

神阙穴中药超声导入法对心衰患者利尿作用及对利尿剂抵抗改善作用的临床研究*

常立萍 田宇丹 邓悦[△]

(长春中医药大学附属医院,吉林 长春 130021)

中图分类号:R541.6¹ 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0189-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.001

【摘要】目的 观察神阙穴中药超声导入疗法对心衰患者的利尿作用及对利尿剂抵抗的改善作用。**方法** 将76例心衰患者分为治疗组和对照组。对照组采用西药规范化治疗方案;治疗组加用神阙穴中药超声导入疗法,对比两组患者B型钠尿肽(BNP)水平、6分钟步行试验、心衰用药的停减、生活质量评价、中医症状有效率评价情况。**结果** 两组患者治疗前后BNP水平、6分钟步行试验、利尿剂停减率、强心药停减率、生存质量、中医症状有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 神阙穴中药超声导入疗法配合西药规范化治疗心衰,能够明显改善心衰患者临床症状,提高患者生存质量。

【关键词】 神阙穴 中药超声导入 心衰 利尿作用

Clinical Effect of TCM Phonophoresis on Diuresis of Patients with Heart Failure and on Diuretic Resistance Improvement CHANG Liping, TIAN Yudan, DENG Yue. *The Affiliated Hospital of Changchun University of Traditional Chinese Medicine, Changchun, Jilin 130021, China*

【Abstract】Objective: To observe the diuretic effect of TCM phonophoresis therapy at Shenque acupoint on patients with heart failure and to improve the effect of diuretic resistance. **Methods:** 76 patients with heart failure were divided into treatment group and control group. The control group was treated with standardized western medicine. The treatment group was added with TCM phonophoresis at Shenque acupoint. BNP levels, 6 minutes walk test, heart failure medication withdrawal, quality of life evaluation, and TCM symptoms efficiency of both groups were compared before and after treatment. **Results:** There were statistical differences in BNP levels, 6 minute walk test, diuretic withdrawal and reduction rate, strong heart drug withdrawal and reduction rate, quality of life of two groups before and after treatment. **Conclusion:** TCM phonophoresis therapy at Shenque acupoint combined with standardized western medicine can significantly improve the clinical symptoms and quality of life of patients with heart failure.

【Key word】 Shenque acupoint; TCM phonophoresis; Heart failure; Diuretic effect

充血性心力衰竭(心衰)是各种心脏疾病发展的终末阶段^[1];在70岁以上人群中,心衰患病率、病死率、病残率均达到50%^[2]。心衰已成为全球重要的公共卫生问题,也是导致死亡的最主要原因之一^[3-4]。本研究应用中医外治法解决利尿剂抵抗的问题,经临床验证,其疗效可靠,毒副作用低。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断参照《实用心脏病学》^[5]标准。纳入标准:符合心力衰竭的西医诊断标准,且中医辨证属气(阳)虚血瘀水结者^[6];心功能分级属于(NY-

HA分级)Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ级者;年龄30~80岁;签署知情同意书者。排除标准:心功能Ⅰ级者;伴有心源性休克,或致命性心律失常;合并肺心病及肺动脉栓塞引起的肺动脉高压、近半年内脑卒中者;妊娠或哺乳期妇女及月经期妇女,过敏体质者;合并有精神病,或不愿合作者。

1.2 临床资料 所有心衰患者全部来自2013年1月至2014年6月长春中医药大学附属医院心病科就诊患者,按照随机数字表法随机分为治疗组和对照组各38例。治疗组男性22例,女性16例;年龄41~75岁,平均年龄62岁;病程2~12年,平均6.31年;心功能分级Ⅱ级5例,Ⅲ级22例,Ⅳ级11例;合并糖尿病18例,合并高血压病29例。对照组男性20例,女性18例;年龄45~78岁,平均年龄63岁;病程1~13年,平均5.50年;心功能分级Ⅱ级8例,Ⅲ级20例,Ⅳ级10

*基金项目:国家自然科学基金青年基金项目(81403337);吉林省

中医药管理局中医药科技项目(YJS-0107)

[△]通信作者(电子邮箱:690297047@qq.com)

例,合并糖尿病 22 例,合并高血压病 26 例;两组患者在性别、年龄、病程、心功能分级、合并疾病等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予西药规范化治疗。西药规范化治疗方案参照《心力衰竭诊断治疗指南》^[7],酌情予以利尿剂、血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体拮抗剂(ARB)、 β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂和洋地黄类药物。福辛普利钠片起始剂量 5 mg,每日 1 次口服,目标剂量为 10~20 mg,每日 1 次口服。呋塞米片或氢氯噻嗪片从小剂量开始,20 mg 或 25 mg,每日 1 次口服,逐渐加量,100 mg 为最大剂量。根据液体潴留情况随时调整剂量,每日体质量的变化是最可靠的监测利尿剂效果和调整利尿剂剂量的指标,根据体质量及水肿减轻情况减少利尿剂剂量,一旦病情控制(肺部啰音消失,水肿消退,体质量稳定),即可以最小有效量维持。地高辛片用维持量疗法,0.125~0.25 mg,每日 1 次,口服。可连续服用 5 d,停用 2 d,再持续服用。针对原发病,降压、降糖、调脂等西药可以合理使用。治疗组加用神阙穴中药超声导入疗法。以中药葱白 50 g 和胡椒 50 g 加水 500 mL 先武火煎煮 20 min,再文火煎煮 30 min,制成水煎浓缩剂后备用;超声电导仪采用北京诺亚同舟医疗技术有限公司出产的 nava-01 型,参数为:超导频率 1 mHz,功率 3 mW;电导频率 2000 Hz,峰值电压 45 V。取神阙穴,取中药水煎剂 5 mL 分别注入治疗头的凝胶贴片中。将装药的治疗头固定在选中的穴位上,开机透药治疗 20 min 后,去除治疗头保留贴片 8 h,每日 1 次。两组连续治疗 14 d 为 1 个疗程,观察时间为 1 个疗程,疗程结束后指导患者应用胡椒、葱糊剂神阙穴穴位贴敷治疗。

1.4 观察指标 (1)中医症状疗效判定标准。参照中华中医药学会心病专业委员会制定的《中医心病诊断疗效标准与用药规范》^[8]拟定。显效:临床主、次症基本或完全消失,证候积分减少 $\geq 70\%$ 。有效:临床症状明显好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 且 $<70\%$ 。无效:治疗后积分减少 $<30\%$ 。加重:治疗后积分超过治疗前积分。(2)疗效性指标。B 型钠尿肽(BNP)水平;6 分钟步行试验;心衰用药的停减(主要指利尿剂、洋地黄类药物等);生存质量评价(明尼苏达心力衰竭生活质量调查表);中医症状好转率评价。(3)安全性指标。血尿便常规、肝肾功能及电解质。

1.5 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。应用 χ^2 检验及 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 BNP 水平比较 见表 1。结果显示,两组治疗后 BNP 水平较治疗前有明显改善($P<0.05$),治疗组优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后 BNP 水平及 6 分钟步行距离比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	BNP(pg/mL)	6 分钟步行距离(m)	
			心功能 II 级	心功能 III 级
治疗组 (n=38)	治疗前	1205.31±75.31	479.61±25.18	343.67±30.65
	治疗后	938.57±66.25 [△]	523.86±37.80 [△]	486.45±35.37 [△]
对照组 (n=38)	治疗前	1260.33±68.37	462.37±32.97	335.61±22.62
	治疗后	1101.50±50.13 [*]	534.62±45.33 [*]	435.65±34.50 [*]

与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组同时期比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组患者治疗前后 6 分钟步行试验比较 见表 1。由于心功能 IV 级的患者病情较重,不适合行 6 分钟步行试验检查,仅对心功能 II、III 级患者治疗前后进行比较。结果显示两组患者治疗后与治疗前比较均有明显差异,治疗后组间比较,心功能 II 级患者无明显差异($P>0.05$),心功能 III 级患者有显著差异($P<0.05$)。

2.3 两组患者治疗前后利尿剂、强心药停减情况比较 见表 2。结果显示治疗组患者利尿剂、地高辛停减例数明显多于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后利尿剂、地高辛停减情况比较(n)

组别	时间	利尿剂	地高辛
治疗组 (n=38)	停药或减量	34	31
	维持原剂量	4	7
对照组 (n=38)	停药或减量	22	23
	维持原剂量	16	15

2.4 两组患者生存质量情况比较 见表 3。两组患者治疗后生存质量评分明显改善($P<0.05$)。组间比较,心功能 II 级患者差异无统计学意义($P>0.05$);心功能 III 级、IV 级患者治疗组优于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组患者生存质量评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	心功能 II 级	心功能 III 级	心功能 IV 级
治疗组 (n=38)	治疗前	68.33±15.19	86.08±10.09	129.37±17.58
	治疗后	45.07±9.35 [*]	38.39±13.54 [△]	78.67±21.39 [△]
对照组 (n=38)	治疗前	64.36±11.28	85.46±16.69	126.27±23.27
	治疗后	39.29±17.80 [*]	47.90±11.20 [*]	94.47±12.55 [*]

2.5 两组患者中医症状好转率比较 见表 4。两组患者治疗后中医症状好转率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 两组患者中医证候疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	38	17	13	8	30(78.95) [△]
对照组	38	5	15	18	20(52.63)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

2014 年心衰指南中明确指出:利尿剂是唯一能充
(下转第 221 页)

炎症/抗炎症介质水平与脓毒症患者严重程度的相关性研究*

杨盼 郭健 赵雷 钱风华[△]

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海 200437)

中图分类号:R631 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0191-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.002

【摘要】目的 探讨脓症患者血清炎症介质、抗炎介质水平与其病情严重程度的相关性。**方法** 选取脓症患者50例,其中存活41例,死亡9例,另选8例健康成人作为正常对照组。采用急性生理学及慢性健康评分Ⅱ(APACHEⅡ)对患者进行病情程度的评分,并测定血清中炎症和抗炎症介质的浓度。**结果** 脓毒症(毒热内盛证)患者肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-10(IL-10)、APACHEⅡ评分较正常对照组明显增加;与生存组相比较,死亡组IL-10水平、IL-10/TNF- α 值有所升高;IL-10/TNF- α 与APACHEⅡ评分分值呈线性趋势($P<0.05$),相关系数 $r=0.367$,两者呈正相关。**结论** 脓毒症(毒热内盛证)患者炎症介质TNF- α 、IL-10、APACHEⅡ评分升高,死亡组IL-10、APACHEⅡ评分高于生存组;IL-10/TNF- α 值与APACHEⅡ评分呈正相关。**【关键词】** 脓毒症 毒热内盛 炎症介质 抗炎症介质 严重程度

The Relevant Research on Inflammatory Medium/anti-inflammatory Medium Level with Severity of Heat Toxic Inside Sepsis Patients YANG Pan, GUO Jian, ZHAO Lei, et al. Yueyang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China

【Abstract】Objective: To discuss the relevant research on inflammatory medium /anti-inflammatory medium level with severity of heat toxic inside sepsis patients. **Methods:** 50 heat toxic inside sepsis patients were selected, 41 cases were survived, 9 deaths, and alternate 8 cases of healthy adults as control group. Adopt APACHE II score was adopted to assess the state of illness, and the concentrations of inflammatory and anti-inflammatory medium were determine. **Results:** Compared with normal control group, the TNF- α , IL-10, APACHE II score of heat toxic inside sepsis patients were significantly increased. Compared with survival group, the level of IL-10, IL-10/TNF- α in death group rised. It was a linear trend between IL-10/TNF- α and APACHE II scores ($P<0.05$). The correlation coefficient $r=0.367$, there was a positive correlation between both. **Conclusion:** The TNF- α , IL-10, APACHE II score of heat toxic inside sepsis patients were increased, the IL-10, APACHE II score in death group was higher than survival group, the higher the IL-10/TNF- α value, the greater the APACHE II scores.

【Key words】 Sepsis; Heat toxic inside type; Inflammatory medium; Anti-inflammatory medium; Severity

脓毒症(Sepsis)是由病原微生物引起的全身炎症反应综合征,是导致脓毒症休克及多器官功能障碍综合征(MODS)的重要因素,其中全身炎症反应/代偿性抗炎症反应(SIRS/CARS)的平衡在其发生发展中具有重要的作用。中医学认为,毒邪内蕴是脓毒症的发病基础,内外之毒大量蓄积,引起脏腑功能的紊乱和气血运行的失调^[1]。笔者进行了脓毒症(毒热内盛证)患者白介素-10(IL-10)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)与急性生理学及慢性健康评分(APACHEⅡ)分值的相关性研

究。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集2012年9月至2014年7月我院ICU、留观病房收治的符合毒热内盛证(高热持续不退,烦躁,神昏,恶心呕吐,舌质红绛,脉数)的50例脓症患者作为研究对象,另选8例健康成人作为正常对照组。根据中华医学会急诊医学分会危重病专业委员会中国中西医结合学会急救专业委员会2007年《脓毒症的定义、诊断标准、中医证候诊断要点及说明(草案)》进行脓毒症诊断及中医证候的分型。既往存在严重心、肝、肾等脏器衰竭及恶性肿瘤、长期或正在服用免疫抑制剂不入选本课题研究。50例脓症患者存活

*基金项目:国家中医药管理局“十二五”重点专科建设项目 (ZJ0901JZ015)

[△]通信作者(电子邮箱:smileqian1975@qq.com)

39例,死亡11例,研究共分为正常对照组、生存组、死亡组。所有入组患者入院后即抽取外周静脉血5 mL,室温放置30 min后3000 r/min离心10 min收集血清,-80℃保存。24 h内进行APACHE II评分,以各项指标最差值为准。见表1。

表1 3组患者基本资料

组别	n	性别(男/女)(n)	年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)
正常对照组	8	5/3	66.15±10.76
生存组	39	17/24	65.13±12.27
死亡组	11	4/5	68.21±6.25

1.2 观察指标及测定 取出血清室温溶解后用采用双抗体夹心酶联免疫吸附法(ELISA)检测血清TNF-α、IL-10浓度。ELISA试剂盒由上海森雄科技实验有限公司提供,实验步骤按照试剂盒说明书进行,全部操作由专业检验师完成。

1.3 统计学处理 应用SPSS16.0统计软件分析。统计描述中计量资料多个组间比较,若满足方差齐性和正态分布,采用方差分析,组间两两比较采用SNK法;若不满足方差齐性和正态分布,采用kruskal-wallish H检验,组间比较采用wilcoxon秩和检验。变量相关性采用Pearson相关分析。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组APACHE II评分比较 见表2。正常对照组、脓毒症生存组、脓毒症死亡组3组患者APACHE II评分总体均数不等或不全相等,差异有统计学意义(P<0.05);生存组和死亡组患者评分高于正常对照组,死亡组评分高于生存组(P<0.05或P<0.01)。

表2 各组患者APACHE II评分、IL-10/TNF-α比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	APACHE II评分(分)	IL-10/TNF-α
正常对照组	8	5.0±0.76	0.99±0.29
生存组	39	14.43±3.97*	1.20±0.40
死亡组	11	26.45±5.28 [△]	1.54±0.32 ^{△△}

与正常对照组比较,*P<0.05,**P<0.01;与生存组比较,[△]P<0.05,^{△△}P<0.01。下同。

2.2 各组炎症介质与抗炎介质比较 见表3~表4。脓毒症(毒热内盛证)患者IL-10表达较正常对照组均明显增加(P<0.05),死亡组患者IL-10浓度高于生存组。与正常对照组相比,TNF-α表达增加,生存组与对照组比较差异有统计学意义(P<0.01),但死亡组与生存组比较差异无统计学意义(P>0.05)。脓毒症生存组IL-10/TNF-α值与正常对照组相比较,差异无统计学意义(P>0.05),而死亡组IL-10/TNF-α值较生存组及正常对照组高(P<0.05)。

2.3 各组IL-10/TNF-α与APACHE II评分的相关性

表3 各组患者血清TNF-α比较(pg/mL)

组别	Min	Max	Mean
正常对照组	4.50	13.60	9.64
生存组	76.40	133.30	97.09**
死亡组	89.60	115.80	99.66**

表4 各组患者血清IL-10比较(pg/mL)

组别	Min	Max	Mean
正常对照组	4.28	15.70	9.61
生存组	38.10	198.50	117.08**
死亡组	71.80	203.30	153.24** ^{△△}

分析 见图1。对脓毒症(毒热内盛证)(包括生存组及死亡组)患者抗炎介质IL-10和炎症介质TNF-α的比值与相应的APACHE II评分分值做相关性分析,结果显示IL-10/TNF-α值与APACHE II评分分值呈线性趋势,P=0.005,有统计学意义,相关系数r=0.367,呈正相关,变化趋势相同。

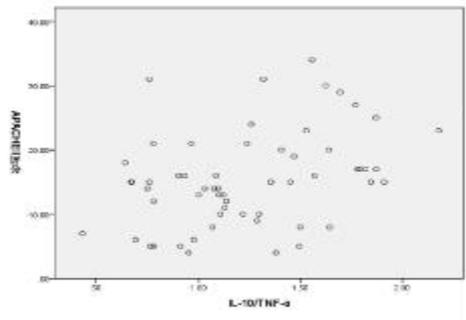


图1

3 讨论

北美每年大约有60万患者罹患脓毒症,其病死率接近30%,昂贵的治疗费用加重了患者经济负担^[2]。如何准确地诊断与治疗是目前研究的热点和难点。1991年由美国胸科医师学会(ACCP)、危重病医学会(SCCM)联席会议委员会提出全身炎症反应综合症(SIRS)及代偿性抗炎反应综合症(CARS)的概念,认为天然免疫和获得性免疫反应所导致的促炎/抗炎免疫失衡是脓毒症发病的机理之一^[3],并且是以后发展成为严重脓毒症、脓毒症休克、MODS的重要原因^[4]。

脓毒症在中医学中无相应的病名,因其以炎症反应、发热为主要特点,故将其归为中医学“外感热病”或“温热病”范畴^[5],在2007脓毒症中医诊疗规范中,根据病程中的证候表现不同,将脓毒症分为毒热内盛、瘀毒内阻、气阴耗竭及阳气暴脱证。因脓症患者临床症状、体征多样,证型复杂,为使本次试验研究更有针对性,仅收集毒热内盛这一证型的脓症患者作为研究对象。

本研究通过对脓毒症(毒热内盛证)患者血清

TNF- α 及 IL-10 水平的测定,探讨生存组和死亡组炎症介质与抗炎症介质浓度表达的不同。TNF- α 是机体内最关键和最主要的促炎细胞因子,在全身炎症性反应的发生及发展中起着主导作用,是起到激活细胞因子级联反应作用的主要介质。本研究结果显示:与正常对照组相比,脓毒症(毒热内盛证)患者炎症介质 TNF- α 表达增加,提示 TNF- α 在全身炎症反应启动时发挥着重要的作用,但死亡组与生存组比较差异无统计学意义,可能与本试验样本量较小有关。

IL-10 是体内一种有力的抗炎因子,不但直接抑制炎症细胞的增殖,还抑制单核细胞的激活、黏附、迁移及炎症因子的释放^[6],抑制 Th₁ 细胞促炎因子 IL-2、IL-6 的水平,下调 TNF- α mRNA 的表达,干预和降低由促炎因子所引发的过度炎症瀑布反应造成的对机体的损害。本研究发现,脓毒症(毒热内盛证)患者抗炎症介质 IL-10 表达较正常对照组均明显增加,各组比较差异均有统计学意义,死亡组患者 IL-10 浓度高于生存组,可能与 IL-10 抑制炎症介质的合成和释放,抑制机体的免疫反应,从而使机体对病原体的易感性增加^[7] 有关。

无论促炎因子下降亦或是抗炎因子升高,人体始终维持两者的平衡,一旦这种和谐被打破,病情就会加重和恶化。目前,已有很多学者针对炎症介质、抗炎介质之间的比值与脓症患者预后进行了相关探讨,Gogos 等^[8] 研究表明,脓毒症发生时,IL-10 与 TNF- α 比值升高,脓毒症死亡患者此项比值明显高于存活者。在本次研究中,脓毒症(毒热内盛证)患者 IL-10/TNF- α 值与健康成人相比较,差异无统计学意义,而死亡组 IL-10/TNF- α 值较生存组高,差异有统计学意义。这可能是与脓毒症发展过程中,对抗过度炎症的反应超过炎症反应,对机体的天然免疫和获得性免疫反应产生明显的抑制作用,机体经历了一个免疫负调控阶段有关。

APACHE II 评分作为一种预测危重病患者病死率模型,基础在于多种生理指标异常的程度可以衡量急性病的危重程度,并对患者预后风险率进行估计^[9]。其分值越高,病情越重,死亡风险越大^[10]。目前,已有多项研究报道显示脓症患者死亡组 APACHE II 评分明显高于存活组^[11],APACHE II 分值与脓症患者病死率呈正相关关系^[12]。但 APACHE II 评分包括急性生理学评分、慢性健康评分、年龄评分 3 个部分,包含多个实验室指标,对于临床评价患者危重程度较为复杂,本研究通过探讨脓症患者炎症及抗炎症细胞因子水平

变化与 APACHE II 评分分值的关系,试图为脓毒症的病情评估提供新策略。本研究发现脓毒症(毒热内盛证)患者 IL-10/TNF- α 值与 APACHE II 评分相关性分析具有统计学意义,呈正相关,提示 IL-10/TNF- α 值可能与脓毒症(毒热内盛证)患者病情严重程度有关。

总之,脓毒症(毒热内盛证)患者血清 IL-10、TNF- α 水平升高明显,IL-10/TNF- α 值与 APACHE II 评分呈正相关,可能有助于早期判断脓毒症患者的病情严重程度,以进行更加积极的干预治疗。

参 考 文 献

- [1] 刘清泉. 对脓毒症中医病机特点及治法的认识[J]. 北京中医药杂志,2007,26(4):198-200.
- [2] 宋振举,酆姗姗,童朝阳. 脓症患者血清炎症/抗炎症细胞因子浓度的相关性研究[J]. 中国急救医学,2008,28(9):785-787.
- [3] Paul M,Shani V,Muchtar E,et al. Systematic review and meta-analysis of the efficacy of appropriate empiric antibiotic therapy for sepsis[J]. Antimicrob Agents Chemother,2010,54(11):4851-4863.
- [4] Takeda, Akira S. Toll-like receptors in innate immunity [J]. Int Immunol,2005,17(1):1-14.
- [5] 李淑芳, 庞辉群. 脓毒症中医证型研究的思路和探讨[J]. 中国中医急症,2014,23(9):1683-1685.
- [6] 李秀娟,王嘉锋,张燕,等. 白三烯 B₄ 受体 1 拮抗剂 U75302 对脓毒症小鼠细胞免疫与炎症反应的影响[J]. 第二军医大学学报,2014,3(35):246-250.
- [7] Payen D,Marco J,Cavaillon JM,et al. Impact of continuous venovenous hemofiltration on organ failure during the early phase of severe sepsis, A randomized controlled trial[J]. Critical Care Medicine,2009,37(6):803-810.
- [8] Gogos CA,Drosou E,Bassaris HP,et al. Pro-versus anti-inflammatory cytokine profile in patients with severe sepsis: a marker for prognosis and future therapeutic options[J]. J Infect Dis,2000,181(1):176-180.
- [9] 王小兵,业军,潘怀富. APACHE II 评分对 219 例重症急性肾衰竭病情程度及预后分析[J]. 疑难病杂志,2005,4(1):13-15.
- [10] 江学成. 危重疾病严重程度评分临床应用和意义[J]. 中国危重病急救医学,2000,11(4):579-580.
- [11] 郑毅,王勇,丁宁. APACHE II 评分对脓症患者预后的评估[J]. 山西医科大学学报,2011,42(7):569-571.
- [12] 王蕊,王燕炯,何丽. 全身炎症反应综合征 APACHE II 评分的应用价值[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(4):440-441.

(收稿日期 2014-09-23)

加味乌梅丸诱导胰腺癌 sw1990 细胞 NOD-SCID 小鼠移植瘤细胞凋亡的实验研究*

赵伟鹏¹ 李 波¹ 黄金昶^{2△}

(1.北京中医药大学,北京 100029;2.中日友好医院,北京 100029)

中图分类号:R285 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0194-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.003

【摘要】目的 观察加味乌梅丸在体内诱导移植性人胰腺癌细胞凋亡的作用。**方法** 将 20 只荷瘤小鼠分为对照组、用药组各 10 只。NOD/SCID 小鼠皮下移植瘤造模成功后,用药组每日灌胃加味乌梅丸生药 0.4 g/0.4 mL,对照组每日给予无菌注射用水 0.4 mL。给药期间每 5 日测量并计算皮下移植瘤体积,绘制移植瘤生长曲线。20 d 后处死小鼠,称取瘤质量,流式细胞仪检测肿瘤细胞凋亡率,TUNEL 染色标记细胞凋亡,观察细胞形态学改变。**结果** 用药组移植瘤的体积的增长幅度明显小于对照组($P < 0.05$)。加味乌梅丸对 NOD/SCID 小鼠移植性人胰腺癌抑瘤率为 22%,流式细胞分析用药组的早期凋亡率为 $(29.6833 \pm 0.76)\%$,与对照组 $(17.0167 \pm 2.75)\%$ 相比,明显提高($P < 0.01$),TUNEL 法检测用药组肿瘤细胞凋亡指数(A_1)为 $(59.4 \pm 19.3)\%$,与对照组的 $(19.2 \pm 7.4)\%$ 比较明显提高($P < 0.01$)。**结论** 加味乌梅丸可以通过促进肿瘤细胞的凋亡而发挥抑制肿瘤的作用。

【关键词】 乌梅丸 胰腺癌 细胞凋亡

Apoptosis Induced by Wumei Pill in Pancreatic Cancer Cell sw1990 in NOD/SCID Mice ZHAO Weipeng, LI Bo, HUANG Jinchang. Beijing University of TCM, Beijing 100029, China

【Abstract】Objective: To study the effect of Wumei pill on the apoptosis of xenografts of human pancreatic cancer cell sw1990 in NOD/SCID mice. **Method:** 20 tumor-bearing mice were randomly divided into control group and Wumei pill group. After the murine model of human pancreatic carcinoma was established, mice in two groups received either Wumei pill decoction 0.4 g/0.4 mL/d or sterile water 0.4 mL/d for 20 days. Measurement and calculation of tumor volume in mice performed every 5 days during the 20 days. At the same time, the tumor growth curve was drawn. After treatment of 20 days, the mice were executed. The weight of tumor was evaluated. The apoptotic rates were examined by FCM and given TUNEL labeling. Morphological changes were observed by microscopy. **Results:** The increase of xenograft tumor volume in Wumei pill group was less than that in control group. Compared with the control group, tumor growth was significantly inhibited by Wumei pill (22%). Apoptotic index (A_1) were significantly higher $(29.6833 \pm 0.76)\%$ determined by FACScan and $(59.4 \pm 19.3)\%$ by TUNEL in Wumei pill treatment group than those in the control group [FACScan $(17.0167 \pm 2.75)\%$ TUNEL $(19.2 \pm 7.4)\%$]. **Conclusions:** Wumei pill can inhibit pancreatic cancer by inducing pancreatic tumor cell apoptosis.

【Key words】 Wumei Pill; Pancreatic cancer; Apoptosis

胰腺癌是消化系统常见恶性肿瘤,近年来发病率和死亡率明显上升。5 年生存率 $< 1\%$,是预后最差的恶性肿瘤之一。2010 年美国一项调查研究显示胰腺癌已是癌症发病率第 10 位,死因第 4 位^[1],2006 年发病率与死亡率均为第 6 位^[2]。2012 年最新数据表明,胰腺癌已是上海第 5 大肿瘤死因。其确诊时多属晚期,大多失去手术机会,而常规放疗化疗疗效欠佳。黄金昶教授及其研究团队运用加味乌梅丸治疗胰腺癌近 20 年,效果理

想。通过诱导肿瘤细胞凋亡进而抑制肿瘤是中医药治疗肿瘤的一个非常重要的途径。本研究旨在探讨在动物体内加味乌梅丸对荷瘤裸鼠胰腺癌细胞凋亡的影响。现报告如下。

1 材料与方 法

1.1 实验动物 SPF 级 NOD/SCID 小鼠,雄性,3~4 周龄,体质量 (20 ± 2) g,共 20 只,购自维通利华。购回后在中日友好医院临床研究所 SPF 级动物室普食饲养。

1.2 实验材料 细胞株 sw1990 购自中国医学科学院肿瘤医院肿瘤细胞库,复苏后接种于培养瓶中,在含

* 基金项目:北京市科学技术委员会重大项目(No.D131100002213004)

△ 通信作者(电子邮箱:zhaoweipeng1118@163.com)

10%小牛血清的 RPMI1640 培养液内常规传代培养。加味乌梅丸药物组成:乌梅 50 g,当归 20 g,细辛 3 g,川椒 6 g,桂枝 10 g,黄连 3 g,黄柏 10 g,党参 10 g,干姜 10 g,制附片 10 g,白芍 30 g,生黄芪 30 g,壁虎 30 g,炒枳壳 10 g,木香 10 g 等。中药饮品购自北京华邈中药工程技术开发中心,由中日友好医院药学部制备,常规水煎,水浴浓缩至生药含量为 4.0 g/mL,4℃保存备用。TUNEL 荧光标记试剂盒购自美国罗氏公司。流式细胞仪:BD FACSCanto II。Annexin V-FITC/PI 细胞凋亡检测试剂盒购自 BD 公司。

1.3 造模与分组 NOD/SCID 小鼠移植瘤模型建立:人胰腺癌 sw1990 细胞株在含 10%小牛血清的 PRMI 1640 培养液,37℃,5% CO₂ 细胞培养箱内培养扩增,取对数生长期的 5×10⁷/mL 细胞制成单细胞悬液,取 0.1 mL 接种于裸鼠右侧腋窝皮下,在 SPF 环境饲养下观察。成瘤率=瘤体直径大于 5 mm 的小鼠数/该实验组的小鼠数×100%。等到小鼠移植瘤皮下可触及,肿瘤直径长到 0.5 cm 时,将荷瘤鼠随机分成对照组和用药组各 10 只。分组后用药组每日灌胃生药 0.4 g/0.4 mL。对照组每日给予无菌注射用水 0.4 mL。

1.4 实验方法 (1)瘤径测量。分组后,每 5 日测量瘤径 1 次,利用游标卡尺测量其最长径及其垂直径,计算肿瘤体积,公式为 $V=1/2ab^2$, 绘制肿瘤生长曲线图。(2)瘤质量测量。给药 20 d 后处死小鼠,剥离瘤体,测量瘤块质量,计算抑瘤率。抑瘤率=(对照组瘤质量-治疗组瘤质量)/对照组瘤质量×100%。

1.5 流式细胞仪检测细胞凋亡 (1)取材将肿瘤组织置入 RPMI1640 培养液中,反复漂洗,冲净,剪成 1~2 mm³ 小块,研磨,400 目尼龙膜过滤,离心去上清,用 10%小牛血清的 PBS 悬浮,移入 EP 管,加无水乙醇,离心细胞弃上清,PBS 重悬细胞,再离心 1 次弃上清。(2)用预冷的 1 mL PBS 轻轻重悬细胞并计数(细胞数量不少于 10⁵),1000 g,4℃离心 5 min。收集细胞。(3)加入 400 μL 1×Binding Buffer 轻轻重悬细胞。(4)加入 5 μL Annexin V-FITC,轻轻混匀,室温避光孵育 15 min。(5)加入 10 μL PI 染色液,轻轻混匀,冰浴避光放置 5 min。(6)在 30 min 内进行流式细胞仪检测,Annexin V-FITC 为绿色荧光,PI 为红色荧光。

1.6 TUNEL 染色 (1)用二甲苯浸洗 2 次,每次 5 min。(2)用梯度乙醇(100%、95%、90%、80%、70%)各浸洗 1 次,每次 3 min。(3)用 Proteinase K 工作液处理组织 15~30 min 在 37℃ 8 min;(4)PBS 漂洗 2 次。(5)制备 TUNEL 反应混合液,处理组用 50 μL TdT+450 μL 标记的 dUTP 液混匀;而阴性对照组仅加 50 μL 标记的 dUTP 液,阳性对照组先加入 100 μL DNase 1,反应在 15~25℃×10 min,后面步骤同处理组。(6)玻片干后,加 50 μL TUNEL 反应混合液(阴性对照组仅加 50 μL 标

记的 dUTP 液)于标本上,加盖玻片或封口膜在暗湿盒中反应 37℃×1 h。(7)PBS 漂洗 3 次。(8)玻片干后加 50 μL converter-POD 于标本上,加盖玻片或封口膜在暗湿盒中反应 37℃×30 min。(9)PBS 漂洗 3 次。(10)在组织处加 50~100 μL DAB 底物,反应 15~25℃×10 min。(11)PBS 漂洗 3 次。(12)拍照后再用苏木素复染,分化,自来水返蓝。梯度酒精脱水、二甲苯透明、中性树胶封片。

1.7 采集图象及图像分析 着色表达于细胞胞核,镜下(×100)下拍摄 3 个视野,将采集的图像应用 Image-pro Plus 5.1 图像分析系统进行分析,判断标准^[3]分布,胞核或胞核和胞质同时呈棕黄色,呈典型凋亡形态特征。

1.8 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件分析。采用 *t* 检验比较各指标差异。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 移植瘤造模成功 于 NOD/SCID 小鼠右侧腋窝皮下注射 sw1990 细胞后约 1 周,可触及皮下移植瘤形成,成瘤率 100%。

2.2 肿瘤生长曲线 待瘤结节形成后,测量并计算瘤体积,绘制生长曲线图,移植瘤的生长曲线(图 1)表明,对照组及用药组移植瘤的体积随着时间的延长而明显增加,但用药组移植瘤的体积的增长幅度明显小于对照组(*P*<0.05)。

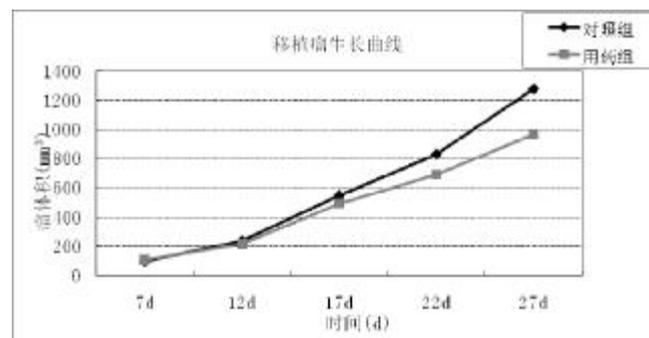


图 1 移植瘤生长曲线图

2.3 瘤质量测量及抑瘤率 灌胃给药 20 d 后,麻醉处死小鼠,取下移植瘤,剔除局部坏死组织,用分析天平进行称重。两组移植瘤质量差异有统计学意义(*P*<0.05),与移植瘤体积相一致,计算抑瘤率为 22%。

组别	样本数	瘤质量(g)	抑瘤率(%)
对照组	10	0.97±0.143	
用药组	10	0.76±0.183	22%

2.4 流式细胞仪检测细胞凋亡结果 用药组与对照组相比,差异具有统计学意义(*P*<0.01),与瘤质量结果相一致。

组别	样本数	各组早期凋亡率(%)
对照组	10	17.0167±2.74694
用药组	10	29.6833±0.76267

2.5 TUNEL 检测细胞凋亡 用药组与对照组相比, 差异具有统计学意义 ($P < 0.01$), 与瘤质量结果相一致。见图 2, 图 3。

组别	样本数	各组凋亡指数(%)
对照组	10	19.2±7.4
用药组	10	59.4±19.3

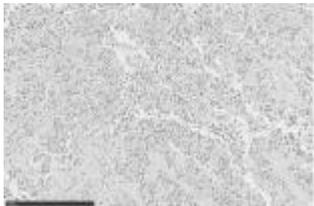


图1 对照组 TUNEL 染色
图片示凋亡细胞较少
(×100)

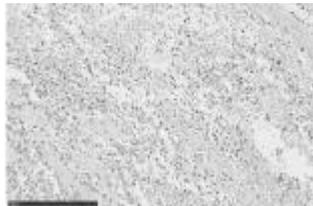


图2 用药组见较多核染色呈深浅不一棕褐色的凋亡细胞(×100)

3 讨论

加味乌梅丸为黄金昶教授治疗胰腺癌的常用方, 临床观察发现服药后能很快改善患者的临床症状, 尤其对患者的疼痛、食欲下降改善较明显, 使不能行放、化疗的胰腺癌患者临床获益, 生存期得到延长^[4], 对本病中医可以从厥阴病论治, 因厥阴病的提纲证和胰腺癌的常见症状极其相符。《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》提纲为“厥阴之为病, 消渴, 气上撞心, 心中疼热, 饥而不欲食, 食则吐蛔。下之利不止”。而胰腺癌患者的常见症状则为上腹痛、上腹饱胀不适、食欲差、消瘦、乏力、腹泻或便秘, 其中上腹饱胀不适、腹痛、食欲下降均符合厥阴病的临床表现。故在清上温下乌梅丸的基础上加用白芍, 与当归合用补肝体, 助肝用, 且引药入肝经, 加用生黄芪补一身之气, 加用枳壳、木香理气止痛, 加用壁虎祛风、软坚散结, 且现代药理研究证实壁虎对多系统肿瘤均有明显的抑制作用^[5]。

诱导肿瘤细胞凋亡是许多抗肿瘤药物发挥作用的重要机制。1992年英国科学家 Hickman JA^[6]诱导肿瘤细胞凋亡可作为肿瘤治疗研究中的主要目标和手段, 不但许多化疗药物通过诱导肿瘤细胞凋亡而抑制肿瘤, 许多中药提取物复方也可提高肿瘤细胞凋亡率^[7-8]。本研究在临床实践基础上, 从动物实验及细胞水平证实加味乌梅丸可通过诱导肿瘤细胞凋亡抑制胰腺癌。肿瘤生长曲线及瘤重测量表明加味乌梅丸可抑制胰腺

癌肿瘤生长, 用药组移植瘤的体积的增长幅度明显小于对照组, 瘤重测量显示, 用药组瘤重明显小于对照组, 抑瘤率为 22%。流式细胞结果显示, 用药组与对照组早期凋亡率有显著差异, 用药组明显高于对照组, 这与肿瘤生长曲线及瘤重测量结果相一致。早期凋亡启动了凋亡机制(包括线粒体膜电势的降低, 细胞色素 C 进入胞浆, 细胞内钙离子浓度上升等等现象), 相对于晚期凋亡, 它更有说服力。细胞凋亡启动之初, 细胞膜磷脂酰丝氨酸(PS)由质膜内侧翻向外侧, 可与 Annexin-V 荧光素标记物特异结合, 并通过流式细胞检测分析识别早期凋亡细胞。而细胞坏死时也会发生磷脂酰丝氨酸外翻, 故合并使用鉴定细胞死活的核酸染料 PI, 即 Annexin V-FITC/PI 双染, 借以区别凋亡细胞与死亡细胞。而 TUNEL 法可以检测各期的凋亡细胞, 特异性和敏感性较高, 且结合凋亡细胞的形态学特征加以判别, 本实验中用药组凋亡指数明显高于对照组且出现大量典型的凋亡小体, 排除了坏死灶, 其结果与流式细胞学结果相符, 进一步证实了加味乌梅丸通过诱导细胞凋亡而抑制肿瘤。

本研究仅从细胞学角度证实加味乌梅丸通过诱导细胞凋亡而抑制胰腺癌。诱导肿瘤细胞凋亡的机制有许多种, 例如阻滞肿瘤细胞的增殖周期, 影响细胞凋亡信号的转导途径, 调控癌基因和抑癌基因的表达, 而寻找与加味乌梅丸诱导胰腺癌细胞凋亡的相关的调控基因将是我们的下一步的研究重点。

参 考 文 献

- [1] Jemal A, Siegel R, Xu J, et al. Cancer statistics[J]. CA Cancer J Clin, 2010, 60(5):277-300.
- [2] 张思维, 雷正龙, 李光琳, 等. 中国肿瘤登记地区 2006 年肿瘤发病和死亡资料分析[J]. 中国肿瘤, 2010, 19(6):1-5.
- [3] 孙振纲, 陈孝平, 黄志勇, 等. 肝动脉灌注碘油羟基磷灰石纳米粒对兔 VX2 肝肿瘤细胞凋亡、增生及血管形成的影响[J]. 中华医学杂志, 2007, 87(6):411-412.
- [4] 黄金昶, 徐林. 加味乌梅丸治疗胰腺癌 21 例疗效观察[J]. 中国临床医生, 2012, 40(11):52-55.
- [5] 刘菲, 王建刚, 席守民, 等. 中药壁虎抗肿瘤作用的实验研究[J]. 时珍国医国药, 2008, 19(4):957-959.
- [6] Hickman JA. Apoptosis induced by anticancer drugs[J]. Cancer Metastasis Rev, 1992, 11(2):121-139.
- [7] Li QQ, Lee RX, Liang H, et al. Anticancer activity of β -elemene and its synthetic analogs in human malignant brain tumor cells[J]. Anticancer Res, 2013, 33(1):65.
- [8] 赵爱光, 杨金坤. 四君子汤诱导裸小鼠移植性人胃癌细胞凋亡的初步研究[J]. 癌症, 2001, 20(2):164-167.

(收稿日期 2014-09-20)

牛膝对重型颅脑损伤大鼠血清 IL-2 及神经细胞凋亡的影响*

潘宇政^{1△} 黄李平¹ 李凯¹ 彭玲玲¹ 朱翠香²

(1.广西医科大学第一附属医院,广西 南宁 530021;2.广西医科大学第一临床学院,广西 南宁 530021)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0197-04
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.004

【摘要】目的 观察牛膝水提取物对重型颅脑损伤大鼠血清 IL-2 及神经细胞凋亡的影响,并探讨血清 IL-2 含量与神经细胞凋亡关系。**方法** 将 SD 大鼠随机分成对照组、模型组、牛膝高剂量组、牛膝中剂量组和牛膝低剂量组。于伤后 6 h 给牛膝各用药组灌食牛膝水提取物,其余两组灌食等量 0.9%氯化钠注射液。每日 1 次,连续 7 d,伤后第 7 日分别采集血标本及脑组织。采用 ELISA 及 TUNEL 原位法分别检测血清 IL-2 含量和损伤区神经细胞的凋亡。**结果** (1)重型颅脑损伤大鼠血清 IL-2 含量明显降低,牛膝水提取物可以提高重型颅脑损伤大鼠血清 IL-2 含量,这一作用与剂量呈正相关关系。(2)重型颅脑损伤大鼠存在明显的神经细胞凋亡,用牛膝水提取物干预后不能改善神经细胞凋亡,高剂量反而加重脑组织的细胞凋亡。这一作用与血清 IL-2 含量升高相关。**结论** 牛膝水提取物能提高重型颅脑损伤大鼠血清 IL-2 的含量,血清 IL-2 含量升高会加重重型颅脑损伤大鼠脑细胞的凋亡。

【关键词】 牛膝 颅脑损伤 IL-2 神经细胞凋亡

The Effect of Achyranthes Bidentata on Serum IL-2 and Neuronal Apoptosis in Severe Traumatic Brain Injury Rats PAN Yuzheng, HUANG Liping, LI Kai, et al. The First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Guangxi, Nanning 530021, China

【Abstract】Objective: To observe the effects of water extract from Achyranthes bidentata on serum IL-2 and neuronal apoptosis in a rat model with severe traumatic brain injury and to discuss the relationship of serum IL-2 and neuronal apoptosis. **Methods:** SD rats were randomly divided into sham-operated group, model group, achyranthes bidentata high dose group, achyranthes bidentata middle dose group and achyranthes bidentata low dose group. 6 hours after injury, the three treatment groups were force-fed with achyranthes bidentata water extract, and the rest of other two groups were force-fed with amount of saline solution, once per day for 7 days. 7 days after injury, blood and brain tissue samples were collected. Serum IL-2 and apoptosis of damaged neuronal area were detected by ELISA and TUNEL respectively. **Results:** Serum IL-2 decreased obviously in severe traumatic brain injury rats. Achyranthes bidentata water extract could increase the content of serum IL-2 in severe traumatic brain injury rats and this effect was positively related to dose. Obvious neuronal apoptosis exists in severe traumatic brain injury rats. The intervention of achyranthes bidentata water extract did not improve the nerve cell apoptosis. On the contrary, High-dose achyranthes bidentata aggravated neuronal apoptosis, and this effect was related to the increased serum IL-2. **Conclusion:** Achyranthes bidentata water extract can increase the serum IL-2 levels of severe traumatic brain injury rats, and the increase of serum IL-2 can aggravate neuronal apoptosis.

【Key words】 Achyranthes bidentata; Traumatic brain injury; IL-2; Neuronal apoptosis

研究表明重型颅脑损伤存在免疫抑制和细胞凋亡等继发损害^[1-3],这些损害直接影响疾病的进程与预后。改善免疫抑制和细胞凋亡状况对治疗重型颅脑损伤具有重要作用。中药牛膝(Achyranthes bidentata

Blume)为蓼科植物牛膝的根,中医认为其具有补肝肾、强筋骨、活血祛瘀等功效,临床常用于治疗肾虚、骨病、外伤等疾病。现代药理研究表明,其水提取物可以增强机体免疫功能^[4],而从其中提取出一种神经再生素(NRF)能促进神经细胞再生^[5]。牛膝的这一药理作用和中医药用经验提示牛膝可能可以改善重型颅脑损

*基金项目:广西壮族自治区卫生厅重点科研课题(No.200847)
△通信作者(电子邮箱:pyz79298@sina.com)

伤存在的免疫抑制和细胞凋亡状况。为此笔者观察了牛膝对重型颅脑损伤大鼠血清 IL-2 及神经细胞凋亡的影响,并探讨 IL-2 与神经细胞凋亡之间的关系。

1 材料与方法

1.1 实验动物 健康 SPF 级雌雄不限 SD 大鼠 78 只, 体质量 210~250 g。购自广西医科大学实验动物中心, 许可证号: SYKG(桂)2003-0005。

1.2 主要药品及试剂 牛膝购于广西医科大学一附院中药房, 原产地为河南省焦作市, 经鉴定规格为 8~14 根/500 g, 由广西医科大学药理实验室制备成水提取物, 生药含量浓度为 1 g/mL; 大鼠 IL-2R ELISA 检测试剂盒购自烟台赛尔生物技术有限公司, 批号 SER003-96T 和 SER004-96T。

1.3 主要仪器 改良的 Feeney's 自由落体打击装置, 酶标仪上海原热电公司生产 (型号 354), SIGMA 台式高速冷冻离心机德国 SIGMA 生产 (型号 3k-15), 显微镜日本 OLYMPUS 生产 (型号 CX21), 石蜡切片机德国 Leica 公司生产 (型号 RM2235)。病理图像分析仪德国 leica 公司生产 (型号 DMR+Q550), ipp6.0 图像分析系统美国 Media Cybernetics 公司生产。

1.4 动物分组及给药 大鼠随机分为 A、B、C、D、E 5 组。A 为对照组, B 为模型非用药组, C 为牛膝高剂量组, D 为牛膝中剂量组, E 为牛膝低剂量组, 每组各 13 只大鼠。造模 6 h 后开始给药: A 和 B 按 10 mL/kg 给 0.9% 氯化钠注射液灌胃; 牛膝取临床常用量范围^[6]的中等量 20 g 为每日的中等量, 按低剂量为中等剂量的 0.65 倍, 中剂量为高剂量的 0.65 倍计算用量, 经人与大鼠用药量等量换算后, 大鼠的 C、D、E 分别以 3.2, 2.1, 1.4 g/kg 灌胃; 每日 1 次, 共 7 次。

1.5 重型颅脑损伤模型和对照组大鼠的制备 改良的 Feeney's 自由落体方法^[7]制作大鼠重型颅脑损伤模型。大鼠经称重, 用 10% 水合氯醛 (0.35 mL/100 g) 麻醉, 麻醉成功后, 将动物俯卧位, 头部固定于手术台上。剪去大鼠顶部毛发, 消毒后于矢状正中切开头皮, 剥离骨膜, 暴露左侧顶骨, 在冠状缝后 1.5 mm, 中线旁左侧 2.5 mm 处, 用牙科钻钻 1 个小孔, 并扩大为直径 5 mm 的骨窗, 保持硬脑膜完整; 将一圆形钢板垫 (直径约 4.5 mm, 厚度 3.5 mm) 置于硬膜外, 用 50 g 击锤从 20 cm 高处沿套管呈自由落体冲击于致伤垫, 造成顶叶局部性脑挫裂伤, 打击后, 骨蜡封闭骨窗, 缝合头皮。对照组大鼠仅切开头皮, 保持颅骨完整, 然后缝合头皮。至伤动物苏醒后灌胃原笼喂养。致伤动物苏醒后原笼喂养。

1.6 神经功能缺损评分 参照有关文献^[8]对各组动物进行神经功能缺损评分, 其评分标准参照《现代药理实验方法学》^[9]评分方法, 采用 10 分制, 单盲法进行评

分。造模后 6 h 评分 > 2 分则表明模型成功, < 2 分则从本研究中剔除。

1.7 标本采集及指标检测方法 最后一次给药后 6 h 处死。(1) 心脏采血 1.5 mL, 4 °C, 3000 r/min 离心 10 min, 取上清液, 置 -80 °C 冰箱待测 IL-2。参照 IL-2 试剂盒说明书, 用 354 型全自动酶标仪检测。(2) 经升主动脉灌注 0.9% 氯化钠注射液 200 mL, 直至右心房流出液清亮为止, 再以 4% 多聚甲醛液 200 mL 灌注, 断头取脑迅速浸入 4% 多聚甲醛液中固定 24 h, 修成 4 mm 块, 常规酒精脱水, 石蜡包埋, 行 5 μm 冠状切片, 脱蜡至水备用, 以 TUNEL 原位法检测损伤区凋亡细胞, 按试剂盒说明步骤进行检测, 在光学显微镜下观察 TUNEL 免疫反应的结果, 并以 ipp6.0 图像分析软件计算阳性细胞光密度。

1.8 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件处理。实验数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 多组间采用单因素方差分析 (One-Way-ANOVA) 进行比较。若方差不齐, 则采用秩和检验, 进行秩次转换后的方差分析。非双变量正态分布资料的相关分析, 选择 Pearson 相关系数。检验水准: 取 $\alpha=0.05$ 。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组神经功能缺损评分值比较 见表 1。B 组与 C、D、E 组相比较, 神经功能缺损评分差异均无统计学意义 (P > 0.05)。造模后 6 h, B、C、D、E 组的神经功能缺损评分均 > 2 分, 表明造模成功。

表 1 各组神经功能缺损评分值比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	神经功能缺损评分值
A 组	13	0.38±0.51
B 组	13	7.46±0.78
C 组	13	7.31±0.85
D 组	13	7.08±0.76
E 组	13	7.15±0.69

2.2 各组血清 IL-2 含量比较 见表 2。B 组血清 IL-2 含量明显低于 A 组, D 组、E 组血清 IL-2 含量则没有下降, 明显高于 B 组。C 组与 B 组一样明显低于 A 组与 D、E 组。结果提示, 重型颅脑损伤大鼠受伤后血清 IL-2 含量明显下降。牛膝水提取物可以对抗重型颅脑损伤出现的血清 IL-2 含量下降。这一对抗作用与剂量有关, 低剂量没有作用, 中剂量以上才能发挥作用。而且呈现随着剂量增加而增强趋势。

2.3 各组脑组织 TUNEL 凋亡细胞测定值比较 见表 3, 图 1。B 组及各用药组与 A 组比较, 光密度 (IOD) 明显升高。各用药组与 B 组相比, C 组光密度 (IOD) 明显高于 B 组, 亦高于 D、E 两组。D、E 两组与 B 组无差别, D、E 两组之间亦无差异 (P > 0.05)。结果表明重型颅脑

表2 各组血清 IL-2 含量比较 (pg/mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-2
A组	13	279.82±40.73
B组	13	189.81±29.67* [△]
C组	13	277.22±53.95
D组	13	247.07±41.58
E组	13	192.08±68.22* [△]

与A组比较, *P<0.01; 与C组比较, *P<0.01; 与D组比较, [△]P<0.05。

损伤大鼠受伤后脑组织出现明显的细胞凋亡。牛膝水提取物没有改善重型颅脑损伤大鼠脑细胞的凋亡, 在高剂量时反而加重细胞凋亡。

表3 各组颅脑损伤后凋亡细胞测定值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IOD
A组	13	14.07±7.82
B组	13	27.39±12.78* [△]
C组	13	44.69±24.59 [△]
D组	13	36.65±20.95* [△]
E组	13	26.75±11.68* [△]

与A组比较, [△]P<0.05; 与C组比较, *P<0.05。

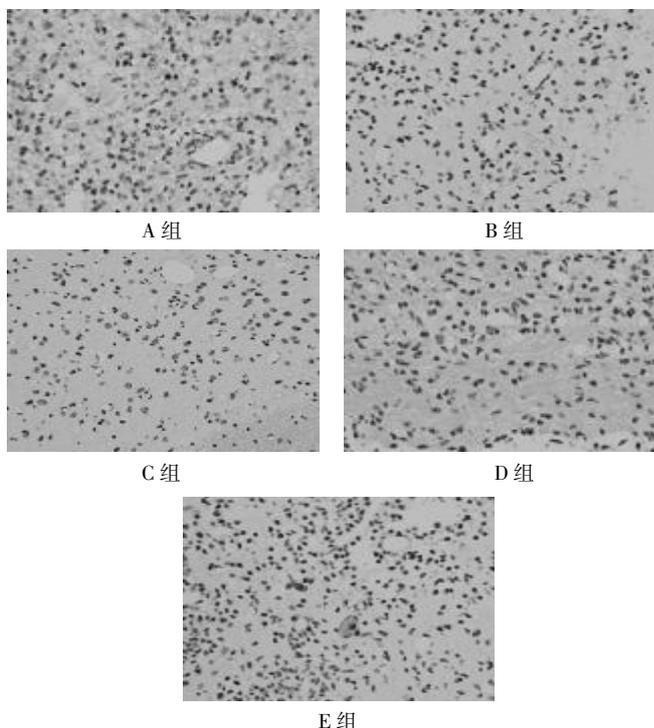


图1 各组大鼠脑损伤后7d镜下观察损伤区周边额皮质细胞凋亡情况(x400)

2.4 血清 IL-2 水平与神经细胞凋亡之间的关系 用双变量相关分析法, 分别检测血清 IL-2 水平与神经细胞凋亡的相关关系。(1)C组血清 IL-2 水平与光密度 (IOD) 相关关系 Pearson 的系数 $r=0.620, P=0.024$ (双侧), 见图 2。(2)D组血清 IL-2 水平与光密度 (IOD) 相

关关系 Pearson 的系数 $r=0.602, P=0.03$ (双侧), 见图 3。(3)其他各组血清 IL-2 水平与神经细胞凋亡无相关关系。结果显示 C、D 组血清 IL-2 水平与神经细胞凋亡的数量有正相关关系。

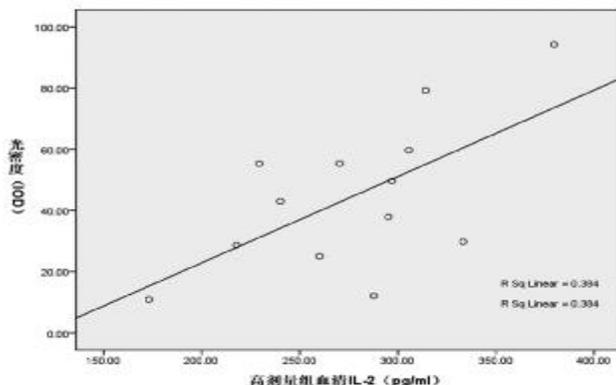


图2

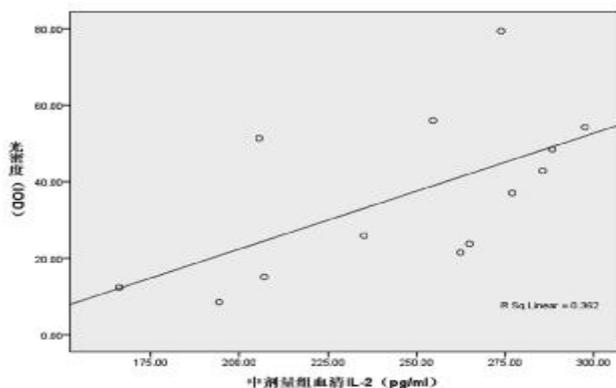


图3

3 讨论

3.1 牛膝对重型颅脑损伤血清 IL-2 水平的影响 IL-2 主要由辅助性 T 淋巴细胞产生, 可以促进 T 细胞增殖和分化, 促进 B 细胞增殖和分泌抗体, 增强 NK 的杀伤活性, 激活单核-吞噬细胞, 还能促进多种淋巴因子表达, 其水平的高低能反映机体免疫功能状况。本研究表明, B 组血清 IL-2 水平较 A 组明显降低, 说明重型颅脑损伤大鼠早期免疫功能处于抑制状态。这与我们既往相关研究结果和其他文献报道基本一致^[10-11]。牛膝药用历史悠久, 神农本草经已有记载, 具有补益肝肾、活血化痰等功效, 常用于肝肾不足、跌打损伤等病的治疗。现代药理研究发现牛膝具有改善机体免疫功能作用。本研究观察到牛膝可以提高重型颅脑损伤大鼠血清 IL-2 水平。这一作用与剂量呈正相关关系, 低剂量作用不明显, 中剂量才发挥显著作用, 并且呈现随着剂量增加而加强的趋势。

3.2 牛膝对重型颅脑损伤神经细胞凋亡的影响及与血清 IL-2 水平的关系 重型颅脑损伤对脑组织造成的损害, 传统观点曾认为细胞坏死是细胞死亡的唯一途径。1995 年 Rink^[12] 在大鼠液压冲击脑损模型上在电

镜下首次观察到细胞凋亡。随后不断有许多学者也证明了大脑创伤后神经细胞凋亡现象^[13-14]。并且发现在创伤的动物模型中不仅神经元可出现凋亡,星形胶质细胞、少数胶质细胞等胶质细胞等也可出现凋亡现象^[15]。脑损伤后存在脑细胞凋亡已基本达成共识,但凋亡的程度在伤后的不同时间会有所差别。本研究观察到重型颅脑损伤大鼠受伤7d后脑组织存在明显的神经细胞凋亡。曾有报道,从牛膝提取出的一种神经再生素(NRF)能促进神经细胞再生^[4]。实验中当用牛膝水提取物干预后,重型颅脑损伤大鼠神经细胞凋亡并没有得到改善,在高剂量时反而加重神经细胞的凋亡。牛膝这一加重神经细胞凋亡的现象,考虑与其提高血清IL-2水平有关。用双变量相关分析法分析重型颅脑损伤大鼠神经细胞凋亡与血清IL-2之间的关系,发现C、D组血清IL-2水平与神经细胞凋亡的数量有正相关关系。表明血清IL-2含量升高可以加剧神经细胞凋亡。

血清IL-2含量升高导致神经细胞凋亡的机制,主要与机体免疫功能增强有关。李卫等^[16-17]认为颅脑损伤后,脑组织损伤灶局部CD4⁺、CD8⁺T细胞免疫应答显著增强,其中CD8⁺T细胞可介导靶细胞凋亡,加重脑组织的继发性损伤。同时脑组织急性损伤后,平时由于血脑屏障的阻隔,脑组织与免疫系统相对隔离而形成的隐蔽性抗原大量释放,可能刺激机体产生自身免疫反应。其在临床研究也发现,患者脑脊液的免疫球蛋白(Ig)含量与早期的Lasgow评分及恢复期的残疾评分密切相关,提示体液免疫反应加重继发性脑损伤^[18]。而一些研究则发现应用免疫抑制剂对脑组织损伤具有保护作用^[11]。这些研究结果提示免疫反应在一定条件下会加重重型颅脑损伤的脑组织损伤。

参 考 文 献

[1] 冯海龙,高立达,黄光富,等.大鼠创伤性脑损伤后神经细胞凋亡的实验研究[J].中华创伤杂志,2000,16(2):97-99.
 [2] Savitz SI,Rosenbaum DM. Apoptosis in neurological disease[J]. Neurosurgery, 1998,42(11):555-572.
 [3] 梅杰,张光辉.颅脑损伤对机体免疫功能的影响[J].中国临床神经外科杂志,2005,10(3):237-239.
 [4] 宋义平,刘彩,玉周刚,等.牛膝多糖对小鼠细胞免疫功能

的影响[J].中药新药与临床药理,1998,9(3):158-159.
 [5] 汤欣,陈益人,周松林,等.神经再生素促大鼠海马神经元生长的研究[J].解剖学报,2008,39(1):7-11.
 [6] 雷武权,张延模.中华临床中医学[M].北京:人民卫生出版社,1998:1126.
 [7] 江基尧,朱诚,罗其中.现代颅脑损伤学[M].上海:第二军医大学出版社,2004:417-418.
 [8] 仁增,张跃康,马璐,等.川芎嗪对大鼠重型颅脑损伤后神经细胞凋亡及Bcl-2、Bax表达的影响[J].中国临床神经外科杂志,2009,14(1):37-39.
 [9] 张均田.现代药理实验方法[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1998:1241.
 [10] 陈锡群,龚孝淑,江基尧,等.低温对实验型颅脑损伤大鼠免疫功能的影响[J].中华神经外科杂志,2001,17(3):168-170.
 [11] 李卫,徐如祥,陈善成,等.大鼠脑组织损伤后局部及血脑中细胞免疫状况的改变[J].中华神经医学杂志,2006,5(6):556-558.
 [12] Rink A,Fungkar M,Trojanouski JQ,et al. Evidence of apoptosis cell death after experimental traumatic brain injury in the rat[J]. Am J Pathol, 1995,147(6):1575.
 [13] Colicos MA,Dash PK. Apoptotic morphology of dentate granule cells following experimental cortical impact injury in rats: Possible role in spatial memory deficits[J]. Brain Res, 1996,739(2):120-131.
 [14] Clark RS,Cheng J,Watkins SL,et al. Apoptosis-suppressor gene Bcl-2 expression after traumatic brain injury in the rats[J]. J Neurosci, 1997,17(6):9172-9182.
 [15] Newcomb JK,Zhao X,Pike BR,et al. Temporal profile of apoptotic-like changes in neurons and astrocytes following controlled cortical impact injury in the rat[J]. Exp Neurol, 1999,158(5):76-78.
 [16] 金丽琴,许艳,芳金晶,等.牛膝多糖对老龄大鼠非特异性免疫功能的影响[J].中国病理生理杂志,2007,23(7):1408-1411.
 [17] 陈克家,李卫,汪志刚.大鼠脑组织损伤后局部细胞免疫与神经元凋亡的关系[J].南方医科大学学报,2009,29(3):497-499.
 [18] 李卫,徐如祥,张建,等.颅脑损伤患者血液及脑脊液中IgG含量的变化与病情之间的关系[J].南方医科大学学报,2006,26(5):703-704.

(收稿日期 2014-10-18)

欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

骨质疏松肾阳虚病证结合模型构建的实验研究*

陈剑磨 张胜军 夏炳江[△]

(浙江省绍兴市中医院,浙江 绍兴 312000)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0201-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.005

【摘要】目的 研究建立骨质疏松肾阳虚病证结合模型的方法。**方法** 雌性昆明小鼠随机分为对照组(A组)、证型模型组(B组)、疾病模型组(C组)、疾病证型模型组(D组)。分别应用去双侧卵巢法构建骨质疏松模型,氢化可的松皮下注射诱导肾阳虚证模型。通过观察小鼠症状体征、促肾上腺皮质激素、促甲状腺激素、环磷酸腺苷、环磷酸鸟苷、骨密度、骨组织形态学等评价模型。**结果** 与A组比较,D组小鼠出现毛发干枯,畏寒倦卧,肛温降低等肾阳虚症状,促肾上腺皮质激素及促甲状腺激素含量降低($P<0.01$),环磷酸腺苷/环磷酸鸟苷降低($P<0.01$),股骨近端、腰椎骨密度下降($P<0.01$),HE染色及骨组织形态计量学分析显示骨小梁排列稀疏、变细,破骨细胞数增多等。**结论** 采取双侧卵巢切除结合氢化可的松皮下注射的方法,能成功构建骨质疏松肾阳虚病证结合模型。

【关键词】 骨质疏松 肾阳虚 病证结合 动物模型

Study on Osteoporosis Mice Model with Syndrome of Deficiency of Kidney-Yang CHEN Jianmo, ZHANG Shengjun, XIA Bingjiang. Shaoying Hospital of TCM, Zhejiang Province, Zhengjiang, Shaoxing 312000, China

【Abstract】Objective: To establish the osteoporosis model with syndrome of deficiency of Kidney-Yang. **Methods:** Female Kunming mice were randomly divided into control group (group A), syndrome group (group B), disease group (group C), disease with syndrome group (group D). The model was established by injecting hydrocortisone and resecting bilateral ovaries. Signs and symptoms, level of adrenocorticotropic hormone (ACTH), thyroid stimulating hormone (TSH), cyclic adenosine monophosphate (cAMP), cyclic guanosine phosphate (cGMP), bone density bone, and tissue morphology were observed to evaluate the model. **Results:** Compared with group A, mice in model group appeared obvious kidney-Yang deficiency symptoms, including hair dry, chill and frail state, low anal temperature. The levels of ACTH and TSH decreased ($P<0.01$), and the ratio of cAMP/cGMP decreased ($P<0.01$). Bone density of lumbar vertebra and femur decreased significantly ($P<0.01$). HE staining revealed osteoporosis of mice in group D. **Conclusion:** The model of osteoporosis with type of deficiency of Kidney-Yang can be established successfully by injecting hydrocortisone and resecting bilateral ovaries.

【Key words】 Osteoporosis; Deficiency of Kidney-Yang; Integration of disease and syndrome; Animal model

研究人类或动物的疾病,应在获得相应疾病动物模型基础上,开展探索致病机制的基础研究,根据获得的相关信息确定最终诊治方案^[1]。建立合理、规范的疾病模型能有效地研究疾病的发生、发展,研究病因和寻求治疗方案。病证结合动物模型融合中医证候模型和现代医学病理学模型的共同因素和特点,使动物模型同时具有疾病与证候特征^[2],该类模型是阐明中医学基础理论和辨证论治较为理想的载体。根据病证结合的理念,本研究拟采用疾病模型复合证候模型的方法构建肾阳虚证骨质疏松症模型,为进一步研究中医药防治骨质疏松奠定良好的实验基础。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 仪器、药物与试剂 全自动组织脱水机(日本樱花),轮转式切片机(德国 Leica),显微镜及显微拍摄系统(德国 Leica),高速冷冻离心机(德国 Eppendorf),全自动酶标仪(美国 Thermo),多光谱小动物活体成像仪(美国 Carestream Health),BI-2000 医学图像分析系统(成都泰盟科技有限公司);氢化可的松注射液(天津金耀氨基酸有限公司,生产批号 1112231);促肾上腺皮质激素(ACTH)、促甲状腺激素(TSH)、环磷酸腺苷(cAMP)、环磷酸鸟苷(cGMP)ELISA 试剂盒(南京建成生物工程研究所提供)。

1.2 动物 清洁级雌性昆明小鼠 60 只,体质量(20±2)g,所有小鼠均由浙江中医药大学实验动物中心提

* 基金项目:浙江省中医药科技计划项目(2011ZB153)

[△]通信作者(电子邮箱:xiabj2006@sina.com)

供(实验动物号 SYXK-浙-2008-0115),每笼 5 只,喂食普通颗粒饲料,室温(20±2)℃,自然光照,保持良好通风,自由进水进食。

1.3 分组与造模 60 只昆明小鼠随机分为 2 大组,分别进行假手术和去双侧卵巢手术。假手术后存活小鼠随机分为对照组(A 组)和证型模型组(B 组);去双侧卵巢手术后存活小鼠随机分为疾病模型组(C 组)和疾病证型模型组(D 组),每组 15 只。A 组:行假手术,以作对照。B 组:假手术后间隔 7 周,皮下注射氢化可的松 1 周。C 组:行双侧卵巢去除术。D 组:去双侧卵巢术后间隔 7 周,皮下注射氢化可的松 1 周。骨质疏松症模型采用去势法制作:10%水合氯醛溶液(0.3 mL/100 g)腹腔注射,麻醉满意后,小鼠俯卧位,在第 3 腰椎处备皮消毒,正中纵形切开皮肤约 1 cm,钝性分离一侧肌肉,剪开腹膜,找到梅花状的卵巢,0 号无菌丝线结扎并用眼科剪剪断输卵管,分离切除卵巢,分层缝合肌肉筋膜,滴入少量青霉素水溶液后缝合皮肤,同法切除对侧卵巢。A 组手术同上,发现卵巢后仅切除与卵巢等量的脂肪后缝合皮肤。肾虚模型按 25 mg/kg 剂量,皮下注射氢化可的松来诱导,约 1 周^[3]。肾虚型骨质疏松症模型由上述 2 种造模方法复合而成,即在骨质疏松症模型的基础上复合肾虚模型,当骨质疏松造模至 7 周时,开始肾虚造模,至 8 周时骨质疏松症及肾虚造模同时结束。实验过程中各组小鼠均无死亡情况出现。

1.4 观测指标 (1)动物症状、体征观察。采用量化分级方法连续观察造模后小鼠毛发光泽度、精神、活动状态、饮食、睡眠、二便等情况。根据以下 10 个症状和体征:毛发干枯、畏寒喜暖、大便稀溏、小便清长、卷缩弓背、精神萎靡、怠倦嗜睡、自主活动次数减少、抓取时抵抗性减弱、食欲不振。对每组小鼠进行评分,依据严重程度不同,分别记为正常(0~1 分),轻(2~4 分),中(5~7 分),重(8~10 分)4 个等级,评分有 2 个非实验组的中医专业人士完成^[7]。(2)动物体质量及肛温变化。采用电子天平称量动物体质量,每 3 日 1 次,每次称量时间为下午 14:00~16:00。在每次称量前,利用专用肛温计测量小鼠肛温并记录。(3)血液学检测。10%水合氯醛将小鼠麻醉后,采用摘除眼球的方法取血,提取血浆和血清后,-20℃冰箱内保存。按 Elisa 试剂盒说明的检测方法,分别测定血浆环核苷酸 cAMP、cGMP 含量和血清 ACTH、TSH 的浓度。(4)骨密度测定。用 10%水合氯醛将小鼠麻醉后,利用多光谱小动物活体成像仪对脊柱及股骨进行 X 线摄片,利用自带软件进行股骨近端及第 2 腰椎骨密度(bone density)测定。(5)骨组织形态学观察。将小鼠股骨、腰椎用 4%多聚甲醛液固定 2 d,14% EDTA 液脱钙 14 d,按常规脱水、透明、包埋、石蜡切片,厚约 3~4 μm,常规 HE 染色,用显微镜在

40、200 倍镜下观察组织形态学变化情况,并利用 BI-2000 医学图像分析系统进行骨组织形态学计量分析,包括骨小梁平均宽度,骨小梁面积,成骨细胞数及破骨细胞数。

1.5 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件。组间比较采用单因素方差分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 症状、体征量化评分 见图 1。A 组和 B 组评分高于 C 组和 D 组。而且与 A 组比较,D 组小鼠出现毛发干枯,畏寒倦卧,肛温降低等肾虚症状。

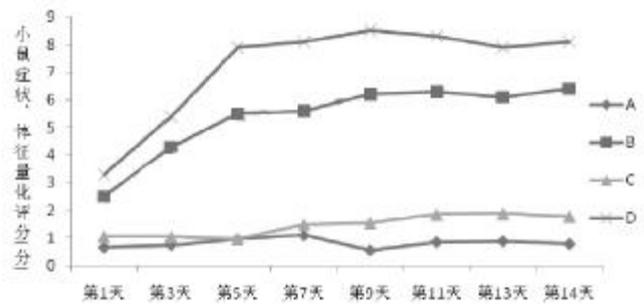


图 1 各组症状、体征量化评分趋势图

2.2 小鼠体质量及肛温比较 见表 1。与 A 组比较,B、D 组体质量周平均增长量、平均肛温均降低(均 $P < 0.01$)。与 B 组比较,D 组体质量周平均增长量、平均肛温均降低($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。与 C 组比较,D 组体质量周平均增长量、平均肛温均低于降低($P < 0.01$)。

表 1 各组实验体质量及肛温比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	造模后第 1 日(g)	造模后 2 周(g)	周平均增长量(g/w)	平均肛温(℃)
A 组	15	44.28±3.71	47.49±3.45	1.60±0.88	37.08±0.24
B 组	15	44.43±3.38	43.40±3.39	-0.51±0.63*	36.44±0.33*
C 组	15	45.08±1.72	48.34±2.13	1.63±0.26	36.96±0.26
D 组	15	46.22±2.22	42.54±3.06	-1.84±0.63* [△] [#]	36.04±0.17* [△] [#]

与 A 组比较,* $P < 0.01$;与 B 组比较,[△] $P < 0.05$,[△] $P < 0.01$;与 C 组比较,[#] $P < 0.01$ 。下同。

2.3 小鼠血清 ACTH、TSH 及血浆 cAMP、cGMP 含量比较 见表 2,表 3。与 A 组比较,B、D 组促肾上腺皮质激素及促甲状腺激素含量、cAMP、cAMP/cGMP 降低(均 $P < 0.01$)。与 B 组比较,C 组促肾上腺皮质激素及促甲状腺激素含量降低(均 $P < 0.01$),cAMP、cAMP/cGMP 升高(均 $P < 0.01$);D 组 TSH 含量、cAMP 降低(均 $P < 0.01$),cAMP/cGMP 升高(均 $P < 0.01$)。与 C 组比较,D 组促肾上腺皮质激素及促甲状腺激素含量、cAMP、cAMP/cGMP 均降低(均 $P < 0.01$)。

2.4 小鼠股骨、腰椎骨密度变化比较 见表 4。与 A 组比较,C、D 组股骨近端、腰椎骨密度均下降(均 $P < 0.01$),B 组腰椎骨密度下降($P < 0.01$)。与 B 组比较,C、D 组股骨近端、腰椎骨密度均下降($P < 0.01$ 或 $P <$

表2 各组血清 ACTH 及 TSH 含量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	ACTH(ng/L)	TSH(mIU/L)
A组	15	253.6142±25.7096	3.5549±0.4189
B组	15	176.7566±24.8133*	2.1559±0.3484*
C组	15	237.9110±36.6993 [△]	3.3406±0.2079 [△]
D组	15	155.3280±22.9311* [#]	1.6830±0.3234* ^{△#}

表3 各组血清 ACTH 及 TSH 含量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	cAMP(nmol/L)	cGMP(nmol/L)	cAMP/cGMP
A组	15	31.98±3.71	6.06±1.42	5.59±1.67
B组	15	25.80±3.53*	6.38±1.71	3.77±1.11*
C组	15	32.84±4.75 [△]	6.04±1.64	5.61±1.88 [△]
D组	15	23.80±4.44* ^{△#}	6.55±1.93	4.57±1.63* ^{△#}

0.05)。与 C 组比较, D 组股骨近端、腰椎骨密度均下降(均 $P < 0.05$)。

表4 各组股骨及腰椎骨密度比较($g/cm^3, \bar{x}\pm s$)

组别	n	股骨近端平均密度	腰2椎骨密度
A组	15	10.02±0.74	4.04±0.21
B组	15	9.80±0.68	3.86±0.42*
C组	15	8.02±0.88** [△]	3.35±0.63** [△]
D组	15	7.28±0.46** ^{△#}	3.15±0.72** ^{△#}

与 A 组比较, ** $P < 0.01$, * $P < 0.05$; 与 B 组比较, [△] $P < 0.01$, [△] $P < 0.05$; 与 C 组比较, [#] $P < 0.05$ 。下同。

2.5 骨组织形态学改变比较 见表5。与 A 组比较, C、D 组 HE 染色及骨组织形态计量学分析显示骨小梁排列稀疏、变细, 成骨细胞、破骨细胞数增多等($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$), B 组骨小梁面积变小, 成骨细胞数增多($P < 0.05$)。与 B 组比较, C、D 组 HE 染色及骨组织形态计量学分析显示骨小梁排列稀疏、变细, 破骨细胞数增多等($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。与 C 组比较, D 组 HE 染色及骨组织形态计量学分析显示骨小梁排列稀疏、变细, 破骨细胞数增多等($P < 0.05$)。

表5 各组小鼠股骨骨组织形态计量学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	骨小梁平均宽度(μm)	骨小梁面积(%)	成骨细胞数(个/0.4 mm ²)	破骨细胞数(个/0.4 mm ²)
A组	15	0.25±0.04	0.86±0.16	7.49±1.47	1.54±0.68
B组	15	0.23±0.03	0.78±0.33*	6.81±1.98*	1.59±0.78
C组	15	0.20±0.08 [△]	0.65±0.23** [△]	7.75±1.22 [△]	3.06±1.56 [△]
D组	15	0.19±0.07** ^{△#}	0.49±0.17** ^{△#}	7.62±1.35 ^{△#}	3.67±1.45** ^{△#}

3 讨论

病证结合动物模型是在中医学理论指导下, 适当结合现代医学理论与实验动物科学知识, 分别或同时采用传统中医学病因复制证候动物模型和采用现代医学病因复制疾病动物模型, 使动物模型同时具有疾病与证候特征^[2]。该模型以疾病模型为基础, 具有较好的

可靠性及稳定性^[4]。目前病证结合模型常用的构建模式是现代医学“疾病”模型复合中医“证候”模型^[5-6]。该类模式既注重中医的思路, 又注重现代医学对疾病的认识, 具有较强的可操作性。故本实验将骨质疏松症模型与肾阳虚模型复合以复制更符合中医临床要求的动物模型。

体内雌激素水平的降低是绝经后骨质疏松症的发生及发展的主要原因, 骨代谢发生改变, 骨组织形态学及超微结构遭到破坏, 最终导致骨生物力学性能下降及骨折发生^[7-8]。Saville 于 1969 年首先采用雌鼠双侧卵巢切除诱导骨质疏松模型来模拟该类骨质疏松症, 目前该模型已成为标准化的公认的绝经后骨质疏松症经典病理模型。本研究结果显示, 骨质疏松组及骨质疏松肾阳虚组模型均出现典型的骨质疏松病理学征象: 骨小梁排列稀疏, 变细, 数目减少, 间距加宽, 可见微骨折等; 骨组织形态计量学能进行骨组织和细胞结构的定量分析, 为骨结构、骨形成及骨吸收提供客观数据^[9]。本结果显示, 模型小鼠骨小梁平均宽度、骨小梁面积百分率有明显下降, 说明骨量和骨的内部结构均都有一定程度的破坏。成骨细胞是骨形成的主要细胞, 负责骨基质合成、分泌和矿化, 而破骨细胞贴附在旧骨区域, 分泌酸性物质溶解骨矿质, 分泌蛋白酶消化骨基质, 促进骨吸收。本结果显示, 成骨细胞与破骨细胞均增多, 表明骨组织处于高代谢状态, 即该类骨质疏松为高转换型。骨密度检测能为骨质疏松诊断提供重要的辅助信息, 在本研究结果显示, 去骨质疏松组及骨质疏松肾阳虚组骨密度明显降低。上述数据表明我们利用昆明小鼠去势建立骨质疏松症模型取得成功。

肾阳虚证动物模型是最早建立的中医证候动物模型, 自 20 世纪 60 年代初, 邝安堃教授等首次建立了“氢化考的松肾虚”动物模型以来, 此后各种“肾虚”动物模型相继建立, 包括“恐伤肾”性、甲状腺素性、腺嘌呤性、羟基豚性肾阳虚动物模型等^[10], 并被用于多种补肾助阳方药药效的研究^[11]。利用大剂量肾上腺皮质激素诱导的肾阳虚证动物模型目前最常用, 该类动物表现出系列类似肾阳虚症状, 如拱背蜷曲、畏寒喜暖、肛温降低、反应迟钝、呼吸深迟、毛发干枯、消瘦、尿液清长等。下丘脑-垂体-靶腺轴的功能改变是肾阳虚的主要病理变化之一^[12-14]。有学者利用分子生物学技术 RT-PCR 化学发光定量法研究肾阳虚大鼠表明其 HPA 轴受抑, 且下丘脑室旁核 CRH mRNA 的表达量明显比正常对照组减少^[15]。垂体在神经内分泌网络系统中具有重要的作用, 肾阳虚大鼠垂体 ACTH 细胞内质网扩张, 线粒体空化, ACTH 合成分泌受抑^[16], ACTH mRNA 表达下调^[17]。甲状腺功能生理范围内或病理性降低是肾阳虚的主要病理之一。有研究报道, 以醋酸 (下转第 254 页)

中药复方补肾益心片对高血压大鼠血压、勃起功能及 ACE2-Ang (1-7)-MAS 轴的干预作用*

王士超¹ 刘煜德¹ 王嵩¹ 吴辉¹ 杨磊² 刘芳³
龚兆会¹ 周小雄¹ 叶桃春¹ 李荣¹ 吴伟¹

(1.广州中医药大学第一附属医院,广东 广州 510405;2.广州中医药大学临床药理研究所,广东 广州 510405;3.广东药学院附属第一医院共和院区,广东 广州 510080)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0204-04
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.006

【摘要】目的 观察补肾益心片对高血压大鼠(SHR) 血压的影响和对其勃起功能、一氧化氮合酶(NOS)、一氧化氮(NO)及 Ang(1-7)的作用。**方法** 将原发性高血压雄性大鼠分为 3 组,补肾益心片组、缬沙坦组、模型对照组。治疗 4 周后,检测血浆和腹主动脉组织内 NOS、NO 浓度以及血浆 Ang(1-7)浓度。用尾动脉测压仪测量大鼠尾动脉收缩压,颈部皮下注射阿朴吗啡(APO)记录其阴茎勃起次数以检测大鼠的勃起功能。**结果** 补肾益心片及缬沙坦均可提高腹主动脉组织内 NO 含量,提高血浆 Ang(1-7)含量,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。补肾益心片组、缬沙坦组治疗后血压都明显降低,与治疗前比较差异有统计学意义。治疗后补肾益心片组、缬沙坦组勃起次数明显增多,差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。**结论** 补肾益心片可以降低 SHR 的收缩压。补肾益心片补肾益心片可以改善 SHR 的勃起功能。补肾益心片可增加 SHR 腹主动脉 NO 含量及血浆 Ang(1-7)含量。

【关键词】 补肾益心片 自发性高血压大鼠 高血压 勃起功能 ACE2-Ang(1-7)-MAS 轴

Effects of TCM Compound Bushenyixin Tablet on Blood Pressure, Erectile Function and ACE2-Ang (1-7)-MAS Axis of Spontaneously Hypertensive Rat WANG Shichao, LIU Yude, WANG Song, et al. *The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of TCM, Guangdong, Guangzhou 510405, China*

【Abstract】Objective: To study the variation of the level of NOS, NO and Ang (1-7) in Spontaneously Hypertensive Rat (SHR). **Methods:** SHR were divided randomly into 3 groups: Bushenyixin group ($n=8$), valsartan group ($n=8$), and model group ($n=7$). Each group was given Bushenyixin tablet, valsartan, and saline by gavages respectively. After 4 weeks, the concentration of NOS, NO, Ang(1-7) in plasma and the concentration of NOS, NO in aorta were observed. Rat tail artery systolic pressure was measured by the tail arterial pressure measurement, and subcutaneous injection of apomorphine(APO) were taken to record times of the penile erection erectile to assess the function detection in rats. **Results:** The concentration of NO in plasma was significantly lower in the Bushenyixin group than for model group. The concentration of NO in aorta and Ang (1-7) in plasma was significantly higher in the Bushenyixin group than in the model group. The concentration of NO in aorta was significantly higher in Bushenyixin group than in the valsartan group. Bushenyixin tablet group, valsartan group after treatment, the blood pressure decreased obviously, there was significant difference compared with those before treatment. After the treatment of Bushenyixin tablet group, valsartan group erectile number increased obviously, there was significant difference($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion:** Bushenyixin tablet can reduce SHR's systolic pressure. Bushenyixin table can improve SHR's erectile function. Bushenyixin tablet had effects of increasing of NO level in aorta and Ang (1-7) level in plasma in SHR.

【Key words】 Bushenyixin tablet; Spontaneously Hypertensive Rat; Hypertension; erectile function; ACE2-Ang(1-7)-MAS axis

高血压以动脉血压升高为主要表现, 发病率逐年增高, 且并发症较为多见。中医药治疗高血压副作用

少, 安全性高, 具有西药不可替代的优势。高血压病根据其临床特点属于中医学“眩晕”“头痛”等病范畴。补肾益心片是本题组在陈宏珪教授指导下, 结合中医传统理论、临床经验和现代中药药理学研究成果确定

* 基金项目: 广东省教育厅课题资助项目(粤财教[2010]275号)

组方,并制成片剂应用于临床。该方由淫羊藿和车前子组成,淫羊藿性温,具补肾壮阳之功;车前子性寒,具有清肝、利尿等作用。两药合用,一温一寒,一补一清,具有补肾清肝的功效,针对降压西药引起勃起功能障碍(ED)等不良反应有很好的临床疗效。前期研究表明,补肾益心方对轻中度高血压的降压作用和高血压性ED疗效满意,其降压机制可能与促进一氧化氮(NO)合成和分泌、利尿作用等有关;该方对轻中度高血压的降压作用和高血压性ED疗效满意^[1-5,7-11]。为观察自发性高血压大鼠(SHR)的勃起功能及阴茎勃起功能的变化,探讨高血压引起勃起功能障碍(ED)的可能原因;验证探索中药补肾益心片对SHR的血压和勃起功能的干预作用,笔者进行了动物实验。现报告如下。

1 材料和方法

1.1 实验动物 10周龄SPF级SHR大鼠雄性23只,体重150~180g,购自北京维通利华实验动物技术有限公司,合格证号:SCXK(京)2012-0001。实验前适应性饲养1周。

1.2 主要试剂仪器 补肾益心片由广州中医药大学第一附属医院制剂室提供,每片相当于生药5g,由淫羊藿、车前子等组成,每片相当于生药5g。阳性对照药缬沙坦由北京诺华制药有限公司提供,80mg/粒。Rat Ang-(1-7) ELISA Kit由上海浩本生物科技有限公司分装(批号BPE36118)。阿朴吗啡(APO)50μL购自广州外显子生物技术有限公司。台式离心机(长沙湘智离心机仪器有限公司,型号TG-16W),VIS-721可见分光光度计(上海佑科仪器仪表有限公司);酶标仪(美国伯乐BIO-RAD,型号iMARK),上海奥尔科特ALC-NIBP大鼠尾动脉测压仪系统。

1.3 分组与给药 所有的大鼠在适应性喂养7d后,称重,药物干预前尾动脉测压,经测量证实为高血压大鼠。将SHR大鼠按随机表随机分为3组,各组分别予以相应处理。(1)补肾益心片(中药复方)组共8只,予以补肾益心片10片,溶于0.9%氯化钠注射液5mL中,每只予以灌胃1mL,按照25g/kg(约成人用量的20倍)予以灌胃,每日1次,持续4周。(2)缬沙坦(西药)组共8只,予以缬沙坦(代文)80mg/粒,溶于0.9%氯化钠注射液28mL中,每只予以灌胃2mL,按照4mg/kg(成人用量的20倍)予以灌胃,每日1次,持续4周。(3)模型对照组共7只,常规饲养,予0.9%氯化钠注射液灌胃,每只予以灌胃2mL,每日1次,持续4周。

1.4 指标检测 药物干预后,每周均无创监测血压及勃起功能测定。测量大鼠血压变化,采用夹尾法测量大鼠收缩压,用大鼠尾动脉测压仪测定大鼠清醒状态下的尾动脉血压。将大鼠置于仪器配套的固定笼中,置30℃恒温箱预热15min,待大鼠安静后将鼠尾套袖

放置于鼠尾的根部进行测量,出现的第1个血压波即为收缩压。大鼠性活动观察,勃起功能测定方法:采用Heaton方法进行。小剂量颈部皮下注射100μg/kg APO可引起正常大鼠100%的阴茎勃起,作为评价大鼠阴茎勃起功能的指标。每只大鼠注射APO后观察30min,阴茎头充血及末端阴茎体露出为勃起1次,记录每只大鼠阴茎勃起次数和每组大鼠的勃起率。动物试验结束时麻醉大鼠,局部消毒后切开胸腔,以静脉采血针刺心脏取血并分离剪下主动脉。在室温下,血液经离心后取上清,置于干净离心管中,-20℃保存。采用BCA蛋白定量法分别测定大鼠血浆、腹主动脉组织一氧化氮合酶(NOS)、NO含量;采用ELISA法检测血浆Ang-(1-7)含量。

1.5 统计学处理 应用SPSS13.0统计分析软件。数据以($\bar{x} \pm s$)表示,各组间单因素方差分析检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 药物干预对各组血压影响的比较 见表1。模型对照组治疗前后差异无统计学意义($P > 0.05$);补肾益心片组、缬沙坦组治疗后血压都明显降低($P < 0.01$),补肾益心片组、缬沙坦组治疗后与模型对照组比较差异有统计学意义($P < 0.01$),提示补肾益心片具有降压作用。治疗后补肾益心片组、缬沙坦组血压组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 药物干预前后对各组SHR血压影响的比较(mmHg, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后
补肾益心片组	8	206.13±11.39	178.63±10.75* [▲]
缬沙坦组	8	204.67±13.26	164.52±12.09* [▲]
模型对照组	7	210.37±10.73	206.37±11.58

与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与缬沙坦组比较,[▲] $P < 0.05$;与模型对照组比较,[▲] $P < 0.05$ 。下同

2.2 药物干预对各组SHR性活动(勃起功能)影响的比较 见表2。治疗后补肾益心片组、缬沙坦组勃起次数明显增多,与模型组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗后补肾益心片组、缬沙坦组组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。提示补肾益心片具有确切的改善勃起功能作用。

表2 药物干预对各组SHR大鼠性活动(勃起功能)影响的比较(次, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后
补肾益心片组	8	0.5±0.7	2.1±0.5* [▲]
缬沙坦组	8	0.7±0.3	2.4±0.6* [▲]
模型对照组	7	0.6±0.5	0.6±0.7*

2.3 药物干预对各组NOS影响的比较 见表3。血浆及腹主动脉NOS含量数值显示,各组之间差异均无统

计学意义($P>0.05$)。

表3 药物干预对各组 NOS 影响的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	血浆	腹主动脉
补肾益心片组	8	9.057±2.924	19.105±6.571
缬沙坦组	8	6.053±4.304	17.688±9.458
模型对照组	7	11.637±4.687	18.887±2.209

2.4 药物干预对各组 NO 影响的比较 表4。血浆及腹主动脉NO 含量数值显示,补肾益心片组、缬沙坦组与模型对照组比较差异有统计学意义 ($P<0.01$ 或 $P<0.05$),提示补肾益心片具有降压作用。治疗后补肾益心片组、缬沙坦组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表4 药物干预对各组 NO 影响的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	血浆	腹主动脉
补肾益心片组	8	15.500±4.375	35.604±7.505*△
缬沙坦组	8	15.333±2.309	21.537±13.484*△
模型对照组	7	26.000±2.828	17.437±11.649

2.5 药物干预前后对 Ang(1-7)的影响 见表5。补肾益心片组、缬沙坦组分别与模型对照组对比差异有统计学意义($P<0.01$),补肾益心片组、缬沙坦组两者比较无显著性差异($P>0.05$)。

表5 药物干预前后对 Ang(1-7)数值的影响($\bar{x}\pm s$)

组别	n	血浆
补肾益心片组	8	45.542±12.726▲
缬沙坦组	8	43.491±7.708▲
模型对照组	7	25.521±2.727

3 讨论

高血压是临床常见的心血管疾病,发病率高,引起靶器官损害后致残致死率高,严重威胁人类健康。该病患病率呈逐渐上升的趋势。《中国高血压防治指南2010年版》^[1]指出:2002年调查数据显示,我国18岁以上成人高血压患病率为18.8%。而对高血压的知晓率只有30.2%,治疗率只有24.7%,控制率只有6.1%,这表明我国高血压的防治工作任重道远。高血压患者ED 发病率远高于一般人群^[2],男性高血压人群同时患ED 者达55.5%^[3],老年男性高血压患者ED 患病率更高达95.1%^[4],经治疗的高血压患者ED 发生率高于未经治疗者^[2],这与多种降压药可引起和(或)加重ED 有关^[5]。现代医学对高血压主要是采用利尿剂、β-受体阻滞剂、钙拮抗剂、肾素-血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB)类药物等来治疗。这些药物虽有较好的降压作用,但有较明显的副作用,尚有不足之处。抗高血压药物可以引起ED,以利尿药和β受体阻滞剂最为明显,而有报道认为

ARB 和 ACEI 有助于改善高血压引起的 ED,这在增加抗高血压药物使用的依从性和改善生活质量上具有积极意义^[6]。

SHR 是高血压实验研究中最常用的模型,与人原发性高血压发病、发展和转归有着比较相似的特征。SHR 在疾病发展阶段也形成典型的高血压心血管病变^[12]。病证结合的动物模型对中医药的基础研究显得非常重要,要求该模型疾病和证候稳定、均一、可重现。SHR 作为自发性高血压模型,符合疾病的稳定和均一性,是建立病症结合的动物模型的理想途径。大鼠交配实验广泛应用于雄鼠的性行为评价及其机制探讨,是评价性功能的经典指标^[13]。SHR 情绪较为紧张,小便偏黄量少,大便颗粒小而干,眼突明显,心率快,痛觉敏感,综合这些行为学特征和体征,通过观察临床高血压患者表现的眩晕头痛、面红目赤、烦躁易怒、便干尿赤的特征,初步判定该动物模型早期的高血压症状类似中医学中肝肾亏虚、肝火亢盛证型特征^[14]。现代人过食肥甘厚味,损伤脾胃,引起热盛伤阴,可发展成肝肾亏虚,阴虚阳亢证^[15]。高血压可以引起ED,这在临床实践和动物模型中都得到了证实。此前已有实验研究表明,高血压严重影响自发性高血压大鼠的阴茎勃起功能,海绵体组织超微结构的病理改变可能是SHR 勃起功能下降的机理之一^[16]。高血压损害了大鼠的性欲和性唤醒能力。本研究结果显示,血浆NO 含量,模型对照组组高于药物干预组;而补肾益心片可提高腹主动脉组织中的NO 含量,优于缬沙坦组及模型对照组。补肾益心片与缬沙坦均可提高血浆中Ang(1-7)含量,优于0.9%氯化钠注射液对照,但补肾益心片组与缬沙坦组之间无显著性差异。

本研究从ACE2-Ang(1-7)-MAS 轴的角度研究补肾益心片对高血压大鼠的影响,以血浆Ang(1-7)值为观察指标,有助于阐明其用于治疗高血压的微观机制,为临床运用该方防治高血压提供实验依据;有助于促进中药在高血压防治领域的运用,并为今后进一步研究可能通过调控ACE2-Ang(1-7)-Mas 轴,具有保护心肾等靶器官作用的中药新药研究奠定基础。在以后的工作中,要进一步研究中药复方改善高血压性ED 和拮抗降压药所致ED 的作用机制,为中医药在高血压防治领域的运用提供理论和实验依据。

参 考 文 献

[1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南2010[J]. 中国高血压杂志, 2011, 19(8): 701-743.

[2] 王东伟, 史桂霞. 高血压及抗高血压药物对勃起功能的影响与研究进展[J]. 血管病学进展, 2006, 27(5): 592-595.

[3] 吴万里, 朱继金. 高血压患者勃起功能障碍危险因素的相关分析[J]. 中华男科学杂志, 2008, 14(1): 83.

益气补脑治疗脑梗死后丘脑痛的临床研究*

陈松林¹ 李 鸣¹ 姚 璐¹ 刘小云¹ 张常然¹ 郑慧玲^{2△}

(1.中山大学附属第一医院,广东 广州 510080;2.广东医学院衰老研究所,广东 东莞 523808)

中图分类号:R743.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0207-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.007

【摘要】目的 观察益气补脑治疗脑梗死后丘脑痛的临床疗效和安全性。**方法** 42例患者随机分成治疗组和对照组两组各21例。两组均在脑梗死二级防治指南治疗基础上进一步治疗。对照组予卡马西平治疗。治疗组进一步分成阳气虚和阴气虚亚组,分别给予参附注射液、奥德金和参麦注射液、奥德金静脉滴注治疗。14d为1个疗程。用视觉模拟评分法(VAS)和美国安德森肿瘤中心疼痛评估表(MD疼痛值)进行评定,记录治疗前后VAS和MD疼痛值;并且在治疗前后检测血常规、肝肾功能、出凝血功能。**结果** 两组治疗后VAS评分、MD评分与治疗前比较,均有明显下降($P<0.01$ 或 $P<0.05$),且治疗组VAS评分低于较对照组($P<0.05$)。治疗组有效率与对照组有效率差别不大。但治疗组临床治疗显愈率优于对照组。治疗后,治疗组5例临床症状消失,达到临床治愈。治疗2周后治疗组停药,跟踪疗效8周,症状无反跳。对照组则无法停药,否则症状反跳明显。治疗前后未见明显严重不良反应。**结论** 补气益脑方案治疗脑梗死后丘脑痛安全并有显著疗效。

【关键词】 丘脑痛 益气补脑 参附注射液 参麦注射液 奥德金 卡马西平

Clinical Study of the Thalamic Pain Treated with Combined Medicine Based on Brain-tonifying and Qi-boosting CHEN Songlin, LI Ming, YAO Lu, et al. First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou, Guangzhou 510080, China

【Abstract】Objective: To study the effectiveness and safety for thalamic pain after cerebral infarction treated with combined medicine based on brain-tonifying and qi-boosting. **Methods:** A total of 42 patients with thalamic pain were randomized equally into the intervention group and the control group. After managed in accordance with the Guidelines for the Secondary Prevention of Ischemic Stroke, the patients of both groups received further treatment. The patients of control group were given carbamazepine. The patients of intervention group were further divided into subgroup of yang-qi deficiency and of yin-qi deficiency. The patients of yang-qi deficiency subgroup were intravenously administered with injection Shenfu, and Deproteinised Calf Blood Injection DCBI (Adegold); While the patients of yin-qi deficiency subgroup with injection Shenmai. Each group was treated for 14 days. The effects were evaluated with the visual analogue scale (VAS) and pain evaluated scale of Anderson Cancer Center, Pain Evaluation value (PEV), respectively. Meanwhile, before and after the treatment, the blood and urine routine, liver and kidney function, and coagulation tests were performed for the patients of both groups. **Results:** The VAS score and PEV decreased significantly after treatment in both the control group ($P<0.05$) and the intervention group ($P<0.01$); The decreases of which of the intervention group are more obviously than which of the control group ($P<0.05$). 10 patients in the intervention group are cured; While no patient in the control group is cured ($P<0.01$). **Conclusion:** The combined therapy is highly effective and safe in managing thalamic pain.

【Key words】 Thalamic pain; Brain-tonifying and qi-boosting; Shenfu injection; shenmai injection; DCBI; Carbamazepine

脑梗死后丘脑痛,指梗死丘脑对侧半身自发的、不可名状的、顽固性疼痛,虽然其发生率约8%^[1],但严重影响患者生活质量。西医镇痛药、抗抑郁药、抗癫痫药及外科手术治疗对丘脑痛有一定的疗效。卡马西平(CBZ)等抗癫痫药对丘脑痛有肯定疗效^[2],其机制是阻

断疼痛传导,但在治疗过程中可能发生严重过敏反应,还有共济失调和骨髓抑制等副作用。笔者在临床工作中,使用益气补脑、营养神经的方法治疗丘脑痛,疗效确定。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:符合诊断标准^[3];年龄 ≤ 70 岁者;签署知情同意书者。排除标准:不符合上述诊断

*基金项目:广东省科技厅产学研合作引导项目支持(2011B090400118)

△通信作者(电子邮箱:cs1071@163.com)

或已接受其他有关镇痛治疗者;合并糖尿病、危重心脑血管、内分泌、血液等系统疾病者;排除精神病患者。

1.2 临床资料 选取2006年1月至2014年3月中山大学第一附属医院神经科、中医科住院或门诊就诊的丘脑痛患者42例,随机分为对照组和治疗组两组。两组患者均在脑梗死急性期(2周)后,病情、生命体征稳定。对照组21例,男性13例,女性8例;年龄51~68岁,平均(59.70±7.70)岁;以视觉模拟评分法(VAS)评估病情,其中轻度(4≤VAS<6)5例,中度(6≤VAS<8)12例,重度(8≤VAS≤10)4例;病程2~8周12例,8~12周7例,长于12周2例。治疗组21例,男性14例,女性7例;年龄52~69岁,平均(60.90±8.10)岁;轻度(4≤VAS<6)4例,中度(6≤VAS<8)12例,重度(8≤VAS≤10)5例;病程2~8周13例,8~12周6例,长于12周2例。两组在性别、年龄、病情、病程等方面差异无统计学意义(P>0.05)。

1.3 治疗方法 两组均按照缺血性脑卒中二级防治指南^[4],给予抗血小板聚集、降脂、管理血压等基础治疗。对照组在常规治疗基础上,加口服卡马西平(商品名得理多,北京诺华制药有限公司,国药准字H11022279)。每次0.2g,每日3次。治疗组按照文献^[5]将治疗组患者进一步分为阳气虚和阴气虚组。阳气虚组12例,参附注射液(雅安三九药业有限公司生产,国药准字Z51020664,成分红参、附子)30~60mL加入5%葡萄糖注射液250mL,每日1次;小牛血清去蛋白注射液(商品名奥德金,英文名称:Deproteinised Calf Blood Serum Injection。锦州奥鸿药业有限责任公司生产,国药准字H20010762;每支10mL:0.4g),1.2g加入0.9%氯化钠注射液250mL静滴,每日1次。阴气虚组9例,予参麦注射液(雅安三九药业有限公司生产,国药准字Z51021879,成分红参、麦冬)30~60mL加入5%葡萄糖注射液250mL,每日1次;奥德金1.2g加入0.9%氯化钠注射液250mL静滴,每日1次。

1.4 观察指标 治疗前后,VAS模拟评分法和美国安德森肿瘤中心疼痛评估表(MD)疼痛评估值评测^[6],观察记录患者VAS分值和MD疼痛值;记录两组临床疗效,以及临床使用过程中的不良反应。治疗前后,常规检查血常规、尿常规、出凝血时间、肝肾功能。

1.5 疗效评价 治愈:治疗结束后,停药,患者疼痛症状消失,跟踪观察8周,症状无复发。显效:VAS评分下降率大于80%。有效:下降率20%~80%。无效:下降率小于20%。显愈率=(治愈+显效)例数÷总病例数×100%;有效率=(治愈+显效+有效)例数÷总病例数×100%。VAS评分下降率=[(治疗前评分-治疗后评分)÷治疗前评分]×100%。

1.6 统计学处理 采用SPSS10.0统计软件。计量资

料以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料比较采用 χ^2 检验,采用t检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组VAS、MD评分改善情况比较 见表1。两组治疗后VAS评分与治疗前比较,均有明显下降($P<0.01$ 或 $P<0.05$),且治疗组VAS、MD评分低于对照组($P<0.05$)。

表1 两组治疗前后VAS、MD值比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	VAS	MD
治疗组 (n=21)	治疗前	8.03±0.79	87.31±22.79
	治疗后	2.26±1.37** [△]	21.36±13.92** [△]
对照组 (n=21)	治疗前	7.79±0.87	85.09±21.83
	治疗后	4.02±1.39*	45.32±12.19*

与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组临床疗效比较 见表2。治疗组有效率与对照组有效率差别不大。但治疗组临床治疗显愈率高于对照组,因样本量有限,未作统计学分析。治疗后,治疗组5例患者临床症状消失,达到临床治愈的标准。治疗2周后治疗组停药,跟踪疗效8周,症状无反跳。对照组则无法停药,否则症状反跳明显。

表2 两组临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效(%)	有效	无效	显愈(%)
治疗组	21	5	13(61.91)	3	0	18(85.71) [△]
对照组	21	0	8(38.1)	11	2	8(38.1)

与对照组比较,[△] $P<0.01$ 。

2.3 不良反应 治疗前后,两组患者血、尿、便常规,肝、肾功能,出凝血功能未见异常变化。治疗过程中,治疗组3例在输液过程中出现头晕现象,减慢输液速度,症状缓解。对照组7例出现嗜睡,8例患者出现头晕,1例患者出现轻度皮肤瘙痒,但在治疗过程中瘙痒症状逐渐消失。未见其他不良反应。

3 讨论

丘脑痛常继发于丘脑纹状体或膝状体动脉供血区、丘脑腹后核的缺血性病损。病损累及脊髓-丘脑通路或后索-内侧丘系后,引起疼痛^[7]。痛感强烈,缺乏局限性,伴随多种不快感。抗癫痫药对疼痛传递过程中的递质和离子通道有调节作用,可以治疗丘脑痛^[8]。卡马西平治疗丘脑痛有效,但其有效血药浓度为4~12mg/L,镇痛效应还可能出现递减现象^[9]。文献报道^[3],使用足量、足疗程卡马西平治疗丘脑痛,可以达到理想效果。但可能出现严重过敏反应、共济失调和骨髓抑制等。

脑梗死后丘脑痛可归属于中医学“中风”和“痛症”范畴。中风根本原因与“气虚”有关:“气为血之帅,血为

气之母,气虚则血瘀,气行则血行”。脑梗死患者“脉络瘀阻”,影响脏腑功能而加重气虚,导致气滞。对该病应益气活血化瘀,清除脑络瘀阻,使气旺血运,气行瘀除,瘀去生新^[10]。然而,气虚有阴阳之分^[5]。阳气虚患者常表现四肢不温,夜尿频多,神疲懒言,气短乏力,精神不振,舌质淡胖有齿痕,舌苔白滑或白腻,脉沉细无力或浮大无力等阳虚症状。阴气虚则常表现面色淡白,神倦乏力,心悸少寐,健忘,心烦口干,耳鸣,腰酸膝软,舌红,少苔,弦细脉。临床上需要辨证论治,才能达到较好疗效。

参附注射液为红参、附子提取物。红参益气固脱,振奋元气,补气生血;附子辛热助阳,通行十二经脉。两药合用具有益气温阳、行血、通脉之功。现代医学研究发现,参附注射液含人参皂苷、水溶性生物碱等,能增加脑血流,改善脑细胞能量代谢,阻止脑细胞钙超载,减缓细胞结构受损^[11]。附子有糖皮质激素样抗炎作用,可扩张脑动脉,改善脑细胞缺血缺氧,具有抗凝、抗血小板聚集作用,还可对抗缺血再灌注导致的脑细胞损伤^[12]。参麦注射液是人参与麦冬的提取物。人参大补元气,其性温燥,联合麦冬之微寒,可以养阴益气。参麦注射液有益气养血、养阴生津的功效^[13],对脑梗死(阴气虚证)患者有良好疗效。

“痛证”有虚实之分,实痛因于“不通则痛”;虚痛因于“不荣则痛”。丘脑痛继发于脑血管内阻滞的瘀血,瘀血可使脉络闭阻、不通则痛。其次“不通”为“不荣”之结果。明代张介宾指出“凡人之气血犹源泉也,盛则流畅,少则壅滞,故气血不虚则不滞,虚则无有不滞者”。予丘脑痛患者辨证益气,阳气虚弱组予以参附,阴气虚组予以参麦治疗,对丘脑痛起到了良好的效果。然而,对于已经形成病灶的丘脑痛,应该还需要神经营养药物予以修复。

奥德金是新生牛血清去蛋白质后的小分子混合物,其可以激活有氧代谢,提高线粒体ATP生产能力,使缺血缺氧的神经元氧利用增加,可以抑制一氧化氮(NO)合成酶,阻止NO合成,阻断由NO所介导形成的缺血瀑布连锁反应,拮抗缺血缺氧造成的细胞损伤^[14]。

本研究结果显示,辨证益气联合奥德金治疗丘脑痛,对中枢性疼痛有明显疗效,可达到临床治愈的标准,表明其可以在分子、细胞水平,修复神经细胞损伤,促进丘脑痛受损神经元结构和功能恢复,其对卒中后排尿

障碍也有较好疗效^[15],表明其可能具有对卒中后神经损伤有广泛修复的作用。本研究辨证益气联合奥德金治疗丘脑痛疗效确切,且未见明显不良反应,值得进一步研究。

参 考 文 献

- [1] Hansson P. Post stroke pain case study: clinical characteristics, therapeutic opinion and long-term follow-up[J]. Eur J Neuro, 2004, 11(1):22-30.
- [2] 刘维洲, 汤正义. 抗癫痫药物在神经性疼痛治疗中的应用[J]. 世界临床药物, 2007, 28(5):262-263.
- [3] 张雪, 樊小农, 罗丁, 等. 调神活血止痛针刺法治疗丘脑痛[J]. 中国针灸, 2010, 30(5):367-340.
- [4] 王力, 张苗. 缺血性卒中二级预防的循证医学证据[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2007, 9(8):574-576.
- [5] CHEN Songlin, Liu Xiaoyun, XU Wenming, et al. Study on the effects of western medicine combined differentiating Zheng and benefiting vital energy treating polarized hypertension[J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2012, 18(10):746-751.
- [6] 樊小农, 张雪, 武连仲, 等. 调神活血止痛针刺法与卡马西平治疗丘脑痛作用特点的动态变化观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(6):741-744.
- [7] 张国红, 朱一飞, 郭力. 神经妥乐平治疗丘脑痛的疗效观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2004, 10(5):313-314.
- [8] 王育新, 张本恕. 脑卒中后中枢痛的临床研究[J]. 中国综合临床, 2006, 22(9):787-788.
- [9] 李金恒, 许劲秋. 游离药物测定在治疗药物检测中的意义[J]. 中国药理学通报, 1999, 15(1):14.
- [10] 吴学苏, 陈华尧, 李鸣, 等. 黄芪和复方丹参注射液联合治疗急性脑梗死的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(5):380-381.
- [11] 张军, 徐瑞好, 周宛丽, 等. 心脏直视手术中参附注射液的心肌保护作用[J]. 临床麻醉学杂志, 2006, 22(2):96-98.
- [12] 师林, 柯斌, 张俊杰, 等. 参附注射液联合前列地尔治疗气虚血瘀型后循环缺血性眩晕临床研究[J]. 新中医, 2012, 44(5):13-15.
- [13] 项祖闯. 参麦注射液治疗急性脑梗塞 36 例疗效观察[J]. 浙江中医学院学报, 1997, 21(3):29.
- [14] Smolianinov AB. Actovegin treatment of duodenal ulcer associated with ischemic heart and diabetes mellitus [J]. Klin Med, 2000, 78(6):24-28.
- [15] 陈松林, 梁茵颖, 梅卫义, 等. 益气健脑治疗脑卒中后排尿障碍的临床研究[J]. 中国中医急症, 2014, 23(5):844-876.

(收稿日期 2014-10-25)

加味八珍汤快速恢复运动员身体机能状态的临床研究*

胡斌

(河南省体育科学研究所,河南 郑州 450044)

中图分类号:R64 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0210-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.008

【摘要】目的 观察加味八珍汤在阶段性大运动量训练后对运动员身体机能状态恢复的影响。**方法** 选冬训末期大负荷训练后的20名散打男子运动员,均分为两组,观察组于调整期12d内,每日服加味八珍汤1剂;空白组服用等量的安慰剂。观察无氧能力中的输出总功、最大功率、疲劳指数,有氧能力中的拉桨时间、功率、桨频等生理指标;血红蛋白(Hb)、红细胞(RBC)、白细胞(WBC)、红细胞压积(HCT)、血清尿素氮(BUN)、血清肌酸激酶(CK)等生化指标,以及中医疲劳体征诊断等,来评价加味八珍汤在调整期间对促进机体机能快速恢复的效果。**结果** 观察组经过服用加味八珍汤前后,受试运动员的输出总功、最大功率、疲劳指数和桨频均显著提高($P<0.01$),与空白组相比也有明显提高($P<0.05$);服用加味八珍汤后Hb、RBC、WBC、HCT、血清BUN和血清CK的恢复与空白组比较有明显好转($P<0.05$);用药前后观察组的中医疲劳体征诊断也明显好于空白组。**结论** 阶段大运动量训练后短期调整期间服用加味八珍汤,能明显加速运动员生理生化指标的恢复,改善运动员疲劳体征,加快身体机能状态的恢复。

【关键词】 八珍汤加减方 恢复机能状态

The Effect of Bazhen Decoction on the Recovery of function state of Athletes' Physical HU Bin. *Sports Science Research Institute of Henan Province, Henan, Zhengzhou 450044, China*

【Abstract】Objective: To observe the effect of the Athletes' Physical recovery after a large amount exercise training with Bazhen soup. **Methods:** Winter training-stage, 20 SanDa man were selected after Intensive Training, which were divided into two groups, using self-controlled method and control method. Observation group were daily medication 1 Bazhen soup in the adjustment period 12 d; control group taking the same amount of a placebo. The total output power of anaerobic capacity, maximum power, fatigue index, aerobic capacity: pull time, power, frequency and physiological indicators. Hemoglobin (Hb), red blood cell (RBC), white blood cell (WBC), hematocrit hematocrit (HCT), blood urea nitrogen (Bun), serum creatine kinase (CK) and other biochemical markers, as well as traditional Chinese medicine diagnosis and other signs of fatigue were observed to evaluate Bazhen Decoction during the adjustment of the effect of promoting the rapid recovery of body function. **Results:** The total power output tested athletes, maximum power, and paddle-frequency fatigue index of observation group were significantly increased ($P<0.01$), there also was statistic difference compared with the control group ($P<0.05$); After taking the Bazhen soup, the Hb, RBC, WBC, HCT, serum BUN and serum CK recovery had significantly improved compared with the control group ($P<0.05$); TCM diagnostic signs of fatigue before and after treatment in the observation group was also significantly better than the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** In the Overload Training stage, Bazhen Decoction can significantly accelerate recovery of the athletes' physiological and biochemical indicators during the short-term adjustment, improve athlete signs of fatigue, speed recovery of physical condition.

【Key word】 Bazhen Decoction; recovery performance

散打是对运动员身体机能要求很高的对抗性项目,特别是在冬训末期训练量比较高,训练负荷密度相对较大的训练阶段,对机体的消耗也相对较大。该阶段训练后运动员机体常表现为有氧能力、无氧能力和血

红蛋白均出现短期下降,血肌酸激酶和血尿素升高,肌肉发僵,身体发软,有气无力等症状,这些均属运动性疲劳的表现,与机体气血的过度消耗而致机体机能力下降,以及代谢物的堆积和排泄不畅有关。而冬训后仅1周的休息调整时间,紧接着进入更高负荷强度的赛前训练阶段,以往多以补充营养和自然恢复的办法,

* 基金项目:河南省自然科学基金项目(072102310005)

往往因时间短而恢复不完全。笔者在前期研究的基础上运用气血双补的传统经典方八珍汤加味来促进机体恢复,在改善机体机能能力方面取得了较理想的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2013年冬训末期,即将转为赛前训练的7d调整期内,河南省武术运动管理中心的散打项目的20名备战“十三运会”的一线男子选手。专业训练年限均在8年以上,年龄18~25岁,平均(21.30±2.52)岁;身高平均(167.60±11.50)cm,均为健将级运动员。随机分为观察组和空白组各10例。两组临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 用药方法 八珍汤组方:人参10g,茯苓15g,白术15g,甘草10g,熟地黄15g,白芍15g,当归15g,川芎15g。考虑到运动员这一特殊群体,机能状态的下降多是因训练而引起的以气血消耗过度而致的气血虚,体内代谢废物堆积,加丹参10g以活血;肌肉僵硬者加葛根15g,汉防己10g以解肌;有因津液亏耗严重而发热者加麦冬20g,沙参15g以清热生津;腰膝酸软者加牛膝15g以壮腰膝;失眠者加远志10g,酸枣仁15g以安神定智;纳差腹胀者加陈皮15g,山楂15g以和胃消食。观察组于调整日当天开始服用加味八珍汤,每日1剂,两煎合并药液,分早晚2次,空腹服200mL,服7剂为1个疗程;空白组服用等剂量的安慰剂。调整期训练以正常的低运动量为主。

1.3 观察方法 生理、生化指标测试和中医疲劳诊断均分用药前、后2次,分别于调整日当天上午和用药结束的次日上午进行。(1)测试指标。生理指标,无氧能力中的输出总功、最大功率、疲劳指数;有氧能力的拉浆时间、功率、桨频;生化指标,血常规中的血红蛋白(Hb)、白细胞(WBC)、红细胞压积(HCT),血清尿素氮(BUN),血清肌酸激酶(CK);中医诊断指标主要反映疲劳的一些临床症状,以肌肉酸痛、僵硬、关节疼痛、腰膝酸痛,是否肢体疲倦等作为形体疲劳症状,以食欲、二便、是否心慌、眩晕耳鸣、面黄苍白、少气懒言、是否手足心热等作为脏腑疲劳症状,是否失眠、睡不沉等作为神经疲劳的症状。(2)测试方法。①无氧能力测试。使用改良的Monark功率自行车法^[1]测定腿部肌肉的做功能力。每次测试均要求受试者测试前进行2~3min的蹬车准备活动后,尽可能地快速蹬车,在3~4s内调整到规定的阻力负荷(75g/kg BW),同时开始计时,进行30s的全力蹬车,记录每次每人的5s内最大输出功率和5s内最小输出功率,30s平均输出功率及输出总功,计算并记录疲劳指数。疲劳指数=[最大功率(5s)-最小功率(5s)]/最大功率(5s)×100%。②有氧能力测试。使用Concept型划船测功仪法^[2],对受试队员

进行2次有氧能力测试,每次均以75%最大功率做拉浆运动,记录两次测试前安静心率、体重、血压、室内温度,尽量保持两次测试时各指标相同。每次测试准备活动以120~130次/min的心率慢跑30min后,开始做拉浆运动,直致力竭,记录2次运动全过程的心率、功率、桨频和时间。③生化指标测试共分用药前、后2次,分别于用药当天早上和停药后的次日早上抽取空腹静脉血2mL。以全自动血红蛋白仪的全血模式测试血常规,而后离取血清以半自动生化仪测血清BUN和血清CK。④运动疲劳体征的中医诊断依据张世明^[3]根据中医对疲劳症候的分型诊断理论和GB/T16751-1997国家标准《中医临床诊疗技术术语》的有关条款,归纳出的运动性疲劳中医分型和诊断标准进行诊断。

1.4 统计学处理 计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示。采用 χ^2 检验和t检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组用药后对机体无氧能力恢复的影响 见表1。调整期用药前后,观察组输出总功、最大功率和疲劳指数均有显著变化($P<0.01$),与空白组比有明显变化($P<0.05$);而空白组前后自身比也有明显变化($P<0.05$),但变化的幅度较观察组小。

表1 两组用药后对无氧能力恢复的影响($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	输出总功(J/kg BW)	最大功率(w/kg BW)	疲劳指数(%)
观察组 (n=10)	治疗前	218.00±28.39	8.20±2.89	47.00±5.79
	治疗后	258.00±34.14** [△]	15.80±4.13** [△]	32.00±3.66** [△]
空白组 (n=10)	治疗前	219.00±27.84	8.30±2.78	47.00±5.81
	治疗后	236.00±30.25*	12.40±3.64	39.00±4.59*

与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与空白组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组用药后对机体有氧能力的影响 见表2。调整期用药前后,观察组拉浆时间、功率和桨频都有所增加,其中拉浆时间有显著延长($P<0.01$),桨频有显著增加($P<0.01$),输出功率也显著增加($P<0.01$)。空白组调整期前后各项指标也有明显好转($P<0.05$)。观察组与空白组相比,恢复较为明显($P<0.05$)。

表2 两组用药后对有氧能力恢复的影响($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	拉浆时间(min)	功率(w)	桨频(次/min)
观察组 (n=10)	治疗前	23.38±2.42	241.37±20.46	24.55±3.80
	治疗后	35.73±5.61** [△]	331.02±32.74** [△]	34.39±2.03** [△]
空白组 (n=10)	治疗前	23.05±2.46	236.58±20.11	24.62±3.75
	治疗后	28.23±5.79*	278.38±26.32*	28.60±1.93*

2.3 两组用药后对Hb、RBC、WBC、HCT的影响 见表3。调整期用药前后,观察组Hb、RBC、WBC、HCT均显著升高($P<0.01$),空白组各指标也较明显升高($P<$

0.05)。观察组相对空白组 Hb、WBC 指标升高较为明显 ($P < 0.05$), RBC、HCT 值相对空白组升高较多, 但均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表3 两组用药后对 Hb、RBC、WBC、HCT 恢复的影响 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	Hb(g/L)	RBC($\times 10^{12}/L$)	WBC($\times 10^9/L$)	HCT(%)
观察组 (n=10)	治疗前	131.38 \pm 10.42	4.12 \pm 1.01	4.37 \pm 1.46	38.55 \pm 3.80
	治疗后	153.73 \pm 11.61** Δ	4.92 \pm 1.14**	6.42 \pm 1.84** Δ	45.39 \pm 4.03**
空白组 (n=10)	治疗前	130.85 \pm 10.46	4.15 \pm 1.03	4.48 \pm 1.71	37.62 \pm 3.75
	治疗后	141.23 \pm 11.79*	4.68 \pm 1.07*	5.38 \pm 1.72*	42.60 \pm 3.93*

2.4 两组用药后对血清 BUN、CK 的影响 见表4。调整期用药前后, 观察组血清 BUN、CK 水平显著下降, 并恢复正常 ($P < 0.01$), 空白组两指标也明显下降, 但平均值仍处于较高水平 ($P < 0.05$)。而观察组与空白组相比, 两指标则明显下降 ($P < 0.05$)。

表4 两组用药后对血清 BUN、CK 恢复的影响 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	BUN(mmol/L)	CK(U/L)
观察组 (n=10)	治疗前	8.82 \pm 1.26	478.23 \pm 40.37
	治疗后	5.40 \pm 1.05** Δ	200.08 \pm 24.73** Δ
空白组 (n=10)	治疗前	8.73 \pm 1.22	456.56 \pm 38.54
	治疗后	7.16 \pm 1.10*	316.46 \pm 27.90*

2.5 两组用药后对运动性疲劳恢复的影响 用药后, 观察组运动员形体疲劳 2 例, 脏腑疲劳 1 例, 神志疲劳 1 例。空白组分别为 4、3、4 例。观察组 3 种疲劳例数远低于空白组, 因样本量有限, 未作统计学分析。

3 讨论

运动员长期大运动量训练, 都会发生身体机能状态的短期下降性改变, 即所谓的运动性疲劳。由于训练的连续性要求, 又不能给予充分的休息时间来恢复到正常的机能状态, 多数情况下运动员恢复不彻底而致影响下一阶段的训练效果, 甚至出现伤病。在运动医学上, 运动性疲劳是一种临床常见症状, 其本质是一过性脏腑功能下降、失调或气血消耗过度, 属于功能性、暂时性的整体系列变化。这种状态即使不采取任何措施, 通过一定时间的休息即可以自行消除。

中医学认为“劳则气耗”, 运动过程即是个耗伤气血的过程, 又是个精神高度紧张致使机体处于暂时的

不平衡状态的过程^[4]。针对运动员气血亏耗的这一病理现象, 笔者采用中药传统气血双补的八珍汤加味, 来抓住短暂的训练调整期加快运动员机能能力的恢复, 以保障下一阶段的训练计划的有效落实, 并且预防过度疲劳的发生。八珍汤出自《正体类要》, 具有补气、养血之功效, 常用于气血两虚证。运动员大运动量训练后普遍会发生运动性贫血, 表现为头晕眼花、面黄、四肢倦怠、心悸怔忡, 食欲减退, 失眠等, 大部分也会出现肌肉酸痛、僵硬、关节疼痛、腰膝酸痛, 食欲不振、手足心热、烦躁失眠等临床症状, 与心、肝、脾、肾等脏腑功能受影响有关, 我们皆以相应临床症状给与加味治疗。方中人参可大补元气, 有增强免疫作用, 配以熟地黄、当归、芍药有养血和营, 滋养心肝等功效; 茯苓、白术健脾利湿, 助人参益气补脾; 加以陈皮、山楂以和胃消食; 丹参、川芎能活血化瘀行气, 利于机体气血运行, 使方药补而不滞; 牛膝以补肝肾、强筋骨、逐瘀通经, 对腰膝酸软、手足心热有很好作用; 沙参、麦冬助熟地黄以滋阴、生津、清热; 汉防己中含有汉防己甲素有松弛肌肉的作用, 与葛根有协同解肌的效果; 远志、酸枣仁以安神定智, 清心除烦, 改善睡眠的作用。古人治气虚以四君子汤, 治血虚以四物汤, 气血俱虚者以八珍汤, 实践证明在八珍的基础上根据临床症状进行加味治疗运动性疲劳, 在促进机体机能的快速恢复方面有显著疗效。为我们由大运动量训练阶段转入大强度训练阶段的短期调整, 提供了快速有效的医疗保障。

阶段大运动量后的短期调整期间, 服用加味八珍汤, 能明显改善运动员的有氧和无氧运动能力, 改善血常规, 加速机体代谢废物的排泄, 改善运动员的临床疲劳症状, 明显加快运动性疲劳恢复的作用, 对机体机能的快速恢复有明显促进作用。

参 考 文 献

- [1] 王清. 我国优秀运动员竞技能力状态诊断和监测系统的研究与建立[M]. 北京: 人民体育出版社, 2004: 243.
- [2] 赖寒, 郑伟涛, 马勇, 等. 赛艇运动员测功仪速度素质的测试分析[J]. 山东体育学院学报, 2006, 22(5): 74.
- [3] 张世明, 虞亚明, 马建, 等. 运动性疲劳的中医分型与诊断研究[J]. 体育科学, 1998, 18(6): 59-63.
- [4] 王景利. 运动性疲劳的产生及中医调节机制[J]. 辽宁体育科技, 2005, 27(6): 42-43.

(收稿日期 2014-12-04)

欢迎投稿 · 欢迎订阅

中医药对支气管哮喘患者肺功能改善的影响*

石凤琴¹ 杨宏山¹ 高炎超²

(1. 北京市昌平区医院, 北京 102200; 2. 南方医科大学附属何贤纪念医院, 广东 广州 511400)

中图分类号: R562.2+5 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)02-0213-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.009

【摘要】目的 观察中医辨证疗法对支气管哮喘患者肺功能改善的影响。**方法** 60例患者随机分为观察组和对照组, 每组30例。对照组采用常规西药治疗, 观察组采用中医辨证疗法, 观察两组治疗效果。**结果** 观察组患者肺部功能改善情况显著优于对照组($P < 0.05$); 观察组显效率(寒哮喘为78.57%, 热哮喘为62.50%)优于对照组(40.00%)($P < 0.05$)。观察组组间相比无明显差异($P > 0.05$)。观察组患者复发时间间隔长于对照组($P < 0.05$)。两组患者治疗后各中医症状均得到不同程度的改善, 观察组较治疗组改善情况更加显著($P < 0.05$)。**结论** 中医辨证的治疗方法, 能有效地治疗支气管哮喘, 改善支气管哮喘患者的肺部功能。

【关键词】 支气管哮喘 中医辨证疗法 肺部功能

Effect of TCM Syndrome Differentiation Therapy on Lung Function in Patients with Bronchial Asthma

SHI Fengqin, YANG Hongshan, GAO Yanchao. Changping District Hospital of Beijing, Beijing 102200, China

【Abstract】Objective: To explore the effect of TCM syndrome differentiation therapy on lung function improvement of patients with bronchial asthma. **Methods:** 60 patients with bronchial asthma were randomly divided into observation group and control group, with 30 cases in each group. The control group was given conventional western medicine therapy while the observation group was treated with TCM syndrome differentiation therapy. The effects of two groups were observed. **Results:** The lung function of patients in observation group was significantly better than that of control group, and the difference is statistically significant ($P < 0.05$). Effective rate of observation group was 78.57%, significantly better than 40% of control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Recurrence period of observation group was longer than that of control group, and the difference statistically significant ($P < 0.05$). TCM symptoms of two groups after treatment improved to varying degrees, but observation group made more significant improvement ($P < 0.05$). **Conclusion:** TCM syndrome differentiation therapy can effectively treat bronchial asthma and improve lung function in patients with bronchial asthma.

【Key words】 Bronchial asthma; TCM syndrome differentiation therapy; Lung function

中医学认为, 哮喘可由肺部痰湿停聚, 寒邪入体导致痰液阻气道, 致使肺部气机不畅, 肺失宣肃而形成气喘和咳嗽^[1-2]。由于病程时间长, 易反复发病, 因而患者长期使用各种抗生素、糖皮质激素和抗哮喘药物, 然而, 治疗效果却不如意, 反而会引发一系列的副作用, 所以患者亟需一种安全有效的治疗方法来治疗疾病^[3]。为探究中医辨证疗法对支气管哮喘患者肺功能改善的影响, 特选取我院近年来收治的60例支气管哮喘患者进行研究。现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 病例选择 符合中医辨证分型标准^[3], 依据病因的性质、舌脉、痰色和恶寒等情况, 将支气管哮喘分

为寒哮喘和热哮喘。纳入标准: (1) 与支气管哮喘的病理诊断特征相符; (2) 年龄16~75岁; (3) 患者的病情处于缓解期的哮喘或者慢性持续期; (4) 持续使用抗哮喘的药物达2个月者, 慢性缓解期间的间歇性的哮喘除外。排除标准: (1) 酗酒者; (2) 患有其他心、肾、肝或神经系统的疾病者; (3) 妊娠合并症患者。

1.2 临床资料 选取笔者所在医院2013年1月至2014年1月收治的60例支气管哮喘患者, 随机分为观察组和对照组两组。观察组30例, 男性18例, 女性12例; 年龄29~68岁, 平均(33.00±2.40)岁; 寒哮喘14例、热哮喘16例; 对照组男性14例, 女性16例; 年龄30~66岁, 平均(34.00±2.10)岁; 寒哮喘17例、热哮喘13例。两组患者性别、年龄等临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

*基金项目: 广东省科学技术厅医药卫生基金资助项目(2012A030400049)

1.3 治疗方法 对照组患者采取西医治疗:口服头孢氨苄胶囊,每次 0.5 g,每日 3 次;氨茶碱片,每次 0.1 g,每日 3 次;地塞米松片,每次 0.75 mg,每日 3 次,5 d 后适当减量;7 d 为 1 个疗程。观察组采用中医辨证论治法,将支气管哮喘分为寒哮喘和热哮喘。(1)寒哮喘治疗方法。以小青龙汤加减:干姜 3 g,法半夏 12 g,细辛 3 g,桂枝 5 g,炙甘草 6 g,炙麻黄、冬花、五味子、紫菀、芍药、百部各 10 g。(2)热哮喘治疗方法。以麻杏石甘汤加减:甘草 6 g,石膏 30 g,炙麻黄 6 g,杏仁、黄芩、地龙、紫苏子、白前、浙贝母各 10 g。两组均每日服用 1 剂药,每日 3 次,水煎口服,7 d 为 1 个疗程。

1.4 观察指标 观察两组患者治疗前后肺部功能的情况,主要包括肺活量(FVC)、呼气容积(FVC₁)和呼活量比(FVC₁%),评价肺功能的治疗效果。并根据患者主要症状的严重程度对患者中医症状进行评分,详细记录治疗前后中医症状评分^[5]。

1.5 疗效评价 显效:咳嗽哮喘症状消失,肺部未闻及湿啰音。有效:患者咳嗽哮喘症状有所减轻,但肺部仍然存在少量湿啰音。无效:患者咳嗽哮喘症状无明显好转^[4]。

1.6 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件。计量数据以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后肺部功能比较 见表 1。观察两组患者治疗前后肺活量、呼气容积和呼活量比的值,发现观察组患者肺部功能的恢复程度显著高于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后肺部功能的分析比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	肺活量(L)	呼气容积(L)	呼活量比(%)
观察组 (n=30)	治疗前	2.23±0.23	1.44±0.35	58.92±9.67
	治疗后	2.61±0.57 [△]	1.67±0.44 [△]	65.97±13.68 [△]
对照组 (n=30)	治疗前	2.34±0.44	1.32±0.43	58.17±10.53
	治疗后	2.32±0.35	1.46±0.24	60.07±6.24

与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组患者治疗效果比较 见表 2。观察组治疗效果显著优于对照组($P<0.05$)。观察组组间差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 两组患者临床疗效比较 n(%)

组别	n	显效	有效	无效	
观察组	寒哮喘	14	11(78.57) [△]	2(14.29)	1(7.14)
	热哮喘	16	10(62.50) [△]	2(12.5)	4(25.00)
对照组	30	12(40.00)	12(40.00)	6(20.00)	

2.3 两组患者复发时间间隔比较 见表 3。观察两组

患者复发间隔时间长于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组患者复发时间间隔比较 n(%)

组别	n	0~3 个月	4~6 个月	7~12 个月
观察组	30	1(3.33) [△]	2(6.67) [△]	4(13.33) [△]
对照组	30	6(20.00)	8(26.67)	11(36.67)

2.4 两组患者中医症状疗效积分的比较 见表 4。两组患者在治疗后各中医症状均得到不同程度的改善,且观察组较对照组改善情况更加显著($P<0.05$)。

表 4 两组患者中医症状疗效积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	喘息	咳嗽	哮喘音
观察组 (n=30)	治疗前	2.31±0.54	2.28±0.52	2.38±0.55
	治疗后	0.97±0.69 ^{*△}	0.97±0.69 ^{*△}	1.00±0.67 ^{*△}
对照组 (n=30)	治疗前	2.19±0.54	2.13±0.55	2.19±0.54
	治疗后	1.21±0.66 [*]	1.19±0.64 [*]	0.97±0.60 [*]

与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$ 。

3 讨论

中医学认为哮喘是由于发作性地痰鸣而产生的气喘疾病,病发时喉中闻及湿啰音,呼吸不顺,平卧时喘息严重。而现代医学则认为哮喘是由多种炎症细胞参与气道的慢性炎症,主要炎症细胞有肥大细胞、嗜酸性粒细胞和 T 淋巴细胞,表现为持续出现的喘息,胸闷,呼吸不顺和咳嗽等特征。比较两者对哮喘的定义,发现中医学对哮喘是以其病发的特征为主来界定,而现代医学主要是根据对哮喘不同的治疗方法来确定哮喘类型,西医将哮喘分为急性期和缓解期,而中医学则将哮喘分为热哮喘和寒哮喘。

本研究结果显示,观察组患者肺活量、呼气容积和呼活量比显著优于对照组,与朱勇等报道一致^[6];观察两组患者治疗效果,发现观察组患者疗效显著优于对照组,符合门剑龙、李娜嘉等的报道结果^[7-8];比较两组患者复发间隔时间,发现观察组优于对照组。究其原因,笔者认为与中医辨证论治中使用的药物息息相关。在治疗热哮喘时,使用麻杏石甘汤加味,方中麻黄平喘利水,利肺;石膏用量多于麻黄,因而可清除肺部之郁热,减轻患者痛苦;紫苏子、杏仁和白前均具有止咳和平喘的作用;浙贝母可起到清除郁热和化痰的效果;地龙和黄芩可解毒清肺,缓解患者因咳嗽而导致的阵痛;甘草益气和中,调和诸药。全方共奏清肺化痰和平喘止咳的效果^[9]。治疗寒哮喘以小青龙汤加减,其中桂枝和麻黄起到了祛寒和顺气的作用;干姜则能温肺化饮;紫菀、款冬花和百部止咳平喘;半夏燥湿化痰;五味子生津敛肺,芍药助阴,可防止肺部气阴两伤;全方共奏温肺化痰、止咳平喘之功^[10]。两组药方治疗效果显著,改善支

(下转第 233 页)

攻癌镇痛散外敷治疗癌性疼痛的临床研究*

巫桁鏢¹ 蒋 参¹ 蒋 唯² 熊慧生^{1△}

(1.重庆市肿瘤研究所,重庆 400030;2.重庆市沙坪坝区第二人民医院,重庆 400030)

中图分类号:R730.59 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0215-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.010

【摘要】目的 观察攻癌镇痛散外敷治疗癌性疼痛的临床疗效。**方法** 将94例肿瘤伴癌性疼痛患者均予基础治疗,随机分为中药组、西药组各30例(分别予攻癌镇痛散外敷,西药三阶梯止痛疗法),中西医结合组34例(予上述中西药合用),观察肿瘤患者止痛效果、生活质量改善情况及不良反应。**结果** 总有效率比较,中药组66.67%,低于西药组的93.33%及中西医结合组的94.12%($P<0.05$);西药组和中西医结合组疗效相近($P>0.05$)。起效时间、疗效持续时间比较,中药组低于西药组及中西医结合组($P<0.05$);西药组和中西医结合组疗效相近($P>0.05$)。KPS评分比较,中药组的改善不及西药组和中西医结合组($P<0.05$);西药组和中西医结合组治疗后KPS评分均改善效果相近($P>0.05$)。不良反应发生率比较,中药组为16.67%,低于西药组的90.00%及中西医结合组的52.94%($P<0.05$);西药组和中西医结合组发生相近($P<0.05$)。**结论** 攻癌镇痛散外敷与三阶梯止痛疗法结合治疗癌性疼痛疗效显著,可明显改善生活质量,明显降低患者应用三阶梯药物的主要不良反应。

【关键词】 癌性疼痛 攻癌镇痛散 中药外敷 外治法 恶性肿瘤并发症

Clinical Observation on 94 Cases of Gonggaizhengtong Powder for External Application on Cancer Pain
WU Hengke, XIONG Huisheng, JIANG shen. Chongqing Cancer Institute, Chongqing 400030, China

【Abstract】Objective: To observe the analgesic effect of Gonggaizhengtong Powder for external application on cancer pain. **Methods:** 94 cases were randomly divided into the group of western medicine treatment (W group), chinese medicine treatment (C group) and integrated traditional and western medicine treatment (CW group), 30 cases in W group with the 3 step therapy, 30 cases in C group with external application of Gonggaizhengtong Powder, 34 cases in CW group with both of the treatment methods above. Some indices were observed including the antalgic effect, the life quality mprovement and the adverse reaction. **Results:** The study showed that analgesic effects of W group and CW group were significantly better than C group (Effective Rate 93.33% & 94.12% vs. 66.67%, $P<0.05$). In the compare of subgroups, effective rate in CW group was slightly higher than that in W group (94.12% vs. 93.33%), but the difference was not statistically significant ($P>0.05$). Similarly, there was a faster onset time, longer duration of analgesic effect and better quality of life in W group and CW group with those in C group ($P<0.05$). But, in the compare of subgroups, the onset time, duration and quality of life were no difference between W group and CW group ($P>0.05$). While C group significantly reduced adverse reaction rate compared with W group or CW group ($P<0.05$), and in the compare of subgroups, The study also showed that the rate of adverse reaction was lower in CW group than that in W group ($P<0.05$). **Conclusions:** The study showed that combined use of Gonggaizhengtong Powder for external application and western medicine can synergistically enhance the analgesic effect, improve the quality of life, and significantly reduce adverse reactions.

【Key words】 Cancer Pain; Gonggai zhentong San; External application of Chinese Medicine; External treatment; Complication of malignant tumor

癌性疼痛(cancer pain)是指癌症及癌症相关性病变所致的疼痛,调查显示51.0%~61.6%的恶性肿瘤患者伴有疼痛^[1]。据WHO统计,晚期癌症患者疼痛发生率高达75%以上^[2]。目前WHO推行的癌症三阶梯止

痛疗法^[3]虽然疗效比较确切,但长期使用镇痛剂的不良反应亦较为常见,降低了患者的依从性,影响治疗效果。癌性疼痛能否得到有效的控制,对患者生存质量有着重要意义^[4]。中药外敷治疗癌性疼痛具有独特优势,笔者试将中药攻癌镇痛散与三阶梯止痛疗法相结合治疗癌性疼痛,疗效显著,不良反应少。现报告如下。

* 基金项目:重庆市卫生局中医药科技项目(2011-2-25)

△通信作者(电子邮箱:xiong6383@163.com)

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:(1)符合国际抗癌联盟(UICC)的肿瘤诊断标准[3],经病理学和/或细胞学诊断,或影像学结合特异性肿瘤标记诊断为恶性肿瘤的住院患者;(2)中医诊断《中医诊断学》[5]辨证分型证治标准,符合为气滞血瘀;(3)疼痛部位局限于胸部、四肢部、背部、腰部、腹部,且疼痛部位≤3个,疼痛明确、固定,宜于进行外敷治疗,表皮无破损,局部无红肿、发热;(4)无药物过敏史,无智力及精神障碍,有自主判断能力;(4)年龄>18岁;(5)预计生存期大于3个月者;(6)同意参加本观察,签署知情同意书者。排除标准:(1)有严重心、脑、肝、肾功能障碍者,或有出血及明显出血倾向者;(2)对阿片类药物、解热镇痛药物、酒精过敏及过敏体质者;(3)妊娠、哺乳期妇女;(4)预计生存期小于3个月者;(5)伴有精神、意识障碍,不能合作评价者。

1.2 临床资料 选择94例肿瘤患者,全部病例均为2012年9月至2014年2月笔者所在医院住院患者,采用随机数字表法随机分为3组,其中中药组30例,男性14例,女性16例;年龄43~74岁,平均(62.10±5.52)岁。西药组30例,男性17例,女性13例,年龄40~71岁,平均(63.22±6.30)岁。中西医结合组34例,男性16例,女性18例;年龄46~75岁,平均(61.25±6.24)岁。各组临床资料差异无统计学意义(P>0.05)。3组病种分布、疼痛程度及疼痛部位见表1。

表1 各组病种分类比较(n)

Table with 4 columns: 组别, n, 病种分类 (肺癌, 大肠癌, 肝癌, 胃癌, 胰腺癌, 其他), 轻重程度 (轻度, 中度, 重度), 疼痛部位 (内脏痛, 躯体痛, 混合痛)

1.3 治疗方法 (1)中药组:在基础治疗的同时,给予外敷攻癌镇痛散。药物制备:攻癌镇痛散由明矾、芒硝、乳香、没药、血竭、青黛、冰片、川芎、威灵仙组成,中药材均购自重庆慧远药业有限公司,由该公司将药物散研细末,过200目筛备用。使用前清洁疼痛部位,然后将药末用开水调成糊状,平摊于石膏棉垫上,厚度约3mm,面积直径约大于疼痛部位皮肤2mm,药膏上顺序敷盖纱布和塑料薄膜,胶布封闭固定。每日1次,贴敷时间8~12h,每日1次,贴敷时间8~12h,不予西药止痛。贴敷1次无效者出组。(2)西药组:在基础治疗的同时采用WHO推荐的三阶梯止痛疗法,参考药物说明书常规剂量给药。继续加量服用原三阶梯药物或换药治疗。(3)中西医结合组:在三阶梯疗法基础上,外敷攻癌镇痛散贴敷方法同前。3组疗程均为10d。

1.4 观察方法 分别于用药前及用药后24h记录患

者疼痛强度、疗效持续时间及不良反应。疼痛程度分级参照WHO疼痛评价标准:以疼痛数字分级法(NRS)判断[6]。

1.5 疗效标准 参照WHO癌痛评价标准[7]。完全缓解(CR):治疗后完全无痛。部分缓解(PR):疼痛较治疗前明显减轻,睡眠基本不受影响,能正常生活。轻度缓解(MR):疼痛较治疗前减轻,但仍感明显疼痛,睡眠仍受影响。无效(NP):疼痛与治疗前比较无减轻。

1.6 统计学处理 应用SPSS 10.0统计软件。计量资料以(x±s)表示,采用方差分析和χ²检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组综合疗效比较 见表2。结果示中药组疗效低于西药组和中西组(P<0.05);后两组疗效相近(P>0.05)。

表2 各组患者疗效比较(n)

Table with 6 columns: 组别, n, 完全缓解, 有效部分缓解, 轻度缓解, 无效, 总有效(%)

与中药组比较, ΔP<0.05。下同。

2.2 各组起效时间、疗效持续时间比较 见表3。中药组的起效时间和持续时间低于中西组和西药组(P<0.05),后两组则情况相近(P>0.05)。

表3 各组起效时间、疗效持续时间比较(h, x̄±s)

Table with 4 columns: 组别, n, 起效时间, 持续时间

2.3 各组治疗前后生活质量比较 中药组治疗前后KPS评分分别为(60.02±5.15)分、(65.50±7.10)分,改善不明显(P>0.05);西药组治疗前后KPS评分分别为(61.13±4.60)分、(86.24±6.05)分,中西组分别为(61.33±5.17)分、(88.25±7.14)分,两组治疗后评分改善明显(P<0.05)。治疗后西药组、中西组评分改善均优于中药组(P<0.05),西药组与中西组相近(P>0.05)。

2.4 各组主要不良反应比较 见表4。中药组发生率低于西药组与中西组(P<0.05);中西组不良反应发生

表4 3组患者主要不良反应比较(n)

Table with 4 columns: 组别, n, 便秘, 恶心、呕吐, 发生率

中药组与西药组及中西组比较, ΔP<0.05;西药组和中西组比较, *P<0.05。

(下转第268页)

蓝芩口服液治疗小儿急性手足口病的临床研究*

张会珍 王琳

(江苏省连云港市第二人民医院,江苏 连云港 222023)

中图分类号:R512.5 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0217-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.011

【摘要】目的 观察蓝芩口服液治疗小儿急性手足口病的临床疗效。**方法** 将患儿135例随机分成两组,试验组70例,对照组65例,两组患者组均予一般治疗,对照组给予利巴韦林喷雾剂治疗;试验组在对照组治疗基础上,加入蓝芩口服液辅助治疗。观察并记录患儿治疗后退热时间、手足疱疹消退时间、口腔溃疡愈合时间及平均住院时间。**结果** 两组患者治疗后,试验组的总有效率为91.43%,高于对照组之81.54%($P < 0.05$);试验组的退热时间、手足疱疹消退时间、口腔溃疡愈合时间、平均住院时间明显短于对照组($P < 0.05$);两组患者均无明显不良反应发生。**结论** 蓝芩口服液辨治小儿急性手足口病临床疗效满意,可有效地缩短患儿的症状改善时间、住院时间,且无明显的不良反应发生。

【关键词】 小儿急性手足口病 蓝芩口服液 实验研究 临床观察

Clinical Study of Lanqin Oral Liquid Treating Acute Hand-Foot-Mouth Disease ZHANG Huizhen, WANG Lin. *The Second People's Hospital of Lianyungang, Jiangsu, Lianyungang 222023, China*

【Abstract】Objective: To observe the curative effect of Lanqin oral liquid treating acute hand-foot-mouth disease. **Methods:** 135 cases were randomly divided into two groups, 70 cases in treatment group and 65 cases in control group. Both groups were given normal treatment. The control group was given ribavirin spray and the treatment group on the basis of that was added with Lanqin oral liquid. Children's fever time, hand-foot herpes fade time, oral ulcer healing time and average hospitalization time were observed and recorded. **Results:** After treatment, the total effective rate of treatment group (91.43%) was higher than that of control group (81.54%) ($P < 0.05$). Experimental herpes fading time, anti-febrile time, hand-foot healing time, and average hospitalization time of treatment group were significantly shorter than those of the control group ($P < 0.05$). No obvious incidence of adverse reactions occurred in both groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Lanqin oral liquid can effectively treat acute hand-foot-mouth by shortening patient's symptoms improvement time and length of hospital stay with no obvious adverse reaction.

【Key words】 Acute hand-foot-mouth disease (HFMD); Lanqin oral liquid; Experimental study; Clinical observation

小儿急性手足口病(HFMD)是近些年来临床中比较常见的一种多发于婴幼儿的传染性疾病,具有传播速度快、感染性较强、容易在儿童中呈散发或暴发流行等特点。HFMD好发人群是婴幼儿,但其流行无明显的地域特征和季节性特征,一年四季均可发病,但是以夏秋季节较为多见,冬季比较少见^[1]。HFMD主要是由肠道病毒71型(EV71)、科萨奇A组16型(Coxsackievirus A16)等肠道病毒引起的出疹性传染病,临床综合征主要表现为发热,手足、臀部出现水疱、斑丘疹以及口腔出现疱疹、溃疡等^[2],目前在我国被列为法定丙类传染病进行管理。大多数HFMD患儿症状比较轻微,少数患儿病情比较严重,可引起心肌炎、肺炎、无菌性脑膜脑炎

等严重并发症,如不及时治疗,可导致死亡^[3]。目前本病的治疗在临床上尚无特效的药物,也没有预防接种的相关疫苗。在本研究中笔者应用蓝芩口服液治疗HFMD普通型70例,取得较满意的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2012年7月至2013年9月于儿科住院并确诊为HFMD普通型的患儿135例,均符合《小儿急性手足口病诊疗指南(2012年版)》^[4] HFMD普通型诊断标准,无重症病例。对所有的患儿进行实验室检查发现,其白细胞计数以及中性粒细胞计数均正常或升高,绝大多数(131例)患儿淋巴细胞数量相对增加,仅有4例患儿淋巴细胞数量减少。其中男性72

* 基金项目:江苏省卫生厅科技扶持计划项目(20120618)

例,女性 63 例;年龄 5 个月至 8 岁,平均年龄 3 岁 6 个月。随机分成两组,其中试验组 70 例,男性 37 例,女性 33 例;年龄 5 个月至 8 岁,平均年龄 3 岁 4 个月;发热 56 例,出疹 70 例,咳嗽 21 例。对照组 65 例,男性 35 例,女性 30 例;年龄 6 个月至 7 岁 6 个月,平均年龄 3 岁 7 个月;发热 53 例,出疹 65 例,咳嗽 19 例。两组患儿临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组患者组均予一般治疗,适当休息,清淡饮食,注意隔离,避免交叉感染,同时做好口腔和皮肤护理,发热患者要采取降温措施。对照组给予利巴韦林喷雾剂治疗,喷雾喷入鼻腔和咽喉,每隔 4~5 h 治疗 1 次;试验组在对照组治疗的基础上,加入蓝芩口服液辅助治疗,1~2 岁,每次 5 mL,每日 3 次;2~3 岁,每次 10 mL,每日 2 次;4~8 岁,每次 10 mL,每日 3 次。

1.3 疗效标准 观察并记录患儿治疗后退热时间、手足疱疹消退时间、口腔溃疡愈合时间及平均住院时间,疗效标准参照《手足口诊疗指南》^[5]、《中医病证诊断疗效标准》。显效:食欲明显改善,体温恢复正常,疱疹干燥、结痂,无渗液,口腔溃疡消退。有效:食欲较前增加,体温基本上正常,疱疹干燥,已结痂,可有少量的渗液,口腔溃疡明显减少,但未完全消退。无效:食欲无明显改善,仍有发热,疱疹、口腔溃疡较前减少不明显,甚则增加,或破溃,合并细菌感染。总有效=显效+有效。

1.6 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后临床疗效比较 见表 1。两组患者治疗后,试验组的总有效率高于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
试验组	70	40	24	6	64(91.43) [△]
对照组	65	33	20	12	53(81.54)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组患者治疗后临床症状改善时间、住院时间比较 见表 2。两组患者治疗后,试验组的退热时间、手足疱疹消退时间、口腔溃疡愈合后时间、平均住院时间明显短于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗后症状改善时间、住院时间比较($\bar{d},\bar{x}\pm s$)

组别	n	退热时间	手足疱疹消退时间	口腔溃疡愈合后时间	平均住院时间
试验组	70	2.54±0.69 [△]	3.26±1.10 [△]	3.76±1.29 [△]	6.42±2.03 [△]
对照组	65	3.87±0.85	5.23±1.47	5.48±1.50	8.08±2.11

2.3 两组患者不良反应比较 见表 3。两组出现了少数的白细胞减少、血小板计数减少、腹泻等症状,未经

特殊处理,治疗后均恢复正常。两组患者不良反应发生率无明显差异($P>0.05$)。

表 3 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	白细胞减少	血小板计数减少	腹泻	总发生率(%)
试验组	70	4	2	1	7(10.00)
对照组	65	3	2	1	6(9.23)

3 讨论

HFMD 是 1957 年在新西兰发现的一种全球性的新型传染病,在我国属于丙类传染病。2012 年 1~4 月我国小儿急性手足口病的每月病例报告的总数可达到上一年同期的 1.5~3.8 倍,其中死亡者 112 例^[6],引发小儿急性手足口病的肠道病毒大约有 20 多种,其中以柯萨奇病毒 A16(Cox A16)以及肠道病毒 EV71 最为常见。本病主要通过粪、口传播,也可以通过飞沫经呼吸道传播。本病多发于 5 岁以下的婴幼儿,潜伏期一般为 2~7 d,病程大约 5~10 d,一般患儿病情轻微,预后良好,仅有少数患儿病情较重,预后不佳。一般以中西医结合的方式来治疗,如果一旦继发感染后,病毒与细菌常常共存于机体,所以在临床治疗时,抗病毒与抗感染必须要同时实施,才能够迅速地取得临床疗效。因此,早期发现、及时有效地进行对症支持治疗是降低该病病死率的关键所在。

中医学认为,HFMD 属于“温病”、“时疫”、“湿温”等范畴,外感、湿热、疫毒之邪经口鼻而入,发于手足,上熏达口咽,外透于肌肤,发为疱疹,湿热邪气伤及肺脾两脏,容易造成肺卫失调或者是邪蕴积于脾,湿热之邪内蕴三焦,则发于心脾,从而导致脾主四肢、主运化、脾开窍于口的功能失调,而舌又为心之苗,故临床上常出现手足口疱疹、食少、烦躁等症状^[7-9];若邪毒内陷入里,蒙蔽心包,扰动肝风,或湿热之邪毒窜入经络,则可出现高热、头痛、震颤、肢体痿软等,甚则发生喘脱,危及患儿生命^[10]。婴幼儿系稚阴稚阳之体,脏腑娇嫩,形气未充,感受疫毒之后,病情变化非常迅速,因此临床上要早发现,早治疗,以防发生恶变。中医对普通型小儿急性手足口病治以清热解毒、化湿透邪为主。蓝芩口服液的组方由“羚羊清肺散”化裁而来^[11],含羚羊角、黄芩、大黄、人工牛黄、石膏、甘草,具有清热解毒、祛痰止咳的作用。现代药理实验证明,蓝芩口服液能够抗菌、抗病毒、解热、祛痰、镇咳,而且经体外实验证明,对金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌、溶血性链球菌、伤寒杆菌、柯萨奇病毒、EV71 病毒、呼吸道合胞病毒等多种细菌病毒具有较好的抑制、杀灭作用。另外,蓝芩口服液还能抑制炎症因子的释放,抑制白细胞的游走,降低炎症反应的发生。此外,蓝芩口服液的剂型为口服液,其气味芳香,味甜微苦,简便易服,患儿依从性高,且起效

(下转第 270 页)

消肿止痛膏联合清热化瘀方治疗急性踝关节扭伤的临床研究*

章明刚 洪时清 何建军

(浙江省金华市金东区中医院,浙江 金华 321031)

中图分类号:R274.3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0219-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.012

【摘要】目的 观察消肿止痛膏联合清热化瘀方治疗急性踝关节扭伤的临床疗效。**方法** 将138例患者随机分为两组,两组患者的常规治疗均采用冰敷及加压包扎,并采用本院自制的消肿止痛膏外敷包扎,观察组在此基础上给予清热化瘀方治疗,对照组只采用消肿止痛膏涂抹后包扎治疗。疗程均为14 d。**结果** 观察组总有效率为96.15%,明显高于对照组的81.67%($P<0.05$)。观察组疼痛评分和症状体征评分显著低于对照组,而肿胀缓解评分显著高于对照组($P<0.01$),治疗后患者症状体征较治疗前有不同程度缓解。对两组患者治疗前后拓屈、背伸范围总和进行功能评定,结果显示治疗前后两组患者都得到显著改善($P<0.01$),观察组显著优于对照组($P<0.05$)。**结论** 消肿止痛膏联合清热化瘀方治疗急性踝关节扭伤作用效果显著,可以有效改善患者的肿痛淤血症状。

【关键词】 急性踝关节扭伤 消肿止痛膏 清热化瘀方 临床研究

Clinical Study of Swelling-removing and Pain-stopping Ointment Combined with Qingrehuayu Decoction Treating Acute Ankle Sprain ZHANG Minggang, HONG Shiqing, HE Jianjun. Jindong District Orthopedics Hospital of Jinhua, Zhejiang, Jinhua 321031, China

【Abstract】Objective: To observe the effect of swelling-removing and pain-stopping ointment combined with Qingrehuayu decoction treating acute ankle sprain. **Methods:** 138 patients were randomly divided into treatment group and control group. Both groups were given ice compress and pressure bandaging with self-made swelling-removing and pain-stopping ointment. Treatment group on the basis of that was given Qingrehuayu decoction. The treatment course lasted for 14 days. **Results:** The total effective rate of treatment group was 96.2%, higher than 81.7% of control group ($P<0.05$). Pain assessment and signs and symptoms scores were obviously lower than those of control group, and swelling-alleviating score in treatment group was higher than that of control group ($P<0.01$). Compared with pre-treatment, signs and symptoms of patients had varying degrees of remission after treatment. Dorsiflexion range of functional evaluation showed that both groups of patients significantly improved after treatment ($P<0.01$), and the treatment group improved better than the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Swelling-removing and pain-stopping ointment combined with Qingrehuayu decoction treating acute ankle sprain is effective in improving the symptoms of swelling pain and blood stasis.

【Key words】 Acute ankle sprain; Swelling-removing and pain-stopping ointment; Qingrehuayu decoction; Clinical study

在中医骨科辨证中急性踝关节扭伤属于“伤筋”范畴^[1],临床主要症状为肿痛。根据《素问·阴阳应象大论》所述“气伤痛、形伤肿”的理念,一般认为肿痛皆因气、形损伤所致,唐·王冰注“筋气之坚结者,皆络于骨节之间”,而《医宗金鉴》云“损伤之症,肿痛者,乃瘀血凝结作痛也”。中医理论认为当机体受到损伤导致血脉不畅、经脉阻滞,则会导致营卫不和、气滞血瘀,因此治疗跌打扭伤多以“活血化瘀”为主要原则^[2]。我院采用

消肿止痛膏联合清热化瘀方治疗急性踝关节扭伤的78例患者为观察组,并选取只采用消肿止痛膏治疗的60例为对照组,对比观察两组患者治疗结果及疼痛、肿胀、症状体征综合评分等指标,旨在观察消肿止痛膏联合清热化瘀方治疗急性踝关节扭伤的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:踝关节 I、II 度损伤,无骨折、脱位及韧带断裂情况,且患者无过敏体质,并排除

*基金项目:浙江省金华市科学技术研究计划项目(2012-3-056)

孕妇、哺乳期妇女及其患有其他相关疾病的患者。

1.2 临床资料 取2011年3月至2014年3月于本院治疗急性踝关节扭伤的138例,按照就诊顺序编号,采用数字随机表法将其随机分为观察组78例和对照组60例。观察组男性43例,女性35例;年龄15~45岁,平均(22.39±10.27)岁;踝关节内翻扭伤53例,外翻扭伤25例。对照组男性35例,女性25例;年龄17~45岁,平均(23.23±11.43)岁;踝关节内翻损伤43例,外翻扭伤17例。两组患者病程均在3d以内。两组患者左右脚扭伤情况及其他临床资料差异无统计学意义(P>0.05)。

1.3 治疗方法 两组患者的常规治疗均采用冰敷及加压包扎,并采用本院自制的消肿止痛膏外敷包扎,消肿止痛膏由冰片、当归、川芎、红花、丹参、赤芍、生天南星、苍术、大黄、独活、肉桂及三七研粉而成,并将其与适量凡士林进行调和制备成消肿止痛膏。使用时取适量药膏均匀涂抹于纱布表面,外敷包裹于扭伤处,用绷带进行“8”字型包扎,每2日换药1次,7d为1疗程。观察组在此基础上同时给予清热化瘀方治疗,药物为桃仁10g,红花6g,川芎10g,当归15g,生地黄10g,赤芍10g,牡丹皮10g,枳壳10g,延胡索10g,独活10g,茯苓皮15g,金银花15g,制大黄10g,生甘草6g。上述药物进行熬制,滤渣,制备成汤药,口服,每日3次,7d为1疗程。对照组只采用消肿止痛膏涂抹后包扎治疗。两组患者均连续治疗2周,观察治疗效果。

1.3 观察指标 两组患者分别于治疗2周后观察其治疗效果,并采用视觉模拟法(VAS)进行疼痛的评分,根据相关指导原则进行临床体征及肿胀缓解情况的评分,并根据治疗结果对患者屈伸、背伸范围总和进行功能评定^[3]。

1.4 疗效标准 显效:患者扭伤情况完全好转,无疼痛、肿胀。有效:患者扭伤情况基本好转,疼痛、肿胀情况基本消失,扭伤部位有轻微压痛,功能恢复正常。无效:患者治疗前后症状无改善,病情甚至加重。患者的疼痛和症状评分越低,肿胀缓解评分越高,表示患者病情越好转^[3]。

1.5 统计学处理 应用SPSS16.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $\alpha=0.05$ 为检验水准。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。结果显示观察组总有

表1 两组患者疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	78	66	9	3	75(96.15) [△]
对照组	60	42	7	11	49(81.67)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

效率显著高于对照组($P<0.05$)。

2.2 两组患者各项指标评分比较 见表2。两组患者治疗2周后,两组患者治疗前后症状体征均得到不同程度的缓解。观察组疼痛评分和症状体征评分显著低于对照组,而肿胀缓解评分显著高于对照组($P<0.01$)。

表2 两组治疗前后指标评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	疼痛评分	肿胀缓解评分	症状体征评分
观察组 (n=78)	治疗前	4.87±1.26	93.73±7.81	0.47±0.12
	治疗后	1.21±0.48 [△]	73.39±9.51 [△]	1.00±0.00 [△]
对照组 (n=60)	治疗前	4.90±1.31	91.89±9.36	0.46±0.13
	治疗后	3.73±1.94	78.26±9.03	0.71±0.11

与对照组治疗后比较,[△] $P<0.01$ 。

2.3 两组患者功能评定比较 见表3。对两组患者治疗前后屈伸、背伸范围总和进行功能评定,以确定患者自主活动能力,由表3可见治疗前后两组患者都得到显著改善($P<0.01$),但观察组改善程度要优于对照组($P<0.05$)。

表3 两组治疗前后功能评定比较(°, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	屈伸	背伸
观察组 (n=78)	治疗前	36.93±7.33	9.2±1.1
	治疗后	70.19±7.84 [△]	14.2±1.4 [△]
对照组 (n=60)	治疗前	37.82±7.57	9.1±1.0
	治疗后	55.34±7.54 [*]	11.4±1.2 [*]

与本组治疗前比较,^{*} $P<0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

《圣济总录·伤折恶血不散》云“若因伤折,内动经络,血行之道不得宣通,瘀结不散,则为肿为痛”。急性踝关节扭伤多因运动或走路失足而致脚部韧带、肌腱向内或外牵拉过度导致关节周围撕裂损伤,并伴有局部出血淤血发生^[4-5]。急性踝关节扭伤属于中医学“伤筋”的范畴,机体由于扭伤而导致经脉受损、血瘀气滞,气机闭塞,不通而痛。因此在治疗上主张活血化瘀、消肿止痛的原则,多采用具有舒筋通络、芳香通窍的药物外敷或熏洗患处,以改善气血阻滞的情况^[6]。本研究采用我院自制的消肿止痛膏联合清热化瘀方,进行外敷和内用进行调理,消肿止痛膏主要由冰片、当归、川芎、红花、丹参、赤芍、生天南星、苍术、大黄、独活、肉桂及三七等熬制而成,并将其与适量凡士林进行调和制备成消肿止痛膏,而清热化瘀方在上述药材中选取具有清热化瘀功效的药物进行熬制,滤渣,制备成汤药,口服使用。方中冰片芳香走窜、清热通窍,当归、川芎等舒筋通络、理气消肿,红花等活血化瘀,独活祛湿镇痛,生天南星消肿化坚,并采用其他药材配伍应用,共同发挥温经通络、行气活血作用^[7-8]。

本研究显示,采用消肿止痛膏联合清热化痰方治疗急性踝关节扭伤,临床总有效率及疼痛评分、症状体征评分及肿胀缓解评分均优于对照组,这与范秋丽、陈勇等人的研究结果一致^[3,9],且观察组拓屈、背伸范围总和进行功能评定优于对照组。综上所述,消肿止痛膏联合清热化痰方治疗急性踝关节扭伤作用效果显著,可以有效改善患者的肿痛淤血症状,因此值得临床应用。

参 考 文 献

- [1] 沈国栋. 白药膏贴治疗急性踝关节扭伤的临床疗效观察[D]. 广州:广州中医药大学,2011.
- [2] 陈浩,王善付,王建伟. 消肿膏外敷治疗急性踝关节扭伤的临床观察[J]. 浙江中医药大学学报,2013,37(2):172-173.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M].

北京:中国医药科技出版社,2002:340.

- [4] 张小海. 消肿止痛颗粒治疗急性踝关节扭伤 180 例临床观察[J]. 中医中药,2011,18(35):104-105.
- [5] 邵松涛,王官林,周永福. 消肿止痛膏外敷治疗急性踝关节扭伤临床观察[J]. 中医学报,2011,10(26):1239-1240.
- [6] 刘阔论. 活血止痛散外洗治疗急性踝关节损伤的临床与实验研究[J]. 济南:山东中医药大学,2009.
- [7] 方磊,姚先秀,邱恺,等. 活血止痛外洗剂熏洗治疗跟痛症的临床疗效[J]. 广州医药,2010,41(4):50-52.
- [8] 周杰,蒋仁建,雷鸣,等. 活血膏治疗急性踝关节扭伤的临床观察[J]. 中国中医急症,2014,23(5):986-987.
- [9] 范秋丽,孙菊. 消肿止痛膏治疗踝关节扭伤 96 例[J]. 中国中医骨伤科杂志,2012,20(6):54-55.

(收稿日期 2014-09-20)

(上接第 190 页)

分控制和有效消除液体潴留的药物,是各种有效治疗心衰措施的基础^[9-11]。但是大量应用利尿剂可以引起电解质紊乱、神经内分泌激活、低血压、利尿剂抵抗等现象,同时引起痛风等不良反应而使患者不能耐受。目前,大量临床实践和动物实验证实温阳利水类中药治疗心衰疗效确切。以往笔者应用神阙穴穴位贴敷疗法治疗心衰,经大量临床观察,证实其确有明显利尿作用。因此,本课题采用胡椒、葱白神阙穴超声导入疗法,观察其对心衰患者的利尿作用及其改善利尿剂抵抗作用,结果显示,采用神阙穴中药超声导入疗法配合西药规范化治疗心衰,能够明显改善心衰患者临床症状,增加患者尿量,减少利尿剂及强心药物应用剂量,增加 6 分钟步行试验的步行距离,降低 BNP 水平,改善心衰患者喘息、心悸、气短、乏力、少尿水肿等临床症状,减少再住院率,提高患者生存质量。

中医学认为,葱白,生辛散,熟甘温,归肺、胃经,有发表、通阳、解毒、杀虫之功;胡椒性味辛、热,入脾、胃经,有温中止痛、开胃消食之功;神阙穴位于腹部中央,外应经络毛窍,内应脾胃脏腑,为诸脉汇聚之处,总理人体诸经百脉,故能转枢上下,补虚泻实,可升可降,统领三焦,主治百病。胡椒葱糊剂属辛热之品,有温阳化气之功,经神阙穴超声导入后,经皮肤吸收渗透直接作用于膀胱,增强膀胱气化功能,促进膀胱适度收缩,从而顺利排尿。中药超声穴位导入调理法是使用中草药浓缩药膏,通过超声波作用,经皮肤穴位或黏膜导入人体内,达到药物治疗的目的,综合了中医穴位针灸、超声理疗和中药外敷的优点,三效合一,协同作用,实现了针灸理化、理疗穴位化、中药外治化、外治增效化,是中西医结合研究的经验结晶。本研究表明,此法方便快捷,价格低廉,疗效显著,毒副作用低,值得临床推广

使用。

参 考 文 献

- [1] 邢作英,王永霞,朱明军. 心力衰竭流行病学研究现状及其病因[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2012,26(10):937-938.
- [2] 谢志泉. 老年心力衰竭流行病学与病理生理特点[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2013,7(11):4674-4677.
- [3] World health organization. Cardiovascular disease: prevention and control [DB/OL]. 2010,3(7):405-408.
- [4] Andrade J, Khairy P, Dobrev D, et al. The clinical profile and pathophysiology of atrial fibrillation: relationships among clinical features, epidemiology, and mechanisms[J]. Circ Res, 2014,114(9):1453-1468.
- [5] 陈灏珠. 实用心脏病学[M]. 4 版. 上海:上海科学技术出版社,2007:233-234.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药治疗慢性心衰的临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:48-52.
- [7] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2010[J]. 中华心血管病杂志,2010:102-140.
- [8] 沈绍功. 中医心病诊断疗效标准与用药规范[M]. 北京:北京出版社,2001:75-82.
- [9] McMurray JJ. Clinical practice. Systolic heart failure[J]. N Engl J Med,2010,362(9):228-238.
- [10] Shah AM, Mann DL. In search of new therapeutic targets and strategies for heart failure: recent advances in basic science[J]. Lancet,2011,378(1):704-712.
- [11] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J]. 中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122.

(收稿日期 2014-09-03)

肺癌患者死亡时间与节气相关性研究*

冯睿智 毛兵[△]

(四川大学华西医院, 四川 成都 610041)

中图分类号: R734.2 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)02-0222-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.013

【摘要】目的 探讨肺癌患者死亡时间与节气的相关性。**方法** 回顾性分析四川大学华西医院庚寅、辛卯及壬辰3个农历年肺癌住院死亡患者死亡日期与节气、地区气象因子的相关性。**结果** 肺癌患者死亡日期与节气及气温无明显相关性,死亡时间无一定集中性,在年份、月份及季节上不存在绝对死亡高峰期。**结论** 肺癌患者一年四季都要积极预防,应高度注意年度内的阶段气温的剧烈变化、降水量偏多等因素,特别是在春季的清明、夏季的芒种、秋季的寒露、冬季的立冬等节气区间的气温变化程度,这些节气区间在时间层面上对预警肺癌患者的死亡具有一定的临床意义。

【关键词】 肺癌 死亡时间 节气 相关性

A Study on Correlation Between Death time and Solar Term in Patients with Lung Cancer FENG Ruizhi, Mao Bing. West China Hospital of Sichuan University, Sichuan, Chengdu 610041, China

【Abstract】Objective: To the study the correlation between death time and solar term in patients with lung cancer. **Methods:** Retrospective analysis was used to study the relationship between death time, solar term and local meteorological factors in patients with lung cancer which died in GengYin, XinMao and RenChen 3 lunar years in West China Hospital. **Results:** There was no significant correlation between death time, solar term and local meteorological factors in patients with lung cancer. The death time is not concentrated in certain period of time and the number of death patients is not absolutely higher in certain year, month or season. **Conclusion:** Lung cancer patients need preventive interventions in all seasons. Doctors should pay more attention to the drastically change of temperature and the increase of rainfall in years. Especially the temperature change in the period of QingMing, MangZhong, HanLu and LiDong solar term. These time periods have certain clinical significance in predicting the death of lung cancer patients.

【Key words】 Lung cancer; Death time; Solar term; Correlation

越来越多的研究证实,人类的健康与气候变化密切相关,不同年份与季节因气温、气压、相对湿度、日照等气象因素不同,而对各种疾病的发生与病死带来不一样的影响^[1-4]。还有部分研究表明,患者的死亡存在时间规律,不同病种的死亡发生率各异^[5-6]。本研究采取回顾性研究方法,在中医“因时、因地、因人”的三因制宜原则指导下,对成都地区的华西医院过去3年中,因肺癌住院去世患者的死亡时间进行分析,并与当年成都地区的气温、降水量等气象条件进行比对,希望了解成都地区肺癌患者死亡与节气、地区气象因子等因素是否具有相关性,为进一步提出相应的预防保健措施提供前期研究基础。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本研究是采用回溯性研究方法,以中

国农历庚寅年立春(公历2010年2月4日)至癸巳年立春(公历2013年2月4日)3年间,四川大学华西医院住院死亡病例中,经病理学检查确诊为肺癌者为研究对象。在不讨论患者死亡时是否有癌症转移的条件下,本研究共纳入418例肺癌死亡病例。全部病例的死亡时间均来自抢救原始记录,并与护理记录反复核对无误。

1.2 数据收集 本次研究的所有数据均来自四川大学华西医院电子病历,从中提取并用于分析的主要资料包括:患者年龄、性别以及死亡日期。其中,死亡日期利用万年历换算成中国农历年,分别归属于春、夏、秋、冬四季及二十四个节气(每季三个月、六个节气)。

1.3 分析方法 本研究首先以描述性统计分析为主,分析:(1)中国农历庚寅年、辛卯年、壬辰年3年间,每年肺癌患者死亡病例的基本特征;(2)按中国农历年立春、立夏、立秋、立冬划分四季,呈现3年间肺癌患者死

* 基金项目:四川省中医药管理局课题(2012-B-081)

[△] 通信作者(电子邮箱:123456mike@163.com)

初步证实全球气候与人类活动密不可分, 舒适的环境气候不仅能使人体身心正常发展, 也能合理避免各种病毒的侵袭并缓解人体疲劳。如哮喘患者在不同节气中, 身体机能状态存在差异, 不同节气的疗效也存在差异^[7-8]。由于气象因子中的相对湿度、温度及其变化的关系, 成都地区风湿发生的高峰期主要是春末夏初, 秋末冬初^[9]。

二十四节气是中国古代先民根据对地球与太阳之间的位置关系变化, 及由此反映出的天文、气候、物候等自然现象变化规律, 经过总结而制定出的一种天文历法^[10], 从一定程度上可综合反应温度、湿度等气象指标的变化规律。能较清楚地获得一年冷、暖、雨、雪情况和四季气候转变特征。与月份相比, 节气更能准确反映气象变化; 与春夏秋冬四季相比, 节气的维度更细化。因此, 笔者认为与现代气象学上的温度、湿度等指标相比较, 二十四节气有更好地可预见性和固定性。近期一些临床研究表明, 在节气变化前, 某些疾病的发生率或死亡率会出现增高现象, 可对某些疾病发出预警信息, 特别是加强高危人群的保护和健康宣教, 对降低疾病的死亡危险有一定的意义^[11]。因此, 本次研究在时间点的划分上以中国农历年二十四节气为基准, 数据提取了华西医院庚寅年、辛卯年及壬辰年3个中国农历年每年12个月、四季区间、二十四节气区间、二十四节气日当日及二十四节气日前后1d区间的肺癌患者死亡人数的数据进行比较, 同时分析高死亡率时的成都气象因素(主要是气温与降水量)与死亡的相关性。

本次研究的数据分析了3个中国农历年每年各月死亡人数、每年四季区间死亡人数每年二十四节气区间死亡人数。尽管庚寅年与辛卯年两年秋冬季及壬辰年春夏两季死亡人数的绝对值高于其他两季, 但差异均无统计学意义, 提示华西医院肺癌患者死亡时间无明显的月份与季节差别; 这与近年的一些疾病发生率与气象因素研究的结果相一致^[12-15]。但进一步数据分析发现, 在不同年份节气区间、节气前后1d区间及节气当日的死亡人数分布情况是不一致的, 其中壬辰年节气区间死亡高点主要集中在立春、芒种、立冬三个区间(11人、9人、9人), 节气前后1d区间的死亡高点则在夏至(3人), 节气当日死亡高点则在立春、夏至、小寒(均为2人)3d; 辛卯年节气区间死亡高点主要集中在清明、芒种、立冬3个区间(10人、9人、9人), 节气前后1d区间主要是芒种、冬至(均为4人)两段, 节气当日死亡高点为芒种、大雪(均为2人)2d; 庚寅年节气区间死亡高点主要集中在立秋、寒露2个区间(10人、9人); 节气前后1天区间主要集中在惊蛰、清明、小暑、寒露(4人、3人、3人、3人)四个区段, 节气当日死亡主要在清明、立夏、大暑等(均为1人)8d; 这些数据与成都气象年报中的日气温、降水量等

数据进行比对分析后发现, 在3年的高死亡率发生的这些时间段, 特别是节气前后1d的阶段, 日均气温均表现出较大的温差变化, 期间均出现了当年的极高温或极低温的日均气象记录, 同时降水量也偏多, 提示肺癌高死亡率的发生与年内阶段气温变化剧烈程度, 降水量偏多有一定的相关趋势。这一结论与之前的部分研究结果相似^[16-17]。

根据以上的研究结果, 笔者总结出: (1) 由于就医环境的硬件条件改善及医疗技术的进步, 成都地区肺癌患者死亡日期无一定集中性, 在年份、月份及季节上不存在绝对死亡高峰期; (2) 成都地区极端温度变化及降水量不正常与肺癌患者死亡率的上升具有一定的相关趋势。因此肺癌患者一年四季都要积极预防, 应高度注意年度内的阶段气温的剧烈变化、降水量偏多等因素, 特别是在春季的清明、夏季的芒种、秋季的寒露、冬季的立冬等节气区间的气温变化程度, 这些节气区间在时间层面上对预警肺癌患者的死亡具有一定的临床意义。本次研究的不足之处, 主要集中在以下两方面: (1) 样本量偏小, 仅选取了华西医院一家数据; (2) 仅考虑了成都地区, 故结论有一定的偏倚。未来应多地区比较分析, 可获得更全面的结论。

参 考 文 献

[1] 杨立明, 王晓明, 韩巍, 等. 气候因素对呼吸系统疾病的影响与意义[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(7):540-541.

[2] 刘芳芳, 苏颖. 地域、四季气候与疾病相关性研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2009, 25(1):139-140.

[3] 曾运红, 郭兰萍, 张羽, 等. 慢性阻塞性肺疾病发病住院与气候因素的关系[J]. 广东医学, 2003, 24(11):1230-1231.

[4] 李雪源, 景元书, 吴凡, 等. 南京市呼吸系统疾病死亡率与气象要素的关系及预测[J]. 气象与环境学报, 2012, 28(5):46-48.

[5] 叶焯, 李焕梅. 急诊科237例恶性肿瘤死亡病例分析[J]. 中国中医急症, 2013, 22(7):1181-1182.

[6] 王玉红, 余秋琼. 神经内科住院患者死亡时间分析及护理对策[J]. 中国中医急症, 2005, 14(1):95-96.

[7] 宁利群, 徐月英, 徐放, 等. 中药季节穴位贴敷防治支气管哮喘的机理研究[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(3):33-34, 36.

[8] 梁栋富, 张炜, 姚志方, 等. 气象因素在三伏灸治疗哮喘中作用观察[J]. 上海针灸杂志, 1992, 11(2):3-4.

[9] 胡毅, 朱克云. 成都风湿发病的气象分析[J]. 成都信息工程学院学报, 2001, 15(2):83-90.

[10] 屈根利. 中国农历——一块落满灰尘的中华瑰宝[J]. 社科纵横:新理论版, 2012, 7(3):252-254, 284.

[11] 赵嘉莹, 宋桂香, 韩明, 等. 2002~2007年上海市人群死亡与节气变化关系研究[J]. 人口研究, 2010, 34(2):88-95.

[12] 梁章荣, 何明丰, 张继平, 等. 急性出血性卒中353例发病

柔肝化痰止痉方预防主动脉夹层动脉瘤患者血管痉挛的临床研究*

陈航 王静 付莉

(四川省成都市第一人民医院,四川 成都 610000)

中图分类号:R654.3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0225-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.014

【摘要】目的 观察柔肝化痰止痉方预防主动脉夹层动脉瘤患者血管痉挛的临床效果。**方法** 将70例患者随机分成两组各35例。对照组予西医常规治疗,观察组用柔肝化痰止痉方治疗,观察治疗后对血管痉挛的临床效果。两组疗程均为4周。**结果** 对照组在治疗后7、14、21、28 d的血管痉挛发生率分别为14.28%、11.43%、11.43%、8.57%,均高于观察组的8.57%、5.71%、2.86%、0($P<0.05$);而治疗3 d在Lingdegaard指数、MCA、ACA、PCA血流速比较无差异($P>0.05$);而治疗后7、14、21、28 d差异有统计学意义($P<0.05$)。两组动脉血流速进行比较,治疗后3 d两组在MCA、ACA、PCA血流速比较无明显差异($P>0.05$);而治疗后7、14、21、28 d观察组MCA、ACA、PCA血流速下降比对照组更加明显($P<0.05$)。**结论** 柔肝化痰止痉方能有效预防主动脉夹层动脉瘤血管痉挛,提高临床效果。

【关键词】 主动脉夹层动脉瘤 柔肝化痰止痉方 血管痉挛 临床效果

Clinical Effect of Rouganhuayuzhijing Decotion on patients with aortic dissection CHEN Hang, WANG Jing, FU Li. Chengdu First people's Hospital of Cardiology, sichuan, chengdu 610000, China

【Abstract】Objective: To observe the effect of Rouganhuayuzhijing Decotion on vasospasm. **Methods:** 70 cases were randomly divided into two groups. Control group (35 patients) were treated with conventional Western medicine treatment, observation group (35 cases) with Rouganhuayuzhijing Decotion. the clinical effect was observed after treatment of vasospasm. **Results:** The incidence of vasospasm, the control group after treatment, the incidence was respectively 14.28% 7, 14, 21, 28 d, 11.43%, 11.43%, 8.57%; observation group corresponding incidence of 8.57%, respectively, 5.71%, 2.86%, 0 the difference was statistically significant ($P<0.05$); while treating 3d in Lingdegaard index, MCA, ACA, PCA blood flow velocity difference was not statistically significant ($P>0.05$); while treatment after 7, 14, 21, 28d the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion:** Softening circulation antispasmodic aortic dissection can only be effective in preventing vasospasm and improve clinical results.

【Key word】 Aortic dissection; Rouganhuayuzhijing Decotion; Vasospasm; Clinical effect

主动脉夹层动脉瘤是临床上发病极为凶险的心血管急症之一,具有发病急、进展快、临床表现复杂,误诊率高等特点。临床表现主要是突发的腹部、胸背部切割样或撕裂样疼痛,表现为烦躁不安、恐惧等濒死感觉,往往临床上镇痛药物难缓解,且对波及主动脉大分支或瘤体压迫周围组织时则会出现相应的症状体征^[1]。对于主动脉夹层动脉瘤目前主要是预防为主,发病主要以及时抢救为主,临床死亡率很高。本次研究就通过观察中医药在主动脉夹层动脉瘤上的预防作用,以期丰富治疗手段,降低死亡率。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床诊断参考1995年全国脑血管病学术会议通过的“各类脑血管疾病诊断要点”进行^[2],全部经CT或MRI确诊,表现为发病急骤、伴有剧烈头痛、呕吐,伴有精神症状等。所有患者均同意接受治疗且签署知情同意书,排除高血压、血液病、脑动脉炎、肿瘤脑转移等造成的脑出血者,合并有心血管、肝肾和造血系统原发性疾病。血管痉挛诊断标准为经治疗好转后进行性加重,伴有发热、白细胞升高等,出现头痛、等颅内压增高症状,意识障碍呈波动性或进行性加重,出现失认、失语等神经系统定位体征,DSA提示血管痉挛,经颅多普勒显示大脑中动脉血流

* 基金项目:四川省卫生厅科研基金资助项目(120523)

速度在 120 cm/s 意识,排除再出血、颅内出血等^[3]。

1.2 临床资料 选取 2010 年 5 月至 2013 年 5 月 70 例体检发现主动脉夹层动脉瘤患者为研究对象,分成两组。对照组 35 例,男性 21 例,女性 14 例;年龄 43~72 岁,平均(58.60±2.90)岁。观察组 35 例,男性 23 例,女性 12 例;年龄 41~71 岁,平均(58.30±2.70)岁。两组患者临床资料差异无统计意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组密切注意生命体征和神经系统变化,保持气道通畅,维持稳定呼吸;降低颅内压,限制液体入量,降低低钠血症、过度换气等,适当补液补钠,调整饮食和静脉补液中晶体胶体比例;烦躁者予镇静药,慎用阿司匹林等影响凝血功能的非甾体抗炎药或吗啡影响呼吸功能药物。另外加强护理,卧床休息,减少探视,避免声光刺激,予高纤维、高能量饮食,保持尿便通畅。选择钙离子通道阻滞剂、 β 受体阻滞剂、ACEI 类等调整血压,应用抗纤维蛋白溶解剂抑制纤维蛋白溶解原形成。对照组加用尼莫地平注射液(亚宝药业集团股份有限公司,国药准字 H14022821)20 mg,每日 1 次,静滴。可在早期行脑脊液置换可预防脑血管痉挛,减轻后遗症,剧烈头痛、烦躁等严重脑膜刺激征。观察组予柔肝化痰止痉方治疗,药物组成有牛黄 1.5 g(冲服),水牛角 30 g,龙胆草 10 g,虎杖 30 g,白芍 30 g,木瓜 30 g,葛根 30 g,红花 10 g,桃仁 10 g,水蛭 3 g。每日 1 剂。两组疗程均为 4 周。

1.4 观察指标 观察两组治疗后血管痉挛发生率、Lingdegaard 指数、两组动脉血流速情况。

1.5 疗效标准 采用多普勒超声观察治疗后 3、7、14、21、28 d 颅内血流情况,观察双侧颈内静脉平均流速(MCA)、大脑中动脉平均流速(ACA)、大脑后动脉平均流速(PCA),MCA/ACA 比率则为 Lingdegaard 指数。以颈内静脉平均血流速超过 120cm/s 且 Lingdegaard 指数超过 3 则认为血管痉挛。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 数据统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血管痉挛发生率情况比较 见表 1。对两组血管痉挛进行比较,对照组在治疗后 7、14、21、28 d 的发生率分别为 14.28%、11.43%、11.43%、8.57%,分别高于对照组的 8.57%、5.71%、2.86%、0.00%($P<0.05$)。

表 1 两组血管痉挛情况比较(%)

分组	n	治疗后 3 d	治疗后 7 d	治疗后 14 d	治疗后 21 d	治疗后 28 d
		n 比率(%)	n 比率(%)	n 比率(%)	n 比率(%)	n 比率(%)
观察组	35	5 14.28	3 8.57 [△]	2 5.71 [△]	1 2.86 [△]	0 0.00 [△]
对照组	35	5 14.28	4 11.43	4 11.43	3 8.57	

与对照组比较, [△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组 Lingdegaard 指数比较 见表 2。对两组 Lingdegaard 指数进行比较,治疗后 3 d 两组 Lingdegaard 指数比较差异无统计学意义($P>0.05$);而治疗后 7、14、21、28 d 两组 Lingdegaard 指数比较差异明显($P<0.05$)。

表 2 两组 Lingdegaard 指数比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗后 3 d	治疗后 7 d	治疗后 14 d	治疗后 21 d	治疗后 28 d
观察组	35	1.61±0.31 [△]	1.64±0.26 [△]	1.73±0.27 [△]	1.56±0.24 [△]	1.37±0.38 [△]
对照组	35	1.34±0.26	1.52±0.39	1.81±0.27	1.45±0.23	1.32±0.35

2.3 两组动脉血流速比较 见表 3。对两组动脉血流速进行比较,治疗后 3 d 两组在 MCA、ACA、PCA 血流速差异无统计学意义($P>0.05$);而治疗后 7、14、21、28 d 观察组 MCA、ACA、PCA 血流速下降比对照组更加明显($P<0.05$)。

表 3 两组动脉血流速比较(cm/s, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	MCA	ACA	Fbg(g/L)
观察组 (n=35)	治疗后 3 d	140.31±21.12*	127.35±17.12*	96.47±8.84*
	治疗后 7 d	129.46±17.24 [△]	114.34±14.83 [△]	93.59±8.41 [△]
	治疗后 14 d	106.24±11.52 [△]	101.36±13.94 [△]	82.54±6.57 [△]
	治疗后 21 d	90.47±9.89 [△]	95.24±10.24 [△]	75.14±5.58 [△]
	治疗后 28 d	80.78±9.35 [△]	81.16±10.12 [△]	69.35±4.57 [△]
对照组 (n=30)	治疗后 3 d	141.37±21.59	128.55±17.34	97.51±8.94
	治疗后 7 d	135.14±18.25	120.69±16.48	95.72±8.56
	治疗后 14 d	117.46±12.39	110.54±14.84	90.24±7.36
	治疗后 21 d	96.69±11.46	101.38±12.53	81.45±6.68
	治疗后 28 d	87.54±10.68	90.25±11.06	73.68±5.41

3 讨论

主动脉夹层动脉瘤是临床上少见的血管疾病,起病急骤,发展快,危险性大,在临床上可引起剧烈疼痛、休克和压迫症状,不及时就诊可因夹层动脉壁外膜破裂而死亡。研究称,此疾病重在预防,特别是血管痉挛的预防,一旦血管痉挛有 80%以上患者会导致死亡^[4]。而目前对主动脉夹层动脉瘤血管痉挛的发病机制不明确,主要是炎症反应,主要有全身炎症反应、白细胞和内皮细胞相互作用、黏附分子、信号转移、钙离子振荡等方面。目前西医在预防上以降低血压、镇静止痛、防治休克和改善微循环等为主^[5]。而这些方法需住院观察治疗,且药物种类多,费用高,患者依从性差,很难普及。

中医学认为,主动脉夹层动脉瘤血管痉挛属于“真头痛”或“中风”范畴,临床上多辨证为肝阳上亢、血脉瘀滞、肝风内动等。发病机制主要是素体阴虚,致肝阳偏亢,多因暴怒致使动风化风、火热之邪迫血妄行。

(下转第 237 页)

通脉活血方联合低分子肝素钙预防髋部手术后下肢深静脉血栓形成的临床研究*

李学家 汤伟忠[△]

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,上海 200437)

中图分类号:R543.6 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0227-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.015

【摘要】目的 观察通脉活血方预防髋部手术后患者下肢深静脉血栓形成(LDVT)的临床疗效。**方法** 将60例患者随机分为试验组和对照组各30例,对照组予低分子肝素钙7d,试验组在对照组基础上加用通脉活血方,两组疗程均为14d。**结果** 治疗后试验组下肢深静脉血栓形成疑似诊断发生率低于对照组($P < 0.05$);治疗后试验组D-Dimer低于对照组($P < 0.01$);治疗后试验组凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血酶时间(APTT)均较对照组延长($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);治疗后试验组患肢VAS评分无疼痛者占86.67%,高于对照组的66.66%($P < 0.01$);治疗后试验组大腿周径差值低于对照组($P < 0.01$)。**结论** 通脉活血方可以降低髋部手术后患者血浆D-二聚体水平;延长其PT、APTT;减轻患肢水肿、改善下肢疼痛症状;降低LDVT的疑似发生率。

【关键词】 髋部手术 下肢深静脉血栓 低分子肝素钙 通脉活血方

A Clinical Observation of TongmaiHuoxue Decoction with Low Molecular Weight Heparin Calcium Treating Post Hip Surgery Lower Extremity Deep Vein Thrombosis LI Xuejia, TANG Weizhong. Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai 200437, China

【Abstract】Objective: To observe the effect of TongmaiHuoxue decoction on post hip surgery lower extremity deep vein thrombosis. **Methods:** Sixty post hip surgery patients were randomly assigned to treatment group and control group. The control group was treated with low molecular weight heparin calcium for 7 days while the treatment group on the basis of that was given TongmaiHuoxue decoction additionally for 14days. **Results:** After treatment, incidence of suspected LDVT in the treatment group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, D-Dimer of the treatment group was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.01$). After treatment, PT and APTT of the treatment group were higher than those of the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). After treatment, patients with no pain in VSA score in the treatment group accounts for 86.67%, higher than 66.66% of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.01$). After treatment, difference of leg circumference in the treatment group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.01$). **Conclusion:** TongmaiHuoxue decoction can decrease the level of D-dimer, extend PT and APTT, and reduce edema, pain of limb and the incidence of suspected LDVT.

【Key words】 Hip surgery; Deep vein thrombosis of lower extremity; Low molecular heparin calcium; TongmaiHuoxue decoction

下肢深静脉血栓形成(LDVT)是指血液在深静脉腔内不正常的凝结,完全或部分阻塞静脉腔,导致静脉回流障碍,临床表现为肢体肿胀、疼痛与压痛、浅静脉曲张、局部皮温升高的一种疾病。LDVT是骨科创伤后常见并发症之一,国外学者研究显示髋部手术后患者LDVT发生率约为50~60%^[1],国内专家有报道髋部手术LDVT发生率约为48.2%^[2]。为预防髋部手术后

LDVT形成,根据指南^[3]要求,国内外学者普遍推荐使用低分子肝素钙抗凝治疗。中医药治疗LDVT具有其独特的优势,中医药服用方便,价格低廉,在术后长期随访及抗凝的序贯治疗中具有巨大优势。本研究对通脉活血方联合低分子肝素钙预防髋部手术后LDVT的临床疗效和安全性进行前瞻性研究。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例西医诊断均符合西医LDVT诊断标准^[4],疑似LDVT诊断标准^[5],中医诊断均符合

*基金项目:上海市卫生计生委中医临床优势专科(21.29.02)

[△]通信作者(电子邮箱:xuejia_li@hotmail.com)

中医诊断标准^[6]。纳入标准:(1)髋部骨折(股骨颈、股骨粗隆间)患者;(2)术前行患侧下肢深静脉彩超检查,未发现 LDVT 的患者;(3) 中医辨证属气滞血瘀型者;(4)患者无抗凝禁忌症,在发现血栓之前无抗凝等治疗者;(5) 年龄在 18 岁以上 80 岁以下者;(6) 受试者知情,自愿加入本试验,签署知情同意书者。排除标准:(1)不符合上述纳入标准者;(2)有重要脏器功能衰竭,不能耐受药物治疗者;(3)凝血指标异常或有出血倾向疾病者;(4)有精神病、意识障碍或处于怀孕及哺乳期者;(5) 对本研究使用药物过敏者;(6) 合并有肺栓塞者;(7)3 个月内参加了其他临床试验者。

1.2 临床资料 选取 2013 年 7 月至 2014 年 6 月上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院骨伤科收治的髋部手术患者 60 例。按随机数字表法分为试验组和对照组各 30 例。试验组中男性 12 例,女性 18 例;年龄 18~59 岁 4 例,60~69 岁 8 例,70~79 岁 18 例,平均(70.00±8.08)岁;平均身高(1.67±0.07) m;平均体质量(71.90±8.52) kg;平均体质量指数(25.69±1.76) kg/m²;受伤机制:车祸 11 例,摔伤 16 例,高处坠落 1 例,重物砸伤 22 例。骨折部位:左股骨颈骨折 12 例、右股骨颈骨折 6 例、左股骨粗隆间骨折 8 例、右股骨粗隆间骨折 4 例。对照组中男性 9 例,女性 21 例;年龄 18~59 岁 10 例,60~69 岁 9 例,70~79 岁 11 例,平均(65.50±9.27)岁;平均身高(1.64±0.08) m;平均体质量(69.53±6.41) kg;平均体质量指数(25.76±1.31) kg/m²;受伤机制:车祸 9 例,摔伤 18 例,高处坠落 2 例,重物砸伤 1 例;骨折部位:左股骨颈骨折 18 例,右股骨颈骨折 3 例,左股骨粗隆间骨折 6 例,右股骨粗隆间骨折 3 例。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予低分子肝素钙(由天津红日药业股份有限公司提供,规格为 0.4 mL:4000 IU,生产批号为国药准字 H20000706)4000 IU,每日 1 次,皮下注射,共用 7 d;术后第 5~7 日鼓励患者下床活动,术后第 7~14 日强制患者下床活动。试验组在对照组基础上给予中药通脉活血方治疗,药物为黄芪 30 g,当归 15 g,生地黄 15 g,赤芍 9 g,川芎 15 g,丹参 15 g,桃仁 9 g,红花 6 g,牛膝 15 g,柴胡 6 g,苍术 15 g,黄柏 12 g,甘草 6 g。每日 1 剂,早晚两次温服。通脉活血方药物组成参照《方剂学》^[7],两组疗程均为 14 d。

1.4 观察指标 在术后第 1、7、14 日分别检测双下肢深静脉彩超,患肢疼痛情况(VAS 评分)^[8]和患肢周径。在术后第 1、7、14 日早晨空腹采取静脉血检测 D-二聚体、凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血酶时间(APTT)、血浆纤维蛋白原(FIB)。在治疗前后检测血、尿、粪常规,肝功能、肾功能、凝血功能,心电图,同时观察发生的不良反应。

1.5 疗效标准 疗效标准参照文献^[4]执行。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 LDVT 疑似诊断率比较 见表 1。结果显示术后第 1 日两组患者疑似诊断率相当($P>0.05$)。术后第 7 日、14 日时,试验组 LDVT 疑似诊断率低于与对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者 LDVT 疑似诊断率比较 $n(\%)$

组别	时间	疑似诊断	排除诊断
试验组 ($n=30$)	术后第 1 日	14(46.67)	16(53.33)
	术后第 7 日	6(20) [△]	24(80)
	术后第 14 日	2(6.67) [△]	28(93.33)
对照组 ($n=30$)	术后第 1 日	15(50)	15(50)
	术后第 7 日	13(43.33)	17(56.67)
	术后第 14 日	8(26.67)	22(73.33)

与对照组同期比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后 D-dimer、PT、APTT、FIB 比较 见表 2。结果显示,术后第 1 日试验组与对照组 D-dimer、PT、APTT、FIB 经 t 检验差异均无统计学意义($P>0.05$)。组内比较,术后第 7、14 日时,两组 D-dimer、FIB 与本组术后第 1 日比较均明显下降,两组 PT、APTT 与本组术后第 1 日比较均明显延长($P<0.01$)。组间比较,术后第 7 日时,试验组 PT、APTT 低于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$);术后第 14 日时,试验组 D-dimer 低于对照组,PT、APTT 高于对照组($P<0.01$)。

表 2 两组患者 LDVT 疑似诊断率比较 $n(\%)$

组别	时间	D-dimer(mg/L)	PT(S)	APTT(S)	FIB(g/L)
试验组 ($n=30$)	术后第 1 日	1.54±1.00	10.61±1.87	21.99±3.29	3.99±1.08
	术后第 7 日	0.99±0.51**	12.99±0.72** ^{△△}	31.71±5.76** [△]	3.13±0.54**
	术后第 14 日	0.59±0.22** ^{△△}	13.97±0.65** ^{△△}	34.66±3.75** ^{△△}	2.79±0.64**
对照组 ($n=30$)	术后第 1 日	1.63±0.77	10.22±1.64	21.09±2.26	3.72±0.85
	术后第 7 日	1.20±0.43**	12.07±1.03**	28.77±4.51**	3.21±0.72**
	术后第 14 日	0.76±0.25**	12.93±0.59**	30.42±1.81**	2.92±0.62**

与本组术后第 1 日比较, ** $P<0.01$;与对照组同期比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$ 。下同。

2.3 两组患者治疗前后 VAS 评分比较 见表 3。结果显示术后第 7、14 日时, 试验组 VAS 评分无疼痛患者少于对照组($P<0.01$)。

2.4 两组患者治疗前后下肢周径比较 见表 4。结果显示术后第 7、14 日时,两组大、小腿周径差值与本组术后第 1 日比较均明显下降义($P<0.01$)。组间比较,术后第 14 日时, 试验组大腿周径差值低于对照组($P<0.01$)。

2.5 安全性分析 试验组患者服用通脉活血方后均

表3 两组患者治疗前后VAS疼痛比较 n(%)

组别	时间	无疼痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
试验组 (n=30)	术后第1日	2(6.7)	5(16.7)	7(23.3)	16(53.3)
	术后第7日	8(26.7) ^{△△}	18(59.9)	2(6.7)	2(6.7)
	术后第14日	26(86.7) ^{△△}	4(13.3)	0(0.0)	0(0.0)
对照组 (n=30)	术后第1日	1(3.3)	6(20.0)	5(16.7)	18(60)
	术后第7日	4(13.3)	16(53.4)	7(23.3)	3(10)
	术后第14日	20(66.6)	8(26.7)	2(6.7)	0(0.0)

表4 两组患者下肢周径比较 (mm, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	大腿周径差值	小腿周径差值
试验组 (n=30)	术后第1日	8.03±6.62	4.07±1.95
	术后第7日	4.13±3.42**	2.53±1.17**
	术后第14日	1.27±0.78 ^{△△} **	1.33±0.66**
对照组 (n=30)	术后第1日	7.87±5.67	4.17±2.15
	术后第7日	4.63±3.21**	3.13±0.82**
	术后第14日	2.13±1.11**	1.63±0.67**

未出现明显的不良反应,两组患者治疗前后的血、尿、粪常规、肝功能、肾功能、凝血功能、心电图等均未出现明显异常,治疗中尚未发现与试验药物相关的不良反应。

3 讨论

下肢静脉的回流依赖正常的静脉瓣功能、骨骼肌收缩的泵作用和胸腔内的负压吸引作用,正常的静脉血流对活化凝血因子起到稀释和清除作用。当下肢血流缓慢或淤滞时,局部凝血酶聚集,纤维蛋白活性下降,易导致局部血栓形成。血液组成成分的改变、血液的高凝状态也是静脉血栓形成的重要因素,大量的组织因子、凝血酶原,使血液凝固性增强^[9]。有研究分析100例创伤后LDVT得出结论:创伤、失血过多、机体缺氧都可以激活凝血系统,创伤后及创伤术后患肢制动,血液丢失容易导致机体血容量不足,这些因素均与血栓形成有关^[10]。

低分子肝素是由普通肝素解聚而成,具有抗血栓形成和抗凝作用,其抗凝血因子Xa活性较高,而抗凝血酶活性相对较低,这二种活性比是3:2,主要对凝血因子Xa发挥作用,故抗凝效果和纤溶作用得以增强,而抗血小板、诱发出血的作用大为减弱,这样就使抗血栓作用与致出血作用分离,可保持肝素的抗血栓作用而降低出血危险^[11]。抗凝血因子Xa活性的血浆半衰期较长,较普通肝素长2~3倍。皮下每日注射1次即可,可根据体质量计算使用剂量^[12]。使用低分子肝素预防LDVT的安全性已得到临床公认,在大多数欧洲国家已成为深静脉血栓预防的标准药物,低分子肝素预防LDVT在我国骨科领域也得到广泛应用^[13]。但却也因为需要皮下注射,患者依从性差,长疗程使用受限,

而存在一定的使用局限性。

本研究选取髌部骨折患者,骨折本身已经使机体受到创伤,手术中再次耗伤气血,创伤及手术后久卧伤气,气为血之帅,血为气之母,气虚则血行推动无力,无以摄血、行血、生血,进而形成瘀血,瘀血阻塞脉道,脉络不通,不通则痛,营血回流受阻,津液外溢脉络,泛而成肿。故髌部手术后患者病机常见表现为气滞血瘀。本课题组通过长期临床观察发现,通脉活血方对防治LDVT(气滞血瘀证)疗效较好。通脉活血方自桃红四物汤化裁而来,经过长年临床实践辨证加减而成,此方以活血、化瘀、理气为主。现代药理学研究显示,桃仁提取物具有抗凝血、抗血栓及抑制血小板聚集等作用,这与中药理论桃仁的活血化瘀传统功效不谋而合^[14];红花有抑制血小板聚集,激活血浆纤维蛋白原溶解纤维蛋白的作用^[15];当归有效成分有抗凝及保护血管内皮细胞等作用^[16-17]。动物实验研究发现,著名伤科复元活血汤具有延长PT、APTT时间、降低血黏度、扩张血管及促进血液循环等作用^[18]。

1995年Wells等^[19]在临床经验和文献资料研究基础上提出一种临床上预测DVT的方法,此评分方法对DVT疾病的诊断策略具有重要作用,可以决定选择影像检查的时机,提高影像检查阳性率,简化诊断流程、节省医疗费用^[5]。本研究术后第7日、14日时,LDVT疑似诊断发生率试验组均低于对照组,差异有统计学意义,说明通脉活血方可以降低髌部手术后患者下肢深静脉血栓形成的疑似发生率,当其与低分子肝素钙联合用药时,对降低髌部手术后患者下肢深静脉血栓形成疑似发生率的疗效优于单独使用低分子肝素钙。临床中彩色多普勒超声可以准确检测到下肢静脉血栓的部位及波及范围。本研究术后第14日对照组有2例患者下肢深静脉彩超发现血栓形成,但差异无统计学意义。

有研究报道^[20],D-二聚体可以预测LDVT,其敏感性较高。研究显示^[21-22],皮下注射低分子肝素钙,可以延长血浆凝血酶原时间及活化部分凝血活酶时间,是预防髌部手术后LDVT的有效措施。LDVT时,血液在深静脉腔内不正常的凝结,完全或部分阻塞静脉腔,导致静脉回流障碍,临床常常出现肢体肿胀、疼痛等。本研究示,治疗后试验组D-dimer低于对照组,PT、APTT高于对照组;试验组VAS评分无疼痛患者少于对照组;试验组大腿周径差值低于对照组;经t检验差异均有统计学意义。可以看出,通脉活血方可以降低髌部手术后患者血浆D-二聚体水平;延长其PT、APTT;改善髌部手术后患者下肢疼痛症状;减轻患肢水肿;进而预防髌部手术后LDVT。

本研究选取气髌部手术后LDVT(气滞血瘀证)患者进行辨证治疗和疗效评定,发现中药无明显毒副作用

用,体现了中医辨证治疗髋部手术后 LDVT 的特色与优势。但由于研究经费和时限的限制,本研究未做到多中心、双盲和安慰剂对照的大样本临床研究,有待今后进一步验证。

参 考 文 献

[1] Rice KL, Walah ME. Minimizing venous thromboembolic complication in the orthopaedic patient[J]. Orthopnurs, 2001, 20(6):21.

[2] 吕厚山,徐斌.人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成[J].中华骨科杂志,1999,19(3):155.

[3] 中华医学会骨科学分会.中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南[S].2009;5.

[4] 周围血管疾病诊断及疗效标准.全国第4届中西医结合治疗周围血管疾病学术会议论文选编[C].济南:山东科学技术出版社,1995:154.

[5] 高宝安,陈世雄,杨俊. Wells 评分法在静脉血栓栓塞症中的应用进展[J].中国老年学杂志,2009,29(19):2540-2543.

[6] 陈淑长.实用中医周围血管病学[M].北京:人民卫生出版社,2005:228.

[7] 邓中甲.方剂学[M].中国中医药出版社,2002:242-243.

[8] Bernadette G, Diikman B, Sheila S, et al. When is a fracture healed radiographic and clinical criteria revisited[J]. Orthop Trauma, 2010, 24: S76-S80.

[9] 沈毓,王龙,陈彬.深静脉血栓形成的实验室检查现状与进展[J].诊断学理论与实践,2011,10(2):172-174.

[10] 孙建航,朱瑞婷.创伤后下肢深静脉血栓形成的治疗探讨[J].中国骨伤,1999,12(2):6.

[11] 杨军,王毅.创伤患者深静脉血栓预防的检测与个体化治疗[J].中华创伤杂志,2012,28(11):1054-1056.

[12] Andrews B, Sommerville K, Austin S, et al. Effect of foot compression on the velocity and volume of blood flow in the deep veins[J]. Br J Surg, 1993, 80(2):198-200.

[13] 吕厚山.人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成和肺栓塞的防治[J].中华创伤骨科杂志,2007,9(3):201-204.

[14] 汪宁,刘青云.桃仁不同提取物抗血栓作用的实验研究[J].中药材,2002,25(6):414-415.

[15] 顾洪璋,赵春,施南萍.中药红花煎剂对血小板聚集功能的影响[J].中国血液流变学杂志,1994,4(2):48.

[16] 周文博.浅析当归在药理学中的应用研究[J].医学信息,2011,4(2):1646.

[17] 杨艳秋,杨伟民.当归有效成分阿魏酸钠干预老年冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛患者血液抗氧化能力和保护血管内皮细胞功能[J].中国临床康复,2006,10(39):101-103.

[18] 王英燕,王海.复元活血汤对骨折大鼠血液流变学的影响[J].中医药信息,2006,23(1):51-52.

[19] Van Belle A, Buller HR, Huisman MY, et al. Effectiveness of managing suspected pulmonary embolism using an algorithm combining clinical probability, D-dimer testing, and computed tomography[J]. JAMA, 2006, 295(2):172-179.

[20] 赵振军,郭玉芬. D-二聚体水平与骨折后下肢静脉血栓的相关性研究[J].医药前沿,2013,13(9):188-189.

[21] 张全顺.低分子肝素钙预防老年患者髋部骨折下肢深静脉血栓疗效分析[J].长春中医药大学学报,2013,29(1):144-145.

[22] 张辉良,梁俊生,张洪斌,等.低分子肝素钙预防老年髋部骨折患者下肢深静脉血栓的疗效分析[J].实用临床医药杂志,2013,17(5):129-130.

(收稿日期 2014-11-22)

(上接第 206 页)

[4] 王建华,唐朝文,余湘文,等.老年男性 272 名勃起功能障碍患病情况调查[J].中华老年医学杂志,2004,23(6):426-427.

[5] Ferrario CM, Levy P. Sexual dysfunction in patients with hypertension Implications for therapy [J]. J Clin Hypertension Greenwich, 2002, 4(3):424-432.

[6] 程建利,胡礼泉.抗高血压药物对自发性高血压大鼠勃起功能和 nNOS 神经纤维的影响[J].中华男科学,2003,9(2):115-117.

[7] 刘煜德,吴伟,陈宏珪.补肾益心片对肾性高血压大鼠血浆过氧化脂质及性激素的影响[J].中药新药与临床药理,2001,12(6):426-428.

[8] 吴伟,刘煜德,陈宏珪.补肾益心片对肾血管性高血压大鼠的降压作用及保护靶器官的研究[J].广州中医药大学学报,2001,18(1):63-66.

[9] 吴伟,陈宏珪,郭力恒.补肾益心片对高血压病患者生活质量的影响[J].新中医,2002,34(8):32-33.

[10] 薛峥,陈宏珪,吴伟.补肾益心片对男性高血压病患者勃起

功能障碍的临床观察[J].福建中医学院学报,2008,18(4):7-9.

[11] 吴伟,陈宏珪,黄衍寿.补肾益心片治疗高血压病及改善左室舒张功能的临床研究[J].新中医,1998,30(7):11-14.

[12] 姚一康,杨伟敏,严国锋,等. SHR 大鼠病理特性测定研究[J].上海实验动物科学,2003,23(2):75-78.

[13] Steger RW, Amador A, Lam E, et al. Streptozotocin-induced deficits in sex behavior and neuroendocrine function in male rats[J]. Endocrinology, 1989, 124(6):1737-1743.

[14] 屈会化,赵琰,曲荣波,等.自发性高血压大鼠早期中医证候的研究[J].中医杂志,2008,49(5):446-448.

[15] 武俊华,赵春英.辨证论治高血压[J].中医杂志,2010,52(S2):151-152.

[16] 刘云飞,胡礼泉,宋健,等.自发性高血压大鼠勃起功能及海绵体形态结构的改变[J].解剖学杂志,2006,29(1):98-100.

(收稿日期 2014-12-01)

前列痛安巴布贴对ⅢB型前列腺炎前列腺液IL-10及TNF- α 的影响*

杨晶¹ 朱文雄^{2△} 袁博² 刘涛² 贺菊乔¹

(1. 湖南中医药大学, 湖南长沙 410208; 2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南长沙 410007)

中图分类号: R697.33 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)02-0231-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.016

【摘要】目的 观察前列痛安巴布贴对ⅢB型前列腺炎前列腺液白细胞介素-10(IL-10)及肿瘤坏死因子- α (TNF- α)的影响。**方法** 将90例患者随机分为前列痛安组40例、阳性对照组40例和阴性对照组10例,前列痛安组外用前列痛安巴布贴贴脐,阳性对照组外用前列安栓塞肛,阴性对照组外用空白巴布贴贴脐。治疗30d,评价3组的临床疗效,治疗前后的慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)评分及检测前列腺液中TNF- α 及IL-10含量。**结果** 前列痛安组临床总有效率高于两对照组($P<0.01$),治疗后NIH-CPSI评分及前列腺液中TNF- α 及IL-10含量亦低于两对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。**结论** 前列痛安巴布贴贴脐治疗ⅢB型前列腺炎具有较好的疗效,其能有效减轻疼痛、提高生活质量,还可减少前列腺液中TNF- α 及IL-10的含量。

【关键词】 前列痛安巴布贴 ⅢB型前列腺炎 TNF- α IL-10

Research of the Influence of Qianlietonganbabu Plaster on IL-10 and TNF- α Alpha in Type III B Prostatitis's Prostate Fluid YANG Jing, ZHU Wenxiong, YUAN Bo, et al. Hunan University of Chinese Medicine, Hunan, Changsha 410208, China

【Abstract】Objective: To study the the influence of Qianlietonganbabu plaster on IL - 10 and TNF Alpha in Type III B prostatitis's prostate fluid. **Methods:** III type B prostatitis patients were randomly divided into top pain group, positive control group and negative control group, high pain Ann group of external use Qianlietonganbabu plaster and navel, positive control group for external use of the aforementioned Qianlietonganbabu plaster anal, negative control group for external use blank it stick navel. Treatment for 30 days, evaluate the clinical efficacy of three groups, before and after treatment of NIH-CPSI score and TNF alpha in the detection of prostatic fluid and IL-10 levels. **Results:** among pain antigua and Qianlietonganbabu plaster stick navel III B prostatitis has good curative effect($P<0.01$), it can effectively alleviate pain, improve the quality of life ($P<0.01$, or $P<0.05$), but also can reduce the TNF alpha in the prostatic fluid and the content of IL-10 ($P<0.05$, or $P<0.01$). **Conclusion:** Qianlietonganbabu plaster used to treat type III B is an effective means of prostatitis.

【Key words】 Qianlietonganbabu plaster; III type B prostatitis; TNF alpha; IL-10

前列腺炎为男科的常见病、多发病,美国国立卫生研究院(NIH)将其分为4型,其中ⅢB型前列腺炎相当于前列腺痛,表现为盆腔、会阴部疼痛明显,而前列腺液检查正常,培养无细菌生长^[1]。此型无抗菌药物的使用指征,临床症状的改善难度较大。长期以来,笔者采用前列痛安巴布贴贴脐治疗ⅢB型前列腺炎收效显著,本研究旨在观察其对前列腺液中肿瘤坏死因子- α (TNF- α)及白介素-10(IL-10)的影响。现报告如下。

*基金项目:湖南省卫生厅科研基金资助项目(B2014-041);湖南省教育厅中医外科重点学科资助课题;湖南省科技厅高新技术项目(湘财企指[2013]139)

△通信作者(电子邮箱:chengran0303@163.com)

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准参照《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2011版)》中相关标准,中医证候诊断标准参考《中医病证诊断疗效标准》中的湿热挟瘀证型。所有入组患者按我院伦理委员会的要求签署知情同意书。

1.2 临床资料 病例来源于2014年6月至2014年11月在湖南中医药大学第一附属医院男科就诊的ⅢB型前列腺炎患者。将符合条件的90例患者随机分为前列痛安组、阳性对照组和阴性对照组。前列痛安组40例,年龄(35.50±9.80)岁,病程(3.70±0.90)年。阳性对

照组40例,年龄(32.60±8.20)岁;病程(3.10±0.40)年。阴性对照组10例,年龄(34.70±11.30)岁;病程(3.20±0.60)年。各组临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 前列痛安组用前列痛安巴布贴(前列痛安巴布贴由马鞭草30g,桃仁30g,丹参30g,乳香20g,肉桂10g,麝香0.05g组成,巴布剂的制备由湖南中医药大学第一附属医院药剂科完成)贴脐,每次1贴,每3日1换;阳性对照组用前列安栓塞肛(前列安栓由丽珠集团丽珠制药厂生产,国药准字Z10980066,规格为2g/粒),每次1粒,每日1换;阴性对照组用不含任何药物成分的空白巴布贴贴脐,每次1贴,3d1换。各组以30d为1个疗程,共使用1个疗程。全过程中前列痛安组脱落1例,阳性对照组脱落2例。

1.4 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[2]对各组治疗效果进行评价。(1)各组治疗前后慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)评分。根据NIH-CPSI对各组治疗前后的临床表现进行评分。患者疼痛或不适总积分0~21分,其中疼痛部位0~6分,疼痛的频率0~5分,疼痛的严重程度0~10分;排尿症状积分0~10分;对生活质量的积分0~12分。积分越高,病情越重。(2)各组前列腺液中TNF-α及IL-10含量的检测。人TNF-α及IL-10的试剂盒均由北京晶美生物工程有限公司提供,灵敏度分别为7ng/L和30ng/L。采用双抗体夹心ELISA法检测各组治疗后前列腺液中TNF-α及IL-10的含量,操作步骤严格按照试剂盒说明书进行。

1.5 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件处理,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,满足正态性和方差齐性者用方差分析,不满足者用秩和检验。等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组临床疗效的比较 见表1。结果示与阴性对照组比较,前列痛安组与阳性对照组的疗效更好($P<0.01$);与阳性对照组比较,前列痛安组的总有效率更高($P<0.01$)。

表1 各组临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
前列痛安组	39	8	18	11	2	37(94.87)* [△]
阳性对照组	38	10	5	9	11	27(71.05)*
阴性对照组	10	0	0	1	9	1(10.00)

与阴性对照组比较,* $P<0.01$;与阳性对照组比较,[△] $P<0.01$ 。

2.2 各组治疗前后NIH-CPSI评分情况 见表2。结果示各组治疗前后排尿症状未见明显改善。在缓解患者疼痛或不适、提高生活质量方面,阴性对照组治疗前后未见明显差异($P>0.05$),而前列痛安组和阳性对照组治疗后较治疗前NIH-CPSI评分均有所降低。前列

痛安组与阳性对照组比较,其减轻疼痛及提高生活质量方面的疗效均有一定的优势($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。

表2 各组治疗前后NIH-CPSI评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	疼痛或不适	排尿症状	生活质量
前列痛安组 (n=39)	治疗前	18.22±2.44	5.33±1.37	8.38±2.67
	治疗后	8.36±1.97* ^{△△}	5.81±1.22	3.66±1.49* [△]
阳性对照组 (n=38)	治疗前	18.15±2.46	4.86±1.68	7.93±2.95
	治疗后	11.62±2.04*	3.92±1.36	5.74±1.68*
阴性对照组 (n=10)	治疗前	17.92±2.35	5.45±1.51	8.56±1.79
	治疗后	16.91±2.80	4.67±1.43	7.52±2.12

与阴性对照组比较,* $P<0.01$;与阳性对照组比较,[△] $P<0.05$,^{△△} $P<0.01$ 。

2.3 各组治疗后前列腺液中TNF-α及IL-10的含量比较 见表3。与阴性对照组比较,前列痛安组及阳性对照组前列腺液中IL-10的含量降低($P<0.05$ 或 $P<0.01$);而前列痛安组较之阳性对照组IL-10含量更低($P<0.05$)。与阴性对照组比较,前列痛安组及阳性对照组TNF-α的表达均下调($P<0.05$ 或 $P<0.01$);与阳性对照组比较,前列痛安组TNF-α的表达水平下降得更显著($P<0.01$)。

表3 各组治疗后前列腺液中TNF-α及IL-10含量比较(ng/L, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	IL-10	TNF-α
前列痛安组	39	168.2±60.4** [△]	80.21±59.33** ^{△△}
阳性对照组	38	201.5±55.1*	124.22±65.18*
阴性对照组	10	241.7±59.8	177.74±69.65

与阴性对照组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与阳性对照组比较,[△] $P<0.05$,^{△△} $P<0.01$ 。

3 讨论

前列腺炎是成年男性常见病之一,其庞大的患病人群和高昂的医疗费用给公共卫生事业造成了巨大的经济负担^[3],而其发病机制现代医学尚未阐释清楚^[4]。Ⅲ型前列腺炎是前列腺炎中最常见的类型,约占90%以上。ⅢB型前列腺炎主要表现为长期、反复的骨盆区域疼痛或不适,持续时间超过3个月,可伴有不同程度的排尿症状和性功能障碍,严重影响患者的生活质量。其前列腺液检查白细胞正常,培养无细菌生长。近年来,外治疗法治疗前列腺炎正越来越引起人们的关注,其生物利用度较高,易在病灶周围形成较高的浓度,且给药方便、安全无创,患者依从性较高^[5]。中医外治法治疗前列腺炎逐渐在改善患者的自觉症状和疗效的持久性方面体现出一定的优势和潜力。

当前医学界认为慢性盆腔疼痛综合征的发病是一个多种细胞因子参与的免疫反应和炎症过程^[6]。近年来研究发现TNF-α和IL-10在ⅢB型前列腺炎的疼痛机制中扮演着重要角色^[7]。TNF-α是重要的致炎细

胞因子。有学者发现ⅢB型前列腺炎患者前列腺液中的TNF- α 显著升高,TNF- α 的产生可以促进前列腺素E₂大量合成,刺激中性粒细胞和单核巨噬细胞分泌IL-1、IL-6、IL-8等细胞因子,从而激发显著的炎症反应^[8]。IL-10本身具有抗炎及免疫抑制功能,能够抑制IL-2、IFN- γ 及促炎因子的产生和释放。IL-10在临床Ⅲ型前列腺炎患者的前列腺液中异常表达,其含量与患者的疼痛症状呈正相关^[9]。所以患者前列腺液中TNF- α 和IL-10的高表达可能是导致ⅢB型前列腺炎疼痛不适的重要原因。前列痛安巴布贴的组成中药包括马鞭草、桃仁、丹参、乳香、肉桂、麝香,具有清热利湿、活血化瘀、通络止痛之功效。前列安栓内含黄柏、虎杖、栀子、大黄、泽兰、毛冬青、吴茱萸、淫羊藿、石菖蒲、荔枝核等物,功能清热利湿通淋、化瘀散结止痛。本研究结果显示外用前列痛安巴布贴贴脐治疗ⅢB型前列腺炎的疗效优于前列安栓塞肛。在缓解疼痛及提高生活质量方面,与阳性对照组比较,前列痛安组能够更有效地降低NIH-CPSI评分。前列痛安组与阳性对照组均可减少前列腺液中TNF- α 及IL-10的含量,但前者的作用更加显著。由此,笔者认为前列痛安巴布贴贴脐治疗ⅢB型前列腺炎的疗效确切,能够有效减轻患者疼痛症状、提高生活质量,并可下调前列腺液中TNF- α 及IL-10的表达水平。前列痛安巴布贴为前列

腺炎的中医外治疗法提供了一条新的思路,其干预机制还有待进一步的研究阐明。

参 考 文 献

- [1] 那彦群,叶章群,孙光.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2011版)[M].北京:人民卫生出版社,2011:122.
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:168.
- [3] Stamatiou KN, Moschouris H. A prospective interventional study in chronic prostatitis with emphasis to clinical features[J]. Urol J, 2014 Sep 6, 11(4): 1829-1833.
- [4] 张凯,王晓峰.中国前列腺炎研究和诊治现状[J].中华男科学杂志,2013,19(2):99-101.
- [5] 朱闽,徐楠.慢性前列腺炎中医外治疗法研究进展[J].世界中医药,2013,8(7):830-832.
- [6] 孙铖,刘成.慢性非细菌性前列腺炎与细胞因子关系的研究进展[J].中华全科医学,2012,10(9):1450-1452.
- [7] 唐驱波,刘朝东,张杰.Ⅲ型前列腺炎NGF与TNF- α 的作用及相关性研究[J].中国现代医学杂志,2010,20(6):836-839.
- [8] 李永伟,王春霞,何志强.TNF- α 、TGF- β 1在慢性非细菌性前列腺炎病人前列腺液中的表达水平及意义[J].中国老年学杂志,2013,7(33):3409-3410.
- [9] 陈江川,易善红.Ⅲ型前列腺炎的疼痛机制研究[J].重庆医学,2013,42(16):1902-1904.

(收稿日期 2014-12-08)

(上接第214页)

气管哮喘患者肺部功能,减少复发情况,能有效地治疗支气管哮喘疾病。中药现代药理研究表明,麻黄、桂枝能抗病毒发汗,扩张末梢血管;石膏、黄芩能消炎抗过敏镇静;半夏、浙贝母具有中枢性镇咳作用;杏仁则能抑制呼吸中枢;紫菀、款冬花、紫苏子皆具有祛痰止咳平喘作用;地龙、芍药镇静解痉,五味子、甘草双向调节免疫。全方能抑制气道炎症反应,降低气道高反应性,减少气道上皮黏液分泌,起到缓解哮喘的目的。

综上所述,中医辨证疗法中,将哮喘分为热哮喘与寒哮喘,辨证论治,对证下药,治以清热或散寒、止咳平喘,有助于支气管哮喘患者肺部功能的改善,且经治疗复发患者少,复发间隔时间长,肺活量和呼气容量均有所提高,因而值得在临床中推广。

参 考 文 献

- [1] 郑辉才,邢崇浩,王晓敏,等.社区干预对哮喘患者心理状态及生活质量的影响[J].职业与健康,2014,30(2):268-270.
- [2] 朱洪达,徐丹妮,郑小伟,等.“冬病夏治”单一疗法和综合疗法治疗慢性呼吸系统疾病疗效对比观察[J].浙江中医药大学学报,2014,3(1):283-286.

- [3] 董雷,蔡宛如,朱诗兵,等.芍药甘草汤对哮喘大鼠STAT6与IL-13水平的影响[J].浙江中西医结合杂志,2014,4(1):287-289.
- [4] 王坚英.喘可治注射液治疗儿童支气管哮喘急性发作疗效观察[J].浙江医学,2014,12(1):1102-1103.
- [5] 洪晓燕,方跃伟,王建跃,等.健康教育对支气管哮喘患者依从性影响的研究[J].浙江预防医学,2014,6(1):631-632.
- [6] 朱勇,刘敬禹,张鹏,等.支气管哮喘合并侵袭性肺曲霉病3例并文献复习[J].中华医院感染学杂志,2014,24(3):642-644.
- [7] 门剑龙,陈宏,刘瑞玲,等.血浆蛋白C活性测定对支气管哮喘患者病情和预后的评估[J].中华检验医学杂志,2014,5(1):352-356.
- [8] 李娜嘉,林江涛.支气管哮喘与情绪障碍的研究进展[J].中华医学杂志,2014,94(16):1277-1279.
- [9] 朱琦,付钰,倪金霞.基于红外热成像技术的支气管哮喘患者肺经与大肠经相关腧穴体表温度研究[J].中医杂志,2013,54(22):1926-1928.
- [10] 凌家艳,薛莎,刘庆.定喘膏外敷对支气管哮喘患者T细胞亚群的影响[J].中医药信息,2013,30(5):99-100.

(收稿日期 2014-08-28)

维持性血液透析患者中医证候与血脂相关性的探讨*

张 玲 张太君[△]

(重庆市中医院, 重庆 400021)

中图分类号: R256.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)02-0234-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.017

【摘要】目的 探讨终末期肾病维持性血液透析患者中医证候与血脂关系及“痰湿”、“湿浊”、“血瘀”等病理因素的相关性。**方法** 选择不同透析龄的患者共 90 例,分为新入透析组和透析年龄>1 年组,通过制订系统调查问卷结合专家评价的方式,对入选患者进行证候调查;检测相应的血脂、肝肾功、血常规,总结其分布规律及联系。**结果** 两组小部分患者出现血脂升高,但没有统计学意义($P>0.05$)。新入组各时间点血脂大致正常,两组患者血脂差异经方差分析,无统计学意义($P>0.05$);新入组患者规律透析后血红蛋白有明显增高,差异有统计学意义($P<0.05$)。90 例患者肝功大致正常,各证型透析前肌酐水平大致相同,大部分患者无显著贫血,营养状态较好。各虚证、实证之间肝肾功能、白细胞、红细胞、血红蛋白、血小板差异,无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 90 例患者各中医证型血脂分布无差异,小部分维持性血液透析患者均出现血脂轻度升高,且表现为低密度质蛋白(LDL)偏高、高密度质蛋白(HDL)偏低、三酰甘油(TG)偏高,但差异无统计学意义。这个结果可能与患者血透相对充分,低分子肝素、左卡尼丁等使用,病例数相对较少等相关。

【关键词】 中医证候 血脂 规律 血液透析

The Relationship Between the Syndrome of Traditional Chinese Medicine and Blood Fat in 90 Patients in Maintaining Hemodialysis ZHANG Ling, ZHANG Taijun. *Chongqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400021, China*

【Abstract】Objective: To observe the relationship between The syndrome of traditional Chinese medicine and blood fat in patients of Maintaining hemodialysis in end-stage. To Find out the relationship between the disease and the pathological factors such as the Phlegmy wet, Wet muddy, Blood stasis. **Method:** 90 patients were divided into two groups in different stage of hemodialysis, new groups(new patients in dialysis)and one year group(after a year in dialysis). The syndrome of traditional Chinese medicine of the two groups with the methods of Establishing system questionnaire Combined with the expert evaluation was surveid. And the corresponding blood fat, liver and kidney function, blood routine. Summarize the distribution rule and contact of both groups were detected. **Results:** A small percentage of patients with elevated blood lipids in both groups, which appeared no statistical differences. The blood fats in new groups at each time point roughly normal, difference in blood fat between both groups by analysis of variance, there was no statistical significance($P>0.05$). New group of patients after dialysis have obvious increase in hemoglobin, by the analysis of variance, the difference was statistically significant ($P<0.05$). 90 cases of patients with liver meritorious service was approximately normal, Creatinine level before dialysis was roughly same in every syndrome type. The majority of patients had no significant anemia and good nutritional status. The liver and kidney functions, WBC, RBC, hemoglobin, platelet difference, through the analysis of variance, there was no statistical significance between every deficiency syndrome and real syndrome($P>0.05$). **Conclusion:** There in no difference of blood fat distribution in 90 cases of patients with different TCM syndrome types. A small number of patients with maintenance hemodialysis are moderately elevated blood lipids. Characterized by high LDL, low HDL, three acyl glycerin on the high side, but no difference between the statistics. The results may be related to relatively full hemodialysis of patients, the using of low molecular heparin, L carnitine, and the number of cases is relatively small, etc.

【Key words】 The syndrome of traditional Chinese medicine; Blood fat; regular; hemodialysis

* 基金项目: 重庆市卫生计生生育委员会中医药科技项目(2012-2-166)

[△] 通信作者(电子邮箱: 4345422@qq.com)

有研究认为维持性血液透析患者脂质代谢紊乱加重。尿毒症患者普遍存在着脂质代谢的紊乱,而长时间的维持性透析不但不能改变这种状况,甚至可以加重其紊乱程度^[1]。在血液透析患者中脂质代谢紊乱的最大特点是低密度质蛋白(LDL)正常、高密度质蛋白(HDL)偏低、三酰甘油(TG)偏高^[2]。

中医学对终末期肾病无完全对应的病名,多根据临床表现及发展变化判断其类似于“关格”、“癃闭”、“水肿”、“溺毒”、“肾劳”等。通过对已有文献的总结,血透患者的基本病机是本虚表实,脾肾气(阳)虚或肝肾阴虚是本,水湿、痰浊、瘀血是标^[3]。中医理论认为气血津液代谢障碍形成病理产物,造成体内异常物质增加。脂质代谢紊乱引也是异常物质增多,两者之间的联系值得探讨。本研究通过对重庆市中医院肾内科维持性血液透析患者90例进行中医证候及血脂等进行观察。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本研究对象来自于重庆市中医院肾内科门诊及住院维持性血液透析患者共90例。中医证候诊断标准:参照2006年中华中医药学会肾病分会。慢性肾衰竭的诊断、辨证分型(试行方案)^[4];《中药新药临床指导原则》(2002年)^[5];结合本科慢性肾衰中医临床路径试点实施方案。对本病分为正虚5型,邪实5型。正虚诸型为脾肾气虚、脾肾阳虚、气阴两虚、肝肾阴虚、阴阳两虚;邪实诸型为湿浊、湿热、水气、血瘀、浊毒。西医诊断标准:参照《慢性肾脏病及透析的临床实践指南》(2002版)/美国NKF-K/DOQI工作者原著,王海燕、王梅主译)选择慢性肾脏病5期开始接受血液透析患者。纳入标准:(1)符合慢性肾功能衰竭的西医诊断标准及中医辨证标准;(2)愿意参加此次研究者。排除标准:(1)患“慢性肾衰竭”,但伴发严重感染、酸中毒、电解质紊乱、严重高血压等加重因素未得到控制者;(2)有心、脑、肝和造血系统等严重原发性疾病者;(3)依从性差、精神病患者;(4)中途退出试验者;(5)主要治疗方案改变;(6)不能有效进行问卷调查者。入选患者包括男性47例,女性53例;年龄22~84岁,中位数60.5岁;透析时间0~144个月,中位数36个月。按透析时间分为两组,一组为首次透析患者,纳入30例;一组60例为维持性血液透析>1年患者60例。其中原发病为慢性肾炎53例,高血压肾病19例,糖尿病肾病12例,高尿酸血症1例,多囊肾4例,泌尿系结石1例。

1.2 治疗方法

血透方案:患者每周血液透析2~3次,每次4h,每月2次血液透析滤过,用碳酸盐透析液,透析液流量500 mL/min,血流量200~300 mL/min,每周最少1次使用高通透析器,每月1次血液灌流,每

次透析后静脉补充左卡尼丁1g。同时根据患者情况进行纠正贫血、高血压、肾性骨病等对症治疗。

1.3 检测项目及指标

一组透析前、透析后3个月、透析后6个月、透析后1年的血脂水平。两组的血脂水平。血脂检查包括: TG、TC、HDL-C、LDL-C。两组均检测肝肾功包括天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、尿素氮(BUN)及肌酐(SCr);血常规,包括血细胞计数(WBC)、红细胞计数(RBC)、血小板反计数(PLT)及血红蛋白(HGB)。所有检查均在非透析日抽血。根据中医证候诊断标准制定中医证候临床观察表,对纳入患者填写临床证候观察表。按照《中药新药临床研究指导原则(试行)》进行分级量化,将每个症状分为无、轻、中、重4级,分别计为0、2、4和6分。

1.4 统计学处理

应用SPSS13.0统计软件分析。计数资料均采用 χ^2 检验,计量资料采用方差分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 90例患者证型与血脂

见表1。入组时,90例患者虚证分为4型:肝肾阴虚、脾肾气虚、脾肾阳虚、气阴两虚。实证分为湿热、湿浊、血瘀。两组小部分患者出现血脂升高,差异无统计学意义($P > 0.05$)。各证型之间, TG、TC、HDL-C、LDL-C 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 入组时各证间部分血脂指标比较(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

证型	TG	TC	HDL-C	LDL-C
肝肾阴虚	2.20±1.83	4.38±1.59	1.17±0.20	2.41±1.11
脾肾气虚	1.51±0.90	4.06±1.19	1.29±0.80	2.25±0.70
脾肾阳虚	1.81±1.47	4.70±1.24	1.17±0.35	2.67±0.91
气阴两虚	1.75±1.18	3.74±1.06	1.25±0.28	2.43±0.74
湿热	2.09±1.75	4.46±1.45	1.17±0.25	2.47±0.96
湿浊	1.39±0.79	4.19±1.29	1.39±0.82	2.37±0.79
血瘀	1.82±1.20	4.16±1.12	1.11±0.26	2.48±0.83

$P > 0.05$ 。下同。

2.2 血液透析对血脂的影响

见表2。新入30例血液透析患者,血透前、血透3个月、血透6个月、血透12个月时血脂大致正常,各时间点血脂差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表2 血液透析对血脂指标的影响(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

时间	TC	TG	HDL-C	LDL-C
透析前	4.34±0.90	1.50±0.95	1.24±0.34	2.42±0.66
透析后3个月	3.97±0.86	1.73±1.07	1.18±0.33	2.15±0.58
透析后6个月	4.11±0.82	2.10±1.59	1.08±0.33	2.10±0.58
透析后12个月	3.85±0.80	1.83±0.93	1.01±0.24	2.07±0.68

2.3 90例患者证型与肝肾功能

见表3,表4。90例

患者肝功大致正常,各证型透析前肌酐水平大致相同,大部分患者无显著贫血,营养状态较好。各虚证、实证之间肝肾功能、白细胞、红细胞、血红蛋白、血小板差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 入组时各证间部分肝肾功能指标比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

证型	ALT	AST	BUN	SCr
肝肾阴虚	19.47±11.93	20.53±11.98	19.43±5.32	770.07±203.32
脾肾气虚	19.44±16.71	18.63±8.56	23.86±10.50	820.25±336.36
脾肾阳虚	14.00±7.49	15.62±8.34	22.39±7.24	862.69±271.82
气阴两虚	14.36±7.51	17.86±6.33	18.29±5.87	742.29±171.14
湿热	18.67±14.50	19.17±9.77	22.28±9.77	812.33±316.80
湿浊	16.58±12.22	19.13±9.81	22.47±7.76	803.61±263.08
血瘀	15.41±10.10	15.14±6.12	20.52±7.28	825.07±247.33

表 4 入组时各虚证间部分血常规指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

证型	WBC($\times 10^9/L$)	RBC($\times 10^{12}/L$)	HGB(g/L)	PLT($\times 10^9/L$)
肝肾阴虚	5.52±1.31	3.24±0.71	99.80±26.42	146.60±42.68
脾肾气虚	5.72±1.96	3.17±0.78	95.91±25.90	144.74±61.66
脾肾阳虚	5.84±2.24	3.35±0.75	102.52±21.24	158.20±68.29
气阴两虚	5.57±2.01	3.32±0.54	93.39±30.88	148.50±60.98
湿热	5.98±1.92	3.14±0.71	96.30±24.36	152.83±54.94
湿浊	5.51±2.20	3.23±0.78	93.18±29.43	144.01±63.40
血瘀	5.61±1.71	3.43±0.66	105.83±19.73	153.38±64.22

2.4 血液透析对血常规的影响 见表 5。30 例新入血液透析前患者普遍出现贫血,血红蛋白 79.15±26.42,红细胞 2.84±0.74,进入规律透析后,红细胞、血红蛋白逐渐升高,透析后 6 个月、12 个月红细胞计数比开始透析时明显升高,透析后 3 个月、6 个月、12 个月血红蛋白比开始透析时明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 5 液透析对血常规指标脂的影响 ($\bar{x} \pm s$)

时间	WBC($\times 10^9/L$)	RBC($\times 10^{12}/L$)	HGB(g/L)	PLT($\times 10^9/L$)
透析前	5.78±2.40	2.84±0.74	79.15±26.42	145.51±58.04
透析后 3 个月	5.42±1.97	3.72±0.88	101.8±20.52*	142.70±45.90
透析后 6 个月	5.87±1.67	3.68±0.67*	104.47±24.66*	141.86±43.96
透析后 12 个月	5.99±2.26	3.58±0.46*	100.96±22.63*	142.93±61.69

与透析前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

据文献总结,导致血脂异常的原因有:(1)血液透析过程可造成左旋肉碱和赖氨酸的丢失,使自由脂肪酸的 β 氧化过程受抑制,造成 TG 增加;(2)患者体内的“尿毒症毒素”中存在脂蛋白酯酶抑制物,使该酶活性降低,从而形成高 TG 血症;(3)尿毒症患者 TC 酯转速度增高,加速富含胆固醇酯的 LDL-C 流入外周组

织;(4)载脂蛋白 A1 在血液透析过程中丢失而载脂蛋白 B 升高,利于 LDL-C 的形成^[7]。有报道说血液透析前与透析后患者之间脂代谢紊乱无显著性差异,而二者与正常对照组均存在显著性差异(而且血浆白蛋白水平透析后显著降低与血脂关系呈现显著相关);提示营养不良、严重低蛋白血症是透析患者高脂血症的主要致病因素^[8]。微炎症状与脂代谢异常密切相关,长期使用肝素抗凝,会加重血脂异常^[9-10]。使用高通量透析能改善患者微炎症状态和血脂状况,低分子肝素抗凝可改善维持性血液透析患者的血脂代谢,规律补充左卡尼丁,可以改善其血脂水平,降低老年患者的 TG、TC,提高 HDL-C^[11-15]。

中医学对“血脂”的描述见于“痰湿”、“湿浊”、“血瘀”等疾病中,认为是气血津液代谢障碍形成异常物质的增多。通过对现在已有文献的总结,产生血脂异常的主要病理基础是:正虚为本,痰浊血瘀为标,肝、脾、肾功能失调^[16]。血透患者的病因病机复杂多变,仍不离肝脾肾功能失调及水液代谢异常,瘀血、痰浊、水湿贯穿整个病程。综上所述,血透患者的血脂异常也应该与瘀血、痰浊、水湿密切相关。

在本次观察中发现,本院部分维持性血透患者、部分患者血透后与血透前相比,小部分维持性血液透析患者均出现血脂轻度升高,且表现为 LDL 偏高、HDL 偏低、TG 偏高,但统计学无明显差异。90 例患者各中医证型血脂分布无差异。透析后贫血有明显改善,与透析前相比有统计学差异。

分析原因,考虑与以下因素有关:(1)病例数相对较少;或者与病例选择有关,患者更注重生活质量,更早的进入透析,本次观察点均选择在患者病情稳定,病例选择中排除了有严重并发症的患者,比如心衰、重度感染等;患者血透充分,一般情况较好;所以本次调查中存在阴阳两虚、浊毒证和水气证的缺失。(2)本院 90 例患者无明显的营养不良,血透相对充分,血透间期肌酐水平在 800 mmol/L 左右,每周至少 1~2 次高通量透析膜透析,每月 1 次血液灌流,低分子肝素抗凝,每次血透后均补充左卡尼丁。这些措施可能改善了患者的血脂代谢异常,未见到血脂异常改变。各中医证型与检查指标的无差异,导致了各中医证型与血脂分布的无差异。(3)血透后贫血改善与充分透析相关。综上所述,在做类似观察时,应该扩大样本量,谨慎选择观察点,不仅要有效,而且应该全面。

参 考 文 献

- [1] 曾石养,苏卫东,薛志强. 终末期肾衰透析患者血脂变化的临床意义[J]. 现代医药卫生, 2006, 22(15): 2260-2261.
- [2] NKF-K/DOQI 慢性肾脏病血脂异常管理的临床实践指南[J]. 血液净化, 2007, 6(11): 625-632.
- [3] 富琳岩. 持性血液透析患者中医证候学研究进展[J]. 中国

- 中医药科技,2011,18(5):455-456.
- [4] 中华中医药学会肾病分会.慢性肾衰竭的诊断、辨证分型及疗效评定(试行方案)[J].上海中医药杂志,2006,40(8):8-9.
- [5] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:163-165.
- [6] 吴国荃.慢性肾功衰竭及替代治疗[M].北京:北京出版社,1997:125-126.
- [7] 李寒,王世相.维持性血液透析患者血脂情况调查[J].首都医科大学学报,2009,30(2):146-149.
- [8] 李全瑞,郭增玉.维持性血液透析对尿毒症患者血脂水平影响及相关分析[J].中国血液净化,2004,3(7):358-360.
- [9] 周凡力,卢岚.血液透析患者脂质紊乱相关因素的研究[J].临床荟萃,2012,27(22):1940-1942.
- [10] 周雅南,郭宗琳.低分子肝素与肝素对维持性血液透析患者血脂的影响[J].临床医学,2010,23(8):108.
- [11] 王俊霞,张鹏.高通量透析对维持性血液透析患者血脂和微炎症状态的影响[J].中国血液净化,2013,12(10):566-569.
- [12] 申力军,魏日胞.血脂代谢紊乱与维持性血液透析患者的心血管并发症[J].中国临床康复,2005,9(19):151-153.
- [13] 张日赤,许尔屹.低分子肝素对维持性血液透析患者血脂代谢的影响研究[J].临床研究,2013,20(7):42-43.
- [14] 赵向阳,李星.左卡尼汀对血液透析患者血脂及炎症介质的影响[J].中国伤残医学,2013,21(4):67-67.
- [15] 杨庆春,潘淑杰.左旋肉碱对老年血液透析患者血脂及营养状况影响的研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(1):66-67.
- [16] 吴昊,蔡少杭.血脂异常的中医药研究进展[J].承德医学院学报,2013,30(3):221-224.

(收稿日期 2014-10-15)

(上接第 226 页)

古书有云“脑为髓脑、究其本源,是由肾中真阳真阴之气、酝酿化合而成,沿督脉上升而贯注于脑”。这说明督脉将肾中精气通过别络、孙络渗灌气血濡养髓。肾精亏虚,因虚致痰生痰,痰瘀互结,肾精不足,肝肾阴虚而生内热,最终形成肝热血瘀^[6-7]。肝阳偏亢,肝风内动,督脉气血逆乱,血溢而产生离经之瘀血,血不利而为水,瘀血内阻,营阴外渗而为水,水瘀混杂于脑而胶滞督脉,孙络,致其痉挛,迂曲而狭窄。故在治疗上需柔肝化痰止痉。

在本次研究中,采用牛黄泄热平肝,醒神解毒;水牛角、龙胆草、虎杖清肝热、存肝阴;白芍、木瓜酸甘化阴,养肝柔肝,葛根化痰柔肝止痉。另外予桃仁、红花活血。以上方共奏清热平肝、养肝柔肝、化痰止痉作用。而从结果中看出,运用此方后患者血管痉挛发生率明显下降,且在 Lingdegaard 指数、MCA、ACA、PCA 血流速度上比较差异有明显差异性。这和报道^[8]结果是类似的,说明了中医药在治疗血管痉挛上的效果。从现代药理学分析,柔肝化痰止痉法具有镇静、镇痛、抗惊厥作用,能增加脑血流量,降低脑血管阻力,增加冠状动脉血流量,缓解脑血管痉挛,能促进血管活性因子 NO 和 ET-1 水平的稳定^[9]。研究称,牛黄等药物能促进氧合血红蛋白,在自身氧化过程中产生超氧阴离子自由基和脂质过氧化物,损伤生物膜,影响钾-钠-ATP 酶活性,提高内皮细胞渗透压,升高细胞钙离子水平,促使细胞去极化,血管痉挛,抑制血管内皮细胞释放内皮源性舒张因子^[10]。

综上所述,柔肝化痰止痉法能通过促进血液循环,改善动脉血流速度达到预防动脉夹层动脉瘤患者血

管痉挛的目的,且方法简单,费用低廉,可广泛运用。

参 考 文 献

- [1] 刘伟国,杨小锋,曹飞,等.动脉瘤性蛛网膜下腔出血后症状性血管痉挛 186 例[J].中华医学杂志,2012,15(4):1040-1043.
- [2] 李兮男,左维敏,符雅明,等.应用覆膜血管内支架植入术治疗 DeBakey III 型主动脉夹层[J].中国介入影像与治疗学,2012,9(7):564-565.
- [3] 张智猷,郭德安.16 层螺旋 CT 血管造影及后处理技术在诊断主动脉瘤及主动脉夹层中的应用[J].医学影像学杂志,2012,18(8):869-872.
- [4] 李国菁,刘小雨,陈劲云,等.王行宽教授应用补心平肝、和血化饮法治疗主动脉夹层 1 例经验介绍[J].中国中医急症,2013,14(1):54-55.
- [5] 蔡业峰,李贵福,郭建文,等.中医药干预 aSAH 围手术期迟发性血管痉挛的思路探讨[J].中国中医基础医学杂志,2011,14(9):674-676.
- [6] 陶功元,王宗银.温经活血散治疗损伤性血管痉挛病 50 例[J].四川中医,2013,19(7):63-65.
- [7] 朱吉祥,薛道金,石尧,等.柔肝化痰止痉法防治动脉瘤性蛛网膜下腔出血后迟发性脑血管痉挛的作用及机制[J].临床医学工程,2014,(8):967-969.
- [8] 林百喜,武衡,阳纲要,等.动脉瘤性蛛网膜下腔出血脑血管痉挛的原因分析及治疗[J].中国现代医学杂志,2012,5(4):764-767.
- [9] 夏俊哲,陶钧,梁传声,等.尼莫地平静脉应用和术中灌注对预防血管痉挛作用的临床研究[J].实用药物与临床,2012,3(7):166-168.
- [10] 焦娟.柔肝化痰止痉法防治动脉瘤性蛛网膜下腔出血后血管痉挛[D].广州:广州中医药大学,2012.

(收稿日期 2014-10-21)

冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛有效性及安全性的 Meta 分析*

高长春 林淑梅 徐国良[△] 秦 玲
(吉林大学第一医院, 吉林 长春 130031)

中图分类号: R541.4 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)02-0238-04
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.018

【摘要】目的 用 Meta 分析的方法来研究冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛的疗效及其安全性。**方法** 通过应用电子计算机对 Cochrane 图书馆临床对照试验资料库(2014 年第 2 期)、中国学术文献(CNKI)总库(1979 年至 2014 年 6 月)、万方数字化期刊库(1981 年至 2014 年 6 月)、中文科技期刊数据库(1989 年至 2014 年 6 月)、Pubmed(1966 年 2014 年 6 月)、Embase(1966 年至 2014 年 6 月)进行检索,对临床随机对照试验按照一定入选标准和排除标准进行选择,对文献的质量进行评价,从中找到所需要的数据,应用软件 RevMan 5.3 对提取的数据来进行 Meta 分析。**结果** 经过初步检索,有 581 篇文献入选,按照入选标准和排除标准最终 18 篇关于冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛的随机对照研究入选。应用心绞痛缓解作为标准: $\chi^2=6.70, df=17, P=0.99$, 合并 $OR=4.13, 95\%CI [3.10, 5.50], Z=9.70(P<0.00001)$ 。应用心电图改善作为标准: $\chi^2=9.71, df=17, P=0.92$, 合并 $OR=3.22, 95\%CI [2.58, 4.02], Z=10.31(P<0.00001)$ 。各试验组均未发现严重的不良反应。**结论** 冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛缓解心绞痛症状及改善心电图都是有效的,且临床应用安全。

【关键词】 冠心宁注射液 冠心病 心绞痛 Meta 分析

A Meta analysis of Guanxinning Injection Treating Patients with Unstable Angina Gao Changchun, Lin Shumei, Xu Guoliang. The First Hospital of Jilin University, Changchun 130031, Jilin, China

【Abstract】Objective: To study the efficacy and safety of Guanxinning injection in treating patients with unstable angina (UA). **Methods:** We searched the Cochrane Central Register of Controlled Trials (Issue2, 2014), CNKI (1979 to June 2014), Wanfang Data (1981 to June 2014), CSTJ (1981 to June 2014), Pubmed (1966 to June 2014), and Embase (1966 to June 2014). Randomized controlled trials (RCTs) in which Guanxinning Injection was used to treating patients with UA were collected. Then we screened the retrieved studies according to pre-defined inclusion and exclusion criteria, evaluated the quality of included studies, and performed meta analyses by using RevMan 5.3 software. Therapeutic effects of angina pectoris and efficacy of electrocardiogram (ECG) were selected as the study indices. **Results:** A total of 581 articles were found and 18 of which were finally included. Therapeutic effects of angina pectoris were selected as the study indices: $\chi^2=6.70, df=17, P=0.99, OR=4.13, 95\%CI [3.10, 5.50]$, and $Z=9.70(P<0.00001)$. ECG was selected as the study indices: $\chi^2=9.71, df=17, P=0.92, OR=3.22, 95\%CI [2.58, 4.02]$, and $Z=10.31 (P<0.00001)$. **Conclusion:** Guanxinning injection is effective in treating patients with unstable angina and improving ECG, Which is safe for application.

【Key words】 Guanxinning injection; Coronary Heart Disease; Unstable angina; Meta-analysis

动脉粥样硬化引起靶器官病变的最常见类型就是冠心病,冠心病也是危害人类健康的常见病,近年来随着人们生活水平的提高,发病趋势也呈现年轻化,已严重威胁到了人类的健康^[1]。由于不稳定型心绞痛存在易损斑块,很容易转变为急性心肌梗死,使患者的生命受到危险。治疗原则是使不稳定型心绞痛的易损斑块

稳定不破裂,使供应心脏的血管冠状动脉扩张,阻止血小板在斑块聚集,使血液的黏稠度降低,从而使心脏的供氧和供血都得到改善^[2]。冠心宁注射液的主要成分是川芎和丹参,能够使冠状动脉扩张,降低血小板聚集率,降低冠脉阻力,改善冠脉血流,从而改善心脏的供血与供氧^[3]。冠心宁注射液已在临床广泛使用,目前对该药物还没有一个系统评价该药物的有效性与安全性,本 Meta 分析的目的是为冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛提供有效的证据。现报告如下。

* 基金项目:吉林省科技厅科研项目(200905138)
[△]通信作者(电子邮箱:glxublog@sohu.com)

1 资料与方法

1.1 文献入选标准 (1)选择文献的类别。入选的试验为随机对照试验(RCT);入选的药物为冠心宁注射液;入选的疾病为冠心病心绞痛;入选的试验具有相似的研究方法并且有统一的统计指标且每个试验有齐全的试验数据。(2)入选疾病的标准。所有患者诊断均符合冠心病心绞痛诊断标准^[4]。(3)治疗方法。治疗组应用冠心宁注射液同时应用改善冠状动脉血流,防止血栓形成,改善心肌供血等治疗方法。对照组常规使用改善冠状动脉血流,防止血栓形成,改善心肌供血治疗。(4)统计指标。通过缓解心绞痛及改善心电图来评价治疗效果。心电图疗效判定标准按照《中国常见心脑血管疾病诊治指南》中的标准^[5]。心绞痛疗效判定标准采用中西医结合治疗冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会上所修订的标准^[6]。(5)根据患者的症状,体格检查及化验检查来判断不良事件的发生。(6)要求发表的文献用中文或英文撰写。

1.2 选取文献的方法 按照 Cochrane 协作网工作手册 4.2.7 的要求计算机检索 Cochrane 图书馆临床对照试验资料库(2014 年第 2 期)^[7]、中国学术文献(CNKI)总库(1979 年 2014 年 6 月)、万方数字化期刊库(1981 年 2014 年 6 月)、中文科技期刊数据库(1989 年 2014 年 6 月)、Pubmed(1966 年 2014 年 6 月)、Embase(1966 年 2014 年 6 月)、Pubmed(1966 年 2014 年 6 月)、Embase(1966 年 2014 年 6 月)、手工检索相关文献,在中文文献中应用冠心宁注射液、心绞痛、冠心病作为检索词,在英文文献中应用 Guanxinling injection、Angina、Coronary Heart Disease 作为检索词。作为补充检索的是根据查找的符合入选标准的文献,再参考该文献的参考文献进行检索。

1.3 对查到的文献进一步筛选 对符合入选标准的文献,2 名评价员分别阅读筛选,首先阅读文献,通过阅读摘要剔除那些不符合入选的文献,对有可能符合入选标准的文献,通读全文,以明确该文献是否入选,以确定是否真正符合入选标准,然后根据两个人的入选文献相互核对,入选的文献不同时相互讨论以达成一致意见,如意见同时寻求第三方意见。

1.4 对文献的质量进行评价 对符合入选标准的文献,应用 Jadad 等制定的量表来评价文献的质量^[8]。总分计量评分分为 1~5 分,低质量的文献的评分为 1~2 分,高质量的文献的评分为 3~5 分。

1.5 对文献进行数据分析 应用 RevMan (Review Manager)5. 专用软件来进行数据分析,该软件是在 Cochrane 协作网下载的,是专门用于 Meta 分析的软件,2 名评价员把从文献中提取到的数据分别输入该软件。用 χ^2 检验来评价符合入选标准的文献的异质

性,异质性的用 I^2 来估测,检验水准 $\alpha=0.10$ 。文献间的异质性较小则 $I^2 \leq 50\%$, 合并分析时应用固定效应模型进行分析;文献间有较高的异质性则 $I^2 > 50\%$, 合并分析时应用随机效应模型进行分析。

1.6 评估发表偏倚 应用 RevMan 5.3 软件来进行数据分析时,可以作该软件来绘制漏斗图,通过分析漏斗图是否对称来判断是否存在发表偏倚。

2 结果

2.1 入选文献的资料 根据检索方法,在各数据库有 581 篇文献被初步检索,对查到的文献进一步筛选,18 篇研究符合入选标准^[9-26]。各文献的基本特征见表 1。

2.2 文献资料及质量评价 符合入选标准的 18 篇研究均为 RCT; 这 18 篇研究中均无退出患者及失访患者,根据 Jadad 评分标准来评分均为 2 分。

2.3 根据心绞痛缓解来进行数据分析 同质性检验: $\chi^2=6.70, df=17, P=0.99, I^2=0\%$, 据此判断各研究间存在同质性,具有同质性就应用固定模型进行数据,合并 OR=4.13, 95%CI [3.10, 5.50]; 95%CI 上限及下限都大于 1, 说明合并后的结果有统计意义, $Z=9.70 (P < 0.00001)$, 说明应用冠心宁注射液来治疗冠心病心绞痛与对照组相比,在心绞痛的缓解方面差异性比较显著(森林图见图 1)。

2.4 根据心电图的改善来进行数据分析 同质性检验: $\chi^2=9.71, df=17, P=0.92, I^2=0\%$ 。据此判断各研究间存在同质性,具有同质性就应用固定模型进行数据,合并 OR=3.22, 95%CI [2.58, 4.02], CI 上限及下限都大于

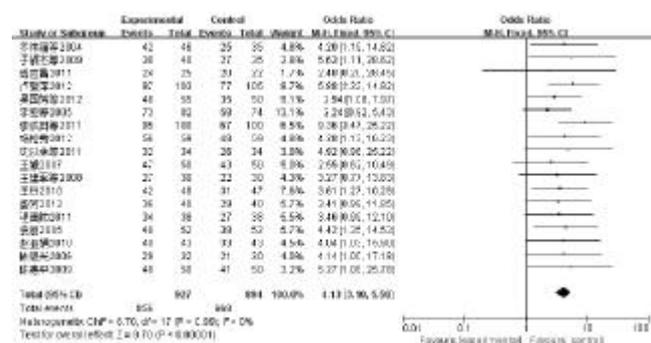


图 1 冠心宁注射液组与对照组在缓解心绞痛上面的森林图

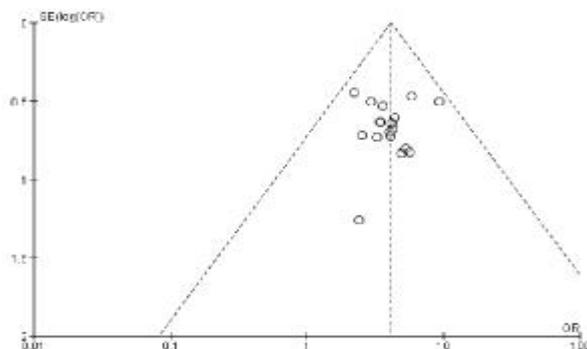


图 2 冠心宁注射液组与对照组在缓解心绞痛上面的漏斗图

表1 各文献的基本特征

研究	研究设计	组别	研究例数	退出例数(n)	剂量和用法	疗程(d)	有效率(%) 心绞痛 心电图	不良反应发生率(%)	Jadad评分
杨松秀	随机	治疗组	59	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	94.9 94.9	5.1	2
2012	对照	对照组	59	0	常规治疗		81.3 79.7	5.1	
吴国芳等	随机	治疗组	55	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	87.3 67.36	0	2
2012	对照	对照组	50	0	常规治疗		70.0 40.0	0	
卢爱萍	随机	治疗组	103	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	94.2 84.5	0	2
2012	对照	对照组	105	0	常规治疗		63.8 61.9	0	
盛芳	随机	治疗组	40	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	90.0 87.5	0	2
2012	对照	对照组	40	0	常规治疗		72.5 70.0	0	
沈以林等	随机	治疗组	34	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	94.1 88.2	0	2
2011	对照	对照组	34	0	常规治疗		76.2 61.8	0	
傅应昌	随机	治疗组	25	0	GXN,20 mL,qd,iv	10	96.0 96.0	0	2
2011	对照	对照组	22	0	常规治疗		90.9 86.4	0	
李成田等	随机	治疗组	100	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	95.0 60.0	0	2
2011	对照	对照组	100	0	常规治疗		67.0 24.0	0	
程禹坤	随机	治疗组	38	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	89.5 86.8	0	2
2011	对照	对照组	38	0	常规治疗		71.1 68.4	0	
赵亚娟	随机	治疗组	43	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	93.0 88.4	0	2
2010	对照	对照组	43	0	常规治疗		76.7 74.4	0	
王玲	随机	治疗组	48	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	87.5 81.3	6.3	2
2010	对照	对照组	47	0	常规治疗		65.9 55.3	6.4	
于辉杰等	随机	治疗组	40	0	GXN,20 mL,qd,iv	15	95.0 95.0	0	2
2009	对照	对照组	35	0	常规治疗		77.1 60.7	0	
陈惠平	随机	治疗组	50	0	GXN,20 mL,qd,iv	15	96.0 94.0	0	2
2009	对照	对照组	50	0	常规治疗		82.0 64.0	0	
王建军等	随机	治疗组	30	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	90.0 73.3	0	2
2008	对照	对照组	30	0	常规治疗		73.3 66.7	0	
王斌	随机	治疗组	50	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	94.0 72.0	0	2
2007	对照	对照组	50	0	常规治疗		86.0 56.0	0	
陈思光	随机	治疗组	32	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	91.0 87.0	0	2
2006	对照	对照组	30	0	常规治疗		70.0 67.0	0	
李宏等	随机	治疗组	82	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	89.0 79.0	0	2
2005	对照	对照组	74	0	常规治疗		78.0 57.0	0	
袁丽	随机	治疗组	52	0	GXN,20 mL,qd,iv	14	92.3 75.0	0	2
2005	对照	对照组	52	0	常规治疗		73.1 57.6	0	
乔伟丽等	随机	治疗组	46	0	GXN,20 mL,qd,iv	28	91.3 91.3	0	2
2004	对照	对照组	35	0	常规治疗		71.4 71.4	0	

注:GXN为冠心宁注射液,qd为日1次,iv为静脉滴注。

1,说明合并后的结果有统计意义,Z=10.31(P<0.00001),说明应用冠心宁注射液来治疗冠心病心绞痛与对照组相比,在心电图的改善方面差异性比较显著(森林图见图2)。

2.5 不良反应 18篇研究中冠心宁注射液组有6例出现头晕、面红及头痛,经减慢滴速后症状消失;对照组有3例出现头晕、面红及头痛,经减慢滴速后症状消失,所有患者均无严重反应且无因不良反应退出试验

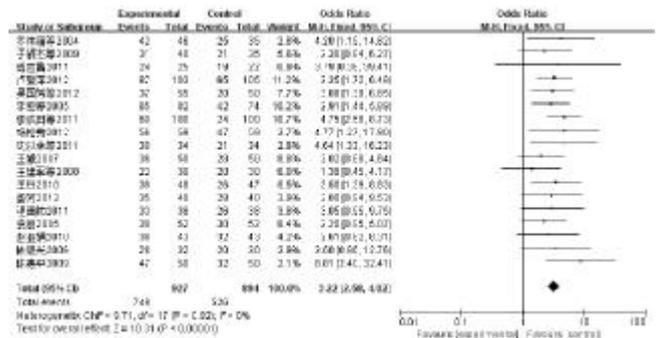


图3 冠心宁注射液组与对照组在心电图改善上面的森林图

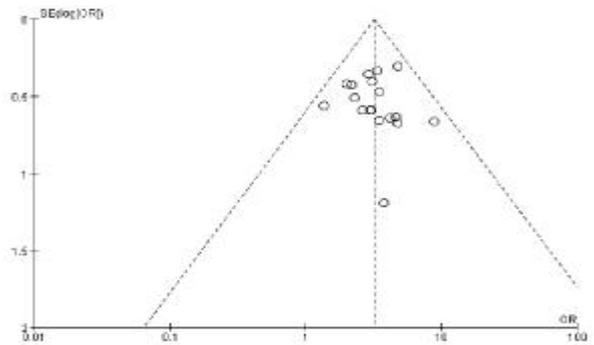


图4 冠心宁注射液组与对照组在心电图改善上面的漏斗图

者,说明应用冠心宁注射液安全。

3 讨论

3.1 冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛的有效性与安全性 根据应用冠心宁注射液组与对照组比较治疗冠心病心绞痛的Meta分析结果,冠心宁注射液组在缓解心绞痛上面比对照组有效,而且在改善心电图上面也比对照组有效;所有患者均无严重反应且无因不良反应退出试验者。说明根据本Meta分析结果冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛不仅具有很好的疗效而且应用临床上比较安全。

3.2 Meta分析的局限性 本Meta分析入选的文献共有18篇研究,所有的文献虽然均为RCT,但是根据Jadad评分原则均为2分,因为入选的RCT在设计上描述的不够详细,也未清楚的说明是采取了什么样的随机方法,以及是否采取了双盲措施,因此就无从判断随机方案是否科学,所以文献质量就不高。本试验的观察时间为10~28d,虽然在此期间治疗组及对照组都无严重反应,但是由于观察时间短,还不能确定更长时间的应用,是否会出现严重不良反应,需要进一步长时间观察才能明确。根据本Meta分析结果,冠心宁注射液组在缓解心绞痛上面比对照组有效,而且在改善心电图上面也比对照组有效,但是我们也应该看到Meta分析是不是尽善尽美的。如果能够进行大样本的科学方法进行的随机双盲试验,在此基础上再进行Meta分析,得出的结果才能更令人信服,才更符合循证医学的证据,由此得出的结论才能更好地指导医

疗实践。由于在临床上结果有效的试验容易发表而结果无效的试验不易发表,故 Meta 分析会存在一些偏倚,如发表偏倚、研究报道偏倚等,故在 Meta 分析搜集资料时要尽量全面,包括那些未发表的结果无效的文章,这样才能科学运用分析^[27]。用来判断是否存在发表性偏倚时,其中的一种方法就是观察 RevMan 软件绘制的漏斗图,漏斗图对称时表明发表性偏倚较小,漏斗图不对称时表明存在较大的发表性偏倚,根据 RevMan5.3 软件绘制了冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛在缓解心绞痛上面及改善心电图上面的漏斗图(图2,图4),可以看出漏斗图大致对称,表明入选的研究间的资料不存在大的发表性偏倚^[28-29]。

参 考 文 献

- [1] 葛均波,徐永键.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:227.
- [2] 高润霖.急性心肌梗死诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志,2001,29(12):710-725.
- [3] 殷红梅.冠心宁联合西药治疗冠心病随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2013,27(6):113-114.
- [4] 贺运河,陈镜合.中药抗心肌缺血-再灌注损伤作用的机制研究现状[J].中西医结合心脑血管病杂志,2004,2(3):165-167.
- [5] 中华人民共和国卫生部医政司.中国常见心脑血管疾病诊治指南[M].北京:北京科学技术出版社,2000:59-60.
- [6] 1980年全国内科学术会议关于冠状动脉心脏病命名及诊断标准[J].中华内科杂志,1981,20(4):253-255.
- [7] Sackett DL, Clarke M, Oxman AD, et al. Cochrane Reviewers, Handbook 4.2, In Renew Manager[M]. Versions 4.2. Oxford, England: The cochrane collaboration, 2002:13-36.
- [8] Jadad AR, Moore A, Carroll D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary[J]. Control Clin Trials, 1996, 17(1):1-12.
- [9] 杨松秀.冠心宁联合硝酸甘油治疗冠心病不稳定型心绞痛59例疗效观察[J].云南中医中药杂志,2012,33(1):29-30.
- [10] 吴国芳,王倩.冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛临床观察[J].中国中医急症,2012,21(7):1185-1186.
- [11] 卢爱萍.冠心宁注射液治疗老年糖尿病合并冠心病心绞痛患者103例[J].中国老年学杂志,2012,32(18):4024-4025.
- [12] 盛芳.冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛80例疗效观察[J].中外健康文摘,2012,9(50):170-171.
- [13] 沈以林,桑芝莲.冠心宁注射液治疗冠心病的临床疗效观察[J].中外健康文摘,2011,8(47):18-20.
- [14] 傅应昌,孟丽琴.冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛临床观察[J].新中医,2011,43(8):8-9.
- [15] 李成田,贾兴泽.冠心宁注射液治疗糖尿病性冠心病心绞痛100例[J].中国临床保健杂志,2011,14(3):306-307.
- [16] 程禹帅,谭日标,赵冬梅.冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛76例疗效观察[J].中外医疗,2011,30(8):110.
- [17] 赵亚娟.冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛43例疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(2):238-239.
- [18] 王玲.鲁南安康联合冠心宁治疗冠心病疗效观察[J].中国实用医药,2010,37(19):96-97.
- [19] 于辉杰,王卫峰.冠心宁注射液合硝酸甘油治疗冠心病心绞痛40例临床观察[J].内蒙古中医药,2009,28(11):39-40.
- [20] 陈惠平.冠心宁联合单硝酸异山梨酯治疗冠心病疗效分析[J].中国民族民间用药,2009,18(10):134.
- [21] 王建军,冀秀萍.冠心宁治疗冠心病不稳定型心绞痛疗效观察[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(7):81-82.
- [22] 王娥.冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛临床观察[J].中国中医急症,2007,16(3):260,291.
- [23] 陈思光.冠心宁注射液治疗冠心病疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2006,15(16):2219-2220.
- [24] 李宏,雷进萍.冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛[J].医药论坛杂志,2005,26(18):52.
- [25] 袁丽.冠心宁注射液治疗冠心病心绞痛的临床观察[J].河南中医,2005,25(9):71-72.
- [26] 乔伟丽,吴峥嵘.冠心宁注射液治疗冠心病稳定型心绞痛临床观察[J].河南中医学院学报,2004,19(115):51.
- [27] Tonelli MR. The limits of evidence based medicine[J]. Respir Care, 2001, 46(12):1435-1440.
- [28] Matthias E, George DS, Martin S, et al. Bias in Meta-analysis Detected by a Simple, Graphical Test[J]. British Medical Journal, 1998, 315(9):629-634.
- [29] Derrick AB, Nancy KL, Caroline S, et al. Anderson capture-recapture is a potentially useful method for assessing publication bias[J]. Journal of Clinical Epidemiology, 2004, 57(3):349-357.

(收稿日期 2014-09-01)

(上接第 224 页)

- 及死亡节气高峰期的圆形统计分析[J].中国全科医学,2008,6(4):303-305.
- [13] 刘冬松,何明丰,高振和,等.180例急性中风患者死亡节气高峰期分布规律的圆形统计分析[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(3):15-17.
- [14] 刘冬松,梁章荣.出血性中风发病、死亡和节气的相关性分析[J].黑龙江中医药,2005,48(3):2-3.
- [15] 徐文冲,何明丰,梁章荣,等.1597例急性缺血性中风发病节气高峰期的圆形统计分析[J].中国中医急症,2007,16(11):1386-1387.
- [16] 赵涛,高京晓,宋华琴.北京地区气象因素与死亡关系探讨[J].环境与健康杂志,1998,15(4):27-29.
- [17] 李雄,郭琳芳,董蕙青.癌症死亡的气象影响因素探讨[J].气象科技,2005,33(6):577-579.

(收稿日期 2014-11-28)

丹参酮 II A 改善脓毒症大鼠脑组织损伤和凋亡的实验研究*

刘芳¹ 冯俊^{2△} 周文秀¹ 杨俊¹

(1.湖北省武汉市第十一医院,湖北 武汉 430030;2.华中科技大学同济医学院附属同济医院,湖北 武汉 430030)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0242-05

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.019

【摘要】目的 探讨丹参酮 II A 改善脓毒症大鼠脑组织损伤和细胞凋亡的作用及可能的机制。**方法** 采用盲肠结扎穿孔术制备脓毒症大鼠模型(CLP),给予丹参酮 II A 腹腔注射处理。分析治疗 6~24 h 后脑组织肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素(IL)-1 β 、丙二醛(MDA)、超氧化物歧化酶(SOD)的水平、病理学变化、细胞凋亡率、促凋亡基因 Bax、Fas、P53 和 Caspase-3 和抑制凋亡基因 Bcl-2 的表达情况。**结果** (1)脓毒症大鼠中 TNF- α 和 IL-1 β 水平显著升高($P < 0.05$),并随着炎症反应的持续呈逐渐上升趋势($P < 0.05$),而丹参酮 II A 可以抑制脓毒症大鼠脑组织中 TNF- α 和 IL-1 β 水平的升高($P < 0.05$);(2)脓毒症大鼠中 MDA 水平明显升高($P < 0.05$),SOD 水平显著降低($P < 0.05$),随着炎症反应的持续呈逐渐恶化趋势($P < 0.05$);丹参酮 II A 干预后,MDA 和 SOD 的异常水平显著改善($P < 0.05$);(3)脓毒症组大鼠造模后 6 h 脑组织已出现病理学的异常改变,并随着炎症反应的持续呈逐渐加重趋势,细胞凋亡指数显著高于假手术组($P < 0.05$);给予丹参酮 II A 处理之后,病理学的异常改变得到明显的改善,凋亡指数显著降低($P < 0.05$);(4)Bcl-2 的蛋白和 mRNA 表达水平下降($P < 0.05$),随着炎症反应的持续呈逐渐下降趋势($P < 0.05$);p53、Bax、Fas 和 Caspases-3 蛋白和 mRNA 表达水平升高($P < 0.05$),并随着炎症反应的持续呈逐渐上升趋势($P < 0.05$);丹参酮 II A 干预可以使上述蛋白和 mRNA 的异常表达水平部分恢复($P < 0.05$)。**结论** 丹参酮 II A 具有改善脓毒症大鼠脑组织损伤和细胞凋亡的作用,可能机制是通过其抗炎(TNF- α 、IL-1 β)、抗氧化(MDA、SOD)的作用,并调控凋亡相关基因(Bcl-2、Bax、p53、Fas、Caspase-3)的表达来实现。

【关键词】 丹参酮 II A 脓毒症 脑损伤 凋亡

The Effect of Tanshinone II A on improving the Damage and Apoptosis in Brain Tissue of Rats with Sepsis LIU Fang, FENG Jun, ZHOU Wenxiu. The 11th Hospital of Wuhan City, Hubei Province, Hubei, Wuhan 430015, China

【Abstract】Objective: To investigate effect and the mechanism of tanshinone II A on improving the damage and apoptosis in brain tissue of rats with sepsis. **Methods:** Rat sepsis model were made with cecal ligation perforation and tanshinone II A (Tan II A) intraperitoneal injection treatment. And TNF- α , IL-1 β , MDA, SOD level, pathological changes, pro apoptotic gene (Bax, Fas, P53 and Caspase-3) and apoptosis inhibiting gene (Bcl-2) expression of the brain tissue in 6~24 h were analyze. **Results:** (1) in septic rats, the levels of TNF-alpha and IL-1 beta significantly increased and it increased gradually ($P < 0.05$) with the sustained inflammation ($P < 0.05$). and tanshinone II A can inhibit the elevation of TNF-alpha and IL-1 beta level ($P < 0.05$); (2) The level of MDA in rats with sepsis was significantly increased ($P < 0.05$), the level of SOD decreased significantly ($P < 0.05$), along with the sustained inflammation worsening ($P < 0.05$); with tanshinone II A intervention, abnormal levels of MDA and SOD were improved significantly ($P < 0.05$); (3) sepsis rats after modeling in 6h the brain had abnormal changes in pathology and along with the sustained inflammation gradually increasing, apoptosis index was significantly higher than that in sham operation group ($P < 0.05$); after Tan II A treatment, abnormal changes of pathology were improved, the apoptosis index significantly decreased ($P < 0.05$); (4) The expression level of Bcl-2 protein and mRNA decreased ($P < 0.05$), along with the sustained inflammatory reaction decreased ($P < 0.05$); the expres-

* 基金项目:湖北省武汉市临床医学科研项目(wx14c34)

△ 通信作者(电子邮箱:378105094@qq.com)

sion level of P53, Bax, Fas and Caspases-3 protein and mRNA increased ($P < 0.05$), and with the inflammatory reaction gradually rising ($P < 0.05$); tanshinone II A intervention can partly recover the abnormal expression of the protein and mRNA ($P < 0.05$). **Conclusion:** Tanshinone II A can improve injury and apoptosis in brain tissue of rats with sepsis, the possible mechanism is through its anti-inflammatory (TNF- α , IL-1 β) antioxidant (MDA, SOD) function, and regulation of apoptosis related genes (Bcl-2, Bax, Fas, Caspase-3, P53) expressions that achieve the effect.

[Key words] Tanshinone II A; Sepsis; Brain injury; Apoptosis

脓毒症是一种由炎性、氧化等多种因子参与的严重的全身性炎症反应,可导致脑组织神经元细胞的损伤、凋亡以及功能异常等;脑组织细胞凋亡是脑组织炎症反应的主要病理过程,与不可逆细胞坏死不同,神经细胞凋亡可能通过早期干预而加以挽救^[1-2]。因此,防止脑组织炎症反应诱导的神经细胞凋亡的发生,对于保护脑功能具有重要意义。丹参酮 II A 是传统中药丹参的主要成分,研究表明其具有抗炎、清除自由基以及增强抗氧化活性等功效,对多种心脑血管疾病具有保护作用^[3-5]。但目前对其是否可改善脓毒症脑组织的细胞凋亡及其具体机制研究较少;本实验采用盲肠结扎穿孔手术建立脓毒症大鼠模型,观察丹参酮 II A 预处理对脓毒症大鼠脑组织损伤和细胞凋亡的影响,探讨丹参酮 II A 对脓毒症脑损伤的保护机制。

1 材料与方法

1.1 动物、药物及试剂

SPF 级雄性 Sprague Dawley 大鼠 54 只,体质量 280~300 g(由北京维通利华实验动物技术有限公司提供),丹参酮 II A 磺酸钠注射液(诺新康,2 mL:10 mg;上海第一生化药业有限公司,国药准字 H31022558),超氧化物歧化酶(SOD)、丙二醛(MDA)以及肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白介素(IL)-1 β Elisa 试剂盒购自武汉博士德生物工程有限公司,TUNEL 细胞凋亡检测试剂盒购自北京宝塞生物技术有限公司。蛋白抗体购于 Cell Signaling Technology 公司。PCR 引物由北京赛百盛基因技术有限公司合成;其余试剂为国产分析纯(武汉康盛医药科技有限公司)。

1.2 实验分组

根据实验设计随机分为 3 组:假手术组(Sham 组)、脓毒症组(CLP 组)、脓毒症+丹参酮 II A 治疗组(CLP+Tan II A 组),每组 18 只;CLP+Tan II A 组术后于腹腔注射 40 mg/d 的丹参酮 II A 磺酸钠注射液,其余两组均给予 0.9%氯化钠注射液对照;3 组大鼠均于同一环境下饲养。模型制成后,每组分别于 6、12、24 h 断头处死,取脑组织进行实验指标检测。

1.3 方法

1.3.1 模型制作 采用盲肠结扎穿孔手术(CLP)制作脓毒症模型;3 组大鼠均在术前禁食 12 h,腹腔注射 10%水合氯醛(0.3 mL/kg),充分麻醉后置于仰位,消毒

腹部皮肤,于中下腹部做 3 cm 纵切,打开腹腔,通过钝性分离及游离操作,充分暴露盲肠,仅 CLP 组和 CLP+Tan II A 组于距盲肠末端 1 cm 处采用 3 号缝合线环形结扎,保证肠道通畅,并据结扎处 5 mm 位置采用 9 号针头贯穿盲肠 2 次,并轻挤压确保粪便溢出,并进行后续的关闭腹腔手术。Sham 组仅做盲肠探查术。

1.3.2 大鼠脑组织中 TNF- α 、IL-1 β 、MDA 含量及 SOD 活性的测定 取脑组织制备组织匀浆,取上清液备用。酶联免疫吸附法测定 TNF- α 、IL-1 β 的含量,羟胺法测定 SOD 活性,硫代巴比妥酸法测定 MDA 含量,操作步骤按相关试剂盒说明书进行。

1.3.3 HE 染色光镜检查 常规石蜡切片,二甲苯脱蜡、梯度乙醇脱苯,Harris 苏木精染核,0.1 mol/L 盐酸乙醇返蓝,至水洗,入 0.1 mol/L 伊红水溶液染色,梯度乙醇脱水、二甲苯透明后封片镜检。

1.3.4 透射电镜检查 将每个大脑冠状切片再进一步分成大小为 1 mm \times 1 mm \times 2 mm 的 4~5 块,经 2.5%戊二醛及 1%锇酸双重固定后,丙酮逐级脱水,树脂包埋,做超薄切片,厚度为 50 nm,醋酸铀和柠檬酸铅双重染色后,JEM 1200-EX 型透射电镜观察并拍照。

1.3.5 细胞凋亡检测 细胞凋亡检测采用原位缺口末端标记法(TUNEL 法),具体操作严格按照细胞凋亡检测试剂盒说明书进行。凋亡的细胞核被染成棕黄色,未凋亡的细胞核为深蓝色。高倍镜下每张切片随机选取 10 个视野,计数凋亡阳性细胞,以凋亡指数(AI)反映各组心肌凋亡的情况,AI=(视野内凋亡细胞个数/视野内所有心肌细胞个数) \times 100%。

1.3.6 促凋亡基因 Bax、p53、Fas 和 Caspase-3、抑制凋亡基因 Bcl-2 的蛋白水平检测 采用 Western blot 法。具体步骤见 Zhu 等^[10]的报道,简述如下:待提取好的将蛋白样品与上样缓冲液混合,煮沸后,进行 10% SDS-PAGE 电泳,采用半干转进行蛋白转膜,根据要求分别加入 Bax、p53、Fas、Caspase-3、Bcl-2 的一抗孵育过夜,待完成二抗孵育后进行 ECL 显示处理,将数据进行 Gel-Pro analyzer 分析光密度,最终结果以 Bax、p53、Fas、Caspase-3、Bcl-2 和 β -actin 的光密度比值表示。

1.3.7 促凋亡基因 Bax、p53、Fas 和 Caspase-3、抑制凋亡基因 Bcl-2 的 mRNA 水平检测 采用 RT-PCR 检测。具体方法参见 Alaaeddine 等^[11]的报道,采用 $\Delta\Delta Ct$

法分析 Bax、p53、Fas、Caspase-3、Bcl-2 的扩增效果,并与 β -actin 做标准化处理,结果均以 $2^{-\Delta\Delta C_t}$ 来表示。

Bax: 引物 1(forward)5'-CCAAGAAGCTGAGCGA GTGTCTC-3';引物 2(reverse)5'-AGTTGCCATCAGCA AACATGTCA-3'。Caspase-3:引物 1(forward)5'-TACC CTGAAATGGGCTTGTGT -3';引物 2(reverse)5'-GT-TAACACGAGTGAGGATGTG -3'。Bcl-2: 引物 1(forward)5'-TTCAGAGACAGCCAGGAGAAATC-3'; 引物 2(reverse)5'-CAGGATGCGTCCACCAAGAAGCTG-3'。P53:引物 1(forward) 5'-GTGGCCTCTGTCATCTT CCG -3';引物 2(reverse) 5'-CCGTCACCATCAGAGCA ACG -3'。扩增产物长度 291 bp。Fas:引物 1(forward)5'- CCAAATGCAGAAGATGATTGTGTG -3'; 引物 2(reverse):5'-TGCCACTGTTTCAGGATTTAAAGGTTG -3'。扩增产物长度 258 bps。 β -actin:引物 1(forward)5'- TCTTCCAGCCTTCCTTCCTG-3';引物 2(reverse) 5'- TAGAGCCACCAATCCACACA-3'。

1.4 统计学处理

应用 SPSS16.0 统计软件。各指标均以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,多组比较采用单因素方差分析,两两比较采用为 SNK 法。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 大鼠心肌组织中炎性、氧化因子水平

见表 1。与 Sham 组 6、12、24 h 3 个时间点比较,脓毒症组大鼠心肌组织中 6、12、24 h 对应时间点测得的 TNF- α 、IL-1 β 和 MDA 含量升高,SOD 活性降低 ($P<0.05$),且呈时间依赖性,丹参酮 II A 可改善脓毒症导致的心肌组织 TNF- α 、IL-1 β 、MDA 含量和 SOD 活性的异常改变 ($P<0.05$)。

表 1 各组大鼠心肌组织中炎性、氧化因子水平的变化 $(\bar{x}\pm s)$

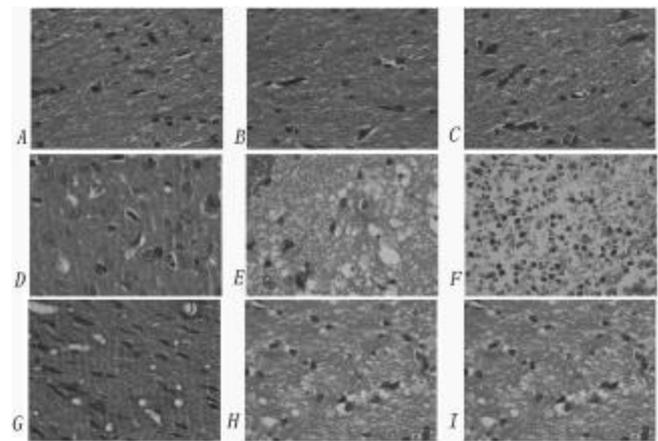
组别	时间	TNF- α (pg/mL)	IL-1 β (pg/mL)	SOD(U/mg)	MDA(nmol/mL)
Sham 组 (n=18)	6h	17.37 \pm 3.27	3.34 \pm 0.25	17.73 \pm 2.74	1.87 \pm 0.22
	12h	16.83 \pm 3.14	3.23 \pm 0.29	16.89 \pm 2.44	1.90 \pm 0.19
	24h	17.18 \pm 3.20	3.26 \pm 0.21	17.57 \pm 2.28	1.92 \pm 0.16
CLP 组 (n=18)	6h	31.05 \pm 5.42*	7.38 \pm 2.24*	8.02 \pm 0.41*	3.08 \pm 0.18*
	12h	49.33 \pm 7.07*	11.24 \pm 3.47*	6.30 \pm 0.37*	5.02 \pm 0.20*
	24h	63.71 \pm 8.87*	16.38 \pm 4.25*	5.17 \pm 0.41*	6.39 \pm 0.26*
CLP+Tan II A 组 (n=18)	6h	27.75 \pm 4.29 [△]	6.03 \pm 0.51 [△]	11.24 \pm 1.02 [△]	2.42 \pm 0.13 [△]
	12h	29.05 \pm 3.37 [△]	5.74 \pm 0.42 [△]	10.93 \pm 0.94 [△]	2.55 \pm 0.11 [△]
	24h	28.74 \pm 4.05 [△]	5.87 \pm 0.46 [△]	10.85 \pm 0.85 [△]	2.59 \pm 0.13 [△]

与 Sham 组比较, * $P<0.05$;与 CLP 组比较, [△] $P<0.05$ 。

2.2 脑组织 HE 染色

Sham 组脑组织结构完整,胞核、胞浆染色均匀,无明显异常改变(图 A~C)。脓毒症组于术后 6 h 处死时,HE 染色可见神经元及细胞间隙发生水肿,组织结构

疏松,少量的炎症细胞浸润(图 D)。术后 12 h 可见神经元胞体明显肿胀,少量胶质细胞增生,炎症细胞浸润明显,病灶周围组织疏松水肿,细胞间隙增宽(图 E)。术后 24 h 可见脑组织高度水肿,液化坏死,大量炎症细胞浸润,神经元明显变性坏死,核结构模糊,胶质细胞增生(图 F)。与 CLP 组比较,丹参酮 II A 干预后神经细胞也可见水肿,但细胞层次较清楚,排列较紧密,细胞结构较完整,神经细胞肿胀、变性明显减轻(图 G~I)。



A~C 为 Sham 组造模后 6~24 h 原始图;D~F 为 CLP 组造模后 6~24 h 原始图;G~I 为 CLP+Tan II A 组造模后 6~24 h 原始图。

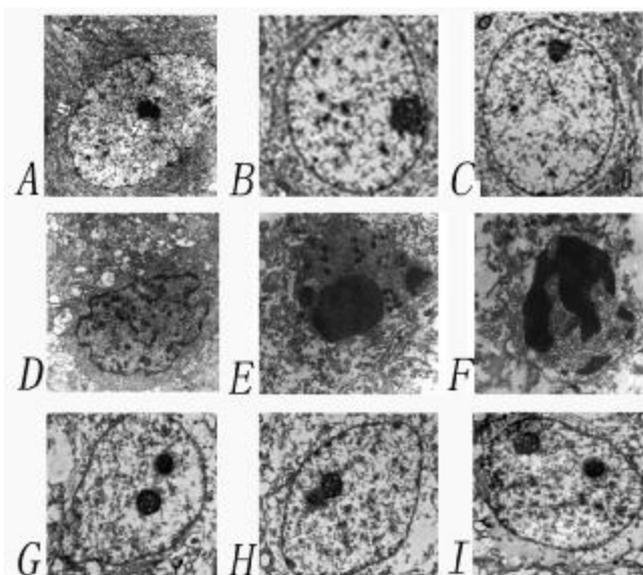
图 1 光镜下脑组织形态学改变(HE 染色 $\times 200$)

2.3 脑组织电镜

Sham 组脑组织神经细胞核大而圆,染色质均匀分布,核仁明显,核膜完整清晰,胞质内见高尔基器分布于核周,粗面内质网、线粒体散在分布,表面附着核糖体,线粒体呈圆形、椭圆形,内嵴清晰可见,基质均匀(图 A~C)。CLP 组术后 6 h 细胞皱缩变小,核固缩呈不规则形状,核内染色质分布欠均匀,形成染色质块,分布于核膜周边部,电子密度高于正常,核仁消失,核膜完整(图 D);术后 12 h 核膜尚完整,染色质更加致密、均质无结构,电子密度更高(图 E);术后 24 h 细胞染色质凝聚、移动,分布于核周,进而裂解成几个碎片,出现各种形态,如花瓣状、马蹄形等(图 F)。与 CLP 组比较,丹参酮 II A 干预后,细胞核结构尚完整,核膜结构尚清晰,染色质轻度浓缩边集化;内膜系统部分扩张或成空泡状,部分线粒体水肿,嵴排列紊乱,有的空泡化(图 G~I)。

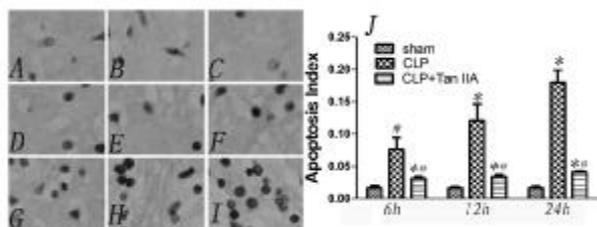
2.4 脑组织细胞凋亡

光镜下 Sham 组 6~24 h 模型中少见凋亡细胞(图 A~C)。CLP 组可见较大数量凋亡细胞(细胞核内可见棕黄色颗粒,图 G~I),较 Sham 组明显增多,细胞凋亡指数显著高于 Sham 组 ($P<0.05$,图 J);给予丹参酮 II A 处理之后,凋亡细胞较 CLP 组明显减少(图 D~F),凋亡指数显著降低 ($P<0.05$,图 J),但仍高于 Sham 组大



A~C为Sham组造模后6~24h原始图;D~F为CLP组造模后6~24h原始图;G~I为CLP+Tan II A治疗组造模后6~24h原始图。

图2 脑组织神经元电镜(×6000)



A~C为Sham组造模后6~24h原始图;D~F为CLP+Tan II A治疗组造模后6~24h原始图;G~I为CLP组造模后6~24h原始图;J为凋亡指数;与Sham组比较,* $P < 0.05$;与CLP组比较,# $P < 0.05$ 。

图3 3组脑组织TUNEL染色(TUNEL, 10×40)

鼠($P < 0.05$,图J)。

2.5 3组凋亡相关基因蛋白水平比较

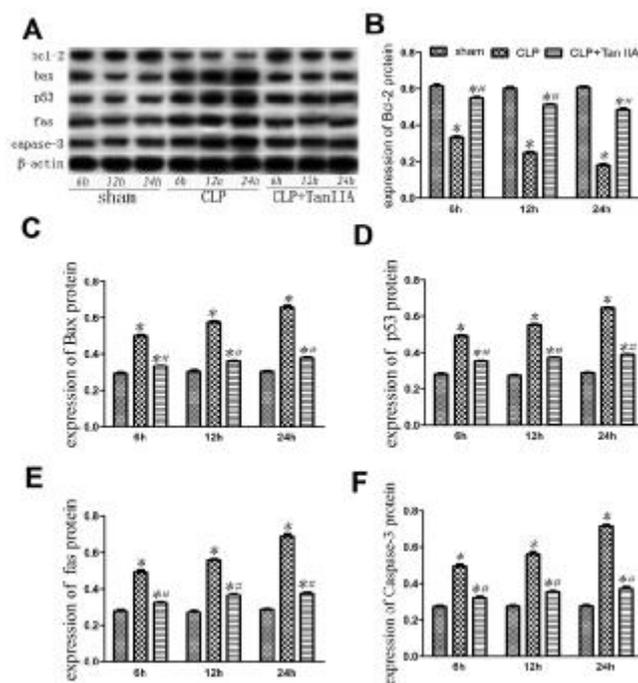
与Sham组相比,CLP处理可导致脑组织神经细胞的Bax、fas、p53以及Caspase-3的蛋白水平上升($P < 0.05$),Bcl-2的蛋白水平下降($P < 0.05$),丹参酮II A处理后可使上述凋亡相关基因的蛋白水平部分恢复($P < 0.05$)。见图4。

2.6 3组凋亡相关基因 mRNA 水平比较

与Sham组比较,CLP处理可导致脑组织神经细胞的Bax、fas、p53以及Caspase-3的mRNA水平上升($P < 0.05$),Bcl-2的mRNA水平下降($P < 0.05$);丹参酮II A处理后可使上述凋亡相关基因的mRNA水平部分恢复($P < 0.05$)。见图5。

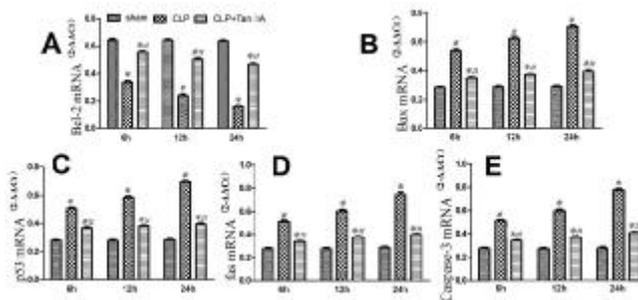
3 讨论

脓毒症是由感染引起的全身炎症反应综合征,伴有大量的炎症介质释放、众多促炎细胞因子的产生以及白细胞的粘附和浸润等^[6],这些因素可引起脑组织



A~F分别为原始图,Bcl-2、Bax、p53、Fas、Caspase-3与β-actin吸光值比较;与Sham组比较,* $P < 0.05$;与CLP组比较,# $P < 0.05$ 。

图4 3组凋亡相关基因蛋白水平比较



A~E分别为Bcl-2、Bax、p53、Fas、Caspase-3标准化后的mRNA水平;与Sham组比较,* $P < 0.05$;与CLP组比较,# $P < 0.05$ 。

图5 3组细胞凋亡相关基因 mRNA 水平比较

的急性炎症反应,加重脑组织的缺血缺氧程度,其神经细胞在经过几小时或几日后发生凋亡,引起脑功能的损害^[7-8]。因此,通过早期干预减少脓毒症脑神经细胞凋亡具有重要的临床意义。

丹参的有效成分丹参酮II A具有抗炎、抗氧化以及清除自由基等作用,对多种脑血管疾病具有保护作用^[3]。本研究发现,CLP组大鼠造模后6h脑组织已出现病理学改变,并随着炎症反应的持续呈逐渐加重趋势(HE染色光镜下显示细胞水肿、组织结构疏松、炎症细胞浸润,电镜下显示细胞核细胞高度水肿、胞体不规则突起,可见核固缩、核裂解、核溶解),光镜下CLP组可见较大量凋亡细胞(细胞核内可见棕黄色颗粒,图3:G~I),较Sham组明显增多,细胞凋亡指数显著高于Sham组($P < 0.05$,图3:J);给予丹参酮II A处理之后,上述病理学改变得到明显的改善,凋亡细胞较CLP组

明显减少(图3:D-F),凋亡指数显著降低($P < 0.05$,图3:J)。提示通过早期给予丹参酮II A干预能减少脓毒症脑组织的损伤和细胞的凋亡。

炎性、氧化反应是导致细胞损伤和凋亡的重要因素^[9];TNF- α 是参与脓毒症全身炎性反应的重要细胞因子^[10],可激活核因子 κ B介导其他细胞因子(如IL-1、IL-6、IL-8)的合成与释放,启动炎症级联反应,从而导致炎症反应失控^[11-12]。本实验观察到,脓毒症大鼠中TNF- α 和IL-1 β 水平显著升高,并随着炎症反应的持续呈逐渐上升趋势,而丹参酮II A可以抑制脓毒症大鼠脑组织中TNF- α 和IL-1 β 水平的升高,提示其可以通过抑制脓毒症大鼠脑组织中炎症因子TNF- α 和IL-1 β 的浸润发挥抗炎作用。此外,氧化应激是炎症反应中的重要环节,在炎症反应过程中可产生大量氧自由基,诱导细胞凋亡^[13-15]。笔者发现脓毒症大鼠脑组织中,作为膜脂过氧化最重要产物之一的MDA水平明显升高,而生物体内重要的抗氧化酶SOD水平显著降低,随着炎症反应的持续也呈逐渐恶化趋势;丹参酮II A干预后,MDA和SOD水平显著改善;提示丹参酮II A具有抗氧化作用,通过抗膜脂过氧化抑制炎症引起的脑组织损伤和细胞的凋亡。

综上所述,丹参酮II A具有改善脓毒症大鼠脑组织损伤和细胞凋亡的作用,其可能机制是通过其抗炎(TNF- α 、IL-1 β)、抗氧化(MDA、SOD)的作用,并调控凋亡相关基因(Bcl-2、Bax、p53、Fas、Caspase-3)的表达来实现。

参 考 文 献

[1] Semmler A, Hermann S, Mormann F, et al. Sepsis causes neuroinflammation and concomitant decrease of cerebral metabolism[J]. J Neuroinflammation, 2008, 15(5):38.

[2] Li J, Carr B, Goyal M, et al. Sepsis: the inflammatory foundation of pathophysiology and therapy[J]. Hosp Pract (Minneapolis), 2011, 39(3):99-112.

[3] Chen Y, Wu X, Yu S, et al. Neuroprotection of tanshinone II A against cerebral ischemia/reperfusion injury through inhibition of macrophage migration inhibitory factor in rats[J]. PLoS One, 2012, 7(6):e40165.

[4] Fu J, Huang H, Liu J, et al. Tanshinone II A protects cardiac myocytes against oxidative stress-triggered damage and apoptosis[J]. Eur J Pharmacol, 2007 July 30, 568(1-3):213-21.

[5] Ren ZH, Tong YH, Xu W, et al. Tanshinone II A attenuates inflammatory responses of rats with myocardial infarction by reducing MCP-1 expression[J]. Phytomedicine. 2010, 17(3-4): 212-218.

[6] Hotchkiss RS, Nicholson DW. Apoptosis and caspases regulate death and inflammation in sepsis[J]. Nat Rev Immunol, 2006 Nov, 6(11):813-22.

[7] omim CM, Barichello T, Grandgirard D, et al. Caspase-3 mediates in part hippocampal apoptosis in sepsis[J]. Mol Neurobiol, 2012, 11(6):35-36.

[8] guyen HB, Loomba M, Yang JJ, et al. Early lactate clearance is associated with biomarkers of inflammation, coagulation, apoptosis, organ dysfunction and mortality in severe sepsis and septic shock[J]. J Inflamm (Lond), 2010, 28(7):6.

[9] Chen H, Zhu W, Feng J, et al. Protective effect of diallyl trisulfide on liver in rats with sepsis and the mechanism[J]. J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci, 2012, 32 (5):657-62.

[10] Cao YZ, Tu YY, Chen X, et al. Protective effect of Ulinastatin against murine models of sepsis; inhibition of TNF- α and IL-6 and augmentation of IL-10 and IL-13[J]. Exp Toxicol Pathol, 2012, 64(6):543-7.

[11] Jessen KM, Lindboe SB, Petersen AL, et al. Common TNF- α , IL-1 β , PAI-1, uPA, CD14 and TLR4 polymorphisms are not associated with disease severity or outcome from Gram negative sepsis[J]. BMC Infect Dis, 2007, 18(7): 108.

[12] Ma H, Kou J, Zhu D, et al. Liu-Shen-Wan, a traditional Chinese medicine, improves survival in sepsis induced by cecal ligation and puncture via reducing TNF- α levels, MDA content and enhancing macrophage phagocytosis[J]. Int Immunopharmacol, 2006, 6(8):1355-62.

[13] Huet O, Dupic L, Harrois A, et al. Oxidative stress and endothelial dysfunction during sepsis[J]. Front Biosci, 2011, 1(16):1986-95.

[14] Tymi K. Critical role for oxidative stress, platelets, and coagulation in capillary blood flow impairment in sepsis[J]. Microcirculation, 2011, 18(2):152-162.

[15] Galley HF. Oxidative stress and mitochondrial dysfunction in sepsis[J]. Br J Anaesth, 2011, 107(1):57-64.

[16] Elmore S. Apoptosis: a review of programmed cell death[J]. Toxicol Pathol, 2007, 35(4):495-516.

[17] Portt L, Norman G, Clapp C, et al. Anti-apoptosis and cell survival: a review [J]. Biochim Biophys Acta, 2011, 1813(1):238-259.

[18] Kanduc D, Mittelman A, Serpico R, et al. Cell death: apoptosis versus necrosis (review) [J]. Int J Oncol, 2002, 21(1): 165-170.

[19] Shwartz SM. Cell death and the caspase cascade[J]. Circulation, 1998, 97(3):227-229.

(收稿日期 2014-11-6)

益气通腑逐瘀方灌肠疗法对脓毒症患者血清细胞因子的影响*

鲁召欣¹ 宋永欣^{1△} 闫志兴¹ 王君¹ 安朋朋¹ 韩洁¹ 姜志明² 解建²

(1.山东省青岛市海慈医疗集团,山东 青岛 266033;2.山东省千佛山医院,山东 济南 250014)

中图分类号:R631 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0247-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.020

【摘要】目的 观察益气通腑逐瘀方灌肠疗法对脓毒症患者血清细胞因子的影响。**方法** 将72例患者随机分为治疗组和对照组各36例。对照组给予常规治疗,治疗组在对照组基础上加用益气通腑逐瘀方中药灌肠治疗。两组患者分别在治疗前及治疗后第5日、第10日,采用酶联免疫(ELISA)法检测肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)水平。**结果** 治疗后治疗组总有效率77.78%显著高于对照组的52.78%($P<0.05$);且中医证候评分、急性生理学和慢性健康状况评分(APACHE II)较对照组显著下降(均 $P<0.05$),血清中TNF- α 、IL-6、IL-8均较对照组也显著降低(均 $P<0.05$)。**结论** 益气通腑逐瘀方灌肠疗法能够抑制炎症因子的释放,减轻脓毒症患者炎症反应,改善患者的预后。

【关键词】 脓毒症 益气通腑逐瘀方 灌肠疗法 细胞因子

Effect of Yiqitongfuzhuyu Decoction Enema Therapy on Serum Cytokines in Patients with Sepsis LU Zhaoxin, SONG Yongxin, YAN Zhixing, et al. Haiser Medical Group of Qingdao, Shandong 266033, China

【Abstract】Objective: To observe the effect of Yiqi Tongfu Zhuyu Decoction enema therapy on serum cytokines in patients with sepsis. **Methods:** 72 cases of sepsis were randomly divided into two groups: the treatment group (36 cases) and the control group (36 cases). Both groups were given conventional treatment. The treatment group on the basis of that was added with Yiqitongfuzhuyu enema treatment. TNF- α , IL-6, and IL-8 were measured by ELISA assay respectively before treatment and at 5th and 10th days after treatment. **Results:** After treatment, the total effective rate of treatment group was 77.8%, significantly higher than 52.8% of the control group ($P<0.05$). TCM symptom scores, APACHE II scores of treatment group decreased much more than that of the control group. The serum TNF- α , IL-6, and IL-8 of treatment group were also significantly lower than those of the control group. **Conclusion:** Yiqitongfuzhuyu decoction enema therapy can inhibit the release of inflammatory factors, reduce inflammatory reaction, and improve the prognosis of the patients with sepsis.

【Key words】 Sepsis; Yiqitongfuzhuyu decoction; Enema therapy; Cytokines

脓毒症(sepsis)是指由感染引起的全身炎症反应综合征(SIRS)^[1],是烧伤、严重创伤、休克、大手术后常见的并发症,可进一步发展为急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、多器官功能障碍综合征(MODS),病死率高达30%~50%^[2],研究显示,脓毒症的高死亡率与疾病过程中的炎症反应有关^[3]。因此,在脓毒症治疗中积极控制炎症反应、防止ARDS及MODS的发生具有重要意义。为进一步探讨益气通腑逐瘀方灌肠疗法对脓毒症的治疗机制,笔者观察了该疗法对脓毒症患者细胞因子水平的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例符合2007年中华医学会急诊医学分会危重病专家委员会、中国中西医结合学会急救医学专业委员会制定的诊断标准^[4]。

1.2 临床资料 选取2012年8月至2014年8月青岛市海慈医疗集团急诊ICU及急诊科病房的脓毒症患者72例。采用随机数字表法随机分为两组,治疗组36例,男性22例,女性14例;平均(74.00±6.00)岁;中医证候积分(5.0±1.0)分;急性生理学和慢性健康状况评分(APACHE II)(20.2±4.2)分。对照组36例,男性20例,女性16例;平均(76.00±8.00)岁;中医证候积分(5.2±1.3)分;APACHE II评分(19.3±3.6)分。两组临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

*基金项目:山东省青岛市中医科研计划项目课题(2013-ZYY010)

△通信作者(电子邮箱:emergency120@126.com)

1.3 治疗方法 对照组给予常规治疗,选用敏感抗生素抗感染,积极液体复苏,血管活性药物、营养支持等。治疗组在对照组基础上采用益气通腑逐瘀方(由青岛市海慈医疗集团中药房提供):黄芪 30 g,生地黄 15 g,桃仁 15 g,大黄 9 g(后入),枳实 15 g,丹参 15 g,当归 15 g,赤芍 9 g,牡丹皮 9 g,川芎 9 g,红花 9 g。水煎浓缩,每毫升含生药 0.5 g。3 mL/kg,每日 2 次,每次保留 0.5~1 h,10 d 为 1 疗程。

1.4 观察指标 两组于治疗前、治疗后第 5 日、治疗后第 10 日进行中医证候评分、APACHE II 评分。并于清晨 07:00 抽取静脉血采用 ELISA 法检测肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8),并于治疗结束时观察其治疗疗效。

1.5 疗效标准 痊愈:症状、体征、实验室检查(外周血白细胞)3 次均恢复正常;疗效指数 $n \geq 90\%$ 。显效:病情明显好转,但上述 3 项中有 1 项未完全恢复正常; $70\% \leq n < 90\%$ 。有效:用药后病情有所好转, $30\% \leq n < 70\%$ 。无效:用药后病情无明显进步或有加重者; $n < 30\%$ [5]。疗效指数 $n = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] \times 100\%$ 。症状疗效评定采用积分法[5],并计算治疗前后总积分值。发热:无为 0 分;轻度(体温 38~38.5 $^{\circ}\text{C}$)为 1 分;中度(体温 38.6~39 $^{\circ}\text{C}$)为 2 分;重度(体温 $>39^{\circ}\text{C}$ 或 $<36^{\circ}\text{C}$)为 3 分。气促:无为 0 分;轻度(呼吸频率 20~25 次/min)为 1 分;中度(呼吸频率 26~30 次/min)为 2 分;重度(呼吸频率 >30 次/min)为 3 分。舌红:无为 0 分;有为 1 分。心率:90~119 次/min 为 1 分; ≥ 112 次/min 为 2 分。

1.6 统计学处理 采用 SPSS11.7 统计软件。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 χ^2 检验、方差分析及 Kruskal-Wallis 秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 见表 1。经治疗 10 d 后,治疗组患者的愈显率高于对照组,但差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗组患者的总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者治疗后疗效评价比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	总有效(%)
治疗组	36	6	10	12	8	16(44.44)	28(77.78) [△]
对照组	36	5	5	9	17	10(27.78)	19(52.78)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后中医证候评分、APACHE II 评分比较 见表 2,表 3。治疗组及对照组在治疗前的中医证候评分、APACHE II 评分相当 ($P > 0.05$)。两组治疗 10 d 后中医证候评分较治疗前明显下降 ($P < 0.05$),且治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。两组患者治疗 10 d 后 APACHE II 评分均较治疗前明显下降 ($P < 0.05$),且治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组中医证候评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	第 5 日	第 10 日
治疗组	36	5.0 \pm 1.0	2.8 \pm 1.1	1.4 \pm 0.7 ^{*△}
对照组	36	5.2 \pm 1.3	3.8 \pm 1.6	2.3 \pm 1.3 [*]

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

表 3 两组 APACHE II 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	第 5 日	第 10 日
治疗组	36	20.2 \pm 4.2	13.3 \pm 2.1	9.2 \pm 3.0 ^{*△}
对照组	36	19.3 \pm 3.6	15.5 \pm 2.5	13.6 \pm 2.7 [*]

2.3 两组治疗前后血清细胞因子水平比较 见表 4。治疗前两组 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平无明显差异 ($P > 0.05$),两组治疗后,细胞因子水平在治疗过程中均逐渐下降,治疗后第 5、10 日,两组细胞因子水平分别较本组治疗前水平明显下降 ($P < 0.05$),且治疗组水平显著低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 4 两组治疗前后血清细胞因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	TNF- α ($\mu\text{g/L}$)	IL-6(ng/L)	IL-8(ng/L)
治疗组 (n=36)	治疗前	347.34 \pm 43.52	58.30 \pm 16.09	38.26 \pm 14.62
	第 5 日	228.32 \pm 32.05 [*]	37.46 \pm 15.36 [*]	28.35 \pm 11.27 [*]
	第 10 日	118.38 \pm 25.24 ^{*△}	28.62 \pm 12.52 ^{*△}	18.16 \pm 7.32 ^{*△}
对照组 (n=36)	治疗前	339.56 \pm 40.22	57.46 \pm 14.53	37.36 \pm 15.26
	第 5 日	287.52 \pm 2.29 [*]	42.71 \pm 10.43 [*]	31.41 \pm 12.72 [*]
	第 10 日	221.60 \pm 3.17 [*]	36.40 \pm 9.61 [*]	28.26 \pm 9.46 [*]

与本组治疗前比较, $^*P < 0.05$;与对照组同期比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

3 讨论

脓毒症可归属中医学“温病”范畴,以高热、面赤、呼吸窘迫、脉洪大、舌红、便干等为主症。笔者认为其主要病机为津亏气弱、血液瘀滞、热结腑实。故活血化瘀贯穿始终,兼以益气养阴、通腑泄热是脓毒症的主要治则。中药复方益气通腑逐瘀方具有益气养阴、通腑逐瘀的功效,采用灌肠给药联合常规西药治疗,取得了一定的疗效,并且观察到该疗法对脓毒症患者的肠道黏膜屏障功能的具有保护作用[6-7]。

研究显示,脓毒症为严重感染诱发的系统性炎症反应综合征,其核心机制为巨噬细胞、内皮细胞被激活后,细胞因子的瀑布样释放。其中 TNF- α 为主要的炎症因子,能够激活细胞因子级联反应,进一步诱导产生 IL-1、IL-6、IL-8 促炎因子等生成,导致炎症反应失控,从而导致器官组织损伤[8]。

益气通腑逐瘀方由黄芪、生地黄、桃仁、大黄、枳实、丹参、当归、赤芍、牡丹皮、川芎、红花等组成,具有益气养阴、通腑泻热、活血化瘀的功效。研究表明益气养阴类药物能够提高机体对内毒素的攻击能力[9],并

(下转第 251 页)

清热活血法治疗脑梗死急性期的临床观察*

高江宝 凌孟晖 张用华

(广东省广州市番禺区中医院,广东 广州 511400)

中图分类号:R743.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0249-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.021

【摘要】目的 观察清热活血法治疗脑梗死急性期的临床疗效。**方法** 将61例患者按随机数字表法分为治疗组31例和对照组30例,对照组采用西医基础治疗,治疗组在此基础上加用清热活血法治疗。**结果** 结果显示治疗组总有效率为83.90%,高于对照组的66.70%($P<0.05$)。两组患者治疗14d后超敏C反应蛋白(hs-CRP)、D-二聚体水平均出现下降($P<0.05$),治疗组下降更明显($P<0.05$)。治疗组及对照组经治疗14d后,纤维蛋白原、血浆黏滞度、全血黏滞度均有改善($P<0.05$);其中治疗者较对照组改善更明显($P<0.05$)。美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)、hs-CRP、D-二聚体水平、全血黏滞度、血浆粘滞度、纤维蛋白原均较前改善,但改善程度治疗组优于对照组($P<0.05$)。**结论** 清热活血法治疗急性脑梗死疗效显著。

【关键词】 清热活血 脑梗死急性期 血液流变学

Clinical Study of Method of Heat-Clearing and Blood-Activating Treating Acute Cerebral Infarction

GAO Jiangbao, LING Menghui, ZHANG Yonghua. TCM Hospital of Panyu District, Guangzhou, Guangdong, Guangzhou 511400, China

【Abstract】Objective: To explore the clinical curative effects of of heat-clearing and blood-activating treating acute cerebral infarction. **Methods:** 61 patients with acute cerebral infarction were divided into treatment group ($n=31$) and control group ($n=30$) according to random number table. The control group was given routine western medicine while the treatment group was given heat-clearing and blood-activating recipe in addition to treatment of control group. **Results:** The total effective rate of treatment group was 66.7%, higher than 83.7% of control group ($P<0.05$). After 14 days of treatment, hs-CRP and D-dimer diseased, but the treatment group diseased more obvious than the control group. The whole blood viscosity, plasma viscosity and fibrinogen of both groups improved, but the improvement degree of the treatment was more obvious than that of the control group ($P<0.05$). NIHSS score, hs-CRP, D-dimer, the whole blood viscosity, plasma viscosity and fibrinogen of both groups improved better than pre-treatment. The treatment group had more obvious curative effects than the control group, and the difference was of statistical significance ($P<0.05$). **Conclusion:** The curative effects of heat-clearing and blood-activating treating acute cerebral infarction are distinct.

【Key words】 Heat-clearing and blood-activating; Acute cerebral infarction; Hemorheology

脑梗死急性期(ACI)是神经科的常见病、多发病,该病具有致残率高,反复发作的特征,严重影响老年人的身心健康和生活质量。本研究旨在观察清热活血法治疗急性脑梗死的临床疗效,探索治疗急性脑梗死的有效方法,为临床工作提供参考。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例均符合《各类脑血管病诊断要点》中的脑梗塞诊断标准^[1]。并通过头颅CT或MR检查证实。中医诊断标准符合文献^[2]。疾病诊断:符合中医中风病诊断标准。证型诊断:符合中医血瘀证的标准。

1.2 临床资料 选取广州市番禺区中医院重症医学科及内二科2013年12月至2014年8月急性脑梗死患者61例为研究对象。按随机数字表法将其分为治疗组31例与对照组30例;男性37例,女性24例;年龄45~86岁;其中有基础病的53例,包括慢性阻塞性肺疾病20例,高血压病35例,糖尿病20例,冠心病12例,慢性肾功能不全5例。治疗组男性19例,女性12例;年龄(61.57 ± 6.52)岁;基础病26例,白蛋白平均(35.1 ± 4.22)g/L。对照组男性18例,女性12例;年龄(60.23 ± 5.43)岁;基础病27例,白蛋白平均(36.5 ± 4.53)g/L。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组均常规应用阿司匹林或氯吡格

*基金项目:广东省广州市中医药和中西医结合科研项目(20142A010027)

雷抗血小板聚集、调脂稳定斑块, 营养神经, 控制高血压、血糖、预防脑水肿及抗感染等对症支持处理。治疗组在上述治疗基础上给予导师吴伟教授的经验方—清热活血方^[4]: 毛冬青 30 g, 黄芩 15 g, 赤芍 10 g, 丹参 30 g, 红花 5 g, 川芎 10 g, 降香 10 g。上述中药加水 600 mL, 煎煮至 200 mL 口服或鼻饲, 每日 1 剂, 疗程为 2 周。

1.4 观察指标 观察两组治疗前后临床症状与体征变化, 观察两组患者的治疗前后美国国立卫生研究院卒中量表 NIHSS 评分、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、D-二聚体、血液流变学指标(北京利普生 N7500B 全自动血液流变仪测定)。

1.5 疗效标准 疗效标准参照文献[3]拟定。(1)基本痊愈: 神经功能缺损评分减少 91%~100%, 病残程度 0 级。(2)显著进步: 神经功能缺损评分减少 46%~90%, 病残程度 1~3 级。(3)进步: 神经功能缺损评分减少 18%~45%。(4)无效: 神经功能缺损评分减少 <18%。(5)恶化: 神经功能缺损评分增加 >18%。(6)死亡。总有效率=(基本痊愈+显著进步+进步)/n×100%。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示, 并对数据采用 *t* 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后临床疗效比较 见表 1。结果示治疗组总有效率高于对照组(*P* < 0.05)。

表 1 两组临床疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	基本痊愈	显著进步	进步	无效及恶化	总有效(%) [△]
治疗组	31	6	8	12	5	26(83.90) [△]
对照组	30	4	5	11	10	20(66.70)

与对照组比较, [△]*P* < 0.05。

2.2 治疗过程中两组 hs-CRP、D-二聚体水平比较 见表 2。两组患者治疗 14 d 后, hs-CRP、D-二聚体水平均出现下降(*P* < 0.05), 治疗组下降更明显(*P* < 0.05)。

表 2 两组 hs-CRP、D-二聚体水平比较(mg/L, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	hs-CRP	D-二聚
治疗组	治疗前	15.89±3.54	1.32±0.29
(<i>n</i> =31)	14 d 后	5.44±1.22*	0.33±0.13 [△]
对照组	治疗前	16.45±3.31	1.25±0.25
(<i>n</i> =30)	14 d 后	7.33±1.432*	0.48±0.112*

与本组治疗前比较, **P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, [△]*P* < 0.05。下同。

2.3 两组治疗后血流动力学指标比较 见表 3。结果示治疗组及对照组经治疗 14 d 后, 纤维蛋白原、血浆黏滞度、全血黏滞度均有改善(*P* < 0.05); 其中治疗组较对照组改善更明显(*P* < 0.05)。

表 3 两组血液流变学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	纤维蛋白原(g/L)	血浆黏滞度(mPa/S)	高切全血黏滞度(mPa/S)	中切全血黏滞度(mPa/S)	低切全血黏滞度(mPa/S)
治疗组	治疗前	5.32±0.60	3.34±0.27	7.89±0.78	8.22±0.32	12.34±0.77
(<i>n</i> =31)	14 d 后	3.12±0.33 [△]	1.32±0.19 [△]	3.82±0.23 [△]	5.23±0.22 [△]	8.65±0.73 [△]
对照组	治疗前	5.12±0.63	3.23±0.28	7.55±0.90	8.35±0.38	12.69±0.98
(<i>n</i> =30)	14 d 后	4.18±0.43 [△]	1.85±0.21 [△]	5.53±0.77 [△]	7.01±0.23 [△]	10.64±0.63 [△]

3 讨论

ACI 属于中医学“中风”的范畴。中风病位在心脑, 与肝肾密切相关。病理基础总为肝肾阴虚。肝肾之阴虚于下, 则肝阳易亢于上, 加之饮食不节, 起居不慎, 情志所伤或感受外邪, 气血上冲于脑, 神窍闭阻, 故突然昏仆、不省人事。病性多属本虚标实。肝肾阴虚, 气血衰少即为本虚, 是致病之本, 风、火、痰、气、瘀即为标实, 是发病之标。发病初期以标实为主。新近研究发现热毒亦为中风病的主要病因, 同时提出“毒损脑络”的病机假说^[4]。

本研究组临床中发热现中风病急性期瘀血证患者多兼夹热毒表现, 并提出清热活血法治疗。方中黄芩能清热泻火解毒; 毛冬青具有清热解毒, 活血通络之功, 丹参苦寒清泄, 清热活血, 化瘀止痛; 红花辛散温通, 活血祛瘀, 通调经脉; 川芎辛香走散, 温通血脉, 能活血祛瘀; 赤芍味苦微寒, 善于散瘀止痛; 降香具有活血化瘀理气之功。诸药合用, 清热解毒与活血化瘀并重, 共奏清热解毒、行气化瘀、活血通络之功, 是治疗急性脑梗塞的良方。

ACI 主要的病理基础是动脉粥样硬化, 动脉粥样硬化并不是一个简单的脂质沉积, 其发生和进展中有许多的炎性细胞参与^[5]。动脉粥样硬化斑块可引起血管内皮损伤、炎症反应、斑块破裂、血栓形成, 最终导致脑血管事件的发生。hs-CRP 作为急性时相反应蛋白之一, 影响因素少, 在体内较稳定, 是反映炎症的重要指标。同时其在急性脑梗死神经细胞损伤、变性和凋亡过程中发挥着重要作用^[6]。因此 hs-CRP 的降低, 可一定程度反应炎症受抑制, 急性脑梗塞的损伤减少。清热活血方具有清热解毒, 活血化瘀的功效, 其治疗急性冠脉综合症的疗效显著^[7]。急性冠脉综合征与急性脑梗塞的疾病病理基础同为动脉粥样硬化, 血小板黏附、聚集, 继发血栓形成。炎症反应贯穿脑梗死发展过程。现代药理研究发现清热活血方具有抑制血小板、抗凝、抗炎等作用^[8-9]。这为其治疗 ACI 提供有力的依据。D-二聚体的检测具有血栓性疾病的早期诊断价值, 是直接反映凝血酶和纤溶酶生成的理想指标^[10]。本研究发现急性脑梗塞患者 D-二聚体异常升高, 提示其存在高凝及继发纤溶情况。同时血流动力学观察结果提示: 脑梗

死患者的血液流变学改变主要表现为血液黏滞性增高,红细胞变形能力降低,红细胞和血小板聚集性升高,血液凝固性增加,具有浓、黏、凝、聚特征。该血液流变学异常对血管损伤、微循环障碍及血栓形成和发展具有重要影响,与脑梗死的发生、发展密切相关^[11]。结果表明清热活血方能改善血液流变学,是治疗急性脑梗死的有效方法之一。

本研究在常规治疗上联合清热活血方治疗 ACI,治疗后观察组较对照组能疗效更显著。同时能更明显降低 NIHSS 评分及 hs-CRP、D-二聚体的水平。提示在 ACI 患者中,早期使用联合清热活血方治疗,能通改善高凝状态、抑制炎症表达,减少神经损坏,达到改善预后,减少致残率的作用。且本研究过程中,未出现明显不良反应。综上所述,在常规治疗基础上联合清热活血方治疗急性脑梗塞效果较好,且具有良好安全性。

参 考 文 献

- [1] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经外科杂志,1997,13(1):3-5.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:99-383.
- [3] 全国第4届脑血管病学术会议. 脑卒中患者神经功能缺损

程度评分标准(2005)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.

- [4] 刘亚琼,朱陵群,王硕仁,等. 中风病“毒损脑络”病机假说研究进展[J]. 北京中医药大学学报,2009,32(2):98-100.
- [5] 杨胜利,何秉贤. C反应蛋白与冠心病[J]. 中华心血管病杂志,2001,29(3):187.
- [6] 刘庆,李永光. 炎症反应和凝溶异常在急性脑血管病中的作用[J]. 国际病理科学与临床杂志,2010,30(4):296-300.
- [7] 吴伟,罗川晋,李荣,等. 清热活血方治疗急性冠脉综合征临床观察[J]. 新中医,2012,44(8):9-12.
- [8] 吴辉,刘煜德,吴伟,等. 清热解毒法对肺炎衣原体感染致兔动脉粥样硬化的干预作用[J]. 广州中医药大学学报,2006,23(2):151-155.
- [9] 吴伟,刘煜德,李荣,等. 肺炎衣原体感染对动脉硬化斑块面积的影响及黄芩苷的干预作用[J]. 广州中医药大学学报,2006,23(4):322-324,329.
- [10] 张庆立,朱保权,王爱华. D-二聚体测定在婴儿重症肺炎高凝状态时的应用[J]. 临床儿科杂志,2004,22(5):302-303.
- [11] Ajmani RS, Rifkind JM. Hemorheological changes during human ag-ing[J]. Gerontology, 1998,44(2):111-120.

(收稿日期 2014-09-23)

(上接第 248 页)

能够抑制 TNF- α 的过度释放,提高机体免疫功能^[10];大黄等通腑类中药能够提高脓毒症患者的动脉氧分压及血氧饱和度,降低乳酸浓度,具有改善组织氧含量,减少组织无氧代谢,改善机体氧合状态的作用^[11]。活血化瘀类药物如红花、丹参、赤芍、丹参等能够保护血管内皮细胞,改善凝血机制,抑制自由基释放,降低黏附分子表达等^[12-14]。

本研究结果显示,益气通腑逐瘀方灌肠联合西药治疗,有效率较高,血清细胞因子较对照组降低,提示益气通腑逐瘀方灌肠疗法可以抑制脓毒症患者促炎因子 TNF- α 、IL-6、IL-8 的释放,减轻其炎症反应,改善其预后。

参 考 文 献

- [1] Levy MM, Fink MP, Marshall JC, et al. 2001SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International sepsis definitions conference[J]. Intensive Care Med, 2003, 29(4):530-538.
- [2] 姚咏明,盛志勇. 我国创伤脓毒症基础研究新进展[J]. 中华创伤杂志,2003,19(1):9-12.
- [3] Hotchkiss RS, Karl IE. The Pathophysiology and treatment sepsis[J]. N Engl J Med, 2003, 348(2):138-150.
- [4] 中华医学会急诊医学分会危重病专家委员会,中国中西医结合学会急救医学专业委员会. 脓毒症的定义、诊断标准、中医证候诊断要点及说明(草案)[J]. 中华急诊医学杂志, 2007, 16(8):797.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M].

北京:人民卫生出版社,1993:11-15.

- [6] 鲁召欣,高翠翠,张明,等. 益气通腑逐瘀方灌肠疗法对脓毒症患者肠道黏膜屏障功能的影响[J]. 世界华人消化杂志,2009,17(24):2530-2533.
- [7] 鲁召欣,宋永欣,安朋朋,等. 益气通腑逐瘀方灌肠疗法治疗脓毒症临床观察[J]. 中国中医急症,2012,21(5):703-704.
- [8] 董月青,姚咏明. 脓毒症中细胞免疫紊乱的机制[J]. 中国危重病急救医学,2004,16(10):636-638.
- [9] 张艺平,韩鹏. 中药抗内毒素研究新进展[J]. 中国中西医结合急救杂志,2001,8(2):122-124.
- [10] 李蓉,程建祥. 参麦注射液对盲肠结扎并穿孔致脓毒症大鼠的免疫调节作用[J]. 现代中西医结合杂志,2004,13(16):2135-2137.
- [11] 明自强,俞林明,吕银祥,等. 大黄对脓毒症患者氧合功能的影响[J]. 浙江中西医结合杂志,2008,18(10):596-597.
- [12] 高红梅,常文秀,曹书华. “血必净”注射液对内毒素刺激的内皮细胞的影响[J]. 中国急救医学,2005,25(6):437-438.
- [13] 叶文,王锦权,陶晓根. 脓毒症与凝血功能紊乱[J]. 医学综述,2006,12(5):296-298.
- [14] Guo J, Sun K, Wang CS, et al. Protective effects of dihydroxyphenyl lactic acid and salvianolic acid B on LPS induced mesenteric microcirculatory disturbance in rats[J]. Shock, 2008,29(2):205-211.

(收稿日期 2014-9-18)

葛根芩连汤加减辨治急性放射性直肠炎的 临床研究*

张爱军 景高云

(湖北省随州市曾都医院,湖北 随州 441300)

中图分类号:R730.59 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0252-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.022

【摘要】目的 观察葛根芩连汤加减辨治急性放射性直肠炎患者的临床疗效。**方法** 将 80 例患者按照随机数字表法分为实验组和对照组,各 40 例。实验组患者口服葛根芩连汤加减诊治,对照组患者给予思密达治疗。观察两组患者的临床治疗效果;比较两组患者的中医症状积分改善的状况。**结果** 实验组总有效率为 92.50%,明显高于对照组之 62.50%($P < 0.05$);两组治疗后各项临床症状积分状况均明显改善($P < 0.05$);治疗后,实验组腹泻、大便性状、腹部绞痛、便血、里急后重、肛门疼痛与口干乏力等临床症状积分均显著低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 葛根芩连汤加减辨治急性放射性直肠炎患者,能够显著降低各项中医临床症状积分,明显提高临床治疗效果。

【关键词】 急性放射性直肠炎 思密达 葛根芩连汤加减 中医症状积分 临床疗效

Clinical Study of Gegen Qinlian Decoction Treating Acute Radiation Proctitis ZHANG Aijun, JING Gaoyun. *Zengdu Hospital of Suizhou, Suizhou, Hubei 441300, China*

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of Gegen Qinlian Decoction treating acute radiation proctitis patients. **Methods:** 80 cases of acute radiation proctitis were randomly divided into experimental group and control group, with 40 cases in each group. Patients in the experimental group took Gegen Qinlian decoction orally while patients in the control group were treated with Smecta therapy. The therapeutic effects of both groups were compared. TCM symptom scores were also evaluated to compare the situation. **Results:** After treatment, the total effective rate of patients in the experimental group was 92.5%, significantly higher than 62.5% in the control group ($P < 0.05$). After treatment, diarrhea, shape of stool, abdominal pain, stool blood, tenesmus, anal pain, dry mouth, and fatigue and other eight clinical symptom scores were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Gegen Qinlian Decoction treating acute radiation proctitis patients can significantly reduce the clinical TCM symptoms and obviously improve the clinical effect, which is worthy of population.

【Key word】 Acute radiation proctitis; Smecta; Gegen Qinlian Decoction; TCM symptoms; Clinical effect

急性放射性直肠炎是中后期直肠癌、子宫颈癌、子宫内膜癌等患者经过放射治疗最容易出现的并发症^[1]。由于放射治疗史较短,中医学中并无此病的相关记载,依其临床表现可归属于中医学之“泄泻”、“便血”、“痢疾”、“便秘”等范畴^[2]。《医宗必读》云“正气不足,而后邪气踞之”。中医学认为,放射线实乃火毒之邪,火毒之邪直中胃肠,使其功能失常,热毒灼伤肠道气血,伤于气分,火为阳邪,壮火食气,最易耗伤人体气阴。热毒蕴结、脾胃受损是该疾病的主要病因病机^[3]。急性发病者多在放疗后 1~2 周即出现恶心、呕吐、腹泻、黏液血便、食纳不馨等症状,严重损害了患者的身心健康。笔者选取近年来我院诊治的 40 例在放疗期间出现急性

放射性直肠炎症状的患者,观察葛根芩连汤加减辨治急性放射性直肠炎患者的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:(1)符合急性放射性肠炎诊断标准;(2)符合《中医病证诊断疗效标准》;(3)年龄在 25~75 岁之间,性别不限;(4)KPS 评分>70 分;(5)所有患者自愿同意,志愿受试。排除标准:(1)合并有严重感染;(2)糖尿病、动脉硬化和克罗恩病、非特异性溃疡性结肠炎等胃肠道疾病引起泄泻者;(3)已知对本方中药物成分过敏者。

1.2 临床资料 选择 2011 年 4 月至 2013 年 5 月来我院诊治的 80 例癌症患者,所有患者在照射剂量 DT 50 Gy/25 次,每次 2 Gy,每周照射 5 次的条件下放

* 基金项目:湖北省随州市卫生局科研立项项目(2012SMR012)

射治疗均出现急性放射性直肠炎的临床症状,按照随机数字表法分为实验组和对照组,各40例,所有患者均属湿热内蕴证。其中实验组男性15例,女性25例;年龄30~75岁,平均(50.50±4.50)岁;临床分期为I期9例,II期20例,III期11例;原发肿瘤为直肠癌10例,子宫颈癌13例,子宫内膜癌11例,其他肿瘤6例;病理类型为鳞癌21例,腺癌19例。对照组男性14例,女性26例;年龄31~74岁,平均(51.10±4.20)岁;临床分期为I期10例,II期20例,III期10例;原发肿瘤为直肠癌11例,子宫颈癌12例,子宫内膜癌12例,其他肿瘤5例;病理类型为鳞癌20例,腺癌20例。两组患者性别、年龄、临床分期、原发肿瘤类型等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 实验组患者服用葛根芩连汤加减:葛根、薏苡仁30g,黄连、木香各10g,黄芩、白头翁、白芍、茯苓、焦山楂、焦神曲、焦麦芽各15g,甘草6g。水煎服,每日1剂,随症加减,14d为1疗程。对照组患者服用思密达诊治,每次1袋,1日2次,14日为1疗程。观察两组患者的临床治疗效果;比较两组患者的中医症状积分改善的状况。

1.4 中医症状积分标准 主症:泻下急迫或泻下不爽,黏液血便,腹痛,里急后重,肛门灼热或疼痛。次症:烦热口渴,小便短黄,舌苔黄腻,脉濡数或滑数。积分标准:主症每项无为0分,轻为2分,中为4分,重为6分;次症每项无为0分,轻为1分,中为2分,重为3分^[4]。

1.5 疗效标准 治愈:症状消失,大便每日1~2次,大便常规及隐血实验均阴性,肠镜检查见病变黏膜恢复正常或仅留瘢痕。有效:症状明显减轻,大便次数减少(每日4次以下),大便常规正常,隐血(+),肠镜检查见黏膜病变减轻。无效:症状缓解,大便带有黏液脓血减少或改变不明显^[5]。肠镜检查无改变或加重。总有效率=(治愈+显效)/总例数×100%。

1.6 统计学处理 应用SPSS16.0统计软件。计量比较采用t值检验,计数比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。结果显示实验组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

表1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效(%)
实验组	40	24	13	3	37(92.50) [△]
对照组	40	13	12	15	25(62.50)

与对照组比较,△ $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组患者中医症状积分改善状况的比较 见表2。组内比较,治疗前后各项临床症状积分状况均有显著改善($P<0.05$);治疗后,实验组患者的腹泻、大便性

状、腹部绞痛、便血、里急后重、肛门疼痛与口干乏力等8项临床症状积分均显著低于对照组($P<0.05$)。

表2 两组患者中医症状积分改善状况比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	腹泻	大便性状	腹部绞痛	便血	里急后重	肛门疼痛	口干乏力
实验组 (n=40)	治疗前	3.60±1.50	1.60±0.50	2.60±0.30	3.50±0.30	2.65±0.34	2.40±0.50	1.80±0.10
	治疗后	2.40±0.50 [△]	0.50±0.10 [△]	1.10±0.10 [△]	1.50±0.32 [△]	1.10±0.30 [△]	1.05±0.20 [△]	0.50±0.10 [△]
对照组 (n=40)	治疗前	3.58±1.50	1.62±0.48	2.58±0.30	3.49±0.41	2.62±0.40	2.42±0.45	1.82±0.15
	治疗后	3.10±1.10 [*]	1.10±0.20 [*]	2.00±0.20 [*]	2.40±0.40 [*]	2.00±0.15 [*]	2.05±0.30 [*]	1.10±0.10 [*]

与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$ 。

3 讨论

随着我国环境和饮食问题的影响,癌症患者越来越多,大部分患者为中晚期患者,无法通过手术治疗,基本上通过放疗保守疗法诊治。放疗是直肠癌、宫颈癌、宫颈内膜癌等癌症特别是中晚期患者的主要治疗手段。放疗可以提高患者的生存率,但是直肠是放疗较为敏感的器官,直肠癌、宫颈癌、宫颈内膜癌等癌症放疗中几乎所有患者在放疗诊治1~2周内发生放射性直肠炎并发症,表现处腹泻、里急后重、排便疼痛及黏液便、血便等临床症状,严重损害了患者的身心健康,给社会和家庭带来了不安与困扰。

中医学认为,肠道湿热是急性放射性直肠炎的主要证型,并确立了清化湿热的治疗根本原则^[6]。葛根芩连汤载自张仲景《伤寒论》的大肠病证用方中,药方主要有葛根、黄连、黄芩、甘草等组成^[7]。方中葛根既能清热解表,又能生发脾胃清阳之气而治下痢;黄芩、黄连性寒清胃肠之热,味苦燥肠胃之湿;甘草甘缓和中,调和诸药^[8]。该方组方严谨,疗效确切,不良反应少,有效成分明确,对于热痢、热泻,不论有无表证,皆可用之,是治疗肠炎的一个有效的药方。王栎秋等^[9]研究表明,服用葛根芩连汤治疗肠道湿热型急性放射性直肠炎的临床疗效显著高于西药治疗。现代药理实验也表明,葛根芩连汤具有解热、抗菌、抗病毒、解痉、抑制胃肠运动、抗缺氧、抗心率失常、增强机体免疫力等药理作用,广泛用于治疗菌痢、肠伤寒、急慢性胃肠炎等疾病^[10]。本文研究发现,服用葛根芩连汤的实验组患者的总有效率为92.50%,明显高于对照组患者的62.50%,各项中医症状积分明显降低。进一步说明了该药方治疗急性放射性直肠炎的有效性。

综上所述,葛根芩连汤加减辨治急性放射性直肠炎患者,能够显著降低各项中医临床症状积分,明显提高临床治疗效果,是一种值得推广的治疗方案。

参考文献

- [1] 王玉,周冬枝,夏欣欣,等.放射性肠炎中医药防治研究进展[J].四川中医,2014,33(3):181-184.
- [2] 王希,王云启.放射性肠炎的中医药治疗研究进展[J].湖南中医杂志,2014,30(3):146-148.

[3] 袁征,张东伟,夏黎明.急性放射性肠炎中西医结合治疗进展[J].肿瘤基础与临床,2013,24(1):90-92.

[4] 张静,周晋华,李崇慧,等.加味白头翁汤联合锡类散治疗急性放射性直肠炎的疗效观察[J].中医临床杂志,2013,25(10):852-853.

[5] 王栾秋,程晓磊,李新,等.葛根芩连汤治疗肠道湿热型急性放射性直肠炎的临床研究[J].辽宁中医杂志,2014,57(2):267-268.

[6] 李宗宪,刘秀萍,刘昌海,等.香连丸合葛根芩连汤加味防治放射性直肠炎40例[J].山东中医杂志,2007,27(6):378-380.

[7] 王娟毅,马武,景文江,等.葛根芩连汤加味保留灌肠治疗

放射性肠炎临床疗效观察[J].陕西中医学院学报,2014,3:34-35.

[8] 施晓伟,刘文,王群,等.葛根芩连汤的研究进展[J].贵阳中医学院学报,2013,36(1):21-24.

[9] 张罗生,何本夫,罗显荣,等.小牛血清去蛋白提取物防治急性放射性直肠炎的临床研究[J].实用医学杂志,2012,41(9):1519-1521.

[10] 李叶枚,余伟冰,丁可,等.加味葛根芩连汤配合蒙脱石散治疗急性放射性直肠炎35例[J].河南中医,2013,38(9):1403-1404.

(收稿日期 2014-08-31)

(上接第 203 页)

考的松制作的肾阳虚模型,其血中 T₃、T₄ 浓度和 TSH 浓度明显降低^[18],且甲状腺滤泡上皮细胞出现内质网、高尔基体扩张、线粒体空化等^[19]。本研究结果显示,证候模型组与骨质疏松肾阳虚组小鼠血清 ACTH、TSH 含量均降低,与先前激素性肾阳虚动物模型研究结果类似。同时也证实骨质疏松肾阳虚组小鼠血清 ACTH、TSH 含量比单纯肾阳虚模型小鼠降得更低,由此我们推测下丘脑-垂体-靶腺轴可能是“骨病及肾”与“肾病及骨”的中间调控通路,通过反馈机制,以使“肾”与“骨”达到相对平衡状态。环磷酸腺苷(cAMP)、环磷酸鸟苷(cGMP)是细胞功能的重要调节物质,cAMP、cGMP 的平衡失调,会引起细胞功能发生明显变化。先前研究表明,cAMP 降低,cGMP 升高及 cAMP/cGMP 降低为阳虚,是目前反映阴阳虚较特异的指标之一^[10]。本研究结果显示,肾阳虚组及骨质疏松肾阳虚组小鼠血浆 cAMP 及 cAMP/cGMP 比对照组明显降低,与 cAMP 降低为阳的阴阳学说相一致。由上述的症状体征结合实验室指标表明复制肾阳虚小鼠模型成功。

综上,通过将去势小鼠骨质疏松模型与氢化可的松小鼠肾阳虚模型有机地结合起来,笔者成功研制了肾阳虚证骨质疏松模型。造模后动物出现了肾阳虚证的特征如畏寒倦卧、精神萎靡、反应迟钝、体质量下降、HPA 轴功能紊乱,同时出现了骨质疏松组织病理学改变如骨小梁排列稀疏,变细,微骨折等,成功的建立了骨质疏松肾阳虚模型。

参 考 文 献

[1] 李欣志,刘建勋,任建勋,等.痰瘀互结证冠心病小型猪模型的建立[J].中国中西医结合杂志,2009,29(3):228-232.

[2] 康洁,高碧珍.病证结合动物模型研究概况[J].中华中医药学刊,2009,27(11):2357-2360.

[3] 王燕燕,张锦文,郭洁茹,等.虎尾轮根提取物对肾阳虚模型小鼠的影响[J].医药导报,2011,30(3):292-294.

[4] 赵慧辉,王伟.病证结合证候模型研究基本思路[J].中华中医药杂志,2006,21(12):762-764.

[5] 江建春,黄敏,卞琴,等.大鼠气虚型颈椎病模型的建立[J].

上海中医药大学学报,2009,23(3):33-37.

[6] 韩清民,王跃辉,程慧,等.肾虚型骨性关节炎造模方法研究[J].新中医,2008,40(3):90-92.

[7] 章晓霜,高顺生,屈菊兰,等.不同强度运动与雌激素联合作用对去卵巢大鼠腰椎超微结构影响的扫描电镜观察[J].中国运动医学杂志,2003,22(2):156-158.

[8] Pederson L, Kremer M. Evidence of a correlation of estrogen receptor level and avian osteoclast estrogen responsiveness[J]. J Bone Miner Res, 1997, 12(5):742-752.

[9] 荣杰生,陶天遵,陶树清. N-脱硫酸肝素对 ICR 雌性小鼠骨形态计量学的影响[J].中国骨质疏松杂志,2006,12(6):620-622.

[10] 杨裕华,李震.肾阳虚动物模型及其诊断指标研究近况[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(5):40-42.

[11] 杨裕华,李震.补肾中药对肾阳虚动物模型影响的实验研究进展[J].时珍国医国药,2008,19(1):231-233.

[12] 杜江,李楠,王和鸣.肾虚模型造模方法及相关指标[J].中国组织工程研究与临床康复,2010,14(50):9433-9436.

[13] 陈燕清,张俊龙,郭蕾,等.肾气丸对肾阳虚证大鼠模型 T 细胞亚群影响的实验研究[J].中国中医急症,2014,23(3):380-384.

[14] 岳仁宋,吴施国,谭毅明,等.参附注射液对甲状腺机能减退症肾阳虚型小鼠血清甲状腺激素的影响[J].中国中医急症,2005,14(11):1094-1095.

[15] 钟历勇,沈自尹,郑仲承,等.下丘脑-垂体-肾上腺轴大鼠下丘脑 CRH mRNA 表达[J].上海铁道大学学报,1998,19:8.

[16] 宋春风,尹桂山,候洁,等.补肾中药对肾阳虚大鼠垂体-肾上腺超微结构的影响[J].中医药研究,2001,17(2):41.

[17] 郑小伟,包素珍,刘明哲,等.金匮肾气丸对肾阳虚大鼠垂体 ACTH 基因表达的影响[J].中国中西医结合杂志,2004,24(3):238.

[18] 王建红,伍庆华,刘海云,等.肾阳虚大鼠垂体-甲状腺轴功能动态分析[J].辽宁中医杂志,2006,33(6):751.

[19] 宋春风,尹桂山,李恩,等.补肾中药对肾阳虚大鼠垂体-甲状腺超微结构的影响[J].中国中医基础医学杂志,1999,5(9):22.

(收稿日期 2014-11-27)

养肺保元膏对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者血清白介素-2及白介素-10的影响*

邱念念¹ 刘良丽^{2△} 刘亿淑² 吴 保²

(1.贵阳中医学院,贵州 贵阳 550002;2.贵州省中医院,贵州 贵阳 550001)

中图分类号:R563.9 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0255-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.023

【摘要】目的 观察养肺保元膏对慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期患者免疫因子白介素-2及抑炎因子白介素-10的影响。**方法** 将COPD患者60例随机分为对照组与治疗组各30例,对照组采用常规西医治疗,包括家庭氧疗、支气管舒张剂、止咳化痰药,治疗组在对照组基础上加用养肺保元膏,两组疗程均为30d。**结果** 治疗组总有效率为93.33%,明显高于对照组的80.00%($P<0.05$)。对照组和治疗组COPD稳定期患者血清白细胞介素-2(IL-2)和白细胞介素-10(IL-10)水平与治疗前相比均有提高($P<0.05$),治疗组治疗后IL-2、IL-10数量上升更为明显,治疗效果更为显著($P<0.05$)。治疗组与对照组COPD稳定期患者FEV₁%和FEV₁/FVC%水平与治疗前相比均有提高($P<0.05$);从两组相关指标的变化幅度看,治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。**结论** 养肺保元膏能提高患者机体免疫因子白介素-2及抑炎因子白介素-10的水平,延缓肺功能的进行性下降,临床疗效显著。

【关键词】 COPD 养肺保元膏 白介素-2 白介素-10 肺功能

The Effect of the YangFeibaoyuan Paste on IL-2 and IL-10 of Serum in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Stable Phase QIU Niannian, LIU Liangli, LIU Yishu, et al. *The Gui yang College of Traditional Chinese Medicine Guiyang, Guizhou 550002, China*

【Abstract】Objective: To observe the effect of drugs *YangFeibaoyuan Paste* on IL-2 and IL-10 of serum in patients with COPD at stable phase. **Method:** 60 patients with COPD were randomly divided into two groups. The control group were treated with conventional western medicine, while the treatment group were treated with *YangFeibaoyuan Paste* besides. The period of treatment lasted 30 days. **Results:** The IL-2 and IL-10 levels of two groups of patients were improved markedly ($P<0.05$) at posttreatment. Meanwhile the lung function could be improved. And the effect of group with *YangFeibaoyuan Paste* were obviously superior to another group ($P<0.05$). **Conclusion:** This study shows that the *YangFeibaoyuan Paste* can significantly improve the immunity and lung function of patients with COPD.

【Key words】 COPD; *YangFeibaoyuan Paste*; IL-2; IL-10; Lung function

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一组以气流受限不完全可逆、呈进行性发展为特征的肺部疾病,目前对其发病原因尚不明确,但认为与气道的慢性炎症反应增强有关,而机体免疫功能的下降则导致了COPD患者炎症反应增强,反复发生呼吸道感染,以致肺功能的进行性下降,严重影响患者的劳动力和生活质量。白细胞介素-2(IL-2),主要由活化的CD4⁺T细胞和CD8⁺T细胞产生的具有广泛生物活性的细胞因子,是所有T细胞亚群的生长因子,并可促进活化B细胞增殖,故为调控免疫应答的重要因子,也参与抗体反应。白细胞介素-10(IL-10)是一种多细胞源、多功能的细胞因

子,调节细胞的生长与分化,参与炎症反应和免疫反应,是目前公认的炎症与免疫抑制因子。本研究应用养肺保元膏对COPD患者稳定期进行治疗,观察其血清IL-2及IL-10水平的变化,了解患者免疫功能及炎症反应的情况,同时观察治疗前后患者肺功能的改善情况。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准符合内科学第七版诊断标准及2013年“COPD临床诊断和治疗指南更新”。中医诊断标准参照《中医内科学》(人民卫生出版社,21世纪课程教材,2002年版,田德禄主编)。纳入标准:符合COPD稳定期的诊断标准;肺功能属中度和重度的患者;近期无免疫抑制剂及免疫增强剂使用情况;患者

*基金项目:贵阳中医学院研究生教育创新计划项目(ZYYCX14003)

△通信作者(电子邮箱:624603948@qq.com)

签署知情同意书,且未参加其他临床研究;中医辨证分型属肺胀(肺脾肾虚)证型。

1.2 临床资料 选择贵阳中医学院第一附属医院呼吸内科自2014年1月至2014年10月门诊及住院患者60例为研究对象,按随机数字表法分为治疗组和对作照组各30例。对照组男性17例,女性13例;平均年龄(63.57±5.57)岁;发病病程平均(3.32±1.139) d;重度11例,中度19例。治疗组男性19例,女性11例;平均年龄(64.43±4.78)岁;发病病程(3.14±1.236) d;重度13例,中度17例。两组患者临床资料差异无统计意义(P>0.05)。

1.3 治疗方法 对照组采用西医常规治疗(家庭氧疗加支气管舒张药加止咳化痰药),吸氧10~15 h/d+多索茶碱片0.2 g口服,每日2次(规格0.2×10片,生产厂家为宁波市天衡制药有限公司)加沙美特罗替卡松吸入剂50 μg吸入,每日2次(规格50 μg/500 μg,60泡,生产厂家:英国葛兰素威廉制药)加桉柠蒎肠溶软胶囊0.3 g口服,每日2次(规格0.3×12片,生产厂家为北京九和药业有限公司)。治疗组在对照组基础上加用养肺保元膏(黄芪、酒黄精、炒白术、补骨脂、浙贝母、桑白皮、茯苓、法半夏、当归、甘草等,由我院药剂科提供并统一制膏),每次5 mL口服,每日3次,服药期间忌食辛辣生冷咸腥物,忌烟酒。两组疗程均为30 d。

1.4 观察指标 观察两组患者治疗前后血清中IL-2、IL-10水平;肺功能相关指标(第1秒用力呼气容积占用力肺活量百分比(FEV₁/FVC%),第1秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV₁%预计值))。两组患者分别于治疗前第1日、治疗30 d后各采血1次,清晨空腹抽肘静脉血3 mL,置于含肝素试管中,于1 h内离心(3000 r/min,15 min),分离血清于离心管中,于-70℃冰箱中保存,由贵州赛维斯生物技术有限公司对IL-2、IL-10进行检测;采用德国耶格肺功能仪对每位患者进行检测并记录其数值。

1.5 疗效标准 临床疗效以内科学第7版诊断标准及2013年“COPD临床诊断和治疗指南更新”为准。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件。计量资料以(x±s)表示,并对数据采用t检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率明显高于对照组(P<0.05)。

表1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	30	2	7	19	2	28(93.33) [△]
对照组	30	1	3	20	6	24(80.00)

与对照组比较,[△]P<0.05。

2.2 两组治疗前后IL-2、IL-10水平比较 见表2。结果显示一个疗程后,对照组和治疗组COPD稳定期患者血清IL-2和IL-10水平与治疗前相比均有提高(P<0.05),治疗组治疗后IL-2、IL-10数量上升更为明显,治疗效果更为显著(P<0.05)。

表2 两组治疗前后IL-2和IL-10水平比较(pg/mL, x±s)

组别	时间	IL-2	IL-10
治疗组 (n=30)	治疗前	2.3645±0.1405	8.3797±0.49780
	治疗后	3.6496±0.2558	10.6100±0.74357 [△]
对照组 (n=30)	治疗前	2.3635±0.1361	8.3760±0.48221
	治疗后	3.3238±0.2175	9.6577±0.63196 [*]

与本组治疗前比较,^{*}P<0.05;与对照组同期比较,[△]P<0.05。下同。

2.3 两组肺功能相关指标比较 见表3。结果显示1个疗程后,治疗组与对照组COPD稳定期患者FEV₁%和FEV₁/FVC%水平与治疗前相比均有提高(P<0.05),治疗组明显优于对照组(P<0.05)。

表3 两组肺功能相关指标比较(% , x±s)

组别	时间	FEV ₁	FEV ₁ /FVC
治疗组 (n=30)	治疗前	52.25±12.89	45.18±8.65
	治疗后	66.08±12.96	56.87±8.09 [△]
对照组 (n=30)	治疗前	51.81±12.35	44.62±6.45
	治疗后	58.56±12.76	51.28±7.65 [*]

3 讨论

研究认为,IL-2具有多种免疫增强活性,能促进自然杀伤细胞的增殖,IL-2的减少表明机体免疫活力的下降^[1]。IL-2主要起着免疫应答和调节的作用,IL-2的产生减少或被清除,可使免疫应答明显下降^[2]。IL-2的升高对COPD稳定期患者有免疫增强和调理作用,IL-2生成能力的减弱必将影响免疫防御系统功能^[3]。IL-10具有强大的抑制巨噬细胞活性的作用,对巨噬细胞活性的抑制作用导致了一系列炎症反应性细胞因子产生的下降,这些反应性因子释放的减少,就缩短了炎症反应的过程从而抑制了炎症反应^[4]。IL-10能抑制气道中性粒细胞和肺泡巨噬细胞分泌炎症细胞因子(IL-1、IL-8、TNF-α等),缩短脂多糖(LPS)诱发的肺内中性粒细胞增多的过程,促进中性粒细胞的凋亡,加强肺部炎症的清除^[6]。IL-10降低及其调控分泌的促炎症性细胞因子的增加可能是气道持续炎症并导致气道重塑、气流受限、肺组织破坏及肺气肿等病理过程的重要机制^[5]。

COPD的发生及发展与机体免疫力低下及细胞因子对其炎症刺激密切相关。气道炎症贯穿于COPD发生与发展的始终,IL-2作为调控免疫应答的重要因子,不论是急性加重期还是稳定期均发现有免疫细胞因子IL-2水平的明显下降。IL-10作为一种抑炎细胞

因子,其作用是抑制促炎细胞因子的产生与释放,当 COPD 发病时 IL-10 的分泌明显减少,无法抑制促炎细胞因子的产生与释放,即发生气道炎症反应。IL-2 和 IL-10 均处于较低水平,患者处于免疫防御能力低下的状态,因此易发呼吸道的感染而发病。

COPD 是一组以气流受限不完全可逆,呈进行性发展为特征的肺部疾病,肺功能测定是判断气流受限的主要客观指标,对 COPD 的诊断、严重度评价、疾病进展、预后及治疗反应等均有重要意义。肺功能的进行性下降,能加重患者发病时的严重程度,若能在一定程度上延缓肺功能的进行性下降,就能相应地延缓病情的发展,从而提高患者的生活质量。

中医学认为肺胀是由多种慢性肺系疾患反复发作,迁延不愈而成,而 COPD 稳定期多以本虚为主,本虚则机体免疫功能低下,机体处于无防御状态,因此外邪最易乘虚而入诱发或加重本病。本研究在中医学病因病机基础上,以补益肺脾肾三脏为重,佐以益气养阴,兼以活血化痰止咳,应用养肺保元膏治疗 COPD 稳定期患者,以提高机体免疫力,减轻炎症反应,同时改善患者肺功能。研究结果显示,常规西医治疗加用养肺

保元膏能够显著提高 IL-2 和 IL-10 水平,患者肺功能相关指标也得到明显改善,表明 IL-2 和 IL-10 的水平能够反应机体的免疫状况与炎症反应情况,同时延缓肺功能的进行性下降。本研究表明养肺保元膏临床疗效明确,与常规治疗 COPD 药物联合应用,疗效尤为明显,且因其为中医传统膏剂,口感极佳,服用方便,故患者依从性高。

参 考 文 献

- [1] 王文娟. COPD 病患者免疫功能的变化[J]. 临床肺科杂志, 2012, 17(8):1511
- [2] 杭晶卿. 低浓度茶碱在慢性阻塞性肺部疾病中的免疫调节作用[J]. 上海免疫学杂志, 1997, 17(4):216-217.
- [3] 杨玲. 谷氨酰胺对 COPD 营养不良患者免疫功能的影响[J]. 实用医学杂志, 2004, 20(8):869-871.
- [4] 甘朝东. 综述 IL-10 启动因子多态性与 COPD 易感性的关系[J]. 中国临床医药研究杂志, 2008, 181(6):27-28.
- [5] 郝璐. 支气管哮喘和 COPD 患者血清 IL-10 水平的临床研究[J]. 临床肺科杂志, 2012, 17(2):228-229.
- [6] 苏崇一, 张文娟. 慢性阻塞性肺疾病与白介素-10 水平的相关性[J]. 实用医学杂志, 2003, 20(11):818-819.

(收稿日期 2014-12-06)

· 临床观察 ·

眩晕症 85 例的分型论治观察

张安富¹ 游艳华¹ 冉利¹ 李万梅¹ 秦敏¹ 郑颖¹ 付元林² 李贵贤^{2Δ}

(1.重庆市江津区西湖镇卫生院,重庆 402224;2.重庆市江津区李市中心卫生院,重庆 402274)

中图分类号:R255.3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0257-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.024

【摘要】目的 观察分型论治眩晕症的临床疗效。**方法** 85 例眩晕症患者辨属肝阳上亢 18 例,痰火内盛 14 例,痰湿内阻 11 例,气血亏虚 8 例,阴虚阳亢 9 例,阴阳两虚 12 例,气血瘀滞 13 例,分别予以对证施治。**结果** 本组患者全部有效,各证型间疗效相当。**结论** 眩晕症辨证施治临床疗效满意。

【关键词】 眩晕症 分型论治

眩晕为内科常见病,多发病之一。笔者近年对 85 例眩晕患者予以辨证施治,收到较满意的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集眩晕患者 85 例,其中男性 74 例,女性 11 例;年龄 35~80 岁,50 岁以下 38 例占 45%,50~59 岁 5 例占 6%,80 岁以上者 2 例占 2%。西医诊断为高血压 32 例,脑动脉硬化、脑供血不全 38 例,美尼尔综合征 11 例,脑震荡后遗症 4 例;病程 2 d 至 5 年,其中半年之内 67 例,1 年之内 12 例,5 年之内 6 例。

1.2 治疗方法 本组病例均采用中医辨证施治,1 个

月为 1 疗程。肝阳上亢证,本证型 18 例。症见眩晕、耳鸣,头疼且胀,时面红目赤,口苦、口干、舌燥,烦躁易怒,失眠多梦,便秘尿黄,舌质红或尖红,舌苔黄或黄腻,脉弦或弦实有力。治以平肝潜阳、清热息风。以龙胆泻肝汤和天麻钩藤饮加减,药用龙胆草 6 g,黄芩 6 g,栀子 12 g,知母 12 g,草决明 12 g,夏枯草 12 g,天麻 10 g,牛膝 15 g,生龙骨 20 g,生牡蛎 20 g,泽泻 9 g,柴胡 6 g。痰火内盛证,本证型 14 例。症见头眩耳鸣,头胀疼,视物旋转,胸闷泛恶,时作时止,偶伴目赤而红,舌质暗红,苔黄腻或白厚而干,脉弦滑。治清热化痰。以黄连温胆汤加减,药用黄连 6 g,黄芩 12 g,半夏 12 g,陈皮 12 g,竹茹 15 g,枳实 12 g,茯苓 20 g,天麻 10 g,代

(下转第 262 页)

Δ通信作者(电子邮箱:2801953079@qq.com)

广州登革热的中医诊疗思路*

柴瑞霭¹ 刘清泉²

(1. 山西省运城市中医药研究院全国名老中医药专家柴瑞霭传承工作室, 山西 运城 044000; 2. 首都医科大学附属北京中医医院, 北京 100010)

中图分类号: R512.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)02-0258-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.025

【关键词】 中医急症 广州登革热 中医学 辨证论治 诊疗思路

根据国家中医药管理局的安排, 2014 年 9 月下旬由首都医科大学附属北京市中医医院刘清泉院长带队, 赴广州第八医院同该院协作以中医思维的方法对 2014 年夏秋季广州出现的登革热, 在院长张复春和急诊科主任谭行华的支持下分组进行调查分析, 并深入病区对危重患者进行会诊。现将广州登革热的中医诊疗思路报告如下。

1 广州登革热病因特点

2014 年广州夏秋季流行的登革热, 虽已是夏末入秋, 但广州 8~9 月仍高温多雨, 尤其 8 月份气候炎热, 暴雨阴雨不断, 雨水较多, 蚊虫滋生。其气候特点是天暑地湿, 人在其中最易感受暑湿(暑热、湿热)病邪, 而像 2013 年属伏暑的邪伏膜原证型几乎没有。结合笔者对门诊患者的临床观察和对危重住院患者的辨证施治, 发现其具有发病急、传变速, 而且卫分症状短暂, 转瞬即出现气分症状的发病特点, 说明两点: 其一暑湿病邪较重, 在卫分时间很短, 直入阳明气分; 其二暑病的发病特点“夏暑发自阳明”。因此病因多暑热, 又因夏秋雨湿, 天暑下逼, 地湿上蒸, 湿热之邪易于相伙为患, 因此暑热必挟湿邪而成暑湿, 但仍以热为主, 兼湿为客。暑热天气, 人们贪凉饮冷或乘凉受寒, 暑热又易被寒湿所遏, 成暑兼寒湿。暑邪特点“暑必兼湿”, 加之雨湿, 病暑湿居多, 湿邪又常以中焦为病变中心, 故又有部分暑热、湿热, 因此从所接触的患者分析, 2014 年广州夏秋季流行的登革热发病特点以暑湿或暑兼寒湿最多、暑热、湿温次之。

2 广州登革热的证候特点

初始恶寒, 突发高热, 但恶寒很快消失, 1~7 d 持续发热或高热甚至壮热, 全身关节肌肉痠困疼痛, 甚者剧烈疼痛, 多伴有头痛兼重、眼眶痛, 无汗或黏汗不畅, 4~7 d 后出现皮疹和皮肤、齿龈、鼻腔少量出血症状,

严重者可出现血小板明显减少和其他脏器出血。多数患者始终伴有口淡、口黏或口苦, 恶心呕吐, 脘闷纳呆, 腹泻便溏, 腹痛不适等。综合分析, 其证候既有暑热病初多径入阳明气分的高热、壮热, 又有初始卫分寒湿遏闭的短暂恶寒或寒战、头痛身困、眼眶痛、关节肌肉疼痛(身如捆绑, 身形拘急)、无汗或黏汗不畅等; 还有湿阻中焦、升降失司的口淡、口黏, 恶心呕吐, 腹泻便溏, 腹痛不适等。更有发热或热退时邪热郁肺的皮疹以及气营(血)两燔的衄衄、鼻衄、皮肤血斑及危重者诸出血症状, 以至少数危重患者因暑热内闭, 阴气欲脱或因暑湿而湿从寒化, 阳气欲脱等。

3 广州登革热的传变和病机特点

根据 2014 年登革热的发病特点和证候特点, 结合病程辨证分析, 病初多有恶寒或寒战, 但恶寒转瞬即逝, 恶寒、寒战重者最多 1 h, 几乎同时出现高热、壮热、口渴, 加之 2014 年感邪较重, 病邪袭卫后即很快入气, 因此发病就出现卫气同病。在急性发热期除少数暑热为主的患者表现为高热、壮热的暑热入气, 燔灼阳明; 多数暑热挟湿的患者高热、壮热与恶寒、少汗、头重、身困、关节肌肉疼痛、胸脘闷满的暑热入气, 困阻中焦同现; 暑兼寒湿的多为高热与恶寒(寒战)、无汗, 头及眼眶疼痛、全身困重疼痛, 身有捆绑感(身形拘急)的寒湿外束, 暑热内闭并见; 少数湿温的多有头痛恶寒, 身重疼痛, 身热不扬, 胸脘痞闷, 纳呆不饥, 舌苔白腻的湿遏卫气, 气机不畅。由于暑必兼湿, 湿又以中焦为病变中心, 故多数患者始终兼有口淡、口黏, 或口苦, 恶心呕吐, 脘闷纳呆, 腹泻便溏, 腹痛不适的湿阻中焦, 升降失司。鉴于整个病程以暑、湿两邪为主。由于暑为火热之邪, 阳明气分热盛, 病中暑热过盛易迫热入营, 出现入营之舌绛, 脉细数, 口渴不欲饮; 入血之衄衄、鼻衄、皮肤血斑及诸出血症状; 热邪过盛, 邪热郁肺, 肺热及营而发红疹。由于 2014 年夏秋既有暑热又有雨湿的气候

* 基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目

李莉主任医师治疗血管性认知障碍的经验*

高磊 指导 李莉

(山东中医药大学附属日照市中医医院, 山东 日照 276800)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0259-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.026

【关键词】 血管性认知障碍 心脑共主神明 正虚邪实 补血益气填精 活血化瘀通络

血管性认知障碍(VCI)是指以脑血管病危险因素,以及明显或不明显的脑血管病引起的一大类认知损害综合征,脑血管疾病危险因素是VCI的直接原因,脑卒中是导致VCI最常见的疾病之一^[1]。随着我国人口的老龄化和脑血管病的发病率增高,VCI对中老年脑血管病患者及社会所带来的危害也愈加严重。对于VCI的治疗目前尚无特效西药,而辨证使用中药治疗VCI则具有一定的优势。李莉主任医师系全国第5批老中医药专家学术继承指导老师,山东省名中医药专家,首届齐鲁杰出医师,出自岐黄世家,学验俱丰,尤其擅长中医中药治疗心脑血管病。现将笔者跟师学习过程中所总结的业师治疗VCI的点滴经验分析如下。

1 VCI的病位当在心脑,血气精微是神志活动的物质基础

VCI常发生于中风病后,或伴中风病高危因素,李师指出,VCI的发生与人神机、神志等功能的损害有关,属中医学中风后痴呆范畴,其在临床表现上以记忆、认知功能缺损为主,或伴语言、视觉空间技能及情感或人格障碍的获得性智能的持续性损害。李师强调VCI的病位当在心脑。李师指出,古代治呆多从心论治,因为传统中医理论认为“心主神明”,如《素问·灵兰秘典论》云“心者,君主之官,神明出焉”。《灵枢·邪客》云“心者,五脏六腑之大主,精神之所舍也”,说明心既主宰人脏腑功能活动,又主宰人的精神意识活动。后世医家对“心主神明”理论也不断发展,如宋·《太平圣惠方·补心益智及健忘诸方》指出“夫心者,精神之本,意智之根”。宋·《和剂局方·预知子丸》中认为“心气不足,志意不安,神情恍惚,语言错忘,健忘少睡”,说明心气不足可造成健忘兼见各种神明失常症状,明·张介宾《类经·脏象类》篇言“心者…享虚灵而含造化,具一理而应万机……聪明智慧,莫不由之”。“心主神明”理论

被历代医家应用于神志病的诊治中,逐渐形成一套完整的理法方药体系,对于神志异常的疾病如癫、狂、痫、健忘、痴呆、郁证等,治疗上往往通过治心而恢复神志正常,如清宫汤等清心安神以治热扰心神之心烦、夜寐不安或谵语者;养心汤、归脾汤等养心安神以治心神失养之惊悸、不眠、健忘者;朱砂安神丸、桂枝去芍药加蜀漆龙骨牡蛎救逆汤、磁朱丸等镇心安神以治惊恐不安、癫狂谵语、迷惑健忘、胆怯惊惕者,等等。这些方法验之当今临床仍然是有效的。对此,李师认为,在当今西医已经明确了VCI的病因及病理机制,且当代中医对脑血管病的认识及治疗也较古人有很大变化,所以,对VCI的论治若单纯遵循传统理论从心论治显然是有失偏颇的。而实际上“脑主神明”,两千年以前的古人即已有所认识,如战国时的《七纬》,西汉时的《春秋·元命苞》等书中就有“人精在脑”、“精神之所居”等记述,可见当时的人们已经开始认识脑与人精神意识的关系了。明·李时珍在《本草纲目·辛夷》中正式提出“脑为元神之府”,明·金正希《尚志堂文集·见闻录》则指出“人之记性皆在脑中”,清·王清任《医林改错》结合解剖观察和临床实践,明确提出“灵机记性在脑,不在心”、“高年无记性者,脑髓渐空”等理论。李师认为近现代以来,由于受西医学关于脑的解剖学及生理、病理学的影响,越来越多的医家持“脑主神明”论,发展了脑病学科,医院中也成立脑病科,所以,很多医家认为VCI病位在脑,多从脑髓空虚、脑络阻滞、毒邪损脑等方面论治,反而又忽视了“心”的因素。对此,李师明确指出,虽然“脑主神明”论有其理论依据及临床价值,但其自身理论尚未完善,而且无论从理论还是实践也均不能完全否定“心主神明”论,如归脾汤之养血安神、清宫汤之清心安神等机理就很难用“脑主神明”的理论阐释。所以,李师继承张锡纯“心脑共主神明”学说,认为既不能囿于传统“心神”理论而忽视脑的功能,也不能盲从于现代医学关于心脑的认识只看到脑的神经、精神功能而把心仅等同于循环器官。故李师结合传统中医藏像学说及

*基金项目:全国第五批老中医药专家学术经验继承项目;山东省中医药科技发展计划项目(2011-292)

现代研究指出, VCI 病位当在 心脑, 如若偏颇于在心或在脑, 则在诊治该病时会导致思路狭窄, 也会影响组方用药的系统性。

李师强调心脑共主神明, 络、脉是心脑沟通的渠道, 而心脑能正常发挥其生理作用, 则离不开其充足的物质基础供养, 供养心脑的物质不足, 或络脉不通, 物质不能正常输送至心脑则均不能保障心脑主神明。如《类证治裁》言“脑为元神之府, 精髓之海, 实记性所凭也”。脑为髓之海, 肾主骨生髓, 所以脑主神明的物质基础当为肾精。《素问·五脏生成》曰“诸血者, 皆属于心”, 心生血, 主血脉, 先天之肾精有赖于后天气血之濡养, 而精又能化血。血还是神志活动的物质基础, 《素问·八正神明论》言“血气者, 人之神, 不可不谨养”, 《灵枢·平人绝谷》谓“血脉和利, 精神乃居, 故神者, 水谷之精气也”, 明·刘纯《玉机微义》云“血者, 神气也, 持之则存, 失之则亡, 是知血盛则形盛, 血衰则神衰”《医学入门》也说“神者, 气血所化生之本也”。鉴于此, 李师指出, 精血同源, 血气精微是精神活动的物质基础, 是心脑共主神明的物质保障, 对于 VCI 的病机认识则需要以此为出发点。

2 VCI 的基本病机为正虚邪实, 表现为心虚脑衰及痰瘀阻络

VCI 主要表现在思维及表达能力的逐步衰退以及丧失, 还可以伴随焦虑、抑郁、激越、冲动等情感行为障碍。对此, 李师指出, VCI 发病实质为心脑共主神明机能的损伤及衰退, 与维持心脑正常功能的物质基础供应失常有直接关系。正如《圣济总录》谓“健忘之病, 本于心虚, 血气衰少, 精神昏聩, 故志动而多忘也, ……心伤则眷忘”, 《太平圣惠方·补心益智及健忘诸方》亦云“夫心者, ……神乱则血脉不荣, 气血俱虚, 精神离散, 恒多忧虑, 耳目不聪, 故令心智不利, 而健忘也”, 等等, 均强调心之气血亏虚而致神明失司。而清·王学权《重庆堂随笔》认为“人之记忆含藏在脑, ……水髓充足, 则元神精湛而记忆不忘”, 《医学心悟·健忘》亦言“肾主智, 肾虚则智不足, 故喜忘其前言”, 王清任《医林改错·脑髓论》谓“高年无记性者, 脑髓渐空”等等, 则强调肾精亏虚, 脑髓失充而致神机失用。《医方集解》又言“人之精与志, 皆藏于肾, 肾精不足则肾气衰, 不能上通于心, 故迷惑善忘也”。张锡纯《医学衷中参西录》亦云“心脑息息相通, 其神明自湛然长醒”, “血之注于脑者过少, 无以养其脑髓神经, 其脑髓神经亦恒至失其所司”, 因心脑共为神明之府, 络、脉相通, 且精血同源, 两处神明之伤, 可互相累及。李师综合以上观点指出, 人至老年, 脏腑渐衰, 气血精微生成不足, 心脑失养, 使神思散乱, 神机失用, 灵机记性渐失, 出现善忘、痴呆等症状。

李师又指出, VCI 不同于老年痴呆(AD), 应重视

“脑血管病因素”在 VCI 发生发展中的作用, 但也不能把“脑血管病”之“脑”与中医藏像学说之“脑”相混淆, 把 VCI 之“脑血管病因素”简单阐释为“脑络受阻”, 心脑共为神明之府, 心脑络脉阻滞当为该病的重要病理变化。所以张锡纯“其心脑之间有所隔阂, 则欲用其神明, 而其神明不能由脑达心, 是以神明顿失其所司”的观点有其实际意义。李师认为, 心脑疾患, 多与痰瘀有关, 如《景岳全书·杂证谟》认为“痰迷心窍则遇事多忘”, “凡心有瘀血亦令健忘”。清·陈士铎《辨证录·呆病门》认为“痰积于胸中, 盘踞于心外, 使神明不清, 而成呆病矣”, 《石室秘录》云“痰势最盛, 呆气最深”; 再如《证治准绳》提出“瘀血在上, 令人健忘”, 清·王清任《医林改错》提出了“凡有瘀血皆令人善忘”, 针对血瘀阻窍, 神机失用而成呆这一病机, 创通窍活血汤以治之。所以, 李师认为 VCI 与中风等病关系密切, 多发于老年人, 脏腑渐衰, 气机郁滞不畅, 血行无力, 且血亏津少, 脉道滞涩, 易致瘀血停络; 年老脾气渐衰, 脾失健运, 又内生痰湿, 另外, 脉道不畅, 津液也可停滞为痰。津凝生痰, 血滞化瘀, 津血同源, 故痰瘀相生, 常胶结在一起阻滞经络脉道, 影响脉络中气血的运行及津液的输布, 进而产生一系列脉络阻滞的病理变化。痰浊、瘀血, 既是疾病过程中的病理产物, 一旦形成, 又可作为新的致病因素而阻滞经络脉道, 一方面损伤心脑而影响神明之体, 另一方面又阻碍脉络的流畅, 造成气血精微不能正常滋养心脑而影响神明之用, 且成为恶性循环, 危害日甚, 而痰瘀蕴久酿毒则更加重心脑的损伤。这也正是 VCI 病程漫长, 逐步进展, 神智衰减, 最终全面痴呆的因素所在。

所以, 李师明确指出, VCI 为正虚邪实之复杂局面, 气血、肾精不足, 心虚脑衰为其正虚因素, 痰浊瘀血阻滞脉络损伤心脑为其邪实因素。此外, 人体气血精微的生成及运转是五脏六腑共同作用的结果, VCI 虽病位在心脑, 其发生发展也与其他脏腑的功能失调相关, 如脾失健运、肝失疏泄、三焦气化失司、胃肠积滞不通、胆气失衡等等, 均可诱发或加重 VCI, 在对 VCI 的辨证论治上, 须当从整体把握。

3 李莉老师治疗 VCI 的治则、方药及注意事项

总结以上论述, 并结合多年临床经验, 李师提出治疗 VCI 当扶正祛邪并行, 标本兼治, 以补血益气填精并活血化瘀通络为大法, 经验方为自拟补心健脑通络增智方。主治症状特点: 中老年患者, 发生于中风之后, 或伴中风病高危因素, 排除老年痴呆病, 表现为神情呆滞, 智力减退, 或伴语言颠倒, 善忘多误, 心烦易怒, 疑心重, 甚或不知饥饱。常伴气短, 或少气懒言, 倦怠乏力, 腰膝酸软, 脑转耳鸣; 肢体麻木, 肌肤不荣, 或半身不遂, 或有强哭强笑。舌质暗红或紫暗, 或瘦小, 或有瘀

斑、瘀点,苔腻或花剥。脉弦细或细涩,尺脉多弱。基本药物组成:灵芝 15 g,人参 9 g,鹿角胶 9 g(烊化),龟板胶 9 g(烊化),黄精 10 g,红景天 10 g,熟地黄 12 g,炙淫羊藿 9 g,女贞子 10 g,丹参 12 g,地龙 9 g,当归 10 g,三七 6 g(研粉冲),石菖蒲 9 g,远志 9 g,茯苓 10 g,陈皮 9 g,香附 9 g,芡实 9 g,漏芦 9 g。

方中重用灵芝补气养血,《神农本草经》谓其能“益心气,补中,增智慧,不忘”,人参大补元气兼助补血之效,《神农本草经》谓其能“补五脏,安精神,定魂魄,止惊悸……开心、益智”,二药大补气血而养神增智。鹿角胶温补肝肾、益精养血,龟板胶滋阴补肾养血,二药一偏阳,一偏阴,共用以补肾填精、生髓健脑,并兼有补血安神之效。此四味药共为君药。黄精补气养血滋阴,红景天补气养血并能活血,熟地黄滋阴养血补益心肾,炙淫羊藿、女贞子一温一凉,共起补益肾精之效,此四味药增强君药补气养血、益肾填精之效,是为臣药。丹参活血化瘀,地龙通经活络,当归活血补血,三七化瘀补气,石菖蒲、远志均有开通心窍清窍、豁痰醒神益智之效,并能补心安神,《神农本草经》谓石菖蒲“开心孔,补五脏,通九窍……久服轻身不忘不迷”,远志“补不足……利九窍,益智慧,耳目聪明,不忘,强志倍力”,茯苓健脾化湿安神,诸药共奏活血化痰通络而安神增智之效,并兼能补气养血,亦为臣药。其余药物乃为佐使之用,陈皮健脾理气燥湿,香附疏肝理气导滞,二药调畅气机,既使诸补药补而不滞,又能辅助活血化痰诸药发挥作用;芡实固肾涩精,补脾利湿,《神农本草经》谓其“补中……益精气,强志”;漏芦味苦、性寒,滑利通降,具有利水泻浊、活血散瘀、通经开窍的功效,《神农本草经》谓其“久服轻身益气,耳目聪明,不老延年”,并能清热解毒,改善痰瘀蕴结日久所化生的浊毒对脉络的损伤,且漏芦、地龙、龟板、女贞子均性偏凉,以防诸温补、温燥之品化火生风。该方补泄结合,寒温并用,阴生阳长,补血益气填精以扶正,活血化痰通络以驱邪,改善 VCI 的认知功能,验之临床,疗效满意。

如阳虚偏甚,伴症见畏寒肢冷、心悸怔忡、口角流涎、小便清长等,原方加补骨脂 12 g,肉桂 6 g,干姜 9 g,熟附子 3 g,益智仁 10 g。如阴虚偏甚,伴症见五心烦热、潮热盗汗、口干多饮、舌体瘦缩等,原方人参换为西洋参,并加太子参 15 g,天冬 10 g,白芍 10 g,知母 10 g,白薇 10 g,枸杞子 10 g。如偏气虚,伴症见乏力懒动、脘坠纳呆、精神萎靡、舌胖有齿痕等,原方人参加至 15 g,并加白术 12 g,黄芪 15 g,炒枳壳 9 g。如痰湿化热,伴症见烦躁不安、口臭秽气喷人、舌苔黄腻者,原方加胆南星 10 g,竹茹 10 g,黄连 9 g,炒栀子 9 g,夏枯草 9 g,连翘 9 g。若伴痰火扰心,精神失常、吵闹不休者,可合用礞石滚痰丸。如伴情志抑郁、闷闷不乐、愁烦语讷者,原方加柴胡 9 g,合欢皮 12 g,郁金 12 g,干姜 9 g,桂枝

10 g,青皮 10 g。如头痛、胸痛较重,舌暗有瘀斑,瘀血象明显,或脑血管检查有明显狭窄者,原方加水蛭粉 3 g,川芎 9 g,琥珀粉 3 g,穿山龙 12 g,鸡血藤 15 g,或并酌加鳖甲 6 g,威灵仙 10 g,牡蛎 20 g 等软坚散结之品。

因为 VCI 病程较长,病势缠绵,有缓慢进展之特点,中药短时间内很难获得显效,因此,李师在治疗该病时,一般先给患者服用 2~3 周的汤剂,并调整药物,使患者无明显不适感,将合适的药方制成蜜丸,每丸 9 g,每次 1 丸。每日 2~3 次口服,1 料丸药服用 1 个月左右,随证调方,嘱患者坚持服用半年以上,乃丸者缓图之意。

4 典型病例

患者王某,男性,71 岁,2013 年 6 月 19 日初诊。有高血压、高血脂病史、冠心病病史,5 年间曾因 3 次脑梗死住院治疗,平素扶杖行走,计算力下降,说话颠三倒四,易激惹,自诉头脑昏沉,不愿活动及与人交流,乏力,晨起腰酸。舌质暗有裂纹、瘀斑,舌根处苔黄腻,脉弦涩,两尺弱。中医诊断:中风后痴呆-心虚脑衰,痰瘀阻络;西医诊断:血管性认知障碍。处方:灵芝 15 g,人参 9 g,鹿角胶 9 g(烊化),龟板胶 9 g(烊化),黄精 10 g,红景天 10 g,熟地黄 15 g,炙淫羊藿 9 g,女贞子 10 g,丹参 12 g,地龙 9 g,当归 10 g,三七 6 g(研粉冲),石菖蒲 9 g,远志 9 g,茯苓 10 g,陈皮 9 g,香附 9 g,芡实 9 g,漏芦 9 g,竹茹 9 g,狗脊 12 g。水煎服,每日 1 剂,分早晚服,14 剂。2013 年 7 月 4 日复诊,患者服药后感觉乏力、腰痛等症减轻,余证同前,纳食略差,舌根处苔仍较厚,上方加砂仁 6 g,炒白术 12 g,继服 14 剂。再服 14 剂后,患者纳食正常,自诉头脑昏沉感减轻,舌苔渐薄,予二诊方制蜜丸,每丸 9 g,早中晚各 1 丸口服。先后加减服丸药 6 月,家属诉患者记忆力逐渐改善,能记清子女手机号,说话颠三倒四改善,能主动与家人交流,情绪稳定,未再头脑昏沉,计算力也有所改善,乏力、晨起腰酸等症缓解,生活能力也较前提高,清晨即外出锻炼,未再迷路。嘱继续服药,随访半年,疗效满意。

按:该老年患者,有高血压、高血脂、冠心病及多次脑梗死病史,必然存在痰瘀阻滞心脑血管的病理基础,久病体衰,脏腑亏虚,气血精微不足,心脑受损,其主宰精神、神志的功能受损,而发痴呆。故认准病位,治疗上扶正驱邪并行,大补气血肾精,同时活血化痰通络,心脑功能得以恢复,不求速效,不蛮攻蛮补,坚持不懈,从而取得理想效果。

5 结语

李莉老师指出,当代中医要继承传统中医理论,并适当吸收现代医学的研究成果,在对疾病的认识及治疗上要综合考虑多方面因素,方能适应时代临床要求。

VCI 病机复杂,病程长,临床表现多样,非单一法一方所能解决,因此当抓其主要病机特点,辨病、辨证相结合,综合组方,整体用药,疗程充足,方能取得理想效

果,改善患者认知功能,阻挡或延缓 VCI 向全面痴呆发展,提高患者的生活质量。

(收稿日期 2014-10-01)

(上接第 257 页)

赭石 15 g, 旋复花 10 g, 牛膝 9 g。痰湿内阻证, 本证型 11 例。症见眩晕, 头沉如顶物, 倦怠多梦, 胸闷, 恶心, 甚则呕吐, 食少纳呆, 下肢沉重无力, 舌质暗紫, 苔白腻, 脉弦滑或濡滑。治以燥湿化痰、温阳理气。药用二陈汤加减, 药用陈皮 12 g, 法半夏 12 g, 茯苓 20 g, 天麻 10 g, 丁香 6 g, 香橼 12 g, 砂仁 12 g, 白芥子 12 g, 枳壳 12 g。气血亏虚证, 本证型 8 例。症见面色苍白或萎黄, 头晕, 眼花, 心悸, 少寐神疲乏力, 纳呆, 眩晕, 每逢劳累即发, 动则加剧。治以益气养血。药用黄芪 10 g, 熟地黄 15 g, 白芍 12 g, 川芎 12 g, 黄精 15 g, 茯苓 15 g, 当归 12 g, 枸杞子 15 g, 青皮 12 g, 郁金 15 g, 酸枣仁 10 g。阴虚阳亢证, 本证型 9 例。症见眩晕耳鸣, 头昏痛, 视物模糊, 腰腿酸软, 舌质红, 少苔, 脉弦细数。治以育阴潜阳。以滋水清肝饮加减, 药用生地黄 15 g, 龟板 20 g, 山茱萸肉 15 g, 山药 15 g, 牡丹皮 10 g, 栀子 10 g, 柴胡 6 g, 当归 9 g, 白芍 12 g, 生龙骨 15 g, 生牡蛎 15 g, 夏枯草 15 g, 泽泻 9 g。阴阳两虚证, 本证型 12 例。症见头昏、头晕, 甚则眼前发黑, 行走时足如踏棉状, 畏寒肢冷, 下肢酸软或浮肿, 夜尿频数, 口干不欲饮, 健忘多梦, 舌质淡红, 苔薄白, 脉弦细无力。治以滋阴益阳。以二仙汤加减, 药用仙茅 15 g, 淫羊藿 15 g, 巴戟天 15 g, 菟丝子 15 g, 女贞子 15 g, 黄柏 12 g, 知母 12 g, 丹参 15 g, 益母草 12 g, 天麻 10 g, 香附 15 g, 益智仁 15 g, 川芎 12 g, 旋复花 10 g。气血瘀滞证, 本证型 13 例。症见头晕, 头痛, 失眠或刺痛, 胸闷, 善太息, 失眠多梦或头有外伤史, 自觉手足发胀, 舌质紫或暗淡有瘀点, 苔薄白或白腻, 脉弦细或弦滑(紧)。治以理气活血化痰, 通络息风。以血府逐瘀汤加减, 药用生地黄 15 g, 桃仁 12 g, 川芎 12 g, 红花 12 g, 赤芍 12 g, 柴胡 9 g, 枳壳 15 g, 牛膝 15 g, 天麻 10 g, 鸡血藤 15 g, 旋复花 10 g。

1.3 疗效标准 依据《中药新药临床研究指导原则》拟定。治愈: 眩晕症完全消失。显效: 眩晕症基本消失, 每逢情绪变动亦有轻度头晕。有效: 仍有轻度头晕, 偶有恶心。无效: 症状与体征无改变。

1.4 统计学处理

2 结果

中医辨证施治疗效见表 1。患者共 85 例, 治愈 53 例, 占 62.35%; 显效 21 例, 占 24.71%; 有效 11 例, 占 12.94%; 无无效病例。

表 1 各型患者疗效情况

证型	n	治愈		显效		有效	
		n	%	n	%	n	%
肝阳上亢	18	12	66.67	4	22.22	2	11.11
痰火内盛	14	9	64.29	4	28.57	1	7.14
痰湿内阻	11	6	54.55	3	27.27	2	12.40
气血亏虚	8	5	62.50	2	25.00	1	12.50
阴虚阳亢	9	6	66.67	1	7.40	2	22.22
阴阳两虚	12	7	58.33	4	33.33	1	8.33
气血瘀滞	13	8	61.54	3	23.08	2	15.38

3 讨论

眩晕一症, 虽不及中风病来势凶猛, 但令人痛苦不堪, 且极易转为中风。中年以上者人发生眩晕症, 往往是中风先兆, 应及时治疗。根据临床观察, 眩晕症较重, 视物旋转, 如坐车船, 甚则恶心呕吐, 多半是实证或虚中夹实, 若辨证准确, 治疗效果较为满意; 若仅是头晕, 时好时犯, 忽轻忽重, 多为虚证, 治疗时间亦较长, 且很难根治, 肝阳上亢证、痰火内盛证、气血瘀滞证多为实证; 气血亏虚证、阴虚阳亢证、阴阳两虚证是虚证。总之眩晕之病因虽有痰、火、风之别, 但临床以痰虚为多见。各类眩晕可单独出现, 亦可相互转化, 故历代医学强调“议病”、“辨证”, 张仲景《伤寒杂病论》就主张从整体观念出发, 用不固定的动态的观点看待“病”和“证”。徐灵胎亦说“治病者, 必先识病之名, 能识病名而后求之所生, 知其所由生, 又当辨其生之因各不同, 而症状所由异, 然后考其治之法”。这就是对中医议病、辨证学说的很好归纳和阐发。也就是说, 在临床治疗中, 虽病情有轻重不一, 发生的病机亦颇复杂, 但只要详察病情, 辨证施治, 无不为之收效。例如西医诊断的美尼尔氏征, 此病多半是虚中夹实证, 若痰浊中阻型治疗不当, 湿邪郁久不化, 即可转化为痰热扰胆, 痰火内盛。前者宜用二陈汤实脾燥湿、顺气化痰, 辅以分导之品; 后者宜用黄连温胆汤清胆化痰息风。眩晕症, 除主症外, 兼证甚多, 且复杂, 变化快, 故需辨证分型治疗。眩晕症的发生, 多数年龄在 45 岁以后。从现代医学角度看, 此期逐渐出现病理生理的改变, 动脉硬化症表现出来; 50 岁以后的人又逐渐进入更年期, 由于内分泌紊乱, 出现气

(下转第 285 页)

陆金根教授治疗 I、II 度内痔便血的经验*

彭军良¹ 指导 陆金根²

(1.上海市金山区中西医结合医院,上海 201501;2.上海中医药大学附属龙华医院,上海 200032)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0263-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.027

【关键词】 内痔 便血 凉血清热利湿 名医经验 陆金根

内痔是肛垫(肛管血管垫)的支持结构、血管丛及动静脉吻合发生的病理性改变和移位,主要临床表现是出血和脱出,可并发血栓、嵌顿、绞窄及排便困难,根据内痔的症状,其严重程度分为4度^[1]。I、II度内痔以保守治疗为主,III、IV度内痔多采用手术治疗。陆金根教授为上海市名中医、博士生导师、著名肛肠病专家,第5批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,师承中医外科名家、全国著名中医外科学家顾伯华教授,从事中西医结合肛肠科医教研工作40余年。余随诊多年亲见其擅长运用中药内服治疗I、II度内痔便血。陆师认为本病的便血虽也有少部分患者随便血的大量丢失可兼见气血两虚之证,然其本质上不同于III、IV度的内痔便血,多由于湿热下注、热盛迫血妄行引起,拟采用凉血清热利湿为主治疗本病,可取得满意的效果。笔者有幸侍诊左右,受益匪浅,现将陆师治疗I、II度内痔便血的临床经验介绍如下。

1 病因病机

《临证指南医案》云“痔疮下血,湿热居多”;清·陈士铎《洞天奥旨》卷九云“痔疮生于谷道肛门之边,乃五脏七腑受湿热之毒而生者也……虽痔之形状甚多,而犯湿热则一也”。陆师认为I、II度内痔便血多因患者饮食不节,恣食生冷、肥甘,伤及脾胃而滋生内湿,湿热交融,下注肛门,致使肛门口部气血纵横、经络交错而生内痔;热盛则迫血妄行,血不循经,则血下溢而便血。正如《疡医大全》所云“过伤生冷,有耽于醇酒者;有好嗜辛辣煎炒炙博者,肠胃受伤,以致有湿热浊气瘀血流注肛门”;《外科正宗》所云“夫痔者乃素积湿热,过食炙博,因久坐而血脉不行,又因七情而过食生冷,以及担轻负重,竭力远行,气血纵横,经脉交错,又或酒色过度,肠胃受伤,以致浊气瘀血,俱能发痔”。

2 辨证论治

2.1 临床表现

患者便血色鲜红、量较多,肛门肿物外脱、肿胀、灼热疼痛或有滋水,便干或溏,小便短赤,舌质红,苔黄腻,脉浮数^[1]。

2.2 治疗方法

自拟方药:生地黄 15 g,赤芍 15 g,牡丹皮 15 g,苍术 15 g,黄柏 12 g,川牛膝 12 g,生地榆 30 g,生槐花 12 g,生蒲黄 12 g,侧柏叶 30 g,藕节炭 30 g,仙鹤草 30 g,旱莲草 15 g,生甘草 9 g。

2.3 用药特点及方解

2.3.1 治疗以凉血清热利湿为主 陆师认为I、II度内痔便血多由于湿热下注、热盛迫血妄行引起,采用凉血清热利湿为主治疗,药用生地黄、赤芍、牡丹皮、苍术、黄柏、川牛膝、生地榆、生槐花、生蒲黄、侧柏叶,效果满意。正如《东垣十书》所云“治痔漏大法,以泻火、凉血、除湿、润燥为主”;朱丹溪《丹溪心法·痔疮》所云“痔疮专以凉血为主”。生地黄味甘苦、性寒而入血分,能清营血分之热而凉血,通过凉血尚有止血之功效,可用于血热引起的各种出血症;现代药理表明生地黄能调节机体纤溶凝血功能,并有抗炎和提高免疫功能的作用^[2]。《汤液本草》载生地黄“诸经之血热,与他药相随,亦能治之,溺血便血亦治之”;《药性赋》载生地黄“其用有四,凉心火之血热,泻脾土之湿热,止鼻中之衄热,除五心之烦热”。陆师认为凉血止血药物多有留瘀之弊,治疗应不忘“疏其血气,令其调达,而致和平”的宗旨,可在止血剂中少佐散瘀之品,使止血而不留瘀,如牡丹皮、赤芍之属。赤芍苦、微寒,有清热凉血、散瘀止痛之效,《本草经疏》载赤芍“肠风下血者,湿热肠血也,血凉则肠风自止矣”;《药品化义》云“赤芍,味苦能泻,带酸入肝,专泻肝火;盖肝藏血,用此清热凉血”。牡丹皮有清热凉血、活血散瘀之效,《本草经疏》载“牡丹皮,其味苦而微辛,其气寒而无毒,辛以散结聚,苦寒除血热,入血分,凉血热之要药也”;《本草汇言》载牡丹皮“盖其气

*基金项目:上海市优秀青年中医临床人才培养计划资助项目(ZYSNXD011-RC-XLXX-20110022);上海市中医临床优势专科(专病)建设项目(ZYSNXD-YL-YSZK031)

香,香可以调气而行血;其味苦,苦可以下气而止血;其性凉,凉可以和血而生血;其味又辛,辛可以推陈血,而致新血也”。赤芍功效与牡丹皮相近,故常与丹皮相须为用;但牡丹皮清热凉血的作用较佳,既能清血分实热,又能治阴虚发热;而赤芍只能用于血分实热,以活血散瘀见长。

地榆凉血止血,其性沉降,尤宜治疗下焦出血,《沈氏尊生书》地榆甘草汤即以地榆为主治疗便血,《本草纲目》载“地榆,除下焦热,治大小便血证”,乃痔科要药;《本草正义》云“地榆苦寒,为凉血之专剂”。槐花具有凉血止血、清肝泻火的功效,为治疗便血的常用药,《药品化义》载“槐花味苦,苦能直下,且味厚而沉,主清肠红下血,痔疮肿痛,脏毒淋漓,此凉血之功能独在大肠也”;《本草求真》载槐花“治大、小便血,舌衄”。现代研究表明槐花水浸剂能够明显缩短出血和凝血时间。蒲黄,味甘,性平,入肝、心经;本品甘缓不峻,性平而无寒热偏胜之弊,长于活血化瘀、收涩止血,具有止血不留瘀之妙;蒲黄生用凉血止血效果最佳,单味生蒲黄,煎服或吞服、外敷等都能凉血止血,若随证配伍其他药物,则效果更佳,《药品化义》载蒲黄“若诸血久者,炒用之以助补脾之效,摄血归原,使不妄行”;药理研究表明蒲黄有促凝血作用,能缩短凝血时间,增加血小板数目,止血效果好,再配用生地榆凉血止血,治疗痔疮出血效果颇佳^[3]。侧柏叶生用,长于凉血而止血热妄行;在止血方剂中,无论寒热吐血,都可佐用侧柏叶;现代研究表明侧柏叶煎剂能明显缩短出血时间及凝血时间,其止血有效成分为槲皮素和鞣质;《本草汇言》载“侧柏叶……凡吐血、衄血、崩血、便血,血热流溢于经络者,捣汁服之立止”。侧柏叶苦涩微寒收敛凉血止血,生地榆甘苦而寒,清热养阴凉血,二者合用有清热养阴、凉血止血之功效。苍术苦温燥湿健脾,朱震亨云“苍术治湿,上、中、下皆有可用”;黄柏苦寒清热燥湿,偏走下焦,为治下焦湿热要药。《神农本草经》载黄柏“主五脏肠胃中积热、黄疸、肠痔,止泄痢”;两药配伍即为二妙丸,是中医用于燥湿清热的基础名方,广泛应用于湿热下注引起的炎症、红肿、渗出等症,《医方考》卷五载二妙丸“湿热作痛,不拘上下,此方用之每良;苍术妙于燥湿,黄柏妙于去热,二物皆有雄壮之性,亦简易之方也”;且二妙丸组方简单,几乎无毒副作用,长期服用,非常安全,因此是燥湿清热的首选药物,正如《本草正》所云“苍术,与黄蘗同煎,最逐下焦湿热痿痹”。川牛膝乃引经之品,可引药下行,因此多用于治疗下部疾患,《本经逢原》云“丹溪言牛膝能引诸药下行,筋骨痛风在下者宜之”;《本草经疏》云“牛膝,走而能补,性善下行,故入肝肾”;《医学衷中参西录》云“牛膝,原为补益之品,而善引气血下注,是以用药欲其下行者,恒以之为引经”。

2.3.2 辅以藕节炭收敛止血、仙鹤草及早莲草益气摄

血 藕节炭具有收敛止血的功能,《日用本草》载藕节“清热除烦,凡呕血、吐血、出血、败血,一切血症宜食之”。现代研究表明藕节可以提高血浆凝血酶原浓度,促进凝血酶原向凝血酶的转化,提高活化凝血酶血浆含量,提高血浆纤维蛋白原含量,从而加速凝血过程,起到凝血作用;藕节凝血作用靶点涉及到凝血、抗凝及其血栓形成的整个过程,并由此导致血流动力学的改变,起到凝血的功效^[4]。藕节经高温炒炭或煨炭后,可使草酸钙或碳酸钙等分解,内服后以可溶性钙盐的形式被人体吸收,增加血钙含量,有利于发挥止血作用;其次,炭素对止血作用产生影响,生药经高温炒炭或煨炭后,有机成分绝大部分灰化破坏,无机成分也因此改变了存在的状态,会产生大量炭素(活性炭),使整个炭药成为一种疏松多孔、具有收敛性质的物质。由于活性炭本身具有很强的收敛作用,因此,使炭药的收敛性能更为加强,有利于发挥药物的止血作用;此外,如鞣质等其他化学成分也可对止血作用产生一定的影响^[5]。正如葛可久《十药神书》所云“血见黑则止”。

仙鹤草功能止血,性既不温热也不寒凉,乃平和之性,作用广泛,可用于身体各部份出血病证,且无论寒、热、虚、实者均可应用,可单独服用,也可配合其他止血药同用,常与旱莲草相须为用。如属于血热妄行,可配合凉血、止血药如生地黄、赤芍、牡丹皮、侧柏叶、藕节炭等。现代药理研究表明,仙鹤草含仙鹤草素、鞣质、皂苷等挥发油,仙鹤草素能促使血小板数量增加,凝血时间明显缩短。《百草镜》载仙鹤草“下气活血,理百病,散痞满;跌扑吐血,血崩,痢,肠风下血”;《现代实用中药》载仙鹤草“为强壮性收敛止血剂……适用于肺病咯血,肠出血,胃溃疡出血,子宫出血,齿科出血,痔血,肝脓疡等症”。墨旱莲性酸凉甘,酸能收敛,凉能止血、能清热,甘能滋补肝肾,本品入肝肾二经,肝主藏血,对因肝肾阴虚和血热引起的各种出血证,都有很好的止血作用。现代药理研究证实仙鹤草对毛细血管有收缩作用,能缩短出血与凝血时间,为凉血止血之上品。《普济方》引《家藏经验方》莲子散即以旱莲草子瓦上焙研末,治肠风脏毒,下血不止;《赤水玄珠》载“旱莲草甘寒滋阴泻热,酸寒凉血止血,若以鲜品入药,清热止血力更强”。

陆师认为气与血的关系密切,“气为血之帅,血为气之母”,患者出血较多,损伤气血,可酌情加用仙鹤草、旱莲草益气摄血,体现了气能生血、气能摄血之意。正如《不居集》所云“一身气血,不能相离,气中有血,血中有气,气血相依,循环不已”,因血为气之母,血能生气,所以血盛则气旺,血衰则气少;《血证论》云“血之所不安者,皆由气之不安故也,宁气即是宁血”。

4 病案举例

林某,男性,38岁。2012年10月12日初诊:患者便血近1个月,色鲜量较多,排便每日1行、质干,小便

短赤,肛门灼热疼痛,2年前曾做痔病手术。肛检:截石位7点位手术疤痕愈合良好,11点位混合痔,3点位内痔核偏小。苔黄腻,脉浮数,证属湿热下注、迫血妄行,拟凉血清热化湿为治。方药:生地黄 15 g,赤芍 15 g,牡丹皮 15 g,苍术 15 g,黄柏 12 g,川牛膝 12 g,生地榆 30 g,生槐花 12 g,生蒲黄 12 g,侧柏叶 30 g,藕节炭 30 g,仙鹤草 30 g,旱莲草 15 g,生甘草 9 g。以上方治疗 10 d 患者便血消失,无不适症状,停药后随访半年,患者再无便血之苦。

参 考 文 献

[1] 中华医学会外科分会肛肠外科学组,中华中医药学会肛肠

病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461.

[2] 张卫刚,杜佳琦.四味痔血汤治疗内痔出血临床研究[J].上海中医药杂志,2010,44(7):55-56.

[3] 李鸿芝,许润三.蒲黄能凉血止血[J].中医杂志,1994,40(8):453.

[4] 虞慧娟,孙付军,靳光乾,等.藕节炭活性部位止血机制的研究[J].中药药理与临床,2011,27(3):65-67.

[5] 张朔生,袁野.莲藕、藕节及其炭制品止血作用的比较[J].山西中医学院学报,2009,10(2):13-15.

(收稿日期 2014-08-22)

(上接第 258 页)

特点,故病初常有湿邪遏闭卫气的头痛恶寒、头重身困疼痛、黏汗不畅,兼寒邪者又有无汗、寒战。病中常有暑湿弥漫三焦的身热面赤、胸闷脘痞、下利稀水、小便短赤;再由于湿邪病变的重心在中焦脾胃,故始终伴有以中焦为中心的湿阻中焦、升降失司的口淡、口黏,或口苦,恶心呕吐,脘闷纳呆,腹泻便溏,腹痛不适等脾胃症状;以至少数危重患者因暑热内闭,阴气欲脱或因暑湿而湿从寒化,阳气欲脱等。至病后期,由于暑邪的特点易耗气伤津,湿邪的特点常留恋不尽影响运化,或留恋过久伤人阳气,因此在恢复期多见气阴虽虚,余热未清;脾胃气虚,余湿未净;肺脾(胃)气虚,运化失司,内湿又生;湿从寒化,脾阳受损。

4 广州登革热的治疗原则

发病初起暑、湿疫气并见,卫气同病,暑为热邪,热以阳明气分为主,兼热郁卫分,湿为阴邪,重着黏腻,同时遏闭卫气,治疗既要清透卫分、清泄气分之暑热,又要宣透卫表之湿,宣畅中焦之湿。因此急性发热期当用减味银翘散(金银花、连翘、竹叶、荆芥、淡豆豉、薄荷、甘草、芦根)加芳香化湿,宣畅气机(藿香、佩兰、杏仁、厚朴等)。少数单纯的暑热入阳明,气分热盛的较少,可用白虎加人参汤,西洋参或北沙参易人参加金银花、连翘;暑热挟湿可用白虎加苍术汤加金银花、连翘;暑兼寒湿的可用新加香薷饮;诸证悉加金银花、连翘意在轻清宣透暑热,兼顾湿邪宜加藿香、佩兰。卫气湿重的可合三仁汤。中焦湿阻,下焦积滞的可合保和丸。暑湿阻滞、湿郁气机,气机不能升降,发热不退,大便不通可合升降散。极期暑热迫营的可透热转气加金银花、连翘、竹叶、荷叶。热入血分的发斑或出血者可加犀角地黄汤凉血散血之品。如暑入心营、营阴耗损的,宜用清营汤清心凉营。若暑毒深入血分而邪闭心包的,应予神犀丹合安宫牛黄丸凉血解毒、清心开窍。恢复期由于暑邪的特点易耗气伤津,湿邪的特点常留恋不尽影响运化,或留恋过久伤人阳气,因此在恢复期多见气阴虽虚,余热未清可用竹叶石膏汤,

益气养阴,清泄余热;脾胃气虚,余湿未净可用薛氏五叶芦根汤,芳香醒胃,清涤余邪;肺脾(胃)气虚,运化失司,内湿又生可用参苓白术散,益气健脾,和胃渗湿;湿从寒化,脾阳受损可用附子理中汤,温阳散寒,补气健脾。

5 临床治疗中要注意的几个问题

(1)一定要注意邪在卫气的早期治疗,卫分症状虽然短暂但一定要注意表气郁闭热不得越,更要注意阳明气分的暑热清透和湿邪的芳化,使卫气之邪不致深入向营血传变。(2)始终要掌握给邪以出路,暑热炽盛阳明当清气泄热;暑湿郁表的应清透暑热兼芳化湿;暑兼寒湿的需外散表寒,里清暑湿;热遏湿阻,大气不行,升降不灵的要升降气机;湿热积滞,腑气不通的宜导下湿热等等。(3)始终要注意气机宣畅,2014年夏秋登革热,纯属暑热的极少,因气候的特点是天暑地湿雨水较多,故在治疗中要注意宣畅气机,气机宣畅暑热易清,气机宣畅暑湿不留,气机宣畅中焦升降正常,使病邪易于宣发外透,避免病情深入。(4)暑湿为患既有热邪又有湿邪,因此治疗热邪时一定要避用辛凉、甘寒,以免造成凉遏而热邪不能外透;而且邪在卫、气时一定要不能过早用阴腻,以免造成湿阻,气机不畅,邪不外透。(5)登革热极期出现的发疹和诸出血症状,均系热邪迫营入血故一定要把握好“入营犹可透热转气”使营热外透气分;一定要把握好热入血分直需“凉血散血”,避免“耗血动血”。(6)尤其是在治疗中一定要按照卫气营血和三焦的传变规律,把握好气分的暑热,卫分的挟湿、兼寒,中焦的湿阻,以及肺热发疹热邪迫营入血等病因病机在疾病发展过程中孰轻孰重,用辨证论治的思维定好治疗原则,选好配伍方药。(7)饮食注意事项,鉴于2014年登革热发病的病因特点,暑为热邪故饮食力避阳热辛辣等物;又多挟湿且多兼中焦湿阻,故要忌食肉类、肥甘、油腻等食品,尤其是患病前期或中期一定注意饮食清淡且忌寒凉。

(收稿日期 2014-12-09)

符思教授治疗吐血经验

占新辉^{1,2} 王微^{1△} 王颖¹ 指导符思¹

(1. 中日友好医院, 北京 100029; 2. 北京中医药大学, 北京 100029)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)02-0266-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.028

【关键词】 吐血 止血 临床经验 符思

符思教授为中日友好医院中医消化科主任医师, 硕士研究生导师, 世界中医药学会联合会消化病专业委员会理事, 中国中西医结合学会老年病专业委员会常务委员, 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会委员, 中华中医药学会脾胃病分会委员, 从事临床、科研及教学工作 30 余年, 在运用中医辨证论治治疗消化及呼吸系统疾病方面积累了丰富的经验, 尤其擅长中医药辨证治疗肝炎、肝硬化、脂肪肝、高脂血症、溃疡性结肠炎、功能性腹胀、慢性胰腺炎、哮喘、肺心病。笔者跟随符教授门诊学习, 从中深切地体会到其对消化系统疾病的独特见解, 现对符教授治疗吐血之辨证施治略有领悟, 浅晓其理; 故将符教授所授及笔者平时所学所悟所感, 摘其至要, 以飨同道。

1 病因病机

血由胃来, 经呕吐而出, 血色红或紫黯, 常夹有食物残渣, 称为呕血, 亦称为吐血^[1]。吐血主要见于上消化道出血^[2], 其中以胃十二指肠溃疡、肝硬化食道静脉曲张破裂出血、胃癌等多见^[3]。符教授认为吐血的发生与感受外邪、情志失调、饮食不节、劳累过度、久病体虚等相关。正如《济生方·失血论治》中认为血证的原因为“所致之由, 因大虚损, 或饮酒过度, 或强食过饱, 或饮啖辛热, 或忧思恚怒”。而《三因极一病证方论·失血叙论》也对其有相应的论述“夫血犹水也, 水由地中行, 百川皆理, 则无壅决之虞。血之周流于人身荣、经、府、俞, 外不为四气所伤, 内不为七情所郁, 自然顺适。万一微爽节宣, 必至壅闭, 故血不得循经流注, 荣养百脉, 或注或散, 或下而亡返, 或逆而上溢, 乃有吐、衄、便、利、汗、痰诸证生焉”。

1.1 感受外邪 符教授认为, 人体感受外邪(风寒或风热), 特别是感受火热之邪, 或外邪入里化热, 可出现热迫血行, 导致血证的发生, 若热邪迫血上行, 则可导致吐血的发生。正如《素问·气交变大论篇第六十九》中论述外感所致的血证为“岁火太过, 炎暑流行, 肺金受

邪。民病症, 少气咳喘, 血溢血泄注下, 嗌燥耳聋, 中热肩背热, 上应荧惑星”。而在《症因脉治·外感吐血》也有论述外感所致吐血的条文, 云“外感吐血之因, 内有积热, 诸经火盛, 外有风寒, 束其肌表, 血络热甚, 不得外越, 妄行上冲, 从口呕吐, 故外感吐血, 责之邪热妄行”。由此可知, 外邪特别是热邪侵袭人体, 可导致脉络损伤而引起各种出血, 若邪气损伤上部脉络, 则可引起吐血的发生。

1.2 情志失调 符教授认为, 引起吐血的另一个原因是情志失调, 特别是在情志过极时更易发生吐血。当人情绪失调时, 可表现为肝气郁结, 或者是肝郁化火而犯胃, 从而损伤胃中络脉, 导致脉络出血, 血随气逆而上, 故见吐血。正如《素问·举痛论》中对其的论述“怒则气逆, 甚则呕血及衄泄, 故气上矣”。而《血证论》也认为, 肝郁化火可导致吐血的发生。“木郁为火则血不和, 火发为怒则血横决, 吐血、错经、血痛诸证作焉”, “由此观之, 可知凡呕皆属肝胆, 而血又肝之所司, 今见呕血之证, 断以调肝为主”。朱丹溪在其《丹溪心法·呕血二十》中也对情志不畅所致吐血进行了论述“怒气逆甚则呕血, 暴瘁内逆, 肝肺相搏, 血溢鼻口。但怒气致血证者, 则暴甚。故经曰: 抑怒以全阴者是也, 否则五志之火动甚, 火载血上, 错经妄行也”。而《类证治裁血证总论》则曰“气和则血循经, 气逆则血越络”。因此, 符教授认为吐血的发生与情志失调密切相关^[4-5]。

1.3 饮食所伤 符教授认为, 导致吐血发生的主要原因之一为饮食不节, 暴饮暴食, 或者是嗜食辛辣刺激之物, 导致胃火炽盛, 损伤胃络, 导致出血。或者是嗜食生硬食物, 损伤食管络脉, 导致食管出血, 血随气逆而上, 固见吐血。《圣济总录·吐血》中饮食所致吐血论述为“缘酒食饱甚, 胃间不安, 或强吐之, 气脉贲乱, 损伤心胃, 血随食出, 此名伤胃”。而在《脾胃论·卷上·脾胃虚实传变论》中也有相关的论述, 其曰“若胃气之本弱, 饮食自倍, 则脾胃之气既伤, 而元气亦不能充, 而诸病之所由生也”。符教授认为, 饮食不节是导致吐血发生的一个重要因素, 故在门诊诊治患者时, 多提醒肝硬化患

△通信作者(电子邮箱: xinhuiest@sina.com)

者应忌食辛辣刺激性的食物,同时应避免吃坚硬粗糙食物。多嘱肝硬化患者在吃东西时,应该做到细嚼慢咽,不宜暴饮暴食或吃饭速度太快,以免伤胃诱发消化道出血,发为吐血。

1.4 久病体虚 符教授认为久病体虚之人,或气虚,或脾胃虚,或阴虚,均可导致血证的发生。其中气虚不能摄血,可导致出血;脾虚不能统血,也可导致出血;而阴虚火旺,火热之邪损伤脉络,也可导致出血。《医贯》中对胃气虚所致吐血进行了论述,认为“胃者,守营之血,守而不走,存于胃中,胃气虚不能摄血,故令人呕吐,从喉而出于口也”。符教授认为,久病体虚之人,正气不足,故正气对脏腑经络功能活动的推动和调节能力下降,导致脏腑经络功能失常,出现气血津液的代谢运行失常,血不行常道,溢于脉外,故可导致各种血证的发生。

2 治法治则

2.1 急则治标,止血为第一要法 对于吐血,符教授主张以止血为其第一要法,常运用收敛止血、凉血止血、益气摄血三法。严用和《济生方·吐衄》中论述“血之妄行也,未有不因热所发,盖血得热则淖溢,血气俱热,血随气上,乃吐衄也”。故符教授在治疗吐血时,主张运用凉血止血法,常用药物为大蓟、小蓟、侧柏叶、白茅根;符教授常在凉血止血药基础上加收敛止血药,以增强止血的功效,常用药物为棕榈炭、血余炭、藕节炭、黄芩炭等。同时,在治疗吐血时,符教授注重益气法的运用,其认为“有形之血不能速生,无形之气所当速固”,“气固则已失之血渐生,未失之血再旺”,益气可以固摄血液,防止再出血。正如吴鞠通《温病条辨·治血论》所云“善治血者,不求之有形之血,而求之无形之气。盖阳能统阴,阴不能统阳;气能生血,血不能生气”。

2.2 缓则治本,治肝、治胃 符教授认为,吐血的发生与肝胃两脏密切相关。肝火犯胃或者胃火壅盛为其发生的主要病机之一,肝火犯胃、胃火壅盛使火邪损伤胃络,迫血妄行,导致出血,血随气逆,经口而出,发为吐血。故《血证论》中论述为“吐血其病在于胃,呕血其病在于肝。何以言之?盖肝木之气,主于疏泄脾土,而少阳春生之气又寄在胃中,以升清降浊,为荣卫之枢”。因此对肝火犯胃者,治以清肝泻胃为法,方以龙胆泻肝汤合左金丸加减,常用药物为龙胆草、栀子、黄芩、黄连、吴茱萸、泽泻、车前子、甘草、当归、生地黄。《内经·厥论》曰“阳明厥逆,喘咳身热,善惊衄呕血”,故对胃火壅盛者,则以清胃泻火为法,方用泻心汤合清胃散加减,药物为黄连、黄芩、生地黄、牡丹皮、当归、干姜、黄柏、栀子等。符教授认为脾胃气虚也是吐血发生的一个病因,《医贯·血症论》中述“胃者,守营之血,守而不走,存于胃中,胃气虚不能摄血,故令人呕吐,从喉而出于口

也”。故对脾胃气虚不能摄血者,治以益气健脾摄血为法,方用归脾汤加减,药物为炙黄芪、党参、炒白术、当归、茯苓、大枣、干姜、山药、薏苡仁等。

2.3 治血以善后 符教授在治疗疾病时,往往“去邪务尽、善后务细”,在治疗吐血时也不例外,注重善后的化瘀和补血。《血证论》中认为出血证后期定有血瘀证,曰“血既止后,其经脉中已动之血有不能复还故道者,上则着于背脊胸膈之间,下则着于肋肋少腹之际,着而不和必见疼痛之症”,又曰“顾旧血不去,则新血断然不生,新血不生,则旧血亦不能自去也”,因此,符教授在治疗吐血后期以逐瘀生血为法,并考虑吐血后血虚证候,佐以补血药物。

2.4 注重预防 符教授在治疗疾病时,最为注重对疾病的预防。正如《素问·四气调神大论》所论述的“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱。……夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥。不亦晚乎”。故符教授在治疗吐血时常常告诫患者要做到“饮食有节,起居有常,不妄作劳”,同时嘱患者调节好情绪,保持情志舒畅。因此,符教授在治疗肝硬化所致吐血患者时,往往提醒患者应忌食辛辣刺激性的食物,并避免食用坚硬粗糙食物。

3 验案

患者,女性,49岁,于2014年3月10日因“晨起突见吐血”就诊。患者诉晨起漱口时突起吐血,连续2次,每次约150 mL咖啡色胃内容物,大便已行3次,为黑便,乏力,气短,不欲饮食,近日夜寐欠佳,无发热,无反酸、烧心,舌淡白,苔薄,脉细数。追问病史,患者诉2013年9月在某院住院诊断为原发性胆汁性肝硬化。中医诊断为吐血,拟以健脾益气、凉血止血为法,方用归脾汤加减:炙黄芪30 g,党参30 g,炒白术10 g,茯苓10 g,酸枣仁20 g,大枣10 g,山药10 g,生薏苡仁20 g,菟丝子10 g,枸杞子15 g,紫灵芝6 g,干姜3 g,焦麦芽20 g,茜草10 g,侧柏炭10 g,白茅根20 g,煅牡蛎15 g,藕节炭10 g,黄芩炭10 g。7剂,水煎服。2014年3月17日复诊,查便隐血(-),患者诉服药后未见再吐血,并于2 d后大便颜色恢复正常,未见黑便,乏力、气短症状明显改善,饮食尚可。舌淡红,苔薄白,脉弦细涩。在原方基础上加三七粉3 g(冲服)、阿胶珠10 g,14剂,以善后。

按:患者由于吐血来就诊,首诊时符教授以急则治标为法,以止血为第一要义,运用炙黄芪、党参、紫灵芝以益气摄血;藕节炭、侧柏炭、黄芩炭、煅牡蛎诸药共奏收敛止血功效;茜草、白茅根以凉血止血;炒白术、茯苓、山药、生薏米、焦麦芽五味药物运用以健脾益气;酸枣仁、红枣以养血安神;菟丝子、枸杞子以补肝肾、益精血;干姜的运用,体现反佐之意,正如张介宾所述“以寒

治热,而热拒寒,则反佐以热药而入之”。复诊时,符教授认为吐血已止,当需善后以治本,加用阿胶珠以补血生血;三七粉则化瘀以助生血。

4 小结

符教授从事临床、科研及教学 30 余年,治学严谨,勤求古训,博采众长,师古而不泥古,学今而善化裁,在治疗消化系统疾病方面,积累了大量的临床经验,特别是在治疗吐血病时,深感其组方立法之严谨。治疗以急则治标、缓则治本为法,巧妙运用止血、化瘀、补血三法,临床疗效较为显著,屡试屡验。

(本文作者占新辉、王徽、符思为中日友好医院消化科医师,王颖为中日友好医院检验科医师)

参 考 文 献

- [1] 周仲英,金实,李明富,等.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:409.
- [2] 陈娟,康靖东,杨立军.中西医结合治疗消化性溃疡性上消化道出血疗效观察[J].中国中医急症,2012,21(8):1348.
- [3] 冯珊珊,李忠志,冯英培.上消化道出血的辨证施护[J].中国中医急症,2011,20(10):1718-1719.
- [4] 郝学敏.“呕血其病在于肝”治验 1 则[J].中国中医急症,2007,16(3):368.
- [5] 赵良辰,李富汉.唐容川论治呕血心法探要[J].中国中医急症,2005,14(3):260.

(收稿日期 2014-07-18)

(上接第 216 页)

率低于西药组($P < 0.05$)。各组敷药部位皮肤未出现皮疹等皮肤过敏情况。

3 讨论

癌性疼痛是癌症患者常见症状,严重影响患者生存质量,在癌症姑息处理中应将癌性疼痛提到首要和优先解决的地位。因此 WHO 提出推行癌症三阶梯止痛疗法,合理应用镇痛药物,可以解除大多数癌症患者的疼痛,但三阶梯止痛药物的不良反应均较明显,在剂量增加后尤其显著,降低了患者的依从性,影响治疗效果。中药外敷为体表直接给药,其特点是施药于外而力远于内,特别适用于癌症晚期疼痛患者,因其正气已虚,不耐攻伐,脾胃吸收功能减弱,内服药物可能因依从性差而效果不佳,故中药外敷更具优势。攻癌镇痛散系笔者临床使用治疗癌性疼痛卓有疗效的经验方,由明矾、芒硝、乳香、没药、血竭、青黛、冰片、川芎、威灵仙组成,方中芒硝泄热软坚,明矾祛痰解毒,二药为矿物质药,经皮外用,穿透力强;乳香、没药、血竭活血散瘀、消肿止痛,青黛凉血解毒,川芎、威灵仙温通经络、行气散积,冰片芳香走串,透皮引经,促使诸药直达病所,共奏解毒散结、活血化瘀、行气止痛之功。

本研究显示,攻癌镇痛散单用外敷治疗癌性疼痛有效,可缩短起效时间,延长止痛时间,且不良反应发生率极低,但最终统计学分析证实中药组在以上三方面的总体疗效明显低于西药组及中西组。本研究显示,中西组和西药组治疗癌性疼痛均疗效显著,可明显缩短起效时间,延长疗效持续时间,且均能明显改善患者的生活质量;中西组的不良反应发生率明显低于西药组,其原因考虑为该组使用中药与三阶梯止痛药物相结合,可增强止痛效果,减少西药用量以减轻其不良反应。故本研究表明,攻癌镇痛散外敷与三阶梯止痛疗法结合治疗癌性疼痛疗效显著,可明显提高癌性疼痛患

者的 KPS 评分,改善患者生活质量,总体评价优于单用三阶梯药物组,与国内相关研究相似^[8-10]。这说明中药外敷联用三阶梯镇痛药,具有确切的协同作用,是目前治疗癌性疼痛的有效方法,且中药外用不干扰化学药物在体内代谢,更易为现代医学体系所接受,值得临床推广。

本研究对中药治疗癌性疼痛止痛作用的具体特点仍欠缺深入的观察和分析,比如:不同的疼痛性质如内脏痛和肢体痛、软组织痛和骨痛的疗效比较,不同程度疼痛(轻度、中度和重度)的疗效比较,药物止痛作用时间的比较等等。今后将围绕上述不足继续开展研究。

参 考 文 献

- [1] 闻曲,刘义兰,喻姣花.新编肿瘤护理学[M].北京:人民卫生出版社,2011:128-135.
- [2] 郝希山,魏于全.肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2010:359.
- [3] 汤钊猷.现代肿瘤学[M].2版.上海:复旦大学出版社,2003:561-563,748,714-717,792-793,867-875,1133-1134,1195-1200,560.
- [4] 车薛华,梁伟民.NCCN成人癌性疼痛控制指南解读[J].中国医药指南,2010,8(13):84-85.
- [5] 邓铁涛.中医诊断学[M].上海:上海科学技术出版社,2013:110.
- [6] 于世英.癌痛诊疗规范及示范药房的自评标准解读[J].中国疼痛医学杂志,2012,18(12):706-708.
- [7] 王昆.临床癌症疼痛治疗学[M].北京:人民军医出版社,2003:26-73,127-134.
- [8] 鲍艳举,花宝金,侯炜,等.消癌止痛外用方治疗癌性疼痛的临床作用特点分析[J].北京中医药,2010,29(2):112-115.
- [9] 陈宏,刘书红,孙晓蕾,等.中药贴敷局部治疗癌性疼痛的效果观察[J].护理学报,2012,12(19):55-57.
- [10] 孙寒静,刘子志.冰黄寄奴散外敷治疗癌性疼痛疗效观察[J].新中医,2007,39(2):84-85.

(收稿日期 2014-11-20)

杨道文教授应用“杨氏利水定喘方” 治疗慢性肺源性心脏病急性期经验

张静颖¹ 指导 杨道文²

(1.北京中医药大学,北京 100029;2.中日友好医院,北京 100029)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0269-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.029

【关键词】慢性肺源性心脏病急性期 杨氏利水定喘方 经验

慢性肺源性心脏病,中医学称之为“肺胀”、“咳嗽”、“喘证”、“痰饮”、“心悸”、“水肿”等。本病晚期急性发作常出现心力衰竭,西医主要为利尿治疗,但遇老年患者,病情繁杂,且后期西药利尿剂常效果不显,患者生活质量极差,中医此时在改善患者生活质量、利水平喘上,显示出明显优势。中日友好医院杨道文教授在工作中自创“杨氏利水定喘方”治疗慢性肺源性心脏病急性期患者,取得良好疗效。现将杨教授经验介绍如下。

1 证治经验

1.1 病机浅析 本病常因肺部疾患反复发作,久则肺气虚,进一步累及心脾肾导致,导致多脏气虚、阳虚。本病之本为肺气虚,气为血之帅,气虚行水不利,津不归正则化为痰;肺朝百脉,肺气不利,血脉运行不畅,则瘀血内停。本病急性期病机常为痰浊壅肺、痰热郁肺、痰蒙心窍、阳虚水泛等。杨道文教授认为本病病机复杂,不能单一而论。本病的病理基础为伏痰瘀血,每遇感外邪,引动伏邪,导致痰饮阻肺、心脉瘀阻等证的加重。外感之邪导致肺气宣发不能,肃降无权,水液代谢失调,水气泛渍;外邪引动内伏水饮,壅遏阳气,影响脾肾温阳化气功能,气血、水液代谢失调,加重痰饮、瘀血形成。杨教授认为,晚期慢性肺源性心脏病急性期,为本虚标实,本为肺脾肾气虚、阳虚,标为水饮,病机多为外邪侵袭,痰瘀内阻,阳虚水泛,且上述病机之间互相转化影响,使疾病进行性加重,严重影响患者生活质量及危及生命。

1.2 治法探究 杨道文教授认为,结合患者症状较缓解期的改变,病情的加重不离水饮之邪,如水邪上凌心肺则喘息不得卧、心悸动,水邪凌遏阳气则导致气血、水液运化失司等等。杨教授根据“急则治其标”的治疗原则,认为首要任务为祛除水饮。《素问·汤液醪醴论》中阐述对水肿病的治疗为“平治于权衡,去菴陈莖……开鬼门,洁净腑”。仲景治疗水气病,常采用发汗、利小

便、泻下之法,但考虑本病繁杂,同时需要兼顾驱除外邪、温阳化气、活血祛痰则有助于水液代谢恢复。杨教授根据内经以及仲景的治疗大法,标本兼顾,自创“杨氏利水定喘方”。杨道文教授认为,本方适用于肺心病晚期的急性发作期,以水饮泛渍为主要特点,用药期间需严格监控患者疾病变化,及时调整剂量、方药,且本病患者属本虚标实,正气不足,无力抗邪,邪气留恋祛之不尽,不必驱尽饮邪,饮邪十去其八,疾病明显缓解后,则需辨证论治,利水基础上佐以补虚。

2 “杨氏利水定喘方”组成

2.1 方药组成 “杨氏利水定喘方”是杨教授结合多年临床经验而创。该方结合桂枝汤、己椒苈黄丸、五皮饮、五苓散、大黄蛰虫丸五方意基础上,在诸多医家方药经验上总结而来。方药基本组成:桂枝、白芍、防己、川椒目、香加皮、大腹皮、茯苓皮、冬瓜皮、泽泻、猪苓、大黄、炙水蛭、土鳖虫、桃仁、杏仁等。

2.2 方意分析及随证加减 杨道文教授经多年临床经验总结,选取经方意在驱除水饮之标邪为主,但同时兼顾疾病之本,即以桂枝汤发汗除邪,以五皮饮加减利水祛痰,以大黄蛰虫丸利水活血,以五苓散温阳化气,组方严谨、选方贴合病机,巧妙不可言喻。

2.2.1 发汗法 桂枝汤加减:本病本虚标实,患者肺气虚弱,感受外感,风邪伤人,营卫不和,需轻发其汗,不可峻猛。根据《伤寒论》第12条“太阳中风,阳浮而阴弱。阳浮者,热自发,阴弱者,汗自出,啬啬恶寒,淅淅恶风,翕翕发热,鼻鸣干呕者,桂枝汤主之”。杨教授巧妙地取桂枝汤中的桂枝甘温透营达卫,解肌发表,外散风寒;取芍药酸苦而凉、益阴敛营。二者共调营卫,使汗微法,同时驱除外邪,而顾护正气。

2.2.2 利小便法 (1)淡渗利水以五皮饮加减。五皮饮出自《华氏中藏经》,主治水停气滞之皮水证。杨道文教授去生姜皮、桑白皮,加用香加皮、冬瓜皮,本方以茯

苓皮为君,甘淡渗湿,利水消肿,兼可健脾。香加皮性温,归心、肝、肾经,祛风湿同时可以补肝肾强筋骨;大腹皮、冬瓜皮、陈皮行脾胃之气,疏小肠以恢复其泌清浊之功能,且可行气宽中除满。本方集五皮于一方,淡渗利水,擅行皮肤肌腠间水湿,且散痰浊之邪。(2)活血利水法以大黄蛰虫丸加减。唐容川云“须知痰水之壅,由淤血使然,但去淤血,则痰水自行”,由此可见痰饮、瘀血是本病疾病过程中的必然产物,反过来影响气机升降出入,加重症状。正如《血证论》言“人身气道不可有塞滞,内有瘀血而阻碍气道不得升降,是以壅而为之咳”。杨教授选用大黄蛰虫丸以活血破瘀、通经消痞、以助水行。取本方中大黄下瘀血,破症瘕积聚、留饮宿食,荡涤肠胃,推陈致新;取水蛭、土鳖虫、桃仁活血,同时虫类善走窜,善消脏腑内瘀血,解痰水之壅塞。(3)温阳利水法以五苓散加减。本方源自《伤寒论》,治疗伤寒太阳膀胱蓄水证。本方可外散表邪,内行水湿,并助膀胱气化。杨教授取本方泽泻直达肾与膀胱,茯苓、猪苓淡渗利水;用桂枝温通阳气,内助膀胱气化,又外散太阳经之邪气。

2.2.3 泻下利水法 己椒苈黄丸加减,本方出自《金匮要略》“腹满,口舌干燥,此肠间有水气,己椒腭黄丸主之”。杨教授选防己、川椒目两药,二者长于清腹中水气,使水从肠间而解。

2.2.4 随症加减 喘咳较重,加炙麻黄、杏仁以降肺平喘;若痰多,加紫苏子、莱菔子化痰;若气滞较甚,腹满较重,加厚朴、枳实、鸡内金等行气除满;若患者久病体弱,中气不足,加生黄芪、白术等补中益气。口干、苔少或剥者,加用石斛、沙参以益阴;痰多,口唇紫绀,可加

用黑丑以逐水化痰、化痰平喘。

3 验案

患者苏某,女性,68岁,支气管扩张50余年,慢性咳嗽、咯痰、气喘约30年,本次因受凉后出现咳嗽、喘憋加剧,静息状态下仍有喘促,口干,双下肢重度指凹性水肿,尿量少,大便溏。口唇紫绀,舌质黯,苔剥少津,脉沉。查体:口唇发绀,颈静脉怒张,肝脏肋下可及,肋下约4cm,肝颈静脉回流征阳性,双下肢指凹性水肿。胸部CT示:肺纹理增粗、增厚,左肺可见肺大疱,双下肺可见支气管扩张影,右心室肥大,可见少量心包积液。超声心动图:右室腔增大,约为29mm,主肺动脉增宽,约为34mm,右下肺动脉增宽平均为25mm。结合患者症状体征及辅助检查结果,诊断为慢性肺源性心脏病急性期。组方:桂枝3g,白芍30g,防己10g,川椒目10g,香加皮5g,大腹皮10g,茯苓皮30g,冬瓜皮30g,褚实子60g,猪苓30g,车前草30g,石斛30g,沙参30g,乌药5g,牵牛子10g,炙水蛭10g,鸡内金30g。7剂,后患者出现稀便,小便增多,喘憋、水肿逐渐减轻,后病情好转出院。

4 结语

杨道文教授认为本病急性发作的病机多为外邪侵袭、痰瘀内阻、阳虚水泛,且本病之标为水饮之邪,根据《黄帝内经》及仲景对水肿病的治疗大法,选择多个经方加减组合,不仅使得水饮从发汗、利尿、泻下逐水等方面而解,同时还兼顾了外散外邪、化痰活血、温阳化气以标本兼顾,选方精妙,效果显著。

(收稿日期 2014-07-22)

(上接第218页)

快,吸收快,代谢也非常迅速,其半衰期为12h。

本观察发现,两组患者治疗后,试验组的总有效率高于对照组,试验组的退热时间、手足疱疹消退时间、口腔溃疡愈合时间、平均住院时间明显短于对照组,差异均有统计学意义;两组患者不良反应发生率无明显差异,即应用蓝苓口服液无明显不良反应。

综上所述,蓝苓口服液辨治小儿急性手足口病临床疗效满意,可有效地缩短患儿的症状改善时间、住院时间,且无明显的不良反应发生。

参 考 文 献

[1] 卫生部小儿急性手足口病临床专家组. 肠道病毒71型(EV71)感染重症病例临床救治专家共识[J]. 中华儿科杂志, 2011, 49(2): 675-678.

[2] 肖兰,汪才侠. 小儿急性手足口病250例临床分析[J]. 基层医学论坛, 2010, 14(4): 300-301.

[3] 方邦骞,陈慧洁. 胸腺肽联合炎琥宁治疗小儿急性手足口病疗效观察[J]. 中国现代医生, 2010, 48(5): 50-51.

[4] 中华人民共和国卫生部. 小儿急性手足口病诊疗指南(2012年版)[S]. 北京: 中华人民共和国卫生部, 2012.

[5] 中华人民共和国卫生部办公厅. 小儿急性手足口病诊疗指南[Z]. 2010-04-20.

[6] 中国疾病预防控制中心. 法定传染病报告: 卫生部发布2012年1~4月全国法定传染病疫情[EB/OL].

[7] 崔可,林荣海,陈中腾,等. 宣白承气汤治疗急性呼吸窘迫综合征临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(2): 294-295.

[8] 马宝贵,万柏松. 莲花清瘟胶囊治疗小儿急性手足口病30例临床观察[J]. 河北中医, 2012, 34(6): 895-896.

[9] 刘丽霞,白龙. 小儿柴桂退热颗粒治疗小儿急性手足口病81例[J]. 西部中医药, 2012, 25(8): 68-69.

[10] 丁珊. 痰热清注射液治疗小儿急性手足口病52例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2011, 21(3): 183.

[11] 张晓红. 蓝苓口服液辅助治疗小儿急性支气管炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(17): 2141.

(收稿日期 2014-10-23)

缺血性中风急性期证候特点研究*

李 聪 钟利群[△] 刘国玲 程 雪

(北京中医药大学东直门医院,北京 100700)

中图分类号:R255.2 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0271-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.030

【摘要】目的 探讨缺血性中风急性期证候特点。**方法** 应用《中风病辨证诊断量表》对95例缺血性中风急性期患者进行证候诊断,建立数据库,对数据进行总结和分析。**结果** 在缺血性中风急性期最常见的证候是痰证,其次是火热证,然后依次是血瘀证、风证、气虚证,阴虚阳亢证最为少见;痰证常与火热证相兼出现,其次是痰证与血瘀证相兼出现;在缺血性中风急性期常表现为数证相兼,以两证相兼最为常见,无论是作为独立证候还是与其他证候相兼出现,痰证均占较高的比例。**结论** 痰证在缺血性中风急性期证候中占有重要地位,临床上应对痰证予以重视。

【关键词】 缺血性中风 证候 临床观察 痰证

Distribution Situation of Syndrome in Ischemic Stroke LI Cong,ZHONG Liqun,LIU Guoling,et al. Hospital of Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100700,China

【Abstract】Objective: To observe characteristics of traditional Chinese medicine syndrome in patients with acute ischemic stroke. **Methods:** a total of 95 patients met the diagnostic criteria of acute ischemic stroke. Information of patients were collected according to the stroke syndrome diagnostic criteria scale. The case of the data was analyzed to observe the distribution. **Results:** The phlegm of acute ischemic stroke was the main syndrome,the hot blood,blood stasis,wind,deficiency of vital energy,and the false oaths were as follows;the most common was the combination of the phlegm and hot blood,followed by the phlegm and blood stasis. **Conclusion:** More attention should be paid to the phlegm of acute ischemic stroke.

【Key words】 Ischemic stroke;Syndrome;Clinical observation;Phlegm syndrome

缺血性中风是以突然昏仆,半身不遂,口舌歪斜,言语蹇涩或失语,偏身麻木,或仅有口舌歪斜,半身不遂,或言语不利为主要临床表现的疾病,具有高致死率、致残率、复发率的特点。近些年来,我国中风发病率呈逐年上升趋势,给家庭和社会带来沉重负担。在临床上,中西医均认为中风急性期的诊断与治疗对病情的转归有重要意义。对中医来说,证候诊断是辨证治疗的基础,了解缺血性中风急性期证候特点对指导治疗至关重要。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2012年7月至2013年7月连续纳入在北京中医药大学东直门医院脑病科住院的缺血性中风患者,共纳入病例95例,男性59例,女性36例;年龄2~387岁,平均(64.69±12.77)岁。

1.2 病例选择 (1)诊断标准。缺血性中风的中医诊断采用1995年国家中医药管理局脑病急症科研协作

组起草制定的《中风诊断疗效评定标准》(试行)^[1]中对中风的诊断;西医诊断参照中华医学会神经病学分会发布的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》^[2];中风证候诊断标准参照《中风病辨证诊断标准》^[3]。(2)纳入标准:急性神经功能缺损14d以内的病例;头颅CT或MRI证实为脑梗死。(3)排除标准:腔隙性脑梗死者;合并脑出血者;合并精神障碍者;有严重心、肝、肾、造血系统、内分泌系统、呼吸系统等原发性疾病;已经进行溶栓治疗的患者;研究者认为可能影响研究的其他疾病或精神病。

2 结果

2.1 缺血性中风急性期单个证候分布情况 在缺血性中风急性期最常见的证候是痰证(57例,占60.00%),其次是火热证(45例,占47.37%),然后依次是血瘀证(34例,占35.79%)、风证(32例,占33.68%)、气虚证(20例,占21.05%),阴虚阳亢证(15例,占15.79%)最为少见。

2.2 缺血性中风急性期证候合并情况 见表1。由上可见,在缺血性中风急性期,痰证常与火热证相兼出

* 基金项目:国家“重大新药创制”科技重大专项(2011ZX09302)
[△]通信作者(电子邮箱:zhongliqun@sina.com)

现, 占总人数的 28.7%, 其次是痰证与血瘀证相兼出现, 占总人数的 24.2%。

表 1 证候合并情况 n(%)

	风证	火热证	痰证	血瘀证	气虚证	阴虚阳亢证
风证		19(20.00)	14(14.74)	6(6.32)	4(4.21)	6(6.32)
火热证	19(20.00)		27(28.42)	13(13.68)	6(6.32)	10(10.53)
痰证	14(14.74)	27(28.42)		23(24.21)	15(15.79)	8(8.42)
血瘀证	6(6.32)	13(13.68)	23(24.21)		18(18.95)	4(4.21)
气虚证	4(4.21)	6(6.32)	15(15.79)	18(18.95)		2(2.11)
阴虚阳亢证	6(6.32)	10(10.53)	8(8.42)	4(4.21)	2(2.11)	

2.3 缺血性中风急性期证候分布情况 研究结果显示, 在缺血性中风急性期, 无证候成立者 3 例(3.16%), 独立证候者 27 例(28.42%), 两证相兼者 30 例(31.58%), 3 证相兼者 26 例(27.37%), 4 证相兼者 7 例(7.37%), 5 证相兼者 2 例(2.11%), 6 证相兼者为 0 例。由上可见, 在缺血性中风急性期常表现为数证相兼, 以两证相兼最为常见, 无论是作为独立证候还是与其他证候相兼出现, 痰证均占较高的比例。

3 讨论

中医学认为, 中风的发生多是在内伤积损的基础上, 复因劳欲过度、饮食不节、情志内伤或气虚邪中引起脏腑阴阳失调, 阴虚阳亢, 肝风内动, 气血上逆, 或夹痰夹瘀, 上蒙清窍或横窜经络, 故见猝然昏仆、半身不遂等症, 病性多为本虚标实。中风病机虽然复杂, 但归纳起来不外风、火、痰、气、血、虚六端。

《中风病辨证诊断标准》是在一批中风病专家长期的临床经验总结的基础上, 再通过临床验证及对临床资料的统计分析, 加以补充完善修订而成, 其将中风病分为风证、火热证、痰证、血瘀证、气虚证和阴虚阳亢证 6 种基本证型, 目的在于促进中风证候临床诊断的标准化、客观化, 提高中风病临床研究的科学性, 在临床研究中被广泛采用。本研究运用《中风病辨证诊断标准》对缺血性中风急性期患者进行证候诊断, 结果发现, 在缺血性中风急性期常见的证候依次是痰证、火热证、血瘀证、风证、气虚证、阴虚阳亢证。这与部分已有的临床研究结果不尽相同, 如高雪亮^[4]的研究发现在缺血性中风急性期常见的证候依次为风证、痰湿证、

血瘀证、气虚证、火热证、阴虚阳亢证; 杨利等^[5]则在研究中发现脑梗死患者的常见证候为血瘀证, 其次为痰证, 然后是风证、火热证、气虚证, 阴虚阳亢证最少见。缺血性中风常发生于中老年人, 中医学认为“年过四十, 阴气自半”, 因此, 无论从理论还是从临床表现来说, 阴虚证候较为常见, 但是多数研究表明阴虚阳亢证候发生率均为最低, 这说明《中风病辨证诊断标准》尚存在不足之处, 如耳鸣、五心烦热、舌红、苔少、脉弦细数等均为阴虚的典型表现, 但是由于这些症状不一定同时出现, 且其赋分较低, 故往往达不到证候成立的分值要求。高颖等^[6]在临床研究中也发现《中风病辨证诊断标准》的阴虚阳亢证单证诊断符合率仅为 66.48%, 为诸单证诊断符合率最低者。

本研究还发现, 在缺血性中风急性期, 证候常以数证相兼的形式出现, 以两证相兼最为常见, 其中痰证常与火热证相兼出现, 其次为痰证与血瘀证。从所搜集的病历资料上来看, 多数火热证的成立是在舌苔、大便、面目、呼吸气味上评分较高, 在中风急性期, 部分患者会因饮水呛咳而减少饮水量或通过鼻饲补充水分, 舌苔失于濡润而干燥; 部分患者因疾病原因、心理原因等导致大便干结或便干便难; 部分患者因急性期严格卧床休息, 不注意口腔护理而出现口臭; 这些情况都会导致火热证评分相对较高, 从而使痰证与火热证相兼的比例明显增高。

参 考 文 献

- [1] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 38(1): 55-56.
- [2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中国临床医生, 2011, 39(3): 67-73.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症科研协作组. 中风病证候诊断标准[S]. 北京: 1994.
- [4] 高雪亮, 林浩. 急性缺血性中风危险因素与中医证候的相关性分析[J]. 浙江中西医结合杂志, 2010, 20(10): 637-639.
- [5] 杨利, 赵益业. 脑梗死患者颈动脉硬化超声改变与中医证候相关性的探讨[J]. 江苏中医药, 2012, 44(10): 22-23.
- [6] 高颖, 马斌, 刘强, 等. 《缺血性中风证候要素诊断量表》临床验证[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 23-25.

(收稿日期 2014-09-10)

欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

血清降钙素原水平与重症肺部感染患者预后及中医证候的相关性研究

王颖辉 赵昕 远庚 刘畅 付征 齐文升[△]
(中国中医科学院广安门医院,北京 100053)

中图分类号:R563.1 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0273-02
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.031

【摘要】目的 探讨重症肺部感染患者血清降钙素原(PCT)水平与预后的关系,并探求其与中医证候的相关性。**方法** 回顾性分析入住广安门医院重症监护病房的重症肺部感染患者36例,于入院24h内的第1个清晨测定PCT,根据结局分为存活组与死亡组,比较两组间性别、年龄、急性生理与慢性健康评分Ⅱ(APACHEⅡ)、PCT水平并归纳中医证型,比较不同证型间PCT水平的差异。**结果** 死亡组APACHEⅡ评分及PCT水平均较存活组高,差异有统计学意义($P<0.05$)。中医辨证分型为阴阳两虚证患者病死率最高,阴阳两虚证患者PCT水平与痰热闭肺证和气阴两虚证患者PCT比较有明显差异($P<0.05$),与痰湿瘀滞证患者PCT比较无明显差异($P>0.05$)。**结论** 血清降钙素原水平对重症肺部感染患者预后评估有重要价值,中医辨证分型为阴阳两虚证患者PCT水平较高。

【关键词】 降钙素原 重症肺部感染 预后 中医证候

降钙素原(PCT)经过近20年的研究与实践,发现其与感染和脓毒症的相关性很好,已经被推荐用于细菌感染性脓毒症的诊断、分层、治疗监测与预后评估^[1]。研究表明降钙素原对肺部感染有较好的诊断及鉴别诊断价值,并可指导临床抗感染治疗^[2]。本研究旨在探讨重症肺部感染患者中血清PCT水平与预后及中医证候的相关性。

1 资料与方法

1.1 临床资料 以2012年10月至2014年8月入住广安门医院ICU的重症肺部感染患者36例为研究对象,36例患者均符合重症肺部感染诊断标准。重症肺炎的诊断标准参照2006年中华医学会呼吸病分会《重症肺炎的诊断标准》^[3]为:(1)意识障碍;(2)呼吸频率 >30 次/min;(3) $PaO_2<60$ mmHg, $PaO_2/FiO_2<300$,需机械通气治疗;(4)动脉收缩压 <90 mmHg,(5)并发脓毒性休克;(6)胸片显示双侧或多肺叶受累,或入院48h内病变扩大 $>50\%$;(7)少尿;尿量 <20 mL/h或 80 mL/4h,或急性肾功能衰竭需要透析治疗。肺部感染且上訴临床表现中出现1项或以上者即可诊断为重症肺炎。中医证候的诊断标准参照1997年10月1日由国家技术监督局发布实施《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语证候部分(GB/T 16751.2-1997)》^[4],将证候分解成虚、实、虚实夹杂3个方面。排除标准:(1)肺部

肿瘤、肺结核所引起的肺部感染患者;(2)临床资料不齐全的患者。

1.2 研究方法 采用临床流行病学回顾性的研究方法,根据纳入排除标准收录36例患者,记录入院一般情况、原发疾病状况、理化检查、临床表现及急性生理和慢性健康评分Ⅱ(APACHEⅡ)等基本特征。所有患者于入院24h内的第1个清晨空腹抽血测定PCT,标本送广安门医院检验科。

1.3 统计学方法 建立Microsoft Access数据库,将数据资料进行录入,用SPSS19.0软件进行统计分析,所有统计检验均采用双侧检验,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 描述,若数据属于正态分布,方差齐采用方差分析,多重比较。计数资料采用频数(构成比)进行统计描述,两组比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 纳入的36例患者中,男性20例,女性16例;年龄54-88岁,平均 (77.28 ± 7.73) 岁。根据预后结局分为存活组与死亡组,其中存活组25例,男性15例,女性10例;平均年龄 (76.56 ± 8.31) 岁。死亡组11例,男性5例,女性6例;平均年龄 (78.9 ± 6.25) 岁。两组临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 PCT水平与预后的相关性 见表1。APACHEⅡ评分死亡组与存活组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。死亡组PCT水平与存活组PCT水平比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

[△]通信作者(电子邮箱:falcon_wyh@sina.com)

表1 降钙素原水平与 APACHE II 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	APACHE II 评分(分)	PCT(ng/mL)
存活组	20.72±2.62	1.21±2.62
死亡组	25.73±3.64*	42.55±59.96*

与存活组比较, *P<0.05。

2.3 中医证候分布 参考《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语证候部分 (GB/T16751.2-1997)》,结合病历所记载患者临床症状及舌脉表现,本研究 36 例患者,其中痰热闭肺证 14 例,占 38.89%,痰湿瘀滞证 10 例,占 27.78%,气阴两虚证 9 例,占 25.0%,阴阳两虚证 3 例,占 8.33%。

2.4 不同中医证候患者病死率 见表 2。结果示阴阳两虚证患者病死率最高,因样本量有限,未作统计学分析。

表2 不同证候患者病死率 n(%)

组别	n	痰热闭肺	痰湿瘀滞	气阴两虚	阴阳两虚
死亡组	14	5(35.71)	1(10.00)	2(22.22)	3(100.0)
存活组	14	9(64.29)	9(90.00)	7(87.78)	0(0)

2.5 不同证候患者 APACHE II 评分及 PCT 水平 见表 3。阴阳两虚证患者与痰湿瘀滞证、气阴两虚证患者 APACHE II 评分差异有统计学意义(P<0.05),与痰热闭肺证患者差异无统计学意义(P>0.05)。阴阳两虚证患者 PCT 水平与痰热闭肺证和气阴两虚证患者 PCT 水平差异有统计学意义(P<0.05),与痰湿瘀滞证患者 PCT 比较差异无统计学意义(P>0.05)。

表3 同证候患者 APACHE II 评分及 PCT 水平比较($\bar{x}\pm s$)

证候类型	n	APACHE II 评分(分)	PCT(ng/mL)
痰热闭肺	14	23.29±4.27*	10.17±21.5*
痰湿瘀滞	10	20.0±1.70*	20.56±63.05*
气阴两虚	9	21.22±2.17	8.16±20.95
阴阳两虚	3	28.0±2.65	48.91±16.32

与阴阳两虚患者比较, *P<0.05。

3 讨论

PCT 由 Assiscot 等于 1993 年首先在脓毒血症患者的血清中发现,其本身是一种无激素活性的降钙素(CY)的前肽物质,由 116 个氨基酸组成、分子量为 13 Kd 的糖蛋白^[5]。生理状态下,PCT 由甲状腺素 C 细胞产生,通常都被机体降解,不释放到血液中。病理状态下,主要在细菌和炎性细胞因子的刺激下产生,细菌性感染患者在感染发生 6 h 后血清 PCT 浓度大幅升高,且半衰期长达 24~30 h,并随感染进展或控制将持续在高水平或逐渐下降^[6]。其生物学效应主要有次级炎症因子的作用、趋化因子的作用、抗炎和保护作用^[1]。PCT 对细菌感染疾病具有较高敏感性,可作为诊断严重

细菌感染的重要指标^[7]。在细菌性肺炎患者中,PCT 水平与疾病的严重程度呈正相关,低水平 PCT(<0.1 ng/mL),提示可能是肺炎较轻、预后较好,初始 PCT 水平高并且在治疗过程中持续升高或不降是预后不良的标志^[1]。本研究死亡组 APACHE II 评分及 PCT 水平均较存活组高,与既往研究一致,提示 PCT 不仅在重症肺部感染诊断中有重要价值,而且在评估重症肺部感染患者病情严重程度及预后中有重要参考意义,PCT 水平高者病情严重、预后差。

目前针对重症肺部感染相关降钙素原与中医证候的研究相对较少,王华新等^[8]根据中华中医药学会 2008 年发布的《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》中医辨证分型标准,将 60 例老年社区获得性肺炎患者分为痰热郁肺组及非痰热郁肺组,结果显示痰热郁肺组 PCT 水平高于非痰热郁肺组。本研究参考《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语证候部分(GB/T16751.2-1997)》,结合病历所记载患者临床症状及舌脉表现,将 36 例患者分为痰热闭肺证、痰湿瘀滞证、气阴两虚证及阴阳两虚证 4 型,结果显示阴阳两虚证患者病死率显著高于其他 3 型,而且阴阳两虚证患者 APACHE II 评分较高,病情较重。阴阳两虚证患者 PCT 水平较痰热闭肺证和气阴两虚证患者明显升高,表明阴阳两虚证患者肺部感染较严重,死亡率高、预后差。

本研究样本量较小,可能造成统计分析结果偏差,而且中医辨证分型仅以临床常见重症肺部感染分型为主,今后应扩大样本量进一步观察。但结果仍能提示血清 PCT 水平对重症肺部感染患者预后评估有重要价值,中医辨证分型为阴阳两虚证患者 PCT 水平较高。

参 考 文 献

- [1] 降钙素原急诊临床应用专家共识组. 降钙素原(PCT)急诊临床应用的专家共识[J]. 中华急诊医学杂志,2012,21(9):944-951.
- [2] 樊满齐,张鑫,刘翱,等. 降钙素原诊断下呼吸道感染价值[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2013,27(9):884-887.
- [3] 中华医学分会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志,2006,5(29):651.
- [4] 国家中医药管理局. 中医临床诊疗术语证候部分 [M]. 北京:中国标准出版社,1997:2-15.
- [5] 何凤莲,赵大海,杨进,等. PCT 与 CRP 在社区获得性肺炎中的诊断价值[J]. 临床肺科杂志,2014,19(4):607-609.
- [6] 尤飞,郝建. 血清降钙素原对老年肺炎诊疗的作用[J]. 临床肺科杂志,2014,19(4):649-652.
- [7] 张青春,纪玉红. 降钙素原在重症细菌感染中的诊断意义[J]. 中国医药指南,2014,12(4):179-180.
- [8] 王华新,洪旭初. 老年社区获得性肺炎 PCT、CRP 与肺炎评分系统及中医证型相关性研究[J]. 福建中医药大学学报,2012,22(6):4-6.

(收稿日期 2014-09-10)

从肝论治原发性血小板减少性紫癜的中医辨治体会

杨淑莲

(河北医科大学附属廊坊市中医医院,河北 廊坊 065000)

中图分类号:R554+.6 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0275-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.032

【关键词】 原发性血小板减少性紫癜 从肝论治 中医

原发性血小板减少性紫癜(ITP),又称特发性或免疫性血小板减少性紫癜,是一组免疫介导的血小板过度破坏所致的出血性疾病,以广泛皮肤黏膜及内脏出血、血小板减少、骨髓巨核细胞发育成熟障碍、血小板生存时间缩短及血小板膜糖蛋白特异性自身抗体出现等为特征,是最常见的出血性疾病。本病属中医学“血证”、“紫癜”、“衄血”等范畴。目前,国家中医药管理局中医血液病重点专科协作组将其统一命名为“紫癜病”。笔者根据多年临床治疗经验,在传统辨证论治基础上,从肝论治,兼治他脏辨证治疗本病,获得了较好的效果。现报告如下。

1 病因病机

现代医家多认为本病病因多与外邪、饮食、情志、劳欲、久病有关^[1-6]。一般外邪多为燥热之邪,外感之燥热或与胃中积热,同气相应,阳明积热日重,或因郁怒伤肝,肝胆火旺,火热之毒益甚,郁而不发,皆可留于经脉,伤及血络,溢于肌肤而发肌衄。初病多热毒炽盛,为实证,日久迁延不愈,多转为虚证;或因饮食不节,伤及脾胃,以致脾胃虚衰,失其统摄之职,血溢脉外而出血;或劳倦过度伤及正气,或久病之后脏腑受损,气血阴阳亏虚而发病。若肾阴不足则虚火内动,迫血妄行而出血。若阳气耗伤,气虚不摄,血不循经亦可出血。或气虚血瘀,或气滞血瘀,或出血留瘀,血脉瘀阻,血行不畅,血不循经而出血。故血热妄行、气虚不摄、瘀血阻络乃其主要病机。

笔者临证见部分患者起病或各种常规药物治疗效果欠佳者,多伴见情绪急躁或忧虑抑郁等情志异常,且半数以上长期服用糖皮质激素的患者,多见肝肾阴虚、阴虚内热的征象,症见情志抑郁、五心烦热、夜睡盗汗等;复因反复出血,致心情紧张,担心出血严重危及生命;或因情志不遂,郁怒伤肝从而导致肝气不舒,郁而化火,或肝火动血而进一步加重出血症状;或肝木克

脾,脾气不足,气不摄血;或燔灼肾水而致阴虚内热加重。故笔者认为其病因与情志关系最为密切。据《内经》“肝主藏血”的理论,肝既贮藏有形之血,又能疏泄无形之气,以血为体,以气为用,与气血有独特关系,该病发生,关键在肝,与脾肾关系密切。临证辨虚实为要,肝胆火旺者或因外邪侵袭,郁于少阳,或因情志不遂,气机郁结,气郁化火所致,症见皮肤紫癜、齿鼻衄血、口苦咽干、胸胁满闷、急躁易怒、或伴寒热往来、尿黄等;肝郁脾虚者多见于病久不愈或素体脾胃虚弱者,症见面色无华或萎黄、反复发生肌衄,血色淡红、神疲乏力、气短懒言,纳呆食少,腹胀便溏,或有心悸、失眠、多梦等;阴虚火旺者多为肝火燔灼肾水所致,由实转虚或虚实夹杂,多见情志抑郁、口苦、咽干、紫癜散在、时隐时现、色紫红、齿鼻衄血、五心烦热、夜寐盗汗、头晕目眩、腰酸酸软、妇女月经量过多等。

2 从肝论治

2.1 肝胆火旺证 以皮肤紫癜、齿鼻衄血、口苦咽干、急躁易怒、尿黄,或伴寒热往来、胸胁满闷、舌红、苔黄、脉弦数或滑数为主症。治宜疏肝清热、凉血止血。方选验方柴胡木贼汤加减:柴胡 10 g,黄芩 12 g,木贼 10 g,青蒿 15 g,茜草 15 g,仙鹤草 20 g,马鞭草 15 g,白茅根 30 g,龙胆草 10 g,甘草 6 g。若出现肝火犯胃,心烦喜呕,可加半夏和胃降逆;气机郁滞重者加枳壳、郁金;肝火灼津者加沙参、麦冬。方中柴胡疏肝清热、和解少阳;黄芩、龙胆草清肝泻火;木贼、青蒿入肝胆经,与柴胡合用起到疏风清热之效;茜草、仙鹤草止血;马鞭草清热解毒、活血散瘀;白茅根利水清热、凉血止血,令热邪出于下焦。诸药合用疏肝清热、凉血止血。

2.2 肝郁脾虚证 以面色无华或萎黄、反复发生肌衄,血色淡红、神疲乏力、气短懒言,纳呆食少,腹胀便溏,或有心悸、失眠、多梦、舌淡胖有齿痕、脉沉细弱等为主症。治宜疏肝健脾、益气止血。方选验方柴术升板

汤加减:柴胡 10 g, 黄芪 20 g, 白术 10 g, 党参 10 g, 枳壳 10 g, 木贼草 15 g, 制半夏 9 g, 仙鹤草 30 g, 马鞭草 10 g, 三七 3 g(冲服), 茯苓 10 g。心悸明显者加远志、五味子; 月经淋漓不尽者加川断炭、棕榈炭等; 气虚夹瘀者可加鸡血藤、蒲黄炭等。方中柴胡、枳壳疏肝解郁; 黄芪、党参、白术、茯苓、半夏健脾益气利湿; 木贼入肝胆经, 与柴胡合用起到疏风清热之效; 仙鹤草、三七、马鞭草凉血、收敛、化瘀止血。诸药合用共奏疏肝健脾, 益气止血之效。

2.3 阴虚火旺证 以情志抑郁、口苦、咽干、紫癜散在、时隐时现、色紫红, 齿鼻衄血、五心烦热、夜寐盗汗、头晕目眩、腰膝酸软、妇女月经量过多等。舌淡干少津或舌红少苔, 脉细数为主症。治宜滋阴清热、凉血止血。方选验方滋肾疏肝清热基本方或院内制剂柴莲生血颗粒^[7]: 柴胡 10 g, 黄芩 12 g, 女贞子 15 g, 旱莲草 15 g, 生地黄 12 g, 牡丹皮 10 g, 仙鹤草 30 g, 茜草 10 g, 马鞭草 15 g, 羚羊角粉 1 g(冲服), 三七粉 3 g(冲服), 阿胶珠 10 g(烊化)。盗汗明显者加用龙骨、牡蛎、麻黄根。气虚者加黄芪、党参。方中柴胡、黄芩、羚羊角粉疏肝清热; 女贞子、旱莲草、生地黄滋补肝肾; 仙鹤草、茜草、马鞭草、牡丹皮凉血止血; 另配三七粉、阿胶珠以加强养血止血之功。诸药合用可滋阴清热、凉血止血。

3 临证备要

3.1 治血必先治气, 疏(清)肝贯穿始终 本病轻者可见实验室检查示血小板减少, 而无明显出血表现, 大部分患者则以皮肤瘀点瘀斑、齿鼻衄血、口腔血疱等为主要表现, 严重者可伴呕血、便血或颅脑出血等急危重症。临床主要分 3 证, 肝胆火旺证、肝郁脾虚证、肝肾阴虚证。但临床辨证应全面分析, 以虚实为纲, 并辨别其在脏在腑的不同, 以提高辨证的准确性。清肝泻火、滋肾凉血、疏肝健脾为本病的治疗大法。三者当根据不同病情而有所侧重, 要严格注意把握病机。本病临床上有虚、实、缓、急之分, 实者多属急性 ITP 或初发者, 以肝胆火旺, 迫血妄行居多, 虚者多属慢性 ITP, 以肝郁脾虚, 统摄无权和肝肾阴虚, 阴虚火旺, 迫血妄行为主, 亦有兼肾阳虚或瘀血等变化者, 更有虚实错杂为患, 病机愈加复杂, 但调畅气机, 疏(清)肝应贯穿始终。另因本病属难治顽症, 属本虚标实, 或实多虚少, 或虚多实少, 应根据标本虚实缓急, 权衡轻重, 先后主次有序, 不可犯虚虚实实之戒。

3.2 急则治其标, 止血为要 出血是本病的主要征象, 治疗要根据急则治标、缓则治本的原则, 在辨证施治的基础上, 对急性期出血量大、势急者加强止血治疗, 以防气随血脱。血止后再宁血、补血以调理巩固之, 这是治愈本病、减少并发症、缩短病程的关键, 临床要严格把握病机, 正确施治, 并结合不同出血部位调整。

鼻衄者在辨证施治的基础上加用黄芩、白茅根、藕节等; 肺火壅盛者参用泻肺散; 肝火者参用龙胆泻肝汤。齿龈渗血者以清胃散加蒲黄、藕节; 虚火上炎用玉女煎, 并加用代赫石、大黄炭。吐血与便血者: 吐血病多在胃, 治以泻心汤、清胃散, 佐以降气, 使气顺吐止, 则血不致脱。验方四味止血散^[8](白及粉、三七粉、阿胶珠、蒲黄炭)配大黄炭共为细末, 加藕粉 30 g 再加水 200 mL, 煮开成糊状, 每次 10 g, 每日 3 次口服, 治疗血液病消化道出血, 收效亦佳。尿血者: 尿血乃热结膀胱所致, 治疗在辨证施治基础上加用大小蓟、旱莲草、生地榆、白茅根、三七粉。阴道出血者: 多为脾不统血或久病气虚使血无所归, 治疗在归脾汤基础上加补骨脂、赤石脂、煅龙骨、煅牡蛎、三七粉。颅内出血为本病急危证候, 也是本病死亡的主要原因, 出血早期未昏迷之前可加用安宫牛黄丸, 后期按中医学闭证或脱证处理。

3.3 病久不忘补虚, 健脾补肾为主 气血之源, 皆由中焦脾胃以化生, 脾有统摄血液的功能。《灵枢·刺真邪》篇云“真气者, 所受于天, 与谷气并而充身者也”, 说明真气是先天精气所化生, 又赖于后天水谷精气的不断濡养, 才能发挥作用。所以治血要注意补气, 健脾为其要务。如肝郁脾虚证型笔者采用疏肝、健脾、益气止血, 加用黄芪、白术、山药等获效。

慢性 ITP 因其长期应用各种药物, 加之久病体虚, 多表现肝肾阴虚、阴虚火旺、阴阳失调之征象, 或因肝火煽灼肾水, 或因素体肾阴亏损, 水不涵木, 肝失藏血, 则血外溢于络脉。治宜滋补肝肾、调整阴阳, 使阴平阳秘而获效。

3.4 化瘀不可太过, 治本为要 本病以各种出血为主症。但部分患者临床可兼有瘀血表现, 如舌质淡暗, 有瘀点瘀斑等, 正所谓“离经之血即为瘀”, 此乃属本虚而标实或虚实夹杂证。此时, 止血切防留瘀, 治疗应在辨证的基础上适量加用活血消瘀之品, 但切忌活血太过, 热盛动血者宜在辨证基础上酌加赤芍、牡丹皮、茜草、三七等凉血化瘀止血药; 久病气虚血瘀, 凡见血色紫暗, 且有瘀滞征象者, 当在辨证基础上选用蒲黄炭、茜草炭、三七粉等活血止血, 使瘀血去则络脉通, 血归于常道而血止, 且不可过于破血逐瘀, 以致出血不止, 加重病情。总之, 在用药过程中, 要始终不忘疏肝健脾、宁血补虚、调整阴阳, 忌用辛香走窜之品, 避免使用耗血动血之品, 如必须使用也要减量应用, 如肝胆火旺或夹有瘀血者, 待热清、瘀消、血止后, 再改以滋阴或补气等。

3.5 调情志, 避外邪, 慎起居, 防复发 ITP 治疗见效后易于复发, 其原因多与情志、饮食、外邪及劳累等有关, 所以在治疗的同时要使患者配合做到以下几点: 第一, 坚定信心, 保持乐观情绪。患者因病情迁延不愈常表现出情绪的波动如急躁易怒或忧愁思虑, 此既是致

病的因素,又可成为复发之诱因,故要鼓励患者坚定信心,保持豁达乐观心态。第二,饮食有节。少食辛辣食物,多食一些枣、花生衣、肉皮冻等食物,避免服用对本病有影响的药物如磺胺类、解热镇痛类药物等。第三,预防感冒。尤其是冬季,要预防流感,注意起居生活,避免外邪侵袭。第四,要劳逸结合。不可过度劳累,或嗜欲太过以防伤正而诱发。

总之,本病治疗应针对基本病机,结合证候虚实、相关脏腑及出血之急缓而辨证论治。可归纳为治火、治气、治血三原则。治火:实火者治宜清肝泻火,虚火者治宜滋阴清热。治气:气实者多气郁化火,肝胆火旺,治宜疏肝清热;气虚者多脾不摄血,治宜健脾益气。治血:依据出血病因病机,适当选用凉血止血、收敛止血、化瘀止血之药。

4 临证验案

患者女性,27岁,主因皮肤紫斑伴乏力6d于2012年6月18日就诊。患者6d前无明显诱因出现皮肤瘀点瘀斑,于当地医院查血常规示血小板 $15\times 10^9/L$,凝血四项及肝肾功能未见异常,骨髓形态考虑ITP,应用止血药物及糖皮质激素治疗,效果欠佳,而至我院就诊。初诊:症见神志清楚,形体如常,面色少华,语音洪亮,无异常气味闻及,皮肤可见点、片状瘀斑,下肢及静脉穿刺部位青紫,齿龈少量渗血,月经量多,色泽鲜红夹有血块,晨起口苦,胁肋胀痛,平素急躁易怒,夜寐欠安,舌质暗红,苔黄,脉弦。血常规:WBC $3.97\times 10^9/L$,RBC $3.94\times 10^{12}/L$,HGB 115 g/L,PLT $10\times 10^9/L$ 。骨髓象:骨髓增生明显活跃,G 67%,E 19%,G/E=2.53/1,粒系增生,以晚期细胞为主,红系增生,成熟红细胞无明显改变,淋巴细胞无明显增减,全片共见巨核细胞187个,分类25个,其中原幼巨核细胞3个,成熟无血小板形成巨核细胞20个,裸核细胞2个,血小板少见,符合ITP骨髓象改变。腹部彩超肝胆胰脾双肾未见异常。抗核抗体15项未见异常。中医诊断:紫癜病(肝胆火旺证)。西医诊断:ITP。治宜清肝泻火、凉血止血。方选自拟柴胡木贼汤加减:柴胡10g,木贼10g,生地黄10g,黄芩10g,仙鹤草20g,马鞭草20g,黄柏炭10g,丹皮炭15g,龙胆草10g,生地榆15g,茜草炭15g,白芍

10g,山茱萸肉10g,生大黄6g,炒酸枣仁15g。10剂,水煎服,每日1剂。患者拒绝服用糖皮质激素,给予纯中药治疗。2012年6月28日二诊:患者周身瘀斑瘀点情况明显好转,未见有新鲜出血点,仍有轻度口苦,月经量明显减少,舌质淡红,苔薄黄,脉弦。血常规:WBC $5.86\times 10^9/L$,RBC $3.64\times 10^{12}/L$,HGB 110g/L,PLT $40\times 10^9/L$ 。整体情况较前明显好转,血小板较前回升,治仍以清肝泻火、凉血止血为主,辅以收敛止血:柴胡10g,木贼10g,生地黄15g,黄芩10g,仙鹤草20g,马鞭草20g,地榆炭15g,茜草炭15g,卷柏10g,龙骨10g,牡蛎15g,清半夏15g,麦冬15g,三七粉2.0g。冲服,15剂,水煎服,每日1剂。2012年7月12日三诊:患者皮肤紫斑消失,无明显口苦、胁肋胀痛等不适,阴道出血停止。舌质淡红,舌苔薄黄,脉弦。血常规:WBC $6.23\times 10^9/L$,RBC $3.82\times 10^{12}/L$,HGB 122 g/L,PLT $110\times 10^9/L$ 。患者肝胆火旺,应用清肝泻火、凉血止血效果良好,予羚羊角粉0.5g,三七粉2.0g冲服,每日1次,60d后血小板仍维持在正常水平,逐渐减停药物。

参 考 文 献

- [1] 任娟. 王祥麟教授治疗特发性血小板减少性紫癜经验[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(9):1104-1105.
- [2] 傅汝林, 刘宏潇. 归脾汤加减治疗特发性血小板减少性紫癜68例分析[J]. 中医药学刊,2002,20(1):26-27.
- [3] 冯晓燕, 严鲁萍. 严鲁萍教授治疗特发性血小板减少性紫癜经验[J]. 贵阳中医学院学报,2006,28(2):13-14.
- [4] 周永明, 陈其文. 免疫性血小板减少症的中医论治策略[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(8):1038-1040.
- [5] 杨佳华, 史国梅, 王兰英. 温补脾肾法在慢性特发性血小板减少性紫癜中的应用[J]. 中医研究,2012,25(8):45-46.
- [6] 储真真, 李娜, 陈信义, 等. 陈信义教授治疗特发性血小板减少性紫癜经验[J]. 长春中医药大学学报,2012,28(1):54-55.
- [7] 杨淑莲, 杜昊, 周振环, 等. 柴莲生血颗粒治疗慢性难治性特发性血小板减少性紫癜50例[J]. 河北中医,2010,32(8):1145-1146.
- [8] 侯伟, 杨淑莲, 王继亮, 等. 四味止血散治疗再障并发急性消化道出血45例[J]. 中医杂志,1997,47(12):726.

(收稿日期 2014-07-31)

欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

健脾止泻散对脾虚泄泻小鼠 PMΦ 吞噬功能、血清 LZM 含量的影响

陈玲¹ 王娜²

(1.陕西省西安市中心医院,陕西 西安 710003;2.陕西省西安市医院医院,陕西 西安 710001)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0278-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.033

【摘要】目的 探讨脾虚泄泻与巨噬细胞吞噬功能和血清溶菌酶含量变化的规律,揭示脾虚泄泻对免疫功能的影响;通过中药制剂(健脾止泻散)治疗脾虚泄泻小鼠,观察疗效,为其临床应用提供实验学依据。**方法** 以幼龄 ICR 系小鼠为实验研究对象,用番泻叶水浸液灌胃建立脾虚型泄泻动物模型,用健脾止泻散治疗,对其进行大便性状、进食量、体质量和腹腔巨噬细胞吞噬功能、血清溶菌酶含量水平进行比较。**结果** 与空白对照组相比,脾虚自然恢复组的小鼠大便稀薄,进食量、体质量明显降低,同时其腹腔巨噬细胞吞噬功能、血清溶菌酶含量明显降低($P < 0.01$);与脾虚自然恢复组相比,健脾止泻散明显改善了脾虚泄泻小鼠的大便性状,进食量和体重明显增加,同时提高了其腹腔巨噬细胞吞噬功能和血清溶菌酶含量水平($P < 0.01$)。**结论** 脾虚泄泻小鼠存在免疫功能的低下,通过健脾止泻散治疗不仅改善了脾虚泄泻小鼠的整体状况,而且提高了其腹腔巨噬细胞吞噬功能和血清溶菌酶含量,从而进一步证明健脾止泻散是治疗脾虚泄泻的有效方剂。

【关键词】 泄泻 脾虚 健脾止泻散 免疫功能 实验研究

小儿泄泻是由脾胃功能失调,引起大便次数增多,性状改变为主的病证。是儿科常见病、多发病之一。发病年龄多见于 2 岁以内的婴幼儿,年龄越小,发病率越高。本病一年四季都可发生,夏秋季更为多见。近年来,由于病毒感染的增多,秋冬季节的发病率也呈上升趋势。据世界卫生组织(WHO)调查,亚、非、拉三洲 5 岁以下每年有 5 亿小儿患腹泻,病死率约为 1%~4%,说明本病是目前严重危害儿童健康的疾病之一^[1]。如此众多的患儿,如果得不到及时、有效、系统的治疗,迁延日久形成脾虚泄泻,会存在不同程度的消化吸收障碍,营养不良,生长发育迟缓和免疫功能低下,严重影响小儿的身心健康。因此本病深受广大家长和医务工作者的重视。本实验以幼龄小鼠为研究对象,用番泻叶水浸液灌胃建立脾虚型泄泻动物模型,并设立对照组,测定实验小鼠腹腔巨噬细胞吞噬功能和血清溶菌酶含量水平,观察其变化的规律,以探讨脾虚泄泻与免疫功能的关系;观察健脾止泻散的疗效,从而为指导临床实践及开发中药及复方制剂做出有益的探索,具有一定的学术价值和社会、经济效益。

1 材料与方法

1.1 实验动物

60 只清洁级幼龄 ICR 系小鼠,雌雄各半,40~50 d 龄,体质量(20±2) g,由陕西中医研究院动物实验中心提供(合格证号为医动字第 08-24 号)。

1.2 药品

番泻叶以沸水浸渍浓缩成 100%水浸液(含生药量 1.0 g/mL),造模用。购自陕西中医学院金秋门诊中药房。健脾止泻散:党参 10 g,白术 10 g,茯苓 10 g,薏苡仁 10 g,干姜 3 g,诃子 3 g,乌梅 3 g,甘草 6 g。常规煎法制成浓缩液(含生药量 1.0 g/mL),冷藏保存 150 mL。购自陕西中医学院金秋门诊中药房。

1.3 试剂与实验器械

溶菌酶测试盒:由南京建成生物工程研究所提供。瑞氏-姬姆萨复合染液:由南京建成生物工程研究所提供。葡萄糖、氯化钠、枸橼酸钠、可溶性淀粉、肉汤培养液:由陕西中医学院生化实验室提供。723 可见分光光度计(上海光谱有限公司生产)、DH6-9075A 型电热恒温鼓风干燥箱(上海恒科科技有限公司生产)、TDL80-2B 型台式离心机(上海安亭科学仪器厂制造)、HH-2 数显恒温水浴箱(周华电器有限公司)、肝素抗凝管(购自南京建成生物工程研究所)、微量式移液器均由陕西中医学院生化实验室提供。

1.4 可溶性淀粉肉汤的制备

按文献[2]方法,于肉汤培养液 100 mL 中加入可溶性淀粉 6 g,配制成 6%的可溶性淀粉肉汤,混匀后煮沸灭菌备用。

1.5 阿氏液的制备

按文献[3]方法,葡萄糖 6.15 g,枸橼酸钠 2.4 g,氯

化钠 1.26 g 加蒸馏水溶解至 300 mL。

1.6 鸡红细胞悬液的制备

按文献[4]方法,用无菌注射器自健康雄性鸡翼下静脉采血,按 1:5 的量与阿氏液混合,至于 4℃ 冰箱保存备用。实验时取备用的鸡血用生理盐水经 1000 r/min 离心 5 min,洗涤 3 次,配制成 5% 的鸡红细胞悬液。

1.7 造模及给药方法

60 只小鼠适应性喂养 1 周后,随机分为 5 组:空白对照组(A 组)、脾虚自然恢复组(B 组)、健脾止泻散大剂量组(C 组)、健脾止泻散中剂量组(D 组)、健脾止泻散小剂量组(E 组),各组 12 只,均雌雄各半(因防止造模过程中因脱水、意外死亡确保每组动物不少于 10 只,故增加部分动物)。

1.7.1 造模 造模前后每日晨定时观察大便性状,测量饮食量、体重,记录一般情况。按文献[5]方法,给 B、C、D、E 四组小鼠以 100% 番泻叶水浸液灌胃,每只 0.5 mL/次,每日 2 次,连续 20 d。据参考文献[6]制定本实验脾虚动物模型标准:(1)泄泻严重甚至脱肛;(2)食少纳呆;(3)消瘦、体重减轻;(4)神态萎靡,四肢不收,毛色枯槁;(5)蜷缩聚堆;(6)易疲劳。以(1)、(2)为主证,(3)~(6)为兼证,具备两项主证及两项兼证即可认为脾虚造模成功。

1.7.2 给药方法 造模成功后均衡动物保证各组间数量相等,从停止造模当日开始灌胃,均每只 0.5 mL/次,每日 2 次,共 10 d。A 组:不予处理。B 组:0.9% 氯化钠注射液。C 组:健脾止泻散(浓度 0.64 g/mL,生药量 16 g/kg)。D 组:健脾止泻散(浓度 0.32 g/mL,生药量 8 g/kg)。E 组:健脾止泻散(浓度 0.16 g/mL,生药量 4 g/kg)。

1.8 观察、检测指标及方法

1.8.1 大便性状、进食量和体质量 造模前后观察每只小鼠的大便性状,记录进食量、体质量。并将 B、C、D、E 四组小鼠与 A 组进行对照性观察。(注:为避免检测物质的周期节律性变化,上述指标的观察均在 8:00~9:00 进行)

1.8.2 腹腔巨噬细胞的收集 按文献[2,4,7]方法,略有改进,于末次给药前 3 d 起每日腹腔注射 6% 可溶性淀粉肉汤 0.5 mL,以刺激小鼠的腹腔产生较多的巨噬细胞。于末次给药当天下午腹腔注射 5% 鸡红细胞悬液 1 mL,16 h 后处死动物,抽取腹腔液,制片,在油镜下每片观察 100 个巨噬细胞,计算出小鼠腹腔巨噬细胞吞噬百分率和吞噬指数。

1.8.3 血液的收集和处理 末次给药当日下午禁饮食,12 h 后,在抽取腹腔液前摘眼球取血,离心,按试剂盒操作说明测血清溶菌酶含量。

1.9 数据处理 应用 SPSS11.5 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用单因素方差分析。 $P < 0.05$ 为差异有

统计学意义。

2 结果

2.1 各组小鼠大便性状,进食量、体质量的比较 见表 1。造模前 1 周内,所有动物均反应良好,活动活跃,大小便、饮食、毛发均正常,组间无任何差异。在造模开始后第 2 日起造模组小鼠的大便呈糊状,第 4 日起喜扎堆、倦卧,第 5 日起大便稀薄、肛门污、背毛散乱无光泽,第 20 日,与 A 组相比,B、C、D、E 组小鼠进食量和体质量明显降低($P < 0.01$),结合大便性状、活动、毛发等的改变,说明造模成功。治疗后,与 B 组相比,C、D、E 组小鼠的大便性状逐渐好转,活动增多,毛发有光泽,饮食量和体质量明显增加($P < 0.01$),说明健脾止泻散治疗本病是有效的。同时,C、D、E 组的饮食量和体质量与 A 组相比差异有统计学意义($P < 0.01, P < 0.05, P < 0.01$),且低于 A 组,说明治疗组小鼠的饮食量和体质量尚未完全恢复正常,可能与治疗疗程不足有关。而 C、D、E 组间的饮食量和体质量差异无统计学意义($P > 0.05$),说明量效关系不明显。

表 1 造模前后实验小鼠进食量、体质量对照($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	进食量(g/只)	体质量(g)
A 组 (n=10)	第 1 日	3.31±0.38	20.24±0.88
	第 20 日	4.85±1.12	25.31±0.93
	第 30 日	5.83±0.55	28.30±0.88
B 组 (n=10)	第 1 日	3.38±0.44	20.29±0.88
	第 20 日	3.26±0.70*	20.46±0.47*
	第 30 日	3.71±0.70*	23.49±0.68*
C 组 (n=10)	第 1 日	3.49±0.37	20.35±0.90
	第 20 日	3.19±0.81**	20.99±0.81**
	第 30 日	4.78±1.26 ^{###}	27.23±0.47 ^{###}
D 组 (n=10)	第 1 日	3.48±0.40	20.56±0.89
	第 20 日	3.33±0.92***	20.50±0.52***
	第 30 日	5.09±0.58 ^{###}	27.72±0.58 ^{###}
E 组 (n=10)	第 1 日	3.51±0.33	20.39±0.60
	第 20 日	3.23±0.73****	21.00±0.55****
	第 30 日	4.68±1.04 ^{###}	27.37±0.45 ^{###}

与 A 组比较,* $P < 0.01$;与 B 组比较,[#] $P < 0.01$,^{##} $P < 0.01$,^{###} $P < 0.01$;C、D、E 与 A 组比较,^{*} $P < 0.01$,^{**} $P < 0.05$,^{***} $P < 0.01$ 。

2.2 各组小鼠腹腔巨噬细胞吞噬功能及血清溶菌酶含量水平的比较 与 A 组相比,B 组的小鼠腹腔巨噬细胞吞噬率和吞噬指数明显下降,血清溶菌酶含量明显降低($P < 0.01$),说明脾虚泄泻存在免疫功能的低下。与 B 组相比,C、D、E 组的小鼠腹腔巨噬细胞吞噬率和吞噬指数明显提高,血清溶菌酶含量明显回升($P < 0.01$),说明健脾止泻散提高了机体的免疫功能,见表 2,表 3。

表2 健脾止泻散对实验小鼠进食量、体质量的影响($\bar{x}\pm s$)

组别	n	吞噬率(%)	吞噬指数
A组	10	55.3±1.16	1.56±0.06
B组	10	27.1±1.66*	1.13±0.07*
C组	10	69.4±1.51#&§&§§§	2.21±0.17#&§&§§§
D组	10	63.1±2.42##&§&§§	1.75±0.11##&§&§§
E组	10	54.4±2.95###&§&§§	1.48±0.12###&§&§§

B组与A组比较,*P<0.01;C、D、E组与B组比较,*P<0.01,##P<0.01,###P<0.01;C、D、E与A比较,§P<0.01,§§P<0.01,§§§P>0.05;C、D、E组间比较,§P<0.01,§§P<0.01,§§§P<0.01。

由表2可知,E组与A组比较,差异无统计学意义(P>0.05);C、D组与A组比较,差异有统计学意义(P<0.01)。

表3 健脾止泻散对实验小鼠血清溶菌酶含量水平的影响($\bar{x}\pm s$)

组别	n	血清溶菌酶($\mu\text{g/mL}$)
A组	10	17.23±5.56
B组	10	3.71±1.30*
C组	10	24.61±1.64#&§&§§§
D组	10	14.56±2.69##&§&§§
E组	10	9.71±2.64###&§&§§

B组与A组比较,*P<0.01;C、D、E组分别与B组比较,*P<0.01,##P<0.01,###P<0.01;C、D、E组分别与A组比较,§P<0.01,§§P>0.05,§§§P<0.01;C、D、E组间比较,§P<0.01,§§P<0.01,§§§P<0.01。

由表3可知,D组与A组比较,差异无统计学意义(P>0.01),C组、E组与A组比较,差异有统计学意义(P<0.01)。

3 讨论

本实验通过番泻叶水浸液灌胃建立脾虚型泄泻动物模型,并用健脾止泻散治疗,观察小鼠大便性状、进食量、体质量、活动、毛发等的变化,检测腹腔巨噬细胞吞噬功能、血清溶菌酶的含量水平。结果表明,中药治疗组与脾虚自然恢复组相比较,小鼠的大便性状改善、进食量、体质量增加、活动增多、毛发变得有光泽,同时腹腔巨噬细胞吞噬功能、血清溶菌酶的含量水平明显提高。因此说明,健脾止泻散具有促进机体消化吸收和提高免疫功能的作用。

本实验提示脾虚泄泻小鼠不但有大便性状改变、饮食量、体质量下降等消化功能的障碍,而且巨噬细胞

吞噬功能和血清溶菌酶含量降低,说明发生脾虚泄泻时存在机体免疫功能的低下。通过健脾止泻散治疗不但明显改善了实验小鼠的整体状况,而且提高了其腹腔巨噬细胞吞噬功能和血清溶菌酶含量水平,是从根本上治疗小儿脾虚泄泻的有效方剂。现代医学认为“脾”为人体免疫的器官,与免疫功能关系密切,脏腑功能失常时免疫力降低,抗病能力下降,导致腹泻发生。从而提示脾虚证的本质可能是以消化系统功能紊乱为主的全身功能失调的一种多因素病证。因此,补“脾气”是治愈该证的治本之法,治疗效果与提高机体的免疫功能有关。本实验通过采用“健脾益气”的方法,促进脾的运化功能,改善机体的各种虚损状况,使气血生化有源,机体的免疫系统可以发挥其正常的功能,从而有利于疾病趋向痊愈。这与中医“脾为之卫”、“脾旺不受邪”的认识相符合。通过健脾止泻散的使用,一方面可以调整胃肠运动,恢复脾胃的消化吸收功能,改善大便性状,这是其治疗小儿脾虚泄泻的机理之一;另一方面,随着脾胃运化功能的好转,消化吸收能力增强,可充分吸收食物中的营养物质,从而提高机体的免疫力。同时,有些中药如党参、白术、茯苓、薏苡仁本身就具有提高机体免疫力的作用。随着免疫功能的提高,小肠吸收能力增强,脾气健运,从而促使腹泻得到较快恢复,这是其治疗小儿脾虚泄泻的机理之二。故健脾止泻散可通过健脾补气增强脾的功能,进而调节机体的免疫功能。因此,运用健脾止泻散治疗脾虚泄泻是较为科学的方法。

参 考 文 献

- [1] 汪受传. 中医儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:682.
- [2] 司传平. 医学免疫学实验[M]. 北京,人民卫生出版社,1999:23.
- [3] 张蕴芬. 观察巨噬细胞吞噬功能的滴片法[J]. 北京医学院学报,1979,21(2):114.
- [4] 周锡顺. 中药大枣对小鼠腹腔巨噬细胞吞噬功能的影响[J]. 中国实验临床免疫学杂志,1992,4(4):35.
- [5] 刘汶, 张郭义. 番泻叶致脾虚证动物模型的造模方法[J]. 中国中西医结合脾胃杂志,1998,6(4):231.
- [6] 北京师范大学生物系消化生理教研组. 中医脾虚证动物模型的造型[J]. 中华医学杂志,1980,60(2):83.
- [7] 章育正. 医学微生物学与免疫学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1996:101.

(收稿日期 2014-08-20)

培土生金法对脾虚证反复呼吸道感染小鼠免疫功能的影响

白井林¹ 刘薇薇² 张同园²

(1.天津中医药大学,天津 300193;2.天津中医药大学第二附属医院,天津 300153)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0281-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.034

【摘要】目的 观察对脾气虚证反复呼吸道感染(RRTI)小鼠血清 IgA、脾细胞白细胞介素-2(IL-2)、白细胞介素-4(IL-4)、 γ 干扰素(IFN- γ)分泌的影响,探讨培土生金法干预脾气虚证 RRTI 小鼠免疫系统的机制。**方法** 用苦寒泻下法建立脾气虚证 RRTI 小鼠模型,治疗组小鼠分别给予不同的药物处理,用药 8 d 后,眼球取血,脱颈椎处死小鼠,无菌取脾脏,加 PBS 液研磨后离心取上清液。**结果** 培土生金法可提高脾气虚证 RRTI 小鼠血清 IgA、脾细胞 IL-2、IL-4、IFN- γ 分泌水平($P < 0.05$)。**结论** 培土生金法可以提高脾气虚证 RRTI 小鼠血清 IgA、脾细胞 IL-2、IL-4、IFN- γ 分泌水平,改善脾气虚证 RRTI 小鼠免疫作用。

【关键词】 反复呼吸道感染 培土生金法 免疫球蛋白 白细胞介素

反复呼吸道感染(RRTI)是指1年以内发生上、下呼吸道感染的次数频繁,超出正常发病频次范围,是儿科常见的一种临床现象^[1]。因小儿先天禀赋不足,病情反复发作,故患儿易出现面色少华,厌食,大便溏等脾虚证。中医学认为,培土生金法,借五行相生的理论,培补脾土,使脾的功能强健,以治疗肺脏亏虚的方法。中医学所论之“脾”包涵着丰富的免疫学内容,脾虚证与机体免疫器官、非特异性免疫、体液免疫、细胞免疫等方面异常改变均有显著相关性^[2]。脾脏是体内外周的主要免疫器官,在维持机体正常免疫功能方面发挥作用。本研究探讨培土生金法对脾虚证 RRTI 小鼠免疫功能的影响。

1 材料与方法

1.1 实验动物 昆明种小鼠,体质量 18~22 g,雌雄各半,共 40 只,清洁级,21 d 龄幼鼠,由天津中医药大学动物中心提供。所有动物进食、饮水、活动正常,确认为健康小白鼠,再将小鼠分笼分组(雌雄异笼),采用混合配方喂养,自由进食水,每 3 日更换垫料,保持小鼠饲养笼内清洁卫生、室内光照充足、环境通风。室温控制在 20~24 ℃,相对湿度控制在 50%~60%。

1.2 主要试验仪器 100%大黄制剂:大黄购自天津中医药大学第二附属医院(产品批号:1304013),提取大黄蒽醌类成分(天津中医药大学实验中心)。参苓白术颗粒(北京汉典制药有限公司生产,3 g/袋)。匹多莫德颗粒(浙江仙琚制药股份有限公司生产,规格 2 g:0.4 g/袋)、0.9%氯化钠注射液、PBS 液。测定试剂盒血清 IgA、白细胞介素-2(IL-2)、白细胞介素-4(IL-4)、 γ

干扰素(IFN- γ)(由天津科瑞杰生物技术开发有限公司提供并负责测定)。LD4-2 离心机,电子天平。以上实验仪器均由天津中医药大学实验室(国家级实验室)提供。

1.3 模型及分组 根据随机分组法,将 40 只实验小鼠随机分为 4 组,分别为参苓白术散组 10 只、匹多莫德组 10 只、正常组 10 只、模型组 10 只。用苦寒泻下的 100%大黄(蒽醌类成分提取)水煎剂 0.5 mL/20 g/d,灌胃 8 d。正常组小鼠毛发顺滑,双目有神,反应灵敏,饮食饮水正常,体质量日渐增加,模型组小鼠喂饲 100%大黄水煎液第 2 日出现大便便质变稀,于第 4 日逐渐出现摄食量、饮水量减少,活动量较前减少,易受惊吓,出现扎堆现象,随着灌服大黄水煎剂的时间延长,这种现象更为明显,个别出现脱肛、活动缓慢、反应迟钝。脾气虚造模成功后,参苓白术散组和匹多莫德颗粒组开始灌胃给药,每日 2 次,每次 0.5 mg/10 g 体质量。正常组及模型组每日均以等量生理盐水灌胃,给药 1 周后,禁食禁水 1 d,眼球取血,脱颈椎处死后,于无菌台上取小鼠脾脏,在 0 ℃的操作台上放入 PBS 液研磨脾脏。于分离器中分离脾细胞上清液。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,多个样本比较采用单因素方差分析,两两比较用 LSD 法。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 脾气虚模型建立 见表 1。经单因素方差分析,造模前各组间体质量差异无统计学意义($P > 0.05$)。灌服 100%大黄水煎液的 3 组间体质量差异无统计学意义

表1 不同组别脾虚模型建立前后小鼠体质量变化($\bar{x}\pm s$)

组别	体质量(g)
正常组 (n=10)	造模前 22.200±2.440 造模后 27.500±2.415
参苓白术散组 (n=10)	造模前 23.900±1.911 造模后 26.000±2.981
匹多莫得颗粒组 (n=10)	造模前 22.900±2.558 造模后 25.300±2.213
模型组 (n=10)	造模前 23.000±1.632 造模后 24.200±2.394

造模前各组比较, $P > 0.05$; 造模后各组与正常组比较, $P < 0.05$ 。

($P > 0.05$)。与正常组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 参苓白术散对脾虚证 RRTI 小鼠脾细胞 IL-2、IL-4、IFN- γ 的影响 见表2。实验研究显示脾细胞 IL-2 参苓白术散组与正常组、模型组、匹多莫得颗粒组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 脾细胞 IL-4 参苓白术散组与正常组、模型组、匹多莫得颗粒组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 脾细胞 IFN- γ 参苓白术散组与正常组、模型组、匹多莫得颗粒组比较, 差异有统计学意义 $P < 0.05$ 。参苓白术散可以提高脾虚证 RRTI 小鼠脾细胞 IL-2、IL-4、IFN- γ 水平。

表2 不同组别小鼠脾细胞 IL-2、IL-4、IFN- γ 含量($\bar{x}\pm s$)

组别	n	IL-2	IL-4	IFN- γ
正常组	10	0.307±0.059 [△]	0.381±0.093 [△]	0.822±0.231 [△]
参苓白术散组	10	0.359±0.058	0.451±0.068	1.127±0.244 [△]
匹多莫得颗粒组	10	0.313±0.056 [△]	0.322±0.074 [△]	0.905±0.207 [△]
模型组	10	0.284±0.031 [△]	0.369±0.049 [△]	0.866±0.185 [△]

与参苓白术散组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

2.3 参苓白术散对脾虚证 RRTI 小鼠血清 IgA 的影响 见表3。实验研究显示血清 IgA 参苓白术散组与正常组、模型组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 与匹多莫得颗粒组相当 ($P > 0.05$)。参苓白术散可以提高脾气

表3 不同组别小鼠血清 IgA 含量组间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	体质量(g)
正常组	10	1.216±0.413
参苓白术散组	10	1.820±0.306 ^{△△}
匹多莫得颗粒组	10	1.216±0.587 ^{△△}
模型组	10	1.066±0.223

与正常组比较, $^{\Delta}P < 0.05$; 与模型组比较, $^{\Delta\Delta}P < 0.05$ 。

虚小鼠血清 IgA 水平。

3 讨论

培土生金法是以中医五行学说、脏腑学说及肺主气理论为基础形成的一种治疗方法。即通过调补脾胃, 强健后天之本, 益其生化之源, 使气血得充, 以治肺气不足的一种治疗措施。脾被称为后天之本, 脾气充实, 运化功能健全, 则正气充足, 不易受到邪气的侵袭; 脾气虚不能实表护卫可致机体防御能力下降。研究表明中医学的“脾”包涵着丰富的免疫学内容, 而脾虚证与免疫器官、非特异性免疫、体液免疫、细胞免疫以及免疫遗传学等方面异常改变均有显著相关性^[2]。脾脏是体内外周的主要免疫器官, 在维持机体正常免疫功能方面发挥作用。脾脏内含大量由骨髓干细胞发育而来的 B 细胞和大量 T 细胞、巨噬细胞, 是各种免疫细胞居住、增殖并进行免疫应答及产生免疫效应物质, 合成巨噬细胞增强激素的主要场所^[3]。

T、B 淋巴细胞参与机体的特异性免疫, 在抗原刺激下, T 细胞转化为致敏淋巴细胞, 通过释放淋巴因子, 参与细胞免疫过程; B 细胞转化为浆细胞, 合成免疫球蛋白, 参与体液免疫过程。NK 细胞活性代表机体的天然防御功能, 其对靶细胞的作用范围远大于杀伤性 T 细胞, 能杀伤某些病毒感染细胞, 而对正常未感染细胞无杀伤作用。IL-2 是 T 细胞亚群的生长因子, 与 IL-4 可促进活化 B 细胞的增殖, IFN- γ 为广谱抗病毒, 可增强 NK 细胞、巨噬细胞、T 淋巴细胞的活力。

本研究根据中医学发病学理论, 采用苦寒泻下法复制脾虚证 RRTI 小鼠模型。参苓白术散作为培土生金法的代表方剂, 通过培补脾土以增强肺气, 提高免疫力。本研究表明参苓白术散可提高脾虚证 RRTI 小鼠血清 IgA; 在该方的治疗后, 脾虚证 RRTI 小鼠脾细胞 IL-2、IL-4、IFN- γ 显著增高。结果提示, 培土生金法可通过提高血清 IgA、脾细胞 IL-2、IL-4、IFN- γ , 增强 T、B、NK 细胞反应, 从而提高机体免疫功能的作用。

参 考 文 献

[1] 中华医学会儿科学分会呼吸学组, 中华儿科杂志编辑委员会. 反复呼吸道感染的临床概念和处理原则[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(2): 108-109.

[2] 修宗昌, 余绍源, 黄穗平. 脾虚免疫学机制研究的回顾与思考[J]. 中国中医药信息杂志, 2003, 10(4): 10-13.

[3] 段永强, 成映霞, 程容, 等. 脾虚证进程中小鼠特异性/非特异性免疫功能变化及中药的干预作用[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(15): 2874-2876.

(收稿日期 2014-09-18)

中西医结合治疗重症手足口病临床研究进展*

黄伟¹ 李芹^{2Δ}

(1.福建中医药大学,福建 福州 350000;2.福建省福州市传染病医院,福建 福州 350000)

中图分类号:R512.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0283-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.035

【关键词】 手足口病 中西医结合 综述

手足口病(HFMD)是一种世界范围内常见的儿童传染性疾病,临床表现以发热和手、足、口腔等部位出现皮疹或疱疹为主要特征,严重并发症有脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿、循环障碍等,并发脑干脑炎、神经源性肺水肿等是该病致死的主要原因。该病是由肠道病毒如柯萨奇病毒 A16 型(CoxA16)、埃柯病毒和 EV71 型等引起,其中 EV71 和 CoxA16 引起 HFMD 最为常见^[1]。目前 HFMD 仍然在儿童中占据较高的发病率,有报道显示:2010-2012 年共报告 HFMD 209765 例,其中重症 1895 例、死亡 70 例;年均发病率为 190.59/10 万,死亡率为 0.06/10 万,重症以≤3 岁为主(占 92.25%),死亡以≤2 岁为主(占 94.28%),在≤5 岁儿童中年龄越小重症率越高。毒株构成比以 EV71 型为主,但总体呈波动下降趋势,重症、死亡病例主要由 EV71 型病毒感染引起^[2]。目前,普通型 HFMD 大多能在 1 周左右时间痊愈,但重症手足口病大多合并肺炎、脑炎等并发症,仍需要较长时间恢复,重症型患者的治疗方案还需进一步完善。笔者将近年来中西医结合治疗 HFMD 重症型临床研究进展做一综述。

1 西医疗进展

1.1 糖皮质激素 在重症患者中,早期大剂量地使用糖皮质激素是可以有效缓解病情发展的,激素冲击治疗不仅能够有效缓解症状,还能降低病死率^[3]。虽然目前对于激素使用仍存在一定争议,但糖皮质激素仍是治疗手足口病重症的一线药物。糖皮质激素有抗炎、促进肺水肿消失、降低血管通透性、促进肺泡表面活性物质的分泌等作用,也能有效地治疗脑水肿、肺水肿等^[4-5]。王喆等将 154 例重症 HFMD 患者分为对照组和治疗组,两组均给与常规治疗,治疗组加用氯化可的松琥珀酸钠 3~5 mg/kg,每 8 小时静滴 1 次,结果显示治

疗组在持续发热、神经系统受累持续时间、住院时间均明显短于对照组,治疗组治愈率高达 97.40%^[6]。郭蕴岚等将 56 例重症 HFMD 患者随机分为激素治疗和非激素治疗组,基础治疗均采用抗病毒、对症治疗,激素组加用甲泼尼龙 4~8 mg/kg 剂量,结果显示两组在治愈率、其他症状及疗效方面均无明显差异,提示糖皮质激素冲击疗法对 HFMD 患者治疗效果并不理想^[7]。徐香芝等用等容量随机抽样法抽取河南、四川两个省份 320 例重症 HFMD 患者,分为非激素治疗组、小剂量激素治疗组、大剂量激素治疗组,结果显示 3 组之间的治愈率、发热持续时间、住院时间、神经系统症状等无明显差异,并且小剂量组合大剂量组患者在发热持续时间、住院时间、神经系统症状时间比非激素组长,大剂量组舒张压明显高于其他两组,这就提示激素治疗对于 HFMD 患者的治愈率、病程时间、症状改善时间方面均无明显效果,并且较大剂量的糖皮质激素有增加患儿药物不良反应的可能性^[8]。

1.2 人血丙种球蛋白 人血丙种球蛋白含有多种免疫球蛋白,能快速提高机体的免疫能力,还能抑制药物毒性和中和病毒的作用,减少炎性介质和细胞因子释放,从而缓解炎症反应对血管和脑组织的免疫损伤^[9]。有研究证实人血丙种球蛋白具有阻断病毒复制及增强抗感染免疫力的作用^[10]。该药目前在重症 HFMD 患者中为常规用药,陈哲民将收治的 45 例 HFMD 并脑炎患者随机分为治疗组与对照组,两组均给与抗病毒、清热解毒、退热、降颅压及对症治疗,治疗组给予丙种球蛋白 200~400 mg/kg,结果显示治疗组在在发热、头痛、呕吐、神经系统病理征缓解、住院时间均较对照组有显著差异,临床疗效显著、确切^[11]。高永荣将 115 例 HFMD 并脑炎患者随机分为对照组和丙种球蛋白治疗组,均给与甘露醇、糖皮质激素、利巴韦林、对症等基础治疗,丙种球蛋白退热时间、惊厥控制时间、神经系统受累时间、住院时间均明显短于基础治疗组,丙种球蛋白组总有效率 91.38%,相对照组总有效率 77.19%,结果

* 基金项目:国家“十二五”重大科技专项资助项目
(No.2012ZX10004301-005)

Δ 通信作者(电子邮箱:liqing05912006@163.com)

显示,丙种球蛋白对于 HFMD 重症并脑炎有明显临床疗效^[9]。

1.3 甘露醇 甘露醇是临床上目前最常用的高渗透性利尿剂,能通过高渗透性的脱水作用减少脑组织含水量,达到减轻颅脑水肿、颅内压目的。李志荃等将 200 例重症早期的 HFMD 患者随机分为治疗组和对照组,治疗组在对照组常规治疗基础上加用甲泼尼龙 2 mg/(kg·d)、20%甘露醇 0.5 g/kg,每 8 小时静滴 1 次,其中 100 治疗组均痊愈,无 1 例进展危重症病例,对照组有 6 例进展到明显神经系统受累期,各项症状和住院时间均短于对照组^[12]。刘晟等将 78 例患者分为早期干预组和对照组,早期干预组在对照组基础治疗上加用地塞米松 0.2~0.3 mg/kg、甘露醇 0.5~1.0 g/kg,每 6 小时静滴 1 次,早期干预组无 1 例转为危重症,对照组 6 例转危重症,各项症状和住院天数比较均有显著差异。早期使用甘露醇在降颅压、改善脑水肿等方面确有积极疗效,联合其他基础治疗能有较有效地控制病情进展^[13]。

1.4 其他 HFMD 重症患者症状多且较复杂,除了以上常规治疗外,还有一些方案值得借鉴参考。荆慧娟等将住院行机械通气治疗的重症 HFMD 并发中枢性发热患者 83 例随机分为常规退热药物对照组和亚低温治疗组,观察两组患者体温变化、治疗时间和实验室检测指标,结果显示亚低温治疗无 1 例发生冻伤和低温并发症,亚低温治疗组较常规组相比,治疗后退热体温和治疗时间均有明显差异,提示在重症 HFMD 高热患者的治疗中,使用亚低温治疗仪安全可靠^[14]。朱焰叶等将 78 例 HFMD 重症并脑炎患者随机分为对照组和治疗组,治疗组在对照组基础治疗基础上给予重组干扰素(a,b)20 万 IU/次,雾化吸入,治疗组在各项症状好转以及总有效率方面均明显优于对照组^[15]。陈彩兰等将 92 例重症 HFMD 患者随机分为对照组和治疗组,治疗组在对照组综合治疗基础上加用东莨菪碱 0.3~0.6 mg 和酚妥拉明 0.1 mg/kg 持续微量泵入,治疗组在症状、体征恢复、总有效率方面明显优于对照组^[16]。王燕等将 100 例重症 HFMD 患者随机分为对照组和米力农组,米力农组按 0.5 μg/(kg·min)微量泵入,治疗 72 h 后,米力农组与治疗前和对照组相比 CI、CO 和 LVEF 均明显增加,而 BNP 明显降低^[17]。

2 中西医结合治疗进展

中医学认为 HFMD 是归属于“时疫、温病”等范畴,中医辨证属于“实证、热证”。该病具有较强的传染性,有较明显的季节性。病因病机概括为外感时疫时邪,湿热蕴结于内,湿热邪毒炽盛,上蒙清窍,则出现神昏,湿热之邪引动肝风,则见抽搐、肢体抖动,湿热外透肌肤则见皮疹,湿热蕴脾则兼纳呆、腹泻、便秘等^[18]。

2.1 西医结合中药方剂治疗 洪源等将 60 例 HFMD 重症患者随机分为西医对照组和中药治疗组,治疗组在西医基础治疗上加羚羊钩藤汤联合菖蒲郁金汤辨证加减治疗,疗后 3 d 内观察组体温、血象、血糖恢复正常例数多于对照组;观察组体温复常时间,易惊消失时间,肢体震颤消失时间,皮疹、疱疹消退时间,口腔溃疡愈合时间,血象、血糖及脑脊液复常时间均优于对照组;观察组总有效率为 93.3%,优于对照组的 73.3%^[19]。徐荣等将 194 例重症 HFMD 患者随机分为西医治疗对照组、中药治疗组,中药组在西医治疗的基础上,加用解毒息风汤辨证加减治疗,结果显示,两组在治愈率、好转率、病死率上比较,无明显差异,但在肢体抖动、惊跳等症状上相对对照组有明显差异,这就提示中药治疗在控制某些症状有明显优势的^[20]。班文明等将 160 例 HFMD 患者分为对照组和中药治疗组,中药组在西医抗病毒、抗炎、对症治疗等基础上再加用化湿解毒汤、清热解毒汤辨证施治,结果表明中药治疗组在发热、皮疹消退时间,疱疹结痂时间、总病程天数上明显优于对照组,这也表明在西医对症治疗加中医辨证论治的疗效较为显著^[21]。

2.2 西医结合中成药针剂治疗 目前根据具有清热解毒功效的中药提取物制剂大多由中药中含有清热解毒成分的药材提取而成,大多具有解热、抗菌、消炎、提高免疫力等作用。李秀慧等采用大样本、多中心随机对照研究方法,将 235 例 HFMD 患者分为西医组和中西医结合治疗组,中西医结合采用热毒宁注射液加西医对症支持治疗,结果显示:与西医组相比,热毒宁注射液结合西医组患儿的退热时间、皮疹消退时间以及并发症发生率等有下降趋势,但无明显差异;对比西医组,加热毒宁注射液能显著减少镇静类药物的合并使用率及使用时间^[22]。侯梅荣等将 160 例 HFMD 重症患者随机分为对照组、治疗组,治疗组在对照组抗病毒、降颅压、抗炎等对症处理基础上加用痰热清注射液,结果显示治疗组总有效率 93.75%,明显高于对照组的 82.5%,表明痰热清在重症 HFMD 中的疗效优于一般常规治疗^[23]。章士清等回顾分析 206 例 HFMD 重症患者,分为对照组和治疗组,治疗组在对症治疗的基础上加用丙种球蛋白和喜炎平注射液,结果显示在热退时间、神经系统症状、病理征消失等方面明显优于对照组^[24]。

3 结语

综上所述,目前针对 HFMD 重症治疗方案大多是对症处理,没有特异性的治疗方案和手段。西医的抗病毒(阿昔洛韦等)、抗炎(糖皮质激素等)、增强免疫力(丙种球蛋白)、脱水保护脑细胞(甘露醇)及其他退热等对症支持治疗能够比较有效的控制并发症,减轻相

关症状。中医的清热解毒、平肝息风类中药方剂和清热解毒、抗炎抗菌的中药提取物制剂都能够辅助治疗,从而起到标本兼治的效果,但目前涉及中药方剂和中成药制剂的大规模多中心的随机对照试验比较缺乏,循证医学证据级别较低,不能确切说明中医中药在HFMD治疗中的作用及其机制。因此,完善相关中西医结合治疗方案,提高临床疗效仍是我们医务工作的重要任务。

参 考 文 献

- [1] 军玲,张静.手足口病流行病学研究进展[J].中华流行病学杂志,2009,30(9):973-976.
- [2] 谢忠杭,蔡少建,林英英,等.2010-2012年福建省手足口病流行病学特征分析[J].疾病监测,2013,28(10):839-843.
- [3] 何颜霞,付丹,操德智,等.手足口病分组监护治疗80例分析[J].中华儿科杂志,2009,47(5):338-343.
- [4] Wong SS, Yip CC, Lau SK, et al. Human enterovirus 71 and hand-foot mouth disease[J]. Epidemiol infect, 2010, 138(8): 1071-1089.
- [5] Ruan F, Yang T, Ma H, et al. Risk factors for hand, foot, and mouth disease and herpangina and the preventive effect of hand-washing [J]. Pediatrics, 2011, 127(4): 898-904.
- [6] 王喆,刘亚敏,马敏君,等.糖皮质激素治疗重症手足口病的临床意义[J].山东医药,2012,52(41):62-63.
- [7] 郭蕴岚,郭蕴琦.糖皮质激素在儿童危重症手足口病中的应用[J].实用儿科临床杂志,2012,27(22):1768-1769.
- [8] 徐香芝,靳妍,张静,等.糖皮质激素在河南、四川两省重症手足口病中的应用现状及不同剂量激素疗效比较[J].中华实用儿科临床杂志,2014,29(18):1377-1380.
- [9] 高永荣.人血丙种球蛋白治疗手足口病合并脑炎的疗效分析[J].中国实用神经病杂志,2013,16(22):103-104.
- [10] 潘海贤,林楚容,吴华红.大剂量丙种球蛋白对重症手足口病患儿的疗效观察[J].国际医药卫生导报,2012,18(13):1860-1861.
- [11] 陈哲民.人血丙种球蛋白治疗手足口病合并脑炎疗效分析[J].中国误诊学杂志,2008,8(33):8112-8113.
- [12] 李志荃,孙美玲.小剂量甲泼尼龙与甘露醇早期干预手足口病重症的临床研究[J].新医学,2012,43(11):791-794.
- [13] 刘晟,潜丽俊,蔡海芳,等.甘露醇及小剂量地塞米松在早期重症手足口病中的应用[J].实用医学杂志,2012,28(17):2895-2897.
- [14] 荆慧娟,张春兰,娄莹,等.亚低温治疗重症手足口病并发中枢性发热的疗效研究[J].2013,16(12):1391-1392.
- [15] 朱焰叶,洪舟浙.重组人干扰素联合喜炎平治疗重症手足口病并发病毒性脑炎疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2011,21(4):260-262.
- [16] 陈彩兰,唐海凤.东莨菪碱联合酚妥拉明治疗小儿重症手足口病的临床研究[J].国际医药卫生导报,2014,20(17):2698-2700.
- [17] 王燕,张冲林,屈昌雪.米力农对重症手足口病患儿血浆脑利钠肽的影响[J].徐州医学院学报,2014,34(4):227-228.
- [18] 靳晓霞,王俊宏,徐荣谦,等.中西医结合治疗手足口病并发中枢神经系统感染90例临床观察[J].中国中医急症,2013,22(3):373.
- [19] 洪源,王玉珍,张双.中医药辨证治疗重症手足口病并发中枢神经系统损害30例[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(1):185-188.
- [20] 徐荣,邓燕艺,俸小平,等.解毒息风汤联合西药治疗重症手足口病97例临床观察[J].中医杂志,2013,54(2):127-129.
- [21] 班文明,倪代梅,丁超,等.辨证分型施治配合抗病毒治疗EV71感染120例观察[J].中医药临床杂志,2009,21(4):288-289.
- [22] 李秀慧,李双杰,温韬,等.热毒宁注射液治疗重型手足口病的临床疗效评价[J].中华中医药杂志,2014,29(2):362-365.
- [23] 侯梅荣,杨芬.痰热清注射液辅助治疗重型手足口病疗效观察[J].医药论坛杂志,2012,33(8):55-56.
- [24] 章士清,胡鹏,邵雅平,等.静脉丙种球蛋白联合喜炎平治疗重症手足口病的疗效观察和分析[J].医学综述,2012,18(21):3686-3687.

(收稿日期 2014-10-22)

(上接第262页)

血紊乱的现象,各脏器的功能亦出现不同程度的变化,详察其病因病机,又发现中年人无论是在社会或家庭中,工作和精神负担均较重,因而中年人多夹火旺和肝郁气滞,故我们在治疗肝阳上亢型不拘泥以往的平肝潜阳,而以泻肝火为主,佐以天麻钩藤等息风之药。中老年人的阴虚阳亢并不是纯以滋补肾阴,而合之逍遥

汤加减,效果甚佳,这是我们在究其病因病机时,考虑年龄较大者,多数处于更年期阶段,加之身体不佳,伴烦恼较多,每于主方上加入疏肝理气药,见效甚快,这正如古人云“有成方,无成病”。所以我们在临床上重视辨证施治,灵活用药,而取得较满意的效果。

(收稿日期 2014-11-11)

大黄鞣质对组织损伤保护作用的研究进展*

张 铂^{1,2,3} 王 兵² 王勇强² 曹书华^{2Δ}

(1.天津中医药大学,天津 300193;2.天津市第一中心医院 天津市急救医学研究所,天津 300192;3.天津市环湖医院,天津 300060)

中图分类号:R289.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0286-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.036

【关键词】 大黄 鞣质 组织损伤 研究进展

大黄始载于《神农本草经》,是传统泻下类中药的代表药物^[1],具有泻下攻积、清热泻火、凉血解毒、利湿退黄、逐瘀通经等功效^[2-3]。大黄含有多萘醌类、二萘醌类、鞣质和多糖等,20世纪80年代研究发现大黄鞣质具有降低血清尿素氮活性的作用^[4],随后关于大黄鞣质活性的研究而不断展开。其中鞣质在大黄生药中含量多达30%,主要分为水解型和缩合型,其单体成分主要包括没食子酸(gallic acid)和d-儿茶素(d-catechin),具有广泛的药理活性^[5]。本文通过整理相关文献,总结了大黄鞣质在组织损伤方面的最新研究进展,分析了研究过程中存在的一些问题,预测了大黄鞣质的临床应用前景,为进一步研究和应用提供参考。现综述如下。

1 大黄鞣质对组织损伤的保护作用

1.1 对脑组织损伤的保护作用 大黄鞣质对脑组织损伤的保护作用报道很多。抗炎、止血是大黄鞣质保护脑组织损伤的主要机制,大黄鞣质可降低与脑损伤相关的炎性介质肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞素-6(IL-6)水平,TNF- α 可诱导多种炎性因子的释放,引起或加重脑水肿的程度,IL-6是脑损伤早期出现的炎性因子,能破坏血脑屏障,损害中枢神经,导致继发性脑损伤^[6-7]。大黄鞣质中 α -儿茶素、没食子酸可降低纤溶酶活性和抗凝血酸Ⅲ活性,促进血小板黏附、聚集及血栓形成,增加 α_2 -巨球蛋白含量,从而加速血液凝固过程^[8]。大黄鞣质的收敛作用能较好地防治上消化道出血,防止脑损伤导致的继发损伤。此外,减少水分吸收,加速消化道内细菌和毒素的排泄,减低血容量,降低颅内压,改善脑循环等也是大黄鞣质保护颅脑损伤的作用机制^[9]。

研究显示大黄能降低脑含水量,对出血后脑水肿

有缓解作用,能减轻脑水肿的形成,防止脑组织结构和神经功能的损伤,合理应用早期肠内营养结合大黄治疗可改善重型颅脑外伤患者的营养状况,可减少并发症,改善预后^[8]。早期使用大黄鞣质提取物可降低脑出血动物模型血清和脑组织中烯醇化酶(2-phospho-D-glycerate hydrolase)的含量,表明大黄鞣质对脑出血急性期的神经细胞有保护作用^[10]。大黄的水煎液主要含大黄鞣质,大黄水煎液具有退热、降颅内压、抗消化道出血等多种作用,对颅脑损伤后激发的消化道溃疡有很好的保护作用,可降低颅脑损伤患者的病死率^[11-12]。上述临床研究结果表明大黄鞣质对重型颅脑损伤具有多靶点治疗作用,能有效防治重型颅脑损伤后并发上消化道出血。

1.2 对肺损伤的保护作用 雷澍等采用大鼠盲肠结扎并穿孔造成腹腔感染,经灌胃给予大黄鞣质,观察其对腹腔感染致急性肺损伤的防治效果,并探讨了作用机制,治疗组于手术后检测肺毛细血管通透性、肺湿干重比值,取支气管肺泡灌洗液(BALF)进行细胞学分析,并进行病理组织学观察^[13]。大黄鞣质能降低腹腔感染致急性肺损伤后肺毛细血管通透性、肺湿干重比值、BALF中性粒细胞百分率,同时可以改善肺间质水肿、肺出血、肺不张等病理变化^[14],对急性肺损具有很好的保护作用^[15]。

1.3 对肝脏损伤的保护作用 大黄鞣质是否具有肝毒性尚没有明确结论,但一般认为大黄水解性鞣质的毒性高于缩合性鞣质^[16-17]。覃鲁珊等通过比较大黄萘醌与鞣质对大鼠肝脏的保护和损伤双向作用发现,在低剂量情况下,大黄鞣质具有肝脏保护作用,但在高剂量情况下,大黄鞣质对肝脏表现出肝损伤作用,且主要沿着纤维化方向发展,由此说明大黄鞣质对肝脏具有保护和损伤双向作用^[18]。

1.4 对胰腺组织损伤的保护作用 众多临床及实验研究均证实大黄治疗重症急性胰腺炎效果确切。大黄

*基金项目:国家临床重点专科建设项目[卫办医政函(2011)873号]

Δ通信作者(电子邮箱:zhangbdr@163.com)

作为重症急性胰腺炎治疗的重要组成部分,已得到学者的充分肯定。大黄鞣质可以抑制肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素(IL-6、IL-1、IL-8)等促炎症细胞因子的表达,促进IL-10、IL-4等抗炎症细胞因子的生成^[19-20],可降低急性坏死性胰腺炎大鼠肺组织的炎症反应,减轻胰腺炎症的水肿程度^[21]。

1.5 对肾脏组织的保护作用 大黄鞣质可以用作尿毒症保守治疗药物,研究表明大黄提取物能改善肾功能,该提取物腹腔注射,可显著降低肾衰小鼠血清尿素氮和肌酐浓度,肝及肾脏中的尿素氮浓度亦随之降低,并且能抑制肾重量增加,减少2,8-二羟基腺嘌呤的积蓄,进一步研究表明,与腹腔注射相比,口腔给药产生的上述作用更为显著,对大黄提取物进一步追踪分离,得到其有效成分为Fr II-3,其中主要含有原花青素的低聚体混合物^[22-23]。

1.6 对皮肤组织的保护作用 鞣质对烧伤、烫伤后皮肤组织的保护作用疗效显著,研究表明大黄鞣质抗菌、收敛作用明显,能促进创面渗出液吸收、结痂,对痂膜有一定的保护作用,其抗菌作用能预防或避免创面感染。大黄鞣质具有较好的止血功能,对组织烧烫伤具有较好的治疗作用,加速皮肤组织的修复^[24]。

2 研究中存在的问题

国内外对大黄鞣质的研究虽然由来已久,且对其诸多药理作用研究众多,但目前研究者多集中在大黄整体生药或其提取物进行组织损伤方面相关性的研究^[25],包括大黄和其他一些中药^[26]、西药^[27-28]的联合应用研究,而对大黄单体成分、某一类成分的深入研究较匮乏。下一步研究者应将大黄成分进行各化学部分或单体的分离,然后对各个化学部位或单体进行深入研究,探究其在组织损伤,尤其是颅脑损伤方面的治疗作用,明确各部位药理作用及其作用机制。对于大黄鞣质,可以先进行大黄鞣质总体的药理作用研究,然后按照其分类(水解型和缩合型)进行分别研究。通过本文对现有文献的梳理,可以为大黄鞣质作为治疗组织损伤的药物研究和临床应用提供借鉴。

3 结语与展望

大黄鞣质的临床使用,将填补西药对组织损伤治疗的空白。对某些组织损伤,例如急性肺损伤,目前国内外仍无非常有效的治疗方法,根据中医肺与大肠相表里的理论,在临床上治疗肺热气喘用通腑(通大便)方法获良效的经验,可以尝试将大黄鞣质引入到急性肺损伤的临床治疗过程中。同时,区别于西药的是大黄鞣质可以发挥多靶点、多途径的治疗特点,因此大黄鞣质对于组织损伤的治疗具有良好的应用前景。

正是由于大黄鞣质在组织损伤的治疗过程中扮演越来越重要的角色,大黄鞣质用于防治危重病方面也

会取得更大的进展。感染、炎症、坏死组织、组织缺血和再灌注损伤等因素可导致全身炎症反应综合征,炎症细胞因子在炎症反应过程中具有广泛的生理功能,是引起重度感染、感染性休克以及多器官功能障碍综合征的原因。而大黄鞣质对炎症细胞因子有显著的拮抗作用,对改善危重病患者的全身炎症反应综合征和多器官功能障碍综合征有重要的意义。随着研究的不断深入,大黄鞣质在重症医学科危重病患者中的应用会发挥越来越重要的作用。本文综述了大黄鞣质对组织损伤的保护作用,为进一步研究和应用提供参考。

参 考 文 献

- [1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典 2010年版 [S]. 北京:中国医药科技出版社,2010:22.
- [2] 傅兴圣,陈菲,刘训红,等. 大黄化学成分与药理作用研究进展[J]. 中国新药杂志,2011,20(16):1534-1568.
- [3] 何正显,信玉琼,陈明. 大黄的化学成分、药理作用及其在临床急症中的应用[J]. 中国中医急症,2007,16(2):227-228.
- [4] Nishioka I, Gen-Ichiro N, Tetesuroi, et al. Tannin and related compounds. I rhubarb[J]. Chem Pharm Bull, 1981, 29(10): 2862-2870.
- [5] 张春燕,徐丹,刘俊,等. 大黄的作用机制研究进展[J]. 中国中医急症,2007,16(11):1404-1405.
- [6] 黄伟,乔健,李成万,等. 生大黄对重症颅脑损伤并发NPE患者血清TNF- α 、IL-6水平的影响[J]. 山东医药,2011,51(2):3-4.
- [7] 何群,张冉,沈凤燕,等. 早期生大黄治疗对重度颅脑损伤患者TNF- α 、IL-6含量的变化与临床意义[J]. 中华中医药学刊,2011,29(5):1186-1187.
- [8] 杨建兵,袁惠芬. 早期肠内营养支持结合大黄对重型颅脑外伤患者临床意义[J]. 中国中医急症,2012,21(11):1842-1844.
- [9] 谢松铭,许风华. 大黄预防重型颅脑损伤并发上消化道出血临床观察[J]. 实用中医药杂志,2005,21(11):653.
- [10] 张显彬. 大黄治疗脑出血急性期的临床与实验研究[D]. 济南:山东中医药大学,2005.
- [11] 廖圣芳,陈汉民,张银清,等. 早期鼻饲生大黄粉防治重型颅脑损伤后上消化道出血的临床研究[J]. 中国现代医学杂志,2004,14(2):105-107.
- [12] 马天寿. 大黄在临床急症中的应用举隅[J]. 提取液对颅脑损伤病人消化道应激性溃疡的作用 [J]. 中国中医急症,2013,22(6):1061-1062.
- [13] 雷澍,方强,张勤,等. 大黄蒽醌衍生物对大鼠急性肺损伤的保护作用[J]. 中国中医药科技,2005,12(6):370-371.
- [14] 喻安永,潘勇,罗云霞,等. 大黄对多发伤兔急性肺损伤模型的保护作用[J]. 遵义医学院学报,2013,36(4):294-297.
- [15] Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock[J]. Crit Care Med, 2012, 41(2):580-637.

浅析扩张型心肌病的中医辨证治疗*

任 春¹ 陆 曙²

(1.南京中医药大学,江苏 南京 210046;2.南京中医药大学无锡附属医院无锡市中医医院,江苏 无锡 214001)

中图分类号:R542.2 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0288-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.037

【关键词】 扩张型心肌病 病因病机 辨证分型 治疗

扩张型心肌病以单侧或双侧心腔扩大,心肌收缩期功能减退,伴或不伴有充血性心力衰竭为特征。该病常伴发各种类型的心律失常,心力衰竭出现的频度较高,预后不良,不少患者猝死^[1]。西医主要从控制心力衰竭和心律失常、预防栓塞和猝死方面着手,提高患者的生活质量和生存率^[2]。但由于该病病因不明,目前尚无特殊的防治方法,死亡率仍较高。中医学对扩张型心肌病有其独特的认识,在该病的治疗方面也有一定的优势,现综述如下。

1 对病名的认识

扩张型心肌病起病隐匿,病程长短不一,临床表现主要为心悸、气短、胸闷、胸痛、水肿、乏力等,中医学将其归属为“心悸”、“喘证”、“胸痹”、“水肿”、“虚劳”等范畴。《灵枢·胀论》云“夫心胀者,烦心短气,卧不安”。陆曙教授复习历代中医古籍、文献后认为,《灵枢》中所论之“心胀病”,其在临床表现、病因病机等方面,与现代医学所言之扩张型心肌病相似,主张将扩张型心肌病命名为“心胀病”,有利于扩张型心肌病中医理论的奠定,指导其诊疗用药^[3]。《素问·痹论》云“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘”。于海峰认为上述症状描述与扩张型心肌病的心悸、气短、神疲乏力、脉沉微弱等相似,认为从“心痹”辨治该病更符合临床实际^[4]。

2 对病因病机的认识

张道亮教授认为扩张型心肌病的病因为先天禀赋不足、后天受到六淫、邪毒、饮食、劳伤等因素的影响,导致脏腑受损、气血虚弱;或气机阻滞,化生痰瘀。病机为本虚标实,因虚致实。本虚为心气虚损、心阳不振或气阴两虚;标实为水饮、痰湿、瘀血等^[5]。严世芸教授则提出气虚血瘀为扩张型心肌病慢性心力衰竭的病机;心肾阳虚为心源性水肿的病机^[6],故严教授在治疗该病时,尤其注重益气化痰、温阳利水之法。“邪之所凑,

其气必虚”,王振涛教授认为正气虚是发病的根本原因。病位在心,与肺、脾、肝、肾等诸脏相关。初起以心气亏虚为表现,日久则气虚及阳,心阳不振,心脉瘀阻,水湿内停。病机总为气虚血瘀,水湿停滞^[7]。陆曙教授认为该病病因为先天禀赋不足,气血阴阳亏虚,心失所养;外感六淫伤及心官;情志失调、饮食不节、劳倦过度、大病久病、失治误治等。病机特点为本虚标实,本虚是气、血、阴、阳的亏虚,标实主要是血瘀、痰阻。早期表现以心气、心阴亏虚为主,晚期则以心、脾、肾阳虚为本,痰瘀互结为标^[8]。

3 中医药治疗

3.1 中医辨证分型治疗 郭子光教授根据该病始终表现为心悸、气短、神疲、乏力、甚至厥脱、脉沉微弱等,提出“气虚”为其根本病机,治疗从少阴辨治,分为寒化、热化二证。若从寒化,以四逆汤加人参汤、防己茯苓汤合方加减治疗;若从热化,以黄连阿胶汤、生脉散合方加减治疗^[9]。张琪教授将该病分为气阴两虚、瘀血互结证,阳气亏虚、血瘀水停证以及肾精亏损、阴阳两虚证3个证型。气阴两虚、瘀血互结证予益气养阴、化痰利水之心胀I号方;阳气亏虚、血瘀水停证予益气温阳、化痰利水之心胀II号方;肾精亏损、阴阳两虚证,偏阳虚者,予右归丸合生脉散加减;偏阴虚者,予左归丸合生脉散加减^[10]。罗陆一教授认为该病病位在心,与肺、脾、肾密切相关。病机中存在肺虚、脾虚、肾虚、痰瘀阻滞的不同,治疗时当分辨脏腑的阴阳偏盛偏衰、兼痰兼瘀,在基本方的基础上分别采用补气、固元、益肺、健脾、益肾、化痰、行瘀的方法^[11]。曾垂义等提出该病以心气虚为本,瘀血、水湿、邪毒为标,临证以补益心气为基础,兼活血、利水、解毒以祛邪。气虚血瘀证采用自拟抗纤益心方加减;气阴两虚血瘀证以生脉散、冠心2号方加减;气虚血瘀水停证则在抗纤益心方基础上,加用泻肺平喘、利水消肿的药物;阳虚血瘀水停证予参附汤加减^[12]。

*基金项目:江苏省无锡市医院管理中心医学技术重大项目(YGZX1102)

3.2 古方治疗 真武汤出自《伤寒论》,为温阳利水之名方。李成林等用真武汤加味方(茯苓、生姜、白术、附子、白芍、黄芪、丹参、葶苈子)治疗扩张型心肌病患者66例。患者随机分为两组,对照组给予西医常规治疗,治疗组在对照组的基础上加用真武汤加味方。疗程3个月后发现治疗组患者心悸、气促、水肿、乏力等症状改善优于对照组;TNF- α 、L-6、hs-CRP水平明显低于对照组^[13]。孔祥奇采用炙甘草汤加味(炙甘草、生姜、西洋参、黄芪、生地黄、五味子、桂枝、阿胶、麦冬、麻仁、大枣)治疗扩张型心肌病心力衰竭患者。结果表明,炙甘草汤联合西药治疗扩张型心肌病患者心力衰竭比单用西药治疗疗效更好。生脉保元汤出自李杲《内外伤辨惑论》,由生脉饮(人参、麦冬、五味子)加黄芪、甘草五味组成,有益气养阴、生津安神、调节免疫之功^[14]。张焕鑫等观察该方对扩张型心肌病患者临床表现、心功能方面的影响。40例扩张型心肌病患者随机分为两组。两组均用西药常规治疗,治疗组同时给予生脉保元汤口服。6个月后发现,治疗组在临床表现、心功能分级、左室射血分数及有效率方面均优于对照组^[15]。

3.3 自拟方治疗 杨新将45例扩张型心肌病患者随机分为西药治疗组和中西结合治疗组。后组在前组的治疗上加用自拟桑葶汤(桑白皮、葶苈子、泽泻、黄芪、桂枝、丹参、附子、桃仁、红花、太子参)。治疗8周后,发现与治疗前及西药治疗组相比,中西结合组患者的生活质量和运动耐量都有明显的改善^[16]。董会文等认为扩张型心肌病病机为心络气虚为本,浊毒瘀阻为标,治疗当荣心络、化浊毒、祛瘀血,经研究组方菖蒲芪丹汤(菖蒲、丹参、白花蛇舌草、太子参、赤芍、黄芪、葛根、当归、牡丹皮、大青叶、全蝎、地龙、砂仁、草豆蔻)。17例扩张型心肌病患者在原西药治疗的基础上给予该方,连续应用2个月。结果表明,治疗后患者的心功能明显改善,且用药期间无明显不良反应,临床疗效显著^[17]。阎谊自拟益气温阳、活血利水之苓泻强心汤(茯苓、猪苓、泽泻、葶苈子、黄芪、白术、党参、桂枝、熟附子、白芍、水蛭)联合西药综合治疗治疗扩张型心肌病(阳虚水泛证)患者70例,结果显示该方能明显改善患者临床症状,提高运动耐量,改善心功能,且总有效率高于单用西药的对照组^[18]。陆庆等将52例扩张型心肌病患者随机分为对照组和治疗组,均给予基础治疗。治疗组患者在对照组基础上加服自拟芪附养心汤(黄芪、附片、桂枝、党参、丹参、川芎、薏苡仁、云茯苓、泽泻、泽兰、葶苈子、降香、炙甘草),该方温阳强心、化瘀利水、宁心安神、健脾和胃。治疗2个月后,治疗组总有效率、LVEF、LVEDD、LVESD均明显优于对照组^[19]。薛军民等将60例扩张型心肌病患者随机分为中西药组和西药组。中西药组在西药组基础上,加用自拟稳心汤(黄芪、人参、麦冬、五味子、茯苓、泽泻、桂枝、桃仁、红花、

当归、川芎、丹参、土鳖虫、甘松)。治疗12个月后随访,发现中西医组较西药组利尿剂用量、洋地黄类制剂使用例数、LVEDD、再次住院率均明显下降^[20]。

3.4 中成药治疗 现代药理学研究证明黄芪具有抗病毒、调节免疫和正性肌力的功效。周爱明等采用大剂量黄芪免煎颗粒联合西药治疗扩张型心肌病合并心力衰竭的患者。结果表明,治疗组在总有效率、LVEF、LVEDD、6 min步行试验方面均优于对照组(单纯西药)^[21]。于文彦将96例扩张型心肌病患者分为3组,每组32例。对照组予心力衰竭常规治疗,芪苈强心胶囊组在常规治疗基础上加用芪苈强心胶囊,治疗组则在常规治疗基础上加用芪苈强心胶囊及每天静脉滴注参附注射液50 mL。治疗4周后,治疗组患者心功能明显改善,血浆BNP水平、LVEDD较对照组低,LVEF高^[22]。蒋周田观察益心舒胶囊治疗扩张型心肌病慢性心力衰竭的临床疗效。将60例患者随机分为两组,对照组给予正规抗心力衰竭治疗,治疗组在对照组基础上加服益心舒胶囊。3个月后,治疗组总有效率高于对照组,在LVEF、LVEDD、CI、6MWT及hs-CRP改善程度方面均优于对照组,且无药物不良反应发生^[23]。王耀华将56例扩张型心肌病合并期前收缩的患者随机分为对照组和治疗组,对照组给予常规治疗,治疗组加用稳心颗粒。4周后结果显示治疗组显效率75.0%,明显优于对照组的42.8%^[24]。冯玉玺等观察生脉注射液对扩张型心肌病合并心力衰竭患者血流动力学的影响。将38例患者随机分为治疗组和对照组。对照组给予西医综合治疗,治疗组在对照组基础上加用生脉注射液静滴。3 d后观察相关血流动力学参数,结果显示治疗组与对照组相比,CO、SV、CI升高,STR、TFC下降,表明生脉注射液能改善扩张型心肌病合并心力衰竭患者的血流动力学指标,从而改善心功能^[25]。

5 结语

扩张型心肌病作为原发性心肌病中的一种,其病因不明,预后不良,以往认为出现症状后5年生存率在40%左右。中医学对该病有其独特的认识,运用辨证论治的方法,加减化裁,在改善患者临床症状、体征方面显示出一定的优势。但目前中医学对该病的治疗仍存在较大的局限性,如缺乏长期的追踪研究,中药的远期疗效不确定;辨证分型治疗不规范,科研设计不严谨等。今后宜着眼于开展多中心、大样本的临床研究,从分子水平上探讨中药对该病的作用靶点及作用机制,同时规范中医学对该病的辨证分型治疗等,将中西医治疗相结合,进一步提高患者的生存质量及存活率。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2011:336-338.

[2] 中华医学会心血管病分会, 中华心血管病杂志编辑委员会, 中国心肌病诊断与治疗建议工作组. 心肌病诊断与治疗建议[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(1): 7.

[3] 陆曙, 戴飞. 《灵枢》“心胀浅析”[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(11): 3172-3173.

[4] 于海峰. 从心痹辨治扩张型心肌病的体会[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(1): 61-62.

[5] 杨波. 张道亮治疗扩张型心肌病的经验[J]. 湖北中医杂志, 2005, 27(2): 17-18.

[6] 周菁. 严世芸教授治疗扩张型心肌病验案举隅[J]. 河南中医, 2010, 30(11): 1126-1127.

[7] 陈磊, 王振涛. 王振涛教授治疗扩张型心肌病临床经验[J]. 中医临床研究, 2012, 4(10): 86-87.

[8] 戴飞, 陆曙. 陆曙教授治疗扩张型心肌病经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(9): 156-157.

[9] 侯德健, 郭子光. 郭子光辨治扩张型心肌病经验[J]. 湖北中医杂志, 2008, 30(3): 21-22.

[10] 周玲凤, 张琪. 张琪教授治疗心胀病经验[J]. 中医研究, 2013, 26(11): 45-47.

[11] 邓斌. 罗陆一教授治疗扩张型心肌病经验拾萃[J]. 中国中医急症, 2010, 19(12): 2084.

[12] 曾垂义, 王振涛, 韩丽华. 扩张型心肌病的中医药治疗[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(10): 2590-2592.

[13] 李成林, 王庆高, 朱智德. 真武汤加味方治疗扩张型心肌病临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2009, 43(5): 21-22.

[14] 孔祥奇. 炙甘草汤加味治疗扩张型心肌病心力衰竭临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(4): 151-152.

[15] 张焕鑫, 张宏考, 肖俊会, 等. 生脉保元汤治疗扩张型心肌病的临床研究[J]. 临床心血管病杂志, 2012, 28(2): 101-103.

[16] 杨新. 自拟桑葚汤对扩张型心肌病患者生活质量和运动耐量的影响[J]. 中医药临床杂志, 2010, 22(3): 225-226.

[17] 董会文, 耿读海, 于杰. 菖蒲芪丹汤治疗扩张型心肌病疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(5): 608-609.

[18] 阎谊. 苓泻强心汤治疗阳虚水泛型扩张型心肌病患者 70 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(11): 1311-1312.

[19] 陆庆, 胡道卿. 芪附养心汤治疗扩张型心肌病疗效观察[J]. 陕西中医, 2013, 34(10): 1277-1278.

[20] 薛军民, 田卫中, 顾志春. 自拟稳心汤配合西药治疗原发性扩张型心肌病慢性心力衰竭的疗效观察[J]. 中国临床研究, 2013, 26(1): 79.

[21] 周爱民, 吴雄杰, 陈卫朝, 等. 大剂量黄芪治疗扩张型心肌病合并心力衰竭的临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2011, 46(1): 26-27.

[22] 于文彦. 芪芩强心胶囊联合参附注射液对扩张型心肌病心力衰竭患者心功能的影响[J]. 现代实用医学, 2013, 25(10): 1125-1126.

[23] 蒋周田. 益心舒胶囊治疗扩张型心肌病慢性心力衰竭的临床疗效观察 [J]. 广西医科大学学报, 2013, 30 (5): 765-767.

[24] 王耀华. 稳心颗粒辅治扩张型心肌病临床疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(12): 107-108.

[25] 冯玉玺, 王宽. 生脉注射液治疗 19 例扩张型心肌病合并心力衰竭患者的血流动力学观察[J]. 华西药理学杂志, 2012, 27(2): 233-234.

(收稿日期 2014-09-21)

(上接第 287 页)

[16] 邢晶晶, 曹婷婷, 杨帆, 等. 鞣质类化合物研究的进展情况[J]. 黑龙江医药, 2011, 24(5): 776-780.

[17] 杜国成. 中药鞣质成分的药理作用探析[J]. 中国医药科学, 2000, 17(1): 27-33.

[18] 覃鲁珊, 赵海平, 赵艳玲, 等. 大黄蒽醌与鞣质对大鼠肝脏的保护和损伤双向作用[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(6): 698-702.

[19] 余炳取, 贾杰, 张益光, 等. 生大黄联合培菲康对重症急性胰腺炎大鼠的早期保护作用[J]. 中国中医急症, 2012, 21(3): 394-396.

[20] 康培良, 刘玮, 冯浩, 等. 急性水肿型胰腺炎 IL-1 β 和 TNF- α 的变化及大黄的干预作用[J]. 肝胆胰外科杂志, 2012, 24(2): 140-142.

[21] 孙冰强, 祝广斌. 生大黄、芒硝参与治疗重症急性胰腺炎临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(6): 1155-1156.

[22] 宁建平, 马安荣. 大黄灌肠对慢性肾功能衰竭患者 BUN、SCr 的影响[J]. 中国中医药科技, 2009, 12(1): 19.

[23] 马天寿, 梁友军. 复方大黄煎剂在慢性肾衰竭患者治疗中的应用[J]. 中国中医急症, 2013, 22(11): 1960-1961.

[24] Bloch O, Papadopou los MC, Manley GT, et al. Aquaporin-4 gene deletion in mice increases focal edema associated with staphylococcal brain abscess [J]. J Neurochem, 2005, 95: 254-262.

[25] 范晓红, 李治建, 斯拉甫·艾白, 等. 没食子中没食子鞣质的提取工艺及免疫作用研究[J]. 医药导报, 2011, 6: 5-8.

[26] 郭东艳, 师延琼, 王幸, 等. 大黄不同炮制品中鞣质含量的测定[J]. 现代中医药, 2012, 32(4): 76-78.

[27] 卢阳珍, 应满珍, 张为民, 等. 不醒脑静与安宫牛黄丸序贯联合生大黄治疗重型颅脑损伤临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(1): 114-115.

[28] 王林, 余亮科, 陈玉强, 等. 不生大黄联合纳美芬预防重度脑损伤应激性溃疡疗效观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2012, 15(7): 1054-1055.

(收稿日期 2014-10-22)

电针耳迷走神经点防治恶性肿瘤患者化疗后恶心、呕吐的临床观察*

朱伟坚¹ 徐妍² 周静珠¹ 王茵萍^{1△}

(1.江苏省人民医院,江苏南京 210029;2.南京中医药大学第二临床医学院,江苏南京 210046)

中图分类号:R245.97 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0291-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.038

【摘要】目的 观察电针耳迷走神经点对恶性肿瘤患者化疗后恶心、呕吐的临床疗效。**方法** 将52例患者随机分为对照组25例,治疗组27例。对照组在化疗开始前30 min缓慢静脉注射盐酸帕洛诺司琼注射液。治疗组在和对照组使用相同药物的基础上同时采用针刺及电针双侧耳迷走神经点的治疗方法,每日2次,连续3 d。**结果** 化疗后第1日和第2日两组病例控制恶心的有效率相当($P>0.05$),在化疗后第3日治疗组病例控制恶心的有效率为74.07%,高于对照组的40.00%($P<0.05$)。化疗后第1日两组病例控制呕吐的有效率相当($P>0.05$),在化疗后第2日治疗组病例控制呕吐的有效率为88.89%,高于对照组的64.00%($P<0.05$),在化疗后第3日治疗组病例控制呕吐的有效率为81.48%,明显高于对照组的40.00%($P<0.01$)。治疗组不良反应发生率低于对照组($P<0.05$)。**结论** 电针耳迷走神经点联合盐酸帕洛诺司琼对恶性肿瘤患者化疗后恶心、呕吐等症状有较好的防治作用,并且可以降低化疗药物毒副反应的发生率。

【关键词】 迷走神经刺激 耳针 电针 恶性肿瘤 化疗 恶心 呕吐

Clinical Observation of Electroacupuncture at Auricular Vagus Nerve Acupoint Treating Nausea and Vomiting of Cancer Patient Induced by Chemotherapy ZHU Weijian, XU Yan, ZHOU Jingzhu. Jiangsu Province Hospital, Jiangsu, Nanjing 210029, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical efficacy of electroacupuncture at auricular vagus nerve acupoint treating nausea and vomiting of patients induced by chemotherapy. **Methods:** 52 patients were randomly divided into two groups: 25 patients in the control group and 27 patients in the treatment group. Both groups were intravenously injected Palonosetron Hydrochloride injection 5 mL:0.25 mg slowly, 30 minutes before the chemotherapy. The treatment group on the basis of that was given electroacupuncture therapy at auricular vagus nerve acupoint twice a day for three consecutive days. **Results:** The efficiency of both groups controlling nausea in the first two days had no statistical significance ($P>0.05$). But at the third day after chemotherapy, the efficiency of treatment group controlling nausea was 74.07%, higher than 40.00% of the control group ($P<0.05$). At the first day after chemotherapy, both groups controlling vomiting had no statistical significance ($P>0.05$). But at the second day after chemotherapy, the efficiency of treatment group controlling vomiting was 88.89%, higher than 64.00% of the control group ($P<0.05$). And at the third day after chemotherapy, the efficiency of treatment group controlling vomiting was 81.48%, significantly higher than 40.00% of the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Electroacupuncture at auricular vagus nerve acupoint of patients has better effect in preventing and treating nausea and vomiting after chemotherapy and reducing the adverse reaction of chemotherapy drugs.

【Key words】 Auricular vagus nerve stimulation; Auricular acupuncture; Electroacupuncture; Malignancy; Chemotherapy; Nausea; Vomiting

我国恶性肿瘤的发生率在不断增加,其中化学药物治疗(化疗)是治疗恶性肿瘤的重要方法之一。但是,化疗药物特别是含铂类药物如顺铂等引起的胃肠道反应如恶心、呕吐等发生率较高,严重影响患者的治疗进

程和生活质量。笔者采用电针患者双侧耳迷走神经点联合止吐药物盐酸帕洛诺司琼的方法防治恶性肿瘤患者化疗后恶心、呕吐,取得了一定的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床诊断均符合文献[1]。纳入标准:(1)年龄18~78周岁,男女不限;(2)入选患

*基金项目:韩国统和医疗振兴院国际合作项目(CIMI-13-01-30)
△通信作者(电子邮箱:wyp-025@163.com)

者均具备化疗适应证,采用化疗药物如含铂类、阿霉素类或紫杉醇类等进行化疗;(3)受试者体力状况尚好,卡劳夫斯基评分(Karnofsky)≥60分,预期生存期在3个月以上;(4)耳廓局部皮肤良好、无明显感染、破溃或瘢痕且愿意配合接受治疗者。排除标准:(1)研究前3个月内参加过其他药物的试验,或同时参加其他临床试验的患者;(2)在化疗前24h有恶心和/或呕吐者;(3)在化疗期间同时实施上腹部或头部放疗者;(4)患有严重肝脏、肾脏疾病或严重心功能不全者;(5)临床证明恶性肿瘤已累及中枢神经系统,或者有胃肠道梗阻、胸腔积液、腹水等其他可能引起恶心和/或呕吐的疾病者。

1.2 临床资料 选取2013年6月至2013年12月笔者所在医院肿瘤科经病理学确诊为恶性肿瘤需化疗的住院患者52例,采用随机数字表法随机分为两组。其中治疗组27例,男性15例,女性12例;年龄34~74岁,平均(57.37±11.56)岁;肺癌12例,胃癌7例,结肠癌1例,直肠癌1例,子宫内膜癌1例,乳腺癌2例,胰腺癌1例,骨肉瘤1例,肾癌1例。对照组25例,男性15例,女性10例;年龄27~78岁,平均(55.44±11.99)岁;肺癌15例,胃癌6例,结肠癌1例,胆管癌1例,食管癌1例,乳腺癌1例。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组在化疗开始使用化疗药前30min缓慢静脉注射止吐药物盐酸帕洛诺司琼注射液0.25mg(齐鲁制药(海南)有限公司生产,商品名为欧赛;或江苏正大天晴药业股份有限公司生产,商品名为止若)溶于0.9%氯化钠注射液20mL。注射时间为30s以上。治疗组在使用与对照组相同药物的基础上同时使用耳迷走神经点刺激疗法。具体方法如下:先定位双侧耳廓的耳迷走神经点以及耳迷走神经上点具体定位:耳迷走神经点位于耳轮脚中点的下缘处,耳迷走神经上点位于耳轮脚中点的上缘处^[2]然后用碘伏清洁患者双侧耳廓治疗部位的皮肤,以华佗牌一次性使用无菌针灸针(规格0.25mm×25mm,苏州医疗用品厂有限公司生产)刺入耳穴,深度保持在进入耳廓软骨而不刺穿对侧皮肤,然后连接胃肠调控治疗仪(电脉冲式用交替波,即2s有脉冲,下3s无脉冲。脉冲频率为25Hz,电流强度为0.1mA,以患者的耐受为度。宁波迈达医疗仪器有限公司生产),每次电针时间为30min,到时间后取下针灸针和治疗仪,局部皮肤消毒。每日2次,连续3d。

1.4 观察指标 采用自拟症状分级积分表格观察记录两组患者在化疗期间发生恶心、呕吐等方面的情况。同时根据美国国立癌症研究所常见毒性事件标准(NCI-CTCAE)评分表制定分级积分表格观察记录两组出现化疗药物毒副反应的情况。观察方式以观察者

现场观察询问结合患者自身日记记录相结合的方式。观察周期为自化疗开始前1d至化疗开始后第3日结束。按照世界卫生组织(WHO)推荐的标准评价疗效。(1)恶心分为0~Ⅳ级:0级为无恶心;Ⅰ级为轻度恶心,不影响进食及日常生活;Ⅱ级为中度恶心,影响进食及日常生活,Ⅲ~Ⅳ级为重度恶心,需卧床休息。(2)呕吐分为0~Ⅳ级:0级为无呕吐;Ⅰ级为呕吐每日1~2次;Ⅱ级为呕吐每日3~5次;Ⅲ~Ⅳ级为呕吐超过每日5次。

1.5 疗效标准 恶心疗效分级标准:完全控制为无恶心;基本控制为恶心每日1~4次;中度控制为恶心每日5~12次;无效为恶心超过每日12次。止吐疗效分级标准:完全控制为无呕吐;基本控制为呕吐每日1~2次;中度控制为呕吐每日3~5次;无效为呕吐超过每日5次。有效率均以完全控制和基本控制两项总和来计算。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组化疗后恶心情况比较 见表1。结果显示化疗后第1日和第2日两组病例控制恶心的有效率相当($P>0.05$),第3日治疗组有效率高于对照组($P<0.05$)。

表1 两组化疗后恶心情况比较(n)

组别	时间	完全控制	基本控制	中度控制	无效	总有效(%)
治疗组 (n=27)	化疗第1日	12	12	3	0	24(88.89)*
	化疗第2日	3	19	5	0	22(81.48)*
	化疗第3日	0	20	5	2	20(74.07) [△]
对照组 (n=25)	化疗第1日	1	22	2	0	23(92.00)
	化疗第2日	0	16	9	0	16(64.00)
	化疗第3日	0	10	15	0	10(40.00)

与对照组比较,* $P>0.05$,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组化疗后呕吐情况比较 见表2。化疗后第1日两组控制呕吐的有效率相当($P>0.05$),在化疗后第2日、第3日治疗组病例控制呕吐的有效率均高于对

表2 两组病例化疗后呕吐情况比较(n)

组别	时间	完全控制	基本控制	中度控制	无效	总有效(%)
治疗组 (n=27)	化疗第1日	22	4	1	0	26(96.30)
	化疗第2日	17	7	3	0	24(88.89) [△]
	化疗第3日	10	12	3	2	22(81.48) [▲]
对照组 (n=25)	化疗第1日	16	9	0	0	25(100.00)
	化疗第2日	9	7	9	0	16(64.00)
	化疗第3日	1	9	13	2	10(40.00)

与对照组同期比较,[△] $P<0.05$,[▲] $P<0.01$ 。

对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

2.3 两组病例化疗后出现化疗药物毒副反应的情况比较 治疗组病例在化疗后的化疗药物毒副反应的症状积分平均减少 0.59 分,与化疗前比较差异无统计学意义($P>0.05$)。对照组病例在化疗后的化疗药物毒副反应的症状积分平均增加 1.16 分,与化疗前比较差异有统计学意义($P<0.01$)。两组症状积分变化进行组间比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

3 讨论

随着我国恶性肿瘤的发病率逐年上升,化疗在治疗恶性肿瘤中的地位也越来越高,已经逐步成为主要手段之一。但是,大多数化疗药物都会引起不同程度的胃肠道反应如恶心、呕吐等。有研究显示其中导致呕吐程度最重的药物为顺铂(DDP),其次为氮芥(HN)、环磷酰胺(CTX)、阿霉素(ADM)、柔红霉素(DNR)、表阿霉素(EPI)等^[3]。

化疗导致恶心、呕吐的主要机制是化疗药物刺激胃肠道黏膜上的嗜铬细胞,使其释放出的 5-羟色胺 3 (5-HT³)与中枢及外周的 5-HT³受体结合从而将信号传入呕吐中枢和延髓催吐化学感受区而引发呕吐^[4]。目前,临床常用的止吐药有胆碱能受体阻断剂、组胺受体阻断剂、多巴胺受体阻断剂及 5-HT³受体阻断剂等。但是此类药物大多数对恶心、呕吐的治疗效果不佳,并且因疗效不佳而加大剂量,常导致头痛、头晕、便秘等不良反应的发生。本试验选用的预防呕吐的药物盐酸帕洛诺司琼是一种新型高选择性、高亲和性 5-HT³受体拮抗剂,其主要通过拮抗中枢化学感受区(CTZ)及外周迷走神经末梢的 5-HT³受体与 5-HT 结合,从而抑制恶心、呕吐的发生。其对于预防各种化疗药物引起的急性恶心、呕吐具有较高的缓解率,但是其也存在着如头痛、便秘、腹泻、头晕、疲劳、腹痛、失眠等不良反应^[5],所以常常会影响其使用效果,而且由于其平均终末消除半衰期为 40 h,所以在临床化疗中只需要在化疗开始前 30 min 使用 1 次。但是,其对于 24 h 以后至 72 h 的延迟性呕吐的预防和缓解率较低。所以本研究采用一种其他治疗方法配合 5-HT³受体拮抗剂同时使用,从而减少其不良反应的发生率并提高其对延迟性呕吐保持较高的缓解率。

耳迷走神经点刺激疗法是通过刺激耳廓迷走神经分布区域来治疗疾病的一种方法。这种疗法是建立在耳针疗法与现代医学中迷走神经刺激疗法的基础上的。中医学认为,“耳为宗脉之所聚,十二经脉皆上通于耳”。因此,耳与经络、脏腑之间有着密切的联系,刺激耳穴可有效作用于全身经络,激发机体自我平衡功能,减轻不良反应。笔者在临床治疗呃逆、呕吐、胃痛等疾病时常常选择耳中、食道、贲门、胃等穴位而且经常

获得很好的疗效。而这些穴位都分布在耳甲区,有研究发现^[6],通过对人体耳廓神经分布情况解剖发现,迷走神经与舌咽神经耳支于耳廓后面对耳轮沟之中部穿至耳廓前面,分布于耳轮脚始部上下皮肤。此外,耳甲部的迷走神经末梢还在重要的初级中枢孤束核、迷走神经运动背核及其他多个核团均有投射^[7]。这些联系都表明了迷走神经在参与耳针治疗内脏疾病中发挥着非常重要的作用,通过刺激耳穴可以对内脏功能具有调节功能。本研究中选择的耳迷走神经点和耳迷走神经上点均在耳甲迷走神经分布的集中区域。通过针刺及电刺激这两个穴位可能是通过“耳-迷走反射”将神经冲动传导到中枢孤束核、迷走神经运动背核等核团,激发了人体自我平衡调节能力,调节迷走神经的兴奋性,抑制大脑皮层形成的病理性兴奋灶^[8],减少了呕吐信号传入对延髓呕吐中枢的刺激。此外,还有可能通过抑制胃肠道嗜铬细胞 5-HT³的分泌和调节胃肠的蠕动,减轻了恶心、呕吐的症状。

本研究中盐酸帕洛诺司琼与耳迷走神经点刺激联合使用与单纯使用药物相比可以在预防化疗后急性呕吐和延迟性呕吐中发挥更好的疗效,与对照组相比,治疗组不仅在急性呕吐的预防中有较高的有效率,而且在之后的延迟性呕吐的预防中还能保持较高的有效率。除此之外,通过观察化疗后化疗药物毒副反应的发生情况,与对照组相比,治疗组毒副反应发生率也较低,提高了患者的生活质量和化疗的依从性。所以,耳迷走神经点刺激疗法作为一种简单实用而经济高效的方法在联合止吐药防治化疗后恶心、呕吐等症状中有较好的应用价值。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部医政司.中国常见恶性肿瘤诊治规范(第9分册)[S].1991;10-11,14-15.
- [2] 黄丽春.耳穴治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2006;6.
- [3] 周际昌.实用肿瘤内科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2005;31.
- [4] 王哲海,孔莉,于金明.肿瘤化疗不良反应及其对策[M].济南:山东科学技术出版社,2002;6.
- [5] 马剑(综述),韩正祥(审校).化疗引起的恶心呕吐机制研究进展及其对策[J].徐州医学院学报,2010,30(9):627-630.
- [6] 张诗兴,徐恒泽,姜文方.耳廓神经支配及其与耳穴定位的关系[J].南京铁道医学院学报,1998,17(4):235-237.
- [7] 梅志刚,朱兵,何伟,等.耳针作用的形态学基础-来自HRP神经示踪法的证据[J].时珍国医国药,2009,20(11):2675-2677.
- [8] 曹翠琴,杨小梅.耳贴配合通附合剂保留灌肠解除化疗患者便秘[J].护理学杂志,2011,26(7):33.

(收稿日期 2015-10-23)

健脾和胃合剂缓解胰腺癌伽玛刀放疗后 胃肠道反应的临床观察*

傅敏 侯妍利 袁敏 胡陵静[△]

(重庆市中医院, 重庆 400011)

中图分类号: R730.59 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)02-0294-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.039

【摘要】目的 观察健脾和胃合剂缓解胰腺癌伽玛刀放疗后出现胃肠道反应的临床疗效。**方法** 对 60 例行伽玛刀放疗的胰腺癌患者进行回顾性分析, 采用随机分组法将患者分为实验组和对照组, 伽玛刀放疗第 1 天起, 实验组给予肌肉注射胃复安联合口服健脾和胃合剂治疗, 对照组给予肌肉注射胃复安治疗。观察伽玛刀放疗过程中和放疗结束后 7 d 内两组缓解胃肠道反应的临床疗效。**结果** 实验组胃肠道反应总控制率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 健脾和胃合剂具有益气健脾、和胃降逆之功效, 能有效缓解胰腺癌伽玛刀放疗后胃肠道反应, 改善患者食欲。

【关键词】 胰腺癌 伽玛刀放疗 胃肠道反应控制率

The Clinical Efficacy of the Spleen and Stomach Mixture to Ease the Gastrointestinal Reaction of Pancreatic Cancer after Gamma-ray Radiotherapy FU Min, HOU Yanli, YUAN Min, et al. *Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital, Chongqing 400011, China*

【Abstract】Objective: To observe the clinical efficacy of the spleen and stomach mixture to ease the gastrointestinal reaction of pancreatic cancer after gamma-ray radiotherapy. **Methods:** 60 patients who had received gamma-ray radiotherapy were randomly divided into two groups. From the first day of gamma-ray radiotherapy, treatment group were treated with muscle injection of metoclopramide combined oral the spleen and stomach mixture, and the control group were treated by only muscle injection of metoclopramide. The clinical effect of ease the gastrointestinal reaction were compared between the two groups during radiotherapy within 7 days the end. **Results:** The total control of the gastrointestinal tract of the treatment group was 88.6%, and the control group was 62.3%, two groups of reaction control had significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion:** The spleen and stomach mixture has a beneficial good spleen and stomach fall of inverse effect, and can effectively alleviate the gastrointestinal reaction of pancreatic cancer after gamma-ray radiotherapy, and improve appetite.

【Key words】 Pancreatic Cancer; Gamma-ray radiotherapy; Gastrointestinal reaction control

胰腺癌是多起源于胰腺导管上皮的一种常见的恶性极高的消化道肿瘤之一, 随着人们生活水平提高, 胰腺癌的发生率呈逐年上升趋势^[1]。2008 年美国统计, 胰腺癌每年新增病例约为 37680 人, 死亡人数每年高达 34290 人^[2]。目前胰腺癌治疗方式首选外科手术, 而因起病隐匿, 确诊时已属肿瘤晚期, 绝大部分患者错过手术最佳时机, 而胰腺癌对全身化疗不敏感, 故放疗成为晚期胰腺癌患者治疗的主要手段。在胰腺癌患者放疗过程中, 因胃肠道黏膜受损, 大部分患者会产生胃肠道不适反应, 表现为恶心呕吐、腹胀闷、饮食减少、肢软乏力症状, 随着放射剂量的增加^[3], 上述症状逐渐明显, 从而导致患者纳差、营养不良、产生放疗抵抗心理等, 严重影响放疗进度和疗效。既往针对患者出现胃肠道不适, 西医常规给予肌肉注射

胃复安缓解症状, 但临床控制不理想, 为寻求更佳疗效, 结合我院的中医特色, 我院于 2011 年 1 月至 2014 年 6 月期间, 采用具有益气健脾、和胃降逆功效的健脾和胃合剂联合胃复安, 治疗胰腺癌伽玛刀放疗后出现胃肠道反应。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 60 例胰腺癌中晚期接受伽玛刀放疗患者, 其中男性 36 例, 女性 24 例; 年龄 40~70 岁; 其中胰头癌 32 例, 胰体癌 15 例, 胰尾癌 13 例, 均经病理组织活检确诊患者。纳入标准为 (1) 无放疗禁忌, KPS 评分 ≥ 70 , 自愿接受伽玛刀放疗方案的患者; (2) 自愿接受本治疗和随访的患者; (3) 预计生存期 ≥ 3 个月; (4) 未接受肠内或肠外高营养治疗。将 60 例患者随机分为实验组和对照组各 30 例, 两组患者的病情、年龄、性别、KPS 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察过程中无病例脱落。

* 基金项目: 国家中医药管理局重点建设专科

[△] 通信作者 (电子邮箱: dan861218@163.com)

1.2 治疗方法 60例胰腺癌中晚期患者均采用伽玛刀放疗,放射单剂量为每日500 cGy/次,总剂量50~60 Gy,放疗过程中休息1 d。从伽玛刀放疗第1日开始,对照组于放疗前10 min,给予肌肉注射胃复安10 mg;实验组在对照组治疗基础上,给予每天口服健脾和胃合剂30 mL,每日3次,健脾和胃合剂组方:党参20 g,炒白术15 g,茯苓15 g,法半夏15 g,陈皮15 g,麦冬15 g,隔山撬15 g,红景天15 g,甘草6 g。由本院医药室统一煎制。

1.3 疗效标准 纳入研究的60例患者从中医证候、体质量变化2个方面进行观察。中医证候主要参照《中药新药临床研究指导原则》及WHO急性和亚急性毒副反应的表现和分度标准制定。其中医证候诊断标准:脾失健运、胃失和降证。主症为恶心呕吐、脘腹胀闷、饮食减少;次症为肢软乏力。恶心呕吐症状分3级,I级:有呕吐,每日3~5次,呕吐量为胃内容物。II级:呕吐每日6~8次,厌油,进食少。III级:呕吐频繁,每日9次以上,呕吐量大,未进食。脘腹胀闷症状分3级,I级:脘腹胀闷;食后加重,进食量减少1/4。II级:明显脘腹胀闷,能忍受;但食量减少1/2。III级:脘腹胀闷较重,难以忍受;经常食后加重,呕吐物伴有胆汁或血液,食量减少3/4,可造成电解质紊乱。饮食减少症状分3级,I级:食量减少1/4。II级:食量减少1/2。III级:食量减少3/4。肢软乏力症状分3级,I级:肢体稍倦,生活自理。II级:四肢乏力,生活基本能自理。III级:全身无力,终日不愿活动,生活完全不能自理。症状控制在无症状为完全控制(CR),I级为部分控制(PR),II级为轻微控制(MR),III级为未控制(F),总控制率为CR+PR。体质量变化:治疗后比治疗前无变化或上升为有效,下降0~2 kg为稳定,下降3~5 kg为无效。

1.4 统计学处理 应用SPSS 19.0统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候控制情况比较 见表1。组患者在接受伽玛刀放疗后,4种中医证候控制情况进行比较,实验组中恶心呕吐控制率为88.60%,明显高于对照组的62.30%;实验组脘腹胀闷症状控制率为83.33%,高于对照组66.67%;实验组对饮食减少控制率为86.67%,高于对照组63.33%;实验组对肢软乏力有效率为90.00%,而对照组仅为60.00%,实验组对各种中医证候控制率明显优于对照组($P < 0.05$)。

2.2 两组体质量变化情况比较 见表2。60例患者均在接受伽玛刀放疗过程中,给予不同治疗方式止吐,改善胃肠道反应后,两组患者食欲恢复不同,实验组中有19例患者体质量未下降,有效率达63.33%,而对

表1 两组中医证候群控制情况比较(n)

组别	证候	CR	PR	MR	F	总控制率(%)
实验组 (n=30)	恶心呕吐	22	6	2	1	93.33 [△]
	脘腹胀闷,食后加重	20	5	3	2	83.33 [△]
	饮食减少	24	2	3	1	86.67 [△]
对照组 (n=30)	肢软乏力	23	4	1	2	90.00 [△]
	恶心呕吐	18	3	2	7	62.30
	脘腹胀闷,食后加重	15	5	4	6	66.67
	饮食减少	14	5	6	5	63.33
	肢软乏力	14	4	5	7	60.00

与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

表2 两组体质量变化情况比较(n)

组别	n	有效	稳定	无效	有效率(%)
实验组	30	19	7	4	63.33 [△]
对照组	30	9	8	13	30.00

照组中,仅9例患者体质量未明显下降,有效率仅为30.00%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

晚期胰腺癌恶性程度高,进展快,预后差,外科手术可切除率低,全身化疗敏感性差,故以姑息性放疗辅以中医药、免疫治疗、对症为主要治疗手段,达到缓解患者症状,延长生存期的目的^[4]。

伽玛刀放疗是一种以 Co^{60} 为放射源的三维适形放疗技术,因其靶区射线集中区域与肿瘤区域高度一致,射线剂量分布均匀,对肿瘤细胞杀伤作用较强,而周围正常组织受累剂量较小,在临床上广泛用于肿瘤治疗^[5]。目前临床上应用的止吐药主要为5-HT₃受体抑制剂,如昂丹司琼、格拉司琼等和多巴胺2(D₂)受体拮抗剂如胃复安,单用上述药物治疗不能完全有效地改善患者纳差、肢软乏力、脘腹胀闷等症状。

中医学认为胰腺癌属古代疾病“伏梁”的范畴,如《素问·腹中论》说“病有少腹盛,上下左右皆有根,……病名伏梁……不可治,治之每切按之致死”,“其气淫于大肠而着于胃,胃之原在脐下,故环脐而痛也”等^[6]。中医辨证主要以湿热、瘀血、气滞、脾胃虚损以及气血亏虚为共同证候要素^[7],加之伽玛刀放疗后邪气损伤脾胃,最终导致脾失健运、胃失和降,出现恶心呕吐、脘腹胀闷、食后加重、饮食减少、肢软乏力、口干等症状,应用中医辨病与辨证相结合,以益气健脾、和胃降逆为主要治法。

本实验观察的健脾和胃合剂以六君子汤为基础方,方中党参益气健脾,法半夏和胃降逆,二药同为君药,白术、茯苓健脾养胃,与陈皮理气健脾和胃相配均为臣药,麦冬养阴清热,隔山撬消积化食,红景天扶正固本,缓解伽玛刀后辐射损伤,共同佐助君臣,甘草调

和诸药,诸药合用具有益气健脾、和胃降逆之功。该方联合胃复安对胰腺癌伽玛刀放疗后对恶心呕吐控制率为 93.33%,明显高于对照组,且对腹胀闷、饮食改善、肢软乏力等症状,实验组缓解率分别为 83.33%、86.67%、90.00%,均高于对照组,特别是放疗期间随着放射剂量的增加,实验组对胃肠道反应的控制程度越明显,而在放疗结束后,实验组对食欲改善也明显优于对照组。

综上可知,健脾和胃合剂联合胃复安能够有效缓解伽玛刀放疗后胃肠道反应,对放疗后胃肠道反应具有减毒作用,为中西医结合治疗肿瘤患者放疗副反应提供新的治疗方法,值得临床进一步研究应用。

参 考 文 献

[1] 王春波,胡洪涛,乔文波,等.局部晚期胰腺癌放射治疗方法评价[J].医学研究通讯,2004,33(9):40-42.

[2] Yeo CI,Abrams PA,Grochow IB,et al. Pancreaticoduodenec-

tomy for pancreatic adenocarcinoma:postoperative adjuvant chemoradiation improves survival. A prospective, single-institution experience[J]. Ann Surg, 1997, 225(3):621-636.

[3] 夏廷毅,孙庆选,于涌,等.体部γ-刀治疗52例胰腺癌的疗效分析[J].中华肝胆外科杂志,2006,12(2):86-88.

[4] 徐燕立,刘鲁明,朱飞叶.抗胰腺癌中药研究现状[A].中国中西医结合学会肿瘤专业委员会.第3届国际中医、中西医结合肿瘤学术交流大会暨第12届全国中西医结合肿瘤学术大会论文.北京:中国中西医结合学会肿瘤专业委员会,2010:229-234.

[5] 殷蔚伯,谷铣之.肿瘤放射治疗学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2002:67-69.

[6] 姚大鹏,张培彤.胰腺癌中医药治疗研究进展[J].中国肿瘤,2014,23(5):403-407.

[7] 唐蕾,陆陈春,王立伟.周维顺辨证治疗胰腺癌经验[J].浙江中西医结合杂志,2010,20(3):137-138.

(收稿日期 2014-10-11)

经筋层电针松解治疗腰背肌筋膜炎临床观察

丁荣富¹ 黄仕荣²

(1.上海市杨浦区市东医院,上海 200438;2.上海中医药大学附属曙光医院,上海 200021)

中图分类号:R245.9*7 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0296-02
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.040

【摘要】目的 观察经筋层电针松解治疗腰背肌筋膜炎的临床疗效。**方法** 采用随机对照实验,将90例患者随机分成治疗组和对照组,治疗组采用经筋层电针松解治疗,对照组采用口服美洛昔康片治疗,治疗结束后评价疗效。**结果** 治疗组有效率为95.56%,高于对照组的86.67%($P < 0.01$);两组治疗后VAS评分均低于治疗前,组间、组内差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗1月后,两组疼痛VAS评分比较,治疗组低于对照组($P < 0.01$)。**结论** 经筋层电针松解治疗腰背肌筋膜炎有显著疗效,可明显缓解疼痛。

【关键词】 经筋层 电针松解疗法 腰背肌筋膜炎 痹证

肌筋膜炎又被称为肌纤维组织炎、肌筋膜疼痛综合征等,是临床常见病之一。腰背部肌筋膜炎属于中医学“痹证”范畴,多因久卧湿地、贪凉、受寒等,致风寒湿邪侵袭,引起经脉拘挛,经络闭阻,气血运行不畅,或腰背部受损后,肌肉筋膜形成粘连,或长期劳损,造成肌肉筋膜变性,从而导致腰背部反复疼痛。主要表现为腰背部弥漫性疼痛,尤其以两侧腰背部肌肉最为明显。临床上较多采用推拿、拔罐、针灸、针刀等治疗方法^[1-3]。笔者采用经筋层电针松解治疗本病,取得了较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集90例确诊的腰背肌筋膜炎患者,诊断标准符合《中医病证诊断疗效标准》^[4]相关标准。纳入标准:(1)符合背肌筋膜炎诊断标准;(2)签订知情同意书,配合试验,疗程内未用其他治疗方法;(3)1个月后完成随访的患者。排除标准:(1)合并心脑血管、肝肾、造血系统等严重疾病;(2)合并有肿瘤等不适宜电针治疗患者;(3)合并有强直性脊柱炎、风湿性脊柱炎或者类风湿性关节炎等影响疗效观察的患者;(4)局部皮肤有破溃患者;(5)年龄小于18岁或大于65岁。用随机数字表法将入选患者分成治疗组和对照组各45例。治疗组中男性22例,女性23例;年龄18~55岁;病程6~276 d。对照组中男性19例,女性26例;年龄18~53岁,病程3~270 d。两组患者在年龄、性别与病程方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。

表1 两组一般资料比较(n)

组别	n	性别		年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	病程(月, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
治疗组	45	22	23	35.50±8.98	2.72±2.15
对照组	45	19	26	35.36±8.40	3.25±2.22

1.2 治疗方法 治疗组给予经筋层电针松解治疗,常

规治疗1个疗程(2周)。(1)器械准备。普通诊疗床、G6805-II型多用治疗仪、华佗牌24号3.0寸不锈钢毫针。(2)穴位定位。主治穴位阿是穴,该穴位在病变患侧脊柱后正中线旁开1.5~3.0cm,压痛最为显著之处,部分患者伴有明显的结节和压痛。(3)进针方法。根据病变部位,选取患侧局部阿是穴。针刺时患者取俯卧位,所选进针穴位为局部压痛点、硬结、条索状物位置向上1~2寸,常规消毒,术者采用夹持进针法,将24号3.0寸针灸针的针尖对准穴位,迅速将毫针刺入皮下,平刺至经筋层,进针方向基本平行于脊柱,并要求纵向穿越所扪及的硬结或条索状物。行平补平泻法缓慢平刺进针至2.5~2.8寸,要求边进针边仔细体会针感,务在获得明显的得气感为度。(4)电极方法。针刺完毕后接通G6805-II型多用治疗仪,以所刺针针柄为一电极,另外在两侧旁开约1cm处以同样方法刺入第2枚毫针,针刺方向与深度同第1针,要求两针连线基本垂直于脊柱,两电极正负无特别要求。(5)电针参数。连续波形,频率40Hz,初始电流强度以患者能够耐受的最大强度为准,此后要根据患者的耐受情况不断地调高刺激强度(即始终以所谓的伤害刺激为准)。(6)针刺频度及疗程。单次电针治疗时间为60min,每周3次,6次为1个疗程(2周)。对照组给予美洛昔康片(上海勃林格殷格翰药业有限公司,7.5mg×7片)7.5mg口服,每日1次,2周为1个疗程。

1.3 观察指标 采用视觉疼痛模拟评分法(VAS),分别于治疗前、疗程结束时、疗程结束后1月进行观察,并记录两组患者VAS评分结果。疗效判定标准参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[4]。治愈:腰背部疼痛消失,活动自如。好转:腰背部疼痛减轻,活动时稍有不适。未愈:临床症状在治疗后无改善。

1.4 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验,治疗前后采用配对t检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后腰背部疼痛VAS评分情况比较 见表2。治疗组、对照组在治疗后的疼痛评分及1个月后随访的疼痛评分,分别与治疗前疼痛评分做组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。两组在治疗后的疼痛评分及1个月后随访的疼痛评分做组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 两组患者治疗前后VAS评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	治疗后1个月
治疗组	45	5.824±0.996	1.182±0.8440*	0.396±0.6495 [△]
对照组	45	5.762±1.0044	2.607±1.1470*	1.320±0.8946*

与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.01$ 。

2.2 两组患者疗效比较 见表3。治疗组总有效率高于对照组($P < 0.01$)。

表3 两组患者临床疗效比较 n

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效(%)
治疗组	45	11	32	2	43(95.56) [△]
对照组	45	2	37	6	39(86.67)

与对照组比较,[△] $P < 0.01$ 。

3 讨论

腰背部肌筋膜炎表现为腰背部弥漫性钝痛,但通常有明显的局限性压痛点及硬结、条索状物,触摸此点可引起疼痛,故采用经筋层局部电针松解治疗时,进针过程中要求纵向穿越压痛点及所扪及的硬结或条索状物,可使局部病变粘连的软组织得到松解^[5],减张减压^[6],加快炎性物质和致痛物质的吸收,并能抑制疼痛中枢,阻断神经递质受体的传导,达到消炎止痛的目的^[7-8]。结合局部密波刺激,能使肌肉产生节律性的收缩和舒张^[9],使粘连进一步得到松解,并能降低神经应激功能^[10],有助于改善病变局部的血液循环,起到止痛、缓解肌肉痉挛的功效。本法中电针针体大部处于经筋层,电刺激范围包括了平行的2针针体间所有疼痛区域,扩大了治疗的范围,做到了点面结合治疗。

从本次实验观察中可以看到,经筋层电针松解治疗腰背肌筋膜炎的疗效要优于常用的非甾体类消炎止痛药物,更避免了此类药物的毒副作用。

参考文献

- [1] 嘉士健. 针灸联合走罐治疗腰背肌筋膜炎120例临床疗效分析[J]. 中国医药指南, 2010, 8(3): 16-17.
- [2] 王正明, 谭奇纹. 针刺腰夹脊穴治疗慢性腰肌筋膜炎30例[J]. 现代中医药, 2011, 31(6): 46.
- [3] 俞杰, 孟辉, 王少杰. 针刀不同进针深度治疗背肌筋膜炎的比较研究[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(3): 207-209, 216.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 212.
- [5] 卓廉佳, 王琦. 针灸结合中药熏蒸治疗颈肩背肌筋膜炎30例[J]. 中医药导报, 2013, 19(1): 68-69.
- [6] 王惠敏. 铍针治疗腰背肌筋膜炎疗效观察[J]. 颈腰痛杂志, 2011, 32(5): 399-400.
- [7] 戴丽娟, 徐炳国, 王晶. 不同针灸方法治疗背肌筋膜炎[J]. 中国康复, 2012, 27(4): 293-294.
- [8] 黄芳, 陈雄, 穆敬平, 等. TENS联合电针治疗肌筋膜炎的疗效观察[J]. 成都中医药大学学报, 2014, 37(2): 64-66.
- [9] 王世广. 电针腰夹脊穴治疗椎间盘突出症34例临床观察[J]. 河北中医, 2012, 34(11): 1679-1680.
- [10] 路阳, 胡卡明. 电针刺激督脉穴为主治疗肌筋膜炎疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2011, 13(4): 18-20.

(收稿日期 2014-10-21)

耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗卒中后睡眠障碍的临床观察*

张霞¹ 张新生^{1△} 谢燕²

(1.重庆市中医院,重庆 400021;2.上海市松江区方塔中医医院,上海 200000)

中图分类号:R245.32*3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0298-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.041

【摘要】目的 观察耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗卒中后睡眠障碍的临床疗效。**方法** 将我院收治的 120 例卒中后睡眠障碍患者纳入研究,采用随机数字表法分为观察组和对照组,观察组患者接受耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗,对照组患者接受艾司唑仑治疗,比较两组患者的睡眠障碍情况、中医症状评分以及整体生活质量。**结果** 治疗后 1 周、2 周、3 周、4 周时,观察组患者的 PSQI 指数低于对照组;治疗后 2 周时,观察组患者入睡困难、多梦易醒、晨起困倦、心悸易惊、神疲倦怠、健忘、烦躁易怒、易汗出头痛眩晕、注意力不集中的评分均低于对照组;治疗后 4 周时,观察组患者的物质生活维度、躯体健康维度、心理健康维度、社会功能维度评分均高于对照组(均 $P < 0.05$)。**结论** 耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗有助于改善睡眠障碍和中医症状,提高生活质量,是治疗卒中后睡眠障碍的理想方法。

【关键词】 脑卒中 睡眠障碍 耳穴压丸 足底按摩 穴位贴敷

The Clinical Effect of Auricular Plaster Combination with Foot Reflexology or Point-application on Dys-somnia after Stroke ZHANG Xia,ZHANG Xinsheng,XIE Yan. *Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital,Chongqing 400021,China*

【Abstract】Objective: To observe the effect of auricular plaster combination with foot reflexology or point-application on dyssomnia after stroke. **Methods:** 120 patients were randomly divided into two groups. Treatment group were treated with auricular plaster combination with foot reflexology/point-application,while control group were treated with estazolam.The state of dyssomnia,scores of Chinese Medicine symptoms,quality of life of both groups were observed. **Results:** One,two,three and four weeks after treatment,the index of PSQI of treatment group was lower than that of control group.And two weeks after treatment,the scores of difficulty falling asleep,dreaminess,Morning sleepy,palpitating,forgetfulness,fidget,easy to sweat,giddiness,impaired concentration were lower than those of control group;four weeks after treatment,the dimension of material life,physical health,mental health,social function of treatment group were all higher than those of control group. **Conclusion:** Auricular Plaster Combination with Foot Reflexology or Point-application helps to improve dyssomnia,Chinese medicine symptoms,which is an ideal way to cure dyssomnia after stroke.

【Key words】 Stroke;Dyssomnia;Auricular plaste;Foot reflexology;Point-application

睡眠障碍是卒中后常见的并发症,西医多采用镇静药物来改善患者的睡眠情况。但是,西医药物使用会缩短慢波睡眠时间、改变正常的睡眠结构,整体疗效并不理想^[1]。近年来,中医中药被逐步应用于卒中后睡眠障碍的治疗,并展现出来积极的价值。耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗是中医常用的治疗方法。在下列研究中,我们分析了耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗卒中后睡眠障碍的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料 将 2013 年 5 月至 2014 年 5 月期间我院收治的 120 例卒中后睡眠障碍患者纳入研究,纳

入标准:(1)符合《中华人民共和国中医药行业标准》的脑卒中中医诊断^[2]以及 1995 年第 4 届全国脑血管病学术会议《各类脑血管疾病诊断标准要点》^[3]的脑卒中西医诊断;(2)脑卒中治疗出现睡眠障碍,匹兹堡睡眠质量(PSQI)指数 > 17 分;(3)脑卒中发生前无睡眠障碍,且语言理解和表达能力正常,能够配合完成相关量表的填写;(4)取得知情同意。采用随机数字表法分为观察组和对照组各 60 例。观察组男性 41 例,女性 19 例;年龄 55~76 岁,平均 (62.78 ± 7.87) 岁;脑梗死 34 例,脑出血 26 例。对照组男性 40 例,女性 20 例;年龄 55~72 岁,平均 (63.14 ± 7.52) 岁;脑梗死 35 例,脑出血 25 例。两组患者性别、年龄、类型等资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组患者参照《中国脑血管病防治

*基金项目:重庆市中医重点建设专科;重庆市中医院科研课题
△通信作者(电子邮箱:13611611941@163.com)

指南》标准化方案对脑卒中进行治疗,治疗后进行肢体康复训练,同时给予艾司唑仑 1 mg 睡前口服。观察组患者给予耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗,耳穴压丸方法治疗方法如下:主穴取神门、皮质下、心、肾、内分泌、垂前,耳廓用 75%酒精消毒后通过探针找出敏感点,将王不留行籽黏贴在 0.5 cm×0.5 cm 的胶布中,对准标记的耳穴并贴上,采用温柔的手法按摩,每次 3 min。足底按摩选择大脑、额窦、垂体、安眠点、腹腔神经丛等反射点,选择大椎、督脉、关元、八脉。两组均连续治疗 4 周。

1.3 观察指标 睡眠障碍情况,治疗前和治疗后 1 周、2 周、3 周、4 周时,采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评价患者的睡眠质量,得分越高、睡眠障碍越严重。中医症状评分,治疗后 2 周时,按睡眠障碍临床常见伴发症状,选取出现频率最多的 10 个主要临床症状,分别为入睡困难、多梦易醒、晨起困倦、心悸易惊、神疲倦怠、健忘、烦躁易怒、易汗出头痛眩晕、注意力不集中,并根据无、轻、中、重分别给予 0~3 计分。生活质量评分,治疗后 4 周时,采用生活质量综合评定问卷-74(GQOLI-74)对患者的生活质量情况进行测定,包括物质生活维度、躯体健康维度、心理健康维度、社会功

能维度 4 个方面,得分越高、生活质量越好。

1.4 统计学处理 应用 SPSS18.0 软件录入和分析数据。睡眠障碍指数、中医症状评分、生活质量评分等计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,采用 *t* 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 睡眠障碍情况 见表 1。治疗前,两组患者的 PSQI 指数无差异;治疗后 1 周、2 周、3 周、4 周时,两组 PSQI 指数明显降低,观察组患者的 PSQI 指数明显低于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者的匹兹堡睡眠质量指数 PSQI 比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后 1 周	治疗后 2 周	治疗后 3 周	治疗后 4 周
观察组	60	18.12±2.41	11.47±1.95 [△]	9.85±1.24 [△]	8.78±0.91 [△]	8.14±1.01 [△]
对照组	60	18.28±2.34	15.56±2.19	15.06±1.92	13.38±1.67	13.14±1.85

与对照组比较, [△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 中医症状评分 见表 2。治疗后 2 周时,观察组患者的入睡困难、多梦易醒、晨起困倦、心悸易惊、神疲倦怠、健忘、烦躁易怒、易汗出、头痛眩晕、注意力不集中的评分均低于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗两周时中医症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	入睡困难	多梦易醒	晨起困倦	心悸易惊	神疲倦怠	健忘	烦躁易怒	易汗出	头痛眩晕	注意力不集中
观察组	60	0.86±0.12 [△]	0.73±0.08 [△]	0.64±0.07 [△]	0.82±0.10 [△]	0.71±0.08 [△]	0.82±0.11 [△]	0.51±0.07 [△]	0.58±0.08 [△]	0.62±0.09 [△]	0.48±0.06 [△]
对照组	60	1.41±0.21	1.21±0.19	1.02±0.14	1.48±0.22	1.24±0.16	1.46±0.21	1.14±0.16	1.06±0.17	1.19±0.17	0.98±0.12

2.3 生活质量 见表 3。治疗后 4 周时,观察组患者的各项生活质量评分均显著高于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组患者治疗 4 周时生活质量评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	物质生活维度	躯体健康维度	心理健康维度	社会功能维度
观察组	60	54.27±6.63 [△]	62.45±7.81 [△]	67.46±9.41 [△]	64.28±8.82 [△]
对照组	60	45.47±4.81	51.79±6.25	52.96±6.81	54.14±6.14

3 讨论

脑卒中是神经系统常见疾病,是由脑血管病变引起的局灶性或弥漫性神经功能损伤,近年来该病的发病率不断升高,已经成为危害老年人群生命安全和健康状况的公共卫生问题。尽管随着溶栓和介入治疗的发生,脑卒中患者在发生后可得到及时的救治,但仍旧不可避免会造成神经功能损害,并在治疗后遗留生理障碍和心理障碍^[4]。其中,睡眠障碍是卒中后常见的精神层面改变,约 95%的脑卒中患者会在治疗后发生睡眠障碍,其发生与环境因素、精神因素、疼痛、肢体功能障碍等密切相关^[5]。睡眠是维持正常机体功能必不可少的生理现象,良好的睡眠质量有助于机体功能、神经功能的恢复^[6];若睡眠质量不佳、存在睡眠障碍,会导

致神经兴奋性持续增高、大脑耗氧量增加,这无疑会影响神经功能的恢复,同时加重焦虑、抑郁情绪^[7]。

西医治疗脑卒中后睡眠障碍多采用镇静类药物,可以在一定程度上改善患者的睡眠情况。但是,该类药物的使用会缩短慢波睡眠时间、改变正常的睡眠结构,长期使用会引起头晕、记忆力减退,且容易成瘾和出现戒断症状^[8]。此外,镇静类药物会影响中枢神经系统的功能,这无疑不利于卒中后神经功能的恢复。近年来,中医中药被逐步应用于脑卒中后睡眠障碍的治疗,并展现出来积极的价值^[9]。根据祖国传统医学理论,脑卒中后睡眠障碍的病机在于阴阳失调、五脏功能紊乱,在此基础上出现的常见症候主要有不寐、多寐、鼾眠、梦魇、梦惊等^[10]。阴阳不和,阴不敛阳,阳不入阴,则心神浮越,魂魄妄行,可致惊惕健忘、失眠焦躁或嗜睡鼾眠;神魂不宁,下焦水道失调,可致失眠、多梦、心神难安^[11]。

耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗是中医常用的治疗方法。根据《灵枢·口问》篇中的记载,“耳者宗脉之所聚也”,耳是全身经络分布最集中的部位,十二经络、三百五十六络的别气,通过刺激耳部相应穴位可以调节脏腑功能、疏通经络、平衡阴阳^[12]。对于不同脏

腑引起的失眠症状,均可通过耳穴压丸来达到治疗的目的。足底不同穴位的按摩同样能够调节患者的睡眠情况,根据《黄帝内经·素女》篇中记载的“观趾法”是利用足部穴位按摩和刺激反射的原理来发挥安神、促睡眠的作用^[13]。穴位敷贴通过对相关穴位的持续刺激来起到相应的作用,大椎为三阳督脉之会,督脉为阳脉之海,具调节一身阳气之功;关元为任脉之要穴,与足三阴相交,任脉为阴脉之海,有统摄人体一身阴气之效。八脉交会穴中,申脉通于阳蹻、照海通于阴蹻,针刺可调理阴蹻、阳蹻二脉阴阳之气。阴蹻、阳蹻脉主阳动阴静,司眼睑开合而调节睡眠^[14]。

在本研究中,我们采用耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗卒中后睡眠障碍,并通过与艾司唑仑西药治疗进行比较来反应中医治疗的价值。首先,我们利用匹兹堡睡眠质量指数分析了两组患者治疗后的睡眠障碍情况,治疗后1周、2周、3周、4周时,观察组患者的PSQI指数低于对照组。这就说明耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗有助于改善脑卒中后的睡眠障碍情况。进一步通过中医症状的评分来反应中医治疗卒中后睡眠障碍的价值可知,观察组患者的入睡困难、多梦易醒、晨起困倦、心悸易惊、神疲倦怠、健忘、烦躁易怒、易汗出头痛眩晕、注意力不集中的评分均低于对照组。这就说明耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗有助于改善脑卒中后睡眠障碍的各项症状。在此基础上,我们还比较了两组患者治疗后的生活质量,由结果可知:观察组患者的物质生活维度、躯体健康维度、心理健康维度、社会功能维度评分均高于对照组。这就说明耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗有助于提高患者的生活质量。

本文研究表明,耳穴压丸结合足底按摩/穴位贴敷治疗有助于改善睡眠障碍和中医症状、提高生活质量。本文研究的局限性在于样本数量选择较少,观察时间较短,且缺乏对其作用机制的深入剖析,需要今后扩大

样本展开研究。

参 考 文 献

[1] Karkare K, Sinha S, Taly AB, et al. Prevalence and profile of sleep disturbances in Guillain-Barre Syndrome: a prospective questionnaire-based study during 10 days of hospitalization[J]. Acta Neurol Scand, 2013, 127(2): 116-23.

[2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:99.

[3] 全国第4届脑血管病学会议. 脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准[J]. 中国实用内科杂志, 1997, 17(5): 313-313.

[4] Sharma S, Srijithesh PR. Sleeping over asleep disorder - Awareness of obstructivesleep apnoea as a modifiable risk factor for hypertension and stroke: A survey among health care professionals and medical students[J]. Ann Indian Acad Neurol, 2013, 16(2): 151-153.

[5] 王娇, 梅丽, 孟会红, 等. 脑卒中后睡眠障碍的临床相关因素研究[J]. 脑与神经疾病杂志, 2013, 21(4): 281-285.

[6] 李刚, 张义, 罗亨勤. 针刺联合艾司唑仑治疗脑卒中后失眠的疗效观察[J]. 西南国防医药, 2012, 22(6): 641-642.

[7] 苏丽, 刘智艳. 不同针刺方法治疗心脾两虚型抑郁症睡眠障碍随机对照试验[J]. 中医杂志, 2013, 54(11): 942-945.

[8] 叶仿武, 徐亚林, 陈俊伟, 等. 针刺百会穴治疗脑卒中后失眠症 30 例临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2010, 10(5): 21-22.

[9] 楼志勇, 罗开涛, 边晓东. 针刺配合穴位贴敷治疗阴虚火旺型失眠的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(2): 121.

[10] 陈卫公. 脑卒中后睡眠障碍的临床相关因素探讨[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(6): 1225-1226.

[11] 艾霞, 高强强. 针刺配合心理干预治疗脑卒中后失语 28 例[J]. 河南中医, 2013, 33(5): 755-756.

[12] 李霞, 卫星. 穴位按压合松弛疗法治疗脑卒中睡眠障碍 31 例[J]. 安徽中医学院学报, 2013, 32(4): 58-60.

[13] 魏毅. 头部穴位埋线配合足底按摩治疗顽固性失眠疗效观察[J]. 中国针灸, 2010, 30(2): 117-120.

[14] 丁红梅. 耳穴压豆配合隔姜灸心俞穴治疗脑卒中后睡眠障碍临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(3): 227-229.

(收稿日期 2014-10-30)

欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

二联疗法配合心理疏导治疗中风病先兆证 临床观察*

韩凤芹^{1△} 王敬章¹ 姚艳冰¹ 耿惠¹ 靳红微²

(1.河北工程大学医学院,河北邯郸 056002;2.河北医科大学,河北石家庄 050000)

中图分类号:R255.2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0301-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.042

【摘要】目的 观察二联疗法配合心理疏导治疗中风病先兆证的临床疗效。**方法** 将135例患者随机分为两组,治疗组在常规用药基础上加用外敷乳没磁朱软膏于耳门、听会穴,内服潜阳熄风汤配合心理疏导;对照组给予常规西药,疗程1个月。比较两组治疗前后患者负面情绪、临床症状、颈动脉粥样硬化、血液总胆固醇、低密度脂蛋白、血糖的变化。**结果** 治疗组总有效率为91.43%,明显高于对照组的63.33%;治疗组负面情绪,临床症状,颈动脉粥样硬化,血液成分的改善明显优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。**结论** 二联疗法配合心理疏导治疗中风病先兆证,能够帮助患者建立合理情绪,明显改善临床症状,减轻颈动脉粥样硬化,稳衡血液成分,减少血脉伤害。

【关键词】 颈动脉粥样硬化 中风病先兆证 中医内外疗法 心理疏导 负面情绪

Clinical Observation on Internal and External Treatment of TCM Combined with Psychological Consultation Treating 105 Patients with Threatened Apoplexy HAN Fengqin, WANG Jingzhang, YAO Yanbing, et al. Medical College of Hebei University of Engineering, Hebei, Handan 056002, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of internal and external treatment of TCM on threatened apoplexy. **Methods:** 135 patients with threatened apoplexy were randomly divided into 2 groups: 105 cases in the treatment group and 30 cases in the control group. The treatment group was given regular medication, Rumo cizhu ointment in front of the ear, Qianyang xifeng decoction as well as psychological consultation while the control group was given routine western medicine. The course of treatment lasted for a month. The negative mood, clinical symptom, carotid artery atherosclerosis, and blood constituent (CHOL, LDL-C, GLU) were compared before and after in both group. **Results:** The total effective rate of the treatment group was 91.4%, obviously higher than 63.3% of the control group ($P<0.05$). The negative mood, clinical symptom, carotid artery atherosclerosis, the blood constituent CHOL, LDL, GLU improved more in the treatment group ($P<0.05$ or $P<0.01$). **Conclusion:** The internal and external treatment of TCM combined with psychological consultation treating threatened apoplexy can help patients build rational mood, improve clinical symptom, alleviate carotid atherosclerosis, and regulate blood constituent such as CHOL, LDL-C and GLU content, so as to reduce blood vessel harm.

【Key words】 Apoplexy Aural Syndrome; Internal and External Treatment of TCM; Psychological Consultation; Negative Mood; Carotid artery atherosclerosis

中风病先兆证是与体质、情志、饮食、生活方式等多因素密切相关的临床综合征,因此从整体出发综合防治中风病先兆证具有现实意义。本研究自2012至2014年采用中医内外二联疗法配合心理疏导治疗中风病先兆证105例,观察该方法对患者负面情绪、颈动脉粥样硬化、血清总胆固醇(CHOL)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、血糖(GLU)的影响,评价其临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 中风先兆中医诊断标准和辨证标准

参照《中风病先兆证诊断与疗效评定标准》^[1]。西医诊断标准参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[2]短暂性脑缺血发作(TIA)和高血压脑病诊断标准^[3]。所有患者未曾使用任何相关药物并签署知情同意书者。排除心肝肾功能障碍、颈椎病、美尼尔式综合征者,经检查已确诊为脑出血、脑梗死者,不治自愈者。

1.2 临床资料 135例中风病先兆证患者来源于河北工程大学附属医院中医科门诊及住院患者,按随机数字表法将患者随机分为两组。治疗组105例,其中男性62例,女性43例;年龄39~80岁,平均(56.76±18.53)岁。对照组30例,其中男性19例,女性11例;年龄37~78岁,平均(55.41±16.34)岁。两组患者在年龄、病因、症状、血压、血脂、血糖、颈动脉粥样硬化等差异无

*基金项目:河北省科学技术支撑计划项目(12276104D-46)

△通信作者(电子邮箱:wohying@sohu.com)

统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组在常规西药基础上加服潜阳熄风汤:柴胡 10 g,白芍 15 g,郁金 20 g,知母 10 g,玄参 10 g,夏枯草 15 g,连翘 10 g,全瓜蒌 10 g,姜半夏 10 g,生甘草 5 g。每日 1 剂,煮取 300 mL 汤汁口服,每日 2 次;外敷乳没磁朱软膏(乳香 10 g,没药 10 g,磁石 5 g,朱砂 1 g,薄荷油调)于两侧耳门、听会穴,每日 1 次,每次 40 min。心理疏导:通过言语交流缓解患者心理压力和疏导困结,怡畅其心情。参照汉密尔顿抑郁量表(HAMD)分级^[4]:分为 5 级,0 表示无,1 表示轻度,2 表示中度,3 表示重度,4 表示极重度。对照组采用常规西药治疗,口服阿司匹林肠溶片(石药集团欧意药业,国药准字 H3023635)75 mg,每日 1 次;血压高者加服复方利血平片(石药集团中诺药业,国药准字 H13024462)1~2 片,每日 1 次;血脂高者加服辛伐他汀片(北京万生药业,国药准字 H20030028)5mg,每日 1 次;血糖高者加服盐酸二甲双胍片(北京京丰制药,国药准字 H11021518)0.5g,每日 2 次。两组疗程均为 1 个月。

1.4 指标测定 CHOL 检测试剂盒(氧化酶法)、LDL-C 检测试剂盒(直接法),厦门英科新创科技有限公司;GLU 试剂盒(葡萄糖氧化酶法),保定长城临床试剂有限公司;日立 7170 全自动生化分析仪,株式会社日立公司;LDZ5-2 型低速自动平衡离心机,北京医用离心机厂;超低温冰箱,青岛海尔冰箱厂。分别于治疗前后抽取患者空腹肘静脉血 2 mL 于抗凝管中,室温置 30 min 放入离心机,以 2000 r/min 离心 20 min,分离血清,-20℃低温冰箱保存待测。指标测定:颈部血管超声检查,测量血压,用氧化酶法、直接法、葡萄糖氧化酶法分别体外定量测定空腹血清 CHOL、LDL-C、GLU 含量。

1.5 疗效标准 疗效评定标准以疗效百分数为主要依据。疗效百分数=(治疗前分数-治疗后分数)/治疗前总分数×100%。临床治愈;疗效百分数≥95%。显效:疗效百分数为 60%~94%。有效:疗效百分数为 20%~59%。无效:疗效百分数<20%,或疗效百分数为负数,甚至发生中风。

1.6 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示。计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。计量资料采用配对 t 检验与方差检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后负面情绪程度计分比较 见表 1。对照组治疗前后负面情绪无明显转化;治疗组治疗中重度计分明显减少,与治疗前负面情绪差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

2.2 两组治疗后颈动脉粥样硬化情况比较 见表 2。

表 1 治疗组治疗前后负面情绪程度计分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

评定项目	治疗加心理疏导前	治疗加心理疏导后
急躁易怒	3.52±0.45	1.16±0.32
郁郁而烦	3.27±0.69	1.30±0.61
闷闷不乐	2.70±0.37*	1.64±0.30*
忧虑疑病	2.61±0.32*	1.57±0.24*
自卑自责	2.98±0.60	1.07±0.53
强扭偏执	3.20±0.51	1.28±0.41

治疗组治疗前后负面情绪程度计分比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$ 。

治疗后治疗组颈动脉内膜转为光滑或斑块缩小有效率明显高于对照组,由于样本量差距较大,未行统计学处理。

表 2 两组治疗后颈动脉粥样硬化情况(n)

组别	n	有效	无效	有效率(%)
治疗组	105	93	12	88.57
对照组	30	16	14	53.33

2.3 两组临床症状转化比较 治疗前两组在发作性偏身麻木或一过性瘫痪,短暂性语言蹇涩,动作迟缓,头重脚轻,发作性眩晕、头痛,恶心欲呕,耳鸣耳聋等临床症状方面无明显差异($P>0.05$)。治疗后治疗组发作性偏身麻木、短暂性语言蹇涩减轻、动作迟缓、头重脚轻,发作性眩晕、头痛,恶心欲呕,耳鸣耳聋等明显减轻或消失,有效 100 例,有效率 95.23%;对照组临床症状减轻 17 例,有效率为 56.67%。

2.4 两组治疗前后血液成分比较 见表 3。治疗后两组血清 CHOL、LDL-C、GLU 浓度均有下降,治疗组下降趋于正常范围更加明显(均 $P<0.01$)。

表 3 两组血清 CHO、LLDL-C、GLU 浓度比较(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	CHOL	LDL-C	GLU
治疗组 (n=105)	治疗前	6.61±0.40	3.87±0.26	7.06±0.19
	治疗后	5.29±0.31* [△]	2.36±0.13* [△]	5.28±0.10* [△]
对照组 (n=30)	治疗前	6.59±0.38	3.83±0.24	7.03±0.17
	治疗后	6.03±0.34*	3.40±0.18*	6.65±0.12*

与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.01$ 。

2.5 两组综合疗效比较 见表 4。治疗组总有效率高于对照组,由于样本量差距较大,未行统计学处理。

表 4 两组综合疗效比较(n)

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	105	35	40	21	9	96(91.43)
对照组	30	2	5	12	11	19(63.33)

3 讨论

中风病先兆证为出血性中风和缺血性中风发生前

期出现的异常综合征,是临床治疗和预防中风的关键阶段。中风病先兆证与颈动脉粥样硬化密切相关,中医认为情志不畅,饮食失调等对脏腑血脉的累积伤害是导致中风病先兆证发生的重要因素。情志不畅,肝气郁滞,心火内生,肾阴暗耗,毒伤脑络。肝是参与含脂胆固醇的存储、分解与代谢和血糖的转存、释放与输送脏器,负面情绪伤肝,饮食壅胃滞肝,肝失疏泄,多余的胆固醇、血糖不能充分代谢与利用而进入血液,从而会改变血液组成成分 CHOL、LDL-C、GLU 的含量,高胆固醇血症与动脉粥样硬化性心脑血管疾病的发生发展之间有着密切关系^[5]。低密度脂蛋白是导致颈动脉粥样硬化的危险因子,Ascer 等曾报道颗粒小而密度大的 LDL-C 参与颈动脉粥样硬化斑块的形成^[6]。Mayr 等报道颈动脉硬化斑块致管腔狭窄超 50%可引起血流动力学改变^[7],这种改变是引起中风病先兆证的先决条件。

二联疗法配合心理疏导,多路径协调脏腑及血脉功能,其中外敷乳没磁朱软膏是以唐代医家孙思邈创立的磁朱丸为基本方加减制成,并依据其提出的“惟风宜防耳”理论^[8]敷于双耳手足少阳经之耳门、听会穴以通外达内、活血通络、益肾聪耳。方中乳香、没药并用,张锡纯称之为宣通脏腑、流通经络要药;磁石平肝潜阳,聪耳明目;少量朱砂安神解毒;薄荷清利头目。内服潜阳熄风汤以张仲景小柴胡汤为基本方加减疏肝养血、滋阴潜阳、化痰逐瘀、解毒通络。方中柴胡疏肝解郁;白芍、甘草养血柔肝止痛;知母、玄参滋阴益肾,生津润燥;夏枯草、连翘清肝解毒,消肿散结;全瓜蒌、郁

金、姜半夏化痰逐瘀、降逆止呕。心理疏导帮助患者建立合理情绪,转换认知观念,能够辅助调节气机宜升宜降。共同发挥很好的综合治疗作用。

参 考 文 献

- [1] 肖诗鹰,王玉来. 中风病先兆证诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医学院学报,1993,16(6):66-67.
- [2] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:187.
- [3] 王新德. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [4] Max Hamilton. A rating scale for depression[J]. Journal of neurology neurosurgery, and psychiatry, 1960,23(1):56-62.
- [5] Sharrett AR. Serum cholesterol levels and atherosclerosis[J]. Coronary Artery Disease, 1993,4(10):867-870.
- [6] Ascer Enrico, Markevich Natalia, Hingorani AnilP, et al. Internal carotid artery flow volume measurement and other intraoperative duplex scanning parameters as predictors of stroke after carotid endarterectomy[J]. Journal of Vascular Surgery, 2002,35(3):439-444.
- [7] Roman Mary J, Naqvi Tasneem Z, Gardin Julius M, et al. American society of echocardiography report. Clinical application of noninvasive vascular ultrasound in cardiovascular risk stratification: a report from the American Society of Echocardiography and the Society for Vascular Medicine and Biology[J]. Vascular Medicine (london, England), 2006,11(3):201-211.
- [8] 唐·孙思邈. 千金要方[M]. 北京:中医古籍出版社,1999:213.

(收稿日期 2014-10-30)

针灸联合自拟补肾壮骨汤改善骨质疏松症疼痛的临床观察

刘晓伟 孙凌蓉 夏 殷[△]

(重庆市沙坪坝区中医院,重庆 400038)

中图分类号:R246 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0303-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.043

【摘要】目的 观察针灸联合自拟补肾壮骨汤治疗骨质疏松的临床疗效。**方法** 将骨质疏松患者 160 例随机分为两组。对照组采用维 D2 磷酸氢钙片、鲑鱼降钙素注射液、骨肽注射液治疗,治疗组采用针灸加口服自拟补肾壮骨汤。两组疗程均为 2 个月。**结果** 治疗组疼痛改善情况优于对照组($P < 0.05$)。两组骨密度均较治疗前增加($P < 0.05$),组间比较治疗组骨密度增加更加明显($P < 0.05$)。治疗组总有效率为 88.75%,明显高于对照组的 63.75%($P < 0.05$);X 光片改善情况治疗组优于对照组。**结论** 针灸联合自拟补肾壮骨汤治疗骨质疏松疗效良好,且安全性高。

【关键词】 骨质疏松 针灸 临床观察

[△]通信作者(电子邮箱:460814728@qq.com)

骨质疏松症是一种全身性的代谢性骨疾病，其特征是骨量减少或同时伴有骨组织微结构破坏。2000年，美国国立卫生院(NIH)有关骨质疏松症的共识文件将骨质疏松症定义为“以骨强度下降、骨折风险性增加为特征的骨骼系统疾病”^[1]。临床上主要表现为腰背部疼痛、身长缩短、驼背，其严重后果是发生骨质疏松性骨折(脆性骨折)^[2]。目前单纯应用西医治疗骨质疏松症效果并不理想，如何对骨质疏松症进行有效的防治，一直是医学界研究的热点^[3]。本院采用针灸加服自拟中药补肾壮骨汤治疗骨质疏松症取得较好的临床疗效。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院2011年2月至2013年6月就诊的骨质疏松患者160例。纳入标准:(1)西医诊断符合《中国人骨质疏松建议诊断标准(第2稿)》;(2)中医诊断标准符合《中药新药临床研究指导原则》的“中药新药治疗骨质疏松症的临床研究指导原则”^[4]。排除标准:(1)不符合诊断标准和纳入标准;(2)近半年服用影响骨代谢药物者;(3)合并新鲜骨折者;(4)合并心、脑、肾等重要脏器严重原发性疾病及影响骨代谢性疾病者;(5)参加其他临床实验者。将患者按随机数字表法分为对照组和治疗组。对照组80例，男性34例，女性46例;年龄46~70岁;病程6个月至8年，平均4.30年。治疗组男性40例，女性40例;年龄51~79岁;病程1~10年，平均5.30年。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组采用维D2磷酸氢钙片[商品名为维丁钙片;国药准字为H45021454,广西梧州制药(集团)股份有限公司]1片/次,每日1次。鲑鱼降钙素注射液(商品名为密盖息,瑞士诺华制药有限公司生产,国药准字为H20090459),50U/支,肌注。第1周每日1次,每次1支;第2周每2日1次,每次1支;第3周每3日1次,每次1支;第4、5周7d 1次。骨肽注射液(长春长庆药业生产,国药准字为H20003052)。每次10 mL,每日1次,溶于200 mL 0.9%氯化钠溶液。治疗组采用针灸加中药治疗。取穴:肾俞、太溪、大杼、阳陵泉、脾俞、足三里、肝俞、三阴交、阴陵泉、关元、命门。操作方法为肾俞、大杼、足三里、太溪、脾俞五穴针灸并用,针刺得气后施以温针灸,每穴灸艾条一壮;肝俞、三阴交、阴陵泉、阳陵泉四穴单用针刺治疗。关元、命门只灸不针,每次予艾条温和灸30 min。针刺以补法为主,针灸每次30 min。2 d 1次。中药口服自拟补肾壮骨汤:淫羊藿15 g,巴戟天10 g,熟地黄30 g,怀山药15 g,黄芪30 g,川芎15 g。肝肾亏虚者加五味子6 g,女贞子15 g,旱莲草15 g;脾肾阳虚者加制附子10 g,桂枝15 g;瘀血明显者,加红花6 g,延胡索15 g,

疼痛明显加川乌、草乌各15 g,细辛4 g,全蝎6 g。水煎服,每日1剂,早晚各1次温服。两组疗程均为2个月。

1.3 观察指标 观察两组治疗前后症状、体征变化,主要是腰、胸、背部疼痛的变化,疼痛积分参考文献^[5]制定标准。测量骨密度:法国DMS公司生产的IEXXOS(外星人)双能X线骨密度检测仪。测量腰椎L₂₋₄椎体与左髌部的骨密度值。治疗前后各检测1次。X线拍片结果:治疗前、后各拍一张腰椎侧位X光片。根据文献^[5]制定疗效标准。显效:腰、胸、背疼痛基本消失,日常生活中偶有腰、胸、背疼痛,积分下降 $>2/3$,骨密度(BMD)上升值 ≥ 0.06 g/cm²。有效:腰、胸、背疼痛减轻,日常生活中仍有腰、胸、背疼痛,积分下降 $> 1/3\sim 2/3$, (BMD)上升值 <0.06 g/cm²。无效:腰、胸、背疼痛治疗前后无明显变化,积分下降 $<1/3$, (BMD)无上升或下降。骨密度疗效评价标准按国际通行标准,参考《骨质疏松性骨折的临床诊断及治疗》^[6],根据DEXA精确度,计算出最小有意义变化值。安全性评价显示,治疗前后查两组血常规、肝肾功能均没有明显变化,两组无不良反应出现。

1.4 统计学处理 采用SPSS17.0统计分析软件。计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,并对数据采用t检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后疼痛积分改善比较 见表1。结果显示治疗组疼痛改善情况优于对照组($P<0.05$)。

表1 两组治疗后疼痛积分改善比较(n)

组别	n	下降 $> 2/3$	下降 $> 1/3\sim 2/3$	下降 $< 1/3$	总有效(%)
治疗组	80	65	10	5	75(93.75) [△]
对照组	80	38	24	18	62(77.50)

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后骨密度检测结果比较 见表2。结果显示治疗后两组骨密度均较治疗前增加($P<0.05$);组间比较治疗组骨密度增加更加明显($P<0.05$)。

表2 两组治疗前后骨密度检测结果比较(g/cm², $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	腰椎L ₂₋₄	左侧髌骨
治疗组 (n=80)	治疗前	0.74±0.121	0.45±0.122
	治疗后	0.76±0.136 ^{*△}	0.47±0.126 ^{*△}
对照组 (n=80)	治疗前	0.69±0.141	0.44±0.103
	治疗后	0.89±0.131 [*]	0.67±0.101 [*]

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 两组治疗后总有效率比较 见表3。结果显示治疗组总有效率优于对照组($P<0.05$)。

2.4 治疗前后两组X线情况比较 结果显示两组骨密度均有所增强,骨小梁密度由稀疏变得增强及浓密,骨

表3 两组治疗后总有效率比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	80	55	16	9	71(88.75) [△]
对照组	80	26	28	26	54(67.50)

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。下同。

髓透光度减低,骨皮质增宽。上述表现治疗组 X 光片更加明显。

3 讨论

骨质疏松症的发生机制是旧骨的吸收和破坏超过新骨的形成。抗骨质疏松药物都是以提高骨强度为目的,常用的治疗药物有抑制骨吸收和促进骨形成两大类。目前西医疗疗骨质疏松临床疗效往往不能令人满意。骨质疏松根据其症状属于中医学“骨萎”、“骨痹”或“腰背痛”的范畴。骨质疏松的发生多与肾、肝、脾三脏关系密切,其中以肝肾亏虚为主,脾虚为辅,血瘀为标。肾主骨,生髓,肾虚则骨失髓养。肝主筋,肝藏血,血化髓,肝失所养,则血不生髓。脾为气血生化之源,脾虚也可以造成骨失充养。此外肾肝脾三脏又可互相影响,肾虚日久则水不涵木而造成肝虚,火不暖土则脾虚,肝失所养则横逆犯脾,肝脾二脏虚损日久则累及于肾。肾阳不足,脾气亏虚,气虚推动无力又进一步因虚致瘀,而瘀血作为致病因素,又会加重肝脾肾的虚衰,使精微不布,骨髓失养而致“骨不坚”,促进骨质疏松的发生。此外,本虚日久,又可遭受六淫侵袭,尤以寒湿邪气为重,因此寒湿阻络,经络不通有时也成为骨质疏松的重要病机。总之骨质疏松病机为肾、肝、脾三脏亏虚为本,瘀血为标。治疗骨质疏松当标本同治,补足肾、肝、脾三脏之虚,逐瘀血、寒湿之标实。

笔者采用针灸治疗骨质疏松,取穴肾俞、太溪、大杼、阳陵泉、脾俞、足三里、肝俞、三阴交、阴陵泉、关元、命门。其中肾俞、太溪、阳陵泉、关元四穴补肾益精、壮骨填髓。加灸命门,补肾阳,起“阳中求阴”之意,使阴阳互生。脾俞、足三里补益后天,调养脾胃,补足气血生化之源。肝俞补肝,强筋健骨,三阴交活血化瘀,阴陵泉驱寒祛湿。全穴可补益肝肾之不足,健脾培育后天,养血生髓,又可祛瘀通络,散寒除湿,标本皆治。笔者自拟补肾壮骨汤由淫羊藿、巴戟天、熟地黄、怀山药、黄芪和川芎组成,淫羊藿、巴戟天补肾阳,强筋骨,散寒湿。熟地黄、怀山药益精生髓。怀山药配黄芪又可培补后天,健

脾补气。川芎活血行气,通络止痛。配黄芪,可使气行则血行,通络祛瘀。全方共奏补肝益肾、益气活血、通络止痛、健脾除湿之功。因此补肾壮骨汤配伍针灸治疗骨质疏松取得了满意的效果。药理学研究证明实验表明,补肾中药可提高去势大鼠血清中雌二醇水平,减少骨量丢失。增强成骨细胞活性,调节体内微量元素平衡,促进矿物质在骨中沉积^[7]。使骨生成增强,淫羊藿总黄酮可增加股骨骨钙含量、骨皮质厚度及骨小梁数量,对骨质疏松症具有明显的预防和治疗作用^[8]。巴戟天治疗骨质疏松症的机理之一是某些化学成分直接作用于 OB 促进其增殖,巴戟天刺激 OB 增殖与药物浓度有关。在体内巴戟天可以通过刺激 OB 的不断增殖,从而促进骨形成。黄芪、山药补中益气,补中益气药物治疗骨质疏松症可以提高骨密度,抑制骨破坏,尤其是有增强骨形成作用^[9]。

总之,由于骨质疏松症的发病机理比较复杂,目前尚无特殊的治疗手段。针药结合治疗骨质疏松是一种很有潜力的治疗方法,有待于进一步发掘。相信针药结合在防治骨质疏松症方面将有重大突破,前景广阔^[10]。

参 考 文 献

- [1] 苏志伟,郑志永,金军. 补肾方治疗骨质疏松症临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(5): 22-24.
- [2] 李宗玉,高和荣. 中医药治疗骨质疏松的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2010, 36(8): 239-240.
- [3] 雷锋杰. 原发性骨质疏松症采用温阳通络法的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2009, 20(4): 145-147.
- [4] 中华人民共和国国家药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 356-360.
- [5] 刘忠厚. 骨质疏松学[M]. 科学出版社, 1998: 23.
- [6] 裴福,邱贵兴. 骨质疏松性骨折的临床诊断及治疗[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2007.
- [7] 孟迅,王欧. 原发性骨质疏松症防治药物的研究进展[J]. 基础医学与临床, 2007, 27(10): 1081-1082.
- [8] 李芳芳,李思,吕占军,等. 淫羊藿对大鼠卵泡颗粒细胞和肾上腺皮质细胞分泌功能的影响[J]. 中国中药杂志, 1997, 22(8): 499-501.
- [9] 李连弟,郭大江. 补中益气汤加味治疗老年性骨质疏松症疗效观察[J]. 陕西中医, 2013, 33(12): 1625-1627.
- [10] 徐亚莉,金建军,徐登玉,等. 针灸治疗骨质疏松症研究进展[J]. 甘肃中医学院学报, 2006, 23(2): 53-57.

(收稿日期 2014-11-13)

欢迎投稿·欢迎订阅

中西医结合治疗百日咳综合征临床观察*

陈 慧 程 燕

(天津中医药大学第二附属医院,天津 300105)

中图分类号:R516.6 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0306-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.044

【摘要】目的 观察中西医结合治疗儿童百日咳综合征的临床疗效。**方法** 将 156 例百日咳患儿随机分为西医组(序贯使用阿奇霉素或抗病毒药)、西药+中药口服组(口服阿奇霉素和中药)、西药+中药贴治组(口服阿奇霉素和中药贴治)各 52 例,第 1 疗程 5 d 后停 4 d,第 2 疗程 3 d 后停 4 d,观察各组临床疗效,进行成本-效果分析。**结果** 西药+中药口服组总有效率为 94.23%,西药+中药贴治组 92.31%,西医组 96.15%,3 者比较无统计学意义($P>0.05$),但是中西医结合方法能明显缩短患儿痉咳期的时间,缓解患儿痛苦,并在卫生经济学效益上较西医组有一定优势,更加经济节约。而西药组+中药口服组与西药组+中药贴治组之间在缩短患儿痉咳期的时间和成本方面差异不明显($P>0.05$)。**结论** 中西医结合方法治疗儿童百日咳综合征在缩短病程、方便舒适、成本-效果比等方面较单纯使用西医治疗具有一定优势。

【关键词】 中西医结合 百日咳综合征 疗效 方案

Clinical Observation on Chinese Medicine Integrated with Western Medicine Treatment of 156 Cases of Whooping Cough Syndrome CHEN Hui, CHENG Yan. *The Second Affiliated Hospital of Tianjing TCM Hospital*

【Abstract】Objective: To observe the clinical effects of TCM integrated with Western medicine treating whooping cough syndrome in children. **Methods:** 156 cases were randomly divided into Western medicine group, Western medicine and TCM decoction group, Western medicine and TCM plaster group, with 52 cases in each group. There were 4 days and 3 days pause after the first and second course respectively. **Results:** Total effective rates of above three groups were 96.1%, 94.2% and 92.3% respectively. The comparison of the three groups had no statistical significance ($P>0.05$). But TCM integrated with Western medicine treatment could significantly reduce children spasm stage time, relieve the children's pain, and has certain advantages in the health economics benefits. In aspects of spasm stage time and cost, Western medicine and TCM decoction group had no statistical difference with Western medicine and TCM plaster group ($P>0.05$). **Conclusion:** TCM integrated with Western medicine treating whooping cough syndrome in children has more advantages in the field of disease course, convenience and cost-effectiveness ratio, which is worthy of clinical promotion.

【Key words】 TCM integrated with Western medicine treatment; Whooping cough syndrome; Curative effect; Scheme

百日咳综合征病因是由于腺病毒、肺炎支原体、衣原体、呼吸道合胞病毒等(除百日咳杆菌以外的其他病原体)感染,因其临床症状以发作性痉挛性咳嗽、咳末伴高声调鸡鸣样吼声为特征,表现与百日咳多有类似,故又称“类百日咳样综合征”^[1]。本病是多发生于儿童时期的呼吸道疾病,针对病因西医常规给予利巴韦林、阿奇霉素或红霉素抗感染治疗。尽管如此,目前对于罹患本病的儿童出现的剧烈痉咳缺乏有针对性且快速经济的治疗措施。为找寻合理的治疗方案,笔者对符合百日咳综合征诊断的 156 例患儿分成 3 组,分别采取西医、西药加中药口服、西药加中药贴治,并进行卫生经济学指标分析,旨在为该病寻找经济合理的中西医结合治疗方案。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例诊断标准参考国家中药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准·中医儿科病证诊断疗效标准》内的“顿咳”部分制定。定义:本病是由于外邪客于肺系所致,以阵发痉挛性咳嗽,部分患儿咳后伴见特殊吸气性吼鸣声为其特征。分型标准参考《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语·证候部分》及普通高等教育“十一五”国家级规划教材《中医儿科学·百日咳》制定,分为 3 个证型:风邪袭肺(初咳期);肺热壅盛(痉咳期);气阴亏虚(恢复期)。纳入标准:(1)符合中医“顿咳”诊断标准,属于痉咳期患儿;(2)否认百日咳接触史;(3)病原学检测(呼吸道常见病原抗体联检)中肺炎支原体、衣原体、呼吸道合胞病毒、腺病毒、副流感病毒抗体至少一项为阳性;(4)年

* 基金项目:天津市中医药管理局中医、中西医结合项目(11064)

龄为3个月至8岁;(5)征得法定监护人的知情同意。

1.2 临床资料 选择2010年10月至2012年12月在天津中医药大学第二附属医院、天津市中西医结合医院、天津中医一附院门、急诊就诊及住院儿童中年龄在3个月至8岁内,符合百日咳综合征诊断标准且完成观察者156例。按照随机数字表法进入3个用药组。所有患者男性92例,女性64例;病程1~37 d,平均病程8.9 d。西医组52例,男性33例,女性19例;<4岁37例,4~8岁15例;体质量<12 kg的33例,>12 kg的17例;病程<10 d的45例,>10 d的7例。西药+中药口服组52例,男性30例,女性22例;<4岁42例,4~8岁10例;体质量<12 kg的37例,>12 kg的15例;病程<10 d的40例,>10 d的12例。西药+中药贴治组52例,男性29例,女性23例;<4岁48例,4~8岁4例;体质量<12 kg的42例,>12 kg的10例;病程<10 d的41例,>10 d的11例。各组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 西医组给予阿奇霉素(东北制药集团沈阳第一制药有限公司)每日10 mg/kg静注,第1疗程5 d后停4 d,第2疗程3 d后停4 d,第3及第4疗程用法同前,但可根据病情酌情给予序贯疗法;根据呼吸道常见病原体联检结果,如呼吸道合胞病毒、腺病毒、副流感病毒感染则改予利巴韦林(上海新亚药业有限公司)每次5 mg/kg,每8小时1次,静脉注射1~2周,之后可根据病情酌情改予口服利巴韦林(中国药科大学制药有限公司)每次5 mg/kg, TID。西药+中药口服组:西药仅给予口服阿奇霉素(东北制药集团沈阳第一制药有限公司)或利巴韦林,药量及疗程同上。口服中药:对于肺热壅盛证(痉咳期)给予百部止咳糖浆(天津中医药大学第二附属医院院内制剂10411014)。组方:百部(蜜制)、川贝母、前胡、款冬花、拳参、黄芩、桔梗、甘草。用法用量:3个月至1岁,每次5 mL;1~3岁,每次10 mL;3~8岁,每次15 mL,均为每日3次。西药+中药贴治组:西药仅给予口服阿奇霉素或利巴韦林,药量及疗程同上。肺炎贴组方(协定处方):麻黄、白芥子、紫苏子、莱菔子、细辛,以上药味按照1:1:2:2:1的比例配置,另加入透皮剂氮酮(2%)、蜂蜜(调剂剂)。中药贴治法:分别贴双侧肺俞(第3胸椎棘突下旁开1.5寸)和双侧膏肓(第4胸椎棘突下旁开3寸),每日贴1次,每次3~4 h。

1.4 观察指标 观察3组治疗后临床症状与体征变化情况。观察不同治疗对缓解患儿痉咳症状所需时间及费用比较。

1.5 疗效标准 参照《中医病症诊断疗效标准》内“顿咳”的疗效评定标准和《中医新药临床研究的指导原则》标准。痊愈:咳嗽消失,体温正常,无并发症。显效:咳嗽缓解,体温正常,但仍有间断单声咳出现。有效:体

温正常,偶有顿咳发作,咳后无面色发绀、面赤。无效:症状体征无明显变化或加重。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件。计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,并对数据采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组临床疗效比较 见表1。结果示3组均获得较好疗效,组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表1 各组临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
西医组	52	31	12	7	2	50(96.15)
西药+中药口服组	52	44	4	1	3	49(94.23)
西药+中药贴治组	52	32	15	1	4	48(92.31)

2.2 各组患儿缓解痉咳症状所需时间及费用比较 见表2。结果示西药+口服中药组、西药+中药贴治组在缓解小儿百日咳综合征痉咳的时间方面明显优于西医组,能明显缩短患儿痉咳期时间($P<0.05$),缓解患儿痛楚;而且在治疗费用方面也明显优于西医组,相对经济节约($P<0.05$)。

表2 各组患儿缓解痉咳症状所需时间及费用比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	平均缓解时间(d)	平均费用(元)
西医组	52	9.30±2.57	629.73±140
西药+中药口服组	52	7.08±1.99 [△]	528.92±82 [△]
西药+中药贴治组	52	7.38±0.48 [△]	556.81±130 [△]

与西医组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 结论

针对本病西医治疗仅依靠输液及对症处理,起效慢、效果欠佳,而且费用较高,通过使用中医药参与治疗,包括口服中药和中药贴治,可明显缩短患儿痉咳期的时间,约2 d,减轻患儿的痛楚,同时可节省家属携带儿童就诊所导致的误工费、车费等,仅医疗费用西药+口服中药组即可节省100元左右,加之缩短疗程所节省时间及附加费用更具有经济价值。从总有效率来看,虽然西医组的有效率最高(96.15%),但是经统计学处理与其他两组并无统计学意义,分析原因可能与西医组治疗时间长,观察时间相应也较长有关。西药+中药口服组以及西药+中药贴治组在成本-效果比等经济指标方面均优于西医组,但在疗效方面3者无统计学差异。因此,我们优先选择西药+中药口服的治疗方案,其次是西药+中药贴治的方案。

目前,西医对于罹患本病的婴幼儿出现的剧烈痉咳,即处于痉咳期的患儿,缺乏具有针对性的治疗措施。因为一些传统的镇咳药物,如异丙嗪等引起中枢性不良反应,WHO已经明确提出禁止用于婴幼儿^[2]。

相对安全的右美沙芬等镇咳药物又具有抑制痰液排出的副作用,而本患儿由于病原体在呼吸道黏膜层纤毛上皮细胞内繁殖,纤毛运动受影响,呼吸道分泌物排出不畅,如使用此类镇咳药物则更不利于病情恢复^[3]。而此时使用中医中药,通过正确的辨证,配合中医治疗,可有效缓解痉咳。百部止咳糖浆,其中君药“百部”为清热润肺止咳的主药,百部治新久咳嗽,尤治痉咳效果更佳,早在《小儿药证直诀》中就创制了“百部丸”是治小儿顿咳的有效方剂。近年来药理研究证明,百部生物碱对支气管平滑肌痉挛有松弛作用,降低呼吸中枢的兴奋性,抑制咳嗽反射,并对一些致病菌,尤其是病毒有治疗作用,对多种细菌亦有一定的抑制作用。与方中其他诸药合用,共奏清肺化痰,解痉止咳之功,而此正与顿咳时毒外袭,痰热互结,肺失肃清,气逆挛缩之病机相契。

“成本最低治疗方案”即是在成本与效果之间寻找一个最佳点,通过本研究,可看出西药+中药口服是成

本最低治疗方案;但是由于西药+中药贴治的疗法舒适度较高,也可以在年幼或口服中药困难的儿童中推广使用。因此西药辅助中药治疗小儿百日咳综合征具有明显效和优势,具有临床可行性。西药+中药口服组、西药+中药贴治组较西医组治疗成本低、治疗时间短、操作方便。临床医生在治疗小儿百日咳综合征时,采用口服西药的同时配合中医药治疗可达到提高疗效、经济、方便的目的。

参 考 文 献

[1] 于欣. 婴儿百日咳综合征临床分析[J]. 临床医学, 2012, 32(12): 23-24.
 [2] 阚周密. 小儿镇咳祛痰药的正确应用[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2006, 13(3): 57-58.
 [3] 陆权, 王雪峰, 陈慧中, 等. 儿童咳嗽中西医结合诊治专家共识(2010 年 2 月)[J]. 中国实用儿科杂志, 2010, 25(6): 439-443.

(收稿日期 2014-11-05)

外固定支架结合克氏针配合握力球功能锻炼治疗老年桡骨远端不稳定骨折

苏方东 胡培植
 (南京中医药大学附属太仓市中医医院, 江苏 太仓 215400)

中图分类号: R274.1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)02-0308-02
 doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.045

【摘要】目的 观察外固定支架结合克氏针配合握力球功能锻炼治疗桡骨远端不稳定骨折的临床疗效。**方法** 应用外固定支架结合克氏针, 术后配合握力球功能锻炼, 中药熏洗治疗桡骨远端骨折共 24 例, 术后随访 3 月, 采用 Dienst 功能评估标准评定疗效。**结果** 本组 24 例病例均得到随访, 其中优 15 例, 良 7 例, 可 2 例, 优良率为 91.67%。**结论** 外固定支架配合克氏针治疗具有手术方法简便、固定确切可靠、术后并发症少等突出优点, 同时配合握力球功能锻炼可以起到督促患者的作用, 临床疗效较好。

【关键词】 桡骨远端骨折 外固定支架 克氏针

桡骨远端骨折为骨科常见病种之一, 老年人桡骨远端骨折发病率较高, 此部位为松质骨与密质骨交界处, 其中有接近 1/4 的骨折常侵及关节面, 常为不稳定骨折^[1]。本研究应用外固定支架结合克氏针配合握力球功能锻炼, 并应用传统中药煎水外洗, 治疗并随访桡骨远端骨折患者共 24 例, 疗效满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本研究 24 例病例均来自 2011 年 2 月至 2012 年 12 月南京中医药大学附属太仓市中医医院骨科住院病房患者。其中男性 11 例, 女性 13 例; 年龄 53~88 岁, 平均 64 岁; 左侧 11 例, 右侧 13 例。按照骨折的 AO 分型: A3 型 8 例, C2 型 11 例, C3 型 5 例。

所有病例均是由于不慎摔伤间接暴力造成, 均选取单侧受伤者, 术后 3 个月进行随访, 并采用 Dienst 功能评估标准评定疗效。

1.2 治疗方法 患者取仰卧位, 予臂丛神经阻滞麻醉, 麻醉后取前臂旋前中立位。首先于患肢第 2 掌骨距离基底部约 1~2 cm 处取长约 1 cm 纵向切口, 钝性分离至骨面, 置入套筒, 2.7 mm 钻头穿透双侧皮质, 拧入外固定支架螺钉 1 枚; 同法通过模板于第 2 掌骨中段置入另一枚掌骨远端螺钉。于桡骨远侧中下端, 距离骨折端约 4 cm 处作约 1.5 cm 皮肤切口, 钝性分离至骨面, 钻孔穿透双层皮质后拧入螺钉, 再通过模板于远端再置入另一枚螺钉。螺钉全部置入后 C 臂机下调整螺钉深度, 满意后安装外固定支架, 通过外固定支架

行手法复位,C臂机透视下调整复位满意后锁紧全部关节。术者取1枚2.0 mm克氏针自桡骨茎突桡背侧经皮刺入至桡骨茎突,沿桡骨纵轴呈45°钻入至穿透近端掌、尺侧桡骨骨皮质。术者再取1枚克氏针于桡骨近折端距骨折线2 cm左右倾斜45°交叉钻入固定于骨折线远端。再次予以透视见骨折复位好,固定牢固后,将针尾扎弯90°并剪断,依次缝合切口,包扎辅料。

1.3 术后处理 术后予抬高患肢利于肿胀消退,术后2周内行指间关节、掌指关节等主动屈伸活动。术后2周予拆线,同时予患者握力球锻炼,要求患者每日锻炼3次(早、中、晚饭后),每次5~10 min,频率为大于15次/min,其余时间不定期自行空手进行手的主动屈伸锻炼。术后3 d内、术后第4周、第6~8周予复查患者腕关节正侧位X线摄片,必要时可对支架进行调整。术后6~8周骨折愈合后予拆除支架,钉道口愈合后(1周左右)予中药熏洗并继续主动功能锻炼。熏洗方:伸筋草15 g,千年健10 g,益母草15 g,淫羊藿20 g,苏木10 g,炒枳壳12 g,防风12 g,鸡血藤15 g,透骨草20 g,木瓜10 g。每日熏洗2次,每次不少于30 min。

1.4 疗效标准 采用Dienst功能评估^[2]。无疼痛,活动无受限,握力正常,伸屈减小少于15°,为优;偶尔疼痛,剧烈活动受限,功能及握力接近正常,伸屈减少15°~30°,为良;经常疼痛,活动功能轻度受限,功能及握力减弱,伸屈减少30°~50°,为可。

2 结果

术后3个月对24例患者进行随访,所有患者均得到随访。24例患者外固定器拆除时间6~8周。疗效按Dienst功能评估标准评定,其中优15例,良7例,可2例,优良率为91.67%。24例患者均未发生术后感染等并发症,1例患者因内层纱布碘伏湿敷出现水泡,改酒精纱布换药后好转。

3 讨论

桡骨远端骨折治疗的目标是恢复桡骨的掌倾角、尺偏角、桡骨的高度以及下尺桡关节的解剖关系,恢复正常的轴向力学传导分布以及关节面的完整性,为腕关节面骨折端的愈合提供牢固的稳定性^[3]。有学者通过Meta分析认为外固定支架在治疗桡骨远端不稳定骨折方面优于小夹板固定^[4]。采用外固定支架固定结合克氏针治疗桡骨远端骨折可以有效恢复桡骨的长度,维持骨折端的稳定性,利于患者术后康复及腕关节功能的恢复^[5]。

外固定支架固定结合克氏针固定技术是一种固定

牢靠,创伤较小、技术操作相对简单的治疗老年桡骨远端骨折的方法。同时,其具有术后功能恢复好、并发症少、避免二次手术等突出特点。然而亦有其不足,部分患者术后会出现复位丢失,需要对支架进行调整,必要时可给予掌侧或背侧夹板辅助固定4~6周。且佩戴支架会引起生活不便,需早期与患者良好沟通,并在术后予以心理疏导。

中药熏洗是一种将中药的药力与水的热力有机结合的方法,可以加速血液循环,促进新陈代谢,从而起到防止术后并发症的作用。笔者所在科室多年来均在术后骨折愈合拆除支架后采用经验外洗方外洗,其在降低术后创伤性关节炎等并发症方面获益良多。

在临床中有少部分老年患者缺乏良好的依从性,因各种原因导致功能锻炼不足,从而影响术后腕关节功能的恢复以及术后并发症的发生。本次研究加入握力球配合功能锻炼的目的旨在督促患者每天进行必要的功能锻炼,提高患者依从性。本研究24例患者优良率为91.67%,亦较周东等学者报道优良率高^[6],且全部患者均未出现创伤性关节炎等并发症。本研究证明,外固定支架结合克氏针配合握力球功能锻炼治疗老年桡骨远端不稳定骨折具有良好的临床效果。然而,本研究病例数样本量较小,各型患者分布欠均匀,以后研究中要进一步扩大样本量,将各类型骨折进一步细化研究。

参 考 文 献

- [1] 胡南. 锁定加压接骨板配合中药治疗桡骨远端骨折临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(11): 1838-1839.
- [2] Dienst M, Wozasek GE, Seligson D. Dynamic external fixation for distal radius fractures[J]. Clin Orthop Relat Res, 1997(338): 160-171.
- [3] Wang J, Yang Y, Ma J, et al. Open reduction and internal fixation versus external fixation for unstable distal radial fracture: A Meta-analysis[J]. Orthop Traumatol Surg Res, 2013, 99(3): 321.
- [4] 程建, 郭杨, 马勇, 等. 外固定支架与小夹板固定治疗桡骨远端不稳定骨折的系统评价[J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(5): 412-417.
- [5] 郭飞, 孙宗进, 顾邦林, 等. 腕关节外固定支架结合有限切开克氏针内固定治疗桡骨远端骨折疗效观察[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(16): 39-41.
- [6] 周东, 林树体. 闭合复位外支架固定结合中药熏洗治疗桡骨远端粉碎性骨折39例[J]. 广西中医药大学学报, 2013, 16(4): 26-28.

(收稿日期 2014-06-05)

复元活血汤与早期综合护理联合预防肺挫伤并发急性肺损伤的疗效观察

李向莉[△] 张振坤 周国云 李秀荣 朱会焕
(河北省唐山市丰润区人民医院,河北 唐山 064000)

中图分类号:R655.3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0310-03
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.046

【摘要】目的 观察复元活血汤与早期综合护理联合预防肺挫伤并发急性肺损伤的效果。**方法** 将 60 例患者,随机分为观察组和对照组,各 30 例。观察组加服复元活血汤并实行早期预防综合护理,对照组采取常规性的治疗与护理方法。观察两组患者临床疗效及预后。**结果** 观察组的急性生理与慢性健康评分(APACHE II)值明显低于对照组($P<0.05$)。对比两组相关住院指标以及并发症,观察组同样显著优于对照组($P<0.05$)。**结论** 早期综合护理联合复元活血汤能够有效预防肺挫伤患者并发急性肺损伤,可尽快使患者的肺部功能恢复,降低肺挫伤患者并发急性肺损伤及其他高危并发症几率。

【关键词】 急性肺损伤 早期综合护理 肺挫伤

Effect Analysis of Fuyuanhuoxue Combined with Early Comprehensive Nursing Preventing Pulmonary Contusion of Acute Lung Injury LI Xiangli,ZHANG Zhenkun,ZHOU Guoyun. Fengrun District People's Hospital of Tangshan,Hebei,Tangshan 064000, China

【Abstract】Objective: To explore the effect of Fuyuanhuoxue combined with early comprehensive nursing preventing pulmonary contusion of acute lung injury. **Methods:** 60 patients with lung contusion were randomly divided into observation group and control group, with 30 patients in each group. The observation group was given Fuyuanhuoxue decoction combined with early comprehensive nursing while the control group was given routine treatment and nursing. Clinical curative effect and prognosis of both groups were compared. **Results:** APACHE II scores of observation group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). The related hospitalization indicators and complications showed that the observation group was significantly better than the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Fuyuanhuoxue combined with early comprehensive nursing can effectively prevent pulmonary contusion of acute lung injury, and reduce pulmonary contusion concurrence as soon as possible and risk of other complications.

【Key words】 Acute lung injury; Early comprehensive nursing; Pulmonary contusion

肺挫伤大部分是因来自胸壁的冲击力冲击肺部造成的,一般胸壁无损伤,冲击力来自于胸部的撞击和挤压^[1]。形成原因主要有车祸、高处坠落和撞伤。目前对于肺挫伤患者的治疗,主要为对原发伤进行清洁与处理、采取抗感染措施、止血以及输血、使用智能呼吸机进行辅助呼吸、止痛和合理地使用激素等常规性的治疗方法^[2]。而在这种常规的治疗方法的治疗下,患者肺部功能的恢复较慢且病死率一般较高,亟需改进治疗方法^[3]。早期综合护理联合复元活血汤是另一种预防肺挫伤患者并发急性肺损伤患者的措施,经临床实践取得令人满意的效果。为探究早期综合护理联合复元活血汤对预防肺挫伤患者并发急性肺损伤的效果,我院特选取 60 例肺挫伤并发急性肺损伤患者作为研究对象。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取本院 2012 年 1 月至 2013 年 12 月年收治的 60 例肺挫伤患者,随机分为观察组和对照组,每组各 30 例。观察组中男性 21 例,女性 9 例;年龄 31~60 岁,平均(34.00±3.20)岁。对照组中男性肺挫伤并发急性肺损伤 19 例,女性 11 例;年龄 30~59 岁,平均(33.00±4.10)岁。所有患者都有胸部的钝伤史,且伴随咳嗽、痰中带血和肺部呼吸的声音异常等状况。胸部 CT 片与胸片都表明肺的内部有类似于云雾状的阴影。受伤原因:其中车祸 36 例,坠伤 18 例,撞伤 6 例。两组患者性别、年龄等临床资料差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组采取常规的治疗方法对患者进行治疗。密切患者的各项生命体征,先对原发伤进行清洁与处理、采取抗感染措施、止血以及输血、使用智能呼吸机进行辅助呼吸、止痛,合理地使用激素等抢

* 基金项目:河北省科学技术厅科研项目(20121004)
[△]通信作者(电子邮箱:lxz1218@sohu.com)

救方法。对患者合并伤及时进行处理,保持患者呼吸道的畅通性,对患者进行必要的吸氧以及防感染处理。给予患者合适剂量的肾上腺皮质激素,达到限制水分子晶体液入量的目的,并进行利尿等相应常规处理措施。若患者出现气胸或者血气胸等,需对患者进行胸腔闭式引流术。若常规吸氧无法改善患者缺氧情况,需对患者行无创机械通气措施。无创机械通气的具体指标为吸氧浓度55%左右、平均呼吸机治疗时间(7.5±1.2)d。对肺实质撕裂伤的患者相应的处理措施,对于漏气严重或者大量出血,且经各种治疗措施无明显反应的病例应立即开胸探查,对漏气的支气管和出血的血管进行缝扎,然后缝合撕裂的肺组织。手术完毕后行胸腔闭式引流,继续对患者进行严格的观察。观察组采取早期综合护理联合复元活血汤对患者进行治疗。观察组在对照组基础上,对患者行鼻导管或气管插管给氧,在必要时可以使用呼吸机辅助患者呼吸,纠正患者缺氧的状态。并快速建立好两路的静脉通道,其中一路行对症治疗,如激素、镇痛药的使用;另一路则用于大量补液,改善患者休克的症状。并对患者实施早期综合护理并加服复元活血汤。其主要内容如下。(1)早期综合护理。①保持患者气道的畅通。发生肺挫伤的患者,大多优于胸部外伤导致肋骨骨折,为了防止因患者的活动造成肺部的再次损伤,需使患者保持一个制动半卧体位,这样会促使患者呼吸道的分泌物增多,容易形成块状的血痰从而阻塞患者呼吸道,使患者缺氧的情况更加严重。因此对于肺挫伤患者的早期护理,应鼓励患者自主咯痰,若患者存在力量不足的情况,应在患者咳嗽时同步压迫下胸两侧辅助患者咯痰。②对患者营养的改善。好的营养情况有助于患者尽快的恢复,因此早期护理中,应根据患者具体情况并对患者制定合理的饮食方案,均衡患者各项营养成分,帮助患者的恢复。③居住环境情况。时刻保持患者病房条件的干净、整洁。注意勤开窗换气,时刻注意室内的空气流动情况,保持空气的清新程度,但注意穿衣防止受凉。④生活习惯。护理人员督促患者养成一个良好的生活习惯,戒烟、酒。患者不宜长期卧床,需要到户外进行适当的锻炼,以上肢锻炼为主,锻炼强度不应太过剧烈。⑤用药情况。对患者联合使用白蛋白10g,细辛脑32g,即地塞米松35mg左右(连续用药3d后,根据患者的症状酌情减少药用量)、乌司他丁40万U、吠噻米20mg这几种药物。对患者进行静脉滴注,每日1次,连续用药5~7d为1个疗程。(2)加服复元活血汤:柴胡15g,瓜蒌根9g,当归9g,红花6g,甘草6g,穿山甲6g,酒浸大黄30g,桃仁50个(去皮酒浸,研如泥)。每日用水225mL加酒75mL混合熬药,待熬至液体剩下210mL左右时,除去药物残渣,趁热服下。观察组治疗维持多长时间。

1.3 观察指标 比较两组患者在治疗前后急性生理与慢性健康评分(APACHE II)的情况,并观察两组患者相关住院指标以及急性肺损伤的情况。

1.4 统计学处理 应用SPSS13.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,数据比较采用 χ^2 检验,应用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 APACHE II 评分比较 见表1。观察组治疗后 APACHE II 评分较治疗前显著降低($P<0.05$)。对照组治疗后较治疗前差异不明显($P>0.05$)。

表1 两组治疗前后 APACHE II 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	30	18.22±4.56	10.78±8.45*
对照组	30	17.23±5.34	16.78±12.44

与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组患者住院时间等相关指标比较 见表2。观察两组患者相关住院指标的情况,观察组均显著优于对照组($P<0.05$)。

表2 两组患者住院时间等相关指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	氧合指数(mmHg)	住院时间(d)	抗生素使用时间(d)	智能呼吸机的辅助时间(d)
观察组	30	256.35±54.66 [△]	10.01±3.12 [△]	16.45±3.89 [△]	9.34±4.21 [△]
对照组	30	181.32±60.31	16.78±4.06	20.67±4.34	13.67±2.23

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.3 两组患者预后情况的分析 见表3。分析两组患者预后情况,观察组预后显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 两组患者预后比较 n(%)

组别	n	多器官功能障碍综合征	急性呼吸窘迫综合征	病死率
观察组	30	4(13.33) [△]	6(20.00) [△]	2(6.67) [△]
对照组	30	15(50.00)	19(63.33)	9(30.00)

3 讨论

健康的肺组织中的肺泡吸入氧气,呼出二氧化碳,而肺泡上有一层保护膜起到了屏障的作用,保证肺部的呼吸正常和气体交换平衡^[4],而肺挫伤则影响到了这种气体交换的平衡,其临床特征表现为:低氧血症和急性呼吸道窘迫综合征^[5]。有报道表明^[6],肺挫伤能刺激肺部的肺泡巨噬细胞、炎性的细胞因子可释放较多的细胞,刺激全身的创伤,因而刺激肺挫伤患者的综合炎症反应,对患者的身体造成重大伤害^[7]。肺挫伤易使多器官功能衰竭综合征(MODS)和成人呼吸窘迫综合征(ARDS)的发生率提高,而这两者为此类疾病的主要死因和最常见的并发症^[8]。早期综合护理联合复元活血汤主要给予患者更合理的营养,以及减少激素的使

用量,采用一种更健康的方式对患者进行治疗。

为探究早期综合护理联合复元活血汤预防肺挫伤并发急性肺损伤的效果,我院特选取 60 例肺挫伤并发肺损伤患者作为研究对象,分组进行观察。结果发现:观察组患者的 APACHE II 评分下降程度明显大于对照组,观察组 MODS、ARDS 以及病死率同样显著低于对照组,与曹巧玲等人报道的结果相符^[9],说明早期综合护理联合复元活血汤能促进肺挫伤并发急性肺损伤患者的健康,改善肺部功能。究其原因,可能与观察组所使用的早期综合护理有关,观察组患者由于护士对其病情的密切关注,当患者胸腔引流液出现颜色、性质等方面的变化时,能够及时向医生汇报,为手术的进行赢得了宝贵的时间,有利于减少急性肺损伤的发生^[10]。且观察组患者在护理人员的帮助下,养成了一个好的生活习惯,并且尽早地脱离了机器的帮助,自助完成各项生理活动,这样对患者的康复有着很大的帮助,且能够有效减少患者 ARDS 与 MODS 的发生率,降低病死率,对患者的预后积极的影响。长期的医学研究发现^[11],肺挫伤后,肺部的毛细血管通透性明显增高,肺泡与肺间质之间会有水肿的现象发生,在发生损伤 1 d 后,肺部内几乎整个充斥了炎性细胞以及蛋白质的渗出液^[10]。在使用激素稳定生物膜通透性治疗的同时,对患者实施合理营养支持能够很好的使机体保持一个平衡的状态,能够减轻肺部水肿的症状,有效预防 ARDS^[12]。且观察组患者联合服用的复元活血汤能够起到活血化瘀,疏肝通络的作用,更加有益于患者的恢复,因此观察组患者能够取得较好的疗效,有效的预防了肺挫伤患者并发急性肺损伤的发生。

综上所述,复元活血汤联合早期综合护理对预防肺挫伤患者并发急性肺损伤的效果显著,在早期进行综合护理的措施,可使患者的肺部功能早日恢复。在与常规的护理比较中可发现进行早期综合护理的患者的肺部恢复程度明显较高,足可说明早期综合护理的

治疗可以有效预防肺挫伤患者并发肺损伤的发生,降低患者的病死率,值得在临床中推广。

参 考 文 献

- [1] 封秀琴,陈建裕.创伤后呼吸机相关性肺炎的护理[J].中华急诊医学杂志,2013,2(11):232-232.
- [2] 张丽.早期综合护理干预在儿科 ICU 应激性高血糖治疗转归中的效果评价[J].护理实践与研究,2013,10(7):61-62.
- [3] 薛昶,王翔,邓森田,等.复元活血汤加减治疗胸腰椎压缩骨折后腹胀便秘 88 例临床观察[J].陕西中医,2014,5(1):543-543.
- [4] 储真真,陈历,祝晓,等.复元活血汤联合介入治疗原发性肝癌的疗效分析[J].国际中医中药杂志,2014,5(1):426-429.
- [5] 张媛,王瑞兰.连枷胸合并肺挫伤的诊治进展[J].中华肺部疾病杂志:电子版,2014,7(1):84-86.
- [6] 赵鹤亮,洪波,赵新斌,等.肺挫伤的 256 层螺旋 CT 诊断研究[J].中国煤炭工业医学杂志,2014,17(1):18-21.
- [7] 吴丹,范晓东,陈坚伟,等.川芎嗪注射液对肺挫伤患者血清肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-8 水平的影响[J].中国基层医药,2014,21(8):1191-1192.
- [8] 张磊,赵叶娜,张泓,等.多发伤合并肺挫伤致急性呼吸窘迫综合症的治疗体会[J].外科研究与新技术,2012,1(1):66-68.
- [9] 曹巧玲,王中民,方志,等.双组元火箭推进剂引起急性肺损伤的研究进展[J].职业与健康,2014,30(3):417-419.
- [10] 王冬,李勇,赵群,等.颈部胸导管引流对重症急性胰腺炎并发急性肺损伤早期干预的影响[J].中华实验外科杂志,2012,29(9):93-94.
- [11] 黄彦泽,郭伟新,王首红,等.急性肺损伤病人循环内皮祖细胞 SDF-1 α 及其 CXCR4 受体表达研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(2):224-225.
- [12] 高言国,杜贵宾,吴莹,等.垂体后叶素对百草枯中毒大鼠急性肺损伤的治疗作用及机制[J].中华医学杂志,2014,94(4):306-309.

(收稿日期 2014-09-20)

欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

开心通灌颗粒治疗冠心病(心血瘀阻证)患者的临床观察*

李媛[△] 庄康保 王娜 邹敏 李显雄

(广东省广州市中西医结合医院,广东 广州 510800)

中图分类号:R541.4 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0313-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.047

【摘要】目的 观察经验方开心通灌颗粒对冠心病(心血瘀阻证)患者的中医证候及对血流变学指标、血脂和超敏C反应蛋白(hs-CRP)指标的影响。**方法** 将患者随机分为治疗组与对照组各30例,两组患者均按照冠心病二级预防用药,治疗组加用开心通灌颗粒,疗程为4周;观察治疗组及对照组治疗前后患者临床症状、体征、血浆黏度(PV)、纤维蛋白原(FIB)、三酰甘油(TG)、胆固醇(TC)、低密度脂蛋白(LDL-C)和hs-CRP指标变化情况。**结果** 两组患者中医证候积分均有所改善,治疗组改善更加明显($P<0.05$ 或 $P<0.01$);两组患者血浆黏度、FIB、TG、TC、LDL-C和hs-CRP较治疗前明显下降,治疗组下降更加明显($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。**结论** 开心通灌颗粒能明显改善冠心病(心血瘀阻证)患者临床症状,可能通过抑制炎症介质释放,延缓或阻止动脉粥样硬化斑块的破裂,改善冠脉微循环,纠正脂质代谢紊乱,降低体内高凝状态,防止血栓形成,从而起到防治冠心病的作用。

【关键词】 开心通灌颗粒 冠心病 心血瘀阻型 临床观察

Clinical Observation of Kaixin Tongguan Granule Treating Blood Stasis Resistance Type of Coronary Heart Disease Patients LI Yuan, ZHUANG Kangbao, WANG Na, et al. Guangzhou Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Guangdong province, Guangdong, Guangzhou 510800, China

【Abstract】Objective: To observe the protective effects of classic prescription -Kaixin Tongguan Granule on Traditional Chinese Medicine(TCM) syndrome, hemorrheology, lipid and hs-CRP in patients with blood stasis resistance type of coronary heart disease (CHD). **Methods:** 60 patients with blood stasis resistance type of CHD were randomly divided into treatment group ($n=30$) and control group ($n=30$), The therapy period lasted for 4 weeks. Both groups were given coronary heart disease prevention medicine. The Kaixin Tongguan Granule was adopted in the treatment group. These levels variations including clinical symptoms, signs, hemorrheology (PV, FIB), lipid (TG, TC, LDL-C) and hs-CRP were compared in two groups before and after the treatment. **Results:** TCM syndrome scores in both groups improved, but the treatment group improved more significantly, and the difference was statistically significant ($P<0.05$ or $P<0.01$). Also, PV, FIB, TG, TC, LDL-C and hs-CRP in two groups decreased remarkably compared with before, these reductions were more evident in the treatment group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$ or $P<0.01$). **Conclusion:** The clinical symptoms could be improved significantly by the Kaixin Tongguan Granule taken by patients with blood stasis resistance type of CHD, possibly by inhibiting the release of inflammatory mediators, delaying or preventing atherosclerotic plaque rupture, improving coronary microcirculation, correcting lipid metabolism, lowering body hypercoagulable state, and preventing thrombosis, so as to play a role in prevention and treatment of CHD.

【Key words】 Kaixin Tongguan Granule; Coronary heart disease; Blood stasis resistance type; Clinical observation

随着老龄化进程的加速、生活压力的增加以及生活方式的改变,冠心病成为公认的严重危害人民健康的“头号杀手”。心血瘀阻在冠心病心绞痛的发病机制中,既是脏腑功能失调的病理产物,又是致病因素,贯穿于冠心病的整个发病过程。本研究中药制剂采用广东一方制药有限公司的颗粒冲剂,具有简、便、廉和药效稳定的特点,患者易于接受。本课题通过观察开心通

灌颗粒配合西药治疗冠心病(心血瘀阻证)的有效性,为冠心病患者探讨一条疗效更佳,经济价廉的中医治疗方案。

1 资料与方法

1.1 病例选择 冠心病诊断以《缺血性心脏病的命名及诊断标准》^[1]以及《心血管病治疗指南和建议》^[2]为标准。心血瘀阻证判定参照《中药新药治疗冠心病心绞痛的临床研究指导原则》^[3],确定冠心病心血瘀阻证候主要为胸部刺痛或绞痛,固定不移,痛引肩背或臂内侧,

*基金项目:广州市花都区医疗卫生科技计划项目(13-HDWS-019)

[△]通信作者(电子邮箱:lymy5566@163.com)

胸闷,心悸不宁、唇舌紫暗,脉细涩。排除急性心肌梗死、严重心律失常、II度及II度以上房室传导阻滞、感染性疾病、自身免疫系统疾病、肝肾疾病和内分泌疾病、青光眼、慢性肺源性心脏病、风湿性心瓣膜病、扩张型心肌病、慢性多发性肺血管小栓塞等疾病;妊娠或哺乳期妇女;过敏体质,或对多种药物过敏者。

1.2 临床资料 选择我院2013年4月至2014年7月急诊及内科病房住院符合冠心病(心血瘀阻证)患者60例,采用前瞻性临床随机单盲对照试验研究方案,对符合纳入标准的病例严格按随机号分为两组,治疗组30例,对照组30例。治疗组男性20例,女性10例;年龄(61.50±7.10)岁;病程(2.13±0.52)年;合并高血压病和(或)糖尿病5例,吸烟7例。对照组男性19例,女性11例;年龄(58.90±7.80)岁;病程(1.85±1.21)年;合并高血压病和(或)糖尿病6例,吸烟8例。两组临床资料差异无统计学意义(P>0.05)。

1.3 治疗方法 对照组按冠心病二级预防常规用药,予拜阿司匹林、他汀类、β受体阻滞剂、ACEI类、硝酸酯类等。治疗组在此基础上加用开心通灌颗粒。开心通灌颗粒选用广东一方制药有限公司单味免煎颗粒剂,水冲服300 mL,每日2次,每次150 mL。饭前30 min口服,连服4周。开心通灌颗粒组方:水蛭1包(相当于3 g中药饮片),丹参1包(10 g),三七2包(4 g),川芎1包(6 g),郁金1包(10 g),当归1包(10 g),山楂1包(10 g),香附1包(10 g),甘松1包(6 g),炙甘草1包(3 g)。心痛甚者加乳香、没药、延胡索增强祛瘀止痛效果;胸痛彻背、遇寒加重者加制附子、干姜、肉桂温散寒邪;痰湿内盛者加瓜蒌、薤白、陈皮、茯苓燥湿化痰;气虚者加人参、黄芪、白术补气;汗出、心悸、失眠者加五味子、酸枣仁、柏子仁益气安神;便秘者加大黄、玄参、麦冬增液通便。疗程均为4周。

1.4 观察项目 观察治疗组及对照组治疗前后患者临床症状,体征、血浆黏度(PV)、纤维蛋白原(FIB)、三酰甘油(TG)、胆固醇(TC)、低密度脂蛋白(LDL-C)和超敏C反应蛋白(hs-CRP)指标变化情况。

1.5 疗效标准 症状分级量化及积分标准:自主症状按照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中的冠心病心绞痛常见症状分级量化表,结合心血瘀证,舌脉标准参照《中医量化诊断》^[4],自拟定证候评分,无症状记0分,轻度症状记1分,中度症状记2分,重度症状记3分。

1.6 统计学处理 数据输入必须进行核对,应用SPSS11.0统计软件分析。各组数据均以($\bar{x}±s$)表示,计量资料采用t检验或方差分析(方差不齐时采用秩和检验),计数资料采用χ²检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后中医证候量化积分比较 见表1。

两组治疗后胸痛、胸闷、心悸不宁、舌苔脉象等症状积分较治疗前明显下降(P<0.05或P<0.01),治疗组下降更为明显(P<0.05或P<0.01)。

表1 两组治疗前后中医证候量化积分比较(分, $\bar{x}±s$)

组别	时间	胸痛	胸闷	心悸不宁	舌苔脉象
治疗组 (n=30)	治疗前	1.18±0.69	1.83±0.58	0.90±0.85	1.75±0.80
	治疗后	0.38±0.25** ^{△△}	0.40±0.37** ^{△△}	0.35±0.26** [△]	0.89±0.49** ^{△△}
对照组 (n=30)	治疗前	1.15±0.61	1.79±0.55	0.95±0.87	1.65±0.92
	治疗后	0.75±0.31*	0.85±0.51**	0.57±0.42*	1.20±0.90*

与本组治疗前比较,*P<0.05,**P<0.01;与对照组治疗后比较,[△]P<0.05,^{△△}P<0.01。下同。

2.2 两组治疗前后PV、FIB、TG、TC、LDL-C和hs-CRP水平比较 见表2。治疗前两组患者各指标均无显著差异(P>0.05),治疗后两组各指标水平均较治疗前明显下降(P<0.05或P<0.01),而治疗组下降更加明显(P<0.05或P<0.01)。

表2 两组治疗前后血浆黏度、FIB、TG、TC、LDL-C和hs-CRP水平比较($\bar{x}±s$)

组别	时间	PV (mpa·S)	FIB (g/L)	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	hs-CRP (ng/L)
治疗组 (n=30)	治疗前	1.81±0.24	5.7±0.6	2.73±1.41	6.78±1.23	4.13±0.74	6.35±1.27
	治疗后	1.59±0.39 [△]	3.2±0.5** [△]	1.80±0.87** [△]	4.78±1.09 [△]	3.07±0.69 [△]	1.65±0.73** ^{△△}
对照组 (n=30)	治疗前	1.79±0.43	5.9±0.5	2.71±1.37	6.71±1.22	4.09±0.81	6.43±1.32
	治疗后	1.64±0.41*	4.9±0.6*	2.12±1.13*	5.87±0.93*	3.74±0.55*	3.37±0.86**

3 讨论

中医学将冠心病归属于“胸痹”、“心痛”、“真心痛”等范畴。病机多为“阳微阴弦”以致“心失所养,心脉瘀阻”,临床上以心血瘀阻最为常见。开心通灌颗粒中水蛭破血逐瘀为君药。一味丹参,功同四物,为活血化瘀之要药;三七化瘀止血,活血定痛;当归养血活血,补中有行,补而不滞,共为臣药。川芎辛散温通,既能活血,又能行气,为血中之气药,行血中之气而尤擅止痛;郁金活血行气止痛,解郁清心;山楂行气散瘀,张锡纯谓之为“善入血分而化瘀血之要药”、“兼入气分以开郁痰结,治疗心腹诸痛”;甘松理气止痛,可治“卒心腹痛满”;香附疏肝行气止痛之要药,俱为佐药,因“气为血帅,气行则血行”,在君臣药基础上配以上述佐药,以气血同治;炙甘草补中,调和诸药,为使药。诸药合用,共奏活血祛瘀,行气止痛之效。笔者认为,对于胸痹心痛久病患者,不能单纯活血祛瘀,必须辅以行气之品,气血并行,相辅相成方能达到“通而不痛”。

本研究表明,开心通灌颗粒能够显著缓解冠心病患者胸痛、胸闷、心悸不宁等中医证候,且未发现明显不良反应,说明开心通灌颗粒对冠心病(心血瘀阻证)有确切疗效。CRP为一种肝脏合成的炎症急性期反应

蛋白,在动脉粥样硬化的发生、发展、炎症反应起着重要作用,其水平的升高与心血管疾病的危险性呈正相关^[5];而脂质代谢紊乱是动脉粥样硬化形成最重要的危险因素,调节血脂在冠心病的治疗中极为重要^[6];FIB是一种由肝细胞合成分泌的凝血因子,高FIB血症会导致血黏度增高,血小板聚集性增强,冠状动脉血栓发生率增高,促进冠状动脉粥样硬化的进展^[7];而开心通灌颗粒能明显降低患者hs-CRP、血浆黏度、FIB、TG、TC、LDL-C水平,提示开心通灌颗粒可能通过抑制炎症介质释放,延缓或阻止动脉粥样硬化斑块的破裂,改善冠脉微循环,保护微小心肌,降低血脂水平,纠正脂质代谢紊乱,降低体内高凝状态,减少血小板聚集,防止血栓形成,从而起到防治冠心病的作用。所以在传统西药基础上,加用开心通灌颗粒,较单独应用西药疗效更佳。

参 考 文 献

[1] 国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化

联合专题组.缺血性心脏病的命名及诊断标准[J].中华心血管病杂志,1981,9(1):75.

[2] 中华医学会心血管分会,中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定型心绞痛诊断和治疗建议[J].中华心血管病杂志,2000,28(6):409-412.

[3] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:69.

[4] 徐迪华,徐剑秋.中医量化诊断[M].南京:江苏科学技术出版社,1997:35-100.

[5] 李绪斌,杨文东.血清同型半胱氨酸和高敏C-反应蛋白与冠状动脉病变严重程度关系[J].内科理论与实践,2009,4(1):456-457.

[6] 汤益明,杨宁.冠心病的某些重要进展[J].江西医药,2001,36(2):141.

[7] Hartmann M, von Bigelen C, Mintz GS, et al. Relation between lipoprotein (a) and fibrinogen and serial intravascular ultrasound plaque progression in left main coronary arteries[J]. J Am Coll Cardiol, 2006, 48(3):446-452.

(收稿日期 2014-10-20)

推拿治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床观察

袁筱岩 陈志昌 单杰[△]

(山东省青岛市市立医院,山东 青岛 266011)

中图分类号:R244.1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0315-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.048

【摘要】目的 观察三字经派小儿推拿对小儿咳嗽变异性哮喘(CVA)的治疗效果。**方法** 108例患儿随机分为治疗组56例和对照组52例,治疗组仅给予三字经派推拿,对照组给予布地奈德吸入同时配合孟鲁司特钠口服,治疗2,3,4周后观察效果。**结果** 治疗组2,3,4周的治愈率及总有效率均高于同期对照组(均 $P<0.05$)。症状改善率也优于同期对照组($P<0.05$)。**结论** 推拿治疗小儿CVA具有显著的治疗效果。

【关键词】 咳嗽变异性哮喘 推拿 小儿

小儿咳嗽变异性哮喘(CVA)是小儿慢性咳嗽中常见的病之一,由于其临床中缠绵难愈,药效起效较慢,治疗起来较为棘手。我们自2009年4月至2014年4月采用三字经派推拿治疗小儿CVA,取得满意效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例均符合:依据《儿童支气管哮喘防治常规试行》^[1]和《咳嗽的诊断和治疗指南草案》^[2]中关于CVA的诊断,均符合下列条件:所有患儿均以刺激性干咳为主要症状,尤其以晨起或夜间为重,经抗生素治疗无效;支气管扩张剂有效;年龄2~6岁。排除标准:肺部查体或胸片提示有炎症,发热,心肺有其他疾患的患儿。

1.2 临床资料 选取2009年4月至2014年4月在

青岛市市立医院小儿科门诊就诊的小儿CVA患儿108例,男性66例,女性42例;年龄2~6岁。按就诊次序随机分为治疗组和对照组,治疗组56例,男性34例,女性22例;年龄2.1~6岁,平均5.20岁;病程14~68d,平均33.09d。对照组52例,男性32例,女性20例;年龄2~6岁,平均4.30岁;病程16~65d,平均32.18d。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组患儿给予吸入用布地奈德混悬液(商品名为普米克令舒,阿斯利康公司生产)1mg,加生理盐水2mL驱动雾化吸入,每日2次,连用2周后停用布地奈德驱动雾化,改用布地奈德粉吸入剂(商品名为普米克都保,阿斯利康公司生产)200 μ g,每天2次;同时口服孟鲁司特钠咀嚼片(商品名为顺尔宁,杭州默沙东制药有限公司生产)4mg每晚1次;治疗组不给予药物口服,仅给予三字经派小儿推拿手法,顺运八卦10min,平肝、肺5min,补脾10min,揉二马

[△]通信作者(电子邮箱:yxy5087@163.com)

10 min 每日1次,每治疗5 d,休息2 d。两组患儿治疗2周,3周,4周后分别观察疗效。

1.4 疗效标准 治愈:咳嗽症状消失。好转:咳嗽症状明显减轻,偶有晨起咳嗽。无效:咳嗽症状无变化。

1.5 统计学处理 应用SPSS18.0统计软件。计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组综合疗效比较 见表1。用药2周、3周、4周时,治疗组的治愈率、有效率均高于对照组($P < 0.05$)。

表1 两组综合疗效比较(n)

组别	时间	治愈(%)	好转	无效	有效(%)
治疗组 (n=56)	2周	18(32.14) [△]	24	14	42(75.00) [△]
	3周	30(53.57) [△]	16	10	46(82.14) [△]
	4周	42(75.00) [△]	10	4	52(92.86) [△]
对照组 (n=52)	2周	8(15.38)	16	28	24(46.86)
	3周	14(26.92)	20	18	34(65.38)
	4周	27(51.92)	14	11	41(78.85)

与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 治疗2周后主要症状缓解比较 见表2。治疗组主要症状缓解情况优于对照组($P < 0.01$)。

表2 治疗2周主要症状缓解情况(n)

组别	疗效	咳嗽频率	咳嗽程度	气急
治疗组 (n=56)	消失	18 ^{△△}	18 ^{△△}	22 [△]
	好转	24 ^{△△}	24 ^{△△}	21 [△]
	无效	14	14	9
对照组 (n=52)	消失	8	8	9
	好转	16	16	17
	无效	28	28	23

与对照组比较,^{△△} $P < 0.01$ 。

2.3 治疗3周后主要症状缓解比较 见表3。治疗组主要症状缓解情况优于对照组($P < 0.05$)。

表3 治疗3周主要症状缓解情况(n)

组别	疗效	咳嗽频率	咳嗽程度	气急
治疗组 (n=56)	消失	30 [△]	30 [△]	33 [△]
	好转	16 [△]	16 [△]	11 [△]
	无效	10	10	8
对照组 (n=52)	消失	14	14	17
	好转	20	20	18
	无效	18	18	14

2.4 治疗4周后主要症状缓解比较 见表4。治疗组主要症状缓解情况优于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

小儿CVA属于哮喘范畴,可能支气管炎症刺激的

表4 治疗4周主要症状缓解情况(n)

组别	疗效	咳嗽频率	咳嗽程度	气急
治疗组 (n=56)	消失	42 [△]	42 [△]	44 [△]
	好转	10 [△]	10 [△]	7 [△]
	无效	4	4	1
对照组 (n=52)	消失	27	27	30
	好转	14	14	10
	无效	11	11	9

部位存在咳嗽受体分布较多,因而对于咳嗽的敏感性较高,患儿出现单一咳嗽症状^[3]。小儿CVA和哮喘患儿都存在支气管高反应状态,有研究^[4]发现有相当多的CVA患儿后期发展为哮喘,因此CVA早期发现和早期有效的治疗是防止哮喘发生的关键。

三字经推拿派认为,6岁以下的小儿脏气清灵,少受七情六欲的影响,经气流畅,推拿效果较好。小儿CVA可归属于中医学的慢性咳嗽范畴,中医学认为慢性咳嗽主脏在肺,《景岳全书·杂证谟·咳嗽》云“水涸金枯,肺苦于燥,肺燥则痒,痒则咳不能已也……嗑证虽多,无非肺病”。但亦与脾、肾、肝等脏器密不可分。有学者^[5]认为对于小儿CVA中药调理需要考虑到肺、肝、脾、肾四脏,提出肝肺并调,平肝息风;健脾化痰、培土生金;肺肾并补、纳气平喘等治疗原则。三字经推拿派对于慢性咳嗽的治疗原则是健脾化痰、清肺止咳^[6]。在临证中针对小儿咳嗽变异性哮喘的临床表现,采用健脾化痰、润肺止咳、补肾纳气等肺、脾、肝、肾并调的原则;穴位选取顺运八卦宽胸理气化痰,平肝肺息风清肺止咳、补脾培土生金,二马补肾纳气定喘。这组穴位的选择既符合了慢性咳嗽的病因病机,又符合了小儿CVA的病因特点。本结果也表明其治疗的效果优于单纯的药物治疗,值得推广。本次临床观察没有研究小儿CVA预后情况,是今后需要研究的重要方向。

参考文献

- [1] 中华医学会儿科学会呼吸学组,中华医学会《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童支气管哮喘防治常规(试行)[J]. 中华儿科杂志,2004,42(2):100-104.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会哮喘组. 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):738-744.
- [3] 洪建国. 咳嗽变异性哮喘与儿童慢性咳嗽[J]. 临床儿科杂志,2007,25(6):431-432.
- [4] Matsumoto H, Niimi A, Takemura M, et al. Prognosis of cough variant asthma: a retrospective analysis[J]. J Asthma, 2006, 43(2):131-135.
- [5] 周亚兵,吴敏. 小儿咳嗽变异性哮喘中医病机及诊治探讨[J]. 中国中医药信息杂志,2007,14(10):79.
- [6] 赵鉴秋. 幼科推拿三字经派求真[M]. 青岛:青岛出版社,1991:44-45.

(收稿日期 2014-08-26)

萆薢黄柏饮与秋水仙碱治疗痛风的疗效对比观察*

李建军¹ 王 为^{2△}

(1.重庆市中医院,重庆 400021;2.重庆市渝中区中医骨科医院,重庆 400010)

中图分类号:R589.7 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0317-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.049

【摘要】目的 比较萆薢黄柏饮与秋水仙碱治疗痛风的临床疗效。**方法** 将痛风患者 166 例随机分为两组,治疗组予萆薢黄柏饮,对照组予以秋水仙碱口服,两组均以 2 周为 1 个疗程。**结果** 萆薢黄柏饮治愈率明显高于秋水仙碱组,其对尿酸酸的改善亦明显优于秋水仙碱组,且安全性高。**结论** 萆薢黄柏饮治疗痛风疗效满意。

【关键词】 痛风 萆薢黄柏饮 秋水仙碱

The Comparative Effect of Bixiehuangbai Decoction and Colchicine on Gout LI Jianjun, WANG Wei. Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital, Chongqing 400021, China

【Abstract】Objective: To compare the clinical effect and safety of Bixiehuangbai Decoction and colchicine on gout. **Methods:** 166 patients were randomly divided into two groups. The treatment group was treated with Bixiehuangbai Decoction, while the control group was treated with colchicine. two weeks was taken as one treatment course. **Results:** The cure rate of treatment group was higher than that of Control group, the improvement in blood uric acid of the treatment group was better than that of the control group, with higher security. **Conclusion:** Bixiehuangbai Decoction shows good clinical effect on gout.

【Key words】 Gout; Bixiehuangbai Decoction; colchicine

痛风是嘌呤代谢紊乱及尿酸排泄减少所引起的一组疾病,其临床特点为由高尿酸血症、尿酸盐沉积所导致的反复发作的急、慢性关节炎和软组织损伤,以及尿酸性肾结石所导致的痛风性肾病。西医治疗多采用秋水仙碱、非甾体类消炎药、别嘌呤醇等,虽然可暂时缓解症状,但服药后副作用大,停药后复发率较高^[1],2011年9月至2012年5月笔者应用自拟萆薢黄柏饮治疗痛风性关节炎,并与秋水仙碱对比疗效。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例标准 本组病例全部符合文献[2]ACR急性痛风性关节炎分类标准:(1)关节液中有特异性尿酸盐结晶;(2)用化学方法或偏振光显微镜证实痛风石中含尿酸盐结晶;(3)具备以下 12 项(临床、实验室、X 线表现)中 6 项。(1)急性关节炎发作>1 次;(2)炎症反应在 1 d 内达高峰;(3)单关节炎发作;(4)可见关节发红;(5)第一跖趾关节疼痛或肿胀;(6)单侧第一跖趾关节受累;(7)单侧跗骨关节受累;(8)可疑痛风石;(9)高尿酸血症;(10)不对称关节内肿胀(X 线证实);(11)无骨侵蚀的骨皮质下囊肿(X 线证实);(12)关节炎发作时

关节液微生物培养阴性。

1.2 临床资料 本组患者共 166 例,其中男性 122 例,女性 44 例;年龄(48.20±10.10)岁,病程 2 h 至 30 年,随机分为两组。治疗组 85 例,其中男性 62 例,女性 23 例。对照组 81 例,其中男性 60 例,女性 21 例,两组资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组口服自拟萆薢黄柏饮加减,萆薢 30 g,黄柏 15 g,泽泻 15 g,白术 15 g,黄芪 15 g,蜈蚣 1 条,牛膝 15 g,肿节风 15 g,枳实 15 g,秦艽 15 g,痛盛加乳香 6 g,没药 6 g,延胡索 20 g,肿盛加鸡矢藤、薏苡仁 15 g,热盛加生大黄 5 g,水煎服,每日 1 剂,分 3 次口服,2 周为 1 个疗程。对照组口服秋水仙碱口服给药 1 mg,以后每 2~3 小时口服 0.5 mg,直至疼痛缓解,24 h 内不超过 6 mg;预防痛风急性发作时每日或隔日口服 0.5~1 mg。2 周为 1 个疗程,2 周为 1 个疗程。

1.4 疗效标准 根据文献[2]中痛风的疗效标准拟定。临床治愈:症状完全消失,关节功能恢复正常,主要理化检查指标正常。显效:主要症状消失,关节功能基本恢复,主要理化检查指标基本正常。有效:主要症状基本消失,主要关节功能及主要理化指标有所改善。无效:与治疗前相比,各方面均无显著改善。

1.5 统计学处理 计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验与 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

* 基金项目:重庆市中医重点建设专科项目资助

△通信作者(电子邮箱:81808770@qq.com)

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。结果显示,治疗组治愈率及总有效率均显著优于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

表1 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	85	49	22	9	5	80(90.42)
对照组	81	28	20	28	5	76(93.83)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$, $^{\Delta\Delta}P < 0.01$ 。下同。

2.2 两组VAS疼痛评分、关节功能评分、血尿酸水平比较 见表2。治疗后两组VAS疼痛评分、关节功能评分、血尿酸水平均下降($P < 0.05$),观察组改善下降明显($P < 0.05$)。

表2 两组疼痛程度、关节功能以及实验室检查指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	VAS疼痛(分)	关节功能(分)	血尿酸(umol/l)
治疗组 (n=85)	治疗前	8.11±0.59	1.68±0.48	501.27±49.73
	治疗后	2.31±0.21 ^{*Δ}	0.62±0.19 ^{*Δ}	397.31±47.38 ^{*Δ}
对照组 (n=81)	治疗前	8.05±0.65	1.62±0.85	498.24±47.89
	治疗后	3.14±0.28 [*]	0.97±0.31 [*]	410.61±46.28 [*]

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

3 讨论

痛风是一种以嘌呤代谢失常为病理改变的疾病,尿酸代谢失常为其主要特点,患者的关节炎往往较为严重,并且最终形成结晶沉积,导致关节畸形、尿路结石、肾功能减退等并发。秋水仙碱(colchicine)通过减少尿酸沉积和伴随的炎症反应,起到抗炎和止痛作用,可抑制炎性细胞趋化,对制止炎症、止痛有特效^[3]。因其不影响尿酸盐生成、溶解及排泄,故无降血尿酸作用但是秋水仙碱治疗剂量与中毒剂量很相近,不良反应与剂量相关,容易发生中毒,有较明显的胃肠道刺激等不良反应,影响预后;也可引起骨髓抑制、肝损害、过敏和神经毒性等;肾功能不全者应减量使用^[4]。

中医学认为,痛风属于“热痹”的范畴,又被称为

“历节”,多见于肥胖、嗜酒者,与患者的饮食习惯密切相关,系患者各种不良饮食习惯导致湿热阻滞经络、气血壅塞所致^[5]。《德心集医案·诸痛门·四肢肿痛》“四肢肿痛,手掌足跗尤甚,此必热伤营血,血液涸而不流,名为痛风是也”,痰湿积滞,郁而化热,流注筋骨肌肉关节,引起肿痛,久病夹瘀,痰、热、瘀互结,导致关节畸形,影响功能,萆薢淡渗利湿、健脾为君,黄柏清热燥湿、泻火解毒为臣,泽泻、白术薏苡仁健脾除湿、黄芪益气健脾共助萆薢利湿涤痰,脾运健旺,水湿自除,蜈蚣通络止痛,枳实行气除湿、秦艽祛风除湿、舒筋活络,牛膝引药下行,肿节风消肿止痛。全方共达健脾利湿,清热消肿,通络止痛之功。现代医学研究表明,萆薢、泽泻、薏苡仁有促进尿酸排泄的作用,秦艽可抑制尿酸生成。本组治疗组降尿酸效果明显,也是其佐证。

参 考 文 献

- [1] 曾学军.《2010年中国痛风临床诊治指南》解读[J].中国实用内科杂志,2012,32(6):438-441.
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:85,89.
- [3] 李育红,张清安,万文军.秋水仙碱两种给药方案治疗痛风急性发作的临床观察[J].中国药房,2013,24(28):2642-2643.
- [4] 宋金萍,王涛,陈雪梅,等.秋水仙碱肝损伤机制探讨[J].中国药理学通报,2011,27(7):1019-1023.
- [5] 周腊梅,陶娟.痛风中医文献解析[J].风湿病与关节炎,2012,1(5):45-47.
- [6] 刘涂新.加味萆薢分清饮治疗高尿酸血症25例[J].光明中医,2011,26(5):957-958.
- [7] 钱富艳,彭江云,李玲玉,等.高尿酸血症中医治疗用药规律分析[J].云南中医中药杂志,2013,34(2):9-11.
- [8] 胡征.痛风汤加味治疗急性痛风性关节炎的临床观察[J].中医正骨,2006,18(7):17-19.
- [9] 张姗姗,孙维峰.高尿酸血症的中医药治疗研究[J].华南国防医学杂志,2009,23(2):75-77.
- [10] 陈玉婷.近年中医治疗急性痛风性关节炎述要[J].河南中医,2012,32(10):1273-1275.

(收稿日期 2014-11-23)

欢迎投稿·欢迎订阅

中西医结合治疗老年支气管肺炎的临床观察

李飞鹏

(浙江省永康市第二人民医院,浙江 永康 321307)

中图分类号:R563.1*2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0319-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.050

【摘要】目的 观察老年支气管肺炎中西医结合治疗的疗效。**方法** 130例患者按照临床试验随机的原则分为对照组和治疗组各65例。对照组采用常规西药治疗,治疗组在对照组基础上联合中药进行治疗。观察两组疗效以及临床症状及阳性体征消失时间、住院时间以及治疗前后肺功能改善情况。**结果** 治疗组总有效率为95.38%,高于对照组的83.08%($P<0.05$)。观察组临床症状、体征恢复时间、平均住院天数均短于对照组(均 $P<0.05$)。治疗后,两组肺功能(FVE、FEV₁、PEFR)均治疗前改善(均 $P<0.05$),且观察组肺功能改善效果优于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 中西医结合治疗老年支气管肺炎疗效,能缩短住院时间,改善肺功能。

【关键词】 支气管肺炎 中西医结合 临床疗效

支气管肺炎多发生于冬春季节及气候骤变时,发病后免疫力低下,且容易感染^[1]。目前研究显示,支气管肺炎由细菌或病毒引起,轻者先有流涕、轻咳、低热、纳差,1~3日后突然高热,体温38~39℃,咳嗽加剧、气促而发病;也有突然发热、咳嗽、气急、烦躁而发病者^[2]。目前对该病治疗主要采用西医抗感染等方法,但效果不很理想。支气管肺炎属中医学“咳嗽”、“痰饮”等范畴,中医学认为其肺气郁闭、痰热互结是该病主要病机,治以宣肺平喘、清热化痰^[3]。因老年人免疫力低、病情易反复,单用抗生素疗效不理想。本研究采用中西医结合治疗,取得了较好的效果。现报告如下。

1 资料和方法

1.1 病例选择 所选病例均符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]支气管肺炎诊断标准;排除肺心病、冠心病、严重的心律失常及精神系统疾病。通过伦理委员会批准,所有受试者均签署知情同意书。

1.2 临床资料 选取浙江省永康市第二人民医院2012年10月至2013年10月收治的老年支气管肺炎患者130例,按照临床试验随机的原则分为对照组和治疗组两组。对照组65例,男性38例,女性27例;年龄62~87岁,平均(65.40±6.60)岁;病程13~35d,平均(23.70±7.30)d。治疗组65例,男性37例,女性28例;年龄61~86岁,平均(65.60±6.40)岁;病程13~37d,平均(23.30±7.70)d;两组在年龄、性别、病程等临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组入院后均给予左氧氟沙星注射剂0.5g/250mL静滴,每日1次,1周为1个疗程。治疗组在此基础上联合中药:生石膏30g,连翘、浙贝母各15g,杏仁、桔梗、黄芩各12g,金银花10g,甘草、麻黄各6g。每日1剂,水煎分早晚2次服。两组均治疗2个疗程。

1.4 疗效标准 治愈:临床症状及阳性体征消失,血常规恢复正常,胸片检查肺部片状阴影消失或明显减轻。有效:症状基本缓解,体征明显减轻,血常规明显好转,肺片示肺部片状阴影较前减轻。无效:症状减轻不明显,体征无好转或略有好转,血常规或胸片检查无好转或略有好转^[4]。

1.5 统计学处理 采用SPSS17.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间进行 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 见表1。治疗组总有效率高于对照组($P<0.05$)。

表1 两组疗效比较(n)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效(%)
治疗组	65	34	28	3	62(95.38) [△]
对照组	65	28	26	11	54(83.08)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后相关症状改善时间比较 见表2。观察组临床症状、体征恢复时间、住院时间均短于对照组(均 $P<0.05$)。

表2 两组治疗后相关指标改善时间比较($d, \bar{x}\pm s$)

组别	n	咳嗽咯痰消失时间	肺部X线恢复时间	住院时间
治疗组	65	3.43±1.61 [△]	2.76±1.37 [△]	7.79±3.34 [△]
对照组	65	6.99±2.12	5.23±1.82	13.67±3.41

2.3 两组治疗后肺功能改变比较 见表3。治疗后,两组肺功能(FVE、FEV₁、PEFR)均治疗前改善(均 $P<0.05$),且观察组肺功能改善效果优于对照组(均 $P<0.05$)。

表3 两组治疗前后肺功能改变比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FVE(L)	FEV ₁ (L)	PEFR(L/s)
治疗组 (n=65)	治疗前	2.15±0.65	1.69±0.61	4.11±0.29
	治疗后	3.38±0.72* [△]	2.89±0.81* [△]	6.81±0.49* [△]
对照组 (n=65)	治疗前	2.23±0.77	1.68±0.62	4.18±0.22
	治疗后	2.81±0.69*	2.14±0.76*	5.12±0.48*

与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

支气管肺炎为老年人常见病和多发病,具有起病急、变化快、死亡率高的特点,是严重威胁老年人生命疾病之一。目前西医治疗主要是根据患者痰液药敏结果选择合适抗菌药物治疗,但其用药时间长,其有效率较低,复发率较高^[5-6]。

支气管肺炎可属中医学“咳嗽”、“痰饮”等范畴,中医学认为^[7],该病发生主要为肺气郁闭、痰热互结。外邪犯肺,肺气郁阻,日久生热,肺热熏蒸,津液变为痰浊,痰阻肺络,壅塞气道,不得宣通。故治疗宜宣肺平喘、清热化痰。

本研究中药方中金银花清热解毒;麻黄宣降肺气,具有发汗、利尿、平喘、镇咳、抗过敏、抗菌、抗病毒作用^[8];杏仁宣肺平喘,并协调浙贝母化痰止咳;连翘、石膏、黄芩清肺凉血;桔梗燥湿化痰;甘草调和诸药。诸药合用,标本同治,祛邪为主,共奏宣肺平喘之

功。本研究结果显示,采用中西医结合治疗,疗效较好,可以改善临床症状和肺功能(FVE、FEV₁、PEFR),促进体征恢复。

综上所述,中西医结合治疗老年支气管肺炎疗效显著,且显著缩短了患者的住院时间,对改善患者肺功能有着显著的改善作用。

参 考 文 献

- [1] 周永瑞,谭永福.中西医结合治疗老年人肺炎临床观察[J].西部医学,2011,23(7):1329-1330.
- [2] 杨素敏,欧阳东.老年肺炎的临床特点与中西医结合治疗[J].中国自然医学杂志,2000,2(2):75-78.
- [3] 刘春娟.中西医结合治疗支气管肺炎的疗效观察[J].内蒙古中医药,2010,29(4):32.
- [4] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:86.
- [5] 国家药典委员会.中华人民共和国药典临床用药须知:化学药和生物制品卷[M].北京:人民卫生出版社,2005:563-564.
- [6] 鄢新龙.中西医结合治疗老年肺炎的临床治疗效果观察[J].北方药学,2013,10(11):69.
- [7] 戴元珂.中西医结合治疗老年肺炎的体会[J].健康大视野,2012,20(9):369.
- [8] 苏中.中西医结合治疗老年支气管肺炎 68 例[J].浙江中西医结合杂志,2010,20(1):21-22.

(收稿日期 2014-09-02)

强心通脉方联合西药治疗慢性心力衰竭 60 例临床观察

郭晓梅 刘艳军 李俊

(河北省秦皇岛市中医医院,河北 秦皇岛 066000)

中图分类号:R541.6+1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0320-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.051

【摘要】目的 观察强心通脉方联合西药治疗慢性心力衰竭的临床疗效。**方法** 将充血性心力衰竭患者 120 例随机分为治疗组和对照组,每组 60 例。对照组采用常规西药(口服 β 受体阻滞剂、ACEI 或利尿剂的同时,加用地高辛口服)治疗,治疗组在常规治疗的基础上加用强心通脉方治疗。两组疗程均为 4 周。**结果** 治疗组总有效率达 91.67%,明显高于对照组的 78.33%($P<0.01$)。治疗后,左室舒张末期内径(LVEDD)、左室收缩末期内径(LVESD)、左室射血分数(LVEF)均较治疗前有显著改善,治疗组均明显优于对照组($P<0.05$);治疗后,治疗组脑钠肽(BNP)浓度明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** 强心通脉方联合西药治疗慢性心力衰竭的临床疗效优于单独常规治疗,对慢性心力衰竭治疗具有积极的意义。

【关键词】 慢性心力衰竭 强心通脉方 益气利水 活血通络

慢性心力衰竭(CHF)是一种严重的心脏疾病的发展阶段,是由于各种原发性心脏损伤的原因,并与运动能力和神经内分泌激活综合症的下降有关,从而导致心脏功能障碍为主要临床表现,且最终演化结果为多

种心血管疾病的临床死亡。其死亡率及病残率亦随之逐年升高^[1],CHF 已经成为我国心血管领域的重要公共卫生学问题之一^[2]。该疾病严重危害人民的健康,且预后差,达 15%~50%年死亡率^[3]。而 CHF 又以慢性充

血性心力衰竭为多见,故当前治疗心衰的目标不仅需要改善心衰症状、提高生活质量,更多的还要从根本上进行治疗,即针对心肌重构的机制,延缓和防止心肌重构的发展进行治疗。基于以上原因,以下治疗尤为重要:改善左室射血分数、改善左室收缩末期内径及改善左室舒张末期内径等。西药因无法避免其明显的毒副作用,所以临床应用时受到许多限制。因此,中医药抗心衰寻求安全、有效的治疗方法,具有十分重要的意义。近年来,笔者在标准的慢性收缩性心力衰竭西药治疗的基础上加用强心通脉方进行治疗,获得了显著效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断以《2010年NICE慢性心力衰竭诊治指南》为标准^[4]。心功能分级标准,亦根据美国心脏病协会(NYHA)标准进行(即NYHA分级)^[2]。经病史、体格检查、X线胸部拍片及超声心动图等检查确诊为CHF;中医辨证属气虚水泛、瘀血内阻证。除外合并有其他严重疾病及重要脏器功能不全者。

1.2 临床资料 选取在我院住院及门诊慢性收缩性心衰患者120例,按随机数字表法分成两组。治疗组60例,其中男性38例,女性22例;年龄40~70岁,平均(60.50±10.30)岁;心功能Ⅲ级36例,心功能Ⅱ级24例;心衰病史6个月至15年。对照组60例,男性36例,女性24例;年龄38~69岁,平均(59.80±10.50)岁;心功能Ⅲ级35例,心功能Ⅱ级25例;病史5个月至15.5年。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组根据患者病情应用 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或利尿剂的同时加用地高辛治疗。治疗组在应用口服 β -受体阻滞剂、ACEI或利尿剂治疗的基础上,应用强心通脉方治疗。药物为黄芪50g,炙甘草15g,党参15g,北五加皮10g,茯苓15g,葶苈子30g,桑白皮20g,益母草30g,玉竹15g,葛根30g,补骨脂12g。水煎30min,共取汁250mL,早晚分服。两组疗程均为4周。

1.4 观察指标 观察治疗前后两组心衰患者的症状、体征及心功能分级的变化情况。全部病例治疗前后均检查心电图及胸部正侧位片,并采用彩色多普勒超声心动图仪测定左室收缩末期内径(LVESD)、左室舒张末期内径(LVEDD)、左室射血分数(LVEF);比较治疗前、治疗4周后LVESD、LVEDD、LVEF的值,并观察血压及心率的变化。血浆BNP测定:应用免疫荧光法分别测定治疗前后血浆BNP浓度。于治疗前后查血、尿常规;肝、肾功能测定。

1.5 疗效标准 按照《中药新药临床研究指导原则》^[5]相关标准。显效:心功能进步2级以上,而未达到1级心功能,症状、阳性体征及各项检查明显改善。有效:

心功能进步1级而未达到1级心功能,症状、阳性体征及各项检查有所改善。无效:心功能无明显变化,或加重、死亡。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计分析软件。计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后临床疗效比较 见表1。结果示治疗组治疗总有效率为91.67%,明显高于对照组的78.33%($P<0.05$)。

表1 两组疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	60	20	35	5	55(91.67) [△]
对照组	60	17	30	13	47(78.33)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组患者LVESD、LVEDD和LVEF参数、血浆BNP变化比较 见表2。结果示治疗后治疗组LVESD、LVEDD、血浆BNP均明显改善($P<0.05$);治疗后,治疗组各指标改善优于对照组($P<0.05$)。

表2 两组治疗前后左室收缩、舒张功能及射血分数比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	LVEDD(mm)	LVESD(mm)	LVEF(%)	血BNP(pg/mL)
治疗组 (n=60)	治疗前	68.15±6.73	53.24±6.34	37.75±5.86	1620.5±367.8
	治疗后	61.13±6.62 [△]	46.28±6.98 [*]	48.92±10.18 ^{*△}	458.5±162.4 [△]
对照组 (n=60)	治疗前	69.17±7.01	54.32±6.56	37.66±8.75	1580.6±376.6
	治疗后	64.21±6.53 [*]	52.87±6.35 [*]	42.29±8.79 [*]	561.8±176.5 [△]

与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组同期比较,[△] $P<0.05$ 。

2.3 治疗前后不良反应发生情况 见表3。结果示治疗组无不良反应发生,对照组发生不良反应共6例,分别为恶心呕吐3例,食欲减退1例,心率减慢2例。两组比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

慢性心力衰竭是大多数心血管疾病的最终转归,更是最主要的死亡原因,严重威胁着人类的健康。目前,伴随着心血管病先进诊疗技术的不断进展,溶栓、介入等治疗广泛应用,使急性期病死率极高的心脏病能够得到及时救治,故早期临床死亡率明显降低,但却转变成了慢性心力衰竭的重要原因^[6]。在慢性心力衰竭病程中,左心室功能降低、运动能力的减弱以及与之相应的神经体液调节紊乱成为心室重构的主要表现^[7]。心力衰竭发生发展的两个根本因素:神经内分泌过度激活及心室重塑机制^[8],这两种因素同时亦可相互促进,并且在CHF的发生发展中比血流动力学更占主导地位。而其具体表现则是患者的LVEDD、LVESD升高,LVEF降低,同时BNP高于正常。BNP的组成结构

是含有 17 个氨基酸环结构的 32 个氨基酸,其主要作用有:利尿、扩张血管、利钠、抑制肾素血管紧张素醛固酮系统和交感神经系统以及抗血管平滑肌细胞、内皮细胞的增殖等^[9]。BNP 的分泌,主要是来自心室肌。BNP 分泌的主要刺激因素为心室压力、心室容量和心脏负荷。心功能衰竭发生时,故血浆脑钠肽水平会明显升高^[10]。有研究发现,BNP 与 NYHA 分级呈正相关,与 LVEDD 呈正相关,与 LVEF 呈负相关^[11-12]。由于高灵敏度和血浆 BNP 水平的特异性,所以 BNP 可作为诊断心力衰竭的血浆标志物,并用于推断其严重程度。因此,BNP 是独立预测心衰预后的指标。

西医对于慢性心力衰竭的治疗主要包括:首先是休息及控制钠盐摄入,药物方面主要是以应用利尿剂、肾素-血管紧张素-醛固酮系统抑制剂、 β -受体阻滞剂、正性肌力药等为主。但是,应用利尿剂极易引起电解质紊乱及代谢紊乱;而应用 ACEI 则易引起刺激性干咳,甚至可能出现“醛固酮逃逸现象”^[13]。正性肌力药物应用过量还会引起洋地黄中毒。因易出现多种不良反应及并发症不宜长期应用。

慢性心力衰竭属中医学“喘”、“水肿”、“心悸”、“怔忡”、“痰饮”、“胸痹”等范畴;涉及心、肺、脾、肾多个脏器。其发病机制虽复杂多变,但总病机仍为本虚标实,以气虚为本,瘀血水饮为标。笔者在多年的临床实践中体会到,心衰尤其是难治性心衰患者,以气虚水泛,瘀血内阻为其发病的关键。故应治以益气利水、活血通络为法。我院自拟强心通脉方中重用黄芪,以补气固表、利水水肿;并配以党参、炙甘草,大补元气;北五加皮、茯苓、葶苈子、桑白皮,利水消肿;益母草活血利水;葛根升阳通络;补骨脂纳肌收缩力,降低舒张末期容积和压力,改善心脏血流动力学指标。还可降低血浆血管紧张素 II 和醛固酮水平,抑制神经内分泌过度激活,减少水钠潴留^[15]。玉竹的主要有效成分玉竹总苷具有明显的增强心肌收缩性能,改善心肌舒张功能的作用。党参碱具有明显的降压作用,其提取物能提高心排量而不增加心率;北五加皮在增加冠脉流量的同时,亦有轻度减慢心率和抑制心收缩力的作用;益母草则能有效地改善患者的心肌缺血症状。亦为此方治疗心力衰竭提供了现代医学理论依据。

本研究在中医学病因病机基础上,应用我院自拟

强心通脉方联合西药治疗慢性心力衰竭。结果表明,该方法可以改善左室射血分数,降低 CHF 患者血浆 BNP 水平,明显改善患者的心功能,且无明显不良反应,是一种很好的治疗心脏衰竭的处方。

参 考 文 献

- [1] Miller LW, Missov ED. Epidemiology of heart failure[J]. *Cardiol Clin*, 2001, 19(4): 547-555.
- [2] 顾东风, 黄广勇, 吴锡桂, 等. 中国心力衰竭流行病学调查及其患病率[J]. *中华心血管病杂志*, 2003, 31(1): 3-6.
- [3] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性心力衰竭治疗建议[J]. *中华心血管病杂志*, 2002, 30(1): 7-23.
- [4] 秦晓毅, 卢新政. 2010 年 NICE 慢性心力衰竭诊治指南更新的解读[J]. *心血管病学进展*, 2011, 32(4): 490-492.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 (试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 77-85.
- [6] 杨毅宁, 马依彤, 刘芬, 等. 新疆汉、维吾尔、哈萨克族慢性心力衰竭流行病学调查及其患病率研究[J]. *中华心血管病杂志*, 2010, 38(5): 460-464.
- [7] 邓国兰, 贺代成, 冯静, 等. 比较比索洛尔与卡维地洛治疗慢性充血性心力衰竭的疗效及安全性[J]. *中国药房*, 2007, 18(11): 848-850.
- [8] 卞德轩, 赵施竹. 厄贝沙坦与福辛普利联合用药对高血压病的疗效及左心室舒张功能的影响[J]. *中国医药导报*, 2008, 5(3): 70-71.
- [9] 符震球, 顾光大. 检测尿 B 型利钠肽在心力衰竭诊断中的意义[J]. *医学研究杂志*, 2013, 42(1): 162-163.
- [10] 张犁. 脑钠肽对高血压合并心力衰竭预后的临床评估[J]. *中国实用医刊*, 2013, 加(2): 108-109.
- [11] 张日, 金玲. 慢性心力衰竭患者脑钠肽水平检测意义分析[J]. *河北医学*, 2014, 20(2): 351-352.
- [12] 王兰兰, 蔡蓓, 刘兴斌, 等. N 末端脑型钠尿肽定量检测在心力衰竭诊断中的价值[J]. *中华检验医学杂志*, 2006, 29(1): 35-38.
- [13] 郭建淑. 醛固酮逃逸的研究进展[J]. *心血管病学进展*, 2011, 32(4): 562-562.
- [14] 姬艳, 苏王怡. 黄芪皂苷治疗心力衰竭机制研究现状[J]. *江苏中医药*, 2009, 44(4): 78-80.
- [15] 沈晓燕, 胡艳, 周维, 等. 羧甲基茯苓多糖抗大鼠实验性肝纤维化作用的研究[J]. *中国民族民间医药*, 2009, 18(22): 9-10.

(收稿日期 2014-08-28)

欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

高位低压灌肠法配合散剂外敷治疗胰腺炎的 临床观察

孙 蔚

(浙江省慈溪市逍林中心卫生院,浙江 慈溪 315300)

中图分类号:R576 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0323-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.052

【摘要】目的 观察高位低压灌肠法配合散剂外敷对胰腺炎的疗效。**方法** 将80例急性胰腺炎患者随机分为观察组及对照组各40例。对照组给予常规治疗加芒硝外敷,观察组在对照组基础上外加大黄高位低压灌肠治疗,两组疗程均为7d。比较分析两组治疗效果、血清淀粉酶、白细胞介素6(IL-6)、肿瘤坏死细胞因子- α (TNF- α)水平的差异。**结果** 观察组总有效率为85.00%,高于对照组的55.00%($P<0.05$)。观察组发热消失时间、腹胀消失时间、腹痛消失时间、肠鸣音恢复时间、恢复排气排便时间、平均住院时间均少于对照组(均 $P<0.05$)。观察组治疗第3日、5日、7日血清淀粉酶、IL-6、TNF- α 改善情况均优于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 高位低压灌肠法配合芒硝外敷能有效提高急性胰腺炎患者临床疗效,改善临床体征,具有抗感染及抑制多种促炎细胞因子生成的作用。

【关键词】 急性胰腺炎 高位低压灌肠法 芒硝外敷

急性胰腺炎是以胰腺及其周围组织大量分泌消化酶而引起的自身化学性炎症反应性疾病,是临床常见急腹症^[1],临床表现为腹痛、腹胀、肠道麻痹、恶心呕吐等,血生化检验时可发现血尿淀粉酶及促炎细胞因子水平升高。近年相关研究发现^[2]中医药对改善肠道功能、抗炎消炎具有一定的疗效。本研究采用大黄高位低压灌肠法配合散剂外敷治疗急性胰腺炎,效果理想。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:符合《中国急性胰腺炎诊治指南》^[3]中对急性胰腺炎的诊断标准;经腹部B超或CT确诊;入组时急性生理学与慢性健康状况评分系统II(APACHE II)评分 ≥ 8 分;均签署知情同意书。排除标准:肝肾功能不全、意识模糊、腹部肿瘤患者。

1.2 临床资料 选取2012年6月至2014年6月浙江省慈溪市逍林中心卫生院普外科收治的急性胰腺炎患者80例,根据随机数字表法分为观察组及对照组两组。对照组40例,男性20例,女性20例;年龄18~78岁,平均(42.90 \pm 4.20)岁;APACHE II评分8~22分,平均(15.30 \pm 3.40)分;合并发热12例,呕吐10例,黄疸10例。观察组40例,男性22例,女性18例;年龄18~75岁,平均(42.80 \pm 3.80)岁;APACHE II评分8~24分,平均(16.20 \pm 2.90)分;合并发热10例,呕吐12例,黄疸12例。两组临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组均给予内科综合性治疗,包括禁食、胰腺休息、持续胃肠减压、静脉输液预防休克、维持水/电解质平衡,给予营养支持。同时给予抗生素预防及控制细菌感染,给予0.1 mg 奥曲肽加300 mg 贝酯

精美滴注以抑制胰酶水平。对照组在常规治疗基础上将500~1000 g 芒硝平铺于双层薄棉中外敷于腹部,12 h 更换1次,疗程为7 d。观察组在对照组基础上将30 g 大黄加入100 mL 0.9%氯化钠注射液中浸泡5 min 后采用高位低压灌肠,每日2次,疗程为7 d。

1.4 观察指标 (1)记录两组患者临床体征改善时间及平均住院时间;(2)两组分别于入院当天、治疗1 d、3 d、5 d、7 d时测定患者血清淀粉酶、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平,血清淀粉酶采用干化学法测定,IL-6、TNF- α 采用酶联免疫法测定,试剂盒由武汉博士德生物工程公司提供,操作过程严格按照试剂盒说明书进行操作。血清淀粉酶正常水平 <110 IU/L;IL-6正常水平0.373~0.463 ng/L;TNF- α 正常值为0.29~0.81 μ g/L。

1.5 疗效评价 参考Ransan评分^[4]、CTSI分级标准^[5]、APACHE II评分系统^[6]、急性胰腺炎症状分级系统^[7]对两组患者疗效进行综合性评价。治愈:体征分级、症状评分、APACHE II量化记分为0分,CTSI分级为A级。显效:体征分级、症状评分为0~2分,APACHE II评分 ≤ 3 分,CTSI分级为B级。有效:体征分级、症状评分为2~4分,APACHE II评分 <8 分,CTSI分级为C级。无效:体征分级、症状评分为4~6分,APACHE II评分 ≥ 8 分,CTSI分级为D级。恶化:体征分级、症状评分 >6 分,APACHE II评分 ≥ 10 分,CTSI分级为E级。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学处理 采用SPSS17.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间计量资料采用 t 检验,组间计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率高
于对照组($P < 0.05$)。

表1 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	恶化	总有效(%)
观察组	40	15	12	7	5	1	34(85.00) [△]
对照组	40	7	7	8	10	8	22(55.00)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组临床症状改善时间比较 见表2。观察组发
热消失时间、腹胀消失时间、腹痛消失时间、肠鸣音恢
复时间、恢复排气排便时间、平均住院时间均少于对照
组(均 $P < 0.05$)。

表2 两组患者临床症状改善时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	发热消失	腹胀消失	腹痛消失	肠鸣音恢复	排气排便恢复	住院时间
观察组	40	2.12±0.78 [△]	3.02±1.85 [△]	2.07±0.98 [△]	1.58±0.89 [△]	1.47±0.86 [△]	7.25±2.52 [△]
对照组	40	3.78±1.42	4.89±1.59	4.89±1.22	3.42±1.34	3.12±1.45	9.78±3.04

2.3 两组治疗后血清淀粉酶、IL-6、TNF- α 水平比较
见表3。观察组治疗第3日、5日、7日血清淀粉酶、IL-
6、TNF- α 改善情况均优于对照组(均 $P < 0.05$)。

表3 两组治疗后血清淀粉酶、IL-6、TNF- α 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	血清淀粉酶(IU/L)	IL-6(ng/L)	TNF- α (ng/L)
观察组 (n=40)	治疗前	604.15±112.23	3.12±0.48	4.36±0.74
	入院1d	638.25±104.32	5.98±0.79	5.86±0.68
	入院3d	289.25±78.15 [△]	3.02±0.85 [△]	3.28±0.86 [△]
	入院5d	152.32±34.27 [△]	1.04±0.62 [△]	1.15±0.98 [△]
	入院7d	82.12±52.45 [△]	0.42±0.14 [△]	0.78±0.41 [△]
对照组 (n=40)	治疗前	609.47±114.36	3.09±0.52	4.28±0.68
	入院1d	630.24±107.26	6.32±0.86	6.72±1.14
	入院3d	428.36±84.25	5.23±0.42	4.89±1.04
	入院5d	314.25±78.56	3.25±0.96	2.76±1.14
	入院7d	224.25±48.39	1.85±0.22	1.21±0.85

与对照组同期比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

3 讨论

胰腺炎的发生与白细胞被激活、胰腺微循环障碍
及多种炎症细胞因子大量生成发生级联反应导致全身
性炎症反应有关。腹腔内炎性物质渗出可引起肠系腹
膜缺血性水肿及低血容量, 导致肠道菌群失调及肠道
损伤, 可引起继发性感染, 对机体造成二次打击。

中医学认为急性胰腺炎的发生与饮食不节、情绪
波动、大量饮酒以致脾胃升降失调, 温热蕴结, 肝气郁
滞, 气机不畅有关。因此采用活血化瘀、通腑泄热能
有效保护胃肠黏膜屏障, 防止胃肠道损伤, 抑制炎症
细胞因子生成。芒硝具有清热除湿、软坚泻下、通经
活血、消肿疗疮的作用, 可治疗腹胀便秘、实热积滞;
现代药理

学表明^[8], 其具有改善局部微循环, 止痛消炎、刺激
肠道蠕动、防止肠道麻痹、降低胰胆管压力、松弛胆道
括约肌的作用, 同时可刺激网状内皮系统, 促进消炎抗
炎以及淋巴细胞增生, 调动机体抗病毒能力。大黄具有
抑制胰脂肪酶、胰蛋白酶等胰酶分泌的作用, 可减轻胰
管压力, 松弛胆道口括约肌, 改善胰腺微循环及消除肠
麻痹, 促进肠蠕动, 抑制炎症递质, 减少肠内毒素吸收,
阻止胰酶激活剂分泌, 保护器官。李劲等^[9]指出, 大
黄能有效抑制 IL-6、TNF- α 水平及内毒素的生成, 能
有效抑制肠道细菌移位, 减少胃肠黏膜损伤。杨国红等^[10]
也指出, 大黄能直接抑制炎症因子基因表达, 从而减少
炎症介质释放, 调节免疫功能。急性胰腺炎患者由于肠
道麻痹、十二指肠附近张力较大, 患者易出现恶心、呕
吐等症状, 若胃管内灌注大黄可加重胃部负担, 增加患
者不适感^[11-12]。本研究通过生大黄高位低压灌肠, 克
服了胃管内注入引起的恶心、呕吐症状, 提高了用药效
果。本研究中将生大黄浸泡时间定为 5 min, 这可确保
生大黄最大限度浸出, 同时可控制单宁酸浸出浓度, 确
保大黄药效的同时又可以确保肠黏膜不会过度水肿。

本研究结果显示, 急性胰腺炎患者采用芒硝外敷
联合大黄高位低压灌肠治疗, 能有效提高患者治疗效
果, 改善患者临床症状, 能有效抑制胰腺炎患者炎症
因子分泌, 改善患者预后。综上所述, 高位低压灌肠法
配合芒硝外敷能有效提高急性胰腺炎患者临床疗效, 改
善患者临床体征, 具有抗感染及抑制多种促炎细胞因
子生成的作用。

参 考 文 献

- [1] 把永忠, 王琪雁. 中药疗法治疗重症急性胰腺炎 36 例临床观察[J]. 河北中医, 2012, 34(10): 1482-1483.
- [2] 赵艳梅, 菅志远, 王好, 等. 不同剂量的生大黄对重症急性胰腺炎肠道功能恢复的影响[J]. 中国普通外科杂志, 2012, 21(9): 1158-1160.
- [3] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组, 中华胰腺病杂志编辑委员会, 中华消化杂志编辑委员会等. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2013, 33(4): 217-222.
- [4] Ajay K, Khanna, Susanta M, et al. Comparison of Ranson, Glasgow, MOSS, SIRS, BISAP, APACHE II, CTSI Scores, IL-6, CRP, and procalcitonin in predicting severity, Organ Failure, Pancreatic Necrosis, and Mortality in Acute Pancreatitis [J]. 2013, 5(4): 896-899.
- [5] Syed FAZ, Faisal GB, Kamran F, et al. Acute Pancreatitis—a Clinical Profile [J]. Journal of Rawalpindi Medical College (JRMC), 2013, 17(1): 48-51.
- [6] J.S. Choi, J.H. Cho, T.J. Jeon, et al. Prognostic value of procalcitonin, CRP, BISAP, Ranson's, APACHE-II and CTSI scores according to the various etiologies of acute pancreatitis [J]. Volume, 2013, 8(5): 963-966.
- [7] Türkvatan A, Erden A, Türkolu MA, et al. Imaging of acute

- pancreatitis and its complications. Part 1: Acute pancreatitis[J]. Diagn Interv Imaging, 2014, 8(2):412-414.
- [8] 李富兰,严小琴,颜麒麟,等.大承气汤联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎肠麻痹的疗效观察[J].西部医学,2013,25(7):1007-1008.
- [9] 李劲,陈生贵,张乙川,等.中药腹部外敷及灌肠治疗重症急性胰腺炎腹腔积液(附70例临床报告分析)[J].中国实用医药,2012,7(21):187-188.
- [10] 杨国红,王晓,李春颖,等.中药四联疗法分期辨证优化治疗急性胰腺炎[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(14):301-304.
- [11] 高月琴,沈兰芳.生大黄综合灌肠法在重症胰腺炎麻痹性肠梗阻中的护理应用[J].中国实用医药,2013,8(30):182-184.
- [12] 谈晨.中药灌胃与芒硝外敷结合西药治疗急重症胰腺炎疗效观察[J].陕西中医,2013,34(6):731-732.

(收稿日期 2014-09-29)

微波照射联合白冰方穴位贴敷治疗轻中度支气管哮喘急性发作临床观察

杨环玮 冯文杰 王淑英 王品 丁静

(河北省秦皇岛市中医医院,河北 秦皇岛 066000)

中图分类号:R245.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0325-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.053

【摘要】目的 观察微波照射联合白冰方穴位贴敷治疗轻中度支气管哮喘急性发作的临床疗效。**方法** 将72例患者随机分为对照组和治疗组各36例,对照组给予常规治疗加普米克令舒,治疗组在常规治疗基础上加用白冰方穴位贴敷(天突、璇玑、双肺腧、双定喘)联合微波照射(双定喘),两组疗程均为7d。**结果** 治疗组总有效率为91.67%,明显高于对照组的80.56%($P<0.05$)。两组患者经治疗FEV₁、FEV₁/FVC(%)及PEF均较治疗前有改善($P<0.05$);治疗组肺功能指标的改善明显优于对照组($P<0.05$)。治疗后两组症状与治疗前比较均有改善($P<0.05$)。与对照组比较,治疗组中医症候积分减少幅度大于对照组($P<0.05$)。两组患者哮喘症状控制起效时间、咳嗽消失时间、喘息消失时间、哮鸣音消失时间,治疗组明显少于对照组($P<0.05$)。**结论** 微波照射联合白冰方穴位贴敷治疗轻中度支气管哮喘急性发作疗效明确,安全可靠。

【关键词】 支气管哮喘 白冰方 微波照射 中医疗法

支气管哮喘已被世界公认为一道医学难题,目前大多认为是由多种细胞(如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、嗜中性粒细胞、气道上皮细胞等)和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病,可导致气道高反应性的增加,并引起反复发作性的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状,常在夜间和(或)清晨发作、加剧,通常出现广泛多变的可逆性气流受限,多数患者可自行缓解或经治疗缓解^[1]。其发病率与死亡率近年有增加趋势,目前尚无特效药物能够根治哮喘,且西药存在诸多副作用,中医药在治疗哮喘方面逐渐发挥着重要的作用。本院采用微波照射联合白冰方穴位贴敷治疗轻中度支气管哮喘急性发作,取得较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断符合《支气管哮喘防治指南》^[2]诊断标准,中医诊断标准均符合《中药新药临床研究指导原则》^[3]中“哮喘”的诊断与辨证标准。排除标准:(1)治疗4周内使用过糖皮质激素;(2)2周内使用过 β_2 受体激动剂及白三烯受体拮抗剂;(3)合并心血管、脑、肝、肾等严重原发病及全身性疾病;(4)哺乳期

女及孕产妇,精神疾患;(5)对相关中药过敏及有皮肤过敏症患者。

1.2 临床资料 选取本院肺病科2012年1月至2014年10月收治的支气管哮喘患者72例,均按文献^[2]分度标准为轻中度支气管哮喘。将入组患者按随机数字表法分为两组。治疗组36例,男性20例,女性16例;年龄21~65岁,平均(48.70±5.20)岁;平均病程(10.50±3.40)年;平均发作时间(1.30±3.50)d;发病程度包括轻度20例,中度16例。对照组36例,男性22例,女性14例;年龄19~67岁,平均(49.30±5.80)岁;平均病程(10.90±3.50)年;平均发作时间(1.50±4.10)d;发病程度包括轻度22例,中度14例。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组均常规予吸氧、抗感染、静脉茶碱、化痰及博利康尼5mg(2mL)雾化吸入,每日2次等对症治疗。对照组雾化中加普米克令舒(布地奈德混悬液)2mg(4mL),每日2次。治疗组应用白冰方穴位贴敷(天突、璇玑、双肺腧、双定喘)每帖8~12h,每日更换贴膏,药物组成:白果、薄荷冰、僵蚕、全蝎、百

部、皂角刺、桔梗、玄参、细辛、荆芥、防风、白芥子、麦冬、生地黄、丹参、木蝴蝶、牛蒡子、诃子,具体制作方法:以上药物研磨以1:1比例制成散剂,以温水调成膏状,加以透气贴膜为裱褙,姜汁为辅料外涂于所选穴位,增强药物的吸收和渗透。联合微波照射(双定喘),每日1次,每次20min。两组疗程均为7d。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征变化,于治疗第7日行肺功能检测。肺功能检测包括第1秒用力呼气容积(FEV₁)、FEV₁占用力呼气肺活量(FVC)百分比(FEV₁/FVC),呼气峰流速(PEF),同时观察患者哮喘症状、体征变化,并按0、1、2、3分进行评分^[4]。

1.5 疗效标准 临床控制:哮喘症状完全缓解,即使偶有轻度发作不需用药即可缓解,FEV₁(或PEF)增加量>35%或治疗FEV₁(PEF)≥80%预计值,PEF昼夜波动率<20%。显效:哮喘发作较治疗前明显减轻,FEV₁(或PEF)增加量范围25%~35%,或治疗后FEV₁(PEF)达到预计值的60%~79%,PEF昼夜波动率<20%,仍需用糖皮质激素或支气管扩张剂。好转:哮喘症状有所减轻,FEV₁(或PEF)增加量15%~24%,仍需用糖皮质激素和(或)支气管扩张剂。无效:临床症状和FEV₁(或PEF)测定值无改善或反而加重^[5]。总有效率=(显效+有效)/n×100%。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,并对数据采用t检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后肺功能比较 见表1。结果示两组患者经治疗FEV₁、FEV₁/FVC(%)及PEF均较治疗前有改善(P<0.05);治疗组肺功能指标的改善明显高于对照组(P<0.05)。

表1 两组治疗前后肺功能比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FEV ₁ (L)	FEV ₁ /FVC(%)	PEF(L/S)
治疗组 (n=36)	治疗前	1.57±0.57	58.19±10.15	4.81±0.91
	治疗后	2.35±0.70 [△]	67.22±8.36 [△]	6.15±1.05 [△]
对照组 (n=36)	治疗前	1.54±0.32	57.75±7.49	4.13±0.72
	治疗后	1.90±0.61 [*]	62.37±9.34 [*]	5.30±0.81 [*]

治疗前后组间比较,*P<0.05;治疗前后组内比较,[△]P<0.05。

2.2 两组患者治疗效果比较 见表2。结果示治疗组总有效率明显高于对照组(P<0.05)。

表2 两组疗效比较(n)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	36	6	9	18	3	33(91.67) [△]
对照组	36	5	7	17	7	29(80.56)

与对照组比较,[△]P<0.05。

2.3 两组治疗前后中医证候评分比较 见表3。结果示治疗后两组症状与治疗前比较均有改善(P<0.05)。与对照组比较,治疗组中医证候积分减少幅度大于对照组(P<0.05)。

表3 两组治疗前后中医证候评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	咳嗽	咯痰	喘息	哮鸣音
治疗组 (n=36)	治疗前	2.41±0.57	2.29±1.21	2.95±0.40	2.21±0.18
	治疗后	1.90±0.58 [△]	1.22±0.95 [△]	2.01±0.24 [△]	1.67±0.16 [△]
对照组 (n=36)	治疗前	2.43±0.61	2.31±1.39	3.01±0.56	2.26±0.43
	治疗后	2.24±0.98 [*]	2.01±1.39 [*]	2.86±0.27 [*]	2.04±0.23 [*]

治疗前后组间比较,*P<0.05;治疗前后组内比较,[△]P<0.05。

2.4 两组患者治疗后哮喘症状控制起效时间及症状消失时间比较 见表4。结果示两组患者哮喘症状控制起效时间、咳嗽消失时间、喘息消失时间、哮鸣音消失时间,治疗组明显少于对照组(P<0.05)。

表4 两组患者治疗后哮喘症状控制起效时间及症状消失时间比较(d, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	起效时间	咳嗽消失时间	喘息消失时间	哮鸣音消失时间
治疗组	36	2.03±0.60 [△]	3.01±0.69 [△]	3.13±0.73 [△]	3.28±1.10 [△]
对照组	36	2.99±0.72	3.95±0.54	4.32±0.68	4.25±1.21

与对照组比较,[△]P<0.05。

3 讨论

支气管哮喘急性发作治疗的目的是尽快缓解气道痉挛,如诊治不及时可引起一系列严重并发症,是严重威胁公众健康的疾病之一。目前急性发作期临床主要是应用糖皮质激素、支气管扩张剂、抗胆碱能药物、白三烯受体调节剂、茶碱类等,其中糖皮质激素发挥着重要作用。但多数患者都恐惧激素的不良反应,常常拒绝应用。中医学在治疗哮喘方面积累了丰富的临床研究,目前大量临床研究应用中药内服联合外治均取得了较好的临床疗效。

支气管哮喘属中医学“哮病”范畴,中医学认为哮病多为宿痰内伏于肺,多由外感、劳倦等诱因引触,以致痰阻气道,痰随气升,气因痰阻,相互搏结,使肺管狭窄,通畅不利,致喘息哮鸣有声。《素问·咳论》云“皮毛者,肺之合也。皮毛先受邪气,邪气以从其合也。明代孙一奎《赤水玄珠全集·哮喘辨》一书,对哮喘的病因进行了归纳,认为“哮发之原有三:有因惊风之后而得者,……,有感风寒而得者,有食咸酸呛喉而得者”。可见风邪触动痰浊,气道挛急是哮病的主要诱发病机。因此笔者以宣肃肺气,化痰止咳平喘为法,采用微波照射联合白冰方穴位贴敷治疗哮喘。穴位贴敷疗法是通过刺激穴位、经络和药物渗透吸收的双重作用,从而调整人体整体脏腑功能,消除炎症,达到预防和治疗疾病的目的,其作为中医治疗哮喘顽疾的传统方法之一,具有

调理脏腑,补虚泻实之功效^[6]。本院肺病科创立白冰方,以白果、薄荷冰、玄参、细辛、荆芥、防风、白芥子、皂角刺、麦冬、生地黄、丹参、僵蚕、全蝎、百部、木蝴蝶、桔梗、牛蒡子、诃子为主方,方中白果味甘、苦、温,具有温肺益气、定喘咳之功;薄荷辛、凉,达清热利咽之效;僵蚕、全蝎咸、辛,具有解痉平喘之功;细辛、荆芥、防风味辛具有发散风邪之效,白芥子、皂角刺辛、温,化痰止咳平喘,功在治疗痰咳喘满;桔梗辛、散苦泻,宣开肺气,祛痰,牛蒡子、百部味苦,润肺下气;诃子味苦、酸、涩,性温,具有敛肺下气之功,辅以麦冬、生地黄、丹参以养阴活血,诸药合用功奏宣肺降气、解痉平喘的作用。目前临床常用的敷贴穴位以背部腧穴为主,是因为人体脏腑精气输注于背腧穴,外邪也易从腰背部侵犯人体脏腑,背腧穴与脏腑在生理和病理上密切相关^[7],所选穴位肺腧为足太阳膀胱之穴位,通达内外,固护卫气,达到抵御外邪,止咳平喘之功。定喘穴是经外奇穴,具有宣肺平喘、化痰消饮之功,天突、璇玑均为任脉之穴位,位于颈部,具有宽胸利肺、止咳平喘之功。而微波照射能够提高人体免疫功能,加速组织修复,从而加速了气道和肺部组织的弹性恢复,在消除炎症的同时,提高

了肺顺应性,加快肺功能的康复。哮喘患者病情反复发作,脾肾阳虚为多,微波的热效应又可达到了温补阳气、扶正固本之功。因此运用白冰方穴位贴敷联合微波照射治疗轻中度支气管哮喘,治疗前后的各项指标对比显示,应用本法能够较好地控制支气管哮喘急性发作,同时又避免了吸入激素的不良反应,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:69.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.支气管哮喘防治指南[J].中华内科杂志,2003,26(3):132-138.
- [3] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:60-66.
- [3] 叶任高.内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2005:64-73.
- [4] 中华医学会.呼吸病学分会支气管哮喘防治指南[J].中华内科杂志,2003,42(11):817.
- [5] 郑继生.哮喘临床缓解期的中医诊疗综述[J].河南中医,2012,32(2):255-257.
- [6] 朱彬,刘广霞.穴位敷贴防治支气管哮喘近况[J].河南中医,2012,32(8):1098-1100.

(收稿日期 2014-05-06)

从阳明论治急性痛风性关节炎临床观察

盛 磊 金劲松

(湖北省中医院,湖北 武汉 430061)

中图分类号:R589.7 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0327-03
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.054

【摘要】目的 观察从阳明论治急性痛风性关节炎的临床疗效。**方法** 将60例患者随机分成两组,治疗组30例给予中药加减口服治疗;对照组30例给予西医对症治疗。治疗疗程为1周。**结果** 治疗组总有效率为86.67%,明显高于对照组的70.00%($P<0.01$);治疗组血尿酸(UA)、血沉(ESR),肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-1与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.01$);且各项指标均优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。**结论** 从阳明论治急性痛风性关节炎确实可行,且疗效较好,佐证了痛风发于阳明的假说。

【关键词】 急性痛风性关节炎 从阳明论治 肿瘤坏死因子 α 白细胞介素1

笔者在临床中发现痛风发作时的证候特点与中医阳明证有高度相似性,故提出从阳明论治本病,施之临床取得了较好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准根据美国风湿病协会1990年诊断标准^[1]制定。排除合并有心血管、脑血管、肝及造血系统疾病、精神病者;晚期关节炎重度畸形、僵硬丧失劳动力者。中医证型诊断标准参照《中医诊断学》中阳明病证制定,辨证为阳明证。

1.2 临床资料 选取60例门诊或住院患者,均符合急性痛风性关节炎西医诊断标准及中医证型诊断标

准,随机分成治疗组和对照组,各30例,其中治疗组男性25例,女性5例;年龄(49.33 \pm 17.24)岁;病程1d至12年,血尿酸平均值(588.2 \pm 107.2) $\mu\text{mol/L}$;对照组男性24例,女性6例;年龄(52.42 \pm 15.53)岁;病程1d至13年,血尿酸平均值(576.4 \pm 111.3) $\mu\text{mol/L}$,两组的性别、年龄、病程及治疗前观察指标差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组给予自拟方:生石膏30~50g,知母20g,生甘草10g,生大黄10~15g(后下),栀子15g,淡豆豉10g,土茯苓15g,萆薢15g,桂枝10g。每日1剂,水煎300mL,分2次口服。便秘明显者,加芒硝10g(后下);腹胀明显者,加枳实12g,厚朴12g。对

照组给予扶他林(双氯芬酸钠缓释片)75 mg口服,每日2次,碳酸氢钠片0.5 g,每日3次,症状缓解24 h后,扶他林减量为每日1次。两组患者均要求多饮水,低嘌呤饮食,禁酒,并注意休息。两组疗程均为1周。

1.4 观察指标 分别观察两组治疗中主要症状(关节疼痛、红肿等)及治疗前后血尿酸(UA)、血沉(ESR)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、白细胞介素-1(IL-1)等指标及不良反应情况。

1.5 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]相关标准制定。临床痊愈:症状完全消失,关节功能恢复正常,实验室检查主要指标正常。显效:主要症状消失,关节功能基本恢复,实验室检查主要指标基本正常。有效:主要症状、关节功能及实验室检查主要指标有所改善。无效:治疗后症状及实验室主要指标均无改善。

1.6 统计学处理 实验中的分类资料用χ²检验,等级资料用Ridit分析,两样本均数比较用t检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。结果显示治疗组总有效率明显高于对照组(P<0.01)。

表1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	30	6	13	7	4	26(86.67) ^Δ
对照组	30	4	7	10	9	21(70.00)

与对照组比较,ΔP<0.01。

2.2 两组患者治疗前后UA、ESR、TNF-α、IL-1测定结果比较 见表2。治疗组UA、ESR、TNF-α、IL-1治疗后明显降低(P<0.01)。两组UA、ESR、TNF-α、IL-1治疗后比较,差异有统计学意义(P<0.05或P<0.01)。

表2 两组治疗前后UA、ESR、TNF-α、IL-1测定结果比较(̄x±s)

组别	时间	UA(μmol/L)	ESR(mm/h)	TNF-α(pg/mL)	IL-1(pg/mL)
治疗组 (n=30)	治疗前	588.2±107.20	72.7±21.9	43.55±8.94	58.24±11.32
	治疗后	427.6±82.9 ^Δ	31.2±10.8 ^{ΔΔ}	22.13±6.03 ^{ΔΔ}	29.23±10.12 ^{ΔΔ}
对照组 (n=30)	治疗前	576.4±111.3	68.8±20.5	46.82±9.10	56.33±10.16
	治疗后	485.5±85.4 [*]	40.6±12.1 [*]	37.78±8.73 [*]	40.76±12.62 [*]

与本组治疗前比较,*P<0.01;与对照组治疗后比较,ΔP<0.05,ΔΔP<0.01。

3 讨论

急性痛风性关节炎是由于嘌呤代谢紊乱和(或)尿酸排泄障碍所致尿酸盐结晶沉积于关节及其周围结缔组织,当尿酸盐结晶析出时,被白细胞及滑膜细胞吞噬,促使这些细胞释放多种炎性细胞因子,引起的炎症级联反应。尤其炎性细胞因子中的TNF-α和IL-1β在急性痛风性关节炎的发病中起重要作用^[3]。痛风急性发作时TNF-α和IL-1β表达水平明显升高,而通过

有效治疗后,随着痛风局部炎症的缓解,TNF-α和IL-1β水平亦显著降低^[4]。

本病的相似论述多见于中医学“痹证”和“历节病”之中,一般认为其病机是湿热内蕴,痹阻关节,遇外感或饮食不节引动而发。现代中医各家在前人认识基础上对本病有所发展,联系脏腑辨证,多认为本病本于肝、脾、肾功能失调,标于湿、热、痰、瘀留着筋骨、关节,对其急性发作期的病机认识基本统一为“郁热内盛”。然而,各医家虽有共识但治疗侧重点不同,故中医对痛风性关节炎的治疗目前尚无统一标准,难以达到稳定的近期疗效和远期控制复发的目的。研究针对本病稳定而有效的治疗举措有重要意义。

痛风发于阳明其意有二:一是痛风发作时其证似阳明证;二是痛风的发病部位在阳明经。伤寒论中的阳明证,其特点为阳气亢盛,邪从热化最盛,属实里热,与痛风急性发作之时郁热内盛的病理相同,根据病机相同,异病同治的原则,两者治法相同。

痛风急性发作时其发病部位一般见于足跖趾关节、足背、踝、膝关节、拇指食指关节、肘关节等,且多在四肢阳面,下肢病位分布多涉及足阳明胃经,上肢病位分布多涉及手阳明大肠经。在痛风治疗的临床观察和文献中发现,与本病治疗相关的药物以大黄、石膏、知母、芒硝、土茯苓、萆薢、黄柏、苍术、秦艽、薏苡仁、蚕沙、金银花、蒲公英等使用较多^[5-6],且药物多归于胃经和大肠经。从经络和药物归经理论分析,本病病位当在阳明。

现代医学研究中,有学者提出中医证的本质是细胞因子,其基本发病学原理是由于细胞因子网络紊乱的结果,而细胞因子基因表达调控异常引起的细胞因子网络紊乱也是西医病所共有的基本发病学机理和发病学环节^[7]。从而支持了西医病和中医证通过相同或相似的细胞因子网络紊乱模式构建病证统一理论的可行性。阳明证与痛风病急性发作都是机体对致病诱因(内毒素或尿酸钠结晶)表达出的炎症反应状态,其统一的发病基础是一系列炎性细胞因子,在阳明热证实证的演变中,TNF-α和白介素水平明显升高,且与证候严重程度呈现正相关^[8]。而TNF-α和白介素也是痛风急性发作中的重要炎性细胞因子。故笔者选取此两项指标观察从阳明论治本病的疗效。

基于以上分析,笔者采用伤寒阳明证的数方合用,以栀子豉汤、白虎汤、承气汤加减治疗本病,栀子豉汤功具清心除烦、白虎汤善清阳明经热、承气汤长于通腑泄热,并加用桂枝等通络利关节,三方合用共奏清热泄浊之功。本研究亦显示,治疗组对急性痛风性关节炎治疗前后的主要症状及主要实验室指标均有明显改善,且优于对照组,两组差异有统计学意义。从而说明从阳明论治急性痛风性关节炎确实可行,且疗效较好,进

一步佐证了痛风发于阳明的假说。

参 考 文 献

- [1] 刘湘源. 表格式临床系列丛书·风湿病分册[M]. 北京: 中国医药学科技出版社, 2001: 202.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 153-157.
- [3] Terkeltaub R, Baird S, Sears P, et al. The murine homolog of the interleukin-8 receptor cxcr-2 is essential for the occurrence of neutrophilic inflammation in air pouch model of acute urate crystal-induced gouty synovitis[J]. Arthritis Rheum, 1998, 41(5): 900-909.
- [4] 雍雪娇. 中药防治高尿酸血症及痛风的研究进展[J]. 中国中医急症, 2012, 21(2): 254-255.
- [5] 杨阔, 刘维. 中药治疗痛风的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(5): 24-25.
- [6] 陈光亮, 徐叔云. 中药治疗痛风研究近况[J]. 安徽中医学院学报, 2003, 22(5): 57-59.
- [7] 申维玺. 再论中医证的本质是细胞因子[J]. 中医杂志, 2002, 43(12): 888.
- [8] 于强, 崔乃强. 阳明热证实证患者血浆内毒素水平和细胞因子的改变及相关性研究[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(1): 10-12.

(收稿日期 2014-08-04)

急性缺血性脑卒中(中经络)辨证分型与血清炎性因子的关系

尚丽霞 梁振湖 张红蕾

(河北省临西县人民医院, 河北 临西 054900)

中图分类号: R255.2 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)02-0329-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.055

【摘要】目的 观察急性缺血性脑卒中(IMS)中经络不同证型血清炎性因子的水平, 探讨二者之间关系。**方法** 106例IMS患者于入院始发状态下进行辨证分型, 抽血采集肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素6、白细胞介素1 β 等炎性因子的水平, 比较不同证型间炎性因子水平的差异。**结果** IMS始发状态下各证型中风痰瘀阻证所占比例最高(43.40%), 实证所占比例为78.30%, 实证炎性因子水平高于虚证($P < 0.01$)。**结论** IMS中实证炎性反应较虚证更为强烈, 炎性因子可以作为辨证分型和愈后判断的参考指标。

【关键词】 急性缺血性脑卒中 辨证分型 炎性因子

急性缺血性脑卒中(IMS)的病理基础动脉粥样硬化引起的血管壁的慢性炎性反应, 及因缺血坏死后引起的脑组织的急性炎性级联反应, 在IMS疾病的发生与发展占有重要地位, 炎性因子与因子间的网络调控在其中发挥了重要作用^[1]。运用先进的检测手段进行中医微观辨证是中医走向现代化的趋势, 对IMS各证型与机体炎性反应的关系进行探讨成为当前研究的热点, 本研究对IMS中经络5种不同证型患者、健康人群血清炎性因子肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素6(IL-6)及白细胞介素1 β (IL-1 β)水平进行检测, 分析不同证型IMS与血清炎性因子的相关性, 对中医辨证分型的物质基础进行探讨。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 入选标准: 西医诊断符合2005年《中国脑血管病防治指南》中脑梗死的诊断标准^[2], 中医诊断符合《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[3]中风中经络的诊断标准; 均为初次发病, 发病时间 < 72 h; 经CT和/或MR检查证实为脑梗死。排除标准: 2周内存在感染性疾病或入院后继发感染; 一过性脑缺血发作、

腔隙性脑梗死、脑栓死及混合性脑卒中; 接受溶栓治疗者; 年龄在80岁以上者; 存在恶性肿瘤、重度阻塞性肺气肿、心肌梗死、周围血管栓塞性疾病、免疫性疾病等难以控制疾病者。

1.2 临床资料 选取2012年6月至2014年5月临西县人民医院神经内科入院治疗的IMS患者106例, 其中男性58例, 女性48例; 年龄40~79岁, 平均(65.30 \pm 7.20)岁; 发病至治疗时间3~64h, 平均(10.4 \pm 5.8)h。健康人群组30例选自健康来院体检者, 无重大疾病及长期服药史, 体检生化指标正常, 其中男性14例, 女性16例; 年龄42~78岁, 平均年龄(64.60 \pm 5.20)岁。

1.3 研究方法 (1)中医辨证分型方法。统一设计分型方案, 统一进行人员培训, 依据1994年《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》中的中风中经络的中医辨证分型标准, 分为5个证型即肝阳暴亢、风痰瘀阻、痰热腑实、气虚血瘀、阴虚风动, 其中肝阳暴亢、风痰瘀阻、痰热腑实为实证, 气虚血瘀、阴虚风动为虚证。由专职中医主治医师对IMS入院患者于始发状态下进行辨证分型, 并经中医副主任医师审核后确定。(2)炎性因

子的检测方法。于入院当日或次日清晨空腹状态下采集静脉血 5 mL 于试管内,放置于 4 °C 冰箱内待其自然凝固,1500 r/min 离心 10 min 分离出血清,置于-30 °C 冰箱内待成批检测。采用双抗体夹心酶联免疫吸附法测定 TNF-α、IL-6 及 IL-1β 含量,试剂盒由北京科美东雅生物技术有限公司提供,由专人严格按试剂盒说明书操作步骤进行。

1.4 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 IMS 始发状态下中医证型分布特点 见表 1。IMS 始发状态下各证型中风痰瘀阻证所占比例最高(43.40%),最低为气虚血瘀(7.55%),其中实证所占比例为 78.30%,虚证所占比例为 21.70%。

表 1 IMS 始发状态中医证型分布特点(n)

项目	肝阳暴亢	风痰瘀阻	痰热腑实	气虚血瘀	阴虚风动
例数	26	46	11	8	15
构成(%)	24.52	43.40	10.38	7.55	14.15

2.2 IMS 实证、虚证及健康人群组炎症因子水平比较 见表 2。IMS 实证和虚证炎症因子水平均较健康人群组明显升高($P < 0.01$),但实证炎症因子水平较虚证升高更为显著($P < 0.01$)。

表 2 IMS 实证、虚证及健康人群组炎症因子水平比较 (pg/mL, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	IL-1β	TNF-α	IL-6
实证	83	28.25±11.34 [▲]	25.45±5.26 [▲]	52.42±18.73 [▲]
虚证	23	19.65±5.24 [△]	18.06±3.18 [△]	38.54±15.36 [△]
健康人群组	30	11.73±3.68	5.62±1.26	19.38±10.32

与健康人群组比较,△ $P < 0.01$;与虚证组比较,▲ $P < 0.01$ 。下同。

2.3 IMS 不同证型炎症因子水平比较 见表 3。各证型炎症因子水平与健康人群组差异均有统计学意义($P < 0.01$),实证肝阳暴亢、风痰瘀阻、痰热腑实证炎症因子水平分别高于虚证气虚血瘀、阴虚风动证 ($P < 0.01$)。

表 3 不同证型 IMS 炎症因子水平比较 (pg/mL, $\bar{x}\pm s$)

中医证型	n	IL-1β	TNF-α	IL-6
肝阳暴亢	26	30.65±12.54 ^{*△}	26.18±3.46 ^{*△}	54.25±15.73 ^{*△}
风痰瘀阻	46	26.13±10.25 ^{*△}	22.25±5.06 ^{*△}	49.34±12.56 ^{*△}
痰热腑实	11	29.52±11.43 ^{*△}	23.42±2.85 ^{*△}	50.35±10.26 ^{*△}
气虚血瘀	8	20.83±10.75 [△]	10.34±2.19 [△]	39.52±11.46 [△]
阴虚风动	15	18.32±18.32 [△]	11.46±2.24 [△]	37.25±10.63 [△]
健康人群组	30	11.73±3.68	5.62±1.26	19.38±10.32

与阴虚风动、气虚血瘀证比较,* $P < 0.01$ 。

3 讨论

IMS 属中医理论“中风”范畴,中风的物质基础为“风、火、痰、瘀、气虚、阴虚”诸端,病之初始,风火互煽致气血逆乱,脑脉痹阻引发中风。轻者风痰横窜经络为中经络,重者风痰夹火上闭清窍为中脏腑。其病性为标实本虚,上盛下虚。根据辨证的原则,将中经络分为肝阳暴亢、风痰瘀阻、痰热腑实、气虚血瘀、阴虚风动等五证型,其中前三者为实证,后二者为虚证,在中风的初始状态下以风邪、痰热及血瘀等实证为主,后期逐渐演变成气虚、阴虚两虚之证。杨志波等^[4]研究发现,IMS 急性期以实证居多,而在恢复期则以虚证为主。本研究亦表明,在 IMS 的始发状态下,实证所占比例为 78.30%,虚证所占比例为 21.70%,以风痰瘀阻所占比例最高。

中医学对 IMS 的研究经历了数千年,积累了丰富的经验,但中医的辨证施治存在因人而异的主观性和随意性,随着中西医结合及先进检测手段的不断发展,学者们普遍认为中医辨证分型存在物质基础,IMS 的辨证分型与客观指标(如 CT、血脂、血液流变学等)的关系成为研究的热点。IMS 的病理基础动脉粥样硬化引起的慢性炎症反应,脑组织缺血改变引发急性炎症级联反应,导致炎症因子 TNF-α、IL-6、IL-1β 等的表达明显增高,因此炎症因子可作为 IMS 疾病程度及愈后判断的微观参考指标。仓志兰等^[5]研究发现,中风患者 TNF-α、IL-6、IL-1β 等炎症因子的表达较正常健康人组升高,且火热证组较非火热证组升高更为明显。本研究通过观察始发状态下不同证型 IMS 的炎症因子水平,对 IMS 辨证分型与炎症因子的关系进行探讨。研究表明,肝阳暴亢、风痰瘀阻、痰热腑实等实证炎症因子水平明显高于气虚血瘀、阴虚风动等虚证,可能因为实证中由于火热、痰浊、血瘀等实邪的存在,致腑实不通,邪毒内结,邪郁化毒化火无以下行;而虚证中气血虚少,肝肾阴虚,故实证的炎症反应较虚证更为强烈,可能加剧 IMS 病情,临床治疗中应重视对火热、痰浊、血瘀等实邪的辨证施治。

虽然 IMS 中医辨证分型与炎症因子的相关性研究在某些方面取得一定的成果,展现出中医微观、客观辨证的美好未来,但所有研究仍旧存在分型标准不统一,研究样本数量偏少,尚未找到反映证型本质的特异性指标等缺点^[6]。今后仍需进一步细致深入多层次跨学科的研究,揭示中医证候的微观实质。

参考文献

[1] 刘旭强. 缺血性脑卒中患者血清 HbA1c、hs-CRP 及中医证型相关性[J]. 山西中医, 2013, 29(10): 50-52.

[2] 饶明俐. 《中国脑血管病防治指南》摘要(三)[J]. 中风与神经疾病杂志, 2006, 23(1): 4-8.

[3] 任占利, 王顺道. 中风病诊断与疗效评定标准[J]. 北京中

医药大学学报,1996,19(1):17-19.

[4] 杨志波,梁婷,王健,等.缺血性脑卒中中医辨证规律的研究综述[J].中西医结合研究,2012,4(6):319-320.

[5] 仓志兰,姜亚军.急性脑梗死中医证型与细胞因子的关系

研究[J].四川中医,2006,24(7):19-20.

[6] 罗喜鸣,黄晓明.缺血性脑卒中辨证分型与客观指标相关性研究综述[J].山西中医学院学报,2006,7(5):57-58.

(收稿日期 2014-07-14)

针药联合治疗贝尔面瘫急性期临床观察

蒋杏丽

(黑龙江省医院,黑龙江 哈尔滨 150036)

中图分类号:R246 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0331-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.056

【摘要】目的 观察中西医结合方法治疗贝尔面瘫急性期的临床疗效。**方法** 将急性期患者80例随机分为治疗组与对照组各40例。对照组采用西医常规治疗方法,治疗组在常规治疗基础上配合针药治疗,两组疗程均为21d。**结果** 治疗后治疗组总有效率为100.00%,明显高于对照组的80.00%($P<0.05$)。两组在轻度面瘫患者治疗有效率相当,但在中度、重度患者治疗有效率差别较大,尤其是遇到重度面瘫患者,治疗组治疗有效率明显高于对照组($P<0.05$)。治疗组起效时间短于对照组($P<0.05$)。**结论** 中西结合治疗贝尔面瘫疗效可靠且安全,起效时间短。

【关键词】 贝尔面瘫 针灸 中西医结合 耳鼻喉科急症

贝尔面瘫是急性发作的、特发性的单侧周围性面神经麻痹,是茎乳孔内面神经非特异性炎症导致的以面部表情肌功能障碍为主要特征的一种耳鼻喉科常见病、多发病。部分患者伴有不同程度的流泪、咽干、耳后疼痛、味觉减退、听觉过敏或听力减退。起病迅速,常于数小时或3d达到高峰。以春秋两季较为多见,与节气变化也有一定相关性,男性多于女性。其发病率约为10~40/10万人,占有周围性面神经麻痹的60%左右。近年来笔者采用中西医结合方法治疗贝尔面瘫取得了较好的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床西医诊断均符合《神经病学》特发性面神经麻痹表现为Bell征者^[1]。中医诊断标准符合《中医内科学》^[2]。辨证为气血亏虚、风邪阻络证。纳入标准:(1)符合面瘫中西医诊断标准,且病情分级在H-B分级Ⅲ~Ⅴ之间者;(2)病程在3~14d以内;(3)单侧面神经麻痹;(4)年龄15~65岁;(5)自愿参加本研究并签署知情同意书者。排除标准:(1)不符合诊断标准和纳入标准;(2)中枢性面瘫及继发于其他疾病后的面瘫,如急性炎性多发性脱髓鞘性神经根神经病,耳源性面神经麻痹(如中耳炎、迷路炎、乳突炎),腮腺、颌后区病变(如腮腺炎、腮腺肿瘤、化脓性淋巴结炎),脑血管疾病(桥脑小脑角肿瘤,蛛网膜炎,颅底脑膜炎及转移性肿瘤),外伤等;(3)合并有糖尿病神经病变、心、脑血管、肝、肾、肺和造血系统等严重原发性疾病者和精神病患者;(4)莱姆病;(5)亨特氏综合征患

者;(6)面肌痉挛患者;(7)妊娠期或哺乳期妇女及过敏体质者;(8)因其他原因不能完成疗程、中止试验者。

1.2 临床资料 选取来源于本院门诊或住院部急性贝尔面瘫患者80例,按随机数字表法将其分为治疗组与对照组,每组各40例。治疗组年龄26~55岁,平均38.20岁;病程1~6d,平均3.12d;面瘫患病程度轻度25例,中度9例,重度6例。对照组40例,年龄25~53岁,平均37.80岁;病程2~7d,平均3.57d;面瘫患病程度轻度26例,中度9例,重度5例。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组确诊后均给予静滴地塞米松15mg,3d后改为10mg静滴,6d后改为5mg。同时给予静滴辅酶A、ATP、舒血宁、维生素B族。此外静滴抗生素及抗病毒药物7d。治疗组在此基础上加用针刺与中药疗法。取穴:翳风、下关、颊车、地仓、迎香、水沟、承浆、攒竹、四白、阳白、合谷。每日1次,左右2次轮换取穴。方选补阳还五汤加减,方药为黄芪30g,当归15g,地龙15g,川芎15g,赤芍15g,桃仁15g,红花15g,桂枝20g,炙甘草15g,全蝎6g,蜈蚣1条。水煎服,每日1剂,早晚温服。两组疗程均为21d。

1.4 观察指标 观察两组治疗后的临床症状改善情况,进行评分与评级,评分标准参照第5次国际神经外科专题研讨会推荐的House Brackmann(H-B)面神经功能评价分级系统1n61拟定^[3]。观察两组不同程度治疗后面瘫恢复情况,以及两组治疗后起效时间。

1.5 疗效标准 疗效标准按照文献[1]制定。痊愈:达Ⅰ级,双侧额纹、鼻唇沟恢复对称,皱眉与闭眼正常,鼓

腮时口角不漏气,进食时齿颊间不滞留食物残渣,谈笑时无口角歪斜,面部表情正常,评分满分。显效:达Ⅱ级,双侧额纹与鼻唇沟基本对称,眼闭合欠实,皱眉略显无力,颧肌肌力约为徒手肌力Ⅳ级,鼓腮时口角不漏气,进食时齿颊间不滞留食物残渣,笑时可见口角略不对称,评分在 75 分以上。好转:Ⅳ~Ⅵ级经治疗后改善为Ⅲ级,评分 75~50 分。无效:经 3 个月治疗后仍停留在Ⅳ级以上,评分在 50 分以下。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计分析软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,并对数据采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。结果显示治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	40	30	6	4	0	40(100.00) [△]
对照组	40	14	10	8	8	32(80.00)

与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。

2.2 两组不同程度面瘫治疗后恢复情况 结果显示治疗组中面瘫轻度 25 例,痊愈 25 例;中度 9 例,痊愈 5 例,显效 4 例;重度 6 例,显效 2 例,有效 4 例。对照组轻度 26 例,痊愈 14 例,显效 6 例,有效 3 例,无效 3 例;中度 9 例,显效 4 例,有效 3 例,无效 2 例;重度 5 例,有效 2 例,无效 3 例。轻度患者治疗组有效率为 100.00%,高于对照组的 88.46% ($P > 0.05$)。中度患者治疗组有效率 100.00%,高于对照组的 77.78% ($P < 0.05$)。重度患者治疗组有效率为 100%,高于对照的 40.00% ($P < 0.05$)。由此可见,两组在轻度面瘫患者治疗有效率相当,但在中度、重度患者治疗有效率差别较大,尤其是遇到重度面瘫患者,治疗组治疗有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。

2.3 两组治疗起效时间情况比较 治疗组起效时间 1~7 d,平均(6.50±1.20) d。对照组起效时间 3~14 d,平均(13.50±4.40) d。两组比较,治疗组起效时间短于对照组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

贝尔面瘫主要是行经颞骨内的面神经主干因各种原因而导致充血及水肿,病变部位全在面神经管内。本病属于中医学“面瘫”、“吊斜风”的范畴。中医认为本病的病因是由脉络空虚、风寒之邪乘虚侵袭经络,以致经络阻滞、经筋失养、筋肌纵缓不收而致^[4]。治疗当以祛

风散寒、补气养血、活血通络为基本治法。针刺治疗是治疗本病的重要手段之一,针刺配穴是可改善患者面部血液循环,提高机体免疫力,达到疏散风邪、疏通经脉、调和气血的作用^[5]。因面部为阳明、少阳经脉汇集之处,阳明经为多气多血之经,少阳经系半表半里之经,因此笔者针刺取穴在遵循循经近部选穴与远道选穴的原则,多从阳明、少阳二经选穴。取穴包括翳风、下关、颊车、地仓、迎香、水沟、攒竹、四白、合谷。其中下关、颊车、地仓、四白均属足阳明胃经,均有开关通络之效。迎香、合谷属足阳明大肠经,也具有很好的通经活络之效。翳风属手少阳三焦经,可祛风散邪。攒竹属足太阳膀胱经,属面部要穴。水沟为督脉要穴,具有通经活络,行气活血之功。本研究所选穴位,均为临床治疗面瘫常用的要穴,因此取得了良好的效果。

此外,中药治疗笔者选用补阳还五汤进行加减治疗本病,方组包括黄芪、当归、地龙、川芎、赤芍、桃仁、红花、桂枝、炙甘草、全蝎、蜈蚣。本病的病机为气血亏虚、风邪阻络、气血瘀滞,治疗当以补气养血、活血通络、祛风散邪为治疗大法。方中黄芪、当归补气养血,川芎“血中之气药”,合当归可以养血,合赤芍、桃仁、红花可活血通络。桂枝祛风散邪,兼温经通络。全蝎、蜈蚣祛风止痉,合地龙通络止痛,活血通滞。全方共奏补血清血、行气祛风、舒经活络之功。本研究中发现针刺加中药治疗本病取得了良好的效果,临床总有效率明显高于单独应用西医治疗。中西医结合治疗本病与单独应用西医治疗相比,两组在轻度面瘫患者治疗有效率相当,但在中度、重度患者治疗有效率差别较大,尤其是遇到重度面瘫患者,中西医结合治疗有效率明显高于单独应用西医治疗。此外,在起效时间上,中西医结合治疗要短于单独应用西医治疗。通过中西医结合治疗,可以扬长避短,使患者在最短时间内标本兼治,得到最有效的治疗。

参 考 文 献

- [1] 王维治. 神经病学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2006: 9.
- [2] 周仲英. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1985:235.
- [3] 杨万章,吴芳,张敏. 周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准(草案)[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005,3(9):786-787.
- [4] 邱茂良,张善忱. 针灸学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1985:217-218.
- [5] 王声强,白亚平,王子臣. 周围性面神经麻痹的临床评估及疗效判定标准方案(修订案)[J]. 中国针灸,2009:71-73.

(收稿日期 2014-11-20)

中西医结合治疗脑梗死急性期临床观察

章福宝 陶 怡 宁 静

(浙江省绍兴市上虞中医院,浙江 绍兴 312300)

中图分类号:R743.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0333-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.057

【摘要】目的 观察中医自拟方联合西医疗法治疗脑梗死急性期的临床疗效。**方法** 将68例患者随机分为观察组38例、对照组30例,对照组给予常规西医疗法,观察组在对照组基础上加用自拟方剂,比较两组治疗后临床疗效、神经功能缺损评分、血液流变学指标以及用药期间不良反应。**结果** 观察组治疗总有效率为94.47%,高于对照组的73.33%($P < 0.05$)。治疗前两组患者神经功能缺损评分(NHSS)差别不大($P > 0.05$);治疗后,两组患者NHSS评分均较治疗前降低($P < 0.05$),且观察组NHSS评分低于对照组($P < 0.05$)。两组治疗前血液流变学各指标均差别不大(均 $P > 0.05$),对照组治疗后全血低切黏度以及血浆比黏度较治疗前改善($P < 0.05$),其余血液流变学各指标均无显著变化(均 $P > 0.05$);观察组治疗后血液流变学各指标均较治疗前改善($P < 0.05$),且观察组各指标改善情况优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 中医自拟方联合西医疗法治疗脑梗死急性期(气虚血瘀证)临床疗效显著,能够有效改善患者神经功能缺损程度以及机体的血液流变学指标,用药安全可靠。

【关键词】 脑梗死急性期 中医 临床疗效

脑梗死又称为缺血性中风(CIS),是指由于机体血液循环障碍,导致局部脑组织缺血、缺氧而发生软化坏死^[1]。我国心脑血管的发病率及死亡率一直稳居疾病谱前两位,其死亡率约为10%~15%,疾病致残率极高,且极易复发,而复发性中风患者的死亡率大幅增加^[2]。中医治疗中风病的历史源远流长,对于中风的治疗有着大量著作以及丰富经验,依据我院医师的辨证观察以及临床经验。我院自拟中医方剂治疗脑梗死急性期(气虚血瘀证)。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例均符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]中相关诊断标准。中医诊断及分型标准参照《中风病诊断与疗效评分标准(试行)》^[4]中相关诊断标准以及辨证分型标准进行。纳入标准:患者符合缺血性中风中西医诊断标准以及中医气虚血瘀证辨证分型;患者发病时间在2周以内;患者自愿签署知情同意书;经伦理委员会批准同意。排除标准:短暂性脑缺血发作患者;经检查证实为脑外伤、脑肿瘤等所导致的卒中患者;合并有心、肝、肾、肺等器官严重原发疾病患者;治疗依从性差的患者;过敏体质患者;患有精神疾病患者;妊娠期以及哺乳期妇女。

1.2 临床资料 选择2012年3月至2014年3月绍兴市上虞中医院收治的脑梗死急性期(气虚血瘀证)患者68例,其中男性37例,女性31例;年龄45~82岁,平均(62.14±6.83)岁;入院时平均收缩压(164.59±9.83) mmHg,平均舒张压(97.95±7.42) mmHg;其中有高血压史患者61例(89.71%)。按照随机数字表法将

68例患者随机分为观察组和对照组,其中观察组38例,男性21例,女性17例;平均(63.04±7.12)岁;收缩压(162.07±10.43) mmHg,舒张压(99.65±8.01) mmHg。对照组30例,男性16例,女性14例;平均(61.82±6.36)岁;收缩压(165.79±8.92) mmHg,舒张压(96.27±7.11) mmHg。两组在性别、年龄、血压等临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予西医常规治疗措施,酌情给予患者抗栓、调脂、脑保护剂、降压、吸氧、脱水降颅内压等对症治疗。口服阿司匹林片(拜耳公司,规格:100 mg)200 mg/次,每日1次。1周后改为100 mg/次,每日1次;口服阿托伐他汀片(辉瑞公司,规格20 mg)20 mg/次,每日1次。静脉滴注丹红注射液(步长公司,规格:20 mL),20 mL溶于100 mL 5%葡萄糖注射液中静滴,每日1次,以治疗15 d为1个疗程,治疗1个疗程。胞二磷胆碱注射液(长春大政药业科技有限公司, H22026207, 规格2 mL:0.1 g)0.5 g溶于250 mL 5%葡萄糖注射液中静脉滴注,每日1次,以治疗15 d为1个疗程,治疗1个疗程。观察组在对照组基础上给予我院自拟中医方:黄芪30 g,桃仁10 g,红花10 g,川芎10 g,当归10 g,路路通10 g,伸筋草10 g,全蝎6 g,水蛭3 g,炙甘草6 g。每日1剂,水煎服,以治疗15 d为1个疗程,治疗1疗程。

1.4 疗效标准 参照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》^[5]中相关标准进行评价。临床痊愈:患者神经功能缺损评分(NHSS)较治疗前减少91%~100%,病残程度为0级。显效:患者NHSS较治疗前减少46%~90%,病程程度为1~3级。有效:患者

NHSS 较治疗前减少 18%~45%。无效:治疗前后患者 NHSS 减少 17%以下。治疗总有效率=临床痊愈率+显效率+有效率。

1.5 观察指标 比较两组治疗后临床疗效、NHSS、血液流变学各指标变化以及治疗期间不良反应发生情况。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 22.0 统计学软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料采用百分率表示,分别采取 *t* 检验、 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。观察组治疗总有效率高于对照组(*P*<0.05)。

表 1 两组患者临床疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	38	4	17	15	2	36(94.74) [△]
对照组	30	1	13	8	8	22(73.33)

与对照组比较, [△]*P*<0.05。

2.2 两组治疗前后 NHSS 评分比较 见表 2。治疗前两组 NHSS 评分相当(*P*>0.05);治疗后,两组 NHSS 评分均较治疗前降低(均 *P*<0.05),且观察组低于对照组(*P*<0.05)。

表 2 两组患者治疗前后 NHSS 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	38	22.38±6.32	11.63±3.41 ^{*△}
对照组	30	21.76±5.46	15.59±4.08 [*]

与本组治疗前比较, ^{*}*P*<0.05;与对照组治疗后比较, [△]*P*<0.05。

2.3 两组治疗前后血液流变学指标比较 见表 3。两组治疗前血液流变学各指标相当(*P*>0.05)。治疗后对照组全血低切黏度以及血浆比黏度较治疗前改善(*P*<0.05),其余血液流变学各指标均无显著变化(均 *P*>0.05);观察组治疗后血液流变学各指标均较治疗前显著改善(均 *P*>0.05),且观察组优于对照组(*P*<0.05)。

表 3 两组患者治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	全血高切黏度 (mPa·s)	全血低切黏度 (mPa·s)	血浆比黏度 (mPa·s)	纤维蛋白原 (g/L)	红细胞比积 (%)
观察组 (<i>n</i> =38)	治疗前	7.02±0.83	17.35±3.15	1.82±0.23	4.38±1.56	47.29±7.61
	治疗后	5.38±0.26 [△]	10.06±2.43 [△]	1.32±0.22 [△]	3.16±0.92 [△]	36.44±1.82 [△]
对照组 (<i>n</i> =30)	治疗前	7.18±0.64	16.98±2.71	1.79±0.28	4.27±1.37	46.02±6.84
	治疗后	7.09±0.73	12.49±2.05 [*]	1.50±0.21 [*]	4.19±1.34	45.32±5.21

与本组治疗前比较, ^{*}*P*<0.05;与对照组治疗后比较, [△]*P*<0.05。

2.4 不良反应 两组患者治疗过程当中均未出现肝、肾功能的损害,也未出现明显药物相关不良反应。

3 讨论

脑梗死是由于各种原因所引起的脑部血液供应障

碍,从而使得局部脑组织发生不可逆性的损害,导致出现脑组织缺氧、缺血性坏死。其发病涉及机体血管壁的完整性、血液动力学以及止血、凝血、纤溶系统,其中血管壁的结构破坏是发生脑血管疾病的重要发病基础^[6]。现代医学认为,血栓形成以及栓塞是引起脑血管组织血液循环障碍的主要原因,血液呈现浓、黏、聚、集的状态,导致缺血而发生脑梗死^[7-8]。

脑梗死可归属于中医学“中风”范畴,气虚血瘀是中风病基本病机,《黄帝内经》中提到“虚邪偏客于身半,其入深,内居营卫,营卫稍衰,则真气去,邪气独流,发为偏枯”,其指出人体正气虚弱,邪气乘虚而入而致中风发生。此外在《明医杂著》中说“古人论中风偏枯,麻木诸症,均以气虚死血为言,是论其致病之根源”,明确地提出了中风的根本原因为气虚血瘀。气虚为本、血瘀为标,气虚多是由于患者年老体弱、真气耗损,或为饮食不节、伤及脾胃,或为情志不遂、元气耗损,或为先天不足、真气亏虚等,气虚不足;瘀血既是病理的产物,同时也是中风病主要致病因素,其在中风发病过程中起到了关键作用,瘀血凝滞脑脉,使得神明之窍受阻,神机失用,则发为中风^[9-10]。根据以上中风病发病病机,我院以益气活血化痰为治疗原则,自拟中药方剂治疗脑梗死急性期,方中黄芪益气固表为君药,以纠正机体气虚;桃仁、红花活血祛瘀,川芎行气活血、祛风止痛,水蛭活血破瘀;当归活血补血、祛风止痛为臣;全蝎息风止痉,路路通祛风通络,伸筋草舒经活络共为佐;炙甘草调和诸药为使。诸药合用,共奏益气活血化痰之功效。

本研究结果显示,我院自拟方联合运用能够显著提高治疗的临床疗效、降低 NHSS 评分保护神经细胞、改善脑梗死急性期血液流变学指标、降低血液黏稠度。综上所述,我院中医自拟方联合西医疗法治疗气虚血瘀型脑梗死急性期其临床疗效显著,能有效改善患者神经功能缺损程度以及机体的血液流变学指标,用药安全可靠,值得进一步深入研究。

参 考 文 献

- [1] 刘新胜,崔书克.缺血性中风的中医药研究进展[J].河南中医,2012,32(1):129-131.
- [2] 王蔚华,方向华.腔隙性脑梗死流行病学研究中的诊断和分类方法[J].中华流行病学杂志,2010,31(12):1449-1451.
- [3] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-385.
- [4] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):50-60.
- [5] 全国第4届脑血管学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.
- [6] 董秋菊,杨志新.中医治疗缺血性中风的现状[J].中

- 国临床医生,2012,40(11):33-35.
- [7] 茅敏,陆筱云,王志忠,等. 40例脑梗死患者体外血栓形成试验检测分析[J]. 重庆医学,2010,39(7):856-856.
- [8] 何银华,李飞. 急性脑梗死患者血栓弹力图临床研究[J]. 检验医学,2011,26(3):163-165.

- [9] 苏清华. 中医治疗急性缺血性中风的现代医学探秘[J]. 时珍国医国药,2010,21(8):2098-2099.
- [10] 吴燕,叶澄健,吴芳,等. 舒血宁注射液治疗急性缺血性中风30例[J]. 中国中医急症,2011,20(8):1305-1306.

(收稿日期 2014-11-27)

生脉散治疗扩张型心肌病的临床观察

龚玲英 雷美琴

(浙江省义乌复元私立医院,浙江 义乌 322000)

中图分类号:R542.2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0335-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.058

【摘要】目的 观察西药联合生脉散治疗扩张型心肌病的治疗效果。**方法** 将63例患者按照临床试验随机对照的原则分为西药组(30例)、生脉散联合组(33例)两组。西药组采用单纯西药治疗,生脉散联合组采用西药联合生脉散治疗,观察两组治疗后的疗效,以及随访半年、1年、2年后左室射血分数及心脏大小变化情况。**结果** 生脉散联合组总有效率为72.73%,高于西药组的56.67%($P < 0.05$);随访半年、1年、2年后生脉散联合组左室射血分数均显著优于治疗前($P < 0.05$),且生脉散联合组优于西药组($P < 0.05$),1年后的效果优于西药组同期($P < 0.05$)。治疗后收缩期左室内径(LVDs)、舒张期左室内径(LVDd)均较治疗前改善,且生脉散联合组显著优于西药组(均 $P < 0.05$)。**结论** 生脉散联合西药治疗扩张型心肌病效果明显,能提高患者后期的临床疗效及生存质量。

【关键词】 扩张型心肌病 生脉散 临床疗效

扩张型心肌病(DCM)是原因不明性心肌病,好发于20~40岁,患者主要以左室(占多数)或右室或双室明显增大、心室收缩功能减退为主要特征的心肌疾病。发病时患者主要有心力衰竭、心律失常、栓塞及猝死^[1]。目前研究发现扩张型心肌病发病多与病毒感染、自身免疫及遗传等多种因素相关,西医治疗本病多采取控盐、强心、利尿、 β -受体阻滞剂、血管扩张剂、ACEI、ARB、抗凝等治疗,但流行病学研究显示目前仅约20%患者预后较好,死亡率较高,且本病5年存活率仅为40%,10年存活率只有22%左右^[2]。王朝宏研究认为扩张型心肌病基本病因病机是心肾阳气亏虚为本,血瘀水泛、上凌心肺、外溢肌肤为标^[3],中医药治疗该病有着较好的疗效。本研究采用西药联合生脉散进行扩张型心肌病的治疗,取得了较好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2010年1月至2011年12月浙江省义乌复元私立医院收治的扩张型心肌病患者63例,所选病例符合诊断扩张型心肌病标准^[4]。按照临床试验随机对照原则分为西药组、生脉散联合组两组。西药组30例,男性17例,女性13例;年龄24~58岁,平均(38.20±5.20)岁;按纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级标准^[4],心功能I级2例,II级14例,III级9例,IV级5例。生脉散联合组33例,男性19例,女性14例;年龄24~57岁,平均(38.30±5.40)岁;心功能I级2

例,II级16例,III级10例,IV级5例。两组在年龄、性别及NYHA分级等临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 西药组根据病情给予强心(地高辛)、利尿(呋塞米、螺内酯)、硝酸酯类(硝酸异山梨酯)、阿司匹林肠溶片、ACEI类(依那普利)等治疗。生脉散联合组在西药组基础上联合生脉散:西洋参15g,炙黄芪20g,南北沙参各15g,丹参10g,玄参15g,苦参10g,赤、白芍各10g,三七10g,川芎10g,降香10g,全瓜蒌10g,炙甘草8g。每日1剂,水煎取300mL,分2次服。疗程12周^[5]。

1.3 观察指标 观察两组疗效,以及随访半年、1年、2年后左室射血分数及心脏大小的变化情况。

1.4 疗效评价 参照《中药新药临床研究指导原则》制定的疗效判断标准^[6]。痊愈:患者临床症状消失、心功能正常、心脏大小恢复正常。显效:患者临床症状积分下降2/3以上,心功能改善2级以上但未达到I级,心脏缩小30%以上。有效:临床症状积分下降在1/3~2/3之间,心功能改善1级以上但未达到I级,心脏缩小,但小于30%。无效:治疗前后临床症状未见减轻或积分下降不到1/3,心功能无变化,心脏未见缩小。

1.5 统计学处理 采用SPSS17.0软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间进行 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后疗效比较 见表1。生脉散联合组总有效率高与西药组($P < 0.05$)。

表1 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
西药组	30	0	4	13	13	17(56.67)
生脉散联合组	33	2	7	15	9	24(72.73) [△]

与西药组比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后左室射血分数比较 见表2。随访半年、1年、2年后生脉散联合组左室射血分数均显著优于治疗前($P < 0.05$),且生脉散联合组优于西药组($P < 0.05$),1年后的效果优于西药组同期($P < 0.05$)。

表2 两组患者治疗后左室射血分数比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	半年	1年	2年
西药组	30	33.4±8.6	40.3±7.7*	48.6±7.4*	50.1±8.9*
生脉散联合组	33	31.2±7.8	49.6±7.4*	56.1±7.9* [△]	58.2±8.8*

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$;与西药组同期比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.3 两组不同随访时间其心脏大小比较 见表3。治疗后收缩期左室内径(LVDs)、舒张期左室内径(LVDd)均较半年前改善,且生脉散联合组显著优于西药组(均 $P < 0.05$)。

表3 两组不同随访时间其心脏大小改变比较(mm, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	收缩期左室内径	舒张期左室内径
西药组 (n=30)	0.5年	56.2±8.8	69.6±8.4
	1年	52.6±7.4*	62.1±7.9*
	2年	50.3±6.7*	56.5±6.5*
生脉散联合组 (n=33)	0.5年	52.4±8.6	61.3±8.7
	1年	46.7±7.3*	55.7±7.3* [△]
	2年	41.6±6.4*	48.4±6.6* [△]

3 讨论

研究表明,扩张型心肌病与遗传、自身免疫剂病毒感染等因素有关,患者早期无显著症状,症状出现后,一般病情较重,若不及时治疗,其死亡率较高。目前对于该病治疗主要是常规强心、利尿、扩血管等对症支持治疗。

扩张型心肌病可归属于中医学“心悸、胸擦、喘证、水肿”等范畴。目前多项研究证实^[7],扩张型心肌病病机属本虚标实之证,本虚为心气不足、心肾阳虚,随着病情发展出现心阴虚,甚至阴阳两虚,标实为外邪、瘀血、痰郁、水饮,与病后失调、久病、情致内伤、年老体衰等有关。

联合生脉散组方中,西洋参甘寒味苦,功能益气养阴、清热生津、调补五脏、安神除烦;黄芪甘温,功能补肺健脾,二药相配,滋养五脏,气和而生,心脉贯通,滋而不燥,补而不腻;南、北沙参性微寒味甘微苦,功能养阴清肺,益气化痰;玄参性微寒味甘,功能滋阴清热凉血,三药共用助君药西洋参、黄芪补益肺气,滋补阴精,使心脉贯通,血运不息;赤芍味苦性微寒,清热凉血,散瘀止痛;三七性温味甘微苦,活血散瘀,消肿定痛;丹参性微寒味苦,活血凉血,养心安神;降香性温味辛,行气活血、散瘀止痛;川芎性温味辛,活血祛瘀,行气止痛;白芍性凉,味苦酸,功能养血柔肝,缓中止痛,敛阴收汗;瓜蒌性寒味甘微苦,功用清热涤痰,宽胸散结;苦参性寒味苦,功能清热燥湿,利尿消肿;炙甘草性平味甘,益气复脉,调和诸药。诸药合用,共奏益气养阴、解毒散瘀、养心安神、行气活血、散瘀止痛之功,使心脉贯通,全方集扶正祛邪于一身,气阴双补养心而不滋腻,解毒散瘀通络而不伤正,使心脉贯通,五脏滋养,血运不息,从而有效地防治扩张型心肌病^[8-9]。

本研究结果显示,采用生脉散联合常规的西药进行治疗疗效显著,能改善LVDs、LVDd,改善心功能。综上所述,生脉散联合西药治疗扩张型心肌病效果显著,能明显提高患者后期的临床疗效及生存质量。

参 考 文 献

- [1] 王华, 卢青. 扩张型心肌病的中医药治疗进展[J]. 湖南中医药大学学报, 2010, 30(1): 79-81.
- [2] 刘文玉, 李玉红. 健心汤治疗扩张型心肌病心力衰竭45例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2009, 30(4): 24-25.
- [3] 曹贵民. 王朝宏教授对心肌病的认识和治疗经验[J]. 陕西中医学院学报, 1999, 22(3): 23-24.
- [4] 骆旭鸣, 吴相得, 贾连旺. 丹红注射液治疗扩张型心肌病左心功能不全疗效观察[J]. 中国中医急症, 2009, 18(12): 1940-1941.
- [5] 吴鹏, 姜大春, 尹刚, 等. 稳心颗粒治疗扩张型心肌病合并心力衰竭、室性心律失常45例[J]. 西南国防医药, 2010, 20(12): 1308-1310.
- [6] 张晓伟, 蔡文锋. 扩张型心肌病免疫病理学发病机制研究进展[J]. 心血管病学进展, 2009, 30(5): 514-517.
- [7] 张书军. β -受体阻滞剂联合缬沙坦在扩张型心肌病治疗中的应用[J]. 中国现代医生, 2009, 47(17): 62-63.
- [8] 张焕鑫, 张宏考, 肖俊会, 等. 生脉保元汤治疗扩张型心肌病的临床研究[J]. 临床心血管病杂志, 2012, 28(2): 101-103.
- [9] 刘志辉, 王丽君, 王平, 等. 左卡尼丁联合生脉注射液治疗扩张型心肌病的临床观察[J]. 中国实用医药, 2013, 8(34): 166-167.

(收稿日期 2014-05-20)

血府逐瘀汤加减联合西药治疗高血压脑出血患者的临床观察

沈 涌¹ 罗烈岚²

(1. 浙江省杭州市中医院, 浙江 杭州 310006; 2. 浙江省杭州市第七人民医院, 浙江 杭州 310013)

中图分类号: R544.1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)02-0337-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.059

【摘要】目的 观察血府逐瘀汤加减联合西药治疗高血压脑出血患者的临床疗效。方法 将65例患者随机分为观察组33例和对照组32例。对照组仅采取常规西药治疗,观察组在西药治疗基础上加用血府逐瘀汤加减治疗,两组均连续治疗4周,比较两组患者疗效、治疗前后血肿量、治疗前后神经功能缺损程度评分。结果 观察组治疗总有效率为93.94%,高于对照组的71.88%($P<0.05$)。治疗后,两组血肿量、神经功能缺损程度评分均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组血肿量、神经功能缺损程度评分低于对照组($P<0.05$)。治疗后,观察组各血液流变学指标均较治疗前降低(均 $P<0.05$),而对照组仅纤维蛋白原、血小板黏附率以及凝血酶原时间较治疗前降低(均 $P<0.05$);并且观察组各血液流变学指标改善较对照组显著(均 $P<0.05$)。结论 血府逐瘀汤加减联合西药治疗高血压脑出血临床疗效显著,可改善患者血液的高凝状态,从而促进脑血肿吸收,减轻神经功能缺损。

【关键词】 高血压脑出血 血府逐瘀汤 中西医结合 临床疗效

长期以来,在临床工作中高血压脑出血其病死率以及致残率一直居高不下,其主要原因为机体脑出血之后存在局部的脑血流量下降以及出现继发性脑缺血损伤^[1]。近30年以来,学者一直关注于中西医结合治疗高血压脑出血患者,并取得了一定的成绩^[2]。本研究观察血府逐瘀汤加减联合西药治疗高血压脑出血患者的疗效,为高血压脑出血患者的临床治疗提供参考。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例均符合纳入标准:全国第4次脑血管病会议(1995年)拟定的高血压脑出血相关诊断标准^[3];无明确的颅脑外伤史,且具有高血压明确病史5年以上;入院时均经头颅CT检查,显示出现颅内血肿,且不考虑进行手术治疗者;从发病到就诊时间在24h之内;首次脑出血发作者;自愿签署知情同意书者。

1.2 临床资料 选取2009年6月至2013年6月杭州市中医院急诊科收治的高血压脑出血患者65例,其中男性41例,女性24例;年龄42~79岁,平均(64.06±10.28)岁。按随机数字表法分为观察组和对照组两组。观察组33例,男性21例,女性12例;平均(63.89±11.24)岁;其中左侧出血18例,右侧出血15例,平均出血量(26.73±5.84)mL。对照组32例,男性20例,女性12例;平均年龄(64.71±10.05)岁;其中左侧出血19例,右侧出血13例,平均出血量(27.85±6.17)mL。两

组在性别、年龄、出血量等临床资料方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组入院后采取常规高血压脑出血治疗方案,急性期给予吸氧、对患者生命体征进行监护,注意控制血压以及血糖,给予脱水利尿剂、自由基清除剂以及神经保护剂等常规的西药进行治疗,同时纠正机体水/电解质的紊乱,注意防治感染以及预防消化道出血,给予常规营养支持等。观察组在对照组治疗基础上于患者入院后48h开始服用血府逐瘀汤加减方:当归15g,川芎10g,生地黄15g,赤芍15g,桃仁15g,红花10g,牛膝10g,柴胡10g,枳壳10g,桔梗10g,甘草6g。风痰上扰者加用白附子、僵蚕;肝阳上亢者加用夏枯草、菊花;痰热腑实者加用大黄、川贝母、竹沥;气虚肢体无力者加用桂枝、黄芪。水煎服,日1剂。两组均连续治疗4周。

1.4 观察指标 治疗前后对患者行头颅CT检查,记录患者治疗前后血肿量、神经功能缺损程度评分^[4]。

1.5 疗效评价 基本痊愈:治疗后神经功能缺损程度评分减少范围在91%~100%之间,病残程度为0级。显著进步:治疗后神经功能缺损程度评分减少范围在46%~90%之间,病残程度为1~3级。进步:治疗后神经功能缺损程度评分减少范围在18%~45%之间。无变化:治疗后神经功能缺损评分减少17%以下。恶化:治疗后神经功能缺损评分增加18%以上,或者患者死亡^[5]。治疗总有效率=基本痊愈率+显著进步率+进步率。

1.6 统计学处理 采用SPSS 19.0统计学软件。计量

资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料采用百分率表示,采用 t 检验以及 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 见表1。观察组治疗总有效率高 于对照组($P<0.05$)。

表1 两组疗效比较(n)

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效(%)
观察组	33	15	7	9	1	1	31(93.94) [△]
对照组	32	7	11	5	5	4	23(71.88)

与对照组比较, [△] $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后血肿量比较 见表2。治疗后, 两组血肿量均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组低 于对照组($P<0.05$)。

表2 两组患者治疗前后血肿量比较(mL, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	33	26.73±5.84	3.52±1.73 ^{*△}
对照组	32	27.85±6.17	5.79±2.36 [*]

与本组治疗前比较, ^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较, [△] $P<0.05$ 。下同。

2.3 两组患者治疗前后神经功能缺损程度评分比较 见表3。治疗后,两组神经功能缺损程度评分均较治 疗前降低($P<0.05$),且观察组神经功能缺损程度评分低 于对照组($P<0.05$)。

表3 两组患者治疗前后神经功能缺损程度评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	33	30.83±8.51	16.33±7.42 ^{*△}
对照组	32	29.76±10.14	21.85±6.47 [*]

2.4 两组治疗前后血液流变学指标比较 见表4。治 疗后,观察组各血液流变学指标均较治疗前降低(均 $P<0.05$),而对照组仅纤维蛋白原、血小板黏附率以及 凝血酶原时间较治疗前降低(均 $P<0.05$);并且观察组 各血液流变学指标改善较对照组显著(均 $P<0.05$)。

表4 两组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	全血黏度 (mPa·s)	血浆黏度 (mPa·s)	红细胞比容	纤维蛋白原 (g/L)	血小板 黏附率(%)	凝血酶 原时间(s)
观察组 (n=33)	治疗前	17.39±3.14	2.48±0.83	0.415±0.037	3.54±0.97	36.92±2.17	17.86±1.38
	治疗后	10.25±2.83 ^{*△}	1.54±0.64 ^{*△}	0.360±0.031 ^{*△}	2.56±0.83 ^{*△}	34.13±1.46 ^{*△}	16.28±0.85 ^{*△}
对照组 (n=32)	治疗前	17.53±3.62	2.51±0.86	0.419±0.042	3.49±1.02	37.04±2.08	17.81±1.42
	治疗后	16.06±4.78	2.36±0.75	0.401±0.038	2.98±0.79 [*]	35.81±1.27 [*]	17.03±0.94 [*]

3 讨论

高血压脑出血的主要病理改变为动脉硬化以及小 动脉瘤的破裂,其中脑水肿是最为致命的一种病理生 理变化,出血后的占位效应以及血流中断是导致脑水 肿的主要原因,可引发周围组织继发性损害,并使得颅

内压不断增高^[6-7]。因此对于高血压脑出血患者其治 疗的重点为减轻脑压,降低颅内压,但目前临床治 疗除了脱水降颅内压之外仍然缺乏特异性的治疗措 施。临床研究显示^[8],高血压脑出血患者其血浆黏 度、全血黏度、纤维蛋白原以及红细胞聚集指数均 显著升高,血液处于一种高凝状态,这种改变不利 于脑水肿吸收,反而使得神经功能缺损加重。

高血压脑出血可归属于中医学“中风”范畴。对 于脑出血的病机及病因,中医认为:脑出血为血液 不能循经运行而溢于脉外,导致瘀血形成,因此治 疗应以祛瘀为先^[9]。本研究采用血府逐瘀汤加减 治疗。血府逐瘀汤出自清代王清任《医林改错》,该 方具有活血化瘀、行气止痛之功效,原方由桃红四 物汤与四逆散加桔梗、牛膝化裁而来,方中运用桃 红四物汤活血化瘀而养血,防止单纯化瘀之剂损伤 机体正气;以四逆散疏理肝气,以达到气行则血行; 再加牛膝通利血脉,引血下行,桔梗开肺气、载药 上行^[10]。诸药合用,共奏行气活血化瘀之功效。 现代药理研究显示^[11-12]:血府逐瘀汤能够有效改 善机体微循环,降低患者颅内压,减轻患者脑水肿, 增加组织供氧,保护脑细胞。

本研究结果显示,观察组患者临床疗效显著高 于对照组,治疗后血肿量以及神经功能缺损程度均 较对照组显著减少,且血液流变学指标较对照组显 著改善。提示运用活血化瘀中药能够有效降低患者 血液黏稠度,加速纤维蛋白溶解,增强纤溶活性,同 时具有增强细胞吞噬功能、改善机体微循环等功效, 故有利于机体对破裂血管的修复以及对血肿的吸收, 以及患者神经功能缺损的改善而不会引发新的出血。

综上所述,血府逐瘀汤加减联合西药治疗高血压 脑出血其临床疗效显著,可改善患者血液的高凝状 态,从而促进患者脑血肿的吸收、减轻患者神经功 能缺损程度,值得临床推广运用。

参 考 文 献

- [1] 殷俊,陈磊,翟国锁,等. 高血压脑出血患者微创手术后继 发脑水肿的影响因素[J]. 中国老年学杂志,2013,33(1): 54-56.
- [2] 丁文涛,吴雪梅,刘艳芹,等. 微创颅内血肿清除术联合中 药消瘀方治疗高血压脑出血临床观察[J]. 中国中医急症, 2009,18(2):175,179.
- [3] 中华神经病学学会. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科 杂志,1996,29(6):379-382.
- [4] 巫嘉陵,王纪佐,王世民,等. 脑卒中患者临床神经功能缺 损程度评分的信度与效度[J]. 中华神经科杂志,2009,42 (2):75-78.
- [5] 陈化,王忠安,黎开谷,等. 依达拉奉联合尼莫地平治疗高 血压脑出血的疗效研究[J]. 重庆医学,2014,9(17):2197- 2198.
- [6] 施清晓,吴钢. 高血压脑出血后血肿周围脑水肿形成机制

- 与治疗靶点[J]. 国际脑血管病杂志, 2009, 17(6):434-439.
- [7] 陈现红, 陆兵勋, 张雪林, 等. 高血压性脑出血后脑水肿发生的组织形态学研究[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2006, 32(2):167-168.
- [8] 赵芳芳, 徐敏, 王平平, 等. 高血压性脑出血的中西医结合治疗[J]. 中国中医急症, 2013, 22(4):600-601, 616.
- [9] 杨国材. 高血压脑出血术后中医证型分布特点及与血浆D-二聚体相关性研究[D]. 咸阳:陕西中医学院, 2013.
- [10] 高冬, 吴立娅, 焦雨欢, 等. 血管内皮生长因子通路在血府逐瘀汤影响内皮祖细胞功能中的作用研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(11):104-107.
- [11] 张国华, 吕琳. 血府逐瘀汤、温胆汤和天麻钩藤饮对自发性高血压大鼠心肌组织内 IGF-1 和 TGF- β_1 表达的影响[J]. 中药材, 2013, 36(1):109-111.
- [12] 程少冰, 周永红, 陈利国, 等. 血府逐瘀汤对高血压血瘀证患者血清致内皮功能障碍的影响[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(6):971-973.

(收稿日期 2014-10-25)

四磨汤加味联合抗生素治疗小儿急性肠系膜淋巴结炎临床观察

喻镁佳¹ 金中梁² 吴红祥³

(1.浙江省余姚市大岚镇卫生院, 浙江 余姚 315444; 2.浙江省余姚市中医医院, 浙江 余姚 315444; 3.浙江省余姚市马渚中心卫生院, 浙江 余姚 315444)

中图分类号:R725.7 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0339-02
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.060

【摘要】目的 观察四磨汤加味联合抗生素治疗小儿急性肠系膜淋巴结炎的临床疗效。**方法** 将76例患儿随机分为观察组40例、对照组36例,对照组给予头孢曲松钠,观察组在对照组基础上加用四磨汤加味治疗,两组均连续治疗7d,比较两组临床疗效、临床症状消失时间以及退热药、解痉止痛药使用次数。**结果** 观察组治疗总有效率为97.50%高于对照组之80.56%($P < 0.05$);观察组患儿呕吐、腹泻/腹痛、食欲不振消失时间均显著少于对照组($P < 0.05$),两组在发热症状消失时间相当($P > 0.05$);观察组使用退热药以及解痉止痛药的次数显著低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 四磨汤加味联合头孢曲松钠治疗小儿急性肠系膜淋巴结炎其临床疗效显著,能够有效缩短患儿临床症状消失时间,同时减少退热药以及解痉止痛药的使用剂量。

【关键词】 急性肠系膜淋巴结炎 四磨汤 抗生素 中西医结合

肠系膜淋巴结炎通常好发于7岁以下儿童,常常在急性上呼吸道感染当中并发,或者继发于肠道的炎症之后^[1]。患儿典型的临床症状为发热、呕吐、腹痛,有时伴有腹泻,并且腹痛可在任何部位,一般常见于右下腹,其疼痛性质不固定^[2]。由于单纯的西医治疗对于该病特异性的疗法,常给予患儿抗感染、解痉止痛、抗病毒药物,治疗效果不甚理想,且该病的复发率较高,因此寻求中西医结合的方式治疗该病成为研究者关注的一个热点。本研究观察四磨汤联合抗生素治疗小儿急性肠系膜淋巴结炎的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2012年3月至2014年3月余姚市大岚镇卫生院收治的急性肠系膜淋巴结炎患儿共76例,患儿均以阵发性腹痛、腹胀、发热等就诊,临床常见辨证为胃肠结热型,同时结合实验室检查结果、彩色多普勒超声检查结果,76例患儿均符合急性肠系膜淋巴结炎的相关诊断标准^[3]。纳入标准:(1)符合小儿急性肠系膜淋巴结炎相关诊断标准;(2)患儿发病年龄在8个月至12岁之间;(3)患儿病程在12周之内;(4)

对头孢类抗生素无过敏史;(5)与患儿家长签署知情同意书,愿意配合研究。排除标准:(1)有其他肝胆疾病、胃肠道疾病以及泌尿系统疾病患儿;(2)发病之后已经使用过抗生素、止痛药物、抗病毒药物以及其他中医治疗的患儿;(3)外科诊断为急腹症的患儿;(4)合并其他疾病且需要服用其他药物的患儿。按照随机数字表法将76例患儿随机分为两组。其中观察组40例,男孩22例,女孩18例;平均年龄(6.82±1.39)岁;平均病程(5.14±3.81)d。对照组36例,男孩19例,女孩17例;平均年龄(7.06±1.73)岁;平均病程(5.42±4.05)d。两组患儿在性别、年龄、病程、临床症状等临床资料方面差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组给予患儿头孢曲松钠(泛生舒复,台湾泛生制药厂股份有限公司, H20100294,规格为1g)50 mg/(kg·d)静脉滴注,必要时给予退热以及解痉止痛对症治疗,以连续治疗7d为1个疗程。退热药物给予布洛芬混悬液(武汉人福药业有限责任公司, H10980021,规格为2.0g);解痉止痛药物给予硫酸阿托品注射液(湖北科伦药业有限公司, H42021159,规格

为2 mL)。观察组患儿在对照组基础上加服四磨汤加连翘、黄芩、黄连、大黄、栀子,组方为:木香,枳壳,槟榔,乌药各10g,连翘15g,黄芩10g,黄连15g,大黄8g,栀子15g。水煎服,每日1剂,以上剂量为6岁以上儿童用量,6岁以下儿童药量减半,必要时给予患儿退热以及解痉止痛对症治疗,以连续治疗7d为1个疗程。

1.3 疗效标准 参照文献[4]标准制定疗效评价标准,显效:患儿体温正常,且腹痛、腹泻、呕吐等临床症状均消失。好转:患儿体温恢复正常,腹痛、腹泻、呕吐等临床症状较治疗前明显减轻。无效:患儿体温恢复正常,但是腹痛、腹泻、呕吐等临床症状无明显好转。治疗总有效率=显效率+好转率。

1.4 统计学处理 应用SPSS22.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料采用百分率进行表示,结果采用t检验以及 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床疗效比较 见表1。观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。

表1 两组患儿临床疗效比较(n)

组别	n	显效	好转	无效	总有效(%)
观察组	40	23	16	1	39(97.50) [△]
对照组	36	14	15	7	29(80.56)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组患儿主要临床症状消失时间比较 见表2。观察组患儿呕吐、腹泻/腹痛、食欲不振消失时间均显著短于对照组($P<0.05$),两组在发热症状消失时间相当($P>0.05$)。

表2 两组患儿主要临床症状消失时间比较(d, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	发热	呕吐	腹泻/腹痛	食欲不振
观察组	40	2.73±1.24	1.29±0.64 [△]	3.27±0.96 [△]	3.55±0.47 [△]
对照组	36	3.06±1.37	1.97±0.75	5.39±1.83	4.64±0.81

3 讨论

小儿急性肠系膜淋巴结炎为临床小儿腹痛常见病,多由于病毒引起发病,也可见细菌感染,常在急性上呼吸道感染过程中并发。一般多见于2~12岁的患儿当中,其中以7岁以下的患儿占大多数,由于小儿机体免疫器官功能发育尚不完善,导致机体容易受到细菌或者病毒的侵袭而发病^[5]。急性肠系膜淋巴结炎在冬春季节高发,一般认为该疾病与链球菌的血行感染有关系,部分患儿在急性肠系膜淋巴结炎发作之前有着明显的上呼吸道感染史,或者该病继发于寄生虫病变或者肠道炎症之后^[6]。由于小儿的肠系膜淋巴结沿着肠系膜的动脉分布,因此小肠内容物容易停留在回肠末端,使得肠道内的病毒或者细菌由此处进入回盲

瓣淋巴结,进而引发急性肠系膜淋巴结炎,由此可知,急性肠系膜淋巴结炎的病变部位一般多见于回盲部以及回肠末端^[7]。

本病属于中医学“腹痛”的范畴当中,由于小儿脏腑娇嫩,卫外不固,形气未充,故易受外邪的侵袭^[8]。并且小儿脾常不足,外邪侵袭脾胃,导致脾胃气机壅塞,气滞而导致血瘀,机体血脉凝滞,故使得气血运行不畅,不通则痛,故患儿表现为腹痛^[9]。四磨汤属于中医经典理气剂,能够破滞降逆且补气扶正,具有行气而不耗气之特点。机体气上宜下之,故使用槟榔、木香以下气;气逆则宜顺之,故选用乌药以顺气;加入人参,使得降中有升、泻中带补,故不伤正气。中医临床实践证实辨证与辨病相结合,往往能够显著提高疗效,事半功倍。故而在应用四磨汤治疗本病主证的同时,考虑到该病为感染性疾病,临床常表现出发热、痉挛、腹泻等消化道感染症状。所以,在四磨汤的基础上增加清热解毒药连翘、黄芩、黄连、大黄和栀子,所加药物据现代药理研究显示均具有抗炎杀菌作用,可以有效针对病因发挥作用,同时能够协助四磨饮调畅气机。

本研究结果显示,观察组患儿其临床疗效显著优于对照组,观察组患儿主要临床症状消失时间显著短于对照组,且在治疗过程当中,观察组患儿使用退热药以及解痉止痛药的次数显著少于对照组,表明四磨汤加连翘、黄芩、黄连、大黄和栀子联合头孢曲松钠治疗小儿急性肠系膜淋巴结炎其临床疗效显著,能够有效缩短患儿临床症状消失时间,同时减少退热药以及解痉止痛药的使用剂量。此结果与中药临床增效减毒疗效相类似,且安全性好。

参 考 文 献

- [1] 马学梅,李小玲. 小儿急性肠系膜淋巴结炎的研究现状[J]. 医学综述,2014,20(4):698-700.
- [2] 孙利群,王翠玲,杨虹,等. 小儿肠系膜淋巴结炎472例诊治分析[J]. 陕西医学杂志,2009,38(9):1163-1164.
- [3] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:1345-1348.
- [4] 金静,高桂君. 清热散结汤治疗急性小儿肠系膜淋巴结炎临床观察[J]. 中国中医急症,2012,21(7):1190-1191.
- [5] 马学梅,李小玲. 小儿急性肠系膜淋巴结炎的研究现状[J]. 医学综述,2014,20(4):698-700.
- [6] 张静. 小儿肠系膜淋巴结炎中西医研究概况[J]. 贵阳中医学院学报,2010,32(6):66-67.
- [7] 彭曙辉,周红,孙艳萍,等. 小儿再发性腹痛病因分析[J]. 现代中西医结合杂志,2012,21(8):873-874.
- [8] 井夫杰,李金鑫,于全军,等. 中医药治疗小儿肠系膜淋巴结炎[J]. 长春中医药大学学报,2013,29(6):1023-1024.
- [9] 胡冬梅. 小儿脾胃病治验[J]. 中国现代医生,2009,47(6):71.

(收稿日期 2014-10-20)

疏肝明目清热解毒法治疗急性全葡萄膜炎 临床观察

姚雅丹

(浙江省余姚市第四人民医院,浙江 余姚 315470)

中图分类号:R773 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0341-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.061

【摘要】目的 观察疏肝明目清热解毒法治疗急性全葡萄膜炎的临床疗效。**方法** 将98例患者随机分为对照组和观察组,每组49例。两组均接受全身及局部糖皮质激素和局部散瞳药物治疗,观察组同时联合中医疏肝明目清热解毒法治疗。观察分析两组治疗前后临床疗效、视力情况、并发症及激素副作用等情况。**结果** 治疗后,观察组治愈率69.39%和总有效率95.92%分别高于对照组的48.98%、71.43%(均 $P<0.05$)。两组治疗后视力情况较治疗前好转($P<0.05$),且观察组视力恢复情况优于对照组($P<0.05$)。观察组发生并发症和激素副作用情况优于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 疏肝明目清热解毒法治疗急性全葡萄膜炎疗效显著,安全性高,可有效降低急性全葡萄膜炎患者并发症和西药治疗副作用。

【关键词】 急性全葡萄膜炎 疏肝明目 清热解毒 临床疗效

全葡萄膜炎是指整个葡萄膜均被累及的炎症,为临床眼科常见病之一,其发病急、致盲率高,临床可分为特发性、交叉感性眼炎、Vogt-小柳原田病、Behcet病等类型^[1]。常用治疗方法主要包括睫状肌麻痹剂、糖皮质激素、非甾体类眼液、免疫抑制剂,以及针对感染的抗病毒、结核及梅毒等药物,但由于长期使用此类药物治疗该病,导致较多并发症^[2]。本研究通过在常规西医治疗的基础上联合疏肝明目清热解毒的中医方法治疗急性全葡萄膜炎,疗效显著。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例均经详细了解病情、病史、经眼底镜检查以及其他眼部检查确诊为急性全葡萄膜炎,符合中华医学会颁布的全葡萄膜炎相关诊疗标准。排除药物过敏、消化系统疾病、高血压、糖尿病、冠心病等重大疾病者;排除妊娠女性和精神异常疾病者;排除血尿大便常规和肝肾功能存在异常者。

1.2 临床资料 选取2012年10月至2013年10月浙江省余姚市第四人民医院收治的急性全葡萄膜炎患者98例,随机分为对照组和观察组。对照组49例,男性28例43眼,女性21例38眼;年龄23~42岁,平均(33.64±5.40)岁。观察组49例,男性27例46眼,女性22例41眼;年龄24~41岁,平均(33.49±5.80)岁。两组在性别、年龄、病情等临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组首先给予局部1%阿托品,以充分散瞳,如合并产生粘连者,球结膜下注射散瞳合剂,最后使用地塞米松眼液滴眼。根据病情使用泼尼松片,1 mg/(kg·d),晨起顿服,维持10 d治疗后,根据病情好转情况,逐渐减量至停药(≥ 30 mg/d时,每周减

量5~10 mg/次,待 <30 mg/d时,每周减量5 mg/次)。治疗期间加服预防糖皮质激素的副作用,加服维D钙咀嚼,每次1片,每日早晚各1次,雷尼替丁胶囊,每次1粒,每日2次,氯化钾缓释片,每次1 g,每日2次。1周为1疗程,共治疗4个疗程。观察组在对照组治疗基础上加用中医疏肝明目清热解毒方:柴胡30 g,生地黄20 g,白芍15 g,赤芍15 g,牡丹皮15 g,龙胆草10 g,青箱子10 g,田七10 g,黄芩20 g,黄连20 g,金银花20 g,连翘20 g,野菊花20 g,蒲公英20 g,土茯苓10 g,茵陈10 g,薏苡仁15 g,泽泻10 g。每日1剂,1周为1疗程,坚持治疗4个疗程。所有中药汤剂均由浙江省余姚市第四人民医院煎药室统一煎制,每剂2袋,每袋250 mL,早晚各温服1袋。

1.4 疗效标准 观察分析两组患者治疗前后临床疗效,视力情况、并发症及激素副作用等情况。治愈:视力恢复,各项临床症状及阳性体征消失,房水细胞阴性。显效:视力基本恢复,各项症状体征消失,房水细胞阴性,但房水闪辉,眼底视盘黄斑水肿基本吸收。有效:视力明显提高2排以上,各项临床症状体征明显减轻,房水细胞阳性,存在视盘黄斑轻微水肿。无效:视力未恢复,使用药物治疗后眼部各项症状体征减轻,停用后复发,各项临床症状体征未见明显改善,可继发性青光眼等并发症或不良反应。总有效率=(治愈数+显效数+有效数)/总人数。

1.5 统计学处理 采用SPSS17.0统计学软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。治疗后,观察组治愈

率和总有效率均高于对照组(均 $P < 0.05$)。

表1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	治愈(%)	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	49	34(69.39) [△]	8	5	2	47(95.92) [△]
对照组	49	24(48.98)	5	6	14	35(71.43)

与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组并发症情况比较 见表2。观察组并发性白内障、继发性青光眼、玻璃体浑浊和视网膜脱落情况发生低于对照组(均 $P < 0.05$)。

表2 两组并发症情况比较 n(%)

组别	n	并发性白内障	继发性青光眼	玻璃体浑浊	视网膜脱落
观察组	49	2(4.08) [△]	1(2.04) [△]	1(2.04) [△]	1(2.04) [△]
对照组	49	10(20.41)	9(18.37)	6(12.24)	7(14.29)

2.3 两组激素副作用发生情况比较 见表3。观察组发生如消化系统症状、中枢兴奋症状、高血压、骨质疏松、向心性肥胖等激素副作用情况方面少于对照组(均 $P < 0.05$)。

表3 两组激素副作用情况比较 n(%)

组别	n	消化系统症状	中枢兴奋症状	高血压	骨质疏松	向心性肥胖
观察组	49	8(16.33) [△]	4(8.16) [△]	2(4.08) [△]	2(4.08) [△]	2(4.08) [△]
对照组	49	13(26.53)	11(22.45)	8(16.33)	5(10.20)	9(18.37)

2.4 两组视力情况比较 见表4。两组治疗后视力情况较治疗前好转($P < 0.05$)且观察组视力恢复情况优于对照组($P < 0.05$)。

表4 两组患者视力情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	49	0.276±0.103	0.534±0.109 ^{*△}
对照组	49	0.234±0.112	0.321±0.113 [*]

与本组治疗前比较, ^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, [△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

葡萄膜是指由虹膜、睫状体和脉络膜组成的眼部组织,其富含色素和血管,全葡萄膜炎是由多种原因累及上述眼内组织而出现的眼部炎性疾病,具有致盲率高、易复发、并发症多、后遗症影响较大、患者年轻化的特点。有统计显示该病占有致盲性疾病的比例约为4%~10%,以20~50岁青壮年多发,且男性发病率明显高于女性^[3]。近年来相关研究认为,该病主要是由于某种病因导致眼部特定蛋白的抗原特异性T细胞介导自身免疫反应,同时机体激活体液免疫参与所致^[4]。也有学者研究显示各类细胞因子和炎性介质在本病发生发展中发挥着重要作用^[5],葡萄膜炎患者中可存在淋巴细胞凋亡抵抗,这就使自身免疫性淋巴细胞在机体

内存留时间过长,如不能及时清理可导致葡萄膜炎复发或迁延不愈。而在牛血清白蛋白(BSA)诱导实验中,不同观察时间点观察到的眼部炎症体征中,血清和房水中IL-2和TNF- α 升高显著^[6]。

目前西医治疗葡萄膜炎的主要方法是在针对病因治疗的基础上加用糖皮质激素、非甾体类眼液、免疫抑制剂、睫状肌麻痹剂等。但由于病程长,服药久,常会导致一系列并发症和激素副作用,进而导致预后差,工作生活受到较大影响^[7]。糖皮质激素虽然可以抑制炎症反应,保护视功能,但该类物质也会导致消化系统不适和中枢兴奋症状,更可能破坏代谢循环,导致高血压、骨质疏松、向心性肥胖。重者可致肾上腺功能抑制,患者无法停药而出现激素依赖,或并发白内障、继发青光眼、玻璃体浑浊和视网膜脱落等病情^[8]。

该病可归属于中医学“瞳神紧小”、“瞳神干缺”、“云雾移睛”、“视瞻昏渺”等病范畴,病位在瞳神,病因为外感湿热毒邪,内因肝气不疏所致,病机是湿热内蕴、肝郁气滞,治疗应以疏肝明目、清热解毒为基本治法,方以柴胡疏肝散合五味消毒饮加减^[9]。中医学认为眼为肝之窍,《灵枢·经脉》曰“肝足厥阴之脉……连目系”。《灵枢·脉度》曰“肝气通于目,肝和则目能辨五色矣”。提示肝脏精气血由足厥阴肝经上注于目,当肝脏精气血不足,肝气不疏,有失调和时,眼睛失去肝脏精血的供养就会失去正常的视物辨色功能。对于急性疾病,多由于湿热及时疫毒邪所致,因此中医治疗急性全葡萄膜炎以疏肝明目清热解毒为主,标本兼治^[10]。

本研究所选方中,柴胡为君,疏肝解郁,引药入肝;生地黄、白芍和赤芍为臣,养肝柔肝;牡丹皮、龙胆草、青箱子和田七共用清泄内蕴湿热毒气;黄芩、黄连、金银花、连翘、野菊花和蒲公英共用,既可清热解毒,还可养肝明目;土茯苓、茵陈、薏苡仁和泽泻共用,可利水渗湿,也可加强上述药物清热解毒之功^[11]。本研究结果显示,观察组疗效显著,可促进视力恢复,降低并发症和激素副作用的发生。

综上所述,与单纯西医治疗相比,联合中医疏肝明目清热解毒法治疗急性全葡萄膜炎临床疗效显著,可有效改善患者视力,降低并发症和激素副作用,值得临床积极推广。

参 考 文 献

- [1] 杭丽,王育良. 葡萄膜炎的中医药治疗近况[J]. 中国中医急症, 2009, 18(5): 798-800.
- [2] 徐大梅. 中西医结合治疗葡萄膜炎 29 例[J]. 中国中医急症, 2010, 19(4): 687.
- [3] Markomichelakis N, Delicha E, Masselos S, et al. A single infliximab infusion vs corticosteroids for acute panuveitis attacks in Behcet's disease: a comparative 4-week study[J]. Rheumatology, 2011, 50(3): 593-597.

- [4] Yang MC, Hsieh YT, Lin CY, et al. Ocular examination for diagnosis of end stage pulmonary sarcoidosis[J]. *Optometry and vision science*, 2012, 89(2):238-242.
- [5] 何宇, 石晶明, 贾松柏, 等. 单核细胞趋化蛋白-1在葡萄膜炎患者血清中的表达变化[J]. *中国实用眼科杂志*, 2013, 31(7):880-883.
- [6] Smits SL, Manandhar A, VanLoenen FB, et al. High prevalence of anelloviruses in vitreous fluid of children with seasonal hyperacute panuveitis[J]. *The Journal of Infectious Diseases*, 2012, 205(12):1877-1884.
- [7] 陆晓雅, 王毓琴, 郑美琴, 等. 650例前葡萄膜炎临床分析[J]. *中华眼视光学与视觉科学杂志*, 2013, 15(12):747-750.
- [8] 王影, 李洋, 毕宏生, 等. 实验性自身免疫性葡萄膜炎炎症因子表达的动态观察[J]. *中华实验眼科杂志*, 2013, 31(7):647-652.
- [9] 宋艳, 詹宇坚, 古继红. 清肝明目方对急性葡萄膜炎患者细胞因子 mRNA 表达的干预作用[J]. *中国中医眼科杂志*, 2005, 3:129-131.

(收稿日期 2014-09-28)

养心汤治疗老年室性早搏 40 例临床疗效观察

潘冲 宓丹

(辽宁中医药大学附属第二医院, 辽宁 沈阳 110036)

中图分类号:R541.73 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0343-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.062

【摘要】目的 观察养心汤治疗老年室性早搏临床疗效。**方法** 将 80 例老年室性早搏患者随机分为对照组和治疗组, 每组各 40 例。对照组采用心律平口服, 实验组采用养心汤口服, 疗程均为 30 d, 观察治疗前后临床症状进行疗效判定。**结果** 治疗组的总有效率为 90.00%, 高于对照组的 87.50%, 但无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后两组的中医证候积分均低于治疗前 ($P < 0.05$), 实验组的中医证候积分低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 养心汤可以有有效的治疗老年室性早搏, 同时可以明显改善患者的临床症状。

【关键词】 养心汤 室性早搏 临床疗效

室性早搏在老年人群常见病。由于抗心律失常药物可导致心律失常, 同时很多老年人伴有心功能不全、阻塞性肺部疾患或窦房、房室传导阻滞等疾病, 使抗心律失常的药物选择受限。因此, 如何有效的治疗老年室性早搏是目前亟待解决的问题。笔者在临床中应用养心汤治疗老年性室性早搏疗效颇佳, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例西医临床诊断参照黄宛主编《临床心电图学》(第 5 版)^[3]。中医诊断标准按照《中药新药临床研究指导原则》^[1]及《胸痹心悸中医急症诊范》^[2]。纳入标准为中医明确诊断为心悸的患者; 西医符合心率失常诊断标准: 年龄 60~75 岁, 持续存在心律失常征象, 并停用抗心律失常药 14 d 者。排除标准: (1) 急性心肌梗死(发病 < 3 个月), 缓慢性及重度心律失常、急性心肌炎、严重的心力衰竭(NYHA 心功能分级 II 级或 II 级以下); (2) 预激综合征、二尖瓣脱垂、左室假腱索、甲状腺功能亢进性心脏病、电解质紊乱、药物影响、结缔组织病、先心病、严重贫血等引起的心律失常; (3) 有心、肝、肾等严重并发症或其他严重原发疾病; (4) 对本课题中药制剂及心律平片过敏者; (5) 不符合纳入标准者。

1.2 临床资料 选取 2010 年至 2012 年辽宁中医药

大学附属第二医院老年病房住院或门诊的患者 80 例, 按随机数字表法将其分为治疗组与对照组各 40 例。两组患者临床资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组采用养心汤(由辽宁中医药大学制剂室提供)50 mL, 每日 3 次, 口服。养心汤组成: 生地黄 15 g, 麦冬 12 g, 党参 12 g, 炙甘草 20 g, 五味子 9 g, 黄芪 20 g, 桂枝 15 g, 茯苓 15 g, 当归 15 g, 丹参 12 g, 白术 9 g, 生姜 3 片, 大枣 5 枚。由辽宁中医药大学制剂室统一煎制袋装。对照组予心律平 150 mg, 每日 3 次, 口服。两组疗程均为 30 d。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征变化, 观察两组中医证候积分情况。中医证候积分评定参照《新药(中药)治疗老年病临床研究指导原则》^[5]。

1.5 疗效标准 心律失常疗效判定, 根据 1979 年全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会制订的《心律失常严重程度及疗效修订标准》^[4]。显效为临床症状消失或基本消失, 心电图复查正常; 有效为临床症状明显改善, 心电图复查好转; 无效为临床症状及心电图均无明显变化。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计分析软件, 计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示, 并对数据采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组老年室性早搏的疗效比较 见表1。结果显示治疗组的总有效率为高于对照组, 但无统计学意义 ($P>0.05$)。

表1 两组老年室性早搏的疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
实验组	40	25	11	4	36(90.00) [△]
对照组	40	22	13	5	35(87.50)

与对照组比较, [△] $P>0.05$ 。

2.2 两组治疗前后中医证候评分比较 见表2。结果显示治疗组积分下降优于对照组 ($P<0.05$)。

表2 两组治疗前后中医证候评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	18.26±4.34	8.62±2.47 [△]
对照组	40	18.63±3.68	10.74±3.35*

与本组治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, [△] $P<0.05$ 。

3 讨论

心律失常指心律起源部位、心搏频率、节律以及冲动传导等任何一项异常为特点的疾病。据 Pomerance 统计资料显示心律失常随年龄增长而增加, 老年人心律失常发生率为 16%~36%, 甚至高达 75%, 其中室性占 2/3^[6]。尽管多数的室性早搏被认为是良性病变, 不需要药物治疗, 但是研究表明伴有器质性心脏病的患者预后较差。临床长期以来已认识到在某些情况下即使应用常规剂量的抗心律失常药或其他类型药物, 均可能产生促心律失常作用。并且老年人常伴有心功能不全、阻塞性肺部疾患或窦房、房室传导阻滞等疾病, 长期应用抗心律失常药物也有可能死亡率。因此, 寻求毒副作用小的抗心律失常药物是目前研究的重点。

室性早搏属于中医学“惊悸”范畴, 是指患者自觉心中悸动、惊惕不安, 甚至不能自主的一种病证。心悸产生的病机一般被认为与“虚、痰、瘀、热”有关。而笔者在临床工作中认为老年室性早搏是“虚多实少, 以虚为主”。这与老年人的生理特点有关, 《素问·生气通天论》曰“年四十而阴气自半也, 起居衰矣; ……年六十, 阴痿, 气大衰, 九窍不利, 下虚上实, 涕泣俱出矣”。《灵枢·天年》中说“五十岁, 肝气始衰。六十岁, 心气始衰。七十岁, 脾气虚。八十岁, 肺气衰。九十岁, 肾气焦”。由此可见, 老年人的精气逐渐衰减, 愈高龄而精气衰减愈明显。因此, 五脏功能逐渐衰退是老年病的主要原因, 但突出表现为脾肾功能虚衰^[7]。隋·巢元方《诸病源候论》谓“心主血脉, 从而使气血通以养五脏六腑, 其遍布环绕于经络, 心统领五脏, 心气虚则令惊悸恍惚”。故笔者

认为心悸的基本病因是“心气虚”, 并与脾肾相关。脾为气血生化之源, 脾气虚则气血不足, 无以养心, 心气虚则易惊悸; 肾者, 五脏精气之主, 肾精不足可引起心阴不足, 导致虚火扰心则惊悸。因此, 笔者在临床中治疗老年性室性早搏以温补为宜。使用炙甘草、黄芪、党参益气养心以复脉为君; 茯苓、白术健脾益气; 生地黄滋肾水以补阴; 当归补血活血, 丹参可清血中郁热而除烦, 二者相伍补血养心除烦, 补肾宁心共为臣。五味子与党参、麦冬同用, 亦有生脉散之意, 加强补气之力。佐以桂枝、生姜辛行温通, 温心阳, 通血脉, 使诸厚味滋腻之品滋而不腻。生姜、大枣顾护脾胃, 亦为使药。诸药合用, 使阴血渐充, 阳气宣通, 则心动悸、脉结代皆得平息。

心律平是一类新型 Ic 类抗心律失常药物, 研究表明其具有抑制钠、钙离子通道和 G 受体阻滞剂作用, 可以减少心肌细胞的自发兴奋性^[8], 有效的治疗室性心律失常。本实验用心律平作为对照研究养心汤治疗室性早搏的疗效, 结果表明, 养心汤在减少室性早搏方面与西医的疗效是相当的, 而改善中医症状方面具有明显优势, 这可能与中药的治疗是以改善脏腑的功能为目的有关。这提示, 养心汤治疗室性早搏不仅可以减少早搏的次数, 而且可以改善患者的症状, 从而提高患者生活质量、改善其预后是其治疗的优势。然而, 由于本研究是单盲, 不能排除心理因素带来的假阳性, 今后应进一步规范研究养心汤的治疗效果和其治疗机制。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药研究指导原则[M]. 第1辑. 1993:41-45.
- [2] 国家中医药管理局胸痹急症协作组. 胸痹心悸(冠心病心律失常)中医急症诊疗规范[J]. 中国中医急症, 1995, 4(4): 181.
- [3] 黄宛. 临床心电图学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 268-279.
- [4] 1979年全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会修订. 常见心律失常病因、严重程度及疗效参考标准[J]. 医学研究通讯, 1979, 8(12): 18-19.
- [5] 中华人民共和国卫生部药政局. 新药(中药)治疗老年病临床研究指导原则[J]. 中国医药学报, 1989, 3(4): 72.
- [6] 曹克将, 耿茜. 抗心律失常药物在老年病人中的应用[J]. 中华老年心脑血管杂志, 2007, 9(11): 721-722.
- [7] 梁光宇, 吴绪祥. 赵树森主任医师抗衰老学术思想简介[J]. 中国中医药学刊, 2007, 25(8): 1556-1557.
- [8] 吴郁珍. 心律平注射液治疗阵发性室上性心动过速 36 例疗效观察[J]. 中国实用医药, 2010, 5(5): 127-128.

(收稿日期 2014-08-06)

甲硝唑复合剂联合清胃散加味治疗急性根尖周脓肿临床观察

段松海

(浙江省海宁市人民医院,浙江 海宁 314400)

中图分类号:R781.34+2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0345-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.063

【摘要】目的 观察甲硝唑复合剂联合清胃散加味治疗急性根尖周脓肿的效果。**方法** 132例患者按随机数字表法分为对照组和观察组各66例。对照组给予甲硝唑复合剂进行根管治疗,观察组在对照组基础上给予清胃散加味联合治疗,疗程为2周,比较两组临床效果。**结果** 观察组总有效率93.94%及显效率65.15%均明显高于对照组的81.82%与46.97%(均 $P<0.05$),两组治疗后牙龈肿痛、咀嚼痛、发热及口臭口苦证候积分均较治疗前改善(均 $P<0.05$),且观察组改善优于对照组(均 $P<0.05$)。

结论 临床应用甲硝唑复合剂联合清胃散加味治疗急性根尖周脓肿能明显提高临床疗效。

【关键词】 急性根尖周脓肿 甲硝唑复合剂 清胃散加味 疗效 中医

急性根尖周脓肿是临床口腔科常见病,多因牙髓疾病或感染未得到及时有效治疗而引起,其可致急性牙槽脓肿或是周围间隙感染,表现为剧烈自发疼痛,咀嚼、咬合痛,且疼痛难忍,生活质量严重下降。急性根尖周的根管治疗多采用甲硝唑复合剂和牙胶尖进行充填,相对于传统的根管药物有明显效果,但仍未能达到临床满意^[1]。近年来,本院应用中药清胃散加味联合甲硝唑复合剂治疗急性根尖周脓肿得到了广大患者的认可。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:口腔检查符合第3版《口腔内科学》关于急性根尖周炎的诊断标准^[2];中医辨证符合《中药新药临床研究指导原则》中“胃火炽盛”证的诊断标准^[3];体温 $37.5\sim 38.5\text{ }^{\circ}\text{C}$,经血常规检查白细胞计数 $9\sim 12\times 10^9/\text{L}$;X线片检查根尖周牙槽骨呈透射影像;患者知情同意并能配合医师操作。排除标准:严重感染性疾病者;生理及精神状况差,不能完成治疗者;凝血功能障碍或有严重的出血倾向等血液系统病者;拒绝接受中药治疗者;过敏体质。

1.2 临床资料 选取2011年3月至2012年8月在浙江省海宁市人民医院口腔门诊进行诊治的132例急性根尖周脓肿患者,随机分为对照组和观察组。对照组66例,男性37例,女性29例;年龄21~54岁,平均 (37.30 ± 6.20) 岁;病程9~64h,平均 (25.5 ± 3.6) h;左上15例,左下23例,右上18例,右下13例。观察组66例,男性35例,女性31例;年龄20~52岁,平均 (37.60 ± 7.10) 岁;病程7~68h,平均病程 (25.7 ± 3.3) h;左上12例,左下21例,右上23例,右下10例。两组在性别、年龄、病程及患牙位置等临床资料方面差异无统

计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予甲硝唑复合剂以及牙胶尖行根管治疗:开髓引流,去除感染坏死组织,引流根尖部炎性渗出和脓液;待炎症急性期缓解后,扩挫根管,暂封3~5d;若无反复症状,则给予甲硝唑复合剂糊剂导入根管,填充牙胶尖,永久充填;对黏膜下脓肿者在根管引流的同时于黏膜肿胀部位行局部切开引流,有瘻道者则需保证瘻道通畅,放置引流条。观察组在对照组实施根管治疗后当日开始加用清胃散加味:生地黄15g,生石膏30g,升麻6g,牡丹皮12g,黄连6g,当归10g,酒大黄6g,连翘10g,金银花10g,玄参12g,生甘草5g。加减法:热毒较甚者,加水牛角、青黛;牙龈出血者,加川牛膝、赤芍;津伤口渴者,加天花粉、石斛;伴咽喉肿痛者,加板蓝根、牛蒡子。水煎服,每日1剂,分早晚2次服用。两组均连续治疗2周。

1.4 疗效标准 (1)临床疗效标准。显效:患者的主诉自觉症状消失,患牙无松动、叩痛,X线片显示根尖部牙周间隙增宽。有效:患者主观症状及体征好转,患牙无松动、叩痛。无效:患者主诉症状及体征无明显变化,甚至加重。(显效+有效)/总数 $\times 100\%$ 计为总有效率。(2)中医证候积分,观察记录两组患者主要中医证候(牙龈肿痛、咀嚼痛、发热、口臭口苦)积分情况,按照相关文献^[4]对中医证候改善情况进行评分,分别记为0分(无症状)、1分(轻微症状,偶发)、2分(明显症状,阵发)、3分(严重症状,频发)。计分越高表明病情越严重,反之则越轻微。

1.5 统计学处理 采用SPSS15.0统计软件。计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,计数资料比较采用 χ^2 检验,组间比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率及显效率均明显高于对照组(均 $P < 0.05$)。

表1 两组患者治疗后临床疗效比较(n)

组别	n	显效(%)	有效	无效	总有效(%)
观察组	66	43(65.15) [△]	19	4	62(93.94) [△]
对照组	66	31(46.97)	23	12	54(81.82)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

2.2 两组中医证候积分比较 见表2。两组治疗后牙龈肿痛、咀嚼痛、发热及口臭口苦证候积分均较治疗前改善(均 $P < 0.05$),且观察组改善优于对照组(均 $P < 0.05$)。

表2 两组治疗前后中医证候积分情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	牙龈肿痛	咀嚼痛	发热	口臭口苦
观察组 (n=66)	治疗前	2.15±0.24	2.23±0.62	1.76±0.58	2.15±0.15
	治疗后	0.72±0.15 ^{*△}	0.81±0.12 ^{*△}	0.32±0.08 ^{*△}	0.64±0.21 ^{*△}
对照组 (n=66)	治疗前	2.09±0.31	2.21±0.58	1.69±0.31	2.12±0.23
	治疗后	1.37±0.25 [*]	1.45±0.26 [*]	0.98±0.25 [*]	1.35±0.36 [*]

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

3 讨论

临床治疗急性根尖周脓肿的方法较多,但多不够理想,最终导致治疗失败。不少研究表明^[5],需氧菌、厌氧菌混合感染是急性根尖周脓肿的主要致病原,而其中以厌氧菌感染为主。甲硝唑对厌氧菌具有较强抗菌活性,其 MIC 为 0.25 mg/L,半衰期较长,极少产生耐药性,用途广泛。在根管治疗时将甲硝唑复合剂注入根管内可增高局部抗菌药物浓度,有利于发挥抗厌氧菌作用,同时对维持抗菌环境、促进病变组织自身修复^[6]。根管治疗中应用甲硝唑复合剂较全身用药需要剂量小,安全性高,同时可提高局部用药浓度,提高抗菌效果。

急性根尖周脓肿属于中医学“牙疳”、“牙槽风”等范畴,中医学认为其多因外邪侵袭,内传化火,上冲牙龈,或因脏腑积热,热毒壅盛,上聚牙龈所致。该病多发于素体热盛之人,患者或素喜辛辣肥甘厚味,或暴饮暴食,或过服温补之品,致脾胃积热,胃火炽盛,上蒸牙龈,结聚牙根,毒火炽盛,故牙龈红肿、肿势延及腮腭,腐肉成痈,疼痛难忍;灼伤黏膜,则齿痛而不能咀嚼。舌红、苔黄、口苦口臭等均为胃火炽盛之征。

“清胃散”加味,原方出自《兰室秘藏》,方中黄连苦寒清胃;升麻清热解毒、升散火毒;生地黄、牡丹皮凉血

养阴;当归养血和血、消肿止痛,共奏清泻胃火、凉血养阴之效。笔者在该方基础上加生石膏增强清泻胃火之效,且可消除口苦口臭;酒大黄通腑泄热,釜底抽薪,连翘、金银花疏风散热,解表宣外;玄参滋阴清热;生甘草和中解毒。现代药理学研究^[7-9]表明,清胃散复方具有抗炎、灭菌、镇痛及调节免疫功能等多种作用,该方对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌等有明显抑制作用,而对厌氧菌也有一定杀灭效果,可延缓病原菌生长繁殖过程;对醋酸所致疼痛均有明显抑制作用,可提高机体疼痛阈值;对机体免疫机能具有调节作用,可减轻局部炎症反应,增强巨噬细胞对病原体的吞噬作用,提示清胃散复方的治疗作用可能与增强机体的非特异性免疫功能有关。生石膏具有解热、镇痛、抗炎等作用;大黄抗菌谱广泛,对真菌、病毒及寄生虫均有抑制作用,且对机体局部炎症有明显抑制作用,有利于急性根尖周脓肿炎症性症状消除;连翘、金银花具有解热镇痛、抗炎、止血等作用;玄参具有抗炎、抗血小板聚集、解热及抗病原体等效果。

本研究结果显示,应用甲硝唑复合剂根管治疗基础上联用“清胃散”加味治疗,可提高临床治疗效果,改善患者症状、体征,缩短病程、减轻患者痛苦。综上所述,应用甲硝唑复合剂根管治疗的同时联合中药清胃散加味治疗急性根尖周脓肿效果理想,可增强局部抗菌及消炎效果,维持病灶修复环境,从而提高临床治疗效果,对改善正常咀嚼功能、消除临床症状体征有明显价值。

参 考 文 献

- [1] 杜松,吴学芳,徐珏珏. 甲硝唑复合剂治疗急性根尖周脓肿的疗效观察[J]. 西部医学, 2006, 18(6): 718-719.
- [2] 牛东平. 口腔内科学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社, 2006: 267-267.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 第3辑. 1997: 3-4.
- [4] 程绍恩,夏洪生. 中医证候诊断治疗学[M]. 北京:北京科学技术出版社, 1993: 72-75.
- [5] 杨秋波,樊鲁娜,时清. 乳牙急性根尖周脓肿细菌的 DGGE 分析[J]. 北京口腔医学, 2009, 17(4): 223-224.
- [6] 马丽琴. 甲硝唑复合剂治疗急性根尖周脓肿的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(4): 34-35.
- [7] 寇俊萍,柴程芝,余伯阳. 中药药理研究进展[J]. 药学进展, 2013, 37(9): 428-430.
- [8] 郭爱玲,王晓琼,许文学. 清胃散口服液在牙髓炎治疗中的临床研究[J]. 西北国防医学杂志, 2013, 34(4): 369-370.
- [9] 王本祥. 现代中药药理与临床[M]. 天津:天津科技翻译出版公司, 2004: 744-749.

(收稿日期 2014-10-13)

参附注射液联合西药治疗急性左心衰竭 (心肾阳虚证)疗效观察

潘爱珍 陈克芳 侯祥平 李建军[△]

(中山大学孙逸仙纪念医院,广东 广州 510120)

中图分类号:R541.6+1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0347-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.064

【摘要】目的 观察参附注射液联合西药治疗急性左心衰竭(心肾阳虚证)的临床疗效。**方法** 64例患者随机分为治疗组和对照组各32例。对照组仅给予标准抗心衰治疗,治疗组在对照组基础上联用参附注射液静滴。观察治疗前、后1周临床症状、心率、血压,测定血浆N-末端脑利钠肽前体(NT-proBNP)的浓度及心脏超声情况。**结果** 治疗组的总有效率90.62%和显效率53.13%均高于对照组的87.50%、46.88%(均 $P < 0.05$)。两组治疗后心脏指数(CI)、每分输出量(CO)、每搏输出量(SV)及射血分数(EF)与治疗前比较明显改善(均 $P < 0.01$),而血浆中NT-ProBNP值明显降低($P < 0.05$),且治疗组改善优于对照组(均 $P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。两组治疗过程中均未出现药物不良反应。**结论** 参附注射液联合西药治疗急性左心衰竭疗效显著,可升高CI、CO、SV及EF值,降低血浆中NT-proBNP的浓度,改善患者的心功能和NT-proBN水平,安全性好。

【关键词】 急性左心衰 心肾阳虚 N-末端脑利钠肽前体 参附注射液

急性左心衰竭(AHF)是由各种不同病因引起的心脏舒缩功能障碍,使心排出量不足以维持组织代谢需要而引起的临床综合征,起病快,常危及生命,需要紧急治疗。西药常规治疗采用利尿剂、强心剂、吗啡等,研究表明西药联合中药治疗急性左心衰有显著的疗效。本课题研究参附注射液联合西药治疗AHF,取得了令人满意的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准:西医诊断标准根据《中华医学会心血管病分会》^[1]明确诊断为急性心力衰竭。中医辨证标准参考心肾阳虚、血瘀水停证《中药临床研究指导原则》^[2]制定。纳入标准:符合诊断标准;按Killip分级方法,心功能为Ⅱ~Ⅳ级。排除标准:诊断为急性左心衰但中医辨证不符合心肾阳虚、血瘀水停者;严重肝肾功能不全等存在极大死亡风险者;神智不清,难以进行正常交流者;既往应用参附注射液出现严重过敏反应者。

1.2 临床资料 选取2010年6月至2013年6月在中山大学孙逸仙纪念医院收治的64例急性心衰患者,均符合纳入标准入院患者,共有64例入选本研究。其中慢性心功能不全急性发作7例,高血压性心脏病13例,冠心病19例,肺源性心脏病4例,混合性心脏病11例,风湿性心脏病5例,老年性心脏瓣膜病4例。按入院先后顺序随机分为治疗组及对照组。其中对照组32例,男性16例,女性16例;年龄51~86岁,平均(66.51±7.01)岁;收缩压平均(152.64±37.63) mmHg,舒

张压平均(85.30±16.87) mmHg;心率(115.78±19.32)次/min;呼吸(24.68±3.09)次/min;高心病7例,冠心病9例,混合性心脏病6例,风心病3例,慢性心功能不全急性发作5例,老年性心脏瓣膜病2例。治疗组32例,男性15例,女性17例;年龄50~85岁,平均(67.05±6.90)岁;收缩压平均(153.54±38.71) mmHg,舒张压平均(84.25±19.43) mmHg;心率(117.43±21.54)次/min;呼吸(25.34±2.67)次/min;高心病6例,冠心病10例,风心病2例,慢性心功能不全急性发作4例,老年性心脏瓣膜病2例,混合性心脏病5例,肺源性心脏病3例。两组在年龄、血压、心率及呼吸等临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组按照西医常规治疗方法,对患者进行吸氧、强心、利尿、扩血管、镇静、防治感染及对症支持治疗。给予利尿剂、西地兰、吗啡、硝普钠或硝酸甘油或者多巴胺等,根据血压、肺淤血、血流动力学选择血管活性药,呼吸衰竭或心跳呼吸骤停者选用无创辅助呼吸或气管插管呼吸机辅助呼吸。治疗组在西医治疗基础上使用参附注射液60 mL加入0.9%氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液100 mL静滴。每日1次,7 d为1个疗程在用药期间注意观察患者心率、血压及心功能。用药疗程前后要检查心电图,尿常规,血肝肾功能。

1.4 观察指标 采用彩色多普勒超声心动图(由PHILIPS公司生产,型号:GE-VAVAD7),测定治疗前后心功能参数心脏指数(CI)、每分输出量(CO)、每搏输出量(SV)及射血分数(EF)。另两组患者均于入院即刻及治疗后7 d采集静脉血3 mL,血氧注入抗凝管之

[△]通信作者(电子邮箱:keshan333@163.com)

中,转速于 3000 r/min 条件下离心 10 min,将血浆分离出来,用 RAMP(锐普)荧光干式定量分析仪测定 NT-proBNP 水平。

1.5 疗效标准 显效:心功能改善 2 级,呼吸困难缓解,双肺湿啰音消失,心率下降,尿量增加,水肿消失。有效:心功能改善 1 级,上述症状全部减轻。无效:呼吸困难症状无明显改善。显效+有效合计为总有效。

1.6 统计学处理 采用 SPSS12.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。治疗组的总有效率和显效率均高于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	32	17(53.13) ^{△△}	12	3	29(90.62) [△]
对照组	32	15(46.88)	13	4	28(87.50)

与对照组比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$ 。

2.2 两组治疗前后心功能变化比较 见表 2。两组治疗后 CI、CO、SV 及 EF 与治疗前比较明显改善(均 $P<0.01$),且治疗组改善优于对照组(均 $P<0.05$)。

表 2 两组治疗前后心功能变化比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	CI(L/min)	CO(L/min·m ²)	SV(m/搏)	EF
治疗组 (n=32)	治疗前	1.86±0.13	3.35±0.34	40.71±2.57	37.21±2.50
	治疗后	2.37±0.15 ^{**△}	4.24±0.43 ^{**△}	55.38±2.96 ^{**△}	50.21±3.23 ^{**△}
对照组 (n=32)	治疗前	1.85±0.12	3.33±0.29	41.01±2.84	36.68±2.52
	治疗后	2.23±0.14 ^{**}	3.94±0.36 ^{**}	52.67±2.61 ^{**}	47.31±2.66 ^{**}

与本组治疗前比较,^{*} $P<0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$,^{△△} $P<0.01$ 。下同。

2.3 两组入院即刻及治疗后 7 d 血浆 NT-proBNP 水平比较 见表 3。两组治疗后血浆中 NT-ProBNP 值均较治疗前明显降低(均 $P<0.01$),且治疗组低于对照组(均 $P<0.01$)。

表 3 两组治疗前后 NT-proBNP 水平比较(pg/mL, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	入院即刻	治疗后 7 d
治疗组	32	2164.62±354.63	311.45±78.39 ^{**△△}
对照组	32	2159.84±362.97	412.65±97.34 ^{**}

2.4 两组不良反应比较 两组均未出现过敏反应,监测凝血功能和肾功能未发现异常,治疗组有 3 例发生注射部位轻度疼痛,经减慢低速处理后疼痛缓解。

3 讨论

中医学中对于心衰没有专病论述,根据其临床表现可归属于中医学“怔忡”、“水肿”、“痰饮”、“喘证”、“胸痹”等范畴。中医学认为本病病理多属本虚标实,本

虚以阳虚、气虚为主,标实以水饮、痰浊、瘀血居多。心肾阳虚是心衰发病关键,且贯穿整个病理过程。治疗上多以益气温阳、活血利水为治法。参附注射液是由红参、附片提取而成的中成药注射剂,组方源于薛己《正体类要》的参附汤,具有回阳救逆、益气固脱之功效。方中红参大补元气,补益五脏,可用于治疗体虚脉微、肢冷喘咳、精神倦怠等症状;附子具有回阳救逆、温通心脉之功,可以用于治疗亡阳虚脱、脉微肢冷,心腹疼痛等症状。二药提取物混合而成的参附注射液具有益气温阳、振奋心阳、以化寒饮、救逆固脱、温通心脉的多重作用。现代药理研究认为^[3],参附注射液主要成分为人参皂苷和乌头类生物碱,可解除微血管痉挛,改善微循环,增加组织血氧供应,增加冠状动脉血流量,增加心肌血供,降低心肌耗氧量,对抗缺血、再灌注损伤,修复心肌细胞,改善心功能。王立岩等^[4]采用动物实验方法,证实炮制前后附子均具有较强的正性肌力作用。

目前认为血浆脑利钠肽(BNP)测定有助于心衰诊断和预后判断。内源性脑利钠肽(BNP)是一种多肽类激素,在心室容积负荷(前负荷)和压力负荷(后负荷)增加时,由心室释放分泌,具有利钠、利尿、扩血管及拮抗肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)和交感神经系统活性(SNS)的作用^[5]。NT-proBNP^[6]是 BP 激素原分裂后没有活性的 N-末端片段,比 BNP 半衰期更长、更稳定,其浓度可反映短时间内新合成的而不是贮存的 BNP 释放,因此更能反映 BNP 通路的激活。何玲玲等^[7]研究证实动态监测血浆 BNP 水平可作为监测住院期间急性左心衰治疗疗效和预测其预后的重要、可靠指标之一,入院后 72 h 的 BNP 水平对患者院内死亡风险的预测意义较高。超声心动图作为了解心功能的传统指标,与新型的 NT-proBN 心衰指标相结合,共同作为的心衰诊断、疗效及预后的判断,是临床公认的特异性和敏感性的心衰指标^[8]。本研究结果显示,在常规治疗基础上加用参附注射液能明显提高急性左心衰竭患者的临床疗效,提高 CI、CO、SV 及 EF,有效地降低血浆 NT-proBN,优于常规治疗且无明显毒副作用,安全有效。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会心血管病分会,中华心血管病杂志编辑委员会.急性心力衰竭诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志,2010,38(3):195-208.
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:77-85.
- [3] 王中华,王金萍.参附注射液的药理作用及临床应用研究概况[J].承德医学院学报,2009,26(1):86-89.
- [4] 王立岩,张大方,曲晓波,等.附子炮制前后有效部位强心作用的实验研究[J].中国中药杂志,2009,25(3):596-599.
- [5] Cynthia MB, Pasqualina S, Robert M, et al. Physiological,

- pathological, pharmacological and hematological factors affecting BNP and NT-proBNP [J]. *Clinical Biochemistry*, 2008, 41(6):231-239.
- [6] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 2007 中国慢性心力衰竭诊断和治疗指南[J]. *中华心血管病杂志*, 2007, 12(35):1078.
- [7] 何玲玲, 余国龙, 高琪乐, 等. 血浆 B 型利钠肽动态变化对急性左心衰患者短期预后及死亡风险预测价值[J]. *临床心血管病杂志*, 2009, 25(3):216-218.
- [8] 李正章, 程应樟, 李菊香, 等. 血浆脑钠肽结合超声心动图对心脏病患者心功能的评估[J]. *临床心血管病杂志*, 2008, 24(12):894-897.

(收稿日期 2014-10-08)

葶苈大枣泻肺汤对肺挫伤患者血清炎症因子 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平的影响

王健 孙滢 于克静 刘云月

(河北省沧州中西医结合医院, 河北 沧州 061001)

中图分类号:R648 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0349-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.065

【摘要】目的 观察葶苈大枣泻肺汤对肺挫伤患者血清炎症因子肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素(IL)-6、IL-8 水平的影响。**方法** 本组 80 例肺挫伤患者, 随机分为两组, 对照组应用常规西医治疗, 治疗组为在常规西医治疗方法上配合加减葶苈大枣泻肺汤口服或鼻饲 2 周治疗。监测治疗前、治疗第 7 日、治疗第 15 日血浆 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平, 记录氧和指数、前后呼吸频率、平均住院时间。**结果** 在治疗第 7 日和第 15 日两组患者血清炎症因子 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且治疗第 15 日显著低于治疗第 7 日($P < 0.05$), 治疗组改善作用优于对照组($P < 0.05$), 治疗组患者氧合指数、呼吸频率、平均住院时间显著低于对照组($P < 0.05$), 两组均未有死亡病例。**结论** 葶苈大枣泻肺汤可显著降低肺挫伤患者血清炎症因子 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平, 抑制炎症反应, 并改善患者预后。

【关键词】 葶苈大枣泻肺汤 肺挫伤 炎症因子

肺挫伤是最常见的胸部损伤之一, 现代医学常常只是预防感染, 处理相关并发症, 其效果不令人满意^[1]。葶苈大枣泻肺汤是伤科要方, 大量临床资料已证明其在治疗损伤病证方面效果良好。本研究对 80 例肺挫伤患者进行随机分组的前瞻对照研究, 以明确葶苈大枣泻肺汤在治疗肺挫伤方面是否较单纯西医治疗临床效果更好。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:(1)明确胸部外伤史;(2)符合肺挫伤诊断标准;(3)中医辨证为瘀血乘肺型;(4)年龄在 22~58 岁之间;(5)患者签署知情同意书纳入研究并配合中药治疗者, 符合医学伦理原则。排除标准:(1)合并严重腹腔脏器损伤;(2)合并严重的颅脑损伤;(3)合并严重心、肝、肾功能衰竭者、造血系统、内分泌系统等原发性疾病及精神病患者;(4)开放性胸部创伤患者;(5)妊娠或哺乳期妇女;(6)任何病史, 据研究者判断可能干扰试验结果或增加患者治疗风险者;(7)过敏体质及多种药物过敏者;(8)中途退出及不耐受中药者。

1.2 临床资料 选取我院 ICU 2010 年 10 月至 2013 年 10 月收治的 80 例肺挫伤患者, 男性 50 例, 女性 30

例; 年龄 22~58 岁, 平均 38.5 岁; 均经 X 线及 CT 检查证实, 其中单侧肺挫伤 40 例, 双侧肺挫伤 40 例。随机分为治疗组及对照组各 40 例。两组患者年龄、性别、病情等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组予西医常规治疗, 吸氧、限制晶体输入量、应用广谱抗菌素、营养支持治疗、血气胸者行胸腔闭式引流术、肋骨骨折者给予胸带固定、并发急性呼吸窘迫综合征予机械通气治疗。治疗组在西医常规治疗方法上配合加减葶苈大枣泻肺汤: 葶苈子 15 g, 大枣 10 g, 桃仁 10 g, 红花 8 g, 乳香 8 g, 没药 8 g, 赤芍药 12 g, 陈皮 15 g, 三七粉 5 g(冲服或鼻饲)。水煎取汁 100 mL, 早晚分次口服或鼻饲。中药汤剂由河北省沧州中西医结合医院中药制剂室提供。根据辨证适当加减。均连续治疗 15 d。

1.4 观察指标 所有纳入研究对象均予治疗前、治疗第 7 日、治疗第 15 日晨空腹取静脉血 10 mL, 标本离心 2500 r/min 后提取血清液, 置 -20 °C 冰箱保存待测。监测血浆肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素(IL)-6、IL-8 水平, 均用 ELISA 法检测(GENZYME 试剂盒)。记录氧和指数、前后呼吸频率、平均住院时间。

1.5 统计学处理 采用 χ^2 检验及 t 检验。 $P < 0.05$ 为

差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血清炎症因子水平变化比较 见表1。两组治疗第7日和第15日血清炎症因子水平均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且第15日显著低于治疗第7日($P < 0.05$)。治疗组改善作用优于对照组($P < 0.05$)。

表1 两组血清炎症因子水平比较(mg/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	TNF- α	IL-6	IL-8
治疗组 (n=40)	治疗前	44.30 \pm 4.63	31.42 \pm 6.62	36.03 \pm 4.25
	治疗第7日	17.51 \pm 4.24 ^{*Δ}	22.53 \pm 7.13 ^{*Δ}	23.56 \pm 6.27 ^{*Δ}
	治疗第15日	8.93 \pm 3.22 ^{*Δ}	17.83 \pm 5.78 ^{*Δ}	17.47 \pm 5.73 ^{*Δ}
对照组 (n=40)	治疗前	44.23 \pm 5.81	31.61 \pm 4.69	36.38 \pm 4.36
	治疗第7日	20.62 \pm 4.53 [*]	27.08 \pm 6.01 [*]	31.11 \pm 4.46 [*]
	治疗第15日	14.25 \pm 5.46 [*]	23.77 \pm 5.62 [*]	24.46 \pm 6.67 [*]

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$;与对照组同期比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.2 两组平均氧和指数、前后呼吸频率、平均住院时间比较 见表2。治疗组患者平均住院时间显著低于对照组($P < 0.05$),两组均未有死亡病例。

表2 两组氧和指数、前后呼吸频率、平均住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	氧合指数(mmHg)	呼吸频率(次/min)	平均住院时间(d)
治疗组	40	301.30 \pm 48.50	20.60 \pm 3.33	5.3 \pm 1.6
对照组	40	201.60 \pm 31.00	29.69 \pm 2.76	9.0 \pm 1.5

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3 讨论

肺挫伤是常见的胸部损伤之一,指闭合性胸部创伤引起的肺实质性损伤。在钝性胸外伤中肺挫伤的发生率是30%~70%,死亡率10%~20%^[2]。肺的直接损伤或作为靶器官,在创伤及休克的基础上机体产生一系列体液因子和细胞因子,引发全身炎症反应并失控,导致一系列病理生理变化。严重肺挫伤易并发成人呼吸窘迫综合征(ARDS)。使死亡率明显上升。在严重肺挫伤的治疗上,病变早期保护肺功能,减少进展至ARDS的发生率是治疗中的一个关键。治疗原则为早期激素、抗生素治疗、及时纠正低氧血症及正确处理合并损伤。近年研究表明肺挫伤后由机械性损伤因素刺激所启动的一系列创伤免疫反应,如炎症细胞激活、释放大炎症性介质,是导致以上肺部继发性改变的主要因素^[3]。胸部创伤后与应激激活单核巨噬细胞等,促使其过量释放炎症细胞因子(如TNF- α 、IL-1、IL-2、IL-6等),进而损伤内皮细胞、激活补体等引发SIRS,形成瀑布式的炎症反应,造成脏器的损伤。由于肺部毛细血管网丰富,是唯一接受全身血液的器官,因此成为最先遭受

炎症损伤的靶器官,引起急性肺损伤和急性呼吸窘迫综合征^[4]。

中医学根据肺挫伤的临床表现将其归属于胸肋内伤范畴,认为肺挫伤的病机在于创伤暴力损伤胸廓或致肋骨骨折,筋骨损伤,进而伤及肺脏,肺之经脉受伤,血溢脉络之外,壅滞于肺,而致胸痛、转侧仰俯困难;或致胸部气机失常,气血逆乱,肺失肃降,而致咳嗽、喘促、咳痰。根据肺挫伤的病证特点,笔者以泻肺平喘、活血化瘀为法,应用葶苈子大枣泻肺汤加味治疗。葶苈子大枣泻肺汤出自《金匱要略》,治疗肺痈和水饮停肺证。葶苈子主要成分为毒毛旋花子配基、伊夫单苷、葶苈苷、伊夫双苷和糖芥苷、异硫氰酸类、异硫氰酸类、脂肪油类^[5]。葶苈子功能泻肺平喘、利水消肿。为防其性猛、峻泻而伤正气,伍以大枣之甘温安中而缓和药性。桃仁活血化瘀、润肠通便;红花活血通经、散瘀止痛;乳香、没药活血化瘀、消肿止痛;赤芍清热凉血、散瘀止痛;三七有效成分具有活血与凝血双向调节作用^[6],与诸活血药物相伍,既可增强活血化瘀之功,又能防止活血太过而致出血之弊。现代临床研究显示,三七总皂苷可直接作用于内皮细胞,影响内皮细胞表面黏附因子的数量,炎症因子的分泌等,有助于防止细胞嵌塞,维持微循环通畅、促进细胞增殖、降脂等^[7]。陈皮行气化痰止咳。诸药共用,可达平喘逐饮,活血化瘀,切合肺挫伤之病机。研究发现葶苈子大枣泻肺汤能够显著降低肺挫伤患者TNF- α 、IL-6、IL-8水平,抑制炎症细胞因子的表达,缓解肺损伤,加速肺损伤的恢复,明显改善预后,因此,葶苈子大枣泻肺汤对肺挫伤具有重要的治疗价值,可降低住院费用,减少死亡率。

参 考 文 献

- [1] Gray SA, Charles SC. Pulmonary contusion in children: diagnosis and management [J]. Southern Medical Journal, 1998, 91(12):1099-1016.
- [2] 黎鳌. 现代创伤学[M]. 北京:人民卫生出版社,1996:749-756.
- [3] 朱孝中,陈勇兵,钱永跃. 肺挫伤患者炎症细胞因子 TNF, IL-6 的动态变化及其临床意义[J]. 实用临床医药杂志, 2003, 7(3):249-251.
- [4] 蔡华荣, 向小勇. 炎症反应与急性肺损伤的关系研究进展[J]. 中国体外循环杂志, 2006, 4(2):125-127.102.
- [5] 王妍, 贡济宇. 葶苈子的化学成分及药理作用研究[J]. 长春中医药大学学报, 2008, 24(1):39-40.
- [6] 林霞, 李鹏. 红花注射液联合胰激肽原酶治疗早期糖尿病肾病及对患者血清 CRP、TNF- α 及 IL-6 水平的影响[J]. 药物与临床, 2013, 51(7):70-72.
- [7] 鞠颖, 廖辉. 三七活血化瘀作用析要[J]. 河南中医, 2013, 33(4):592-593.

(收稿日期 2014-07-13)

掌侧微创切口加 Herbert 螺钉联合复元活血汤治疗腕舟状骨骨折临床观察

马志伟¹ 孙波² 王敏²

(1.浙江省舟山市普陀医院,浙江 舟山 316100;2.浙江省舟山市普陀医院六横分院,浙江 舟山 316131)

中图分类号:R274.1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0351-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.066

【摘要】目的 观察腕舟骨骨折患者采用掌侧微创切口加 Herbert 螺钉联合复元活血汤治疗的临床效果。**方法** 60例腕舟骨骨折患者分为观察组和对照组各30例,对照组采用掌侧微创切口加 Herbert 螺钉和西医常规抗感染治疗,观察组在对照组基础上加用复元活血汤,比较两组患者治疗前与治疗第3日、7日的视觉模拟评分(VAS)、肿胀程度分级及骨折愈合情况。**结果** 观察组治疗第3日、7日的VAS评分均显著低于对照组($P<0.05$);观察组的肿胀程度显著优于对照组($P<0.05$);两组患者随访观察,均未出现骨不连、伤口感染、骨坏死等并发症,Mayo 功能评定分布观察组显著优于对照组($P<0.05$)。**结论** 对腕舟骨骨折患者采用掌侧微创切口加 Herbert 螺钉联合复元活血汤治疗对缓解疼痛、降低肿胀程度、关节功能恢复具有积极作用。

【关键词】 腕舟骨骨折 掌侧微创切口 Herbert 螺钉 复元活血汤

腕舟状骨骨折是临床中较为常见的腕骨骨折,由于腕舟状骨的结构与血供的特殊性,发生骨折后很难获得满意固定,极易造成骨折不愈合或延迟愈合,因此其延迟愈合率、不愈合率和缺血坏死率都远远高于其他腕骨^[1],晚期造成骨不连或无菌性骨坏死,导致患者腕关节疼痛,影响关节功能恢复。临床中实施掌侧微创切口加 Herbert 螺钉治疗方案可以稳定患者短期病情,但远期治疗效果不显著。笔者观察掌侧微创切口加 Herbert 螺钉联合中药方剂复元活血汤治疗腕舟骨骨折患者的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:经X线片、临床检查确诊;具有明确的外伤史。排除标准:可采用保守治疗措施的患者、术后不易进行随访观察的患者。在签订知情同意书后开始本次研究。

1.2 临床资料 本研究选择浙江省舟山市普陀医院骨科2009年8月至2012年9月收治的60例腕舟骨骨折患者。随机分为观察组和对照组,各30例。其中观察组男性17例,女性13例;年龄19~48岁,平均(34.20±7.40)岁;左侧14例,右侧16例;骨折 Herbert 分型 A2 型17例, B2 型13例;受伤至手术时间(6.4±3.2) d。对照组男性14例,女性16例;年龄22~46岁,平均(35.80±8.10)岁;左侧17例,右侧13例;骨折 Herbert 分型 A2 型15例, B2 型15例;受伤至手术时间(5.8±2.8) d。两组患者的年龄、性别等资料等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组患者实施掌侧微创切口加

Herbert 螺钉和西医常规抗感染治疗。患者实施臂丛神经阻滞麻醉。在腕掌侧舟结节表面中心切开1 cm 切口,运用血管钳钝性分离至舟状骨结节处,且对桡动脉掌浅支进行有效保护。将1枚5号注射针头在C型臂X光机的导引下,定位确定舟状骨结节的导针进针点,顺着舟状骨结节处沿纵轴打入导针,术中透视腕正侧位,确认导针的位置,运用空心钻顺导针钻入舟骨,且不出关节面。选择长度适宜的 Herbert 螺钉旋入,至头端进入舟状骨结节。术后行拇指近节的短臂管形石膏固定,轻度掌屈位,腕尺偏10~15°,石膏固定2~3个月。术后患者口服头孢氨苄胶囊(国药准字H22021541,吉林省百年六福堂药业有限公司),每次0.25 g,每日2次。观察组在对照组基础上联合使用复元活血汤治疗:柴胡15 g,瓜蒌根15 g,当归15 g,红花10 g,甘草5 g,炮穿山甲5 g,大黄10 g,桃仁10 g。水煎服,每日1剂。

1.4 疗效标准 视觉模拟评分法(VAS)评分:0分无疼痛、10分疼痛剧烈。肿胀程度评定:较正常的皮肤肿胀,但皮纹尚存在,为I度;肿胀较明显,皮纹消失,但无水泡,为II度;肿胀很明显,皮肤坚硬出现水泡,但无骨筋膜室综合征,为III度。Mayo 法对腕关节功能进行评分:根据患侧关节活动功能、疼痛以及握力3个方面进行评分,满分100分,85~100分为优;70~85分为良;70分以下为差。

1.5 观察指标 比较两组患者治疗前与治疗第3日、7日VAS评分、肿胀程度分级及术后6个月的Mayo 功能评定分布。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0 统计软件分析。计

量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验,相关性分析采用 Pearson 相关分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 VAS 评分比较 见表 1。与治疗前比较,治疗第 3 日、第 7 日后两组患者 VAS 评分明显降低($P<0.05$);治疗后组间比较,观察组 VAS 评分均显著低于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者不同时间 VAS 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后第3日	治疗后第7日
观察组	30	6.83±2.16	2.42±1.48* [△]	0.90±0.57* [△]
对照组	30	6.57±2.31	3.93±1.51*	1.58±0.67*

与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗后肿胀程度分级比较 见表 2。结果显示,治疗后观察组肿胀程度 I 级患者明显高于对照组($P<0.05$), II 级和 III 级患者显著低于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组患者肿胀程度分级情况比较(n)

组别	n	I 度	II 度	III 度
观察组	30	18 [△]	9 [△]	3 [△]
对照组	30	9	12	9

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.3 两组患者随诊及 Mayo 功能评定分布比较 见表 3。两组患者随访时间分别为(8.8±1.4)个月和(9.1±1.6)个月,随访期间均未出现骨不连、伤口感染、骨坏死等并发症。Mayo 功能评定比较,观察组优的比率明显高于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组患者 Mayo 功能评定分布比较(n)

组别	n	优	良	差	优良率(%)
观察组	30	19	9	2	19(63.33) [△]
对照组	30	10	15	5	10(33.33)

3 讨论

腕舟状骨骨折大部分是由于腕关节过伸、桡偏时,腕舟骨极度背伸,舟骨掌侧承受张力,背侧承受压力,当负荷超过骨质强度时舟骨发生张力性骨折^[2]。临床上实施掌侧微创切口加 Herbert 螺钉手术进行复位、固定,在复位的过程中,可能造成骨折区域血液循环障碍,骨折本身对于局部组织的损伤及手术内固定对骨折区域的损伤造成骨折部位水肿、血肿、血液循环受阻,容易发生骨折愈合延迟甚至骨坏死,影响骨折治疗的远期疗效。

中医学认为,人体骨折损伤后,经络血脉受损,气血凝滞,脉络受阻,气血运行不畅,不通则痛。气伤则

气滞,血伤则血滞。临床多气血两伤,常见肿痛。治以疏肝通络,活血祛瘀,行气止痛。复元活血汤出自李东垣的《医学发明》,全方由柴胡、瓜蒌根、当归、红花、甘草、穿山甲、大黄、桃仁组成,为治疗伤者“从高处坠下,恶血停于肋下,痛不可忍”而设,具有疏肝通络、活血逐瘀、消肿止痛之功效。方中重用大黄荡涤留瘀败血;柴胡疏肝调气,两药合用以攻散肋下之瘀滞,共为君药;当归、桃仁、红花活血化瘀,消肿止痛,共为臣药;穿山甲“出阴入阳,能通串经络,达于病所”,有破瘀通络之功;栝楼根既能入血分助诸药而消瘀散结,又能清热润燥,正合血气瘀久化燥之证。全方以“散结、宣透、通利、调补”为特点,诸药合用,使瘀血新生,气行络通,肿消痛止。研究显示,除活血化瘀、镇痛作用外,复元活血汤在骨折早期可以促进内皮生长因子表达增强,促进骨折愈合^[3]。现代药理学研究表明,复元活血汤中除瓜蒌根外均有明显的抗炎、镇痛作用^[4]。大黄、柴胡等药除了抗炎、镇痛作用外,还可以提高血浆渗透压,使瘀血水肿局部过多的细胞外液转入血管内,从而起到抗渗出作用^[5-6]。此外,当归、桃仁、红花可以有效加快血流速度,消除血流瘀滞,有效降低血黏度及血浆黏度,抑制血栓形成,改善微循环;瓜蒌根可促进骨组织增长,促进新骨生成;穿山甲有促进关节面修复之功。

本研究通过对 60 例腕舟骨骨折患者的临床资料进行回顾性分析,分别对比手术联合西药与复元活血汤两种治疗方法对骨折的治疗效果及应用价值,同时分析两种方法的临床治疗特征。结果显示,观察组患者的 Mayo 功能评定分布显著优于对照组患者,术后第 3 日、7 日 VAS 评分均显著低于对照组,观察组的肿胀程度分布显著优于对照组。跟踪调查两组患者的临床治疗效果,两组均无骨不连、伤口感染、骨坏死等并发症发生。这表明腕舟骨骨折的临床治疗中手术、西药联合中药汤剂的治疗效果显著性高于单纯的使用手术与西药,具有更高的临床应用价值,这一结果和相关文献报道的数据相一致^[7]。因此,我们认为,临床上对于腕舟骨骨折患者的治疗,建议采用手术、西药与中药联合治疗,缓解患者的临床症状,提高疾病的治疗效率。

综上所述,掌侧微创切口加 Herbert 螺钉联合中药方剂复元活血汤,治疗腕舟骨骨折患者具有显著的临床疗效,可以有效缓解患者的机体疼痛,降低肿胀程度,减少并发症的发生,促进关节功能恢复,安全性较高。

参 考 文 献

[1] 何斌,倪增良,徐增成,等.经皮 Herbert 螺钉内固定技术治疗舟状骨骨折[J].浙江创伤外科,2014,19(1):122-123.
 [2] 经皮空芯 Herbert 螺钉治疗腕舟状骨骨折 15 例分析[J].中国医学创新,2010,7(25):97-98.

- [3] 于波,张秀杰,谢进. 复元活血汤对骨折早期血管内皮生长细胞因子活性的影响[J]. 时珍国医国药,2011,22(1):36-37.
- [4] 祖丽红,王继文. 复元活血汤抗炎镇痛作用的实验研究[J]. 中医正骨 2003,15(9):17-18.
- [5] 张云波,梁园,夏爱军. 柴胡解热作用的药理研究进展[J]. 中国药业,2011,20(3):79-80.
- [6] 瞿瑛. 大黄的现代药理研究及临床应用概况[J]. 哈尔滨医药,2011,31(2):131-133.
- [7] 明立功,明立山,明立阳. 闭合复位经皮 Herbert 螺钉内固定治疗新鲜稳定型舟骨腰部骨折[J]. 实用手外科杂志,2014,1(1):29-31.

(收稿日期 2014-08-05)

血必净注射液对重症急性胰腺炎血清炎性细胞因子和血液流变学指标的影响

马登超 李 永

(河北省临西县人民医院,河北 临西 054900)

中图分类号:R576 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0353-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.067

【摘要】目的 观察血必净注射液对重症急性胰腺炎(SAP)患者血清炎性细胞因子和血液流变学指标的影响。**方法** 将70例SAP患者分为血必净组与对照组,每组各35例。对照组采用内科常规性基础治疗,血必净组在对照组基础上加用血必净注射液治疗。**结果** 血必净组在治疗5、10 d炎性细胞因子水平、治疗10 d血液流变学指标、治疗28 d局部并发症发生率、多器官功能衰竭综合征(MODS)发生率和中转手术率与对照组差异有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。**结论** 血必净注射液能抑制SAP患者血清炎性细胞因子的过度释放,改善胰腺微循环,减轻胰腺病理损害。

【关键词】 重症急性胰腺炎 血必净注射液 细胞因子 血液流变学

重症急性胰腺炎(SAP)约占急性胰腺炎15%~20%,总体病死率约为10%~30%,若合并多器官功能衰竭综合征(MODS)则病死率高达47%~50%^[1]。本研究采用血必净注射液静滴辅助治疗SAP,观察其对血清炎性细胞因子及血液流变学指标的影响,并观察临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例西医诊断符合《中国急性胰腺炎的诊治指南(草案)》中SAP的诊断标准^[2];中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》中“胁痛”的诊断标准^[3]。排除标准:恶性肿瘤终末期;存在胆道梗阻者;发病前存在严重慢性重要脏器功能障碍。

1.2 临床资料 选取临西县人民医院急诊科、消化内科和重症医学科2011年3月至2014年6月收入院治疗的SAP患者共70例,按随机数字表法分为血必净组与对照组各35例。血必净组男性21例,女性14例;平均年龄(41.50±4.60)岁;平均发病时间(26.30±9.80)岁;APACHE II评分(11.60±5.20)分,Ranson评分(3.30±2.10)分。对照组男性22例,女性13例;平均年龄(40.80±5.30)岁;平均发病时间(27.10±8.90)岁;APACHE II评分(12.30±4.60)分,Ranson评分(3.10±1.80)分。两组患者临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予内科常规性基础治疗,给

予禁食禁水、胃肠减压,静脉液体复苏,应用抗生素,泵点奥曲肽及奥美拉唑抑制消化液分泌。保守治疗无效时考虑外科手术干预。治疗组在对照组治疗的基础上,给予血必净注射液(天津红日股份有限公司 国药准字Z20040033)100 mL加0.9%氯化钠注射液100 mL静滴,每日2次,连用10 d。

1.4 观察指标 观察两组治疗后血清炎性细胞因子指标。测定治疗1、5、10 d C反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)的水平;观察两组治疗后血液流变学指标:记录治疗1 d、10 d全血黏度值(高切、低切)、血浆黏度、红细胞压积及血小板黏附率。临床疗效指标:记录治疗28 d时局部并发症(胰腺坏死、假性囊肿、胰腺脓肿等)发生率、MODS发生率、中转手术发生率及病死率。

1.5 统计学处理 应用SPSS17.0统计分析软件。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血清炎性细胞因子水平变化比较 见表1。结果示血必净组在治疗5 d、10 d CRP、TNF- α 和IL-6水平均较同组治疗1 d明显下降($P < 0.01$),与对照组同期相比下降更加明显($P < 0.01$)。

2.2 两组血液流变学指标变化比较 见表2。结果示

表1 两组炎症细胞因子水平变化比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	CRP (mg/L)	TNF- α (ng/L)	IL-6 (ng/L)
血必净组 (n=35)	1 d	302.16 \pm 82.45	85.24 \pm 50.38	108.62 \pm 60.25
	5 d	149.32 \pm 53.25* Δ	65.15 \pm 31.46* Δ	62.16 \pm 30.26* Δ
	10 d	70.36 \pm 28.18* Δ	42.28 \pm 17.36* Δ	42.28 \pm 21.36* Δ
对照组 (n=35)	1 d	299.46 \pm 92.53	89.53 \pm 53.24	99.46 \pm 65.56
	5 d	185.26 \pm 38.24*	86.35 \pm 30.16	88.23 \pm 42.24
	10 d	105.98 \pm 40.39*	67.56 \pm 25.38*	65.35 \pm 22.23*

与本组治疗1 d比较, *P<0.01; 与对照组同期比较, Δ P<0.01。

血必净组在治疗10 d血液流变学指标与同组治疗1 d、对照组治疗10 d差异有统计学意义(P<0.01)。

表2 两组血液流变学指标变化比较($\bar{x}\pm s$)

分组	时间	全血黏度(mPa·s)		血浆黏度(mPa·s)	红细胞压积(%)	血小板黏附率(%)
		高切	低切			
血必净组 (n=35)	治疗1 d	7.25 \pm 0.76	9.56 \pm 1.04	1.86 \pm 0.15	55.65 \pm 0.52	47.36 \pm 12.25
	治疗10 d	6.04 \pm 0.12* Δ	7.25 \pm 1.36* Δ	1.45 \pm 0.23* Δ	40.34 \pm 0.33* Δ	26.85 \pm 11.45* Δ
对照组 (n=35)	治疗1 d	7.31 \pm 0.68	9.54 \pm 1.16	1.85 \pm 0.22	54.38 \pm 0.25	46.68 \pm 11.54
	治疗10 d	6.64 \pm 0.45*	8.32 \pm 1.15*	1.79 \pm 0.45	46.82 \pm 0.41*	34.35 \pm 10.42*

与本组治疗1 d比较, *P<0.01; 与对照组治疗后比较, Δ P<0.01。

2.3 两组临床疗效指标比较 见表3。结果示两组在治疗28 d时局部并发症发生率、MODS发生率和中转手术率比较差异有统计学意义(P<0.05 或 P<0.01)。

表3 两组治疗后28 d临床疗效指标比较 n(%)

组别	n	局部并发症发生率	MODS发生率	中转手术发生率	病死率
血必净组	35	9(25.41) Δ	15(42.86) $\Delta\Delta$	6(17.14) Δ	5(14.29)
对照组	35	18(51.43)	28(80.00)	16(45.71)	8(22.86)

与对照组比较, Δ P<0.05, $\Delta\Delta$ P<0.01。

3 讨论

微循环障碍是导致SAP发生及机体进入MODS的重要因素,而炎症细胞因子的过度释放使SAP从开始阶段即成为过度炎症反应的全身性疾病,从胰腺局部的非感染性炎症反应到引发全身炎症反应综合征(SIRS)和MODS严重时只需数小时。CRP在炎症发生2 h后即可快速升高,>150 mg/L则提示胰腺组织发生坏死;TNF- α 是导致胰腺及周围组织损伤的主要细胞因子,其浓度与SAP的严重程度呈正相关;IL-6的持续升高则提示SAP预后不良。改善机体微循环、抑制炎症细胞因子的过度释放是减少并发症、降低死亡率的关键因素之一。

中医学认为SAP的主要病机为肝滞气滞、毒热炽盛、瘀血内停,治疗以理气开郁、活血化瘀为则。血必

净注射液是根据清代名医王清任血府逐瘀汤改良,由红花、赤芍、川芎、丹参、当归等中药材根据工艺提取而成中药注射液,具有清热解毒、行气散结、活血化瘀的功效。方中红花性温味辛,气香行散,可活血通经、祛瘀止痛;川芎性温味辛,气香升散,具有活血行气、祛风止痛的功效;当归味甘而重,气轻而辛,可补血活血,通经活络;赤芍味苦性凉,可清热凉血、活血散瘀;丹参性苦微寒,可凉血消痈、活血调经。全方宣泄肝胆郁气,调理三焦湿热,泄热通腑,对SAP肝郁气滞、瘀血内停所致症状起到治疗作用。

现代药理研究表明^[4],血必净注射液的有效成分中丹参酮、红花黄色素、川芎嗪、阿魏酸和芍药苷等均具有抑制血小板聚集,改善微循环的作用;同时丹参酮、红花黄色素、阿魏酸具有明显的抗炎作用,可对多种炎症细胞因子发挥双向调节作用。血必净注射液一方面通过改善机体血液流变性,增加胰腺血液流量,阻止机体由SIRS进入MODS;另一方面通过对炎症反应的双向调控作用,抑制早期炎症细胞因子的过度释放,调节促炎、抗炎因子的阴阳平衡,减轻炎症细胞因子对重要脏器功能的损伤,从而降低SAP患者的并发症和死亡率。何周桃等研究表明,血必净注射液可降低IL-1、6、8及TNF- α 的水平,调节炎症网络平衡,有效地改善SAP的症状及愈后^[5]。本研究显示血必净组在治疗5 d、10 d时炎症细胞因子水平均低于对照组,治疗10 d时血液流变学指标得到明显改善。

SAP病情进展迅速,血必净注射液通过“细菌、炎内毒素、炎症介质”并治发挥治疗作用,静脉给药更有利于快速发挥药物的作用,体现中医“急则治标、缓则治本”的治疗原则。

参 考 文 献

- [1] 费丽燕,夏丽丽,朱佳虹,等. 鼻饲中药联合早期血液滤过治疗重症胰腺炎的疗效观察[J]. 天津医药,2014,42(4): 359-362.
- [2] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎的诊治指南(草案)[J]. 现代消化及介入诊治,2007,12(3): 206-208.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社,1994: 185.
- [4] 洪利明,詹义星,潘曦明,等. 血必净注射液治疗急性胰腺炎及其对超敏C反应蛋白影响的临床观察[J]. 中国中医急症,2012,21(6):973-974.
- [5] 何周桃,韩向阳. 生长抑素联合血必净对老年重症急性胰腺炎患者炎症介质的影响[J]. 中国老年学杂志,2013,33(9):4520-4521.

(收稿日期 2014-09-16)

防己茯苓汤对慢性心衰(心气阳虚证)患者干预的临床观察

王 妙 陆 曙

(江苏省无锡市中医医院, 江苏 无锡 214000)

中图分类号:R541.6+1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0355-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.068

【摘要】目的 观察防己茯苓汤对慢性心衰(CHF)(心气阳虚证)患者的临床疗效。**方法** 将77例患者分为治疗组32例和对照组45例,对照组给予西医标准化的药物治疗,治疗组在此基础上加服防己茯苓汤,两组疗程均为2周。**结果** 治疗组总有效率为93.75%,高于对照组的66.67%($P<0.05$);两组患者治疗后与治疗前相比,尿量水平均有增加($P<0.01$),组间比较差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组Tei指数水平差异有统计学意义($P<0.05$),BNP水平差异无统计学意义($P>0.05$);两组治疗72h后治疗组SV明显高于对照组($P<0.05$);治疗24h、72h,CO高于治疗组($P<0.05$);72h后CI明显高于对照组($P<0.05$)。**结论** 防己茯苓汤对CHF患者有较好的临床疗效。

【关键词】 防己茯苓汤 慢性心力衰竭 心功能

慢性充血性心力衰竭^[1](CHF)因其具有较高的发病率、病残率和病死率,已成为心血管界最大且最艰巨的主战场。在西医治疗上以强心、利尿、扩血管等药物以降低心脏负荷,可有效改善临床症状、提高生活质量和延长患者的寿命,但在西医治疗过程中仍不免出现毒副作用^[2]。CHF属于中医学“心悸”、“饮证”、“喘证”、“水肿”等范畴。病机涉及阴阳、气血津液代谢及五脏,晚期多为阳气虚衰不能温化水饮,从而痰饮瘀血内阻,由此可见通阳利水的重要性^[3]。同时中医治疗CHF可以阻断其恶性循环,逆转心肌重塑^[4]。笔者用防己茯苓汤治疗CHF取得了一定疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例均符合CHF诊断^[1]以及中医辨证为心气阳虚型。纳入标准:(1)年龄大于18周岁小于95周岁;(2)NYHA心功能分级为Ⅱ~Ⅳ级慢性心衰患者;(3)自愿参与本调查者。排除标准:(1)由于肾、肝等重要脏器功能衰竭导致心力衰竭者;(2)合并有肝、肾及内分泌系统、造血系统等严重原发性疾病;(3)妊娠或哺乳期妇女,过敏体质及对多种药物过敏者;(4)精神病、传染病患者;心源性休克、严重性心律失常、完全性房室传导阻滞、心包填塞、高血压未控制者均不宜入选。

1.2 临床资料 选取无锡市中医医院住院及门诊CHF(心气阳虚证)患者77例,按随机数字表法分为两组。其中治疗组32例,男性12例,女性20例;平均年龄72.38岁;NYHA心功能Ⅱ级2例,Ⅲ级20例,Ⅳ级10例。对照组45例,男性23例,女性22例;平均年龄72.87岁,NYHA心功能Ⅱ级11例,Ⅲ级20例,Ⅳ级

14例。两组患者临床资料差异无统计意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组均采用常规治疗,如注意休息、避免劳累、调畅情志、低盐低脂饮食、限制液体摄入量,预防、识别与治疗诱因等。对照组给予西医标准化的药物治疗^[5],如洋地黄制剂、利尿剂、扩血管药物等。治疗组在此基础上加服防己茯苓汤:防己9g,黄芪9g,桂枝9g,茯苓18g,甘草6g。每次浓煎50mL,每日2次口服。两组疗程均为2周。

1.4 观察指标 观察两组患者尿量、血浆脑利钠肽(BNP)、NYHA心功能分级, Lee氏心衰疗效积分, Tei指数、血流动力学变化。NYHA心功能疗效参照标准^[6]制定, Lee氏心衰疗效积分参照文献^[6]制定。

1.5 疗效标准 疗效标准参照文献^[1]制定。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后疗效比较 见表1。结果显示治疗组总有效率高高于对照组($P<0.05$)。

表1 两组治疗后疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	32	7	22	3	29(93.75) [△]
对照组	45	4	26	15	30(66.67)

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

2.2 治疗后两组患者尿量、Tei指数水平、BNP变化的比较 见表2。结果显示两组患者治疗后与治疗前相比,尿量水平均有增加($P<0.001$)。两组组间比较,差异无

统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组 Tei 指数水平组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),BNP 水平比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表2 两组治疗前后尿量、Tei 指数水平、BNP 变化比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	尿量(mL)	Tei 指数水平(pg/mL)	BNP
治疗组 (n=32)	治疗前	778.13±315.96	0.49±0.12	807.26±824.99
	治疗后	1792.50±486.85*	0.37±0.15 [△]	435.07±499.41
对照组 (n=45)	治疗前	900.00±303.20	0.51±0.22	795.35±1143.27
	治疗后	1741.33±361.11*	0.49±0.09	358.68±342.23

与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗后血流动力学动态变化比较 见表3。结果示两组治疗 72 h 后治疗组每搏输出量(SV)明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗 24 h、72 h,每分输出量(CO)高于对照组($P<0.05$);72 h 后心脏指数(CI)明显高于对照组($P<0.05$)。

表3 两组治疗前后血流动力学动态变化比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	SV(m/搏)	CO[L/(min·m ²)]	CI(L/min)
治疗组 (n=32)	0 h	37.46±5.60	3.37±0.55	1.96±0.34
	12 h	50.30±5.71	3.63±0.87 [△]	2.19±0.31
	24 h	44.10±10.00	3.18±0.74	2.14±0.26
	72 h	76.80±10.38 [△]	5.84±1.17 [△]	3.26±0.85 [△]
对照组 (n=45)	0 h	40.8±11.62	3.22±0.43	2.13±0.27
	12 h	51.75±11.26	4.02±0.44	2.51±0.39
	24 h	60.30±13.26	4.41±0.37	2.43±0.26
	72 h	55.60±14.48	3.98±0.76	2.32±0.22

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.4 安全性评价 治疗组患者应用防己茯苓汤后,生命体征平稳,各项实验室检查无明显不良反应。

3 讨论

防己茯苓汤通阳化气、分消水湿,能有效地改善 CHF(心气阳虚证)患者。有研究^[7]显示茯苓桂枝利尿作用最明显的配伍比例是 2:1,防己茯苓汤中茯苓桂枝的比例为最佳配比。黄芪皂苷是黄芪正性肌力作用的主要活性成分,颖丽等研究得出黄芪皂苷有正性肌力作用且心耗氧量不增加^[8]。李庆平等^[9]研究表明粉防己碱可减轻大鼠工作心脏缺血再灌注心肌损伤,可恢复心输出量。

本研究显示在 NYHA 心功能疗效、Lee 氏心衰疗效积分方面两组有明显差异。治疗组在心功能分级、生活质量等方面明显优于对照组,由此可以看出,防己茯苓汤能够在一定程度上改善 CHF(心气阳虚证)患者的心功能、生活质量等。Tei 指数是超声心动图评价心功能的新指标,本研究提示患者发生心功能不全时 Tei 指数可有一定程度的增高,治疗后随着心功能的改善

可有所下降,治疗组的 Tei 指数下降幅度可比对照组更明显,表明经方防己茯苓汤在一定程度上可降低心 CHF(心气阳虚证)患者的 Tei 指数,可改善患者的心功能。血流动力学是指血液在心血管系统中流动的力学,心脏不断泵血以保证机体代谢的需要,因此心脏泵出的血液量是衡量心脏功能的基本指标。该研究表明,两组 CHF 患者未经治疗前查心输出量明显低于正常标准,经治疗后心输出量水平有所升高,在 0 h、12 h、24 h、72 h 时间点的血流动力学心输出量的动态变化观察显示:72 h 时间点治疗组的 SV、CO、CI 水平明显大于对照组,可见治疗组的上升趋势明显高于对照组,经方防己茯苓汤能一定程度地改善 CHF(心气阳虚证)患者的血流动力学。另在 24 h 时间点对照组的 CO 高于治疗组,但在 24 h 时间点两组患者的 SV、CI 的比较统计学上无明显差异,对照组的 CO 高于治疗组,考虑可能与样本量小或相关误差有关,可扩大样本量来进一步研究探索。心力衰竭时,神经内分泌系统激活同时由于心室容量负荷或压力负荷增加,心室肌受到牵张心室壁张力增加,使血中 BNP 浓度增高,血浆 BNP 水平不仅可准确诊断心力衰竭,症状越严重,BNP 浓度越高。本研究示两组患者组治疗前 BNP 水平比较,统计学上无明显差异。治疗后,两组患者的 BNP 水平均有所下降,本研究治疗组的 BNP 样本量明显少于对照组,可扩大样本量来进一步研究。

本研究显示防己茯苓汤对 CHF(心气阳虚证)患者的干预有一定的疗效,且无明显副作用。但也存在一些常见问题:心衰的辨证分型、辨证施治的随意性大,仍未达到统一,药物和剂量的选择仍然会缺乏一定的依据;研究中医药的课题样本量偏小,且缺少长期疗效的大规模研究;中医药治疗心衰是有一定的确切疗效,但目前还没制定一个疗效评价量表来判定对治疗心衰的疗效,因此难以做到对不同药物及不同治疗方案进行统一的评价;在很多临床研究中,中药处于辅助性或附加性地位,不易观察其单独疗效。尽管目前心衰的中医研究方面尚存在很多问题有待解决,但是只要我们在正确思路的指导下开展临床科研工作,逐步探讨心衰更深层次上的病因病机,确定更符合现代观点的诊疗理念,探讨经方对心衰的疗效,从而使中医在治疗心衰方面的作用将得到充分发挥。在继承传统中医治疗方法的基础上,结合现代研究技术和临床实践,可进一步发挥中西医结合治疗心衰的优势。

参 考 文 献

- [1] 陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:1240-1241.
- [2] 邢佳,郭宏伟,涛陶.温阳利水、活血化痰法治疗心力衰竭 36 例[J].河南中医,2012,32(2):190-191.
- [3] 胡燕灵.五苓散加味治疗慢性心力衰竭 136 例[J].河南中

- 医,2012,32(11):1435.
- [4] 杨新. 桑葚汤改善慢性充血性心力衰竭患者心功能及生活质量的临床研究[J]. 河南中医,2012,32(6):712-713.
- [5] 胡大一,赵水平,刘玲,等. 心血管病诊疗指南解读[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2009:85-107.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:89,91.
- [7] 刘新,马威,盛萍,等. 茯苓与桂枝配伍对小鼠利尿的实验研究[J]. 新疆中医药,2009,27(5):45-48.
- [8] 颖丽,李伟,付萍,等. 黄芪皂苷注射液对戊巴比妥钠所致心衰犬心脏舒缩功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2009,15(11):79-81.
- [9] 李庆平,杨解人,饶曼人. 预先给予粉防己碱对大鼠工作心脏缺血再灌注损伤的保护作用[J]. 中国药理学与毒理学杂志,1994,8(2):114-117.

(收稿日期 2013-07-04)

中西医结合治疗带状疱疹临床观察

薛乘风

(浙江省绍兴市第五医院,浙江 绍兴 312000)

中图分类号:R752.1*2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0357-02
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.069

【摘要】目的 观察采用中西医结合治疗带状疱疹临床疗效分析及其安全性评价。**方法** 将带状疱疹 68 例患者根据随机数字表法随机分为对照组和观察组各 34 例。对照组采用常规西药治疗,观察组在对照组基础上结合中药汤剂治疗。**结果** 观察组治疗后总有效率为 97.06%,显著高于对照组的 76.47%($P < 0.05$);治疗后两组患者疼痛评分均显著低于治疗前($P < 0.05$),且观察组疼痛评分显著低于对照组($P < 0.05$)。观察组止疱时间、开始结痂时间及全部脱痂时间均显著低于对照组(均 $P < 0.05$)。两组治疗过程中并未发生明显不良反应。**结论** 采用中西医结合治疗带状疱疹疗效显著,且无明显不良反应,临床应用安全可靠。

【关键词】 带状疱疹 中西医结合 临床疗效 安全性

带状疱疹主要是因水痘-带状疱疹病毒所致。该病好发于肋间神经、颈神经、三叉神经以及腰骶神经支配区域^[1-2]。其临床特征主要为沿单侧周围神经分布的水疱、红斑,同时伴有神经痛的一种病毒感染性皮肤病^[3-4]。目前,西医治疗主要以抗病毒、抗疱疹病毒药、营养神经、止痛对症、免疫调节剂、皮质类固醇激素、物理疗法等治疗方法,但其远期疗效并不十分理想^[5]。带状疱疹属中医学“缠腰火丹”、“蜘蛛疮”等范畴。近年来,研究显示中西医结合治疗带状疱疹疗效显著,且安全可靠^[6-7]。本研究针对带状疱疹患者采用中西医结合方法治疗,取得了明显疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准符合《临床诊治指南·皮肤病与性病分册》^[8]中相关标准。参照《中医病证诊断疗效标准》^[9]中相关标准,本组患者中医辨证主要为气滞血瘀证,临床表现主要为皮疹减轻或消退局部疼痛不止,并且放射至附近部位,坐卧不安,痛不可忍,舌黯,苔白,脉弦细。纳入标准:符合西医诊断和中医诊断标准者;年龄 30~80 岁之间者;与患者及其家属签署知情同意书者;均经医院相关伦理委员会批准通过者。排除标准:不符合中西医诊断标准及纳入标准者;精神疾病者;合并严重心、肝、肾及造血系统等功能异常者;过敏体质者;妊娠或哺乳期妇女。

1.2 临床资料 选取 2013 年 4 月至 2014 年 4 月期间在浙江省绍兴市第五医院接受诊治的带状疱疹患者 68 例。按随机数字表法随机分为对照组与观察组各 34 例。对照组男性 9 例,女性 25 例;年龄 32~79 岁,平均(59.98±10.34)岁;病程 4 个月至 10 年,平均(3.14±1.26)年。观察组男性 10 例,女性 24 例;年龄 31~77 岁,平均(59.14±11.72)岁;病程 5 个月至 12 年,平均(3.36±1.18)年。两组资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组口服 200 mg 阿昔洛韦,每日 5 次,连续服用 3 d;干扰素 100 万 U,肌肉注射,隔日 1 次;维生素 B 20 mg,每日 3 次。观察组在对照组基础上结合中药汤剂:白芍 20 g,当归 20 g,红花 20 g,桃仁 20 g,柴胡 15 g,丹参 15 g,白术 10 g,枳壳 15 g,牡蛎 20 g,甘草 6 g。水煎服,取汁 300 mL,分早晚两次温服,每日 1 剂。两组患者以 3 d 为 1 个疗程,2 个疗程后评价疗效。

1.4 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》中相关标准。治愈:患者疼痛完全消失,疱疹全部消退。显效:患者疼痛明显缓解,疱疹基本结痂。有效:患者疼痛有所缓解,疱疹明显消退,且有少量新发疱疹。无效:疼痛与治疗前比较无变化,有新发疱疹。

1.5 观察指标 观察两组患者治疗后临床治愈率、显

效率、有效率及无效率;观察两组患者治疗前后疼痛评分情况;观察两组患者止疱时间、开始结痂时间及全部脱痂时间;观察两组患者治疗过程中不良反应发生情况。

1.6 统计学处理 应用SPSS22.0统计处理软件。计量资料和计数资料分别采用t检验和χ²检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。结果示,观察组总有效率高于对照组(P<0.05)。

表1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	34	18	9	6	1	33(97.06) [△]
对照组	34	11	8	7	8	26(76.47)

与对照组比较,△P<0.05。下同。

2.2 两组患者疼痛评分比较 见表2。治疗后两组患者疼痛评分均低于治疗前(均P<0.05),且观察组疼痛评分低于对照组(P<0.05)。

表2 两组患者治疗前后疼痛评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	34	9.17±0.56	0.82±0.37 ^{*△}
对照组	34	9.12±0.48	0.12±0.14 [*]

与本组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,△P<0.05。

2.3 两组患者止疱时间、开始结痂时间及全部脱痂时间比较 见表3。观察组止疱时间、开始结痂时间及全部脱痂时间均显著短于对照组(P<0.05)。

表3 两组患者止疱时间、开始结痂时间及全部脱痂时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	止疱时间	开始结痂时间	全部脱痂时间
观察组	34	3.17±0.52 [△]	2.59±0.41 [△]	5.47±1.24 [△]
对照组	34	3.94±0.45	4.10±0.72	8.95±2.96

2.4 不良反应 两组治疗过程中并未发生明显不良反应。

3 讨论

带状疱疹主要是由于水痘-带状疱疹病毒感染所致的以沿周围神经分布的群集疱疹以及神经痛为特征的一种病毒性皮肤病。带状疱疹在人群中发病率高,并且随年龄增加其发病率也呈不断上升趋势。带状疱疹皮损表现除水疱及红斑外,同时还可见糜烂、丘疹、血疱以及打疱等^[10]。目前,西医主要采用对症治疗方法,但其疗效不理想,而中医药在带状疱疹治疗方面显示出良好的临床疗效^[11-12]。

带状疱疹可归属中医学“蛇串疮”、“缠腰龙”等范畴。中医学认为带状疱疹病位主要在脾、肝、心,其病

因主要包括气滞、湿毒及火毒3种,其证型主要分为气滞血瘀型、脾虚湿蕴型以及肝经郁热型。主要因湿热蕴蒸、阻于肌肤、经络不通,故而致使气滞血瘀;或由于饮食不节、伤及脾胃,故而引起运化不调,痰湿内生,郁久化热,故而博结肌肤而发;或因情志不调,气机升降失司,肝气不疏,则发生郁而化火,火毒循经外发。本文选用中药方中,白芍养血敛阴、柔肝缓急;当归养血和血;丹参活血凉血;红花活血通经、祛瘀止痛;桃仁活血祛瘀;柴胡疏肝解郁;枳壳破气、行痰;牡蛎软坚散结、平肝潜阳;甘草调和诸药。本文研究结果示,中西医结合治疗后总有效率高于单纯西药治疗,且疼痛评分、止疱时间、开始结痂时间及全部脱痂时间均显著低于单纯西药治疗。

综上所述,中西医结合治疗带状疱疹疗效显著,且无明显不良反应发生,具有重要临床价值。

参 考 文 献

- [1] 张强,刘萍,郝淑娴,等. 加巴喷丁治疗带状疱疹病毒感染后神经痛疗效及安全性探讨[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(19):4786-4788.
- [2] 尹帅领,卜淑芳,刘扬,等. 加巴喷丁联合阿米替林治疗带状疱疹后神经痛临床疗效观察[J]. 中风与神经疾病杂志, 2013, 30(1):66-67.
- [3] Okuno Y, Takao Y, Miyazaki Y, et al. Assessment of skin test with varicella-zoster virus antigen for predicting the risk of herpes zoster[J]. Epidemiology and Infection, 2013, 141(4): 706-713.
- [4] 短震忠,董永亮,罗慧娟. 复方甘草酸苷窄谱中波紫外线联合阿昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 19(9):4594.
- [5] Bruxelle J, Pinchinat S. Effectiveness of antiviral treatment on acute phase of herpes zoster and development of post herpetic neuralgia: Review of international publications[J]. Medecine et maladies infectieuses, 2012, 42(2):53-58.
- [6] 曹峰昊. 中西医结合治疗带状疱疹[J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26(2):246-246.
- [7] 魏智钧,欧阳硕,王丹,等. 中西医结合序贯疗法治疗带状疱疹疗效观察[J]. 中国全科医学, 2010, 13(24):2763-2765.
- [8] 中华医学会. 临床诊疗指南:皮肤病与性病分册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:2-4.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社, 1994:265.
- [10] Asada H, Nagayama K, Okazaki A, et al. An inverse correlation of VZV skin-test reaction, but not antibody, with severity of herpes zoster skin symptoms and zoster-associated pain[J]. Journal of Dermatological Science, 2013, 69(3):243-249.
- [11] 霍则军,刘青云. 龙胆泻肝汤加减治疗带状疱疹伴中、重度抑郁情绪[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(4):300-302.
- [12] 童林萍. 辨证分型治疗带状疱疹34例[J]. 山东中医杂志, 2011, 30(4):239-240.

(收稿日期 2014-09-23)

中药配合穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期临床观察

王淑英 丁静 冯文杰

(河北省秦皇岛市中医医院,河北 秦皇岛 066000)

中图分类号:R563.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0359-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.070

【摘要】目的 观察中药口服合并穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期的临床疗效。**方法** 将107例COPD患者随机分为两组,其中观察组53例,对照组54例,观察组给予补益肺肾化痰活血中药口服合并穴位贴敷加基础治疗,对照组给予基础治疗加金水宝胶囊口服,观察两组患者治疗后3年内的急发次数,治疗前后肺功能改善情况以及中医证候积分变化。**结果** 观察组和对照组的3年内急发平均次数分别为2.48次和3.88次。治疗组发作次数少于对照组($P<0.05$)。两组治疗后肺功能较前好转($P<0.05$),两组比较,观察组改善更加明显($P<0.05$)。两组治疗后中医证候比较,观察组治疗总有效率为84.90%,明显高于对照组的74.07%($P<0.05$)。**结论** 中药口服配合穴位贴敷有减少患者3年内急发次数改善患者肺功能和改善患者中医证候积分的作用。

【关键词】 慢性阻塞性肺疾病 中药口服 穴位贴敷

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是呼吸系统疾病中的常见病及多发病,是一种具有气流受限为特征的肺部疾病,气流受限呈进行性发展,最后不完全可逆,经常因为急性的上、下呼吸道感染而病情反复发作。其稳定期的治疗主要是使用支气管扩张剂、吸入糖皮质激素以及长期家庭氧疗等,虽然能够暂时的使病情得到缓解,但不能减少治疗后病情急性发作,不能阻止肺功能的进一步下降。中医药治疗COPD稳定期具有良好的疗效。我院采用自制中药制剂口服配合夏季穴位贴敷治疗COPD取得了较好的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床诊断均符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[1]制定的COPD稳定期诊断标准。中医辨证属肺脾肾亏虚者《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。排除标准:排除合并甲亢、肿瘤、消化性溃疡、皮肤病、糖尿病、自身免疫性疾病或慢性消耗性等疾病;排除有肝肾功能不全或妊娠及哺乳期妇女;排除有精神病不能合作或不愿接受治疗以及皮肤对胶布过敏者。

1.2 临床资料 选取2008年6月至2010年6月秦皇岛市中医医院门诊患者110例,其中3例治疗过程中因为感染病情进行性加重住院便退出本观察,将剩余107例按随机数字表法分为观察组和对照组,其中观察组53例,男性32例,女性21例;年龄46~83岁,平均(65.27±12.35)岁;病程8.5~15.7年,平均(12.10±3.60)年。对照组54例,男性30例,女性24例;年龄44~84岁,平均(67.38±11.67)岁;病程8.5~15.3年,平均(11.90±3.40)年。两组患者临床资料差异无统计意

义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 观察组给予本院自制的中药口服并配合穴位贴敷,在常规治疗基础上给予补益肺脾肾化痰活血中药(人参、杏仁、黄芩、炙甘草、桃仁、陈皮、厚朴、蛤蚧各10g,茯苓、焦白术、桑白皮、浙贝母各15g,丹参20g,清半夏12g。每日1剂,每日2次)口服并配合夏季穴位贴敷,选择每年夏季初伏、中伏、末伏前3d进行穴位贴敷3次,药物由白芥子、细辛、甘遂、生半夏、延胡索、樟脑、麝香、冰片、制附子、麻黄等药物组成,由我院提供。将药粉以姜汁调和成糊状,以透明贴膜为裱褙贴于穴位上,贴于定喘、肺俞、脾俞、肾俞(以上均为双侧)、璇玑、膻中,药物贴敷时间为4~8h。对照组给予常规治疗加金水宝胶囊(批准文号:国药准字Z10890003。江西济民可信金水宝制药有限公司生产)口服。两组患者均连续治疗3年。对症治疗:观察治疗期间按照常规治疗,任何一组患者如果出现喘息、气短,甚至呼吸困难,不能平卧等症状,并且听诊两肺可闻及满布干啰音者,均给予加用喘定或多索茶碱静滴并吸入 β_2 受体激动剂;如果喘息不能平卧等症状仍不能缓解者加用静脉用糖皮质激素,喘息不能平卧症状改善,糖皮质激素便逐渐减少剂量,改为吸入 β_2 受体激动剂和糖皮质激素等制剂。

1.4 观察指标 观察治疗后3年内两组患者的急发次数,观察两组患者治疗前后肺功能改善情况以及治疗前后中医证候积分变化情况。

1.5 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。咳嗽、咯痰、气短症状按轻度、中度、重度分级。中医证候疗效标准:按治疗前后证候积分值的变化评定

疗效。临床控制:证候积分减少≥95%。显效:证候积分减少≥70%且<95%。有效:证候积分减少≥30%且<70%。无效:证候积分减少不足30%。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计分析软件。计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,并对数据采用t检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组3年内急发平均次数比较 结果示观察组和对照组的3年内急发平均次数分别为2.48次和3.88次。治疗组发作次数少于对照组(P<0.05)。

2.2 两组治疗前后肺功能改善情况比较 见表1。结果示两组治疗后肺功能较前好转(P<0.05),两组比较,观察组改善更加明显(P<0.05)。

表1 两组治疗前后肺功能改善情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FEV ₁ (L)	FEV ₁ /FVC(%)	PEF(L/min)
观察组 (n=53)	治疗前	1.12±0.57	51.32±2.11	65.21±65.23
	治疗后	1.99±0.78	63.5±3.20	86.22±67.12 [△]
对照组 (n=54)	治疗前	1.08±0.48	50.12±2.53	63.35±68.26
	治疗后	1.11±0.58	50.30±2.82	63.55±53.26 [*]

与本组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,[△]P<0.05。

2.3 两组治疗后中医证候疗效比较 见表2。两组治疗后中医证候比较,观察组治疗总有效率为84.90%,明显高于对照组的74.07%(P<0.05)。

表2 两组治疗前后中医证候积分比较(n)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	53	10	16	19	8	45(84.90) [△]
对照组	54	7	12	21	14	40(74.07)

与对照组比较,[△]P<0.05。

3 讨论

本病属于中医学的“肺胀”、“喘证”范畴。多因久病肺虚,痰浊潴留,每因再感外邪诱使病情发作加剧。病变首先在肺,继则影响脾、肾,后期病及于心。故稳定期病机多为肺脾肾三脏亏虚、痰瘀内阻。遵循急则治标,缓则治本的原则,在稳定期给予补益肺脾肾及活血化瘀中药(生晒参、茯苓、焦白术、杏仁、桑白皮、黄芩、浙贝母、炙甘草、丹参、桃仁、陈皮、清半夏、厚朴、蛤蚧等)口服,同时配合穴位贴敷,以达到扶正祛邪的目的。研究表明,茯苓能有效提高机体免疫力^[3],丹参可能通过阻止白细胞释放自由基或清除炎症状态时产生的自由基,减轻组织损伤,控制炎症发展而发挥作用,对肺功能具有保护作用^[4]。《金匱要略》云“问曰,上工治未病,何也,师曰,见肝之病,知肝传脾,当先实脾,四季脾旺不受邪,即勿补之”。由此可知“治未病”的思想很早就

涵盖了“未病先防”和“既病防变”两方面的内容。中药穴位贴敷是将中药、穴位、节气三者结合,根据“春夏养阳”、“既病防变”的中医理论,在中医整体观念及“治未病”理论的指导下,发挥了极大的优势。于农历三伏时,人的阳气旺盛,人体腠理疏松开泄,气血趋于体表,荣卫通达,此时中药贴敷穴位最易使药物通过皮肤渗透吸收,激发经气,恢复人体的阳气,调整脏腑阴阳,提高机体的免疫能力,从而达到祛散伏痰,温肺化饮,标本兼治的目的。本院开展此项治疗30余年,所选穴位取于足太阳膀胱经之上的肺俞穴、脾俞穴、肾俞穴。因膀胱经通表里,抵御外邪,能够振奋阳气而顾护肺卫。璇玑穴宽胸利肺、止咳平喘,膻中具有舒畅心胸、活血通络、宽胸理气、清肺止喘等功能。膻中并可调节人体全身的气机。定喘穴止咳平喘,通宣理肺,本院穴位贴敷选用的药物为细辛、白芥子、甘遂、延胡索、生姜汁、樟脑、麝香、冰片、制附子、炙麻黄等。细辛,辛温芳香,能散寒化痰,走窜入肺而温肺化饮。正如《本草经百种录》云“细辛,以气为治也。凡药香者,皆能疏散风邪,细辛气盛而味烈,其疏散之力更大。……细辛性温,又能驱逐寒气,故其疏散上下之风邪,能无微不入,无处不到也”。白芥子,辛温,入肺经,能止咳平喘,利膈宽胸而化寒饮,为治寒痰凝结之痰饮、咳喘的要药。甘遂,性味甘,逐水攻痰,善行脏腑经络痰饮。配以延胡索、生姜汁,延胡索具有活血行气作用。生姜汁,气味辛窜,走而不守,去湿消痰;外用还能温血脉,暖肌肉,散寒滞,制附子辛、甘,大热;有补火助阳,逐风寒湿邪之功能。用于阳虚易外感之人,炙麻黄辛散而微兼苦降之性,可外开皮毛的郁闭,以使肺气宣畅;内降上逆之气,以复肺司肃降之常,故善平喘,为主治肺气壅遏所致喘咳的要药。诸药合用,共达温肺散寒、消痰逐饮、行气活血、止咳平喘之效。本研究表明穴位贴敷配合中药对症口服有改善COPD稳定期患者中医证候积分、减少患者3年内急发次数,改善患者肺功能,改善患者生活质量的作用。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(1): 8-17.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-58.
- [3] 张爱军, 陈池云. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病致呼吸衰竭临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(2): 191-192.
- [4] 封继宏, 杨爽, 钟新春, 等. 中医药治肺炎研究进展[J]. 中国中医急症, 2014, 23(4): 670-672.

(收稿日期 2014-09-25)

术后早期炎性肠梗阻的中西医结合治疗疗效观察

徐继宗^{1,2} 刘冬婷³ 尹 谨^{1,2} 张 帅^{1,2}

(1.三峡大学肛肠病诊疗研究所,湖北 宜昌 443000;2.湖北省宜昌市第二人民医院,湖北 宜昌 443000;3.湖北省宜都市第二人民医院,湖北 宜都 443111)

中图分类号:R574.2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0361-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.071

【摘要】目的 观察中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻的临床疗效。方法 术后早期炎性肠梗阻 80 例,分为观察组和对照组各 40 例,对照组予西医常规治疗,观察组在对照组基础上加用自拟通肠汤治疗,比较两组患者临床治愈率、恢复排气排便时间、胃管留置时间及 X 线片液气平面消失时间。结果 对照组患者恢复排气排便时间、胃管留置时间及 X 线片液气平面消失时间均明显少于对照组($P < 0.05$);观察组治愈率(85.00%)及总有效率(97.50%)均明显高于对照组(62.50%,80.00%)($P < 0.05$)。结论 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻具有效果满意、并发症少、有效率高等优点。

【关键词】 术后早期炎性肠梗阻 中西医结合治疗 疗效观察

黎介寿院士于 1995 年首次提出术后早期炎症性肠梗阻(EPISBO)的概念,是腹部手术后的一种较严重的并发症,治疗不当不仅会加重患者的痛苦和医疗费用,严重者可致肠痿、短肠综合征,甚至引起患者死亡。其发病机理和诊疗手段越来越受到临床医生重视。笔者采用中西医结合治疗 EPISBO,获得优于单纯西医常规治疗的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 符合下列条件者可诊断为 EPISBO 并纳入本研究:(1)近期(1~3 周)有腹部手术史^[1];(2)术后肠蠕动一度恢复,部分患者已排气、排便,进食后出现以腹胀为主的梗阻症状,伴恶心、呕吐、肛门停止排气排便,腹痛多不明显;(3)腹部膨隆,无肠型及蠕动波,有固定压痛,而无反跳痛、肌紧张,叩诊呈鼓音,肠鸣音弱或消失;(4)腹平片可见多个大小不等液气平面或肠腔积气;增强 CT 显示肠壁水肿、增厚,肠腔积水、积液、腹腔渗出或肠襻成团等现象;(5)可伴低热,白细胞和(或)中性粒细胞增高,一般无高热;(6)排除肠麻痹、内疝、扭转、套叠、吻合口狭窄,以及腹腔感染、机械性肠梗阻、麻痹性肠梗阻和假性肠梗阻等;其中 1、2、6 为必备条件。排除标准:妊娠期、哺乳期妇女;具有严重的原发性心脑、肝、肾、肺或血液系统疾病者;精神或法律上的残疾患者;伴有严重术后并发症的患者(如肠痿、重症感染等);无法配合,未按规定用药或中断治疗,无法判定疗效者。

1.2 临床资料 本研究共纳入笔者所在医院 2008 年 2 月至 2013 年 3 月期间病例 80 例,均为腹部手术后致 EPISBO 患者,随机分为观察组和对照组,各 40 例。

其中对照组男性 22 例,女性 18 例;年龄 13~87 岁,中位年龄 41 岁;其中阑尾切除术后 12 例,胆囊切除术后 8 例,各种胃肠手术后 20 例。观察组男性 21 例,女性 19 例;年龄 15~82 岁,中位年龄 39 岁;其中阑尾切除术后 10 例,胆囊切除术后 6 例,各种胃肠手术后 24 例。两组病例在年龄分布、性别构成、营养状况上差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组:(1)禁食,持续胃肠减压;全肠外营养支持,适量补充维生素及微量元素,维持水/电解质及酸碱平衡;(2)给予广谱抗生素(头孢哌酮)及甲硝唑抗感染,5~7 d;(3)常规应用生长抑素,1.5 mg,每日 1 次,微量泵输入;(4)尽早使用糖皮质激素(地塞米松,5 mg,每日 2 次,3~5 d),减轻肠道非特异性炎症反应;(5)辅助应用质子泵抑制剂,泮托拉唑,60 mg,每日 2 次;(6)腹部微波照射理疗,约 30 min/次,每日 2 次。观察组在西医治疗组基础上,加用自拟通肠汤:大黄 10 g(后下),芒硝 10 g,枳实 10 g,厚朴 15 g,陈皮 10 g,桃仁 15 g,当归 10 g,蒲公英 10 g,赤芍 12 g,茯苓 10 g,黄柏 10 g,桔梗 10 g,黄芪 10 g,甘草 5 g。加水煎至 400 mL 药液,100 mL 自胃管注入,闭管 1 h 后开放,100 mL 保留灌肠,每日 2 次。

1.4 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中肠梗阻的疗效标准。治愈:临床症状及阳性体征消失;肛门恢复排气、排便;肠鸣音恢复正常;可以拔除胃管;X 线或 CT 提示无梗阻征象,无胀气。显效:临床症状明显减轻;可有肛门排气、排便;肠鸣音基本恢复;可以关闭胃管暂予观察;X 线或 CT 提示液气平面明显缩小或消失,但有肠腔积气。无效:临床症状体征无缓解或加重,X 线或 CT 提示仍有梗阻征象,需手术探

查。观察胃管留置时间,恢复排气、排便时间,X线检查显示液气平面消失时间。

1.5 统计学处理 应用SPSS13.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,两独立样本组间比较采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者在肠梗阻临床症状恢复时间的比较见表1。观察组在胃管留置时间、恢复排气时间、恢复排便时间以及X线检查显示液气平面消失时间上均明显少于对照组($P<0.05$)。

表1 两组患者临床症状恢复时间比较($\bar{h}, \bar{x}\pm s$)

组别	n	肛门排气排便时间	胃管留置时间	X线检查液气平面消失时间
观察组	40	89.54±17.93 [△]	108.23±11.24 [△]	109.46±17.48 [△]
对照组	40	116.33±22.10	147.38±19.72	149.85±17.56

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。下同。

2.2 两组患者临床疗效比较 见表2。观察组治愈率及总有效率均显著高于对照组($P<0.05$)。

表2 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	无效	治愈率(%)	总有效率(%)
观察组	40	34	5	1	34(85.00) [△]	39(97.50) [△]
对照组	40	25	7	8	25(62.50)	32(80.00)

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。下同。

3 讨论

EPISBO是发生在腹部手术后早期(一般指2周),发病率0.69%~1.4%,占术后早期肠梗阻90%以上,是由于腹部手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出而形成的一种机械性与动力性同时存在的粘连性肠梗阻^[3]。EPISBO病变范围较广,炎症造成的肠蠕动减弱是其梗阻的主要原因,其次为肠壁水肿引起肠腔阻塞。对于术后早期肠梗阻应与其他类型肠梗阻区分开来,应首选非手术治疗,如盲目的再次手术极易损伤高度炎性水肿的肠管,造成术后出血、感染、肠瘘等并发症,导致病程延长,危及生命。

单纯西医药物的非手术治疗方法,是EPISBO的传统治疗方法,包括常规禁食,肠外营养的应用,持续胃肠减压,应用糖皮质激素、生长抑素以及广谱抗生素。其主要目的主要是减少肠腔内积气,改善肠管血供,减少肠管壁渗出和水肿,缓解腹腔内炎症。但单纯西医需要一定的禁食时间及治疗周期,其导致的营养不良可能阻碍患者炎性梗阻的恢复,引起全身情况的恶化,尤其对中老年患者极为不利,尤以合并诸多内科疾病者为甚。本研究中,传统西医治疗组在治疗后恢复排气排便时间及胃管留置时间平均均在5d以上,长

时间的胃肠道禁食和肠外营养将会使得患者水电解质平衡紊乱、酸碱平衡破坏的危险性增加,与梗阻症状形成恶性循环,从而诱发诸多急性内科并发症的发生,且与目前所提倡的加速康复外科理念背道而驰^[4]。

中医学认为,本病是由于腑气不通,气滞血瘀,邪实内闭所致,属“关格”、“腹胀”等范畴。肠道功能失调,若能以口服中药及灌肠双重作用,可获得较传统西药所不能达到的效果。本研究中,通肠汤方中大黄为大苦大寒之品,起泻下通便、清除胃肠积滞作用,是为君药;芒硝泻下、软坚、清热,是为臣药,枳实导滞消痞,苦辛破结;厚朴消积导滞,行气宽中;同时辅以陈皮、桃仁、当归、蒲公英、赤芍、茯苓、黄柏、桔梗、黄芪等起润肠通便、活血祛瘀之功。现代药理研究显示:大黄含有蒽醌衍生物,能刺激肠管蠕动,减少液体聚集,兼具抗感染功能^[5];芒硝所特有的硫酸根离子在肠内可形成高渗溶液,刺激肠蠕动而缓泻;枳实中的挥发油和黄酮苷能调节肠道运动节律,与桃仁和厚朴联用能刺激肠黏膜增加蠕动发挥润肠通便作用。该方剂可兴奋肠道平滑肌,改善腹腔内肠管血运、扩张血管、减轻肠壁水肿和渗出、促使坏死组织及积聚液体吸收,且有一定的抗内毒素作用,能够缓解革兰氏阴性菌所导致的炎症反应。同时以通肠汤灌肠,当灌入之中药达到大容积时,便可刺激横结肠引起“集团蠕动”使肠之蠕动更加活跃,使肠内积聚之热结一举排出,达到通腑泻下的作用。如此能使肠道内毒素得以清除,增强腹腔血液循环和淋巴回流,且能提高机体的非特异性免疫能力,起到抑菌、消炎作用。

通过本研究得出,中西医结合治疗组在胃管留置时间、恢复排气时间、恢复排便时间、X线检查显示液平面消失时间上均少于西医治疗组,并且在治愈率及总有效率上均高于西医组,在缩短了疗程和住院时间的基础上,取得了良好的临床疗效,减少了再手术率,提高了患者满意度。

参 考 文 献

- [1] 李幼生,黎介寿.再论术后早期炎性肠梗阻[J].中国实用外科杂志,2006,26(1):38-39.
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第3辑.北京:人民卫生出版社,1997:61-62.
- [3] 吕云福,邹声泉,詹文华,等.肠梗阻诊断治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2007:546-549.
- [4] 黎介寿.营养与加速康复外科[J].肠外与肠内营养,2007,14(2):1-3.
- [5] 陈德昌,杨兴易,姜兴禄,等.大黄对胃肠道血流灌注影响的临床与实验研究[J].中国中西医结合杂志,2000,2(7):515-518.

(收稿日期 2014-08-09)

中药泡洗联合康复训练治疗中风恢复期肩手综合征临床观察

朱 坚¹ 许建平²

(1.浙江省电力公司金华供电公司医务室,浙江 金华 321000;2.浙江省金华职业技术学院医学院,浙江 金华 321007)

中图分类号:R255.2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0363-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.072

【摘要】目的 观察中药泡洗联合康复训练治疗中风病恢复期肩手综合征疗效。**方法** 96例患者按照随机数字表法分为对照组和观察组各48例,对照组采用康复训练;观察组于对照组治疗基础上加用中药泡洗治疗。比较两组患者治疗前、后疼痛和肿胀及上肢运动功能评分、临床疗效、不良反应。**结果** 治疗后,观察组患者疼痛和肿胀及上肢运动功能评分分别为(2.07±0.56)分、(0.51±0.23)分、(51.21±7.85)分与对照组(3.45±1.02)分、(0.79±0.31)分、(36.54±6.51)分比较差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组总有效率为93.75%,明显高于对照组的77.08%($P<0.05$);两组患者治疗期间均未发生明显不良反应。**结论** 中药泡洗联合康复训练可减轻中风恢复期肩手综合征患者肿胀和疼痛程度,提高患者上肢运动功能和临床疗效,且无不良反应发生,具有较高安全性。

【关键词】 中药泡洗 中风 恢复期 肩手综合征 康复训练

肩手综合征(SHS)主要是患者中风后患侧手指和肩部及腕关节疼痛,同时患者关节活动受限和温度升高,严重者关节僵直和肌肉萎缩等。患者因害怕疼痛而不敢活动上肢,同时因固定处肩关节肌肉松弛,极易导致肩关节出现半脱位情况,对患者瘫痪上肢功能等造成严重影响。目前临床治疗中风恢复期SHS方法较多,西医主要采用西药和理疗等治疗,虽可取得较好效果,但长期服用所带来的不良反应较多。而中医主要采用内服和外用中药汤剂治疗,其可缓解患者肿胀和疼痛,并且无毒副作用。笔者对中风恢复期SHS患者分组并分别采用中药泡洗联合康复训练与单纯康复训练治疗。报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取笔者所在医院2012年1月至2014年7月96例中风病恢复期SHS患者,西医诊断标准:患者符合1995年全国第4届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管病诊断要点》^[1]中缺血性脑血管病的诊断标准。存在颈动脉系统症状及体征,经CT或MRI检查确诊。中医诊断标准:参照1996年中国中医药管理局脑病协作组《中风病诊断与疗效评定标准》(试行)^[2]。主症:神识昏蒙和偏瘫及口舌歪斜等。次症:头痛和眩晕及饮水发呛等。SHS诊断标准及分期标准参照中国康复研究中心诊断标准^[3]。纳入标准:患者符合以上诊断标准;年龄30~70岁;意识清楚且生命体征平稳,自愿接受治疗且签署知情同意书;病程<3个月。排除标准:不符合以上纳入标准;合并严重性心脑血管和肝肾等疾病;上肢局部感染、肩关节脱位或半脱

位、精神疾病、语言障碍;由脑肿瘤和脑外伤及血液病等引起的卒中患者。按照随机数字表法将入选病例分为对照组和观察组各48例。对照组男性30例,女性18例;年龄42~67岁,平均(53.50±1.50)岁;病程21~67d,平均(45.60±2.30)d;临床分期为I期23例,II期17例,III期8例。观察组男性27例,女性21例;年龄39~68岁,平均(54.00±2.00)岁;病程22~68d,平均(47.30±2.50)d;临床分期为I期25例、II期18例、III期5例。两组患者病程和临床分期等资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组采用康复训练;主要实施良肢位设定和被动关节训练及被动辅助训练等。(1)良肢位设定。采用垫软垫促使患者患侧肩关节处于向前和向下姿势,避免其肩关节出现下降和退缩。同时使患者肘关节伸直,前臂为旋后,腕关节轻度背屈,手指伸直但未外展。(2)被动关节训练。运动患者全范围内关节活动,动作轻柔。(3)被动辅助训练。患者取仰卧位,由治疗师协助进行肩关节伸直和内收及外展运动,拍打患肢伸肌等。每日1次,20~30min/次。观察组在对照组治疗基础上加用中药泡洗治疗;采用芪桂通络泡洗液泡洗。药用桑枝、豨莶草、黄芪、桃仁、桂枝、生草乌、生川乌、红花、白芍、当归尾、地龙、防己。由本院统一煎熬,400mL/袋。泡洗方法:将患侧上肢放入装有药物塑料袋中,每次2袋,放入盛有1000mL热水桶中,水温保持在38~40℃,15~30min/次,每日1次。

1.3 观察指标 比较两组患者治疗前、后疼痛和肿胀及上肢运动功能评分、临床疗效、不良反应。肿胀:参照

软组织损伤症状分级标准。重度:3分,关节积液或肿胀高于最近处骨突部位。中度:2分,关节肿胀处于最近骨突部持平。轻度:1分,关节周围软组织凹陷消失。无肿胀:0分。疼痛采用视觉模拟评分法(VAS)评价,以0~10分表示,0分无疼痛,10分剧烈疼痛。上肢运动功能评价:采用简化Fugl-Meyer评价法评定^[4]。SHS治疗疗效参照刘桂荣等关于SHS疗效标准评价^[5]。治愈:治疗后,患者关节疼痛完全消失,主动被动活动正常,无疼痛,肿胀完全消失,无手指肌肉萎缩情况。显效:治疗后,关节疼痛明显减轻,但关节活动受限,肿胀基本消失,手小肌肉萎缩不明显。有效:治疗后,关节疼痛好转,关节活动受限明显,仍存在肿胀,手小肌肉萎缩不明显。无效:临床症状仍存在,甚至加重。

1.4 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用t检验。计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床指标比较 见表1。治疗前,观察组患者疼痛、肿胀及上肢运动功能评分与对照组比较无差异($P>0.05$);治疗后,观察组患者疼痛、肿胀及上肢运动功能评分与对照组比较有显著差异($P<0.05$)。

表1 两组患者临床指标改善情况比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	疼痛	肿胀	上肢运动功能
观察组 (n=48)	治疗前	8.45±1.21	2.11±0.31	15.14±4.85
	治疗后	2.07±0.56 [△]	0.51±0.23 [△]	51.21±7.85 [△]
对照组 (n=48)	治疗前	8.51±1.17	2.06±0.37	15.22±4.76
	治疗后	3.45±1.02	0.79±0.31	36.54±6.51

与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。下同。

2.2 两组临床疗效比较 见表2。观察组治疗有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

表2 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	48	27	12	6	3	45(93.75) [△]
对照组	48	20	10	7	11	37(77.08)

2.3 不良反应 两组患者治疗期间均未发生明显不良反应。

3 讨论

目前对SHS发病机制尚不清楚。现代医学认为此疾病可能是病灶影响患者血管运动中枢,患者植物神经功能发生紊乱所致。患者在受到焦虑和抑郁等刺激影响下会加剧患者血管运动系统等紊乱,进而导致SHS或加重患者SHS病情。此外,在患者中风后,其手部血液回流会因此而受影响,进而导致上肢血液回流受阻而发生水肿。中医学认为,中风后SHS属于“偏

枯”和“中风”等范畴。患者中风后肢体偏瘫大多是因患者存在气血流通不畅和津液不能输布而产生瘀浊、郁滞,进而出现肿胀。瘀阻日久,气血津液不能濡养患者肢体关节,进而导致患者肢体出现萎缩等^[6]。SHS大多发病于中风后1~3个月,然此时大多数患者处于中风病恢复期。此时中风病急性期的“风”和“毒”等已基本平息,但其瘀血和气虚等未去,且更为突出。此时,采用化痰痛经及补气活血治疗显得十分关键。

根据“不通则痛”和“痛则不通”治疗原则笔者予患者通络止痛药物治疗。本次研究中,采用芪桂通络泡洗液对患者治疗;经现代药理学研究表明,组方中黄芪具有活血祛瘀效果;桂枝具有通利关节和散寒止痛功效;桑枝具有祛风通络和行气消肿等作用。生川乌和生草乌均具有温经通络和消肿开痰等作用;当归具有补血养血和通络活血功效。白芍具有养血和血及缓中止痛等效果;红花和桃仁具有活血祛瘀作用。地龙具有止痉挛效果;豨莶草具有祛湿通络功效;防己能消肿止痛。诸药合用具有活血通经和益气祛瘀及消肿止痛效果。

由于SHS为局部症状,因此采用口服药物难以直达患者患处。本次研究中采用活血化瘀通络药物,可直接作用于患者患处,既可以温经通络还可改善患者患侧血液循环,促进气血通畅,进而起到消肿止痛等效果。本次采用中药泡洗,其可直接作用于患者患处,通过药物与热共同作用,最终可达到化瘀消肿和解痉止痛等效果。热可促使患者皮肤疏松,增高药物局部浓度,同时还可经皮肤和腧穴等进入经脉血络,以提高临床疗效。经本次研究发现,治疗前,观察组患者疼痛和肿胀及上肢运动功能评分与对照组比较无显著差异,说明两组具有可比性。治疗后,观察组患者疼痛和肿胀及上肢运动功能评分优于对照组。说明两组治疗方法均取得一定成效,但中药泡洗联合组具有更好效果。这主要是因中药泡洗可通过热力与药力共同作用来加速药物吸收,进而有效改善患者血液循环,放松其痉挛肌肉,促进无菌性炎症吸收,加速损伤组织修复,从而达到消肿和消炎及止痛等效果。观察组总有效率明显高于对照组;说明中药泡洗联合组具有更好的临床疗效。两组患者治疗期间均未发生明显不良反应,说明联合组治疗与康复训练组均安全性,也因此说明联合组不仅具有较好临床疗效,还具有较高安全性。

参 考 文 献

- [1] 全国第4届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [2] 国家中医药管理局脑病急症科研协作组. 中风病诊断和疗效评定标准[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55.
- [3] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国康复医学诊疗规范[M]. 北京: 华夏出版社, 1998: 492.
- [4] 桑德春, 纪树荣, 张纓, 等. Fugl-Meyer量表在社区脑卒中

- 康复疗效评定中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(3):264.
- [5] 刘桂荣, 李国忠, 冯秀华. 偏瘫肩一手综合征的评价与治疗[J]. 中国临床康复, 2002, 6(3):368
- [6] 王田, 刘更, 张惠利, 等. 中风后患肢肿胀的中医药治疗进展[J]. 中国中医急症, 2010, 19(1):116-117.

(收稿日期 2014-10-12)

苓桂术甘汤合真武汤对慢性心功能不全(心肾阳虚证)患者心功能及血浆脑钠肽的影响

洪利生 孙丽岩 王京 韩玉华
(武警北京市总队第二医院, 北京 100037)

中图分类号:R541.6*1 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)02-0365-02
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.073

【摘要】目的 观察苓桂术甘汤合真武汤对慢性心功能不全(心肾阳虚证)患者心功能及血浆脑钠肽的影响。**方法** 将患者 80 例随机分为治疗组与对照组, 两组均予西药治疗, 治疗组加服苓桂术甘汤合真武汤。疗程均为 1 个月。**结果** 治疗组在心功能疗效、临床症状改善方面明显优于对照组($P < 0.05$), 治疗组血浆 BNP 水平变化情况, 明显优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 真武汤合苓桂术甘汤对慢性心功能不全(心肾阳虚证)患者心功能的改善及对血浆脑钠肽的影响疗效满意。

【关键词】 苓桂术甘汤 真武汤 心肾阳虚 慢性心功能不全 血浆脑钠肽

慢性心功能不全(CHF)是由多种原因诱发心肌损伤, 进而引起的心肌结构和功能的变化, 是多种心脏疾病发展的最终阶段, 其 5 年存活率与恶性肿瘤相仿, 已成为 21 世纪最重要的心血管病症^[1]。笔者于 2011 年 10 月至 2013 年 10 月应用苓桂术甘汤合真武汤治疗慢性心功能不全(心肾阳虚证), 对改善心功能及对血浆脑钠肽(BNP)水平的影响, 疗效满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床诊断均参照美国纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级标准制定^[2]。中医证候诊断标准: 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中心肾阳虚证型标准。纳入病例为心功能属 II~III 级, 并符合中医辨证为心肾阳虚证患者, 排除伴急性心肌梗死、脑出血及脑梗死急性期。

1.2 临床资料 选取我院 CHF 患者 80 例, 按随机数字表法将其分为治疗组与对照组。治疗组 40 例, 男性 23 例, 女性 17 例; 平均年龄 69.5 岁; 其中冠心病 11 例, 高血压性心脏病 10 例, 冠心病合并高血压病 8 例, 风湿性心脏病 4 例, 肺心病 3 例, 肺心病合并高血压病 2 例, 甲亢性心脏病 2 例; 平均病程 13.6 年。对照组 40 例, 男性 22 例, 女性 18 例; 平均年龄 69.30 岁; 其中冠心病 12 例, 高血压性心脏病 9 例, 冠心病合并高血压病 10 例, 风湿性心脏病 3 例, 肺心病 4 例, 肺心病合并高血压病 1 例, 甲亢性心脏病 1 例, 平均病程 13.20 年。两组患者临床资料差异无统计意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组采用西医常规治疗, 包括血管

紧张素转换酶抑制剂(ACEI)贝那普利片、 β 受体阻滞剂倍他乐克、利尿剂速尿和必要时使用地高辛等。治疗组在对照组治疗基础上加用苓桂术甘汤合真武汤, 方药: 炮附子 9 g(先煎), 茯苓 9 g, 桂枝 6 g, 白术 9 g, 白芍 9 g, 生姜 9 g, 甘草 6 g。水煎服, 每日 1 剂, 早晚分服。瘀血明显者加当归 10 g, 红花 10 g, 丹参 15 g, 三七粉 3 g(冲); 气虚明显者加党参 15 g, 黄芪 30 g; 阳虚明显者加干姜 10 g, 补骨脂 10 g; 水肿明显者加猪苓 10 g, 泽泻 10 g。两组疗程均为 1 个月。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征变化, 观察两组治疗后心功能改善情况, 以及血浆 BNP 浓度。中医证候评价: 参照《中药新药临床研究指导原则》中“中医新药治疗心力衰竭的临床研究指导原则”制定。中医证候分为无、轻、中、重 4 级计分, 主症分别计 0、2、4、6 分, 次症计 0、1、2、3 分。心功能测定: 两组患者分别于治疗前后采用彩色多普勒超声心动图测定左室射血分数(LVEF)、左室舒张末期内径(LVEDD)、左室收缩末期内径(LVESD)。血浆 BNP 浓度测定: 两组患者分别于入院后次日晨及治疗 30 d 时抽取静脉血 4 mL, 加入含抑肽酶的依地酸抗凝管中, 1500 r/min(离心半径为 9.7 cm), 离心 10 min 后分离血浆, 采用化学发光免疫分析法检测血浆 BNP 水平。

1.5 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》“中医新药治疗心力衰竭的临床研究指导原则”制定。心功能疗效判定(NYHA 分级方法)(1)显效: 心衰基本控制或心功能提高 2 级以上。(2)有效: 心功能提高 1

级,但不及2级。(3)无效:心功能提高不足1级。(4)恶化:心功能恶化1级或1级以上。中医证候疗效评定(1)显效:主次症状基本或完全消失,治疗后证候积分为0或减少 $\geq 70\%$ 。(2)有效:治疗后证候积分减少 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$ 。(3)无效:治疗后证候积分减少不足30%。(4)加重:治疗后证候积分超过治疗前积分。

1.6 统计学处理 采用SPSS17.0数据统计软件,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,并对数据采用t检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心功能疗效比较 见表1。结果示治疗组心功能疗效的总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

表1 两组心功能疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	40	21	12	7	33(82.50) [△]
对照组	40	17	10	13	27(67.50)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组中医证候疗效比较 见表2。结果示治疗组中医证候疗效总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组中医证候疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	40	23	14	3	37(92.50) [△]
对照组	40	15	13	12	28(70.00)

2.3 两组治疗前后心功能与血浆BNP比较 见表3。治疗前后心功能及血浆BNP变化,治疗组与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。安全指标检测:治疗组患者血、尿、粪便常规及心电图、肝肾功能无明显变化,对照组出现丙氨酸氨基转移酶升高3例,停药2周后复查恢复正常。

表3 两组治疗前后心功能和血浆BNP比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	LVEF(%)	LVEDD(cm)	LVESD(cm)	E/A	BNP(pg/mL)
治疗组 (n=40)	治疗前	43.93 \pm 6.32	5.87 \pm 1.06	4.58 \pm 1.31	0.69 \pm 0.14	731.57 \pm 116.82
	治疗后	76.12 \pm 5.34 [△]	5.71 \pm 0.89 [△]	3.58 \pm 0.93 [△]	1.02 \pm 0.19 [△]	225.71 \pm 51.20 [△]
对照组 (n=40)	治疗前	44.84 \pm 6.98	5.85 \pm 0.98	4.60 \pm 1.27	0.71 \pm 0.12	716.85 \pm 114.34
	治疗后	63.74 \pm 6.20 [*]	5.7 \pm 1.02 [*]	4.08 \pm 0.94 [*]	0.85 \pm 0.14 [*]	359.83 \pm 50.61 [*]

与本组治疗前比较, $^*P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

3 讨论

CHF属于中医学“心悸”、“怔忡”、“水肿”、“喘证”等范畴^[4]。中医认为CHF病机是虚实夹杂、本虚标实,以心、脾、肾气虚阳虚为本,血瘀、水饮、痰浊为标。心气虚,渐及心阳虚,气虚不能行血,阳虚无以化气,不能帅血循行及蒸化水液,遂变生瘀血、饮邪,导致病情加

重;日久累及脾肾阳虚,则不能化气行水,水饮上凌心肺,水饮从热化痰则阻塞肺络亦加重喘促、水肿等症。CHF辨证不外阳虚、阴虚两类^[5],CHF(心肾阳虚证)为各种心脏病的终末阶段,心功能损害呈持续进展,死亡率增加。BNP是心脏内分泌活动的主要活性物质之一,心衰可使BNP水平增高^[6]。因此,BNP水平是反映心功能不全严重程度的敏感和特异的客观指标之一^[7]。

苓桂术甘汤与真武汤均源于汉代张仲景,前方由茯苓、桂枝、白术、甘草组成,方中茯苓健脾渗湿,桂枝温阳化气,白术健脾燥湿,甘草益气和缓,共达温化痰饮,健脾利湿之效。后方由炮附子、芍药、茯苓、白术、生姜组成,方中附子温补脾肾,白术燥湿健脾,茯苓淡渗利水,生姜宣散水气,芍药活血利尿,共奏温阳利水之功。两方合用,具温阳益气,活血利水功效,主治中阳不足,脾肾阳虚,水气内停诸症,通过温通心阳,温补脾肾,温阳利水,达到改善心功能的作用,从而降低BNP水平,最终改善CHF患者的预后。

现代药理研究发现,苓桂术甘汤能有效对抗实验性心肌缺血,改善心肌缺血缺氧状态,抗室颤作用,能显著降低BNP^[8]。真武汤治疗CHF,可明显降低患者一氧化氮(NO)及BNP水平,减少NO的负性肌力,抑制心肌收缩力,促进心肌扩张的负面作用^[9]。观察发现,苓桂术甘汤合真武汤对CHF(心肾阳虚证)患者,其心功能疗效、中医证候疗效及血浆BNP变化,明显优于对照组,疗效肯定,无明显毒副作用。

参 考 文 献

- [1] 朱文晴,李觉.慢性心力衰竭初级预防的研究进展[J].同济大学学报:医学版,2011,32(3):120-123.
- [2] 黄裕立,吴焱贤.N末端脑钠肽原在心血管疾病及预后中的应用进展[J].国际内科学杂志,2009,36(2):74.
- [3] 国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [4] 寇建荣.益气养心汤联合西药治疗对慢性心力衰竭患者心功能、LVEF、及E/A的影响[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(21):321.
- [5] 尹克春,吴焕林.邓铁涛治疗心力衰竭经验介绍[J].江苏中医药,2002,23(7):9.
- [6] 高润霖,胡大一.心血管病诊治新进展[J].北京:人民军医出版社,2011:178-183.
- [7] 刘哲,宋晓东,惠汝太.B型钠尿肽最新研究进展[J].心血管病学进展,2009,30(1):89.
- [8] 毛生荣,胡硕龙.中西医结合治疗慢性心力衰竭68例临床观察[J].湖南中医杂志,2005,21(4):7-8.
- [9] 刘镇,宋银枝,古春花,等.心肾阳虚型心衰患者用真武汤治疗前后血浆B型钠尿肽与一氧化氮的变化[J].黑龙江医药,2012,36(6):407-408.

(收稿日期 2014-08-06)

安神解郁汤联合氟西汀治疗卒中后抑郁 临床观察

许 慧¹ 陈建宏¹ 张慧明²

(1. 湖南省衡阳市中医医院, 湖南 衡阳 421001; 2. 湖南省衡阳市中心医院, 湖南 衡阳 421001)

中图分类号: R749.1+3 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)02-0367-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.074

【摘要】目的 观察安神解郁汤联合氟西汀治疗卒中后抑郁的疗效。**方法** 将 80 例卒中后抑郁患者随机分为两组各 40 例, 治疗组予以安神解郁汤联合氟西汀治疗, 对照组单用氟西汀治疗, 疗程均为 8 周。分别在治疗前、治疗第 2 周、4 周、6 周、8 周以汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分评估患者抑郁症状的改善情况。**结果** 治疗组治疗后第 2 周、4 周、6 周、8 周 HAMD 评分较对照组明显降低($P < 0.05$); 治疗组总有效率为 95.00%, 高于对照组的 77.50% ($P < 0.05$)。**结论** 安神解郁汤联合氟西汀治疗卒中后抑郁疗效优于单用氟西汀治疗。

【关键词】 卒中后抑郁 安神解郁汤 氟西汀

卒中后抑郁(PSD)是脑卒中后常见的并发症之一, 可严重影响卒中患者的心理及生理机能恢复。笔者自拟安神解郁汤联合氟西汀治疗 PSD, 取得较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准参照全国第 4 届脑血管病会议脑血管病诊断标准^[1], 同时符合《中国精神障碍分类方案与诊断标准第 3 版》(CCMD-3) 抑郁症诊断标准^[2]。24 项汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分 >20 分, 排除既往精神疾病者、严重心肝肾功能不全者及对试验药物过敏患者。

1.2 临床资料 研究对象为 2010 年 8 月至 2013 年 12 月在衡阳市中医医院中风科住院部及门诊就诊的 PSD 患者, 共 80 例, 按随机数字表法分为治疗组及对照组各 40 例。其中治疗组男性 25 例, 女性 15 例; 平均年龄(63.02 ± 7.42)岁。对照组男性 24 例, 女性 16 例; 平均年龄(61.00 ± 6.62)岁。两组性别、年龄、治疗前 HAMD 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 两组患者均按原脑卒中基础疾病予以相应抗血小板聚集、调脂、稳定斑块、调控血压、康复、心理辅导及其他基础治疗。两组患者均给予氟西汀胶囊(礼来苏州制药有限公司)20 mg, 每早 1 次, 口服, 必要时根据患者治疗反应加量, 最高剂量不超过 60 mg/d。治疗组患者另给予安神解郁汤治疗, 药物组成为柴胡 10 g, 香附 6 g, 当归 10 g, 熟地黄 20 g, 白芍 20 g, 白术 15 g, 佛手 10 g, 牡丹皮 6 g, 薄荷 6 g(后下), 木香 10 g, 远志 10 g, 石菖蒲 10 g, 酸枣仁 15 g, 合欢皮 15 g, 甘草 3 g。加水文武火煎, 每日 1 剂, 早晚分 2 次温服。两组疗程均为 8 周。

1.4 疗效标准 两组患者均在治疗前及治疗 2、4、6、8 周后以 HAMD 抑郁量表进行评分并计算减分率。减分率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times 100\%$ 。减分率 $\geq 75\%$ 为治愈, 减分率 $\geq 50\%$ 为显效, 减分率 $\geq 25\%$ 为有效, 减分率 $< 25\%$ 为无效, 总有效率为治愈、显效、有效率之和。以 TESS 不良反应量表评估药物不良反应。

1.5 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计分析。计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 HAMD 评分比较 见表 1。治疗组治疗 2、4、6、8 周 HAMD 评分明显低于同期对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者 HAMD 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	2周	4周	6周	8周
治疗组	40	28.92 \pm 4.78	18.07 \pm 3.76 [△]	16.35 \pm 3.41 [△]	12.15 \pm 4.26 [△]	10.68 \pm 4.09 [△]
对照组	40	28.32 \pm 4.82	24.07 \pm 4.40	20.92 \pm 4.79	17.37 \pm 6.47	15.45 \pm 6.93

与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗 8 周后总有效率比较 见表 2。结果显示治疗组总有效率优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组总有效率比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	40	10	20	8	2	38(95.00) [△]
对照组	40	8	15	8	9	31(77.50)

2.3 两组不良反应观察 两组患者中各有 2 名患者于治疗前 1 周内出现轻微头晕, 余无明显不良反应。因样本量原因, 未行统计分析。

3 讨论

PSD 是脑卒中常见的并发症之一,据国外一项系统评价,其发病率约为 33%左右,PSD 不仅影响脑卒中患者的机体功能恢复,也可增加患者的死亡率^[3-4]。目前认为 PSD 的发病机制主要涉及生物学机制及社会心理学机制等,其发生与性别、既往抑郁病史、卒中的病变部位及卒中后残障程度等有关^[5-6]。PSD 的治疗手段主要包括药物治疗以及心理治疗、经颅重复磁刺激等非药物治疗措施^[7]。目前治疗 PSD 的西药主要为选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)、三环类抗抑郁药(TCAs)及 5-羟色胺及去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs)等。作为 SSRIs 的代表药物之一,氟西汀可通过提高突触间隙 5-羟色胺浓度达到抗抑郁效果。上述药物对 PSD 均可有较好疗效,但也可出现一过性胃肠道症状、头晕、失眠、幻视、性功能障碍等不同程度的副反应^[8]。

PSD 属于中医学“郁证”范畴,病机多因肝气郁结,气机不畅,而成此证。有学者对 PSD 的中医证候研究认为,PSD 主要涉及肝气郁结,气滞血瘀及气郁化火等,病位主要在心肝二脏^[9]。治疗方面,肝主疏泄,心主神明,治宜疏肝解郁,养心安神为基本治法。以此为指导,以逍遥散为基础方酌加合欢皮、远志、石菖蒲、酸枣仁等以养心安神,兼以开窍醒脑而成安神解郁汤。本方中,柴胡、香附疏肝解郁共为君药;心主神明,肝体阴而用阳,均以血为用,加当归、熟地黄以养血活血和营;肝性疏泄,以薄荷疏散弗郁之肝气,白芍养血柔阴缓急,两者一散一收,肝气乃顺;木香、佛手合白术理气通滞而不伤阴,又能实脾土以滋气血生化之源;肝气弗郁,易内生燥火,故以牡丹皮清泻肝火,共为臣药;酸枣仁、合欢皮养心安神,远志、石菖蒲醒神解郁,兼化痰浊,均为佐药;甘草调和诸药为使药。纵观全方,具有疏肝理气,养心安神,通滞行血之功效。现代研究也已证实,柴胡皂苷、白芍提取物均可提高肝郁证大鼠脑内去甲肾上腺素、多巴胺等单胺类神经递质及调节下丘脑-垂体-肾上腺轴而表现出抗抑郁作用,石菖蒲提取液、酸枣仁总黄酮、远志醇提取物也均有良好的抗抑郁作用,且上述成分具有协同效应^[10-14]。本研究显示,安神解郁汤联合氟西汀治疗 PSD 总有效率及 HAMD 评分均优

于氟西汀单药治疗,且未增加不良反应。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会神经科学会. 各类脑血管疾病的诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [2] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 83-90.
- [3] Hackett ML, Yapa C, Parag V, et al. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies [J]. Stroke, 2005, 36(6): 1330-1340.
- [4] Ellis C, Zhao Y, Egede LE. Depression and increased risk of death in adults with stroke [J]. J Psychosom Res, 2010, 68(6): 545-551.
- [5] Zhang T, Wang C, Liu L, et al. A prospective cohort study of the incidence and determinants of post-stroke depression among the mainland Chinese patients [J]. Neurol Res, 2010, 32(4): 347-352.
- [6] Zhang T, Jing X, Zhao X, et al. A prospective cohort study of lesion location and its relation to post-stroke depression among Chinese patients [J]. J Affect Disord, 2012, 136(1-2): 83-87.
- [7] Dell B, Camuri G, Castellano F, et al. Meta-Review of meta-analytic studies with repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for the treatment of major depression [J]. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2011, 7: 167-177.
- [8] Paolucci S. Epidemiology and treatment of post-stroke depression [J]. Neuropsychiatr Dis Treat, 2008, 4(1): 145-154.
- [9] Han H, Wu LM, Yang WM, et al. Characteristics of traditional Chinese medicine syndromes in post-stroke depression [J]. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao, 2010, 8(5): 427-431.
- [10] 刘文, 张虹, 高萧枫. 柴胡对肝郁证中枢神经递质作用的实验研究 [J]. 实用医药杂志, 2009, 26(1): 50-51.
- [11] 王景霞, 张建军, 苗春平, 等. 白芍提取物对嗅球损毁抑郁模型大鼠行为学及下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(3): 155-158.
- [12] 季宁东, 李娟好, 李明亚, 等. 石菖蒲提取液的抗抑郁作用及柴胡皂苷对其作用的影响 [J]. 南京医科大学学报: 自然科学版, 2006, 26(12): 1203-1206.
- [13] 赵启铎, 舒乐新, 王颖, 等. 酸枣仁总黄酮抗抑郁作用的实验研究 [J]. 天津中医药, 2011, 28(4): 335-337.
- [14] 黄晓舞, 谢婷婷, 王东晓, 等. 远志醇提物的抗抑郁作用 [J]. 中国药物应用与监测, 2007, 4(4): 22-25.

(收稿日期 2014-06-26)

欢迎投稿 · 欢迎订阅

暴喘临证辨治探析

张东伟 陈 岩

(辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳 110032)

中图分类号: R256.12 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)02-0369-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.075

【关键词】 暴喘 中医药 辨证论治

暴喘是指由多种病因引起突然急性发作的严重的呼吸功能不全,是喘证的危重证候。古既有“喘急”、“肺气喘急”及“喘急死证”等表述,临床常表现为呼吸频数,呼吸窘迫,并进行性加重,甚则张口抬肩,摇身撷肚,不能平卧,面青唇紫,或烦躁不安,或神情萎靡、昏昧、痉厥等,甚至由喘致脱。《灵枢·天年》篇中就有“喘息暴疾”的记载,《直指方》中对暴喘发生有“诸有笃病,正气欲绝之时,邪气盛行,多壅逆而为喘”的记载,《医宗金鉴》中将暴喘危重证候描述为“喘汗润发为肺绝,脉涩肢寒命不昌,喘咳吐血不得卧,形衰脉大气多亡”。《症因脉治》中将喘证病因归纳为“外感三条,内伤六条”,内含伤损,妇科产后等病因,从中可以看出,在我国古代已明确认识到多种疾病都可出现暴喘危症。

暴喘既可由肺脏疾病发展而来,也可由其他脏腑疾病传变而至,甚者伤损,产后失血等原因均可导致暴喘的发作,其认知与现代医学对急性呼吸窘迫综合征(ARDS)的发病机制研究相吻合。所以暴喘的治疗应强调辨证与辨病结合^[1],积极寻求病因,纠正和解除致病因素,才是治疗成功的关键,结合不同疾病的特点,掌握其转归预后。

1 辨证分型

暴喘的辨证当审外感内伤,分清虚实因果主次,治疗当应针对标本缓急。结合暴喘具体表现特点,在临床中我们分为以下几种证型辨治。

1.1 肺实喘证 凡感寒湿燥火等外邪,调治不当,外邪未解,由表及里,里热已成,症见:喘急息粗,鼻翼煽动,口渴烦躁,痰黄黏稠,舌红苔黄腻,或苔黄少津,脉洪数,治以清肺平喘。宜三黄石膏汤加减:石膏、黄芩、黄连、黄柏、麻黄、豆豉、栀子、葱白。方中三黄泻三焦之火盛,佐栀子屈曲下行,使其在里诸热从下而出,以麻黄开荣卫之热郁,佐葱直走皮毛,使其在表之邪从外而散,重用石膏,发表热而不动内热,清里热而不碍外邪。临证尤要注意有汗无汗,热闭汗少者,配合辛散透表之品,透邪外出,汗出则喘平,切忌过用苦寒;烦躁者

加重栀子、豆豉用量;咳嗽者加前胡、杏仁;口渴者加用知母、花粉;痰湿重者加杏仁、半夏和橘红。若表热未解,里热成实,脏病传腑,腑实不通者,症见大便燥结难行或便下不爽,腹满胀硬,脉实有力,宜通腑泄热,清肺平喘,方取承气汤意加减:石膏、黄芩、大黄、芒硝、桑白皮、瓜蒌、杏仁等,痰多者加半夏,痰热伤津者加沙参、知母。

1.2 肺实肾虚 此证临床多见于久病体虚者,正气不足,极易感受外邪,继而引起喘证急性发作或原有疾病加重而致喘,部分见于肾虚水泛,上逆于肺,临证多见肺实肾虚夹杂或寒热错杂的证候,喘促气短,喘声浊恶或喝喝而喘,舌淡瘦少津,脉见浮涩或细数,治以化气降逆,补肺纳肾。宜平喘固本汤加减:党参、五味子、冬虫夏草、胡桃肉、磁石、沉香、坎脐、紫苏子、款冬花、半夏、橘红。并应区别肺实和肾虚孰轻孰重,肺实者当用紫苏子、款冬花、半夏、橘红、白前等;肾虚者当用冬虫夏草、山茱萸肉、熟地黄等;肾虚者,加附子、肉桂、补骨脂;肾阴虚者,加生地、当归、龟胶;肺肾气虚者,加黄芪、蛤蚧;肺肾阴虚者加沙参、麦冬。

1.3 肺心同病 多为久病,水饮潴留,肺失治节,血运不畅,肺病及心,心肺同病,每多见暴喘重症。症见喘促气连,端坐呼吸,胸高气粗,面黯,口唇青紫,或心悸,或呕恶,舌紫暗,苔滑腻,脉涩或弦滑,故应肺心同治,治以化痰涤痰,温阳平喘。宜旋覆花汤加减:旋复花、厚朴、白术、半夏、桔梗、紫苏子、白芥子、桃仁、红花。痰蒙神窍者,加菖蒲、郁金、丹参;咳吐血痰者,宜加用真武汤。更有甚者出现心阳暴脱之征,证见喘促,大汗淋漓,四肢厥冷,治以固脱回阳,救逆平喘,人参四逆汤加减:人参、黄芪、附子、干姜、甘草、肉桂、龙骨、牡蛎。

1.4 诸伤至喘 多为胸部遭受重击、挤压伤或者严重的非胸部创伤等致血脉瘀阻,损及肺络,症见外伤后喘促,张口抬胸,口唇青紫,或胸胁作痛,或吐紫血,舌质紫暗,脉涩或细。治以和血祛瘀、通络平喘。宜四磨汤合四物汤加减:乌药、人参、槟榔、沉香、芍药、当归、川

芎、丹参、三七。其伤损肺窍久不愈者,加用白及、柏子仁、防风、细辛。

2 典型病例

患某,女性,71岁,既往高血压病、糖尿病病史,于2009年10月29日因“反复咳喘30余年,加重伴发热5d”由急诊入院,该患者30余年来反复发作咳嗽、喘促,每于冬春季加重,5d前受凉后咳喘加重伴发热,于外院应用抗生素氨曲南5d,无好转而来我院寻求中西医结合治疗,时症见喘促气短,动则尤甚,咳黄痰,质黏量少,口干,身热,乏力,纳呆,夜眠欠佳,二便正常,舌红,苔黄,脉细数。无关节疼痛,无胸闷,无腹痛腹泻,无尿频尿急,无皮疹,无潮热盗汗。查体:T 38.4℃,P 101次/min,R 21次/min,BP 130/60 mmHg,双肺呼吸音粗,可闻及干湿啰音,肺CT示双肺散在多发片状密度增高影,血常规示WBC $8.57 \times 10^9/L$,N 69.1%,L 22.7%,CRP 91 mg/L,BNP 328 pg/mL,尿蛋白(++);血气分析示pH 7.41,PO₂ 32 mmHg(FiO₂=45%,PCO₂ 39.5 mmHg,SO₂ 62%,以中医喘证、西医慢性支气管炎急性发作之初步诊断收入院。入院后中医辨以肺肾阴虚、痰热郁肺之证,治以补肺纳肾、清热化痰,药用:党参 15 g,黄芪 20 g,石膏 20 g,知母 10 g,黄芩 10 g,栀子 10 g,生地黄 10 g,沙参 10 g,桑白皮 10 g,麦冬 10 g,五味子 10 g,炙甘草 6 g。水煎服,每日1剂。西医予氧疗、化痰、解痉、特治星、莫西沙星等抗生素抗感染治疗。入院后,患者体温呈上升趋势,最高达39.5℃,呼吸困难未缓解,11月1日,患者喘促加重,嗜睡,血气分析示pH 7.40,PO₂ 42 mmHg(储氧面罩 8 L/min),PCO₂ 39.7 mmHg,SO₂ 78%,予转入ICU,建立人工气道,予呼吸机辅助呼吸治疗,压力控制,吸入压力 20 cmH₂O,吸氧浓度 80%,呼吸末正压 8 cmH₂O,时症见嗜睡,发热,喘促气短,不能平卧,汗出,咯黄痰,舌红(苔因插管不可见),脉浮细数,纳呆,小便少,入院3d未便,查体T 38.7℃,P 124次/min,R 33次/min,BP 160/80 mmHg,双肺满布干湿啰音,辅助检查示血常规WBC $13.65 \times 10^9/L$,N 89.8%,L 3.6%,CRP 148.4 mg/L,肺CT示:右肺上叶尖段、后段,中叶内、外侧段,下叶内、外侧后背基底段,左肺上叶尖后段,下叶弥漫性片状密度增高影,双侧胸腔积液。诊断为ARDS,慢性支气管炎急性发作,高血压病2级(极高危),2型糖尿病;中医诊断为喘脱。西医予对症支持治疗,气管插管接呼吸机辅助呼吸并实施肺保护策略及肺复张,先后予利奈唑胺、舒普深、莫西沙星,氟康唑抗感染,奥斯他韦抗病毒,胸腺肽及丙种球蛋白提高免疫,激素抗炎治疗,抑酸剂保护胃黏膜,以及解痉化痰,营养心肌,保护肝脏,加强营养,控制血压血糖,纠正电解质紊乱,稳定内环境等药物治疗,联合血必净注射液化瘀解毒祛热,参麦注射液益气养阴

固脱,醒脑静开窍醒神并配合中药汤剂口服,中医辨以肺实肾虚、痰热闭肺之证,治以扶正固脱、清热涤痰,药用:人参 20 g,黄芪 20 g,山茱萸肉 30 g,石膏 30 g,知母 10 g,黄芩 10 g,栀子 10 g,牡丹皮 10 g,沙参 10 g,瓜蒌 15 g,制半夏 10 g,生甘草 10 g。水煎服,每日1剂。经上述综合治疗后,患者病情渐趋稳定好转,神清,体温下降,痰量减少,双肺啰音明显减少,11月8日复检肺CT示双肺小片状密度增高影,较11月1日肺CT相比,片影范围明显缩小,密度明显减低。11月9日再诊,患者气管切开接呼吸机辅助呼吸,压力支持,PS 15 cmH₂O,吸氧浓度 40%,呼吸末正压 5 cmH₂O,体温 37.5℃,面色晄白,痰淡黄,质稀,咳嗽无力,舌红,苔黄腻,脉细数,小便量正常,大便5d一解,患者久病体虚,又逢骤疾,必伤中土,予调理脾胃,兼清余热,原方减石膏、知母,加白术 10 g,茯苓 10 g继续巩固疗效。后患者呼吸功能平稳,逐步撤除呼吸机,11月14日拔除气切套管,11月18日出ICU。

按:本病例为老年女性患者,既往高血压病、糖尿病病史,每逢冬季出现咯痰喘促症状,其素体肝肾亏虚,卫气不足,身体极易受邪,引起喘证急性发作或加重,本例从感邪发病到出现暴喘仅1周时间,痰热雍肺,以致盛者愈盛,虚者愈虚,肺气欲绝,在应用机械通气维持氧合的同时,扶正固脱,补肾纳肺,清热涤痰是为治疗的重点。以人参、黄芪、沙参扶正固脱、益气养阴;山茱萸肉补肾纳气,石膏、知母、黄芩、栀子清热解毒;牡丹皮、瓜蒌、半夏、甘草养阴清热涤痰。治疗前期以祛邪为重,病情稳定后尤要注意固护中土、调畅脾胃。

3 体会

暴喘发病突然,极易出现喘脱危候致患者死亡,暴喘的及时正确治疗是避免喘脱发生的关键。以往的分型方法多繁复^[2],本文这种分型方法紧紧围绕肺脏损伤,肺气失司的核心,充分结合临床常见的实际情况,扼要地提出常见兼夹证及治疗药物,总体来看肺实证所致暴喘易治,肺实肾虚、心肺同病之暴喘难治,伤损所致者,治疗伤损也即原发病因尤为重要。暴喘一旦发生应中西医结合治疗,氧疗、化痰、解痉、平喘等药物应配合使用。发生喘脱危候时,属气阳欲脱者,当以参附汤回阳益气固脱;气阴欲脱者,当以生脉饮固护气阴;气血大虚者,当用四物汤加味以滋养阴血,益气固脱,必要时宜积极建立人工气道,行机械通气以挽救患者。

参考文献

- [1] 周仲英. 暴喘辨治心法[J]. 中医文献杂志, 1995, 13(4): 23-24.
- [2] 廖双武. 暴喘的中医证治体会[J]. 中国中医急症, 2006, 15(5): 551.

(收稿日期 2014-09-20)

临床急诊中痧证误诊案例3则辨析

陈伟杰 卢益中 江松平[△]

(浙江省青田县中医院,浙江 青田 323900)

中图分类号:R278 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0371-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.076

【关键词】 临床急诊 痧症 误诊 案例分析

痧证是以突然头晕、头痛、脘腹胀满或绞痛,胸闷不适,欲呕不呕、欲泻不泻,甚则四肢挛急,突发昏仆,唇甲青紫,或肘窝、颈前两旁青紫痧筋为主要临床表现的急性病证^[1]。其病因一般多认为是感受外来邪气、机体经络血脉失和所致,北方称“青筋”,浙江一带多称“痧气”^[2]。其病情复杂,变化多端,而采取刮痧等处理能很快缓解症状,民间应用非常广泛。关于痧病近年来各种媒体上也多有描述,有的医院甚至还开设有痧证专科门诊。但痧证的确切概念和诊治规范目前还不是十分清楚。我们在临床急诊中,经常碰到一些急危重症患者,都被误诊为“痧证”而施以“刮痧”等处理后未效或病情加重才送医院急诊抢救,有时甚至造成严重的不良后果。现举以案例,并浅析防范痧证误诊之心得。

1 心律失常,心跳骤停案

患某,女性,20岁,于2007年8月7日因头晕乏力1周在当地诊所输液未效(药物可能为抗菌素和维生素,具体不详),第2日上午去某医院痧证门诊就诊。诊时诉胸闷不适、时有心悸,恶心纳少,头晕,全身无力。痧症门诊医生检查后,发现其无发热,肘窝及背部有所谓“痧筋”,遂拟“痧证”予以肘部、背脊等处刮痧、手指放血处理,并用清凉油外搽,患者感到略为舒服。医生于是开出中药汤剂让其带回煎服治疗(中药成分为砂仁、藿香、白豆蔻、木香、槟榔、甘草)。第3日上午,患者病情无好转,重新去该院痧证门诊复诊,医生再予颈前、前臂等处刮痧处理后,嘱患者卧于诊察床上休息观察,约20min后,患者出现晕厥、四肢抽搐,经痧证门诊医师按水沟等处理后苏醒,继续观察,30min后再次出现上述现象,方请内科医师和妇科医生会诊后急转病房住院治疗。但在办理入院手续时病情再次恶化,出现心跳停止,经积极抢救无效于当日下午死亡。

按:该案患者在当地诊所和某院痧证门诊就诊期间,始终未进行血常规、心电图等基本的检查,该痧证门诊医生虽属高年资中医主治医师,但对于现代医学知识了解相对不多,仅凭患者主诉症状及体表所谓“痧筋”表现即以痧证处置,同时未书写门诊病历,舌诊脉

诊情况不明。对于头晕、胸闷、心悸等一系列的心脑血管疾病常见症状没有及时进一步的鉴别诊断。而在入院抢救过程中发现心电图和心肌酶谱严重异常,死亡后组织专家讨论,初步考虑为急性心肌炎所致严重心律失常、心跳骤停死亡。如果该案患者在某医院初诊甚至至于第3日上午复诊时,及时予以心电图、心肌酶谱等的相关检查,如有严重心律失常及时采取中西医结合急救措施,或许能避免危难之发生。

2 急性草乌中毒案

刘某,男性,56岁,农民,因四肢关节拘挛疼痛月余。2011年6月5日在家中服用自制草乌药酒,服用到第3日,出现恶心、头晕、全身麻木,疲乏无力。家属和患者都以为是中暑,遂在家“扭痧”,未效,到当地诊所就诊。医生根据患者的这些症状,也认为患者是“中暑、痧闭”,再予以针刺指尖、小腿、后背等处“放痧后吸罐”放血处理,结果出现针刺处出血不止、针眼周边皮肤瘀青肿胀现象,遂送来本院就诊,经急诊查血常规,发现血小板仅为 $16 \times 10^9/L$ 。后转上级医院血液科住院,诊为急性草乌中毒、血小板减少性紫癜,经积极治疗康复出院。

按:草乌属毒性中药,经常有民众泡酒外搽甚至口服以治风湿痹痛,运用得当确有疗效。但过量服用易致全身中毒反应,该患在服用草乌酒后出现上述表现,已为中毒现象,但医者不察,险酿危难。江南一带民众,尤其是夏秋季节,凡是出现头晕、恶心、呕吐、腹痛、胸闷、疲乏无力等症总首先以“痧气”、“中暑”考虑,动辄刮痧、扭痧,民间有专门从事刮痧放痧为业者,有的甚至连续多次刮痧治疗未效方去医院诊治,如该患虽抢救及时未酿危难,但草乌中毒兼血小板减少确已属危候。其实,刮痧、放血也罢,应该有其相应的适应症和禁忌症,应详问病史,排除其他心脑血管、血液系统疾病或内脏出血等情况后再处理方为稳妥。

3 颅脑严重损伤案

患某,女性,62岁,原有高血压病史。2013年8月9日晨起去上班途中被人发现晕倒在路边,叫之不应,全身汗出,嘴角和颈边有呕吐物,亲属发现后,见其昏迷、汗出、呕吐,即认为是“闭痧”,立即对其颈项、枕后,

[△]通信作者(电子邮箱:zjqlzy@126.com)

后背等处用力掐捏所谓“扭痧”处理,约 30 min 后,患者仍昏迷不醒,并出现四肢抽搐样表现,急送医院就诊。急诊 CT 示枕后部颅骨骨折、脑挫裂伤、颅内血肿。急于开颅清除血肿后收入 ICU 就治,经住院 2 周后,因颅脑严重损伤医治无效死亡。

按:后经公安部门监控侦察得知,该患者系被摩托车撞伤所致,司机逃逸。背部受外力撞伤后枕后着地致颅脑严重损伤、颅内血肿,此时再用力掐捏枕后颈项,可能导致颅内出血加重和延误抢救时机。我们认为,民众对于“痧证”的认识太过于模糊笼统,对于出现昏迷、呕吐、冷汗等症状,有时往往是脑部疾病、休克等急危重症的表现,尤其是脑外伤颅内出血、蛛网膜下腔出血、其他颅内高压状态等,“头颈部的扭痧”等处理既可造成颅压的不稳,同时也有对病灶的刺激,加重病情。此时应及时送医院急诊救治方为上策。

4 体会

痧证在民间多见,一些救治方法简便快捷,每获良效,然究竟有没有痧病,痧病起源于何时?其内涵如何?痧为何病?为什么许多疾病与痧发生联系?有关痧证的这一系列问题有待我们以后研究解决^[3]。“痧”为中医之特有病证名,其含义的变化是基于对疾病本身的观察和认识以及医疗实践的基础而产生,在病因病机、症状表现和辨证论治上历代各家对其有不同的看法,因此在确定痧的含义时,应该以历史和辨证的眼光来分析。

对于痧证,我们不否认它的存在和中医药或民间传统手段的治疗效果,处置得当,对于很多突发功能性失调的病症有立竿见影之功。但临床急症千变万化,牵涉临床各科,关系机体多系统疾病,病情千差万别,而大多数施以痧证处理的民众或治疗痧证的中医人员,往往缺乏系统的急症急救知识,对现代临床急危重症的知识了解不多,这样,很多以头晕、心悸、恶心、呕吐、腹痛、甚至

晕厥等症状来诊者,与传统的痧证表现相类似。而这些缺乏特异性表现的症状,有时往往是心脑血管病、血液病、急性中毒、内出血等急危重症的前兆(赵云长认为有些中暑、中风、心肌梗死、重感冒等疾病的表现与痧证的症状相类似,临床上要注意鉴别,并结合现代医学进行诊治^[4]),如不加识别,一味皆以“刮痧”、“针刺放血”、“点穴”等所谓“解除痧气”处理,难免会出现严重的病情误判、延误抢救时机甚至造成难以挽回的不良临床后果。为此,要真正发挥好中医药诊治痧证的功能,笔者认为需注意以下几个方面:(1)临床上要严格掌握传统痧证的诊断依据、分型和病情的轻重预后;(2)加强中医药健康科普知识尤其是急危重症疾病知识的防治宣教,提高民众的健康急救水平;(3)加强对中医药人员尤其是从事针灸、刮痧等工作人员的临床急危重症识别能力的学习,这既是对患者健康的保障,也是保护医者自身安全和科学评价中医药疗效的需要;(4)对痧证的诊疗中,及时借鉴现代医学的一些常规检查手段为我所用,作为中医望诊、闻诊和切诊的延伸和扩展。对于一些现代医学诊断明确,急救手段优势明显的疾病,更需要及时地采取中西医结合治疗,以尽快使病者脱离危险。同时,基于痧证概念在我国民间有非常广泛的群众基础,而中医教材中并无这一概念的涉及,今后我们要加强对痧证的病因、发病机理的基础研究和治疗效果的科学系统评价,以释民众痧证之疑。

参 考 文 献

- [1] 余天谊. 中医外治急症两则[J]. 中国中医急症, 2007, 16(3): 329-331.
- [2] 刘姣, 季晓军, 贾金进. 综合治疗痧症 200 例[J]. 实用中西医结合临床, 2006, 6(2): 22.
- [3] 王莹莹, 黄龙祥, 杨金生, 等. 历代痧之病名及其内涵研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(5): 484.
- [4] 赵云长. 痧病的诊治体会[J]. 河南中医, 2007, 27(1): 43.

(收稿日期 2014-08-27)

重用黄芪救治狼疮性肾炎患者 1 例

张会文

(宁夏医科大学, 宁夏 银川 750004)

中图分类号:R593.24*3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0372-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.077

【关键词】 狼疮性肾炎 黄芪

1 病例资料

患某,女性,25岁,因“皮疹伴双膝关节疼痛4年,加重伴咳嗽1周”于2013年4月1日由门诊以“系统性红斑狼疮,狼疮性肾炎”收入我院。患者4年前因无

明显诱因出现双上肢及躯干部皮疹伴双膝关节疼痛、双手关节晨僵、脱发、畏光及双手、双足雷诺现象于宁夏医科大学附属医院就诊,诊断为“未分化结缔组织病”,经对症治疗好转,此后患者一直间断服药治疗(具

体用药不详)。2013年3月,患者病情加重,出现躯干部及双下肢水肿,查ds-DNA 667 IU/mL,ANA 1:1280阳性,尿蛋白(+++),血白细胞 $2.82 \times 10^9/L$,血沉53 mm/h,于我院诊断为“系统性红斑狼疮,狼疮性肾炎”,经应用强的松60 mg口服,每日2次,羟氯喹200 mg口服,每日2次,治疗好转。1周前患者不慎感冒,发热伴咳嗽咳黄痰,经当地医院应用左氧氟沙星0.6 g静滴,每日1次,治疗3 d咯痰好转,目前患者仍咳嗽,为求系统治疗由门诊以“系统性红斑狼疮,狼疮性肾炎,肺部感染”收入我院。

入院后急查血常规无明显异常,血沉77 mm/h,血白蛋白ALB 19.8 g/L;GGT 77 U/L;尿蛋白(+);痰涂片找到真菌孢子、G⁺链球菌、草绿色链球菌,血(1,3)- β -D-葡聚糖770.60 pg/mL阳性,胸部CT示双肺炎症、肝脏钙化灶及腹水,治疗上给予泼尼松60 mg口服,每日2次;羟氯喹200 mg口服,每日2次;美罗培南1 g入液静滴,每日2次;伊曲康唑0.15 g口服,每日2次。经治疗,患者咳嗽好转,然而患者全身水肿情况却迅速加重,背部及腿部重度凹陷性水肿,伴腹泻水样便。2013年4月14日复查尿蛋白增至(++),2013年4月15日血白蛋白ALB 17.5 g/L,GGT 93 U/L。为控制狼疮性肾炎及低蛋白血症,治疗上激素改为甲强龙80 mg静滴,每日2次;并给予吗替麦考酚酯0.5 g口服,每日2次;来氟米特30 mg口服,每日2次,但患者病情无明显好转,全身水肿继续加重,由于加用激素及免疫抑制剂,患者感染情况亦加重,咳嗽咯白痰,伴明显腹泻。2013年4月22日复查血白细胞 $11.80 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比86.2%,淋巴细胞百分比7.70%;肝功结果ALT 52 U/L,GGT 96 U/L,白蛋白ALB 20 g/L。为兼顾肺部感染及狼疮性肾炎,治疗上抗生素改为优普同2 g静滴,每日2次,并加用左氧氟沙星0.6 g入液静滴,每日2次,停用吗替麦考酚酯,改用他克莫司1 mg口服,每1~2小时1次。患者病情无明显好转,全身水肿继续加重,每日给予托拉塞米40 mg加入右旋糖酐氨基酸250 mL静滴,每日1次仍无明显效果。2013年5月9日复查尿蛋白(+++),尿潜血(++),血白细胞 $3.30 \times 10^9/L$,血小板 $49 \times 10^9/L$,血沉37 mm/L,肝功结果:ALT 91 U/L,AST 131 U/L,GGT 179 U/L,AKP 216 U/L,白蛋白ALB 14.4 g/L。他克莫司血药浓度已达7.90 ng/mL。患者一般情况较差,全身乏力,生活不能自理。2013年5月10日病重,患者家属要求转院治疗。急请中医会诊,辨证为阳虚水泛证,给予生黄芪120 g,丹参20 g,当归24 g,红参10 g(另炖),乳香15 g,没药15 g,茯苓30 g,柴胡10 g,升麻10 g,桔梗15 g,桂枝15 g,猪苓15 g,制附子12 g(先煎),菟丝子30 g,淫羊藿30 g,生甘草9 g,炒白术30 g,苍术18 g,厚朴15 g,干姜30 g。3剂。服中药后,病情稍好转。二次会诊黄芪重用240 g,其余药物不

变,服药5剂后患者病情大为好转,精神好转,全身水肿明显消退。2013年5月18日复查尿常规,尿蛋白减为(++),血常规已经正常,血沉74 mm/h,肝功:ALT 104 U/L,AST 137 U/L,GGT 168 U/L,AKP 255 U/L,白蛋白21.6 g/L。原方稍加减又服5剂,患者全身水肿情况较前又有好转,肺部感染情况完全控制,患者生活已经能够自理,2013年5月24日患者带中药14剂出院。2013年6月7日患者门诊复查肝功ALT及AST正常,GGT 148 U/L,AKP 144 U/L,嘱患者在服用西药治疗基础上继续中药治疗,定期门诊随访。

3 讨论

系统性红斑狼疮患者伴发狼疮性肾炎可达75%以上^[1],目前临床上多以激素为基础用药或激素联合运用免疫抑制剂如环磷酰胺等控制狼疮性肾炎。由于患者长期应用免疫抑制剂,免疫力低下,经常伴发各种感染。发生感染时则需要抗感染治疗。该患者由于长期应用激素及免疫抑制剂,免疫力低下,从而伴发肺部感染。为控制感染该患者曾一度停用免疫抑制剂,单用激素控制狼疮,然而在感染尚未完全控制的情况下,狼疮性肾炎迅速加重,导致大量蛋白尿及全身重度凹陷性水肿,患者病情迅速恶化,生活不能自理。因此,后期治疗不得不加入免疫抑制剂,从而导致免疫力更为低下,肺部感染变得难以控制。总之,该患者病情复杂,单纯用西医治疗已经难以控制病情的发展。经中医会诊,辨证为阳虚水泛证,应用大剂量黄芪补气利水,同时配伍温补脾肾,升阳举陷之药,患者病情迅速好转,水肿迅速消退,病情好转而出院。由此可见,中药黄芪可以通过补气迅速提高患者免疫力,而患者狼疮性肾炎症状并未加重,全身症状迅速好转,并且出院后复查肝功明显好转。显示出应用黄芪可以保护肝肾功能,减轻运用免疫抑制剂带来的肝功能损伤。

中药黄芪为豆科植物膜荚黄芪和内蒙古黄芪的根,味甘,性温,归脾肺经。黄芪功能补气升阳、固表止汗、托疮生肌、利尿消肿,为补气利水要药。黄芪煎服常用量10~20 g,大剂量30~60 g。该药能够增强并双向调节机体免疫功能;有护肝、保胃、保肾、利尿作用^[2]。笔者在临床实际中长期大剂量应用黄芪,未发现明显毒副作用,患者应用黄芪后肝肾功能异常者,多能明显改善。在应用免疫抑制剂患者中应用黄芪可有效提高人体正常免疫力,使患者感染症状迅速得到控制,而患者自身免疫疾病带来的血沉、C反应蛋白的升高也明显下降。因此,在应用西药治疗风湿免疫疾病时,通过中医辨证论治应用黄芪,既可以提高患者正常免疫力,又可以保护肝肾功能,对提高临床疗效改善疾病预后,具有重要意义。

基于社区的医疗卫生服务对老年短暂性脑缺血发作患者睡眠质量的研究*

吴凌云 蒋雨玲 唐世琪[△]

(武汉大学人民医院,湖北 武汉 430060)

中图分类号:R473.5 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)02-0374-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.02.078

【摘要】目的 研究老年短暂性脑缺血发作患者睡眠质量现状,观察社区综合干预对患者预后与睡眠质量的影响。**方法** 选取我院收治的老年短暂性脑缺血发作患者60例作为研究组,同时选取同期老年短暂性脑缺血发作患者60例作为对照组。对照组采用常规的住院治疗与出院指导,研究组在常规的住院治疗与出院指导基础上,给予一系列的社区干预活动,比较3个月前后研究组和对照组的血清总胆固醇(TC)水平、脑卒中发生率与睡眠质量。**结果** 干预前老年短暂性脑缺血发作患者匹兹堡睡眠指数(PSQI)平均得分为(6.44±3.04)分,干预后PSQI平均得分为(5.58±2.20)分,社区医疗卫生服务可降低老年短暂性脑缺血发作患者TC水平、脑卒中的发生率,提高患者睡眠质量($P < 0.05$),研究组老年短暂性脑缺血发作患者TC水平高于对照组,研究组睡眠质量低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 老年短暂性脑缺血发作患者睡眠较差,社区综合干预可有效降低老年TIA患者TC水平,脑卒中风险,提高患者睡眠质量。

【关键词】 社区综合干预 老年人 短暂性脑缺血发作 睡眠质量

Study the Sleep Quality of Elderly Patients with Transient Ischemic Attack Based on Community Health Services WU Lingyun,JIANG Yuling,TANG Shiqi. People's Hospital of Wuhan University,Hubei,Wuhan 430060,China

【Abstract】Objective: To investigate sleep quality of elderly patients with transient ischemic attack and to explore the influence of community comprehensive intervention on the prognosis and sleep quality of patients. **Methods:** 60 elderly patients with transient ischemic attack in our hospital were chosen into the experimental group and other 60 patients with the same disease were included to the control group at the same time. The control group was treated with conventional hospitalization medication and discharge guidance. The experimental group on the basis of that was given a series of community intervention. The level of total cholesterol, the incidence of stroke and sleep quality of two groups were compared before and after three months. **Results:** The average PSQI score of elderly patients with transient ischemic attack was (6.44±3.04) before intervention, but the figure was 5.58±2.20 after intervention. Community health service could lower total cholesterol levels, reduce the incidence of stroke and improve the sleep quality ($P \leq 0.05$). The total cholesterol level of stroke patients was higher than those who had not suffer from stroke. The sleep quality of stroke patients was lower than non-stroke patients ($P \leq 0.05$). **Conclusion:** Poor sleep quality is often seen in elderly patients with transient ischemic attack. Comprehensive community intervention can effectively lower the total cholesterol level and reduce the stroke risk thus improve the sleep quality of patients.

【Key words】 Community comprehensive intervention; Elderly; Transient ischemic attack; Sleep quality

短暂性脑缺血发作(TIA)是一种常见的缺血性脑血管疾病,是指由于脑部供血动脉一过性供血不足造成供血区突发短暂的局灶性神经功能障碍,持续时间5~20 min,最长不超过24 h,具有反复发作,自然缓解的特点^[1]。TIA与脑卒中具有相同病因与危险因素,

TIA还是脑卒中的重要预警信号,TIA发病3个月内进展为脑卒中的风险高达17%^[2]。随着我国人口老龄化日益加重,TIA发病率不断上升,是我国老年人致残致死的主要疾病,严重危害老年人的生活质量^[3]。睡眠是维持人类生命活动的最重要生理活动,是人类健康不可或缺的部分,脑血管疾病患者大多数都具有睡眠失调症状^[4],本文旨在采用基于社区的医疗卫生服务

*基金项目:湖北省自然科学基金资助项目(2012FKB04441)

[△]通信作者(电子邮箱:739784277@qq.com)

模式,观察社区医疗卫生服务对老年 TIA 患者总胆固醇(TC),睡眠质量的影响,提高老年 TIA 患者的生活质量。

1 资料与方法

1.1 研究对象 2013年9月至2014年1月选取我院收治的老年 TIA 患者 60 例作为研究组,同时选取同期老年 TIA 患者 60 例作为对照组。所有入选患者均具备以下条件:(1)年龄≥60岁;(2)符合 TIA 诊断标准^[5];(3)无意识障碍者;(4)自愿参加本次研究者。排除癫痫,偏头痛,脑部肿瘤,严重脏器功能障碍者。研究组中男性 35 例,女性 25 例;年龄 60~76 岁,平均(67.68±4.32)岁。对照组男性 33 例,女性 27 例;年龄 60~78 岁,平均(68.93±4.74)岁,两组患者性别和年龄差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者性别和年龄比较(n)

组别	n	年龄 (岁)	性别	
			男性	女性
研究组	60	67.68±4.32	35	25
对照组	60	68.93±4.74	33	27

1.2 研究方法 对照组采用常规的住院治疗与出院指导,研究组在常规的住院治疗与出院指导基础上,给予一系列的社区干预活动,研究组患者出院前进行全面的评估,制定个体化的社区干预方案,帮助患者养成遵医行为并纠正不良的生活习惯等,具体干预措施可分为(1)健康教育,定期开展疾病知识讲座,讲解 TIA 的病因、危害与危险因素,教会患者血压、血糖的正确监测方法;(2)合理饮食,指导患者选择低盐、低脂、高蛋白高纤维素饮食,制定科学营养的饮食计划;(3)适当运动,选择适合自己的运动项目,慢跑、散步、跳舞等,主要为有氧运动,每次运动坚持时间>30 min^[6];(4)纠正不良生活习惯,如戒烟、禁止酗酒,参加合适的体育锻炼,注意休息,劳逸结合;(5)心理干预,定期与患者进行心理沟通,评估患者心理健康状况,建立心理健康档案;(6)用药指导,制定个体化药物治疗方案,定期复查患者血压、血糖、血脂、肝肾功能,观察药物可能产生的不良反应,依据复查结果调整药物治疗方案。经过 3 个月的干预期,分别对比研究组和对照组的 TC,脑卒中发生率与睡眠质量。

1.3 评价指标 匹兹堡睡眠质量指数调查表(PSQI)^[7],该量表适用于一般人群睡眠质量的评估,主要用于评估受测者近 1 个月的睡眠质量,18 个计分条目组成量表的 7 个成分,每个成分计 0~3 分,PSQI 得分范围 0~21 分,得分越高则表示该受测者睡眠质量越差。

1.4 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件。两组老年 TIA 患者一般情况均以均数,频数等描述性分析,一

般情况比较采用 t 检验或 χ^2 检验,干预前后脑卒中发生率采用 χ^2 检验,Tch,睡眠质量比较采用 t 检验。 $P\leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 老年 TIA 患者睡眠质量现状 见表 2。不同性别老年 TIA 患者 PSQI 得分差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 2 不同性别老年 TIA 患者 PSQI 得分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	男	女
干预前	6.38±3.09	6.52±2.16
干预后	5.58±2.20	5.54±2.16

2.2 两组老年 TIA 患者干预前后 TC、脑卒中发生率与 PSQI 得分比较 见表 3。研究组 TC、发生脑卒中人数、PSQI 得分与对照组差异无统计学意义 ($P>0.05$);研究组 TC 水平、发生脑卒中人数、PSQI 得分与对照组差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组患者干预前的 TC、脑卒中发生率与 PSQI 评分比较

组别	时间	TC(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)	脑卒中 n(%)	PSQI 得分(分, $\bar{x}\pm s$)
研究组 (n=60)	干预前	5.62±1.38	7(11.67)	6.13±2.63
	干预后	4.39±0.91 ^{*△}	9(15.00) ^{*△}	4.87±2.14 ^{*△}
对照组 (n=60)	干预前	5.87±1.63	5(8.33)	6.75±3.39
	干预后	4.86±1.08 [*]	19(31.67) [*]	5.87±2.40 [*]

与本组干预前比较, * $P<0.05$;与对照组干预后比较, $\Delta P<0.05$ 。

3 讨论

随着我国经济的增长,医疗水平的提高,我国老年人口逐渐增多,常见于老年人群的一些疾病发病率也呈上升趋势^[8],老年常见病不仅危害老年人的身心健康,还增加了家庭、社会的医疗、经济负担,早期干预是预防老年常见病的重要措施。老年人群常见的脑血管疾病有短暂性脑缺血发作、脑梗死、脑出血、高血压脑病、蛛网膜下腔出血等^[9],短暂性脑出血发作常提示患者进展为其他脑血管疾病的风险增加。随着年龄的增加,多种因素造成睡眠障碍的发生率上升,睡眠质量是衡量老年人生活质量和健康水平的重要指标^[10],睡眠障碍是脑血管疾病的常见并发症^[11],TIA 起病急,致残率、致死率高^[12],造成老年患者心理压力,产生负性情绪^[13],影响老年患者睡眠质量。睡眠差同时又影响患者神经功能恢复,影响 TIA 的进展与预后。

本次研究显示干预前老年 TIA 患者 PSQI 平均得分为(6.44±3.04)分,高于刘连启等^[14]研究结果(3.8±3.0)分,疾病症状,长期的药物治疗,造成老年 TIA 患者容易产生躯体化、焦虑、强迫、抑郁、敌对等^[15]心理问题,使得老年 TIA 患者睡眠质量低于正常老年人群。本次研究显示社区医疗卫生服务可降低老年 TIA 患

者总胆固醇水平,脑卒中的发生率,提高患者睡眠质量($P<0.05$)。社区医疗卫生服务以健康促进和行为危险因素干预为主要技术手段,以综合防治为主要目的^[16],旨在提高疾病的社区防治效果,降低社会医疗成本。社区综合干预通过健康教育使患者对TIA的病因、发病机制、预后有一定了解,提高患者对TIA的疾病认识和健康意识,更好的帮助患者控制血压、血糖、血脂等危险因素^[17],从而减少TIA进展为脑卒中的风险。社区综合干预还通过加深患者对疾病的认识,增强患者自我保健意识,提高患者的心理承受能力,树立正确的疾病观,保持患者良好的心理状态,从而改善患者的睡眠质量^[18]。本次研究显示老年TIA患者发生脑卒中组TC水平高于未发生脑卒中组,脑卒中组睡眠质量低于未发生组。美国缺血性卒中及短暂性脑缺血发作患者卒中预防指南^[19]指出TC升高会增加缺血性脑卒中的风险,社区综合干预通过药物治疗,治疗性生活方式改变,减肥控制体重,并增加患者体育锻炼等措施降低老年TIA患者TC水平,减少脑血管事件的发生。本次研究显示脑卒中组PSQI平均得分高于刘惠茹等^[20]研究结果,可能与样本量较小,患者处于脑卒中早期睡眠较差所致,脑卒中患者血—脑脊液屏障功能障碍,损伤区域神经细胞受损,脑卒中患者抑郁的发生率较高^[21],均会影响老年患者的睡眠质量。

综上所述,社区综合干预可有效降低老年TIA患者脑卒中风险,提高患者睡眠质量,应积极探讨TIA社区防范模式,完善社区卫生服务体系,增加社区卫生服务机构和设施,通过社区早期干预提高老年TIA患者预后。

参 考 文 献

[1] Amarenco P, Labreuche J, Lavallée PC, et al. Patients with transient ischemic attack with ABCD2 ≥ 4 can have similar 90-day stroke risk as patients with transient ischemic attack with ABCD2 ≥ 4 [J]. *Stroke*, 2012, 43(3): 863-865.

[2] Judd, Suzanne EKleindorfer, Dawn OMcClure, et al. Self-report of stroke, transient ischemic attack, or stroke symptoms and risk of future stroke in the reasons for geographic and racial differences in stroke (RE GARDS) study [J]. *Stroke*, 2013, 44(1): 55-60.

[3] 旃培艳, 张临洪, 徐武平, 等. 短暂性脑缺血发作后短期脑卒中的危险因素及脑动脉狭窄的特点[J]. *中国老年学杂志*, 2013, 33(24): 6265-6266.

[4] 张守红, 雷鸣, 黄勇华, 等. 脑卒中与睡眠障碍相关性分析[J]. *武警医学*, 2014, 25(2): 148-149, 153.

[5] 张霞, 曹勇军, 肖国栋, 等. 短暂性脑缺血发作的诊断和评价[J]. *国际脑血管病杂志*, 2009, 17(9): 677-680.

[6] 郭燕飞. 短暂性脑缺血发作危险因素分析及防治措施[J]. *实用心脑血管病杂志*, 2012, 20(10): 1605-1607.

[7] Mariman A, Vogelaers D, Hanouille I, et al. Validation of the three-factor model of the PSQI in a large sample of chronic fatigue syndrome (CFS) patients [J]. *Journal of psychosomatic research*, 2012, 72(2): 111-113.

[8] 郑松柏, 陈敏敏. 老年人患病的特点及诊治中应注意的问题[J]. *中华老年医学杂志*, 2012, 31(5): 353-355.

[9] 魏璇, 徐美林, 宁波, 等. 老年危重症患者死亡危险因素分析[J]. *空军医学杂志*, 2011, 27(2): 92-95.

[10] 尤志珺, 刘丹荣. 老年期患者睡眠质量与焦虑抑郁情绪的相关性研究[J]. *中国老年保健医学*, 2012, 10(1): 23-25.

[11] 刘迎春, 滕向东, 吴德云, 等. 脑卒中后睡眠障碍相关因素分析[J]. *中华神经医学杂志*, 2011, 10(4): 421-423.

[12] 李国奇, 范杰, 刘静, 等. 脑血管疾病死亡对我国大陆居民期望寿命的影响[J]. *中华内科杂志*, 2013, 52(3): 188-191.

[13] 李百彦. 心理护理对改善短暂性脑缺血发作患者抑郁焦虑症状的对照研究[J]. *精神医学杂志*, 2012, 25(4): 268-270.

[14] 刘连启, 王汝展, 刘贤臣, 等. 老年人睡眠质量及其相关因素研究[J]. *中国老年学杂志*, 2002, 22(6): 437-440.

[15] 洪利. 心理干预对短暂性脑缺血发作患者遵医依从性的影响[J]. *中国伤残医学*, 2014, 22(2): 23-25.

[16] 刘盈, 张开金, 汤仕忠, 等. 城市社区常见慢性病综合防治模式探索[J]. *中国全科医学*, 2013, 16(1): 76-78.

[17] 孙琦. 短暂性脑缺血发作的社区预防与控制措施[J]. *中国当代医药*, 2013, 20(27): 132-133.

[18] 周会兰, 陈长香, 邢琰. 健康睡眠模式对社区老年人睡眠障碍的康复效果观察[J]. *中国老年学杂志*, 2011, 31(14): 2731-2732.

[19] 杜万良, 栾璟煜, 王春育, 等. 美国缺血性卒中及短暂性脑缺血发作患者卒中预防指南[J]. *中国卒中杂志*, 2011, 06(1): 53-86.

[20] 刘惠茹, 曹凤英, 张敏, 等. 社区老年人脑卒中与睡眠质量及抑郁的相关性研究[J]. *山西医药杂志*, 2014, 58(1): 6-8.

[21] Sandberg O, Franklin KA, Bucht G, et al. Sleep apnea, delirium, depressed mood, cognition, ADL ability after stroke [J]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001, 49(4): 391-397.

(收稿日期 2014-04-23)

(上接第 373 页)

参 考 文 献

[1] 陈灏珠, 林果为. 实用内科学[M]. 13版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 2703.

[2] 颜正华. 中药学讲稿[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 296.

(收稿日期 2014-09-28)