

“治未病”在早期乙肝肝硬化防治中的应用

Application of *treating diseases in the future* in preventing liver cirrhosis at the early stage

刘战河 吴玉叶 刘艳霞 杜小清
(济源市中医院, 河南 济源, 454650)

中图分类号: R512.6⁺2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0001-02 证型: BDI

【摘要】 目的: 探讨中医学“治未病”思想在早期乙肝肝硬化防治中的作用。方法: 对早期乙肝肝硬化的慢性肝炎阶段(未病先防)、肝纤维化阶段(先病而治)、肝硬化阶段(既病防变)、调养阶段(瘥后防复)不同阶段治疗思路的分析、探讨。结果: “治未病”思想对早期乙肝肝硬化各阶段的影响较大, 正确运用该理论可阻止疾病进一步恶化。结论: “治未病”学说其实远远不止是目前的“预防医学”, 它是包括预防在内的医疗、护理、心理、社会甚至分子生物等等在内的多学科的综合, 目的是为了尽可能使人们不生病、少生病, 有病及时治疗少生大病, 使人们更健康的生活。

【关键词】 治未病; 防治; 乙肝肝硬化

“治未病”是中医预防理论中的一条非常有特色的重要原则。早在《素问·四气调神论》中就明确提出“圣人治未病, 不治已乱治未乱”, 将治未病的概念引入人体疾病的预防学体系中^[1]。另外《灵枢经·逆顺》篇中还有“上工治未病, 不治已病”等论述。唐代孙思邈已把疾病分为“未病、欲病、已病”三个层次即“上医医未病之病, 中医医欲病之病, 下医医已病之病”。目前我国中医界有人把治未病的思想主要分三个层次, 一为养生保全, 未病先防; 二为防微杜渐, 先病而治; 三为既病知传, 先变而治^[2]; 也有人主张分为: 未病先防, 既病防变, 瘥后防复^[3]。但是在早期乙肝肝硬化的防治中, 笔者认为治未病的思想应该分为四个层次似更全面: 即未病先防, 先病而治, 既病防变, 瘥后防复。

我们知道, 我国是乙型肝炎高流行区, HBsAg 携带率超过 10%^[4], 其中一部分要进展为肝硬化, 在早期肝硬化阶段积极防治, 能大大提高病人的预后效果, 提高生活质量和生存质量。

“治未病”在早期乙肝肝硬化防治中关键在于防范, 参考《病毒性肝炎防治方案》(2000, 西安), 如果把早期肝硬化分为未病、欲病、已病, 则慢性乙肝肝功能正常或肝活检 G1-2, S0-1 阶段可视为未病, 慢性乙肝肝功能异常或肝活检 G3, S1-3、或 B 超显示正常或回声光点增强可视为欲病, 临床诊断或肝活检

G4, S2-4、或 B 超显示为早期肝硬化可视为已病。而“治未病”思想贯穿于未病、欲病、已病整个疾病发生、发展的过程中。

1 未病先防

该阶段属于慢性肝炎阶段, 在此阶段患者无明显症状, 西医认为此时免疫耐受期, 应严密观察病情, 可暂不抗病毒治疗。但中医学认为“邪之所凑, 其气必虚”, 此阶段①应注意饮食起居, 《素问·脏器法时论》曰: “……五谷为养, 五果为助, 五畜为宜, 五菜为充, 气味合而服之则补精益气。”指出不偏食, 才能满足人体对各种营养物质的需求。又如《黄帝内经》曰: “药以祛之, 食以随之”使“五脏病各有所得者愈”。②应注意七情适宜, 《素问·举痛论》有云: “怒则气上, 喜则气缓, 悲则气消, 恐则气下, 惊则气乱, 思则气结”。③应注意劳逸适度, 《内经》有“起居有常, 不妄劳作”, 《素问·宣明五气》有“久视伤血, 久卧伤气, 久坐伤肉, 久立伤骨, 久行伤筋”。指出在疾病的每一个阶段, 都应该在情绪、饮食起居、劳作等方面注意调养, 则“顺时气而善天和”。在此阶段的患者大多表现肝郁脾虚症候, 或多或少都有“间断性症状”, 如面色晦暗、进食后腹胀朝轻暮重、活动后轻度乏力、食欲减退、右肋肋隐痛不适、大便稀溏, 最明显的是舌质淡(淡滞), 边尖有齿痕, 关脉沉弱。这其中有一部分会出现病情发展, 因此临床上多用柴胡疏肝散、逍遥丸和四

君子汤、六君子汤，成药人参健脾丸等调理，正所谓“正气存内，邪不可干”、“精神内守，病安从来”。

2 先病而治（欲病早防）

此阶段西医称为肝纤维化阶段，是慢性肝炎和肝硬化肝硬化的过渡阶段，为疾病进展的关键阶段，此阶段治疗得当，大多数患者都可逆转成为慢性肝炎而不向肝硬化进展，正如王宝恩教授所说“抗纤维化中药复方短期及长期的应用，能控制或逆转肝纤维化”^[5]。因此西医也强调该阶段的早诊断、早治疗，及早使用抗病毒药物干扰素或核苷类似物，以阻止病情向肝硬化发展。而中医学则更重视早治疗。《素问·阴阳应象大论》曰：“邪风之至，疾如风雨。故善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏。治五脏者，半生半死也。”该阶段患者自觉症状也不甚明显，但面色晦暗、腹胀、乏力、食欲减退、胁痛、便溏等症比慢性肝炎阶段要严重一些，反复发作更频繁一些。舌质淡（淡暗），有齿痕，脉沉或涩。气郁之症减少，瘀血之症加重。如不治疗，则其中绝大部分会进一步进展为肝硬化而失去治疗后逆转的机会，因此临床上除了使用西药抗病毒治疗外，应尽早使用抗纤维化药物，这是中医的特色，应充分发挥中医的作用，根据辨证使用清热解毒、疏肝健脾、活血化瘀、软坚散结等，经典方剂有补阳还五汤、膈下逐瘀汤等，国药准字成药有复方鳖甲软肝片、安络化纤丸^[6-8]等，传统成药有鳖甲煎丸、大黄蛰虫丸等，均可酌情使用，疗效满意。

3 已病早治（既病防变）

该阶段已进入肝硬化阶段，无论肝功能、影像学检查，还是肝组织活检都有不同程度异常。西医也非常重视该阶段的治疗，目的是防止并发症如腹水、肝性脑病、食管静脉曲张破裂出血、肝肾综合症等的发生，和防止疾病进一步进展为肝癌。但西医除了抗病毒、保肝之外，对治疗肝硬化束手无策。《难经·七十七难》曰：“所谓治未病者，见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾气，勿令得受肝之邪。”这是肝病“传脾”、“实脾”的理论根据，提示在临床上治疗肝病（如黄疸、胁痛、肝积等）时，应注意疾病传变于“脾”的这一途径和肝脾相互影响的可能性，及时切断该途径是阻止该病传变和治愈该病的关键。临床上该阶段病人以气虚血瘀症为主，但比肝纤维化阶段进一步加重，都有不同程度的面色黧黑、中度腹胀、食欲欠佳、中度乏力、便溏等，舌质暗红、瘦长，或有齿痕，脉沉涩。因此临床中及时使用补阳还五汤加减、人参健脾丸、复方鳖甲软肝片、安络化纤丸、鳖甲煎丸、大黄蛰虫丸等治疗是积极有效的，并且疗程要足够长。

4 瘥后防复

当慢性肝病治疗后症状消失、肝纤维化治疗后逆转或稳定、肝硬化治疗后稳定，这时就进入病后调养阶段，即瘥后防复阶段。西医强调长期服用抗病毒药物，饮食调理，注意休息等，而中医认为久病初瘥，机体仍处于气虚、血瘀时期，除了饮食节制，起居有常，劳逸结合，心情舒畅等以外，临床上常应用益气健脾、活血化瘀等治疗，如六君子汤、参苓白术散、二陈汤、逍遥散、健脾丸以及复方鳖甲软肝片、安络化纤丸、丹参片等巩固治疗，使病情进一步好转，气血充，血瘀畅，邪安藏，精神爽。

因此笔者认为，“治未病”学说其实远远不止是目前的“预防医学”，它是包括预防在内的医疗、护理、心理、社会甚至分子生物等等在内的多学科的综合，目的是为了尽可能使人们不生病、少生病，有病及时治疗少生大病，使人们更健康的生活。

总之，中医学中“治未病”的理论体系，是中华民族几千年医学实践的经验总结。随着社会的进步，人们物质生活的改变，人们对健康的理解和要求会越来越高，比如目前我们解释“健康”的定义时不仅指身体健康，而且包括心理健康和具有良好的社会适应能力，并且更渴望长寿。因此“治未病”理论也必将随着科学的进步和发展日趋完备，更好地为人们的健康服务。

参考文献：

[1]中华医学杂志编辑委员会.全国肥胖防治专题学术会议纪要[J].中华医学杂志,2003,83(13):1183

[2]张志斌,王永炎.试论中医“治未病”之概念及其科学内容[J].北京中医药大学学报,2008,30(7):440

[3]卢秉久,郭黎娜,季进锋,等.“治未病”理论在肝脏系统疾病中的应用[J].中华中医药学,2008,26(11):2324-2325

[4]姚光弼.临床肝脏病学[M].上海:上海科学技术出版社,2004:350

[5]马红,徐小元.中华医学会肝病学会第一届肝纤维化、肝硬化学术会议纪要[J].中华肝脏病杂志,2009,17(2):152-153

[6]刘战河,杜小清,舒畅.加减补阳还五汤对乙型肝炎、肝硬化肝功能的影响[J].河南中医杂志,2005,25(7):71-72

[7]霍亚丽,张怀宏,王松.复方鳖甲软肝片联合用药治疗乙型肝炎肝硬化疗效观察[J].传染病信息杂志,2007,20(4):244-246

[8]陈国忠,毛德文,李桂贤,等.安络化纤丸对慢性肝病肝纤维化指标的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2005,13:109-111

作者简介：

刘战河（1967-），男，副主任医师，1991年毕业于河南中医学院。现任河南省济源市中医院消化内科主任，2004年在解放军302医院进修，擅长慢性肝病、肝硬化的中西医结合的治疗。

编号：ZZ-100412133（修回：2010-04-17）

自拟中药扶正解毒汤联合西常规 治疗慢性乙型肝炎 118 例疗效观察

Effective observation on treating 118 cases of CHB by the Fuzheng Jiedu decoction plus general treatments

徐雪梅

(四川广元市朝天区人民医院, 四川 广元, 628012)

中图分类号: R512.6⁺2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0003-02 证型: BDI

【摘要】 目的: 观察自拟中药扶正解毒汤联合西常规治疗慢性乙型肝炎的疗效。方法: 将符合诊断标准的 236 例慢性乙型肝炎患者, 按照随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组 118 例。两组患者均给予常规内科治疗, 治疗组在此基础上加用自拟中药扶正解毒汤, 每日 1 剂, 分煎分服。治疗 2 个疗程后观察疗效。结果: 治疗组痊愈 38 例, 痊愈率为 32.20%, 对照组痊愈 30 例, 痊愈率为 25.42%, 两组相比有明显差异 ($P < 0.05$); 总有效率治疗组为 74.58%, 对照组为 62.71%, 两组相比有非常显著的差异 ($P < 0.01$)。HBVDNA 的阴转率与对照组相比有明显提高 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。两组不良反应无明显差异。结论: 自拟中药扶正解毒汤联合西常规治疗慢性乙型肝炎临床疗效好, HBVDNA 的阴转率高, 不良反应小, 安全性高。

【关键词】 慢性乙型肝炎; 中药复方; HBVDNA

乙型肝炎是一种临床常见病, 据报道在我国约有 1.2 亿人曾感染过或正在受乙型肝炎病毒感染, 其中慢性乙型肝炎患者约有 3000 万, 占 25.00%^[1]。而对于慢性乙型肝炎的治疗目前仍是一个非常棘手的问题。笔者自 2007 年 1 月至 2009 年 6 月在西药常规治疗的基础上联合使用中药治疗了 118 例慢性乙型肝炎患者, 临床疗效显著, 现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

本研究所观察病例 238 例均为我院门诊或住院患者, 按照随机数字表法分为治疗组、对照组。治疗组 118 例, 其中男 60 例, 女 58 例; 年龄 12~56 岁, 平均 (30.5±11.6) 岁; 病程 1~17 年, 平均 (3.1±0.4) 年。对照组 118 例, 其中男 64 例, 女 54 例; 年龄 13~57 岁, 平均 (29.9±11.9) 岁; 病程 1~18 年, 平均 (3.3±0.6) 年。两组患者性别、年龄、病程等一般情况经统计学处理无明显的差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

①符合 2000 年《病毒性肝炎防治方案》^[2] 中的慢性乙型肝炎的相关标准; ②HBsAg (+)、HBeAg (+)、HBV-DNA > 105 拷贝/mL; ③治疗前 ALT 检测值是正

常值的 2 倍。

1.3 排除标准

①提成除合并其他嗜肝病毒感染的肝炎, 如甲型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎、戊型肝炎等; ②排除伴有酒精性肝病或自身免疫性肝病等其他肝病者; ③排除肝硬化或疑似肝癌者。

1.3 治疗方法

两组患者均给予常规内科治疗 (应用甘草酸二铵护肝降酶药物, 慢性重型肝炎患者加用促肝细胞生长素, 间断应用人血浆、白蛋白, 如病毒复制活跃者加用替比夫定)。治疗组在此基础上加用中药汤剂扶正解毒汤。药物组成: 黄芪 30g, 猪苓 15g, 白花蛇舌草 30g, 蒲公英 15g, 女贞子 10g, 太子参 30g, 茯苓 10g, 枸杞子 15g, 贯众 10g, 丹参 15g, 白术 15g, 虎杖 30g, 桃仁 10g、柴胡 12g, 甘草 6g。水煎分服, 每日 1 剂。两组均以 1 个月为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程后观察疗效。

1.4 疗效标准

参照《病毒性肝炎防治方案》^[2] 拟定。显效: 疗程结束时, 症状明显改善或消失, ALT 及总胆红素 (TBIl) 降至正常水平, 血清 HBV-DNA 转阴, HBeAg/

抗-HBe 血清转换。有效：疗程结束时，HBV-DNA 转阴，HBeAg/抗-HBe 血清未转换，ALT 及总胆红素（TBIL）降至正常。无效：疗程结束时，症状无明显改善或病情加重。

1.5 观察指标

分别周观察记录治疗前后肝功能、乙肝三系统的变化情况，HBVDNA 转阴率，以及乏力、头痛、心慌、恶心等临床症状的改善情况。

1.6 统计学方法

表1 2组治疗后疗效比较

| 组别 | 例数 | 痊愈 | | 显效 | | 无效 | | 总有效率 |
|-----|-----|----|--------|----|-------|----|-------|---------|
| | | 例 | % | 例 | % | 例 | % | |
| 治疗组 | 118 | 38 | 32.20* | 50 | 42.37 | 30 | 25.42 | 74.58%* |
| 对照组 | 118 | 30 | 25.42 | 44 | 37.29 | 44 | 37.29 | 62.71% |

注：*两组相对有统计学意义，P<0.05 或 P<0.01。

2.2 两组治疗后 HBVDNA 的阴转率比较（见表1）。

表1 两组治疗后 HBVDNA 的阴转率比较

| 组别 | n | 4W | | 8W | | 12W | | 16W | | 24W | | 36W | | 48W | |
|-----|-----|----|-------|----|-------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| | | 例 | % | 例 | % | 例 | % | 例 | % | 例 | % | 例 | % | 例 | % |
| 治疗组 | 118 | 34 | 28.8 | 42 | 35.59 | 54 | 45.76* | 62 | 52.54* | 74 | 62.71* | 84 | 71.19* | 100 | 84.75* |
| 对照组 | 118 | 32 | 27.12 | 34 | 28.81 | 40 | 33.9 | 48 | 40.68 | 56 | 47.46 | 62 | 52.54 | 70 | 59.32 |

注：*两组相对有统计学意义，P<0.05 或 P<0.01。

2.3 不良反应：治疗组治疗后 14 例患者出现了不良反应，其中有 2 例患者出现恶心症状，占 1.69%；有 4 例患者出现了头痛、头晕等症状，占 3.39%；有 2 例患者出现了药疹，占 1.69%；有 6 例患者的血肌酸激酶（CK）明显升高，占 5.08%。对照组有 18 例患者出现了不良反应，其中有 4 例患者出现恶心，占 3.39%；有 4 例患者出现了头痛、头晕等症状，占 1.69%；有 2 例患者出现了药疹，占 1.69%；有 8 例患者的血肌酸激酶（CK）明显升高，占 6.78%。

3 讨论

慢性乙型肝炎属祖国医学之“黄疸”、“癥瘕”、“积聚”等范畴。目前在其病因病机的认识上尚未统一的认识，有毒邪学说、瘀血学说、正虚学说、多因学说等诸家学说^[3]。现代医学则认为慢性乙型肝炎发病机制复杂，其主要原因之一是由于 HBVDNA 在体内复制，导致宿主机体产生了过强的细胞免疫反应，从而造成了肝细胞的广泛病变及大片坏死。

本研究所用中药复方中黄芪、太子参、白术、柴胡等益气疏肝健脾，从而提高机体的免疫力，增强了巨噬细胞的吞噬作用；方中女贞子、枸杞子滋补肝肾，

本研究所涉及的数据均经 SPSS13.0 软件进行处理，计数资料采用 χ^2 检验，计量资料采用 *t* 检验。

2 结果

2.1 治疗后两组疗效比较：经治疗治疗组痊愈 38 例，痊愈率为 32.20%，对照组痊愈 30 例，痊愈率为 5.42%，两组相比有明显差异（P<0.05）；总有效率治疗组为 74.58%，对照组为 62.71%，两组相比有非常显著的差异（P<0.01）。见表 1。

增强了肝细胞的免疫应答作用；虎杖、贯众、白花蛇舌草、蒲公英、茯苓、猪苓等药清热解毒利湿，抑制乙肝病毒的复制；丹参、桃仁活血化瘀，改善肝周的微循环，抗肝纤维化变，防癌变；甘草调和诸药。诸药合用共奏益气健脾，滋补肝肾，清热解毒，活血利湿之效^[4-5]。在此基础上联用西药常规治疗效果更佳。

参考文献：

[1] 骆抗先.乙型肝炎基础与临床[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2005.245-246

[2] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝脏病杂志,2000,(8):324

[3] 俞建良,沈国良.自拟解毒扶正方联合拉米夫定治疗慢性乙型肝炎 63 例[J].浙江中医药大学学报,2009,33(4):5.9-5.40

[4] 黎俊民,李敏峰.加味柴胡汤治疗慢性乙型肝炎肝纤维化 50 例[J].中医杂志,2009,50(9):815-816

[5] 秦小珑,李慎勤,江一平等.针药并用治疗慢性乙型肝炎(肝郁脾虚型)100 例[J].江西中医药,2009,40(10):61

作者简介：

徐雪梅 (1971-), 女, 中医主治, 大专。

编号: ZZ-10041247 (修回: 2010-04-12)

踝关节骨折中医综合治疗与手术治疗疗效比较

TCM comprehensive treatment of ankle fracture with surgical treatment compared

苏世彪 梁培根 严颖坚 周义坚

(广东省云浮市新兴县六祖镇卫生院, 广东 云浮, 527431)

中图分类号: R658 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0005-03

【摘要】目的: 探讨踝关节骨折采取中医综合疗法与手术治疗的联合治疗及单独治疗的疗效比较。方法: 90 例踝骨骨折患者根据采取的治疗方法不同随机分为 A 组 (中医综合治疗组)、B 组 (手术治疗组)、C 组 (联合治疗组) 三组各 30 例, 观察比较三组的疗效。结果: A 组、B 组两组间疗效差异无显著性 ($\chi^2=0.732, P>0.05$), C 组与 A 组、B 组两组间疗效比较, 差异有显著性 ($\chi^2=5.457, P<0.05$)。结论: 手术治疗联合中药综合疗法治疗踝骨骨折疗效优于单一治疗, 值得临床推广和应用。

【关键词】 踝关节骨折; 中医综合治疗; 手术治疗; 联合

【Abstract】 Objective: To study the ankle fracture to take traditional Chinese medicine combined therapy and surgical treatment of combined treatment and compare the therapeutic effect alone. Methods: 90 patients with ankle fracture patients treated according to different methods adopted were randomly divided into A (traditional Chinese medicine combined therapy group), B group (surgical treatment group), C group (combined treatment group) three groups of 30 cases observed and compared three groups of efficacy. Results: A group, B group difference in efficacy between the two groups had no significant ($\chi^2 = 0.732, P<0.05$), C group and A group, B group efficacy between the two groups, the difference was significant ($\chi^2 = 5.457, P<0.05$). Conclusions: Surgical treatment of combined traditional Chinese medicine a comprehensive treatment of ankle fractures is superior to single treatment, worthy of clinical practice and application.

【Keywords】 Ankle fracture; a comprehensive treatment of traditional Chinese medicine; surgery; joint

踝关节骨折 (fracture of ankle joint) 较为多见。我院 2004 年 2~2009 年 9 月分别采用中医综合治疗与手术疗法及二者联用的方法治疗踝关节骨折, 现将不同治疗方法的疗效作如下比较:

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院 2004 年 2 月~2009 年 9 月收治踝关节骨折 90 例, 男 42 例, 女 38 例, 年龄 16~66 岁。受伤至手术时间 3h~10d。类型: 内踝骨折 25 例, 外踝骨折 28 例, 双踝骨折 32 例, 三踝骨折 4 例。致伤原因: 踝关节扭伤 46 例, 高处坠落伤 16 例, 车祸伤 28 例; 左踝 47 例, 右踝 43 例。骨折类型根据 Lauge-hanson 分型: 旋前外旋型 20 例, 旋后外旋型 48 例, 旋后内收型 8 例, 旋前外翻型 12 例, 垂直压缩型 2 例。90 例踝骨骨折患者根据采取的治疗方法不同随机分为 A

组 (中医综合治疗组)、B 组 (手术治疗组)、C 组 (联合治疗组) 三组各 30 例, 三组的一般资料比较差异无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 A 组 (中医综合治疗组): 主要为正骨手法闭合整复, 钢针撬拨复位和经皮穿针外固定, 然后小夹板, 石膏或支具固定, 骨牵引固定治疗, 中药下肢外洗方外洗等。中药薰洗方法如下: 取红花 6g、桃仁 12g、伸筋草 15g、透骨草 15g、三棱 9g、莪术 9g、牛膝 9g、苏木 12g、独活 9g, 加水 2500ml, 煮沸 5 分钟后, 将药汁倒入盆中, 加入白醋 4 两, 将患踝置于药液上方薰蒸, 待水温降至足能放入时, 即将患足浸入, 以浸没踝部为宜。每日 1 剂, 每日薰洗 2~3 次, 每次约 30 分钟。薰洗过程中必须加强踝关节的屈伸和内外翻活动。

1.2.2 B 组（手术治疗组）

1.2.2.1 内踝骨折：无移位的内踝骨折一般采用石膏固定治疗，但在个别情况下，对踝关节功能要求较高的患者，应行内固定以促进骨折愈合及康复。移位的内踝骨折应采取手术治疗。

1.2.2.2 外踝骨折：先将外踝或腓骨骨折复位内固定通过前外侧纵行切口显露外踝及胫骨干远端，保护腓肠神经及腓浅神经。如果骨折线完全为斜行，且两骨折端完整无碎骨片，可用 2 枚拉力螺丝钉由前向后拧入，以使骨折块间产生加压作用。螺丝钉间隔约 1cm。选择螺丝钉长度很重要，其必须穿透后侧骨皮质才能保证固定，但又不能穿出太多而影响胫骨肌膜鞘。

1.2.2.3 双踝骨折：双踝骨折同时破坏了内、外侧的踝关节稳定结构，并改变了关节运动力学。虽常能做到闭合复位但消肿后不能维持正常的解剖位置。故几乎所有的双踝骨折，都应行双踝的切开复位及内固定治疗。一般关节周围骨折特别是踝关节骨折的手术治

表 1 三组踝关节骨折的疗效比较

| 治疗方法 | n | 优 | 良 | 可 | 差 | 优良率% |
|--------------|----|----|---|---|---|--------|
| A 组（中医综合治疗组） | 30 | 12 | 7 | 6 | 5 | 83.30% |
| B 组（手术治疗组） | 30 | 15 | 7 | 1 | 5 | 83.30% |
| C 组（联合治疗组） | 30 | 18 | 7 | 4 | 1 | 96.70% |

注：由表 1 所示可知，A 组、B 组两组间疗效差异无显著性 ($\chi^2=0.732, P>0.05$)，C 组与 A 组、B 组两组间疗效比较，差异有显著性 ($\chi^2=5.457, P<0.05$)。

3 讨论

踝关节骨折多由间接暴力引起踝部扭伤后发生。根据暴力方向、大小及受伤时足的位置的不同可引起各种不同类型的骨折。有时踝关节受到直接暴力的作用发生复杂性骨折。踝关节外伤后，踝部疼痛，肿胀，皮下可出现瘀斑、青紫，不敢活动踝关节，不能行走。检查可见踝关节畸形，内踝或外踝有明显压痛，并可闻骨擦音。X 线检查应拍摄踝关节正位、侧位和踝穴位。根据外伤史，踝部疼痛肿胀畸形及 X 线表现诊断骨折并不困难。但在踝关节损伤时，有时会发生腓骨颈高位骨折，应注意检查，避免漏诊。对于高位的外踝或腓骨骨折，应注意评价下胫腓关节损伤的可能。另外，需注意检查其它合并损伤，如周围韧带损伤，腓骨肌腱、跟腱、胫后肌腱等损伤，距骨骨软骨损伤，神经和血管损伤等。

随着医疗科技的发展，踝关节骨折的治疗方法也越来越多，但并非每种治疗方法都适合每个患者的。踝关节骨折的治疗要根据病情和患者个人体质而定，以免影响骨折愈合。非手术治疗适用于没有移位的骨折。可采用石膏或支具固定 4~6 周，并开始康复计划。中药薰洗是利用中药的透皮作用，促进局部和全身血

液循环及淋巴循环，加速新陈代谢，以活血化瘀，消肿止痛，通经活络，再配合手法按摩以通利并节，从而达到减轻或消除水肿，减轻损伤组织瘢痕增生，松解粘连，恢复韧带及跟腱弹性，两者结合能明显促进踝关节骨折后期功能恢复，也可用于跟骨骨折，距骨骨折，胫腓骨骨折等需长时间固定踝关节后的功能恢复。踝关节是一个结构复杂的复合负重关节，容易受伤，损伤时不仅有骨折而且多伴有韧带损伤，如果处理不当，将造成踝关节功能障碍。对于骨折按关节内骨折处理，要求完全达到解剖复位。而对于韧带损伤，同样重要，如缺少完好的韧带修复，骨折复位后再移位将造成踝穴不稳，胫距关节面接触减少，单位面积负荷加大，最终导致创伤性关节炎。荣国威等^[6]认为以下情况需要手术治疗：①保守治疗失败；②有移位的或不稳定的双踝骨折，并且有距骨的脱位或踝穴增宽超过 1~2mm；③后踝骨折涉及大于胫骨远端关节面的 25%，并且关节面的移位超过 2mm；④垂直压缩型骨折；⑤多数开放的双踝骨折。综合上述原则，根据经验认为，对有以下胫腓联合分离、有移位的或不稳定的双踝骨折、距骨及外踝向外移位>2mm、距骨

1.2.3 C 组（联合治疗组）：即 A 组+B 组。

1.3 疗效标准^[1]：优：踝关节功能良好，不影响正常工作、劳动；良：踝关节功能良好，活动时或劳累后轻微疼痛；可：除关节功能尚可，活动时疼痛，但能耐受；差：踝关节功能受限，活动时疼痛。

1.4 统计分析：采用 SPSS 11.0 统计软件进行分析，率的比较采用卡方检验。P<0.05 为有统计学意义。

2 结果

三组踝关节骨折的疗效比较见表 1。

液循环及淋巴循环，加速新陈代谢，以活血化瘀，消肿止痛，通经活络，再配合手法按摩以通利并节，从而达到减轻或消除水肿，减轻损伤组织瘢痕增生，松解粘连，恢复韧带及跟腱弹性，两者结合能明显促进踝关节骨折后期功能恢复，也可用于跟骨骨折，距骨骨折，胫腓骨骨折等需长时间固定踝关节后的功能恢复。踝关节是一个结构复杂的复合负重关节，容易受伤，损伤时不仅有骨折而且多伴有韧带损伤，如果处理不当，将造成踝关节功能障碍。对于骨折按关节内骨折处理，要求完全达到解剖复位。而对于韧带损伤，同样重要，如缺少完好的韧带修复，骨折复位后再移位将造成踝穴不稳，胫距关节面接触减少，单位面积负荷加大，最终导致创伤性关节炎。荣国威等^[6]认为以下情况需要手术治疗：①保守治疗失败；②有移位的或不稳定的双踝骨折，并且有距骨的脱位或踝穴增宽超过 1~2mm；③后踝骨折涉及大于胫骨远端关节面的 25%，并且关节面的移位超过 2mm；④垂直压缩型骨折；⑤多数开放的双踝骨折。综合上述原则，根据经验认为，对有以下胫腓联合分离、有移位的或不稳定的双踝骨折、距骨及外踝向外移位>2mm、距骨

（下接 8 页）

甘草附子汤合煎液与分煎液对小鼠镇痛作用影响研究

A study on effects of the seperated and integrative decoction of Gancao Fuzi on analgesia in mice

魏立

(南京医科大学, 江苏 南京, 210029)

中图分类号: R285 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0007-02

【摘要】 目的: 借助小鼠痛模型研究不同煎煮对方剂药效学的影响。方法: 采用热板法、电刺激法等反应甘草附子汤的镇痛作用。结果: 甘草附子汤合煎液与分煎液均能起到镇痛作用。二者药效较无统计学意义 ($P>0.05$)。

【关键词】 甘草附子汤; 合煎液; 分煎液; 镇痛

方剂是中医理、法、方、药的一个重要组成部分。方剂功效的发挥具有一定的方向性、规律性。以甘草附子汤药理作用为切入点, 通过不同疾病模型考察甘草附子汤合煎液与分煎液镇痛抗炎的药效, 讨论甘草附子汤合煎液与分煎液的功效差异。

1 主要材料

动物: 普通级昆明种小鼠, $20\pm 2\text{g}$ 。实验前适应环境饲养 5d; 中药材: 甘草、附子、白术、桂枝四味药材。

2 方法

2.1 制备方法

合煎液制备方法: 水提法, 浓缩至 0.78g/ml 。分煎液制备方法: 水提法分别水煎, 浓缩至 0.78g/ml 。给药标准: 根据人与小鼠有效剂量换算法计算给药量。小鼠用药量 (g/kg) = 人临床有效剂量 (g) / 体重 (kg) \times 换算系数 (9.01)。

造模方法及分组处理: 热板法致痛模型: 以小鼠出现舔足所需时间作为小鼠的痛阈值; 扭体法致痛模型: 记录小鼠发生扭体反应的潜伏时间及 15min 内的扭体次数; 电刺激法致痛模型: 记录小鼠因疼痛而

产生第一次嘶叫时的电流强度。分 3 组, 每组 10 只小鼠。

2.2 统计学处理: 实验数据处理用 spss10.0 统计软件包进行统计和显著性检验, 结果均以 $\bar{x}\pm s$ 表示, 各组间均值比较采用单因素方差分析。

3 结果

3.1 合煎液与分煎液对热板所致疼痛的影响

给药前, 生理盐水组、合煎液组、分煎液组等三组小鼠的痛阈值比较无统计学意义 ($P>0.05$)。与生理盐水组相比, 给药 30min 时甘草附子汤合煎液组与分煎液组痛阈值升高不明显, 无统计学意义 ($P>0.05$); 给药 60min 时甘草附子汤合煎液组、分煎液组痛阈值均升高, 有统计学意义 ($P<0.05$); 给药 90min 时合煎液组痛阈值升高 ($P<0.05$), 分煎液组痛阈值显著升高 ($P<0.01$), 均有统计学意义; 给药 120min 时甘草附子汤合煎液组与分煎液组痛阈值均显著升高, 有统计学意义 ($P<0.01$)。在不同时间段, 甘草附子汤合煎液组与分煎液组痛阈值相比, 均无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 合煎液与分煎液对热板所致疼痛的影响 ($n=10$)

| 组别 | 给药后痛阈值 (s) | 给药前痛阈 (s) | | | |
|-------|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------------|
| | | 30min | 60min | 90min | 120min |
| 生理盐水组 | 11.76 ± 2.65 | 14.31 ± 6.35 | 14.21 ± 3.13 | 15.55 ± 4.21 | 19.31 ± 5.28 |
| 合煎组 | 13.11 ± 2.69 | 19.21 ± 8.78 | $26.44\pm 13.23^*$ | $30.34\pm 13.23^*$ | $48.88\pm 10.96^{**}$ |

| | | | | | |
|-----|------------|------------|--------------|---------------|---------------|
| 分煎组 | 13.53±4.01 | 18.01±9.61 | 25.33±15.73* | 36.34±14.12** | 39.43±11.88** |
|-----|------------|------------|--------------|---------------|---------------|

注：与生理盐水组比较* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ 。

3.2 合煎液与分煎液对醋酸所致疼痛的影响

与生理盐水组相比，甘草附子汤合煎液组小鼠发生扭体反应的潜伏时间显著延长 ($P<0.01$)，在 15min 内的扭体发生次数明显减少 ($P<0.05$)，均有统计学意义

；分煎液组扭体潜伏时间延长 ($P<0.05$)，扭体发生次数显著减少 ($P<0.01$)，均有统计学意义。甘草附子汤合煎液组与分煎液组扭体潜伏时间及扭体次数相比，无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 合煎液与分煎液对醋酸所致疼痛的影响 (n=10)

| 组别 | 扭体潜伏时间 (s) | 扭体次数 (次/15min) |
|-------|-------------|----------------|
| 生理盐水组 | 3.30±1.21 | 32.56±13.34 |
| 合煎组 | 5.32±1.67** | 20.17±9.98* |
| 分煎组 | 5.09±1.54* | 18.32±8.62** |

注：与生理盐水组比较* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ 。

3.3 合煎液与分煎液对电刺激所致疼痛的影响

给药前，生理盐水组、合煎液组、分煎液组等三组小鼠的痛阈值比较无统计学意义 ($P>0.05$)。给药 1h 后，与生理盐水组相比，合煎液组与分煎液组小鼠

的痛阈值均明显升高，有统计学意义 ($P<0.05$)。合煎液组与分煎液组痛阈值相比，无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 3。

表 3 合煎液与分煎液对电刺激所致疼痛的影响 (n=10)

| 组别 | 药前痛阈 | 药后痛阈 |
|-------|-----------|------------|
| 生理盐水组 | 0.83±0.44 | 0.93±0.37 |
| 合煎组 | 1.21±0.43 | 1.44±0.39* |

注：与生理盐水组比较* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ 。

4 讨论

4.1 本研究表明，与生理盐水组相比，甘草附子汤合煎液组与分煎液组小鼠发生舔后足反应的痛阈值显著升高；发生扭体反应的潜伏时间明显延长，次数显著降低；产生嘶叫反应的痛阈值显著升高，提示甘草附子汤合煎液与分煎液均具有镇痛作用。二者药效较无统计学意义 ($P>0.05$)。

一些有效成分均有明显的镇痛作用，提示甘草附子汤合煎液与分煎液的镇痛作用可能与药物水提取物中含有生物碱、黄酮类、苷类等有效成分，具有中枢神经系统镇痛作用有关。

参考文献：

[1]陈奇.中药药理研究方法学[M].北京:人民卫生出版社,2000.33
 [2]杨晓宁,黄贤华,等.迎春花提取物的镇痛镇静作用[J].中国临床康复,2006,10(35):42

编号：ZZ-100412136（修回：2010-04-18）

4.2 现代研究表明，中药的化学成分复杂多样，其中的一些比较特殊的化学成分，附子、桂枝、甘草中的

（上接 6 页）

与内踝间的间隙>4mm、后踝骨折片超过关节面 25% 者，需采用手术治疗。

本研究中 90 例踝骨骨折患者根据采取的治疗方法不同随机分为 A 组（中医综合治疗组）、B 组（手术治疗组）、C 组（联合治疗组）三组各 30 例，观察比较三组的疗效。结果显示，A 组、B 组两组间疗效差异无显著性 ($\chi^2=0.732, P>0.05$)，C 组与 A 组、B 组两组间疗效比较，差异有显著性 ($\chi^2=5.457, P<0.05$)。以上说明，手术治疗联合中药综合疗法治疗踝骨骨折疗效优于单一治疗，值得临床推广和应用。

参考文献：

[1]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].3 版.北京:人民军医出版社,2005:796
 [2]张建云,朱美玲.踝关节损伤治疗 250 例分析[J].中华医学实践杂志,2007,6(9):803-804
 [3]马志刚.112 例踝关节骨折的治疗分析[J].实用医技杂志,2006,13(12):2104-2105
 [4]陆逊文,朱永展,李灿扬,等.踝关节骨折的治疗选择和疗效分析[J].中国骨伤,2004,17(8):455
 [5]蒋协达,王大伟.骨科临床疗效评价标准[M].北京:人民卫生出版社,2005:225-227
 [6]荣国威.骨折[M].北京:人民卫生出版社,2004:1178-1182;

编号：ZZ-100412144（修回：2010-04-25）

注射用双黄连冻干粉治疗 小儿支气管肺炎 87 例疗效观察

Effective observation on treating 87 cases of children bronchial pneumonia by the Shuang Huanglian lyophilized injection powder

吕文林

(甘肃省平凉市人民医院, 甘肃 平凉, 744000)

中图分类号: R562.2+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0009-02 证型: GAI

【摘要】 目的: 观察注射用双黄连冻干粉治疗小儿支气管肺炎疗效。方法: 174 例病例随即分为两组, 每组 87 例。两组病例采用常规抗感染、止咳、化痰等对症治疗, 对照组在此基础上加用利巴韦林治疗, 治疗组在此基础上加用双黄连冻干粉治疗。结果: 两组病例治疗后总有效率、退热时间、咳嗽缓解时间、肺部罗音消失时间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 注射用双黄连冻干粉治疗小儿支气管肺炎疗效显著, 且副作用相对小, 安全可行。

【关键词】 小儿支气管肺炎; 注射用双黄连冻干粉

小儿支气管肺炎又称小叶性肺炎, 为小儿最常见的肺炎类型。多由病毒或细菌引起。小儿肺炎是威胁我国儿童健康的严重疾病, 无论是发病率还是病死率均高于发达国家水平。近两年来我科采用注射用双黄连冻干粉治疗小儿支气管肺炎 87 例。疗效显著, 现报道如下:

1 临床资料

174 例病例均为我院门诊和住院患儿, 其中男孩 98 例, 女孩 76 例。随机分为两组。每组 87 例。其中对照组年龄小于 1 岁 12 例, 1~3 岁 57 例, 3~6 岁 18 例。治疗组小于 1 岁 14 例, 1~3 岁 54 例, 3~6 岁 19 例。所有病例就诊时病程均小于 5 天, 均有发热、咳嗽、呼吸急促, 双肺可闻及固定的干湿性罗音, 血常规示白细胞计数 ($3.5 \sim 21.6 \times 10^9/L$), 分类中性粒细胞与淋巴细胞比例基本正常或淋巴细胞稍高于正常; 胸部 X 线片显示纹理增粗紊乱, 有散在点片状阴影。符合小儿支气管肺炎诊断标准^[1]。两组患儿生化化验均未见明显异常, 血气提示无呼吸性酸中毒。两组病例在性别、年龄等方面经统计学分析差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

两组患儿均采用常规治疗, 给予合理抗生素 (头孢哌酮钠/舒巴坦钠或阿奇霉素), 予以止咳化痰、平喘等, 治疗组加用双黄连冻干粉 60mg/kg.d, 加入

100~150ml5%~10%GS 中静点, 1 周为一疗程。

3 疗效评定标准

按全国小儿肺炎疗效判断标准判定^[1]。治愈: 用药 3~4 天体温正常, 咳嗽气喘缓解, 肺部湿罗音基本消失, 肺部 X 线阴影 5~7 天消失; 好转: 用药 3~4 天体温下降, 5~7 天咳嗽缓解, 气促明显减轻, 肺部罗音减少或变粗大, X 线肺内阴影吸收好转; 无效: 用药 3~4 天仍发热, 咳嗽, 气促明显, 肺部罗音仍较多, 甚至症状、体征有明显加重者。

4 结果

表 1 两组比较总有效率差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 总有效率治疗组优于对照组

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
| 治疗组 | 87 | 59 (67.8%) | 22 (25.2%) | 6 (6.89%) | 81 (93.1%) |
| 对照组 | 87 | 37 (42.5%) | 19 (21.8%) | 31 (35.6%) | 56 (64.3%) |

5 讨论

支气管肺炎为小儿时期最常见疾病, 临床以发热、咳嗽、气促、肺部固定干湿性罗音, 胸片示肺部炎症性阴影为典型表现, 其病原多为病毒或细菌, 多为两者混合感染。病理学特征为实质或间质浸润。^[2]年龄越小, 混合感染的概率越大, 在未明确病原的情况下多采用抗菌、抗病毒治疗。近两年我们在常规治疗的基础上加用注射用双黄连冻干粉治疗小儿支气管肺

(下转 11 页)

甘露消毒丹加减联合西药治疗慢性乙肝的临床观察

Clinical observation on treating CHB

With Ganlu Xiaodu pill plus western medicine

董昌将

(江苏省阜宁县中医院, 江苏 阜宁, 224400)

中图分类号: R512.6⁺2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0010-02 证型: GIB

【摘要】 目的: 观察甘露消毒丹加减联合西药治疗慢性乙肝的临床效果。方法: 对我院门诊 2007 年 1 月至 2009 年 12 月治疗的慢性乙肝活动期患者 56 例随机分为观察组 28 例(甘露消毒丹加减联合西药)和对照组 28 例(单纯西药)。对两组的治疗效果进行比较。结果: 两组治疗后的总有效率相比差异有显著性 ($P < 0.05$)。结论: 甘露消毒丹加减联合西药治疗慢性乙肝疗效显著。

【关键词】 慢性乙肝; 甘露消毒丹

【Abstract】 The goal observation manna disinfects Dan to add and subtract the union western medicine treatment chronic hepatitis B the clinical effect; The method from January, 2007 the chronic hepatitis B active stage patient 56 examples which treats to December, 2009 stochastically divides into the observation group 28 examples to my courtyard outpatient service (manna to disinfect Dan to add and subtract union western medicine) and the control group 28 examples (pure western medicine). Carries on the comparison to two group of treatment results; The result two groups treat after the total effectiveness to compare the difference to have the significance ($P < 0.05$); The conclusion manna disinfects Dan to add and subtract the union western medicine treatment chronic hepatitis B curative effect to be remarkable.

【Key word】 Chronic hepatitis B; The manna disinfects Dan

在慢性传染病中,慢性乙型病毒性肝炎是常见病,多发病。由于该病症存在着病机错综复杂、病情极易反复、治疗技术难度大等特点,使得临床治疗难以发挥出良好的效果。在当前的临床治疗上,还未能找出满意的治疗方法和特效药物。现对我院门诊 2007 年 1 月至 2009 年 12 月采用甘露消毒丹加减联合西药治疗慢性乙型病毒性肝炎患者取得的满意疗效报导如下:

1 临床资料

1.1 一般资料: 本组资料共计 56 例,均为我院门诊 2007 年 1 月至 2009 年 12 月治疗的慢性乙肝活动期患者。随机分为观察组 28 例(甘露消毒丹加减联合西药)和对照组 28 例(单纯西药)。观察组男 17 例,女 11 例;年龄 18~48 岁,平均年龄 36 ± 2.6 岁;对照组男 16 例,女性 12 例,年龄 18~47 岁,平均 35 ± 2.5 岁。两组患者在年龄、性别、病情等方面差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准: 1.2.1 西医诊断标准: 参照中华医学会传染病分会、肝病学会联合修订的《病毒性肝炎防治方案》慢性乙型肝炎诊断标准。

1.2.2 中医辨证标准: 参照国家药品监督管理局制定发布的《中药新药治疗病毒性肝炎的临床研究指导原则》。主症: 胁肋胀痛,食后腹胀或腹胀午后加重。倦怠乏力,食欲不振,大便稀溏或时溏时干。次症: 恶心暖气,烦躁易怒,时时叹息,神疲懒言,舌质淡,脉弦或弦缓。辨证要求: ①凡具备主证三项即为本证; ②凡具备主证 2 项及次证 1 项者为本证。

1.3 给药方法: 对照组: 水飞蓟宾葡甲胺片口服 0.2g, 3 次/日, 甘草酸二胺肠溶片口服 0.15g, 3 次/日。

观察组: 口服西药同对照组, 加服中药甘露消毒丹化裁。基本方如下: 飞滑石 15~30g, 绵茵陈 15~30g, 淡黄芩 10~15g, 石菖蒲 10g, 川贝母 15g, 木通 6~10g, 藿香 9~12g, 射干 12g, 连翘 10g, 薄荷 5g, 白豆蔻 10g, 蛇舌草 15g, 半枝莲 15g, 黄芪 30g。湿重于热, 舌苔厚腻, 脉濡或缓者, 加法半夏 12g, 竹叶 12g, 厚朴 12g; 热重, 口苦口干, 舌质红, 苔黄, 大便秘结, 脉数者, 去白豆蔻、藿香、石菖蒲, 加大黄 10g, 山栀子 10g, 虎杖 12g; 瘀热重, 舌质红绛、有瘀点瘀斑者, 加赤芍 30~50g, 丹参 30g, 丹皮 12g,

虎杖 15g, 大黄 15g, 田七 10g。兼有阴血不足, 舌淡红, 苔少者, 去石菖蒲、白豆蔻, 藿香, 加麦冬 15g, 女贞子 12g, 枸杞子 12g, 当归 10g。每日 1 剂, 水煎 2 次, 分 2~3 次服用。

1.4 疗效判定标准^[1]: 显效: 临床症状消失, 肝功能复常。有效: 临床症状明显减轻或消失, 肝功能检查恢复较治疗前异常值下降 50% 以上。无效: 未达到上述标准者。

1.5 统计学方法: 采用统计学 *t* 检验, 差异具有显著性为 $P < 0.05$ 。

2 结果

观察组 28 例中, 治疗 2 周后显效 16 例(57.14%), 有效 12 例(42.86%), 总有效率 100%。治疗 4 周后显效 26 例(92.86%), 有效 2 例(7.14%), 总有效率 100%。对照组 28 例中, 治疗 2 周后显效率 9 例(32.14%), 有效 11 例(39.29%), 总有效率 71.43%。治疗 4 周后显效 13 例(46.43%), 有效 12 例(42.86%), 总有效率 89.29%。两组的治疗效果相比差异有显著性 ($P < 0.05$)。

3 讨论

慢性乙型病毒性肝炎是当今人类最严重的传染病之一。从西药治疗角度分析, 其治疗方式主要包括抗病毒、免疫调节、抗炎保肝、抗纤维化和对症治疗^[2], 但治疗效果不明显, 且治疗费用高, 因而中医药治疗乙肝一直是肝病重点研究对象。尽管中医学中没有“慢性肝炎”的病名, 但参照其临床表现、发病特点, “慢性肝炎”应该属于“黄疸”、“胁痛”、“湿温”等范畴。湿热疫毒内侵是其主要病因。

甘露消毒丹功效为利湿清热, 解毒化浊, 方中茵陈清热利湿退黄, 除肝胆脾胃之湿热; 滑石、木通清热利湿, 使湿热、疫毒从小便而去; 蛇舌草、半枝莲、黄芩、连翘、射干清热解毒; 石菖蒲、藿香辟秽和中,

宣湿浊之壅滞, 白豆蔻芳香悦脾, 令气畅而湿行。薄荷入肝经, 能疏肝解郁; 乙肝经久不愈, 邪毒久滞, 湿浊停聚, 炼津成痰, 故加用贝母渗湿化痰。久病必虚, 用黄芪健脾益气, 扶正托毒。现代药理研究表明茵陈在维护肝功能中能发挥良好的作用, 对于胆汁分泌和排泄作用十分明显^[3]。黄芩所含“黄芩素”对实验性肝损伤有保护作用, 亦能使谷丙转氨酶降低。连翘的抗肝损伤作用尤为明显, 对四氯化碳所致中毒性肝炎, 可使其肝脏变性, 坏死明显减轻, 血清谷丙转氨酶活力显著下降, 并使肝细胞内蓄积的肝糖元及核糖核酸含量大部恢复或接近正常。黄芪对于肝细胞白蛋白合成能起到促进作用, 控制间质胶原细胞的合成, 对网状内皮系统和巨噬细胞吞噬能够不断增强其功能, 显著提升了淋巴细胞转化率, 加快干扰素的生成, 提高人体免疫能力、避免减少肝糖原; 黄芪及其复方制剂在动物实验、临床试验以及肝星状细胞实验中能够发挥出良好的抗肝纤维化的作用。蛇舌草、半枝莲、黄芩等中药对于控制乙肝病毒复制效果明显。女贞子含齐墩果酸, 可促进多数患者谷丙转氨酶降低, 帮助磨蚀、锌浊等症状的恢复, 对于细胞免疫功能的提高有着明显的改善作用。总之, 中药对于改善肝功能, 控制乙肝复发效果明显。

参考文献:

- [1]中华医学会, 传染病与寄生虫病学会, 肝病学会联合修订. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华传染病杂志, 2001, 19(1): 56-62
- [2]刘莎, 符州. 黄芪的免疫调节作用及其临床应用[J]. 国际中医中药杂志, 2006, 29(4): 203-206
- [3]蔡光先. 湖南药物志[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2004. 2748, 3081

作者简介:

董昌将 (1964-), 男, 大学本科, 江苏阜宁, 副主任中医师。

编号: ZZ-10041231 (修回: 2010-04-08)

(上接 9 页)

炎, 疗效显著。注射用双黄连冻干粉^[3]是一种纯中药制剂, 具有表里双解, 清热解毒, 气血两清的功效, 用于外感风热, 温病初起及多种温热病的治疗。注射用双黄连冻干粉由连翘、金银花、黄芩等提取物精制而成。现代医学研究认为双黄连具有抗病毒、抑菌, 增强免疫功能的作用。可用于各种病毒及细菌性感染。有报道分析认为金银花、黄芩、连翘等有很强的抗菌, 抗病毒, 抗炎和退热作用, 注射用双黄连冻干粉集抗病毒, 抑菌, 提高免疫为一体, 功效明显强于其他抗病毒类中药制剂。射用双黄连冻干粉与头孢类抗生素

联合应用, 可降低耐药性发生率, 增强疗效, 与病毒唑对比, 在缓解咳嗽, 发热, 促进肺部罗音吸收等方面疗效显著, 且副作用小, 安全可行, 值得推广。

参考文献:

- [1]胡亚美, 江载芳, 诸福棠. 实用儿科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 1175
- [2]胡亚美, 江载芳, 诸福棠. 实用儿科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 177
- [3]吕本强, 刑学锋, 罗佳波, 等. 注射用双黄连冻干粉化学成分的分析与鉴别[J]. 南方医科大学学报, 2006, 6(10): 220-223

编号: ZZ-10041254 (修回: 2010-04-09)

针灸治疗面瘫 100 例的临床体会

Clinical experience for treating

100 cases of facia paralysis by acupuncture

董云

(高陵县中小学卫生保健所, 陕西 西安, 710200)

中图分类号: R245.31 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0012-02 证型: AID

面瘫, 俗称口眼歪斜, 发病快, 任何年龄均可发生, 但以青壮年多见, 为单纯性的一面颊肌肉弛缓, 无半身不遂, 神志不清等症状, 西医称面神经麻痹。

本病多由经脉空虚, 风寒风热之邪, 乘虚侵袭面部筋脉, 以致气血阻滞, 肌肉纵缓不收而面瘫。

《内经》云:“足阳明之筋……其病……卒口僻急者目不合, 热则筋纵, 目不开。”

面瘫起病急, 每醒来时, 发现一侧面部板滞, 麻木瘫痪, 不能作蹙额、皱眉、露齿、鼓颊等动作, 口角向健侧歪斜, 流口水, 病侧额纹, 鼻唇沟消失, 眼睑闭合不全, 迎风流泪, 分风寒症和风热症两类, 风热症常继发于感冒发热, 中耳炎, 牙龈肿痛之后, 伴耳内、耳后, 耳下及面部疼痛而致, 少数病人出现这中情况。而风寒症, 多数病人有面部受凉因素, 如迎风睡眠、电风扇对着一侧面部吹风过久等, 一般无外感表症。

我认为其发病和年龄关系不大, 病因、病机虽不同, 但病位深浅、病情轻重、病程长短、恢复时间均不同。关键抓住治疗时期。一般在发病后第 2、3 天后即时来用针灸治疗, 效果很好。

针灸治疗面瘫病案 100 例如下: 其中, 男 65 例、女 35 例, 多见青壮年, 8 岁~19 岁有 5 例, 老年 50 岁~74 岁 10 例, 有效率、治愈率均 100%。

针灸处方: 合谷、风池、太阳、颊车、地仓、牵正、阳白。

取穴法: 随证选穴, 如不能抬眉加攒竹, 鼻唇沟平坦, 加人中, 目闭不合加丝竹空、内睛明。偏头痛加头维、率谷。

进针方向一般直刺和斜刺法, 深度 0.5 寸~1.5 寸。

手法: 平补平泻, 留针 30 分钟, 每隔 15 分钟行一次针 (捻转法)。

其各年龄验案如下:

例 1: 患者甲, 男, 19 岁, 初诊面瘫。

自诉, 受风寒, 感觉头痛及左侧面颊有不舒之感, 甚感面痛和疲劳, 次日晨起床刷牙时, 发现口角漏水,

左侧面颊麻痹, 口眼歪斜, 眼不能闭合, 流涎, 鼓腮漏气, 吃饭时食物塞于颊部, 查体, 饮食二便均正常, 诊为风邪中络所致的左口眼歪斜, 症属虚邪为患。

治法: 以祛风散寒, 温经活血为主。

取穴: 以左阳白, 颊车、地仓、攒竹、牵正、双太阳、配双合谷、风池、左丝竹空, 人中斜刺。

手法: 平补平泻, 隔日一次。

例 2: 患者乙, 男, 35 岁, 初诊口眼歪斜。

自诉: 劳累过度, 受风寒侵袭, 第 2 晨洗脸感觉右侧面部麻木, 刷牙时口角流水, 吃饭时发现藏食, 二便正常, 查体, 行气本虚, 加之头面感受风寒侵袭, 致面部, 经络气血失调, 失于濡养, 故见口眼歪斜。

治法: 以手足阳明经穴为主。

取穴: 双风池、双合谷, 右太阳、颊车、地仓、牵正、配合攒竹、丝竹空、阳白、人中。

手法: 平补平泻, 针二次后, 右面部有舒服感, 右眼能闭合, 眉毛能抬高, 额纹出现, 针五次后, 右口角不漏水, 鼻唇沟变深, 针七次后, 口角与鼻唇线基本上对齐, 未服任何药剂, 嘱患者每天加强面部按摩, 并矫正口角作上、下、左、右的运动, 十天一切症状消失, 恢复正常。

例 3: 患者丙, 男, 74 岁, 初诊口眼歪斜。

自诉: 左口眼歪斜三天, 左眼不能闭合, 流涎, 鼓腮露气, 进食时食物滞留左颊内, 二便正常, 查形体消瘦, 痛苦面情, 精神差, 左面部肿胀, 口角向右倾斜, 左眉毛低于右眉毛, 左眼不能闭合, 舌苔薄白, 脉浮缓而数, 感受风寒侵袭, 而致口眼歪斜。

治疗原则: 以扶正除邪, 温经散寒为主。

取穴: 以阳明胃经穴为主, 补气补血, 配合面部穴, 双足三里, 双合谷, 双风池, 双太阳, 左地仓, 颊车, 牵正, 配穴, 左内精明, 左攒竹, 左丝竹空。

手法: 平补平泻, 针五次后痊愈, 无服任何西、中药及针剂。

例 4 患者丁, 男, 48 岁, 初诊面瘫。

(下转 14 页)

丹参注射液联合应用西药三联疗法 治疗消化性溃疡的临床疗效观察

Clinical effective observation on treating peptic ulcer by Danshen injection plus western triple therapy

谢小雪 董正永

(湖北省红安县人民医院, 湖北 黄冈, 438400)

中图分类号: R573.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0013-02 证型: ABDI

【摘要】 目的: 观察丹参注射液与常规三联疗法合用治疗消化性溃疡的临床疗效。方法: 82 例病人随机分为治疗组和对照组, 2 组均常规应用西医三联治疗法, 治疗组在此基础上加用丹参注射液静滴。结果: 对照组总有效率 85%, 对照组总有效率 71%, 两组总有效率经过统计学分析具有显著性差异 ($P < 0.05$)。结论: 丹参注射液与常规三联疗法合用治疗消化性溃疡临床效果良好, 值得临床推广应用。

【关键词】 丹参; 三联疗法; 治疗; 消化性溃疡

消化性溃疡主要指发生于胃和十二指肠的慢性溃疡, 该病的临床表现多以上腹痛、饥饿痛为主要症状。溃疡病发病缓慢、病程长, 易迁延不愈, 故如何有效的治疗一直是临床上值得探讨的问题, 笔者通过长期的临床实践, 将丹参注射液与常规的三联疗法合用, 疗效佳, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

82 例患者均是我院住院病人, 均经内镜确诊。排除: 伴上消化道出血、幽门梗阻穿孔、胃癌及其他内科系统的严重疾病及孕妇或哺乳期妇女。随机分 2 组, 其中治疗组 41 例, 男 27 例, 女 14 例; 年龄 20~48 岁, 平均 34.4 岁, 病程 3 个月~18 年; 其中胃溃疡 14 例, 十二指肠溃疡 20 例, 复合性溃疡者 7 例, 有消化道出血病史 11 例。对照组 41 例, 男 26 例, 女 15 例, 年龄 23~51 岁, 平均 36.1 岁, 病程 5 个月~16 年; 其中胃溃疡 11 例, 十二指肠溃疡者 23 例, 复合性溃疡者 7 例, 有消化道出血病史 8 例。两组资料经统计学分析, 无显著性差异, 具有可比性。

1.2 方法

治疗组和对照组均常规给予三联疗法, 第 1 周予餐前口服雷贝拉唑 10mg 2/d, 阿莫西林 1000mg, 2 次/d, 呋喃唑 100mg, 2 次/d, 第二周, 继续口服雷贝拉唑 10mg, 1/d, 连续 1 周; 治疗组在三联治疗法的基

础上加用丹参注射液 250ml 静脉滴注, 1/d, 连续应用 1 周。

2 结果

2.1 疗效判定标准

治愈: 自觉症状消失, 溃疡面消失或为瘢痕期; 有效: 自觉腹痛症状消失或减轻, 溃疡转为治愈期; 无效: 腹痛无缓解, 溃疡面积及形态无明显改变。

2.2 统计学方法

统计数据采用 SPSS12.0 软件进行统计学分析。

2.3 结果

对照组治愈 16 例, 有效 21 例, 无效 4 例, 总有效率 85%; 对照组治愈 10 例, 有效 19 例, 无效 12 例, 总有效率 71%, 两组间总有效率经统计学分析具有显著性差异 ($P < 0.05$)。

3 讨论

消化性溃疡主要指发生于胃和十二指肠的慢性溃疡, 是消化内科十分常见的疾病^[1]。该病的临床表现多以上腹痛、饥饿痛为主要症状。根据相关文献报道, 成年人人群中约 10%~15% 患有消化性溃疡^[2]。消化性溃疡的发生机制主要和机体防御能力的减弱和幽门螺杆菌感染和胃酸浓度增高有关。消化性溃疡的病因较多也很复杂, 其中最主要的是幽门螺杆菌感染, 还包括不良的生活习惯。目前研究表明, 长期的心理压力过大, 情绪紧张, 意外事件的影响都可能导致溃疡的

发生,故溃疡实际上是多种病因引起的,通过神经系统、内分泌系统及免疫系统起介导的一种心身疾病^[3]。

消化性溃疡的内科治疗主要以药物治疗为主,主要包括降低胃酸的药物,根除幽门螺杆菌的药物和增强胃黏膜保护作用的药物。临床上常用三联用法,即一种抗酸药加上2种抗生素。当胃内液体环境pH值达到3.5~4.0时,便很容易形成溃疡,因此抑制胃酸分泌,提高胃内pH值是治疗的基础,常用降低胃内酸性环境的药物有H₂受体拮抗剂和质子泵抑制剂(PPI)。H₂受体拮抗剂可以特异地与胃壁细胞膜上的H₂受体结合,从而阻断组胺与H₂受体结合,发挥抑制胃壁细胞分泌盐酸的作用。质子泵抑制剂能迅速穿过胃壁细胞膜,聚积在强酸性分泌小管中,转化为磺胺类化合物,后者与氢钾ATP酶上的巯基作用,形成共价结合的二硫键,使氢钾酶失活,从而抑制泌酸活性。抗生素可以抑制或杀灭幽门螺杆菌(HP),能够有效的作用于HP的抗生素有克拉霉素、阿莫西林、替硝唑等。笔者选择了雷贝拉唑,阿莫西林,呋喃唑组成联合治疗方案。

丹参注射液是一种常用的中成药,其主要的化学成分丹参素有活血化瘀,改善局部血液循环作用,同

时还能够增强胃黏液-碳酸氢盐屏障对胃黏膜的保护作用^[4]。据研究表明,丹参素通过提高胃黏膜超氧化物歧化酶及谷胱甘肽过氧化酶活性,起到了抗氧化的作用,抑制了氧自由基对消化道黏膜的损伤,同时延长了消化道黏膜细胞的寿命,还能激活免疫细胞,促进损伤黏膜细胞的恢复。另一方面,丹参素对幽门螺杆菌有明显的抑制作用,对巨噬细胞功能有活跃作用,促进溃疡愈合。

笔者在临床实践中,通过对大量消化性溃疡病人的治疗,将丹参注射液与常规的西药三联疗法相配合,提高了消化性溃疡治疗的有效率,表明此法疗效良好,值得在基层医院广泛应用。

参考文献:

[1]王崇文.消化性溃疡病治疗的新进展[J].现代诊断与治疗,1999,10:65-67
 [2]汪鸿志,曹世志.现代消化性溃疡病学[M].北京:人民军医出版社,1999.160-161
 [3]叶新强,张召军,宋明.三联疗法对消化性溃疡的疗效观察[J].中国临床医药研究杂志,2003,107(11):1172-1173
 [4]杨卫文,黎莉,杨景林,等.丹参治疗消化性溃疡的疗效及机制探讨[J].中华消化杂志,2002,22:438-439

编号:ZZ-10041233(修回:2010-04-02)

(上接12页)

自诉:因左侧枕骨粗隆下缘与后发际上二寸左右处生疮而感染引起的头痛,三叉神经痛,目干涩流泪,下齿亦痛,耳下耳后剧烈疼痛,前额及脸颊麻木板滞。早晨发现左眼不能闭合,流涎鼓腮露气,吃饭时食物塞于颊部,肝气犯胃,呃逆,纳差,小便赤,大便秘结。头昏,目赤,流泪不止。曾在县医院输液,消炎降眼压,三天后针灸治疗。

查:发育及营养中等,左眼眼喎斜,左眼不能闭合,不能皱眉,额纹消失,左口角下垂,左面时有痉挛,舌苔黄薄,脉沉迟而滑数,感受风火内毒之邪而致眼喎斜,证属阳明胃热,挟肝胆之火,上冲头目所致。

治法:祛肝胆风阳,泻胃府郁热。行气止痛,活血解毒。

取穴:双风池、双合谷、左太阳、阳白、牵正、颊车、地仓、颧髎,配合左攒竹、丝竹空、内精明、承泣、左迎香、头维、率谷,快针针刺人中穴,效果

更佳。

手法:平补平泻,配合中药汤剂辅助治疗,针1次后左侧眼眉即可抬高,流泪减慢,面部有舒服感,针4次后口眼喎斜症候群基本消失,继针4次。

治疗原则:祛风散寒、行气活血、温经通络、扶正除邪。

手法:平补平泻,留针30分钟,留针间可行针(捻转法),人中穴快针,可强刺激,斜刺法,取穴基本上相同,但关键使自己感受到不同的病人要有不同的手法。《素问一通评虚实论》说“邪气胜则实,精气夺则虚。”“盛则泻之,虚则补之”这是针灸补虚泻实的基本原则。

对风热病的病人也要抓住发病的前期及初、中期单独用中医针灸治疗,以祛风通络,活血解毒,取手足阳明,经穴为主,足太阳经穴为辅。手法:初期用泻法,后期用补法,面部主要穴斜刺或透穴法。

编号:ZZ-10041205(修回:2010-04-17)

秋冬季腹泻合并惊厥 12 例临床分析

A clinical analysis of 12 cases of Autumn and winter diarrhea and convulsions merger

陈宝国

(辽宁葫芦岛市中心医院, 辽宁 葫芦岛, 125001)

中图分类号: R442.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0015-02 证型: IDB

【摘要】 目的: 探讨秋冬季婴幼儿腹泻伴惊厥的发病原因。方法: 对 12 例秋冬季婴幼儿腹泻并发惊厥患儿的临床表现、辅助检查及治疗进行回顾性分析。结果: 热惊厥 4 例, 低钙血症 2 例, 其他原因 6 例。结论: 秋冬季婴幼儿腹泻伴惊厥病因多样, 其主要与高热、低血钙等密切相关。因此, 诊断时要明确病因, 从而及时对症治疗, 终止惊厥发作。

【关键词】 腹泻/诊断; 惊厥/病因学; 发热; 钙/缺乏

我院 2006 年 10 月~2009 年 3 月共收治秋冬季腹泻患儿 135 例, 其中出现惊厥表现者 12 例, 现分析报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料: 本组患儿共 12 例, 女 5 例, 男 7 例。年龄 6 个月~1.5 岁, 平均年龄 10.2 个月。于发病后 1~3d 入院, 住院 7~13d, 平均 9d。

1.2 临床表现: 12 例均有呕吐、腹泻症状, 大便为黄色稀水状或蛋花汤样, 无腥臭味, 每日 5~10 余次不等。5 例有流涕、阵发性干咳等呼吸道症状。7 例伴有发热, 体温在 37.5~40.2℃之间。轻度脱水 7 例, 中度脱水 5 例。惊厥发生在腹泻症状后第 2~4 天, 均表现为全身惊厥。惊厥同时出现发热者 4 例, 体温在 38.6~40.2℃之间。1 例惊厥前后有嗜睡, 脑膜刺激征阳性。本组患儿既往 1 例有热惊厥病史。

1.3 辅助检查: 12 例粪便中查轮状病毒抗原阳性 7 例; 血常规检查 9 例正常, 1 例 WBC $<4.0 \times 10^9/L$ 。2 例 $>10.0 \times 10^9/L$; 尿常规均正常; 便常规检查无或少量白细胞; 血气及离子系列检查: 全部病例均有不同程度的代谢性酸中毒, 轻度低钠血症 3 例, 1 例血钠 114mmol/L, 2 例血总钙 $<1.5\text{mmol/L}$, 2 例略有减低; 低钾血症 4 例, 1 例血镁 0.48mmol/L, 2 例血糖略低, 1 例脑脊液检查正常。

1.4 诊断及治疗: 全部病例诊断为腹泻病, 考虑系轮状病毒感染; 惊厥诊断: 热惊厥 4 例 (1 例既往有热惊厥), 低钙抽搐 2 例, 低钠所致惊厥 1 例, 低镁血症

1 例, 病毒性脑膜炎 1 例, 其余 3 例临床诊断为 RV 所致的良性惊厥。全部病例均给予抗炎、纠正脱水、纠正代谢性酸中毒及离子紊乱、保护胃肠黏膜、对症等综合治疗, 1 例低钠惊厥给予 3%氯化钠静点, 低钙惊厥给予 10%葡萄糖酸钙加等量 10%葡萄糖缓慢静注。经上述治疗, 均痊愈出院。门诊随访 1~6 个月未发现明显生长发育及行为异常。

2 讨论

秋冬季腹泻为婴幼儿常见、多发病, 多为轮状病毒 (RV) 感染所致, 我国 1978 年在北京首先在秋季腹泻患儿粪便中检出轮状病毒, 阳性率达 83.8%。随着经济条件、生活环境的改善, 重症患者及死亡率明显减低, 但在秋冬季节, 其发病率及占住院比例相当高, 尤其在基层医院。对于中度以上脱水或出现惊厥等表现时, 要及时进行血气及血离子检查, 以指导临床正确补液, 查找惊厥因素。本文 2 例低钙、低钠低镁各 1 例 (其中 2 例低热) 患儿经纠正离子紊乱、止惊等治疗, 病情很快好转, 符合临床诊断。3 例无发热, 离子系列检查大致正常, 一般状态尚好, 神经系统无阳性体征, 临床诊断为 RV 所致的良性惊厥, 此概念为近年所提出。人们认为, 引起此种惊厥的病因可能是 RV 血症, RV 所致的脑炎、良性惊厥一般无特殊症状体征, 多不需特殊治疗, 恢复时间从几天至 1 数发生, 推测 RV 经血侵犯入脑, 其损伤过程可能多为一过性^[1]。本文所诊断的热惊厥可能为 RV 所致的

(下转 17 页)

中西医结合治疗慢性盆腔炎 30 例探讨

Discussion on treating 30 cases of chronic pelvic inflammatory in the integrative medicine

范月容

(广东省惠东县妇幼保健院, 广东 惠东, 516300)

中图分类号: R 711.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0016-02 证型: IDB

【摘要】 目的: 探讨慢性盆腔炎发病特点以及中西医结合治疗的临床疗效。方法: 选择我院 60 例慢性盆腔炎患者, 随机分为治疗组和对照组。对照组予抗需氧菌及抗厌氧菌广谱抗生素联合用药静滴抗炎治疗, 治疗组在对照组的基础上口服自拟清盆汤, 日煎两次口服, 观察两组疗效进行对照观察。结果: 治疗后两组疗效比较, 治疗组 30 例中, 治愈 8 例, 显效 12 例, 有效 7 例, 无效 3 例, 总有效率 90%; 对照组 30 例中, 治愈 4 例, 显效 8 例, 有效 9 例, 无效 9 例, 总有效率 70%。两组疗效比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组临床疗效明显优于对照组。结论: 中西医结合治疗慢性盆腔炎能明显提高疗效, 缩短疗程, 收到满意的效果。值得临床探讨推广。

【关键词】 慢性盆腔炎; 中西医结合

慢性盆腔炎 (CPID) 近年来有明显上升的趋势, 是妇科常见病、多发病, 临床表现为下腹部坠胀、疼痛及腰骶部酸痛, 常在劳累、性交后及月经前后加重; 或月经量增多、月经失调、不孕。其特点是症状反复发作, 给患者带来痛苦, 严重影响患者工作、学习及家庭生活。目前尽管治疗慢性盆腔炎、附件炎的药物和方法诸多, 但目前尚无根治的理想方法。我科自 2007 年 1 月~2009 年 12 月采用中西医结合治疗慢性盆腔炎, 效果满意, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我科 2007 年 1 月~2009 年 12 月慢性盆腔炎患者 60 例, 均为我院门诊患者, 随机分为治疗组、对照组各 60 例。治疗组平均年龄 (30.21 ± 6.47) 岁; 平均孕次 (1.55 ± 0.87) 次; 平均病程 (17.4 ± 11.2) 个月。对照组平均年龄 (29.22 ± 6.84) 岁; 平均孕次 (1.74 ± 0.64) 次; 平均病程 (18.1 ± 10.2) 个月。两组年龄、病程、孕次、病情程度等一般情况比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

诊断标准参照《妇产科学》^[1]中慢性盆腔炎的标准拟定。①有明确的发病诱因, 有或无急性盆腔炎病史; ②下腹部坠胀、疼痛及腰骶部酸痛, 常在劳累、性交后及月经前后加重; 或月经量增多、月经失调、

不孕; ③妇科双合诊检查: 子宫一侧或两侧触及条索状增粗的输卵管, 有轻压痛; 子宫常呈后倾后屈位, 活动受限; 子宫一侧或两侧触及片状增厚、压痛组织; 盆腔一侧或两侧触及囊性肿物, 活动受限; 子宫骶韧带增粗、变硬、有压痛; ④超声检查: 附件区探及异常回声或不规则暗区, 或子宫直肠陷凹少量积液。

两组患者均于治疗前进行了血常规、血沉、B 超、宫颈阴道分泌物涂片和培养检查, 结合妇科检查和全身体格检查, 排除宫外孕、卵巢肿瘤、子宫内膜异位症、盆腔静脉曲张等妇科疾病, 同时排除内科合并症, 排除药物过敏史。

1.2 方法

对照组予以头孢呋辛 2g 静滴; 氧氟沙星注射液 100ml 静滴, 2 次/天, 14 天为 1 个疗程。治疗组在对照组的基础上予自拟清盆汤, 方剂组成: 红藤 30g、蒲公英 30g、紫花地丁 15g、桃仁 12g、红花 15g、红参 15g、附片 30g、赤芍 12g、延胡索 12g、薏苡仁 15g。下腹冷痛者加小茴香、肉桂、干姜; 腰腹痛者加杜仲、续断; 痛经者加益母草、艾叶。将上述药物日煎两次口服, 14 天为 1 个疗程。

1.3 疗效判断^[2]

治愈: 患者自觉症状消失, 妇科检查子宫活动好, 无压痛, 双侧附件无压痛, 6 个月无复发。显效: 患

者自觉症状较治疗前明显减轻。子宫及双侧附件没有轻压痛。有效：患者自觉症状较治疗前有减轻。子宫及双侧附件仍有轻压痛。无效：患者自觉症状未消失，子宫及双侧附件压痛无减轻。总有效率为治愈率、显效率和有效率的合计。

1.4 统计学方法

采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗后两组疗效比较，治疗组 30 例中，治愈 8 例，显效 12 例，有效 7 例，无效 3 例，总有效率 90%；对照组 30 例中，治愈 4 例，显效 8 例，有效 9 例，无效 9 例，总有效率 70%。两组疗效比较，差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

慢性盆腔炎主要是指女性盆腔内的生殖器及其周围的结缔组织、盆腔腹膜发生炎症，其主要原因为经期不卫生或产褥后、流产后（包括人工流产）、手术后细菌感染，多由急性盆腔炎未彻底治愈或感染炎症不重迁延日久转为慢性。慢性盆腔炎临床表现多为少腹两侧隐痛、坠痛、喜暖喜按、经来前后较甚等症状。这和炎症的轻重及范围的大小有关，盆腔炎由于内生殖器官相互连接，感染后不仅局限于某一组织局部，往往几个组织同时发炎，其主要病理改变为盆腔内炎性渗出，器官粘连，局部结缔组织增生，形成大小不等的包块等^[3]。

现代医学研究表明：引起慢性盆腔炎的菌群复杂，主要有链球菌，葡萄球菌、大肠杆菌、厌氧菌及性传播的病原体。头孢呋辛、左氧氟沙星对上述菌群具有杀灭或抑制作用，但是慢性盆腔炎是由于长期炎症刺激，周围组织粘连、增厚，抗炎药物不易进入，所以疗效不理想，易于复发。西医治疗慢性盆腔炎主要使用抗生素外，尚无其他方法，反复使用抗生素可产生耐药性，影响机体免疫功能，复发率高，经济负担重，药物不良反应明显。

慢性盆腔炎中医辨证多属于“妇人腹痛”、“带下

病”、“痛经”等范畴。中医认为本病多由于经行产后等胞脉空虚之时，湿热邪毒侵入体内，蓄积下焦，使气血壅滞，瘀积胞宫，阻滞胞脉，致使胞脉气血不畅，脏腑功能失调，冲任、带脉受损所致。故自拟清盆汤以清热利湿，活血化瘀、调理冲任之法来治疗慢性盆腔炎^[4]。

本研究自拟清盆汤中，桃仁、红花具有活血化瘀，消炎止痛等功效，红藤、蒲公英、紫花地丁具有清热解毒功效。附片回阳救逆，振奋肾阳，红参大补元气，益脾补肺，诸药合用合用具有“回阳救逆，益气固脱，补先天、益后天”之功能，尤其适用于阳气虚弱者。该方剂活血化瘀，消炎止痛，益气通络之效。据现代药理研究^[5]，活血化瘀药具有增强局部血流量，改善微循环，促进渗出物的吸收，分解粘连，修复增生的结缔组织的作用。静脉滴注药物可以直达病所，直接发挥“温阳益气”作用，调节病人脏腑机能状态，达到扶正祛邪的目的。研究表明：红参有提高心脏收缩功能及负性心率作用，可改善阳虚患者的心脏功能，改善全身血液循环，有利于病人炎症吸收。此外，附片可抑制胸腺细胞凋亡，提高机体的免疫功能，增强机体的抗炎能力。

本临床观察结果显示，治疗组在采用抗生素同时配合内服中药清盆汤，疗效明显优于对照组。临床实践证明，采用中西医结合的治疗措施，相互协同，取长补短，可明显提高疗效，值得临床应用。

参考文献：

- [1]乐杰.妇产科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004.274
- [2]傅淑清.中医妇科学[M].北京:人民卫生出版社,2005.191
- [3]国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.85-89
- [4]宝玉金.中西医结合治疗慢性盆腔炎 50 例疗效观察[J].河南中医学报,2007,6(11):63
- [5]张爱萍.中西医结合治疗慢性盆腔炎临床观察[J].中国农村医学杂志,2008,2(3):39

编号：ZZ-10041234（修回：2010-04-05）

（上接 15 页）

一过性脑损伤。对于惊厥、嗜睡、昏迷及神经系统阳性体征者及时进行脑脊液检查，以确定有无颅内感染及类型。

近年来，各国学者不断发现 RV 不仅可引起肠道内感染，而且发病早期即可发生病毒血症并引起全身多器官损害，并已引起广泛关注。RV 在中枢神经系

统的具体发病机制、以及对中枢神经损伤的病理改变尚不清楚，仍有待进一步研究。

参考文献：

- [1]张传仓,李宁.轮状病毒的病毒血症及肠道外损害[J].中国实用儿科杂志,2002,17(12):753

编号：ZZ-100412117（修回：2010-04-11）

清肝健脾汤治疗慢性乙型肝炎的疗效观察

Effective observation on treating chronic hepatitis B with Qinggan Jianpi decoction

刘智东

(广东省始兴县人民医院, 广东 始兴, 512500)

中图分类号: R512.6⁺2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0018-02 证型: IDB

【摘要】 目的: 观察清肝健脾汤治疗慢性乙型肝炎的疗效。方法: 54例慢性乙型肝炎患者随机分为对照组和治疗组, 对照组24例, 给予口服西药, 治疗组30例, 在对照组的基础上, 口服清肝健脾汤加减, 对比两组疗效。结果: 治疗组总有效率为96.7%, 对照组总有效率为83.3%, 两组对比差异有显著意义 ($P < 0.05$)。结论: 清肝健脾汤能有效改善患者症状, 提高生活质量, 无明显副作用。

【关键词】 清肝健脾汤; 慢性乙型肝炎

慢性乙型肝炎, 临床症状呈多样性, 轻者可无症状或症状轻, 重者可出现食欲不振、恶心、呕吐、腹胀、全身乏力和黄疸等。该病长期或反复发作, 可引起肝脏和脾脏肿大、肝病面容、肝掌和蜘蛛痣。实验室检查显示 ALT、AST、球蛋白及胆红素反复或持续升高, A/G 比例倒置, 凝血酶原时间延长, 外周血白细胞和血小板减少等。

笔者从2006年6月至2009年6月应用清肝健脾汤治疗本病患者30例, 取得较好的疗效, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料: 全部病例54例均符合1995年北京第5次全国传染病寄生虫病会议修订的《病毒性肝炎防治方案》标准。随机分为治疗组和对照组, 治疗组30例, 其中男18例, 女12例, 对照组24例, 其中男16例, 女8例。

1.2 治疗方法: 对照组口服灭澳灵4粒, 每日3次, 联苯双脂8粒, 每日3次, 肝泰乐2粒, 每日3次, 治疗组在对照组的基础上, 口服清肝健脾汤加减(自拟方, 由柴胡15g、黄芩12g、茵陈30g、土茯苓20g、七叶一枝花12g、虎杖12g、茜草12g、葛花15g、太子参15g、白术15g、苡仁20g等组成)。加减法如下: 若黄疸指数高, 大便偏干, 热盛于湿, 去太子参, 可与茵陈蒿汤合方; 湿盛于热, 可加佩兰、川朴芳香化湿或与藿香正气丸合用; 若转氨酶持高不降, 湿热皆盛, 可在本方上加金钱草、蛇舌草、龙胆草; 肝区疼痛加川楝、延胡、疏肝理气止痛; 若脾虚湿阻症状明

显, 加强健脾之品。在服药的同时须严格的饮食禁忌: 严忌肥甘厚味饮酒, 并摒除盲目服食各种补品是其另一治疗特点。服药期间宜食清淡易消化食物, 如牛奶、豆浆、豆制品、鸡蛋、低脂肪及植物蛋白高的食品; 亦可食用维生素丰富的水果、蔬菜。脾虚便溏者忌食生冷^[1]。

二组均以30天为1疗程, 观察3疗程。全部病例均未用抗病毒药及免疫调节剂。

1.3 疗效判断标准: 显效: 自觉症状消失, 体征改善, 肝功能恢复正常; 有效: 症状体征改善, 肝功能接近正常; 无效: 治疗后症状体征及实验室检查结果均无改善。

2 结果

表 两组疗效比较

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 |
|-----|----|----|----|----|
| 治疗组 | 30 | 17 | 12 | 1 |
| 对照组 | 24 | 8 | 12 | 4 |

从表中可以看出, 两组病例治疗后, 治疗组显效17例(56.7%), 有效12例(40%), 无效1例(3.3%), 总有效率为96.7%; 对照组显效8例(33.3%), 有效12例(50%), 无效4例(16.7%), 总有效率为83.3%。两组比较差异具有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。

3 讨论

中医书中并没有慢性乙型肝炎之病名记载, 根据(下转20页)

老年类风湿性关节炎的临床分析

A clinical analysis of elderly rheumatoid arthritis

古丽仙·艾尔肯

(新疆医科大学第一附属医院, 新疆 乌鲁木齐, 830054)

中图分类号: R593.22 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0019-02 证型: IDGB

【摘要】 目的: 分析老年类风湿性关节炎的临床诊治。资料: 我科收治的老年类风湿性关节炎患者 25 例。方法: 均用强的松、甲氨喋呤等药物口服, 同时并辅以非甾体抗炎药物、活血化淤药物及防治激素副作用的药物。结果: 均得到了较满意的缓解。讨论: 老年类风湿性关节炎的诊断尚无明确定义, 参照相关资料总结其临床表现, 对该病各种治疗方案的效果, 具有重要意义。

【关键词】 老年; 类风湿性关节炎; 临床

类风湿性关节炎 (RA) 是一种以关节病变为主的慢性全身性免疫性疾病。主要表现为周围对称性的多关节慢性炎症性的疾病, 可伴关节外的系统性损害。在类风湿性关节炎中, 老年性类风关较为常见。老年患者常合并骨质疏松、骨性关节炎。现笔者对老年类风湿性关节炎患者 25 例的有关治疗, 进行了总结, 现报告如下:

1 资料

2005~2008 年在我科室诊治的类风湿性关节炎患者 25 例, 均符合美国风湿病学会 1987 年类风湿性关节炎的诊断标准。其中男 9 例, 女 16 例, 年龄 60~77 岁, 病程 3 个月~22 年。其中初诊时伴有发热者 6 例, 关节畸形者 11 例, 因关节肿胀不能行走者 9 例, RF 阳性者 15 例, RF 阴性者 10 例; 血沉增快者 18 例, 血沉正常者 7 例。合并骨性关节炎者 8 例, 合并糖尿病者 4 例, 合并高血压病者 6 例。

2 方法

均应用强的松 15~20mg/d 口服, 甲氨喋呤 7.5~10mg/周口服, 其中 7 例加用爱若华 10mg/d 口服, 同时并辅以非甾体抗炎药物、活血化淤药物及防治激素副作用的药物等治疗, 疼痛缓解时间在 1~3d, 3~5d 后所有下肢活动障碍者, 均能离床行走。病例 7~14d 均门诊复查 1 次, 据患者病情的不同, 酌情调整强的松的用量, 1~2 个月后, 除 1 例外, 病例强的松均减为 5~7.5mg/d, 仅 2 例对激素依赖性较强, 激素减量后病情反复复发, 但目前仍用强的松 7.5mg/d。所有病例每 1~2 周复查血常规 1 次, 未发现因用免疫抑制剂而发生血细胞下降者。每 1~3 个月复查肝功、肾功、血脂、血糖等生化指标, 其中 2 例在治疗期间发生轻度的肝功能改变, 应用保肝药物后改善, 没有因此而停止治疗。根据临床症状缓解的情况, 复查血沉及其

他免疫指标检验项目。

不良反应: 用药后每次就诊或随访时观察和记录病人所出现的不适表现, 按照轻微 (病人能耐受)、中度 (需对症治疗)、重度 (有可能危及生命) 判断其程度, 分析不良反应与受试药物的关系, 有不良反应者定期观察其不良反应的转归情况。

疗效标准。治愈: 症状全部消失, 功能活动恢复正常, 主要理化检查指标正常; 显效: 全部症状消除或主要症状消除, 关节功能基本恢复, 能参加正常工作和劳动, 理化检查指标基本正常; 有效: 主要症状基本消除, 主要关节功能基本恢复或有明显进步, 生活不能自理转为能够自理, 或者失去的工作力或劳动力有所恢复, 主要理化检查有所改善; 无效: 与治疗前相比较, 各方面均无进步。

3 结果

在经 1~2 个月的治疗后, 临床症状缓解同时血沉恢复正常。在 25 例中, 6 例失访, 19 例仍在继续接受门诊治疗。其中 5 例病情反复, 其诱因有过劳、感冒、季节改变、自行更改用药剂量等。重新用原有药物后, 均得到了较满意的缓解。19 例患者中, 8 例已停用强的松。因用了免疫抑制剂, 在疾病的不同时期, 均出现了不同程度的感染症状, 加用了胸腺因子静点及转移因子口服后缓解。

4 讨论

老年类风湿性关节炎, 多数以急性发病, 首发关节以肩和膝关节等大关节累及多见, 呈非对称性表现, 手指小关节损害较轻, 常伴双下肢凹陷性水肿, 若不及时治疗可致关节功能损害, 严重影响老年人的生活质量。

老年类风湿性关节炎临床表现特点: ①年龄>65 岁, 急性发病。②部分患者以骨关节炎和多部位肌痛

为最初表现，几年后才出现典型的类风湿性关节炎表现。③软组织水肿（尤其是手、足水肿）多见，常引起腕管和跗管综合征。④关节外症状（全身症状、体重下降和疲乏无力）多见，而皮下结节少见。⑤晨僵非常明显。⑥RF阳性率为60%~70%，滴度多较低。⑦关节X线以骨质疏松为主，很少有侵蚀性改变。⑧对非甾体抗炎药反应较差，而对小剂量糖皮质激素和二线药物反应较好。⑨病情发展快，预后不良，可因心血管、感染及肾功受损等并发症而死亡。总之，认真总结其治疗中的经验教训，是风湿工作者刻不容缓的职责。本文由于病例数较少，尚不能对某种治疗方案的效果得出确切的结论，但在治疗中遇到的一些有关健康教育问题及治疗中需注意的问题，认为有必要

（上接 18 页）

脏腑学说可知，祖国医学所论之肝与西医在解剖学上无异，如《医学入门》所说：“肝之系者，自膈下着右肋肋，上贯膈入肺，中与膈膜相连也。”但从生理上看，则大不相同。西医所论肝脏，属消化系统，主要参与三大代谢，是人体中最大的营养加工厂。而从中医角度来看，这种消化、吸收的生理功能除与肝（肝主疏泄而助脾之健运）有关之外，也是属于脾的功能（脾主运化）。从临床上来看，慢性肝炎患者大都表现为倦怠乏力、食欲不振、肢体困重、恶心呕吐、腹胀便溏、胁痛、胁部不适、头晕失眠^[2]等肝脾同病，湿浊内阻的症状。因此，治疗本病，笔者以清肝健脾利湿为总的原则治疗，疗效比较满意。

方中茵陈清热利湿退黄，如《本草正义》“茵陈，味淡利水，乃脾胃二家湿热之专药。湿疸、酒疸、身黄溲赤如酱，皆胃土蕴湿积热之证，古今皆以此物为

提出并加以总结，以利于更好地为更多的病人解除病痛。

参考文献:

[1]沈文怡,陆化,刘澎,林如锋,李建勇.老年类风湿关节炎伴多发性骨髓瘤 Lamda 轻链型一例报告附文献复习[J].白血病.淋巴瘤,2007,(2)
 [2]吴艳萍,汪世明.三七总苷联合甲氨蝶呤治疗老年性类风湿关节炎临床观察[J].中国医药导报,2007,(23)
 [3]刘健.老年类风湿性关节炎机理及证治探要[J].中医药学刊,2001,(5)
 [4]刘健.老年类风湿性关节炎的辨证论治[J].安徽中医学院学报,2001,(6)

作者简介:

古丽仙·艾尔肯，女，新疆乌鲁木齐，职称：住院医师，研究方向：风湿免疫和骨质疏松。

编号：ZZ-10041235（修回：2010-04-11）

主，其效甚速”；柴胡疏肝，黄芩清肝热，太子参健脾，三者合用，取小柴胡汤之意，疏肝清肝，健运脾胃，使中焦枢机运转，病邪外达；七叶一枝花、土茯苓、虎杖入肝经，清肝热，解毒利湿；白术、苡仁健脾渗湿；葛花清肝醒脾解酒毒，尤其是现代人多饮酒，导致酒毒内蕴，更需加重用量；茜草活血，疏通肝络。诸药合用，有祛邪不伤正，扶正不留湿的作用。

方中所用中药价格低廉，经济、实用，前景可观，值得进一步推广，观察其远期疗效。

参考文献:

[1]刘燕华.刘渡舟教授治疗慢性病毒性肝炎临床经验浅述[J].北京中医药大学学报,1996,5
 [2]邓铁涛.邓铁涛临床经验辑要[M].中国医药科技出版社,1998. 47

作者简介:

刘智东，男，本科，职称：中医主治医师。

编号：ZZ-10041239（修回：2010-04-12）

卫生部发布 12 项职业卫生标准

——新增《职业性传染病诊断标准》

卫生部近日发出 2010 年第 6 号通告，公布了 12 项国家职业卫生标准，其中《职业性传染病诊断标准》为新增的强制性职业病诊断标准。

据《职业性传染病诊断标准》介绍，职业性传染病是指作业人员在职业活动中接触职业性传染病的病原生物（病原体）所引起的疾病。诊断为职业性传染病，需有确切病原生物（病原体）职业接触史，有相应的临床表现及特异性实验室检查结果异常或呈阳性，同时要通过结合职业卫生学调查资料，进行综合分析，排除其他原因所致的类似疾病。目前，职业性传染病的诊断包括了职业性布鲁氏菌病、职业性炭疽和职业性森林脑炎。

据了解，12 项标准中有 9 项为强制性职业病诊断标准，除新增标准外，《职业性急性羰基镍中毒诊断标准》、《职业性白内障诊断标准》等 8 项为修订标准。以上标准将于今年 10 月 1 日起实施。

（张 昊//健康报）

中西医结合治疗变应性鼻炎的疗效观察

Effective observation on treating allergic rhinitis in the integrative medicine

孙一枚

(山东枣庄市中医院, 山东 枣庄, 277101)

中图分类号: R135.91 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0021-02 证型: IGB

变应性鼻炎是指^[1]个体接触致敏原后由 IgE 介导的递质释放、并有多免疫活性细胞和细胞因子参与的鼻粘膜慢性炎症反应性疾病, 临床主要表现为阵发性喷嚏、鼻痒、流清涕、鼻塞、眼痒、咽部痒以及嗅觉功能障碍等。流行病学调查报告显示我国 11 个城市变应性鼻炎的发病率为 11.1%^[1]。另外变应性鼻炎不仅可以导致鼻窦炎、咽炎、气管炎和哮喘等诸多并发症, 而且会影响患者的生活、学习等, 因此给患者带来了较大的精神和经济负担。所以对变应性鼻炎的治疗不容忽视, 而我们采取中西医结合的方式对变应性鼻炎进行治疗, 现报道如下:

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

选取均符合变应性鼻炎诊断标准^[2]的病例 70 例, 所有患者入院时均存在不同程度的鼻痒、大量清水样鼻涕、鼻塞等典型变应性鼻炎症状; 对所选病例随机分为两组, 其中治疗组 35 例, 男 19 例、女 16 例, 平均年龄 (38.5±13.4) 岁; 对照组 35 例, 男 18 例、女 17 例, 平均 (36.7±16.5) 岁。两组患者年龄、性别等临床资料经分析无差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 研究方法

两组患者均给予微波理疗, 嘱患者取坐位, 用 1% 地卡因, 1% 麻黄素对双侧鼻粘膜各喷三次, 然后再用 1% 麻黄素棉球放入双侧鼻腔内, 充分对鼻顶筛前神经进行麻醉, 麻醉后采用 EBH—IV 耳鼻喉微波热透理

疗仪, 频率 2450MHz, 波长 12.25cm, 功率 50W。针状电极分别放置于下鼻甲前端内侧面、鼻丘以及鼻中隔前上方黏膜处, 进行多点式的微波理疗, 以局部黏膜呈现白色状凝固为宜, 每个点治疗 2s, 平均每侧治疗 24s。嘱患者用 1% 麻黄素滴鼻, 每日三次, 每次三滴, 应用一周。

治疗组在上述基础上加用防风 10g、白术 15g、黄芪 20g、柴胡 10g、五味子 10g、川芎 5g、赤芍 15g、白芷 10g、苍耳子 10g、甘草 6g, 每日两次, 水煎服。

2 疗效评估标准

疗效评估参考中华医学会制定的疗效标准^[3]进行评定, 分为显效、有效、无效, 前两者共计为总有效率; 根据患者治疗前后症状和体征评分, 改善百分率 = (治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分 × 100%; 疗效评定: 显效为改善率 ≥ 51%, 有效为改善率百分率在 21% ~ 50%, 无效为改善百分率 ≤ 20%

3 统计方法

采用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析。

4 结果

4.1 疗效结果见表 1。

表 1

| 分组 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 (%) |
|-----|----|----|----|----------|
| 治疗组 | 19 | 15 | 1 | 97.14 |
| 对照组 | 13 | 18 | 4 | 88.57 |

4.2 两组治疗后症状体征积分对比结果见表 2。

表 2

| 分组 | 鼻塞 | 鼻痒 | 流涕 | 打喷嚏 | 体征 |
|-----|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 治疗组 | 1.57±0.27 | 1.19±0.38 | 1.01±0.22 | 1.02±0.43 | 1.24±0.35 |
| 对照组 | 2.01±0.12 [▲] | 1.68±0.68 [▲] | 1.75±0.41 [▲] | 1.71±0.52 [▲] | 1.55±0.47 [▲] |

注: [▲] $P<0.05$ 。

5 讨论

变应性鼻炎是指发生在鼻黏膜上的变态反应性疾病, 其特点是黏膜的反应性增高; 其发生机理是 IgE

介导的 I 型变态反应; 其治疗的最常用方法为激素、抗组胺药及黏膜保护剂的联合应用^[4]。但是西药治疗 (下转 23 页)

中西医结合局部注射治疗 糜烂型口腔扁平苔癣的体会

Experience for treating erosive oral lichen planus in the integrative medicine

黄业翔

(甘肃省第二人民医院, 甘肃 兰州, 730000)

中图分类号: R246.7 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0022-02 证型: IDB

【摘要】 目的: 探讨中西医结合局部注射治疗糜烂型口腔扁平苔癣方法; 分三组注射药物分别观察比较疗效。结果: 中西医结合局部注射治疗糜烂型口腔扁平苔癣效果最佳。

【关键词】 扁平苔癣; 口腔; 中西医结合疗法; 注射

口腔扁平苔癣(OLP)是一种非感染性浅表性慢性炎症。本病病性不稳定,常因神志不畅,饮食失调,思虑过度而反复发作,患者异常痛苦。病损可同时或分别发生在皮肤或黏膜。好发于中年人,女性多于男性。损害呈慢性过程,病程往往可迁延数年至十余^[1]。

至今尚未发现单一的根治性药物和方法。笔者通过近年来接诊的患者采用中西医结合治疗糜烂型口腔扁平苔癣,能有效控制病情,取得较好远期疗效。结果报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

观察病例30例,男19例,女11例,年龄19~76岁,病情15天~1年。病变部位:多位于双侧颊黏膜,其次在舌腹、唇部、口底。所有病例治疗前均做微循环检查,发现血流粘滞度有不同程度的增高,近半数患者有神志不畅、焦虑、急躁、抑郁、紧张的心理表现。随机分了三组,西药组10例,中药组10例,中西医结合组10例。

1.2 方法

去除一切可能的诱发因素,对有可能精神因素者,注意耐心解释,消除病人顾虑及紧张因素。对精神较为紧张的患者,可给予适当的镇静剂。对有局部刺激者,去除局部刺激因素。

1.2.1 西药组

根据病损大小用2ml醋酸强的松龙混悬液,加等容量的2%利多卡因混匀后,在病损区粘膜内做多点

基底注射。

1.2.2 中药组

用脉络宁注射液2ml加等容量的2%利多卡因混匀后,在病损区粘膜内做多点基底注射。

1.2.3 中西医结合组

用2ml醋酸强的松龙混悬液加等容量脉络宁注射液及2%利多卡因混匀后,在病损区粘膜内做多点基底注射。

3组均每周治疗1次,4次为一疗程,根据病情轻重治疗1~3疗程。治疗完后1月内复查,评定近期疗效。半年复查1次,再于1年后复查,评定远期疗效。在第二次复查前,不再做本病的相关治疗。

2 疗效标准与治疗结果

2.1 疗效标准: ①痊愈:病损完全消退,粘膜恢复正常,自觉症状消失。②好转:糜烂愈合,白纹变淡或充血范围缩小,自觉症状减轻或消失。③无效:自觉症状和临床表现均无变化或加重者。

2.2 治疗结果

表1 3组近期临床疗效比较

| 组别 | n | 痊愈 | 好转 | 无效 | 总有效率 |
|------|----|----|----|----|------|
| 西药组 | 10 | 5 | 2 | 3 | 70% |
| 中药组 | 10 | 4 | 2 | 4 | 60% |
| 中西结合 | 10 | 5 | 3 | 2 | 80% |

表2 3组近期临床疗效比较

| 组别 | n | 痊愈 | 好转 | 无效 | 总有效率 |
|-----|----|----|----|----|------|
| 西药组 | 10 | 2 | 3 | 5 | 50% |

| | | | | | |
|------|----|---|---|---|-----|
| 中药组 | 10 | 5 | 3 | 2 | 80% |
| 中西结合 | 10 | 7 | 3 | 0 | 90% |

3 体会

OLP 相当于中医学口疳范畴,是一种与细胞免疫功能紊乱有关,以皮肤组织内淋巴细胞浸润为特征的慢性非感染性炎症。通过观察西药治疗采用醋酸强的松龙混悬液,具有较强的抗炎作用。通过抑制 T 细胞功能和减少免疫球蛋白合成,抑制其炎症反应,使组织破坏和抗原释放减少而起效,用来治疗 OLP 有一定的药理依据及针对性。^[2]

但由于醋酸强的松龙混悬液得副作用,不宜长期使用,而停药后病情有易出现反复。中医学认为,OLP 为阴血不足,血虚风燥,脏腑失调,湿热蕴结,阴虚内热,虚火上炎于口而成。阴虚火旺,气滞血瘀在 OLP 的发病机制中起主导作用,应用养阴清热,活血祛瘀治疗 OLP 疗效满意。通过观察患者治疗前微循环及血液流变学检查发现,全血比粘度,血浆比粘度,全血还原比粘度均增高,血细胞电泳时间延长,红细胞压积也增高。笔者通过临床证中发现。OLP 临床中多有

气滞血瘀的症候表现。而脉络宁注射液有养阴清热,活血祛瘀的功效。用来治病能提高机体的免疫功能及应激性,促进全身和局部血循环,有助于病损消退。脉络宁注射液是由玄参、牛膝等中药制成的复方静脉滴注药理研究证明:其具有改善凝血、改善血液流变性、扩张血管、增加血流、清除自由基、提高组织和器官抗缺血缺氧能力及改善微循环的功能^[3]从本临床观察结果可以看出,单纯西药或中药对 OLP 均有效,远期又可克服单纯西药治疗停药后易复发的缺点。所以,用中西医结合治疗的方法可以巩固和提高疗效,防止和减少复发,为目前治疗 OLP 较好的方法之一。

参考文献:

- [1] Moaxhwlla SI et al. *Dermatology Philadelphia WB Saunders Co.* 1975,6(1): 32-35
- [2] 许云. 醋酸强的松龙和碘甘油治疗糜烂型扁平苔癣[J]. *医药论坛杂志*, 2004,25(11):48-49
- [3] 召晓峰. 脉络宁加光离子治疗脑梗塞 26 例临床分析[J]. *浙江中西医结合杂志*. 2000,10(2):80

编号: ZZ-10041237 (修回: 2010-04-01)

(上接 21 页)

该病的远期效果并不十分理想而且复发率较高,仅对过敏反应起作用^[5],因此本次研究采用微波治疗的方法,取得了较好疗效,然而在微波治疗基础上根据中医辨证论治,效果更令人满意(治疗组总有效率达到了 97.14%,并且各种临床症状及体征与对照组相比存在差异, $\Delta P < 0.05$)。因为微波治疗不仅可以使鼻腔黏膜下小血管、淋巴管封闭、鼻甲缩小,还能使黏膜上的胆碱能神经节减少乙酰胆碱的释放,从而达到降低患者对外界不良刺激的敏感性以及减少血管扩张和降低腺体分泌的目的,进而改善临床症状。而中医认为变应性鼻炎属于鼻鼽范畴,其病因病机为肺气亏虚、卫表不固,外邪风寒侵袭鼻窍,肺气不得宣发、津液停聚不能疏散所致。所以我们根据中医辨证论治体系,采取以玉屏风散为基础方,然后进行加减;方中黄芪、白术补中益气,川芎、赤芍活血化瘀,五味子收湿止涕,另外我们在组方治本的同时,对于变应性鼻炎急性期以苍耳子、白芷治其标,疗效满意。

总之,本次研究我们在进行微波理疗的同时加用

中药,对全身脏腑功能进行调理,因为这样不但可以改善患者的过敏体质,还能降低其对变应原的敏感性,从而巩固远期疗效、降低复发率,最终达到标本兼治的目的,所以中西医结合治疗变应性鼻炎是可行方案之一。

参考文献:

- [1] 孔维佳. 变应性鼻炎的流行病学与治疗[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2009,23(8):376-377
- [2] 田勇泉. *耳鼻咽喉头颈外科学*[M]. 人民卫生出版社, 2008.6:66-67
- [3] 中华医学会耳鼻咽喉科分会, 中华耳鼻咽喉科杂志编委会. 变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案(2004 年, 兰州)[J]. *中华耳鼻咽喉科杂志*
- [4] 殷明德. 变应性鼻炎药物治疗新进展[S]. *国外医学耳鼻咽喉科学分册*, 2001,25(2):66-68
- [5] 陈晓征, 蔡恒. 中西医结合治疗常年变应性鼻炎疗效观察[J]. *中原医刊*, 2006,33(5):61

作者简介:

孙一枚 (1973-), 女, 本科, 职位: 中级主治医师, 研究方向: 耳鼻喉科临床研究。

编号: ZZ-100412122 (修回: 2010-04-14)

早期肠内营养在应激性溃疡的作用

Effects of early enteral nutrition on stress ulcer

米热阿依·阿不都哈的尔¹ 夏米西丁·阿尔斯兰¹ 艾克拜尔²

(1.新疆维吾尔自治区人民医院, 新疆 乌鲁木齐, 830000;

2.武警新疆总队医院, 新疆 乌鲁木齐, 830000)

中图分类号: R364.1⁺6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0024-02 证型: IDGA

【摘要】 目的: 探讨早期肠内营养在危重患者应激性溃疡出血中的预防作用。方法: 100例危重患者随机分常规治疗组40例, 早期肠内营养组60例。前者早期给予全胃肠外营养, 5~7d后再逐渐过度至肠内营养。后者病后12~24h内即行肠内营养支持。余治疗不变。观察两组患者消化道出血例数及胃内pH值变化情况并比较。结果: B组上消化道出血发生率明显少于A组($P<0.05$), B组胃液PH值高于A组胃液PH值。结论: 早期肠内营养对预防危重患者应激性溃疡疗效明显。

【关键词】 危重患者; 肠内营养; 应激性溃疡; 预防; 临床研究

应激性溃疡泛指休克、创伤、手术后和严重全身性感染时发生的急性胃黏膜病变, 多伴出血^[1]。其死亡率 $>50%$ ^[2]。而近期研究发现, 脑出血急性期并发应激性溃疡出血高达14%~76%, 使其病死率78.6%^[3]。本研究拟通过早期肠内营养在预防应激性溃疡中的价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

选危重患者100例。其中男60例, 女40例, 性别比1.5:1; 年龄25~55岁, 平均(34.33±7.60)岁; 重症胰腺炎5例, 严重全身性感染25例, 多发性外伤53例, 呼吸衰竭7例, 其它疾病10例。均有明确急性应激条件但无肠内营养禁忌症。随机分常规治疗组(A组)40例, 早期肠内营养组(B组)60例。A组男28例, 女12例, 性别比2.3:1。年龄25~54岁, 平均(32.25±8.45)岁。其中重症胰腺炎2例, 严重全身性感染10例, 多发性外伤20例, 呼吸衰竭3例, 其它疾病5例。B组男32例, 女28例, 性别比1.1:1。年龄26~55岁, 平均(36.15±7.19)岁。其中重症胰腺炎3例, 严重全身性感染15例, 多发性外伤33例, 呼吸衰竭4例, 其它疾病5例。

1.2 方法

A组早期给予全胃肠外营养, 5~7d后再渐过度至肠内营养。B组病后12~24h内即行肠内营养支持。余治疗不变。观察两组消化道出血及胃内pH值变化情况。

1.3 插胃管操作: 常规放置Flocare鼻胃肠管, 管外径3.3Imm, 长约145cm, 插管长度80~90cm。每日需能量按126kJ/(kg·d)计算, 不足的水分与能量由静脉补充。抑酸药奥美拉唑静脉注射剂量40mg/d, 口服剂量为奥美拉唑胶囊20mg, 每日2次。

1.4 统计学处理: 数据用SPSS15.0统计软件进行处理, 用均数±标准差表示, 组间比较用t检验; 计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 患者发生应激性溃疡的统计结果。A组患者共发生10例, B组发生4例。两组比较, 差别有统计学意义($P<0.05$)。结果见表1。

表1 两组患者发生应激性溃疡的统计结果(例)

| 组别 | 总例数 | 发生应激性溃疡(例) |
|----|-----|------------|
| A | 40 | 10 |
| B | 60 | 4 |

注: 两组比较, $P<0.05$

2.2 两组患者PH测定结果。在入院后1~14天内A组患者平均PH值为7.25±0.20; 1~14天内B组患者平均PH值为7.40±0.15; 两组比较, 差别有统计学意义($P<0.05$)。结果见表2。

表2 两组患者PH测定统计结果(例)

| 组别 | 总例数 | 平均PH值 |
|----|-----|-----------|
| A | 40 | 7.25±0.20 |
| B | 60 | 7.40±0.15 |

注: 两组比较, $P<0.05$ 。

(下转 26 页)

半夏泻心汤加减治疗十二指肠溃疡 37 例

Treating 37 cases of duodenal ulcer with Banxia Xiexin decoction

裴建锋

(河南省浙川县中医院, 河南 浙川, 474450)

中图分类号: R656.6⁺2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0025-02 证型: IDGB

【摘要】 目的: 观察半夏泻心汤加减治疗十二指肠溃疡的疗效。方法: 将 67 例患者随机分为两组, 治疗组 37 例, 对照组 30 例, 治疗组用半夏泻心汤加减, 对照组给予西药 (奥美拉唑肠溶胶囊、阿莫西林胶囊、甲硝唑片), 疗程一个月。结果: 半夏泻心汤加减的中医证候疗效和胃镜疗效均优于西药对照组, 两组疗效有统计学意义。结论: 半夏泻心汤加减治疗十二指肠溃疡疗效确切。

【关键词】 半夏泻心汤; 十二指肠溃疡; 疗效

近年来, 笔者经常运用半夏泻心汤汤加味治疗十二指肠溃疡, 疗效满意, 现总结资料完整的 37 例, 报告如下:

1 临床资料

诊断均符合《实用内科学》中十二指肠溃疡诊断标准, 经电子胃镜确诊为十二指肠溃疡, 中医诊断为胃脘痛, 辨证为寒热错杂型的患者。均符合下列条件: ①年龄 18~65 岁; ②有上腹痛合并上腹胀、纳差、反酸、嗝气等症状; ③入选前 7 天内经胃镜证实为活动期 (A₁, A₂) 十二指肠溃疡, 溃疡直径 0.4~2.0cm, 溃疡数不超过 2 个; ④试验前 1 周末用任何抗溃疡药物及抗生素; ⑤患者愿意配合。并排除: ①有复合性或多发性溃疡, 有溃疡并发症; ②肝硬化伴食管胃底静脉曲张、门脉高压性胃病; ③孕妇或哺乳期妇女; ④正在服用非甾体类解热镇痛药及对试验药物过敏或不能配合试验者; ⑤有胃、十二指肠手术史; ⑥心、肝、肾等重要脏器严重疾病及功能异常者。

2 治疗方法

治疗组给与半夏泻心汤: 半夏 10 克; 黄芩 10 克; 黄连 6 克; 干姜 10 克; 潞党参 15 克; 炙甘草 6 克; 大枣 5 枚, 加减: 脘腹痞满重者加木香 6 克或枳实 (壳) 15 克; 胃中振水音明显者加茯苓 15 克; 脘腹冷痛者加肉桂 3 克; 后重感明显者加白头翁 15 克。每日 1 剂, 水煎分 3 次温服, 餐后 1h 服用。

对照组内服奥美拉唑肠溶胶囊, 每次 20mg, 每日 2 次, 连服 1 个月, 加服阿莫西林胶囊每次 0.5g, 每日 3 次, 连服 1 周, 甲硝唑片每次 0.2g, 每日 3 次, 连服 1 周, 此组药物均在餐后即服。1 个月为一疗程。

3 疗效标准与治疗结果

疗效标准分为临床证候疗效标准及胃镜疗效标准。

3.1 临床证候疗效标准

显效: 临床积分消失, 或症状积分减少 >75%; 好转: 临床积分改善, 或症状积分减少为 50%~75%; 无效: 临床症状无好转或加重, 或症状积分减少 <50%。

3.2 胃镜疗效标准

治愈: 溃疡愈合, 病变粘膜恢复正常; 好转: 溃疡面积缩小, 粘膜病变改善; 无效: 病灶无改善。

4 统计学方法

使用 SPSS13.0 统计软件, 采用 χ^2 检验、 t 检验和秩和检验。

5 治疗结果

5.1 一般情况

治疗组 37 例, 其中男 15 例, 女 22 例; 年龄 23~70 岁, 平均 (42.6±2.8) 岁; 病程半年至 20a, 平均 (8.8±1.2) a; 对照组 30 例, 其中男 11 例, 女 19 例; 年龄 24~69 岁, 平均 (42.4±2.5) 岁, 病程半年至 20a, 平均 (8.7±1.3) a。2 组资料分别进行 χ^2 检验无统计学差异, 具有可比性。

5.2 临床证候疗效

两组治疗的证候疗效比较见表 1。

表 1 两组临床证候疗效比较

| 组别 | 显效 | 好转 | 无效 | 有效率 (%) |
|----------|----|----|----|---------|
| 治疗组 n=37 | 28 | 8 | 1 | 97.3 |
| 对照组 n=30 | 15 | 11 | 4 | 86.7 |

注: 经检验, $Z=-2.285$, $P=0.022$, $P<0.05$, 说明治疗组在改善患者临床证候方面优于对照组。

5.3 胃镜疗效比较

两组胃镜疗效比较见表 2。

表 2 两组胃镜疗效比较

| 组别 | 治愈 | 好转 | 无效 | 有效率 (%) |
|----------|----|----|----|---------|
| 治疗组 n=37 | 29 | 6 | 2 | 94.6 |
| 对照组 n=30 | 16 | 11 | 3 | 90 |

注：经检验， $Z=-2.094$ ， $P=0.036$ ， $P<0.05$ ，说明治疗组在改善患者十二指肠组织学方面优于对照组。

6 讨论

十二指肠溃疡属中医“胃脘痛”“心下痞满”“嘈杂”“呕吐”等范畴。其病因可归纳为两方面：其一，精神因素，如忧愁、恐惧、愤怒以及精神紧张，导致肝失疏泄，气郁化火，横逆犯胃，形成肝胃不和或肝胃阴亏，络脉损伤而成痞；其二，饮食因素，如饮食不节、饥饱无常，或过食生冷，损伤脾胃，酿湿生热，络脉受腐而成痞。临证以虚实夹杂、寒热互见居多。其发病总以脾胃为中心，脾胃虚寒，气阴两亏，湿热充斥，气滞血瘀是形成溃疡的关键。治疗组观察的病例均为寒热错杂型患者，大多症见胃脘及脐以上胀满不舒，食后胀满加重，时有呃逆嗝气，肠鸣不适，大便多不成形，常有后重或解不净之感，脉缓而弦，舌苔薄黄而腻；笔者临床以半夏泻心汤加减治疗该病疗效显著。

《伤寒论》中半夏泻心汤专司“心下痞”，全方寒热并用，辛开苦降，补泻同施，达到健脾和胃，平调寒热，散结除痞之功效。方中人参补脾气而治本虚；半夏散结除痞而治标实，二药合用，脾胃同治，既治本虚，又疗标实，使脾气得升，胃气得降，中焦气机条达，痞满自除，共为君药。黄连味苦寒，除中焦湿热，但性寒凝滞，须借干姜之辛温方能直达病所；干姜辛温，守而不走，以其辛热之性，散中州之寒邪，又解半夏之毒为臣药。寒热错杂，互结中焦，非辛温则寒结不解，非苦寒则邪热不除，方中黄连与半夏配伍，辛开苦降，以顺其阴阳之性而调其寒热，清热泻

火，和胃止呕，消痞散结之效甚佳。方中黄芩苦寒，可助黄连清热；寒热错杂之邪互结中焦，枢机不利，气血运行不畅，故加木香辛散温通，行气止痛；与人参配伍，补而不滞，散不伤正，共同推动气血运行；加用白术健脾除湿以助中焦之力，共为佐药。甘草既助人参补气，又可调和诸药，使寒热互济，而为使药。全方寒热并用和其阴阳，苦辛并进以调其升降，补泻兼施以顾其虚实，使寒热得解，升降复常，痞满诸症自愈。

7 病案举例

患者甲，男，29岁。胃脘部胀闷疼痛反复发作4年余，再发加重半月就诊。自诉常因饮食不调，饥饿或情绪不佳后出现胃脘部疼痛，呈隐痛或胀痛。服西药疗效不佳。胃镜检查示：①十二指肠溃疡；②慢性胃炎。临床症见：胃脘疼痛胀满不舒，食后加重，时有呃逆嗝气，肠鸣不适，大便多不成形，里急后重，脉缓而弦，舌苔薄黄，脉细弱。当属寒热错杂之证，治以半夏泻心汤加味。方药：半夏10克，黄芩10克，黄连6克，干姜10克，潞参15克，枳实15克，炙甘草6克，大枣5枚，水煎服每日1剂。连服7剂后，胃痛明显减轻，大便正常。守方微调继服20余剂后，胃痛除，饮食正常，其余症状消失，复查胃镜示：十二指肠溃疡愈合期。嘱患者注意饮食调理、避免情绪刺激。随访1年未复发。

作者简介：

裴建锋（1969-），男，汉族，籍贯：河南浙川，职称：副主任医师，研究方向：肝胆脾胃疾病。

编号：ZZ-10041223（修回：2010-03-24）

（上接24页）

3 讨论

肠内营养能提供足够热量和氮源、促进胃肠激素分泌^[4]，也能促进胃肠蠕动，增加胃肠道黏膜血流量，刺激肠黏膜细胞增殖，清除肠内细菌、内毒素及氧自由基，减轻应激因素作用，维护胃肠道黏膜结构和功能，使受损的黏膜及早得到修复^[5]。

应激性溃疡重在预防。早期肠内营养可明显减少上消化道出血的发生，并能明显减轻出血症状，且符合生理。早期插入胃管的连续胃腔内pH及黏膜内pH监测，对预测胃肠黏膜病变危险性有一定意义。一般认为腔内pH小于3.5~4.0或黏膜内pH小于7.35则需采取预防措施。

参考文献：

[1]李明杰,郑英键.对“应激性溃疡”的再认识[J].中国普通外科杂志, 2006,15(9):702-704

[2]郑英键.应激性溃疡[J].医学新知杂志,2006,16(1):10-13

[3]萧树东,许国铭,李兆申,等.应激性溃疡防治建议[J].中华医学杂志,2002, 82(14):1000-1001

[4]石善奎,康继生,杨胜厚.胃切除术后早期肠内营养的临床观察[J].中国临床营养学杂志,201,9(3):163-165

[5]彭毅志,肖光夏,马利,等.严重烫伤大鼠肠黏膜结构的变化及早期肠内营养的保护作用[J].肠外与肠内营养,1959,2(1):15-18

作者简介：

米热阿依·阿不都哈的尔（1979-），女，本科，新疆喀什，职称：住院医师，研究方向：消化系统疾病。

编号：ZZ-10041241(修回：2010-04-11)

中西医结合治疗慢性盆腔炎 55 例疗效分析

Effective observation on treating 55 cases of CPID in the integrative medicine

杨冬梅

(杭州经济技术开发区白杨街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州, 310018)

中图分类号: R711.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0027-02 证型: IDB

【摘要】 目的: 观察中西医结合疗法治疗慢性盆腔炎的疗效。方法: 将 110 例慢性盆腔炎患者随机分为治疗组与对照组, 每组 55 例。两组均给予乳酸左氧氟沙星、替硝唑注射液静脉滴注。治疗组在此基础上加服易黄汤加味。两组均为治疗 7 天为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程后观察疗效。结果: 治疗组总有效率 94.55%, 对照组总有效率 80.000%。两组治愈率、总有效率相比有明显的差异 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合疗法治疗慢性盆腔炎疗效显著。

【关键词】 盆腔炎; 慢性; 中西医结合疗法; 易黄汤

慢性盆腔炎是一种临床最常见的妇科炎症性疾病, 多由于急性盆腔炎失治、误治, 迁延不愈所致, 亦可无急性盆腔炎病史, 难以治愈, 易复发。笔者 2008 年 1 月至 2009 年 12 月采用中西医结合疗法治疗慢性盆腔炎患者 56 例, 取得了满意的临床疗效, 现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

本研究所观察病例均为我院妇科门诊或住院患者, 按就诊顺序随机分为治疗组与对照组。治疗组 55 例, 年龄 18~60 岁; 病程 3 个月至 5 年; B 超检查: 盆腔积液 23 例, 盆腔炎性包块 30 例, 卵巢囊肿 3 例。对照组 55 例, 年龄 18~60 岁; 病程 3.2 个月至 5 年; B 超检查: 盆腔积液 22 例, 盆腔炎性包块 31 例, 卵巢囊肿 2 例。两组患者年龄、病程、B 超检查结果无明显差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 入选标准

两组患者均符合《中医病证诊断疗效标准》^[1]。

①症状: 下腹坠胀、疼痛, 腰骶部酸痛, 在性交后、排便时、劳累及月经前后明显加重, 可伴有发热、白带、月经增多。②妇科检查: 子宫活动受限或粘连固定; 或在子宫一侧或两侧有轻度压痛, 并可触及条索状物; 或在盆腔一侧或两侧扪及肿块; 在子宫一侧或两侧有片状增厚、压痛。

1.3 排除标准

①排除年龄在 18 岁以下, 60 岁以上者; ②排除

妊娠或哺乳期妇女; ③排除合并有严重的心、肝、肾和血液系统疾病者; ④排除伴有精神病者。

1.4 治疗方法

两组患者均给予乳酸左氧氟沙星 0.3 静脉滴注, 一天二次; 替硝唑注射液 0.8g 静脉滴注, 一天一次, 治疗 5~7 天, 治疗组在此基础上加服易黄汤加味。药物组成: 山药 (炒) 20g, 芡实 (炒) 20g, 黄柏 (盐炒) 10g, 车前子 (包煎) 10g, 白果 10g, 蒲公英 30g, 鱼腥草 20g, 半边莲 10g, 篇蓄 10g, 延胡索 10g, 苍术 20g, 茵陈 10g, 益母草 20g, 艾叶 10g, 当归 150g, 薏苡仁 30g。上药水煎早晚分 2 次热服。两组均为治疗 7 天为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程后观察疗效。

1.5 疗效判定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]拟定。痊愈: 下腹疼痛及腰骶胀痛等症状、体征消失, 妇科及理化检查正常。显效: 下腹疼痛及腰骶胀痛等症状、体征明显减轻, 妇科及理化检查明显改善。有效: 下腹疼痛及腰骶胀痛等症状、体征减轻, 妇科及理化检查有所改善。无效: 治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等无减轻或有加重, 妇科检查及理化检查无改善或有加重。

1.6 统计学方法

本研究所涉及数据均经 SPSS12.0 软件包进行处理, 两组间比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 等级资料采用 Ridit 分析。

2 结果

(下转 29 页)

中西医结合治疗带状疱疹神经痛 60 例疗效观察

Effective observation on treating 60 cases of postherpetic neuralgia in the integrative medicine

甘传敬

(福建泉州市德化县人民医院, 福建 泉州, 362500)

中图分类号: R752.1+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0028-02 证型: IDB

【摘要】 目的: 探讨中西医结合方法治疗带状疱疹神经痛的疗效问题。方法: 将本院确诊的 60 例带状疱疹神经痛患者, 随机分为治疗组 30 例和对照组 30 例, 分别予以中西医结合与单纯西药方法治疗, 观察和对比两种方法的疗效。结果: 治疗组的有效率明显好于对照组, 且统计学比较存在显著差异。结论: 中西医结合方法治疗带状疱疹神经痛疗效显著, 值得推广应用。

【关键词】 中西医; 治疗; 带状疱疹; 神经痛

带状疱疹 (Herpes Zoster) 是由水痘带状疱疹病毒引发的进行炎症性皮肤病。急性疱疹常会在皮肤受损部位造成持续性神经疼痛等神经症状, 发病时患者神经疼痛严重, 严重影响患者生活质量。现对本院采用的中西医结合方法和西药方法治疗带状疱疹神经痛的疗效情况报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008.5~2009.5 期间本院皮肤科收治的 60 例带状疱疹神经痛患者, 其中男 33 例, 女 27 例, 年龄 25~78 岁, 中位年龄 51.5 岁。所有患者均具有典型体征和临床症状, 病变部位在头面部 19 例, 腰背部 17 例, 胸肋部 15 例, 四肢部位 9 例。病程 1~5 个月。

1.2 方法

将自愿参加本研究的患者随机分为治疗组 30 例, 对照组 30 例, 分别予以中西医结合方法和西药方法进行治疗。

治疗组: 根据患者具体症状辨证施用胆草 9 克, 赤芍 9 克, 茜草 9 克, 川芎 9 克, 当归 10 克, 细木通 6 克, 车前子 9 克, 大黄 9 克, 蜈蚣两条捻末, 一日一剂, 水煎, 分早晚两次服用。热盛者加白芍、甘草各 9 克, 湿盛者加黄芩 8 克, 神经痛严重者加柴胡 9 克, 此外还需根据病变部位增加成分, 头面部加川芎 10g, 腰背部位加桑枝, 四肢部位加牛膝 10g, 及独活、防风。结合体针、耳针、火针、拔罐等穴位疗法。同时口服阿昔洛韦 0.2g/次, 日 5 次, 共 10d; VitB1

100mg im qd, Vit B121mg im qd, 15d 为一个疗程。

对照组: 口服阿昔洛韦 0.2g/次, 日 5 次, 共 10d; VitB1 100mg im qd, Vit B121mg im qd, 15d 为一个疗程。

1.3 疗效判定标准

根据国家医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》和中华疼痛医学会对疼痛强度的标准, 痊愈: 皮肤感觉恢复正常, 疼痛完全消失; 显效: 疼痛基本消失, 偶有暂时性疼痛, $VAS \leq 3.0$, 有效: 疼痛明显好转, 有轻微疼痛, $VAS < 5.0$; 无效: 治疗前后症状变化不明显, 疼痛并不减轻, $VAS > 5.0$ ^[1]。

1.4 统计学方法

所有数据资料经 SPSS12.0 统计软件进行处理, 采用 χ^2 检验分类资料, 组间均值比较采用 *t* 检验, 以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较

经过一个疗程的中医辨证治疗, 治疗组 30 例患者中除 1 例无效外, 其余患者皮损部位均不同程度的逐渐干燥、结痂并脱落, 其中未留神经痛 23 例轻微疼痛 4 例, 疼痛较明显, 但不需应用止痛剂者 2 例, 疗效较差的 1 例分别为额颞部带状疱疹, 且为发疹后第 7 天开始应用中医辨证方法治疗者。对照组 30 例患者中, 痊愈 14 例, 显效 5 例, 有效 7 例, 无效 4 例。本组试验结果对比显示: 及早应用中西医结合治疗与单纯使用西药方法比较可明显提高带状疱疹后遗神经痛

的治愈率。两组治疗效果比较如表 1 所示。

表 1 两组患者治疗效果对照表

| 组别 | 例数 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|-----|----|---------------|------------|------------|------------|--------|
| 治疗组 | 30 | 17 (56.67%) * | 6 (20%) | 4 (13.33%) | 3 (10%) | 90% * |
| 对照组 | 30 | 14 (46.67%) | 5 (16.67%) | 7 (23.33%) | 4 (13.33%) | 86.67% |

与对照组比较^{*} $P<0.05$, 差异性显著。

2.2 不良反应

两组患者用药后均未见严重不良反应, 治疗组有 1 例患者出现轻微腹胀、口干, 未经特殊处理, 停药后症状消失; 对照组有 1 例患者发生头晕症状。治疗前后检查结果显示, 患者血、尿常规, 肝、肾功能无明显差异, 且两组间无显著差异 ($P>0.05$)。

3 讨论

现代医学认为带状疱疹病毒具有亲神经及皮肤的特性, 病毒通常潜伏于脊神经或颅神经的感觉神经节的神经元中^[2]。其发生、发展与机体的细胞免疫缺陷有关。中医认为神经痛是由于湿热火毒劫伤阴液而致经络失养阻塞, 脉络不通, 不通则痛。因此, 中医辨证施以除湿、清热、祛火之法, 滋阴养血、行气止痛。以往西医治疗带状疱疹神经痛多从抗病毒、营养神经的角度出发进行治疗, 但效果往往并不十分明显, 只能暂时缓解患者症状。因此, 目前中西医结合治疗带状疱疹神经痛是较为普遍的综合治疗方法。

本研究充分发挥中医辨证治疗优势, 运用中药汤剂、辅以穴位疗法, 全面调理患者体制, 疏通经脉, 消炎止痛。本研究中, 对于热盛证证见皮肤潮红, 疱

壁紧张, 疼痛剧烈, 伴有口苦咽干, 小便黄, 大便干, 舌质红, 苔黄, 脉弦滑的患者, 方中加白芍、甘草可酸甘化阴柔肝缓急。对于湿盛证证见皮肤淡红, 疱壁松弛, 疼痛较轻, 纳差或腹胀, 大便溏, 舌质淡, 苔白厚或白腻, 脉沉缓, 采取健脾除湿法, 加用黄芩除湿化痰^[3]。与西药对照组相比, 结果均具有显著差异 ($P<0.05$)。

本研究结果表明, 采用中药汤剂、针灸等穴位等中医治疗方法结合常规西药治疗 PHN, 即能明显提高患者机体的免疫力, 又能有效恢复受损的神经, 缓解神经疼痛症状。中西医结合方法治疗带状疱疹神经痛疗效显著, 治愈率较高, 值得推广应用。

参考文献:

- [1]史雅仙.中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察[S].光明中医, 2006,(08)
- [2]刘云,周颖,曾莉.中西医结合治疗带状疱疹 42 例[J].中医外治杂志,2009,(03)
- [3]陈永华.中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛的临床进展[J].亚太传统医药,2007,(12)

编号: ZZ-100412119 (修回: 2010-04-12)

(上接 27 页)

治疗后治疗组治愈 30 例, 占 54.55%; 显效 15, 占 27.27%; 有效 7 例, 占 12.73; 无效 3 例, 占 5.45%; 总有效率 94.55%。治疗组治愈 19 例, 占 34.55%; 显效 18, 占 32.73%; 有效 7 例, 占 12.73; 无效 11 例, 占 20.00%; 总有效率 80.000%。两组治愈率、总有效率相比有明显的差异 ($P<0.05$)。

3 讨论

慢性盆腔炎是由于急性盆腔炎失治、误治, 或者由于患者禀赋不足, 抗病无力, 致使病程迁延, 其病情较为顽固, 其临床表现多样, 主要以小腹部疼痛为主, 其主要包括子宫肌炎、慢性子宫内膜炎、盆腔腹膜炎、慢性盆腔结缔组织炎、输卵管卵巢炎等。其相当于祖国医学之“痛经”、“不孕”、“症瘕”、“带下”等范畴。多由湿热下注, 瘀血内停所致。临床治以清热利湿佐以活血化瘀。故方中以芡实、山药专补任脉

之虚, 又可利水; 白果引药入任脉; 黄柏清下焦湿热; 蒲公英、鱼腥草、半枝莲、篇蓄等清热解毒, 消肿散结; 苍术、薏苡仁健脾胜湿; 益母草、艾叶、延胡索活血通络止痛。诸药共用可奏清热解毒, 活血通络之效。

参考文献:

- [1]国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中医药科技出版社,2002.245-250
- [2]强兆容.青霉素混合液阴道穹隆注药配盐热敷治疗慢性盆腔炎[J].中国妇幼保健,2006,21(16):2291
- [3]扈秀蕴.中西医结合治疗慢性盆腔炎 40 例[J].河南中医,2007,27(10):54
- [4]郭冰心.中西医结合治疗慢性盆腔炎 96 例[J].陕西中医,2007,28(7):794
- [5]张春兰,朱素琴.中西医结合治疗慢性盆腔炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2007,16(15):2058

编号: ZZ-10041248 (修回: 2010-04-14)

自拟中药汤剂治疗牛皮癣临床疗效观察

Clinical effective observation on treating psoriasis in TCM decoction

黄玲娟

(广西中医学院第一附属医院, 广西 南宁, 530023)

中图分类号: R758.3+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0030-02 证型: BGID

【摘要】 银屑病在中医又叫“牛皮癣”, 是一种常见的慢性炎症性皮肤病, 反复发作, 常规西医治疗疗效均不理想, 笔者自拟出中药汤剂内服外洗治疗寻常型牛皮癣 50 例取得显著效果。现介绍如下。

【关键词】 牛皮癣; 寻常型银屑病; 寻常型; 中药

1 临床资料

1.1 诊断标准

寻常型银屑病的诊断依据赵辨编著的第 3 版《临床皮肤病学》^[1], 寻常型牛皮癣是临床上最为常见的类型。临床特征是鳞屑, 薄膜和点状出血。可发生于身体的任何部位, 呈对称性分布, 好发于膝、肘关节伸侧和头部, 少数病人的指(趾)甲呈点状(顶针状)凹陷。有急性进展期、静止期和消退期。

1.2 一般资料

筛选确诊的寻常型银屑病的患者 50 例, 男 26 例, 女 24 例, 年龄 10~40 岁, 平均(24.5±4.2)岁; 病程最短 20~120 天, 平均(40±96)天, 血、尿常规均无异常。经统计学处理两组年龄、性别、病程等方面差异均无显著性。

1.3 治疗方法

治疗组内服自拟中药煎洗, 自拟中药汤方药组成: 丹参 15g, 红花 15g, 川芎 15g, 当归 10g, 莪术 15g, 土茯苓 15g, 板蓝根 15g, 加清水浸药 20min。后煎取 150ml, 第二次煎取 150ml, 2 次所煎药液混合, 分早晚 2 次温服, 每日 1 剂。第 3 煎外洗患处 20min, 12 岁以下小儿, 减量内服, 以外洗为主。治疗期间停止其他相关性治疗, 1 疗程 14 天, 观察 2~3 个疗程。

1.4 疗效判定

痊愈: 皮损完全消退或仅留淡褐色色素沉着斑, 无新皮疹出现; 显效: 皮损消退>80%, 无新皮疹出现, 痒感明显减轻; 有效: 皮损消退在 30% 以上, 但<80%, 无新皮疹出现, 痒感减轻; 无效: 皮损消退<30%, 或有新皮疹出现。总有效率以痊愈率+显效率+有效率计。

1.5 不良反应

治疗前后行血、尿、肝功能检查, 结果无明显异

常变化。

2 结果

痊愈 20 例, 显效 28 例, 好转 2 例, 无效 0 例, 总有效率 100%, 未愈的 2 例患者经继续巩固治疗, 第 2 年随访痊愈患者无一例复发。

3 典型病例

患者甲, 男, 42 岁。于 7 天前在下腹部出现红色丘疹, 以后逐渐扩大或相互融合, 形成边界清楚的斑片, 表面覆盖银白色鳞屑, 轻轻刮除鳞屑后显露光滑的薄膜, 再刮后可出现多个细小出血点。损害迅速扩至躯干与四肢, 自觉痒不明显。舌质暗、苔薄红、脉数。实验室检查: 血、尿常规无异常。证属风热搏结型, 治宜活血、清热、凉血。方用自拟中药汤剂, 前 2 煎早晚分服, 3 煎外洗患处 20min。服上方 7 天及外洗后, 皮疹消失, 继服 7 天后痊愈, 跟踪随访, 至今未复发。

4 讨论

银屑病的发病是一种多基因遗传背景下的免疫性疾病, 多种免疫相关细胞、细胞因子及炎症介质形成免疫-炎症致病网络^[2]。有研究表明, 细胞黏附分子通过调节炎症部位淋巴细胞的运行和归巢在炎症性皮肤病的致病中发挥作用^[3]。

口服维 A 酸、UVB 光疗治疗银屑病患者, 随着病情的好转, VCAM-1 和 sVCAM-1 水平都较治疗前有明显下降。本试验研究结果也表明, 经治疗后治疗组皮损好转, 血清 sVCAM-1 水平都较治疗前有明显的下降, 同对照组差异有显著性。活血化瘀汤具有清热解毒、活血化瘀的作用。方中君药当归补血、活血; 川芎活血、行气, 辛散温通, 能上行巅顶, 下行血海, 外彻皮毛, 旁通四肢, 活血行气, 通畅气血, 使药至 (下转 32 页)

中药联合卡介菌多糖核酸治疗 瘙痒性皮肤病 52 例临床分析

A clinical analysis of treating 52 cases of pruritus in TCM medicine plus bcg-polysaccharide nucleic acid

李国清¹ 倪学方²

(1.广水市第二人民医院, 湖北 广水, 432721;

2.湖北省汉川市血吸虫病专科医院, 湖北 汉川, 431600)

中图分类号: R758.3+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0031-02 证型: BGID

【摘要】目的: 观察卡介菌多糖核酸联合中药治疗瘙痒性皮肤病的疗效。方法: 采用单独卡介菌多糖核酸及卡介菌多糖核酸联合中药两种方法治疗扁平疣 104 例。结果: 药联合卡介菌多糖核酸治疗瘙痒性皮肤病有效率为 84.6% 明显高于对照组的 65.4%, 且两组都无严重不良反应。结论: 卡介菌多糖核酸联合中药治疗瘙痒性皮肤病疗效好、不良反应少, 值得推广。

【关键词】 瘙痒性皮肤病; 卡介菌多糖核酸; 中药; 不良反应

瘙痒性皮肤病一般由多种内源性或外源性因素引起, 病理改变与皮损特征虽各不相同, 但治疗原则有相近之处。要通过性接触传播, 少数可通过日常生活用品而传播, 目前普遍认为瘙痒性皮肤病感染与免疫缺陷有关。我科自 2008 年 1 月采用中药联合卡介菌多糖核酸对 52 例瘙痒性皮肤病患者进行治疗, 疗效满意, 现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

门诊确诊为扁平疣患者 104 例, 所选病例均无糜烂、渗出, 未合并细菌及真菌感染, 并能遵医嘱用药及定期治疗者。就诊前 1 个月均未接受过任何治疗。将患者随机平分为两组。治疗组 52 例, 男 12 例, 女 40 例; 年龄 7~43 岁, 平均 24.5 岁; 病程 2 周~7 年, 平均 2.5 年, 其中神经性皮炎 18 例, 亚急性湿疹 18 例, 局限性皮肤瘙痒症 16 例。对照组 52 例, 男 13 例, 女 39 例; 年龄 7~43 岁, 平均 24.8 岁; 病程 2 周~7 年, 平均 2.8 年, 其中神经性皮炎 16 例, 亚急性湿疹 20 例, 局限性皮肤瘙痒症 16 例。两组间患者的性别、年龄、病程、疾病类型均无显著差异。

1.2 治疗方法

所有患者首先用卡介菌多糖核酸注射液 1mg 穴位注射, 每次交叉取穴, 常规消毒后, 用五号针头在双侧曲池或双侧足三里穴垂直进针, 反复提插捻转注

射器, 当患者表现为酸、胀、麻等得气感 1~2min 后, 各注射 0.5mg 卡介菌多糖核酸注射液, 每周 3 次, 共 6 周。治疗组患者在此基础上予以口服润燥止痒胶囊, 4 粒/次, 3 次/d, 对慢性单纯性痒疹、结节性痒疹患者外用哈西奈德溶液, 2 次/d。所有每周随访 1 次, 并记录不良反应, 6 周后评价疗效。

1.3 疗效判定标准

治愈: 瘙痒、皮损全部消失; 显效: 症状、皮损消退>70%; 好转: 症状、皮损消退>50%; 无效: 症状、皮损改善<50%或无改善。总有效率以痊愈加显效计。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 14.0 软件进行数据统计, 两样本总体均数比较采用 *t* 检验, 两样本总体率的比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 临床疗效

治疗组治愈 28 例, 显效 16 例, 好转 6 例, 无效 2 例, 总有效率 84.6%。对照组治愈 22 例, 显效 12 例, 好转 10 例, 无效 8 例, 总有效率 65.4%, 经 *t* 检验两组间无显著统计学意义 ($P>0.05$)。具体情况见表 1。

表 1 两组治疗效果比较 (例)

| 组别 | 例数 | 痊愈 | 显效 | 好转 | 无效 | 总有效率 |
|----|----|----|----|----|----|------|
|----|----|----|----|----|----|------|

| | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|---|--------|
| 治疗组 | 52 | 28 | 16 | 6 | 2 | 84.60% |
| 对照组 | 52 | 22 | 12 | 10 | 8 | 65.40% |

2.2 不良反应

本次临床实验中治疗组出现药物相关性不良反应 2 例，对照组出现药物相关性不良反应 1 例。治疗组不良反应主要表现为皮疹增多，停药后可缓解；对照组不良反应主要表现为恶心呕吐，停药后自行缓解。在用药期间两组均未发生严重不良反应。两组相比无显著性差异。

3 讨论

瘙痒性皮肤病的病因多较复杂，有属于变态反应方面的、精神因素的、也有饮食方面的或原因不明的，但其主要的痛苦为瘙痒难忍。以往治疗，给予抗组胺药虽有一定的疗效，但副作用较多，且已产生了耐药性；或价格昂贵，又不易控制复发。卡介菌多糖核酸含有多糖、核酸等多种免疫活性物质，免疫药理在于它能够作用于多种免疫细胞及其所合成分泌的免疫分子。它通过调节机体内的细胞免疫、体液免疫，激活单核-巨噬细胞功能，增强自然杀伤细胞功能来增强机体抗病能力。研究证明它在体外还具有诱导鼠脾淋巴结产生干扰素的作用，使 CA 患者淋巴细胞白介素 2 受体表达增强的作用。卡介菌多糖核酸还能增强巨噬细胞的自然毒效应和诱导干扰素的生成，表现了卡介菌多糖核酸的非特异性免疫治疗的作用。

在中医学上，其认为环境、气候、营养缺乏、代谢紊乱、衰老、皮肤疾病等都可导致人体皮肤损伤。润燥止痒胶囊药物成分为苦参、生地黄、何首乌、制何首乌、桑叶、红活麻。苦参味苦性寒，有清热燥湿，

祛风止痒之功，生地黄性味甘寒，清热凉血，养阴生津。现代药理学证实苦参、生地黄、何首乌均可抗炎，调节免疫力。苦参提取物可以抑制 5-HT 诱发的小鼠皮肤瘙痒，作用强于蛇床子等中药。慢性瘙痒性皮肤病患者存在胃肠运动功能减弱，促进胃肠功能恢复和减少胃肠内食物存留时间的药物对瘙痒症状缓解可能具有较好的作用。而何首乌有效成分大黄酚可促进肠管运动。由此可见，润燥止痒胶囊组方性寒折热，甘苦相彰，诸药共奏养血滋阴，润泽肌肤，通便排毒，祛风止痒之功，适于治疗瘙痒性皮肤病。

从观察可见，我科采用中药联合卡介菌多糖核酸治疗瘙痒性皮肤病有效率为 84.6% 明显高于对照组 65.4%，且两组都无严重不良反应。说明中药联合卡介菌多糖核酸可增强 T 细胞、巨噬细胞活性，增强溶解和破坏病毒感染靶细胞的能力，使瘙痒性皮肤病患者免疫功能提高，增加了患者体质。

参考文献：

[1]赵辨.临床皮肤病学 3 版[M].南京:江苏科学技术出版社,2001.613
 [2]高兴华.皮肤性病学第 1 辑[M].北京:中华医学电子音像出版社,2006.109
 [3] Saitc S,Tsuda H,Michimatal T,et al.Prostaglandin D2 and reproduction[J]. Am J Reprod Immunol,2002,47(5): 295-302
 [4]李虎.氯雷他啶糖浆联合卡介菌多糖核酸治疗儿童慢性荨麻疹疗效观察 [M].中国医药导报,2008,5(30):66-67
 [5]杨铭华,曾平,林伟才,等.阿达帕林凝胶联合重组人干扰素 α-2b 凝胶治疗扁平疣疗效观察[J].临床皮肤科杂志,2004,33(6):343
 [6]谢勇.阿达帕林凝胶治疗扁平疣[J].中华皮肤科杂志,2001,34(6):474

编号：ZZ-10041253（修回：2010-04-11）

（上接 30 页）

皮毛腠理。莪术行气破血，进一步加强活血功能。臣药土茯苓、板蓝根等加强清热解毒，消肿散结作用；丹参活血、清心除烦，缓解病人心理症状。同时现代药理研究证实，丹参、红花、川芎、当归不仅可改善微循环，降低血液黏度，还对表皮细胞增殖有抑制作用，当归还具有明显的抗感染作用，因此该处方治疗银屑病能取得较为满意的效果。该处方有哪些成分在治疗银屑病中起作用，是否与该方剂中某些中药成分能抑制 VCAM-1 的活化，或阻断 VCAM-1 与 VLA-4 的结合，使 T 淋巴细胞不能与内皮细胞相互作用，从而达到对银屑病的治疗目的，有待进一步研究^[4]。同时银屑病的发病机制复杂，涉及到多种细胞因子、趋化因子及炎症介质，活血化瘀汤中的中药成分是否还在其他环节中发挥调节作用而达较好疗效，有待探讨。

总之，应用活血化瘀汤治疗寻常性银屑病收到了较好的疗效，而且血清中可溶性血管细胞黏附分子 sVCAM-1 水平的测定比较简便，对疗效评价受主观影响小，对其检测可作为判定疗效的指标之一，值得临床推广。

参考文献：

[1]赵辨.临床皮肤病学[M],第 3 版.南京:江苏科学技术出版社,2001.775-776
 [2]李新.银屑病发病机制的现代概念[M].国外医学.皮肤性病学分册,1998,24.137-139
 [3]Caproni M,Palleschi GM,Falcos D,et al.Pharmacologic modulation by cetirizine of some adhesion molecules expression in psoriatic skin lesion[M]. Int J Dermatol,1995,34:510-513
 [4]张学军,刘维达,何春焱.现代皮肤病学基础[M].北京:人民卫生出版社,2001.701

编号：ZZ-10041251（修回：2010-04-11）

中西医结合治疗急慢性支气管炎 125 例临床体会

Clinical experience for treating 125 cases of acute and chronic bronchitis in the integrative medicine

陈志明

(张家界市永定区中医院, 湖南 张家界, 427000)

中图分类号: R562.2+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0033-02 证型: AGI

【摘要】 目的: 回顾支气管炎的中西医结合治疗的疗效。方法: 对急慢性支气管炎急性发作患者 125 例进行分析。结果 治疗组显效 60 例, 有效 12 例, 无效 4 例, 总有效率 96%。对照组显效 15 例, 有效 7 例, 无效 27 例, 总有效率 56%。两组显效率、总有效率比较差异均有显著意义 ($P < 0.01$)。1 年内再次发病率: 1 年内再次发病需住院治疗者治疗组 5 例 (14.5), 对照组为 16 例 (45.5)。两组再次发病率有显著差异 ($P < 0.05$)。结论: 采取中西医结合的综合治疗方法, 标本兼治, 能很快缓解急性发作, 明显高于单用西药组, 减少了并发症。临床效果满意, 值得推广应用。

【关键词】 支气管炎; 中西医结合

急慢性支气管炎是指气管支气管黏膜及周围组织的慢性非特异性炎症, 以咳嗽、咯痰或喘息及慢性反复发作作为特征。病情进展缓慢, 常并慢性阻塞性肺气肿, 甚肺动脉高压致慢性肺源性心脏病多发在 45 岁以上成年人, 为北方常见病、多发病。祖国医学将之归于“咳嗽”、“喘证”、“痰饮”等范畴。笔者采用中西医结合疗法治疗急慢性支气管炎急性发作患者 125 例, 取得良好疗效, 现报道如下:

1 一般资料

共 125 例均为我院 2006 年 10 月~2008 年 10 月门诊患者, 诊断为急性气管一支气管炎, 符合外感风热证的中医诊断。①急性起病, 发病 3 天以内, 无慢性咳嗽史; ②有咳嗽、咳痰和发热, 体温 $38 \sim 39.8^{\circ}\text{C}$; ③肺部湿性啰音或哮鸣音; ④X 线胸透肺纹理增多、增粗; ⑤血白细胞计数正常或升高; ⑥年龄 $22 \sim 65$ 岁。随机分两组。治疗组 76 例, 男 45 例, 女 31 例; 年龄 $23 \sim 62$ 岁, 平均 36 岁。对照组 49 例, 男 34 例, 女 15 例; 年龄 $22 \sim 65$ 岁, 平均 35.7 岁。两组年龄、性别及一般状况方面无明显差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

诊断标准: 慢性支气管炎以反复咳嗽、咳痰为主要症状或伴有喘息, 每年发病持续, 并连续 ≥ 2 年, 近期加重, 其喘咳症状明显, 胸片检查多见支气管炎肺气肿征。排除伴咳嗽、咳痰、喘息症状其他疾病。急性支气管炎, 起病较急, 有急性上呼吸道感染, 炎

症累及气管, 出现咳嗽、咳痰、气急、发热等, 白细胞计数可增高。排除肺炎、支气管肺炎、肺结核、支气管癌等、肺疾患。体查肺部正常或呼吸音粗糙, 急性发作期可闻及湿性罗音; 肺部 X 线检查正常或见纹理增多、紊乱, 呈网状线条索状、斑点状阴影。

2 治疗方法

对照组: 给予西医常规治疗, 吸氧、静脉应用抗生素、支气管舒张药等, 10 天为 1 个疗程。

治疗组: 服用麻杏石甘汤, 药物组成: 生石膏 50g (先煎半小时), 麻黄 10g, 苦杏仁 10g, 甘草 5g, 另外, 可加黄芩、桑白皮、瓜蒌助其清热化痰之功。并随证加减, 如痰多者可加葶苈子、射干等, 痰有腥味配鱼腥草、冬瓜子、苡仁、芦根等。每日一剂, 水煎服, 早晚 2 次分服。同时配合药物, 穴位注射, 用曲安奈德 80mg 加 2%利多卡因 2ml, 选 T_3 棘突下旁开 1.5 寸的肺俞穴 (双侧)、位于 C_7 棘突下旁开 0.5 寸的定喘穴 (双侧)。取带 7 号针头的 5ml 无菌注射器吸取上述药物混合摇匀, 找准穴位向脊柱倾斜呈 45° 角进针约 $2 \sim 2.5\text{cm}$, 捻转提插, 患者自觉有酸、麻、胀感后, 回抽针芯, 无血液、气体、脑脊液, 每穴推药 1ml, 每周 1 次。4 周为 1 个疗程, 并观察疗效。必要时可行第二个疗程。

3 结果

疗效标准: 显效: 全身症状及局部主要症状、体 (下转 35 页)

小儿肺炎用新鱼腥草钠注射液治疗的疗效与观察

Effective observation on treating children pneumonia with sodium houttuy fonate injection

刘 佳

(北京市首儿所, 北京, 100045)

中图分类号: R563.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0034-02 证型: IGB

【摘要】 目的: 观察新鱼腥草钠注射液治疗小儿肺炎的疗效。方法: 将 90 例小儿肺炎患儿随机分两组, 治疗组采用新鱼腥草钠注射液治疗; 对照组采用利巴韦林注射液治疗。结果: 治疗组总有效率 96.72%; 对照组总有效率 78.13%, 两组总有效率比较差异有显著性 ($P < 0.01$)。结论: 新鱼腥草钠注射液疗效显著、用药安全, 是治疗小儿肺炎较理想药物之一。

小儿肺炎是小儿时期的常见病, 多发病, 对小儿健康的损害和生命的威胁均较大。多由细菌、病毒等感染引起, 其中病毒感染目前无特效药物治疗, 细菌感染虽有抗生素可供选, 但耐药现象日趋明显, 故给治疗带来一定困难。我院近年采用新鱼腥草钠注射液治疗小儿肺炎, 疗效显著, 现报告如下:

1 临床资料

100 例患儿均曾为我院的住院肺炎患儿, 均符合《实用儿科学》中小儿肺炎的诊断标准^[1]。其中男 66 例, 女 44 例; 年龄 6 个月~13 岁。入院时病程均小于 5d, 均有不同程度的发热、咽痛、咳嗽、气急、鼻翼煽动、吸气三凹征及肺部湿音等表现。外周血象 WBC (4--12) × 10⁹/L 以淋巴细胞增高为主。胸片显示: 肺纹理增粗并出现大小不等絮状或片状阴影。

随机分两组, 治疗组 63 例, 男 37 例, 女 26 例; 年龄 6 个月~1 岁, 16 例, 2~3 岁, 24 例, 4~6 岁, 13 例, 7~13 岁, 10 例。

对照组 60 例, 男 40 例, 女 20 例; 年龄 6 个月~1 岁 22 例, 2~3 岁 24 例, 4~6 岁 11 例, 7~13 岁 3 例。两组患儿的年龄、性别、病程及病情相似, 具有可比性。

2 治疗方法

两组均予常规抗感染、支持治疗。治疗组常规治疗同时用新鱼腥草钠注射液 (2~6 ml) 溶于 5% 葡萄糖注射液 100~250ml 中静滴, 1 次/d。对照组常规治疗同时用病毒唑 10mg · kg⁻¹ · d⁻¹ 溶于 5% 葡萄糖注射液

100~150ml 中静滴, 1 次/d。每日观察记录症状、体征及不良反应。每周复查胸片一次。

3 疗效标准

参照《实用内科学》^[2]有关内容及全国急症高热协作组制定的疗效标准拟定。用药 1 周内体温恢复正常, 临床症状和体征消失, X 线、胸片检查阴影消失为治愈; 用药 1 周内体温恢复正常, 临床症状及体征大部分消失, X 线胸片检查有明显改善为好转; 用药 1 周后发热不退, 临床症状和体征无明显改善, X 线胸片检查无改善为无效。

4 结果

4.1 两组疗效比较治疗组治愈 51 例, 显效 8 例, 总有效率达 96.72%; 对照组治愈 38 例, 显效 12 例, 总有效率为 78.13%, 两组总有效率比较, 具有显著差异

($P < 0.01$)。且治疗组临床症状和体征的改善时间比对照组有明显的缩短 ($P < 0.01$)。

4.2 不良反应治疗组治疗过程中有 1 例对新鱼腥草钠注射液发生过敏反应, 出现皮疹, 给予对症治疗后缓解; 对照组出现 WBC 减少 3 例。

5 讨论

小儿肺炎是儿科常见的呼吸系统疾病, 常继发于上呼吸道感染后治疗不彻底或免疫功能低下, 而使感染向下呼吸道扩散所致, 病原体常为病毒、细菌双重感染。

临床表现

5.1 婴幼儿肺炎: 一般为支气管肺炎。表现为: 起病急, 发热, 咳嗽, 气急, 烦躁不安, 面色苍白, 食欲

减退,有时可有呕吐、腹泻等。早期体征可不明显,婴幼儿可表现为拒奶、吐沫,而无咳嗽。

5.2 年长儿肺炎:以大叶性肺炎和支原体肺炎为常见。

5.2.1 大叶性肺炎:起病急,高热,寒战,烦躁,请妄,早期气促,胸痛,咳嗽不多,约3~4天后,出现咯铁锈色痰。

5.2.2 支原体肺炎:起病急或缓,体温可高可低,咳嗽渐重,呈刺激性频咳,咯出黏痰,乏力,头痛或胸痛。

6 诊断

6.1 支气管肺炎

6.1.1 起病多急骤,有发热、咳嗽、呼吸急促、喘憋等症状。

6.1.2 重症病儿呼吸急促,呼吸频率>40次/分;可出现点头呼吸、三凹征,口周、指甲青紫。两肺可闻及中、细湿罗音。若有病灶融合扩大,可闻及管状呼吸音,叩诊可呈浊音。

6.1.3 合并心衰时患儿脸色苍白或紫绀,烦躁不安,呼吸困难加重,呼吸频率超过60次/分,有浮肿、心音低钝、心率突然增快,或出现奔马律及肝脏短时间内迅速增大。

6.1.4 细菌感染引起者白细胞总数及中性粒细胞增高;病毒感染引起者降低或正常。

6.1.5 肺部X线摄片或透视见肺纹理增粗,有点状、斑片状阴影,或大片融合病灶。

6.2 大叶性肺炎

6.2.1 急性发病,发热、咳嗽、胸痛,肺局部叩诊浊音,呼吸音减弱,或胸部呼吸运动一侧减弱,语颤增强。

6.2.2 胸部X线摄片或透视有节段或大片阴影。

6.2.3 白细胞总数及中性粒细胞增多。

6.3 支原体肺炎

6.3.1 起病急或缓,体温可高可低,刺激性频咳,呼吸困难和肺部体征不明显,偶见呼吸音减低,局部少许干湿罗音。

6.3.2 X线检查:常在肺门附近有毛玻璃样片状阴影,自肺门蔓延至肺野或呈斑点状阴影。

小儿肺炎起病多较急,病情较严重,虽抗生素疗效肯定,但对病毒性感染则无效,尤其伴高热,若不及时降温则可引起惊厥,还会发生心衰。鱼腥草主要功效清热解毒,化痰止咳。新鱼腥草钠注射液能灭活甲型流感病毒,呼吸道合胞病毒和腺病毒;其对革兰氏阳性及阴性杆菌有明显抑制作用,增强患者白细胞的吞噬功能,提高机体免疫力。它治疗小儿肺炎未发现明显副作用,疗效显著,便于患者使用。

编号:ZZ-10041220(修回:2010-04-22)

(上接33页)

征消失;有效:全身症状及局部症状、体征基本消失;无效:全身症状及局部症状、体征无明显改善或加重。治疗结果:治疗组显效60例,有效12例,无效4例,总有效率96%。对照组显效15例,有效7例,无效27例,总有效率56%。两组显效率、总有效率比较差异均有显著意义($P<0.01$)。1年内再次发病率:1年内再次发病需住院治疗者治疗组5例(14.5),对照组为16例(45.5)。两组再次发病率有显著差异($P<0.05$)。

4 讨论

急、慢性支气管炎是气管多在冬春季节因感染而发作,其病因复杂,常由外因和内因共同作用引起。当机体抵抗力减弱,气道存在不同程度敏感性的基础上,有一种或多种外因的存在,长期反复作用可发展成支气管炎。多种病毒和细菌感染均易引起,故控制感染是治疗的关键。本方全瓜蒌,清热化痰,利气宽胸。陈皮、半夏、茯苓,燥湿化痰,理气和中治痰湿。浙贝助君清热化痰。杏仁主肺经,味苦降泄肃降兼宣

发肺气。炙麻黄、款冬花、紫菀宣肺化痰止咳。炙麻黄、细辛宣肺散寒止咳。炙甘草调和诸药兼祛痰止咳、缓急止痛、补脾益气。麻黄、细辛、陈皮等有抗过敏、解痉及减少支气管分泌作用。本方止咳化痰,解痉平喘及改善局部微循环作用。采取中西医结合疗法,可标本兼治,很快缓解急性期发作,减少并发症。临床效果满意,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]黄金,姜冬九.病人健康教育理论与实践[M].人民卫生出版社,2002.126
- [2]黄清芳.护理健康教育学[M].科技文献出版社,2002.9
- [3]庄素定,陈国强,罗玲英.护理程序在老年髌骨骨折患者健康教育中的应用[J].当代护士,2008,5:99
- [4]尤黎明.内科护理学[M].2001,(92):25
- [5]赵志芳,吴瑛.健康教育对患者生活质量的影响[J].护士进修杂志,2000,17(5):358

编号:ZZ-10041201(修回:2010-04-21)

米诺环素局部治疗牙周炎的临床效果分析

An effective analysis of treating periodontitis with MNO

程秀慧

(大连大学附属新华医院, 辽宁 大连, 116021)

中图分类号: R78 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0036-02 证型: IBD

【摘要】 目的: 探讨盐酸米诺环素治疗慢性牙周炎患者的效果。方法: 选取我院 72 例老年慢性牙周炎的患者, 随机分两组, 以患者一侧患牙局部应用盐酸米诺环素软膏为实验组, 对侧同名患牙局部应用甲硝唑凝胶作为对照组。结果: 观察组总有效率为 91.67%, 明显优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 米诺环素治疗牙周炎临床疗效确切, 操作简便, 适宜在基层推广, 可作为牙周病辅助治疗的药物。

【关键词】 盐酸米诺环素; 甲硝唑; 牙周炎; 临床效果

牙周炎是发生于牙周支持组织的一种慢性感染性疾病, 菌斑、细菌及其产物是引发牙周病的始动因子, 有效地抑制或消除厌氧菌成为牙周炎治疗的关键。抗生药的应用是牙周基础治疗的重要辅助手段。然而, 口服药物到达牙周局部的实际药物浓度很少, 疗效有限^[1]。近年来一种新型的半合成四环素—盐酸米诺环素开始应用于厌氧菌感染的治疗, 本研究应用其缓释剂对慢性牙周炎患者进行治疗, 观察各项临床指标变化, 并与甲硝唑凝胶进行了疗效比较, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般临床资料

选 2007 年 12 月~2009 年 10 月我院口腔科门诊慢性牙周炎患者共 72 例, 其中男 33 例, 女 37 例, 年龄 33~76 岁, 平均 46.6 岁。均无其它疾病, 3 个月内未使用过抗生素, 半年内未做过其它牙周手术; 牙周情况表现为不同程度的牙龈水肿、充血、糜烂, 有 4mm 以上牙周袋, 牙松动度 I~II 度, 牙槽骨吸收不超过根长的 2/3。排除牙齿明显松动和牙槽骨吸收超过 10 个牙齿等重度牙周炎患者。将所有患者平分两组, 即观察组和对照组, 各 36 例。两组患者年龄、病程、用药前各种症状等差异无显著性 ($P > 0.05$)。

1.2 分组治疗方法

对两组患者进行口腔卫生宣教, 所有患者 2 周内完成龈上洁治, 龈下刮治。患者均在基线的前 2W 内均进行全口龈上洁治术, 脓肿切排 3% 双氧水、生理盐水冲洗上药。基线时, 对受试牙按位点进行牙周检查并记录菌斑指数 (PLI)、牙周袋探诊深度 (PD) 和龈沟出血指数 (SBI) 等指标。在基线检查完成后对所有受试牙进行龈下刮治和根面平整术, 术后将盐

酸米诺环素软膏 (日本新时代株式会社) 置入观察组患者牙周袋内, 每周置药 1 次, 共 4 次。对照组患者采用甲硝唑凝胶 (山东方明药业股份有限公司) 置于牙周袋内。于实验第 5W、第 9W 重复上述检查项目并记录。两组患者均未进行全身抗菌药物治疗, 以上操作均由同一名医生进行。

1.3 疗效评价标准^[2]

主要根据主诉、临床症状和观察指标变化情况进行疗效评价。显效: 用药后出血、疼痛、肿胀、口臭等症状消失, 红肿消退, 咀嚼功能恢复, SBI, GI、叩痛程度等较治疗前改善, 牙周袋变浅 ($\geq 1\text{mm}$)。有效: 用药后疼痛、肿胀、出血等症状明显减轻, 红肿缩小, 但 SBI、GI、PD、TM 较以前改善不明显。无效: 用药后 4 周之内上述临床症状和观察指标无改善, 甚至仍有红肿疼痛再发。

1.4 统计分析方法

采用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析, 各指标均以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料采用 t 检验, 计量资料采用两组 χ^2 检验。

2 结果

2.1 疗效比较: 治疗一个月后随访观察两组疗效, 观察组中, 绝大部分病例临床症状均有不同程度的缓解。观察组总有效例数 28 例, 有效率为 91.67%, 明显优于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 观察组和对照组患者近期疗效比较 (n)

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 有效率 (%) |
|-----|----|----|----|----|---------|
| 对照组 | 36 | 9 | 19 | 8 | 77.78 |
| 观察组 | 36 | 12 | 21 | 3 | 91.67 |

(下转 38 页)

中医辨证分型治疗泄泻的研究进展

A review on treating diarrhea in TCM differentiation

何玉芳

(内蒙古乌海市蒙中医院, 内蒙古 乌海, 016000)

中图分类号: R256.34 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0037-02 证型: IDB

【摘要】 泄泻是一种常见病, 祖国医学很早就有对泄泻的记载, 现代在不断实践积累并且经验总结的基础上, 形成了独特的一套理论, 文章就以中医学基础理论为指导, 通过辨证分型, 对近几年中医药治疗泄泻文献中的方法进行分析 and 总结, 以此为中医药治疗泄泻提供科学的理论依据, 同时为医务工作者的临床用药提供合理参考。

【关键词】 中医; 辨证分型; 泄泻; 研究进展

【Abstract】 Diarrhea is a common disease, Chinese medicine has had a long record of diarrhea, the modern practice of continually accumulating, and lessons learned, based on the formation of a unique set of theories, the article on the basis of Chinese medicine theory to guide, through the dialectical type, right in recent years, Chinese medicine treatment methods Diarrhea in the literature analysis and summary, as a Chinese medicine treatment for diarrhea to provide scientific theoretical basis, while the clinical use of drugs for medical workers to provide a reasonable reference.

【key words】 TCM; syndrome differentiation; diarrhea; research progress

泄泻, 一般来讲, 相当于现代医学中的腹泻, 但是它又不包括那些粪便中夹杂有脓血的疾患, 故泄泻和腹泻还不能等同, 中医理论中对“泄”和“泻”有不同的定义, 《三因及一病症方论》指出, 泄泻是一病症名, 简称泄或者泻之大便稀薄, 甚水样, 次数增多, 也有认为泄为大便质薄, 泻为大便如水。《奇效良方》: “泄者泄漏之义, 时时溏薄, 或作或愈; 泻者一时水去如柱”, 皆因外感六淫、食积、痰阻、脾肾虚弱、情志失调等引起脾胃运化和肠道功能失调所致。从病因辨, 有风泻、寒泻、暑泻、湿泻、热泻等, 本文综述了近几年来治疗泄泻的新方法^[1], 以为中医药治疗泄泻的理论研究提供依据。

1 辨证分型论治

1.1 寒湿泄泻

治以芳香化湿, 解表散寒。刘焕先, 张立群^[2]采用香薷散敷脐治疗寒湿泄泻, 方法: 选择 120 例症型属中医寒湿泄泻的患者分 2 组, 2 组患者均在常规补液治疗后, 其中实验组用香薷散敷脐, 1 帖/d, 连用 2d~3d, 药物组成: 丁香 3g、吴茱萸 6g、胡椒 3g、车前子 9g、肉桂 3g、白术 6g; 对照组服用思密达。结果: 实验组治愈 45 例, 显效 15 例, 无效 0 例, 总有效率 100%, 而对照组治愈 30 例, 显效 18 例, 无

效 12 例, 总有效率 80%。

陆敏, 田耀洲, 夏军权等^[3]为研究藿香正气散中药配方颗粒治疗寒湿泄泻的疗效, 将入选病例随机分治疗组、对照组、安慰剂组 3 组, 分别予藿香正气散中药配方颗粒、藿香正气散饮片汤剂、安慰剂治疗 7d, 评价治疗前后有效性和安全性。结果: 治疗组有效率为 100.00%, 愈显率为 100.00%, 对照组有效率为 100.00%, 愈显率为 97.56%; 结论: 藿香正气散免煎配方颗粒对寒湿泄泻有治疗作用。

1.2 湿热泄泻

治以清热燥湿。江义墩, 杨晋翔^[4]为验证昌阳泻心汤治疗湿热泄泻的疗效及安全性, 选属湿热泄泻的患者 60 例, 随机分为 2 组, 治疗组用昌阳泻心汤加减治疗, 对照组用葛根芩连汤加减治疗。结果: 治疗组治愈率为 80.0%, 总有效率为 96.7%。对照组治愈率为 46.7%, 总有效率为 76.7%。

文少芳, 谢翠英, 钟小文^[5]为观察银陈祛湿颗粒治疗湿热泄泻的疗效, 将 180 例患者随机分 2 组, 治疗组给予银陈祛湿颗粒 (处方组成: 金银花、茵陈、葱改仁等) 治疗, 对照组用葛根芩连胶囊治疗。结果: 总有效率治疗组 97.78%, 对照组 80.00%, 结论: 银陈祛湿颗粒治疗湿热泄泻疗效显著。

1.3 伤食泄泻

治以消食导滞。王秀芹^[6]对 55 例因伤食而引起泄泻的小儿,用服帖疗法治疗,结果,治疗组 55 例中治愈 41 例(74.55%),有效 13 例(23.64%),无效 1 例(1.82%),总有效率为 98.18%。对照组 30 例中治愈 3 例(10%),有效 8 例(26.67%),无效 19 例(63.33%),总有效率 36.67%。

1.4 脾虚泄泻

治当健脾益气,和胃渗湿。王晨晔,张伟^[7]对 35 例小儿脾虚泄泻患者用健脾止泻散治疗。结果:健脾止泻散组总有效率为 91.42%,思密达组总有效率为 80.00%。结论:健脾止泻散治疗小儿脾虚泄泻疗效佳。

冯璐璐,任广军^[8]用自拟参芪汤(方组成:党参、白术、黄芪、山药、五味子、陈皮等)治脾虚泄泻 30 例,结果:30 例患者中痊愈 27 例,总有效率达 90%。结论:参芪汤治疗脾虚泄泻疗效确切,且无不良反应。

1.5 肾虚泄泻

治当温补脾肾,固涩止泻。喻洪钢^[9]以加味胃苓汤(方组成:苍术(米泔水泡)40g,白术(炒)10g,陈皮10g,厚朴10g等)治慢性泄泻 50 例。结果:痊愈 30 例,好转 19 例,无效 1 例。结论:胃苓汤加味治疗慢性泄泻疗效佳。

2 讨论

泄泻是指大便次数增多,粪质溏薄,甚泻出水样而言。现在认为泄泻主要是因湿盛与脾胃功能失调,致清浊不分,水谷混杂,并走大肠而成。《黄帝内经》称本病证为“鹜溏”、“飧泄”等。治疗多以运脾化湿为基础,若因误食不洁之物,当以清热解毒。急性泄

泻,湿盛为主,重在化湿,辅以健脾,佐以淡渗分利,再据寒湿、湿热分别用温化寒湿、清化湿热,兼有表邪者,兼以疏解表邪;夹有暑邪者,佐以清暑;并有伤食者,佐以消导。久泻以脾虚为主,当健脾,辅以化湿;因肝郁乘脾者,宜抑肝扶脾;源于肾阳虚衰者,宜温肾健脾,兼以收敛固涩;中气下陷者,又当益气升提。

总之,在总结前人的经验基础上,不断地探索,使泄泻的中医药治疗不断发扬光大。

参考文献:

[1]邵燕.泄泻的中医研究进展[J].浙江中西医结合杂志,2006,16(3):196-198

[2]刘焕先,张立群.香莢散敷脐治疗寒湿泄泻疗效观察[J].中国实用乡村医生杂志,2008,15(12):25

[3]陆敏,田耀洲,夏军权,等.藿香正气散中药配方颗粒治疗寒湿泄泻的临床研究[N].中医药导报,2008,14(7):7-10

[4]江义墩,杨晋翔.昌阳泻心汤加减治疗湿热泄泻的临床观察[J].北京中医,2007,26(8):476-478

[5]文少芳,谢翠英,钟小文.银陈祛湿颗粒治疗泄泻(大肠湿热证)90 例疗效观察[J].新中医,2008,40(6):65-66

[6]王秀芹.贴敷疗法治疗小儿伤食泄泻 55 例[J].中国社区医师·医学专业,2008,10(22):135

[7]王晨晔,张伟.健脾止泻散治疗小儿脾虚泄泻 35 例临床观察[J].中医药学报,2009,37(2):55-56

[8]冯璐璐,任广军.自拟参芪汤治疗脾虚泄泻 30 例[J].陕西中医,2008,29(9):1150

[9]喻洪钢.加味胃苓汤治疗慢性泄泻 50 例[J].四川中医,2009,27(4):79

编号: ZZ-10041209 (修回: 2010-04-16)

(上接 36 页)

3 讨论

牙周炎是牙菌斑微生物引起的牙周组织感染性疾病。清除菌斑、消除炎症是抗感染的主要手段之一^[3]。牙周缓释剂局部治疗牙周病有良好缓释控释作用,明显减轻或改善牙周症状,是目前较为理想治疗牙周病有效方法。

盐酸米诺环素,对多数牙周炎致病菌特别是革兰阴性牙周炎致病菌有抑制作用,可贴敷于牙面上缓慢持久释放抑菌药物及促进成纤维细胞和结缔组织再附着于牙面上,使失去牙周组织再生之功效,且对牙面有高度亲和力,不良反应较其他治牙周病药物少,并有远期疗效。米诺环素能阻止细菌的蛋白合成而发挥抗菌作用,也阻止牙槽骨的吸收,并能促进牙周新附着。甲硝唑也有控制口腔厌氧菌感染的功效,然因长期使用,一些厌氧菌对甲硝唑产生耐药性^[4]。

总之,米诺环素治疗牙周炎疗效确切,操作简便,且局部用药较口服药物安全,适宜在基层推广,可作为牙周病辅助治疗的药物。对孕妇、肝肾功能不全、不宜口服药物的牙周病患者,更提供了一个有效的治疗手段。

参考文献:

[1]刘素兰奥.硝唑局部给药治疗慢性牙周炎的疗效观察[J].牙体牙髓牙周病学杂志,2006,15(7):408

[2] Sakellari D,Goodson JM,Kolokotronis A,et al.Concentration of 3 tetracyclines in plasma,gingival crevice fluid and saliva[J].J Clin Periodontal,2002,27(1):53-55

[3]凌厉,王星南.局部应用派丽奥软膏辅助治疗牙周炎的临床效果评价[J].口腔医学,2005,25(5):293-294

[4]王伶俐,戚向敏,颜世果,等.急性牙周脓肿治疗方法的探讨[J].实用口腔医学杂志,2008,24(1):133-134

编号: ZZ-10041202 (修回: 2010-04-17)

治疗足癣的中药小验方

Treating tinea pedis in TCM

冯秉继

(北京市怀柔区琉璃庙镇卫生院, 北京, 101409)

中图分类号: R275.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0039-02 证型: IDB

【摘要】 目的: 观察小验方治疗足癣的疗效。方法: 醋、APC、黄芩、黄柏、苦参、五倍子、白癣皮、秦皮、贯众、紫草、青黛、炒苍术、冰片、丹参、硼砂、滑石、生甘草、乌贼骨、枯矾、混合煮沸, 冷却至脚能伸入时泡脚。结果: 治愈后不易复发。结论: 本方法使用方便、价格低廉、疗效好。

【关键词】 足癣; 验方; 使用方便; 疗效好

足癣是皮肤癣菌侵犯跖趾间皮肤所引起的浅部真菌感染, 民间俗称“脚气”。中医称为脚湿气或臭田螺, 认为是由于体内蕴有湿热加外风侵袭、风湿郁于肌肤、湿热内盛、外发肌肤所致。治疗当以清热燥湿, 祛风杀虫, 方可奏效。足癣很常见, 世界各地均有, 是真菌病中发病率最高的一种。本病主要由红色毛癣菌、须癣毛癣菌、石膏样小孢子菌和絮状表皮癣菌等感染引起, 其中红色毛癣菌占 50%~90%。^[1]一般夏季加重, 冬季减轻。穿不透气的胶鞋、球鞋可使之加重, 治愈后可再感染。足癣发病率较高的原因是由于跖趾角质层厚, 角质层中的角蛋白为霉菌寄生的丰富养料。无皮脂, 缺乏有抑制霉菌能力的脂肪酸。汗腺比较丰富, 出汗较多, 汗液内含有尿素, 分解产生氨, PH 呈碱性反应, 有利于霉菌生长。加以经常穿着鞋袜, 足汗难于蒸发而使足部潮湿, 从而有利于癣菌生长繁殖。此外, 在公共场所如浴池、游泳池或家庭内共用拖鞋、共用洗脚盆及毛巾等也易相互传染。临床大致可分三型, ①鳞屑水疱型最常见。②浸渍糜烂型。③角化过度型。三型有时混合出现。临床上治疗足癣的方法很多。多数都可以使患者症状减轻, 但都不彻底, 易反复发作。笔者采用了自配处方疗效显著, 复发率降低。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择: 患者共 78 例, 年龄 14~78 岁, 男 41 例, 女 37 例。其中水泡型 44 例, 男 25 例, 女 19 例; 糜烂型 13 例, 男 11 例, 女 2 例; 角化过度型 25 例, 男 15 例, 女 10 例。

1.2 配方: APC 20 片、黄芩、黄柏、苦参、五倍子、白癣皮、秦皮、贯众、紫草、青黛、炒苍术、冰片、

丹参、硼砂、滑石、生甘草、乌贼骨、枯矾各十克混合煮沸或使用免煎颗粒, 加醋 200ml 冷却至脚能伸入时泡脚。

1.3 方法: 能将双脚放进药液的温度时泡脚。一般泡 10~15min 即可, 然后用清水将双脚洗净。疗程为 7~10 天。

1.4 结果: 7~10 天后, 双脚逐渐恢复正常皮肤的颜色。78 例病人追访问 1 年, 足癣都未发作。

2 讨论

脚癣主要是由红色毛癣菌等致病真菌侵入足部角质层, 致病过程主要是关节分生孢子与皮肤角质层接触后发生粘附, 孢子出芽进而形成菌丝, 菌丝纵向生长可穿透至角质层深层, 横向生长使皮损外延扩展。红色毛癣菌分泌的多种蛋白水解酶在感染过程中起了重要的作用, 这些酶可分解角蛋白及胶原蛋白、弹力蛋白等其他蛋白, 为其生长代谢提供所需的养分, 同时也有利于菌体进一步向深层组织的侵入。验方中的五倍子可以使蛋白角化从而阻止菌体侵入, 枯矾水在体外能使血清立即沉淀, 有强烈凝固蛋白的作用, 中医认为有消痰、燥湿、解毒、杀虫、去腐生肌的作用。菌体定居、生长、繁殖, 造成表皮角质层的破坏, 产生免疫炎症, 合并细菌感染后使真菌感染更加严重, 造成了真菌感染所引起的临床症状和体征。验方中的炒苍术生肌燥湿, 乌贼骨、枯矾敛湿, 紫草、青黛、秦皮、黄柏、苦参清热燥湿杀虫, 消除炎症。抗真菌的药物往往是可导致真菌受到抑制或使真菌直接死亡。我应用的这一小验方, 主要是抑制真菌的定居、生长、繁殖。醋, 它对真菌有明显的抑制作用, 对角

(下转 41 页)

急性缺血性痰热腑实中风的临床疗效观察

Clinical effective observation on acute ischemic stroke with Tanre Fushi

岳敏吉

(吉林市昌邑区医院, 吉林 吉林, 132001)

中图分类号: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0040-02 证型: BDG

【摘要】 目的: 为化痰通腑联合针刺的“上病下治”法治疗急性缺血性痰热腑实型中风的临床应用提供科学依据。方法: 选用 176 例患者, 均为我院住院诊断为急性缺血性痰热腑实型中风的患者, 随机平行对照分为治疗组和对照组。结果: 化痰通腑联合针刺治疗急性缺血性痰热腑实型中风, 显效 65 例, 有效 21 例, 无效 10 例, 总有效率达 89.6%; 对照组显效 37 例, 有效 24 例, 无效 19 例, 总有效率达 76.3%。两组总疗效有统计学意义 ($P<0.05$), 治疗组优于对照组, 有较好的疗效。结论: 化痰通腑联合针刺的“上病下治”法治疗急性缺血性痰热腑实型中风有较好的效果, 为急性缺血性痰热腑实型中风的治疗提供一条新的路径。

【关键词】 急性; 缺血性; 痰热腑实型; “上病下治”法

急性脑梗死, 是由于各种原因导致脑动脉血流突然中断, 局部脑组织发生缺氧缺血性坏死, 而出现相应神经功能缺损的一组疾病, 约占脑血管疾病的 70%。具有发病率高、致残率高、死亡率高的三大特点, 严重危害中老年人的健康。笔者所在医院 2008 年 2 月~2009 年 12 月治疗 176 例, 取得较好的疗效报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组所选 176 例患者均为住院患者, 符合西医诊断急性脑梗死^[1], 中医辨证为急性缺血性痰热腑实型中风标准^[2]。所有患者均按照随机平行对照原则分为治疗组 (以下简称为 A 组) 和对照组 (以下简称为 B 组)。两组患者在年龄、性别、发病时间、发病时病情经统计学分析无统计学意义。

1.2 方法

两组患者均给予卒中单元常规治疗 (如抗血小板聚集药物奥扎格雷钠, 护脑药物胞磷胆碱)。其中治疗组 (A 组) 口服星蒺承气汤 [主要药物有全瓜蒌, 胆南星, 生大黄, 芒硝 (冲服)] 100 ml, 一日二次, 7 天为一疗程; 针刺涌泉穴 20min, 治疗时患者仰卧位, 取穴时选患者足前部凹陷处, 约当足底二、三趾趾缝纹头端与足跟连线的前 1/3 与后 2/3 交点上。局部以 75% 酒精常规消毒, 应用 1.5 寸毫针, 直刺 0.5~1.0 寸, 针刺时患者感觉痛疼明显, 有胀感为佳, 给予捻

转 5 次, 约每 3min 重复一次, 20min 起针。以无菌棉球按压针孔处防止出血。一日二次, 7 天为一疗程。

1.3 观测指标及方法

观测所有患者治疗前后的 NIHSS, ADL 评分; 中医证候评分; 血液流变学的变化。

1.4 统计学处理

计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 等级资料采用 Ridit 分析。

2 结果

两组总疗效的比较见表 1。

表 1 两组总疗效的比较

| 组别 | 例数 | 显效 (例) | 有效 (例) | 无效 (例) | 总有效率 (%) |
|-----|----|------------|------------|------------|----------|
| A 组 | 96 | 65 (67.6%) | 21 (22.0%) | 10 (3.4%) | 89.60% |
| B 组 | 80 | 37 (46.3%) | 24 (30%) | 19 (23.7%) | 76.30% |

注: 经 Ridit 分析, $u=2.67$, 两组疗效比较有统计学意义 ($P<0.05$), 治疗组明显优于对照组。两组中没有出现一例死亡病例。

3 讨论

脑梗死属于中医“中风”病的范畴, 病位在脑。笔者认为风邪作为最重要的原因, 是本病病机的核心问题, 但在脑脉痹阻发生之后, 风邪之象渐减, 而痰、热、瘀之象渐显。痰热重者, 阻在中焦, 浊邪不降, 腑气不通。痰热阻滞、腑气不通成为此时病机的主要矛盾。中风病发病, 内风旋动, 夹痰瘀阻滞脑窍。患者或素食肥甘厚味, 形体肥胖, 或体弱久病, 脾胃虚

弱。或本气之虚，再发中风病，邪盛正虚，虚实夹杂，痰浊阻于中焦，瘀而化热。其正体现了脑病治在腑（大肠）的“上病下治”治疗原则。

“上病下治”法治疗急性缺血性痰热腑实型中风所用的复方中药制剂星萎承气汤，方药主要组成：全瓜蒌，胆南星，生大黄，芒硝（冲服）。瓜蒌功能清肺化痰，宽胸散结，润燥滑肠。胆南星功在能化痰息风定惊。大黄既善荡涤胃肠实热积滞以通便，又泻血分热毒而破瘀，药力峻猛，有将军之号。凡阳明实热便秘，血分热毒瘀滞之证，本品均为要药。泻下攻积，清热泻火，止血，解毒，活血祛瘀。芒硝有较强的泻热通便，润下软坚，荡涤胃肠作用。涌泉穴具有交通阴阳气血、开窍醒神、调精益髓，健骨益志的功能，同时又促通下肢气血运行，通络强筋之效。

化痰通腑联合针刺治疗急性缺血性痰热腑实型中风两组总疗效有统计学意义（ $P<0.05$ ），治疗组优于对照组；在神经功能缺损改善方面，治疗结束后两组神经功能缺损评分均较治疗前有统计学意义（ $P<0.01$ ），治疗后神经功能缺损评分组间比较有统计学意义

（ $P<0.05$ ）；在中医相关临床症状改善上，治疗结束后两组中医证候积分均较治疗前有统计学意义（ $P<0.01$ ），治疗后中医证候积分组间比较有统计学意义

（ $P<0.05$ ），说明化痰通腑联合针刺治疗急性缺血性痰热腑实型中风能够明显改善患者的临床症状，提高患者的生活质量。在对血液流变学的影响上，治疗前两组病例间血液流变学情况无统计学意义；治疗前后比较，治疗组全血高切粘度、全血低切粘度、红细胞压积、红细胞聚集指数有明显差异，对照组治疗前后比较无明显差异；治疗后组间比较，治疗组全血高切粘度、红细胞压积改善较对照组显著。在本研究中，所用药物对患者无明显毒副作用，安全有效。

参考文献：

- [1]全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)及各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379
- [2]国家中医药管理局急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准[S].北京中医药大学学报,1996,19(1):55

编号：ZZ-100412125（修回：2010-04-15）

（上接 39 页）

化型有剥脱作用。枯矾有抗菌作用，对金黄色葡萄球菌和变形杆菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、痢疾杆菌、白色念珠菌等亦有明显的抑制作用；并且有抗阴道滴虫作用。枯矾、五倍子、乌贼骨、枯矾具有收敛作用，可以止汗，改善足部潮湿的环境。APC 主要是其中的乙酰水杨酸钠的作用。乙酰水杨酸钠有抗真菌的作用，配合验方中的滑石可止痒、配合白癣皮、秦皮、贯众、紫草、青黛抑制皮肤真菌。并能促进血管收缩，减轻炎性渗出浸润，从而使表皮的角质层恢复正常。乙酰水杨酸钠还有角质剥脱作用，能使角化过度的角质细胞松软解离，使其脱落，可治角化过度型足癣。许多药物的治疗都能治愈足癣，但容易复发，主要是致病的红色毛癣菌或絮状表皮癣菌常在皮屑内形成关节孢子，它能抵抗较恶劣的环境而长期生存，并且有传染他人的能力。也就是说，真菌并没有完全消除，还在那个地方潜伏，一旦遇到适宜的环境，就会复发。另外，红色毛癣菌容易引起角质增厚，侵犯毳毛，不易治愈，且易复发，再者由于损害严重性不强，患者

多无自觉症状，常不予重视，而未及时就医，因此病变常迁延不愈。这就是人们常说的足癣不能根治的说法。笔者的小验方能改善足部环境，形成保护膜，阻止外界病菌侵入感染。同时有效成分迅速穿入表皮进入病灶中，可使较深层的真菌被除净，关节孢子失去繁殖，使受损皮肤迅速恢复正常。综上所述，此验方可使足癣治愈而不易复发。由于手足癣可通过接触传染，在公共浴池洗澡，穿用公共拖鞋。穿用患者的鞋袜、手套，使用公共浴巾等均易于感染本病因此患者应分开使用脸盆、脚盆、毛巾、拖鞋等物品，避免重复感染。直到皮损恢复正常后，最好还要坚持用药 1~2 周。

参考文献：

- [1]张学军主编.皮肤性病学.(第 7 版)[J].北京:人民卫生出版社,2008.81

作者简介：

冯粟继（1972-），男，本科学历，籍贯：北京，工作单位：北京市怀柔区琉璃庙镇卫生院，职称：主治医师。

编号：ZZ-10041207（修回：2010-04-20）

强心汤治疗慢性肺源性心脏病急性发作期临床观察

Clinical observation on treating chronic pulmonary

heart disease with acute exacerbation with cardiac ecoction

李兴刚

(张家界市永定区中医院, 湖南 张家界, 427000)

中图分类号: R54 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0042-02 证型: GBD

【摘要】 目的: 总结强心汤治疗慢性肺源性心脏病急性发作期的效果。方法: 60例慢性肺源性心脏病, 随机分两组, 治疗组在发作期用强心汤治疗对其进行分析。结果: 治疗组总有效率96.6, 两组间总有效率比较有显著性差异 ($P<0.05$)。治疗后治疗组SV、LVEF、LVESV、LVEDV 4项指标与治疗前比较均有显著性差异 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结论: 强心汤可明显改善患者的左室舒张期末内径、左室射血分数及减少慢性心衰患者再住院率, 改善患者生活质量。临证加减, 疗效佳, 和西药配用可增效减毒, 值得推广。

【关键词】 强心汤; 慢性肺源性; 临床观察

慢性肺源性心脏病在中医学中多属心悸、水肿、喘证等范畴, 其证型以气虚、阳虚、水饮三证最多见, 我们在临床实践基础上, 总结出强心汤以益气温阳利水, 配合西药治疗慢性肺源性心脏病, 取得了满意疗效, 现报告如下:

1 一般资料

60例肺源性心脏病患者入选本研究。其中男42例, 女18例, 随机分两组。治疗组39例, 心功能II级7例, III级14例, IV级18例; 其中男30例, 女9例, 平均年龄57.5岁; 合并心绞痛者25例, 心律失常14例。对照组21例, 心功能II级6例, III级8例, IV级7例; 其中男16例, 女5例, 平均年龄62岁; 合并心绞痛者14例, 心律失常7例。

入选标准

西医诊断依据《内科学》中医诊断、分级依据《胸痹心中水中医急症诊疗规范》, 证属心阳虚衰、血脉瘀阻、水湿泛滥、水气凌心。排除重度心律失常; 重度高血压病(3级); 重症心脏病患者; 中度以上肝、肾功能不全或伴有其它严重疾病患者。

2 治疗方法

两组均卧床休息、低盐饮食、限制液体摄入量。用扩血管、强心、利尿剂治疗: 消心痛9g, 每日3次; 地高辛0.125~0.25mg, 每日1次; 呋塞米18mg、氨体舒通20mg, 每日各1~2次; 卡托普利13.5~25mg, 每日3次。治疗组另予强心汤: 人参10~15g, 黄芪15~30g, 制附子5~10g, 桂枝5~9g, 茯苓18~28g, 白术8~14g, 丹参14~22g, 赤芍8~14g, 水蛭5只,

葶苈子8~14g, 大枣6~9g。喘促汗出、心阳欲脱者重用人参、黄芪、附子等; 水肿、发绀、胸闷、尿少者人参、黄芪、附子用最小量, 茯苓、葶苈子、丹参、赤芍、桂枝用最大量。每日1剂, 水煎取汁280ml, 早晚分服。两组均治疗4周。必要时加抗生素。

3 观察内容

症状及体征、心功能及心室重塑指标: 心搏量SV、左室射血分数LVEF、左室收缩末容积LVESV、左室舒张容积LVEDV, 观察治疗前后变化。

3.1 疗效标准: 参照中国心力衰竭学会第一届学术会议制定的疗效判断标准。显效: 能达到心衰全缓解或心功能改善 ≥ 2 级者。有效: 能达到部分缓解, 心功能改善1~2级, 症状及体征有不同程度减轻, 但仍有部分心衰症状和体征。无效: 心功能无明显改善, 症状和体征无变化甚恶化。

3.2 结果: 治疗组显效12例, 有效25例, 无效2例, 总有效率96.6。对照组显效7例, 有效5例, 无效9例, 总有效率63.6。两组间总有效率比较有显著性差异 ($P<0.05$)。治疗后治疗组SV、LVEF、LVESV、LVEDV 4项指标与治疗前比较均有显著性差异

($P<0.05$)。对照组治疗后SV指标改变有显著性差异 ($P<0.05$)。治疗组与对照组治疗后比较, SV、LVEF改变有极其显著性差异 ($P<0.01$), LVESV、LVEDV有显著性差异 ($P<0.05$)。

4 讨论

慢性肺源性心脏病由各种原因致心脏结构或(和) (下转44页)

通心络胶囊治疗冠心病心绞痛 94 例临床分析研究

A clinical analysis of treating 94 cases of CHD angina with the Tongxin Luo capsule

程志祥

(湖北省红安县人民医院, 湖北 黄冈, 438400)

中图分类号: R541.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0043-02 证型: GBD

【摘要】 目的: 探讨通心络胶囊在治疗冠心病中的作用。方法: 观察病例共 190 例, 随机分两组。治疗组 94 例, 对照组 96 例, 两组病例均常规调脂、降压、抗心绞痛药物治疗, 治疗组加通心络胶囊, 疗程均 20d。结果: 通心络组显效 50 例 (53.2%), 有效 41 例 (43.6%), 总有效率 96.8%; 对照组显效 39 例 (40.6%), 有效 28 例 (29.2%), 总有效率 69.8%; 通心络组总有效率明显优于对照组。结论: 通心络胶囊治疗冠心病心绞痛效果明显。

【关键词】 冠心病; 心绞痛; 通心络胶囊; 临床分析

冠心病心绞痛是严重危害人类健康的疾病。笔者自 2007 年 2 月至 2009 年 2 月应用通心络胶囊治疗冠心病心绞痛 94 例, 现将临床疗效及观察结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

随机选 206 病例, 确诊冠心病心绞痛患者 190 例, 随机分两组。通心络组 94 例, 其中男 56 例, 女 36 例; 年龄 38~71 岁, 平均 (53.1±3.7) 岁; 稳定型心绞痛 68 例, 不稳定型心绞痛 26 例。对照组 96 例, 其中男 52 例, 女 44 例; 年龄 42~68 岁, 平均 (54.9±3.6) 岁; 稳定型心绞痛 66 例, 不稳定型心绞痛 30 例。

1.2 方法

对照组: 依据病情常规使用治疗组对应的调脂、降压、抗心绞痛药; 治疗组在上述的基础上, 加予通心络胶囊 (主要成分人参、水蛭、全蝎、土鳖虫、蝉蜕、赤芍、冰片, 由石家庄以岭药业股份有限公司生产), 每次口服 4 粒, 一日 3 次。疗程均 20d, 治疗前后记录胸前区不适及心绞痛发作情况, 并心电图记录。

1.3 疗效评定标准

1.3.1 心绞痛改善

心绞痛症状完全消失或发作次数减少>治疗前总数 90% 以上: 显效; 减少次数>治疗前总数 50%~90%: 有效; 心绞痛症状无减少或减少次数不足治疗前总数 50%: 无效。

1.3.2 心电图疗效

治疗前后观察 ST-T 改变, 包括负荷心电图治疗前后对比, 治疗后 ST-T 恢复正常或明显下降恢复到接近正常, 负荷心电图试验由阳性转为阴性者或倒置 T 波变浅 50%: 显效; 治疗后 ST-T 有明显恢复、负荷心电图试验其缺血图形有一定改善或 T 波由平坦转为直立: 有效; 治疗后 ST-T 无改变、负荷心电图试验仍为阳性者或倒置 T 波加深, 由直立变平坦或倒置为加重: 无效。

1.3.3 统计学处理

计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 疗效比较

治疗组显效率 53.2%, 有效率 43.6%, 总有效率 96.8%。对照组显效率 40.6%, 有效率 29.2%, 总有效率 69.8%。2 组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 2 组心绞痛症状疗效比较 [例 (%)]

| 组别 | 例数 | 显效 (%) | 有效 (%) | 无效 (%) | 总有效率 (%) |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|----------|
| 治疗组 | 94 | 50 (53.2) | 41 (43.6) | 3 (6.2) | 96.8 |
| 观察组 | 96 | 39 (40.6) | 28 (29.2) | 29 (30.2) | 69.8 |

2.2 心电图改善情况

通心络胶囊治疗组 94 例，其中显效 30 例，显效率 31.9%；有效 34 例，有效率 36.2%；无效 30 例，无效率 31.9%。消心痛组 96 例，其中显效 12 例，显

表 2 2 组心电图改善比较[例 (%)]

| 组别 | 例数 | 显效 (%) | 有效 (%) | 无效 (%) | 总有效率 (%) |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|----------|
| 治疗组 | 94 | 30 (31.9) | 34 (36.2) | 30 (31.9) | 68.1 |
| 观察组 | 96 | 12 (12.5) | 26 (27.1) | 58 (60.4) | 39.6 |

2.3 高脂血症的疗效

通心络胶囊组有高脂血症 32 例，其中高胆固醇者 12 例，高甘油三酯者 8 例，高胆固醇并高甘油三酯者 12 例。消心痛组有高脂血症 34 例，其中高胆固醇者 16 例，高甘油三酯者 9 例，高胆固醇并高甘油三酯者 9 例。经治疗四周后化验血脂，通心络胶囊组血脂下降明显，消心痛组血脂改变不明显。

2.4 不良反应

治疗组无明显的不良反应；对照组有 5 例服用消心痛后出现颜面部潮红头痛等现象，减量后症状缓解。3 组用药前后肝、肾功能及血、尿常规均未见异常。

3 讨论

冠心病是一种由冠状动脉粥样硬化或血管痉挛致狭窄或阻塞引起心肌缺血缺氧或坏死的缺血性心脏病。中老年人多见。研究表明：通心络胶囊有显著减慢心率，增强心肌耐缺氧能力作用。通心络胶囊治疗冠心病心绞痛，疗效佳，且不良反应少，安全性好。

效率 12.5%，有效 26 例，有效率 27.1%；无效 58 例，无效率 60.4%。通心络胶囊组总有效率 68.1%，明显高于消心痛组的 39.6%，见表 2。

通过临床观察表明通心络胶囊是治疗冠心病心绞痛的有效药物。

本研究在常规抗心绞痛药物治疗基础上加以通心络胶囊达到了增进冠心病心绞痛患者的治疗效果，并且该药口服方便，安全、可靠、无毒副作用，是治疗缺血性心血管疾病的有效药物，值得临床应用。

参考文献：

[1]陈在嘉,高润霖主编.冠心病[M].北京:人民卫生出版社,2002.775-847

[2]王红涛.通心络治疗冠心病心绞痛 50 例[J].实用中医内科杂志,2007,21(5):62

[3]禹萍.通心络胶囊治疗冠心病心绞痛疗效观察[J].实用全科医学,2007,5(4):325-326

[4]李启云.通心络胶囊治疗冠心病合并高脂血症 60 例疗效观察[J].中华实用中西医杂志,2003,16(9):1189-1190

[5]王德伟,郑菊芬,马必委.通心络胶囊治疗冠心病心绞痛 66 例观察[J].浙江中医杂志,2007,42(7):431

编号：ZZ-10041203（修回：2010-03-21）

（上接 42 页）

功能异常使心室射血或充盈能力受损的一种常见病。中医学认为本病：本虚标实，本虚表现为心之气血阴阳虚衰，标实表现为痰饮血瘀水停。心气不足是根本，而血脉瘀阻是中心环节。强心汤中以人参大补元气，利于推动血液运行；并与麦冬、五味子合用发挥益气生津之功效；黄芪补气利水消肿；丹参、红花养血活血；葶苈子、茯苓泻肺平喘利水；白术健脾燥湿利水等。诸药配伍，共奏强心、利尿、扩冠之功效。其中人参中含人参皂苷，能消除氧自由基，抑制脂质过氧化反应；黄芪能增强心肌收缩力，减少心肌耗氧量，及改善心肌缺血、左室重构等；丹参、红花能增加冠脉流量，保护心肌损伤，降低心肌耗氧量；人参、麦冬、五味子具有免疫双向调节作用；葶苈子、茯苓白术有明显、持久的利尿作用。本研究显示强心汤可明

显改善患者的左室舒张期末内径、左室射血分数，并减少慢性心衰患者的再住院率，改善患者的生活质量。临证加减，疗效佳，和西药配用能增效减毒，值得临床运用。

参考文献：

[1]康素玲,席长清,靳双周,等.应用彩色多普勒评价高血压病人的右心及肺心病人的左心舒张功能[J].心肺血管病杂志,1996,15(1):27-29

[2]于世鹏,张修华,李世玉,等.急性发作期肺心病血液粘滞度与低氧血症的关系[J].中国急救医学,1989,9(6):5

[3]王玉良,巴彦坤.川芎嗪对心血管组织的药理和电生理作用——一种新的钙离子拮抗剂[J].中西医结合杂志,1985,5(5):291

[4]王曙东,徐学银.川芎嗪临床研究概况[J].中医药研究,1999,15(6):56-58

[5]魏东光,李国顺,孙本韬.川芎嗪对慢性肺心病患者血流动力学的影响[J].中国中西医结合杂志,1996,16(12):730-732

编号：ZZ-10041210（修回：2010-04-19）

依达拉奉治疗急性脑梗死的临床应用与观察

Clinical observation on treating acute ischemic stroke with edaravone

杨敏慧¹ 许宏伟² 刘秋庭³ 向光红⁴

(1、2 中南大学湘雅医院, 湖南 长沙, 410008;

3、4 湖南省脑科医院, 湖南 长沙, 410007)

中图分类号: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0045-02 证型: BDG

【摘要】 脑缺血尤其脑缺血再灌注所致水肿及组织损伤的机制与氧自由基的大量产生有密切关系。依达拉奉可捕获羟自由基, 许多对脑缺血动物模型的体内研究表明, 该药可减轻脑缺血引起的脑水肿及组织损伤, 治疗急性脑梗死, 能有效改善神经功能缺损及日常生活能力。在缺血/缺血再灌注后静脉给予依达拉奉, 可阻止脑水肿和脑梗死的进展, 并缓解所伴随的神经症状, 抑制迟发性神经元死亡。

【关键词】 依达拉奉; 临床应用; 脑梗死

急性脑梗死 (AMI) 缺血损伤机制主要包括自由基过度形成, 神经细胞内钙超载, 兴奋性氨基酸细胞毒性作用和酸中毒等一系列变化导致神经细胞损伤。自由基对脑组织的损伤主要发生在缺血再灌注期, 为有效控制急性脑梗死损害, 用有抗氧化剂和抗兴奋性氨基酸作用的神经保护剂治疗能阻止损伤扩散和改善预后。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选 AMI 患者 80 例, 发病时间 <48h, 年龄 47~80 岁, 男 46 例, 女 34 例, 无全身严重心、肺、肾功能不全者。随机分, 治疗组 40 例, 男 24 例, 女 16 例, 年龄 47~80 岁, 对照组 40 例, 男 22 例, 女 18 例, 年龄 48~79 岁。神经功能缺损评分: 治疗组 (21±11), 对照组 (23±10), 2 组一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 有可比性。

1.2 治疗方法

对照组用抗血小板聚集、脑细胞保护剂、神经营养、活血化瘀等治疗。治疗组在对照组治疗基础上用依达拉奉 30mg 加 0.9% 氯化钠注射液 100mL 静脉滴注, 每日 2 次, 30min 滴完。均 14d 为 1 疗程, 2 组均据病情给予降血糖、降血脂、控制血压等治疗。

1.3 疗效判定标准: 基本治愈: 神经功能缺损平均减少 90%~100%, 病残程度 0 级。显著进步: 神经功能缺损平均减少 46%~89%, 伤残程度 1~3 级。好转: 神经功能缺损平均减少 16%~45%。无效: 神经功能缺损评分减少 15% 或增加 15%。

2 结果

2.1 2 组疗效, 见表 1。

表 1 2 组疗效比较

| 组别 | 例数 | 基本治愈 | 显著进步 | 好转 | 无效 | 总有效率 (%) |
|-----|----|------|------|----|----|----------|
| 治疗组 | 40 | 18 | 16 | 4 | 2 | 95 |
| 对照组 | 40 | 8 | 10 | 8 | 14 | 65 |

注: 与对照组比较 $P<0.05$

2.2 2 组神经功能缺损评分, 见表 2。

表 2 2 组神经功能缺损评分 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|----|-------|-------|
| 治疗组 | 40 | 21±11 | 5±4 |
| 对照组 | 40 | 21±11 | 18±5 |
| P 值 | | >0.05 | <0.01 |

2.3 不良反应: 治疗组 1 例丙氨酸转氨酶轻度增高。

3 讨论

依达拉奉能刺激前列环素的生成, 减少炎症介质白三烯的生成。另外, 在心肌缺血模型中, 本品能降低心肌细胞磷酸激酶的含量, 降低心肌坏死面积, 对心肌缺血再灌注所造成的损伤有保护作用。研究提示, 脑梗死发病初期 N-乙酰天门冬氨酸 (NAA) 含量急剧减少。脑梗死急性期患者给予依达拉奉, 可抑制梗死周围局部脑血流量的减少, 使发病第 28 天的脑中 NAA 含量较甘油对照组明显升高。

缺血性脑卒中, 缺血一再灌注损伤几乎不可避免, 而缺血级联反应的每个环节都是保护治疗的靶点。缺血期间和再灌注后增加的有害活性氧 (ROS) 引起的细胞膜脂质过氧化损伤、蛋白质氧化及 DNA 损伤已成为缺血脑损害的原因之一。近年来研究表明, 自由基损伤是导致水肿和细胞凋亡的主要原因, 缺血期间 (下转 47 页)

关于急性白血病的临床研究

A clinical study on acute leukemia

刘翠云

(衡东县人民医院, 湖南 衡东, 421400)

中图分类号: R733.7 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0046-02 证型: BDA

【摘要】 目的: 对急性白血病进行临床研究。方法: 选择2006年5月~2009年5月在某二级甲等医院3年间收治的急性白血病患者43例, 43例中姑息和放弃及早期死亡13例(30%), 30例接受化疗。急性白血病用的化疗都是静脉的化疗, 药物用软化剂等一系列。结果: 本组病例就诊后24h内即明确诊断者30例(69.77%), 就诊后2~4d内明确诊断者13例(30.23%)。30例接受化疗患者, 9例(30%)达CR, 其中第1个疗程达CR者3例。经过2个疗程达CR者6例, 持续CR时间5~29个月。随访2年, 30例急性白血病患者化疗后, 1年内生存18例, 死亡12例; 1年到2年内生存9例, 死亡21例; 2年以上还生存3例, 占10%。结论: 为病人设计最佳的治疗方案, 合理利用现代化治疗手段, 如化疗、造血干细胞移植、生物及基因治疗、中西医结合治疗等多种手段互相配合、相互协调, 最大可能的避免各种毒副作用。杀灭白血病细胞, 使病人达到长期存活乃至治愈的目的。

【关键词】 急性白血病; 临床; 研究

1 前言

急性白血病起病有两种情况, 急骤起病者往往以高热、进行性贫血、明显出血或全身酸痛等为首发症状, 而起病缓慢者则常以较长时间的乏力、食欲不振, 劳动后气急等症开始, 但是起病缓慢的病例一旦症状明显, 病情常急转直下而和起病急骤的病例相似。起病急者多见于急淋, 急淋罕有白血病前期表现, 缓慢起病者主要见于急非淋。各种类型的急性白血病常有共同的临床表现: 因正常血细胞减少, 导致贫血、出血、继发性感染和发热; 因白血病细胞广泛浸润各组织脏器, 导致肝、脾、淋巴结肿大及其他器官功能障碍。急性白血病是造血干细胞恶变了, 恶变了以后, 这些细胞有两个特征, 一个特征是不断地增殖, 使这些细胞从一个变成两个, 两个变成四个, 就是倍增。坏的肿瘤细胞占到主导地位。还有一个特点是分化, 正常人可以从早期的, 越来越成熟, 从早期细胞到了中间阶段再到成熟阶段, 是一个发育的过程, 而白血病的细胞都在早期阶段, 不往下发育, 不往下分化, 所以它的特点第一个是增殖, 还有粒细胞的过度增殖, 第二不往下分化, 不能变成成熟细胞, 这是急性的特点。

2 资料与方法

2.1 一般资料: 选择2006年5月~2009年5月在某二级甲等医院3年间收治的急性白血病患者43例, 均符合急性白血病诊断标准, 其中男27例, 女16例, 年龄20~42岁, 婚姻状况: 未婚6例, 已婚37例, 其中离异6例, 丧偶7例。文化程度: 小学3例, 中

学、中专或技校25例, 大专及以上学历15例。经济状况: 月收入水平低于1000元者13例, 1000~2000元者10例, 2000~3000元者10例, 3000元以上者10例。住院付费: 公费者10例, 自费者23例, 医保者5例, 农村合作医疗者5例。

2.2 临床类型: 临床类型是急非淋1型(粒细胞白血病)13例, 占30.23%; 5型(单核细胞型)20例, 占46.51%; 急淋1~3型10例, 占23.26%。

2.3 临床表现: ①贫血, 与骨髓制造障碍有密切关系; ②发热, 主要由于感染所致; ③出血以皮肤, 牙龈, 口腔和鼻黏膜出血最常见, 重时可遍及全身; ④白血病细胞浸润表现: 脾及肝肿大, 胸骨下端太痛、叩击痛、眼眶绿色瘤, 淋巴结肿大, 中枢白血病(头痛、呕吐、抽搐、视力模糊、视乳头水肿、昏迷至死亡)等。本病主要依赖血锡和骨髓象确诊。

2.4 治疗方法: 43例中姑息和放弃及早期死亡13例(30%), 30例接受化疗。急性白血病用的化疗都是静脉的化疗, 药物用软化剂等一系列。

3 统计学分析

应用SPSS统计软件处理, 计量资料以均数±标准差表示, 同期组间比较采用t检验, P<0.05表示有统计学意义。

4 结果

4.1 本组病例就诊后24h内即明确诊断者30例(69.77%), 就诊后2~4d内明确诊断者13例(30.23%)。

4.2 30例接受化疗患者, 9例(30%)达CR, 其中第1个疗程达CR者3例。经过2个疗程达CR者6例,

持续 CR 时间 5~29 个月。随访 2 年, 30 例急性白血病患者化疗后, 1 年内生存 18 例, 死亡 12 例; 1 年到 2 年内生存 9 例, 死亡 21 例; 2 年以上还生存 3 例, 占 10%, 见表 1。

表 1

| 化疗后生存时间 | 生存例数 | 生存患者所占比例 | 死亡例数 | 死亡患者所占比例 |
|-----------|------|----------|------|----------|
| 1 年内 | 18 例 | 60% | 12 例 | 40% |
| 1 年到 2 年内 | 9 例 | 30% | 21 例 | 70% |
| 2 年以上 | 3 例 | 10% | 27 例 | 90% |

4.3 化疗后毒副反应: 30 例接受化疗后 26 例 (87%) 出现感染, 以呼吸道、肺、咽部居多, 其次为肠道、皮肤感染; 20 例 (66%) 出血, 均表现为不同程度皮肤出血, 其中消化道出血 3 例, 脑出血 1 例, 见表 2。

表 2

| 化疗后毒副反应 | 例数 | 所占比例 |
|---------|------|------|
| 感染 | 26 例 | 87% |
| 同程度皮肤出血 | 20 例 | 66% |

5 讨论

5.1 我们从结果可以看出, 30 例急性白血病患者化疗后, 1 年内生存 18 例, 死亡 12 例; 1 年到 2 年内生存 9 例, 死亡 21 例; 2 年以上还生存 3 例, 占 10%。可见化疗死亡率极高, 为根治白血病带来了希望。为达此目的, 必须根据每个病人的不同特点, 综合现代化治疗手段, 充分认识到白血病的治疗是一个整体, 特别要分析、认识每例病人自身的特点, 如年龄、性别、白血病类型、血液学特征、细胞遗传学和分子生物学特征、白血病细胞的细胞动力学等。在此基础上为病人设计最佳的治疗方案, 合理利用现代化治疗手段, 如化疗、造血干细胞移植、生物及基因治疗、中西医结合治疗等多种手段互相配合、相互协调, 最大可能

(上接 45 页) 花生四烯酸在脑组织中代谢加速, 导致自由基生成增加。

自由基通过对膜磷脂中不饱和脂肪酸的过氧化而导致细胞膜损伤、脑水肿和神经元死亡。依达拉奉是新型的自由基清除剂, 进入血液后可透过血-脑屏障, 清除脑内具有高度细胞毒性的羟基基团, 抑制黄嘌呤氧化物和次黄嘌呤氧化物的活性, 降低羟基基团的浓度, 抑制神经细胞、血管内皮细胞氧化损伤, 从而起到神经保护作用, 缩小缺血半暗带发展成梗死的体积。在基础实验和小范围临床试验中均显示出保护作用, 且依达拉奉能通过刺激前列腺素生成, 减少炎症介质白三烯生成而抑制炎症反应的发生发展。近期有研究发现, 在神经系统以外的其他系统的炎症疾病中, 依

的避免各种毒副作用。杀灭白血病细胞, 使病人达到长期存活乃至治愈的目的。

5.2 化疗一般分为诱导缓解治疗 (白血病初治为达 CR 所进行的化疗); 巩固治疗 (CR 后采用类似诱导治疗方案所进行的化疗); 维持治疗 (是指用比诱导化疗强度更弱, 而且骨髓抑制较轻的化疗); 强化治疗 (是指比诱导治疗方案更强的方案进行的化疗) 分早期强化和晚期强化。

5.3 化疗的重要原则是早期、足量、联合、个体化治疗。化疗剂量和强度的增加是白血病人 CR 率和长期存活率提高的主要因素之一。当白血病人 CR 时骨髓形态学分类白血病细胞虽然 <5%, 但机体内的白血病细胞总数仍可高达 106-9, 如不尽早进行 CR 后的早期强化, 白血病细胞会很快增殖、生长、导致复发并产生耐药性, 故白血病人应尽早进行足量有效的 CR 后治疗。

5.4 心理护理对于帮助急性白血病患者坚强“挺”过化疗阶段至关重要。由于白血病病情重, 发展快, 加上化疗常可引起脱发、麻木、乏力、发热等并发症, 此时急性白血病患者很容易产生悲观沮丧情绪, 有的甚至对治疗失去信心其实很多反应都是在治疗当时暂时出现的, 停止用药后大多数可以恢复正常。急性白血病患者家属在此阶段鼓励和安慰急性白血病患者勇敢“熬”过去, 对于减轻其心理痛苦和帮助病情康复都十分重要。

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, 1994.79-80
- [2] 张之有, 杨天樞. 血液病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003.1054-61
- [3] Elihu H. How I treat older patients with AML[J]. Blood, 2000, 96:1670-3

编号: ZZ-10041221 (修回: 2010-03-21)

达拉奉可降低自由基诱导致炎细胞因子的生成从而有效抑制炎症反应, 促进了器官功能的恢复。

本观察认为自由基清除剂依达拉奉可缩小半暗带发展成脑梗死的体积, 能有效改善急性脑梗死患者的神经功能缺损评分, 使总有效率明显提高, 且治疗过程中未出现明显不良反应, 具有重要的应用价值。

参考文献:

- [1] 丁宏岩, 董强. 自由基清除剂依达拉奉对脑血管的治疗作用[J]. 国外医学脑血管疾病分册, 2008, 12:49
- [2] 王维治主编. 神经病学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.135
- [3] 王晓玲, 贺淑静. 依达拉奉治疗急性脑梗死的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2007, 10(1):48-49

编号: ZZ-10041227 (修回: 2010-04-17)

通腑活血汤治疗中风伴便秘 68 例观察

Observation on treating 68 cases of stroke plus constipation with the Tongfu Huoxue decoction

沙明杰

(江苏省南通市通州区第八人民医院, 江苏 南通, 226361)

中图分类号: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0048-02 证型: BDG

【摘要】 中风伴便秘是临床常见的疾病, 两者可互为因果, 在治疗过程中, 同时给予适当的治疗, 可明显改善患者的预后, 本人自拟通腑活血汤治疗中风伴便秘, 取得较好的疗效。

【关键词】 中风; 便秘; 通腑活血汤; 治疗

笔者自 2006 年以来, 自拟通腑活血汤治疗中风伴便秘 68 例, 取得较好的疗效, 现总结如下:

1 一般资料

所有病例均参照 1988 年全国第 2 次脑血管病会议通过的诊断标准进行诊断^[1], 并经头颅 CT 检查确诊。68 例中年龄最大的 78 岁, 最小的 42 岁, 平均年龄 62 岁; 脑梗塞者 24 例, 脑出血者 44 例; 所有病例均有便秘, 便秘时间最短的为 2 天, 最长的 6 天, 平均为 3.6 天。

2 治疗方法

所有病例均给予西医常规治疗, 包括脱水、降颅压、神经营养、防治并发症、支持及对症治疗。在此基础上, 适时加用通腑活血汤, 药用生大黄 (后下) 12g, 芒硝 (冲服) 10g, 厚朴、枳实各 10g, 川芎、红花、丹参各 12g, 水蛭 10g (碾粉分 2 次吞服), 每日 1 剂, 水煎, 分 2 次口服或鼻饲。大便每日超 2 次者大黄减量或同煎, 有意识障碍者加石菖蒲、郁金各 10g, 颅压高者加泽泻, 车前子各 20g, 有肢体抽搐者加牛角粉 30g (分 2 次冲服)。

3 疗效标准

参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制定的标准, 对患者进行治疗前后神经功能缺损评分: ①基本痊愈: 功能缺损评分减少 91~100%, 病残程度 0 级; ②显著进步: 功能缺损减少 46~90%, 病残程度 1~3 级; ③进步: 功能缺损减少 18~45%; ④无效: 功能缺损评分减少 17% 以下; ⑤恶化: 功能评分增加 18% 以上; ⑥死亡。符合前 3 条者, 必须同时具备便秘治愈, 不用西医泻药和肛肠润滑药, 每 2 天大便 1 次以上者定为有效。

4 治疗结果

所有病例均使用中药 15 剂以上, 治疗效果以病例使用中药 15 剂时为观察终点, 其结果为: 基本痊愈 10 例, 显著进步 36 例, 进步 18 例, 总有效率为 94.1%; 无效 2 例, 恶化 2 例。

5 讨论

中风包括西医出血性和缺血性脑血管意外, 其病因为气血逆乱, 运行不畅, 血蓄于内, 胃肠气机不畅, 糟粕积滞于肠道, 郁久化热, 故属于里热实证。娄氏认为急性脑血管意外, 有 90% 以上有热结便秘, 而中风病治拟下燥屎、去实热、疏通气机, 古就有之, 况且该类药物具有明显的抗炎作用^[2]。原氏也认为急性脑血管意外患者, 由于大肠内积粪过多过久, 内毒素被肠道吸收入血, 又因便秘、腹压增高, 可加重大脑血液循环障碍^[3]。由此可见, 中风与便秘伴随, 不仅常见, 而且相互影响, 一旦同时出现, 必须同时治疗, 否则必然影响患者的预后。资料表明, 病情越重, 其腑实证出现越早, 急性期若腑气不通, 则火热、瘀血之邪无下走之路, 可出现大壅大实之象, 故治当通腑活血。通腑活血汤取大黄、芒硝为君药, 枳实, 厚朴为臣药, 一是借黄、硝通降阳明胃腑之势, 引气血下行, 直折肝阳暴亢, 令肝阳下潜而气复返, 二是借黄、硝通腑, 达泻火泄热的目的, 即火热之邪从下而出, 三是通畅腑气, 祛瘀达络, 敷布气血, 使火热之邪从下而除, 不得上扰神明, 四是急下存阴, 使火热煎灼将竭之阴得以保存, 以防阴劫于内, 阳脱于外。邹氏认为大黄尚有溶栓、降低血粘度、降低纤维蛋白水平、改善微循环的作用, 并可提高组织的抗缺氧能力, 因而能缓解中风患者的脑供氧不足^[4]。活血法中的水蛭。含有的水蛭素是迄今为止发现的最强的天然凝血酶抑 (下转 54 页)

丹红注射液联合胺碘酮治疗 36 例 社区老年冠心病室性期前收缩

Treating 36 cases of community coronary heart ventricular extrasystole by Danhong injection plus amiodarone

薛艳茹

(北京市平谷区大华社区服务中心, 北京, 101207)

中图分类号: R54 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0049-02 证型: BDG

【摘要】 目的: 观察丹红注射液联合胺碘酮治疗老年冠心病室性期前收缩的疗效。方法: 将 36 例社区老年冠心病室性期前收缩患者, 随机分治疗组与对照组, 各 18 例。两组均给予胺碘酮治疗, 治疗组加用丹红注射液静脉点滴, 观察 14d。比较室性期前收缩控制情况、药物起效时间及伴随症状。结果: 治疗组症状改善率 94%, 优于对照组的 89% ($P < 0.05$); 药物起效时间较对照组短 ($P < 0.05$)。治疗后两组心电图及 holter 均明显改善, 但治疗组较对照组显效率高。结论: 丹红注射液联合胺碘酮, 疗效佳。

【关键词】 冠心病; 室性期前收缩; 丹红注射液; 胺碘酮

冠心病室性期前收缩是心血管病的常见病, 影响生活质量, 增加心血管事件发生危险^[1]。本文观察了丹红注射液联合胺碘酮对室性期前收缩老年患者的疗效, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

36 例患者, 男 25 例, 女 11 例; 年龄 (63.4 ± 6.9) 岁。随机分两组, 各 18 例, 两组在年龄、性别、病情及心电图、心脏彩超等方面, 差异均无统计学意义。选室性期前收缩 $> 1500/24h$ 。排除病态窦房结综合征及 II 度以上房室传导阻滞、甲状腺功能障碍、碘过敏等禁忌证^[2]。

1.2 治疗方法

表 1 两组室性期前收缩控制情况例 (%)

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-----|----|----------|---------|--------|-------------|
| 治疗组 | 18 | 9 (50) * | 8 (45) | 1 (5) | 18 (94.4) * |
| 对照组 | 18 | 5 (30) | 11 (60) | 2 (10) | 18 (88.9) |

注: 治疗组治疗后心悸、乏力、胸闷、头晕症状改善时间及总有效率均优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组疗效比较

| 组别 | 症状 | n | 完全缓解 (例) | 部分缓解 (例) | 无缓解 (例) | 总有效率 (%) | 症状改善时间 (d) |
|-----|----|----|----------|----------|---------|----------|------------|
| 治疗组 | 心悸 | 18 | 9 | 8 | 1 | 17/18 | 2.7 ± 1.2 |
| | 乏力 | 17 | 15 | 1 | 1 | 16/17 | 2.2 ± 1.5 |
| | 胸闷 | 17 | 10 | 5 | 2 | 17/17 | 1.4 ± 1.4 |
| | 头晕 | 10 | 6 | 3 | 1 | 9/10 | 2.4 ± 1.3 |

(下转 52 页)

两组服胺碘酮, 首剂量 0.2g, 每日 2 次, 1 周后改 0.2g, 每日 1 次, 2 周后改 0.1g, 每日 1 次。治疗组加用丹红注射液 30ml 加入生理盐水或 5% 葡萄糖 100ml, 每日 1 次, 静脉输注, 连用 14d。

1.3 疗效评定标准

显效: 症状消失或基本消失, 期前收缩消失或明显减少, 期前收缩次数较治疗前减少 75% 以上; 有效: 症状明显改善, 期前收缩次数较治疗前减少 50% ~ 75%; 无效: 症状、期前收缩无明显变化或较服药前增多者。

1.4 统计学处理

计量资料用均数 ± 标准差表示, 采用 t 、 χ^2 检验。

2 结果

防喘合剂对哮喘大鼠气道炎症和气道重建的影响

Influence of anti-asthma mixture on rebuilding airway inflammation and airway of asthmatic rats

任 勤 乔嘉斌

(天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0050-03 证型: GBD

【摘要】 观察防喘合剂对哮喘大鼠气道炎症的影响, 探讨防喘合剂的作用机制。方法: 选用 Wistar 大鼠, 分作 5 组, ①空白对照组; ②模型组; ③防喘合剂组; ④普米克令舒组; ⑤防喘合剂+普米克令舒组, 制作哮喘动物模型, 分别观察不同药物对大鼠血清 IL-4、INF-r 的影响; 对中性粒细胞蛋白酶水解酶 (NE) 的影响; 对基质金属蛋白酶 (MMP-9) 及其抑制剂 (TIMP-1) 的影响。结果: 三组均能降低哮喘大鼠血 IL-4、INF-r 含量; 降低 NE 含量; 降低 TIMP-1 含量及调节 TIMP-1/MMP-9 比值, 且防喘合剂+吸入激素组作用大于单纯防喘合剂组及吸入激素组。结论: 防喘合剂能够减轻气道炎症, 抑制气道重建, 且防喘合剂+吸入激素效果最佳。

【关键词】 防喘合剂; 哮喘大鼠; 气道炎症; 气道重建

防喘合剂是经多年临床总结研制的治疗小儿哮喘的有效方剂, 临床取得满意疗效^[1]。本文力图以动物实验对其抗气道变应性炎症, 降低气道高反应性的药理作用进行观察, 现报导如下:

1 材料与方

1.1 试验药物

防喘合剂由黄芪、麻黄、紫河车、白术、半夏、苏子、桃仁、蝉衣、黄芩等组成, 经水煎制成含生药 1g/ml; 普米克令舒: 阿斯利康 (Astra Zeneca) 公司生产。

1.2 动物

健康清洁级 Wistar 大鼠 40 只, 雌雄各半, 4~5 周龄, 平均体质量 180~200g。由北京军事医学科学院实验动物中心提供。

1.3 试剂

卵蛋白 (OVA) 天津华生生物科技有限公司; NE、MMP-9、TIMP-1 定量 ELISA 试剂盒购自北京尚柏生物医学科技有限公司; IL4、INF-r ELISA 试剂盒, 购自深圳晶美生物工程有限公司。

1.4 哮喘动物模型的建立

第一天模型及用药各组大鼠每只大腿内侧皮下注射卵蛋白悬液 1ml (卵蛋白 10mg+氢氧化铝 200mg+0.9%生理盐水至 1ml), 同时腹腔内注射灭活百日咳杆菌悬液 1ml (约 6×10^9 个菌株) 作为佐剂, 第 8 天

重复致敏一次, 第 15 天开始将大鼠置于自制玻璃容器中, 用压缩雾化吸入机给予中等雾量 (4 升/分) 的 2% 的 OVA 悬液激发 3 分钟, 每天 1 次, 共 5 周。卵蛋白悬液激发后以大鼠出现烦躁、呛咳、呼吸加快、行动迟缓或俯伏不动等症状为哮喘激发成功。

1.5 方法: 将动物随机分为空白对照组、模型组、中药组、西药组、中西药组, 每组 8 只。于第 15 天开始空白对照组、模型对照组每天上午给予生理盐水 1ml 灌胃, 下午吸入生理盐水, 持续喷雾 3 分钟; 中药组上午给予防喘合剂灌胃 (9g 生药/100g/d 体重), 下午吸入生理盐水; 西药组每天午给予生理盐水 1ml 灌胃, 下午于诱喘前 30min 雾化吸入普米克令舒 ($60 \mu\text{g}/100\text{g}/\text{d}$); 中西药组每天上午给予防喘合剂灌胃, 下午雾化吸入普米克令舒, 每日给药剂量同上, 共 5 周。末次激发结束后行肠系膜下静脉穿刺采血 5ml 入试管, 于 4°C 以 3000 r/min 离心 10min, 分离沉淀物及上清液。血清冻于 -70°C 备用。

1.6 数据处理: 采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据处理。统计结果以表示, 用方差分析 (F 检验和 Q 检验) 做统计学处理。

2 结果

2.1 对血浆 IL4、INF-r 含量影响: 哮喘模型组较对照组 IL4 含量明显升高, ($P < 0.05$), 用药各组 IL4 含量均低于模型组 ($P < 0.05$), 中药组与西药组比较, 作用

大体相当 ($P>0.05$), 中西组作用大于单纯中药组、西药组 ($P<0.05$)。哮喘模型组较对照组 INF-r 含量明显

降低, ($P<0.05$), 用药各组 INF-r 含量均高于模型组 ($P<0.05$), 但用药各组之间无明显差异见表 1。

表 1 各组白介素 4 (IL₄)、r 干扰素含量测定情况 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | IL4 (ng/L) | INF-r (ng/L) |
|-----|----|----------------------------|--------------------------|
| 对照组 | 8 | 13.28±1.29 | 81.11±11.5 |
| 模型组 | 8 | 31.02±3.14 [*] | 32.03±6.69 [*] |
| 中药组 | 8 | 19.34±1.36 ^{**} | 54.06±7.91 ^{**} |
| 西药组 | 8 | 17.37±1.66 ^{**} | 51.20±8.32 ^{**} |
| 中西组 | 8 | 15.13±1.66 ^{**△■} | 54.97±9.42 ^{**} |

注: 各组与对照组比较: ^{*} $P<0.05$; 治疗组与模型组比较: ^{*} $P<0.05$; 中药组与中西药组比较: [△] $P<0.05$; 西药组与中西组比较: [■] $P<0.05$

2.2 对中性粒细胞 (PMN) 浸润的气道炎症作用

模型组大鼠血清中 NE 的 OD 值明显升高, 与空白对照组比较差异显著 ($P<0.01$); 用药各组 NE 的 OD 均低于模型组 ($P<0.05$)。中药组与西药组比较,

作用大体相当 ($P>0.05$), 中西组作用大于单纯中药组、西药组 ($P<0.05$)。提示, 中西组降低 NE 作用大于单纯中药组、西药组 ($P<0.05$); 中药组与西药组比较, 作用大体相当 ($P>0.05$)。(结果见表 2)。

表 2 各组大鼠血清 NE 水平的比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | NE 的 OD 值 |
|-------|---|-----------------------------|
| 空白对照组 | 8 | 0.476±0.231 |
| 模型组 | 8 | 0.878±0.175 [*] |
| 中药组 | 8 | 0.685±0.124 ^{**} |
| 西药组 | 8 | 0.666±0.218 ^{**} |
| 中西组 | 8 | 0.502±0.152 ^{**△■} |

注: 各组与对照组比较: ^{*} $P<0.05$; 治疗组与模型组比较: ^{*} $P<0.05$; 中药组与中西药组比较: [△] $P<0.05$; 西药组与中西组比较: [■] $P<0.05$

2.3 对 MMP-9、TIMP-1 的含量及 TIMP-1/MMP-9 的比值的影响

血清中 MMP-9 的含量比较: 各组均高于空白对照组; 各治疗组与模型组比较差异不明显 ($P>0.05$)。血清中 TIMP-1 的含量比较: 各组均明显高于空白对照组 ($P<0.01$), 各治疗组明显低于模型组, 中西组降低最明显 ($P<0.05$), 中药组与西药组比较无显著差异

($P>0.05$)。TIMP-1/MMP-9 的比较: 与对照组比较, 各组均明显高于空白对照组 ($P<0.01$); 与模型组比较, 各组均明显低于模型组 ($P<0.05$); 中西组与中药组、西药组比较有差异 ($P<0.05$); 中药组与西药组比较无显著差异 ($P>0.05$)。提示三组均能明显降低血清 TIMP-1 的含量及 TIMP-1/MMP-9 的比值, 中西组效果最优, 中药组与西药组疗效相当。(结果见表 3)。

表 3 各组大鼠血清 MMP-9、TIMP-1 的含量及 TIMP-1/MMP-9 的比值 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | MMP-9(ng/ml) | TIMP-1(ng/ml) | TIMP-1/MMP-9 |
|-------|---|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 空白对照组 | 8 | 3.124±0.561 | 1.122±0.18 | 0.36±0.07 |
| 模型组 | 8 | 6.557±1.445 [*] | 13.282±2.038 [*] | 2.12±0.18 [*] |
| 中药组 | 8 | 5.954±1.684 [*] | 10.271±3.493 ^{**} | 1.66±0.13 ^{**} |
| 西药组 | 8 | 6.462±0.470 [*] | 10.721±2.724 ^{**} | 1.67±0.45 ^{**} |
| 中西组 | 8 | 5.833±1.182 [*] | 7.251±0.533 ^{**△■} | 1.21±0.19 ^{**△■} |

注: 各组与对照组比较: ^{*} $P<0.05$; 治疗组与模型组比较: ^{*} $P<0.05$; 中药组与中西药组比较: [△] $P<0.05$; 西药组与中西组比较: [■] $P<0.05$

3 讨论

现代医学认为气道炎症和重塑是哮喘的两个主要病理学特征^[2]。糖皮质激素是有效的抗气道变应性炎症药物, 可在多个环节阻断气道炎症的发生发展, 但不能逆转气道重建。中医学认为, 小儿哮喘的发病主因是素体肺、脾、肾功能失调所致的痰饮伏留, 日久气道壅塞, 血脉瘀痹, 复因外感六淫之邪而诱发哮喘。通过临床观察我们发现, 小儿哮喘特别是屡发不愈者多属肺虚邪恋、脾虚痰泛、肾虚失纳之虚中夹实证, 每因气候变化而诱发, 因此我们确立益气健脾、平喘

降逆、化痰散瘀之法的防喘合剂, 既能使邪气外达, 又能开其痰瘀之路, 阻断病情进展而收效。方中黄芪益气固肺、麻黄逐饮降逆平喘为君, 紫河车、白术益气养血健脾, 半夏、苏子、桃仁祛痰化淤共为臣, 配合蝉衣祛风解痉、黄芩清肺化痰, 佐温热药辛温太过共为佐药。诸药合用, 共奏益气平喘, 化痰散瘀之功。临床总有效率在 90%。

3.1 调节 Th1/Th2 网络失衡的气道炎症

新近的研究表明^[3]哮喘的免疫学发病机制为: I 型树突状细胞 (DCI) 成熟障碍, 使 Th0 不能向 Th1

细胞分化,在 IL-4 诱导下 DC II 促使 Th0 向 Th2 发育,导致 Th1 (分泌 IFN-r 减少)、Th2 (分泌 IL-4 增高) 细胞功能失衡。Th2 细胞促进 B 细胞产生大量 IgE 和分泌炎症细胞因子,产生一系列炎症介质,最终诱发速发型变态反应和慢性气道炎症。实验表明,大鼠哮喘模型治疗前血 IL-4 含量明显升高,血 IFN-r 明显降低,治疗后三组均能纠正 IFN-r/IL-4 比值,进而改善 Th1/Th2 网络功能失衡,控制哮喘,减轻气道的慢性炎症。且中西组效果最优。

3.2 抑制大量中性粒细胞 (PMN) 浸润的气道炎症

PMN 含有多种蛋白水解酶,对组织损伤最大的是中性蛋白水解酶 (NE)。NE 是一个有力的促进杯状细胞过度分泌的蛋白酶,可引起黏液腺过度增生和黏液分泌增多、上皮细胞损伤、纤维组织破坏等,最主要是降解基底膜的弹性蛋白。在哮喘发作时 NE 明显增多,激素对中性粒细胞治疗反应差,且激素可延长中性粒细胞的存活^[4]。实验结果表明:模型组大鼠血清中 NE 的 OD 值明显升高;用药各组 NE 的 OD 均低于模型组 ($P<0.05$);中西组作用大于单纯中药组、西药组,从而减轻对中性粒细胞 (PMN) 浸润的气道炎症作用。

3.3 对气道重塑的干预

基质金属蛋白酶 (MMP) 主要降解细胞外基质 (ECM),其作用受其组织抑制因子 TIMP 特异性抑制,MMP-9 及 TIMP-1 在不同时期的过度表达以及二者表达的比例失衡,是支气管哮喘气道炎症与重构的重要机制之一^[5],过度的 MMPs 表达与 ECM 的降解有关,而 TIMPs 的过度上调,可能导致组织的异常

修复,引起气道壁重构。实验结果表明,模型组血清中 TIMP-1、TIMP-1/MMP-9 的含量明显增高,用药三组均能明显降低比值,中西组效果最优,中药组与西药组疗效相当。提示三组均明显降低血清 TIMP-1 含量及 TIMP-1/MMP-9 的比值,从而抑制组织的异常修复,减少气道壁重构的发生。且中西组效果最优。

综上所述,温肺平喘,化痰散瘀之防喘合剂可能是通过降低血清中 IL4、提高 INF-r 含量以纠正 Th1/Th2 网络功能失衡,进而控制哮喘发作,减轻气道慢性炎症;降低 NE 含量以减轻中性粒细胞浸润的气道炎症;降低 TIMP-1 含量及 TIMP-1/MMP-9 的比值,抑制气道重塑。因此温肺平喘,化痰散瘀,解痉平喘之防喘合剂对哮喘气道炎症和气道重塑有明显改善作用。同时结果表明,中西医结合组优势明显,是最佳的治疗方式。

参考文献:

[1]任勤.自拟防喘合剂加辅舒酮吸入治疗轻度持续性哮喘患儿的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2007,27(11):22

[2]Lenfant C.Global strategy for asthma management and prevention Maryland: National.Institute of Health(USA),1995,6-47

[3]WilliamOC,Cookson M,MoffattM F.Asthma,Anepidemic in the absence of infection? Science,1997m275 (5296):41-42

[4]何丽,郭盛,熊先敏,等.扶正化痰法对哮喘豚鼠血清 IL-8、TNF2 α 影响研究[J].中医药学刊,2003,21(2):280

[5]Kurokat C,Plehn S,Herz U,et al.Tumor marker potential of serum matrix metalloproteinase in patients with head and neck cancer[J]. Anticancer Res, 2002,22(4):2221

编号: ZZ-10041218 (修回: 2010-04-21)

(上接 49 页)

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|-------|---------|
| 对照组 | 心悸 | 18 | 8 | 5 | 5 | 13/18 | 4.9±1.6 |
| | 乏力 | 17 | 12 | 2 | 3 | 14/17 | 6.1±2.0 |
| | 胸闷 | 16 | 5 | 4 | 7 | 9/16 | 5.4±1.6 |
| | 头晕 | 8 | 2 | 2 | 4 | 4/8 | 6.1±1.7 |

3 讨论

不同类型抗心律失常西药致心律失常作用不同^[3],发生率约 10%^[2]。丹参能扩张微血管口径,扩张动脉,降血管阻力,降低血液黏稠度,增强红细胞变形能力,改善微循环,并能清除氧自由基^[4]。红花有轻度兴奋心脏,降低冠状动脉阻力,增冠状动脉流量和营养心肌,亦提高红细胞变形性,改善血液黏稠度,降血管外周阻力,抑制血小板聚集,增纤维蛋白溶解,抑制血栓形成^[5]。

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,2008.206-207

[2]张文博.心血管药物应用的新进展[M].北京:人民卫生出版社,2002.73-79

[3]马长生,汤日波.抗心律失常药物的不良反应[J].实用药学与临床,2006, 9(2):70-73

[4]都本洁,刘桂蕊,李彬之,等.实用心脏病学基础[M].北京:中国医学科技出版社,1993.403

[5]高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2002.377-379

编号: ZZ-10041256 (修回: 2010-04-11)

轻清化痰法配和西药治疗 发作期支气管哮喘临床分析

A clinical analysis of treating exacerbation of asthma by therapy of Qingqing Huatan plus western medicine

任江华

(河北省中医药研究院, 河北 石家庄, 050000)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0053-02 证型: GBD

【摘要】 目的: 探讨轻清化痰法配和西药治疗发作期支气管哮喘的效果。方法: 随机选取病例进行对照组和治疗组分析。结果: 治疗组总有效率为 95.35%, 对照组总有效率为 83.33%, 两组对比有显著性差异 ($P < 0.05$)。结论: 轻清化痰结合抗感染西药, 对治疗哮喘疗效佳。

【关键词】 轻清化痰法; 发作期支气管哮喘; 临床分析

1 资料和方法

1.1 一般资料

选 2001 年 12 月~2009 年 12 月在我院治疗发作期支气管哮喘患者 100 例。随机选择轻、中度急性发作期患者, 治疗组和对照组各 50 例, 其中寒哮、热哮患者各 25 例。各组患者在性别、年龄、病程、病情轻重程度方面均无显著性差异 ($P > 0.05$)。两组急性发作期诱因为外感风寒, 且发病有恶寒、发热、鼻塞、流涕等表证 49 例, 受风寒而无表证者 25 例, 饮食所伤 11 例, 劳累 5 例, 其他 10 例。临床表现为喘息 100 例, 咳痰清稀 33 例、咳白粘痰 21 例、咳痰黄白相间 31 例、咳痰黄稠 15 例, 夜间发作 82 例, 背冷 78 例, 怯寒 84 例, 易感冒 86 例, 颜面口唇紫绀 73 例, 舌质暗或有瘀斑 66 例, 苔白滑 34 例、苔黄白腻 41 例、苔黄腻 25 例、脉浮 92 例。

1.2 诊断标准: 支气管哮喘诊断标准参照支气管哮喘防治指南^[1], 中医辨证寒哮、热哮及轻、中、重度分级标准参照中药新药治疗哮证的临床研究指导原则^[2]。

1.3 方法: 治疗组: 予轻清宣透化痰法 (金银花 15g、淡竹叶 12g、野菊花 10g、淡豆豉 12g、牛蒡子 10g、

蝉蜕 8g、鲜芦根 20g、紫草 10g、茜草 12g、牡丹皮 10g、甘草 5g。发热者加水牛角 20g、生石膏 (先煎) 20g、知母 12g; 腹痛者加地榆 12g、延胡索 8g、三七粉 (另研冲服) 8g、关节痛者加秦艽 10g、木瓜 8g、怀牛膝 12), 热哮加生石膏 30g, 常规煎服方法。若兼见鼻痒、咽痒、眼痒、喷嚏多, 可酌加荆芥、薄荷、苏叶、蝉蜕、白鲜皮、地肤子等; 如兼见恶寒发热、鼻塞流涕、头痛身痛、无汗、脉紧, 可酌加葛根、辛夷花、苍耳子等; 若哮喘发作严重难以控制, 可临时予以喘康速喷吸, 2 天后仍需喷吸者按无效处理。

对照组: 中药汤剂 (寒哮用射干麻黄汤, 热哮用轻清化痰) 配合西药, 如口服或静脉点滴氨茶碱、糖皮质激素等。

疗程均 5 天, 感染重者可加抗生素。

2 结果疗效观察

2.1 疗效标准: 控制: 喘息症状及肺部哮鸣音消失或不足轻度, 即使有轻度发作不需用药即可缓解。显效: 喘息症状及肺部哮鸣音明显好转 (+++→+)。有效: 喘息症状及肺部哮鸣音有好转 (+++→++或++→+)。无效: 喘息症状及肺部哮鸣音无改善或反而加重。

2.2 临床疗效 (见表 1)。

表 1 两组临床疗效比较 (例)

| | | 控制 | 显效 | 有效 | 无效 | 有效率 (%) |
|-----|-----|----|----|----|----|---------|
| 治疗组 | 热哮组 | 6 | 12 | 5 | 2 | 92 |
| | 寒哮组 | 7 | 11 | 4 | 3 | 88 |

| | | | | | | |
|-----|-----|---|----|---|---|----|
| 对照组 | 寒哮组 | 5 | 12 | 5 | 3 | 88 |
| | 热哮组 | 7 | 10 | 4 | 4 | 84 |

注：治疗组与对照组疗效无显著性差异 ($P>0.05$)，治疗组中寒哮与热哮的疗效无显著性差异 ($P>0.05$)。

2.3 肺功能变化：一秒钟用力呼吸容积 (FEV1) 比较，见表 2。

表 2 两组 FEV1 比较 (L)

| | 治疗组 | | 对照组 | |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 寒哮 (16 例) | 热哮 (18 例) | 寒哮 (16 例) | 热哮 (18 例) |
| 治疗前 | 2.07±0.53 | 1.64±0.58 | 1.61±0.51 | 2.09±0.62 |
| 治疗后 | 1.57±0.71 | 2.15±0.46 | 2.12±0.49 | 1.65±0.48 |
| P | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

注：经 t 检验，治疗前各组 FEV1 均无显著性差异 ($P>0.05$)，治疗后治疗组与对照组在 FEV1 的改善程度方面无显著性差异 ($P>0.05$)，治疗组中寒哮与热哮在 FEV1 的改善程度方面无显著性差异 ($P>0.05$)。

2.4 外周血嗜酸性粒细胞 (EC) 数的变化 (见表 3)。

表 3 EC 数的变化 ($\times 10^9/L$)

| | 治疗组 | | 对照组 | |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 寒哮 (19 例) | 热哮 (17 例) | 寒哮 (19 例) | 热哮 (17 例) |
| 治疗前 | 0.38±0.17 | 0.39±0.18 | 0.39±0.17 | 0.40±0.16 |
| 治疗后 | 0.29±0.11 | 0.28±0.13 | 0.30±0.12 | 0.29±0.11 |
| P | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

注：治疗前各组 EC 数均无显著性差异 ($P>0.05$)，治疗后治疗组与对照组在 EC 数的下降程度方面无显著性差异 ($P>0.05$)，治疗组中寒哮与热哮在 EC 数的下降程度方面无显著性差异 ($P>0.05$)。

3 讨论

中医认为：气阳虚弱是哮喘发作的内因，痰瘀伏肺是哮喘发作的宿根，外感六淫是哮喘发作的诱因。外感六淫之邪为标，痰瘀伏肺和气阳虚弱为本^[3]。哮喘急性发作诱因是外感风寒，故应轻清化痰。轻清化痰煎剂有较强的抗组织胺作用，还能刺激机体产生某种抑制因子，消除气道炎症，降低外周血嗜酸性粒细胞数、血清 IgE 浓度及气道高反应性。故《日本汉方医学精华》谓：“支气管哮喘，无论发作与否，皆可用

本方。”故轻清化痰在治疗支气管哮喘中作用，值得我们重视与研究。

参考文献：

- [1]中华呼吸病学会.支气管哮喘防治指南[J].中华结核和呼吸杂志,1997,20(5):261~264
- [2]中药新药治疗哮喘的临床研究指导原则.中药新药临床研究指导原则[S].第3版.北京:中华人民共和国卫生部出版社,1993年
- [3]洪广祥.再论哮喘治疗之我见[J].中国医药学报,2000,15(4):39-42

编号：ZZ-10041243 (修回：2010-04-12)

(上接 48 页)

制剂，有较强的抗凝血作用，它的组织胺样作用对瘀血病灶有较强的吸收作用，并能缓解血管痉挛，增加缺血组织的供血量。樊氏认为红花、川芎、丹参有减轻脑水肿及脑组织变性坏死等作用，且丹参和川芎有对抗自由基对脑组织损伤的作用^[5]。所以，通腑活血汤治疗中风伴便秘，中医理论上通经络、上病下取、去宛陈挫、引血下行，泻郁热、开上窍、急下存阴等功效，在西医理论上改善脑供血，有利于血肿吸收及消除的功效，可明显提高该病的治愈好转率，减少致残率。

参考文献：

- [1]中华医学会第 2 次全国脑血管病学术会第 3 次修订.各类脑血管疾病诊断

要点[J].中华神经精神科杂志,1998,21(2):60

[2]娄永和.通腑泻热法治疗出血性脑卒中的应用[J].天津中医,1994,11(4)

18-19

[3]原金隆.通腑醒脑法抢救中风神昏机制的探讨[J].中西医结合实用临床急救,1998,5(2):82

[4]邹晓瑜.水蛭大黄治疗出血性中风 17 例[J].实用中医内科杂志,1994,8(2):26-27

[5]樊莹,周仲英,金妙文.活血化瘀疗法在脑出血急性期的临床应用评述[M].上海:上海科学技术出版社,1995.63

作者简介：

沙明杰 (1967-), 男, 江苏省南通人, 副主任中医师。

编号：ZZ-100412121 (修回：2010-04-10)

中西医结合治疗原发性肾病综合征 53 例临床观察

Clinical observation on treating 53 cases of NS in the integrative medicine

张亮

(辽宁省瓦房店市中医院, 辽宁 瓦房店, 116300)

中图分类号: R692 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0055-02 证型: DBG

【摘要】 目的: 探讨中西医结合治疗原发性肾病综合征的疗效, 以提高治愈率。方法: 在西药治疗的同时, 加用生地、知母、黄柏、白术、白芍、仙灵脾等辅助中药治疗, 观察疗效。结果: 53 例患者中治愈 20 例, 全缓解 10 例, 部分缓解 18 例, 无效 5 例, 总有效率 80% 以上。结论: 中西医结合治疗原发性肾病综合征效果满意, 值得临床推广应用。

【关键词】 肾病综合征; 中西医结合治疗; 复合中药

肾病综合征 (NS)^[1] 是一种由多种并发症引起的综合病症, 为了更准确的了解肾病综合症, 从 2008 年 11 月~200 年 11 月, 通过对 53 例原发性肾病综合症的患者使用中西医结合的治疗方法, 效果佳, 现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

53 例 NS 患者, 其中男 35 例, 女 18 例; 年龄 18~62 岁, 平均 40 岁; 病程 3 个月~4 年; 轻度 18 例, 中度 29 例, 重度 6 例。

1.2 主要诊断标准

大量蛋白尿 (尿蛋白 > 3.5 g/24h)^[2]; 低蛋白血症 (血浆白蛋白 < 30g/L); 明显水肿; 高脂血症。有前两项即可确诊, 排除继发性肾病综合症。

1.3 治疗方法

1.3.1 一般治疗: 给病人使用一些富含必需氨基酸的优质动物蛋白 0.8-1.0g/(kg·d), 热量不小于 30~35g/(kg·d), 低盐饮食 (<3g/d)。

1.3.2 糖皮质激素: 用糖皮质激素, 起始量要足, 1mg/(kg·d), 口服 8 周, 同时根据病情, 可延长到 12 周; 减药要慢, 在足量治疗完成的 1~2 个星期可减少 10%, 当减至 20mg/d 时, 易复发; 以最小剂量 10mg/d 维持 6 个月, 顿服。

1.3.3 中药辅助治疗: 采取综合治疗^[3]。可按照患者病情, 用中药辅助治疗。

大剂量用激素, 会出现肝肾阴虚, 可用生地、知

母和黄柏等滋阴补肾; 此后, 用白术、白芍和仙灵脾等温补肾阳中药; 在稳定阶段, 加党参、陈皮和茯苓等益气补肾中药, 还可加入丹参等, 疗程 1 年。

2 结果

53 例病人, 全缓解的 20 例, 基本缓解 10 例, 部分缓解 18 例, 无效 5 例。疗程 12 个月~18 个月, 平均 13.6 个月。

完全缓解的情况: 症征消失, 24h 尿蛋白量 < 0.2g, 血脂、肾功已恢复。基本缓解: 症征消失, 24h 尿蛋白量 < 1.0g。部分缓解: 症征消失, 但整体情况无明显好转。无效: 没恢复也没恶化。

3 讨论

NS 以高蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症、高度水肿。多年来, NS 以激素治疗为主, 配抗凝剂、血小板解聚剂、ACEI 类药物^[4]。许多患者对激素治疗无明显反应, 或暂时产生效果, 停药后无效。

在中医看来, NS 是“水肿”的范围。患病者出现脾虚, 脾脏功能失常, 肾虚, 肾脏功能不完整, 整体来说, 患者时常出现水肿, 蛋白尿等症状。中药方中, 黄芪、党参、白术、茯苓可以调节脾脏; 山茱萸可保护肾脏; 茯苓、泽泻淡渗利湿消肿; 水蛭、益母草、川芎活血化痰。实践表明, 黄芪可维持人的免疫系统正常运作, 消除尿蛋白; 川芎、益母草、水蛭可以稳定肾病综合症患者的固后治疗。

中西药结合的效果显著。在医学实践中, 医护人 (下转 57 页)

中医适宜技术治疗单纯性肥胖 40 例临床分析

A clinical analysis of treating 40 cases of simple obesity by TCM

许建

(北京市宣武区陶然亭社区卫生服务中心, 北京, 100052)

中图分类号: R589.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0056-02 证型: GD

【摘要】 目的: 探讨开展中医适宜技术治疗单纯性肥胖的价值。方法: 运用中医药基本理论, 将针灸、穴位贴敷等适宜技术应用于单纯性肥胖治疗。结果: 获得理想或比较理想效果 38 例。结论: 中医适宜技术在社区开展消脂减肥具有安全、痛苦小、效果稳定等特点。

【关键词】 肥胖症; 中医适宜技术

现在单纯性肥胖以前所未有的速度蔓延, 流行于全世界, 并且成为一种几乎令人类束手无策的顽疾, 肥胖已成为一个全球性的社会问题, 在欧美经济发达国家情况尤为严重, 每年都要消耗大量财富来控制肥胖及承担治疗因肥胖引起的各种疾病的费用。对整个社会而言, 这是件头痛的事情。中国学生营养与健康促进会警告说, 如果没有及时有效的措施, 中国的肥胖率将很快赶超欧美, 重蹈其覆辙。因此, 减肥作为一个时髦的名词正日渐受到人们的重视, 近年来减肥的方式层出不穷, 但总是昙花一现, 不少减肥方式会有一定的疗效, 或者说近期效果尚可, 但远期疗效较差。笔者通过实践证明, 减肥过程实际上是对肥胖患者生活, 饮食习惯的艰苦的改造过程, 患者要有坚定的信念, 坚强的毅力和持久的耐力, 同时要有一系列专业的减肥措施、治疗方案。笔者于 2007 年 10 月~2009 年 10 月运用中医药基本理论, 将针灸、穴位贴敷等适宜技术应用于单纯性肥胖患者治疗 40 例, 取得了显著的成效, 现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

40 例女性, 年龄 15~55 岁, 平均体重 70kg, 职业: 教师 12 例, 公务员 13 例, 学生 15 例。

1.2 诊断标准

按照 2000 年国际肥胖特别工作组提出的亚洲人肥胖诊断标准制定^[1], 以体质量指数 BMI 为评估指标: 23<BMI≤24.9 为肥胖前期; 25≤BMI≤29.9 为轻度肥胖; BMI≥30 为中度肥胖; BMI≥40 为重度肥胖。

2 治疗方法

2.1 针刺法: 取穴于中脘、关元、带脉、足三里为本

穴。患者仰卧, 处舒适体位, 选用 40mm 针灸针直刺, 进针时避开血管, 得气后平补平泻, 留针 20min, 隔日治疗一次, 15 次为一疗程。疗程间休息一周, 再进行下一疗程。

2.2 耳穴穴位敷贴

取穴内分泌、神门、饥点、胃、三焦, 材料选用具有远红外微粉的穴位贴, 以 1cm×1cm 面积贴于患者耳穴, 予以紧压, 防止脱落。嘱患者饭前自行按压每个穴位, 以耳廓发热为佳。每周贴换一次, 左右耳交替进行。4 周为一疗程。疗程间休息一周, 再进行下一疗程。

3 注意事项

减肥治疗期间, 患者纠正不合理的饮食、生活习惯, 少吃高脂肪、甜食等食物。

4 观察时间

2 个月周期, 即两个疗程。

5 评价标准

针灸 1 个疗程, 体质量下降 5kg 以上为减肥成功, 休息一周后进行第二疗程治疗。

6 结果

获得理想或比较理想效果 38 例 (95%), 效果不明显 2 例 (年龄偏大)。

7 体会

肥胖以多食少动, 身体肥胖为其临床特征。属中医学“痰瘀”范畴。又有“肥人”、“脂人”等名称。中医典籍对由肥胖衍生的恶果有很多精辟论述。如《内经》云:“肥贵人, 则高粱之疾也”。《吕氏春秋》则说:“形不动则精不流, 精不流则气郁”。可见古人对肥胖的病因及危害早有认识。其病机转归为脾胃受损, 脾

不散精，或脾肾不足，水道不利，变生膏脂痰湿，郁积体内而成肥胖。病位主要在脾（胃）、肾。病情多属虚实夹杂、本虚标实。针刺治疗中，关元穴培元固本，改善身体既能，促进新陈代谢；中脘、带脉、足三里取自“靳三针”疗法中的“肥三针”^[2]。“肥三针”之中脘与足三里都是调理胃肠功能的要穴，带脉穴能畅通带脉经气，管束诸经脉，且能加强局部的刺激作用而治疗肥胖之腰腹肥大者。足三里是足阳明胃经的合穴，同时也是胃经的下合穴，针刺足三里可以疏调阳明经气，通调肠胃。中脘属于胃经的募穴，腹部局部取穴，直接调理脾胃的消化功能。带脉穴位于腰腹部的中部，起于少腹之侧，季肋之下，环身一周，络腰而过，约束诸经脉，如同束带。肥胖的病人，尤其是腹部肥大的病人，起因多与带脉的约束功能下降有关，所以选用带脉穴，能畅通带脉经气，管束诸经脉。因此通过针刺肥三针加关元穴，可以起到调整脾胃功能、化脂降浊作用，而达到减肥目的，使病态机体得到恢复。临床观察结果显示，经针刺治疗后，针刺前有腹胀、便秘的病人，症状均有改善。

在耳穴穴位敷贴治疗中，大多数患者在进食前按压耳穴，能减轻饥饿感，可抑制食欲，减少食量，说

明通过耳穴可调整脏腑生理功能。同时，采用贴敷方法，与传统耳穴压豆方法比较，大大减低了患者按压时的疼痛感，较易得到患者的治疗配合。

经临床观察，针刺法配合耳穴穴位敷贴法对减肥患者无不良反应，由于不要求过分控制饮食及运动量，所以不会对人体机能产生不良影响，因此可以说针灸减肥效果稳定，不易反弹。^[3]中医适宜技术具有简、便、廉、验的临床特点。中医药适宜技术，有广泛的适应性，对在社区防治常见病、多发病中的具有优势和很好的临床作用。笔者认为应用针刺法结合耳穴穴位贴敷两项实用经济的适宜技术在社区开展消脂减肥具有安全、痛苦小、效果稳定等特点，正是以较少的费用支出解决了老百姓的实际的医疗保健需求，在社区基层适宜广泛开展。

参考文献：

- [1]白耀华.新的肥胖诊断标准[J].国外医学:内科学分册,2002,29(4):178
- [2]彭增福,靳瑞.靳三针疗法[M].上海:科学技术出版社,2000
- [3]唐华生.针灸治疗单纯性肥胖症相关问题的探讨[J].中国针,2008,28(7):522-524

编号: ZZ-10041225 (修回: 2010-04-19)

(上接 55 页)

员对患者进行合理的治疗，如大剂量使用激素阶段^[5]，患者出现肝肾阴虚，加用生地、知母和黄柏等滋养肾阴的中药；激素减量阶段患者出现气虚，加用白术、白芍和仙灵脾等温补肾阳中药；激素在维持量及停药之间出现阳虚，加用党参、陈皮和茯苓等益气补肾中药。在中药里，黄芪和白术有很好的保护脾脏、肾脏的功能；女贞子、丹皮和生地等中药有促进淋巴细胞转化的作用，加强白细胞吞噬作用，增强身体的免疫力。

原发性肾病综合征患者的血液呈高凝状态，易引发血栓^[6]，故更要加快对肾病综合症的治疗研究，而现阶段采用的中西医结合治疗，利用丹参等中药进行活血化瘀止血，降低毛细血管通透，加速纤维蛋白的溶解，降低血栓的形成，改善血液循环，加速肾脏功能的恢复起到了很好的作用。

中药结合西药，中药最为辅助治疗，现代肾病综合征治疗就有了新的突破，为肾病治疗开辟了一条新的道路，同时，中药与西药结合治疗，可以起到协同作

用。总之，采用中西医结合治疗肾病综合征可以加速患者的症状缓解，保护肾上腺皮质功能^[7]，减少使用激素产生的副作用，提高疗效，减少并发症，延长患者的生存时间，值得临床推广。

参考文献：

- [1]戴京璋.实用中医肾病学[M].北京:人民卫生出版社,2002.(1).122
- [2]叶任高,陈裕盛,方敬爱.肾病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要[J].中国中西医结合肾病杂志,2003,4(6):355-357
- [3]彭家清,张克凯,徐立,等.中西医结合治疗原发性肾病综合症的疗效观察[J].中国药师,2008,11(1):35-37
- [4]黄玉茵,梁立峰,赵君雅,等.中医药在中西医结合治疗肾病综合征中的应用近况[J].中国中医药信息杂志,2009,16(6):106-108
- [5]阮雪玲,张秀薇,郑东文,等.黄芪和丹参注射液联用对早期糖尿病肾病血流变学及肾功能的影响[J].中国实用内科杂志,2005,25(2):147-149.
- [6]吴建欣.活血化瘀贯穿肾病综合征治疗始终[J].中国中西医结合肾病杂志,2003,4(3):168-169
- [7]阮雪玲,张秀薇,郑东文,等.黄芪和丹参注射液联用对早期糖尿病肾病血流变学及肾功能的影响[J].中国实用内科杂志,2005,25(2): 147-149

编号: ZZ-10041229 (修回: 2010-04-19)

慢性病社区防治管理的现状和发展趋势研究

—以糖尿病为例

A study on trends of current situation and development

about chronic disease community control and management

—take diabetes for example

王秋莲

(北京市宣武区陶然亭社区卫生服务中心姚家井社区卫生服务站, 北京, 100054)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0058-02 证型: DGB

【摘要】 糖尿病社区综合防治就是以社区为依托, 以社区医生为主导, 以社区人群为主体, 以糖尿病人为主要服务对象, 通过医患互动, 对糖尿病人提供血糖监测、治疗、健康教育、健康促进, 故使糖尿患者生活方式优化, 血糖控制方面效果佳, 故本文将以糖尿病为例, 探讨社区在预防和治疗慢性疾病方面起到的作用和应该采取的策略。

【关键词】 社区医疗; 糖尿; 慢性病

当前, 糖尿病患病率不断上升已引起社会的重视^[1]。依托社区开展防治工作, 是预防和控制慢性病的最佳选择, 本文借鉴了国外相关绩效考核模式进行探讨, 以提高社区糖尿病防治的质量和效果。

1 国外社区对糖尿病管理的现状

国外社区卫生服务管理制度已发展得较成熟, 其在为居民提供便捷初级卫生保健服务、对病人合理控制和分流、控制医疗费用、充分利用有限的卫生资源等方面发挥了重要的作用。

以英国为例, 英国国家卫生服务制度 (NHS) 是一种有社会福利性质的公费医疗制度, 为全民提供医疗保障。2000年, 英国建立第三方机构初级保健托拉斯 (PCTs)。NHS 通过 PCTs 这样一个中介组织, 与全科医师签订契约合同, 由 PCTs 代表居民向社区卫生服务和医院购买医疗服务。初级保健托拉斯可保留每年收入的盈余部分, 且与下一年的资金配置无关, 但须把盈余资金用于添加设备和改善服务^[1]。因预算是固定的, 初级保健托拉斯就会强调预防性服务、健康教育和单位费用的效果, 减少不合理开支。

2 我国社区对糖尿病管理的现状

2007年中国居民营养与健康调查显示我国共有2300万人正经受着糖尿病的困扰; 每年有大约9万人死于糖尿病; 去死因期望寿命计算结果显示, 糖尿病

导致的期望寿命损失在城市中为0.21岁, 农村为0.08岁, 全国合计为0.15岁; 糖尿病引起的潜在寿命损失约为130万寿命年; 平均每一个糖尿病人死亡, 将会致14.4年的“早死”, 直接经济损失约占2002年我国卫生总费用的1.88%^[1]。也有文献指出我国目前尚未使用归因方法测算糖尿病经济负担, 这可能与我国目前的卫生服务利用资料不完善有关^[2]。不断增加的感染括肺结核等都是糖尿病人的主要发病和死亡原因。据WHO的预测, 2000年~2030年, 我国的糖尿病人数居全球第2位(仅次于印度), 在2030年将达到4230万。国内外实践表明, 糖尿病最有效的控制方法是开展以社区健康促进并以控制危险因素为基础的综合防治。社区慢性病管理要实施防治统一、个体与群体的并重、宏观与微观的结合。强调慢性病防治的一级预防, 以群体为基础制定防治策略, 实施个体化的管理, 使社区慢性病预防和干预的工作前移。建立和健全相应的绩效考核机制对提高糖尿病社区管理的质量有积极意义。

目前, 虽社区基本防治的模式已建成, 但对慢性病防治上却没相应的责任医生、社区有确切的考核手段。

3 我国糖尿病社区管理策略的展望

(下转 65 页)

中医治疗慢性湿疹的疗效观察

Effective observation on treating chronic eczema in TCM

张 政

(醴陵市中医院, 湖南 醴陵, 412200)

中图分类号: R758.23 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0059-02 证型: IDB

【摘要】目的: 探讨慢性湿疹的常见特点和治疗意义。方法: 慢性湿疹患者 24 例, 随机分两组, 各 12 例, 中医研究治疗组采用的是湿热方煎煮熏蒸全身, 普通研究治疗组常规治疗, 2~3 天内观察两组的对照疗效。结果: 中医研究治疗组显效 11 例, 有效率达 98%, 对照组有效率仅 29%。结论: 中医研究治疗慢性湿疹效果明显优于普通研究治疗。

【关键词】慢性湿疹; 随机; 中医研究组; 普通研究组

慢性湿疹常因急性、亚急性湿疹, 反复发作不愈导致; 亦可刚开始症状不明显, 因患者一般常从搔抓、摩擦或其他刺激, 致发病开始时即为慢性湿疹。症状为患处皮肤浸润肥厚, 表面粗糙, 呈暗红色或伴色素沉着, 皮损部分多为局限性斑块, 常见于手足、小腿、肘窝、乳房、外阴、肛门等处, 边缘清楚。根据病史及临床表现的特点, 诊断较易。急性湿疹皮疹表现为多形性、对称分布, 倾向渗出; 慢性型皮损呈苔藓样变; 亚急性损害介于上述两者间。自觉瘙痒剧烈; 易复发。对特殊型湿疹应注意其独特临床症状, 诊断不难。慢性湿疹需同神经性皮炎鉴别, 神经性皮炎先有瘙痒后发皮疹。苔藓样变明显, 皮损干燥、一般无渗出、无色素沉着。多发于患者的颈项、骶部及四肢伸侧。可耐受多种药物及理化等刺激。

其中有的有丘疹、疱疹散在, 瘙痒剧烈, 晚间较重。病程慢性, 可长达数月或数年, 也可因刺激而急性发作。为了提高中医治疗的水平, 本文分析中医治疗慢性湿疹的 12 例患者, 效果显著, 现报告如下:

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组共 24 例住院患者, 其中男 11 例, 女 13 例, 年龄 26~70 岁, 病程 7 天~3 个月, 中医治疗研究组辨证为湿热型。

1.2 治疗方法

24 例患者随机分为中医研究治疗组及普通研究治疗组。其中中医研究治疗组: 采用草薢 12 克, 薏苡仁、土茯苓、滑石、鱼腥草各 25 克, 牡丹皮、泽泻、通草、防风、黄柏各 14 克, 蝉蜕 8 克。水煎服, 每日 1 剂。便秘者, 加大黄 13~16 克。湿热较盛者, 加龙

胆草、栀子各 11 克。剧痒者, 加浮萍 9 克、白蒺藜 15 克。另组中成药龙胆泻肝丸, 口服, 每次 6 克, 每日 3 次, 把中药煎煮后, 利用药汽熏蒸全身 20min。普通研究治疗组: 多采用对症治疗。西医以内服抗组胺药物治疗为多, 单用或联用, 还可与镇静药、维生素 C 等合用。予非特异性脱敏治疗, 并且用 15% 葡萄糖酸钙 12ml 静脉注射, 每日 1 次; 使用抗组胺类药物; 病情严重者加强的松 20mg/次。两组疗程均为 4 周, 局部外搽氧化锌糊剂, 每天 2 次。治疗期间停用其他药物。

1.3 疗效判断

根据病因的严重程度不同, 在患者治疗 1 周后观察它的疗效, 皮肤瘙痒明显减轻, 在身体病变皮肤脱屑后变光滑, 夜间的睡眠质量也明显得到改善; 症状、体征无好转或加剧为治疗无效。

2 治疗结果

中医治疗研究组和普通治疗研究组总的有效率分别为 98% 和 29%, 疗效差异有非常显著性 ($P < 0.01$)。中医治疗组患者体温、呼吸、均为正常, 血液循环流动平稳, 皮肤瘙痒明显减轻, 皮肤脱屑后变的明显光滑, 夜间睡眠质量明显改善; 症状、体征无好转或加剧为治疗无效。

3 讨论

慢性湿疹是一种常见的由多种内外因素引起的表皮及真皮浅层的炎症性皮肤病, 一般认为与正常变态反应有一定关系。其临床表现具有对称性、瘙痒性、多形性和复发性等特点是一种过敏性炎症性皮肤病。可发生于任何年龄、部位、季节。慢性湿疹表现为患处皮肤浸润肥厚, 表面粗糙, 呈暗红色或伴色素沉着,

皮损多为局限性斑块，常见于手足、小腿等处，边缘较清楚。病程慢性，可长达数月或数年，也可因刺激而急性发作。

慢性湿疹病因多且复杂，多种内在或外界因素均可诱发本病，且可同时并存。变态反应是其发生的主要原因，尤其是迟发性变态反应。本病属中医“湿疹”范畴，多由禀赋不耐，饮食失节，或过食辛辣刺激荤腥动风之物，致脾胃受损，失其健运，湿热内生，又兼外受风邪侵袭，风湿热邪两相搏结，侵淫肌肤而发。治疗上应针对其“湿、热、风、邪”的病机特点，而湿热痹方具有清热除湿、泻火解毒、凉血散瘀及消风止痒之功；加上药物煎煮后通过药汽可直达患处，同时温热的刺激又使皮肤毛细血管扩张，促进血液及淋巴液的循环，使周围组织的营养得以改善。熏蒸时全身出汗，体内“邪毒”可随汗排出体外，达到扶元固本的作用。

中医药理分析其中有清除皮肤根部湿疹的作用。非特异性抗炎，改善循环等多种作用。虽然在临床报道中关于湿疹的中医治疗方法的的文章很少，但本文本研究显示中医研究治疗组的优势之处远远大于普通医学治疗组，且血流变学指标改善情况亦显著优于普通研究治疗组。提示显著的改善循环作用，大大降低了慢性湿疹的上升率，对临床诊断起到重要作用。

参考文献:

[1]吴志华,王正文,林元珠.皮肤性病学[M].广州:广东科学技术出版社,2002.151
[2]黄泰康.常用中药成分与病理手册[S].北京:中国医药科技出版社,2004.789-1598
[3]苏培基.熏洗疗法[M].北京:中国中医药出版社,2007.1-10

编号: ZZ-10041250 (修回: 2010-04-13)

《中医临床研究》杂志 2010 年征订 欢迎订阅 欢迎投稿

国家新闻出版总署批准创办《中医临床研究》杂志，国内统一连续出版物刊号为：CN11-5895/R，国际刊号 ISSN 1674-7860，半月刊，大 16 开，国内外公开发行，由中国科学技术协会主管，中华中医药学会主办，出版单位为《中医临床研究》编辑部。办刊宗旨及业务范围：传承和弘扬我国民族中医药传统，以中医基本理论为框架，面向临床，面向普及实用，汇总中医临床经验，报道国内外中医临床研究成果，促进中医临床学术交流，为中医现代化提供多层次、全方位的学术研究平台，推动中医药事业发展。

中医为本，西医为用，中西医并重，医药并重，医疗保健并重，预防及治未病并重，基础医学与临床研究并重。欢迎中西医学、卫生预防、临床医技等各类相关论文及稿件，欢迎投稿(鼓励电子邮件投稿 zy@cjocm.cn)，欢迎订阅!(本订单回执复印有效)

订 单 回 执

| | | | |
|------|------------|------|---------------------------|
| 订书单位 | | 联系人 | |
| 详细地址 | | | |
| 刊名 | 《中医临床研究》杂志 | 发行价 | 15 元/期 360 元/套 全年 24 期 |
| | | 订数 | 套 |
| 合计金额 | 万 仟 佰 拾 元 | | |
| 汇款日期 | 年 月 日 | 汇款方式 | 邮局 |

《中医临床研究》杂志

主 管：中国科学技术协会
主 办：中华中医药学会

电 话：010-59431886
通讯地址：北京市昌平区 102218-59 信箱
邮 编：102218 电子信箱：zy@cjocm.cn

镇静六穴治疗失眠 30 例分析

An analysis of treating 30 cases of insomnia by accupuncture of six points

汪 洋

(沈阳市和平区浑河湾社区卫生服务中心, 辽宁 沈阳, 110005)

中图分类号: R256.23 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0061-02 证型: AGB

【摘要】目的: 探讨镇静六穴随证加减治疗失眠症的临床疗效。方法: 取耳肺穴、耳心穴、耳神门、迎香双、神门双、足三里双, 余穴随证加减。结果: 30 例中治愈 19 例, 占 63.3%; 好转 10 例, 占 33.3%; 无效 1 例, 占 3.4%, 总有效率为 96.6%。结论: 运用镇静六穴随证加减治疗失眠症安全、有效, 且无副作用。

【关键词】失眠症; 镇静六穴; 针刺

失眠是临床常见病, 常常会影响人们正常的学习、工作和身心健康, 长期的失眠会给患者带来巨大的痛苦, 对安眠药的依赖, 又可引起医源性疾患。镇静六穴为高立山教授多年临床实践总结出来的具有镇静安神作用的一组穴位。其组成为: 耳肺穴、耳心穴、耳神门、迎香(双)、神门(双)、足三里(双), 通过和胃、养心、清肺而达到镇静安神的临床效果。笔者于沈阳市和平区浑河湾社区服务中心门诊从 2008 年 2 月到 2009 年 11 月运用镇静六穴加减治疗失眠 30 例, 在临床上取得了很好的效果, 现报到如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 30 例中, 男 12 例, 女 18 例, 年龄 1~50 岁, 病程最长者达 5 年, 最短的 1 个月。中医辨证分型: 肝郁化火 12 例、痰热内扰 6 例、心脾两虚 7 例、心虚胆怯 5 例。

1.2 诊断标准

西医诊断参照《中国精神障碍分类与诊断标准》中有关失眠症的诊断标准^[1], 中医诊断参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[2]中关于“不寐”的诊断标准: ①轻者入睡困难或寐而易醒, 醒后不寐, 重者彻夜难眠; ②常伴有头晕、头痛、心悸、健忘、多梦等症; ③经各系统和实验室检查未发现异常。

2 治疗方法

选用 32 号长 0.5~1.5 寸毫针(根据穴位选择毫针)。耳肺穴、耳心穴、耳神门直刺, 刮针柄, 以得气为度; 迎香双平刺, 刮针柄, 以得气为度; 神门(双)、足三里(双)直刺, 刮针柄, 以得气为度。肝郁化火加行间、侠溪, 用泻法; 痰热内扰加丰隆、内庭, 用

泻法; 心脾两虚加心俞、脾俞, 用补法; 心虚胆怯加心俞、内关, 用补法。七天为一疗程, 共治两个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准^[2]: ①临床痊愈: 治疗后睡眠时间恢复正常或睡眠时间在 6h 以上, 伴随主要临床症状消失; ②有效: 总睡眠时间较治疗前延长 2h 以上, 伴随症状改善; ③无效: 治疗后睡眠无改善。

3.2 结果: 30 例中治愈 19 例, 占 63.3%; 好转 10 例, 占 33.3%; 无效 1 例, 占 3.4%, 总有效率为 96.6%。肝郁化火 12 例中治愈 10 例, 好转 2 例; 痰热内扰 6 例中治愈 3 例, 好转 3 例; 心脾两虚 7 例中治愈 4 例, 好转 2 例, 1 例无效; 心虚胆怯 5 例中治愈 3 例, 好转 2 例。

4 典型病例

患者甲, 女, 35 岁, 会计。主诉: 失眠多梦 2 年, 加重一周。患者两年前因思虑过度而致心悸、头晕、失眠多梦、疲乏无力, 纳差。某医院诊断为“植物神经功能紊乱”, 给安定、谷维素等药物治疗, 安定片由每晚 2.5mg 增到 10mg, 时好时坏, 一周前因心事不遂, 思虑过度, 以致彻夜不眠, 服安定、谷维素等, 症状略有改善, 且心烦、易惊、胆小, 总觉心中不快, 悲伤欲哭, 耳鸣, 大便不干, 小便发黄, 舌红津少, 脉细数。诊断: 不寐(心虚胆怯型)。采用镇静六穴加心俞、内关, 耳穴以得气为度, 迎香、足三里用泻法, 神门、心俞、内关用补法, 治疗 1 个疗程后能完全入睡达 5 个小时, 2 个疗程后能睡 7 个小时以上, 伴随症状基本消失。

5 讨论

(下转 63 页)

卡托普利联合美托洛尔治疗

慢性心力衰竭 140 临床观察

Clinical observation on treating 140 cases of CHF with captopril and metoprolol

丁 宇

(乐山职业技术学院, 四川 乐山, 614000)

中图分类号: R541.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0062-02 证型: ABG

【摘要】 目的: 探讨卡托普利联合美托洛尔治疗慢性心力衰竭的疗效。方法: 回顾性分析我院 140 例慢性心力衰竭患者, 随机分 2 组, 比较 2 组患者疗效差异。结果: 治疗组 70 例患者, 经过常规治疗基础上的卡托普利联合美托洛尔治疗, 总有效率为 92.86%; 对照组 70 例, 经过常规治疗, 总有效率为 64.29%; 两组疗效经统计学分析, $P < 0.05$, 有显著性差异。两组患者治疗前的左室收缩末期容积 (LVESV), 左室舒张末期容积 (LVEDV) 左室射血分数 (LVEF) 值比较, 无显著性差异, $P > 0.05$; 治疗后的各项指标比较, 差异有显著性, $P < 0.05$ 。结论: 联合应用 ACEI 类药物及 β -受体阻滞剂是非常必要的, 这样可以极大地提高生存质量, 降低因病情加重而带来的痛苦和沉重的医疗费用。

【关键词】 卡托普利; 美托洛尔; 慢性心力衰竭

慢性心力衰竭 (CHF) 是因多种不同病因引起的心脏收缩和舒张受损, 致心排出量不足, 不能满足机体组织新陈代谢需要的综合征^[1]。近年来, CHF 发病率和死亡率逐年上升。我院采用卡托普利联合美托洛尔治疗慢性心力衰竭, 疗效佳, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选择 2006 年 1 月至 2010 年 1 月我院收治的 140 例慢性心力衰竭患者, 均符合慢性心力衰竭的诊断标准^[2]。其中, 男 94 例, 女 46 例, 年龄 49~73 岁; 扩张型心肌病 64 例, 冠心病 51 例, 高血压心脏病 25 例; 按照纽约心脏病协会 (NYHA) 心功能分级标准分级, II 级 67 例, III 级 73 例; 据治疗方法不同, 将其随机分为 2 组, 治疗组 70 例, 对照组 70 例, 两组患者一般资料, 无明显差异性, $P > 0.05$, 有可比性。

1.2 入选标准

符合扩张型心肌病、冠心病、高血压心脏病的慢性心力衰竭患者, 心功能 NYI-IA 分级 II~III 级; 彩色超声心动图证实 LVEF <0.45 ; 清醒静息状态下心率 >60 次/分; 无病态窦房结综合征和二度、三度房室传导阻滞; 血压得到良好控制 (收缩压 >90 mmHg);

无阻塞性肺部疾病, 无明显肝肾功能损害及未控制好的糖尿病患者。

1.3 方法

对照组 70 例患者结合病情需要, 用强心剂、利尿剂、扩血管剂等常规治疗。治疗组 70 例患者在对照组常规治疗的基础上, 用卡托普利联合美托洛尔, 其中, 卡托普利 6.25mg, 每日 3 次, 口服; 美托洛尔 6.25mg, 每日 2 次, 口服; 如心率、血压稳定、心功能无明显变化, 1 周后两种药物渐加至每次 12.5mg、25mg, 至无不良反应最大剂量, 每次 50mg。维持治疗 3 个月, 观察疗效。在治疗期间严密观察两组症状、心率、血压、肺部罗音及电解质、肝肾功能、血糖血脂、心脏 X 线、心脏彩超检查等, 测量左室收缩末期容积

(LVESV), 左室舒张末期容积 (LVEDV) 并计算左室射血分数 (LVEF) 值。

1.4 疗效评价标准^[3]

显效: 3 个月内心衰症征基本消失或心功能明显改善 1~2 级, 肝脏缩小 2~3cm, 水肿基本消失, 心率减慢 10 次以上, 肺部啰音明显减少。好转: 3 个月内心衰症状和体征明显改善和好转或心功能改善 1 级, 肝脏缩小 1cm, 水肿减轻, 肺部啰音减少。无效:

心脏症状和体征无改善。

1.5 统计学处理

均采用 SPSS10.0 统计软件进行统计分析,其中计量资料以均数±标准差表示,采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

表 1 两组患者疗效比较

| 组别 | 例数 | 显效 | 好转 | 无效 | 总有效率 (%) |
|-----|----|----|----|----|----------|
| 治疗组 | 70 | 34 | 31 | 5 | 92.86% |
| 对照组 | 70 | 17 | 28 | 25 | 64.29% |

2.2 两组患者治疗前后各项指标比较: 治疗后两组各

2 结果

2.1 两组患者疗效比较: 表 1 结果表明: 治疗组, 显效 34 例, 好转 31 例, 无效 5 例, 总有效率为 92.86%; 对照组, 显效 17 例, 好转 28 例, 无效 25 例, 总有效率为 64.29%; 两组疗效有显著性差异, $P < 0.05$ 。

项指标比较, 差异有显著性, $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者治疗前后各项指标比较

| 组别 | LVESV (ml) | LVEDV (ml) | LVEF (%) |
|---------|-------------|-------------|-----------|
| 治疗组 治疗前 | 130.2±53.8 | 206.5±79.4 | 31.9±3.4 |
| 治疗组 治疗后 | 107.5±44.0* | 190.7±62.9* | 48.1±4.9* |
| 对照组 治疗前 | 129.6±54.7 | 207.1±77.3 | 31.8±3.5 |
| 对照组 治疗后 | 118.3±54.3 | 199.2±68.4 | 39.6±3.7 |

注: 与对照组比较, $P < 0.05$, 有显著性差异。

3 讨论

心力衰竭的主要发病机制是心室重构和神经内分泌激素的过度激活, 多种免疫机制参与。传统治疗慢性心力衰竭, 采用强心、利尿、扩血管等。目前, ACEI 及 β 受体阻滞剂均为心衰的一线用药。

ACEI 类药可扩张小动脉和小静脉, 促进水钠排出和利尿, 减轻心脏负荷, 逆转心室肥厚。 β 受体阻滞剂可抑制交感神经活性, 减轻对心肌的毒性, 可降低死亡率。联合应用 ACEI 类药物及 β -受体阻滞剂可提

高生存质量。

参考文献:

- [1]叶任高,陆再英主编.内科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004.171,173
- [2]张延华,靳淑惠,李冬菊.卡托普利治疗慢性心力衰竭疗效观察[J].医药论坛杂志,2008,29(18):72-73
- [3]谢文韬,李桂芬,黄淑真.卡托普利联合美托洛尔治疗慢性心力衰竭疗效观察[J].中国乡村医药杂志,2007,14(7):11

编号: ZZ-10041204 (修回: 2010-04-16)

(上接 61 页)

失眠又称不寐、不得卧等, 是以经常不能获得正常睡眠, 或入睡困难, 或睡眠时间不足, 或睡眠不深, 严重者彻夜不眠为特征的病症。本病可见于西医学的神经衰弱, 由于长期的过度紧张的脑力劳动、强烈的思想情绪波动、久病后的体质虚弱等, 使大脑皮层兴奋与抑制相互失衡, 导致大脑皮层功能活动紊乱而致。本病的发病机制为阳盛阴衰, 阴阳失交。一为阴虚不能纳阳, 一为阳盛不得入于阴。正如《灵枢·大惑论》: “卫气不得入于阴, 常留于阳, 留于阳则阳气满, 阳气满则阳跷盛, 不得入于阴则阴气虚, 故目不瞑矣。” 其病位主要在心, 与肝、脾、肾密切相关。

治疗失眠的方法很多, 包括药物、心理、及物理疗法, 都有一定的作用, 但存在着药物毒副作用及依赖性和疗效反跳等问题。因此笔者想通过针刺寻找一种有效而稳定的治疗失眠的方法。有文章报道说约有半数神经衰弱患者的脑电图呈病理性改变, 针刺后, 不仅节律趋于正常, 而且这种正常化趋势的进程恰与临床疗效平行^[3]。《灵枢·口问篇》曰: “耳者, 宗脉之所聚也。” 元代罗天益《卫生宝鉴》中说: “五脏六腑

十二经有络于耳者。” 耳廓与机体、内脏、五官及体穴存在着内在联系, 耳经络是全身经络的联系部。因此, 通过对相应耳穴的刺激, 能调和脏腑功能, 起到安神镇静的作用。由于失眠的病位在心, 镇静六穴中耳心穴、耳神门、神门双四穴, 耳针与体针同用, 宁心安神、宽胸理气, 具有镇静安神的作用; 《景岳全书·不寐》中谓“……血虚则无以养心, 心虚则神不守舍”; “思虑伤脾, 脾血亏损, 经年不寐”; 《素问·逆调论》说“胃不和则卧不安”, 取大肠经迎香双、胃经足三里, 升清降浊, 调理气机, 泻热清心。六穴相配共奏镇静安神、益气养血、调节阴阳之效, 随证加减, 补其不足, 损其有余, 使机体阴平阳秘, 最终达到改善睡眠的目的。

参考文献:

- [1]中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准[S].第三版.济南:山东科学技术出版社,2001:118-119
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:19-20
- [3]向诗余,周中元.针刺治疗失眠 59 例[J].湖北中医杂志,2001,23(10):49

编号: ZZ-100412142 (修回: 2010-04-22)

论腹部手术后胃瘫的诊断和治疗

Diagnosis and treatment of gastroparesis following abdominal operation

廖媚媚

(温州医学院仁济学院, 浙江 温州, 325035)

中图分类号: R656.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0064-02 证型: AB

【摘要】 胃瘫是指腹部手术以后, 特别是胃大部切除术后继发的非机械梗阻引起的胃排空障碍, 又称术后功能性胃排空障碍、术后胃无张力症等, 是腹部手术后常见的并发症之一。增强临床医生对胃瘫的认识, 采取正确合理的治疗方法, 具有重要的临床意义。

【关键词】 腹部手术; 胃瘫; 治疗

1 胃瘫的病因及发病机制

胃瘫(gastroparesis)是一组以胃潴留为主要临床表现的综合征, 其病理生理表现是各种原因导致胃动力的下降, 是腹部手术特别是胃部手术的并发症, 常持续1个月以上, 临床处理比较棘手, 增加了患者的痛苦。腹部手术后胃瘫多见于胃的手术, 但腹部其他手术亦可发生。有学者认为腹部外科手术后, 胃肠交感神经活动增强, 胃壁释放去甲肾上腺素或其他抑制性物质直接与胃肠平滑肌细胞膜上的受体结合, 阻止胃肠平滑肌中的副交感神经释放乙酰胆碱, 从而抑制胃的肌电活动, 延缓胃的排空, 被认为是导致胃瘫的主要机制^[1]。非涉及胃手术胃瘫的发生可能与神经递质和调节因子、精神因素、术后腹腔感染、全身营养状况、低蛋白血症、电解质紊乱、食物甚至药物等因素有关。因此, 应该说腹部手术后胃瘫的发生是多因素导致的。

2 胃瘫的诊断

对于腹部手术后胃瘫的诊断, 一般没有特异性检查方法。根据临床表现及必要的辅助检查, 胃瘫的诊断并不困难。胃瘫的发病时间多为术后1周, 腹部手术后数日胃管引流量仍在600~800ml以上或在拔除鼻胃管开始进食后出现上腹饱胀、恶心、呕吐, 呕吐量较大, 呕吐后症状缓解; 出现上腹饱满、可闻及振水音等阳性体征, 临床医生应考虑胃瘫的可能, 并进一步检查。口服或经鼻胃管注入泛影葡胺造影可见胃蠕动减弱或无蠕动, 造影剂可通过吻合口, 但胃内残留较多。胃镜检查除可见胃肠吻合口水肿和胆汁返流外

未见明显异常。辅助检查不仅可明确诊断同时也能排除机械性梗阻的可能。主要是在排除器质性疾病的基础上, 通过病史、临床表现、胃造影和胃镜检查来进行诊断。凡腹部手术后, 尤其是涉及胃手术后数日肛门恢复排气, 拔除胃管进流质或由流质改为半流质饮食后出现上腹部饱胀不适, 随之呕吐含胆汁的大量胃内容物; 胃肠减压抽出大量胃液, 24h胃液量>1000ml; 胃造影提示胃或残胃扩张, 胃蠕动减弱或消失, 造影剂排空延缓, 无吻合口狭窄; 胃镜检查示胃或残胃扩张, 无收缩及蠕动, 黏膜及吻合口水肿, 胃镜头可顺利通过吻合口及输出袢肠段; 排除引起胃排空障碍的基础疾病(糖尿病等), 则应诊断为胃瘫。

3 胃瘫的治疗

诊断胃瘫后, 治疗原则为:

3.1 一般治疗

禁食、禁饮、胃肠减压、3%高渗盐水洗胃, 有利于减轻胃肠道负担, 消除胃肠道粘膜水肿。同时也应该认识到胃肠减压的本身抑制胃肠道的蠕动和消化液的分泌, 这对治疗是不利的, 为缓解这个矛盾, 在治疗过程中可采取低负压或自然引流, 在胃液明显减少时即予拔除。

3.2 注意动态观察患者的水电解质酸碱平衡及维护全身营养状况。

胃瘫的病程在1个月左右, 长期禁食水、胃肠减压易导致水、电解质、酸碱平衡的紊乱而加重病情。特别注意补充钾, 使胃肠道得到充分的休息。全胃肠外营养(TPN)和肠道内营养(EN)在营养支持方面非常重要。EN更接近正常人的生理性营养方

式,是外科临床营养支持的首选途径。无论是静脉输液、TPN,还是 EN,在应用时要注意观察血糖的改变,无糖尿病史者应控制在正常范围内,有糖尿病病史者应控制在手术前的水平。

3.3 运用促胃动力药物治疗

目前临床上广泛应用的促进胃动力的药物有①多巴胺-2受体拮抗剂-胃复安,胃复安为多巴胺 D2 受体阻断剂,可引起胃平滑肌的运动,加速胃的排空。作用于平滑肌可促进胃排空。②阻断多巴胺-2受体及激动胃素受体-吗叮林和静脉注射红霉素。红霉素可与胃动素受体结合促进胃收缩,加速胃的排空,而无抗生素活性。小剂量红霉素 0.5g/d,分 2 次快速静滴。③ 5-羟色胺受体激动剂-西沙比利可加快胃排空和胃肠协调运动,疗效较好,但作用逐步减弱。尽管使用了这些药物,但患者的恢复时间也在一个月以上,其疗效还缺少随机对照研究的证实。临床观察促胃动力药物对胃瘫初期运用的疗效不明显,未能缩短患者入院时间。上述药物使用 3~5 天后若症状无改善则停药。

3.4 中医针灸治疗

针刺足三里、合谷等穴位可促进胃肠动力。中医认为,足三里为足阳明胃经中的主穴,该穴有强壮作

用,为保健要穴。针刺健康人和胃病患者的足三里,可使弛缓胃收缩加强,也可使紧张胃弛缓,并能解除幽门痉挛;针刺合谷,可使中毒性肠麻痹、胃肠功能紊乱、消化不良的患者胃液中游离酸、总酸度、胃蛋白酶和胃脂肪酶活性迅速升高,有利于胃肠功能尽快恢复。

3.5 手术治疗

两次手术治疗腹部手术后胃瘫已有报道,其疗效确切有之,可避免的再次手术有之。有学者报道术后坚持非手术治疗到 67 天才缓解^[2]。再次手术应非常慎重,只有少数经长期正规保守治疗确实无效的患者才考虑再次手术。

3.6 心理治疗应引起每位医生的足够重视,反复耐心地向患者及其家属解释,消除患者的紧张和恐惧心理,让患者有信心坚持长时间的治疗。

参考文献:

- [1]蔡一亭,秦新裕.根治性胃大部切除术后胃瘫 15 例临床分析[J].中国实用外科杂志,1999,19(6):338
- [2]刘然,张晓峰,龚惠.胃瘫的诊断与保守治疗(附 12 例报告)[J].山东医药,2002,42(1):36

编号:ZZ-10041212(修回:2010-04-20)

(上接 58 页)

根据《糖尿病患者血糖控制目标》,全年血糖控制在“理想”和“一般”水平时间少于 3 供的患者,随访 1 次/月,全年有 3/4 以上时间血糖控制在“理想”,和“一般”水平的患者,随访 1 次/3 月。即血糖控制的效果和随访的次数密切相关,同时,随访的质量也影响血糖控制效果。只要严格控制血糖就可有效地减少糖尿病的并发症。通过血糖监测,以调整用药,饮食和运动方案^[3]。社区糖尿病双向转诊的建立和评估说明了糖尿病人规范治疗的重要性^[4]。而开放式的交流能使每个病人理解接受治疗方案,减少并发症,提高生活质量。通过健康教育能训练糖尿病人的自我管理能力和自我管理提高对治疗指标的控制,降低医疗费用,以实现糖尿病的社区管理整体目标。

社区医生是糖尿病项目管理中发挥主要作用的人员,他们能改变人们的健康知识和行为,故要求管理层在制定考核指标时不仅重视建档登记,重视本底资料的积累,更要注重对管理病人的实际控制效果^[5-6]。国内许多研究表明社区医务人员的综合素质没达到防治社区各种慢性疾病的理想状态,全科医师的综合素质有待提高^[7]。这就需要管理者在制定考核指标中加

以引导,把疾病管理目标与个人绩效考核有机结合起来,以将政府的要求转化为医务人员自觉的行为。同时绩效考核指标的制定需进一步体现社区卫生服务的公益性。

参考文献:

- [1]林中,曾念彬,潘建清.深圳市福田区社区慢性病防治现状与对策[J].中国慢性病预防与控制,2005(2)
- [2]陈先献,苏军英,刘海燕.基层糖尿病防治工作现状及探讨[J].中国公共卫生管理,2008(24)
- [3]李锐,施亮,黎衍云.糖尿病社区防治及管理模式的设想与实施[J].中国全科医学,2005(8)
- [4]刘民,曹红霞,梁万年等.城市社区 2 型糖尿病双向转诊路径应用的评价研究[J].中国全科医学,2005(8)
- [5]张颖,李永辉.国外全科医生的特点及启迪[J].中华医院管理杂志,2005,21(3):213-215
- [6]梁万年.关于中国社区卫生服务有关问题的思考[J].中国全科医学,2006(9):23-24
- [7]王建生,张庆军,金水高.我国高血压糖尿病的疾病负担分析[J].公共卫生与预防医学,2007,15(3):27-30

编号:ZZ-10041224(修回:2010-04-19)

调整脾胃治疗眩晕症的临床体会

Clinical experience for treating

vertigo by adjusting the spleen and stomach

胡巧云

(陕西西乡县中医院, 陕西 西乡, 723500)

中图分类号: R255.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0066-02 证型: ABG

【摘要】 眩晕是一个常见的临床症状, 一般多认为与肝肾、痰浊有关, 在治疗上多采用调补肝肾, 涤化痰浊的方法。我们采用调整脾胃的方法; 辨证分型治疗因脾胃失和引起的眩晕症 165 例, 效果佳。

【关键词】 眩晕; 辨证分型; 中医治疗

1 健脾和胃, 行气降逆

用于因食滞胃脘致浊气上犯清窍的。脾以升为常, 胃以降为顺, 脾胃共居中焦, 主饮食物的消化吸收, 饮食不节, 损伤脾胃, 清阳不升, 浊阴不降, 浊气上犯清窍多为眩晕。例: 患者甲, 女, 40 岁, 三天前因暴食后出现胃脘胀满, 呃逆, 未治。今晨突感头晕, 视物旋转, 呕吐酸腐败物, 苔厚腻, 脉弦滑。证属: 食滞胃脘、浊气上犯清窍。治用健脾和胃行气降逆, 药用: 茯苓 10g, 半夏 10g, 陈皮 10g, 炒莱菔子 10g, 焦四仙各 10g, 竹茹 10g, 大黄 10g, 五剂药后症状消失。

2 运脾醒胃, 化浊通窍

用于因脾湿内蕴导致湿浊蒙蔽清窍的。脾主运化水湿, 脾失健运, 湿浊内停, 阻塞窍络, 蒙蔽清窍, 清阳史宣, 发为眩晕。例: 患者乙, 女, 35 岁, 患者入夏以来, 姿食生冷, 渐出现胃脘痞闷、纳呆、头重如裹, 昨日起突感眩晕, 时发时止, 呕吐痰涎、苔白滑, 脉濡滑, 证属脾湿内蕴, 蒙蔽清窍。治用: 运脾醒胃, 化浊通窍。药用: 苍白术各 10g, 厚朴 10g, 陈皮 10g, 半夏 10g, 茯苓 10g, 泽泻 10g, 石菖蒲 12g, 吴茱萸 10g, 生姜 30g, 三剂, 药后眩晕消失, 仍胃脘痞闷, 用香砂养胃丸善其后。

3 补脾益胃, 荣养清窍

用于脾胃气虚导致清窍失养的。脾胃为后天之本, 气血生化之源, 脾胃气虚, 气血生化不足, 清窍失养多为眩晕。例: 患者丙, 女, 50 岁, 患者因外伤大出血后, 养护失宜, 出现面色苍白, 食欲不振, 经常头晕, 经期加重, 并伴脱肛, 子宫脱垂, 舌质淡白, 脉细无力。证属: 脾胃气虚, 清窍失养, 治用: 补脾益

胃, 荣养清窍, 药用: 太子参 30g, 黄芪 30g, 白术 10g, 炙甘草 10g, 山药 15g, 当归 12g, 熟地 12g, 枳壳 30g, 陈皮 6g, 升麻 6g, 柴胡 6g, 连续用药三个月, 眩晕消除。用补中益气丸善其后。

4 温脾益肾, 化气行水

用于因脾肾阳虚导致水气上凌清窍的。脾主运化中焦水湿, 肾主温化下焦寒水, 脾肾健运, 水液运行正常, 脾肾阳虚, 水湿不能温运, 停滞于中下二焦, 凌空上犯清窍多为眩晕。例: 患者丁, 男, 53 岁, 胃病史 20 年, 平素腰膝酸软, 下肢浮肿, 胃脘冷痛, 近日因过饮啤酒, 上述加重, 并出现头晕目眩, 不能站立, 舌质淡胖边有齿痕, 脉沉弦。证属: 脾肾阳虚, 水气凌空, 治用: 温脾益肾, 化气行水, 药用: 制附子 10g 先煎, 桂枝 10g, 泽泻 15g, 茯苓 15g, 白术 10g, 车前子 10g, 包煎, 沉香 10g, 生姜 10g, 十剂药后眩晕消失, 用人参健脾丸合金医肾气丸善后。

5 讨论

眩晕是一种常见病, 多无明显器质性病变和确切病因, 故西医治疗针对该病病因靶向性不强, 故疗效有限。据本病属中医“眩晕”、“痰饮”等证候范畴, 早在《素问·至真要大论》即有“诸风掉眩, 皆属于肝”, 《灵枢·口问》篇有“上气不足……目为之眩”, 及《灵枢·海论》有“髓海不足, 则脑转耳鸣, 胫酸眩冒”等记载, 提示病因为风, 病变脏器在肝、肾。后汉张仲景在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证》篇中指出了痰饮致眩的病理因素。如“心下有支饮, 其人苦冒眩”, “心下有痰饮, 胸肋支满目眩……”等。宋元后, 对眩晕症状描述较为明确。如《证治汇补》说: “盖眩者, 言 (下转 68 页)

中西医结合卒中单元对 脑卒中后焦虑及抑郁评分的影响

Effects of the integrative medicine on SAS and SDS

李加永

(江苏省赣榆县罗阳镇卫生院, 江苏 赣榆, 222000)

中图分类号: R743.34 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0067-02 证型: BDG

【摘要】目的: 探讨中西医结合卒中单元对脑卒中后情感障碍干预作用。方法: 对病人进行 SAS 和 SDS 评分。结果: 卒中单元组与对照组相比 SAS 和 SDS 评分在治疗 30 天及 60 天时差异显著 ($P<0.05$)。结论: 中西医结合卒中单元可改善情感障碍。

【关键词】 中医; 卒中单元; SDS; SAS; NIHSS; Barthel 指数

脑卒中是中老年人多发病, 致残率高^[1]。近年, 卒中单元是治中风的有效方法^[2], 能提高生存质量。本文探讨中西医结合卒中单元对脑卒中后情志干预作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 均符合诊断标准, 病程 ≤ 1 周, 肌力 < 4 级。中西医结合卒中单元组(卒中单元组)100例, 男63例, 女37例; 缺血性85例, 出血性15例; 对照组75例, 男49例, 女26例; 缺血性55例, 出血性20例。

1.2 方法: 对照组: 用《中国脑血管病防治指南》^[3]推荐的药物、手术、介入法。卒中单元组: 分治疗组、康复组、语言治疗组、心理治疗组。其加中药:

1.2.1 经络: ①肝阳暴亢: 天麻钩藤饮加减。②风痰瘀

阻: 自拟熄风化痰通络汤。③痰热腑实: 《验方》星蒺承气汤加减。④气虚血瘀: 补阳还五汤加减。⑤气虚痰阻: 自拟益气化痰汤。⑥痰瘀阻络: 化死血汤合二陈汤加减;

1.2.2 中脏腑: ①痰热内闭: 羚羊角汤加减。②痰蒙清窍: 涤痰汤加减。③元气败脱: 参附汤。行心理治疗、健康教育。

1.3 观察指标: 2组病人均在入院时、治疗15天、30天、60天时进行NIHSS、Barthel指数、SAS和SDS评分。

1.4 统计学方法: 用SPSS13.0统计分析。用 t 、 χ^2 检验。

2 结果

2.1 卒中治疗前后

表1 卒中治疗前后

| 组别 | SDS | | | | | SAS | | | | |
|------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1d* | 15d* | 30d** | 60d** | 90d** | 1d* | 15d* | 30d** | 60d** | 90d** |
| 卒中单元 | 37.72±8.66 | 39.69±6.97 | 41.32±6.71 | 43.08±7.89 | 45.91±5.19 | 40.52±9.94 | 42.98±7.11 | 43.31±10.19 | 44.59±10.88 | 44.81±11.52 |
| 对照组 | 38.11±7.35 | 38.99±7.89 | 45.02±5.42 | 51.63±6.38 | 55.11±6.08 | 41.02±7.73 | 41.99±11.21 | 45.68±9.07 | 46.18±12.07 | 51.03±9.05 |

注: 两组在15天内, 无统计学差异 ($^*P>0.05$), 30天后2者有统计学差异。 ($^{**}P<0.05$)。

2.2 2组NIHSS及Barthel指数, 30天后有显著性差异 ($P<0.05$) 卒中单元组疗效好。

表2 两组NIHSS评分

| | NIHSS | | | |
|-------|------------------------|-----------|------------------------|------------------------|
| | 1d | 15d | 30d | 60d |
| 卒中单元组 | 8.75±8.47 [#] | 7.67±4.83 | 6.62±4.33 [×] | 5.89±3.77 [×] |
| 对照组 | 8.57±8.20 | 7.99±6.51 | 7.07±5.87 | 6.12±5.24 |

注: 与对照组相比 $^{\#}P>0.05$ $^{\times}P<0.05$ 。

表3 两组 Barthel 指数评分

| | Barthel 指数 | | | |
|-------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1d | 15d | 30d | 60d |
| 卒中单元组 | 51.66±33.09 [#] | 53.45±26.77 | 57.99±35.43 [×] | 71.88±24.53 [×] |
| 对照组 | 53.65±33.87 | 54.28±27.22 | 57.35±36.41 | 61.65±31.44 |

注：与对照组比较[#]P>0.05, ^{*}P<0.05。

2.3 可看出 SAS、SDS 评分与 NIHSS 成负相关 (P<0.05)，与 Barthel 指数成正相关 (P<0.05)。

表4 卒中单元组 SAS、SDS 与 NIHSS 、Barthel 指数相关分析 (r 值)

| | NIHSS | Barthel 指数 |
|------|---------------------|--------------------|
| SAS、 | -0.335 [#] | 0.328 [#] |
| SDS | -0.386 [#] | 0.459 [*] |

注：[#]P>0.05, ^{*}P<0.01。

3 讨论

对卒中最有效治疗是一个系统，即卒中单元。它指由多学科合作和整合的医疗措施，括预防、治疗、康复等多个方面^[4]。

总之，中西医结合卒中单元理论可行，便于操作和推广，是较为理想的模式。

参考文献：

[1]关文标,罗祖明.卒中病房在脑卒中治疗中的作用[J].华西医学,2000,15(3): 382-383

[2]Nikolaus T,Jamour M. Z Gerontol Geriatr.2000,33:96

[3]饶明俐.中国脑血管病防治指南[S].北京:人民卫生出版社,2007.71-89

[4] Indredavik B,Fjaertoft H, Ekeberg G et al. Stroke,2000,31:2989

编号：ZZ-10041238（修回：2010-04-11）

（上接 66 页）

视物皆转，二者兼有曰眩晕。”对本病发生的原因及其治疗，金元后也各有见解。如金·刘河间从风火立论；元代朱震亨偏主于痰，有“无痰不作眩”的论点，提出“治痰为先”的明·张景岳主虚，强调“无虚不作眩”，他说：“虚者十居其八，而兼火兼痰者，不过十中一方法。二耳。”在治疗上认为“当以治虚为主”。这些是他们的经验总结，从多方面充实发展了对本病认识和治疗内容。

笔者认为运用中医审证求因，辨证论治的方法较西医治疗该病优势大。先对疾病本质的认识上，中医是从整体观念出发，注重从同中有异的外在表现来审证求因，分析脏腑气血阴阳的盛衰。《素问脉要精微论》云：精气内守，形神外见正如徐大椿《医学源流·病同因别论》说：“凡人之所苦，谓之病。所以致此病者，谓之因”。“病证不同论”中又说：“凡证之总者谓之病，而一病必有数证……”。故奠定了同病异治、异病同治的灵活法则。基于这些，通过对“眩晕”病在临

床上的不同外在表现，辨知出不同的病因和证型，理法方药，环环相扣，切中病机，而获良效。其次因脾湿内蕴致湿浊蒙蔽清窍引起眩晕占多数，凡辨证准确用相应方药确有良效。随着现代生活水平的提高，生活节奏加快，是思虑劳倦或恣食油腻酒醪为该证型的主要病因。为此医者在用药治病的同时，应提醒其劳逸适度，保持正常心态，节制饮食，多食清淡。该型从头重如裹、呕吐痰涎等现象上看似乎实多虚少，然脾虚生湿酿痰是其本。近代名医秦伯未在《中医临证备要》中提出“头晕虚多实少”很有道理。最后“眩晕病”常呈虚实夹杂，故在运用先贤诸方时，要遵古不泥古，依证灵活化裁。如胸中泛漾，呕吐清稀涎水者，酌加干姜、吴茱萸、白芥子以温胃散寒化饮，可获更好效果。

作者简介：

胡巧云（1963-），女，陕西省西乡县，大专学历，西乡县中医院，研究方向：中医心血管内科。

编号：ZZ-10041216（修回：2010-04-10）

针刺配合中药熏蒸治疗面神经麻痹临床观察

Clinical observation on treating facial paralysis by acupuncture plus herbal fumigation

褚宝强

(北京市大兴区安定镇中心卫生院, 北京, 102607)

中图分类号: R745.1+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0069-02 证型: IAB

【摘要】 目的: 讨论针刺配合中药熏蒸治疗面神经麻痹的临床疗效。方法: 将符合诊断标准的 86 例面神经麻痹门诊患者随机分为两组, 针刺中药熏蒸组 42 例, 采用针刺配合中药熏蒸治疗; 针刺中药内服组 44 例, 采用针刺配合中药内服治疗。结果针刺中药熏蒸组总有效率为 97.6%, 针刺中药内服组总有效率为 81.8%。两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 针刺配合中药熏蒸治疗面神经麻痹疗效明显优于针刺中药内服治疗, 且安全可靠。

【关键词】 面神经麻痹; 针刺; 针药结合; 中药熏蒸

【Abstract】 Objective: To discuss the clinical curative effect of Chinese medicine fumigation and acupuncture on facial paralysis. Methods: 86 cases with Facial Paralysis are randomly divided into two groups. One group (42 cases) is treated with the acupuncture and Chinese medicine fumigation therapy and the other group is treated with the acupuncture and oral Chinese medicine therapy. Results: the total effective rate of the former is 97.6% and of the latter is 83.3%. There is a statistical significance to the difference between these two groups ($P < 0.01$). Conclusion: curative effect of the acupuncture and Chinese medicine fumigation therapy is superior to the acupuncture and oral Chinese medicine therapy.

【Key words】 Facial Paralysis; Acupuncture; Combination of Acupuncture and Chinese Medicine; Chinese Medicine Fumigation

面神经麻痹是以口眼向一侧歪斜为主要表现的疾病。可发生于任何年龄。也称周围性面神经炎, 它是由茎孔内发生的急性非化脓性炎症引起的周围性面神经麻痹。本研究采用在常规针刺治疗面神经麻痹的基础上, 观察中药熏蒸与中药内服治疗面神经麻痹的临床疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料

86 例患者均为北京市大兴区安定镇中心卫生院中医科门诊病例及急性期周围面瘫患者。其中男 54 例, 女 32 例, 年龄最小 17 岁, 最大 68 岁, 发病时间最短为 12h, 最长为 13d, 86 例患者随机分为两组, 针刺中药熏蒸组 42 例, 针刺中药内服组 44 例。

1.2 诊断标准

参照《实用内科学》^[1]中“面神经炎”的诊断标准, 确诊为周围性面神经麻痹者均为单侧。

1.2.1 临床表现: 病侧面部表情肌瘫痪, 前额纹消失, 眼裂扩大, 鼻唇沟平坦, 口角下垂, 面部被牵向健侧, 不能做蹙眉、露齿、鼓腮等动作, 部分可有病侧舌前 2/3 味觉减退或听觉过敏。

1.2.2 纳入标准: 符合周围性面神经麻痹诊断标准, 首次发病, 一侧面肌麻痹, 年龄在 17~68 岁, 均无意识障碍, 有受凉史。

1.2.3 排除标准: 排除如脑血管病、脑肿瘤、颅脑外伤、颅内感染、小脑脑桥病变、手术损伤、格林-巴利综合征、腮腺病变、孕妇及哺乳期妇女等并发的周围性面神经麻痹。

2 治疗方法

2.1 针刺中药熏蒸组

2.1.1 针刺: 以辨证循经取穴为原则, 令患者侧卧位, 取患侧太阳、攒竹、风池、牵正、迎香、下关、翳风、地苍透颊车、阳白透鱼腰, 合谷、太冲、足三里 (均

取健侧)。每次选5~7个穴位,交替使用。选准穴位,局部常规消毒后,面部选用0.25mm×25mm华成牌无菌毫针,其它部位选用0.25mm×40mm的毫针快速刺入皮肤,进针得气后,均用平补平泄手法,每次20min,每日一次。

2.1.2 中药熏蒸:方药如下:荆芥10g、防风12g、白芷10g、桂枝10g、葛根12g、秦艽5g、威灵仙12g、全虫3g、僵蚕9g、白附子6g、钩藤15g、白芍10g、当归12g、川芎6g。于针刺治疗后,采用JY-80型离子喷雾器将中药药汁喷雾于患侧面部20min。每日1次。

2.2 针刺中药内服组

2.2.1 针刺:取穴、针具、针刺方法及时间同针刺中药熏蒸组。

2.2.2 中药内服:中药及药剂:男同针刺中药熏蒸组,每天内服一剂,每次取汁180ml,每天2次温服。两组连续治疗10天后观察临床疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准^[2]

痊愈:症状、体征完全消失,面肌功能恢复正常。好转:症状、体征基本消失,面肌大部分功能恢复正常,静止时外观正常,笑时轻度口眼歪斜。无效:症状、体征基本没有变化。

3.2 治疗结果(见表1)

表1 两组面瘫患者疗效比较(例、%)

| 组别 | 例数 | 痊愈 | 好转 | 无效 | 总有效率 |
|---------|----|-----------|-----------|----------|------|
| 针刺中药熏蒸组 | 42 | 34 (80.9) | 7 (16.7) | 1 (2.4) | 97.6 |
| 针刺中药内服组 | 44 | 24 (54.5) | 12 (27.3) | 8 (18.2) | 81.8 |

注:从表1可以看出,经临床疗效统计结果显示,经过10天针药结合治疗后,针刺中药熏蒸组痊愈率、总有效率均高于针刺中药内服组,差异有非常明显统计学意义,(P<0.01)。提示:针刺配合中药熏蒸治疗周围性面神经麻痹的临床疗效明显优于针刺配合中药内服治疗。

4 讨论

周围性面神经麻痹,祖国医学称之为“口眼歪斜”、“口僻”等,《灵枢·经筋》篇扼要地叙述了本病的特点,如“卒口僻,急者,目不合”。中医认为,周围性面神经炎的发病机制为正气方虚、风邪外袭致面部,经气阻滞,经筋失调,筋肌迟缓不收^[3]。其治疗原则以祛风散寒,化痰通络,解痉为基本法则。

《素问·太阴阳明论》:“犯贼风虚邪者,阳受之。”“伤于风者,上先受之。”故此,急性期的面神经麻痹

多为风邪闭阻于面部的太阳、少阳、阳明三阳之脉。然而,面部又属于太阳、少阳、阳明等经脉循环之处,阳明经为多气多血之经,故取穴以阳明经为主,循经取穴。《玉龙歌》云:“口眼歪斜最可嗟,地苍妙穴连颊车”。取此二穴有调节面部足阳明经筋之功能,以正唇颊之斜。阳白穴,乃胆经于阳维之会,透至鱼腰穴能正眼目之斜。迎香穴,通手阳明经之气,治疗鼻旁面部之瘫。太阳、牵正以通调颜面局部之经气,温经散寒,濡润筋肉。合谷穴循经远取,善治头面诸疾,亦有“面口合谷收”之意。足三里补益气血,远近穴合用,以达扶正祛邪,祛风通络之效。翳风治初起耳后乳突痛,能祛风止痛。攒竹通调足太阳膀胱经之气,以治目睛闭合不全。

《内经》中指出“善治者,治皮毛。”并提出了“渍形”的治疗方法。“渍形”即为熏蒸治疗。方中:荆芥,善祛皮里膜外之风,兼入血分。防风,宣表祛风,兼散头目滞气。桂枝、白芷,助荆芥、防风以加大其祛风散寒之力。秦艽、威灵仙,有祛风通络之功,共为主要。全虫,入肝经且祛风,走而不守,善治头面之风痰结滞,入络搜风,通络破瘀解痉。白附子,善治风痰,引药上行,尤善治面部百病。僵蚕,有祛风化痰止痉之功。钩藤,祛风舒筋,清心凉肝,共为辅药。葛根,轻阳升发,入阳明经,解肌开凑,有利于风邪之外达。当归、川芎、白芍,活血祛风,以凑“治风先治血,血行风自灭”之效。共为佐使。故本方有祛风散寒、化痰通络、解痉之功。故此,本研究采用针药结合的方法,在先以祛风通络针法治疗急性期周围性面神经麻痹的基础之上,再采用以祛风散寒、化痰通络、解痉为主的相同中草药,分别施以患侧面部熏蒸与内服治疗。通过临床观察,结果表明,针刺配合中药熏蒸治疗周围性面神经麻痹的临床疗效明显优于针刺配合中药内服治疗。体现了针药结合的前景优势,为急性期周围性面神经麻痹的综合治疗提供了更为有意义的思路与研究方法。

参考文献:

[1]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2004.2399
 [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.186
 [3]沈爱明.针灸加火龙疗法治疗面瘫80例[J].中国针灸,2007,27(12):929-930

作者简介:

褚宝强,男,41岁,大专学历,主治医师。主要从事中医内科临床工作。

编号:ZZ-100412118(修回:2010-04-11)

独活寄生汤加骨盆牵引、针刺 治疗腰椎间盘突出症 156 例报告

A report on treating 156 cases of lumbar disc protrusion with the Duhuo Jisheng decoction plus pelvic traction and acupuncture

罗志顺 黄晨七 廖江锋 谷习根

(湖南省郴州市中医院, 湖南 郴州, 403000)

中图分类号: R245.31 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0071-01 证型: GBD

自 2004 年~2009 年, 作者采用独活寄生汤配合骨盆牵引、针刺等治疗腰椎间盘突出症 156 例, 疗效满意, 现总结报告如下:

1 临床资料: 本组 156 例, 男 89 例, 女 67 例, 均为住院病人。年龄最小 17 岁, 最大 71 岁, 病程最短 4 天, 最长 28 年, 平均 8 个月。有腰部外伤史者 30 例, 慢性劳损或受寒湿史 126 例, 左侧发病 79 例, 右侧 63 例, 双侧 14 例, CT 或 MRI 提示均有椎间盘突出, L₄₋₅ 节段突出者 52 例, L₅~S₁ 节段者 70 例, L₃₋₄、L₄₋₅、L₅~S₁ 多节段者 34 例。

2 治疗方法: 2.1 中药治疗: 以独活寄生汤《急备千金要方》为基本方, 药用独活 20g, 桑寄生 30g, 茯苓 10g, 川芎 10g, 熟地 15g, 秦艽 15g, 牛膝 10g, 杜仲 15g, 防风 10g, 党参 10g, 细辛 5g, 当归 20g, 白芍 10g, 肉桂 8g, 木瓜 15g。疼痛较甚者, 加白花蛇, 地龙, 制川乌; 气滞血瘀偏重, 甚至郁而化热者, 去党参、细辛、肉桂、熟地、加桃仁、红花、田七等; 湿热偏重者, 去熟地、党参, 加防己、苍术、黄柏、薏苡仁。

2.2 骨盆牵引: 病人仰卧, 头低足高, 床脚抬高约 15cm, 利用牵引床进行牵引, 牵引重量 18kg~30kg, 持续牵引 30 分钟, 每日 2 次, 14 日为一疗程, 疗程间休息 3 日。

2.3 针刺疗法: 以肾俞和病变椎相双侧夹脊穴为主穴, 根据临床状取环跳、殷门、风市、秩边、委中、阳陵泉、悬钟、承山、昆仑、太溪、阿是穴中 3~5 穴为配穴。消毒后, 用毫针常规法采用平补平泻或补泻手法, 得气后留针 30 分钟, 每日 1 次, 14 天为一疗程, 休息 3 天后继续治疗。

2.4 功能锻炼: 治疗期间绝对卧床休息, 开始每天床上作双下肢直腿抬高功能锻炼, 一周后开始作腰背伸肌功能锻炼, 锻炼方法可用五点支撑法、三点支撑法、

飞燕点水法, 14 天作一疗程, 间隔三天开始第二疗程。

3 治疗结果: 本组 156 例, 疗程最短 6 天, 最长 8 周, 按《中医病症诊断疗效标准》^[1] 评判疗效, 治愈 108 例, 占 69.23%, 好转 51 例, 占 32.69%, 无效 3 例, 占 1.92%, 有效率为 98.08%。

4 讨论: 腰椎间盘突出症于中医学“痹证”范畴, 多由肝肾不足、风寒湿邪入侵, 淤血留滞所致。现代医学认为致病机理是由于椎间盘变性、纤维环破裂, 髓核突出刺激或压迫神经根, 造成其周围血液循环受阻, 毛细血管通透性增加, 炎性致病物质渗出, 激惹神经根及周围组织产生炎性渗出、变几天粘等, 出现腰腿痛等一系列症状。骨盆牵引可有效增加椎间隙宽度, 减轻椎间盘的压力, 放松肌肉, 改善血液循环, 改变突出物与神经根的位置关系, 减轻突出物对神经根的刺激或压迫。为药物治疗打下基础。治疗期间绝对卧床休息, 可减轻活动对椎间盘的压力^[2]。中药独活寄生汤具有祛风湿、止痹痛, 益肝肾、补气血的作用。方中熟地、寄生、牛膝, 杜仲、补益肝肾、壮骨强筋, 当归、白芍, 川芎和营养血, 所谓治风先治血, 血行风自灭; 党参、茯苓、甘草益气扶脾, 祛邪先补正, 正旺邪自除。然病因肝肾先虚, 邪乘虚深入, 故以独活、细辛之入肾经, 搜刮筋骨风寒, 肉桂能入肝肾血分, 温通血脉祛寒, 秦艽、防风周行肌表, 祛风胜湿。诸药合用, 使风寒湿邪得祛, 气血得充, 肝肾得补, 诸症自除。此外, 腰背肌功能锻炼, 可增强肌力, 改善腰椎生理弧度, 增加脊柱稳定性, 对巩固疗效、防止病症复发有良好作用。

参考文献:

[1] 国家药监局. 中华人民共和国医药行业标准. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京中医药大学出版社, 1994. 201-203

[2] 赵定麟. 下腰痛[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1900. 12

编号: ZZ-10041249 (修回: 2010-04-06)

小针刀骶管封闭治疗腰椎间盘突出疗效观察

Effective observation on terating

lumbar disc by caudal block of small knife acupuncture

宁战宏 王 晓

(湖北省襄樊市 61413 部队, 湖北 襄樊, 441003)

中图分类号: R245.31 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0072-01 证型: GBD

【关键词】 腰椎间盘突出; 小针刀; 骶管封闭

近年来, CT 及 MRI 检查的推广和普及是腰椎间盘突出诊断率大大提高, 腰椎间盘突出患者在门诊病人中也占有相当大的比例, 小针刀骶管封闭治疗腰椎间盘突出是一种操作简单, 行之有效, 且可广泛应用的一种治疗方法。

我门诊部于 2001 年~2009 年运用此方法治疗腰椎间盘突出 486 例, 取得了满意的效果。

1 临床资料

1.1 一般资料: 本组 486 例, 男性 281 例, 女性 205 例, 年龄 28 岁~72 岁, 平均年龄 42 岁。病程长短不一, 最短为一年, 最长为 12 年, 平均两年。突出部位, L₃~L₄ 82 例, L₄~L₅ 207 例, L₅~S₁ 197 例。突出程度, 膨出 312 例, 突出 174 例。症状表现单纯腰痛的 181 例, 单纯表现下肢痛 125 例, 腰痛合并下肢痛 180 例。单侧右下肢痛 213 例, 单侧左下肢痛 89 例, 双侧下肢痛的 184 例。经牵引理疗等治疗的 324 例, 未经过治疗的 162 例。重体力劳动者 307 例, 非重体力劳动者 79 例。

1.2 诊断依据: 根据既往史, 临床症状, 体征初步诊断, 全部经 CT 或 MRI 检查确诊。

2 治疗方法

2.1 先行小针刀治疗。患者取俯卧位, 在腰部及双下肢找阿司穴, 一般找 3~4 个阿司穴位, 常规消毒, 利多因局部麻醉, 行小针刀治疗。术后创可贴敷于刀口。

2.2 骶管封闭治疗。患者取左侧曲膝卧位, 找骶管裂口, 常规消毒。抽取 2% 利多卡因 2ml, 强的松龙 0.125, 维生素 B₁ 200mg, 维生素 B₁₂ 1mg。七号针头缓慢注入骶管内。创可贴贴针孔, 平卧位 20 分钟。

2.3 其方法 3 次为一疗程, 每次间隔为 10 天。治疗后

注意休息, 避免重体力劳动。该治疗方法可单纯小针刀治疗, 可单纯骶管封闭治疗, 也可两方法合用。

2.4 注意事项: 对严重高血压, 高血糖, 严重心脏病患者不与采用本方法治疗。

治疗结果: 治愈 234 例, 有效 213 例, 无效 39 例, 总有效率百分之九十。

3 讨论

3.1 椎间盘突出患者一般在椎间盘旁间隙, 髓核突出的相应部位都有敏锐的压痛点, 因该部位疼痛较重引起该处肌组织紧张, 长时间肌肉紧张, 使其挛缩, 造成组织损伤, 结果形成粘连, 瘢痕。因椎间盘突出压迫神经根造成疼痛, 人体本能缓解压迫压力造成的疼痛, 使脊柱侧弯, 长时间侧弯, 则是腰肌劳损, 结果造成肌组织粘连, 瘢痕形成。椎间盘突出最主要的症状是坐骨神经疼痛, 坐骨神经痛从患侧部开始, 沿大腿后侧, 向腘窝小腿外侧至足背和足趾等区域放射。放射痛处区域组织紧张, 挛缩, 结果形成粘连, 甚至瘢痕。以上三种情况即是小针刀治疗的病理基础。小针刀的主要作用正是松解粘连, 瘢痕, 解除痉挛。从而恢复软组织动态平衡, 解除疼痛。

3.2 腰椎间盘突出主要是椎间盘突出部位压迫周围神经根, 产生神经根及周围组织无细菌性炎症及水肿, 使用强的松龙, 可促进炎症消退, 水肿消炎。利多卡因则止痛足使炎性反应消退。B₁ 和 B₁₂ 可营养神经, 使神经根部炎症消退, 从而以达到消炎止痛效果。

参考文献:

[1]朱汉章.小针刀疗法[M].北京:中国中医药出版社,1992

[2]吴绪平.针刀临床治疗学[M].北京:中国医药科技出版社,2007

编号: ZZ-10041242 (修回: 2010-04-12)

针灸并用治疗中风后尿失禁疗效观察

Clinical observation on treating urinary incontinence after stroke by acupuncture and moxibustion

罗翠萍 陈晓旭 周凯

(安徽省濉溪县中医院, 安徽 濉溪, 235100)

中图分类号: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0073-02 证型: AGB

【摘要】目的: 观察针灸并用治疗中风后尿失禁的疗效。方法: 将 60 例患者随机分为治疗组 30 例, 对照组 30 例, 治疗组针灸并用, 对照组单用针刺治疗, 十天为一疗程, 治疗 1~3 疗程观察疗效。结果: 治疗组治愈率为 43.3%, 显效率为 36.7%, 有效率为 13.3%, 无效率为 23.3%, 总有效率为 76.7%, 两组疗效差异有统计学意义 ($P < 0.05$) 治疗组疗效明显优于对照组。结论: 针灸并用治疗中风后尿失禁疗效好。

【关键词】 中风; 尿失禁; 针刺疗法; 艾灸

近年来随着人们生活方式的改变, 中风发病率逐年提高, 中风后尿失禁是较为常见的中风并发症之一, 其临床表现以强烈尿意, 有意识性抑制排尿, 又不能控制尿液漏出为主。笔者自 2005 年以来采用针灸并用治疗中风后尿失禁, 报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例患者均来源我院神经内科、针灸门诊和病房, 随机分为两组。治疗组 30 例, 男 18 例, 女 12 例, 年龄 39~86 岁, 病程 1~30 天。对照组 30 例, 男 16 例, 女 14 例, 年龄 40~72 岁, 病程 0.5~35 天。

1.2 纳入标准

①所有患者均符合 WHO 脑中风诊断标准。②中风后尿失禁, 可伴有尿频、尿急、夜尿多等症状。③均为意识清楚, 除外认识障碍、下尿路梗阻及泌尿系感染的病人。

2 治疗方法

2.1 治疗组: ①取穴: 百会、四神聪、关元、中极、三阴交、太溪、神阙。②操作方法: 患者采取仰卧, 穴位皮肤常规消毒。百会、四神聪用 0.35mm×40mm 不锈钢针沿皮刺入帽状腱膜下肌层, 行快速捻转手法, 每分钟 150~200 转, 持续行针 1 分钟; 关元、中极、三阴交、太溪用 0.35mm×50mm 不锈钢针刺入, 中极、关元针感向会阴部放射, 三阴交太溪针感向会阴部传导为最佳, 得气后接 G91—D 电针仪, 用连续波, 留针 30 分钟; 同时把药艾条插入艾灸盒内, 置于神阙穴上施灸, 以灸至皮肤潮红, 有温热感传到腹部为度, 施灸 30 分钟。每日一次, 10 次为一疗程, 治疗 1~3

疗程。

2.2 对照组: 针刺穴位、方法及疗程均同治疗组, 唯有神阙穴不施灸。

3 疗效观察

3.1 疗效标准: 痊愈: 小便时有尿意, 并完全能自行控制。显效: 小便基本能自行控制, 但偶有失禁。有效: 小便时有尿意, 但有时不能自行控制。无效: 治疗前后临床症状无改善。

3.2 统计学处理: 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 SPSS 13.0 统计软件包行 t 检验; 计数资料以百分数 (%) 表示, 行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差别有统计学意义。

3.3 治疗结果: 经过 1~3 疗程治疗后, 治疗组总有效率为 93.3%; 对照组总有效率为 76.7%, 两组比较经卡方检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。详见表 1

表 1 两组疗效比较分析 (n (%))

| 组别 | n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|-----|----|-----------|-----------|----------|----------|------|
| 治疗组 | 30 | 13 (43.3) | 11 (36.7) | 4 (13.3) | 2 (6.7) | 93.3 |
| 对照组 | 30 | 6 (20.0) | 12 (40.0) | 5 (16.7) | 7 (23.3) | 76.7 |

注: 两组疗效比较有统计学意义, 差异显著 ($P < 0.01$)

4 讨论

中风后尿失禁临床发病率高, 给患者及家属带来极大的痛苦。目前研究主要认为, 中风后尿失禁、尿急、尿频是由于大脑排尿中枢以及神经传导通路, 包括额叶、顶叶、基底节区、内囊、小脑、脑干等部位的病变, 引起的膀胱、尿道功能障碍, 称为神经源性膀胱^[1]。急性期常发生急性尿潴留, 恢复期和后遗症

(下转 82 页)

腹针配合体针治疗原发性痛经临床疗效观察

Clinical effective observation on treating primary dysmenorrhea by abdominal acupuncture plus body acupuncture

滕春光 孙靖若

(广东省中山市博爱医院, 广东 中山, 528403)

中图分类号: R271.11⁺3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0074-03 证型: BGD

【摘要】 目的: 观察腹针配合体针治疗原发性痛经的临床疗效。方法: 选取符合原发性痛经患者 60 例, 随机分配至腹针配合体针组和药物组各 30 例, 3 个月经周期为一观察疗程。结果: 两组治疗前症状积分无差异 ($P>0.05$); 治疗后两组痛经的各种症状均有改善, 症状积分均下降 ($P<0.01$), 治疗组症状改善优于药物组 ($P<0.01$); 治疗后两组间疗效有显著性差异 ($P<0.01$), 两组均病程越短, 病情越轻, 疗效越好。结论: 腹针配合体针对原发性痛经有明确的治疗效果, 能显著改善原发性痛经的各种临床症状, 且无毒副作用。

【关键词】 腹针; 体针; 原发性痛经; 临床研究

原发性痛经是妇科常见病、多发病, 多见于青年女性, 影响了正常学习、工作或生活。有资料显示, 其发病率约为 30%~50%^[1], 并随着年龄的增长及妊娠而减少。自 2007 年 4 月至 2008 年 4 月, 笔者运用腹针配合体针疗法治疗原发性痛经, 收到较好疗效, 结果报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料: 60 例观察病例均来自中山市博爱医院中医康复科门诊, 按就诊先后顺序, 随机分为 2 组。观察组 30 例: 年龄 13~26 岁, 平均 19.04±1.24 岁, 病程最长 12 年, 最短 11 个月, 平均 5.44±0.98 年, 未婚 20 例, 已婚 10 例。对照组 30 例: 年龄 14~27 岁, 平均 18.98±1.96 岁, 病程最长 13 年, 最短 9 个月, 平均 5.66±1.16 年, 未婚 19 例, 已婚 11 例。两组患者年龄、病程、婚姻状况等方面差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准: 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]中“痛经”的诊断依据及证候分类(即气血瘀滞、寒湿凝滞、肝郁湿热、气血亏虚及肝肾亏损五型), 并结合临床实际制定: 经期或行经前后小腹疼痛, 痛及腰骶, 甚至晕厥, 呈周期性发作, 好发于青年未婚女子。治疗前须进行肛诊、妇科及超声检查, 排除盆腔器质性病变。纳入标准: 符合原发性痛经诊断标准及其中医证候诊断标准, 妇科检查无明显器质性病变, 且未经过中医或西医的正规治疗, 并签署知情同意书者。

1.3 痛经程度评分标准: 按照卫生部 1993 年颁布的《中

药新药治疗痛经的临床研究指导原则》确定痛经的程度评分标准^[3]: 经期及其前后小腹疼痛 5 分(基础分), 腹痛难忍 1 分, 腹痛明显 0.5 分, 坐卧不宁 1 分, 休克 2 分, 面色苍白 0.5 分, 冷汗淋漓 1 分, 四肢厥冷 1 分, 需卧床休息 1 分, 影响工作学习 1 分, 用一般止痛措施不缓解 1 分, 用一般止痛措施疼痛暂缓 0.5 分, 伴腰部酸痛 0.5 分, 伴恶心呕吐 0.5 分, 伴肛门坠胀 0.5 分, 疼痛在 1 天以内 0.5 分(每增加 1 天加 0.5 分)。重度: 积分≥14 分; 中度: 积分 8~13.5 分; 轻度: 积分<8 分。

2 治疗方法

2.1 治疗组: ①取穴: 薄氏腹针“引气归元”(中脘、下脘、气海、关元)、下风湿点(外陵穴外 5 分下 5 分)(双)、足三里(双)、三阴交(双)、太冲(双)。②操作方法: 选用苏州医疗用品厂生产的华佗牌一次性毫针。采用仰卧位, 患者排空小便后穴位皮肤常规消毒, 除了足三里和三阴交选用 0.25×40mm 毫针, 其他穴位选用 0.25×30mm 毫针。腹针进针时要求避开毛孔、血管及瘢痕, 要求不痛, 注意刺皮时快, 只捻转不提插, 不要求患者有酸、麻、胀感。体针针刺按常规操作, 实证用泻法, 虚证用补法。每次留针 30min, 每 10min 行针 1 次, 1 次/d, 连续 5 天后休息 2d, 于月经前 1 周开始至月经来潮第 1 天止为 1 疗程, 连续治疗 3 个月经周期。

2.2 对照组: 口服双氯芬酸钠缓释片(由天津赫素制药有限公司生产, 75mg/次, qd), 于月经前 1~2 天

开始口服至痛止,连续治疗 3 个月经周期。

2 组患者均停用其他一切药物,并指导 2 组患者生活饮食的调整,包括:经前期及经期应注意卫生,避免精神紧张劳累及感受寒凉,经期勿食生冷食物,多吃蔬菜保持大便通畅,多做下腹部热敷按摩等,并忌房事和游泳。

3 观察指标与统计方法

3.1 主要观察指标

治疗前后痛经症状的变化。

3.2 统计学方法

全部数据录入后应用 SPSS 12.0 软件进行统计处理,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

表 1 2 组治疗前后症状积分值变化比较 (分)

| 组别 | n | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|----|--------------------------|--------------------------|
| 治疗组 | 30 | 11.54±2.86 ^{▲▲} | 2.44±1.14 |
| 对照组 | 30 | 11.26±2.32 | 5.46±0.97 ^{***} |

注:治疗前后两组比较,▲▲ $P<0.01$,治疗后 2 组比较,*** $P<0.01$ 。

4.3 2 组临床疗效比较:见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较 例 (%)

| 组别 | n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 (%) |
|-----|----|------------|-----------|-----------|------------|----------|
| 治疗组 | 30 | 24 (80%) | 4 (13.3%) | 2 (6.67%) | 0 (0) | 100% |
| 对照组 | 30 | 8 (26.67%) | 12 (40%) | 6 (20%) | 4 (13.33%) | 86.67% |

注:与对照组比较,① $P>0.05$ 。

4.4 2 组病程、病情与临床疗效关系比较:见表 3。

表 3 2 组病程、病情与临床疗效关系

| | | 治疗组 (n=30) | | | | | 对照组 (n=30) | | | | |
|----|------------|------------|------|----|----|----|------------|------|----|----|----|
| | | 例数 (个) | 完全缓解 | 显效 | 有效 | 无效 | 例数 (个) | 完全缓解 | 显效 | 有效 | 无效 |
| 病程 | ~4 年 (A) * | 9 | 7 | 1 | 1 | 0 | 10 | 5 | 2 | 2 | 1 |
| | 5~9 年 (B) | 18 | 17 | 1 | 0 | 0 | 18 | 3 | 10 | 4 | 1 |
| | ≥10 年 (C) | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 病情 | 轻度 (A) * | 5 | 4 | 1 | 0 | 0 | 6 | 1 | 3 | 1 | 1 |
| | 中度 (B/) | 20 | 20 | 0 | 0 | 0 | 18 | 7 | 8 | 2 | 1 |
| | 重度 (C/) | 5 | 0 | 3 | 2 | 0 | 6 | 0 | 1 | 3 | 2 |

注:治疗组: A : B, $P>0.05$; B : C, $P>0.05$; A : C, * $P<0.01$;

对照组: A / : B /, $P>0.05$; B / : C /, $P<0.05$; A / : C /, * $P<0.01$;

对照组: A : B, $P>0.05$; B : C, $P>0.05$; A : C, * $P<0.01$;

对照组: A / : B /, $P>0.05$; B / : C /, $P>0.05$; A / : C /, * $P<0.01$;

4.5 不良事件及副反应:受试对象治疗过程中均无严重不良反应事件发生。其中,对照组有 4 例对双氯芬酸钠产生胃肠道症状和头晕等症状,治疗组无不良反应发生。

5 讨论

原发性痛经又称功能性痛经,属中医学“经前腹痛”、“痛经”范畴。中医认为本病多因内、外因素导致冲任瘀阻或寒凝经脉,使气血运行不畅,胞宫经血

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效评定标准^[3]分为 4 级,痊愈:腹痛及其他症状消失,且治疗前后评分减少 90% 以上。显效:腹痛明显减轻,其他症状好转,不服止痛药能坚持工作,且治疗前后评分减少 70%~89%。有效:症状减轻,且治疗前后评分减少 30%~69%。无效:症状无改变,且治疗前后评分无减少,或减少小于 30%。

4.2 2 组治疗前后症状积分值变化比较:见表 1。2 组患者治疗前后症状积分值,经统计学处理,2 组治疗前差异无显著意义 ($P>0.05$),说明 2 组患者具有可比性。治疗后治疗组与对照组对比,差异有显著性意义 ($P<0.01$)。

流通受碍,以致“不通则痛”,其病位在冲任、胞宫,变化在气血,表现为痛经^[4]。治疗上应补益肝肾、调和冲任气血为主。现代医学研究认为,本病多与月经时子宫内膜释放前列腺素 (PG) 有关,且内膜中 PG 浓度越高,痛经也越重。此外,还受精神、神经因素影响,思想焦虑、恐惧以及生化代谢物质均可通过中枢神经系统刺激盆腔疼痛纤维而引起疼痛症状^[5]。治疗上,西医对症处理,如口服甾体激素药物抑制排卵、前列腺素和催产素合成酶抑制剂等,虽可获得疗效,但如长期使用,有一定的毒副作用。

腹针疗法为薄智云先生近年倡导,通过刺激腹部穴位来调节脏腑失衡,治疗全身疾病的一种新型针刺疗法^[6]。其中,中腕、下腕有理中焦、调升降的作用,脾 (下转 80 页)

农村卫生适宜技术针刺肩痛穴

治疗肩周炎 60 例疗效观察

Effective observation on treating 60 cases of frozen shoulder by point acupuncture of Jiantong

沈云桥

(浙江省绍兴县富盛镇社区卫生服务中心, 浙江 绍兴, 312037)

中图分类号: R323.4⁺2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0076-02 证型: IBG

【关键词】 农村卫生适宜技术; 针刺疗法; 肩痛穴; 肩周炎

肩周炎也叫粘连性肩关节囊炎, 是临床常见病和多发病, 多发于 50 岁左右人群, 是肩周肌群、肌腱、滑囊和关节囊等软组织因气血不充, 筋力所养, 复感风寒或劳作过度而导致关节疼痛, 关节活动受限等特点的疾病。本病中医属“露肩风”、“肩凝风”, 也有称之为“五十肩”, 在浙江省农村卫生适宜技术推广项目中, 选取肩痛穴位主, 治疗肩周炎, 是将现代医学理论融于中医针灸中, 指导针灸选穴组方, 把二者优势有机结合, 构成了治疗肩周炎独特的处方。笔者近年来, 针刺“肩痛穴”治疗本病, 取得了较好的疗效, 现介绍如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 60 例, 其中男性 37 例, 女性 23 例; 年龄最大 72 岁, 最小 39 岁; 病程 3 个月至 2 年。早期以疼痛为主者 41 例, 中后期功能障碍 19 例。

1.2 治疗方法

取穴: 肩痛穴, 位于小腿腓侧, 腓骨小头与外踝高点的连线上, 髌骨中线下 5 寸处, 或髌骨中线与踝连线中上 1/3 处。以偏于腓侧 1 寸取穴。交叉取穴, 即右侧肩周炎取左侧穴位, 左侧肩周炎取右侧穴位。双侧即取双侧穴位。

操作: 病人取仰卧位, 暴露膝关节下肢, 常规在穴位上消毒。以 28 号 3 寸毫针行直刺法进针约 2.5 寸, 进针后行提插捻转手法, 以局部酸、麻、胀并向足部放射为宜。个别患者可传导至肩部, 传导肩部者疗效最佳。行针时嘱患者做肩部功能锻炼(前屈、后伸、内收、外展、内旋、外旋、上举、环转)。每次留针 40 分钟。7 次为一个疗程, 1 疗程后隔 3 天进行下一

疗程。针刺治疗期间要求患者每日早晚各进行一次肩关节功能锻炼。

2 治疗结果

2.1 疗效标准

痊愈: 症状消失, 肩关节功能恢复正常;

显效: 症状基本消失, 关节功能活动明显改善;

好转: 症状减轻, 肩关节活动受限有改善;

无效: 症状无减轻, 肩关节功能活动受限。

2.2 治疗结果: 所有病人在治疗 2 个疗程内统计疗效。超过 2 个疗程者以 2 个疗程结束时的情况作为统计标准。60 例中, 治愈 42 例, 显效 9 例, 好转 3 例, 无效 4 例。总有效率 93.3%。

3 讨论

肩周炎是由于中老年人胶原纤维退行性改变加上机体内分泌功能混乱以及外伤、劳损、受凉等诱因作用下所致的一种无菌性炎症, 早期以疼痛为主, 后期炎症加剧及患者畏痛不敢活动所致肌肉萎缩, 软组织粘连, 活动受限, 采用常规针灸、封闭等治疗手段, 效果缓慢, 往往收不到良好的效果。

由北京军区总医院王文远教授创立的平衡针灸学, 通过针刺外周神经靶点, 利用传入神经通路至大脑中枢靶位, 使失调紊乱的中枢恢复到原来的平衡状态, 通过传出信息通路完成对靶向病变部位的应急性调整, 达到机体恢复新的平衡的理论。笔者依据此法, 效果颇佳。

此法优点: 穴位少, 痛苦小, 见效快, 疗效高, 操作简便易行, 安全性较高, 突出了人体的自身平衡理论, 具有良好的社会效益和经济效益, 特别适合于 (下转 78 页)

贴补法治疗外伤性耳膜穿孔动态观察

Dynamic observation on treating traumatic eardrum perforation by subsidizing

朱海军¹ 王立江² 周 珍³

(1.浙江省诸暨市草塔中心医院, 浙江 诸暨, 3118122;

2.嵊州市甘霖人民医院, 浙江 嵊州, 312462; 3.杭州市第四人民医院, 浙江 杭州, 310002)

中图分类号: R246.81 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0077-02

【关键词】 贴补法; 外伤性鼓膜穿孔; 透明膜

耳膜菲薄外力作用极易使穿孔, 穿孔后上皮组织移行生长在鼓膜穿孔愈合过程中起决定性作用不论用何种方法都要解决好如何加速鼓膜穿孔缘上皮组织移行的问题, 以促进其穿孔尽快愈合, 恢复鼓膜的完整性增进听力。传统的贴补法治疗外伤性鼓膜穿孔多采用蛋衣起生物支架作用, 疗效肯定。但在治疗过程中没法观察耳膜生长修复的过程, 在拆除贴补膜时, 不能判断耳膜是否完全愈合。存在一定不足, 为此我们在这方面做一点工作。

1 临床资料

2007.1~2009.9: 我们收治的外伤性耳膜穿孔患者 60 例其中治疗组 30 例: 男 16 例, 女 14 例。年龄 15~70 岁。对照组: 30 例男 15 例, 女 15 例 (采用蛋衣贴补法)。排除陈旧性耳膜穿孔。

表 1 治疗组治愈天数的频数分布

| 治愈天数 | 频数 | 百分比 (%) | 累积百分比 (%) |
|------|----|---------|-----------|
| 6 | 3 | 10 | 10 |
| 9 | 14 | 46.7 | 56.7 |
| 12 | 6 | 20 | 76.7 |
| 15 | 3 | 10 | 86.7 |
| 21 | 3 | 10 | 96.7 |
| 46 | 1 | 3.3 | 100 |
| 合计 | 30 | 100 | |

表 2 对照组治愈天数的频数分布

| 治愈天数 | 频数 | 百分比 (%) | 累积百分比 (%) |
|------|----|---------|-----------|
| 14 | 20 | 66.7 | 66.7 |
| 15 | 2 | 6.7 | 73.3 |
| 20 | 7 | 23.3 | 96.7 |
| 30 | 1 | 3.3 | 100 |

2 方法

2.1 治疗前清理外耳道耵聍、耳膜碎片及血痂。耳内窥镜检查记录耳膜穿孔大小, 周长, 面积。

2.2 显微镜下常规方法对穿孔边缘进行处理鼓室内放明胶海绵穿孔缘复位, 选择适当大小的透明膜进行贴补 (我们使用软质皮试针筒包装膜)。

2.3 每 72 小时观察并记录耳膜生长情况, 直至完全愈合。

2.4 结果: 治疗组 3 例术后 6 天愈合, 14 例术后 9 天愈合, 6 例术后 12 天愈合, 3 例术后 15 天愈合, 3 例 21 天愈合, 1 例术后 15 天上呼吸道感染并发耳膜化脓治疗后于术后 46 天愈合。

对照组 20 例术后 14 天愈合, 2 例术后 15 天愈合, 7 例术后 20 天愈合, 1 例术后 30 天愈合, 无感染病历。

合计 30 100

表3 治疗组与对照组平均治愈天数情况

| 组别 | n | 治愈天数(天) | | Z* | P |
|-----|----|---------|-------|-------|--------|
| | | 中位数 | 四分位间距 | | |
| 治疗组 | 30 | 9 | 3.75 | 4.102 | <0.001 |
| 对照组 | 30 | 14 | 6 | | |

注:采用 Wilcoxon 秩和检验

透明膜贴补法观察治疗外伤性耳膜穿孔治疗组与对照组比较。治疗组平均治愈时间 12.33 天,对照组平均治愈时间 16.07 天,缩短 3~4 天。治愈组优于对照组。两组比较用 WILCOXON 秩和检验。P 值≤0.05 差异有统计学意义。主要得益于治疗组能较早观察到愈合时间,及时拆除贴补膜从而缩短治疗过程。

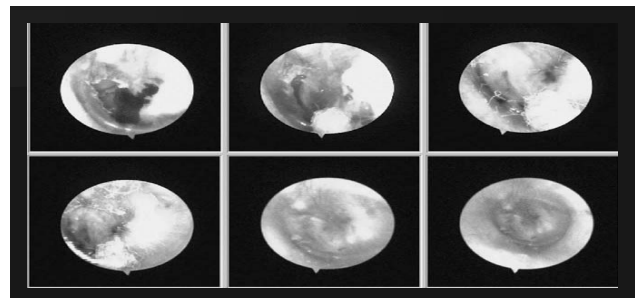
3 讨论

外伤性耳膜穿孔是各种外力直接或间接作用于鼓膜使其穿孔的一种人体伤害。受伤后患者有不同程度的耳聋,耳鸣,耳闷,耳痛等。严重者伴有眩晕,恶心,呕吐等前庭刺激症状。鼓膜在解剖结构上分 3 层:外层为上皮层,内层为内皮层中间由深浅 2 层结缔组织纤维束来构成,其中深层纤维束鼓膜边缘处增厚,中央处较稀少,其张力主要在紧张部松弛部由上皮层,固有层及黏膜层构成。缺少中层纤维,故薄而松弛。从而使其具有更好的抗张力强度。所以,常见穿孔多位于紧张部。外伤性鼓膜穿孔的自然愈合率本没有人们印象中那么高,需要我们及时采用抗炎等干预来提高愈合率,以减少鼓膜穿孔可能带来的各种不良后果。我们在耳显微镜下对外伤性鼓膜穿孔进行干预,暂时性闭合穿孔。符合鼓室的生理稳定性,消除因鼓膜穿孔引起的耳鸣。及时封闭穿孔可防止感染迅速恢复鼓室的“生理环境”,而且鼓膜纤维可沿着所架设的“棚架”从孔缘由四周向中心生长促进穿孔愈。鼓膜的修复靠的是鼓膜外层的复层鳞状上皮,其具有移行能力,鼓膜上皮细胞每日自鼓膜脐部离心移行约 0.05mm,这种移行现象属于鼓膜的自洁功能,也是鼓膜穿孔可以自行愈合的解剖学及生理学基础。根据移行速度计算直径约 1.5mm 鼓膜穿孔的愈合时间约是 30 天左右。我们经干预治疗的外伤性鼓膜穿孔的愈合时间为 12

天至 16 天左右,与国内有关报道相比缩短治愈时间。这可能与使用透明膜修补的这种办法有关,同时可能与课题组病例的穿孔面积大小有关。但是外伤性鼓膜穿孔早期进行积极的干扰治疗,可以明显提高治愈率,减少烦恼的并发症及漫长的治疗时间。

利用软质针筒包装膜代替蛋白膜治疗外伤性鼓膜穿孔具有取材方便,价廉,缩短治疗时间同时在整个治疗过程中可动态清晰观察鼓膜生长情况,可发现问题及时处理等优点。值得在基层医院推广使用。

4 附典型病例动态观察过程图



①术前 ②术后 3 天 ③术后 6 天 ④术后 9 天 ⑤术后 9 天拆除 ⑥术后两周复查

参考文献:

[1]王恩银,莫耀南,李凡等.外伤性鼓膜穿孔致伤方式 12 例[J].数理医药学杂志,2006,19(6):605
 [2]龙海珊,戴海江,周芸等.重组表皮生长因子治疗外伤性鼓膜穿孔的临床观察[J].中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2004,11(2):83-87
 [3]巨晓泉,李炜长,张志德等.显微镜下修补外伤性耳鼓膜穿孔[J].实用诊断与治疗杂志,2007, 21(4):313-314
 [4]王荣光.Peter Kwok.Michael Hawke.临床耳科学[M].石家庄:河北科学技术出版社,1992.99

编号: ZZ-10041213 (修回: 2010-04-06)

(上接 76 页)
广大农村,值得推广。

参考文献:

[1]吴振英,杨莹洁.针刺肩痛穴为主治疗肩周炎 300 例[J].吉林中医药,2002, 22(3)

[2]王文远.针刺肩痛穴治疗肩周炎[J].中国社区医师杂志,2007,3(33)
 [3]张平.中医药适宜技术应用手册[S].科普出版社,2008. 7(202)

作者简介:

沈云桥(1972-),男,毕业于浙江大学,主治医师。

编号: ZZ-10041244 (修回: 2010-04-09)

胫腓骨折并发症对骨折愈合的影响研究

A study on effects of tibiofibula fracture complication on bone fracture healing

林光友

(重庆市綦江县中医院, 重庆 綦江, 401420)

中图分类号: R274.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0079-02

【摘要】 目的: 观察胫腓骨骨折并发症对其愈合的影响因素, 以指导临床治疗。方法: 观察 40 例用外固定支架治疗胫腓骨骨折患者的愈合情况, 研究骨折开放与否, 腓骨固定与否, 术后支架动力化与否等因素对骨折愈合的影响。结果: 外固定支架治疗胫腓骨骨折疗效确切, 也是治疗胫腓骨开放性骨折的好方法, 若能予腓骨坚强固定, 对骨折愈合有积极影响。

【关键词】 骨折; 愈合; 胫腓骨

影响骨折愈合的因素多, 致部分患者延迟愈合甚不愈合, 患肢存在不同程度畸形、关节活动障碍等不良情况。本研究探讨骨折愈合的常见影响因素, 以进一步提高其临床疗效。

1 临床资料

病例来自 2008 年 1 月~2010 年 1 月我院骨伤科收治的胫腓骨骨折患者, 共 40 例。其中, 男 23 例 (57.5%), 女 17 例 (42.5%), 男/女: 1.353。病因: 车祸: 17 例 (42.5%); 高空坠落: 8 例 (20%); 砸伤: 5 例 (12.5%); 平地跌伤: 10 例 (25%)。骨折部位: 左小腿: 21 例 (52.5%), 右小腿: 19 例 (47.5%); 小腿上 1/3: 1 例 (2.5%) 小腿中 1/3: 11 例 (27.5%), 小腿下 1/3: 28 例 (70%)。

2 诊断

临床表现: 局部有疼痛和压痛、肿胀、功能障碍、畸形、异常活动、骨擦音; 全身情况常有因瘀血停滞而致发热, 兼口渴、口苦心烦、尿赤便秘、夜寐不安等, 严重创伤、复合伤可发生休克, 或合并脏器损伤, 若为开放性骨折可合并感染, 或并发神经、血管损伤, 故出现相应全身症状, X 线检查可确诊其: 类型、移位方向、骨折端形态等局部变化, 并排除病理性骨折。

3 结果

患者均愈合, 时间: 3~12 个月, 平均 6.18 个月, 其中术后 3 个月愈合 4 例, 术后 4 个月愈合 6 例, 术后 5 个月愈合 7 例, 术后 6 个月愈合 8 例, 术后 7 个月愈合 5 例, 术后 8 个月愈合 3 例, 术后 9 个月愈合

4 例, 术后 10、11、12 个月愈合各 1 例; 所有患者术后 3 个月时的骨痂生长评分: 0~3 分, 平均为 1.40 分; 所有患者术后 3 个月时的患肢功能恢复情况: 优 5 例, 良 23 例, 中 11 例, 差 1 例, 优良率为 70%。

4 胫腓骨骨折常见并发症对骨折愈合的影响

胫腓骨骨折直接合并神经损伤较少见, 仅腓骨颈骨折易合并腓总神经损伤。每个胫腓骨骨折的患者需要记录踝关节背伸、跖屈, 足趾背伸和跖屈及足的皮肤感觉等神经系统的情况, 以了解有无前筋膜间室综合征发生征兆。胫骨骨干上端骨折时发生胫前动脉损伤可能性大, 而胫骨下端骨折, 须检查足背动脉和胫后动脉有无搏动, 及末梢血运的体征。仔细评估软组织损伤。有无开放伤口, 有无潜在皮肤坏死区。应行多普勒血管超声检查, 乃至血管造影。对小腿部肿胀, 尤其触诊时张力大, 牵拉相关肌肉引起疼痛时, 则应立即检测骨筋膜室压力。X 线检查需明确并分析骨折部位、类型、移位程度及趋势等。X 线片的长度应包括相应的膝、踝关节, 以了解上下关节面的关系, 尤其是在复位后。长度不够的 x 线片有时可能遗漏高位的腓骨骨折。

4.1 创伤性筋膜间隙综合征

小腿部骨折或肌肉等软组织损伤, 发生水肿、反应性水肿, 使筋膜间隙内压力增高时, 可造成血循环障碍, 形成筋膜间隙综合征。尤其软组织有明显挫伤的闭合性胫腓骨骨折, 间隙内压力持续增加, 血管痉挛, 组织渗透压增加、缺血缺氧。以胫前间隙综合征

的发生率最高。当其发生时，小腿前外侧发硬、压痛明显，被动伸屈跖趾时疼痛加剧。疼痛情况与腓总神经受压程度有关，早期可出现第1、2趾蹼间感觉减退，继发生拇长伸肌、趾长伸肌、胫前肌麻痹。因腓动脉有交通支与胫前动脉相通，故早期足背动脉可触及。除胫前筋膜间隙外，胫后深间隙综合征的发生率较胫后浅间隙及外侧间隙高，特点为后侧间隙疼痛、足底麻木、足趾屈曲力减弱，被动伸趾时疼痛加剧，小腿三头肌远端内侧筋膜张力增加，压痛明显。行小腿内后侧切口，自比目鱼肌起始部，横行切口深层筋膜，必要时同时将肌外膜切开以减压。

4.2 钉道感染

发生钉道感染是外固定支架最常见的并发症。多是因为螺钉与周围皮肤、筋膜等到软组织摩擦产生的分泌物受到细菌污染造成。外固定支架术后要及时更换敷料，保持钉孔清洁干燥，钉孔滴注酒精可有效地预防。国外有报道，在螺纹钢表面涂上一层经磷灰石、洗必太混合物可使钉孔感染发生率明显减少。

4.3 固定螺钉松动

原因：螺钉反复穿入，或穿入过深又后退、钉道

感染未及时处理、松质骨螺钉与皮质骨螺钉错用等。
预防办法：一次性成功穿针、钻头大小合适，及时处理钉道感染，松质骨螺钉与皮质骨螺钉选正确，消除针-骨界面应力等。

4.4 骨折畸形愈合

单纯骨折的畸形较易纠正，而粉碎性骨折有软组织缺损及移位严重者，易发生畸形愈合，应及时矫正。如已骨性愈合，则应以患肢功能是否受影响或外观畸形是否明显来定是否截骨。

参考文献：

[1]吴国华,王铭,庞振石.4种固定方法治疗胫腓骨双骨折的疗效对比[J].现代中西医结合杂志,2004,13(1):47-48
[2]詹剑丰,陈灼,詹百良.单侧多功能外固定架治疗例胫腓骨折[J].中国实用医药,2008,3(19):57-58
[3]马献忠,成传德,姚太顺.自制双边滑槽式外固定器治疗胫腓骨折[J].中医正骨,2002,14(7):21-22
[4]熊德建,杨皓森.切开复位外固定支架固定胫骨骨折后延迟愈合的原因分析[J].骨与关节损伤杂志,2004,19(2):127-128

编号：ZZ-10041219（修回：2010-03-21）

（上接 76 页）

主后天之气；气海、关元与肝肾经关系密切，为调理冲任之要穴，气海为气之海，关元培肾固本，肾又主先天之元气。“引气归元”四穴合用，有“以后天养先天”之意。下风湿点可通胞宫气血，以调通气血，疏理经气。体针中，三阴交为足三阴经交会穴，能理气活血，使气血下行而达到通经目的；足三里为多气多血之阳明胃经合穴，能补益气血，调理经气；太冲为足厥阴肝经原穴，能疏肝理气，使之气顺血和。全方能理气活血，调理冲任，使气血得行，冲任得调，痛经可止。

本研究采用腹针配合体针疗法与口服西药进行对照治疗原发性痛经，通过 2 组治疗前后症状积分变化进行前后评估，其结果经统计学处理，发现 2 组患者治疗后痛经的各种症状均有改善，症状积分均下降

($P < 0.01$)，且治疗组症状改善优于药物组 ($P < 0.01$)。在研究中我们还发现，本病疗效与病程、病情有一定相关性，病程越短，病情越轻，疗效越佳。对照组中有 4 例出现药物副作用，而治疗组无不良反应发生，

体现了腹针配合体针疗法的优势。以上结果说明：与药物疗法相比，腹针配合体针疗法对原发性痛经有明确的治疗效果，能显著改善原发性痛经的各种临床症状，且无毒副作用，值得临床推广与应用。

参考文献：

[1]苏应宽,徐增祥,江森.新编实用妇产科学[M].济南:山东科学技术出版社,2001:573-577
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:61-62
[3]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:人民卫生出版社,1993:263-266
[4]罗元恺.中医妇科学[M].上海:上海科学技术出版社,1986:53
[5]乐杰.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:380
[6]薄智云.腹针疗法[M].北京:中国科学技术出版社,1999:38

个人简介：

滕春光（1961-），男，大学本科，南宁，广东省中山市博爱医院，副主任医师，研究方向：针灸治疗软组织损伤的临床研究。

编号：ZZ-10041245（修回：2010-04-13）

中医综合康复治疗脊髓损伤患者的临床疗效观察

Clinical effective observation on treating spinal cord injury in the integrative medicine

胡华亮 毛陵森 汪振华 崔淑兰 徐红霞
(江西省康复医院, 江西 南昌, 300077)

中图分类号: R322.81 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0081-02

【摘要】 目的: 探讨中医综合康复治疗对脊髓损伤患者运动功能恢复的影响。方法: 98 例脊髓损伤患者, 均采用中药、按摩、脉冲电场刺激和 PT, OT 康复训练等综合治疗方法进行康复治疗。结果: 经过 3 个月的治疗后, 98 例脊髓损伤患者的功能独立性 (FIM) 评分, 与治疗前比较显著提高 ($P < 0.005$), 美国 SCI 学会分级法 (ASIA) 评分, 治疗前后无显著变化。结论: 对脊髓损伤患者进行中医综合康复治疗, 能明显改善运动功能, 提高日常生活能力。

【关键词】 脊髓损伤; 中医; 综合康复; 疗效

外伤性截瘫皆由脊髓损伤所致, 脊髓与古人描述的总督周身之阳经的督脉相符, 所以脊髓损伤引起的主症是肢体瘫痪, 运动无力, 故他们归属中医“痿症”范畴。从 1997 年以来, 我们共收治了 104 例脊髓损伤患者, 现将有完整评估资料的 98 例患者的综合康复治疗效果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 98 例中, 男 76 例, 女 22 例; 年龄 20 岁以下 9 例; 21~40 岁 68 例; 41~60 岁 21 例; 年龄峰在 21~40 岁, 均为外伤, 并进行过手术治疗。病程: 3 周~3 个月 9 例; 3 个月~半年 22 例; 半年~1 年 44 例; 1~2 年 15 例, 2 年以上 8 例。损伤部位: C_8 水平以上 7 例, $T_1 \sim_{10}$ 水平 12 例; $T_{11} \sim L_2$ 水平 69 例, L_2 水平以下 10 例。其中完全性 SCI 12 例, 不完全性 87 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 中医药疗法

脊髓损伤是临床上最常见的瘫痪病, 在辨证中要注意三期辩证, 即早期以气滞血瘀为主, 方以活血祛瘀汤加减; 中期以“瘀、虚”为主, 方以补肾壮阳汤加味; 晚期以“虚”为主方以壮络健肾汤加减。

1.2.2 针灸疗法

在背部脊髓损伤平面上, 各取一督脉穴, 进行电针治疗, 刺激量宜小, 弛缓性瘫痪用间断波, 痉挛

性瘫痪用疏密波。体针选八缪、长强、气通、关元、三阴交、大肠腧、关元腧、小肠腧、肾腧、膀胱腧等穴交替使用, 以气通腑荡浊, 调理二便。痉挛疼痛病人选用风市、至阴、筋缩、隐白、束骨。每日一次, 每次钟 30 分钟, 1 个月一疗程。

1.2.3 推拿按摩

对痉挛性患者施于轻柔手法, 以柔克刚缓解痉挛。对弛缓性患者以较重的手法刺激萎缩肌群, 达到以刚别软增加肌容量, 每天按摩 1~2 次, 每次 30 分钟。

1.3 疗效指标

治疗前后采用美国脊髓损伤学会 (ASIA) 分级法及功能独立性 (FIM) 评定。

1.4 统计处理: 数据用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验。

2 结果

98 例脊髓损伤患者经过三个月的治疗后, FIM 评分与治疗前比较有明显提高, ASIA 评分无显著变化, 见表 1。

表 1 98 例患者治疗前后 ASIA 和 FIM 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 时间 | ASIA | | FIM |
|-----|---------|---------|----------------------|
| | 感觉 | 运动 | |
| 治疗前 | 63 ± 19 | 62 ± 17 | 58 ± 16 |
| 治疗后 | 70 ± 19 | 68 ± 15 | 72 ± 15 ^① |

注: 与治疗前比较^① $P < 0.05$ 。

3 讨论

从中医理论来看, 脊髓损伤的发病机理比较复杂,

根据早、中、晚期变化，其病理可概括如下：早期脊髓损伤后，相应的督脉必然受到损伤，任脉、手足三阳经也必然致损而出现经脉失用，从而至全身气血运行受阻，出现局部肿胀、疼痛，筋骨关节得不到经脉控制而出现肢体瘫痪。晚期脊髓损伤经久不愈，必内动肝肾，致肝血不足，血不养筋，出现手足痉挛、屈伸不利；骨髓空虚，可致腿足痿弱而不能行动。故此治疗以倍补肝肾，养血活血为主。

针灸具有疏通经络、调节神经功能；调理脏腑气血、改善脊髓血液循环，减轻继发性损伤的作用^[1-2]。针刺治疗对脊髓损伤患者的运动、感觉及二便功能均能起到理想的治疗作用^[3]。电刺激还可以诱导运动神经元的树突定向伸展、突触重建，促进神经再生，加速神经传导速度恢复的作用，并能提高神经肌肉的兴奋性，使部分因功能暂停的神经细胞功能恢复^[4-5]。对于不完全脊髓损伤，针刺和按摩对促进肌容量，改善肌张力，肌营养状况有明显作用，使残有生理功能的脊髓神经发挥更大潜力。对于完全性脊髓损伤，针灸加中药治疗有协同作用，优于单纯的针灸与中药治疗的趋势^[6]。

本组观察病例均为中后期，但采用以中医为主的综合康复干预后，FIM评分有明显提高，而ASIA评

分变化不显著，表明中医综合康复治疗对患者ADL的提高是有效的，ASIA积分没有显著提高，可能与神经损伤恢复的速度较慢有关。目前对脊髓损伤的治疗尚无良好疗效，临床上仍主张多种治疗手段联合采用，以发挥更大的协同治疗效果^[7]。

参考文献：

[1]刘杰,郭友林,谭朝坚,等.针灸对外伤性截瘫患者神经肽的影响[J].上海针灸杂志,1996,15(2):6-7
 [2]吴永刚,孙忠人,李志刚,等.针刺对实验性脊髓损伤早期大鼠自由基改变的影响[J].中医杂志,1999,40(10):620-621
 [3]周羚,黄诚.针刺抗脊髓损伤临床与机理研究状况[J].中国针灸,1997,17(11):700-703
 [4]李澎清,陶之理.电针神经生长因子影响周围神经再生形态与功能恢复的比较分析[J].中国针灸,1999,19(9):566
 [5]邹水全,单宝根,严振国.电针促进大鼠坐骨神经再生实验研究[J].现代康复,2000,4(8):184-1185
 [6]杨威,严振国.脊髓损伤超早期针刺康复治疗的研究进展[J].现代康复,2001,5(6):56-58
 [7]刘洁,胡湘明.针灸中药治疗外伤性截瘫临床疗效对比研究[J].中国针灸,2001,21(1):3-5

编号：ZZ-100412132（修回：2010-04-18）

（上接 73 页）

期更明显地表现为尿失禁（常同时伴有不同程度的残余尿）、尿急、尿频等。尿路感染是神经源性膀胱最为常见的并发症，几乎每例神经源性膀胱患者都曾有不同程度的泌尿系统感染史。由于患者常有不同程度的残余尿，降低了尿路对细菌的抵抗力，感染往往反复发作，不易完全控制。感染又可加重膀胱功能的异常^[2]。

祖国医学认为本病多为肝肾亏虚，髓海不足肾气虚不能固摄，影响膀胱贮藏和约束小便的功能。加之病后肾阳不足更甚，肾阳亏虚不能温煦膀胱，膀胱气化不利，出现尿失禁^[3]。百会、四神聪位于大脑旁中央小叶的头皮投射区，针刺可提高大脑皮质中枢对排尿的调节作用，对改善排尿尿意、控制能力有明显作用。针刺百会、四神聪还有益气健脑填髓的作用；太溪为肾经原穴，三阴交为足三阴经交会穴，有补肾气作用；中极为膀胱经募穴，关元为任脉与足三阴经的交会穴，小肠募穴针刺不仅体现了局部治疗作用，而且可直接激发膀胱经气，调节膀胱功能，治疗膀胱无

权之尿失禁。神阙穴是任脉之要穴，是人体生命之根真气所系之处，脐联系十二经脉，五脏六腑，四肢百骸，其皮肤薄嫩，有丰富的毛细血管网，有利于温热的渗透，神阙与命门正相对，灸之有温肾壮阳缩尿止遗之功^[4]。

本文通过观察两种不同的方法治疗，治疗组针灸并用，对照组单用针刺治疗，发现该灸法可能有助于增加中风后尿失禁的治疗效果，但两组差有异显著性意义，且该疗法安全性好，依从性强。

参考文献：

[1]曹银香,白炜玮.针刺治疗中风后尿失禁 56 例临床观察[J].四川中医,2008,26(1):124
 [2]王裕贤,李永凯.针刺足运感区加穴位注射治疗中风尿失禁疗效观察[J].上海中医,2008,27(11):26
 [3]李虹.针刺加艾灸治疗中风后尿失禁 36 例[J].中国针灸,2005,25(6):432
 [4]张秀琢.近十年针灸治疗中风后尿失禁临床研究概况[J].安徽中医学院学报,2007,26(2):62-64

编号：ZZ-10041222（修回：2010-03-23）

双动人工股骨头置换术治疗 老年性股骨颈骨折 96 例的临床体会

Clinical experierc for treating 96 cases of senile femoral neck fracture by the operation of double- acting artificial femoral head

张 潇

(冷水江市中医院, 湖南 冷水江, 417500)

中图分类号: R274.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0083-02

【摘要】 目的: 评价人工双动股骨头置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效。方法: 用人工双动股骨头置换术治疗老年股骨颈骨折患者 96 例, 随访时间 2 年以上并判断疗效。结果: 术后 96 例患者 Harris 评分平均为 96 分, 优良率 95%~98%, 患者术后无需止痛药治疗, 83% 患者髋功能良好, 无髋关节脱位和假体周围再骨折。结论: 人工双动股骨头置换术是治疗老年股骨颈骨折的可靠方法, 骨水泥固定技术的运用可能是骨质疏松患者术后髋痛发生率很低的主要因素。

【关键词】 双动人工股骨头置换术; 股骨颈骨折; 疗效显著

老年人股骨颈骨折是临床常见病及多发病, 因老年人多伴有各种内科疾病, 加之该类骨折的本身特点, 若处理不当, 轻者增加患者痛苦, 重者可危及患者生命。关节置换可使再手术时间和生存时间延长, 并可获更好生活自理能力, 并较内固定手术更具效费比。

双动人工股骨头置换术, 包括全髋置换和股骨头置换, 是目前解决老年股骨颈骨折, 迅速恢复功能减少痛苦的有效方法。本院从 2006 年 1 月~2007 年底采用双动人工股骨头置换术治疗老年性股骨颈骨折 27 例, 经过 6 个月~2 年的随访, 疗效满意, 现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料: 男 15 例, 女 12 例; 年龄 60~82 岁, 平均 69.2 岁。右侧 18 例, 左侧 9 例; 其中, 交通事故 15 例, 坠落伤 5 例, 伤后髋关节后脱位行手法复位 3 例, 牵引复位 4 例; 股骨头骨折至手术治疗时间 7 月~2 年。根据骨折的病理变化, 按 Pipkin 分型 I 型 7 例, II 型 5 例, III 型 6 例, IV 型 9 例。骨折类型按骨折部位分型: 头下型 12 例, 头颈型 8 例, 基底型 7 例; 新鲜骨折 19 例, 陈旧性骨折 (骨折时间>3 周) 8 例。

1.2 假体材料和手术手法: 全采用人工双动股骨头假体, 手术时间 1~1.5h, 平均 70min, 术中出血约 95~190ml。据股骨头骨折的分型情况, 设计不同的手术

方案。股骨头骨折块较大, 复位后能较好固定者, 选用升支的髂骨瓣。股骨头骨折块粉碎或从复位区分离又较小。不易固定须切除者可取横支的外侧大转子骨瓣, 进行股骨头修补术。本组患者全部采用 Moore 切口入路 (后外侧切口), 在手术结束和随访后评定两组疗效。

1.3 术前准备: 术前全面检查明确所患内科疾病, 请内科、麻醉科等有关科室会诊, 行系统治疗, 将患者心、肝、肾、血糖调整到所耐受手术的最佳水平。术前做好老年患者的心理护理工作, 使患者减少手术恐惧心理, 同时对体质较差的患者进行饮食指导。

1.4 手术方法: 采用连续硬膜外麻醉, 以 Moore 入路为例, 采用硬膜外麻醉, 患侧髋垫高 45°, 取髂上棘至髂骨外缘连线上“S”型切口 30cm 长。切开皮肤及皮下组织及筋膜。在起止处切断缝匠肌和股直肌。在筋膜下分离出旋股外侧血管, 在外上方分离出升支, 在阔筋膜张肌上段处找到髂嵴支, 直到穿入该肌的起止处。如髂嵴支偏细应一并切除臀中肌支。在髂前上棘和髂嵴下 2~3cm 处, 带部分阔筋膜张肌, 切取髂骨瓣 3×1.5×2cm, 不带内侧髂骨板分离出关节囊十字切开。脱出损伤的股骨头, 取出骨折块。清理残端。将骨折块复位。视骨折的分型选用钢丝。螺钉和空心钉内固定。股骨头复原后, 在骨折两端凿一个骨槽, 将带升支的骨瓣嵌入。然后在股外侧血管的外侧 1.5~

3cm 处找到横支血管，在阔筋膜张肌内面肌门向外侧走行，拉开阔筋膜张肌。分离横支血管要注意结扎股骨颈前分支。在股外侧肌起止点下 1~2.5cm 处切开肌肉，显露横支血管。保护发出的大转子前外侧支血管，可带前面部分股外侧肌 0.5~1cm 厚。将向外后侧的横支血管结扎以免出血。游离出血管蒂后显露大转子。根据股骨头缺损情况，切取大转子骨瓣。脱出股骨头，清除骨块，清理残端，将带血管蒂大转子转移到股骨头缺损处。钻三个孔用羊肠线加以固定。然后，缝合部分关节囊，肌肉和皮肤。术后给予患肢抬高 40°。皮牵引 45~60 天，再行关节被动练习。3 个月可行走。

1.5 中医治疗

1.5.1 内治法初期

治以活血祛瘀，消肿止痛。方用新伤续断汤加减：当归 12g、土鳖虫 6g、乳香 6g、没药 6g、自然铜（醋煅）12g、骨碎补 12g、泽兰叶 6g、延胡索 6g、苏木 10g、续断 10g、桑枝 10g、桃仁 6g，水煎服，每天 1 剂，分 2 次服用。后期：治以养气血，补肝肾，壮筋骨为主。用肢伤三方加减：当归 12g、白芍 12g、续断 12g、骨碎补 12g、威灵仙 12g、木瓜 12g、天花粉 12g、黄芪 15g、熟地黄 15g、自然铜 10g、土鳖虫 10g，水煎服，每天 1 剂，分 2 次服用。中成药：六味地黄丸，口服，每次 3g，每日 3 次。

1.5.2 外治法初期

外用消瘀止痛药膏（自制）。木瓜 60g，栀子 30g，大黄 150g，蒲公英 60g，土鳖虫 30g，乳香 30g，没药 30g，共为细末，以饴糖或凡士林调匀，外敷患处。中期：外用接骨续筋药膏（自制）。自然铜 3 份，荆芥 3 份，防风 3 份，五加皮 3 份，皂角刺 3 份，茜草 3 份，续断 3 份，羌活 3 份，乳香 2 份，没药 2 份，骨碎补 2 份，红花 2 份，赤芍 2 份，土鳖虫 2 份，白及 4 份，血竭 4 份，硼砂 4 份，共为细末，以饴糖或蜂蜜调煮外敷。后期：外用海桐皮汤加减。海桐皮 6g，透骨草 6g，乳香 6g，没药 6g，当归 5g，花椒 10g，川芎 3g，红花 3g，威灵仙 3g，甘草 3g，防风 3g，白芷 2g，解除外固定后，水煎熏洗患处。骨折局部外敷跌打接骨膏（自制）、由独活、寄生、续断、骨碎补、桃仁、红花、伸筋草各 1 份研末，用凡士林调匀涂在纱布敷料上敷患处，每 5d 换 1 次，根据病情敷药 30~60d。

2 疗效评定及结果

2.1 疗效标准

采用我国髋关节置换评定标准试行方案的标准从疼痛、关节功能、关节活动度三方面进行评定：每项分为 6 级。I 级最差，记 1 分；6 级最好，记 6 分；

其余类推。结果最好为 6.6.6，总分是 18 分，最差为 1.1.1，总分数是 3 分。疗效总评定分为 6 级。优良：6 级（16~18 分）；很好：5 级（13~15 分）；好：4 级（10~12 分）；一般：3 级（7~9 分）；差：2 级（4~6 分）；很差：1 级（3 分）。

2.2 结果

本组 27 例随访时间：1 年~8 年 4 个月。27 例中计分 I 级 2 例；2 级 2 例，3 级 4 例，4 级 6 例，5 级 3 级 10 例，6 级 3 例；病人均无疼痛。25 例已正常行走，2 例有轻度跛行，髋关节活动范围：屈伸在 90°~120°，外展 15°~25°，内收 15°~20°。X 线片显示，全部骨折愈合良好。无股骨头坏死改变。股骨头外形正常接近正常 20 例，因骨吸收造成股骨颈短小 7 例。

3 讨论

3.1 股骨头陈旧性骨折的治疗，用带血管蒂骨瓣转移法，其特点是：①在骨折被固定后，植入带血运的骨瓣，可保证陈旧性骨折两端血液供应；②带血运的骨瓣可转移到骨折的游离端，能防止游离端骨组织的吸收，保持股骨头完整；③带血运的骨瓣能增加股骨头的血运及防股骨头缺血性坏死。

3.2 双动人工股骨头是在金属杯内加超高分子聚乙烯衬里，衬里面与人工股骨头相接触，这似全髋置换，是金属与高分子材料的撞磨，减少了股骨头与髌臼软骨的磨损，也减轻术后疼痛，费用比全髋置换低许多，手术时间短。双动人工股骨头另一优点是在需要更换全髋时，可仅更换髌臼部分假体即可，方便了手术。

3.3 双动人工股骨头，易脱位

故在置换时，前倾角的大小、骨水泥的填充、手术切口的选择上，尽量要好。人工双动假体，采用外侧切口置换，少脱位。

3.4 据股骨头骨折的病理分型，手术方式不同，本组 27 例用带血管蒂的大转子骨瓣转移到股骨头上部的缺损处，行股骨头修补重建。该法作用主要：①带血管蒂的大转子骨瓣是弧形，不仅可弥补股骨头缺损、还增加股骨头血运；②大转子表面的筋膜滑囊和骨膜，既弥补大转子表面的粗糙不平，还起缓冲作用，可出现软骨化生以恢复髋关节功能。

参考文献：

[1]戴克戎,卢世壁,张盲成.人工关节的基础与临床研究[J].北京:人民卫生出版社,1993.82-85
[2]毛宾尧.髋关节外科学[J].北京:人民卫生出版社,1998.295

夹挤拔伸钢针撬拨治疗跟骨粉碎性骨折

Treating calcaneum comminuted fracture

李增良

(河北省雄县医院, 河北 雄县, 071800)

中图分类号: R274.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0085-01

【摘要】目的: 采用夹挤拔伸钢针撬拨复位治疗跟骨粉碎性骨折的分析并总结临床经验。方法: 以跟骨粉碎性骨折有完整病理资料的患者作为分析和总结对象共 36 例, 男 26 例, 女 10 例, 年龄 18~62 岁, 平均 40 岁, 坠落伤 34 例, 车祸伤 2 例。结果: 本组 36 例住院时间为 8~22 天, 经 6~12 个月随访, 疗效满意。结论: 跟骨粉碎性骨折常为坠落伤高能量损伤所引起, 约占全身骨折的 2%, 本法是综合 Bohler 法和 Essex-Lopresti 法, 恢复并固定了跟骨的外形, 确保复位稳定, 利于骨折的愈合。疗效满意。

【关键词】 跟骨粉碎性骨折; 钢针撬拨

1 临床资料

本组 36 例, 男 26 例, 女 10 例, 年龄 18~62 岁, 平均 40 岁, 坠落伤 34 例, 车祸伤 2 例, 伤后就诊时间为 0~5 天。本组病例均摄 X 线侧位片和轴位片。其中 20 例行 CT 扫描, 均为闭合性粉碎性骨折, 跟骨结节关节角 (Bohler s 角) 小于 12 度甚至是负值, 累及距下关节面骨折者 30 例。伴有胸腰段椎体压缩性骨折 6 例, 股骨近端骨折 2 例。

2 治疗方法

2.1 适应症的选择: 局部肿胀不甚, 无张力水泡形成, 手术宜早进行。肿胀较甚伴水泡形成者, 以抬高患肢脱水消肿治疗 5~7 天, 肿胀消退后进行治疗。合并有椎体压缩骨折者同时治疗。

2.2 腰硬联合麻醉生效后, 患者俯卧在手术台上, 患足置于床尾外。常规消毒铺无菌巾。两助手分别牵引固定小腿下端和中足, 术者双手合掌夹挤环抱住跟骨近端, 向后下牵拔, 可明显感觉骨块复位摩擦感。然后将斯式针紧贴跟腱外缘穿入, 经距骨体后下部略偏外处向前稍偏内方向打至距骨颈部, 继而采用 Essex-Lopresti 的跟骨轴位穿针法, 于跟腱止点中心处由跟骨结节略向前下方再穿钢针, 当针尖进到塌陷的后关节面 (或骨折线时), 在距骨钢针对抗下, 下压针尾, 在撬起塌陷的后关节面的同时, 将上升的舌状骨片压回到原位, 再继续进针至超过骨折线 20~30mm 即可, C 型臂机行侧位轴位和 broden 位透视, 观察跟骨宽度高度以及 Bohler s 角和 Gissane s 角的恢复情况良好。针孔外敷碘伏纱条, 弹力绷带局部包扎, 用石膏托固定踝关节趾屈位。术后抬高患肢, 消肿止痛抗炎治疗。

8 周拔除斯氏针不负重功能锻炼至负重行走。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准: 依据美国足踝骨科协会之足踝临床评分。即很好 90~100, 好 80~89, 一般 70~79, 差≤69。

3.2 本组 36 例住院时间为 8~22 天, 术后一周下床不负重活动, 8 周拔除斯氏针, 10 周以后去除石膏外固定, X 线证实骨折愈合后负重。经 6~12 个月随访, 按上述疗效标准评定, 结果很好 28 例, 好 5 例, 一般 2 例, 差 1 例。总优良率在 96% 以上。

4 讨论

跟骨粉碎性骨折多由高处坠落伤所致, 多波及距下关节面, 跟骨结节关节角 (Bohler s 角) 变小或成负数, 临床治疗方法很多, 但目的却很明确: 恢复跟骨的宽度高度和角度 (Bohler s 角), 争取恢复距下关节面的对应关系。传统的保守治疗如手法复位, 弹力绷带或石膏外固定, 跟骨牵引等不能有效的恢复跟骨的宽度和高度以及跟骨结节关节角, 常遗留足跟痛, 足跟变宽, 跟骨内翻及腓骨肌腱炎等。而常用的切开复位钢板内固定术, 往往需要二次手术的痛苦, 内固定不牢固, 皮瓣坏死内置物外露, 切口长期不愈等弊端。况且钛板价格昂贵, 一般患者也不容易接受。本法是综合 Bohler 法和 Essex-Lopresti 法, 在 C 臂机监视下, 采用钢针多方位撬拨, 多针固定的方法, 恢复并固定了跟骨的外形, 确保复位稳定, 利于骨折的愈合。本法具有创伤小, 疗效好, 痛苦小费用低廉等优点, 无需二次手术, 值得基层医院普及推广。

编号: ZZ-10041211 (修回: 2010-04-16)

颈椎间盘突出症的手法治疗现状综述

A present review on treating cervical disc herniation by massage

陆 统

(浙江省华强中等职业学校, 浙江 杭州, 310017)

中图分类号: R274.9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0086-03

【关键词】 颈椎间盘突出症; 手法治疗

颈椎间盘突出症是指颈椎间盘发生退行性变或外力作用下引起颈椎间盘内、外力平衡失调, 使纤维环破裂、髓核突出压迫神经根、血管或脊髓等组织所引起的, 并伴颈痛、臂丛神经放射痛等症状为特征的临床症候群, 是推拿科的常见病, 即中医学认为的“骨错缝、筋出槽”。中医推拿运用手法治疗颈椎间盘突出症, 正日益受到国内外的高度重视。近年来, 对手法治疗颈椎间盘突出症的机理, 对椎动脉、椎间盘、颈椎周围软组织等的影响的研究, 均取得了一定的进展。本文着重综述手法治疗颈椎间盘突出症的现状。

1 手法机理研究

中医学认为颈椎间盘突出症为“骨错缝、筋出槽”, 其发病机理: 如骨关节正常的间隙或相对位置关系发生了细微改变, 并引起关节活动范围受限。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云: “或有骨节间微有错落不合缝者”。《医宗金鉴·正骨心法要旨》明确提出: “骨缝开错, 气血郁滞, 为肿为痛宜用按摩法。按其经络, 能通郁闭之气, 摩其壅聚, 以散癖结之肿。”筋出槽, 则是指筋的形态结构、空间位置或功能活动发生了异常改变, 可表现为筋强、筋歪、筋断、筋走、筋缩等多种形式。临床上, 筋出槽者, 未必骨错缝; 而骨错缝时, 必有筋出槽。“骨错缝、筋出槽”可发生于任何关节部位, 而脊柱则是好发部位之一。有文献报道^[1], 临床研究表明: 包括颈椎和腰椎在内的椎间盘病症皆普遍存在相应的脊椎关节位置关系异常或(和)活动受限。

手法特别用于软组织损伤, 中医学认为应先疏通气血, 活其经络, 后再顺筋正骨。手法治疗可恢复脊椎关节正常的位置关系和活动范围。李义凯^[2]等通过对新鲜尸体解剖和实验, 观测到旋转手法治疗颈椎病, 可解除肌肉痉挛, 消除神经根的充血、水肿, 解除神经根与其周围某些软组织的粘连, 增大椎间隙及椎间孔, 减轻椎间盘等对神经根的压迫。减少椎间盘内的压力, 减轻对钩椎关节的刺激, 消除无菌性炎症等作

用。并认为旋扳手法的理论基础是“筋出槽”, “骨错缝”。单(或多)个椎体位移及其邻近组织损伤, 是颈椎病的主要病理改变, 用旋扳手法拨正患椎偏歪的棘突, 整复椎体滑脱后, 能使“骨对缝”、“筋入槽”。在基于大量临床观察的基础上, 当代骨伤科专家冯天有^[3]明确提出: “椎间盘突出症的病理变化应该包括: 纤维环的破裂、髓核突出和患椎关节突关节的错缝及椎间韧带的损伤。”“髓核突出后破坏了脊柱的内在平衡, 导致了椎体相对位置的改变。因为椎体和棘突、关节突是一个整体, 故棘突和关节突的相对位置也必然起变化, 表现在棘突的偏歪, 关节突关节的错缝”。

鞠国芝^[4]认为因椎间盘之髓核有极大弹性, 当髓核突出后, 可用髓核这一特点, 使颈椎作被动运动, 有目的地使其产生弹性回缩力, 利用弹性回缩力把突出的髓核拉回原位, 以解除突出的髓核对神经根的压迫。朱干等人^[5]认为颈椎间盘突出症引起颈肩痛多与神经根受压损伤、粘连和炎症反应刺激有关。CT或MRI等影像学检查一般可明确突出部位、突出物与硬膜囊、与神经节根的关系及椎管的形态等, 由此引起的颈部软组织继发性炎症, 颈肌痉挛, 并使神经丛受到激惹而出现颈肩背臂疼痛麻木、头痛和眩晕等症状。手法治疗颈椎间盘突出症, 推拿可缓解颈背肌痉挛, 消除颈背部软组织炎症, 使已外突之纤维组织及后纵韧带等组织消炎、消肿; 盘与神经根的关系, 从而消除对神经根的压迫和刺激。也有研究表明^[6]: 旋扳手法对颈椎管内的解剖结构有明显的改变作用, 如退变严重, 或椎体缘出现较大的骨赘, 或有较大的髓核突向椎管内, 此时再行旋扳手法, 易造成脊髓损伤, 故旋扳手法的使用需要酌情和慎重。

2 治疗手法研究进展

颈椎间盘突出症的常规治疗应是: 急性发作的用脱水消肿、解痉镇痛药物等治疗, 可迅速缓解疼痛。随后的治疗可选牵引、针灸、推拿、中药、针刀等, 可根据症状的不同, 针对关键的发病机制, 拟定个性

化治疗方案。是治疗各型颈椎间盘突出症的首选方法。

自 20 世纪 70 年代冯天有创新性地提出了在屈曲位下的脊柱旋转手法,包括颈椎的定点旋转复位手法^[3-7]。张喜林^[8]等运用颈椎短杠杆微调手法治疗颈椎间盘突出症,共治疗 46 例,总有效率 93.5%。比较颈椎旋转扳法,短杠杆微调手法以节段微调代替解剖整复,特点是顺势操作,调整病变节段椎体及关节的异常位置,不强调解剖复位。手法的力可减少正常椎体的干扰。郑氏^[9]等用端提法治疗 148 例,有效率 93.25%。陈氏^[10]等用旋牵法治疗 37 例,有效率为 97.3%。包氏^[11]等认为旋转手法先改变颈椎曲度,矫正小关节功能紊乱,恢复正常颈椎生理弯曲,使失衡的椎体恢复平衡,保持颈椎稳定。其次,旋转手法还可使椎间盘内产生负压,使突出的椎间盘部分还纳复位,故改变神经根与突出物相互位置的关系。包氏用旋转手法治疗 23 例,有效率达 86.52%。杨氏^[12]采用整脊疗法治疗 88 例,优良率 80%。郑学峰^[13]等人运用关节松动手法,根据关节运动的生物力学原理,在关节面施以微小的活动,故引起骨关节产生大幅度运动。该手法可使变窄之椎间隙扩大。椎间盘内压力下降,形成负压值。加之垂直或侧方推压力的作用,推动突出物、髓核移位或回缩。此外,松动手法促进了关节液的流动,增加了关节内软组织的营养,有利于及时止痛和颈椎关节活动功能的恢复。自 1996 年 12 月以来共诊治 83 例颈椎间盘突出症患者,采用关节松动手法治疗,有效率达 82.3%。周氏^[14]采用复合手法(先用放松手法、再用颈椎侧屈曲扳法、拔伸定位旋转复位法等)治疗经椎间盘突出症 150 例,有效率 98.67%。张氏^[15]等用复式手法(牵拉法、斜扳法等)治疗该病症 53 例,有效率 100%。顾氏^[16]等用复合手法(拔伸法和微调手法等)治疗 32 例,有效率为 93.75%。孙氏^[17]用复合手法(一指禅、点、按等)治疗 63 例,有效率为 96.83%。李曦光等人^[18]仰卧位颈部手法牵引治疗颈椎间盘突出症 20 例,优良率 75%,无效率 10%,总有效率 90%。

3 讨论

颈椎间盘突出症是因颈椎间盘退变、破裂、后突压迫脊髓或神经根所出现的综合征。该病其相应椎骨棘突多有偏歪,若为多个椎间盘突出者,上位椎骨与下位椎骨棘突偏歪方向多相反。颈部肌肉多见一侧紧张、痉挛,一侧相对松弛现象。故本病治疗,恢复颈部生物力学平衡是关键^[19],手法治疗为首选。其机理是松解肌肉软组织,点按颈部肌肉,使紧张痉挛的肌肉松弛,消除了两侧肌肉对椎骨产生的牵拉。可纠正解剖位置的异常,改变突出物与神经根,椎动脉,脊

髓的位置关系,解除压迫症状^[20]。手法治疗,恢复颈部正常生物力学平衡。总之,针对颈椎间盘突出症,手法治疗其在镇痛、改善微循环、松解局部组织粘连、纠正椎间关节紊乱、调整脊柱内外平衡等方面发挥治疗作用。

手法是治疗颈椎间盘突出症的一种很有效方法,各种手法各有优点:仰卧位牵拉手法能在一定时间内,对颈部进行推、拉、揉等运动,可解除神经根、关节囊粘连,缓解或消除肩痛或上肢发麻的体征。旋转复位手法,应用最广泛,先改变颈椎曲度,矫正小关节功能紊乱。其次,使椎间盘内产生负压,使突出的椎间盘部分还纳复位,故改变神经根与突出物相互位置的关系。颈椎旋转手法操作时是使脊椎关节的被动运动接近脊椎关节活动的极限,因此区域不易掌握,故须进行解剖学和生物力学研究,以期手法安全、有效、易操作。

总之,在治疗颈椎间盘突出症的诸多疗法中,手法治疗占比例很大,也取得理想疗效,且在临床实践中不断发展、创新、提高。笔者还认为在运用手法治疗的过程中,兼用其他中医药疗法配合治疗及多种疗法并重,会对提高疗效有帮助。但手法治疗也存在一些问题,部分创新或改进手法技巧性太强,不易掌握,推广性差,疗效标准不统一等。这些便是今后研究重点,特别在手法的安全性,适应性,操作的技巧性等方面的研究,要避免造成医源性损伤。

参考文献:

- [1]张明才,詹红生,石印玉,等.基于“骨错缝,筋出槽”诊治椎间盘病症[J].中国骨伤,2008,21(6):441-443
- [2]李义凯,钟世镇.旋转手法对椎管内结构和容积影响的研究[J].中国中医骨伤科杂志,1997,5(6):4-7
- [3]冯天有.中西医结合治疗软组织损伤[M].北京:人民卫生出版社,1977.2,71-73
- [4]鞠国芝,张红花.手法复位治疗颈椎间盘突出症 100 例[J].安徽中医临床杂志,2002,14(1):32-33
- [5]朱干,张盛强,陈东军,等.推拿手法治疗颈椎间盘突出症的临床观察[J].中医正骨,2006,18(5):19-21
- [6]张国庆,乐兴祥,周秉文.颈椎间盘与脊髓和神经根的对应关系及临床意义[J].中国临床解剖学杂志,1988,16(4):217-219
- [7]冯伟,冯天有,王书勤.脊柱(定点)旋转复位法治疗巨大腰椎间盘突出症[J].中国骨伤,2007,20(11):549-51
- [8]张喜林,沈国权,房敏,等.“短杠杆微调手法”治疗颈椎间盘突出症的临床观察.上海中医药杂志,2006,40(3):34-35
- [9]郑勇,刘培俊,周勇.端提法推拿治疗颈椎间盘突出症 148 例[J].中国临床医生,2005,33(2):45-46

(下转 90 页)

中药抗肿瘤作用机制的研究

A study on antitumor mechanism of TCM

于海涛¹ 张 巍² 于英君²

(1.齐齐哈尔医学院, 黑龙江 齐齐哈尔, 161006 ;

2.黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨, 150040)

中图分类号: R73 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0088-03 证型: IAD

【摘要】 中药及其有效成分是近年来肿瘤治疗研究的热点之一。结合近年来中药及其有效成分在抗肿瘤方面的研究成果, 提出其作用机制主要在于诱导肿瘤细胞凋亡、抑制肿瘤细胞增殖、逆转肿瘤细胞的多药耐药性、抑制肿瘤血管生成等作用。总结了中药抗肿瘤机理的相关实验研究, 以期对抗肿瘤中药或有效成分的筛选与临床应用有所裨益。

【关键词】 抗肿瘤; 中药; 机制; 有效成分

恶性肿瘤是严重威胁人类健康的一类常见疾病, 寻找有效的抗肿瘤药物和方法是世界医学面临的重要课题。近年来, 随着分子生物学理论的不深入, 中医药治疗肿瘤的研究取得了较为长足的进展, 中药治疗恶性肿瘤, 无论是在减轻临床症状、提高生存质量、防止复发转移、延长生存期, 还是在与放化疗配合、增效减毒等方面都呈现出很好的效果。

1 诱导肿瘤细胞凋亡

细胞凋亡 (Apoptosis) 是细胞受到生理或某些病理信号刺激后, 通过启动自身内部机制而发生的一种细胞死亡主动过程。肿瘤细胞的凋亡与多种基因直接相关, 如凋亡抑制基因家族 bcl-2, c-myc 和凋亡诱导基因 p53 基因等。bcl-2 家族包括凋亡家族 Bax、bcl-xs、Bad、Bak 和抑凋亡家族 bcl-2、bcl-xl、ced-9、Al、BHRF-1、MCL-1 等, 凋亡家族和抑凋亡家族比例影响着细胞调控系统, 从而最终决定细胞是否凋亡。

目前, 诱导肿瘤细胞凋亡已成为治疗肿瘤的一个重要途径^[1], 它利用药物改变肿瘤细胞自身或其生存环境, 使其处于一定的生理或病理条件, 诱导肿瘤细胞程序性死亡, 从而控制肿瘤细胞的扩增速度, 进而逐步达到消除肿瘤的目的。王三龙等^[2]研究了苏木对 K562 细胞株的影响, 结果证明苏木浸膏抑制 K562 细胞增殖的机制之一是诱发 K562 细胞凋亡。关文明等^[3]通过一系列研究证实了 β-榄香烯抗肿瘤的作用机制, β-榄香烯作用可抑制人胃癌细胞系 SGC-7901 的 Survivin 表达, 活化 Caspase-3 使肿瘤细胞最终凋亡; β-榄香烯还可以抑制 SGC-7901 中 c-myc 基因表达,

降低端粒酶活性; 阻碍结肠癌细胞进入 S 期, 使 Lovo 细胞阻滞于 G0/G1 期; β-榄香烯还可以使细胞胞质内游离 Ca²⁺浓度增加, 因此, 认为钙离子在 β-榄香烯诱导结肠癌细胞凋亡信号传递过程中起着一定的作用。朱晏伟等^[4]研究发现露蜂房、赤芍、铁树叶、石见穿、泽兰叶 5 味常用活血化瘀药对 SPC-A-1 人肺腺癌细胞均有一定的抑制和促凋亡作用。陈宏等^[5]测定经姜黄素 20 μ M 处理 24h 肿瘤细胞即可发生凋亡, 凋亡率达 32.6%。谢珏等^[6]通过研究茶多酚的作用发现, 经茶多酚作用后, 人肺癌细胞 A549 细胞生长受抑制, 主要通过阻滞 G1/S 期的转化, 影响 DNA 合成, 从而抑制细胞增殖, 同时也诱导细胞的凋亡。人参皂苷 Rh2 的抗肿瘤作用与阻滞细胞周期有关, 多种和 G1 期相关的细胞周期调节蛋白被 Rh2 所调节^[7], 结果导致 Rh2 诱导的 G1 期细胞生长受到阻滞, 最终导致细胞发生凋亡。

2 抑制肿瘤细胞增殖

肿瘤的一个重要特征是无限制的增殖, 体内外研究证实中药是高效、安全的抑制肿瘤细胞增殖的药物, 不引起骨髓抑制、无肝肾功能损害且能增强免疫功能。

孙波等^[8]研究表明, 鸦胆子油乳在体外能够明显抑制胃癌细胞 SGC-7901 的增殖, 抑制程度随其浓度的增高和作用时间的延长而增强。陈小义等^[9]发现蟾蜍灵对 MGC-803 细胞具有显著的抑制作用, IC50 值约为 0.1 μ mol/L, 其抑制 MGC-803 生长的机制是致使细胞核染色质凝缩、碎裂, DNA 损伤, 胞浆 RNA 含量下降, 导致细胞死亡。王刚等^[10]研究发现中药半

枝莲醇提取物对移植性肿瘤（肉瘤 S180 和肝癌 H22）具有显著的抑制作用，而对小鼠脾细胞的增殖具有促进作用，并有较好的剂量依赖关系。莪术油及其主要成分 β -榄香烯、莪术醇及复方半枝莲等通过抑制 PCNA 的阳性表达率，下调 cyclin DI 的表达，抑制细胞增殖，进而达到临床抑瘤目的^[11]。端粒酶

（telomerase）是一种 RNA 逆转录酶，是由 RNA 和蛋白质组成的一种核糖核蛋白复合物，存在于干细胞、精原细胞和绝大多数恶性肿瘤细胞中。肿瘤细胞由于缺乏调节端粒酶的机制，因而有无限增殖的能力。因此抑制端粒酶活性成为治疗肿瘤的一个靶点^[12]。淫羊藿单体淫羊藿苷能下调 HL-60 细胞端粒酶活性，具有时效关系，是肿瘤细胞端粒酶活性的强烈抑制剂^[13]。宋利琼等通过对莪术油、莪术油联合干扰素作用小鼠宫颈癌细胞的研究，比较各组间端粒酶活性和细胞凋亡率，结果显示莪术油可明显抑制宫颈癌细胞的端粒酶活性和诱导肿瘤细胞凋亡^[14]。苦参碱是中药苦参抗肿瘤的主要活性成分之一，将不同浓度的苦参碱加入肝癌细胞株 HepG2 细胞，发现苦参碱在 750 μ g/ml 浓度可抑制端粒酶活性，明显下调人类端粒酶逆转录酶（hTERT）启动子的表达^[15]。

3 逆转肿瘤细胞的多药耐药性

多药耐药（Multidrug Resistance, MDR）系指肿瘤细胞对一种抗肿瘤药物出现耐药性的同时，对其他结构、作用机理及靶点都不相同的抗肿瘤药物也产生耐药性，是导致化疗失败的主要原因之一。肿瘤细胞对抗癌药物多药耐药性（MDR）已经成为提高肿瘤治疗疗效一大障碍，一些学者已转向从中药中寻找高效、低毒、多靶点的逆转剂，并已在白血病、肝癌等肿瘤对长春新碱（VCR）、阿霉素（ADR）、柔红霉素（DNR）、依托泊苷（VP-16）等多种化疗药物的 MDR 逆转方面取得一定的疗效。MDR 发生的机制很复杂，P-糖蛋白（P-gp）是产生耐药性的关键蛋白，是其中研究最为广泛的机制之一。

唐小卿等^[16]研究发现，甲基莲心碱可以逆转人乳腺癌耐阿霉素细胞株 MCF-7/ADR 的凋亡抗性，其作用机制可能与抑制 P-gp 的功能和表达、增加 ADR 在 MCF-7/ADR 细胞内的积累有关。川芎嗪、薏苡仁提取物、大黄素可减少 P-gp 的表达，从而提高细胞内药物的有效浓度^[17-18]。张翠娟等^[19]研究证明，葡萄籽多酚在无细胞毒性的浓度下，可明显逆转 MCF-7/ADR 细胞的多药耐药性，并推断其机制可能是与抑制 P-gp 或者谷胱甘肽 S 转移酶的功能和表达有关。利用骨肉瘤耐药细胞系 U-OS/DOX，通过流式细胞仪证明了汉防己甲素（TTD）在对 P-gp 的表达水平没有影响的情

况下，阻滞 P-gp 的功能，使细胞内的化疗药物外排减少，积累增加，从而恢复多药耐药细胞对化疗药物的敏感性^[20]。许文林等^[21]通过对耐药性白血病细胞株 K562/ADM 的实验及临床研究得出结论：TTD 可以明显提高细胞内阿霉素的浓度，并能增强 ADM 致细胞凋亡的作用；同时，利用流式细胞仪证实 10 μ mol/L 的 TTD 处理细胞后，P-gp 的表达明显受到抑制。具有临床意义的是，TTD 可以通过诱导癌细胞凋亡来增强其逆转多药耐药的效力。在临床实验中，240mg/d 的高剂量并未引起不适反应，证实了 TTD 的低毒性。

4 抑制肿瘤血管的生成

血管生成（angiogenesis）是指在原有微血管的基础上形成的新生毛细血管。正常成熟组织的血管系统是相对静止的，内皮细胞的更新也极为缓慢。而在肿瘤血管生成时，内皮细胞的增殖更新周期可短至数天。肿瘤的生长及转移过程依赖于血管的生成，只有肿瘤实质内部不断地生成新的血管组织，才能保证肿瘤持续生长和转移的供养需要；反之，肿瘤生长过程将受到明显限制，甚至凋亡或坏死。可以说，血管生成是肿瘤快速增殖的关键所在。

康莱特注射液是从中药薏苡仁中提取的有效抗癌活性物质，已加工制成了可供静脉和动脉注射的新型抗癌注射剂，在肿瘤临床治疗上已广泛应用，研究证实抑制血管生成是康莱特抗肿瘤的途径之一。高勇等^[22-23]利用鸡胚绒毛尿囊膜（CAM）和小鼠 Lewis 肺癌模型，观察人参皂甙 Rg3 对肿瘤血管生成的抑制作用，发现人参皂甙 Rg3 在明显抑制 Lewis 肺癌瘤体生长的同时，对肿瘤诱导的新生血管形成同样有明显的抑制作用。此外，在浓度大于 0.125mmol/L 时，人参皂甙 Rg3 通过抑制肿瘤细胞部分生长因子的分泌，下调增殖期血管内皮细胞表面部分生长因子受体的表达，使其对肿瘤细胞分泌生长因子的敏感性降低，从而抑制血管内皮细胞（VEC）的增殖。将白芨提取物与 HepG2 细胞共同培养，发现各组间细胞增殖率、凋亡率及上清液中 VEGF 浓度差异无显著意义。通过 CAM 试验证实，泽泻可以有效地抑制血管的生成^[24]。盛庆寿等^[25]研究发现，青蒿琥酯在 15~60mg/kg 各剂量组都有一定的降低 H22 荷瘤小鼠肿瘤组织 VEGF 表达的作用，并有效抑制肿瘤细胞诱导的新生血管生成，从而起到限制肿瘤的生长和转移的作用。

恶性肿瘤因其病因和发病机制尚不清楚，故成为难治之病。随着传统医学及现代分子生物学的不断发展，中药在抗癌方面的研究也在不断的深化。由于中药具有多靶点、多效应、毒副作用小、不易产生耐药性、安全有效等优点，使其成为当前抗肿瘤药物研究

的热点。而我国有丰富的中药材资源以及数千年的中医药理论与实践经验，与现代的分子生物学、细胞生物学、基因工程学和临床医学的有机交融，中药的抗肿瘤作用机制研究和临床应用将会有更大的进展。

参考文献：

[1]吴剑.中药诱导肿瘤细胞凋亡的研究进展[N].国际医药卫生导报,2007,13(8):114-117

[2]王三龙,蔡兵,崔承彬,等.中药苏木提取物诱导 K562 细胞凋亡的研究[J].癌症,2001,20(12):1376-1379

[3]关文明,范钰.β-榄香烯对人胃癌 SGC-7901 细胞凋亡及 Survivin 表达和 Caspase 酶活性的影响[J].复旦学报:医学版,2003,30(5):434-438

[4]朱晏伟,高虹,姜维洁,等.五味活血化痰中药对 SPC-A-1 细胞凋亡影响的研究

究[J].中医药学刊,2004,22(7):1268-1269

[5]陈宏,张振书,张亚历,等.姜黄素诱导 Lovo 细胞凋亡[J].中国中医基础医学杂志,1999,5(3):32-34

[6]谢珏,陈清勇,周建英,等.茶多酚体外诱导人肺癌细胞凋亡的机理研究[J].中国中西医结合杂志,2005,25(3):244-247

[7]孙波,吴云林,王升华,等.鸦胆子油乳抗人胃腺癌细胞增殖作用的初步研究[J].上海医学,2001,24(8):481-483

作者简介：

于海涛（1975-），副教授，在读博士，从事细胞遗传学研究。

基金项目：

黑龙江省青年科学基金项目资助（QC2009C89）

编号：ZZ-100412124（修回：2010-04-14）

（上接 87 页）

[10]陈星南,岑杨.旋牵法治疗颈椎间盘突出症 37 例分析[J].中医临床杂志,2005,17(3):286

[11]包新华,王军,沈亚.旋转手法治疗颈椎间盘突出症 23 例报告[J].中国中医骨伤科杂志,2003,11(5):32-33

[12]杨书生.整脊疗法治疗颈椎间盘突出症[J].颈腰痛杂志,2000,21,(3):209

[13]郑学峰,徐许新,何炎杜,等.关节松动手法治疗颈椎间盘突出症[J].现代康复,2001,5(11):88

[14]周立武.手法治疗颈椎间盘突出症 150 例[J].中国骨伤,2002,15(5):308-309

[15]张盛强.推拿治疗颈椎间盘突出症 53 例临床观察[J].按摩与导引,1999,

15(6):14

[16]顾非,房敏,沈国权.推拿治疗颈椎间盘突出症的临床研究[J].上海中医药大学学报,2007,21(3):35-36

[17]孙伟政.推拿拔伸转颈综合手法治疗颈椎间盘突出症[J].中医正骨,1999,11(6):36

[18]李曦光,林泓怡,金伟,等.仰卧位颈部手法牵引治疗颈椎间盘突出症 20 例的疗效观察[J].南京医科大学学报(自然科学版),2009,29(6):869-870

[19]曲建平,古剑雄.颈椎间盘突出症[J].中国骨伤,1999,12(3):66

[20]容桂新,魏香连.颈牵引下点按治疗颈椎间盘突出症[J].中国骨伤,1998,11(2):63

编号：ZZ-10041240（修回：2010-04-11）

甘肃加强中医药公共卫生服务能力建设

近日，甘肃省基层医药卫生体制综合改革工作会议召开。会议讨论的改革配套文件提出，要在疾控机构设立中医药防病科，在卫生监督机构设立中医监督科，以充分发挥中医药在公共卫生服务中的作用。

为了落实有关政策措施，经该省卫生厅批准，甘肃省疾控中心已于近日成立中医药防病科，核编 6 人，主要承担应用中医药开展疾病预防控制工作，并开展相关科研和人员培训工作。

该省提出，要大力加强公共卫生机构中医药服务能力建设。各级疾控机构要设立中医药防病科，研究使用中医药措施预防疾病。各级卫生监督机构要设立中医监督科，监督公立医院和公共卫生机构中医药工作的开展情况。要把中医药作为公共卫生服务向农村居民提供。要在实施和推广公共卫生服务中积极应用中医药预防保健技术和方法。

据悉，该省拟配套下发的《甘肃省基层医疗卫生机构绩效考核试点办法》，将中医药使用率、中医药服务等纳入乡镇卫生院考核内容。有关文件还提出，基层医疗卫生机构要广泛使用中医药为群众防病治病，利用地产中药材治疗常见病并予以全额报销。该省卫生厅厅长刘维忠认为，在医改中充分发挥中医药作用，是欠发达省份医改的必由之路。

（杨敬科 郑访江//健康报）

紫杉醇联合卡铂腹腔灌注 治疗晚期卵巢癌的临床观察

Clinical observation on treating ISOC with PTX and carboplatin by intraperitoneal

冯青 蔡正凤

(青海省西宁市第三人民医院, 青海 西宁, 810005)

中图分类号: R339.2⁺2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0091-02 证型: IAD

【摘要】 目的: 讨论紫杉醇联合卡铂腹腔灌注治疗晚期卵巢癌疗效和毒副作用。方法: 经病理确诊晚期卵巢癌 36 例, 用药方案为紫杉醇 $135\text{mg}/\text{m}^2$, 静脉滴注第 1 天, 卡铂以 $\text{AUC}=5$, 第 1 天, 腹腔给药, 3 周为一疗程, 2 个疗程以上评价疗效及毒副作用。结果: 总有效率 (72.2%), 完全缓解 6 例 (16.7%), 部分缓解 20 例 (55.5%), 无效 10 例 (27.8%)。主要的毒副作用为恶心呕吐、肌肉关节痛、白细胞减少等, 无治疗相关性死亡患者。结论: 紫杉醇联合卡铂腹腔灌注治疗晚期卵巢癌疗效好, 毒副作用轻, 值得临床推广应用。

【关键词】 紫杉醇; 卡铂; 腹腔灌注; 晚期卵巢癌

卵巢癌患者的病死率占妇科恶性肿瘤之首, 手术是治疗卵巢癌的重要手段, 而化疗则是辅助治疗的重要措施, 我们从 2006 年 2 月~2009 年 3 月采用紫杉醇联合卡铂腹腔灌注治疗 36 例晚期卵巢癌取得较好疗效, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料: 6 例卵巢癌病例均为初治的晚期卵巢癌, 年龄 43~71 岁 (中位年龄 59 ± 6.0 岁), 均为 III~IV 期病例, 病理组织类型为浆液性囊腺癌 13 例, 粘液性囊腺癌 11 例, 子宫内膜样癌 7 例, 腺癌 5 例, 入院后 B 超、CT 检查均示卵巢占位及大量腹水, 腹水细胞学检查找到癌细胞, 血 CA125 均大于 $600\text{U}/\text{ml}$ (正常值小于 $35\text{U}/\text{ml}$), 血常规、肝肾功能以及心电图无异常。预计生存期在三个月以上。Karnofsky 评分 40~70 分, 无腹腔化疗禁忌。

1.2 治疗方法: 全部病例均采用静脉和腹腔同时用药方法, 用药方案为紫杉醇 $135\text{mg}/\text{m}^2$, 静脉滴注第 1 天, 卡铂以 $\text{AUC}=5$, 第 1 天, 腹腔给药, 3 周为一疗程, 2 个疗程以上评价疗效及毒副作用。腹腔化疗方法, 采用单次直接腹腔穿刺法, 穿刺成功后, 抽腹水, 抽到患者腹胀减轻即可, 将化疗卡铂药物直接注入腹腔, 冲洗针管后拔针, 嘱患者按一定方向变换体位以利化疗药物在腹腔内均匀分布。紫杉醇应用前, 为防

过敏反应, 在应用前 12 和 6 小时, 口服地塞米松片 10mg , 用前 30 分钟, 给予地塞米松注射液 10mg , 静脉注射泮托拉唑注射液 40mg , 并给予恩丹西酮注射液 8mg , 预防呕吐, 用药期间动态监测生命体征等。

1.3 疗效评价: 治疗前后对患者进行 Karnofsky 评分, B 超检查了解腹水量的变化, 治疗期间定期复查血象及肝肾功能。疗效评价标准^[1], 完全缓解 (CR): 腹水消失并持续 4 周以上; 部分缓解 (PR): 腹水量减少 50% 以上并持续 4 周以上; 无效 (PD): 腹水量减少 50% 以下或增加, 或虽有效, 但治疗后 4 周内需再放腹水治疗。以 CR+PR 计算有效率。不良反应按 WHO 统一标准分 0~IV 度。

1.4 统计学分析: 实验数据用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 近期疗效

患者均接受至少 2 个疗程治疗, CR 6 例, PR 20 例, PD 10 例, 总有效率 72.2%, 其中 6 例 CR 者均经 2 个疗程化疗后腹水及腹膜后肿大淋巴结完全消失, CA125 降到正常范围。36 例患者 Karnofsky 评分治疗前为 55.38 ± 10.29 , 治疗后为 73.46 ± 15.22 ; 治疗前后存在显著差异 ($P < 0.01$)。

(下转 93 页)

针灸配合中药益气汤治疗晚期食管癌的研究

Study on treating advanced esophageal cancer by acupuncture plus Yiqi decoction

郭翠英

(莱芜市中医院, 山东 莱芜, 271100)

中图分类号: R73 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0092-02 证型: IAD

【摘要】 目的: 探讨针灸配合中药益气汤治疗晚期食管癌的临床效果及可行性。方法: 对未行手术、Karnofsky 评分>60 分的晚期食管癌病人, 分治疗组和对照组, 并分别采用传统疗法和在传统疗法的基础上加用针灸疗法。结果: 治疗组在症状改善、体重变化、机体免疫、肿块大小、白细胞计数、血流变等方面, 其疗效都显著好于对照组。结论: 针灸配合中药益气汤治疗晚期食管癌能够增强机体免疫, 减少并发症, 提高病人生存质量, 前景广阔。

【关键词】 针灸; 晚期食管癌

1 临床资料

1.1 随机选晚期食管癌人 72 例, 其中男 46 例, 女 26 例, 平均年龄 62±4 岁, <40 岁 2 例, 40~60 岁 41 例, >60 岁 29 例; 并食管气管瘘 3 例, 并纵膈瘘及肺、胸膜转移 2 例, 并锁骨上淋巴结肿大 2 例; 鳞癌 68 例, 未分化癌 2 例, 腺癌 2 例; 均有吞咽梗阻症状, Stooler 分级 I 级 24 例, II 级 27 例, III 级 21 例, IV 级 4 例, 禁食水 5~26 天。

1.2 分组

随机分两组, 治疗组 38 例, 对照组 34 例, 两组资料经统计学处理无显著差异, 有可比性。

2 治疗方法

对照组用传统中医中药治疗及放化疗, 治疗组在其基础上加针灸疗法。

2.1 针灸治疗方案

以循环取穴为主, 配局部腧穴, 交替刺、灸: 膻中、内关、足三里、上脘、中脘、神阙、列缺、合谷、气海、三阴交、廉泉, 每日一次, 每次留针 30 分钟。

2.2 化疗方案: 5-Fu、顺铂。

2.3 放疗方案: 体外钴 60 放疗。

2.4 中药治疗

川芎 12g, 当归 12g, 茯苓 12g, 人参 10g, 莪术 9g, 黄芪 15g, 薏苡仁 15g, 炮附子 30g (先煎), 薤白 15g, 女贞子 15g, 元胡 10g。上方水煎汁 1000ml, 分 2~3 次口服。每周 6 剂, 连用 8 周。

2.5 观察指标及判断标准

2 疗程治疗后, 数据采用 PEMS 软件进行统计。见下表:

表 1 治疗前后病灶大小变化, Radit 分析

| 组别 | 例数 | CR | PR | NC | PD | U P |
|-----|----|-------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| 治疗组 | 38 | 7.7% (3/38) | 38.46% (14/38) | 38.46% (14/38) | 15.38% (2/13) | <0.05 |
| 对照组 | 34 | 0 | 23.52% (8/34) | 29.41 (10/34) | 47.05% (16/34) | |

治疗组有效率 46.16%, 对照组有效率 23.52%。两组间比较有显著差异 (P<0.05)。

判断标准: 完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、稳定 (NC) 和进展 (PD)。CR: 病灶全消失, 活检未

见癌细胞, >1 个月; PR: 病灶长度减少>50%, >1 个月。

结果: 该疗法在抑制肿瘤生长方面优于单纯放化疗组。

表 2 治疗前后免疫指标的变化 ($\bar{x} \pm s$)

| 指标 | 治疗组 | | | 对照组 | | |
|---------|-----|------------|-------------------------|-----|------------|-------------------------|
| | n | 治疗前 | 治疗后 | n | 治疗前 | 治疗后 |
| CD3 | 38 | 55.05±3.28 | 60.22±4.13 [△] | 34 | 55.90±4.23 | 51.08±5.41 [△] |
| CD4 | 38 | 32.62±3.25 | 38.64±4.61 [△] | 34 | 33.94±4.19 | 30.32±3.83 |
| CD8 | 38 | 24.07±2.08 | 23.87±4.49 | 34 | 25.35±3.07 | 29.91±3.34 [△] |
| CD4/CD8 | 38 | 1.37±0.23 | 1.67±0.39 [△] | 34 | 1.39±0.31 | 1.21±0.16 [△] |

注：与治疗前比较，[△] $P<0.05$ 。

结果：两组治疗前 CD3、CD4、CD4/CD8 均有不同程度低于正常的现象。治疗组 CD3、CD4、CD4/CD8 治疗后均明显升高 ($P<0.05$)，而对照组治疗后 CD3、CD4、CD4/CD8 比治疗前降低 ($P<0.05$)。

4 讨论

放疗对远处转移病灶无能为力。晚期食管癌人，对化疗的耐受性低。用针灸配合中药益气汤，可缓解吞咽困难，不仅使放疗、化疗能顺利进行，且减少化疗副作用，较好地抑制肿瘤细胞的生长与转移，降低了其并发症，提高了晚期食管癌患者生存质量。

参考文献：

[1]韩锐.抗癌药物研究与实验技术[M].北京:北京医科大学.中国协和医科大

学联合出版社,1992

[2]季宇彬.抗癌中药药理与应用[M].哈尔滨:黑龙江科技出版社,1979

[3]王筠默.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1985

[4]廖福允.血流流变学在诊断及预防医学中的应用[M].北京:北京出版社,1981.144

[5]李晓琳.血小板与肿瘤转移及活血化瘀证的临床及实验研究[J].现代中医,1989,8(10):637

[6]储大同.当代肿瘤内科治疗方案评价[M].北京:北京医科大学,中国协和医科大学联合出版社,1999

[7]张丽娟,刑宝春,花勤亮.晚期食管癌同期化放疗与单纯放疗的疗效对比[J].中国医刊,2001,25(1):25

编号：ZZ-10041208（修回：2010-04-21）

（上接 91 页）

2.2 毒性反应

恶心呕吐 15 例，肌肉关节痛 10 例，白细胞减少 16 例，脱发 14 例，无过敏反应及心肝肾功能损害。

3 讨论

卵巢上皮癌易发生腹膜转移形成腹水。研究表明腹腔化疗可高剂量给药、局部药物浓度高、作用时间长、毒副作用轻。对术后减少复发与转移、控制腹水生长、提供生存质量与延长生存期等均有积极意义。据卵巢癌种植播散的生物学上，腹腔灌注化疗使腹腔内抗癌药物浓度高于血浆浓度 12~15 倍，通过直接渗透和腹膜吸收后经毛细血管通透杀伤肿瘤，化疗作用增强，并经门静脉系统循环入肝，经肝脏代谢后进入体循环，降低了全身毒性作用。在分子水平上可使细胞膜上的蛋白质变性；在细胞水平上能促使 M 期和 S 期细胞凋亡；在组织水平上可加速癌细胞的变性、坏死。临床试验证实，与全身化疗相比，将腹腔内注射卡铂作为一线化疗方案可使残余癌灶较小的进展期卵巢癌患者的复发和死亡率降低 20%~25%。因顺铂消

化道反应及肾毒性明显，卡铂毒性小，在腹腔化疗中用卡铂取代顺铂是十分合理的^[2]。

目前提倡先给予术前化疗，以缩小肿瘤和控制腹水后再行手术。卡铂为第二代铂类抗肿瘤药，作用机制与顺铂相同，但胃肠道反应明显低于顺铂。紫杉醇是一种新型的抗癌药，其主要作用机制是促进微管蛋白聚合，抑制微管蛋白解聚，将癌细胞阻遏在 G 期和 M 期，以阻止肿瘤细胞分裂及增殖^[3]达到抗肿瘤的目的。从治疗情况看，紫杉醇联合卡铂腹腔灌注治疗晚期卵巢癌疗效好，毒副反应轻，值得临床应用。

参考文献：

[1]程惠华,高河元,陈樟树,等.大量放腹水加卡铂腹腔内注射治疗恶性腹水的临床探讨[J].中华肿瘤杂志,1996,11:476-478

[2]孙燕,石远凯.临床肿瘤内科手册[S].5 版.北京:人民卫生出版社,2007,596-597

[3]孙燕,石远凯.临床肿瘤内科手册[S].5 版.北京:人民卫生出版社,2007,803-804

编号：ZZ-10041206（修回：2010-04-20）

中药注射剂不良反应的原因分析及防范措施

Analysis and prevention of adverse reactions of TCM injections

张佩英

(山东省德州市人民医院, 山东 德州, 253014)

中图分类号: R285 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0094-02

【摘要】 目的: 分析中药注射剂不良反应的原因, 提出防范措施, 保证中药注射剂在临床安全应用。方法: 查阅近年来文献资料中报道的中药注射剂不良反应病例, 整理分析其特点及原因。结果: 中药注射剂的不
良反应呈现出多发性和普遍性、临床表现多样性、不可预知性、批间差异性等特点, 发生的因素是多方面的。
结论: 临床上应加强防范, 合理应用和配伍。注意观察, 及早发现, 及时处理。

【关键词】 中药注射剂; 不良反应; 原因分析; 防范

中药注射剂是在传统的中药汤剂基础上, 以中医药理论为指导, 利用现代科学技术和方法, 从中药中提取有效成分或者物质制成溶剂的粉末或者浓溶液的无菌制剂, 中药注射剂是我国独创的新剂型, 它在保存传统中药特色的基础上, 具有作用迅速、疗效确切、不良反应小等特点, 近年来中药注射剂在临床上的广泛应用, 但由于中草药成分和组分比较复杂, 其不良反应也日益增多。不断有中药注射剂致不良反应的报道。本文就近年来的中药注射剂不良反应的现状、特点及原因进行分析, 并提出相应的防范措施, 希望加强对中药注射剂不良反应的认识, 减少不良反应的发生率, 保证临床用药的安全。

1 不良反应发生的特点

1.1 多发性和普遍性: 目前国家标准中共收录的中药注射剂, 如板蓝根、穿心莲、柴胡、双黄连、清开灵、茵栀黄、葛根素、复方丹参注射液、参附注射液、丹红注射液、黄芪注射液、刺五加注射液、参麦注射液、银杏叶注射液等均出现过不良反应, 有的甚至相当严重。其中清热解毒和活血化瘀类的不良反应多于扶正补益类, 可能与该类注射剂在临床中使用频率高有关。与口服制剂比, 中药注射剂不良反应发生的例次多且重。

1.2 临床表现的多样性: 中药注射剂不良反应常涉及多系统、多器官。报告较多的是心血管系统损害, 如心悸、休克、血压变化、静脉炎、等症。其次是血液系统损害如白细胞减少、紫癜、弥漫性血管内凝血、粒细胞减少等症。涉及到呼吸系统损害如哮喘、呼吸困难、急性肺水肿等症; 消化系统损害如肝功能异常、消化道出血、腹泻、呕吐; 皮肤黏膜损害如皮疹、口腔溃疡; 神经系统损害如头痛、幻觉、末梢神

经炎、抽搐、肌肉震颤、剥脱性皮炎、球结膜出血, 性机能低下等多种临床表现。中药注射剂的不
良反应主要是速发型。虽然大部分中药注射剂发生时间短, 且大部分仅是轻微的过敏反应, 严重不良反应相对较少, 如对 1985~2001 年间对路路通注射液、穿琥宁注射液、清开灵注射液、脉络宁注射液的不
良反应报道的 279 例统计, 其中严重不良反应占 22.59%, 可能导致病人死亡的占 1.85%^[1]。

1.3 不可预知性: 由于中药成分复杂性、过敏反应物质的不确定性及过敏种类众多, 无法通过预试验减少, 因而中药注射剂的不
良反应存在不可预知性。

1.4 不确定性: 现在还不能确切地知道一种中药注射剂可能会发生多少种不良反应, 如复方丹参注射液有报道的不
良反应临床表现多达十几种。

1.5 批次差异性: 由于工艺技术条件和药材质量, 制剂质量标准控制水平的制约, 不同厂家、不同批次的中药注射剂发生不良反应的类型可能不同, 无法做出较为确切的结论。

2 不良反应的原因

2.1 患者自身因素: 不同个体有个体差异, 年龄因素、遗传因素、体内代谢酶、免疫系统、疾病因素等有差异, 对药物反应也不尽相同, 具有过敏体质的患者出现过敏反应通常与药品质量及用药剂量无关, 他们在正常剂量或小于正常剂量的情况下即可发生严重的过敏反应。同一个体不同生理或病理状态下对药物的敏感性也会不同, 中药注射剂的适用对象以患脑血管疾病的中老年人、病毒感染的儿童和癌症病人居多, 这类人群体质虚弱、肝肾功能不全, 对药物的代谢、排泄能力低, 加之合并用药数量较多, 易引起毒性反应。病人精神状态不良、空腹等情况下, 用药以后易诱发

低血糖反应、胃肠道反应、中枢神经症状甚至过敏反应。

2.2 药物因素：①中药材的来源、产地、药用部位、采收季节、炮制加工等方面的差异，均会影响制剂的功效和不良反应。②注射剂的制备工艺不合理可能使毒性成分增加，引起不良反应。据报道双黄连注射液过敏反应的发生与制备工艺有关^[2]。在制备过程中，如果残留大量的蛋白质和鞣质，也可以导致过敏的发生。③中药注射剂中药物分子较大，某些蛋白质或生物大分子物质易作为抗原引起过敏反应。如腹蛇抗栓酶、清开灵注射液中含有毒素蛋白、水牛角、鹿茸精等异性蛋白，它们具有抗原性，容易引起过敏反应。④成分复杂性，中药注射剂是从中药材中提取的，每种中药材中含有很多不同类型的化学物质。且中药注射剂中多数为复方制剂，有的制剂由 10 种以上中药材组成，其化学成分远远多于单味制剂，成分更加复杂，⑤中药注射液在使用过程中需用葡萄糖注射液或氯化钠溶液等稀释，溶液的 pH 值可影响成分的稳定性。临床配制后静置时间过长，某些成分可能会发生肉眼不可见的分解反应，导致不良反应的发生。⑥微粒超过《中华人民共和国药典》的规定，中西药注射液混合使用，溶酶系统的 pH 值改变导致微粒数增多，微粒在体内不能代谢，较大的微粒能引起毛细血管的堵塞或供血不足，组织缺氧，从而发生静脉炎、水肿和肉芽肿等。

2.3 使用过程中的因素：①药物配伍不当：一种中药注射剂常由多种成分组成，其中某些成分容易受酸碱度变化的影响而出现溶解度下降或产生聚合物出现沉淀，导致中药注射剂中的主要成分含量降低影响疗效，甚至可能由于与其它药物配伍时相互间发生反应产生有害物质而造成不良反应的发生，如穿琥宁注射液与氧氟沙星配伍立即产生沉淀，这些沉淀不易引起临床注意，使用后容易造成患者输注部位血管堵塞，局部组织发炎，引起过敏，或对患者的心、肝、肾等器官造成损害，引起不良反应^[3]。②操作原因：输液配药时无菌操作规程执行不严格，病人在家中输液，环境不良。液体温度过低、输液室内温度过低或过高，均易引起发热反应。加药方法不当也可造成药物之间发生反应，产生有害物质或沉淀，引起药源性反应，③用量过大、药液的浓度过高、血液流速过快：中药注射液往往按药材量 100% 或 300% 制成，随意加大剂量可能造成不良后果。所以，临床上使用中药注射液时，应严格掌握药物剂量，不可超过规定剂量。有条件者，儿童按千克体重计算注射量，老年患者宜采用成人用量的 3/4 为妥，对体衰多日不能进食者，除酌情减少

注射用量外，同时应加强支持治疗。当静脉滴注速度大于血液流速时，血管壁的侧压力增大，血液回流受阻，使血管壁失去正常的血液营养，进而导致注射部位过敏症状。注射剂本身微粒较多或药物未完全溶解，当这些外源性大分子物质进入体内，具有较强抗原性，引起不良反应。液体配制后放置时间过长，一些成分析出而产生大量不溶性微粒，发生不良反应。

2.4 制备、贮存因素：中药注射剂成分复杂，制备工艺较单纯，提取分离温度、时间、溶剂用量、溶液浓度，提取次数、滤液、滤材、容器等工艺条件无标准，缺少提取物质量标准、缺少安全性及有害物质的质控标准等。药品的制备难以掌控。经过提取、灭菌后，仍混有蛋白质、鞣质、胶质、淀粉，另外中药材中本身具有的毒性成分、大分子物质，中药注射剂中提纯过程中的多种杂质等难以除尽，提取过程中受温度和压力变化的影响，某些成分可能发生变化。中药注射剂的稳定性较差，在贮存期间不适的贮存条件下，易发生解聚或聚合反应。

3 防范措施

3.1 首先加强生产企业的质量控制：应用现代科学技术及新工艺、新辅料、新设备，使中药注射剂规范化、标准化、科学化、可控化。在提取分离纯化过程中，应尽可能除去可能引起不良反应的鞣质、树脂、蛋白质等杂质，去除不溶性微粒等。按照国家制定的中药注射剂研发技术要求，监测有效成份的固体物、指纹图谱，保证其稳定性、均一性及安全性指标，提高技术含量，增加药物的安全性。

3.2 合理使用：在使用中药注射剂时应高度警惕可能的不良反应，做好应对措施，在用药过程中发现问题及时报告医生，并做好应急处理。以防严重后果发生。认识中药注射剂给药途径，疗效作用、安全性。遵循辨证施治的原则。注意配伍禁忌，严格控制滴速，严格按医嘱的用药途径、用法、用量和时间给药。如出现混浊、沉淀、变色和漏气等质量问题不得使用。建议使用中药注射剂最好单独使用、药物浓度要淡、速度要慢、疗程要短、输液环境洁净、环境温度适当、采取预防措施，避免和减少中药不良反应的发生。

参考文献：

- [1]王前,张艳.我国 1996~2005 年中药不良反应的文献分析[J].中国药房, 2006,11(5):226
- [2]曹海山,何鹏彬,柯莉珠.288 例中药注射剂致过敏性休克分析[J].药物流行病学杂志,2006,15(1):27
- [3]汤启勋.复方丹参注射液临床应用不良反应观察[J].中国中药志,2005, 24(1):57

编号：ZZ-100412126（修回：2010-04-16）

五种桑品种桑叶总黄酮含量的分析

Analysis of total flavonoid content of five varieties of mulberry mulberry

吕玉兰 丘振文 黄春莲

(广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州, 510405)

中图分类号: R284 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0096-02

【摘要】 目的: 建立桑叶总黄酮含量的测定方法, 比较不同品种桑叶总黄酮含量的差异。方法: 以甲醇为溶剂, 采用索氏提取桑叶总黄酮, 利用分光光度法测定桑叶总黄酮含量。结果: 总黄酮浓度在 2.0~60μg/ml 范围内呈现良好的线性关系, $r=0.9997$; 平均回收率为 101.06%, $RSD=0.91\%$; 五种桑种桑叶的总黄酮含量相差较大, 含量最高的为白桑 (45.12mg/g), 而含量最低的为黑桑 (36.05 mg/g)。结论: 该方法操作简便、结果可靠、重现性好, 适于桑叶总黄酮含量测定; 五种桑品种桑叶的总黄酮含量相差较大, 以白桑的总黄酮含量最高。

【关键词】 桑叶; 总黄酮; 分光光度法; 含量测定

桑叶为桑科植物桑 (*Morus alba* L.) 的干燥叶, 为我国的传统中药, 具有消渴、止咳、清肝、明目之功效。据《本草纲目》记载, 桑叶“灸熟煎饮, 代茶止渴”。饮桑茶保健的养生之道也由来已久。我国桑叶资源极为丰富, 主要分布在长江、珠江和黄河三大流域。据《中国桑树品种志》记载, 我国有白桑 (*Morus alba* L.)、鸡桑 (*Morus australis* P.)、广东桑 (*Morus atropurpurea* R.)、黑桑 (*Morus nigra* L.)、鲁桑 (*Morus multicaulis* P.) 等 15 个桑种, 是世界上桑种最多的国家^[1]。《神农本草经》称桑叶为“神仙叶”, 具有疏散风热、益肝通气等功效。现代药理研究表明^[2], 桑叶具有降糖降脂、抗氧化、抗肿瘤等多种活性。近年来对桑叶化学成分的研究表明, 桑叶中含有黄酮类、生物碱类、苯丙素类、有机酸类、甾体及三萜等多种化合物^[3]。黄酮类化合物是桑叶的重要活性成分之一。目前, 国内外有关桑叶黄酮的研究主要集中于提取工艺和功效评价, 而对于不同桑品种总黄酮含量的定量分析研究较少。为了明确不同桑品种的桑叶总黄酮含量是否存在差异, 本文对白桑、鸡桑、广东桑、黑桑、鲁桑五种品种的桑叶总黄酮含量进行了测定, 旨在探讨桑叶总黄酮含量测定方法, 为桑叶的开发利用提供科学依据。

1 仪器和试剂

1.1 主要仪器 UV-2300 分光光度计 (上海 Teckcomp

公司); CN63M/STSXT-06 索氏提取器 (北京中西泰安技术服务有限公司); 旋转蒸发器 (上海亚荣生化仪器厂); FA1004 型电子天平 (上海精科天平仪器厂); ZK-82A 型真空干燥箱 (上海市实验仪器总厂); HH-4 数显恒温水浴锅 (常州国华电器有限公司)。

1.2 试剂: 桑叶样品于 2009 年 9 月下旬采自某某桑园, 样品经干燥后备用。芦丁对照品 (中国药品生物制品检定所, 供含量测定用); 亚硝酸钠, 硝酸铝, 氢氧化钠, 甲醇等, 离子水。

2 方法与结果

2.1 标准品溶液的制备

精密称取 105℃干燥至恒重的芦丁对照品 10mg, 置 50ml 容量瓶中, 加 60%乙醇溶解定容至刻度, 摇匀, 即得浓度为 200μg/ml 的标准品溶液。

2.2 样品溶液的制备

取干燥至恒重的桑叶, 粉碎, 过 5 号筛, 精密称取 5g, 置索氏提取器中, 加甲醇 60mL, 于恒温水浴锅上提取 4h, 滤过, 定容于 100mL 量瓶中。精密量取 1mL, 置于 25mL 量瓶中, 加水至 6mL, 加 5%亚硝酸钠溶液 1mL, 摇匀, 放置 6min, 加 10%硝酸铝溶液 1mL, 摇匀, 放置 6min, 加 1mol/L 氢氧化钠溶液 10mL, 加甲醇定容至 25ml, 摇匀, 放置 15min, 即得样品溶液。

2.3 最大吸收波长选择

取标准品溶液和样品溶液各 1mL, 分别置于 25mL 量瓶中, 按“2.1”项和“2.2”项的方法分别制备标准溶液和样品溶液的测定液。在 200~800nm 波长范围内进行连续波长扫描, 结果标准品溶液及样品溶液在 510nm 处均有最大吸收, 故选择 510nm 为本研究的测定波长。

2.4 标准曲线制备

精密量取标准品溶液 0.1, 0.5, 0.9, 1.3, 1.7, 2.1, 2.5, 3.0mL, 分别置于 10mL 量瓶中, 按“2.1”项的方法制备供试液。以不加标准溶液的相应溶液为空白, 在波长 510nm 处测定吸光度值, 以吸光度值为纵坐标浓度为横坐标进行回归, 绘制标准曲线。回归方程为: $Y=0.00049+10.6712X$, $r=0.9997$, 浓度在 2.0~60 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 范围内呈现良好的线性关系。

2.5 精密度实验

取标准品溶液 1ml, 置于 10mL 量瓶中, 按“2.1”

表 1 加样回收率试验结果 (n=6)

| 样号 | 取样量 (g) | 样品中的量 (μg) | 加入量 (μg) | 测得量 (μg) | 回收率 (%) | 平均回收率 (%) | RSD (%) |
|----|---------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------|-----------|---------|
| 1 | 2.514 | 53.372 | 10.000 | 62.738 | 93.66 | 101.06 | 0.91 |
| 2 | 2.501 | 56.779 | 10.000 | 66.111 | 93.32 | | |
| 3 | 2.524 | 52.585 | 10.000 | 61.960 | 93.74 | | |
| 4 | 2.500 | 54.682 | 10.000 | 65.976 | 112.94 | | |
| 5 | 2.507 | 53.634 | 10.000 | 65.543 | 119.09 | | |
| 6 | 2.506 | 54.158 | 10.000 | 63.516 | 93.58 | | |

2.9 样品含量测定: 取不同品种的样品每份平行制备 3 份, 按“2.2”项下方法制备溶液, 在 510nm 处测定吸光度, 按回归方程计算测定浓度, 计算样品中总黄酮的含量。结果表明, 各桑种的总黄酮含量相差较大,

表 2 不同品种桑叶总黄酮含量测定结果

| 样品 | 吸光度 | 样品中总黄酮含量 (mg/g) |
|-----------------------------|-----|-----------------|
| 白桑 (Morus alba L.) | 481 | 45.12 |
| 鸡桑 (Morus australis P.) | 401 | 37.54 |
| 广东桑 (Morus atropurpurea R.) | 389 | 36.41 |
| 黑桑 (Morus nigra L.) | 385 | 36.05 |
| 鲁桑 (Morus multicaulis P.) | 392 | 36.77 |

3 讨论

本研究从不同桑种桑叶总黄酮含量分析结果可以看出, 白桑桑叶的总黄酮含量最高, 显著高于其它几个品种。而刘利等^[4]对白桑、长穗桑、华桑、山桑、广东桑、长果桑等桑种的桑叶总黄酮含量的研究则认为白桑桑叶的总黄酮含量低, 本研究与之结果不一致, 分析其原因可能与本研究所比较的品种与文献报道不同, 因此, 有关不同桑品种桑叶的总黄酮含量的比较还有待于扩大样本数进一步研究。

在方法的考查方法, 本研究通过甲醇提取、硝酸铝显色、分光光度法测定, 分析了不同采收期桑叶总

项的方法制备后, 在 510nm 处重复测定 5 次, 结果芦丁吸光度的 RSD=0.74% (n=5), 表明本法精密度良好。

2.6 稳定性实验: 精密吸取同一品种的样品溶液适量, 在室温下放置, 于 0, 1, 2, 4, 8h 分别测定吸光度。结果芦丁吸光度的 RSD=0.81%, 表明样品溶液在 8h 内稳定性良好。

2.7 重现性考察

取同一品种的样品 6 份, 每份约 5g, 按“2.2”项的方法平行制备 5 份后, 在 510nm 处测定, 结果芦丁吸光度的 RSD=0.67%, 表明本法现性良好。

2.8 加样回收率试验

精密称取已知含量的同一品种的样品粉末 6 份, 每份约 2.5g, 分别加入芦丁标准品适量, 按“2.2”项下方法制备溶液, 在 510nm 处测定吸光度, 结果平均回收率为 101.06%, RSD=0.9106% (n=6)。表明本方法的回收率较好, 结果见表 1。

含量最高的为白桑, 而含量最低的为黑桑。为进一步明确不同桑种总黄酮含量差异显著性, 本研究进行了方差分析, 表明白桑中的总黄酮含量与其它四个品种的含量有显著性差异 ($P<0.01$)。结果见表 2。

黄酮含量。该方法操作简便、结果可靠、重现性好, 适于桑叶总黄酮含量测定。

参考文献:

- [1] 中国农业科学院蚕业研究所. 中国桑树品种志[M]. 北京: 农业出版社, 1993.5
- [2] 魏朝良, 于德红, 安利佳. 黄酮类化合物及清除自由基机制的探讨[J]. 中成药, 2005, 27(2): 239-241
- [3] 顾关云. 桑的化学成分和生物活性研究进展[S]. 国外医药(植物药分册), 2007, 12(1): 34-35
- [4] 刘利, 潘一乐. 不同桑种桑叶总黄酮含量分析[J]. 农业工程科学, 2008, 24(1): 488-489

编号: ZZ-100412134 (修回: 2010-04-19)

中药新产品开发的市场分析

A market analysis of new products of TCM development

王 敏

(清河电力职工医院, 辽宁 铁岭, 112003)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 080098-02

【摘要】 在论述重要新产品开发市场定位重要性的基础上, 先分别从地理因素、人口因素、心理因素这3个层面分析了中药新产品开发的市场细分方式, 并分别从市场定位策略和市场定位方式2个角度分析了中药新产品开发的市场定位问题。

【关键词】 中药新产品; 市场细分; 市场定位

中医药历史悠久, 在人类医学史中有着不可撼动的地位。目前, 我国中药科学技术的发展很迅速, 中医药经济也已成为推动国民经济快速发展的主导行业之一。现在, 我国关于新药研究和开发方面与发达国家差距很大。经济支持滞后、研发能力不足、仪器设备落后以及产品结构不合理都是其中的重大隐患, 故对重要新产品开发的市场分析是一个值得关注的课题。

1 中药新产品开发的市场细分

在现代市场经济条件下, 某种市场机会能否内化为企业自身的机会, 从外部层面而言, 取决于该企业是否能在利用这种市场机会及经营这种市场机会所产生的业务上较之于潜在的竞争者有相对优势, 以能使自己享有更大的“差别利益”; 从内部层面而言, 一是要研究利用这种市场机会是否与该企业自身的目标和使命相匹配, 二是要还要取决于该企业是否具备利用这种市场机会的能力及经营这种机会所产生的业务的各种条件。

因药品是人们用以防治疾病、康复保健及计划生育的特殊商品, 理论上讲, 药品的潜在顾客是全人类。药品市场的顾客和其他消费品的顾客区别很大, 不仅有药品直接消费者这一直接消费群体, 且还有拥有处方权的医务人员这一见解消费群体。并且, 除了诸如计划生育等少数计划类药品外, 多数情况下, 药品市场容量取决与疾病的发病率。

从目前的情况来看, 我国制药企业提供的产品大多有较强的同质性, 且药品市场缺乏市场细分, 普遍面向全国范围的大市场。从消费者的用药需求情况来看, 因患者对药品存在个体差异, 故消费者对药品个性化需求也很明显, 除少数经典药品外, 大众化的药品已越来越难以满足消费者的个性化用药要求, 这一

态势在 OTC 市场表现得更加突出。如: 中美史克曾经计划在治疗重感冒的细分市场上推出“康得”, 但最终因受到 PAP 事件的影响而最终不了了之。因感冒药市场的产品之间呈很强的替代性, 这就导致企业面临激烈的竞争, 由此可知, 我国制药企业在推出新品之前进行市场细分, 利于企业发掘新的市场机会, 并以此提高经济效益, 可见进行深入地市场细分是新产品研发和上市的一个必要前提。具体而言, 消费者用药需求的差异性市场细分的重要依据, 决定这一差异性的因素主要包含消费者的生理特征、医药知识、社会经济地位、健康意识、心理性格等, 基于这些因素的差异, 他们对药品的品牌偏好程度、价格的承受能力、广告感受度、追求的利益及对销售渠道和销售网点的信任度也各不同。

1.1 按地理因素细分市场: 我国地域广阔, 其一, 生活在不通区域的消费者对许多药品的要求有极大的差别。其二, 当地气候条件与地理环境也是新药企业市场细分时需要关注的一个标准, 这主要是因当地居民的身体状况和当地的气候、环境以及生活方式密切相关。其三, 因受收入和当地基本医疗保险待遇的影响, 城市和乡村的消费者对药品的要求也显示出极大的差异, 如, 因城市居民普遍拥有基本医疗保险待遇, 故对新药特药、营养保健药、滋补类药品及进口的需求相对较大, 而广大的农村由于基本医疗保险待遇广度和深度较低, 故对中草药、中成药及普药的需求量相对较大。

1.2 按人口因素细分市场: 从人口收入的角度来看。因高收入人群拥有较高的消费能力, 故他们在选择药物时把疗效放在首位。低收入人群因消费水平较低, 优先考虑价格因素; 从文化程度的角度来看, 一般情况下, 受教育程度越高, 比较偏好品质优良、格调较

高的药品。

1.3 按心理因素细分市场：从生活方式的角度来看，一般来说，追求时尚的消费者乐于接受包装精良、外观设计独特的药品，购买行为较为感性；而生活朴素的消费者常看重的药品的性价比，一般愿意做出理性的购买行为。

从价值观念的角度来看，一部分消费者追求药品防病治病的实际作用，另一部分消费者则更看重只要企业的知名度以及的内部条件、资源情况、生产能力、销售能力、新药研究开发能力以及竞争厂家替代品的销售情况，并把这些因素联系起来综合分析，这类消费者一般拥有一定的医药知识和较强的市场分析能力，他们的一个显著的消费特点是消费忠诚度较高。

综上，在市场经济不断深化的条件下，对任何药品而言，其市场都包含许多不通的顾客群，他们分散在不同地区，各有不同的需要，故任何企业都不可能对所有顾客群的各种需要实现全面的提供，这就促使企业为了提高经营效益，就必须根据自己的企业使命和目标、自身资源和特长等来细分市场，并通过权衡利弊，最终确定自己的目标市场。

2 中药新产品开发的目标市场选择

2.1 市场细分是以市场调查、市场研究和市场预测为基础，对市场进行全面深入地分析研究，故找出和区别出不同市场的不同特征，以便更好地满足消费者的用药需求，故市场细分不仅是一种重要理论，更应视其为一种综合性的操作技术。

2.2 对任何企业而言，应树立动态调整观念。按人口因素、购买行为因素、心理因素来细分市场，并随时关注目标市场的变化，并以此及时调整自己的营销策略。

2.3 药品企业在具体选择目标市场时，除集中精力开发一个目标市场外，还可以把 ≥ 2 不同的细分市场作为目标市场，原因如下，①药品的特殊性决定了新药品本身在不同的目标市场上具有不同的用途；②不同的目标市场对新药品所具有的功能属性的要求也不尽相同。

2.4 药品企业应在合理配置和运用自有资源的前提下，综合考虑企业内部条件和外部环境，充分发挥企业的主观能动性，预先选择目标市场，并由此形成相应的模式化销售体系。可先选取几个细分市场进行销售测试，在根据销售结果来确定最终要激怒的目标市场，对那些没被选中为目标市场的应予以妥善保存。

3 中药新产品开发的市场定位

新产品的定位必须以分析和研究药品企业自身和竞争者的实力及地位为前提上，同时还要紧密结合新

药品的革新核心特征。

3.1 市场定位策略：中药开拓市场时，先应该瞄准那些西药治疗效果不理想、副作用大、费用较高的薄弱环节。中药新产品的国内和国际市场的开拓应该充分发挥中医药特色和优势，从西药的薄弱环节处打开缺口，积极研究开发针对亚健康状态、老年疾病、重大疾病、慢性疾病、疑难疾病的预防、保健和治疗的现代中药。

在药品定位之前，要准确理解和站我国家相关政策疾病发生状况、同类药品的市场分布和销售数据、行业内药品企业状况及消费者心理等要素，换言之，必须对环境、产品和市场进行深入地调查研究、系统分析和综合统计。

在进行定位时，SWOT 分析是一个有效的分析工具，其主要功能体现在能够对新药进行的一次全方位优势、劣势、自身条件和外部环境分析，目的在于找到并充分发挥新药的优势和机会。

3.2 市场定位方式：新药品市场定位的成功与否，将在很大程度上影响该新药品市场策略的制定和实施，进一步影响到新药品的市场营销效果，可见，新药品定位的选择方法有重要的作用。

第一，根据药品的特色和特色等属性定位。这种方法着重通过对药品加强宣传力度，故突出药品特色来吸引顾客，或通过强调产品的治疗效果来引起小飞飞这的购买需求。很多情况，两个属性更适合被联用。

第二，定位的方法是通过药品的特色和作用进行暗示。较之于前一种方法，这种方法更为隐蔽，更能够激发消费者的好奇欲，同时也为消费者提供了想象空间，并且能巧妙地避免消费者客对新药品品过度宣传而产生的不信任。

总之，市场定位是一个动态的行为，需根据市场的变化及时地做出调整，药品企业应充分利用好多种药品定位方式，从而为新药上市奠定坚实的基础。

参考文献：

[1]邹樵.基于中药产业国际化的技术创新研究[M].武汉:武汉理工大学博士学位论文,2008年

[2]彭涛.药品生产企业中药新药研发思路[J].中国医药工业杂志,2007,38(8):95-98

[3]邢花,李野,郭莹.药品生产企业新药研发的项目化管理[J].中国药事,2007,21(5):298-300

作者简介：

王敏(1972-),女,辽宁省盘锦市,大学,研究方向:中医学,职称:中级。

编号:ZZ-10041246(修回:2010-04-14)

冬虫夏草制剂对维持性腹膜透析患者 营养状态的辅助治疗观察

Adjuvant therapy observation on cordyceps to nutritional status of maintenance peritoneal dialysis

曲廖准 李拱榆 林浩

(汕头市中心医院中山大学附属汕头医院, 广东 汕头, 515031)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0100-02

【摘要】 目的: 观察口服冬虫夏草制剂对维持性腹膜透析患者营养状态的临床疗效。方法: 将慢性肾衰接受维持性腹膜透析6个月以上患者随机分为两组, 对照组予常规治疗, 治疗组在常规治疗基础上加用冬虫夏草制剂口服; 疗程均为3月。结果: 治疗组治疗后血清白蛋白、血红蛋白和红细胞比容增高更加明显, 总胆固醇和三酰甘油降低更加明显。结论: 冬虫夏草制剂对维持性腹膜透析患者营养状态有良好的辅助治疗效果。

【关键词】 慢性肾功能衰竭; 腹膜透析; 冬虫夏草制剂

【Abstract】 Objective To observe the oral administration of Cordyceps preparations for the maintenance peritoneal dialysis patients with the clinical efficacy of nutritional status. Methods Chronic renal failure receiving maintenance peritoneal dialysis for more than 6 months were randomly divided into two groups, the control group to the conventional therapy, the treatment group on the basis of conventional therapy was added cordyceps oral; treatment both in March. Results After treatment, serum albumin, hemoglobin and hematocrit increased more evident, total cholesterol and triglycerides lowering even more noticeable. Conclusion cordyceps to the maintenance of nutritional status of peritoneal dialysis patients have a good effect of adjuvant therapy.

【Key words】 CRF; Peritoneal dialysis; Cordyceps

慢性肾功能衰竭是各种肾脏疾病发展的最终结局, 持续不卧床腹膜透析(CAPD)是治疗终末期肾脏病的主要手段之一。本研究旨在通过观察冬虫夏草制剂对维持性腹膜透析患者营养状态的辅助治疗效果, 指导临床治疗。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择慢性肾功能衰竭接受维持性腹膜透析6个月以上患者56例, 原发病包括慢性肾小球肾炎(24/56, 42.9%), 良性肾小动脉硬化(8/56, 14.3%), 糖尿病肾病(7/56, 12.5%), 狼疮性肾炎(5/56, 8.9%), 梗阻性肾病(4/56, 7.1%), 其它(8/56, 14.3%)。随机分为两组, 治疗组30例, 男性16例, 女性14例; 年龄32~65岁, 平均(41.2±8.6)岁。对照组26例, 男性16例, 女性10例; 年龄29~69岁, 平均(42.8±10.1)岁。两组年龄、性别以及原发病, 透析剂量

差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

两组均维持基础治疗, 包括规则透析, 低盐低磷优质蛋白饮食等。治疗组于早、中、晚餐后温开水送服冬虫夏草制剂(金水宝胶囊, 江西金水宝制药公司生产)6粒。两组均以3月为1疗程。

1.3 观察项目

所有检测均在本院中心实验室采用大型全自动生化分析仪(日立7600-020)完成, 检测项目包括两组治疗前后血肌酐(Scr), 血尿素氮(BUN), 血清白蛋白(Alb), 血红蛋白(Hb), 红细胞比容(Hct), 血总胆固醇(Tch), 三酰甘油(TG)。

1.4 统计学方法

符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用t检验。

2 结果(详见附表)

2.1 血肌酐和血尿素氮

治疗后两组血肌酐和血尿素氮均有降低, 治疗组分别降低 $168.8 \pm 15.18 \mu\text{mol/L}$ 及 $5.9 \pm 1.21 \text{mmol/L}$, 对照组降低 $163.2 \pm 16.02 \mu\text{mol/L}$ 及 $5.4 \pm 1.16 \text{mmol/L}$, 但两组对照无统计学意义 ($P > 0.05$)。

附表: 入院后两组数据变化值比较

| | 治疗组 (n=30) | | 对照组 (n=26) | | 两组变化值* t 检验 P 值 |
|--------------|------------------|------------|------------|------------|--------------------|
| | 治疗前 [△] | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后* | |
| Scr (umol/L) | 739.5±63.4 | 568.7±53.8 | 733.8±56.2 | 570.6±55.4 | >0.05 |
| BUN (mmol/L) | 28.0±4.65 | 22.1±3.96 | 27.6±4.33 | 22.2±4.12 | >0.05 |
| ALB (g/l) | 28.5±5.14 | 35.4±6.28 | 29.1±5.34 | 33.6±5.94 | <0.05 |
| Hgb (g/l) | 81.2±9.52 | 111.4±11.8 | 82.6±9.84 | 105.1±11.2 | <0.05 |
| Hct (%) | 23.5±2.13 | 31.6±2.99 | 23.9±2.41 | 29.8±2.87 | <0.05 |
| Tch (mmol/L) | 5.95±1.04 | 4.98±0.95 | 6.02±1.11 | 5.25±0.98 | <0.05 |
| TG (mmol/L) | 2.11±0.43 | 1.64±0.35 | 2.04±0.49 | 1.75±0.38 | <0.05 |

注: △: 治疗前两组数据比较 $P > 0.05$, *变化值: 每位患者治疗前后所测数据相义 ($P < 0.05$)。

2.3 血红蛋白和红细胞比容

治疗后两组血红蛋白和红细胞比容均有升高, 治疗组升高 ($30.0 \pm 2.59 \text{g/L}$, $8.10 \pm 0.61\%$), 对照组升高 ($25.5 \pm 2.43 \text{g/L}$, $5.90 \pm 0.54\%$), 两组对照有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 血总胆固醇和三酰甘油

治疗后两组血总胆固醇和三酰甘油均有降低, 治疗组分别降低 $0.97 \pm 0.29 \text{mmol/L}$ 及 $0.47 \pm 0.26 \text{mmol/L}$, 对照组降低 $0.77 \pm 0.12 \text{mmol/L}$ 及 $0.29 \pm 0.11 \text{mmol/L}$, 两组对照有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

血清白蛋白、血红蛋白浓度及胆固醇浓度均在一定程度上反映了病人的营养状态^[1]。营养不良是慢性肾衰竭患者常见并发症, 无论是透析还是非透析患者, 营养不良普遍存在, 在我国发病率约为 20%~50%^[2]。营养不良对患者的心脏、肺脏、造血、内分泌和代谢等多方面都会造成危害, 它已经成为慢性肾衰竭患者高住院率和高病死率的主要原因^[3]。

虫草制剂在多年的肾科疾病治疗中, 已展示了多方面良好的作用。在传统祖国医学理论中, 冬虫夏草作为一种补益类中药, 具有补肾、益肺等多种作用, 广泛应用于虚损性疾病的治疗。动物实验表明虫草制剂能减轻蛋白尿, 纠正氨基酸、蛋白质和脂质代谢紊乱, 能有效降低肾衰大鼠血清中分子物质的含量, 改善贫血状态, 并认为可能与虫草中富含必需氨基酸有关^[4-5]。

持续不卧床腹膜透析 (CAPD) 是治疗终末期肾

2.2 血清白蛋白

治疗后两组血清白蛋白均有升高, 治疗组升高 $6.9 \pm 1.41 \text{g/L}$, 对照组升高 $4.5 \pm 1.34 \text{g/L}$, 两组对照有统计学意义。

脏病的主要手段之一^[6]。由于血清白蛋白在透析过程的丢失, 高糖腹透液刺激等原因, 维持性腹膜透析患者更容易出现低蛋白血症及脂代谢紊乱。本研究观察虫草制剂对维持性腹膜透析患者的影响, 结果发现在合并应用虫草制剂的情况下, 患者的血清白蛋白、血红蛋白、红细胞比容、血总胆固醇、三酰甘油均得到更好的改善, 而血肌酐及尿素氮并显著降低, 表明虫草制剂对 CAPD 患者具有较好的辅助治疗作用, 这种作用并不依赖于对尿毒症毒素的清除。因此, 在进行腹膜透析治疗的同时, 采用虫草制剂等中医药辅助治疗, 可改善腹透患者营养不良状况, 提高治疗效果, 有助于提高生存率, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] Prasad N, Gupta A, Sinha A, et al. Impact of stratification of co-morbidities on nutrition indices and survival in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Perit Dial Int*, 2009, 29(Suppl 2): S153-S157
- [2] 何爱萍, 何海玉. 慢性肾功能衰竭的营养与饮食[J]. 医学理论与实践, 2005, 18(2): 104
- [3] Cancarini GC, Brunori G, Zani R, et al. Long-term out-comes of peritoneal dialysis. *Perit Dial Int*, 1997, 17(suppl2): 115-118
- [4] 马济民. 虫草对慢性肾衰大鼠肝脏和肌肉蛋白合成速度影响[J]. 中华肾脏病杂志, 1997, 13: 189
- [5] 邓跃毅等. 冬虫夏草制剂延缓慢性肾衰竭的机理研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2001, 07(2): 381
- [6] 陆才生, 叶任高. 要加强腹膜透析的研究[J]. 中华肾脏病杂志, 1997, 13(5): 259-261

编号: ZZ-10041200 (修回: 2010-04-15)

黄芩滑石汤治疗湿温舌脉质疑

Treating wet warm tongue and pulse with scutellaria talc decoction

刘永生¹ 李寿彭²

(1.四川省资中县发轮中心卫生院, 四川 资中, 641209;

2.四川省资中县球溪中心卫生院, 四川 资中, 641208)

中图分类号: R289 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0102-02

【摘要】 黄芩滑石汤系清代医家吴鞠通首创, 吴氏在温病条辨中论述本方所治湿温的病机为湿热并重, 蕴蒸不化, 胶着难解; 症状以“脉缓身痛, 舌淡黄而滑, 汗出热解, 继而复炽”为主。本文根据病机特点, 主要症状表现, 结合临床实践, 认为脉当濡数不应缓, 苔当黄腻不应淡黄而滑, 目的在于学先贤之长, 纠前人之谬, 以便正确使用古法古方。

【关键词】 湿温; 黄芩滑石汤; 苔黄腻; 脉濡数

1 病因病机及症状表现

湿温是感受湿热病邪所致。湿热致病具有发病缓慢, 病势缠绵, 困阻中焦脾胃, 留恋气分时间长的特点。

黄芩滑石汤所治湿温, 以身痛、发热出汗、汗出稍减、继而复热、口渴不多饮为主症。但多数尚兼见脘痞不欲食, 头昏重如蒙, 小便黄赤短少的表现, 脾胃是病变的中心。湿热困阻脾胃则中焦气机不畅, 故脘痞不欲食; 漫及于上则清窍被扰而头昏胀如蒙, 波及于下则州都不利而小便黄赤短少。脾主肌肉, 湿热困脾, 肌肉亦为湿热所郁滞, 故本证身痛尤其明显; 湿盛热重, 相互蒸腾, 则发热出汗; 湿性腻滞重浊, 与热相合则胶着不解, 虽汗出, 热不得清, 湿不能化, 故热势稍减, 继而复炽。热为阳邪, 伤津多渴饮, 湿为阴邪, 与热相并, 故渴不多饮。根据上述症状, 分析本证病机, 乃湿热并重, 蕴蒸不化, 胶着不解所致。

2 湿热并重的舌脉变化

湿温病病程较长, 在不同的阶段舌脉的表现随病机和症状的变化而变化。

湿为阴邪, 其性趋下而阴柔, 若为所伤, 脉一般多濡缓。热为阳邪, 其性炎上而燔灼, 如为所袭, 常致血液循环增快, 脉通常多数。而本证湿热俱盛, 发热症状又重, 脉必应濡数而不当缓。脉缓之象在湿温病中见于湿温初起尚未化热, 或化热不甚者。如湿温中湿遏卫气的藿朴夏苓汤证, 邪在募原的雷氏宣透募原法证。二者均具身痛, 发热出汗、脘痞、头昏重如蒙的症状, 但发热多较轻, 且具恶寒重, 苔白厚腻的表现。二者与本证相较显然有湿重于热与湿热并重的区

别。

热为火之渐, 其为病, 发热易伤津, 苔应黄而干。湿性重浊, 腻滞, 感之者, 苔多厚而腻, 这是湿致病最具特征的舌象表现。本证湿邪化热, 湿热并重, 相互蕴蒸, 胶着不解, 舌苔必当黄厚而腻。中医舌诊认为“舌淡黄而滑”。“系阳虚土败之征, 或见于寒湿、痰饮内停, 日久化热, 病本为虚, 热多不甚之证”。与湿温湿热并重的病机及症状表现相比较相差甚远。

由此可见, 黄芩滑石汤所治湿温为湿热并重之证, 苔当黄腻, 脉应濡数, 方为舌脉症相合, 方药对证。

3 病例介绍

3.1 患者甲, 男, 50岁。素有饮酒嗜好, 时值夏秋因发热, 头昏胀, 身痠楚不适而就诊。就诊时病人发热, 体温 39℃, 出汗, 汗出热稍减, 继而复热, 头昏胀如蒙, 身痛尤剧, 脘闷不思食, 口干不欲饮, 微有咳嗽, 舌质稍红, 苔黄厚而腻, 脉濡数。诊断: 湿温病。辨证: 患者嗜酒好饮而生内湿, 复感长夏时令之湿, 遂致湿邪化热, 蕴蒸不解, 交阻于中, 充斥表里, 漫及上下。治遵吴鞠通“苦辛寒法”, 微辛开启于上, 苦燥芳化于中, 淡渗清利于下, 方用黄芩滑石汤加味, 黄芩 20g, 滑石 30g, 通草 10g, 茯苓皮 20g, 大腹皮 15g, 猪苓 15g, 薏苡仁 30g, 白蔻仁 15g, 青蒿 15g, 杏仁 10g, 甘草 5g。一剂后, 发热退减, 体温降至 37.8℃, 汗出减少, 身痛明显减轻, 头仍觉昏胀不爽, 黄而厚腻之苔渐化, 脉濡略数。用药有效, 原方加菊花 20g, 蔓荆子 15g。又进二剂后, 发热全退, 身痛消失, 脘腹舒畅, 饮食正常, 头昏胀好转, 苔黄厚腻已化, 脉 (下转 104 页)

3 种药物治疗 II 型糖尿病的药物经济学评价

Pharmacoeconomic evaluation treating II diabetes by three drugs

董小萍

(武警青海总队医院, 青海 西宁, 810000)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0103-02

【摘要】目的: 从疗效和药物经济学两方面观察, 成本—效果比分别为: 二甲双胍(A)、瑞格列奈(B)、吡格列酮(C)的药物经济学评价。方法: 采用成本—效果分析法, 以 97 例患者为对象, 对三种药物治疗方案进行分析。结果: 3 种方案的成本分别为: 22.54 元、505.12 元、202.40 元, 控制空腹血糖有效率分别为 80.9%、92%、86.7%, 成本—效果比分别为: 0.27、5.49、2.33。控制餐后 2h 血糖有效率为 71.4%、96%、93.3%, 成本—效果比分别为: 0.32、5.26、2.16。结论: 在控制空腹血糖为主时, 以选择 A 组方案更经济, 而控制餐后血糖时以选择 C 组方案更合理。

【关键词】 降糖药; 成本—效果分析

随着生活条件改善, 人口老龄化, 糖尿病患病率不断增加。2 型糖尿病主要引起机体对胰岛素的敏感性逐渐降低, 最终导致胰岛素抵抗, 胰腺丧失胰岛素分泌功能, 引起多种并发症, 如失明、肾功能衰竭、心脏病等, 会造成卫生服务的巨大经济负担。因此, 糖尿病药物的安全、经济、有效极为重要。本文通过对我院 3 种降糖药物: 二甲双胍、瑞格列奈、吡格列酮治疗 2 型糖尿病进行分析, 为临床选择经济有效药物提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

查阅我院 2006 年 10 月至 2008 年 10 月的门诊体检单, 汇总符合 2 型糖尿病的患者病例, 根据处方中用药记录, 筛选应用二甲双胍、瑞格列奈、吡格列酮的患者 97 例, 其中男性 52 例, 女性 45 例, 年龄 50 岁~72 岁。按照用药分成 3 组: A 组 42 例, 采用二甲双胍治疗; B 组 25 例, 采用瑞格列奈治疗; C 组 30 例, 采用吡格列酮治疗。

1.2 治疗方法

A 组二甲双胍 (0.25g×48 片)/盒, 北京京丰制药 3.22 元/盒。一日三次, 一次两片。

B 组瑞格列奈 (2mg×30 片)/盒 丹麦诺和诺德公司 90.2 元/盒。一日三次, 一次一片。

C 组吡格列酮 (15mg×7 片)/盒 上海凯宝药业 29.09 元/盒。一日一次, 一次一片。

以上各组疗程均为 8 周, 每隔一周后复查空腹血

糖和餐后 2h 血糖。

1.3 疗效判断

根据卫生部制定标准分为:

显效: 空腹血糖<7.2mmol/L, 餐后 2h 血糖<8.3mmol/L。

有效: 空腹血糖 (7.2mmol/L, 8.3mmol/L, 餐后 2h 血糖 8.3mmol/L, 11.0mmol/L)

1.4 成本确定

由于信息来原有限, 本文仅对药品费用进行比较, 药品价格按我院 2008 年 10 月的零售价标准计算, 得到二甲双胍使用成本为平均每人 22.54 元, 瑞格列奈使用成本为平均每人 505.12 元, 吡格列酮使用成本为平均每人 202.40 元。

2 结果

2.1 疗效评价

有效率=(显效病例+有效病例)/总病例数×100%

三组药物控制空腹血糖的有效率: ①使用二甲双胍的总病例数为 42 例, 其中显效 22 例, 有效 12 例, 无效 8 例, 有效率为 80.9%; ②使用瑞格列奈的总病例数为 25 例, 其中显效 15 例, 有效 8 例, 无效 2 例, 有效率为 92%; ③使用吡格列酮的总病例数为 30 例, 其中显效 17 例, 有效 9 例, 无效 4 例, 有效率为 86.7%。

三组药物控制餐后 2h 血糖的有效率: ①使用二甲双胍的总病例数为 42 例, 其中显效 17 例, 有效 13 例, 无效 12 例, 有效率为 71.1%; ②使用瑞格列奈的总病例数为 25 例, 其中显效 13 例, 有效 11 例, 无效

1例,有效率为96.9%;③使用吡格列酮的总病例数为30例,其中显效16例,有效12例,无效2例,有

效率为93.3%。
2.2 成本效果分析

三组药物控制空腹血糖的成本效果分析见表1

| 表3 | 成本 | 空腹有效率 | C/E | △C/△E |
|------|--------|--------|------|-------|
| 二甲双胍 | 22.54 | 80.90% | 0.27 | |
| 瑞格列奈 | 505.12 | 92% | 5.49 | 43.47 |
| 吡格列酮 | 202.4 | 86.70% | 2.33 | 31.01 |

三组药物控制的餐后2h血糖成本效果分析见表2

| A | 成本 | 空腹有效率 | C/E | △C/△E |
|------|--------|--------|------|-------|
| 二甲双胍 | 22.54 | 71.4 | 0.32 | |
| 瑞格列奈 | 505.12 | 96% | 5.26 | 19.62 |
| 吡格列酮 | 202.4 | 93.30% | 2.16 | 8.21 |

3 讨论

从表1可知,降低空腹血糖时三种药物的总有效率直接的差别无统计学意义,从药物经济学观点考察药物A为最优选择。从表2可知,药物B、C与药物A之间总有效率统计学差异显著,而瑞格列奈在二甲双胍基础上增加单位效果需多花19.62元,而吡格列酮只需8.21元,从药物经济学观点考察药物C为最优

选择。

参考文献:

[1]曾仁杰等.4种治疗高血压的血管紧张素转换酶抑制剂成本效果分析[J].中国医院药房杂志,2002,20N20

[2]丁红铃,程利民.二甲双胍对老年型糖尿病患者疗效及安全性评价[J].东南国防医药,2005,7(2):112

编号:ZZ-10041232(修回:2010-04-06)

(上接102页)

稍濡不数。连进三剂后已收显效,上方减黄芩、滑石用量。去通草、猪苓、大腹皮、青蒿加扁豆15g,陈皮15g,砂仁10g,继服二剂而愈。

3.2 患者乙,女,50岁。首诊时发热,体温38℃,头昏、身痠楚微痛,少量出汗,脘痞纳差,舌质淡红,苔黄白相兼而微腻,脉濡稍数,给以新加香薷饮加藿香、薄荷一剂。二日后复诊,发热更甚,体温39.3℃,汗出多,汗出热稍减,继而复热,头昏且胀,身痛尤甚,脘痞不思食,口渴而不多饮,小便短赤,苔黄厚腻而略干,脉濡数。诊断:湿温病。辨证:患者病发于夏秋,感时令之邪,化热入里,蕴蒸不化,胶着难解,外困肌表,内阻中焦,治以苦寒芳香,清化中焦,淡渗分利,疏导下焦,方用黄芩滑石汤加味。黄芩20g,滑石30g,白蔻仁15g,薏苡仁30g,通草10g,猪苓15g,茯苓皮20g,大腹皮15g,青蒿20g,薄荷10g,桔梗10g,枳壳15g,甘草5g,初服一剂后,发热稍退,体温降至38℃,身痛减轻三分之二,汗出亦减少,

头微觉清爽,厚黄而腻之苔略化,但仍脘闷不思食,口干而不饮,服药见效,仍守原方加减。黄芩20g,滑石30g,猪苓15g,白蔻仁15g,茯苓20g,藿香20g,半夏20g,薏苡仁30g,枳壳15g,青蒿20g,陈皮20g,谷芽20g。二剂后,发热尽退,身痛全除,精神清爽,头已不昏胀,脘腹亦觉舒畅,知饥思饮食,脉平和,苔薄白欠润。湿热之邪已清化,但犹恐余邪未尽,治仍宗清化,方用温胆汤加石斛、花粉、扁豆、谷芽,继进二剂而愈。

4 笔者体会

先贤之论著,为后世学习遵循,但前人著书立论因历史条件所限,其观点和认识难免片面局限,虽圣贤亦千虑一失。因此,我们学习古人之著,运用古人之方,不应一意墨守旧规,人云亦云,当以科学的态度、实事求是的精神,吸取精华,修正谬误,待兴的中医事业方能真正弘扬发展。

编号:ZZ-10041215(修回:2010-04-21)

浅谈医院中药饮片如何储存保管

How to manage Chinese herbal medicine

王 欢

(沈阳市铁西区中医院, 辽宁 沈阳, 110024)

中图分类号: R282 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0105-02

【摘要】 中药饮片贮存保管是否得当, 直接对药物质量产生影响, 本文在中药仓库的建筑要求, 中药的分类储存, 以及中药饮片的在库检查三个方面浅谈一下中药饮片在医院的贮存保管。

【关键词】 中药饮片; 贮存保管

中药饮片是祖国传统医学用于防病治病的重要工具, 其贮存保管是否得当, 直接对药物质量产生影响, 进而关系到临床用药的安全与有效。中药大都含有淀粉、糖类、蛋白质、脂肪油、维生素、鞣质等成分, 如果贮藏不当, 易发生霉烂、虫蛀、走油、变色等变质现象, 不仅给医院经济上造成很大的损失, 更严重的是使中药疗效降低, 甚至完全丧失药用价值。因此研究中药科学保管, 对保证患者用药安全, 减少药材损耗具有重要意义。本文就以下三个方面浅谈一下中药饮片在医院的贮存保管。

1 中药仓库的建筑要求

中药仓库的修筑除应符合一般仓库的建筑要求外, 尚应特别注意下列几点要求:

- 1.1 仓库的地面、墙壁应隔热、隔湿, 以保持室内的干燥, 并减少库内湿度的变化。
- 1.2 通风性能良好, 以散发中药材自身产生的热量, 又是保持干燥的良好条件。
- 1.3 密闭性好, 避免空气流通而影响库内的温度和湿度, 同时对防治害虫也有重要作用。
- 1.4 建筑材料, 能抵抗昆虫、鼠的侵蚀。
- 1.5 避光, 避免直接阳光的照射。
- 1.6 冷藏, 建立冷藏库房。

2 中药的分类储存

中药的分类储存就是把入库的中药按不同的性质特点分类存放, 也就是根据药物的特性适应这种不同的仓位条件, 保证药品质量, 这是仓储管理的一项有效的措施。中药分为植物类、动物类、矿物类。

2.1 植物类药材: 又按药用部分分为根、茎、叶、花、果实、种子、树脂类等, 每一类各有特点, 将药材分类存放, 便于库房安排和出入库管理, 同时又可根据每类药材的特点采取不同的管理措施。如植物类属重点养护的如山药、党参、当归、黄芪、甘草、杏仁等

最容易虫蛀、霉变、泛油、变色, 贮存这些药品的仓库应干燥、凉爽、四周整洁, 平时温湿度管理严格, 具有熏蒸的条件和设备。花类中药具有各种不同的色泽和芳香气味, 容易褪色和散失气味, 严重的还会发霉生虫, 贮存花类药材的关键要防受潮, 故必须严格控制湿度。全草及地上部分品种, 一般不易发生变化, 可以储存在一般性仓库内, 但草药怕潮湿、风吹, 因此必须盖严隔潮, 不使它遭受雨淋、风吹、日晒。盐腌品中药材具有潮解溶化和含盐分的特点, 故这类药材应集中储存在阴凉仓库内, 采取防潮措施, 控制潮解, 必要时使用吸潮剂。

2.2 动物类药材: 主要有皮、肉、骨、甲和蛇虫躯体, 它们极易生虫和泛油, 并具有腥臭气味, 可采取小仓库专门储存, 同时必须有通风设备, 防治虫害所进行的熏蒸要比一般库房多 1~2 次, 也可与大蒜、花椒同贮。

2.3 矿物类药材: 体积小、重量大, 该类药不生霉、虫蛀, 较易存放, 可放在低矮、洁净的库房。

2.4 其他: 还有特殊类型药材的贮存保管。

2.4.1 细(稀)贵品种: 如人参、西洋参、冬虫夏草、西红花、麝香、牛黄等, 由于经济价值高, 保管应有安全可靠的设备, 严格管理。

2.4.2 易燃品种

如硫磺、火硝等应按照消防管理要求储存在安全地点。

2.4.3 毒性药材

应根据国家关于毒性药品管理条例, 毒性中药材必须由具备资格的药学技术人员专人负责管理, 建立健全验收、保管、领发、核对等制度, 同时, 毒性中药外包装上必须印有毒药标志, 标示量准确无误。

3 中药饮片的在库检查

(下转 114 页)

浅谈《医宗金鉴·妇科心法要诀》四物汤临床运用

Clinical application of the Siwu decoction in *Yi zong Jin jian*

郭竞先

(河南省中医学院第一附属医院, 河南 郑州, 450003)

中图分类号: R289 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0106-02

【摘要】 四物汤由熟地、当归、川芎、白芍四味药组成, 其功用主要是: 补血、和血而调经。妇女以血为用, 故四物汤在妇女经带胎产诸病中运用广泛。《医宗金鉴·妇科心法要诀》中认为: 四物汤是妇女经产一切血病的通用方剂。

【关键词】 《医宗金鉴·妇科心法要诀》; 四物汤

1 四物汤调和气血, 从气血论治妇科疾病。

1.1 四物汤方义分析: 四物汤出自《太平惠民和剂局方》, 由熟地、当归、川芎、白芍组成。方中熟地为君, 甘、微温, 归肝、肾经, 滋养阴血, 补肾填精; 当归为臣药, 甘、辛、温, 归肝、心、脾经, 补血养血, 活血调经; 白芍苦、酸、甘、微寒, 归肝、脾经, 养血益阴, 川芎辛、温, 归肝、胆、心包经, 活血行气共为佐药。熟地、白芍阴柔补血, 当归、川芎为血中气药, 四药配伍补血而不滞血, 行血而不伤血, 温而不燥, 滋而不膩, 共奏补血调血之功。

1.2 妇女以血为用的生理特点

《灵枢·五音五味》篇: “妇人之生, 有余于气, 不足于血, 以其数脱血也。” 妇女以血为用, 冲为血海, 任主胞胎, 乃血之所生, 胞之所系。心主血, 肝藏血, 脾统血。心血量充足, 肝调节、脾统血功能正常, 冲任气血调和, 则诸病不生。四物汤从心肝脾论治, 调理冲任气血, 可治疗妇科经带胎产诸病。

2 《医宗金鉴·妇科心法要诀》中四物汤以血虚为本, 广泛应用于妇科疾病。

2.1 月经病中加减运用, 化裁灵活。

《医宗金鉴·妇科心法要诀》调经证治篇: “妇女血病主四物, 归芎白芍熟地黄。血瘀改以赤芍药, 血热易用生地黄。表热有汗合桂草, 表热无汗合麻黄, 少阳寒热小柴并, 阳明热合调胃汤。” 对于月经先期, 因实热迫血而致者, 用四物汤加黄芩、黄连清热和血; 因阴血不足, 虚热内扰而致者, 用四物汤加地骨皮、丹皮以凉血和血; 血量多而无热症者, 用四物汤加阿胶、艾叶以养血止血; 血量多而因于热者, 用四物汤加黄芩、白术以清热养血; 经血涩滞不畅, 量少而色赤者, 用四物汤加姜黄、黄芩、丹皮、香附、元胡清

热通经以和血; 对于月经过期, 因气血凝滞不通, 腹部胀痛者, 可用四物汤加桃仁、红花、香附、莪术、肉桂、甘草、木香、木通, 名为过期饮, 以理气活血逐瘀调经; 经行发热兼有表症者用桂枝四物汤、麻黄四物汤来治疗; 经后发热因于血虚者用四物汤加黄芪、地骨皮名为六神汤, 以补血凉血; 对于经行身痛兼表症者用麻黄四物汤、桂枝四物汤来治疗; 无表症而身体疼痛者用四物汤加羌活、桂枝名为羌桂四物汤, 以疏通经络; 对于经行吐衄属经前内热迫血妄行吐衄者, 用四物汤加黄连、黄芩、大黄名为三黄四物汤, 以泻热止血; 对于崩漏的治疗, 因失血过多者用胶艾四物汤来补血止血。

2.2 胎前产后, 补血安胎, 滋阴养血益母。

安胎审宜调治中《医宗金鉴·妇科心法要诀》认为: 血虚者用四物汤。如胞阻胎动者, 用延胡四物汤和血止痛以安胎, 腹腰痛甚防坠胎, 胶艾四物杜酒葱; 转胞者举胎救急丹溪法, 四物升麻参术陈。胎漏下血多因热, 四物阿胶梔侧苓, 若是尿血膀胱热, 四物血余共茅根; 胎伤腹痛血未下, 圣愈加杜续砂; 产后恶漏不下由于血虚者用圣愈汤补血益气; 产后心胃痛见大便燥结小便赤兼热饮冷者, 用四物汤合调胃承气汤攻积泻热; 产后遍身疼痛荣不足, 血瘀面唇多紫胀, 四物秦艽桃红没; 产后筋挛无汗养荣兼散邪, 四物柴瓜桂勾藤; 产后发热多血伤, 大法四物加炮姜, 头疼恶寒外感热, 四物柴胡葱白良; 往来寒热阴阳格, 柴胡四物各半汤; 产后乳汁不行血虚乳少者, 可用四物汤加花粉、王不留行、木通、猪蹄以补血通气。

2.3 带下及前阴病中和血补血而调冲任、治疮疡。

《医宗金鉴·妇科心法要诀》带下证治篇“带下胞 (下转 112 页)

高效液相色谱法测定紫杉醇的含量

Content of high performance liquid chromatography determination taxol

戴震 孙夏荣

(南京市药品检验所, 江苏 南京, 210015)

中图分类号: R284 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0107-02

【摘要】 目的: 建立高效液相色谱法测定紫杉醇注射液中的含量。方法: 采用高效液相色谱法, 以硅胶微球键合五氟代苯基为固定相, 流动相为乙腈-水 (35:65), 检测波长为 227nm。结果: 紫杉醇在 10ug/ml ~ 100ug/ml 的范围内, 线性关系良好 ($r=0.9990$), 平均回收率为 101.14% (RSD=0.52%)。结论: 该方法与 C18 柱比较灵敏、准确、回收率高, 适用于紫杉醇的质量控制。

【关键词】 高效液相色谱法; 紫杉醇; 含量; 五氟代苯基固定相

紫杉醇系由红豆杉属植物树皮和树叶提取并开发的一种天然抗癌新药^[1], 特别对卵巢癌、乳腺癌及黑色素瘤有很好的疗效^[2], 为了控制紫杉醇注射液的质量, 笔者建议采用此方法测定紫杉醇的含量, 该方法准确, 灵敏, 重现性好, 完全满足质量控制要求。

1 仪器与试剂

戴安 p860 液相色谱仪; 试药: 紫杉醇对照品 (中检所 111534-200202), 紫杉醇注射液 (市售); 乙腈为 HPLC 级, 甲醇、冰醋酸为分析纯 (南京化学试剂有限公司), 水为重蒸水。

2 方法与结果

2.1 色谱条件

色谱柱 Chromega PFP (250×4.0mm 5um), 流动相为乙腈-水 (35:65), 检测波长为 227nm, 柱温 35℃, 进样量 10ul。

2.2 标准曲线的制备

精取称取紫杉醇对照品 10mg, 置 50ml 量瓶中,

用溶剂 (冰醋酸 0.2ml 加甲醇至 1000ml) 适量, 振摇, 溶解并稀释至刻度, 配置成浓度为 200ug/ml 的储备液。用溶剂将储备液配置成 10、25、50、75、100ug/ml 的系列浓度按“2.1”项下的色谱条件进行操作, 以浓度作为横坐标 (X), 峰面积为纵坐标 (Y), 绘制标准曲线, 计算得回归方程为: $Y=2.4683 \times 10^3 X - 1.458 \times 10^3$, $r=0.9990$ 。在 10~100 ug/ml 的范围内具有良好的线性关系。

2.3 精密度试验: 将对照品储备液配置成 50ug/ml 的浓度, 重复进样 6 次, 通过标准曲线计算含量, 测得 RSD 为 0.42%, 表明该方法精密度良好。

2.4 回收率试验

采用加样回收法, 在已知浓度的紫杉醇注射液中, 分别按高中低三个浓度定量加入紫杉醇对照品适量。按上述方法进行试验, 记录色谱图, 测定其峰面积, 计算回收率, 计算回收率, 结果见表 1-1, 表明本方法回收率较好, 能满足测定要求。

表 1-1 加样回收率测定结果

| 浓度水平 | | 加入量 (ug) | 测得量 (ug) | 回收率 (%) | 平均回收率 (%) | RSD |
|------|---|----------|----------|---------|-----------|------|
| 低 | 1 | 191.4 | 192.35 | 100.5 | 101.14 | 0.52 |
| | 2 | 191.4 | 194.86 | 101.81 | | |
| | 3 | 191.4 | 193.28 | 100.98 | | |
| 中 | 1 | 240.8 | 242.34 | 100.64 | | |
| | 2 | 240.8 | 245.42 | 101.92 | | |
| | 3 | 240.8 | 243.69 | 101.2 | | |
| 高 | 1 | 284.6 | 286.39 | 100.63 | | |
| | 2 | 284.6 | 289.02 | 101.55 | | |
| | 3 | 284.6 | 287.53 | 101.03 | | |

(下接 109 页)

医院药学的现状及发展

Status and development of hospital Pharmacy

戴立东

(湖北省黄梅县人民医院, 湖北 黄梅, 435500)

中图分类号: R288 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0108-02

【摘要】 医院药学是医院中的一项重要工作, 对于维护医疗安全, 保证医疗质量具有重要的作用。医院药学包括了正常的药品采购、养护和发放, 随着药学工作的不断发展, 医院药学已经向高度专业化的临床药学发展。在这关键时刻, 我们对医院药学的现状及发展进行了探讨。

【关键词】 医院药学; 医疗质量; 现状及发展

医院药学是现代医疗工作的重要组成部分。随着现代医学模式的转变, 使医院药学出现了一个划时代的发展。许多医院在调剂、制剂、药品保管和药品检验的基础上, 拓展了临床药学和药学信息服务两项业务, 形成了医院药学运行系统。医院药学工作由被动型服务向主动型服务转变, 由传统的保障供应型向技术服务型转变, 由以对“物”的管理为主向以患者合理用药为中心的管理转变。大多数医院药学工作已取得了很大成绩, 但横向比较来看发展滞后, 面对挑战显得软弱无力。

1 医院药学的现状

1.1 观念陈旧, 学术地位未能确立

现在大多数医院药学工作存在重制剂生产管理, 重药品采购供应, 重实验室工作, 轻药物治疗, 轻药师能力, 轻继续教育的“三重三轻”现象。不够重视医院药学学术内涵建设和基础建设。强调传统经验和个别经验强调多, 而对新理论、知识、技术、方法的研究吸收和采用少, 对改革开放中的政策变革给医院药学工作带来的影响一般议论比较多, 深入研究和措施少, 这一切都制约了药剂科专业技术和学术的发展。

1.2 基础设施和设备条件差

大多数医院均达不到各类药品的贮存要求, 它们的药品库房、贮药容器、温湿度控制和安全设施等均十分落后。药检室和临床药学实验室根本就是形同虚设, 无法开展正常工作。目前对医院药学的分类主要有三种分别是: 单纯供应型、技术型、科研教学型, 绝大多数医院尚且还停留在调剂为中心的单纯供应型阶段, 与现代化医院形成了较大反差。常此以往, 医院药学与医院其他学科的距离将越拉越大。

1.3 体制、机构不顺, 管理滞后

近 10 年来, 药学界许多人士已多次指出了现行医院管理体制及其设置的弊端, 呼吁成立药学部。然而对大多数医院, 仍然维持着原有的制度, 以致严重制约了学科的分化发展。同时, 由于大多沿袭传统的经验管理和粗放管理, 缺乏与外界的沟通, 以致资料不全, 信息不全, 有的虽已引用计算机, 但一般仅用于门诊划价和药库调拨管理, 功能单一, 对药剂的质量控制大多依赖感官, 无法达到定量要求。

1.4 药剂人员的整体素质偏低

由于医院药学工作内容对人员的素质要求不高, 导致许多医院对药师必要的进修不重视, 使得医院药剂人员学历结构、职称结构偏低, 知识面过窄, 缺乏必要的基础医学和药物治疗学方面的知识, 缺乏与医师和患者沟通的共同语言和能力, 不能主动地参与药学保健服务工作, 满足不了现代药学对知识多元化的要求, 这导致医院部分药剂人员不思进取, 服务态度不热情等问题的出现, 严重影响了药师队伍的整体素质。

2 改善医院药学的发展对策

2.1 加强学习, 提高药剂师的整体素质

医院药学是一门综合性的学科。要适应现代医院药学的发展, 药师要不断掌握新的药学知识, 专业理论以及相关的基础理论。提高知识结构的调整、技术更新、业务水平。定期进行自我培训、专题进修, 参加有专业的学习班。此外通过继续教育提高药学人员的学历层次, 完善知识结构, 有计划地抽调在职医院药师接受知识补缺和更新的系统培训, 提高医院药师的整体素质; 同时注重在临床实践中培养临床药师, 增强药剂人员的科研能力和实践能力。

2.2 使药房服务模式市场化, 扩大经济效益

医院药房的窗口式服务在药学发展的今天,已不能满足广大患者的需要,并且已经显现出一些不利之处,它拉大了患者与药剂师的距离,不便于和患者之间的交流与沟通。建立零距离的调剂服务模式,不仅符合广大患者求医问药的迫切要求,又顺应了现代药学服务的发展趋势,也缩短了药师与患者之间的心理距离,增进了相互间的信赖,提高了透明度及工作效率。建立零距离的调剂服务模式能充分发挥药师与患者的主观能动性。这种模式具有市场化,人性化和专业化的特点,以及具备积极主动性,协调参与性和直观性等方面的优势,所以能给医院带来更大的经济效益。

2.3 尽快建立临床药师服务制度

随着医院药学管理的不断发展,许多医院药剂科已经实现了微机化管理。药剂科的物流管理工作应该尽快走向临床一线,直接服务于患者。目前我国绝大

多数医院的临床用药都是医师的个人行为,给药方案缺乏药师的参与和监督。住院患者几乎所有的药品都是由护士配制、操作和使用的,在药物使用的最后一个环节,药师没有发挥应有的作用。所以,应尽快建立临床药师服务制度,以保证临床用药的安全、合理、有效。

3 总结

综上所述,医院要使药剂科成为医院中服务质量好、科技含量高的重要科室,作为医院药学人员,应根据各自实际,确定相应对策措施,将医院药学工作向规范化、标准化、科学化和现代化的方向发展。

参考文献:

[1]蔡小艳.医院药学的现状及思考[J].白求恩医学院学报,2004,2(3): 188-189

[2]刘波.医院药学发展新趋势[J].江苏药学与临床研究,2004,12(2):44-45

编号: ZZ-100412141 (修回: 2010-04-21)

(上接 107 页)

3 讨论

本方法采用 5-氟苯基柱,从而改善了与紫杉醇结构类似的杂质 7-表-10-去乙酰基紫杉醇的分离效果,二峰能获得良好的基线分离,而原来采用的 C18 柱的高效液相色谱方法,紫杉醇和杂质很难做到基线分离,常常被共洗脱^[3-4]。

实验中采用乙腈作为流动相,结果表明紫杉醇峰形良好,未发生拖尾现象。

通过测定的结果表明,本方法可用于高效液相色谱

谱法测定紫杉醇中含量的测定,该方法重现性好,灵敏度高,可用于紫杉醇注射液的质量控制。

参考文献:

[1]魏昌华,姚春芳,等.新型抗癌新药-紫杉醇[J].中国药学杂志,1996,31,(5):262

[2]林秋婕,陈赞民.顶空气相色谱法测定紫杉醇注射液中乙醇的含量[J].中国热带医学,2007,7,(7):188-189

[3]张志强,田桂莲,等.固相萃取结合 HPLC 法快速测定紫杉醇的含量[J].中草药,1999,30,(3): 179

编号: ZZ-100412138 (修回: 2010-04-20)

假中成药多非法添加化学物质

3月29日,国家食品药品监督管理局曝光了44种补肾壮阳类与降糖类假中成药。经检测,这些中成药中大多非法添加了化学物质。

这些假药是药监部门在2009年中成药专项检查和抽验工作中发现的,其中标示为广西禅方药业有限公司生产的补肾益脑胶囊(批号:090501、090301)非法添加了化学物质伐地那非。国家食品药品监督管理局已责令对这两个批号的补肾益脑胶囊按假药查处,并要求凡标示为广西禅方药业有限公司生产的补肾益脑胶囊的其他批号产品停止生产销售,责令生产企业召回。

国家食品药品监督管理局另外曝光了43种假冒中成药产品(具体名单和批号见国家食品药品监督管理局网站),主要有锁阳固精丸、参茸丸、补肾丸、苁蓉补肾丸等。药监部门在检查中发现,这些假冒中成药主要有3种情况:产品标示的生产企业并不生产此品种;产品标示的生产企业虽有此品种,但无此批号;产品标示的生产企业生产此品种和有这些批号,但经核查不是该企业生产。

据悉,各地药监部门将对涉药单位开展全面检查,一旦发现这些假冒产品,将立即采取查封扣押措施,按照假药依法查处。国家食品药品监督管理局有关负责人表示,对查出经营上述假药的药品经营企业,药监部门将进行调查,查清其产品的来源。违法情节严重的企业,将被撤销《药品经营许可证》。

(王乐民//健康报)

太极拳对改善大学生心理健康状态的研究

A study on effects of Taiji on improving the mental health of college students

鄢行辉

(福建中医学院体育部, 福建 福州, 350108)

中图分类号: R455 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0110-03

【摘要】 太极拳运动是我国传统体育项目之一, 是一种符合人类心理、生理特点的科学健身养生方法。通过对部分练习太极拳不同年限的大学生心理健康状况进行评量, 结果表明: 太极拳独特的运动形式, 能有效地改善学生的心境状态, 对大学生的心理健康有显著的影响。

【关键词】 太极拳; 大学生; 心理健康; 作用

随着现代社会的高速发展, 虽然很多人大学生并未表现出医学上的生理疾病, 但由于长期处于高压、高负荷的学习状态, 其身心平衡已经受到极大的威胁。如何保持大学生身心健康已经成为一个亟待解决的问题。通过作者近 20 年的传播太极拳实践观察, 发现太极拳除具有很高的健身价值外, 在调节心理健康状态方面也显示出了巨大作用和潜力。经过笔者长时间的观察与研究, 发现太极拳对人的心理健康状态的改善是综合性的, 是生理、生化、心理、社会以及太极拳本身特殊的运动方式共同作用的结果。本研究旨在探讨太极拳在改善和调节人的心理健康状态方面的机制, 从而证明太极拳是一套比较完整、科学有效、简单自然、轻松愉悦的身心调节体系。

1 对象和方法

1.1 对象: 对我校 2004 年~2007 年的 1000 名(男 480 名, 女 520 名)太极拳练习者的练拳心得资料进行整理分析研究。练习者中, 学生的平均年龄为 20 岁, 所有练习者的拳龄学生在 1 年, 每天坚持练太极拳拳 1 小时以上。练习内容为: 简化 24 式太极拳、32 式太极剑。在学练过程中, 我们重视对太极拳理论和中国传统文化的阐释, 并要求练习者坚持从“心情愉快、消除紧张状态、缓解精神压力、改善睡眠、改善思维、改善人际、改善性格、调节情绪、遇事沉稳、转变看问题的角度”等方面写练拳心得, 并不定期进行交流。

1.2 方法: 对福建中医学院 2004 年~2007 的 1000 名(男 580 名, 女 520 名)太极拳练习者进行调查研究。在心理健康状态调查中, 为了避免训练者刻意追求锻

炼效果, 采用单盲法, 让训练者以“心情愉快、消除紧张状态、缓解精神压力、改善睡眠、改善思维、改善人际、改善性格、调节情绪、遇事沉稳、转变看问题的角度”等为主要内容, 坚持写练拳心得(作者设计的格式)的方式进行, 要求每月至少写一次。评估者对训练者的“练拳心得”进行整理研究。

1.3 主要观察指标: 训练者的心情、紧张状态、精神压力、睡眠、思维、人际关系、性格、情绪、遇事沉稳、转变看问题的角度等的变化。

2 结果

2.1 参与者数量分析: 所有被调查者均按要求完成了测试, 所有“练拳心得”资料均符合研究要求。

2.2 练拳动因主要有: 身体虚弱, 想增强体质; 心理障碍, 调整与治疗; 学习太极拳, 掌握防身本领; 探索奥秘, 学习传统文化; 喜欢太极拳, 想拜师学艺。

2.3 对心理健康的影响

心理健康一般通过心理症状、情绪情感、认知功能等指标来体现。我们从被试者的练拳心得中选取与心理健康有关的 10 项指标: 心情愉快、消除紧张、缓解压力、改善睡眠、改善思维、改善人际、改善性格、调节情绪、遇事沉稳、转变视角, 对 1000 名练习者的原始资料进行整理统计, 结果如下:(表略)行动研究表明: 经过一段时间(3 个月以上)的系统的太极拳练习后, 所有的练习者均有心情愉快的感受; 所有学生练习者有改善睡眠、调节情绪等良好感觉, 90% 的学生练习者有消除紧张、遇事沉稳等良好感觉; 95.2% 以上的练习者都感到可以缓解生活和工作压力; 90.7

%的练习者都认为通过太极拳练习可以改善思维,这可能与太极拳的复杂运动形式对改善大脑的灵活性和均衡性有关;91.6%的练习者认为可以改善人际关系,原因是太极拳练习增加了人与人之间沟通和交往机会;通过太极拳拳理和传统文化的学习,85%以上的练习者认为,“能全面分析问题,转变了看问题的角度”,这对调节心态有非常好的促进作用,这可能与太极拳具有丰富的哲学内涵以及中国传统文化属于柔性文化对调节心态具有良好作用等有直接关系。

3 讨论

太极拳是一种运动量为中等强度(心率一般在100~145次/分),以松、静、柔、缓进行螺旋缠绕为运动方式的内家武功拳术。由于其独特的运动方式和以太极之理严格约束的练拳要求,对人体的健康及其有序化产生了巨大的促进作用。我们多年的行动研究表明,太极拳对人的心理健康促进作用不是单方面的,而是多方面综合作用的结果。其调节与改善人的心理健康状态的作用,可从生理作用、心理直接作用、文化形态影响和运动方式影响四方面阐释。

3.1 生理作用机制

传统体育养生的文化基础是中和之道、中庸之道、阴阳平衡、重视养性、认为“七情”太过会伤及“五脏”,讲究“恬淡虚无、精神内守”。并贯穿于整个功法的运动结构(前后、左右对称)、运动轨迹(势运圆道)、运动速度(缓慢均匀)、运动强度(微微出汗而不喘)、运动量(动勿过极)和其他所有的运动形式。这样我们在学练过程中就会受到其思想的熏陶,使人知足常乐,遇事不争强斗狠,不走极端,进而起到调养心神的作用。再者,其适宜的运动强度、全身活动的特点,也可使练习者体内产生“内啡肽”,使练习者心情愉悦。从而使练习者能够充分享受太极养生的练习过程。神经生理学和临床医学的研究表明:“从长期坚持习练太极拳者测出其脑电波中 α 波占明显主导地位,主峰突出, α 波频率同步化、有序化,大脑机能进入良好的觉醒状态,即“太极态”。在这种状态下,能使脑波 α 频谱能量增大,可促进机体产生一种使人快乐的“内啡肽”物质和儿茶酚胺物质。内啡肽具有吗啡样作用,能使人获得镇静、镇痛的效果和舒适、欢快的情绪感觉。其结果将使身心更加和谐,增强抵抗疾病和保持健康的能力,极大地调节、增强人体内脏功能及免疫功能,促成生长荷尔蒙、消除脂肪、使新陈代谢更旺盛、皮肤营养得到改善等等。而高水平的儿茶酚胺是与愉快和积极的心境状态相联系的,低水平的儿茶酚胺则可使人生产生抑郁感;大量的研究表明,人体的儿茶酚胺随着体育活动而增加。因此,

“太极态”能使人每天都精力充沛、气血通畅、自信从容,每天都充满阳光。

3.2 心理作用机制

美国学者Brown的研究表明在平常情况下,缓慢的身体练习可以影响到心境的状态,并降低焦虑的程度。传统养生体育锻炼非常着重心理的调整,主要通过“松”和“静”来调节精神。以太极拳为例,太极拳的技法特点是在松静、自然的状态下进行锻炼,没有剧烈运动的紧张感、疲劳感、不适应感,它形成的是一种悠然、轻快、宁静、专一的心境。练习太极拳时,要求心静体松,精神内敛,调整身形,以意导动,术语称其为“练气、练意、练身”,强调精神松静和意识的主导作用。这样可以使练习者既无大量的体力消耗,也无精神上的高度紧张。这种以心行气的练意活动,可以直接调节大脑皮层兴奋与抑制的转换,使大脑皮层运动区域的活动处于兴奋状态,其他区域因负诱导作用而处于抑制状态,通过变换大脑皮层的兴奋区域,不仅锻炼了大脑皮质高度集中,而且使大脑得到调节和休息。从而可以纠正由于大脑皮质高度兴奋产生的焦虑和失眠现象。另一方面,练习太极拳可把握自然的规律,掌握阴阳的化机,吐纳调气,形成形体和精神合而为一的松静自然的状态,修养心性,使情绪趋于稳定平衡。消除了心理的亚健康状态。太极拳通过“心与意合、意与气合、气与力合”内三合以及“以心行气、务令沉着”等练习要求,使练习者全神贯注在练拳过程之中,首先可以把许多负性情绪信息排除在意念之外,在切断心因性情绪的致病原因后,一些心身疾病(如紧张性高血压)即可迅速缓解。其次,通过这种运动行为的替代作用,调节练习者的情绪、诱发积极的思维和情感。重视内在精神,强调意识锻炼是太极拳运动特有的心理学特征。

3.3 文化形态影响机制

世界卫生组织认为约有80%的疾病与人的心理有关。太极拳其拳理是以太极思想为指导,老子主张“道义”,提倡凡事不应急躁,更不能逞凶斗勇。太极拳作为道义之拳,重德之拳,要求练习者只有深怀道义之心,多做对社会、国家、集体有益的事情,少索取,多奉献,不计较个人得失,不争名利,才能真正从思想深处解放自己,“致虚极、守静笃”,保持恬淡虚无状态。“拳虽武艺,得其正道,无往不宜”(陈鑫语),太极拳是正道,练习者从中可以悟出立身之本,做人之理,不断追求精神健康,道德高尚。心理研究表明,太极拳对改变精神质这一维度的性格特征有良好作用。本研究中的行动研究表明,随着练拳时间的增长,太极拳在矫正不良性格方面具有显著作用。

3.4 运动方式调节机制

从心理学上讲,意识影响着肌肉的收缩和舒张。如果意识上存有恐慌、焦虑、急切,要我们的肌肉如何放得松呢?练习太极拳的态度应认真、不懈怠,意识却要放下、不执着。太极拳五字诀第一曰心静。心静才能体松,心静才能气沉不懈。太极拳练习时通体放松静立,并非强制着不动,作出来的表面上的静止,强制着身体不动,而在内仍是心猿意马,结果大脑中枢神经得不到护养,更无法培养内劲。应先把心放下,恭敬至诚,排除杂念。心神泰然,自然之中出来真静。太极拳涵胸的要求,不是“东施效颦”式的缩胸,而是展眉落腮,面带微笑,开阔胸怀,虚怀若谷。太极拳的运动方式更为安全、可靠,在进行太极拳运动时,练习者下肢与地面柔和接触,可使肌肉及关节中的本体感受器所接受的刺激强度降低,从而使练习者可以更好地集中意识加强中枢神经系统对肌肉等运动系统的内在控制。实践证明,集体练习太极拳对练习者的心理健康有显著的积极作用。

4 结论

本研究结果反映出太极拳锻炼对大学生的心境产生了积极的影响,其中在改善强迫、抑郁、焦虑,敌对等方面有明显的的作用。能有效的干预大学生的心理

健康状态。“拳无拳,意无意,无意之中是真意”,这是太极拳对心理调节的最高境界。总之,习练太极拳可以使大学生身心得到完美发展和全面实现,塑造全面人格。丰富大学生的生活情趣,树立健康意识,从而影响和改变大学生的价值观念、行为规范、思维方式和情感方式,形成大众文化意识,营造和谐的社会氛围,推动社会积极健康的发展。

参考文献:

- [1]丁连元.传统养生体育与高校体育教学的研究[J].山东体育科技,2000,(3): 49-51
- [2]贺平.大学生心理“亚健康”状态的主要表现及教育对策[J].山东工业大学学报,2000 (1): 33-35
- [3]刘永峰.太极拳对大学生心理健康的影响[J].武汉体育学院学报,2000,(6): 108-109
- [4]骆军保,李义志.论体育活动对大学生心理健康的影响[J].体育科技 2005, (26):60-63
- [5]郑兆云,等.对民族传统体育与传统养生之道关系的探究[J].山东体育科技,2005,(21):110-111

个人简介:

鄢行辉(1968—),男,福建福州人,副教授,研究方向:民族传统体育。

编号:ZZ-10041226(修回:2010-04-19)

(上接 106 页)

中冷痛乃寒湿,四物附子桂姜宜,腥臭兼合知柏用,久滑升柴龙牡脂。”带下胞中冷痛属寒湿者,用四物汤加川附子、炮姜、官桂以逐寒祛湿;日久滑脱不禁者,加升麻、柴胡升举清阳,龙骨、牡蛎、赤石脂以收涩固脱;属湿热者,加知母、黄柏清热祛湿。

3 四物汤临床运用体会

四物汤做为治疗血虚为病的基础方,在《医宗金鉴·妇科心法要诀》中更是贯穿了治疗经带胎产诸病始终,可以说是治疗妇科诸病的基础方。在临床运用中四物汤讲究辩证,首辨寒、热、虚、实;虚则补之:气血虚多加人参、黄芪以益气养血;实则泄之,热则清之:实热多加黄连、黄芩、以泻热,虚热多加地骨皮、丹皮以凉血;寒则温之:寒者加川附子、炮姜、

官桂以逐寒;瘀则行之:血瘀者多加桃仁、红花以逐瘀;崩则敛之:或清热或活血或补血以止血;滞则通之郁则散之:或行气或化瘀以调理充任气血而疗经带胎产诸病。其次运用四物汤讲究原则:无论月经病、产后病、带下及前阴病或是术后,妇女均有亡血伤津的特点,四物汤补血和血而调经,顺应妇女以血为用的生理特点,其辩证施治奠定了四物汤调经基础方的地位。其治病求本,因人制宜,充分体现了中医治病的辩证论治在实际运用上的原则性和灵活性。

参考文献:

- [1]北京中医药大学.《医宗金鉴 妇科心法要诀白话解》[M].人民卫生出版社

编号:ZZ-10041236(修回:2010-04-03)

四提八纲统中西-诊断方面中西统一的理论与实践

Theory application of Siti Bagang in TCM and western medicine

徐志刚

(内蒙古赤峰松山中蒙医院, 内蒙古 赤峰, 024005)

中图分类号: R22 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0113-02

四诊-八纲-辨证, 是中医的诊断链条。由于其理论与实际在某些问题上脱节及其对某些问题的自圆其说, 导致现代科技诸如影像、化验、腔镜等等手段基本上被这个体系所排斥, 使得今天的中医封闭、僵化, 在客观上处于窘迫状态。提取古中医之精华, 更新其之理论, 提高其诊断准确性, 晓畅其临床实用性, 古为今用现代化, 已是今中医迫在眉睫之任务。具体化与抽象化、宏观化与微观化、整体化与部分化必须密切结合, 必须循环往复, 必须互相通达贯成一体, 才是符合客观实际的有意义的认识。

本人以三十一年之学医之龄, 二十八年的诊疗实践, 历经坎坷, 故敢不揣鄙陋, 以“四提八纲统中西”总结自己行医的理论实践。倘若见笑于大方之家, 望祈涵容指正。

1 四提八纲

八纲是古中医的辨证方法, 即表、里、虚、实、寒、热、阴、阳。把八纲归结为诊断的疾病的八个分类结果而用之, 有失妥当。

古人创建的八纲, 本质是对于病症进行思想分析的方法, 不是病症客观实在结果。第一: 表、里、虚、实、寒、热、阴、阳是对于一个疾病进行分析的四个方面八个思维方向的认识方法, 是对于一个疾病的四个不同方面、四个不同内容、四个不同目的的追寻和研究。对立统一规律告诉我们, 只有一分为二同时又合二为一, 才是正确的和符合客观事物本来面目的认识。所以一分为八以分言总, 却不能将八合一, 就是割裂事物本来面目, 就是片面。第二: 统一体中的本来的、互根的对立面, 一定不能脱离对方独立存在。“阴在阳之内, 不在阳之对”, 只要统一体还是原样的统一体, 病态的正邪统一也好, 健康的形神统一也好, 都不可以从理论上分而不合。

理论是这样, 实际也是这样。第一: 从来就没有现实的、真正严格意义上的、单一的、纯粹的表证、里证、虚证、实证、寒证、热证、阴证、阳证。第二:

任何一个治疗都不是单一的、针对一个方面的治疗。不管你理论上怎样解释, 客观药物作用和其他治疗方法, 都一定是针对四个方面的综合作用。

因此, 表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八纲, 是一分为二又合二而一的四个方面的统一体, 是用于疾病理论分析的方法, 是相对的思想性概念。八纲本来就没有客观的、现实的划分, 抽象性、思辨性、过程性是八纲的内涵。

那么, 疾病分析的客观结果是什么? 疾病分析的客观结果是对疾病四个方面的统一评价。这里我以“四提”命名之-网要纲束才有统, 纲要“提”起方得鱼。

何谓“四提”?

提, 为提挈, 为提纲, 为提取, 为把握。四, 为疾病客观存在的四个方面, 即表与里为病位, 虚与实为病因病机, 寒与热为病理状态, 阴与阳为预后转归。

“四提”, 就是提握八纲互为对立的两纲而求得四个结果即一提表里求病位, 二提虚实求病因病机, 三提寒热求病理状态, 四提阴阳求预后转归。四提统一即下判断, 而不去过度纠缠病名、证名、症状。具体性、现实性、结果性是“四提”的内涵。

这样, “四提”就完成了中医西医在疾病诊断方面的统一。

2 概述

2.1 提表里定病位, 就是对临床表现(症状、体征、实验室所见、影像学所见、腔镜所见……)进行表里的思辨, 得出解剖学、生理学意义上的病变部位结果。临床表现是材料, 表里思辨是思路、方向、方法, 病变部位是具体结果。

表, 表浅。里: 内里, 深在。表里是个相对概念, 是个分析思路, 分析得到的结果尽量用具体病位来表述。病位是客观的具体的形态结构机能活动的异常所在。务必要求得疾病发生于神经系、内分泌系、运动系、感觉系、免疫系、血液系、呼吸系、循环系、消化系、泌尿系、生殖系、气血、经络、三焦、卫气营

血、六经的相对的具体位置，越准越好。

2.2 提虚实定病因病机，就是对临床表现（症状、体征、实验室所见、影像学所见、腔镜所见……）进行虚实的思辨，务必求得病因病机学意义上的病因病机结果。临床表现是材料，虚实思辨是思路、方向、方法，病因病机是具体结果。

精气夺则虚，邪气盛则实。虚实是个相对概念，是个分析思路，分析得到的结果用具体病因病机来表述。务必要求得气、血、阴、阳诸虚损实情，求得六淫-物理的，化学的，生物的（细菌、立克次氏体、螺旋体、病毒、衣原体、支原体、艾滋病毒、性病）及疫疠（甲、乙、丙类传染病原体）诸因素的实情，求得饮食异常、劳累过度、寄生虫侵袭、野兽家兽伤害、跌扑、中毒、刃伤、触电、溺水、停痰、留饮、血淤、出血、赘骨、七情影响的具体结果。

2.3 提寒热定病理，就是对临床表现（症状、体征、实验室所见、影像学所见、腔镜所见……）进行寒热的思辨，得出病理学意义上的病理的结果。临床表现是材料，寒热思辨是思路、方向、方法，病理变化是具体结果。

寒是热能代谢衰减，热是热能代谢增强，这只是寒热的片面内容。中国文化常常有举一代全的借代法，以局部代表整体的语言表述是其惯用的表述方法。疾病引起的所有状态，“阴盛则寒，阳盛则热”，都要用寒热来称呼。寒热是阴阳失调的状态，说到阴阳就无所不包了，岂止是一个热能代谢的问题？因此，把寒热还原为（等同于）所有的病理状态才恰当。

寒热是个相对概念，是个分析思路，分析得到的结果用具体病理来表述。务必要求得代谢、遗传、营养、免疫过敏、变态反应、结缔组织病、衰老、亢进、减退、发热、炎症、穿孔、梗塞、梗阻、息肉、肿瘤、外伤、破裂、血液异常、栓塞、瘀血、痰饮、赘塞、出血、肿胀、水肿、缺氧、硬化、萎缩、囊肿、变性、脱髓鞘、高血压、高血脂、高血粘、高血糖、肥胖……

（上接 105 页）

药品质量检查是中药仓库保管中的一项重要工作，通过检查可以及时了解各类中药的质量变化情况，有利于采取防护措施，确保质量完好，它包括两个方面。

3.1 中药入库前的检查：如含水量、变质情况等，如发现含水量超过安全范围或发霉、生虫等，须经过适当处理后方可入库，这是保证不变质的前提条件。

3.2 中药入库后的检查：中药入库后要经常地定期不

的具体结果。

2.4 提阴阳定预后转归，就是对临床表现（症状、体征、实验室所见、影像学所见、腔镜所见……）进行阴阳的思辨，求得临床意义上的预后转归的结果。临床表现是材料，阴阳思辨是思路、方向、方法，预后和转归是具体结果。

疾病基本分两大类，一是器质性，二是机能性。其中机能性疾病中属于意识思维异常的部分叫做精神病。对于功能性器质性首要分辨，轻病重病胸中明了，易治难治心中有数，结局演变大略掌握，就是“善诊者，察色按脉先别阴阳”。

阴阳是相对的概念，是分析思路。对疾病用阴阳分析得到的结果，用预后转归来表述。务必要求得偏阴（不是无阳）、偏阳（不是无阴）、亡阴（不是阳全）、亡阳（不是阴健）、气色、脉象（心脏监护、血压监测）、舌象、精（体液监测）、气（呼吸监测）、神态、意识状况（脑、脊髓监测）的具体结果。

3 一切的理论都是为实践服务的，四提八纲的意义在于

第一：“四提”确定了，治疗措施就明确了，而不在乎病名、证名、症名，这就免去了名称所指上的中西差异。一个成功的治疗手段，必是针对“四提”的综合-归经（靶向）指向病位，攻补指向病因病机，清消下和温汗指向病理，制约治未病指向预后转归。依此原则制方遣药，将化学药天然药各以其性而用于病、证、症，相得益彰，扬长避短，效果明显。

第二：为中医的辨证理论与西医的诊断理论有机融合，使相对宏观的中医具体化，使相对微观的西医整体化，芟夷了中西医在一些无关大局方面的纷争，找到一条经得起实践检验的可行之路。

第三：明确寒热是病理变化（阶段性或/及总体性）结果的表述，使中医参考书教科书详于讲病因病机，略于讲病理状态填写一项空缺。

编号：ZZ-100412128（修回：2010-04-16）

定期检查，发现问题，及时处理，仓库保管员要对自己仓库的药品做到心中有数，药品出库宜坚持先进先出，先产先出，易变先出的原则。总之，医院中药饮片的储存保管必须根据中药品种、存量、季节、设备条件及医院的用药情况因地制宜，采用各种科学的储存保管方法，坚持“以防为主、防治结合”的原则，切实保证中药质量不受影响，保证人民的用药安全。

编号：ZZ-10041217（修回：2010-04-09）

医药营销代理制模式的几点思考

Thinking of pharmaceutical marketing

刘杰 钱俊青

(浙江工业大学药学院, 浙江 杭州, 310032)

中图分类号: R194 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0115-02 证型:

【摘要】 区域代理制是当前我国医药企业营销渠道结构的主要模式, 但由于其渠道结构过长, 渠道成员质量参差不齐, 销售行为缺乏约束, 导致存在诸多问题。针对这些问题, 本文探讨并提出了规模化、系统化和扁平化的结构优化建议。

【关键词】 医药; 营销; 区域代理; 规模化; 系统化; 扁平化

1 医药营销渠道模式的现状

目前在我国, 医药企业营销渠道结构主要包括三种模式: 直销模式、区域代理模式和招标模式。

直销模式是指企业不通过代理商, 直接向医院或药店乃至消费者进入销售的方式。由于法规不允许企业直接向消费者销售药品, 因此这里的直销是指药厂设立独立医药公司, 从事药品流通的方式。^[1]这种模式投入大, 难控制, 一般只有大型企业才可能采用这

种方式。

招标模式主要与医改相关, 多见于进入医院销售渠道的基本药物。由于招标品种少, 且一般为普药类, 并不适合大多医药企业。

所以区域代理模式, 是我国医药企业最主要的营销渠道。

1.1 区域代理渠道模式

表 区域代理制包括区域完全总代理制、区域分销总代理制和区域多家代理制, 具体特征如下所示:

| 种类 | 特点 |
|----------|--|
| 区域完全总代理制 | 药品生产企业在一定的市场范围内只选择一家医药公司代理分销自己的产品, 而且有关药品的宣传、推广、分销、返款等工作完全由这家医药公司完成。 ^[2] |
| 区域分销总代理制 | 药品生产企业在一定的市场范围内只选择一家医药公司代理分销自己的产品, 而且有关药品的宣传、推广、返款等工作完全由生产企业自己负责, 企业只利用代理商在医院的开户优势。 ^[3] |
| 区域多家代理制 | 药品生产企业在一定的市场范围内选择多家医药公司代理分销自己的产品, 而且有关药品的宣传、推广、返款等工作由医药公司负责。 ^[4] |

1.2 存在的主要弊端: 虽然不同的代理制方式, 其相应的成本和风险是不同的。例如区域总代理制由于缺乏竞争的垄断形式代理, 把握着生产企业资金回笼的关键环节, 容易产生“客大欺主”现象, 垄断总代理为获取更多利润, 压低药品生产企业出厂价, 致使生产企业面临困境。^[5]而多家代理虽然扩大了营销渠道的范围, 但是不同代理商的质量也大相径庭, 医药企业必须慎重选择并加强管理才能够比较有助于维护企业形象。且不同代理商之间若发生恶性竞争, 将会扰乱市场的价格秩序, 最终损害企业和消费者利益。

但是从总体上来说, 区域代理制渠道结构也存在

着普遍问题。

一是渠道的结构失衡, 渠道过长。同一种药品经过多级代理商的转手, 不仅药品运输的周期受到影响, 而且层层“盘剥”之后, 药品最终的销售价格远高出产品本身的成本。^[6]事实上, 任何一个中间环节的增加, 都意味着充斥更多一环的风险和成本, 也就相应增加了管理的复杂性。

二是缺乏约束, 销售行为不规范。营销渠道中的中间商基本上都是基于营销利益而与药品厂商进行合作。在合作关系建立后, 中间商的销售行为则非常随意。医药市场上同类产品的种类较多, 同一药品经常

被冠以不同的名称，哪一个厂商给予中间商的利润最多，哪种药品最有利可图，那么好中间商就愿意与谁合作，愿意卖哪一种药，从而使厂商与中间商之间的合作不确定性提高，^[7]变相增加了消费者的买药压力。

2 代理营销结构的优化建设

2.1 规模化

规模化建设是对现有各级代理商的根本性整合，形成若干市场占有率高。规模化是结构优化的前提。

目前我国的医药企业集中度较低，大量企业属于低水平的重复建设。据中国医药商业协会统计，目前我国医药商业企业几乎 90% 为小型企业，2006 年排在前三位的医药商业分别是国药控股、九州通集团有限公司和上海市医药股份有限公司，分别占全国市场的 8.83%、4.81% 和 4.55%，三家加起来仅占全国市场的

18% 左右。显然营销渠道并未实现有限资源的充分利用，带来了资源的浪费，效能的降低，所以合理并购尤为重要。发达国家的经验表明，一个行业中 70% 的市场份额掌握在少数几家公司手里，是最成熟稳定的。

并购行为在促进医药行业的经济发展特别是资源优化配置方面的功能是极为显著的。^[8]通过科学的兼并、收购等形式的产权重组，盘活沉淀那些利用率低下下的渠道资本存量，使医药营销渠道中的资本更多地流向效率较高的单位，进而实现了优势的集中和劣势的规避。虽然这在一定程度上对营销渠道中规模较小或管理不力的中间商产生了威胁，但从另一角度来看，也是优胜劣汰、长期良性循环发展的必然选择。^[9]

具体来说，规模化经营包含三个方面的共同推进，如下表所示：

表 医药渠道建设规模化经营的方向

| 方向 | 特点 |
|------|---|
| 医药企业 | 建立符合自身研发特点、以市场为导向的，拥有自主知识产权的跨地区性的医药集团， 提升企业的核心竞争力，防止受制于销售渠道。 |
| 营销渠道 | 缩短渠道的长度，规范渠道建设法律法规，规定渠道代理的级别限制，使渠道向扁平化发展。 |
| 销售终端 | 加大规范化连锁药店的建设力度，拓宽消费者的购买渠道， 增强销售终端的市场把握能力，实现连锁药店与医院的协调发展。 |

规模化的代理渠道将形成若干大型流通企业，瓜分大部分医药市场份额，而一批小的流通企业则分享剩余的市场份额。成为一种分阶梯又互补市场的渠道结构。不同阶梯的流通企业，占有不同的目标市场，彼此为互补关系；同一阶梯的流通企业，在同一目标市场中彼此竞争。

2.2 系统化

系统化是指从渠道结构设计观念上应把营销渠道与医药制造企业视为一个有机整体。系统化是结构优化的关键。系统化的渠道结构里，不同身份的企业均可作为渠道的领导者，从而构筑的从上游向下游制约或是从下游向上游制约的渠道结构。^[10]

比如著名的日用消费品大王-宝洁公司，作为一家生产企业，凭借强大的实力，从不同角度选择并管理控制分销商，又提供技术、资金、管理等方面的全力支持来帮助分销商做好消费者服务。^[11]

2.3 扁平化

扁平化是结构优化的真实目的，扁平化的实现是基于渠道结构的系统化和规模化的经营。渠道扁平化并不是单纯地减少中间层次，而是要减少分销渠道中不增值的环节和增值很少的环节，优化供应链。

扁平化过程中应当充分发展利用医药物流体系。务必使物流体系从最初的产品至终端用户全面贯穿，物流运作方式也需从传统的批发模式向供应链管理模

式发展，建立一种面向市场的供应系统，提高物流效率，减少中间物流环节，降低物流成本。

这里需要强调的一点是，扁平化不仅仅有利于终端消费者，同样有利于渠道中的其他成员。实际上，扁平化减少了许多中间代理商，降低了整体的医药产品流通成本，而把这部分节约的成本再进一步反馈给生产企业、流通企业和消费者，实现共赢的局面。

参考文献：

[1]朱道立.医药厂商的战略联盟是大势所趋[J].中国药业,2002,(01):23
 [2]张继焦等.分销链管理[M].中国物价出版社,2002.22-115
 [3]姬涛等.医药代表实战宝典[M].海洋出版社,2002.89-231
 [4]商界杂志社.中国经销商[M].四川人民出版社,2006.14-65
 [5]胡小璞.从相关费用分析看我国的医疗保障状况[J].中国卫生事业管理, 2005,(12):38
 [6]R. Arhelger; S. Turowski; J. Schneider. Tool for the management of literature documents in pdf format as in occupational medicine. Zentralblatt fur Arbeitsmedizin Arbeitsschutz und Ergonomie, Volume 58, Issue 2 ,2008:44
 [7]池爱军.浅议医药企业营销渠道的合理选择和管理[J].中国药业,2003,(03):42
 [8]芮新国.区域市场谋略[M].机械工业出版社,2007.98-157
 [9]美弗雷德·R·戴维.战略管理[M].经济科学出版社,2001.182-205
 [10]王治琦.论营销渠道创新[J].商业研究,2005,(13):56
 [11]连漪,梁健爱.基于渠道竞争力的培育研究[J].改革与战略,2005,(02):71

功能失调性子宫出血临床治疗分析

Clinical analysis of dysfunctional uterine bleeding

陈兰荣

(河南省新乡市长垣城关医院, 河南 新乡, 453000)

中图分类号: R339.2⁺2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0117-02 证型: AB

【摘要】 功能失调性子宫出血是常见的妇科疾病, 是指月经周期、经期、经量严重紊乱的疑难急重病证。功能失调性子宫出血按其发病机制可分为无排卵型功血和排卵型功血两大类。前者占 70~80%, 多见于青春期及绝经过渡期妇女; 后者占 20~30%, 多见于育龄妇女。无排卵型功血本文将根据自己的临床实践, 并分析总结治疗功能失调性子宫出血的方法。

【关键词】 功血; 治疗; 分析

功能失调性子宫出血属于异常子宫出血范畴, 当机体受内部和外界各种因素诸如精神紧张、情绪变化、营养不良、代谢紊乱及环境、气候骤变等影响时, 可通过大脑皮层和中枢神经系统引起下丘脑-垂体-卵巢轴功能调节或靶细胞效应异常而导致月经失调。

1 资料和方法

1.1 一般临床资料

诊断为功血的 96 例住院患者, 按发病年龄及治疗原则不同将患者分为两组, 青春期功血组 (I) 42 例, 发病年龄 14~17 (16.1±2.6) 岁, 分为治疗组 (n=24) 和对照组 (n=18); 围绝经期功血 (II) 54 例, 年龄 28~54 (41.8±4.6) 岁, 分为治疗组 (n=30) 和对照组 (n=24)。治疗组和对照组在身体状况、年龄、病程等方面具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 I 组患者出血量不大, 没有造成贫血者, 口服妊马雌酮 2.5mg/次, 1 次/6h, 48~72h 若出血不止, 则药量加倍。血止三天后, 每三天减三分之一量, 以 2.5mg/d 维持。对出血量较多, 已出现贫血者, 可选用苯甲酸雌二醇, 6~8mg/次, 2~3 次/d, 肌肉注射, 血止后每 3d 递减 1/3 直至维持量, 1 周后可停药。维持量时可用口服妊马雌酮 2.5mg/d, 期间给予口服铁剂, 增加营养, 以提升血红蛋白。期间复查血常规, 如血红蛋白 $>8.0\text{g/L}$, 加服安宫黄体酮 10mg/d, 停药后 2~7d 有撤退性出血。对血红蛋白 $<6.0\text{g/L}$, 可考虑输血。调整周期用雌孕激素序贯疗法作人工周期, 用 3~6 个周期, 对照组未做人工周期调经, 其余治疗与治疗组相同。

1.2.2 II 组患者首先行诊刮术、组织送病检, 排除子宫

内膜病变, 术后 2 周开始服安宫黄体酮 8~10mg/d, 连服 10d 停药, 让子宫撤退性出血, 以后每次阴道出血第 16 日开始服安宫黄体酮 6mg/d, 连服 10d 后停药, 3 个月为 1 疗程。对照组不行诊刮术, 用安宫黄体酮 8~10mg, 1 次/6~8h, 血止后每 3d 减量 1 次, 每次减原剂量的 1/3, 减至维持量 2mg/d, 20d 停药, 3~7d 后出现撤退性出血。出血后 2wk 开始服安宫黄体酮 8~10mg/d, 连用 10d 后停药, 3mo 为 1 疗程。

1.3 统计学分析

用 SPSS10.0 统计软件作 t 检验。

2 结果

2.1 疗效标准

①痊愈: 1 周内内止血, 1 个疗程结束后月经量、月经周期恢复正常且维持 3 个月以上, 基本体温双相或更年期妇女血止绝经; ②好转: 10d 内止血, 1 个疗程结束后月经量、月经周期虽恢复正常, 但不能维持 3 个月以上, 或月经量减少, 月经周期缩短, 基础体温双相或不典型双相; ③无效: 10d 内仍未止血, 或 1 个疗程结束停药后病情仍如以往发作。

2.2 疗效

I 组治疗组 24 例中痊愈 19 例 (79.17%) 好转 5 例 (20.83%); I 组对照组 18 中痊愈 10 例 (55.56%) 好转 3 例 (16.67%) 无效 5 例 (27.78%)。II 组治疗组 30 例中痊愈 25 例 (83.33%)、好转 4 例 (13.33%) 无效 1 例 (3.33%); II 组对照组 24 例中痊愈 15 例 (62.50%)、好转 5 例 (20.83%) 无效 3 例 (12.50%) 青春期和围绝经期功血治疗组痊愈率均优于对照组, $P<0.05$ 。两组总有效率比较, 无统计学意义。

3 讨论

3.1 功血临床表现：功血临床上表现为多种方式的子宫异常出血。主要有以下几种方式：①月经频发：出血间期少于21d。②月经过多：出血间期正常（21~35d），但是出血量大（>80mL）或者出血时间长（>7d）。③不规则月经过多：月经周期不规则，间隔非周期性，伴出血量大（>80mL）或者出血时间长（>7d）。④月经不规则或者月经间期出血：不规则出血发生在两个排卵周期之间。⑤月经间期点状出血：点状出血发生在排卵前。

3.2 功血的病因及发病机制：本病病因是由于机体内外任何因素影响了下丘脑-垂体-卵巢轴任何部位的调节功能，以致卵巢功能失调，性激素分泌失常，从而影响了内膜的周期性变化，出现一系列月经紊乱的表现。

3.3 青春期功血治疗以止血、恢复月经周期和促进排卵为原则，调整周期和促进排卵是防止功血复发的关键。围绝经期患者止血后以调整周期、减少经量为原则，激素治疗前要配合诊断性刮宫。病理诊断为子宫

内膜过度增生。通过刮宫手术去除过度增生的子宫内膜，有利于迅速止血，而且刮后组织送病检可排除子宫内膜癌前病变或子宫内膜癌，有利于妇科癌症的早发现、早诊断、早治疗，达到了即治病又防病的目的。

3.4 无论是青春期功血还是围绝期功血，服用性激素止血的时间，都要依据血常规血红蛋白情况，如果血红蛋白量>8g/L才可以停药使其撤退出血。

参考文献：

[1]张丽娜,孟安琪.孟安琪治疗青春期功血的经验[J].辽宁中医杂志,2009,(03)
 [2]刘蓉晖.46例青春期功血的疗效分析[J].医学理论与实践,2009,(03)
 [3]王艳荣.青春期功血患者的健康教育及效果观察[J].实用全科医学,2008,(04)
 [4]刘志宏.青春期功血中医治疗现状与展望[J].科技信息(科学教研),2008,(08)
 [5]房梅芳.妈富隆治疗58例围绝经期功血体会[J].中外医疗,2009,(04)
 [6]高敏.青春期功血的诊治进展[N].中国医药导刊,2008,(08)
 [7]郭晓峰.中学生青春期功血的诊断和治疗[J].当代医学,2009,(13)

编号：ZZ-100412143（修回：2020-04-22）

卫生部再推改进公立医院服务举措

卫生部继日前提出改善医疗服务5项具体措施后，日前再次发文提出10项举措，督促公立医院加强管理，落实患者安全目标，优化流程，改善群众看病就医体验。

—— 优化门诊流程。修订完善门诊管理制度，根据就诊病人数量和峰谷及时调配医疗资源。做好门诊和辅助科室之间的流程衔接，加强门诊各科室间的协调配合。

—— 改善住院、转诊、转科服务流程。对急诊入院患者实行由急诊科诊疗过渡入院或直接进入科室抢救与办理入院同步方式。加强转诊、转科患者的交接，对转科病员要做到内部精细化管理。对转院、住院病人提供预约服务，逐步实现转院诊疗服务从床边到床边、从社区到床边的标准化连续服务。

—— 加强急诊绿色通道管理。落实首诊负责制，与“120”建立联动协调制度，与社区卫生服务机构、乡镇卫生院建立急诊、急救转接服务制度。改善急诊绿色通道，建立创伤、急性心肌梗死、脑卒中等重点病种的急诊服务流程与规范，确保患者获得连续医疗服务。加强急诊检诊、分诊，及时救治急危重症患者。

—— 落实患者安全目标，推动医疗质量持续改进。严格执行查对制度，防止手术患者、手术部位和术式错误。落实临床药师制和处方点评制度，确保患者用药安全。落实医院感染控制和临床实验室“危急值”报告制度，防范医疗安全事件发生。

—— 开展重大疾病规范化诊疗，有效减轻患者负担。选择常见恶性肿瘤、肾功能衰竭、小儿白血病等发病率高、疾病负担重、社会影响大的疾病，制定符合基本医疗服务、基本医疗保障和基本药物供应原则的规范化诊疗指南，开展规范化诊疗试点工作。逐步建立病理远程诊断和会诊系统，解决县医院病理诊断问题。

—— 加强投诉管理，积极推进医疗纠纷人民调解，组织公立医院统一加入医疗责任保险，保障医患双方的合法权益。

—— 规范临床护理服务。提供与患者病情和生活自理能力相适应的护理服务，确保基础护理与分级护理措施落实到位，减少并逐步取消患者家属陪护。

卫生部还就医院加强精细化管理、提高服务效率，改革医疗收费服务管理与医保结算服务管理及坚持推进预约诊疗服务提出了明确要求。

（张灿灿//健康报）

浅论中西医的差异

The difference between TCM and western medicine

丁宏

(贵阳中医学院, 贵州 贵阳, 550001)

中图分类号: R22 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0119-02 证型:

【摘要】 文章从思维方式、治疗方式两方面浅析中西医的差异。提出在当下西医盛行的条件下, 中医现代化应积极吸取西医的可取成分, 结合自身的特色, 深入挖掘, 更好地为人类健康作贡献。

【关键词】 中医; 西医; 疗效; 比较

中医根植于中国古代传统文化, 是运用中国古代的阴阳五行学说, 以整体观念为主导思想, 以脏腑经络的生理、病理为基础, 以辨证论治为诊疗特色的医学理论体系。西医以古希腊文化为渊源, 主要是指在近代建立发展起来的, 以近代以来的物理、化学、生物学、数学等学科知识为依托, 运用实验、逻辑、数学等方法, 以解剖学、生理学、病理学、药理学、病原生物学等为基础的医学理论体系。中西医分别用不同的路径对人体、健康和疾病做出说明, 形成了各具特色的理论体系。二者存在如下差异:

1 思维方式的不同

1.1 中医接受的是中国传统的思想文化, 形成朴素的系统论思维

中医所接受的周易、道家、儒家等思想以及元气论, 认为世界的本原是一种混沌未分的原始整体, 通过分化产生出各部分而形成万物。周易讲“易有太极, 是生两仪, 两仪生四象, 四象生八卦”; 道家讲“道生一, 一生二, 二生三, 三生万物”, 儒家讲“礼必本于太一, 分而为天地, 转而为阴阳”。元气论讲气聚而成形, 形散而归之太虚, 气分阴阳, 阴阳交而生物等, 都认为世界万物的整体是本原的、先天的, 不可分解, 由整体分化出的部分是后天的、继生的, 是整体产生和决定着部分, 而不是相反; 是气的运化过程产生出形态结构; 世界万物如此, 人更是如此。中医接受这样的思想来理解和研究人的健康与疾病, 必然注重人的整体的本原性、不可分解性, 以“气化”、“气机”的功能过程为主线来研究生理病理, 以相互作用(阴与阳、正与邪、气的升降出入)为主线来研究病因病机, 形成朴素的系统论思维。

1.2 西医接受的是欧洲传统的思想文化, 形成还原论思维方式: 西方传统的思想文化以原子论和还原论为

代表, 认为“原子”是世界万物的本原, 它是分散存在的不可再分的最小物质颗粒, 世界万物都是由“原子”组合而成的, 因而是可分解的, 把事物分解、还原到“原子”, 就找到了事物的本质和终极原因。西医接受这样的思想发展为医学还原论, 遵循“原子—组合”观, 把人理解为由“原子”(或其化身细胞、分子、物质成分等)组合而成, 因而可以分解; 遵循“分解—还原”观, 认为整体的基础在部分, 宏观的基础在微观, 只要把整体、宏观向下分解、还原到部分、微观, 就能阐明整体、宏观; 遵循“本原—本质”观, 认为人的健康与疾病的最深本质和终极原因在于本原粒子, 只有分解、还原到微观的物质颗粒, 才能说明健康与疾病的本质和终极原因。

2 治疗方式的不同

中医强调辩证说, 中医有几句名言: 病向浅中医, 圣人治已病治未病, 不治已乱治未乱, 疾病在轻微时治疗最易愈, 花钱也最少。有些疾病, 在中医看来已经是病, 在西医看来还不是病—即检查不出有什么异常时, 使用中医治疗, 能够杜绝疾病向更深层次发展。比如功能性疾病—见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾。古人已经知道疾病会在脏腑间转移, 故先要提高将要转移的那个脏腑的免疫功能。故中医治疗肝胆常顾及胆, 治疗胆病常顾及到肝。此中包含联系的观点, 治病必求本, 虽然中医所说的一病因, 也许你会觉得没有科学性, 但我们可以把中医理论当作一种假说来看, 沿着这种假说探寻病因进行治疗确实能够取效。比如, 鼻出血, 用中医理论辩证原因为肺热时, 我们使用清肺热的桑白皮、白茅根治疗很快就能止血, 但如果用西医辩证病因属于虚寒性出血, 我们使用以上两味药止血不但没效, 甚至可能适得其反, 这时我们

(下转 122 页)

儿童近视眼的中西综合治疗法

Treating children's myopia in the integrative medicine

何细文

(湖南湘潭仁和医院, 湖南 湘潭, 411100)

中图分类号: R246.82 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 08-0120-03

【摘要】 少年儿童近视的发生,除了少数由于遗传等先天因素外,其余均为后天因素所致。因而假性近视和真性近视合并假性近视在少年儿童近视中占有较大比例,这就给少年儿童近视的可治疗性提供了理论依据。综合法是以益视按摩带按摩为主,以口服中药、全息穴群推拿为辅的一种综合治疗方法,对儿童近视治疗有显著效果。

【关键词】 儿童近视; 综合治疗

1 临床资料

1.1 一般资料: 入选病例 150 例,共 289 只眼其中男性 73 例,女性 77 例,年龄最大 14 岁,最小 6 岁,平均 9.59 岁。

1.2 病例入选标准

近视力正常,远视力低于 1.0,但能用凹球透镜矫正,

且近视屈光度小于一 1D 或远视力在短期内下降,使用阿托品麻痹睫状肌后,检影近视度数消失。前者为轴性近视(真性近视)为 1 组,后者为屈光性近视(假性近视)为 1 组,再按照就诊的先后顺序,用简单随机分组法分为治疗组 100 例,对照组 50。经统计学检验无异,具有可比性,见表 1。

表 1 临床资料

| 组别 | | 轴性近视 | | 屈光性近视 | |
|-----|------|------|----|-------|-----|
| | | 例数 | 眼数 | 例数 | 眼数 |
| 治疗组 | 脾胃虚弱 | 16 | 32 | 62 | 118 |
| | 肝肾虚弱 | 7 | 14 | 15 | 29 |
| 对照组 | | 12 | 24 | 38 | 72 |

2 治疗方法

治疗组: 患儿将益视按摩带(自制: 将益视按摩丸根据患儿眼眶大小,按眼针穴位的八区固定于按摩带的特定位置上)戴在眼部,每天按摩 1 次,每次按摩半小时。每隔 10d 服 5d 中药每天 1 剂。根据辨证分型,脾胃虚弱型服益视 1 号,肝肾阴虚型服益视 2 号。每 2 周做 1 次全息穴群推拿。2 周复诊 1 次。

益视按摩丸(自制): 主要组成: 生地、元参、红花、菊花等。将上药共研极细末,加工炮制成直径为 0.5cm 大小的水蜜丸,阴干备用。

益视散主要组成: 炒内金、青葙子、桑椹子、葛根等各等量研细末,备用。

益视 1 号主要组成: 伏神,炒白术,苍术,山药,焦三仙等,水煎,取益视散 3g 冲服。

益视 2 号主要组成: 枸杞子,旱莲草,覆盆子,菟丝子,车前子等,水煎。取益视散 3g 冲服。

全息穴群推拿,即取第二掌骨侧穴群,推拿手法

要做到用力均匀,稳妥着实,持久有力,使之达到轻而不浮,重而不滞,刚中有柔,柔中有刚,或刚柔相兼的程度。

对照组: 用耳穴压豆法,取 4 组耳穴,每周用一组穴,贴双侧耳朵,按压 5d,休息 2d,每天按摩 5 次,每次每穴按 20 下,4 周一循环。每周复诊 1 次。

耳穴: 1 组: 新眼 1、新眼 2、新眼 4、肝、眼。2 组: 新眼 1、新眼 2、目 2、枕、后眼 1。3 组: 新眼 1、新眼 2、目 1、肾、明亮。4 组: 新眼 1、新眼 2、新眼 3、额、后眼 2。

2 组均 3 个月为 1 个疗程。对 2 组患者治疗前后视力进行对比观察。

3 疗效评定标准

治愈: 视力达 5.0 以上。显效: 视力增加 3 级以上,未达到 5.0。有效: 视力增加 1~2 级。无效: 治疗前后无变化。

4 治疗效果

患者分别于治疗 1 2 个疗程后进行疗效统计, 总结如下:

4.1 总疗效 (见表 2)

治疗组 100 例共 193 只眼, 其中治愈 129 只眼, 占 66.8%, 显效 33 只眼, 占 17.1%, 有效 26 只眼,

占 13.5%, 无效 5 只眼。占 2.6%: 总有效率 97.4%。

对照组 50 共 96 只眼, 其中治愈 45 只眼, 占 46.9%, 显效 16 只眼, 占 16.6%, 有效 20 只眼。占 20.8%, 无效 15 只眼。占 15.6%; 总有效率 84.4%。

表 2 两组治疗总有效率

| 组别 | 总例数 | 眼数 | 疗效 | | | | 总有效率 (%) |
|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----------|
| | | | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | |
| 治疗组 | 100 | 193 | 129 | 33 | 26 | 5 | 97.4 |
| 对照组 | 50 | 96 | 45 | 16 | 20 | 15 | 84.4 |

注: 2 组患者疗效总有效率经统计学处理, $P < 0.01$, 差异有统计学意义, 证实治疗组的疗效明显优于对照组。

4.2 轴性近视 (见表 3)

治疗组 23 例共 46 只眼, 其中治愈 9 只眼, 占 19.6%, 显效 19 只眼, 占 41.3%, 有效 13 只眼。占 28.3%, 无效 5 只眼, 占 10.9%, 总有效率 89.1%。

对照组 12 例共 24 只眼, 其中治愈 2 只眼, 占 8.3%, 显效 6 只眼, 占 25.0%, 有效 8 只眼, 占 33.3%。无效 8 只眼, 占 33.3%。总有效率 66.7%。

表 3 两组轴性近视治疗总有效率

| 组别 | 总例数 | 眼数 | 疗效 | | | | 总有效率 (%) |
|-----|-----|----|----|----|----|----|----------|
| | | | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | |
| 治疗组 | 23 | 46 | 9 | 19 | 13 | 5 | 89.1 |
| 对照组 | 12 | 24 | 2 | 6 | 8 | 8 | 66.7 |

注: 2 组患者疗效总有效率经统计学处理, $P > 0.05$, 无统计学意义, 证实 2 种方法对轴性近视眼的治疗效果相差无几。

4.3 屈光性近视 (见表 4)。

表 4 两组屈光性近视治疗总有效率

| 组别 | 总例数 | 眼数 | 疗效 | | | | 总有效率 (%) |
|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----------|
| | | | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | |
| 治疗组 | 77 | 147 | 120 | 14 | 13 | 0 | 100 |
| 对照组 | 38 | 72 | 43 | 10 | 12 | 7 | 90.3 |

治疗组 77 例共 147 只眼, 其中治愈 120 只眼, 占 81.6%, 显效 14 只眼, 占 9.5%, 有效 13 只眼, 占 8.8%, 无效 0 只眼, 总有效率 100.0%。

对照组 38 例共 72 只眼, 其中治愈 43 只眼, 占 59.70%, 显效 10 只眼。占 13.9%, 有效 12 只眼, 占 16.7%, 无效 7 只眼, 占 9.7%, 总有效率 90.3%。

2 组患者疗效总有效率经统计学处理, $P < 0.01$ 。差异有统计学意义, 证实治疗组的疗效明显优于对照

组。

治疗组按辨证分型的治疗结果, 见表 5。

脾胃虚弱型 78 例共 150 只眼, 其中治愈 108 只眼, 占 2.0%。显效 25 只眼, 占 16.7%, 有效 17 只眼, 占 11.3%, 有效率 100.0%。

肝肾阴虚型 22 例共 43 只眼, 其中治愈 21 只眼, 占 8.8%, 显效 8 只眼, 占 18.6%, 有效 9 只眼, 占 20.9%, 无效 5 只眼, 占 11.6%, 总有效率 88.4%。

表 5 治疗组辨证分型疗效比较

| 组别 | 总例数 | 眼数 | 疗效 | | | | 总有效率 (%) |
|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----------|
| | | | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | |
| 治疗组 | 78 | 150 | 108 | 25 | 17 | 0 | 100 |
| 对照组 | 22 | 43 | 21 | 8 | 9 | 5 | 88.4 |

注: 2 组患者疗效总有效率经统计学处理, $P < 0.01$, 差异有统计学意义, 证实综合治疗的脾胃虚弱型的疗效明显优于肝肾阴虚型。

5 机理探讨

5.1 眼与五脏: 眼与五脏六腑的关系, 《内经》曰: “五脏六腑之精气皆上注于目而为之精”、“诸脉皆属于目”、“肝, 开窍于目”、“肝受血而能视”、“肝气通于目, 肝和则目能辨五色矣”、“心之合脉也……”、“诸脉者, 皆属于目……”、“诸血者, 皆属于心”。《兰室密藏》“夫五脏六腑之精气, 皆察受于脾, 上贯于目,

脾者诸阴之首也, 目者血脉之宗也, 故脾虚则五脏之精气, 皆失所司, 不能归明于目矣”。故眼视物辨色的正常发挥必须依赖于五脏六腑的精气的上行灌输, 心主血, 肝藏血而开窍于目, 心血充足, 肝血畅旺, 肝气条达时, 肾脏所藏的五脏六腑之精气, 就能借脾肺之气的转输和运化, 而循经脉输注于眼。

5.2 药物按摩: 益视按摩带按摩的穴位是彭静山教授

眼针疗法的眼穴共 8 区 13 穴：肺与大肠、肾与膀胱、上焦、肝与胆、中焦、心与小肠、脾与胃下焦。益视按摩丸作眼部的药物按摩，既取其滋阴、清热、明目之药性，又取其按摩穴位，改进眼部周围血液循环，调解周身之功效。按循经取穴原则，按摩眼穴的 8 区，具有调解五脏六腑、疏经活络之功效。

5.3 中药：益视散、益视 1 号、益视 2 号，是根据近视眼发病机理，多系禀不足，脾胃虚弱，肝肾阴虚及劳瞻视损伤及心脾，以致气血两虚，玄府郁闭，神光无以发越等特点而处方，从肝、心、脾、肾、气血调济机体功能，补先天之不足，调后天之失宜，促使食物中的营养物质被机体及眼部充分吸收，调节人体的新陈代谢。

5.4 全息穴群推拿：全息穴群推拿即第二掌骨侧穴群推拿，属于生物全息诊疗法中的第二掌骨侧疗法，此法疗效显著，理深法简，容易掌握，便于推广，无副作用。第二掌骨侧是以其对应的整体上的部位或器官的名称来命名的，这些穴位在第二掌骨侧的分布形式相同。第二掌骨节肢的近心端是足穴，远心端是头穴。穴位分布的结果，恰像是整个人体在这里的缩小。推拿手法要做到用力均匀，稳妥着实，持久有力，使之达到轻而不浮，重而不滞，刚中有柔，柔中有刚，或刚柔相兼的程度。通过推拿手法从局部及远端达到调节周身、健脾益肾、疏通经络之作用，促进局部血液

循环，以达阴阳互振，五脏同治之目的。

推拿完毕后，再对头部的太阳穴、百会、四神聪、率谷、风池穴进行点按，每穴约半分钟。促进局部血液循环，缓解眼肌疲劳，以便视力恢复。

6 讨论

笔者治疗近视眼曾使用的方法有针刺、按摩、耳压、梅花针等，总结下来，远期疗效均不太理想。三联综合法远期疗效均优于其他疗法，尤其对屈光性近视眼 100.0%有效，病程越短疗效越佳。半年回访，治疗组 100 例患者视力基本保持在治疗后的水平，对照组轴性近视 12 例、屈光性近视 23 例患者均反复，改为用三联综合法治疗，但不列为本课题研究之例。

要想有效地减少近视眼的发生率，采用积极有效的措施，健康教育是重要的环节，要患儿改变偏食习惯，多吃蔬菜，尤其是新鲜蔬菜和粗粮，提倡减少看电视的时间，有节制的玩电子游戏机和电脑，端正读写姿势，长时间读写时，每间隔 40min 要往远处眺望 10min，使患儿有一种自觉保护眼睛的意识，养成良好的用眼习惯。因为青少年近视眼的自然变化过程是不可逆的，所以早期发现、及早治疗是非常重要的，若失去有效治疗时机，视力就会逐渐下降，病程越长越难以治疗。

编号：ZZ-10041214（修回：2010-04-11）

（上接 119 页）

就得换其它药，比如人参，常用来治疗产后大出血和各种虚性出血。又如，老年人有时牙齿松动、牙痛并没有炎症，不是西医所说的牙病，这种病中医辩证病因属于肾虚，治疗是使用补肾药（如肉桂、骨碎补等）。中医讲究治病求本，故治肝病也下脾药、胆药、肾药，治鼻炎使用清肺、胃热药，治眼结膜炎使用清肝药，治耳聋使用肝药、肾药、心药，治糖尿病使用肾药、脾药。

西医强调物质说，它探寻病因就沿着寻找物质这条思路深入下去。这个病有没有致病微生物？这个病血液里增加或者缺少了什么物质？于是对病人进行生化检查，试图总结归纳出一般性的规律。在找到了微生物后，就研发、使用化学药物消灭这些致病微生物；发现病人缺少了某些物质，就采取体外输入进行补充维持方法进行治疗；发现人体内局部坏死了，就进行置换或者切除。如果说西医治疗由于微生物致病的疾病是对因治疗还勉强说得过去外，对于非微生物致病

或者由微生物、其它心理的、理化因素共同作用而致病的疾病则无法做到对因治疗。

综上，中西医在思维方式、治疗方式上存在差异，在当下西医盛行的条件下，仅仅用西医的思维方式、方法去衡量中医是行不通的，中医现代化应积极吸取西医的可取成分，结合自身的特色，深入挖掘、发展中医，使中医更好地为人类健康作贡献。

参考文献：

- [1]王震,孙理军.小议中西医学特色[J].光明中医,2009,12
- [2]许娜.论中西医学文化的差异与汇通[J].中国科教创新导刊,2009,25
- [3]胡平,魏睦新.中西医学体系的弊端与发展对策[J].中国中医急症,2009,2
- [4]王自润.论中西医学之异同[J].山西大同大学学报:自然科学版[J].2008,6
- [5]黄开斌.中西医学发展模式的比较思考[M].前进论坛,2008,10
- [6]徐光耀.打开中西医学对话之门[M].中医药文化,2008,3
- [7]韩世范,朱瑞芳.中西医学的思维模式[J].中西医结合心脑血管病杂志,2006,10

编号：ZZ-100412130（修回：2010-04-17）