无引流不畅, 术后血肿压迫可引起窒息; 有无脑脊液漏, 尤其是前路手术的脑脊液漏应尤其注意, 多较顽固而易引起切口不愈合及感染。

2.3.2 保证颈椎的稳定性

病人手术后颈部立即用围领加以固定与制动, 呈中立位或 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 略屈位, 防止颈部过仰。颈部两侧放置小圆枕以防止颈部左右转动, 造成植骨块脱落。本组病人在术后 24h 内平卧不翻身, 为防止褥疮发生, 每 2h 按摩 1 次枕部及骶尾部; 24h 后以平卧位和侧卧位为主, 每 2h 翻身 1 次, 翻身时保持颈、肩、背纵轴一致, 轴形翻身。

2.3.3 并发症的防治

颈椎骨折并颈髓损伤患者并发症的预防及护理非常重要^[4]。

2.3.3.1 加强呼吸道护理

呼吸系统并发症是高位截瘫患者死亡的最常见原因。术中刺激可引起气管内分泌物增多, 痰液堆积, 患者因疼痛或无力, 无法将痰咳出。术后镇痛很重要; 其次可行化痰、协助排痰治疗。常备气管切开包。应当指出, 胸腹挤压协助排痰的重要性; 术后体位排痰, 行内固定植骨术后较稳定, 术后 3d 可在颈围领保护下坐起或侧俯卧位排痰。

2.3.3.2 术后喉头水肿的防治

术后 1 周为水肿期, 4d~5d 为高峰期。术后给冷流质饮食, 切口冷敷, 密切观察呼吸情况, 呼吸急促、表浅, 及猫叫症状, 提示喉头水肿痉挛可能, 及时通知医师, 做好气管插管及切开准备。

2.3.3.3 泌尿系感染

注意观察尿色尿量, 术后 1 周左右, 尽早开始间歇导尿训练, 建立反射性膀胱排尿, 可防止感染及结石形成。

2.4 其他并发症的护理

2.4.1 皮肤护理

气垫床, 在骨突处用棉垫、气垫垫起, 2h~3h 翻身一次, 避免烫伤。

2.4.2 排便护理

患者肠蠕动减弱, 导致便秘、腹胀, 挤压膈肌影响呼吸, 激素应用可导致应激性溃疡, 行调整饮食、腹部按摩, 辅以缓泻剂、灌肠、导泻、掏粪等办法, 并逐渐训练达到 2d/次~3d/次的习惯。

2.4.3 DVT 及肺栓的预防

注意有无下肢水肿及呼吸困难、胸痛表现, 如有怀疑可查下肢静脉 B 超、D-二聚体等, 及早处理, 避免危及生命, 自远向近适当按摩及被动活动可降低 DVT 的发生率。

2.4.4 关节挛缩

卧床时, 关节保持功能位, 可使髌膝垫高呈轻度屈曲, 踝关节 90° 中立位, 定期活动各个关节, 4 次/d~5 次/d, 15min/次~30min/次。

2.4.5 高热的护理

由于脊髓损伤, 植物性神经功能失调, 截瘫平面以下感觉障碍, 影响散热功能, 或有感染存在, 患者常有高热, 此时药物降温效果往往不理想, 应给予物理降温, 降低室温, 使空气流通, 多喝水, 进食高热量易消化饮食, 遵医嘱使用抗生素, 做好口腔护理及皮肤护理。

3 结果

术后除 2 例颈 4 节以上高位截瘫患者死亡, 1 例因反复呼吸困难放弃治疗, 其余均病情稳定, 不同程度恢复, 未发生护理并发症。

4 小结

颈椎骨折并颈髓损伤病情危重, 是一种严重创伤, 是创伤骨科中致死、致残率较高的疾病。住院期间围手术期治疗过程中也可能出现各种并发症。安全度过围手术期对于提高此类患者的生存率和生命质量尤其重要。因此, 做好心理护理, 术前术后的综合护理, 预防并发症是临床护理工作的主要任务。护理人员系统全面的掌握业务知识和不断提高护理技能, 是此类疾病临床护理的关键。

参考文献:

- [1]贾连顺.李家顺脊柱外科临床手册[S].上海:第二军医大学出版社,1998:195-196
- [2]许蕊风.难复性寰枢椎脱位病人的围手术期护理[J].中华护理杂志,2002,37(5):344-345
- [3]张风清,方军.颈椎前路手术围手术期气管推移训练的指导[J].护士进修杂志,2005,20(1):88-89
- [4]支立娟,吴新军.脊柱侧凸围手术期护理体会[J].局解手术学杂志,2006,15(3):212

编号: EA-10012148 (修回: 2010-04-01)

心理学理论在中医临床中的应用

Applicaition of psychological theory in tcm clinical practice

王晓艳

(郑州创新中医院, 河南 郑州, 450015)

中图分类号: R 395 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0116-03

【摘要】 人是最具丰富思维和复杂的心理现象和心理活动的高级动物。将现代心理学理论运用于中医的理论和实践是大力和科学发展中医必不可少的重要方面。研究心理因素在中医诊断作用和效用, 有助于全面而准确地诊断疾病和找出病因; 研究其在治疗临床中的功能和价值, 通过培养、维持患者的积极情绪, 有助于科学而合理地确定治疗方案, 提高治疗效果。

【关键词】 中医临床; 心理学; 心理因素; 心理活动; 积极情绪; 诊断; 治疗

1 中医和心理学

中医是一门基于“整体观、辨证施治”核心哲学思想, 关于预防和治疗人类疾病的科学知识。其发展前景光明。正如科学大师钱学森所指出的: 中医理论包含了许多系统论的思想, 而这是西医的严重缺点; 21世纪医学的发展方向是中医而不是西医, 西医也要走到中医的道路上来。每个人都是一个复杂的生态系统。^[1]每个人都具有一定的心理现象, 进行一定的心理活动; 心理现象和心理活动是人这一生态系统不可或缺的组成部分。因此, 要发展中医, 就必须将现代心理学理论运用于中医的理论和实践。现代心理学是研究人的心理现象及其规律, 并力图为人类服务的学问。它所要解决的主要问题是心身(生理)关系问题、心物(物理)关系问题、心理的作用问题以及意识之谜。现代心理学的两大原理是: ①从哲学的唯物论上而言, 心理是大脑的机能, 因为认知、情感和行为等一切心理过程的生理基础是由数十亿的神经细胞的放电及交互作用而形成的。②在哲学的反映论原理上讲, 心理是客观世界的主观能动的反映, 因为一方面, 个体的经历不同、生活环境不同, 其心理也不同的, 另一方面, 心理对外界的反映方式不是机械式如实反映而是主观能动的反映, 外界事物是经过原有心理的折射而反映的。

中医传统理论中有许多关于在诊断和治疗中运用现代心理学的朴素阐述, 但是需要运用现代心理学理论予以充实和完善。考虑到心理或者心身疾病的中医诊断与治疗已经多有研究或者著述,^[2-4]本文基于人体是一个生态系统的整体观思想, 这里讨论的主要是现代心理学理论在中医临床中对心理或者心身以外疾病诊断和治疗的应用。

2 中医诊断与心理学理论之应用

在中医诊断中应用心理学理论, 是指在四诊过程中, 注意考察患者所患疾病这一结果在形成过程中的心理因素。这既包括导致疾病发生的初始性心理因素, 也包括患病后由于患者因疾病而心理状况不佳而又进一步恶化病情的继发性心理因素。其中, 患者的感情、情绪、情感和表情是医生必须考察和分析的重要方面。感情是一个人一定的刺激下所产生的心理上的体验和感受, 如生气、高兴、愉快、幸福、放松、感动等。情绪和情感指的是同一过程和同一现象, 分别强调同一心理现象的两个不同的方面。情绪代表感情反应的过程, 即大脑的活动过程。情感常用于描述具有深刻而稳定的社会意义的感情, 代表感情的内容。同情绪相比, 情感具有更大的稳定性、深刻性和持久性。情绪和情感都是一种内部的主观体验, 但是其发生时又总是伴随着因人而异的某种可以观察到的外部表现(行为特征), 即表情。

总体而言, 在中医诊断中, 要对患者过去和现在的精神状况和行为特征进行考察, 结合神、色、形、态、声音、语言、脉象等方面的变化, 分析综合, 从而判断患者的心理品质及其水平、引起心理变化的刺激因素及其对患者心身的影响等, 以便对疾病本质作出准确地判断。心理品质包括感觉、知觉、思维意识、记忆、意志行为、个性气质、性格、能力等, 心理品质水平就是指上述方面所具有的程度。^[5]在望诊中运用心理学理论, 就是要求医生运用视觉的观察法这一研究方法, 有目的、有计划地系统观察患者在自然情境中全身和局部的神、色、形、态等外部表现, 分析其心理活动、进行心理诊断, 从中发现患者可能同疾病有关的心理现象、心理活动的产生和发展规律。这也就是传统中医中所说的望神。《黄帝内经》中《素问·移精变气论篇》有云: “理色脉而通神明。”《灵枢·

本神》亦称：“察观病人之态，以知神魂魄之存亡得失之意。”

在闻诊运用心理学理论，就是要求医生运用听觉和嗅觉的观察法这一研究方法，有目的、有计划地系统观察患者在自然情境中发出的声音和体内排泄物发出的各种气味等外部表现，从中发现患者可能同疾病有关的心理现象、心理活动的产生和发展规律。《素问·宣明五气篇》关于“五气所病”的讨论，就是讲可以异常声音同相应脏腑联系起来予以考虑。《素问·脉要精微论篇》认为，衣冠不整、胡言乱语又不回避陌生人的患者，则是精神错乱的表现。

在问诊中运用心理学理论，就是要求医生运用访谈法（又称口头调查）这一研究方法，通过询问患者或者陪诊者，了解疾病的发生、发展、治疗历史、现在症状以及同疾病有关的其它情况，从中发现患者可能同疾病有关的心理现象、心理活动的产生和发展规律。《素问·三部九候论篇》和《素问·微四失论》都强调医生应当询问患者得病的起因和缘由。在《素问·疏五过论篇》列出的问诊中需要注意避免的五种过错中，四种都与心理信息方面有关；这突出反映了“不失人情”的中医心理诊断基本精神。

在切诊中运用心理学理论，就是要求医生运用切脉（又称诊脉）的观察法这一研究方法，通过体察脉象变化、感悟脉象、辨别脏腑功能盛衰和气血津精虚滞，从中发现患者可能同疾病有关的心理现象、心理活动的产生和发展规律。因为任何心神活动以及身心疾病均能在脉象上反映出来。《素问·经别论篇》指出：“凡人之惊恐恚劳动静，皆为变也”。说明环境变动或者情志的惊恐喜怒等改变都能使心神受扰，血脉不宁，脉象也随之而发生变化。虞抟说：“性急脉亦急，性缓脉亦缓。”《素问·大奇论篇》所谓“肝脉鸞暴，有所惊骇”是讲，骤遇惊骇可致肝脉突然出现躁疾散乱。“脉至如华者，令人善恐。不欲坐卧，行立常听”则是说，有的人脉来如同花一样，轻浮虚弱，这是由于神气不足而善恐，神志不宁即可导致坐卧不安，行走也好，站立也好，常常出现幻听等现象。

需要注意的是，在四诊中运用心理学理论是一个辨证的统一体，对患者的同疾病有关的心理现象产生和发展规律的判断需要在综合分析的基础上进行。只有这样，才能最大限度地确保诊断的正确性，才有利于制定出科学、合理和可行的运用心理学理论的治疗方案，提高疗效。

3 中医治疗与心理学理论之应用

在中医治疗中应用心理学理论，是指在治疗方案的制定或者实施过程中，根据患者的体质，因人制宜

并且审时度势地或者单独应用心理疗法，或者以心理疗法为主，或者以心理疗法为辅，对患者进行治疗，并且注意观察和分析心理疗法对治疗效果的直接和间接影响。积极情绪是指个体由于体内外刺激、事件满足个体需要而产生的伴有愉悦感受的情绪，如快乐、满意、信任、感兴趣、自豪、感激和爱等。研究表明，积极情绪有利于预防疾病，有助于消除或者减轻疾病，以及促进生理健康。^[6]

所谓心理疗法，就是指医生运用心理学的理论和技术，通过言语、行为、情感、态度等影响患者的认知、情感和性格等，培养和维持患者的积极情绪，从而实现对患者疾病的消除或者减轻产生直接或者间接的积极作用和影响。之所以要考虑患者的体质，是因为心理素质即是人种体质又是个体体质必不可少的重要内容^[7-8]，而心理素质又必然对心理状态和心理活动具有影响。心理状态和心理活动既可以导致疾病也可以治疗或者帮助治疗疾病。心理治疗的根本目的，就在于运用心理学的理论，实施影响患者心理的合理而适度的方法、手段和措施，改变患者的心理状态和心理活动，培养和维持患者的积极情绪，从而使患者的疾病得以消除或者减轻。具体而言：

3.1 建立患者对医生的职业道德信任：医疗属于一项特殊的服务行业，医生在职业道德方面取得患者的信任，有助于患者培养战胜疾病的信心，形成良好的心理状态，从事健康的心理活动，配合医生的治疗，从而有利于患者更好、更快地消除或者减轻疾病。《内经》所倡导的标本相得的医患关系模式，就是要求医生应当力求获得患者的信任。《素问·汤液醪醴论》云：“病为本，工为标，标本不得，邪气不服”。这就是要求临床治疗必须根据患者的心身特点去辨证施治，争取标本相得，消除或者减轻疾病。《内经》还要求医生“远五过，近四德”，从而使患者“精神进，志意治”。

3.2 建立患者对医生的执业水平信任：即使一个医生的服务态度再好、执业水平也高、治疗方案和措施也科学合理，如果患者对该医生的执业水平不信任，有时也会发生治疗效果不佳的情形。因此，这就要求医生需要采取的一定的言语或者行为手段，使患者对自己的执业水平产生信任感，从而进一步培养患者战胜疾病的信心，形成良好的心理状态，从事健康的心理活动，配合医生的治疗，取得最佳的临床效果。

3.3 合理运用以情胜情治疗方法：以情胜情治疗方法，是指用一种情志活动去控制或者治疗患者因其它某种情志刺激而引发的疾病，从而实现治疗的目的。根据五脏主五志应五行的理论，结合五行制胜的规律，《素问·阴阳应象大论》和《素问·五运行大论》中提出了

五志相胜的论点：怒伤肝，悲胜怒；喜伤心，恐胜喜；思伤脾，怒胜思；忧伤肺，喜胜忧；恐伤肾，思胜恐。这就是正确认识精神因素与形体内脏及精神情志之间在生理、病理上相互影响的辩证关系，巧妙地运用以偏救偏的原理。

3.4 科学运用精神支持治疗方法：精神支持治疗方法，是指医生通过劝说开导的方法，引导患者转移注意力，促使其调整气机，使其精神内守来愈病的方法。传统中医中的“移精变气”或者“祝由”疗法，基本上可归于这一治疗方法。精神支持治疗方法要求医生针对患者的不同思想实际和个性特征，尽量做到有的放矢、生动活泼、耐心细致。《灵枢·贼风》明确地提出祝由愈病的前提，是要知胜病法、要知发病因。《灵枢·师传》曰：“人之情，莫不恶死而乐生，告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦，虽有无道之人，恶有不听者乎？”

3.5 适当运用暗示治疗方法：暗示疗法是指主要运用含蓄的或者间接的方式，通过对患者的心理状态或者心理活动产生影响，从而诱导患者在无形中接受医生的治疗意见，或者产生某种信念，或者改变其情绪和行为，甚或影响其人体的生理机能，促进躯体处于平衡状态，最终实现治疗疾病的目标。它是现代心理治疗中的一种重要方法。暗示可以是语言，手势，表情，暗号，暗示性药物等。《素问·调经论》有云：“按摩勿释，出针视之，曰我将深之。适人必革，精气自伏，邪气散乱，无所休息，气泄腠理，真气乃相得。”暗示疗法在中医各科临床上收效很大。

3.6 审度运用顺志治疗方法：顺志治疗方法是指，在合理的情形下，顺从患者的意志、情绪（其中包括满足患者必要的心身需求），或使其精神处于愉快状态，或使其进行舒畅的心理活动，或使其产生或者加强对医生的信任感，从而实现治疗的目的。人的一切活动都是为了满足生理的心理需求；需求的满足与否势必会影响人的情绪与行为，甚至影响正常的生理活动而导致疾病。因此，有必要在劝说开导、强行压制等办法之外，审时度势，运用顺志这一治疗方法。《灵枢·师传》中关于“未有逆而能治之也，夫惟顺而已矣……百姓人民，旨欲顺其志也”的论述，虽然有失偏颇，但是却指出了顺志治疗方法的一定作用。

3.7 斟酌运用气功治疗方法：气功治疗方法，又称导引行气治疗方法，是指通过静心调神并进而达到调身的手段，充分调动和挖掘患者的人体潜能，从而帮助患者强身祛病和延年益寿。《素问·上古天真论》中就有“恬谈虚无”、“和于术数”、“精神内守”、“呼吸精气”、“独立守神”等内容。《灵枢·师传》也明确提到

导引行气是可以同按摩、针灸、方药等并列的一种医疗方法；所谓“余受九针于夫子，而私览于诸方，或有导引、行气、乔摩、灸、熨、刺、炳、饮药之一者，可独守耶？将尽行之乎？”《素问遗篇·刺法论》中则进行了更为具体的论述：“肾有久病者，可以寅时面向南，净神不乱思，闭气不息七遍，以引颈咽气顺之，如明甚硬物，如此七遍后，涎舌下津令无数”。

需要注意的是，上述关于运用心理学理论于中医临床治疗的七个方面应当辨证分析和运用，在很多情况下，同其它具体的治疗手段、方法和措施一样，它们每一方面乃至综合起来，可能都并不是决定治疗效果成败的唯一因素。例如，精神支持治疗方法在某种程度上也具有暗示治疗的价值。

4 结 语

人是最具丰富思维和复杂心理活动的高级动物，每个人都是一个复杂的生态系统，心理现象是人这一生态系统不可或缺的组成部分。不良的心理状态和心理活动可以导致和诱发疾病，而疾病又可以加重患者已有的不良的心理状态和心理活动，或者导致和诱发新的不良的心理状态和心理活动，从而加重病情或者恶化疾病。研究心理学理论在中医诊断和治疗临床的作用、效用、功能和价值，在于倡导以人为本、将从作为人而对待，培养和维持患者的积极情绪，从而全面而准确地诊断疾病和找出病因，科学而合理地确定和实施治疗方案，进而提高治疗效果。此外，它还要摒弃中医传统诊断和治疗手段和方法中不科学的心理方法和手段成分，促进中医走向科学的现代化，从而进一步发展和繁荣。

参考文献：

- [1]陈竺.中医概念与现代生命科学多处相似[N].人民日报,2008-07-24
- [2]王米渠.现代中医心理学[M].北京:中国中医药出版社,2007
- [3]董湘玉.中医心理学[M].北京:人民卫生出版社,2007
- [4]董湘玉,李琳.中医心理学基础[M].北京:北京科学技术出版社,2003
- [5]韩丽萍,刘实.《内经》中医心理诊断思想探析[J].辽宁中医药大学学报,2006,8(5):9-10
- [6]郭小艳,王振宏.积极情绪的概念、功能与意义[M].心理科学进展,2007,15(5):810-815
- [7]王晓艳.人种间体质差异对针刺疗法的影响[J].中国针灸,2008,28(11):819-821
- [8]王晓艳.人种间体质差异对中医疗法的影响[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(1):21-24

作者简介：

王晓艳(1965.7-),女,河南新郑人,主治中医师。研究方向:中医疗法的基础理论和临床应用。

编号:EA-100324194(修回:2010-04-05)

德州市德城区青少年口腔调查结果分析

Analysis on investigation consequence

of adolescent at Decheng district in Dezhou city

刘希德

(德州联合医院, 山东 德州, 253010)

中图分类号: R1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0119-01

德州市德州联合医院口腔科在 2009 年 9 月 20 日“爱牙日”来临之际, 于 9 月 12 日至 9 月 20 日在德城区教育局的协作下对德城区部分学校六年级和七年级的学生进行口腔保健知识宣传和口腔健康调查, 共有 4 所学校 2066 名学生参加, 并对口腔调查结果进行分析, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 资料人群

德城区部分学校六年级和七年级的在校学生, 年龄 11~13 岁, 其中男生 983 人, 女生 1083 人。

1.2 调查方法: 由德州联合医院口腔科医生及进修医生对学生进行一对一口腔健康查体。检查项目包括: 龋齿、氟斑牙、牙齿排列、颌异常等, 调查结果填入调查表中记录。

2 结果

本次调查共 2066 名学生参与, 其中龋齿 588 颗牙齿 (六龄齿 405 颗, 占龋齿牙的 69%); 氟斑牙 472 人, 占总人数的 23%; 前突 53 人, 占总人数的 3%; 牙列拥挤 703 人, 占总人数的 34%; 反颌 74 人, 占总人数的 4%。

3 讨论

通过本次青少年口腔健康调查, 我们了解到在年龄 11~13 岁的青少年的口腔疾病龋齿六龄齿的龋坏率高达 69%, 这说明我区青少年口腔卫生状况不容乐观。

年龄 11~13 岁的青少年正是混全牙列期的末期, 在这一时期也是青少年牙防的关键时期, 六龄齿的龋坏防治、牙列拥挤、反颌、前突等直接影响到颌骨的发育、面容的发育、牙齿的发育、以及语言功能、美容功能, 甚至影响到青少年的心理健康发育, 因此加强这一时期的口腔健康教育至关重要, 通过口腔健康知识的科普宣传让广大的青少年了解怎样才是正确的刷牙姿势? 怎样才能正确的刷干净牙齿给牙齿正确的保护而不损坏牙齿? 牙齿龋坏了如何正确治疗? 什么时间是正畸治疗的最佳时期? 怎样才是正确的正畸方

法等等, 只有通过全面的宣传教育, 提高青少年的口腔健康自我保护意识才能我区的牙防工作全面、完整、系统地开展起来。

氟牙症又称氟斑牙或斑釉牙, 具有地区性, 是一种典型的地方病, 为慢性氟中毒病早期最常见而突出的症状。氟牙症在世界各国均有报告。我市因为存在大量的饮用高氟水的区域是慢性氟中毒区, 氟中毒病关系人民健康, 严重者同时患氟骨症, 应引起高度重视。1931 年 Churchill 首先肯定水中氟含量过高是本症的病因。一般认为水中含氟量以 1ppm (1mg/L) 为宜, 该浓度能有效防龋, 又不致发生氟牙症。但个体因素及其它生活条件, 对氟的感受性也有一定差异。饮用水是摄入氟的一个最大来源, 水氟摄入是按: ①人的年龄; ②气候条件; ③饮食习惯而综合决定的。水氟的最适浓度主要又取决于当地的年平均最高气温, 我国地域辽阔, 南北气温相差甚大, 因此不能只有一个适宜浓度, 故我国现行水质标准氟浓度为 0.5~1ppm 应的适宜的。食物中氟化物的吸收, 取决于食物中无机氟化物的溶解度, 以及钙的含量。如果加入钙的化合物, 则氟的吸收就显著减少。动物实验证实: 充分的维生素 A、D 和适量的钙、磷, 可减轻氟对机体的损害。这说明含氟量过高, 并不是造成氟牙症的唯一原因, 因为水中含氟量稍高的地区, 也不是人人皆罹患此症。另外, 能否发生氟牙症还取决于过多氟进入人体的机会。氟主要损害釉质发育期牙胚的造釉细胞, 因此, 过多的氟只有在牙齿发育矿化期入机体, 才能发生氟牙症。若在 6、7 岁之前, 长期居住在饮水中氟含量高的流行区, 即使日后迁往他处, 也不能避免以后萌出的恒牙受累; 反之, 如 7 岁后才迁入高氟者, 则不出现氟牙症。因此, 各级供水单位择新的含氟量适宜的水源, 或分别应用活性矾土 (A12O3) 或活性骨炭以去除水源中过量的氟才是人民的健康之本。

编号: E-10020348 (修回: 2010-04-10)

中西医结合治疗慢性支气管心得

Experience for treating chronic bronchial in the integrative medicine

杨会堂

(施甸县人民医院, 云南 保山, 678200)

中图分类号: R562.2⁺1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0120-01 证型: AGDI

【摘要】对2008年1月~2009年9月经治的慢性支气管疾病进行抽样病案时对比分析,对照组单纯西医治疗40个病案,治疗组中西医结合治疗40个病案;目的在于寻找治疗慢性支气管炎的最佳治疗方案,缩短治疗疗程,使患者得到更有效的治疗,早日康复;经过对病案的分析,慢性支气管炎多好发于从事农业、工业、粉尘较多的从业人员,从年上龄段上看中、老年人较多;对病案的对照分析,中西医结合治疗慢性支气管炎比单纯西医治疗要疗程短、康复快。

【关键词】 中西医经合; 慢性支气管炎; 病案分析

近年来患慢性支气管为的患教师以我院就治者较多,病案资料较丰富,结合临床对慢性支气管炎病案进行分析,从中总结最佳的治疗方案使临床治疗更具科学性,改善患者的生存质量。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集2008年1月~2009年9月内科慢性支气管病历档案40例。其中:男27例,女13例;30~40岁2例;40~50岁10例;60~60岁15例;60~70岁11例;70~82岁2例。

1.2 临床表现

临床表现为患者有反复咳嗽、咳痰或伴有喘息3个月以上的病史,重则每年复发,多复发于秋冬季节,常伴有胸闷、咽干、痰稠症状。

1.3 实验室检测资料: X线检查,多表现为肺纹理增多、增粗紊乱。呈网状或条索状,感染重者多出现不规则的斑点状阴影;血液检测,感染严重者可出现白细胞计数和中性粒细胞增多;痰液检查,从患者痰液中分离到流感、副流感嗜血杆菌。

2 治疗

2.1 西医治疗:综合抽样病案,西医治疗,控制感染,据药敏实验结果选用抗生素,在治疗过程中用药以“及时、有效、足量、感染控制后停药”为原则;祛痰、镇咳,常选用宗色合剂,复活方甘草片,乐舒痰或利用超声雾化,以起到祛痰、镇咳的作用;解痉、平喘、常选用氨茶碱或糖皮质激素类药物。

2.2 中医中药治疗:中医中药治疗上以“宣肺平喘,兹阴润燥、化痰止咳”为指导,因人随症,选用不同

剂型服药。水煎剂药物由麦冬15g、黄芩10g(冲)、杏仁10g(冲)、贝母10g(冲)、甘草10g组成,用法水煎沸40分钟,一剂四次,一日2次,重者一剂二次;散剂由桔梗100g、贝母50g、沙参50g、黄芪100g、黄芩25g、白及50g、五味子25g、红参25g、麦冬50g、甘草15g组成,用法将诸药为末置于干燥处,每次10g蜂蜜调服,一日2次,病程长者可长期服用。

3 治疗效果

3.1 疗效判定:有效、咳嗽、咳痰或喘息症状消失;显效、咳嗽、咳痰或喘息症状或减轻;无效、咳嗽、咳痰症状无明显改变,甚则加剧。

3.2 治疗效果

表 西医治疗和中西医结合治疗慢性支气管炎对照分析

治疗	例数	有效	显效	无效	平均治疗天数	有效率
治疗组	40例	20	15	2	7	88%
对照组	40例	17	13	10	12	75%

对治疗组和对照组治疗慢性支气管炎综合分析,中西医结合治疗慢性支气管炎要比纯西医治疗效果好。就临床观察,利用中西医对结合治疗能更好地减轻症状,促进康复。

4 讨论

对经治的病案进行综合分析,资料丰富,但不足的是对治疗过程中症状变化观察不够。经过对慢性支气管患病案分析、总结,中西医结合治疗能使患者改善症状,缩短病程,提高生存质量。肺部疾病较为复杂,年老体弱者康复较差,在今后临床工作中需进一步探索。

编号: EA-100206111 (修回: 2010-04-03)

不同手术方法治疗晶体半脱位继发青光眼的疗效分析

An effective analysis of treating crystal Subluxation secondary glaucoma by different surgical methods

刘勇¹ 喻长泰¹ 汪健²

(1、湖北省武汉爱尔眼科医院, 湖北 武汉, 430061;

2、湖北省黄石爱尔眼科医院, 湖北 黄石, 435002)

中图分类号: R 77 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 07-0121-02 证型: GBI

晶体半脱位继发青光眼是眼科临床上的一种常见综合病症, 往往需要手术治疗。但到底应该采取何种手术方式, 文献上报告较少, 本文比较了我院所应用 4 种手术方式的效果, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008 年 1 月至 2009 年 5 月我院连续收治晶体半脱位继发青光眼 30 例, 均为单眼, 其中男 23 例, 女 7 例, 平均年龄 60 岁 (15~66 岁), 分别测量术前眼压、术前视力、术后 3 d 眼压、七 d 眼压、三十 d 眼压、术后三十 d 的视力、并观察术后并发症、对侧眼前房状况、双眼的房角状况, 所有术前眼压均为甘露醇降压 7 天后的眼压。

1.2 手术方法: 1.2.1 组 1 晶体脱位 <1/4 象限, 双眼房角正常, 前房没有发现明显玻璃体, 术前眼压经药物经药物降为正常, 行超声乳化+前房人工晶体植入,

计 3 例, 术后主要并发症为前房出血和角膜水肿。

1.2.2 组 2 晶体脱位 >1/4, <1/2 象限, 双眼房角正常, 但术前发现患眼有大量玻璃体, 术前眼压经药物降为正常, 行囊内摘除+前段玻璃体切割+前房人工晶体植入, 计 5 例, 术后并发症为角膜水肿和前房出血。

1.2.3 组 3 晶体脱位 >1/2 象限, 前房有大量玻璃体, 对侧眼房角正常, 患眼检查不清, 术前眼压经药物降压无效, 行囊内摘除+前段玻璃体切割, 以后做二期人工晶体植入, 计 7 例, 术后并发症为角膜水肿。

1.2.4 组 4 晶体脱位 >1/4, <1/2 象限, 患眼房角有 <1/4 象限 II 度房角撕裂, 前房可见玻璃体, 且眼压经药物降压不能至正常, 行小梁切除手术+前段玻璃体切割, 以后做二期人工晶体植入, 计 15 例, 术后并发症为轻度角膜水肿和前房出血。

2 结果

4 组病人手术前后眼部情况见表:

表 1 病人手术前后眼部情况对比

组别 (列表)	术前			术后		
	眼压	视力	眼压/3d	眼压/7d	眼压/30d	视力/30d
组 1 (3)	21.9	0.08	8.3	20.3	18	0.1
组 2 (5)	13.4	0.22	28.3	46	22	0.14
组 3 (7)	53.8	手动/30cm	16.3	24	15	指数/20cm
组 4 (15)	38.2	0.21	11.5	19.6	16	0.4

将前 3 组合并为一组作为组 1, 4 组作为组 2, 列表如下:

表 2 两组患者前后眼压比较

组别	术前	术后 3D	术后 7D	术后 1M
组 1 (n=8)	29.7	17.6	30.1	18.3
组 2 (n=15)	38.2	11.5	19.6	16

注: 眼压单位为 mmHg, 1mmHg=13.3kpa。

表 3 两组前后视力比较

组别	术前	术后 1M
组 1 (n=8)	0.15	0.08
组 2 (n=15)	0.22	0.4

3 讨论

晶状体半脱位所致青光眼的发病机制很复杂。周文丙、刘华等分析眼压升高主要表现在以下4个方面^[1-2]：①晶状体半脱位后，晶状体与虹膜、玻璃体的相对位置发生改变，造成后房到前房的房水通道的机械性阻塞；②外伤使小梁网受压、水肿，影响房水排出；③脱位的晶状体对睫状体产生摩擦刺激，使房水生成增多；④外伤性晶状体脱位同时伴有不同程度的房角撕裂。其中机械性阻塞又主要为瞳孔阻滞^[3]：①玻璃体经过晶状体周围及瞳孔之间的间隙突入前房，阻塞房水经后房流入前房，形成瞳孔阻滞；②脱位的晶状体可直接嵌夹在瞳孔部位，直接形成瞳孔阻滞。Inatani等^[4]认为瞳孔阻滞药物降压很难解除瞳孔阻滞和小梁排除受阻，所以这类病人常常需要手术治疗。手术的目的有二：一是降压，二是恢复视力。但急迫的是降眼压，持续的压力升高，必然导致视神经损失，最终

造成难以挽回的效果。四种手术方法中，小梁切除手术+前段玻璃体切割既可以解除玻璃体对瞳孔的阻滞，又可以解除小梁的受阻，所以效果较好。待眼压控制且稳定以后晶体摘除，人工晶体植入，因为视神经损伤小，所以可获得较有用的视力。

参考文献：

[1]周文丙.临床青光眼[M].北京:人民卫生出版社,2000,228-231
 [2]刘华,刘岩.白内障晶体半脱位朝声乳化学术探讨[J],2001,19(6):448-449
 [3]Choi DY, Kim JG, Song BJ, et al. Surgical management of crystalline lens dislocation into the anterior chamber with corneal touch and secondary glaucoma[J]. J Cataract Refract Surg, 2004, 30: 719-721
 [4]Inatani M, Tanihara H, Honjo M, et al. Secondary glaucoma associated with crystalline lens subluxation[J]. J Cataract Refract Surg, 2000, 26: 1533-1536

编号：Y-10030550（修回：2010-04-14）

《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，国内外公开发行人，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