

祝谌予验方应用体会

Application experience for Zhu shen-yu

张宏宇

(河南省开封市妇幼保健院, 河南 开封, 475002)

中图分类号: R2289 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0001-01

【关键词】糖尿病; 偏头痛; 中医治法; 祝谌予

已故全国著名中医祝谌予教授, 学贯中西, 医术精深, 在六十余年的从医过程中积累了许多验方。笔者有幸跟师学习, 虽仅领会验方应用之皮毛, 但在十余年的临床实践中屡试屡验, 不得不赞叹恩师验方之神奇! 今选取其中 2 首, 结合笔者临床应用的病例体会, 介绍如下。

1 降糖对药方

此方是祝老治疗消渴之专方, 全方由 6 味药组成: 生黄芪 30 克, 生地黄 30 克, 苍术 15 克, 玄参 30 克, 葛根 15 克, 丹参 30 克。经药理研究证实, 六药单用均有降糖作用, 经祝老两两配为对药, 扬长制短, 相互制约, 用于气阴两虚兼有血瘀型消渴效果卓著。

典型病例: 患者甲, 女, 66 岁。糖尿病 10 年, 用胰岛素治疗 2 年, 用量为 36u/日, 空腹血糖 8~10mmol/L, 餐后血糖 12~14mmol/L。乏力, 消瘦, 口渴多饮, 胸闷, 活动后即感心前区刺痛, 大便干燥, 睡眠多梦。舌红暗, 苔薄白, 脉沉弦。辨证属气阴两虚兼有血瘀, 治以祝氏降糖对药方加味。方药: 生黄芪 30 克, 生地黄 30 克, 苍术 15 克, 玄参 30 克, 葛根 15 克, 丹参 30 克, 麦冬 10 克, 五味子 10 克, 砂仁 5 克, 檀香 5 克, 夜交藤 15 克。5 剂, 每日 1 剂, 水煎服。药后诸证好转, 血糖无大变化。守方续服一月, 空腹血糖 6~7mmol/L, 餐后血糖 8~10mmol/L, 胰岛素用量减为 24u/日。

体会: 祝老此方以黄芪配生地, 补脾气滋肾阴, 防饮食精微泄漏, 降尿糖; 苍术配玄参, 一燥一润, 相互制约, 相互促进, 既敛脾精又不伤津, 降血糖; 葛根配丹参, 活血通脉, 生津止渴, 增强降糖疗效。笔者用此方作为治疗糖尿病的基础方, 随症加减, 每获良效。无并发症者用之可有效降低血糖、尿糖, 减少口服降糖药及胰岛素的用量; 有并发症者随症加味, 既可降糖又改善并发症。总之, 此方用治糖尿病, 颇有“用之四海而皆准”之效。另外尚可用于尿崩症、甲亢等, 证属气阴两虚兼瘀者。

2 四藤一仙汤

此方是祝老治疗肢体关节疼痛的验方, 全方由 5 味药组成: 鸡血藤 30 克, 钩藤 15 克, 海风藤 15 克,

络石藤 15 克, 威灵仙 10 克。该方药味不多, 但兼具祛风除湿、养血活血、通络止痛之功, 常用于治疗痹症等。

典型病例: 患者乙, 男, 70 岁。偏头痛反复发作 32 年, 起初每于劳累及紧张时发作, 后逐渐发展为每天午后 3 点发作, 须服麦角胺咖啡因片方能缓解, 因购不到麦角胺咖啡因片而被迫就诊。刻下症见: 右侧前额、眉棱骨、太阳穴处跳痛, 疼痛剧烈, 难以忍受, 目不欲睁, 恶心呕吐, 心烦, 大便干结, 舌红暗, 苔白, 脉弦数。辨证为瘀血阻络, 治以活血化瘀, 通络止痛, 四藤一仙汤合通窍活血汤化裁。方药: 鸡血藤 30 克, 钩藤 15 克, 海风藤 15 克, 络石藤 15 克, 威灵仙 10 克, 当归 10 克, 赤芍 10 克, 桃仁 10 克, 红花 10 克, 川芎 10 克, 全虫 5 克, 蜈蚣 2 条。3 剂, 每日 1 剂, 水煎服。药后头痛大减, 虽仍于每日定时发作, 但疼痛程度明显减轻。效不更方, 守方进退, 坚持服药 100 剂, 头痛痊愈。考虑到患者头痛达数十年之久, 为巩固疗效, 按上方配制水丸, 续服 3 月, 随访 2 年, 头痛未作。

体会: “不通则痛”是中医理论对于疼痛机制的经典型概括, 气血瘀阻、经络不畅是疼痛产生的重要原因。四藤一仙汤中的四藤皆为藤蔓之属, 可通经入络; 配威灵仙走而不守, 通达十二经络。从药物的组成可以看出, 这是一个以养血活血, 通络止痛为主的方子, 临证可按辨证与辨病相结合的原则, 凡脏腑经络血运失畅, 气机失和所致的疼痛均可应用。除了用于痹症外, 笔者曾用此方治疗腰椎间盘突出症、产后身痛、糖尿病合并痛性神经病变、偏头痛等, 止痛有立竿见影之效。

祝老邃于各家医理, 融会中西, 善于用药, 精于用方。验方一般药味不多, 但配伍严谨, 疗效确切, 特别切合临床实际, 经得起重复验证。

作者简介:

张宏宇 (1970-), 女, 汉族, 籍贯: 河南省开封市, 副主任中医师, 从事中医内科临床工作。

编号: E-10051235 (修回: 2010-05-11)

临床应用中的六经辨证

Clinical application of six meridians

郑红伟

(隆昌县疾病预防控制中心, 四川 内江, 642150)

中图分类号: R241.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0002-01

【摘要】目的: 解析仲景在《伤寒论》六经辨证过程中, 外感发热病在临床上常见类型的一般传变规律。

结论: 伤寒六经辨证是外感发热病由三阳经到三阴经的辨证过程。它的传化规律是, 由表入里, 由经络而脏腑(腑→脏), 由阳经入阴经。

【关键词】 伤寒论; 六经辨证; 临床应用

从汉代张仲景《伤寒论》六经辨证中可以明晰, 中医学对外感病有了较为明确的认识。外感发热病, 就其风寒即伤寒性质, 在临床上可见以下几种常见类型。

1 表寒证

症状表现为恶寒、头痛、项强、脉浮等。由卫阳不足, 营卫失调致汗出的表虚证(属于表寒的轻症), 治以辛温解肌, 调和营卫的桂枝汤或荆防败毒散; 由卫阳被郁, 肺失宣降而无汗的表实证(属于表寒的重症), 治以发汗解表, 宣肺定喘的麻黄汤加石膏或五味子、细辛、生姜等。

2 伤寒兼证

由寒郁体表, 痰饮犯肺, 肺失宣降致外寒引动内饮, 出现伤寒表不解, 干呕发热而咳, 吐白痰涎, 微喘, 不渴, 治以解表化饮, 治咳平喘的小青龙汤, 若有内热, 加重剂量的生石膏; 由表寒外来, 郁热不宣致外寒闭内热, 出现发热(高热), 恶寒、身痛, 不汗出而烦躁, 口渴, 脉浮紧等, 治以发汗解表, 清热除烦的大青龙汤。

3 阳明病证

由胃热炽盛, 出现身大热、汗大出、口大渴、脉洪大等四大证, 治以清热生津, 除烦止渴的白虎汤; 由胃热炽盛, 实热内结, 致便秘、腹痛、腹胀、高热等证, 治以泻下燥实, 调和胃气的调胃承气汤; 由胃热炽盛, 腑气不通出现腹胀为主, 发热、腹痛; 或热结旁流(即拉稀便、或稀便中有硬块), 治以泻热通便, 破滞消满的小承气汤。

4 半表半里证

由邪在半表半里, 抑郁气机出入, 出现往来寒热、口苦、咽干、目眩、脉弦等证, 治以疏风清火, 和解表里的小柴胡汤(此处不用人参, 兼见足太阴脾经证时才用人参补气); 由肝胆克伐脾胃, 胃失和降, 出现干呕, 胃脘支结, 胸胁郁闷不舒, 治以和解表里, 发汗解肌的柴胡桂枝汤; 兼阳明热结, 腑气不降致大便

秘结, 治以外解少阳, 内泄热结的大柴胡汤。

5 太阳病证

由脾气虚, 寒湿内生致腹满痛, 呕食, 口不渴等证, 治以温中祛寒, 补气健脾的理中汤。(太阴病与阳明病的腹满而痛有虚实之分, 前者其势绵绵, 时作时止, 喜温喜按, 属虚证; 后者硬痛, 拒按, 持续不减, 属实证)。

6 少阴里寒证

由脾肾阳虚(衰), 阴寒内盛致阳虚寒证, 出现恶寒(怕冷)倦卧, 四肢厥冷, 顽固不化等证, 治以温里回阳的四逆汤; 由心肾阳衰致阳虚水泛出现阳虚寒证加上水肿为主证, 治以温阳化气利水的真武汤; 由心阳虚(心肾失交)致阴虚火旺, 出现心烦不眠, 口燥咽干, 舌红绛等证, 治以育阴清热(滋心阳-补肾水)的黄连阿胶汤(阴虚证的主方)。

伤寒六经辨证是外感发热病由三阳经到三阴经的辨证过程。它的传化规律是, 由表入里, 由经络而脏腑(腑→脏), 由阳经入阴经。外感邪气主要是针对外感风寒而言, 风寒属阴邪, 阴邪易伤阳气, 病变是由表入里逐渐热化的过程, 即外感病起表寒证向里发展变为里热证, 这里是六腑病变, 属于邪气正气抗击的三阳经证候, 这是对于三阳经而言; 对于三阴经, 从三阳经到三阴经的过渡阶段, 即阳明经到太阴经的过程, 是由于阳明经损伤中阳, 导致太阳中虚寒湿证, 因此病变是由阳虚而寒化的过程。以上只是一般传变规律, 实际上也有越经的现象, 出现“合病”、“并病”及“直中”等不同传变。总的来说, 伤寒的六经辨证发热不甚(除了阳明经是入里化热出现四大证外), 整个证候表现给人一种寒性感。

参考文献:

- [1] 邹学熹, 邹永成. 中国易医学[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 1988: 298
- [2] 刘力红, 唐农, 刘方. 开启中医之门[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 92
- [3] 战国·佚名. 黄帝内经·素问[J]. 上海: 第二军医大学出版社, 2005: 185, 201

编号: M-100501120 (修回: 2010-05-04)

中医如何应用检验技术

How to apply chinese medicine inspection technology

王睿萱

(云南省保山市施甸县中医院, 云南 保山, 678200)

中图分类号: R222 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0003-01

【关键词】 中医; 应用; 检验

中医是一门传统医学,它是用传统的望、闻、问、切四诊直观范围搜集疾病的外部表现。加上中医的经验。从人的整体角度辨证分析来判断病人的病症而达到治疗的目的。它的主要精髓是“辨证”。但由于医师们由外向内的感知各有不同,经验不同,思维方式不同,加之医师们的主观意向,可能导致医师们对同一表象得到不同的结果,并且这些结果又不能用某一统一的规范来认定他的确定性。只有通过治疗效果观察才能得知结果,而病人在这种治疗中一旦出现问题又无据可依。法律效力差。所以,尽管中医有其自身的特点优势,但也存在一定的局限性。而检验属于西医技术,它是应用各种现代化检测方法客观的得出身体内部疾病指标的一系列参数,能客观的全面的直接的反映疾病本质。中医和检验,一个是辨证,一个是查病。如二者统一起来,既看到疾病的表象又查出疾病的本质,治疗将更合理更全面。

现在大多数的中医院都不是纯粹的中医院,都是中西医结合治疗的医院。中医师们诊断疾病时,除用望、闻、问、切外,也借助CT、B超、核磁共振等多种现代检验手段。检验科也成为了中医院不可缺少的科室。各医院领导也重视这方面的发展,应进各种检验仪器。如大型生化分析仪,细胞计数仪,培训检验人才,开展新的检验项目,这些措施也促进中医院现代化发展,这就给中医师们诊断疾病提供更多更可靠的信息。但是由于中医理论和西医理论存在着根本的区别。中医们对检验工作了解不足而使检验资料不能充分的被利用。为使中医师们能更好的利用检验资料,我们必须:

第一,使医师们对检验的原理,方法,流程和临床意义有所了解,让医师们知道检验科的质量控制体系是什么。特别是让医师们明白检验前的准备工作规范标本采集前患者的一切行为,包括饮食、活动、刺激、药物,特别是中药汤剂,因剂型较多,干扰难以考究。由于医生、护士的不理解,工作中我们常收到不合格的标本。如输液肢的抽血样本,做大便潜血不

禁食含HB的食物,止血敏,丹参输注后抽凝血项目,输入葡萄糖后送检小便标本,从而使检验结果失真,失去参考价值。

第二,中医师们要认真选择检验项目,联合应用检验项目,优化出对诊断疾病最直接,最经济特异性和敏感度较高的实验项目,并且对检验项目的参考价值,临界值,危机值的应用有较好的理解。

第三,中医师收看检验结果时,不能着眼于某一项,比如,贫血除了看HB, RBC, HTC外,还要看MCV, MCH, MCHC, RDW以及RBC直方图等。糖尿病除了看GLU外,还要看血脂肾功,要从整体了解疾病再进行中医辨证。当然中医的虚劳不完全等同西医的贫血,中医的消渴也不等同西医的糖尿病,但作为参考资料对于你的辩证施治是有利而无害的。

第四,在诊断疾病时,检验结果不仅可以提供一个定性定量的指标,它还能反映出来在治疗过程中症型的好转,转归,如果某些药物的副作用对机体形成损害,它也能客观反映出来。比如,多少年来用的木通,如果不通过检验技术,就不知道木通对肾脏的损害。不知还要有多少人受到损害,所以我们可以把它用于药物作用的信息反馈来观察,作为是否继续用药的依据。

第五,由于中医和西医理论的不同,有些检验结果被理解应用,而另一些在中医辨证中没有什么价值。再加上有些检验结果存在明显差异,而又解释不清楚。这就要求医师们正确看待这些辅助资料,不能解释清楚的多与检验科交流沟通。

总之医学科学和其他科学一样是不分国界,不分种族。中西医可以相互融合,相互渗透。中医和西医检验技术也可以相互补充,相互促进。今天检验技术进入中医领域本身就是一种发展,一种进步。是对中医的补充和延伸。而中医使用现代检验技术本身也是一种完善和充实。中医将不再停留于传统的诊断方法,它也将随着现代医学发展的步伐走向世界。

编号: ZZ-10041255 (修回: 2010-05-07)

“七损八益”重辨

Seven impairments and eight supplements

许跃华

(江苏省镇江市慈方中西医诊所, 江苏 镇江, 212004)

中图分类号: R2223 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0004-03

【摘要】 “七损八益”一词, 历代医家众说纷纭争论不休。本文对“七损八益”的考辨结合经文原意, 从象数和三才的整体恒动观进行注解, 其中“七八”是经文运用的以数统象, 象寓于数表达方式; 损和益是互文见义法, 以此全面阐明人体的组织结构, 生理功能, 病理变化和指导辨证论治根本大法。

【关键词】 黄帝内经; 七损八益; 天、地、人三才一体的动态平衡观

“七损八益”一词出自《素问·阴阳应象大论》。原文曰: 天地者, 万物之上下也; 阴阳者, 血气之男女也; 左右者, 阴阳之道路也; 水火者, 阴阳之征兆也, 阴阳者, 万物之能始也。故曰: 阴在内, 阳之守也; 阳在外, 阴之使也。帝曰: 法阴阳奈何? 岐伯曰: 阳胜则身热, 腠理闭, 喘粗为之俯仰, 汗不出而热, 齿干而烦冤, 腹满则死, 能冬不能夏。阴胜则身寒, 汗出, 身常清, 数栗而寒, 寒则厥, 厥则腹满死, 能夏不能冬。此阴阳更胜之变, 病之形能也。帝曰: 调此二者奈何? 岐伯曰: 能知七损八益, 则二者可调, 不知用此, 则早衰节也。

对于经文“七损八益”的解释, 隋唐·杨上善谓“阳胜八益为实, 阴胜七损为虚”杨氏之说结合经文前后文义分析, 与义不贯, 难道说阳胜只有八益之实, 阴胜只有七损之虚吗? 显然不全面。唐·王冰注: “上古天真论曰: 女子二七天癸至, 月事以时下, 然阴七可损, 则海满而血自下; 丈夫二八天癸至, 精气溢泻, 然阳八宜益, 交会而泄精。”此乃男女正常生理现象, 何须调此二者? 结合原文前后义涩难通。同样讲男女天癸七八之数, 明·吴昆谓: “七损者, 女子天癸以七为纪, 二七而天癸至, 月事以时下, 阴血常亏, 故曰七损; 八益者, 男子以八为纪, 二八而天癸至, 精气溢泻, 阳常有余, 无月事之损, 故曰八益。清·张志聪云: 女子以七为纪, 男子以八纪, 七损八益者, 言阳常有余阴常不足也。然阳气生于阴精, 知阴精之不足而无使其亏损, 则二者可调; 不知阴阳相生之道, 而用此调养之法, 则年未半百而早衰矣。是从养阴的角度论述, 与前面叙述阳胜则热……阴胜则寒……此阴阳更胜之变, 病之形能也。帝曰: 调此二者奈何? 很难通释。明末张介宾解释是: 七为少阳之数, 八为少阴之数。七损者, 言阳消之渐, 八益者, 为阴长之由

也。夫阴阳者, 生杀之本始也。生乎从阳, 阳不宜消也; 死从乎阴, 阴不宜长也。能知七损八益之道而得其消长之机, 则阴阳之柄把握在我, 则二者可调, 否则未央而衰矣, 他将“七”“少阳之数”, “八”指为“少阴之数”, 谓: “七损者, 言阳消之渐; 八益者, 为阴长之由”。是从扶阳抑阴的观点出发, 存在偏面之解。日本丹波元简说: 天真论云: 女子五七, 阳明脉衰; 六七三阳脉衰于上; 七七任脉衰。此女子三损也。丈夫五八肾气衰, 六八阴气衰于上, 七八肝气衰退, 八八肾气衰齿落。此丈夫有四损也。三四合为七损也。女子七岁肾气盛, 二七天癸至, 三七肾气平均, 四七筋骨坚。此妇子有四益也。丈夫八岁肾气实, 二八肾气盛, 三八肾气平均, 四八筋骨隆盛。此丈夫有四益也。四四合为八益矣。然以男女成长和衰老的阶段来分别七八之数, 这种注释也十分牵强。1973年湖南长沙马王堆汉墓出土的竹简《天下至道谈》记录的“七损八益”。“七损”是在指房室生活中七种对人体有损害的做法, “八益”是在房室生活中八种对人体有补益作用的做法。自此以后, 人们对“七损八益”的解释为房中术。这种注解与经典文义也很难通汇。上期朱鹏羽中“七损八益”新释说: “七损八益”, 男子精满自溢, 女子月事以时下, 益释为“溢出”, 有“七”损, 必有“八”益。七、八、损、益、分别为对仗, 而不是指女子不足, 男子有余。此乃人体正常生理现象。随着精血这些精华物质的不断的丢失, 人本会慢慢的衰老, 接着下文中, 《阴阳应象大论》篇作者所言“年四十阴气自半”。精血有形, 故为阴之类, 说明了人体的衰老, 阴气自半的原因是由于“损失”和“益出”, 与王冰注释同出一辙。

纵观历代诸家对“七损八益”的注释, 均源于各自的学术流派, 把“七”和“八”看成一般的数字,

没有从《素问·阴阳应象大论》命题的核心蕴意中进行思考；局限各降低了经典阐述阴阳大道的重要意义。

《素问·阴阳应象大论》主要阐明人体生命起源和本质，组织结构，生理功能，病理变化，运用阴阳学说加以概括，采用“取类比象”的方法说明内在人体阴阳之“象”与外在自然界阴阳之“象”的对应关系，从而制定临床辨证论治的总原则。而“七损八益”中“七”和“八”不是一种单纯数的意义，作者采取了以数统象，象寓于数的表达方式；损和益是一种互文见义的修辞手法，即损就是益，益就是损；而且表达了三种不同层次下的不同含义；即在生理状态下解释为“消长”，阳消阴长，阴长阳消；在病理状态下解释为“盛衰”阳盛则阴衰，阴盛则阳衰；对应治法中解释为“补泻”补其不足，泻其有余。对此，笔者从以下几个方面谈谈个人的看法。

首先，篇名命名《素问·阴阳应象大论》，素者，太素也。太素者，质之始也，质者，物之成也。物成则有始壮终已之变化，变化根源于阴阳，阴阳必外现于“象”。故开篇原文曰：“阴阳者，天在之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也”。

其次，河图五行生成歌诀：“天一于北生水，地六成之；地二于南生火，天七成之；天三于东生木，地八成之；地四于西生金，天九成之……”。“六”为少阴象地，“九”为老阳象天，天地之中“七八”象人；展现出天、地、人三才一体的动态平衡之“象”。为什么用“七”“八”代指人之“象”呢？十五为定数，有成必定，“七”“八”之和等于十五；河图简化为九宫图阐明了这一规律。《易纬略义》千凿度曰：文王因阴阳定消息，立乾坤统天地，夫有形生于无形，阳动而进，阴动而退，故阳数七，阴数八，为象，易一阴一阳合而为十五，之为道。《素问·宝命全形论》：“人生于地，悬命于天，天地合气，命之曰人，人能应四时者，天地为之父母；人以天地之气生，四时之法成；人生有形，不离阴阳”。汉董仲舒《春秋·繁露》：“天地之气合二为一，分为阴阳，列为四时……。”《类经·阴阳类一》：“阴阳者，一分为二也。”以上皆揭示人体由阴阳二气构成。既然“七”与“八”概括的是人体阴阳之“象”，那么“损”和“益”当然是“消”和“长”之意，互文见义法。结合前文所述，“七”“八”处六九之中，中者，和也；描述人体在正常生理状态下阳消阴长，阴长阳消的动态平衡。从自然界的变化之“象”而言，描写了寒来暑往，四季更替的规律。

《素问·宝命全形论》云：“人与天地之气相参，与日月相应也”。告诫人们在养生和治病必须顺应自然。然而经典著作处处蕴含丰富的辨证法思想，有正常生理

现象，必然联系到异常的病理状态，即阳盛则阴衰，阴盛则阳衰的病理变化；在阴阳处于这种失调的病理状态下，紧接着下文提出治疗大法：当阳盛阴衰应补阴泻阳；当阴盛阳衰应补阳泻阴；使人体恢复阴阳动态平衡的生理状态；即原文“调此二者奈何？岐伯曰：能知七损八益，则二者可调，不知用此则早衰退节也。”

《素问·至真大要论》曰：“损者益之”。作者用“七损八益”一词从三个不同层面全面阐明了人体组织结构、生理功能、病理变化和辨证论治的根本大法。古圣先贤这种辨证法思想在老子的《道德经》著作中作了精辟阐述，原文曰：“天下皆知美之为美，斯恶也；皆知善之为善，斯不善也；故有、无相生，难、易相成，长、短相形，高、下相盈，音、声相和，前、后相随。恒也”。同理有生理现象必然会产生病理状态，有病理状态就会制定相应的治法。

最后，正因为有如此三个层次，故原文开始曰：阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也……；阐明了生命起源和本质；随之依次描述了人体生理之“象”与自然之“象”的对应关系；即“清阳为天，浊阴为地。地气上升为云，天气下降为雨；雨出地气，云出天气。故清阳出上窍，浊阴出下窍。清阳发腠理，浊阴走五藏；清阳实四肢，浊阴归六腑……”；病理之“象”即阴胜则阳病，阳胜则阴病。阳胜则身热……；阴胜则身寒……。此阴阳更胜之变，病之形能也。然后对上述文意作出总结，同时提出辨证论治大法，并在大法指导下，确立具体治疗原则。即原文：“调此二者奈何？岐伯曰：能知七损八益，则二者可调，不知用此，则早衰节也……；善诊者，察色按脉，先别阴阳；审清浊，而知部分……；故因其轻而扬之；因其重而减之；因其衰而彰之；形不足者，温之以气；精不足者，补之以味。其高者，因而越之；其下者，引而竭之；中满者泻，写之于内；其有邪者，渍形以为汗；其在皮者，汗而发之……”。

《黄帝内经》是古代医家对于生命奥秘探索的经验总结。古人通过上观天文，下察地理，中通人事，揭示人体生长壮老已与自然万事万物发展变化的根本规律。故笔者将“七损八益”注释为人体在不同的状态下所显现的一种“象”，依“象”而确立辨证论治的大法。

自拟方治顽固性胸痹：炙党参 20~30 克、生黄芪 15~30 克、炒白术 10~15 克、远志 6~12 克、石菖蒲 6~12 克、枳实 6~15 克、桂枝 6~12 克、薤白 6~12 克、丹参 10~15 克、砂仁 3~5 克，后下檀香 3~6 克冲服，炙甘草 3~6 克、降真香 5~10 克、茯苓 10（下转 7 页）

TTM 中医药应用的理论方法概要

Theory method and introduction of application of in TTM in TCM

张 纲 赵宏杰 孙永章 于建成 于建国 张笑波 雷钧涛

(北京安信醇实生物技术研究院, 北京, 100063)

中图分类号: R2-031 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0006-02

【关键词】 TTM; 中医仪器; 宏观方法; 宏观工具

TTM (技术断层扫描成像技术) 是功能医学影像技术, 能够通过人体体表热断层技术推算得出体内热源的深度、强度和形状, 对细胞早期功能改变或异常高度敏感, 从而对疾病进行定位、定性和定量。

有学者指出中医的望闻问切收集的是对象那一刻的整体功能状态信息, 但缺乏可视性。TTM 的图象是那一刻人体细胞发射出的功能状态信息的整体信息图, 它具有人体功能状态信息的可视性、整体性、动态性与数字化性等特点, 因此它正是中医追求征候可视化量化的可用之工具。

TTM 一直在努力推广, 中医界也非常需要合手的如意金箍棒, 为什么这些年来两者没有真正有效的结合起来, 问题出在学科交叉研究不充分上面, 笔者之前的理论方法研究积累可以解决这个理论方法的瓶颈问题, 下面详细介绍。

1 中医学方法与 TTM 热力学方法的相似点

笔者提出中医、西方传统医学属于宏观医学主要应用宏观方法, 西医属于微观医学主要应用微观方法, 类似的物理学中的热力学和经济学中的宏观经济学主要应用宏观方法, 而物理学中的统计物理学和经济学中的微观经济学主要应用微观方法。这是中医药与 TTM 结合的方法学基础, 也是后面提到由博返约的原因。

表 1 中西医-宏观学科-微观学科对照表

宏观		微观
医学	中医、西方传统医学 (宏观医学)	西医 (微观医学)
物理学	热力学	统计物理学
经济学	宏观经济学	微观经济学
方法	宏观方法	微观方法
优缺点		

2 中医藏象证候模型观与基于人体 TTM 象的藏象证候建模

近年来, 笔者越来越重视以模型观来认识中医理

论藏象证候理论, 传统中医和西方传统医学的建模是基于人类智能观察情况的, 今天的中医建模增加了基于生物化学信息的方法和基于生物物理信息的方法, 或者合起来称基于生物物理化学信息的方法。人体 TTM 象属于基于生物物理信息的方法。

2.1 基于人体 TTM 象的藏象证候建模之模块划分

中医理论的建模方法是 topdown 方式的, 基于人体 TTM 象的藏象证候建模步骤也是如此。首先, 要对人体进行功能模块的划分。

八纲, 即阴阳、表里、寒热、虚实, 是辨证论治的理论基础之一。其中的表、里、半表半里即是对人体三维空间依据研究需求进行的模块划分。与之相关的还有六经学说中的“六经地面”学说和源于《黄帝内经》的疾病形层传变学说; 都涉及了对人体三维空间依据研究需求进行模块划分的。

更加具体详细的, 是中医脉诊寸口脉中对人体的功能模块划分, 《脉象的解剖映射、血流映射与脉诊客观化研究的误区分析》中对此进行了总结归纳, 脉象的解剖映射。

脉象是内环境状态和证的外在表现, 可以细分为解剖映射、血流映射。解剖映射主要是说, 左右寸关尺三个部位, 是对人体解剖结构从上到下的映射, 血流映射主要是说, 左右寸关尺三个部位动脉内的血流, 是对从上到下的人体解剖结构内的血流的映射, 也就是对对应部位的组织器官的血液灌注情况、灌注状态的映射。

以轻重定部位深浅则是按照由浮到沉的顺序应对皮、脉、肉、筋、骨, 此时在手下形成一个三维人形, 从寸、关、尺是由头到脚, 从皮到骨是由前到后, 只要身体哪里有问题, 一般会从哪里反映出来。

表 2 左右寸关尺人体结构映射表

左	右	左右 (外内)	左右 (外内)
---	---	---------	---------

寸	头部	胸腔	浮	皮
				肉
关	背部	上腹部	中	筋
				脉
尺	腰部	下腹部	沉	骨

三维空间模块划分之后，还要对模块进行五行属性的划分，这些可以移用脉诊中的左右寸关尺、心肝肾、肺脾命的方法。

2.2 寒、热、虚、实

由于上面的脉诊研究文章中，仍然基于生物力学和生理学区认识人体功能模块划分，所以提出的是血流映射即血液灌注情况、灌注状态的映射。

这里基于生物热力学的信息和方法，我们就可以把人体的功能状态用寒、热、虚、实来直观的表达。

具体说，人体 TTM 象中的温度高低与藏象证候“寒热”高度正相关，人体 TTM 象中的密度和气压与藏象证候“虚实”高度正相关，体液的粘滞度或者热的传递速度与藏象证候“燥湿”高度正相关。

八纲中《景岳全书》以阴阳为二纲，表里寒热虚实为六变。如果以函数来认识藏象证候。那么藏象证候是因变量，表里为三维空间自变量，寒热虚实为状态自变量。张连文等应用统计学观点方法提出藏象证候是隐变量，对笔者启发颇多，我们在证候指数的研究中对其工作进行了拓展。

3 中医技术工具发展的否定之否定过程

西方强大、西文可以用打字机输入输出、实现机械化以后，二十世纪的中国盛行“汉字落后论”，1980 年代，多种电子计算机汉字输入法的发明，使汉字与西文比较有了速度上的优势，“汉字落后论”就寿终正寝了。

类似的，医学进入机械化时代主要是西医的微观方法与精细化解剖、检验及工业化生产等适应，全世

界的传统医学“全面落后”，信息化工具的发明和普遍应用，尤其是信息采集设备中适合宏观采集信息的 TTM 之类工具的发明，使中医学、人类医学可以融合宏观方法与微观方法于一体。

4 骑士与弱女子——工具复杂化与方法简约化并行

对于数学机械化方法，首届国家最高科学技术奖得主吴文俊院士有这么一段描述来说明它的前程无量：中世纪是骑士的时代，骑士仗剑横行，有了手枪骑士便消失了，因为再会用剑的骑士也抵不住一个弱女子的一粒子弹。我们从这里看到的是，工具复杂化与方法简约化并行。

另外一个例子，化学家凯库勒发现苯分子结构的过程，那时通过对苯分子的测试，知道它有 6 个碳原子，以前只发现碳原子的链状排列，怎么排都排不对，琢磨……，触动了灵感，是苯环。这是先靠对物质的性质、基本结构的分析，然后通过概念的组合，逻辑思维的思考，得出正确概念。现在不需要了，拿电子显微镜一看，苯分子结构看见了，隧道显微镜连原子都看得清清楚楚。

中医现代化或者中医信息化的过程也是这样，工具复杂化与方法简约化并行。

5 中医药应用 TTM 的意义——解放中医师

中医高等教育和中医医疗的过程中，基本上中医师都是需要同时学习掌握中西医两方面的知识和技能，这对中医师们的压力是非常巨大的，利用 TTM 可以大大方便中医师的医疗活动，提高效率和水平，节约时间，把更多的时间和精力用于解决疑难病症和中西医结合工作。

TTM 推广的过程中曾经存在误区，就是没有充分意识到中医对宏观工具的强烈渴求。希望以后情况会好起来。

编号：E-10051234（修回：2010-05-11）

（上接 5 页）

克、当归 5~10 克、瓜蒌仁皮各 5~15 克、半夏 5~10 克、桔梗 3~5 克水煎服，日 1 剂。

参考文献：

[1]易纬略义[M].中华书局,1972,12
[2]高士宗.黄帝内经素问直解[M].北京:科技出版社,1998,613
[3]杨维增,何洁冰.周易基础[M].花城出版社 1994,27

[4]老子.道德经[M],中华书局,1970,3
[5]董仲舒.春秋·繁露[M],中华书局,1971,2

作者简介：

许跃华（1964-），毕业于南京中医药大学，主治医师。

编号：E-10050619（修回：2010-05-10）

一个亟待解决的问题——宿伤发现

Question of a urgent solve-discover of old injury

张怡曹 张蜀湘 曾保章 张 辰

(岳阳长岭炼油厂, 湖南 岳阳, 414012)

中图分类号: R274.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0008-02

【关键词】 盲点; 软组织宿伤; 发现; 病因

医学里有一个盲点, 许多疾病, 进入这个盲点, 要么是病因不明, 要么会以为是别的什么疾病。

这个盲点所包含的疾病, 分布广, 危害大, 几乎人人不可避免, 是一个多发性、普遍性疾病。

这个盲点的存在, 让人们长期捉摸不定, 众说纷纭, 终因为未见到事物的真面目, 不能全面地说明问题和解决问题。

千百年来, 人们一直在这个盲点中猜测、探索, 寻找。

《灵枢·经脉篇》里, 发现了它的蛛丝马迹, “脉之卒然动者, 皆邪气居之, 留于本末, 不动则热, 不坚则陷且空, 不与众同, 是以知何脉之动也。”及“是动则病”各条内的诸症的相当部分, 说的也是它的现象。^[1]

清朝著名医学家王清任的“痹症有瘀血说”^[2]。发现了“瘀血”。

五十多年前, 上海地区著名中医学大家祝味菊, 已经指出了“风寒为气令之变化, 可以刺激人体为病, 而不能留驻于人体, 风也寒也, 名虽有而实无也”^[3]。发现了“风寒”有名无实, 人之痹痛非风寒。

今天, 不少人已经提出了这个盲点的存在、危害和治疗方法, 但因为终未见到具体的病灶和形态, 都还未完全跳出盲点, 所以在这方面没有根本的改变和突破。

我们已经明确无误地普遍性地发现了软组织宿伤, 见到它的每一处存在病灶、形态, 可以直观断定它是疾病的病因。它有固定的位置、范围, 清楚的痕迹和颜色深浅不一的瘀血, 这些与正常未受损伤部分, 泾渭分明; 我们还可以观察到当初造成损伤的外物轮廓, 了解损伤的长久以及损伤的轻重。那些病灶, 完完全全显示实质性的疤痕、充血、瘀血。不容置疑地充分反映了软组织宿伤, 足以让人们全面认识和消除误诊。

软组织宿伤怎么会是盲点? “陈伤”、“宿伤”、“软

组织损伤后遗症”不是早有其词吗? 造成软组织宿伤的软组织损伤, 也是谁都不陌生的。但是人们普遍认为, 软组织损伤好了就没事了, 不会长期继续危害我们的健康。

在医学上, 无论中医还是西医, 要诊断它, 就必须“有明确的外伤史。”除非是迁延未“愈”或近期的损伤, 人们才知其“外伤史”。绝大部分的宿伤看不见, 摸不着, 患者并不明确。在临床治疗过程中, 99%的患者不明自己是软组织宿伤。

可以得出一个这样的结论: 除了肿瘤、骨折、开放伤和溃烂之外, 人体体表(有时感到是内部器官或骨骼)的疼痛和不适, 就是软组织宿伤存在。我们在多年的临床诊断治疗中, 还未发现一例例外。当然, 有些就诊病人已经排除了某些疾病的可能, 比如头痛排除了脑瘤。如前所述, 治疗病人中, 部位涉及到头、面、颈、肩、臂、背、胸、肋、腹、腰、骶、臀、腿、膝、小腿、足等身体的各个部位, 疾病涉及到血管性头痛、神经性头痛, 偏头痛、眶神经痛(眉棱骨痛)、三叉神经痛、颈椎增生、颈椎病、肩腱袖病、肩周炎、网球肘、棒球肘、急性腰扭伤、肋间神经痛(肋肋痛)、慢性腰肌劳损、腰椎间盘突出症、膝关节骨性关节炎、腓肠肌痉挛(转筋)、不安腿综合征、坐骨神经痛以及一些不明原因的疑难杂症。

突破盲点, 在医治这些疾病就会有一个大的革命, 将过去无可奈何地、盲目地针对人体自身神经的“治疗”, ——实质是损害, 而掉转方向, 直奔病所, 治其引起疼痛的疾病病因。这样做, 是在非常安全的情况下, 短时间解除痛苦, 治愈疾病。这种针对病因的治疗, 不存在复发和依赖之虞, 临床实例完全证实。五年前(因五年前发现, 开始治疗)治疗者, 未见一例复发。如岳阳患者甲, 27岁, 结婚三年, 因腰痛诊断为腰椎间盘突出症, 被告之怀孕会影响而未敢受孕。经

(下转 11 页)

现代罕见的 12 个脏腑证型

12 present uncommon types of organs

王玉兴 肖照岑

(天津中医药大学, 天津 南开, 300193)

中图分类号: R223.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0009-03

为挖掘脏腑证型遗迹, 笔者从历代方书中, 择取证属原创、证名完整、义蕴明确, 证候丰富、方药俱全者, 按“名实相符, 证治辉映”原则, 对其中现代罕见的 12 个证型, 从 4 个角度加以归纳整理, 以期同道验之临床。由于视野和水平所致, 不免挂一漏万, 企望医林长者、学苑达人谅之益之。

1 肺虚寒

出处:《外台》卷十引《删繁方》。

同义名: ①肺气虚寒(《杨氏家藏方》卷八、《辨证录》卷三、《慈幼新书》卷二); ②肺脏虚寒(《圣济总录》卷二十四); ③肺中寒(《圣济总录》卷四十八)。

证候: 鼻流清涕, 咳嗽喘急, 咳唾浊沫, 声音嘶哑, 经年不愈, 兼见心膈烦满, 饮食不得, 头目不利, 常多呕逆。

按语: “肺虚寒”首见于《诸病源候论》, 《外台》继而配以方药。临床所见变态反应性鼻炎中常会出现肺气虚寒的表现, 经过温肺散寒, 每能获得满意疗效, 方如《杨氏家藏方》的款冬花膏、七星散、如圣饮子, 《圣济总录》的前胡饮和温肺散, 《辨证录》的温肺止流丹, 《慈幼新书》的石首鱼脑汤等。

2 脾实热

出处:《千金》卷十五。

同义名: ①脾热(《千金》卷六、《圣惠》卷三十六、《小儿药证直诀》卷下、《幼幼新书》卷二十五、《御药院方》卷九、《回春》卷五); ②脾脏热(《医方类聚》卷十引《简易济众方》); ③脾家有热(《症因脉治》卷三); ④脾经蕴热(《外科正宗》卷四); ⑤脾经实热(《不居集》上集卷十六); ⑥脾得邪热(《银海精微》卷上)。

证候: 口甜口苦, 咽喉肿痛, 心烦舌胀, 口舌生疮, 引饮不止, 弄舌, 或舌本强直, 或梦歌乐而体重不能行, 或身体蒸热, 热在肌肉, 遇夜尤甚, 或目黄, 皮肤如橘之黄, 困倦喜睡, 或怠惰嗜卧, 四肢不收, 无气以动。体疲便硬, 反不思食。或唇焦枯, 无润泽,

或眼胞菌毒, 头大蒂小, 昏蒙, 或下睑生粟, 状如杨梅, 或泄泻不止, 水谷不分, 腹中漉漉, 小水全无, 或小儿不能吮乳, 乳食不下, 腹胀吐泻, 腹大青筋, 体瘦多涎, 发稀白秃, 龈烂目翳, 小便澄白。

按语: 对“脾实热”的认识源自《内经》。如《素问·痿论》曰: “脾气热, 则胃干而渴, 肌肉不仁, 发为肉痿。”《素问·刺热》曰: “脾热病者, 先头重、颊痛、烦心、颜青、欲呕身热。”孙思邈对该证治以泻热汤和润脾膏, 自宋以降多喜用钱氏泻黄散, 另有《圣惠》生地黄煎、龚氏三黄汤以及《御药院方》的漱口地黄散等可供参考。

3 脾阴虚

出处:《血症论》卷七。

同义名: 脾阴不足(《顾氏医径》卷四)。

证候: 咽痛声哑, 身热便秘, 白浊, 胎动不安, 甚至半产, 朝食暮吐, 心下痞硬, 肠中沥沥有声, 脉数。

按语: 清·唐宗海把“脉数身热, 咽痛声哑”定名为“脾阴虚”, 《顾氏医径》将“白浊, 胎动不安, 甚至半产”定名为“脾阴不足”。脾阴虚与胃阴虚相似之处固多, 然而在程度上并非尽同。阴虚方面脾阴虚较轻而胃阴虚较重, 虚热之象脾阴虚不如胃阴虚。

4 脾胃气滞

出处:《药粥疗法》。

同义名: ①脾胃壅滞(《医学发明》卷一); ②中焦气滞(《瑞竹堂方》卷一); ③脾脏气壅(《圣惠》卷五); ④脾虚气滞(《小儿药证直诀》卷下、《医略六书》卷三十、《会约》卷八); ⑤脾气郁结(《外科正宗》卷二); ⑥脾气抑郁(《幼幼集成》卷二); ⑦脾胃寒凝气滞(《局方》卷三)。

证候: 食欲不振, 饮食减少, 胸脘痞闷, 食入作胀, 腹痛胀满, 饮食迟化, 四肢困倦, 呕吐恶心, 大便溏薄, 神疲气短, 身体羸瘦, 面黄或兼浮肿; 或小儿发热不退, 眼闭难开, 人事昏沉, 四肢瘫软; 或颈

生肉瘤,软如绵,肿似馒,日久渐大,或微疼或不疼;或寒水泛滥肌肉之间,肿满如泥,脉沉迟。

按语:从证候看,本证大致可认定为脾虚与胃滞同见之候。脾虚与胃滞之间存在着因果关系,即通常是脾虚在先,胃滞因之。因此,不少医家以“脾虚气滞”“脾气郁结”“脾气抑郁”“脾脏气壅”角度命名,而不及胃滞。

5 肝气不足

出处:《外台》卷二十一、《圣济总录》卷一〇二、《医学入门》卷七、《普济方》卷三七四。

同义名:①肝气怯弱(《慈幼新书》卷二);②肝气虚乏(《圣惠》卷三十三)。

证候:眼视眈眈,面目青,眼中眵泪,不见光明,欲成青盲,或翳膜昏暗,久不见物者;或小儿行迟,两足挛缩,两手伸展无力;或惊风及诸病之后,手挛不展,伴胁肋疼痛。

按语:肝气不足,在《内经》中称为“肝气虚”,如《素问·方盛衰论》曰:“肝气虚则梦见菌香生草。”《灵枢·本神》曰:“肝气虚则恐。”《灵枢·天年》曰:“五十岁,肝气始衰,肝叶始薄,胆汁始减,目始不明。”本证表现包含三组:一是眼睛症状,二是筋脉症状,三是胁肋症状。这些和肝开窍于目、在体为筋、肝脉循于胁肋等理论完全吻合。

6 肾脏风毒

出处:《局方》卷一。

同义名:①肾毒风攻冲(《圣济总录》卷一〇九);②肾脏风毒流注(《圣惠》卷七);③肾脏风毒上攻(《局方》卷一、《医学入门》卷八)。

证候:面肿耳鸣,眼生黑花,风泪不止,眼目赤肿,热泪昏涩,胬肉攀睛;或腰脚沉重,膝筋疼痛,行立艰难;或腰脚生疮,遍体疼酸。

按语:肾脏风毒证盛行于宋代,在官修方书中多所出现。但后世除少数医家有所承袭外逐渐淡出乃至消失。

7 肾实热

出处:《圣惠》卷七。

同义名:①肾热(《千金》卷六、《辨证录》卷九);②肾气热(《医学心悟》卷五);③右肾实热(《三因》卷八);④肾热上冲(《医级》卷八);⑤肾劳实热(《千金》卷十九、《医宗必读》卷六);⑥肾中有火(《杂病源流犀烛》卷十八);⑦肾经实火(《辨证录》卷三);⑧肾火上炎(《辨证录》卷三);⑨肾火上沸(《辨证录》卷三);⑩肾火飞腾于上(《医醇剩义》卷二)。

证候:面红目赤,口燥咽干,耳流脓血,耳聋耳鸣,腹胀耳聋,耳出脓血,或生核塞之,不闻人声。或小腹胀满,小便黄赤,末有余沥,数而少,茎中痛,

阴囊生疮。或心胸烦闷,腹胁胀满,腰脊强急,四肢不利。或频频精泄,心嘈不寐,腰软无力。或吐痰纯为白沫,咳嗽不已,日轻夜重。或咽喉阴蛾,咽喉肿痛,日轻夜重,喉间亦长成蛾,自觉一线干燥之至,饮水咽之少快,至水入腹,而腹又不安,吐涎甚多。或消渴,口干舌燥,吐痰如蟹涎白沫,气喘不能卧,但不甚大渴,渴时必饮,饮后化为白沫。或小便频数疼涩,遗精白浊,脉洪滑有力。或小便出血疼痛,吐血色黑,痰嗽,口渴思饮。或身热足冷,脊肋引痛,小便黄赤如栀子汁,每欲小便,即茎头痛,眩晕脉虚。

按语:肾实热的证候现多分散于肺热壅盛、膀胱湿热、胆火炽盛等证之中。肾实热证源于《内经》。如《素问·痿论》曰:“肾气热,则腰脊不举,骨枯而髓减,发为骨痿。”《素问·刺热》曰:“肾热病者,先腰痛胫酸,苦渴数饮,身热,热争,则项痛而强,胫寒且酸,足下热,不欲言,其逆则项痛员员澹澹然。”《灵枢·刺热》曰:“肾热病者,先腰痛,胫酸,苦渴数饮,身热。”《内经》中的“肾气热”“肾热”“肾气实”等字样均与本证有关。历代坚持此型并付诸实践者不在少数,如孙思邈的栀子汤,《圣惠》的泻肾生干地黄散,陈言的清膈汤,李中梓的凉肾汤,陈复正的蔓荆子散,吴崑根据孙思邈处方而命名的肾热汤,费伯雄的加味肾热汤、潜龙汤,沈金鳌的清肾汤,陈士铎的定沸汤、收火汤、宁沸汤、三仙散火汤,张锡纯的清肾汤等均可供选用。

8 胃气虚寒

出处:《医学发明》卷九、《集验良方》卷三、《回春》卷二、《医醇剩义》卷四。

同义名:①胃中虚冷(《千金》卷十六、《圣济总录》卷四十七、《医方类聚》卷十引《简要济众方》);②胃中虚寒(《得效》卷四、《产科发蒙》);③胃脘虚寒(《三因》卷十三);④胃气虚冷(《圣惠》卷五十一);⑤胃虚冷(《圣济总录》卷四十七);⑥胃虚气寒(《会约》卷十五)。

证候:心腹中脘痰水冷氣,心下汪洋,嘈杂肠鸣,多唾,口中清水自出,胁肋急胀痛,不欲饮食,脉沉弦细迟;或胸膈饱闷寒痛,呃逆不止,口苦无味,不思饮食;或胸膈痞闷,呕吐痰饮,腹中疼痛,胀满便泄,食不运化;胃脘气满吞酸,不能纳谷,呕吐作痛,善饥不食。

按语:胃气虚寒证源于《伤寒论》吴茱萸汤证。其后,孙思邈创大半夏汤为胃中虚冷主治之方。历代承袭者众。从而为复兴胃阳虚证奠定了坚实的理论和实践基础。而仲景的理中丸、《世医得效方》的丁香柿蒂散、《万病回春》的香砂养胃汤等可用于本证。

9 胃有淤血

出处：《医方考》卷三。

同义名：①淤血蓄胃（《济生》卷二）；②胃中有瘀（《温热经纬》）；③胃有死血（《济阴纲目》卷十五）；④胃脘瘀血（《医统》卷二十六）。

证候：噎膈翻胃，干燥枯槁，胀满不下食，食下作痛，甚或食入即呕血，水浆易下而食物难消，胃脘时作刺痛，甚或久痛不止，大小便不利，趺阳脉紧而数。

按语：胃有淤血证所描述证候基本属于噎膈。早在宋代就能发现淤血在胃中的蓄积，诚为难得。对于噎膈一证古代医家长期处在有方无效的尴尬境地。流传于世的韭汁牛乳饮、五汁饮、解郁调胃汤等无非只是解决营养维持问题，并非有效治疗处方。

10 小肠虚寒

出处：《普济方》卷四十一引《护命》、《普济方》卷三十七引《济生》。

同义名：①小肠虚冷（《圣惠》卷四、《医方类聚》卷十引《神巧方全书》）；②肠虚寒湿（《圣惠》卷六）。

证候：腹痛控掣，少腹坚硬，痛不可忍；或小便后余沥，阳痿不起；或小腹冷痛如切；或绕脐结痛，冷汗飧泻。

按语：本证于宋明之间偶有记述，而后世则将其分化，分别隶属于肾虚寒证、脾肾虚寒证和寒滞肝脉证。直接以小肠虚寒角度辨证论治者弥近弥少。至于方药则有所袭用，如《太平圣惠方》的吴茱萸散、附子丸、草豆蔻散等。

11 大肠虚寒

出处：《济生》卷四。

同义名：大肠虚冷（《千金》卷十八、《圣惠》卷

六、《简要济众方》卷十、《圣济总录》卷五十）。

证候：肠鸣泄利，腹肋气痛，饮食不化；或痢下赤白，肠中雷鸣，面色萎黄，日渐羸瘦，或肠鸣腹痛，便利滑泄，不思饮食；或乏气拘急，肠鸣滑泄，甚至脱肛。

按语：对大肠虚寒证目前多从脾阳虚或脾肾阳虚角度予以辨治，经临床验证，是行之有效的。但因大肠病位在脾阳虚和脾肾阳虚中不甚突出，故遣方用药的针对性便大打折扣，疗效也难不受影响。

12 膀胱虚冷

出处：《三因》卷八、《圣惠》卷七、《圣济总录》卷五十三及卷九十六。

同义名：①膀胱寒（《圣惠》卷三十）；②膀胱气寒（《圣济总录》卷九十二）；③寒结膀胱（《云歧子脉诀》）；④膀胱寒结（《辨证录》卷九）。

证候：小便频数，色如泔淀，时兼漏精，白浊如泔。睾丸缩入，遇寒更痛，脐寒似冰，饮水下焦声如沥沥，少腹冷痛，痛引腰背，脚筋拘挛，不可屈伸，耳聋，面黑如，脉沉或滑。

按语：膀胱虚冷之名始于宋，在官修方书《太平圣惠方》和《圣济总录》中多次出现，并收载有桑螵蛸散、鸡臍脰散、苁蓉牛膝丸、牡蛎丸、鸡肠散、菟丝子散、附子赤石脂丸等多首方剂。在《三因方》中则有补脬汤治疗本证。

作者简介：

王玉兴（1957-），男，医学博士，中医学院教授，内经教研室主任，中国古典文献学和中医基础理论研究生导师，中华中医药学会内经学会常委兼副秘书长，中医药文化分会常委，中医基础理论分会委员，《天津中医药大学学报》编委。

编号：L1004-11（修回：2010-05-04）

（上接 8 页）

多家医院诊治无效。后在此治疗，疼痛当即解除而愈，继而怀孕生小孩，平安无事。临湘彭女士，65 岁，右腿坐骨神经痛住院二月余，肌肉萎缩，右腿比左腿明显细小，疼痛日重，后送来此处治疗，当即痛止，至今正常。

软组织宿伤的疾病，严重地危害着人类的健康，应引起人们足够的重视。三叉神经痛是“天下第一痛”，80%的成年人有过头痛史，四十岁以上的人群中，每一百人就有四十六个患有原发性骨关节炎，而七十岁以上发病率则接近百分之百^[4]，3~5%的人有不安腿综合征，增生、突出、肩周炎、坐骨神经痛等等并不少见。这些正是宿伤或主要是宿伤作祟。我们清楚，

这些疾病里面有些是病因不明的，有些又因误诊误治，延误了病机。我们应刻不容缓将这一事实公之于世人，让更多的人明白、关心、解决软组织宿伤方面的疾病，研究软组织宿伤可能在中风、癌症等其他疾病上的影响和联系。

参考文献：

- [1] 欧阳铸, 袁沛然. 历代医学名著全书[C]. 海南: 海南国际新闻中心, 1996: 96, 9913
- [2] 招粤华. 祝味菊医案经验集[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2007: 50
- [3] 本报综合. 一周医讯[N]. 家庭医生报, 2009, 42: 1

编号：E-10051236（修回：2010-05-07）

中医辨证治疗急性肠梗阻的几点体会

Experience for treating acute intestinal obstruction in TCM

刘伟¹ 刘铁军²

(1. 哈尔滨市刘伟中医外科诊所, 黑龙江 哈尔滨, 150010;

2. 哈尔滨市中医医院, 黑龙江 哈尔滨, 150076)

中图分类号: R574.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0012-02 证型: GDI

肠梗阻是外科常见急症之一, 它与阑尾炎、胆石症、溃疡病穿孔并称常见四大急腹症。发病急剧, 并发症多, 有时造成诊治困难, 在外科临床具有特殊的重要性, 肠梗阻不但可引起肠管本身解剖与功能上的改变, 并可导致全身性生理上的紊乱, 临床病相复杂多变。近年来, 随着对其病理、生理认识的不断提高和在治疗、护理方面的不断改进, 但手术率仍居高不下, 需要及时的观察和处理。祖国医学认为: 大小肠功能是“泄而不藏”以通为用, 以“泄塞上逆”为病。六淫、七情、饮食不节, 均可引起腑气不通, 阴阳关格, 津液燥竭。糟粕痞结, 致使肠道阻塞, 大便秘结, 不通致本病。我院外科采用中西医结合治疗急性肠梗阻, 取得了很好的疗效。现将我科采取针对性的中医辨证治疗急性肠梗阻的几点体会浅谈如下。

1 中医辨证分型

1.1 气滞热结型

症见胸腹胀闷、恶心呕吐、大便秘结、偶有排气、尿少色黄、舌质红、苔薄白、脉弦有力。

1.2 湿热瘀积型: 症见胸闷气短、腹痛拒按、恶心呕吐、腹部中度膨隆、无大便、不排气、发热、舌紫绛、苔黄腻、脉细数、肠鸣音减弱或消失。

2 诊断

典型的肠梗阻病例通过病史(腹痛、腹胀、呕吐及肛门停止排气排便等)及体征(肠型、腹部压痛、肠鸣音的改变等)可得到初步诊断。辅助检查中立卧位腹平片检查方便, 阳性率高, 对肠梗阻病例具有进一步确诊的作用。临床工作中较为棘手的是病因诊断, 详细询问病史、仔细的体格检查及适当的检查手段能解释部分疑问: 如明确患者既往的手术史、是否有类似发作史、有无腹腔感染史、发作前是否有腹泻、是否有服用泻药史、有无粘液血便等; 体格检查时常规进行肛门指检用以排除直肠癌及盆腔种植肿瘤的可能性。注意两侧腹股沟区是否有肿物以排除嵌顿性斜疝

及股疝、腹部肠型局限的位置、腹部是否有明显的肿胀、是否有腹水等; 密切动态的观察腹部体征的改变, 必要时行钡灌肠检查能明确大肠肿瘤、扭转及肠套叠等疾病, B超可帮助了解腹水情况、肠管扩张程度、肠系膜上动静脉血流情况、是否有肠套叠及腹腔肿物等。

3 治疗方法

3.1 一般方法: 给予禁食水, 胃肠减压, 保持水、电解质平衡, 控制感染, 抗酸制剂等治疗措施。

3.2 中医治疗

原则上以通理攻下为主, 辅以理气开郁、活血化瘀、清热解毒等法。入院第二天从胃管内灌注大承气汤。首煎液与二煎液共 400ml, 首先经胃管注入 200ml, 每日 2 次。灌注中药的温度以 43℃~45℃为宜。此温度有利于增加肠道吸收, 如果药液过凉容易引起胃脘不适。

3.3 针刺治疗: 穴位有中脘、天枢、足三里、内庭等, 也可选用内关、次胶、大肠俞、气海、关元等。

3.4 其他非手术疗法

3.4.1 颠簸疗法: 适用于早期肠梗阻, 患者取膝肘卧位。暴露下腹部, 术者立于患者一侧或虚骑于患者之上, 两人合抱患者腹下, 抬起患者腹部后突然放松, 逐渐增加颠簸, 每次连续 3~5min, 休息 1~2min, 至少要进行 3~4 次。患者多有轻快感, 有排便感。

3.4.2 推拿疗法

适用于早期肠扭转, 先在腹部涂以滑石粉, 后按扭转的反方向进行推拿, 推拿的时间约 10~20min, 推拿的方向与扭转方向相同时, 可加重肠扭转, 要引起注意。

3.4.3 其他

直肠插管复位法, 用于乙状结肠扭转, 空气灌肠复位法用于小儿肠套叠等。

(下转 14 页)

火罐治疗痛痹 60 例

Treating 60 cases of TongBi by cupping

于彦平

(重庆日报报业集团卫生所, 重庆, 400012)

中图分类号: R 255.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0013-02 证型: DGI

【摘要】 通过对 60 例感受风寒湿邪后引起的疼痛患者使用火罐治疗, 其有效率为 98.30%, 并与 46 例相同症状且不同部位的患者使用 TDP 神灯照射治疗, 其有效率为 95.6%。两组疗效对比 $P > 0.05$, 差异无显著性意义。

【关键词】 火罐; 风寒湿邪; 痛痹; TDP; 对照

感受风寒湿邪后引起的局部疼痛是临床常见的一个症状, 实为痹证中的痛痹。在《素问·痹论》篇中对痹的认定为: 痹者, 风寒湿三气杂至, 合而为痹也, ……其寒气盛者为痛痹。痛痹以痛有定处、疼痛剧烈、得热则舒、遇冷则甚, 局部皮肤不红, 触之不热为特点。痹证是由于风寒湿热之邪入侵机体, 痹阻关节肌肉筋络, 导致气血闭阻不通而产生的。如汗出当风、久坐湿地、涉水冒雨等均可使风寒湿等邪气侵入机体经络, 留于关节, 导致经脉气血闭阻不通, 不通则痛。根据感受邪气的相对轻重常分为行痹、痛痹、着痹。若素体阳盛或阴虚火旺, 复感风寒湿邪, 邪从热化, 或感受热邪, 留注关节, 则为热痹。笔者火罐治疗 60 例和 TDP 治疗 46 例均属痹证中偏重寒痹者, 均为感受风寒湿邪初期邪气尚未入里, 且未留注于关节者。而风寒湿热邪日久, 缠绵不愈, 留注于关节者症见关节肿胀、强直、畸形、屈伸不利等不在此观察范围之内。

1 一般资料

60 例患者均为 2004~2009 年门诊就医病人, 火罐组和 TDP 组选择的治疗标准为: 疼痛是由感受风寒湿邪引起; 起病急, 病程短, 最长不超过 7 天; 邪在腠里, 病情单一, 仅有受凉部位出现疼痛, 不伴有其他器质性病变者。火罐组 60 例, 其中男性 28 例, 女性 32 例。年龄最小者 25 岁。最大者 60 岁。TDP 组 46 例, 其中男性 21 例, 女性 25 例。病程短者 1 天, 长者 7 天。两组 106 例中, 颈部疼痛者 25 例, 肩部疼痛者 23 例, 背部疼痛者 31 例, 腰部疼痛者 6 例, 膝部疼痛者 12 例, 四肢部位疼痛者 9 例。肩部、背部、腰部肌肉较丰厚采用火罐治疗, 颈部、膝部、和四肢

肌肉少不宜拔火罐者采用 TDP 照射治疗。60 例火罐治疗为治疗组, 46 例 TDP 照射组为对照组, 两组治疗一疗程后进行疗效对照。

2 治疗方法

火罐组用闪火拔罐法, 取穴为痛点和痛点周围。拔罐方法: 火罐选用玻璃罐, 罐的大小根据吸附部位选择, 采用止血钳夹住燃烧的酒精棉球, 在火罐内壁中段绕一圈后迅速退出, 然后将罐置于疼痛部位及周围, 留罐 10 分钟。每日一次, 10 次为一疗程。对照组用 TDP 神灯照射疼痛部位, TDP 照射距离 30~50cm, 以患者自觉热而不烫为宜, 每天照射一次, 每次 30 分钟, 10 次为一疗程。

3 治疗效果

3.1 疗效标准

治愈: 疼痛症状消失。好转: 疼痛症状缓解。无效: 治疗一疗程后疼痛未消失。

3.2 治疗结果

火罐组 60 例, 痊愈 41 例。好转 18 例。无效 1 例。有效率 98.3%。TDP 组 46 例, 痊愈 31 例, 好转 13 例。无效 2 例。有效率 95.6%。两组比较, $P > 0.05$ 。差异无显著性意义。

3.3 典型病例

患者甲, 男, 56 岁。初诊日期 2008 年 12 月。主诉: 双肩部位疼痛 3 天。患者 3 天前出现双臂三角肌部位疼痛, 疼痛部位固定, 喜得温热, 遇冷加重。追问病史, 患者晚上睡觉习惯把肩膀漏在被子外面, 起病时正值冬天, 天气阴冷潮湿, 夜晚开窗睡卧, 属睡卧当风。当时检查患处无红肿变形, 无压痛, 上肢活动不受限, 三角肌处肌肉不僵硬无粘连。诊断: 痹证

之痛痹也。此乃营卫不固,感受风寒湿邪,寒邪闭阻经络,留于肌肉,气血脉络不通,不通则痛而为痹也,痛有定处,得热则舒而为痛痹。治以祛风散寒、温经通络。用火罐治疗,10次后疼痛消失。

4 体会

火罐疗法是传统中医常用的一种治病方法,火罐可以逐寒祛湿、舒通经络、祛除瘀滞、行气活血、消肿止痛,具有调节人体阴阳平衡,解除疲劳、增强体质功能,从而达到扶正祛邪,治愈疾病之目的。当人体受风寒湿邪侵袭后造成脉络瘀阻,气血不通,拔火罐治疗可以开泄腠理、舒经通络、调整气血,达到治病祛邪之目的。总之,火罐疗法是因为它的负压作用、温热作用和调节作用共同作用于机体而产生的效果。负压使局部瘀血,温热使血管扩张,吸附作用将毛孔吸开,从而达到行气活血、祛风除湿、舒筋通络、消肿止痛的作用。西医认为,拔罐时罐内形成的负压作用,使局部血管扩张,促进局部血液循环,改善充血状态,加强新陈代谢,改变局部组织营养状态,增强血管壁通透性及白细胞吞噬活动,增强机体体能及人体免疫力。一般风寒比较重的拔罐后颜色较深,随着

疼痛的缓解颜色也逐渐变淡。火罐吸附越紧治疗效果越好。火罐操作简单,安全可靠,无针刺之皮肤损伤和疼痛,患者容易接受,且有立竿见影的效果。本案寒痹治疗的对象是寒邪在腠里且病情单一的疼痛患者。如火罐治疗效果不佳往往是合并有其他疾病,如合并有骨质增生、类风湿性关节炎、椎间盘突出、痛风等症,单纯的火罐治疗就显不足了,最好采用针灸、火罐、TDP、推拿、中药、外敷等综合治疗手段。火罐操作时不要烫伤皮肤,拔罐时间一般以10分钟为宜,时间不宜太长以免起水泡。火罐治疗和TDP治疗效果没有显著性差异。TDP的作用机理:改善血液循环;提高机体各种酶的活性;促进机体对缺乏元素的吸收;提高机体的免疫功能。通过TDP的照射后,调节了体内的微量元素,加强了新陈代谢,提高了酶的活性,从而达到了消炎止痛之目的。不能拔火罐的部位可用TDP照射治疗。两者配合使用可提高疗效。

作者简介:

于彦平(1958-),女,本科学历,籍贯:河北石家庄,副主任中医师,研究方向:针灸。

编号:ZZ-10041228(修回:2010-05-11)

(上接12页)

4 讨论

肠梗阻治疗方法的选择要根据梗阻的病因、性质、类型、部位、程度以及病人的全身情况来决定。治疗包括非手术治疗和手术治疗,首先应给予非手术治疗,纠正肠梗阻带来的全身性生理紊乱,改善病人一般情况。对需要手术治疗的肠梗阻,非手术治疗是一种不可缺少的术前准备措施。

许多病人术前患有慢性便秘,但这一因素经常被病人和医护人员忽视。术后肠功能恢复过程中,肠内容物的水分大量吸收,加上肠道动力障碍,干结的大便堵塞肠道,容易出现肠梗阻症状。对这类患者采用灌肠,导泻,促进肠蠕动等措施,肠梗阻多可缓解。

祖国医学称肠梗阻为“关格”,病理机制主要是肠腔积液较多,又因多数病人年老体弱,病程较长,多有正气亏虚,正虚邪实;加之部分患者手术创伤产生瘀血阻于经络脏腑之间,使气血运行不畅,气滞血瘀,脾气虚弱,胃肠功能失和,进而气血不足,气血不畅,产生梗阻表现,不通即痛,呕吐、便秘。西医认为肠梗阻病理变化为肠腔内膨胀、积气积液,细菌大量繁殖,产生大量毒素,同时肠壁充血水肿,静脉血流受阻,产生血运障碍。

曾凡勇等观察研究发现,用石蜡油和生菜油胃管注入、或番泻叶泡水胃管注入的疗效相对较差,而胃

管内注入宽肠理气汤组的疗效要高得多。宽肠理气汤方中党参、甘草、黄芪补中益气,茯苓、白术补中健脾、和中化饮,厚朴可宽中理气,延胡索、白芍、桃仁、赤芍活血行瘀,促进吸收,润肠通便;青皮、陈皮行气破滞,公英、败酱草清热解毒,大黄、芒硝、莱菔子攻积导滞。现代药学研究表明大黄含大黄素及大黄鞣酸,大黄素能改善肠收缩,使分泌增加,致肠内容物易于排出;芒硝含硫酸钠,不易吸收,形成高渗盐溶液使肠道水分增加,刺激肠蠕动、排便;广香对大肠杆菌有抑制作用,且有促进肠蠕动功效。诸药伍用,攻补兼施,扶正祛邪,调补气血,补益脾胃,活血化瘀,清热解毒,兼通腑气;诸药合用能促进胃肠平滑肌的蠕动,并改善胃肠壁的血液循环,降低胃肠道微血管通透性,减轻组织水肿,促使坏死组织排出,抑制肠道细菌易位和肠道中内毒素的吸收,清除氧自由基,拮抗系统炎症反应,有利于胃肠道炎症减轻,消退,改善胃肠功能,有利于肠梗阻的治疗。

参考文献:

- [1]江桂林,朱敏,孙志红等.薄荷油热敷治疗粘连性肠梗阻[J].实用临床医药杂志,2009(4):32-33
- [2]丁雄,高根五,刘长安.成人急性肠梗阻1049例病因分析[M].中国医学理论与实践,2002,11:1531

编号:J-10032506(修回:2010-05-07)

腹针结合梅花针刺络拔罐 治疗神经根型颈椎病疗效观察

Clinical observation on the therapeutic effects of abdominal acupuncture combined with blood-letting puncture and cupping for treating nerve-root cervical spondylosis

王佩玲

(厦门大学附属中山医院湖里分院, 福建 厦门, 361012)

中图分类号: R255.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0015-02 证型: ADI

【摘要】 目的: 观察腹针结合梅花针刺络拔罐治疗神经根型颈椎病的疗效。方法: 126 例神经根型颈椎病随机分为腹针治疗组、梅花针刺络拔罐治疗组和腹针结合梅花针刺络拔罐治疗组(综合组)各 42 例, 三组临床疗效比较。结果: 腹针组、梅花针刺络拔罐组、综合组总有效率分别为 88.1%、83.3%、97.6%。结论: 腹针组、梅花针组二组疗效比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 疗效相差不多, 均能取得不错疗效; 综合组与其他二组疗效比较经统计学检验, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 说明综合组疗效明显优于其他两组疗效型。

【关键词】 神经根型颈椎病; 腹针; 梅花针刺络拔罐

【Abstract】 Objective: To observe the therapeutic effect of abdominal acupuncture combined with Blood-letting Puncture & Cupping on nerve root cervical spondylosis. Methods: 126 cases were randomly assigned to 3 treatment groups. The first group were treated with abdominal acupuncture, the second group were treated with blood-letting puncture & cupping, the third group were treated with abdominal acupuncture combined with blood-letting puncture & cupping. Results: The total therapeutic effects were 88.1%, 83.3%, 97.6%. Conclusion: Abdominal acupuncture combined with blood-letting puncture & cupping has better therapeutic effects.

【Keywords】 nerve root cervical spondylosis; abdominal acupuncture; blood-letting puncture and cupping

1 前言

神经根型颈椎病系指颈椎间盘退行性改变及其继发性病理改变所导致神经根受压引起相应神经分布区疼痛为主临床表现的总称^[1]。属中医学“痹证”、“颈筋急”等病证范畴, 多见于中老年人, 近年发病率逐年上升, 趋于年轻化, 并发或继发的颈源性疾病亦日趋多样化和复杂化, 严重危害人类健康。本病治疗以非手术疗法为主, 笔者采用腹针结合梅花针治疗颈椎病 126 例, 获得满意的疗效。

2 一般资料

126 例均为本院针灸科门诊颈椎病患者, 按就诊顺序分为腹针治疗组, 梅花针刺络拔罐治疗组, 腹针结合梅花针刺络拔罐对照组共三组各 42 例。年龄平均 (45.7±13.6) 岁; 病程最短 1 年, 最长 13 年。三组

患者的性别、年龄、病程、病情以及影像、TCD、血液流变学检查表现经统计学处理, 其差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

3 病例选择及判定^[2]

3.1 诊断标准: 所有病例均符合国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》中有关神经根型颈椎病的诊断标准^[3]。

3.2 中医辨证标准: 参照国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》。颈痛伴上肢放射痛, 颈后伸时加重, 受压神经根皮肤节段分布区感觉减弱, 腱反射异常, 肌萎缩, 肌力减退, 颈活动受限, 牵拉试验、压头试验阳性; 颈椎 X 线片显示: 椎体增生, 钩椎关节增生明显, 椎间隙变窄, 椎间孔变小; CT 可见椎体后赘生物及神经根管变窄。

3.3 纳入病例标准

凡基本符合以下几点, 纳入观察病例: ①有慢性劳损和外伤史或退行性改变。②颈、肩、臂疼痛或麻木, 向上肢或枕部放射。③颈部活动功能受限, 病变颈椎棘突或患侧肩胛骨内上角有压痛、臂丛神经牵拉试验阳性或击顶试验阳性。④X 片或 CT、MRI 检查呈病理性改变, 或 TCD 检查脑血流变异常。

3.4 疗效判定标准。

参照国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》。痊愈: 症状消失, 功能恢复正常, 能参加正常工作和劳动。显效: 症状改善 2/3 以上, 功能基本恢复正常。有效: 症状减轻 1/2, 功能改善。无效: 症状无改善。

4 治疗方法

4.1 腹针治疗组^[3]

取穴: 以腹针中天地针(中脘、关元)为主穴; 配穴: 双侧商曲、双侧石关、患侧滑肉门、患侧上风湿点(位于腹中线脐上 1.5 寸, 旁开 2.5 寸、患侧上风湿外点(位于腹中线脐上 1 寸, 旁开 3 寸)。上肢麻木、疼痛加患侧滑肉门三角, 头痛、头晕、记忆力减退加气穴, 耳鸣、眼花加气旁。

针具: 选用汉医牌一次性针灸针, 规格为 0.25mm×25mm, 0.25×40mm, 0.30mm×50mm。每位患者使用统一长度的针具治疗, 针具长短依腹壁脂肪层厚度选择。

操作方法: 先测准腹针穴位, 以确保疗效, 然后常规消毒, 进针时首先应避开毛孔、血管, 施术轻缓。针尖抵达预计深度时, 采用只捻转不提插或轻捻转、

慢提插的手法, 使腹腔内大网膜有足够的时间游离, 避开针体, 以避免刺伤内脏。施术时一般采用三部法, 即候气、行气、催气手法。进针后, 停留 3~5min 谓之候气; 后再捻转使局部产生针感, 谓之行气; 再隔 5min 行针 1 次, 加强针感, 使之向四周或远处扩散, 谓之催气。留针 30min 起针。每日 1 次, 10 日为 1 个疗程, 每疗程间隔 2~3 天, 2 个疗程后观察疗效。

4.2 梅花针刺络拔罐组^[4]: 采用梅花针拔罐法治疗, 取穴: 颈夹脊、大椎、肩井、天宗、肩胛骨内上角、阿是穴。患者伏案式坐位或侧卧位, 每次轮选上述 2~3 个穴位, 常规消毒后, 用一次性梅花针叩至皮肤发红, 局部出现轻微渗血, 然后在出血部位拔火罐, 留 10~15 分钟, 火罐内可见少量渗血, 约 2ml, 后起罐, 局部消毒干棉球擦拭血迹, 每天一次, 10 天一疗程, 2 个疗程后观察疗效。

4.3 综合组

采用腹针结合梅花针刺络拔罐治疗, 梅花针刺络拔罐后再进行腹针治疗。治疗方法同上。

4.4 治疗结果

三组临床疗效及治疗前后相关指标改善情况见表 1。三组临床疗效比较, 腹针组、梅花针刺络拔罐组、综合组总有效率分别为 88.1%、83.3%、97.6%。腹针组、梅花针组二组疗效比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 疗效相差不多, 均能取得不错疗效; 综合组与其他二组疗效比较经统计学检验, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 说明综合组疗效明显优于其他两组疗效型。三组病例在治疗过程中未见有不良反应出现。

表 1 三组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效 ^①	有效	无效	总有效率 (%)
腹针组	42	13 (30.1)	15 (35.7)	8 (19.0)	6 (14.3)	85.7
梅花针组	42	12 (28.6)	13 (31)	10 (23.8)	7 (16.7)	83.3
综合组	42	15 (35.7)	16 (38.1)	10 (23.8)	1 (2.38)	97.6

5 讨论

神经根型颈椎病^[5]是颈椎及其椎间盘组织退行性改变或其继发病变后累及颈部神经根, 并由此而引起的一组征候群, 一旦患病, 往往难愈, 症状呈多元化, 不仅影响颈部神经根、血管、脊髓, 出现头晕、头痛、颈肩背酸痛、上肢放射痛、下肢无力等症状, 而且常波及到脑血管、心血管、胃肠道等植物神经系统所支配的组织器官, 从而可以诱发脑血管意外、老年性痴呆, 血压异常、冠心病、胃肠功能紊乱等疾病产生。

腹针疗法^[6]是以脏腑、经络等中医理论为基础, 总结而成的具有广泛适应症的针灸疗法。腹部的神龟全息图与全身的应答关系非常明确。由于颈椎病与脾肾功能失衡有关, 故治疗处方中中脘健脾, 关元培肾

固本, 恢复机体稳态; 商曲、石关在腹部全息图中与颈部相对应, 可改善颈部血液循环, 松懈项肌, 缓解神经压迫; 滑肉门为阳明经的经穴, 是脏腑之气向上半身布散的妙穴, 可滑利肩关节, 促进肩部血液循环; 配上风湿点、上风湿外点使神经末梢营养得以改善, 并可祛风除湿, 活血止痛。众穴合用, 共奏补脾肾、强筋骨、疏通经络、活血止痛之效。

梅花针刺络放血拔罐使局部组织表皮出血, 血管、神经受刺激导致血管扩张, 血液、淋巴液循环加速, 吞噬作用和运输作用加强, 使体内细胞因子和炎症介质的清除加快, 组织细胞得到更多营养, 促进组织修复, 恢复肌肉的功能, 使颈椎的稳定性得以加强; 按 (下转 19 页)

中医“治未病”理念在 慢性非传染性疾病预防中的应用

Application of in chronic non-communicable disease prevention in TCM idea of *treating disease in the future*

陈家建 林 巧 文善适

(深圳市宝安区慢性病防治院, 深圳 宝安, 518133)

中图分类号: R363.2+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0017-03

【摘 要】 中医“治未病”思想源于《内经》,“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱”是对治未病思想最早的阐述。慢性非传染性疾病已经成为新的健康隐患,根据中医“治未病”思想,对于慢性非传染性疾病的预防应着重于“未病先防”和“既病防变”。中医在慢性非传染性疾病预防治疗学方面有着较大的优势与潜力,需要我们不断的去发掘和探索,从而使中医中药为人类健康事业做出更大的贡献。

【关键词】 治未病; 慢性非传染性疾病

两千多年以前,祖国医学就已经认识到,疾病的发生固然与外在的邪气侵袭人体有关,但必须是在人体气血脏腑不和的情况下,才会发病。也就是说,疾病的发生是外因(邪气)作用于内因(正气)的结果。所以临床上十分强调顾护正气,防患于未然。中医预防学有其悠久的历史,自《黄帝内经》首先提出“治未病”以来,经过历代医家的弘扬光大,中医预防学的理论日臻完善,今天,“治未病”作为现代话题提出,仍然具有非常重要的意义。

1 中医“治未病”理念的形成与演变

“治未病”较早提出见于《黄帝内经》,如《素问·四气调神大论》:“是故圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,此之谓也。夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎”;《素问·刺热》篇:“肝热病者左颊先赤,心热病者颜先赤,脾热病者鼻先赤,肺热病者右颊先赤,肾热病者颐先赤。病虽未发,见赤色者刺之,名曰治未病”。后世许多医家将“治未病”思想进一步发挥。东汉医圣张仲景指出:“若人能养慎,不令邪风干忤经络……不遭形体有衰,病则无由入其腠理”、“适中经络,未流传脏腑,即医治之。四肢才觉重滞,即导引、吐纳、针灸、膏摩,勿令九窍闭塞”及“夫治未病者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,这也就是“未病先防、既病防变”的思想。唐代药王孙思邈在其《千金要方》中指

出“上医治未病之病,中医治欲病之病,下医治已病之病”,尊《内经》之义,明确地将人的状态分为“未病”、“将病”和“已病”3种。《类经图翼》也有隔盐灸神阙穴“若灸至三五百壮,不惟愈疾,亦且延年”的记载。明代杨继洲在《针灸大成》中详细记载应用艾灸预防中风:“但未中风时,一两月前,或三四月前,不时足腿发酸发重,良久方解,此将中风之候也,便宜急灸三里、绝骨四处,各三壮”。明末清初医家喻嘉言在著作《医门法律》就是以未病先防,已病早治的精神贯穿始终。到了清代,“治未病”的预防思想更加鼎盛,徐大椿《医学源流论》记载:“病之始生,浅则易治,久而深入则难治……故凡人稍有不妥,必当即调治,断不可忽为小病,以致渐深;更不可勉强支持,使病更增,以贻无穷之害”。清代名医叶天士在他的《温热论》中指出:“务在先安未受邪之地”。后来吴鞠通在《温病条辨》中提出保津液和防伤阴,其实与叶氏“务在先安未受邪之地”之意吻合,体现了“治未病”的思想。

2 慢性非传染性疾病已经成为新的健康隐患

慢性非传染性疾病(Non-infectious chronic diseases, NCDs)是全世界致死和致残的首位原因,2002年WHO报告显示,2001年NCDs导致45.9%的全球疾病负担。西方发达国家较早的遭遇这一问题,在NCDs监测、预防与控制等方面已经积累了较多的经

验,而发展中国家尚未摆脱传染性疾病的困扰,同时NCDs的发展态势迅猛,人们仍未做好应对的准备。据统计,1998年我国城市居民传染病死亡率已由1957年的127.8/10万下降到4.6/10万,但恶性肿瘤、心脏病和脑血管病死亡率分别由37.2/10万、47.6/10万和39.3/10万上升到147.2/10万、114.8/10万和149.5/10万,当前心血管病和慢性阻塞性肺部疾患(COPD)死亡分别为我国城市和农村居民的第一位死因,恶性肿瘤第二。

我国NCDs的流行出现增长速度逐渐加快,发病年龄提前的特点。如50~70年代我国高血压每年新发100多万,80~90年代每年新发300多万。关于发病情况目前没有全国数字,但是根据卫生部24个慢性病社区综合防治示范点资料,绝大部分地区发病年龄提前。1991~1994年北京、南宁、宁波15~39岁冠状动脉硬化的比较研究发现,三地早期病变发生率均在50%以上。另据广东省流行病学调查资料分析,与1991年相比,1998年广东省高血压标化患病率上升了29.24%。患病率增加的趋势是年龄越小,增幅越大,25~49岁年龄组上升幅度显著高于其它年龄组。

NCDs的发生和发展是多因素综合影响的结果,除生物学因素外,还与人的生活习惯、心理活动、行为方式、环境污染有着紧密联系。现阶段,常规的药物和手术对抗治疗不能根治糖尿病、肿瘤等慢性复杂疾病,但可以从提高病人的生存质量入手,强调健康维护,控制疾病发展。更重要的是,新的医学模式要求树立预防战略观念和新的诊疗观念,要求医学服务模式从医疗型向医疗、预防、保健型转变,医学服务模式从医疗为导向朝向预防为导向转变^[4]。中医学倡导“上工治未病”,十分注重人与自然、环境、社会的和谐统一,注重情志等因素对人的影响,强调整体观念、辨证论治,主张“未病先防”和“天人合一”、“形神统一”、“动静结合”等医疗卫生保健思想。这些理论恰恰与人类健康观念的变化以及医学模式的转变相适应。因此,中医学“治未病”对于慢性非传染性疾病的防治具有独特优势。

3 中医“治未病”理念防治慢性非传染性疾病的内涵

中医“治未病”思想的主要精髓体现在以下几个方面:①“上工治未病”;②“预防为先”;③“未病先防”;④“见微知著”;⑤“既病防变”;⑥“未病先治”。中医学的这一伟大思想,在今天看来也极具先进性,富有唯物辩证法的思想品格,其中“未病先防”和“既病防变”两个方面内容贯穿该思想的始终。

3.1 “未病先防”

“未病先防”,就是要在疾病未发生之前,作好各种预防工作,以防止疾病的发生。疾病的产生关系到邪正两个方面。邪气是导致疾病发生的重要条件,而正气不足是疾病发生的内在原因和根据,因此“治未病”必须从这两个方面着手。“正气存内,邪不可干”,所以,增强体质,是提高正气抗邪能力的关键。

3.1.1 适应四时气候变化:《素问·四气调神大论》指出:“四时阴阳者,万物之根本也”,又提出“阴阳四时者,万物之终始也,死生之本也。逆之则灾害生,从之则苛疾不起,是谓得道”,指出了机体必须适应自然气候的重要意义。

3.1.2 调节情志:中医学非常重视情志致病因素。《素问·天元纪大论》云:“人有五脏化五气,以生喜怒思忧恐”,是说人的五脏之气化生人的情志。如果情志太过就会损伤五脏之气。《素问·阴阳应象大论》又云:“故喜怒伤气,……暴怒伤阴,暴喜伤阳。喜怒不节,寒暑过度,生乃不固”。《素问·举痛论》也云:“余知百病生于气也,怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,……惊则气乱,……思则气结。”这就是说人的情志太过,就会损伤人体之气,而且不同的情志对人体造成不同的伤害,致使疾病的发生。所以,要调摄情志,保持心情舒畅,清心定志,控制情绪,正如《素问·上古天真论》言“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来”。

3.1.3 饮食有节:《素问·上古天真论》说:“饮食有节,起居有常,不妄作劳,故能形与神俱,而尽终其天年,度百岁乃去。”指出饮食要有节制,否则易生疾病。《素问·痹论》说:“饮食自倍,肠胃乃伤”,都是讲暴饮暴食会损伤脾胃,致使气机逆乱。饮食有节包括3点:一是节制,即不偏食,不嗜食,不多食;二是节律,指饮食要定时定量;三是节忌,指要禁口。另外一些如花生、芝麻、枸杞粥、首乌粥、药膳等食物有强身健体,益寿延年的作用。

3.1.4 劳逸适度,加强锻炼,过劳则伤气,气少则力衰。《素问·举痛论》说:“劳则气耗”。《素问·宣明五气》更明确地指出五劳所伤:“久视伤血、久卧伤气、久坐伤肉、久立伤骨、久行伤筋”。劳神过度,则伤心脾。房劳过度则伤肾,肾主骨,精生髓,精不足则髓亏,故会出现头晕耳鸣。精充则气足,气足则神会,正气充足则邪不可犯。生命在于运动,经常锻炼身体,能增强体质,防止或减少疾病的发生。华佗创造的五禽戏及后世的太极拳、八段锦、易筋经都是很好的锻炼方法。总之,加强锻炼,持之以恒,促使血脉流通,关节灵活,气机调畅,形神合一,就能够收到内以养生,外以却恶的效果。

3.1.5 慎避外邪:中医学非常重视外邪治病。自然界中有风寒暑湿燥火,如果太过,侵袭人体就为邪气。邪气从外侵犯皮毛,再至筋肉,过经脉,入脏腑,一步步深入。外邪是致使人体发病的一个重要因素,所以《灵枢·百病始生》曰:“夫百病之始生也,皆于风雨寒暑,清湿喜怒……”。因此需要慎避外邪,防止人体受到侵害。如《素问·六元正纪大论》云:“避虚邪以安其正”,《灵枢·九宫八风》也言:“谨候虚风而避之”。

3.2 “既病防变”

“未病先防”是主要的手段,“既病防变”是它的补充。疾病已经发生,就应该争取早诊断早治疗并防止其发展与传变^[6]。既病防变要做到以下两点:

3.2.1 早期诊治:“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,半死半生也”。可见早期诊治是十分重要的。要做到早期诊治,对于患者来说,应及时就诊。对于医学来说,要不断提高诊治水平,对疾病给予早期诊治。

3.2.2 “见微知著,防微杜渐”要能够根据患者细微的症状、体征,判断疾病发展方向,正确辨证,正确治疗,防止疾病的发展与传变。这就要求医者熟练掌握疾病的整个动态的变化过程。而且还要善于观察并及时发现其微小的变化,分析其病因病机,及时进行正确有效的治疗,以控制传变,杜绝变证的发生,使疾病向痊愈转变。另外也必须“先证用药”,即在疾病发生发展传变前,就给予相应的治疗,阻断疾病发展变化。如《金匱要略》“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”就是在疾病传变之前,采取及时有效的措施,防止疾病进一步进展。

4 中医“治未病”理念防治慢性非传染性疾病的意义

从《内经》提出“治未病”开始,标志着我国医学的发展已从被动治疗提高到主动预防的水平。疾病是由邪正斗争的相对静止性和不断变化的绝对性组成

的一个完整的动态过程。中医学“治未病”包括未病先防和既病防变,是干预慢性非传染性疾病的基本原则。一方面,通过养神健体,防止慢性非传染性疾病的发生;另一方面,可以对慢性非传染性疾病早期干预,阻止其向疾病转变,同时对疾病痊愈后进行有效干预,防止复发。“治未病”是中医预防治疗学的一大优势,但要真正做到“治未病”,并非一件简单的事情,当前,要把治未病思想作为一种理念,将预防为先、防患于未然、截断疾病传变途径、防重于治等理念扎根于每位医生的头脑中。不要把治未病和治已病完全分开,更不能对立。医生不仅要会治疗,还要懂养生、保健、营养、心理疏导。要明确,许多疾病是可以预防的。要不断强化中医治未病的理念,深入理解健康的医学观,营造中医治未病的医院文化氛围,需要我們不懈的努力去发掘与探索,在临床实践中不断总结经验才能最大的发挥中医中药在预防治疗学方面的潜力,从而才能收到最好的效果,让中医药为人类健康事业发挥应有的作用。

参考文献:

- [1]武月萍,刘爱华,周军丽.“治未病”与亚健康[J].光明中医,2009,24(2):314-315
- [2]孔灵芝.慢性非传染性疾病的流行现状,发展趋势及防治策略[J].中国慢性病预防与控制,2002,10(1):1-19
- [3]么鸿雁,钱铃,施倡元等.发展中国家慢性非传染性疾病的概况[J].国外医学社会学分册,2001,18(3):100-103
- [4]陈静,商洪才,张伯礼等.重大慢性疾病防治策略,途径与中医药整合调节优势[J].时珍国医国药,2008,19(1):15-16
- [5]孙维旭.论中医治未病[J].内蒙古中医药,2004,2:34-35
- [6]徐亚林,陈俊伟.谈中医学“治未病”[J].中医中药,2008,15(6):70-72
- [7]刘宏岩.关于中医治未病思想的若干思考[J].吉林中医药,2008,28(11):781-782

编号: E-10050601 (修回: 2010-05-06)

(上接 16 页)

照中医经络脏腑理论,手少阳三焦经和手太阳小肠经循行颈肩部,足太阳膀胱经和足少阳胆经循行过颈部,督脉亦过颈部,选择颈夹脊、肩井、大椎和天宗等穴位刺络放血拔罐,既疏通局部经络,活血化瘀,又激发全身经气,强筋健骨,达到标本兼治的功效。腹针结合梅花针刺络拔罐治疗神经根型颈椎病可获得理想疗效。

参考文献:

- [1]贾连顺.颈椎病研究的现状进展和展望[J].中国矫形外科杂志,2001,8(8):733

[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]薄智云.腹针疗法[M].北京:中国科学技术出版社,2006.10

[4]张盛之.刺血拔罐加穴位注射治疗神经根型颈椎病 150 例[J].针灸临床杂志 2001,17:29

[5]王拥军.施杞教授关于颈椎病理论与临床的探讨[J].中国中医骨伤科杂志,1997,3:60

[6]高翔.颈椎病牵引角度临床观察[J].中国中医骨伤科杂志,2008,(2):33-34

作者简介:

王佩玲(1966-),女,汉族,主治医师,从事临床针灸。

编号: E-10050623 (修回: 2010-05-07)

“肝者，罢极之本”释义的概况

Overview of liver is the basis of resistance to fatigue interpretation

樊雅梦

(北京中医药大学基础医学院, 北京, 100029)

中图分类号: R222 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0020-03

【摘要】就《素问·六节藏象论》中“肝者，罢极之本”的历代注解进行汇总，以注解思路为准绳，对各注说进行归类。通过分析各类注说的特点，发现目前在中医理论探讨中存在理论失真的问题。因此，回归原著、回归历史、借助医案探究理论本义及其临床价值是很有意义的。

【关键词】肝；罢极之本；注解概况

【Abstract】 Objective: This sentence is the focus of academic debate. In this paper the various annotations are divided by the way of thinking. Analyzing the various types of annotations it is found that theory of distortion is a big problem. We should understand the theory in the original. By studying medical records explore the clinical value of the theory. Such work is necessary.

【Key Words】 Liver; liver function; annotation profile

《素问·六节藏象论》是《黄帝内经》论述藏象理论的重点篇章，此篇不仅首次提出了“藏象”的概念，而且对每一藏都有具体的阐释。本篇的重要地位不言而喻，其中的论点亦是历代医家们研究的主要对象，对于含义不甚明晰的学说更是成为争论的焦点，“肝者，罢极之本”即是典型的一例。此句所在的段落是《素问·六节藏象论》中论述藏象基本功能的重点段落，由于“罢极”一词的内含不明，历代医家对该词的理解、注释各不相同，即形成了学术上争论的焦点之一。

1 注说汇总

在“中国期刊全文数据库”中，以“罢极”为关键词检索近 50 年的文献，共搜集文章 110 篇。对这些文章进行整理发现，该句的释义达十余种之多，然依其立论思路可划分为以下三种。

1.1 以古汉字释义为出发点阐释“罢极”之意，并结合肝的生理特性解释“肝者，罢极之本”的含义。以这种方式释义该句含义的医家很多，而又各持己见，现将主要的论说分述如下：

1.1.1 “将军之官”说

此论说主要是将“肝者，罢极之本”与《素问·灵兰秘典论第八》“肝者，将军之官，谋虑出焉。胆者，中正之官，决断出焉。”相结合进行解释。如刘士敬等认为，“肝者，罢极之本”是“将军之官”的具体表现，有宽赦、放逐、诛杀等和军旅事宜相关。其依据是：

《说文》“罷、遣有罪也，从网能，网罪网也，言有贤能而入网，即贯遣之。”“极”通“殛”，《说文》：“殛、殊也，……虞书曰：殛鲧于羽山”^[1]。李克斌认为罢源于“黑”，含有桀骜不驯、不归教化之意，而起加重语气的作用。将“罢极之本”解释为谋略决断、果敢、喜条达、忌逆怒^[2]。

在临床上，张德英等认为“罢”当从“副”，《尔雅·释古下》“副，审也。”极，作正梁，《广雅·释言》曰：“极，中也。”罢极即正确判断，并结合自己在临床中从肝论治痴呆性疾病以说明之^[3]。

1.1.2 “疲劳”说

1.1.2.1 耐受疲劳

《素问直解·六节藏象论》云：“肝者，将军之官，如熊羆之任劳，故为罢极之本。”李今庸认为，罢当作能字解，读为“耐”，极作“疲困”解，“能极”则为“耐受疲劳”。其立论依据是：“人之运动，在于筋力，肝主筋而司人体运动，故肝为‘能极之本’”。姜永和认为肝为罢极之本是肝有耐受疲劳的作用，并指出肢体瘫痪可从肝治^[4]。

1.1.2.2 解除疲劳

林绍志将“罢”意为“解除”，“极”意为“疲也”，故将罢极释义为“解除疲劳”。并把肝藏血、肝主筋的生理特性作为解除疲劳的生理基础^[5]。

1.1.2.3 过度疲劳

《素问注证发微》云“肝主筋，故劳倦罢极，以肝为本”。明·张景岳《类经》释之“人之运动，由乎筋力，运动过疲必罢极。”明末清初·姚止庵《素问经注节解》亦云：“罢与疲通，肝主筋，过劳则运用乏竭而困倦矣，故云罢极。”清·吴鹤皋《素问吴注》亦曰：“动作劳甚，谓之罢极。肝主筋，筋主运动，故为罢极之本。”清·张志聪《素问集注》亦师承之，释谓：“动作劳甚谓之罢，肝主筋，人之运动皆由乎筋力，故为罢极之本”^[6]。

1.1.2.4 从肝病看疲劳

此说多秉承疲劳之说，而以现代医学之肝病表现证实“肝者，罢极之本”即是指肝为疲劳之本。如王辉武等对 3413 名肝病患者进行临床症状的追踪观察发现，疲乏症状出现的频率最高，达 78.5%。在肝病治疗过程中，疲乏症状的减轻、消失是肝病向愈之征，疲劳加重是肝病恶化的表现，久患肝病若极度疲乏，则预后不良，较长时间疲乏又难于解释则要警惕肝病的发生^[7]。顾学兰在观察了 545 例肝硬化患者的临床表现中发现，疲劳的发生率最高达 75.23%，并指出乏力是肝硬化的重要观察指标^[8]。

亦有从现代医学的角度来说明肝与疲劳密切相关。如朱海峰认为肝脏是“代谢中枢”，它与糖、脂肪、蛋白质、维生素以及激素的代谢有着密切的关系。肝脏功能的正常与否势必影响能量代谢的功能，因此疲劳和乏力症状的出现与肝有着密切的关系^[9]。陈列红等认为“肝者，罢极之本”是指耐受疲劳，是运动机能的根本，并指出罢极之本的物质基础之一即血液中的微量元素^[10]。

1.1.3 肝主筋说：丹波元坚在《素问绍识》中有“罢极当作四极，四极即四肢。”其立论依据是“肝其充在筋，故云四极之本”。王冰注曰：“夫人之运动者，皆筋力之所为也，肝主筋，其神魂，故曰肝者罢极之本，魂之居也。”认为罢极，为弛张，代表运动。

1.2 以中国古代哲学为背景，并结合《内经》中有关肝的生理特性对“肝者，罢极之本”进行解释。提出肝是调节人体适应四时更替的主宰。

刘力红从“极”字入手进行解释。他认为在“极”这个宇宙时空时限上，会产生从“生数皆终”到“万物复始”的交变现象，“罢”为结束、终期。“罢极”即为由终到始的循环之意，“肝者，罢极之本”即指肝具有调节人体适应自然由冬到春交变的作用，即肝主宰着人体的这种周期性运动^[11]。周琼以《素问·至真要大论》说：“两阴交尽，谓之厥阴”，及刘渡舟解释：“所谓交尽，意即阴之极尽的意思，阴之尽则阳之始，故又有一阳之气来复之机。”为依据，提出阴阳之往返

正复，以肝为终始，“罢极之本”说明人与自然界四时变化而相应调节之意^[12]。

1.3 从《素问·六节藏象论》的上下文入手，认为“肝者，罢极之本”是提出了肝的主要生理功能。

1.3.1 “藏血主生发之本”说：邓家刚将“罢极”作“归止于终始”讲。其立论依据是：肝集厥阴少阳于一身，阴尽于厥阴而阳始于少阳，血归于肝，而肝又有春生之特性，故“罢极之本”即“藏血生发之本”^[13]。孙钧认为肝为罢极之本揭示的是肝脏生化升发气血，即体阴用阳的生理功能以及这一功能对机体的影响^[14]。

1.3.2 “疏泄”说：马晓春以朱丹溪提出的“主闭藏者肾也，司疏泄者肝也”为依据，从肝主要的生理特性来理解罢极之意，认为当以“肝主疏泄”来释义肝之本^[15]。杨伟鹏将文字释义与肝的特性——“散”相结合，提出“肝者，罢极之本”当是肝主疏泄之意^[16]。陆丽明认为“罢极”二字同时具有动词、副词之特征，能够表示“发放”和“极点”的双重含义。罢极是指肝气是机体发散的根源，且这种发散又是在一定限度内进行的^[17]。

1.3.3 “敷和”说：杜廷贵认为：“罢极之本”应为“敷和之本”。肝之敷和即是肝脏通过敷布某种物质来调节人体脏腑阴阳气血，使其不协调状态趋于和谐的功能活动。“敷和之本”关键在于肝有主升发、主藏血之功，协调平衡全身的气机，是人体脏腑组织活动的动力源泉，奠定了肝在人体中的重要性^[17]。

2 目前研究存在的问题

2.1 理论释义有失客观：从以上三种分类来看各医家对“肝者，罢极之本”的解释会发现，对该句解释的不统一性，主要是因为各自的出发点不同。而其共同的特点是无论持有那种观点，都会用肝的基本生理特性来自圆其说。但这其中存在着一个“先入为主”的问题，即以自己已承认的观点来搜集资料，进行阐释。这种释义主观因素太多，有失客观性。如第一种说法中将“肝者，罢极之本”解释为“将军之官”的具体表现，即引《说文》中关于罢极的解释，并以《素问·灵兰秘典论》中有关肝为将军之官的论述作为立论根据。然自古至今对罢极的解释甚多，非独为宽恕、放达之意，且关于“肝者，罢极之本”的释义很多，“将军之官”说亦不能统领众说。

2.2 探讨理论本义的方法有待商榷：从目前查阅的相关资料可以看出，对“肝者，罢极之本”的释义多是以字义为中心进行阐释，而理论本义的探讨并非古文解释。理论需放在其出处的著作中来看，需放在中医理论发展的时间轴上来看，需放在临床中来看，这样（下转 23 页）

点穴加吞咽训练治疗脑瘫流涎的临床观察

Clinical observation on treating of cerebral palsy salivation by acupuncture plus swallowing training

王 刚

(浙江民政康复中心, 浙江 杭州, 310016)

中图分类号: R272.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0022-02 证型: GBDI

流涎症是脑性瘫痪患儿常见的并发症, 约占脑瘫的 25%~35%, 严重的影响脑瘫患儿的生活质量^[1]。笔者 2005 年 8 月~2008 年 6 月, 共对 35 例脑瘫合并流涎症的患儿, 采取点穴按摩, 配合吞咽训练, 取得一定疗效, 现报告如下:

1 一般资料

35 例脑瘫患儿诊断参照 1988 年全国小儿脑性瘫痪座谈会确定的诊断标准^[2]。男 22 例, 女 13 例; 平均年龄 4.6 岁; 全部病例符合教师流涎分级法 (TDS)^[3] I~V 级, 其中 II 级 14 例, III 级 13 例, IV 级 3 例, V 级 5 例。

教师流涎分级法 (TDS): I 级: 不流涎; II 级: 小量或偶尔流; III 级: 不时地流; IV 级: 经常流, 但不成线; V 级: 成线地流, 胸前常常弄湿。

2 方 法

2.1 按摩治疗

每天进行局部点穴按摩, 取穴百会、(双) 风池、(双) 颊车、(双) 地仓、(双) 下关、廉泉, 有节律

地轻揉, 力度以患儿容易接受为最佳; 取 (双) 合谷、(双) 曲池, 做按揉刺激, 力度稍大, 患儿可以接受就行, 每次 30min, 每日 1 次。

2.2 吞咽训练: 先进行张嘴和闭嘴的练习, 接着进行舌的上下左右及旋转运动, 再进行模拟咀嚼练习、吸吮练习, 最后进行吞咽练习。每次 20min, 每日 2~3 次。

3 疗效标准

痊愈: 经 6 个疗程治疗, 流涎完全消失。

显效: 经 6 个疗程治疗, 流涎基本消失; 或按照 TDS 分级法上升 II 级。

有效: 经 6 个疗程治疗, 流涎明显减少; 或按照 TDS 分级法上升 I 级。

无效: 经 6 个疗程治疗, 流涎无减少或加重。

具体计算按照 TDS 分级法, 上升 I 级记 1 分, 上升 II 级记 2 分, 无变化记 0 分, 降低 I 级记 -1 分。

4 结 果

4.1 治疗结果如下:

病情分级	例数	显效	有效	无效	有效率 (%)
II 级	14	0	14		100
III 级	13	5	7	1	92.3
IV 级	3	1	1	1	66.7
V 级	5	0	3	2	60

4.2 t 检验

4.2.1 建立检验假设

治疗前后差数的均数 $\bar{d} = 76/35 = 2.17\%$, $d_2 = 314$ 。

4.2.2 计算 t 值: $t = 2.93$ 。

4.2.3 确定 P 值

查表 $t_{0.05}(34) = 1.70$, $t > t_{0.05}(34)$, $P < 0.05$ 。

4.2.4 判断结果: 治疗前后差异有显著性。

5 讨 论

流涎中医称之为“滞颐”, 主要是小儿脾胃积热或脾胃虚寒所致。小儿脾胃素有湿热, 致廉泉不能制约,

故涎液较多, 不能自控, 甚至口角糜烂; 或因小儿素体脾胃虚寒, 不能收摄其津液, 以致口水清稀不止, 大便溏薄, 面白唇淡。治疗以温肾补脾, 敛涎止唾, 或补虚清热, 摄涎利水为大法。

百会乃督脉穴, 位于头顶, 督脉总督一身之阳气, 刺之可激发人体阳气生成; 现代医学认为: 百会穴可以升高或降低双侧大脑的运动功能区域中葡萄糖的代谢, 从而指导与运动有关的某感区域神经组织兴奋, 补偿或协助受损的神经网络, 促进运动功能重建^[4]; 通过点穴按摩百会, 刺激大脑发育和中枢的协调性发

展。点穴按摩颊车、地仓合下关，这三穴位为足阳明胃经之穴，具有主治流涎之功效，点穴按摩能够使吞咽肌产生收缩，改善吞咽肌的功能，有利于唾液的清除，同时能够调节面部口唇肌运动，使口唇闭合功能正常，唾液不再溢于口腔之外，流涎症状消除；廉泉任脉要穴，有固津止涎之功；合谷、曲池手阳明大肠经的原穴和合穴，以减少肺金耗散太过，养脾土之母，取培土生金之意，从而达到顾津收精之目的。

现代医学认为脑瘫患儿的流涎症主要是由于口腔运动功能障碍，吞咽功能异常和口腔括约肌功能不全，患儿不能正常通过吞咽清除口腔唾液所致。吞咽活动由口腔、咽、喉和食管肌肉一系列复杂而连续的兴奋和抑制过程组成，一般分为口期、咽期、食管期 3 个期。X 线影像研究发现，伴流涎的脑瘫患儿吞咽活动的咽期和食管期与正常患儿无差别。但其口腔肌肉协调功能明显障碍，使吞咽过程起始（口期）受阻。脑瘫患儿吞咽动作常无效和不协调，口唇闭合缺乏同步性^[5]。通过一定时期的吞咽功能训练，能调节局部肌张力，改善吞咽运动功能；促进吞咽运动的协调性和正确性的发展。

脑瘫流涎的治疗有多种控制流涎的方法，这些方

法包括针灸疗法、抗胆碱药物应用放射疗法、口运动疗法、行为疗法、生物机能反馈疗法及各种外科手术（腮腺导管改位和下颌腺切除术，侧腮腺导管结扎和下颌下腺切除术，经鼓室神经切除术）。其中外科手术、行为疗法和口运动疗法是当今国外主要治疗方法，国内主要采用针刺穴位治疗的方法。这些方法各有优缺点，有的方法操作繁杂，特别是针刺治疗并易受患儿情绪及配合程度影响，故笔者认为点穴加吞咽训练能被家长和儿童接受。

参考文献：

- [1]张鲜.辨证治疗小儿脑瘫[J].中国中医药学报,2002,17(7):444-445
- [2]韩群英.脑性瘫痪中西医治疗与康复[M].北京:人民卫生出版社,2000:296-297
- [3]牛小军.针灸配合按摩治疗脑瘫流涎症 18 例临床观察[J].第三军医大学学报,2005,27(2):2
- [4]石砚,左芳,田嘉禾等.针刺头穴对中风患者大脑运动功能区糖代谢的影响[J].针刺研究,2005,30(3):167
- [5]梁松,李雄斌,刘洪涛等.脑性瘫痪流涎 54 例疗效分析[J].现代康复,2001,5(9): 87

编号：Y-10041190（修回：2010-05-06）

（上接 21 页）

对理论的内涵才会有较正确的认识和理解。因此，第一，我们有必要从《素问·六节藏象论》入手，整理《素问》对肝的认识，从其认识中理解“肝者，罢极之本”的本义。第二，我们应该从历代医家对《素问》的注本中去挖掘各医家对此的认识，以求对该理论有一个纵向性、全面性的理解。第三，我们应深入探讨医案，既要通过对医案的整理中探寻其临床价值，挖掘其如何指导临床实践。理论的价值就在于实际的应用，从临床的角度探讨中医理论更具实际意义和客观性。

3 结 语

从以上探讨分析中可以看出，中医理论需要归真。在中医几千年发展的历程中，《黄帝内经》、《伤寒杂病论》等著作可谓是标志性作品，其中提出的理论学说更是构成中医理论的骨架。而随着时间的沿革，一些理论观点也发生了演变，那么归从原著含义、归从历史时期，探究理论本义，并结合医案探讨理论的临床应用价值是很有十分必要的。

参考文献：

- [1]刘士敬,张晓阳.“罢极”新解[M].中医药信息,1991,4:10-11
- [2]李克斌.“罢极”新释[M].甘肃中医,1999,12(5):5
- [3]张德英,宋春霞.“繁木泻土”治疗“罢极失准证”[J].北京中医药大学学

- 报,2004,11(4):42-43
- [4]姜永和.略论“肝者,罢极之本”的生理意义[J].天津中医学院学报,1985,1:1-2
- [5]林绍志.“罢极之本”浅议[J].山东中医药大学学报,2006,6:444
- [6]陈震霖.“肝者,罢极之本”释义[J].山东中医杂志,2004,23(5):259-260
- [7]王辉武,吴行明,邓开蓉.《内经》“肝者,罢极之本”的临床价值[J].成都中医药大学学报,1997,20(2):9-10
- [8]顾学兰.75 例肝硬化患者乏力量表分析-兼谈“肝为罢极之本”[J].江苏中医药,2006,27(4):20-21
- [9]朱海峰.对“肝为罢极之本”的现代医学诠释[J].甘肃中医,2007,20(5):7-8
- [10]陈列红.试从微量元素角度探讨“肝为罢极之本”[J].江苏中医,1997, 18(3):46-47
- [11]刘力红.“罢极之本”考释[J].中医学报,1987,10(4):37
- [12]周琼.“肝者,罢极之本”小议[J].湖北中医杂志,2007,29(9):14-15
- [13]邓家纲.“罢极之本”实义辨析[J].广西中医药,1987,10(1):41-44
- [14]孙钧.试论肝者罢极之本[J].甘肃中医学院学报.2000,17(1):13
- [15]马晓春.“肝者,罢极之本”析疑[M].中医函授通讯.1992,5:10-11
- [16]杨伟鹏.“肝者,罢极之本”新探[J].中医药学报.2000,1:7-8
- [17]陆丽明.“肝者,罢极之本”考义及新解[J].中医药学刊.2006,12:2308-2310

编号：E-10050602（修回：2010-05-07）

疏风去咳方治疗咳嗽变异性哮喘 32 例疗效观察

Clinical effective observation on treating 32 cases of cough variability asthma with Shufeng to cough side

云雅卿

(河北省高阳县中医院, 河北 高阳, 071500)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0024-02 证型: GDA

【关键词】疏风去咳方; 咳嗽变异性哮喘; 中药疗法

咳嗽变异性哮喘 (cough variant asthma, CVA) 是一种特殊类型的哮喘。以慢性咳嗽为主要或唯一的临床表现, 没有明显喘息、气促等症状, 但有气道高反应性。临床表现主要为刺激性干咳, 通常咳嗽比较剧烈, 夜间咳嗽为其重要特征。感冒、冷空气、灰尘、油烟等容易诱发或加重咳嗽。2007 年 1 月~2009 年 1 月, 笔者采用疏风去咳方治疗咳嗽变异性哮喘 32 例, 疗效满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

所有病例均为高阳县中医院门诊病人, 其中男性 17 例, 女性 15 例。病程 3 个月~3 年, 平均 1.2 年。年龄 16~45 岁, 平均 32 岁。

1.2 诊断依据

1.2.1 西医诊断标准

参照中华医学会呼吸病学分会哮喘学组 2005 年制定的 CVA 诊断标准: ①慢性咳嗽, 常为明显的夜间或清晨刺激性咳嗽; ②支气管激发试验阳性、支气管舒张试验阳性或 PEF 日内变异率 20%; ③支气管扩张剂、糖皮质激素治疗有效; ④排除其他原因导致的慢性咳嗽。

1.2.2 中医诊断标准

中医辨证为风邪犯肺型咳嗽 (自拟): 咳嗽, 干咳少痰或无痰, 咽痒, 经久不愈, 舌苔薄白, 脉浮或弦。具备上述主症且辨证为风邪犯肺致肺失宣肃, 气道挛急。

1.2.3 纳入标准: 符合以上西医和中医诊断标准的。

1.2.4 排除标准: 除外慢性支气管炎、嗜酸性粒细胞性支气管炎、支气管肺癌、其他气道肿瘤、肺结核、弥漫性泛细支气管炎。

1.3 治疗方法

予疏风去咳方加减。药物组成: 荆芥 12g, 防风 9g, 乌梅 15g, 蝉衣 6g, 川芎 12g, 五味子 15g, 甘草 15g, 紫苑 15g, 冬花 15g, 旋复花 10g, 代赭石 30g。伴频繁喷嚏、流清涕加辛夷花 15g, 苍耳子 9g; 口干加石斛 15g, 天花粉 15g; 夜寐差加磁石 30g, 远志 9g。日一剂, 水煎取汁 300ml 分 2 次, 连服 14 天为一疗程。3 个疗程判断疗效。

1.4 疗效标准

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》确定疗效标准。治愈: 咳嗽、咳痰等症状消失; 好转: 咳嗽、咳痰减轻; 无效: 咳嗽症状及体征无明显变化。

2 结果

本组 32 例, 治愈 18 例, 好转 11 例, 无效 3 例, 总有效率 90.6%。

3 讨论

中医认为 CVA 属于“风咳”范畴, 以长期慢性干咳为主症, 发作具有突发突止性, 以咽痒而咳为主要特征。符合中医风邪“善行而数变”、“其性轻扬”、“风盛而挛急”的致病特征。我们认为此病为风邪犯肺, 致肺气失宣、气道挛急所致。肺为娇脏, 易受外邪, 感受风邪, 肺失于正常的宣发肃降则咳嗽, 咽喉为肺之门户, 风邪为患则咽痒, 治则为疏风宣肺, 降气止咳。方中以荆芥、防风疏风散邪为君, 荆芥芳香而散, 气味轻扬, 性温而不燥, 偏于发散上焦风寒, 防风气味具升, 性温而燥, 善走上焦, 以治上焦之风邪, 二药伍用, 相辅相成。五味子、乌梅、甘草、防风乃名老中医祝谌予的经验方过敏煎去银柴胡组成, 全方有脱敏、解痉、止咳、平喘之功。蝉衣祛风利咽, 紫苑、(下转 27 页)

彩色多普勒超声在中医“乳癖”诊断中的价值

Value of diagnosis lump in breast by color doppler ultrasound

刘 艳 赵 晖 付士地 陆 峥

(北京中医药大学东方医院, 北京, 100078)

中图分类号: R655.8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0025-03 证型: BDGI

【摘 要】 目的: 讨论彩色多普勒超声在中医“乳癖”诊断中的价值。方法: 回顾性分析 62 例中医临床诊断为乳癖患者的乳腺彩色多普勒超声影像图的特点, 比较与病理诊断的差异。结果: 62 例“乳癖”患者中 34 例经超声诊断为乳腺增生, 病理确诊为乳腺增生 30 例, 超声与病理符合率 88.2%, 24 例经超声诊断为乳腺纤维腺瘤, 病理确诊为乳腺纤维瘤 20 例, 符合率 83.3%, 4 例经超声检查为乳腺癌, 病理确诊为乳腺癌 3 例, 符合率 75%。讨论 超声具有形象、客观、量化的特点, 对中医“乳癖”有较高的诊断价值。

【关键词】 乳癖; 彩色多普勒超声; 病理诊断

【Abstract】 Purpose: discuss the color Doppler ultrasound in the diagnosis "breast addiction" diagnosis. Method: A retrospective sub-clinical diagnosis of 62 cases of Chinese medicine in patients with breast milk addiction color Doppler ultrasound image map features, comparison with the pathological diagnosis difference. Result: 62 cases of "breast addiction," 34 cases of patients with breast hyperplasia diagnosed by ultrasound, diagnosed as 30 cases of breast hyperplasia, ultrasound and pathology consistent with the rate of 88.2% of 24 cases diagnosed by ultrasound breast fibroadenoma, diagnosed as breast fiber tumors in 20 cases, in line with the rate of 83.3%, 4 patients with ultrasonography for breast cancer, 3 cases diagnosed as breast cancer, in line with the rate of 75%. Discussion: Ultrasound has the image, an objective, quantitative characteristics of the Chinese "milk addiction" has a high diagnostic value.

【Keywords】 Breast addiction; Color Doppler ultrasonic; Pathology

祖国医学对乳腺增生病称之为乳癖, 乳癖发病多以乳腺肿块伴胀痛为主, 是一种乳腺组织的良性增生性疾病, 既包括乳腺囊性增生证, 又包括乳腺纤维瘤样变, 有时很难与其他乳腺肿瘤区分。需借助于影像学检查(彩色多普勒超声、核磁、钼靶片、远红外线扫描等)及最终病理检查才能确诊。彩色多普勒超声具有方法简便、直观、无创、重复性好, 已广泛应用于乳腺疾病的诊断。现将我院 62 例中医临床诊断为乳癖的患者进行超声影像学检查, 并与穿刺及手术病理结果对照, 回顾性分析在其超声影像图中的改变, 旨在提高临床超声对本病症的诊断和便于中医临床辨证施治。

1 资 料

1.1 一般资料

选择北京中医药大学东方医院乳腺科 2008 年 5 月至 2009 年 5 月门诊及住院收治的疑为乳癖病人 62 例, 均为女性, 年龄为 16~73 岁, 平均 34 岁。临床症状

包括: 乳腺胀痛, 随喜怒而消长, 常在月经前加重, 月经后缓解。多数在乳房外上象限有扁平肿块。扪之有豆粒大小韧硬结节, 可有触痛, 肿块边界不清, 与周围组织不粘连。

1.2 临床诊断及分型标准

中医辨证分型依据 1994 年《中华人民共和国中医药行业标准. 中医药病症诊断疗效标准》^[1]: 辨为肝郁痰凝和冲任失调;

肝郁痰凝 23 例 (37%) 乳房肿块随喜怒消长伴有胸闷胀, 失眠多梦, 心烦口苦, 善郁易怒, 舌苔薄黄。脉弦滑。

冲任失调 39 例 (63%), 乳房肿块月经前加重, 经后缓减, 伴有腰酸乏力, 神疲倦, 月经先后失调, 量少色淡或闭经。舌淡, 苔白, 脉沉细。

2 方 法

2.1 仪器

采用彩色多普勒超声诊断仪 (GE-LOGICAL9. 探

头频率为 5-14MH，变频线阵探头）。

2.2 超声检查方法及判断标准

患者取仰卧或侧卧位。暴露双乳房，采用直接接触法，以乳头为中心，呈放射状多切面扫查乳腺，分八个象限逐次扫查（分别为外上，中外，外下，中下，内下，中内，内上，中上象限）。观察乳房腺体层的厚

度，内部回声，导管情况，肿块的形状，边界大小，后方回声衰减，肿块的纵横比例，血流情况等，及双侧腋窝淋巴结的情况。62 例中医乳癖患者均经超声检查后抽取细胞或手术组织活检获得病理诊断。

3 结 果

3.1 62 例超声影像诊断的年龄分布

超声影像诊断	n	年 龄			
		15~30	30~45	45~55	>55
乳腺囊性病	21 (33.87%)	13 (20.97%)	7 (11.29%)	1 (1.61%)	0
乳腺纤维瘤样变	13 (20.96%)	2 (3.22%)	5 (8.06%)	4 (6.45%)	2 (3.22%)
乳腺纤维腺瘤	24 (38.71%)	9 (14.52%)	12 (19.35%)	3 (4.84%)	0
乳腺癌	4 (6.45%)	0	1 (1.61%)	2 (3.22%)	1 (1.61%)

3.2 中医辨证分型与超声影像诊断

中医证型	n	超	声	影	像	诊	断
		乳腺囊性增生症		乳腺纤维瘤样变		乳腺癌	
肝郁痰凝	23 (37.09%)	19 (30.64%)		0		1 (1.61%)	
冲任失调	39 (62.91%)	2 (3.23%)		13 (20.97%)		3 (4.84%)	

3.3 中医辨证分型与病理诊

中医证型	n	病	理	诊	断
		乳腺导管囊样扩张		非典型性增生	
肝郁痰凝	23 (37.09%)	20 (32.26%)		0	
冲任失调	39 (62.91%)	0		15 (24.19%)	

3.4 超声诊断结果与病理结果

超声影像诊断	n	病	理	诊	断
		乳腺导管囊样扩张		非典型性增生	
乳腺囊性病	21 (33.87%)	20 (32.26%)		0	
乳腺纤维瘤样变	13 (20.96%)	0		10 (16.13%)	
乳腺纤维腺瘤	24 (38.71%)	0		4 (6.45%)	
乳腺癌	4 (6.45%)	0		1 (1.61%)	

4 讨 论

乳癖（乳腺增生或肿块）是一种乳腺组织的良性增生性疾病，相当于西医的乳腺增生病。好发于中青年妇女，但随着社会的发展，青春期乳腺增生和老年性乳腺增生病人逐渐呈上升趋势。乳腺增生的特点是单侧或双侧乳房疼痛并出现肿块，肿块分布范围较广，尤以外上象限为多，疼痛和肿块与月经周期及情志变化密切相关。中医认为^[2]由于情志不遂，忧郁不解或受到精神刺激，急躁易怒，可导致肝气郁结，气机郁滞，蕴久化热，热韵津液为痰，或冲任失调，气滞痰凝血瘀即可形成乳房肿块。西医对本病的病因和发病机制尚未阐明，一般认为主要与内分泌功能失调有关，雌二醇、催乳素水平过高，或雌二醇与孕酮的比率增高，导致乳腺组织过度增殖和复旧不全发病是比较常见的观点。亦有研究表明，部分患者血中激素水平并不高而乳腺组织中激素受体和活体可能存在个体、乳

腺不同位置等差异，本病发病可能是乳腺组织局部对激素的敏感性增高所致。

有关乳腺肿块超声特点的报道 3~5 已不少，本文着重讨论中医“乳癖”的声像图特征及几类较常见乳腺肿块的鉴别诊断规律。①肝郁痰凝证型，多见于未婚妇女或病程较短者，多由肝气郁结，气运行失常，或思虑伤脾，或肝病犯脾，脾失健运，痰湿内蕴，以致气滞、血淤，痰凝互结于乳房而成。此证型多见于乳腺囊性增生症，超声影像特征：乳腺囊性肿块大多数表现为典型边界清晰薄壁无回声区，单发，多发均常见。②冲任失调证型，多见于中年妇女，因肝肾不足，冲任失调，以致气血凝滞，或阳虚痰湿内结，经脉阻塞，而见乳痛、结块、或月经紊乱。此证型见于实质性乳腺肿块，超声影像特征：表现为乳腺实性肿块，呈多样化，乳腺增生，乳腺纤维瘤及乳腺癌均可表现为实性肿块。乳腺增生的肿块可呈片块型、结节

型、混合型，弥漫型，边界可规则或欠规则，呈片状、三角状、内部回声相对均匀，也可欠均匀、无包膜，压之肿块即改变体位可变形，较少见钙化光点，后方回声可增强或无明显改变。典型乳腺纤维腺瘤的肿块常呈圆形，椭圆形，边界规则，光滑，有包膜，压之与周围组织有逆向运动，纵横比 <1 ，非典型乳腺纤维腺瘤声像图呈多样化。乳腺癌超声影像特征：表现为癌块的肿块以低回声为主，边界多不规则有毛刺，形态不规则，纵横比 >1 ，导管不规则扩张，后方回声衰减，内部可见簇状强回声钙化，彩色多普勒超声显示内部血流信号丰富，走行不规则，频谱多普勒呈高阻型血流，并且乳腺癌肿块质硬，压之及改变体位不变形。

在我们观察的 62 例“乳癖”证型中，经穿刺和手术病理检查证实有 35 例为乳腺增生病，22 例为乳腺纤维瘤，5 例为乳腺癌。本组 62 例“乳癖”患者中 34 例经超声诊断为乳腺增生症，此 34 例患者病理确诊为乳腺增生 30 例，超声与病理符合率 88.2%。有 24 例经超声诊断为乳腺纤维腺瘤，此 24 例患者病理确诊为乳腺纤维瘤 20 例，超声与病理符合率符合率 83.3%，本组患者中 4 例经超声诊断为乳腺癌，此 4 例患者病理确诊为乳腺癌 3 例，超声与病理符合率 75%。本组 62 例患者中实际上经手术病理确诊乳腺癌为 5 例，此 5 例乳腺癌患者中超声诊断为乳腺癌 3 例，超声误诊为良性病变 2 例，且超声诊断的 4 例乳腺癌，病理确诊其中 1 例为乳腺良性病变。分析其原因：①乳腺癌超声误诊为乳腺纤维瘤样变 1 例及乳腺囊性增生 1 例。其中考虑为乳腺囊性病变者，穿刺后病理证实为导管内乳头状癌，究其误诊原因可能由于肿块体积小，两例病灶直径均 $<1\text{cm}$ ，周围组织无浸润，新生血管数目较少且血管管径很细，以及仪器灵敏度的局限性等，使其缺乏恶性肿瘤的特征性表现所致。②乳腺良性病变误诊为乳腺癌 1 例，病理确诊为非典型性增生，考虑瘤体小，声像图特征不明显，瘤体周边局

部血流动力容易受外界因素影响。多种乳腺疾病都表现为乳内肿块，临床症状也相似，易于相互混，特别是中医“乳癖”与“乳岩”（相当于西医的乳腺癌）易混，这不仅延误病情，有时还会给病人造成不必要的损失，甚至危及生命。对于非典型乳腺增生，我们也应高度重视，与乳腺癌相鉴别。根据我们的分析超声在乳腺良恶性病变的诊断中以二维声像图特征为主结合血流特点来综合分析，二维及彩色多普勒超声结合大大提高了其在乳腺疾病诊断中的价值。

综上所述，彩色多普勒超声具有形象、客观、量化的特点，对中医“乳癖”患者有较高的诊断价值，但仍有局限性。笔者发现，超声检查对于一些乳腺结构致密的患者，腺体内部细小的强回声钙化灶是不容易显示的，需借助于其他影像学检查（钼靶片、核磁等）综合影像学诊断，及最终病理检查才能确诊。总之应用彩色多普勒超声对中医“乳癖”或乳腺肿块的诊断，不但简便、无创、重复性好，而且诊断符合率较高，目前是一种快速、有效、应用普遍的好方法。同时对中医临床进行辨证论治起到指导作用，治疗中也能有的放矢，达到根治的目的。

参考文献：

- [1]国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准[S].中医药病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994
- [2]谭新华,陆德明.中医外科学[M].中医药学高级丛书.北京:人民卫生出版社,2003:260-266
- [3]姜玉新.乳腺超声诊断的研究方向[J].中华超声影像学杂志,2003,9:8
- [4]陈曼,陈伟国,龚新环.彩色多普勒在乳腺疾病中的应用及相关因素[J].中国超声医学杂志,1999,15(1):32
- [5]曹久峰,董宝玮,陈敏华等.血流速度测定在乳腺肿瘤诊断中的应用价值[J].中国超声医学杂志,1995,11(5):370
- [6]燕山,徐秋华,龚学萌.女性乳腺小肿块的高频声像图研究[J].中国超声医学杂志,1994,10(3):1

编号：E-10050507（修回：2010-05-06）

（上接 24 页）

冬花可宣肺止咳旋复花消痰平喘降逆止咳、代赭石镇逆降气，二药参合，一宣一降，共奏下气平喘之功。咳嗽日久，久病入络，血行瘀滞，川芎为血中之气药，取其行气活血之意。

参考文献：

- [1]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.19-20
- [2]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(草案)[J].中

华结核和呼吸杂志,2005,(28)11:737-744

[3]吕景山.施今墨对药[M].北京:人民军医出版社,2009:3-4,134

[4]赖克方.慢性咳嗽[M].北京:人民卫生出版社,2008:161-165

作者简介：

云雅卿（1973-）女，学士，中西医结合内科主治医师，从事中西医结合内科临床工作。

编号：Y-100419229（修回：2010-05-04）

桑白皮汤加减治疗痰热遏肺型喘证的临床观察

Clinical observation on treating of phlegm

containing lungs asthma with morus alba decoction

周世民

(胜利石油管理局河口医院, 山东 东营, 257200)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0028-02 证型: GDA

【摘要】 目的: 探讨桑白皮汤加减治疗痰热遏肺型喘证的临床疗效。方法: 在中医科门诊随机抽取 76 例患者分成两组, 治疗组 50 例采用中药桑白皮汤加减治疗, 对照组 26 例采用西药抗生素、氨茶碱、硝苯地平药物作比较观察。结果: 治疗组与对照组总有效率分别为 92%、84%。两组起效时间比较, 治疗组与对照组咳嗽、喘息缓解时间平均分别为 8 天、11 天; 肺部啰音基本消失时间, 治疗组与对照组分别为 7 天、9 天。结论: 桑白皮汤加减用于治疗喘息性支气管炎具有清肺降气、化痰止咳的功效, 从而达到改善肺功能, 减少复发, 疗程缩短, 提高临床控制率的目的。

【关键词】 慢性喘息性支气管炎; 痰热遏肺型喘证; 桑白皮汤加减; 中医药治疗

本文所探讨之痰热遏肺型喘证即西医之慢性喘息性支气管炎。喘息型慢性支气管炎的病理生理过程类似支气管哮喘, 都是由于炎症反应等因素导致支气管平滑肌收缩, 管腔狭窄使气流受限, 但后者是不完全可逆的。慢性喘息性支气管炎为慢性支气管炎的一个类型, 以秋冬两季发病较多, 发病年龄以中、老年多见, 其临床特点是有多年反复发作的咳嗽、咳痰、喘息, 以咳嗽为主, 伴有喘息症状, 每次急性发作多与呼吸道感染有关, 病情时轻时重, 有时可迁延数月难以缓解。发病时双肺呼气与吸气均可闻及哮鸣音, 同时可闻及湿性啰音, 胸部 X 线透视双肺可见纹理增多, 单纯予以支气管解痉药止喘效果不明显, 只有支气管感染得到完全控制时, 咳嗽才会逐渐缓解。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选用近三年病例 76 例, 其中男 48 例, 女 28 例, 年龄为 11~75 岁之间, 平均年龄 51 岁; 病程为 3~22 年不等。临床表现: 咳嗽气涌, 胸中烦热, 胸部胀痛, 痰多粘稠色黄, 或痰中夹血, 常伴身热, 有汗, 渴喜冷饮, 面赤, 咽干, 尿赤、便秘, 舌质红, 苔黄腻, 脉滑数。查体两肺可闻及哮鸣音或伴有湿性啰音。

1.2 治疗方法: 治疗组采用桑白皮汤加减治疗, 方药组成: 桑白皮, 黄芩, 黄连, 栀子, 浙贝母, 北杏仁, 鱼腥草, 苏子, 甘草组成。随证加减, 伴有发热者加

石膏、金银花; 气虚甚者加太子参; 痰少口干者加麦冬、沙参; 痰多粘稠加瓜蒌、海蛤粉、天竺黄; 痰涌便秘, 喘不得卧, 加葶苈子、大黄; 痰有腥臭味, 加蒲公英; 若咯吐白色泡沫痰, 减黄芩加桔梗、白前。每日一剂, 清水煎至 200ml, 早晚分 2 次温服。对照组采用西药抗炎及对症治疗, 用广谱抗生素抗炎治疗; 可选青霉素、菌必治、左氧氟沙星等药物, 同时配以氨茶碱、硝苯地平药物对症治疗。

2 结果

2.1 疗效标准: 按中华人民共和国卫生部于 1995 年制定的《中医病证诊断疗效标准》, 要求观察者严格按照标准判定疗效。显效: 喘促、咳嗽、咯痰及其他临床症状消失, 听诊两肺呼吸音清晰, 半年内无咳、喘症状发生; 有效: 喘促、咳嗽、咯痰明显减轻, 其他症状明显好转, 听诊两肺哮鸣音或湿啰音减轻或消失; 无效: 喘促、咳嗽、咯痰及其他症状无明显变化。

2.2 治疗结果:

疗效	有效	无效
A: 观察组	22	4
B: 对照组	46	4

注: 两组治愈率比较, $P < 0.05$ 。

3 讨论与体会

临床对照组的设置, 尽可能使用相对固定的中药 (下转 30 页)

葶苈大枣泻肺汤合五虎汤

佐治小儿支气管哮喘急性发作疗效观察

Effective observation on treatment of acute attack of bronchial asthma in children with tinglizi jujube Xiefeitang and five tigers soup

张社教
(河南省济源市人民医院, 河南 济源, 454650)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0029-02 证型: GDA

【摘要】 应用葶苈大枣泻肺汤合五虎汤佐治小儿支气管哮喘急性发作 40 例, 并与西医常规治疗组 47 例相对照。结果治疗组总有效率 92.5%, 对照组总有效率 76.6%, 治疗组疗效明显优于对照组。
【关键词】 小儿支气管哮喘; 中医治疗; 葶苈大枣泻肺汤合五虎汤

小儿支气管哮喘急性发作是儿科常见的呼吸道急症, 由于气管严重痉挛阻塞, 可危及患儿生命, 应积极进行治疗, 尽快解除支气管痉挛, 畅通气道。近来我科采用葶苈大枣泻肺汤合五虎汤佐治小儿支气管哮喘急性发作, 取得良好的效果, 现报告如下。

1 临床资料

病例选自 2008 年 2 月~2009 年 8 月在我科住院治疗的儿童支气管哮喘急性发作(中重度)患儿 87 例, 诊断及分度均符合中华医学会儿科分会呼吸学组制定的儿童哮喘诊断标准和急性发作期分度的标准^[1]。随机分为治疗组和对照组, 其中治疗组 40 例, 男 29 例, 女 11 例; 年龄 3~14 岁, 平均 6 岁; 病程 6 个月~4 年, 平均 2.3 年; 中度发作 26 例, 重度发作 14 例。对照组 47 例, 男 34 例, 女 13 例; 年龄 3.5~14 岁, 平均 7 岁; 病程 5 个月~4 年, 平均 2.5 年; 中度发作 28 例, 重度发作 19 例。起病时间均在 2d 以内。临床上均为哮喘急性发作, 经皮测 SaO₂ 在 90% 以下。所有病例均经 X 线胸片检查排除支气管异物、肺结核等疾病。两组在年龄、性别、发病因素、发病时间、院外用药和病程等方面差异无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

两组患儿均采用相同的西医常规治疗方法, 包括进行严密的生命体征监护, 吸氧、镇静, 应用 β_2 受体激动剂、肾上腺皮质激素、抗感染及对症处理等。治疗组在上述西医综合治疗基础上, 加用葶苈大枣泻肺汤合五虎汤治疗。方剂组成为: 葶苈子 6g、炙麻黄 3g、炒杏仁 6g、生石膏 20g、细茶 3g、甘草 3g、生姜 3 片、大枣 3 枚, 1 剂/d, 水煎取汁 100ml, 分 2 次温服。

3 治疗结果

疗效评价: 观察两组治疗后咳嗽、气喘、肺部哮鸣音消退时间及住院天数。显效: 治疗 5d 后, 咳嗽、气喘、肺部哮鸣音消失; 有效: 治疗 5d 后, 咳嗽、气喘、肺部哮鸣音明显减轻; 无效: 治疗 5d 后上述症状无改善。

治疗结果: 治疗组 40 例, 显效 23 例, 有效 14 例, 无效 3 例, 总有效率为 92.5% (37/40)。对照组 47 例, 显效 12 例, 有效 24 例, 无效 11 例, 总有效率为 76.6% (36/47)。两组总有效率比较差异具有显著性 ($P<0.05$)。治疗组在咳嗽、气喘、肺部哮鸣音消失时间和住院天数方面较对照组明显缩短, 差异具有显著性 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组临床症状消失时间和住院天数比较 (d, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	咳嗽消失时间	气喘消失时间	哮鸣音消失时间	住院天数
治疗组	40	4.20 $\pm$ 0.85	3.12 $\pm$ 1.20	4.26 $\pm$ 0.97	6.50 $\pm$ 1.15
对照组	47	5.96 $\pm$ 1.65	4.98 $\pm$ 1.95	5.36 $\pm$ 1.62	8.65 $\pm$ 1.86

注: 与对照组比较, $P<0.05$ 。

4 讨论

小儿支气管哮喘在中医学理论中属于“喘症”范畴。哮喘的发生与外邪触发体内伏痰有关。历代治喘名家都很重视伏痰在哮喘中的作用,将哮喘的发病机理概括为“外因诱发,触动伏痰,痰随气升,相互搏结于气道”。

现代医学认为本病是由多种炎症因子介导的一种呼吸道慢性炎症性疾病,辅助性T淋巴细胞(Th)亚群功能失调是支气管哮喘慢性气道炎症形成的主要原因。

《万氏秘传片玉心书·哮喘门》中记载:“哮喘之症有二,不离痰火。轻则用五虎汤一帖,重则葶苈丸治之。此皆一时急解之法。”葶苈大枣泻肺汤合五虎汤中:葶苈子泻肺降逆,利水消痰,镇咳平喘;大枣补益中气,助脾益肺;麻黄直入肺经,善走卫分,为开宣肺气之要药,发汗解表以散风寒,宣畅肺气而平哮喘;生姜辛温通阳,协麻黄以散外邪;杏仁止咳平喘;细茶化痰清神,为治暴喘之要药;生石膏清热泻火,除烦止渴,与杏仁、麻黄配用,则清宣肺热,止咳平喘;甘草镇咳祛痰,调和诸药,并能降低气道的反应

(上接 28 页)

或西药,并在就诊时间、地点、诊断、年龄、性别、病情轻重、疗程等方面与治疗组做到一致,从而增强其疗效的说服力。自古就有“内科不治喘”的说法,说明喘证相对比较难治,并且容易复发。喘息性支气管炎属中医“喘证”范畴。本病是由于痰饮阻于肺部,遇诱因而发。发作时痰气交阻,肺气失于肃降,表现为邪实之证,如反复发作,气阴耗损,肺、脾、肾渐虚,则平素表现为肺、脾、肾气虚的症状。临床应用桑白皮汤加减治疗。桑白皮汤具有清肺降气,化痰止咳的作用,方中桑白皮泻肺平喘;黄芩,黄连,栀子清肺泄热;浙贝母镇咳、祛痰、平喘;杏仁降气平喘;苏子下气、清痰、润肺;鱼腥草清热解毒。现代药理研究表明桑白皮具有抗炎、镇咳、祛痰、平喘作用^[1];鱼腥草具有抗菌、抗炎、抗病毒的作用;浙贝母中所含浙贝母碱及去氢浙贝母碱有明显镇咳作用。在临床应用,本方对肺系疾病引起的喘咳疗效甚佳。经半年随访观察部分病例,个别病例一度反复,但较前为轻。本方可长期加减应用,以巩固疗效,逐渐提高肺功能,尚未发现明显的毒副作用。

喘息性支气管炎在其发生、发展的长期病程中,

性。诸药合用,具有泻肺开闭,涤痰定喘之功,起到舒张支气管平滑肌、解除支气管痉挛之效。

现代研究证实,五虎汤具有抑制呼吸道合胞病毒(RSV)复制及降低气道高反应性的作用^[2]。同时,可通过干预CD80和CD86的过度表达,保持共刺激信号的稳态,避免T细胞过度激活,从而起到防治本病的效果^[3]。

临床观察表明,我们在西医综合治疗的基础上佐用葶苈大枣泻肺汤合五虎汤口服治疗小儿支气管哮喘急性发作,能够增强疗效,缩短咳嗽消失时间,无不良反应,适宜基层医院应用。

参考文献:

- [1]中华医学会儿科分会呼吸学组,儿童支气管哮喘防治常规(试行)[J].中华儿科杂志,2004,42(2):100-106
- [2]贺双腾,欧正武.五虎汤对呼吸道合胞病毒复制的抑制作用研究[J].中草药,1995,26(11):585-588
- [3]黄婷,王孟清,罗银河等.五虎汤对婴幼儿哮喘患儿外周血树突状细胞表面共刺激分子表达的影响[J].中国中西医结合杂志,2009,29(10):889-891

编号: A-0045 (修回: 2010-05-06)

如何从中医药的整体观念来辨证地看待桑白皮汤治疗,如何用现代药理解释桑白皮汤的清热、祛痰、平喘等中医治疗原则,以便系统地阐述其发病机理和寻求更有效的治疗途径,尚待进一步研究。^[2]

喘息性支气管炎在呼吸道表现的咳嗽、喘促的现象是标,内环境失稳和适应性调节、抗病能力失常是内在的本质。基于这种认识,根据降气宣肺,改善肺弹性功能;祛痰平喘,改善通气功能;健脾补肾,调节机体免疫功能的原则,我们采用中药桑白皮汤加减化裁,有效地抗炎、平喘、化痰等,消除急性炎性水肿、充血、分泌物增加和慢性炎性病灶,使阻塞的气道通畅,恢复通气功能,避免了应用西药所产生的不良反应。

参考文献:

- [1]冯冰虹,赵宇红,黄建华.桑白皮的有效成分筛选及其药理学研究[J].中药材,2004,27(3):204
- [2]张淑侠.定喘汤加减治疗支气管哮喘 36 例疗效观察[J].中国社区医师,2006,22(15):41

编号: Y-10040985 (修回: 2010-05-06)

温脾汤加味灌肠治愈肠麻痹 60 例

Treatment of 60 cases of intestinal paralysis by spleen decoction enema temperature

马桂英 贾庆祥 郑金海 赵铁英

(河北省曲周县医院, 河北 曲周, 057250)

中图分类号: R 512.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0031-02 证型: GDI

肠麻痹是一种常见的肠道功能紊乱的疾病, 属中医脾胃阳虚, 气血淤滞。我们自 2000 年 3 月~2007 年 12 月, 采用温脾汤加味灌肠治愈肠麻痹 60 例, 疗效满意, 现总结报告如下。

1 资料和方法

临床资料: 温脾汤加味灌肠治愈肠麻痹患者共 60 例, 其中男性 33 例, 女性 27 例, 年龄最小 10 个月, 最大 66 岁, 平均年龄 43 岁, 病程最短 5 天, 最长 11 天。原发病: 菌痢合并感染性休克 12 例, 坏死性肠炎 21 例, 大叶性肺炎合并休克 8 例, 外科术后 19 例。所有病例除原发疾病的临床表现外, 均存在持续性腹痛、腹胀, X 线腹部透视见全腹高度胀气, 部分病例有溢出状呕吐, 所有术后患者, 均是术后 5 天以上仍存在以上临床表现。

治疗方法: 所有病例均为经禁食、胃肠减压、静脉输液、补钾、纠正酸碱失衡, 应用激素、抗生素等西药治疗, 而肠麻痹未能纠正者, 最后用温脾汤加味灌肠治愈。温脾汤加味灌肠采用大黄 15g, 附子 10g, 干姜 10g, 党参 10g, 甘草 6g, 木香 15g, 枳实 15g。菌痢合并感染性休克加白头翁 15g, 黄柏 12g, 黄连 10g; 坏死性肠炎加败酱草 30g, 赤芍 12g, 地榆 15g, 恶心呕吐者加半夏 10g, 砂仁 15g; 外科术后引起的肠麻痹原方加枳实 15g。各药物剂量根据患者年龄大小和体质强弱酌情增减。上药加水 500~800ml。煎取 200~300ml, 分 2~4 次保留灌肠, 每次间隔 1h。方中大黄均为酒洗, 后下。

2 疗效观察

治疗结果: 60 例中有 34 例在灌肠后 30~60 分钟内即可听到肠鸣音, 有排气排水样便, 腹痛减轻, 腹胀消失, 其余 26 例均在中药灌肠后 1~4 小时之间听到肠鸣音, 有排气排少量水样便, 腹痛减轻, 腹胀消失。所有病例均在 2~6 小时之间开始有肛门排气、排便、腹痛、腹胀逐渐缓解。

3 典型病例

例 1 患者甲, 女, 28 岁, 教师, 剖腹产术后第四天, 出现腹痛、腹胀、恶心、咽干舌燥、不排气、不排便, 腹肌稍有紧张, 无压痛反跳痛, 肠鸣音减弱, X 线腹部平片报告: 胃、小肠、结肠均充满气体、诊为剖腹产术后并发肠麻痹。并经禁食、胃肠减压、静脉输液维持电解质平衡、纠正酸中毒、抗感染等治疗, 上述症状仍未缓解。而后用中医中药辨证治疗, 中医认为属气血两亏、脾胃虚弱、热毒瘀结于六腑而不能传化及手术瘀血留滞等原因, 治宜补气养血、温补脾阳、攻下冷积法, 温脾汤加减, 方中党参 10g、黄芪 10g、附子 10g、生姜 3 片、大黄 10g、木香 12g、枳壳 10g、败酱草 20g、甘草 6g、丹参 20g 上药加水 500~800ml, 煎取 200~300ml, 分 2~4 次保留灌肠, 每次间隔 1 小时。此方灌肠后约 1 小时可听到肠鸣音, 90 分钟时有排气, 腹痛减轻, 腹胀消失, 连用 2 剂后诸症消失, 痊愈出院。

例 2 患者乙, 男, 36 岁, 干部, 于 2008 年 11 月 13 日初诊, 腹痛、腹泻伴发烧, 食欲不振。腹泻日 4~5 次, 呈红白粘液, 无明显里急后重, 舌质淡, 舌苔薄腻, 脉沉弦。给服白头翁汤加味 (一般剂量) 后症状好转, 即改服小剂量症状基本控制, 但化验大便脓球++++, 细菌培养有大量福氏痢疾杆菌生长, 乃入院治疗。入院后检查: 体温 37℃, 腹部无压痛反跳痛, 化验血常规白细胞偏高, 大便细菌培养有福氏痢疾杆菌生长, 肝功能正常, 诊为急性菌痢。

急性细菌性痢疾根据其痢下赤白, 大便粘冻, 中医辨证多属湿热酿成, 常用白头翁汤治疗, 本例用此汤治疗, 症状基本缓解, 因拘泥于“苦寒败胃”之说, 怕服药过量而损伤脾胃, 过早改用小剂量, 以致细菌培养持续阳性。在这种情况下脉证虽无湿热显著现象, 仍可认为湿热未净, 以除恶务尽, 但湿热留恋日久, (下转 33 页)

中医药治疗喘症

Treating the asthma patients in TCM

邵佰媛

(黑龙江省鹤岗市东方红乡医院, 黑龙江 鹤岗, 154100)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0032-02 证型: GDA

临床辨证实喘呼吸深长有余, 呼出为快。气粗声高, 口唇青紫, 脉数有力, 病势急骤, 其治主要在肺, 治予祛邪利气, 活血化痰, 虚喘呼吸短促难续, 深吸为快, 气怯声低。脉微弱或浮大中空, 一般病势徐缓, 时轻时重, 过劳即甚, 面唇青紫, 舌有瘀点, 脉微弱。治疗着重在肺肾两脏, 以培补摄纳为主。佐以养血活血之品。至于虚实兼夹之症, 应分清主次, 才能权衡标本缓急, 适当处理。

1 风寒袭肺证

主症: 喘急胸闷, 伴咳嗽, 咯痰稀薄, 色白、初起多兼无汗, 口唇青紫, 舌苔薄白, 脉浮紧。治宜散寒宣肺, 平喘化痰。方用麻黄汤加苏子、丹参、川芎。

例 1, 患者甲, 女, 65 岁, 素有咳嗽气喘病史, 近日因暴感风寒, 出现恶寒发热, 头痛, 气喘咳嗽, 呼吸气促, 口唇青紫, 脉浮有力。口吐白色稀痰, 苔薄白等症 6 天余。经服中西药效果不佳, 来我院诊治, 初诊症候如前, 辨证属风寒袭肺。邪实气壅、肺失宣降, 故喘促胸闷; 寒凝血瘀, 故口唇青紫。

治法: 散寒宣肺、平喘化痰。

方用麻黄汤加味, 麻黄 12g, 桂枝 12g, 杏仁 10g, 桔梗 12g, 丹参 30g, 苏子 12g, 川芎 12g, 甘草 6g, 服药一剂, 恶寒发热、喘咳好转, 二诊口唇红润, 诸症好转, 续用原方减麻黄 2g 连服两剂而痊愈。

2 风热犯肺证

主症: 喘促气急, 甚则鼻翼扇动, 咳嗽痰稠色黄, 难以咯出, 胸闷口渴, 身热出汗, 口唇发绀, 苔黄, 舌红, 有瘀点, 脉浮数。

分析: 风热犯肺, 热盛气壅, 故喘促气急, 甚则鼻扇, 热盛伤津则口渴, 津液被灼、炼液为痰, 则痰稠难以咯出, 热盛伤津、津血同源, 津伤血浓, 血运迟缓, 故口唇发绀、舌有瘀点, 痰热交阻胸中, 故烦闷或痛, 身热汗出恶风, 是里热甚, 表邪未解, 苔薄黄, 脉浮数等症。

治法: 清热解表, 宣肺平喘化痰。

处方: 麻杏石甘汤加知母、苏子、丹参、鸡血藤。

例 2, 患者乙, 男, 50 岁, 6 月初突然发病, 恶寒发热, 汗出, 面红耳赤, 肌肤灼热, 喘息不能卧, 痰稠黏而黄、口渴喜饮、胸部疼痛、大便密结、小便黄、脉数有力。

治法: 清热解表, 宣肺平喘化痰。

处方: 麻黄 10g, 石膏 40g, 杏仁 10g, 苏子 12g, 丹参 30g, 鸡血藤 30g, 知母 15g, 银花 15g, 甘草 6g, 水煎服日 3 次, 服二剂。二诊诸症好转, 故用原方减麻黄 5g, 服药两剂痊愈。

3 痰浊阻肺证

主症: 喘咳痰多而黏, 咯痰不爽, 胸闷, 恶心, 纳呆, 口黏无味, 面色青紫, 舌有瘀点, 苔白腻, 脉滑。

分析: 痰浊上壅于肺, 气道被阻, 肺气失降, 因而喘咳, 痰多胸闷, 气血同源, 气行则血行, 气滞则血瘀, 故面色青紫, 舌有瘀点, 因脾为生痰之源, 痰浊困于脾胃, 则恶心, 纳呆, 口黏无味, 苔白腻, 脉滑, 亦为痰浊内蕴之证。治法: 祛痰降气, 化痰平喘。

处方: 三子养亲汤和二陈汤加当归、丹参、川芎。

例 3, 患者丙, 男, 58 岁, 2006 年 8 月就诊。自诉有多年气喘咳嗽病史, 近来喘咳痰多而黏, 咯出不爽, 胸闷, 恶心, 纳呆, 口黏无味, 舌紫有瘀斑, 苔白腻, 脉滑。

治法: 祛痰降气, 化痰平喘。

处方: 苏子 12g, 白芥子 12g, 葶苈子 12g, 法夏 12g, 陈皮 10g, 茯苓 12g, 当归 12g, 丹参 18g, 川芎 15g, 蒺藜 15g, 桔梗 12g, 甘草 6g。连服三剂而痊愈。

4 肺虚证

喘促短气, 语言无力, 咳声低弱, 自汗畏风, 面色紫暗无华, 舌淡红有瘀点, 脉象涩弱无力。

肺为气之主, 朝百脉, 气失所主, 故短气而喘, 语言无力, 咳声低弱, 血的运行靠气的推动, 肺气虚推动无力, 血运迟缓, 故面色紫暗无华, 舌紫有瘀点,

肺朝百脉，肺气虚血运迟缓，故脉涩无力。治法：益气补肺、化痰平喘。

处方：补中益气汤加丹参、蛤蚧、鸡血藤。

5 肾虚证

喘促乏力，形瘦神疲，呼多吸少，腰膝酸软，动者喘甚，汗出肢冷，面青舌质淡紫，脉沉细。

分析：喘促日久形瘦神疲，为肺病及肾，肺主气，肾纳气的功能障碍，故呼多吸少，动则喘甚，气不得续，肾阳虚衰，卫外之气不固，故汗出，阳气不能温养于外，故形寒肢冷，阳虚寒凝，血行受阻，故面青色紫，脉沉细，均为阳气虚弱所致。治法：补肾纳气，温阳化痰。

处方：金匱肾气丸加人参、蛤蚧、丹参、当归、紫河车。

6 小 结

喘症是以呼吸急促，甚至张口抬肩，不得平卧，鼻翼扇动为特征的一种病证。常为某些急性疾病的主

要症状，若喘促严重，持续不解，可发生虚脱，《内经》早有“喘息”、“鼻张”、“肩息”等记载，细致地描述了喘症轻重不同的发作情况，如《灵枢·五阅五使》篇“肺病者、喘息鼻张”等。一般来说，邪气壅肺者为实喘，治以祛邪利气为主；精气内虚者为虚喘，治以培补摄纳为法，笔者在临床工作中配合活血化瘀法治疗喘症效果极佳，故总结如下：喘症的病因甚多，包括外感六淫，内伤饮食，情志以及病后虚弱等方面，导致肺主气，肾纳气的功能失常，气的升降出入障碍，导致喘症发作，由于气血同源，肺肾之气出入受阻，血行障碍，导致血瘀，所以喘症多挟有瘀症的表现。

肺主气，朝百脉，气血同源，气为血帅，推动血液运行，血为气母，血能载气，气与血相互依存，相互为用。喘症一病，主要是肺气出入障碍，气病及血，所以多有瘀证表现，在治疗上适当辅以养血活血品，疗效更佳。

编号：J-10041400（修回：2010-05-12）

（上接 31 页）

脾胃必虚，脾阳不足，阳气不化，冷积阻结于肠间，虚寒久留，积冷不化，脾气虚陷以致久痢赤白。用温补脾胃，攻下冷积，温脾汤加减灌肠治疗为佳，方中：大黄 6g、附子 8g、党参 10g、厚朴 10g、白术 10g、干姜 5g、甘草 6g、木香 10g、败酱草 30g、白头翁 20g 上药加水 500~800ml，煎取 200~300ml，分 3~4 次保留灌肠，每次间隔 1 小时。此方灌肠 1 剂后，腹痛腹泻减轻，2 剂后，上述症状基本缓解，大便细菌培养福氏痢疾杆菌阴性，连用 4 剂，痊愈出院。

4 讨 论

此方证治是由脾阳不足、阳气不行、冷积阻结于肠间，以致大便秘结，虚寒久留、积冷不化、腑气不通；此时，脾胃阳气不足，而积滞未尽。单纯温补脾阳，则积滞不去；单纯予以通导，又更伤中阳，法宜两顾。故于温补之中佐以导下去积。方中附子温阳散寒为主药，干姜、党参协助附子以温补脾阳为辅药，

大黄攻下积滞，清热燥湿、活血祛瘀，可刺激大肠增加推进性蠕动，能提高血管收缩力，降低血管通透性，并能提高血浆渗透压，以达到扩容和改善微循环障碍的作用，从而改善肠局部血循环，有利于肠功能的恢复。大黄所含大黄酸、大黄素和芦荟大黄素，还具有广谱抗菌作用，在本方中为佐药。有些药理研究证明木香对胃肠有轻度刺激，并能促进蠕动及分泌，枳壳能增强胃肠节律性蠕动。同时大黄、木香、厚朴对葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌等分别具有不同的抗菌和抑菌作用，把破气效强的枳实用性缓的枳壳代之。但方中的党参、白术以补血益气，且枳壳、厚朴二者配伍，亦可用于虚中加实之症。所以该方补而不峻、攻而不猛，即能扶正，又可祛邪，诸药合用，共成温脾攻下。故对肠道内外感染及外科术后脾阳不足、冷积阻结所致的肠麻痹均有良好的效果。

编号：J-10041408（修回：2010-05-07）

吸烟会让人变笨

最新的一项研究发现，吸烟也可能会降低智商，或会让你变笨。以色列 TelHashomer 医院的“席巴医学中心”近日对两万名年轻男子进行了研究调查，结果发现，有吸烟习惯的年轻人，智力水平明显比那些不吸烟的年轻人来得低。至于那些一天抽一包或以上的人，平均智商比那些不吸烟的人的智商低 75%。

主持这项研究的魏瑟博士说，目前还不确定的是，究竟是吸烟让人的智商变低，还是较笨的人比较抵挡不住吸烟的诱惑？

（///新快报）

舒冠滴丸对高脂血症大鼠缺血再灌注损伤

心肌 MPO 活性及中性粒细胞浸润的影响研究

The influence of shuguan dripping pill on

MPO activity and the infiltration of neutrophils with

myocardial ischemia reperfusion injury in hyperlipidemic rats

王建湘 程丑夫 邓满霞

(湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

中图分类号: R589.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0034-03 证型: BGD

【摘要】目的: 观察舒冠滴丸对高脂血症大鼠缺血再灌注损伤心肌 MPO 活性及中性粒细胞浸润的影响及其保护作用机制探讨。方法: 建立大鼠高脂血症模型, 分为对照组、假手术组、模型组及舒冠滴丸高、中和低剂量组以及辛伐他汀组。再灌注后, 测定心肌梗死面积、心肌组织 MPO 含量及中性粒细胞浸润情况, 观察心肌病理形态学变化。结果: 与模型组比较, 舒冠滴丸高剂量组和中剂量组心肌梗死面积与左心室面积比值及 MPO 活性均降低 ($P < 0.05$); 舒冠滴丸高剂量组和辛伐他汀组缺血区心肌纤维断裂及坏死减少, 空泡变性减轻, 灶性出血及中性粒细胞浸润减轻。结论: 舒冠滴丸对高脂血症大鼠心肌缺血再灌注损伤有一定的保护作用, 其机制可能与降低大鼠心肌组织 MPO 活性、减轻 PMN 浸润, 抑制炎症反应有关。

【关键词】 舒冠滴丸; 心肌缺血再灌注损伤; 高脂血症; 髓过氧化物酶; 中性粒细胞

【Abstract】 Objective: To investigate the effects of Shuguan Dripping Pill on the activity of myeloperoxidase(MPO) and the infiltration of neutrophils with myocardial ischemia reperfusion injury in hyperlipidemic rats and its mechanisms. Methods: After hyperlipidemic rat models were set up by oral administration of high lipid emulsion, the rats were divided into seven groups: control group, sham group, model group, large, middle, low dosage of Shuguan Dripping Pill groups and Simvastatin group. After reperfusion, MPO activities of ischemic myocardium were measured; HE staining was used to observe infiltrating neutrophils; Infarct area of left ventricles was measured by Evens blue-TTC staining; and myocardial pathological changes were also observed. Results: Compared with model group, the myocardial infarct area/ventricle area ratios and MPO activities in both large and middle dosage of Shuguan Dripping Pill groups decreased ($P < 0.05$); In both large dosage of Shuguan Dripping Pill and Simvastatin groups myocardial fiber rupture and necrosis in ischemic area lessened, focal hemorrhage and the infiltration of neutrophils decreased. Conclusion Shuguan Dripping Pill has protective effects on myocardial ischemia reperfusion injury in hyperlipidemic rats and the mechanisms involved may be related to its decrease of MPO activity and neutrophil infiltration in myocardium, and inhibition of inflammatory action.

【Key words】 Shuguan Dripping Pill; myocardial ischemia reperfusion injury; hyperlipidemia; MPO; PMN

目前越来越多的证据提示以中性粒细胞 (PMN) 浸润为主的炎症反应是造成心肌缺血再灌注损伤 (MIRI) 的重要因素之一^[1]。髓过氧化物酶 (MPO) 系心肌浸润白细胞内所含的一种重要溶酶体酶, 它既能间接反映心肌浸润 PMN 的数量, 又能反映其激活程度^[2-3]。舒冠滴丸由冰片、鹅不食草、丁香、肉桂、红参、白芥子、三七等中药制成的复方制剂, 具有芳香通脉、益气温阳、豁痰化瘀功效。本研究拟建立高脂血症大鼠 MIRI 模型, 观察舒冠滴丸对缺血再灌注损伤心肌炎症反应的 PMN 浸润情况及 MPO 活性的影响。

1 材料与方法

1.1 动物: 健康雄性 Wistar 大鼠, 体重 180~200g, 由湖南中医药大学医学实验动物中心提供, 医学实验动物合格证号: 医动字第 20~007 号。

1.2 药品与试剂、仪器: 舒冠滴丸制成滴丸, 每粒 50mg, 由湖南中医药大学第一附属医院药剂科提供, 批号: 20061128; 辛伐他汀片, 外购, 每片 20mg; 胆固醇、胆酸钠 (武汉亚法生物技术有限公司); 甲基硫氧嘧啶 (上海复星朝晖药业有限公司); 丙二醇 (上海生物工程有限公司); MPO 试剂盒 (南京建成生物工程研究

所); HTAB、O-Dianisidine、Even's blue、TTC (Sigma 公司); 高速冷冻离心机 (Beckman Allerga 25R)。

1.3 大鼠高脂血症模型的建立: 根据文献的方法^[4], 健康雄性 Wistar 大鼠, 在基础饲料喂养的基础上, 予配制的脂肪乳高脂饮食 10mL/kg·d 连续灌胃 14d 即可造成高脂血症模型 (脂肪乳的配制: 胆固醇 10%, 猪油 20%, 胆酸钠 2%, 甲基硫氧嘧啶 1%, 丙二醇 30% 加水至 100% 制成脂肪乳)。

1.4 大鼠冠脉结扎 MIRI 模型的建立

按文献方法^[5]进行, 腹腔注射 1% 戊巴比妥钠 (4mL/kg) 麻醉。麻醉后仰卧位固定四肢及头部于手术台上, 连接心电电极记录 II 导联心电图。行颈部正中切口分离气管, 穿线备用, 气管插管, 连接小动物呼吸机 (室内空气, 潮气量 2mL/100g, 呼吸频率 60 次/min)。于心尖搏动处纵行分离皮肤、肌层, 剪断 2~4 肋, 分离心包膜, 轻轻挤压胸廓, 暴露心脏, 掀起左心耳, 于左心耳根部下方肺动脉圆锥旁以 5/0 带弯针尼龙缝线迅速穿过冠脉下方, 将心脏放回胸腔。稳定 10min 后, 提拉穿过小塑料管的缝线两端, 将塑料管压向心肌表面, 用止血钳夹住小管及其中缝线以结扎冠脉造成心肌缺血, 45min 后松开止血钳以形成再灌注, 120min 再灌注后结束实验。模型复制成功标准: 结扎后 II 导联心电图以 J 点或 ST 段明显抬高或 QRS 波增高、增宽与 T 波融合, 呈弓背向上单向曲线为心肌缺血成功复制; 放松结扎线后, 抬高的 ST 段下降 1/2 以上为再灌注成功复制。

1.5 实验分组及处理

Wistar 大鼠 70 只, 分成 7 组, 每组 10 只。其中空白对照组: 常规饲养, 不做任何处理; 模型组: 制作方法同上所述, 每天给予生理盐水 10mL/kg 灌胃; 假手术组: 手术措施同模型组, 只穿线不结扎冠状动脉, 每天给予生理盐水 10mL/kg 灌胃; 舒冠滴丸高、中、低剂量组: 手术措施同模型组, 每天分别给予舒冠滴丸 250mg/kg、125mg/kg、50mg/kg 灌胃; 辛伐他汀组: 手术措施同模型组, 每天给予辛伐他汀 5mg/kg 灌胃。高脂血症大鼠不同处理因素持续灌胃 14d, 末次给药后 1h 用于实验。

1.6 心肌梗死面积测定

心肌缺血再灌注术结束后, 切下心脏, 再次结扎左冠状动脉, 用注射器泵匀速 (1.5mL/min) 灌注 0.25% Even's blue 5min。使左心室的非缺血区染色而缺血区不染色。取心脏用 PBS 溶液冲洗, 以自制心脏切片槽将心脏切成 2mm 的切片, 去除心房和右心室, 把左心室放置于 37℃、1%TTC 中孵育 10min。TTC 可与活的心肌组织中的脱氢酶反应生成砖红色, 坏死组织

由于缺乏此酶不被染色而呈现白黄色。蓝色的区域为非缺血区; 砖红色的区域为缺血但没有梗死坏死; 白色区域为缺血区且梗死坏死。各区用 Image-Pro Plus 4.5 图像分析系统进行分析。结果以梗死区面积占左心室面积比表示。

1.7 心肌 MPO, 活性测定

称取 100mg 心肌待测组织加 0.5%HTAB 2mL 制备匀浆, 超声波破碎细胞 3 次, 于 4℃、40000g 离心 30min, 取上清 0.1ml 加反应液 (O-Dianisidine 16.7mg, 50mmol/L PBS 10ml, 蒸馏水 90ml, 加入 30% H₂O₂, 使 H₂O₂ 最终浓度为 0.0005%) 2.9ml 反应, 保持温度于 25℃, 立即在分光光度计 460nm 波长处扫描 2min, 记录第 30s 和第 90s 的光密度差值, 以此 1min 内吸光度的变化代表酶活力的变化, 即 1U 的 MPO 活性定义为在 25℃时, 1min 分解 H₂O₂ 1 μmol 所需酶量。

1.8 心肌组织 HE 染色

实验结束后, 将大鼠立即处死取心, 切取左心室于 10% 甲醛中常规固定, 流水冲洗, 经各级乙醇脱水, 二甲苯透明, 石蜡包埋, 切片, HE 染色, 中性树胶封片, 于光镜下观察。

1.9 统计学处理

所有数据均用 SPSS13.0 统计学软件进行处理, 数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 各组间数据显著性检验采用单因素方差分析进行统计, $P < 0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 各组大鼠心肌梗死区面积占左心室面积比比较

模型组大鼠的心肌梗死范围明显高于假手术组和对照组 ($P < 0.01$); 而舒冠滴丸高剂量组和中剂量组大鼠的心肌梗死范围均明显小于模型组 ($P < 0.05$), 其中舒冠滴丸高剂量组的心肌梗死范围与辛伐他汀组相近; 舒冠滴丸低剂量组大鼠的心肌梗死范围与模型组比较差异无显著性 ($P > 0.05$)。结果见表 1。

2.2 各组大鼠心肌 MPO 活性变化

模型组 MPO 活性显著高于假手术组 ($P < 0.01$), 说明 IRI 使 MPO 活性增强; 与模型组比较, 舒冠滴丸各剂量组 MPO 活性均降低 ($P < 0.05$), 提示其可以降低大鼠心肌 MPO 活性, 减轻 PMN 浸润; 阳性对照药辛伐他汀组 MPO 活性与舒冠滴丸高剂量组相近, 空白组和假手术组比较, MPO 活性无显著性差异 ($P > 0.05$)。结果见表 1。

2.3 各组缺血再灌注损伤大鼠心肌病理形态学变化

光镜下见模型组心肌纤维排列紊乱, 呈波浪状, 部分区域有断裂, 胞浆嗜酸性增强, 可见空泡样变, 心肌间质严重水肿, 有少量炎性细胞; 辛伐他汀组, 心肌纤维排列基本整齐, 空泡变性减轻, 心肌间质轻

度水肿；舒冠滴丸组，心肌细胞排列基本整齐，心肌纤维排列基本整齐，空泡变性减轻，心肌间质水肿不明显，炎细胞浸润减少。辛伐他汀组病理改变与舒冠滴丸高剂量组相近。

表 1 各组大鼠 MIRI 后心肌梗死区面积和 MPO 活性变化的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	心肌梗死区面积/左心室面积 (%)	MPO (U/g)
空白组	10	0	0.016±0.001
假手术组	10	0	0.017±0.001
模型组	10	59.45±4.90 [△]	0.338±0.005 [△]
舒冠滴丸高剂量组	10	23.36±4.90 [*]	0.116±0.003 [*]
舒冠滴丸中剂量组	10	35.66±2.10 [*]	0.132±0.002 [*]
舒冠滴丸低剂量组	10	56.48±1.20	0.211±0.004 [*]
辛伐他汀组	10	25.93±1.10 [*]	0.108±0.004 [*]

注：与假手术组比较，[△]P<0.01；与模型组比较，^{*}P<0.05。

3 讨 论

人们越来越认识到炎症反应在 MIRI 过程中的重要作用。炎症反应在心肌缺血阶段即被激活，再灌注则显著加剧了心肌的炎症反应。其中 PMN 浸润是介导该炎症反应的主要媒介^[6-7]。许多研究结果表明，在再灌注早期（即<1h），大多 PMN 黏附于血管内皮细胞并引起内皮损伤，间接导致心肌损伤；随着再灌注时间的延长，更多 PMN 与损伤内皮细胞相互作用，通过血管内皮的黏附分子与 PMN 上的相应配体结合介导 PMN 与内皮细胞的黏附、积聚、穿内皮细胞游走，释放某些介质，造成心肌细胞的损害，导致了再灌注损伤的发生。PMN 可能通过多种机制引起内皮和心肌再灌注损伤。首先，活化 PMN 释放大量细胞毒物质，包括髓过氧化物酶、蛋白酶、胶原酶、细胞因子、白细胞三烯和阳离子蛋白等，因而能引起组织损伤；其次，PMN 黏附、聚集即能阻断毛细血管血流，引起无复流现象，这一机械性阻断引起局部永久性缺血，最终导致坏死；第三，更重要的是，PMN 是活性氧代谢物（ROS）的主要来源，即 PMN 是心肌缺血再灌注时自由基损伤内皮和心肌的基本因素。由于自由基堆积和 Ca²⁺超载，损伤了细胞膜和线粒体，使细胞膜通透性增加；同时不仅氧自由基生成增多，而且对自由基的清除能力减低，从而造成心肌组织中产生的氧自由基大量蓄积，引起心肌组织的严重损伤。本研究发现模型组 PMN 浸润明显，存在炎症损害，缺血心肌组织 HE 切片可见大量 PMN 浸润，以心外膜明显，并可见小血管有大量 PMN 聚集。

MPO 是一种血色素蛋白，含一对重链和轻链，它存在于 PMN 的嗜天青颗粒中，是 PMN 中重要的溶酶体酶，可作为 PMN 的活化标志物；而且 MPO 既是细胞毒物质，又是一种重要的 ROS。有实验观察到，缺血再灌注损伤心肌组织中 MPO 大量沉积、活性显著升高，提示 MPO 可能参与了 MIRI。同时发现，高脂

血症大鼠缺血再灌注损伤心肌组织中 MPO 的沉积以及活性均较正常饮食大鼠明显升高。提示高脂血症大鼠心肌对缺血再灌注损伤易感性升高可能与缺血区心肌组织 MPO 异常高表达有关，即 MPO 可能参与并加重了高脂血症大鼠心肌缺血再灌注损伤。因此，PMN 浸润的程度可通过检测 MPO 的活性来推算。本研究结果表明，模型组 MPO 活性显著升高，提示 PMN 浸润明显，存在炎症损害。经舒冠滴丸干预后，心肌 MPO 活性明显下降，缺血心肌组织 PMN 浸润程度减轻，提示舒冠滴丸可通过抑制心肌内 PMN 浸润、减轻炎症反应来拮抗 MIRI。

参考文献：

[1]Habazettl H,Hanusch,Kupatt C.Effects of endothelium/leukocytes,Ptelet interaction on Platelet interaction on myocardial ischemia reperfusion injury.ZKar diol,2000,89(9):92-95

[2]Baldus S,Heeschen C,Meinertz T,et al.Myeloperoxidase serum levels predict risk in patients with acute coronary syndromes.Circulation,2003,108:1440-1445

[3]Hazen SL.Myeloperoxidase and plaque vulnerability.Arterioscler Thromb Va sc Biol,2004,24:1143-1146

[4]孙潇,姜恩平,陈建光.北五味子总木脂素对高脂血症大鼠心肌缺血再灌注损伤的保护作用及其机制[J].吉林大学学报(医学版),2009,35(2)276-279

[5]赵学忠,张志国,睢大员等.福辛普利对大鼠心肌缺血再灌注损伤的保护作用[J].吉林大学学报(医学版),2005, 31(4): 567-570

[6]Jordan JE,Zhao ZQ,Vinten-Johansen J.The role of neutrophils in myocardial ischemia-reperfusion injury.Cardiovasc Res,1999 Sep;43(4):860-878

[7] Vinten-Johansen J.Involvement of neutrophils in the pathogenesis of lethal myocardial reperfusion injury.Cardiovasc Res,2004 Feb;61(3):481-497

作者简介：

王建湘（1974-），男，主治医师，医学博士，工作于湖南中医药大学第一附属医院；

程丑夫，邓满霞工作于湖南中医药大学第一附属医院。

直肠纳入米索前列醇预防 剖宫产术后恶露不绝的临床观察

Clinical observation on prevening lochia after cesarean section is not absolutely by Rectum into the misoprostol

彭桂英 王汝芹 李 侠 路 旸 赵翠英
(廊坊市中医医院, 河北 廊坊, 065000)

中图分类号: R246.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0037-02 证型: BDGI

【摘 要】 目的: 探讨米索前列醇对剖宫产术后恶露情况的影响。方法: 120 例剖宫产产妇随机分为预防组和对照组各 60 例、分别用术后直肠纳入 400ug 米索前列醇和术后缩宫素 10u 静脉滴注, 观察两组产后子宫复旧情况、恶露量、恶露持续时间。结果: 米索前列醇组术后恶露量减少、恶露时间缩短、效果优于对照组。结论: 米索前列醇直肠给药可明显增强子宫收缩强度、减少产后恶露量; 直肠给药副反应轻微且用药方便、安全。米索前列醇是剖宫产术后恶露不绝的理想药物。

【关键词】 米索前列醇; 剖宫产; 恶露不绝

剖宫产是处理难产, 妊娠并发症、合并症的重要手段, 近年来由于各种因素剖宫产率不断上升。产后恶露不绝是产科常见病、多发病, 严重影响产后妇女的身体健康。剖宫产是导致恶露时间延长、反复波动的重要因素。恶露不绝又是导致剖宫产术后子宫伤口不愈、感染、裂开出血的重要因素。预防恶露不绝, 传统方法是于剖宫产术后应用缩宫素, 以促进子宫收缩及复原, 但是子宫平滑肌对缩宫素的敏感性与体内雌、孕激素水平密切相关, 在药物敏感性方面个体差异较大, 且输入后腹痛明显痛苦较大, 因而用于预防恶露不绝的效果差异较大。本文重点探索米索前列醇代替缩宫素预防剖宫产术后恶露不绝的临床疗效。2007 年本院采用直肠纳入米索前列醇预防剖宫产术后恶露不绝 60 例, 疗效明显, 现作报道如下。

1 探索过程

1.1 资料来源

选择 2007 年 7 月~2008 年 6 月在本院剖宫产产妇 120 例, 年龄 20~36 岁, 平均 27.8 岁, 初产妇 106 例, 经产妇 14 例, 病例选择以头盆不称、臀位、妊高征、胎儿宫内窘迫、骨盆狭窄、过期妊娠以及社会因素等作为剖宫产指征, 排除其他容易引起产后出血的疾病, 产前常规检查肝肾、凝血功能正常 120 例产妇随机分为两组: 米索前列醇组(简称米索组)60 例,

缩宫素组 60 例, 两组产妇在年龄、孕周及孕次等方面差异无显著性。

1.2 给药方法

全部系用硬膜外麻醉下子宫下段剖宫产式, 米索组在术后取阴道血后在直肠内纳入米索 400ug, 深 5cm。对照组于术后回病房, 静脉滴注缩宫素 20u, 持续 2 天。

1.3 产后恶露及恶露不绝的诊断标准

产后经子宫排出物, 一般持续 3 周或更长时间。恶露为坏死脱落的蜕膜、血、宫腔内渗出物。第 1 周为红色恶露, 第 2 周为浆液恶露, 第 3 周继以白色粘稠恶露。恶露不绝泛指产后血性恶露持续时间较长, 以 10 天以上为标准。

1.4 监测方法

观察两组术后子宫复旧情况(子宫的高度)、恶露量(产后 1~5 天出血量)、恶露持续时间、产后恶露不绝发生率。

1.5 统计学处理: 数据均以均数±标准差($\bar{x} \pm sml$)表示, 数据的显著性检验采用 χ^2 检验及 t 检, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后 2h 出血量, 1~5d 恶露量, 恶露不绝发生率比较(见表 1):

表 1 两组术后 2h 出血量、1~5d 恶露量、恶露不绝发生率比较

组别	n	产后 2h 内出血量 ($\bar{x} \pm sml$)	产后 1~5d 恶露量 ($\bar{x} \pm sml$)	产后恶露不绝	
米索组	60	204 $\pm$ 47.2	248 $\pm$ 62.3	3	5
对照组	60	276 $\pm$ 52.1	382 $\pm$ 57.6	12	20
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	

表 1 中结果显示: 术后 2h 内出血量米索组明显少于缩宫素组 ($P<0.05$); 产后 1~5d 恶露量, 米索组明显低于缩宫素组, 5d 恶露基本为少量血性物, 无腹痛, 5d 血性恶露量缩宫素组多于米索组; 恶露不绝发生率, 米索组发生产后恶露不绝的发生率 5%, 对照组发生率 20%, 差异显著 ($P<0.05$)。

2.2 米索前列醇的副反应

60 例中无恶心、呕吐、高热、腹痛等副反应。仅 1 例出现寒颤、腹泻、后连续监测产妇血压、脉搏和血氧饱和度 2h, 未见异常。

3 讨论

3.1 剖宫产容易导致恶露不绝

可能的原因有: ①宫缩发动前手术、宫口未开、术后恶露排出不畅。②术前因胎膜早破、滞产、羊水混浊易发生宫腔内感染, 影响术后子宫复旧、导致恶露迟迟不净。③术中用纱布反复擦宫腔, 在去除蜕膜组织的同时, 损伤了内膜基底层, 影响了术后修复。④子宫壁切口及术后产妇卧床时间长, 活动少均影响子宫缩复。⑤手术中切开子宫的方式, 切口的位置、缝合切口的方法不妥均可能影响子宫切口的愈合。

3.2 米索前列醇的药理作用

米索前列醇为合成的前列腺 E1 (PGE1) 的衍生物, 对子宫的收缩作用强于催产素, 直接作用于子宫肌细胞膜前列腺素受体, 使子宫节律性收缩, 即使催产素无效时仍能发挥较好的促宫缩作用。此药可通过粘膜迅速吸收, 5 分钟起效, 30 分钟血药浓度达高峰, 血浆药物的消除半衰期为 1.5 小时。本实验选用直肠用药, 剂量 400ug, 用药后恶心、呕吐、腹痛、寒颤的副反应发生率明显下降。

3.3 米索前列醇预防产后恶露不绝

恶露不绝的发生主要是产后子宫复旧不良、感染、粘膜残留过去一直沿用催产素加强宫缩, 促使子宫复旧, 但催产素的半衰期短, 仅 3~10min, 促子宫收缩

持续时间短, 仅为 30~60min, 催产素个体药敏差异大。而米索前列醇同体内分泌的前列腺素一样能引起子宫肌紧张及收缩, 最大的特点为经粘膜吸收迅速、见效快。用药后 10min 血浆活性代谢产物米索前列醇的水平已达峰值。目前广泛应用于早孕、中孕、及晚孕引产, 给药方式大多采用口服及阴道给药。口服给药胃肠道不良反应较大, 主要是恶心、呕吐, 阴道给药剖宫产术后容易被阴道血迫出。直肠给药粘膜吸收迅速, 有效地减少了恶心、呕吐、腹痛等不良反应, 尤其适用剖宫产术后禁食禁饮的患者。对于产后恶露持续时间较长者、用药较催产素方便、安全、不良反应小、作用迅速效果好。米索收缩子宫的作用个体差异较少, 缩宫效果强, 应用简单, 安全副作用少, 术后直肠给药方便、效果显著。

3.4 米索前列醇通过黏膜吸收可经多种途径用药

本研究采用直肠给药, 由于直肠黏膜为柱状上皮, 较薄, 可提高药物吸收速度, 同时可避免阴道给药时引起上行感染, 药物被血液稀释或冲击体外的现象, 减轻口服所致的恶心呕吐等不良反应。具有简便、高效、安全等特点。

参考文献:

- [1]高云荷. 产后出血原因及高危因素分析[J]. 实用妇产科杂志, 2003, 19(5): 258-259
- [2]于秀丽. 卡孕栓预防产后出血 130 例临床观察[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22(5): 344
- [3]余江, 张进, 宋岩峰. 米索前列醇在妇产科的临床应用[J]. 中华妇产科杂志, 1998, 33(1): 55
- [4]陈学谦主编. 新编药理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998, 14: 336
- [5]黄瑾, 顾美皎. 前列腺素药物的药理学与妇产科临床应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1997, 13(5): 275
- [6]徐永萍, 孙嘉珍, 张师前等. 米索前列醇用于促宫颈成熟和引产[J]. 国外医学妇产科分册, 1997, 24(3): 131

编号: J-10041409 (修回: 2010-05-07)

中医辨证以活血化瘀药 救治脑出血的临床及实验研究

Clinical and experimental research on treating governance cerebral hemorrhage with traditional medicine in TCM

黄大道

(广东省河源市龙川县麻布岗中心卫生院, 广东 河源, 517338)

中图分类号: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0039-02 证型: BDGI

脑出血属中医学的中风病范畴。中医学瘀血不祛新血不生之说和活血止血之治疗法则。脑出血还选用活血化瘀之中药, 近年来在中医药急诊探索中, 以继承和创新的思维方法, 并取得临床实践证明: 活血化瘀药用于脑出血急性期治疗取得确切的效果。研究证明: 这是因为活血化瘀药具有抗脑内血肿、脑水肿、脑组织变性坏死及其它作用。出血必成瘀血, 必须祛瘀止血, 瘀血除、出血止, 病得救治, 以突出中医特色。解除脑损伤部位血管痉挛状态, 提高脑血管的自动调节功能, 增强损伤脑组织对缺氧的耐受性, 促进元明之府, 神经功能恢复, 缩小病灶范围, 抑制血小板聚集, 调节止血与解溶过程, 使高凝状态上升。改善出血灶局部的微循环, 增强吞噬细胞的作用。促进颅内血肿的吸收, 降低血压改善脑损伤部位毛细血管的通透性, 减少渗出, 降低脑组织含水量, 使颅内压下降, 调节血液流变学指标, 控制和防止中风病程中血液高黏滞综合症的发生, 通过对机体微循量元素的调节(活血化瘀中药多富含铜, 锌, 锰等多种微量元素), 控制或消除中风病的危险因素, 从而改善了颅内应激状态, 使中风症状缓解。

经过历代医家的不懈努力探索, 中医对中风病病因病机的认识不断加深, 1997 年出版的《中医临床诊疗术语疾病部分》首次定义的出血性中风的新概念, 出血性中风是指: “风阳上窜、痰火内扰、气血逆乱, 或因头颅受伤、内生脑瘤, 致脑络破损、血溢于脑, 以突然昏仆、头痛、失语、偏瘫” 等为主要临床表现的疾病。本书指出: 本病病位在脑, 与心、肝、肾密切相关。认为脑出血患者既有气阴虚、痰瘀盛的病理体质, 又有情志、劳倦的诱发因素, 瘀血阻滞是其发病机制, 痰、火、瘀、水胶结是其病理特点。孙氏认为多因平素脏腑亏虚, 阴阳气血失调, 在诱因的作用

下, 突然出现风气内动, 气血逆乱, 络脉溢破, 血溢于脉外, 脑髓受伤, 瘀血、痰浊、水饮积聚, 致脑脉闭塞, 元神被困, 窍机闭塞, 五脏失统, 六腑气闭, 肢体失和, 其中瘀血是脑出血的主要病机。

通过研究认为, 脑内小血管出血后通过自身调节, 一般在 20~30 分钟内出血就会停止, 出血半小时形成血肿。另据实验证实, 在脑出血发病后 6 小时进行的脑血管造影中, 未观察到造影剂从破裂的血管外溢。用同位素标记的红细胞注入脑出血患者的静脉, 在其颅内血肿内未能发现放射性标记的红细胞。近年来血液流变学研究表明, 脑出血急性期患者血液处于高凝状态, 存在着血液浓、黏、凝、聚等病理改变。为活血化瘀法治疗急性脑出血提供了客观依据。

临床上, 急性脑出血患者常见半身不遂、口眼歪斜、语言蹇涩、舌质紫、脉细涩等血瘀征象。早期使用活血化瘀中药, 可加速瘀血吸收, 通畅脉络, 缩短病程。国内曾有人用活血化瘀为主中药治疗脑出血 45 例, 存活率达 80%, 而西药对照治疗组存活率仅为 35.1%。这也说明, 脑出血运用活血化瘀药不仅可行, 而且行之有效。治疗急性脑出血, 临床开发研究活血化瘀疗法, 适时运用活血化瘀中药, 能更大程度地提高临床治疗的效果, 为中医药治疗急性脑出血提供了新的思路, 也是中医理论发展的一次探索, 其作用与地位不可忽视。但临床应用时应注意以下几点: 一是不要忽视辨证。运用活血化瘀药物治疗脑出血时, 要结合辨证论治的原则, 进行整体考虑, 全面分析。即用活血化瘀中药祛瘀血之标, 用辨证论治出血之本, 方能奏效明显。二是掌握用药时机。一般认为, 脑出血 1 周后神经元缺血性改变多为不可逆性, 故应及早疏通微循环, 以保护神经元。据研究, 早期脑出血血

(下转 42 页)

冠心病中医辨证分型的客观化研究进展

Objective of a review on of coronary heart disease in TCM type

朱康伟

(曲阜市中医院, 山东 曲阜, 273100)

中图分类号: R541.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0040-03 证型: BDG

冠心病(CHD)作为临床常见病、多发病,严重威胁着人类的健康,随着对CHD认识的深入和新的临床检测客观指标和量化手段的出现,CHD中医辨证分型的客观化研究也取得了许多新的成果。现将近年来的研究进展综述如下:

1 辨证与统计学方法

统计学方法为冠心病证型分布的准确描述提供了科学依据。张秋雁、邓冰湘^[1]采用回顾性研究方法,对18698例冠心病心绞痛进行了中医辨证分型统计,18698例冠心病心绞痛患者,气虚血瘀型最多,占总病例的25.30%,心血瘀阻型次之,占24.29%。文川等^[2]对206例冠心病心绞痛患者进行辨证,结果显示,冠心病辨证为血瘀型、痰浊型、痰瘀互阻型、气虚型、气虚血瘀型、阴虚型等最多。刘寨华等^[3]对150例胸痹心脾两虚证患者的36项指标进行多元线性逐步回归分析,建立回归方程,并对此证贡献度最大的11项指标区分为两类:特异性辨证指标(包括:①胸闷、心前痛;②苔白滑或白腻;③脾虚痰湿体质;④ST-T改变);共性辨证指标(包括:①腹胀、食欲减退、神疲乏力;②心悸、少寐多梦;③舌淡或淡胖齿痕)。并归纳出胸痹心脾两虚证辨证标准,拟为:以特异性指标中具备第1项和其他任意一项,共性指标中具备第1项和其他任意一项,诊断即可成立。这样就从病证结合的角度,对胸痹心脾两虚证建立了标准化诊断。

2 辨证与冠心病危险因素

2.1 遗传基因

近年来,冠心病中医辨证与基因相关性研究的报道逐渐增多。黄献平等^[4]检测分析了冠心病心血瘀阻证组112例、冠心病非心血瘀阻证组108例、非冠心病心血瘀阻证组110例和健康对照组100例ACE基因型(DD、ID、II)和等位基因(D、I)以及凝血因子VII(FVII)基因型(M₁M₁、M₁M₂、M₂M₂)和等位基因(M₁、M₂)。结果提示,ACE-DD基因型和D等位基因的频率增高、FVII基因M₁M₁多态性和M₁等位基

因可能与冠心病心血瘀阻证有一定内在联系;进一步应用单体型相对风险分析(HHRR)和连锁不平衡检验(TDT)方法,发现冠心病血瘀证家系中ACE基因T/D多态与冠心病血瘀证存在关联或与疾病基因座存在连锁,提示该基因座可能不是湖南汉族人群冠心病血瘀证的遗传易患基因,而是冠心病血瘀证的发病危险因素之一。蔡征宇等^[5]也探讨了ACEI/D基因多态性与冠心病(心绞痛)辨证分型的关系,将115例冠心病心绞痛患者分为气阴两虚、阴虚阳亢、痰瘀交阻3组,检测其ACE基因型(II、DD、ID)。结果与痰瘀交阻组比较,气阴两虚组与阴虚阳亢组的II基因型频率、I等位基因频率均明显较高,提示ACE II基因型可能与阴虚型相关。杨保林等^[6]应用mRNA差异显示法分析冠心病血瘀证相关基因,筛选出5条与人类98%以上同源的基因序列,经相关文献资料和临床验证结果分析,认为与冠心病血瘀证病理改变密切相关。冠心病中医辨证与遗传基因的研究才刚刚起步,但却显示出良好的前景。

2.2 血脂异常

冠心病心绞痛主要由冠状动脉粥样硬化所致,而血脂异常是动脉粥样硬化的主要致病因素。于顾然等^[7]对冠心病各证型脂质代谢研究表明,实证者的脂质代谢异常较明显,其中以痰浊壅塞证和心血瘀阻证最为严重,而虚证中以气阴两虚证变化较明显。邓奕辉等^[8]将127例冠心病血瘀证患者分成气滞血瘀、气虚血瘀、痰浊血瘀、阴虚血瘀4个亚型,结果提示脂质代谢紊乱在血瘀证患者中尤为突出,可以作为冠心病血瘀证的特征之一,其中以痰浊血瘀亚型改变最为敏感;高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)有不同程度的降低,也以痰浊血瘀亚型改变最为敏感,提示冠心病痰浊血瘀患者血脂代谢紊乱最为突出。谢海波等^[9]分析160例冠心病心绞痛患者中医辨证与血脂相关性,结果显示痰浊闭阻组TC、TG均明显高于其他各组患者,LDL-C也高于除心血瘀阻外的其他各组。

2.3 胰岛素抵抗

胰岛素抵抗 (IR) 与冠心病关系的研究已成为心血管病领域的研究热点。张继东等^[10]亦证实了冠心病心血瘀阻、痰阻心脉型较气虚血瘀、气阴两虚型胰岛素敏感指数 (ISI) 降低 ($P<0.05$), 同时伴有纤溶系统活性的改变。于顾然^[11]观察到实证中均有 ISI 升高 ($P<0.01$), 并且发生明显的脂质代谢异常, 红细胞膜 ATP 酶数量降低和红细胞内 Na^+ 、 Ca^{2+} 升高, 其中痰浊壅塞和心血瘀阻证最为严重; 在虚证中, 阳气虚衰证有高胰岛素血症, 而心肾阴虚证有空腹血糖增高, 都存在 IR, 气阴两虚 IR 不明显。陈晓虎等^[12]选取经 CAG 确诊冠心病患者 90 例, 辨证分为气阴两虚、气虚血瘀、心血瘀阻和痰阻心脉 4 型, 结果表明, 各中医证型胰岛素抵抗指数均比非冠心病组为高, 尤以心血瘀阻型最明显。

2.4 同型半胱氨酸

大量的临床流行病学及实验室研究资料表明同型半胱氨酸 (Hcy) 是动脉粥样硬化 (AS) 和动、静脉血栓形成的独立危险因素, 其通过对多种炎症因子和炎症过程的影响促进动脉粥样硬化的发生发展。方显明等^[13]报道, CHD 患者血浆 Hcy 水平高于正常对照组, 从证型与血浆 Hcy 水平的关系看, 气虚血瘀证患者血浆 Hcy 水平均高于痰阻心脉证和气阴两虚证。李超等^[14]研究冠心病患者 101 例, 结果显示冠心病秽浊痰阻证患者血浆 Hcy 水平明显高于冠心病非秽浊痰阻证以及健康者。林凯旋等^[15]亦研究表明冠心病血瘀证患者血浆 Hcy 水平明显高于冠心病非血瘀证患者。由此可见, 冠心病气虚、血瘀、痰浊证与血浆 Hcy 水平升高具有相关性。

2.5 超敏 C 反应蛋白

超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 与冠心病关系的研究日益受到人们重视。商秀洋等^[16]将 215 例冠心病心绞痛住院患者辨证归为实证、虚证和虚实夹杂证 3 类, 结果显示实证较虚实夹杂证 hs-CRP 水平明显升高。毛以林等^[17]检测 45 例冠心病血瘀证和 50 例非血瘀证冠心病患者及 50 例正常人的血清 hs-CRP, 结果显示冠心病血瘀证患者 hs-CRP 明显升高, 与非血瘀证及正常对照组比较有统计学意义。林超等^[18]探讨了 101 例不稳定型心绞痛 (UA) 患者中医证型与 hs-CRP 的关系, 结果表明, 各中医证型组血浆 hs-CRP 水平均较正常对照组升高, 其中痰热血瘀证组和痰浊血瘀证组显著高于气滞血瘀证组, 阴虚血瘀证组显著高于气虚血瘀证组和气滞血瘀证组。

3 辨证与心脏特殊检查

3.1 冠脉造影

冠脉造影 (CAG) 是当前诊断冠心病的金标准, 冠状动脉病变的特点与冠心病中医证型之间的关系日益受到人们关注。尹克春等^[19]观察 89 例患者 CAG 冠脉病变程度与中医证型的关系, 结果表明冠状动脉正常的胸痹患者中, 以气滞心胸证为主, 其次为气虚痰阻证及痰浊闭阻证; 而随着冠脉病变狭窄程度的加重, 血瘀、虚证及虚实夹杂患者明显增加, 辨证血瘀、痰瘀互结的患者冠脉均有病变。刘永明^[20]分析 259 例 CHD 患者不同证型 CHD 患者 CAG 结果的特点, 结果显示: 各证型组冠状动脉病变范围从大到小依次为: 痰阻心脉证组>气阴两虚证组>气虚证组>心肾阴虚证组>心血瘀阻证组>阳气虚衰证组; 各证型组冠状动脉病变 Leaman 积分: 痰阻心脉证组>阳气虚衰证组>心肾阴虚证组>气阴两虚证组>心血瘀阻证组>气虚证组; Gesini 积分: 痰阻心脉证组>心肾阴虚证组>气阴两虚证组>气虚证组>阳气虚衰证组>心血瘀阻证组; 提示痰阻心脉证组冠脉病变明显严重。鞠镐^[21]分析 CHD 心绞痛病人冠状动脉造影结果, 结果表明冠状动脉造影积分在阳虚证 CHD 心绞痛最高, 与血瘀证积分密切相关。以上研究结果表明气滞型冠脉病变较轻, 而随着血瘀、痰浊的出现冠脉病变亦加重, 后期出现气虚或合并阴虚或阳虚阶段, 冠脉病变程度会进一步加重。

3.2 超声心动图

冠心病心肌梗死及心力衰竭患者超声心动图 (UCG) 常表现为室壁运动障碍及收缩、舒张功能的异常。褚田明等^[22]发现冠心病阳虚证患者射血分数较非阳虚证者明显降低。陈少芳等^[23]对 84 例冠心病中医证型各组左室舒张功能进行检测, 发现各中医证型均不同程度出现了心室舒张功能的改变, 尤其以心气虚证最为明显。姜洪茹等^[24]选择冠心病实证患者 101 例作为研究对象, 结果显示心血瘀阻证患者 EF 明显低于痰浊闭塞、寒凝心脉、气滞心胸 3 证, 提示冠心病实证中以血瘀证者左心室收缩功能常受累。目前多数学者认为心气虚、心阳虚患者常表现为左室 EF 降低, 后者可作为冠心病心 (阳) 气虚的客观指标之一。

3.3 心电改变

目前大量的研究表明, QT 离散度 (QTd)、JT 离散度 (JTd) 不仅能够预测恶性心律失常和心源性猝死, 而且能够评价冠心病患者的冠脉病变严重程度和缺血状况。宋娅萍^[25]临床观察 123 例冠状动脉造影患者的 QT、JT 离散度, 探讨冠心病中医辨证分型与 QTd 和 JTd 的关系, 结果显示冠心病中医辨证分型中实证组患者的 QTd、JTd、QTcd、JTcd 值均高于虚证组; 冠心病六个证型中, 心血瘀阻型的 QTd、JTd、QTcd、JTcd

值最大,提示随着 QTd、JTd 均值的升高,中医证型由本虚向标实发展,说明病情在不断加重。周劲松^[26]将冠心病患者 120 例与健康人 60 名进行动态心电图记录,对比其 HRV。结果表明,冠心病本虚、标实两型与健康对照组相比,HRV 均明显下降,两型间又以本虚者下降明显。田松^[27]研究认为冠心病心电图异常中以心血瘀阻证最高,心阴亏虚最低。

4 小 结

冠心病中医辨证客观化研究近年有了长足的进展。但是目前尚存在较多问题,如临床辨证分型仍未完全统一,缺乏冠心病中医证候流行病学特征调查研究,未建立规范的冠心病辨证标准;缺乏客观化指标在诊疗实践中的临床验证,离实现中医证型病机变化和现代医学病理生理机制的融会贯通尚有较大距离。

参考文献:

- [1]张秋雁,邓冰湘.冠心病心绞痛临床中医证型分布的回顾性分析[J].中医研究,2005,18(11)
- [2]文川,程伟.206 例心绞痛患者问诊资料与中医辨证关系的探讨[J].湖北中医杂志,2002,24(10):34
- [3]刘赛华,曹洪欣,张明雪,等.胸痹(缺血性心脏病)心脾两虚证辨证标准研究[J].中医药学报,2004,32(1):5-7
- [4]黄献华,袁肇凯,谭光波等.冠心病血瘀证患者血管紧张素转换酶基因多态性的检测分析[J].中医杂志,2007,48(1):65-68
- [5]蔡征宇.冠心病(心绞痛)辨证分型与 ACEI/D 基因多态性的相关性研究[J].河南中医,2008,28(6):26-27
- [6]杨保林,王阶,姜燕.冠心病血瘀证相关基因 b13 的筛查和临床验证[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(1):69-71
- [7]于顾然,贺燕勤,郭云庚等.冠心病中医证型与胰岛素抵抗、脂质及红细胞膜 ATP 酶关系的 I 临床研究[J].中医杂志,2004,41(2):111-112
- [8]邓奕辉,李定祥,杨军辉.冠心病心绞痛血瘀证四亚型与血脂的相关性研究[J].湖南中医杂志,2008,24(1):59;100
- [9]谢海波,陈新宇,石刚等.冠心病心绞痛中医证型与 C 反应蛋白、血脂的相关性研究[J].湖南中医学院学报,2005,25(4):32-34.
- [10]张继东,乔云,武传龙等.冠心病患者胰岛素抵抗与中医辨证分型及纤溶系统活性的相关性研究[J].中国中西医结合杂志,2004,24(5):408-410

- [11]于顾然,贺燕勤,郭云庚等.冠心病中医证型与胰岛素抵抗、脂质及红细胞膜 ATP 酶关系的临床研究[J].中医杂志,2000,41(2):111-112
- [12]陈晓虎,徐顺娟.冠心病(胸痹)胰岛素抵抗与中医辨证分型关系的临床研究[J].南京中医药大学学报,2006,22(5): 296-298
- [13]方显明,唐耀平,郑德俊.冠心病血浆同型半胱氨酸与中医证型的相关性[J].中医杂志,2005,46(10):775-776
- [14]李超,安冬青,王娟等.冠心病秽浊痰阻证与血浆同型半胱氨酸的相关性研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2008,6(4):384-385
- [15]林凯旋,安辉,缪灿铭等.冠心病血瘀证与同型半胱氨酸的相关性研究[J].中医研究,2007,20(2):32-33
- [16]商秀洋,石洁.冠心病中医辨证与血清高敏 C 反应蛋白的关系研究[J].现代中西医结合杂志,2008,17(6):818-819
- [17]毛以林,李旭,彭素娟等.冠心病血瘀证与高敏 C 反应蛋白相关性研究[J].中国中医药信息杂志,2007,14(8):26-27
- [18]林超,郭进建,林青等.高敏 C 反应蛋白与不稳定型心绞痛中医证型相关性研究[J].中国中医急症, 2007,16(10):1221-1223
- [19]尹克春,周文斌,陈力等.89 例冠状动脉造影与冠心病中医证型相关性研究[J].中医研究,2005,18(4):25-26
- [20]刘永明,蒋梅先.259 例冠心病患者中医辨证分型与冠脉造影结果的关系研究[J].北京中医 2005,24(3):131-133
- [21]鞠锦,程文立,柯元南等.冠心病心绞痛病人冠状动脉造影与中医辨证分型关系的研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2005,3(7):569-571
- [22]褚田明,顾仁樾.冠心病阳虚证与心功能减退关系的研究[J].江苏中医药,2007,39(6):17-18
- [23]陈少芳,黄海.冠心病中医证型与心室舒张功能的相关性研究[J].福建中医学院学报,2006,16(4):15-16
- [24]姜洪茹,郭勇.超声评价左心室收缩功能与冠心病实证者辨证分型关系初探[J].中国医药导报,2007,4(14):20-21
- [25]宋娅萍.冠心病 QT、JT 离散度与中医证型关系分析[J].中国中医急症,2008,17(8):1097-1099
- [26]周劲松.冠心病中医证型与心率变异性关系的研究[J].中国中医急症,2007,16(6):688-708
- [27]田松.冠心病心电图变化与中医辨证分型的相关性研究[J].中医药临床杂志,2006,8(18):333-334

编号: E-10051237 (修回: 2010-05-12)

(上接 39 页)

肿扩大一般发生在 24 小时以内。出于安全考虑,在发病 24 小时后使用活血化瘀药为宜。使用活血化瘀药治疗脑出血时,关键是迅速查清患者凝血机制有无异常,一旦查清凝血机制正常,即可运用活血化瘀药。如异常,则在运用活血化瘀药基础上加入补气固摄之药。三是注意药物选择。临床应在辨证论治的前提下,灵活选用一些具有化瘀与止血双重作用的活血化瘀类中药,如三七、大黄、蒲黄、茜草、金边蟄虫、血结、水

蛭等。四是不可长期滥用。活血化瘀之品性多温燥,有耗阴动血之弊,且脑出血病人多为素体肝肾阴亏之老年人,药用时应依据病情适时调整,切勿一味攻伐。长期使用,应注意中病即止,以免耗伤机体正气。总之救治中风脑出血患者关键在于平衡阴阳,补虚固摄,醒窍安神,活血通络,统筹兼顾,综合分析,综合救治,因中寻因,法外求法,辩证论治,灵活变通。

编号: J-10032503 (修回: 2010-05-07)

养阴活血汤防治人工关节置换术后深静脉血栓形成的疗效观察

Clinical observation of the efficacy of yang yin huo xue decoction for preventing and treating deep vein thrombosis after total joint replacement

秦宇航

(南京中医药大学, 江苏 南京, 210029)

中图分类号: R543.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0043-03 证型: BDG

【摘要】 目的: 探讨自拟养阴活血汤防治人工关节置换术后深静脉血栓形成 (DVT) 的疗效, 倡导养阴活血、补气通络理念对治疗 DVT 之重要性。方法: 60 例关节置换术后患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 30 例, 分别以养阴活血汤和低分子肝素钠进行治疗, 观测相关凝血指标的变化和比较术后 DVT 发生率。结论: 养阴活血汤具有防治人工关节置换术后 DVT 的良好疗效, 值得临床运用。

【关键词】 深静脉血栓形成; 养阴活血汤; 人工关节置换术; 低分子肝素钠

【Abstract】 Objective: To verify the efficacy of Yang Yin Huo Xue decoction for preventing and treating deep vein thrombosis (DVT) after total joint replacement. Method: 60 cases of replacement are randomly divided equally into treatment group and control group. Yang Yin Huo Xue decoction is Administered to treatment group and low molecular weight heparin is Administered to control group before the detection of relative blood coagulation indexes and the comparison of DVT rates between two groups. Conclusion: Yang Yin Huo Xue decoction has perfect effect as low molecular weight heparin for preventing and treating DVT after total joint replacement.

【Key words】 Deep vein thrombosis; Yang Yin Huo Xue Decoction; artificial joint replacement; low molecular weight heparin

深静脉血栓形成 DVT 是人工关节置换术后常见之并发症, 可引发严重的下肢循环障碍, 甚至出现致死性肺栓塞, 其发病机制和危害性已被广泛关注和深入研究。据国内外报道, 未采取任何预防措施的人工关节置换术后 DVT 发病率达 40% 以上, 目前尚缺乏统一有效的方法以预防 DVT 形成。中医药治疗血栓栓塞类疾病经验丰富、源远流长、独具特色, 由于疗效确切、毒副作用少且费用低廉, 易为广大患者所接受, 其优势日益凸显。笔者采用自拟养阴活血汤防治此种病症, 取得满意疗效, 现介绍如下:

1 临床研究

1.1 一般资料

全部 60 病例源自我院骨伤科, 采集时间为 2008 年 11 月~2009 年 9 月。随机分为治疗组和对照组, 每组各为 30 例。治疗组男性 11 例, 女性 19 例, 平均年龄 67 岁, 其中人工股骨头置换 2 例, 全髋关节置换

13 例, 全膝关节置换 15 例。对照组男性 9 例, 女性 21 例, 平均年龄 67 岁, 其中人工股骨头置换 3 例, 全髋关节置换 12 例, 全膝关节置换 15 例。两组患者的性别、年龄、体重、病种、麻醉和手术方式等一般情况经统计分析比较均无差别。

1.2 治疗方法

均于术后第一天开始治疗。治疗组口服养阴活血汤进行防治, 方药如下: 生黄芪 30g 天花粉 15g、桑椹 15g、生地 10g、川芎 6g、赤芍 6g、当归尾 10g、鸡血藤 10g、红花 6g、地龙 6g、牛膝 8g、桃仁 6g, 上 12 味药加水约 800ml 煎煮, 去渣取药汁 400ml 分 2 小袋装盛, 每袋 200ml; 分早、晚 2 次温服, 每次 200ml, 每日 1 剂, 连续口服 15 天。对照组以低分子肝素钠 (海普宁) 2500u 皮下注射, 每日 1 次, 连续 15 天。功能锻炼和康复治疗两组完全相同, 术后第 15 天行下肢彩色多普勒检查, 观察下肢深静脉血栓形成与否。

1.3 观测指标

1.3.1 实验室检查指标

①术前3天(术前)术后1天(术后)和术后15天(用药后)两组患者血流变学检查。②术前3天(术前)术后1天(术后)和术后15天(用药后)两组患者血浆凝血酶原时间(PT)检查、血浆部分凝血活酶时间(APTT)检查。

1.3.2 安全性监测指标: ①术前, 术后1天(术后)、术后15天(用药后)两组患者血小板计数。②记录两

表1 两组患者血液流变学指标变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	组别	术前	术后	用药后
全血粘度低切	治疗组	11.41±2.32 [#]	13.51±2.98 [*]	10.36±2.15 [∧] •
	对照组	11.23±2.78	13.62±2.25 [*]	11.29±2.73 [∧]
全血粘度高切	治疗组	4.49±1.78 [#]	5.52±1.43 [∧]	4.22±1.32 [∧] •
	对照组	3.82±1.23	5.34±1.62 [*]	4.38±1.36 [※]
血浆粘度	治疗组	1.38±0.12 [#]	1.73±0.23 [*]	1.31±0.16 [∧] •
	对照组	1.45±0.78	1.76±0.27 [∧]	1.43±0.24 [∧]
RBC 压积	治疗组	0.41±0.26 [#]	0.55±0.13 [∧]	0.42±0.18 [∧] •
	对照组	0.39±0.12	0.53±0.04 [*]	0.41±0.29 [※]
RBC 聚集指数	治疗组	3.81±0.92 [#]	4.28±0.73 [∧]	3.62±0.12 [∧] •
	对照组	3.56±0.42	4.15±0.33 [*]	3.53±0.47 [∧]
RBC 变形指数	治疗组	0.88±0.62 [#]	0.61±0.37 [∧]	0.83±0.25 [∧] •
	对照组	0.85±0.58	0.56±0.45 [∧]	0.81±0.37 [※]

表2 两组患者 APTT 和 PT 指标变化比较 ($\bar{x} \pm s$) 时间单位:S

指标	治疗组			对照组		
	术前	术后	用药后	术前	术后	用药后
PT	12.7±1.6 [#]	9.9±2.8 [*]	13.1±1.2 [∧]	13.2±1.6	9.4±2.0 [*]	13.8±1.2 [∧] •
APTT	31.7±4.7 [#]	27.7±2.5 [*]	30.7±4.4 [∧]	32.6±2.5	26.8±2.2 [*]	31.3±5.2 [∧] •

注: ①术前组间比较: [#] $P>0.05$; ②术后与术前各组内比较: ^{*} $P<0.01$, [∧] $P<0.05$; ③用药后与术后各组内比较: [∧] $P<0.01$, [※] $P<0.05$; ④用药后组间比较: [•] $P<0.05$, [•] $P>0.05$ 。

3.2 安全性监测指标

表3 两组患者血小板计数变化及术后切口引流量比较 ($\times 10^9/L$, $\bar{x} \pm s$)

组别	血小板计数变化			术后二天切口引流量
	术后	用药后	变化	
治疗组	187±37 [#]	231±36 [*]	189±23 [•]	245±37
对照组	199±38	245±32 [*]	180±17 [∧]	393±35

注: ①术前组间比较: [#] $P>0.05$; ②术后与术前各组内比较: ^{*} $P<0.01$; ③用药后组间比较: [※] $P>0.05$; ④用药后与术前各组内比较: [∧] $P<0.05$, [•] $P>0.05$; ⑤切口引流量比较: ^{*} $P<0.01$ 。

3.3 两组患者术后 DVT 发生率比较

表4 两组患者 DVT 发生率比较

组别	DVT 发生数	无 DVT 数	DVT 发生率 (%)
治疗组	3	27	10
对照组	4	26	13.33
合计	7	51	11.67

从以上诸表统计可见, 养阴活血汤可明显降低术后患者全血粘度低切、全血粘度高切、血浆粘度、RBC

组患者术后切口引流量。

2 统计学处理

所获资料采用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析。资料用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 并进行正态性分布及方差齐性检验, 两组间均数比较用 t 检验, 多组间均数的比较用方差分析 LSD 检验; 设定 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 认为有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者血液流变学指标及 APTT、PT 指标比较

压积、RBC 聚集指数、RBC 变形指数等血液流变学指

(下转 46 页)

中风后遗症的中医治疗体会

Experience of treating sequelae of stroke in TCM

余波

(南京市中医院, 江苏 南京, 210001)

中图分类号: R743.34 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0045-02 证型: BDGI

【关键词】 中风后遗症; 辨证分型; 中药疗法

中风又名“卒中”,系现代医学中脑血管意外疾病,包括脑出血、脑梗死、脑血栓形成和蛛网膜下腔出血等。本病经过救治之后,常留有后遗症,如半身不遂、偏瘫、语言不利或口眼歪斜等。笔者在日常诊疗中颇有体会,特总结如下。

1 治疗方法

组方以牡蛎、龙骨、水蛭、地龙为主,配以镇肝熄风汤,补阳还五汤,温胆汤化裁为基本方,随症加减而治之。具体分型:肝阳上亢,脉络痰堵型:半身不遂,头晕头痛,面赤耳鸣,舌红苔黄,脉弦有力,治以滋阴潜阳,熄风通络,方选镇肝熄风汤加减。风痰夹瘀,阻滞脉络型:半身不遂,肢体麻木无力,形胖神呆,舌强语蹇,舌淡红,苔白腻,脉弦滑,治以祛风除痰,行瘀通络,方选温胆汤化裁加减。气虚血瘀阻塞脉络型:半身不遂,肢体麻木无力,面色无华,舌淡暗,有瘀点,苔白脉细涩,治以益气活血,祛瘀通络,方选补阳还五汤加减。

2 典型案例

2.1 例 1: 患者甲,男,56岁,因“双侧基底节区多发性脑梗死”住院治疗,好转出院后来我处就诊,患者神智清楚,右侧偏瘫,语言不利、健忘、失眠。问诊得知其平素性急易怒,常感头痛眩晕,目胀耳鸣,视物昏花,心闷烦热,有时噎气,渴不多饮,大便秘结,小便赤,纳呆。体检:血压 150/100mmHg,形体肥胖,心肺(一),右侧肢体肌力 3 级,右手震颤,舌红苔黄,脉弦,诊断为“中风后遗症”。脉症合参,症属阴虚阳亢,肝风内动,风阳上扰,脉络瘀阻,治以镇肝潜阳,熄风通络,方选镇肝熄风汤加减治之。处方:淮牛膝 30g、赭石 30g、龙骨、牡蛎各 20g、龟板、白芍、元参、天冬、地龙各 15g、水蛭、茵陈、生麦芽、川练各 10g、炙志肉 9g、石蒲 7g、甘草 5g、丹参、草决明各 20g,水煎服,每日一剂,煎服 2 次,连服

10 剂,诸症减轻,效不更方,随症加减入出,继服 20 剂,3 次复诊,语言渐清,能搀扶行走,记忆力渐增,为巩固疗效继服 10 剂,并嘱其多说话,定期复查血压。

按:本例肝阳上亢,血菀于上,血瘀脑府,脉络阻滞,故用镇肝熄风汤加减,滋阴潜阳,熄风通络,方用淮牛膝归肝肾二经,重用引血下行为君;赭石和龙骨、牡蛎相配,降逆潜阳,镇肝熄风以为臣;龟板、元参、天冬、白芍滋养阴液,以制阳光;地龙通络降压,并治半身不遂;水蛭破血祛瘀,通络消积,现代研究有抗血栓阻碍血液凝固为佐;茵陈、川练、生麦芽,配合君药清泻肝阳之余,条达肝气之郁滞,以利于肝阳之平降镇潜;甘草与麦芽相配,并能和胃调中,均为使药,更以石蒲开窍豁痰;远志安神祛痰,共奏其效。

2.2 例 2: 患者乙,68岁,因“左侧基底节区脑出血”后遗症来我处就诊,患者右侧半身不遂,语言蹇涩,反应迟钝,口角流涎,头晕头痛,纳呆,大便秘结。体检:血压 150/96mmHg (服药后),语言不清,右侧肢体轻度浮肿,肌力 2~3 级,苔白腻,脉弦滑。症属风痰夹瘀,阻塞脉络,治以化痰除浊,祛瘀通络,方选温胆汤化裁加减治之。处方:牡蛎、龙骨各 30g,地龙 15g、水蛭 10g、法夏 10g、陈皮 10g、白术、茯苓各 20g、牛膝 15g、枳实 10g、大黄 7g、炙远志 9g、菖蒲 9g、陈胆星 7g、生姜 10g、鲜竹沥 20ml 兑服,水煎服每日 1 剂,每日 2 次,连服 10 剂,前症均见减轻,效不更方,仍以原方对症加减入出,继服 20 剂,三诊上肢可举,肿消,可扶杖行走,语稍涩,可对答,大小便常,食增,舌红苔白,脉滑,继以原方加减 20 剂,随访,诸症大部减轻。

按:方中重用龙骨、牡蛎、以龙骨、牡蛎消瘀且能软坚化痰,龙牡合用为治痰神品,互为协同之功;地龙乃化痰通络,利尿降压;水蛭祛瘀抗血栓,阻碍

血液凝固,会同温胆汤化裁,祛痰除浊,经络得通,气流畅通,诸症得轻。

2.3 例3:患者丙,男,70岁,曾患“两侧基底节及侧脑室多发性脑梗死”,就诊时神志清楚,语言不利,左侧半身不遂,大便结,小便自遗。体检:血压140/90mmHg,面色无华,舌轻度左偏,语言不清,口眼左侧歪斜,左侧肢体麻木,肌力3级,舌淡暗有瘀点,苔白,脉细涩,诊为“中风后遗症”,证属气虚血瘀,阻滞脉络,治以益气活血,祛瘀通络,方选补阳还五汤加减,处方:黄芪60g、当归、川芎、赤芍、桃仁、红花各10g、牛膝15g、地龙15g、水蛭10g、牡蛎、龙骨各20g、白附子6g、姜虫10g、水煎服每日1剂,服2次,连服5剂,二诊前症减轻,效不更方,继以原方加减,进7剂,三诊,语言稍涩,可扶杖缓行,手能自动,口眼歪斜及流涎均消失,大小便正常,为巩固疗效,继为前方加减5剂而善后。

按:本例属气虚血瘀所致,正气亏虚,推动无力,脉络瘀阻,经络不通,筋脉肌肉失养,故见半身不遂,口眼歪斜,气虚血瘀,舌体失养,约束无力,故语謇。口角流涎,乃气虚不固,气化失司,舌脉所见,均为气虚之象,方中重用黄芪,大补元气,使气旺血行,祛瘀不伤正,为君药;当归治血祛瘀而不伤正为臣,川芎、赤芍、桃仁、红花、丹参助当归活血化瘀,地龙通络活络;水蛭去瘀血,抗血栓阻碍血液凝固;牛膝以引血下行;龙骨、牡蛎二药同为治痰神品,为佐

使,加白附子姜虫为牵正散意,合成诸药,互发其用,共奏其效。

3 讨论

中风经抢救后,在幸存者中约70%~80%的病人留有不同程度的残疾^[1],如半身不遂、言语不利、口眼歪斜或偏枯不用、肢软无力等。本症多发生于中老年人,因年老气虚,气不运血,血不能荣养筋骨经络,瘀滞其间;或气虚不能行水化湿,聚而成痰;或嗜醇酒厚味内生痰湿闭阻经络。故该证的病机多属本虚标实而侧重在“本虚”。其虚可见气虚与阴虚,但以气虚为多见^[2],实者以血瘀、痰浊为主。治疗多予补气活血,并常佐以化痰通络。张锡纯在《医学衷中参西录》说:“龙牡不但收涩,有开通之力,牡蛎能软坚化痰,龙牡合用为治痰神品,互为协同之功,且有敛正气,不敛邪气”等论述,但当生用。地龙乃化痰通络,利尿降压,有治半身不遂之效,水蛭破血祛瘀,通络消积,现代研究证实有抗血栓抗凝作用,因为肝阳上亢、气虚血瘀,风痰阻络等病机贯穿于疾病的全过程,故治疗上要依据患者病因病机辨证施治,灵活组方,方可取效。

参考文献:

[1]杜国如,唐永祥.中风后遗症治疗心得[J].吉林中医药,2006,26(2):11

[2]李士吉.中风后遗症的中医辨证论治[J].吉林中医药,2007,27(12):15

编号:A-0053(修回:2010-05-06)

(上接44页)

标,延长凝血酶原时间,从而改善血液高凝状态、恢复股静脉血流速度、缓解血流瘀滞、抑制血栓形成,与低分子肝素比较无统计学意义($P>0.05$);同时该方对血小板含量影响微小、无诱发出血倾向,比低分子肝素具有更高的安全性。术后两组患者DVT发生率比较无统计学意义($P>0.05$),表明养阴活血汤具有良好的DVT防治效果,与低分子肝素作用相似。

4 讨论

对DVT的中医治疗,历来以活血化瘀为根本大法,然而人工关节置换术后下肢DVT却有其相应病机特点,故临证亦当有所侧重和变化。笔者观察到人工关节术后的患者绝大多数表现为苔黄舌红、脉细数、间断性低热、食欲不振、倦怠乏力、肢体困顿微肿、疼痛隐缓之象,故辨证当为气阴亏虚,瘀血阻络之证,其治当以补气通络,养阴清热之法。方中以生黄芪补脾肺之元气,令气旺血行,瘀去络通,为君药。鸡血

藤、当归尾祛瘀通络兼能补血,化瘀而不伤血。天花粉能入血分消瘀血而续绝伤,且能清热生津、散结消肿、透发伏火;桑椹子色紫黑,其形状若血栓,可类比而引达至病灶处,其功专填乙癸之精而补血生津;生地清虚热而壮肾水,滋营血之化源,充络脉之干涸。三者皆甘寒生津之品,合用之则滋阴润燥、清热养血,且制约生芪升阳温热之弊。上五药共为臣药。川芎、赤芍、红花、桃仁行气活血,地龙通经活络、软坚散结,牛膝引瘀血下行而不上犯,均为佐药。共奏补气活血通络、养阴滋血清热之效。该方实为合补阳还五汤、桃红四物汤、当归补血汤于一体,再加入养阴清热之品,既补气阴、生营血,又除瘀滞,扶正祛邪,攻守兼备。全方选药皆性味平和之类,用量亦斟酌其份,无苦燥伤阴之弊,无破气伤血之患,且所煎药液汁味偏甜,患者易于接受和长期服用。

编号:A-0062(修回:2010-05-07)

心先安对高原肺心病患者失代偿期的临床观察

Clinical observation on plateau in patients with decompensated chronic pulmonary heart disease with meglumine

陶莉莉 陈广浩

(青海西宁武警青海总队医院, 青海 西宁, 810000)

中图分类号: R541.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0047-02 证型: GBD

肺心病是临床常见病,也是目前高原死亡率较高的疾病之一。生活在高原地区的人由于长期慢性缺氧造成的继发性红细胞增多症,加之肺心病本身疾病引起的红细胞增多,使血液粘稠度较平原地区更加增多。红细胞压积平均超过 60%~65%时,血液的粘稠度更显著的增加,血流阻力随着增加,可加重肺动脉高压,加重右心衰竭。因此,在对本病进行改善通气功能控制呼吸衰和心衰往往能缩短治疗时间并提高生存和提高生活质量,心先安作用主要有正性肌力作用,扩张血管作用,降低心肌耗氧量的作用,在临床上的应用越来越广泛,通过观察应用心先安后肺心病患者血液流变学动脉血气分析的变化,进一步讨论心先安对高原肺心病患者失代偿期的临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 病例选择及分组

按全国第三次肺心病会议修订的慢性肺心病诊断标准 1,选择 2005 年 8 月~2009 年 8 月在我院住院 38 例肺心病失代偿期患者,经过心电图、胸片、超声心动图及有关生化检查,排除其它心脏病如高血压性心脏病、冠心病、风湿性心脏病和先天性心脏病。随机分为对照组和心先安组,对照组 19 例,男 10 例,女 9 例,年龄 64~78 岁,平均年龄 69.5 岁;病程 10~12 年,平均 11.2 年。心先安组 19 例,男 9 例,女 9 例,年龄 65~76 岁,平均 69.4 岁,病程 9~12 年,平均 10.8 年。

1.2 用药方法

对照组给予常规综合治疗,低流量吸氧;头孢呋辛 3.0 加入 0.9%生理盐水 150ml 静脉滴注 2/日;盐酸氨溴索 30mg 静脉滴注 1/日;双氢克尿噻 25mg 2/日口服;安体舒通 20mg 2/日口服;共治疗 15 天。心先安组除给予上述常规治疗外,同时给予心先安(北京四环公司)80mg~100mg 加入 5%葡萄糖注射液 200ml 静脉滴注 1/日,共 15 天。治疗前后分别进行以下指标检测。

2 观察指标和检测方法

2.1 血液流变学

采集外周静脉血标本,用某公司生产的血型粘度测定仪测定血浆粘度,全血粘度和红细胞压积。

2.2 动脉血气分析

从股动脉取血,用某血气分析仪测定动脉血氧分压(PaO₂)和血氧饱和度(SaO₂)。

2.3 统计学处理

数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,应用 SASS11.0 软件进行 *t* 检验,疗效比较采用卡方检验。

3 结果

疗效判断标准:按《最新国内外疾病诊疗标准》评定。临床疗效:治疗组临床控制率 15.8%(3/19 例),显效率 57.9%(11/19 例),好转率 21.1%(4/19 例)。总有效率 89.5%;对照组临床控制率 0,显效率 10.5%(2/19 例),好转率 47.4%,总有效率 57.9%,治疗组总有效率明显优于对照组($\chi^2=6.25, P<0.05$),见表 1。

表 1 心先安对血粘度和动脉血氧分压及血氧饱和度的影响 ($\bar{x} \pm s$)

组别		血浆粘度 (mpa.s)	全血粘度 (mpa.s)		红细胞压积 (%)	PaO ₂ (kpa)	SaO ₂ (%)
			高切	低切			
对照组	治疗前	1.82±0.64	6.58±0.54	11.0±1.92	51.3±2.6	6.45±0.80	70±4
	-19 治疗后	1.81±0.12	6.50±0.61	10.9±1.77	50.6±3.1	6.70±0.72	73±6
治疗组	治疗前	1.75±0.09	6.64±0.43	11.4±1.98	50.8±3.1	6.40±.68	71±3
	-19 治疗后	1.62±0.13	4.66±0.57	9.37±1.50	40.6±5.4	8.12±0.81	84±7

(下转 49 页)

现代中医药对冠心病的治疗

Treatment of coronary heart disease in MTCM

董璐璐 李 严

(黑龙江省黑河市孙吴县中医院, 黑龙江 黑河, 164200)

中图分类号: R541.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0048-02 证型: BDG

【摘要】 冠心病心绞痛是冠状动脉供血不足、心肌急剧的暂时性缺血缺氧引起的以发作性胸痛为主要表现的临床综合征。中医药治疗冠心病具有较为明显的优势, 综观选方治则大都运用了益气温阳、活血化瘀、宣痹通脉等法, 但临床辨证分型差别较大, 反映了现代中医药对冠心病的治疗尚缺乏深入系统研究。

【关键词】 冠心病; 心绞痛; 中药

冠心病心绞痛发病率近年来呈上升趋势, 中医学不断在这一领域进行各项研究并已找到较好治疗方案, 在病机、证型、治疗原则、剂型、预后各方面研究取得一定成就。

1 病因病机

冠心病心绞痛属于中医胸痹心痛范畴, 其病位在心, 但其发病常与心、肾、肝、脾诸脏的盛衰有关, 可在心气、心阳、心血、心阴不足, 或肝、肾、脾失调的基础上, 兼有寒凝、血瘀、气滞、痰浊等病理改变, 是由邪痹心络, 气血不畅, 络脉瘀阻, 心络挛急, 心脉不通而致病, 总属本虚标实之证。针对胸痹心痛本虚标实之病机, 以补与通为总治则, 实者以通脉为主, 虚者权衡心肾阴阳气血不足, 临床可辨证分为心血瘀阻、寒凝心脉、痰浊内阻、心气虚弱、心肾阴虚、心肾阳虚等 6 型。

2 中药治疗

黄永生将本病分为三候: 阴虚气滞候治以生地、熟地、山茱萸、五味子、柴胡、香附、青皮等滋肾养阴、舒肝理气, 气虚气滞、寒热错杂候治以黄芪、白术、当归、知母、黄柏、淫羊藿、仙茅、巴戟天等益气舒肝、平调寒热, 气血两虚、肝气郁结候治以当归、白芍、柴胡、茯苓、吴茱萸、黄连等健脾养血、舒肝解郁。王文革、袁建平等将本病分为 6 型: 心血瘀阻证治宜活血化瘀、通络止痛, 中药选用当归、赤芍、桃仁、红花、郁金、延胡索、丹参、降香等活血止痛; 气滞血瘀证治宜理气通络, 方选血府逐瘀汤, 中药可选用丹参、五灵脂、延胡索、石菖蒲、柴胡、枳壳、佛手、丝瓜络等; 痰浊闭阻证治宜化痰通络, 中药选用瓜蒌仁、瓜蒌皮、薤白、半夏、石菖蒲、丹参、陈

皮、白豆蔻、当归、川芎、郁金等; 气阴两虚证治宜益气养阴通络, 中药可选用党参、黄芪、茯苓、白术、生地、麦冬、白芍、远志、五味子、三七等; 阳气虚衰证治宜温阳活血, 中药可选用人参、附子、肉桂、山茱萸、熟地、枸杞子、杜仲等; 寒凝血脉证治宜芳香温通, 中药可选用荜茇、高良姜、延胡索、白芥子、檀香、细辛、薤白等。丁书文等在冠心病治疗中配伍使用玄参、连翘、黄连、黄芩、冰片、丹参等清热解毒药物取得较好效果。王少英、黄衍寿等运用清热解毒药物诸如野菊花、金银花、连翘、白花蛇舌草、黄芩等在冠心病治疗中取得了良好效果。清热解毒药物不仅具有清热解毒功效, 同时还具有疗虚、通络等功效。如金银花一药, 《本草备要》中就论及它有“养血止渴通络的功能”, 《本草再新》一书中则云金银花“治心虚火旺, 补气宽中。”《医学衷中参西录》谓:“连翘, 具升浮宣散之力, 流通气血, 治十二经血凝气聚。”《药品化义》也载:“连翘, 总治一切血结气聚, 无不条达而通畅也。”现代药理学也证实金银花能降低大鼠的血胆固醇, 促进血管内壁脂质斑块的吸收; 连翘果皮中含有齐墩果酸(又名洋橄榄叶酸), 故有强心、利尿的作用; 野菊花具有扩张外周血管、降压、保护缺血心肌组织的功效; 玄参不仅具有抗炎作用, 能降低毛细血管的通透性, 还具有强心、扩张血管、降低血压的作用。由此看来, 清热解毒法用于冠心病的治疗是有其药理学基础的。

3 经典方治疗

王作顺报告, 马连珍将本病分为 3 型: 气滞血瘀型治以益气温阳, 用血府逐瘀汤加减; 阳虚水泛型治以温阳利水, 方用苓桂术甘汤加减; 阴阳两虚型治以

阴阳双补、宁心安神，方用桂枝加龙骨牡蛎汤加减。李洁等将本病分为 5 型：正气亏虚、瘀血阻滞型治以补养心气、活血通脉，方用保元汤合丹参饮加减；肝郁气滞、心脉瘀阻型治以疏肝理气、活血化瘀，方用柴胡疏肝散加减；阳虚寒凝、瘀血内阻型治以温经散寒、活血通脉，方用当归四逆汤加减；瘀血痰浊、阻滞心脉型治以化痰泻浊、活血止痛，方用瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤加减；心肾阴虚、瘀血阻络型治以滋养心肾、活血通络，方用左归饮合丹参饮加减。许从真将本病分为气滞血瘀型、气虚血瘀型、痰浊血瘀型、热痰血瘀型、血虚血瘀型、肝胆郁滞型、肝肾阴虚型、寒凝气滞型、亡阳欲脱型 7 型辨治。于厚波将本病分为心气虚、心阳虚、心血虚、心阴型、心火亢盛、心血瘀阻、气痰凝滞、气滞血瘀 8 型辨治。张雪梅据自己的临床经验，归纳冠心病的病机为心气虚而邪气乘，致病的原因主要为风寒痰饮，治疗上采取益气养阴法、活血化瘀法、化痰除浊法、疏肝解郁法、宣痹通阳法、心胃同治法，处方分别选用生脉散、血府逐瘀汤、二陈汤、苏合香丸、栝蒌薤白半夏汤、草豆蔻丸。

4 中西医结合治疗

郭劲松给予对照组和治疗组硝酸异山梨酯 10mg，肠溶阿司匹林口服，并酌情加用 β 受体阻滞剂、钙拮抗剂，心绞痛发作时含服硝酸甘油片。治疗组在此基础上加用益气活血化痰中药，方药组成：黄芪、人参、法半夏、川芎、郁金、柴胡、茯苓、瓜蒌皮、葛根、

丹参、当归。治疗组 36 例，总有效率 94%；对照组 34 例，总有效率 76%。两组总有效率比较有显著差异 ($P<0.05$)。陈维娟让患者在口服常规抗心绞痛药的基础上采用生脉注射液静脉滴注，同时加用 ATP 40mg，辅酶 A100 u，脉安定 30mL 配液后静脉滴注。共治疗 60 例，结果显效 38 例，有效 15 例，无效 7 例，总有效率 88.3%。

5 结 语

近年来中医对冠心病心绞痛的治疗，无论是在心绞痛症状改善，还是心电图改善方面，都取得了一定的疗效。但中医辨证分型客观指标的实用性、可靠性还有待于检验和验证。从临床角度缺乏多中心大样本的临床试验，中医证型缺乏客观性指标，特效、速效药物较少。在今后的研究中，应规范冠心病辨证，建立标准的或基本的证型体系，使各种临床与实验研究结果之间可进行有效比较，取得科学结果，深入开展基础研究，在宏观与微观领域全面阐述其病理生理机制，寻找有特异性和敏感性的辨证依据，并运用现代科技手段，开发速效高效药物，以造福人类健康事业。

参考文献:

- [1]邵莹.益气活血法治疗冠心病心绞痛临床观察[J].现代中西医结合杂志,2006,15(4):422-423
- [2]杨大国,王君,徐希东.疏肝理气活血通络法治疗冠心病心绞痛[J].吉林中医药,2000,20(1):23
- [3]王绍存.天王补心丹加减治疗心绞痛 35 例[J].浙江中医杂志,1998,33(11):513

编号: J-10032501 (修回: 2010-05-07)

(上接 47 页)

3 讨 论

肺心病患者本身由于长期慢性缺氧刺激和二氧化碳潴留，普遍存在血粘度增高，氧分压下降，二氧化碳分压增高，心功能下降。目前治疗肺心病除常规的抗感染、低流量吸氧等对症外，一些扩血管药物对其有一定的疗效，但效果不十分明显。本实验中，19 例应用心先安治疗后，其血粘度较治疗前及对照组降低，而心输出量及动脉血氧分压则较治疗前及对照组增高，说明心先安具有降低血粘度，增加心输出量，提高动脉血氧分压。在治疗整个过程中，未见不良反应，我们认为心先安是一种安全有效的药物，临床值得推广应用。

心先安系环磷腺苷药之换代产品，具有良好的强

心作用。由于是环磷腺苷与葡甲胺综合在一起，通过增强环磷腺苷脂溶性，提高其纯度 (95%以上)，使得环磷腺苷的药理作用得到最大程度的发挥。并参与 ATP 的生产过程。其药理作用主要有：①正性肌力作用，是非洋地黄类强心剂，能增强心肌收缩力，改善心脏泵血功能，使心脏排血量增加。②扩张血管作用，扩张外周血管、降低心脏摄血阻力，减轻心脏前后负荷，增加心排血量，从而改善心功能。③降低心肌耗氧量，改善心肌细胞代谢，保护缺血缺氧心肌，心肌耗氧量减少。此外，还有抑制血小板活化和抗心律失常作用。

编号: A-0057 (修回: 2010-05-07)

活血祛瘀法治疗血瘀所致的眩晕

Treatment of blood-induced vertigo by Huoxue Quyu

蒋 伟

(黑龙江省孙吴县中医院, 黑龙江 孙吴, 164200)

中图分类号: R255.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0050-02 证型: AGD

【摘要】 为了探索用活血祛瘀法治疗眩晕。通过临床对眩晕治疗, 观察活血祛瘀法治疗眩晕的疗效。结果显示用活血祛瘀法治疗血瘀所致的眩晕疗效显著。血瘀致眩致晕者居多, 用活血祛瘀法治疗血瘀所致的眩晕疗效肯定, 以供同仁商榷。

【关键词】 眩晕; 活血化瘀

眩晕是目眩和头晕的总称。以眼花、视物不清和昏暗发黑为眩, 以视物旋转或天旋地转不能站立为晕, 两者常同时并见, 故称眩晕。引起眩晕的病因种类很多, 大约有上百种病可以引起眩晕, 不同疾病的原因不一样; 按照病变的部位不同, 大致可分为周围性眩晕和中枢性眩晕两大类。中枢性眩晕由脑组织、脑神经疾病所引起, 比如听神经瘤、脑血管病变等, 约占眩晕患者总人数的 30%, 周围性眩晕约占 70%, 多数周围性眩晕与耳有关, 周围性眩晕发作时多伴有耳蜗症状(听力的改变、耳鸣)和恶心、呕吐、出汗多等植物神经症状, 部分病变可反复发作眩晕, 部分可自行缓解。中医多辨证为痰浊阻络、上扰清空、脾虚生痰所致。根据其发病特点, 笔者用活血祛瘀之法治疗眩晕, 疗效较为满意, 现述如下。

1 血瘀而致眩晕

笔者观察, 眩晕病因病机较为复杂, 因瘀而致眩晕临床较为常见, 前贤对血瘀而致眩晕亦有记载, 提出了血瘀致眩晕的观点。明代杨仁斋著《直指方》中载有“瘀滞不行, 皆能眩暈”, 明代汪机《医读》中亦载有“瘀血停蓄, 上冲作逆, 亦作眩暈”。眩晕之病位在奇恒之腑——脑, 脑为髓海, 主清窍。临床上致瘀因素诸多, 尤其病久, 如情志不遂, 导致气机不畅, 气不畅, 血凝滞; 痰涎阻滞气机、经络致瘀; 风、火伤络燥血, 血脉失养干涩致瘀; 劳损致气血亏虚, 脉络失养, 血行无力, 郁滞成瘀。而瘀血阻络, 亦可致气滞; 瘀久伤络, 久瘀亦可致气虚。瘀血形成, 轻者筋脉运行不畅, 精微物质虽至而不足, 重者阻塞、闭阻, 精微物质不足或不达, 髓海失养, 清窍不利, 故作眩作晕。故临床上因瘀而致眩晕者较为常见, 且多虚实夹杂, 从“风、痰、火、虚”而治, 瘀血不祛,

反复发作, 迁延不愈。血瘀致眩晕者, 其特征为头晕头昏, 失眠健忘, 肢体麻木或伴有头痛, 甚者面色晦暗或黧黑, 或有肌肤甲错, 女性患者常伴有痛经、经量减少, 色紫暗或夹有血块。舌质暗淡或紫暗, 或有瘀点、瘀斑, 脉弦涩或细涩。经脉瘀阻, 心血不足, 髓海失养, 故失眠健忘; 瘀血阻络, 不通则痛, 故发头痛; 瘀阻脉络, 血行不畅, 久瘀则营血不能濡润滋养肢体肌肤, 故见肢体麻木, 肌肤甲错, 面色暗淡, 甚或黧黑; 瘀血内阻胞络, 冲任不调, 则发痛经、经色紫暗或夹有血块, 舌质紫暗, 有瘀点、瘀斑, 脉涩均为血瘀之证候。血瘀所致眩晕, 治则为活血化瘀, 结合患者伴随症状, 随症加减, 临床疗效较好。

2 梅尼埃病(证属寒水上泛型)

目前, 梅尼埃病病因不明, 一般认为内耳淋巴积水和迷路水肿是其主要原因。治疗上以减轻迷路水肿, 促进积液吸收为主。活血祛瘀法可以扩张血管, 促进血循环, 以改善内耳循环而减轻迷路水肿, 所以用桃红四物汤配伍车前子、泽泻、木通等渗湿利水之品能取得较好疗效。

3 椎-基底动脉供血不足性眩晕(证属气血亏虚, 肾精不足型)

椎-基底动脉供血不足, 脑失濡养, 故发眩晕, 当以活血祛瘀之剂以行气血, 养精补血之品以充化源, 从而气血充, 血行健, 故眩晕自除。

4 脑动脉硬化型眩晕(证属肝阳上亢型)

脑动脉硬化多与高脂血症并存, 血液胆固醇、脂肪酸、甘油三酯等大分子物质过多, 致使血液黏度增高, 血循环流速减慢, 大分子物质易沉积在血管内壁, 久之, 导致血管硬化, 血管内径变小, 进而反过

(下转 52 页)

中西医结合治疗慢性盆腔炎

Treating the chronic pelvic inflammatory disease in the integrative medicine

赵化国

(黑龙江省鹤岗矿业集团总医院, 黑龙江 鹤岗, 154100)

中图分类号: R271.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0051-02 证型: IDGA

盆腔炎是妇科常见疾病。近年来, 笔者采用中药内服、保留灌肠及热熨、心理疏导等综合方法治疗慢性盆腔炎取得了满意疗效, 报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 40 例患者均为已婚妇女, 年龄最小 24 岁, 最大 55 岁, 平均 37.5 岁。其病因均系子宫内膜炎或输卵管炎未及时治疗所致。40 例中人流手术后 21 例, 产后 9 例, 放置节育环后 8 例, 引产术后 2 例。病程最短 3 个月, 最长 10 年左右。

1.2 诊断标准

有下腹痛, 坠胀, 腰骶酸痛, 月经量多或涩少, 带下增多, 痛经等症状。有腹膜炎、阑尾炎、流产后感染、急性盆腔炎、不孕等病史。妇科检查: 子宫触压痛, 活动受限, 宫体一侧或两侧附件增厚, 压痛, 甚至触及炎性肿块。超声可见盆腔内有炎性渗出液或肿块。

2 治疗方法

2.1 中药内服

治以清热除湿, 活血祛瘀。处方: 红藤、蒲公英各 15g、薏苡仁 24g、制香附、延胡索、赤芍各 12g、当归、黄柏、茯苓各 10g、甘草 3g。如有包块者加三棱、莪术, 腰酸痛者加杜仲、续断。于月经干净后第 3d 开始服用, 每日 1 剂, 水煎, 分早中晚 3 次温服。10d 为 1 疗程, 每疗程间隔 3d, 共 3 个疗程。

2.2 中药灌肠

处方: 红藤、蒲公英各 15g、黄柏、制乳香、没药各 10g、制香附、延胡索各 12g。用法: 将上药浓煎汁 100mL, 药液温度在 30℃~40℃, 于月经干净后第 3d 灌肠, 每晚保留灌肠 1 次。10d 为 1 疗程, 每疗程间隔 3d, 共 3 个疗程。

2.3 热熨疗法

坚持每晚灌肠后用热水袋热敷下腹部以达到温通经络, 改善血液循环, 促进炎症消散吸收作用。

2.4 心理疏导

慢性盆腔炎患者自觉症状多, 精神压力大。针对患者不同的心理状态进行心理疏导, 让患者了解该病的发病原因、症状和预后以及情绪对疾病的影响, 以鼓励的语言进行疏导, 让患者信任医生, 正确看待疾病, 增强战胜疾病的信心。

2.5 辅助治疗

保证充足的睡眠和休息; 避免过劳、饮酒、过食辛辣刺激性食物; 鼓励患者多与人交流, 参加适当的运动, 从而避免不良情绪导致抵抗力降低, 盆腔炎反复发作。

2 结果

2.1 疗效标准

治愈: 一个疗程(1 个月)后, 腹痛, 腰骶痛消失, 白带减少, 体温与白细胞均正常。三个疗程后妇科检查盆腔组织无压痛、增厚, 肿块消失, 输卵管通液通畅。好转: 症状或体征减轻, 肿块缩小, 压痛明显减轻。无效: 症状及体征无明显改善。

2.2 疗效结果

本组治愈 22 例, 占 55%; 好转 15 例, 占 37.5%; 无效 3 例, 占 7.5%。

3 典型病例

患者甲, 35 岁, 外来打工者, 患慢性盆腔炎 5 年, 初起发热, 小腹疼痛, 伴腹胀, 月经量少, 色紫暗, 带下有腥臭味, 白细胞增高, 经西医妇科给予抗生素治疗效果欠佳, 转为低热。后求治中医, 妇检: 双侧附件增厚与子宫黏连, 盆腔内触及炎性肿块, 境界不清。予以活血清热, 化瘀破积法。方用上述基本方加穿山甲 9g、乳香 6g、没药 6g。服药一个月, 自觉腹胀减轻, 经量增多, 色转红, 但仍腹痛, 白带色黄黏

稠,有臭味。继续前方加减,服两个月后腹痛减,白带少,妇检宫体大小正常,双侧附件阴性,基本恢复正常。

4 讨论

慢性盆腔炎,中医归之于“癥积”范畴,病机为湿热瘀积,血瘀不行,气机被阻,以致下腹疼痛,可触及条索状物或炎性肿块,瘀阻胞宫,冲任受损则月经失调。湿热下注则白带增多。治疗方法为笔者根据王清任的《医林改错》对血瘀证的治法化裁,同时根据《血瘀证研究国际会议》的标准,作为诊治准则。在临床着重活血清热。据现代医学药理研究报道,多数活血化瘀药具有抗炎消肿及增加血流量,对改善微循环,促进瘀阻病变的转化和吸收有一定作用,所以用以治疗慢性盆腔炎,确有一定的临床价值。

中医认为,本病的发生是因为湿热邪毒入侵胞宫,导致气血运行不畅,日久胞脉瘀阻不通,形成粘连包块,不通则痛。所以,慢性盆腔炎的治疗重在清热利湿,活血祛瘀。内服方中红藤、蒲公英清热解毒,且能化瘀;黄柏清热燥湿,善治下焦病证;苡仁清热除

湿,茯苓健脾渗湿,增强机体抵抗力;制香附、延胡索理气活血,通络止痛;赤芍、当归活血,甘草和中。灌肠方中红藤、蒲公英、黄柏清热除湿,制乳香、没药活血祛瘀,制香附、延胡索理气活血、通络止痛。现代药理研究证明,清热解毒药有杀菌作用,且蒲公英还有升高白细胞作用;活血祛瘀药有抗渗出和抑制结缔组织增生作用,可改善微循环,松解粘连,促进炎症消散吸收。同时,中药灌肠使盆腔局部药物浓度高,可使药物直接渗入炎性组织,同时可避免首过效应。配合热熨法温通经络,改善血循环。心理疏导消除患者的焦虑、不安等不良情绪。通过内外兼治,心理疏导,多管齐下,有效的提高了治疗效果。

参考文献:

- [1]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:243-253
- [2]尤昭玲,李克湘.实用妇产科手册[M].长沙:湖南科技出版社,1998:243-261
- [3]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,1994:66

编号: J-10032509 (2010-05-12)

(上接 50 页)

来影响血流,造成恶性循环。脑血管硬化,则脑失濡养,可导致眩晕,使用活血祛瘀之法,可改善大脑血液循环,增加脑部组织的营养供应,进而达到治疗眩晕的目的。

5 药物中毒性耳眩晕(证属肝肾不足,经脉失养型)

药物中毒性耳眩晕,目前临床尚无满意疗效,原因是药物损害第八对颅神经,引起前庭功能障碍和听觉减退,长期应用,可导致损害的不可逆性。上例患者中,用活血祛瘀之法,能取得较好的疗效,其与患者的体质,对毒性药物的耐受能力及患者自身的恢复功能等都有一定的关系。此一例仅作抛砖引玉。用活血祛瘀法治疗此型眩晕及其疗效评定,还有待临床大量实践研究。

6 典型病例

患者甲,女,43岁,银行职员。1个月前出现头晕头昏,时有头痛,偶有视物旋转,反复发作,与颈项活动有关。近1周患者出现头晕头痛加重,甚则视物昏黑,昏晕欲仆,泛恶作呕,夜寐差,伴见上肢麻木,以夜间为甚,面色略暗,舌质淡暗,有瘀斑,舌苔薄白,脉细涩。近年常易惊惕,失眠多梦,经行腹痛,经期延长,经量较少,色紫暗夹有血块。测血压126/82 mmHg, X线片提示“颈椎病”,经颅多普勒提示“椎基底动脉供血不足”。中医诊断:眩晕、气虚血瘀;西医诊断:颈椎病(椎动脉型)。治宜活血化瘀,

益气通络。方用血府逐瘀汤加减。方药:当归 10g,川芎 30g,赤芍 10g,熟地 10g,桃仁 10g,红花 6g,柴胡 10g,枳壳 10g,桔梗 10g,黄芪 30g,桑枝 10g,葛根 30g,珍珠母 20g,炙甘草 6g。水煎服,每日1剂。服3剂后眩晕大减,头痛消失,无视物昏黑、昏晕欲仆、泛恶作呕发作。继服上方3剂,眩晕渐平,寐安,舌质淡红,间有瘀点,上方去珍珠母,继服5剂,眩晕消失,偶有头昏,上肢麻木,继以上方加减调治15天,诸症消失,随访6个月,未复发。

7 讨论

眩晕为临床上常见病症,病情有轻有重,其发生的病机,虽颇复杂,但归纳起来,不外风、火、痰、虚四个方法,临床上以痰浊上扰多见。《丹溪心法·头眩》中则偏重于痰,有“无痰不作眩”的主张,提出治痰为先的方法。在临床上须详察病情,辨证治疗,至于治法,也有从本、从标之异。急则多偏实,可选用熄风、潜阳、消火、化痰等法则治其标;缓者多偏虚,当用补益气血,益肾养肝,健脾等法则,治其本为主。

参考文献:

- [1]王育才,徐晨.临床医师诊疗全书[M].北京:中国科学技术出版社,1992
- [2]张伯臾.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1998:204-209
- [3]印会河,张伯讷.中医基础理论[M].上海:上海科学技术出版社,1984:101

编号: J-10032505 (修回: 2010-05-07)

藏药治疗慢性支气管炎

53 例疗效观察和护理临床观察

Tibetan medicine treatment of chronic bronchitis clinical efficacy of 53 cases and nursing care

李凤民

(四川省阿坝州人民医院, 四川 阿坝州, 624000)

中图分类号: R322.3+4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0053-03 证型: IBD

【摘要】 目的: 探讨三种藏药联合治疗慢性支气管炎的临床效果和护理观察。方法: 分别将 2006 年 1 月~2007 年 1 月我院和阿坝州藏医院藏医药研究所住院治疗的慢性支气管炎, 分成实验组和对照组, 各 53 例。实验组, 53 例, 由阿坝州藏医药研究所门诊的三种藏药治疗慢支炎, 疗程为一个月。对照组, 53 例, 由我院住院部呼吸内科常规西医抗炎, 止咳, 解痉治疗。疗程也是一个月。结论: 实验组的复发率明显低于对照组, $P<0.05$ 。

【关键词】 三种藏药; 慢支炎; 疗效观察; 护理

【Abstract】 Objective: To evaluate the combination therapy of three drugs with the clinical effects of chronic bronchitis and nursing observation. Methods: respectively, chronic bronchitis in hospitalization which in January 2006~2007 year People's Hospital and Aba Tibetan Medicine Hospital, divided into experimental group and control group, each 53 cases. Experimental group, 53 cases from the Aba Tibetan medicine research institute of the three kinds of Tibetan medicine out-patient treatment of chronic bronchitis, treatment for a month. The control group, 53 patients from the hospital inpatient routine of Respiratory Medicine, Western anti-inflammatory, cough, antispasmodic therapy. Is also a one-month course of treatment. Conclusion: The recurrence rate in the experimental group was significantly lower than the control group, $P<0.05$.

【Key words】 Three kinds of medicine; Pharmacology; Efficacy of chronic bronchitis; Care

慢性支气管炎, 又称慢支炎, 是由于长期受物理, 化学性刺激, 感染等综合因素引起的气管, 支气管粘膜及其周围组织的慢性炎症。①是气管支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。是一种常年严重危害人民身心健康的常见病和多发病。尤其危害着老年人的健康, 也是最终发展成为肺气肿, 肺心病, 肺性脑病的罪魁祸首。在临床上一般是男性多于女性。起病大多潜隐, 病程长, 主要以咳嗽咳痰, 喘, 炎。而咳嗽咳痰以晨起为甚, 痰大多呈白色粘液或脓性痰。早期无异常体征, 有时可在肺底部听见干, 湿啰音, 喘息性病例在咳嗽和深吸气后可听见哮鸣音, 发作时有广泛的哮鸣声, 长期反复发作时可有肺气肿。藏医学分别诊断为肺隆症, 指隆邪侵入肺脏, 症见面部肿胀, 夜不能寐, 咳嗽不止, 咯吐泡沫状痰, 肺‘铁布’症, 是培根侵入肺中所致的一种肺部疾病, 症见咯吐

大量绿色浑浊痰, 呼吸喘急, 上半身沉重胀满, 痰液咯出后则稍安, 治法上以清肺解血, 滋肾养肝, 开胃消食补益气, 消食止咳化痰, 止喘的治疗作用。②我州属高寒地区, 慢支炎也越来越受到广大医务工作者的重视, 通过藏医研究人员的通力合作和研制配方, 采用三种藏药结合治疗慢支炎, 在临床上取得了满意的疗效。现报告如下:

1 临床资料

本组实验组 53 例, 均属阿坝州藏医院藏医药研究所收治的门诊病人, 其中, 男, 41 例, 女, 12 例, 年龄 26~80 岁, 平均年龄 51 岁。病程最长 30 年, 最短 2 年, 治疗最短 14 天, 最长 37 天, 从入院后均采用三种藏药: ①七味葡萄丸; ②十六味杜鹃花丸; ③三十五味沉香丸。追踪随访二年, 其复发率为 30%。对照组: 53 例属阿坝州人民医院呼吸内科收治的住院病

人, 其中, 男, 36 例, 女, 17 例, 年龄 21~78 岁, 平均年龄 49.5 岁, 病程最长 29 年, 最短 2 年, 治疗最长 42 天, 最短 14 天, 从入院后均采用我科常规的抗感染, 止咳, 平喘, 改善通气功能等治疗, 出院后追踪随访二年, 其复发率在 50%。实验组和对照组有着明显的治疗效果。

2 诊断标准

参照 1979 年 11 月全国慢性支气管炎临床专业会议修订的标准: 临床上以咳嗽, 咳痰为主要症状或伴有喘息, 每年发病持续 3 个月, 并连续 2 年以上, 排除具有咳嗽咳痰, 喘息症状的其他疾病(如肺结核, 尘肺, 肺脓肿, 支气管哮喘, 支气管扩张, 心脏病, 心功能不全, 慢性鼻咽疾病等)。

3 三种藏药的主要组成和作用

3.1 七味葡萄丸

葡萄 50g, 石灰华 25g, 红花 25g, 甘草 20g, 香附 40g, 肉桂 20g, 石榴 25g, 以上七味, 粉碎成细粉, 过筛, 混匀, 用水泛丸, 干燥, 抛光, 即得。本品为棕黄色水丸, 碎烂后为深黄色, 气香, 味甘, 微涩, 性平。主要功能: 清肺, 化痰, 平喘, 用于咳嗽, 气喘, 胸满郁闷, 新旧肺症。

3.2 十六味杜鹃花丸

石榴 40g, 肉桂 5g, 荜茇 10g, 豆蔻 5g, 红花 25g, 嘎都 25g, 黑沾香(炮制)25g, 肉豆蔻 25g, 木香 25g, 丁香 25g, 丁枣 25g, 葡萄 25g, 甘草 25g, 石灰华 25g, 烈血杜鹃 50g, 螃蟹(炮制)25g。以上十六味, 共研

成细粉, 过筛, 混匀, 加适量水泛丸, 干燥, 抛光, 即得。本品为褐黄色水丸, 碎烂后为褐色, 气香, 味微苦, 甘, 性平。主要功能: 益气消食, 利尿止咳, 用于浮肿, 消化不良, 腹胀疼痛, 咳嗽, 音哑, 头昏, 头晕及水土不适^[3]。

3.3 三十五味沉香丸

黑沾香(炮制)7.5g, 橙黄瑞香 7.5g, 云南樟 7.5g, 白檀香 4g, 紫檀香 4g, 肉豆蔻 2.5g, 定向 5g, 豆蔻 2.5g, 打箭萆 2.5g, 草果 2.5g, 石灰华 5g, 红花 20g, 河马肉 2.5g, 毛河马肉 2.5g, 余甘子肉 2.5g 等, 三十五味, 除麝香不研细粉外, 其余碎成细粉, 过筛, 加麝香细粉, 混匀, 用水泛丸, 干燥, 抛光, 即得, 本品为棕褐色水丸, 碎烂后为紫褐色, 气微香, 味苦, 微涩, 微麻, 性微凉。主要功能: 清湿热, 祛风, 益肺, 利痹, 用于疔, 人, 隆, 相博引起的疾病, 热病初起, 肺痈疾, 肺铁布症, 咳嗽气逆, 痹症, 心隆症, 疑难的气血上壅等^[3]。

4 服法

七味葡萄丸早, 中 7 丸, 十六味杜鹃花丸, 上下午各 7 丸, 三十五味沉香丸, 睡觉前 5 丸。均用温开水送服, 服药期间忌酒, 浓茶及花椒。

5 治疗结果

经上方 2 个疗程治疗后观察 1 周统计结果, 53 例患者全部有效, 最短 3 天临床症状得到控制, 10 日内临床症状明显改善者 26 例, 其中治愈 23 例(54.8%), 明显好转 16 例(38.1%), 有效 3 例(7.1%)。

表 1 各项症状变化

症状	n	显著减轻或消除	有减轻或缓解	无变化或加重
咳嗽	53	21 (41.2%)	22 (43.1%)	8 (15.7%)
咳痰	53	22 (43.1%)	22 (43.1%)	7 (13.7%)
喘息	32	10 (31.2%)	18 (56.3%)	4 (12.5%)
胸闷	50	21 (42%)	23 (46%)	6 (12%)
哮喘	42	22 (52.4%)	16 (38.1%)	4 (9.5%)
气短	51	22 (43.1%)	26 (51%)	3 (5.9%)
其他症状	26	11 (42.3%)	12 (46.2%)	3 (11.5%)

6 护理

6.1 心理护理

慢性病人因为需要长期的疾病折磨, 经历漫长的病程, 所以往往产生极为复杂的心理活动。慢性病人一开始大都有侥幸心理, 即不承认自己真的患了疾病, 迟迟不愿进入病人角色: 一旦是确诊, 又易产生急躁情绪, 恨不得立即服上灵丹妙药, 于朝夕自建把病治好, 这时他们对自己的疾病格外敏感, 格外关心, 向医护人员寻根刨底, 向病友“取经”, 或翻阅大量有关书籍, 渴望弄清疾病的来龙去脉, 企图主动把握病情。

但是, 目前许多慢性疾病还没有令人满意的特效治疗方法, 所以迫使广大慢性疾病患者只好无可奈何的去适应漫长的疾病过程。随着病情变化, 有时高兴, 有时悲伤, 有时满意, 有时失望; 紧张, 焦虑, 忧愁, 愤怒, 急躁, 烦闷等消极情绪也经常出现。有些病人, 由于长期的疾病折磨, 人格特征也往往发生变化, 那种兴高采烈, 生机勃勃的形象不见了, 代之以动作迟缓, 情感脆弱, 谨小慎微, 被动依赖, 敏感多疑, 自我中心等表现, 他们过分关注机体感受, 过分计较病情变化, 一旦受到消极暗示, 就迅速出现抑郁心境,

有时还可产生悲观厌世之感,所以,对慢性病人的心理护理,必须紧紧围绕慢性疾病病程长,见效慢,易复发等特点,调节情绪,变换心境,安慰鼓励,使之不断振奋精神,顽强的与疾病作斗争。心理护理应当与生理护理结合进行,做到身心积极效应互相促进,例如,咳嗽咳痰,呼吸困难,心悸等症状,易引起不良情绪,医护人员应当亲切安慰,并及时妥善处理,病人自然就会情绪好转。

6.2 用药的护理

由于藏药不同于西药,可多种药物同时服用,藏药的服药在时间上是非常讲究的,所以护理人员要反复的向病员及家属讲清楚服药的时间段和禁忌,并随时记录和观察药物的作用和副作用。

6.3 饮食护理

6.3.1 慢支炎病人,供给充足热能,营养不良时可影响呼吸功能,其中膈肌变薄对呼吸功能影响极大,因而,热能一般每日 30~50kcal/kg 体重。如患者消瘦者则应相应增加。

6.3.2 高优质蛋白饮食每日蛋白质 1.2~1.5g/kg 体重,但多选用鸡蛋,瘦肉,鱼,黄豆及豆制品等食物。慢支炎患者大年龄较大,体质多属气阴血虚,而且病程较长,易反复发作,消耗多,特别是痰多患者,痰的排出其实就是消耗了体内的较多的蛋白质,如果摄入蛋白质不足,会影响到粘膜修复,使体内抗体,免疫细胞生成减少,导致抗病能力下降。

6.3.3 慢支炎病人可选用富含维生素 A、C 食物。维生素 A 能维持上皮细胞的组织完整性,增强粘膜上皮细胞防御能力,维持正常支气管粘液分泌和纤毛活动,改善感染症状,促进粘膜修复,并且在一定程度上可以预防哮喘的发生。如肝,肾,蛋黄,胡萝卜,南瓜,杏等。维生素 C 能提高机体外界有害因素的抵抗力,促进人体内抗体形成和提高白细胞吞噬作用,它多存在于一些新鲜蔬菜水果中:如青椒、菠菜、西红柿、山楂、枣等。

6.3.4 饮食禁忌烟酒,不宜食辣椒,胡椒等产辣刺激之物,以及过冷,过热,过咸食物。因为这些食物可直接刺激呼吸道,导致支气管平滑肌痉挛,引起阵发性咳嗽,加重咳嗽,气喘等症状。使病情加重,对于油煎,炸,肥肉及海腥,如黄鱼,海蟹等这些食物要尽量少吃或不吃。

6.3.5 多饮水利于痰液稀释,清洁气道,每日大于 300 0ml/d。

6.4 排痰的护理

6.4.1 定时翻身

患者在护士的帮助下,每 1~2h 翻身 1 次,翻身时宜缓慢进行,同时配合拍背咳痰,将患者逐步置于所需体位,在病情允许的情况下最好取半卧位或坐位。

6.4.2 叩击背部

通过叩击震动患者背部间接的使附着在肺泡周围及支气管壁的痰液松动脱落,拍背时面对患者,随时观察面色,呼吸等情况。拍背方法:将五指并拢掌指关节屈曲呈 12,空手心用力拍,由下至上,由两侧到中央有节律的叩拍患者背部反复进行 5~10 次,同时嘱患者深呼吸,但对老年人切忌用力过猛,拍背的力量,频率以使痰液排出顺利,患者能承受为宜。

6.4.3 有效排痰

经过采取上两项措施,痰液大多从肺泡周围进入气道,此时鼓励并指导患者进行有效的咳痰排痰,嘱患者深呼吸,在呼气约 2/3 时咳嗽,重复数次。因深呼吸可带出少量肺底分泌物,配合咳嗽咳产生痰液运动及咳出的效果,对无力咳出痰液的患者先用右手指和中指按压其环状软骨下缘与胸骨交界处,以刺激气管引起咳嗽,或用双手轻度对患者下胸部与上胸部加压,嘱患者用力咳嗽,以加强膈肌反弹的力量,排痰效果较好。一般引流,叩击,震动在早晨及临睡前各做一次,如有肺不张和急性呼吸道炎症分泌物极多时,可每 2h 做一次,但饭后 1h 内不宜进行,操作时不需脱衣,以免受凉感冒。

6.4.4 健康指导

慢支炎急性期,应适当卧床休息,尽量避免烟尘和有害气体的刺激,冬天外出应戴口罩和围巾,尽量少去人多的地方聚会,鼓励病人可参加力所能及的体育锻炼,可鼓励病员用冷水洗脸,脚,手,睡前按摩脚心,手心,提高病员耐寒和抗病的能力,如床上运动、散步、慢跑、太极拳、体操等有效的呼吸运动。慢支炎慢性病,但也要及时治疗,以防发展成阻塞性肺气肿和肺心病。

综上所述,藏药认为,风寒湿热时,均会导致咳嗽,但病程漫长致肺功能失调。藏医藏药治疗慢性支气管炎,无毒,无副作用,服用方便,且价廉物美,携带方便,易缓解症状,总疗效可达 89%,能有效的达到减轻病员痛苦,维持患者健康的目的,具有进一步研究和在临床上大力推广的价值。

参考资料:

[1]尤黎明.内科护理学[M].第二版人民卫生出版社

[2]土旦次仁主编.藏药学(中国医学百科全书)[M].上海科技技术出版社

[3]王多云,登贡布主编.四部医典[M].西藏人民出版社

编号: A-0020 (修回: 2010-05-06)

养生之道根治复发性口腔溃疡 4 例观察

A mode of life cures the relapse nature oral cavity ulcer 4 examples observation

姜 燕

(贵州省黔西县育才社区卫生服务中心, 贵州 黔西, 551500)

中图分类号: R364.1+6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0056-02 证型: IDGA

【摘 要】 目的: 探索养生之道能否有效根治复发性口腔溃疡。方法: 调节饮食、注意休息、心态平衡。结果: 4 例病人。其中, 1 例治疗半月, 占 25%; 2 例治疗 1 月, 占 50%; 1 例治疗 2 月, 占 25%。治愈率为 100%。4 例病人经随访 1 年, 其中 3 例未复发, 1 例复发 1 次, 其症状轻微, 病人述是因为情绪引起, 未用任何药物, 经自行调节, 待情绪稳定后病情好转。经再随访半年均无复发。结论: 每个人的健康与自己的生活习惯息息相关, 特别是与饮食、睡眠和心情有关, 以上三方面是相互联系的, 所以养生是一个整体, 许多慢性病都要从养生来治疗。复发性口腔溃疡这一口腔黏膜慢性病亦是如此。

【关键词】 养生之道; 根治; 复发性口腔溃疡

【Abstract】 Objective: Mde of life being able to have an effect to cure the relapse nature oral cavity ulcer once and for all or not. Methods Jts food and drink, pays attention to the rest, psychology balance.results Kill 4 example patients. Among them, 1 example cures a half-moon, accounts for 25%; 2 examples cure one month ccount for 50%; 1 example cures two months accounts for 25%. The curative ratio is 100%. 4 example patients go through a follow-up for 1 year, 3 examples among them have not recrudesced, 1 time of example relapse, the person 1 symptom is slight, that the patient is stated is to arouse, not to use any medicine because of the mood, measure after proper motion, state of illness takes a turn for the better after being in a calm, unruffled mood. The follow-up has no classics again without exception for the half a year recrudescing. Conclusion Eeveryone's health and self habits and customs are vitally interrelated, especially are connected with food and drink, sleep and state of mind, that all above three aspect is to get in touch with mutually, is a overall therefore keeping in good health, a lot of chronic disease treats coming being going from keeping in good health. Relapse nature oral cavity ulcer this one sticky oral cavity film chronic disease also is so-called.

【Keyword】 A mode of life; Cure once and for all; Relapse nature oral cavity ulcer

复发性口腔溃疡是一种让患者痛苦不堪的口腔粘膜疾病, 该病的特点是: ①易发作。一年数次, 甚至一月数次; ②不易治愈。每一次患病总是要半月以上方能治愈, 养生之道才是治疗该病的“妙方”, 对该病的治疗, 西药治疗不仅没有效果, 而且副作用大; 中药治疗效果也不够显著, 最关键的是即使暂时治愈, 过不了多久也会旧病复发。要使此病得到根治, 就只有采用养生之道方能奏效。

1 一般资料

自 2002~2007 年共治疗门诊病人 4 例, 男性 3 例、占总数的 75%。女性 1 例, 占 25%, 年龄段为 34~

45 岁, 病程均为 10 年以上。一年数次, 甚至 1 月 3~4 次。经中西医结合治疗多年无效。

2 方 法

2.1 注意饮食

吃, 决定你一生, 决定你命运^[1]。人的健康是吃出来的, 人的疾病也是吃出来的, 就看你怎么吃。因此, 易犯口腔溃疡的人, 应该知道自己的饮食习惯就是易犯口腔疾病的原因之一。怎样饮食才不遭此罪?

①必须每一餐饮食有三个品种以上的新鲜蔬菜; ②必须每一餐饮食都荤素搭配, 且以素食为主。比如初夏季节, 中餐可以用南瓜煮四季豆, 即将煮熟时, 外加

莲花白（学名甘蓝或卷心菜）一道煮 2 分钟，就作了一道素瓜豆莲花白的菜，吃的时候，可以蘸素辣椒水，也可不蘸，再炒一道青椒洋芋丝（土豆丝），一道西红柿瘦肉，拌一道凉拌黄瓜。这是一道中餐菜谱，到晚餐的时候，这道素瓜豆莲花白可以不变，也可以变成渣豆腐（也叫连渣捞）。青椒洋芋丝（土豆丝），改成青椒茄子，西红柿炒瘦肉改成瘦肉汤，凉拌黄瓜改成凉拌苦瓜。总之，这些蔬菜都是当地当季的新鲜蔬菜，成品中素类占多，荤类中瘦肉占一点点。特别提醒的是，早餐中仍需要新鲜蔬菜，在煮沸的蹄花汤或排骨汤放入几片西红柿、再放一些小白菜或大白菜心，放好姜葱酱油、作为面条或粉面的底汤，饮食的时候外加一道凉拌黄瓜或凉拌苦瓜，若是冬天则外加凉拌白萝卜颗粒或凉拌莴笋片。这样的早餐如同一道中药，其药性是温凉的，极有利于人的健康。街面上的早餐牛肉粉、羊肉粉、辣鸡面、排骨粉面、几乎是没有蔬菜，并且花椒味精极多。时间长了会吃坏人的肠胃，易犯口腔溃疡的人，往往都是肠胃不好，一旦连续两天牛肉粉，就会感到牙龈肿痛，口腔不适。当然油炸食品、油炒饭更是口腔溃疡患者的大忌。若早餐吃油炸食品、中餐吃蛋炒饭，晚餐吃肉末炒饭，那么你就只有等着第二天口腔溃疡来惩罚你了！

2.2 注重睡眠

易犯口腔溃疡且犯了口腔溃疡不易痊愈的原因是患者血气低落。血气太低病毒就难以排出体外，因此让血气充足，是预防口腔溃疡和治疗口腔溃疡的根本。而让血气充足的最重要的方法就是保证睡眠时间，注重睡眠质量。许多专家都倡导，晚上十点钟就该睡觉了，因为从晚上十点到凌晨一点左右，是人体脏器造血的时间，而脏器造血是在人入睡休息的时间进行，如果这段时间人还处于活动状态，整个脏器只得供血未能造血^[2]。古代，人们往往是“日落而息，日出而作”，这是天人合一的体现，而如今的现代社会里，工作节奏快、强度大、压力大、竞争大，加班工作是常事，除此之外，现代社会的夜生活也“丰富多彩”，喝酒、打麻将、唱歌、跳舞，夜间照明也是发展到极致，灯红酒绿不逊于白昼。因此，很多人往往该睡觉的时候，未能睡觉。造成血气亏损，口腔溃疡易发的人，切忌晚上十点以后入睡，最晚不能超过十一点。保证睡眠质量要做到：睡觉前不进行剧烈活动，以免让肌

肉兴奋，不易入睡；晚餐不宜饮酒，不能吃得太饱，更不能吃夜宵，以免影响胃肠的消化。“胃不和则寝不安”就是这个道理。

2.3 注意心理健康，情绪稳定

中医养生，最强调安神。而要达到“安神”，心理健康是第一位。心胸狭隘，稍有不中听的话，稍有不顺意的事，便耿耿于怀，想不通生闷气，这怎么不遭病？所以胸怀宽广是需要的。发泄怨气，发完了就不记在心，该自己做的事，尽力就行，不在乎他人的褒扬毁誉，只在乎自己对得起良心。总之，生活、工作中仁智兼备，文武之道，一张一弛，有自己的目标，从容不迫，对待名利，淡然处之。黄帝内经有一句最重要的话，“宁静虚无，真气从之”。所以乐观向上，宁静从容，疾病便会远离。口腔溃疡患者，有的是生闷气而致，有的是激情澎湃，透支太盛而致。所以要提高自己的修养，有自己的智慧，口腔溃疡就不会再复发。

3 结 果

4 例病人中，1 例治疗半月，占 25%；2 例治疗 1 月，占 50%；1 例治疗 2 月，占 25%。治愈率为 100%。4 例病人经随访 1 年，其中 3 例未复发，1 例复发 1 次，其症状轻微，追述其原因是因为情绪引起，未用任何药物，经自行调节，待情绪稳定后病情好转。经再随访半年均无复发。

4 讨 论

每个人的健康与自己的生活习惯息息相关，特别是与饮食、睡眠和心情有关。以上三方面是相互联系的有机整体。所以养生是一个系统，许多慢性病都要从养生之道来治疗。复发性口腔溃疡这一口腔黏膜慢性病也不例外。对该病的治疗，西药治疗不仅没有效果，甚至副作用大；中药治疗效果也不够显著，最关键的是即使暂时治愈，过不了多久也会旧病复发。要使此病得到根治。采用养生之道才是治疗该病的神奇药方。治疗的疗程稍长，但效果好，无副作用，且不易复发。

参考文献：

[1]关春芳.登上健康快车[M].漓江出版社,2008.8-163

[2]曲黎敏.养生十二说[M].北京:中国对外翻译出版公司,2008.3-19

编号：A-0022（修回：2010-05-06）

地氯雷他定治疗慢性荨麻疹疗效观察

Effective observation on treating chronic urticaria with desloratadine

胡连霞¹ 林中梅²

(1. 大连市皮肤病医院, 沈阳 大连, 116021;

2. 大连大学附属新华医院, 沈阳 大连, 116021)

中图分类号: R758.24 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0058-02 证型: IDGA

【摘要】 目的: 评价地氯雷他定治疗慢性特发性荨麻疹的疗效及安全性。方法: 采用开放式临床验证的方法, 疗程 4 周, 5 级评分评价疗效, 记录不良反应。结果: 共调查地氯雷他定治疗慢性特发性荨麻疹 80 例, 治疗后第 1、2、4 周后总有效率分别为 60.1%、78.8%、90%。不良反应最多见为嗜睡, 全部在 3d 内出现, 未见任何心脏不良反应。结论: 地氯雷他定是一种有效、安全的治疗慢性荨麻疹的新型抗组胺药物。

【关键词】 荨麻疹; 慢性; 地氯雷他定

慢性荨麻疹 (CIU) 是由于皮肤黏膜小血管扩张及渗透性增加而引起的一种局限性、一过性水肿反应, 其病因不明, 目前治疗 CIU 主要是口服组胺 H₁ 受体拮抗剂, 而地氯雷他定是新一代抗组胺药。为评价地氯雷他定 (desloratadin, 商品名: 恩理思, 上海先灵葆雅制药有限公司) 治疗 CIU 的疗效, 本文选取我院 2008 年 10 月至 2009 年 8 月皮肤科门诊慢性荨麻疹病例 80 例, 口服地氯雷他定, 进行临床观察, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

入选标准: ①年龄 ≥ 18 岁。②符合慢性特发性荨麻疹诊断标准。③患者同意参加观察, 并能在观察中密切配合 (患者应知情)。

排除标准: ①近 2 周内服用过类固醇激素, 近 1 周内使用过抗组胺类药物或外用过皮质类固醇制剂者。②有严重的心脑血管、血液、代谢、免疫、神经或精神、消化或呼吸系统疾病等患者。③对本药过敏者。妊娠或哺乳期妇女。④不符合纳入标准, 未按规定用药, 无法判断疗效, 或资料不全影响疗效或安全性判断者。

所有病例为本院皮肤科门诊确诊为慢性荨麻疹并能定期随访的患者, 共 80 例, 其中男 45 例, 女 35 例; 年龄 16~55 岁, 平均 32 岁; 病程 6 个月~5 年不等。

1.2 治疗方法

所有符合入选标准的受试者均晨服地氯雷他定

5mg/d, 共 28d (4 周)。服药期间, 由医生及时跟患者电话联系, 一个礼拜复诊一次, 复诊时要求记录体征、症状评分。

1.3 临床疗效观察

1.3.1 疗效评价疗效指标

主要疗效观察指标为治疗前后瘙痒程度、风团数目和风团大小等。各项指标的分值是: 瘙痒程度: 无瘙痒感为 0 分; 瘙痒感很轻、不引起烦恼为 1 分; 痒感令人烦恼, 但可耐受、不影响作息为 2 分; 痒感重, 难以忍受或影响作息为 3 分。风团数量: 无风团为 0 分; 风团 1~6 个为 1 分; 风团 7~12 个为 2 分; 风团超过 12 个为 3 分。风团大小 (最大风团直径): 无风团为 0 分; 风团直径 ≤ 1.5cm 为 1 分; 风团直径 > 1.5cm ≤ 2.5cm 为 2 分; 风团直径 > 2.5cm 为 3 分。

1.3.2 疗效评定方法

总积分下降指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。

1.3.3 疗效评定标准

症状体征完全消失为完全缓解, 总积分下降 ≥ 60% 为明显缓解, 下降 40%~59% 为中度缓解, 下降 20%~39% 为轻度缓解, 下降 ≤ 19% 为无效。完全缓解加明显缓解例数的百分比计为总缓解率。

2 结果

2.1 慢性荨麻疹症状及体征评分

治疗前后变化, 慢性荨麻疹症状及体征评分治疗前后变化, 见表 1。可以看出, 慢性荨麻疹症状及体征评分治疗前后均明显下降。

表 1 慢性荨麻疹患者服用地氯雷他定前后各项积分

项目	治疗前	治疗 1 周后	治疗 2 周后	治疗 4 周后
瘙痒	2.81±0.32	1.26±0.30	0.85±0.43	0.32±0.51
风团数目	2.78±0.36	1.33±0.56	0.91±0.37	0.30±0.47
风团大小	2.86±0.21	1.51±0.65	0.98±0.53	0.29±0.62
症状总分	8.37±0.45	4.38±0.76	2.74±0.65	0.31±0.53

2.2 总体疗效评估结果（见表 2）

地氯雷他定治疗后第 1 周完全缓解、明显缓解、中度缓解、轻度缓解、无效的病例比例分别为 26.3%，33.8%，21.3%，12.3%，6.3%，其中总缓解率为 60.1%；治疗后第 2 周比例分别为 38.8%，40.0%、10.0

%，7.5%，4.7%，其中总缓解率为 78.8%；治疗后第 4 周比例分别为 65.0%，25.0%，5.0%，3.8%，1.2%，其中总有效率为 90%。治疗后第 1、2、4 周的疗效比较差异有统计学意义（ $P<0.01$ ）。

表 2 地氯雷他定治疗慢性荨麻疹患者 1, 2, 4 周后疗效评估【例（%）】

时间	例数	完全缓解	明显缓解	中度缓解	轻度缓解	无效
治疗后 1 周	80	21 (26.3)	27 (33.8)	17 (21.3)	10 (12.3)	5 (6.3)
治疗后 2 周	80	31 (38.8)	32 (40.0)	8 (10.0)	6 (7.5)	3 (4.7)
治疗后 4 周	80	52 (65.0)	20 (25.0)	4 (5.0)	3 (3.8)	1 (1.2)

2.3 安全性评价

患者在服用地氯雷他定过程中，通过与患者沟通，发现与药物有关的不良反应发生率为 7.6%，未发现严重的不良反应。主要的不良反应有困倦、乏力、嗜睡、口干、头晕、头痛，停药后均可自行消失。

3 讨论

地氯雷他定是氯雷他定的活性代谢产物，是一种强效的选择性 H_1 受体拮抗剂^[1]。地氯雷他定为非镇静性的长效三环抗组胺药，具有高效、长效、高选择性拮抗外周组胺 H 受体的特点。其脂溶性低，难以通过血脑屏障，故无明显中枢神经系统镇静作用，无抗胆碱能作用，心脏不良反应发生率低，与其他药物以及酒精无配伍禁忌。大量体外和体内研究表明，该药除抗组胺作用外，还显示出抗过敏和抗炎作用。研究表明该药可抑制过敏性炎症反应初期及进展的多个环节，包括：①炎症细胞因子 IL-4，IL-6，IL-8，IL-13 的释放；②重要的炎症趋化因子的释放；③多形核中性粒细胞激活时产生的活性氧自由基；④嗜酸性粒细胞的趋化、黏附和氧化物的产生；⑤黏附分子如选择蛋白 P 的表达；⑥组胺、前列腺素 PGD、白三烯 LTC 的 IgE 依赖性释放；⑦动物模型中的急性过敏性支气管痉挛反应和过敏性咳嗽。同时，它还可抑制细胞黏附分子的表达，减少红细胞趋化及超氧化物。动物实验表明，该药半衰期为 27h，其抑制组胺诱导的豚鼠结肠收缩作用较氯雷他定强 10 倍，抑制组胺诱导的小鼠足浮肿作用较氯雷他定强 4 倍^[2]。在目前已知的抗组胺药物中，地氯雷他定具有起效快、效力强、药效持久、无心脏毒性、无中枢神经镇静作用和药物相互作用少、

无食物禁忌，以及对儿童安全性好，对肝、肾功能不全者安全性好等优点^[3-4]，用于治疗慢性特发性荨麻疹、过敏性鼻炎等过敏性疾病。此外，还可缓解寒冷性荨麻疹的症状^[5]。

本研究表明地氯雷他定治疗慢性特发性荨麻疹（4 周）的总有效率为 90%。本药安全性好，无心脏毒性，不影响胃肠功能。本研究中患者出现的不良反应主要是轻度的嗜睡、口干，但不影响治疗，多在 1~2 周内消失，应用该药不影响生活和工作。因口服该药吸收快，生物利用度高，不受饮食影响，其代谢不影响细胞色素 P450，因此，可同时应用酮康唑、阿奇霉素、氟西汀等药物。

由于本文的临床试验疗效观察仅为 4 周，停药后未行进一步的随访，所以其远期疗效及停药后的复发率，还有待进一步的临床观察。

参考文献：

[1]Henz.The phannacologic profile of desloraladine:a review [J].Allergy,2001, 56(1):7-13
[2]Anthes JC,Richard C,West RE,et a1.Functional characterization of desloratadine and other antihistamines in humane H_1 receptors[J].Allergy, 2000;55(Supp 163):s279
[3]徐道华.第三代抗组胺药地氯雷他定[J].中国新药杂志,2005;14(12):148 6-1488
[4]郝飞,彭振辉,陈兴平,等.地洛他定和氯雷他定治疗慢性特发性荨麻疹多中心双盲对照临床试验[J].中国皮肤性病学杂志,2003,17(4):233-235
[5]Juhlin.Inhibition of cold urticaria by desloratadine[J].J DermatolTreat,2004, 15(1):51-59

编号：EA-100408251（修回：2010-05-08）

针刺治疗肛裂

Treating anal fissure by acupuncture

曹平生 巨红霞

(甘肃省灵台县皇甫谧中医医院, 甘肃 灵台, 744400)

中图分类号: R657.1+4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0060-01 证型: IDGA

肛裂是肛肠科的常见病、多发病, 虽然只有一点溃疡面, 但该病痛苦甚大, 传统的通便, 坐浴及局部用药、扩肛等方法, 只能缓解, 较难治愈。我科在多年来治疗肛门病的基础上, 总结和发现针刺长强、白环俞为主穴, 下髂、承扶为配穴, 对肛裂有很好作用, 不仅止痛快, 止血效果明显, 而且溃疡面能很快愈合。现对10年来采用针刺治疗的280例肛裂总结报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

280例肛裂中, 男性101例, 女性179例; II期212例, III期68例; 年龄最大者48岁, 最小者16岁, 以20~40岁为最多; 病程最长者19年, 最短者2个月。

1.2 诊断标准

依据《中医病证诊断疗效标准》关于肛裂的诊断依据, 《国家中医药管理局(1994年南京大学出版社)出版》。

2 治疗方法

患者取俯卧位, 下腹部略垫高, 两腿稍分开, 按《高等医学院校教材(针灸学)邱茂良主编, 1985年10月出版》, 所注穴位的取穴方法及尺寸, 取长强、白环俞双, 下髂双承扶双, 穴位消毒后, 选用0.30mm×40~75mm的一次性灭菌不锈钢毫针, 根据患者的年龄, 优质胖瘦, 夹持或指切进针, 快速进针至皮下, 或斜刺、或直刺, 提插捻转, 使患者出现肛门部酸麻胀困及肛门向上收进感, 留针30分钟。一日一次, 10次为一疗程。治疗期间, 配合温开水或1:2000高锰酸钾溶液坐浴。饮食忌辛辣刺激, 多食蔬菜, 水果, 多饮水。

3 治疗效果

疗效评定标准仍按《中医病症诊断疗效标准》关于肛裂的疗效评定标准。280例患者均经1~3个疗程的治疗, 其中治愈156例, 占55.71%; 好转108例, 占38.57%; 无效16例占5.71%。一个疗程治愈者占36.5%; 二个疗程治愈者占71%; 同时发现病程较短的, 伤口新鲜的, 治疗天数少、治愈率高。

4 典型病例

患者甲, 女, 35岁, 干部。主诉: 便后疼痛伴出血6余年, 加重一周, 每当大便干燥时即出现便时出血, 便后持续性剧痛达1小时之久, 病情时轻时重, 常服润肠通便药物维持。一周前上述症状加重, 故来诊。

检查: 患者取截石位, 在肛门口的5点处有一个2×2mm大小的浅红色溃疡面, 低厚质硬触之易出血, 并伴有前哨痔(约玉米粒大小)。

诊断: 陈旧性肛裂, 哨兵痔。

治疗: 按上述方案治疗4次后, 即见明显效果, 剧痛明显减轻, 出血基本停止, 8次后疼痛彻底消失, 溃疡面明显缩小, 10次后彻底治愈, 休息一周后, 为巩固疗效, 又进行了一个疗程的治疗, 随访三年未见复发。

5 体会

本法对肛门疾病, 尤其是肛裂, 有明显的止痛作用, 见效快, 疗程短, 痛苦小, 颇受患者欢迎, 而且操作简便, 容易掌握。对合并哨兵痔的肛裂患者, 一般肛裂都能愈合, 而哨兵痔大多不能彻底消失。妇女月经期及孕期不用该方法治疗。

编号: E-10050600 (修回: 2010-05-05)

透刺配合穴位注射治疗顽固性面瘫 116 例

Treating 116 cases of refractory facial paralysis by puncturing plus injection

袁军利

(陕西省绥德县中医院, 陕西 绥德, 718000)

中图分类号: R745.1+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0061-01 证型: IDBG

【摘要】 目的: 观察透刺配合穴位注射治疗顽固性面瘫的临床疗效。方法: 透刺与穴位注射氢溴酸加兰他敏注射液相结合, 治疗本病 116 例结果: 总有效率 98.27%。提示: 针刺配合穴位注射有疏通经络, 促进神经功能恢复的功效。

【关键词】 顽固性面瘫; 透刺疗法; 穴位注射

1998~2009 年, 笔者采用透刺配合穴位注射治疗顽固性面瘫 116 例, 获得较满意的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

本组 116 例中男 65 例, 女 51 例; 年龄最大的 68 岁, 最小者 14 岁; 病程均在二月至半年以内。临床主要表现为面瘫久治无效或收效甚微患者。

2 治疗方法

主穴: 取患侧地仓透颊车、阳白透鱼腰、太阳透下关, 配穴: 牵正、颧髎、迎香、合谷(双)、翳风、足三里(双)、每次主穴必取, 配穴加 2~3 个, 接 G6805 治疗仪, 选用断续波, 强度以患者能耐受为度, 每次留针 30min, 每日一次, 十次为一疗程, 休息三天, 继续下一疗程。穴位注射: 采用氢溴酸加兰他敏注射液 5mg, 常规消毒后与针刺方向同刺入穴位后回抽无血, 缓慢推注, 每穴注入 0.5ml, 退针后, 穴位用消毒干棉签按压 1~2 分钟, 隔日治疗一次, 共四疗程后统计疗效。

3 疗效标准

治愈: 面瘫功能恢复正常, 示齿及吹口哨时无异常, 显效: 面瘫功能已恢复, 但示齿及微笑时稍有显示。好转: 治疗后面部功能有一部分恢复。无效: 治疗前后症状无改善。

4 治疗结果

本组 116 例中, 治愈 30 例, 显效 68 例, 好转 16

例, 无效 2 例, 总有效率为 98.27%。

5 典型病例

患者甲, 男, 55 岁, 2005 年 7 月 20 日, 以“右面瘫 2 月”为主诉来我科诊治。2 月前右侧面瘫后因离县城较远, 在就近诊所针灸 1 月后效不显, 接着又用偏方外敷无效后来我科就诊。查: 右面部表情肌瘫痪, 不能吹口哨, 示齿时口角歪向左侧, 眼睑闭合不全, 额纹消失, 经上法针刺一周后, 面部活动开始改善, 两个疗程后面部功能有部分恢复, 三个疗程后基本痊愈。

6 体会

针刺治疗面瘫有较好的疗效, 但如果延误治疗时间或失治误治形成顽固性面瘫, 则需采用综合的治疗方法才能奏效。中医认为, 久病多虚, 采用透刺疗法既可调整阴阳, 扶正祛邪, 又可疏通面部络脉, 加兰他敏注射液可增强肌张力提高神经肌肉的兴奋性。穴注既可起到药物作用, 又可延长穴位的刺激作用, 可起到事半功倍之效。故用此法治疗顽固性面瘫能取得较好的疗效。

参考文献:

[1]沈但.穴位注射疗法的临床应用[J].中国针灸,1987,7(1):39

[2]藏明,郑建功.针刺治疗周围性面瘫 280 例[J].中国针灸,1993,13(6):28

编号: EA-100419688 (修回: 2010-05-11)

藏医治疗培根木布病（胃溃疡）浅论

Discussion on treating bacon wood cloth disease *gastric ulcer* by tibetan

俄 尖

（四川省若尔盖县藏医院，四川 阿坝州，624500）

中图分类号：R656.6+2 文献标识码：A 文章编号：1674-7860（2010）09-0062-01 证型：IDGA

培根木布是由隆、赤巴、培根、血病、黄水分别或先后作用于胃，并损伤胃结构，引起一系列胃功能异常的疾病，相当于现代医学中的胃溃疡，是一种常见的多发病，其发病率居各种胃病之首。

1 诊断

本疾病依据藏医经典著作《四部医典、三因病学》进行诊断。

1.1 按以上标准诊断

食用未成熟的食物、陈旧的麦粿、陈旧的糌粑、腐烂食物、陈旧的酥油、血肠、清油、山羊肉、变质的牛肉、变质的鱼肉、猪肉、酸酒、大蒜、未发酵的奶酪等凡是油腻的、性重的食物和过凉或过热的食物对病非常有害；岩羊肉、黄牛肉、新鲜的黄羊肉、鱼肉、猪肉等凡是性轻而较为粗糙的食物以及寒热适中的食物对病有益，但有慢性病程，周期性发作的节律性上复疼痛是诊断消化性溃疡的重要线索。

1.2 鉴别诊断

本病的主要临床表现为慢性上腹痛。胃部、肝区周围和前胸后背疼痛，乏力，脊椎疼痛，胸腹灼痛，嘈杂，预吐，但不易吐出，大便色紫而干燥，如鹿粪状，有时便中带血。平常饥于饱，冷于热，腹均疼痛，一般春秋两季易发作，食欲不佳，舌失味，舌苔粘腻，口有鱼腥味，舌苔薄白，舌质淡白。尿混白，泡沫细多，无气味。脉细弱无力，病情严重时吐烟汁样坏血。

2 藏医治疗

2.1 饮食疗法：①由热性外因引起的木布病人，可以进食鱼、猪、黄牛、山羊及麝、岩羊、黄羊、豌豆粉、黄牛、犏牛的奶酪，酪浆、淡茶，凉开水等。忌食性热和油腻食物。②有寒性外因引起的木布病人，可以食用鱼肉，野牦牛肉，新鲜羊肉及生长在干旱地带的青稞磨制的糌粑和新鲜易消化的食物。忌食难消化，性重凉的食物。

2.2 起居疗法：热性木布病人忌剧烈活动；寒性木布病人忌白昼睡眠，身体受寒，宜在热处干燥地方

进行不出汗的轻度活动。

2.3 药物治疗热性木布：二十五味大汤散、二十一味寒水石散、夏萨德西丸、十三味青兰丸、坐珠达西。寒性木布：赛志当尼丸、石榴普安丸、夏萨德西丸、仁青芒觉、仁青常觉等按病情治疗。根据木布（胃溃疡）的分期而分别用药；早期热证用二十五味大汤散、智托洁白丸、夏萨德西丸；中期为热寒兼期用十五味黑药散、玉穷丸、夏萨德西丸、坐珠达西；晚期为寒证期用药仁青芒觉、夏萨德西丸、二十味余甘子丸等。

3 巩固治疗

内服以上药物及导泻剂下泻之后，为巩固疗效，于命脉穴第六椎，胃穴即第十二椎，十六椎即大肠穴，第九椎肝穴等穴位进行灸治，用适用的饮食和生活起居进行调养一年，为了预防木布病复发，应尽力保护好胃火，经常注意饮食卫生，禁忌对身体有害的一切饮食和生活起居。

4 疗效评定

显效：临床症状消失，体轻，胃部舒适，饮食易消化，大便正常4个月以上，胃镜检查病变消失或明显减轻。

有效：临床诊断有不同程度改善，患者感觉疗效好，大便正常通畅，胃镜下炎症缩小或减轻。

无效：临床主要症状无改善，胃镜下炎症无变化或恶化。

5 藏医治疗难点分析

由于藏民族生活在高寒地带，生活方式为游牧为主，地理气候和生活条件，习惯等原因，在农牧民中患木布病（胃溃疡）的比例较高，而藏医在千年来治疗木布病积累了丰富的经验。用藏医的特色疗法，疗效很佳。但木布病是由隆、赤巴、培根在人体的胃、肝、肠引起一系列功能异常的严重合并症，所以对木布病要进行早期正规治疗。

编号：EA-100407243（修回：2010-05-07）

针灸治疗雷诺氏病的近况

A review on treating raynaud's disease by acupuncture

魏文广

(成都中医药大学, 四川 成都, 610075)

中图分类号: R245 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0063-02 证型: GBDI

【摘要】在维普中文期刊网及清华同方 CNKI 数据库上搜索 2010 年以前针灸治疗雷诺氏病的相关临床报道。通过分析总结, 评价针灸治疗该病的效果并对单纯针灸、温针灸、“烧山火”等几种治疗手段进行比较。

【关键词】温针灸; 烧山火; 雷诺氏病; 文献综述

雷诺氏病是指原因不明的以发作性肢端小动脉痉挛性缺血引起手或足皮肤颜色改变为特征的一种疾病。目前针灸治疗该病疗效确定, 现将近年针灸为主治疗该病的临床报道总结如下:

1 单纯针刺治疗

1.1 张秋实等^[1]开展“烧山火”治疗风寒阻络型雷诺病临床研究, 纳入病人 90 例, 分为单纯“烧山火”针刺治疗组和硝苯地平治疗组, 针刺上肢病变取尺泽、外关, 下肢病变取足三里、三阴交, 行“烧山火”针法, 以得气为度, 留针 20min, 每日 1 次, 10 日为 1 疗程。硝苯地平每次 20mg, 每日 3 次, 10 日为 1 疗程。两组均治疗 2 个疗程。研究结果显示: 针刺组痊愈 30 例, 显效 16 例, 有效 1 例; 药物组痊愈 16 例, 显效 14 例, 有效 8 例, 无效 5 例, 提示烧山火治疗风寒阻络型雷诺病疗效优于西药治疗。作者认为风寒阻络型雷诺氏病系素体脾肾阳虚为内因, 复感风寒为外因所致, 选择“烧山火”针法乃依《金针赋》载: “烧山火, 治顽麻冷痺”, 治疗取尺泽、三阴交以温阳散寒、外关、足三里以振奋阳气, 起到温阳散寒, 祛风通络作用。

1.2 杨波^[2]等采用单纯“烧山火”手法治疗 15 例患者, 先刺曲池、阳陵泉行“烧山火”2~3min, 刺后无温热感者配合温针灸, 后刺外关、绝骨, 留针 40 分钟。报道所有患者均在治疗 3 次后明显好转, 5~13 天后均获痊愈。

1.3 王文琴^[3]使用单纯针刺治疗该病 56 例, 选穴肺大肠表里经及肝经穴位为主, 针刺得气为度, 留针 30min。结果治愈 38 例; 好转 12 例, 无效 6 例。

2 针灸治疗

2.1 蔡红庆等^[4]治疗该病, 针刺取手足阳明经穴为主配合艾灸治疗, 每次留针 40min, 每日 1 次, 7d 为 1

疗程。报道治疗 26 例患者中, 痊愈 18 例, 占 69.2%; 显效 8 例, 占 30.8%。作者辨证为“血痹”, 治疗秉温通经络, 活血化瘀之法。

2.2 王爱国^[5]报道治疗该病 1 例, 针刺膈俞、脾俞、关元俞、血海、足三里、三阴交、合谷、太冲、内关、太渊、八邪, 同时雀啄灸百会、气海、关元, 共治疗 13 次而愈。

2.3 徐文亮^[6]等采用“烧山火”手法配合艾灸治疗该病 33 例, 上肢病变取尺泽、外关, 下肢病变取足三里、三阴交, 行“烧山火”针法, 发热得气即出针, 出针后艾灸气海、关元 30min。每日 1 次, 10 次 1 疗程。结果: 治愈 19 例, 占 57.6%; 显效 12 例, 占 36.3%; 有效 2 例, 占 6.1%, 总有效率 100%。徐氏将此病归为“血痹”, 主要选取肺大肠、脾胃两组表里经的穴位。

2.4 鲍家铸^[7]治疗该病 43 例, 选穴: 极泉、臂中、阳池、三阴交。兼郁症者配合谷、太冲, 兼体虚久病者配关元、足三里。极泉、臂中施迎随补法 1min, 不留针; 阳池得气后温针 15~20min, 同时予; 三阴交施捻转迎随的先补后泻法, 行针 1~2min, 温针 15~25min; 合谷、太冲采用上下交叉取穴法, 另嘱每晚自灸阳池、足三里每穴 30min。以上每周 6 次, 4 周为一疗程。结果痊愈 29 例, 显效 16 例, 好转 3 例, 无效 1 例, 总有效率 97.7%。作者认为: 仅用现代病理基于“肢端末梢小动脉的间歇性痉挛”的认识指导针灸治疗效果欠佳, 必须用中医理论辨证取穴, 合理补泻, 配以灸疗, 才能奏效。

2.5 卢金荣^[8]选穴上肢阳池、八邪、合谷、外关、曲池, 下肢选穴八风、太冲、足临泣、解溪、足三里, 温针每次 30min。54 例患者经治疗 15 次后痊愈 21 例, 显效 16 例, 有效 11 例, 无效 4 例, 有效率 92.3%。

(下转 65 页)

益肺疏表汤加减治疗过敏性鼻炎 53 例疗效观察

Clinical effective observation on treating 53 cases of allergic rhinitis with YifeiShu table decoction

李伯英¹ 何海洲²

(1. 都江堰市中医院, 四川 都江堰, 611830;

2. 都江堰市人民医院, 四川 都江堰, 611830)

中图分类号: R392.8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0064-02 证型: IDBG

2007 年 3 月~2009 年 9 月, 我们用益肺疏表汤加减治疗常年性过敏性鼻炎 53 例, 并予西药常规治疗做比较, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 均选择门诊患者 105 例, 随机分为治疗组和对照组, 治疗组 53 例, 男 30 例, 女 23 例, 年龄 11~68 岁, 发病时间 3 年~55 年。对照组 52 例, 男 27 例, 女 25 例。年龄 12~64 岁, 发病时间 2 年~53 年。2 组患者在年龄、性别、发病时间等基本情况方面差异无显著意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准: 参照中华医学会耳鼻咽喉科学分会关于变应性鼻炎的诊断标准和记分条件 (1997 年修订, 海口)^[1], 所有病例均在 6 分以上。排除了花粉症, 血管运动性鼻炎, 感冒等疾病。

2 治疗方法

2.1 治疗组: 自拟经验方益肺疏表汤加减, 组成: 黄芪 30g、白术 15g、防风 18g、白芷 15g、辛荑 15g、百合 15g、五味子 10g、荆芥 15g、刺蒺藜 15g、银柴胡 15g、甘草 15g。阳虚加淫羊藿 30g、仙灵脾 12g、制附子 10g。阴虚加天冬 15g、沙参 18g。伴黄涕加贯众 30g、地丁草 30g、知母 24g。水煎, 取汁 300ml, 每日分 2~3 次口服。

2.2 对照组: 西替利嗪 10mg, 每日一次, 睡前服, 如鼻腔有细菌感染时配合适当的西药抗感染治疗。两组均以 10 天为一疗程, 如未痊愈再进入下一疗程, 共计二疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准: 症状和体征计分^[2]相加计算。根据治疗前后症状和体征记分的总合, 改善的百分率按下列公式评定疗效: 治疗前总分-治疗后总分/治疗前总分 $\times 100\%$ $\geq 51\%$ 为显效, $50\% \sim 21\%$ 为有效, $\leq 2\%$ 为无效。

3.2 两组疗效比较: 分二十天后疗效和三月后疗效

3.2.1 二十天后疗效: 以第一, 二疗程结束后为结果。

治疗组 53 例, 显效 17 例, 有效 30 例, 无效 6 例, 总有效率 89%。对照组 52 例, 显效 20 例, 有效 27 例, 无效 5 例, 总有效率 90%。两组比较差异无显著性 ($P>0.05$)。

3.2.2 三月后疗效: 治疗组显效 12 例, 有效 30 例, 无效 11 例, 总有效率 79%。对照组显效 10 例, 有效 23 例, 无效 19 例, 总有效率 63%。两组比较差异有显著性 ($P<0.05$)。

4 讨论

过敏性鼻炎又称变态反应性鼻炎, 属于中医学鼻鼽范畴, 临床上以突发鼻痒、喷嚏、流清涕为主要症状, 严重者嗅觉减退或消失, 本病具有发病率高、不易根治的特点。中医认为本病的发生, 内因多与个人禀赋体质的差异、缺失及脏腑功能失调有关, 外因多由外邪 (风、寒、热、燥) 等侵袭鼻窍所致。《脏象》曰“肺开窍于鼻, 肺属金、肾属水、金水同源”, 其病主要在肺, 其本在肾, 乃由肺气虚弱, 卫阳不固, 风寒外邪乘虚而入, 或异气诱发所致, 临床上伴肺、脾、肾三脏虚损为多, 发病过程中又常虚实互见, 寒热错杂, 可见本病的发生是机体的内因为本, 外因为标。二者合而为患。方解: 本方以玉屏风散益气固表, 疏风祛邪, 辛夷荆芥白芷散风寒通鼻窍, 百合五味子润肺止涕和营, 刺蒺藜银柴胡甘寒益阴清肺凉血, 本方有补有泻, 阴阳并调, 全方合用达到益肺补气, 和营固表, 疏风通窍, 抗敏止涕之效, 方中甘草临床上体会用量 10~15g 疗效更好。从疗效来看, 对照组见效快, 短期内显效率高, 但两组二十天后总有效率相似且三月后治疗组的疗效明显优于对照组, 这和中医学治疗体系有关, 西医对此病目前的治疗大多是阻断过敏反应发生的某一环节。从而减轻症状, 西替利嗪为选择性组胺 H_1 受体拮抗剂, 具有显著的抗变态反应作用, 可明显减轻过敏性鼻炎的鼻腔症状, 从而达到治疗效果。而中医的治疗是通过整体辨证, 调节脏腑功能入手, 扶正驱邪, 达到治本的目的, 故疗效较为持久。

与西药相比中医中药的特点还有副作用小，不易产生依赖性，在治疗上有较好的应用前景。

5 中华医学会耳鼻咽喉科学分会关于变应性鼻炎的诊断标准（1997 年修订，海口）

5.1 常年性变应性鼻炎

5.1.1 记分条件

①常年性发病，具有打喷嚏（每次连续 3 个以上）、流清涕和鼻粘膜肿胀三个主要临床表现，一年内发病日数累计超过 6 个月，一日内发病时间累计超过 0.5 小时；②病程至少一年。

5.1.2 记分标准：有明确吸入物致敏原线索，有个人和/或家族过敏性疾病史，发作期有典型的症状和体征，各记 1 分，共 3 分。变应原皮肤试验阳性反应，至少

6 症状体征分级记分标准

症状分级记分	喷嚏（一次连续个数）	流涕（每日擤鼻次数）	鼻塞	鼻痒
1 分	3~9	≤4	偶有	间断
2 分	10~14	5~9	介于两者之间	蚁行感，但可忍受
3 分	≥16	≥10	几乎全天用口呼吸	蚁行感，难忍

体征分级记分：下鼻甲与鼻底、鼻中隔紧靠，见不到中鼻甲，或中鼻甲粘膜息肉样变、息肉形成，记录为 3 分；下鼻甲与鼻中隔（或鼻底）紧靠，下鼻甲与鼻底（或鼻中隔）之间尚有小缝隙，记录为 2 分；

有一种为（++）或（++）以上；特异性 IgE 抗体检测阳性或变应原鼻激发试验阳性，且与皮肤试验及病史符合，各得 2 分，共 4 分。鼻分泌物涂片检查嗜酸粒细胞阳性和/或鼻粘膜刮片肥大细胞（嗜碱粒细胞）阳性得 1 分。得分 6~8 分诊断为常年性变应性鼻炎，3~5 分为可疑变应性鼻炎，0~2 分可能为非变应性鼻炎。

5.2 花粉症：①季节性发病，每年发病季节基本一致，且与致敏花粉传粉期相符合；至少两年在同一季节发病。②发作期有典型的临床症状和体征。③发作期鼻分泌物（和/或结膜刮片）嗜酸粒细胞阳性，或鼻粘膜刮片肥大细胞（嗜碱粒细胞）阳性。④花粉变应原皮肤试验呈阳性反应，至少一种为（++）或（++）以上，或变应原鼻激发试验阳性、眼结膜试验阳性。

下鼻甲轻度肿胀，鼻中隔、中鼻甲尚可见，记录为 1 分。

编号：Y-10040781（修回：2010-05-05）

（上接 63 页）

3 综合疗法

3.1 刘媛媛^[9]等用针刺配合穴位注射治疗该病，选穴以大肠经及胆经为主，电针采用连续波，每次 15~20min，针刺后每穴灸 3~5min，交替于曲池、足三里、阳陵泉、肩髃行穴位注射（维生素 B₁100mg、维生素 B₁₂0.25mg 和蜂毒注射液 0.5mg 混合制剂），隔日一次，以上治疗 15d 为一疗程。报道共治疗患者 4 例，经治疗 2~4 个疗程后痊愈。

3.2 潘广军等^[10]采用针灸配合中药治疗，针灸取穴要求患侧肢体循经取穴与局部取穴相配合，主要穴位有曲池、手三里、外关、合谷、足三里、三阴交、解溪、太冲。电针治疗 30min，配合艾灸上述穴位 30min，以上治疗每日 1 次，15 次为一疗程。中药治疗以黄芪桂枝五物汤加减，每日 1 次。结果：显效 15 例，好转 9 例。作者认为针刺形成的轴突反射，能够引起细小动脉的大小改变，是针刺治疗该病的理论依据，而中药对血液理化性质的良性调节作用亦有利于病情改善。

4 结 语

总结以上文献，目前针灸为主治疗雷诺氏病可做如下几点总结：①针刺穴位不仅依据中医理论辨证选取，同时也结合了现代针灸学在神经内分泌方面的研究成果；②本病的中医辨证多为气血虚弱、寒凝脉中

的“血痹”，治法为温阳散寒、行气活血，取穴上强调手足阳明及肝胆经穴；③临床报道有效率高，但数量较少，说明临床运用还不甚广泛，疗效标准不统一，且多为小样本量、无对照、不完善的临床观察。

参考文献：

[1]张秋实,王丽丽,王丰.烧山火治疗风寒阻络型雷诺病临床研究[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(1):96-97
[2]杨波,张晓君.“烧山火”手法治愈雷诺病 15 例[J].河南中医,1997,17(3):186
[3]王文琴.针灸治疗雷诺氏病[J].吉林中医药,2006,26(2):47
[4]蔡红庆,陈增利.温针灸治疗雷诺氏病 26 例临床观察[J].现代康复,1999,3(3):369-370
[5]王爱国,王振华.针灸治愈雷诺氏病 1 例[J].江西中医药,1997,28(5):38
[6]徐文亮,王艳丽.烧山火手法治疗雷诺氏病 33 例[J].中国针灸,1997(5):285-286
[7]鲍家铸.针灸治疗雷诺氏病 43 例[J].上海针灸杂志,1988(1):10-11
[8]卢金荣.温针灸治疗雷诺氏病 52 例临床观察[J].黑龙江中医药,2006(3):36-37
[9]刘媛媛,马飞虹,张耆.针灸治疗雷诺病 4 例[J].黑龙江医药科学,1999,22(5):100
[10]潘广军,丘文森,陈柏楠.针灸配合中药治疗雷诺病 24 例[J].中国中西医结合外科杂志,1998,4(3):134

编号：A-0063（修回：2010-05-07）

针灸、拔罐治疗蛇丹 50 例

Treating 50 cases of herpes zoster by acupuncture, cupping

薛愧玲

(河南大学附属医院, 河南 开封, 475001)

中图分类号: R752.1+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0066-02 证型: BDGI

【摘要】 蛇丹, 因其每多缠腰而发, 故又有缠腰火丹之称。运用针灸、拔罐方法, 就此病对 50 例患者进行了治疗, 获得了满意疗效。造成疲倦乏力、食欲不振等症状, 继而出现密集成簇的丘疱疹, 迅即变成粟粒大至绿豆大样、透明清澈的小水泡, 排列成带状分布。运用针灸、拔罐方法, 就此病对 50 例患者进行了治疗, 获得了满意疗效。

【关键词】 针灸; 拔罐; 蛇丹

蛇丹, 即现代医学所说的带状疱疹, 因其每多缠腰而发, 故又有缠腰火丹之称。本病发疹前期, 患部有束带状刺痛, 夜间痛甚, 并伴有轻微发热、疲倦乏力、食欲不振等全身症状, 继而出现密集成簇的丘疱疹, 迅即变成粟粒大至绿豆大样、透明清澈的小水泡, 排列成带状分布。该病多发于腰肋部、胸背部, 其次为头面部。中医认为, 本病多由情志内伤、肝经郁火, 或脾经湿热内蕴、复感火热时邪, 以致肝火炽盛、湿热蕴蒸, 浸淫脉络、肌肤而发病。近三年来, 笔者运用针灸、拔罐方法, 就此病对 50 例患者进行了治疗, 获得了满意疗效。现总结如下。

1 一般资料

50 例中, 男性 23 例, 女性 27 例; 年龄最大者 68 岁, 最小者 29 岁; 病程最短者数小时, 最长者 12 天。

1.1 治疗方法

取穴: 合谷(双)、太冲(双)、局部阿是穴。

操作: 首先, 在距带状疱疹的两端约 3 厘米处进行常规消毒后, 用三棱针散刺再拔火罐, 出 2~4 毫升血后取下火罐(一般拔一次罐就能控制病情发展, 否则可照此方法再拔一次)。合谷、太冲穴进行常规消毒后, 用一寸毫针直刺。得气后行提插泻法, 留针 20~30 分钟。然后再进行局部阿是穴围刺。在疱疹连接成块的周围进行常规消毒后, 用 1.5 或 2 寸长的毫针斜刺, 针距约为 1.5~2 厘米, 行提插泻法, 留针 20~30 分钟。在留针期间, 同时用艾卷在疱疹局部行雀啄灸, 每次灸 15~20 分钟。

以上火罐、针刺、艾灸并用, 一天一次, 10 天为一疗程。

1.2 治疗效果

痊愈: 疱疹干燥结痂, 痂退, 疼痛消失或基本消失。

显效: 疱疹大部分结痂, 疼痛明显减轻, 夜能入睡。

有效: 病情得到控制不再发展, 疱疹小部分结痂, 疼痛减轻。

无效: 病情继续发展, 症状减轻不很明显。

50 例中, 治愈 38 例, 占 76%; 显效 10 例, 占 20%; 有效 2 例, 占 4%。总有效率达 100%。

2 典型病例

患者甲, 女, 38 岁。2002 年 6 月 25 日就诊。患者自述 7 天前在前胸及右肩部出现烧灼样疼痛, 夜间痛甚, 不能入眠; 3 天后又出现密集的疹点。查患处, 见前胸及右肩部有密集的丘疱疹, 呈带状分布且有继续发展的趋势。采用针灸、火罐治疗, 5 次后疼痛明显减轻, 夜里能睡几个小时, 10 次后疱疹部分结痂, 夜能入睡, 两个疗程后, 疱疹全部结痂, 疼痛消失, 夜能安睡而愈。

3 讨论

3.1 蛇丹病是由于肝经郁火或脾经湿热内蕴, 复感火热时邪, 邪毒浸淫脉络、肌肤而形成。疱疹呈带状发展趋势, 放血、拔罐可以清热泻毒, 截断病情的发展; 针灸合谷、太冲可泻肝经、脾经之热; 采取局部阿是穴围刺, 可以使被疱疹侵犯的皮肤上下、左右经脉气血得到疏通; 疱疹局部采用艾灸, 旨在清热解毒, 促使疱疹结痂。笔者采用本法治疗患者 50 例, 有效率达 100%。由此可见, 针灸、拔罐治疗蛇丹, 不仅能及时、有效地控制病情发展, 而且疗效好、疗程短, 镇痛效(下转 68 页)

参芎注射液治疗 非酒精性脂肪性肝炎疗效观察

Clinical effective observation on treating non-alcoholic fatty hepatitis with Shengong injection

曹向兵¹ 许 刚² 曹向东³

(1. 黑龙江工程学院医院, 哈尔滨, 150050;

2. 哈尔滨市中医医院, 哈尔滨, 150010; 3. 齐齐哈尔市中医医院, 齐齐哈尔, 161000)

中图分类号: R512.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0067-02 证型: IBD

【摘要】 目的: 观察参芎注射液治疗非酒精性脂肪性肝炎的临床疗效。方法: 以 60 例非酒精性脂肪性肝炎患者为观察对象。对照组采用保肝、支持和对症等常规治疗。治疗组在常规治疗的基础上采用参芎注射液静脉点滴。观察治疗前后患者的症状、丙氨酸氨基转移酶 (ALT)、甘油三酯 (TG)、总胆固醇 (TCH)、体重指数 (BMI)、腰围/臀围 (ACR) 及肝脏的超声影像学改变。结果: 治疗组治疗后总有效率为 86.7%, 对照组治疗后总有效率为 60%, 两组差异具有显著性 ($P < 0.01$)。结论: 参芎注射液治疗非酒精性脂肪性肝炎安全有效, 无副作用。

【关键词】 非酒精性脂肪性肝炎; 参芎注射液

非酒精性脂肪性肝炎在临床中发病率较高, 严重影响患者身体健康和生活质量。而传统治疗方法, 疗效不尽理想。我院应用参芎注射液治疗非酒精性脂肪性肝炎 30 例, 取得了较为满意的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 选取 2007~2009 年在我院就诊的 60 例非酒精性脂肪性肝炎患者, 随机分为两组。治疗组 30 例, 其中男 20 例, 女 10 例, 年龄 38 岁~69 岁, 平均年龄 45.5 岁, 病程 8~17 个月, 平均病程 10 个月; 合并高脂血症 18 例, 糖尿病 4 例, 肥胖者 16 例, ALT>40U/L; 对照组 30 例, 男 18 例, 女 12 例, 年龄 39 岁~67 岁, 平均年龄 43 岁, 病程 6 个月~18 个月, 平均病程 9 个月, 合并高脂血症 19 例, 糖尿病 3 例, 肥胖者 17 例, ALT>40U/L。两组患者在年龄、性别、病程及血脂等方面大致相同, 具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准: 按中华医学会肝脏病学分会于 2002 年 10 月修订的脂肪肝和酒精性肝病的诊断标准执行^[1]。

1.3 病例排除标准: 排除严重高血压、心脏病、重型肝炎、消化道出血患者。

1.4 治疗方法: 两组患者均采用祛除病因, 如戒酒、

调整饮食结构、运动等治疗, 糖尿病患者常规服用降糖药。对照组采用保肝 (甘利欣、还原型谷胱甘肽) 支持和对症常规治疗。治疗组在常规治疗的基础上采用参芎注射液加入 5% 的葡萄糖 250ml 中, 静脉点滴, 1 次/d; 疗程为 60d。

1.5 观察指标: 观察治疗前后患者症状、丙氨酸氨基转移酶 (ALT)、甘油三酯 (TG)、总胆固醇 (TCH)、体重指数 (BMI)、腰围/臀围 (ACR) 及肝脏的超声影像学改变。

1.6 疗效标准: 根据临床症状、肝功能、血脂、B 超等检查结果判断。显效: 临床症状消失, B 超提示肝脏回声明显减弱, 肝后场衰减明显减轻, 肝内血管清晰, TCH 与 TG 均下降>原值的 20%, ALT 恢复正常; 好转: 临床症状好转, B 超提示肝脏炎症较治疗前有所恢复, TCH 与 TG 均下降原值的 10%~19%, ALT 部分或全部恢复正常; 无效: 未达到好转标准或加重。

1.7 统计学方法: 计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后血脂、肝功能检测结果见表 1。

2.2 两组患者治疗前后 BMI 和 ACR 变化 见表 2。

表 1 两组患者治疗前后血脂、肝功能变化比较 $\bar{x} \pm s$

组别	治疗组 (30 例)		对照组 (30 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

TCH (mmol/L)	7.52±0.35	6.05±0.53	7.35±0.55	7.20±0.62
TG (mmol/L)	2.61±0.30	1.34±0.21	2.41±0.23	2.38±0.25
ATL (μ/L)	165±74	53±22	169±78	105±42

注：与本组治疗前比较， $P<0.01$ ；与对照组治疗后比较， $\Delta P<0.05$ 。

表 2 两组患者治疗前后 BMI 和 ACR 变化比较 $\bar{x} \pm s$

组别		治疗组 (30 例)		对照组 (30 例)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
BMI (kg/m ²)	治疗前	27.2±1.3	22.6±2.7	27.1±3.1	24.8±3.0
ACR	治疗前	0.95±0.16	0.86±0.10	0.95±0.21	0.84±0.13

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

2.3 两组患者疗效比较 见表 3。

表 3 两组患者疗效比较 例 (%)

组别	例数 (例)	显效	好转	无效	总有效率
治疗组	30	19 (63.3)	7 (23.3)	4 (13.3)	26 (86.7)
对照组	30	12 (40.0)	6 (20.0)	12 (40.0)	18 (60.0)

注：与对照组比较 $P<0.01$ 。

2.4 不良反应

两组患者治疗期间均未出现不良反应。

3 讨论

非酒精性脂肪性肝炎是继发于肝细胞脂肪变性和细胞损伤的炎症和纤维化状态。患者不仅表现为脂质代谢紊乱，还表现为肝细胞损伤而引起的肝功能下降，如不采取积极治疗措施有可能进一步发展为肝硬化^[1]。参芎注射液成分为：丹参（相当于丹参素 20mg），盐酸川芎嗪（100mg），葡萄糖（5.0g），甘油（1.0ml）。丹参中含有丹参酮 I、丹参酮 II、丹参酮 III、丹参酸和丹参酚以及维生素 E 等成分。动物实验证实，丹参煎剂能降低实验性大鼠和家兔血清 TCH 和 TG 的水平，对肝内脂肪沉积也有明显的抑制作用，并且能改善肝脏微循环，使缺血缺氧的肝细胞代谢障碍减轻，有利于肝细胞的恢复和再生^[3]。川芎嗪作为改善微循环药物，可提高缺血及再灌注肝细胞抗氧化能力；维持和提高肝组织中超氧化物歧化酶的活性，减少自由基的形成，减轻自由基的毒性作用；同时通过抑制血栓素合成酶，增加肝脏微循环血流量及血氧供应，具有保护肝细胞作用。有资料表明，川芎嗪具有钙离子拮抗

作用，能松弛平滑肌细胞，扩张血管，降低门静脉阻力^[4]，改善肝脏血液供应。上述资料显示，参芎注射液联合还原型谷胱甘肽等对非酒精性肝病的综合疗效、肝功能复常率优于对照组（ $P<0.05$ ），治疗组 ALT、TG、TCH 下降幅度优于对照组（ $P<0.01$ ），且未见不良反应。考虑为慢性非酒精性肝病患者肝脏微循环结构的改变影响了血液循环，使肝内组织药物浓度下降。而丹参、川芎嗪能够改善肝脏微循环及血液供应，促进肝细胞损伤的修复。由此可见，参芎注射液治疗非酒精性脂肪性肝炎安全有效，值得临床进一步研究。

参考文献：

[1]中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病组.非酒精性脂肪性肝病诊断标准(草案)[J].现代实用医学,2002,14(1):100
[2]范建高,曾民德.脂肪肝[M].上海:上海医科大学出版社,2000:1732,197
[3]林小田,王昌.脂肪肝的诊治及食疗[M].广州:广东科技出版社,2009:9,114
[4]邱夏地,顾国妹,施建平等.川芎嗪联合内镜下曲张静脉套扎术预防食管静脉曲张破裂出血的临床研究[J].肝脏,2002,(1):5-7

编号：WY-10041900（修回：2010-05-04）

（上接 66 页）

果明显，所以不失为治疗本病的有效方法之一。

3.2 本病以中年人比较多见。因为人到中年，工作压力大，家庭负担重，情绪容易激动，肝经郁火，加上体态变胖，湿热内蕴，遇感火热时邪，便易发此病。

3.3 本病在治疗期间，嘱患者忌食辛辣油腻食物，忌

饮酒，以免生湿助热，加重病情，影响治疗效果。

参考文献：

[1] Wareham DW,Breuer J,郑厚峰.带状疱疹[J].英国医学杂志(中文版),2007,10(6):326-366

编号：EA-100402232（修回：2010-05-02）

中西医结合治疗糖尿病合并褥疮感染的 1 例分析

Analysis of treating 1 cases of bedsores infection in diabetic patients in the integrative medicine

贾海涛

(山东中医药大学第二附属医院, 山东 济南, 250001)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0069-02 证型: DGB

【摘要】 例糖尿病合并褥疮感染的中年男性, 经胰岛素积极控制血糖, 抗感染, 内服中药及外用中药湿敷治疗, 取得满意效果。

【关键词】 糖尿病; 褥疮感染

褥疮多由于局部组织长期受压导致缺血缺氧, 以致失去正常机能而形成溃烂和坏死。而糖尿病患者长期高血糖状态使得微血管基底膜增厚, 导致循环机能不全, 加重受压组织的循环障碍, 加速褥疮的形成和发展。由于糖尿病人免疫系统出现异常变化, 多形核白细胞减少并粘连于血管壁, 吞噬作用减弱, 通过微血管到组织间的穿透力减弱, 趋化性降低和高血糖症, 为厌氧菌生长提供了良好条件。^[1]

1 病例资料与方法

1.1 患者甲, 男性, 42 岁, 因“腰部外伤致双下肢运动、感觉障碍伴大小便失禁 20 余年”入院。入院查体神志清, 精神可, 体温 37.5℃, 骶尾部有 7cm~10cm 褥疮, 周围皮肤色红, 肿胀, 有灼热及疼痛感, 中央有大量淡黄色分泌物, 无明显异味, 深达骨骼。患者既往有糖尿病病史 8 年, 一直皮下注射胰岛素, 血糖波动在 7~9mmol/L。近 3 月来患者未控制饮食, 加之情志刺激, 血糖控制不理想, 空腹最高达 18mmol/L, 导致褥疮感染加重。入院化验患者空腹血糖 16.5mmol/L, 糖化血红蛋白 12.3%。化验血常规: WBC $11.53 \times 10^9/L$ 。西医诊断: ①糖尿病合并皮肤感染; ②截瘫。中医诊断: ①消渴病合并褥疮 (热毒壅盛证); ②痿证。

1.2 中西医结合内科治疗: 皮下注射胰岛素快速控制血糖达标, 配合应用头孢哌酮/舒巴坦 1 周控制感染, 同时口服具有清热解毒和营、活血止痛作用的中药, 初期以四妙勇安汤加减: 金银花 30g、玄参 30g、当归 15g、赤芍 15g、红花 6g、黄芩 10g、黄柏 10g、山栀 10g、生甘草 6g。日 1 剂, 应用 10 付, 后改用内托生肌散加减: 生黄芪 35g、生乳香 10g、生没药 10g、甘

草 6g、生白芍 12g、天花粉 20g、丹参 10g、蜈蚣 3g、全蝎 3g。

1.3 外治法: 双氧水冲洗, 中药用: 川芎 20g、黄柏 10g、白芷 10g、茯苓 15g、大黄 5g、元胡 15g、木瓜 50g、乳香 20g、丹参 30g 加水 4000ml 水煎浓缩至 2000ml, 滤过分装至 10ml 小瓶内, 湿敷, 每日换药 1 次。起到清热燥湿, 活血止痛的作用。

1.4 护理

严格糖尿病饮食治疗, 保证营养, 提高自身免疫力, 以促进伤口愈合; 每 2h 翻身 1 次, 配合气垫、水褥等器械解除患部压力; 做好大、小便护理; 保持患者床铺和患部清洁卫生。加强心理疏导。

2 结果

经过 1 月的治疗, 患者体温及血常规正常, 骶尾部褥疮明显缩小, 面积为 4cm~7cm, 渗出液明显减少, 无明显红、肿、热、痛。

3 讨论

糖尿病合并褥疮感染是长期卧床患者的常见并发症, 其预后远较非糖尿病病人差。西医西药的治疗仅限于控制血糖及感染, 而在改善局部微循环、促进疮面愈合方面, 效果差强人意。近年来的临床实践表明, 中医药内服外用治法的相辅相成, 能有效弥补西医的不足, 取得了良好的效果。

本病例初期辨证为热毒壅盛证, 急则治其标, 采用四妙勇安汤加减。以金银花为君, 其性味苦寒, 最善清热解毒, 量大而力专, 然单用清热解毒, 则脓肿难消, 又以当归、玄参、赤芍、红花行气通络, 活血止痛。气行则营卫畅通, 营卫畅通则邪无滞留, 使肿 (下转 71 页)

血脂康治疗脂肪肝临床疗效观察

Clinical observation on treating fatty liver with Xuezhi Kang

于秀坤

(锦州经济技术开发区人民医院, 辽宁 锦州, 121007)

中图分类号: R575.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-000070-02 证型: DGB

【摘要】目的: 了解血脂康治疗脂肪肝疗效。方法: 应用血脂康和月见草油分别治疗 100 名脂肪肝患者。结果: 血脂康疗效优于月见草油。

【关键词】 脂肪肝; 血脂康; 月见草油

脂肪肝是多种因素造成肝脏脂肪代谢障碍, 使脂类在肝内蓄积超过肝重的 5%, 或在组织学上肝脂肪化超过 40%所致^[1], 脂肪肝不但影响肝脏本身的功能, 还能影响脂质代谢而形成高脂血症, 故治疗脂肪肝是我们临床医生不可忽视的问题。

我院自 2005 年至今诊治了 200 例脂肪肝患者, 其中 100 例采用北大维信生产的血脂康胶囊治疗, 另 100 例患者采用广州白云山制药厂生产的“月见草油丸”治疗, 现就两种药物的治疗临床疗效和安全性结果报道如下:

1 资料和疗法

1.1 病例选择, 脂肪肝诊断标准

①临床上有乏力、体肥及肝肿大; ②ALT 轻度升高, 血清 TC 升高, TG 升高, LDL-C 升高及 HDL-C 下降; ③B 超, 肝肿大, 回声增强, 增多, 光点细而密, 呈明亮肝, 深部回声衰减, 肝内血管欠清晰或消失。诊断脂肪肝应有第 3 点的改变, 可有或无第 1、2 点。选 200 例患者均符合上述脂肪肝诊断标准。

1.2 疗法

①病因治疗, 肥胖者减肥, 嗜酒者戒酒, 肝炎活动者治疗肝炎等; ②实验分组, A 组血脂康 100 例, B 组月见草油 100 例; ③服药疗法, 血脂康胶囊 0.6g/次, 每日两次, 月见草油丸 2.0g/次, 每日三次, 两种

药物均口服三个月。④观察指标, 服药前和服药后 12 周症状, 体征的变化, 进行 B 超检查, 查清晨静脉血 TC、TG、HDL-C、LDL-C 及检测 ALT, 血、尿常规、尿素氮, 同时监测不良反应。⑤疗效判定标准^[2]: 1998 年卫生部调血脂药物的临床疗效判断标准: 显效, TC 下降 $\geq 20\%$, TG 下降 $\geq 40\%$, HDL-C 上升 100mg/dl (0.264l), TG-HDL-C/HDL-C 下降 20%; 有效, TC 下降 $\geq 10\sim 20\%$, TG 下降 $\geq 20\sim 40\%$, HDL-C 上升 $\geq 4\text{mg/dl}$, TC-HDL-C/HDL-C 下降 $\geq 10\sim 20\%$; 无效, 实验室检查达不到有效标准者。脂肪肝疗效判断标准, 显效, 症状消失, ALT 正常, B 超肝脏形态学正常, 血脂达显效标准; 有效: 症状消失或明显减轻, ALT 正常, B 超肝肿大及肝波型后平均回声衰减好转, 血脂达有效标准; 无效, 未达到上述有效标准。

2 结果

2.1 对劲、纳差、肝区急痛, 腹胀, 超重, 肝肿大的影响, 治疗 3 个月后可以显著改善, 纳差、肝区隐痛、腹胀等症状, 促进超重, 肝肿大恢复正常。症状和体征恢复正常的比例为血脂康 95.2%, 月见草 47.6%, 血脂康组显著高于月见草油组。

2.2 对血脂的影响, 见表 1。

2.3 对脂肪肝的总体疗效: 治疗 12 周后, 血脂康治疗脂肪肝总疗效优于月见草组, 见表 2。

表 1 两组患者降脂疗效比例【例 (%)】

TC 降低					TG 降低				
组别	例数	显效	有效	无效	总有效	显效	有效	无效	总有效
血脂康组	100	98	99	1	99%	94	100	0	100%
月见草油组	100	86	89	12	87%	78	84	9	84%

表 2 两组患者疗效比例【例 (%)】

组别	服用药物	例数	显效	好转	无效	总有效
----	------	----	----	----	----	-----

A 组	血脂康组	100	89	96	4	96%
B 组	月见草油组	100	68	79	18	79%

2.4 副作用：应用血脂康治疗过程中仅有一例单项 ALT 达 69 μ mol/l，经减药 3 周后复查 ALT 正常。月见草油未见明显毒副作用。

3 讨论

血脂康是由中药红曲精炼而成，具有明显的调节脂质代谢和抑制高胆固醇饮食引起的脂肪肝形成的作用。其主要成份为天然 HMG-COA 还原酶抑制剂，竞争性抑制合成胆固醇的限速酶，从而减少肝脏胆固醇的合成，同时刺激肝细胞表面 LDL-C 受体活性增加，促进血浆 LDL-C 的清除，影响胆固醇和甘油三酯在体内的代谢，从而降低血清 TC、TG、LDL-C 含量以及肝脏的脂肪沉积^[2]。在正常情况下肝脏以脂蛋白形成不断向肝外转运脂肪，而磷脂是合成脂蛋白的必需材料，如果磷脂减少则影响脂蛋白的形成和输出。血脂

康含有多种必需氨基酸和不饱和脂肪酸，起到营养肝细胞以及提供磷脂作用。增强肝细胞对脂质的清除能力，调节体内脂类代谢作用。月见草油的主要成份是 α -亚麻酸和亚油酸，均为不饱和脂肪酸，能降低血浆中胆固醇、甘油三酯，能抑制血小板聚集，阻止脂肪在肝脏中沉积。二种药物均能降低 TC、TG，但治疗脂肪肝方面血脂康显著优于月见草油，是治疗脂肪肝有效安全的药物^[3]。

参考文献：

[1]叶维法.临床肝胆病学[M].天津:天津科学技术出版社,1987,927-934
[2]张茂良,殷震文,谢中猛.血脂康有效成份研究[J].中国新药杂志,1998,7:213-214
[3]中华肝脏杂志增刊[J].2001,9: 92-93

编号：YD-10041900（修回：2010-05-07）

（上接 69 页）

消痛止，共为臣药。黄芩、黄柏、山梔清热凉血、引热下行，使邪有出路，均为佐药。生甘草为使，助清热解毒并调和诸药。

后期患者以气血亏损为主，疮口不收，方选《衷中参西录》之内托生肌散：“夫人之后天，赖水谷以生气血，赖气血以生肌肉，此自然之理也。而治疮疡者，欲使肌肉速生，先令饮食顿减，斯犹欲树之茂而先戕其根也……此方重用黄，补气分以生肌肉，有丹参以开通之，则补而不滞，有花粉、芍药以凉润之，则补而不热，又有乳香、没药、甘草化腐解毒，赞助黄以成生肌之功。况甘草与芍药并用，甘苦化合味同人参，能双补气血，则生肌之功愈速也……至黄必用生者，因生用则补中有宣通之力”方中黄芪补气升阳，托毒生肌；臣药丹参活血祛瘀，凉血消肿；乳香、没药化腐解毒，止痛；白芍补血敛阴，养阴止痛；天花粉清热生津，消肿排毒；佐以蜈蚣、全蝎解毒散结，通络止痛；甘草为使益气解毒，调和诸药。诸药合用，使气阴得养，瘀血得祛，则疮口平复。如《医宗金鉴·外科心法要诀》有云：“脓少清稀口不敛，大补气血调卫荣。佐以祛毒行滞品，寒加温热御寒风，肿消脓出腐肉脱，新生口敛内托功。”

此外辅以中药湿敷，局部湿敷治疗可使药物在破损部位保持较高浓度，有利于药物作用发挥，而且湿敷还可以造成局部创面缺氧环境，可刺激上皮毛细血

管的生长和再生，有利于形成健康的肉芽组织，促进上皮再生。选用丹参、川芎，以祛风燥湿、活血排脓止痛；大黄、黄柏清热燥湿、泻火解毒；辅以白芷、乳香、木瓜、元胡、茯苓，共奏祛风燥湿、活血止痛、消肿生肌之效。

现代药理研究也表明丹参酮可明显降低 C-反应蛋白（CRP）水平，抑制 2 型糖尿病炎症反应，抗血小板聚集、保护神经细胞等作用^[2-4]；黄芪注射液可改变血液流变性，抑制血管内皮生长因子、转化生长因子 B₁ 的过度表达。^[5]

综上所述，中西医结合治疗糖尿病褥疮疗效显著，值得在临床推广。

参考文献：

[1]王垣,杨永年.糖尿病现代治疗学[M].北京:北京科学出版社,2005:165
[2]孙晓玲,张秀薇,陈伟坤等.丹参酮对 2 型糖尿病高 C 反应蛋白的作用[J].现代中西医结合杂志,2005,14(12):1543-1544
[3]常明,何金森.丹参酮 II A 对心血管影响的研究进展[J].河南中医,2006,26(1):85-87
[4]白如君,褚伟,徐洁.丹参提取液对糖尿病大鼠血浆 ET,TXB-2,6-Kcto-PGF-(1a)的影响[J].湖北中医学院院报,2006,8(3):11-12
[5]计磊,潘美妍,王璐.黄芪注射液治疗糖尿病肾病的疗效[J].实用医药杂志 2006,23(4):439

编号：J-10032504（修回：2010-05-07）

醒脑静注射液治疗尿毒症脑病的疗效观察

Effective observation on treating uremic encephalopathy with Xingnao Jing injection

覃正壮¹ 吴 峰²

(1.广西贵港市中医院, 广西 贵港, 537100;

2.上海曙光医院, 上海, 200000)

中图分类号: R692.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0072-02 证型: DBG

【摘要】 目的: 观察醒脑静注射液治疗尿毒症脑病的疗效。方法: 将 60 例尿毒症脑病患者随机分为治疗组 30 例和对照组 30 例, 对照组予常规血液透析滤过治疗, 治疗组在常规血液透析滤过基础上加用醒脑静注射液治疗, 2 组治疗 14d 后观察疗效、血清尿素氮 (Bun)、肌酐 (Scr)、B2-MG、及电解质情况。结果: 治疗组的总有效率为 96.7%, 对照组总有效率为 83.3%, 2 组相比有显著性差异 ($P<0.05$)。2 组生化指标治疗前后对比有显著性差异 ($P<0.05$)。2 组各生化指标治疗后组间对比无显著性差异 ($P>0.05$)。结论: 血液透析滤过合醒脑静注射液治疗尿毒症脑病有显著疗效。

【关键词】 尿毒症脑病; 血液透析滤过; 醒脑静注射液; 中成药治疗

本人 2009 年在上海中医药大学附属曙光医院肾病内科进修, 期间我们回顾性分析于 2007 年 1 月~2009 年 10 月, 采用血液透析滤过合醒脑静注射液治疗尿毒症脑病, 取得了较满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.2 参照 2001 年 2 月王海燕主编的《肾脏病学》第二版关于尿毒症脑病诊断拟定: ①符合慢性肾衰竭尿毒症期 (计算肌酐清除率 $<10\text{ml/min}$); ②均有中枢神经系统异常的症状体征。主要表现为: 嗜睡、朦胧及意识模糊, 谵妄、幻觉及狂躁, 判断、定向及自知力障碍, 扑击样震颤、惊厥、抽搐及昏迷; ③头部 CT 检查均为阴性。

1.3 纳入标准: 合上述诊断标准, 实验室检查肝功能正常、血糖波动在 $5.5\sim15.0\text{mmol/L}$ 。

1.4 排除标准: ①透析失衡综合征; ②脑血管意外及其它原因引起的脑病; ③有精神病史。

1.5 一般资料: 60 例患者, 均为上海曙光医院肾病内科 2007 年 1 月~2009 年 10 月住院及急诊观察病人。其中嗜睡、昏睡及意识模糊 18 例, 谵妄、幻觉及狂躁 10 例, 判断、定向及自知力障碍 13 例, 扑击样震颤 11 例、抽搐及昏迷 8 例。而未进入透析前发病的 36 例 (占 60%), 不充分透析发病的 19 例 (31.7%), 每周 2~3 次的规则普通血液透析发病的 5 例 (8.3%), 透析龄 3 月~8 年。血尿素氮: $14\sim59\text{mmol/L}$, 血肌

酐: $761\sim1603\mu\text{mol/L}$, 所有的患者均行头颅 CT 检查, 未见明显异常表现。将 60 例患者随机分为两组。治疗组 30 例, 男 19 例, 女 11 例; 年龄 $14\sim76$ 岁, 平均 66 岁。对照组 30 例, 男 18 例, 女 12 例; 年龄 $15\sim78$ 岁, 平均 64 岁。经统计学分析, 两组性别、年龄、病程、病情、血尿素氮、血肌酐等临床资料无统计学差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法: 治疗组采用血液透析滤过, 日本 NIKK ISO DBG-02 机器, 聚砜膜 F60、膜面积 1.3m^2 血滤器。置换液 8L 后稀释, 血液透析滤过 4h, 初次透析者。HDF2h, 血液滤过 2h; 用碳酸氢盐透析液, 普通肝素抗凝, 首剂 $20\sim30\text{mg}$, 每小时追加 8mg , 血流量 $200\sim250\text{ml/min}$; 对症: 常规控制血压、血糖, 纠正贫血, 积极抗感染, 对精神神经症状重者给予口服镇静剂如地西洋或阿普唑仑, 抽搐频繁者予静脉注射地西洋。治疗组在此基础上加用醒脑静注射液 30ml 加入 5%葡萄糖液 250ml 中静脉点滴, 1 次/d, 7d 为一个疗程, 连用 2 个疗程。14d 后进行疗效比较。

2.2 观察指标

治疗前、治疗后 14d 检测患者的晨血清 BUN, Scr, K^+ , Na^+ , Cl^- , $\beta_2\text{-MG}$ 含量; 每天监测生命征观察记录相关临床表现。

2.3 疗效评定标准

2.3.1 显效: 尿毒症脑病症状完全消失; 有效: 尿毒症

脑病症状缓解；无效：尿毒症脑病症状无明显缓解。

2.3.2 检测项目：治疗前及治疗后第 14d 测清晨血肌酐（SCr）、尿素氮（BUN）、钾、钠、氯、B2-MG 水平。

2.3.3 平均显效时间

显效病例脑病症状消失的平均天数。

2.4 统计学处理

使用 PEMS 软件包进行统计学分析，计量资料用 *t* 检验，计数资料用卡方检验。

3 结果

3.1 临床疗效比较

治疗组显效 22 例，有效 7 例，无效 1 例，总有率 96.7%。平均显效时间 4d；对照组显效 19 例，有效 6

例，无效 5 例，总有效率 83.3%，平均显效时间 13d；两组总有效率及平均显效时间比较均有明显差异，治疗组疗效优于对照组（*P*<0.05），见表 1。

表 1 两组疗效比较（例）

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率（%）	平均显效时间（d）
治疗组	30	22	7	1	96.7*	4*
对照组	30	19	6	5	83.3	13

注：与对照组比较，**P*<0.05。

3.2 两组治疗前后生化指标比较

2 组自身生化指标治疗前后对比有显著性差异（**P*<0.01）。2 组组间生化指标治疗后对比无显著性差异（*P*>0.05），见表 2。

表 2 两组治疗前后各生化指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ， $\times 109/L$ ）

组别		BUN（mmol/L）	Scr（ μ mol/L）	K ⁺ （mmol/L）	Na ⁺ （mmol/L）	Cl ⁻ （mmol/L）	β_2 -MG（ μ g/ml）
治疗组	治疗前	29.2 $\pm$ 4.2	991.2 $\pm$ 118.7	5.5 $\pm$ 1.6	140 $\pm$ 19	85 $\pm$ 10	398 $\pm$ 39
	治疗后14d	10.7 $\pm$ 2.1* [△]	398.2 $\pm$ 97.2* [△]	4.5 $\pm$ 1.2* [△]	138 $\pm$ 15 [△]	98 $\pm$ 11 [△]	121 $\pm$ 24* [△]
对照组	治疗前	28.9 $\pm$ 4.6	988.2 $\pm$ 122.6	5.4 $\pm$ 1.5	139 $\pm$ 18	88 $\pm$ 11	396 $\pm$ 36
	治疗后14d	11.3 $\pm$ 2.2*	403.2 $\pm$ 96.2*	4.7 $\pm$ 1.0*	137 $\pm$ 17	97 $\pm$ 10	122 $\pm$ 23*

注：2 组自身治疗前后比较，**P*<0.01；2 组组间治疗后对比[△]*P*>0.05。

4 讨论

尿毒症脑病是慢性肾衰竭晚期的严重并发症之一，尿毒症脑病与尿毒症毒素、水、电解质、酸碱平衡失调，脑代谢障碍，神经细胞和胶质细胞的跨膜离子交换异常等因素有关^[1]。 β_2 -微球蛋白也是引发尿毒症脑病的因素之一^[2]，因此治疗尿毒症脑病除对症处理外，应用血液净化清除中小分子毒素，纠正水、电解质及酸碱失衡是关键，管氏^[3]报道血液透析滤过不仅能清除中分子物质，还能保证不影响小分子毒素的清除效果，同时具有心血管稳定的特点。治疗尿毒症脑病疗效肯定。

尿毒症脑病属于传统医学“眩晕”、“癫痫”、“厥证”、“痉病”等范畴。何廉臣《重订广温热论》中所言“溺毒入血，血毒上脑之候，头痛而晕，视物蒙眬，耳鸣耳聋、恶心呕吐、呼吸带有溺臭，间或猝发癫痫状，甚或神昏痉厥，不省人事，寻衣撮空，舌苔起腐，兼有黑点。”强调尿毒症脑病的病机关键在于“溺毒”。溺毒波及于脑而产生嗜睡、谵妄、昏迷、扑翼样震颤、抽搐、偏瘫、精神欣快、精神抑郁、癫痫样发作等症状。为脾肾亏虚，痰湿瘀热毒胶结上蒙清窍而发病，醒脑静是安宫牛黄丸改制而成的水溶性注射液。主要成分为牛黄、麝香、冰片、栀子、郁金等。麝香气味芬芳，善于走窜，具有开窍通闭的性能，为醒脑回苏之要药。冰片辛香走窜，助麝香通窍，并有清热解毒之功；栀子性苦寒，芳香开窍清热凉血清解毒邪，郁金性苦寒，能清热泻火，凉血解毒，化痰开窍，通

窍醒神以协同开窍通路；黄连清上焦之热。以上药物伍用有开窍醒神，行痰通瘀，清热之功，正切合本病病机。

据报道醒脑静注射液有清除脑水肿、防止脑疝、改善大脑血氧供应、调节能量代谢、清除自由基及促进脑细胞康复等作用^[4]。另有研究醒脑静注射液可透过血脑屏障，通过抑制血管通透性、抗氧化、清除氧自由基及抑制炎症因子的释放，改善缺氧脑细胞的水、电解质代谢，增强组织细胞耐缺氧能力，从而减轻脑水肿、降低颅内压、保护脑神经^[5]对意识障碍性疾病有良好的效果^[6]。

参考文献：

- [1]毕增祺.慢性肾功能衰竭(临床防治与基础)[M].北京:中国协和医科大学出版社,2003,106-112
- [2]周厚荣,程世平,张谦.血液透析抢救治疗尿毒症脑病 20 例临床分析[J].实用中西医结合临床,2005,5(4):26-28
- [3]管薪,陈东溟,孙艺.慢性肾衰竭并发尿毒症脑病 17 例分析[J].中国误诊学杂志,5 月,2006,6(9):1780-1781
- [4]沈思玉,傅晓东.醒脑静注射液的临床应用进展[J].中国中医急症,2001,1(13):49-51
- [5]陈坚,张素平,徐武华等.醒脑静注射液对急性脑出血患者血中细胞因子水平影响的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2004,11(4):224-226
- [6]刘国华,王淑芳,张金伟等.醒脑静注射液治疗脑干首端综合征 1 例[J].安徽中医临床杂志,1999,11(2):107

编号：EA-100330221（修回：2010-05-12）

中西医结合在治疗糖尿病周围神经病变中的应用

Application of in treating diabetes peripheral neuropathy in the integrative medicine

裴有福

(青海省化隆县昂思多中心卫生院, 青海 化隆, 810903)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0074-02 证型: DGB

【摘要】 目的: 探讨中西医结合疗法治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效; 方法: 将我院 60 例糖尿病周围神经病变者随即分为治疗组 30 例, 对照组 30 例, 治疗组在对照组常规应用西药的基础上给予黄芪桂枝五物汤加减辨证治疗, 两组均治疗 1 个疗程后将 2 组疗效进行比较研究; 结果: 治疗组总有效率明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 这表明应用黄芪桂枝五物汤加减辨证联合西药治疗糖尿病周围神经病变的临床效果明显优于单用西药的临床治疗效果; 结论: 中西医结合治疗糖尿病周围神经病疗效显著、标本兼治, 具有较大的临床应用价值。

【关键词】 糖尿病; 周围神经病变; 黄芪桂枝五物汤

糖尿病周围神经病变是糖尿病常见而难治的慢性并发症之一, 发生率高达 60%~90%。其病变以远端原发性感觉神经病变和植物神经病变最常见。其特点以感觉神经受累较早, 以肢体疼痛麻木为突出特点^[1]。若治疗不及时, 最终会发展为皮肤溃疡、坏疽, 最终导致截肢。其治疗的困难性以及晚期不可逆性, 给患者带来极大的痛苦, 我院从 2007 年 8 月~2009 年 9 月采用中西医结合疗法治疗 30 例糖尿病周围神经病变患者, 取得满意的临床效果, 现结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2007 年 8 月~2009 年 9 月选择在我院接受治疗的糖尿病周围神经病变患者 60 例, 其中男 38 例, 女 22 例; 年龄 35~75 岁, 平均年龄 55.3 ± 7.3 岁; 所选 60 例患者均符合 1999 年 WHO 制定的糖尿病诊断标准^[2], 全部病例为 2 型糖尿病, 糖尿病史 5~28 年, 糖尿病周围神经病变病程 1~15 年, 平均 (8.3 ± 5.7) 年。DPN 的诊断标准参照吕仁和主编的《糖尿病及其并发症中西医结合诊治学》(1997 年人民卫生出版社出版) 中的相关标准制定: 有肢体感觉、运动神经病变表现, 如肢体麻木及针刺样或烧灼样疼痛、冷痛、闪痛或刀割样疼痛, 肌肉萎缩无力, 深浅感觉明显减退, 膝、跟腱反射减弱或消失; 肌电图示运动神经和感觉神经传导速度减慢; 除外其它原因所致的神经病变。入选

的所有患者均自愿参加, 工作生活稳定, 自愿配合治疗观察。

1.2 治疗方法

将 60 例糖尿病周围神经病变患者随即分为治疗组和对照组, 治疗组 30 (男 17, 女 13) 例, 对照组 30 (男 18, 女 12) 例。两组患者在性别、年龄、病程及临床表现等一般资料差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。所有患者首先给予常规糖尿病饮食; 控制血糖应用皮下注射胰岛素, 使血糖浓度保持稳定(空腹血糖降至 7.8 mmol/L 以下, 餐后 2h 血糖降至 11.1 mmol/L 以下), 对照组患者均给予口服诺合龙, 每日 1~2 次, 4 周为一疗程。治疗组患者在对照组治疗基础上配合中药黄芪桂枝五物汤加减辨证治疗, 症状重者再用本方药渣煎水外洗患肢。处方: 黄芪 30g、桂枝 15g、白芍 15g、丹参 10g、桃仁 10g、茯苓 20g、红花 15g、威灵仙 15g、桑枝 20g、牛膝 15g、生姜 7.5g、南枣 8 枚。患肢痛甚者加细辛 5g, 鸡血藤 30g, 制川乌 7.5g 或制草乌 7.5g; 患肢麻木甚者加蜈蚣 2 条, 全蝎 6g, 水蛭 10g。上药水煎取汁 200ml, 早晚各服 100ml, 1 剂/d, 4 周为 1 个疗程。

1.3 疗效判断

参照郑筱英主编, 中药新药临床研究指导原则(试行)制定。两组均治疗 1 个疗程, 显效: 自觉症状消失, 深、浅感觉及腱反射基本恢复正常, 肌电图神经

传导速度较前增加 5m/s；有效：自觉症状明显减轻，深浅感觉及腱反射未能完全恢复正常，肌电图神经传导速度较前增加 3m/s；无效：自觉症状无好转，深浅感觉及腱反射无改善，肌电图神经传导速度无变化。显效率+有效率=总有效率。

表 1 治疗组和对照组治疗 DPN 的疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	16	11	3	90.0%*
对照组	30	8	12	10	66.70%

注：*P<0.05。

3 讨 论

糖尿病周围神经病变可与糖尿病同时发生，亦可为糖尿病的首发症状或在血糖控制良好情况下出现^[3]。糖尿病周围神经病变是造成糖尿病患者下肢及足慢性难治性溃疡以及干性坏疽、湿性坏疽与截肢（趾）的主要原因之一，目前在非创伤原因造成的截肢中，50%~75%是由于糖尿病神经病变造成的，给患者带来极大的痛苦，造成了沉重的经济和社会负担。糖尿病周围神经病变的发生是多因素的，发病机理较为复杂，但普遍认为是在糖尿病状态下微血管受损及血流动力学异常、代谢紊乱、神经营养因子减少等多种因素共同作用，造成血小板粘附、聚集、活化、释放血小板生长因子，前列腺素α、5-羟色胺引起血管收缩、狭窄、闭塞，从而导致神经组织缺氧，以及多元醇通路代谢活跃，组织氧化代谢增加使神经组织受损，糖代谢异常对神经组织起直接影响^[4]。在中医中糖尿病周围神经病变属于“痹证”、“痿证”范畴，其病机多属阴津亏损、血失濡润而成瘀，导致气血不畅，脉络痹阻，筋脉失养，病情迁延日久，致气阴两虚，或阴损及阳，阴阳两虚，或脉络瘀阻、痰阻经络，四肢肌体失养而发为本病^[5]。总的认为：该病乃因消渴日久，耗伤正气，阴阳气血、脏腑受损，不荣则痛且痿；久病入络，痰瘀痹阻则痛。本病病理可概括为虚和瘀，虚为气血阴阳虚损，瘀为瘀血，贯穿疾病始终，因虚致瘀，虚瘀夹杂，以虚为本，以瘀为标^[6]。黄芪桂枝五物汤源于《金医要略》，是治疗“血痹”的有效方剂。方中黄芪，补气升阳，行血通痹为君；辅以桂枝，温通经脉，和营行瘀，通阳除痹止痛；芍药，入营血，

1.4 统计学处理：使用 SPSS 13.0 对各项资料进行统计、分析，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

治疗组疗效与对照组比较，治疗组总有效率明显高于对照组，差异具有统计学意义($P<0.05$)（见表 1）。

补血敛阴，缓急止痛；生姜、大枣，补虚而调营卫；全方共成补气活血通痹止痛之效。常在此方的基础上，加用活血祛瘀的丹参、桃仁、红花；祛湿涤浊之茯苓；搜风通痹之威灵仙，桑枝，蜈蚣、全蝎、水蛭等，强筋健骨、引药下行之牛膝，取其深入隧络，缓攻搜剔之法治疗本病。本组研究结果发现，采用黄芪桂枝五物汤联合常规西药治疗糖尿病周围神经病变的 30 例患者，总有效率明显高于单纯应用西药的对照组，且差异具有统计学意义($P<0.05$)，这表明采用中西医结合治疗 DPN 的临床效果明显优于单纯西药的临床治疗效果。因此，中西医结合治疗糖尿病周围神经病变具有标本兼治、疗效显著的特点，具有较大的临床应用价值。

参考文献：

[1]梁家利.糖尿病周围神经病变的中医治疗进展[J].云南中医中药杂志,2008,29(5):54-56

[2]Apelqvist J,Bakker K,van Houtum WH,eta1.International consensus and practical guidelines on the management and the pre-vention of the diabetic fo ot.In ternational working Group on the Diabetes Foot[J].Diabetes Metab Res R ev,2000,16(suppl1):84-92

[3]于翰,柳洁.糖尿病周围神经病变的研究进展[J].山西医药杂志,2007,36(9):731-734

[4]龙卫平.中医药治疗糖尿病周围神经病变研究进展[J].河北中医,2008,30(3):823-825

[5]潘大军.中医药治疗糖尿病周围神经病变[J].河南中医,2008,28(10):93-94

[6]李岩.当归四逆汤合补阳还五汤治疗糖尿病周围神经病变 30 例[J].山东中医杂志,2008,27(6):183-184

编号：Y-10041291（修回：2010-05-06）

糖尿病肾病的辨证施治

Dialectics on diabetic nephropathy by giving of treatment

欧秀娟

(广东省广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州, 510405)

中图分类号: R692 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0076-02 证型: DBG

糖尿病肾病是指因糖尿病的发展而导致肾小球硬化出现的一种症状,是以血管损害为主的肾小球病变。当今糖尿病病人死亡原因除了多见的心脑血管病变外,特别是青年糖尿病人由肾脏病变进展至肾功能衰竭则是常见的死因之一,在治疗及护理糖尿病病人的过程中,中医“未病先防,既病防变”的原则显得更为重要。

据相关资料报道,糖尿病并发肾病的比例日益增多,约占糖尿病病人中的 24%。因此在专科的护理工作中,护士除了准确及时执行医嘱外,同时加强对病人的临床观察以提供病情的动态信息、到位的健康教育也是一项不容忽视的工作及使命。糖尿病肾病的发展可分为五期,现通过学习专科知识及结合临床工作,谈谈糖尿病肾病分期的观察及护理:

1 临床表现

1.1 糖尿病肾病的一期和二期没有任何的临床表现,只是肾脏在病理上的一些改变,实验室检查也没有异常。故在糖尿病肾病的一期和二期中,常被容易忽视,因此“治未病”在这阶段开始实施:加强对糖尿病病人的健康宣教工作,指导他们正确就诊用药,合理饮食,适当运动,控制血糖、监测血压,定期进行相关检查等,以防病情发展。

1.2 糖尿病肾病三期,大部分病人没有临床表现出现,有小部分病人伴血压偏高,在医院实验室中“尿微量白蛋白”的测定可反映出“微量白蛋白排泄率”增高(大于 200 微克/分),这一阶段的病理改变是可逆性的,也就是说在这期积极配合治疗及护理,糖尿病肾病可以逆转到正常。因此在糖尿病肾病的发生发展中此期的防治十分重要,要继续对患者进行糖尿病的宣教工作:用通俗易懂的方法说明糖尿病肾病的发生发展情况,告知其应保持情绪平稳,心境舒畅,不宜惊慌过度,中医认为“恐伤肾”;定期测量血压及血糖,按时服药,指导患者根据自己的身高及体重计算每日总摄入量,教会其进行常见食物的热量交换份数及三

餐食物荤素搭配、饮食禁忌等,通过学习了解糖尿病饮食的重要性,使之更好地控制血糖。

1.3 糖尿病肾病四期,病人已出现临床表现,常规的尿蛋白定量检查可以查出肾脏排出蛋白增多,少数病人在血浆蛋白降低前可有轻度浮肿,见眼睑先出现浮肿,随着肾脏病变的进一步发展,尿蛋白逐渐变为持续性重度蛋白尿,表现为明显的全身浮肿,高血压,可伴随出现恶心呕吐,贫血等症状;此期病人以控制血糖血压为主,血糖过高过低都不利于肾功能稳定,而肾功能情况直接影响到血压的高低,护理应做好以下几方面:

1.3.1 加强基础护理

多巡视,做好各项基础护理,严重浮肿者不宜进行运动,应多卧床休息,保护好皮肤,防止出现皮损、感染而加重病情,准确记录出入量和尿量,出现呕吐应及时清理呕吐物,保持室内环境整洁,空气清新;按医嘱使用止呕药后应注意疗效,胃纳欠佳者及时调整食物,确保总热量的摄入,避免低血糖发生。

1.3.2 控制血糖在良好水平

根据医嘱定时监测血糖,正确按医嘱使用胰岛素,仔细观察治疗后的反应,如血糖及尿酮体的变化,肾功能的改变等,指导患者严格执行糖尿病饮食计划,尽可能使血糖控制在 7.0mmol/L 以下。

1.3.3 控制血压平稳

糖尿病肾病患者绝大多数都出现血压持续性升高,而高血压对其肾脏病变的进展有重要影响,需每日常规监测病人血压,血压大于或等于 150/90mmHg 时,患者都可以遵医嘱使用降压药物;做到准确测量,认真记录,细心观察使用降压药后血压波动情况,随时向医生报告,以及时调整降压药的应用。

1.3.4 注重血管保护

糖尿病肾病患者常出再四肢浮肿,皮肤及血管弹性差、血管细、脆性大,因此在进行各种静脉穿刺时注意动作轻柔,可适当选择小号针头,尽可能做到一

针见血, 自觉遵循血管由远到近进行穿刺的原则, 输液过程中多视察, 发现药液外溢时尽快处理; 前臂的动、静脉尽量保护好, 以便需血液透析时使用。

1.3.5 饮食指导

糖尿病肾病与糖尿病两者之饮食是有区别的, 对于糖尿病肾病患者的饮食, 除应遵循糖尿病低热量的饮食原则外, 更应限制蛋白质和钠盐的摄入。近年来, 认为长期摄入过多的蛋白质饮食是引起糖尿病肾病的一种危险因素, 故主张糖尿病肾病应长期摄取优质低蛋白饮食。所谓低蛋白, 就是按每日摄入 $0.5 \sim 0.8 \text{g/kg}$ 为宜; 所谓优质, 牛奶蛋白质最好, 其次是鸡蛋或其它禽蛋蛋白, 再次是鱼类蛋白, 瘦肉蛋白, 植物蛋白为劣质蛋白, 比如豆制品, 日常的面包、馒头所含的蛋白应该限制, 以免增加肾脏负担。糖尿病肾病饮食还应注意高钙低磷, 很多高钙食物也是高磷食物, 如动物的脑和内脏、排骨、虾皮等不宜多吃, 同时适当补充纤维素、维生素, 铁质等也很重要, 所以可多吃玉米等粗粮及新鲜蔬菜等有益食物。在烹调过程中少放盐, 每日食盐量控制在 $3 \sim 6 \text{g}$ 为宜, 并减少脂肪的摄入, 多采用单不饱和脂肪, 如橄榄油、菜籽油、芥花油等。对于有浮肿、少尿症状时, 一般将水分摄入量限制在尿量+300ml 左右, 如未出现少尿症状时饮水量应与当天排出的尿量相等。

除此之外, 中医常据“天人合一”的整体营养观, 运用食物来达到补虚、泻实、调整阴阳为目的, 同时又主张因时、因地、因人、因病的不同, 饮食内容也应有所变化, 做到“审因用膳”和“辨证用膳”, 故在治疗过程中, 我们应根据医生对患者作出的辨证为主, 结合护理工作的特点, 做到辨证施护:

1.3.5.1 风水相搏、湿热内蕴者出现尿少, 可用白茅根, 浮萍草, 玉米须等煎水代茶饮。

1.3.5.2 肾阴亏虚者可艾灸肾俞、关元、三阴交等穴, 口渴时可用枸杞子、鲜生地煎水代茶饮。

1.3.5.3 燥热伤肺者多食凉性的食物, 可以鲜芦根及天花粉煎水代茶饮, 汤药宜凉服, 大便秘结时可用大黄、玄参泡水, 亦可遵医嘱给予中药保留灌肠, 注意观察药后效果及反应, 做好记录, 同时保持肛周皮肤清洁。

1.3.5.4 水气凌心胸闷气促浮肿者宜取半卧位, 予氧气

吸入, 忌辛辣、醇酒、咖啡、浓茶等, 宜进食莲子, 桂圆、大枣、山药、甲鱼等。

1.3.5.5 湿毒上泛恶心呕吐不止者, 可服热姜水或按医嘱针刺内关穴以减轻症状。

1.3.5.6 阳水兼风者, 中药不宜久煎, 宜热服盖被, 食物可给予清热利水之品, 如冬瓜赤小豆煲鲫鱼, 汤宜热食后安卧, 以助汗出。

1.3.5.7 阴水证者, 中药宜浓煎并少量多次温服, 若恶心呕吐明显者在服药前可用生姜擦舌, 或服药后用姜汁滴于舌面, 进食富于营养的食物。

1.3.5.8 脾虚湿困者, 可给干姜茯苓红枣粥或鲤鱼汤, 伴腹胀者应少食产食物, 可在鲤鱼腹内放葱、姜、蒜、小茴香等清蒸后食肉喝汤, 其实选用淮山茨实薏米煲瘦肉汤也较好。

1.4 糖尿病肾病五期, 是因血糖及血压长期未能控制致肾脏功能进一步恶化, 导致肾衰的出现, 需要进行血液透析及肾移植术, 临床上常以透析为主治疗终末期肾病, 对进行腹透或血透的患者应严格遵守无菌操作, 加强腹部及瘻口的皮肤护理, 应注意保护好血管内瘻, 防止感染及瘻管脱落, 严密观察透析情况, 当患者出现阴虚阳浮神昏迷蒙时必须按昏迷常规护理, 按医嘱针刺人中、十宣、涌泉等穴, 配合医生积极抢救。

2 小 结

糖尿病肾病病情长, 并存其它疾病多, 年龄较大的患者居多, 故护士工作的态度显得很重要, 精心护理、耐心宣教、热情主动沟通、关心体贴对待病人等, 建立良好的医患关系来取得病人及家属的信任。按辨证指导合理调整膳食, 反复宣教有关医疗常识方面内容, 积极调动家属一起关心病人; 在中医理论的基础上注重七情与疾病的康复关系, 在治病及防病过程中, 应使患者保持乐观积极的心态, 告知患者七情对疾病的影响, 教会患者自我调控情绪的方法, 如移情法, 冥想法, 放松法等, 耐心进行心理护理, 使患者机体处于平衡状态, 情志畅顺, 气血得以运行从而获得良好的疗效。因此, 临床工作中, 护理在治疗疾病过程中起着极其重要的作用。

编号: A-0021 (修回: 2010-05-06)

中医综合治疗脾虚湿阻型单纯性肥胖 48 例

Treating 48 cases of spleen dampness obesity in TCM

樊红霞¹ 吴牵峰²

(1.郑州市第一按摩医院, 河南 郑州, 450000; 2.郑州人民医院, 河南 郑州, 450003)

中图分类号: R589.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0078-02 证型: DGB

【摘要】 目的: 观察中医综合治疗脾虚湿阻型单纯性肥胖的疗效。方法: 对 48 例脾虚湿阻型肥胖患者采用中药内服、针刺治疗及耳穴贴压综合治疗, 2 月为 1 疗程。结果: 48 例患者治疗后体重下降及腰围、臀围减少有显著性意义 ($P<0.05$), BMI 下降差异有显著性意义 ($P<0.05$)。结论: 中医综合治疗脾虚湿阻型单纯性肥胖有明显疗效。

【关键词】 单纯性肥胖; 脾虚湿阻型; 中药内服; 针刺治疗; 耳穴贴压

单纯性肥胖是指非特殊疾病引起, 而单纯由于营养过度所造成的全身性脂肪的过量积累。本病可发生于任何年龄, 多因饮食过度, 营养过盛, 摄入热量过多, 体内脂肪堆积过多而成。肥胖不仅影响体态和活

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病例 48 例, 均为门诊患者, 其中男性 18 例, 女性 30 例; 年龄最小者 17 岁, 最大者 58 岁; 病程最短者 3 年, 最长者 20 年, 治疗前体重 60~118kg, 平均体重 $79.6\pm 10.7\text{kg}$, BMI $24.0\sim 27.9\text{kg/m}^2$ 16 例, 28.0kg/m^2 以上 32 例, 平均 $28.93\pm 3.54\text{kg/m}^2$ 。

1.2 诊断标准

参照《单纯性肥胖病的诊断及疗效评定标准》^[1] 及国际生命科学学会提出的“中国成人体重指数分类的建议”^[2], 以体重指数 (BMI) 为评估指标, $\text{BMI}=\text{体重}(\text{kg})/\text{身高}^2(\text{m}^2)$ 。中国人 BMI 在 $18.5\sim 23.9\text{kg/m}^2$ 为适宜范围, $24.0\sim 27.9\text{kg/m}^2$ 为超重, 28.0kg/m^2 以上为肥胖。

1.3 纳入标准

①符合单纯性肥胖脾虚湿阻型诊断标准: 症见形体肥胖, 肢体困倦, 眩晕, 纳少呕恶, 便溏尿少, 下肢或时有轻度水肿, 舌淡苔腻, 边有齿痕, 脉濡或滑。②通过问诊、体检和实验室检查排除继发性肥胖。

1.4 排除标准

①继发性肥胖, 妊娠和哺乳期妇女; ②合并有心脑血管、肝肾等严重原发性疾病者; ③正在进行或近 2 个月进行了其他减肥治疗者; ④未按规定疗程进行治疗者。

2 治疗方法

2.1 中药治疗

本组病例证属脾虚湿阻, 治则健脾益气利湿。方用参苓白术散合防己黄芪汤加减: 黄芪 25g, 白术 10g, 茯苓 15g, 薏苡仁 20g, 防己 10g, 苍术 10g, 泽泻 18g, 莱菔子 15g, 甘草 5g, 临症加减化裁, 日一剂, 水煎服, 一日两次温服, 连服 2 月为一疗程。

2.2 针刺治疗

主穴取中脘、天枢、大横、水分、丰隆, 配穴为梁丘、血海、足三里、阴陵泉。患者取仰卧位, 常规消毒进针, 得气后主穴连接 G6805 电针治疗仪, 施以疏密波, 以患者能耐受为度, 留针 30 分钟, 隔天一次, 10 次为一疗程, 休息一周后进行下一疗程治疗, 连续治疗 2 月为一疗程。

2.3 耳穴贴压

穴取口、胃、脾、肺、大肠、三焦、内分泌、皮质下、饥点; 每次取一侧耳穴, 采用耳穴磁珠贴贴压于以上各穴敏感处, 嘱患者每天有饥饿感或饭前 30 分钟按压穴位, 强度以能耐受为度, 每穴每次按压 50 次, 三日后更换对侧耳穴贴压, 2 月为一疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

治疗前后体重、腰围、臀围、体重指数 (BMI)

的变化。

3.2 疗效标准

参照《单纯性肥胖病的诊断及疗效评定标准》^[1]及国际生命科学学会提出的“中国成人体重指数分类的建议”^[2]拟定：临床痊愈：体重下降并达到标准体重范围以内，BMI 接近 23，且有关症状消失；显效：体重下降 5kg 以上，BMI 下降>4，有关症状基本消失；有效：体重下降 5kg 以下、2kg 以上，BMI 下降<4，但≥2，有关症状减轻；无效：体重无变化或下降不足

2kg，BMI 下降<2，相关症状未减轻。

3.3 统计学方法

计数资料采用 χ^2 检验，计量资料采用 t 检验，所有数据均在 SPSS10.0 统计软件包中进行处理。

3.4 治疗结果

连续治疗 1 个疗程后，48 例患者显效 11 例，有效 32 例，无效 5 例，总有效率 89.6%。治疗前后体重下降及腰围、臀围减少有显著性意义 ($P<0.05$)，BMI 下降差异有显著性意义 ($P<0.05$)。结果见下表：

表 治疗前后体重、腰围、臀围、BMI 参数比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	例数	体重 (kg)	腰围 (cm)	臀围 (cm)	BMI (kg/m ²)
治疗前	48	79.6±10.7	89.53±8.57	97.42±5.36	28.93±3.54
治疗后	48	74.58±10.3	84.73±8.31	95.36±6.22	27.25±3.16

4 讨论

祖国医学认为，肥胖多与“痰湿”、“胃热”、“脾虚”、“气虚”等几方面有关。脾虚生湿，湿聚生痰，气机壅滞，瘀血内生，膏脂郁积，经气不运，湿困脾胃，肝脾失调，久病及肾，脾肾两虚，则肥胖诸症丛生。本病以脾虚、肾虚、肝气郁滞为本，痰、热、湿、血瘀、膏脂为标，即“本虚标实”之症^[3]。1991 年上海召开全国第三届肥胖病研究学术会议所制定的单纯性肥胖症中医辨证分型标准，可将单纯性肥胖症分为：脾虚湿阻型、胃热湿阻型、肝郁气滞型、肾脾阳虚型、阴虚内热型共五型。

本组所选病例证属脾虚湿阻型肥胖，治以益气健脾，化痰利湿。方中黄芪、茯苓、白术补脾肺之气以助运化，苍术、泽泻温化痰湿之阴邪，泽泻、薏苡仁健脾渗湿，防己祛风行水，泻下焦湿热；甘草调和诸药，健脾和中，全方共奏健脾益气、化水利湿之功；针刺选穴以脾胃经为主，通过刺激相应的穴位，调理内分泌及调整脾胃功能，靠机体自身的生命机能来自行调节，促进代谢，促进脂肪运动和分解，增加能量消耗，标本兼顾，使机体达到一个正常的生理平衡^[4]，辅以电针进一步加强针刺效果，能明显抑制食欲，减少食物摄入量，加速肠蠕动，加快代谢废物的排泄，且局部的振动使神经肌肉组织产生兴奋作用，促使腹部肌肉收缩，增加能量消耗^[5]；耳穴取口、胃、脾、饥点可有效控制食欲，肺、大肠可清利胃肠，加速代

谢，内分泌、皮质下、三焦等穴可调节内分泌，通利水道，消除体内多余的水分；多方法并举，共奏健脾益气、降脂减肥之功。

随着生活条件的改善，肥胖病日益增多，已逐渐成为一个社会问题，减肥方法的研究也受到普遍关注。本法采用中医综合治疗单纯性肥胖病具有疗效高、无副作用、无反弹的特点，不失为一种有益健康的绿色减肥方法。

参考文献：

[1]危北海,贾葆鹏.单纯性肥胖病的诊断及疗效评定标准[S].中国中西医结合杂志,1998,18(5):317
[2]宁傲霜,杨金生,卫兰香等.针刺为主治疗单纯性肥胖疗效观察[J].Chinese Acupuncture & Moxibustion,2005,25(11):115
[3]郭澄,魏道智,陈海华等.中医药减肥疗法的研究概况[J].中药材,2002,25(7):534
[4]王寅.针灸减肥[N].中国中医药报,2003,8.28,5
[5]邓元江,刘卫英,欧阳亮.电针、体针治疗单纯性肥胖的疗效对比观察[J].中国中医药信息杂志,2003,10(9):72

作者简介：

樊红霞 (1975-), 女, 1998 年毕业于河南中医学院, 主治医师, 硕士学位。
吴牵峰 (1973 -), 男, 1997 年毕业于河南中医学院, 主治医师, 硕士学位。

编号：EA-100329212 (修回：2010-05-03)

中西医结合治疗肾病综合征 23 例临床观察

Clinical observation on treating 23 cases of nephrotic syndrome in the integrative medicine

王素君

(郑州市第三人民医院, 河南 郑州, 450000)

中图分类号: R692 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0080-01 证型: DBG

笔者采用中医益气健脾温肾化瘀利水之法治疗肾病综合征 23 例, 获得满意效果, 现报告如下。

1 一般资料

23 例中男 14 例, 女 9 例; 年龄最大 63 岁, 最小 11 岁; 病程最长 3 年, 最短 2 月; 尿蛋白(++++) 15 例, (+++) 8 例; 明显水肿 19 例; 有腹水者 16 例。

2 治疗方法

方药组成: 黄芪、党参、白术、茯苓、猪苓、车前子、地茅、巴戟天、泽兰、益母草、丹参、金樱子、芡实。若阳虚甚者加附子、干姜; 阴虚甚者加女贞子、杞子; 血虚甚者加当归、首乌; 尿血甚者加白茅根、小蓟; 湿热甚者加知母、黄柏; 咽痛热甚者加板蓝根、连翘; 腹胀纳呆者加陈皮、焦三仙。上药适量水煎服,

每日 1 剂, 配服强的松片 30mg, 每日一次, 晨服。1 月为 1 疗程, 一般平均两个疗程。待尿蛋白消失后, 强的松片每周减 5mg, 并逐渐减完。

3 治疗结果

3.1 疗效标准: 显效: 各项化验指标正常, 水肿腹水消失迅速, 疗程在 1 月左右。有效: 各项化验指标正常或基本正常, 水肿腹水消失缓慢, 疗程在 2 月以上。无效: 各项化验指标及症状无明显改善或停药 1 月内复发者。

3.2 结果: 显效 14 例, 有效 8 例, 无效 1 例。治疗后, 22 例水肿和腹水基本消失, 尿蛋白转阴 17 例, 尿蛋白(+) 5 例, 尿蛋白(+++) 1 例。血浆白蛋白, 血胆固醇及 24 小时尿总蛋白治疗前后的变化见附表。

表 23 例治疗后实验室检查结果

检查项目	例数	治疗前	治疗后	均差±标准误
血浆白蛋白 g/L	23	27.26	38.1	10.83±2.82
血胆固醇 mmol/L	23	10.46	5.81	- 4.65±1.20
24 小时尿总蛋白 g	23	4.8	1.07	- 3.73±1.18

注: 治疗前后经统计学处理均有显著意义, $P<0.01$ 。

4 讨论

肾病综合症是一组症候群, 可由多重病因引起, 但主要病变则为肾小球受损。其实质为肾小球基底膜通透性增高, 使蛋白大量漏失, 出现低蛋白血症, 血浆水液向组织间逸出发生水肿, 循环血量减少, 肾小管回收钠增强, 进一步促使水钠潴留。低蛋白血症又刺激体内脂质与脂蛋白的合成, 从而引起高脂血症与脂蛋白的增高, 故临床上出现高度水肿, 高脂血症, 大量蛋白尿, 低蛋白血症, 三高一低的特征。本证病情较重, 若治疗不适, 则预后不良。中医认为本证是由多种原因导致的脏腑气血阴阳虚损, 病在脾肾, 脾肾亏虚, 脾虚失运, 生化无源, 阳虚水泛, 精微外泄, 水液代谢紊乱, 泛滥于肌肤, 而形成水肿。本证为脾虚肾虚, 尤以气虚阳虚为病变之本, 以水湿、瘀结阻滞为病变之标, 从而形成本虚标实之证。故治疗上应本着“攻补兼施”“标本同治”的原则, 扶正祛邪, 使

本复标除。采用小剂量激素和中医益气健脾温肾化瘀利水方法治疗, 疗程短, 疗效好, 副作用小, 复发少。方中黄芪、党参、白术益气健脾; 茯苓、猪苓、车前子、利水化湿; 仙茅、巴戟天温肾助阳; 益母草、泽兰、丹参活瘀利水; 金樱子、芡实固肾涩精。本方益气健脾补肾助阳固其本, 化瘀利水治其标, 切合本病的病因病机达到了标本同治的目的。本方对于修复肾损伤、恢复肾功能, 控制蛋白尿, 减轻高度水肿, 提高血浆蛋白, 降低血胆固醇, 具有积极意义。

作者简介:

王素君(蒙), 女, 郑州市第三人民医院副主任医师、任河南省中医内科脾胃专业委员会委员、郑州市中西医结合内科委员会委员、郑州市医学会理事。主要从事肝病、糖尿病、心脑血管疾病等临床治疗工作。发表医学论文 20 余篇, 参编论著三部《中医肝病论治》、《中西医结合治疗脑血管疾病》、《中医肾脏病学》。

编号: EA-100315175 (修回: 2010-05-08)

浅议温胆汤加味在内分泌代谢疾病中的临床运用

Clinical application of in endocrinology and metabolism disease with Wendan decoction

王欣麒¹ 李志更² 翟志光²

(1.北京王府中西医结合医院, 北京, 102209;

2.中国中医科学院中医基础理论研究所, 北京, 100700)

中图分类号: R58 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0081-03 证型: DGB

【摘要】 本文通过温胆汤加味在部分内分泌代谢疾病中的临床运用, 试探讨其发病中共同的病机特点及尝试运用异病同治的中医辨治特色来丰富于临床, 拓展经方的临床应用范围。

【关键词】 温胆汤加味; 内分泌代谢疾病; 异病同治; 运用体会

温胆汤首见于唐孙思邈《千金要方·卷十二·胆虚寒篇》, 用以治疗大病后虚烦不眠, 由半夏、陈皮、竹茹、枳实、甘草、生姜组成。《三因极一病证方论》卷九载方加入茯苓、大枣两味, 借以健脾化湿、宁心安神, 加强该方化痰之功。本方为临床祛湿化痰之名方, 笔者从事临床多年, 宗其方义, 异病同治, 在内分泌代谢相关疾病中加减运用, 取得了较好疗效, 现试举例以浅议之。

1 2 型糖尿病 (形体肥胖者)

糖尿病是由于胰岛素分泌及 (或) 作用缺陷引起的以血糖升高为特征的代谢病, 2 型糖尿病患者占 90% 以上, 其中肥胖者居多, 约占 40.2%~85%^[1], 而肥胖则是糖尿病产生胰岛素抵抗及发生心血管并发症独立危险因素。对于此类患者, 现代医学在常规饮食控制等基础治疗同时首选双胍类药物, 有较好疗效。但也有部分患者服药后出现副作用 (如消化不良、口中异味、乳酸酸中毒、贫血等) 或不接受胰岛素治疗者而影响疗效。本病相当于中医“消渴病”范畴, 早在《内经·奇病论》中亦言: “此肥美之所发也, 此人必数食甘美而多肥也, 肥者令人内热, 甘者令人中满, 故其气上溢, 转为消渴”, 古人素有“肥人多痰湿”, 如其人嗜好肥甘厚味之品, 更易滋生内热、痰火, 或胃肠结热, 诸热伤阴, 进而发为本病。患者甲, 男, 52 岁, 2003 年 9 月 25 日初诊。既往糖尿病病史 3 年, 伴轻度高血压及高脂血症, 形体肥胖 (身高 1.58m, 体重 78.2kg, 体重指数为 31.3kg/m²), 经饮食控制、运动治疗及口服格华止片 (0.5g, tid)、拜糖平片 (50mg, tid), 间断服用中药益气养阴之剂血糖控制仍较差, 患者表示不愿接受胰岛素注射治疗。查空腹血糖 9.8mmol/L, 早餐后 2 小时血糖 15.3mmol/L, 空腹胰岛素 36.3 mu/L, HCMA-IR (胰岛素抵抗指数) 为 15.81,

胰岛素抵抗明显。刻下症见: 形体肥胖, 动辄易汗, 烦躁失眠, 口中黏腻不欲饮, 小便黄, 大便溏而不爽, 舌暗红苔黄腻, 脉滑数。证属痰湿化热, 方以温胆汤加味以清化痰热、芳香化浊, 方以: 半夏、茯苓、陈皮、竹茹、枳实各 10g, 佩兰、泽兰、泽泻、苍术各 12g、大腹皮各 15g, 黄连、葛根、黄芩、甘草各 6g, 7 付水煎常规服用, 其余治疗如前。1 周后复诊患者自觉口黏减轻, 大便成形, 小便转清, 仍乏力易汗, 测空腹血糖 7.9mmol/L, 早餐后 2 小时血糖 12.5mmol/L, 原方去佩兰、泽兰、竹茹加生黄芪、山楂、丹参、豨莶草各 30g, 继用至 4 周后复查空腹血糖 7.0, 早餐后血糖 8.4mmol/L, 空腹胰岛素 25.7mu/L, 胰岛素抵抗指数为 9.14, 体重 75.3kg, 血脂血压大致恢复正常。之后继续服用健脾化痰辅以益气养阴之剂巩固疗效。

体会: 古人谓消渴病以多饮多食多尿、体重下降的“三多一少”为主症, 以“阴虚燥热”为其主要病机, 治疗多以益气养阴为主。但由于时代变化及现代医疗手段的不断提高使人们得以在本病早期阶段就被检测出来而及时干预, 故临床典型症状并不多见, 反以肥胖者比例较多, 若仍“选古方治今病”不加变通, 势必加重湿热而病势难愈。本例患者选用温胆汤加味清化痰热, 辅以葛根芩连汤清利肠道湿热, 佐以佩兰、泽泻等芳香淡渗利湿, 故收效明显。须注意到化湿之剂不宜久用, 待病情好转后当以健脾化痰、益气养阴为法巩固疗效得以收功。其机理可能是通过清化湿浊 (肥脂) 从而提高机体胰岛素敏感性, 起到了稳定血糖的作用。

2 甲状腺良性肿瘤

甲状腺肿瘤在人群中的发病率为 4%~7%, 约有 5% 为恶性, 其中甲状腺良性肿瘤以滤泡状、乳头状腺瘤、甲状腺良性结节为多。西医保守治疗主要采取甲

甲状腺激素抑制性治疗(如甲状腺素片口服),虽然能使某些甲状腺肿的弥漫性增大部分缩小,但对腺体本身作用较小;且副作用大,剂量不易掌握。因本病癌变率较高,故西医主张手术治疗,但又有复发率高、并发症多等缺点^[2]。本病属中医瘰疬之肉瘰范畴,可发于任何年龄,女性多见。多因肝气郁滞、气机失常、气不布津或忧思郁虑,体虚受邪导致痰凝气结、痰血阻滞留注于任督之脉所辖之结喉部位,气血为之壅滞,郁气、痰浊、瘀血积久聚而成形,乃成肉瘰。本病基本病机为肝郁气滞、痰瘀凝结。所以“气、血、痰”是本病发病和治疗的关键环节。

患者己,女,62岁,2009年5月22日初诊。患者甲状腺肿大发现3年,平时小剂量口服甲状腺素片胃肠治疗。近日自觉声音嘶哑明显,于北京某三甲医院内分泌科检查提示:甲状腺Ⅲ°肿大,质硬压之不痛,甲状腺功能无异常异常,超声显示:甲状腺肿大伴右侧一个1.7cm×0.9cm温结节,考虑甲状腺肿大后压迫喉返神经所致音哑,建议立即行手术治疗,因患者顾虑较多而暂未接受,今来中医院调治。刻下症:形体偏胖,颈部增粗,讲话时有音哑,多痰色黄,心悸易惊,纳少眠差,小便略黄,大便可,舌质淡红,苔略黄微腻,脉弦滑。考虑痰热郁结所致,与温胆汤原方加消瘿丸消息之,方用:半夏、陈皮、茯苓、竹茹、枳实各10g,薏苡仁、生牡蛎(先煎)各30g,连翘、浙贝母、夏枯草、白花蛇舌草、半枝莲各9g,甘草6g,七付水煎常规服。2周后复诊,痰色转淡、量明显减少,心悸、声音嘶哑不显,甲状腺压之质地较前柔软,原方去竹茹、半枝莲,加皂角刺、穿山甲各12g,再用7付以加强通络散结之功,1周后复诊自诉睡眠较前改善,甲状腺触诊较前略为缩小,原方加黄精、昆布各10g,14付常规煎服。4周后来诊甲状腺为Ⅱ°肿大,超声显示:右侧结节为1.1cm×0.5cm,患者心情转佳,暂未考虑手术,继续中药巩固治疗。

体会:经临床和实验研究证实多数良性甲状腺肿瘤并非缺碘,而主要与人们的精神压力较大、生活极不规律等因素密切相关(如长期工作或生活过度紧张,或贫贵荣辱之社会经济地位动荡变迁,或长期思虑过多、情绪抑郁等)。过度忿郁、恼怒则肝气郁,或肝气上逆,过度忧思郁虑则肝脾气结,久则气郁化火生痰,火盛动风,风火相煽,气火挟痰上逆上阻于颈部(肝经循行部位)而发为本病。本例患者颈部增粗明显为痰凝气滞所致,选用温胆汤以清胆和胃理气化痰,合用皂刺、山甲等以软坚散结,仿消瘿丸意用连翘、牡蛎、浙贝母加皂刺、山甲等以软坚散结、清热解毒为法。诸药合用,相辅相成,断邪气之源流,使邪无生

处而肿物自消。如日久入于血分者可稍作活血之品兼以益气养阴为辅。

3 甲状腺功能亢进症伴发情感障碍

甲状腺功能亢进是甲状腺分泌过多甲状腺素或血循环中甲状腺激素水平增高的一组常见内分泌疾病。临床以弥漫性毒性甲状腺肿(graves disease, GD)最为常见,患者除有甲状腺肿大和高代谢症候群、突眼等症状外,常可表现出情感不稳,易激惹、躁狂或抑郁等情感障碍(是指以显著而持久的心境低落或高涨为主要特征的精神障碍)。目前西医除抗甲状腺药物治疗外对于情感障碍一般未能充分重视,或应用相关抗抑郁、抗焦虑药物,有一定毒副作用,对于本病恢复不利,且情志因素容易导致本病的复发概率。本病属于中医“气瘿”范畴,其发生一般因情志不遂,忿郁恼怒或长期精神紧张,导致肝郁气滞,肝失条达,克伐脾胃,脾失健运,水津运化布散异常,水湿内停,凝聚成痰,痰气交阻于颈,气滞痰凝聚于局部发为瘰疬。初期治疗强调疏肝解郁,清泄肝胃之火,兼以化痰活血;中期以行气化痰:活血散结为法。兼以益气养阴;后期益气养阴为主,兼以活血化痰散结。总之痰凝气结为其重要环节,因此,可选用温胆汤加味调治之。

患者丙,女,28岁,澳洲留学生,2009年6月21日初诊。患者4年前出国留学,系独生子女性情孤僻,第2年自觉脾气暴躁,体重下降明显,当地医院检查后诊断为甲状腺功能亢进症,平时口服他巴唑片(10mg, tid)抑制甲状腺素合成,最近查甲状腺功能:TT3 5.7nmol/L, TT4 199nmol/L, TSH<0.005miu/L。刻下症见:甲状腺Ⅱ°肿大,急躁易怒,口中黏腻多痰,心悸偶作,轻度突眼,手颤乏力,大便难,3日1行,小便频数,月经2至3月1行,量少色淡,舌质暗红,苔薄黄腻,脉滑数。经SCL90症状自评量表测试其中强迫(1.96)、焦虑(3.25)、敌对(3.14)项目分值较高,提示存在明显心理障碍,再予Zung's焦虑自评量表(SAS)为65分,提示中度焦虑。中医考虑痰热郁结,心神被扰,予温胆汤加减治疗以清胆和胃安神,方以:温胆汤加百合、知母、生牡蛎,土茯苓、蚤休,夏枯草,低碘饮食,其它治疗同前,2周后,一月后甲状腺功能大致正常,烦躁易怒明显减轻,睡眠安, SAS评分为45分,继续养阴安神巩固治疗,他巴唑减量为(5mg, tid)。

体会:现代研究发现:情绪障碍或生活事件均可能对内分泌功能产生影响。抑郁症患者甲状腺功能有改变,包括T4增加、TSH对TRH反应迟钝和甲状腺(下转84页)

辨证论治消渴病

Discussion on treating diabetes in differentiation

祁丽杰

(内蒙古呼伦贝尔市鄂伦春旗人民医院, 内蒙古 呼伦贝尔, 165450)

中图分类号: R255.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0083-02 证型: DGB

消渴是以多饮、多食、多尿, 形体消瘦或尿浊、尿中有甜味为特征的病症, 多由饮食不节、情志失调、劳欲过度等导致。近年来, 我科将消渴病分为肺热津伤型(上消)、胃热炽盛型(中消)、肾阴亏虚或阴阳两虚型(下消)进行辨证论治, 疗效显著。

1 辨证论治

临症时, 坚持整体观念。本病虽有上、中、下三者之分, 肺燥、胃热、肾虚之别, 实际上三者病状往往同时存在, 仅表现程度上有轻重的不同, 或者明显的多饮, 而其他二者不甚显著, 或以多食为主, 而其他二者为次; 或以多尿为主, 而其他二者较轻。由于三消病状各有偏差, 故冠以上、中、下三消之名, 作为辨证的标志。通常把多饮症状突出者称为上消, 多食症状突出者称为中消, 多尿症状突出者称为下消。在治法上《医学心悟·三消篇》说“该上消者宜润其肺、兼清其胃”, “该中消者宜清其胃, 兼滋其肾”, “该下消者宜滋其肾, 兼补其肺”, 可谓深得治疗消渴之大旨。大体本症初起, 多属燥热为主, 病程较长者则阴虚与燥热互见。病重则阴虚为主。治疗上, 无论上、中、下三消均应立足滋胃养阴; 燥热较甚时, 可佐以清热; 下消病久, 阴损及阳者宜阴阳并补。由于消渴多见阴虚燥热, 常能引起血瘀, 则可在以上各法中, 适当佐以活血化瘀之品。

1.1 上消的肺热津伤

①症状: 烦渴多饮, 口干舌燥, 尿频量多, 舌边尖红、苔薄黄、脉洪数。②证析: 肺热炽盛, 耗液伤津。③治法: 清热润肺, 生津止渴。④方药: 消渴方, 可酌加葛根、麦冬。若脉洪数无力, 烦渴不止, 小便频数, 乃肺肾气阴亏虚, 可用二冬汤。方中重用的人参(亦用沙参代)益气生津, 二冬、花粉、黄芩、知母清热解渴, 如苔黄燥、烦渴引饮, 脉洪大乃肺胃热炽耗损气阴之候, 可用白虎加入参汤以清泄肺胃, 生津止渴。

1.2 中消的胃热炽盛

①症状: 多食易饥, 形体消瘦, 大便干燥, 苔黄脉滑实有力。②证析: 胃火炽盛, 耗伤津血。③治法: 清胃泻火, 养阴增液。④方药: 玉女煎, 加黄连、栀子。如大便秘结不行, 可用增液承气汤润燥通腑, 待大便通后, 再转上方治疗。

1.3 下消

1.3.1 肾阴亏虚

①症状: 尿频量多, 混浊如脂膏, 或尿甜, 口干唇燥, 舌红, 脉沉细数。②证析: 肾阴亏虚, 肾失固摄。③治法: 滋阴固肾。④方药: 六味地黄丸。方中山药、萸肉用量宜大, 因山药能养脾阴而摄精微, 萸肉能固肾益精, 不使水谷精微下注, 如肾阴不足, 阴虚火旺, 症见烦躁、失眠、遗精、舌红、脉细数者, 宜养阴清热, 固精潜阳, 加黄柏、知母、龙骨、牡蛎、龟板, 若尿量多而混浊者, 宜益肾缩泉, 加益智仁、桑椹、五味子、蚕茧等。若气阴两虚, 伴困倦、气短舌淡红者, 宜酌加党参、黄芩等益气之品。

1.3.2 阴阳两虚

①症状: 小便频数, 混浊如膏, 甚至饮一溲一, 面色黑。耳轮焦干、腰膝酸软、形寒畏气、阳痿不举、舌淡苔白、脉沉细无力。②证析: 肾失固藏, 肾气独沉, 下元虚备, 约束无权, 命门火衰, 宗筋弛缓。③治法: 温阳滋肾固摄。④方药: 金匱肾气丸, 方用附子、肉桂以温补肾阳; 六味地黄丸以调补肾阴, 如阴阳气血俱虚, 可用鹿茸丸。以上两方均可酌加覆盆子、桑螵蛸、金樱子等以补肾固摄。以上各种证型的消渴, 如出现血瘀之证, 可用丹参、山楂、红花、桃仁等活血化瘀, 以提高治疗效果。⑤兼证治疗: 白内障、雀目、耳聋是肝肾精血不足, 不能上承耳目所致, 宜滋补肝肾, 用杞菊地黄丸, 或合羊肝丸。疮疡, 痛疽初起, 热者伤营, 治宜解毒凉血, 用五味消毒饮。病久气营两虚, 脉络瘀阻, 蕴毒成脓, 用黄芪六一汤合犀角地黄丸, 酌加忍冬藤。如并发肺水肿、中风、厥证, 可参考有关名篇。此处, 单方草药, 在辨证论治基础上,

亦可酌情引用,以提高疗效,现介绍如下。①生地 30g,黄芪 30g,淮山药 90g,水煎服,日一剂。②仙鹤草 15g,温开水泡服作茶饮。③猪胰一只,低温干燥,研成粉末,制蜜丸,每次 9g,口服 2 次,长期服用。④茵陈蒿 30g,温开水泡服,当茶饮,次数不定。本证除药物治疗外,要避免精神紧张,节制性欲。饮食方面,以清淡为宜,不可过饱,一般以适量米类,配以蔬菜、豆类、瘦肉、鸡蛋等为宜,禁食辛辣刺激之品。

《儒门事亲·三消之论当从炎断》篇:“不减滋味,不节喜怒,病已而复作,能以此三者,消渴亦不足忧矣。”

《备急千金要方·消渴篇》:“治之愈否,若能如方节慎者有三,一饮酒,二房室,三咸食及面。”这些见解,确有实际指导意义,仅供参考。

2 治疗消渴的展望

2.1 拯救糖尿病患者刻不容缓

从西方医药角度认识糖尿病,其是一种糖代谢紊乱的疾病。人体内进行着糖、脂肪、蛋白质等代谢,这些代谢需要内分泌激素的参与,其中主要是胰岛素,当各种原因引起胰岛素的分泌绝对或相对不足时,就会导致糖代谢的紊乱,从而出现血液中葡萄糖(即血糖)增高,并出现尿糖。由于糖代谢与脂肪、蛋白质代谢有关,因此糖代谢紊乱也会导致脂肪和蛋白质代谢紊乱,糖尿病的典型表现为多食、多饮、多尿和体重减轻。

(上接 82 页)

激素分泌昼夜节律消失或平坦,而这些改变一般随着抑郁的缓和而逆转。双相情感障碍住院患者甲亢再入院危险性增高^[3],但经治疗后甲状腺激素水平有明显下降,推测可能存在 T、向 T,转化障碍有关。本病的病机特点属“本虚标实”,以“肝肾心脾亏虚”为本,“肝郁胃热、化火生风、痰瘀停滞”为标^[4]。“胆者,中正之官,决断出焉”,人的精神意识活动密切相关,人体十一脏皆取决于胆。因此,温胆汤通过化痰清胆和胃恢复胆脏的正常功能,同时配合土茯苓、蚤休等清热解毒散结,使痰热去而神自清,对于甲亢患者的情志恢复具有重要意义。

小结:通过上述在内分泌代谢疾病病案中可以看到,糖尿病合并肥胖者,为痰湿体质嗜多好肥甘之品多为痰湿化热转为消渴、良性甲状腺肿瘤患者多为痰凝气结日久化热留于颈部、甲亢伴情志障碍患者多为阴虚体质郁而化火炼液为痰扰乱情志为特点,均与痰热有密切关系,故可异病同治,方选温胆汤加味为主方,取得满意疗效,只是糖尿病(肥胖者)总在健脾

2.2 诱发糖尿病的因素

①感染;②肥胖;③食物;④体力活动;⑤妊娠;⑥家族史与糖耐量减低。上述说明,虽然基因遗传是糖尿病发病的决定性因素,但肥胖、多次妊娠诱成年型糖尿病病毒感染,环境刺激诱发幼年型糖尿病,也是不可忽视的重要因素。中医药对糖尿病,有方可治,注重整体观念及辨证论治,选用适当的方药可取得较好疗效。

3 小 结

消渴的病变部位虽与五脏均有关,但主要在肺、脾(胃)、肾三脏,且常常相互影响。如肺燥津伤,津液失于敷布,则脾胃不得濡养,肾精不得资助,脾胃燥热偏盛,上可灼伤肺津,下可耗损肾阴,肾阴不足,则阴虚火旺,亦可上灼肺胃,终至肺燥胃热脾虚肾亏,因此“三多”之症常可同时并见。

无论消渴在肺、脾(胃)、肾,其根本原因都是阴虚火旺而致,笔者在临床上治疗数百例消渴患者,也多以清热养阴法治疗而见效。

参考文献:

- [1]田中伟.张景岳消渴学术思想探讨[J].河南中医,2003,23(9):3-4
- [2]谭宏文等.全小林治疗糖尿病经验[J].中医杂志,2006,47(1):19-20
- [3]袁效涵等.利胆法治疗 2 型糖尿病 50 例[J].中医研究,2006,3(19):40-41

编号: J-10032508 (修回: 2010-05-10)

化湿祛痰、良性甲状腺肿瘤重在软坚散结化痰、而甲亢合并情志障碍者强调在化痰同时注意益气养阴。温胆汤所主治的病症非常广泛,体现了中医异病同治的特点和温胆汤的整体治疗作用,具有很高的理论研究和临床应用价值。深入开展对温胆汤的运用,异中求同,把握共同病机;同中存异,灵活辨证提高疗效,更好的服务于临床需要。

参考文献:

- [1]李长玉.肥胖的 2 型糖尿病如何调治[J].糖尿病患者之友,2009,9:12-13
- [2]蒋红玉,刘安国.中药内外合治甲状腺良性肿瘤的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2002,22(10):776
- [3]焦杨.甲状腺功能亢进与情感障碍的关系[J].重庆医学,2008,33(1):93-95
- [4]魏华,路洁.路志正教授治疗甲状腺机能亢进症的用药经验[J].广州中医药大学学报,2004,21(9):407-409

作者简介:

王欣麒(1974-),男,北京中医药大学博士学位,主治医师,主要研究方向:中医药防治糖尿病及其并发症。

编号: E-10050611 (修回: 2010-05-07)

中西医结合治疗梗阻性黄疸 30 例心得

Experience for treating 30 cases of obstructive jaundice in the integrative medicine

杨会堂

(云南省保山市施甸县人民医院, 云南 保山, 678200)

中图分类号: R256.41 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0085-02 证型: DGB

【摘要】 经过对患梗阻性黄疸病例 30 例和临床观察和分析, 以不断丰富临床经验、提高疗效、缩短治疗病程为目的, 在临床的采用中西医结合的治疗方法, 西医以解痉利胆抗感染, 中医以清热利湿为主, 对梗阻性黄疸病例 30 例临床分析, 采用中西医结合治疗有效 14 例为 46.7%, 显效 8 例为 26.7%, 中西医结合治疗方法, 能使梗阻性黄疸患者早日康复。

【关键词】 中西医结合; 梗阻; 黄疸

1 临床资料

1.1 一般资料

收集 2006 年 9 月~2009 年 9 月在施甸县人民医院住院部内科就治的属梗阻型黄疸, 抽样总结病例 30 例, 其中男 18 例, 占梗阻型黄疸的 60%, 女性 12 例, 占梗阻型黄疸的 40%。所抽病例年龄分段, 43~45 岁 16 例, 50~60 岁 12 例, 60~70 岁 2 例。

1.2 临床表现

发热 16 例 (T37.8~39.4℃), 伴右上腹疼痛者 25 例, 伴皮肤瘙痒者 2 例, 皮肤及巩膜有不同程度黄染者 27 例, 隐性黄疸 1 例 (血清胆红素 20.4 μmol/L), 显性黄疸 29 例 (血清胆红素>35.3 μmol/L), 分别伴有上腹部隐痛、钝痛、胀闷、恶心厌食等消化系统症状的 28 例, 伴有明显休克症状的 2 例。

1.3 实验室资料

血常规检查白细胞总数及中性粒细胞有不同程度增高的有 30 例, 肝功能检查各项指标增高 30 例; 血清胆红素 20.4 μmol/L 有 2 例; 血清胆红素>35.3 μmol/L 的有 28 例, 胆固醇和碱性磷酸酯皆有不同程度偏高; 尿三胆检查胆红素 (+)、尿胆素 (+)、尿胆原 (-) 30 例; 经 B 型超声波、X 线摄片、CT 断层扫描等检查确诊, 急性梗阻性化脓性胆管炎 5 例, 胆总管结石 9 例, 胆道虫性梗阻 8 例, 囊性结石 7 例 (经手术治疗), 胆管癌变 1 例。

2 治疗

2.1 中医中药治疗

在临床用药上以“化湿邪、利小便”为治疗总则,

据临症选用茵陈蒿汤或茵陈五苓散加减应用。茵陈 15g、栀子 15g、柴胡 10g、郁金 15g、枳实 10g、黄芩 15g、龙胆草 15g、金钱草 10g、大黄 6g、车前草 15g, 腹痛较剧者加木香 12g, 恶心呕吐者加法夏 9g、竹茹 6g, 水煎沸内服 1 日 1 剂, 一日三次, 亦可据临床不同病例选服利胆排石片等, 消炎利胆片等, 排石冲剂 etc 中成药。

2.2 控制感染

梗阻性黄疸患者常伴有胆管炎合并细菌感染, 应用强效、敏感、足量的抗生素控制感染是治疗的主要措施。首选头孢菌素类抗生素如头孢唑啉钠、先锋必、菌必治等, 必要时联用红霉素或氯霉素治疗, 经过对抽样的 30 例患者应用, 观察其疗效较好。

2.3 解痉利胆

解痉利胆药物有降低胆汁粘稠度, 改善胆汁引流的作用。特别适用于胆系类症、胆道蛔虫及胆管不全性梗阻病例。在临床上常选用 25% 硫酸镁、山莨菪碱、维生素 K₃ 等静脉输液, 或用去氢胆酸、胆酸钠、利胆素等治疗。

2.4 保肝治疗

梗阻性黄疸患者多有不同程度肝实质损害, 因此保肝治疗不容忽视, 给予静脉输入肝泰乐、维生素 C、肌苷、三磷酸腺苷、辅酶 A 等, 山莨菪碱既有解、扩张肝胆管、改善胆汁引流, 又能改善肝脏微循环、增加肝脏组织血液灌注, 促进肝功能恢复, 必要时加用氯化钾给予极化治疗。

(下转 87 页)

合理选用对比剂 减少对比剂肾病的发生

Rational use of contrast agents reduce the incidence of contrast-induced nephropathy

周子奎 陈保菊

(山东省高唐县人民医院, 山东 高唐, 252800)

中图分类号: R692 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0086-02 证型 DBG

【摘要】 对比剂肾病 (contrast-induced nephropathy), 1954 年首先报道, 随着科技和检查技术的进步, 对比剂被越来越广泛的应用, 尤其是介入诊疗技术的快速发展和迅猛增加, 对比剂的用量也在激增。据报道, 2003 年全世界的碘对比剂用量大约 800 万升。在显著治疗成果的光环下, 对比剂的副反应, 特别是它的肾毒性被淡化了。对比剂肾病是近年来继手术、低血压之后, 医源性急性肾功能衰竭的第三位原因, 约占医源性急性肾功能衰竭的 10% 左右, 但相关文献, 尤其放射学文献对它的描述较少, 在此提出引起同道的重视。

【关键词】 对比剂肾病; 对比剂; 离子型; 非离子型

1 对比剂肾病

对比剂肾病指血管内注射对比剂后 2~3 天内出现的无其他原因可以解释的急性肾功能下降。急性肾功能下降的临床指标是: 血肌酐水平较基线绝对值增加 0.5mg/dl (44μmol/l); 或相对于基线值增加 25% 以上, 血清肌酐在 5~7 天达到峰值, 多数患者 7~10 天恢复正常, 是常见的住院期获得性肾功能不全的原因之一, 约占总人数 1~3%, 既往有肾功能不全患者中约占 5.5% 左右, 既往肾功能不全合并糖尿病患者中高达 50%, 并且预后较差。

2 对比剂肾病的发病机制

对比剂肾病的发病机制很复杂, 目前认为是多因素共同作用的结果。

2.1 肾脏血流动力学变化和肾髓质的缺氧

注射对比剂后, 肾的血浆渗透压增加, 引起血管的强烈的收缩, 造成肾髓质的缺血、缺氧, 肾髓质是肾组织中对缺氧最敏感的部位, 血液灌注的减少使肾髓质受到损伤; 对比剂的渗透利尿作用又加重了肾组织的工作负担, 更进一步加剧了肾髓质的缺氧和损伤。

2.2 肾小管的损伤

对比剂造成血渗透压的改变, 导致肾小管上皮细胞的脱水、溶酶体增加, 致使肾小管上皮细胞的功能受损; 同时对比剂还诱发氧自由基的产生, 氧自由基既有直接的细胞毒作用又能导致肾小管缺血损伤, 因此氧自由基对肾小管有明显的损害作用; 另外对比

剂也可同时引起氧化应激反应和免疫介导的组织损伤, 多种共同作用致肾小管严重损伤。

2.3 肾小管的阻塞

对比剂可引起尿酸盐的增多, Tamm-Horsfall 蛋白分泌的增加, 以及这些物质沉淀的增多致使肾小管的阻塞。

2.4 肾小管上皮细胞的凋亡

对比剂所致肾小管上皮细胞的缺血、缺氧和功能损害, 以及免疫介导的组织损伤均造成肾小管上皮细胞的凋亡。

2.5 对比剂剂型、用量及用药途径

按渗透压分为高渗、等渗、低渗三类; 按成分分为离子、低粒子及非离子型; 离子型对比剂对渗透压影响明显, 而非离子型对比剂对血浆渗透压影响较小, 它不离解, 易扩散, 对比剂肾病产生相对较少; 在 27 小时内大量或多次注射对比剂, 对比剂肾病发生增加, 但不成比例, 即不存在线性关系, 而对比剂肾病的发生与对比剂的阈值有关; 静脉给药较动脉给药安全, 可能由于静脉给药到达肾脏的对比剂经血液循环的稀释作用, 对比剂浓度已减低, 渗透压亦较低缘故。

2.6 已存在肾功能不全、糖尿病肾病以及对比剂剂量应用不当是最重要的危险因素; 另外血容量不足、充血性心衰、高龄男性 (70 岁以上)、肝硬化、留体类消炎药的使用、动脉粥样硬化等也是造成对比剂肾病的重要原因。

3 预防与治疗

严格掌握对比剂应用的适应症：① 原有肾功能不全或肾功能减退是公认的最主要的危险因素，且是独立的危险因素，因此对原有肾功能不全或肾功能减退的患者检查时应进行全面的评估，必须应用对比剂检查者尽量采用副反应相对小的非离子型对比剂，并且及时检查肾功能，同时采用水化治疗。② 糖尿病也是对对比剂肾病的重要发病原因之一，糖尿病肾病是对比剂肾病发生的独立危险因素，糖尿病患者多存在不同程度的肾功能减低或肾血管病变，加之对比剂的副反应更易引起肾脏的进一步缺血和损伤，因此在评估肾功能的基础上合理应用对比剂。③ 另外充血性心衰、脱水、高龄、应用非甾体类抗炎药及影响肾血流的药物等的患者亦应及时评价肾功能合理选用对比剂。

4 预防及用药

4.1 水化是当前认为最有效的预防对比剂肾病发生的方法，在应用对比剂前、术中或术后应用等渗生理盐水，使进入体内的对比剂尽快稀释以减低其渗透压及浓度和对肾脏的影响。此法简便效果明显。

4.2 应用乙酰半胱氨酸，理论上应用乙酰半胱氨酸能够直接或间接清除自由基，起到抗氧化的作用同时扩张血管、改善肾血流，减少和避免氧化损伤，但效果不甚确切。

4.3 多巴胺目前尚无定论，多巴胺是非选择性多巴胺受体激动剂，激动多巴胺-1 受体，肾血流增加；但激动多巴胺-2 受体时则效果相反；再者血管的收缩与舒张、血压的变化及心率的改变等均对肾血流产生一定

的影响。

4.4 钙离子拮抗剂，理论上能扩张血管，减少肾小管细胞中钙的浓度，改善细胞的缺氧，减少细胞的凋亡，保持血管扩张，结论仍不确定。

4.5 甘露醇和利尿剂，早在上世纪 60 年代甘露醇被认为是有效预防对比剂肾病的药物，主要利用甘露醇的渗透利尿作用，增加尿量，使对比剂尽快排出体外，但同时增加了髓质的代谢，加重了髓质的缺氧。实际效果不明显，甚至增加了对比剂肾病的发生，目前已少用。

4.6 腺苷受体拮抗剂-茶碱，作为选择性腺苷受体可拮抗激活的腺苷-1 受体，减少肾血管收缩，但目前应用预防对比剂肾病尚缺乏明确的证据，需进一步证实。

总之，对比剂肾病是医院获得性肾功能衰竭的主要原因之一，目前其病例生理学机制尚未完全明了，并且尚无特效药物进行治疗，因此有效的预防及合理的应用对比剂，可有效的降低对比剂肾病的发生，在工作实践中全面评估患者的肾功能，尤其是高危患者，合理选用对比剂的种类与用量减少对比剂肾病的发生至关重要。

参考文献：

[1]祁吉.对比剂肾病应引起放射科医师的关注[A].全国首届肿瘤并发症介入治疗学术研讨会论文集汇编,天津,2007:12

[2]李贵双,李继福,陈玉国等.离子型造影剂泛影葡胺碘过敏试验对非离子型造影剂优维显临床不良反应的预测价值[J].中国医学影像技术,1999,15(9): 700-701

编号：A-0043（修回：2010-05-06）

（上接 85 页）

3 治疗效果

3.1 疗效判定标准

有效：体温恢复正常，黄疸完全消失；腹痛、腹胀、恶心厌食等消化道症状完全消失；血常规、肝功能、尿三胆及其它生化检查各项指标恢复正常。显效：

体温基本恢复正常、黄疸大部分消退，腹痛等消化道症状基本好转，但未完全恢复到正常水平。

无效：临床症状体征及各项实验室指标无改善，病情继续恶化。

3.2 治疗结果

表 中西医结合治疗（30 例）与西医治疗（30 例）结果对照

组别	例数	治愈	显效	无效	平均治疗天数（天）	显效率
中西医结合治疗组	30	14	8	8	7	73%
西医治疗对照组	30	11	6	13	11	57%

4 体会

4.1 传统医学认为，肝胆湿热，肝胆感受外邪产生湿热蕴结于内，致使肝疏泻功能失常，是导致梗阻性黄疸的根本原因，治宜以祛湿邪、利小便为治疗大法，采用清热利湿、芳香化浊、利胆排石等方法，随症加减药物予以治疗。现代医学当以控制感染、利胆解痉、保护肝脏、积极补液、纠正酸碱及电解质紊乱。中西

结合科学治疗梗阻性黄疸，相互取长补短。

4.2 中西医保守治疗梗阻性黄疸，只适宜于胆总管及左右肝管尚未完全阻塞的病例。因此，患者就诊时应详细的体格检查及各项实验室检查，如遇胆总管完全阻塞或癌肿病变者应及时手术治疗或转到医疗条件更好的医院治疗。

编号：EA-100206112（修回：2010-05-11）

旋转复位手法治疗腰椎间盘突出症

Treating lumbar disc herniation by rotation reduction techniques

许海燕 乔 峰 张艳华

(中国人民解放军第 463 医院, 辽宁 沈阳, 110042)

中图分类号: R274 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0088-02

【摘 要】 目的: 探讨旋转复位手法治疗腰椎间盘突出症 130 例。方法: 采取旋转复位手法与同期腰椎间盘牵引并高级电脑中频治疗仪治疗患者作对照, 观察两组的临床效果。结果: 治疗组明显优于对照组。两组临床治愈患者平均疗程分别为 23.6 ± 7.1 天, 33.2 ± 7.5 天, 治疗组明显短于对照组 ($P < 0.001$), 两组差异显著。结论: 旋转复位手法治疗腰椎间盘突出症有较好的疗效。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 旋转复位手法; 脊柱牵引康复床

腰椎间盘突出症是临床常见病, 非手术疗法多以机械牵引与推拿等理疗手段为主, 我们科自 2008 年 10 月至 2009 年 11 月, 根据解剖特点采用旋转复位手法治疗腰椎间盘突出症患者 130 例, 并常以机械牵引法治疗患者 102 例作为对照组现报告如下:

1 对象和方法

设计: 随机对照观察。

单位: 解放军第 463 医院中医理疗科。

对象: 所有病例均为门诊及住院患者, 均按《临床疾病诊断依据治愈好转标准》(中国人民解放军总后勤部卫生部, 第二版, 北京: 人民军医出版社, 1998: 396) 的诊断依据确诊。全部患者 232 例, 随机分为两组治疗。旋转复位手法(治疗组) 130 例, 男性 80 例, 女性 50 例; 年龄 45~81 岁, 平均 62.13 ± 7.9 岁; 对照组 102 例, 男性 75 例, 女性 27 例; 年龄 24~67 岁, 平均 39.2 ± 4.7 岁。病程 11 个月~10 年, 平均 680.8 ± 75.2 天。治疗组轻型 82 例(发于患椎 L₄、L₅ 棘突偏左), 中型 36 例, 重型 12 例; 对照组轻型 76 例(病发于患椎 L₄、L₅ 棘突偏右), 中型 17 例, 重型 9 例。两组性别、年龄、病程比较无显著差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组: ①采用旋转复位方法, 患者端坐方凳上, 两脚分开与肩等宽, 医者坐患者之后, 先用双拇指触诊查清偏歪的棘突。双拇指顺着脊柱棘突, 自上而下, 直到骶椎, 用“八”字形动逐按序摸一遍; 然后将拇指分别压于相邻两个棘间隙, 上下交替摸一遍, 以察觉棘突的方向、高低和棘间隙的宽窄, 实行复位手法。如患者棘突向右偏歪, 医者右手自患者右腋下伸向前,

掌部压颈后, 患者稍低头。同时嘱患者臀部坐正不要移位。助手面对患者站立, 两腿夹住患者左大腿, 双手压住左大腿根部, 维持患者正坐姿势, 医者左手拇指扣住偏向右侧棘突, 然后右手压患者颈部使身体前 60° , 接着向右侧侧弯, 尽量大于 45° , 左最大侧时医者以右上肢牵引患者躯干向右内侧旋转, 同时左手拇指顺向左上顶椎棘突, 立即觉察指下椎骨轻微错动, 往往伴有“喀嚓”一声。之后双拇指从上至下将棘上韧带理顺, 同时松动腰肌。最后一手拇指从上至下顺次按压棘突, 检查偏歪棘突是否已拨正, 上下棘间隙是否已等宽。如患者棘突向左偏歪, 则手法操作方向相反, 方法相同。②俯卧位手法: 急性期较大髓核突出, 患者痛甚, 站立不能, 卧立不安, 可取俯卧位。两腿分开, 医者双拇指触及腰部, 摸清偏歪棘突位置, 采取站立患者位置。如右偏歪, 站患者右侧, 左臂从右大腿下面伸进, 将右腿包起, 使膝、髋过伸, 以患椎为支点, 旋转大腿。右拇指大腿摇转牵引之力, 将右侧棘突拨正。如棘突向左偏歪, 侧方向相反。每日一次, 10 天一疗程。

2.2 对照组: ①JKF-AD 脊柱牵引康复床, 根据患者的体质、体重和腰椎损伤的情况, 所用力度=工作下限、上限 $\times 9.8$ 牛顿 (300 到 500 牛顿左右)。每次牵引 30 分钟, 每日 1 次。牵引姿势取平卧屈膝屈髋位。②A-2000B 高级电脑中频治疗仪。用法: 将正负极板置于腰椎两侧, 用布带固定, 每次治疗时间 20 分钟, 每日 1 次。以上两组均以 10 天为一疗程, 均不超过 5 个疗程, 随时观察腰 X 片及 CT 片, 记录临床症状及体征的变化。统计学分析: 两组数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 实(下转 90 页)

醒脑开窍针刺法对颈性眩晕患者临床疗效的影响

Effect of clinical effective on Patients with cervical vertigo by clear mind enlighten acupuncture

李长文

(河南省延津县中医院, 河南 延津, 453200)

中图分类号: R255.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0089-02 证型: ADI

【摘要】 目的: 探讨醒脑开窍针刺法对颈性眩晕患者临床疗效的影响。方法: 将颈性眩晕患者 65 例随机分为综合治疗组(针刺加药物)和单纯药物治疗组, 治疗前分别按《颈性眩晕症状和功能评估量表》评价分值, 并统计两种疗法的显愈率。结果: 综合组和药物组均能改善眩晕的量值, 综合组优于单纯药物组 $P<0.01$, 两组愈显率也有比较显著差异 ($P<0.1$), 结论: 醒脑开窍针刺法配合药物治疗颈性眩晕效果显著。

【关键词】 醒脑开窍; 针刺法; 颈性眩晕

醒脑开窍针刺法是著名针灸名家石学敏院士创立的针刺法理论, 作者在此理论指导下治疗颈性眩晕, 取得了较好的疗效, 现报导如下:

1 资料与方法:

1.1 入选标准

全部病例均符合颈性眩晕的诊断标准^[1], 以眩晕为主诉, 多在变动体位或起卧床时发生, 或伴头痛、颈肩部不适, 或伴恶心、呕吐, 颈椎 X 光片或 CT、MRI 证实椎体骨质增生、椎体屈度变化、棘突偏歪, 椎间隙狭窄或韧带钙化, 除外耳源性、肿瘤等其他原因。触诊可在头枕部、风府, 风池或胸锁乳突肌、棘突旁触及压痛敏感点或条索样硬结。共计 65 例, 治疗组 35 例, 住院 10 例, 男 15 例, 女 20 例, 对照组 30 例, 住院 6 例, 男 12 例, 女 18 例, 两组患者在年龄, 性别, 病程等方面无显著性差异, 具有可比性。

1.2 治疗方法

两组患者均给予培他司啉、氟桂嗪等常规治疗, 治疗组则同时给予针刺治疗, 先坐位取风池, 天柱, 完骨, 颈夹肌, 采用补法。高枕仰卧位穴取内关强刺激以病人耐受为度、人中强刺激以眼球湿润为度、百会、印堂、四神聪、上星透百会、外关、合谷、三阴交平补平泄, 肝阳上亢加行间用泄法, 肝肾不足加太溪用补法, 气血亏虚加足三里用补法, 痰湿内蕴加丰隆用泄法, 每日针刺 1 次, 6 次为一疗程, 两组治疗前和治疗后分别按照《颈性眩晕症状与功能评估量表》^[2]评价所得分值。

1.3 疗效标准

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》, 治愈: 原有症状、体征消失, 能正常参加工作和生活; 显效: 原有体征基本消失, 不影响工作和生活; 好转: 原有症状减轻, 体征有所改善, 生活能自理; 无效: 原有症状、体征无改善。

1.4 统计学方法

计量资料采用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料百分率采用 χ^2 检验。

2 结果

两组治疗结果见表 1。

表 1 两组患者治疗前后眩晕量值 ($\bar{x} \pm s$, 分)

	治疗前	治疗后	t 值
治疗组 $n=35$	13.52 ± 3.80	24.6 ± 3.44	$t=14.77$
对照组 $n=30$	14.63 ± 2.93	21.25 ± 3.77	$t=7.61$
t 值:	1.34	3.72	

注: 两组治疗前比较 $t=1.34<2.66$ ($P>0.01$), 两组治疗后比较 $t=3.72>2.66$ ($P<0.01$) 两组治疗后与本组治疗前比较 t 分别为 14.77 和 7.61, 亦均有显著性差异, 说明药物治疗和药物加针刺治疗均能改善眩晕患者的量值, 但综合治疗优于单纯药物治疗。

两组临床疗效比较综合组治愈 12 例, 显效 30 例有效 33 例, 无效 2 例显愈率 86%, 对照组治愈 8 例, 显效 20 例, 有效 25 例, 无效 5 例, 显愈率 67%。两组显愈率比较有显著差异 ($P<0.10$)。

3 讨论

颈性眩晕是眩晕症中最常见的病症之一, 也称椎

动脉压迫型综合征^[3]，其可能的原因见于颈椎骨质病变、椎体序列病变、颈部肌肉病变、导致椎动脉受压、椎动脉痉挛出现椎基底动脉供血不足，或颈交感神经病变导致迷路小动脉痉挛，局部缺血缺氧毛细血管通透性增加，内淋巴产生过多，回吸收障碍，引起膜迷路积水^[4]，也有认为颈部本体感觉紊乱，本体感受器产生错误的本体感觉信息，影响中枢神经对前庭和视觉信号的分析处理亦可产生眩晕的感觉。本病属中医眩晕的范畴，中医认为气血亏虚、肝阳上亢、痰浊内蕴、瘀血阻络、肾精不足均可致眩晕的发作。醒脑开窍针法属于针刺调神之大法，是石学敏院士尊《内经》“凡刺之法，必先本于神”之旨所创，认为人体一切生命活动均为神所主，受“神”的调节和控制，故治病必先本于神。故穴取内关，调神启闭，人中醒神开窍，三阴交调三阴，百会、印堂调三阳，如此阴阳调和，气血得充，神得所主是治疗眩晕的关键。风池、天柱、完骨、颈夹脊为局部取穴，有补益脑髓、疏通经络之功，通过针刺治疗可以调节头夹肌、胸锁乳突肌、斜方肌的肌张力和肌力，改善椎体关节，钩椎关节的对位关系，进而改善颈椎屈度，再者针刺1~4夹脊可刺激交感神经，调整交感神经功能，使血管舒

缩功能得到恢复，穴位针刺还可增加局部本体与大脑的联系，促进本体感觉的恢复，改善头晕的感觉，针刺也可直接刺激脊神经后支，促进局部血液循环，消除病变局部神经肿胀起到镇痛作用^[5]。总之，针刺可以通过消除水肿，改善肌肉痉挛，调节交感神经等，最终改变椎动脉受压或痉挛，达到改善椎基底动脉供血、内耳（迷路）供血，淋巴水肿消失，眩晕痊愈。

参考文献：

- [1]葛植厚.颈性眩晕临床诊断标准的初步探讨[J].颈腰痛杂志,1999,20(4):295-296
- [2]王楚怀,卓大宏.颈性眩晕症状与功能评估的初步研究[J].中国康复医学杂志,1998,13(6):245-247
- [3]吴芝兴,董黎强,推拿疗法结合中药治疗颈性眩晕的临床观察[J].中华现代中西医杂志,2004(3):204
- [4]郭芳.针刺为主治疗眩晕疗效观察[J].辽宁中医杂志,2005,32(1):63
- [5]李鹤,沈慧凤,闵亮.针刺不同穴位组合治疗颈性眩晕的临床观察[J].上海中医药杂志,2005,39(5):35-36

作者简介：

李长文（1965-），男，学士副主任医师，研究方向：神经与康复。

编号：E-10050613（修回：2010-05-06）

（上接 88 页）

验阴性，能坚持正常工作和生活。无效：症状体征同治疗前无变化。

3.2 结果

治疗组 130 例，临床治愈 77 例，占 59.2%；好转 43 例，占 33.1%；无变化 10 例，占 7.7%；总有效率 92.3%。对照组 102 例，临床治愈 36 例，占 35.3%；好转 41 例，占 40.2%；无效 15 例，占 14.7%；总有效率 75.5%。统计学处理临床治愈率治疗组明显优于对照组，（ $\chi^2=11.38$ ， $P<0.005$ ）。临床治愈患者治疗组与对照组平均疗程分别为 23.6 ± 7.1 天， 33.2 ± 7.5 天，前者明显短于后者（ $P<0.001$ ）。

4 讨论

笔者依据腰椎间盘突出症多因腰椎间盘突出性变，在急性或慢性损伤等外因作用下，导致纤维环破裂，髓核向外突入椎管内，刺激或压迫神经根及血管等周

围组织而产生以腰腿痛为主的临床征象的病理特点，并结合传统的腰椎机械牵引疗法，使腰椎间盘突出间隙增宽加大，后纵韧带紧张，使突出的髓核回缩复位，解除其对神经根周围血管组织的压迫，从而减轻临床征象的治疗原理。采用旋转复位手法治疗此病，结果表明，在牵拉的瞬间同时向腹侧或髓核突出的对侧方向实行推压，有助突出髓核还纳。这种方法不但效果显著，且不需要特殊装置，具有实用的临床价值，更具有良好的经济和社会效益。

作者简介：

许海燕（1954-），女，辽宁中医药大学毕业，副主任医师。

乔峰（1970-），男，第四军医大学毕业，科主任，副主任医师。

张艳华（1952-），女，大连军医学校毕业，主管护师。

编号：E-10050745（修回：2010-05-08）

针药结合治疗颈椎病经

Treating the cervical spondylosis by acupuncture

房伯龙

(江苏省睢宁县古邳中心卫生院, 江苏 睢宁, 221200)

中图分类号: R255.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0091-03 证型: ADI

【摘要】 颈椎病是颈椎退行性病变压迫脊髓、神经、血管等, 引起头、颈、四肢和内脏器官发生一系列症状的综合征。本病又称颈椎退行性关节炎、颈肩综合征或颈椎综合征。

【关键词】 颈椎病; 针药结合疗法; 经验

我院近二年来对确诊的 86 例颈椎病患者, 采用针药结合疗法, 见效快, 疗程短, 效果满意, 有效率达 100%。

1 临床资料

男 34 例, 女 52 例; 年龄 30 岁以下 3 例, 31~40 岁 22 例, 41 岁以上 61 例; 病程 5 年以上 17 例, 1~5 年 38 例, 1 年以下 31 例。以上病例均符合国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]。

2 治疗方法

2.1 针灸治疗

选穴: ①主穴: 大椎、风府、风池、天柱、完骨、肩中俞、肩外俞、大杼、百会、承光、通天、颈椎华佗夹脊穴; ②配穴: 曲池、外关、合谷、后溪、内关、足三里、太冲、肩髃、臑俞、天宗、肩贞、手三里、印堂、八邪等。随证选用, 每次选 5~10 穴, 一日一次, 10 次为一个疗程。

2.1.1 颈型颈椎病

本型以颈项部疼痛、肩背部疼痛、颈肩部压痛、活动受限为主要临床表现, 故又称局限型。不少反复落枕的病多属此型。少数病人可出现短暂的上肢放射性疼痛、胀痛。有时可感到头痛或头晕, 但症状较轻。

针刺方法: ①主穴: 大椎、风府、风池、大杼、肩中俞、肩外俞、颈椎华佗夹脊穴。每次选 5~7 穴, 施常规手法, 留针 30~40 分钟, 每日针刺治疗 1 次, 10 次为一个疗程。②配穴: 如伴有肩周疼痛, 可选肩髃、臑俞、天宗、肩贞; 如伴有上肢放射性疼痛、麻木, 可选曲池、外关、合谷、后溪。

2.1.2 椎动脉型颈椎病

眩晕是本型主要症状, 多伴有复视、眼震、耳鸣、耳聋、恶心呕吐等, 它是由于椎动脉受压迫或刺激而引起其供血不足所产生的一系列症状。头颈部活动和姿势改变诱发或加重眩晕是本病的一个重要特点。头

痛是一种发作性的血管性头痛。头部突然活动或姿势改变会引发猝倒。猝倒是本型特有的症状。

针刺方法: ①主穴取大椎、风府、风池、完骨、天柱, 施捻转补法。②根据伴随症状配穴: 百会、承光、通天、印堂, 施常规手法。

2.1.3 神经根型颈椎病

此型是由于骨刺或其他原因刺激或压迫了颈神经根所致, 临床表现为与颈脊神经根分布区相一致的感觉、运动及反射障碍等神经根受累的体征。患者常有颈项、肩背部疼痛, 并向上肢和手部放射或向枕部放射, 且伴有发麻感。皮肤可有麻木、过敏等感觉异常, 同时可以有上肢力量减弱, 手指头动作不灵活。病程较长的患者, 上肢的肌肉萎缩, 畏寒症状明显。

针刺方法: ①主穴取颈椎华佗夹脊穴、大椎、风府、风池、完骨、天柱、大杼、肩中俞、肩外俞, 每次选 5~7 穴, 施常规手法。②配穴取患肢局部的肩髃、肩贞、臑俞、天宗、曲池、手三里、外关、合谷、八邪等。

2.1.4 交感神经型颈椎病

颈椎间盘退行性改变的刺激, 压迫颈部交感神经纤维, 引起一系列反射性症状。本型症状表现复杂, 病人可有头痛、耳鸣、听力减退、视物模糊、飞蚊症、眼冒金花、眼球胀痛、多汗或少汗等症状; 还能出现心慌、心悸、心律不齐、心前区疼痛、阵发性心动过速、血压时高时低等类似心脏病的症状。本型颈椎病较少。

针刺方法: ①主穴取大椎、风府、风池、完骨、天柱、颈椎华佗夹脊穴, 施常规手法。②配穴: 如心率失常, 配内关; 颈型心绞痛配心俞、膻中、内关; 高血压配曲池、足三里、太冲、合谷。

2.1.5 脊髓型颈椎病

颈椎间盘退行性改变造成脊髓受压和缺血, 引起

脊髓传导功能障碍,临床多表现为运动障碍,如下肢无力,行走时下肢发飘,有踩棉花感,手变笨拙,不能做精细动作。随着病情逐渐加重,晚期病例可形成痉挛性瘫痪,大小便也会失禁。本型较难治,首选应为西医手术治疗,如保守治疗,针灸可首选。

针刺方法:①主穴取颈椎华佗夹脊穴、大椎、风府、完骨、天柱、风池。颈椎华佗夹脊穴必须深刺,视患者体型胖瘦选 1.5 寸针,进针 1 寸左右,施捻转泻法。②配穴:腰部背俞穴选肾俞、气海俞、大肠俞;受累肢体可选环跳、秩边、委中、阳陵泉、悬钟(绝骨)、昆仑、太溪等,常规针刺深度,用捻转泻法。

2.2 辨证论治

2.2.1 风寒湿痹证:本证以颈项部、肩胛部疼痛、压痛、僵硬、恶风寒、活动受限为主要临床表现;症状较重时可伴有上肢放射性疼痛、麻木,头痛头晕症状较轻,舌淡红,苔薄白,脉弦紧。主要方药选葛根、桂枝、羌活、伸筋草、附子、生姜、大枣、甘草。以祛风散寒,除湿通络为治则,再根据临床具体证情加减。

2.2.2 气滞血瘀证:颈肩部、上肢刺痛,痛处固定,可伴有头两侧太阳穴处疼痛或肢体麻木,舌质紫,脉细涩。本证以外伤性居多。主要方药:桃仁、红花、当归、羌活、川芎、木瓜、伸筋草、陈皮。以活血化瘀,舒筋通络为治则。

2.2.3 气血亏虚证:头昏头晕,面色苍白,气短心悸,肢倦乏力,食欲欠佳,四肢麻木;舌质淡,脉细弱。部分患者血压偏低。治法:补益气血。方药:归脾汤为主方(人参、白术、黄芪、茯苓、龙眼肉、酸枣仁、木香、甘草、当归、远志、生姜、大枣)。

2.2.4 肝肾不足证:头痛而眩,心烦易怒,耳鸣、耳聋,失眠多梦或恶梦纷云;舌之红,脉弦细。部分患者血压偏高。治法:补益肝肾,平肝潜阳。方药:天麻钩藤饮加减(天麻、钩藤、生石决明、川牛膝、桑寄生、杜仲、山桅子、黄芩、益母草、夜交藤、朱茯神)。

2.2.5 痰湿阻络证:头痛,眩晕,视物昏花,头重如裹,胸闷呕恶,纳差,四肢麻木不仁,苔白腻,脉滑或弦滑。方药:半夏白术天麻汤加减(天麻、半夏、白术、陈皮、茯苓、木香、砂仁、山楂、麦芽、生姜、甘草)。以化痰熄风,祛湿通络为治则。

2.3 西药治疗:临床上如遇头痛、头晕较重者,可用:5%葡萄糖注射液 250ml 加曲克芦丁 240mg~300mg 静脉滴注;5%葡萄糖注射液 250ml 加复方丹参 10~20ml 静脉滴注,血压偏高的患者,可改用 5%葡萄糖注射液 250ml 加复方丹参 10~20 毫升、黄芪 10~20ml 静脉滴注,每日 1 次,7~10 天为 1 个疗程。口服盐酸氟桂利嗪 10mg,每晚 1 次。

3 疗效标准

参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》判定。临床症状全部消失,颈椎阳性体征全部转阴,功能恢复正常为临床治愈。临床症状消除,颈椎阳性体征显著好转,因过度疲劳感颈肩臂酸沉不适,但不影响正常工作为显效。经治疗后,症状体征均有一定改善者为有效。治疗前后症状体征无改变者为无效。

4 治疗结果

本组 86 例患者,经 1~2 个疗程治疗,结果治愈 46 例;显效 30 例;有效 10 例;总有效率为 100%。

5 典型病例

患者甲,女,43 岁,农民。08 年 4 月 17 日初诊。患者颈项疼痛不适,间歇性前额痛一年余,加重 2 个月。2 月来,病情加重,颈项疼痛,两肩酸重,右肩重,从颈项右侧至右手腕有烧灼感,蚁行感,针刺感,右手指时有麻木。曾在多家医院诊为“颈椎病”,进行过牵引、按摩、中西药治疗效果不佳。检查:面色黄,形体一般,舌质暗,脉弦,右颈肩部有压痛,右上臂牵拉试验(+),饮食,睡眠,二便如常,往体健。无药物过敏史。X 线颈椎正侧位片显示: C₅₋₇ 椎体骨质增生,唇样改变。诊断:颈椎病(神经根型、气滞血瘀证)。患者由于颈肩劳损,气血阻滞,络脉不通,而疼痛麻木。治以活血通络。治疗方法:①针灸治疗主穴选颈椎华佗夹脊穴 5、6、7、大椎、风府、风池、完骨、天柱、肩中俞。配穴曲池、手三里、外关、合谷、后溪。主穴每次选 5~7 穴,配穴随证选用,手法以平补平泻,一日一次,留针 40 分钟。②中药疗法桃仁 6g、红花 6g、当归 10g、羌活 10g、川芎 20g、木瓜 10g、伸筋草 10g、陈皮 10g。水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。③西药治疗 5%葡萄糖注射液 250ml 加复方丹参注射液 12ml 静脉滴注;5%葡萄糖注射液 250ml 加曲克芦丁 300ml 静脉滴注,每日一次。经上法治疗一次后,诸症减轻,治疗 10 次后,欣然告愈。半年后随访,一切正常。

6 小结

实践证明,临床上以针灸疗法为主,中西药治疗为辅,针药结合治疗颈椎综合征,一次治疗后即效,3~5 次治疗病情缓解,10 次为 1 个疗程。但脊髓型颈椎病则应深刺并要求连续治疗数个疗程不等,以保持远期疗效。医师临证时必须遵循中医辨证施治的原则,才能达到较好的治疗效果。颈椎病病位在颈,本在督脉、在柱骨,故临床每选大椎、风府、百会、颈椎华佗夹脊穴等;标在头面,因膀胱经入脑,下行项后,(下转 94 页)

浅析中药对人类延缓衰老的作用

Effect of analysis in TCM on Human anti-aging

王 敏

(辽宁省铁岭市清河区清河电力职工医院, 辽宁 铁岭, 112003)

中图分类号: R339.3+8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0093-02 证型: DGB

【摘 要】 随着社会的不断进步, 人们生活水平的提高, 人们对生活的质量要求也越来越高, 延缓衰老已成为现代人们的迫切愿望。关于衰老的原因有很多种说法, 其中一种说法就是中药对抗衰老、延年益寿有很好的功效。对中药抗衰老的药理作用的研究实验表明: 中药可以通过调节神经内分泌、抗氧化、抗 DNA 损伤、调节免疫功能等作用达到抗衰老的目的。

【关键词】 中药; 抗衰老; 药理作用机制

1 衰老的原因

人体的器官和组织都由细胞组成, 这些细胞分为两大类, 即干细胞和非干细胞。人体衰老的原因是机体在发育成熟后, 体内各种功能活动进行性下降的过程, 是一种复杂的生命现象, 主要是由器官衰老引起的, 而器官衰老又是由组织衰老引起的, 组织衰老是由细胞衰老引起的。大多数学者认为中医理论中医对人体衰老或早衰的认识内容极其丰富, 又有较好的实际效果。

人体衰老是体内外环境污染、精神紧张、遗传等许多因素共同作用的结果。关于衰老的学说有很多种, 氧化自由基学说为 1956 年由 Harman 提出, 是目前比较公认的学说之一。该理论认为, 机体内时刻产生着自由基, 但同时又具有有效的自由基清除系统(如超氧化物歧化酶等), 使体内自由基维持在正常水平。随着年龄的增长, 这种平衡逐渐被破坏, 造成自由基过剩。过量自由基可通过过氧化作用攻击细胞膜及核酸、蛋白质和酶类等生物大分子, 引起细胞膜上的不饱和脂肪酸产生脂质过氧化反应, 核酸及蛋白质分子交联, DNA 基因突变或复制异常及生物酶活力下降, 最终导致细胞功能严重受损以至衰老、死亡。目前, 衰老机制在分子水平的研究进展非常迅速。20 世纪 90 年代以来, 陆续有报道第 1, 4, 7 号染色体与 X 染色体上各自存在着与衰老有关的基因^[1], 这表明衰老也是由遗传基因决定的。近年来, 端粒与端粒酶的发现使衰老的遗传程序学说有了新进展。目前, 国内外有大量报道实验动物或人类组织细胞在衰老过程中端粒酶活性的变化, 但对影响端粒酶活性的因素研究较少。

2 中药对延缓衰老的作用

中医药以其独特的疗效, 在抗衰老抗氧化的研究中占有十分重要的地位。正常代谢过程的产物如果能

很快被机体防御系统所清除, 就不会造成危害, 否则就会使人体大分子遭到损伤, 导致人体衰老, 大量事实证明正常代谢过程的产物过多或机体清除能力下降能引起许多疾病的生化机制, 比如炎症、衰老、免疫性损伤、毒物的损害、休克、癌症、乙醇中毒、放射线损伤等, 补充抗氧化剂可使一些疾病得到缓解, 无疑为这类疾病的防治开辟了一条有希望的新路^[2]。中药抗氧化的作用机制还未完全清楚。就已有资料来看, 中药既可抑制自由基的产生, 也可直接对抗自由基对组织及细胞的损伤作用, 或直接清除自由基, 还可增强机体本身抗氧化系统的功能, 从多个环节阻断自由基的损伤作用。人参皂苷可明显提高衰老模型小鼠血清中超氧化物歧化酶(SOD)及谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-PX)的活性, 减少过氧化脂质(LPO)及其代谢产物丙二醛(MDA)含量, 能减少自由基对细胞的损伤, 亦可减少脂褐质在脑、心肌中的沉积达到抗衰老的效果^[3]。丹参为强自由基清除剂, 从中提取的 3 种水溶性成分丹酚酸 A、丹酚酸 B 和丹罗酚酸, 对实验性大鼠脑、肝、肾微粒体的脂质过氧化均有较强的抑制效应, 三者中效应最强的丹酚酸 A 抗氧化作用比维生素 E 强百倍至千倍^[4]。研究证实, 具有抗氧化作用的中草药尚有: 黄芪、银杏叶、灵芝、枸杞、红景天、绞股蓝、西洋参、五味子等, 一些中药方剂如百年乐、龟龄集、参鳖补膏、五味子冲剂、复方丹参合剂等亦有抗氧化作用。

近年应用免疫调节剂防治老年病与控制衰老引起许多学者的关注。许多治疗虚证的中药, 如补肾阳药肉桂、仙茅、锁阳、黄精等具有使抗体提前形成的作用, 养阴药炙鳖甲、玄参、天门冬、北沙参、银耳等具有延长抗体存在时间的作用, 通过使用这些中药来调节人体的免疫力, 从而达到抗衰的效果。中药还可

以通过改善和提高老年人的内分泌功能来延缓衰老。附子、菟丝子、人参、黄芪、杜仲、冬虫夏草、补骨脂、肉苁蓉等能显著增加淋巴细胞糖皮质激素受体,增加唾液皮质醇浓度,促进肾上腺皮质功能,从而改善和平衡老年人内分泌水平,延缓人体衰老。灵芝水提取液可通过强化内分泌系统(如下丘脑-垂体-性腺轴)、甲状腺系统和肾上腺皮质功能来调节机体的多种代谢活动,达到抗衰延寿目的^[5]。

3 结 论

目前延缓衰老已经是生命科学研究中的难点和重点之一。衰老的过程是人体正常的生理过程,涉及到全身的很多器官功能和系统。虽然现阶段衰老机制的研究已有了较大进展,但由于衰老是一个复杂的生物学过程,目前仍未完全在真正意义上了解衰老的全部

原因,人体衰老的问题还有待于更深入的进行研究。还有许多中药都有延缓衰老的作用,因此在今后的研究中,我们要结合中医衰老理论,运用现代科学技术,探索更科学的延缓人体衰老的方法。

参考文献:

- [1]杜历生.衰老机理和延缓衰老的措施[J].广西中医学院学报,2001,4(4):108
- [2]许士凯,王晓东.天然药物抗衰老有效成分研究进展[J].现代中西医结合杂志,2005,14(19):2497
- [3]朱建明.人参皂苷的抗衰老作用研究进展[J].中医药信息,1998,23(2):18
- [4]陈新谦.近十年来国内抗衰老药的研究进展[J].中国药学杂志,1995,30(9):515
- [5]徐承水.灵芝抗衰老作用的实验研究[J].淄博学院学报(自然科学与工程版),2000,2(2):69

编号: ZZ-100412123 (修回: 2010-05-07)

(上接 92 页)故临床常选承光、通天、天柱等;标在四末,故临床远部循经选穴。因手太阳之筋上肩走颈,手少阳筋结于肩,并合于手太阳,故颈肩疼痛,此二经相合可增加疗效。颈椎综合征,临床上属于“顽症”,针药结合,协同作战,乃获良效。

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,1994:185-189

编号: Y-10040782 (2010-05-04)

《中医临床研究》杂志 2010 年征订 欢迎订阅 欢迎投稿

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

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

98 例高原红细胞增多症（气虚证）

血液学诊断指标的观察

Observation on 98 cases of high altitude polycythemia Qi deficiency hematology diagnostic indicators

李豫青 马红茹 包沁香 王东林
(青海卫生职业技术学院临床检验教研室, 青海 西宁, 810000)

中图分类号: R331.1+41 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0095-02 证型: BDA

【摘 要】通过对青海省 98 例高原红细胞增多症病人血液学检测指标测量、整理,统计不同海拔地区(2800 米~3700 米)的血液学诊断指标。探讨高原红细胞增多症的血液学指标与气虚证的关系,为临床治疗提供相关依据。

【关键词】 高原红细胞增多症; 血液学诊断指标; 气虚证

国家中医药管理局招标课题“高原环境低氧引发气虚证的研究”课题组,对青海地区经省市、州、县医院确诊为高原病患者,包括慢性高原反应、高原红细胞增多症、原肺水肿、高原心脏病、高原脑水肿、高原血压异常症等 404 例进行了中医证候调查分析及血液学诊断指标的调查。本文对不同海拔地区(2800 米~3700 米)的 98 例红细胞增多症的血液学指标进行了检测,并对其与气虚证的关系进行初步探讨,为临床治疗提供相关依据。

1 筛选标准

1.1 筛选和整理了经青海省高原心脏病专科医院,西宁市第一人民医院,青海省武警医院,刚察县医院(海拔 3300 米)、天峻县医院(海拔 3700 米)、海西州(德令哈市)医院及社区医院(海拔 3000 米)、格尔木市社区卫生服务中心(海拔 2800 米)确诊为高原红细胞增多症患者 98 例。

1.2 调查内容

调查内容包括血液学诊断指标(红细胞、红细胞

比积和血红蛋白)的观察、人口学资料、高原生活史资料、现病史、既往史、疾病诊断、望闻问切“四诊”资料、中医证型等。

1.3 诊断标准

第六届国际高原医学和低氧生理学术大会颁布的慢性高原病青海诊断标准^[1]。

2 结果与分析

2.1 海拔高度与血液学指标的关系(表 1)

血液流变性的改变在高原的不同人群有其共性,即“浓”(红细胞压积增高)、“粘”(全血比粘度增高)、“聚”(血细胞聚集力加强),并随海拔高度和移居高原时间的不同又有其特殊性^[2]。随患者居住地海拔升高,单纯气虚证减少(主要发生在海拔 3000 米左右地区),而气虚血瘀兼有痰湿或合并阴虚者明显增多,这与海拔升高,氧分压下降,使血液流变性发生“浓、粘、聚”的变化,导致微循环发生一系列改变,造成红细胞数、血红蛋白、红细胞压积随海拔的升高而升高相一致。

表 1 海拔高度与血液学诊断指标的关系

海拔	红细胞 (×10 ¹² /L)		血红蛋白 (g/L)		红细胞压积	
	平均值	标准差	平均值	标准差	平均值	标准差
>4000 米	7.9	1.6	216.4	53.6	0.51	0.27
3000~4000 米	6.3	1.4	208.8	53.1	0.5	0.24
<3000 米	6.1	1.1	203.6	53.2	0.49	0.11

2.2 高原居住年限与血液学指标的关系(表 2):

随患者居住高原年限延长,红细胞、血红蛋白、

红细胞压积增高。这可能是因为居住高原(主要发生(下转 97 页)

子午流注针法（验案）简介

A brief introduction to midnight-noon

胡成莲

（青海省互助县威远镇卫生院，青海 互助，810500）

中图分类号：R245.3 文献标识码：A 文章编号：1674-7860（2010）09-0096-02

【摘要】 介绍了子午流注针法的概况及应用效果，提出了中医针灸时间治疗学的独特疗效。

【关键词】 针灸；治疗；探讨

【Abstract】 The paper introduces the general condition of midnight-noon ebb-flow acupuncture therapy and its applying effect, and points out the special curative effect of time therapy of Chinese acupuncture and moxibustion.

【Key words】 Acupuncture; Moxibustion; Therapy Study

1 子午流注针法

子午流注针法是以十二经脉肘膝以下的 66 个经穴为基础，根据出井、流荣、注输、行经、入合的气血流注，盛衰开阖的道理，配合阴阳、五行、天干、地支等逐日按时开穴的针刺取穴法。

子午流注，其理论体系渊源于《内经》（约公元前 703～公元前 221 年）。如《灵枢·岁露篇》记载：“人与天地相参也，与日月相应也”。《素问·六微旨大论》有“天气始于甲，地气始于子，子甲相合，命曰岁立，谨候其时，气可与期”。《灵枢·卫气行》中载有“岁有十二月，日有十二辰，子午为经，卯酉为纬”。《素问·八正神明篇》云：“凡刺之道，必候日月星辰，四时八正之气，气定乃刺之”。

继《内经》之后，到了金代贞元元年（公元 1153 年），何若愚撰，阎明广注《子午流注针经》，始有子午流注名称。现今所用的子午流注，主要来自《子午流注针经》，以后徐凤在《针灸大全》中编写了子午流注逐日按时定穴歌诀。杨继洲在《针灸大成》中把子午流注作为主要篇章论述。

建国以来，四川吴棹仙鱼 1956 年将子午流注环周图献给了毛主席，并著《子午流注说难》。江苏承谈安等三人合著《子午流注针法》。

人体气血运行随着时间先后不同，阴阳各经脉气血的盛衰也有固定时间。气血迎时而至为盛，气血过时而去为衰；泻则乘其盛，补则取其衰。逢时为开，过时为合，定时开穴，以调和阴阳，纠正机体的偏盛偏衰来治疗疾病，是一种独特的针灸取穴方法，时间生物学的迅速发展，对深入研究中医针灸时间治疗学，

起到推动和促进作用。

2 应用

子午流注针法若应用得法，则疗效显著，据刘豫淑等报道，用子午流注针法治疗周围性面神经麻痹，其痊愈率高于电子计算机辨证取穴组和经验取穴组，据冯润身报道，按时单针大陵穴可以治疗痢疾，非其时则不效。本人今年来研究子午针法，取得一定疗效，现举数例如下，以供同道参考：

例 1，患者甲，男，56 岁，农民。

病史：项背痛半年，劳累受凉后加剧，经药物及理疗效果不佳。

查体：项背部压痛明显，活动受限制，舌光无苔，脉浮大无力。

治疗：约定甲日庚辰时开后溪、申脉，取病穴大、风池，俱用泻法，强刺激 5 分钟后，患者全身出汗，顿觉肩背舒服，有似重物卸下一般，一次即愈。

例 2，患者乙，女，24 岁，工人。

病史：口眼歪斜半年，曾在某医院针治服药 2 个月无显效。

查体：口眼向右歪斜，在侧鼻唇沟变浅，左眼闭合困难，左侧面肌僵硬。舌淡苔白，脉沉细而微。

治疗：约定丙日乙未时，开少泽出血，针劳宫、太冲、照海、列缺、病穴：地仓、颊车；先针健侧泻法，后针患侧补法；患部肿硬处以梅花针叩刺，针后患者症状稍减半，眼能合而口亦稍正。遵约定隔 5 日一诊，“丙与辛合”，前后共诊治 7 次后，基本痊愈，笑时口角略有歪斜。

例 3，患者丙，男，42 岁，干部。

病史：慢性泄泻 13 年，每食生冷寒凉之物尤甚。经西医治疗无效。近半月来病情加重，腹胀微痛，便稀，日行 4~7 次，纳食差，乏力，经直肠镜检查，诊为慢性结肠炎。

查体：面黄肌瘦，舌淡，苔粗厚而白，脉沉细而微缓。

治疗：约定戊日午时开厉兑出血；针足三里，中脘，灸神阙、天枢 15 分钟。第 2 诊，己日己巳时开隐白出血，配公孙、内关，平补平泻，仍灸神阙、天枢。第 3 诊，患者诉说：“症状减轻，大便日行 3 次，纳食较前增加”。丙日戊子时，针足三里，留针 20 分钟，

针后加灸 15 分钟，并灸神阙、天枢，以后每隔 5 日针灸 1 次，共计 15 次，治愈。嘱患者每日辰时取胃经足三里穴灸治 10 次以巩固疗效。随诊 3 年未复发。

3 小 结

子午流注虽以时间为主，但手法亦相当重要，正确取穴，或针或灸，或针后加灸，操作时灵活应用，就可取得预期的效果。临床若遇急诊，就不必拘泥于时间限制，凡是适应病症的穴位，都可选用，及时治疗，以免延误病情。

编号：A-00309（修回：2010-05-06）

（上接 95 页）

在移居高原 10 年以上人群），机体由于高原缺氧引起血液粘度增高，红细胞数量增多，红细胞聚集加强，红细胞硬度增加变形能力降低，血小板聚集力加强使血小板聚集及 pH 值变化，均可影响血液粘度和临界

毛细血管半径。其中血小板的聚集体的形成可明显增加微血流阻力，甚至可造成微血管堵塞。因此气虚血瘀兼有痰湿或合并阴虚者明显增多。

表 2 高原居住年限与血液学诊断指标的关系

年限	红细胞（×1012/L）	血红蛋白（g/L）	红细胞压积
>5 年	7.1	197	0.69
5~10 年	7.47	208.8	0.7
10~15 年	7.75	218	0.71
<15 年	7.9	246	0.74

3 讨 论

高原红细胞增多症红细胞增多是继发于高原缺氧的常见表现，是一种生理性适应代偿反应，机体长期缺氧引起骨髓红系统增生旺盛的一种慢性高原病，发病呈缓慢过程，血液的主要变化是红细胞、血红蛋白和红细胞压积、血液粘度增加。以红细胞数目、血红蛋白、红细胞压积和血液总容量显著地超过正常水平为特点。根据血液学指标（Hb；Hct）是诊断红细胞增多症的基础，由于低气压低氧环境，长期生活在海拔 3000 米以上的高原居住者，对高原低氧环境逐渐失去习服而导致的临床综合症，主要表现为红细胞增多（女性 Hb≥19g/dl，男性 Hb≥21g/dl）。红细胞压积超过 0.65，则血液粘稠度极度增加。在不同海拔高度所测定的红细胞、红细胞比积和血红蛋白 3 项指标随海拔的升高而增加，红细胞比积和血红蛋白增高是导致全血比粘度增加的主要因素。从中医的角度分析高原红细胞增多症是在高原环境低氧引发气虚的基础上，

气虚无力行血、行津，则产生“血瘀”、“津停”、“痰凝”的虚中夹实证。这是由于高原供氧不足，使血红蛋白代偿性地增多，血液粘稠度增加，流速减慢，血小板易于聚集。同时低氧能使肺动脉产生高压，促使红细胞生成素增加，使氧分压和二氧化碳结合力异常，又反馈性地促使红细胞生成增多，导致气虚症。加强对高原人群的血液学指标的监测，才有可能更早地发现高原病患者，在高原疾病（气虚证）的防治中具有更重要的意义。

项目编号：

国家中医药管理局中医药科学技术专项 2006~2007 年课题计划，编号：No.06-07JP46。

参考文献：

[1]张彦博,汪源,刘学良等.高原疾病[M].青海人民出版社,1980:P61
[2]国际高原医学会慢性高原病专家小组.慢性高原病青海诊断标准[S].青海医学院学报,2005,26(1):3-5

编号：J-10041406（修回：2010-05-07）

人 BMI-1 基因真核表达载体构建及其 在人乳腺癌细胞系 MDA-MB-468 细胞中的表达

Construction of human bmi-1 eukaryotic expression vector and its expression in mammary cancer cell line MDA-MB-468

王影利 邓 青 尹玉慧 李惠翔

(1. 郑州大学基础医学院, 河南 郑州, 450052

郑州大学第一附属医院, 河南 郑州, 450052)

中图分类号: R655.8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0098-05 证型: BDGI

【摘 要】 目的: 构建人 Bmi-1 基因的真核表达载体 pcDNA3.1(+)-Bmi-1, 转染人乳腺癌细胞株 MDA-MB-468 细胞中并检测其表达。方法: RT-PCR 检测 Bmi-1 mRNA 在乳腺癌细胞系 MCF-7 及 MDA-MB-468 细胞中的表达水平; 从 MCF-7 细胞中提取总 RNA, 逆转录为 cDNA, 以 cDNA 为模板, 扩增 Bmi-1 基因序列, 将含有 Bmi-1 全长编码序列的 PCR 产物经 TA 克隆后经 PCR、酶切验证, 亚克隆入真核表达载体 pcDNA3.1(+) 中, 构建重组质粒 pcDNA3.1(+)-Bmi-1, 转化至大肠杆菌后, 酶切、测序鉴定; 将重组质粒转染到 MDA-MB-468 中, 48h 后 RT-PCR 检测转染前后 Bmi-1mRNA 及 hTERT mRNA 的表达变化。结果: Bmi-1 mRNA 在 MCF-7 细胞中表达较高, 而在 MDA-MB-468 细胞中仅适量表达。成功从 MCF-7 细胞中克隆获得 Bmi-1 基因并构建真核表达载体。转染后在 MDA-MB-468 中检测到 Bmi-1mRNA 表达上调, 其过表达上调 hTERT mRNA 的表达。结论: 成功克隆和建立人 Bmi-1 基因真核表达载体; pcDNA3.1(+) -Bmi-1 能在 MDA-MB-468 中表达; 为进一步研究 Bmi-1 基因在细胞中的功能奠定了基础。

【关键词】 PcDNA3.1(+)-Bmi-1; Bmi-1; 基因转染; MDA-MB-468; hTERT

【Abstract】 Objective: To construct human Bmi-1 gene eukaryotic expression vector which was transfected into mammary carcinoma cell line MDA-MB-468 and its expression level was measured. Methods: The expression of Bmi-1 mRNA was determined by RT-PCR in human breast cancer cell lines MCF-7 and MDA-MB-468. The total RNA was extracted from MCF-7 cell line, which was used to reverse transcript for cDNA. The cDNA was used to amplify the Bmi-1 gene. The PCR product containing the entire coding sequence of Bmi-1 was cloned to a T vector and the recombinant vector was tested by PCR and restriction enzyme digestion after TA clone. Then the PCR product of Bmi-1 was subcloned to the eukaryotic expression vector pcDNA3.1(+). The recombinant eukaryotic expression vector was transformed to E. coli, measured by restriction enzyme digestion and sequence analysis. The Eukaryotic Expression Vector pcDNA3.1(+)-Bmi-1 was transfected to MDA-MB-468 cell line, and the expression of Bmi-1 mRNA and hTERT mRNA before and after transfection was determined by RT-PCR after 48h. Results: The MCF-7 cell line showed high level of the Bmi-1 mRNA expression, whereas MDA-MB-468 showed modestly increased expression. Bmi-1 gene was cloned from MCF-7 cells, and its eukaryotic expression vector was constructed successfully. The expression of Bmi-1 was significantly up-regulated after transfection and its overexpression up-regulated the expression of hTERT mRNA. Conclusion: The expression vector pcDNA3.1(+)-Bmi-1 was constructed successfully and could be expressed in human mammary carcinoma cell line MDA-MB-468, so as to facilitate the study of the function of Bmi-1 in cell lines.

【Key words】 pcDNA3.1(+)-Bmi-1; Bmi-1; transfection; MDA-MB-468; hTERT

乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤, 在我国发病率目前居女性恶性肿瘤的第二位^[1], 仅次于宫颈癌。Bmi-1 基因 (B-cell specific moloney leukemia virus insert site 1, Bmi-1) 是多梳基因 (Polycomb group genes) 家族重要的调节基因, 具有转录抑制和维持干细胞更新的功能。Gober^[2]等的研究发现, Bmi 过表达可抑制

p19ARF, 使 p53 的降解增加, 进而阻止 p53 介导的细胞凋亡, 提示 Bmi-1 可能与永生化有关。Bmi-1 能延长乳腺上皮细胞 (Mammary Epithelial cells, MECs) 的寿命, 其机制主要是通过激活人类端粒酶逆转录酶 (human telomerase reverse transcriptase, hTERT) 的转录从而诱导端粒酶的活性, 在人类乳腺癌的发生中

扮演着重要角色。为深入探讨 Bmi-1 基因在乳腺癌发病过程中的作用,本研究将构建 Bmi-1 真核表达载体,并将其转染人乳腺癌细胞株 MDA-MB-468,为进一步研究 Bmi-1 与乳腺癌发生发展的关系提供基础。

1 材料与方法

1.1 实验材料

人乳腺癌细胞系 MCF-7 由河南省医药科学研究所王庆端研究员惠赠;人乳腺癌细胞系 MDA-MB-468 由郑州大学中英医学实验室馈赠;大肠杆菌 DH5a 由郑州大学微生物与免疫学教研室提供;空载体 pcDNA 3.1 (+) 由郑州大学组胚教研室杨继要老师等惠赠; pGEM-T Easy 载体为 Promega 公司产品; Trizol 为 Invitrogen 公司产品; RT Kit、氨苄、质粒小提试剂盒、胶回收试剂盒为天根公司产品;限制性内切酶 BamH I、Xba I 和 T4 连接酶为 Promega 公司产品;限制性内切酶 BamH I、Not I 为 Takara 公司产品; Lipofecter 脂质体转染试剂购自碧云天生物技术研究所在所。

1.2 实验方法

1.2.1 设计合成引物及 RT-PCR 检测乳腺癌细胞系中 Bmi-1 mRNA 的表达情况: 参照人 Bmi-1 基因序列 (Genbank No:NM005180) 的编码区,利用引物设计软件 Primer 5.0 进行设计。上游引物: 5'-CGC GGATCC ATGCATCGAACAACGA GAATC-3', 引入 BamH I 酶切位点; 下游引物 P2: 5'-TGCTCTAGA TCAGGTATCAACCAGAAGAAG-3', 引入 Xba I 酶切位点。送由上海生工合成。以克隆引物为引物, RT-PCR 检测乳腺癌细胞系 MCF-7 及 MDA-MB-468 中 Bmi-1 mRNA 的表达情况。以 β -actin 作为内参。

1.2.2 pcDNA3.1 (+) -Bmi-1 真核表达载体的构建

Bmi-1 基因克隆: 取 5×10^6 个处于对数生长期的 MCF-7 细胞消化离心收集加入 1ml Trizol, 按照说明书提取细胞总 RNA 并逆转录成 cDNA。PCR 反应体系: cDNA 2 μ L, 上游引物 1 μ L, 下游引物 2 μ L, 2 $\times$ Tap Master Mix 12.5 μ L, 灭菌超纯水 8.5 μ L。反应条件: 94 $^{\circ}$ C 4min, 94 $^{\circ}$ C 30s, 54 $^{\circ}$ C 45s, 72 $^{\circ}$ C 1min30s, 35 个循环, 72 $^{\circ}$ C 延伸 10min。PCR 产物于 1% 琼脂糖凝胶电

泳中电泳后切胶回收, 并参照胶回收试剂盒说明书对 PCR 产物进行回收纯化。

TA 克隆: TA 克隆体系包括 pGEM-T Easy 1 μ L, 2 $\times$ 快速连接缓冲液 5 μ L, PCR 纯化产物 0.9 μ L, T4 连接酶 1 μ L, 灭菌超纯水 2.1 μ L; 4 $^{\circ}$ C 孵育 16h。转化连接产物涂平板培养 12~16h 后, 随机挑取 10 个单菌落, 37 $^{\circ}$ C 震荡培养过夜, 行菌液 PCR 反应鉴定阳性克隆。随机选取一个 PCR 阳性克隆小提质粒, 行 BamH I、Not I 双酶切电泳验证。

pcDNA3.1 (+) -Bmi-1 真核表达载体的构建:

BamH I 和 Not I 分别双酶切真核表达载体 pcDNA3.1 (+) 和 Bmi-1TA 克隆阳性质粒, 1% 琼脂糖凝胶电泳后, 分别回收两端带有粘性末端的 pcDNA3.1 (+) 载体片段和 Bmi-1 片段并进行定向连接反应。转化至大肠杆菌, 小提质粒后酶切验证。将含有阳性质粒的转化菌液送北京三博技术有限公司测序。

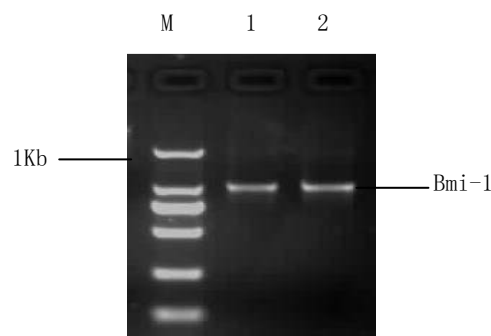
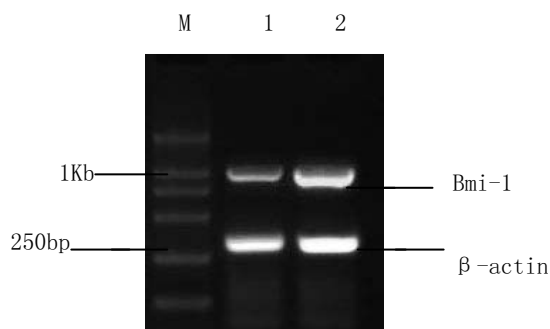
1.2.3 pcDNA3.1 (+) -Bmi-1 转染 MDA-MB-468 细胞转染分为阴性对照组, pcDNA3.1 (+) 组和 pcDNA 3.1 (+) -Bmi-1 组 3 组。当细胞处于对数生长期时, 以脂质体分别转染上述质粒, 转染 48h 后行 RT-PCR 检测转染前后 MDA-MB-468 细胞中 Bmi-1 mRNA 及 hTERT mRNA 的表达变化。以 β -actin 作为内参。

1.2.4 统计学处理: 所有实验数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 应用 SPSS13.0 统计软件分析实验数据, 采用单因素方差分析; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 Bmi-1 基因克隆

细胞本底检测显示, Bmi-1 mRNA 在 MCF-7 细胞中高表达, 而在 MDA-MB-468 细胞中仅适量表达 (图 1)。从人乳腺癌细胞株 MCF-7 细胞中提取总 RNA, 以 mRNA 为模板进行 PCR 扩增, 并参照胶回收试剂盒说明书对 PCR 产物进行回收纯化 (图 2)。TA 克隆后行菌液 PCR 鉴定阳性重组质粒 (图 3)。随机选取一个 PCR 阳性克隆小提质粒, 行 BamH I 和 Not I 双酶切鉴定, 结果可见约 1Kb 大小的条带和载体片段 (图 4), 该克隆可能为插入含有 Bmi-1 基因的重组质粒。

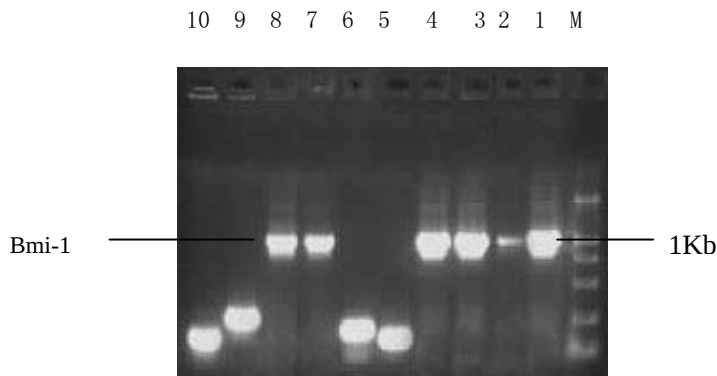


M Marker DL2000
1 重组 T 载体双酶切
2 T 载体自连

图 4 TA 克隆质粒酶切凝胶电泳图谱

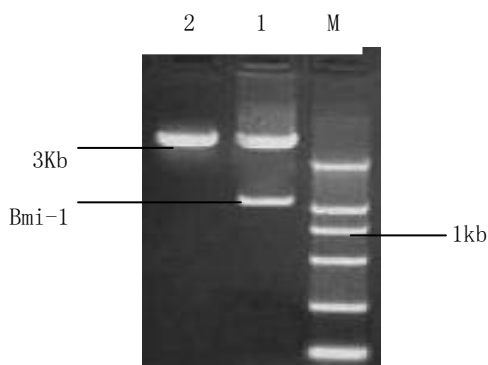
M Marker DL200
1、2 Bmi-1 胶回收片段

图 2 Bmi-1 PCR 产物胶回收片段凝胶电泳图谱



M Marker DL2000 1、3、4、7、8 阳性菌落 2 假阳性? 5、6、9、10 非特异性扩增

图 3 重组质粒菌液 PCR 产物琼脂糖凝胶电泳图谱

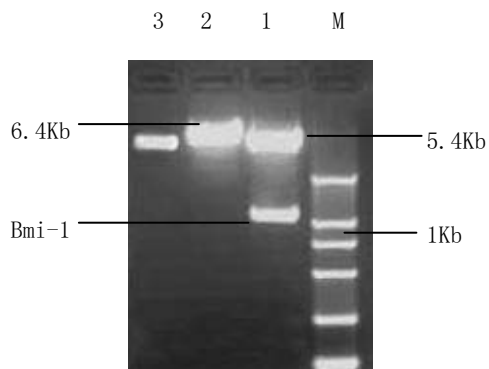


M Marker DL2000
1 MDA-MB-468
2 MCF-7

图 1 Bmi-1 mRNA 在乳腺癌细胞系中的表达

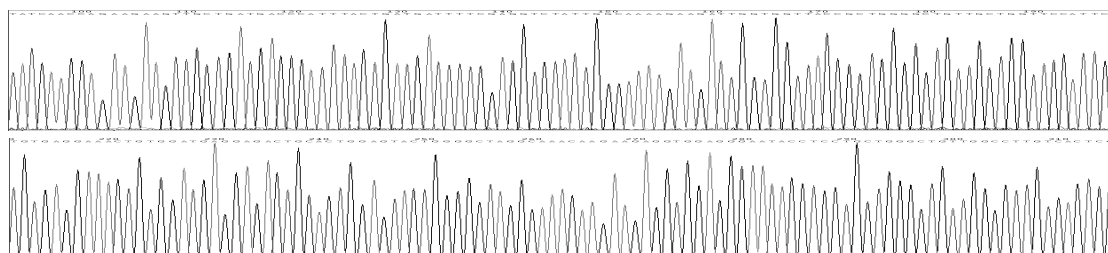
2.2 真核表达载体 pcDNA3.1 (+) -Bmi-1 的构建

T4 连接酶将双酶切后的 pcDNA3.1 (+) 空载体及 TA 克隆质粒上的 Bmi-1 目的片段连接后, 转化至大肠杆菌中扩增, 小提质粒; 行 BamH、Xba I 双酶切鉴定, 结果切出约 1Kb 大小的片段和载体片段, 表明



M Marker DL2000
1 重组质粒 pcDNA3.1 (+) -Bmi-1 双酶切
2 重组质粒 pcDNA3.1 (+) -Bmi-1 单酶切
3 空质粒 pcDNA3.1 (+) 双酶切

图 5 重组质粒 pcDNA3.1 (+) -Bmi-1 酶切凝胶电泳图谱
Bmi-1 基因片段已经被成功地构建到了真核表达载体 pcDNA3.1 (+) 上 (图 5)。测序结果表明插入的 Bmi-1 的 cDNA 片段长度为 981bp, 经与 Genbank 公布的 Bmi-1 标准序列比对, 发现同源性达到 99.99% (图 6)。



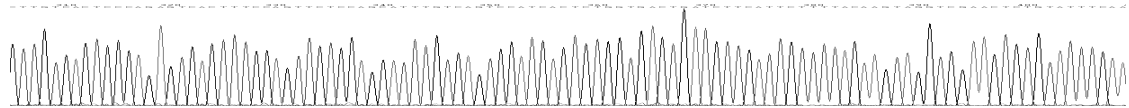


图 6 重组真核表达载体 pcDNA3.1 (+)-Bmi-1 部分测序峰图

2.3 MDA-MB-468 转染后 Bmi-1 mRNA 及 hTERT mRNA 表达

转染 48h 后行 RT-PCR 检测各组细胞 Bmi-1 及

hTERT 的 mRNA 表达情况，结果表明，两者表达均较转染前明显提高（图 7 和图 8）。具体数值结果见表 1。

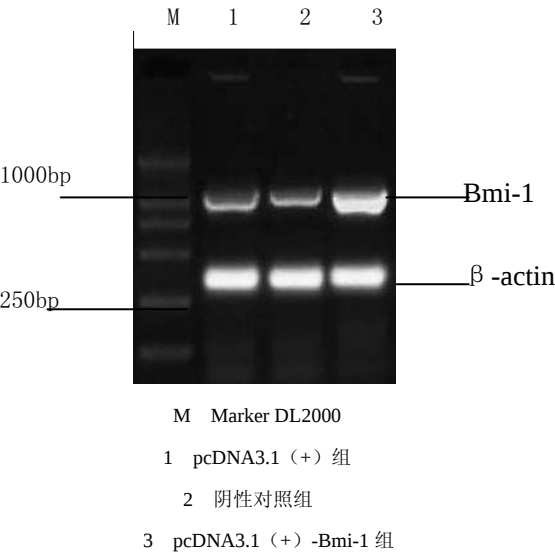


图 7 转染 48h 后 Bmi-1 mRNA 表达

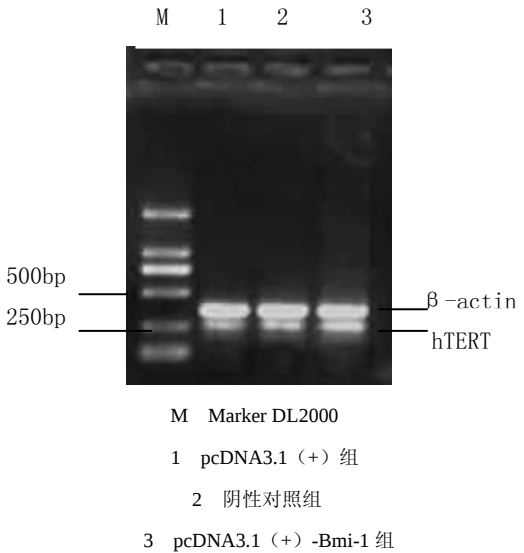


图 8 转染 48h 后 hTERT mRNA 表达

表 1 转染前后 Bmi-1 mRNA, hTERT mRNA 表达情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	Bmi-1 mRNA	hTERT mRNA
pcDNA3.1 (+) 组	0.603±0.015	0.244±0.007
阴性对照组	0.600±0.014	0.240±0.006
pcDNA3.1 (+)-Bmi-1 组	0.943±0.095*	0.396±0.015*

注：与各对照组相比，* $P<0.05$ ，其余均 $P>0.05$ 。

3 讨论

Bmi-1 基因属于 PCG 家族成员之一，是一种广泛表达的核蛋白，调节 HOX 基因的转录，参与细胞的增值调控^[3]。乳腺癌是妇女常见的恶性肿瘤之一，研究显示，Bmi-1 可能通过不同的途径与乳腺癌浸润转移相关基因相互作用，在转录或翻译水平调控肿瘤的浸润转移。Dimri^[2]等发现，Bmi-1 在永生化的乳腺上皮细胞及一些乳腺癌细胞中过度表达，并进而使 hTERT 转录并激活端粒酶。Kim 等发现，在乳腺浸润性导管癌中 Bmi-1 呈过表达，且与腋窝淋巴结转移、雌二醇受体 (ER) 阳性状况明显相关^[4-5]，表明 Bmi-1 与乳腺浸润型导管癌的进展及转移有关。

载体构建是分子生物学和基因工程研究中的常用技术之一^[6-7]，基因工程的最终目的是在一个合适的体系中使外源基因高效表达，从而产生有价值的蛋白质。克隆基因在哺乳动物中表达条件之一是基因重组到合适的真核表达载体中。pcDNA3.1 (+)^[8]是一个由人类巨大细胞病毒启动子控制转录起始的真核表达质粒，

含有 T7、BGH 启动子，为 RNA 聚合酶附着作用提供特异性识别位点；并含有高效增强子 SV40，为可促进基因转染活性的顺式调控元件；这样使其调控的基因可在哺乳动物细胞中稳定表达和遗传。此外，其编码区还含有氨苄青霉素 (Amp) 抗性基因，便于做阳性克隆筛选。

hTERT^[9-10]是端粒酶的催化亚基，其高表达可激活端粒酶，维持端粒长度，使细胞获得无限增值能力而逃避衰老。Bmi-1^[2]基因可诱导下游基因 hTERT 基因的表达，从而激活端粒酶，以 RNA 亚基 hTR 为模板，在染色体末端合成端粒重复片段，以补偿细胞分裂时的端粒缩短，维持端粒长度，使细胞获得无限增值能力，阻止细胞衰老，导致永生化的细胞，在细胞的恶性转化中起重要作用。国内研究表明，在非小细胞肺癌中，随着 Bmi-1 蛋白表达水平的增高，hTERT 蛋白表达水平相应增高；在乳腺癌细胞株 MCF-7 及 MDA-MB-231 细胞中，两者蛋白及 mRNA 表达水平亦呈正（下转 103 页）

持续皮牵引辅以夹板外固定治疗小儿肱骨骨折 40 例

Treatment of 40 cases of humerus fractures in children by supplemented by continuous skin traction splints

刘桂杰 关 涛

(山东聊城市中医医院, 山东 聊城, 252000)

中图分类号: R 274.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0102-02

【关键词】 持续皮牵引; 夹板外固定; 小儿肱骨骨折

肱骨骨折临床常见, 由于肌肉的附着, 不同平面的骨折有不同的移位趋势, 一般需要手术治疗。小儿肱骨骨折由于其特定的解剖结构骨骺, 具有生长力旺盛自我塑形能力强的特点, 对骨折对位要求较低, 复加患肢短小, 可操作空间小, 不适于手术治疗。小儿骨折后由于无法悬吊患肢临床常用手法复位后将上肢用绷带固定于胸臂 4 周, 由于绷带不能完全固定患肢, 骨折发生再移位、畸形愈合率较高, 降低了治疗满意度。随着科技、文化水平的发展, 人们对医疗水平要求相应提高。我院自 2005 年以来根据临床实践, 着力于对小儿肱骨骨折保守治疗方法的改进, 取得了满意疗效, 现报告如下:

1 数据与方法

1.1 一般数据

选择我院 2005 年 1 月~2007 年 1 月住院治疗的年龄在 0~5 岁的患者 40 例, 其中男性患者 26 例, 女性 14 例, 平均年龄 3.2 岁。

1.2 材料准备

1.2.1 牵引材料

①医用胶布, 长度从骨折线处至中指远端以远 3cm, 宽度为同腕部宽度。②支撑板 1 块约 5cm×5cm×1cm, 板中心留一小孔。③牵引绳一条, 长度适中。④床头牵引架一个。⑤牵引钩一个。⑥牵引砣 500g~1500g。⑦绷带若干。

1.2.2 固定材料

①与患肢长度相应的肱骨干夹板一付。②束带 3~4 条。③棉垫一块, 与肢体长度粗细相应。

1.3 治疗方法

1.3.1 先将皮牵引材料给以固定

取合适的医用胶布将支撑板黏在胶布中间, 把牵引绳穿过支撑板中间孔, 适量的纱布覆盖支撑板粗糙面, 一助手手握臂部近端, 一助手一手握患儿腕部一手稳定支撑板, 放置于中指指尖远侧 3cm 处, 医者将

医用胶布分别粘在患肢的掌侧和背侧, 且与肢体平行, 注意胶布的近端位于骨折线平面的稍远侧, 胶布黏附要平整, 绷带缠绕胶布黏附部, 注意内松外紧, 远端平远侧腕横纹, 保持手指的屈伸自由度。

1.3.2 手法复位、包扎固定

根据不同的骨折移位情况, 本着手摸心会的原则, 采用拔伸牵引、端挤提按、旋转回绕等方法, 使骨折达到理想的对位。在维持对抗牵引的情况下, 先用棉垫环包患肢, 然后用夹板固定, 用束带环扎固定夹板, 束带松紧度以上下移动 1cm 为佳。

1.3.3 牵引

患儿体位为平卧患肢外展与躯干成 90 度角, 掌心向上, 牵引绳穿过床头牵引架的滑轮牵引。一般情况下牵引重量十天以内为体重的十分之一, 十天以后逐渐减牵引重量。

1.3.4 注意事项

在整个治疗过程当中, 首先要注意肢端血运、夹板的松紧度、胶布的黏附情况及是否有过敏。其次于牵引的第三天和第七天复查拍片, 根据骨折对位情况调整牵引力线及牵引重量。待第 2~4 周, 复查拍片, 根据骨痂生长情况, 决定下一步的治疗方法。一般情况下骨痂生长良好, 跨过骨折线形成骨痂桥后即可祛除牵引, 仅用夹板固定患肢开始肩、肘、腕关节的功能锻炼。牵引祛除以后一周祛除夹板, 三个月以内逐渐增加活动力量, 三个月时拍片根据骨痂情况决定活动量, 一般可以正常活动。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准

参照《骨科主治医师 1000 问》骨折复位与骨性愈合标准规定。优: 骨折达到解剖复位骨性愈合, 患儿无疼痛、无畸形、无功能障碍。良: 骨折功能复位骨性愈合, 患儿无疼痛、轻度畸形、无功能障碍。可: 骨折功能对位骨性愈合, 患儿无疼痛, 轻度畸形轻度

功能障碍。差：患儿畸形复位，骨性愈合，无疼痛，有畸形，功能不同程度受限^[1]。

2.2 疗效评定方法

所有患儿跟踪观察半年至两年。对照患儿从骨折至最后一次复查的 x-ray 片和关节功能来综合评定。

2.3 疗效评定结果

40 例患儿其中优 11 例，良 28 例，可 1 例，差无。总有效率 100%。

3 讨论

小儿骨折应以闭合复位为主，因其可塑性强，只要不是对位严重不良者，均可获得满意的效果^[2]。肱骨骨折临床常见，由于肌肉的附着，不同平面的骨折有不同的移位趋势，0~5 岁以内的患儿由于患肢短小无法悬吊，临床常用手法复位后将上肢用绷带固定于胸壁的方法由于无平衡力的维持，复加小儿对自身病情不能正确认识，不能配合治疗，在骨折急性期之后疼痛缓解，患肢活动量增加的情况下单纯夹板固定易

于发生移位，从而产生医生和家长不满意的对位，而导致保守治疗的失败。皮牵引具有直观、简洁、无痛苦等优点，易于被患儿及家长接受。有 0~135 度的调控范围，通过不同角度牵引来平衡各方向的移位力，使骨折端稳定，最大程度地降低了护理难度。同时早期的手部功能锻炼，有利于肿胀的消退，使断端产生一定的挤压力有利于骨折的愈合。综观本治疗方法即具有中医特色的筋骨并重、动静结合的治疗方法，又具有经济、直观、方便、无痛苦等优点，使患者及家属直接看到和了解治疗方法，减少了他们的疑虑使其能积极配合治疗达到医患结合的境界，达到早日康复目的。综上所述本方法值得推广使用。

参考文献：

- [1]王志成.骨科主治医生 1000 问[M].中国协和医科大学出版社,2002:16-21
- [2]赵定麟.临床骨科学[M].北京:人民军医出版社,2003:99

编号：J-10041407(修回：2010-05-07)

(上接 101 页)

相关；而在 Hela 细胞中，两者表达无相关性。关于两者在乳腺癌细胞株 MDA-MB-468 细胞中的关系，国内外均未见报道，本研究首次从 mRNA 水平上探讨了在该细胞株中两者之间的关系。

本研究首先采用 RT-PCR 的方法检测 Bmi-1 mRNA 在乳腺癌细胞系中的表达，发现 Bmi-1 mRNA 在 MCF-7 细胞中高表达，而在 MDA-MB-468 细胞仅适量表达，这与 Guber 等人的研究一致。继而从 MCF-7 细胞中 RT-PCR 扩增 Bmi-1 的全部编码序列，成功 TA 克隆，并将其亚克隆至真核表达载体 pcDNA3.1 (+)，经酶切测序证明，重组真核表达质粒 pcDNA3.1 (+)-Bmi-1 被成功构建。将该重组质粒转染人乳腺癌细胞株 MDA-MB-468 细胞，48h 后提取各组细胞总 RNA，RT-PCR 检测 Bmi-1 mRNA 及 hTERT mRNA 在转染前后的表达情况，发现转染重组质粒组中 Bmi-1 mRNA 及 hTERT mRNA 表达较空载体组及 MDA-MB-468 组明显增强 ($P < 0.05$)，说明重组真核表达质粒 pcDNA3.1 (+)-Bmi-1 能够在 MDA-MB-468 细胞中表达，hTERT mRNA 的表达与 Bmi-1 mRNA 的表达呈正相关，这与 Guber 等的研究一致，但至于 Bmi-1 激活 hTERT 的具体机制，未见文献报道，还有待于进一步研究。总之，人 Bmi-1 真核表达载体的成功构建及转染前后其在分子水平上的变化，为进一步研究 Bmi-1 基因在乳腺癌发生发展中的作用提供了有力的基础。

参考文献：

- [1]吴在德.外科学[M].第五版.北京:人民卫生出版社,2002.357

- [2]Dimri GP,Martinez JL,Jacobs JJ,et al.The Bmi-1 oncogene induce telomerase activity and immortalize human mammary epithelial cells[J].Cancer Res,2002,62(16):4736-4745
- [3]Arias AM.Epithelial mesenchymal interactions in cancer and development[J].Cell,2001,105(4):425-431
- [4]Kim J H,Yoon S Y,Kim C N.The Bmi-1 oncoprotein is overexpressed in human colorectal cancer and correlate with the reduced p16INK4a/p14ARF proteins [J].Cancer Letters,2004,203(2):217-224
- [5]冯艳.Bmi-1 在乳腺癌组织中的表达[J].Cancer.2007.26(2):154-157
- [6]Tenno T,Goda N,Tateishi Y,et al.High-throughput construction method for expression vector of peptides for NMR study suited for isotopic labeling [J].Protein Eng Des Se,2004,17(4):305-314
- [7]Ohsugi T,Kumasaka T,Urano T.Construction of a full-length human T cell leukemia virus type I genome from MT-2 cells containing multiple defective provirus using overlapping polymerase chain reaction [J].Anal Biochem,2004,329(2):281-288
- [8]杨小艳等.大鼠 Smad7 基因真核表达质粒的构建与鉴定[J].天津医药,2008.36 (11):891-893
- [9]Feng J,Funk WD,Wang SS,et al.The RNA component of human telomerase [J].Science,1995,269(5528):1236-1241
- [10]Cong YS,Wright WE,Shay JW,et al.Human telomerase and its regulation[J].Microbiol Mol Rev,2002,66(3):407-425

作者简介：

李惠翔，女，49 岁，博士，教授，博士生导师，研究方向：肿瘤病理。

编号：YD-10032908 (修回：2010-05-07)

肱骨近端解剖型钢板在 治疗肱骨外科颈骨折中的应用

Application of in treating humerus surgical neck fracture with proximal humerus anatomical plate

姜华昌

(山东省东营市东营区人民医院, 山东 东营, 257500)

中图分类号: R274.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0104-02

【摘要】 目的: 判断肱骨近端解剖型钢板在治疗肱骨外科颈骨折中的疗效。方法: 肱骨近端解剖型钢板治疗肱骨外科颈骨折 64 例 (62 位患者)。结果本组 64 例 (62 位患者) 获得门诊随访, 平均随访时间为 16 个月 (6~24 个月) 全部骨折愈合。术后效果评价优良率占 90.6%。结论对肱骨外科颈骨折的治疗目的是达到解剖复位、坚强固定及早期功能锻炼, 减少术后并发症。肱骨近端解剖型钢板治疗肱骨外科颈骨折效果好。

【关键词】 肱骨外科颈骨折; 解剖钢板

我院骨科自 2007 年 6 月~2010 年 1 月对 64 例肱骨外科颈骨折患者采用肱骨近端解剖型钢板内固定治疗, 获得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 30 例, 女 34 例; 年龄 25~74 岁, 平均 52.3 岁。骨折类型: 按 Neer 分类法二部分骨折 26 例, 三部分骨折 34 例, 四部分骨折 4 例。伴有肱骨头脱位 6 例, 其中前脱位 4 例, 后脱位 2 例; 合并腋神经损伤 4 例。受伤时间至手术时间 1~7 天。

1.2 手术方法

患者采用仰卧体位, 患肩下垫可充气的小袋, 做肩关节前内侧弧形切口, 由三角肌和胸大肌间隙进入, 在三角肌内侧缘找出头静脉并牵向内侧, 把三角肌牵向外侧。显露出肱骨头结节部和盂肱关节囊。如果显露仍然不佳, 可将三角肌锁骨缘部分剥离。在肌肉发达的病人, 或者如果显露困难时, 从锁骨剥离三角肌前部 7.5~10cm。确认肱二头肌长头腱, 找到大小结节的间沟。术中减少对肩袖的损伤。然后复位骨折。C 型臂透视后骨折复位达到肱骨头干角基本恢复, 头颈部内侧缘恢复连续性, 有骨质接触。应用肱骨近端解剖型钢板, 解剖型钢板的前缘与肱骨大结节嵴平行, 钢板近端不可超过大结节, 而是止于大结节下至少 0.5cm, 并于钢板头端小孔内插入 2 枚克氏针临时固定, 然后分别钻孔拧入螺钉, 肱骨头内用松质骨螺钉。如

术中发现骨质疏松严重, 骨折压缩明显, 头颈部空虚, 可植人工骨。术后无需外固定。

2 结果

本组 64 例切口均 I 期愈合, 全部患者通过复诊方式进行了随访, 平均随访时间为 16 个月 (6~24 个月), 术后未出现神经和肌腱进一步损伤及钢板断裂, 术后 X 线片显示全部患者骨折复位接近解剖复位, 内固定位置正确。64 例骨折均愈合 (3~12 个月), 无骨不连和肱骨头坏死。术后功能评定: 采用 Neer 评定标准总分 100 分: 疼痛占 35 分, 功能使用占 30 分, 活动范围占 25 分, 解剖位置占 10 分; 大于 85 分为优, 大于 80 分为满意, 大于 70 分为不满意, 70 分以下为失败。本组 64 例中优 44 例, 良 14 例, 可 4 例, 差 2 例, 优良率占 90.6%。

3 讨论

3.1 肱骨外科颈骨折治疗的主要目标是恢复正常肩关节功能, 预防肩关节僵硬、肱骨头缺血坏死及畸形愈合。传统的肱骨外科颈骨折治疗方法是行手法复位小夹板、三角巾悬吊、外展架或外展位石膏托固定, 以上情况对无移位的骨折通常可以取得良好的疗效。但是对移位骨折, 可能因软组织嵌入骨折端、肌肉牵拉等因素常导致复位失败, 难以达到稳定的固定, 易发生移位或难以持续维持复位; 需要对患肩长期制动的时间较长, 极大地影响患肩关节的功能康复, 容易留

(下转 106 页)

股骨远端截骨加张力钢丝螺钉 固定治疗膝外翻临床观察

Clinical observation on treating knee valgus by distal femoral osteotomy add Tension wire screw fixed

苏子新 马新华 李鹏斌 高 凯 高伟涛 王晓飞
(廊坊市中医医院, 河北 廊坊, 065000)

中图分类号: R274.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0105-02

【摘 要】 目的: 探讨“股骨远端截骨加张力钢丝螺钉固定”治疗膝外翻的应用效果。方法: 分析 42 例采用该术式治疗膝外翻畸形病例, 评定手术后膝关节及下肢功能恢复情况。结果: 该术式是治疗膝外翻的有效方法之一, 具有创伤小、恢复快、疗效确切等优点, 值得推广。

【关键词】 股骨远端截骨术; 张力钢丝螺钉固定; 膝外翻

治疗膝外翻畸形的手术方式较多, 但因操作较困难和对内固定材料的特殊要求, 在基层医院推广困难。我院自 2003 年 10 月~2008 年 10 月采用自行设计“股骨远端截骨加张力钢丝螺钉固定”手术治疗该病取得初步成效, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组病人 42 例 (52 膝), 其中男 9 例 (11 膝), 女 33 例 (41 膝)。年龄 14~42 岁, 平均 22.5 岁。

1.2 术前测量

术前摄站立位双下肢全长正侧位 X 线片。测量股骨干纵轴线与股骨髁部纵轴线的交点到股骨下端关节面的距离、两轴线在正位片上的夹角和在侧位片上夹角, 以判定股骨侧弓发生的部位及程度, 并结合胫股角的测量, 选定手术截骨平面以及在冠状面与矢状面上的楔形截骨块的截骨角度。

1.3 手术方法

麻醉后, 仰卧位, 常规消毒铺巾, 作大腿下端内侧切口, 自股骨内侧髁向上长约 8~10cm。切开皮肤、皮下组织及深筋膜, 向后侧牵开缝匠肌, 注意保护缝匠肌深面的隐神经。钝性分离股动、静脉, 将其向后牵开予以保护。向前侧牵开内收大肌及股内侧肌, 以显露股骨下端的内侧面。用骨膜剥离器剥离前、后、内侧骨膜, 保留外侧骨膜, 根据术前设计的截骨角度, 在预定截骨范围的近远两端约 1.5cm 处, 拧入两枚螺

钉, 两钉之间夹角为所要纠正外翻角, 楔形截除骨块, 保留外侧少许骨皮质及骨膜, 内收、旋转患肢远端, 在二枚螺丝钉之间用钢丝加压, 使截骨面完全对合, 矫正畸形。缝合骨膜、皮下组织及皮肤, 石膏托外固定。6 周后摄片复查, 若断端愈合满意, 去除石膏, 作适当负重运动。

1.4 观测指标

术前、术后 8 周和 1 年时均行患肢全长 X 线片检查, 以测量股胫角、胫骨角、胫股关节面切线夹角、胫股外侧间距大小, 评定骨愈合、内固定位置情况及手术并发症。

1.5 术后疗效评定标准

优: 膝外翻畸形矫正, 保留正常外翻角度或等于健侧外翻角度, 恢复正常负重力线, 膝关节功能正常, 无痛, 不肿胀; 良: 膝外翻畸形矫正, 膝外翻 $<5^{\circ}$ 或小于健侧外翻角, 负重力线基本正常, 膝关节功能正常, 无痛, 无肿胀。可: 膝外翻畸形矫正后留有 $>8^{\circ}$ 外翻角或有 $<5^{\circ}$ 的膝内翻或膝关节伸屈活动损失在 20° 以下。差: 膝外翻畸形矫正后留有 $>5^{\circ}$ 的膝内翻或膝关节伸屈活动损失在 20° 以上或截骨部位不愈合。

2 结 果

本组 42 例 (52 膝) 均获随访, 时间 12~60 个月, 平均 32 个月。均在 3 个月内达到骨性愈合, 膝关节功能恢复, 并能负重下地行走。其中优 33 例, 良 8 例,

可 1 例 (1 膝) 为术中截骨角度小, 去除骨质过少, 膝外翻畸形未得到有效矫正, 经再次手术得到矫正外。

3 讨论

3.1 截骨部位的选择

膝外翻畸形是较常见的下肢骨关节疾患, 大多伴有膝外侧室骨性关节炎。任何影响股骨外髁或胫骨外侧平台发育的原因均可致膝外翻, 致病原因包括佝偻病、骨骺损伤、风湿病及其他导致股骨下端发育异常疾病。治疗目的在于恢复下肢的正常轴线, 以缓解受累间室的应力。传统的手术疗法采用股骨内侧髁上横断截骨或楔形截骨, 而后行石膏外固定, 该疗法易出现截骨不到位或过度矫正, 且不能有效的矫正旋转畸形。关于截骨的部位, Derek 等认为膝外翻多来源于胫骨, 建议选择胫骨高位截骨术。

3.2 固定方法的选择

截骨段的固定, 国外文献多介绍钢板固定、髓内钉固定、外固定架等, 其固定可靠, 且能早期进行膝关节运动, 但存在切口长、创伤大、出血多, 手术时间长、手术后易感染等缺陷。本组病例均采用张力钢丝螺钉, 固定可靠, 手术创伤小, 未出现感染病例。

(上接 104 页)

下骨折畸形愈合和不同程度的肩关节功能障碍。

3.2 对轻度移位的肱骨外科颈骨折 (Neer 分型一部分骨折) 一般均可采用非手术治疗, 而对于大多数 Neer 分型二部分骨折也可应用非手术方法治疗。明显移位的结节骨折常需手术复位固定。而三部分、四部分骨折及骨折脱位和头的劈裂骨折多需手术治疗。肱骨外科颈骨折为干骺端近关节骨折, 该处骨质主要为松质骨, 骨折后旋转分离移位较多, 并且粉碎骨折较多。这些骨折可伴随其他更复杂的骨折类型, 可能在断端间有软组织嵌入, 或有因胸大肌牵拉而导致骨折移位明显。年轻病人的此类骨折通常是由于高能量创伤所致, 而在骨质疏松的老年病人中不太严重的创伤即可引起明显损伤。嵌入骨折几乎都发生在老年人, 很少需要手法整复或手术治疗来改善位置, 因为功能恢复可能更加困难。由于这种骨折病人容易形成肩关节周围炎, 所以应该采用早期活动和早期恢复功能的治疗方法。因此, 对该类骨折的治疗目的是达到解剖复位、坚强固定及早期功能锻炼, 减少术后并发症。

3.3 肱骨外科颈骨折各种年龄均可发生, 老年人较多。

3.3 本术式病例选择

选择平素体健能够耐受手术者, 而且膝关节活动能力及稳定性较好, 并以膝外侧股胫关节病变为主的膝外翻患者。适应证: ①膝关节疼痛主要集中在关节外侧, 且屈膝 $>90^{\circ}$; ②负重位 X 线片示膝关节间隙外侧狭窄; ③膝外翻角度 $>20^{\circ}$; ④膝关节内侧间隙基本正常; ⑤膝关节结构大致正常; ⑥患者能配合功能锻炼, 膝关节肌力正常。禁忌症: ①膝关节双侧间隙均狭窄; ②屈膝小于 90° ; ③伴有膝关节屈膝畸形大于 15° ; ④伴有膝关节严重不稳定; ⑤伴有膝关节结构异常; ⑥严重肥胖的患者。

参考文献:

- [1] 陆裕朴, 胥少汀. 实用骨科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1993, 1086
- [2] 王慧敏, 谭明生, 李子荣等. 胫骨内侧高位楔形截骨治疗膝关节骨性关节炎[J]. 中国修复重建外科杂志, 2003, 17(3): 209-211
- [3] Derek T, Cooke V. Osteotomy and osteoarthritis. Orthopedics, 1999, 22(3): 281
- [4] Grelsamer RP. Unicompartmental osteoarthritis of the knee. JBone Joint Surg(Am), 1995, 77(2): 278-292

编号: J-10041411 (修回: 2010-05-07)

老年人因为骨质疏松, 易造成粉碎性骨折, 同时还伴有一定程度的压缩。而肱骨外科颈骨折整复后易出现局部骨缺损骨折固定困难, 如伴有骨质疏松者更甚, 容易引起晚期肩关节功能障碍。采用解剖钢板固定治疗有时不能获得理想的稳定性, 难以早期功能锻炼, 存在一些问题。有学者通过研究解剖板固定肱骨近端骨折失败病例认为: 骨折未解剖复位、骨缺损未一期植骨、尤其是在压力侧是钢板内固定失败的主要原因之一。笔者同意上述观点。本组病例中在术中透视证实带有关节软骨的肱骨头部骨折块应与大结节及干骺端骨折准确对位, 可用复位钳或克氏针临时固定。C 型臂透视后骨折复位达到肱骨头干角基本恢复, 头颈部内侧缘恢复连续性, 有骨质接触。如术中发现骨质疏松严重, 骨折压缩明显, 头颈部空虚, 可植人工骨。通过这些操作要求最大限度避免内固定失效可能。为避免肩峰撞击综合征, 肱骨近端解剖型钢板的前缘与肱骨大结节嵴平行, 钢板近端不超过大结节, 而是止于大结节下至少 0.5cm。

编号: J-10041403 (修回: 2010-05-07)

当归四逆汤的临床应用

Clinical application of in angelica angelica Sini decoction

兰 振 兰崑奇 张素洁

(内蒙古牙克石市乌奴尔卫生院, 内蒙 牙克石, 022177)

中图分类号: R271.11+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0107-01

当归四逆系仲景方, 见《伤寒论·厥阴篇》乃桂枝汤去生姜, 加当归、细辛、木通, 是桂枝汤的变法。功能主治活血通脉, 温经散寒。方名四逆汤而不用姜附, 是因为姜附是治阴盛阳虚之寒, 此是治营血内虚之寒。

故以养血活血的当归为君, 已调和营卫的桂枝芍药为臣, 佐以细辛以通达经脉, 更以甘草、大枣益气而培血, 则一切血虚寒滞之症皆可得到治疗, 临床应用非常广泛。现将笔者在临床应用本方的经验加以整理报道如下:

案 1: 痛经患者甲, 女, 40 岁, 2008 年 10 月 3 日为门诊病例。诊患者居经三月, 少腹作痛、恶心、干呕、不思饮食, 四肢厥冷, 少气懒言, 面色苍白, 脉细而迟, 舌苔薄白, 问诊得之腹痛, 得温稍减, 而月经行期作痛, 是工作环境长期阴冷所致。拟方: 白芍 30g、桂枝 15g、当归 20g、元胡 20g、细辛 2g、木通 10g、无苧 10g、干姜 10g、红枣 10 枚、甘草 10g。上方服六剂, 月经来潮腹痛痊愈。按:《金匱·妇人杂病篇》云:“妇人之痛、因虚积冷结气, 为诸经水断绝, 至有历年, 血寒, 积结胞门, 寒伤经络……在下为多, 经候不匀, 令阴掣痛, 少腹恶寒, 或引腰脊……”《万病回春》亦认为“经水过期不来作痛者, 血虚有寒也, 治当温经养血, 痛自止也”。故温经祛寒养血, 疏肝破结为治痛之要法。本病起因于寒而又见形寒肢厥等虚寒证状, 故选用当归四逆汤温血去寒而疏通经络之效。但痛经之原因甚多, 有劳伤血脉, 有七情郁结, 有心脾两虚等之不同, 当宜审证论治也。

案 2: 厥阴头痛患者乙, 男, 40 岁, 2008 年 5 月门诊病例。问诊患者三个月来头顶每日呈阵发性掣痛, 昼夜不休, 无呕吐, 自觉时冷时热, 胸闷气短, 在某医院治疗, 而头痛不减, 饮食减少, 形体消瘦, 面色苍白, 常终夜失眠, 恶闻音响, 惧怕光亮, 喜关门窗、稍听吵闹, 则觉痛势加剧, 四肢厥冷, 脉细, 舌质淡苔白。拟方: 当归 15g、桂枝 10g、白芍 10g、细辛 3g、炙甘草 6g、木通 10g、炒酸枣仁 15g、大枣 7 枚。上方连服 10 剂, 头痛逐日减轻, 复诊时诉大便干燥, 2

日 1 次。以原方加生地黄、细辛、火麻仁各 15g 再服 2 剂, 头痛治疗, 饮食及大便转为正常, 稍劳累则心悸乏力, 唯形瘦未复, 时有失眠, 以六味地黄加当归以善其后。按: 头痛一证, 原因颇多, 此病例之所以诊断为厥阴头痛, 是因为厥阴之脉, 上额与督脉交会于巅, 故凡营阴久虚, 肝不藏血, 若加风寒, 则头痛乃作。此类病人, 每见面色苍白, 精神萎靡, 倦怠嗜卧, 形寒肢冷, 脉细, 其痛势绵绵而不剧, 或时作时止, 经久不愈, 与一般风寒头痛不同。而患者有形瘦、面色苍白、失眠, 以及时寒时热等症, 系营血本虚, 寒邪外袭, 而有营卫不和之象, 故用当归四逆汤养血祛寒、调和营卫而取效也。

案 3: 冻疮患者丙, 男, 20 岁, 2009 年 12 月 27 日门诊病例。问诊患手足冻疮 3 年, 以两手背, 指为甚, 每到冬天加重, 手背, 小指及无名指紫肿, 疼痛为甚, 同时伴全身畏寒, 四肢发凉, 舌质淡紫, 苔薄白, 脉沉迟无力, 证属阳虚寒凝血脉, 治宜温阳散寒, 养血通脉。拟方: 当归四逆汤加味: 当归、白芍各 15g, 桂枝 15g, 附片(先煎) 7g, 细辛、木通、炙甘草各 6g, 大枣 2 枚。上方连服半月, 患者手足紫肿, 疼痛明显好转, 四肢及周身亦有温热感, 因在校学习服药汤不便, 故将此方配作丸剂并加服用金匱肾气丸和 vite 而收功。按: 该患者素有肾阳不足, 外受寒邪侵袭, 寒滞血脉, 故生此证, 方用当归四逆汤温经散寒, 养血通脉, 加附片及金匱肾气丸以补肾壮阳, 祛寒止痛, 加服 vite 丸能使皮肤毛细血管血流加速, 皮肤温度增高, 对寒冷刺激的防御能力加强。中西结合, 标本兼给, 阳复寒散, 血脉和畅, 故 3 年之冻疮乃愈。

以上三病, 仅是临床应用本方的经验, 当归四逆汤的主治症候, 重要是寒盛血虚, 不能荣于四末, 其在表的症候, 是营阴不足, 卫阳不顾; 在里的证候, 是寒盛格阳, 水气不行。其与桂枝汤证所不同者。桂枝汤的见证是营弱卫强, 当归四逆汤则是血衰营卫谐虚, 经脉痹阻, 前者以“浮缓”脉为主, 后者以“细涩”为主, 这是两者鉴别之处。

编号: A-0033 (修回: 2010-05-06)

半夏的炮制品及临床疗效

Processed products and clinical of pinellia

李文静

(贵州省榕江县中医院, 贵州 榕江, 557200)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0108-02

【摘要】 目的: 探求半夏的炮制品的功效。方法: 半夏的各种炮制方法。结论: 半夏各种炮制品功效的不同。

【关键词】 半夏; 炮制方法; 功效

【Abstract】 Objective: To explore the efficacy of processed products of Pinellia. Method: Various processing methods of Pinellia. Conclusion: Different efficacy of processed products of Pinellia.

1 半夏的炮制沿革

半夏是天南星科植物半夏 *Pinellia ternata* (Thunb) Breit. 的干燥块茎, 异名有麻芋子、三叶半夏、地文、水玉、和姑等。在汉以前即有“治半夏”的炮制法(《内经》)。汉、唐时代, 主要有汤洗(汉·《玉函》)、姜制(晋·《肘后》)、水煮(梁·《集注》)、微火炮(唐·《千金》)等法。从宋代到清代, 有制曲(宋·《药证》)、矾制(宋·《总录》)、姜矾制(宋·《局方》)、姜萝卜制(宋·《传信》)、姜甘草制(宋·《朱氏》)、酒姜制(明·《普济方》)、皂角矾生姜制(明·《婴童》)、法制(明·《纲目》)、姜青盐制(清·《便读》)等炮制方法^[1]。

2 临床中常用半夏的炮制品

2.1 生半夏

取原药材, 拣净杂质, 筛去灰屑。生半夏有毒, 现代研究发现生半夏的毒性作用主要是对眼、咽喉、胃肠等黏膜的强烈刺激。半夏的有效成分复杂, 主要是生物碱、甾醇、氨基酸、有机酸、半夏蛋白等^[2]。生半夏一般为外治痈肿痰核, 磨汁涂或研末以酒调敷患处。

2.2 清半夏

取净半夏大小分开, 用 8% 的白矾水浸泡 2~3 天(冬季 4~5 天), 至内无干心, 口尝微有麻舌感, 取出, 洗净, 切厚片, 干燥。每 100kg 半夏, 用白矾 20kg。白矾中铝的复盐易与半夏毒性成分结合或吸附而降低半夏的毒性。用于化痰, 有学者认为半夏的止咳镇吐功效与麻黄碱、甾醇成分有关。杨玉琴等采用 HPLC 法测定不同炮制品中麻黄碱的含量: 生半夏>法半夏>姜半夏>清半夏^[3]。

2.3 姜半夏

取净半夏大小分开。用清水浸泡至内无干心, 另取干姜切片煎汤, 加白矾与半夏共煮透, 取出。晾至

半干, 切成薄片, 干燥。每 100kg 半夏, 用生姜 25kg, 白矾 12.5kg。白矾制能降低毒性, 生姜和半夏均含有某些相同的化学成分, 互相起协同作用, 能增加温中化痰止呕的作用, 姜半夏善于止呕, 常用于胃气上逆、恶心呕吐^[4]。

2.4 法半夏

取净半夏大小分开, 用清水浸泡至内无干心, 取出。加入甘草石灰液(甘草加入水煎两次, 合并煎液, 倒入加入适量水制成的石灰液中)浸漂约 4~5 日, 每日搅拌 1~2 次, 并保持 PH12 以上, 口尝微有麻舌感, 切面黄色均匀为度, 取出。洗净, 阴干或烘干。每 100kg 半夏, 用甘草 1kg, 生石灰块 10kg。半夏炮制后毒性降低, 化痰作用增强, 经石灰水液泡后湿燥之性增强, 长于燥湿化痰。用于寒痰多咳喘, 痰饮眩悸, 风痰眩晕, 痰厥头痛。

2.5 半夏曲

取清半夏, 六神曲研成细粉, 白矾加水适量溶化, 加姜汁混匀, 与上述细粉以及面粉, 生麸皮混匀, 制成湿颗粒, 发酵, 取出, 制成条状, 切块, 干燥。用于恶心呕吐, 食欲不振, 咳嗽痰多, 痰饮眩悸。

半夏内服多用炮制品, 现代应用白矾、生姜、石灰、甘草等辅料炮制半夏, 有清半夏、姜半夏、法半夏之分。清半夏是半夏与白矾同制, 长于祛痰化饮, 大凡诸痰病饮皆选用之; 姜半夏是半夏与姜矾同制, 长于和胃降逆止呕, 临床上多用于脾胃不和, 中焦升降失常之呕吐泄利证; 法半夏则是用甘草和石灰制偏于温化寒痰, 临床上多用于寒症痰饮喘咳之症, 半夏曲长于消食化痰。

3 总结

从半夏的整个炮制历史沿革来看, 半夏入药的历(下转 110 页)

葛根素注射液的临床应用及不良反应

Clinical application and adverse reactions of puerarin injection

胡胜平 焦建民 李伟华 郭 静

(河北省复员军人医院, 河北 邢台, 054000)

中图分类号: R284.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0109-02 证型: BDI

中药葛根素的主要有效成分为一种异黄酮化合物, 葛根素系豆科植物野葛干燥根提取物, 具有通络活血、抗氧化、益智、扩张血管、改善微循环、阻断肾上腺素 β 受体、抑制血小板聚集、降低血液黏度等多种作用。近年来葛根素已广泛应用于临床^[1-2]。尤其在临床治疗各种心脑血管病中被广泛应用, 对冠心病、心绞痛、心肌梗死、脑梗死等的治疗疗效显著。随着科学研究的深入, 现结合文献将葛根素的临床应用及不良反应综述如下:

1 临床应用

1.1 冠心病慢性心力衰竭患者, 葛根素注射液治疗冠心病临床疗效。选择 2006 年 9 月至 2008 年 9 月住院的有症状的冠心病慢性心力衰竭患者 67 例, 随机分为治疗组和对照组, 对照组给予常规治疗; 治疗组在对照组治疗的基础上加用葛根素注射液 300mg 加入 5%GS 250ml 液中静滴, 日一次, 四周为一疗程。观察两组心功能改善情况。结果: 治疗组显效率及总有效率均优于对照组 ($P<0.05$), 两组治疗后的心功能指标均较治疗前明显改善 ($P<0.05$), 治疗组治疗后与对照组比较心功能指标亦有显著性差异 ($P<0.05$)。结论: 在标准治疗的基础上应用葛根素注射液可以明显提高患者的左心功能、改善冠脉循环与心肌供血的作用, 其疗效明显优于常规治疗^[3]。

1.2 心绞痛: 葛根素注射液对心绞痛临床疗效。治疗心绞痛 93 例, 随机分成两组: 治疗组 45 例, 对照组 48 例。治疗组用葛根素注射液 1000mg 加入 5%葡萄糖 500ml 静脉滴注; 对照组用硝酸甘油 10mg 加入 5%葡萄糖 500ml 静脉滴注。结果: 治疗组在减少心绞痛发作次数、显效率、总有效率、心电图缺血性 ST 段恢复及心肌耗氧量减少等指标上, 与对照组比较无显著差异 ($P>0.05$)。结论: 葛根素具有改善心肌缺血、缓解冠状动脉痉挛等作用, 抗心绞痛疗效显著^[4]。

1.3 不稳定型心绞痛, 葛根素注射液治疗不稳定型心绞痛的临床疗效。将不稳定型心绞痛患者 68 例随机分

为治疗组与对照组各 34 例, 均予西医常规治疗, 治疗组加用葛根素 400mg 静滴; 对照组予维生素 C 2g 静滴, 疗程均为 14d。结果: 治疗组与对照组总有效率分别为 91.18% 和 61.76%, 心电图改善率分别为 82.35% 和 61.76%。结论: 葛根素是治疗不稳定型心绞痛的有效药物^[5]。

1.4 急性心肌梗死, 对 61 例典型急性前壁心肌梗死患者分为葛根素 (治疗) 组 31 例、对照组 30 例, 两组患者均采用尿激酶、卡托普利、美托洛尔及硝酸酯类等药物常规治疗。治疗组在此基础上加用葛根素注射液 500mg 加入 5%葡萄糖注射液 250ml 静滴, 每日 1 次, 疗程 2 周, 期间均不用调脂药物。治疗前后检测梗死面积 (根据心电图分值, 按 seino 公式测定) 及血浆各项指标。结果: 治疗 2 周后, 治疗组 QRS 记分明显减低, 梗死面积缩小 ($P<0.01$), 与对照组治疗比较后差异有显著性 ($P<0.01$), 有 2 例死亡。而对照组 QRS 记分及梗死面积前后无明显改变, 有 4 例死亡。与治疗前比较, 治疗组血浆自由脂肪酸 (FFA)、MMP-9 及 C-反应蛋白分别降低 30%、41%、23% ($P<0.01$)。对照组则无明显变化 ($P>0.05$)。结论: 葛根素对保护缺血心肌的损伤及心功能的恢复效果显著^[6]。

1.5 心肌缺血, 葛根素注射液治疗冠心病心肌缺血临床疗效, 将 80 例冠心病并高粘血症患者随机分为治疗组和对照组。其中治疗组 40 例, 每日静滴葛根素注射液 400mg, 连用 14d; 对照组 40 例, 每日静滴低分子右旋糖酐 500ml, 连用 14d。结果: 葛根素治疗组显效率和总有效率分别为 75% 和 92.5%; 对照组显效率和总有效率分别为 50% 和 70%。两组疗效之间差异显著 ($P<0.01$)。结论: 葛根素具有扩张冠状动脉和对抗血管痉挛, 改善心肌组织供血, 降低血液粘稠度, 减慢心率, 降低心肌耗氧的作用, 在冠心病心肌缺血及高粘血症的治疗中具有较高的临床应用价值^[7]。

1.6 急性缺血性脑梗死, 葛根素注射液治疗急性脑梗

死的临床疗效。将 60 例符合急性脑梗死诊断的患者随机分为两组。两组患者常规治疗基本相同,脑水肿者加用 20%甘露醇注射液治疗;在此基础上,治疗组 30 例加用葛根素注射液治疗;对照组 30 例用复方丹参注射液治疗。结果:治疗组总有效率为 93.3%,与对照组比较有显著性差异($P<0.05$)。治疗后两组的神经功能缺损评分比较有非常显著性差异($P<0.01$)。结论:葛根素注射液治疗急性脑梗死有较好的疗效,显示缺血性脑梗死用葛根素治疗有利于早期恢复脑供血,改善微循环,调节体内凝血-纤溶系统功能的平衡,疗效却安全性好^[8]。

1.7 对糖尿病视网膜病变(DR)患者血流变学指标的影响 36 例,应用葛根素 300mg 加入 0.9%NS250ml 液中静滴,日一次,十次为一疗程。结果 DR 患者红细胞压积升高,与健康对照组比较差异显著($P<0.05$)。全血粘度、血浆粘度、红细胞刚性、黏附前后血小板数、总胆固醇和甘油三酯升高,差异非常显著($P<0.01$),对改善 DR 患者血流变学指标有一定疗效^[9]。

1.8 椎-基底动脉供血不足,将 80 例患者随机分为 2 组,治疗组 42 例予参麦注射液联合葛根素注射液静脉滴注治疗;对照组 38 例予盐酸培他啶治疗,2 组均以 14 天为 1 疗程。结果:总有效率治疗组与对照组分别为 92.9%、92.1%,两组比较差异无显著性意义

($P>0.05$);两组恶心呕吐症状消失时间比较,差异有非常显著性意义($P<0.01$),治疗组优于对照组。结论:葛根素注射液治疗 VBIV 疗效与盐酸培他啶相近,但对改善患者伴随症状则优于盐酸培他啶,说明葛根素能改善椎-基底动脉供血,调整血管搏动指数和阻力指数,提高红细胞变性能能力,是临床上有效的治疗药物^[10]。

2 不良反应

随着现代科技的发展,祖国中医药学已成为当今医学研究的新课题。中药葛根素在临床上的广泛应用

中取得了比较满意的效果。至今没有明显的毒副作用的报道,偶有头痛、头晕、腹胀、恶心等症状。随着临床上广泛的应用,探讨葛根素注射液所致不良反应的一般规律和特点。为临床合理用药提供参考,变态反应是葛根素注射液最常见的不良反应;其次为溶血性贫血、药物热。最严重的不良反应为溶血性贫血、过敏性休克甚至导致死亡。结论:过敏体质者慎用葛根素,使用时严格掌握适应证、使用疗程不宜过长。并考虑个体化给药^[11]。

参考文献:

- [1]曲少华,席霞,顾雪琴葛根素注射液临床应用概况[J].中国中医急症,2006,15(9):1034-1035
- [2]陈敬然,曹建荣.中国误诊学杂志[J].葛根素注射液在内科的用途,ISTI 2007,7(3):652-653
- [3]吴胜积.葛根素注射液联合依那普利治疗冠心病慢性心力衰竭临床疗效分析[J].中国实用医药.2009,4(12):174-175
- [4]万宏霞.葛根素抗心绞痛作用的临床疗效观察[J].中外健康文摘,2009,(11):121-122
- [5]刘毅.葛根素注射液治疗不稳定型心绞痛临床观察[J].中国中医症.2008,17(5):579-580,582
- [6]肖立中,黄志,马绍椿,等.葛根素对急性心肌梗死面积的影响及其机制探讨[J].中国中西医结合杂志,2004,24(9):790-792
- [7]杨书文,时军,窦琳.葛根素注射液在老年冠心病非心脏手术时防止心肌缺血的作用[J].中华老年学杂志,2007,21(5):383
- [8]姜秋华.葛根素注射液治疗急性脑梗死临床疗效观察[N].中国医药导报,2009,06(9):56-57
- [9]陈丽,张岭.糖尿病视网膜病变患者视网膜血流动力学观察[J].中国现代医药杂志,2007,9(9):102-103
- [10]李冰.参麦注射液联合葛根素注射液治疗老年性椎-基底动脉供血不足 80 例[J].新中医,2008,40(2):85-86
- [11]王慧媛,杨萍,韩健,刘英.葛根素注射液不良反应文献分析[J].首都医药,2008,(20):42-43

编号: E-10050512 (修回: 2010-05-04)

(上接 108 页)

史悠久,各个时代均有新的炮制方法出现。关于半夏炮制的目的,一方面是为降低毒性,以保证用药安全,古代学者已经对其作了详尽的阐述;另一方面,用多种辅料与半夏共制,采取各种辅料炮制是为改变半夏的药性,从而扩大半夏的应用范围,提高半夏的临床疗效。半夏的不同炮制方法有着不相同的功效,各种炮制半夏在临床应用中各有其侧重点,在使用时按病情需要,谨慎使用,做好安全、科学用药。

参考文献:

- [1]叶定江.中药炮制学[M].上海:上海科学技术出版社,2003:255
- [2]邓兴然,黄儒龙,范宋玲.不同方法炮制姜半夏对谷甾醇含量的影响[J].基层中药杂志,2001,12(12):25-26
- [3]杨玉琴,张丽艳.高效液相色谱法测定不同半夏炮制品中麻黄碱的含量[J].贵州医药,2001,25(9):846
- [4]彭继荣.半夏不同炮制品临床应用概述[J].实用中医药杂志,2005,5(5):319

作者简介:

李文静 (1968-),女,主管中药师,单位:贵州省榕江县中医院。

编号: Y-10041187 (修回: 2010-05-06)

浅论中药的性能

On the performance of TCM

郭彦军

(黑龙江省同江市中医院, 黑龙江 同江, 156400)

中图分类号: R285.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0111-02

中药的性能为寒、热、温、凉、平。然而, 历代皆以寒、热、温、平归类编写歌诀, 称四大药性赋。这不符合中药性能的实际, 且在分类上又寒热混淆, 温凉错乱, 令人无法准确弄清楚药物性能。

1 论 寒

犀角清心泻火, 止血热之妄行; 羚羊角平肝息风, 醒温病之神昏。千里光因功效得名, 目疾、肠痈宜用; 万年青能泻火解毒, 强心、利尿可施。十大功劳治胃火牙疼, 三花龙胆疗阴痒湿疹。白花蛇舌草癌症可使, 白毛夏枯草痰嗽能医。清湿热, 泻火毒, 黄芩、黄连、黄柏均可, 须分上中下焦而用; 逐水饮, 散肿结, 甘遂、大戟、丑牛皆宜, 当视轻重缓急而投。散瘰散瘤最宜海藻、昆布; 泻肺泻水必资桑白、葶苈。攻积导滞, 大黄有推强倒壁之功, 并能活血去瘀; 软坚润燥, 芒硝似江河融冰之力, 又可散肿疗疮。雷丸虫灭, 兜铃嗽医。轻粉杀虫毒而消痰水, 水银疗疥癣又医痒疮。芦荟导滞热, 治虫积疳疾; 白薇退虚烧, 医热淋血淋。三百草清热利水, 四季青解毒凉血。淡竹叶除烦热而利水, 苦楝皮疗疥癣又杀虫。夏枯草清肝火, 散郁结, 降压亦易; 冬葵子下乳汁, 利水道, 润肠何难。马齿苋治热痢之有血, 鸦胆子除疟疾与赘疣。大青叶治丹毒斑疹, 其根(板蓝根)之力优, 黛(青黛)消腮肿; 瓜蒌仁润燥化痰涎, 其霜(瓜蒌霜)之力缓, 壳(瓜蒌壳)善宽胸。白茅根凉血止血, 地肤子祛湿疗疹。利湿热, 消黄疸须虎杖与茵陈; 散肿结, 治癌瘤用龙葵与天葵。虎耳草治肺痈, 耳炎以鲜品效佳; 马钱子抗肿瘤, 风湿必制后方宜。山梔凉血除烦, 捣碎调酒敷伤肿; 浙贝化痰散结, 研粉冲服散乳痈。胡黄连有除湿消痞之功, 其解毒类似黄连; 番泻叶具清热导滞之用, 而泻下缓于大黄。金银花解毒清热, 除温病卫气营血之热; 海金沙利尿通淋, 治男女血膏劳石诸淋。紫草凉血而透斑疹, 青蒿抗疟而解暑热。生地清血热并养阴, 玄参消瘰疬而增液。地骨皮治肺热之咳嗽, 天门冬疗咯血与遗精。牛蒡子疏风热, 治麻疹之不透; 唐松草泻火毒, 敷皮炎之渗湿。秦皮治痢, 瞿麦通淋。

蝉衣疏风退翳常用, 浮萍透斑利水多施。滑可利窍, 滑石解暑湿又可清热; 通能去闭, 木通理血脉而利水关。白头翁专治痢疾, 莲子心独泻心火。山豆根疗咽闭, 射干效同兼可祛痰; 芦竹根生津液, 花粉功似并能排脓。石膏、知母泻火毒而除烦渴; 公英、地丁散疮肿并治乳痈。土鳖破血逐瘀, 续筋接骨; 郁金行气止痛, 凉血精心。胆矾吐癫痫之风痰, 而白矾涩肠止痒可遗; 朱砂定惊悸以安神, 则磁石纳气平喘宜差。泽泻能利水而泻相火, 防己可祛湿而除毒风。海蛤壳、天竺黄、浮海石清肺化痰, 平肺热咳嗽之证; 石决明、代赭石、珍珠母平肝潜阳, 除肝热上亢之因。茜草根治血出经闭, 白鲜皮医湿热风疹。地龙息风定惊, 退热闭之肿痛; 蝼蛄利水通淋, 消水肿与恶疮。金果榄退肿效佳, 常内服外用并举; 五倍子收涩力强, 即止血敛汗均宜。桑叶疏风凉肝, 洗眼目之涩痛; 淡豆解表除烦, 去胸中之郁闷。漏芦理气血郁滞, 乳汁不通之症; 苦参疗湿热虫风, 皮肤脓疱之疮。金龟莲解毒治胃痛, 牙疼以嚼含效佳; 川楝子杀虫消疝气, 而头癣必作膏涂敷。此一百零四味寒性药品, 举其大概; 如能反复研讨实践, 用之则灵。

2 温 热

温热虽近, 程度有别。醒脾开胃嫩姜好, 温中发表要老姜, 干姜助阳以救逆, 黑姜止泻是良方。通阳发汗以葱白, 理气和胃用茴香。丁香虽分公母, 温中降逆之功相似; 胡椒本有黑白, 散寒止痛之效则同。橘皮理脾气以化痰, 青皮破滞气而疏肝。橘叶、橘核可疏肝而消肿满; 橘红、橘络能温肺以治痰涎。附子走而不守, 除上中下焦之寒, 以回阳救逆; 防风温而不燥, 祛表里内外之风, 而止痛解惊。麻黄发汗利水, 平喘常伍杏仁; 桂枝温经通阳, 和营须配白芍。皂荚开窍, 仙茅壮阳。白术健脾安胎, 止表虚之自汗; 苍术祛风燥湿, 辟时行之瘟疫。开窍闭, 催胎产, 麝香本是珍品, 而妊娠伤身; 止气痛, 平喘逆, 沉香是为奇药, 以冲服为良。巴豆泻下冷积, 治痰壅气促, 性(下转 117 页)

HPLC 法测定乌药中异乌药内酯的含量

Determination of isolinderalactone in radix linderæ by HPLC

邓泽宜

(湖南临澧县人民医院, 湖南 常德, 415200)

中图分类号: R284.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0112-03

【摘要】 目的: 建立用 HPLC 法测定乌药中异乌药内酯含量的方法。方法: 色谱柱为 Kromasil Cl8 柱 (250mm×4.6mm, 5 μm), 流动相: 甲醇-乙腈-水 (35:25:40, v/v); 检测波长: 235nm; 柱温: 40℃; 流速: 1mL/min。结果: 异乌药内酯的进样量在 0.15 μg ~ 1.52 μg ($r=0.9997$, $n=6$) 的范围内与峰面积呈良好的线性关系; 平均回收率为 98.81%, RSD 为 1.52%。结论: 该法简单、可靠, 可作为控制乌药药材质量的参考标准。

【关键词】 乌药; 异乌药内酯; 高效液相色谱法。

【Abstract】 Objective: To establish a method for determination of isolinderalactone in Radix linderæ by RP-HPLC. Method: The sample was separated on Kromasil Cl8 (250 mm×4.6 mm, 5μm) column. the mobile phase was ethanol-acetonitrile-water (35:25:40, v/v) at a flow rate of 1.0 mL·min⁻¹ and the detection wavelength was 235 nm and the column temperature was 40℃. Results: The calibration curves were linear in the range of 0.15μg~1.52μg ($r=0.9997, n=6$). The average recoveries of isolinderalactone were 98.81%, RSD were 1.52%. Conclusion: The method is simple, accurate, reproducible and can offer referenees for the quality control of Radix linderæ.

【Key words】 Radix linderæ; isolinderalactone; HPLC

乌药为樟科植物乌药 *Lindera aggregata* (Sims) Kosterm 的干燥块根^[1], 为常用的理气药。其现代研究多注重于生药的化学成分及药理作用的研究^[2-4], 目前有关乌药含量测定的文献报道甚少^[5-6], 而药材中异乌药内酯含量测定的方法目前尚无报道。为了更加有效的控制乌药药材质量, 作者首次建立了测定乌药中异乌药内酯的 RP-HPLC 含量测定方法, 并在此基础上对不同产地的乌药药材的含量进行了比较。

1 实验材料

1.1 仪器

Agilent110 高效液相色谱仪 (安捷伦科技有限公司); 分析天平 DT-100 (北京光学仪器厂); 电热恒温鼓风干燥箱 (上海跃进医疗器械厂); 不锈钢电热恒温水浴锅 (北京市医疗设备厂); KQ-600 型超声波清洗器 (昆山市淀山湖检测仪器厂)。

1.2 药品与试剂

异乌药内酯 (上海顺勃生物工程技术 (云南) 公司, 供含量测定用, 纯度为 99.9%, 200711); 甲醇 (色谱纯, 天津市密欧化学试剂有限公司, 20080129); 乙腈 (色谱纯, 天津市密欧化学试剂开发中心, 20051012); 其余试剂均为分析纯, 水为注射用水。

乌药药材采于湖南省邵东以及安徽等地, 经湖南中医药大学第一附属医院药检室鉴定为樟科植物乌药 *Lindera aggregata* (Sims) Kosterm 的干燥块根。

2 异乌药内酯的含量测定

2.1 色谱条件

色谱柱为 Kromasil Cl8 柱 (250mm×4.6mm, 5μm), 流动相: 甲醇-乙腈-水 (35:25:40, v/v); 检测波长: 235nm; 柱温: 40℃; 流速: 1ml/min。

2.2 对照品的制备

精密称定异乌药内酯对照品 0.0019g, 置 25ml 容量瓶中, 用甲醇溶解并稀释至刻度, 摇匀, 即得。(每 1ml 中含异乌药内酯 76μg)

2.3 样品制备

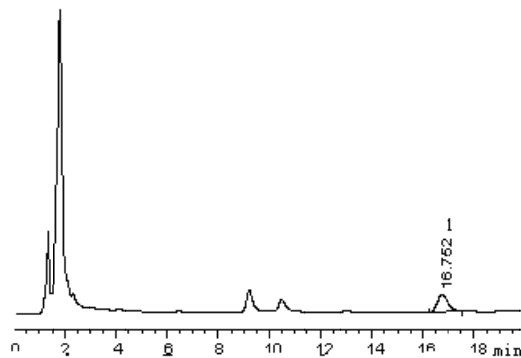
取供试品, 将其粉碎成细粉, 取 1g, 精密称定, 置 50ml 锥形瓶中, 加甲醇 50ml, 称重, 超声 15min (功率 250W, 频率 20KHz), 放冷, 再称定重量, 用甲醇补足减失的重量, 用 0.45μm 微孔滤膜过滤, 弃去初滤液, 取续滤液, 备用。

2.4 标准曲线的制备

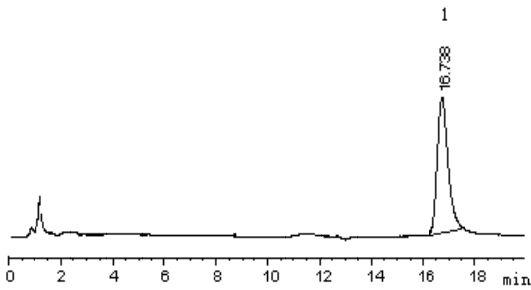
精密吸取对照品溶液 2.0、4.0、6.0、8.0、10.0、20.0μl, 注入高效液相色谱仪, 记录色谱图, 测定峰

面积,以峰面积值 Y 为纵坐标,以对照品的进样量 X (mg) 为横坐标进行线性回归,回归方程为:
 $Y=384.6900X+4.9856, r^2=0.9993$ 。

结果表明乌异乌药内酯的进样量在 $0.15\mu\text{g}\sim 1.52\mu\text{g}$ 的范围内与峰面积呈良好的线性关系。



A 乌药供试品



B 异乌药内酯对照品

图 1 异乌药内酯的高效液相色谱图

2.5 精密度实验

分别精密吸取对照品溶液 $10\mu\text{l}$, 重复进样 6 次。其乌异乌药内酯峰面积的 RSD 为 1.88%。

2.6 稳定性试验

取当日配制的供试品溶液,于 0h、1h、2h、4h、8h、24h 分别进样 $10\mu\text{l}$, 测定样品中异乌药内酯峰面积的 RSD 值为 2.30%。试验结果表明,供试液在 24h 内稳定性良好。

2.7 重复性试验

取同一批供试品,按 2.3 项下方法,分别制备供

试液 6 份,每份进样 $10\mu\text{l}$, 测定峰面积并计算含量,异乌药内酯的平均含量为 3.16mg/g , RSD 值分别为 1.89%。

2.8 加样回收率

称取已知含量的供试品(含 12.00% 的水分,异乌药内酯含量 3.16mg/g) 约 0.5g 6 份,精密称定,分别置 50mL 锥形瓶中,精密加入一定量的对照品,加甲醇 50ml,称重,按 2.3 项下操作,分别制得供试液,以上述色谱条件测定含量,平均回收率为 98.81%, RSD 为 1.52%。结果见表 1。

表 1 异乌药内酯的加样回收率试验 (n=6)

序号	样品取样量 (g)	样品中含异乌药内酯的量 (mg)	加入异乌药内酯的量 (mg)	测得量 (mg)	回收率 (%)	平均回收率 (%)	RSD%
1	0.5012	1.5838	1.61	3.1759	98.89	98.81	1.52
2	0.5133	1.622	1.61	3.1858	97.13		
3	0.5044	1.5939	1.61	3.174	98.14		
4	0.5087	1.6075	1.61	3.2169	99.96		
5	0.5162	1.6312	1.61	3.2591	101.11		
6	0.4998	1.5794	1.61	3.1514	97.64		

2.9 样品测定

取不同产地批次(分别来源于安徽,湖南邵东市售及自采)的供试品,按 2.3 项下的操作,进行测定,结果见表 2 (按干燥品计算),色谱图见图 1。

表 2 乌药供试品测定

批号	含量 (mg/g)	RSD (%)
1	0.41	2.13
2	4.83	1.67
3	3.16	1.89

3 讨论

3.1 通过考察不同提取溶媒、不同提取方法、不同浸泡时间及不同提取时间对异乌药内酯提取效率的影响,最终选择甲醇作为提取溶媒;同时因为超声提取效率

较高,且方法简便,所以采用该法为提取方法;考察震摇 10min、超声 15min、30min、60min、90min,最终确定提取时间为超声 15min;考察浸泡 0h、1h、4h、8h、24h,因为没有显著性差异,最终确定无需浸泡。

3.2 实验先后选择了甲醇-水(45:55)、乙腈-水(45:55, v/v)、甲醇-乙腈-水(35:15:40, v/v) 为流动相,从分离情况和峰形等综合分析,认为甲醇-乙腈-水(35:15:40, v/v) 作为流动相条件时分离效果较为理想。

3.3 本实验首次建立了异乌药内酯的含量测定方法,应用反相高效液相色谱法,以甲醇-乙腈-水作为流动相,可使乌药中的异乌药内酯较好的分离出来,该方法具有简单、稳定、可靠的特点。

(下转 115 页)

救治有机磷农药中毒时阿托品的应用研究

Treatment of organophosphorus pesticide poisoning application of atropine

刘 红 郑方梅

(湖北省中医药高等专科学校, 湖北 荆州, 434020)

中图分类号: R139+.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0114-02

【摘 要】 急性有机磷中毒 (AOPP) 是常见的内科危重症^[1], 阿托品作为常用的、有效的解毒药物, 其应用是否合理, 直接决定着抢救的成败。本文就 2001 年 1 月至 2009 年 9 月期间, 医院内科救治的 106 例 AOPP 患者的临床资料及阿托品的应用情况进行了研究探讨。

【Abstract】 Acute organophosphorus pesticide poisoning (AOPP) is a common medical critically ill patients^[1], atropine as a common and effective detoxification drugs, Its application is reasonable, directly determines the success or failure of the rescue. This article from January 2001 to September 2009 period, the hospital medical treatment of 106 patients with clinical data AOPP and the application of atropine were also studied

1 临床资料概述

1.1 一般资料

106 例中男 56 例, 女 50 例。<20 岁 18 例, 20~30 岁 48 例, 30~40 岁 20 例, 40~50 岁 10 例, >50 岁 10 例, 中毒药物: 对硫磷 46 例, 甲胺磷 24 例, 敌敌畏 22 例, 乐果 4 例, 其他 10 例。中毒途径: 消化道 80 例, 皮肤 24 例, 呼吸道吸入 2 例。中毒程度: 轻度 50 例, 中度 30 例, 重度 26 例。

1.2 治疗及转归

106 例分别给予洗胃 (洗浴)、阿托品、解磷定及对症治疗, 其中阿托品的总量从 2mg 至 1565mg 不等。106 例中存活 98 例, 死亡 8 例。

2 救治有机磷农药中毒时阿托品的应用技巧

2.1 快速阿托品化并维持之是抢救成功的关键

AOPP 诊断确立后, 应立即建立静脉通路、给予阿托品治疗, 使之迅速达到阿托品化^[2]。维持维持收缩压>80mmHg 和尿量>0.5ml/(kg·h), 注意气道、呼吸、循环, 左侧卧位, 必要时气管插管。阿托品的剂量选择要适当, 每次剂量不宜过大, 如 1 次剂量超过 50mg, 往往使患者立即处于抑制状态, 易引起阿托品中毒。一般, 重度 10~15mg/次静推, 10~15 分钟 1 次, 中度 5~10mg/次静推, 15~30 分钟 1 次, 轻度 1~3mg/次静推, 1~3 小时 1 次。达到阿托品化所用时间长短与病程及转归有着密切关系, 应尽可能把阿托品

化时间控制在 6 小时以内。达到阿托品化后记录脉搏、血压、瞳孔大小, 检查全身出汗, 肺部罗音, 这时需减量维持, 减量方法为减少阿托品每次用量或延长用药间隔, 为防止血中阿托品浓度波动过大, 以减少每次用量为宜。阿托品化后维持的时间临床上较难掌握, 维持时间太短, 阿托品不能够抵抗乙酰胆碱的作用, 中度症状再发, 时间太长, 增加阿托品中毒机会, 故需在密切观察情况的基础上, 结合中毒毒物的种类及中毒程度作出选择。严重低血压者, 给予血管加压素; 注意阿托品化和阿托品中毒; 病情平稳后每小时给予阿托品稳定剂量 10%~20%维持; 如果病人潮气量<5ml/kg, 肺活量<15ml/kg, PaO₂<60mmHg 给予气管插管和呼吸机通气。泵入肱类复能剂直到阿托品停用 12~24h 和病人已经拔管。如出现激惹症状, 用苯二氮卓类镇静; 中间综合征发生则插管; 若胆碱能危象复发, 则再次使用阿托品和肱类复能剂。

2.2 中毒认识阿托品化指征

除经典指标 (皮肤干燥、面色潮红、瞳孔较前散大且不再缩小、肺部罗音明显减少或消失、意识障碍减轻、轻度烦躁、心率明显增快) 外, 以下几点也可作参考指标: ①体温升高达 38℃ 以上; ②大动脉出现枪击音; ③四肢末梢由冷变暖。对这些指标的临床应用中要综合分析, 灵活应用, 切不可生搬硬套, 因为他们还受很多其他因素的影响: ①肺水肿、脑水肿、

呼吸衰竭、循环衰竭和三低血症(低氧、低渗、低碱)时,阿托品化表现不典型甚至表明不出来;②由于脑细胞中毒和代谢障碍,中枢神经系统高度受抑制,失去了对血管神经的调节作用。③有机磷可直接损害心肌的自律性传导功能,因而阿托品化后心率可无明显增快;④个体因素:作者观察到,男性和女性、老年人和青壮年相比,阿托品化时迟缓而表现不典型;⑤有些精神、神经疾患也可影响阿托品化表现。

2.3 正确识别假阿托品化现象

部分经口中毒者,早期药物尚未完全吸收,或者由于脑水肿时交感-肾上腺系统紧张性高,在治疗初期可出现假阿托品化现象^[3],即经数次大剂量阿托品注射后出现瞳孔散大、烦躁不安、心率增快等阿托品化指征,临床上易将此过程表现认为达到阿托品化而骤然减量。本组有 3 例患者因此而盲目减量以致阿托品化表现不显著或消失,其中 2 例矫正治疗后重新达到阿托品化,1 例因未能正确识别而致死亡。

2.4 正确识别阿托品中毒

阿托品中毒早期(兴奋期)主要症状有:①高热,体温持续在 39~40℃或更高;②心动过速,心率超过 120 次/分;③瞳孔散大,尤为已达到虹膜边缘;④原神志清楚,出现意识模糊,躁动或狂躁,谵语;⑤尿潴留、肠麻痹。出现阿托品中毒早期症状,如仍为停药或减量、则可出现中毒晚期(抑制期)症状:①出现昏迷;②原两肺无异常,现出现湿罗音或咯出血性分泌物;③心率、呼吸由快变慢、由规则变不规则;④四肢末梢由暖变冷,并出现有效循环相对不足表现。在鉴别阿托品中毒确有困难时,可慎用阿托品试验,方法为将阿托品减量或停用,病情改善者,为阿托品中毒,否则为不足。本组病例有 8 例出现阿托品早期中毒症状,经及时减量或停药后均康复出院,1 例出现晚期中毒症状,未能及时识别,致呼吸衰竭死亡。本组发生阿托品中毒的原则主要是:①达到阿托品化

未及时改用维持量,导致阿托品中毒(5 例);②对阿托品化缺乏全面分析,片面强调颜面不潮红,继续增加阿托品用量导致中毒(2 例);③阿托品化表现不典型或不显著,盲目使用大剂量阿托品致中毒(2 例)。

2.5 其他

在使用胆碱酯酶复活剂及解磷注射液时应适当减少阿托品用量^[4]。慎用影响阿托品化表现或观察的药物(如吗啡、冬眠灵、酶性药物)。

3 结 论

总之,在抢救有机磷中毒及用阿托品时,应遵循三条原则:①在观察中用药,在用药中观察^[5];②早期、足量、反复用药;③快速阿托品化,及时用维持量,既要维持阿托品化足够时间,又要防止阿托品中毒。从血液中清除有机磷农药可能是一种比较有效的治疗方法。血液透析和血液滤过的作用还不太明确。一项来自中国的非随机对照试验证实,在敌敌畏中毒者中,使用血液滤过有效。丁酰胆碱酯酶能清除血浆中的有机磷,在突触处减少乙酰胆碱酯酶的抑制^[6]。

参考文献:

- [1]陈灏珠,徐春玲,黄开莲.实用内科学(第十一版)[M].北京:人民卫生出版社,2004,759-760
- [2]王一镗.实用急诊医学[M].南京:江苏科学技术出版社,2002,631.3;黄志辉.急性有机磷农药中毒 19 例死亡原因分析[J].临床荟萃,2004,17(1):45
- [3]俞鸿斌.重度有机磷中毒与阿托品化时限的再认识[J].临床荟萃,2005,10(7):320321
- [4]刘元发,傅风华,张庚等.口服有机磷农药中毒者血胆碱酯酶及胃液有机磷的相关研究[J].中华内科杂志,2007,36(7):478479
- [5]李星海,石汉文,田英平等.有机磷农药中毒救治中应注意的若干问题[J].新医学,2006,27(5):264271
- [6]柯蕾,高人煮.急性有机磷农药中毒 316 例临床分析[J].中华内科杂志,2005,2

编号:EA-100406239(修回:2010-05-04)

(上接 113 页)

参考文献:

- [1]国家药典委员会.中华人民共和国药典(一部)[S].北京:化学工业出版社,2005:53
- [2]谷丽华,吴纲,张紫佳等.应用薄层色谱-生物自显影技术评价乌药等三种中药的抗氧化活性[J].药学报,2006,41(10):956-962
- [3]Wang N,Minatoguchi S,Arai M,et al.Lindera strychnifolia is protective against post-ischemic myocardial dysfunction through scavenging hydroxyl radicals and opening the mitochondrial KATP channels in isolated rat hearts[J].Am J Chin Med,2004,32(4):587.
- [4]刘卫东,温中京,郭伟娣等.乌药提取物抗疲劳作用的实验研究[J].浙江中

医杂志,2006,41(7):428-429

- [5]程显隆,魏锋,冯玉飞等.RP-HPLC 法测定乌药中乌药醚内酯和乌药内酯的含量[J].药物分析杂志,2003,23(3):225-227
- [6]蔡立红,俞桂新,王峰涛等.高效液相色谱法测定乌药中乌药醚内酯的含量[J].中国中药杂志,2004,29(7):657-659

作者简介:

邓泽宜,男,副主任药师,研究方向为中西制剂新药开发及质量标准的研究。

编号:L1004-10(修回:2010-05-04)

有感于中医药的发展

Responding to the development of Chinese medicine

王广田

(贵州省盘县刘官镇中心卫生院, 贵州 六盘水, 553516)

中图分类号: R2-09 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0116-02

众所周知, 中医药^[1]是中华民族的宝贵财富, 是中国人民长期和疾病作斗争的极为丰富的经验总结, 是中国优秀文化的一个重要组成部分, 为中国人民的保健养生事业和中华民族的繁衍昌盛做出了巨大贡献。传统医学的整体观念正越来越多的为全世界所公认, 国际社会也越来越关注中医药, 这为中医药的全面发展创造了更加广阔的空间, 为传统中医药走向全世界, 奠定了坚实的基础。

中医药文化, 深受中国古代哲学思想的影响和指导, 集诗词歌赋和哲学为一体, 也是“国学”中, 重要的组成部分, 底蕴深厚, 丰富多彩, 在中华民族数千年光辉灿烂的历史文化长河中占有非常重要的作用, 我们更应该进一步继承和发扬。

那么究竟应该怎样才能发展中医药事业呢? 我在中医科从事临床工作多年, 深有体会, 我认为, 要发展中医药事业, 关键是国家有关部门要在中医药政策上的大力支持, 特别是法律法规的保障, 这才是中医药事业长期得以发展的有力保证。

其实, 从古至今, 中医药都占有非常广阔的市场, 特别是在农村, 可以这么说, 中医药“简、便、廉、验”的优势, 深受广大农村老百姓的欢迎。在西医未走进国门之前, 人们就不看病啦, 是传统的中医药肩负着神圣的使命, 有谁敢说那不是救死扶伤呢? 而且还涌现出了神医华佗、医圣张仲景, 还有李时珍等一大批著名的医药学家, 为后世所传颂。就当代社会而言, 在非典、禽流感等急性传染病和一些慢性病的预防和治疗过程中, 中医药也发挥了不可磨灭的作用。

多年来, 看到我们国家的医疗卫生政策日益倾向于中医药, 中医队伍日益壮大, 这是个好兆头, 虽然有机遇, 但也有挑战, 中医药正日益蓬勃的发展, 迎来了中医药事业前所未有的发展春天。

就我个人的亲身体会而言, 从贵阳中医学院中西医结合专业毕业之后, 我回到了故乡盘县, 在医院中医科工作, 酷爱中医药, 在本院领导的大力支持下,

我在临床上, 积极运用针灸、推拿、按摩、刮痧、拔火罐、穴位注射、贴耳穴、中药汤剂水煎服、中药碾末冲服、中药湿热外敷、中药熏洗、药酒、药膳等传统治疗方法, 再结合红外线、远红外线、电磁波等物理疗法为许多颈肩腰腿痛患者解除了痛苦, 得到了患者及其家属的一致好评。我们医院的“中医理疗室”开展起来了, 可以说是从无到有, 中药房的药品种类也丰富起来了, 而且中医药的收入逐渐上升, 不仅使许多中老年人随时可以看中医, 而且也让许多青少年患者喜欢上了中医、信赖中医。我也多次被本院评为先进个人, 此外, 我还被吸收为中华中医药学会会员。业余的时候, 我爱好广泛, 酷爱诗词, 还自学了保健按摩师的教材, 考了保健按摩师职业资格证书, 以便进一步增强我的文化水平和丰富我的实践经验。所以我认为中医药事业的发展离不开以下几个方面:

首先, 是国家有关中医药事业的卫生政策的扶持, 有利于中医药的发展, 特别是新型农村合作医疗制度的实行, 中医药同样可以进行减免, 有力的保障了中医药的发展, 也为乡镇卫生院的发展注入了新鲜血液, 更可喜的是, 让患者真正的得到了实惠, 减轻了患者的经济负担。同样, 也使中医人更有信心坚守中医, 从而让中医药进一步发扬光大。

其次, 要加强中医药人才的培养, 各高等中医药院校要根据时代的需要, 再结合具体的实际情况来培养实用人才, 当然, 所有的中医药卫生人员, 要不断加强自身的学习, 包括理论知识和实践技能的学习, 不断总结和积累临床经验, 要熟读中医经典名著, 如《黄帝内经》、《伤寒杂病论》、《金匱要略》^[2]、《神农本草经》、《本草纲目》^[3]等, 因为《黄帝内经》系统地阐述了人体的结构、生理、病理, 以及对疾病的诊断、治疗、和养生等问题, 奠定了中医学的理论基础; 《伤寒杂病论》和《金匱要略》二书为中医辨证论治建立了较为系统的理论体; 《神农本草经》是我国已知最早的药物学专著; 《本草纲目》载药 1892 种, 其中

新增药物 374 种, 附方有 11000 余条, 可以说是我国十六世纪以前医药成就的大总结。永远值得我们学习, 我们要熟练掌握中医基础理论知识, 要注重实践技能的培养, 要像神医华佗, 医圣张仲景学习, 要像著名的医药学家李时珍等老前辈学习, 学习他们治病救人的实践经验, 积极响应国家的号召, 到基层去, 从基层做起, 切实提高服务质量, 改善服务态度, 全心全意为人民服务。

其三, 要以国家中医药主管部门为领导, 积极建立国家、省、市、县、乡、村中医药防御体系, 充分发挥中医药优势, 运用中医药为广大患者解除痛苦, 正确、全面、系统、合理、科学的指导患者, 尽可能的减少和避免那些游医和江湖骗子误导患者, 损害中医药的声誉, 坚决打击非法行医, 真正发挥传统中医药特色, 治病救人。

其四, 各乡镇卫生院要切实发展中医科, 增设中药房, 必要时加强中医药人才培养, 并能够指导村卫生室中医诊疗室的工作, 利用中医“简、便、廉、验”的优势, 运用针灸、推拿、按摩、拔罐、刮痧、贴耳穴、穴位注射、中药汤剂水煎服、中药碾末服、中药湿热外敷、中药熏洗、药酒、药膳等传统治疗方法,

同时, 再结合红外线、远红外线、电磁波等物理疗法为患者服务, 进一步解决“看病难、看病贵”的现象。

其五, 村卫生室要加强卫生人员中医药知识和技能的培训, 要能够运用中医药传统治疗方法解决中医常见病多发病, 尤其是要发挥“中医治未病”和中医“简、便、廉、验”的优势, 让中医药占领广阔的农村市场。并且使其深入人心。

此外, 还应鼓励人工种植中草药, 一方面, 使许多中草药不至于灭绝, 另一方面, 中草药被有关部门回收后, 还可以为农民创收致富, 使他们像爱护粮食一样爱护中草药, 充分发挥中草药的优势, 让中草药造富人类。

总之, 中医药的发展离不开国家在政策上的大力扶持和中医人的共同努力, 当然, 还要靠各种媒体, 如报刊、杂志、电视、广播、网络等媒体进行宣传。相信, 只要我们不懈的努力, 传统中医药一定能够全面的发展乃至真正全面的走向全国! 走向世界!

参考文献

[1]吴敦序.中医基础理论[M].上海:上海科学技术出版社,1995:6

[2]李家实.中药鉴定学[M].上海:上海科学技术出版社,1996:1

编号: A-0035 (修回: 2010-05-06)

(上接 111 页)

极峻烈; 砒石劫痰平喘, 医哮喘气急, 毒力无双。雄黄解毒且驱肠虫, 切忌火煅; 银朱拔脓毒又杀疥虫, 不宜内服。川乌、草乌入骨收风而止痛; 砂仁、白蔻化湿行气以温中。天台乌药乃行气佳品, 冬虫夏草系补肾仙丹。雪上一枝蒿专作止痛之用, 白花曼陀罗独宜麻醉之施。草果消膨胀, 带壳不见功; 肉蔻止泻痢, 留油反滑肠。“山寺月中寻桂子”, 只为怕冷; “虏骑奔腾畏蒺藜”, 因其肾虚。暖脾胃, 散腹冷, 肉桂胜过官桂; 温中焦, 止呕逆, 澄茄逊于良姜。硫磺疗疥癣而温命火, 海马散瘀血而壮元阳。荜茇散寒止呃逆, 花椒止痛驱蛔虫。吴茱萸降肝胃之浊阴, 并止虚冷肾泻; 白附子祛面风之游走, 又敷虫蛇咬伤。千斤子治水肿与癥瘕, 大枫子疗梅毒与麻风。巴戟、淫羊有强腰壮肾之效; 大芸、锁阳乃益精润肠之资。补骨脂不是木蝴蝶, 温脾止泻, 补命门之火衰; 葫芦巴即是香豆子, 壮肾止痛, 解阴寒之凝滞。紫苏散寒, 梗(苏梗)安胎孕, 子(紫苏子)则降气以开郁; 鹿茸壮阳, 胶(鹿胶)养阴血, 其霜(鹿角霜)收涩止遗精。羌活祛风

止痛, 细辛能散表里之寒; 南星燥湿化痰, 白芥善祛络中之痰。半夏化痰降逆以消痞, 厚朴燥湿化痰令喘平。紫河车为血肉有情之品, 大补气血之不足; 石菖蒲是芳香化湿之剂, 开窍宁神之力优。草蔻燥湿健脾, 又消食滞; 斑蝥破结抗癌, 并治恶疮。檀香、薤白治心腹之绞痛; 韭子、狗肾壮肾中之元阳。降香活血行气治跌损, 陈艾温经止血漏崩。温莪术抗肿瘤而通经闭, 山茱萸敛虚汗而止尿频。蛇床子治阴痒白带, 外用杀虫; 益智仁疗口涎自流, 下治虚冷。红蔻治腹痛吐泻, 蟾酥愈咽肿疗毒。苏合香开窍止心痛, 又辟时行之疠气; 白花蛇通络治顽痹, 并疗痹症与惊风。九香虫治肾虚阳痿, 胡桃仁润肠燥津枯。此八十八种热性阳药, 包含大温之品, 需要认真比较体会, 临床方能使用无差。

参考文献:

[1]张贵君.现代中药材商品通鉴[M].北京:中国中医药出版社,2001:50

编号: J-10032502 (修回: 2010-05-07)

传统医学与现代科技相结合的具体构思

Specific ideas of traditional medicine with modern technology to integrate

袁美红

(重庆市巫溪县文峰镇建楼卫生院, 重庆 巫溪, 405800)

中图分类号: R2-031 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0118-01

长期以来, 中医与西医的结合总是有着十分矛盾的一面, 提倡中西医结合, 也仅仅表现在中西药的合用上, 实际上中医和西医的临床工作者都知道在理论方面是没有结合起来的 (因为还未找到结合的共同点)。我通过近十年对经典著作的学习, 中医的东西是有规律可循的, 就是“象”与“数”。根据这个“象”与“数”的关系, 我考虑了这样一个思路。中医始终看起来没有前进, 当然制约着中医发展的瓶颈是, 没有高科技的东西支持, 高科技的支持也仅仅就是在对某种药物的有效成份的研究和有效成分的提取方面。我想在理论方面来用科学的手段将中医的经典理论与现代的计算器结合起来, 从而构思成为以下的具体思路。

首先我们将这些经典理论的东西数字化, 将脏腑数字化, 十九病机条数字化, 六经辩证数字化, 采取河图和洛书的生成数来代替 (这个内经已提供了大量的依据, 具体内容参看《内经的各章节》), 天数由 1、3、5、7、9 分别代表寒、温、湿、热、燥 (五气)。地数由 2、4、6、8、10 分别代表苦、辛、咸、酸、甘 (五味) (同样是《内经》为理论依据)。再就是将五脏也用数字来代替, 肝、心、脾、肺、肾。分别用 8、2、10、4、6 (这个以内经的“天制气”“地制形”的理论为依据, 但是这些数字和次第要按照这个不能变, 其实这就是五行的次第) 这样我们就可以将中医的辩证、脏腑、药物用数字代替, 在药物的后面加上数字 (药物按照四百味药性的性味及归经, 或者以《神农本草经》都可以), 如白术甘温用数字就以“地制形”, “天制气”的次第写成白术 103 (甘属中央土它的位置处于 10, 而温气处东方 3 的位置) 这样来表示, 在五脏的后面也同样加上数字 (按照五运的方位及内经所规定的数) 如肝 8、心 2、脾 10、肺 4、肾 6, 在病机的后面加上数字, 如“诸风掉眩, 皆属于肝”就用 8 代替。 (这个数字按味属地, 气属天这样来进行排列) 这样是否就能够将药物配属于脏腑了呢? 这时输入一个病机的数字, 后面就是该数字所发生的信息。再根据象数的对称原理, 进行还原, 来找出所对治的药方 (治热以寒, 治寒以热, 治湿以燥, 等来进行对

治)。这样可以将症状完全用数字代替, 凡是属于寒的症状都用数字 1 表示, 凡是属热的症状用数字 7 表示, 凡是属于风温的症状的都用数字 3 表示, 既不发热又不恶寒症状的都用数字 5 表示, 凡是有燥邪症状的我们 用 9 表示。脏腑病证就这样来解决, 用生数相加表示, $1+2=$ 肾和心的病, $2+3=$ 心和肝的病, $3+4=$ 肝和肺的病, $4+5=$ 肺和脾的病, $1+3=$ 肾与肝的病, $1+4=$ 肾与肺的病, $1+5=$ 肾与脾的病, $2+3=$ 心与肝的病, $2+4=$ 心与肺的病, $2+5=$ 心与脾的病, $3+4=$ 肝和肺的病, $3+5=$ 肝和脾的病, $4+5=$ 肺和脾的病 (这些数字相加就是脏与腑的综合症状的显象, 而不是现代的数理逻辑, 而是传统文化的象数原理, 阴阳的运算是“不以数推, 以象”, 在这些数字里他代表的不是数而是这个数的象)。这样还有一个脏与腑 (脏腑的表里) 的问题未解决, 就用本位的数字相加来表示, 即: $1+1=$ 肾与膀胱, $2+2=$ 心与小肠, $3+3=$ 肝与胆, $4+4=$ 肺与大肠, $5+5=$ 脾与胃。这样用成数也可以还原, 如 $6+6=$ 肾与膀胱, $7+7=$ 心与小肠……这样可以还原。证明可行。

这个方药完全按照《伤寒论》、《金匱要略》的处方。用数字“天制气”的程序输入 (也就是寒热温凉平的数字), 药物为病机所对应的药物, 这样便于病机的方出来后的药物的加减。

说明: 就是相同数字的不同的信息要全部输入, 也就是, 这个数的后面就有不相同的大量信息。

具体操作: 首先将这些常数和它所相应和对应的关系输入计算机, 建立相应和对应关系, 二一步, 输入六经辩证的 397 条原文或者只输入病机条文原文和金匱的原文, 也要按“天制气”, “地制形”的思路加入数字, 输入中药药名按气味的数字, 比如白术 103 等完全数字化。最后这个工程相当大, 就是中医的理、发、方、药的这些信息都完全输入在相应的数字后面, 数字后面就有相应的信息。按照我的设计就是将所能实用的中药就变成了一个作为随时随地能够配制的中药加工厂既能方便临床医生的辩证论治又很适合中医个体化的治疗方案, 也能够为今后中医与西医的结合找到共同点做一点前期的工作。

编号: A-0048 (修回: 2010-05-06)

化疗相关理论及概念的临床阐释

Clinical explain of chemotherapy-related theory and concept

罗定新

(广州中医药大学第一附院, 广东 广州, 510407)

中图分类号: R453 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0119-03

1 恶性肿瘤的综合治疗

早期治疗与综合治疗是恶性肿瘤治疗的原则, 这点早已达成共识。综合治疗是指采用一切有利于恶性肿瘤康复的治疗方法同时或先后运用, 以求取最大的治疗效益。目前临床常用的综合治疗疗法包括: 手术治疗、放射治疗、化学治疗、生物治疗 (包括免疫刺激、分子靶向、基因修复)、中医治疗, 这些疗法已成为抗肿瘤领域的基石; 此外, 尚有各种能量聚焦疗法如超声聚焦、射频消融、微波热疗、激光烧灼、粒子刀、冷冻 (氩氦刀) 等, 以及放射免疫疗法、光化学疗法等。以上是直接针对肿瘤的疗法, 但肿瘤的综合治疗决非止于此, 对症治疗、并发症治疗、支持治疗 (营养支持、骨髓支持)、心理治疗、运动康复等都应作为综合治疗的内容。

2 化疗目的及其分类

化学治疗 (简称化疗), 作为抗肿瘤疗法已有 60 多年的历史, 随着对恶性肿瘤的认识及药理学发展的不断深入, 其发展及衍变日新月异。手术治疗是大部分早期恶性肿瘤的主要疗法, 而化疗则适用于绝大部分恶性肿瘤, 不论其临床分期如何, 且包括术前术后的辅助治疗。

针对恶性肿瘤不同病种、不同病理学类型以及不同临床分期, 化疗的目的及意义有本质的差异。根据化疗不同的目的, 临床上将化疗分为四类:

2.1 根治性化疗: 以达到根治为目的 (可配合手术或放疗), 其应用仅针对化疗敏感性肿瘤, 如恶性淋巴瘤 (霍奇金氏病、非霍奇金氏病恶性淋巴瘤)、小细胞肺癌、生殖细胞癌 (精原细胞癌、绒毛膜上皮癌, 恶性葡萄胎) 等。

2.2 辅助性化疗: 一般指术后为防止复发而实行的化疗, 广泛应用于各种非化疗敏感性肿瘤。大部分非化疗敏感性肿瘤手术后可给予辅助化疗, 亦可不化疗。因化疗与否对生存期与生活质量无显著差别。但乳腺癌、大肠癌、卵巢癌等少数病种, 术后辅助化疗与否对生存期与生活质量的影响则有显著的统计学差别, 辅助化疗能明显降低术后复发率, 延长生存期, 提高

生活质量。故此类肿瘤术后强烈要求辅助化疗。

2.3 新辅助化疗: 专指术前化疗。某些肿瘤因局部晚期, 瘤体过大, 难以施行根治术。需术前先作化疗, 瘤体减积后再行手术。常用于非小细胞肺癌、乳腺癌, 大肠癌、胃癌、食管癌等。

2.4 姑息性化疗: 以缓解临床症状以提高生活质量, 以及临时解除危险因素以延长生存期为目的的化疗。适用于大部分中晚期恶性肿瘤。中晚期恶性肿瘤由于压迫、梗阻等常出现难以耐受的症状如疼痛、呕吐等, 有时甚至出现威胁生命的危症如上腔静脉综合征、门静脉高压综合征、肠梗阻、阻塞性黄疸等, 临床常应用化疗以期能缓解临床症状, 暂时解除危险因素, 为权宜之计。

3 化疗与细胞凋亡

肿瘤是细胞疾病, 化疗药物均具有细胞毒性。药物必须进入细胞才能发挥作用。药物在细胞内通过不同的启动机制如直接破坏 DNA 结构、阻断蛋白质及 DNA 合成、影响蛋白质及 DNA 的复制等, 最终激活凋亡蛋白, 诱导细胞凋亡。

细胞凋亡是一种非常保守的物种保护机制, 广泛存在于动植物界。当物种的生存环境极其恶劣, 生存资源极度匮乏时, 即启动凋亡机制, 有序地诱导老弱病残及缺乏竞争力的细胞个体凋亡, 以减少资源的消耗, 而最具活力的细胞个体则避免被清除, 利用仅剩的资源继续生存并延续种群。被清除的细胞个体崩解后分解为各种小分子结构, 可成为营养资源重新被物种利用。细胞凋亡在各种调控信息支配下有序而稳定地进行。每启动一次凋亡机制, 只能部分地、或多或少地诱导某些细胞个体作出牺牲。细胞凋亡理论可以清楚解释化疗的一级动力学原理。

4 化疗一级动力学原理与肿瘤负荷

化疗的疗效遵循一级动力学原理, 即每次化疗只能部分地杀灭肿瘤细胞, 而不能地全部消灭肿瘤。所以, 理论上, 单纯依靠化疗彻底治愈肿瘤是不可能的。

细胞恶变后, 机体进入亚临床期, 但能否继续发展成有临床意义的肿瘤, 取决于肿瘤克隆数目是否在

机体的正常免疫监控之下。目前认为, 机体存在一个“荷瘤临界值”, 即肿瘤克隆数目在 107 以下时, 正常免疫力即可将其清除。而在 107 以上时, 正常免疫力无法清除, 肿瘤继续克隆生长, 最终形成原位癌、浸润性癌。当肿瘤克隆数目达到 109 时, 其直径约 1cm; 当克隆数目达 1012 时, 直径约 10cm。假如有一种化疗药物 (或方案), 其有总效率累计达 99.99%, 用于化疗上述直径为 10cm 的肿瘤, 则化疗后尚有 108 的肿瘤克隆, 正常免疫力仍无法将其清除, 最后成为复发的根源。故理论上, 直径 10cm 以上的肿瘤, 化疗无法将之减积至正常免疫监控之下。而对手术后可能残留的肿瘤克隆, 因其数目小, 通过化疗极有可能减积至 107 之下, 继而为机体免疫机制所清除。有鉴于此, 就化疗相对敏感的肿瘤如乳腺癌、大肠癌、卵巢癌等而言, 术后化疗防复发的机会将更大。这正是上述肿瘤术后强烈需要辅助化疗的理论依据。

5 化疗与细胞周期理论

细胞从一次分裂结束到下一次分裂结束的一个周期, 称为细胞增殖周期, 简称细胞周期。细胞的增殖是通过有丝分裂实现的。分裂之前, 细胞须分多个阶段 (时相) 为分裂作物质上的准备。第一阶段为 G1 期, 称 DNA 合成前期, 主要为 DAN 的合成作准备, 此期合成所需要的 RNA、蛋白质及酶类; 第二阶段为 S 期, 称 DNA 合成期, 利用前期准备物合成嘌呤及嘧啶, 同时合成与染色体复制相关的组蛋白及 RNA, 进而使 DNA 的含量增加一倍; 第三阶段为 G2 期, 称 DNA 合成后期, 又称有丝分裂前期, 主要合成纺锤丝的原料微丝蛋白和微管蛋白; 第四阶段为 M 期, 称有丝分裂期, S 期复制的染色体此时一分为二, 并分别进入子代细胞中。其中, 有些细胞并不处于分裂周期, 但具有分裂的潜能, 一旦需要, 被激活后即可分裂, 这类细胞称 G0 期细胞。

化疗药物根据其是否针对细胞周期的某一时相而发挥作用, 分为细胞周期非特异性药物 (CGNSA) 和细胞周期特异性药物 (CGSA)。CGNSA 不管细胞处于任何时相, 只要进入细胞, 即能抑杀细胞。CGNSA 无明显的时效关系。而 CGSA 进入细胞后, 只能抑杀那些处于某一时相的细胞, 对其余时相的细胞则不发挥作用。根据作用时相的不同, CGSA 物又分为 G1 期药物、S 期药物、G2 期药物及 M 期药物等四种。CGSA 有明显的时效关系, 即同剂量延长给药时间, 可提高疗效。这正是序贯化疗的依据。

细胞周期学说为化疗方案的设计提供了理论依据。

6 化疗方案设计原则

化疗方案的设计, 是指如何处理化疗药物之间的

配伍关系。方案设计的优劣, 直接影响化疗的疗效与毒性大小。目前临床首次化疗时, 一般不自行设计化疗方案, 而直接采用现成方案, 这些方案均由国际卫生机构如 WHO 或 NCCN 等认可并推荐。但既往化疗失败后, 则须自拟化疗方案继续治疗。化疗方案的设计, 须遵循下列原则:

6.1 单药有效, 即对某病种单药化疗时有效率应在 20% 以上。

6.2 细胞周期非特异性药物与细胞周期特异性药物相配。

6.3 细胞周期特异性药物作用时相不同者相配。

6.4 化疗药物作用机制不同者相配。

6.5 化疗药物毒性不完全相同者相配, 以免毒性叠加。

7 化疗及其毒性反应

细胞毒性药物发生作用的先决条件是药物进入细胞内, 而且细胞内药物浓度越高, 作用越强, 对肿瘤细胞而言, 则疗效越高, 而对正常细胞而言, 毒性越大。由于肿瘤细胞代谢比正常细胞快得多, 其细胞内外物质交换因而更加频繁, 药物更加容易进入肿瘤细胞, 故肿瘤细胞内药物浓度比正常细胞高得多, 这正是化疗药物在大量杀灭肿瘤细胞的同时, 绝大部分正常细胞并未出现损害的原因。但某些代谢相对活跃的细胞如骨髓干细胞、胃肠道粘膜细胞、毛囊细胞等, 亦同时受到较为明显的损伤, 出现相应的临床表现。临床上化疗常见的毒性反应有:

7.1 骨髓抑制: 常见 WBC、PLT、RBC (HGB) 减少。正常时 WBC 及 RBC 在外周血中极为活跃, 而且均以磷酸戊糖途径行无氧代谢供能, 此类细胞减少时相应的能量随之减少, 故骨髓抑制时常伴有神疲体倦、短气乏力等症状。

7.2 胃肠到反应: 如厌食、恶心、呕吐、腹胀、腹痛、便秘、泄泻, 等。

7.3 脏器功能损害: 不同化疗药物可致不同的脏器功能损害, 如 DDP 的肾毒性、ADM 的心脏毒性、VCR 及 TAXOL 类的外周神经毒性、PLM 的肺间质渗出及纤维化、抗代谢药的肝损害等。

7.4 皮肤及其附属结构的损害: 如脱发、皮肤、甲床色素沉着、斑疹、指 (趾) 甲变形、断裂等。

7.5 局部刺激反应: 用药局部如有渗漏, 可出现潮红、灼痛、肿胀等。

8 化疗临床配套措施

8.1 评估与监测: 任何化疗方案施行于任何个体, 化疗前、疗程中及化疗后, 均须例行。评估与监测内容有: 瘤体大小及数目、体力状况、骨髓、心、肝、肺、

(下转 122 页)

部分医务人员对艾滋病态度的现状调查

Status survey of AIDS attitude with part of the medical staff

徐凤雯

(伊通满族自治县疾病预防控制中心, 吉林 伊通满族自治县, 130700)

中图分类号: R512.91 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 09-0121-02 证型: AIG

【摘要】 目的: 了解医务人员对艾滋病的认知和态度, 为艾滋病的健康教育提供依据。方法: 采用问卷与访谈相结合的方式, 对伊通县人民医院和民族医院的在职医务人员进行了调查。结果: 医务人员对艾滋病的认知仍然存在缺陷, 虽然对艾滋病病人有关爱之心, 但仍存在疑虑; 对艾滋病的恐惧与对病人的非关爱态度并存。结论: 应尽早加强对医务人员的艾滋病健康教育培训, 对医务人员强化医患沟通的健康教育。

【关键词】 医务人员; 艾滋病; 认知

艾滋病是严重威胁人类生命健康的一种疾病, 也是当今全球面临的重大公共卫生问题之一^[1]。我国艾滋病的流行呈上升趋势, 多数人群面临着感染者的潜在危险, 医务人员既是预防艾滋病的重点人群, 又要承担起治疗与教育病人的重任, 艾滋病防治工作在中国乃至全球都是任重而道远的, 任务艰巨, 道路曲折, 因而, 医务人员对艾滋病的认知将直接影响到病人及健康人群对艾滋病的认识水平^[2]。为了解具备一定医学知识的医务人员对艾滋病和艾滋病病人的认知与态度, 笔者对我县的部分医务人员进行了调查。现将结果报道如下。

1 对象与方法

选择县医院与民族医院部分医务人员为调查对象, 因为他们都是从医学院校的医学生毕业后工作过来的, 因此他们应比普通人群对艾滋病防治知识有更多的掌握, 了解的艾滋病知识范围应更广, 了解的程度应更深, 调查对象包括内科、外科、妇科、检验科、皮肤科、肛肠科、理疗科等医务人员。运用现场自填调查问卷与面对面访谈相结合的方式进行调查。共发放了问卷 86 份, 收回了有效问卷 84 份。数据按照统一标准进行了整理, 录入数据库后, 使用 SPSS 11.0 进行统计分析。

2 结果与分析

2.1 艾滋病的相关知识: 艾滋病全称获得性免疫缺陷综合症, 英文名称 AIDS, 其传播途径主要有三种: 性接触传播, 血液传播, 母婴传播。生活中日常接触 (拥抱, 握手, 共餐等日常接触) 不传播。

2.2 医务人员对艾滋病的态度: 在调查的 84 例医务人

员中, 有 54 人对艾滋病存有恐惧心理, 占 64.3%; 而认为艾滋病只是一种疾病, 没必要害怕的仅有 30 人, 占 35.7%。表明大多数医务人员还需要对艾滋病进行深入了解。

2.3 医务人员对艾滋病病人的态度: 调查研究的医务人员当中, 认为应该关爱艾滋病病人的有 19 人, 占 22.6%; 没有选择关爱艾滋病病人的占 77.4%。表明大多数的医务人员尚未意识到关爱艾滋病病人的重要性。在 54 名对艾滋病存在恐惧心理的医务人员中, 有 9 人认为应当关爱艾滋病病人; 30 名对艾滋病无恐惧心理的医务人员当中, 有 20 名没有表示关爱的态度。

3 讨论

调查发现, 医务人员均在教科书或生活当中接触过艾滋病的知识, 其中很多医务人员对艾滋病的传播途径非常了解, 然而将近 65% 的医务人员对艾滋病仍然存在恐惧心理, 说明他们对艾滋病的认知仍然存在缺陷。需要编写针对性强的艾滋病健康教育材料, 需要医院领导的高度重视, 提高加强培训强度及培训频次, 另外上级业务部门也要加强平时的监督检查指导工作, 有效地提高医务人员对艾滋病的认知。只有这样, 才能无形中提高艾滋病的防病效率, 才能更广泛地做好对百姓及其他就诊者的宣传工作, 有很多医务人员表示, 尽管知道握手不会传染艾滋病, 但表示不愿意与艾滋病病人直接握手; 而一部分医务人员认为应当关爱艾滋病病人, 但不清楚自我保护措施, 比如医院当中化验室人员对艾滋病人的采血工作, 是需要做好自我防护的, 否则容易因不当的职业暴露, 引起医源性传播, 那样后果就严重了, 所以只是理论上认

为应当关爱艾滋病病人，而实际工作中自我做的还是很不到位；绝大多数人没有意识到关爱艾滋病病人，营造适宜的社会环境是预防与控制艾滋病的重要方式之一^[3]。应加强医患沟通的健康教育。这样不但有利于患者的身心健康，也能给整个治疗氛围速带来正面的影响。

通过全面系统的健康教育可以明显改变医务人员对艾滋病的认知缺陷^[4]并能够全面认识关爱艾滋病病人的重要性，恰当适宜的健康教育材料及方式将会有效地提高医务人员的认知水平，并有效地传播相关知识与理念，对未来的疾病预防与控制事业起到积极的作用，从而相应地控制了疫情的蔓延，也是无形中更

好地保护了人民的身体健康，也为国民经济减少了更大的损失。

参考文献:

- [1]唐跃平,孙秀成,张东林等.农村一般群艾滋病的相关知识态度现状调查[J].实用预防医学,2004,11(2):266-268
- [2]姚齐和,赵传昌.医学生心理健康状况比较分析[J].健康心理学杂志,1997,5(1):36-38
- [3]王建中,樊富岷.北京市大学生心理卫生状况调研[J].中国心理卫生杂志,2002,16(5):331-335
- [4]中国健康教育[J].2004,20(9):795-796

编号: A-0047 (修回: 2010-05-06)

(上接 120 页)

肾功能等。化疗前评估，目的是确定是否适合化疗。疗程中及化疗后的监测，则是评价毒性反应、机体耐受性及疗效。

8.2 止呕

几乎每种化疗药物均有胃肠道毒性，联合化疗因毒性叠加，反应更加明显。故化疗时应配合止呕措施。

8.3 解毒

某些药物或其代谢产物具有特殊毒性，临床应予以针对性的解毒措施，如紫杉醇(Taxol)须以地塞米松(DXM)、大剂量甲氨蝶呤(MTX)须以亚叶酸钙(CF)、大剂量顺铂(DDP)须以水化、异环磷酰胺(IFO)须以美司纳(Mesna)解毒等。某些化疗敏感性肿瘤

如恶性淋巴瘤(包括 HD 及 NHL)，如肿瘤负荷过大，化疗后大量肿瘤细胞迅速凋亡崩解，经代谢产生大量尿酸盐结晶并沉积于肾小管，须予碱化并水化尿液以避免急性肾功能衰竭。

8.4 骨髓支持

化疗时多伴随不同程度的骨髓功能损伤，临床常须各种骨髓支持疗法，如：使用刺激骨髓干细胞分化的各种促生长因子(如 GCSF、GMCSF、EPO 等)，外周血干细胞移植或骨髓移植，危急时应给予成份输血等。

编号: E-10050812 (修回: 2010-05-08)

财政部将加大医改支持力度

财政部 4 月 6 日公布的今年工作要点显示，今年该部将加大对“三农”、教育、科技、医疗卫生、社会保障、保障性住房、节能减排以及欠发达地区的支持力度，促进经济增长、结构调整、地区协调和城乡统筹发展，切实保障和改善民生。

今年，财政部将进一步支持深化医药卫生体制改革，完善新农合制度和城镇居民基本医疗保险制度，进一步提高参保率，并将各级财政补助标准提高到每人每年 120 元；健全城乡基本公共卫生服务经费保障机制，推进绩效考核和政府购买公共卫生服务，支持实施国家免疫规划等重大公共卫生项目；推进基层医疗卫生机构综合改革，健全基层医疗卫生服务体系；支持将国家基本药物制度覆盖到 60% 的政府办基层医疗卫生机构；促进公立医院管理体制和运行机制改革，完善公立医院补偿机制；继续做好关闭破产企业退休人员及困难企业职工等参加基本医疗保险工作；加大城乡医疗救助支持力度；促进中医药事业发展；努力保障防控甲型 H1N1 流感所需经费。

(孔令敏//健康报)