

· 研究报告 ·

痰证病机对出血性中风急性期病情及预后影响的相关性研究*

王智强¹ 崔春丽² 过伟峰³

(1.江苏省南京市中西医结合医院,江苏 南京 210000;2.江苏省中医院,江苏 南京 210000;3.南京中医药大学,江苏 南京 210029)

中图分类号:R255.2 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-0941-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.001

【摘要】目的 探讨痰证病机对出血性中风急性期病情及预后影响的相关性。**方法** 将 926 例出血性中风急性期患者分为痰证组与非痰证组,分别于第 0、3、5、7、11、21 日进行临床观察,比较两组治疗前后发病情况、中风病类诊断评分、格拉斯哥评分(GCS)、修正的 RANKIN 评分。**结果** 痰证病机在发病时占重要地位,为出血性中风发病重要组成证候。病程第 0、11、21 日,痰证组中风病类诊断评分、GCS 评分、修正 RANKIN 标准评分分值均明显高于非痰证组(均 $P < 0.01$)。两组发病时与病程第 21 日中风病类诊断评分、GCS 评分、修正 RANKIN 标准评分差值比较则差别不大($P > 0.05$)。**结论** 痰证是出血性中风的主要证候,痰证患者比非痰证患者病情为重,预后较差。

【关键词】 出血性中风急性期 痰证 病机 临床流行病学调查

The Study on the Effect of Phlegm Syndrome on Acute Stage of Hemorrhagic Stroke Severity and Prognosis WANG Zhiqiang, CUI Chunli, GUO Weifeng. Nanjing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Jiangsu, Nanjing 210000, China

【Abstract】Objective: To explore the effect of phlegm syndrome on acute stage of hemorrhagic stroke severity and prognosis. **Methods:** 926 cases of patients with acute hemorrhagic stroke were divided into the phlegm group and the nonphlegm group, respectively clinically observed on the zeroth, 3 rd, 5 th, 7 th, 11 th, 21 st day. The incidence, the diagnostic score of stroke disease, Glasgow score(GCS), the modified RANKIN score before and after the treatment were compared. **Results:** Phlegm occupied an important position at onset, as an important component of stroke syndrome hemorrhage syndrome. At onset, duration of zeroth, eleventh, twenty-first day, stroke diagnostic score, GCS score, modified RANKIN standard scores of the phlegm group were significantly higher than those of the nonphlegm group (all $P < 0.01$). On the 21 st day, stroke disease diagnostic score, GCS, modified RANKIN standard score in both groups were different, however, without statistical significance($P > 0.05$). **Conclusions:** The phlegm syndrome is a main syndrome in hemorrhagic stroke. Patients with phlegm syndrome are heavier and poorer in prognosis than those with nonphlegm syndrome.

【Key words】 Acute stage of hemorrhagic stroke; Phlegm syndrome; Pathogenesis; Clinical epidemiology

中风起病急骤,临床见症不一,病情变化多端,转化演变复杂,出血性中风尤为此病重症。历来认为中风病因多样,风、火、痰、瘀、气、虚等均可致病。其中“痰”在发病过程中有因果胶结之作用。故研究痰证与出血性中风发病演变的相关性具有临床及流行病学意义。本研究在出血性中风证候分类的基础上,对 926 例出血性中风急性期患者进行证候的临床流行病学调查研究,按痰证、非痰证把患者分成两组,比较两组发病

情况、中风病类诊断评分、格拉斯哥评分(GCS)、修正的 RANKIN 评分的差异,以期揭示痰证病机对病情轻重程度、预后的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)诊断标准:中风病中医诊断标准参照国家中医药管理局脑病急症协作组 1996 年制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[1](试行)。脑出血西医诊断标准参照 1995 年中华医学会第 4 次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[2]。出血性中风急性期证候诊断标准参照国家中医药管理局

* 基金项目:国家重点基础研究发展计划(973 计划)资助项目(2006CB504807)

脑病急症科研组 1991 年制定的《中风病辨证诊断标准》^[3],除痰证外其他证列为非痰证。2)纳入标准:发病年龄、性别不限;符合西医脑出血急性期诊断标准;住院或急诊观察室患者,发病 72 h 以内入院者。3)排除标准:短暂性脑缺血发作、脑梗死患者;蛛网膜下腔出血及由血液病、肿瘤或外伤引起的颅内出血;出血性中风非急性期患者;合并有心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等危重疾病患者;法律规定的残疾(盲、聋、哑、智力障碍、精神障碍、肢体残疾)不能配合检查的患者;怀疑或确有酒精、药物滥用病史。

1.2 临床资料 选取江苏省中医院(85 例)、南京市中医院(77 例)、连云港市中医院(89 例)、南京脑科医院(38 例)、徐州市中医院(64 例)、张家港中医院(81 例)、河南中医学院第一附属医院(26 例)、东南大学附属中大医院(10 例)、泰州市中医院(80 例)、常州市中医院(60 例)、新沂市中医院(21 例)、无锡市中医院(13 例)、江阴市中医院(66 例)、昆山市中医院(100 例)、淮安第二人民医院(116 例)等 15 家医院出血性中风急性期住院患者 926 例。其中男性 579 例,女性 347 例;年龄 21~90 岁,平均(62.87±12.54)岁。所有观察对象均进入最终统计分析。

1.3 研究方法 采用多时点临床流行病学现场调查(纵向研究)方法。由调查员问诊及体检后,现场完成问卷调查。对所有患者共进行 6 次调查,调查时间为病程第 0、3、5、7、11、21 日。调查资料包括一般情况、中医四诊信息、中风病类诊断评分、GCS 评分、修正的 RANKIN 评分。

1.4 统计学处理 采用 EpiData3.1 数据库录入观察表数据,确保数据真实可靠,然后转化为 SPSS15.0 统计学软件数据库,经过数据管理后进行统计分析,相关的统计方法有频数分布分析、描述性统计分析、探索性分析、单因素分析(χ^2 检验、秩和检验、 t 检验等)。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 痰证分布情况 见表 1。926 例患者按照初诊(第 0 日)、第 3 日、第 5 日、第 7 日、第 11 日、第 21 日 6 个时间点进行临床观察,得出痰证在病程进展中的分布情况。结果示,第 0 日分别与第 3 日、5 日、7 日、11 日、21 日进行比较:第 0 日与第 3 日比较差别不大($P>0.05$);第 0 日与第 5 日比较,差异有统计学意义($P<0.05$);第 0 日与第 7 日、第 11 日、第 21 日比较,差异

表 1 926 例患者出血性中风病例痰证分布情况

痰证	第 0 日	第 3 日	第 5 日	第 7 日	第 11 日	第 21 日
n	360	369	294	203	142	55
比例(%)	38.88	39.85	31.75*	21.92**	15.33**	5.94**

与第 0 日比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$ 。

有统计学意义(均 $P<0.01$)。表明痰证组在发病前 5 d,所占比例相差不大,从第 7 日开始,痰证组比例下降,这可能与病程进展及治疗干预有关,亦可能为随着疾病向愈,采用证候量化评分方式不能做出阳性评分,而出现许多“潜证”可能。

2.2 两组中风病类诊断评分比较 见表 2。结果示,第 0、第 21 日两组中风病类诊断评分比较,痰证患者发病时中风病类诊断分值高于非痰证患者($P<0.01$)。第 0 日与第 21 日中风病类诊断评分差值,两组差别不大($P>0.05$)。

表 2 痰证组、非痰证组中风病类诊断评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间点	n	分值(分)	0 d 与 21 d 差值(分)
痰证组	0 d	337	19.46±15.14**	9.47±11.21
	21 d	288	9.99±10.67	
非痰证组	0 d	500	16.28±14.18	8.22±10.67
	21 d	419	8.06±9.95	

与非痰证组 0 d 比较,** $P<0.01$ 。下同。

2.3 痰证、非痰证格拉斯哥预后结果评分比较 见表 3。结果示,第 0 日、第 11 日、第 21 日,痰证 GCS 评分均分别高于非痰证者(均 $P<0.01$)。第 0 日与第 11 日、21 日 GCS 评分差值差别不大($P>0.05$)。

表 3 痰证组、非痰证组格拉斯哥预后结果评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间点	n	GCS 分值(分)	治疗前后差值(分)	
				0 d 与 11 d	0 d 与 21 d
痰证组	0 d	359	2.57±0.75**	0.26±0.56	0.54±0.72
	11 d	349	2.31±0.85**		
	21 d	299	2.01±0.89**		
非痰证组	0 d	563	2.39±0.81	0.29±0.52	0.57±0.66
	11 d	536	2.08±0.85		
	21 d	447	1.84±0.84		

2.4 痰证、非痰证组修正 RANKIN 标准评分比较 见表 4。结果示,第 0、11、21 日,痰证、非痰证组修正 RANKIN 标准评分,痰证组分值明显高于非痰证组(均

表 4 痰证、非痰证患者修正 RANKIN 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间点	n	mRS 分值(分)	治疗前后差值(分)	
				0 d 与 11 d	0 d 与 21 d
痰证组	0 d	357	3.34±1.34**	0.43±0.80	0.91±1.10
	11 d	346	2.88±1.40**		
	21 d	99	2.42±1.48**		
非痰证组	0 d	562	3.02±1.39	0.45±0.68	0.98±1.01
	11 d	536	2.56±1.39		
	21 d	435	2.11±1.49		

(下转第 945 页)

一种简单的溶栓用大鼠急性大脑中动脉栓塞模型的改进*

贾翔¹ 黄燕² 孙景波²

(1. 广东省广州市中西医结合医院, 广东 广州 510800; 2. 广东省中医院, 广东 广州 510120)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-0943-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.002

【摘要】目的 探索一种简单实用的溶栓用大鼠急性大脑中动脉栓塞模型制作方法。**方法** 用留置针将大鼠自体血栓从颈动脉打到大脑中动脉处, 可造成急性大脑中动脉栓塞模型。**结果** 模型组成功率高, 死亡率低, 且造成的脑梗死体积与目前公认的造模方法基本相同。**结论** 该模型稳定可靠, 成功率高, 大大降低了手术难度, 节约了研究时间及成本, 更适用于评价溶栓治疗效果的实验研究。

【关键词】 溶栓 大脑中动脉栓塞模型 简便实用

A Simple Method to Improve the Rat Model of Acute Middle Cerebral Artery Embolic Stroke Used in Thrombolysis JIA Xiang, HUANG Yan, SUN Jingbo. Guangzhou Hospital of Chinese Traditional and Western Medicine, Guangdong, Guangzhou 510800, China

【Abstract】Objective: To explore a convenient and practical MCA embolic model for thrombolysis. **Methods:** The MCA embolic model was established by using the autologous blood clots in rat from the carotid artery to middle cerebral artery with a retention needles. **Results:** The model group had a high success rate and low mortality, and the infarction volume fitted in the accepted method. **Conclusion:** The model is stable, reliable with a high success rate, greatly reducing the difficulty in operation, saving time and research cost, which may be useful in evaluating the safety and efficacy of thrombolytic therapies.

【Key words】 Thrombolysis; MCA embolic model; Convenient and practical

急性缺血性卒中的溶栓治疗从上世纪 90 年代开始, 经过 10 余年的多国家多中心研究已经有了很大的进展, 但仍是国际上讨论的重点问题。建立完善的动物模型对研究脑梗死的发病机制、病理生理及溶栓疗效都非常的重要。当前成熟的建立局灶性脑缺血模型的方法如线栓法、电凝法、光化学法、开颅结扎法、内皮素注射法等均能不同程度地反映脑梗死的病理生理变化, 但作为溶栓治疗血栓栓塞性脑梗死的模型则不适宜。笔者于研究当中, 在前人基础上加以改进, 形成了一种操作简便、成功率高、重复性好的大鼠急性大脑中动脉阻塞(MCAO)模型制作方法, 更适用于急性缺血性脑血管病治疗及溶栓药物的评价。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 动物与试剂 1) 动物: 健康成年 SD 雄性大鼠 40 只, 体质量 250~300 g, 由广州中医药大学实验动物中

心提供, 动物合格证号: 0089437。随机分为假手术组 10 只, 模型组 30 只。2) 主要器材与试剂: 核磁共振扫描仪(GE HD3.0T), PSMB 双目动物手术显微镜(物镜 F200), 24 G 静脉留置针, 2, 3, 5-氯化三苯基四氮唑(TTC)溶液, 凝血酶。

1.2 模型制作 见图 1。大鼠以 10% 水合氯醛按 0.35 mL/100 g 体质量腹腔麻醉, 仰卧固定, 颈部正中位备皮, 消毒, 铺巾。取颈正中皮肤切口, 钝性分离肌肉及皮下组织, 暴露右侧颈总动脉(CCA), 分离迷走神经(切忌钳夹), 将 CCA 钝性分离至暴露颈外动脉(ECA)和颈内动脉(ICA)分叉处。用 1 mL 注射器选大鼠易结扎止血的动脉(如股动脉)处取动脉血 0.1 mL, 吸入 4 U 凝血酶, 混匀静置 10 min, 待血液凝固后将其注入 24 G 静脉留置针管, 制成长约 1 cm 的栓子, 后接 1~2 mL 的 0.9% 氯化钠注射液注射器。制作过程中注意勿使留置针管内进入空气。将留置针在 ECA 和 ICA 分叉的前方穿刺进 CCA, 并向前内侧进入 ICA 内 10 mm, 拔出针芯, 用吸有 0.9% 氯化钠注射液的注射器快速将栓子冲入 ICA 内(强大推力足以使栓子冲到 MCA 起始

* 基金项目: 国家自然科学基金资助项目(81072783); 广东省财政厅专项经费“中医药干预中风病有效靶点与作用环节研究”项目(粤财社[2010]5 号)

部),结扎 CCA 并缝合肌肉及皮肤。假手术组手术操作与模型组相同,注入 0.9%氯化钠注射液代替栓子。

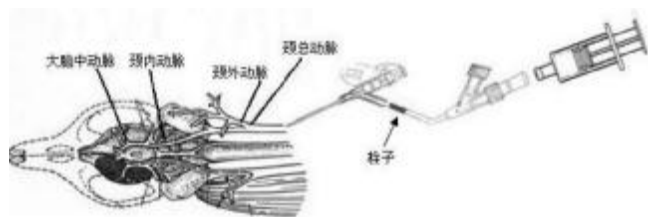


图 1

1.3 神经功能缺损程度评分及 MR 扫描 大鼠清醒后对其进行提尾悬空实验,神经功能缺损程度评分采用 Bedersen 法^[1]。0 分:无明显神经功能缺损。1 分:对侧前肢屈曲。2 分:拉尾时对侧前肢抓力下降。3 分:向各方自发运动,拉尾时向对侧旋转。4 分:向对侧自发旋转。取模型组大鼠 1 只进行 MR 扫描,观察是否有梗死灶。

1.4 脑梗死体积(率)测定 大鼠造模 3 h 处死,将脑组织置入-20℃冰箱内速冻 20 min 后,制备 2 mm 厚的冠状脑片,浸入 2% TTC 溶液中,37℃避光水浴 30 min,置于 4%多聚甲醛溶液中固定 24 h,拍照后用图像分析软件(Image-Pro Plus 6.0)测定梗死体积。梗死体积=非缺血侧半球体积-缺血侧半球未梗死区体积,梗死灶体积率的计算以梗死灶体积和非缺血侧半球体积的百分比(%)来表示^[2]。

2 结果

2.1 两组大鼠死亡率比较 模型组有 2 只大鼠在造模后 3 h 内死亡,死亡率为 6.67%。死亡大鼠脑组织 TTC 染色发现手术同侧大面积脑梗死,甚至对侧也出现梗死。假手术组无动物死亡。

2.2 两组大鼠行为学观察指标比较 模型组 28 只存活大鼠提尾悬空实验均呈阳性(大鼠提尾悬空 1 m,梗死灶对侧前肢内收屈曲)且梗死灶侧眼部 Horner 征;术后神经功能缺损评分:0 分 0 例,1 分 2 例(7.1%),2 分 6 例(21.4%),3 分 11 例(39.3%),4 分 9 例(32.1%)。假手术组大鼠无任何行为学改变。

表 1 两组大鼠造模神经功能评分比较(n)

评分	模型组		假手术组	
	n	百分比(%)	n	百分比(%)
0	0	0	10	100
1	2	7.14	0	0
2	6	21.43	0	0
3	11	39.29	0	0
4	9	32.14	0	0

2.3 MR 扫描 见图 2。模型组 MR 扫描可见明显梗死灶。

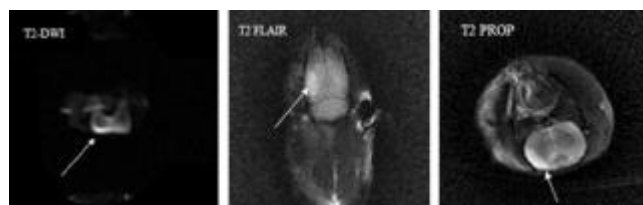


图 2 模型组 MR 扫描

2.4 两组大鼠脑梗死体积率比较 见图 3。造模后 3 h 测定模型组脑梗死体积为(264.85±33.43) mm³,脑梗死体积率为(40.76±4.68)%。假手术组大鼠脑组织 TTC 染色无变化。



图 3 梗死后脑组织 TTC 染色

3 讨论

用于溶栓治疗研究的急性脑梗死的动物模型与其他类型的脑梗死模型不同,要求脑梗死必须是由血栓阻塞脑动脉所致,所以普通局灶性脑缺血的标准动物模型制作方法如线栓法、电凝法、光化学法、内皮素注射法等不可用来做溶栓治疗的实验。目前溶栓用动物模型常参照 Zhang 等^[3]的改良栓塞法及张新江等^[4]的栓子制备方法,但是以笔者在模型复制过程中的体会,栓子制备过程长,制作方法复杂,所需器材、试剂繁多,手术操作过程繁琐不易控制,且大鼠死亡率高。故笔者在前人的基础上加以改进,形成了上述操作简便、成功率高、重复性好的急性 MCAO 模型制作方法。

该模型较以往有以下优点:1)手术创伤小,不必分离结扎 ECA 及 ICA 的颅外分支翼腭动脉(PPA)以减少手术难度,节约手术时间。以往需要分离 ECA 并从 ECA 逆行插管至 ICA,对导管的柔韧度有较高要求且不易操控导管走行,此外因导管内径细,容易误入 PPA 内导致模型失败,所以还要结扎 PPA。根据刘亢丁等^[5]的铸型标本测量,PPA 在 ICA 起始 2~3 mm 后向前外侧发出,ICA 起始距 MCA 起始距离为 13~14 mm,ICA 起始部内径为(0.3±0.03) mm。笔者用 24 G 静脉留置针(内径 0.7 mm)从 CCA 穿刺进入 ICA 后沿前内侧进入 10 mm(如果插入顺畅,则说明避过了 PPA),用强大推力足以使栓子冲到 MCA 起始部。2)栓子制备过程简单,整个栓塞过程简化,可操作性强。以往栓子制作过程十分繁复,笔者直接在动脉血内加入凝血酶促凝制栓,同样类似于人类的自然梗死现象。3)该方法产生显著而持久的供血中断,并形成了范围恒定和边界清楚的梗死灶,在确定血栓注射入 ICA 后,造模成功率

几达 100%。4)造模过程需用器材及试剂较以往更少更易获取,降低了研究成本。5)如果注入感染的栓子还可进行脑脓肿的研究。

该方法的缺点是除了 MCA 梗死外,偶尔会出现大脑前动脉和大脑后动脉的小面积梗死,甚至有对侧梗死。若进行对 MCA 部位梗死不过分要求的溶栓或局灶性脑缺血药物保护机制的研究,笔者认为此简单易行的血栓栓塞模型仍不失为首选。

参 考 文 献

- [1] Bederson JB, Pitts LH, Tsuji M, et al. Rat middle cerebral artery occlusion: evaluation of the model and development of

a neurologic examination[J]. Stroke, 1986, 17(3):472-476.

- [2] 黄如训,谭盛.一种适用于溶栓的脑梗死模型[J].第一军医大学学报,1998,18(2):150-151.
- [3] Zhang RL, Chopp M, Zhang ZG, et al. A rat model of focal embolic cerebral ischemia[J]. Brain Res, 1997, 766(1-2): 83-92.
- [4] 张新江,常丽英,张苏明,等.大鼠自体血栓大脑中动脉闭塞模型的改良[J].卒中与神经疾病,2003,10(1):12-15.
- [5] 刘亢丁,苏志强,李毅平,等.实验性局灶性脑缺血再灌注动物模型的改进及评价[J].中风与神经疾病杂志,1997,14(2):87-89.

(收稿日期 2015-03-08)

(上接第 942 页)

$P < 0.01$)。第 0 日时与第 11、21 日差值,两组差别不大($P > 0.05$)。

3 讨 论

现代医学认为脑出血最常见原因为高血压和高血压引起的小动脉硬化,其次为动脉淀粉样变性,治疗主要是尽快控制高血压和颅内压;消除血肿(手术消除血肿,中医行血破瘀);保护脑组织,减少脑损伤;加强监护和护理,防治并发症等。有学者^[4]发现痰证患者在血液流变学、血脂、自由基、糖代谢、机体免疫功能、黏附分子方面等方面均与非痰证患者有差异。

中医学认为,中风病多中老年起病,发病急骤,症状多端,证候错杂,病程长,易变生他病。中医所言之“痰”,是人体脏腑气血不利,津液运化失常而成。古代医家对于中风与痰证的认识由来已久,《内经》即有“凡治消瘴,仆击偏枯,痿厥气满发逆,甘肥贵人,则膏粱之疾也”之说,现代医家亦普遍认同中风病因有风、火、痰、气、瘀、虚六端,痰证在中风形成过程、发病、病程中起着重要作用,且临床上从痰治疗中风观点的医家亦为数不少。有学者^[5]认为,本病发作为年老气衰、阴虚火旺、外感风寒三端,而成痰瘀互结化毒,伤损脑络,形成卒中。痰、瘀之邪均能化火、化毒,产生新的病理产物,成为中风发病最直接重要的致病因素。亦有人^[6]认为痰浊和瘀均为机体气血津液代谢失衡所产生,痰本于津,瘀本于血,津血同源,痰浊与瘀血相互胶结,痰瘀同病,痰可致瘀,瘀可致痰。痰瘀一旦生成,互为因果,互相影响,痰瘀胶结,久聚成毒,损伤脑络,共同致病,在治疗上国内学者^[7-8]从痰治疗脑出血均取得较好疗效。

根据国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的《中风病类诊断评分标准》,对患者病情轻重程度进行评分,分值越大,病情越重。痰证患者发病时中风病类诊断分值显著高于非痰证患者,提示痰证患者病情重。本研究在病程第 21 日,痰证患者中风病类诊断评

分仍显著高于非痰证患者,提示痰证患者治疗效果及预后差。这与学者^[9]的研究结果相符。

GCS 评分量表评价患者卒中后神经功能缺损症状、体征的回复情况等方面,修正 RANKIN 标准评分则评价卒中后生活能力恢复情况,均是判断病情轻重程度及预后优劣的常用量表。本研究中,第 0 日、第 11 日、第 21 日时痰证组 GCS 评分、修正 RANKIN 标准评分分值均明显高于非痰证组,提示急性期(21 d)痰证患者病情始终较非痰证患者为重,痰证病机影响疾病预后。业者有应用化痰通腑法针对痰证病机治疗此病,收效理想,证实了这一点^[10]。综上所述,在出血性中风急性期痰证患者无论从症状、预后均重于非痰证患者。

参 考 文 献

- [1] 国家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)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [2] 中华神经科学会.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症科研组.中风病辨证诊断标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1991,17(3):64-66.
- [4] 李保良.中医痰证实质的现代研究[J].湖南中医药导报,2003,9(3):66-68.
- [5] 宋建民,樊平.浅谈痰瘀致毒与中风的关系[J].陕西中医,2008,29(12):1672.
- [6] 张敬华,张钟爱.中风发病启动之因——痰瘀毒邪[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(1):52-53.
- [7] 赵敏,王新志.通腑化痰法对急性出血性中风血肿吸收速度与神经功能的影响[J].中医药学刊,2002,20(4):429-430.
- [8] 鞠作泉,李忠刚,王凤霞.化痰通腑活血法治疗重症出血性中风 62 例[J].中国中医药信息杂志,2005,12(2):78-79.
- [9] 李建香,过伟峰,王敬卿.出血性中风急性期痰证病机与疾病轻重程度及预后的相关性研究[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(8):912-913.
- [10] 樊炼.祛痰通腑化痰开窍法在脑出血术后的应用探讨[J].中外医疗,2012,31(34):113-114.

(收稿日期 2015-01-09)

丹参酮 II A 对脓毒症大鼠外周血 CD4⁺T 细胞调节的作用研究*

彭 戢¹ 程 光² 马 军² 王南下²

(1.湖北省武汉市东湖医院,湖北 武汉 430074;2.华中科技大学附属协和医院,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)06-0946-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.003

【摘要】目的 探讨丹参酮 II A 对脓毒症大鼠外周血 CD4⁺T 细胞的作用。**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(Tan II A)处理,分别于治疗前及治疗后 24、48、72 h 各时间点取静脉血,流式细胞仪检测全血细胞中辅助性 T 细胞(Th1、Th2、Th17);采用酶联免疫吸附法(ELISA)测定血中白细胞介素-1(IL-1)、白细胞介素-10(IL-10)、白细胞介素-17(IL-17)及肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平。**结果** CLP 组大鼠血清 TNF- α 、IL-17、IL-1 水平和 Th17 比例明显高于同期 Sham 组($P<0.05$),而 Tan II A 各亚组血清 TNF- α 、IL-17、IL-1 水平和 Th17 比例均低于 CLP 同期各亚组($P<0.05$);CLP 组大鼠血清 IL-10 水平和 Th1/Th2 比值明显低于 Sham 组($P<0.05$),而 Tan II A 各亚组血清 IL-10 水平和 Th1/Th2 比值高于 CLP 同期各亚组($P<0.05$)。**结论** 丹参酮 II A 可能通过作用于脓毒症大鼠的外周血 CD4⁺T 细胞发挥调节免疫、改善炎症反应的作用。

【关键词】 丹参酮 II A 脓毒症 CD4⁺T 细胞

Effect of Tanshinone II A on Peripheral Blood CD4⁺T Cells in Rats with Sepsis PENG Jian, CHENG Guang, MA Jun, et al. Wuhan Donghu Hospital in Hubei Province, Hubei, Wuhan 430074, China

【Abstract】Objective: To explore the effect of Tanshinone II A on the peripheral blood CD4⁺T cells in rats with sepsis. **Methods:** The sepsis rat model was established by cecal ligation and puncture operation (CLP), and the Tanshinone II A (Tan II A) was given for consecutive hours. the level of Th1、Th2 and Th17 were assessed by FACS flow cytometer, Enzyme linked immunosorbent assay (ELISA) was used to determine the levels of serum interleukin-1 (IL-1)、interleukin-10 (IL-10)、interleukin-17 (IL-17) and tumor necrosis factor- α (TNF- α) were measured before and at 24, 48, 72 h after the treatment with Tan II A. **Results:** The level of serum TNF- α 、IL-17、IL-1 and Th17 ratios in each subgroup of CLP were significantly higher than that of the same period in each subgroup of Sham ($P<0.05$); and serum TNF- α 、IL-17、IL-1 levels and Th17 ratio in each subgroup of Tan II A were lower than that of the same period in each subgroup of CLP, the difference was statistically significant ($P<0.05$); The serum IL-10 level and the ratio of Th1/Th2 in each subgroup of CLP were lower than that of the same period in each subgroup of Sham ($P<0.05$); and the level of serum IL-10 and the ratio of Th1/Th2 in each subgroup of Tan II A were higher than that of the same period in each subgroup of CLP, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion:** Tanshinone II A shows a protective effect on the immune inflammatory reaction in septic rats may be through the regulation of the peripheral blood CD4⁺T cells.

【Key words】 Tanshinone II A; sepsis; peripheral blood CD4⁺T cells

脓毒症是由感染因素诱发的一种全身性的炎症反应,并不是一种独立疾病,而是包括免疫系统在内的多系统共同作用的结果。促症/抗炎失衡以及免疫功能紊乱是脓毒症发生及发展的中心环节。因此早期控制、清除炎症因子是脓毒症的治疗关键^[1-2]。丹参酮 II A (Tan

II A) 是中药丹参的有效成分之一,具有抗炎、调节免疫功能的作用^[3],但在脓毒症抗炎、调节免疫的临床应用及机理研究较少。因此,本研究观察了丹参酮 II A 对脓毒症大鼠促症/抗炎失衡以及免疫功能紊乱的保护作用,为临床应用提供实验依据。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 动物 72 只 SPF 级雄性 Sprague Dawley 大鼠(北

* 基金项目:国家自然科学基金(30500657);湖北省自然科学基金(2011CDB196)

京维通利华实验动物技术有限公司), 体质量 260~320 g, 动物许可证号: 2008-0001。

1.2 试药与仪器 丹参酮 II A 磺酸钠注射液 (规格 2 mL:10 mg, 上海第一生化药业有限公司生产, 国药准字 H31022558)。Elisa 试剂盒测试盒购自武汉博士德生物工程有限公司。荧光标记的单抗购自 Coalter 公司, FACSCalibur 流式细胞仪和 Simul SET 软件购自美国 BD 公司。其余试剂为国产分析纯 (武汉康盛医药科技有限公司)。

1.3 分组与给药 将大鼠随机分成 3 组: 盲肠结扎穿孔手术 (CLP)、Tan II A 组和假手术组 (Sham), 每组 24 只, 每组又再分为 24、48、72 h 3 个亚组, 每组 8 只; Tan II A 组和 CLP 组行盲肠结扎穿孔手术, Sham 组仅做盲肠探查术; Tan II A 组于术后腹腔注射 20 mg/d 的丹参酮 II A 磺酸钠注射液 (Tan II A), Sham 组和 CLP 组分别于术后腹腔注射等量生理盐水, 所有药物处理连续 72 h, 均提供相同环境和饮食。

1.4 模型制备 采取盲肠结扎穿孔手术 (CLP)。模型大鼠术前禁食 12 h, 给予 10% 水合氯醛 (0.3 mL/kg) 腹腔注射进行麻醉, 麻醉充分后置于仰卧位, 消毒腹部皮肤后于中下腹部行 3 cm 纵行切口打开腹腔, 寻找并充分暴露出盲肠, 采用 3 号缝合线于距盲肠末端 1 cm 处行环形结扎, 盲肠仅结扎 50% 以保证肠道通畅, 并据结扎处 3~5 mm 处采用 9 号针头贯穿盲肠 3 次, 穿刺后手工挤压出部分肠内容物溢出于腹腔, 并进行关腹手术。

1.5 标本采集与检测 1) IL-1、IL-10、IL-17 和 TNF- α 测定。干预前和干预后 24、48、72 h 分别采集静脉血, 低温高速离心处理 (3000 r/min 离心 15 min), 取上清。采用 Elisa 法检测血清中的 IL-1、IL-10、IL-17 和 TNF- α 炎症因子水平, 所有操作均严格按照试剂盒的说明进行。2) 流式细胞仪检测 CD4⁺T 细胞。采用直接免疫荧光标记全血溶血法流式细胞仪测定外周血 Th1、Th2、Th17 细胞。

1.6 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用单因素方差分析, 两两比较采用 *t* 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组血清 TNF- α 、IL-10、IL-1 测定结果比较 见表 1。CLP 组大鼠血清 TNF- α 和 IL-1 水平明显高于同期 Sham 组 (P<0.05), 而 Tan II A 各亚组血清 TNF- α 和 IL-1 水平低于 CLP 同期各亚组 (P<0.05); CLP 组大鼠血清 IL-10 水平明显低于 Sham 组 (P<0.05), 而 Tan II A 各亚组血清 IL-10 水平高于 CLP 同期各亚组 (P<0.05)。

2.2 各组血清 IL-17、Th17、Th1/Th2 测定结果比较

表 1 各组血清 TNF- α 、IL-10、IL-1 测定结果比较 (pg/mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IL-1	IL-10	TNF- α
Sham 组 (n=8)	24 h	14.3 $\pm$ 1.5	231.9 $\pm$ 7.5	29.7 $\pm$ 1.4
	48 h	14.1 $\pm$ 1.2	229.1 $\pm$ 8.2	27.1 $\pm$ 1.3
	72 h	14.4 $\pm$ 1.0	234.9 $\pm$ 8.5	28.3 $\pm$ 1.1
CLP 组 (n=8)	24 h	27.7 $\pm$ 4.2*	145.1 $\pm$ 3.5*	265.6 $\pm$ 9.5*
	48 h	36.7 $\pm$ 4.4*	122.3 $\pm$ 3.8*	359.8 $\pm$ 8.7*
	72 h	43.4 $\pm$ 3.2*	101.5 $\pm$ 2.7*	459.7 $\pm$ 8.4*
Tan II A 组 (n=8)	24 h	18.8 $\pm$ 1.4* Δ	185.4 $\pm$ 2.4* Δ	216.6 $\pm$ 5.3* Δ
	48 h	20.1 $\pm$ 1.1* Δ	155.8 $\pm$ 3.2* Δ	276.4 $\pm$ 5.1* Δ
	72 h	25.4 $\pm$ 1.3* Δ	134.4 $\pm$ 3.9* Δ	317.6 $\pm$ 5.2* Δ

与 Sham 组比较, *P<0.05; 与 CLP 组比较, Δ P<0.05。下同。

见表 2。CLP 组大鼠血清 IL-17 水平和 Th17 比例明显高于同期 Sham 组 (P<0.05), 而 Tan II A 各亚组血清 IL-17 水平和 Th17 比例低于 CLP 同期各亚组 (P<0.05); CLP 组大鼠血清 Th1/Th2 比值明显低于 Sham 组 (P<0.05), 而 Tan II A 各亚组血清 Th1/Th2 比值高于 CLP 同期各亚组 (P<0.05)。

表 2 各组血清 IL-17、Th17、Th1/Th2 测定结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IL-17 (pg/mL)	Th17 (%)	Th1/Th2
Sham 组 (n=8)	24 h	7.5 $\pm$ 1.3	2.2 $\pm$ 0.2	17.8 $\pm$ 2.5
	48 h	7.8 $\pm$ 1.2	2.2 $\pm$ 0.2	17.5 $\pm$ 2.3
	72 h	7.4 $\pm$ 1.4	2.1 $\pm$ 0.1	18.1 $\pm$ 3.1
CLP 组 (n=8)	24 h	77.7 $\pm$ 7.2*	2.8 $\pm$ 0.2*	7.6 $\pm$ 1.1*
	48 h	96.7 $\pm$ 8.5*	3.7 $\pm$ 0.1*	5.4 $\pm$ 0.7*
	72 h	115.4 $\pm$ 7.4*	4.8 $\pm$ 0.2*	2.1 $\pm$ 0.1*
Tan II A 组 (n=8)	24 h	42.3 $\pm$ 4.7* Δ	2.5 $\pm$ 0.1* Δ	14.3 $\pm$ 2.3* Δ
	48 h	56.2 $\pm$ 5.0* Δ	2.8 $\pm$ 0.2* Δ	10.1 $\pm$ 1.5* Δ
	72 h	77.3 $\pm$ 7.7* Δ	3.0 $\pm$ 0.3* Δ	8.2 $\pm$ 1.0* Δ

3 讨论

脓毒症是由感染因素诱发的全身炎症反应, 是机体免疫、炎症系统在内的多系统共同作用的结果, 已成为重症患者最主要的死亡原因之一^[4], 而到目前为止, 关于脓毒症的治疗还没有取得突破性的进展。经典治疗的失败使人们认识到免疫水平的调节可能成为脓毒症治疗的突破, 但目前无论是指导治疗的免疫学指标还是纠正免疫紊乱的手段都还处于起步阶段^[5]。丹参酮 II A 是中药丹参的有效成分之一, 研究已经发现其具有抗炎、调节免疫功能的作用, 但其在脓毒症的临床应用方面报道较少^[3]。

TNF- α 是炎症递质网络通路中的关键因子, 其增加可导致炎症递质失控性释放, IL-1 能增加 TNF- α 的促炎作用, 而 IL-10 是重要的免疫负调节因子和抗

(下转第 957 页)

大黄水煎液对脑损伤后应激性高血糖患者血清胰岛素水平及细胞免疫功能的影响*

张 骏¹ 张 铂¹ 曹书华² 王勇强^{2△}

(1. 天津市环湖医院, 天津 300060; 2. 天津市第一中心医院, 天津市急救医学研究所, 天津 300192)

中图分类号: R587 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-0948-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.004

【摘要】目的 观察大黄水煎液对脑损伤后应激性高血糖患者血清胰岛素水平及细胞免疫功能的影响, 评价其治疗效果。**方法** 以脑损伤后应激性高血糖患者 80 例为研究对象, 随机分为对照组和实验组, 每组 40 例, 治疗周期 14 d, 对照组采用常规胰岛素治疗, 实验组在使用适量胰岛素的基础上给予大黄水煎液治疗, 比较两组患者治疗后的血糖水平、血清胰岛素水平及不良反应发生率; 采用流式细胞仪测定 T 细胞(CD3⁺)总数、T 细胞亚群(CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺)计数及 NK 细胞(CD16⁺+CD56⁺)计数, 比较两组患者治疗后细胞免疫指标的变化。**结果** 治疗结束后, 两组患者血糖均恢复正常水平, 组间比较差异无统计学意义($P>0.05$); 实验组患者血清胰岛素水平明显低于对照组($P<0.05$), 对照组发现低血糖不良反应 2 例, 而实验组患者未发现不良反应病例; 细胞免疫功能研究结果显示, 与对照组相比, 实验组患者的 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺、CD16⁺+CD56⁺指标水平显著高于对照组($P<0.05$)。**结论** 大黄水煎液可降低损伤后应激性高血糖患者胰岛素抵抗, 增强患者细胞免疫功能, 从而起到良好的临床效果。

【关键词】 大黄 脑损伤 应激性高血糖 血清胰岛素 细胞免疫

Effects of Rhubarb Water Extract on Serum Insulin and Cellular Immune Function of Patients with Stress Hyperglycemia after Traumatic Brain Injury ZHANG Tao, ZHANG Bo, CAO Shuhua, et al. Tianjin Huanhu Hospital, Tianjin 300060, China

【Abstract】Objective: To observe the influence of Rhubarb water extract on serum insulin and cellular immune function of patients with stress hyperglycemia after traumatic brain injury, and evaluate the therapeutic activity. **Methods:** 80 patients with stress hyperglycemia after traumatic brain injury were divided into the control group and the experimental group randomly, 40 people in each group. Both groups were treated traditionally, moreover the experimental group were treated with extra Rhubarb water extract, 14 days was taken as a treatment cycle. The blood glucose, serum insulin and the rate of adverse reaction of the two group were observed to estimate the therapeutic activity. A flow cytometry was used to test the total number of T cells(CD3⁺), T cell subsets (CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺) and NK cell (CD16⁺+CD56⁺) to estimate the influences on cell immune function. **Results:** After the treatment, the blood glucose of patients returned normal level, and both group showed no differences($P>0.05$); the serum insulin level of the experimental group was lower than that of the control group significantly ($P<0.05$); the number of CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺, CD16⁺+CD56⁺ of the experimental group was higher than that of the control group significantly ($P<0.05$); in addition, hypoglycaemia arise in two patients of the control group. **Conclusion:** Rhubarb water extract can decrease the insulin resistance action, enhance the cell immune activity of patients with stress hyperglycemia after traumatic brain injury, and thus have a better treatment effect.

【Key words】 Rhubarb; Traumatic brain injury; Stress hyperglycemia; Serum insulin; Cell immune

应激性高血糖是指机体应激时内分泌系统被激活进入高分解代谢状态, 糖原分解和糖异生作用加强, 胰

岛素抵抗, 导致血糖升高超过正常值甚至尿糖的症状^[1]。应激性高血糖为颅脑损伤后的常见并发症, 已成为导致预后不良的重要因素之一, 也是外科危重患者救治中极为关键的环节^[2]。研究显示, 严重颅脑创伤患者出现激性高血糖, 并伴有高血清胰岛素血症, 表明创伤

* 基金项目: 国家临床重点专科建设项目[卫办医政函(2011)873号]

△ 通信作者(电子邮箱: zhangbdr@163.com)

后应激性高血糖与胰岛素抵抗有关^[3]。另有研究显示,创伤后继发应激性高血糖患者表现出明显的细胞免疫功能降低的趋势^[4],这也是影响此类患者预后的关键因素。大黄是一味传统泻下中药,对脑、肺、肝脏、肾脏、胰腺及皮肤组织损伤等均有较好的保护作用,是临床重症医学科常用药物^[5-7]。经检索文献,关于大黄水煎液对脑损伤后应激性高血糖患者血清胰岛素及细胞免疫功能影响的研究鲜有报道。本研究以笔者所在医院收治的颅脑损伤患者为研究对象,观察大黄水煎液对严重颅脑损伤伴随应激性高血糖患者的临床疗效,研究大黄水煎液对患者血清胰岛素水平及细胞免疫功能的影响,探讨其可能的作用机制,为大黄在重症医学领域的应用提供参考。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:脑外伤后 24 h 内入院,损伤原因包括交通事故伤、高空坠落伤、跌倒伤、暴力伤及其他原因造成的损伤;入院时格拉斯哥评分(GCS)6~8 分,急性生理与慢性健康(APACH)评分 18~24 分^[8-9];入院前未使用影响血糖药物。排除标准:伴有其他部位严重损伤或休克;有糖尿病史及伴有肺、肝、肾、心脏病史的患者。

1.2 临床资料 选取 2013 至 2014 年度笔者所在医院收治的创伤性脑损伤后继发应激性高血糖患者 80 例为研究对象。将患者按照随机数字表法随机分为对照组和实验组。对照组 40 例,其中男性 22 例,女性 18 例;闭合性 24 例,开放性 16 例,GCS 评分(6.81±1.04)分,APACH 评分(21.50±5.90)分。实验组 40 例,其中男性 23 例,女性 17 例;闭合性 22 例,开放性 18 例,格拉斯哥评分(6.68±0.93)分,APACH 评分(22.60±6.60)分。两组患者在性别、年龄、GCS 评分、APACH 评分等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组采用常规降血糖治疗,动态监测空腹血糖水平,当空腹血糖大于 11.1 mmol/L 时,控制 1.1~1.5 U/h 速度滴注胰岛素治疗,当血糖水平降低至 8.0~11.1 mmol/L 时,可降低滴注速度,当血糖水平低于 8.0 mmol/L 时停止滴注给药,采用皮下注射胰岛素治疗,并每天监测血糖水平;实验组在常规治疗的基础上给予大黄水煎液(天津市环湖医院药剂科制备,热水煎煮法,将生大黄粉碎过 40 目筛,加入 8 倍量水提取 30 min,过滤得大黄水煎液),胃管注入,监测血糖水平,调整胰岛素用量,当血糖水平降低至正常值后,停止使用胰岛素,14 d 为 1 个治疗周期。

1.4 观察方法 1) 空腹血糖水平和血清胰岛素水平的测定。在入院后第 0、7 和 14 日取患者全血,空腹血糖水平采用己糖激酶法测定,血清胰岛素水平采用放射免疫法测定,2 项指标由天津市环湖医院检验科测

定。2) 细胞免疫功能测定。采用免疫荧光法测定免疫细胞 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺、CD16⁺+CD56⁺计数,患者于入院后第 0 和 14 日取静脉血 5 mL,加 EDTA-K2 进行抗凝处理,精密移取 200 μ L 加入 10 μ L 抗体涡旋混匀后,室温避光静置 15 min,再用 Q-PREP 仪器做溶血处理,即得检测样品,该样品采用 BECKMAN-COULTER 流式细胞仪(美国)检测细胞计数,记录抗原 CD 测定阳性百分率。

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,用组间方差分析(ANOVA)进行统计分析,S-N-K(Student-Newman-Keuls)法用于比较实验组与对照组之间的显著性差异,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 两组空腹血糖及胰岛素水平比较 见表 1。两组患者治疗后血糖水平均能达到正常值范围。实验组患者胰岛素水平明显低于对照组,且实验组患者第 7、14 日的胰岛素水平与第 0 日差异均具有统计学意义($P<0.05$);表明大黄水煎液可以抑制高胰岛素血症,降低损伤患者的胰岛素抵抗。

表 1 两组空腹血糖及胰岛素水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	空腹血糖(mmol/L)	胰岛素(IU)
实验组 (n=40)	治疗前	13.24±2.43	18.41±2.41
	治疗第 7 天	4.71±1.54	10.27±2.31 [△]
	治疗第 14 天	4.90±0.81	9.64±2.30 [△]
对照组 (n=40)	治疗前	12.91±2.20	18.74±2.37
	治疗第 7 天	5.10±1.92	16.02±2.57
	治疗第 14 天	5.64±1.22	14.09±3.24

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组患者细胞免疫功能指标的比较 见表 2。可知大黄提取液治疗 14 d 后,实验组患者的 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺及 CD16⁺+CD56⁺与第 0 日及对照组第 14 日相比均显著提高,组间差异有统计学意义($P<0.05$),表明大黄煎煮液可有效提高脑损伤后应激性高血糖患者的细胞免疫活性。

表 2 两组患者细胞免疫功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	CD3 ⁺	CD4 ⁺	CD8 ⁺	CD4 ⁺ /CD8 ⁺	CD16 ⁺ +CD56 ⁺
实验组 (n=40)	治疗前	41.78±6.45	27.91±4.15	25.17±4.52	1.17±0.35	14.48±2.35
	治疗第 14 天	70.18±6.40 [△]	38.91±3.40 [△]	20.27±3.85	1.92±0.20 [△]	21.25±2.67 [△]
对照组 (n=40)	治疗前	41.40±5.51	27.64±3.82	25.41±4.44	1.14±0.25	14.17±2.50
	治疗第 14 天	57.23±4.87	33.45±3.55	22.55±3.16	1.55±0.22	17.24±1.56

与本组治疗前比较,[△] $P<0.05$ 。

2.3 不良反应 对照组患者 40 例,发生低血糖 2 例,
(下转第 1004 页)

灯盏花素对脑梗死大鼠脑保护作用的影像学观察及机制研究*

夏旺旭¹ 徐 露^{2△}

(1.重庆市长寿区人民医院,重庆 400012;2.重庆医科大学,重庆 400016)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-0950-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.005

【摘要】目的 采用核磁共振(MRI)技术,观察灯盏花素对脑梗死大鼠的保护作用并探索其机制。**方法** 120 只 SD 大鼠随机分为空白组、模型组、尼莫地平组和灯盏花素组。除空白组外,其余各组动物脑制造脑梗死模型,尼莫地平组和灯盏花素组于梗死后每日腹腔注射尼莫地平 1 mg/kg 和灯盏花素 4 mg/kg,模型组注射同等体积 0.9%氯化钠注射液,连续 4 d。缺血后 24 h、48 h 和 96 h,用 MRI 对大鼠两侧纹状体区和顶颞叶区进行 T1-SE 及 DW-EPI 序列扫描,分析表观弥散系数(ADC)值的变化;并用干湿重法计算脑含水量及 western 法检测 APQ4 水平的变化。**结果** 与模型组相比,灯盏花素组大鼠缺血后 24 h、48 h 及 96 h,左侧纹状体和顶颞叶相对 ADC 值显著增加($P<0.01$),脑含水量及 APQ4 值显著降低($P<0.01$),而尼莫地平组和灯盏花素组相当($P>0.05$)。**结论** 灯盏花素对脑缺血再灌注损伤大鼠有一定的减轻脑水肿的作用,其机制可能与抑制 APQ4 的表达有关。

【关键词】 脑梗死 灯盏花素 ADC APQ4

Imaging Observations and Mechanism Research of the Protective Effect of Breviscapine on Rats with Cerebral Infarction XIA Wangxu, XU Lu. People's Hospital of Changshou District of Chongqing, Chongqing 400012, China

【Abstract】Objective: To observe the protective effects and mechanism of breviscapine on rats with cerebral infarction by the means of MRI. **Methods:** 120 SD rats were randomly divided into the control group ($n=30$), model group ($n=30$), nimodipine group ($n=30$) and breviscapine group ($n=30$). The rats were made into cerebral infarction model, except the control group. The breviscapine group received intraperitoneal injection of breviscapone treatment with the dose of 4 mg/kg per day for 4 days after the surgery. Nimodipine group received intraperitoneal injection of breviscapone treatment with the dose of 1 mg/kg per day. The rats in the control group received the same dose of saline injection. At 24 h, 48 h and 96 h after MCAO, the striatum and parietotemporal cortex were scanned with MRI, as well as the sequence of T1-SE and DW-EPI and the changes of ADC values were analyzed. The value of brain water content and APQ4 expression were calculated. **Results:** Compared with model group, the relative ADC value of the striatum and parietotemporal cortex in breviscapone group significantly increased ($P<0.01$), and brain water content and APQ4 decreased, at 24 h, 48h and 96h after MCAO ($P<0.01$), and there was no difference between nimodipine group and breviscapine group ($P>0.05$). **Conclusion:** Breviscapone can reduce the cerebral edema after cerebral ischemia and mitigate further damage of brain.

【Key words】 Breviscapine; Cerebral infarction, ADC, APQ4

灯盏花素是从菊科植物灯盏花中提取的黄酮类有效成分,主要成分是灯盏乙素,具有广泛的药理活性,如改善微循环、扩张血管、增加血流量、调节血脂、抗血栓、降低血黏度等。文献研究表明灯盏花素对脑缺血再

灌注损伤和心肌缺血均有保护作用。目前,利用 MRI 法观测灯盏花素对急性脑梗死大鼠脑水肿和脑梗死体积的作用的研究尚未见报道。为进一步揭示灯盏花素对脑梗死的影响,本研究以大鼠脑梗死为实验研究模型,观察灯盏花素对脑梗死大鼠 MRI、脑水肿及 APQ4 蛋白的影响。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 动物 实验采用 SPF 级成年雄性 SD 大鼠 120

* 基金项目:重庆市第六届“步长杯”脑血管病科学研究基金面上项目(BCB2012010)

△通信作者(电子邮箱:30067011@qq.com)

只, 体质量(250 ± 20) g, 由重庆医科大学实验动物中心提供。

1.2 试剂与仪器 灯盏花素注射液, 购至湖南恒生制药有限公司, 灯盏花素注射液 1 mg 溶解于 0.9% 氯化钠注射液 1 mL 中。尼莫地平, 购至通化神源药业有限公司。APQ4 抗体购至 Santa Cruz。Siemens 1.5 T 磁共振仪, SynGENE 凝胶成像系统等。

1.3 分组与造模 SPF 级成年雄性 SD 大鼠 120 只随机分为 4 组: 空白组($n=30$)、模型组($n=30$)、尼莫地平组($n=30$)和治疗组($n=30$)。除空白组外, 采用 Longa 等的线栓法制备大鼠左侧大脑中动脉永久缺血脑梗死模型^[2]。

1.4 给药 参照文献报道^[1], 治疗组按照 4 mg/kg 剂量每日腹腔注射灯盏花素, 对照组注射 0.9% 氯化钠注射液 1 mL。尼莫地平组每日腹腔注射尼莫地平 1 mg/kg。

1.5 观察指标 1) 核磁共振扫描和图像分析: MRI 检测在重庆医科大学生物工程中心核磁共振室完成。梯度场设为 40 mT/m, 轴向的转换速率设为 400 T/(m·s)。4 组大鼠分别在脑梗死后 24 h、48 h 和 96 h 进行扫描。扫描使用 Rat Coil, 且大鼠保持在相同位置。脑梗死后 24 h、48 h 和 96 h 分别完成如下序列: T1 自旋回波序列(T1SE), TR 600 ms, TE 13 ms, FOV read 50 mm, 层厚 1 mm, 层数 15 层, Averages 4, Flip angle 90°, Base resolution 256×256。DW-EPI 序列, TR 3300 ms, TE 99 ms, 层厚 2 mm, 层数 8 层, FOV read 67 mm, Averages 4, Base resolution 100×100。完成序列扫描的顺序为: DW-EPI 和 T1-TSE。扫描后, 使用 ImageJ 软件对图像进行分析。选取同一定位层面的扫描序列图像(额皮质前尖部后 7 mm 的冠状切面)进行分析。在此层面选取缺血侧纹状体区、顶颞叶区, 对侧纹状体区和顶颞叶区 4 个区域。然后计算 4 区域在缺血后 24 h、48 h 和 96 h 的 ADC 值。本研究采用相对 ADC 值进行比较以减少动物个体差异影响。相对 ADC 值=患侧 ADC 值/健侧 ADC 值。2) 脑含水量的检测: 每组于脑梗死后 24 h、48 h 和 96 h 时间点, 分别处死 5 只大鼠, 迅速取出脑组织, 去除小脑、脑干和嗅球, 用滤纸吸取多余水分后称其湿重。随后放入恒温电热箱中于 105 °C 烘烤至恒重, 称其干重。按照如下公式计算脑组织含水量: 脑含水量(%)=(湿重-干重)/湿重×100%。3) 脑 APQ4 表达的测定: 每组于脑梗死后 24 h、48 h 和 96 h 时间点, 分别处死 5 只大鼠, 迅速取出脑组织, 提取总蛋白。Western blot 法检测 APQ4 蛋白的表达。Image lab 软件计算目的蛋白和 β -actin 条带灰度值。APQ4 值的表达量由目的蛋白和 β -actin 条带灰度值的比值表示。

1.6 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件。实验数据以($\bar{x} \pm s$)表示, 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 各组纹状体区缺血后 24 h、48 h 和 96 h 相对 ADC 值比较 见表 1。缺血后 24 h、48 h 和 96 h, 于纹状体区, 模型组相对 ADC 值均小于空白组、尼莫地平组及灯盏花素组($P < 0.01$), 而尼莫地平组和灯盏花素组差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 各组纹状体区缺血后各时间点相对 ADC 值比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	24 h	48 h	96 h
空白组	5	0.99±0.09*	1.02±0.06*	0.99±0.08*
模型组	5	0.62±0.08	0.53±0.04	0.69±0.03
尼莫地平组	5	0.90±0.06*	0.79±0.07*	0.88±0.08*
灯盏花素组	5	0.92±0.03*	0.81±0.06*	0.90±0.05*

与模型组比较, * $P < 0.01$ 。下同。

2.2 各组顶颞叶区缺血后 24 h、48 h 和 96 h 相对 ADC 值的变化 见表 2。缺血后 24 h、48 h 和 96 h, 模型组相对 ADC 值均小于空白组、尼莫地平组及灯盏花素组($P < 0.01$), 而尼莫地平组和灯盏花素组差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 各组顶颞叶区缺血后各时间点相对 ADC 值比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	24 h	48 h	96 h
空白组	5	0.98±0.07*	1.01±0.08*	0.99±0.06*
模型组	5	0.75±0.03	0.61±0.02	0.77±0.04
尼莫地平组	5	0.98±0.06*	0.82±0.05*	0.93±0.05*
灯盏花素组	5	0.97±0.05*	0.83±0.04*	0.95±0.03*

2.3 各组脑含水量比较 见表 3。缺血后 24 h、48 h 和 96 h, 模型组脑含水量值均高于空白组、尼莫地平组及灯盏花素组($P < 0.01$), 而尼莫地平组和灯盏花素组差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 各组缺血后各时间点脑含水量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	24 h	48 h	96 h
空白组	5	0.71±0.04*	0.69±0.05*	0.70±0.03*
模型组	5	0.86±0.07	0.84±0.06	0.81±0.04
尼莫地平组	5	0.77±0.05*	0.74±0.03*	0.73±0.05*
灯盏花素组	5	0.75±0.05*	0.72±0.03*	0.72±0.04*

2.4 各组脑 APQ4 表达的测定 见表 4。缺血后 24 h、48 h 和 96 h, 模型组脑 APQ4 蛋白的表达均高于空白组、尼莫地平组及灯盏花素组($P < 0.01$), 而尼莫地平组和灯盏花素组差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

脑梗死后脑组织缺血、缺氧会引起脑水肿。脑水肿程度与脑梗死的损伤尤其是梗死灶大小密切相关, 脑损伤严重者相应脑水肿也会严重^[3]。脑水肿进一步发

表 4 各组缺血后各时点脑 APQ4 蛋白的表达($\bar{x} \pm s$)

组别	n	24 h	48 h	96 h
空白组	5	0.046±0.022*	0.044±0.023*	0.047±0.020*
模型组	5	0.133±0.056	0.130±0.052	0.128±0.054
尼莫地平组	5	0.064±0.033*	0.060±0.036*	0.055±0.032*
灯盏花素组	5	0.060±0.028*	0.056±0.027*	0.050±0.025*

展就会发生神经细胞凋亡、坏死。脑水肿在脑组织损伤后立即发生,在 24~72 h 最为明显,持续时间约为 1 周^[4]。脑水肿程度可以判断脑梗死后脑损伤的严重程度,在脑梗死发生初期如果能及时控制脑水肿,对疾病的转归和愈后具有重要的意义^[5]。

随着 MRI 技术的兴起与发展,脑水肿的程度和发展情况能够被监测。在细胞毒性水肿和神经元细胞皱缩发生过程中,ADC 值是重要的敏感参数;脑缺血急性期,由于脑细胞缺血缺氧,膜去极化,细胞外水分子转移到细胞内,使得 ADC 值发生变化^[6]。在脑缺血急性期,缺血区域的 ADC 值明显下降,ADC 值越低表明脑损伤越严重。动物实验表明,ADC 下降程度与急性脑缺血后的组织损伤程度有一定相关性^[7]。DWI 能反映水分子扩散特性,对水分子运动扩散十分敏感。DWI 的信号直接与 ADC 值有关,两者信号强度相反。ADC 值可通过对 DWI 影像物理参数的测量计算得出^[8]。脑梗死大鼠纹状体和顶颞叶区的 ADC 变化由表 1 和表 2 可以看出,脑梗死大鼠 ADC 的变化为先降低后逐渐升高,这与之前的文献报道^[7]相一致,说明此时脑梗死大鼠正从梗死急性期往亚急性期过度。比较模型组和治疗组大鼠,在脑梗死后 24 h、48 h 及 96 h 时间点,灯盏花素组大鼠能显著升高脑梗死大鼠纹状体和顶颞叶区的 ADC 值,说明灯盏花素具有降低脑梗死大鼠急性期脑水肿的作用。

APQ4 蛋白是分布于胶质细胞膜区和室管膜细胞的一种双向水转运通道,它是胶质细胞-脑脊液-血管水调节和转运的重要物质^[9]。APQ4 与脑水肿关系密切,在脑梗死的发生和发展过程中其都有不同程度的表达。研究表明,APQ4 基因敲除鼠在脑缺血后星型胶质细胞肿胀及脑组织含水量均显著低于野生型小鼠,表明 APQ4 与脑缺血后的脑水肿关系密切^[10]。本研究结果示,在脑梗死后 24 h、48 h 及 96 h 时间点,灯盏花素能显著降低脑梗死大鼠脑含水量及 APQ4 蛋白的表达,说明灯盏花素可能是通过抑制 APQ4 的表达来减轻脑水肿。尼莫地平是公认的治疗脑梗死的有效药物,能显著改善脑水肿情况,从各项观测指标看来,灯盏花素组和尼莫地平组无显著性差异,表明灯盏花素与尼

莫地平作用相似。

另外,脑梗死属中医学“中风”范畴,其病因以内伤积损为主,即脏腑失调,阴阳偏胜。活血化瘀、息风通络是“中风”主要治法之一。灯盏花素是中药灯盏花的主要有效成分,具有活血化瘀、通络止痛的作用。因此,可采用灯盏花素治疗“卒中”,这与本实验结论相符。

综上所述,通过 MRI 的方法,我们可以直观地发现灯盏花素对大鼠永久性中动脉阻塞模型所导致的缺血性脑损伤有明显的保护作用,其机制可能与灯盏花素抑制 APQ4 蛋白的表达有关。

参 考 文 献

- [1] 陈康宁,董为伟.灯盏花素注射液对脑缺血损伤的防治研究[J].中国中西医结合杂志,1998,18(5):684-686.
- [2] Longa EZ, Weinstein PR, Carlson S, et al. Reversible middle cerebral artery occlusion without craniectomy in rats [J]. Stroke, 1989, 20(12):84-91.
- [3] Gerriets T, Walberer M, Ritschel N, et al. Edema formation in the hyperacute phase of ischemic stroke [J]. Neurosur, 2009, 111(5):1036-1042.
- [4] Taheri S, Candelario-Jalil E, Estrada EY, et al. Spatiotemporal correlations between blood-brain barrier permeability and apparent diffusion coefficient in a rat model of ischemic stroke [J]. PLoS ONE, 2009, 4(8):e6597-6605.
- [5] Sotak CH. Nuclear magnetic resonance (NMR) measurement of the apparent diffusion coefficient (ADC) of tissue water and its relationship to cell volume changes in pathological states [J]. Neurochem Int, 2004, 45(3):569-582.
- [6] Kassner A. Recombinant tissue plasminogen activator increases blood-brain barrier disruption in acute ischemic stroke: an MR imaging permeability study [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2009, 30(10):1864-1869.
- [7] Hjort N. MRI detection of early blood-brain barrier disruption parenchymal enhancement predicts focal hemorrhagic transformation after thrombolysis [J]. Stroke, 2008, 39(3):1025-1028.
- [8] Belayev L. Quantitative evaluation of blood-brain barrier permeability following middle cerebral artery occlusion in rats [J]. Brain Res, 1996, 739(1-2):88-96.
- [9] Baoxue Yang, Zsolt Zador, A Sverkmán. Glial cell aquaporin-4 overexpression in transgenic mice accelerates cytotoxic brain swelling [J]. J Biological Chemistry, 2008, 283(22):15280-15286.
- [10] 付雪梅,封志纯. RNA 干扰介导新生大鼠星形胶质细胞水通道蛋白-4 基因沉默 [J]. 中国循证儿科杂志, 2006, 1(2):279-282.

(收稿日期 2015-01-16)

· 研究报告 ·

鼻饲大黄预防危重病患者胃肠功能衰竭研究的 Meta 分析*

朱际平 孙子凯 李 磊 吴 刚 周贤梅
(江苏省中医院, 江苏 南京 210029)

中图分类号: R278 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-0953-05
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.006

【摘要】目的 评价大黄鼻饲对预防危重病患者胃肠功能衰竭的疗效和研究可靠性。**方法** 按照纳入和排除标准检索和筛查文献。所纳入文献中干预措施对主要结局指标如胃肠黏膜出血发病率、肠麻痹发病率、胃肠衰竭持续时间, 和次要结局指标如多器官功能衰竭(MODS)的发病率、MODS 的病死率的结果进行 Meta 分析。**结果** 共纳入文献 8 篇, 全部为中文文献。Meta 分析结果显示: 鼻饲大黄组胃肠黏膜出血的发生的相对风险为 0.42(95%CI 0.33~0.52), 肠麻痹的发生风险为 0.45(95%CI 0.34~0.58), 胃肠功能衰竭持续时间的合并效应量加权均数差(WMD) -3.30(95%CI -3.81~-2.78)。MODS 的发生相对风险为 0.46(95%CI 0.37~0.57)。MODS 的死亡风险 0.59(95%CI 0.29~1.19)。**结论** 鼻饲大黄可预防危重病患者胃肠黏膜疾病, 减少出血风险, 并能降低发生肠麻痹风险。鼻饲大黄预防组患者在发生胃肠功能衰竭后继续给予大黄治疗, 比发生胃肠功能衰竭后给予相同治疗的对照组胃肠功能衰竭持续时间缩短。给予大黄鼻饲可降低 MODS 的风险, 但不能降低 MODS 的死亡风险。

【关键词】 ICU 胃肠功能衰竭 大黄 预防 Meta 分析

Meta-analysis of Studies on the Prevention of Gastrointestinal Failure of Critical Diseases by Rhubarb Feeding ZHU Jiping, SUN Zikai, LI Lei, et al. Jiangsu Hospital of TCM, Jiangsu, Nanjing 210029, China

【Abstract】Objective: To evaluate the effect and the reliability of the prevention of gastrointestinal failure of critically ill patients by rhubarb feeding. **Methods:** The literature was retrieved and screened according to the inclusion and exclusion criteria. Then, as to the preventions mentioned in the inclusive literature, a Meta-analysis was performed on their major outcomes, including the incidence of hemorrhage of gastrointestinal mucosa, the incidence of intestinal paralysis, and the duration of gastrointestinal failure of the critically ill patients, and their minor outcomes, as well as the incidence and the mortality rate of MODS. **Results:** A total of eight documents, which were all Chinese documents, were included. The findings of Meta-analysis showed that, in the group of rhubarb feeding, the relative occurrence risk of hemorrhage of gastrointestinal mucosa was 0.42 (95%CI 0.33~0.52), and the risk of intestinal paralysis was 0.45 (95%CI 0.34~0.58). The weighted mean difference (WMD) of combined effect size of the duration of gastrointestinal failure was -3.30 (95%CI -3.81~-2.78). The relative occurrence risk of MODS was 0.46 (95%CI 0.37~0.57), and the mortality risk of MODS was 0.59 (95%CI 0.29~1.19). **Conclusion:** Gastrointestinal mucosal diseases of critically ill patients can be prevented and their risks of hemorrhage and intestinal paralysis can be reduced by rhubarb feeding before their gastrointestinal failure. The critically ill patients are fed with rhubarb as a preventive measure before the gastrointestinal failure, and they are still treated with rhubarb after the gastrointestinal failure. The duration of gastrointestinal failure of the rhubarb feeding group is shorter than that of the normal control group with the same treatment after the gastrointestinal failure. Rhubarb feeding can reduce the risk of multiple organ dysfunction syndrome (MODS), but fail to reduce the mortality risks of MODS.

【Key words】 ICU; Gastrointestinal failure; Rhubarb; Prevention; Meta-analysis

危重病患者胃肠功能衰竭是关系其预后的重要因素^[1]。近年来涌现了许多临床应用中药大黄鼻饲预防

危重病患者胃肠衰竭的研究。这些研究多是基于小样本的临床研究, 笔者对这些研究进行 Meta 分析, 进一步评价其临床研究的疗效和可靠性, 并对后续研究提出改进措施。现报告如下。

* 基金项目: 江苏省“十二五”中医药重点学科建设项目(JS1302)

1 资料与方法

1.1 纳入标准

1.1.1 研究类型 以预防入住重症监护病房(ICU)的患者,胃肠功能衰竭为主要研究目的的随机对照研究,语种限中文和英文。

1.1.2 研究对象 入住 ICU 的危重症患者。并符合如下诊断标准。1)急性肠黏膜病变伴出血的诊断标准,根据文献[5]制定。危重症患者胃液潜血(+++)以上,并排除溃疡病出血、消化道机械性擦伤、口咽部出血和咯血等。2)肠麻痹的诊断标准,根据文献[2]制定。肠鸣音消失并伴有明显腹胀,不能耐受胃肠营养。排除麻醉、低钾、机械等因素所致的肠麻痹。3)胃肠功能衰竭的诊断标准,根据文献[3]制定。肠梗阻不耐受肠内营养大于 5 d 或出现需要输血治疗的应激性溃疡,以及非结石性胆囊炎。4)多器官功能衰竭(MODS)的诊断标准,根据文献[4]制定。

1.1.3 干预措施 采用中药大黄水煎剂或大黄中药粉给患者鼻饲。其他的治疗措施包括抗感染、机械通气,及支持治疗。实验组和对照组除鼻饲大黄治疗外没有其他差异。

1.1.4 结局指标 主要结局指标:胃肠黏膜出血及肠麻痹发病率;胃肠功能衰竭持续时间。次要结局指标:MODS 的发病率,病死率。

1.2 排除标准

鼻饲大黄预防的同时给予抑酸剂包括质子泵抑制剂、胃黏膜保护剂、酸中和药物、胃肠动力药、生长抑素。实验组在治疗中给予除大黄以外的其他中药包括中药复方汤剂和成药。

1.3 文献检索

以“大黄”为主检索词联合“胃肠功能障碍”“危重病”“ICU”进行中文文献检索。以“Chinese medicine herbal”“Rhubarb”、“critical patients”“critical illness”“ICU”“astrointestinal failure”为英文检索词检索英文文献。检索数据库为 CNKI(1979 年至 2014 年 11 月),万方数据库(1998 年至 2014 年 11 月)。Pub Med(1996 年至 2014 年),Cochrane library-Cochrane Central Register of Controlled Trials(Issue 12 of 12, December 2014)。

1.4 研究筛选

2 位评价员独立阅读文献标题、摘要、全文、筛选文献。按照纳入和排除标准决定是否纳入研究。如有分歧协商决定。

1.5 研究质量评价

参考 Cochrane 系统评价手册 5.3.5 的方法对纳入研究进行偏倚风险评价,2 名评价员独立评价并选择试验,如遇意见不一致可由第三者或双方讨论协调解决,缺乏的资料尽量与作者联系予以补充。

1.6 统计学处理

采用 Cochrane 协作网提供的 RevMan 5.3.5 软件进行数据处理。计数资料用相对危险度(RR),连续变量资料采用加权均数差(WMD)或标准化均数差(SMD)为疗效分析统计量,两者均以 95%CI 表示。各疗效判定指标的分析均遵循意向性分析的原则,若原始研究未提供意向性分析的统计资料,则系统评价仍以符合方案的数据为准。以 stata12(Begg 法)行发表偏倚检验。对胃肠黏膜出血发生相对风险,肠麻痹,多脏器功能衰竭发生相对风险行敏感度分析。检验 RR 与总合并效应量的一致性。

2 结果

2.1 文献检索结果和纳入研究基本特征

最终纳入研究为 8 个随机对照研究^[5-12],全部为中文文献,共 1175 名患者。检索流程见图 1,纳入文献的基本特征见表 1。

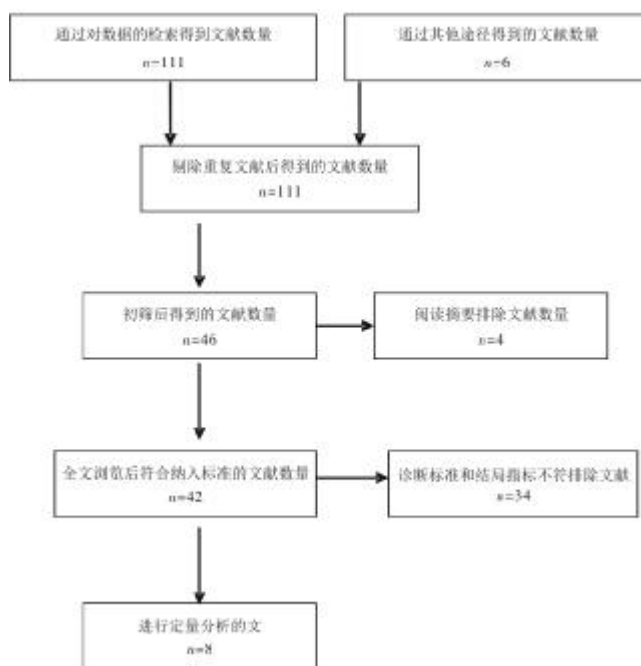


图 1 文献检索流程

2.2 纳入研究的偏倚风险和方法学质量评价

见表 2。纳入研究偏倚风险分析和方法学质量评价为发表偏倚检测:以胃肠黏膜出血、肠麻痹、MODS 发生风险相对危险度 RR 为检测发表偏倚的效应量,Begg 法检测结果, P 值分别是 0.536、0.548 和 0.133。没有发表偏倚。其余的方法学均有发生偏倚的高风险。

2.3 临床疗效

2.3.1 胃肠黏膜出血 RR 见图 2。8 项研究^[5-12]纳入分析,合并后的总效应 RR 为 0.42(95%CI 0.33~0.52)。大黄鼻饲可降低危重病患者发生胃肠黏膜出血的风险。

2.3.2 肠麻痹发生 RR 见图 3。7 项研究^[5-6,8-12]观察

表 1 纳入文献基本特征

研究	原发病	受试者年龄(岁)	APACH II 评分	大黄剂型	给药量	每日给药次数	每日大便次数	观察指标
陈德昌 2000	脓毒症	5~78(39)	12~18	大黄精黄片水溶液 (每克等于大黄生药 4 g)	25 mg/kg	3	3~4 次	a b c d
顾茵 2001	脓毒症[慢性阻塞性肺疾病(COPD)合并呼吸衰竭、左心衰、心肺复苏后、重症肺炎、中毒、中枢神经系统疾病、外伤术后]	26~80(54±14.08)	15~40	大黄粉	5 g	2	3~4 次	a b c
段宝民 2004	危重病呼吸机治疗患者	18~83(52.30±15.75)	13~35	大黄粉	5~10 g	2	3~4 次	b c
袁正强 2005	严重创伤、感染性休克、重症胰腺炎	20~76(58.4)	14~33	生大黄粉	40 mg/kg	3	3~5 次	a b c d
许靖 2007	COPD 合并呼吸衰竭、腹部大手术、有机磷中毒、颅脑损伤、急性心肌梗塞、重症胰腺炎、ARDS、心肺复苏后、多发伤	18~73(52±15)		生大黄粉	60 mg/kg	3	2~4 次	a b c e
李书清 2008	-	39±17.8 预防组 42±19.6 对照组		生大黄粉	5 g	3		a b c
周岩 2011	COPD 急性加重期合并呼吸衰竭、颅脑外伤、重症胰腺炎、心肺复苏术后、药物中毒、多发伤、重症肺炎	23~78(39)	12~18	生大黄粉	60 mg/kg	3	2~4 次	a b c f
王光明 2011	危重病机械通气患者	15~71(52±16)		大黄粉	5~10 g	3	2~4 次	a b e f

a.肠麻痹发生率;b.肠黏膜病变出血发生率;c.MODS 发生率;d.胃黏膜 pH;e.肠功能衰竭持续时间;f.ICU 入住时间。

表 2 纳入文献方法学偏倚风险和质量评价

纳入研究	随机序列生成 (选择偏倚)	分配隐藏 (选择偏倚)	参与者和实验者盲法 (实验偏倚)	评价盲法 (评价偏倚)	不完整研究数据 (研究损耗偏倚)	选择性报告 (报告偏倚)	其他偏倚
陈德昌	高	高	高	高	高	低	不明
顾茵	高	高	高	高	高	低	不明
段宝民	高	高	高	高	高	低	不明
袁正强	高	高	高	高	高	低	不明
许靖	高	高	高	高	高	低	不明
李书清	高	高	高	高	高	低	不明
周岩	高	高	高	高	高	低	不明
王光明	高	高	高	高	高	低	不明

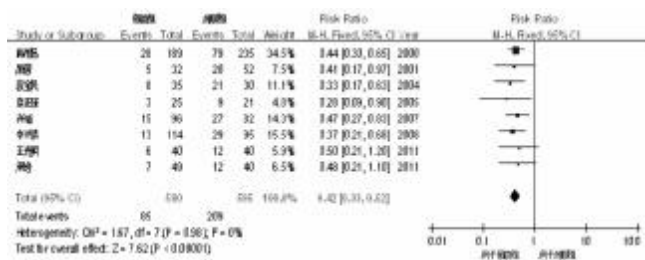


图 2 胃肠黏膜出血相对危险度

了大黄鼻饲预防肠麻痹的发生率,合并后的总效应量 RR 为 0.45(95%CI 0.34~0.58),大黄鼻饲可降低危重病患者发生肠麻痹的风险。

2.3.3 胃肠功能衰竭持续时间 见图 4。2 项研究^[9,12]观察了胃肠功能衰竭的持续时间,合并后的总效应量为-3.30(95%CI -3.81~-2.78),鼻饲大黄可减少危重病患者胃肠功能衰竭持续时间。

2.3.4 MODS 的发病风险和死亡风险 7 项研究^[5-11]观察了 MODS 的发病率,合并总效应量 RR 为 0.46

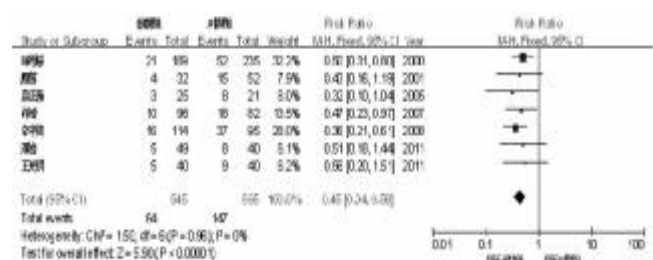


图 3 肠麻痹的相对危险度



图 4 胃肠功能衰竭持续时间

(95%CI 0.37~0.57),鼻饲大黄可降低危重病患者发生 MODS 的发生风险。2 项研究^[9-10]观察了预防组和对照组 MODS 的病死率,合并总效应量死亡 RR 为 0.59(95%CI 0.29~1.19)鼻饲大黄预防不能降低 MODS 的死亡风险。

2.3.5 敏感性分析 见表 3。按 Meta 分析中所属权重从小到大排列,分别剔除最大权重研究,敏感性分析结果显示 3 个结局指标的合并效应量 RR 稳健,与总合并效应量一致性好。

3 讨论

3.1 结果分析

研究显示,鼻饲大黄可预防危重病患者胃肠黏膜疾病,减少出血风险,并能降低发生肠麻痹风险。鼻饲

表 3 3 个结局指标 Meta 分析的敏感度分析

	最大权重	最小权重	RR(95%CI)上限	RR(95%CI)下限
胃肠黏膜出血相对危险度	34.5%	4.8%	0.43(0.25~0.73)	0.39(0.27~0.57)
肠麻痹相对危险度	32.2%	6.0%	0.46(0.25~0.85)	0.41(0.19~0.90)
MODS 相对危险度	28.6%	5.1%	0.46(0.35~0.59)	0.42(0.22~0.78)

大黄预防组患者在发生胃肠功能衰竭后继续给予大黄治疗,比发生胃肠功能衰竭后给予相同治疗的对照组胃肠功能衰竭持续时间缩短。给予大黄鼻饲可降低发生 MODS 的风险,但不能降低 MODS 的死亡风险。

3.2 文献研究质量评价和改进措施

3.2.1 研究对象的选择 纳入研究选取的研究对象是危重病患者,对于危重病并无严格定义,基本是入住 ICU 的患者,均为危重病病患,但 8 项纳入研究的原发病是多样的。不同的原发病发生胃肠功能衰竭的风险存在差异。在研究报告中明确说明危重病原发病的有 4 项研究,其中包括 COPD、呼吸衰竭、重症胰腺炎、重症肺炎以及腹部手术后等。这样不加区分地将所有患者纳入研究,可能造成实验组和对照组的可比性降低。虽然在研究中注意到 APACHE II 评分的均衡,但在随机分组中无法保证两组原发疾病的分布的均衡可比,特别在样本量较小的研究中这种误差可能更大。在笔者的分析中可以发现这一问题,所有的小样本研究肠麻痹的发生风险 RR 均无统计学意义,只有 3 项较大样本的研究 RR 出现统计学意义,就在这 3 项研究中样本量最小的许靖等^[9]的研究的 RR 的上限为 0.97,也非常接近无效值,但在敏感性分析中剔除较大样本研究,合并效应量表现稳健。笔者认为小样本研究由于原发病分布的不均衡导致偏倚,合并分析弥补了这种不均衡,而大样本研究,由于样本量增大,随机分组时内部均衡性会比小样本研究好,产生错误结果的可能小。所以在今后的 RCT 研究中一方面要注意原发疾病的选择,以单一的原发疾病诱发的危重病为研究对象更为合理;其次要注意样本量,小于 200 例的研究均难以保证研究结果的准确。

3.2.2 研究的实施 所有纳入分析研究的研究报告的质量较差。主要的问题表现在以下方面。1)研究的随机分组的方法的描述不详细,大部分研究只简单提到随机分组,具体采用何种随机方法没有描述。建议今后的研究可采用计算机生成随机数分组的方法进行随机化。如条件限制,可采用随机数表法进行随机分组。2)所有的纳入分析的研究均没有说明是否存在退出大黄预防组研究的病例,是否行 ITT 人群分析,因此导致选择性偏倚增大。3)对照组的设置不统一,在纳入分析的 8 项研究中有 3 项研究给对照组鼻饲 0.9%氯化钠注射液,其余 5 项没有给予相应的治疗方法。合理的对照措施的设置关系到组间的可比性,也影响盲法的实

施。过于简单的比对措施会导致评价偏倚的增大。另外大黄属于导泻剂,给予大黄鼻饲出现腹泻,8 项研究都在研究中调整患者大便次数在每日 3~5 次,轻度腹泻是否是鼻饲大黄发挥预防作用的主要原因?经给予对照组 0.9%氯化钠注射液鼻饲或空白对照不足以回答上述问题。4)鼻饲大黄的给药剂量存在差异。4 项研究按照体质量给药,2 项研究按照安全剂量范围给药,2 项研究给予固定剂量。由于没有量效关系作参考,因此这样的剂量的设置是合理的。这样可以保证临床试验不违反伦理原则,也保证了患者的安全性。Meta 分析没有发现较高剂量大黄鼻饲给药预防,在主要结局指标上更易出现有统计学意义的结果。因此建议在今后的研究中,在药典规定的安全剂量范围内,按照体质量给药是比较合理的方法,这样可以减少组内差异,提高实验结果的可靠性。5)8 项研究均没有描述预防给药观察的时长。胃肠功能衰竭的发生与原发疾病的病情进展和治疗相关的。应该观察预防治疗不同时间长度后的胃肠功能衰竭的发生率的情况,有助于评价大黄的预防作用是短期还是长期作用。

3.2.3 安全性评价 8 项研究均没有进行安全性评价。大黄是具有导泻作用的中药。在中医理论指导下的用药原则,限于实证和体质较为健壮的患者。8 项研究病患年龄跨度大(最小年龄 5 岁,最大 83 岁),原发疾病多样,可以肯定不是所有患者均符合中医理论中描述的适用人群。给予大黄鼻饲后是否出现严重的不良反应,是否出现严重腹泻的情况,是否出现其他毒性反应,需要严格地观察。

参 考 文 献

- [1] Reintam Blaser A, Malbrain ML, Starkopf J, et al. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management. Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems[J]. Intensive Care Med, 2012, 38(3): 384-394.
- [2] Deitch EA Multiple organ failure. Pathophysiology and potential future therapy[J]. Ann Surg, 1992, 216(2): 117-134.
- [3] Borde R, John R. Multiple systems organ failure[J]. Ann Surg, 1992, 216(2): 111-116.
- [4] American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis[J]. Crit Care Med, 1992, 20(6): 864-874.
- [5] 陈德昌, 景炳文, 杨兴易, 等. 大黄对危重症患者胃肠道的保护作用[J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12(2): 87-90.
- [6] 顾茵, 宋志芳, 潘祝平, 等. 大黄对危重症患者胃肠道保护及肾功能不全的治疗作用[J]. 医师进修杂志, 2001.
- [7] 段宝民, 李夏昀, 逯锦涛, 等. 大黄对危重病机械通气患者胃肠道并发症救治作用的研究[J]. 临床荟萃, 2004, 19(16): 948-949.
- [8] 袁正强, 陈微微, 张历, 等. 大黄对危重症患者胃肠功能衰

竭的防治作用[J]. 浙江中西医结合杂志, 2005, 15(1): 8-9.

- [9] 许婧, 余红. 大黄对危重病患者胃肠功能衰竭治疗的临床观察[J]. 吉林中医药, 2007, 27(4): 29-31.
- [10] 李书清, 沈宇清. 大黄防治危重症急性肠功能衰竭的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(13): 1972-1973.
- [11] 周岩, 赵永辰, 白杰. 大黄对危重症患者胃肠功能衰竭的

预防作用和腹内压的影响[J]. 河北医药, 2011, 33(16): 2441-2442.

- [12] 王光明, 李胜锋, 聂芳, 等. 大黄防治危重病机械通气患者胃肠功能衰竭的临床观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2011, 14(8): 1137-1138.

(收稿日期 2015-02-15)

(上接第 947 页)

炎递质, 能减少 TNF- α 的促炎作用^[6]。笔者通过对炎性递质网络通路中的关键因子 TNF- α 、IL-1 及 IL-10 在脓毒症时的变化进行了观察, 发现 CLP 同期 TNF- α 和 IL-1 水平较对照组同期明显升高, IL-10 水平有明显降低; 给予 Tan II A 处理的后, 各亚组同期 TNF- α 和 IL-1 水平有明显降低, 而 IL-10 水平有明显上升; 证实了 Tan II A 的抗炎作用。

CD4⁺T 细胞是参与机体免疫反应的重要细胞之一, 其亚群 Th1、Th2 细胞与 Th17 细胞分泌的各种细胞因子在机体促炎、抗炎中发挥着重要作用^[7-8]。其中 Th1 细胞参与细胞免疫, 介导细胞和局部炎症的免疫应答, 而 Th2 细胞可刺激 B 细胞分泌抗体参与体液免疫, Th1/Th2 的失衡可导致免疫抑制^[9]; 研究发现 MODS 过程中可出现 Th1/Th2 比值下降, 表现为 Th1 细胞减少, 而 Th2 细胞增加^[10]; 本研究发现脓毒症可导致 Th1/Th2 比值下降, 提示机体免疫功能紊乱, 而给予 Tan II A 处理后其血清 Th1/Th2 比值高于脓毒症组同期各亚组, 说明 Tan II A 对脓毒症时 Th1/Th2 的失衡有改善作用, 提示其能改善脓毒症时的机体免疫功能紊乱; Th17 细胞可通过分泌 IL-17 诱导多种促炎性细胞因子和趋化因子, 参与机体炎性反应^[11-12], 发挥重要免疫调节作用, 是一种重要的促炎性细胞; 本研究中 CLP 组大鼠血清 IL-17 水平和 Th17 比例明显高于同期 Sham 组, 而给予 Tan II A 处理的各亚组中, 其血清 IL-17 水平和 Th17 比例较 CLP 同期各亚组有显著下降, 提示丹参酮 II A 可通过降低脓毒症 Th17 细胞数量, 减少血清 IL-17 含量来缓解其介导的促炎反应。

综上所述, 随着人们对脓毒症病理生理改变和致病机制不断地认识, 免疫功能的调理在脓毒症治疗中的重要性已经得到重视, 本研究证实丹参酮 II A 能通过调节 Th1、Th2 以及 Th17 细胞和 IL-17 抑制脓毒症大鼠炎症的发展。

参 考 文 献

- [1] Li J, Carr B, Goyal M, et al. Sepsis: the inflammatory foundation of pathophysiology and therapy[J]. Hosp Pract(Minneap), 2011, 39(3): 99-112.
- [2] Carney DE, Matsushima K, Frankel HL. Treatment of sepsis in the surgical intensive care unit[J]. Isr Med Assoc J, 2011, 13(11): 694-699.
- [3] 徐赤裔, 金雨虹, 张可静, 等. 丹参抗急性肺损伤及其机制的研究[J]. 浙江医学, 2012, 34(10): 780-782.
- [4] Vincent JL, H K. Epidemiology of severe sepsis in the intensive care unit[J]. Br J Hosp Med (Lond), 2008, 69(8): 442-443.
- [5] Lewis DH, Chan DL, Pinheiro D, et al. The immunopathology of sepsis: pathogen recognition, systemic inflammation, the compensatory anti-inflammatory response, and regulatory T cells[J]. J Vet Intern Med, 2012, 26(3): 457-482.
- [6] Bhargava R, Altmann CJ, Andres-Hernando A, et al. Acute lung injury and acute kidney injury are established by four hours in experimental sepsis and are improved with pre, but not post, sepsis administration of TNF- α antibodies[J]. PLoS One, 2013, 8(11): e79037.
- [7] 张丽娜, 吴铁军, 张保军, 等. 严重多发伤患者 Th17 细胞的变化特点及其与继发脓毒症的关系[J]. 中国急救医学, 2012, 32(6): 502-505.
- [8] 程纪群, 唐朝晖, 白祥军. 严重多发创伤患者伤后调节性 T 细胞的变化及其与损伤严重和脓毒症的关系[J]. 中华创伤杂志, 2009, 25(7): 452-455.
- [9] Peng Y, Chen Z, Yu W. Effects of thymic polypeptides on the thymopoiesis of mouse embryonic stem cells[J]. Cell Biol Int, 2008, 32(10): 1265-1271.
- [10] Janssens JP, Roux-Lombard P, Pemeger T, et al. Contribution of a IFN- γ assay in contact tracing for tuberculosis in a Low-incidence, high immigration area[J]. Swiss Med Wkly, 2008, 138(39-40): 585-593.
- [11] Littman DR, Rudensky AY. Th17 and regulatory T cells in mediating and restraining inflammation[J]. Cell, 2010, 140(6): 845-858.
- [12] Hirota K, Duarte JH, Veldhoen M, et al. Fate mapping of IL-17 producing T cells in inflammatory responses[J]. Nat Immunol, 2011, 12(3): 255-263.

(收稿日期 2015-02-26)

活血滋肾汤对大鼠骨质疏松症模型血生化指标的影响*

孙 权¹ 黄万凌¹ 秦华清² 汪 洋¹ 刘凌锋¹ 马维平¹ 刘 德¹

(1. 湖北中医药高等专科学校, 湖北 荆州 434020; 2. 湖北省监利县人民医院, 湖北 监利 433300)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-0958-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.007

【摘要】目的 观察活血滋肾汤对大鼠骨质疏松症模型血生化指标的影响, 研究活血滋肾汤防治骨质疏松症的机制。**方法** 采用 8 月龄健康雌性 SD 大鼠 48 只, 按随机原则分为实验组、阳性组、模型组、正常组, 每组各 12 只。正常组行假手术, 其余 3 组行卵巢切除术, 术后 13 周给药, 持续 12 周后取血观测血清钙(Ca)、磷(P)、碱性磷酸酶(AKP)及骨钙素(BGP)、降钙素(CT)。**结果** Ca、P 水平在各组间相近($P>0.05$); AKP 测定实验组与阳性组、正常组相近($P>0.05$), 显著低于模型组($P<0.05$); 模型组 BGP 测定显著高于实验组、正常组和阳性组($P<0.05$); 实验组 CT 测定显著高于模型组($P<0.05$)。**结论** 活血滋肾汤不影响血清 Ca、P 水平, 能抑制去势大鼠骨吸收作用, 抑制高骨转换, 调节成骨细胞活性, 促进骨的生成, 维持正常骨转换率, 从而防治绝经后骨质疏松。

【关键词】 骨质疏松 活血滋肾汤 药物疗法 卵巢切除 大鼠

The Effects of Huoxue Zishen Decoction on the Blood Biochemical Index of Osteoporosis Rats Model
SUN Quan, HUANG Wanling, QIN Huaqing, et al. Hubei college of Chinese medicine, Hubei, Jingzhou 434020, China

【Abstract】Objective: To observe the effect of Huoxue Zishen Decoction on the blood biochemical index of osteoporosis rats model, and the study on the mechanism of Huoxue Zishen Decoction in prevention and treatment of osteoporosis. **Methods:** 48 8-month-old female SD rats, randomly divided into the experimental group, positive group, model group, and normal group, 12 in each group. The normal group underwent sham operation, while other three groups were ovariectomized. Medicines were given 13 weeks later, lasting for 12 weeks. After that, blood was taken to observe the blood serum calcium (Ca), phosphorus (P), alkaline phosphatase (AKP) and osteocalcin (BGP), calcitonin (CT). **Results:** Ca and P did not differ among groups ($P>0.05$); value of AKP measured in the experimental group and the positive group, the normal group had no difference ($P>0.05$), significantly lower than that in the model group ($P<0.05$); BGP of the model group was significantly higher than that of the experimental group, the normal group and the positive group ($P<0.05$); CT of the experiment group was significantly higher than that of the model group ($P<0.05$). **Conclusion:** Huoxue Zishen Decoction has no effect on serum calcium, and phosphorus level, but can inhibit bone resorption in ovariectomized rats, inhibit high bone turnover, adjust the activity of bone cells, promote bone formation, maintain normal bone turnover rate, and thus benefit the prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis.

【Key words】 Osteoporosis; Huoxue zishen decoction; Drug therapy; Ovary resection; Rats

中药复方制剂活血滋肾汤具有活血益气、健脾滋肾等功能, 临床观察证实, 其治疗原发性骨质疏松症, 在症状临床控制、总有效率方面均有良好表现, 治疗安全, 效果明显^[1]。本研究旨在通过观察活血滋肾汤对大鼠骨质疏松症模型血生化的影响, 进一步了解其防治骨质疏松症的机制。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 实验动物 健康成年 SD 大鼠 48 只, 8 月龄, 雌性, 体质量(320±20) g, 清洁级, 由湖北中医药高等专科学校实验动物中心提供。

1.2 药物 活血滋肾汤为笔者经验方, 该方由桃仁 8 g, 红花 6 g, 熟地黄 20 g, 当归 12 g, 川芎 6 g, 白芍 12 g, 党参 12 g, 黄芪 15 g, 杜仲 10 g, 枸杞子 10 g 等组成, 原

* 基金项目: 湖北省教育厅科学技术研究项目(B2013134)

药饮片购自湖北同济堂药房有限公司, 水煮制成质量浓度为含生药 1 g/mL 的水提液。由湖北中医药大学高等专科学校中药实验室提供。尼尔雌醇片(廊坊高博京邦制药有限公司生产, 规格 1 mg/片, 国药准字 H11020123), 使用前研细, 用 0.9% 氯化钠注射液配制质量浓度为 0.1 mg/mL 的混悬液。

1.3 仪器与材料 全自动生化分析仪, 日立 7600-020 型(日本日立公司产); γ 放射免疫计数器, SN-695 型(上海核所日环光电公司产); 灌胃器(用市售 16 号针头及 5 mL 针筒自制)^[2]。

1.4 分组与造模 实验前将大鼠置于光线柔和、洁净、安静、室温 20~25 °C, 相对湿度 40%~70% 的环境中适应性喂养 3 d, 然后采用数字随机法将大鼠随机分为实验组、阳性组、模型组、正常组, 每组 12 只。均以 3% 戊巴比妥钠 35 mg/kg 腹腔注射麻醉, 麻醉后下腹部剪毛、皮肤消毒, 在脐与耻骨前缘中点沿正中线切开皮肤约 2 cm; 切开腹白线及腹膜, 打开腹腔; 在切口下方找到子宫体及一侧子宫角, 沿子宫角向前导出卵巢。再分组处理, 实验组、阳性组、模型组均结扎卵巢系膜血管后摘除双侧卵巢, 将子宫复位后关腹, 正常组仅摘除腹腔内左右各 1 块脂肪, 将子宫复位后关腹; 造模手术中严格遵循无菌操作原则, 术后给予庆大霉素 1.5 mg, 肌肉注射, 每日 1 次, 连续 3 d, 预防感染。动物摘除卵巢后 1 周, 逐只行阴道上皮角化检查, 每日 1 次, 连续 5 d, 明确造模成功。动物分笼喂养, 自由饮食。

1.5 给药方法 造模术后大鼠喂养 12 周, 第 13 周开始给药, 持续 12 周。模型组和正常组给予 0.9% 氯化钠注射液 10 mL/(kg·d) 灌胃; 实验组予活血滋肾汤水提液 10 mL/(kg·d) 灌胃; 阳性组予尼尔雌醇混悬液 10 mL/(kg·d) 灌胃。

1.6 标本采集与检测 实验观察期间有 5 只大鼠死亡, 最后取材标本为 43 只大鼠。各组动物均于给药 12 周后摘眼球取血, 标本置于 -20 °C 冰箱保存集中检测。采用全自动生化分析仪测定血中钙(Ca)、磷(P)、碱性磷酸酶(AKP)含量, 采用放射免疫分析法测定骨钙素(BGP)、降钙素(CT)水平。

1.7 统计学处理 应用 SPSS11.5 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 实验数据采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组血清 Ca、P、AKP 检测值比较 见表 1。实验组、阳性组、正常组 AKP 测值显著低于模型组 ($P < 0.05$), 实验组、阳性组和正常组 AKP 测值差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 血清 Ca、P 在各组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.2 各组 BGP、CT 水平检测值比较 见表 2。模型组

表 1 各组血清钙、磷、碱性磷酸酶检测比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	Ca (mmol/L)	P (mmol/L)	AKP (IU/L)
实验组	10	2.53±0.23	1.42±0.26	153.84±41.22 [△]
阳性组	10	2.47±0.25	1.39±0.32	161.93±35.37 [△]
模型组	12	2.51±0.21	1.44±0.27	273.25±82.16
正常组	11	2.60±0.28	1.49±0.30	147.35±39.41 [△]

与模型组比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

BGP 测值显著高于实验组、正常组和阳性组 ($P < 0.05$), 实验组、正常组、阳性组间 BGP 测值差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 实验组 CT 测值显著高于模型组 ($P < 0.05$), 实验组 CT 测值与阳性组、正常组差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 2 各组骨钙素、降钙素检测比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	BGP (μ g/L)	CT (ng/L)
实验组	10	0.31±0.27 [△]	163.81±34.26 [△]
阳性组	10	0.29±0.19 [△]	167.93±42.35
模型组	12	0.73±0.22	124.37±32.41
正常组	11	0.38±0.26 [△]	175.14±37.58

3 讨论

骨质疏松是一种系统性骨骼疾病, 表现为骨量减少、骨微细结构破坏、骨脆性增高、骨折危险性增加^[3], 常见于绝经后妇女和老年人^[4-5]。中医学无骨质疏松这一病名, 根据其临床表现, 大致与中医文献所记载的“骨痹”“骨痿”“虚劳”“腰脊不举”等类似。中医理论认为“肾藏精, 精生髓, 髓养骨”, “精足则髓足”, 若肾精亏损, 则髓无以养, 从而导致骨质疏松。活血滋肾汤根据中医学对原发性骨质疏松症病机及治疗的认识, 辨证治疗本病, 以活血益气、健脾滋肾为主, 同时根据证型特点, 突出健脾益气或滋阴壮骨。

现代医学认为原发性骨质疏松症主要与雌激素缺乏和老年化有关, 有研究表明, 由于雌激素水平下降或缺乏, 使其对破骨作用抑制解除, 骨吸收显著增加, 随之骨形成也增加, 形成的新骨量少于被吸收的骨量, 从而导致总骨量丢失, 高转换率骨质疏松形成^[6-7]。对成年雌性大鼠切除卵巢后, 伴随骨转换增强, 其松质骨骨量减少, 骨强度下降, 能较好模仿人类正常绝经后发生高转换型骨质疏松时的骨丢失状态^[8], 适于骨质疏松的研究与药物评价, 故而, 本研究亦采用此中医界公认的较为理想的去势造模法。

血清中部分 AKP 由成骨细胞产生, 作为骨形成所必需的酶, AKP 是成骨细胞活性的一个敏感反应, 是成骨细胞分化的早期标志物^[9]; Ca、P 作为骨钙化的重要物质, 贯穿于骨代谢过程的始终。一般认为, 绝经后女性或去势后动物血清 Ca、P 因雌激素水平低下影响

(下转第 992 页)

参附注射液对小鼠抗缺氧抗疲劳作用的实验研究*

陈立艺 李玉新 黄倍源 吴俊霖 曾星华 卢慧玲[△] 陈 健
(桂林医学院, 广西 桂林 541000)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-0960-03
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.008

【摘要】目的 研究参附注射液抗缺氧抗疲劳的作用机制。**方法** 选用单一雄性健康昆明种小鼠 60 只, 体重(22±2) g, 随机分成 6 组, 每组 10 只, 分别注射等量的高剂量参附注射液 0.2 mg/kg、低剂量参附注射液(原液稀释一半) 0.2 mg/kg 以及 0.9% 氯化钠注射液 0.2 mg/kg。1 周后, 测量缺氧状态下以及疲劳状态下小鼠生存的时间, 同时取肝组织测定组织中的 MDA(丙二醛)、SOD(超氧化物歧化酶) 含量。**结果** 耐缺氧和负重游泳状态下, 参附注射液高剂量组比生理盐水组存活时间长($P < 0.05$); 负重游泳状态下, SOD 含量高剂量组比生理盐水组显著增高($P < 0.01$)。**结论** 参附注射液具有抗缺氧抗疲劳的作用。

【关键词】 参附注射液 抗缺氧 抗疲劳

Experimental Study on Anti-hypoxic and Anti-fatigue Effect of Shenfu Injection on Mice CHEN liyi, LI Yuxin, HUANG Beiyuan, et al. Guilin Medical University, Guangxi, Guilin 541004, China

【Abstract】Objective: To study the anti-hypoxic and anti-fatigue effect of Shenfu injection. **Methods:** 60 single healthy male Kunming mice, weighing (22±2) g, were chosen, randomly divided into 6 groups, 10 in each group, respectively injected with the same amount of the reagent. The high concentration of the group was attached to the injection of 0.2 mg/kg, while the low concentration (the half of concentrate) was 0.2 mg/kg and normal saline 0.2 mg/kg. A week later, the survival time of mice was measured under the state of hypoxia and fatigue. At the same time, the content of MDA(malondialdehyde) and SOD(superoxide dismutase) in liver tissues were measured, too. **Results:** The survival time of mice injected with high concentration of shenfu injection was longer than that of mice injected with physiological saline under the condition of anti-hypoxia and loaded-swimming ($P < 0.05$). Content of SOD in high concentration of shenfu injection was significantly more than that of physiological saline group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Shenfu injection has an anti-hypoxic and anti-fatigue effect.

【Key words】 Shenfu injection; Anti-hypoxic; Anti-fatigue

参附注射液含人参皂苷、乌头生物碱等生物活性成分, 应用于冠心病及心力衰竭治疗以及心血管疾病。人参在参附注射液中起重要的作用^[1], 常用于肢冷脉微、体虚欲脱、崩漏下血和气不摄血, 以及心力衰竭和心源性休克等, 为扶正补虚第一要药。附子属于温里药, 用于胃寒、肢冷、脉微欲绝之虚脱, 有“回阳救逆第一品药”之称, 配伍红参有较强的回阳救逆、益气固脱之功效, 主要用于阳气暴脱的厥脱证^[2]。现代药理学研究表明参附注射液药效强, 能显著对抗丙二醛(MDA)活性的增高以及超氧化物歧化酶(SOD)的降低^[3]。在近年小鼠抗缺氧抗疲劳试验研究中, 发现红景天纳米粉比普通粉在使用量和作用强度上具有明显优势^[4],

西藏人参果能显著提高小鼠抗疲劳抗缺氧能力^[5]。本研究深入探讨参附注射液与小鼠抗缺氧抗疲劳之间的关系。

1 材料与方法

1.1 实验动物 清洁级单一雄性昆明种小鼠 60 只(来自桂林医学院动物中心), 体重(22±2) g, 每天 12 h 日光、12 h 黑暗, 控制室温在 23~26 ℃, 相对湿度 49%~51%, 自由饮水, 基础饲料喂养。

1.2 药物与试剂 参附注射液(规格 10 mL/支, 批号 Z20043117, 雅安三九药业有限公司), 超氧化物歧化酶(SOD)试剂盒(艾美捷科技有限公司)和丙二醛(MDA)试剂盒(上海酶联生物科技有限公司)。

1.3 分组与给药 选用单一雄性昆明种小鼠 60 只, 游泳负重实验和常压耐缺氧实验各设生理盐水组、

* 基金项目: 广西教育科学“十二五”规划课题(2013C047)

[△] 通信作者(电子邮箱: 626382529@qq.com)

参附低剂量组、参附高剂量组,共 6 组,每组 10 只。参附低剂量组腹腔注射稀释 1 倍的参附注射液原液 0.2 mg/kg、参附高剂量组腹腔注射参附注射液原液 0.2 mg/kg,生理盐水组每天腹腔注射 0.9%氯化钠注射液 0.2 mg/kg,每日 1 次,连续 7 d,基础饲料自由摄食,2 d 换水 1 次。

1.4 游泳负重试验 每组小鼠于末次腹腔注射前禁食 12 h,在末次给药 1 h 后将小鼠放入游泳箱内做力竭游泳试验。小鼠尾部负重为体质量 5%的铁丝,放入自制玻璃游泳缸游泳,水深约为 35 cm,水温 25℃,计取游泳开始到小鼠游泳疲劳而沉入水中 8 s 不能浮起为止的时间为游泳时间。处死后并立即取出肝脏,制作肝脏匀浆,离心机分离取上清备用。

1.5 常压耐缺氧试验 每组小鼠于末次腹腔注射前禁食 12 h,在末次给药 1 h 后将小鼠放进 250 mL 的密封性好的磨口玻璃瓶内,将用纱布包好的 15 g 钠石灰装入瓶内,将小鼠放入瓶内后立即用凡士林密封盖紧,当小鼠开始出现全身性痉挛症状时,立即开启瓶盖,将动物取出。记录从密封至小鼠发生全身性痉挛的时间为耐缺氧时间。处死后并立即取出肝脏,制作肝脏匀浆,离心机分离取上清备用。

1.6 标本检测 1)MDA 检测方法。依照 MDA 试剂盒,取小鼠肝脏匀浆上清液 2 mL(对照组取 2 mL 蒸馏水),再加 2 mL 0.6% TBA(2-硫代巴比妥酸)混匀,在试管上加棉塞,置沸水中加热 15 min,迅速拿出水浴锅冷却,以 4000 r/min 离心 15 min,于波长 450 nm 下测定 OD 值,并计算 MDA 值。2)SOD 检测方法。依照 SOD 试剂盒,取 1.5 mL 缓冲液,在 25℃水浴中保温 15 min,加入 3 mL 小鼠肝脏匀浆上清液,加入 10 μ L 连苯三酚液,迅速摇匀(对照组取 2 mL 蒸馏水),计算加酶后连苯三酚自氧化速率,并计算 SOD 值。

1.7 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。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组小鼠抗缺氧作用时间、SOD、MDA 水平比较 见表 1。结果示耐缺氧状态下,参附注射液高剂量组比生理盐水组存活时间长($P<0.05$)。SOD 和 MDA 测定未见统计学差异。

表 1 各组小鼠常压耐缺氧实验结果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	耐缺氧时间(s)	SOD 含量(U/mg)	MDA 含量(nmol/mL)
生理盐水组	10	986.75 $\pm$ 113.55	257.50 $\pm$ 12.24	6.29 $\pm$ 2.43
参附低剂量组	10	1095.25 $\pm$ 94.32	262.20 $\pm$ 5.47	5.63 $\pm$ 1.13
参附高剂量组	10	1176.62 $\pm$ 143.56 [△]	266.63 $\pm$ 7.07	4.96 $\pm$ 0.72

与生理盐水组比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$ 。下同。

2.2 各组小鼠抗疲劳作用的时间、SOD、MDA 水平比

较 见表 2。负重游泳状态下,参附注射液高剂量组比生理盐水组存活时间长($P<0.05$),低剂量组比生理盐水组存活时间长($P<0.05$),测定 SOD 含量低浓度组比生理盐水组高($P<0.05$),高剂量组比生理盐水组显著增高($P<0.01$)。MDA 测定未见统计学差异。

表 2 各组小鼠游泳负重结果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	抗疲劳时间(s)	SOD 含量(U/mg)	MDA 含量(nmol/mL)
生理盐水组	10	433.13 $\pm$ 168.15	214.50 $\pm$ 12.06	5.78 $\pm$ 1.61
参附低剂量组	10	518.38 $\pm$ 255.40 [△]	255.42 $\pm$ 38.29 [△]	5.44 $\pm$ 0.77
参附高剂量组	10	645.00 $\pm$ 181.91 [△]	247.08 $\pm$ 25.73 ^{△△}	5.12 $\pm$ 0.60

3 讨论

抗缺氧、抗疲劳的存活时间是机体生理活力的综合反映,可以表征机体组织、脏器的健康状况和疲劳程度。由表 1 及表 2 时间部分可以看出,参附注射液可有效提高小鼠的抗缺氧抗疲劳能力。参附注射液能改善小鼠体内血流动力学,稳定血压,增加心肌收缩力,扩张冠脉^[6-7],有效保护大脑、心脏、肝、肺等重要器官,具有较好的抗缺氧、抗疲劳的作用。之前的临床实验表明参附注射液能够调节血压,维持血压正常水平^[8-9],参附注射液促进机体产生冠脉舒血管活性物质,增加冠脉血流量,减少冠脉阻力。参附注射液组成中乌头碱在保护心肌细胞、心率、心律、血压等方面有积极的作用^[10],其代谢中间产物去乌头碱能增强心肌收缩力、改善心肌循环及缓解急性心肌缺血损伤,其显著功能在于变力性和变时性,同时降低主动脉压^[11-12]。参附注射液抗缺氧疲劳的能力可能与上述因素有关,也可能与应急状态下机体产生 SOD,增加抗氧化作用减轻自由基损伤的机制有关。

小鼠注射参附注射液后,测量肝组织中 SOD 含量,表明参附注射液能提高机体 SOD 含量,清除体内氧自由基,尤其是重要器官,如大脑、心脏、肝等的自由基,有效保护脏器。小鼠在抗缺氧和抗疲劳环境下,剧烈运动,乳酸堆积,肌肉 pH 值下降,氧自由基增多,损害机体组织,从而产生疲劳。参附注射液介导的 SOD 水平提高有助于减少缺血再灌注后产生的氧自由基,减轻肾脏缺血再灌注引起的氧化应激,减轻器官的损伤。参附注射液可以显著提高 SOD 的活性,使得体内氧自由基减少,减少了氧自由基引发的脂质过氧化损伤^[13]。

MDA 是脂质过氧化反应的稳定代谢物,测定 MDA 含量可反映肾组织中自由基的含量及其引发的脂质过氧化反应程度,间接反映细胞受自由基氧化损伤的程度。有资料表明 SFI 可减轻缺血再灌注对肾脏组织的脂质过氧化损伤^[14],降低 MDA 水平^[15]。黄琼

(下转第 978 页)

化痰息风方对癫痫患者认知功能与生活质量的影响*

周 洋 陆征宇 李 辛 陆玲丹 赵 虹[△]

(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:R742.1 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-0962-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.009

【摘要】目的 观察化痰息风方对癫痫患者认知功能和生活质量的影响。**方法** 将符合纳入标准的 60 例癫痫患者按照 1:1 随机分为治疗组和对照组,分别在治疗前和治疗 6 个月后进行生活质量调查及认知功能评定。认知功能评定工具包括简易智能量表(MMSE)及逻辑记忆测验(LMT),生活质量调查采用癫痫患者生活质量调查表-31(QOLIE-31)。**结果** 1)经 6 个月的治疗后,治疗组患者的 MMSE 评分显著提高($P<0.01$),而对照组则无明显改善($P>0.05$);治疗组 MMSE 评分提高率较对照组为高($P<0.05$);在逻辑记忆测验中,治疗组患者的 LM1 及 LM2 评分均显著提高($P<0.01$),对照组患者 LM1 及 LM2 评分均有下降趋势,其中 LM2 评分显著降低($P<0.01$)。2)经 6 个月的治疗后,两组患者在精力、社会功能、发作担忧及生活质量总分诸方面的得分均明显提高($P<0.01$),治疗组患者在情绪、认知、药物影响方面评分明显提高($P<0.01$),而对照组在认知功能方面反而出现减退的趋势($P<0.05$);治疗组患者在情绪、认知、药物影响及生活质量总分方面的改善较对照组明显($P<0.05$)。**结论** 化痰息风方可改善癫痫患者的认知功能并全面提高其生活质量。

【关键词】 癫痫 化痰息风 认知功能障碍 生活质量 化痰息风方

The Effects of Eliminating Phlegm and Calming Wind Decoction on the Cognitive Function and Life Quality of Patients with Epilepsy ZHOU Yang, LU Zhengyu, Li Xin, et al. Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China

【Abstract】Objective: To observe the effects of Eliminating Phlegm and Calming Wind Decoction on the cognitive function and life quality of patients with epilepsy. **Methods:** 60 patients with epilepsy, in accordance with the inclusive criteria, were randomly assigned into the treatment group and the control group equally. Patients in both groups were graded in the cognitive function and life quality before treatment and after 6-month treatment, respectively, and their scores would be compared by MMSE, LMT and QOLIE-31. **Results:** 1) After 6-month treatment, patients in the treatment group showed significant improvement in the scores of MMSE ($P<0.01$), while there was no obvious improvement on the scores of MMSE in the control group ($P>0.05$). The increase rate of MMSE scores in the treatment group was significantly different from that of the control group ($P<0.05$). In the logical memory test, patients in the treatment group showed significant improvement in the scores of LM1 and LM2 ($P<0.01$). Meanwhile, the significant decline in the scores of LM2 appeared among patients in the control group ($P<0.01$). 2) After 6 months of treatment, patients in both groups showed significant improvement in the scores of energy, social function, seizure worry and overall quality of life ($P<0.01$). The significant improvement in the scores of emotion, cognitive function and medication effects appeared among patients in the treatment group ($P<0.01$). However, patients in the control group showed significant decline in the scores of cognitive function ($P<0.05$). The improvement in the scores of emotion, cognitive function, medication effects and overall quality of life among patients in the treatment group was more obvious than that of the patients in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Eliminating Phlegm and Calming Wind decoction can improve the cognitive function and life quality

* 基金项目:上海岳阳中西医结合医院重点专病项目(21.03.27.08);上海市杏林新星计划(ZYSNXD011-RC-XLXX-20130011);上海市人才发展资金(201456);上海中医药大学后备业务专家及优秀青年护理人员培养计划

[△]通信作者(电子邮箱:drzhaohong@126.com)

of patients with epilepsy.

[Key words] Epilepsy; Eliminating phlegm and calming wind; Cognitive dysfunction; Life quality

国际抗癫痫联盟(ILAE)和国际癫痫局(IBE)在2005 年对癫痫做出了更符合时代发展的定义^[1],强调了癫痫所引起的神经生理、认知及社会心理后果。越来越多的研究也证实癫痫患者中普遍存在认知功能障碍^[2-5]。因此如何改善癫痫患者的生活质量和认知功能日益受到重视。本研究通过简易智能量表(MMSE)、逻辑记忆测验(LMT)及癫痫患者生活质量调查表-31(QOLIE-31)评价化痰息风方对癫痫患者认知功能及生活质量的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准:1)癫痫西医诊断标准参照2007 年版中华医学会编写的《临床诊疗指南·癫痫病分册》^[6];2) 癫痫中医诊断标准参照1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》。纳入标准:符合癫痫诊断标准、临床确诊的未接受正规有效治疗的癫痫患者[即抗癫痫药物(AEDs)不规范、AEDs 疗效不明显或未规律服用 AEDs];年龄 18~50 岁,文化程度初中以上;无严重的进行性的脑部器质性疾患,如脑炎、肿瘤、变性病等;患者知情同意,自愿加入本研究。排除标准:规范使用 AEDs 且癫痫发作得到有效控制的患者;诊断为 Lennox-Gastaut 综合征、West 综合征、Landau-Kleffner 综合征等 3 种癫痫综合征者;合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,合并有脑血管病、糖尿病、甲状腺功能减退等可能影响认知功能的疾病,精神病患者;酗酒及长期使用抗癫痫药物以外的其他药物史;近 3 个月内参加了其他临床试验;妊娠或哺乳期妇女。

1.2 临床资料 病例来源于 2012 至 2013 年于上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院癫痫专病门诊、神经内科门诊和病房就诊的癫痫患者 60 例。采用随机数字表法将符合病例选择标准的癫痫患者按 1:1 比例随机纳入治疗组与对照组。治疗组 30 例,男性 15 例,女性 15 例;平均年龄(31.27 ± 9.28)岁;教育程度为初中 7 例,高中 11 例,大专及以上 12 例;病程(9.80 ± 6.68)年;发作类型为全身强直痉挛发作 17 例,非全身强直痉挛发作 13 例;发作频率为 ≥ 1 次/月 21 例, < 1 次/月 9 例。对照组 30 例,男性 16 例,女性 14 例;平均年龄(29.80 ± 1.47)岁;教育程度为初中 9 例,高中 10 例,大专及以上 11 例;病程(9.43 ± 6.77)年;发作类型为全身强直痉挛发作 15 例,非全身强直痉挛发作 15 例;发作频率为 ≥ 1 次/月 20 例, < 1 次/月 10 例。两组资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 研究方法 对照组患者予西医规范化治疗(结合患者病史、症状、脑电图及影像学资料明确发作类型,

由岳阳中西医结合医院癫痫专病门诊副主任医师以上资格的医生根据发作类型及个体差异《临床诊疗指南·癫痫病分册》^[6]制定西医规范化治疗方案,治疗组患者在维持西医规范化治疗的基础上加用化痰息风方(胆南星 30 g,僵蚕 6 g,钩藤 12 g,郁金 10 g,石菖蒲 6 g,浙贝母 15 g,茯苓 15 g,制半夏 10 g。水煎服,每日 2 次,每次约 200 mL),观察 6 个月,分别在治疗前和治疗 6 个月后通过 MMSE、LMT 及 QOLIE-31 对两组患者的认知功能及生活质量进行评估。

1.4 统计学处理 应用 SPSS for Windows 18.0 统计软件。对研究中的各变量进行描述性分析,连续性数据以($\bar{x} \pm s$)进行统计学描述,分类数据描述采用构成比。服从正态分布的连续性数据的组间比较采用两个独立样本的 t 检验,组内治疗前后比较采用自身配对 t 检验,非正态分布的计量资料采用非参数检验,分类数据采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 MMSE 评分比较 治疗组治疗前 MMSE 评分(26.80 ± 2.369)分,随访 6 个月后,治疗组 MMSE 得分为(27.83 ± 1.533)分,较入组时增加($P < 0.01$);对照组治疗前为(26.97 ± 2.008)分,治疗后为(27.03 ± 1.974)分,较入组时差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗终点时,治疗组 MMSE 得分高于对照组($P > 0.05$)。入组本研究的研究对象学历均为初中以上,根据北京协和医院神经内科阿尔茨海默病课题组制定的标准,初中及以上文化 MMSE 评分 ≤ 26 说明认知功能存在损害。入组时治疗组存在认知损害的癫痫患者有 11 人(36.67%),对照组中有 11 人(36.67%)。经治疗 6 月后随访发现治疗组存在认知损害的癫痫患者减少至 7 人(23.33%),对照组中仍有 11 人(36.67%)。以等级资料记录两组癫痫患者 MMSE 评分的变化情况差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组治疗前后逻辑记忆评分比较 见表 1。逻辑记忆的考察分为即刻记忆(LM1)和延迟记忆(LM2)。随访 6 个月后,治疗组 LM1、LM2 得分高于治疗前($P < 0.01$);对照组 LM1 得分较入组时有下降趋势,差异无统计学意义($P > 0.05$),对照组 LM2 得分低于入组时($P < 0.01$)。治疗终点时,治疗组 LM1、LM2 得分高于对照组($P < 0.05$)。

2.3 两组治疗前后生活质量评分比较 见表 2。随访 6 个月后,两组患者在精力、社会功能、发作担忧及生活质量总分方面的得分均明显提高($P < 0.01$),治疗组患者在情绪、认知、药物影响方面亦明显提高($P < 0.01$),而对照组在认知功能方面反而出现减退的趋势

表 1 两组治疗前后逻辑记忆评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	LM1	LM2
治疗组 (n=30)	治疗前	10.20±2.964	7.70±3.098
	治疗后	11.33±2.187** [△]	9.20±2.235** ^{△△}
对照组 (n=30)	治疗前	10.33±2.496	7.90±2.726
	治疗后	10.13±2.224	7.47±2.726**

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

表 2 两组治疗前后生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	精力	情绪	社会功能	认知功能	药物影响	发作担忧	生活满意度	QOL 总分
治疗组 (n=30)	治疗前	52.00±12.01	56.00±10.87	58.90±15.49	61.47±14.19	56.94±13.96	44.87±13.75	65.83±11.49	57.80±10.64
	治疗后	59.00±11.02**	64.67±9.52** ^{△△}	65.33±15.02**	68.49±13.50** [△]	66.67±14.23** [△]	53.69±11.70**	68.08±8.98	66.87±7.13** [△]
对照组 (n=30)	治疗前	52.8±10.056	56.93±8.51	60.00±14.29	61.54±13.73	56.01±13.85	43.94±13.56	65.67±11.54	58.03±10.74
	治疗后	59.00±9.685**	58.00±8.52	66.33±14.86**	60.72±12.43*	56.93±13.96	51.67±9.39**	67.17±10.76	62.57±8.91**

最终的目标。癫痫发作的不确定性、患者自身的羞耻感、药物治疗的长期性及不良反应等都对癫痫患者的认知及社会功能产生诸多负面影响,从而影响患者的生活质量。因此可通过联合中医中药这一安全可靠的治疗手段减轻服用 AEDs 所带来的不良反应,为解决西医治疗中的矛盾和难题提供了新方向。

癫痫本身的情况会影响患者的认知功能,大量研究表明,发病年龄越早认知损伤越严重^[7],不同的病灶部位会引起不同的认知功能障碍^[8],长时间的癫痫发作会造成不可逆的认知损害^[9]。对于治疗癫痫合并认知障碍,首先要规范 AEDs 的使用,专家在此问题上达成的共识为尽量使用单药、使用可以控制癫痫发作的最小剂量^[10-11],另一方面要及早进行改善认知的康复训练。癫痫患者的生活质量主要受疾病本身情况、药物治疗、认知、情绪、社会功能等因素的影响。一项对 149 例癫痫患者 2~3 年随访的研究表明,经西医规范化诊治、癫痫发作得到有效控制的患者生活质量会得到一定的提高^[12],但是服用 AEDs 产生的不良反应仍会对生活质量有负面的影响,如何在发挥 AEDs 最大效应的同时将其不良反应降低到最少是一个很难把握的平衡点。本研究采用应用广泛、公认信度及效度较高的 QOLIF-31 分别对两组癫痫患者的生活质量进行随访比较。研究结果显示治疗终点时,对照组患者在接受规范 AEDs 治疗、癫痫发作得到有效控制后,在精力、社会功能、发作担忧及生活质量总分 4 个方面得分均高于治疗前,而认知方面却没有得到有效改善,反而出现下降的趋势;治疗组患者在精力、情绪、社会功能、认知、发作担忧及生活质量总分 6 个方面得分均高于治疗前。以上研究结果说明癫痫发作得到有效控制后,加予化痰息风方的患者在精力、发作、社会、心理及认知等方面均有明显改善,生活质量得到全面提高。

癫痫在中医学中属于“痫病”范畴。痫之为病,病理

($P < 0.05$);治疗组患者在情绪、认知、药物影响及生活质量总分方面的改善较对照组明显($P < 0.05$),治疗组患者在情绪、认知功能、药物影响、QOL 总分方面的得分均优于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

随着社会的进步和治疗方法的不增多,控制癫痫发作、减少癫痫发作频率已不是临床治疗的唯一和

因素总以痰为主,痰浊内阻,脏气不平,阴阳偏胜,神机受累,元神失控是病机的关键所在。顽痰闭阻心窍,肝经风火内动是痫病的主要病机特点。癫痫突然起病,其倏然而动,旋即而复的症状表现,与风邪“善行数变”的特点类似,而痫病之痰正是风动的内在因素。曹静等^[13]对 202 例癫痫患者的中医证候进行分析统计发现以风痰内阻证最为多见。以化痰息风为基本治疗大法正好可以针对癫痫发生的内因和动因进行治疗。癫痫合并认知功能障碍属于中医学“痴呆”的范畴,本文涉及的“痴呆”的成因是建立在痫病基础上的。痫病一般缠绵难愈,日久易损伤正气,致使气、血、精不足,髓海失充,脑失所养,加之痰浊凝结胶固上扰清窍,则神机失用,智力减退。中医治疗痴呆在强调充髓养脑的同时,也十分注重化痰开郁平肝等治标之法的运用。中医药研究显示抗痫增智颗粒、愈痫灵颗粒等药物可改善癫痫患者的认知功能障碍^[14-15]。无论是痫病还是痴呆,均与肝脾关系密切,两者的病机中均存在痰饮这一个共同的病理因素,均与气机不畅,心窍、清窍受到蒙蔽,神机受累有关。癫痫合并认知障碍属因病而痴,故在化痰息风的基础上根据病情进行加减可以二者兼顾。

本研究采用的化痰息风方系经长期临床实践、参考了名老中医的治疗经验及查阅了大量的文献古籍拟定出来的。化痰息风方药主要由胆南星、僵蚕、钩藤、郁金、石菖蒲、浙贝母、茯苓、制半夏组成,全方共奏豁痰开窍息风、止痉之效。方中胆南星清火涤痰、息风定痫,为治痰热惊痫之要药,用以为君。半夏燥湿化痰,茯苓利湿化痰,浙贝母润燥化痰,此 3 味均可加强君药化痰之力;钩藤、僵蚕息风通络、平肝止痉。以上诸药可辅助君药化痰息风,共为臣药。石菖蒲、郁金可开窍宁心,而启复神明,合为佐药。本方集大队化痰药于一方,以求化痰豁痰之力,融息风、止痉药于一体,以求息风定痫

(下转第 995 页)

循证护理加中药雾化吸入治疗肺源性心脏病急性加重期的临床研究*

杨凤菊 孟 雪

(泰山护理职业学院, 山东 泰安 271000)

中图分类号: R248.1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-0965-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.010

【摘要】目的 观察循证护理加中药雾化吸入治疗肺源性心脏病急性加重期的临床效果。**方法** 将 105 例肺源性心脏病急性加重期患者随机分为 3 组, 对照组仅常规西医护理与治疗; 循证护理组在对照组基础上给予循证护理干预; 中药雾化组在循证护理组基础上给予中药超声雾化吸入, 疗程均 12 d。**结果** 中药雾化组总有效率均优于对照组、循证护理组 ($P < 0.05$)。循证护理组与对照组治疗后二氧化碳分压 (PaCO_2) 比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。中药雾化组治疗后动脉血氧饱和度 (SaO_2)、 PaCO_2 及氧分压 (PaO_2) 均优于循证护理组、对照组 ($P < 0.05$)。中药雾化组与循证护理组、对照组治疗后全血黏度高切、D-二聚体、FIB 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 循证护理加中药雾化吸入治疗肺源性心脏病急性加重期疗效显著。

【关键词】 肺心病急性加重期 循证护理 中药雾化吸入 肺心泰汤

Clinical Observation of Evidence Based Nursing and TCM Inhalation on Acute Exacerbation of Pulmonary Heart Disease YANG Fengju, MENG Xue. Taian vocational college of nursing, Shandong, Taian 271000, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of Evidence based nursing and TCM Inhalation on acute exacerbation of Pulmonary heart disease. **Methods:** 105 patients with acute exacerbation of Pulmonary heart disease were divided into 3 groups stochastically. The control group were given common medication. Patients in evidence based nursing group, on the basis of the treatment of the control group, received evidence based nursing. Apart from the treatment above, patients in the TCM Inhalation group received evidence based nursing and TCM Inhalation. The course of treatment lasted for 12 days. **Results:** The total effective rate in TCM Inhalation group was higher than that of the evidence based nursing group and the control group respectively ($P < 0.05$). The level of PaCO_2 significantly decreased in evidence based nursing group after treatment, compared with the control group ($P < 0.05$). The TCM Inhalation group had more significant differences than the control group and the evidence based nursing group in SaO_2 , PaCO_2 , PaO_2 ($P < 0.05$); The level of the D-dimer, blood viscosity, fibrinogen in the TCM Inhalation group significantly decreased, compared with the group B after treatment. D-dimer, blood viscosity, fibrinogen of the three groups after treatment significantly decreased than before ($P < 0.05$). **Conclusion:** Evidence based nursing and TCM Inhalation on the treatment of acute exacerbation of Pulmonary heart disease is observably effective.

【Key words】 Acute exacerbation of Pulmonary heart disease; Evidence based nursing; TCM Inhalation; Feixintai liquor

肺源性心脏病是慢性阻塞性肺疾病(COPD)进行性加重发展而成, 可常年反复发作, 该病不仅影响肺功能, 也可以引起严重的心功能衰竭, 病情加重时可导致劳动力丧失, 生活质量降低, 是我国城市居民的第 4 大死亡原因, 而在农村则为首要死亡原因^[1]。笔者采用循证护理加中药肺心泰汤超声雾化吸入治疗肺源性心脏病急性加重期患者, 疗效满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准依据全国肺心病第 3 次专业会议通过的诊断标准(1980 年版)^[2]。中医辨证标准根据《呼吸科专病中医临床诊治》中的痰瘀阻肺证标准^[3]。纳入标准: 符合上述诊断标准和中医辨证标准的患者, 有 COPD 病史, 年龄 > 39 岁的男女均可, 患者知情同意, 预计依从性较好的患者。排除标准: 非急性加重期, 或无 COPD 病史者; 出现严重并发症如肺性脑病、恶性心律失常、肺梗死、休克及严重心肾功能不全

* 基金项目: 山东省泰安市科技发展课题

者;伴有精神类疾病者;存在严重肺通气障碍者。

1.2 临床资料 105 例均自 2012 年 3 月至 2014 年 10 月收集于泰安市中医二院急诊科、内二科的住院患者。根据住院号先后进行编号随机分成 3 组, 每组 35 例。其中对照组女性 18 例, 男性 17 例; 年龄 46~79 岁, 平均(56.20±10.40)岁; 病程 6~25 年, 平均(12.36±5.87)年。循证护理组女性 16 例, 男性 19 例; 年龄 49~80 岁, 平均(58.90±11.60)岁; 病程 4~26 年, 平均(11.98±5.66)年。中药雾化组女性 14 例, 男性 21 例; 年龄 50~78 岁, 平均(57.60±9.80)岁; 病程 6~24 年, 平均(13.55±7.88)年。各组患者资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组仅予西医常规治疗, 即给予联合抗生素以抗感染, 予解痉、化痰、止咳、平喘等治疗, 存在高血压者予降压处理, 使血压调整在正常范围内。同时存在糖尿病者, 给予口服降糖药物或皮下胰岛素治疗, 使空腹血糖在 8.2 mmol/L 以下, 餐后 2 h 血糖在 10.6 mmol/L 以下。循证护理组在对照组基础上给予循证护理干预。即先对国内外肺心病加重期患者的相关护理文献^[4-8]进行检索和学习, 依据目前公认的本病护理路径指南, 制定出本病具体的标准化护理流程: 即由责任护士首先对患者入院时的病情进行全面评估, 包括感染、缺氧和营养状况、潜在并发症、焦虑心理及活动耐受等方面, 评估后作出护理诊断和相应原因分析, 并制定出适合患者的个体化临床护理措施, 从而给患者实施相应护理, 同时责任护士进行护理效果评价, 最后出院前会对患者进行护理问卷调查。中药雾化组在循证护理组基础上给予中药雾化吸入, 即将中药肺心泰汤(组成: 清半夏 10 g, 黄芩 15 g, 苦杏仁 9 g, 胆南星 12 g, 鱼腥草 15 g, 瓜蒌 20 g, 地龙 12 g, 泽兰 15 g, 僵蚕 9 g, 茯苓 20 g, 桂枝 12 g, 白术 15 g, 丹参 20 g, 山药 12 g) 15 mL 加至超声雾化器中采用氧气面罩吸入, 每日 2 次, 每次 12~15 min。3 组疗程均为 12 d。

1.4 观察指标 1) 安全性指标。监测血常规、大小便常规和肝肾功能; 若有不良反应, 应详细记录。2) 疗效性指标。中医证候: 包括症状、体征如胸闷、咳嗽、咯痰量、肺部啰音、水肿及呼吸频率等变化。采用证候积分法, 依据 2002 年版《中药新药临床研究指导原则》^[9]制定计分标准, 依次为 0、2、4、6 分, 于治疗前和治疗第 3 日、第 7 日及第 12 日各记录 1 次。采用日立 7180 生化仪检测 D-二聚体及血液流变学指标。于治疗前后各测 1 次。血气分析检测动脉血饱和度(SaO_2)、二氧化碳分压($PaCO_2$)及氧分压(PaO_2)的变化, 于治疗前和治疗后第 10 日各记录 1 次。

1.5 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[10]拟定。显效: 证候积分减少 $\geq 65\%$, 咳嗽、憋喘明显减轻, 夜间可平卧, 痰易咯出且痰量减少, 心慌较入院缓解, 下肢浮肿明显减轻或消失。有效: 证候积分减少 $\geq 35\%$

且 $<65\%$, 咳嗽、憋喘较入院时减轻, 可高枕卧位, 心慌、胸闷及下肢浮肿均减轻, 痰较易咯出且痰量减少。无效: 证候积分减少 $<35\%$, 临床症状、体征无缓解或加重。

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

2 结果

2.1 各组临床疗效分析 见表 1。中药雾化组、循证护理组治疗后优于对照组($P<0.01$); 中药雾化组优于循证护理组($P<0.05$)。

表 1 各组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
中药雾化组	35	8	23	4	31(88.57)** Δ
循证护理组	33	4	20	9	24(72.73)**
对照组	34	1	19	14	20(58.82)

与对照组比较, ** $P<0.05$; 与循证护理组比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.2 各组治疗前后血气分析指标比较 见表 2。中药雾化组治疗后 SaO_2 、 $PaCO_2$ 及 PaO_2 均优于循证护理组、对照组($P<0.05$); 循证护理组与对照组治疗后 $PaCO_2$ 比较有明显差异($P<0.05$)。

表 2 各组治疗前后血气分析指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	$SaO_2(\%)$	$PaCO_2(\text{mmHg})$	$PaO_2(\text{mmHg})$
中药雾化组 ($n=35$)	治疗前	73.63±9.50	67.06±9.72	52.34±9.78
	治疗后	89.28±10.66** Δ #	43.62±8.95** Δ #	80.28±10.23** Δ #
循证护理组 ($n=33$)	治疗前	74.77±8.58	68.23±10.18	54.94±11.87
	治疗后	81.41±11.09*	50.19±11.35* Δ	69.54±10.62*
对照组 ($n=34$)	治疗前	72.32±10.91	66.51±12.43	53.87±9.34
	治疗后	80.67±9.50	57.82±10.16*	67.93±10.58*

与本组治疗前比较, * $P<0.05$; 与循证护理组比较, # $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。下同。

2.3 各组治疗前后血液流变学、D-二聚体指标比较 见表 3。中药雾化组治疗后全血黏度高切、D-二聚体、红细胞聚集指数、纤维蛋白质(FIB)均较治疗前明显降低($P<0.05$)。其中中药雾化组治疗后全血黏度高切、D-二聚体、FIB 优于循证护理组和对照组($P<0.05$)。

2.4 不良反应 在治疗前后, 监测患者的血、大小便常规、心电图和肝肾功能, 均未发现明显异常变化。其中循证护理组 2 例、对照组 1 例因出现痰阻、憋喘加重, 给予拍背及吸痰器辅助吸痰后不缓解, 转入 ICU 病房, 故剔除。

3 讨论

肺心病急性加重期时气管黏膜出现充血、分泌物增多, 继而气道变窄, 导致细小支气管腔炎性水肿、局部肌肉痉挛收缩, 发生梗阻、气体通气换气障碍, 引

(下转第 1035 页)

· 研究报告 ·

复方薤白胶囊对慢性阻塞性肺疾病大鼠模型气道重塑作用的研究*

袁永丰¹ 曾 亮^{2△}

(1.南京中医药大学附属医院,江苏 南京 210029;2.南京中医药大学第一临床医学院,江苏 南京 210046)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-0967-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.011

【摘要】目的 观察复方薤白胶囊对慢性阻塞性肺疾病(COPD)大鼠气道重塑作用的影响。**方法** 120 只大鼠采用随机表分为正常对照组、模型组及复方薤白治疗组 3 组,气管注射脂多糖及熏香烟联合造模方法制备 COPD 大鼠模型。正常对照组、模型组灌胃 10 mL/kg 纯净水,复方薤白治疗组灌胃给予复方薤白胶囊混悬液(38 g/mL),连续 14 d。光镜下观察大鼠病理学改变;免疫组化法测量支气管-肺组织中 TIMP-1、MMP-9 蛋白阳性表达面积比率。**结果** 模型组支气管纤毛上皮部分脱落,纤毛粘连倒伏、变性、坏死,气道上皮复层化,杯状上皮细胞增生;支气管平滑肌厚度明显增加,管腔内有中度渗出物;气管黏膜下层、肌层可见大量嗜酸性细胞、淋巴细胞、巨噬细胞及少量浆细胞浸润。复方薤白治疗组支气管纤毛轻度粘连倒伏、变性,杯状上皮细胞轻度增生,支气管平滑肌厚度轻度增加,管腔内无渗出物;气管黏膜下层、肌层可见少量嗜酸性细胞、淋巴细胞及少量浆细胞浸润。与正常对照组比较,模型组大鼠支气管壁厚度、平滑肌厚度、MMP-9、TIMP-1 阳性细胞平均面积、累积光密度、光密度均高于正常对照组(均 $P < 0.05$)。与模型组比较,复方薤白治疗组大鼠支气管壁厚度、平滑肌厚度、MMP-9、TIMP-1 阳性细胞平均面积、累积光密度、光密度则低于模型组(均 $P < 0.05$)。**结论** 复方薤白胶囊可以有效减轻 COPD 支气管壁及平滑肌增厚,有效降低 COPD 大鼠支气管-肺组织 TIMP-1、MMP-9 的分布及表达,抑制 COPD 大鼠模型的气道重塑,延缓 COPD 的发展。

【关键词】 COPD 大鼠模型 气道重塑 复方薤白胶囊

The Study of the Role on of CMOC on the Airway Remodeling in Rats with COPD YUAN Yongfeng, ZENG liang. *Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu, Nanjing 210029, China*

【Abstract】Objective: To investigate the role of CMOC on the in airway remodeling in rats with COPD. **Methods:** The rat model of COPD was established by cigarette smoking combined with intratracheal injection of lipopolysaccharide (LPS). 120 rats were randomly divided into three groups: normal control group, model group and CMOC treatment group. The normal group and model group were intragastrically given the 10 mL/kg pure water, the treatment group were given CMOC by stomach (38 g/mL), for 14 consecutive days. Pathological changes were observed under light microscopy; positive expressions of MMP-9 and TIMP-1 area ratios in the bronchial-lung tissue were determined using immunohistochemical method. **Results:** The bronchial wall and smooth muscle layer in the model group were thicker than normal group. Expression of MMP-9 and TIMP-1 in the model group were higher than normal group, the differences were statistically significant; compared with model group, the expression of MMP-9 and TIMP-1 of CMOC in treatment group were significantly decreased (all $P < 0.05$). **Conclusion:** CMOC can effectively improve the bronchial wall and smooth muscle layer thickening, CMOC can effectively reduce the expression and distribution of MMP-9, TIMP-1, inhibit the airway remodeling of COPD rats model and delay the development of COPD.

【Key words】 COPD; Airway remodeling; MMP-9; TIMP-1

慢性阻塞性肺疾病(COPD)病理改变是肺组织慢性炎症导致不正常的反复损伤、修复,逐渐出现气道重

构和气流阻塞^[1-3],是慢性呼吸系统疾病主要死因^[4]。中医学认为该病病机是痰瘀互结,阻于肺络,闭郁气道,即 COPD 气道重塑的中医病机^[5]。复方薤白胶囊具有通阳宣痹、理气化痰、止咳平喘之功,前期临床实践证明复方薤白胶囊对改善 COPD 患者咳嗽、咯痰、喘息

* 基金项目:江苏省高校自然科学研究面上资助项目(11KJB360002)

△通信作者(电子邮箱:zengl8@126.com)

等症状、体征有明显疗效^[6]。本研究通过观察各实验组大鼠肺组织病理变化及 MMP-9、TIMP-1 细胞因子的分布表达,观察复方薤白胶囊干预下 COPD 的气道重塑情况。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 动物及分组 雄性 Wister 清洁级大鼠 120 只(合格证号 0006891),体质量(200±20) g,由南京中医药大学实验动物中心提供,饲养于二级动物实验室,10 只/笼。称量体质量后,按随机表分为正常对照组、模型组、复方薤白治疗组 3 组。

1.2 药物及试剂 复方薤白胶囊由南京中医药大学附属江苏省中医院提供(批号 100330)。地塞米松(天津药业焦作有限公司生产,批号 10051411)。脂多糖(LPS)由美国 Sigma 公司提供(批号 20100729)。大前门牌香烟(南京卷烟厂生产,焦油含量 12 mg/支)。

1.3 COPD 大鼠模型制备 应用香烟熏吸加气管内注入 LPS 法建立 COPD 模型。大鼠在第 1 日和第 14 日采用 1%戊巴比妥钠(40 mg/kg)腹腔注射麻醉,将其固定于解剖台上,头低位,暴露声门,将 18 号静脉套管针快速插入气管,拔出针芯,用 1 mL 注射器 1 s 钟内注入溶于 0.9%氯化钠注射液的脂多糖 0.2 mL (200 μg/μL),然后将大鼠直立左右旋转,使脂多糖能够均匀分布于两肺。第 2~28 日(第 14 日除外)将大鼠分组置入自制密闭造模箱内,给予大鼠每天上午香烟熏 30 min,每次 4 支香烟。

1.4 给药 造模成功后各组大鼠均灌胃给药,每日 1 次,灌胃容积每次 20 mL,连续灌胃 15 d。正常对照组,灌服 0.9%氯化钠注射液等容积灌胃,每日 1 次。模型组,灌服 0.9%氯化钠注射液等容积灌胃,每日 1 次。复方薤白治疗组,将复方薤白胶囊配成 38 g/mL 的混悬液,给药剂量 760 mg/(kg·d)。

1.5 标本采集及处理 实验结束后,按 4 mL/kg 腹腔注射 10%水合氯醛麻醉,股动脉放血处死大鼠,取出右肺,剪取下叶,用 10%福尔马林固定 48 h,常规梯度乙醇脱水、浸蜡,包埋,中性树胶封片。

1.6 观察指标 1)支气管形态学检测。400 倍光学显微镜下挑选 3 支有完整横断面的中小支气管,分析测量基底膜周径(Pbm)、支气管总面积(Wat1)、管腔面积(Wat2)、平滑肌外缘内气管面积(Wam1)、平滑肌内缘内气管面积(Wam2)。随机取 HE 切片中直径 100~200 μm 较规整的小支气管横截面,测量其支气管管壁厚度以及管壁内周长。按评分表评价小气道重塑的情况。2)小气道 MMP-9、TIMP-1 的免疫组化测定。免疫组化染色结果经显微图像分析,在显微镜 400 倍视野下,每张切片分别从四周和中间随机选取 5 个视野,测定肺组织 MMP-9、TIMP-1 表达颗粒的吸光度,取其平均值

作为该只大鼠 MMP-9、TIMP-1 的蛋白表达量。

1.7 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,多组间比较采用单因素方差分析,在利用 Dunnett-*t* 检验进行两两比较。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组大鼠支气管-肺组织病理学改变 模型组支气管纤毛上皮部分脱落,纤毛粘连倒伏、变性、坏死,气管上皮复层化,杯状上皮细胞增生;支气管平滑肌厚度明显增加,管腔内有中度渗出物;气管黏膜下层、肌层可见大量嗜酸性细胞、淋巴细胞、巨噬细胞及少量浆细胞浸润。复方薤白治疗组支气管纤毛轻度粘连倒伏、变性,杯状上皮细胞轻度增生,支气管平滑肌厚度轻度增加,管腔内无渗出物;气管黏膜下层、肌层可见少量嗜酸性细胞、淋巴细胞及少量浆细胞浸润。

2.2 各组大鼠支气管壁厚度及平滑肌厚度比较 见表 1。结果示,与正常对照组比较,模型组大鼠支气管壁厚度和平滑肌厚度均高于正常对照组($P < 0.05$)。与模型组比较,复方薤白治疗组大鼠支气管壁厚度和平滑肌厚度则低于模型组($P < 0.05$)。

表 1 各组大鼠支气管壁厚度和平滑肌厚度比较(μm²/μm, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	Wat	Wam
正常对照组	20	18.59 ± 3.74	4.22 ± 0.42
模型组	20	36.09 ± 5.94*	9.41 ± 1.80*
复方薤白治疗组	20	23.03 ± 2.24 ^Δ	4.94 ± 1.20 ^Δ

与正常对照组比较,* $P < 0.05$;与模型组比较,^Δ $P < 0.05$ 。下同。

2.3 各组大鼠 MMP-9、TIMP-1 的在小气道上皮及肺组织中表达情况的比较 见表 2,表 3。结果示,与正常对照组比较,模型组 MMP-9、TIMP-1 阳性细胞平均面积、累积光密度、光密度均升高($P < 0.05$)。与模型组比较,正常对照组、复方薤白治疗组 MMP-9、TIMP-1 阳性细胞平均面积、累积光密度、光密度均降低($P < 0.05$)。

表 2 各组大鼠肺组织细胞因子 MMP-9 表达比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	阳性细胞平均面积(μm ²)	累积光密度	光密度
正常对照组	20	128.76 ± 35.91*	11.26 ± 4.64*	0.08 ± 0.02*
模型组	20	224.13 ± 47.72 ^Δ	34.24 ± 8.94 ^Δ	0.16 ± 0.04 ^Δ
复方薤白治疗组	20	151.24 ± 36.87*	9.01 ± 2.62*	0.06 ± 0.04*

表 3 各组大鼠肺组织细胞因子 TIMP-1 表达比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	阳性细胞平均面积(μm ²)	累积光密度	光密度
正常对照组	20	130.51 ± 46.40*	18.27 ± 8.89*	0.13 ± 0.03*
模型组	20	185.78 ± 14.21 ^Δ	41.28 ± 11.02 ^Δ	0.22 ± 0.04 ^Δ
复方薤白治疗组	20	127.65 ± 22.26*	21.66 ± 5.49	0.15 ± 0.01*

(下转第 1032 页)

· 研究报告 ·

痰热清注射液辅助治疗恶性肿瘤并肺部感染的有效性及其安全性评价*

周 华^{1,2} 汪成琼¹ 田应彪² 陈 灵² 肖 政^{1△}

(1.遵义医学院附属医院遵义医学院循证医学中心,循证医学教育部网上合作研究中心遵义医学院分中心,贵州 遵义 563003;2.遵义医学院附属医院,贵州 遵义 563003)

中图分类号:R730.59 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-0969-05

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.012

【摘要】目的 系统评价痰热清注射液辅助治疗恶性肿瘤并肺部感染的有效性与安全性。**方法** 系统检索 CBM、CNKI、维普、万方、Pubmed 及 Embase 数据库,采用 Cochrane 协作网 RCT 质量评价标准评价纳入研究质量,Meta 分析提取数据。**结果** 1)纳入 8 个 RCT,恶性肿瘤并肺部感染 662 例,纳入研究质量一般;2)与单一抗生素比较,Meta 分析合并 RR 值包括临床痊愈[RR=1.45,95%CI(1.10,1.91)],临床显效[RR=1.24,95%CI(1.04,1.48)]及总体疗效[RR=1.19,95%CI(1.06,1.33)],两组差异有统计学意义($P=0.02$)。3)与双抗生素比较,临床痊愈[RR=0.91,95%CI(0.75,1.11)],临床显效[RR=0.88,95%CI(0.66,1.19)],临床有效[RR=1.45,95%CI(0.63,3.30)]及临床总体疗效[RR=0.97,95%CI(0.90,1.04)],两组差异无统计学意义($P=0.42$)。**结论** 本研究表明痰热清注射液辅助治疗恶性肿瘤并肺部感染的临床疗效优于单抗生素,与二联抗生素疗效相当。

【关键词】 痰热清注射液 抗生素 恶性肿瘤 肺部感染 Meta 分析

Efficacy and Safety of Tanreqing Injection in Adjuvant Treatment for the Pulmonary Infection after Malignant Tumors: A Meta-analysis ZHOU Hua, WANG Chengqiong, TIAN Yingbiao, et al. Evidence-Based Medicine Center; MOE Virtual Research Center of Evidence-based Medicine at Zunyi Medical College, Affiliated Hospital of Zunyi Medical College, Guizhou, Zunyi 563003, China

【Abstract】Objective: To systematically evaluate the efficacy and safety of Tanreqing injection in adjuvant treatment for the pulmonary infection after malignant tumors. **Methods:** All related studies in CBM, CNKI, VIP, Wanfang, Pubmed and Embase were retrieved, and their quality were evaluated by Cochrane scale and analyzed all data with meta-analysis. **Results:** 1) Eight RCTs involving 662 malignant tumors patients with pulmonary infection were included, with general methodological quality in most trials. 2) Compared with one antibiotic, the merged RR values and their 95% CI of Meta-analysis for clinical cure, marked effectiveness and overall effect were as follows: 1.45 (1.10, 1.91), 1.24 (1.04, 1.48) and 1.19 (1.06, 1.33) and these were statistically significant. 3) Compared with two antibiotic, the merged RR values and their 95% CI of Meta-analysis for clinical cure, marked effectiveness, effectiveness and overall effect were as follows: 0.91 (0.75, 1.11), 0.88 (0.66, 1.19), 1.45 (0.63, 3.30) and 0.97 (0.90, 1.04) and these were no statistically significant. **Conclusions:** Our study shows that the clinical efficacy of Tanreqing injection with one antibiotic is more than the one antibiotic and is similar to two antibiotics to the pulmonary infection after malignant tumors.

【Key words】 Tanreqing injection; Antibiotics; Malignant tumors; Pulmonary infection; Meta-analysis

恶性肿瘤患者因长期接受放化疗、手术和侵入性治疗而易并发肺部感染,其预后差,疾病负担重^[1-3]。抗生素治疗常因病原菌耐药性及多重耐药而失败,致使临床决策困难^[4-5]。中医药在抗感染治疗中有直接抗

菌、消除炎症及增强机体抗病能力等重要作用。痰热清注射液具有清热、化痰及解毒之力,常辅助抗生素防治各种感染性疾病,但其有效性和安全性各研究报道存在差异,致使临床选择困难^[6-7]。因此本研究系统评价痰热清注射液辅助治疗恶性肿瘤并肺部感染的有效性及安全性,为科学制订恶性肿瘤并肺部感染治疗策略提供依据。现报告如下。

* 基金项目:贵州省哲学社会科学规划基金资助(14GZYB58);

遵义医学院博士启动基金(F-617)

△通信作者(电子邮箱:zy426f@163.com)

1 材料与方法

1.1 检索策略

电子检索国内外主要数据库:中国生物医学文献数据库(CBM)、中国学术期刊网络出版总库(CNKI)、维普中文科技期刊全文数据库(VIP)、万方数据库(wanfang)、Pubmed 及 Embase (建库至 2014 年 6 月)。中文检索词:痰热清注射液、痰热清、癌、Ca 及肿瘤。英文检索词:“Tanreqing, Tanreqing injection [Mesh], Neoplasms” [Mesh], Carcinoma, Cancer 及 tumors。1) 中文检索式:主题(痰热清注射液+痰热清)*主题(癌+Ca+肿瘤)。2) 英文检索式:(Tanreqing OR Tanreqing injection [Mesh]) AND (Neoplasms [Mesh] OR Carcinoma, Cancer OR tumors)。检索方式:由 2 名检索员(周华和汪成琼)独立采用主题词与自由词相结合计算机辅以手工检索数据,根据检索结果修正完善,尽可能全面地收集符合纳入标准的文献,无语种限制。

1.2 选取标准

纳入标准为 1) 研究对象为恶性肿瘤并肺部感染(排除单独以某器官或系统肿瘤为研究对象文献)。2) 研究类型为随机对照试验(RCT)。3) 试验组为痰热清注射液辅助治疗,即常规使用敏感抗生素的基础上加痰热清注射液。4) 对照组单纯使用敏感单或双抗生素治疗。5) 结局指标如下。(1) 临床疗效。用药第 7~14 日,根据临床症状有无改善、体征有无好转评定治疗反应,有效者继续治疗,无效者调整治疗方案,归入无效。用药第 7~14 日根据症状、体征及胸部 X 线变化归入痊愈、显效和有效。痊愈:体温正常,症状和体征消失,胸片肺部炎症吸收,血、痰病原菌培养转阴。显效:体温正常,症状、阳性体征基本消失,胸片肺部炎症大部吸收。有效:症状体征有好转,胸片肺部炎症有所吸收。无效:体温正常或高于正常,症状、体征无变化或加重,胸片肺部炎症未吸收。总体疗效:包括有效、显效及痊愈。(2) 不良反应。排除标准:重复文献、无关文献、会议摘要、普通综述、报告信息不准确、统计数据无法应用者。

1.3 纳入文献质量评价

按 Cochrane 系统评价手册质量评价标准评价纳入研究方法学质量。包括:1) 是否应用随机方法;2) 是否做到分配隐藏;3) 是否采用盲法;4) 基线是否可比;5) 其他偏倚,如评价 RCT 的方法学质量。针对每个纳入研究,对上述 5 条作出“是”(该试验发生各种偏倚的可能性最小)、“否”(该试验有发生偏倚的高度可能性)和“不清楚”(缺乏相关信息或偏倚情况不确定)评价。“是”为 2 分,“否”为 0 分,“不清楚”为 1 分,总评分最高为 10 分。

1.4 文献筛选与质量评价

由 2 名评价员(周华和汪成琼)根据纳入、排除及

质量评价标准,独立筛选及评价文献,筛选与评价分歧通过与第三方讨论解决(肖政)。

1.5 资料提取及统计分析

依据 PICO 原则(P 为研究对象, I 为干预措施, C 为研究对照, O 为研究结果)设计资料提取表格,提取纳入研究基本情况(作者、发表时间、患者来源、病例数、试验组、对照组及研究设计),研究结果包括临床疗效及不良反应等。采用 RevMan5.3 进行 Meta 分析,连续变量用均数差(MD)或标准化均数差(SMD),二分类变量采用相对危险度(RR)及其 95%CI 进行描述。各研究间异质性检验采用 χ^2 检验,若不存在异质性或异质性较小($P < 50\%$, $P > 0.1$),采用选择固定效应模型(Fixed effects model)计算合并效应量;如异质性检验结果显示各研究间存在异质性($P \leq 0.1$, $P \geq 50\%$),分别采用固定效应模型交替随机效应模型进行 Meta 分析,其结果的一致性良好,说明无明显异质性来源,则采用随机效应模型(Random effects model)进行合并分析。合并研究超过 10 个,采用漏斗图分析发表偏移。

2 结果

2.1 文献检索与筛选结果

共检索到文献 855 篇,包括 CBM($n=335$ 篇), CNKI($n=115$ 篇), 维普($n=161$ 篇), 万方($n=233$ 篇), Pubmed($n=4$ 篇), Embase($n=7$ 篇)。首先,阅读题目排除重复文献 452 篇,阅读摘要,排除会议摘要 11 篇,无关文献 329 篇,综述 9 篇,阅读全文后排除不符合纳入标准文献 46 篇,最后纳入 8 篇随机对照研究(如图 1)。

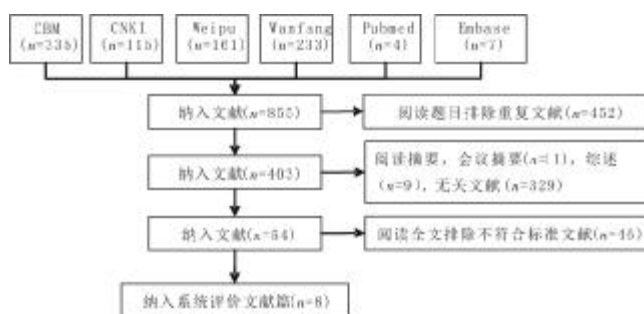


图 1 文献检索及筛选结果

2.2 纳入研究基本特征 见表 1。本研究纳入 2005~2011 年间 7 个省 8 个 RCT 研究, 恶性肿瘤并肺部感染 662 例。痰热清注射液辅助治疗组 345 例, 单纯使用抗生素组 317 例。采用临床疗效及不良反应等指标评价疗效。结果表明各研究中痰热清注射液辅助治疗恶性肿瘤并肺部感染治疗效果报道不一。

2.3 纳入研究质量特征 见表 2。纳入 8 个研究, 其质量基本特征分布如下: 纳入研究整体质量一般, 1 个研究质量为 7 分, 4 个研究质量 6 分, 3 个研究 5 分, 平均

表 1 纳入研究文献基本特征

出处	年份	研究地区	研究对象		干预措施		研究结果		研究设计
			P	n	试验组	对照组	O1	O2	
孙羽非 ^[8]	2005	陕西	✓	54	28	26*	✓	×	RCT
赵宏亮 ^[9]	2005	河南	✓	48	25	23	✓	×	RCT
李燕妃 ^[10]	2007	广东	✓	108	52	56	✓	×	RCT
兰丙欣 ^[11]	2009	河南	✓	80	40	40*	✓	×	RCT
李云霞 ^[12]	2009	云南	✓	192	102	90	✓	2 例局部静脉疼痛	RCT
刘小男 ^[13]	2009	重庆	✓	40	20	20	✓	轻微头痛、心悸 1 例,胃肠道反应 2 例	RCT
单丽珠 ^[6]	2011	天津	✓	68	38	30	✓	—	RCT
李瑜英 ^[7]	2011	青海	✓	72	40	32	✓	1 例颜面潮红	RCT

试验组:痰热清注射液辅助治疗组。对照组:单纯使用抗生素组。*:标示研究使用二联抗生素。P:研究对象为恶性肿瘤并肺部感染。N:病例数。O:研究结果。O1:临床疗效。O2:不良反应

积分为 5.92 分。仅 1 篇文献说明随机方法,其余 7 篇仅描述随机 2 字,均未说明盲法和分配隐藏;5 篇基线一致,3 篇为不清楚;均未说明其他偏倚。结果表明纳入研究质量一般,尤其是随机方法、分配隐藏及盲法部分描述不清楚。

表 2 纳入研究质量基本特征

纳入研究	随机方法	分配隐藏	盲法	基线一致	其他偏倚	评分(分)
孙羽非 ^[8]	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	5
赵宏亮 ^[9]	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	5
李燕妃 ^[10]	不清楚	不清楚	不清楚	是	不清楚	6
兰丙欣 ^[11]	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	5
李云霞 ^[12]	不清楚	不清楚	不清楚	是	不清楚	6
刘小男 ^[13]	是	不清楚	不清楚	是	不清楚	7
单丽珠 ^[6]	不清楚	不清楚	不清楚	是	不清楚	6
李瑜英 ^[7]	不清楚	不清楚	不清楚	是	不清楚	6

2.4 痰热清临床使用特征

见表 3。纳入 8 个研究,痰热清注射液辅助治疗肺部感染使用特征分布(如)如下:痰热清注射液静脉注射,使用剂量主要为 20 mL 辅助用药,每日 1 次,7~10 d 为 1 个疗程,而兰丙欣等^[11]用 30 mL,单丽珠等^[6]用药 14 d 为 1 个疗程。结果表明痰热清注射液辅助治疗治疗恶性肿瘤并肺部感染常 20 mL 辅助用药,每日 1 次,7~10 d 为 1 个疗程。

2.5 临床疗效评价

依据临床疗效评价标准,对痰热清注射液辅助治疗的临床疗效分为 5 个等级包括临床无效、有效、显效、痊愈及总体疗效,依据纳入文献特征分别评价如下。

2.5.1 临床痊愈 纳入 6 个研究,500 例患者。1)痰热清注射液辅助单抗生素组与单抗生素组比较的 5 个研究,痰热清注射液辅助单抗生素组 225 例,单抗生素组

表 3 痰热清注射液使用基本特征

出处	年份	名称	剂量	用药途径	用法	疗程
孙羽非 ^[8]	2005	痰热清注射液	20 mL	IV	1 次/d	10 d
赵宏亮 ^[9]	2005	痰热清注射液	20 mL	IV	1 次/d	10 d
李燕妃 ^[10]	2007	痰热清注射液	20 mL	IV	1 次/d	7~10 d
兰丙欣 ^[11]	2009	痰热清注射液	30 mL	IV	1 次/d	7 d
李云霞 ^[12]	2009	痰热清注射液	20 mL	IV	1 次/d	7~10 d
刘小男 ^[13]	2009	痰热清注射液	20 mL	IV	1 次/d	7~10 d
单丽珠 ^[6]	2011	痰热清注射液	20 mL	IV	1 次/d	14 d
李瑜英 ^[7]	2011	痰热清注射液	20 mL	IV	1 次/d	10 d

注:IV 为静脉注射

195 例,研究结果间同质性好,固定效应模型分析表明临床痊愈在两组间有统计学差异 [RR=1.45,95%CI (1.10,1.91), $P=0.009$],结果表明痰热清注射液辅助单抗生素组临床痊愈率优于对照组。2)痰热清注射液辅助单抗生素组与双抗生素组比较的 1 个研究,痰热清注射液辅助单抗生素组 40 例,双抗生素组 40 例,统计学分析表明临床痊愈在两组间无统计学差异 [RR=0.91,95%CI(0.75,1.11), $P=0.37$],痰热清注射液辅助单抗生素组与双抗生素组的临床痊愈相当。

2.5.2 临床显效 纳入 6 个研究,534 例患者,2 个比较方案。1)纳入痰热清注射液辅助单抗生素组与单抗生素组比较的 5 个研究,痰热清注射液辅助单抗生素组 252 例,单抗生素组 228 例,研究结果间同质性较好,固定效应模型分析表明临床显效在两组间有统计学差异 [RR=1.24,95%CI(1.04,1.48), $P=0.02$],结果表明痰热清注射液辅助单抗生素组临床显效率优于对照组。2)纳入与双抗生素组比较的 1 个研究,痰热清注射液辅助单抗生素组 28 例,双抗生素组 26 例,统计学分析表明临床显效在两组间无统计学差异 [RR=0.88,95%CI(0.66,1.19), $P=0.42$],痰热清注射液辅助单抗生素组与双抗生素组的临床显效相当。

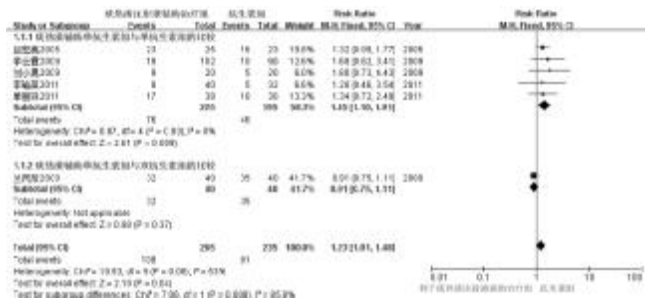


图2 两组临床治愈比较的 Meta 分析

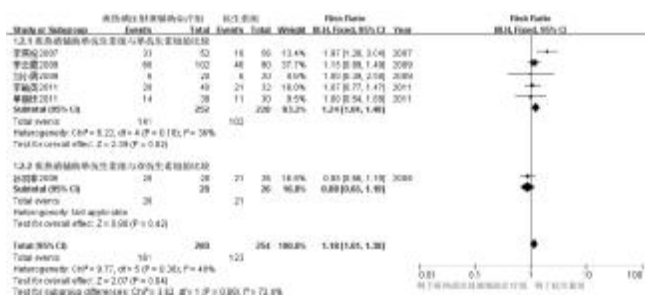


图3 两组临床显效比较的 Meta 分析

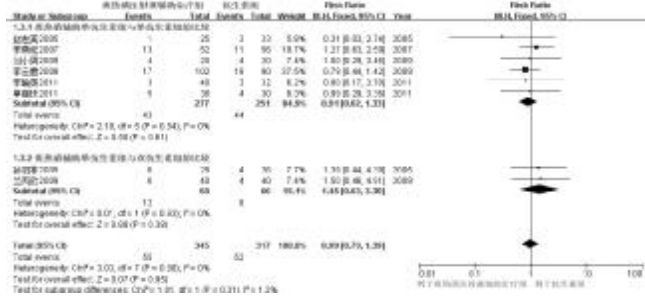


图4 两组临床有效比较的 Meta 分析

2.5.3 临床有效 纳入 8 个研究, 662 例患者, 2 个比较方案。1) 纳入痰热清注射液辅助单抗生素组与单抗生素组比较的 6 个研究, 痰热清注射液辅助单抗生素组 277 例, 单抗生素组 251 例, 研究结果间同质性较好, 固定效应模型分析表明临床显效在两组间无统计学差异 [$RR=0.91, 95\%CI (0.62, 1.33), P=0.61$], 结果表明痰热清注射液辅助单抗生素组临床有效率与对照组相当。2) 与双抗生素组比较的 2 个研究, 痰热清注射液辅助单抗生素组 68 例, 双抗生素组 66 例, 研究结果间同质性较好, 固定效应模型分析表明临床有效在两组间无统计学差异 [$RR=1.45, 95\%CI (0.63, 3.30), P=0.38$], 痰热清注射液辅助单抗生素组与双抗生素组的临床有效相当。

2.5.4 总体疗效 纳入 8 个研究, 670 例患者, 2 个比较方案。1) 纳入痰热清注射液辅助单抗生素组与单抗生素组比较的 6 个研究 (如图 5), 痰热清注射液辅助单抗生素组 277 例, 单抗生素组 251 例, 研究结果间同质性较差, 随机效应模型分析表明临床总体疗效在两组间有统计学差异 [$RR=1.19, 95\%CI (1.06, 1.33), P=0.003$], 结果表明痰热清注射液辅助单抗生素组临床总

体疗效优于对照组。2) 纳入与双抗生素组比较的 2 个研究 (如图 6), 痰热清注射液辅助单抗生素组 68 例, 双抗生素组 66 例, 研究结果间同质性较好, 固定效应模型分析表明临床总体疗效在两组间无统计学差异 [$RR=0.97, 95\%CI (0.90, 1.04), P=0.43$], 痰热清注射液辅助单抗生素组与双抗生素组的临床总体疗效相当。

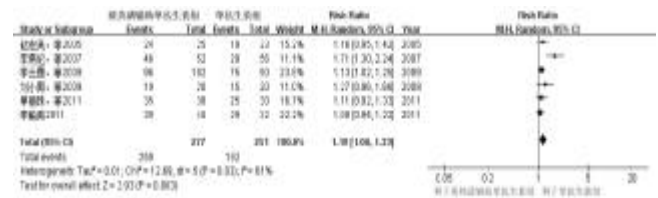


图5 痰热清注射液辅助单抗生素与单抗生素总体疗效比较的 Meta 分析



图6 痰热清注射液辅助单抗生素与双抗生素总体疗效比较的 Meta 分析

2.6 不良反应

纳入 7 个研究描述不良反应, 4 个研究报道无不良反应, 3 个研究报道局部静脉疼痛 2 例^[12]; 轻微头痛、心悸各 1 例, 胃肠道反应 2 例^[13]; 颜面潮红 1 例^[7]。结果表明痰热清注射液辅助治疗恶性肿瘤并肺部感染存在一定程度并发症, 各并发症影响相对较轻。

2.7 发表偏移与异质性分析

发表偏移分析, 各 Meta 分析纳入研究均为超过 10 个, 因此未做发表偏移分析。异质性分析: 为降低纳入研究异质性, 本研究严格按照制定的统一纳入和排除标准, 以确保纳入研究临床上的同质性; 痰热清注射液辅助单抗生素与单抗生素总体比较的 Meta 分析的异质性较高, 排除临床异质性后, 采用随机效应模型及固定效应模型交替分析表明 Meta 分析结果稳定性较好, 结果可靠。结果表明本次 Meta 分析结果评估较客观, 可靠性及可信度较高。

3 讨论

本研究纳入 2005 至 2011 年间 7 个省 8 个 RCT 研究, 恶性肿瘤并肺部感染 662 例, 系统分析表明痰热清注射液辅助治疗恶性肿瘤并肺部感染的常用剂量为 20 mL, 每日 1 次, 连续用 7~10 d 为 1 个疗程。Meta 分析表明与单抗生素相比, 痰热清注射液辅助单抗生素能显著改善恶性肿瘤并肺部感染患者的临床痊愈、显效及总体疗效。而与双抗生素相比, 痰热清注射液

辅助单抗生素组的临床疗效包括痊愈、显效、有效及总体疗效均与双抗生素对照组相当。研究提示痰热清注射液辅助治疗能增强抗感染疗效,并可能减少抗生素种类及剂量。研究提示痰热清注射液能清除细菌^[14-16],降低胸科术后、COPD 急性加重期、创伤性急性肺损伤等患者血清白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)等炎症介质水平^[17-19],提示痰热清注射液具有抗感染及改善炎症功效。抗生素为恶性肿瘤并肺部感染常规治疗手段,而非规范使用抗生素为耐药及二重感染的重要原因。本研究 Meta 分析提示痰热清注射液辅助治疗能减少抗生素用量。研究表明,痰热清注射液可能降低二重感染发生率^[20],因此可能对预防滥用抗生素性二重感染及耐药、提高抗感染治疗的安全性等具有重要价值。纳入 7 个研究描述不良反应,3 个研究报道局部静脉疼痛 2 例^[12];轻微头痛、心悸各 1 例,胃肠道反应 2 例^[13];颜面潮红 1 例^[7],提示相关不良反应轻微,安全性较好。纳入研究整体质量一般,纳入研究随机及盲法等描述不清,严重影响研究结果可信度。大部分合并指标同质性好,仅辅助单抗生素与单抗生素总体比较的 Meta 分析的异质性较高,排除临床异质性后,采用随机效应模型及固定效应模型交替分析表明 Meta 分析结果稳定性较好,科学性较好,结果可靠。纳入研究未做发表偏倚分析。综合分析表明本次 Meta 分析稳定性及科学性较好,结果可靠,纳入研究数量较少,但质量不高。

综上,本研究表明痰热清注射液辅助治疗恶性肿瘤并肺部感染的临床疗效优于单一抗生素,与二联抗生素疗效相当;可能对预防滥用抗生素性二重感染及耐药,提高抗感染治疗的安全性等具有重要价值。但纳入研究证据数量较少及质量不高,建议临床慎用,同时设计高质量、规范的随机对照试验予以证实其疗效及安全性。

参 考 文 献

- [1] Andalib A, Ramana-Kumar AV, Bartlett G, et al. Influence of postoperative infectious complications on Long-Term survival of lung cancer patients: a population-based cohort study[J]. *Journal of Thoracic Oncology*, 2013, 8(5): 554-561.
- [2] Lee JO, Kim DY, Lim JH, et al. Risk factors for bacterial pneumonia after cytotoxic chemotherapy in advanced lung cancer patients[J]. *Lung Cancer*, 2008, 62(3): 381-384.
- [3] 王廷祥, 饶远权, 刘杏娥. 肺癌患者化疗期间感染相关危险因素分析[J]. *中华医院感染学杂志*, 2014, 24(4): 887-888, 891.
- [4] 高彩凤, 褚金龙, 李骏, 等. 中西医结合治疗恶性血液病肺炎感染的疗效观察[J]. *中国综合临床*, 2009, 25(7): 721-723.
- [5] Zhan P, Suo LJ, Qian Q, et al. Chlamydia pneumoniae infection and lung cancer risk: a meta-analysis[J]. *Eur J Cancer*, 2011, 47(5): 742-747.
- [6] 单丽珠, 张鹤. 中药联合抗生素治疗晚期恶性肿瘤合并肺炎感染临床观察: 附 38 例分析[J]. *中华实用中西医杂志*, 2011, 24(4): 4-5.
- [7] 李瑜英. 痰热清注射液治疗恶性肿瘤合并肺部感染疗效观察[J]. *医学信息: 中旬刊*, 2011, 24(8): 4008-4009.
- [8] 孙羽非. 痰热清注射液治疗肿瘤化疗后并发肺部感染的疗效观察[J]. *中国医学研究与临床*, 2005, 3(8): 45.
- [9] 赵宏亮, 王鹏远, 李伟, 等. 痰热清联合抗生素治疗肿瘤患者肺部感染[J]. *医药论坛杂志*, 2005, 26(21): 60.
- [10] 李燕妃, 许德明, 赵小琼, 等. 痰热清与头孢他啶合用治疗癌症合并肺部感染 52 例[J]. *第四军医大学学报*, 2007, 28(17): 1623-1623.
- [11] 兰丙欣. 痰热清注射液治疗恶性肿瘤患者化疗后并发肺部感染[J]. *中国实用医刊*, 2009, 36(20): 87-88.
- [12] 李云霞, 沈丽达, 邓明佳. 痰热清注射液治疗恶性肿瘤肺部感染 102 例临床观察[J]. *云南中医中药杂志*, 2009, 30(5): 21-22.
- [13] 刘小男, 杨晓秋, 陈其彬, 等. 痰热清注射液对晚期肿瘤患者肺部感染抗炎及镇痛作用观察[J]. *中国中医急症*, 2009, 18(7): 1031, 1099.
- [14] 闵存云, 刘和强. 痰热清注射剂治疗急性上呼吸道感染的临床疗效观察[J]. *中成药*, 2006, 28(5): 678-679.
- [15] 宋志香, 芦苇, 陈亮, 等. 痰热清与万古霉素治疗耐甲氧西林金黄色葡萄球菌肺炎及其耐药性研究[J]. *中华医院感染学杂志*, 2009, 19(14): 1861-1863.
- [16] 潘莉娜, 李新忠, 李欣科. 痰热清注射液对呼吸机相关性肺炎高热患者 C 反应蛋白和感染参数的影响[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2013, 19(23): 298-301.
- [17] 喻秋平, 万于华, 周学亮, 等. 痰热清对胸科术后患者血清炎症性细胞因子影响的研究[J]. *实用中西医结合临床*, 2011, 11(2): 36-37.
- [18] 韦思尊, 陈斯宁, 冯原. 痰热清注射液对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者细胞因子和肺功能影响的研究[J]. *中国中医急症*, 2011, 20(9): 1402-1403.
- [19] 阳世雄, 赵永亮, 曾建业, 等. 痰热清注射液对创伤性急性肺损伤患者细胞因子表达的影响[J]. *中国中医急症*, 2010, 19(7): 1087-1088.
- [20] 李穗晖, 梁艳菊, 黎玉辉, 等. 痰热清注射液联合抗生素治疗肺癌化疗后合并肺部感染临床观察痰热清注射液对创伤性急性肺损伤患者细胞因子表达的影响[J]. *中国中医急症*, 2012, 21(7): 1131-1132.

(收稿日期 2015-01-24)

心绞痛贴膏穴位贴敷预处理对急性心肌梗死大鼠血清心肌酶及 TNF- α 、IL-6 的影响*

王 帅 王凤荣[△]

(辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳 110032)

中图分类号: 文献标志码: 文章编号: 1004-745X(2015)06-0974-05

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.013

【摘要】目的 观察“心绞痛贴膏”穴位贴敷预处理对急性心梗大鼠的干预效应及可能的作用机制。**方法** 健康 Wistar 大鼠 55 只随机分为正常组、模型组、对照组和治疗组, 正常组 10 只, 模型组、对照组和治疗组每组 15 只。在清洁级实验室以普通饲料饲养。对照组于胸前区贴硝酸甘油贴膜 0.3 mg, 治疗组予心绞痛贴膏穴位贴敷于心俞、膻中、神阙、后三里穴(每穴 0.1 g), 每日 1 次, 每穴 1 贴, 维持 4~6 h, 疗程 10 d。模型组、对照组、治疗组均每日 2 mg/kg 多点腹腔注射异丙肾上腺素(ISO) 10 d。第 10 日于实验结束时, 查各组大鼠心电图, 以 ST 段明显上抬或下移为造模成功的初步判断标准, 取腹主动脉光镜下观察心肌病理学形态, 检测大鼠肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)、乳酸脱氢酶(LDH)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-6(IL-6)的含量。**结果** 病理结果显示, 对照组和治疗组心肌细胞损伤坏死较模型组轻, 但也可见少量断裂、缺损及空白区着色不均匀出现。模型组心肌细胞坏死严重。治疗组和对照组的心肌酶学水平、TNF- α 、IL-6 表达显著低于模型组($P < 0.01$)。**结论** 心绞痛贴膏穴位贴敷预处理能够减轻 AMI 大鼠心肌损伤坏死程度, 并可能通过抑制大鼠 TNF- α 、IL-6 的表达减少炎症细胞浸润, 从而起到改善心肌缺血的作用。

【关键词】 心绞痛贴膏 急性心肌梗死 心肌酶学 肿瘤坏死因子 白介素6

Experimental Study on the Influence of Angina Pectoris Patch Acupoint Application Pretreatment on Acute Myocardial Infarction in Rats in Serum Myocardial Enzyme, TNF- α , and IL-6 WANG Shuai, WANG Fengrong. Hospital Affiliated to Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Shenyang 110032, China

【Abstract】Objectives: To discuss the effect of angina pectoris patch sticking preconditioning on acute myocardial infarction in rats and its possible mechanism. **Methods:** 55 healthy Wistar rats were randomly divided into the normal group, model group, control group and treatment group, 10 rats in the normal group, 15 rats in the model group, control group and treatment group, fed with normal diet in a clean laboratory. The control group patched nitroglycerin 0.3 mg on the chest area, while the treatment group were treated with angina pectoris plaster acupoint application in Xinshu, Tanzhong, Shenque, after three points(each point 0.1 g), once a day, every point 1 sticker, maintaining 6 h. The treatment lasted for 10 days. The model group, the control group, the treatment group received daily multipoint intraperitoneal injection of isoproterenol (ISO) 2 mg/kg for 10 days. On the tenth day at the end of experiment, the ECG of the rat was examined, and the success of modeling was preliminary judged by ST segment elevation or depression, and the myocardial pathological morphology of abdominal aorta was observed under light microscope to observe, detecting the content of rat CK, CK-MB, LDH, TNF- α , IL-6. **Results:** The pathological results showed that myocardial cell damage and necrosis of the treatment group and the control group was lighter than that of the model group, but a small amount of fault was obvious, and defect and blank region coloring appeared. Myocardial cell necrosis in the Model group was serious. The myocardial enzyme levels of TNF- α , IL-6 of the treatment group and control group were significantly lower than those of the model group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Angina plaster acupoint application of pretreatment can reduce the degree of necrosis of myocardial injury in AMI rats, and may inhibit the TNF- α , the expression of IL-6 of the rat, reducing the infiltration of inflammatory cells, so as to improve myocardial ischemia.

【Key words】 Angina plaster; Acute myocardial infarction; Myocardial enzyme; Tumor necrosis factor; Interleukin 6

* 基金项目: 辽宁省科技计划项目(20100225034)

[△] 通信作者(电子邮箱: wfr925@126.com)

急性心肌梗死(AMI)是严重威胁人类健康的心血管系统疾病的急危重症,其死亡率高,且常引发心力衰竭、心律失常等严重并发症,直接导致患者生存质量下降,经济负担显著增加。药物治疗、介入治疗、外科搭桥能迅速改善血供、缓解心绞痛发作,方法较为成熟。但中药穴位贴敷疗法作为一种冠心病急性心肌缺血辅助治疗方式,在临床中也得到了广泛认可和应用,是融合中医整体观念、经络腧穴理论,集中药的药理作用和穴位刺激为一体,是“内病外治”的具体体现。临床发现,中药心绞痛贴膏穴位贴敷具有良好的改善心绞痛的作用。因此,本研究主要通过观察心绞痛贴膏穴位贴敷预处理对AMI大鼠的干预作用,对其可能的作用机制进行初步探讨。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 实验动物 清洁级 Wistar 大鼠 55 只,体质量(250 ± 50) g,购自辽宁中医药大学实验动物中心。动物许可证号:SCXK-(军)2007-004。

1.2 动物分组 将健康 Wistar 大鼠 55 只按随机数字表法随机分为空白组、模型组、对照组和治疗组,正常组 10 只,模型组、对照组和治疗组每组 15 只。在清洁级实验室饲养,以普通饲料喂养 10 d。

1.3 实验药物 心绞痛贴膏药物组成:川芎 45 g,丹参 45 g,薄荷脑 25 g,麝香 1.0 g,苏合香 20 g,檀香 8 g,小茴香 15 g,冰片 10 g,制乳香(灯芯制)20 g,制没药(灯芯制)20 g,香附 20 g,延胡索 20 g,生姜汁 10 g。生姜汁为鲜姜直接榨汁过滤所得,每贴含生药量 0.1 g,由辽宁中医药大学附属医院制剂室提供。硝酸甘油贴片(广州白云山制药股份有限公司生产),每贴含硝酸甘油 5 mg。

1.4 主要试剂 荧光定量 PCR 引物购自 TaKaRa 宝生物工程有限公司;荧光 RT-PCR 试剂由北京全氏金生物技术有限公司提供;异丙肾上腺素从辽宁中医药大学附属医院购买;水合氯醛由辽宁中医药大学动物实验中心提供;透射电镜试剂 2.5%戊二醛、1%锇酸、环氧树脂 EPON812 由中国医科大学实验中心提供;免疫组化一抗、二抗购自武汉博士德生物工程有限公司。

1.5 主要仪器及设备 JEM-100CX 型透射电子显微镜(日本电子公司),LKB V 型超薄切片机(瑞典 LKB 公司);石蜡切片机(莱卡),奥林巴斯 BX51 显微镜;贝克曼全自动生化仪(上海医用仪器设备厂);心电图机(GE 公司 MAC1200ST);精密轮转切片机, RM2135,德国 LEICA;系统生物显微镜, BX50F4,日本 OLYPUS;漂烘处理仪, ZMN-6802,常州市华利电子公司;电热恒温干燥箱, GZX-DH.400-S-II,上海跃进医疗仪器厂;电热鼓风干燥箱, 101-0A,天津泰斯特仪器有限公司;超纯水机, Milli-Q, 美国 MILLIPORE;电冰箱,

BCD-205F, HAIER。

1.6 实验方法 模型组、对照组、治疗组均每日 2 mg/kg 多点腹腔注射异丙肾上腺素(ISO)10 d。第 10 日实验结束时,予 3.3 mL/kg 的 10%水合氯醛腹腔注射麻醉。将麻醉后大鼠仰位固定于鼠板上,将针状电极插入大鼠四肢皮下,以 50 mm/s 的走纸速度,灵敏度 2 记录 II 导联的心电图,出现以下阳性为心肌缺血,表示造模成功:J 点上升或下降 ≥ 0.1 mV;T 波低平(下降 $>50\%$)倒置;T 波高耸超过同导联的 R 波的 1/2;心律不齐、心动过速、早搏或其他心律失常。大鼠心电图改变具备以上条件之一者即可判断为心肌缺血阳性。对照组于胸前区贴硝酸甘油贴膜 0.3 mg,治疗组于心俞、膻中、神阙、后三里穴贴敷心绞痛贴膏(每穴 0.1 g)。贴敷时间为每日 6 h,共 10 d。第 10 日将各组存活动物用水合氯醛皮下注射麻醉(药量 300 mg/kg),麻醉成功后查心电图,对各组动物从腹主动脉采血、取心脏。

1.7 观察指标 一般情况:每日观察动物进食和行为变化,定期称体质量。心电图检测:各组动物入组时及用药第 10 日将动物麻醉后查心电图,观察 ST 段抬高或下移水平及心律变化。光镜病理观察:实验结束时,予 10%水合氯醛腹腔注射麻醉,取出腹主动脉,光镜下 HE 染色病理观察。免疫组化法测定肿瘤坏死因子(TNF)- α 、白介素(IL-6)水平。

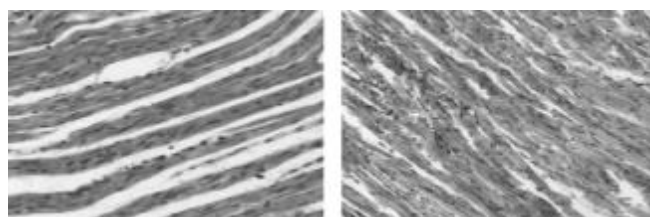
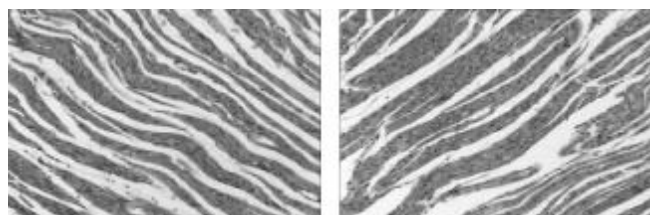
1.8 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学分析。计数资料以($\bar{x}\pm s$)表示,各组间的均数比较采用单因素方差分析(One-Way Anova),采用 LSD 法作组间的多重比较。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组大鼠一般情况比较 使用 ISO 后有部分动物陆续死亡,其中模型组死亡 4 只,对照组死亡 3 只,治疗组死亡 2 只。符合 AMI 死亡率高的特点。查心电图示 ST 段无变化的模型组 1 只,对照组 1 只,治疗组 2 只。心电图示心律失常的对照组 1 只,治疗组 1 只。剔除上述动物,只保留 ST 段明显上抬或下移的动物。

2.2 各组大鼠光镜病理结果 正常组:心肌细胞排列紧凑规整,闰盘、横纹清晰,横纵切面形态结构一致,心肌细胞核位于心肌细胞中央,形态、大小正常,肌原纤维排列有序,无断裂及缺损,无空白区(见图 1)。模型组:心肌细胞交织成网,看不到横纹,心肌细胞核、心肌纤维排列紊乱,可见断裂及缺失,心肌细胞核固缩,出现空白区,异染色质呈现团块状,相邻细胞闰盘间隙增宽(见图 2)。对照组:心肌细胞排列较规整,可见到横纹,大部分心肌细胞核形态、大小基本正常,位于心肌细胞边缘,肌原纤维排列较有序,仍可见断裂、缺损及空白区着色不均匀(见图 3)。治疗组:心肌细胞排列较规整,可见横纹,闰盘清晰,心肌细胞核仍固缩呈圆形,

位于心肌细胞边缘,肌原纤维排列较有序,仍可见有断裂、缺损及空白区(见图4)。

图1 正常组($\times 10$)图2 模型组($\times 10$)图3 对照组($\times 10$)图4 治疗组($\times 10$)

2.3 各组大鼠心肌酶学指标比较 见表1。模型组、对照组和治疗组肌酸肌酶(CK)水平均较正常组高,与正常组比较,有统计学意义($P < 0.01$)。对照组和治疗组CK水平较模型组低($P < 0.01$);对照组和治疗组CK水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。模型组、对照组肌酸肌酶同工酶(CK-MB)水平较正常组高($P < 0.01$)。治疗组CK-MB水平较正常组高($P < 0.05$)。对照组、治疗组CK-MB较模型组低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);治疗组CK-MB水平与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。各组乳酸脱氢酶(LDH)水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 各组大鼠ST段抬高或下移水平、CK、CK-MB、LDH水平比较($\bar{x} \pm s$)

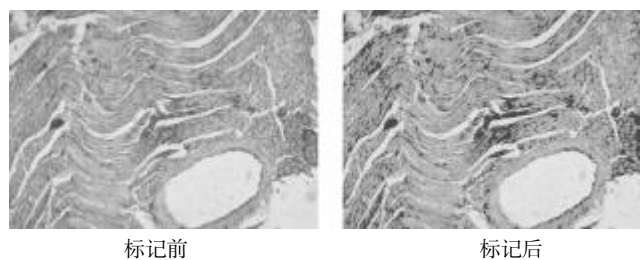
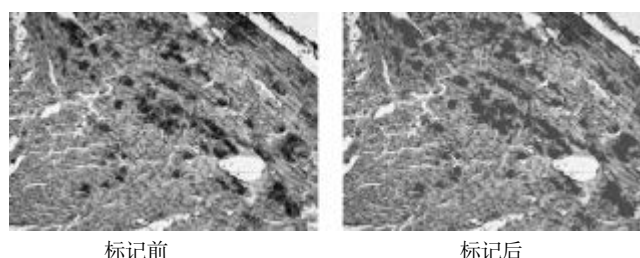
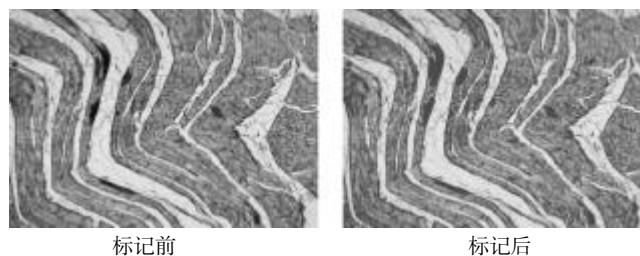
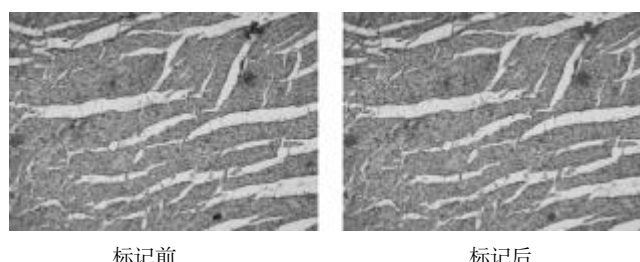
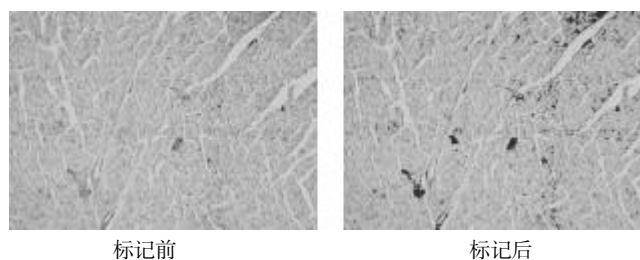
组别	n	ST段抬高或下移(mV)	CK(IU/L)	CK-MB(IU/L)	LDH(IU/L)
正常组	10	0 $\pm$ 0	607 $\pm$ 347.523	310.90 $\pm$ 190.496	309 $\pm$ 193.119
模型组	15	0.45 $\pm$ 0.16 ^{***}	1933.60 $\pm$ 404.354 ^{***}	935.60 $\pm$ 184.773 ^{***}	523.3 $\pm$ 138.996
对照组	15	0.17 $\pm$ 0.08 ^{**$\Delta\Delta$}	1217.30 $\pm$ 379.467 ^{**$\Delta\Delta$}	682.10 $\pm$ 170.997 ^{Δ}	515.1 $\pm$ 191.834
治疗组	15	0.17 $\pm$ 0.09 ^{**$\Delta\Delta$}	1184.10 $\pm$ 254.629 ^{**$\Delta\Delta$}	612.90 $\pm$ 170.767 ^{**$\Delta\Delta$}	531.7 $\pm$ 251.838

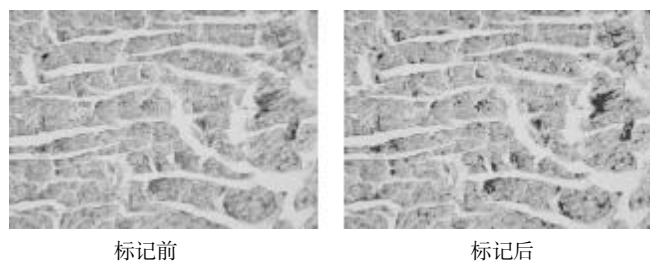
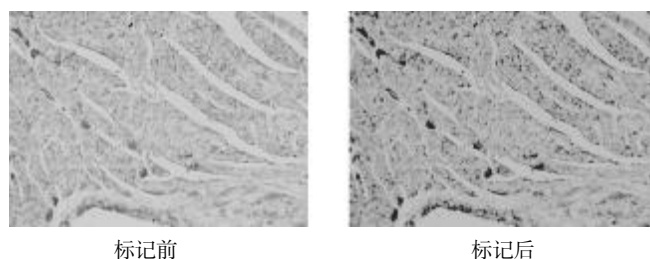
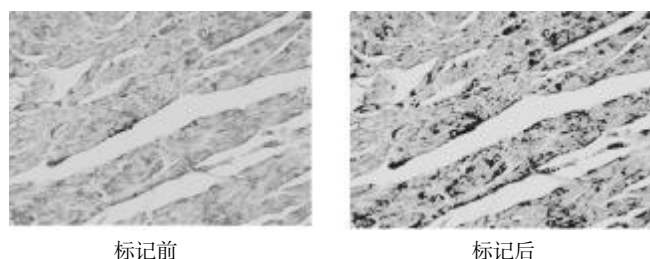
与正常组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与模型组比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。下同。

2.4 各组大鼠TNF- α 、IL-6积分光密度水平比较 见表2,图5~12。模型组、对照组TNF- α 较正常组高,对照组和治疗组TNF- α 低于模型组($P < 0.05$),治疗组低于对照组,两组比较有统计学意义($P < 0.05$),治疗组与正常组比较无统计学意义。模型组、对照组、治疗组IL-6较正常组高($P < 0.05$),对照组和治疗组IL-6低于模型组($P < 0.05$),治疗组与对照组比较无统计学意义($P > 0.05$)。

表2 各组大鼠TNF- α 、IL-6积分光密度比较($\mu\text{g/mL}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	TNF- α	IL-6
正常组	10	8.6237 $\pm$ 6.326	1.8585 $\pm$ 1.7881
模型组	15	23.4628 $\pm$ 1.0226 [*]	4.8279 $\pm$ 2.6094 [*]
对照组	15	15.9613 $\pm$ 1.3485 ^{*Δ}	3.8414 $\pm$ 1.9195 ^{*Δ}
治疗组	15	8.1587 $\pm$ 3.2002 ^{*Δ}	3.6317 $\pm$ 1.9079 ^{*Δ}

图5 正常组TNF- α ($\times 20$)图6 模型组TNF- α ($\times 20$)图7 对照组TNF- α ($\times 20$)图8 治疗组TNF- α ($\times 20$)图9 正常组IL-6($\times 20$)

图 10 模型组 IL-6($\times 20$)图 11 对照组 IL-6($\times 20$)图 12 治疗组 IL-6($\times 20$)

3 讨论

穴位贴敷疗法是现代中药透皮给药的主要方式之一,药物借由经络的传输作用将有效成分输送且作用于所系脏腑,调节人体脏腑功能,达到预防和治疗疾病的目的,这也成为了“病在内者可取之于外”的理论基础。

本研究选取的心俞、膻中穴均为心、心包经俞募配穴,主治心痛、胸闷等心疾,为治疗心脏疾病的要穴;膻中为心包募穴,八会穴之气穴,利上焦、宽胸膈、降气通络主治胸闷、心痛等胸中气机不畅的病证。俞募相配,有疏通心、心包经气血作用,为治心之要穴;气海为育之原穴,主治虚脱乏力等气虚之证;足三里为足阳明经之合穴,主治虚劳诸症。配合中药外敷,共奏活血化瘀,育阴潜阳、养心益气,通经活络之功。川芎为方中君药,辛香走窜而行气,活血祛瘀以止血,上行头目而祛风,下入血海以调经。丹参祛瘀止痛、清心除烦、养血安神;薄荷清利头目;麝香开窍醒神、活血散结;苏合香开窍、止痛;冰片通诸窍;乳香、没药用于一切气滞血瘀之痛证,诸药共奏活血止痛、温通心络、芳香开窍之功。现代研究亦证实,川芎中所含有的川芎嗪、阿魏酸钠可扩张冠状动脉,增进冠脉流量,能降低血小板表面活性,抑制血小板聚集,抗血栓形成,改善心脏微循环并降低心肌耗氧量。缓解心绞痛,并具有抗血栓形成作用。丹

参能扩张冠状动脉,增加冠脉流量,减轻心肌缺血的损伤程度,加快心肌缺血损伤的恢复,缩小心肌梗死范围,降低血液黏稠度,抑制血小板聚集和黏附性,抗血栓形成。冰片具有抗菌、抗炎、镇痛作用,对 AMI 的麻醉犬产生与冠心苏合丸类似的作用,能使冠状窦血流量回升,减慢心率,降低心肌氧耗量,提示冰片有利于冠脉痉挛的防治,并可减轻缺血引起的心肌损伤。苏合香提取物能减慢心率、改善冠脉流量和降低心肌耗氧,抗血小板聚集。高社光等^[1]观察到,麝香通痹膏贴敷膻中、内关穴对 130 例不同类型的冠心病心绞痛患者的心绞痛、心电图有明显改善作用。戴居云等^[2]在 65 例冠心病患者中观察了丹参益心帖贴敷心俞、膻中等穴对心绞痛、心悸、胸闷、气短等临床症状和心电图的作用,并以硝酸甘油贴敷、口服复方丹参片作为对照,结果表明,上述药物穴位贴敷均可缓解心绞痛,改善上述临床症状和缺血性心电图。

冠状动脉粥样斑块破裂形成血栓是 AMI 的主要病理基础,虽然对动脉粥样硬化(AS)的病因及发病机制目前仍未完全阐明,但脂质代谢异常、内皮细胞损伤及其功能异常、血管平滑肌细胞增生、迁移和表型改变是 AMI 等 AS 产生的重要因素。本研究仅围绕 AMI 过程中的炎症机制,探讨心绞痛贴膏外治法防治 AMI 的作用机制。 $\text{TNF-}\alpha$ 是重要的炎症因子, $\text{TNF-}\alpha$ 作为 IL-6 的上游激活物,诱导单核细胞产生 IL-6,IL-6 进一步参与炎症反应。IL-6 不仅参与 AMI 后的炎症反应,还有强大的增加血小板作用,是促凝因子,而且直接影响 C 反应蛋白水平,加重炎症反应^[3]。另外, $\text{TNF-}\alpha$ 和 IL-6 还通过干预血管内皮细胞表型,使炎症细胞渗透到血管外,向受损心肌聚集^[4]。本研究结果显示,治疗组和对照组 CK、CK-MB 水平较模型组低,提示心绞痛贴膏和硝酸甘油贴具有较好的降低 CK、CK-MB 作用,模型组 $\text{TNF-}\alpha$ 和 IL-6 较正常组高,符合 AMI 后 $\text{TNF-}\alpha$ 和 IL-6 的改变,对照组和治疗组 $\text{TNF-}\alpha$ 和 IL-6 低于模型组,且治疗组 $\text{TNF-}\alpha$ 低于对照组。研究表明,心绞痛贴膏与硝酸甘油贴改善 AMI 心肌酶学作用相近,但在降低 $\text{TNF-}\alpha$ 水平及抑制 IL-6 方面优于硝酸甘油贴,或作用与其相当,尤其以早期用药效果为佳。穴位贴敷防治急性心肌缺血的机理可能与抑制主动脉炎性因子的表达有关,至于局部穴位贴敷抑制动脉粥样硬化、降低血脂的具体作用机制还需要深入研究。

参考文献

- [1] 高社光,康日新.麝香通痹膏穴位贴敷治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛 130 例[J].河北中医,1999,21(3):136.
- [2] 戴居云,王子芳,李鼎.丹芪益心帖治疗冠心病心绞痛临床疗效观察[J].中国针灸,1997,17(10):588.

- [3] Souza JR, Oliveira RT, Blotta MH, et al. Serum levels of interleukin-6 (IL-6), interleukin-18 (IL-18) and C-reactive protein (CRP) in patients with type-2 diabetes and acute coronary syndrome without ST-segment elevation[J]. Arq Bras Cardiol, 2008, 90(2): 86-90.
- [4] Min N, Paul L, Peter L. Inflammatory cytokines and postmyocardial infarction remodeling[J]. Circ Res, 2004, 94: 1543-1545.

(收稿日期 2015-03-20)

(上接第 961 页)

等^[16]发现 SFI 处理可提高心肌组织 ATP 含量和 SOD 活性,减少 MDA 生成,保护缺血再灌注后的大鼠心脏。本次实验小鼠耐缺氧抗疲劳实验数据未获得统计学差异,可能和实验动物数量不足有关。

参附注射液作为一种中药制剂,具有临床应用剂量安全范围宽、毒副作用小的优良特性,具有广阔的应用前景。参附注射液含人参皂苷、乌头生物碱等生物活性成分,能够增强体力、防止衰老和增加活力,具有较好的抗缺氧、抗疲劳作用,其药理特性被广泛应用于临床治疗,尤其是心脏病的治疗,有效提高患者预后质量。

参 考 文 献

- [1] Niu CQ, Zhang TX, Xu HQ, et al. Research of vasodilation effect of aconite decoction on the rabbit aorta in vitro[J]. Zhong Yao Yao Li Yu Lin Chuang, 2004, 20(4): 23-25.
- [2] 卓道勤,吕国焰,闵磊,等. 参附注射液对感染性休克早期血流动力学紊乱干预性研究[J]. 中国中医急症, 2011, 20(12): 2005.
- [3] Liu Z, Xie GQ, Tang SF, et al. The Therapeutic Tactics on Hemodialysis-induced Hypotension[J]. Journal of New Chinese Medicine, 2001, 10(13): 1211-1212.
- [4] Li QB, Liu X. Shenfu injection in the clinical application of the rescue of severe hemorrhagic shock[J]. Journal of Guangdong Medical College, 1999, 17(2): 73-74.
- [5] Zhao D, Wang J, Cui Y, et al. Pharmacological effects of Chinese herb aconite (fuzi) on cardiovascular system[J]. J Tradit Chin Med, 2012, 32(3): 308-313.
- [6] 江承平,刘福,李毅,等. 参附注射液对脑缺血再灌注大鼠 MDA、SOD、TXB2 及 6-keto-PGF1 α 的影响及意义[J]. 中国医科大学学报, 2012, 41(2): 124-127.
- [7] 李勤,李秉芝,刘宏. 参附注射液的药理作用及临床应用[J]. 医学综述, 2008, 14(8): 1247-1250.
- [8] 李毅,王颖,李珏,等. 参附注射液对缺血再灌注损伤肾脏组织的保护作用[J]. 四川大学学报:医学版, 2011, 42(1): 41-43.
- [9] 朱玲,周黎明,王正荣. 参附注射液的作用及作用机制的研究进展[J]. 四川生理科学杂志, 2004, 26(2): 77-82.
- [10] 黄琼,张新风. 参附注射液治疗心血管疾病的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2011, 22(12): 3050-3052.
- [11] Wang J, Qiao LF, Yang GT. Role of Shenfu injection in rats with systemic inflammatory response syndrome[J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2008, 14(1): 51-55.
- [12] Zheng SD, Wu HJ, Yu SP, et al. Shenfu Injection suppresses inflammation by targeting haptoglobin and pentraxin 3 in rats with chronic ischemic heart failure[J]. Chin J Integr Med, 2015, 21(1): 22-28.
- [13] Jaworek J, Konturek SJ, Leja-Szpak A, et al. Role of endogenous melatonin and its MT receptor in the modulation of caerulein-induced pancreatitis in the rat[J]. Journal of Physiology and Pharmacology, 2002, 53(4): 791-804.
- [14] 李毅,王颖,李珏,等. 参附注射液对缺血再灌注损伤肾脏组织的保护作用[J]. 四川大学学报:医学版, 2011, 42(1): 41-43.
- [15] 朱玲,周黎明,王正荣. 参附注射液的作用及作用机制的研究进展[J]. 四川生理科学杂志, 2004, 26(2): 77-82.
- [16] 黄琼,张新风. 参附注射液治疗心血管疾病的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2011, 22(12): 3050-3052.

(收稿日期 2015-02-18)

· 研究报告 ·

清肺止咳灵糖浆抗炎解热作用研究*

田 伟 张淑香[△] 江柏华

(黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨 150040)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-0979-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.014

【摘要】目的 观察清肺止咳灵糖浆的抗炎、解热作用。**方法** Wistar 大鼠 50 只, 体质量(200±20) g, 雌雄各半, 按体质量、性别随机分 5 组, 每组 10 只, 即空白对照组, 清肺止咳灵高、中、低剂量组及阳性药对照组, 高、中、低剂量给药。阳性药对照组灌胃强力枇杷露, 空白对照组灌胃等体积的 0.9% 氯化钠注射液。每日 1 次, 连续给药 4 d。于第 4 日给药后 1 h, 先测大鼠注射酵母前体温, 然后每鼠立即背部皮下注射 20% 酵母悬液 2 mL, 然后于 1、2、3、4 h 各测定和记录大鼠体温 1 次。**结果** 清肺止咳灵对二甲苯所致小鼠耳壳炎症有明显的抑制作用。高、中、低剂量组分别与空白对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。清肺止咳灵高、中、低剂量组在给药后 2 h 分别与给药前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$), 高、中剂量组给药后 3、4 h 与给药前比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。低剂量组给药后 4 h 与给药前比较无显著性差异 ($P > 0.05$)。**结论** 清肺止咳灵糖浆具有显著的抗炎、解热作用。

【关键词】 清肺止咳灵 抗炎 解热

Studies on Antipyretic and Anti-inflammatory Effects of Qingfeizhikeling Syrup TIAN Wei, ZHANG Shuxiang, JIANG Baihua. The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University Chinese Medicine, Heilongjiang, Harbin 150040, China

【Abstract】Objective: To research the antipyretic and anti-inflammatory effects of Qingfeizhikeling syrup. **Methods:** 50 wistar rats, weighing (200±20) g, 25 females and 25 males, were randomly divided into 5 groups by weight and gender, namely, the control group, Qingfeizhikeling group with high dose, Qingfeizhikeling group with mid dose, Qingfeizhikeling group with low dose, and positive drug control group. Loquat syrup was gastrically perfused into the rats in positive drug control group while equivoluminal normal saline was gastrically perfused into the rats in control group. The treatment lasted for 4 days, each group once a day. Temperature of rats after injection was measured 1 hour after being given medicine on the fourth day, and then each rat was given subcutaneous injection of yeast suspension on its back, and then the temperature of rats were measured and recorded one, two, three, and four hours after injection. **Results:** Qingfeizhikeling showed significant effect on Auricular inflammation induced by Xylene. The differences between high, middle, low dose group and blank control group showed significantly Statistical significance ($P < 0.01$ or $P < 0.05$). Temperament of high, middle, low dose group two hours after dosing were improved compared with before dosing ($P < 0.01$ or $P < 0.05$). Temperament of high, middle dose group 3 hours, 4 hours after dosing showed no differences compared with before dosing ($P > 0.05$). Temperament of low dose group 4 hours after dosing showed no differences compared with before dosing ($P > 0.05$). **Conclusion:** Qingfeizhikeling syrup has a significant antipyretic and anti-inflammatory effect.

【Key words】 Qingfeizhikeling; Antipyretic action; Anti-inflammation

清肺止咳灵糖浆是我院治疗慢性支气管炎急性发作期的临床常用院内制剂, 具有润肺清热、止咳化痰的功效, 临床常用于治疗急性支气管炎、慢性支气管炎急性发作、感冒咳嗽等疾病。为进一步明确其药理作用, 本研究旨在观察其抗炎、解热作用, 为更好地指导临床用药及进一步开发应用提供实验数据。现

报告如下。

1 材料与方法

1.1 试剂和动物 昆明种小鼠, Wistar 大鼠, 均由中国农业科学院, 哈尔滨兽医研究所提供。清肺止咳灵糖浆, 由黑龙江中医研究院制剂室提供。强力枇杷露, 为贵州神奇制药有限公司生产。

1.2 实验仪器 TG16-WS 高速台式离心机, 卢相仪离心仪器有限公司; M3500 自动石蜡切割机; 英国

* 基金项目: 黑龙江省中医药管理局青年基金项目(黑 20070469)

[△] 通信作者(电子邮箱: tianwei4479@163.com)

SHANON 公司 ML2000 光学显微镜, 科视达中国有限公司; JA2003 精密电子天平, 上海天平仪器厂; T200 数码相机, 日本索尼公司; 图像分析系统, 美国 Pharmalin 公司。

1.3 模型制备 参考文献[1-2]方法, 于末次给药后 1 h 后, 每只小鼠均匀涂布二甲苯 0.05 mL 于右耳前后两面, 左耳做对照。致炎 40 min 后, 将小鼠颈椎脱臼致死, 沿鼠耳根基线用眼科剪剪下双耳, 以直径 8 mm 打孔器分别在同一部位打下双耳对称处的耳片, 分析天平称重, 以左右耳壳质量差表示肿胀度, 求出肿胀抑制率, 与空白对照组比较。大鼠皮下注射酵母混悬液后, 先出现体温下降, 一段时间后体温明显升高。并持续较长时间, 局部有明显炎症, 动物全身表现与临床伴内脏或皮肤有明显炎症的里热症类似, 故可用此作为发热动物模型以研究药物解热作用^[3]。将大鼠每日用体温计测体温 2 次, 连测 3 日, 试验当日每小时测 1 次, 连测 2 次, 选体温变化不超过 0.4 °C 的动物供实验用^[4]。

1.4 分组及给药 Wistar 大鼠 50 只, 体质量 (200±20) g, 雌雄各半, 按体质量、性别随机分 5 组, 每组 10 只, 即空白对照组, 清肺止咳灵高、中、低剂量组及阳性药对照组, 高、中、低剂量组分别按 16.20 mL/kg (生药 24.79 g/kg)、8.10 mL/kg (生药 12.39 g/kg)、4.05 mL/kg (生药 6.20 g/kg) 的剂量灌胃; 阳性药对照组灌胃强力枇杷露 2.70 mL/kg; 空白对照组灌胃等体积的 0.9% 氯化钠注射液; 每日 1 次, 连续给药 4 日。于第 4 日给药后 1 h, 先测大鼠注射酵母前体温, 然后每鼠立即背部皮下注射 20% 酵母悬液 2 mL, 然后于 1、2、3、4 h 各测定和记录大鼠体温 1 次。称取干酵母 10 g, 置于乳钵中, 逐渐加入蒸馏水磨为均匀的悬浆, 最后定容为 50 mL (20%), 临用时配制^[3]。

1.5 统计学处理 应用 SPSS16.0 for Windows 统计软件。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 多组均数与一组均数间的比较应用方差分析和 Dunnett-*t* 检验; 两组均数间的比较应用配对 *t* 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组清肺止咳灵对二甲苯致小鼠耳廓肿胀影响的比较 见表 1。结果示清肺止咳灵对二甲苯所致小鼠耳壳炎症有明显的抑制作用。阳性药物对照组与清

表 1 清肺止咳灵对二甲苯致小鼠耳廓肿胀影响的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	肿胀度	肿胀抑制率
空白对照组	10	93.13±35.21	
清肺止咳灵高剂量组	10	47.53±23.34 ^{△△}	48.96 ^{△△}
清肺止咳灵中剂量组	10	56.09±21.16 ^{△△}	39.77 ^{△△}
清肺止咳灵低剂量组	10	63.82±23.57 [△]	31.47 [△]
阳性药对照组	10	52.31±21.95 ^{△△}	43.83 ^{△△}

与空白对照组比较, [△]P<0.05, ^{△△}P<0.01。下同。

肺止咳灵高、中、低剂量组分别与空白对照组比较, 差异有统计学意义 (P<0.01 或 P<0.05)。

2.2 清肺止咳灵对干酵母所致大鼠体温的影响 见表 2。结果示空白对照组给药后 2、3 h 与给药前比较, 体温升高明显 (P<0.05), 说明干酵母致热成功。清肺止咳灵高、中、低剂量组在给药后 2 h 分别与给药前比较, 差异均有统计学意义 (P<0.01 或 P<0.05), 高、中剂量组给药后 3 h、4 h 与给药前相当 (P>0.05)。低剂量组给药后 4 h 与给药前相当 (P>0.05), 说明清肺止咳灵对干酵母所致大鼠体温升高具有显著的抑制作用。

表 2 清肺止咳灵对干酵母所致大鼠体温的影响 (°C, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	给药前	1h	2h	3h	4h
空白对照组	10	36.21±0.76	36.44±0.66	37.35±0.88	37.31±0.36	36.96±0.69 [*]
清肺止咳灵高剂量组	10	36.07±0.50	36.50±0.76	36.8±0.89 [*]	36.51±0.67	36.43±0.62
清肺止咳灵中剂量组	10	36.19±0.40	36.30±0.57	36.86±0.76 [*]	36.53±0.57	36.47±0.69
清肺止咳灵低剂量组	10	36.36±0.64	36.35±0.60	37.26±0.72 [*]	36.95±0.58	36.67±0.69
阳性药对照组	10	36.38±0.61	36.59±0.72	37.09±0.70	36.91±0.77	36.73±0.79

与给药前比较, ^{*}P<0.05。

3 讨论

清肺止咳灵糖浆主要由鱼腥草、黄芩、浙贝母、天门冬、桑白皮、瓜蒌、枳实等药物组成。方中鱼腥草、黄芩、浙贝母、天门冬、桑白皮、瓜蒌、枳实都具有抑菌、抗炎作用, 另外, 黄芩还具有解热作用, 全方主要药物共奏抑菌、抗炎、解热作用。鱼腥草是国家卫生部正式确定为“药食两用”的品种之一^[5]。现代药理研究表明鱼腥草含鱼腥草素, 鱼腥草素在体外时对金黄色葡萄球菌、卡他球菌、痢疾、流感等杆菌均有较强的抑制作用^[6]。鱼腥草对多种致炎剂引起的炎症渗出和组织水肿均有明显的抑制作用, 具有解热、抗炎作用, 并存在量效关系^[7]。黄芩在我国药用历史悠久, 本品含黄芩苷元、黄芩苷、汉黄芩素、黄芩新素、苯甲酸、β-谷甾醇等^[6]。黄芩素和黄芩苷是黄芩发挥功效的主要活性成分。黄芩煎剂在体外有较广的抗菌谱, 黄芩抗菌谱广, 其水煎剂对革兰阳性菌、革兰阴性菌及螺旋体等的生长均有抑制作用^[8], 此外, 还具有解热、镇痛、抗炎作用, 有研究结果显示, 黄芩素和黄芩苷可以通过干扰花生四烯酸的代谢通路而发挥解热镇痛抗炎的作用^[9]。黄芩素和黄芩苷还能通过抑制核因子的活性以及细胞因子的分泌、释放而发挥解热镇痛抗炎的作用, 黄芩素和黄芩苷具有以上作用, 还可能与抑制 PGE₂ 分泌和核因子的活性以及细胞因子的分泌具有一定的相关性, 并且黄芩素在体内试验情况下, 显示在给药量较低的情况下即可发挥药理活性^[8]。浙贝母中的主要成分如 pei-mine、peiminine、对映贝壳杉烷、16β-17-二醇及鄂贝定碱均有一定的抗菌活性, 并且其有效成分贝母素

(下转第 1038 页)

· 研究报告 ·

颈椎运动负荷试验对不同中医证型颈性眩晕患者血流动力学指标的影响*

童正一¹ 叶洁¹ 许金海¹ 尹萌辰¹ 莫伟¹ 莫文^{1,2Δ}

(1. 上海中医药大学附属龙华医院, 上海 200032); 2. 上海中医药大学脊柱病研究所, 上海 200032)

中图分类号: R255.3 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-0981-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.015

【摘要】目的 探讨颈椎运动负荷试验经颅多普勒(TCD)在颈性眩晕诊断及中医辨证分型中的应用价值。**方法** 分别对正常组 30 例受试者以及颈性眩晕组 120 例患者中医辨证分型后进行常规和颈椎运动负荷试验后 TCD 检测, 统计分析比较各数据集的差异。**结果** 1) 不同中医证型颈性眩晕患者的脑血流动力学指标改变有各自的特点。痰湿中阻证表现为血流速度增快, 搏动指数降低, 呈低阻力波形; 肝阳上亢证表现为血流速度增快, 但搏动指数增高, 呈高阻力波形; 肝肾亏虚证以血流速度减慢为主, 搏动指数增高, 呈高阻力波形; 气血不足证表现为血流速度减慢, 而搏动指数降低, 呈低阻力波形。2) 痰湿阻络证和肝阳上亢证患者的血流动力学变化对颈椎运动负荷试验更加敏感, 而肝肾亏虚证与气血不足证患者对颈椎运动负荷试验的敏感性较差。**结论** 不同中医证型患者的血流动力学变化存在差异, 颈椎运动负荷试验对于颈性眩晕患者的诊断与中医辨证分型具有一定价值, 对中医实证型患者的敏感性更佳。

【关键词】 颈性眩晕 中医证型 血流动力学 颈椎运动负荷试验

Effect of Cervical Exercise Test on the Dynamics of Cervical Vertigo Blood Flow of Patients with Different TCM Syndromes TONG Zhengyi, YE Jie, XU Jinhai, et al. Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of TCM, Shanghai 200032, China

【Abstract】Objective: To investigate the value of transcranial Doppler sonography (TCD) in the diagnosis of cervical vertigo and the value of syndrome differentiation and treatment. **Methods:** The result of transcranial Doppler sonography (TCD) in neutral position and exercise stress test was observed. TCD test of 30 healthy subjects in normal group was compared with that of the 120 patients in the cervical vertigo group after TCM dialectical typing with normal and Cervical exercise stress test. The differences between the two groups were statistically analyzed. **Results:** 1) Cerebral hemodynamics changes of various types of cervical vertigo had their own characteristics. Phlegm stasis group might have a problem of blood underpowered, but vascular resistance was not high. Hyperactivity group with high blood dynamic showed high-velocity type, but vascular resistance was high. Liver and kidney deficiency group also had a problem of blood underpowered, with higher vascular resistance. The patients in lack of Qi and blood had a problem of blood underpowered, and vascular resistance was low. 2) Compared with the normal group, the blood flow indicators of cervical vertigo patients had the statistical-significance difference between neutral position and exercise stress test. **Conclusion:** Each group of TCM patients has different distinct characteristics. Cervical exercise stress test has value for clinical examination and diagnosis of cervical vertigo patients.

【Key word】 Cervical vertigo; TCM Syndromes; Hemodynamics; Cervical exercise stress test

颈性眩晕系指因颈椎退变导致椎-基底动脉供血不足而引起的眩晕、头昏、恶心、猝倒等一系列症状的

综合征, 是中医急诊常见病之一。本病常与其他类型的颈椎病并存, 国内亦常诊断为椎动脉型和交感型颈椎病^[1]。近年来研究显示颈性眩晕多在头颈部活动或体位改变时发生, 卧床休息多能缓解, 颈椎外固定治疗有效。这些提示本病的发生可能与颈椎的运动及负荷有关。亦有文献报道颈椎运动负荷试验可以作为颈性眩

* 基金项目: 上海市卫生系统优秀学科带头人培养项目 (XBR2013104); 上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划项目 (ZY3-LCPT-1-1003)

Δ通信作者(电子邮箱: mw2218@126.com)

晕的诊断指标之一^[2],但部分颈性眩晕患者对该试验并不敏感;笔者前期研究显示不同中医证型的颈性眩晕患者脑血流动力学指标存在差异,推测不同中医证型颈性眩晕患者对颈椎运动负荷试验的敏感性可能亦存在差异。为此笔者通过临床研究,以期探讨颈椎运动负荷试验对不同中医证型颈性眩晕患者脑血流动力学影响的差异,揭示其内在的规律,更深入地探寻中药干预眩晕型颈椎病的进程的作用机制,并为临床辨证施治提供客观依据。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准参照 1992 年全国第 2 届颈椎病专题座谈会纪要中颈性眩晕的诊断^[3]。中医病证分型标准根据国家中医药管理局于 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》中眩晕症的分型标准^[4]制定。

1.2 临床资料 病例来源于 2011 年至 2013 年上海中医药大学附属龙华医院住院及门诊。设立正常对照组及不同中医证型的颈性眩晕组。正常对照组患者 30 例,其中男性 16 名,女性 14 名;平均年龄 47.20 岁。颈性眩晕组患者 120 例,男性 60 例,女性 60 例;平均年龄 46.50 岁;病程 142.10 d。颈性眩晕患者中痰瘀阻络组 30 例,男性 12 例,女性 18 例。肝阳上亢组 30 例,男性 13 例,女性 17 例。肝肾亏虚组 30 例,男性 8 例,女性 22 例。气血虚弱组 30 例,男性 19 名,女性 11 名。

1.3 检测指标与方法 1)检查指标。采用德国西门子公司 Sequoia512 超声诊断系统,2 MHz 探头频率。经颞窗获得大脑中动脉血流信号,经枕骨大孔窗获得椎-基底动脉血流信号。在中立位和颈椎运动负荷试验后检查上述血管的收缩峰(Vs)、舒张末(Vd)、平均血流速度(Vm)、血管搏动指数(PI)。2)检查方法。颈部中立位:被测者取坐位,头部前屈约 15°。颈椎运动负荷试验:嘱患者颈部行前后屈伸及左右旋转各 10 次,每次 1~2 s,以最大活动范围为限,共 20 次,再次在中

立位检查血流信号。所有患者中,只要有 1 支血管的 TCD 各指标检测值高于或低于正常参考值范围即判为异常^[5]。

1.4 统计学处理 TCD 检测数据规范录入电脑,运用 Excel 建立数据库。用 SPSS18.0 for windows 统计软件进行数据统计分析与处理,计数资料用率(%)表示;计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,对计量资料首先进行正态性分布,符合正态分布且方差齐性相同的资料,均采用单因素方差分析,组间两两比较进行 LSD-*t* 检验或者 SNK-*q* 检验;对于非正态分布或方差不齐的计量资料可进行变量变换后采用单因素方差分析或采用 Kruskal-Wallis H 检验,两两比较用 Nemenyi 法检验;以双侧检验, $P < 0.05$ 被认为差异有统计学意义。

2 结果

颈椎运动负荷试验前后不同中医证型颈性眩晕患者及其与正常对照组左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)、基底动脉(BA)、中动脉(MCA)中立位 TCD 检测血流速度比较结果见表 1~3。颈椎运动负荷试验前,痰湿阻络组表现为 BA、VA、MCA 的 Vs、Vd 及 Vm 均高于正常组($P < 0.01$),为流速异常增高型;PI 降低,表现为低阻力波形。肝阳上亢组患者表现为 BA、VA、MCA 的 Vs、Vm 高于正常组($P < 0.01$),但 Vd 低于正常组($P < 0.01$),表现为流速异常增高型;PI 升高,呈高阻力波形。肝肾不足组表现为 BA、VA、MCA 的 Vs、Vm 低于正常组($P < 0.01$),表现为流速异常降低型,PI 升高,呈高阻力波形。气血不足组患者表现为 BA、VA、MCA 的 Vs、Vm 较对照组明显下降($P < 0.01$),Vd 下降不明显($P > 0.05$),以 Vs 与 Vd 差值增大为特点,表现为流速异常降低型,而 PI 降低,表现为低阻力波形。

颈椎运动负荷试验后,痰湿阻络组表现为 BA、VA、MCA 的 Vs、Vd 及 Vm 均高于正常组($P < 0.001$),为流速异常增高型;PI 降低,表现为低阻力波形。肝阳

表 1 试验前后不同中医证型颈性眩晕患者及其与正常对照组 LVA、RVA 中立位 TCD 检测血流速度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	LVA				RVA			
		Vs(cm/s)	Vd(cm/s)	Vm(cm/s)	PI(%)	Vs(cm/s)	Vd(cm/s)	Vm(cm/s)	PI(%)
正常组 (n=30)	试验前	50.67±2.26	20.83±2.83	33.59±1.79	0.89±0.03	50.48±1.97	21.22±2.54	33.24±1.99	0.88±0.03
	试验后	49.94±2.42	49.94±2.42	49.94±2.42	0.88±0.04	50.62±2.32	20.19±3.58	34.03±2.29	0.89±0.03
痰湿阻络组 (n=30)	试验前	52.36±2.02	22.01±3.19	37.36±1.86	0.81±0.03	52.41±1.96	23.08±2.77	37.39±1.67	0.81±0.03
	试验后	53.98±2.14	53.98±2.14	53.98±2.14	0.85±0.03	47.81±2.19	28.78±4.02	41.25±2.43	0.85±0.02
肝阳上亢组 (n=30)	试验前	52.50±2.52	11.68±3.52	42.14±2.27	0.97±0.02	52.94±2.02	12.25±2.84	41.86±2.23	0.97±0.03
	试验后	53.89±2.02	53.89±2.02	53.89±2.02	1.05±0.03	54.60±2.14	27.84±2.87	44.28±1.71	1.06±0.03
肝肾不足组 (n=30)	试验前	45.89±2.21	16.86±3.50	31.08±2.61	0.93±0.03	46.52±1.93	17.63±3.26	31.03±2.74	0.93±0.03
	试验后	47.30±2.15	47.30±2.15	47.30±2.15	0.75±0.03	47.11±2.06	24.09±2.48	30.30±2.17	0.76±0.03
气血虚弱组 (n=30)	试验前	43.56±2.02	17.66±3.04	33.48±1.94 [△]	0.77±0.02	44.20±2.10	18.22±2.88	34.24±1.72 [△]	0.76±0.08
	试验后	46.77±1.84	46.77±1.84	46.77±1.84	0.55±0.03	46.52±2.22	28.39±2.23	33.22±2.24 [△]	0.55±0.03

与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与正常组比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

表 2 试验前后不同中医证型颈性眩晕患者及其与正常对照组 BA 中立位 TCD 检测血流速度比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	BA			
		Vs(cm/s)	Vd(cm/s)	Vm(cm/s)	PI(%)
正常组 (n=30)	试验前	62.42±3.00	24.45±3.76	41.84±2.49	0.91±0.04
	试验后	62.27±2.87	24.95±3.57	41.68±2.31	0.89±0.04
痰湿阻络组 (n=30)	试验前	65.99±2.46	25.07±3.97	44.45±2.82	0.83±0.03
	试验后	61.72±3.00	25.16±3.63	49.61±2.22	0.76±0.03
肝阳上亢组 (n=30)	试验前	66.03±2.52	15.75±3.86	50.67±2.77	0.99±0.02
	试验后	67.21±2.88	10.27±4.50	54.82±2.72	1.04±0.03
肝肾不足组 (n=30)	试验前	59.54±2.70	24.48±4.50 ^Δ	37.19±2.89	0.94±0.03
	试验后	59.44±3.42	33.58±3.69	36.90±2.79	0.70±0.03
气血虚弱组 (n=30)	试验前	57.46±2.96	24.18±3.70 ^Δ	42.51±2.76 ^Δ	0.78±0.03
	试验后	58.43±2.46	31.46±3.69	41.62±2.83 ^Δ	0.65±0.03

表 3 试验前后不同组别左右大脑 MCA 中立位 TCD 检测血流速度变化比较(cm/s, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	LMCA				RMCA			
		Vs(cm/s)	Vd(cm/s)	Vm(cm/s)	PI(%)	Vs(cm/s)	Vd(cm/s)	Vm(cm/s)	PI(%)
正常组 (n=30)	试验前	97.07±3.73	37.83±6.22	68.62±3.73	0.86±0.03	97.79±3.38	38.46±3.95	68.59±3.60	0.86±0.03
	试验后	96.90±3.20	37.60±5.28	68.59±3.22	0.87±0.03	96.44±3.22	36.84±4.28	68.73±3.24	0.87±0.03
痰湿阻络组 (n=30)	试验前	99.49±3.30	38.53±4.28	69.98±3.37	0.75±0.03	99.93±2.81	46.54±4.70	69.14±3.59	0.74±0.03
	试验后	97.28±3.46	39.02±4.33	68.82±2.82 ^Δ	0.85±0.02	96.89±2.91 ^Δ	38.45±4.98	69.46±3.10 ^Δ	0.84±0.02
肝阳上亢组 (n=30)	试验前	99.94±3.04	21.67±5.15	75.35±2.95	1.04±0.03	100.1±2.79	21.64±5.53	74.84±3.32	1.05±0.03
	试验后	102.9±3.21	15.29±5.44	76.08±3.27	1.15±0.03	102.1±2.99	15.31±5.52	75.95±3.60	1.14±0.03
肝肾不足组 (n=30)	试验前	89.41±2.78	32.08±4.37	60.55±2.75	0.95±0.03	88.81±2.93	32.63±4.60	59.58±2.41	0.94±0.03
	试验后	91.42±2.74	45.16±4.04	60.87±2.67	0.76±0.03	90.73±3.29	45.40±3.77	59.95±2.66	0.76±0.03
气血虚弱组 (n=30)	试验前	87.57±3.14	51.37±4.16	55.95±2.83	0.65±0.03	87.74±3.47	51.19±4.28	55.90±3.17	0.65±0.03
	试验后	87.13±3.30	56.22±4.30	56.77±3.25	0.54±0.02	86.43±3.60	55.84±4.60	55.98±3.12	0.55±0.03

0.05)。肝阳上亢组患者各血管血液流速指标经统计分析,发现大脑中动脉 Vm、基底动脉 Vs 未明显改善($P>0.05$),余下各指标差异具有统计学意义($P<0.05$)。肝肾亏虚组患者各血管血液流速指标经统计分析,发现椎动脉及大脑 MCA 的 Vm、RVA、BA 的 Vs,差异无统计学意义($P>0.05$),余下各指标均有明显变化($P<0.05$)。气血虚弱组患者各血管血液流速指标经统计分析,发现椎 BA 及大脑 MCA 的 Vm,右大脑 MCA 及 BA 的 Vs,差异无统计学意义($P>0.05$),余下各指标差异均有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

3.1 颈椎运动负荷试验对颈性眩晕的诊断价值 颈性眩晕的临床症状多样,表现复杂,缺乏阳性体征,又无特殊检查手段可帮助疾病的诊断,对颈性眩晕发病机制的科学研究也因难以建立相应模型而道路崎岖。颈椎在脊柱中的活动度是最高的,在正常情况下可以完成前屈后伸、左右旋转和侧弯等动作。颈性眩晕患者

上亢组患者 BA 与 VA 的 Vs 均高于正常组,Vd 均低于正常组,Vm 均高于正常组,PI 高于正常组,呈高阻力频谱。颈椎运动负荷试验后,肝肾亏虚组患者 BA、VA 的 Vs 均低于正常组,Vd 均高于正常组,Vm 均低于正常组;PI 均低于正常组,呈低阻力频谱。气血虚弱组患者 BA 与 VA 的 Vs 均低于正常组,Vd 均高于正常组;MCA 的 Vm 均低于正常组;PI 均低于正常组,呈低阻力频谱。

颈椎运动负荷试验前后比较,正常组各血管血液流速指标除 BA 的 PI 以外,其余指标变化不明显(均 $P>0.05$),提示颈椎运动负荷试验后差别无统计学意义。痰湿阻络组患者各血管血液流速指标经统计分析,发现椎动脉、左大脑 MCA 的 Vs 差异无统计学意义($P>0.05$),余下各指标差异均具有统计学意义($P<$

常在颈椎的运动过程中出现眩晕症状,部分患者可能还会有特定的姿势体位出现眩晕。

在临床检测中,有些学者利用转颈试验^[6]对患者进行诊断。从解剖学方面来看,寰枢关节是颈椎旋转活动的主要关节,而下颈椎的运动以及上胸椎的轻度活动作为辅助部分参与颈椎的活动^[7],寰枢关节在正常情况下的旋转活动度 60~80°,而 C₂~C₇ 的旋转活动度则为 30~60°;颈椎的屈伸活动是包含了椎体和椎间盘以及钩椎关节等结构的复合运动,寰枢关节的屈伸活动都则大大变小,仅为 5~15°,而 C₂~C₇ 的屈伸活动度则为 100~110°^[8]。相比较颈椎的旋转运动,屈伸状态下的颈椎更易使伴行椎动脉的交感神经受到刺激,发生椎动脉血管痉挛的情况,从而形成椎基底动脉供血不足的失平衡状态。特别是一部分颈椎退变的患者,在颈椎屈伸状态下更易发生颈椎失稳对的状态,从而诱发颈性眩晕的症状。从解剖上来说,当颈椎发生旋转运动时,必定伴随旋转方向对侧的椎动脉的伸展,旋

(下转第 998 页)

丹参酮 II A 磺酸钠注射液对镉致肾损伤保护作用的研究*

魏长征 吕晓云[△] 宋连猛 裴海霞 张倩倩 杨杰
(兰州大学基础医学院中西医结合研究所,甘肃 兰州 730000)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-0984-04
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.016

【摘要】目的 观察丹参酮 II A 磺酸钠注射液对镉致肾损伤的保护作用并探讨其可能的作用机制。**方法** 40 只 Wistar 大鼠随机分为空白组、模型组、亚硒酸钠组(0.05 mg/kg)、丹参酮低(4 mg/kg)、高(8 mg/kg)剂量组。镉染毒 4 周后,观察大鼠基本状况,检测大鼠肌酐(Scr)、血尿素氮(BUN)、血清超氧化物歧化酶(SOD)、丙二醛(MDA)及其尿 β_2 -微球蛋白(β_2 -MG)。于造模成功后,空白组、模型组给予腹腔注射 0.9%氯化钠注射液,亚硒酸钠组给予腹腔注射亚硒酸钠溶液,丹参酮低、高剂量组分别给予 4 mg/kg 和 8 mg/kg 剂量丹参酮 II A 磺酸钠注射液治疗。检测血液中的 Scr、BUN、SOD、MDA、尿 β_2 -MG 含量,肾皮质、血、尿含镉量,肾脏皮质细胞凋亡率及 Bax 蛋白表达水平。**结果** 染毒后模型组、亚硒酸钠组、丹参酮低剂量组、丹参酮高剂量组大鼠体质量、Scr、BUN、尿 β_2 -MG、SOD 及 MDA 与空白组差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。采用丹参酮 II A-磺酸钠治疗后,丹参酮低剂量组、丹参酮高剂量组与模型组相比,血 Scr、BUN、尿 β_2 -MG、肾、血含镉量、MDA、SOD 含量、肾脏皮质细胞凋亡率及 Bax 蛋白表达差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。**结论** 丹参酮低、高剂量组对镉致肾脏损伤具有保护作用,其保护机制可能与抗氧化应激有关。

【关键词】 丹参酮 II A 磺酸钠 镉 肾损伤 凋亡 抗氧化应激

The Protective Effect of Tanshinone II A Sulfonic Acid Sodium Injection on Cadmium Induced Renal Damage WEI Changzheng, LV Xiaoyun, SONG Lianmeng, et al. Institute of Integrated Chinese and Western Medicine, Lanzhou University, Lanzhou, Gansu 730000, China

【Abstract】Objective: To investigate the protective effect of Tanshinone II A sulfonic acid sodium injection (STS) on Cadmium induced renal damage and its possible mechanism. **Methods:** 40 wistar rats were randomly divided into the sham group, model group, sodium selenite group (0.05 mg/kg), STS group (4 mg/kg), STS group (8 mg/kg). After exposed cadmium for 4 weeks, the basic condition of rats, Scr, BUN, SOD, MDA and β_2 -MG were observed. After the success of the modeling, the sham group and model group were intraperitoneally injected with 0.9% sodium chloride, while the sodium selenite group was intraperitoneally injected with Sodium selenite solution, and the STS group (4 mg/kg and 8 mg/kg) was intraperitoneally injected with different doses of STS. At the end of the test, the Scr, BUN, SOD, MDA in the blood and β_2 -MG in the urine were detected. The cadmium content in the Renal cortex, blood, urine and Bax were measured. Flow cytometry was used to measure Cell apoptosis in Renal cortex. **Results:** The basic condition, Scr, BUN, SOD, MDA, β_2 -MG in different groups had statistical differences. After compared with model group, in the STS group (4 mg/kg and 8 mg/kg) Scr, BUN, β_2 -MG, cadmium content, MDA, kidney Cell apoptosis and the expression of Bax protein were significantly reduced, and SOD increased significantly. **Conclusions:** Cadmium induced renal damage can be reduced by the STS group (4 mg/kg and 8 mg/kg). Its protection mechanism may be associated with the antioxidant ability.

【Key words】 Tanshinone II A sulfonic acid sodium; Cadmium; Kidney damage; Apoptosis; Antioxidant ability

镉(Cd)是原子序数为 48 的一种重金属,可通过污染土壤、水源、空气的方式,经口、鼻、皮肤等途径在人体内蓄积,对肝、肾、肺等器官产生损伤。镉在人体内

排泄缓慢,其半衰期约 10~30 年,为已知在体内最易蓄积的毒物^[1-2]。镉进入人体后,约 1/3~1/2 的镉蓄积于肝和肾^[3],其中肾脏是低剂量慢性镉中毒最重要的受损器官,研究证实镉诱导的肾损伤的主要作用部位是肾近曲小管,会影响肾小管的重吸收功能^[4]。一般认为

* 基金项目:兰州市科技发展项目(No.2012-1-24)
[△] 通信作者(电子邮箱:776802750@qq.com)

镉所致的肾损伤是不可逆的,目前无有效的治疗方法^[5],但有业者认为随着镉的接触量和时间的减少或停止,肾损伤可以逐渐恢复^[6]。究其肾毒性的机制,可能与氧化损伤、镉-钙的相互作用、引发肾脏细胞凋亡、诱导基因异常表达等方面有关。鉴于镉中毒的研究中,硒可有效拮抗镉致肾损伤,但由于其治疗量与中毒量很接近,尚不能满足临床应用。近年研究发现,丹参酮ⅡA磺酸钠注射液(STS)具有改善肾脏微循环、保护肾脏血管内皮细胞、清除氧自由基、抗脂质氧化、防治肾脏小球硬化等作用^[7]。但有关 STS 防治镉致肾损伤研究未见报道,基于以上背景,笔者就 STS 对镉致肾损伤的作用及其机制进行研究。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 试剂与药物 STS (上海第一生物药业有限公司),氯化镉(分析纯,天津市光复科技发展有限公司),亚硒酸钠(分析纯,上海中泰化学试剂有限公司)。血清超氧化物歧化酶(SOD)、丙二醛(MDA)试剂盒(南京建成生物工程研究所)。血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)试剂盒(南京建成生物工程研究所)。β₂-微球蛋白(兰大一院送检),Bax 蛋白-抗兔抗大鼠(bioworld 公司)。清洁级 wistar 大鼠 40 只,雌雄各半,体质量(160±20) g,由兰州大学医学实验动物中心提供,合格证号:SCXK(甘)2009-0004。原子吸收分光光度计石(德国耶拿分析仪器股份公司);721 分光光度计(上海菁华科技仪器有限公司);全自动生化分析仪(型号 Cobas c31);流式细胞仪(美国 Beckman coulter 公司);显微镜(德国 Olympus 公司);超净工作台(苏净集团安泰公司)。

1.2 分组与给药 40 只清洁级 Wistar 大鼠适应性喂养 2 周后,按随机数字表法随机分为空白组、模型组、亚硒酸钠组、丹参酮低剂量组、丹参酮高剂量组,每组 8 只,空白组腹腔注射 0.9%氯化钠注射液,其余组腹腔注射氯化镉溶液 1.4 mg/kg,每周 7 次,共 4 周。造模 4 周后,观察大鼠基本状况,检测大鼠 Scr、BUN、SOD、MDA 及尿 β₂-MG 含量。造模成功后,空白组、模型组给予腹腔注射 0.9%氯化钠注射液,亚硒酸钠组给予腹腔注射亚硒酸钠溶液 0.05 mg/kg,丹参酮低、高剂量组分别给予 STS 4 mg/kg、8 mg/kg 治疗。实验末收取血、尿,并留取肾组织,检测 Scr、BUN、SOD、MDA、尿 β₂-MG、肾皮质、血、尿镉含量、肾皮质细胞凋亡率及皮质 Bax 蛋白表达水平。

1.3 标本采集与检测 实验过程中,观察大鼠一般状况,每隔 2 周称量大鼠体质量,大鼠处死后取肾脏并称重,计算肾脏质量系数(mg/g)=(左侧肾脏质量+右侧肾脏质量)/2(mg)/大鼠体质量(g)。分别于大鼠造模后、处死前用代谢笼收集 24 h 尿液,大鼠禁食禁水,测量尿量;隔天禁食不禁水,收集尿液-80℃冰箱保存待测

β₂-MG 及镉含量。分别于大鼠造模后、处死前,在乙醚麻醉下进行眼底静脉丛采集血样,静置 1 h 后,离心机转速 3000 rpm 离心 10 min,按试剂盒说明使用全自动生化分析仪测定 Scr、BUN 含量,使用分光光度计测定 SOD、MDA 含量,使用原子吸收法分光光度计石墨炉法检测血镉含量。于治疗后,取血后行心脏 0.9%氯化钠注射液灌流,迅速摘取右侧肾脏置于超净工作台,使用剪碎法收集细胞悬液,行流式细胞仪凋亡率检测。迅速摘取左侧肾脏,剥去包膜,行肾门纵切,一部分肾脏组织经 4%多聚甲醛溶液固定,石蜡包埋,3 μm 切片,免疫组化 S-P 法检测肾组织 Bax 蛋白表达。结果判断方法:每组 8 张切片,每片切片在 400 倍视野下随机选择 4 个视野,阳性细胞分为弱阳性和强阳性,弱阳性指浅染的棕黄色或黄色,强阳性指较深的棕黄色或黄色,分别计算 Bax 弱阳性表达率和强阳性表达率,然后将 4 个视野的结果求平均值。另一部分肾脏组织剪取皮质置于 40 mL 三角烧瓶中,加 4 mL 混合酸,烧瓶口覆以牛皮纸,浸泡过夜,至消化完全,置于电热板上加热,直至混合酸完全蒸发,加入 5 mL 蒸馏水,再次置于电热板上进行驱酸,最后稀释至 10 mL,设定石墨炉法的工作条件,检测肾皮质镉含量。

1.4 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件。计数资料以($\bar{x} \pm s$)表示,各组采用单因素方差(one-way ANOVA)分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组大鼠治疗后体质量比较 见表 1。经治疗后,模型组与空白组差异有统计学意义($P < 0.05$),但与亚硒酸钠、低、高剂量组差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 各组大鼠不同阶段体质量、增加的体质量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	初始体质量	造模后体质量	治疗后体质量	体质量增加
空白组	8	155.10±12.30	208.10±53.00	244.20±58.90	83.80±44.40
模型组	8	150.50±8.50	164.00±16.00	192.20±34.10*	40.20±37.10*
亚硒酸钠组	8	160.70±16.80	165.30±21.60	204.90±25.80	48.60±34.80
丹参酮低剂量组	8	165.00±19.10	174.90±27.50	224.80±31.30	61.30±34.50
丹参酮高剂量组	8	149.10±8.50	167.90±18.90	218.10±32.10	69.00±49.30

与空白对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 各组大鼠肾脏质量系数、尿量比较 见表 2。大鼠肾脏质量系数模型组、亚硒酸钠组与空白组比较差异有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$),丹参酮低、高剂量组与空白组相比差异无统计学意义($P > 0.05$),丹参酮高剂量组与模型组相比差异有统计学意义($P < 0.01$)。24 h 尿量结果统计显示:治疗后模型组与空白组差异有统计学意义($P < 0.01$),丹参酮低、高剂量组与模型组差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 各组大鼠 SOD、MDA 含量比较 见表 3。造模后

表 2 各组大鼠肾脏质量系数、24 h 尿量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	肾脏质量系数 (mg/g)	24 h 尿量(mL)	
			造模后	治疗后
空白组	8	3.415±0.162	4.73±1.12	4.89±1.37
模型组	8	4.289±0.659**	6.43±0.42**	6.71±0.56**
亚硒酸钠组	8	3.972±0.281*	6.23±0.35**	5.77±1.17
丹参酮低剂量组	8	3.844±0.293	6.26±0.42**	5.18±0.68 [△]
丹参酮高剂量组	8	3.689±0.397 ^{△△}	6.39±0.49**	5.16±0.56 [△]

与空白组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与模型组比较,[△] $P<0.01$,^{△△} $P<0.05$ 。下同。

模型组、亚硒酸钠组、丹参酮低、高剂量组血清 SOD、MDA 含量与空白组差异有统计学意义($P<0.01$),治疗后丹参酮低、高剂量组血清 SOD、MDA 含量与模型组差异有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。

表 3 各组大鼠造模后与治疗组 SOD、MDA 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	SOD(U/mL)		MDA(μ mol/L)	
		造模后	治疗后	造模后	治疗后
空白组	8	272.63±14.02	261.86±23.49	5.38±0.94	5.98±1.13
模型组	8	209.88±17.96*	215.57±16.29	13.43±1.05*	11.10±1.92
亚硒酸钠组	8	213.88±15.70*	237.60±12.70 [△]	12.75±1.27*	7.14±1.20 ^{△△}
丹参酮低剂量组	8	211.13±12.93*	237.14±15.93 [△]	13.21±1.41*	7.93±1.63 ^{△△}
丹参酮高剂量组	8	210.63±9.87*	250.50±17.06 ^{△△}	13.26±0.82*	7.05±1.66 ^{△△}

2.4 各组大鼠 Scr、BUN、 β_2 -MG 比较 见表 4。治疗后 Scr、BUN、 β_2 -MG 丹参酮高剂量组与模型组差异有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$),亚硒酸钠组、丹参酮低、高剂量组 BUN 含量与模型组差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 4 各组大鼠造模后与治疗组 Scr、BUN、 β_2 -MG 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	Scr(μ mol/L)		BUN(mmol/L)		β_2 -MG(μ g/L)	
		造模后	治疗后	造模后	治疗后	造模后	治疗后
空白组	8	32.5±1.8	33.9±2.4	4.43±0.29	4.59±0.21	18.4±0.6	18.8±0.4
模型组	8	57.4±3.1	52.0±4.4	6.99±0.48	6.92±0.56	29.0±1.0	26.4±1.1
亚硒酸钠组	8	56.9±2.9	46.5±2.9	6.96±0.40	5.79±0.39 ^{△△}	28.9±1.0	23.7±0.7
丹参酮低剂量组	8	57.0±2.7	49.3±3.0	6.87±0.22	5.59±0.31 ^{△△}	27.5±0.7	23.8±1.2
丹参酮高剂量组	8	55.4±2.7	44.4±4.1 [△]	7.02±0.37	5.07±0.43 ^{△△}	30.3±1.0	21.8±0.7 [△]

2.5 各组大鼠细胞凋亡率比较 见表 5。模型组与空白组相比早、晚、总凋亡率明显升高($P<0.01$),亚硒酸钠组晚、总凋亡率与空白组差异有统计学意义($P<0.05$),但丹参酮低、高剂量组与空白组早、晚、总凋亡率差异无统计学意义($P>0.05$)。其余各组早期凋亡率和总凋亡率与模型组差异有统计学意义($P<0.01$),丹参酮高剂量组与模型组晚期凋亡率差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 5 各组肾皮质细胞凋亡率比较(% $\bar{x}\pm s$)

组别	n	早期凋亡率	晚期凋亡率	总凋亡率
空白组	8	0.04±0.04	1.50±0.26	1.53±0.29
模型组	8	9.05±2.30**	13.26±0.86**	22.32±2.97**
亚硒酸钠组	8	1.25±0.88 ^{△△}	8.62±2.29	9.87±6.13 ^{△△}
丹参酮低剂量组	8	0.85±0.85	7.41±5.30	8.26±6.13
丹参酮高剂量组	8	0.52±0.49	5.55±3.97	6.07±4.44 [△]

与空白组比较,* $P<0.05$;与模型组比较,[△] $P<0.05$,^{△△} $P<0.01$ 。下同。

2.6 各组血、尿、肾皮质镉含量比较 见表 6。血、肾皮质含镉量的模型组、亚硒酸钠组、丹参酮低、高剂量组及尿含镉量的模型组、亚硒酸钠组含镉量与空白组比差异有统计学意义($P<0.01$)。肾皮质含镉量高剂量组与空白组差异有统计学意义($P<0.05$)。血含镉量丹参酮高剂量组及肾皮质含镉量亚硒酸钠组、丹参酮低、高剂量组与模型组差异有统计学意义($P<0.01$)。尿含镉量亚硒酸钠组、丹参酮低、高剂量组与模型组差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 6 各组大鼠血、尿、肾皮质镉含量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	血含镉量(μ g/L)	尿含镉量(μ g/L)	肾皮质含镉量(μ g/g)
空白组	8	0.0499±0.0048	0.0016±0.0002	1.3855±1.3311
模型组	8	1.3393±0.7261*	0.0225±0.0117*	52.681±5.0347*
亚硒酸钠组	8	0.9672±0.6914	0.0204±0.0179	25.826±12.3054 ^{△△}
丹参酮低剂量组	8	0.7429±0.7429 [△]	0.0133±0.010	31.542±4.3291 ^{△△}
丹参酮高剂量组	8	0.6970±0.2227 ^{△△}	0.0166±0.0142	23.298±12.5899 ^{△△}

2.7 两组肾组织免疫组化比较 肾皮质 Bax 蛋白弱阳性表达结果显示,空白组、丹参酮 II A 高剂量组与镉染毒模型组相比较,镉染毒模型组 Bax 蛋白弱阳性表达率为(22.80±1.90)%,分别强于空白组与丹参酮高组的(7.90±1.30)%、(18.50±6.20)%($P<0.01$)。而亚硒酸钠组、丹参酮 II A 低剂量组与镉染毒模型组相比,差异无统计学意义($P>0.05$)。肾皮质 Bax 蛋白强阳性表达结果显示,镉染毒模型组 Bax 蛋白强阳性表达率为(18.30±1.70)%,并且明显高于其他组($P<0.01$)。

3 讨论

上述镉致肾损伤机制中,氧化损伤的机制研究最为明确。大量研究显示,大鼠镉染毒后,其功能损伤明显,超微结构出现病理损伤,线粒体、溶酶体等细胞器严重受损,血清及肾脏中 SOD、GSH-Px 活性明显下降,氧自由基生成显著升高^[8],这是由于镉可以通过增强脂质过氧化物的产生及改变细胞内的抗氧化系统的方式,从而诱导不同组织的氧化损伤^[9],提示在镉致肾脏损伤的过程中,氧自由基的生成及由此引起的脂质氧化反应可能起着重要作用。

丹参具有活血化瘀等功效。近年对丹参药理作用

的研究取得了较大突破, 研究报道丹参具有清除自由基和抗脂质氧化、减轻缺血组织再灌注损伤、抗肝肾损伤及肝肾间质纤维化等作用^[10]。丹参酮 II A 磺酸钠作为从丹参中提取出的主要有效的药理成分, 已被证实具有较强的清除自由基和抗脂质氧化作用。丹参酮 II A 是一种有效的细胞内脂质过氧化产物与 DNA 互相作用的抑制药, 其保护机制可能与清除脂类自由基, 阻断脂质过氧化的链式反应, 从而抑制 DNA 加成物的生成以减少细胞毒性有关^[11]。

本实验结果显示, 染毒后大鼠体质量明显低于空白组。血清 SOD 显著降低, 血清 MDA 明显升高, SOD 是生物体内重要的抗氧化酶, 可以清除氧自由基, 进而阻断氧自由基对细胞的损伤, 并可恢复氧自由基对细胞造成的损伤。MDA 是自由基引发的脂质过氧作用的最终分解产物, 其含量可间接反映机体脂质过氧化的水平, 血清 SOD、MDA 含量的异常, 提示了氧化损伤可能是镉致肾脏损伤的重要机制之一。Scr、BUN 都是主要经由肾小球滤过排出体外, Scr、BUN 升高提示肾脏实质受到损伤, 其机制可能与镉致肾小管上皮细胞损伤有关, 肾小管上皮损伤后可导致其管腔狭窄, 相应的阻力又会使肾小球滤过率下降。 β 2-MG 可以从肾小球自由滤过, 大部分在近端小管被重吸收, β 2-MG 明显升高提示镉诱导的慢性中毒损伤的主要部位是肾脏的近端小管。总之, 以腹腔注射氯化镉溶液 (1.4 mg/kg), 每周 7 次, 共 4 周的大鼠镉染毒方法, 可致大鼠肾脏损伤。

治疗后模型组肾脏质量系数明显高于丹参酮低、高剂量组, 提示 STS 对肾脏有保护作用。大鼠禁食禁水 24 h, 检测大鼠严重缺水的情况下肾小管的重吸收能力, 丹参酮低、高剂量组尿量有所升高, 但与空白组相比, 其差异无统计学意义, 提示 STS 对镉致肾小管损伤有一定的保护作用。STS 治疗后丹参酮低、高剂量组 Scr、BUN 含量, 肾皮质细胞凋亡率, 提示 STS 可以有效改善镉致肾损伤大鼠的肾功能。作为人体中重要的抗氧化酶 SOD 及其自由基引发的脂质过氧作用的最终分解产物 MDA, 受 STS 干预治疗后, 低、高剂量组 SOD 含量明显上升、MDA 明显下降, 提示 STS 可以有效清除氧自由基。检测各组大鼠血、肾皮质含镉量, 给药组镉含量明显低于模型组, 而尿镉含量未见明显降低, 可能与镉从肾脏排出进入尿液有关, 提示 STS 可以加速大鼠体内镉代谢。STS、亚硒酸钠干预镉致肾损伤大鼠后, 结果显示, 肾脏组织细胞中 Bax 蛋白显著降

低, 证明 STS、亚硒酸钠干预镉致肾毒性有效, 但以丹参酮高剂量组效果显著。

综上所述, STS 具有较强的清除氧自由基和抗脂质氧化作用, 并可加速大鼠体内镉代谢、改善肾功能、保护肾小管, 并且丹参酮高剂量组疗效优于低剂量组和亚硒酸钠组。STS 改善镉致肾损伤机制可能与其有效清除氧自由基、抗脂质氧化作用有关。相关研究提出药物调节 Bax、Bcl-2 基因表达, 也是干预重金属致肾损伤的机制之一^[12], 尚待进一步深入研究。

参 考 文 献

- [1] Fukumoto M, Kujiraoka T, Hara M, et al. Effect of cadmium on gap junctional intercellular communication in primary cultures of rat renal proximal tubular cells [J]. Life Sci, 2001, 69(3): 247-254.
- [2] 毛伟平, 许锋, 石晓娟, 等. 镉诱导 HEK293 细胞胞内钙稳态的失调引发细胞凋亡[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2004, 18(2): 103-108.
- [3] 刘茂生. 有害元素镉与人体健康[J]. 微量元素与健康研究, 2005, 22(4): 66-67.
- [4] Piscator M. Long-term observations on tubular and glomerular function in cadmium-exposed persons [J]. Environ Health Perspect, 1984, 54(8): 175-179.
- [5] 余日安. 镉与 DNA 损伤、癌基因表达、细胞凋亡[J]. 国外医学: 卫生学分册, 2000, 27(6): 359-363.
- [6] Nomiyama K, Nomiyama H, Kameda N. Plasma cadmium - metallothionein, a biological exposure index for cadmium - induced renal dysfunction, based on the mechanism of its action [J]. Toxicology, 1998, 129(2): 157-168.
- [7] 于敏, 王姣, 史耀勋, 等. 丹参酮 II A 磺酸钠注射液治疗慢性肾衰竭的可能机制探[J]. 中国中医急症, 2009, 18(5): 743-744, 783.
- [8] 刘爱萍, 赵金垣, 刘亚宁, 等. 氧自由基在急性镉中毒性肾损伤中的作用[J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 1998, 16(1): 24-27.
- [9] Stohs SJ, Bagchi D, Hassoun E, et al. Oxidative mechanisms in the toxicity of chromium and cadmium ions [J]. J Environ Pathol Toxicol Oncol, 2000, 19(3): 201-213.
- [10] 李文喆, 王勇, 姚世芳. 丹参药用成分研究进展[J]. 人民军医, 2008, 51(3): 180-182.
- [11] 吴百灵. 丹参对 CCl₄ 所致急性肝损伤保护作用的研究[J]. 中医药学刊, 2002, 20(3): 363-381.
- [12] 吕晓云, 滕玉莲, 赵健雄, 等. 扶正解毒颗粒对染镍大鼠肾细胞凋亡及 Bax、Bcl-2 表达的影响[J]. 时珍国医国药, 2011, 22(8): 1884-1885.

(收稿日期 2015-03-20)

·研究报告·

HPLC 法测定活血益肾散中丹参酮ⅡA 的含量*

余志刚¹ 杨晓茂¹ 程培秀^{2△} 周小力² 李 建² 张 彬³

(1.四川省雅安市人民医院,四川 雅安 625000;2.四川省雅安市食品药品检验所,四川 雅安 625000;3.雅安三九药业有限公司,四川 雅安 625000)

中图分类号:R289.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-0988-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.017

【摘要】目的 建立 HPLC 法测定活血益肾散中丹参酮ⅡA 含量。**方法** 采用反相 HPLC 法,色谱柱为 Phenomenex Gamini-C18 柱(250 mm×4.6 mm,5 μm),流动相为甲醇-水(85:15),检测波长为 270 nm,流速 1.0 mL/min,柱温 35 ℃。**结果** 丹参酮ⅡA 进样量在 0.09168~1.146 μg 范围内与峰面积呈良好的线性关系($r=0.99999$),平均加样回收率为 97.07%,RSD=1.69%($n=6$)。**结论** 该方法操作简单、结果准确、重现性好,可用于活血益肾散中丹参酮ⅡA 的含量测定。

【关键词】 活血益肾散 丹参酮ⅡA HPLC

Determination of Tanshinone IIA Content in Huoxue Powder by HPLC YU Zhigang, YANG Xiaomao, CHENG Peixiu, et al. Ya'an People's Hospital, SiChuan Province, Sichuan, Ya'an 625000, China

【Abstract】Objective: To establish a method for determining tanshinone IIA content in huoxue powder by HPLC. **Method:** Tanshinone IIA was analysed by using Phenomenex Gamini-C₁₈ column (250 mm×4.6 mm, 5 μm) with the mobile phase of methanol-water (85:15) at the flow rate was 1.0 mL/min, and the detection wavelength was 270 nm, column temperature was 35 ℃. **Result:** The linear regression equation of tanshinone IIA was from 0.09168 μg to 1.146 μg, the average recoveries were 97.07% with RSD of 1.69% ($n=6$). **Conclusion:** The method is simple, reliable and accurate, and can be used for the determination of tanshinone IIA content in huoxue powder.

【Key words】 Huoxue powder; Tanshinone IIA; HPLC

活血益肾散为四川省雅安市人民医院院内制剂,由丹参等药组成,具有活血止痛、养血强筋等功效,临床用于血虚失养引起的股骨头坏死症。原质量标准均为一般鉴别反应,专属性差,无含量测定项,为控制本品质量,确保疗效和安全性,结合该制剂的组分特点,丹参为该制剂主药,而丹参的有效成分为丹参酮ⅡA,笔者参照有关文献^[1-10],建立了丹参酮ⅡA 含量测定的高效液相色谱法。现报告如下。

1 仪器与试药

美国 Agilent 1260 型高效液相色谱仪, DAD 检测器; AS5150A 型超声波清洗器(天津奥特赛恩斯仪器有限公司); BP211D 电子天平(德国赛多利斯公司); UPT-II-10T 超纯水机(成都超纯科技有限公司)。丹参酮ⅡA 对照品(来源:中国药品生物制品检定所,批号:110766-200518); 样品及阴性样品为我院制剂室提供(批号:20090504、20090601、20090602)。甲醇为色

谱纯,水为超纯水,其余试剂均为分析纯。

2 方法与结果

2.1 色谱条件 色谱柱:phenomenex Gamini-C18 柱(250 mm×4.6 mm, 5 μm)。流动相为甲醇:水(85:15)。流速:1.0 mL/min。柱温:35 ℃。检测波长:270 nm。进样量:10 μL。理论塔板数按丹参酮ⅡA 峰计不低于 2000。

2.2 对照品溶液制备 精密称取经五氧化二磷减压干燥 12 h 的丹参酮ⅡA 对照品适量,置棕色量瓶中,加甲醇制成 40 μg/mL 的溶液(精密称取丹参酮ⅡA 11.46 mg 制成 45.84 μg/mL 的对照品溶液)。

2.3 供试品溶液的制备 取样品约 3 g,精密称定,置于塞棕色瓶中,精密加入甲醇 25 mL,称定质量,超声处理 30 min,放冷,再称定质量,用甲醇补充减失的质量,摇匀,滤过,取续滤液,得供试品溶液;按处方比例制备不含丹参的阴性对照样品,按供试品溶液制备方法制得阴性对照品溶液。

2.4 专属性试验 取 2.3 项下的 3 种溶液,按拟定的

* 基金项目:四川省雅安市中西医结合重点建设专科
△ 通信作者(电子邮箱:cheng-cheng2004@163.com)

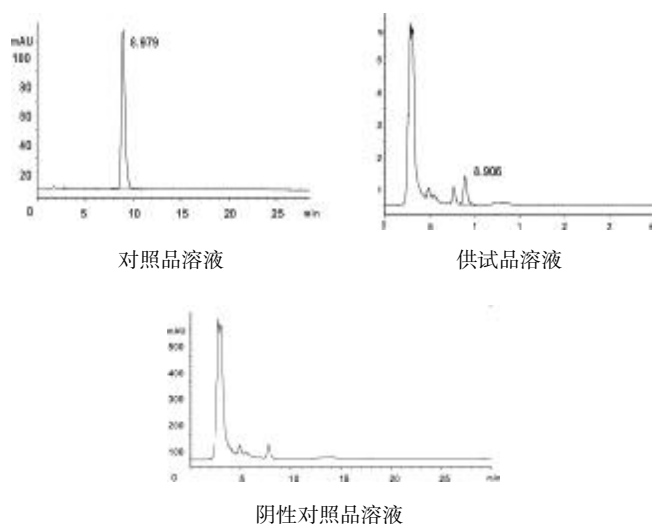


图1 高效液相色谱图

色谱条件分别进样测定,记录色谱图,结果见图1。从图中可见,供试品溶液色谱在与丹参酮ⅡA对照品相应保留时间有一致的色谱峰,阴性对照品溶液无干扰。

2.5 线性关系考察 精密吸取丹参酮ⅡA对照品(45.84 μg/mL)溶液2、5、8、10、15、25 μL,依次进样,记录峰面积。以进样量X(μg)为横坐标,峰面积Y为纵坐标进行线性回归,得回归方程: $Y=6.10591X-14.66637$, $r=0.99999$ ($n=6$)。结果表明,丹参酮ⅡA进样量在0.09168~1.146 μg范围内与峰面积呈良好的线性关系。

2.6 精密度试验 精密吸取丹参酮ⅡA对照品(45.84 μg/mL)溶液,重复进样6次,测定,峰面积的相对标准偏差(RSD)为0.5%,表明仪器精密度良好。

2.7 稳定性考察 取同一供试品溶液,室温下放置,精密吸取10 μL,每隔2 h测定1次,20 h内共测10次,测定其峰面积,RSD为1.8%。结果表明供试品溶液在20 h内稳定性较好。

2.8 重复性试验 取同一批样品6份,制备供试品溶液,进样,分析,结果样品峰面积的RSD为0.4%,表明本试验条件下重现性较好。

2.9 回收率试验 见表1。取已知含量供样品(含量为0.28 mg/g)6份,分别精密加入对照品溶液(0.2292 mg/mL)5 mL,置水浴上挥干,再按2.3项下方法制备溶液。

2.10 样品含量测定 取样品3批,测定其含量。结果分别为0.28、0.27、0.29 mg/g。

3 讨论

取对照品溶液,在200~400 nm波长进行紫外扫描,最大吸收在270 nm处。

提取方法及时间确定:分别考察了超声20、30、

表1 加样回收率试验结果

样品(g)	加入量(mg)	测得值(mg)	回收率(%)	平均回收率(%)	RSD(%)
3.6358	1.146	1.99	97.03		
3.5012	1.146	2.01	99.86		
3.4052	1.146	1.99	96.20	97.07	1.69
3.4138	1.146	1.95	94.84		
3.5301	1.146	1.98	96.67		
3.5324	1.146	1.97	97.81		

40、60 min的提取效率和回流30、60 min的提取效率,结果超声20 min和回流提取30 min时还未完提取完全,而超声30、40、60 min提取率与回流60 min无明显差别,考虑实验的方便性,故确定其提取方法及时间为超声30 min。

流动相比比例的确定:对流动相甲醇与水的不同比例进行了考察,结果以甲醇:水(85:15)为最佳,基线平稳,丹参酮ⅡA的色谱峰与杂质峰分离最好,峰形最好。

对照品及样品贮存条件:由于丹参酮类见光不稳定,因此样品及对照品应贮存于棕色瓶中。

本文建立了HPLC法测定活血益肾散中丹参酮ⅡA的含量,该方法简便、结果准确、重现性好,回收率高,可用于提高该制剂的质量标准。

参考文献

- [1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典:一部[M]. 北京: 化学工业出版社, 2010: 71, 905.
- [2] 段喜云. HPLC法测定溶栓通脉胶囊中丹参酮ⅡA的含量[J]. 中国中医药咨讯, 2010, 2(15): 252.
- [3] 图雅, 张贵军. HPLC法测定通脉灵片中丹参酮ⅡA的含量[J]. 山东中医药大学学报, 2008, 32(3): 253-254.
- [4] 刘明海. 高效液相色谱法测定活血通脉片丹参酮ⅡA的含量[J]. 浙江中医杂志, 2012, 47(5): 383.
- [5] 黄玮. HPLC法测定活血效灵丸中丹参酮ⅡA的含量[J]. 现代中药研究与实践, 2008, 22(2): 50-51.
- [6] 汤迎爽, 康阿龙, 宋红儒. HPLC法测定心脉乐片中丹参酮ⅡA的含量[J]. 中医药导报, 2012, 18(9): 97.
- [7] 吕高明, 张静. 高效液相色谱法测定活血通脉胶囊中丹参酮ⅡA的含量[J]. 中国药业, 2013, 22(6): 59-60.
- [8] 张静宇, 李冬梅. 高效液相色谱法测定抗栓胶囊中丹参酮ⅡA的含量[J]. 中国药业, 2008, 17(15): 31-32.
- [9] 牛晓钢, 赵玉梅. 高效液相色谱法测定丹参通脉胶囊中丹参酮ⅡA的含量[J]. 河南中医药学刊, 2002, 17(1): 16-17.
- [10] 丰艳梅, 马小亚. HPLC法测定颈康宁胶囊中丹参酮ⅡA的含量[J]. 西北药学杂志, 2008, 23(1): 10-11.

(收稿日期 2015-01-21)

从中医“暑燥疫”的角度探讨西非埃博拉病毒病的防治思路*

柴瑞霭

(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)

中图分类号: R254 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-0990-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.018

【摘要】依据中医外感热病的理论,用中医学“暑燥疫”的治疗原则治疗西非埃博拉病毒病。根据埃博拉病毒病发病的气候环境、发病特点及临床表现综合分析,认为西非埃博拉病毒病符合中医学的“暑燥疫”,系统论述了西非埃博拉病毒病当从中医“暑燥疫”论治的思路予以治疗。以中医理论为指导拟定出“暑燥疫”分期的治疗原则,强调初期重视清解表里毒热或泻热解毒通腑,阻断暑燥疫毒深入是治疗的关键。

【关键词】西非埃博拉病毒病 中医学 暑燥疫 辨证论治

Discuss the Prevention and Control of Ebola Virus from the Perspective of Heat Dry Disease in Traditional Chinese Medicine CHAI Ruai. Yuncheng institute of Chinese medicine national, Distinguished veteran doctors of TCM Chai Rui Ai inheritance studio, Shanxi, Yuncheng 044000, China

【Abstract】According to the theory of TCM about exogenous febrile, using traditional Chinese medicine of “dry heat disease” treatment principles treated the Ebola virus disease in west Africa. Analyzing the climate environment, characteristics, and clinical manifestations of Ebola virus disease, the idea of the Ebola virus disease in west Africa was thought of as “heat dry disease” of traditional Chinese medicine. Guided by the theory of traditional Chinese medicine to formulate a staging treatment principle to “dry heat disease”, it emphasized the reuse of detoxifying heat from exterior and interior or purging fu-organs to eliminate heat to interdict the development of the dry heat plague poison. It was the key to the treatment of the disease. This article systematically discussed the thought of prevention and control with traditional Chinese medicine to the Ebola virus disease in west Africa.

【Key words】West Africa Ebola virus disease; Traditional Chinese medicine; Treatment based on syndrome differentiation; Prevention methods

2014 年 2 月西非暴发埃博拉病毒疫情,世界卫生组织数据显示,至 10 月 26 日全球埃博拉病毒确认或疑似感染者 10141 例,死亡 4922 例。全球受埃博拉疫情影响的国家已达 8 个,尤其以几内亚、塞拉利昂、利比里亚最为严重。根据西非埃博拉发病的地域特点、气候特点,再结合其临床表现、发病特点和病程传变规律综合分析,其与中医疫病中的“暑燥疫”极为相似。本文试从中医“暑燥疫”的角度探讨西非埃博拉病毒病的防治思路。

1 西非埃博拉病毒病发病的气候环境

西非疫区气候干热少雨,昼夜温差大,白天温度最高 44℃,酷似我国西北暑热少雨干旱地区的炎夏,干热少雨,暑气亢盛,暑燥疫毒侵袭人体,而成“暑燥疫”。

2 西非埃博拉病毒病临床表现符合中医学“暑燥疫”的发病特点

再从西非埃博拉病毒病的临床表现和中医学“暑燥疫”的临床证候加以对比、分析、阐述。

埃博拉病毒病初期 2~3 d: 突然高热(38.8~42℃),剧烈头痛,头胀如裂,肌肉、关节疼痛,重者痠痛如被杖击,咽喉疼痛;或同时或随之腹部疼痛、恶心呕吐和头晕、小便短赤或混浊,极度乏力。这个阶段,西医认为主要表现为病毒侵犯上呼吸道和胃肠道的症状以及全身症状。而中医学“暑燥疫”初期临床表现为身大热或壮热,头痛如劈,两目昏眈,或狂躁谵妄,口干咽痛,骨节烦疼,腰如被杖,或吐衄发斑,舌绛苔焦或生芒刺,脉浮大而数或沉数,或六脉沉细而数。两者初期症状极为相似,此阶段暑燥淫热疫毒充斥表里,形成了淫热火毒燔灼阳明,外窜经络,内攻脏腑,以致毒邪充斥表里上下内外而出现一派热毒极盛的见证。

* 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

埃博拉病毒病 4~5 d: 出现腹泻、黏液粪便、深色或带血的粪便, 咖啡样吐血, 因血管胀大而眼睛变红, 因皮下出血而皮肤出现红斑、斑丘疹、紫斑和内出血, 身体任何孔窍都会出血(鼻、口、肛门、生殖器官或注射针孔)。西医认为本阶段为病毒侵犯胃肠道的及全身出血症状。而中医“暑燥疫”表现为大热壮热不退, 口干烦渴, 口开吹气, 或绞肠痛绝, 或头脑胀痛欲死, 或口噤不言, 或浑身发臭难闻, 或猝然仆地不省人事, 双目直视, 脉乱, 除吐衄发斑外, 增诸孔窍出血, 腑腐恶臭, 腹泻, 黏便, 深色或带血粪便, 舌干黑无苔, 或红裂, 或黑苔起瓣, 或舌有灰晕。此阶段两者症状亦极相似, 其中医病机为热毒蔓延脏腑, 脏腑实热已极, 热毒传遍三阴, 热极全身, 津液被劫, 热迫营血, 形成淫热火毒充斥胃肠。

埃博拉病毒病 6~7 d: 除持续发热、出血外, 还会出现意识狂躁或神志昏迷, 此阶段为埃博拉病毒病的极期, 可能并发有心肌炎、肺炎等。中医“暑燥疫”此阶段临床表现为除症见发热不退、孔窍出血, 腑腐恶臭, 腹泻, 黏深色或带血粪便外, 又见不省人事, 双目直视, 脉乱, 舌干绛黑无苔少津, 其病机为心营热盛, 扰乱神明, 邪热壅肺, 痰热壅肺。通过对比, 两者极期症状也同样相似。

埃博拉病毒病恢复期: 病情发展形成两种趋向, 向愈患者都出现肩手心脚掌为主的麻疹样斑丘疹, 或扩散到全身器官, 几天后脱屑, 体温渐趋正常, 逐渐康复; 重症患者或者伴严重并发症患者会出现低血压(收缩压低于 90 mmHg)、低血容量、心悸、体内器官严重受损(尤其是肾、脾和肝), 并致弥散性全身坏死及蛋白尿, 最终导致心力衰竭、休克及肝、肾功能衰竭而死亡。而“暑燥疫”同样有两种转归: 正气伤而未衰, 津液耗而未伤, 麻疹样斑丘疹扩散、脱落, 热毒之邪外透(热毒之邪有出路, 体温逐渐正常)病情向愈; 或者热竭津枯, 灼烁真阴, 阴竭而阳孤, 阴阳离决, 阳气亦暴脱, 全身衰竭死亡。

经过对西非埃博拉病毒病与中医“暑燥疫”初期、极期、恢复期临床表现、传变规律、病机特点综合对比分析, 可以发现西非埃博拉病毒病与中医“暑燥疫”极为相似。

3 以中医“暑燥疫”的治疗原则探讨防治西非埃博拉病毒病的思路

鉴于西非埃博拉病毒病和中医“暑燥疫”临床表现、传变规律、病机特点的相似性, 可参考中医治疗“暑燥疫”的理法方药拟定中医对西非埃博拉病毒病的防治思路。

3.1 初期 1) 热毒充斥表里(热毒充斥内外, 呈现表里俱热)。治宜内化外解、升清降浊, 清解充斥表里热毒, 方用《疫疹一得》清瘟败毒饮: 生石膏(捣细)大剂

180~240 g, 小剂 24~30 g; 鲜生地黄大剂 24~30 g, 小剂 12 g; 水牛角(研细)大剂 18~24 g, 小剂 6~12 g; 川黄连大剂 12~18 g, 小剂 3~4.5 g; 生栀子 12 g, 桔梗 10 g, 明知母 15 g, 黄芩 10 g, 生赤芍 15 g, 玄参 15 g, 净连翘 15 g, 牡丹皮 10 g, 生甘草 10 g, 鲜竹叶 10 g。先煮石膏 1 h, 后下诸药再煮 50 min, 二煎煮 40 min, 分别滤出药汁冲服水牛角粉末。每剂为 1~2 d 的药量, 可根据病情危重程度顿服、分服; 在疫区的疑似患者可减量服用, 只要热毒尚未蔓延脏腑, 脏腑实热未形成, 此方即可连服。在疫区可用中药颗粒剂, 快速方便。2) 热毒蔓延脏腑(脏腑实热已极, 热毒传遍三阴)。治宜大剂泻热解毒为主, 方用《广温热论》十全苦寒救补汤: 生石膏 240 g(捣细), 明知母 18 g, 黄柏 12 g, 黄芩 18 g, 川黄连 9 g, 芒硝 9 g(后入), 生大黄 9 g(后入), 厚朴 3 g, 枳实 15 g, 水牛角 12 g(研细)。先煮石膏 1 h, 再下诸药再煮 30 min, 后入大黄、芒硝继煮 15 min, 滤出药汁冲水牛角粉顿服; 二煎煮 40 min 顿服。大便畅泻, 腑气通后, 胃肠热毒败腐荡涤, 即可停服, 再继服清瘟败毒散。

3.2 极期 1) 热闭心包、血络瘀滞(热炽营分, 邪闭心包)。治宜清营泄热、开窍通瘀, 方用《通俗伤寒论》犀地清络饮。如瘀热内闭用犀角地黄汤凉血散血。药用水牛角 9 g(研细), 牡丹皮 6 g, 连翘 9 g, 鲜生地黄 24 g, 赤芍 6 g, 桃仁 9 g(去皮), 石菖蒲 9 g(后下), 鲜茅根 30 g, 灯芯草 1.5 g, 竹沥汁 60 mL(冲), 生姜 3 g。先煮诸药 30 min, 再入石菖蒲继煮 15 min, 滤出药汁冲服水牛角粉末及竹沥汁。2) 热入血分、耗血动血。治宜清热解毒、凉血散瘀, 方用《温病条辨》犀角地黄汤: 水牛角 9 g(研细), 干地黄 30 g, 生白芍 9 g, 牡丹皮 9 g。先煮诸药 45 min, 滤出药汁冲服水牛角粉末。3) 气血(营)两燔(气分热邪未解, 营分热邪已盛, 且热扰心营, 热迫血分)。治宜气血(营)两清, 方用《景岳全书》玉女煎去熟地黄牛膝加细生地玄参方: 生石膏 90 g(捣细), 知母 12 g, 玄参 12 g, 生地黄 18 g, 麦冬 18 g。先煮石膏 1 h, 后下诸药再煮 45 min, 滤出药汁, 1 d 内分 2 次温服。若见发斑, 宜用《温病条辨》化斑汤: 生石膏 30 g(捣细), 知母 12 g, 生甘草 9 g, 粳米 30 g, 玄参 9 g, 水牛角 6 g(研细)。先煮石膏 1 h, 后下诸药再煮 45 min, 滤出药汁冲服水牛角粉末, 1 d 内分 2 次温服。若见吐衄, 宜用《伤寒论》白虎汤合犀角地黄汤复方治疗。用白虎汤清阳明气分之热, 用犀角地黄汤清营凉血解毒。4) 热与血结(下焦蓄血)。治宜清热通下、活血逐瘀, 方用《温病条辨》桃仁承气汤: 大黄 15 g(后下), 芒硝 6 g(后下), 桃仁 9 g(捣), 当归 9 g, 芍药 9 g, 牡丹皮 9 g。先煮诸药 30 min, 后入大黄、芒硝继煮 15 min, 滤出药汁顿服。

3.3 恢复期 1) 余热未清、气津两伤, 治宜清热生津、清透余热, 方用《伤寒论》竹叶石膏汤加减: 竹叶 9 g, 生石膏 18 g(捣细), 麦冬 15 g, 清半夏 6 g, 西洋参 9 g, 生

甘草 6 g, 粳米 30 g。先煮石膏 1 h, 后下诸药再煮 45 min, 滤出药汁分早晚温服。2) 气阴两虚、心悸气短。治宜益气复正、养阴生津, 方用自拟洋参生脉饮: 西洋参 9 g, 麦冬 15 g, 五味子 9 g。上药共煎 1 h, 1 d 内频频温服。3) 元气亏虚、阳气暴脱, 治宜益气回阳、救逆固脱, 方用《济生方》参附汤。人参 15 g, 熟附子 15 g。用开水煎煮 1 h, 重者一次顿服, 缓者可分 2 次或频频温服。

3.4 初期重视清解表里毒热, 阻断疫毒深入是治疗西非埃博拉病毒病的关键 由于埃博拉病毒病起病急、传变速、病情危, 而且传染性极强, 所以初期根据热毒充斥表里和热毒蔓延脏腑的不同, 急用大剂清瘟败毒散救治或十全苦寒救补汤来救治, 或小剂防治, 清解表里毒热, 以杀炎炎之势, 阻断暑燥淫热疫毒深入。治疗一定要把握早防早治, 使热毒充斥表里和热毒蔓延脏腑的病势在初期得到化解, 可用清瘟败毒散或十全苦寒救补汤泻热解毒, 通腑撤邪, 清热凉血。使在表热毒从外而解, 阳明炽热从气而清, 在里的脏热得以凉透、腑实从大肠撤涤, 使气分、卫分, 在表、在里, 在脏、在腑的暑燥淫热疫毒均有出路, 使疫毒分消而清, 不致向里传变。

4 西非埃博拉病毒病临床治疗中需注意的几个问题

1) 由于埃博拉起病急、传变速、病情危, 而且传染性极强, 所以, 病初暑燥热毒疫气充斥表里内外, 一定要抓住早期治疗, 清解表里毒热, 防止暑燥淫热疫毒深入。2) 若暑燥热毒疫气蔓延脏腑, 脏腑实热已极, 应重视阳明, 无形热毒以清泄阳明热毒为主; 有形热毒当牢记“急下存阴”, 以荡涤肠胃热毒积滞为主。3) 初中期始终要以清热解毒为要务; 暑燥热毒疫气最易耗伤津液, 致阴竭液枯, 故又要始终以养胃阴、保津液为根本; 脾胃为后天之本、气血生化之源, 故刻刻要顾护胃气, 时时清养胃阴。4) 极期病情瞬息万变, 一定要抓住证候, 谨守病机, 辨证论治。

5 中医药治疗西非埃博拉病毒病的优势和潜力

目前, 西医在西非埃博拉疫情防控中正在发挥着积极的作用, 但也有一定局限性。以伤寒、温病学说为基础, 中医学在防治类似传染性疾病的过程中逐步形成了完备体系。中医从整体入手, 利用辨证论治减轻其临床证候和体征, 调动人体抗病能力和自愈能力, 使疾病获得痊愈, 因此应充分发挥中医药在治疗埃博拉病毒病中的优势和潜力。

(收稿日期 2015-01-20)

(上接第 959 页)

而有增加倾向, 但多在正常范围内波动, 而 AKP 则伴随着骨吸收亢进、代偿性骨形成增加引起活性升高。本研究中血清 Ca、P 在各组间差异无统计学意义, 亦表明雌激素水平低下对血清 Ca、P 影响不大, 活血滋肾汤不影响血清 Ca、P 水平; 模型组 AKP 测值显著高于正常组, 反映出骨矿化的不足, 实验组碱性磷酸酶测值和正常组接近, 提示活血滋肾汤具有抑制去势大鼠骨吸收的作用。

血清中的 BGP 由成骨细胞分泌, 能直接反映成骨细胞的活性和骨生理代谢变化, 被认为是评价成骨功能的较特异参数, 国内外已将其作为骨代谢、转换的一个敏感指标, 用于检测代谢性骨病的骨转换率^[10]。本实验表明, 雌性大鼠去势后, 实验组血清 BGP 显著低于模型组而与正常组、阳性组无明显差异, 提示活血滋肾汤能够减少大鼠去势后骨形成的过度增加, 抑制高骨转换, 维持正常骨转换率。血清 CT 主要是抑制破骨细胞的活性, 从而抑制骨吸收; 同时也调节成骨细胞活性, 促进骨的生成, 其降低明显影响到进行性骨丢失。本实验中, 实验组血清 CT 测值显著高于模型组, 而与阳性组、正常组无显著差异, 表明活血滋肾汤能提高去

势大鼠血清 CT 水平, 从而抑制骨吸收。

参 考 文 献

- [1] 孙权, 秦华清. 中西医结合治疗原发性骨质疏松症 42 例临床观察[J]. 河北中医, 2012, 34(2): 231.
- [2] 冯雪建, 卢占军, 高登慧. 大鼠灌胃给药方法的研究[J]. 实验动物科学与管理, 2006, 23(4): 53.
- [3] 刘忠厚. 骨矿与临床[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2006: 2.
- [4] 池春茗. 骨质疏松症治疗方法及药物研究进展[J]. 广州医药, 2007, 38(2): 17.
- [5] 卢化爱. 绝经后骨质疏松发病率调查与预防[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(21): 3303-3304.
- [6] Riggs BL, Melton LJ 3rd. Involutional osteoporosis[J]. N Engl J Med, 1986, 314: 1676-1686.
- [7] 郭世绂. 骨质量与骨质疏松症[J]. 国外医学: 内分泌学分册, 2005, 25(5): 295.
- [8] 田茂友, 李洪祥. 去卵巢大鼠骨质疏松模型研究[J]. 现代预防医学, 2007, 34(12): 2239-2241.
- [9] Peck WA, Riggs BL, Bell NH, et al. Research directions in osteoporosis[J]. AM J Med, 1988, 84(9): 275-282.
- [10] 孟昭亨. 骨钙素及其临床意义[J]. 中华内分泌代谢杂志, 1992, 8(1): 41.

(收稿日期 2015-03-10)

文仲渝主任医师闻诊论治小儿咳嗽的经验*

郑 珊 曹 霞 卢慧娜[△] 指导 文仲渝
(重庆市中医院, 重庆 400021)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-0993-03
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.019

【关键词】 闻诊 咳嗽 辨证论治

“望、闻、问、切”四诊合参,是中医辨证论治的基础。儿科为哑科。因小儿年幼,不能表述或不能正确表述所患疾病的临床症状,常由小儿的父母代为表述,但常常由于父母疏于观察,对病状的把握不清而导致所采集的病情有失偏颇,在“问诊”方面所获不多。就切诊而言,小儿诊时哭闹,气息脉象难凭,所得脉象不足以信,给“切诊”方面带来困难。致四诊难全,故闻诊在儿科疾病诊疗中就显得尤为重要。文仲渝主任医师在临证过程中,尤为重视闻诊在小儿咳嗽病中的运用。文主任认为:亲闻咳嗽声,犹如听诊器所得。故文主任每每诊病,都不厌其烦地亲闻小儿咳嗽之声。通过对咳声性质与痰音的把握,辨证论治,指导临床用药。闻诊的重点主要在咳声的清脆重浊、咳声的有力无力、痰音的有无等方面。

咳嗽多见于小儿,因小儿脏腑娇嫩,形气未充,腠理不密,卫外机能未固,易受六淫之邪的侵入。邪气盛或调护失宜,风邪或夹寒、夹热侵袭人体,首犯肺卫,肺失宣肃,发为咳嗽。临床以咳嗽、咯痰为主要表现。有声无痰称为咳,有痰无痰称为嗽,有痰有痰称为咳嗽。就咳嗽的病因而言,文主任总结为二:其一为外感,其二为内伤。小儿咳嗽中以外感咳嗽为多,兼见内伤咳嗽。但无论外感或内伤咳嗽,都与肺气不清,失于宣肃有关。故治疗重点在肺脏,随着病情的传变,逐步入里而波及他脏。由肺及脾,由脾及肾,从“脾肾”二脏的着手治疗久咳就尤显重要。

1 辨咳声清脆与咳嗽重浊

咳声轻,即咳声轻浅,轻清作咳,咳嗽清脆悠扬,咳嗽次数不多,偶有单声咳嗽或 2~3 声的咳嗽,辨为“轻咳”。多出现在疾病的早期。如伴痰液稀白、流清涕、量多清晰、鼻塞,打喷嚏,舌淡苔薄白,多为外感风寒;如伴微热,咽红,流浊涕,舌尖红,苔微黄,多为外感风热。

此阶段为邪犯肺卫,外邪停留于卫表,未能深入,故咳声清脆。中医学对外感咳嗽的诊治如“治上焦如羽,非轻不举”。在选方用药时多用清宣之品治疗小儿咳嗽就尤为重要。首要轻清宣邪出肺卫,兼以宣降肺气。在疾病的早期应当慎用镇咳、敛咳药,以免外邪留恋,阻碍宣发透散。

1.1 咳声清脆,为外感病的初期 此为病邪在肺卫,以轻咳为主的辨证分型,又可分为风热咳嗽、风寒咳嗽以及外寒内热的咳嗽。1)风热咳嗽。咳嗽声轻,有吐黄稠痰液,量少,微热,咽红,咽喉疼痛,涕涕,舌尖红,苔薄黄,脉浮数。治法:疏风解表、宣肺化痰。方用银翘散与桑菊饮加减。金银花、连翘、菊花、桑叶既能辛凉宣透,清热解毒,又能透解卫分邪热。咽喉红赤者,加玄参、射干、重楼清咽利嗓;咳嗽不爽者,加杏仁、前胡;伴发热不退者,加柴胡、荆芥;里热盛者,加大青叶、黄芩。2)风寒咳嗽。咳声清脆,痰稀白量少或无痰,流清涕,量多,鼻塞干呕,打喷嚏,舌质红,苔薄白,脉浮数。治法:疏风散寒、宣肺止咳。方用杏苏散加减。苏叶辛温不燥,解肌发表,开宣肺气,使邪从肺表而解;杏仁苦温而润,宣肺止咳化痰;桔梗苦辛平,开宣肺气,祛痰利气;鼻塞流涕者,加苍耳子、辛夷花。3)外寒内热咳嗽。鼻塞,流清涕,鼻涕量多清稀,咳声清脆,痰少之外感风寒之象;同时有咽喉疼痛,口臭,口唇发红,大便干结,2~3 日 1 行,小便黄少之内热壅盛之象,舌质红,苔薄白,脉浮。治法:疏风散寒、清肺泄热。方用取杏苏散之意,辅以清热泄肺之品。用紫苏叶、防风、荆芥等辛温解表;苍耳子及辛夷辛温通窍解表;栀子、大青叶及黄芩清热解毒;便秘者,加生大黄、枳实通腑泻热,调畅气机;有痰者,加浙贝母、制半夏。

1.2 咳剧,为外感咳嗽的中期 咳嗽重,即咳声重浊,伴有“空空”声,咳声频作,间隔短,剧烈时伴呕吐,痰少而黏,辨为“咳剧”。此为外感咳嗽的中期。小儿为纯阳之体,感邪易化热。外邪不解,入里化热,里热壅肺,肺气闭郁更甚,肺气不宣不降,逆而上冲咽,发为咳嗽。邪

*基金项目:国家级名老中医药专家传承工作室建设项目基金支持
[△]通信作者(电子邮箱:295855241@qq.com)

人气分,肺气闭郁所致。咳声重浊,以空响为主,咳声粗糙而响鸣,痰少或无痰,为外感病的中期,表证已解,外感六淫入里化热,郁于肺经,病邪已入气分。以咳嗽重浊而痰少为主的辨证分型,又可分为肺热壅盛证及肝火犯肺证。1)肺热壅盛证。咳声重浊,咽部红肿,不恶寒,口渴喜饮,汗出面赤,咽干咽痛,时有干咳无痰,其痰色黄,量少黏稠,不易咯出,指纹紫红,舌质红苔黄。治法:清肺泄热、化痰止咳。方选黄芩知母汤加减。方出《万氏家抄方》,此方用于火嗽。夏月嗽,有声痰火面赤。在此基础上加减治疗肺热咳嗽;黄芩、知母为君药,配合地骨皮清热解毒,射干、炙枇杷叶利咽降肺;桔梗及枳壳宣肺降气;重楼、连翘清热解毒;栀子清泄三焦之火;热盛伤阴,咽痛痰黏者,加南沙参、麦冬;大便干结者,加枳实、大黄通便泄热,取釜底抽薪之意;诸药共奏清热泻火、解毒降气之功。2)肝火犯肺证。咳呛,气逆阵作,急躁易怒,常感痰滞咽喉,咯之难出,舌红,苔薄黄少津,脉弦数。肝气郁结,郁而化火上逆侮肺。肝火犯肺,故咳呛气逆阵作;木火刑金炼液成痰,故痰黏滞喉难以咯出;结合小儿体质,肝常有余,肝火肆虐,故急躁易怒。治法:清肝宁肺、润肺止咳。方用泻白散加减兼用清肝药物。桑白皮、地骨皮清肺泻火;麦冬、沙参、知母养阴润肺;诃子苦涩性平,能泄热下气,敛肺化痰。栀子苦寒,有泻火除烦凉血之功,青黛清肝热泄热。

2 辨痰多与痰少

通过咳声辨别痰多与痰少,是文主任在临床中极为重视的环节,也是处方用药之关键。正如陈复正在《幼幼集成·咳嗽证治》中曰“因痰而嗽者,痰为重,主治在脾;因咳而动痰者,咳为重,主治在肺”。咳时喉间痰响明显,动则豁豁有声者,视为痰多者。肺为水之上源,肺失宣肃,水液聚而成痰;平素脾虚或饮食伤脾,脾失运化,水湿停聚,聚肺而成痰;肺热炽盛,炼液为痰。痰多则重在治痰,以化痰宣肺为要。若痰湿重者,则重用紫苏子、葶苈子、橘红、陈皮、法半夏等燥湿化痰药;若痰热明显,则重用黄芩、瓜蒌等清气化痰药。

2.1 咳嗽痰多者,多见于咳嗽的中后期 此为内伤咳嗽的痰证,有痰湿、痰热之别。1)痰湿内盛证。喉间痰鸣,腹胀纳差便溏,时有呕恶,咳痰色白,黏稠量多,易咳出,舌质白或淡,边有齿痕,舌苔厚腻。治法:燥湿化痰,宣降肺气。方药:二陈汤加减。重用紫苏子、莱菔子、陈皮、法半夏等燥湿化痰药。苔腻者,加厚朴。兼有食积者,加神曲、麦芽等。2)痰热内蕴证。咳时面赤唇红,或伴发热口渴,咽喉痛痰黏难咯或吐黄痰,舌红苔黄腻,脉滑数。治法:清肺化痰。方用清金化痰汤加减。桑白皮、黄芩、山栀、知母清泄肺热;川贝母、瓜蒌、桔梗清肺止咳;麦冬、陈皮、茯苓、甘草养阴化痰。痰黄如脓或腥臭,加鱼腥草、冬瓜子清热化痰;痰热津伤,酌配南沙

参、天门冬、天花粉养阴生津。

2.2 咳嗽以干咳为主,则痰少 咳嗽声短促干涩,或频繁喜清嗓,咽喉干痒,以晨起及夜间尤甚。多见于肺热、外感燥邪伤肺阴的阴虚咳嗽。治疗以滋阴润肺为主。肺为娇脏,喜润恶燥,外感燥邪或肺热伤阴,阴津不足,肺部得润。阴虚则虚热恋肺,上熏咽喉,咽痒干涩,时时欲咳而清之。对于滋阴润肺,多选用北沙参、南沙参、地骨皮、知母及麦冬之类养阴清热。上述诸药清热滋阴润肺,不会过于苦寒而伤正,具有凉不伤中、润不腻隔。对于润燥宽喉,多选用蝉蜕、山慈菇、重楼、木蝴蝶祛风散结。1)阴虚痰燥证。咳嗽短促,以干咳为主,痰少或痰黏难咯,伴口干咽燥,或五心烦热,舌质红、少苔或苔剥少津,脉细数。治法:养阴清肺。方用沙参麦冬汤加减。知母、麦冬、南沙参养阴清热;五味子有敛肺止咳之功,涕中带血丝者,可以加仙鹤草、白茅根凉血止血;手足心热者,加生地、牡丹皮凉血滋阴;咳甚者伴呕吐者加旋覆花、炙枇杷叶降气止咳。2)气阴两虚证。单声咳嗽,咳声无力,时为咳半声嗽,声低气弱,痰少,神差乏力,多汗,五心烦热,舌淡红,苔薄,脉弱。为咳嗽后期肺气阴两虚证。多见素体虚弱或咳嗽失治误治后,气虚则咳嗽无力,阴虚则痰少,咳嗽后期的恢复阶段。治法:益气养阴、敛肺止咳。方用清燥救肺汤加减。自汗甚易感冒者,加黄芪、党参、白术、防风益气固表;脾虚纳差者,加茯苓、山药培土生金。

临证之时,注意外咳声高亢谓之有力;咳声低微谓之无力;喉间痰音,漉漉有声,谓之痰多;痰黏不易出,谓之痰少;治疗上,文主任反复强调,对于轻咳及初咳治疗,当以“清宣”为要。就此类咳嗽,文主任常用蝉蜕、菊花、麦冬、炙枇杷叶之类。对于久咳的治疗,当以“清润”为要。用药当以南北沙参、知母、麦冬之类。正如《景岳全书》谓“内伤之嗽,必起于阴分,盖肺属燥金,水涸金枯,肺苦干燥,肺燥则痒,痒则咳不能已也”。以辨清咳声之轻重,痰之多少是辨证论治的依据之一。此法尤其适用于儿科。结合问诊所得的症状,参以舌脉,往往能准确获得咳嗽病的辨证分型,对症下药则能药到病除。

3 验案举隅

王某,男性,5岁6月。初诊(2013年11月26日):2d前患儿因受凉后出现鼻塞,流清涕,鼻涕量多清稀,偶有单声咳嗽,咳声清脆,痰少,无发热,无气促,无腹泻及呕吐,在当地诊所诊断为上呼吸道感染,给予小儿氨酚黄那敏颗粒后,病情无明显好转,到我院就诊。症见:面色可,神清,呼吸平稳,鼻塞,流清涕,鼻涕量多清稀,轻咳,咳声清脆,痰少,咽痒不适,口臭明显,以晨起为主,纳食可,大便干结,2~3日1行,排便困难,小便黄少,舌质红,苔薄白,脉浮数。辨证:风邪袭表,兼有里

热。治法:疏风解表、清肺止咳。药用紫苏叶 10 g,杏仁 10 g,苍耳子 8 g,辛夷花 10 g,蝉蜕 8 g,金银花 10 g,大青叶 10 g,连翘 10 g,黄芩 8 g,菊花 10 g,枇杷叶 10 g,紫菀 10 g,百部 10 g,桔梗 8 g,前胡 10 g,枳实 10 g,炒栀子 10 g,甘草 3 g。共 3 剂。每日 1 剂,水煎 3 次饭后服。3 d 后患儿复诊,鼻塞及流涕症状已除,无口臭,偶有咳嗽,大便通畅。

按:患儿鼻塞,流清涕,鼻涕量多清稀,偶有咳嗽,咳声清脆,痰少,为风邪袭表,邪犯肺卫,为外感表证初期,未能深入,当以疏风解表,宣肺止咳。文主任在杏苏散的基础上加减用药。同时小儿在外感风邪之时,兼有里热。主要表现为口臭明显,大便干结,2~3 d 1 行,排

便困难,小便黄少。本病为风邪在表而内有里热,寒包邪郁,当以疏风解表为主,兼清热宣肺,酌情加入黄芩、大青叶清肺泄热。桔梗调理肺气,紫菀止嗽化痰,百部甘苦微温,润肺止咳,苍耳子与辛夷通鼻窍。紫苏辛温不燥,解肌发汗,开宣肺气,使邪从表而解,在于“宣散”。黄芩与大青叶清泻肺火,以复肺气之肃降,在于“清降”,一宣一降,可使气机升降协调,可祛痰止咳,胸膈畅利,肺气得宣则咳嗽自宁。

参 考 文 献

- [1] 黄洋,郭振武.郭振武教授辨证分型分期治疗小儿咳嗽[J].实用中医内科杂志,2011,25(12):14-15.

(收稿日期 2015-02-12)

(上接第 964 页)

之功,开窍与安神药相合,以求开窍定神增智之效。笔者在前期的临床研究已经发现^[15],化痰息风方联合西医基础治疗能明显减少癫痫的发作频率及发作的严重程度。笔者在前期的临床研究^[16]中观察了化痰息风方对 61 例癫痫病例的临床疗效,结果显示治疗组发作频率减少总有效率达 90%,对照组总有效率为 67.7%,说明化痰息风方联合西医基础治疗能明显减少癫痫的发作频率。笔者将化痰息风方运用于改善癫痫患者认知功能和生活质量是中医整体观念和异病同治思想的体现。目前的小规模临床研究已经取得了明显疗效,为将来开展多中心、大样本、随机试验提供了有力的数据支持。

综上所述,化痰息风方联合西医规范化治疗能改善癫痫患者的认知功能,全面提高患者的生活质量。

参 考 文 献

- [1] Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE)[J]. Epilepsia, 2005, 46(12):470-472.
- [2] Thompson PJ, Duncan JS. Cognitive decline in severe intractable epilepsy[J]. Epilepsia, 2005, 46(11):1780-1787.
- [3] Stefan H, Pauli E. Cognition and epilepsies[J]. Nervenarzt, 2008, 79(Suppl 2):77-91.
- [4] 陈子怡,周列民,孙星海,等.癫痫患者的认知功能损害及其独立危险因素分析[J].中国神经精神疾病杂志,2006,32(2):146-149.
- [5] 莫培敏,郭起浩,丁玎,等.癫痫患者认知功能影响因素的

- 研究[J].中国临床神经科学,2007,15(1):41-45.
- [6] 中华医学会.临床诊疗指南·癫痫病分册[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [7] Berg AT, Zelko FA, Levy SR, et al. Age at onset of epilepsy, pharmacoresistance, and cognitive outcomes: a prospective cohort study[J]. Neurology, 2012, 79(9):1384-1391.
- [8] Longo CA, Kerr EN, Smith ML. Executive functioning in children with intractable frontal lobe or temporal lobe epilepsy[J]. Epilepsy Behav, 2013, 26(42):102-108.
- [9] Hocker S, Wijdicks EF, Rabinstein AA. Refractory status epilepticus: new insights in presentation, treatment, and outcome[J]. Neurol Res, 2013, 35(21):163-168.
- [10] Perucca P, Jacoby A, Marson AG, et al. Adverse antiepileptic drug effects in new-onset seizures: a case-control study[J]. Neurology, 2011, 76(10):273-279.
- [11] 朱国行,吴洵昶,虞培敏,等.新诊断癫痫患者的规范化药物治疗[J].中华神经科杂志,2011,44(1):6-9.
- [12] 赵德豪.癫痫患者生活质量的变化及其影响因素研究[D].上海:复旦大学,2008.
- [13] 曹静,樊永平,丁成赞.癫痫中医证候相关因素调查[J].中国中医药信息杂志,2007,14(4):22-25.
- [14] 马融,李新民,杨常泉,等.抗痫增智颗粒治疗小儿癫痫伴智力低下的研究[J].天津中医药,2008,25(6):508.
- [15] 肖磊.愈痫灵颗粒对癫痫患者(GTCS)认知功能障碍及生活质量的影响[D].长沙:湖南中医药大学,2011.
- [16] 陆玲丹.化痰熄风法治疗癫痫的临床疗效观察[D].上海:上海中医药大学,2013.

(收稿日期 2015-03-11)

董国立教授治疗慢性阻塞性肺疾病经验总结*

吴健广¹ 付敏^{2,3△}

(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 300150;3.中国科学院中医临床基础医学研究所,北京 100700)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-0996-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.020

【关键词】董国立 经验总结 慢性阻塞性肺疾病

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种可预防和治疗的可持续气流受限并呈进行性发展为特征的呼吸系统疾病,与烟草、烟雾等有害气体或颗粒导致的气道及肺组织慢性炎症反应强弱有关^[1]。随着我国大气污染的加重及雾霾天气的频繁出现,我国 40 岁以上成年人 COPD 的患病率高达 8.2%^[2]。由 COPD 导致的经济和社会负担沉重,COPD 的防治已经成为一个重要的公共卫生问题。COPD 属中医学“咳嗽”“喘证”“肺胀”等范畴,中医药在控制患者症状、改善生活质量、减少患者激素的用量等方面取得了较好的效果^[3]。董国立教授(1924-2014),为全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,在长期治疗 COPD 的临床实践中积累了丰富的经验,现将其经验总结如下。

1 祛除外邪,宣降肺气

董国立教授通过长期临床实践发现 COPD 病机为本虚标实,COPD 患者久病肺虚,易感受外邪导致急性加重。外邪中风寒、风热之邪是急性加重的主要邪气。风寒袭肺,肺气被遏,肺失宣降,肺气上逆则咳嗽、气喘。风寒袭肺,肺失宣降,津液不输,则聚湿成痰,则出现咳大量白色清稀痰、喘憋等症状。风热犯肺,灼津炼液成痰,痰阻气道,气机不畅,肺失宣降,则出现咳吐黄痰、喘息声粗等症状。

董国立教授针对 COPD 急性加重的风寒伤肺证和风热犯肺证分别治以辛温宣肺、辛凉宣肺二法,自拟风寒气管炎汤和风热气管炎汤。风寒气管炎汤组成:麻黄、杏仁、细辛、白芥子、紫苏子、前胡、陈皮、百部、莱菔子。此方是三子养亲汤合苏子降气汤化裁而来。三子养亲汤温肺化痰,降逆平喘,紫苏子降气汤降气平喘,化痰止咳,佐以细辛增强温化寒痰之效,共奏温肺化

痰,降气平喘止咳之功。风热气管炎汤组成:麻黄、杏仁、生石膏、金银花、连翘、牛蒡子、前胡、法半夏、莱菔子、瓜蒌、黄芩、桑白皮。此方是麻杏甘石汤合桑白皮汤加减而来,麻杏甘石汤辛凉疏表,清肺平喘,桑白皮汤清肺降气,化痰止嗽,佐以金银花、连翘以辛凉透表,清热解毒,共奏清热化痰、宣肺止咳平喘之功。

2 重视排痰,反对截喘

董国立教授在长期的临床实践中发现使用抗生素、激素虽然对控制 COPD 的急性发作有一定效果,但长期应用会导致气道松弛、被动扩张,其“屏障作用”和“清除功能”下降,使痰液变稠、难于排出;痰浊长时间伏于气道,若感受外邪,即时而发,导致该病反复发作,迁延不愈。因此董国立教授认为长期应用抗生素、激素、支气管扩张剂治疗 COPD 属于“截喘”,咳喘症状只是暂时被压制,邪伏于肺,肺气被遏,宣降失常,感邪后咳喘又会被诱发加重。因此董国立教授反对截喘,提倡宣肺排痰,给邪以出路。COPD 患者久病肺气亏虚,复感外邪,导致肺的宣发肃降失常,水液输布障碍,津液停聚于肺而成痰饮。痰饮停肺,阻滞气机,肺失宣降,又加重水液输布障碍,如此恶性循环使病情加重。痰多是 COPD 患者主要症状之一,这些痰液中含有大量脱落坏死的炎性细胞和病原微生物^[4],并富含糖类和蛋白质,有利于病原微生物的附着和繁衍增殖,从而加重感染,导致 COPD 的急性加重。

因此董国立教授治疗 COPD 着眼于痰,以痰量、痰色、性状及咯痰难易程度及兼夹症状来遣方用药,善用化痰、消痰、涤痰之法。针对痰色黄、质黏稠、难咯则使用桑白皮、前胡、川贝母等清热化痰;痰白有泡沫、质清稀、量多、易咯则使用紫苏子、白芥子等温化寒痰;咯痰伴有腹胀、纳呆等则用法半夏、陈皮、莱菔子等健脾消痰;喉间哮鸣有声,痰黏难咯,大便秘结等则使用槟榔、橘红、桑白皮、大黄等以破气涤痰通便。最终使壅于气道的痰液排出,咯痰渐少,气机通利,肺的宣发肃降正

*基金项目:科技部国家国际科技合作项目(2011DFA32750);

全国名老中医传承工作室董国立名中医工作室项目

△通信作者(电子邮箱:bdfumin@126.com)

常,则患者咳嗽、喘息等症状也随之减轻。

3 善通腑气,肺肠同治

清·张志聪在《黄帝内经灵枢集注·卷五》云“大肠为肺之腑而主大便,邪痹于大肠,故上则为气喘争……故大肠之病,亦能上逆而反遗于肺”。董国立教授在长期临床实践中发现很多 COPD 患者会有大便秘结不通的症状。因此董国立教授在治肺的同时兼顾大肠。针对大便干燥,秘结不通,善用大黄、瓜蒌仁等,通腑泄热,润肠通便;针对少气乏力,排便无力,善用黄芪、党参等以补气通便。下窍通则上窍利,不仅患者便秘症状缓解,咳嗽、喘憋症状也有所改善。

4 补虚扶正,固本培元

董国立教授认为 COPD 患者的本虚主要指肺脾肾 3 脏的虚衰,3 脏互相影响,加重 COPD 的病情,因此在治疗 COPD 时注重调补肺脾肾。“脾为后天之本”,化生水谷之气,与肺中清气构成宗气;“肾为先天之本”,化生元气,宗气与元气构成人体一身正气。通过调补肺脾肾,调补人体正气,从而达到补虚扶正、固本培元的目的。这样就能够缓解 COPD 患者症状,减少其急性发作次数。董国立教授认为,治疗 COPD 必须恢复支气管功能,而不能经常采用扩张支气管的药物以平喘,因为长期扩张支气管,则支气管弹性消失,支气管正常“清除”和“防卫”功能减弱,痰越不能排除,喘越加深。所以必须遵照中医传统医学办法,恢复人体与自然界各种病毒和微生物进行抗争时固有的“防卫”能力,然后把陷入肺、脾、肾的病邪,用宣肺祛邪,结合“摄纳肾气”等办法宣透出来,以达到彻底根治。

董国立教授也从西医的角度解释了补虚扶正,固本培元的重要性。他认为扶正固本虽然不能够像接种卡介苗、天花疫苗那样是人体获得针对结核、天花的特异性免疫,但是能够提高人体的非特异性免疫,建立起一道防御屏障,抵御病原微生物对人体的侵袭,从而降低 COPD 患者感染的风险,减少急性发作次数。现代药理研究显示补益肺脾肾的药物党参、黄芪、白术、砂仁、山药、山茱萸肉等含有黄芪多糖、山药多糖、白术多糖等大量的多糖类物质,多糖类物质能够明显的增强免疫低下大鼠免疫器官指数、吞噬细胞和 NK 细胞的活性,从而增强大鼠的非特异性免疫功能^[5]。针对痰多清稀、食少纳差、短气乏力等症状董老常用党参、黄芪、白术、砂仁来补肺健脾、益气化痰,杜绝生痰之源;针对呼吸多吸少、腰膝酸软、耳鸣等症状用山药、山茱萸肉等来补肾益气,缓解喘证。肺脾肾三脏同补,正气得复,“正气存内”则“邪不可干”。

5 病案举例

李某,男性,64 岁。2012 年 10 月 30 日初诊。主诉:间断咳嗽 20 余年,加重 1 个月余。现症:咳嗽,喘息,憋

气,动则尤甚,咽部堵塞感,咯黄白相间痰,质黏,不易出,口干,乏力,纳差,夜寐欠安,大便干,2 d 1 行,舌暗红,苔黄腻,脉弦滑。胸片:1)胸廓为桶状,前后径增加,肋间隙变宽,肋骨呈水平位;2)肺纹理表现稀疏,肺野透亮度增加,肺容积增大。肺功能:FEV₁ 46.0%(舒张前),47.5%(舒张后);FEV₁% FVC 55.0%(舒张前),57.4%(舒张后)。提示:小气道阻塞性通气功能障碍,舒张试验(-)。西医诊断:慢性阻塞性肺疾病急性发作。中医诊断:肺胀。证型:痰热壅肺。治法:清热化痰、宣肺平喘。药用麻黄 6 g,杏仁 12 g,金银花 20 g,连翘 15 g,牛蒡子 12 g,前胡 12 g,桔梗 12 g,川贝母 12 g,瓜蒌 12 g,桑白皮 12 g,法半夏 10 g,木香 10 g,沉香 12 g,麦冬 12 g,地骨皮 15 g,芦根 15 g,百合 12 g,款冬花 15 g,甘草 6 g。7 剂,每日 1 剂,水煎服,分 2 次温服。二诊:患者咳嗽症状较前明显好转,咯少量白痰,乏力,偶有气短,口咽,心烦,纳差,二便调,舌红,苔薄腻,脉沉细略滑。去麻黄、金银花、连翘、牛蒡子加黄芪 30 g,北沙参 30 g,白术 12 g,茯苓 12 g。每日 1 剂,水煎服,分 2 次温服。三诊:患者乏力、口干症状消失,劳累后偶有咳嗽,偶有咯痰,纳寐可,二便调。舌淡红,胎薄,脉弦略滑。嘱患者停药,避风寒,慎起居,节饮食,调情志,忌劳累。随访半年,患者症状平稳,未见急性加重。

按:患者 COPD 病史 20 余年,就诊时咳嗽,憋气,咯黄白相间痰,舌暗红,苔黄腻,脉弦滑,属于 COPD 急性加重期,辨证为痰热壅肺证。董国立教授在风热气管炎汤的基础上进行加减,以麻黄、杏仁宣降肺气,止咳平喘;金银花、连翘、牛蒡子辛凉清热,针对表邪未解;前胡、桔梗、川贝母、瓜蒌、桑白皮、法半夏清热化痰,理气健脾;瓜蒌兼有润肠功效,缓解大便干症状;木香、沉香降气顺气,疏肝解郁;麦冬、地骨皮、芦根、百合滋阴润肺、清热除烦,缓解患者久病抑郁,心烦失眠的症状。二诊患者咳嗽症状好转,仍有少量白痰,乏力、口咽干燥症状未解,舌红,苔薄腻,脉沉细略滑,属于疾病后期邪去正未复,为痰浊阻肺,气阴两虚证。故去麻黄、金银花、连翘、牛蒡子,加黄芪、北沙参、白术、茯苓益气养阴,固本培元。

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(2013 年修订版)[J]. 中国医学前沿杂志:电子版,2014,2(6):67-80.
- [2] Nanshan Zhong, Chen Wang, Wanzhen Yao, et al. Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in China A Large, Population-based Survey[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2007, 176(35): 753-760.
- [3] 彭磊,范毕辉,陆剑豪. COPD 稳定期治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2014,3(23): 303-304,342.
- [4] 陈谨,何耀红,呼玮,等. 老年慢性阻塞性肺疾病稳定期患

者下呼吸道细菌定植与细胞免疫功能缺陷的关系研究[J]. 中国全科医学, 2014, 10(17): 1124-1128.

[5] 郑丽莉. 生脉汤对大鼠非特异性免疫功能的影响[J]. 内蒙

古中医药, 2013, 32(16): 77-78.

(收稿日期 2014-07-09)

(上接第 983 页)

转侧椎动脉的屈曲;而当颈椎前屈时,整个颈椎椎管因脊柱颈曲前凸的状态而发生脊髓的牵拉;当颈椎后伸时则情况相反,整个颈椎椎管相对短缩,脊髓呈松弛状态,穿行于颈椎横突孔的两侧椎动脉在颈椎屈伸运动时也相应发生形态上的改变。所以单纯行转颈试验来诱发颈性眩晕可能不如颈椎运动负荷试验来的更加全面,在本研究中,颈性眩晕患者在行颈椎运动负荷试验后出现了血流速度的改变,颈性眩晕各组均具有统计学意义。提示在实际临床工作中,可考虑使用首先颈椎运动负荷试验来诱发颈性眩晕,以利于临床诊断。

3.2 中医证型与血流动力学的相关性 中医学将本病归于眩晕病范畴。中医学认为脑为诸阳之首,脑为神明之府,以心所主,位在脑髓。另外如气血亏损,血虚生风;肝肾不足,肝风内动或肝阳上亢;痰湿中阻,清阳不升;气滞血瘀,阻碍清窍,被认为是颈性眩晕发病的主要病机。

笔者在临床上对颈性眩晕中医辨证分型后,经颅多普勒检测显示 4 型之间脑血流动力学的改变。中医学有痰迷心窍一说^[9],心窍受蒙,神明不得清升则出现头晕伴胸闷、恶心、心烦等植物神经功能紊乱表现。痰湿中阻证型表现为血流速度增快的现象,而搏动指数较低,呈低阻力波形,提示椎-基底动脉受到激惹刺激发生痉挛和狭窄可能。肝阳上亢证患者往往伴有高血压疾病,血管硬化伴有斑块,故造成血管阻力增加,搏动指数升高;该组表现为血流速度明显增快,而搏动指数较高,呈高阻力波形。提示该类患者血压偏高并合并血管粥样硬化以及斑块形成可能。肝主筋,肾主骨,且肝肾同源,如果肝肾不足,临床表现患者可出现筋腱疲软,乏力之像。和现代医学血管管壁弹性不足有着的同样意义;改造表现为以舒张期血流速度减慢为主,而搏动指数较高,呈高阻力波型,提示脑动脉硬化或者脑动脉的弹性减退,脑血管阻力增高,导致硬化血管相对扩张,血流速度减慢,血流量减少^[10]。气为血之帅,血为气之母;气血不足组患者,心脉鼓动无力,日久致血滞脉中,气血津液不能上奉清空,髓海空虚,脑窍失养而发为眩晕。故表现为血流速度均减慢的现象,而搏动指数较低,呈低阻力波形。

本研究发现,颈性眩晕中医病机为实证的痰湿阻

络证和肝阳上亢证患者血流速度均异常增高,对颈椎运动负荷试验更加敏感,但血管搏动指数却分别表现为低阻力波形和高阻力波形;而为虚证的肝肾亏虚证和气血亏虚证患者血流速度异常减低,对颈椎运动负荷试验敏感性差,而血管搏动指数却分别表现为高阻力波形和低阻力波形。

综上所述,颈性眩晕患者多合并不同程度血流动力学异常,不同中医证型之间血流动力学指标亦存在差异,具有各自特点;而不同中医证型患者对颈椎运动负荷试验的敏感性亦存在差异,这种差异提示发病机制原因的差异性;或因椎动脉痉挛狭窄,或因伴随血管的粥样硬化、斑块形成、弹性减退,或因血管下游小动脉闭塞,一定程度上反映了颅内外血管的情况。TCD 可直接无创性检测椎-基底动脉的血流速度、血管阻力等,一定程度上能为颈性眩晕的中医辨证分型提供客观参考指标,颈椎运动负荷试验作为颈性眩晕的诊断指标之一,对实证型颈性眩晕患者敏感性更佳,可见通过该试验结合 TCD 检查,对探讨颈性眩晕的发病机制,判断病情、指导临床治疗以及疗效评估有着重要的临床意义。

参 考 文 献

- [1] 李锋, 娄思权. 颈性眩晕[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(3): 227-228.
- [2] 李中实, 石东平, 刘成刚. 颈椎运动负荷试验对颈性眩晕的诊断意义[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2004, 14(10): 584-586.
- [3] 孙宇. 第 2 届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志, 1993, 31(6): 472-476.
- [4] 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: 37.
- [5] 焦明德. 实用经颅多普勒超声学[M]. 北京: 北京医科大学协和医科大学联合出版社, 1995: 116.
- [6] 张素珍. 眩晕症的诊断与治疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 2006: 370.
- [7] Werner Kahle, Helmut Leonhardt, 著(毕玉顺, 李振华译)[M]. 山东科学技术出版社, 2000: 129.
- [8] 陆裕朴. 实用骨科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1991.
- [9] 中医大辞典[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1979: 325.
- [10] 蔡加, 林春秀. 颈性眩晕的中医辨证分型与脑血流动力学关系的观察[J]. 赣南医学院学报, 2007, 27(2): 226-228.

(收稿日期 2015-03-17)

牟重临老中医从痰论治肺系疾病的临床经验*

鲍建敏 指导 牟重临

(浙江省台州市第一人民医院, 浙江 台州 318020)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-0999-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.021

【关键词】 肺系病 痰证 肺心病 哮喘 肺炎

从肺系疾病的发生与表现特点来看, 多数病变离不开“痰”。肺为水之上源, 肺与水液代谢有密切关系, 肺脏病变容易引起水液代谢障碍, 形成痰饮停滞, 发生肺部各种病变。笔者师从浙江省名中医牟重临老师多年, 牟师认为痰证不仅贯穿于有些肺系疾病的变化过程, 也表现于肺系疾病的发展变化的不同阶段。现将牟师对临床常见的肺心病、支气管炎、哮喘、肺炎等疾病从痰论治的方法总结如下。

1 从支饮论治肺心病

慢性肺原性心脏病患者由于阳气虚弱, 易为外邪侵袭, 外邪引动伏饮, 出现表里同病; 进而外邪化热壅肺, 升降失司, 炼饮成痰, 表现虚实夹杂, 寒热互见, 病变波及数脏, 标本俱急, 治疗每须标本并举, 温清兼施。牟师认为, 《金匮·痰饮咳嗽病》篇言“膈间支饮, 其人喘满, 心下痞坚, 面色黧黑, 其脉沉紧……木防己汤主之”所描述的征象与本病发生颇似。治方仅防己、人参、石膏、桂枝 4 味, 然融通阳利水、清热益气为一炉, 变通灵活, 立法严谨, 为标本兼顾, 攻补并进, 寒热同用之良法。肺心病发作大都见痰饮内停, 水瘀壅塞而致呼吸急迫, 故治以涤痰逐饮, 通畅呼吸道, 改善肺之呼吸功能至为重要。牟师常用加味木防己汤治疗本病获得良效, 基本方: 木防己、生石膏、生晒参、桂枝、茯苓、薏苡仁、法半夏、葶苈子、莱菔子。方中石膏与薏苡仁共捣, 以增强清热降逆逐饮之功; 茯苓祛水逐饮宁心; 葶苈子涤痰肃肺, 且能强心; 莱菔子降痰下气, 又可消除人参壅气之弊, 两者相行而不悖, 并无降低药效之嫌; 法半夏祛痰下气力雄, 且能安神镇静。加味木防己汤对慢性肺心病急性发作属气虚热郁、饮停痰盛者, 确有良效。然本病病机变化复杂, 往往越至危重阶段, 阳气愈虚, 而痰水热瘀之标象愈急, 救急拯危, 治疗当着重于除痰祛水、清热逐瘀, 往往标证一解, 阳气随之而复。临床观察

本方药具有强心、利尿, 改善循环, 通畅呼吸道等作用。

病例 1: 周某, 男性, 63 岁, 初诊日期为 2011 年 1 月 26 日。咳嗽气喘 7 d。患者有慢性咳嗽史 10 余年, 每遇天寒或劳累则增剧, 近几年来症状加重, 伴见心悸, 足肿。1 周前因外感而发热气喘, 咳吐痰涎质稠, 逐渐加重, 夜难平卧。诊其面浮倦怠, 唇色青紫, 上腹胀闷, 食欲不振, 肢凉足肿, 大便干结, 尿少口渴, 舌红苔薄腻, 脉弦细数。体温 37.6℃, 查血常规示: 白细胞 $10.6 \times 10^9/L$, 中性 78%。X 线提示: 肺气肿, 右心影扩大。诊断为肺心病急发, 证属气虚痰停, 邪热阻肺, 拟《金匮要略》法。处方: 防己 10 g, 桂枝 10 g, 葶苈子 10 g, 法半夏 10 g, 生石膏、薏苡仁各 30 g (共捣), 生晒参 8 g, 茯苓 20 g, 黄芩 10 g, 石韦 15 g, 陈皮 5 g, 甘草 5 g。服 5 剂后, 热清, 气喘痰咳均减。上方去陈皮、石韦, 加麦冬 10 g, 五味子 6 g。2 周后症状基本控制, 以上方加减调治月余, 恢复正常。

2 从痰饮论治支气管炎

支气管炎主要表现为咳嗽, 其成因比较复杂, 由痰饮所致者较为常见。有些表现咳嗽反复不已, 常与痰饮内停有关, 故言“无痰不成嗽”。牟师认为临床有许多支气管炎虽未见痰涎咳出, 但有痰饮内蓄迹象, 如《金匮要略·痰饮咳嗽病》篇“咳逆倚喘, 是为痰饮所致”。临床所见喘不得卧, 动则气喘, 常与痰饮内停有关。治疗痰饮咳嗽, 须先明白痰饮有无形与有形之不同。中医所谓的“痰饮”病, 大都属于无形之痰饮。所以对痰饮必须从证候表现的特点及本质上去认识, 不可拘泥“有形”之痰的表象。病痰饮者多见口不渴, 纳呆恶心, 咳声重浊, 动则气喘, 入夜痰鸣, 呕吐痰涎, 夜寐不宁, 舌淡苔腻, 脉弦滑等。有些患者素脾胃虚弱, 脾失健运, 湿停成痰, 上贮于肺, 若为外邪引动, 痰浊阻肺, 引发咳嗽。有些咳嗽起始, 表现邪热壅肺, 治疗叠用抗生素, 或过用苦寒清凉之剂, 损伤脾肺阳气, 至水液不化, 酿痰内伏, 致咳嗽缠绵不愈。如痰浊不除, 则咳嗽难愈。本病的急性期, 急则治其标, 有表证者可用小青龙加石膏汤, 表证已除

* 基金项目: 浙江省名老中医专家传承工作室基金资助项目 (GZS2012043)

可使用二陈汤、苓桂术甘汤,待症状控制后,转以扶脾运中,祛痰化饮,以六君子汤合导痰汤加减。本病痰证有寒痰、热痰不同,如痰声辘辘、痰液清稀多为寒痰,用细辛、干姜合三子养亲汤;咳痰不爽、痰稠口渴多为热痰,加浙贝母、天竺黄合用小陷胸汤。

病例 2:郑某,男性,58 岁,初诊日期为 2010 年 11 月 23 日。咳嗽时发时休 6 个月,近 5 d 由于汗出受凉,咳嗽频作,肺部 CT 提示:支气管炎。用过多种抗生素效果不佳。诊患者咳声重浊,入夜有痰鸣声,恶心纳呆,大便溏薄,口渴不欲饮,舌苔薄白腻,脉小滑数。患者有皮肤过敏史。此属痰饮咳嗽,治以二陈汤合苓桂术甘汤。处方:白术 15 g,茯苓 20 g,桂枝 10 g,白前 10 g,干姜 5 g,法半夏 10 g,化橘红 6 g,佛耳草 15 g,乌梅 10 g,旋覆花 10 g,炙甘草 6 g。服 5 剂后咳嗽明显减轻,纳食增加。于上方去旋覆花,加入党参 10 g,再服用 1 周而愈。1 个月后因劳作,咳嗽反复,再拟上方治疗获愈,随访半年无恙。

3 从伏痰论治哮喘

哮喘的病机特点是“痰”,故常说“无痰不作哮”。本病多与患者素体脾肺气虚、痰饮内伏有关。《症因脉治·哮病论》言“哮病之因,痰饮留伏,结成窠臼,潜伏于内,偶有七情之犯,饮食之伤,或外有时令之风寒,束其肌表,则哮喘之症作矣”。有些患者病情反复大都与其体质过敏有关,这些病候多数存在宿痰内伏,留着不祛,容易受诱因引发。本病临床表现咳嗽喘促,喉头哮鸣,痰多咳吐不畅,胸闷便结,纳食不振,夜寐不宁,舌苔厚腻,脉滑者多为内有伏痰。本病的急性发作期,是由内伏“痰饮”为外因所引发,治疗须重视化痰逐饮,急则治其标,以止咳平喘、宣肺化痰为主。在祛痰用药上,牟师强调要分辨寒热,属热者用麻杏石甘汤合小陷胸汤加减,属寒者用小青龙汤合三子养亲汤加减,表虚者用桂枝加杏朴汤合二陈汤。待症状控制,则从本而治,杜绝生痰之源。着重于在扶脾运中,祛痰化饮,以根除伏痰,用六君子汤合苓桂术甘汤治疗;若肺卫不固者,合玉屏风散。肺为“娇脏”,祛痰药性燥,过用易伤肺阴,用药要注意,勿使太过。

病例 3:胡某,女性,16 岁,初诊日期:2013 年 10 月 28 日。咳嗽气喘痰多 8 d,入夜加剧。患者于 8 d 前食海鲜品后,当夜气喘痰鸣。连续使用西药 5 d 效果不佳,有过敏性哮喘史。刻诊患者面苍,怕冷汗出,咳吐白痰清稀,纳呆便溏,舌苔薄、白腻,脉小滑。听诊闻及两肺哮鸣声。此证属脾阳不足,痰浊内阻,方用桂枝加厚朴杏子汤合二陈汤加减:桂枝 8 g,炒白芍 10 g,制半夏 10 g,化橘红 6 g,杏仁 10 g,厚朴 8 g,茯苓 20 g,炙甘草 5 g,佛耳草 10 g,生姜 3 片,红枣 5 枚。每日 1 剂。服 5 剂喘平,痰减食进,皮肤发痒。再以上方去厚朴,加薏苡仁 30 g,防风 6 g,服用 1 周诸症消失。

4 从热痰论治肺炎

肺炎表现发热,咳嗽,胸痛或伴气喘,吐铁锈色痰,一般发病较急,牟师认为从病机上分析,肺炎以热证夹痰居多。其大都起于外感,肺居上焦,主皮毛,故六淫之邪外伤人体,首先犯肺,外邪壅肺最易化热,邪热蕴肺,灼液成痰,痰热互结,不象表证一二剂可解。治疗肺炎,单纯宣肺清热效果常不佳,必须配合肃肺化痰。临床所见肺炎表现以热证居多,用药大都偏重于清凉,但用过苦寒之味易伤阳气,更至痰液不化,反加重咳嗽症状,特别是体胖多湿患者,更应注意。有些肺炎反复使用抗菌素无效,临床多表现为咳嗽多痰,气喘痰鸣,咳痰不爽,胸闷纳呆,苔腻脉滑,更重视消痰。临床治疗肺炎一般以清热,祛痰,定喘为主,清热祛痰为其主要治法。特别是小儿肺炎及病程反复的肺炎,往往与热痰郁滞有关。治疗常用麻黄、苦杏仁、制半夏、茯苓、橘红、葶苈子、桑白皮、黄芩、制胆南星、前胡、甘草等药。加减:痰多黄稠加浙贝母、天竺黄;喉头痰鸣加射干、僵蚕;口干舌红加北沙参、麦冬;大便干结加瓜蒌实、莱菔子。

病例 4:金某,男性,31 岁,2013 年 12 月 17 日初诊。发热咳嗽 7 d,入夜喉头痰鸣,门诊予抗生素治疗症状改善不明显,胸部 CT 提示右下肺炎。住院治疗 1 周后,体温少退,但仍有反复,咳嗽频频,喉头痰鸣,故转牟师会诊。诊见:患者咳嗽多痰,纳食不振,夜寐不宁,腹胀便结,烦躁作呕,下午低热,体温 37.7~38.2 ℃,舌红、苔薄白腻,脉小滑数。证属痰浊阻滞、肺胃不和。处方:炙麻黄 6 g,杏仁 10 g,地骨皮 20 g,桑白皮 20 g,葶苈子 10 g,制半夏 10 g,茯苓 20 g,前胡 10 g,黄芩 15 g,制胆南星 10 g,化橘红 6 g,甘草 5 g。每天 1 剂,水煎服。3 剂后即热除便通,痰咳大减,纳食欠佳。继以上方去桑白皮、地骨皮,加焦三仙各 15 g 善后。3 d 后症除而出院,随访半月无恙。

5 总 结

肺的功能,主宣发肃降,通调水道。“肺主行水”,“肺为水之上源”。肺为娇脏,一旦受邪易发生水液代谢障碍,酿液成痰,阻郁于肺,导致肺部各种病变。牟师认为临床所见许多肺系疾病在发展变化过程中,表现出痰饮壅肺的证候,除了上述几种疾病,还有如矽肺、胸膜炎、肺气肿、肺脓疡等。此类病症变化过程均可出现痰证,临床可从痰论治,或在辨证用方中配合祛痰药,能够增加效果。中医治疗疾病强调辨证,对肺部痰证的治疗,首先辨别寒热。热痰表现:咯痰不爽,痰稠口渴,面赤气粗,舌红苔黄,多见于阴虚体质。寒痰表现:痰声辘辘、痰液清稀,面苍怕冷,恶寒便溏,舌淡苔白,多发于阳虚体质。此外,治疗痰证方药,不仅在于消除痰饮病变,而且现代药理研究表明,祛痰的方药还能够调

(下转第 1011 页)

王忠民主任医师运用澄源塞流法论治 经血暴下经验*

罗晓庆^{1,2} 王明闯¹ 指导 王忠民¹

(1.天津市王忠民中医传承工作室,天津 300400;2.天津北辰北门医院,天津 300400)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-1001-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.022

【关键词】 经血暴下 出血不止 澄源塞流法 名医经验 王忠民

王忠民主任医师,硕士研究生导师,“第二批天津市中医传承工作室”导师,中国优生优育网主编,先后在专业学术期刊发表论文 130 余篇,研制出临床具有特殊疗效的方剂中 14 项获国家医药发明专利。在长期对妇科疾病的临床诊疗中,积累了丰富的研究经验,善于使用中西医结合方法治疗妇科疑难危急重症。兹将王老师运用澄源塞流法治疗经血暴下出血 5 周以上不止的经验报告如下。

1 经血暴下不止运用澄源塞流法的重要意义

出血时间超过 5 周、出血量偏多的经血暴下,特别是自身造血代偿功能差、体质弱的大龄患者,很容易出现危急的临床表现,需要格外重视。经血暴下常见于功能失调性子宫出血(功血)病变,功血是育龄期女性的常见病。40 岁以上女性所发生的经血暴下,绝大多数见于无排卵性功血,临床症状重,易致中度乃至重度、极重度贫血,甚至危及患者生命^[1]。经血暴下发生中、重度、极重度(中度贫血 Hb 60~89 g/L,重度贫血 Hb 30~59 g/L,极重度贫血 Hb<30 g/L)贫血后,很容易发生意外。其中重度贫血患者常伴有疲乏、困倦、心慌或心动过速、呼吸急促、头痛、头晕、耳鸣、眼花、注意力不集中、嗜睡、皮肤与黏膜苍白,个别患者会随时出现休克状态。快速止血,缓解临床症状,是治疗该病的关键^[2]。

经血暴下属于中医学“崩漏”范畴。在治疗方面,古有“塞流、澄源、复旧”三法。有人认为塞流是第一位的,止血为本。而王老师认为澄源是首要之务,只有澄清出血之源,才能快速有效塞流,才能为复旧打下基础,无正确之澄源,塞流与复旧则无从谈起^[1]。很显然,由于经血暴下的病因迥异,治法大相径庭,若见出血不止而不首先澄源而妄用诸炭塞流,对大部分患者延误病情无疑,甚至会使出血时间更加延长^[3]。这种塞流之法即

便偶尔出血减少,旋即出血不止,久之危害更甚。有人认为澄源是一种治法,如《丹溪心法》“初用止血以塞其流,中用清热凉血以澄其源,末用补血以还其流”并不十分正确。

王师认为,“澄源”应该是中医治疗经血暴下的应对措施,而经血暴下属于崩漏范畴,当然“澄源”也是治疗功血的基本原则,并非“清热凉血”的具体治疗方法,也不是单一的活血化瘀^[4]。澄源,就应该弄清出血的原因是气虚(或脾虚)不能摄血、瘀血阻滞(或肝郁)不能生血,还是冲任不固(或肾虚)经乱无期……其临床证型,则常见脾肾阳虚、肝肾阴虚、气阴两虚、瘀血阻滞、血热不宁等类型,显然不能“中用清热凉血以澄其源”。不仅如此,从现代医学的观点来看,则应该弄清是子宫内膜过度增生、子宫内膜修复不佳、前列腺素作用异常、凝血和纤溶系统激活作用不良,还是子宫内膜螺旋小动脉和溶酶体的结构与功能出现问题,这些情况不明确,显然会影响治疗效果,特别使中西医结合治疗经血暴下临床效果大打折扣。

因此,王师对澄源塞流法治疗经血暴下不止的理解,就是在临证时澄清出血不止之原因,进行对证塞流,达到控制子宫继续出血的目的。

2 经血暴下不止运用澄源的基本要点

对于经血暴下不止的治疗,最重要的就是快速止血,只有如此,才能尽快摆脱因贫血加重等所致的潜在危险。而实现快速止血的唯一正确方法,则是通过澄清日久出血之源,找出病因,以采取对证有效的治疗措施。

2.1 辨证力求精准,用药务必果断 经血暴下不止,接诊时务必首先弄清持续出血之因,譬如要弄清有没有凝血障碍、血小板减少、血液疾病^[5]、造血系统异常、全身性消耗性疾病等,不可只顾出血不管其余,顾此失彼不符合中医之整体观念,也是治病之大忌。用药前需要对患者病情有一个充分的了解,在澄清经血暴下不

*基金项目:天津市名老中医药专家学术经验传承工作室建设项目

止的病因时,也要评估患者是否存在的各种危险因素,是否患有恶性疾病、慢性消耗性疾病、血液疾病等。血常规、妇科 B 超等检查、相关疾病的排除等不可或缺,对预防疾病发生恶变十分有益^[6]。要尽可能弄清现代医学方面的诊断,基本分清持续出血之因是性激素分泌失调^[7]、前列腺素分泌异常,还是凝血和纤溶系统激活异常,或子宫内膜螺旋小动脉异常。如斯,治疗处方则游刃有余,药中肯綮^[8]。一旦诊断明确,查明持续出血原因,用药务必果断及时。需要注意的是,在用药期间要准确判断会不会出血加重,会不会发生失血性休克,需密切观察病情变化,必要时使用相关西药,防止意外发生^[9]。出血严重者,必要时可考虑同时服用西药,一些性激素类药物运用得当效果明显,配合中药使用,调节内分泌系统优势明显^[10],具有快速控制持续出血的良好效果。

2.2 祛瘀清宫生新,瘀血消除血止 经血暴下不止时,只要有瘀血指征,应注重祛瘀生新,相当于刮宫止血之法。离经之血阻塞,影响宫缩、影响血管收缩,难以及时止血。及时清除瘀血,运用澄源塞流去瘀生新之法^[4],经血暴下则止。运用活血化瘀之法止血,有医家常担心病情加重,经血暴下难以控制。唐容川认为“经隧之中,既有瘀血踞住,则新血不能安行无恙,终必妄行而吐溢矣,故以去瘀为治血要法”。经血暴下也是如此,瘀血内阻则新血不生、出血不止。瘀血阻于经脉,血液难以正常通行,妄行外溢故血不止。如果见到经血暴下不止不辨别原因,直接运用炭类止血药物,一部分患者可能有效,但凡是有瘀血指征者,对止血均无裨益^[11]。事实上,对于瘀血型经血暴下,活血化瘀之法不仅不会导致出血增加,反而可以大大加快止血时间,对快速纠正贫血,防止经血暴下再次发生,实现理想的复旧十分有效。对于判断经血暴下是不是需要活血化瘀,王老师总结出一整套行之有效的临证经验。经血暴下不止因于瘀血阻滞者,一般表现为出血颜色紫暗、血中瘀块、出血忽多忽少、小腹坠胀疼痛,舌质暗或暗红,脉沉细或细涩,上述的 6 个主证中,前 4 证但见一证即可确认^[1],即可运用活血化瘀止血之法。之外,B 超检查子宫内膜厚度对运用活血化瘀之法具有重要参考意义,凡是子宫内膜超过 10 mm 且有瘀血指征者,不管出血时间长短,均可考虑使用活血化瘀之品。

2.3 阻止经血暴下,两步分别实施 对于部分经血暴下不止者,单纯运用活血化瘀之法,往往难以彻底控制病情。特别对于虚实夹杂、瘀血与肝肾阴虚、脾气不足、冲任不固等脉证皆有的患者,要牢记“急则治其标、缓则治其本”的原则,可采取分两步实施治疗。当瘀血为出血不止主要矛盾时,应该果断采用活血化瘀之法,继而治其本。在临床上,王老师临危不惊,胆大心细,用药缜密。采用“两步走”的方式止血,在单纯用中药时,只

要是瘀血内阻新血不生,瘀血不除出血难止者,即可先用 2~3 剂活血化瘀之品,诸如丹参、桃仁、红花、蒲黄、益母草、川牛膝、当归、三七、血竭等,以达到快速祛除瘀血之目的;出血减少、没有瘀血指征后,根据病情分别采用滋补肝肾、健脾益气、调理冲任,养血补血,以使患者尽快康复,药物诸如三七、血竭、阿胶、太子参、炒白芍、当归、熟地黄、炒杜仲、续断、枸杞子、桑葚子、山茱萸肉等,均可酌情选用。“两步走”的治疗关键在于第一步,一定要澄清出血之病因,凡是具有瘀血阻滞病机,就要果断、及时服用活血化瘀之品,用药越早,效果就会越好。缪仲淳云,血瘀导致出血“宜行血不宜止血”,“血瘀宜通之”。临床一些曾经使用大量炭类止血药物而未见明显疗效者,但见瘀血指征,活血化瘀常常效如桴鼓。在运用活血化瘀之品时,倘若已经出现严重贫血,为防止出血过多,则可选用既有活血化瘀作用,又有止血补血效果的药物,比如三七粉,可适当加大剂量,用至 5 g 冲服。

3 经血暴下不止运用塞流法的用药技巧

简而言之,塞流就是止血。即便塞流不能完全控制继续出血,也要使出血减少,得以控制。这种控制经血暴下继续出血的方法,可有效控制临床症状,防止继续、大量出血导致疾病向危重方向发展。塞流既是治疗疾病的目的,也是治疗的手段,但这种手段并非单一的用炭类药物止血。

3.1 有效止血防脱,谨防血涸气竭 确保生命指征,加强固摄能力,防止出血脱证是治疗出血性疾病的关键,也是治疗经血暴下不止的关键。叶天士指出“留得一分自家之血,即减少一分上升之火”。唐容川治疗血症,也是主张见血治血,治而使止作为首选方案。大量失血之际,不可仓促行事,止血尽管是治疗目标,但止血的手段并非一味固涩,并非单一的用炭类药物止血,而是包括所有的能够使出血终止的方法,使用炭类止血仅仅是止血方法中的一种。临证务必于危急之中知晓病因病机,分清寒热虚实,或清而止之,或补而止之,或消而止之,掌握据证遣药之准则,力求辨证施治万无一失。经血暴下若出血时间长久,特别大量出血时,容易发生严重贫血,甚至形成脱证。这种情况下塞流,旨在保存气血,留住生机的基础。血去过多,气随血脱,易形成血涸气竭,则危殆立至,止血、生血、补血均可赢得生机,均与塞其流同工异曲。日久出血,属火热实证者少之又少,而阴血耗损则生虚热,阴血不得安宁,此时滋阴养血即可平之,佐以酸甘化阴,也可有效发挥塞流作用。明代赵献可云“盖有形之血不能速生,无形之气所当急固,无形自能生有形也”。王师在出血量大而有血脱危险时,常常选用枸杞子、桑葚、旱莲草、女贞子、生地黄炭、地骨皮、茜草、炒白芍、玄参、麦冬、太子参、阿胶(烊化)、海螵蛸、乌梅等,只要没有瘀血指征,即可

放心投用。

3.2 贫血严重血脱,协调脏腑固本 经血暴下虽源于胞宫,但病机复杂,与脏腑、冲任等无不相关。肾主封藏,脾主统血,肝主藏血,而冲任之本在肾,故塞流之法理应包括滋补肝肾,并根据其病因病机,佐以健脾、疏肝和调理气血阴阳,促使月经周期恢复正常。特别是年龄较大、体质虚弱之经血暴下不止者,整个治疗过程均需顾及各脏腑功能,以治病求本。经血暴下日久不止,与内分泌失调、阴阳失调、脏腑功能失调等因素有内在联系。止血塞流过程中,应根据不同证型佐以益肾、舒肝、健脾、调理冲任与气血等,注重整体观念。一旦因经血暴下致中重度贫血,应着重升高血红蛋白,尽快塞流,以固本调经。同时,还要明辨寒、热、虚、实,无排卵功血虽然以肾虚、血瘀最为常见,但兼见阴虚发热、气虚不固、气耗阳虚者时常有之,临证需谨慎辨别,以防顾此失彼^[1]。经血暴下失血过多,塞流固然重要,而协调脏腑功能,实现固本之法,在某种意义上更为重要,因为这种方法常常是保证塞流成功的基础,也是防止发生意外的保证。在贫血严重有血脱危险之时,王老师常用太子参、三七粉、血竭、蒲黄、茜草、旱莲草、贯众炭、卷柏炭等为主,根据不同情况进行加减。太子参养阴益气,有防脱之功;三七活血、止血、补血;血竭、蒲黄活血散瘀止血;茜草止血、化瘀、凉血;旱莲草养阴补肾,凉血止血;贯众炭善止经血暴下、有促进子宫收缩作用;卷柏炭化瘀止血,塞流不留瘀。在临证时,但见气虚脉证,增炙黄芪、升麻;兼见肝郁证候,加炒栀子、炒枳壳;伴有肾虚指征,配山茱萸肉、鹿角胶;冲任不固者,添海螵蛸、杜仲炭、炒川断。

3.3 注重补肾填精,促进内膜修复 经血暴下出血日久,患者发生中重度贫血就诊时,多已经过治疗,或自服过相关药物,一般情况下多是止血之品。有医者倾向于立即用大量的炭类中药或西药止血剂,以期尽快控制出血。但由于不辨明病因,效果不够理想,出血常常时多时少,缠绵不愈。王师认为,经血暴下越是病情紧急,就越要弄清病因病机,越要准确用药,必要时要结合现代医学诊断,观察子宫内膜的厚度,检验激素水平的高低,分清持续出血的原因,这对快速止血具有至关重要的作用。现代医学研究证实,无排卵性功血除体内雌激素水平波动外,子宫内膜局部改变对出血影响更大。子宫局部的生长因子、血管活性物质、细胞外基质和性激素受体,腺上皮细胞凋亡等改变,与功血的发生发展有着密切的内在联系^[1],在分析病因时不可不知。下丘脑-垂体-卵巢轴调节功能失常导致无排卵,致使子宫内膜长期受雌激素作用,而失去孕激素制约,子宫内膜得不到及时修复而发生不规则脱落、持续出血^[2]。王师认为,这种情况运用补肾促进排卵,使雌激素与孕激素水平达到相对平衡,使子宫内膜得到正常

修复,对控制持续出血具有良好作用^[1]。王老师常以具有调节卵巢功能的女性宝胶囊配方^[12]加减治疗,药用枸杞子、淫羊藿、当归、黄芪、香附、刺五加、菟丝子、龙眼肉、巴戟天、马鹿茸、生地黄等,排卵周期复常,子宫内膜修复,出血自止。

4 经血暴下不止运用塞流法病案举例

患者,女性,已婚,43岁,教师,2013年5月17日初诊。子宫不规则出血39d,量偏多,在某院就诊时血红蛋白(Hb)59g/L,B超检查子宫、附件查未见明显异常,子宫内膜11mm,医生建议住院输血,刮宫。后经熟人介绍至王师处。证见阴道出血不止,色略暗,时多时少,有时有块,小腹下坠,有时出血接近月经量,伴头晕心悸,腰膝痠软,四肢乏力,舌质淡,苔薄白,脉细略数。检验出凝血时间正常,血小板正常,Hb58g/L,心电图未见异常。患者来诊前曾用中西药止血未果。证属瘀血阻遏经脉,血不归经引发出血。治宜化瘀生新,清宫止血。采取两步走方式,处方:太子参30g,益母草30g,当归15g,丹参18g,桃仁12g,川芎12g,蒲黄12g(包煎),三七粉5g(冲服),川牛膝30g。3剂。服药前2剂出血量略增,之后渐少,色转淡,无块。处方随证调整为:太子参30g,三七粉4g(冲服),蒲黄9g(包煎),阿胶12g(烊化),茜草15g,枸杞子30g,桑葚子30g,制首乌30g,当归15g,炒白芍15g,炒川断15g,炒杜仲15g。再进5剂,出血停止。之后以上方三七粉改为3g,去蒲黄、茜草,加山茱萸肉12g,熟地黄30g,先后服用28剂,之间未发生出血。复查血常规,Hb87g/L,B超检查提示子宫内膜厚度10mm,上述主症基本消失,无明显不适。根据月经周期与病情,促使月经正常来潮,中药处方调整为:太子参30g,炙黄芪30g,制何首乌18g,当归12g,川芎10g,熟地黄15g,炒白芍15g,桃仁10g,红花10g,制香附12g,乌药12g,泽兰12g。7剂,每日1剂。服至5剂时月经来潮,量一般,色鲜红,无明显腹痛。之后加减处方调经治疗为主,月经7d净,再续药调理4周,月经周期大致正常,随访半年经血暴下未见复发。

按:该患者子宫出血时间较长,前医用中西药止血效果不显,出血颜色略暗,且有时有块,小腹下坠,子宫内膜偏厚,曾用止血剂无效,说明与瘀血阻滞有关,故用祛瘀法止血奏效。《圣济总录》曰:经血暴下“若冲任气虚,则经血不能制约,故令暴下,乃至数升”。本例第一步瘀血祛除,第二步则应治本为主,止血同时补肾益气,调理冲任,旨在标本兼顾,故获良效。吾师治疗该类经血暴下,特别注重审症求因,首先澄清病源,力求药证相符,效如桴鼓。

参 考 文 献

- [1] 王明闯,张菲菲,袁媛.王忠民治疗功能失调性子宫出血致中重度贫血体会[J].中医杂志,2014,55(14):1186-1188.

- [2] 王忠民. 澄源塞流治疗瘀血型功血临床分析[J]. 天津中医药, 2000, 17(2): 18-19.
- [3] 王忠民, 刘茜. 澄源塞流法治疗人流术后出血 33 例[J]. 上海中医药杂志, 1987, 21(4): 24.
- [4] 王忠民, 刘茜. 祛瘀生新法治疗人流术后腹痛 42 例报告[J]. 天津中医药, 1987, 4(1): 22-23.
- [5] 刘茜. 王忠民辨治血小板性崩漏的经验[J]. 辽宁中医杂志, 1994, 21(4): 179-180.
- [6] 王天, 王明闯, 王忠民. 王忠民澄源塞流快速控制无排卵性功能失调性子宫出血经验[J]. 上海中医药杂志, 2015, 49(3): 17-18.
- [7] 王忠民, 刘茜著. 雌激素奥秘[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 109.
- [8] 王忠民. 化瘀补肾治疗无排卵性功血临床观察[J]. 山东中医杂志, 2001, 20(3): 150-151.
- [9] 王忠民. 中西医结合治疗无排卵性功血 96 例[J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28(1): 39-40.
- [10] 王忠民, 刘茜著. 哺乳新学问[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2014: 204.
- [11] 王忠民. 活血化瘀法在疑难杂证中的运用[J]. 中医杂志, 1990, 31(9): 7-8.
- [12] 王忠民, 王明闯, 张菲菲. 中西医结合治疗卵巢早衰的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(8): 818-821.

(收稿日期 2015-03-03)

(上接第 949 页)

不良反应发生率为 5.00%, 经及时采取治疗措施后恢复正常; 实验组未出现低血糖不良反应病例。

3 讨论

脑损伤后的应激条件及血肿、水肿可刺激中线结构, 使丘脑-垂体-靶腺轴功能异常, 导致体内肾上腺素、胰高血糖素等水平异常升高, 进而引起高血糖症状^[10]。严重的脑损伤会导致患者免疫机能的损害, 高血糖可导致细胞免疫功能的缺失与紊乱, 这对预后非常不利, 临床治疗中对患者的机体免疫功能的保护与恢复值得重视^[11-12]。

研究表明, 脑损伤后应激性高血糖患者空腹血糖水平与血清胰岛素水平均高于正常水平, 且胰岛素代偿性增高, 表现出较强的胰岛素抵抗。大黄水煎液能够降低患者空腹血糖水平和血清胰岛素水平, 且能较快达到稳定状态, 可有效避免高胰岛素血症的出现, 对患者的康复起到了良好的作用。大黄及其提取物具有抗菌、消炎、止血、收敛等多种作用^[13], 对脑损伤后血肿、水肿有抑制作用, 减轻对机体刺激而抑制应激性高血糖。

大黄可以提高机体免疫力^[14]。T 细胞介导的免疫反应是机体抵御感染的主要机制, CD3⁺是免疫缺陷判断的主要指标。辅助细胞 CD4 和抑制细胞 CD8 是 T 细胞的两个亚群, 其中 CD4 可促进 B 细胞、T 细胞及其他免疫细胞的增值和分化, CD8 可抑制其他细胞免疫功能的发挥, CD4⁺/CD8⁺的比例可以反应机体免疫能力受损的程度, CD16⁺、CD56⁺是 NK 细胞表面的抗原, 是临床计数的依据, 故 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺及 CD16⁺、CD56⁺能综合反映患者细胞免疫的机能。应激性高血糖患者血糖水平与 CD3⁺、CD4⁺/CD8⁺及 CD16⁺、CD56⁺指标呈负相关性^[4], 即机体免疫力越低, 越不利于应激性高血糖患者血糖水平的恢复。本研究显示, 大黄水煎液可以提高患者的体液免疫功能, 免疫功能的修复对应激性高血糖的治疗及患者的预后积极作用。

参 考 文 献

- [1] 程倩倩, 杨锦月. 颅脑损伤后应激性高血糖与预后的关系[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(2): 10-11.
- [2] 赵晓东. 胰岛素强化治疗对严重创伤后应激性高血糖的干预价值[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2008, 3(1): 8-10.
- [3] 祝超永, 彭璞, 雷国, 等. 营养支持治疗对重症脑损伤并应激性高血糖患者的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(3): 603-604.
- [4] 赵洁, 徐建国. 危重颅脑疾病患者应激性高血糖及细胞免疫功能与预后的关系[J]. 中国急救医学, 2010, 30(2): 131-133.
- [5] 吴丽, 徐春蕾, 季易彦, 等. 大黄及大黄蒽醌类有效成分对胰腺腺泡细胞损伤的保护作用[J]. 中药新药与临床药理, 2014, 25(5): 590-594.
- [6] 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.
- [7] 王飞. 大黄醒神汤灌肠治疗肝性脑病 54 例临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(3): 522-523.
- [8] 焦常新, 郭飞, 黎蓓蓓, 等. 活血化瘀法在颅脑损伤中的应用观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(1): 148-149.
- [9] 刘云宝, 李馨, 康林, 等. APACH II 评分与 GRACE 评分预测急性心肌梗死预后的比较[J]. 中西医结合脑血管病杂志, 2014, 125: 525-526.
- [10] Walia S, Sutcliffe AJ. The relationship between blood glucose, mean arterial pressure and outcome after severe head injury: an observational study[J]. Injury, 2002, 33(18): 339-344.
- [11] 邹天雷, 赵永茂. 早期免疫营养对重型颅脑损伤患者营养状况及免疫功能的影响[J]. 广西医学, 2014, 36(3): 322-325.
- [12] 王文涛, 马弟娃, 牛小东, 等. 免疫营养支持对颅脑损伤病人影响的系统评价[J]. 肠外与肠内营养, 2014, 21(5): 273-278.
- [13] 栗世婷, 张晓霞, 吴蓉瑛. 鞣质药理活性的研究新进展[J]. 疾病监测与控制杂志, 2010, 4(7): 395-397.
- [14] 张季, 严春临, 侯勇, 等. 大黄酚对铅中毒小鼠免疫功能的影响[J]. 中国药理学通报, 2014, 30(5): 696-700.

(收稿日期 2015-01-20)

壮健教授治疗肺咳喘病的经验

丁 强

(南京中医药大学无锡附属医院, 江苏 无锡 214071)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-1005-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.023

【关键词】 肺系疾病 临床经验 壮健

壮健教授是无锡市中医医院大内科主任兼肺病科主任, 江苏省中医药学会肺系专业委员会副主任委员, 从事中西医结合内科临床、教学、科研工作 30 余载, 在肺系疾病的诊治方面经验颇丰。笔者有幸随壮师临床, 获益匪浅, 现择其简要, 介绍如下, 以飨同道。

1 治咳宣肃有度, 注重衷中参西

咳嗽一般是由六淫外邪侵袭肺系, 或脏腑功能失调, 内伤及肺, 肺失宣降, 肺气上逆, 冲击气道, 引发的一种病症。有声无痰为咳, 有痰无声为嗽, 有痰有声谓之咳嗽。其病因复杂多样, 但不外乎外感和内伤两类, 外感咳嗽一般由风、寒、暑、湿、燥、火六淫引起, 内伤咳嗽可由五脏六腑功能失调引起。壮师治疗咳嗽, 注重衷中参西, 认为可参合西医的咳嗽分型, 首先区分是急性咳嗽、亚急性咳嗽还是慢性咳嗽(广义的慢性咳嗽)。急性咳嗽, 一般属于“外感咳嗽”范畴。外感咳嗽, 主要是感六淫外邪, 侵袭于肺, 肺失宣肃所致, 如《医学三字经·咳嗽》曰“肺为五脏六腑之华盖, 呼之则虚, 吸之则满, 只受得本然正气, 受不得外来之客气, 客气干之则呛而咳矣”, 故治疗总以宣通为第一要着, 肺气宣则病邪外达, 肺气畅则肃降有权。壮师认为六淫之中以风邪为多, 也即如《素问·太阴阳明论》所说“伤于风者上先受之”; 同时往往与寒、热夹杂形式多见, 临床多见风寒袭肺、风热犯肺两大证型, 治疗主张因势利导, 宣肺解表, 祛邪利肺。壮师治疗外感咳嗽, 喜用三拗汤为基本方随证加减, 风寒者加紫苏叶、荆芥、佛耳草、白前等, 风热者加柴胡、黄芩、桑白皮、穿山龙、前胡等。“治上焦如羽毛, 非轻不举”, 壮师治疗外感咳嗽用药较轻灵。其治咳用药: 一是不用峻猛克伐之品, 投药多性味平和; 二是药量轻, 一般每味药用量 3~10 g; 三是药味少, 一般处方用药 10~12 味, 用药切合病机即可, 不以药物多取胜^[1]。亚急性咳嗽, 一般都见于感染后咳嗽, 处于“外感咳嗽”和“内伤咳嗽”之间, 盖因失治或误治, 外感余邪未净, 表邪入里未深, 处于半表半里状态, 此时壮师喜用小柴胡汤加减治疗, 其认为关键是抓住“柴

胡四大症”, 每获疗效。慢性咳嗽, 大多属于“内伤咳嗽”范畴, 临床一般以干咳为主者多见, 咯痰较少, 大多有风痰伏肺之势, 壮师一般运用祛风涤痰之法为体, 同时参合脏腑功能失调之根本, 加减运用方药, 如有施以健脾化痰、有施以清肝泻肺、有施以滋阴润肺等等。治疗“内伤咳嗽”时, 壮师亦特别注重调理脾胃, 喜用“焦山楂与六神曲”药对, 两者具有健脾开胃之效。脾胃为后天之本, 脾胃健则可攻邪, 同时寓有“培土生金”之意。

2 治喘区分虚实, 注重补肺益肾

喘病者一般分“实喘”和“虚喘”, 临床实喘在肺, 虚喘在肾, 病性属本虚标实, 盖因肺长期受多种外邪侵袭, 宣肃功能失常, 痰浊内生, 病情迁延, 久咳伤肺; 或肺病及脾, 痰饮内生; 或久病肾亏, 纳气无权, 故由肺、脾、肾三脏功能失调所致。肺脾肾三脏亏虚, 则“通调水道”“运化水湿”“蒸腾气化”之功失职, 水饮内停不化, 由虚致实, 痰浊瘀血等病理产物肆虐, 从而产生咳、痰、喘诸症; 喘之甚者, 病情错杂每可下虚上实并见, 故叶天士有“在肺为实, 在肾为虚”之说。因痰邪、浊气长期瘀积于肺, 使肺失宣降, 肺气渐损或肺阴耗伤, 不能主气司呼吸; 久则母病及子, 肾气亦虚。因此治疗当补肺益肾、化痰祛浊, 壮师喜用金水六君煎化裁治疗。金水六君煎出自《景岳全书·卷五一·新方八阵·和阵》, 其由当归、熟地黄、陈皮、法半夏、茯苓、炙甘草、生姜等药物组成。方中当归养阴活血止血, 对咳嗽、咯血一症有效; 熟地黄滋阴补血、益精填髓, 故二药合用, 以滋阴补血, 助肺肾主气、纳气功能。配合二陈汤(陈皮、半夏、茯苓、甘草)理气健脾、燥湿化痰, 为治湿痰壅盛而咳喘呕恶, 具有补阳益阴、燥湿祛痰之功, 可治“肺肾阴阳俱虚、痰湿内阻”之证。壮师结合临床使用经验, 认为此方偏于温补, 治疗肺肾虚寒、水泛为痰者, 效果较佳。临床上主要见患者喘促, 痰较多, 咯白稀痰, 可用之。若患者喘促, 痰较少, 或无咳嗽、咳痰者, 存在气阴两伤者, 恐温阳燥湿, 必更伤阴, 一般建议加入益气养阴之品, 如合生脉散加减, 或改用麦味地黄汤加减。现代药理学研

究显示金水六君可显著改善慢性支气管炎小鼠呼吸道纤毛的病理损伤,促进呼吸道受损纤毛的结构修复^[2],有利于痰液的稀释、促进痰液排出,也可抑制气管分泌以减少痰液生成^[3]。常琦研究认为金水六君煎能明显改善慢性阻塞性肺疾病患者的呼吸功能和免疫功能^[4]。壮师曾用金水六君煎加味治疗慢性支气管炎迁延期患者 55 例收到较好疗效^[5]。

3 治哮祛风涤痰,注重补肾固本

哮病者大多为先天禀赋不足,内有夙根,由外邪侵袭、饮食所伤或他病诱发而发病。其起病突然,倏忽来去,时发时止。发前大多有咽痒、喷嚏、流涕症状;或见肌肤风团疹块,喉中如吹哨笛;或痰涎壅盛,声如拽锯。壮师认为哮病发作期,其病机为痰气交阻、壅塞气道、肺失宣降。本病起病多快,病情多变,与风邪“善行数变”的特性相类似,治疗当以祛风涤痰、降气平喘为主,自拟祛风定喘汤加减治疗,本方由炙麻黄、杏仁、柴胡、黄芩、前胡、炙紫苏子、生黄芪、防风、桃仁、广地龙、蝉蜕、炙五味子、炙甘草等药物组成^[6]。以炙麻黄祛风宣肺,柴胡疏风理气,其性皆升,配苏子下气消痰,地龙咸寒泄降,以合肺脏宜宣宜降之性。二是开合相配,以炙麻黄、柴胡、防风、蝉蜕配酸温的五味子,既可祛深伏肺金之风邪,又可防风药辛散太过。三是补泻兼施,用生黄芪补气扶正,以助风药祛邪之力,与防风相配正合玉屏风散意,如是则祛邪而不伤正。四是衷中参西,柴胡、黄芩、防风、蝉蜕、五味子等抗过敏解痉。此外,前胡、杏仁化痰止咳;桃仁活血止咳。诸药合用,共奏祛风宣肺、化痰止咳之功。偏于痰热者,可酌情加入炙桑皮、炒黄芩、海蛤壳等,偏于寒痰者,予射干、细辛、淡干姜等。方中壮师喜用“柴胡、前胡”合用,一可祛表达里邪,二可化里截传变,两药合用可达事半功倍。

哮病缓解期多以肾虚为主,很多医家认为“先天不足、肾精亏虚”是哮喘的“夙根”,提倡用补肾法治疗缓解期,认为补肾法可提高机体免疫力,缓解气道炎症,降低气道高反应性等^[7]。壮师认为“夙根”的内涵包括了哮病患者所表现的体质特异和肺肾功能失调,其产生的原因包括先天禀赋不足和后天疾病损伤两个方面,从而揭示了哮病具有反复发作特点的原因和“平时治本”的重要性^[8]。朱佳教授认为哮喘虽有肺脾肾的不同虚候,但临床每多错杂并见;从病理因素看,寒痰每易伤及脾肾之阳,痰热则易耗灼肺肾之阴,故终以肾虚为主要证候^[9]。壮师针对患者“肾虚”这一核心环节,拟定“益肾固本膏方”用于缓解期哮病的防治,减少了哮病急性发作的次数,取得了良好疗效。方中以熟地黄、山茱萸肉、山药、淫羊藿、菟丝子、枸杞子、肉桂等取右归丸之意温补肾元、填精益髓为主,黄芪、党参、白术、茯苓等补肺健脾;紫苏子、法半夏、穿山龙、陈皮、降香

等兼以祛痰下气、止咳平喘;辅以阿胶、鹿角胶、冰糖等收膏,并进一步固本培元。全方以益肾固本为主,理虚祛痰、标本兼顾,临床随症化裁施用^[10],取得了很好的疗效。

4 典型病案

4.1 咳嗽 杭某,女性,33岁,2013年6月11日初诊。主诉:咳嗽、咳痰1个月余。患者1个月前因“感冒”后出现阵发性咳嗽,干咳为主,偶能咯吐少量白黏痰,咯痰不爽,咽痒,痒则咳,稍感呼吸不畅,不发热,自服罗红霉素缓释片和念慈庵枇杷露治疗,咳嗽未好转。刻诊:咳嗽,干咳无痰,咽痒,痒则咳,稍感胸闷,口干,乏力,大便硬结,小便调,纳食一般,夜寐佳。查体:体温 36.5℃,两肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音,心率 75 次/min,律齐,双下肢无浮肿。舌质淡红,苔薄黄,脉滑。X线胸片未见异常。治以益气祛风、理气止咳。处方:柴胡 6g,炒黄芩 10g,炙桑皮 10g,款冬花 10g,杏仁 10g,枇杷叶 10g,佛耳草 10g,法半夏 10g,党参 10g,南沙参 10g,穿山龙 10g,生姜 3片,甘草 3g。每日 1 剂,水煎 300 mL,早晚分服。2013 年 6 月 18 日二诊:药后患者咳嗽好转,干咳无痰,无咽痒,无胸闷、气喘,稍口干,纳食一般,饮食不香,二便调,夜寐可。舌质淡红,苔薄黄,脉细滑。初诊方加焦楂曲(各)10g。患者继续服药 14 剂后咳嗽渐除,嘱其饮食清淡,勿食辛辣、刺激之品,经观察半月后诸症未再发作。

按:咳嗽是肺系疾病的主要证候之一,是内外病邪犯肺,肺脏为祛邪外达所产生的一种病理反应,也是肺系疾病常见症状。多由脏腑功能失调,肺气不宜所致。《素问·咳论》曰“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”。又云“久咳不已,则三焦受之,咳而腹满,不欲饮食”。而感冒经治后诸症减轻,唯阵咳不已,咳牵胸胁,此为外邪已除,病位已离表,处于半表半里,正合小柴胡汤病机,以小柴胡汤加减自可收到满意疗效。方中柴胡入肝经,以和解少阳,调畅气机,且善于宣透,可疏邪透表;炒黄芩苦寒,清肺火及少阳之火,柴芩合用,可解半表半里之邪;款冬花、杏仁、枇杷叶止咳化痰,佛耳草可增宣肺止咳;炙桑皮清肺化痰,法半夏降逆化痰;党参健脾益气扶正以助祛邪;南沙参养阴润肺化痰;穿山龙止咳,可治久咳而致痰瘀之证;生姜、甘草等和胃并调和诸药。

4.2 喘病 平某,男性,77岁,2013年4月26日初诊。主诉:反复咳嗽、咳痰、气喘10余年,加重1余月。患者近10余年出现反复的咳嗽、咯痰、气喘,以冬春季好发,曾多次住院诊断为“慢性阻塞性肺疾病”,平素活动后气喘,休息后可缓解,曾吸入西药沙美特罗替卡松粉吸入剂(50/250)治疗。近1月来患者出现咳嗽、咯痰加重,咯吐白稀痰,痰量较多,活动后气喘明显,夜间可

平卧,无恶寒、发热,无鼻塞、流涕,口服消炎药及茶碱缓释片,咳嗽、气喘未有缓解。刻下:活动气喘,夜间可平卧,咳嗽,咯吐白稀痰,痰量中等,乏力,口干,腰膝酸软,纳食一般,大便稀溏,夜间小便频数,夜寐欠安。既往有“高血压病、高血压性心脏病”,现服用氨氯地平、厄贝沙坦片、氯吡格雷片等治疗。否认“糖尿病”病史,无药物过敏史。查体:血压 145/80 mmHg,两肺呼吸音低,两肺未闻及干湿性啰音,心率 85 次/min,律齐,未闻及杂音,双下肢无浮肿。舌质淡红,苔薄白,脉弦滑。治以补肺益肾、健脾化痰。处方:熟地黄 10 g,当归 10 g,法半夏 10 g,陈皮 6 g,茯苓 10 g,款冬花 10 g,车前子 10 g(包),佛耳草 10 g,穿山龙 10 g,平地木 15 g,降香 10 g,五味子 5 g,炙甘草 3 g,每日 1 剂,水煎 300 mL,早晚分服。5 月 3 日二诊:药后七剂患者咳嗽减轻,痰量减少,活动后气喘稍好转,腰膝酸软好转,纳食不馨,大便软,小便尚可,夜寐可。舌质淡红,苔薄白,脉弦滑。处方:熟地黄 10 g,当归 10 g,法半夏 10 g,陈皮 6 g,茯苓 10 g,款冬花 10 g,穿山龙 10 g,沉香 3 g(后下),平地木 15 g,佛耳草 10 g,焦楂曲(各)10 g,甘草 3 g。每日 1 剂,水煎 300 mL,早晚分服。患者药后症状渐除,改口服金水宝胶囊治疗,继续调养。

按:本案属中医学“喘病”范畴,以肺肾气虚不足为本,壮师运用“金水六君煎”加减,获得良效。方中“穿山龙”是壮师治疗肺系疾病较喜欢使用的药物之一,该药具有止咳化痰、降气平喘之效,同时有活血通络之功,对于咳、痰、喘患者,大多存在久病入络之势,可从活血化痰论治,用该药可达到“一箭双雕”之效。同时上方中药对——“茯苓和陈皮”、“焦山楂和六神曲”亦使用较多,其可和胃健脾,运化水谷,输布精微,从而肺肾并调。

4.3 哮喘 施某,男性,58 岁,2013 年 7 月 10 日初诊。主诉:反复发作咳嗽、气喘 10 余年,再发 1 周。患者近 10 余年出现反复咳嗽、气喘,曾诊断为“支气管哮喘”。近 1 周来患者咳嗽、气喘再发,咳嗽,干咳为主,偶咯吐少量黄白粘痰,咯痰不爽,活动后气喘,夜间能平卧,能成句讲话,咽痒,眼痒,无恶寒、发热,无鼻塞、流涕,在家吸入沙美特罗替卡松粉吸入剂,咳嗽、气喘未控制。刻下:咳嗽,干咳为主,偶咯吐黄白黏痰,咯痰不爽,活动后气喘,夜间能平卧,咽痒、鼻痒、眼痒,纳食一般,二便调,夜寐欠安。查体:血压 130/80 mmHg,两肺呼吸音粗,两肺闻及哮鸣音,未闻及湿性啰音,心率 80 次/min,律齐,未闻及杂音,双下肢无浮肿。舌质淡红,苔薄白,脉滑。拟从祛风涤痰、宣肺平喘为法。处方:炙麻黄 5 g,杏仁 10 g,甘草 3 g,柴胡 6 g,前胡 10 g,炙桑皮 10 g,冬桑叶 10 g,黄芩 10 g,款冬花 10 g,穿山龙 10 g,紫苏子 10 g,枇杷叶 10 g,焦楂曲(各)10 g。每日

1 剂,水煎 300 mL,早晚分服。二诊:药后 7 剂患者稍咳,咯吐白黏痰,稍感气喘,能平卧,咽痒好转,纳食可,二便调,夜寐可。舌质淡红,苔薄白,脉滑。上方去冬桑叶、炒黄芩,加山茱萸肉 10 g,五味子 6 g。每日 1 剂,水煎 300 mL,早晚分服。患者三诊:患者轻咳,偶咯吐少量白色泡沫状痰,痰易咯出,无胸闷、气喘,活动尚可,稍咽痒,口干,纳食可,二便调,夜寐安。舌质淡红,苔薄白,脉细滑。拟从补肺益肾为法。处方:炒党参 15 g,麦冬 10 g,五味子 6 g,炒山药 15 g,炒白术 15 g,山茱萸肉 10 g,款冬花 10 g,苏子、梗(各)10 g,南沙参 15 g,穿山龙 10 g,茯苓 10 g,陈皮 6 g,甘草 3 g。每日 1 剂,水煎 300 mL,早晚分服。患者继续服药 7 剂后,诸症状全除,哮喘控制。

按:本案患者以咳嗽、气喘为主症,伴有咽痒、眼痒,舌质淡红,舌苔薄白,脉滑,属中医学“哮喘”范畴,病位在肺,病性属实,病机为风邪袭肺,引动宿痰,发为本病。从祛风涤痰、宣肺平喘为法治疗,获得疗效。上方中未使用如地龙、僵蚕、蜈蚣、全蝎等虫类药祛风化痰、解痉平喘,予草类药加减,仍取得一定效果,临床中壮师治疗风痰证,运用虫类药物比较精炼,能不用则不用,尽量运用草类药祛风化痰,对于毒性较大类药物,则更弃用,做到安全起见。壮师认为虫类药物大多为异类蛋白,体质易过敏者服用可能加重病情。

参 考 文 献

- [1] 陈晓东. 壮健治疗咳嗽的临床经验[J]. 江苏中医药, 2012, 44(3): 13-14.
- [2] 黄景彬, 赵长鹰, 李梅. 金水六君煎对慢性支气管炎模型小鼠呼吸道纤毛病理损伤的影响[J]. 暨南大学学报: 自然科学与医学版, 2005, 26(4): 42.
- [3] 孟辉, 黎俏梅, 沈英森, 等. 金水六君煎及其成分祛痰作用的药理学研究[J]. 中成药, 2005, 27(7): 849-850.
- [4] 常琦. 金水六君煎对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者呼吸功能和免疫功能的影响[J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(7): 40-41.
- [5] 壮健. 金水六君煎加味治疗慢性支气管炎迁延期患者 55 例[J]. 新中医, 2008, 40(1): 69-70.
- [6] 壮健. 祛风定喘汤治疗咳嗽变异型哮喘 45 例[J]. 辽宁中医学院学报, 2000, 2(4): 273.
- [7] 石亚杰, 许娟. 哮喘缓解期从肾论治机理探讨[J]. 江苏中医药, 2005, 26(8): 3-4.
- [8] 壮健. 试论喘有夙根[J]. 新中医, 2000, 38(6): 1-3.
- [9] 梅伟英. 朱佳教授治疗哮喘经验浅谈[J]. 四川中医, 2014, 32(11): 5-6.
- [10] 壮健. 益肾固本膏方治疗肾虚型支气管哮喘临床缓解期 42 例疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(9): 1304-1305.

(收稿日期 2015-03-20)

葛惠男教授治疗顽固性腹痛的经验*

李传威¹ 指导 葛惠男²

(1.南京中医药大学,江苏 南京 210029;2.南京中医药大学附属苏州市中医医院,江苏 苏州 215000)

中图分类号:249.8 文献标志码:R 文章编号:1004-745X(2015)06-1008-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.024

【关键词】 顽固性腹痛 益气活血通络法 益气活血方 名医经验 葛惠男

吾师葛惠男教授系江苏省名中医,师承吴门医派名中医黄一峰,从事消化系统疾病临床与研究 30 余年。葛惠男教授临证中治疗顽固性腹痛效果显著,其辨证精准,处方用药配伍精巧,非常具有吴门医派特点,在病因病机的认识上气虚血瘀是其一大特色。笔者发现诸多久治不愈的顽固性腹痛患者,经吾师辨证诊治后效果显著,使患者摆脱疾苦;其常用处方益气活血方是黄一峰先生的经验方,后经葛师根据多年经验逐步完善,并进行化裁,此方具有健脾益气、活血化瘀通络功效,适用于消化系统各种疾病属于气虚血瘀证者,益气活血通络法的运用也成了吾师的一大特点。笔者有幸随诊,老师心传口授,受益颇深,现将葛惠男教授临证经验总结如下,以飨读者。

1 病因病机

腹痛主要是指胃脘以下、耻骨毛际以上部位发生疼痛为主的病症。一般认为该病的病因病机为感受外邪、饮食所伤、情志失调及素体阳虚等,导致脏腑气机阻滞,气血运行不畅,经脉痹阻,“不通则痛”,或脏腑经脉失养,“不荣则痛”。虽然在病因病机的认识上诸多医家众说纷纭,但顽固性腹痛大多病程日久,病症虚实夹杂。常规治法用之罔效。葛师认为以下 3 点极为重要。1)腹痛虽常规被定义为别于胃脘痛,但人乃整体,经脉相通,脾胃为气血之本,中焦气机枢纽,临证不能窥管观豹,“人之胃气受伤,则诸证蜂起”。各种内外病因可单独或合并侵袭脾胃或腹部络脉影响气血的运化及气机的畅达发生腹痛。2)腹痛多有病程长、愈而又发的特点,更有甚者常年不愈病情顽固。久病不已,必损中气。叶天士在其《临证指南医案》中曾提出“久病入络,久痛入络”的观点是正确的,况且中气虚损,一则无以荣养脏腑经脉,以致疼痛;二则无以推动脾胃之气血的生化,纳运失和,升降失因,势必影响水谷之腐熟、气机之

升降、津液之输布、血液之运行,以致产生湿聚、痰凝、食积、肝郁等“致病因素”。这些“致病因素”导致或加重气滞,使脾胃运化无权,气血生化乏源,则致气血虚损。气虚日重,推动无力,势必影响血的运行。“气为血母”“气为血帅”,气虚日久则瘀血内生,且久痛入络,即使腹痛缠绵难愈,严重影响患者生活质量,造成恶性循环。可见,顽固性腹痛多虚实夹杂,本虚标实,本则为脾胃气血虚损,实则为病久瘀血内生痹阻络脉。3)腹部的生理特性,腹为阴,背为阳,体表为阳,内部为阴,此外体表分布着诸多经脉纵横交错,内部脏腑表面络脉分布更广,方能得到气血的充分濡养,各“脏气”也能促进气血精微的运行及敷布,内部络脉更易受损,瘀血更易产生,另一方面瘀血产生会暗耗气血,加重血瘀。

2 辨证特点及治疗原则

葛师常用益气活血通络法治疗顽固性腹痛患者,临床辨证的准确性至关重要。葛师认为气虚血瘀证患者一般共性的征象如疼痛部位比较固定,状如针刺,按之不适,舌质有紫色,脉象细、涩等等。面色无华或萎黄,其唇色较为暗淡,脘痛得食可缓,尤喜温暖,虽在夏季仍喜热饮。因劳则气耗,气耗则血瘀更甚,一般劳累后或者情志不畅时疼痛会加重,而且因瘀血为阴邪,有些患者往往有夜间痛醒或夜间疼痛加重的特点。而且该型患者中以女性较多,往往体型偏瘦,也有些患者病程时间较旧,几年甚至几十年不等。抓住辨证的关键环节,才能辨证准确。《临证指南医案》提到“病经数载,已入胃络,姑与辛通法”,“数年痛必入络,治在血中之气”,“络中血瘀……用缓逐其瘀一法”。瘀血不去,则新血难生,瘀血形成的病理过程较长,祛之不可急功,当在缓图,行而不峻、化而兼养,治疗上叶氏提出通络用药大法,即以辛润通络为基础,如见阴寒之证则佐以辛温通络之剂,如若络病日深,需用虫蚁之类辛咸之品,以搜剔络邪,并常用丸药缓图徐攻^[1]。葛师认为脾胃先虚是发病的病理基础,治疗宜健脾益气以达“四季

*基金项目:江苏省苏州市科学技术管理局资助项目(SYS201366)

脾旺不受邪”。诚如《医林改错》所谓“治病之要识,在于明白气血”,健脾益气法与活血化瘀法合用,以达扶正祛邪,标本兼治,气血双调。

3 处方用药及配伍特点

3.1 基本方 葛师用方以益气活血方为主,该方由黄芪建中汤合失笑散加减而成。药物组成:炙黄芪、铁树叶各 30 g,炒白芍 20 g,川桂枝、生蒲黄、五灵脂各 10 g,制乳香 3 g,炙甘草 6 g。方中黄芪为君,甘温益气升阳以治中虚。桂枝辛甘温热,温中助阳;白芍养营阴,和里缓急,合桂枝和营卫而调阴阳;五灵脂、生蒲黄活血散瘀、通络止痛,二药相合活血兼以调气,气血兼顾,四药共为臣药,合君药奏健中焦、畅气血之功。制乳香、铁树叶为佐,加强活血止痛作用,并消肿生肌。炙甘草为使,合桂枝辛甘化阳,合芍药酸甘化阴,又可补益脾气、缓急止痛、调和诸药。

3.2 配伍及加减 葛师临证中常根据患者病情,随证加减,中焦虚寒较重,脘腹冷痛,喜揉按者,加干姜 5 g,吴茱萸 3 g,以温中散寒;脘腹痛甚者,加金铃子散 10 g,徐长卿 10 g,以活血化瘀止痛;泛酸吐酸者,加乌贼骨 30 g,煅瓦楞子 10 g,以制酸护胃;肝气郁滞,痛引两胁者,加青皮 10 g,木蝴蝶 10 g 以疏肝止痛;饮食积滞,噎腐吞酸者,加焦六曲 10 g,鸡内金 10 g 以消食除积;胃气上逆,恶心呕吐较重者,加竹茹 10 g,姜半夏 10 g 以和胃降逆。吾师临床上针对辨证属于气虚血瘀证患者,且病程较久者,往往加入地鳖虫及地龙两味。国医大师朱良春先生认为“地鳖虫性味咸寒,入心、肝、脾三经,是一味最平和的活血化瘀通络药,凡血瘀经闭,癥瘕积聚,跌打损伤,瘀血凝痛,用之均有良效。其特点是破而不峻,能行能和”^[2]。故虚人亦可用之。国医大师徐景藩先生认为地龙乃土中窜动之物,能入血络,具有清热平肝、通络活血之功,在其临证中用之甚广^[3]。

4 典型病例

患者刘某,女性,38 岁,安徽阜阳人,体型较瘦,肤色暗黑,2014 年 5 月 9 日初诊,曾多次查电子胃镜,提示浅表性胃炎,腹部 B 超无异常发现。患者反复中上腹部疼痛 10 余年,夜间较明显,与进食无关,热敷后不减轻,自诉疼痛较重时不可忍,经常服用止痛药物,性情急躁,时常乏力,无恶心呕吐,无明显的腹胀,无暖气反酸,无发热畏寒,无腹泻,小便正常,食欲可,舌体偏瘦,舌质暗红,苔薄白,脉细弦。正值经期,乳房胀痛较为明显,有乳房结节史,多方诊治症状均未改善,严重影响日常生活,精神状态较差。吾师结合患者情况认为久病久痛入络,病势较深,治当益气活血通络止痛和疏肝软坚散结之法,方以益气活血方加减:炙黄芪 30 g,桂枝 10 g,生白芍 30 g,生蒲黄、五灵脂各 10 g(包煎),

制乳香 3 g,铁树叶 30 g,炙甘草 6 g,乌贼骨 30 g(先下),川楝子 10 g,延胡索 10 g,全当归 15 g,橘核 10 g,徐长卿 10 g。7 剂,水煎服,日 1 剂。2014 年 5 月 16 日二诊,患者面带笑意,目前疼痛减轻较明显,夜间仍疼痛较重,乳房胀痛减轻,其余无明显异常,舌像无明显变化,脉仍细弦。处方仍以前方为主去橘核,全当归改 10 g,加细辛 3 g,制附片 6 g,花椒目 6 g。7 剂,水煎服,日 1 剂。2014 年 6 月 10 日三诊,患者觉上方有效,一直续方服用,行全腹部平扫加增强 CT 提示:右侧附件囊肿,盆腔少量积液余未见明显异常。目前疼痛减轻,不影响正常生活。舌质转为淡红,脉弦象较前缓和。处方仍以前方为主,去细辛、附片、徐长卿、花椒目,加土鳖虫 10 g,广地龙 10 g。14 剂,水煎服,日 1 剂。8 月 2 日最后一次复诊告知疼痛症状已经消失,唯经期时乳房稍感胀痛。随访至今腹痛未发。

按:吾师结合临证经验,患者病程较久,疼痛虽昼日均作,但以夜间痛甚,瘀血为阴,致病有夜重昼轻特点,患者肤色暗黑,加之舌像,均为瘀血征象;患者体瘦,舌小,乏力,久病耗气,脾胃虚弱,病从虚和瘀考虑,本虚标实;患者病久情志不遂,有肝气郁结之象,故脉弦,加之经期,乳房乳痛明显,运用益气活血通络和疏肝止痛散结法治之。用方以益气活血方为主,以黄芪益气补虚,桂枝配白芍和营卫,酸甘化阴而调阴阳;五灵脂、生蒲黄活血散瘀,通络止痛,制乳香、铁树叶加强活血止痛作用。炙甘草甘以补虚缓急;乌贼骨以制酸和胃止痛;配金铃子散和徐长卿疏肝祛瘀止痛,配当归补血活血通络,配橘核软坚散结。因患者正值经期,葛师认为不可过用通络破血之品,以免形成崩漏之势。随后结合患者病情变化,随证调整方药,而患者瘀血入络,病位较深,最后用窜动通络之土鳖虫及地龙直达病所,推陈出新。可见吾师临证治病辨证思路清晰,配伍精准,考虑周全。

5 小结

吾师临证中除了顽固性腹痛外用益气活血方为基础,在消化性溃疡、慢性胃炎等消化系统诸多疾病中运用也甚广,疗效均显著,临床上虽然疾病变化万端,但正如张仲景《伤寒杂病论》中所云“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。

参考文献

- [1] 严世芸. 中医各家学说[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:260.
- [2] 何绍奇,朱建华,朱婉华,等. 朱良春用药经验集[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2011:187-188.
- [3] 陆为民,徐丹华,罗斐和. 徐景藩临证经验集粹[M]. 北京:科学出版社,2012:52.

(收稿日期 2015-02-04)

李宇卫教授治疗腰椎间盘突出症经验*

郝庆武¹ 指导 李宇卫²

(1.南京中医药大学,江苏 南京 210023;2.南京中医药大学附属苏州市中医医院,江苏 苏州 215000)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-1010-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.025

【关键词】 腰椎间盘突出症 腰痛方 方药药熨 李宇卫

李宇卫教授从事骨与关节相关疾病临床工作与研究近 30 年。在多年临床实践中,李教授以古方经方为基础,以中药辨证配伍,内外结合为诸多腰腿痛患者解除疾苦。李师常讲,临证用药不可拘泥于成方,应辨证论治,同病异治,异病同治,三因制宜。现将李宇卫教授治疗腰椎间盘突出症^[1]经验总结如下。

1 中医病因病机认识

腰椎间盘突出症可归为中医学“腰痛”“腰腿痛”“痹证”等范畴,该病与肾虚,风邪入侵密切相关。《证治准绳·杂病·腰痛》及《医宗必读》中对于腰痛的病机有同样的阐述,认为风、寒、湿、热、瘀血、气滞为其表,肾气亏虚为其本。外感多为风、寒、湿、热诸邪痹阻经脉,或劳力扭伤,气滞血瘀,经脉不通而致腰痛。内伤多责之禀赋不足,肾亏腰府失养。李宇卫教授认为本病虚实皆有,且多虚实夹杂,本虚标实者居多;慢性腰腿痛患者病程多长,经久不愈或易于反复发作,风寒湿热、劳损外伤、久居湿地等因素都与腰痛的发生息息相关,而风寒湿热、瘀滞痰积等等停滞于腰部,导致气滞血瘀,不通则痛,是其标;久病肝肾亏虚,不荣则痛,或淫逸多劳,损伤肝肾是其本。

2 辨证分型及治疗原则

针对腰椎间盘突出症的辨证分型,虽然各代医家根据其自身临床经验对其分型论述不一,但在《中医病证诊断疗效标准》^[2]中就将腰椎间盘突出症分型规范为以下 4 种证型:寒湿证、湿热证、血瘀证和肝肾亏虚证。李师查阅古籍结合自身临床实践,从病因病机入手,认为肾虚为发病之本,正如《素问·脉要精微论》云“腰者,肾之府”,故肾脏病变往往最先反应于腰部。血瘀为标,《景岳全书·腰痛》云“跌扑伤而腰痛者,此伤在筋骨,而血脉凝滞也”。因此,跌、扑、闪、挫等外伤,均可

伤及经络,或为筋骨错缝而致气血瘀滞,气血阻于腰间,故可令人腰痛似折。痰瘀虚互为因果,朱丹溪谓“痰挟瘀血,遂乘案囊”。外感风寒湿邪,痰瘀阻滞,与肾虚血瘀相互夹杂,相互影响,导致人体气血、脏腑、经络等组织结构的功能紊乱或结构的破坏而发生本病。故将其分为气滞血瘀证、风寒湿证及肾虚证 3 种证型,治疗当以活血通络、宣痹止痛、补腰强膝为法,急则治其标,缓则标本同治。

3 处方用药及配伍特点

李师结合临床经验,主方以独活寄生汤为主化裁加减而成,独活寄生汤出自《备急千金要方》,其功能主治为肝肾两亏,气血不足,风寒湿邪外侵,腰膝冷痛,酸重无力,屈伸不利,或麻木偏枯,冷痹日久不愈。主方方药组成:杜仲 30 g,桑寄生 10 g,川桂枝 10 g,炒白芍 15 g,川牛膝 10 g,地龙 10 g,独活 10 g,泽泻 10 g,乌梢蛇 10 g,川乌 6 g,陈皮 10 g,生甘草 5 g。方中杜仲性味甘温,具有补肝肾、强筋骨之效,肝充则筋健,肾充则骨强,故为治疗肾虚腰痛之要药,尤其适用于老年腰腿痛者,《本草汇言》中称“方氏《直指》云:凡下焦之虚,非杜仲不补,下焦之湿,非杜仲不利,腰膝之疼,非杜仲不除,足胫之酸,非杜仲不去。然色紫而燥,质绵而韧,气温而补,补肝益肾,诚为要剂”,故为君药。桑寄生性味甘苦,有祛风湿、补肝肾、强筋骨之效,对痹症日久,肝肾不足,腰膝酸软疼痛,筋骨无力者尤宜。牛膝性善下行,活血祛瘀之力较强,长于活血疗伤,制用则善补肝肾,强筋骨,又能通血脉,利关节,为治疗肾虚腰痛及久痹腰膝酸痛无力之常品,配以桑寄生为臣,补肝肾,止痹痛之力更甚。然老年患者多痹痛日久不愈,究其因者,乃其老年,阳气虚损,气血运行迟缓,血络不痛,筋脉失养,同气相求,阳气虚损,外来之寒湿更易乘虚而入,导致病情缠绵不愈,方中桂枝,乃肉桂之嫩枝,性味辛甘,可温通经脉,助阳化气,取其形可通利关节。白芍酸苦,可柔肝舒筋止痛,又可补肝阴,合桂枝又可调和

* 基金项目:卫生部临床重点专科建设项目;国家中医药管理局临床重点专科

营卫,顾护肌表。川乌辛热,善祛风除湿,温经散寒,止痛力强,尤宜于寒湿偏胜之风湿痹痛。腰痛日久,非草木之药能及,方中乌梢蛇性走窜,能搜风邪,透关节,通经络,配伍地龙,能通利关节,直达病所。四药相配为臣。肾虚日久,寒湿外侵,方中配以泄水渗湿之泽泻,使邪有出路。为防方中辛燥之药损伤胃气,配以陈皮理气健脾,而陈皮又有燥湿之功,一药两用。辅以甘草调和诸药,缓和方中药物燥烈之性,又能顾护胃气,配以白芍,酸肝化阴,配以桂枝,辛甘化阳。阴阳调和,诸证乃愈,而不复发,故为佐使。诸药相配,补益肝肾,活血通经通络,散寒除湿止痛。

李师在处方用药的同时,能够重视内外结合,内服中药配合方药药渣熨蒸,增强药效,发挥中药的最大作用,且做到节省药材,物尽其用,想患者之所想,急患者之所急。

4 典型病例

患者孙某,男性,50岁,江苏吴江人,农民,2014年2月3日初诊,主诉腰痛间作2年余,加重牵及右下肢疼痛麻木1个月。患者2年前无明显诱因下出现腰部酸痛,期间反复发作多次,休息后症状稍有好转。近1个月来,由于感寒症状明显加重,疼痛牵及右下肢,病程中无头晕,头晕恶心呕吐等,食纳可,二便调。查体:腰部生理弧度存在,腰4至骶1棘突及右侧棘旁压痛阳性,直腿抬高试验:左侧60°(-)右侧30°(+),舌质暗,苔白腻,脉滑。MRI提示:L_{4/5}、L₅/S₁椎间盘轻度突出,诊断为腰椎间盘突出症。中医辨证:腰痛病,寒湿侵袭,湿痰瘀互结。治以:散寒止痛,化痰除湿祛瘀。拟主方加用木瓜10g,防风、防己各10g,每日1剂水煎服,同时在服药后将方药药渣加以红花10g以布包裹放入微波炉内加热3min取出,分别去肾俞、环跳、委中穴处皮肤熨蒸,治疗开始时因烫疗袋温度较高,操作时采用轻快地上下点打的烫熨方法,点打操作2~3min后改用拍打操作,拍打操作时间约2min,然后再采用左右按揉的方法继续操作5min,最后将烫疗包按压在患部直至患者觉得烫包不热取下,操作时间约30min左右^[3],日1次。嘱患者睡卧硬板床,行仰卧踢

腿,三点或五点支撑弓腰及倒退走等腰背肌功能锻炼。2014年2月10日二诊,患者自诉腰部疼痛较前明显减轻,右下肢仍有少许麻木及乏力,其余无明显异常,舌质淡暗,脉细弦。处方仍以前方为主去独活、泽泻、乌梢蛇,加当归尾10g,鸡血藤20g,全蝎、蜈蚣各3g。7剂,水煎服,每日1剂。2014年2月17日三诊,患者自觉上方有效,一直续方服用,症状明显好转。舌质淡,脉平和,以前方去全蝎、蜈蚣,继服1周。3月17日前来复诊告知症状已基本消失,可正常生活。

按:李宇卫教授认为患者病程较长,感寒加重,结合其舌苔脉象,考虑寒邪侵袭,湿痰瘀互结,停聚于腰部,不通则痛,气血壅滞,病程日久,耗伤气血,无以濡养筋骨,致肝肾亏损,实则本虚标实。治当活血通络,宣痹止痛,补腰强膝,标本兼治。考虑病久单一内服用药控效果不显,取药熨熏蒸,内外结合,加入红花渗透药力,并嘱其功能锻炼,可见吾师考虑甚为周全,并能提患者着想,物尽其用。患者首诊主诉感受风寒湿邪加以木瓜、防己、防风,重在祛风散寒,缓解拘急挛痛,二诊以肢体麻木为主,结合舌苔脉象,考虑气滞血瘀痰湿胶结而为沉痾,取全蝎蜈蚣之药对搜经剔络^[4],日久伤血,血不荣筋,再予当归、鸡血藤补血活血;再诊症状已明显好转,当侧重调补肝肾,故去除全蝎、蜈蚣之虫类猛药。李师临证思维缜密,辨证精准,配伍得当,且不吝谆谆教诲,使笔者在临床工作中受益匪浅。李宇卫教授在治疗骨与关节诸多疾病中,善用中医药且注重中西医结合,治法多样,内外并重,疗效显著。

参 考 文 献

- [1] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社, 2005:236.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:201.
- [3] 俞红,沈灿,刘艳丽. 中医护理路径加中药导入熨疗在腰椎间盘突出症中的效果评价[J]. 护士进修杂志,2009,28(13):1177.
- [4] 施杞,石仰山. 石筱山伤科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2014:193.

(收稿日期 2015-03-12)

(上接第1000页)

节机体的消化、呼吸、神经及心脑血管功能等失调,可见治疗痰证的作用是对整体调节所产生的效果。

牟师强调痰证的形成与脏腑功能失调、水液代谢失常有关,所以治疗痰证不可单纯使用祛痰法。中医谓“见痰休治痰,见血休治血”,意思是治病,不要只顾表象,要先审明发生病机,从调理脏腑功能和气血津液的代谢入手,求本而治。中医治疗痰证要追溯形成的本源,明代李中梓谓“脾为生痰之源”(《医宗必读·痰

饮》),痰证的成因,大都与脾虚失运,水湿停聚有关。所以治痰之源,先理脾胃。单纯治疗痰,解决标证仅是权宜之计,从健脾化湿入手,才能杜绝生痰之源。有些病情久长,还须补肾温阳,补火生土,以促进脾运的恢复。所以临床治疗痰证,除了调节气机,还须重视调节肺、脾、肾等脏腑功能。综观牟师论治肺系疾病的经验特色,由于痰证的表现较为复杂,临床不仅要审症求因,还须处理好标本缓急及兼夹症候,才能获得满意疗效。

(收稿日期 2015-02-25)

中医学“治未病”理念对埃博拉出血热防治的启示*

邹国蓉¹ 左 强^{1△} 邱艺俊¹ 褚庆民² 方俊锋²

(1. 广州中医药大学, 广东 广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405)

中图分类号: R254 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-1012-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.026

【摘要】 目前中西医均无以治愈埃博拉出血热的特效药物, 使得全球谈“埃”色变。然中医学历来在防治大规模病毒性传染病方面有着丰富的经验和卓越的贡献。本文以“治未病”的理念为启发, 从治其未生、未发、未传、未变、未复 5 个方面来探讨埃博拉出血热的防治。

【关键词】 埃博拉病毒 埃博拉出血热 治未病 中医防治

The Enlightenment to the Prevention and Treatment of Ebola Hemorrhagic Fever from the Theory of Preventive Treatment in TCM ZOU Guorong, ZUO Qiang, QIU Yijun, et al. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong, Guangzhou 510405, China

【Abstract】 There was no specific medicine to cure the disease, which caused the global scaring. However, the TCM had always been a wealth of experience and had outstanding contributions to the prevention and treatment of massive viral infectious diseases. This thesis was based on the Chinese traditional medicine theory of “preventive treatment”, mainly including 5 aspects, treatments before uncomfot, before sick, before infection, before mutation, and before reappearance. This thesis comprehensively explored the concept and methods in the whole process of prevention and treatment in Ebola hemorrhagic fever.

【Key words】 Ebola Virus; Ebola hemorrhagic fever; Preventive treatment; TCM prevention and treatment

埃博拉出血热具有高传染率、高致病性、高死亡率的特点, 2014 年 2 月始暴发于非洲西部的埃博拉疫情是该病自发现以来最严重的一次。在埃博拉疫情爆发 1 周年之际, 法新社 2015 年 3 月 23 日报道已有 2.5 万人感染埃博拉病毒 (EBV), 超过 1 万人失去生命, 其感染和死亡人数已经超过了该病自发现以来的总和。WHO 已将 EBV 列为对人类危害最严重的病毒之一, 目前中西医均无以治愈该病的特效药物, 这也引起全球众多的医务工作者广泛关注并努力寻求防治办法。

1 埃博拉出血热的西医防治

EBV 是一种感染人类和灵长类动物, 引起以发热为特征, 伴凝血障碍、暴发性休克和死亡等急性系统性疾病的烈性传染病病毒, 其所引发的疾病称为埃博拉出血热 (EVD)。人主要通过接触病患的体液、血液和排泄物等而感染, 潜伏期一般为 2~21 d, 临床表现主要为突起高热、体内外出血和多器官功能衰竭, 病死率高达 50%~90%。但目前对其在自然界中明确的传播、循

环方式尚不清楚, 亦无特效的防治药物, 主要依靠加强隔离措施及对症治疗^[1-2]。

2 中医学“治未病”理念对埃博拉出血热防治的启示

中医学根据埃博拉出血热的发病特点、临床表现及转归愈后, 将其归纳为“瘟疫”“热疫”等范畴。中医学在与瘟疫斗争的数千年历史中, 积累了丰富的经验。《瘟疫论》《温病条辨》《温热经纬》等古籍中记载了大量关于瘟疫防治的论述。尤其是近年来中医药在防治流行性出血热、登革热、禽流感以及 SARS 等重大病毒性传染病中, 运用中医学“治未病”理念指导急危重症的防治^[3], 体现出了得天独厚的优越性。“治未病”理念如今不仅涵盖了养生学、预防医学, 还贯穿疾病发展始终、减少后遗症及预防复发等。面对令全球恐慌的埃博拉出血热, 中医可以从治其未生、未发、未传、未变、未复 5 个方面进行全面防治。

2.1 远离病源、扶正抗邪——治其未生 EBV 具有高度传染性, 主要通过病毒携带者的血液、体液及污染物接触传播。我国目前虽尚未发现埃博拉出血热病例, 但考虑到我国与非洲国民贸易、旅游等往来频繁, EBV 在感染的潜伏期又难以检测, 可以预测其随时存在传

* 基金项目: 国家中医药管理局项目 (A2100015); 广东省科技厅项目 (2013B032500002)

△ 通信作者 (电子邮箱: zuoqiang16815@qq.com)

入我国的风险,甚至引起全球性暴发。因此加强边境的监测以控制传染源、隔离疑似患者以切断传播途径尤其重要。这恰反映了 2000 多年前《黄帝内经》“避虚邪以安其正”的“治未病”理念。此外,感染 EBV 的个体概率与发病程度因人而异,这取决于人体的“正气”,适时驱邪扶正,有助于抵御外邪。国医大师周仲瑛教授曾在预防甲型 H1N1 型流感上指出^[4]:未病先防应分为两个层次,一是针对普通人群,以芳香类、清热解毒类药物制成香囊或喷雾剂,以供预防;二是针对疫区人员,由于感染几率大增,需预防性选用芳香化湿、清热解毒类药物煎服。而平素体虚者更应在疾病高发期早期扶正。因此,“治其未生”要从“避毒气”和“调正气”两方面考虑。

2.2 潜伏危机,早期干预——治其未发 EBV 感染后潜伏期为 2~21 d,多为 5~12 d,目前资料表明其在潜伏期无传染性^[5]。《温热经纬》有云“疫既曰毒,其为火也明矣”。疫毒为本病始动因素,根据本病发病地理环境、季节特点,其病邪性质多属温热、湿热之邪。参考温病学卫气营血辨证分析,疫毒起初侵袭卫表,临床表现为多为肺系症状;随着病邪入气分,邪气盛正气亦盛,气有余便是火,表现为气分热证,发热重不恶寒,口渴,苔黄,脉数。由于 EBV 感染后进展迅猛,早期能观察到的高热、咽痛、头痛、烦躁等症状正是温病学卫气同病的表现。此阶段最易误诊漏诊,却又常常是控制病情、抑制传变、乃至逆转治疗的最佳时期。“治其未发”理念提示我们要早介入、早治疗。强调整体,又注重个体化特征、辨证施治,应根据患者温热、湿热等病邪性质及患者临床表现,给予解表清肺(代表方如银翘散、麻杏石甘汤),轻透宣表、化湿和中(代表方如藿香正气散、连朴饮),清热解毒(代表方如黄连解毒汤、普济消毒饮、甘露消毒丹)等中医药的早期干预,应用于埃博拉出血热潜伏期的治疗。

2.3 睹始知终,防微杜渐——治其未传、治其未变传统理念要发扬,我们需继承却不拘泥,创新但绝不否定。埃博拉出血热患者自潜伏期出现卫气同病的症状后,迅速传变至营分、血分。3~4 d 可出现持续高热,感染中毒及消化道症状渐重,伴有不同程度的出血。病情进一步发展可出现意识障碍,并发低血压、低血容量休克等,多数在发病后 2 周内死于出血及多脏器衰竭。刘清泉提出^[6]从《伤寒论》少阴病思考埃博拉出血热辨治策略,将临床表现归纳为 4 期,即发病初期、吐利期、出血期、厥脱期。笔者以为本病临床演变规律类似流行性出血热(EHF),中医学治疗 EHF 以卫气营血理论为基本辨证思路,分期论治。李颖等^[7]总结晁恩祥教授治疗 EHF 的经验:在疾病演变各阶段分别予白虎汤、白虎加人参汤、竹叶石膏汤、《金匱》肾气丸等。宗桂芬^[8]强调在温热病早期运用清瘟败毒饮(重用生石膏)预防疾病传变。万兰清等^[9]报道开闭固脱法为主治疗 EHF 休克 100 例,其中开闭类中药如安宫牛黄丸具有清营开

窍、通腑泄浊之作用;固脱类中药如参麦、参附注射液则具有固守元阳、预防气脱之功效。上述治法均取得较好疗效。笔者认为治疗过程中还需警惕:1)病在血分当遵循“入血就恐耗血动血,直须凉血散血”之意,以犀角地黄汤为底方加减;2)温病学早有明训,即要认识到阴液在温热病中的精贵。留得津液,方有生机。故临证时切莫只关注病邪本身,各病期均应予以养阴生津,予生脉散、沙参麦冬汤等加減。

“治其未传”的目的在于熟谙疾病演变基本规律的基础上,把握疾病发展方向,尽可能抑制其向危重阶段发展。而“治其未变”则更注重疾病的特殊变化——预防并发症:如意识障碍、低血压、低血容量休克及多器官功能衰竭。中医学“治未病”的理念并不盲目自负、排斥西医干预,却正是以其先进的、科学的理念将西医救治急危重症的方法为我所用,发挥中西医结合治疗的各自优势。参照救治 EHF 的经验,如准确把握疾病传变的方向,治其未变,部分患者可避免并发症的发生而转愈。

2.4 病后调养,谨防复发——治其未复 《素问·热论》言“病热少愈,食肉则复,多食则遗,此其禁也”。强调对热病初愈者应切莫过早进补,谨防复发。“治其未复”也是“治未病”理念的体现和拓展。目前统计数据显示,发病后 2 周仍存活的埃博拉出血热患者,存活率可望达到 70%^[6],但恢复时间较长,后遗症包括继发性头痛、昏睡,甚至精神症状。中医可以按照热病后期处理,辅以针灸、导引及药膳。但热病后期,余热未清,谨防“炉烟虽熄,灰中有火”,不可急于温补,当图缓治,头痛、昏睡及精神症状的处理需审证求因、辨证处方,而这些慢性症状恰是中医治疗的优势。

3 结 语

国医大师邓铁涛教授指出,“治未病”理念是科学的、超前的理论,是人类防治重大疾患的有力武器^[10]。面对这次全人类共同的战争,对中医来说是挑战,也是机遇。中、西医几乎处于同一起跑线,我们应当借鉴中医药在其他危重传染病方面的防治经验,以埃博拉出血热防治为契机,以“治未病”理念为指导,积极拓展中医药对于埃博拉出血热的研究和探索,将“治未病”理念贯穿于埃博拉出血热防治的全过程,扭转“中医是个慢郎中”的片面观念,为埃博拉出血热的全球防治工作提供思路,树立中医药防治埃博拉出血热的信心。

(本文第一作者邹国蓉为广州中医药大学 2014 级硕士研究生)

参 考 文 献

- [1] Baizes, Pannetier D, Oestereich L, et al. Emergence of zaire emergence of zaire ebola virus disease in guinea[J]. N Engl J Med, 2014, 371: 1418-1425.
- [2] Vogel G. Infectious disease. Are bats spreading Ebola across sub-Saharan Africa[J]. Science, 2014, 344(6180): 140.

- [3] 周岁锋. “治未病”思想在危重症患者中的体现[J]. 中国中医急症, 2012, 21(10): 1615-1616.
- [4] 郭立中, 金妙文, 周学平, 等. 周仲瑛教授对防治甲型 H1N1 流感的思考[J]. 环球中医药, 2010, 3(1): 23-25.
- [5] 张云辉, 王姝, 陈玉琪, 等. 埃博拉出血热研究现状及 2014 年疫情进展[J]. 传染病信息, 2014, 27(4): 3-4.
- [6] 刘清泉. 从《伤寒论》少阴病思考埃博拉出血热辨治策略[J]. 中医杂志, 2014, 55(18): 1555-1557.
- [7] 李颖, 韩春生, 刘振. 经方在流行性出血热治疗中的应用[J]. 中国中医急症, 2009, 18(9): 1531.
- [8] 宗桂芬. 中西医结合治疗流行性出血热临床体会[J]. 中国中医急症, 2006, 15(1): 94-95.
- [9] 万兰清, 马超英, 耿耘, 等. 开闭固脱法为主治疗流行性出血热休克 100 例临床研究[J]. 中西医结合实用临床急救, 1996, 3(4): 151-154.
- [10] 左强, 吴伟, 邓铁涛. 从中医“治未病”理念思考冠心病防治[J]. 新中医, 2013, 45(12): 1-4.

(收稿日期 2015-03-12)

· 临床观察 ·

痰热清注射液联合利巴韦林治疗小儿流行性腮腺炎合并脑膜脑炎临床观察

苏艳琼 杨春燕[△]

(重庆嘉陵医院, 重庆 400032)

中图分类号: R512.1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1014-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.027

【摘要】目的 观察痰热清注射液联合利巴韦林治疗小儿流行性腮腺炎合并脑膜脑炎患者的临床疗效。**方法** 将 54 例患儿按就诊顺序随机分为治疗组和对照组各 27 例。治疗组采用痰热清注射液静滴联合利巴韦林及常规对症治疗, 对照组采用利巴韦林及常规治疗, 疗程均为 5 d, 比较治疗后两组患者的临床疗效。**结果** 治疗组临床有效率为 92.45%, 高于对照组的 84.32% ($P < 0.05$), 治疗组意识恢复时间、平均退热时间、腮腺肿痛时间均低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 痰热清注射液联合利巴韦林对于小儿流行性腮腺炎合并脑膜脑炎患者有良好的临床疗效, 效果优于单纯西药治疗。

【关键词】 痰热清注射液 利巴韦林 儿童 流行性腮腺炎合并脑膜脑炎

流行性腮腺炎是由腮腺炎病毒感染所引起的一种急性病毒性感染性疾病, 好发于儿童, 偶见于成人^[1]。流行性腮腺炎是以发热、腮腺肿胀、疼痛为特点的非化脓性炎症, 常并发脑膜脑炎及睾丸炎, 对于患儿的日常生活质量有一定影响。目前尚无特效的抗病毒治疗方法, 临床上以广谱抗病毒药物联合常规对症治疗为主。在常规治疗基础上, 本院加用具有清热解毒、化痰开窍作用的痰热清注射液并在临床上取得了良好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2013 年 1 月至 2014 年 1 月在本院住院接受治疗, 符合流行性腮腺炎合并脑膜脑炎中西医结合纳入标准^[2]患儿共 54 例。在患儿家属知情并同意后, 按接诊的时间顺序随机分为治疗组和对照组各 27 例。治疗组男性 19 例, 女性 8 例; 年龄 3~12 岁, 平均 (6.20 ± 3.78) 岁; 病程 2 h 至 7 d, 平均 (24.70 ± 6.41) h; 出现脑膜脑炎症状时间 1~12 h, 平均 (3.50 ± 1.64) h。对照组男性 18 例, 女性 9 例; 年龄 4~13 岁, 平均 (5.90 ± 4.34) 岁; 出现脑膜脑炎症状时间 2~12 h,

平均 (4.20 ± 1.78) h; 所有患儿经血清检查流行性腮腺炎病毒 IgM 抗体为阳性, 证实为非其他病毒感染所致, 脑脊液呈病毒性改变。两组患儿年龄、病情、病程、合并症差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 两组患者均常规给予抗病毒、退热、镇惊、降颅压及其他对症治疗, 治疗组加用痰热清注射液 (上海凯宝药业有限公司生产) 30 mL 加注于 5% 葡萄糖注射液 250 mL 中, 静脉滴注, 每日 1 次, 连用 5 d。两组疗程均为 5 d。

1.3 观察指标 1) 治疗前后患儿腮腺肿胀、腮腺疼痛、头痛、呕吐、嗜睡等临床症状缓解状况; 体温、颈项抵抗、意识状态等体征改变情况; 2) 治疗前后外周血淋巴细胞计数情况; 3) 治疗过程中及治疗后不良反应。

1.4 疗效标准 参照《儿科学》^[1]相关章节进行制定。痊愈: 用药 72 h 内体温正常、头痛、呕吐、嗜睡及颈项抵抗症状消失; 5 d 内腮腺疼痛消失、肿大腺体基本消退; 实验室检查正常。有效: 临床症状仍然存在但病情程度上有所缓解, 各项检查结果得到改善, 并发症得到

[△]通信作者 (电子邮箱: 1375711386@qq.com)

雾霾对呼吸系统疾病的影响

刘建秋¹ 陈雪娇² 李竹英^{1△}

(1.黑龙江中医药大学附属第一医院,黑龙江 哈尔滨 150040;2.黑龙江中医药大学,黑龙江 哈尔滨 150036)

中图分类号:R256.1 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-1015-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.028

【关键词】雾霾 呼吸系统疾病 发病 病因 寒邪闭肺证 风盛挛急证 痰湿蕴肺

从 20 世纪著名的美国多诺拉雾霾事件、伦敦雾霾事件到 2014 年中国东北雾霾事件,雾霾频繁出现在我们的生活中。至 2013 年底,雾霾共波及 25 个省份,100 多个大中型城市,全国平均雾霾天数达 29.9 d,创 52 年来之最。雾霾天气的肆虐不仅影响人们正常生活,更是严重危害了人体的健康。

1 浅析雾霾

雾霾中虽有“雾”字,但其主要成分是霾,是指大量极细微干性粒、烟粒、盐粒等(气象学上称为气溶胶颗粒)均匀悬浮于空中,使空气混浊、视野模糊并导致能见度恶化,当水平能见度低于 10.0 km、相对湿度小于 80%时,造成视觉障碍空气普遍混浊现象^[1]。雾霾与雾最明显的区别便是颜色和相对湿度不同,雾霾出现时天气呈现暗黄、灰黑等颜色,雾则呈乳白色或青白色。另一方面,当雾发生时相对湿度大于 90%,雾霾的相对湿度处于 80%~90%之间。此外,雾霾还可造成能见度减低,视野昏暗,严重干扰正常生活,在 2014 年 3 月搜狐网站对网民进行雾霾的相关调查,结果显示:参与调查的 4848 人中 80.9%反应近年来经常碰到雾霾天气,43.8%的人对雾霾反应激烈,41.7%有些异常^[2]。

雾霾的来源主要分为是自然源和人为源两部分。自然源包括以下 3 方面:近地空气湿度较大使低空空气垂直运动受限,颗粒物难以向空中飘散;无明显冷空气活动,空气不流通,加之城市高大建筑造成静风现象增多,微小颗粒物聚集在城市及近郊积累;天气晴朗少云的情况下夜间辐射降温,近地面湿度较高的空气凝结成雾,大雾天气空气中的污染物难以逸散,更重要的是雾霾天气所凝结的雾滴提供了气态污染物向液态颗粒物成分转化的加速反应场使得大气本身的自净能力变差,同时颗粒物也容易作为凝结核加速雾霾的生成,两者相互作用,迅速形成污染。人为源最主要是城市有

毒颗粒物的排放,如煤、汽油、柴油的燃烧,焚烧垃圾,道路粉尘,工业污染,北京市环保局的数据表明,北京 PM2.5 的污染源中机动车直接和间接的排放占 22%、煤炭污染占 16.7%、工业喷涂占 16.3%、城市扬尘污染占 16%、农村秸秆焚烧等占 4.5%;此外还有北方供暖、工业废气、建筑道路扬尘。研究者发现中国雾霾产生还与微生物有关,他们对气溶胶颗粒的成分进行 DNA 测序,发现 1300 多种微生物,这表明中国雾霾频发和严重性与东部地区水土环境污染、大量滋生微生物种群有着直接的关联^[3]。

2 雾霾对呼吸系统的影响

雾霾对人体呼吸系统的损害是极大的。人类每天需要呼吸 2 万多次,每次将大约 50 万个微粒吸入肺中,若空气受到污染,如雾霾天气在没有防护的情况下直接呼吸,吸入的微粒是正常值得 100 倍。研究表明,空气中可吸入颗粒物浓度每上升 10 $\mu\text{g}/\text{cm}^3$,呼吸系统疾病发病率上升 3.4%^[2]。不仅如此,雾霾的“元凶”PM2.5 具有粒径小、毒性强、停留时间长、运输距离远等特点使人体的生理结构对 PM2.5 几乎没有任何过滤、阻拦能力,因此 PM2.5 可以随着呼吸进入气管,甚至下行进入细支气管,深达肺泡并沉积,通过肺泡壁进入毛细血管,进而进入整个血液循环系统产生炎症损伤、氧化损伤、致癌毒性等伤害人体^[4]。PM2.5 本身具有的各种毒性成分可引起的肺组织炎症因子的释放和生化成分的改变,其与肺组织接触后刺激和作用于肺泡巨噬细胞、II 型肺泡上皮细胞,诱发炎症使呼吸道局部免疫力下降和肺上皮细胞及纤维化,从而产生炎症损伤。PM2.5 一方面刺激肺泡巨噬细胞产生自由基,同时巨噬细胞吞噬颗粒物后释放大量的活性氧或活性氧自由基,使氧化系统和抗氧化系统失衡,另一方面刺激支气管上皮细胞而产生活性氧,对组织细胞产生损害。PM2.5 可通过免疫反应,使抑癌基因发生拷贝丢失或突变,导致抑癌基因的减少,增加人群对肺癌的易感

△通信作者(电子邮箱:lizhuying6808@126.com)

性;此外 PM_{2.5} 作为载体将有害物质带入下呼吸道,导致上皮细胞和巨噬细胞内的细胞因子增加,从而引起细胞周期调节失常,分裂增加,导致癌变。

3 雾霾对呼吸系统的影响

3.1 雾霾对呼吸系统发病的影响 经云“正气存内,邪不可干”,“邪之所凑,其气必虚”。又《素问·生气通天论》述“清静则肉腠闭拒,虽有大风痼毒,弗之能害”。故人身正气充足与否,与疾病的发生密切相关,且雾霾属外邪致病,若正气充沛,御邪有力,则不易发病;若正气虚馁,无力抗邪,则正虚邪凑,其病即发。所以在临床上以雾霾发病的患者以老人和儿童的咳嗽多见,青壮年人群相对较少。在发病程度上,雾霾侵袭人体,轻则为损,重则为病。当其危害较轻时,人体无明显不适,未出现临床症状,但正气渐伤,潜藏病根,若雾霾严重,弥天盖地,长久不散时,则发而为病;当危害严重,机体出现咳嗽、咽痛等典型症状时,正气伤邪气胜而成疾患。肺为华盖为娇脏,首先与雾霾接触,若肺气充足则可御邪无碍,若肺气虚损则侵犯肺络发病。同时雾霾亦可诱发宿疾,如可引动宿痰使哮喘发作,加重病情,若不及时救治,可危及生命。

3.2 雾霾对呼吸系统病因的影响 中医是一种直观医学,以临床主证作为疾病切入点,临床上雾霾致病患者大多诉及“烟气呛感”、咳嗽、口鼻干燥、咽干等,其症状符合燥邪致病的特点,加之雾霾多发于秋冬季节,天气亦以干燥为主,故雾霾的病因为燥邪相关。同时,雾霾自身为 SO₂、氮氧化物所组成的细小微粒,其应属于浊邪。更重要的是,古籍中虽有“雾”“霾”之名,但并非现代意义上的雾霾。东汉许慎的《说文解字》中阐释说:“雾”地气发,天不应;“霾”风雨土也。皆谓之自然现象。而当今民众口中的“雾霾”,多由工业尾气所致,非自然六淫之邪,应当归类于中医的毒邪之属。中医学“毒”的概念有三,一指“五疫之毒”,《素问·刺法论》谓“五疫之至皆相染易…不相染者,正气存内,邪不可干。避其毒气”;二是“五行标盛暴烈之气”,即所谓“邪之甚谓之毒”,《素问·五常政大论》中有寒毒、热毒、湿毒、燥毒、清毒的记载;三者专指热毒,即六淫邪盛化火即毒。喻嘉言说“外因者,天时不正之时毒也,起居传染之秽毒也;内因者,醇酒厚味之毒也,郁怒横决之火毒也”。雾霾致病者除具有一般干燥症状外,还有牙龈肿痛、胸痛发热甚或高热不退的特点,这均符合邪气积聚难散,厚积顽恶的火热致毒特征。雾霾颗粒还可携带细菌病毒进入人体呼吸道及肺泡使其感染,故“雾霾”当归类似中医的外毒火毒。综上所述,雾霾所致呼吸系统疾病,其病因以燥、浊、毒三者兼有为特点。

3.3 雾霾对呼吸系统辨证论治的影响 根据发病特征及病因特点,雾霾所致疾病临床以寒邪闭肺证、风盛挛急证、痰湿蕴肺证最为常见。

寒邪闭肺病因多为风寒浊邪侵袭肺卫。风寒外束,肺津受约,失于肃降,气逆而咳。加之浊邪困脾,脾不升清,呕利始发。症见:咳嗽声重,咳嗽少痰,或痰成灰色小块,伴有咽部憋闷或不适,头晕恶心。《素问·至真要大论》中有言“燥淫于内,治以苦温,佐以甘辛,以苦下之”。所以在治疗上散寒宣肺,润燥祛浊之外还加醒脾化浊之品。方剂可用桑菊汤、杏苏散之类为基础方剂进行加减,若寒饮内伏,复感外寒引发者,可用小青龙汤解表逐饮,止咳平喘;表寒里热证明显者,可加麻杏石甘汤宣肺泄热,止咳平喘。

风盛挛急多由风毒合邪,邪客肺络,气道挛急,肺气失宣发而为病。症见咳嗽,无痰或少痰,咽痒,痒即咳嗽,或呛咳阵作,遇外界寒热变化、异味等因素突发或加重,多见夜卧晨起咳剧。在治疗上疏风止咳,宣肺止咳。方剂应用苏黄止咳汤进行加减,偏于风寒者,可加荆芥、生姜以散风寒;偏于风热者,宜加薄荷后下,桑叶以散风热;偏于痰热者加黄芩、鱼腥草、金荞麦以清热化痰;偏阴虚者加麦冬、乌梅以养阴生津。

痰湿蕴肺证的病因为外邪夹毒犯脾肺,脾肺气虚,痰浊内生,上渍于肺,肺失宣降。证见:咳嗽痰多,咳声重浊,痰白黏腻或稠厚或稀薄每于清晨咯痰尤甚,因痰而嗽,痰出则咳缓,伴有胸闷,纳差。治以化痰燥湿、理气止咳。方用麻杏二三汤加减,若痰黏白如沫,怕冷者,加干姜、细辛以温肺化痰;若久病脾虚,加党参、白术以益气健脾。

3.4 验案举例 李某,男性,30岁。主诉:咳嗽、咯痰3d。患者3d前因急事在雾霾中奔跑后出现咳嗽,咯白痰,痰出咳平,伴有咽部疼痛,口鼻干燥,纳差。查体:一般状态尚可,舌淡苔白,脉濡滑,咽部可见红肿。患者平素喜食肥甘,时有便溏。处方:麻杏二三汤加减。药物:桔梗15g,杏仁15g,清半夏10g,紫苏子15g,瓜蒌20g,款冬花15g,蜜枇杷叶15g,炙甘草10g,白术15g,薏苡仁10g,菊花10g,山豆根10g。5剂,水煎服。患者2诊咳嗽、咯痰、口鼻咽部症状消失,纳差好转,嘱其服用参苓白术散健脾燥湿。

按语:雾霾为外邪侵犯肺脏,加之患者素体脾气虚弱,“脾为生痰之源,肺为储痰之器”,脾肺虚弱,痰浊内生,上犯肺脏,肺气失宣,故出现咳嗽、咯白痰、纳差。雾霾属外毒火毒,致病过程中燥、浊、毒三者皆有,故出现咽部疼痛,口鼻干燥。方中常规应用桔梗杏仁宣降肺气,清半夏、枇杷叶化痰清肺,紫苏子降气平喘,瓜蒌润肺祛痰,白术健脾燥湿,薏苡仁健脾利湿,炙甘草调和诸药,还酌情添加款冬花生津润燥,山豆根利咽消肿,菊花清热解毒,全方化痰止咳,生津润燥,兼益肺脾。2诊临床症状好转,嘱其服用健脾燥湿药物顾护脾气。

近年来雾霾频频发生,其所致呼吸系统急诊就诊率持续上升。由雾霾所致急发病症的中医治疗中除了

考虑疾病本身特质外,还应参考雾霾致病特点及对呼吸系统的疾病的影响,方可水到渠成。

参 考 文 献

- [1] 李东海,何彩霞.浅谈雾霾天气的识别及预警策略[J].安徽农学通报,2011,17(8):165-166.
- [2] 搜狐调查.灰霾每立方米增 100 微克预期寿命短 3 年[EB/OL]. Available at http://news.survey.sohu.com/poll/show.

php_poll_id=81530. 2014-03-10.

- [3] Cao C, Jiang W, Wang B, et al. Inhalable microorganisms in Beijing's PM_{2.5} and PM₁₀ pollutants during a severe smog event[J]. Environmental Science And Technology, 2014, 48(3):.
- [4] 李仰瑞,赵云峰. PM_{2.5} 对呼吸系统的影响[J]. 中华肺部疾病杂志:电子版, 2013, 6(4):372-374.

(收稿日期 2015-02-19)

(上接第 1014 页)

控制或消失。无效:未达到上述标准。痊愈及有效记为总有效。

1.5 统计学处理 运用 SPSS18 统计软件。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者临床疗效比较 见表 1。结果示治疗组临床疗效优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较(n)

组 别	n	治愈	有效	无效	总有效(%)
治疗组	27	4	21	2	25(92.45) [△]
对照组	27	2	20	5	22(84.32)

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后症状平均改善时间比较 表 2。结果示治疗组意识恢复时间、体温恢复时间、脑膜刺激征消失时间、腮腺肿痛消失时间均早于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组症状平均改善时间比较(d, $\bar{x}\pm s$)

组 别	n	意识恢复时间	体温恢复时间	脑膜刺激征消失时间	腮腺肿痛消失时间
治疗组	27	0.5 $\pm$ 0.52 [△]	1.4 $\pm$ 0.74 [△]	0.7 $\pm$ 1.26 [△]	2.76 $\pm$ 1.24 [△]
对照组	27	0.8 $\pm$ 0.67	2.1 $\pm$ 0.53	1.2 $\pm$ 1.47	3.30 $\pm$ 1.49

3 讨 论

流行性腮腺炎发病高峰期为冬春季^[3],大多起病较急,无前驱症状。腮腺炎病毒通过唾液飞沫传播,经口鼻进入人体,在呼吸道黏膜上皮细胞内初步繁殖,增殖后进入血液循环形成病毒血症,可直接侵犯腮腺引起腮腺的非化脓性炎症。由于腮腺炎病毒对腺体及神经组织具有特殊亲和力^[4],故临床上极易合并脑膜脑炎的发生,临床表现为发热且多为高热、畏寒、头痛、咽痛、恶心、呕吐、全身疼痛、腮腺肿胀疼痛、颈项强直、意识模糊且症状呈进行性加重。目前本病无特效疗法,主要治疗是抗病毒和对症支持治疗。利巴韦林作为病毒合成酶的竞争性抑制剂,影响病毒 RNA 和蛋白质的合成,从而抑制病毒的复制和传播,是目前治疗流行性腮腺炎的一线药物^[5]。中医学认为本病的病因在于风温邪毒从口鼻而入,壅塞于少阳胆经,郁结不散,结于腮

部。少阳与厥阴相表里,邪毒内窜,邪热炽盛,而见高热,内陷心肝,出现昏迷抽搐^[6]。故治疗上以活血凉血、软坚散结为主,痰热清注射液组方中,以黄芩为君药,泻火解毒、清热燥湿。熊胆粉、山羊角为臣药,其性苦寒入肝肺经、化痰解痉、凉肝定惊;金银花连翘为佐使,清热解毒。全方相配,清热开窍、化痰解痉^[7],能有效地缓解症状,临床适应证见高热、腮腺红肿热痛、甚至谵妄狂躁、意识不清等。利巴韦林虽具有广谱抗病毒疗效但其不良反应较多且易出现变态反应及溶血性贫血,反复应用容易导致耐药病毒株的产生^[8]。中药具有独到的治疗作用,药理试验证明,痰热清注射液具有广谱抗炎、抗病毒、抗惊厥效果^[9],且有效增加机体防御能力、促进炎症吸收^[10]。

本研究表明,痰热清注射液联合利巴韦林能有效治疗流行性腮腺炎合并脑膜脑炎,疗效优于单纯运用利巴韦林,且能有效减少利巴韦林的副作用。

参 考 文 献

- [1] 王卫平.儿科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:23.
- [2] 胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2002:757-758.
- [3] 马孝政.抗病毒胶囊佐助利巴韦林治疗小儿流行性腮腺炎的效果观察[J].中外医学研究,2014,12(3):34-36.
- [4] 佟宇,贾玉洁.干扰素联合更昔洛韦治疗小儿流行性腮腺炎合并脑膜脑炎 35 例疗效观察[J].山东医药,2010,50(10):100-101.
- [5] 周优树,王银玉,张林贵.蒲地蓝消炎口服液联合阿昔洛韦治疗小儿流行性腮腺炎 38 例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(1):54-56.
- [6] 高东升.中药治疗流行性腮腺炎 74 例[J].内蒙古中医药,2011,30(23):11-13.
- [7] 程红球,黄彩华,姚展成.痰热清注射液治疗儿童流行性腮腺炎临床观察[J].中国中医急症,2013,22(6):982-983.
- [8] 洪两和.利巴韦林治疗慢性丙型肝炎副作用分析[J].中国现代药物应用,2012,6(6):74-76.
- [9] 王琴,潘静.痰热清注射液的药理作用和临床应用[J].华北国防医药,2010,2(1):43-44.
- [10] 张志华,郑光,郭洪涛.痰热清注射液临床应用文献分析[J].中成药,2014,27(1):52-55.

(收稿日期 2014-12-20)

人参皂苷 Rg2 冻干粉针对冠脉结扎犬心肌缺血的研究

金英花¹ 刘 洁² 李龙云³

(1.广东药学院附属第一医院,广东 广州 150000;2.吉林大学,吉林 长春 130021;3.吉林省中医药科学院,吉林 长春 130021)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-1018-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.029

【摘要】目的 观察人参皂苷 Rg2 冻干粉针对冠脉结扎犬心肌缺血的保护作用。**方法** 采用冠状动脉结扎法制备心肌缺血模型,观察血清生化指标、动脉和静脉窦血氧含量、心外膜电图(EECG)、心肌病理学变化。**结果** 人参皂苷 Rg2 冻干粉能明显增加动脉和静脉窦血氧含量,减少心肌缺血范围(N-ST)和心肌梗死面积(MIS)、减轻缺血程度(Σ -ST);降低血清天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、肌酸激酶(CK)、乳酸脱氢酶(LDH)、乳酸(LA)、游离脂肪酸(FFA)以及丙二醛(MDA)的血清含量。增强血清超氧化物歧化酶(SOD)的活力,减少自由基对组织的损伤。**结论** 人参皂苷 Rg2 冻干粉对心肌缺血有明显改善作用。

【关键词】 人参皂苷 Rg₂ 羟丙基 β -环糊精冻干粉针 心肌缺血范围 心肌缺血程度 梗塞面积 血氧含量

中医学认为,人参具有补五脏、安精神、补气固脱、生津止渴的作用,可配伍治疗“气虚血瘀”之胸痹^[1-4]。

药理学研究表明,人参皂苷为人参的主要有效成分,目前已分离出 40 种单体皂苷。近年来,人参皂苷 Rg₂ 对缺血性疾病的治疗用途,颇为引人注目。刘洁等曾报道^[5],用丙二醇混合溶媒助溶的人参皂苷 Rg₂ 对动物的心源性休克有明显的改善作用。

本研究是国家 95 攻关项目“抗休克新药人参皂苷 Rg₂ 开发研究”的延续。在以往人参皂苷 Rg₂ 丙二醇混合溶媒水针的研究基础上,笔者改用羟丙基 β -环糊精进行包合,制成冻干粉针,大大提高了药物溶解度,为急症用药,奠定了基础。本文报告羟丙基 β -环糊精制成的人参皂苷 Rg₂ 冻干粉针对犬心肌缺血的影响。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 实验动物 蒙古系家犬,雌雄各半,体质量 12~16 kg,室内圈养,由吉林大学实验动物部提供。

1.2 药物 人参皂苷 Rg₂ 羟丙基 β -环糊精冻干粉针,由吉林省中医药科学院中药所提供,试验前用等比例的羟丙基 β -环糊精溶液配制成所需浓度;阳性对照药硝酸甘油注射液,山西康宝生物制品股份有限公司生产,生产批号 050505L3443;戊巴比妥钠,上海化学试剂分装厂,批号 990612;氯化硝基四氮唑兰,上海惠世生化试剂有限公司生产,批号 20050708;盐酸利多卡因注射液,上海复星朝晖药业有限公司生产,批号 050913。生化试剂盒乳酸脱氢酶(LDH)、天门冬氨酸转

移酶(AST)、肌酸激酶(CK)、超氧化物歧化酶(SOD)、丙二醛(MDA)、乳酸(LA)、游离脂肪酸(FFA)均由南京建成生物工程研究所生产,批号 050051、090061、130031、20050525、20050415、20051008、20050。

1.3 实验仪器 RM-6000 型多道生理记录仪,MFV-3200 型电磁流量计,均由日本光电公司生产;722-分光光度计由上海医疗设备厂生产;BI-2000 图象分析仪,成都泰盟科技有限公司生产。羟丙基 β -环糊精溶液 13.3 mg/kg,用 0.9%氯化钠注射液配制 2 mL/kg;对照组给予硝酸甘油注射液 0.015 mg/kg 加入 0.9%氯化钠注射液 2 mL/kg;Rg₂ 大、中、小剂量组分别以人参皂苷 Rg₂ 羟丙基 β -环糊精冻干粉针提取物为计 4、2、1 mg/kg 加入 0.9%氯化钠注射液 2 mL/kg 给药。

1.4 分组与给药 蒙古系家犬 42 只,雌雄各半,每组 6 只,随机分为 7 组,其中 4 组分别作为对照组、模型组、溶剂组和硝酸甘油组,另 3 组分别为 Rg₂ 大、中、小剂量组。各组用 30 mg/kg 戊巴比妥钠溶液静脉注射麻醉。背位固定,切开颈部皮肤,分离气管,连接呼吸机。分离右侧股静脉,以备给药。连接心电电极,记录标 II 导联心电图(EECG),计算心率(HR);右侧卧位,于第 4 肋间开胸,暴露心脏;分离冠状动脉前降支,备线待结扎,分离主动脉根部和冠状动脉左旋支,放置电磁流量计探头,测量冠状动脉血流量(CBF)。用湿布式电极,测量心外膜电图(EECG);参照文献方法,制备心肌缺血模型^[6-7],另注射盐酸利多卡因,防止心律失常。分离冠状动脉前降支(LDA),从 LDA 下 1/3 开始结扎,以 EECG 的 ST 段抬高>2 mV 以上为心肌缺血模型。手术

后,对照组和模型组静滴 0.9%氯化钠注射液 2 mL/kg。溶剂组为羟丙基 β -环糊精 0.9%氯化钠注射液 13.3 mg/kg;硝酸甘油组为硝酸甘油 0.9%氯化钠注射液 0.015 mg/kg;Rg2 大、中、小组为 4、2、1 mg/kg。各组静滴速度为 5 mL/min。

1.5 观察指标 各组冠状动脉结扎前、后各 5 min 记录各观测指标作为给药前数据;立即静脉注射溶媒及所试药物 1 次,记录各组给药后 10、20、30、60、120、180、240、300、360 min 的以 ST 段升高总 mV 数 (Σ -ST) 为心肌缺血程度和以 ST 段抬高 ≥ 2 mV 的导联数为心肌缺血范围(N-ST)。给药后 2、4、6 h 分别测定血清中 LA、AST、CK、SOD、MDA 含量;给药后 1、3、6 h 分

别测定动脉和静脉窦血氧含量,最终 6 h 剖取心脏测量梗死面积。

1.6 统计学处理 采用 SPSS12.0 统计软件。实验数据以($\bar{x} \pm s$)表示,进行组间实测值及变化百分率显著性 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 人参皂苷 Rg2 冻干粉针对心肌缺血犬血清酶等的影响 见表 1。模型组血清中 LA、AST、CK、FFA 和 MDA 明显增加,SOD 明显降低。溶剂组的上述观察指标无明显改善,表明溶媒对心肌缺血无影响。硝酸甘油组和 Rg2 大、中剂量组的上述血清生化指标有明显改善。

表 1 人参皂苷 Rg2 包合物对心肌缺血犬血清酶等的影响($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	AST(U/L)	CK(U/L)	LDH(U/L)	SOD(U/mL)	MDA(nmol/mL)	LA(nmol/L)	FFA(μ mol/L)	MIS(%)
对照组	药前	55.24 $\pm$ 3.21	410.25 $\pm$ 79.63	144.09 $\pm$ 12.22	66.28 $\pm$ 13.35	6.93 $\pm$ 1.79	2.91 $\pm$ 0.45	458.89 $\pm$ 23.63	
(n=6)	6 h	55.24 $\pm$ 3.21	1129.9 $\pm$ 307.88	147.79 $\pm$ 20.93	60.09 $\pm$ 11.23	8.08 $\pm$ 3.11	3.03 $\pm$ 0.48	482.22 $\pm$ 46.41	0.00 $\pm$ 0.00
模型组	药前	55.59 $\pm$ 4.30	529.83 $\pm$ 134.58	144.62 $\pm$ 21.65	66.41 $\pm$ 3.42	6.88 $\pm$ 1.14	2.73 $\pm$ 0.85	455.00 $\pm$ 36.32	
(n=6)	6 h	75.49 $\pm$ 14.49 Δ	1666.8 $\pm$ 93.94 $\Delta\Delta$	176.64 $\pm$ 9.19 Δ	46.12 $\pm$ 10.44 Δ	11.35 $\pm$ 1.32 Δ	3.72 $\pm$ 0.31 Δ	315.56 $\pm$ 109.54 Δ	11.88 $\pm$ 3.50 $\Delta\Delta$
溶剂组	药前	52.94 $\pm$ 4.31	543.48 $\pm$ 138.88	145.86 $\pm$ 13.56	68.41 $\pm$ 15.67	7.11 $\pm$ 0.84	2.55 $\pm$ 0.58	457.22 $\pm$ 25.25	
(n=6)	6 h	69.84 $\pm$ 9.45	1434.0 $\pm$ 678.26	163.34 $\pm$ 19.47	55.29 $\pm$ 10.31	9.59 $\pm$ 2.50	3.19 $\pm$ 0.69	562.22 $\pm$ 102.34	9.76 $\pm$ 2.15
硝酸甘油组	药前	52.78 $\pm$ 7.72	533.37 $\pm$ 139.47	146.63 $\pm$ 28.6	67.08 $\pm$ 3.08	6.79 $\pm$ 1.07	2.83 $\pm$ 0.14	450.56 $\pm$ 23.23	
(n=6)	6 h	56.33 $\pm$ 8.77*	1274.5 $\pm$ 353.74*	152.11 $\pm$ 17.45*	65.59 $\pm$ 14.54*	7.81 $\pm$ 2.55*	2.85 $\pm$ 0.74*	487.78 $\pm$ 73.84*	5.10 $\pm$ 2.73**
Rg2 小剂量组	药前	54.27 $\pm$ 1.37	547.60 $\pm$ 40.59	143.60 $\pm$ 8.17	67.78 $\pm$ 3.26	6.81 $\pm$ 1.70	2.49 $\pm$ 0.57	476.11 $\pm$ 59.12	
(n=6)	6 h	63.47 $\pm$ 10.42	1541.7 $\pm$ 112.71	163.84 $\pm$ 12.8	61.20 $\pm$ 18.15	8.66 $\pm$ 3.50	3.25 $\pm$ 0.58	525.56 $\pm$ 46.17	8.26 $\pm$ 1.75*
Rg2 中剂量组	药前	48.88 $\pm$ 12.02	580.63 $\pm$ 179.21	147.18 $\pm$ 18.43	68.35 $\pm$ 3.44	6.91 $\pm$ 1.67	2.47 $\pm$ 0.52	466.67 $\pm$ 49.44	
(n=6)	6 h	58.53 $\pm$ 11.92	1427.7 $\pm$ 326.20	162.16 $\pm$ 11.80*	66.51 $\pm$ 16.15*	8.34 $\pm$ 2.38*	3.12 $\pm$ 0.83	524.89 $\pm$ 88.08	7.75 $\pm$ 2.77*
Rg2 大剂量组	药前	54.94 $\pm$ 2.56	531.52 $\pm$ 147.11	143.49 $\pm$ 19.88	67.30 $\pm$ 1.95	6.99 $\pm$ 1.53	2.71 $\pm$ 0.83	486.11 $\pm$ 38.21	
(n=6)	6 h	56.35 $\pm$ 12.68*	1316.6 $\pm$ 297.83*	159.19 $\pm$ 12.86*	72.87 $\pm$ 17.02**	7.65 $\pm$ 3.31*	2.93 $\pm$ 0.73*	500.00 $\pm$ 66.83	5.92 $\pm$ 1.58**

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$, $\Delta\Delta\Delta P < 0.001$;与模型组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$,*** $P < 0.001$ 。

2.2 人参皂苷 Rg2 冻干粉针对心肌缺血犬动脉、冠状窦血氧含量(mL/%)的影响 见表 2。模型组动物动、静脉血氧含量明显降低。溶剂组的上述观察指标无明显改善,硝酸甘油组和 Rg2 大、中剂量组对血氧含量的影响不同,前者仅对动脉血氧含量升高,而后者动静脉血氧含量均能升高。可见,两者对缺血心肌的供氧途径不同。前者为减少耗氧,而后者对氧的利用率增加。

2.3 人参皂苷 Rg2 冻干粉针对心肌缺血犬心肌梗死程度和范围的影响 见表 3。硝酸甘油组和 Rg2 大、中剂量组均使心肌缺血程度(Σ -ST)和范围(N-ST)以及心肌梗死面积明显减少,且其作用持续时间前者较后者短。

3 讨论

冠心病心绞痛属于中医学的“胸痹”范畴。其基本病机多为气虚血瘀,心脉痹阻,胸阳不振,气滞痰阻,其中以气虚血瘀、心脉痹阻之证最为常见。治疗上以益气为主,化瘀、通络为辅。

表 2 人参皂苷 Rg2 包合物对心肌缺血犬动脉、冠状窦血氧含量的影响(mL/%, $\bar{x} \pm s$)

组别		缺血	给药 60	给药 180	给药 360
对照组	动脉	19.46 $\pm$ 0.39	18.98 $\pm$ 0.50	18.60 $\pm$ 0.59	17.99 $\pm$ 0.63
(n=6)	冠状窦	12.82 $\pm$ 2.38	11.57 $\pm$ 1.74	10.69 $\pm$ 1.59	9.91 $\pm$ 1.49
模型组	动脉	17.04 $\pm$ 0.99 $\Delta\Delta\Delta$	16.36 $\pm$ 1.12 $\Delta\Delta\Delta$	15.47 $\pm$ 0.69 $\Delta\Delta\Delta$	15.03 $\pm$ 0.70 $\Delta\Delta\Delta$
(n=6)	冠状窦	8.77 $\pm$ 2.32 Δ	8.37 $\pm$ 2.70 Δ	8.02 $\pm$ 2.02 Δ	6.97 $\pm$ 1.94 Δ
溶剂组	动脉	16.43 $\pm$ 1.07	16.14 $\pm$ 1.17	15.26 $\pm$ 1.64	14.28 $\pm$ 2.09
(n=6)	冠状窦	9.34 $\pm$ 1.20	8.39 $\pm$ 0.84	7.58 $\pm$ 0.93	6.76 $\pm$ 0.84
硝酸甘油组	动脉	17.40 $\pm$ 1.39	17.64 $\pm$ 1.12	17.47 $\pm$ 1.69*	17.60 $\pm$ 1.69**
(n=6)	冠状窦	9.25 $\pm$ 2.67	9.56 $\pm$ 2.45	9.40 $\pm$ 2.04	9.57 $\pm$ 3.01
Rg2 小剂量组	动脉	16.48 $\pm$ 0.62	16.81 $\pm$ 0.44	16.21 $\pm$ 1.90	16.04 $\pm$ 2.05
(n=6)	冠状窦	7.89 $\pm$ 1.42	7.82 $\pm$ 1.23	8.09 $\pm$ 1.12	8.73 $\pm$ 1.60
Rg2 中剂量组	动脉	16.65 $\pm$ 0.93	17.16 $\pm$ 0.98	17.29 $\pm$ 1.08**	17.87 $\pm$ 0.83***
(n=6)	冠状窦	8.76 $\pm$ 1.69	9.70 $\pm$ 1.57	8.96 $\pm$ 1.82	9.47 $\pm$ 2.14
Rg2 大剂量组	动脉	17.03 $\pm$ 1.34	17.44 $\pm$ 1.32	17.98 $\pm$ 0.92***	17.68 $\pm$ 1.16***
(n=6)	冠状窦	8.15 $\pm$ 1.44	8.74 $\pm$ 1.77	9.24 $\pm$ 1.94	9.65 $\pm$ 2.00*

表 3 人参皂苷 Rg2 冻干粉针对心肌缺血犬心肌梗死程度和范围的影响($\bar{x}\pm s$)

组 别		药前	缺血	药后不同时间				
				30	60	120	180	360
对照组	程度 Σ -STmv	7.00±6.48	5.83±2.71	5.67±3.08	5.33±3.78	6.17±2.64	6.50±3.27	5.33±3.50
	范围 N-ST	1.17±0.41	1.00±0.00	1.17±0.41	1.17±0.41	1.17±0.41	1.17±0.41	1.00±0.00
模型组	程度 Σ -STmv	8.67±3.72	128.33±29.27 ^{△△△}	110.17±21.11 ^{△△△}	109.17±21.63 ^{△△△}	103.00±19.86 ^{△△△}	100.67±17.58 ^{△△△}	96.83±21.41 ^{△△△}
	范围 N-ST	1.50±0.84	21.17±0.98 ^{△△△}	20.50±2.35 ^{△△△}	20.67±1.51 ^{△△△}	19.67±2.34 ^{△△△}	19.00±1.55 ^{△△△}	18.17±1.60 ^{△△△}
溶剂组	程度 Σ -STmv	5.50±1.38	119.00±29.75	104.17±13.17	112.67±15.25	107.33±18.02	101.67±20.95	98.33±18.10
	范围 N-ST	1.67±0.52	19.83±3.49	18.33±3.20	18.67±4.08	18.50±2.88	18.67±1.21	17.17±2.40
硝酸甘油组	程度 Σ -STmv	6.33±1.86	119.87±34.62	90.17±26.22	80.83±24.02	75.50±21.10 [*]	71.83±21.68 [*]	70.67±20.43
	范围 N-ST	1.33±0.52	20.33±1.86	17.33±1.63 [*]	17.00±2.19 ^{**}	16.50±2.67	15.00±3.63 [*]	15.50±2.81
Rg2 小剂量组	程度 Σ -STmv	9.17±2.93	135.33±31.27	94.50±31.62	94.17±31.50	92.83±27.66	85.50±25.30	83.00±23.73
	范围 N-ST	1.17±0.41	21.00±1.55	17.33±2.73	17.00±2.76 [*]	17.00±1.79	16.83±3.06	16.50±2.17
Rg2 中剂量组	程度 Σ -STmv	9.33±1.63	129.67±39.39	99.33±37.08	92.67±35.14	85.33±20.41	82.67±18.96	79.67±25.64
	范围 N-ST	1.83±0.75	20.00±1.90	17.83±1.72 [*]	17.33±1.51 ^{**}	16.50±1.05 [*]	16.50±1.23 [*]	16.00±1.79
Rg2 大剂量组	程度 Σ -STmv	6.17±3.60	121.67±29.74	88.00±26.13	81.33±12.19 [*]	78.67±12.99 [*]	74.67±11.64 [*]	67.67±17.48 [*]
	范围 N-ST	1.17±0.41	20.33±2.25	17.33±2.16 [*]	18.33±1.51 [*]	15.83±2.14 [*]	15.67±1.63 ^{**}	15.67±1.63 [*]

人参是五加科多年生草本植物,相关功效历代中医文献皆有论述。《神农本草经》谓“人参补五脏……除邪气,开心益智”。《名医别录》谓“人参通血脉”。《用药心方》谓“人参可治脉不足、亡血”。唐·《药性本草》曰“人参主五劳七伤、虚损痰多、消胸中痰”。元·《汤液本草》称“人参能补五脏之阳”。明·《本草纲目》谓“人参治男妇一切虚症”。人参为大补元气、益气养阴之品,根据“心主血脉”和“气为血之帅,血为气之母”的理论,气行则血行,血行有力,起到活血化瘀的作用,进而预防或改善冠心病心绞痛。

本实验证明,人参皂苷 Rg2 冻干粉针对冠状动脉结扎所致心肌缺血犬具有改善心肌酶异常、增加 SOD、清除缺血所致的自由基的作用。

自由基是一种机体缺血缺氧产生的氧化损伤组织和细胞的有害化合物,它的损伤途径,主要与细胞内钙离子超载相关。因此,人参皂苷 Rg2 冻干粉通过增加 SOD 途径清除自由基是免受心肌组织损伤的重要环节。当然,不能排除阻滞钙离子超载的保护作用。据报道^[8],人参皂苷 Rg2 对缺糖缺氧所致培养心肌细胞的钙超载,但对正常细胞无影响,认为人参皂苷 Rg2 的抗缺氧与阻滞钙超载相关。

在实验中观察到人参皂苷 Rg2 冻干粉针明显增加动静脉血氧含量,使心肌组织对氧的利用率增加。这是人参皂苷 Rg2 的保护心肌免受损伤的另一种机理。但其作用途径与硝酸甘油不同,后者仅使动脉血氧含量增高。业已证明,硝酸甘油通过减慢心率,使心肌耗氧量减少,保护其心肌细胞。因此,硝酸甘油对动脉血氧的影响是通过减慢心率、心肌耗氧减少、血液中氧含量相对增加实现的。既往研究表明^[9-10],心肌缺血状态下,人参皂苷 Rg2 对心率无影响。由此认为,人参皂

苷 Rg2 冻干粉针对血氧含量的增高是心肌对氧利用率增加所致。

另外,也有不同的报道^[11],人参皂苷 Rg2 使正常麻醉犬的心率减慢,对动静脉血氧无影响。至于正常与心肌缺血两种不同状态下,或得到相反的结果,其原因有待进一步研究。总之,本实验中观察到,人参皂苷 Rg2 冻干粉针明显改善心肌缺血程度及其范围以及减少心肌梗死面积。此作用的主要途径与通过心肌对氧利用率增加和增强 SOD 活力、清除自由基相关。

我们曾研究了人参皂苷 Rg2 冻干粉针的毒性(待发表),结果犬静脉最大耐受量为 375 mg/kg,以药效剂量 2 mg/kg 为计其安全系数为 1/187.5 非常安全;而丙二醇混合溶媒助溶的人参皂苷 Rg2 最大耐受量为 100 mg/kg,其安全系数为 1/100,两者间差别很大。由此可见,前者的安全性远大于后者,还可有增加剂量、提高药效的空间,为缺血性疾病急性期急症用药,提供药理学依据。

参 考 文 献

[1] 龚翔,陶一江.溶栓联合独参汤治疗急性心肌梗死疗效分析[J].陕西中医,2007,28(2):145-147.
[2] 王娟,刘志成.补阳还五汤加减治疗气虚血瘀型胸痹 30 例[J].世界中西医结合杂志,2010,5(7):612-613,615.
[3] 陈维琴.益气养阴活血法对稳定型心绞痛患者血液流变的影响[J].陕西中医,2011,32(2):165-166.
[4] 胡云.参芪健心汤治疗稳定性心绞痛患者的临床疗效观察[J].河北医学,2011,17(5):657-659.
[5] 刘洁,吕文伟,张志伟,等.人参皂苷 Rg2 对犬急性心源性休克的治疗作用[J].中国病理生理杂志,2001,17(9):913-915.
[6] 李仪奎.中药药理实验方法学[M].上海:上海科学技术出版社,1991:120-129.
[7] 朱愉,多秀瀛.实验动物的疾病模型[M].天津:天津科技

翻译出版公司,1997:132-140.

- [8] 田建明, 郑淑秋. 人参皂苷 Rg2 对培养心肌细胞内游离 Ca²⁺含量的影响[J]. 中国药理学通报, 2003, 19(11): 1320.
- [9] 吕文伟, 刘洁. 20-(S)和 20-(R)人参皂苷 Rg2 对心源性休克犬血流动力学和血氧含量的影响[J]. 中草药, 2003, 34(3): 254-256.

- [10] 刘洁, 吕文伟. 人参皂苷 Rg2 对失血性休克犬血流动力学的影响及抗脂质过氧化作用[J]. 中国中药杂志, 2001, 26(8): 556-558.

- [11] 孙文娟, 刘洁. 人参皂苷 Rg2 对麻醉开胸犬血流动力学的影响[J]. 中成药, 2004, 26(10): 824-828.

(收稿日期 2015-04-01)

·临证经验·

养血祛风法治疗荨麻疹的临证体会

刘金星

(嘉应学院医学院附属医院, 广东 梅州 514030)

中图分类号: R758.24 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-1021-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.030

【关键词】 养血祛风法 荨麻疹

荨麻疹俗称“风疹块”,是由于皮肤、黏膜小血管反应性扩张及渗透性增加而产生的一种局限性水肿。主要特点是皮肤出现红色风团,瘙痒,很快消退,不留疤痕,但反复发作,影响学习、工作。常由食物、药物、吸入物、感染、物理因素、精神因素等引发。发病机制为肥大细胞活化脱颗粒、释放组胺、合成细胞因子及炎症介质等引起血管扩张及血管通透性增加,导致真皮水肿。这是荨麻疹发病的中心环节。西医常采用抗组胺药、糖皮质激素、免疫抑制剂等治疗,但效果常不确切。中医治疗该病有悠久历史,积累了丰富的经验,认为该病有多种类型,血虚受风是主要的原因,治疗以养血祛风为主。按风邪兼夹寒热的不同又可分为血虚风寒与血虚风热两种,对风寒证用荆防四物汤治疗,对风热证用丹银四物汤治疗。

1 病因病机及症状表现

血虚受风常认为是荨麻疹的主要原因。血虚常有面白神疲,心悸失眠,健忘等症状。但根据临床观察,许多患者体质强壮,并没有血虚症状,却也发作这种症状,说明非只血虚可引起此病。临床许多患者在旅游、剧烈运动或感冒后出现荨麻疹症状,这一规律提示可能为剧烈活动或发热,出汗较多,津液消耗,因“津血同源”,导致气血相对不足。“正气存内,邪不可干”,“邪之所凑,其气必虚”,因大量出汗,导致“气随津脱”,正气不足,腠理开泄,风邪随之进入,伏于腠理。《诸病源候论·风瘙身体瘾疹候》曰“邪气客于皮肤,复逢风寒相折,则起风瘙瘾疹”。故血虚受风,风邪伏于腠理形成荨麻疹。临床分为风寒、风热两种类型。风热证风团色红,瘙痒剧烈,遇热加重,恶风微热,口渴心烦,舌红苔黄,脉浮数。风寒证皮疹淡红色,受凉加重,恶风寒,舌

淡苔白,脉浮缓。许多患者就诊时寒热症状多不典型,根据笔者经验,洗热水澡时,瘙痒症状减轻为风寒,加重则为风热。

2 治疗方法

“治风先治血,血行风自灭”。因血虚为根本,故予四物汤养血润燥,风寒证用荆芥,防风辛温祛风;风热证用金银花、连翘辛凉祛风。因温邪易入血形成血热,故加入丹参、凉血养血、清心安神。加减治疗,如果老年体弱,多有气血不足,常兼见气滞血瘀,故加入少量活血化瘀及补气养阴药物;若青壮年体质壮实,常汗出伤津,可加生脉散生津敛汗;若卫表不固,体虚易感冒,常加入玉屏风散,益气固表;若火热扰心,伴心烦失眠等症状,常加入炒酸枣仁、柏子仁养心安神;若血热生燥,伴皮肤干燥,肌肤甲错,加重凉血活血润燥药物;若夹湿明显,常加入苦参、通草等合消风散祛湿药物。

3 病案举隅

3.1 病案 1 郭某,女性,29岁,2013年10月15日就诊,患者反复皮肤瘙痒1个月,1个月前曾有急性上呼吸道感染,上感症状缓解后,出现皮肤瘙痒,瘙痒部位出现红色风团,以胸背部明显,抓挠后出现红色丘疹,稍红,略高于皮肤,无渗出,无畏寒发热、出汗、头痛、身痛、咳嗽、咳痰、恶心、呕吐、腹泻,有心悸、失眠,略有烦躁。若天气炎热及洗热水澡,则症状加重,天气凉爽及洗凉水澡时症状明显减轻。予氯苯那敏及西替利嗪治疗无明显效果,舌红,苔白,脉细数。血常规及血生化检查均正常,胸片未见异常。诊断荨麻疹,血虚受风、风热证,治以养血润燥、辛凉祛风。药用丹参 18 g,金银花

(下转第 1024 页)

信息化系统在区县医院院前急救中的应用效果分析*

周先平¹ 徐琛^{2△}

(1. 重庆医科大学附属第一医院, 重庆市綦江区人民医院, 重庆 410420; 2. 重庆工商大学医学院, 重庆 400067)

中图分类号: R278 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-1022-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.031

【摘要】目的 探讨信息化系统在区县医院院前急救中的应用。**方法** 比较启用 120 急救信息化系统前后 1 年相同时间段 60 s 内完成接听呼救电话数、180 s 内发出出车指令后出车次数、完成院前院内衔接人数, 以及患者各病种的接诊人数与相应的康复出院率。**结果** 使用后 60 s 内完成接听呼救电话率、180 s 内出车台次率及院前院内衔接率分别为 43.80%、79.13%、58.85%; 使用前分别为 39.42%、56.72%、19.63%, 二者差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。使用后心血管疾病康复出院率、猝死抢救成功出院率及脑外伤康复出院率分别为 99.16%、8.06%、98.59%; 均分别高于使用前的 97.83%、1.82%、97.10% ($P < 0.05$)。**结论** 信息化系统具有通讯指挥调度功能, 统计结果表明信息化可大大缩短急救呼叫反应时间, 提高抢救成功率, 在医院院前急救中具有重要作用。

【关键词】 院前急救 信息化系统 信息化效果评价

The Analysis on the Effects of the Information-system Application in Pre-hospital Emergency ZHOU Xianping. The First Affiliated Hospital Chongqing Medical University, Qijiang District Peoples Hospital in Chongqing, Chongqing 410420, China

【Abstract】Objective: To explore the application of pre-hospital emergency information system in hospitals of the districts and counties. **Methods:** The following data in the same period before and after 1-year application of 120 emergency information system was compared; the number of successful call-answering within 60 s, the number of sending ambulance after order sending, the number of Join between hospital and pre-hospital, the number of reception with different disease and their respective rate of rehabilitation. **Results:** The rate of successful call-answering within 60 s, the rate of sending ambulance after order sending, the rate of Join between hospital and pre-hospital are 43.80%, 79.13% and 43.80% respectively compared with the data before using the system 39.42%, 56.72% and 19.63% respectively, which have significant differences. After using the system, rehabilitation hospital discharge rate of cardiovascular disease, success rate of sudden death hospital rescue and hospital discharge rate of brain injury rehabilitation are 99.16%, 8.06% and 99.16% respectively compared with 97.83%, 1.82% and 97.10% respectively before using. **Conclusion:** information system has the function of communication, dispatch, and command. the statistical results show that the information can greatly shorten the response time of the emergency call, improve the success rate of rescue, and plays an important role in the pre-hospital emergency hospital.

【Key words】 Pre-hospital first aid; Information system; The effect of informatization evaluation

院前急救信息化是通过指挥调度系统、急救医疗信息库、车载系统等共同实现的急救人员可通过车载系统调用急救医疗信息库中的相关资源, 对患者迅速作出正确的诊断并制定出合理的救治方案, 同时通过该信息网络传送到指挥调度中心和各属(医院)急救

站、车载, 组成完善的急救救治信息网络和系统^[1-2]。

綦江区位于重庆市南部, 区境东西宽 71 km, 南北长 82 km, 面积 2747.8 km², 辖 5 个街道、25 个镇。其辖区有公路干线 30 余条, 多属山区, 弯多、路窄。由于受到此交通状况、值班车辆和布局、通讯等因素的影响, 导致重庆市綦江区人民医院(本院)急救“平均应急反应时间”较长。因此经过多年的探索及多方考察, 去年本院与某公司合作, 共同开发了一套 120 急救信息化

* 基金项目: 重庆市科委资助项目(cstc2013jcsf0126); 重庆市綦江区科委资助项目(2012.228)

△通信作者(电子邮箱: 1149314518@qq.com)

系统,该系统具有卫星定位、急救信息数据库、与现场医疗进行数据图像传递、实时监控等特点,实现了远程会诊,从而方便急救中心与现场医务人员分享信息,共同分析处理患者,有效提高了抢救成功率。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本院急救信息化系统应用后(使用组),对 2013 年 3 月至 2014 年 2 月接听呼救电话数、发出急救车次及院前院内衔接数据进行统计,并与上年度相应时间段内(2012 年 3 月至 2013 年 2 月)尚未应用急救指挥系统的急救数据进行作为对照(对照组)。

1.2 指标计算 接听呼救电话数及 60 s 完成率、接指令后出车次数及 180 s 内出车率、院前院内衔接人数及 180 s 内衔接率(见表 1)。同时对两组所接患者的病种进行分类统计,计算其相应的康复出院率(见表 2)。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件。分类计数资料用率来进行描述。采用 χ^2 检验比较信息化系统使用前后的急救效率和效果分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 60 s 内完成接听呼救电话率、180 s 内出车台次率及院前院内衔接率比较 见表 1。使用组 60 s 内完成接听呼救电话率、180 s 内出车台次率及院前院内衔接率均高于对照组($P < 0.01$)。

表 1 两组使用急救信息化系统使用前后的急救反应效率

组别	接听呼救电话数(A组)		接指令后出车次数(B组)		院前院内衔接人数(C组)	
	电话总数(次)	60 s 内完成(%)	出车总数(次)	180 s 内出车(%)	患者总数(n)	180 s 内衔接
使用组	7144	3129(43.80) [△]	5779	4573(79.13) [△]	5796	3411(58.85) [△]
对照组	6692	2638(39.42)	5321	3018(56.72)	5191	1019(19.63)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.01$ 。下同。

2.2 两组者的病种分类及康复情况比较 见表 2。结果显示使用组心血管疾病康复出院率、脑外伤康复出院率、现场猝死抢救成功率均高于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组使用急救信息化系统前后患者的病种分类及康复情况比较 n(%)

组别	心血管疾病	各种中毒	现场猝死	普内科	脑外科	骨科	普外科
使用组 接诊	1069	412	124	1169	854	815	1363
康复出院	1060(99.16) [△]	410(99.51)	10(8.06) [△]	1166(99.74)	842(98.59) [△]	815(100.00)	1363(100.00)
对照组 接诊	922	396	110	1048	897	526	1294
康复出院	902(97.83)	393(99.24)	2(1.82)	1042(99.43)	871(97.10)	526(100.00)	1294(100.00)

3 讨论

3.1 信息化系统缩短调度时间,为院前急救赢得宝贵时间 院前急救的目的为在急、危、重症患者的发病初期给予及时有效的现场救治,并快速护送到医院进行

进一步治疗,实现这一目的的重要环节就是急救调度,为院前急救快速有效地开展工作提供保障^[3]。许多基层医院以往的急救都是由出诊小组完成,且一些乡镇和农村的伤病员由于远离城区,使调度中心对呼救电话内容不够清楚与准确以及对所在地理位置不够熟悉,从而延误出车时间与救治时间^[4-5]。启用信息化系统后,调度中心可准确记录该辖区内急救资料信息,遵循就近调度急救力量,使应急反应时间大大缩短,提高了接听呼救电话效率,并显示急救地点及地理图形,急救车位置及动态,自动生成科学急救派车单,因此 180 s 内迅速出车台次率显著多于以往传统急救模式,为抢救赢得宝贵时间,尤其是伤后最初 10 min 即展开的现场急救措施,对伤员救治的成功和成功率和预后有决定性的作用^[6]。

3.2 信息化系统加快信息传递,为院前院内急救提供信息保障 以往现场救援人员在接诊患者前,无法根据患者病情准备急救及抢救措施,只能在接触到患者后才了解患者的病情,这样就耽误了诊疗和抢救的时间;且在救护车接到伤患者后,又无法将患者病情变化迅速有效地告知院内急诊科。院前急救信息化系统应用以后,本院院内急诊与现场医疗可进行数据、图像传递,并实时监控患者病情变化,又能及时、快速、准确地掌握患者信息与情况,院内急诊可提前做好接诊准备,并通知专科接诊急、危、重病患者,大大减少二次调度的时间耽搁^[7],提高了院前院内患者衔接率。特别是心血管疾病、猝死、脑外伤等需要进行专业有效的紧急救护的患者,更需要提高急救效率,从表 2 可知,与对照组比较,心血管疾病、猝死、脑外伤等康复出院率都有比较明显的增加,提高了急救效率。

将现代信息技术运用于院前急救,可以实现院前急救中现场医疗救援与转运过程的实时监控、数据库支持和标准化操作以及无线指导现场抢救治疗^[8],促进了急救医疗水平与技术的提高,为急、危、重病患者带来极大便利并提供有效保障,这也是现代院前急救医学的发展方向。

参考文献

- [1] 谢钢,宁晔,桑宝珍,等.构建急救信息化体系,提高急救医疗救治水平[J].中华急诊医学杂志,2007,16(1):101-103.
- [2] 廖安平,彭金凤.江西省新余市紧急救援中心.浅谈院前急救网络化、专业化[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(22):124-125.
- [3] 秦国良,路剑新,李华,等.现代急救信息化网络化无线联网终端在提高抢救成功率方面的作用[J].创伤外科杂志,2009,11(1):56-58.
- [4] 陈代斌,邓菊凤,黄成柏,等.浅谈基层院前急救网络[J].中华综合临床医学杂志,2007,9(3):66-67.
- [5] 鄢洁兰.对二线城市院前急救网络运行机制的探讨[J].西南军医,2009,11(7):753-755.

- [6] 杨萍芬, 陈志. 论城市院外急救网络社区[J]. 中国急救医学, 2001, 21(10): 619-620.
- [7] 于海玲, 关金保, 赵永春, 等. 我国院前急救网络建设原则的探讨[J]. 中华急诊医学杂志, 2007, 16(11): 1227-1228.

- [8] 吕传柱, 金世红, 黄航. 院前急救网络技术的应用—现场救援的实时监控、数据库支持和标准化操作[J]. 中华急诊医学杂志, 2005, 14(7): 612-614.

(收稿日期 2015-03-20)

(上接第 1021 页)

10 g, 连翘 10 g, 当归 10 g, 生地黄 10 g, 白芍 10 g, 川芎 6 g。服 5 剂药后, 瘙痒症状明显减轻, 复诊诉仍有烦躁、失眠, 加入炒枣仁 18 g, 继服药 5 剂症状缓解。随访 1 年无复发。

按: 患者青年女性, 平素体虚易感冒。本次上呼吸道感染症状缓解后, 仍有风邪留于体表, 血虚受风, 形成荨麻疹, 因洗热水澡症状加重, 故辨为血虚风热型。予金银花, 连翘辛凉祛风, 四物汤养血润燥, 风邪入里化热, 故烦躁, 心悸、失眠, 用生地黄凉血养阴, 丹参凉血, 活血, 清心。复诊仍有烦躁、失眠, 说明心肝血虚, 加入炒酸枣仁 18 g, 养心安神。全方养血不留瘀, 辛凉祛风, 故荨麻疹得以痊愈。

3.2 病案 2 闻某, 男性, 42 岁, 2011 年 5 月就诊, 反复皮肤瘙痒 2 年余, 2 年前外出旅游时出现皮肤瘙痒, 有淡红色不规则团块, 下肢明显, 就诊时下肢皮肤满布抓痕及血痂, 剧烈瘙痒, 反复搔抓, 洗热水澡时减轻, 寒冷天气时明显。严重影响工作和生活, 痛苦不堪, 虽四处求医, 反复服用抗过敏药物, 仍反复发作, 舌淡红, 脉沉细。诊断慢性荨麻疹, 血虚风燥、风寒证, 治以养血润燥、辛温祛风。药用荆芥 6 g, 防风 6 g, 当归 10 g, 熟地黄 10 g, 白芍 10 g, 川芎 6 g。服药 1 周后瘙痒症状减轻, 血痂减少, 露出部分正常皮肤, 仍有部分皮肤瘙痒, 抓破后渗出液较多, 加入苦参 10 g, 通草 10 g, 党参 18 g, 黄芪 30 g, 白术 10 g, 茯苓 15 g, 继服 7 剂, 下肢瘙痒消失, 结痂渐消退。

按: 该患者男性, 身材高大, 身体肥胖, 平时运动较少, 汗出较多, 应有气虚湿滞的病因, 旅游时出汗多且易受风寒侵袭, 风寒湿邪结聚体表, 瘙痒明显, 湿性趋下, 故下肢较重, 湿性缠绵, 经久不愈, 辨证为血虚风寒证。治疗采用四物汤养血润燥, 荆芥、防风辛温祛风, 因风湿结合, 但用风药, 湿气未去, 故复诊时加入党参、黄芪、白术补气健脾, 茯苓、苦参、通草祛湿利尿, 使风湿尽去而病愈。

药理研究证实, 上述方剂中多种药物具有抗炎抗过敏作用, 连翘提取物能减少肥大细胞脱粒及组胺的释放, 抑制 T 淋巴细胞增殖和白细胞介素-4(IL-4)的合成, 减轻猪幼仔过敏反应^[1]。徐元翠发现贯叶连翘提取物明显抑制二甲苯致小鼠耳廓肿胀, 抑制大鼠棉球肉芽肿的重量, 减少小鼠在注射甲醛后的舔足时间, 减轻甲醛所致小鼠足趾肿胀, 具有明显的抗炎作用^[2]。胡竟一等发现连翘壳水煎剂有抗二甲苯所致小鼠耳肿胀

的作用, 其大孔树脂吸附物及连翘多酚有相近效果, 而连翘种子提取物无明显作用^[3]。王林青等研究显示, 金银花提取物对大鼠由蛋清引起的局部急性炎症有明显的抑制作用, 随时间的延长, 抗炎作用逐步增强, 效果与地塞米松及皮炎平相当^[4]。崔晓燕等报告金银花水提取物显著抑制角叉菜胶所致大鼠足肿胀, 还可显著降低渗出液中前列腺素、组胺、5-羟色胺与丙二醛的含量, 表明金银花的抗炎机理与抑制炎症介质合成释放有关^[5]。梁生旺等研究金银花的药效指纹图谱, 发现甲醇提取物对二甲苯致小鼠耳肿胀的抗炎作用最佳^[6]。防风有效部位能明显减轻小鼠炎症所致腹腔毛细血管通透性, 减少渗出液, 降低血浆黏度^[7]。Tahara 等报道, 四物汤对被动致敏小鼠的迟发相和极迟发相皮肤反应有抑制作用^[8]; Yue Dai 等发现四物汤可以抑制组胺释放, 具有抗炎作用^[9]。上述药物能针对荨麻疹的发病机制的各个环节发挥作用, 故其治疗荨麻疹具有很好效果。

综上所述, 血虚受风为荨麻疹常见原因, 辨证可分为风寒与风热两种类型, 按养血祛风法为治疗原则, 选用荆防四物汤及丹银四物汤治疗, 具有很好疗效。

参 考 文 献

- [1] Hao Y, Li DF, Piao XL, et al. Forsythia suspense extract alleviates hypersensitivity induced by soybean β -conglycinin in weaned piglets[J]. J Ethnopharmacol, 2010, 128(16): 412-418.
- [2] 徐元翠. 贯叶连翘提取物抗炎镇痛作用实验研究[J]. 中国药师, 2010, 13(10): 1435-1436.
- [3] 胡竟一, 雷玲, 余悦, 等. 连翘的抗炎解热作用研究[J]. 中药药理与临床, 2007, 23(3): 51-52.
- [4] 王林青, 崔保安, 张红英, 等. 中药金银花提取物抗炎作用研究[J]. 中国畜牧兽医, 2008, 35(8): 82-84.
- [5] 崔晓燕, 王素霞, 候永利. 金银花提取物的抗炎机制研究[J]. 中国药房, 2007, 18(24): 1861-1863.
- [6] 梁生旺, 崔永霞, 王淑美, 等. 金银花的 HPLC 药效指纹图谱研究[J]. 中草药, 2006, 37(10): 1489-1493.
- [7] 李文, 李丽, 是元艳, 等. 防风有效部位的药理作用研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2006, 12(6): 29-31.
- [8] Tahara E, Satoh T, Torizuka K, et al. Effect of Shimotsu-to (a Kampo medicine Si - Wu - Tang) and its constituents on triphasic skin reaction in passively sensitized mice[J]. J Ethnopharmacol, 1999, 68(1-3): 219-228.
- [9] Dai Y, But PP, Chan YP, et al. Antipruritic and anti-inflammatory effects of aqueous extract from Si-Wu-Tang[J]. Biol Pharm Bull, 2002, 25(9): 1175-1178.

(收稿日期 2015-02-12)

叶天士“久病入络”思想与带状疱疹后遗神经痛的治疗

赵真宜 刘耀纶 朴益熙 谷晓红 赵岩松[△]

(北京中医药大学, 北京 100029)

中图分类号: R275 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-1025-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.032

【关键词】 带状疱疹后遗神经痛 叶天士 久病入络 临证指南医案

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒引起的急性疱疹性皮肤病。病变区域疼痛是其主要症状,患者可有发疹前、发疹中、发疹后急性疼痛及皮损消退后疱疹后遗神经痛(PHN)。患者常因疼痛剧烈,难以忍受而彻夜难眠,部分患者疼痛持续时间较长,甚至可长达数月或数年,严重影响着工作和生活。单纯带状疱疹引发的急性疼痛,中西医治疗均有一定的疗效。但对于 PHN,国内外目前尚无确切有效的控制方法。西医主要采用药物止痛、营养神经、及神经阻滞治疗,但均存在着一定的局限性。笔者从叶天士“久病入络”思想入手,借鉴“久病入络”与痛的关系,探讨以治络之法治疗带状疱疹后遗神经痛的可行性。兹介绍如下。

1 “久病入络”思想的历史渊源

叶天士在《内经》《伤寒论》思想的启迪下,重视从“络”辨治诸病。《临证指南医案·卷三木乘土》中有“思初病在气,久必入血,以经脉主气,络脉主血也”。并强调“脏腑经络气血,须分晰辨明”;《叶案存真》中有“夫治病先分气血,久发频发之恙,必伤及络,络乃聚血之所,久病血必瘀闭”;《临证指南医案·诸痛·庞案》中提出“医不明治络之法,则愈治愈穷矣”。可见,叶天士已从病机治法的角度对从络识病作了明确阐述,对络病理论贡献卓著。后人将其治法总结为补虚通络法、辛味通络诸法:辛润通络法、温润通络法、辛温通络法与虫类通络法、藤类通络法等数种。《临证指南医案》中明确提出了“久病(病久)入络”、“久痛入络”的概念。

络病理论始萌《内经》、《灵枢·脉度》首次阐述了络脉的定义,云“经脉为里,支而横者为络,络之别者为孙”。络为从经脉中分行而出的横行者。《素问·调经论》云“风雨之伤人,先客于皮肤,传入于孙脉,孙脉满则传入于络脉,络脉满则传入于经脉”。《灵枢·百病始生》

云“邪客于皮则腠理开,开则邪入客于络脉,络脉满则注于经脉,经脉满则入舍于府藏也”,“是故虚邪之中人也,……留而不去,传舍于肠胃之外、募原之间,留着于脉,稽留而不去,息而成积。或着孙脉,或着络脉……”提出了“络”的概念,指出邪气由皮中络,由络入经进而及脏的传变规律,也反映出络的细微屈曲,邪气宜于停留伏藏,药力难以到达的特点。《灵枢·血络论》载“黄帝曰:愿闻其奇邪而不在经者。岐伯曰:血络是也”。奇邪由经溢于血络并驻留的说法,为“久病入络”思想奠定了络脉与络病的理论基础。

张仲景在《金匮要略》中对于肝着、虚劳、黄疸、疟母、痹证、月经不利等疾病病机的认识,实为《内经》久病则邪驻于络的思想体现。《临证指南医案·痰饮》篇中,叶氏治疗 1 例悬饮胁痛久病,指出“久恙必入络,络主血”,辨其为饮邪入络,血络受伤,“录仲景旋覆花汤,加柏子仁归须桃仁”。《积聚》篇“症邪久留,结聚血分成形”,“取虫蚁迅速飞走诸灵,俾飞者升,走者降血无凝着,气可宣通,与攻积除坚,徒入脏腑者有间”的“缓攻通络”法,及在《疟篇》,释仲景方“鳖甲煎丸,方中大意,取用虫蚁有四,意谓飞者升,走者降,灵动迅速追拔沉混气血之邪,盖散之不解,邪非在表,攻之不驱,邪非着里,补正却邪,正邪并树无益”更赞“圣人另辟手眼,以搜剔络中混处之邪,治经千百,历有明验。”彰显叶氏承仲景之意,发展了久病治络的思路。而“久病入络”与痛的关系也是我们此理论用于 PHN 治疗的重要理论依据。

2 叶天士之“络”

《临证指南医案·诸痛》篇中提出“痛为脉络中气血不和,医当分经别络”。现代医学中络脉是经络系统的分支,包括十五别络、孙络和浮络等内容,而笔者认为叶氏之络,可理解为血脉细小枝节难通之处,亦是久病邪之所聚之所。叶天士对于“络”的概念皆遵从《内经》

[△]通信作者(电子邮箱: zyschn@163.com)

之义。《内经》指出“络”为经之“支者”。《说文》曰“支，去竹之枝也”。离开竹干的竹枝，即竹节上叉生的细竹枝。“支”的特点一为旁生，一为细。叶天士认为初病时无形邪气流注于经脉中，待“无形之邪久延”而“致有形”则混处于营血之中。“邪属无形。先着气分。……但无形之邪。久延必致有形。由气入血”。《叶天士医案精华·湿》有“有形实邪随营血而行，虽可通行于宽大之经脉，但行至于细小之络脉，则因瘀而闭，络即病。故叶天士之“络”即是血脉细小枝节难通之处，脏腑之络、体表之络，皆可“久病入络”。《内经》有“阳络伤则血外溢，血外溢则衄血；阴络伤则血内溢，血内溢则后血”。高士宗注《内经》云“络有阴阳，阴络在内，内系于经；阳络在外，外浮于皮”。唐容川明确说明“阴络者，谓躯壳之内，脏腑、油膜之络，……，阳络者，谓躯壳之外，肌肉、皮肤之络”。“久病入络”思想不仅可以指导治疗心络、肝络、胃络等阴络之疾，亦可治疗皮肤斑疹、出血、疼痛等体表阳络病变，如热毒久郁，络脉损伤的以皮肤瘀点、瘀斑或荨麻疹样皮疹为主要表现的过敏性紫癜^[1]，或阴虚热毒瘀络以皮肤黏膜损害为主发为红斑、疼痛的红斑狼疮^[2]。

3 “久病入络”与痛

“久痛必入络”的提法见于《临证指南医案·诸痛》，类似说法亦多次出现于《胃脘痛》《癥瘕》及《胁痛》诸篇，皆用于阐述以疼痛为主症的病证机理。由此可知，“久病入络”与痛有着密切的关系。《难经·二十二难》“气留而不行者为气先病也，血壅而不濡者为血后病也”。无论风、寒、湿、热、毒等外邪侵犯，或饮食劳作、七情内伤、气血虚馁，多先致气机不利，而病久一则气滞血瘀，二则邪气化热炼痰成瘀。若以经、络分，新病可致经气不利而疼痛拘急，久病必致血瘀停滞而在络，即“气既久阻，血亦应病，循行之脉络自痹”，“痹者，闭而不通之谓也，正气为邪所阻，脏腑经络不能畅达，皆由气血亏损，腠理疏豁，风寒湿三气得以乘虚外袭，留滞于内以致湿痰，浊血流注凝涩而得之”。可见，气血亏耗也是络痹的原因之一。《临证指南医案》中指出脉络不通是造成慢性病中持续性疼痛的原因之一，“痛为脉络中气血不和”，“气血皆瘀，则流行失司，所谓痛则不通也”。脉络不通，不通则痛，故“久病入络”“久痛入络”所致的疾病，多兼有疼痛症状，即叶天士所说“络中气血，寒热虚实，稍有留邪，皆能致痛”。如《痰饮》篇患者“肝络久病，悬饮流入胃络，致痛不已”；《胃脘痛》篇席某，“经几年宿病，病必在络”；《胁痛》篇曰“胁痛三年，亦因久病在络，气血皆窒而致”。故在临床上，从“久病入络”的思想认识疾病，可以指导治疗多种慢性伴疼痛的疾病。如用于治疗糖尿病周围神经病变(DPN)^[3]、冠心病心绞痛^[4]、妇科盆腔瘀血^[5]，下腹疼痛等，用药如延胡

索、红花、桃仁、水蛭、土鳖虫、鸡血藤、旋覆花等。

4 “久病入络”与带状疱疹后遗神经痛

PHN^[6]常发生在带状疱疹皮疹消退后 1 个月或 3 个月以上，仍持续疼痛，可达数月或数年。从疼痛特点、病程、病机演变规律等方面均与络病疼痛相似。多数学者认为气滞则血瘀，经络阻遏，血行不畅，气血凝滞，不通则痛是本病的着眼点^[7-9]。从叶天士“久病入络”的思想来看，此病符合阳络闭阻，不通则痛的病机。急性期时，邪毒内犯经脉，阻滞经气，煎灼津液，久则炼痰成瘀。疾病后期，邪毒已解，痰瘀停滞胶着于细微屈曲之络脉。如叶天士指出“初病在经，久痛入络，以经主气，络主血”。由于络脉支横别出、逐层细分、网状分布、气血流缓的特点，更易使瘀血停滞，发生阻塞。从临床证候看，神经痛、刺痛、牵涉痛、夜间痛剧且迁延不愈等都符合络脉瘀阻不通的致病特点。而夜间痛甚的特点也与说明病在血分。PHN 与“久病入络”络脉不通的病机吻合，且其疼痛剧烈且迁延不愈，属于临床上慢性伴疼痛的疾病，故可借鉴叶天士治络之法治疗。

5 PHN 络病的用药特点

络病治疗多选藤类和虫类通络药。如藤类通络：藤类生性盘根错节，缠绕蔓延，四面施展，犹如网络，纵横交错，无所不至，其形如络脉。从中医学取类比象的角度来讲，藤类有“舒展、蔓延”的特性，故其善走经络，善通瘀滞^[10]。《本草便读》云“凡藤蔓之属，皆可通经入络”。因此，可以用于治疗久病不愈，邪气入络，络脉不通的 PHN，以藤类药通络散结。常选用的藤类药有鸡血藤、海风藤、忍冬藤、络石藤、大血藤、夜交藤等。且多数藤类药具有辛通之性，能宣散开达腠理，润行津液，以通气血。而“辛润宣通”为叶氏治络之基本大法。虫蚁通络：虫蚁类药均有通络作用，可以搜剔络脉深处顽固之邪，属于络病之峻攻法，故为治疗 PHN 疼痛剧烈且迁延不愈之佳品。多选用虻虫、全蝎、土鳖虫、穿山甲等。现代药理研究发现，全蝎有镇痛及抗血栓形成的作用；虻虫有活化解溶系统的作用，这些都为虫类药在通络方面的应用提供了实验依据^[11]。由藤类药养血活血，通中有润；虫类药走窜止痛，力强性缓，二者合用，在通络基本作用基础上实现了攻补兼施的治疗特色。

6 典型病例

病案：朱某，男性，68 岁，于 2014 年 9 月 23 日出诊。患者于 1 年前右肋肋患带状疱疹，经中西医结合治疗后皮损消失，但疼痛不止，以灼痛为主，日轻夜重，以手轻拂或衣物碰触患处皮肤即疼痛难忍。纳食尚可，夜寐欠安。检查：胸口、脐腹有大片带状深红色瘢痕，前后均未超过正中线，苔薄白，舌质紫红，舌下脉络瘀黑，脉弦（下转第 1028 页）

吴瑭应用清胆络法治疗头痛探析

王萍萍¹ 张景凤² 傅 强²

(1. 天津中医药大学, 天津 300000; 2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津 300193)

中图分类号: R249 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-1027-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.033

【关键词】 吴瑭 《吴鞠通医案》 少阳头痛 清胆络法

头痛一病在《吴鞠通医案》中已有 1 篇, 亦可散见于他篇中, 吴瑭言头痛病共有 16 则医案, 并将此病辨为阳虚头痛、少阳头痛、肝风头痛、胆络头痛、寒湿头痛等, 施以辛甘化阳法、清胆络法、辛甘化风法、滋阴息风法等。在《医案》中, 吴瑭常常以少阳胆络合称, 故笔者认为, 少阳头痛即胆络头痛, 二者病机相似, 皆治以清胆络之法。兹介绍于下。

1 少阳与肝胆浅论

“阳气未大, 故曰少阳”。王冰认为少阳即是阳气初生之意。《金匱要略》注“少阳之时, 阳始生, 天得温和”。《素问·阴阳离合论》云“厥阴之表明曰少阳, 少阳之跟起于窍阴, 名曰阴中少阳”。显而易见, 少阳与肝胆密切相关。经云“肝者, 为阳中少阳, 通于春气”。《玉机真脏论》又曰“肝也, 东方木也, 万物之所以始生也”, 肝五行属木, 功能藏血主而疏泄, 体阴而用阳, 与春生之气相应。《东医宝鉴》云“肝之余气, 溢入于胆, 聚而成精”。肝胆为表里, 虽言胆腑肝脏, 但胆内藏于肝, 胆汁为肝气所化, 亦五行属木。李杲在《脾胃论》中言“胆者, 少阳春生之气, 春气生则万化安, 故胆气春升, 余脏从之”。胆腑通于天气, 冬至一阳生之季胆气乃生, 少阳胆气生发正常, 虽其阳气细微, 但寓有轻清冲和之气, 又禀清阳上升之性, 阳动春生, 万物发陈, 故《六节藏象论》曰“凡十一脏, 皆取于胆也”。胆属甲木为“中精之腑”, 其液润煦上下, 又为“中正之官”, 禀春生之气, 启动枢机, 与肝气相合。周学海在《读医随笔》言“凡脏腑十二经之气化, 必借肝胆之气鼓舞之, 始能调畅而不为病”。概言之, 少阳系之肝胆, 肝胆同为风木之脏腑, 为一身之气之源, 共主调节周身气机。

2 少阳头痛病因病机

《医案》中少阳头痛病因可分为外感和内伤, 外感者, 乃外界六淫邪气引动少阳郁热, 如孙案“少阳头痛, 因暑而发”; 内伤因“抑郁不舒”“因怒”而起, 多与情志相关。热病医者常辨其虚实, 少阳郁热头痛者多为实热, 尹氏案“头痛时微时盛, 向来时发时止, 已非一日,

乃少阳络病, 虚风内动”, 所言虚风为肝阴虚之风, 其病之本为少阳郁热随风上扰头目。吴瑭在《医医病书》论“胆为少阳, 主升阳气之先, 转输一身之阳气, 体本阳也”。肝有藏血之功, 体本阴也, 少阳阳木为枢, 肝为阴木用阳而疏泄气机, 阴阳相应, 肝胆相互协调而使气机运行正常。若肝胆失职, 生发调达无力, 启陈之机郁闭, 气机郁滞, 则应升不升, 该降不降, 病乃生也。正如吴谦“盖肝性急而善怒, 其气上行则顺, 下行则郁, 郁则火动而诸病生矣”, 又符合《黄帝内经素问吴注》“少阳不得升生之令, 则内郁而变病”之论。朱丹溪云“气有余便是火”, 肝胆气机不畅, 则易于郁而从阳化热化火, 一则, 火热本为阳邪, 其性炎上且易生风; 二则, 肝胆为木, “风依于木, 木郁则化风”, 同气相求, 风气可助肝胆之火热上攻。《证治准绳》中论“脏腑经脉之气逆上, 乱于头之清道, 致其不得运行, 壅遏经隧而痛也”。火热之邪覆头之清明, 或壅塞头之清络而经脉满而不通, 头痛而发。不论外感内伤之因, 虚风实风之异, 少阳头痛病机可归纳为少阳肝胆郁热, 气机逆乱, 风热上攻。

3 清胆络法理论渊源

仲景云“观其脉证, 知犯何逆, 随证治之”。吴瑭亦强调先识证, 而后立法施方, 头痛为少阳胆热证, 治以清胆络法而施以羚羊角散方。经云热者寒之、实则泻之。《伤寒论》中少阳枢机不利法则和解少阳, 但 143 条少阳热入血室, 治“当刺期门, 随其实而取之”, 提出少阳病另外一种治法, 即少阳热证宜泻热除实, 已有清法之意。清代温病大家叶桂, 一生勤于临证, 用清法治疗少阳热证经验更为丰富, “肝胆风火上郁……治以清散”, 透泄少阳郁热外出。程国彭言“清者, 清其热也。脏腑有热则清之”。清胆络法属透邪法, 是吴瑭所创的透邪息风法, 其私淑叶桂之学, 在叶桂经验的基础上, 总结出少阳头痛脉症特点, 用药更为准确, 堪称精当。

4 清胆络法方药特点

吴瑭认为少阳头痛, “目系引急, 最有坏眼之虑”, 应急清少阳之热, 谨遵《内经》“急则治标”之原则, 又承

《金匱要略》“先治新病,旧病后之”之旨,正所谓“良工之治病,先治其实,后治其虚”。观其用药,有羚羊角、钩藤钩、牡丹皮、青箱子、苦丁茶、蒺藜、菊花、桑叶、薄荷、连翘、桔梗、甘草等,仅羚羊角一味为咸寒质重之品,余皆为质轻辛甘苦寒之物。思其用意,一为少阳肝胆火热之邪上炎,质轻之药与舟楫药的使用,易于直达病所,又有“轻可去实”之意;二为世人常言热病寒药,但《丹溪心法》中提出“凡火盛者,不可骤用凉药”,火热为阳邪,性本炎上、主动,肝胆之气不舒,骤用寒凉降泄之剂,不仅不出邪热,反而更伤肝胆之气,抑其生发之机;其三,经云“辛能行”、“能散”,《本草从新》又谓“辛散郁”,《药鉴》中提到“调气贵用辛凉,气属阳,无形者也,气郁发热,宜用辛凉之药以散之”。辛味药物有宣透行散之功,苦寒清热之剂中加入辛味之品,可助升散透达郁热;其四,辛甘化风为叶桂提出风火相煽,风助火势,风弱则火热之邪更易消散。总而言之,肝胆郁热,风火相煽,火热循经上扰头目,治疗时宜因势利导,如开其窗,如揭其被,应用质轻而味辛苦寒之品,清透火热之邪外出,因势而解之,散之,升之,扬之,则胆络之热除,头痛诸症可愈。

5 清胆络法与三焦辨证相关性

吴塘根据温邪发生传变规律及作用于三焦所属脏腑不同,确定病变部位及其深浅层次,创立三焦辨证

法。吴塘强调“识证真”为医者首要之事,因而在辨证方面,不论外感内伤均必辨明阴阳部位,且均可以三焦辨证为纲,如其在《医医病书》中所言“又必究其上中下三焦所损何处”。少阳头痛,病变脏腑为肝胆,但病邪上攻头目,病位在人体高之位,吴塘辨其为上焦之证。在《医案》中也有诸如“少阳胆络头痛,与清胆络之热,不犯中下二焦”“少阳胆络篇头痛,系上焦火病”之言。此外,吴塘在《温病条辨》中言“治上焦如羽,非轻不举”多用辛凉之剂,“如羽”之法也用于内伤上焦证,多用味薄质轻之品使药至病所,清透邪热而出。

6 小 结

头为清阳之位,外感六淫,内伤五贼,皆能害之。吴塘所论少阳头痛非伤寒之少阳,彼少阳证乃邪处半表半里,治宜和解。吴塘其学本于桂,不论在外感温病还是内伤杂病,继承其医学思想但不拘泥其说,用清胆络法治疗少阳肝胆郁热头痛,还用于治疗中风、癰疽、癲狂之疾,后世学者,应细心探究,知其妙而能用也。

参 考 文 献

- [1] 吴塘. 吴鞠通医案[M]. 北京:中国中医药出版社,2006:6.
- [2] 王兆凯,王兆军. 吴鞠通医案评析[M]. 北京:中医古籍出版社,2012:1.

(收稿日期 2015-03-08)

(上接第 1026 页)

紧。证属余邪未净、瘀血凝滞,脉络阻塞,不通则痛,治以疏肝解郁、活血通络,佐以清热解毒。药物为:红藤 30 g,川楝子 6 g,延胡索 15 g,忍冬藤 15 g,络石藤 15 g,赤芍 30 g,生甘草 6 g,丹参 30 g,虻虫 6 g,徐长卿 15 g,苦参 9 g,全蝎 10 g,夜交藤 30 g,贯众 9 g,郁金 15 g,生麦芽 30 g,赤小豆 30 g。服药 2 周后疼痛显著减轻,瘢痕颜色变淡,虑其湿热余邪已清,且年老正衰,上方去苦参、贯众,加入桂枝 10 g,当归 15 g,以辛甘温通,补虚通络,续服 2 个月后疼痛消失。

参 考 文 献

- [1] 朱浩宇,冯晓纯,米佳. 小儿过敏性紫癜与络病相关性的理论初探[J]. 中国中医药现代远程教育,2013,11(10):114-116.
- [2] 许善霖. 红斑狼疮皮肤黏膜损害与络病的相关性探讨[J]. 新中医,2011,43(2):12-13.
- [3] 吴以岭,高怀林,贾振华. 糖尿病周围神经病变辨治经验[A]. 中华中医药学会. 第 4 届国际中医糖尿病大会论文汇编. 中华中医药学会,2009:6.

- [4] 吴以岭. 从络病学说论治冠心病心绞痛[J]. 中国中医基础医学杂志,2001,7(4):71-74.
- [5] 茅晓. 以通络学说论治盆腔瘀血综合征之探讨[J]. 山西中医,2007,23(6):1-2.
- [6] 张学军. 皮肤性病学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:66.
- [7] 杨金德. 血府逐瘀汤加减治疗带状疱疹后遗神经痛 37 例[J]. 中国中医急症,2004,13(10):657.
- [8] 张少坡. 加味桃红四物汤治疗带状疱疹后遗神经痛 84 例临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2006,5(3):169.
- [9] 刘凤年. 卢传坚教授治疗带状疱疹后遗神经痛经验[J]. 四川中医,2007,25(4):4.
- [10] 张兰坤,过伟峰,肖婧,等. 从叶天士“络以通为用”学说谈通络药物的临床应用[J]. 中医杂志,2014,55(9):804-805,808.
- [11] 宋立人. 现代中医学大辞典[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:2256-2485.

(收稿日期 2015-03-02)

中医药论治急性心肌梗死的研究进展*

朱 尧¹ 夏 伟² 刘激激¹ 顾 宁^{3△}

(1.南京中医药大学,江苏 南京 210046;2.江苏省中西医结合医院,江苏 南京 210000;3.南京中医药大学第三附属医院,江苏 南京 210001)

中图分类号:R542.2² 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-1029-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.034

【关键词】急性心肌梗死 中医药 治疗 研究 综述

急性心肌梗死(AMI)是在动脉粥样硬化基础上,由某些诱因导致冠状动脉粥样斑块破裂,血小板聚集吸附在斑块表面形成血栓,导致冠脉官腔突然阻塞,冠脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌坏死^[1],与中医学“真心痛”和“胸痹心痛重症”类似。真心痛是指心脉骤然闭塞不通而致心胸剧痛的疾病,临床表现为剧痛不止,烦躁不安,恐惧不宁,心悸怔忡,肢冷汗出,甚则唇舌、爪甲青紫、神味不清,脉微细欲绝、乃至厥脱^[2]。真心痛,首见于《灵枢·厥病》篇“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死”。目前急性心肌梗死(真心痛)在中医药领域中的研究主要集中在病因、病机、临床治疗和实验研究等方面。现将近年来中医治疗急性心肌梗死的相关论述综述如下。

1 病因病机

1.1 病机 王新东^[3]在分析冠心病的发病机制的基础上结合中医理论,提出伏毒损脉的病机假说,认为饮食、体质、社会心理、六淫外邪与气候等因素导致的脏腑功能失调会酿生各种伏毒之邪(包括脂毒、糖毒、痰毒、瘀毒、热毒)。伏毒损伤心脉,脉络功能失调,血瘀、痰浊蕴结,心脉瘀阻,心失所养,不通则痛,不荣则痛,则发为胸痹心痛;倘若毒损心脉,痰浊、血瘀随毒引动,堵塞心脉,甚者扰动心神、伤阴亡阳,则发为心肌梗死。尚青华^[4]继承了其师陈可冀院士的“瘀毒”致病观点,认为血瘀是贯穿于冠心病发生发展过程的中心环节,也是患者处于稳态的基础病理状态,如果瘀久化热、酿生毒邪,或从化为毒,会导致瘀毒内蕴,蕴久则正消邪长,一旦外因引动、蕴毒骤发,则损肌伤肉,进而瘀和毒相互搏结,痹阻心脉,发为真心痛。并且他运用蛋白质组学进行高效解码,为找寻瘀毒病机转化的生物基础提供了技术支撑。张彬彬^[5]认为冠心病心肌梗死的病

机主要是心火炽盛,在对古代和现代医家的观点进行总结之后她提出,冠心病心梗心火炽盛的发病基础是阴虚阳盛,病理因素则是体内的痰和瘀在阴虚阳盛之体中久蕴,化热形成的痰热、瘀热。卢红蓉^[6]通过调研文献对于冠心病的病因病机做了总结性研究,发现代表性学说有血瘀论、瘀毒从化论、痰瘀互结论、心脾痰瘀相关论、脾胃相关论、络病学说等,其中血瘀论是重中之重,包括了气虚血瘀、阳虚血瘀、气滞血瘀、痰阻血瘀等不同类型的。而且各种学说无论侧重于邪实还是正虚,均强调了冠心病心肌梗死本虚标实的本质。

1.2 证候研究 李彬等^[7]对 65 例女性 AMI 患者进行了回顾性分析,发现女性 AMI 患者病位在心,与其他 4 个脏腑都相关,相关程度由高到低依次是肝、肾、脾、肺;证素方面血瘀证最多,由高到低依次为血瘀>气虚>阴虚>痰浊>热蕴=气滞>寒凝>阳虚;证候方面双证素证候有 6 种,其中气虚血瘀证最多,其他由高到低依次是气阴两虚、痰浊血瘀、气滞血瘀、气滞寒凝、阳虚血瘀证;三证素证候主要有 3 种,其中气阴两虚兼血瘀证最多,其他依次为痰浊血瘀兼热蕴、气虚血瘀兼痰浊证;9 种证候中单纯实证有 4 种,单纯虚证只有 1 种,而虚实夹杂证也有 4 种。吴伟等^[8]发现 339 例 AMI 患者证型中,实证最多(73.75%),虚实夹杂证其次(20.35%),单纯虚证最少(5.90%),实证中以热毒血瘀证最多(37.46%),热毒血瘀、热毒血瘀痰阻、血瘀痰阻 3 证共占 63.71%;其证型分成 5 个实证证素(血瘀、热毒、痰阻、气滞、寒凝)和 3 个虚证证素(气虚、阴虚、阳虚),则实证中以血瘀最多,由高到低是血瘀、热毒、痰阻、气滞、寒凝;虚证中以气虚最多,由高到低是气虚、阴虚、阳虚。由此认为 AMI 的病机中实证最多,单纯虚证最少。热毒、血瘀、痰阻为主要病机。赵璐等^[9]对 125 名 AMI 患者进行了回顾性分析,结果显示 AMI 的单一证候分布为血瘀证(92%)、痰浊证(61.6%)、气虚证(57.6%),阴虚证(20%)、阳虚证(7.2%)、风证(1.6%),

* 基金项目:国家自然科学基金(81173399)

△通信作者(电子邮箱:guning@medmail.com.cn)

其中痰浊证和血瘀证不同病变支数之间具有统计学意义,提示血瘀证和痰浊证可能以多支病变为主;在 AMI 的组合证候以两证组合最为多见(54.4%),其次为三证组合(29.6%);而两证组合中以痰瘀互结证和气虚血瘀证最多,三证组合中则以气虚痰瘀为多。

2 治疗

2.1 辨证论治 辨证论治是中医的一大特色,AMI 又是内科急重症,目前采用在西医常规治疗的基础上,配合以中医药的辨证论治,取得了很好的疗效。任继学教授^[10]将 AMI 分成 3 期证候,初期证候治以活络行瘀、清心解毒法,方用《验方新编》四妙勇安汤;中期证候一般病程已过 15 d,治宜益气养阴、活络和营,方用《医宗粹言》滋阴生脉散;恢复期多在发病 35 d 后治宜益气和中、养心和营,方用生脉建中汤。郑惠伯^[11]认为急性心肌梗死梗死以气血瘀滞症为主,治宜逐瘀通脉止痛,养心阴,通心阳,药用人参、麦冬、五味子、桂枝、白术、姜黄、丹参、三棱、延胡索、细辛。重症者,可加用人参、田七为末。严群^[12]将 28 例 AMI 患者随机分成对照组和治疗组,对照组给予常规西药治疗,治疗组在对照组基础上给予中医辨证论治,以桃红四五汤为基础方,气阴两虚证加五味子、玉竹、西洋参、酸枣仁,心阳虚衰证加桂枝、附子、薤白,痰瘀痹阻证加丹参、厚朴、法半夏、砂仁,肝肾阴虚证加枸杞子、黄柏、麦冬、女贞子、知母、山茱萸肉,气滞血瘀证加柴胡、延胡索、香附、桔梗,药物每日服 1 剂,早晚各服 1 次,1 个月为 1 个疗程。经过观察发现治疗组临床疗效明显高于对照组。崔宽德^[13]把胸痹心痛分为实证和虚证。实证包括痰浊内阻证,治用瓜蒌泻白半夏汤、导痰汤加减;气机瘀滞证,常用逍遥散、柴胡疏肝散来行气化瘀;心脉瘀阻证,常用丹参饮、血府逐瘀汤以活血化瘀。虚证包括气阴两虚证,治宜益气养阴活血通络,方用生脉饮加减;心肾阴虚证,治宜补肾气活血养血,方用真武汤或者右归饮加减;阳气欲脱证,方用参附汤以补气固脱。

2.2 自拟方药治疗 经研究发现很多医家凭借自己的经验总结和创制了很多对 AMI 具有较好疗效的方子。杨玉梅等^[14]把治疗组在西医常规治疗的基础上给予自拟方药(柴胡、桂枝、黄芩、连翘、党参、法半夏、薤白、川芎、丹参、炙甘草)治疗,对照组则在常规治疗基础上口服阿托伐他汀,两周之后比较血清 sICAM-1、ET、TNF- α 。发现两组患者治疗后血清 sICAM-1、ET、TNF- α 水平均较同组治疗前降低,且治疗组疗效优于对照组。祖丽菲娅·依克木等^[15]在西医治疗基础上,运用自拟中药汤剂(柴胡、田七、赤芍、瓜蒌皮、枳壳、丹参、黄芪、玉米须、麦冬、法半夏)治疗老年糖尿病合并 AMI 70 例,结果发现治疗组对于疗效、LVEF 值、E 值、A 值的改善程度都明显高于单用西医治疗对照组。柳

新等^[16]在常规西医治疗的基础上,运用自拟温阳益气活血方(人参、生黄芪、桂枝、薤白、丹参、当归、桃仁、白术、茯苓、甘草等)治疗急性心肌梗死合并左心衰患者 60 例,结果发现治疗组对于临床疗效、治疗前后心功能、心率和超声心动图指标的改善效果均优于单用西医治疗的对照组。苗仲艳等^[17]在常规西医治疗基础上,给予自拟中药芪归汤(黄芪、当归尾、地龙、川芎、红花、桃仁)治疗老年 AMI 患者 60 例,结果发现治疗组对于临床症状的疗效优于单用西医治疗的对照组。吴伟等^[18]将 60 例 AMI 患者随机分为两组,对照组采用常规西医治疗,治疗组在对照组基础上加用自拟清热活血方(川芎、赤芍、降香、红花、丹参、黄芩、毛冬青),结果显示治疗组在改善临床证候积分、降低 CRP 等体内炎症因子水平上优于对照组。

2.3 中成药治疗 随着现代制药技术的进步与发展,中成药开始广泛运用于 AMI 治疗当中。侯素芝^[19]观察发现在常规运用西医治疗的基础上联合运用丹红注射液,AMI 患者临床疗效和心电图疗效的改善情况可优于单用西医治疗的对照组。周君凯等^[20]研究发现早期应用参麦注射液并复方丹参注射液联合溶栓治疗急性心肌梗死,能够显著提高临床疗效,还可以显著降低血清肌钙蛋白的水平($P < 0.05$)。陈国庆^[21]发现尿激酶联合复方丹参及川芎嗪注射液比单用尿激酶溶栓更能缩短急性心肌梗死患者 CK-MB 降至正常的时间,且联合运用再灌时心律失常的发生率也显著低于单用尿激酶者($P < 0.05$)。王磊^[22]经研究发现在常规西医基础上加用麝香保心丸治疗心肌梗死,可显著提高临床疗效($P < 0.05$),降低心房颤动、室性心律失常、心力衰竭、心绞痛、心肌梗死再发率($P < 0.05$),还可通过降低收缩压、心率,提高每搏输出量和射血分数来改善心功能($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。刘伯岩等^[23]经过研究发现在常规西医治疗基础上加用正心泰胶囊可以缓解 AMI 患者症状,改善心功能,调节血脂变化,效果明显。胡晶等^[24]对 15 项关于参麦注射液的随机或半随机对照试验进行疗效和安全性方面的 meta 分析,结果显示在疗效方面,参麦组在住院期间病死率($OR = 0.43, 95\% CI [0.31 \sim 0.60]$)、心衰发生率($OR = 0.49, 95\% CI [0.34 \sim 0.70]$)、休克发生率($OR = 0.53, 95\% CI [0.30 \sim 0.93]$)及再梗发生率($OR = 0.16, 95\% CI [0.03 \sim 0.77]$)方面均低于单独常规治疗组,但在冠脉再通率方面未显示明显效果($OR = 1.24, 95\% CI [0.90 \sim 1.71]$);在安全性方面未发现严重的不良反应,提示参麦注射液在疗效和安全性可靠。

3 实验研究

李井涛^[25]通过结扎犬冠状动脉左前降支复制急性模型,分别给予 2.4 g/kg 和 4.8 g/kg 两种剂量的生脉注

射液,结果表明 SMI 对犬急性心肌梗死具有明显的保护作用,能明显缩小心肌梗死面积,减轻心肌缺血程度指标(Δ ST);降低血清心肌酶(CK、AST、LDH)的活性;对抗 CO、MBF、SBP、DBP、MAP、LVP、+dp/dt_{max} 的降低,减小 LVEDP 升高幅度,降低心肌耗氧量。柯峰等^[26]通过研究发现冠心 V 号合剂可以明显提高急性心肌梗死模型大鼠的 EF、FS,使 LVMI 明显降低,并且还能减少大鼠血清炎症因子(IL-6、TNF- α)释放,从而能改善急性心肌梗死模型大鼠心脏结构及心功能,干预急性心肌梗死后心室重构。薄华本等^[27]观察葛花提取物对急性心肌梗死小鼠心肌的作用,结果表明,葛花提取物能通过减少心肌梗死面积,降低血清中心肌酶含量,同时升高血清中 SOD 含量,降低血清中 MDA 含量和心肌中 β -ARKI 表达来保护急性心肌梗死心肌。杨广龙^[28]通过临床随机对照实验发现麝香保心丸可显著降低急性心肌梗死患者血小板聚集率和血小板活化因子水平,从而有效抑制急性心肌梗死患者血小板聚集。王树东等^[29]通过结扎冠状动脉前降支建立大鼠 AMI 模型观察银丹心脑通软胶囊对 AMI 大鼠 Bcl-2、Bax 水平的影响,结果发现给药组的凋亡指数及左室梗死范围明显降低,左心室非梗死区 Bax mRNA 表达明显减少, Bcl mRNA 表达明显增加,提示银丹心脑通软胶囊可通过抑制凋亡通路 Bax/Bcl-2 来改善梗死后心肌细胞凋亡。沈炜毅等^[30]研究发现,复脉汤可通过增加大鼠心肌缺血区域血流循环,减少心肌细胞 BNP 分泌,来减缓大鼠心肌细胞损伤,对大鼠心肌细胞起到保护作用。

4 结 语

纵观近几年研究,不难发现中医药治疗 AMI 具有治疗方法个体化、疗效可靠、副反应小、价格低廉、易于长期使用等优势。但目前依然存在着一些问题:1)部分临床研究设计不够合理,样本量不够大,方法学上交代不够清楚、存在较大偏倚,需要开展更多设计合理、执行严格、多中心、大样本且随访时间足够的随机对照试验,并且在随机序列产生、分配隐藏和盲法的应用上也要严格把关。2)中药方剂和中成药对于 AMI 的疗效和安全性缺乏足够的循证医学上的证实,需要我们严格按照循证医学的模式进行 Meta 分析或者系统评价。3)缺乏统一的、科学的中医药治疗急性心肌梗死的临床诊疗和辨证标准;对于 AMI 的病因病机及治疗药物作用机制也缺乏足够的解释和研究。4)急性心肌梗死发病和进展快,临床上如果临时煎煮中药恐会来不及,所以应该多研制一些疗效和安全性良好的中药注射液以备不时之需。另外我们还应该积极开展针灸推拿、拔罐、水针等具有中医特色的 AMI 防治手段。

参 考 文 献

[1] 徐永健,葛均波.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,

2013;445-446.

- [2] 吴勉华,王新月.中医内科学[M].9版.北京:中国中医药出版社,2012;234-235.
- [3] 王新东.冠心病伏毒损脉病机理论与应用浅析[J].南京中医药大学学报,2015,32(1):8-12.
- [4] 尚青华.冠心病血瘀证“瘀毒”病机转变的蛋白质组学研究[D].北京:北京中医药大学,2013.
- [5] 张彬彬.清心降火法治疗冠心病心火炽盛证临床依据的系统评价研究[D].济南:山东中医药大学,2014.
- [6] 卢红蓉.冠心病中医病因病机学说分析——基于省部级二等奖以上科技成果的文献分析[J].世界中医药,2014,9(11):1423-1428.
- [7] 李彬,毛静远,毕颖斐,等.女性急性心肌梗死患者中医证素分布特征分析[J].内蒙古中医药,2013,32(22):42-43.
- [8] 吴伟,刘勇,李荣,等.急性心肌梗死患者证候特点的回顾性研究[J].广州中医药大学学报,2012,29(5):502-504.
- [9] 赵璐.风、痰、瘀、虚证在急性心肌梗死中关系探讨[D].北京中医药大学,2013.
- [10] 赵益业,任宝琦.任继学教授诊治真心痛(心肌梗塞)经验[J].湖北民族学院学报:医学版,2010,27(4):49-50.
- [11] 彭小平.郑惠伯主任中医师治疗冠心病及急性心肌梗死临床经验[J].中国中医急症,2014,23(1):79-80.
- [12] 严群.急性心肌梗死患者的中医辨证治疗[J].中医临床研究,2014,6(6):28-29.
- [13] 崔宽德.再谈中医辨证施治胸痹临床心得[J].中医临床研究,2011,3(7):79-80.
- [14] 杨玉梅.自拟方药治疗急性心肌梗死的疗效观察[J].国际中医中药杂志,2014,36(2):162-163.
- [15] 祖丽菲娅·依克木,米日班·玉素甫.行气活血中药配合西药治疗老年糖尿病合并急性心肌梗死 70 例[J].陕西中医,2014,35(5):557-559.
- [16] 柳新,张勇,靳军.温阳益气活血汤结合西药治疗急性心肌梗死合并左心衰竭的临床观察[J].北京中医,2005,55(4):215-216.
- [17] 苗仲艳,韩莹,张智勇.中西医结合治疗老年急性心肌梗死 60 例[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(10):54.
- [18] 吴伟,彭锐,李荣,等.清热活血方治疗冠心病急性心肌梗死 60 例临床观察[J].中医杂志,2010,56(10):905-908.
- [19] 侯素芝.丹红注射液对急性心肌梗死疗效分析[J].临床医学,2014,34(10):117-118.
- [20] 周君凯,王家燕.早期应用参麦注射液并复方丹参注射液治疗急性心肌梗死对患者血清肌钙蛋白 I 水平的影响[J].辽宁中医杂志,2014,57(11):2356-2358.
- [21] 陈国庆.尿激酶联合复方丹参及川芎嗪注射液治疗急性心肌梗死临床研究[J].亚太传统医药,2014,10(24):114-115.
- [22] 王磊.麝香保心丸治疗急性心肌梗死 180 例[J].基层医学论坛,2014,5(5):621-623.
- [23] 刘伯岩,杜言辉.正心泰治疗急性心肌梗死的疗效观察[J].中国医药指南,2014,12(36):267-268.
- [24] 胡晶,张雯,谢雁鸣,等.参麦注射液治疗急性心肌梗死的 Meta 分析[J].中国中药杂志,2012,58(18):2760-2767.
- [25] 李井涛.生脉注射液对犬急性心肌梗死的保护作用[D].

长春:吉林大学,2005.

- [26] 柯峰,左可可,顾宁. 冠心 V 号合剂对急性心肌梗死模型大鼠心室重构及炎症因子的影响[J]. 中国中医急症, 2014, 23(11):1997-1999,2033.
- [27] 薄华本,郑迪伟,钱佳碧. 葛花提取物对急性心肌梗死小鼠心肌的保护作用[J]. 深圳中西医结合杂志, 2014, 24(2): 1-4.
- [28] 杨广龙,万书平,周会霞,等. 麝香保心丸对急性心肌梗死患者血小板聚集的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,

2014, 12(1):8-9.

- [29] 王树东,丁丽娟,王倩,等. 银丹心脑通软胶囊对大鼠急性心肌梗死后 Bcl-2、Bax 水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(3):697-698.
- [30] 沈炜毅,龚一萍. 复脉汤对急性心肌梗死大鼠脑钠肽调节作用的实验研究[J]. 江西中医药大学学报, 2014, 27(6): 59-61.

(收稿日期 2015-03-04)

(上接第 968 页)

3 讨论

研究证实气道重塑是 COPD 的重要病理特征^[7-8], 一般认为与炎症、氧化应激、蛋白酶-抗蛋白酶失衡及细胞凋亡等导致的损伤和修复有关^[9-10], 对气道组织学直接评估是评估 COPD 气道重塑较准确的方法^[11]。本研究采用 2 次气管内注入脂多糖加烟熏复制大鼠 COPD 模型, 通过 HE 染色观察 COPD 大鼠支气管-肺组织病理学改变以及气道壁厚度显示, 模型组大鼠具有气道炎症、气道重塑等病理改变, 符合 COPD 模型的形态学和病理学改变, 说明 COPD 大鼠模型复制成功。

复方薤白胶囊是以瓜蒌薤白白酒汤为基础制成, 方以薤白、瓜蒌、半夏等为主药, 具有通阳宣滞、理气化痰、止咳平喘的功效。本研究结果表明, 复方薤白胶囊对 COPD 大鼠肺组织的相关损伤起一定保护作用, 可减轻炎症反应程度, 并改善大鼠支气管壁厚度及平滑肌厚度, 改善 COPD 大鼠整体功能状况。由此可见, 复方薤白胶囊可抑制 COPD 大鼠小气道炎症基础上的气道重塑。

本研究通过免疫组化法观察肺组织中细胞因子 MMP-9、TIMP-1 的分布及表达, 结果显示, 模型组大鼠肺组织细胞因子 MMP-9 表达明显高于正常对照组。与模型对照组比较, 复方薤白治疗组可降低大鼠肺组织中细胞因子 MMP-9、TIMP-1 的分布及表达, 提示复方薤白胶囊可通过降低 COPD 肺组织中 MMP-9、TIMP-1 的表达及活性, 抑制气道和肺的细胞外基质 (ECM)、基质膜降解, 从而抑制气道重塑。

COPD 模型大鼠具有明显的气道炎症及气道壁增厚的特征^[12-13]。复方薤白胶囊可以有效减轻 COPD 支气管壁及平滑肌增厚, 减轻组织和细胞损伤, 有效抑制 COPD 大鼠支气管-肺组织 TIMP-1、MMP-9 分布及表达, 抑制 COPD 气道重塑。复方薤白胶囊对 COPD 大鼠模型具有抗炎作用, 并干预气道重塑, 能较好修复和缓解 COPD 模型的病理改变, 延缓 COPD 的发展。本研究结果为临床进一步探索复方薤白胶囊有效抑制 COPD 气道炎症和气道重塑提供了理论依据。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会呼吸病学会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞

性肺疾病诊治指南[J]. 中华结核与呼吸杂志, 2002, 25(8): 453.

- [2] Tam A, Sin DD. Pathobiologic mechanisms of Chronic Obstructive Lung Disease[J]. Med Clin North Am, 2012, 96(4): 681-689.
- [3] Hung KF. The role of airway smooth muscle in the pathogenesis of airway wall remodeling in chronic obstructive pulmonary disease[J]. Proc Am Thorac Soc, 2005, 2(4):347-354; discussion 371-372.
- [4] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (COPD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2013.
- [5] 白晓旭, 焦阳, 王琦, 等. 益气消痰方对慢性阻塞性肺疾病模型大鼠 MMP-9 和 TIMP-1 表达的影响[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(6):1974-1977.
- [6] 姜静, 奚肇庆, 尚宁, 等. 复方薤白胶囊干预慢性阻塞性肺疾病的临床研究[J]. 南京中医药大学学报, 2007, 11(23): 362-364.
- [7] Pini L, Pinelli V, Modina D, et al. Central airways remodeling in COPD patients. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2014 Sep 1, 9:927-932.
- [8] Ganesan S, Sajjan US. Repair and remodeling of airway epithelium after injury in chronic obstructive pulmonary disease[J]. Curr Respir Care Rep, 2013, 2:145-154.
- [9] Perotin JM, Adam D, Vella-Boucaud J, et al. Delay of airway epithelial wound repair in COPD is associated with airflow obstruction severity[J]. Respir Res, 2014 Nov 27, 15(1): 151.
- [10] Kwiatkowska S, Noweta K, Zieba M, et al. Enhanced exhalation of matrix metalloproteinase -9 and tissue inhibitor of metalloproteinase -1 in patients with COPD exacerbation: a prospective study[J]. Respiration, 2012; 84(3): 231-241.
- [11] 莫碧文, 张贞贞, 韦江红, 等. 脂多糖对哮喘大鼠气道炎症、气道重塑及 TLR4 表达的影响[J]. 中国应用生理学杂志, 2013, 29(2):153-157.
- [12] 陈宁, 徐燕, 张永红, 等. 慢性阻塞性肺病大鼠外周血中 Foxp3+调节性 T 细胞及 IL-17、IL-6 水平的变化[J]. 中国现代医学杂志, 2014, 27(9):24-28.
- [13] 杨孔军, 吴丹丹. COPD 气道重塑相关机制的研究进展[J]. 临床肺科杂志, 2012, 17(3):510-512.

(收稿日期 2015-03-07)

慢性心力衰竭康复治疗研究现状*

张晓华

(吉林省中医药科学院, 吉林 长春 130021)

中图分类号: R541.6+1 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-1033-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.035

【关键词】 慢性心力衰竭 运动康复 太极拳 护理 医院-社区联动

心力衰竭为各种心脏病的末期表现, 其 5 年存活率与恶性肿瘤相仿。随着人口老龄化进程的加速, 心衰发病率呈上升趋势, 已成为亟待解决的公共卫生问题之一。心力衰竭分为急性心衰与慢性心衰, 既往对于心衰的治疗主要侧重于急性期住院治疗缓解症状、改善体征方面, 主要以药物治疗为主, 而忽视了慢性心衰患者的早期康复及出院返家后的康复治疗, 以致于心衰患者的复发率、再住院率居高不下, 既增加了患者的经济负担, 降低了生活质量, 又大大地占用了社会医疗资源。

国外于 20 世纪 70 年代即注意到心衰患者出院后管理及康复治疗对于疾病预后的影响, 我国也在 1991 年成立了中国康复医学会心血管病专业委员会。但我国心衰康复事业刚刚起步, 无论是临床医生, 还是心衰患者本身, 都对心衰的康复治疗缺乏认识。心衰的康复治疗除药物治疗外, 还包括非药物治疗(运动、心理治疗、教育随访、危险因素干预、社区管理等), 大量研究证实, 系统完善的心衰康复计划可降低心血管风险和主要心血管事件。心衰的药物治疗已形成了较系统的诊治指南, 在《中国心力衰竭诊断及治疗指南 2014》及《慢性心力衰竭中医诊疗专家共识》中已详细论述, 在此不做赘述^[1-2]。而非药物治疗, 尤其是对于心衰患者出院返家后的康复治疗目前尚无统一的诊疗规范或专家共识, 还处于探索阶段。本文拟对我国心衰的非药物康复治疗现状做一综述。

1 运动康复治疗

1.1 现代医学 既往对于心衰患者临床医生多嘱其注意卧床休息, 减少运动, 以防运动后增加心脏负担而诱发心衰加重, 目前仍有很多临床医生没有意识到运动对慢性心衰的长期预后有益。1990 年 Anonymous 针对心衰患者卧床疗法提出了大胆的挑战, 同时提出了运动疗法^[3]。此后人们发现限制运动的害处要比益处

大, 认为运动可以作为慢性心衰常规治疗的一部分, 特别是症状发生早期。随着心血管康复医学的发展, 近些年部分学者开始重视心衰的运动康复治疗, 并指出运动康复是心衰康复治疗的核心。

运动康复适用于所有初发或恢复期病情稳定的心衰患者。目前美国心脏病学学院(AHA)及欧美等国家的心衰治疗指南已把康复运动纳入常规慢性稳定型心力衰竭患者的治疗方法, 同时制定了对运动康复进行的全面的评估标准和治疗方案^[4]。首先应对患者病情的稳定性和康复运动的安全性进行评估, 然后由专业医师制订运动处方(选择运动方式、运动量、持续时间、频率等), 在专业的康复医师或心血管内科医师的指导下进行。目前国内评价运动试验的方法主要有 3 种: 心肺运动试验(CPET)、6 min 步行试验(6 MWT)和气体代谢运动试验。在较大型的医院里多配备心肺运动仪, 采用呼吸气体监测技术、计算机技术和活动平板或踏车技术, 实时检测不同负荷条件下受试者机体氧耗量和二氧化碳排出量的动态变化, 而基层医院多采用 6 MWT 替代 CPET, 简便易行, 且临床报道显示, 6 MWT 可改善射血分数, 降低 BNP 水平, 延缓心衰进展^[5-7]。气体代谢运动试验可以实现无创性血流动力学监测, 能够更精确、全面地评价患者的运动功能, 提供康复训练的最佳标准^[8]。目前研究指出心衰患者若坚持康复运动, 可使其运动耐力增强, 6 MWT 步行距离及运动平板时间延长, 代谢当量提高, 明尼苏达生活质量评分下降, 生活质量改善, 心衰反复发作次数及再入院率降低^[9-11]。

1.2 中医传统方法 目前心衰患者坚持每天做康复运动的并不多, 而大多患者, 无论有没有运动习惯, 对中医运动养生都有明显的倾向性, 且未必受心功能强弱的影响^[12]。传统中医运动包括太极拳、气功、八段锦、五禽戏、导引等, 可强身健体, 疏通全身经络气血和五脏六腑, 使人精力旺盛, 达到防病、治病之目的, 广泛用于多种疾病的预防与康复治疗。在心力衰竭康复治疗

* 基金项目: 吉林省卫生厅科研计划(2013Z022)

中研究较多的为太极拳,对于慢性心衰患者太极拳是安全和可行的^[13]。研究表明,在接受常规药物治疗的心衰患者中进行太极拳锻炼,半年后患者心功能分级、生活质量评分、6 MWT、LVEF、LVEDD 等指标均得到改善,这提示太极拳有助于改善心衰患者的心功能,提高生活质量^[14]。太极拳配合其他运动训练方法可能会增加运动的效果,改善生活质量^[15]。

2 护理干预(心理、随访、健康教育)

心衰患者因其病程长,多伴有焦虑、抑郁等心理疾病,通过心理的干预可增加患者战胜疾病的信心。心衰患者出院后需要长期服药,随着时间的延长,患者服药的依从性逐渐降低,这会影响患者院外治疗效果,使病情加重或反复发作,因此,除住院期间定期进行健康教育、用药指导外,出院后可通过定期电话随访,对患者进行用药指导、健康教育等,这能够提高服药的依从性,对心功能的恢复具有很好的疗效^[16-17]。由医院护士主导的基于医院的延续性护理模式比较适合当前三级医院开展延续性护理工作,且能够提高心衰患者的自我护理能力和生活质量^[18]。

3 医院-社区联动管理

慢性心衰患者的治疗和护理是一个持续的过程。既往人们重视院内救治,而忽视了出院后的治疗及管理。患者通过有氧运动,如散步、打太极拳、练气功、呼吸操等的自我管理,可有效改善其心功能^[19]。但有研究表明,社区慢性心衰患者的自我护理水平及其家庭照顾者的疾病管理行为总体状况不佳^[20]。随着医改的深入,社区卫生服务中心数量的增加,使很大一部分心衰患者可以通过从医院到社区无缝隙护理管理模式,通过门诊随访、家庭访视、电话随访、健康教育讲座等对患者的服药依从性、症状的早期识别和自我监测、自我护理的效果进行评估,并针对每例患者的具体情况,制定个体化的干预方案。此外,通过医院与社区之间的双向转诊,使其得到及时和系统的治疗,可降低病死率、减少再入院率、减少社会医疗资源的支出,同时为卫生资源的分配和决策提供依据^[21]。但同时也应意识到目前很多居民社区医疗卫生资源利用率低,极少的患者到过社区就诊并在社区医疗机构建立档案,而心衰患者对社区卫生资源的利用就更差了^[18]。

4 小 结

慢性心衰康复治疗的益处是肯定的,积极推广非常必要。目前心血管病康复的临床实践活动在我国仍处于早期阶段,已经或正在接受正规系统运动康复治疗的心血管病患者少之又少。近几年心脏病学界越来越重视心脏病的康复治疗,通过成立心血管病康复专业委员会及举办学术会议、培训班等形式进行普及与推广,使越来越多的医生及患者逐渐了解与接受。但我

国尚未形成有效、公认的慢性心力衰竭康复治疗规范及管理模式,期待通过医界学者的共同努力,我国心衰康复治疗在未来 10 年能够开辟一片新天地。

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. 中国心力衰竭诊断及治疗指南 2014[J]. 中华心血管病杂志,2014,44(2):98-122.
- [2] 冠心病中医临床研究联盟,中国中西医结合学会心血管病专业委员会,中华中医药学会心病分会,等. 慢性心力衰竭中医诊疗专家共识[J]. 中医杂志,2014,55(14):1258-1260.
- [3] Anonymous. On bed resting in heart failure[J]. Lancet, 1990, 336(9):975-976.
- [4] 沈玉拜. 慢性心力衰竭与运动康复[J]. 中华内科杂志,2012,51(9):731-733.
- [5] 任春琦,张盼. 6 min 步行运动训练对射血分数保留的心力衰竭患者脑钠肽水平的影响[J]. 中国现代医生,2014,52(33):137-139.
- [6] 张囡,丁士华,张雅芝,等. 6 分钟步行试验在慢性心力衰竭患者康复治疗中的应用[J]. 哈尔滨医药,2014,34(2):135-136.
- [7] 高文阔. 6 min 步行运动训练对慢性心力衰竭患者血脑肽和心功能的影响[J]. 中国实用医药,2009,4(25):241-242.
- [8] 蔡爱宁,滕志涛,郭志勇,等. 气体代谢运动试验指导心力衰竭病人康复治疗的效果[J]. 心血管康复医学杂志,2012,21(5):550-552.
- [9] 张素超,何艳荣,杨玉英. 院外康复运动锻炼对慢性心力衰竭患者生活质量及再入院率的影响[J]. 现代临床护理,2012,11(11):33-35.
- [10] 付彩虹. 运动康复对慢性心力衰竭患者的疗效评估[J]. 中国厂矿医学,2008,21(2):192-194.
- [11] 王世栋. 运动康复对(冠心病)慢性心衰患者心功能影响的研究[D]. 长春:长春中医药大学,2012.
- [12] 赖少伟. 慢性心力衰竭患者中医运动养生的现状研究[D]. 广州:广州中医药大学,2014.
- [13] Pan L, Yam J, Guo Y, et al. Effects of Tai Chi training on exercise capacity and quality of life in patients with chronic heart failure: a meta-analysis[J]. Eur J Heart Fail, 2013, 15(3):316-323.
- [14] 姚成栋,李福,马毅兵. 太极拳运动对慢性心力衰竭患者康复的作用[J]. 心血管康复医学杂志,2010,19(4):364-367.
- [15] Caminiti G, Volterrani M, Marazzi G, et al. Tai chihances the effects of endurance training in the rehabilitation of elderly patients with chronic heart failure[J]. Rehabil Res Pract, 2011:761.
- [16] 陈首丽. 心理护理干预对慢性充血性心力衰竭患者治疗的依从性和心功能的影响[J]. 中国现代医生,2013,26(2):96-97.
- [17] 武成莉. 持续性护理干预对慢性心力衰竭患者院外服药依从性的影响[J]. 中国现代药物应用,2015,9(2):197-198.
- [18] 秦玉霞. 基于医院的延续性护理对慢性心力衰竭患者自

我护理能力及生活质量的影响[D]. 合肥:安徽医科大学, 2014.

- [19] 陈志红,喻正科,谭媛平. 医院社区联动自我管理教育模式对慢性心力衰竭患者生活质量的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(8): 43-45.
- [20] 钱海兰,王君俏,缪爱凤,等. 社区慢性心力衰竭患者自我

护理水平及其照顾者疾病管理行为的调查[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(5): 447-449.

- [21] 刘辉,郑豫珍,杨丽萍,等. 慢性心力衰竭患者从医院到社区无缝隙护理管理模式的应用[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(12): 1061-1066.

(收稿日期 2014-12-17)

(上接第 966 页)

表 3 各组治疗前后血液流变学、D-二聚体指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	血黏度高切 (mPa·s)	血黏度低切 (mPa·s)	D-二聚体 (mg/L)	红细胞 聚集指数	FIB(g/L)
中药雾化组 (n=35)	治疗前	7.59±0.92	12.16±2.09	6.15±0.94	12.46±1.26	4.51±0.49
	治疗后	6.03±0.86 ^{1.5#}	10.65±1.78	4.27±0.81 ^{1.5#}	10.15±0.97 [*]	3.68±0.52 [△]
循证护理组 (n=33)	治疗前	7.61±0.85	12.05±2.26	5.92±0.76	12.17±0.85	4.49±0.63
	治疗后	7.29±0.71	11.27±2.14	5.54±0.69	11.26±0.79	4.27±0.58
对照组 (n=34)	治疗前	7.63±0.79	12.16±1.95	6.02±0.84	12.34±0.68	4.50±0.61
	治疗后	7.48±0.65	11.48±2.13	5.78±0.73	11.35±0.82	4.35±0.52

起机体缺氧、CO₂ 潴留, 临床表现以肺动脉高压、酸中毒及肺部循环障碍等为主, 后期出现肺心病并发心衰及呼吸衰竭等重症^[11]。临床中笔者循证护理干预该病, 体会如下。1) 床头抬高至少 30°, 低流量氧气给氧, 结合患者病史、症状及家庭、经济水平等情况, 给予相对应的心理护理, 与多交谈, 体贴、耐心地解除患者顾虑, 鼓励患者要有信心, 由被动转为主动配合治疗。饮食应以低脂、低盐、低胆固醇和富含蛋白质、维生素为主, 忌吃油腻、辛辣食物。根据肾功能、水肿情况, 指导饮水量, 同时保持大便规律、通畅。2) 雾化时应以坐位为主, 或半卧位, 雾化前先排痰、漱口。雾化量从小量逐渐增大, 同时配合氧气面罩给予辅助给氧。3) 雾化中出现痰阻所导致的憋喘加重、呼吸困难时, 暂停雾化, 给予胸背叩击或吸痰器辅助吸痰以促进痰液排出, 当痰液排出、血氧饱和度正常时再继续雾化。4) 雾化治疗前, 应对超声雾化器先进行检查, 雾化罐使用前后均使用冷水进行清洁。

肺心病属于中医学“喘证”“痰饮”“肺胀”等范畴^[12]。笔者认为本虚为发病病因, 感受外邪为发病诱因, 肺肾不足为发病之根本, 痰浊、水湿、瘀血为病理产物, 且贯穿于整个疾病过程中, 急性加重期时邪实存在, 故治以化痰祛瘀平喘, 兼以解表驱邪, 邪去后注意兼顾补益肺肾, 故应用中药肺心泰汤雾化吸入, 方中清半夏、黄芩、苦杏仁、胆南星、鱼腥草清热化痰并利肺, 瓜蒌化痰宽胸理气, 丹参、泽兰、僵蚕、地龙活血化痰通络, 泽兰既活血又利水, 茯苓、白术益气健脾燥湿, 山药补肺脾肾三脏之气, 如此气动血活, 气血津液同调, 佐以桂枝通阳扶卫、解表散邪。且中药雾化吸入法体现了《内经》中的“内病外治”理论。上述药物共用, 以发挥化痰祛瘀平

喘, 兼解表、益肺肾的功用。现代药理研究认为, 清半夏、胆南星、桂枝, 可通过稀释肺分泌物, 从而促进痰液的排出; 黄芩、桂枝、鱼腥草, 有退热之功; 丹参、僵蚕、泽兰、地龙, 有抗凝、优化血流变性、改善微循环障碍之效; 苦杏仁、黄芩、僵蚕、桂枝、鱼腥草, 具有抗过敏、解痉平喘作用; 鱼腥草、黄芩、瓜蒌、桂枝、白术亦有抗菌、抗病毒之疗效。有研究证明, 黄芩对多种革兰阴性、阳性菌及致病性真菌有抑制作用^[13]。

本研究结果表明, 循证护理加中药肺心泰汤超声雾化吸入治疗肺心病加重期, 疗效较好, 不仅改善患者的症状和体征, 还可抗凝、优化血流变学指标、改善肺部血液循环障碍及血气分析等指标, 且副作用低, 值得临床应用并研究。

参 考 文 献

- [1] 陈灏珠, 林果为. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1743-1753.
- [2] 全国第 3 次肺心病专业会议. 慢性肺源性心脏病急性发作期诊断标准[J]. 中华结核与呼吸杂志, 1980, 4(1): 62-63.
- [3] 冯维斌, 刘维胜. 呼吸科专病中医临床诊治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 338-339.
- [4] 秦桂云, 王东娟, 于庆智, 等. 肺心病急性加重期的护理(附 128 例报告)[J]. 航空航天医药, 2010, 21(7): 1234.
- [5] 王成华. 慢性肺源性心脏病急性加重期合并多器官功能衰竭分析与护理[J]. 临床肺科杂志, 2010, 15(10): 1518-1519.
- [6] 牛景芝. 肺源性心脏病 39 例持续性护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2014, 20(5): 94-95.
- [7] 殷延陵. 肺心病急性加重期病人临床护理路径应用及效果评价[J]. 中外医疗, 2011, 30(6): 42.
- [8] 王娟. 运用程序护理对慢性肺源性心脏病急性加重期患者的护理体会[J]. 中国社区医师, 2012, 14(18): 36.
- [9] 国家中医药管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药出版社, 2002: 54-56.
- [10] 国家中医药管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药出版社, 2002: 57-58.
- [11] 孙静, 杨林. 中药热毒宁雾化吸入治疗肺心病急性发作期 60 例疗效观察及护理[J]. 中国中医急症, 2008, 17(10): 1475-1476.
- [12] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 320-321.
- [13] 雷载权. 中药学[M]. 上海科学技术出版社, 1995: 220-221.

(收稿日期 2015-03-12)

针刺治疗周围性面瘫临床研究进展*

陈峻海¹ 张晨静¹ 李开平^{2△} 盛 军¹ 莫江峰¹ 王慧莲¹

(1.江苏省扬州市江都中医院,江苏 扬州 225200;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:R246 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-1036-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.036

【关键词】 针刺疗法 周围性面瘫

周围性面瘫又称面神经麻痹,属于中医学“口僻”、“口眼斜”范畴。本病以突发面部麻木、病侧面部肌肉松弛、口眼歪向健侧为主症。中医学认为本病多由机体正气不足、脉络空虚、卫外不固、风寒或风热诸邪侵袭面部经络,致使气血痹阻,面部筋脉失于濡养,肌肉纵缓不收。现代医学对本病的确切病因尚未明了。针灸治疗本病疗效确切,已广泛应用于临床,现将近 5 年来针灸治疗该病的部分文献综述如下。

1 单纯针刺

郑颖颖等用针刺治疗顽固性周围性面瘫 32 例,采用阳白穴“反合谷方向刺”、地仓穴“向合谷方向平刺”的特殊手法,总有效率为 100%^[1];黄勇用单纯针刺法治疗周围性面瘫 37 例与中药方剂治疗周围性面瘫 36 例对比,发现针刺效果优于中药治疗^[2]。王季良用针刺治疗周围性面瘫所致眼睑闭合不全疗效较佳^[3];杨任远发现在单纯针刺基础上加上透刺手法能进一步提高疗效^[4];宋占德等运用透穴针刺治疗周围性面瘫亦取得较好疗效^[5];王翠等用经筋疗法指导针刺取穴治疗周围性面瘫 42 例取得显著疗效^[6]。

2 针刺结合药物

2.1 针刺结合西药 针刺结合西药治疗周围性面瘫临床运用也较广泛。郑文伟等用针刺结合西药、营养神经治疗、抗病毒、改善微循环等西药治疗与单纯西药治疗周围性面瘫对比,发现针药结合疗法的治愈率和有效率均显著高于单纯西药治疗^[7];许新霞等运用针刺结合西药治疗周围性面瘫(气虚血瘀络阻证)60 例,亦取得显著效果^[8]。

2.2 针刺结合中药 陈以国通过针刺结合中药方剂的方法治疗周围性面瘫,临床运用疗效较佳^[9];刘擎等运用腹针和中药分期治疗周围性面瘫,取得理想的临

床疗效^[10];许依春运用加味牵正散内服外敷配合针刺治疗周围性面瘫 160 例,总有效率 96.67%^[11];俞秉虹运用针刺加口服加味牵正散治疗周围性面瘫 42 例,总有效率 100%,治愈率 90.48%,疗效显著^[12];钟渠等运用益气温阳膏涂抹于面部结合针刺治疗周围性面瘫 30 例,有效率为 96.67%,疗效显著^[13];石俊将针刺结合中药与单纯针刺治疗周围性面瘫相比较,结果针药结合组治愈率 88.57% 明显高于单纯针刺组的 46.67%,显示针药结合治疗周围性面瘫疗效更佳^[14]。

3 针刺结合其他疗法

3.1 针刺结合艾灸 罗劲草等用针刺结合艾灸与单纯针刺治疗周围性面瘫相比较,发现两组均有明显效果,其中针刺结合艾灸组效果更佳^[15];张敏等运用针刺结合雷火神灸治疗周围性面瘫后遗症患者,效果较佳^[16];张伟等运用针刺结合艾灸翳风穴与单纯针刺对比治疗周围性面瘫(风寒证)的临床疗效,结果提示两种疗法均有效,针刺结合艾灸疗效更佳^[17]。

3.2 针刺结合电针 邹艳等将 60 例周围性面瘫患者分为两组,发现电针联合 TDP 照射治疗组疗效优于普通针刺联合电针治疗组^[18];郭宗祥等运用针刺结合电针疏密波治疗周围性面瘫,亦取得良好效果^[19]。

3.3 针刺结合熏蒸 李永锋等运用针灸配合中药熏蒸治疗周围性面瘫 50 例,有效率达 92%^[20];张晓霞等采用中药熏蒸加针刺治疗周围性面瘫(风寒证)65 例,痊愈率为 72.3%,有效率 100%^[21];蔡秀丽等采用针刺配合中药熏蒸治疗周围性面瘫,并与单纯针刺相比较,结果为两种疗法均有效,但针刺结合熏蒸更优^[22]。

3.4 针刺结合火罐 王丽君运用针刺结合拔罐走罐治疗周围性面瘫,总有效率 90.9%,疗效显著^[23];丛科等运用针罐并用治疗周围性面瘫 93 例,总有效率 90.32%,疗效显著^[24]。

3.5 针刺结合推拿 朱雅杰运用针刺结合推拿治疗周围性面瘫患者 29 例,并与中药内服治疗相比较,结

* 基金项目:江苏省中医药局科技项目(LB13034)

△ 通信作者(电子邮箱:lkp67@163.com)

果针刺结合推拿组有效率 87.51%, 疗效更佳^[25]; 吴积良采用针刺结合推拿治疗周围性面瘫, 并与单纯针刺治疗相对比, 除针刺结合推拿疗法有效率达 93.33%, 高于针刺组外, 其后遗症发生率也低于针刺组, 认为针刺结合推拿治疗周围性面瘫疗效显著^[26]。

3.6 针刺结合穴位注射 张晓雪运用针刺结合维生素 B₁₂ 穴位注射治疗周围性面瘫 40 例, 有效率达 97.5%, 表明针刺结合穴位注射治疗周围性面瘫确有其效^[27]; 刘申易等运用针灸联合硝酸一叶秋碱穴位注射治疗周围性面瘫 80 例, 并与单纯针刺组相对照, 结果针刺结合穴位注射组有效率 98.75%, 较单纯针刺更佳^[28]; 蔡礼松运用针刺结合甲钴胺注射液穴位注射治疗周围性面瘫 39 例, 有效率 94.87%, 明显优于单纯针刺组^[29]。

3.7 针刺结合 TDP 照射 冯同忠运用针刺结合 TDP 照射治疗周围性面瘫 108 例, 总有效率 99%, 疗效显著^[30]; 贾运电针配合 TDP 照射治疗周围性面瘫 49 例, 并与西药治疗做对照, 针刺配合 TDP 组有效率为 91.8%, 明显高于西药组, 表明针刺配合 TDP 治疗周围性面瘫效果显著^[31]。

4 3 种及以上疗法综合运用

临床中常运用多种疗法联合治疗周围性面瘫, 取得较好疗效。刘八院运用针刺结合电针结合按摩手法治疗周围性面瘫 120 例, 治愈率 80%, 有效率 99.1%^[32]; 李均明运用针刺、推拿结合中药内服治疗周围性面瘫 200 例, 有效率达 95.88%^[33]; 冯莹运用针刺结合中药汤剂内服并结合面部按摩治疗周围性面瘫 343 例, 总有效率达 100%^[34]; 陈真惠运用针刺结合艾灸翳风结合推拿治疗面瘫 36 例, 总有效率为 97.2%^[35]。

5 结 语

综上, 针灸治疗周围性面瘫疗效确切, 临床应用广泛, 值得推广。从治疗手段上看, 针灸治疗周围性面瘫的方法多种多样, 既有单纯针刺, 也有结合艾灸、电针、熏蒸、火罐、穴位注射、推拿、TDP 照射等疗法, 更有 3 种或以上疗法相结合的综合疗法, 多是以针刺为基础发展而来, 而针刺疗法中, 取穴及针刺手法也有各异。但是, 从文献报道来看, 针灸治疗周围性面瘫亦存在不足之处: 1) 相关文献报道多偏重于临床观察, 而较少研究探讨针灸疗法起效的内在机理; 2) 各医家对辨证分型、针刺时机、针灸方法、疗程多有不同看法, 尚未形成学术共识及规范的治疗规程; 3) 大部分临床研究样本量较小, 缺乏多中心大样本的随机对照试验报道, 治疗疗效评价系统各不相同。故在今后的研究中, 应注重实验方法标准化, 并通过基础研究总结针灸作用规律, 找出最佳处方。

参 考 文 献

- [1] 郑颖颖, 郑健刚. “合谷刺与反合谷刺”治疗顽固性周围性面瘫 32 例[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(2): 338-339.
- [2] 黄天明. 快刺针法治疗周围性面瘫 100 例[J]. 中国针灸, 2013, 33(S1): 68-69.
- [3] 李占茜, 王季良. 王季良针刺治疗周围性面瘫所致眼睑闭合不全经验[J]. 河南中医, 2014, 34(4): 604-605.
- [4] 杨任远. 沿皮透刺在针刺治疗周围性面瘫中的临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2011, 3(16): 80-81.
- [5] 宋占德, 扬玉红. 透穴治疗周围性面神经麻痹 286 例[J]. 甘肃中医, 2011, 24(5): 52.
- [6] 王翠, 向齐, 苏霞. 经筋疗法治疗周围性面瘫 42 例[J]. 中医外治杂志, 2011, 20(5): 64.
- [7] 郑文伟, 孙文磊. 中西医结合治疗贝尔氏周围性面瘫疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2014, 24(10): 915-916.
- [8] 许新霞, 焦伟, 武继涛. 针灸配合通心络胶囊联合西药治疗气虚血瘀络阻型面瘫多中心随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2012, 26(11): 73-75.
- [9] 王冠东, 陈以国. 陈以国教授针药联合治疗周围性面瘫经验介绍[J]. 光明中医, 2014, 29(4): 821-822.
- [10] 刘擎, 吕海涛, 金晓阳. 腹针与中药并用分期辨治面瘫[A]. 中国针灸学会腹针专业委员会, 第 2 届腹针国际学术研讨会腹针 40 周年回顾展望论文集 [C]. 中国针灸学会腹针专业委员会, 2012: 5.
- [11] 许依春, 加味牵. 正散内服外敷治疗周围性面瘫 160 例疗效观察[J]. 光明中医, 2012, 27(6): 1138-1139.
- [12] 俞秉虹. 针刺配合加味牵正散治疗周围性面瘫 42 例体会[J]. 包头医学, 2012, 36(3): 168-169.
- [13] 钟渠, 郑贤刚, 郑桃晓. 中药外敷联合针刺治疗周围性面瘫临床研究[J]. 中医学报, 2013, 28(186): 1755-1756.
- [14] 石俊. 针刺联合中药内服治疗周围性面瘫的临床疗效观察[J]. 临床与实践: 中外医学研究, 2014, 12(16): 26.
- [15] 罗劲草, 艾宙. 隔姜灸对针刺治疗风寒型周围性面瘫疗效的干预作用[J]. 刺灸聚英, 2014, 30(4): 46-48.
- [16] 张敏, 沈凯. 赵氏雷火灸配合速刺治疗晕针周围性面瘫后遗症患者 1 例[J]. 中国医药指南, 2014, 12(20): 293.
- [17] 张伟, 曹莲瑛. 针刺结合艾灸翳风穴治疗风寒型周围性面瘫临床对比研究[J]. 四川中医, 2014, 32(7): 149.
- [18] 邹艳, 马正荣, 沈嘉平. 针刺合电针疗法加 TDP 照射治疗周围性面瘫 30 例[J]. 中医研究, 2014, 27(2): 62-63.
- [19] 郭宗祥, 许晓斌. 治疗面瘫的电针治疗仪使用方法观察[J]. 中国卫生产业, 2014, 12(8): 117-118.
- [20] 李永锋, 闫照赞, 杨继川. 针灸配合中药熏蒸治疗周围性面瘫的疗效观察 50 例[J]. 中国医药指南, 2010, 8(20): 256-257.
- [21] 张晓霞, 黄丽萍. 中药熏蒸加针刺治疗风寒型周围性面瘫 65 例[J]. 陕西中医, 2011, 32(9): 1226-1227.
- [22] 蔡秀丽. 针灸配合中药熏蒸治疗周围性面瘫 60 例[J]. 中国中医急症, 2011, 20(5): 798-799.
- [23] 王丽君. 闪罐及走罐法配合针刺疗法治疗失治性周围性面瘫[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2011, 13(10): 232.
- [24] 丛科, 教富娥. 针罐并用治疗特发性面神经麻痹 93 例[J].

- 中国中医急症, 2011, 20(6): 956.
- [25] 朱雅杰. 浅谈应用针灸推拿疗法治疗周围性面瘫的体会[J]. 求医问药, 2013, 11(8): 162-163.
- [26] 吴积良. 30 例推拿按摩配合针灸治疗周围性面瘫临床效果观察[J]. 中外医疗, 2014, 34(17): 131-132.
- [27] 张晓雪. 针刺配合水针治疗周围性面瘫 40 例临床观察[J]. 中医临床研究, 2013, 5(10): 60-61.
- [28] 刘申易, 蒲沁沁. 探讨 80 例周围性面瘫患者采用针灸联合穴位注射治疗[J]. 中国卫生产业, 2012, 10(13): 166.
- [29] 蔡礼松. 针刺结合甲钴胺注射液穴位注射治疗周围性面瘫 39 例[J]. 中国药业, 2013, 22(2): 81-82.
- [30] 冯同忠. 电针加 TDP 照射治疗面瘫 108 例临床体会[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(8): 46-47.
- [31] 贾运. 电针配合 TDP 照射治疗周围性面瘫 49 例[J]. 河南中医, 2012, 32(7): 902.
- [32] 刘八院. 电针透刺配合按摩治疗面瘫 120 例临床观察[J]. 吉林医学, 2012, 33(9): 1927.
- [33] 李均明. 针灸推拿联合中药治疗面瘫 200 例疗效观察[J]. 北方医学, 2012, 9(9): 57.
- [34] 冯莹. 汤剂+针灸+面部按摩联合护理治疗面瘫随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 10(3): 167-169.
- [35] 陈真惠. 急性期重灸翳风结合电针推拿治疗面瘫 36 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(11): 24-25.

(收稿日期 2015-02-18)

(上接第 980 页)

甲的盐酸盐在一定浓度下, 通过抑制细菌细胞膜上的主动外排泵来发挥对耐药金黄色葡萄球菌具有较强的逆转作用^[10]。天门冬含天门冬素、黏液质、 β -甾醇及 5-甲氧基甲基糠醛及多种氨基酸等, 对多种细菌有抑制作用^[11]。另外据报道, 连续 3 d 灌服天门冬 75% 醇提取物 5 和 159 生药/g, 能明显抑制二甲苯所致的小鼠耳肿胀厚度, 具有抗炎免疫作用^[12]。桑白皮含多种黄酮衍生物, 如桑皮素、桑皮色烯素、桑根皮素等^[13]; 正因桑白皮含有的多种化学成分, 使它具有比较广泛的药理活性。乙醇提取物中主要含有酚性化合物, 具有明显抗氧化、抗炎活性。有研究表明桑白皮醇提取物可明显抑制二甲苯所致小鼠耳肿和角叉菜胶所致小鼠足趾肿, 表明桑白皮具有抗炎作用; 此外, 桑白皮水提物亦有抗炎作用, 桑白皮中的黄酮是其抗炎的有效成分, 黄酮提取物具有显著抗炎对抗效果, 并且提示其抗炎作用与抑制肥大细胞释放炎症递质有关, 此外, 桑白皮中其他化合物也具有明显的抗炎作用, 桑白皮分离出的多种黄酮类化合物以及桑色素等均有抗炎作用^[13]。瓜蒌含三萜皂苷, 有机酸及盐类、树脂、糖类和色素^[6]。基于此瓜蒌具有多种生理活性, 临床应用广泛。瓜蒌仁二醇等化合物对 1 μ g/耳 TPA 诱导的小鼠耳部炎症(肿胀)有一定抑制作用, 具有抗炎作用^[14]。并且瓜蒌煎剂体外对大肠杆菌、痢疾杆菌、绿脓杆菌及溶血性链球菌、肺炎球菌、金黄色葡萄球菌等均有抑制作用^[15]。枳实: 酸橙果皮含挥发油并含黄酮苷、N-甲基酪胺、对羟福林等多种化学成分^[16]。枳实挥发油对耐药金黄色葡萄球菌有抑制作用, 柠檬烯有镇咳、祛痰、抗菌的作用; 芳樟醇有防腐抗菌、抗病毒、镇静的作用^[16]。

本实验研究结果验证了清肺止咳灵糖浆的抗炎、解热作用, 并证明与其主要成分药物的药理作用密切相关, 为临床的进一步合理应用提供理论依据。实验结果显示, 清肺止咳灵对小鼠二甲苯致耳廓肿胀有明显的抑制作用, 说明清肺止咳灵具有良好的抗炎作

用。干酵母致大鼠发热呈现显著的抑制作用, 具有解热作用。

参 考 文 献

- [1] 李仪奎. 中药药理实验方法学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1991.
- [2] 吴瑕, 陈东辉, 雷玲. 竹节人参抗炎镇痛作用研究[J]. 中药药理与临床, 2007, 23(1): 44.
- [3] 陈奇. 中药药理研究方法学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 9.
- [4] 陈秋红, 周小梅. 青鹏胶囊解热镇痛及抗炎作用实验研究[J]. 山东中医杂志, 2006, 25(6): 408.
- [5] 吴佩颖. 鱼腥草的研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(3), 62.
- [6] 李经纬, 邓铁涛. 中医大辞典[M]. 人民卫生出版社, 1995: 467, 965, 1219, 1224, 1302, 1330, 1335.
- [7] 杜向群, 陈敏燕, 许颖. 鱼腥草成分与药理的研究进展[J]. 江西中医药, 2012; 43(350): 67.
- [8] 辛文好, 宋俊科, 何国荣. 黄芩素和黄芩苷的药理作用及机制研究进展[J]. 中国新药杂志, 2013, 22(6): 647.
- [9] 赵红艳, 范书铎. 黄芩素对发热大鼠下丘脑 PGE2 和 cADM 含量的影响[J]. 中国应用生理学杂志, 2002, 18(2): 139-141.
- [10] 张勇慧, 阮汉利, 吴继洲. 贝母的药理作用研究概况[J]. 医药导报, 2003, 22(11): 798.
- [11] 雷载权. 中药学[M]. 6 版. 上海科学技术出版社, 2001: 60, 74, 158, 223, 230, 231, 232, 240, 244, 307.
- [12] 张明发, 沈雅琴. 天冬药理作用研究进展[J]. 上海医药, 2007, 28(6): 266.
- [13] 景王慧, 吴文进. 归肺经中药桑白皮的化学、药理与药代动力学研究进展[J]. 世界中医药, 2014, 9(1): 110-111.
- [14] 滕勇荣, 王连侠, 张永清. 瓜蒌药理研究进展[J]. 齐鲁药事, 2010, 29(7): 418-419.
- [15] 刘金娜. 瓜蒌的化学成分和药理活性研究进展[J]. 中药材, 2013, 36(5): 846.
- [16] 张红, 孙明江, 王凌. 枳实的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中药材, 2009, 32(11): 1789.

(收稿日期 2015-03-10)

针刺治疗偏头痛作用机制的研究进展

董习林¹ 王渝蓉^{2△}

(1.重庆市北部新区第一人民医院,重庆 401121;2.重庆市中医院,重庆 400011)

中图分类号:R246 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)06-1039-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.037

【关键词】 偏头痛 针刺 机制研究

偏头痛多为一侧或双侧颞部反复发作的搏动性头痛,发作前可伴视觉、体觉先兆,常伴呕吐。目前本病致病机理尚不明确,但人们多认为其是由于神经血管功能紊乱,大脑皮层兴奋性增强,以及脑中三叉神经核中的神经元痛感控制异常所致。偏头痛发作启动是由于三叉神经节中枢被激活,引起三叉神经纤维相应脑膜支配区膜血管、静脉窦、硬脑膜和软脑膜感觉纤维等部位血管活性肽,如降钙素基因相关肽(CGRP)、P物质等的释放而导致其发作^[1]。偏头痛所累及部位在中医学多属于足少阳胆经、手少阳三焦经所循行部位,故可属手足少阳经范畴,经络理论认为“经络所过,主治所及”。近年来针刺治疗偏头痛的作用机制研究取得了很大进展。现就近年来对于针刺治疗偏头痛的机制研究综述如下。

1 调节脑血流量,改善脑血管微循环

20 世纪 30 年代 Wolff 等发现采用麦角胺后,颞动脉搏动幅度降低,头痛缓解,提出了偏头痛血管源假说。孙培话^[2]认为,针刺可通过减轻或消除炎症,调节自主神经微血管舒缩功能,清除代谢产物,从而改善病变局部微循环及神经营养状态,提高痛阈,缓解痉挛。蔡玉颖等^[3]的研究表明,针刺可有效缓解脑血管痉挛,降低偏头痛发作期患者颅内动脉血流速度。于文等^[4]研究证实,偏头痛普通型发作期患者脑血流量下降,采用针刺可增加脑血流量至正常范围。典型偏头痛先兆期脑血流量部分增加,针刺后全部增加,且明显超过正常范围。戴明等^[5-9]研究证实针刺治疗偏头痛,对患者脑动脉血流速度具有较好双向调节作用。谢菊英等^[10]认为针刺可以调整患者交感神经功能,恢复血管舒缩功能,解除分支动脉痉挛,从而使局部组织血流恢复正常,改善微循环。此外,邹文等^[11]研究表明发作期偏头痛患者接受针刺后局部脑血流量均有不同程度改善。

2 改善脑组织血氧饱和度及血液流变学

王晓燕^[12]研究发现偏头痛患者脑组织含氧及血量降低,通过针刺治疗可改善患者脑组织氧和血红蛋白饱和度及血流量。研究证实偏头痛患者全血黏度、血浆黏度、血小板聚集指数显著增高,而采用针刺治疗后患者血液流变学指标及临床症状学和检验学总评分经统计学处理均有显著性差异^[13-14]。

3 调节神经系统功能

李学智等^[15]采用正电子发射计算机断层显像(PET-CT)进行扫描,运用统计参数图软件(SPM 2)对重建图像进行数据分析并与健康人脑功能成像比较,观察针刺前后偏头痛患者脑内葡萄糖代谢变化,结果发现针刺后患者脑干、脑岛等疼痛矩阵脑区兴奋区减少,脑功能减低区以右侧颞叶为主转变为双侧颞叶对称区域,其结果表明针刺可通过对脑内能量代谢协调再分配起到整体、良性的治疗效应。石宏等^[16]研究证实采用电针“阳陵泉”和“太冲”可抑制偏头痛大鼠皮层扩展性抑制(CSD)波幅,并可持续 50 min。自主神经功能状态与偏头痛发生密切相关^[17]。采用预防性针刺治疗偏头痛患者可使低频心率变异性较针刺前改善,表明针刺可调节自主神经功能^[17-18]。

4 对神经递质等的影响

神经血管源假说认为,中脑中缝核可能是偏头痛的发生器,该区被激活及三叉神经末梢受刺激后会诱发促炎症因子(如神经肽、P物质等)释放进入血管周围间隙,引起血管内血浆蛋白渗入血管壁,内皮细胞及血小板被激活,从而血管扩张和肥大细胞脱落,促发血管炎症及神经肽进一步释放,头痛症状加重。

4.1 神经肽 Y(NPY)和内皮素(ET) ET是由血管内皮细胞产生的血管活性多肽,是一种强烈的缩血管物质。研究表明^[20]偏头痛患者急性发作期血浆 ET 含量高于健康者,针刺患者风池、太阳后则降低。动物实验结果证实偏头痛模型大鼠较正常大鼠 NPY 和 ET 水

△通信作者(电子邮箱:1023759349@qq.com)

平升高,经针刺治疗后,与模型组比较则显著降低^[19]。

4.2 CGRP 三叉神经中的 CGRP 含量非常丰富,其是脑循环中强有力的血管舒张肽。陈军等^[22]发现通过头针疗法可调节偏头痛患者血浆 CGRP 水平从而起到止痛作用。杨佃会等^[23]采用耳穴综合疗法治疗偏头痛,结果表明该法可调节患者血浆 CGRP 水平,使之相对平衡,改善血管舒缩功能紊乱状态和内皮功能,激发神经-内分泌系统调节功能,从而发挥对偏头痛普通型患者防治作用,这与石宏等^[16]研究结果相似。研究表明针刺能降低偏头痛大鼠脑内 CGRP 基因的表达^[21]。

4.3 β -内啡肽 Lignori 发现,偏头痛患者针刺 1h 后血浆 β -内啡肽可明显增高, β -内啡肽可以调整疼痛通路并抑制 P 物质释放,从而产生吗啡样止痛作用^[24]。

4.4 血浆神经降压素(NT)和心钠素(ANP) NT 具有强烈的舒张血管及降压作用,ANP 则具有利尿扩血管作用。陈昌华等^[25]对偏头痛模型大鼠予针刺太冲、阳陵泉,检测大鼠 NT 和 ANP 含量,结果发现针刺可改善脑血管平滑肌舒缩功能,调节血浆 NT 及 ANP 合成与释放,减轻偏头痛症状。

4.5 一氧化氮(NO) 邹敏^[26]通过针刺患者四关穴后发现血浆 NO 水平显著升高。唐胜修等^[27]亦发现 NO 水平降低与偏头痛发作脑血管舒缩功能异常密切相关。

4.6 5-羟色胺 颅脑血管主要由 5-HT 和去甲肾上腺素能神经支配,5-HT 等神经递质释放增强会导致颅脑血管舒缩改变,其血浆中的含量在偏头痛发作各阶段不同。董礼等认为,针刺可使脑内吗啡样物质增多,这些物质作用于中脑导水管周围灰质,兴奋中枢核,通过下行纤维释放 5-HT 抑制脊髓背角而发挥镇痛作用^[29]。一些研究表明针刺对 5-HT 具有良性调节作用^[12,28]。

4.6 血小板和血小板凝集因子 偏头痛患者血小板容易聚集,血小板聚集后可以释放 5-HT 等物质,此类物质又促进血小板聚集,从而刺激机体产生大量儿茶酚胺等强有力收缩血管导致脑血流减少。花生四烯酸代谢衍生物血栓素 $A_2(TXA_2)$ 是血小板合成的强血管收缩剂和血小板聚集诱导剂,前列环素 PGI_2 是血小板聚集最强抑制剂、有效的血管扩张剂及急性炎症介质。孙忠人等^[30]研究发现偏头痛患者血浆血小板活化因子 PAF、 TXB_2 和 6-keto- $PGF_{1\alpha}$ (分别为 TAX_2 和 PGI_2 的稳定代谢产物)含量均高于正常对照组,通过采用针刺治疗后均明显降低。吴敬等^[31]研究发现采用缪刺法治疗偏头痛可有效降低血小板聚集率,缓解头痛症状,疗效较好。

4.7 血清镁 杨丽等^[32]观察发现偏头痛患者血清镁含量降低。陈邦国^[33]通过针刺太冲、足临泣、外关、阳陵泉、足三里、风池、太阳透率谷位治疗偏头痛,患者血清镁含量增加,症状减轻或消失,表明针刺可调节偏头痛

患者血清镁含量。

4.8 G 蛋白 (鸟苷酸结合调节蛋白) G 蛋白是一类能与鸟嘌呤核苷酸结合具有 GTP 水解酶活性的信号转导蛋白。G 蛋白参与的信号转导途径在动植物体中是一种非常保守的跨膜信号转导机制,其在参与“细胞转导胞外信号”时,首先由不同类型的 G 蛋白偶联受体(GPCRs)接受细胞外各种配基(胞外第一信使),然后受体被活化,进一步激活质膜内侧的异三聚体 G 蛋白,后者进一步激活其下游相应的效应器,产生细胞内第二信使 cAMP,从而把信号逐级传递下去,调节生物体生长发育过程。在神经血管内皮细胞受体-腺苷酸环化酶(Ac)信号转导系统中,刺激性 G 蛋白(Gsa)可激活 Ac,将腺苷酸转化为第二信使 cAMP,调节脑内血管活性物质或神经递质、神经肽释放;抑制性 C 蛋白(Gia)可通过抑制 Ac 活性影响第二信使 cAMP 生成进而影响血管舒缩功能。研究表明,针刺偏头痛模型大鼠可降低其脑干组织中 Gsa 蛋白表达,而增强 Gia 蛋白表达^[34-35]。

5 中枢调节机制

目前针刺治疗偏头痛的中枢机制研究较少,近年学者^[36-40]研究主要与疼痛脑区(脑干、丘脑、脑岛、边缘系统等)相关,针刺治疗偏头痛的中枢机制尚不明确,需进一步深入研究。

6 小 结

偏头痛是一种反复发作的血管性头痛,是一种致残的慢性疾病,危害患者的学习和工作效率、生活质量,与脑血管疾病、情感障碍等疾病的产生密切相关。目前临床治疗偏头痛西药较多,但其服用后毒副作用大且易成瘾。中医针灸治疗偏头痛疗效确切,且无或少毒副作用。中医学理论认为,偏头痛属少阳经脉病症,治疗原则宜疏经通络。而现代医学认为其具体作用机制尚不明确。中医针灸治疗偏头痛以及其他疾病疗效显著,但是均缺乏明确现代医学证据。

明确针灸治疗偏头痛的机制能及时减轻患者痛苦和更好更全面推广针灸疗法。这是现今中医面临的重要问题之一,这有待于学者进一步深入探讨研究。

参 考 文 献

- [1] Limmroth V, Katsarava Z, Liedert B, et al. An in vivo rat model to study calcitonin gene related peptide release following activation of the trigeminal vascular system[J]. Pain, 2001, 92(12):101.
- [2] 孙培话. 针刺配合耳压治疗偏头痛临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2006, 25(8):12.
- [3] 蔡玉颖, 王顺. 透穴刺法治疗偏头痛的临床疗效及对脑血流速度的影响[J]. 中国针灸, 2006, 26(3):177.
- [4] 于文, 沈凡霞, 翁中芳, 等. 针刺治疗血管性头痛急性发作的临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2000, 19(2):19.

- [5] 戴明, 靳森, 沈维娜. 针刺治疗偏头痛患者疗效观察及对脑血流的影响[J]. 上海针灸杂志, 2007, 26(9): 3-5.
- [6] 陈慧敏, 常小荣, 兰蕾. 针刺少阳经特定穴对偏头痛患者脑动脉血流速度的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(9): 1034-1035.
- [7] 石云琼, 刘雅芳, 裴裴, 等. 接气通经针法治疗无先兆性偏头痛疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(2): 121-122.
- [8] 常东红, 杨春雪, 侯文豪, 等. 针刺颈夹脊穴治疗基底型偏头痛的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(12): 29-30.
- [9] 艾民, 常亚娟, 张洋, 等. 针刺双侧太阳、风池穴治疗偏头痛的疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(9): 9-10.
- [10] 谢菊英, 刘伍立. 针刺治疗偏头痛及其对自主神经系统功能的影响[J]. 中国针灸, 2003, 23(2): 77-79.
- [11] 邹文, 张季声, 童晓欣, 等. 偏头痛的 SPECT 脑灌注表现[J]. 黑龙江医学, 2001, 25(8): 566-567.
- [12] 王晓燕. 温针灸治疗血管神经性头痛的临床研究[J]. 贵阳中医学院学报, 2004, 26(4): 33-34.
- [13] 孙丽, 施乃久, 李红霞. 偏头痛患者血液流变学和血液动力学的对照研究[J]. 中国厂矿医学, 2000, 13(2): 89-90.
- [14] 袁军, 房家毅, 李梅. 辨证分型针刺治疗血液流变学异常偏头痛 162 例临床研究[J]. 河北中医, 2006, 26(5): 361-363.
- [15] 李学智, 刘旭光, 宋文忠, 等. 针刺少阳经穴对慢性偏头痛患者脑内葡萄糖代谢的影响[J]. 中国针灸, 2008, 28(11): 854-859.
- [16] 石宏, 李江慧, 吉长福, 等. 电针对偏头痛大鼠的皮层扩展性抑制以及对血浆降钙素基因相关肽、P 物质含量的影响[J]. 针刺研究, 2010, 35(1): 17-21.
- [17] Shechter A, Stewart WF, Silberstein SD, et al. Migraine and autonomic nervous system function: a population-based, case-control study[J]. Neurology, 2002, 58(3): 422-427.
- [18] Backer M, Grossman P, Schneider J, et al. Acupuncture in migraine investigation of autonomic effects[J]. Clin J Pain, 2008, 24(2): 106-115.
- [19] 王素娥, 李炜, 邓干初, 等. 针刺对偏头痛大鼠血浆内皮素与神经肽 Y 变化的影响[J]. 中国临床康复, 2002, 6(14): 2074-2075.
- [20] 唐胜修, 徐祖豪, 唐萍, 等. 针刺对偏头痛患者血管收缩与舒张因子的影响[J]. 中国针灸, 2004, 24(2): 103-104.
- [21] 钟广伟, 李炜, 邓干初, 等. 针刺对偏头痛大鼠脑内降钙素基因相关肽基因表达的影响[J]. 中国临床康复, 2002, 6(24): 3680-3681.
- [22] 陈军, 李静. 头针治疗偏头痛的疗效及对 CGRP、NO 的调节[J]. 上海针灸杂志, 2008, 27(12): 6-7.
- [23] 杨佃会, 韩晶, 单秋华. 耳穴综合疗法治疗缓解期普通偏头痛疗效观察及对患者血浆 CGRP、ET 的影响[J]. 中国针灸, 2007, 27(8): 569-571.
- [24] Liguori. 针刺与药物治疗无先兆性偏头痛(MWA)的随机临床研究[J]. 国外医学: 中医中药分册, 2001, 23(1): 55-56.
- [25] 陈昌华, 李炜, 钟广伟, 等. 针刺肝胆经腧穴对偏头痛模型鼠血管神经降压素和心钠素的影响[J]. 中国针灸, 2004, 24(1): 63-64.
- [26] 邹敏, 刘洁, 唐勇. 针刺四关穴治疗偏头痛及其对一氧化氮水平的影响[J]. 中国中医急症, 2003, 12(2): 129.
- [27] 唐胜修, 徐祖豪, 唐萍, 等. 针刺对偏头痛患者血管收缩与舒张因子的影响[J]. 中国针灸, 2004, 24(2): 103-104.
- [28] 钟广伟, 李炜, 邓干初, 等. 针刺对偏头痛大鼠脑内一氧化氮、5-羟色胺的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2002, 12(14): 25-26.
- [29] 董礼, 严隽陶, 李善敬, 等. 疼痛与针刺镇痛[J]. 辽宁中医杂志, 2005, 32(8): 769.
- [30] 孙忠人, 吴燕. 针刺治疗偏头痛的疗效及生化学机制研究[J]. 上海针灸杂志, 2002, 21(1): 16-17.
- [31] 吴敬, 聂鹏坤. 缪刺法治疗 100 例偏头痛患者临床疗效及血小板聚集率变化研究[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(10): 1774-1775.
- [32] 杨丽, 成敏, 郭志良, 等. 偏头痛患者血浆 P 物质与 Mg^{2+} 相关性研究[J]. 中风与神经疾病杂志, 2004, 21(3): 257-258.
- [33] 陈邦国. 针刺治疗偏头痛对血清镁的影响[J]. 中国针灸, 1998, 18(2): 73-74.
- [34] 钟广伟, 李炜, 王素娥. 针刺肝经腧穴对偏头痛大鼠脑干组织 G 蛋白含量的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2004, 14(17): 29-36.
- [35] 李臻琰, 李炜, 钟广伟, 等. 针刺不同经穴对偏头痛大鼠脑干组织 G 蛋白亚基含量的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2005, 15(16): 2437-2442.
- [36] 蒋萃. 针刺经穴与非经穴治疗偏头痛的效应及功能磁共振成像研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2011.
- [37] 赵凌. 基于 fMRI 技术研究循经取穴针刺效应的脑功能连接网络响应特征[D]. 成都: 成都中医药大学, 2011.
- [38] 杨洁. 基于 PET-CT 技术的循经针刺对偏头痛患者即时镇痛效应的中枢机制研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2011.
- [39] 赵凌, 任玉兰, 余毓如. 基于数据挖掘技术分析古代针灸治疗偏头痛的经穴特点[J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 10: 774-776.
- [40] Tfelt HP, Pascual J, Ramadan N, et al. Guidelines for controlled trials of drugs in migraine: Third edition. A guide for investigators[J]. Cephalalgia, 2012, 32(1): 6-38.

(收稿日期 2015-02-08)

重症监护病房大肠埃希菌泌尿系统感染的耐药性分析及与中医虚实证的关系初探*

王颖辉 赵 昕 付 征 远 庚 刘 畅 钱 晶 叶锡鲁 齐文升[△]
(中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

中图分类号: R691.3 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-1042-03
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.038

【摘要】目的 调查重症监护病房泌尿系统感染相关大肠埃希菌的耐药性,并探究其与中医虚实证的关系。**方法** 采用临床流行病学回顾性的研究方法,收录入住广安门医院 ICU 病房 45 例患者的尿液标本,记录中医证候及尿培养中大肠埃希菌的体外药敏试验结果。**结果** 45 例大肠埃希菌标本产 ESBLs 菌株共 28 株,检出率为 62.22%,对哌拉西林/他唑巴坦、头孢替坦、亚胺培南、厄他培南、庆大霉素、妥布霉素、阿米卡星、复方新诺明及呋喃妥因较敏感,对氨苄西林、氨苄西林/舒巴坦、头孢唑啉、头孢他啶、头孢曲松、头孢吡肟、氨曲南、环丙沙星及左氧氟沙星均不敏感。中医辨证为虚证的患者产 ESBLs 菌株检出率较实证及虚实夹杂证高,耐药状况较严重。**结论** ICU 病房泌尿系统编码感染患者初始经验性治疗可选择碳青霉烯类、氨基糖甙类抗生素以及哌拉西林/他唑巴坦、头孢替坦。针对中医辨证为虚证的泌尿系感染患者选择碳青霉烯类、头孢替坦或阿米卡星更能取得较好疗效。

【关键词】 重症监护病房 泌尿系统感染 耐药性 中医虚实证

The Relationship between Drug Resistance and Deficiency-Excessiveness Syndromes in TCM of Escherichia Coli with Urinary Tract Infections in Intensive Care Unit WANG Yinghui, ZHAO Xin, FU Zheng, et al. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China

【Abstract】Objective: To investigate the drug resistance of Escherichia coli with urinary tract infections in intensive care unit, and the relationship of Deficiency-Excessiveness Syndromes in TCM. **Methods:** 45 urine specimens obtained from 45 patients with urinary tract infections in ICU ward of Guang'anmen Hospital were studied retrospectively. The results of drug sensitivity test in vitro of E.coli in urine culture and syndromes of TCM were recorded. **Results:** There were 28 ESBLs-producing strains in 45 strains of E.coli with the positive rate 62.22%. They were sensitive to piperacillin/ tazobactam, cefotetan, imipenem, ertapenem, gentamicin, tobramycin, amikacin, cotrimoxazole and nitrofurantoin and not sensitive to ampicillin, ampicillin/sulbactam, cefazolin, ceftazidime, ceftriaxone, cefepime, aztreonam, ciprofloxacin and levofloxacin. The positive rate of ESBLs-producing strains in patients with Deficiency Syndromes in TCM was higher than Excessiveness Syndromes and Deficiency-excess Mixing Syndromes in TCM. The drug resistance of patients with Deficiency Syndromes in TCM was serious. **Conclusion:** The initial empirical therapeutic tactics of patients with urinary tract infection in ICU can choose carbapenems, aminoglycoside antibiotics, piperacillin/ tazobactam, cefotetan. The selection of carbapenem, cefotetan or amikacin can obtain a better effect on patients with Deficiency Syndromes in TCM of urinary tract infection.

【Key words】 ICU ward; Urinary tract infection; Drug resistance; Deficiency-Excessiveness Syndromes in TCM

重症监护病房(ICU)因患者病情危重,留置导尿的比例较高,从而导致了泌尿系统感染的高发生率。泌尿系统感染的致病菌又以大肠埃希菌为主。近年来大肠埃希菌的耐药率及超广谱 β -内酰胺酶(ESBLs)在其菌株中的检出率均呈上升趋势^[1],故调查泌尿系统感染相关大肠埃希菌的耐药性,并同时探究其与中医

虚实证的关系,对中西医临床抗生素的使用有指导意义。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 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)》^[2],将证候分为虚、实、虚实夹杂 3 个方面。

1.2 临床资料 45 例患者中男性 8 例(17.78%),女

* 基金项目:中国中医科学院广安门医院科研课题项目(2009-S219)
[△]通信作者(电子邮箱:qwsqws@sohu.com)

性 37 例(82.22%);年龄 48~96 岁,平均(73.51±11.42)岁。根据中医证候的不同分为虚证组、实证组及虚实夹杂证组。虚证组共 12 例(男性 6 例,女性 6 例),实证组共 17 例(男性 2 例,女性 15 例),虚实夹杂组共 16 例,全部为女性患者。

1.3 菌株来源 45 株大肠埃希菌分离自 2012 年 1 月至 2014 年 8 月中国中医科学院广安门医院 ICU 病房 45 例患者的中段尿标本。

1.4 菌株鉴定与药敏试验 标本送广安门医院检验科,菌株鉴定在 API 全自动微生物鉴定系统(法国生物梅里埃公司)中进行分析鉴定;药敏试验采用 K-B 法标准进行,药敏纸片均为英国 Oxoid 公司产品。质控菌株为大肠埃希菌 ATCC25922。

1.5 研究方法 采用临床流行病学回顾性的研究方法,记录 45 例患者的入院一般情况,归纳患者的中医证型,及其尿培养中大肠埃希菌体外药敏试验结果。

1.6 观察指标 一般情况:性别、年龄、入院日期、出院日期、临床表现。中医证候及尿培养中显示大肠埃希菌的体外药敏试验结果。

1.7 统计学处理 建立 Microsoft Access 数据库,将数据资料进行录入,就用 SPSS19.0 统计软件分析,所有统计检验均采用双侧检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,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。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 45 株大肠埃希菌对 18 种抗生素的体外药敏试验结果 见表 1。本研究纳入泌尿系感染患者 45 例,于尿培养中共收集大肠埃希菌 45 株。

2.2 产 ESBLs 菌株检出状况 ESBLs(+)菌株检出共 28 株,检出率为 62.22%。其中虚证组 10 株,实证组 9 株,虚实夹杂组 9 株,虚证组与实证组及虚实夹杂证组比例差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 不同中医证候对抗生素耐药情况比较 见表 2。

3 讨论

入住 ICU 的患者由于病情危重、机体免疫功能下降、侵入性操作频繁,感染常常成为主要并发症。同时伴随着抗菌药物的大量使用,细菌耐药性也最为严重,与非 ICU 住院患者有极大差异^[3]。产 ESBLs 大肠埃希菌,特别是对碳青霉烯类抗菌药物耐药菌株(CRE)的出现,给医院感染控制及临床治疗带来了极大的困难。卫生部全国细菌耐药监测网(Mohnarin)2011 至 2012 年革兰阴性菌耐药监测报告指出,我国碳青霉烯耐药肠杆菌虽然总体检出率仍维持在较低水平(<5%),但有上升趋势,且我国大肠埃希菌 ESBLs 检出率及对多种抗菌药物的耐药率明显高于国外报道^[4]。

表 1 45 株大肠埃希菌对 18 种抗生素的体外药敏试验结果 $n(\%)$

抗生素类型	敏感(S)	中介(I)	耐药(R)
氨苄西林	1(2.22)	1(2.22)	43(95.56)
氨苄西林/舒巴坦	7(15.56)	7(15.56)	31(68.89)
哌拉西林/他唑巴坦	40(88.89)	3(6.67)	2(4.44)
头孢唑啉	13(28.89)	1(2.22)	31(68.89)
头孢替坦	41(91.11)	2(4.44)	2(4.44)
头孢他啶	21(46.67)	0(0.00)	24(53.33)
头孢曲松	17(37.78)	0(0.00)	28(62.22)
头孢吡肟	20(44.44)	2(4.44)	23(51.11)
氨基糖苷	18(40.0)	0(0.00)	27(60.0)
亚胺培南	44(97.78)	1(2.22)	0(0.00)
厄他培南	45(100.0)	0(0.00)	0(0.00)
庆大霉素	28(62.22)	0(0.00)	17(37.78)
妥布霉素	28(62.22)	9(20.0)	8(17.78)
阿米卡星	43(95.56)	0(0.00)	2(4.44)
环丙沙星	6(13.33)	0(0.00)	39(86.67)
左氧氟沙星	5(11.11)	1(2.22)	39(86.67)
复方新诺明	28(62.22)	0(0.00)	17(37.78)
呋喃妥因	31(68.89)	8(17.78)	6(13.33)

表 2 不同中医证候对抗生素耐药情况比较 $n(\%)$

抗生素类型	虚证	实证	虚实夹杂
氨苄西林	12(100)	16(94.12)	16(100)
氨苄西林/舒巴坦	11(91.67)	14(82.35)	13(81.25)
哌拉西林/他唑巴坦	2(16.67)	2(11.76)	1(6.25)
头孢唑啉	10(83.33)	12(70.59)	9(56.25)
头孢替坦	1(8.33)	1(5.88)	2(12.5)
头孢他啶	9(75.0)	7(41.18)	8(50.0)
头孢曲松	9(75.0)	10(58.82)	9(56.25)
头孢吡肟	9(75.0)	8(47.06)	8(50.0)
氨基糖苷	9(75.0)	9(52.94)	9(56.25)
亚胺培南	1(8.33)	0(0.00)	0(0.00)
厄他培南	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
庆大霉素	7(58.33)	4(23.53)	6(37.5)
妥布霉素	7(58.33)	3(17.65)	7(43.75)
阿米卡星	0(0.00)	0(0.00)	2(12.5)
环丙沙星	11(91.67)	15(88.24)	12(75.0)
左氧氟沙星	11(91.67)	15(88.24)	12(75.0)
复方新诺明	7(58.33)	3(17.65)	7(43.75)
呋喃妥因	3(25.0)	4(23.53)	7(43.75)

聂庆东等^[5]研究发现大肠埃希菌对亚胺培南、哌拉西林/他唑巴坦、阿米卡星及呋喃妥因较敏感,耐药率均<20.0%,而对其他药物的耐药率均>50.0%,其中有 54.8%的菌株产 ESBLs,产 ESBLs 菌株耐药率较非

产 ESBLs 菌株高。孙莉军等^[6]对 230 株大肠埃希菌的耐药性分析发现, 其对复方新诺明及氨苄西林的耐药性最高, 对庆大霉素和氯霉素的耐药率低于头孢菌素类, 产 ESBLs 菌株检出率为 43.5%, 包括产 ESBLs 菌株在内对亚胺培南 100.0% 敏感, 对含酶抑制剂的复合型抗菌药物也比较敏感(耐药率为 12.0%~18.0%)。本研究发现, 45 例大肠埃希菌标本产 ESBLs 菌株检出率为 62.22%, 对哌拉西林/他唑巴坦、头孢替坦、亚胺培南、厄他培南、庆大霉素、妥布霉素、阿米卡星、复方新诺明及呋喃妥因较敏感(耐药率 < 50%), 对氨苄西林、氨苄西林/舒巴坦、头孢唑啉、头孢他啶、头孢曲松、头孢吡肟、氨曲南、环丙沙星及左氧氟沙星均不敏感(耐药率 > 50%)。氨苄西林及头孢菌素类抗菌药物耐药性高可能与产 ESBLs 菌株检出率高有关, 而氟喹诺酮类抗菌药物的耐药性高可能与临床及动物养殖业中该类药物的滥用有关^[7]。结果提示, 虽然 ICU 病房细菌耐药性较普通病房高, 但碳青霉烯类、氨基糖甙类抗生素以及哌拉西林/他唑巴坦、头孢替坦仍可作为经验性治疗的首选。45 株大肠埃希菌标本中检出 1 株对亚胺培南中介菌株, 检出率为 2.22%, 与文献报道一致, 需在今后临床工作中注意。

泌尿系感染即为中医之淋证。清代陈修园曰“五淋病, 皆热结, 膏石劳, 气与血”。中医学对泌尿系统感染的研究多在治疗方面, 辨证分型及其他相关研究较少。王伟等^[8]将糖尿病并发泌尿系统感染的患者分为膀胱湿热证、肝胆郁热证、肾阴不足证及脾肾两虚证 4 个证型。王自敏教授^[9]认为淋证初起多因下焦湿热, 其病在腑, 属于实证, 病程迁延或反复发作, 则出现阴虚、脾肾亏虚等虚损症候, 而湿热邪气未尽, 气血淤滞又生, 形成虚实夹杂之证。本研究根据前人经验及中医证候的不同将泌尿系统感染患者分为虚证组、实证组及虚实夹杂证组, 探讨大肠埃希菌的耐药性与中医虚实的关系。结果显示虚证组产 ESBLs 菌株检出率较实证组及虚实夹杂组高, 虚证组对 18 种抗菌药物中的 12 种均

较耐药(耐药率 $\geq 50\%$), 仅对哌拉西林/他唑巴坦、头孢替坦、亚胺培南、厄他培南、阿米卡星及呋喃妥因较敏感(耐药率 < 50%)。而实证组和虚实夹杂证组分别对 7 种及 9 种抗菌药物耐药, 且对亚胺培南中介的一株大肠埃希菌菌株出现在虚证组中, 表明中医辨证为虚证的泌尿系统感染患者其大肠埃希菌耐药状况较严重、治疗较困难, 针对此类患者初始经验性治疗选择耐药率最低的碳青霉烯类、头孢替坦或阿米卡星更能取得较好疗效。

本研究样本量较小, 结果可能有所偏差, 大样本量及大肠埃希菌的耐药性与更具体的中医辨证分型之间的关系有待今后进一步研究。

参 考 文 献

- [1] 马序竹, 吕媛. Mohnarin 2009 年度报告: 北京地区细菌耐药监测[J]. 中国临床药理学杂志, 2011, 27(5): 386-391
- [2] 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.
- [3] 沈萍, 魏泽庆, 陈云波, 等. Mohnarin 2011 年度报告: ICU 细菌耐药性监测[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(24): 5472-5476.
- [4] 李耘, 吕媛, 薛峰, 等. 卫生部全国细菌耐药监测网(Mohnarin) 2011-2012 年革兰阴性菌耐药监测报告[J]. 中国临床药理学杂志, 2014, 30(3): 260-277
- [5] 聂庆东, 马萍, 宁永忠, 等. 老年患者泌尿道大肠埃希菌的耐药分析及基因型研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(14): 2971-2974.
- [6] 孙莉军, 郑晖. 泌尿系感染大肠埃希菌的耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(16): 2510-2511.
- [7] 李仁哲. 2011 年医院大肠埃希菌临床分布及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(13): 3240-3242.
- [8] 王伟, 赵月霞, 马春丽. 辨证分型论治配合西药治疗糖尿病并发泌尿系感染 49 例[J]. 陕西中医, 2011, 32(4): 418-419.
- [9] 邢海燕. 王自敏教授中医药治疗泌尿系感染经验探析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(19): 7-8.

(收稿日期 2015-03-11)

欢迎投稿 · 欢迎订阅

牵引配合推拿技术治疗腰椎间盘突出症 临床观察*

龙海波¹ 刘 莉^{2△}

(1.重庆市渝州监狱医院,重庆 400000;2.重庆市中医院,重庆 400021)

中图分类号:R681.5+3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)06-1045-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.034

【摘要】目的 观察牵引配合推拿技术治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。**方法** 将 80 例患者按随机数字表法分为治疗组和对照组各 40 例。治疗组给予腰椎电动牵引,牵引后做推拿整复术。对照组采取脱水抗炎方法配合口服西乐葆治疗。治疗疗程为 3 周。比较分析两组治疗后椎间盘改善率、疗效和不良反应发生情况。**结果** 治疗组椎间盘改善率 90.00%, 优于对照组的 42.50% ($P < 0.05$)。治疗组总有效率 92.50%, 高于对照组的 75.00% ($P < 0.05$)。两组治疗后视觉模拟评分 (VAS)、日本骨科学会下腰痛评分与治疗前比较均改善 ($P < 0.05$), 且治疗组治疗后 VAS、JOA 评分改善优于对照组 ($P < 0.05$)。对照组 10 例患者口服西乐葆过程中出现胃肠道反应, 经停药后 1 周症状消失, 腰腿部疼痛症状仍存在。余未见明显不良反应。**结论** 牵引配合推拿技术治疗腰椎间盘突出症疗效好, 可回纳突出的椎间盘组织, 恢复脊椎最小的功能单位功能, 根本解除因椎间盘突出造成神经根压迫所出现的疼痛症状, 提高患者生活质量。

【关键词】 腰椎间盘突出症 牵引 推拿

Clinical Observation on Combination Traction and Traditional Chinese Manipulation on Lumbar Intervertebral Disc Herniation LONG Haibo, LIU Li. Prison Hospital of Yuzhou of Chongqing City, Chongqing 400000, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of combination traction and Traditional Chinese manipulation on lumbar intervertebral disc herniation. **Methods:** 80 patients were randomly divided into two groups, each group with 40 patients. Treatment group were treated with electric traction and Chinese manipulation. While the control group were treated with Dehydration anti-inflammatory and celecoxib. 3 weeks was a course of treatment. The improvement rate, curative effect and adverse reaction of both groups were observed after treatment. **Results:** Improve rate of treatment group was 90.00%, which was better than that of control group (42.50%); the total effective rate of treatment group was 92.50%, which was better than that of control group (75.00%); the scores of VAS and JOA of both groups both improved, and treatment group did better (all $P < 0.05$). 10 patients of control group suffered from Gastrointestinal reflect while oral celecoxib, which disappeared one week after off the pill, while Waist pain was still sore. And there was no other adverse reaction. **Conclusion:** combination traction and Traditional Chinese manipulation has well effect on lumbar intervertebral disc herniation, which can make the intervertebral disc back, recover the smallest unit of function of spine, relieve radically the pain resulted from morton's neuroma, and improved the quality of life.

【Key words】 Lumbar intervertebral disc herniation; Traction; Traditional Chinese manipulation

腰椎间盘突出症是临床常见病,多发病,是由于椎间盘退变包括髓核水份丢失,纤维环破裂,黏液样改变,从而导致髓核突出。突出物刺激或压迫相邻脊神经根产生腰腿疼痛,下肢麻木等症状。腰椎间盘突出症患者 90% 以上经非手术治疗可达到痊愈^[1-3]。笔者采用牵引配合推拿技术治疗腰椎间盘突出症取得了较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准参照 1994 年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》中的腰椎间盘突出症诊断依据,根据症状、体征及 CT 扫描或 MRI 片进行综合分析确诊^[3]。

1.2 临床资料 选取 2000 年 3 月至 2012 年 3 月笔者所在医院收治的腰椎盘突出症 80 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组各 40 例。治疗组男性 19 例,女性 21 例;年龄 30~57 岁;病程 7~32 d;突出部位 L₃ 23 例, L₄₋₅ 19 例, L₅~S₁ 18 例, 7 例伴有椎间盘钙化;椎间盘突出中央型 11 例, 后外侧型 27 例, 极外侧型 3 例;

* 基金项目:国家中医药管理局重点建设专科(81260572)

△通信作者(电子邮箱:liuli_3@sohu.com)

长期坐位工作者 10 例,长期弯腰工作者 13 例,经常抬重物者 12 例,其他职业 4 例;椎间盘脱出与神经根的关系按照 Pfirrmann 分型^[4],二型 11 例,三型 21 例,四型 7 例。对照组男性 21 例,女性 19 例;年龄 30~60 岁;病程 7~35 d;突出部位 L₃ 25 例,L₄₋₅ 21 例,L₅~S₁ 14 例,8 例伴有椎间盘钙化;椎间盘突出中央型 9 例,后外侧型 25 例,极外侧型 5 例;长期坐位工作者 12 例,长期弯腰工作者 14 例,经常抬重物者 10 例,其他职业 5 例;椎间盘脱出与神经根的关系按照 Pfirrmann 分型,二型 12 例,三型 23 例,四型 6 例。两组资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组入院后采用电脑腰椎电动牵引床,牵引重量根据患者体质量而定,一般为 30~60 kg,牵引时间每次为 30 min,每天牵引 1 次。牵引后做推拿整复术,患者取俯卧位,以足太阳膀胱经,足少阳胆经循行区域沿脊柱两侧用双手掌反复按揉数遍在腰骶椎两侧用手掌根部反复按揉 5~6 遍,在病变椎压痛点周边用双拇指和肘尖部连续按压 5 min,当患者感觉到疼痛明显有所缓解再用拇指连续按压病软组织区 5 min,推拿重点放松腰部肌肉。治疗疗程为 3 周。对照组采取脱水抗炎方法治疗,患者入院后每天静脉滴注 20% 甘露醇注射液 250 mL,10% 葡萄糖注射液 1000 mL,地塞米松 10 mL 连续 5 d,随后口服西乐葆 200 mg,每日 1 次,治疗疗程同治疗组。随访时间 6~18 个月,治疗后 3 个月、7 个月复查 MRI。

1.4 疗效标准 1)优:腰腿痛消失,临床体征阴性,活动恢复正常,恢复工作。良:腰腿疼痛基本消失,可以活动,直腿抬高试验 60~70°,能坚持原来工作。一般:疼痛减轻,活动轻度障碍,直腿抬高试验小于 40 度,能胜任原来工作。无效:治疗前后无变化。2)疼痛视觉模拟评分(VAS 评分)和改良的日本骨科学会(JOA)下腰痛评分^[4]。

1.5 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计学软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,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 两组椎间盘改善情况比较 见表 1。结果显示,治疗组椎间盘改善优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组椎间盘改善情况比较(n)

组别	n	完全消失	不同程度地消失	无变化	椎间盘改善(%)
治疗组	40	9	27	4	36(90.00) [△]
对照组	40	0	17	23	17(42.50)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后临床疗效比较 见表 2。结果显示,治疗组总有效率优于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组治疗后临床疗效比较(n)

组别	n	优	良	一般	无效	总有效(%)
治疗组	40	20	9	8	3	37(92.50) [△]
对照组	40	2	17	11	10	30(75.00)

2.3 两组治疗前后 VAS、JOA 评分比较 见表 3。两组治疗后 VAS、JOA 评分与治疗前比较均改善($P<0.05$),且治疗组改善程度优于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组治疗前后 VAS、JOA 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	VAS 评分	JOA 评分
治疗组	治疗前	7.20 $\pm$ 2.06	23.84 $\pm$ 2.76 [△]
($n=40$)	治疗后	1.32 $\pm$ 1.58 ^{*△}	9.32 $\pm$ 2.78 ^{*△}
对照组	治疗前	7.19 $\pm$ 1.87	22.79 $\pm$ 2.87
($n=40$)	治疗后	4.54 $\pm$ 1.64	12.14 $\pm$ 2.64

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 对照组 10 例患者口服西乐葆过程中出现胃肠道反应,经停药后 1 周症状消失,腰腿部疼痛症状仍存在。余未见明显不良反应。

3 讨论

腰椎间盘突出症病因包括内源性因素(遗传、发育、退变)和外源性因素(应力、营养、劳损、外伤等),但具体发病机制尚未完全阐明。目前非手术治疗有许多,如牵引推拿按摩、硬膜外注射类固醇药物、口服非甾体类药物等^[5]。腰椎间盘突出症是由于细胞外基质发生与年龄相关的退行性改变,这种改变导致纤维环脆弱,轻微外力将造成纤维环破裂,有些高危职业因素和年龄段增加了椎间盘脱出的风险,Kirkaldy-Willis 提出脊椎三关节复合体中椎间盘的重要性,椎间盘是组成三关节复合体的主要结构^[6]。腰椎牵引是治疗腰腿痛的重要方法,古代希腊就有采取牵引和按摩背部治疗腰腿痛的记载。30 年代初就开始采取牵引按摩治疗腰椎间盘突出症。腰椎牵引具有缓解腰部肌肉痉挛,增加椎体间隙,纠正小关节倾斜有利于突出的椎间盘回纳的优点。

本研究中,患者发病年龄 30~60 岁,中位年龄 58 岁。职业因素如长期坐位工作、长期弯腰、经常抬重物是增加椎间盘脱出的风险。本研究患者上述职业占 78.9%,表明本病与发病年龄和职业因素密切相关。通过牵引配合推拿技术使肌肉放松,椎间隙增宽,突出的间盘组织回纳入椎间中,解除神经受压。通过推拿技术对经络穴位的刺激而达到疏通气血、祛瘀止痛的目的,同时可恢复椎体间软组织的弹性,放松腰部肌肉,促进局部血液循环提高局部痛阈,降低神经根的张力,在根本上解决腰腿疼的症状。本研究牵引推拿整复治疗组有 9 例突出的椎间盘组织完全消失,有 27 例不同

程度的消失,而椎间盘突出伴钙化者回纳差,表明腰椎牵引术适应治疗腰椎间盘突出无椎间盘钙化者。本研究牵引推拿整复治疗组有效率高于对照组,且无明显副作用。腰椎间盘突出症采取牵引推拿整复治疗具有使椎间盘复位、保留脊椎三关节复合体从而根本解除因椎间盘突出造成神经根压迫所出现的症状的优势。

文献报道^[7-10]髓核脱出后立即引起炎症反应使其在内的亲水性被削弱而逐渐变得干燥炎症,末期出现吞噬最终被吸收。本研究结果示,治疗组有 9 例突出的椎间盘组织完全消失,有 27 例不同程度的消失;而药物治疗组仅有 17 例突出的椎间盘组织变小,23 例突出的椎间盘组织没有任何变化,表明患者治疗效果和椎间盘回纳程度与椎间盘脱出和神经根的关系有关,Pfirrmann 分型二型、三型回纳效果好,四型差。而椎间盘回纳时间,早者于牵引后 3 个月,晚者牵引后 5 个月,回纳程度和症状消失成正比例,而在伴椎间盘钙化者则回纳差。两组治疗后 VAS、JOA 评分与治疗前比较均改善,且治疗组治疗 VAS、JOA 评分改善优于对照组,也说明牵引推拿整复可减轻腰腿痛症状,提高患者生活质量。综上所述,牵引推拿整复可回纳突出的椎间盘组织,采取这种方法治疗腰椎间盘突出症具有恢复了脊椎最小的功能单位,保存脊椎三关节复合体,减轻腰腿痛症状,提高患者生活质量。

参 考 文 献

- [1] Ito T, Takano Y, Yuasa N. Types of lumbar herniated disc and clinical course[J]. Spine, 2001, 26(6): 648-651.
- [2] Dullerud R, Nakstad PH. CT changes after conservative treatment for lumbar disk herniation disk herniation[J]. Acta Radiol, 1995, 37: 378-383.
- [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: 201-202.
- [4] 范振华, 胡永善. 骨科康复医学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1999: 219-220.
- [5] 脊柱外科临床核心知识[M]. 北京: 人民军医出版社, 2013: 25.
- [6] Kirkaldy-Willis WH. Pathology and pathogenesis of lumbar spondylosis and stenosis[J]. Spine, 2002, 3(4): 319-328.
- [7] Pfirrmann CW, Dora C, Schmid MRJ, Boos N. 2004 MR image-based grading of Lumbar nerve root compromise due to disk herniation; reliability study with surgical correlation[J]. Radiology, 2012, 230(4): 58.
- [8] Kelsey JL. An epidemiologic study of lifting and twisting on the job risk for acute prolapsed lumbar intervertebral disc[J]. J Orthop Res, 2013, 92(2): 61-66.
- [9] Keysy JL. Driving of motor vehicles as a risk factor for acute herniated lumbar intervertebral disc[J]. Am J epidemiol, 1975, 102(8): 63-73.
- [10] Kleiner JB. Extraspinal causes of Lumbosacral radiculopathy[J]. Bone Joint Surg, 1991, 73(29): 817-821.

(收稿日期 2015-01-26)

自拟中药方参与治疗冠心病心肌梗死的临床观察

吴钟极¹ 黄萧萧¹ 陈俊¹ 顾罗加²

(1. 浙江省临海市第一人民医院, 浙江 临海 317000; 2. 浙江省海宁市人民医院, 浙江 海宁 314400)

中图分类号: R541.4 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1047-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.035

【摘要】目的 观察清热益气活血方联合西药治疗冠心病急性心肌梗死的临床疗效。**方法** 将 92 例冠心病急性心肌梗死患者随机分为治疗组和对照组各 46 例。对照组采用西药治疗, 治疗组在对照组基础上加用清热益气活血方治疗。两组疗程均为 1 个月。**结果** 治疗组总有效率为 91.30%, 显著高于对照组的 73.91% ($P < 0.05$); 两组舒张压、收缩压治疗后与治疗前比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 而两组 LVEF 治疗后较治疗前显著增加 ($P < 0.05$), 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组血清 CRP、肌红蛋白水平、中性粒细胞比值和白细胞治疗后均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$), 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗期间两组均未见明显不良反应。**结论** 清热益气活血方联合西药治疗冠心病急性心肌梗死临床疗效显著, 可明显降低患者血清 C 反应蛋白和肌红蛋白水平, 且无明显不良反应发生, 安全可靠, 具有重要临床研究价值。

【关键词】 清热益气活血方 冠心病 急性心肌梗死 肌红蛋白 C 反应蛋白

近年来, 随着人们生活水平的不断提高以及饮食结构的不断改变, 我国心血管的发病率呈不断上升趋势

势增加。冠心病是常见的一种中老年心血管疾病。报道显示, 冠心病发病率呈逐年增加趋势上升^[1]。心肌梗

死是指在冠状动脉病变基础上造成冠状动脉血供急剧减弱,从而会致使相应的心肌严重且持久地急性缺血^[2]。冠心病心肌梗死临床主要表现为反应心肌急性损伤、坏死、缺血。近年来,报道显示,中西医结合治疗冠心病急性心肌梗死取得了良好的临床疗效,安全可靠^[3-4]。笔者用清热益气活血方联合西药治疗冠心病急性心肌梗死取得了良好的临床疗效。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符合均符合《美国心脏病学会、美国心脏病学会 2002 年关于非 ST 段抬高心肌梗死与不稳定型心绞痛治疗指南中诊断标准》^[5],中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》^[6]中相关标准。辨证为气虚热壅血瘀证。纳入标准:1)均已经医院伦理委员会批准者;2)签署知情同意书者;3)符合诊断标准者;4)年龄 40~75 岁。排除标准:1)不符合上述入组标准者;2)精神疾病者;3)对本研究药物过敏者;4)合并心、肝、肾等功能严重异常者。

1.2 临床资料 选取自 2012 年 7 月至 2014 年 10 月期间我院收治的冠心病急性心肌梗死患者 92 例。其中男性 57 例,女性 35 例;年龄 40~75 岁,平均(60.41±9.42)岁;梗死部位包括前壁 46 例,中壁 32 例,下壁 14 例;并发情况冠心病并糖尿病 18 例、冠心病病高血压 21 例、冠心病并血脂异常 29 例。按随机数字表法将其分为治疗组和对照组各 46 例。两组差异无统计意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	n	性别(n) (男/女)	平均年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	梗死部位(n)			并发症(n)		
				前壁	中壁	下壁	前壁	中壁	下壁
治疗组	46	30/16	59.40±9.52	24	14	8	22	18	6
对照组	46	27/19	61.02±9.04	10	11	12	8	10	17

1.3 治疗方法 对照组给予持续低流量吸氧 3 d,监测心电图、血压和呼吸、绝对卧床休息 1~3 d。药物治疗给予阿司匹林肠溶片、血管紧张素转换酶抑制剂、硫酸氢氯吡格雷、低分子肝素、硝酸酯类及 β 受体阻滞剂等药物。发生心跳骤停应立即进行心肺复苏。病情平稳后转入 ICU 病房进一步治疗。治疗组在对照组基础上加用清热益气活血方,组成:川芎 15 g,赤芍 15 g,党参 15 g,丹参 20 g,红花 15 g,降香 15 g,黄芩 10 g,甘草 6 g。水煎服,取汁 300 mL,分早晚 2 次温服,每日 1 剂。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,观察治疗后两组患者舒张压、收缩压及左射血分数(LVEF)变化以及观察两组患者 C 反应蛋白(CRP)和肌红蛋白水平及两组患者中性粒细胞比值及白细胞变化。观察两组治疗期间不良反应发生情况。

1.5 疗效标准 疗效标准参考文献^[7]制定。显效:患者经治疗后临床症状消失或基本消失,心电图稳定,并且血清酶恢复正常。有效:患者经治疗临床症状好转,心电图基本稳定,并且血清酶恢复正常。无效:患者经治疗后临床症状、心电图及血清酶较治疗前无改善,甚至加重。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.6 统计学处理 采用 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 2。结果示治疗组总有效率为 91.30%,明显高于对照组的 73.91%($P<0.05$)。

表 2 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	46	29	13	4	42(91.30) [△]
对照组	46	19	15	12	34(73.91)

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后舒张压、收缩压及 LVEF 比较 见表 3。结果示两组治疗后舒张压、收缩压治疗后与治疗前比较无明显变化($P>0.05$);两组 LVEF 治疗后较治疗前显著增加($P<0.05$),两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组治疗前后舒张压、收缩压及 LVEF 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	舒张压(mmHg)	收缩压(mmHg)	LVEF
治疗组	治疗前	79.74±4.28	129.85±6.59	0.45±0.08
	(n=46) 治疗后	77.93±3.51	127.49±7.13	0.67±0.07 ^{*△}
对照组	治疗前	79.45±4.73	129.14±7.14	0.49±0.10
	(n=46) 治疗后	78.37±4.13	128.25±6.87	0.58±0.06 [*]

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。

2.3 两组治疗前后 CRP 和肌红蛋白水平比较 见表 4。结果示两组治疗后血清 CRP 和肌红蛋白水平均较治疗前显著降低($P<0.05$);两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 两组治疗前后 CRP 和肌红蛋白水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	CRP(mg/L)	肌红蛋白(μ g/L)
治疗组	治疗前	40.57±8.37	384.64±37.49
	(n=46) 治疗后	12.41±5.31 ^{*△}	87.13±13.56 ^{*△}
对照组	治疗前	41.64±9.14	392.52±41.37
	(n=46) 治疗后	20.59±6.17 [*]	141.27±16.83 [*]

2.4 两组治疗前后中性粒细胞比值和白细胞比较 见表 5。结果示两组治疗后中性粒细胞比值和白细胞治疗后均较治疗前显著降低($P<0.05$);两组比较,差

表 5 两组治疗前后中性粒细胞比值和白细胞比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	中性粒细胞比值(%)	白细胞($\times 10^9/L$)
治疗组 ($n=46$)	治疗前	73.49 $\pm$ 9.42	9.27 $\pm$ 2.17
	治疗后	60.54 $\pm$ 6.61 ^{*△}	6.31 $\pm$ 1.52 ^{*△}
对照组 ($n=46$)	治疗前	75.04 $\pm$ 10.31	9.54 $\pm$ 2.43
	治疗后	67.17 $\pm$ 7.04 [*]	8.03 $\pm$ 1.74 [*]

异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

随着现代医学的发展,随着介入、抗凝、溶栓、抗血小板聚集、改善心室重塑、稳定动脉粥样斑块等治疗手段的引入,急性心肌梗死病死率呈逐渐下降趋势,但是有大部分患者常死于急性心肌梗死并发症。血清 CRP 浓度上升与动脉粥样斑块炎症反应程度有关,该因子是一项预示急性冠脉综合征的诊断指标,可用于对冠心病的监测。研究报道显示,急性心肌梗死的血清 CRP 浓度显著高于正常人^[8]。肌红蛋白是临床早期诊断急性心肌梗死的一项指标。研究报道显示,急性心肌梗死患者肌红蛋白水平显著高于正常人^[9]。本文研究通过冠心病急性心肌梗死采用清热活血方联合西药治疗后血清 CRP 浓度和肌红蛋白水平较治疗前显著降低,且低于常规西药治疗,提示两者结合治疗可通过降低 CRP 和肌红蛋白至正常水平而减少冠心病急性心肌梗死发生发展。

冠心病急性心肌梗死属于中医学的“真心痛”“胸痹”等范畴。《金匱要略》对其病机阐述为“阳微阴弦”,临床表现多有胸痛甚、冷汗出、手足冰冷,治疗上以温里散寒止痛为主。而临床相当一部分冠心病急性心肌梗死患者有舌暗红、苔黄腻、口干、口苦、大便秘结等表现,因此冠心病急性心肌梗死临床辨证不可全部以寒概全,治疗不可全部一派温通。此外,动脉粥样硬化产生斑块的炎症反应和斑块温度升高与中医的火热病机相类同,而且这种火热病邪甚至表现为“毒邪”之特点,起病急重、迅猛发展,可使患者暴病暴死。这种动脉粥样硬化易损斑块属于“毒”的范畴^[10]。故临床治疗本病气虚血瘀热毒型应以清热、解毒、益气、活血为主要治法。本方中川芎活血行气、止痛;赤芍清热凉血、活血祛瘀;党参补气行血;丹参活血祛瘀;凉血止痛,红花活血散瘀;降香化瘀止血、理气止痛;黄芩清热解毒功效,甘草调和诸药,合黄芩解毒清热。诸药共奏清热解毒、益气活血之功。本文研究结果表明,清热益气活血

方联合西药治疗疗效显著,且未在治疗期间发生明显不良反应,故而临床应用安全可靠。现代药理研究证明,赤芍具有抗炎活性^[11],可改善冠心病患者的血流动力学指标,提高心功能以及抑制血小板聚集等。黄芩^[12]有广谱抗菌作用,以及利胆、扩张末梢血管、解热止痛、减少内毒素吸收,增加排毒等作用。

综上所述,清热益气活血方联合西药治疗冠心病急性心肌梗死临床疗效显著,可明显降低患者血清 CRP 和肌红蛋白水平,且无明显不良反应发生,安全可靠,具有重要临床研究价值。

参考文献

- [1] 仲崇星. 北京市丰台区社区居民 2011 年冠心病流行病学调查分析[J]. 心血管康复医学杂志, 2013, 22(4): 348-350.
- [2] 朱虹岷. 冠状动脉正常型心肌梗死的发病机制研究进展[J]. 心血管病学进展, 2013, 34(1): 42-45.
- [3] 阳诚柏, 苏玲. 中西医结合治疗冠心病心肌梗死 30 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(2): 33-34.
- [4] 王志强. 中西医结合治疗冠心病心肌梗死 32 例的临床观察[J]. 中国现代医生, 2008, 46(4): 98-99.
- [5] Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, et al. ACC/AHA guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction—2002: summary article: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Unstable Angina) [J]. Circulation, 2002, 106(14): 1893-1900.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[J]. 南京: 南京大学出版社, 1994, 5(2): 18.
- [7] 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: 273.
- [8] 夏杰. 白细胞计数和血清 C 反应蛋白检测在急性心肌梗死早期诊断中的临床应用价值分析[J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(6): 67-68.
- [9] 陈玲玲. 急性心肌梗死患者血清肌红蛋白、肌钙蛋白以及超敏 C-反应蛋白含量动态检测意义[J]. 安徽医学, 2012, 33(9): 1224-1226.
- [10] 吴伟, 彭锐, 李荣, 等. 清热活血方治疗冠心病急性心肌梗死 60 例临床观察[J]. 中医杂志, 2010, 51(10): 905-908.
- [11] 冀兰鑫, 黄浩, 李长志, 等. 赤芍药理作用的研究进展[J]. 药物评价研究, 2010, 33(3): 233-236.
- [12] 杜庆波. 黄芩药理活性研究新进展[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2014, 35(1): 110-111.

(收稿日期 2014-12-08)

颈夹脊电针治疗神经根型颈椎病临床观察*

田洪昭 孙忠人[△] 张秦宏 王晓娜 荀文臣

(黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨 150040)

中图分类号: R245.9*7 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1050-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.036

【摘要】目的 观察颈夹脊电针治疗神经根型颈椎病的临床疗效。**方法** 60 例患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组应用颈夹脊电针治疗, 对照组采用常规针刺治疗, 每日 1 次, 1 周治疗 5 次, 治疗 1 个月。比较两组 NPQ、简式麦-吉尔疼痛问卷(MPQ)的评分, 判断两组的治疗效果。**结果** 两组治疗前各项指标评分比较差别不大(均 $P > 0.05$)。两组治疗后和治疗前比较, 评分均改善(均 $P < 0.01$), 且治疗组治疗后指标评分改善优于对照组(均 $P < 0.05$)。治疗组总有效率、治愈率比较差别不大($P > 0.05$)。治疗组愈显率 76.66%, 优于对照组的 46.66%($P < 0.05$)。**结论** 颈夹脊电针治疗神经根型颈椎病的疗效显著, 优于常规针刺疗法。

【关键词】 神经根型颈椎病 电针 夹脊穴

Observation of Therapeutic Effect on Cervical Jiaji Electro Acupuncture Treatment of Nerve Root Type Cervical Spondylosis TIAN Hongzhao, SUN Zhongren, ZHANG qinhong, et al. Heilongjiang University Of Chinese Medicine, Heilongjiang, Harbin 150040, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical curative effect of electro-acupuncture treatment on Cervical Jiaji of Cervical Spondylotic Radiculopathy patients. **Methods:** The 60 Cervical Spondylotic Radiculopathy patients were randomly divided into two groups—the treatment group and the control group, 30 cases in each group. Patients in the treatment group were treated with Cervical Jiaji electro acupuncture and patients in the other group were treated by acupuncture at Jiaji points simply. The patients took the treatment once per day, 5 times a week and the treatment lasted for one month. The curative effect by comparing the score of NPQ and MG-Gill Pain Questionnaire(MPQ) were compared. **Results:** Comparing the scores after the treatment in two groups, the difference of before and after the treatment, we found the differences were statistically significant($P < 0.05$). Comparing the total improvement rate of two group, the differences were statistically significant($P < 0.05$). By comparing clinical curative effect in two groups, we found the differences were statistically significant ($P < 0.05$). However, the rate of cure and efficiency in two groups were not statistically significant($P > 0.05$). **Conclusion:** The clinical curative effect of electro-acupuncture treatment on Cervical Jiaji of Cervical Spondylotic Radiculopathy patients has an obvious curative effects, better than conventional therapy on acupuncture Jiaji points simply.

【Key words】 Electro acupuncture; Jiaji; Nerve root type cervical spondylosis

随着科学技术的迅猛发展和社会竞争的日益激烈, 电子产品的大量出现, 长期伏案工作和学习, 长时间面对电脑和手机, 使颈椎损伤导致的颈椎病发病率逐年上升, 且日趋年轻化。其中颈椎病中神经根型发病率最高, 占 50%~60%^[1], 其以颈肩僵硬、疼痛, 向上肢放射, 受压神经根支配的皮肤麻木为主。笔者采用颈夹脊电针治疗神经根型颈椎病有很好的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准^[2]: 有上肢疼痛、麻木等根性症状, 其症状范围与神经支配区域一致; 臂从牵拉试验

或压颈试验阳性; 影像学(X 线、MR)所见与临床表现相符合; 年龄为 18~65 周岁之间(包括 18 周岁和 65 周岁), 近 3 个月内未对神经根型颈椎病进行针刺治疗; 排除网球肘、腕管综合征、肱二头肌腱鞘炎等颈椎外病变导致以上肢疼痛的疾病; 排除急性颈椎间盘突出, 颈椎骨折、脱位, 肩周炎、颈背部筋膜炎等病。

1.2 临床资料 选取 2013 年至 2014 年黑龙江中医药大学附属一院研究门诊招募的神经根型颈椎病患者 60 例, 按随机数字表法分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组 30 例, 男性 16 例, 女性 14 例; 年龄 22~65 岁, 平均(39.12±7.85)岁。对照组 30 例, 男性 18 例, 女性 12 例; 年龄 18~68 岁, 平均(41.33±9.33)岁。两组性别、年龄差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组患者取坐位, 以病变的颈椎椎体为中心, 上下共取 3 对夹脊穴, 选用 0.3 mm×40 mm

* 基金项目: 黑龙江省研究生创新科研基金项目(重点)

(YJSCX2012-357HLJ)

[△] 通信作者(电子邮箱: 243716415@qq.com)

规格的毫针向脊柱侧斜刺,针刺位置为颈椎棘突旁开 0.3 寸处,针刺得气后使用 G6805-II 型电麻仪通电,导线左右交叉连接,即从上到下分为 3 对,第 1 对和第 3 对电极连接方向相同,第 2 对连接相反,选用疏波,电流量以患者能耐受为度,通电 30 min,每日 1 次,1 周 5 次,周六、周日休息,治疗 1 个月为 1 个疗程。对照组取夹脊穴、阿是穴、天柱穴、后溪穴、申脉穴针刺^[3],选用 0.3 mm×40 mm 规格的毫针,夹脊穴针刺方法同治疗组,但不通电,其他穴位均常规针刺,行平补平泻手法,留针 30 min,每日 1 次,1 周 5 次,周六、周日休息,治疗 1 个月为 1 个疗程。

1.4 观察指标 1)Northwick Park 颈痛量表(NPQ)^[4],有 9 道题,每题有 5 个答案,从上到下得分依次为 0、1、2、3、4、5 分。如果不驾驶,第 9 题可不作答,所有分数总和除以 36,再乘以 100%即为最后得分。2)应用简式 McGill 疼痛问卷(MPQ)^[5]进行评估,分为 3 个部分。(1)疼痛分级指数(PRI),又分为感觉项和情感项,感觉项包括 11 种疼痛,情感项包括 4 种情绪,以无(0)、轻(1 分)、中(2 分)、重(3 分)评定分数,两项的和即为 PRI。(2)视觉模拟定级(VAS),受试者以视觉判断自己的疼痛程度在 10 cm 横线上,进行标记,两端为无痛(0 分)和剧痛(10 分)。(3)疼痛强度(PPI),分为无痛 0 分、轻度不适 1 分、不适 2 分、难受 3 分、可怕的痛 4 分、极为痛苦 5 分。以上 3 项的分数和为最终得分。

1.5 疗效标准 根据《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》^[6]拟定。治愈:疼痛消失,感觉、肌力、反射等体征恢复正常,能参加工作和劳动。显效:疼痛基本消失,感觉、肌力、反射等体征明显好转,可参加工作和劳动,但劳累后头颈部仍感轻度不适。好转:疼痛缓解,感觉、反射、肌力等体征有所恢复。只能参加一般劳动和工作。无效:原有症状、体征无改善。

1.6 统计学处理 采用 SPSS16.0 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 检验方法。等级资料用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后各项评分情况比较 见表 1。两组治疗后和 NPQ 及 MPQ 评分均有改善(均 $P < 0.01$),且治疗组治疗后改善优于对照组(均 $P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后各项评分情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NPQ(%)	MPQ(分)
治疗组 (n=30)	治疗前	31.28±10.07	16.04±4.51
	治疗后	13.82±4.36** [△]	5.35±1.85** [△]
对照组 (n=30)	治疗前	30.68±9.52	16.45±3.94
	治疗后	16.43±5.51**	8.14±2.12**

与本组治疗前比较,** $P < 0.01$;与对照组同期比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 见表 2。结果示,治疗组总有效率总有效率、治愈率比较差别不大($P > 0.05$)。治疗组愈显率优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	未愈	总有效(%)	愈显(%)	治愈(%)
治疗组	30	8	15	6	1	29(96.67)	23(76.66) [△]	8(26.66)
对照组	30	3	11	12	4	26(86.66)	14(46.66)	3(10.00)

与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

神经根型颈椎病多发于中年和老年,男性多于女性。多因钩椎关节、椎间盘侧方病变、椎间孔狭窄、关节囊松弛而累及神经根产生症状,症状以一侧为主,表现为颈肩痛,上颈段神经根受刺激时可有后枕部疼痛,下颈段神经根受刺激时可有手臂痛,轻者为持续性酸痛、胀痛,重者可有如刀割、针刺、触电样感受,颈后伸时加重,可伴有肢冷、手指麻木、上肢无力等症状。受压神经根皮肤节段分布区感觉减退,腱反射异常,受压神经根所支配的肌肉肌萎缩,肌力减退,体格检查时压头实验阳性,臂丛牵拉实验阳性,CT 可见椎体后赘生物及神经根管变窄。

神经根型颈椎病可归属中医学“项强”“项痹”“项肩痛”范畴,多因颈部肌肉劳损,风寒湿邪乘虚而入,导致太阳经枢不利,外邪留滞于经络、肌肉、关节,日久气血不畅,气滞血瘀,经脉闭塞,不通则痛^[7]。其发病部位与足太阳膀胱经、督脉关系密切,而颈夹脊穴正好位于督脉旁,属于病变部位,故针刺可以使经气得激发,从而疏通经络^[8]。针刺夹脊穴结合通电,选用疏波,可以使肌肉大幅度跳动,通过肌肉牵拉椎体,使椎间关节得到松动,还纳突出的椎间盘,扩大椎管的容积,缓解受压的脊髓或脊神经根,从而缓解或治愈脊柱疾病^[9]。谭惠民等^[10]认为电针目的则是在普通针灸基础上取针刺和电刺激的双重疗效,电刺激可抑制痛觉传导,使人体痛阈升高,还可以扩张血管,使血液循环加快,增强代谢,改善肌肉和神经营养。

颈夹脊电针治疗神经根型颈椎病疗效优于常规针刺疗法^[10-11]。本研究结果示,颈夹脊电针治疗神经根型颈椎病效果明显,NPQ、MPQ 的评分和整体疗效均优于对照组。

综上所述,颈夹脊电针治疗神经根型颈椎病疗效好,费用低,痛苦小,无副作用,效果优于常规针刺,可提高临床疗效。

参考文献

- [1] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2011: 855.
- [2] 李增春,陈德玉,吴德升. 第 3 届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志,2008,46(23):1797.

- [3] 王华, 杜元灏. 针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 307-308.
- [4] Chiu TT, Lam TH, Hedley AJ. Subjective health measure used on Chinese patients with neck pain in Hong Kong[J]. Spine, 2001, 26(17): 1884-1889.
- [5] Mihara S, Kawai S. Inter vertebral disc amyloidous histochemical immunohistochemical and ultrastructural observations[J]. Histopathology, 1994, 25(11): 415.
- [6] 吴少楨. 常见疾病的诊断与疗效判定(标准)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 180-181.
- [7] 杜春芳. 针刺配合牵引治疗颈椎病 100 例临床疗效及护理观察[J]. 中华现代中医学杂志, 2010, 6(1): 63-64.
- [8] 刘双玲. 夹脊电针治疗神经根型颈椎病的临床研究[D]. 黑龙江中医药大学 2010: 43-44.
- [9] 高维滨. 针灸六绝[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 165.
- [10] 谭惠民, 高维滨, 秦继红. 夹脊电针治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 吉林中医药杂志, 2013, 33(1): 86-87.
- [11] 刘双玲, 陈伊, 姜海霞. 夹脊电针治疗神经根型颈椎病 30 例[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(4): 39-40.

(收稿日期 2015-01-22)

中西医结合治疗小儿急性肠炎的临床观察

柳勇强

(浙江省上虞市百官恒利中西医结合诊所, 浙江 上虞 312300)

中图分类号: R725.7 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1052-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.037

【摘要】目的 观察小儿急性肠炎患儿采用中西医结合治疗的效果。**方法** 164 例患儿按照临床数字随机的方法分为对照组和治疗组两组各 82 例。对照组给予西医对症治疗。治疗组在对照组基础上联合加味白术散进行治疗。观察两组治疗后的疗效和相关不良反应, 以及治疗 3 d 后大便次数及肠鸣音恢复情况。**结果** 治疗 3 d 后治疗组显效率 70.73%、总有效率 100.00%, 分别优于对照组的 39.02% 及 89.02% (均 $P < 0.05$)。两组治疗后有效病例起效时间差别不大 ($P > 0.05$), 而治疗 3 d 后治疗组腹泻次数、肠鸣音等临床表现改善均优于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 采用中西医结合治疗小儿急性肠炎可有效治疗患儿频繁腹泻等症状, 其疗效显著。

【关键词】 急性肠炎 中西医结合治疗 小儿 临床疗效

小儿急性肠炎是临床消化内科急腹症之一, 其起病急, 主要临床症状表现为发热、呕吐、腹泻、脱水, 常见致病菌为轮状病毒, 该病毒侵入小肠黏膜上皮细胞后, 破坏肠绒毛, 使钠和水吸收量明显减少导致腹泻, 重者可致体内脱水, 严重影响患儿生活^[1]。目前西药治疗急性肠炎主要是改善患儿的症状, 同时给予抗炎和抗病毒治疗, 但其效果不理想。本研究采用中西医结合治疗急性肠炎取得了较好的效果。现报告如下。

1 资料和方法

1.1 病例选择 诊断标准参照 1998 年全国腹泻防治学术研讨会组织委员会修订的《中国腹泻病诊断治疗方案》^[2]; 大便性状有改变, 呈稀便、水样便、黏脓便或脓血便; 大便次数比平时增多。证型诊断标准参照《中医儿科学》^[3] 中风寒证和湿热证辨证标准。

1.2 临床资料 选取 2012 年 6 月至 2014 年 6 月笔者所在医院收治的急性肠炎患儿 164 例, 按照临床数字随机的方法分为对照组和治疗组各 82 例。对照组男性 51 例, 女性 31 例; 年龄 4 个月至 6 岁, 平均 (3.40 ± 1.60) 岁; 平均病程 (2.30 ± 0.70) d。治疗组男性 50 例, 女性 32 例; 年龄为 6 个月至 7 岁; 平均 $(3.10 \pm$

1.90) 岁; 平均病程 (2.20 ± 0.70) d。两组性别、年龄及平均病程差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予西药进行治疗, 给药方法: 口服金双歧片进行治疗, 每日 3 次, 每次 4 粒, 严重者联合口服氢氧化铝凝胶进行联合治疗, 每次 5~8 mL, 每日 3 次, 餐前 1 h 服用, 缓解腹泻的频率, 同时根据患儿脱水情况给予补液。治疗组在对照组西医治疗基础上配以加味白术散: 太子参 15 g, 白术 6 g, 茯苓 10 g, 藿香 6 g, 葛根 9 g, 煨木香 6 g, 乌梅 6 g, 炙甘草 3 g。湿热证者加黄连 3 g, 黄芩 6 g, 车前子 6 g; 寒湿证者加炮姜炭 4 g, 吴茱萸 5 g。每日 1 剂, 分次喂服, 6 岁以下减 1/4 量, 2 岁以上加 1/4 量。

1.4 疗效标准 参照《中国腹泻病诊断治疗方案》^[2]。显效: 治疗 72 h 内粪便性状及次数恢复正常, 全身症状消失。有效: 治疗 72 h 时粪便性状及次数明显好转, 全身症状明显改善。无效: 治疗 72 h 时粪便性状、次数及全身症状均无好转甚至恶化。

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 两组临床疗效比较 见表 1。结果显示,治疗 3 d 后治疗组显效率和总有效率均优于对照组(均 $P < 0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效(%)	有效	无效	总有效(%)
治疗组	82	58(70.73) [△]	24	0	82(100.00) [△]
对照组	82	32(39.02)	41	9	73(89.02)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后有效病例起效时间和相关症状改善情况比较 见表 2。两组有效病例起效时间差别不大($P > 0.05$)。治疗 3 d 后治疗组腹泻次数、肠鸣音等临床表现改善均优于对照组(均 $P < 0.05$)。

表 2 两组治疗后有效病例起效时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	有效病例起效时间(h)	腹泻次数(次/d)	肠鸣音(次/min)
治疗组	82	17.30 $\pm$ 5.70	2.40 $\pm$ 1.30 [△]	2.30 $\pm$ 0.70 [△]
对照组	82	18.40 $\pm$ 5.60	4.40 $\pm$ 1.60	4.60 $\pm$ 0.80

3 讨论

小儿急性肠炎儿科常见病之一,多发于夏秋之季。婴幼儿胃肠道功能比较差,对外界感染的抵抗力低,稍有不适就容易发病。多因肠道菌群失调、上呼吸道感染等胃肠道以外的疾病、不合理地喂养、气候变化等引起,以发热、吐、泻为主要症状。临床轻者一般状况良好,重者每天大便数次至数十次,大量水样便,少量粘液,恶心呕吐,食欲低下,出现低血钾可有腹胀,有全身中毒症状;如不规则低热或高热、烦躁不安、意识朦胧,甚至昏迷。小儿急性肠炎发病迅速,病程多在 2~3 周之内,治疗不当会使患儿严重脱水,从而导致电解质紊乱,给小儿的生活带来严重的影响^[4-5]。目前的西医主要是根据病原菌采取抗生素以及对症进行处理,积极寻找病因,预防和治疗脱水,纠正电解质及酸碱平衡紊乱是该病治疗关键,且须严格掌握抗生素使用指征,合理饮食、合理用药、合理治疗,才能缩短病程,减少并发症^[6-7]。

小儿急性肠炎可归属于中医学“泄泻”范畴,中医学认为泄泻之本在于脾,而小儿脾常不足,所以治疗小儿泄泻,调理脾胃为第一要务。《杂病源流犀烛·泄泻源流》指出“湿盛则飧泄,乃独由于湿耳,不知风寒热虚,虽皆能为病,苟脾强无湿,四者均不得而干之,何自成

泄,是泄虽有风寒热虚之不同,而末有不源于湿者也”。《幼幼集成·泄泻证治》云“夫泄泻之本,无不由于脾胃”。泄泻的病位在大肠,根本病机在于湿邪困脾和脾虚湿盛^[8]。小儿腹泻一般多因外邪、伤食或七情不遂或脏腑亏虚所致患儿脾胃受损进而引发患儿水湿不化,清阳不升而浊阴不降,故腹泻始作,又因小儿机体嫩弱,血气未充,脏腑未坚,易感受风寒之邪也易入里化热^[9-10]。治疗当健脾利湿或醒脾化湿为主。本研究采用钱乙的七味白术散加味,该方具有益气健脾、化湿止泻之功;太子参、白术、茯苓、益气健脾祛湿;葛根升阳止泻、生津止渴;木香调畅中焦气机,藿香芳香化湿,醒脾止泻,乌梅酸敛止泻,合用四君子汤可酸甘化阴,补充阴液。诸药共奏益气健脾,祛湿止泻之功^[11-12]。

本研究结果显示,采用中西医结合治疗小儿急性肠炎,可以有效提高治疗有效率,改善患儿的腹泻次数、肠鸣音等症状。综上所述,采用中西医结合治疗小儿急性肠炎可有效治疗患儿频繁腹泻病症,效果显著,值得进一步深入研究。

参 考 文 献

- [1] 刘素芝. 清肠止泻汤联合西医治疗小儿急性腹泻的效果观察[J]. 中国实用医药, 2012, 15(31): 127-128.
- [2] 方鹤松. 中国腹泻病诊断治疗方案[J]. 中国实用儿科杂志, 1998, 13(6): 381-384.
- [3] 汪受传. 中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 102.
- [4] 张虎山. 中西医结合治疗小儿急性腹泻 60 例[J]. 甘肃中医, 2009, 11(7): 101-103.
- [5] 张晶, 徐桦巍. 小儿腹泻常见病病原及临床表现[J]. 传染病信息, 2007, 20(4): 207.
- [6] 金德华, 向桂英, 吴蓉. 小儿腹泻病 120 例治疗体会[J]. 中国妇幼保健, 2008, 23(17): 2406.
- [7] 王淑芬. 浅谈小儿腹泻病的中西医结合治疗[J]. 中华中西医结合杂志, 2007, 5(2): 58.
- [8] 王雪峰, 滕旭. 针刺推拿法与药物治疗小儿腹泻疗效对比观察[J]. 中国针灸, 2005, 25(2): 92-94.
- [9] 黄嘉乔, 范建场, 王凤仙, 等. 大黄甘草汤加减治疗小儿急性肠炎 30 例疗效观察[J]. 中国医药导报, 2007, 4(14): 115.
- [10] 陈彭亮. 中西医结合治疗小儿腹泻的临床疗效观察与分析[J]. 中国中医药咨询, 2011, 3(6): 141-142.
- [11] 张虎山. 中西医结合治疗小儿急性腹泻 60 例[J]. 甘肃中医, 2009, 22(7): 132.
- [12] 张世昌. 中西医结合治疗小儿急性腹泻 120 例疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(12): 101-102.

(收稿日期 2015-01-09)

针刺联合龙血竭片治疗急性腰扭伤临床观察*

方 亮 陆建阳 曾利红

(浙江省富阳市中医骨伤医院, 浙江 富阳 311400)

中图分类号: R246 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1054-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.038

【摘要】目的 观察对急性腰扭伤患者以通阳利湿针刺法联合龙血竭片进行治疗的临床效果。**方法** 将 150 例患者随机分为两组。对照组 73 例单纯给予通阳利湿针刺治疗; 观察组 77 例在对照组基础上给予龙血竭片外敷及口服。评价两组患者治疗效果, 评价两组患者临床疗效及治疗前后视觉模拟评分(VAS)、腰椎活动程度评分(ROM)和改良日本骨科学会(M-JOA)评分。**结果** 对照组总有效率 79.45%, 低于观察组的 93.51% ($P < 0.05$)。经过治疗, 对照组患者 VAS、ROM、M-JOA 评分分别为 (3.91 ± 0.35) 分、 (1.63 ± 0.11) 分和 (7.14 ± 0.62) 分, 观察组患者分别为 (1.96 ± 0.18) 分、 (0.72 ± 0.08) 分和 (3.08 ± 0.33) 分, 两组患者均较治疗前有所降低, 且观察组低于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 对急性腰扭伤患者在针刺治疗基础上加用龙血竭片口服和外敷可以有效改善患者预后, 减轻患者痛苦, 且给药方便, 是一种理想的治疗方法。

【关键词】 通阳利湿针刺 龙血竭片 急性腰扭伤

The Clinical Analysis of the Effect of Acupuncture Combined with Longxuejie in the Treatment on 77 Cases of Acute Lumbar Sprain FANG Liang, LIU Jianyang, ZENG Lihong. Fuyang Spinal Fractures, Hospital of Traditional Chinese Medicine Division, zhejiang, Fuyang 311400, China

【Abstract】Objective: To investigate the clinical effect of the yang dampness acupuncture treatment combined with Longxuejie piece on patients with acute lumbar sprain. **Methods:** In our hospital, 150 cases of timely-follow-up patients with acute lumbar sprain were randomly divided into two comparable groups. The control group 73 cases, were simply given yang dampness acupuncture treatment; 77 cases of the observation group, on the basis of the treatment of the control group were given Longxuejie topical and oral tablets. The therapeutic effect, VOA, ROM and M-JOA of two groups of patients were evaluated. **Results:** In the control group, the cure rate was 21.66%, marked improvement rate 20.55%, improvement rate 34.25%, ineffective rate 20.55%, and the total effective rate 79.45%, while in the observation group, the data was respectively 40.26%, 28.57%, 24.68%, 6.49% and 93.51%. The effect of the observation group was better than that of the control group. After treatment, in the control group, VAS score was (3.91 ± 0.35) points, ROM score (1.63 ± 0.11) points and M-JOA score (7.14 ± 0.62) points, while in the observation group, the data was respectively (1.96 ± 0.18) points, (0.72 ± 0.08) points and (3.08 ± 0.33) points. Both differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Patients with acute lumbar sprain in acupuncture therapy, based on the use of oral and topical Longxuejie tablets, can improve patient outcomes, reduce patient suffering, and ease administration, so it is an ideal method of treatment.

【Key words】 Yang dampness acupuncture; Longxuejie piece; Lumbar sprain

腰部因为外力导致腰部肌肉、韧带以及筋膜发生急性损伤被称为急性腰扭伤, 尤其是青壮年容易发病^[1]。急性腰扭伤患者大多具有明显的腰部疼痛, 并影响到患者的活动功能, 从而对日常的工作、生活都产生不良影响^[2]。如果不能及时给予恰当方法进行治疗, 可加重患者病情, 转为慢性腰痛。本研究以通阳利湿针刺的方法与龙血竭片对 77 例急性腰扭伤患者进行治疗。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2011 年 4 月至 2014 年 4 月期

间于富阳市中医骨伤医院就诊的急性腰扭伤患者 160 例, 根据入院顺序获得选取的随机数字。分为两组各 80 例, 在治疗及随访过程中对照组和观察组患者分别有 7 例及 3 例患者失访, 最终入组对照组 73 例, 观察组 77 例。诊断标准参照文献[3]制定。排除骨折和腰椎间盘突出症患者, 排除其他系统严重疾病者、使用其他药物治疗者、妊娠期及哺乳期女性。观察组 77 例, 其中男性 51 例, 女性 26 例; 年龄 (41.28 ± 3.77) 岁, 病程 (2.94 ± 0.24) d。对照组 73 例, 其中男性 48 例, 女性 25 例, 年龄 (41.17 ± 3.92) 岁, 病程 (2.91 ± 0.22) d。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 1) 对照组采用通阳利湿针刺法进行治疗。取陶道、风池、列缺、附分、阴陵泉、阳陵泉、三

* 基金项目: 浙江省中医药重点学科建设资助项目(2012-XK-D03)

阴交、水分、大椎穴,常规进行消毒,以 30 号(直径 0.3 mm,长度 30 mm)毫针常规进针,得气之后以平补平泻的方法留针 30 min,每日 1 次。共治疗 14 d。2) 观察组在对照组基础上加用龙血竭片(云南大唐汉方制药有限公司生产,规格为基本片质量 0.4 g,成分为龙血竭)口服及外敷治疗。口服每次 2.4 g,每日 3 次;外敷取 1 片龙血竭片研磨成粉,以 0.9%氯化钠注射液调成糊状,均匀涂抹于腰部,以纱布进行包扎。每日 1 次,共治疗 14 d。

1.3 观察方法 根据文献[4-6]内容,采用 VAS 法观察腰腿痛评分、腰椎活动度评分(ROM)、改良日本骨科学会(M-JOA)评分。

1.4 疗效标准 按文献[4]内容,以患者腰部疼痛消失,脊柱可正常活动为显效;以腰部疼痛减轻,脊柱活动进本正常为显效;以患者腰部疼痛减轻,脊柱活动较治疗前有所进步,但是仍然受限为好转;以患者临床症状和脊柱活动均无改善甚至加重者为无效^[4]。以痊愈+显效+好转=总有效。

1.5 统计学处理 采用 SPSS14.0 统计软件。计量资料、计数资料和等级资料分别采用 t 检验、 χ^2 检验和秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 见表 1。观察组患者治疗效果明显优于对照组($P<0.05$)。

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(%)
观察组	77	31	22	19	5	72(93.51) [△]
对照组	73	18	15	25	15	58(79.45)

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 VAS、ROM、M-JOA 评分比较 见表 2。经过治疗, 对照组患者患者 VAS、ROM、M-JOA 评分均低于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组治疗前后急性腰扭伤患者 VAS、ROM、M-JOA 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	VAS	ROM	M-JOA
观察组 ($n=77$)	治疗前	8.33 $\pm$ 0.79	3.99 $\pm$ 0.32	23.58 $\pm$ 2.10
	治疗后	1.96 $\pm$ 0.18 ^{*△}	0.72 $\pm$ 0.08 ^{*△}	3.08 $\pm$ 0.33 ^{*△}
对照组 ($n=73$)	治疗前	8.26 $\pm$ 0.83	4.01 $\pm$ 0.42	23.72 $\pm$ 2.06
	治疗后	3.91 $\pm$ 0.35 [*]	1.63 $\pm$ 0.11 [*]	7.14 $\pm$ 0.62 [*]

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。

3 讨论

急性腰扭伤属于中医学“痹证”范畴,在青壮年体力劳动者中发病率较高。患者多是在进行腰部活动时不恰当用力而导致腰部肌肉、韧带以及筋膜等软组织

发生急性损伤所致。患者经脉痹阻,在局部可以有组织液渗出,从而导致充血和水肿,影响血气运行,气滞血瘀,从而出现疼痛感^[7]。患者可以有剧烈的腰部疼痛,肌肉痉挛,特别是在咳嗽和打喷嚏时症状可加重,患者不同程度的活动受限,严重者需在他人搀扶下方可行走^[8]。

《济生方》认为所有的痹证都是因为体虚导致腠理空疏,容易被风寒湿气入侵而发病。附分是足少阳胆经、手少阳三焦经以及阳维脉相会的穴位,可祛风解表;阳陵泉可以舒筋利节;三阴交是足太阴脾经、足少阴肾经以及足厥阴肝经相会的穴位,同时具有健脾利湿和调补肝肾的作用^[9];以大椎、陶道和风池 3 穴配合,可以散寒祛风;附分、阴陵泉以及水分三穴配合,在散寒祛湿的同时还可消肿利水。上述穴位相辅相成,起到疏通经络、通畅气血的作用。在本研究中通过此针刺法进行治疗的急性腰扭伤患者痊愈率和总有效率分别为 21.66%和 79.45%。

龙血竭片为一种中成药,其以龙血竭为主要成分,具有活血通血、消肿止痛的作用^[10],且其可以软坚散结、活血行气,气血通畅则瘀络通,痹证得愈。现代药理学分析发现龙血竭可以有效地改善机体的微循环,促进渗出尽快吸收的同时促进受损组织修复;同时该药物可以增加体内的凝血药物,因此具有双向的调节作用,有利于新陈代谢的进行。在龙血竭中提取获得的皂苷,具有强大的抗炎镇痛作用^[11],可以提高患者的免疫功能,进一步加速创伤修复。通过口服给药,对机体进行整体调节;而通过外敷给药,可以在局部形成较高的血药浓度,迅速发挥作用。本研究中在针刺法的基础上联合龙血竭片进行治疗的急性腰扭伤患者痊愈率和总有效率分别为 40.26%和 93.51%,明显高于单纯针刺治疗者。而且两组患者在接受治疗前 VAS、ROM、M-JOA 评分均差别不大。经过治疗,两组患者上述各指标评分均明显降低,其中联合治疗组患者 VAS、ROM、M-JOA 评分改善较单纯针刺治疗者更为明显。

综上所述,通阳利湿针刺法联合龙血竭片治疗急性腰扭伤临床效果好,且给药方便,可做进一步研究。

参考文献

- [1] 温优良,何萃,陈先武,等. 骶管注射联合推拿疗法治疗急性腰扭伤的疗效研究[J]. 中国全科医学,2012,15(8):917-920.
- [2] 张海军,张万海,岳剑宁,等. 椎间阻滞十字法联合手法治疗急性腰扭伤临床观察[J]. 颈腰痛杂志,2012,33(6):480-481.
- [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,1994:213-214.
- [4] 周力. 推拿治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:105.
- [5] 燕铁斌. 现代康复治疗学[M]. 广州:广东科技出版社,2004:493.

- [6] Toyone T, Takahashi K, Kitahara H, et al. Visualisation of symptomatic nerve roots. Prospective study of contrast-enhanced MRI in patients with lumbar disc herniation[J]. J Bone Joint Surg(Br), 1993, 4(6): 529-533.
- [7] 徐远驰. 针刺腰臀部压痛点配合运动疗法治疗急性腰扭伤 156 例临床研究[J]. 大家健康: 中旬版, 2014, 30(4): 105-106.
- [8] 韩红, 黎明. 针刺腰痛点结合运动疗法治疗急性腰扭伤的临床疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(1): 244-245.
- [9] 周肃陵. 针刺配合推拿手法治疗急性腰扭伤 50 例临床疗效观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(2): 340.
- [10] 郑玲玲. 贝复剂加龙血竭胶囊治疗褥疮疗效观察[J]. 中国循环杂志, 2014, 29(z1): 219-220.
- [11] 陈素, 吴水才, 曾毅, 等. 龙血竭总黄酮抗炎镇痛作用及其镇痛机制探讨[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(5): 1030-1032.
- (收稿日期 2015-03-28)

痰热清注射液对连枷胸患者行肋骨内固定后合并肺挫伤的临床疗效观察

马永峰 谢荣景 姜莉莉

(河北省沧州市人民医院, 河北 沧州 061000)

中图分类号: R274.1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1056-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.039

【摘要】目的 观察痰热清注射液对于连枷胸行肋骨内固定患者合并肺挫伤的临床疗效。**方法** 将 68 例患者随机分为观察组和对照组各 39 例。对照组术后早期均行机械通气治疗, 并均给予抗感染及祛痰止血对症等治疗。观察组在对照组治疗基础上加用痰热清注射液 20 mL 静滴, 每日 1 次, 10 d 为 1 疗程。**结果** 观察组平均住院时间、ICU 住院时间、胸腔引流管留置时间均短于对照组(均 $P < 0.05$)。两组在术后第 3 日肺损伤评分(Murray 评分)差别不大($P > 0.05$), 术后第 7 日、第 10 日观察组 Murray 评分均低于对照组(均 $P < 0.05$)。住院期间肺感染发生率 11.76%, 低于对照组的 26.47%($P < 0.05$)。**结论** 连枷胸患者行肋骨手术内固定后应用痰热清注射液治疗合并肺挫伤具有良好效果。

【关键词】 连枷胸 肋骨骨折内固定 肺挫伤 痰热清注射液

多发肋骨骨折患者如果相邻三根或三根以上肋骨发生多段骨折时即出现连枷胸, 胸壁软化并出现反常呼吸。近年来随着经济及交通工具的发展, 交通事故所致此类胸外伤不断增加, 此种连枷胸患者往往伴有肺组织损伤即肺挫伤^[1], 影像学上表现为肺部渗出性病变。随着现代医学的发展, 连枷胸合并肺挫伤患者行多发肋骨骨折切开复位内固定治疗已获得临床推广^[2-3], 并获得良好的近远期效果, 术后患者胸廓稳定性重建, 胸壁软化所造成的呼吸生理改变得以纠正, 对于合并肺挫伤的治疗除呼吸管理、机械通气、液体复苏以及控制感染外, 亦有采用中医药治疗者。实验证实痰热清注射液可降低炎症因子水平, 清除氧自由基, 对肺挫伤有一定作用^[4]。笔者自 2010 年 7 月至 2013 年 7 月收治连枷胸伴有肺挫伤并行肋骨骨折切开复位、Judet 钢板内固定术患者 68 例, 术后在一般抗感染及祛痰止血等治疗基础上采用痰热清注射液治疗取得较好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所有病例均应用胸部 CT 及肋骨三维

重建进行诊断, 均合并有不同程度肺挫伤。纳入标准: 连枷胸伴有肺挫伤并行肋骨骨折切开复位、Judet 钢板内固定术者。排除标准: 除外合并其他重要脏器损伤。

1.2 临床资料 选取 2010 年 7 月至 2013 年 7 月笔者所在医院收治连枷胸伴有肺挫伤并行肋骨骨折切开复位、Judet 钢板内固定术患者 68 例, 其中男性 52 例, 女性 16 例; 年龄 26~72 岁, 平均 48.70 岁。全部患者均有多发肋骨骨折。交通事故伤 58 例, 重物砸伤 3 例, 机械事故伤 2 例, 摔伤 5 例。术后早期均入住我院 ICU 病房, 病情稳定后转至普通病房。随机分为对照组和观察组两组各 34 例。对照组 34 例, 男性 27 例, 女性 7 例; 平均年龄(49.43±8.52)岁; 交通事故伤 30 例, 重物砸伤 2 例, 机械事故伤 1 例, 摔伤 1 例。对照组 34 例, 男性 25 例, 女性 9 例; 平均年龄(48.82±6.74)岁; 交通事故伤 28 例, 重物砸伤 1 例, 机械事故伤 1 例, 摔伤 4 例。两组一般情况差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予呼吸管理, 液体管理, 抗感染及化痰药物治疗等基础治疗, 术后早期行机械通气治疗。观察组在对照组治疗基础上加用(上海凯宝药业有限公司, 批号 Z20030054)痰热清注射液 20 mL 加

入 0.9% 氯化钠注射液 250 mL 静脉点滴, 每日 1 次。10 d 作为 1 疗程进行观察。

1.4 观察指标 于术前及治疗第 3、7、10 日行 Murray 肺损伤评分, 监测动脉血气分析, 比较两组的肺损伤评分情况, 并分别观察两组患者平均入住 ICU 时间、平均住院时间以及术后胸腔引流管留置时间, 肺部感染发生率。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 13.0 统计学软件。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示。计数资料采用 t 检验与 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组住院时间比较 见表 1。结果示, 观察组平均住院时间、ICU 住院时间、胸腔引流管留置时间均短于对照组 (均 $P < 0.05$)。

表 1 两组住院时间比较 ($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	平均住院时间	ICU 住院时间	胸管留置时间
观察组	34	14.5 $\pm$ 2.3 $^{\Delta}$	3.4 $\pm$ 2.1 $^{\Delta}$	4.5 $\pm$ 2.4 $^{\Delta}$
对照组	34	17.2 $\pm$ 3.1	4.7 $\pm$ 1.9	5.8 $\pm$ 2.9

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组平均 Murray 评分比较 见表 2。结果示, 两组在术后第 3 日肺损伤评分差别不大 ($P > 0.05$), 术后第 7 日、第 10 日观察组 Murray 评分均低于对照组 (均 $P < 0.05$)。

表 2 两组平均 Murray 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后第 3 日	术后第 7 日	术后第 10 日
观察组	34	3.3 $\pm$ 1.5	3.1 $\pm$ 1.4	1.5 $\pm$ 0.8 $^{\Delta}$	1.1 $\pm$ 0.7 $^{\Delta}$
对照组	34	3.2 $\pm$ 1.8	3.0 $\pm$ 1.5	2.4 $\pm$ 1.1	2.1 $\pm$ 0.9

2.3 两组肺部感染发生比较 结果示, 观察组肺部感染 4 例 (11.76%), 明显少于对照组的 9 例 (26.47%) ($P < 0.05$)。

3 讨论

连枷胸患者即多根多处肋骨骨折, 此种胸部外伤往往伴有肺挫伤, 患者呼吸运动受限, 影响呼吸生理功能, 肺部渗出性病变导致氧交换障碍, 患者出现低氧血症, 呼吸困难, 近年来采用手术治疗多发肋骨骨折, 行 Judet 钢板肋骨骨折内固定, 手术创伤较小, 术后胸廓稳定性恢复, 呼吸运动改善, 为进一步治疗肺挫伤创造条件。肺挫伤可导致肺血管内皮细胞损伤, 肺微血管通透性增加, 出现肺泡内及肺间质水肿。损伤进一步诱发

白细胞黏附分子表达, 肺泡 I 型上皮损伤, 影响屏障功能及气体交换, II 型肺泡上皮损伤, 抗氧化防御作用丧失合并肺泡表面活性物质减少或功能减退, 导致肺泡萎陷, 肺水肿, 增加呼吸功和引起低氧血症, 及呼吸窘迫^[6]。目前治疗多以控制感染、吸氧、液体管理等, 必要时机械通气并给予雾化吸入、化痰药物及营养支持等, 尚无特殊药物针对肺挫伤所致一系列病理生理改变导致的低氧血症有明显疗效。

痰热清注射液是近年来研发上市的一种中药制剂, 已有研究表明其具有抗菌消炎等作用, 其对多种病原微生物具有抑制作用^[7], 其可以促进并增强机体免疫功能, 维持肺血管内皮细胞形态与功能, 抗氧自由基, 减少白细胞黏附分子表达, 防止肺泡萎陷, 改善氧合^[8], 改善患者肺功能, 促进患者康复。本研究结果示, 连枷胸合并肺挫伤患者行肋骨骨折内固定术后采用痰热清注射液治疗可改善胸廓稳定性和促进肺挫伤的恢复, 减少肺部感染机率, 缩短住院时间和胸管留置时间。

综上所述, 连枷胸患者行肋骨手术内固定后应用痰热清注射液治疗合并肺挫伤具有良好效果, 值得进一步深入研究探讨。

参 考 文 献

- [1] Bastos R, Calhoon JH, Baisdon CE. Flail chest and pulmonary contusion[J]. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 2008, 200(1):39-45.
- [2] Galan G, Penalver JC, Paris F, et al. Blunt chest injuries in 1696 patients[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 1992, 6(6):284-287.
- [3] Tnnaka H, Yukioka T, Yamaguti Y, et al. Sugical stabilization or internal pneumatic stabilization? A prospective randomized study of management of severe flail chest patients[J]. J Trauma, 2002, 52(4):727-732.
- [4] 梁迪思, 张智琳, 江桂英, 等. 不同剂量痰热清注射液对急性肺损伤大鼠白细胞介素-6 的影响[J]. 广东医学, 2013, 51(8):1170-1172.
- [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: 中国医药科技出版社, 2002: 54-58.
- [6] 李玉林. 病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 157-158.
- [7] 薛东升, 李小利, 宋庆宏. 痰热清注射液作用机理与临床应用[J]. 上海医药, 2007, 28(11):521-522.
- [8] 许长琼. 痰热清注射液对 COPD 患者细胞因子和肺功能的影响[J]. 实用全科医学, 2006, 4(4):401.

(收稿日期 2015-03-02)

茵陈汤辨治新生儿急性高胆红素血症的临床观察*

郭玉兰 邴银芳 张 莉

(南京医科大学附属南京医院, 江苏 南京 210006)

中图分类号: R722.19 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1058-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.040

【摘要】目的 观察茵陈汤治疗新生儿高胆红素血症的临床疗效。**方法** 将 120 例患儿随机分为实验组和对照组各 60 例。对照组给予常规方法治疗, 实验组在对照组基础上服用茵陈汤。观察两组治疗前后血清总胆红素、直接胆红素以及间接胆红素的水平变化以及临床治疗效果。**结果** 治疗后两组血清总胆红素、直接胆红素以及间接胆红素的水平改善均优于治疗前, 且实验组优于对照组 (均 $P < 0.05$)。治疗后实验组总有效率 91.67% 优于对照组的 75.00% ($P < 0.05$)。**结论** 茵陈汤治疗新生儿高胆红素血症可显著降低血清胆红素的水平, 明显提高临床疗效。

【关键词】 新生儿高胆红素血症 茵陈汤 血清总胆红素 临床疗效

Clinical Studies of Capillaris-soup Treatment on Acute Neonatal Hyperbilirubinemia GUO Yulan, LI Yinfang, ZHANG Li. Nanjing medical university affiliated hospital of pediatrics, nanjing, jiangsu province, Nanjing 210006, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical efficacy of the capillaris-soup treatment on neonatal hyperbilirubinemia. **Methods:** from March 2011 to May 2013 in our hospital 120 cases of neonatal hyperbilirubinemia were randomly divided into the experimental and the control groups, 60 patients in each group. The control group were treated with conventional treatment, while the therapy of the experimental group based on that of the control group took capillaris soup. Serum total bilirubin, direct bilirubin and indirect bilirubin levels, and clinical efficacy were compared before and after treatment. **Results:** Before treatment, the serum total bilirubin, direct bilirubin and indirect bilirubin levels in both groups had little difference ($P > 0.05$). After treatment, serum total bilirubin, direct bilirubin and indirect bilirubin levels were improved and better than those before treatment. And the data of the experimental group was better than that of the control group ($P < 0.05$) with a statistically significance. The total effective rate was 91.7%, better than that of the control group (75.0%) with a statistically significance ($P < 0.05$). The data of both groups reduced after treatment, and the effect of the observation group was better than that of the control group. The comparison above was statistically significant. **Conclusion:** Capillaris soup treatment on neonatal hyperbilirubinemia can significantly reduce the levels of serum bilirubin, and significantly improve the clinical efficacy.

【Key words】 Neonatal hyperbilirubinemia; Capillaris soup; Serum total bilirubin; Clinical efficacy

新生儿高胆红素血症属中医学“黄疸”范畴, 又称“胎黄”^[1], 其发病机制早在我国隋唐时期即有记载。《诸病源候论·小儿杂病诸候·胎黄》指出^[2]“小儿在胎, 其母脏气有湿热, 熏蒸于胎, 至生下小儿体皆黄, 谓之胎疸也, 或因小儿脏腑娇嫩, 形气未充, 脾常不足, 感受外邪, 外邪内侵, 脾为邪困, 失健运之功, 移湿热于肝胆, 肝失条达, 胆失疏泄, 胆液外溢于肌肤而发黄”。新生儿高胆红素血症是新生儿最常见疾病之一, 多以血清胆红素水平升高为主, 其实实验室诊断指标为血清胆红素足月儿 $> 221 \mu\text{mol/L}$, 早产儿 $> 257 \mu\text{mol/L}$ ^[3], 严重引起核黄疸, 或引起肾毒性, 严重影响患儿身心健康。

因此, 治疗新生儿高胆红素必须引起家长和医生的重视。笔者观察茵陈汤治疗新生儿高胆红素血症的临床疗效, 取得了较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1) 所有患儿符合新生儿高胆红素血症诊断标准^[4](足月儿血清总胆红素 $> 205 \mu\text{mol/L}$, 早产儿血清总胆红素 $> 256 \mu\text{mol/L}$)。2) 排除先天性疾病的患儿; 染色体疾病的患儿; 对本研究药物过敏的患儿。

1.2 临床资料 选取 2011 年 3 月至 2013 年 5 月南京医科大学附属南京医院门诊的 120 例新生儿高胆红素血症患者, 在知情同意的原则上按随机数字表法随机分为实验组和对照组各 60 例。实验组男性 31 例, 女性 29 例; 日龄 (4.60 ± 4.30) d; 胎龄 (37.60 ± 3.20) 周; 出

* 基金项目: 江苏省南京市卫生青年人才基金(QRX11093)

生体质量 (3.10 ± 1.20) kg; 致病原因围产因素 16 例, ABO 溶血 17 例, 母乳性黄疸 21 例, 其他 6 例; 总胆红素水平 (299.40 ± 53.60) $\mu\text{mol/L}$ 。对照组男性 32 例, 女性 28 例; 日龄 (5.30 ± 3.20) d; 胎龄 (35.10 ± 3.50) 周; 出生体质量 (2.90 ± 2.10) kg; 致病原因围产因素 15 例, ABO 溶血 18 例, 母乳性黄疸 20 例, 其他 7 例; 总胆红素水平 (298.30 ± 67.30) $\mu\text{mol/L}$ 。两组在性别、日龄、胎龄、致病原因等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予常规药物治疗, 包括酶诱导剂苯巴比妥, 每日 5~6 mg/kg, 小培菲康 0.5 包, 每日 3 次口服。实验组在对照组治疗基础上加服茵陈汤: 茵陈蒿 15 g, 车前草 15 g, 大叶金钱草 20 g, 金银花 20 g, 黄芪 20 g, 郁金 10 g, 甘草 10 g。水煎服, 每日 1 剂, 分 3 次服, 4 周为 1 疗程, 连续治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标 治疗前后使用经皮测定疸仪进行胆红素水平测定, 每次测定分别取患儿额头、胸部及足底, 取平均值作为每次经皮胆红素水平。记录观察分析治疗前后两组血清总胆红素、直接胆红素以及间接胆红素的水平。

1.5 疗效标准 依据新生儿高胆红素血症的临床疗效判定标准。显效: 患儿在治疗 6 d 后, 黄疸显著消退, 血清胆红素或者经皮测胆红素指标正常。有效: 患儿在治疗 6 d 后, 黄疸有所好转, 血清胆红素或者经皮测胆红素指标亦有所改善。无效: 将患儿在治疗 6 d 后, 上述指标未有改善甚至恶化。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数。

1.6 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计学软件。计量资料比较采用 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后的血清胆红素水平比较 见表 1。治疗后两组血清总胆红素、直接胆红素以及间接胆红素的水平均优于治疗前, 且实验组优于对照组 (均 $P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后血清胆红素比较 ($\mu\text{mol/L}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	总胆红素	直接胆红素	间接胆红素
实验组 ($n=60$)	治疗前	299.4 ± 53.6	215.5 ± 24.5	230.5 ± 10.5
	治疗后	$88.7 \pm 11.4^{* \Delta}$	$85.5 \pm 10.3^{* \Delta}$	$80.5 \pm 15.5^{* \Delta}$
对照组 ($n=60$)	治疗前	298.3 ± 67.3	213.4 ± 21.4	231.5 ± 11.6
	治疗后	$140.3 \pm 17.3^{*}$	$140.4 \pm 12.9^{*}$	$130.4 \pm 10.5^{*}$

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

2.2 两组临床疗效比较 见表 2。结果示, 治疗后实验组总有效率 91.67%, 优于对照组的 75.0% ($P < 0.05$)。

3 讨论

新生儿高胆红素血症是由于胆红素在体内积聚引

表 2 两组临床疗效比较 (n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效 (%)
实验组	60	33	22	5	55 (91.67) [△]
对照组	60	23	22	15	45 (75.00)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

起的皮肤或其他器官黄染。近年来新生儿高胆红素血症的发病率呈明显上升趋势。既往文献报道, 正常足月新生儿黄疸发病率约 60%, 早产儿达 80%^[5]。国内报道高胆红素血症患儿占住院新生儿的 40%~50%, 严重影响患儿健康。因此, 治疗新生儿高胆红素血症必须引起足够重视。

中医学认为新生儿高胆红素血症多由湿热郁结肝胆, 使肝失疏泄, 胆汁外溢发为黄疸。茵陈味苦辛而微寒, 善清肝胆湿热而利小便, 使湿热之邪由小便而出^[6]。杨凤涛等^[7]认为新生儿病理性黄疸多由母体湿热, 胎毒熏蒸胎体或元气不足, 肝气郁结, 不能疏泄胎毒湿热之邪, 湿热胎毒郁结血分, 肝胆疏泄失常, 胆汁排泄受阻, 浸入于血, 外溢肌肤所致。顾卫等^[8]认为, 大多由母体湿热邪毒熏蒸胎体或元气不足, 脾不健运, 不能输泄胎毒湿热之邪而引发湿热毒郁结血分所致。根据其病因病机, 中医学将该病主分为 3 大类型: 湿热郁蒸、寒湿阻滞、瘀积发黄。

茵陈汤主要由茵陈蒿、车前草、大叶金钱草、金银花、黄芩、郁金、甘草组成, 本方具有疏肝理气、利湿退黄的功效。方中茵陈蒿具有清热解毒、利湿退黄的作用^[9]; 黄芩清热燥湿, 泻火解毒; 金银花质轻疏散, 既能疏散在表之风热, 更长于清解在里之热毒; 茵陈蒿清利湿热、清热解毒、利尿退黄, 为治黄疸之要药, 与黄芩、金钱草、车前草、金银花合用, 既可通过清热解毒以祛邪, 又可清利肝胆湿邪以退黄^[10]。现代药理学表明, 茵陈汤能通过诱导肝酶系统增加肝对胆红素的摄取、结合和排泄能力, 同时还可通过中药作用促进肠壁蠕动, 使分泌物增加促进排便, 从而减少胆红素肠-肝循环, 有效降低血中胆红素, 达到治疗黄疸的目的。本研究表明, 患者服用茵陈汤后, 能够显著降低血清胆红素水平, 提高临床疗效。但茵陈汤在临床应用时可引起腹泻、皮疹等副反应, 用于幼儿治疗过程中, 应根据患儿体质, 适当进行加减辨治。

综上所述, 茵陈汤能够显著降低新生儿高胆红素血症患儿血清胆红素水平, 提高临床治疗效果。

参考文献

- [1] 张丽云, 胡素芹, 李祝平, 等. 新生儿高胆红素血症中医治疗体会[J]. 河北中医, 2006, 28(12): 917-918.
- [2] 陶钧. 中医药防治新生儿黄疸研究进展[J]. 中医儿科杂志, 2010, 6(1): 50-52.
- [3] 陈中件, 奚旭阳. 妈咪爱早期干预早产儿高胆红素血症的

- 疗效[J]. 海峡药学, 2012, 24(1): 181-182.
- [4] 龚小伟. 茵栀黄注射液联合光疗对新生儿高胆红素血症疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(1): 104-105.
- [5] 严鸿翔. 茵栀黄颗粒治疗 35 例轻度高胆红素血症疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2011, 3(6): 513-551.
- [6] 张宁, 赵鸣然, 孙忆楠, 等. 茵栀黄口服液辅助蓝光照射治疗新生儿胆红素血症 88 例临床观察[J]. 中国初级卫生保健, 2010, 24(11): 78-79.
- [7] 王锦华, 杨凤涛, 蒋波. 退黄汤治疗新生儿黄疸 90 例[J]. 陕西中医, 2007, 28(7): 781-782.
- [8] 张素玲, 顾卫, 贺慧蕾, 等. 退黄洗剂治疗新生儿黄疸的临床研究[J]. 实用医学杂志, 2005, 21(9): 983-985.
- [9] 李侠, 张燕妮. 茵栀黄口服液辅助治疗新生儿高胆红素血症 95 例[J]. 陕西中医, 2012, 33(7): 798-799.
- [10] 陈丽萍, 谭小华, 张费通, 等. 茵栀黄口服液治疗新生儿高胆红素血症的护理[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(14): 2663-2664.

(收稿日期 2015-02-07)

土家“二七补阳活血汤”治疗急性脑梗死的临床观察*

张松青 杨飞燕 陈楚权

(湖南省湘西土家族苗族自治州民族中医院, 湖南 吉首 416000)

中图分类号: R743.9 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1060-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.041

【摘要】目的 观察土家“二七补阳活血汤”治疗急性脑梗死(气虚血瘀证)的临床疗效。**方法** 将患者随机分为对照组, 补阳还五汤组和“二七补阳活血汤”组。对照组予以常规西医治疗, 补阳还五汤组加用补阳还五汤, “二七补阳活血汤”组加用补阳活血汤, 疗程均为 2 周。观察治疗前后的神经缺损程度评分、日常生活活动能力积分, 并进行临床疗效评定。**结果** 3 个治疗方案均能改善急性脑梗死患者的神经功能缺损和日常生活能力, 临床疗效较为肯定, 补阳还五汤组优于对照组, 而“二七补阳活血汤”组又优于补阳还五汤组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。**结论** 土家“二七补阳活血汤”治疗急性脑梗死气虚血瘀证具有良好的临床疗效。

【关键词】 “二七补阳活血汤” 急性脑梗死 气虚血瘀

The Clinical Effect of Two Seven Tujia Huoxue Decoction's Treatment on Acute Cerebral Infarction

ZHANG Qingsong, YANG Feiyan, CHEN Chuquan. National Academy of TCM, Xiangxi Autonomous Prefecture, Hunan, Jishou 416000 China

【Abstract】Objective: To observe the clinical efficacy of *Two seven tujia buyanghuoxue Decoction* in the treatment on acute cerebral infarction with Qi deficiency and blood stasis. **Methods:** 131 patients were randomly divided into the control group of 43 cases, the Buyanghuanwu decoction group of 44 cases and Two seven Tujia Huoxue decoction group of 44 cases. The control group were given routine treatment of Western medicine, while the Buyanghuanwu decoction group received the treatment of Western medicine combined with Buyanghuanwu decoction. The *Two seven tujia buyanghuoxue Decoction* group were treated with Buyang Huoxue decoction. The treatment lasted for 2 weeks. Before and after treatment, the neurologic impairment, and daily activity score were observed, and the clinical curative effect was evaluated. **Results:** The 3 groups could improve the neurological impairment in patients with acute cerebral infarction and the ability of daily life and the clinical effect were obvious. Buyanghuanwu decoction group was better than the control group, while the *Two seven Tujia Huoxue* decoction group was superior to Buyanghuanwu Decoction group. **Conclusion:** *Two seven tujia buyanghuoxue Decoction* has a good clinical efficacy in the treatment of acute cerebral infarction of qi deficiency and blood stasis.

【Key words】 *Two seven tujia buyanghuoxue Decoction*; Acute Cerebral Infarction; Qi deficiency and blood stasis

目前心脑血管疾病稳居疾病谱之首, 其中脑梗死尤其为中老人常发疾病, 而且具有复发率高、致残率高和病死率高的特点^[1]。临床显示, 现代医学中 CT、MRI 等影像学检测到的脑梗死病灶大小、部位及性质, 与临

床症状不一定相符, 不能完全反映其临床神经功能的缺损。现一般借助应用脑卒中相关量表以追踪患者的病情变化及确定相关治疗药物的临床疗效^[2]。本院长期应用由治偏瘫名方补阳还五汤发展而来的土家“二七补阳活血汤”, 前期观察治疗急性脑梗死患者疗效较好, 今借助脑卒中相关量表以系统观察。现报告如下。

* 基金项目: 湖南省中医药管理局项目(201446)

1 资料与方法

1.1 临床资料 所有 131 例病例均来源于本院脑病科 2014 年 1 月至 2014 年 12 月的住院患者。纳入标准:年龄 35~75 岁;发病部位位于颈内动脉系统;首次发作的急性脑梗死;发病时间在 6 h 至 4 周;疾病诊断依据全国第 4 届脑血管病学术会议所指定的标准^[3];中医主证诊断参照国家科委攻关项目“85-919-02-01 中风病证候学与临床诊断的研究”课题组、国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的《中风病证候诊断标准》,符合“血瘀证”与“气虚证”的诊断;经头颅 CT 或 MRI 证实为脑梗死,排除脑出血;意识清楚,能吞咽,依从性好。排除标准:排除意识障碍者,血管性痴呆史者;其他颅脑器质性病变者;严重脏器功能不全者;精神异常者;严重出血倾向者;过敏体质者。将患者随机分为对照组、补阳还五汤组及“二七补阳活血汤”组。对照组 43 例,其中女性 19 例,男性 24 例;年龄(62.39±7.95)岁。补阳还五汤组 44 例,其中女性 17 例,男性 27 例;年龄(62.96±8.41)岁。“二七补阳活血汤”组 44 例,其中女性 18 例,男性 26 例;年龄(63.25±9.37)岁。3 组入选患者在性别、年龄、病程及病情等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经本院伦理委员会批准同意,且入组患者均签署知情同意书。

1.2 治疗方法 对照组采用西医常规治疗,入液静滴胞二磷胆碱 0.5 g 和血栓通注射液 140 mg;口服阿司匹林肠溶片 100 mg,每日 1 次。可给予 20%甘露醇注射液快速静滴对有脑水肿颅内压增高征象者;抗生素治疗伴发感染者;相应降压、降糖、调脂等对症治疗。补阳还五汤组在对照组治疗的基础上加用补阳还五汤(黄芪 120 g,桃仁 3 g,红花 3 g,地龙 3 g,赤芍 5 g,当归尾 10 g,川芎 3 g)。“二七补阳活血汤”组加用“二七补阳活血汤”(包袂七 15 g,大疙瘩七 15 g,一点血 10 g,黄芪 120 g,桃仁 3 g,红花 3 g,地龙 3 g,赤芍 5 g,川芎 3 g)。中药的购置和煎煮均由本院中药房完成。分别将中药放置在套式恒温器中,加入蒸馏水,水量为药材的 2 倍,浸泡 30 min,武火煮沸后改文火煎煮 2 h,滤出药液,药渣加入 2 倍水继续煎煮 2 h,两次滤液合并后均分 2 份,早晚饭后 30 min 分服。3 组患者均以治疗 2 周为 1 疗程,1 疗程用药结束后,即对患者进行疗效观察。

1.3 观察指标 以患者治疗前后为疗效观察节点。1)神经功能缺损评分:依据美国国立卫生研究院卒中(NIHSS)评定量表评定。2)中风病日常生活活动能力评价:按照 Barthel 方案^[4],日常生活活动(ADL)积分变化以 Barthel 指数计分法评价。3)临床疗效评定:依据全国第 4 届脑血管病学术会议建议的“中国脑卒中临床神经功能缺损程度评分量表(1995)”评定^[5]。

1.4 疗效标准 恶化:神经功能缺损评分增加 17%以

上。无变化:神经功能缺损评分减少 17%以下。进步:神经功能缺损评分减少 18%~45%。显著进步:神经功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度为 1~3 级。基本治愈:神经功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度为 0 级。

1.5 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,符合正态分布的数据组间比较采用 t 检验或单因素方差分析,不符合正态分布的数据组间比较采用 Mann-Whitney U 检验,疗效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 各组神经功能缺损评分与日常生活活动能力积分比较 见表 1。3 组患者神经功能缺损评分与日常生活活动能力积分治疗后均较治疗前改善,补阳还五汤组和“二七补阳活血汤”组的改善均优于对照组,这两组间而又以后者为佳。

表 1 各组 NIHSS 与日常生活活动能力积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	NIHSS	日常生活活动能力积分
对照组 ($n=43$)	治疗前	20.74±2.79	64.75±15.23
	治疗后	11.51±2.40**	74.28±10.83*
补阳还五汤组 ($n=44$)	治疗前	21.05±2.45	63.93±14.89
	治疗后	9.43±2.71***	82.19±9.42***
“二七补阳活血汤”组 ($n=44$)	治疗前	21.37±3.10	64.52±15.18
	治疗后	7.13±2.16*** [△]	88.75±8.97*** [△]

与治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与补阳还五汤组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 各组临床疗效比较 见表 2。经秩和检验,补阳还五汤组和“二七补阳活血汤”组的临床疗效均优于对照组,这两组间而又以后者为佳($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表 2 各组临床疗效比较(n)

组别	n	基本治愈	显著进步	进步	无效	恶化	总有效(%)
对照组	43	6	13	11	10	3	30(69.77)
补阳还五汤组	44	7	16	12	8	1	35(79.55)*
“二七补阳活血汤”组	44	10	16	13	4	1	39(88.64) [△]

3 讨论

脑梗死多由于脑组织缺血、缺氧、坏死,血管内皮损伤,久致动脉硬化,进而脑动脉腔过于狭窄,甚则完全闭塞所致。目前急性脑梗死发病率仍在继续上升^[6]。该病以中老年人多发,中年之后人体一身之气逐渐亏虚。而今之人,食则膏粱厚味,出则以车代行,加之现代社会快节奏、高压力的生活环境,多已罹患高血压、糖尿病、高血脂等疾病,机体常常处于疲劳未复状态,疾虽未成,故多已有气虚不足之象。气虚不能推动血行,因虚致瘀,痹塞脑络,形成口眼斜、半身不遂等病理

状态。脑梗死发病急,易损伤肢体运动功能和神经功能,出现患者认知、智能方面的严重障碍。对于治疗,生命的抢救、肢体运动功能的恢复和神经功能的保护,均极为重要^[7]。在发病 6 h 后,现代医学一般予以脱水降压、抗凝、营养神经等治疗,中医则多应用活血制剂^[8],故而本研究中的 3 组患者均取得了一定的疗效。

中风之后,正气亏虚,气虚血滞,脉络瘀阻,为补阳还五汤之正治。补阳还五汤方证以气虚为本,血瘀为标,即王清任所谓“因虚致瘀”。治当以补气为主,活血通络为辅。该方重用生黄芪至 120 g,补益元气,意在气旺则血行,瘀去络通,为君药。当归尾活血通络而不伤血,用为臣药。赤芍、川芎、桃仁、红花协同当归尾活血祛瘀;地龙通经活络,力专善走,周行全身,以行药力,亦为佐药。研究表明,补阳还五汤治疗急性脑梗死有较好疗效,有利于神经功能缺损的修复。该方具有降低急性脑梗死患者血液黏滞度的作用^[9],能降低血浆金属蛋白酶(MMP)-2、8 水平,减少细胞外基质的降解^[10],这是治疗急性脑梗死的部分机制。

相较补阳还五汤,土家“二七补阳活血汤”的组成增加了包袱七、大疙瘩七二味土家道地药材,并以草药一点血代替当归。包袱七,别名小八角莲、半碗水、铁骨散,味苦、辛,性凉,功能散瘀、止血,养阴、清肺、定痛。擅治脑卒中、风湿性关节炎、小儿惊风、跌打损伤、咽喉肿痛等病证。疙瘩七,别名珠子参、大叶三七、竹节人参、扣子七、钮子七、盘七,味苦、微甘,性温,功能祛瘀生新,止痛止血,常用于脑卒中、跌打损伤、风湿关节痛、胃痛,外用治外伤出血。一点血,性味甘、苦,平,功似当归,补气健脾、养血、止血,主治病后虚弱,咳嗽咯血,功能性子宫出血,白带等。本研究显示,土家“二七

补阳活血汤”组的临床疗效优于补阳还五汤组,更能促进缺损神经功能和日常生活活动能力恢复,这与补阳还五汤添加土家“二七”药物有明显的关系,其具体作用机制,包袱七、疙瘩七的具体有效化学成分,一点血与常用中药当归的差异性等,均值得进一步深入研究。

参 考 文 献

- [1] 曹晓岚,郭闫葵,陈建强,等.缺血性中风患者 392 例临床流行病学回顾性调查[J].中医药研究,2012,12(1):48.
- [2] 张江,王大力,彭延波,等.7 种评分与急性脑梗死近期预后的相关性研究[J].山东医药,2011,51(36):34.
- [3] 全国第 4 届脑血管病学术会议.脑中风患者神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381.
- [4] Kavian Ghandehari, Kosar Ghandehari, Ghazaleh Saffarian - Toosi, et al. Comparative interrater reliability of Asian stroke disability scale, modified rankin scale and barthel index in patients with brain infarction[J]. ARYA Atheroscl J, 2012, 8(3):153.
- [5] 全国第 4 届脑血管病学术会议.脑中风患者神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381.
- [6] 李燕子.自拟益气活血化痰汤治疗急性脑梗死的临床疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(10):116.
- [7] 吴孟章.中西医结合治疗对急性脑梗死的神经保护作用[J].中国中医急症,2014,23(11):2133-2135.
- [8] 艾宗耀.中医药治疗急性脑梗死的临床研究概况[J].中国中医急症,2014,23(11):2061-2063.
- [9] 李娟.补阳还五汤加味对急性脑梗死患者血液流变学的影响[J].中国伤残医学,2014,22(20):119.
- [10] 郑学威,方俊成,王伟军.补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗死疗效及对患者血浆金属蛋白酶-2、8 水平影响[J].中国药师,2014,17(3):431-432.

(收稿日期 2015-03-06)

中西医结合治疗冠心病心绞痛临床观察

徐彩飞¹ 周立军²

(1.浙江省宁波市鄞州区石碶街道社区卫生服务中心,浙江 宁波 315153;2 浙江省宁波市鄞州人民医院,浙江 宁波 315040)

中图分类号:R541.4 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)06-1062-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.042

【摘要】目的 观察中西医结合治疗冠心病心绞痛患者的临床疗效及对其血清炎症因子 C 反应蛋白(CRP)的影响。**方法** 将 60 例患者随机分为观察组和对照组各 30 例。对照组给予西药治疗,观察组在对照组西药治疗基础上配以瓜蒌薤白半夏汤加减治疗。两组疗程均为 4 周。观察分析两组心绞痛症状疗效、心电图疗效、心绞痛发作持续时间和发作次数、血清 CRP 水平及不良反应情况。**结果** 观察组心绞痛症状总有效率 86.67%,高于对照组的 63.33%($P<0.05$);观察组心电图总有效率 83.33%,亦高于对照组的 56.67%($P<0.05$)。两组治疗前心绞痛发作持续时间、发作次数与血清 CRP 水平比较差别不大(均 $P>0.05$)。两组治疗后心绞痛发作持续时间均短于治疗前($P<0.05$),发作次数亦少于治疗前($P<0.05$),且观察组改善均优于对照组(P 均 <0.05)。两组治疗后血清 CRP 均低于治疗前($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。两组治疗期间均未见明显不良

反应。结论 中西医结合治疗冠心病心绞痛临床疗效显著,可有效地降低血清 CRP 水平,无明显不良反应,安全可靠,具有重要临床研究价值。

【关键词】 冠心病心绞痛 中西医 疗效 C 反应蛋白

冠心病心绞痛是由于冠状动脉功能性改变与冠状动脉粥样硬化造成的心肌暂时性缺血缺氧而致使的一种发作性胸痛为主要的表现的临床综合征^[1]。近年来,随着人们生活水平的不断提高以及人们饮食结构的不断改变,冠心病心绞痛发病率呈逐年上升趋势。故临床上采用积极有效地治疗手段尤为重要。研究显示,采用中西医结合治疗冠心病心绞痛取得了明显疗效^[2-3]。笔者采用中西医结合治疗冠心病心绞痛取得了较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准参照《缺血性心脏病的命名及诊断》、《中医病证诊断疗效标准》和张伯礼痰瘀互结证诊断标准^[4-6]。纳入标准:均已经医院伦理委员会批准者;签署知情同意书者;符合诊断标准者;年龄 45~80 岁。排除标准:不符合上述入组标准者;对本研究药物过敏者;精神疾病者;合并心、肝、肾等功能异常者;依从性差者。

1.2 临床资料 选取 2012 年 1 月至 2014 年 12 月期间笔者所在医院收治的 60 例冠心病心绞痛患者。根据随机分组法随机分为观察组和对照组各 30 例。观察组男性 20 例,女性 10 例;平均年龄(61.43±8.52)岁;心绞痛发作频率(1.56±0.51)次/d;心绞痛发作持续时间(10.84±2.31) min;其中糖尿病 4 例,高血压 12 例,高脂血症 8 例,吸烟者 8 例。对照组 30 例,男性 19 例,女性 11 例;平均年龄(62.09±7.94)岁;心绞痛发作频率(1.63±0.46)次/d;心绞痛发作持续时间(10.13±2.56) min;其中糖尿病 3 例,高血压 11 例,高脂血症 9 例,吸烟者 9 例。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 对照组给予常规西药治疗,口服阿司匹林(广东九明制药有限公司;国药准字 H44021139) 100 mg,每晚 1 次;阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司;国药准字 H20041409) 20 mg/次,每日 1 次;依姆多(阿斯利康制药有限公司) 30 mg/次,每日 1 次。 β 受体阻滞剂和血管转化酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体阻断剂(ARB)对症治疗。观察组在对照组常规西药治疗基础上配以瓜蒌薤白半夏汤为基础方加减:全瓜蒌 15 g,枳壳 15 g,薤白 15 g,法半夏 10 g,降香 10 g,川芎 10 g,丹参 10 g,赤芍 10 g,红花 10 g,茯苓 15 g。若胸闷重可加重枳壳的量 25 g,加用川厚朴 10 g;若出汗多加用桂枝 6 g;若阳气虚脱可加用黄芪 10 g;若刺痛明显加用乳香 10 g,没药 10 g。水煎服,取汁 300 mL,分早晚 2 次温服,每日 1 剂。两组疗程均为 4 周。

1.4 疗效标准 参照相关文献^[7]。显效:心绞痛发作次数或硝酸酯类用量明显降低 $\geq 80\%$,心电图 ST-T 恢复正常。有效:心绞痛发作或硝酸酯类用量降低 50%~80%,心电图 ST 段回升 0.5 mm 以上或主要导联倒置 T 波变浅达 50%以上。无效:心绞痛发作或硝酸酯类用量降低 $<50\%$,甚至加重或死亡,心电图无变化。显效例数+有效例数/总例数 $\times 100\%$ 为总有效率。

1.5 观察指标 1) 观察两组患者治疗后心绞痛症状疗效。2) 观察两组患者治疗后心电图疗效。3) 观察两组患者心绞痛发作持续时间及心绞痛发作次数治疗前后变化。4) 观察两组患者血清 CRP 水平治疗前后变化。两组患者均于治疗前与治疗后清晨空腹抽取肘静脉血 3 mL,装于 EDTA 管中,离心,分离血清,置于 $-80\text{ }^{\circ}\text{C}$ 保存待测。用免疫投射比浊法检测 C 反应蛋白(CRP),操作标准均严格按照试剂盒说明书进行。5) 观察两组治疗期间不良反应。

1.6 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计学软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示。计数资料采用采用 t 检验和 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心绞痛症状疗效比较 见表 1。结果示,观察组症状疗效总有效率高于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组心绞痛症状疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	30	14	12	4	26(86.67) [△]
对照组	30	8	11	11	19(63.33)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组心电图疗效比较 见表 2。结果示,观察组心电图疗效总有效率高于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组心电图疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	30	12	13	5	25(83.33) [△]
对照组	30	7	10	13	17(56.67)

2.3 两组心绞痛发作持续时间、发作次数与血清 CRP 水平比较 见表 3。两组治疗前心绞痛发作持续时间、发作次数与血清 CRP 水平比较差别不大(均 $P>0.05$)。两组治疗后心绞痛发作持续时间、发作次数与血清 CRP 水平改善均优于治疗前(均 $P<0.05$),且观察组改善优于对照组(均 $P<0.05$)。

2.4 不良反应 两组治疗期间均未见明显不良反应。

表 3 两组心绞痛发作持续时间、发作次数与血清 CRP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	发作持续时间(min/次)	发作次数(次/d)	血清 CRP(ng/mL)
观察组 (n=30)	治疗前	10.84±2.31	1.56±0.51	23.79±4.67
	治疗后	2.93±0.59 ^{*△}	0.34±0.11 ^{*△}	10.47±3.24 ^{*△}
对照组 (n=30)	治疗前	10.13±2.56	1.63±0.46	24.68±5.03
	治疗后	6.39±0.95 [*]	0.96±0.16 [*]	16.13±4.07 [*]

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

冠心病是临床常见疾病之一, 而心绞痛是冠心病常见类型, 其主要是因冠状动脉粥样硬化, 管腔内斑块形成破裂、出血, 从而致使局部血小板粘附聚集, 腔内不全堵塞性血栓形成以及内膜损伤诱发血管痉挛引起^[8]。近年来, 研究发现 CRP、尿酸(UA)、血脂、胆红素水平异常等引发的冠状动脉炎症反应会损伤动脉内膜以及内皮功能, 并导致冠状动脉血栓形成, 引发冠状动脉痉挛, 这也是心绞痛发作的重要机制之一。CRP 在机体发生炎症反应时会显著升高, 且 CRP 可反映冠状动脉粥样硬化炎症反应程度^[9]。目前, 临床上单纯采用西药治疗远期疗效不甚理想。

冠心病心绞痛属中医学“胸痹”“心痛”等范畴^[10], 中医学认为该病病因病机主要为年老体弱、情志失调、饮食不当、寒邪内侵而造成胸阳不振、心脉痹阻而发病。胸阳不振, 津液不布, 聚而成痰, 痰为阴邪, 易阻气机, 结于胸中, 痰瘀互结, 胶结缠绵, 则出现胸满而痛甚或胸痛彻背^[11-12]。故而治疗应痰瘀同治, 治以通阳散结、祛痰下气、益气开痹为主。本研究采用瓜蒌薤白半夏汤, 方中瓜蒌味甘性寒入肺, 涤痰散结, 开通胸痹; 薤白具有通阳散结、祛痰下气功效; 瓜蒌与薤白能散胸中凝滞之阴寒、化上焦结聚之痰浊、宣胸中阳气以宽胸; 丹参、赤芍具有化痰祛瘀功效; 枳壳具有理气宽中、行滞消胀功效; 半夏具有燥湿化痰、降逆止呕功效; 降香具有行瘀、止血、定痛功效; 川芎具有活血行气、祛风止痛功效; 红花具有活血散瘀止痛功效; 茯苓渗湿利水, 健脾和胃, 宁心安神。诸药合用, 共奏通阳散结、祛痰下气、益气开痹、养心安神之功效。

本研究结果显示, 瓜蒌薤白半夏汤联合西药治疗后心绞痛症状和心电图疗效显著, 心绞痛发作持续时间

和发作次数亦明显改善。提示两者结合治疗可明显改善患者心绞痛症状和心电图, 明显缩短心绞痛发作持续时间及降低心绞痛发作次数; 瓜蒌薤白半夏汤联合西药治疗后血清 CRP 水平较治疗前显著降低, 且明显低于西药治疗, 提示两者结合治疗可明显降低血清 CRP 水平, 从而改善患者炎症反应; 两者结合治疗期间未见明显不良反应, 提示两者结合治疗安全性良好。综上所述, 中西医结合治疗冠心病心绞痛临床疗效显著, 可有效地降低血清 CRP 水平, 无明显不良反应, 安全可靠, 具有重要临床研究价值。

参考文献

- [1] 王卫红, 姚万发. 老年糖代谢异常人群冠心病发病率及其危险因素[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(21): 5314-5316.
- [2] 莫丽. 中医治疗冠心病心绞痛的临床体会[J]. 中医临床研究, 2014, 7(14): 115-116.
- [3] 董青棣. 中医治疗冠心病心绞痛的研究进展与探讨[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(19): 78-79.
- [4] 国际心脏病学会和协会及 WHO 命名标准化联合专题组. 缺血性心脏病命名及诊断标准[S]. 中华心血管病杂志, 1981, 9(1): 75.
- [5] 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, 5(2): 18.
- [6] 张晗, 康立源, 张伯礼. 心脑血管疾病痰瘀互结证述析[J]. 天津中医药, 2009, 26(2): 172-174.
- [7] 梁彩虹, 徐崇利, 张郁青, 等. 冠心病心绞痛患者血清 CRP、尿酸、血脂、胆红素的临床意义及丹参酮 II A 磺酸钠治疗效果的评价[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(21): 25-27.
- [8] 朱洁莹, 刘丽军, 信栓力, 等. 冠心病心绞痛患者血浆肿瘤坏死因子 α 和超敏 C 反应蛋白变化及其临床意义[J]. 中国综合临床, 2014, 30(10): 1030-1032.
- [9] 赵助飞, 王飞. 冠心病患者血清脂蛋白相关磷脂酶和 C 反应蛋白改变及临床意义[J]. 中国现代医生, 2011, 49(24): 138.
- [10] 许继艳, 常秀武, 丁瑞峰, 等. 中西医结合治疗 60 例冠心病心绞痛的疗效观察[J]. 中国生化药物杂志, 2014, 12(3): 111-113.
- [11] 李雁滨. 加味瓜蒌薤白汤治疗冠心病心绞痛临床体会[J]. 中国医学创新, 2008, 5(34): 81-82.
- [12] 何银辉, 蔡奕, 罗仕德. 加味瓜蒌薤白半夏汤治疗冠心病心绞痛 58 例临床观察[J]. 中医药导报, 2006, 12(2): 21-22.

(收稿日期 2015-04-09)

欢迎投稿 · 欢迎订阅

复元通栓颗粒在脑梗死急性期中的临床应用研究*

姜诗谦 马 强 刘 鸽

(山东省泰安市中医二院, 山东 泰安 271000)

中图分类号: R743.9 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1065-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.043

【摘要】目的 观察复元通栓颗粒治疗脑梗死急性期的临床疗效。**方法** 将 130 例患者随机分为两组, 各 65 例, 对照组采用西医常规治疗, 治疗组在对照组基础上加口服复元通栓颗粒, 疗程均为 3 个月。**结果** 治疗组治疗后临床证候积分、总有效率均优于对照组 ($P < 0.05$); 两组治疗后全血黏度低切、红细胞聚集指数有显著差异; 治疗组治疗后总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)优于对照组 ($P < 0.05$); 两组治疗后治疗组降低内皮素-1(ET-1)及升高超氧化物歧化酶(SOD)的作用显著优于对照组; 治疗组治疗后 ADL 评分、临床神经功能缺损程度评分较对照组有显著性差异 ($P < 0.05$)。**结论** 复元通栓颗粒可改善脑梗死急性期患者各项神经功能缺损症状, 提示复元通栓颗粒治疗脑梗死急性期疗效显著。

【关键词】 脑梗死急性期 复元通栓颗粒 临床疗效

Clinical Observation of Fuyuan Tongshuan Granule on Patients with Acute Cerebral Infarction JIANG Shiqian, MA Qiang, LIU Ge. The second traditional chinese Hospital of Taian City, Shandong, Taian 271000, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical curative effect of Fuyuan Tongshuan granule in the treatment of acute cerebral infarction. **Methods:** 130 cases of patients with acute cerebral infarction were randomly divided into 2 groups, 65 cases in each group. The control group were treated with routine treatment, while the treatment group received the same treatment of the control group and the Fuyuantongshuan granule, treatment lasting for 3 months. **Results:** After treatment, the total effective rate of clinical integration was better than that of the control group ($P < 0.05$); the treatment group after treatment, low shear viscosity and erythrocyte aggregation index were significantly different; the treatment group and the control group after treatment, the total cholesterol(TC), LDL-C had significant difference ($P < 0.05$); the two group after treatment, the effects of ET-1 reducing and SOD increasing were better than those of the control group; the treatment group after treatment, ADL score and clinical neurological deficit scores had significant difference compared with those of the control group ($P < 0.05$). **Conclusions:** Fuyuan Tongshuan granule can improve the recovery of neural function in patients with acute cerebral infarction of the defect symptoms, and prompt Fuyuantongshuan granule curative effect in treating acute cerebral infarction significantly particles.

【Key words】 Acute cerebral infarction; Fuyuantongshuan granule; Clinical effect

脑血管疾病因其高发病率、高致残率、高死亡率, 成为危害人类健康的主要疾病之一, 其中, 以缺血性多见, 脑梗死占其发病率的 70% 左右, 生存者中病残率达 70%~80%, 给社会和家庭带来沉重的负担^[1]。临床上, 积极治疗脑梗死急性期具有十分重要的意义。因此笔者通过多年临床观察, 结合中医基础理论, 自拟复元通栓颗粒治疗脑梗死急性期 65 例, 效果较满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所有病例诊断均符合中华医学会第 4 次全国脑血管病学术会议中制定的《各类脑血管疾病

诊断要点》^[2]中的脑梗死急性期的诊断要点, 同时行头颅 CT 或 MRT 检查提示存在新发脑梗死病灶。纳入标准: 1) 西医诊断为脑梗死急性期; 2) 中医辨病为中风-中经络, 符合痰瘀阻络证候诊断标准; 3) 年龄 36~72 岁, 男女均可; 4) 患者常规进行颅脑 CT 或 MRT 检查; 5) 本人愿意参加本临床研究, 且具有较好的依从性者; 6) 了解本临床研究, 并在知情同意书上签字者。排除标准: 1) 患者年龄小于 36 岁或大于 72 岁者。2) 近 4 周内重度感染, 心、肝、肾功能严重衰竭者。3) 合并脑出血患者。4) 孕妇或哺乳期女性。5) 合并精神异常、恶性肿瘤等严重疾病者。6) 资料不全, 或依从性较差者。

1.2 临床资料 所选 130 例病例来源于 2010 年 6 月至 2014 年 7 月于泰安市中医二院住院患者。将符合纳

* 基金项目: 山东泰安市科技发展自选课题(201440774)

入标准的患者随机分为两组,各 65 例。治疗组男性 37 例,女性 28 例;年龄 37~71 岁,平均(56.80±7.30)岁。对照组男性 26 例,女性 39 例,年龄 36~72 岁,平均(58.40±6.20)岁。经统计学处理,两组患者在年龄、治疗前症状体征、性别等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 所有患者入院后均给予西医常规治疗,常规给予抗凝,脑细胞保护剂,缓解脑血管痉挛,改善脑循环及对症处理。有明显头痛,考虑存在脑水肿表现者给予脱水剂,合并糖尿病者,血糖控制在空腹 8.0 mmol/L,餐后 2 h 11.1 mmol/L 水平以下。经住院治疗 15 d 左右后出院,院外继续口服抗凝、调脂、稳定斑块及脑细胞保护剂,系统治疗 90 d 后复诊,期间若有不适,随时复诊。对照组给予西医常规治疗及对症处理。治疗组在给予西医常规治疗同时并口服复元通栓颗粒(组成:天麻、胆南星、钩藤、石菖蒲、天竹黄、当归、僵蚕、地龙、川芎、鸡血藤、制首乌、牛膝、龟板等,以上药材为广东一方制药公司生产的中药单味免煎颗粒),开水 200 mL 冲服,早、晚饭后温服每日 1 剂,水冲分 2 次服,吞咽功能异常者鼻饲给药。两组疗程均为 90 d。

1.4 临床观察指标与疗效标准 安全性观察指标包括血、尿、便常规检查及肝肾功能检查;若出现不良反应,应详细记录患者的临床表现、异常程度。疗效性观察指标如下。1)证候计分:采用证候积分法对患者症状体征及舌象、脉象进行积分,依据 2002 年国家药品监督管理局颁布的《中药新药治疗中风病临床研究指导原则》^[3],制定相应计分标准,每 2 周记录 1 次。2)参照第 4 次全国脑血管病学术会议拟定的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[4],进行临床神经功能的评价。3)全自动生化仪(日立 7180)测定三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)和血液流变学指标,治疗前后各检测 1 次。4)检测内皮素-1(ET-1)、超氧化物歧化酶(SOD)治疗前后的变化。5)参照日常生活能力量表(ADL)进行治疗前后的临床评价。

1.5 疗效标准 依据 2002 年国家药品监督管理局制定的《中药新药临床研究指导原则》中的疗效标准^[5]。

1.6 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件处理。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 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。治疗组总有效率高于对照组($P<0.05$)。

2.2 两组治疗前后血脂水平比较 见表 2。对照组治疗后总胆固醇(TC)较治疗前降低($P<0.05$);治疗组 TC、TG、HDL-C、LDL-C 较治疗前降低($P<0.05$),两组

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	65	19	37	9	56(86.15) [△]
对照组	64	8	33	23	41(64.06)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

表 2 两组治疗前后血脂比较(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	TC	TG	HDL-C	LDL-C
治疗组	治疗前	6.62±1.14	2.42±0.93	5.16±0.34	4.08±0.65
	治疗后	5.17±1.19 ^{*△}	1.63±1.07 [*]	4.51±0.46 [*]	3.29±0.58 ^{*△}
对照组	治疗前	6.46±0.97	2.45±1.18	5.22±0.41	4.17±0.53
	治疗后	5.79±1.03 [*]	2.29±0.95	4.96±0.38	3.86±0.65

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。

治疗后 TC、LDL-C 比较有显著性差异($P<0.05$)。

2.3 两组治疗前后血液流变学指标比较 见表 3。除对照组治疗后全血黏高切、血浆黏度、全血黏低切水平无改善外,两组治疗后各指标均较治疗前改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$),治疗组改善程度优于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组血液流变学变化比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	全血黏高切(mPa·s)	血浆黏度(mPa·s)	FIB(g/L)	全血黏低切(mPa·s)	红细胞聚集指数
治疗组	治疗前	7.53±0.86	1.63±0.14	4.51±0.63	11.45±2.14	11.53±0.91
	治疗后	6.49±0.76 [△]	1.58±0.09 [△]	3.98±0.56 ^{*△}	9.53±1.86 ^{*△}	9.04±0.86 ^{*△}
对照组	治疗前	7.49±0.75	1.65±0.11	4.47±0.69	11.27±2.25	11.49±0.72
	治疗后	7.24±0.65	1.62±0.15	4.25±0.71 [△]	10.79±2.08	10.39±0.71 [△]

2.4 两组治疗前后临床神经功能缺损程度评分、ADL、ET-1、SOD 水平及证候积分比较 见表 4。治疗后两组临床神经功能缺损程度评分、ET-1、SOD 及证候积分均较治疗前改善($P<0.05$);治疗后组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 两组神经功能缺损、ADL、ET-1 和 SOD 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	神经功能缺损评分(分)	ADL(分)	ET-1(ng/L)	SOD(U/moL)	证候积分(分)
治疗组	治疗前	35.16±4.8	40.29±5.96	64.71±6.08	58.32±10.26	37.85±7.30
	治疗后	17.25±3.9 [△]	65.73±4.8 [△]	31.29±5.06 ^{*△}	132.69±11.87 [△]	18.26±24.30 ^{*△}
对照组	治疗前	36.42±5.5	41.37±6.04	66.34±5.68	56.43±11.03	35.64±8.40
	治疗后	26.94±3.1 [△]	50.96±5.1 [△]	55.39±6.04 [△]	70.19±10.95 [△]	26.37±5.14 [*]

2.5 不良反应分析 治疗组在观察过程中未发现明显不良反应,对照组 1 例患者出现恶心、腹胀等消化道症状,对症处理后仍不能耐受,故剔除;两组治疗后经三大常规检查、肝肾功能及心电图检查后未见明显异常,表明该颗粒具有较好的安全性。

3 讨论

脑梗死属中医学“中风”病的范畴,肝肾阴虚、阴虚

阳亢为本病发病的根本,痰瘀是本病发病的病理基础,气血逆乱是本病发病的病机关键,阴虚阳亢、风痰瘀阻是本病的基本病理环节。痰浊和瘀血为本病的主要病理产物和致病因素,贯穿于中风病各阶段的始终,痰、瘀病理上密切相关,两者常相互胶结、相兼为病。中风病发生发展过程中,风邪肆虐导致气血逆乱是为主要病机,而风沿经脉走窜,经脉之末为络脉,痰瘀随风邪滞于络脉,络脉闭阻,血行不畅,作用于脑,脑失濡养,则神明失职,神窍失聪;作用于肢体,则肢体不用,活动不能。故脑梗死急性期的发生,阴虚阳亢为其根本病因,痰瘀为其病理基础,气血逆乱为其主要病机,风挟痰瘀络脉痹阻为其致病关键,因此治疗本病,以滋阴潜阳、息风化痰、祛瘀通络为要,配以益气药,全面防治脑梗死,可做到标本兼顾。复元通栓颗粒以滋阴潜阳、息风化痰、祛瘀通络为基本大法,方中制首乌、山茱萸肉、杜仲、龟板、牛膝补益肝肾,阴精充足,则肝木得肾水涵养,内风才能平息,体现了“善治上者,必求其下”,治标不能忘治本的原则,且牛膝还可祛瘀通经、引血下行;天麻、钩藤入肝经,可平肝潜阳息风;胆南星、石菖蒲、天竹黄祛痰开窍、清肝祛风;地龙、川芎、三七、僵蚕、当归共奏化痰通络之功,鸡血藤既养血又祛风;黄芪健脾益气,脾旺以祛湿化痰,配当归以养血,如此气贯经脉,推动血行,血活则络通;诸药合用共奏滋阴潜阳、息风化痰、祛瘀通络之功效,则阴阳平复,气机升降正常。

现代医学认为该病的危险因素包括高龄、饮酒、吸烟、代谢综合征、高血压、高血脂、高血糖及冠心病等。血管内皮受损、动脉硬化是脑梗死的重要致病因素,而脑梗死发病的主要病因为脑动脉狭窄,由于脑血管局部狭窄或闭塞导致脑部供血不足,从而使脑组织细胞长期处于缺氧、缺血、低灌注状态,最终出现急性脑梗死的发生^[6]。现代药理研究发现,天麻素具有增加中央和外周脑动脉血管顺应性、扩张脑血管及脑保护作用,

且有一定的降压作用^[7];川芎嗪能提高缺氧的脑线粒体膜的流动性,对脑细胞缺血性损伤有一定疗效^[8];制首乌、山茱萸肉、川芎、当归、地龙等有降低血脂、改善血液流变学指标的作用,具有延缓动脉粥样硬化之功;三七还具有扩张血管、降低血管阻力的作用;有报道记载,地龙中蚓激酶有抗血栓形成和溶解血栓作用,是地龙中抑制血栓形成的主要成分^[9]。

通过本课题的临床研究,预期验证了复元通栓颗粒对脑梗死的治疗具有重要的意义,不仅可以改善患者的症状与体征,还可以改善血流变学指标、升高SOD、降低血脂和内皮素水平及改善神经功能缺损,延缓病情进展,有效降低脑梗死急性期的病死率。

参 考 文 献

- [1] 鲁宏,章士正.大鼠脑缺血再灌注的MR扩散加权成像与水通道蛋白-4表达的相关性研究[J].中华放射学杂志,2012,12:1319-1321.
- [2] 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):379-380.
- [3] 国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药出版社,2002:99-102.
- [4] 全国第4届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科杂志,1996,29(6):934.
- [5] 国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药出版社,2002:234-235.
- [6] 吴婷.依达拉奉对脑缺血再灌注损伤的保护作用及其机制研究[J].中国药理学通报,2011,27(8):35-36.
- [7] 雷载权.中药学[M].上海科学技术出版社,1995:264-265.
- [8] 孙寒静,吴伟.川芎嗪的药代动力学研究概况[J].中国新药与临床药理,2002,13(1):61-62.
- [9] 王笃金,徐守芳.颈脉康配方颗粒干预糖尿病颈动脉粥样硬化斑块临床观察[J].中国中医药信息杂志,2012,19(7):10-12.

(收稿日期 2015-02-07)

骨愈灵汤在俯卧位关节外侧、内侧联合入路治疗三踝骨折中的临床观察

王宏亮¹ 孙剑波¹ 和佳敏¹ 李晓清^{2△}

(1.中航工业西安医院,陕西 西安 710077;2.重庆市中医院,重庆 400021)

中图分类号:R274.1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)06-1067-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.044

【摘要】目的 观察骨愈灵汤在俯卧位关节外侧、内侧联合入路治疗三踝骨折中临床应用研究。**方法** 68例三踝骨折患者按随机数字表法均分为对照组和观察组两组。均行俯卧位踝关节外后侧、内侧联合入路复位固定

△通信作者(电子邮箱:2833112534@qq.com)

手术治疗,对照组术后给予常规基础治疗和处理,观察组在对照组基础上加骨愈灵汤内服外洗治疗。均治疗 3 个月。观察两组骨折愈合时间、临床有效率和术后并发症。**结果** 观察组总优良率为 91.17%,优于对照组的 76.47%($P<0.05$)。观察组平均骨折愈合时间优于对照组($P<0.05$);观察组术后的并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。**结论** 俯卧位关节外侧、内侧联合入路治疗三踝骨折患者术后应用骨愈灵汤内服外洗,能加快患者骨折愈合时间、提高临床优良率并减低并发症。

【关键词】 三踝骨折 入路 内固定 骨愈灵汤 临床研究

踝关节是人体最为主要的负重关节之一,其稳定性和灵活性是保证人体正常行走及运动的关键。三踝骨折是指胫骨远端的内侧、后踝、腓骨远端骨折三者的合并骨折,三踝骨折属于关节内部骨折,治疗上需要要求解剖复位和坚强可靠的内固定^[1]。手术治疗三踝骨折的路径很多,而手术切口的选择是影响手术质量以及术后骨折部位愈合的关键。三踝骨折手术中,由于骨折部位较深,按照传统方式从踝关节后外侧入路进行切口,难度较大,同时对软组织的损伤较大^[2]。近年来,多项研究表明,俯卧位关节外侧、内侧联合入路治疗三踝骨折具有很好的临床疗效。现代医学认为,使用改善循环、增加供血的药物能促进骨折的愈合。本研究采用俯卧位踝关节外后侧、内侧联合入路复位固定术治疗三踝骨折,术后给予常规处理联合骨愈灵汤内服外洗取得满意结果。现报告如下。

1 资料和方法

1.1 病例选择 1)纳入标准:术前均行 X 线检查或者 CT 三维成像检查,同时结合受伤机制确诊为三踝骨折者;受伤时间小于 48 h,均为新鲜骨折患者;了解本研究具体内容,承诺配合相关检查和随访。2)排除标准:患心脏病、糖尿病或者其他严重器官疾病者;在治疗过程中,对本研究中所用药物出现严重过敏或者严重副作用者;观察期间提前出院,资料不全者;治疗期间因其他原因退出本研究者。

1.2 临床资料 选取 2011 年 2 月至 2014 年 2 月陕西省中航工业西安医院收治的三踝骨折患者 68 例,按随机数字表法均分为对照组和观察组各 34 例。对照组 34 例,男性 16 例,女性 18 例;年龄 24~68 岁,平均(41.37 ± 17.87)岁;受伤到入院时间为 1~16 h,平均(6.89 ± 3.85)h;扭伤 18 例,交通事故受伤 10 例,坠落伤 5 例,击打伤 1 例;AO 分型^[3]中骨折类型为外踝撕脱骨折伴后内侧骨块 6 例,外踝横形骨折伴后内侧骨块 6 例,腓骨简单骨折伴内踝骨折伴后侧 Volkmann 骨块 18 例,腓骨粉碎骨折伴内踝骨折伴后侧 Volkmann 骨块 2 例;Lange-hansen 分型^[4],骨折类型为旋后外旋型 20 例,旋前外展型 14 例。观察组 34 例,男性 17 例,女性 17 例;年龄 18~69 岁,平均(39.95 ± 16.54)岁;受伤到入院时间为 3~16 h,平均(8.96 ± 2.96)h;扭伤 16 例,交通事故受伤 11 例,坠落伤 6 例,击打伤 1 例;AO 分型^[3]中骨折类型为外踝撕脱骨折伴后内侧骨

块 7 例,外踝横形骨折伴后内侧骨块 6 例,腓骨简单骨折伴内踝骨折伴后侧 Volkmann 骨块 16 例,腓骨粉碎骨折伴内踝骨折伴后侧 Volkmann 骨块 5 例;Lange-hansen 分型^[4],骨折类型为旋后外旋型 22 例,旋前外展型 12 例。两组在年龄、性别、入院时间、受伤原因等基线资料方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 1)手术方法:所有患者均行连续硬膜外麻醉,取患者俯卧位,将患侧小腿垫高并使用气囊止血带。按照后踝、外踝、内踝的顺序进行手术。于踝关节后外侧切口,在外踝关节和跟腱之间中线处做一条长约 10 cm 的纵切口,此过程注意保护外踝关节后面的小隐静脉和腓肠神经,切开小腿的深筋膜,随即向前外侧牵拉腓骨长短肌腱并充分暴露胫骨后侧的骨膜,切开骨膜并拨开以充分暴露腓骨后面。根据胫骨下端后面的骨折线,将踝骨折部位复位。如果骨折块比较大,则用 1~2 枚半螺纹和加压螺钉固定;如果骨折块小,则采用 1/3 管型钢板加压固定。向内侧牵拉腓骨长短肌腱暴露腓骨下端骨折的骨折端,进行复位,确定复位较为良好的前提下,采用点状复位钳进行临时固定,将重建钢板或者 1/3 管型钢板弯压后,置于腓骨后方,右后向前将螺钉进行双皮质固定。维持踝关节中立位,如果下胫腓关节分离,则在胫距关节上 2~5 cm 处向前倾斜 30°放置一枚长骨皮质螺钉穿过胫骨皮质,最后取出踝纵行切口显露内踝骨折解剖复位内踝骨折,点式复式钳临时固定,放置 1~2 枚半螺钉,查骨折复位良好固定确切。2)对照组给予术后常规处理方法。抬高患肢,注意手术部位的组织和创面情况,防止组织的肿胀和感染。2 d 后,嘱患者进行踝关节的主动活动,在无痛的情况下,加大活动幅度并最终到达生理活动度。2 周后,嘱患者站立。6 周后开始负重,进行行走练习。观察组在对照组常规处理基础上给予改良骨愈灵汤:三七 6 g,血竭 1.5 g,红花 10 g,当归 12 g,川芎 10 g,赤芍 12 g,制乳香 5 g,制没药 9 g,大黄 9 g,续断 12 g,骨碎补 25 g,五加皮 10 g,补骨脂 20 g(包),怀牛膝 15 g,自然铜 9 g(先煎)。水煎服,每日 1 剂,每日 3 次,每次 100 mL。同时取煎药液外洗,每日 2 次。治疗 3 个月。

1.4 观察指标 1)术后每个月随访 1 次,记录患者骨折愈合时间。2)临床疗效评价。术后 6 个月,根据 Baird-Jackson 疗效评价标准,将临床疗效分为优、良、可、差 4 个等级。优:踝关节活动完全恢复正常,且运

动、劳累后均无疼痛,患者恢复正常工作。良:踝关节活动范围基本正常,伸屈活动基本正常且受限制不超过 15° ,运动、劳累后踝关节略有痛感。可:踝关节活动范围受限制但不超过 30° ,基本完成伸屈活动,可以从事轻微体力劳动。差:时有疼痛,踝关节活动范围受限制超过 30° 。总优良=优+良。3)记录患者术后并发症发生情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件。计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用百分比表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。结果示,观察组总优良率高于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	优	良	中	差	总优良(%)
观察组	34	19	12	2	1	31(91.17) [△]
对照组	34	16	10	6	2	26(76.47)

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。下同。

2.2 两组骨折愈合时间比较 观察组平均骨折愈合时间为 (3.26 ± 0.56) d, 优于对照组的 (4.67 ± 0.46) d($P<0.05$)。

2.3 两组并发症比较 见表 2。结果示,观察组总并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组并发症比较(n)

组别	n	骨折再移位	内植物松动	伤口感染	骨不连	伤口延迟愈合	总并发症发生(%)
观察组	34	0	0	1	0	1	2(5.88) [△]
对照组	34	1	0	1	1	2	5(14.71)

3 讨论

踝关节是重要的负重关节之一,其内则或者外侧的轻微的变化都会导致踝关节承受能力的紊乱。三踝骨折也称为 Cotton 骨折,为关节内骨折,多属于不稳定骨折。三踝骨折一方面引起骨性结构紊乱,另一方面合并周围韧带以及软组织损伤,严重影响人体正常行走和运动,给患者生活带来不便。因此,三踝骨折的治疗关键包括踝穴的完整性、恢复关节的正常解剖位置以及保持关节面的光滑平整。后踝骨折的显露、固定是治疗三踝骨折的重点和难点,选择良好的入路方式是手术成功的关键之一。传统经踝关节前内侧以及前外侧入路、单一后外侧、单一后内侧入路都很难充分暴露相关关节;而经外侧、内侧联合入路可以很好地解

决相关难题,后外侧入路可一次性完成后踝及外踝的处理^[5]。该方法创伤小,且减少了手术的难度。

现代医学认为,在骨折愈合过程中,循环、供血及骨重建具有重要意义。本研究改良骨愈灵汤方中,三七化瘀消肿定痛;血竭活血化瘀;当归补血活血;川芎行气开郁、活血止痛;赤芍凉血散瘀止痛;乳香活血行气止痛;红花活血散瘀止痛,没药活血止痛消肿,二者合用具有活血、祛瘀、止痛之功;大黄泻热通肠、逐瘀通经;续断补肝肾,强筋骨;骨碎补补肾强骨、续伤止痛;五加皮、补骨脂补脾肾强筋骨;怀牛膝活血化瘀宽筋;自然铜散瘀止痛、续筋接骨。诸药合用内服加外洗,共奏活血化瘀、滋阴补肾、强筋健骨之功,在骨折的治疗和预后中起着积极的意义。现代多项临床及基础研究表明,骨愈灵胶囊能促进骨折愈合、增加骨密度^[6-7]。

本研究结果示,观察组临床总优良率、平均骨折愈合时间优于对照组,观察组术后并发症发生低于对照组,表明俯卧位关节外侧、内侧联合入路治疗三踝骨折患者术后应用骨愈灵汤内服外洗,能促进骨折愈合、提高临床优良率并减少并发症,值得临床推广使用。本研究不足之处在于仅观察了骨愈灵汤对俯卧位关节外侧、内侧联合入路治疗三踝骨折患者术后的临床效果,并未深入研究其发挥作用机制,相关研究值得进一步深入探讨。

参 考 文 献

- [1] 刘哲,阿良,张勇. 三踝骨折手术治疗体会[J]. 实用骨科杂志,2012,18(8):746-748.
- [2] 罗显德,王景超,欧兆强. 后内外侧联合入路在陈旧性三踝骨折内固定术中的应用[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2011,26(2):167-168.
- [3] Muller ME, Nazari an S, Koch P, et al. The AO Classification of fractures of long bones[M]. Berlin: Springer, 1990:181-191.
- [4] Lauge-Hansen N. Fractures of the ankle. II. Combined experimental-surgical and experimental-roentgenologic investigations[J]. Arch Surg, 1950,60(6):957-985.
- [5] 王建伟,张巍,罗从风. 改良后外侧入路联合内侧入路治疗三踝骨折[J]. 上海医学,2010,33(1):59-61.
- [6] 刘继平,程玥,张恩户. 骨愈灵胶囊对大鼠桡骨骨折愈合 X 线片的影响[J]. 广西中医药,2010,33(1):51-52.
- [7] 程玥,张恩户,刘继平. 骨愈灵胶囊对去卵巢致大鼠骨质疏松模型的影响[J]. 陕西中医学院学报,2008,31(2):41-42.

(收稿日期 2015-01-19)

中药保留灌肠预防小儿热性惊厥(温热疫毒证)再发的临床观察*

叶明怡 谢冠豪 孔卫乾 彭 滢 麦艳君

(广东省广州市番禺区中心医院, 广东 广州 511400)

中图分类号: R272.3 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1070-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.045

【摘要】目的 分析和对比中药保留灌肠和地西洋预防小儿热性惊厥的疗效。**方法** 将 100 例患儿随机分为两组各 50 例, 治疗组采用中药保留灌肠, 对照组采用口服地西洋, 观察两组患儿治疗后 24、48 h 惊厥再发频率, 对比两组临床疗效。**结果** 患儿治疗后 24、48 h 惊厥再发例数和惊厥总再发率治疗组均低于对照组 ($P < 0.01$)。患儿治疗后 4 周和 12 周脑电图异常率治疗组均低于对照组 ($P < 0.01$)。**结论** 中药保留灌肠治疗小儿热性惊厥再发具有显著效果, 可减少热性惊厥再发频率, 疗效显著。

【关键词】 小儿热性惊厥 中药 保留灌肠 治疗效果

Effect Comparison of Retention Enema with Traditional Chinese Medicine and Diazepam to Prevent the Recurrence of Febrile Convulsion in Children of Warm Epidemic Toxin Type YE Mingyi, XIE Guanhao, KONG Weiqian, et al. Central Hospital of Panyu District of Guangzhou City, Guangdong Province, Guangdong, Guangzhou 511400, China

【Abstract】Objective: To explore the treatment for children in febrile convulsion with traditional Chinese medicine with the analysis and comparison of Chinese medicine retention enema and diazepam. **Methods:** 100 cases of febrile convulsion in children were randomly divided into 2 groups. 50 cases in the treatment group were treated with TCM retention enema. The 50 cases in the control group were treated with diazepam pills. The clinical effect of both groups was analyzed with the convulsion recurrent frequency after 24, 48, 72 hours' treatment. **Results:** Patients of recurrent convulsion and the total recurrent rate in treatment group were lower than that in control group after 24 and 48 hours. The difference was statistically significant ($P < 0.01$). The abnormal rate of EEG in the treatment group was lower than that of the control group after treatment for 4 weeks and 12 weeks. The difference was statistically significant ($P < 0.01$). **Conclusion:** Retention enema with traditional Chinese Medicine shows a good effect of the treatment on febrile convulsion in children. It can reduce the recurrent febrile convulsion frequency and the curative effect is remarkable.

【Key words】 Children with febrile convulsion; Traditional Chinese medicine; Retention enema; Therapeutic effect

小儿热性惊厥属中医学“急惊风”范畴, 急惊风来势急骤, 以高热伴抽风、昏迷为特征^[1]。《小儿药证直诀·脉证治法》指出急惊风的病位在心肝, 提出“急惊合凉泻”的治疗原则。西医中小儿热性惊厥分为单纯型和复杂型热性惊厥。长时间的热性惊厥发作易造成脑损伤。西医以短程口服地西洋和苯巴比妥控制惊厥再发为治疗方法。本研究对比中药保留灌肠和短程口服地西洋治疗小儿复杂型热性惊厥进行临床对照研究。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2013 年 2 月至 2014 年 8 月在本院儿科住院的热性惊厥患儿。参照《中药新药临床研究指导原则》中相关诊断标准^[2], 选取中医辨证为温

热疫毒证热性惊厥患儿, 共 100 例。治疗组 50 例, 男性 28 例, 女性 22 例; 年龄 1.20~9.30 岁。对照组 50 例, 男性 26 例, 女性 24 例; 年龄 1.50~10.0 岁。两组患儿资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 治疗组用中药保留灌肠, 每日 2 次, 连用 3 d。方药组成: 钩藤、蝉蜕、僵蚕、厚朴、枳实各 12 g, 大黄 6 g (后下)。水煎 30 min 取 100 mL 原液, 患儿取左侧卧位, 每次取原液 3 mL/kg, 按常规灌肠速度为 5 mL/min, 婴儿 2.4~4 cm, 儿童 5~7.5 cm^[3], 保留时间为 30 min。对照组口服地西洋每次 0.5 mg/kg, 每日 2 次, 连用 3 d。

1.3 观察指标 观察两组患儿治疗后 24、48 h 惊厥再发例数、惊厥总再发率。患儿治疗后 4 周和 12 周脑电图异常率。

1.4 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。符合正

* 基金项目: 广东省广州市番禺区科信局科研资助项目 (2013-Z03-11)

态分布,采用配对 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 两组患儿治疗后 24、48 h 惊厥再发频率比较 治疗组治疗后 24 h 惊厥再发 2 例,48 h 再发 1 例,总再发率 6.00%。对照组治疗后 24 h 惊厥再发 7 例,48 h 再发 4 例,总再发率 22.00%,组间比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.2 两组患儿治疗后 4 周和 12 周脑电图异常率比较 见表 1。治疗组治疗后 4 周、12 周脑电图异常率均低于对照组($P < 0.01$)。

表 1 两组患儿治疗后脑电图异常率比较 $n(\%)$

组别	n	治疗后 4 周	治疗后 12 周
治疗组	50	3(6.00) [△]	1(2.00) [△]
对照组	50	12(24.00)	5(10.00)

与对照组比较, $\Delta P < 0.01$ 。

3 讨论

热性惊厥首次发作年龄在 3 个月至 5 岁,体温在 38℃ 以上时突然出现惊厥,排除颅内感染和其他导致惊厥的器质性和代谢性疾病,既往无热惊厥史^[4]。热性惊厥总的再发风险为 30%~40%^[5]。国外 Tanabe 等化学实验检测和国内动物实验以及临床观察都表明,长时间的热性惊厥尤其是复杂型热性惊厥发作可造成轻微的神经元损伤^[6-7]。同时有研究表明热性惊厥与癫痫发病率有关。没有热性惊厥病史的儿童癫痫发病率仅为 0.4%,癫痫发生随着热性惊厥的表现形式不同而变化;癫痫发病率单纯型热性惊厥患儿为 1%,而复杂型热性惊厥则上升为 6%^[8]。小儿热性惊厥可能与婴幼儿期脑发育不成熟、髓鞘生成不全及兴奋、抑制性神经递质不平衡有关。目前随着早产儿成活率大幅提高,早产儿大脑容易造成发育不全,近年热性惊厥发病率有所升高。目前现代医学采用急性期短程口服地西泮或苯巴比妥预防热性惊厥发作。但有时效果不佳,同时亦给患儿带来头昏、嗜睡、成瘾等副反应;因此,探索更为合适的治疗方法是有必要的。

中医学认为热性惊厥多由外感时邪疫疔,内蕴痰热食积以及暴受惊恐引起。外感六淫,皆能发病,其中以风邪温邪,湿热疫疔之气为主。风为百病之长,容易兼寒挟热,若外感风邪,束于肌表出现畏寒发热。小儿肌薄神怯,气血未充,热灼筋脉,可见神志昏迷,抽痉动风,此属一过性热性惊厥,热退则抽痉自止。湿热疫毒,多挟积滞,蕴阻脾胃,下趋大肠,内陷心肝,扰乱神明,而致高热惊厥,抽风不止,甚则肢冷脉伏,口鼻气凉,皮肤黏冷发花。治宜清热、豁痰、镇惊、息风。

中医治疗本病解决原发病,防治惊厥再发,毒副作

用少。近年国内曾有口服钩蝉芍甘汤^[9]、石黄钩蝉汤^[10]等文章报道治疗研究小儿热性惊厥,证实中药治疗和预防本病有良好临床效果。同时也有使用中药保留灌肠治疗热性惊厥文章报道^[11]。但到目前为止中药保留灌肠预防热性惊厥尤其复杂型热性惊厥在国内外研究甚少,缺乏循证医学研究报道。

由于小儿口服中药比较困难,尤其在基层医院,中药灌肠疗法属中医内病外治法之一,是在中医理论指导下选配中药煎煮药液并将药液灌注于肠道内治疗疾病的一种方法。早在东汉末年张仲景《伤寒论》中就有肠道给药治疗疾病比较详尽的记载。中医学认为,大肠具有传化糟粕、吸收部分水液的功能,由于肺与大肠通过经脉络属构成表里关系,药物自大肠吸收人体内,通过经脉复归于肺,肺朝百脉,宣发通降,将药物输布于五脏六腑、四肢百骸,从而达到整体治疗作用。即《内经》“食气入胃,浊气归心,淫精于脉,脉气流经,经气归于肺,肺朝百脉,输精于皮毛”。若病变部位在肠腑,灌肠疗法可使药物直达病所,充分发挥局部疗效。临床实践证明中药灌肠疗法既符合中医辨证论治的特点,又保留复方药物的整体性,还可解决患儿口服中药困难问题,是儿科给药方法的有益补充。本组方采用“上病下治”法,以通腑泄热大黄为君药,使腑气下通、热有出路,枳实除满消胀、厚朴破结导滞消为臣药,蝉蜕疏风热止痉、僵蚕祛风止痉散结、钩藤清热平肝定惊为佐药。本方有通腑清热、息风解痉功效。

本研究表明,中药保留灌肠防治小儿热性惊厥再发相对短程口服地西泮有更好治疗效果,表现在治疗原发病降低热峰、减少惊厥再发。

参考文献

- [1] 王萍芬. 中医儿科学[M]. 4 版. 上海科学技术出版社, 1995: 74-77.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 中国医药科技出版社, 2002: 29-31.
- [3] 崔焱. 儿科护理学[M]. 人民卫生出版社, 2009: 97-98.
- [4] 郭虎, 郑帼. 热性惊厥处理指南解读[J]. 实用儿科临床杂志, 2011, 26(6): 467-4685.
- [5] Knudsen, FU. Febrile, seizure: Treatment and prognosis[J]. Epilepsia, 2000, 41(1): 2-9.
- [6] 孙若鹏, 刘心洁. 热性惊厥及相关癫痫综合征[J]. 中国实用儿科杂志, 2008, 23(7): 486-487.
- [7] Tanabe T, Suzuki S, Hara K, et al. Cere brospinal fluid and serum neurom-specific enolase level after febrile seizures[J]. Epilepsia, 2001, 42(4): 504-507.
- [8] 李娟, 黄志. 热性惊厥与惊厥性脑损伤的研究进展[J]. 国外医学儿科学分册, 2005, 32(6): 366-367.
- [9] 陈成巧. 自拟钩蝉芍甘汤防治小儿高热惊厥反复发作 32 例[J]. 广西中医药, 2009, 32(3): 46.

- [10] 刘庆长. 石黄钩蝉汤治疗小儿热性惊厥[J]. 山东中医杂志, 1994, 13(5): 237.
- [11] 何敏华, 李芳. 中药保留灌肠治疗小儿高热惊厥 23 例观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2000, 10(4): 177.
- [12] 胡亚美, 江载芬. 诸福棠实用儿科学[M]. 7 版. 人民卫生出版社, 2002: 2513-2515.

(收稿日期 2015-03-10)

参附注射液治疗急性心肌梗死机制研究

梁子骥

(广东省江门市新会第二人民医院, 广东 江门 529100)

中图分类号: R542.2⁺2 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1072-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.046

【摘要】目的 探讨参附注射液治疗急性心肌梗死的机制。**方法** 60 例患者随机分为对照组和参附注射液治疗组各 30 例。对照组行常规治疗, 参附注射液治疗组采用参附注射液治疗 2 周。观察两组治疗前后患者心输出量(CO)、心脏指数(CI)、左室射血分数(LVEF)、超氧化物歧化酶(SOD)、丙二醛(MDA)、N 末端脑钠肽前体(NT-proBNP)等的变化。**结果** 两组治疗前心功能各指标差别不大($P>0.05$)。两组治疗后 CO、CI、LVEF 值较治疗前升高($P<0.05$), 且治疗组治疗后心功能优于对照组(均 $P<0.05$)。两组治疗前 MDA、NT-proBNP、SOD 值差别不大 ($P>0.05$), 治疗后 MDA、NT-proBNP 值均较治疗前降低 (均 $P<0.05$), SOD 值升高 ($P<0.05$), 且治疗组 MDA、NT-proBNP、SOD 改善均优于对照组(均 $P<0.05$)。参附注射液组效率 86.67% 高于对照组的 70.00% ($P<0.05$)。**结论** 参附注射液既可通过增强心肌梗死患者机体 SOD 的表达而清除氧自由基, 减少氧自由基对心肌细胞的损伤, 亦可通过改善心肌供血而保护心肌细胞, 进而起到对急性心肌梗死的治疗作用。

【关键词】 心肌梗死 参附注射液 氧自由基

急性心肌梗死是冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌坏死。参附注射液在临床中治疗急性心肌梗死已广泛应用, 并取得较好临床疗效, 但其具体治疗机制尚未有权威报道。李春盛等于 2011 年在国际权威杂志《SHOCK》发表的基础研究结果表明, 参附注射液可明显改善心肌血供, 并可抑制氧自由基对心肌细胞的损伤作用。本研究采用参附注射液治疗急性心肌梗死取得了较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2012 年 5 月至 2014 年 5 月广东省江门市新会第二人民医院确诊住院的急性前壁心肌梗死患者 60 例, 其中男性 32 例, 女性 28 例; 年龄 33~77 岁, 平均(54.50 ± 14.70)岁。随机分为对照组和治疗组各 30 例。治疗组男性 14 例, 女性 16 例; 平均(54.60 ± 14.80)岁。对照组男性 13 例, 女性 17 例; 平均(54.40 ± 14.60)岁。两组年龄、性别、梗死部位等基本情况差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组行常规治疗, 包括硝酸酯类药物、血管紧张素转换酶抑制剂、 β 受体阻滞剂、抗凝及抗血小板药物; 治疗组在常规治疗方案的基础上给予 0.9%氯化钠注射液 100 mL 加参附注射液 (10 mL/支, 雅安三九药业有限公司) 100 mL 静脉滴注, 每日 1 次。两组均治疗 14 d。

1.3 观察指标 两组治疗前后分别测定心输出量(CO)、心脏指数(CI)、左室射血分数(LVEF)等心功能指标; 两组治疗前后抽取空腹静脉血, 测定超氧化物歧化酶(SOD)、丙二醛(MDA)、N 末端脑钠肽前体(NT-proBNP)值。MDA、SOD 试剂盒购自 TAKARA 公司, NT-proBNP ELISA 检测试剂盒购自北京冬歌生物科技有限公司, 按照试剂盒说明严格操作测定。治疗后患者临床症状无改善或出现恶化为无效; 患者临床症状改善为有效。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计学软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示, 两组间采用 t 检验, 多组间比较采用方差分析, 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 两组治疗前后心功能指标比较 见表 1。两组治疗前心功能各指标差别不大 ($P>0.05$)。两组治疗后 CO、CI、LVEF 值较治疗前显著升高 ($P<0.05$), 且治疗组治疗后心功能优于对照组(均 $P<0.05$)。

2.2 两组治疗前后心 SOD、MDA、NT-proBNP 比较 见表 2。两组治疗前各指标差别不大 ($P>0.05$)。两组治疗后 MDA、NT-proBNP 值均较治疗前降低 (均 $P<0.05$), 而 SOD 值升高 ($P<0.05$), 且治疗组治疗后 MDA、NT-proBNP、SOD 改善均优于对照组 (均 $P<$

表 1 两组治疗前后心功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	心输出量(L/min)	心脏指数(L/m ² ·min)	左室射血分数(%)
治疗组 (n=30)	治疗前	3.9±1.2	25.6±0.8	43.1±19.3
	治疗后	6.3±1.0 [△]	41.7±0.3 [△]	59.5±18.4 [△]
对照组 (n=30)	治疗前	3.5±1.3	24.1±0.5	44.7±18.8
	治疗后	4.4±1.1 [*]	33.4±0.2 [*]	53.6±20.9 [*]

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 2 两组治疗前后 SOD、MDA、NT-proBNP 值比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	SOD(U/L)	MDA(nmol/mL)	NT-proBNP(pg/mL)
治疗组 (n=30)	治疗前	33.6±5.3	73.6±10.3	1165.1±45.3
	治疗后	70.3±8.1 [△]	35.5±7.8 [△]	598.3±37.2 [△]
对照组 (n=30)	治疗前	34.2±6.2	74.9±8.3	1180.2±55.8
	治疗后	42.3±7.1 [*]	55.4±6.2 [*]	956.1±20.9 [*]

0.05)。

2.3 两组治疗前后疗效比较 见表 3。结果示, 参附注射液组疗效率高于对照组($P < 0.05$)。

表 3 两组疗效比较(n)

组别	n	无效	有效率(%)
治疗组	30	4	26(86.67) [△]
对照组	30	9	21(70.00)

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3 讨论

心肌梗死是由于心肌细胞缺血引起的面积大小不一的心肌细胞坏死, 故治疗上要尽量改善心肌细胞缺血状况, 减少心肌细胞死亡。在临床中采用参附注射液治疗急性心肌梗死已较广泛应用, 并取得较好疗效^[1-6]。本研究所也得到了同样结果。参附注射液主要活性成份是人参皂苷和乌头碱, 并含有氨基酸、糖类和无机离子。其中, 人参皂苷已被证实是参附注射液减轻心肌缺血再灌注损伤的主要活性物质^[7-9], 其他研究结果也表明人参皂苷具有减少脂质过氧化、清除自由基、减少细胞凋亡等功效^[9-10]。

当发生急性心肌梗死时, 心肌细胞缺氧, 能量代谢发生障碍, 产生大量氧自由基, 而同时由于抗氧化剂的相对不足, 不能够清除氧自由基, 结果使具有高度杀伤性的氧自由基严重损伤心肌细胞。李春盛等研究表明参附注射液可降低猪体内 MDA 的表达, 同时提高猪体内 SOD 表达^[11-12]。MDA 是机体脂质过氧化作用的产物, 其水平高低间接反映了机体细胞受自由基攻击的严重程度。SOD 能清除氧自由基, 保护细胞免受损伤。本研究结果表明, 参附注射液可增强患者机体 SOD 表达, 而抑制机体 MOD 表达, 即通过增强超氧化物歧化酶活性而清除机体内过多的氧自由基, 进而减少氧自

由基对心肌细胞损伤。参附注射液组患者机体 NT-proBNP 表达降低也证实了这一点。

本研究结果示, 参附注射液组可通过改善心肌供血而保护心肌细胞, 进而显著改善急性心肌梗死患者心功能。本研究在李春盛等基础研究结果上, 进一步从临床中验证了参附注射液既可通过增强心肌梗死患者机体 SOD 表达而清除氧自由基, 减少氧自由基对心肌细胞的损伤; 亦可通过改善心肌供血而保护心肌细胞, 进而起到对急性心肌梗死的治疗作用。这可能就是参附注射液治疗急性心肌梗死的机制。当然其具体作用机制仍旧需要多中心、大样本研究进一步证实。

参 考 文 献

- [1] 邹颖春. 参附注射液治疗急性心肌梗死并心力衰竭的临床分析[J]. 中国医药指南, 2013, 11(29): 476-477.
- [2] 文章. 参附注射液对心肾阳虚型心肌梗死患者无创血流动力学影响的研究[J]. 中国实用医药, 2014, 9(3): 171-172.
- [3] 于丽佳, 吴春菊. 参附注射液治疗 62 例心肌梗塞合并心力衰竭疗效分析[J]. 中国保健营养, 2012, 22(6): 5296-5297.
- [4] 张大勇, 王永春, 邸云峰, 等. 参附注射液对急性心肌梗死合并心衰的治疗研究[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 55(11): 2225-2227.
- [5] 温炳臣. 参附注射液联合尿激酶溶栓治疗 ST 段抬高型急性心肌梗死的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(6): 71-72.
- [6] 尤华彦. 参附注射液对急诊 PCI 术后患者梗死面积及心功能的影响[J]. 中国中医急症, 2009, 8(9): 1441-1442.
- [7] Gao XQ, Yang CX, Chen GJ, et al. Ginsenoside Rb1 regulates the expressions of brain-derived neurotrophic factor and caspase-3 and induces neurogenesis in rats with experimental cerebral ischemia[J]. J Ethnopharmacol, 2010, 132(11): 393-399.
- [8] Wang T, Yu XF, Qu SC, et al. Effect of ginsenoside Rb3 on myocar-dial injury and heart function impairment induced by isoproterenol in rats[J]. Eur J Pharmacol, 2010, 1636(3): 121-125.
- [9] Tian JW, Fu FH, Geng MY, et al. Neuroprotective effect of 20(S)-ginsenoside Rg3 on cerebral ischemia in rats[J]. Neurosci Lett, 2005, 274: 92-97.
- [10] Qu JB, Bao XY, Zhang SQ. Oxidative injury of Glu to differentiated PC12 cell and protective effect of Rg1[J]. J Apoplexy Nerv Dis, 2005, 112(6): 504-506.
- [11] Ming Yue Zhang, Xian Fei Ji, Shuo Wang, et al. Shen-Fu injection attenuates post resuscitation lung injury in a porcine model of cardiac arrest[J]. Resuscitation, 2012, 4(83): 1152-1158.
- [12] Wei Gu, ChunSheng Li, Wenpeng Yin, et al. Shen-Fu injection reduces post resuscitation myocardial dysfunction in a porcine model of cardiac arrest by modulating apoptosis[J]. SHOCK, 2012, 3(38): 301-306.

(收稿日期 2015-03-09)

云南白药联合生长抑素治疗肝硬化合并上消化道大出血临床观察*

胡敏鹂 杨小云 丁进

(浙江省金华市中心医院, 浙江 金华 321300)

中图分类号: R757.2 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1074-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.047

【摘要】目的 观察云南白药联合生长抑素治疗肝硬化合并上消化道大出血的临床疗效。**方法** 将 100 例患者随机分为实验组和对照组各 50 例, 对照组予以常规治疗的基础上, 加用生长抑素治疗; 实验组在对照组基础上, 给予云南白药药粉口服, 如有困难经过胃管注入。对比两组患者治疗 48 h 后的血清学指标、输红细胞量、止血时间、24 h 止血率、再出血发生率和不良反应发生率。对比两组患者的临床疗效和转归。**结果** 实验组治疗 48 h 后的血红蛋白、血小板、纤维蛋白原和红细胞压积均显著高于对照组 ($P < 0.01$)。实验组输红细胞量、止血时间和再出血发生率显著低于对照组, 24 h 止血率显著高于对照组 ($P < 0.05$)。两组患者不良反应发生率相当 ($P > 0.05$)。实验组治疗后的临床总有效率 90.00%, 明显高于对照组的 68.00% ($P < 0.05$)。两组患者的死亡率相当 ($P > 0.05$)。**结论** 云南白药联合生长抑素治疗肝硬化合并上消化道大出血临床疗效显著, 安全性高, 值得临床应用。

【关键词】 生长抑素 云南白药 肝硬化 上消化道大出血

The Clinical Efficacy of Yunnan Baiyao Combined with Somatostatin on the Treatment of Liver Cirrhosis with Gastrointestinal Bleeding HU Minli, YANG Xiaoyun, DING Jin. Center Hospital of Jinhua City of Zhejiang Province, Zhejiang, Jinhua 321300, China

【Abstract】Objective: To analyze the clinical efficacy of somatostatin combined with Yunnan Baiyao on the treatment of liver cirrhosis with gastrointestinal bleeding. **Methods:** 100 cases of gastrointestinal bleeding on the merger of cirrhosis in our hospital from August 2012 to August 2014 were randomly divided into experimental and control groups. The control group received somatostatin based on conventional therapy; the experimental group were injected Yunnan Baiyao powder into the stomach based on the treatment of the control group. The following data of patients in the two groups were compared: serum markers 48 hours later, red cell volume, bleeding time, 24 hours hemostasis rate, rebleeding rate and incidence of adverse reactions. Clinical efficacy and mortality were also compared between the two groups. **Results:** Hemoglobin platelets, fibrinogen and hematocrit after 48 hours of treatment in the experimental group were significantly higher ($P < 0.01$). In the experimental group, red cell volume, hemostatic time and rebleeding rate were significantly lower than those of the control group; 24 hours bleeding rate was significantly higher ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions of both groups was no significant difference ($P > 0.05$). The clinical efficacy of the experimental group after treatment was significantly better than that of the control group ($P < 0.05$). Patients in the two groups were no significant differences in mortality ($P > 0.05$). **Conclusions:** The treatment of cirrhosis of Yunnan Baiyao somatostatin combined with gastrointestinal bleeding clinically has significant effect, safe, which is worthy of clinical application.

【Key words】 Somatostatin; Yunnan Baiyao; Cirrhosis; Upper gastrointestinal bleeding

肝硬化合并上消化道大出血是内科急重症, 常继发失血性休克, 具有失血量大、病情凶险、病死率高等特征^[1]。临床治疗原则为积极抗休克、有效止血、防止并发症。生长抑素可以有效控制出血率, 但远期治疗效果不显著。联合云南白药可以有效缓解临床症状, 止血抗炎, 减少不良反应, 促进创面愈合^[2]。本文分析了生长抑素联合云南白药治疗肝硬化合并上消化道大

血的临床治疗效果及应用价值。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取金华市中心医院 2012 年 8 月至 2014 年 8 月肝硬化合并上消化道大出血的 100 例患者, 随机分为实验组和对照组。所有患者均经肝功能和腹部 B 超检查, 符合《慢性乙型肝炎防治指南》肝硬化诊断标准^[3]。同时入院前 24 h 均有呕血、黑便等消化道出血症状, 出血量 > 1000 mL, 伴有不同程度的血红蛋白降低和血压下降, 同时经过胃十二指肠镜检查, 确

* 基金项目: 浙江省金华市社会发展指导性科技计划项目 (1206L29)

诊为肝硬化合并上消化道出血。其中实验组 50 例,男性 32 例,女性 18 例;年龄 32~80 岁,平均(54.60±4.80)岁;肝功能 Child-Pugh 分级 A 级 3 例,B 级 30 例,C 级 17 例;乙肝后肝硬化 33 例,酒精性肝硬化 17 例。对照组 50 例,男性 34 例,女性 16 例;年龄 33~82 岁,平均(54.90±4.40)岁;肝功能 Child-Pugh 分级 A 级 4 例,B 级 32 例,C 级 14 例;乙肝后肝硬化 35 例,酒精性肝硬化 15 例。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 对照组患者入院后给予全静脉营养,禁食 3 d,积极抗感染,给予静脉补液,保持水和电解质平衡,必要时进行输血。在常规治疗中患者静脉滴注 3 mg 生长抑素 [Novartis Pharma Stein AG, Switzerland 生产,批准文号(注册证号)H20090948]。实验组患者在对照组基础上,给予云南白药治疗。根据患者的病情,每间隔 4~6 h 将剂量为 0.1 g 的云南白药粉(云南白药集团股份有限公司生产,国药准字 Z53020798,)加水调制成稠糊状,口服,若患者口服有困难则经过胃管注入,直至出血停止。

1.3 观察指标 1) 血清学指标。所有患者均在治疗 48 h 后测定血常规、纤维蛋白原和红细胞压积水平。所用仪器包括全自动血细胞分析仪(BTX-2800)。出凝血功能采用艾尔夫/双通道血凝仪。红细胞压积采用 LB-2A 血流变分析仪。2) 输红细胞量、止血时间、24 h 止血率、再出血发生率和不良反应发生率。记录两组患者治疗期间输注红细胞单位量、止血时间、24 h 止血率、再出血发生率和不良反应发生率。止血判定参照标准:呕血和黑便等临床症状明显改善,心率、血压及肠鸣音恢复正常;大便潜血阴性;胃管引流液变清或无色^[2]。不良反应包括恶心、四肢冰冷、失血性休克、肝性脑病及肝肾综合征。

1.4 疗效标准 采用文献[3]制定。显效:用药 24 h 内,胃管抽吸液清亮无血迹,呕血或便血停止,血红蛋白(Hb)稳定或有所上升,血压、心率稳定。有效:用药 24~48 h 内,胃管抽吸液无血迹或呈淡洗肉水性,Hb 无下降,血压、心率稳定。无效:用药 48 h 后,胃管抽吸液仍有鲜红或暗红色液体,仍有呕血或便血,Hb 进行性下降,血压下降,伴心率增快。

1.5 统计学处理 应用 SPSS18.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,两组间采用 t 检验;计数资料采用百分率,两组间采用 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 48 h 后的血清学指标比较 见表 1。两组患者治疗 48 h 后实验组血红蛋白、血小板、纤维蛋白原和红细胞压积均显著高于对照组($P<0.01$)。

表 1 两组患者治疗 48 h 后血清学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	血红蛋白(g/L)	血小板($\times 10^9/L$)	纤维蛋白原(g/L)	红细胞压积(L/L)
实验组	50	95.27±10.65 ^{△△}	89.14±16.97 ^{△△}	4.38±0.57 ^{△△}	45.89±8.42 ^{△△}
对照组	50	86.06±9.54	80.03±7.36	3.59±0.62	40.13±8.36

与对照组比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$ 。下同。

2.2 两组患者的输红细胞量、止血时间、24 h 止血率、再出血发生率和不良反应发生率比较 见表 2。两组对比,实验组输红细胞量、止血时间和再出血发生率显著低于对照组,24 h 止血率显著高于对照组(均 $P<0.05$)。两组患者不良反应发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 两组患者的输红细胞量、止血时间、24 h 止血率、再出血发生率和不良反应发生率比较

组别	n	输红细胞量(U, $\bar{x}\pm s$)	止血时间(h, $\bar{x}\pm s$)	24 h 止血率 n(%)	再出血	不良反应 n(%)
实验组	50	2.65±0.42 ^{△△}	24.30±5.74 ^{△△}	38(76.00) [△]	7(14.00) [△]	2(4.00)
对照组	50	3.09±0.37	29.18±6.09	26(52.00)	18(36.00)	3(6.00)

2.3 两组患者临床疗效比较 见表 3。实验组治疗后的临床疗效显著优于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
实验组	50	24	21	5	45(90.00) [△]
对照组	50	18	16	16	34(68.00)

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.4 两组患者临床转归比较 实验组无效的 5 例患者,3 例转急诊内镜治疗,1 例转急诊手术治疗,1 例死于失血性休克。对照组无效的 16 例患者,11 例转急诊内镜治疗,2 例转急诊手术治疗,3 例死于失血性休克。两组患者的死亡率相当($P>0.05$)。

3 讨论

肝硬化合并上消化道出血是内科急危重症之一,主要是指屈氏韧带以上的消化道出血^[4]。该疾病是肝硬化引发的门脉高压导致的食管胃底静脉曲张的出血。患者会出现呕血、便血、失血性内循环改变、休克等临床症状,严重威胁着患者的健康及生命安全。临床常用生长抑素治疗,但远期治疗效果不显著^[5]。本次实验研究中实验组患者治疗后的临床疗效显著优于对照组患者。两组患者的死亡率无显著差异。两组患者不良反应发生率无显著差异。生长抑素属于一种多环状多肽类激素。该物质主要存在于患者垂体后叶及胃肠道,且对胃肠道、胰腺以及血管多种功能产生抑制作用,对肾血管紧张素醛固酮系统具有抑制性,可减少门静脉离子的滞留,降低静脉压力。生长抑素对胃酸与胃蛋白酶原的分泌具有抑制作用,有效刺激黏液产生,促进血

小板凝集,使血块收缩,使得内脏血管明显收缩,组织门静脉主干血流量至少在 25%~30%,减少胃肠道血流量,有利于消化道止血^[6]。

云南白药是中药散剂,主要由三七、重楼、独角莲、白及、救必应、血见止等中药材,具有止血、抗炎、修复创面,促进创面愈合的作用^[7]。三七有“止血神药”之称,散瘀血,止血而不留瘀,对出血兼有瘀滞者更为适宜。其化学活性成分皂苷,因此三七不仅具有较强的抗炎镇痛作用,还具有较强的止血作用。具有较强的抗血小板聚集、抗凝血酶和促进纤维蛋白溶解过程等抗凝血作用。有效促进造血功能,改善患者微循环^[8]。重楼,性寒,微苦,具有清热解毒,消肿止痛,凉肝定惊的作用。该药物作用在胃肠道止血的作用机制包括以下几点。第一,可以有效增加血小板活化百分率,激活血小板表面糖蛋白受体活性,缩短出血时间,凝血时间与凝血酶原时间。第二,可以有效增加黏膜溃疡损伤处微血管的血小板数量,加强其聚集性与黏附性,促进血小板释放凝血活性物质,加速损伤处血栓的形成,促进毛细血管断端回缩而达到止血效果。第三,使得纤维蛋白原激活转化为不溶性纤维蛋白黏附在损伤的毛细血管处,促进凝血与修复。第四,云南白药可以在无血浆协同作用因子下促进血小板释放,起到凝血作用,抑制损伤处炎症物质释放,改变血管通透性^[9]。本次实验结果显示实验组患者接受治疗 48 h 后的血红蛋白、血小板、纤维蛋白原和红细胞压积均显著高于对照组患者。实验组患者的输红细胞量、止血时间和再出血发生率显著低于对照组,24 h 止血率显著高于对照组。这表明肝硬化合并上消化道出血的临床治疗中生长抑素的治疗效果显著性高于联合云南白药,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^[10]。因此,笔者认为,临床上对于肝硬化合并上消化道出血患

者的治疗,建议采用联合药物,缓解患者的临床症状,提高疾病的治疗效率。

综上所述,生长抑素联合云南白药治疗肝硬化合并上消化道大出血具有显著的临床疗效,改善血清指标,缩短止血时间,促进创面愈合,减少并发症的发生,安全性较高,值得临床中进一步推广与使用。

参 考 文 献

- [1] 刘亮.肝硬化并上消化道出血 48 例临床疗效分析[J].湖南中医药大学学报,2014,34(2):8-9.
- [2] 刘爱芬.生长抑素联合奥美拉唑治疗肝硬化上消化道大出血 33 例疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2011,20(26):3293-3294.
- [3] Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace N D. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis[J]. Hepatology, 2007, 1(3):922-938.
- [4] 许婉芬.生长抑素联合奥美拉唑治疗肝硬化并食管胃底静脉曲张破裂出血 29 例[J].中国药业,2012,21(13):69-70.
- [5] 陈学珍.生长抑素治疗急性非静脉曲张性上消化道出血疗效观察[J].临床消化病杂志,2011,23(3):186-187.
- [6] 查德义.奥曲肽注射液联合云南白药粉剂治疗消化道大出血 20 例[J].中医药临床杂志,2012,24(7):674-675.
- [7] Dagher L, Burroughs A. Variceal bleeding and portal hypertensive gastropathy[J]. European Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2001, 1(1):81.
- [8] 王登峰,李昌.生长抑素治疗肝硬化急性食管静脉曲张破裂出血疗效及影响因素研究[J].海南医学,2013,24(5):656-658.
- [9] 穆金姬,杨剑,刘涛,等.肝硬化并上消化道出血临床治疗 50 例[J].陕西医学杂志,2012,41(3):366-367.
- [10] 成敬锋.综合疗法治疗肝硬化合并上消化道出血疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2013,22(17):1896-1897.

(收稿日期 2015-01-13)

中药肺炎合剂与西药联合治疗泛耐药 鲍曼不动杆菌肺部感染临床观察

薛艳红

(河北省唐山市乐亭县医院,河北 乐亭 063600)

中图分类号:R563.1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)06-1076-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.048

【摘要】目的 观察中药肺炎合剂与西药联合治疗肺部感染泛耐药鲍曼不动杆菌的疗效及患者血清白细胞计数(WBC)、C 反应蛋白(CRP)的变化。**方法** 将 80 例肺部感染泛耐药鲍曼不动杆菌患者随机分为治疗组与对照组各 40 例。对照组单纯采用西医常规手段治疗,治疗组在此基础上加用中药肺炎合剂治疗,两组疗程均为 7 d。**结果** 治疗组的总有效率为 77.50%,明显高于对照组的 55.00%($P<0.05$)。两组患者在治疗开始的第 3 日、第 5 日、第 7 日后,血清 WBC 和 CRP 均较治疗前显著降低($P<0.05$)。两组比较,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。治疗组细菌清除情况优于对照组($P<0.05$)。治疗组不良反应总发生率为 10.00%,明显低于对

照组的 22.50 % ($P < 0.05$)。结论 中药肺炎合剂与西药联合治疗肺部感染泛耐药鲍曼不动杆菌具有较好的临床疗效。

【关键词】 中药肺炎合剂 替加环素 白细胞计数 C 反应蛋白 鲍曼不动杆菌

鲍曼不动杆菌是医院感染的重要病原菌之一^[1]。鲍曼不动杆菌主要引起呼吸道感染,有时可引起败血症和泌尿系统感染等^[2]。近年来,由于抗生素的广泛使用,致使鲍曼不动杆菌耐药性也日益加重^[3],甚至出现了全耐药的鲍曼不动杆菌。鲍曼不动杆菌产生耐药性的机制主要有质粒介导的 β -内酰胺酶等基因突变以及细胞膜通透性改变等^[4]。正因为多重耐药鲍曼不动杆菌的出现,致使治疗效果减弱,从而增加院内鲍曼不动杆菌的存活率,使得鲍曼不动杆菌成为院内感染的主要致病菌^[5]。中药肺炎合剂见于郑惠伯的《名医治验良方》,主要作用是清热解毒和宣肺平喘,常用于肺炎、急性支气管炎的治疗。文献报道目前临床常用替加环素治疗肺部鲍曼不动杆菌感染,然而关于中药肺炎合剂联合替加环素的疗效目前还未见报道。本研究通过中药肺炎合剂联合替加环素治疗肺部感染泛耐药鲍曼不动杆菌取得了良好的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床标准参见中华医学会 2012 年发布的《中国鲍曼不动感染诊治与防控专家共识》^[6]。中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》^[7],辨证为痰热壅肺证。

1.2 临床资料 选取 2011 年 6 月至 2014 年 6 月入我院重症医学科住院的肺部感染泛耐药鲍曼不动杆菌患者 80 例。其中男性 65 例,女性 15 例;年龄 30~68 岁,平均 (56.51 ± 28.45) 岁。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意义 ($P > 0.05$),详见表 1。

表 1 两组患者临床资料比较

组别	n	性别(n)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	鲍曼不动杆菌 感染次数(次, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
治疗组	40	32	8	55.71 ± 29.47	26.37 ± 1.82
对照组	40	33	7	56.22 ± 28.45	28.13 ± 2.52

1.3 治疗方法 对照组采用替加环素治疗,首日剂量 100 mg,之后改为静脉滴注,每 12 小时 50 mg,滴注时间为 30~60 min。治疗组在此基础上加用中药肺炎合剂。方组:麻黄 6 g,杏仁 10 g,生石膏 40 g(先煎),虎杖 15 g,金银花 20 g,大青叶 15 g,柴胡 15 g,黄芩 15 g,鱼腥草 20 g,青蒿 15 g,贯众各 15 g,草河车 12 g,地龙 g、僵蚕 10 g,野菊花 15 g,甘草 6 g。每日 1 剂,水煎服,每日 2 次;或制成合剂备用。两组疗程均为 7 d。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征变

化情况。测定两组治疗后白细胞计数(WBC)、C 反应蛋白(CRP)变化情况。分别于治疗前、治疗后第 3、5、7 天采集患者晨空腹静脉血 2 mL 进行分离检测。采用美国 Orflo 公司 Moxi Z 自动细胞计数仪测定白细胞计数,以芬兰 QuikReadgo 血清分析仪检测 CRP。

1.5 疗效标准 参照文献^[8]制定疗效标准。痊愈:临床症状消失、细菌学检查为阴性。显效:症状缓解、细菌学检查为阴性。好转:症状减轻,细菌学检查为阳性。无效:无症状减轻、细菌学检查为阳性。总有效率=(痊愈+显效+好转)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学处理 采用 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 两组患者治疗后临床疗效比较 见表 2。结果显示治疗组的总有效率为 77.50%,明显高于对照组的 55.00% ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者临床疗效情况比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	40	10	9	12	9	31(77.50) [△]
对照组	40	6	7	11	18	22(55.00)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组患者治疗后血清 WBC、CRP 的变化情况比较 见表 3。结果显示两组患者在治疗开始的第 3 日、第 5 日、第 7 日后,血清 WBC 和 CRP 均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$)。两组比较,差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 两组患者血清 WBC、CRP 的变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	WBC($\times 10^9/L$)	CRP(mg/L)
治疗组 (n=40)	治疗前	26.90 ± 7.50	138.20 ± 63.90
	治疗后第 3 日	$17.50 \pm 4.30^{* \Delta}$	$81.30 \pm 39.30^{* \Delta}$
	治疗后第 5 日	$12.40 \pm 3.30^{* \Delta}$	$49.30 \pm 31.40^{* \Delta}$
对照组 (n=40)	治疗前	25.80 ± 7.10	133.20 ± 66.30
	治疗后第 3 日	$22.50 \pm 7.70^{*}$	$99.40 \pm 46.90^{*}$
	治疗后第 5 日	$16.00 \pm 4.70^{*}$	$63.60 \pm 46.20^{*}$
	治疗后第 7 日	$13.70 \pm 2.10^{*}$	$46.20 \pm 36.30^{*}$

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

2.3 两组患者细菌清除情况比较 治疗后,对照组细菌清除 14 例、未清除 15 例、替换 9 例、再感染 2 例。治

表 4 两组患者不良反应发生情况比较(n)

组别	n	少尿	血小板减少	恶心	呕吐	皮疹	总发生率(%)
治疗组	40	0	0	2	2	0	10.00 ^Δ
对照组	40	0	2	3	2	2	22.50

与对照组比较, ^ΔP<0.05。

疗组细菌清除 23 例,未清除 9 例,替换 7 例,再感染 1 例。治疗组细菌清除情况优于对照组(P<0.05)。

2.4 两组不良反应比较 见表 4。结果示治疗组不良反应总发生率为 10.00%,明显低于对照组的 22.50%(P<0.05)。

3 讨论

近年来,由于抗生素的广泛使用,致使院内耐药鲍曼不动杆菌感染日益增多,甚至出现了全耐药的鲍曼不动杆菌,正因为多重耐药菌的出现,致使治疗效果减弱,从而增加院内鲍曼不动杆菌的存活率,使其成为院内感染的主要致病菌^[9]。以往采用的米诺环素治疗药鲍曼不动杆菌感染,但因米诺环素临床副作用较多而不宜广泛使用^[10]。近年来临床多采用替加环素治疗鲍曼不动杆菌感染^[11-12]。

肺炎属于中医学“咳嗽”“胸痛”范畴,常有外邪侵袭肺卫,引起肺失宣降,痰饮内生,郁而化热,最终造成痰热壅肺之证,临床可见高热、喘息、咳嗽等症状。笔者选用中药肺炎合剂治疗本病取得了良好的效果。本方由麻黄、杏仁、生石膏、虎杖、金银花、大青叶、柴胡、黄芩、鱼腥草、青蒿、贯众、草河车、地龙、僵蚕、野菊花组成。其中麻黄宣肺平喘,配杏仁降气止咳。石膏清肺泻火,配虎杖、金银花、黄芩、鱼腥草、青蒿、贯众、草河车、僵蚕、野菊花等药清热解毒。再加地龙平喘活血通络,加柴胡理气退热。全方共奏宣肺平喘,清热解毒之功,因此取得了良好的临床疗效。中药肺炎合剂见于郑惠伯的《名医治验良方》,主要作用是清热解毒和宣肺平喘,常用于肺炎、急性支气管炎的治疗。然而关于中药肺炎合剂联合替加环素治疗肺部感染泛耐药鲍曼不动杆菌的疗效目前还未见文献报道。本研究采用中药肺炎合剂联合替加环素治疗肺部感染泛耐药鲍曼不动杆菌的治疗总有效率为 77.50%,明显高于单纯的替加环素治疗的 55.00%,且中药肺炎合剂联合替加环素治疗组细菌清除情况明显优于单纯的替加环素治疗

组;更重要的是,在取得良好治疗效果的同时,中药肺炎合剂联合替加环素治疗组不良反应发生率明显优于单纯的替加环素治疗组,且中药肺炎合剂联合替加环素治疗组患者血清 WBC 和 CRP 下降程度较单纯的替加环素治疗组更明显(P<0.05)。

综上所述,本研究证实中药肺炎合剂联合替加环素治疗肺部感染泛耐药鲍曼不动杆菌具有较好的临床疗效,且不良反应发生率低,可在临床广泛使用。

参考文献

- [1] 李娜,李瑞,麦叶,等.替加环素治疗广泛耐药药鲍曼不动杆菌感染 26 例疗效观察[J].海南医学,2014,25(17):2519-2521.
- [2] 谭建龙,张卫东,柳威,等.替加环素治疗多或泛耐药鲍曼不动杆菌肺炎的疗效观察[J].中国呼吸与危重监护杂志,2013,12(6):581-585.
- [3] Jean SS, Hsueh PR. Antimicrobial drug resistance in Taiwan [J]. J Formos Med Assoc, 2011, 110(1):413.
- [4] 郭晶,张民伟,陈菁,等.替加环素治疗多重耐药鲍曼不动杆菌感染的疗效观察[J].实用药物与临床,2014,17(9):1131-1135.
- [5] 汪志方,张益辉,王泽球.鲍曼不动杆菌感染的危险因素及耐药性分析[J].临床肺科杂志,2012,17(1):14-16.
- [6] 陈佰义,何礼贤,胡必杰.中国鲍曼不动杆菌感染诊治与防控专家共识[J].中华医学杂志,2012,92(2):76-85.
- [7] 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.
- [8] 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,2002:2.
- [9] 韦球,江红丽,徐静.纤支镜肺活检(TBLB)RICU 鲍曼不动杆菌感染的临床分布及耐药性分析[J].临床肺科杂志,2013,18(9):25-26.
- [10] 林孟相,郭蕾,郭献阳,等.替加环素联合头孢哌酮/舒巴坦治疗泛耐药鲍曼不动杆菌感染临床疗效观察[J].中华医院感染学杂志,2013,23(8):1906-1907.
- [11] 瞿嵘,郭智,凌云,等.替加环素联合美罗培南治疗广泛耐药鲍曼不动杆菌感染的临床分析[J].中国医药,2013,8(8):1173-1174.
- [12] Curcio D, Fernandez F, Stevenson KB, et al. Late onset ventilator-associated pneumonia due to multidrug-resistant Acinetobacter spp: experience with tigecycline [J]. Chemotherapy, 2009, 27(7):58-62.

(收稿日期 2014-09-08)

欢迎投稿·欢迎订阅

邮局订阅代号:78-98 联系邮箱:zgzyjzyx@126.com 投稿请登录本刊网站(<http://www.zgzyjz.com>)注册后进入投审稿系统操作

针刺复合全麻在肥胖患者择期腹腔镜胆囊切除术中的应用*

张影 朱林 楼静毅 沈华芬

(浙江余姚市第四人民医院, 浙江 余姚 315470)

中图分类号: R246 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1079-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.049

【摘要】目的 观察针刺复合全麻在肥胖患者择期腹腔镜胆囊切除术中的临床应用。**方法** 将 105 例接受择期腹腔镜切除术的肥胖患者,按来院顺序及随机数字表法分为两组,对照组 50 例,观察组 55 例。对照组采用静吸复合全麻,观察组在此基础上针刺双侧合谷穴、内关穴和足三里穴。观察两组的麻醉效果。**结果** 与对照组相比,观察组的平均动脉压(MAP)和心率(HR)变化幅度小($P<0.05$),尤其在插管前、切皮后、气腹后、拔管前和手术刚结束时;观察组唤醒时间和拔管时间均较短($P<0.05$);观察组骚动、寒战、呕吐和疼痛等不良反应发生程度明显降低($P<0.05$),观察组的异丙酚和舒芬太尼用量较少($P<0.05$)。**结论** 针刺复合全麻适用于肥胖患者择期腹腔镜胆囊切除术。

【关键词】 针刺 全麻 肥胖患者 腹腔镜胆囊切除术

The Application of Acupuncture Anesthesia in Obese Patients Undergo Elective laparoscopic Cholecystectomy ZHANG Ying, ZHU Lin, LOU Jingyi, et al. Yuyao Fourth People's Hospital in Zhejiang Province, Zhejiang, Yuyao 315470, China

【Abstract】Objective: To investigate the application of acupuncture anesthesia in obese patients undergo elective laparoscopic cholecystectomy. **Methods:** 105 patients who underwent elective cholecystectomy were enrolled into this study and randomly divided into 2 groups: 50 cases in the control group and 55 cases in the observation group. **Results:** Compared with control group, mean artery pressure (MAP) and heart rate (HR) had small magnitude of change before intubation, after incision, after pneumoperitoneum, before extubation immediately and after surgery in the observation group ($P<0.05$). The wake-up time and extubation time had decreased ($P<0.05$), the incidences of adverse reactions like chills, vomiting and pain had decreased ($P<0.05$), the amounts of propofol and sufentanil had decreased in the observation group ($P<0.05$). **Conclusion:** Acupuncture anesthesia is suitable for obese patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.

【Key words】 Acupuncture; Anesthesia; Obesity; Laparoscopic cholecystectomy

与传统开腹胆囊切除术比,腹腔镜胆囊切除术(CL)具有创伤小、手术时间短、患者的痛苦小和恢复快等优点在临床中广泛使用^[1-3]。但身材肥胖的人群进行胆囊切除术,往往因为肥胖的患者(体质量指数 $BMI \geq 30.0 \text{ kg/m}^2$)脂肪堆积、腹部膨隆,卧位时膈肌上抬影响肺容积的同时还会增加心脏后负荷,另外胆囊三角水肿、肥厚等原因导致手术操作困难。虽然有研究通过提高手术技巧或改进器械等方法进行,但仍然不能克服患者对 LC 的生理耐受性^[4-6],因此如何避免开腹手术,还可安全进行 LC 是业内需要思考 and 解决的问题。笔者应用针刺复合全麻用于 LC 的肥胖患者。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集 2010 年 5 月至 2014 年 9 月在

我院收治的 105 例接受择期胆囊切除术的肥胖患者。排除胆总管结石患者;急性胰腺炎;Mirizzi 综合征;腹部手术史者;听力存在障碍者;合并严重的心、肾功能异常者;吸烟和/或嗜酒者,无精神障碍及心血管疾病者;孕妇及哺乳期妇女。所有患者按照随机数字表法分为对照组 50 例、观察组 55 例,两组临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床资料比较

组别	n	男女 (n)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	BMI (kg/m^2 , $\bar{x} \pm s$)	病因(n)				ASA 分级(n)		手术时间 (min)
					慢性结石 性胆囊炎	急性结石 性胆囊炎	胆囊隆起 样病变	慢性非结石 性胆囊炎	I 级	II 级	
观察组	55	29/26	56.9±9.0	32.9±3.4	25	18	7	5	28	27	66.4±11.5
对照组	50	26/24	53.2±10.1	33.5±2.1	21	12	10	7	26	24	62.3±10.4

1.2 治疗方法 1)术前准备。术前常规禁食禁饮 10 h。女性患者月经干净后 3~7 d, 对照组采用静吸复合全

* 基金项目:浙江省余姚市科技计划项目(YK091003)

麻,观察组在此基础上针刺双侧合谷穴、内关穴和足三里穴,选用华佗牌不锈钢针灸针(直径 0.3 mm,长度 40 mm),均直刺约 1 cm,有针感后,接通电针治疗仪,选取 2/100 Hz 疏密波,强度 15 mA 刺激 30 min 后实施全麻。2)麻醉方法。手术行气管插管全麻,诱导用药:异丙酚,舒芬太尼,顺式阿曲库胺。维持用药:异丙酚,根据需要可追加舒芬太尼。维持患者的心率(HR)、平均动脉压(MAP)波动在 15%以内,术中静输乳酸钠林格,若失血较多补充晶体,手术结束前 20 min 停止吸入麻醉。3)手术方法。采用“四孔法”。患者处于头高足低左倾位,用腹腔镜对腹腔脏器进行检查,分离粘连,暴露大网膜,明确胆总管、胆囊管和肝总管的解剖位置,钝性分离胆囊动脉,游离胆囊管,在胆囊管远、近端各放置 1 枚钛钳夹将胆囊管及胆囊动脉夹闭,若遇到急性胆囊炎如胆囊三角水肿较为严重者,可逆行法切除胆囊,创面渗出较多者可放置硅胶引流管。

1.3 指标评估 收集诱导前、插管前、切皮前后、气腹后、拔管前和手术刚结束时的 MAP 和 HR,以及术后清醒时的不良反应,包括躁动、寒战、呕吐和疼痛。1)躁动标准。0 分为无躁动;1 分为吸痰时发生躁动,吸痰停止,躁动停止;2 分为无刺激下也发生躁动;3 分为不自主躁动。2)寒战标准。0 分为无寒战;1 分为面颈部轻度肌颤;2 分为超过一个肌群存在寒战;3 分为整个躯体抖动。3)呕吐标准。0 分为无呕吐;1 分为仅 1 次呕吐;2 分为几次呕吐;3 分为反复发生呕吐。4)VAS(视觉模拟评分法)评估疼痛。0~2 分为无疼痛;3~5 分为中度疼痛;6~8 分为重度疼痛;9~10 分为剧烈疼痛。

1.4 统计学处理 应用 SPSS14.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用例数或百分比表示,组间比较采用组间方差分析或 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 CL 患者围术期 MAP、HR 变化 见表 2。两组在手术期间,MAP 和 HR 均有不同程度的变化,变化趋势为麻醉诱导后降至最低,插管后升高,渐渐回落,人工气腹后升至最高,逐渐回落稳定,拔管后升高。与对照组比,观察组的 MAP 和 HR 变化幅度小($P < 0.05$),尤其在插管前、切皮后、气腹后、拔管前和手术刚结束时。

2.2 两组 CL 患者苏醒时间、拔管时间比较 见表 3。与对照组比较,观察组的唤醒时间和拔管时间均较短($P < 0.05$)。

2.3 两组 CL 患者苏醒时的不良反应 见表 4。两组苏醒期发生了躁动、寒战、呕吐和疼痛等不良反应,与对照组比较,观察组上述不良反应发生程度明显降低($P < 0.05$)。

表 2 两组 CL 患者围术期 MAP、HR 变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	MAP(mmHg)	HR(min)
治疗组 (n=55)	诱导前	90.8±10.1	71.6±9.8
	插管前	91.1±18.5 [△]	68.7±7.2 [△]
	切皮前	90.4±17.5	75.6±9.8
	切皮后	91.9±13.8 [△]	70.6±8.9 [△]
	气腹后	99.4±10.1 [△]	72.1±7.7 [△]
	拔管前	92.0±8.6 [△]	73.2±9.8 [△]
	手术结束	93.0±10.4 [△]	71.5±13.8 [△]
对照组 (n=50)	诱导前	90.6±8.9	70.5±13.4
	插管前	83.5±19.4	60.7±9.7
	切皮前	92.8±18.4	79.4±10.4
	切皮后	97.6±14.7	93.4±10.4
	气腹后	109.5±11.4	89.7±12.7
	拔管前	95.8±9.7	82.5±7.7
	手术结束	99.8±12.7	85.7±14.5

与对照组同时时间点比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

表 3 两组 CL 患者苏醒时间比较(min, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	唤醒时间	拔管时间
观察组	55	6.90±2.40 [△]	7.90±3.30 [△]
对照组	50	10.50±3.80	13.50±4.60

表 4 两组 CL 患者苏醒时的不良反应(n)

组别	n	躁动				寒战				呕吐				疼痛			
		0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0~2	3~5	6~8	9~10
观察组	55	30	24	1	0	32	23	0	0	42	13	0	0	30	24	1	0
对照组	50	21	19	10	0	22	23	5	0	27	21	2	0	13	30	7	0

2.4 两组 CL 患者麻醉药用量比较 见表 5。与对照组比较,观察组的异丙酚和舒芬太尼用量较少($P < 0.05$)。

表 5 两组麻醉药用量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	异丙酚(mg)	舒芬太尼(μ g)
观察组	55	625.20±166.30 [△]	18.60±8.40 [△]
对照组	50	739.80±278.10	24.50±10.20

2.5 随访 观察组患者及家属满意 51 例,较对照组 39 例多($P < 0.05$)。

3 讨论

肥胖常采用 BMI 评估,将 BMI>35 kg/m² 或体质量超过标准体质量 45%的人群归为肥胖人群。对于肥胖患者,当接受胆囊切除术时,对于施术者和麻醉师是巨大挑战,因为这类特殊人群具有其特殊性^[7-9],故对于这类患者,在行腹腔镜胆囊切除术前,除了对患者进行积极的围手术期处理,为手术进行提供生理准备外,制定可行的麻醉方案具有至关重要的临床意义。

针刺诱导麻醉,或与麻醉联合应用始于 20 世纪 50 年代,至今超过 50 年。大量临床数据显示针麻已有效应用在开颅和开胸等难度高、复杂和风险高的手术,技术相对成熟,安全性高,广泛应用在中国、欧美和韩日等国。本课题选取合谷穴联合太冲穴,两穴均为手阳明大肠经、足厥阴肝经的原穴,是经脉的本部与经气的所在,与三焦原气和肾间动气密切相关。合谷属阳明经,为多气多血之经,重在补血、泄气和活血;太冲穴属厥阴经,为少气多血之经,重在补血和调气。两穴配伍,上下相应,阴阳相合,为通调气血,平衡阴阳的代表穴。此外,合谷与太冲配伍具有调理肠胃、通经活络、疏肝解郁、补益气血的作用。《针经指南》中注明“拘挛闭塞,遣八邪而去矣;寒热痹痛,开四关而已之”,《针灸大成》也有类似记载“八风之邪,令人寒热疼痛,若能开四关,两手两足,刺之而已”。临床中合谷穴与太冲穴配伍可在内科中治疗偏头疼、高血压和胃脘痛(肝阳上亢证),不论痹痛、偏头痛和胃脘痛,虽然合谷穴与太冲穴在止痛方面没有明确的机理应证,但可能与调节激素水平和降低迷走神经活性有关^[10-13]。

针刺与复合麻醉联合应用具有多方面的优点:1) 增强全麻镇痛效果,达到真正无痛状态下的手术状态,患者的肌肉完全紧张,对内脏的牵拉不存在明显反应;2) 与监测麻醉深度或心动超声的技术相比,针刺复合全麻从根本性解决了降低吸入性麻醉药物、静脉麻醉药物以及镇痛药的用量的技术难题,尤其对于体重较高的肥胖患者,真正达到“减毒增效”的理想效果;3) 调节患者生理功能,防止或减轻疼痛、休克、出血等不利因素,避免或减轻麻醉药物对患者的不利影响或并发症,如减少因药物过量引起的死亡,缩短术后自主呼吸恢复所需时间,减少苏醒时间,进一步缩短住院时间降低治疗费用^[14-18]。

综上所述,针刺复合全麻对于肥胖患者择期腹腔镜胆囊切除术较为适用,对于减少麻醉药剂量以及降低清醒期不良反应具有重要的临床价值,值得进一步研究。

参 考 文 献

- [1] 丁克雄,董伟,谢大伟,等.老年患者腹腔镜胆囊切除 112 例分析[J].临床医学,2014,40(11):32-34.
- [2] 李文强,吕娟,王凯辉.腹腔镜与小切口手术切除胆囊治疗胆囊结石临床疗效分析[J].吉林医学,2014,57(32):7163-7164.
- [3] 海鹏,扈志龙,张俊巍.两种手术方式治疗胆囊结石的临床效果分析[J].检验医学与临床,2014,15(21):3017-3018.
- [4] 杨春文.冲吸钝性解剖法腹腔镜胆囊切除术治疗肥胖患者胆囊良性疾病疗效分析[J].中国实用医药,2011,6(17):111-112.
- [5] 陆志刚,王歌,王华.体质量指数高对腹腔镜胆囊切除术的影响[J].医学综述,2014,21(16):3012-3014.
- [6] 屈红阳.腹腔镜胆囊切除术患者术后发生恶心呕吐的危险因素分析[J].航空航天医学杂志,2012,23(8):947-948.
- [7] 胡志,岳秋.腹腔镜手术与开腹手术治疗肥胖合并急性胆囊炎对比分析[J].中国误诊学杂志,2010,10(4):792-793.
- [8] 朱春林.肥胖患者腹腔镜胆囊切除术临床观察[J].中国社区医师:医学专业,2013,27(7):115-116.
- [9] 朱晓伟.腹腔镜对哈萨克族肥胖病人胆囊手术的治疗体会[J].中国伤残医学,2013,21(11):108-109.
- [10] 刘铁铮.循经远取动法治疗早期肩凝症的临床疗效观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2011.
- [11] Li Z, Wang C, Mak AF, et al. Effects of acupunctures on heart rate variability in normal subjects under fatigue and non-fatigue state[J]. Eur J Appl Physiol, 2005, 94(5-6): 633-640.
- [12] 喻晓.不同选穴原则对寻常性痤疮临床疗效的比较研究[D].南京中医药大学,2011.
- [13] 王文琴.太冲穴针灸主治应用的古代文献研究[D].济南:山东中医药大学,2005.
- [14] 孔宪诚,周嘉,付国强,等.针药复合麻醉方法行腹腔镜胆囊切除术的卫生经济学评价[J].浙江中医杂志,2013,58(12):867-869.
- [15] 朱鹏翔,李祺.针刺穿线胆囊悬吊与传统经脐单孔腹腔镜胆囊切除术临床对比分析[J].中国医学创新,2014,7(7):58-60.
- [16] 肖刚,代引海,邱春丽,等.针刺对腹腔镜胆囊切除术后镇痛的疗效观察[J].陕西中医,2012,33(5):592-594.
- [17] 吴昱,袁军,丰新民.针刺超前镇痛对腹腔镜胆囊切除术后镇痛的影响[J].中国内镜杂志,2012,18(6):585-588.
- [18] 顾陈怿,沈利荣,丁依红,等.不同麻醉方法对腹腔镜胆囊切除术患者术后镇痛的效果[J].辽宁中医杂志,2011,54(8):1560-1563.

(收稿日期 2014-12-30)

欢迎投稿·欢迎订阅

白苇饮联合康复新液治疗儿童口腔溃疡 临床观察*

陈 怡¹ 王 剑²

(1.四川省成都市中西医结合医院,四川 成都 610017;2.四川大学华西口腔医院,四川 成都 610041)

中图分类号:R781.5 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)06-1082-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.050

【摘要】目的 观察中药白苇饮联合康复新液治疗儿童口腔溃疡的临床疗效。**方法** 将 124 例口腔溃疡患儿按随机数字表法分为治疗组 64 例、对照组 60 例。治疗组采用中药白苇饮以药代饮口服,并予含服康复新。对照组采用思密达涂抹口腔。观察两组患儿临床疗效、溃疡愈合的时间及一定时间内复发情况。**结果** 治疗组总有效率为 95.31%高于对照组的 75.00% ($P<0.05$);治疗组口腔溃疡愈合的时间为 (4.2 ± 1.3) d 短于对照组的 (7.2 ± 3.6) d ($P<0.05$);两组患儿症状评分均有显著改善 ($P<0.05$);治疗组复发率明显低于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 中药白苇饮联合康复新液治疗儿童口腔溃疡疗效显著。

【关键词】 儿童口腔溃疡 中药白苇饮 康复新液 思密达

The Clinical Observation on the Mouth Ulcers in Children Treated by Chinese White Reed Drink and Kangfuxin Liquid CHEN Yi, WANG Jian. Chengdu Integrative Hospital, Sichuan, Chengdu 610017, China

【Abstract】Objective: To evaluate the clinical effect of mouth ulcers in children treated by Chinese white reed drink and Kangfuxin liquid. **Methods:** 124 children suffering from mouth ulcers were divided randomly into two groups. Test group (64 cases) were treated with Chinese white reed drink and Kangfuxin liquid. The components of Chinese white reed drink consisted of rhizome imperatae 50 g, rhizome phragmitis 50 g, tetrapanax papyriferus 5 g and liquorice 5 g. The control group was treated with Dioctahedral smectite. The symptoms and signs of the patients were compared between the two groups. **Results:** The total effective rate of the test group was 95.31% and the control group 75.00%, respectively. The healing time of the test group was (4.2 ± 1.3) d and control group (7.2 ± 3.6) d, respectively. There was significant difference between the test and control groups in the clinical effects ($P<0.05$). The recurrence rate of the test group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Combined treatment by Chinese white reed drink and Kangfuxin liquid can bring more efficacy to the children with mouth ulcers.

【Key words】 Children mouth ulcers; Chinese white reed drink; Kangfuxin liquid; Dioctahedral smectite

口腔溃疡多发于唇、颊、舌部,其发病率高,且周期性反复发作,以婴幼儿居多^[1];其病因复杂,常在机体免疫力低下、急性感染、长期腹泻、或由口腔不洁,导致细菌繁殖引起;溃疡面呈圆形或椭圆形,平坦,边缘充血,灰黄或灰白色,患儿因局部疼痛导致烦哭不安、拒食,严重影响儿童的身心健康和生长发育^[2]。目前治疗口腔溃疡多以局部用药为主,但是对儿童都有一定使用限制,特别是低龄儿童。寻找疗效好、疗程短,且安全的药物具有重要的现实意义。笔者应用中药白苇饮和中药生物制剂康复新液治疗儿童口腔溃疡获得满意疗效,并对此进行对比分析评价。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1) 西医诊断标准参照《口腔黏膜病

学》^[3]口腔溃疡诊断标准确认为口腔溃疡。中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]制定。心脾积热证:口内疼痛,口渴,口臭,尿短黄,便秘。口疮数量多,周围充血明显。舌红,苔黄,脉数。2) 根据溃疡程度判断标准^[5],将口腔溃疡划分为 4 度。3) 排除标准:手足口病、疱疹性口腔炎、巨型溃疡、反复性坏死性黏膜腺周围炎以及其他全身性疾病的口腔局部病损。

1.2 临床资料 选取 2012 年 5 月至 2014 年 10 月在成都市中西医结合医院儿科就诊的口腔溃疡(心脾积热证)(Ⅱ~Ⅳ度)患儿共 124 例。按随机数字表法分为两组。治疗组 64 例,其中男性 34 例,女性 30 例;年龄 8 个月至 10 岁,平均 4.20 岁;病程 1~3 d;口腔溃疡Ⅱ度 38 例,Ⅲ度 18 例,Ⅳ度 8 例。对照组 60 例,其中男性 31 例,女性 29 例;年龄 10 个月至 11 岁,平均 5.50 岁;病程 1~3 d。口腔溃疡Ⅱ度 30 例;Ⅲ度 24 例;Ⅳ度

* 基金项目:四川省卫生厅科研项目(120236)

6 例。两组患儿临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组口服中药白苇饮。药物组成:白茅根 50 g, 苇根 50 g, 通草 5 g, 甘草 5 g。每日 1 剂以药代饮分 2~3 次服完;同时含服 3~5 mL 康复新液(四川好医生攀西药业有限责任公司, 批号 Z51021834), 每日 3 次。对照组采用无菌棉签蘸取用凉开水调配好的思密达直接涂抹口腔患处, 每日 3~4 次。两组患儿用药 30 min 内禁食、禁饮, 治疗期间禁用其他任何局部及全身药物。疗程均为 5 d。1 个疗程后统计疗效。

1.4 观察指标 观察治疗后两组症状、体征改善情况, 口腔溃疡以口内疼痛、拒食拒饮症状评分为准。口内疼痛积分: 无为 0 分, 轻微疼痛为 1 分, 疼痛明显为 2 分, 疼痛剧烈, 流涎、烦躁不安为 3 分。拒食拒饮积分: 无为 0 分, 进半流质饮食为 1 分, 进流质饮食为 2 分, 食入即吐, 拒绝进食进饮为 3 分。

1.5 疗效标准 根据症状评分, 计算积分改善率, 判定治疗效果。治愈: 临床症状消失, 或积分改善率 $\geq 95\%$ 。有效: 临床症状明显好转, 且大部分消失, 或 $30\% \leq$ 积分改善率 $< 95\%$ 。无效: 临床症状无改善或加重, 或积分改善率 $< 30\%$ 。积分改善率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$ 。

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, 两组比较采用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

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

表 1 两组口腔溃疡患儿临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效(%)
治疗组	64	42	19	3	61(95.31) [△]
对照组	60	29	16	15	45(75.00)

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。下同。

2.2 两组症状积分比较 见表 2。两组病例口腔溃疡症状评分均有显著改善($P<0.05$)。组间差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 两组症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	口内疼痛积分	拒食拒饮积分
治疗组 ($n=64$)	治疗前	2.67 $\pm$ 0.48	2.86 $\pm$ 0.36
	治疗后	0.81 $\pm$ 0.35*	0.87 $\pm$ 0.58*
对照组 ($n=60$)	治疗前	2.63 $\pm$ 0.58	2.76 $\pm$ 0.42
	治疗后	0.92 $\pm$ 0.52*	0.95 $\pm$ 0.35*

与本组治疗前比较, * $P<0.05$ 。

2.3 两组病例口腔溃疡面愈合时间及 6 个月内复发情况比较 见表 3。治疗组溃疡愈合的时间较对照组明显缩短($P<0.05$); 6 个月内复发率显著低于对照组

($P<0.05$)。

表 3 两组口腔溃疡患儿溃疡面愈合时间及 6 个月内复发情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	愈合时间(d)	6 个月内复发率(%)
治疗组	64	4.20 $\pm$ 1.30 [△]	8(12.50) [△]
对照组	60	7.20 $\pm$ 3.60	15(25.00)

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。

3 讨论

口腔溃疡是常见的口腔黏膜疾病, 相当于中医学的“口疮”“口糜”“口疳”。以婴幼儿多见, 预后一般良好。最早载于《内经·气交变大论》云“岁金不及, 炎火乃行, 生气乃用, 长气专胜, 庶物以茂, 燥烁以行……民病口疮”, 指出四时不正之气, 火烈上炎所致。对于口疮的性质, 《幼科释谜》云“小儿口内白烂于舌上, 口外糜溃于唇弦, 疮小而大, 不甚痛, 常流清水, 此脾胃虚热上蒸, 内已先发而后形于外也”。中医学认为, 脾开窍于口、心开窍于舌。“足太阴之脉, 挟咽, 连舌本, 散舌下”, “手少阴之别……循环入心中, 柔舌本”。其病机为风热乘脾、心脾积热。如《幼幼集成·口疮》“口疮者, 满口赤烂……心脾积热, 熏蒸于上, 以成口疮”。治疗上当以清心泻热、升散郁火。而小儿尤初升之旭日, 草木之方萌, “脏气清灵、随拔随应”, 但能确得其本而摄取之, 用一药可愈的特点。治疗上, 应当以疗效显著、操作简单、价格低廉、毒性小、痛苦少、口感好的药物为首选。故处方用药力求精专, 药味少而精、一药多用、药简效宏, 避免君臣难辨、繁杂无章。

白苇饮为陈万松(四川省成都市首批名老中医)历经 40 余年的临床实践总结出来的治疗小儿口腔炎、口腔溃疡的经验组方。由白茅根、苇根、通草、甘草 4 味药物组成。方中白茅根、苇根凉血止血、清热生津、利尿通淋, 二者同为君药。通草、甘草清热利尿化湿、缓急止痛、调和药性, 同为臣药。据现代药理成分研究: 该方诸药均具有抗菌、抗病毒、抗溃疡、抗突变、提高免疫功能等药理作用^[6]。

康复新液是美洲大蠊干燥全虫的乙醇提取物制成的中药生物制剂^[7], 含肽类、多元醇类和黏糖氨酸等多种生物活性物质, 有促进新生肉芽组织生长、促进细胞繁殖、促进血管新生、改善创面微循环的功能, 同时还可加速病损组织修复及坏死组织脱落, 消除炎性水肿, 修复溃疡创面, 使其快速愈合。此外, 康复新液还具有抗菌、抗病毒的功效, 并能增强细胞免疫功能, 调节机体免疫力的作用^[8]。中医学认为其有通利血脉、养阴生肌的功效。

中药白苇饮合康复新液治疗儿童口腔溃疡是病因治疗与对症治疗相结合。患儿易接受, 依从性好, 无不良反应。在本研究中, 嘱患儿用药后, 半小时内禁食禁

饮,使局部有效浓度时间延长,充分发挥药物有效成分对病损黏膜的直接作用,从而使药效得到最大程度的发挥。本观察表明,治疗总有效率高于对照组,溃疡愈合的时间明显短于对照组,对缩短疗程、减少复发率,提高肌体状况、加强抗病能力、调整免疫功能有积极的作用,作为一种新的中医疗法。

参 考 文 献

- [1] 肖彦. 康复新液辅助治疗小儿溃疡性口腔炎疗效观察[J]. 国际医药卫生导报, 2008, 14(18): 48-49.
- [2] 曾令芳, 姜广水. 儿童口腔溃疡治疗及分析[J]. 中外医疗, 2010, 29(2): 82.
- [3] 李秉琦. 口腔黏膜病学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社,

2003: 49-56.

- [4] 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: 129.
- [5] 孙燕, 周际昌. 临床肿瘤内科手册[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1.
- [6] 宋立人. 实用中草药图谱[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2010, 26(33): 273, 408.
- [7] 何琳. 康复新液治疗肛瘘术后创面 112 例[J]. 中国药业, 2012, 21(8): 92-93.
- [8] 张涛. 康复新液治疗小儿口腔溃疡疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2007, 7(9): 2015.

(收稿日期 2015-02-01)

血必净注射液防治急性重症胰腺炎所致急性肾损伤的临床观察

邓剑波¹ 沈 莉¹ 史菀萍¹ 童 心¹ 韩斯宇¹ 童亚西^{2△}

(1. 四川省达州市中心医院, 四川 达州 635000; 2. 重庆市中医院, 重庆 400021)

中图分类号: R576 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1084-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.051

【摘要】目的 观察血必净注射液治疗急性重症胰腺炎(SAP)所致急性肾损伤(AKI)的临床疗效。**方法** 将 64 例 SAP 患者随机分成两组, 对照组 33 例给予常规的对症支持等综合治疗。研究组 31 例加用血必净注射液静脉滴注治疗。**结果** 研究组有 12 例(38.71%)发生 AKI, 8 例(25.81%)需要血液净化治疗; 对照组有 24 例(72.72%)发生 AKI, 18 例(54.55%)需要血液净化治疗($P < 0.05$)。**结论** 血必净注射液具有减轻全身炎症反应综合征(SIRS)的作用, 可用于 SAP 患者的 AKI 防治。

【关键词】 急性重症胰腺炎 急性肾损伤 血必净注射液

急性重症胰腺炎(SAP)可引发全身炎症反应综合征(SIRS), 进而导致多器官功能障碍综合征, 急性肾损伤(AKI)是最常见的表现之一。SAP 属于中医学“腹痛”“结胸”“厥脱”等范畴, 发病部位在肝、胆、胃, 主要由于气滞食积, 或肝胆脾胃郁热, 进一步演变为热毒炽盛、瘀热内阻, 或上迫于肺, 或内陷心包, 或热伤血络, 其病机关键是“实热内蕴, 热瘀互结”^[1]。已有研究显示血必净注射液在 SIRS 防治方面有独特作用^[2], 可能对 SAP 所致 AKI 的防治有一定效果。笔者对 64 例 SAP 患者进行研究。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 SAP 诊断依据《中国急性胰腺炎诊治指南》^[4]标准; AKI 诊断依据 KDIGO 指南标准^[5]; 中医辨证分型标准依据《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见》^[3]制定。

1.2 临床资料 选择 2011 年 5 月至 2014 年 12 月本

院住院的 64 例 SAP 患者, 中医辨证分型证属进展期瘀热(毒)互结证^[3]。按照随机数字表法分为两组。两组临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组 SAP 患者基本资料比较

组别	n	性别 (男/女, n)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (h, $\bar{x} \pm s$)	APACH II 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)	Ranson 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)
研究组	31	8/23	32.70 $\pm$ 16.80	23.40 $\pm$ 15.30	18.60 $\pm$ 6.80	5.20 $\pm$ 2.30
对照组	32	8/25	35.30 $\pm$ 17.30	20.70 $\pm$ 14.20	17.50 $\pm$ 9.60	5.90 $\pm$ 3.40

1.3 治疗方法 两组均给予综合治疗, 包括禁食、胃肠减压、抑制胰酶、生长抑素、抑制胃酸、解痉、止痛等对症支持治疗。选择性应用广谱抗生素、改善微循环及胃肠外营养支持等常规治疗。及早采用多种措施促进胃肠功能恢复, 及早肠外营养或肠内营养支持, 防治各种并发症。研究组给予血必净注射液(天津红日药业生产)100 mL 加入 0.9%氯化钠注射液或 5%葡萄糖注射液 250 mL 静脉滴注, 每日 1 次, 持续治疗 7 d。

1.4 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件。计量资料

△通信作者(电子邮箱: 15123155539@163.com)

据以($\bar{x} \pm s$)表示,使两组间计量资料均数比较用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 SAP 患者发生 AKI 及其严重程度比较 两组治疗效果比较,研究组出现 AKI 12 例(38.71%),需要血液净化患者 8 例(25.81%),均较对照组低[AKI 患者 24 例(72.72%),需要血液净化患者 18 例(54.55%)]($P < 0.05$)。研究组的 28 d 内病死 3 例(9.68%)也较对照组 7 例(22.58%)低,但未达有统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 两组 SAP 治疗前后患者 SCr、尿量、白细胞(WBC)、白细胞介素-6(IL-6)比较 见表 2。两组患者入院时,治疗前的 SCr、尿量、WBC 和 IL-6 均无显著差异($P > 0.05$)。但经过 7 d 治疗,研究组的 SCr、血白细胞数和 IL-6 均显著低于对照组($P < 0.05$),每天尿量也显著高于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后病情变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	SCr($\mu\text{mol/L}$)	尿量(mL/d)	WBC($\times 10^9/\text{L}$)	IL-6(ng/L)
研究组	入院时	235.70 $\pm$ 146.50	1375.40 $\pm$ 978.30	23.40 $\pm$ 9.80	93.70 $\pm$ 58.30
($n=31$)	7 d 后	122.30 $\pm$ 87.60 [△]	2556.50 $\pm$ 1043.70 [△]	12.30 $\pm$ 7.50 [△]	22.30 $\pm$ 8.70 [△]
对照组	入院时	207.60 $\pm$ 132.90	1564.30 $\pm$ 1320.40	22.70 $\pm$ 10.20	87.50 $\pm$ 57.90
($n=33$)	7 d 后	187.50 $\pm$ 134.20	1754.30 $\pm$ 904.60	16.70 $\pm$ 11.50	55.70 $\pm$ 56.80

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3 讨论

SAP 常可导致多器官功能障碍综合征,导致 AKI 是最常见的表现之一,SAP 合并 AKI 后死亡率显著增加,据报道合并 AKI 死亡率可达无 AKI 患者的 10 倍^[6]。其基本机制包括低氧血症,胰酶释放对肾脏直接损伤,由于腹腔间隔室综合征的腹内压增高或血容量不足所致肾脏低灌注,以及全身炎症反应综合征等^[6]。中医学认为,急性胰腺炎病性以里、实、热证为主,进展期正盛邪实,多为湿热内蕴、瘀毒互结、邪热内陷、上迫于肺、热伤血络,成气血逆乱之危症,瘀、毒互结是疾病加重及变证的主要病理基础^[3]。故清热解毒、活血化瘀是 SAP 治疗的中心环节,血必净注射液由红花、赤芍、川芎、丹参、当归等组成,具有强大的疏通经络、溃散毒邪等作用。现代研究表明,血必净注射液具有拮抗内毒素、调节免疫反应、改善微循环、保护血管内皮细胞等作用,能改善脓毒血症患者凝血功能障碍和降低死亡率^[7],已广泛应用于 SIRS 的治疗。

本研究发现,入院时两组患者基本病情无显著差异,使用血必净组比对照组 AKI 发生率和需要血液净化治疗比例均显著降低。邢柏等^[8]也进行过类似的研究,发现血必净注射液可显著降低 SAP 相关 AKI 的发生率,并且认为发病后 24 h 以内使用血必净注射液预防效果最佳。治疗前血肌酐、尿量、WBC 和 IL-6 均两组无显著差异,但治疗 7 d 后,研究组优于对照组。可见血必净注射液的治疗作用很可能是通过其抗炎作用实现,邵建伟等^[9]研究也证实,血必净注射液在重症胰腺炎患者具有显著的抗炎作用。有报道显示,血必净注射液治疗可降低 SAP 合并 AKI 的死亡率^[8],但本研究发现,虽然血必净治疗组死亡率也降低,但未达到统计学显著差异,可能由于本组病例数较少,仍需进一步大样本观察。

总之,本研究与其他临床及实验研究表明,在 SAP 患者使用血必净有改善临床炎症指标,减少 AKI 发生率的作用。

参考文献

- [1] 黄天生,朱生樑,马淑颖,等.急性胰腺炎中医证型与疾病轻重类型相关性研究[J].江苏中医药,2011,43(8):32-33.
- [2] 赵劲,邱一真,宋轶,等.血必净联合乌司他丁治疗全身炎症反应综合征的疗效观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(1):3-4.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J].中华中医药杂志:原中国医药学报,2013,(6):1826-1831.
- [4] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J].现代消化及介入诊疗,2007,12(3):206-208.
- [5] Kidney Disease. Improving global outcomes (KDIGO) acute kidney injury work group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury[J]. Kidney Int Suppl 2012,(2):8-12.
- [6] Petejova N, Martinek A. Acute kidney injury following acute pancreatitis: A review[J]. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub, 2013, 157(2): 105-113.
- [7] 金铭,李春盛.血必净注射液对重症脓毒症凝血功能及预后影响的研究[J].中华内科杂志,2009,48(3):235-236.
- [8] 邢柏,曾琦,王日兴,等.血必净对急性胰腺炎相关性肾损伤的预防和治疗作用[J].中国急救医学,2008,28(8):683-685.
- [9] 邵建伟,周伟君,盛慧球,等.血必净注射液对重症急性胰腺炎治疗中炎症因子的影响[J].中国新药与临床杂志,2013,32(5):379-382.

(收稿日期 2015-01-12)

固本温肺活血方辨治小儿重症急性肺动脉高压临床研究*

张华红 黄霞娟

(浙江省淳安县第一人民医院, 浙江 淳安 311700)

中图分类号: R725.4 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1086-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.052

【摘要】目的 观察固本温肺活血方加减辨治小儿重症急性肺动脉高压临床疗效。**方法** 将 90 例患者随机分为两组, 对照组予以西医常规治疗, 观察组在对照组基础上加用固本温肺活血方治疗, 比较两组临床疗效。**结果** 观察组显效率 60.00%, 总有效率为 91.11%, 均分别高于对照组的 42.22%、75.55% ($P < 0.05$); 另外两组治疗后在咳嗽、咯痰、喘息、哮鸣音等体征积分以及肺动脉压、6 min 步行试验、NT-pro-BNP 水平均较治疗前改善, 观察组改善更显著 ($P < 0.05$)。**结论** 固本温肺活血方辨治小儿重症急性肺动脉高压临床效果显著。

【关键词】 固本温肺活血方 小儿重症急性肺动脉高压 临床效果

The Clinical Research of the Treatment with the Guben Wenfei Huoxue Decoction on Acute Pulmonary Hypertension in Infant ZHANG Huagong, HUANG Xiajuan. The First People's Hospital of Pediatrics Chunan County, Zhejiang Hangzhou 311700, China

【Abstract】Objective: To study the clinical effects of the Guben Wenfei Huoxue Decoction on acute pulmonary hypertension in infant in order to improve the level of clinical treatment. **Methods:** 90 cases of patients with severe acute pulmonary hypertension were divided into 2 groups, the control group with routine western medicine treatment, the observation group added Guben Wenfei Huoxue Decoction based on the treatment of the control group. The differences of the clinical effects would be compared. **Results:** The obvious effective rate was 42.22%, and the total effective rate was 75.55% in the control group, while in the observation group, the obvious effective rate was 60%, and the total effective rate was 91.11%. There was significant difference ($P < 0.05$) between the two groups; after treatment, integrals of symptom and physical sign in other two groups, such as cough, cough up phlegm, wheezing, wheezing sound and pulmonary artery pressure, 6-minute-walk test and the Nt-pro-BNP level, showed significant difference ($P < 0.05$) with statistical significance. **Conclusion:** Guben Wenfei Huoxue Decoction has a remarkable effect on the treatment of acute pulmonary hypertension in infant.

【Key words】 Guben Wenfei Huoxue Decoction; Acute pulmonary hypertension in infant; Clinical effect

小儿重症急性肺动脉高压发病率、致残率和病死率均较高, 且近年来有升高的趋势。急性肺动脉高压是以肺血管阻力进行性升高为主要特征, 可造成心负荷增大、右心功能不全、肺血流减少, 逐渐形成肺源性心脏病^[1]。目前, 在治疗上西医主要是采用支气管扩张剂、糖皮质激素、钙离子拮抗剂等, 但这些均不能阻止病情进行性恶化, 且降低了患者生活质量。本院采用固本温肺活血中药治疗小儿重症急性肺动脉高压取得较好的临床效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 急诊重症患者、急性肺动脉高压诊断标准均符合 2007 年《急诊重症患者诊治指南》和《急性肺动脉高压筛查诊断和治疗专家共识》^[2]标准进行。中医诊断标准参考《中医内科学》的“喘证”“肺胀”的标准

进行。纳入标准: 均同时符合以上的中西医诊断标准; 近 4 周无呼吸道感染及急性加重病史, 胸片无新感染灶; 知情同意并签署知情同意书。

1.2 临床资料 选取 2010 年 4 月至 2013 年 4 月 90 例小儿重症急性肺动脉高压为研究对象, 按照随机数字表法分成两组。对照组 45 例, 男性 24 例, 女性 21 例; 年龄 6~18 岁, 平均 (13.60 ± 3.92) 岁。观察组 45 例, 男性 25 例, 女性 20 例; 年龄 6~17 岁, 平均 (12.81 ± 3.14) 岁。两组患者在性别、年龄、病程等临床资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组予以常规抗感染、止咳平喘、氧疗等常规方法, 按照病情轻重选择剂量。观察组则在对照组基础上加用固本温肺活血方: 麻黄 15 g, 桂枝 6 g, 干姜 10 g, 细辛 g, 茯苓 10 g, 白术 15 g, 当归 15 g, 赤芍 10 g, 牡丹皮 10 g, 川芎 10 g, 五味子 10 g, 牛膝 10 g, 补骨脂 10 g。每日 1 剂, 取汁 200 mL, 7 d 为 1 个疗程。

* 基金项目: 浙江省医学会临床科研基金(2012ZYC-A180)

1.4 疗效标准 结合相关标准^[3-4]进行疗效评定。分别在患者入院时、治疗 15 d 后、治疗 30 d 后进行评定,采用超声诊断仪测定收缩末期左、右心室内径,肺动脉收缩压。根据三尖瓣返流压差计算出肺动脉收缩压;结合美国胸科协会指南进行 6 min 步行试验,抽取静脉血 2 mL,采用双抗夹心免疫荧光法定量测定 NT-pro-BNP 水平。再对患者的临床症状体征如咳嗽、咯痰等进行评分计算,观察治疗前和治疗 30 d 后在症状积分上的变化情况,运用治疗前后的差值等进行总临床效果评定,小于 20% 为无效,以 20%~50% 为有效,高于 50% 为显效。

1.5 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件。将调查统计的内容作为变量,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 两组治疗后临床疗效比较 见表 1。观察组显效率、总有效率均高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗后总临床效果情况比较(*n*)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	45	27(60.00) [△]	14	4	41(91.11) [△]
对照组	45	19(42.22)	15	11	34(75.55)

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后症状、体征积分比较 见表 2。两组治疗前咳嗽、咯痰、喘息、哮鸣音等症状积分相当($P > 0.05$),治疗后两组均较治疗前好转($P < 0.05$),观察组改善更加显著($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后症状体征积分情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	咳嗽	咯痰	喘息	哮鸣音
观察组	治疗前	5.09±0.81	4.50±0.82	5.79±0.55	5.41±0.88
(<i>n</i> =45)	治疗后	0.67±0.23 ^{*△}	0.56±0.21 ^{*△}	0.58±0.31 ^{*△}	0.42±0.26 ^{*△}
对照组	治疗前	5.12±0.78	4.52±0.78	5.83±0.53	5.44±0.93
(<i>n</i> =45)	治疗后	1.03±0.32 [*]	1.01±0.35 [*]	1.07±0.23 [*]	1.09±0.56 [*]

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 两组治疗前后肺动脉压、6 min 步行试验、NT-pro-BNP 水平比较 见表 3。两组患者治疗前肺动脉压、6 min 步行试验、NT-pro-BNP 水平相当($P > 0.05$);治疗 15 d 后、治疗 30 d 后各指标均较治疗前改善($P < 0.05$),观察组改善更加显著($P < 0.05$)。

3 讨论

从中医学角度分析,重症急性肺动脉高压是由于久咳、久喘、久哮等肺系疾病反复发作、迁延不愈发展而来的疾病,临床上以四肢不温、易感等气阳虚弱、卫阳不固为主要症状。其病机多为肺肾阳虚,蒸化无权,阳虚水泛;肺朝百脉失司,行血无力以致血行瘀滞,故

表 2 两组治疗前后肺动脉压情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	肺动脉压(mmHg)	6 min 步行试验(m)	NT-pro-BNP 水平(pg/mL)
观察组	治疗前	45.34±3.79	289.11±31.67	310.48±57.82
(<i>n</i> =45)	治疗 15 d 后	42.21±3.11 ^{*△}	348.67±27.78 [△]	235.68±27.43 ^{*△}
	治疗 30 d 后	36.24±2.56 ^{**△}	488.45±16.67 ^{**△}	80.58±15.67 ^{**△}
对照组	治疗前	45.23±3.78	287.46±31.46	308.45±56.67
(<i>n</i> =45)	治疗 15 d 后	44.12±3.12 [*]	303.77±25.57 [*]	289.46±37.41 [*]
	治疗 30 d 后	41.45±2.79 [*]	381.34±21.46 [*]	179.57±24.16 [*]

与本组治疗前比较, $^* P < 0.05$, $^{**} P < 0.01$; 与对照组同时间段比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

属本虚标实之证,本虚为主,标实为急;故在治疗上要“病痰饮者,当以温药和之”治疗思路,以温散寒邪、温化痰饮、温通散瘀、温补阳气为治疗大法^[5]。

固本温肺活血方药中,君药为桂枝、麻黄、干姜、细辛为臣,有提高桂枝解表散邪、温肺化饮作用;黄芪补益效果好,茯苓、白术健脾燥湿化痰,增强黄芪补气作用,当归、赤芍、牡丹皮、川芎等活血化瘀,均为佐药;牛膝引血下行,补益肝肾,强腰膝;补骨脂则补肾纳气平喘,共奏宣肺平喘、温肾纳气、健脾化痰、补气、活血化瘀之功^[6]。现代药理学认为,麻黄中的麻黄碱有显著的平喘作用;桂枝有解热、镇静、平喘和抗过敏效果;细辛中的细辛挥发油则有明显的解热、抗炎和镇痛等作用,且其中的细辛醚有扩张支气管平滑肌作用,干姜则有扩张血管,促进血液循环效果,抑制肠系膜静脉的收缩作用,干姜中的水、醚提取物等有明显的抗炎、镇痛作用,对血小板聚集有抑制效果^[7];五味子则有改善呼吸功能,辅助的汀剂有兴奋呼吸效果,可使呼吸加深、加快,水煎剂还有升高白细胞和增强免疫力作用,另外,对于降压和对抗心肌损伤也有一定的临床效果^[8]。牛膝有明显的消炎镇痛作用。茯苓、白术则有增强免疫力,抗超敏反应和抗肿瘤作用。所以,该方具有抗炎、抗过敏、平喘化痰,缓解支气管平滑肌痉挛,改善通气功能,扩张血管和促进血液循环,增强机体免疫力的作用^[9]。本研究发现,加用固本温肺活血方药后患者临床症状体征改善显著,肺动脉压、6 min 步行试验、NT-pro-BNP 水平也显著改善,表明该方有助于提高患者心肺功能,因为 6 min 步行试验能真实反应呼吸困难患者心肺功能状态,能客观地评价出呼吸困难程度^[10]。而 NT-pro-BNP 是一种含有 32 种氨基酸的多肽,主要产生在心室细胞,有利尿、利钠和抗醛固酮的作用,其含量多少在一定程度上反应出左心室压力、呼吸困难程度和神经激素调节系统状况^[11]。

综上所述,笔者可以推测出固本温肺活血方治疗老年重症急性肺动脉高压是通过先改善肺部通气和肺循环,然后作用在血浆 NT-pro-BNP,从而达到降低肺动脉压和缓解患者咳、痰、喘等症状,能在较长时间上达到改善患者心肺功能的效果。中医药治疗该类疾病

经济方便、简单,且安全性高,无明显的毒副作用,患者依从性好,临床可推广使用。

参 考 文 献

- [1] 郑晓可. 重症急性肺动脉高压患者血清 C-反应蛋白和内皮素-1 水平测定及临床意义研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(25): 2899-2901.
- [2] 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. 肺动脉高压筛查诊断与治疗专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(11): 979-987.
- [3] 徐凌, 蔡柏蔷. 重症急性肺动脉高压诊治的新认识[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2010, 32(4): 245-247.
- [4] 王彬, 吴蔚, 汪伟, 等. 补肺化痰活血中药治疗重症急性肺动脉高压临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(7): 72-73.
- [5] 池坚, 黄冬度. 益气化痰通络法治疗重症急性肺动脉高压 50 例[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(4): 362-362.
- [6] 陈海生, 许少文, 沈映君, 等. 活血化痰法治疗重症急性肺动脉高压的临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2011, 30(11): 49-51.
- [7] 张立山. 肺康Ⅲ号方治疗急诊重症患者急性肺动脉高压的临床与实验研究[J]. 北京中医药大学, 2011, 5(12): 47-49.
- [8] 韩宝勇, 李爱琴, 唐志健, 等. 中西医结合治疗急诊重症患者肺动脉压的临床观察[J]. 中国临床医生, 2013, 41(7): 30-31.
- [9] 张文, 高峰. 重症急性肺动脉高压的治疗新进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(11): 1253-1254.
- [10] 万自芬, 张程, 马丽, 等. 急诊重症患者急性加重期合并急性肺动脉高压 100 例临床分析[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(6): 697-698.
- [11] 李漱. 重症急性肺动脉高压的治疗分析[J]. 当代医学, 2012, 18(24): 99-100.

(收稿日期 2015-02-25)

中西医结合治疗卵巢过度刺激综合征 临床观察

李小华¹ 李欢欢²

(1. 河南省南阳市第二人民医院, 河南 南阳 473012; 2. 河南中医学院第一附属医院, 河南 郑州 400008)

中图分类号: R711.75 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1088-02
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.053

【摘要】目的 观察中西医结合治疗卵巢过度刺激综合征的临床疗效。**方法** 将 90 例患者随机分为治疗组和对照组。治疗组采用香丹针剂 20 mL 加入低分子右旋糖酐液 1000 mL 静脉滴注, 配合中药汤剂。对照组仅采用香丹针剂 20 mL 加入低分子右旋糖酐液 1000 mL 静脉滴注。**结果** 治疗组在降低体质量、红细胞压积(HCT)、纤维蛋白(FIB)及改善中医证候方面明显优于对照组, 治疗后 8 周治疗组痊愈率高于对照组, 且住院时间短于对照组(均 $P < 0.05$)。**结论** 中西医结合治疗卵巢过度刺激综合征中可显著改善症状、缩短病程。**【关键词】** 卵巢过度刺激综合征 中西医结合治疗 临床疗效

卵巢过度刺激综合征(OHSS)是近年来应用促性腺激素 Gn 超促排卵表现过度反应引起的症候群, 为辅助生殖中最严重的医源性并发症。其最典型临床表现为: 下腹部胀痛, 腹水, 双侧卵巢增大, 血管通透性增加、血栓形成, 少尿或无尿, 电解质紊乱, 严重者肝肾功能衰竭甚至危及患者生命^[1]。据文献报道, 卵巢过度刺激总体发生率为 23.3%^[2]。近年来, 随着人类辅助生殖技术的开展, 促排卵药物的广泛使用, 导致 OHSS 的发生率逐年增加。笔者使用中西医结合方法治疗本症, 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 所有病例西医诊断标准符合《妇产科学》^[3] OHSS 症诊断标准; 中医诊断标准符合普通高等

教育中医药类规划教材(第 6 版)《中医妇科学》^[4]中“子肿”“臌胀”和“癥瘕”病证诊断标准。纳入标准: 1) 符合为 OHSS 的西医诊断标准、中医诊断标准; 2) 中医辨证属于脾肾阳虚、瘀阻水饮内停证; 3) 患者在观察治疗期间未用其他与本病有关的药物和治疗措施。排除标准: 1) 合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病, 精神病患者; 2) 年龄在 24 岁以下或 40 岁以上, 对本药中已知成分过敏者; 3) 患有卵巢病变者; 4) 不能按要求坚持服用中药者。本研究经笔者所在医院伦理委员会批准同意, 且入组患者均签署知情同意书。

1.2 临床资料 90 例病例均为 2011 年 2 月至 2014 年 3 月笔者所在医院接受住院治疗的 OHSS 患者, 均符合病例选择标准。将患者按照随机数字表法随机分

为两组,各 45 例。其中治疗组年龄 24~39 岁,平均(29.84±3.73)岁;病程 3~15 d,平均(9.44±2.53) d;根据 Golan5 级分类法^[3]分类标准轻度 7 例,中度 28 例,重度 10 例。对照组年龄 22~38 岁,平均(29.24±3.51)岁;病程 3~15 d,平均(9.71±2.14)d。根据 Golan5 级分类法分类轻度 9 例,中度 25 例,重度 11 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 西药治疗包括香丹针剂 20 mL 加入低分子右旋糖酐液 1000 mL 静脉滴注,每日 1 次,同时根据电解质、血常规等化验结果适当进行静脉补液。中药汤剂:山茱萸、党参、黄芪、当归、丹参各 15 g,山药、生白术、茯苓各 20 g,车前草、白茅根各 30 g,陈皮、桔梗各 10 g,制大黄 9 g,炙甘草 10 g。每日 1 剂,分 2 次服,每次 200 mL,连服 14 d。治疗组:西药治疗联合口服中药汤剂。对照组:单纯采用西药治疗。两组疗程均为 14 d。

1.4 观察指标 记录患者入院时和治疗 2 周后的体质质量、腹围、卵巢最大直径、红细胞压积(HCT)、白蛋白(ALB)、纤维白蛋白(FIB)等指标的变化和住院时间。电话随访至患者治疗后 8 周的病情变化。参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]指定的 OHSS 症状中医证候评分表,观察面色黄白、纳差、腹部膨满、肢体肿胀、小便量少等症状、体征中医证候总评分,并依此评定疗效。

1.5 疗效标准^[6] 1)痊愈:治疗后患者胸闷、腹胀、腹水等症状消失;腹围、体质量逐渐恢复到超排卵前水平;卵巢直径缩小到正常大小。2)好转:胸闷、腹胀减轻,胸水、腹水减少,体质量减轻,但未恢复到超排卵前水平;卵巢直径缩小 3 cm。3)无效:治疗 1 疗程后病情无改善或症状继续加重者。

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,比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后腹围、体质量及卵巢直径的比较 见表 1。两组患者治疗后腹围、体质量、卵巢直径均有改善;组间比较,治疗组在降低体质量、缩小卵巢直径方面明显优于对照组(均 $P<0.05$)。

表 1 两组治疗前后腹围、体质量及卵巢直径比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	腹围(cm)	体质量(kg)	卵巢直径(cm)
治疗组 (n=45)	治疗前	86.55±3.30	62.00±1.20	102.00±27.05
	治疗后	77.28±5.15*	55.20±1.40* [△]	72.25±22.14* [△]
对照组 (n=45)	治疗前	86.25±8.14	62.50±3.40	101.20±25.24
	治疗后	79.48±4.37*	57.40±1.50*	82.00±24.10*

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。

2.2 两组治疗前后 ALB、HCT 及 FIB 的比较 见表 2。两种方法治疗后均能有效提高 ALB 及降低 HCT、FIB;组间比较,中西医结合治疗在降低 HCT、FIB 方面明显优于单纯西药治疗($P<0.05$)。

表 2 两组治疗前后 ALB、HCT 及 FIB 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	ALB(g/L)	HCT	FIB(g/L)
治疗组 (n=45)	治疗前	27.51±5.90	0.48±0.03	5.40±0.31
	治疗后	6.03±3.11*	0.39±0.01* [△]	3.32±0.71* [△]
对照组 (n=45)	治疗前	28.10±5.81	0.47±0.04	5.32±0.35
	治疗后	6.42±2.74*	0.41±0.01*	3.81±0.32*

2.3 两组治疗前后患者中医证候评分比较 见表 3。治疗后两组面色黄白、纳差、腹部膨满、肢体肿胀、小便量少等症状评分均较治疗前改善,治疗组改善程度优于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组患者治疗前后中医证候评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	面色黄白	纳差	腹部膨满	肢体肿胀	小便量少	总评分
治疗组 (n=45)	治疗前	4.23±0.70	3.98±0.70	4.78±0.80	4.51±0.60	3.87±0.30	20.46±2.4
	治疗后	0.88±0.30* [△]	0.69±0.60* [△]	0.84±0.2* [△]	0.98±0.4* [△]	0.74±0.20* [△]	4.12±0.9* [△]
对照组 (n=45)	治疗前	4.15±0.50	3.79±0.80	4.88±0.6	4.53±0.5	3.83±0.50	19.69±2.7
	治疗后	1.52±0.40*	1.79±0.30*	2.36±0.4*	1.74±0.6*	1.59±0.40*	7.01±2.1*

2.4 治疗 1 个疗程及治疗后 8 周两组 OHSS 患者的疗效比较 见表 4。结果示治疗组 1 个疗程后、治疗后 8 周治愈率均高于对照组($P<0.05$)。

表 4 两组 OHSS 患者治疗 1 个疗程及治疗后 8 周的疗效比较(n)

组别	n	1 个疗程后			治疗后 8 周		
		治愈(%)	好转	无效	治愈(%)	好转	无效
治疗组	45	10(22.22)	35	0	45(100.00) [△]	0	0
对照组	45	1(2.22)	44	0	40(88.89)	5	0

与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.5 住院时间 治疗组住院时间(15.6±2.34) d 短于对照组的(23.4±2.45) d($P<0.05$)。

3 讨论

OHSS 的发病机制目前仍未阐明,其主要发病的关键是毛细血管的通透性增加^[7]。西医文献研究 OHSS 的发病与血中高浓度的雌激素和血人绒毛膜促性腺激素(HCG)相关,高浓度的雌激素及血 HCG 致使体内有害因子水平上升,最终影响血管的生成,增加毛细血管通透性而发病。大量腹水的漏出,导致有效血容量、肾血流量的减少及血液黏稠度增加,发生低蛋白血症、少尿或无尿,使高浓度激素及有害因子不能排出体外,导致病情加重,病程延长。因此,改善微循环、维持有效的血容量和肾血流量、保持足够尿量,使体内雌激素、血

HCG 及其代谢产物从尿中及时排出,是治疗 OHSS 的关键^[8]。治疗以扩容、纠正血容量为主,其中低分子右旋糖酐可扩充血容量,改善微循环,降低血液的黏稠度和防止血栓形成,同时还可增加肾脏血流量,进而增加尿量,减轻胸水、腹水,临床上已推广使用。

OHSS 可纳入中医学“子肿”“癥瘕”“臌胀”等范畴^[9]。中医可解释为卵巢对 Gn 的过激反应,短时间内大量分泌天癸,致使肾气过盛,损伤肾阴肾阳,形成本虚标实。故理论上认为 OHSS 病理机制主要是在肾虚的基础上累及脾阳,导致水饮停滞,或气滞血瘀而致积聚形成,进而又严重影响了“肾主水液”“脾主运化”和“三焦水液运行”的功能^[10]。肾阳衰弱,机体水液代谢失常,泛滥肌肤、胸腹,则表现为肢体浮肿、胸水、腹水;脾虚弱不能运化水湿而导致水湿内聚,进而阻碍气机则出现腹胀、腹痛,局部卵巢体积增大,甚者可致胸水、气促、呼吸困难等,脾主升清,脾虚清气不升,浊气不降致恶心呕吐;脾肾阳虚,痰湿内停,胞络受阻,血不循经,瘀血内生,则发展为蛋白丢失,体液外渗,使血液黏稠度增加,极易发生血栓形成、弥散性血管内凝血、肾功能衰竭和电解质紊乱。因此补肾健脾,佐以活血化瘀利水为本病的基本治法。笔者根据其临床经验选上方治疗,疗效显著。其中山药、山茱萸肉温补肾阳;党参、黄芪、生白术健脾利湿,陈皮理气健脾;车前草、白茅根利水消肿;茯苓利水渗湿,制大黄、丹参、当归活血化瘀;桔梗调畅气机,炙甘草调和诸药。现代中药药理研究发现^[11],山茱萸肉、山药、白术、党参能够扩张血管、改善微循环,增加肾流量和抗血栓形成作用;当归、丹参、制大黄具有降低血液黏滞性、抗血栓形成的作用。车前草、白茅根具有良好的利尿功效,炙甘草具有类肾上腺皮质激素样作用。

香丹注射液是由丹参和降香经加工提取有效成分制成的针剂,现代药理研究显示^[12],丹参具有抑制血小板功能和凝血功能,可促进纤溶活性;降香中某些成分具有明显抑制血小板聚集的作用。临床研究表明,香丹注射液可降低血降低血液黏稠度,改善微循环,降低毛细血管通透性,从而维持血容量、增加尿量。

中药汤剂与低分子右旋糖酐注射液、丹参注射液联合使用,在治疗方面起协同作用,增加有效血容量、提高肾脏血流量、增加利尿,有利于体内高激素代谢产物的排出,从根本上改善 OHSS 的症状和体征,缩短疗程。

西医学缺乏明确的针对性治疗方法,根据本病的

病理生理特征,治疗以对症和支持处理为主。根据测量患者的腹围、体质量、卵巢最大直径,检测血常规、凝血系列变化。补充液体,维持水/电解质平衡;扩容改善微循环,预防血栓形成,输注白蛋白纠正低蛋白血症;适时适量抽取胸水或腹水以缓解症状,预防并发症。但是白蛋白生物制剂可能带来潜在的感染风险,且花费大;胸、腹腔穿刺抽水时患者较为痛苦,且腹水中含有大量蛋白,多次穿刺抽取、放腹水导致大量蛋白、电解质流失,反而进一步加重低蛋白血症和电解质紊乱,且疗效长、费用昂贵,可继发感染和出血,在妊娠的情况下反复操作会增加流产率,多数患者很难接受。

总之,在临床上要注重预防 OHSS 的发生,对本病的高危人群采取预防性措施。治疗上应采用中西医结合疗法,利用中医整体观思维、辨证施治的诊疗特点,通过中西医“证病结合”“微观与宏观相结合”方式达到早期预防,改善体质,及时治疗,疗程缩短,防止并发症,利于妊娠继续。

参 考 文 献

- [1] 张惜阴. 实用妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2004:867-869.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学:下册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000:357.
- [3] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:401.
- [4] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 7 版. 上海:上海科学技术出版社, 2002:230-236.
- [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, 2002:346-349.
- [6] 张娥. 中西医结合治疗卵巢过度刺激综合征疗效的回顾性分析与评价[D]. 郑州:河南中医学院, 2012.
- [7] Golan A, Ronel R, Heman A, et al. Ovarian hyperstimulation syndrome an update review[J]. Obstet Gynecol Survey, 1989, 44(6):430-440.
- [8] 陈萍. 中西药结合治疗卵巢过度刺激综合征效果观察[J]. 临床合理用药, 2012, 5(7A):115-116.
- [9] 刘风云,张敏,吴先哲. 中医药治疗卵巢过度刺激综合征的思路与方法[J]. 2004;45(2):143-144.
- [10] 王丽娜. 辨证与辨病在妇科临床的应用[J]. 四川中医, 2001, 19(3):15-16.
- [11] 侯家玉. 中药药理学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2002:96, 212, 216.
- [12] Whelan III, JGViahos NF. The ovarian hyperstimulation syndrome[J]. Fertil Steril, 2000, 73(12):883-896.

(收稿日期 2015-03-18)

热敏灸结合针刺治疗急性期神经根型颈椎病的临床观察*

叶雅仙 徐霖 姚捷

(浙江省建德市第一人民医院, 浙江 建德 311600)

中图分类号: R274 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1091-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.054

【摘要】目的 观察热敏灸结合针刺治疗急性期神经根型颈椎病(ACSR)的临床疗效和对前炎症因子水平的影响。**方法** 选取我院收治的门诊 ACSR 患者 169 例,将患者随机分为两组,针刺组 81 例,接受针刺疗法;结合组 88 例,常规针刺基础上结合热敏灸。**结果** 治疗后两组的疼痛均有明显改善,外周血肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)和白细胞介素-6(IL-6)均显著降低($P < 0.05$),与针刺组比,结合组的视觉模拟(VAS)评分、肩颈部疼痛与上肢疼痛麻木程度显著降低($P < 0.05$),外周血 TNF- α 、IL-1 β 和 IL-6 降低显著($P < 0.05$)。两组治疗过程中均未出现明显的不良反应。结合组总有效率为 92.05%,明显高于针刺组的 81.48%($P < 0.05$)。**结论** 热敏灸配合常规针刺治疗急性期神经根型颈椎病疗效显著,机理可能与降低外周血 TNF- α 、IL-1 β 和 IL-6 水平有关。

【关键词】 ACSR 热敏灸 针刺 因子

The Clinical Observation on Acupuncture Thermal Moxibustion Combined with Convention Acupuncture in Treatment of Acute Cervical Spondylotic Radiculopathy YE Yaxian, XU Lin, YAO Jie. Jiande First People's Hospital in Zhejiang Province, Zhejiang, Jiande 311600, China

【Abstract】Objective: To investigate the clinical efficacy and the impact on proinflammatory cytokines of acupuncture thermal moxibustion combined with convention acupuncture in treatment of acute cervical spondylotic radiculopathy (ACSR). **Methods:** 169 cases of ACSR patients enrolled into our hospital were enrolled into 2 groups. Acupuncture group (81 cases) were given convention acupuncture treatment, while combined group (88 cases) were given acupuncture thermal moxibustion combined with convention acupuncture. **Results:** After treatment, 2 groups showed significant improvement in pain, peripheral tumor necrosis factor (TNF- α), interleukin-1 β (IL-1 β) and interleukin-6 (IL-6) had significantly decreased ($P < 0.05$). Compared with acupuncture group, visual analogue scale (VAS), shoulder and neck pain and arm numbness had significantly reduced ($P < 0.05$), TNF- α , IL-1 β , and IL-6 in peripheral blood had reduced significantly ($P < 0.05$) in the combined group ($P < 0.05$). There were no obvious adverse effects in 2 groups. The total effective rate of the combined group (92.05%) was higher than the acupuncture group (81.48%) ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture thermal moxibustion combined with convention acupuncture can treat ACSR, might by reducing peripheral TNF- α , IL-1 β , and IL-6.

【Key words】 ACSR; Acupuncture thermal moxibustion; acupuncture; Factor

急性期神经根型颈椎病(ACSR)临床症状可表现为颈、肩、臂或手的“痛”与“麻”,可归属为中医学“项强”“痹证”“颈筋急”和“颈肩痛”范畴,是外邪侵入、气滞血瘀、积劳损伤与经脉受损导致。目前,ACSR 的治疗分为 2 种,即手术或非手术。手术的创伤较大,容易破坏颈椎结构,术后存在感染、植入物脱落或排斥等诸多并发症,因此多数患者选择非手术治疗。非手术治疗种类较多,常用的有牵引、推拿按摩、理疗、针灸、中西药等^[1]。本院采用热敏灸结合针刺治疗 ACSR,临床效果较好,无显著不良反应。有研究显示肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)和白细胞介素-6(IL-

6) 系列前炎症因子与 ACSR 的发生发展密切相关^[2],那么热敏灸结合针刺的疗效是否也有上述前炎症因子有关,国内中医很少研究热敏灸或针刺对炎症因子的影响。因此本课题进一步考察热敏灸结合针刺治疗 ACSR 的效果以及对炎症因子的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准按照《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。排除标准:慢性神经根型颈椎病;外伤性神经根型颈椎病患者;并发其他分型的颈椎病患者;精神病或有精神病史者;不配合治疗或资料不完整者;合并心血管、肾脏、肺部、肝脏或造血系统等疾病者;孕妇或哺乳期妇女。

* 基金项目:浙江省医药卫生科技计划项目(2011KYB090)

1.2 临床资料 经院内伦理委员会同意,选取 2011 年 4 月至 2014 年 3 月在本院收治确诊为 ACSR 门诊患者 169 例。123 例出现颈痛伴上肢放射痛,颈后伸时加重 98 例,受压神经根皮肤节段分布区感觉减弱 45 例,所有患者颈活动受限,压头试验与牵拉试验阳性。将患者随机分为两组。针刺组 81 例,男性 46 例,女性 35 例;平均年龄(46.20±8.90)岁;体质量指数(BMI)(22.60±1.60) kg/m²;平均病程(2.10±0.80)年。结合组 88 例,男性 50 例,女性 38 例;平均年龄(45.90±10.20)岁;BMI(22.80±2.00) kg/m²;平均病程(2.20±0.40)年。两组临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 针刺组采用常规针刺疗法。针具为一次性毫针,苏州天协针灸器械有限公司生产,规格为 0.30 mm×25 mm、0.30 mm×40 mm。热敏灸艾条:苏州东方艾绒厂生产,规格为 2.5 cm×12 cm。患者取俯卧座位,严格消毒受试皮肤,采用 1.5 寸毫针,每个穴位采用平补平泻手法:针刺双侧百劳、肩中俞和中渚,留针 30 min,每隔 10 min 行针,每个穴位行针 0.5 min。联合组接受针刺组的常规针刺疗法外还进行热敏灸法。在颈夹脊穴、肩井、风池、手三里、大椎、阳陵泉和肺俞附近寻找条索状部位,施灸穴位上涂抹少量万花油,将小艾柱行回旋灸 2 min,转雀啄灸 2 min,循经往返灸 2 min,当某穴位出现局部不热但远部热或表面不热深部热时,则确定热敏化穴,探出患者所有热敏穴,选 2 个最敏感穴灸至皮肤灼热。两组受试者治疗每日 1 次,6 d 为 1 个疗程,共 2 个疗程。

1.4 观察项目 记录并对比治疗前后的视觉模拟量表(VAS)^[4]以及田中靖久提出的神经根型颈椎病的 20 分法量表进行评分^[5],并比较治疗前后外周血的 TNF- α 、IL-1 β 和 IL-6。根据《中医药证诊断疗效标准》判断疗效^[3]。痊愈:临床症状完全消失,颈与肢体功能正常,肌力正常,工作生活正常。显效:原症状减轻,颈与肩疼痛明显减弱,头与肢体功能改善。好转:原症状减轻,颈与肩疼痛减弱,头与肢体虽有改善,但不显著。无效:症状未好转或恶化。总有效=痊愈+显效+好转。记录治疗过程出现的副作用。

1.5 统计学处理 应用 SPSS15.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料以例数或构成比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验或组间方差分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 VAS 疼痛问卷表和症状体征评分比较 见表 1。两组治疗后 VAS 评分、肩颈部疼痛与上肢疼痛麻木程度均有明显改善($P<0.05$),结合组的 VAS、肩颈部疼痛与上肢疼痛麻木程度改善优于针刺组($P<0.05$)。

表 1 两组治疗前后 VAS 疼痛问卷表和症状体征评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	VAS 评分	肩颈部疼痛	上肢疼痛麻木
结合组 (n=88)	治疗前	6.5±0.8	1.5±0.5	1.3±0.3
	治疗后	1.4±0.4* [△]	2.6±0.7* [△]	2.4±0.4* [△]
针刺组 (n=81)	治疗前	6.4±1.2	1.4±0.4	1.4±0.5
	治疗后	1.7±0.6*	2.3±0.9*	2.6±0.5*

与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与针刺组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗前后外周血 TNF- α 、IL-1 β 和 IL-6 比较 见表 2。治疗后两组外周血 TNF- α 、IL-1 β 和 IL-6 均显著降低($P<0.05$),与针刺组比,结合组 TNF- α 、IL-1 β 和 IL-6 降低显著($P<0.05$)。

表 2 两组治疗前后外周血 TNF- α 、IL-1 β 和 IL-6 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	TNF- α (ng/mL)	IL-1 β (μ mol/mL)	IL-6(ng/mL)
结合组 (n=88)	治疗前	3.9±0.7	1.6±0.5	245.2±126.4
	治疗后	1.8±0.6* [△]	0.8±0.3* [△]	112.3±56.9* [△]
针刺组 (n=81)	治疗前	3.8±0.5	1.5±0.2	228.5±106.5
	治疗后	2.0±0.5*	0.9±0.2*	137.5±89.7*

2.3 两组临床疗效比较 见表 3。结合组的治愈率及总有效率均高于针刺组($P<0.05$)。

表 3 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	治愈(%)	显效	好转	无效	总有效(%)
结合组	88	29(32.94) [△]	34	18	7	81(92.05) [△]
针刺组	81	19(23.46)	31	16	15	66(81.48)

与针刺组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

ACSR 的病理在于因劳损造成颈椎生理曲度改变、椎间盘退行性改变或关节增生,进而导致神经根受到压迫,使颈肩部、上肢及手指出现疼痛、无力、麻木或反射改变等^[1]。在我国,ACSR 在 50 岁人群中近 1/4 的发病率,60 岁可达 1/2,70 岁及 70 岁以上则全部患病。ACSR 已成为影响人们正常生活和工作的重要医疗问题,亟待解决。ACSR 的临床症状与中医学的“痹证”、“项强”或“颈肩痛”一致。中医学理论认为痹证是本虚标实之证,多由虚实兼杂合,正气不足,感受风、寒、湿邪毕阻经络,瘀血阻滞,不荣则痛,治疗在于补益正气,恢复气血和疏通经络^[6]。

百劳属经外奇穴,可治诸虚百损,肩中俞属手太阳小肠经,可辅助治疗颈性眩晕和颈椎病,中渚属三焦经中手少阳三焦经的腧穴,与足少阳胆经相接于目外眦,两经循行颈侧项后肩部,诸穴远近相配,使全身阳气得以振奋,阴血得以流通,共奏疏筋活络、祛风散寒与理气止痛之效^[7]。热敏灸,又称为腧穴热敏化艾灸新疗法,针对痹证病因病机,激发循经感传,带气至病所,进

行补益正气、通调气机、营卫和畅、疏通经络和消瘀散结,从根本上治疗神经根型颈椎病^[8]。诸多中医医家对神经根型颈椎病采用热敏灸疗法也获得了满意疗效。唐福宇等^[9]对 ACSR 患者的头颈肩部和上肢取穴寻找热敏穴施灸,1个疗程后与传统悬灸比,热敏灸法组有效率为 86.7%,优于传统艾灸组的 63.3%,90 d 后热敏灸法组有效率为 82.7%,优于传统艾灸组的 63.3%。谢炎烽等^[10]研究显示热敏灸组有效率为 98.0%(54 例),优于传统悬灸组 83.0%(53 例)和针刺组 89.6%(53 例)。

热敏灸与针刺后的针感不同,针刺可激发和调动人体自身的调节机能,恢复失调和紊乱的生理生化,热敏灸的关键在于选准热敏化穴位,通过激发循经感传,使“气至病所”,但针刺与热敏灸的循经感传是共同的,可使“气至而有效”,两者联合可明显提高 ACSR 的疗效效果,与文献结果一致^[11]。

颈神经根受到机械性压迫或刺激可引起局部血管通透性的增加,神经组织缺血、代谢异常,血管-神经屏障的破坏,神经内水肿和液压升高,进一步压迫导致血供障碍,引发异常炎症反应和神经多肽释放的发生,如 P 物质、神经肽 Y 和降钙素基因相关肽等。神经多肽的释放又可加重刺激和炎症,因此产生了化学性神经炎,导致神经根功能异常,出现疼痛、麻木等症状。研究显示炎症因子 TNF- α 、IL-6 和 IL-1 β 在 ACSR 的退变椎间盘的炎症反应前期呈现高表达,因此又被称为“前炎症因子”。这些前炎症因子被拮抗后,可以减轻痛觉程度,进一步说明炎症反应在 ACSR 的发病过程中起重要的作用^[12]。

TNF- α 由活化的单核细胞或巨噬细胞产生的细胞因子。正常生理状况下,血浆中 TNF- α 水平较低,可维持和调节内环境稳定、组织新陈代谢和免疫系统发育,Doita 发现退变的椎间盘细胞可产生 TNF- α 、IL-1 β 和 IL-6 等。其中 TNF- α 是最重要的前炎症因子,TNF- α 参与椎间盘退变过程,在纤维环中的表达早于在髓核的表达,随着年龄的增加,髓核中的表达逐渐增高。TNF- α 在椎间盘退化的作用机制可能与神经毒性作用、轴索和髓鞘损伤、血管内凝血及血管通透性增加有关^[13]。IL-1 β 作为椎间盘退变过程的潜在始动因素,具有促炎症形成作用,调控其他炎性介质,刺激细胞间黏附分子(ICAM-1)表达,诱导基质金属蛋白酶(MMPs)表达,引起蛋白多糖(PG)降解,促进炎性细胞进入组织。本观察显示,与针刺组比,针刺联合热敏灸可显著降低 ACSR 患者外周血的 TNF- α 、IL-1 β 和 IL-6 水平,与文献结果相似^[14]。可见热敏灸可降低上述前炎症因子,可能与热敏灸以下几种药理效应有关^[12,15]:艾灸的热温效应可显著改善血液循环,降低神经的兴奋性,增强细胞吞噬能力,消除神经炎症;艾灸通过调节神经-内分泌-免疫网络,促进机体免疫功能,加速组

织修复;艾燃烧可产生有效的红外线辐射,为细胞代谢活动提供必要的能量;热敏灸还具有清热解毒和镇痛消炎的功效,其镇痛相当于 2.5 mg/kg 吗啡,镇痛效应优于电针。

综上所述,ACSR 的治疗也在于消除引起炎症的因子,改善体内微循环达到减轻神经性疼痛的治疗目的。本课题结果显示,与针刺法比,热敏灸联合针刺法可有效降低 ACSR 患者外周血的 TNF- α 、IL-6 和 IL-1 β 的表达,说明热敏灸联合针刺法对病理网络链中炎性因子表达有抑制作用,进而对颈椎病所致的急性期神经根痛具有缓解效应。

参 考 文 献

- [1] 罗丽红. 热敏灸结合针刺治疗神经根型颈椎病的临床观察[D]. 广州:广州中医药大学,2012.
- [2] 李宝俊. 前炎症因子在脊髓型颈椎病发病中的作用[D]. 石家庄:河北医科大学,2007.
- [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,1999:201-202.
- [4] Acute Pain Management Guideline Panel: Acute Pain management in adults:operative or medical procedures and trauma. AHCPR Pub.No.92-0019, Rockville, MD: Agency of Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human services, 1992.
- [5] 蒋雨平. 临床神经病学[M]. 上海:上海医科大学,1999:384-385.
- [6] 陈泽江. 痹证防治[M]. 北京:中医古籍出版社,1987:1-5.
- [7] Yang HY, Hu ZC. Biophysical characteristics of moxibustion[J]. Zhongguo Zhen Jiu, 2009, 29(11): 897-899.
- [8] Thermal properties of direct and indirect moxibustion[J]. J Acupunct Meridian Stud, 2009, 2(4): 273-279.
- [9] 唐福宁, 黄承军, 徐敏. 热敏灸法治疗神经根颈椎病疗效观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2010, 18(1): 53-54.
- [10] 谢炎烽, 阮永队, 宁晓军, 等. 热敏灸治疗神经根颈椎病疗效对照研究[J]. 中国针灸, 2010, 30(5): 379-382.
- [11] 边晓东, 罗开涛, 楼志勇. 针刺结合热敏灸治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(10): 736-737.
- [12] Pei J, Wei H, Liu ZD. Effects of moxibustion on the expression of IL-1 β , IL-2, IL-6 mRNA and protein in the cerebral cortex in tumor-bearing mice[J]. Zhen Ci Yan Jiu, 2010, 35(4): 243-249.
- [13] 王琪. 外周血肿瘤坏死因子 α 与神经根型颈椎病疼痛程度的相关研究[D]. 乌鲁木齐:新疆医科大学,2008.
- [14] 万碧江, 黄伟, 张压西, 等. 透刺电针治疗神经根型颈椎病临床观察及对患者血浆 TNF- α 和 IL-1 β 的影响[J]. 中华中医药学刊, 2013, 32(2): 373-375.
- [15] Wang WJ, Lu J, Niu CS, et al. Effects of electroacupuncture of unilateral and bilateral “zusani” (ST 36) on serum TNF- α , IL-1 and IL-4 levels in rats with chronic inflammatory pain[J]. Zhen Ci Yan Jiu, 2010, 35(6): 429-432.

(收稿日期 2015-01-06)

不同中成药辅助治疗急性病毒性心肌炎的成本-效果分析*

胡 明 胡相冰

(重庆市开县人民医院, 重庆 405400)

中图分类号: R255.2 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1094-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.055

【摘要】目的 观察喜炎平、炎琥宁、苦碟子注射液辅助治疗急性病毒性心肌炎的临床疗效以及成本-效果。**方法** 将 45 例急性病毒性心肌炎患者随机分成喜炎平组、炎琥宁组、苦碟子组 3 组, 每组 15 例, 分别予以喜炎平注射液、炎琥宁注射液、苦碟子注射液辅助治疗。3 组疗程均为 1~2 周。**结果** 喜炎平组、炎琥宁组、苦碟子组总有效率分别为 80.00%、86.70%、86.70%, 苦碟子组、炎琥宁组总有效率高于喜炎平组, 3 组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。3 组成本-效果进行分析, 喜炎平组、炎琥宁组、苦碟子组的成本-效果分别为 174.3、146.06、286.65, 炎琥宁组成本-效果低于喜炎平组与苦碟子组($P<0.05$)。假设成本下降 10%, 喜炎平组、炎琥宁组、苦碟子组的成本-效果分别为 156.88、131.45、232.19, 炎琥宁组成本-效果依然低于喜炎平组与苦碟子组($P<0.05$)。**结论** 炎琥宁注射液辅助治疗急性病毒性心肌炎的成本-效果最满意。

【关键词】 中成药 急性病毒性心肌炎 成本-效果

The Analysis of Cost-effect on Auxiliary Treating Acute Viral Myocarditis with Different Proprietary Chinese Medicine HU Ming, HU Xiangbing.

Kai county people's hospital of Chongqing City, chongqing kaixian 405400, China

【Abstract】Objective: To study cost-effectiveness on auxiliary treating acute viral myocarditis with Xianping, Yanhuning and bitter plate injection. **Methods:** 45 cases with acute viral myocarditis patients were divided into three groups, each group of 15 cases, respectively to Xianping injection (Xianping group), Yanhuning injection (Yanhuning group), bitter plate injection (bitter plate group) auxiliary treatment. The course of treatment was 1~2 weeks. **Results:** The total effective of Xianping group, Yanhuning group and bitter plate group was 80.00%, 86.70% and 86.70% respectively, and there was no statistical difference among the three groups ($P>0.05$); Cost-effectiveness of Xianping group, Yanhuning group and bitter plate group were 174.3, 146.06, 286.65 respectively, and the cost-effectiveness of Yanhuning group was lower than those of Xianping group and bitter plate group; In the case of a 10% reduction in costs, cost-effectiveness of three groups were respectively 156.88, 131.45, 232.19; and the cost-effectiveness of Yanhuning group was still lower than those of Xianping group and bitter plate group. **Conclusion:** The cost-effectiveness on auxiliary treatment of acute viral myocarditis with Yanhuning injection is most satisfied, compared with Xianping injection and bitter plate injection.

【Key words】 Proprietary Chinese medicine; Acute viral myocarditis; Cost-effectiveness

急性病毒性心肌炎(VMC)属于循环系统感染性心肌疾病, 因该病伴有心力衰竭、猝死等严重并发症^[1], 因此该病具有死亡率高的特点。近年随着生活方式改变等因素, 该疾病在临床上有升高趋势。西医在本病治疗上以对症治疗为主, 如营养心肌、增强免疫力等, 而中医则标本兼治, 且中医治疗费用低廉, 疗效满意, 患者依从性高。本次研究就通过观察喜炎平、炎琥宁、苦碟子注射液辅助治疗 VMC 成本-效果, 总结药物不良反应, 以期选择最佳的药物治疗 VMC, 为临床治疗提供参考。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床西医诊断符合均符合第 7 版《实用内科学》的诊断标准^[2], 排除药物过敏者, 排除严重肝肾功能损害者, 所以患者未曾经过其他的中成药物治疗, 预期生存期大约 1 年。

1.2 临床资料 选取 2010 年 1 月至 2012 年 1 月入住我院的急性病毒性心肌炎患者 45 例, 按随机数字表法将其分为喜炎平组、炎琥宁组、苦碟子组 3 组, 每组各 15 例。其中喜炎平组男性 9 例, 女性 6 例; 年龄 30~75 岁, 平均(46.31±2.61)岁; 病程 4 个月至 1.5 年, 平均(5.21±2.55)个月; 合并糖尿病 2 例, 高血压病 5 例, 冠心病 3 例, 感染性休克 1 例, 其他 1 例。炎琥宁组男性 6 例, 女性 9 例; 年龄 31~77 岁, 平均(47.31±2.81)

* 基金项目: 重庆市自然科学基金(2012BB5276)

岁;病程 2 个月至 1.3 年,平均 (4.11 ± 2.67) 个月;合并症糖尿病 1 例,高血压病 4 例,冠心病 6 例,感染性休克 1 例,其他 1 例。苦碟子组男性 8 例,女性 7 例;年龄 30~77 岁,平均 (46.21 ± 2.61) 岁;病程 1 个月至 1.7 年,平均 (4.19 ± 2.62) 个月;合并糖尿病 2 例,高血压病 4 例,冠心病 7 例,感染性休克 1 例,其他 1 例。3 组患者临床资料差异无统计意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对 3 组患者均予一般支持治疗,包括绝对卧床休息,高维生素、氨基酸饮食,予以 5%葡萄糖注射液、胰岛素和氯化钾等补充能量,予辅酶 A 100 mg,ATP40 U 等补充人体日常需要量。喜炎平组予以喜炎平注射液(江西青峰药业有限公司,国药准字 Z20026249)每日 250~500 mg,加入 5%~10%葡萄糖注射液 250~500 mL 静脉滴注。炎琥宁组予以炎琥宁注射液(广东先强药业有限公司,国药准字 H20061009)依据患儿的体质量每日 0.16~0.4 g,加入 5%葡萄糖注射液 250 mL 静脉滴注,每日 1~2 次给药。苦碟子组予以苦碟子注射液针(沈阳双鼎制药有限公司,国药准字 Z20025449)每次 10~40 mL 静脉滴注,3 组的疗程均为 1~2 周。在输液期间均密切观察病情变化,对出现任何药物反应如瘙痒、皮疹等过敏反应则予以地塞米松 5~10 mg 配 0.9%氯化钠注射液 100 mL 静脉滴注,每日 1 次,连续运用 3 d。

1.4 观察指标 观察 3 组治疗后临床症状与体征变化,观察 3 组治疗成本,测算成本-效果,观察 3 组治疗过程中出现的不良反应。采用药物经济学方法中的成本-效果分析^[3],成本指标仅以住院期间的所有费用,主要有西药中药费、材料费、检查肺、护理费等组成,且以此为标准,而效果则按照临床不同注射液的临床效果进行。成本-效果=成本 C/效果 E。C/E 表示单位效果所花费的成本和每一个货币单位所产生的成本效果比,而 $\Delta C/\Delta E$ 表示增加 1 个效果单位所增加的费用,以最低效果为参照,和其他的两种中成药注射液的成本效果比^[4]。

1.5 疗效标准 参考文献^[5]制定疗效标准。临床治愈:临床症状及阳性体征消失,各项实验室检查恢复正常,无明显的不良反应。显效:临床表现明显改善,实验室检查等基本正常,无明显不良反应。有效:临床症状体征有所缓解,实验室检查中有 5%以上改善,有不良反应。无效:治疗前后无明显变化。总有效率=(临床治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学处理 采用 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 各组患者治疗后临床疗效比较 见表 1。结果示

喜炎平组、炎琥宁组、苦碟子组总有效率分别为 80.00%、86.70%、86.70%,苦碟子组、炎琥宁组总有效率高于喜炎平组,3 组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 各组患者临床疗效比较(n)

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
喜炎平组	15	4	3	5	3	80.00 [△]
炎琥宁组	15	4	6	3	2	86.70 [*]
苦碟子组	15	5	4	4	2	86.70

与炎琥宁组、苦碟子组比较,^{*} $P>0.05$,[△] $P>0.05$;与苦碟子组比较,^{*} $P>0.05$ 。

2.2 各组治疗方案的成本-效果分析比较 见表 2。结果示对 3 组成本-效果进行分析,喜炎平组、炎琥宁组、苦碟子组的成本-效果分别为 174.3、146.06、286.65,炎琥宁组成本-效果低于喜炎平组与苦碟子组($P<0.05$)。

表 2 各组治疗方案的成本-效果分析

组别	n	成本 C(元)	效果 E(%)	C/E	$\Delta C/\Delta E$
喜炎平组	15	139.44	80.0	174.30	191.73
炎琥宁组	15	126.63	86.7	146.06 [*]	174.08 [*]
苦碟子组	15	248.53	86.7	286.65	341.73

与喜炎平组、苦碟子组比较,^{*} $P<0.05$ 。下同。

2.3 各组治疗方案的成本-效果敏感度分析 见表 3。结果示假设成本下降 10%,喜炎平组、炎琥宁组、苦碟子组的成本-效果分别为 156.88、131.45、232.19,炎琥宁组成本-效果依然低于喜炎平组与苦碟子组($P<0.05$)。

表 3 各组治疗方案的成本-效果敏感度分析

组别	n	降低 10%成本 C(元)	效果 E(%)	C/E	$\Delta C/\Delta E$
喜炎平组	15	125.50	80.0	156.88	174.30
炎琥宁组	15	113.97	86.7	131.45 [*]	158.28 [*]
苦碟子组	15	223.68	86.7	232.19	310.66

3 讨论

急性病毒性心肌炎是指病毒感染引起的心肌局限性或弥漫性的急性炎症病变,临床表现轻者可无症状,重者可出现心力衰竭、心源性休克和猝死。目前无特异性治疗方法,除对症治疗之外,临床主要采用抗病毒,改善微循环,促进心肌供氧和降低氧耗,抗氧化自由基和调节免疫和心肌细胞保护功能为主^[6]。本病属于中医学“心悸”“胸痹”等范畴,中医学认为此病病位在心,病因为感受温热邪气所起,病机为邪热犯心,瘀热阻脉。临床表现为发热、头痛、咳嗽、咽部肿痛,心悸、胸闷、胸部灼痛、口苦、气急等热象。治疗上主要是清热解毒、活血祛瘀,通脉止痛。

本次研究笔者选用药物为苦碟子注射液、喜炎平注射液、炎琥宁注射液,苦碟子注射液主要药理作用为活血止痛、清热祛瘀。药理作用显示本品可扩张冠状血管,改善心肌血氧供应,增加纤维蛋白溶解酶活性,抑制血栓形成、缓解肌肉等痉挛作用,治疗后在相关实验室检查如心肌酶、心电图等方面有显著提高。有报道称采用该药物治疗急性病毒性心肌炎,治疗后在心肌酶、心电图恢复率上显著提高,主要不良反应为皮疹、瘙痒、发热、寒战、头晕、头痛、恶心、腹痛、心悸、气促、乏力、乳房胀痛、血压下降等^[7]。炎琥宁和喜炎平是临床常用的抗病毒药物,具有良好的抑制病毒的扩散、传播等作用,且能调节机体免疫功能,促进患者免疫力增强^[8]。

本次的研究结果显示,从临床治疗效果上看,3 组治疗总有效率相当,苦碟子组、炎琥宁组总有效率略高于喜炎平组,3 组差异无统计学意义。从成本-效果效果上看,炎琥宁注射液的成本-效果最满意,低于另外两组,苦碟子注射液成本-效果最差。当成本假设降低 10%,依然是苦碟子注射液成本-效果最差。为了验证不同的假设或估算对分析结果的影响性进行敏感度分析,假如参与不同的数据在一定的限度内的改变并不影响分析结论,则可认为目前的分析是可信的^[9]。成本-效果是经济学领域常见的评价方法,主要目的是在保证最大临床效果同时,尽可能的降低成本。VMC 具有高复发率、高死亡率和高并发症发生率等特点,在治疗上往往需结合其他高科技手段治疗,故会产生高昂费用支出。且西医在治疗上仍以对症治疗为主,而多数药物均有首观效应,长时间治疗存在耐药性和肝肾功能损害。这又增加了医疗费用支出。故对于 VMC 的治疗不仅仅是一个医疗问题,我们要从社会经济学

角度出发,在考虑药物安全性和有效性同时,要以最低的经济成本获得最佳的治疗效果^[10]。这有助于医疗资源的最大利用化,促进医疗资源的合理运用,减少患者医疗费用支出,减少因病至贫发生,延长患者生命,促进社会和谐均有很重要作用^[11]。

参 考 文 献

- [1] 王艳华,樊蓉,陈会君,等. 中医药治疗慢性急性病毒性心肌炎的研究进展[J]. 中医药信息, 2011, 28(3): 152-154.
- [2] 程志清,熊福林. 中医药治疗急性病毒性心肌炎的现状与展望[J]. 浙江中医学院学报, 2011, 25(6): 1-4.
- [3] 陈鹏,周君富. Abnormal metabolism of nitric oxide, oxidative stress and lipoperoxidative stress in patients with acute viral myocarditis[J]. 中华医学杂志: 英文版, 2001, 114(11): 1132-1135.
- [4] 赵信科,李应东,马燕花,等. 中医药治疗小儿急性病毒性心肌炎的研究进展[J]. 中医儿科杂志, 2010, 6(2): 53-55.
- [5] 黄超岚,程志清. 中医药免疫调节治疗急性病毒性心肌炎研究进展[J]. 浙江中医学院学报, 2011, 28(5): 88-89.
- [6] 陈扬. 3 种方案治疗儿童急性病毒性心肌炎成本-效果分析[J]. 中国医疗前沿, 2012, 7(8): 70, 82.
- [7] 姜丽丽,王玮琴,金大沅,等. 3 种方案治疗小儿急性病毒性心肌炎的成本-效果分析[J]. 中国临床药理学杂志, 2012, 11(4): 235-237.
- [8] 孙永琦. 双黄连粉针剂治疗急性病毒性心肌炎的疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(8): 1381-1381.
- [9] 杨理会. 4 种中药注射液治疗急性病毒性心肌炎的成本-效果分析[J]. 中国新药杂志, 2010, 13(8): 761-762.
- [10] 任艳丽,郑磊,胡生海,等. 治疗儿童急性病毒性心肌炎的 3 种用药方案成本-效果分析[J]. 药学进展, 2011, 29(4): 174-176.
- [11] 高卉. 注射用双黄连联合黄芪注射液治疗急性病毒性心肌炎 48 例[J]. 中国基层医药, 2011, 18(9): 1276-1277.

(收稿日期 2014-08-09)

参附注射液治疗扩张型心肌病伴顽固性心力衰竭临床观察

戚春辉 奇 龙

(上海市青浦区中医医院, 上海 201799)

中图分类号: R542.2 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1096-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.056

【摘要】目的 观察参附注射液治疗扩张型心肌病伴顽固性心衰的临床疗效。**方法** 将 120 例扩张型心肌病伴顽固性心力衰竭患者随机分为两组,各 60 例。对照组采用常规治疗,而观察组在常规治疗的基础上加用参附注射液,疗程均为 2 周。**结果** 观察组临床症状减轻、体征改善、美国纽约心脏病协会(NYHA)心力衰竭分级减轻、N 端前脑钠素(NT-proBNP)、左心射血分数(LVEF)、每搏心输出量(SV)、一氧化碳(CO)、心脏指数(CI)及舒张期二尖瓣血流最大流速(E)与心房收缩期二尖瓣血流最大流速(A)的比值(E/A)等改善优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。**结论** 参附注射液配合常规抗心力衰竭治疗扩张型心肌病伴顽固性心力衰竭能显著提高疗效。

【关键词】 参附注射液 扩张型心肌病 顽固性心力衰竭

扩张型心肌病(DCM)的临床病理生理表现为正性肌力减弱,心腔扩大,偶伴随充血性心力衰竭。目前由于该病的病因机制尚不明确,西医治疗上尚无特别有效的药物,当前治疗上主要纠正心律失常和改善患者心力衰竭。发病早期患者多应用洋地黄、利尿剂、血管扩张剂、血管紧张素转换酶抑制剂及小剂量 β 受体阻滞剂尚能取得不错的疗效,但当DCM伴顽固性心力衰竭甚至低血压时上述药物的使用则明显受限。顽固性心力衰竭(又称难治性心衰)定义为心功能Ⅲ-Ⅳ级的充血性心力衰竭患者,经对症的常规治疗(洋地黄、利尿剂及血管扩张剂等)及消除合并症和诱因后,心力衰竭的程度和临床症状未能得到改善甚至逐渐加重恶化者。当DCM患者合并顽固性心力衰竭时其死亡率更高,本研究目的即为观察参附注射液在治疗DCM伴顽固性心力衰竭的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 在2011年1月至2014年1月期间本院内科病房住院患者中,选取120例DCM伴顽固性心力衰竭患者,诊断标准符合DCM合并顽固性心力衰竭标准^[1],心功能分级标准依据美国纽约心脏病协会(NYHA)制定的标准;排除各种明确心脏疾病患者,如先天性心血管病、冠心病、风湿性心脏瓣膜病、急性病毒性心肌炎及各种继发性心脏病患者及治疗过程中死亡的患者。120例入组患者按随机数字表法随机分为观察组和对照组各60例。其中观察组男性40例,女性20例;年龄45~85岁,平均63.00岁;心功能按NYHA分级标准,Ⅲ级者31例,Ⅳ级者29例。对照组男性42例,女性18例;年龄44~87岁,平均62.70岁;心功能按NYHA分级标准,Ⅲ级者28例,Ⅳ级者32例。治疗前两组比较年龄、性别及心功能分级差异无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组采用规范的抗心力衰竭西药治疗,包括使用强心药物洋地黄、利尿剂、血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)、扩血管药物,同时卧床休息、低盐饮食、吸氧等。观察组在常规治疗的基础上加用参附注射液,5%葡萄糖注射液250 mL加参附注射液60 mL静脉滴注,每日1次^[2]。两组疗程均为2周,治疗过程中密切关注患者生命体征及注意水/电解质紊乱和酸碱平衡等。

1.3 观察指标 治疗前后做血、尿、粪常规,肝功能,肾功能,电解质等常规检查。临床疗效参考标准为《中药新药临床研究指导原则》及美国纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级标准^[3-5]。痊愈:患者症状消失。显效:治疗后患者症状评分下降 $>2/3$ 。有效:治疗后患者症状评分下降 $2/3\sim 1/3$ 。无效:治疗后患者症状评分下降 $<1/3$ ^[6]。心功能疗效标准如下。治愈:心功能恢复至

I级,症状及阳性体征基本消失,检查结果基本正常。显效:心功能提高2个级别以上,但未达到I级标准,症状、体征及检查结果明显改善。有效:心功能进步1个级别以上,而未达到I级,症状、体征及检查结果改善。无效:心功能水平提高不足1个级别及心力衰竭未能控制,加重或死亡^[6]。

1.4 统计学处理 采用SPSS16.0统计软件。计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,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 两组治疗前后临床症状积分比较 见表1。两组治疗前后自身比较,差异均有统计学意义($P<0.01$),治疗后组间比较差异具有统计学意义($P<0.01$)。

表1 两组治疗前后临床症状积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	60	27.91 $\pm$ 3.31	9.78 $\pm$ 2.17 [△]
对照组	60	27.14 $\pm$ 3.11	16.10 $\pm$ 2.04 [*]

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 两组心功能疗效比较 见表2。结果示观察组心功能总有效率明显优于对照组($P<0.01$)。

表2 两组治疗前后心功能疗效比较 n(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	60	28	18	10	4	56(93.34) [△]
对照组	60	12	18	17	13	47(78.33)

与对照组比较,[△] $P<0.01$ 。

2.3 两组N端前脑钠素(NT-proBNP)及心功能参数比较 见表3。两组NT-proBNP、左心射血分数(LVEF)、每搏心输出量(SV)、一氧化碳(CO)、心脏指数(CI)及舒张期二尖瓣血流最大流速(E)与心房收缩期二尖瓣血流最大流速(A)的比值(E/A)等均较治疗前改善;观察组改善程度优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表3 两组治疗前后心功能各项参数比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	NT-proBNP(pg/mL)	LVEF(%)	SV(mL)	CO(L/min)	CI(L/min·m ²)	E/A
观察组 (n=60)	治疗前	620.9 $\pm$ 116.9	0.46 $\pm$ 0.11	47.41 $\pm$ 9.52	2.98 $\pm$ 0.51	2.67 $\pm$ 1.06	0.67 $\pm$ 0.10
	治疗后	250.1 $\pm$ 46.3 [△]	0.64 $\pm$ 0.13 [△]	75.21 $\pm$ 7.07 [△]	4.24 $\pm$ 0.32 [△]	3.21 $\pm$ 0.96 [△]	1.35 $\pm$ 0.05 [△]
对照组 (n=35)	治疗前	618.8 $\pm$ 112.6	0.45 $\pm$ 0.13	49.81 $\pm$ 9.16	3.02 $\pm$ 0.48	2.80 $\pm$ 0.78	0.71 $\pm$ 0.06
	治疗后	305.7 $\pm$ 51.1 [*]	0.52 $\pm$ 0.14 [*]	50.62 $\pm$ 7.28 [*]	4.24 $\pm$ 0.57 [*]	2.89 $\pm$ 0.83 [*]	1.01 $\pm$ 0.04 [*]

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

3 讨论

DCM目前主要的病因与存在病毒持续感染、特发性、家族性和酒精中毒等因素有关。发病往往比较缓

慢,由于确切的病因不明确,因此,在临床上尚无特效治疗方法及药物,尤其是在合并充血性心力衰竭时患者在西医治疗上往往疗效不佳。目前西医对于 DCM 伴充血性心力衰竭患者的治疗一般采用洋地黄和利尿剂及扩张血管药物等。当 DCM 患者晚期顽固性心力衰竭时常因心肌大面积严重损伤时、合并瓣膜反流及心肌纤维化等因素,心脏可出现严重的机械性障碍,部分患者出现心脏低排综合征而处于低血压状态。对于该类患者在使用利尿剂及血管扩张剂时明显受限,同时患者也更易发生洋地黄类药物中毒,导致患者症状、体征改善不明显,复发率及死亡率较高。参附注射液能增强心脏收缩力,调节外周血管阻力,保护血管内皮细胞,能够平稳升高血压并能抑制神经内分泌系统过度激活,抑制 β 肾上腺素能受体转导系统减敏。当 DCM 患者出现顽固性心力衰竭低血压状态时,在急性期参附注射液能平稳升压,从而使患者能配合使用利尿剂及扩血管药物,减少洋地黄类药物的使用,并可在后续治疗中配合使用 ACEI、受体阻滞剂等药物,既能改善患者急性期的症状与体征,也能降低复发率与死亡率。

心力衰竭归属于中医学“心衰”“脱证”等范畴。元阳不足而致五脏阳气虚衰,水湿痰瘀滋生互结,故其中医病机是阳气虚衰、血脉瘀阻、阳虚水泛、瘀水互结。因此病多发于老年人,古人寿命较现代短,发病者较少,不属于常见多发病范畴。随着我国人口老龄化,日益升高的心力衰竭发病率,已经成为常见多发病。传统中医学越来越重视改变的中医治疗。参附注射液现已成为临床上中医治疗心力衰竭的主要用药。参附注射液,源于古方参附汤,“回阳救逆”。参附汤在《正体类要》《圣济总录》《世医得效方》《重订严氏济生方》等多本古籍医书都有记载,组方人参四钱,附子三钱,功效回阳固脱,主治阳气暴脱之症^[7]。参附注射液主要由人参、附子组成。人参大补元气,固脱生津,附子补火助阳。两药配伍,共奏回阳救逆之效。现代药理学研究表明,人参含有人参皂苷和人参三醇类物质,具有多种不同分子结构,有效活性成分为人参皂苷。而附片主要含有双酯类二萜生物碱(新乌头碱、乌头碱、次乌头碱)及单酯类二萜生物碱,活性成分是乌头类生物碱^[8]。乌药碱能刺激 β 受体,具有正性肌力作用;同时具有兴奋 α 受体作用,显著增加血管流量^[9],具有较强的心肌收缩力及强心作用,且可避免洋地黄类药物的毒副作用。人参皂苷能影响多重的代谢通路,效能较为复杂,可阻滞细胞膜内钙离子通道、促进前列环素(PGI₂)合成及释放、减轻心肌负荷、扩张冠脉、增强心肌收缩能力,在增

加心输出量的同时,降低心肌耗氧量,减少心肌损伤,从而改善心肌细胞的病理异常。此外,还可以激活超氧化物歧化酶,灭活黄嘌呤氧化酶,通过清除氧自由基,减轻心肌纤维化,保护心肌细胞避免损伤发生^[10-13]。

本研究结果显示,DCM 伴顽固性心力衰竭时,参附注射液配合常规抗心力衰竭观察组较单纯常规抗心力衰竭治疗,患者临床症状显著减轻,体征明显改善,NYHA 心力衰竭分级转轻,有效率达 93.34%。而单纯常规抗心力衰竭总有效率仅 78.33%。同时,如文中所述,参附注射液能显著改善一系列临床与心衰相关的实验室指标。综上所述,参附注射液是一种安全、有效、无明显副作用的中药制剂,配合常规抗心力衰竭治疗顽固性心力衰竭能显著提高疗效。

参 考 文 献

- [1] 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):5-16.
- [2] 张仲林,钟玲,臧志和,等. 参附注射液的临床应用与药理作用研究[J]. 西南国防医药,2008,18(3):454-456.
- [3] Amodio G, Antonelli G, Diserio F. Cardiac biomarkers in acute coronary syndromes[J]. J Curr Vasc Pharmacol, 2010, 8(3): 388-393.
- [4] 叶任高,陆再英. 内科学[M]. 人民卫生出版社,2006:333-335.
- [5] 中华心血管病杂志编辑委员会. 全国心肌炎心肌病学术研讨会纪要[J]. 中华心血管病杂志,1999,27(6):408-412.
- [6] Tamura N, Ogawa Y, Chusho H. Cardiac fibrosis in mice lacking brain natriuretic peptide[J]. J Proc Natl Acad Sci USA, 2000, 97(5):4239-4244.
- [7] 陈群娥,王军,徐艳. 参附注射液对缺氧缺血性脑损伤新生大鼠半胱氨酸蛋白酶-1 的影响[J]. 中国妇幼保健,2012,27(5):723-725.
- [8] 江承平,刘福,李毅,等. 参附注射液对脑缺血再灌注大鼠 MDA、SOD、TXB₂ 及 6-keto-PGF₁ α 的影响及意义[J]. 中国医科大学学报,2012,41(2):124-127.
- [9] 黄琼,杨沙宁,金立军. 参附注射液对大鼠慢性心力衰竭保护作用的研究[J]. 现代临床医学,2012,38(3):173-175.
- [10] 付蓉. 参附注射液对心力衰竭大鼠炎症因子的影响[J]. 2012,23(1):36-37.
- [11] 王智超,刘霖,朱梦莉,等. 中西医结合治疗对急性左心衰大鼠 NT-proBNP 变化的影响[J]. 中国中医急症,2010,21(8):1255-1258.
- [12] 梁楠,鲍玲红,江从勋,等. 参附注射液对犬急性心肌梗死的保护作用[J]. 中国医院药学杂志,2012,32(4):292-295.

(收稿日期 2015-01-20)

运脾转枢法对慢性心力衰竭心功能及白细胞介素-10 的影响*

周洪彬 潘艳东 张宏宇[△]

(广东省广州市白云区人民医院, 广东 广州 510500)

中图分类号: R541.6⁺1 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-1099-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.057

【摘要】目的 观察运脾转枢法对慢性心力衰竭心功能及白细胞介素-10(IL-10)影响。**方法** 健康体检者 34 例为对照组, 慢性心力衰竭患者 33 例为慢性心衰组。慢性心衰组采用运脾转枢法进行治疗, 对照组不处理。采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测慢性心衰组治疗前后和对照组外周静脉血 IL-10 水平。**结果** 慢性心衰组治疗后心功能分级优于治疗前($P < 0.01$), 治疗后左心室射血分数(LVEF)高于治疗前($P < 0.01$); 慢性心衰组治疗前 IL-10 水平低于对照组($P < 0.01$), 慢性心衰组治疗后 IL-10 水平高于治疗前($P < 0.01$)。**结论** 运脾转枢法能提高慢性心力衰竭患者的心功能和 IL-10 水平。

【关键词】 慢性心力衰竭 左心室射血分数 白细胞介素-10 运脾转枢法

Effect of Transports the Spleen Hinge on Cardiac Function and Interleukin-10 in Patients with Chronic Heart Failure ZHOU Hongbin, PAN Yandong, ZHANG Hongyu. People's Hospital of Baiyun District, Guangdong, Guangzhou 510500, China

【Abstract】Objective: To investigate the influence of transports the spleen hinge on cardiac function and interleukin-10 in patients with chronic heart failure. **Methods:** 33 patients with chronic heart failure (chronic heart failure group) were treated with transports the spleen hinge. The expression of IL-10 was measured by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) in 33 patients with chronic heart failure before and after treatment as well as 34 normal controls (control group). **Results:** Cardiac function grade of chronic heart failure group after treatment was less than that before treatment ($t = 6.89, P < 0.01$). LVEF after treatment was higher than that before treatment ($t = 13.91, P < 0.01$). The expression of IL-10 in chronic heart failure group before treatment was lower than that in the control group ($t = 8.71, P < 0.01$). The expression of IL-10 after treatment was higher than that before treatment ($P < 0.01$). **Conclusion:** Transports the spleen hinge can improve the cardiac function and IL-10 in patients with chronic heart failure.

【Key words】 Chronic heart failure; Left ventricular ejection fraction; Interleukin-10; Transports the spleen hinge

慢性心力衰竭(CHF)又称慢性心功能不全, 主要以呼吸困难、水肿和乏力等为临床特征, 是以心肌损害、心室重构、心室泵血功能低下等为病理生理的不可逆性改变^[1]。研究提示许多细胞因子的变化参与了慢性心力衰竭的进展过程, 特别是白细胞介素-10 (IL-10) 作为一种抗炎、抗氧化应激能力的细胞因子与 CHF 的发生发展有密切相互关系^[2-3]。西医治疗 CHF 主要通过强心、利尿、扩张血管等药物和方法, 但较易出现中毒、电解质紊乱、心律失常等副作用。中医运脾转枢法治疗 CHF 是临床上已证实的一种有效方法。本研究采用运脾转枢法治疗 CHF 取得了较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1) 纳入标准: 符合慢性心力衰竭诊断标准^[4], 参照美国心脏学会(NYHA)心功能分级为Ⅱ、Ⅲ级的轻中度 CHF 患者; 原发病为冠心病、高血压心脏病、风湿性心脏病 3 种者; 自愿同意并签订知情同意书患者; 年龄 50~70 岁者。2) 排除标准: 正接受其他有关治疗, 可能影响本研究指标观测者; 未按规定治疗、无法判断疗效或资料不全等影响疗效判断者; 合并有恶性肿瘤、精神疾病及脑、肝、肾、造血系统等严重疾病者; 风湿活动或瓣膜未修补的风湿性心脏病者; 未经有效控制的冠心病者; 未经有效控制的高血压病者; 心力衰竭合并未控制感染者。

1.2 临床资料 选择 2012 年 11 月至 2014 年 12 月广东省广州市白云区人民医院综合科住院患者 33 例作为研究对象(慢性心衰组), 均符合上述标准。其中男性 18 例, 女性 15 例; 年龄 54~69 岁, 平均(61.47±

* 基金项目: 广东省 2012 年科技计划项目(20120318087);

广东省 2015 年建设中医药强省科研课题(20152047)

△通信作者(电子邮箱: 605027532@qq.com)

5.21)岁;病程0.33~7年,平均(3.68±1.09)年;心功能分级^[5]Ⅱ级17例,Ⅲ级16例;冠心病14例,高血压心脏病16例,风湿性心脏病3例;运脾转枢法中医证候分型^[6]心肾阳虚、脾阳不振、气不化水证19例,肺失通调、脾不健运、肝郁气滞证14例。另选择同期健康体检者(对照组)34例,自愿参与本研究,男性20例,女性14例;年龄52~68岁,平均(60.38±5.32)岁;心功能分级均为Ⅰ级,近1个月无急、慢性疾病史。两组性别构成及年龄差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 慢性心衰组患者入院后均采用中西医结合治疗措施。西医基本治疗:注意休息、吸氧、控制水钠摄入并保持水/电酸碱平衡,积极治疗原发病,但不予强心、利尿、扩张血管类等药物治疗。运脾转枢法中医治疗^[6]:19例心肾阳虚、脾阳不振、气不化水证治则以益气理脾、温阳行气、化水祛湿为主;方选六君子汤(党参18~24g,白术12~24g,茯苓12~24g,甘草5~9g,半夏9~15g,陈皮12~18g)加五味子6~9g,麦冬12~18g,黄芪12~24g,薏苡仁12~18g,桑白皮9~15g,泽泻9~15g。如气促、大汗淋漓、四肢厥冷者合用参附汤(红参9~18g,附子3~9g);全身水肿、腹高胀满、小便短少等合用五皮饮(五加皮6~12g,地骨皮6~12g,茯苓皮6~12g,大腹皮6~12g,生姜皮6~12g),加厚朴9~15g,木香6~12g;心悸、不寐、面浮晦滞、纳少、跗肿等合用归脾汤(当归12~18g,黄芪12~24g,茯苓12~24g,龙眼肉12~18g,远志12~18g,酸枣仁6~9g,木香6~12g,甘草5~10g,红参9~18g);14例肺失通调、脾不健运、肝郁气滞证治则以健脾柔肝、宣肺利尿、行气化痰为主;方选归芍六君子汤(当归12~18g,白芍12~18g,党参18~24g,白术12~24g,茯苓12~24g,甘草5~9g)合五味子6~9g,麦冬12~18g,熟地黄12~24g为主方,据症加减。如痰黏稠不易咯出者加款冬花12~18g,远志12~18g,喘甚者加山茱萸12~18g,补骨脂12~18g,浮肿明显者加黄芪12~24g,薏苡仁12~18g,桑白皮9~15g,泽泻9~15g。上述中药由笔者所在医院中药制剂室统一煎煮,每日1剂,水煎分2次口服,每次口服150mL,服药期间避免辛辣刺激类食物,连服30d后评定相应指标。

1.4 观察指标 慢性心衰组治疗前后常规检查血常规、尿常规、大便常规、血生化、X线胸片、心电图及心脏彩色多普勒超声等,记录好治疗前后左心室射血分数(LVEF)及临床心功能分级数据。IL-10检测^[7]:采用IL-10酶联免疫吸附试验试剂盒(美国Sigma公司)、酶标仪(奥地利ANTHOS2010型),取心衰组治疗前后及对照组外周静脉血(EDTA抗凝)各2mL,均3000r/min离心20min,取上清液,-30℃条件保存备用。检测时将-30℃保存血浆标本取出,解冻复融至室温并充分混匀,3000r/min离心5min,取其上清液血浆;采用

ELISA法测定IL-10水平,具体测定程序和方法严格按照试剂盒说明书进行。

1.5 统计学处理 采用SPSS15.0统计学软件。计量资料均数以($\bar{x}\pm s$)表示,两组均数比较采用 t 检验;等级资料转化成计量资料后进行相应统计分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 慢性心衰组治疗前后心功能比较 见表1。慢性心衰组治疗后NYHA心功能分级数、LVEF均优于治疗前(均 $P<0.01$)。

表1 慢性心衰组治疗前后心功能分级与LVEF水平($\bar{x}\pm s$)

时 间	n	NYHA 分级(n)			NYHA 分级 (分)	LVEF (%)
		I	II	III		
治疗前	33	0	17	16	2.48±0.51	42.18±4.83
治疗后	33	16	12	5	1.67±0.74*	51.21±5.69*

与治疗前比较,* $P<0.01$ 。

2.2 慢性心衰组治疗前与对照组IL-10比较 慢性心衰组治疗前外周静脉血IL-10水平为(25.20±6.26)ng/L,低于对照组的(32.71±4.38)ng/L($P<0.01$)。

2.3 慢性心衰组治疗前后IL-10水平比较 慢性心衰组治疗前外周静脉血IL-10水平为(25.20±6.26)ng/L,低于治疗后的(31.54±4.04)ng/L($P<0.01$)。

3 讨论

运脾转枢法^[6]是江西名老中医周炳文先生所倡导的中医治法,以脾主升运属阴土、胃主和降属阳土、相反相成、运动不息的特殊功能为依据而倡“运”为主,脾升清。胃和降为人体整个生理功能代谢的“枢”纽,蕴含多法存在,如寒、温、补、泻,虽治法各异,而运脾则一。本研究结果示,采用运脾转枢法中医治疗CHF,治疗后临床心功能分级优于治疗前,治疗后LVEF高于治疗前,表明运脾转枢法可改善CHF患者心功能和临床症状,与有关报道相似^[7]。周老根据脾胃运动不息为正常,壅滞不畅为病象而提出“脾胃贵在流通”的论点,丰富了中医脾胃学说,采用运脾转枢法治疗CHF,其理论依据是五脏相关、心病从脾论治^[8]。周炳文认为^[9]心病之证应分标本,标有气火痰瘀,本以阴阳气血虚为主;健脾能养心、益心能助脾,故运脾转枢,心病可从脾治,使运脾转枢具多向调节、综合治理的功用。笔者采用运脾转枢法以益气理脾的六君子汤为基础方据症加减对CHF轻中度患者进行治疗,大补元气、益气养阴、健脾利水消肿、活血化瘀、共奏强心扩冠并减轻心肌收缩阻力与心肌舒张压力的作用,最终矫正或改善患者心功能,提高心脏泵血功能^[9]。传统的西医药物治疗CHF只能部分改善患者症状、适当提高患者生活质量,但难于从根本上防止心衰发展,运脾转枢法中医治

疗 CHF,既可治标、矫正或改善症状,又可治本、多向调节、整体治疗。

本研究还发现,CHF 患者治疗前血浆 IL-10 表达水平低于正常人与文献报道相似^[10]。国内外研究^[3,10-11]提示有许多细胞因子在体内的变化参与了 CHF 的进展过程,特别是 IL-10 作为一种抗炎、抗氧化应激能力的细胞因子,能抑制多种促炎因子的生成,抑制多种异常的免疫反应,对心肌细胞具有一定的保护作用,而心脏疾病患者体内 IL-10 水平低表达,必然会促使体内多种促炎因子产生和释放,诱导体内多种异常炎症和免疫反应发生,降低 IL-10 对心肌细胞的保护作用,从而引发机体异常的细胞凋亡、心肌损害和心室重构等改变,导致 CHF 发生和发展。研究结果表明,应用运脾转枢法对 CHF 患者治疗后 IL-10 表达水平高于治疗前,尚未见文献报道。可能由于运脾转枢法中医治疗 CHF,通过中医中药的辨证施治,心病从脾论治,多向调节、综合治理,使得治疗后患者血浆 IL-10 水平得以提高,体内被激活的异常炎症和免疫反应得到抑制和纠正,对损害的心肌细胞产生一定的修复和保护作用,使患者的心功能、心脏泵血功能得到一定程度改善和提高,患者整体状况好转。

总之,运脾转枢法治疗 CHF,按心病从脾论治,其疗效不容置疑,而治疗 CHF 的疗效和细胞因子 IL-10 水平的变化作用机制等,是今后进一步深入继续研究的课题。

参 考 文 献

[1] 吉亚军,王霞莹,俞子祥. 中西医结合治疗对慢性心衰患者心功能的影响[J]. 中国中医急症,2012,21(3):501-502.

- [2] Zhang Q, Hu LQ, Yin CS, et al. Catechin ameliorates cardiac dysfunction in rats with chronic heart failure by regulating the balance between Th17 and Treg cells [J]. *Inflamm Res*, 2014, 63(8):619-628.
- [3] 赵月香,王海昌,李小鹰,等. 慢性心力衰竭大鼠模型 TNF- α 、IFN- γ 、IL-4 和 IL-10 的表达[J]. 放射免疫学杂志,2008, 21(1):1-3.
- [4] 胡申江. 2012 年欧洲心脏学会《急性和慢性心力衰竭诊断和处理指南》简介[J]. 心脑血管病防治,2012,12(6):435-437.
- [5] 汤伟,刘芹,陈丽萍,等. 综合管理对慢性心力衰竭患者心功能及生活质量的影响[J]. 上海医药,2012,33(6):43-45.
- [6] 周洪彬,周泽彬,古容芳,等. 名老中医周炳文以运脾转枢法治疗慢性心衰经验介绍[J]. 新中医,2009,41(4):11-12.
- [7] 张宏宇,毛祖豪,陈晓芬. 银屑病与白细胞介素-17 和白细胞介素-10 表达水平的相关研究[J]. 中国医师进修杂志, 2014,37(33):19-20.
- [8] 林家茂,李珩,郭伟星,等. 周杰教授从“心脾相关”论治慢性心力衰竭探析[J]. 世界中西医结合杂志,2014,9(4): 344-346,350.
- [9] 古容芳. 周炳文老中医的运脾转枢法及其临床运用[J]. 井冈山学院学报:自然科学,2008,29(4):103-104.
- [10] Parissis JT, Adamopoulos S, Rigas A, et al. Comparison of circulating proinflammatory cytokines and soluble apoptosis mediators in patients with chronic heart failure with versus without symptoms of depression [J]. *Am J Cardiol*, 2004, 94(10): 1326-1328.
- [11] Abdullah T, Nurzen S, Tuna KM, et al. Short-term effects of fluvastatin therapy on plasma interleukin-10 levels in patients with chronic heart failure [J]. *Coron Artery Dis*, 2008, 19(7): 513-519.

(收稿日期 2015-02-11)

中西医结合治疗冠心病心绞痛临床观察

马润磊¹ 黄海青^{2Δ} 许文科¹

(1.南京中医药大学,江苏 南京 210023;2.江苏省中医院,江苏 南京 210029)

中图分类号:R541.4 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)06-1101-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.058

【摘要】目的 观察自拟通痹汤治疗冠心病心绞痛的临床疗效。**方法** 将 120 例冠心病患者随机分为两组,治疗组与对照组各 60 例。对照组采用西医常规手段治疗,治疗组在此基础上加用自拟通痹汤,两组疗程均为 1 个月。**结果** 治疗组总有效率为 80.00%,明显高于对照组的 51.67%($P<0.05$)。两组治疗后心电图疗效比较,治疗组总有效率为 96.67%,明显高于对照组的 81.67%($P<0.05$)。两组治疗后总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、三酰甘油(TG)均较治疗前改善($P<0.05$);两组比较,治疗组改善明显优于对照组($P<0.05$)。两组治疗后心绞痛发作频率均较治疗前减少($P<0.05$),心绞痛持续时间均较治疗前缩短($P<0.05$);与对照组比较,心绞痛发作频率减少次数以及心绞痛持续时间差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 中西医结合治疗冠心病心绞痛具有良好的临床疗效。

【关键词】 中西医结合 冠心病心绞痛 临床观察

Δ通信作者(电子邮箱:ddb10@yeah.net)

冠心病为心脏冠状动脉血液供应减少或受阻引发的心脏疾病^[1-2],心绞痛为其主要的临床表现之一^[3]。本病严重地危害着人类健康。随着社会压力的增加,饮食结构与生活方式的改变,本病日益增多,且日益年轻化^[4]。本病若不及时治疗,发展下去,可导致心衰或并发感染、肝肾功能衰竭等死亡^[5]。近年来中医中药治疗本病的治疗效果为医学界公认^[6]。笔者近年来采用中西医结合的方式治疗冠心病心绞痛,在西医治疗的基础上加用自拟通痹汤取得了良好的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床西医诊断符合《缺血性心脏病的命名及诊断标准》^[7]。中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]制定。排除标准:1)不符合诊断标准者;2)有严重肝肾功能不全者;3)有严重精神疾病者;4)对本实验不知情者。

1.2 临床资料 选取本院 2013 年 6 月至 2014 年 8 月间收治冠心病心绞痛(稳定型)患者 120 例,辨证为心阳亏虚、痰瘀阻络证。按随机数字表法将其分为治疗组与对照组,各 60 例。治疗组男性 28 例,女性 32 例;平均年龄(66.24±4.59)岁;曾行经皮冠状动脉介入(PCI)术者 9 例,SYNTAX 积分高分 3 例,中分 3 例,低分 3 例。对照组男性 24 例,女性 36 例;平均年龄(64.29±3.59)岁;曾行 PCI 术者 6 例。SYNTAX 积分高分 5 例,中分 3 例,低分 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 对照组采用西医常规治疗手段,包括酒石酸美托洛尔、单硝酸异山梨酯缓释胶囊、拜阿司匹林(1 年内行 PCI 术患者加用氯吡格雷)等治疗。治疗组在此基础上加用自拟通痹汤。组方:枳壳 15 g,薤白 15 g,瓜蒌皮 15 g,桂枝 15 g,厚朴 15 g,黄芪 15 g,牡丹皮 15 g,丹参 15 g,茯苓 15 g,法半夏 15 g,细辛 6 g。胸闷严重者,重用枳壳 30 g;痰湿较重,加量茯苓至 30 g,加白芥子 15 g;心胸灼热者,加黄芩 15 g;大便秘结,加大黄 10 g。水煎服,早晚温服,每日 1 剂。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。观察两组治疗后心电图变化以及血脂指标如总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、三酰甘油(TG)等改善情况。观察治疗后两组每周心绞痛发作频率和持续时间情况,以及两组每周硝酸甘油用量情况。

1.5 疗效标准 临床疗效判定标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]制定。临床治愈:胸痛以及伴随症状消失,ST 段恢复正常,随访半年以上未复发。显效:胸痛程度明显减轻,ST 段改善。有效:胸痛程度减轻,异常的 ST 段改善轻微。无效:胸痛及 ST 段无变化。心

电图疗效评定标准参照《冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准》^[3]制定。临床疗效总有效率=(临床治愈+显效)/总例数×100%。心电图总有效率=(显效+有效)/总例数×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,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	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	60	34	14	11	1	48(80.00) [△]
对照组	60	14	17	24	5	31(51.67)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组心电图疗效比较 见表 2。结果示治疗组总有效率为明显高于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组心电图疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	60	46	12	2	58(96.67) [△]
对照组	60	27	22	11	49(81.67)

2.3 两组血脂水平变化比较 见表 3。结果示两组治疗后 TC、LDL-C、HDL-C、TG 均较治疗前改善($P<0.05$);两组比较,治疗组改善明显优于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组血脂水平变化比较(mmol/L , $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	TC	LDL-C	HDL-C	TG
治疗组	治疗前	5.14±0.75	3.44±0.51	1.68±0.11	0.94±0.22
	($n=60$) 治疗后	4.59±0.66 ^{*△}	3.08±0.42 ^{*△}	0.96±0.11 ^{*△}	1.14±0.21 ^{*△}
对照组	治疗前	5.21±0.58	3.45±0.53	1.88±0.23	0.88±0.23
	($n=60$) 治疗后	4.94±0.65 [*]	3.24±0.68 [*]	1.44±0.37 [*]	1.35±0.41 [*]

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。

2.4 两组治疗前后心绞痛发作频率和持续时间比较 见表 4。结果示两组治疗后心绞痛发作频率均较治疗前减少($P<0.05$),心绞痛持续时间均较治疗前缩短($P<0.05$);与对照组比较,心绞痛发作频率减少次数

表 4 两组治疗前后心绞痛发作频率和持续时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	心绞痛发作频率(次/周)	心绞痛持续时间(min/次)
治疗组	治疗前	5.14±0.75	3.44±0.51
	($n=60$) 治疗后	4.59±0.66 ^{*△}	3.08±0.42 ^{*△}
对照组	治疗前	5.21±0.58	3.45±0.53
	($n=60$) 治疗后	4.94±0.65 [*]	3.24±0.68 [*]

以及心绞痛持续时间差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

冠心病心绞痛可归属于中医学“胸痹”“心痛”范畴^[9]。本病病机主要为心阳不振、心脉痹阻。《素问·痹论》篇“心痹者,脉不通”。《素问·脉要精微论》篇“脉者,血之府也……涩则心痛”。《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》更有明确的论述,认为“阳微阴弦,即胸痹而痛,……所以胸痹心痛者,以其阴弦故也”。因此,引起胸痹的根本原因在于心阳亏虚。

治疗本病,温通心阳为基本治疗大法,在此基础上,临床根据辨证情况加以活血、化痰、行气等治法。笔者在常规西医的治疗基础上加用自拟通痹汤治疗本病。本方由《金匱要略》枳实薤白桂枝汤化裁而成。《金匱要略》曰“胸痹心中痞气,气结在胸,胸满,胁下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之”。笔者在此方基础上,换枳实为枳壳,加黄芪、牡丹皮、丹参、茯苓、法半夏、细辛组成自拟胸痹汤。全方由枳壳、薤白、瓜蒌皮、桂枝、厚朴、黄芪、牡丹皮、丹参、茯苓、法半夏、细辛等药组成。方中薤白、桂枝、细辛温通心阳,枳壳、厚朴宽胸理气,瓜蒌皮、茯苓、法半夏化痰祛湿,兼宽胸。牡丹皮、丹参活血化痰,丹参兼安神。黄芪补气行气。全方共奏温阳散寒、活血通络、行气化痰之功,因此从治疗结果看,治疗组治疗本病总有效率高于对照组,中西医结合治疗本病取得了良好的效果。此外,心电图方面,治疗组心电图有效率也明显优于对照组,心绞痛发作频率以及持续时间也明显少于对照组,这可能与方中多种药物的药理有关,如枳壳可抑制血小板聚集,同时能抗血栓以及降血脂^[10]。瓜蒌皮、瓜蒌仁^[11]就能显著增加离体豚鼠心脏冠脉流量,在给药量极低时也能起明显作用。瓜蒌具有增加血流量、扩张冠状动脉、提高动物耐氧能力等作用。此外,据研究瓜蒌、薤白合用,可对血小板聚集起到抑制和促进其解聚作用,因此瓜蒌和薤白合用可以有效预防血栓形成。黄芪补气,而补气药可提高心功能以及抑制血小板聚集,可以改善冠心病患者的血流动力学指标。丹参活血,丹参里面的丹参酮ⅡA具有抑制血管内皮细胞减少,保护血管内皮细胞的作用^[12]。细辛具有强心抗心肌缺血及抗心律失常作用。这些都有助于心电图的改善以及心绞痛的发生频率以及持续时间的降低。此外,血脂方面,治疗组血脂改善水平优于对

照组。这和方中有些药物具有良好的降血脂、改善血液黏稠度作用有关,如枳壳除抗血栓之外,还具有良好的降血脂作用。同时活血化瘀药有助于改善血液的高凝、高聚状态,方中丹参、牡丹皮皆为常用的活血药,据研究丹参具有较好的降低血黏度、清除氧自由基的作用。此外,痰湿体质之人其血液往往处于“浓、黏”之高凝高黏状态,而血液高凝高黏状态又与冠心病的发生、发展有着密切的关系。因此化痰、化湿药物也为治疗冠心病的常用药物,方中法半夏、茯苓化湿化痰,据研究法半夏具有显著的降血脂作用,能延缓或阻止高脂血症的形成,能较好地改善高血脂情况^[13]。在治疗冠心病时加入化痰药,会加强治疗本病的疗效。

参考文献

- [1] 王艳芳. 化痰祛瘀益气活血法治疗冠心病临床观察[J]. 中国中医急症, 2010, 19(8): 1278-1292.
- [2] 石磊. 美托洛尔治疗 96 例冠心病临床观察[J]. 中国卫生产业, 2011, 8(8, 9 合期): 59.
- [3] 王亚玲. 硝酸甘油静滴治疗冠心病临床观察[J]. 亚太传统医药, 2009, 5(5): 75-76.
- [4] 卢建梅. 生脉注射液治疗 115 例冠心病临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2009, 17(9): 129-130.
- [5] 郝瑞席, 孟闫燕, 杨巧宁. 冠心病“瘀”、“毒”从化与综合防治[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(6): 641-642.
- [6] 马艳东, 李萍, 王玉栋. 中医中药治疗冠心病进展[J]. 河北中医, 1999, 21(6): 390-391.
- [7] 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. 缺血性心脏病命名及诊断标准[J]. 中华心血管病杂志, 1981, 9(1): 75-76.
- [8] 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: 23.
- [9] 李云合, 赵建礼. 栝蒌薤白汤治疗冠心病临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2010, 26(6): 379.
- [10] 章斌, 金剑, 金芝贵. 枳壳的药理作用与临床应用进展[J]. 药学进展, 2013, 55(11): 1462-1464.
- [11] 滕勇荣, 王连侠, 张永清. 瓜蒌药理研究进展[J]. 齐鲁药事, 2010, 29(7): 417-419.
- [12] 宋立群. 丹参药理作用研究进展[J]. 社区医学杂志, 2012, 10(24): 51-52.
- [13] 李军林, 蔡学兵. 瓜蒌薤白半夏汤加味治疗冠心病临床观察[J]. 中西医结合与祖国医学, 2011, 15(9): 846-847.

(收稿日期 2015-02-12)

欢迎投稿·欢迎订阅

湿疹的中西医结合治疗及护理*

刘善会 朱启梦[△] 史丙俊 龚 娟

(重庆市中医院, 重庆 400011)

中图分类号: R758.23 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1104-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.059

【摘要】目的 观察中药药浴联合药物治疗湿疹的临床疗效。**方法** 将湿疹患者 483 例随机分为药浴组 253 例和对照组 230 例, 对照组口服给予西替利嗪, 静脉输液灯盏细辛, 外用糠酸莫米松软膏。药浴组在对照组治疗方案基础上增加中药药浴治疗, 两组疗程均为 7 d。**结果** 药浴组临床总有效率为 83.79%, 明显高于对照组的 60.43% ($P < 0.05$)。药浴组的临床症状瘙痒、红斑、丘疹、苔藓化症状积分改变情况显著优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 中药药浴对于湿疹是一种有效处理方法, 值得广泛推广。

【关键词】 中药药浴 湿疹 护理

The Combination traditional Chinese and western medicine treatment and Nursing on Eczema LIU Shanhui, ZHU Qimeng, SHI Bingjun, et al. Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital Chongqing, Chongqing 400010, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical efficacy in remitting itch and enhancing comfortable and degree of satisfaction of Traditional Chinese Medicated Bath in treatment for eczema. **Methods:** 483 cases were collected and randomly divided into two groups. Traditional Chinese Medicated Bath group (253 cases) were given Traditional Chinese Medicated bath treatment on the basis of conventional treatment similar to the control group. Control group (230 patients) was treated by Cetirizine and mometasone furoate cream. The clinical effects were observed and compared. **Results:** The effective rate of Traditional Chinese Medicated Bath group (83.97%) was higher than that of control group (60.43%). The scores of itch, erythema, papules, moss symptoms of Traditional Chinese Medicated Bath group were improved better than that of control group (all $P < 0.05$). **Conclusion:** Traditional Chinese Medicated Bath is a great kind of method to treat eczema, which is worth widely popularizing.

【Key words】 Traditional Chinese Medicated Bath; Eczema; Nursing

湿疹是由多种内外因素引起的一种具有明显渗出倾向的皮肤炎症反应, 具有皮疹多样性、瘙痒性、反复发作的特点。西医治疗湿疹的主要方法有抗组胺、镇静剂、抗感染、糖皮质激素治疗等, 对控制病情有很好疗效, 但长期用药不良反应较多、复发率高^[1]。中医理论认为皮肤瘙痒主要是风、湿、热、虫客于肌肤所致, 红斑、丘疹、渗出多由风、湿、热相搏而成^[2]。在中医理论指导下, 我院积极探索疗效好、副作用小、使用方便的传统疗法, 选用由野菊花、千里光、白癣皮、薄荷等组成的肤光粉进行药浴治疗湿疹, 取得了较好的效果。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符合西医湿疹诊断标准^[3]。中医诊断标准参照文献^[4]。诊断: 慢性湿疹急性复发, 中医证型为湿热浸淫证。临床表现为躯干、四肢红斑、丘疹, 皮肤潮红灼热、水疱、糜烂渗出、心烦、口渴、部分皮肤粗糙肥厚、色素沉着, 诉瘙痒剧烈,

舌质红, 苔薄白或黄, 脉滑或数, 近 2 周内未接受糖皮质激素治疗。排除标准: 1) 患有严重内科疾病。2) 年龄 70 岁以上。3) 皮肤糜烂、渗液多。4) 妊娠及哺乳期妇女。5) 不按规定完成治疗者。

1.2 临床资料 选取 2011 年 1 月至 2012 年 11 月在我院皮肤科住院的慢性湿疹急性加重的患者 483 例, 按随机数字表法将其分为药浴组 253 例和对照组 230 例。其中药浴组男性 146 例, 女性 107 例, 年龄 20~70 岁, 病程 2~16 年, 平均 (5.33 ± 3.42) 年。对照组男性 124 例, 女性 106 例, 年龄 21~70 岁, 病程 2~14 年, 平均 (5.55 ± 3.64) 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 对照组采用常规西医治疗, 口服抗过敏药物西替利嗪 10 mg, 每日 1 次; 局部给予糠酸莫米松软膏涂擦, 静脉输注 0.9% 氯化钠注射液 250 mL 加灯盏细辛注射液 30 mL, 饮食清淡, 忌辛辣鱼腥发物。观察组在常规西医治疗的基础上增加中药药浴治疗, 每日 1 次, 每次 20 min。两组疗程均为 7 d。护理: 湿疹患者的护理如下。观察皮疹颜色、形态、部位、了解瘙痒程度, 保持皮损处清洁、贴身衣裤柔软、宽松、纯棉制

* 基金项目: 重庆市卫生局中医药科技项目 (2010-2-55)

[△] 通信作者 (电子邮箱: lsh19930424@163.com)

品,床单位清洁、干燥,避免搔抓、热水烫洗,减少皮肤刺激,患者瘙痒难忍,睡前戴薄棉质手套,遵医嘱外用止痒药,口服抗组胺药,皮肤干燥失养,用保湿霜涂擦,保持皮肤滋润,缓解瘙痒。加强湿疹患者健康指导,避免空气中尘螨、花粉、油漆、橡胶等刺激性气体,可以进行过敏原检查,尽可能寻找发病原因或可疑病因,隔绝致敏原,避免再刺激,饮食宜营养清淡,多食蔬菜、水果,忌食辛辣刺激动风发物,如辣椒、花椒、生姜、大蒜、牛肉、羊肉海鲜等。加强情志调护,帮助患者正确认识疾病,掌握正确用药及皮肤护理方法,指导患者注意生活规律,培养兴趣爱好,保持情绪稳定,积极配合治疗。中药药浴前的护理:核对每位患者床号、姓名,解释药浴的目的和注意事项,调节药浴室温度至 22~23℃,湿度 60%~70%,药浴前嘱咐患者适量饮水,带好干净的衣裤更换。中药药浴中的护理:将药浴用肤光粉散剂 100 g,放入 2000 mL 左右的 100℃水中浸泡 30 min。药浴桶内铺好一次性浴缸套,将热水放入浴桶内,成人约 100~120 L,调节水温 38~41℃。水量以完全浸没皮肤为宜,将浸泡后的药液倒入浴盆中,瘙痒严重者可可在药液中放入冰片 3 g。放入冰片前先洗头面部,避免刺激,嘱患者脱下外衣裤,保留内裤,端坐或半卧于浴盆中,使皮肤完全浸入药液中,用毛巾轻轻擦洗,由上至下清洗全身。药浴中观察患者全身皮损情况,询问有无心慌、呼吸急促、头晕等不适,药浴 20 min 后,用干毛巾蘸干水份即可,不用清水冲洗,以延长药物疗效。药浴每天 1 次,7 d 为 1 个疗程。药浴的注意事项:在药浴过程中,由于全身皮肤血管扩张,血液循环加快,回心血量增加,因此患有心脏病、高血压、肺功能不全的患者不宜药浴;空腹或饱餐后不宜药浴;女性月经期间不能药浴。由于药浴时出汗增多,水分丢失致机体血流动力学等方面发生了一过性变化,可出现短时的血压下降、心率增快,发生晕厥等应立即停止药浴,药浴中先后有 5 例患者感觉心慌、气促,扶持患者至病房卧床休息,开窗通风,喝适量温开水,数分钟后缓解。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征的变化情况,观察两组患者皮损面积缩小情况,皮损严重程度减轻及瘙痒缓解情况。参考 EASI 评分法^[5-7],对瘙痒(疼痛)、肥厚粗糙、鳞屑、皲裂、苔藓样变、皮损面积等累计治疗前和治疗后积分,临床表现分为 4 项,即:红斑、硬肿(水肿)/丘疹、表皮剥脱、苔藓化,每一临床表现的严重度以 0~3 分计分,0=无,1=轻,2=中,3=重。各种症状分值之间可记半级分,即 0.5。临床表现面积大小评分:皮损面积占各部位面积的比例分值为 0~6,即:无皮疹为 0 分,<10%为 1 分,≥10%且<20%为 2 分,≥20%且<50%为 3 分,≥50%且<70%为 4 分,≥70%且<90%为 5 分,≥90%为 6 分。瘙痒程度评分:无瘙痒症状为 0 分,轻度瘙痒为 1 分,能忍受的瘙痒为 2

分,难以忍受的瘙痒为 3 分。根据《国家中医药管理局湿疹中医临床路径标准》对各评分采用尼莫地平法计算,(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%,以百分数表示。

1.5 疗效标准 根据文献^[3-4]制定疗效标准。痊愈:皮损完全消退,症状消失,积分值减少≥95%。显效:皮损大部分消退,症状明显减轻,95%>积分值减少≥70%。有效:皮损部分消退,症状有所改善,70%>积分值减少≥30%。无效:皮损消退不明显,症状未减轻或反而加重,积分值减少不足 30%。总有效率=(治愈+显效+好转)/总例数×100%。

1.6 统计学处理 采用 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 两组治疗后临床症状积分改善情况 见表 1。结果示药浴组的临床症状瘙痒、红斑、丘疹、苔藓化症状积分改变情况显著优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗后症状评分改变情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	瘙痒	红斑	丘疹	苔藓化	总积分
药浴组	253	2.0±0.6 [△]	1.9±0.5 [△]	1.1±0.3 [△]	0.6±0.4 [△]	6.2±1.4 [△]
对照组	230	1.6±0.5	1.6±0.4	0.6±0.2	0.5±0.3	4.3±1.0

与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后临床疗效比较 见表 2。结果示药浴组临床总有效率为 83.79%, 明显高于对照组的 60.43%($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗后临床疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	治愈	显效	好转	无效	总有效(%)
药浴组	253	100	112	30	11	242(83.79) [△]
对照组	230	34	105	62	29	201(60.43)

3 讨论

湿疹是由多种内外因素引起的瘙痒剧烈的一种皮肤炎症反应。分急性、亚急性、慢性 3 期。急性期具渗出倾向,湿疹病因复杂,常为内外因相互作用结果,常由精神紧张、过度疲劳、过敏、以及感染引起。西医治疗本病常用抗过敏药物、激素类药物以及抗生素等治疗。同时避免过敏源,避免接触化学成分用品以及刺激性食物。湿疹属于中医学“湿疮”“浸淫疮”等范畴,中医认为湿疹多因禀赋不足,或饮食失节过食荤腥动风之品,脾失健运,内生湿热。或因腠理不密,外感风、湿、热邪,或洗浴淋雨,防护不周,以致内外相搏,充于腠理,浸淫肌肤,发于湿疮。概括病因多由“湿、热、风”邪引起。治疗上以清热解毒、除湿佐以凉血消风为原则。

本研究采用中药药浴方法治疗湿疹取得了良好的

疗效。中药药浴方法是一种传统的治疗方法,在中国已有几千年的历史,据记载自周朝开始,就流行香汤浴。《礼记》中讲“头有疮则沐,身有疡则浴”从清代开始,药浴就作为一种防病治病的有效方法受到历代中医的推崇。中医理论认为,通过药浴,可使药物作用于全身肌表、局部、患处,并经吸收,循行经络血脉,内达脏腑,由表及里,因而产生效应。经现代医学研究表明:皮肤具有吸收外界物质的能力,角质层是皮肤吸收的最重要的途径,药浴使皮肤角质层水合程度增加,促进了药物吸收,药浴时的温热效应,能舒张毛细血管,使皮肤血流加快,皮肤温度上升,机体氧化过程加速,促进新陈代谢,使气血运行全身,舒展肌体,镇静神经,尤其对急性湿疹祛风止痒、清热燥湿作用效果明显,有效缓解瘙痒,减轻皮肤炎症^[8]。本研究选用肤光粉进行药浴治疗,肤光粉是由野菊花、千里光、白鲜皮、苦参、蛇床子、大叶桉、薄荷、冰片等组成的中药药浴方。方中野菊花清热解毒;白鲜皮清热燥湿、祛风解毒;大桉叶清热解毒、杀虫止痒;苦参清热燥湿、杀虫祛风^[9];蛇床子杀虫止痒、祛风燥湿^[10];薄荷宣散风热、透疹;冰片清凉宣发、止痒、并促进药物透皮吸收。现代药理研究证实,千里光、白鲜皮、苦参、蛇床子等均具有不同程度的抑菌、抗炎作用,苦参、蛇床子还兼具抗炎、免疫调节、中枢镇静等功能。前期研究中,课题组对肤光粉的疗效及作用机理进行了探讨^[11],研究表明,肤光粉治疗湿疹疗效较好,尤其在止痒、改善皮损方面疗效显著^[12]。本文观察了肤光粉对湿疹患者的瘙痒症状、皮损情况的影响。结果表明,与常规西药疗法相比,肤光粉药浴能显著缓解瘙痒、红斑和浸润情况,通过中药药浴结合中医护理综合治疗湿疹其临床疗效要优于单纯使用西

医常规治疗。因此,中药药浴结合中医护理综合治疗湿疹在临床值得推广。

参 考 文 献

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2011:731.
- [2] 曾武城,陶茂灿,曹毅. 中药药浴治疗手足部慢性湿疹的临床观察[J]. 中国中医药科技 2014,21(2):195-196.
- [3] 杨志波,范瑞强,邓丙戌. 中医皮肤性病学[M]. 北京:中国中医药出版社,2010:103.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 北京,中国医药科技出版社,2012:263.
- [5] Kempers S, Boguniewicz M, Carter E, et al. A randomized investigator-blinded study comparing pimecrolimus cream 1% with tacrolimus ointment 0.03% in the treatment of pediatric patients with moderate atopic dermatitis[J]. J Am Acad Dermatol, 2004, 51(4):515-525.
- [6] 永敏,任玉让,王黎,等. 最新中药药理与临床应用[M]. 北京:华夏出版社,1999:56-57,544-545.
- [7] 赵辨. 湿疹面积及严重指数评分法[J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(1):3.
- [8] 娄方璐,刁庆春,刘毅. 湿疹中医外治处方用药规律分析[J]. 陕西中医, 2012, (1):34-35.
- [9] 孙宏博,于靖. 苦参药理作用研究进展[J]. 黑龙江医药, 2009, 22(1):83.
- [10] 袁娟丽,谢金鲜. 中药蛇床子药理研究进展[J]. 广西中医学院学报, 2004, 7(1):73.
- [11] 钱思宇,江雪,张钟,刁庆春,等. 肤光方及其加减方的止痒药效观察[J]. 光明中医, 2012, 12(27):2471-2472.
- [12] 陶轶妮,刁庆春,张钟,等. 肤光洗剂治疗慢性湿疹 30 例临床分析[J]. 光明中医, 2012, 12(27):2467-2468.

(收稿日期 2014-09-19)

润肺平喘方剂辅助治疗小儿支气管哮喘急性发作临床观察

任小英

(浙江省绍兴市上虞妇幼保健院,浙江 绍兴 312300)

中图分类号:R725.6 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)06-1106-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.060

【摘要】目的 观察润肺平喘方剂辅助治疗小儿支气管哮喘急性期的疗效。**方法** 将 68 例患儿按照入院时间先后顺序将其分为观察组与对照组各 34 例。对照组给予常规西医治疗。观察组在对照组治疗基础上给予润肺平喘方剂辅助治疗。比较两组患者的最大呼气峰流速值(PEF)变异率、喘息消失时间、肺部喘鸣音消失时间、胸闷消失时间、咳嗽消失时间、住院时间以及治疗后的疗效。**结果** 治疗后,观察组的 PEF 变异率小于对照组($P<0.01$);观察组 PEF 变异率治疗前后差大于对照组($P<0.01$);观察组的喘息消失时间、肺部喘鸣音消失时间、胸闷消失时间、咳嗽消失时间以及住院时间均短于对照组($P<0.01$);观察组的总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。**结论** 润肺平喘方剂辅助治疗小儿支气管哮喘急性期疗效显著。

【关键词】 润肺平喘方剂 小儿支气管哮喘 急性期

小儿支气管哮喘多发于青少年与儿童^[1]。此病通常由慢性炎症造成气道痉挛,发病的临床症状有喘息的反复发作、咳嗽以及呼吸困难等。临床治疗的关键是及时缓解临床症状,避免呼吸衰竭、心力衰竭的发生^[2]。西医主要通过茶碱类激素以及 β_2 受体激动剂对炎症反应进行抑制,小儿患者长期用药容易发生不良反应,而中医在治疗中则表现得更加温和与安全^[3]。为此,本院研究了润肺平喘方剂辅助治疗小儿支气管哮喘急性期的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2013 年 12 月至 2014 年 10 月本院接诊的 68 例急性期支气管哮喘患儿进行研究。按照入院时间先后顺序将其分为观察组与对照组。整个研究均在患者家属的知情同意下进行,并经过我院伦理委员会的批准。入选患者均符合《儿童支气管哮喘防治常规(试行)》^[4]标准,病情分级均为轻度与中度,年龄在 3~12 岁之间。排除病情严重者,对治疗药物发生过过敏反应者,具有严重呼吸道感染者以及参加其他临床试验者。观察组 34 例,其中男性 19 例,女性 15 例;年龄 3~11 岁,平均 (4.68 ± 2.37) 岁;病程 (2.46 ± 0.34) d;病情程度中,轻度 10 例,中度 24 例,重度 0 例。对照组 34 例,其中男性 18 例,女性 16 例;年龄 3~11 岁,平均 (4.59 ± 2.41) 岁;病程 (2.29 ± 0.43) d,病情程度中,轻度 11 例,中度 23 例,重度 0 例。两组患者年龄、性别、病情程度差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组患者给予常规的西医治疗,具体为:吸入 400~600 μg 普米克都保以及 9~18 μg 奥克斯都保,每日 1 次;口服氨茶碱缓释片,1 次 0.2 g,每日 2 次。观察组在对照组治疗基础上加用润肺平喘方剂。组方:矮地茶 15 g,葶苈子 10 g,杏仁 9 g,桑白皮 9 g,炙麻黄 6 g,地龙 6 g,白果 6 g,丹参 6 g,桃仁 6 g,瓜蒌 6 g,甘草 3 g。寒哮患者加用桂枝 5 g,细辛 2 g;热哮患者加用石膏 15 g,黄芩 6 g;痰多患者加用胆南星 10 g,浙贝母 10 g;咳嗽严重患者加用款冬花 10 g,紫菀 10 g;对于哮喘患者加用地龙 10 g,射干 10 g。药物采用免煎制剂,用温开水冲泡到 120~180 mL,小于 5 岁的患者每次 30 mL,大于 5 岁的患者每次 60 mL,每日 2 次,服用 5 d 后停药 2 d。

1.3 观察指标及疗效评定 观察比较两组患者的最大呼气峰流速值(PEF)变异率、喘息消失时间、肺部喘鸣音消失时间、胸闷消失时间、咳嗽消失时间、住院时间以及治疗后的疗效。具体的疗效评价标准根据《儿童支气管哮喘防治常规(试行)》^[4]进行。

1.4 统计学处理 应用 SPSS18.0 统计软件。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计量资料的比较采用 t 检验,计数资料的比较采用 χ^2 检验,等级资料的比较采用秩和检验

进行。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 PEF 变异率的统计分析比较 见表 1。治疗后,观察组的 PEF 变异率小于对照组($P < 0.01$);观察组 PEF 变异率治疗前后差大于对照组($P < 0.01$)。

表 1 两组患者 PEF 变异率的统计分析比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	治疗前	治疗后	治疗前后差
观察组	34	27.21 $\pm$ 1.46	14.82 $\pm$ 1.98 ^{△△}	12.27 $\pm$ 2.76 ^{△△}
对照组	34	27.41 $\pm$ 1.23	20.94 $\pm$ 2.75	6.13 $\pm$ 3.72

与对照组治疗后比较, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

2.2 两组患者治疗后阳性体征消失时间以及住院时间比较 见表 2。观察组的喘息消失时间、肺部喘鸣音消失时间、胸闷消失时间、咳嗽消失时间以及住院时间均短于对照组($P < 0.01$)。

表 2 两组患者治疗后阳性体征消失时间以及住院时间比较 $(\bar{d}, \bar{x} \pm s)$

组别	n	喘息消失时间	肺部喘鸣音消失时间	胸闷消失时间	咳嗽消失时间	住院时间
观察组	34	3.25 $\pm$ 0.91 ^{△△}	4.85 $\pm$ 1.12 ^{△△}	3.16 $\pm$ 0.98 ^{△△}	4.79 $\pm$ 0.37 ^{△△}	5.29 $\pm$ 1.57 ^{△△}
对照组	34	6.27 $\pm$ 2.09	6.98 $\pm$ 1.34	6.19 $\pm$ 1.84	8.51 $\pm$ 1.88	7.24 $\pm$ 1.86

与对照组比较, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

2.3 两组患者的疗效比较 见表 3。观察组的总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

表 3 两组临床疗效比较 $n(\%)$

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	34	23	10	1	33(97.06) [△]
对照组	34	13	13	9	25(73.53)

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3 讨论

小儿支气管哮喘主要特征是气道的高反应性以及气流的可逆性受限^[5]。儿童患者由于自身体质较为敏感加之环境污染不断的加重,发病率逐年上升。同时具有起病急的特点,若不及时对病情进行控制就会威胁到患儿生命。患儿急性发作期会突发咳嗽、喘息等临床症状,导致呼吸气流量下降,甚至出现呼吸困难与心力衰竭^[6-7]。

现代医学治疗的原则为及时使气道炎症得到消除,舒张患儿气道平滑肌,使呼吸道痉挛得以缓解,改善缺氧症状,主要采用的药物为糖皮质激素与 β 受体激动剂^[8]。其 β_2 受体激动剂,能够激活 β_2 受体,进而使支气管平滑肌得到松弛,对内源性的致痉物进行抑制减少其释放,使纤毛黏液功能得到提升,加快纤毛运动的频率,使痰液排除速度加快,是临床中治疗支气管哮

喘患者急性发作的常用药物^[9]。然后通过雾化给药的方式使药物通过气道广泛地与黏膜发生接触,直接作用于支气管黏膜,起到快速缓解消除患者气道水肿、炎症的效果,有利于痰液稀释以及排出^[10]。本研究显示,在治疗前后患儿的 PEF 变异率差为 $(6.13\pm 3.72)\%$,达到了一定的治疗效果。多项临床研究显示,西医方法对患儿进行治疗,可以使喘息、肺部喘鸣音、胸闷、咳嗽等临床得到缓解,但需要较长的住院时间^[11]。本研究中也得到了相似结论。单纯西医治疗的患儿住院时间长达 (7.24 ± 1.86) d。此外,相关研究结果显示,常规西医治疗的患者疗效并不是很显著^[12]。本研究结果得出,常规西医治疗的患者总有效率仅为 73.53%,说明其治疗效果还有待进一步的提高,为了在提高疗效的同时尽可能减少对患儿的伤害,本院通过效果温和与安全的中医方法辅治治疗。

中医学认为,痰湿小儿哮喘病因,多为患儿大部分纯阳体质,肺脏比较娇嫩,在感邪后出现伏痰化热入理,进而发生哮喘。同时痰瘀之间的互阻也是一个致使哮喘的重要环节,能够使病情经久难愈、反复发作。所以急性期小儿支气管哮喘发生病因为痰、热、瘀三个方面^[13]。所以本院选择了止咳平喘、清肺化痰、理气活血的润肺平喘方剂辅助治疗。以白果、矮地茶为清肺定喘方君药,可以达到敛肺定喘、止咳化痰的效果;并以炙麻黄、葶苈子及杏仁为臣药,具有泻肺平喘之效;以地龙、桑白皮、瓜蒌作为佐药可以达到解痉化痰、泻肺平喘的功效,同样桃仁、丹参也为佐药在活血化瘀之时不对气血造成损耗。细辛、桂枝有宣肺散寒之效,用于寒哮者;石膏、黄芩有宣肺清热之效,用于热哮者;浙贝母、胆南星有化痰止咳之效,用于痰液较多者;紫菀、款冬花有宣肺止咳之效,用于咳嗽严重者;地龙、射干有解痉之效,用于哮喘明显者。在润肺平喘方剂辅助治疗的基础上,提高了患儿治疗前后的 PEF 变异率,其变异差高达 $(12.27\pm 2.76)\%$ 。有学者研究表明,常规西医治疗的基础上辅治以润肺平喘方剂辅助治疗,可以有效改善患者临床症状,明显虽短住院时间^[14-15]。本研究结果中,润肺平喘方剂辅助治疗的患者喘息消失时间、肺部喘鸣音消失时间、胸闷消失时间、咳嗽消失时间均短于单纯西医治疗的患者,其住院时间缩短至 (5.29 ± 1.57) d,起到了良好的治疗效果,并且总有效率提高至 97.06%。以上结果充分说明了在西医治疗基础上辅治

润肺平喘方剂对患者临床症状以及体征改善方面具有显著作用,且给药较为方便,适合患儿用药。

综上所述,润肺平喘方剂辅助治疗小儿支气管哮喘急性期疗效显著。

参 考 文 献

- [1] 王凯,吴晓燕,王淑臻,等. 小儿支气管哮喘急性发作期呼吸道感染临床诊断与治疗[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 13(23): 5951-5953.
- [2] 李增清,钟纪茵,李文仲,等. 小儿支气管哮喘相关影响因素研究[J]. 中国现代医学杂志, 2013, 23(22): 70-73.
- [3] 张雄飞,黄娟萍,李碧云,等. 中药治疗哮喘作用机制的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(15): 344-347.
- [4] 中华医学会儿科学分会呼吸学组,中华医学会《中华儿科杂志》编辑委员. 儿童支气管哮喘防治常规(试行)[J]. 中华儿科杂志, 2004, 42(2): 100-106.
- [5] 孙利生. 小儿支气管哮喘急性发作与肺炎支原体感染的相关性研究[J]. 中国农村卫生, 2014, 14(1): 133-134.
- [6] Umawska W. Adipose tissue content and distribution in children and adolescents with bronchial asthma[J]. Respiratory medicine 2015, 109(2): 200-207.
- [7] 李开为. 小儿支气管哮喘急性发作期呼吸道感染的病原学检测及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(13): 3185-3187.
- [8] 王明春. 布地奈德联合万托林雾化吸入治疗小儿支气管哮喘的临床疗效[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(23): 3668-3670.
- [9] 李增清,陈永新,邹有群,等. 反复呼吸道感染与小儿支气管哮喘发作相关性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(6): 1397-1399.
- [10] Barreto M. Exhaled nitric oxide and other exhaled biomarkers in bronchial challenge with exercise in asthmatic children: current knowledge[J]. Paediatric respiratory reviews, 2015, 16(1): 68-74.
- [11] 张向利. 氨茶碱联合盐酸氨溴索治疗小儿支气管哮喘临床疗效分析[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6(2): 70-71.
- [12] 焦琳,刘月. 用布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿支气管哮喘的疗效观察[J]. 求医问药: 下半月刊, 2013, 11(8): 273-274.
- [13] 王宇宁,王学翠. 中医防治小儿支气管哮喘的研究进展[J]. 科技与创新, 2014, 14(6): 160-161.
- [14] 黄又新,宋群利,彭俊杰,等. 中医药防治小儿支气管哮喘的临床研究进展[J]. 中医药导报, 2010, 16(9): 118-120.
- [15] 张少欣. 小儿哮喘缓解期的防治研究进展[J]. 医学信息: 下旬刊, 2013, 26(8): 670.

(收稿日期 2015-03-11)

健脾利水汤治疗中心性浆液性脉络膜视网膜病变临床观察*

陈 丹

(重庆市北碚区中医院, 重庆 400700)

中图分类号: R276.7 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1109-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.061

【摘要】目的 观察健脾利水汤治疗早期中心性浆液性脉络膜视网膜病变(CSC)的疗效观察。**方法** 将 CSC 患者 77 例(77 眼)随机分成治疗组 41 眼与对照组 36 眼。对照组给予复合维生素 B、肌苷片治疗;治疗组给予中药健脾利水汤口服。两组均以 14 d 为 1 疗程,共 2 个疗程,两疗程间休息 3 d。**结果** 治疗后两组视力均较治疗前改善($P < 0.05$),黄斑水肿均有消退($P < 0.05$);组间比较,治疗组视力提高与黄斑水肿消退情况较对照组更明显($P < 0.05$)。治疗组总有效率为 90.24%,明显高于对照组的 69.44%($P < 0.05$)。**结论** 健脾利水汤治疗中心性浆液性脉络膜视网膜病变效果较好。

【关键词】 中心性浆液性脉络膜视网膜病变 健脾利水 中医药疗法

Clinical Observation of Jianbilishui Decoction in the Treatment for Central Serous Chorioretinopathy
CHEN Dan. Beibei District Hospital of TCM of Chongqing City, Chongqing 400700, China

【Abstract】Objective: to observe the effect of Jianbilishui Decoction on Central Serous Chorioretinopathy. **Method:** 77 eyes were divided into 2 groups—41 in the treatment group and 36 in the control group. The control group were treated with Vitamin B, and Inosine Tablets, while the treatment group were treated with Jianbilishui Decoction. There were two courses of treatment for both groups, lasting for 14 days with 3-day interval between the courses. **Results:** after treatment, the vision of both groups were improved, compared with pre-treatment ($P < 0.05$); macular and edema faded ($P < 0.05$). The data of treatment group was obviously better than that of the control group ($P < 0.05$). The total effect rate of treatment group (90.24%) was higher than that of control group (69.44%) ($P < 0.05$). **Conclusion:** Jianbilishui Decoction has a good effect on Central Serous Chorioretinopathy.

【Key words】 Central Serous Chorioretinopathy; Jianbilishui Decoction; TCM therapy

中心性浆液性脉络膜视网膜病变(CSC)是一种常见的、多发的黄斑区病变,主要累积色素上皮层和脉络膜,形成后极部局限性视网膜神经上皮层和色素上皮层的浆液性脱离^[1]。近年的研究显示,大部分 CSC 患者存在脉络膜血管的通透性增高。常见于中青年男性,有自限性,易复发,大部分预后良好。尽管该病具有自限性倾向,但反复复发可在后极部形成广泛的色素上皮细胞结构及功能的继发性改变,从而导致永久的视力损害^[2]。中医药在 CSC 的治疗中有着较为理想的疗效。笔者自拟健脾利水汤治疗 CSC 患者 41 例,疗效显著。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床诊断参照《中西医眼科学》^[3]中浆病的诊断标准。中医辨证为脾虚湿浸证。纳入标准:1)符合中心性浆液性脉络膜视网膜病变诊断标准;2)初次发病未经治疗;3)知情同意,自愿参加研究者。排除标准:1)对给予药物过敏者;2)妊娠或哺乳期妇女;3)合并有影响视力的其他眼部疾病等;4)严重

高血压、肾病、糖尿病患者。

1.2 临床资料 选取 2010 年 1 月至 2014 年 1 月来本院就诊的 CSC 患者 77 例,按随机数字表法将其分为治疗组 41 例,对照组 36 例。男性 59 例,女性 18 例;年龄 32~48 岁;均为单眼发病及初发病例;病程 3~15 d。治疗组其中男性 35 例,女性 6 例;年龄 32~45 岁。对照组 36 例,其中男性 24 例,女性 12 例;年龄 34~48 岁。临床表现为骤然视力轻度下降,视物中央暗区、变形或变小;散瞳眼底检查黄斑中心凹反光消失,黄斑区 1~3 PD 类圆形光晕,颜色稍灰的微隆起,经眼底荧光素血管造影(FFA)和光学相干断层扫描(OCT)检查证实为 CSC。两组患者临床资料差异无统计意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组给予中药健脾利水汤口服,每日 1 剂,每日 3 次。方药为生黄芪 20 g,党参 10 g,白术 10 g,茯苓 10 g,陈皮 10 g,猪苓 10 g,枸杞子 10 g。对照组给予复合维生素 B,每次 2 片,每日 3 次;肌苷片,每次 0.2 g,每日 3 次。两组均以 14 d 为 1 疗程,共 2 个疗程,两疗程间休息 3 d。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床总有效率,观察两组治疗后视力改善与黄斑水肿消退情况。疗程结束复查 FFA 和 OCT 检查。

1.5 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]制定疗效标准。治愈:眼部症状消失,视力恢复到发病前视力,黄斑区水肿完全消退,渗出物吸收或留有少量陈旧性渗出斑,中心凹反光出现,FFA 检查无渗漏灶。好转:视力提高 2 行或以上,黄斑部水肿减退,渗出物明显吸收,FFA 检查渗漏范围缩小。无效:眼底和视力无改变,自觉症状无好转,FFA 检查无改变。OCT 具有高分辨率、高清晰度的特征,可以对 CSC 患者进行定性和定量的评价,现已成为评价 CSC 治疗效果的主要标准^[5]。故本研究还以 OCT 检查为标准,对比各组间治疗前后黄斑水肿情况。

1.6 统计学处理 采用 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 两组治疗后视力改善情况与黄斑水肿消退情况比较 见表 1。结果示治疗后两组视力均较治疗前改善($P < 0.05$),黄斑水肿均有消退($P < 0.05$);组间比较,治疗组视力提高与黄斑水肿消退情况较对照组更明显($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗后视力改善情况与黄斑水肿消退情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	视力改善情况	黄斑水肿消退情况(μm)
治疗组 ($n=41$)	治疗前	0.42 $\pm$ 0.33	356.12 $\pm$ 35.12
	治疗后	0.42 $\pm$ 0.33 ^{*△}	209.31 $\pm$ 13.08 ^{*△}
对照组 ($n=36$)	治疗前	0.50 $\pm$ 0.36	355.09 $\pm$ 17.14
	治疗后	0.50 $\pm$ 0.36 [*]	231.01 $\pm$ 11.18 [*]

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 两组治疗后临床疗效比较 见表 2。结果示治疗组治疗后临床总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗后临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效(%)
治疗组	41	22	15	4	37(90.24) [△]
对照组	36	13	12	11	25(69.44)

与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

CSC 是一种常见于中青年男性、自限性、易复发的眼病。本病是视网膜黄斑区的局限性炎症,有反复发作的倾向。黄斑区是中心视力的据点,一旦发病,则患者出现视物泛暗、视力下降、视大为小、视物变形、视物歪斜,对物体的色觉产生异常等症状。倘若本病发作次数频繁,或经久不愈,则视力减退,不能恢复正常^[6]。早

在 1866 年 von Graefe 就以特发性黄斑部视网膜脱离的名称命名本病,在经历近一个世纪后,Maumenee (1965) 才首先认识到病变是由色素上皮渗漏造成^[7]。目前对 CSC 的发病机制尚不完全清楚,多数学者认为,CSC 是由于脉络膜毛细血管扩张、渗漏,导致视网膜色素上皮屏障功能受损,最终引起黄斑部及其附近视网膜神经上皮层的局限性浆液性浅脱离。研究证实,黄斑区视网膜盘状脱离恢复较快,但如果黄斑区长期的浆液性视网膜脱离使视细胞外节与连接小带的嵌合不能完全恢复,即使已达到解剖结构上的嵌合,但是视细胞的功能也不能完全恢复,长久则可造成视功能的永久损害^[6]。治疗上,以激光光凝、TTT、PDT 为常用方法。随着近年来,人们对血管内皮生长因子(VEGF)的深入了解,许多专家、学者提出运用 VEGF 抑制剂(anti-VEGF)治疗 CSC 的探索研究。现代医学虽然对本病治疗手段颇多,但是存在创伤大,易损伤黄斑正常组织从而影响最终视力,且费用昂贵的弊端。而中医学具有无创伤、费用低廉、效果显著的优势,得到了广大患者的认同。

中医学将 CSC 归属于“视直如曲”“视瞻有色”等范畴。《灵枢·大惑论》谓“五脏六腑之精气皆上注于目而为之精”。《审视瑶函·妄见》谓“精散则视歧,故见两物”,“精气乱,视误,故惑”。故中医学将“视直如曲”类病症归咎于“脏腑精气”异常。所谓脏腑精气即包括起源于肾的先天之精和源于脾的后天之精,如《素问·金匱真言论》所谓“中央色黄,入通于脾”。脾失健运,水湿上犯目窍,日久聚湿生痰,痰湿阻滞脉络,导致本病发生,故该病的脏腑定位主要在脾^[9]。《审视瑶函》谓“真精者,乃先后两天元气所化之精汁”。现代医家陈达夫先生将中医之经典的六经辨证理论运用于眼科疾病,独创了眼科六经辨证理论,并结合脏腑辨证,将眼内各组织结构与各脏腑相对应,指导临床辨证施治。其中,陈达夫先生将黄斑归属于脾。此外,中医学认为黄斑部为脾所主,脾主运化水湿。饮食劳倦伤脾,脾虚健运失职,水湿上泛,致使黄斑部出现水肿,渗出。因此笔者认为发生于黄斑区病变的 CSC 与脾关系密切。本病治疗当从脾湿论治^[10]。CSC 多见于中青年男性,而在现代社会中,中青年群体多压力、多应酬、少休息,长期处于亚健康状态。中医学认为思虑伤脾,忧多气滞,气机不利,水湿停滞,损伤脾胃。此外,饮食不节,过食肥甘,饥饱无时,饮酒过度均可伤脾胃;压力过大,情志不舒,肝气郁滞,横克脾土,或劳倦过度,疲劳伤气,损伤脾胃。以上病因皆可损伤脾胃,影响脾胃运化功能。因此,脾胃运化功能失常,五脏六腑之精气不能归明于目;水湿不化,停滞于眼内,神光不发,则目不明。治疗应以健脾利水为基本治法。本研究选用四君子汤合四苓散加减。方中生黄芪利水消肿,益气固表,现代药理

研究黄芪具有降低血液黏稠度、减少血栓形成、抗自由基损伤、抗衰老、抗缺氧,增强机体免疫力作用;党参甘平,益气养胃,生津养血;茯苓、白术、陈皮均健脾渗湿,行气利水。全方共奏健脾利水之功。现代研究证明,白术能促进钠的排泄,并有保肝、抗凝血的作用;茯苓、猪苓增强渗湿利水;枸杞子,补肝肾、明目,现代研究枸杞子含有大量多种维生素及胡萝卜素,可以吸收一定波长的光子,保护感光细胞,保护黄斑,同时也能调节免疫,提高机体抵抗力,延缓衰老。

该临床观察表明,以健脾利水汤为基本方治疗早期 CSC 能明显改善患者视觉效果,提高视力,缩短病程,可在临床中大力推广。

参 考 文 献

- [1] 刘家琦. 实用眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:495-497.
- [2] 郑波,樊小娟. 1/3 量维替泊芬光动力学疗法治疗急性中心性浆液性脉络膜视网膜病变[J]. 国际眼科,2013,13(8):1625-1626.
- [3] 李巧凤. 中西医临床眼科学[M]. 北京:中国中医药出版社,1998:388-389.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:87-88.
- [5] 董方田,于伟泓,张枝桥,等. 相关光断层扫描在眼底病中的应用[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2010:106.
- [6] 李其兴. 中西医结合治疗中浆病的体会 [J]. 海峡要学,147-148.
- [7] 李凤鸣. 中华眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:2118-2120.
- [8] 刘力,卢秀珍,毕宏生,等. 中心性浆液性脉络膜视网膜病变激光治疗对中心视野的影响[J]. 中国实用眼科杂志,2001,19(9):663.
- [9] 宁交陶,颜家渝,黄映红. 健脾活血利水法治疗中心性浆液性脉络膜视网膜病变的临床研究[J]. 成都中医药大学学报,2014,34(2):50-52.
- [10] 赵庭富. 中医眼科五色复明新论[M]. 河北科学技术出版社,1990:174.

(收稿日期 2015-01-28)

针推康复法联合中药治疗缺血性中风急性期的临床研究*

龚 伟 胡琳丽[△]

(浙江中医药大学附属中西医结合医院,浙江 杭州 310003)

中图分类号:R246 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)06-1111-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.062

【摘要】目的 探讨针推康复法联合中药治疗缺血性中风急性期临床效果。**方法** 将 90 例缺血性中风急性期患者随机分成两组,对照组和观察组各 45 例,对照组予西医治疗,观察组在此基础上加用针推康复法联合中药治疗。**结果** 观察组临床总有效率 93.33%,明显高于对照组的 77.78%($P < 0.05$)。两组治疗后 NIHSS 评分、ADL 评分、MMSE-BC 评分、QLI 评分、中医证候评分与治疗前相比,均差异有统计学意义($P < 0.05$);组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组高低切血黏度、变形指数、聚集指数、红细胞压积比与治疗前比较,均差异有统计学意义($P < 0.05$);组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 针推康复法联合中药治疗缺血性中风急性期临床效果显著。

【关键词】 针推康复法 中药 缺血性中风急性期 临床效果

Clinical Study of the Rehabilitation Act of Acupuncture Combined with Traditional Chinese Medicine on Acute phase of ischemic stroke GONG Wei, HU Linli. Traditional Chinese and Western Medicine Hospital Affiliated to Zhejiang University of Traditional Chinese Medicine, Zhejiang, Hangzhou 310003, China

【Abstract】Objective: To investigate the Rehabilitation Act of Acupuncture and Traditional Chinese Medicine treatment of acute ischemic stroke clinical effect. **Methods:** 90 patients with acute ischemic stroke patients were divided into two groups, each group with 45 patients. Control group were treated with western medicine treatment, while observation group were given Rehabilitation Act of Acupuncture and Traditional Chinese Medicine treatment besides. **Results:** The total effective rate of observation group was 93.33%, which was higher than that of control

* 基金项目:浙江省自然科学基金(Q12H270019)

[△]通信作者(电子邮箱:27027952@qq.com)

group (77.78%); NIHSS score, ADL score, MMSE-MC score, QLI score, TCM syndrome score and hemorheology low shear blood viscosity, deformation index, aggregation index, hematocrit of two groups both improved compared with before treatment, while observation group did better (all $P < 0.05$). **Conclusion:** Rehabilitation Act of acupuncture combined with traditional Chinese medicine has remarkable effect on acute hemorrhagic stroke.

【Key words】 Rehabilitation Act; Traditional Chinese Medicine; acute phase of ischemic stroke; Clinical effect

缺血性中风是由于血管阻塞引起脑缺血损伤造成局灶或全脑功能障碍,是老年人常见病和多发病,具有高发病率、致残率和病死率,幸存者往往存在躯体功能障碍,在认知功能和情感等方面均会下降,后期还会影响患者生活质量,故在急性期就需及时进行对症处理。本次研究就通过针推康复法联合中药治疗缺血性中风急性期,取得了良好的临床效果,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第四届全国脑血管病会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[1]。中医诊断标准参考《中风病诊断疗效评定标准》^[2]。纳入标准:1)同时符合以上中西医诊断标准。2)年龄在 40 岁以上,且入院时经脑影像学检查证实。排除溶栓治疗,处于重度脑水肿或昏迷等状态下病情不稳定者,同时患有急性起病或难以控制的疾病者。

1.2 临床资料 选取 2010 年 5 月至 2013 年 5 月入住我院的缺血性中风急性期患者 90 例为研究对象,按随机数字表法将其分成对照组和观察组各 45 例。对照组男性 27 例,女性 18 例;年龄 46~75 岁,平均(56.10±6.92)岁;病程 24~72 h,平均(45.62±6.18) h;合并症包括高血压病 11 例,糖尿病 5 例,血脂异常 13 例。观察组男性 28 例,女性 17 例;年龄 45~73 岁,平均(55.19±6.17)岁;病程 25~70 h,平均(45.14±6.55) h;合并症包括高血压病 10 例,糖尿病 6 例,血脂异常 11 例。两组临床资料差异无统计意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组予西医治疗,包括等规格抗血小板聚集、脑保护、神经细胞营养剂治疗,另外对症处理,如高血压患者及时降压,高血糖者降血糖治疗。配合康复指导。观察组在此基础上予针推康复法联合中药治疗。中药组成:天麻 20 g,钩藤 20 g,石决明 20 g,栀子 15 g,杜仲 15 g,茯苓 15 g,益母草 15 g,牛膝 30 g,夜交藤 10 g,丹参 10 g,地龙 10 g,菊花 10 g,远志 10 g,甘草 6 g。每日 1 剂,水煎服取汁 200 mL 口服。针刺采用头皮针加醒脑开窍针刺法进行。头皮选择百会、四神聪、头维等穴,针尖对准进针点,手指距头皮 5~10 cm 腕背屈,借助手部力量将针刺入肌层,随后捻入至帽状腱膜下层。醒脑开窍针刺主穴采用关元、太冲穴,配穴采用下极泉、尺泽、合谷、委中、三阴交等,合谷采用透刺法进行,针刺委中则直刺直至下肢触电感为主,以上每日 1 次,每周 5 次,4 周后进行疗效评定。针刺后进行推拿治疗,具体方法参考现代康复理论和实践技术,

采用被动至主动,由简单至复杂动作,由卧位-坐位-步行逐渐进行。床上关节活动度训练如翻身、桥式运动、床边运动和立位训练,平衡杠内步行训练,持拐步行训练,瘫侧肢体训练等,穿、脱裤子训练,穿、脱袜子训练等。两组疗程均为 4 周。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征变化情况,观察治疗前后在美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)、日常生活能力(ADL)、简短精神状态量表中国修改本(MMSE-MC)评定智能状态、生活质量指数(QLI)、中医证候评分情况,观察治疗前后在血液流变学变化情况,包括高低切血黏度、变形指数、聚集指数、红细胞压积等。

1.5 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[3]进行疗效评定。临床痊愈:症状积分减少 95%以上。显效:临床症状积分减少在≥70%且<95%。有效:症状积分减少≥30%且<70%。无效:症状积分减少<30%。

1.6 统计学处理 采用 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 两组治疗后临床疗效比较 见表 1。结果示观察组临床总有效率 93.33%,明显高于对照组的 77.78% ($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗后临床疗效比较(n)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	45	13	19	10	3	93.33 [△]
对照组	45	7	13	15	10	77.78

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后相关指标比较 见表 2。结果示两组治疗后 NIHSS 评分、ADL 评分、MMSE-MC 评分、QLI 评分、中医证候评分与治疗前相比,均差异有统计学意义($P < 0.05$);两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后相关指标比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NIHSS 评分	ADL 评分	MMSE-MC 评分	QLI 评分	中医证候评分
观察组	治疗前	6.75±2.34	34.67±10.36	23.09±6.10	7.14±2.51	28.99±7.85
	治疗后	2.42±1.13 [△]	20.12±7.13 [△]	26.13±7.12 [△]	8.67±2.41 [△]	18.58±3.41 [△]
对照组	治疗前	6.73±2.36	34.64±10.34	23.07±6.13	7.12±2.54	28.95±7.83
	治疗后	4.12±1.42 [*]	27.58±9.41 [*]	23.84±6.73 [*]	6.63±2.14 [*]	25.73±4.26 [*]

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。

2.3 两组治疗后血液流变学变化情况比较 见表 3。结果示治疗后两组高低切血黏度、变形指数、聚集指数、红细胞压积比与治疗前比较,均差异有统计学意义($P<0.05$);两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组治疗后血液流变学变化情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	低切血黏度 (mPa·S)	高切血黏度 (mPa·S)	红细胞压积 (%)	变形指数	聚集指数
观察组 (n=45)	治疗前	9.80±1.40	4.45±0.49	45.61±5.45	0.82±0.32	2.44±0.43
	治疗后	9.01±0.98 ^{*△}	4.02±0.24 [△]	38.34±3.15 ^{*△}	0.56±0.19 ^{*△}	2.04±0.24 [△]
对照组 (n=45)	治疗前	9.82±1.38	4.42±0.51	45.63±5.63	0.84±0.35	2.46±0.46
	治疗后	9.45±1.13 [*]	4.31±0.32 [*]	42.13±4.53 [*]	0.79±0.23 [*]	2.32±0.32 [*]

3 讨 论

随着现代社会生活压力加大,现代人多容易出现情志不遂、肝失疏泄,久之则气机上逆,致使肝阳上亢、阳化风动,夹痰横窜而引发本病。治疗本病虽然西医溶栓治疗有一定的疗效,但其存在治疗黄金时间短的缺点。中医在缺血性中风病急性期上强调调整阴阳,针对病机调整气血阴阳促使机体恢复至阴平阳秘状态^[4]。笔者采用针推康复法联合中药治疗本病,所选方中,天麻平肝息风、化痰通络,钩藤息风通络,地龙息风清热,利水通络,半夏、陈皮、瓜蒌仁化痰理气,莱菔子引痰下行,全方共奏平肝化痰、息风通络之功。现代药理研究证明,此方能清除氧自由基、钙拮抗,扩张血管和改善血液循环等作用,能抗血小板聚集和血栓形成等作用,同时能升高血清中 NO 含量,保护血管内皮细胞,减轻临床症状降低死亡率等作用。能提高红细胞变形能力,促进缺血脑组织血液供应,抑制了再灌注后神经脂质过氧化作用,促使神经细胞免受损伤^[5-6]。对神经递质、神经肽有调节作用,能降低坏死神经元数量,减轻脑水肿等。针刺中采用关元、太冲等为主穴位,其中关元穴是维持人体生命基本的活动物质和生命原动力,温煦和激发脏腑、经络生理功能,针刺本穴可达到抗邪能力,护卫机体。太冲为肝之原穴,肝藏血,冲为血海,气脉相应合为盛大,三阴交为足三阴交汇之处,主理肝脾肾三条阴经之疾病,为全身理血之要穴,针刺该穴能疏通经络,兼补益肝脾肾,标本兼顾作用。总之,本次选穴有调节全身阴阳气血,辅助正气调节机体,调动机体元气,共奏益气行气,养血活血功效^[7]。

现代康复学认为,缺血性中风病急性期后不仅仅是挽救生命,更重要的是通过训练达到重新获得,要完

成某种功能必须要系统技巧性、协调性和平衡性,神经可塑性学说通过代替受损伤的性别来达到神经通路目的。本次研究中通过调节各种反射对运动影响性,促使技术是以神经生理学为基础^[8-9]。根据神经发育规律,应用促进和抑制技术,改善脑损伤运动控制能力的一种方法,这能有效的促进大脑功能重组,恢复肢体功能^[10]。

从结果看出,治疗后观察组临床总有效率 93.33%,明显高于对照组的 77.78%。且观察组在 NIHSS 评分、ADL 评分、MMSE-MC 评分、QLI 评分、中医证候评分和血液流变学指标高低切血粘度、变形指数、聚集指数、红细胞压积上有明显改善,与对照组比较,有统计学差异。这说明了针推康复法联合中药治疗缺血性中风急性期临床效果较单纯西医治疗更加显著,不仅能降低患者死亡率、致残率,还能提高发病后自我生活能力,能提高生活质量。

参 考 文 献

- [1] 程发峰,王庆国.试析清热解毒活血法是缺血性中风病急性期的重要治法[J].北京中医药大学学报,2012,34(3):156-158.
- [2] 韩玲.清热化痰汤对缺血性中风急性期患者血压、血脂、凝血功能、同型半胱氨酸、C 反应蛋白水平及日常生活水平的影响[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(7):267-270.
- [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,2002:2.
- [4] 周莉,高颖,邹忆怀,等.综合治疗方案治疗缺血性中风急性期 41 例临床观察[J].北京中医药大学学报,2012,29(1):46-51.
- [5] 周小华,李振光,刘绪银,等.活血通脑汤加减治疗缺血性中风急性期 84 例临床观察[J].世界中西医结合杂志,2013,3(3):154-156.
- [6] 王孝理.中医综合康复方案治疗缺血性中风急性期的理论探讨及临床研究[D].山东中医药大学,2013,2(3):81-83.
- [7] 刘晓棠,王世新,刘剑,等.化痰祛瘀汤配合针刺治疗缺血性中风急性期的研究[J].现代中西医结合杂志,2013,17(32):4964-4965,5084.
- [8] 肖蕾,赵建国,张圆,等.针药结合排毒通腑法对缺血性中风急性期便秘的疗效评价[J].国际中医中药杂志,2013,30(6):441-443,446.
- [9] 连新福,黄燕,雒晓东,等.中医综合康复病房对缺血性中风急性期疗效的影响[J].广东药学院学报,2014,20(1):87-88,90.
- [10] 余志辉,胡建芳.早期针灸加康复治疗对急性缺血性中风患者肢体功能的影响[J].针灸临床杂志,2013,24(8):8-11.

(收稿日期 2014-09-08)

中西医结合治疗急性肠梗阻临床观察

杨庆华 孙成成

(浙江省义乌市中心医院, 浙江 义乌 322000)

中图分类号: R574.2 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1114-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.063

【摘要】目的 观察急性肠梗阻患者应用中西医结合治疗措施的效果及患者满意度。**方法** 70 例患者按照接诊先后时间, 分为观察组和对照组各 35 例。观察组采用中西医结合治疗方案, 对照组采用西药治疗方案。比较两组在治疗中的肠胃减压量、手术率、排气时间、治疗时间等, 以及治疗后的疗效和患者满意度。**结果** 治疗中观察组 24 h 后肠胃减压量、手术率、排气时间、治疗时间、中转手术死亡率明显优于对照组(均 $P < 0.05$)。观察组总有效率 100.00%, 高于对照组的 88.57%, 且观察组治疗总满意度 94.29%, 高于对照组的 77.14($P < 0.05$)。**结论** 中西医结合治疗对急性肠梗阻疗效显著, 不仅可减短患者治疗时间, 也降低其手术率和死亡率, 从而提高患者满意度。

【关键词】 急性肠梗阻 中西医结合 疗效 满意度

肠梗阻在外科急腹症中属于常见疾病, 且发病率较高, 发病率仅次于阑尾炎。与中医学描述的“肠结”较为相似。中医学认为, 肠道为“传化之腑”, 司传送水谷, 因此可由于多种原因而导致通降失调, 引发痛、胀及呕等症状^[1]。西医将由各种原因而导致肠内容物的正常运行受阻, 不能通过肠道称为肠梗阻。在治疗急性肠梗阻的过程中, 纠正肠梗阻导致的水/电解质以及酸碱失衡特别重要, 其治疗主要以解除肠梗阻或者切除病变的组织, 而中西医结合治疗是通过西医治疗过程中配以胃管注入中药, 减少手术, 并降低死亡率^[2]。近年来, 我院采用中西医结合治疗急性肠梗阻, 取得了良好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所有患者均存在腹痛、恶心、呕吐胃内容物、腹胀及停止排气、排便等症状; 查体可闻及高调肠鸣音或气过水声, 站立位腹部 X 线片可见多个气液平面。排除标准: 合并有其他疾病或者症状; 进行治疗之前接受过其他相关治疗以及可能影响本次研究效果者; 具有严重的心、肝及肾等损害, 对药物代谢具有影响者; 属于孕妇、哺乳期间、高龄或者精神病等特征人群者; 资料不全或者可能具有严重不良反应或并发症的人群者。

1.2 临床资料 选择 2013 年 4 月至 2014 年 4 月浙江省义乌市中心医院接诊的急性肠梗阻患者 70 例。按照入院先后顺序, 2013 年 4 月至 9 月入院者 35 例作为观察组, 2013 年 10 月至 2014 年 4 月入院者 35 例作为对照组。观察组男性 15 例, 女性 20 例; 平均年龄(34.70±3.20)岁; 平均病程(11.08±2.10) d; 机械性肠梗阻 31 例, 动力性肠梗阻 4 例; 胃十二指肠溃疡术后 7 例; 阑尾术后 12 例; 长期便秘 6 例; 结肠癌根治术后 7 例; 其他 3 例。对照组男性 16 例, 女性 19 例; 平均年龄

(34.90±3.40)岁; 平均病程(11.10±1.90) d; 机械性肠梗阻 32 例, 动力性肠梗阻 3 例; 胃十二指肠溃疡术后 8 例; 阑尾术后 11 例; 长期便秘 7 例; 结肠癌根治术后 5 例; 其他 4 例。两组性别、年龄、病程、症状等资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 两组均实施禁食、胃肠减压以及灌肠、补液持续治疗, 并对患者尿量和引流量进行严格测量, 以此确定其每日需要补水量及电解质补给量, 并实施灌肠、补液以及预防患者感染的措施, 同时进行营养支持治疗。对照组采用西药进行治疗, 皮下注射 0.1 mg 奥曲肽, 用药后患者可以自主进行排气并且进流食, 症状无反复出现时则停止用药。若 72 h 后, 肠梗阻症状无缓解, 或出现腹膜炎症状, 有可能导致肠绞窄时, 马上手术探查, 若术后早期炎性肠梗阻未呈现较窄, 则继续进行保守治疗, 直到症状缓解。观察组采用中西医结合治疗措施进行治疗。肠胃减压时, 采取 4 g 头孢噻肟钠加 200 mL 的 0.9% 氯化钠注射液静滴, 每日 2 次, 以保证患者水/电解质平衡。在肠胃减压的 2~3 h 后, 经期胃管进行中药注入 150~200 mL, 夹管 2~3 h, 以预防患者呕吐, 使中药效果充分发挥。在上述治疗基础上, 根据患者病情给予理气宽肠汤: 全当归 25 g, 桃仁 10 g, 陈皮 10 g, 青皮 10 g, 乌药 15 g。复方大承气汤: 厚朴、炒莱菔子各 25~50 g, 桃仁 15 g, 赤芍、大黄、枳壳各 25 g, 芒硝 15~25 g(冲服)。肠粘连缓解汤: 厚朴 25 g, 乌药、木香、桃仁、赤芍各 15 g, 炒莱菔子 15~25 g, 芒硝 10 g(冲服)。胃管注入 150~200 mL, 并夹管 2~3 h, 每日 1 剂, 分 2~3 次给药。若经中药注入无效则再行灌肠: 经胃管进行 400~800 mL 的 2% 温盐水或者复方大承气汤注入, 并进行 200~300 mL 点滴保留灌肠, 辅助治疗。或采取针刺治疗: 取患者双侧足三里、上巨虚和下巨虚穴, 行常规毫针刺法重刺激手法针刺, 留针 15 min,

留针期间采用重刺激手法行针 2~3 次, 每天治疗 1~2 次。中转手术症状: 全身中毒症状加重; 腹痛加重, 或变为持续性绞痛; 腹膜炎范围扩大; 肠鸣音由增强变为减弱或消失; 保守治疗 3 d 无效。

1.4 观察指标 1) 观察两组 24 h 肠胃减压量、排气时间、治疗时间并作记录进行分析比较; 记录分析两组手术率和中转手术死亡率。2) 评定分析两组疗效标准。治愈: 患者症状及阳性体征均消失, 且经腹部 X 线检查, 无异常情况。有效: 患者腹痛症状消失, 无呕吐现象, 但有轻微腹胀, 若进食半流质食物则腹胀加重, 肛门排气及排便较少, 腹部未出现压痛或反跳痛, 经腹部 X 线检查, 无异常或者呈现轻微肠管胀气扩张症状。无效: 患者临床症状或者体征均无减缓或者反而加重, 经腹部 X 线检查, 呈现明显的液平面以及肠管胀气扩张现象。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ ^[3-4]。通过本院自制的护理满意度调查表对患者的满意度进行调查, 具体分为: 总分为 10 分, 9 分以上为非常满意, 7~8 分为满意, 7 分以下为不满意。总满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 比较采用 t 检验。计数资料比较采用 χ^2 检验, 等级资料的比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组各项临床指标比较 见表 1。结果示, 治疗中观察组 24 h 后肠胃减压量、手术率、排气时间、治疗时间、中转手术死亡率明显优于对照组(均 $P < 0.05$)。

表 1 两组各项临床指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	24 h 后肠胃减压量(mL)	手术率(%)	排气时间(d)	治疗时间(d)	死亡率(%)
观察组	35	358.00 $\pm$ 734.00 [△]	1(2.85) [△]	2.70 $\pm$ 1.40 [△]	7.50 $\pm$ 4.30 [△]	0(0) [△]
对照组	35	892.00 $\pm$ 99.00	6(17.14)	3.60 $\pm$ 1.90	9.20 $\pm$ 3.70	4(11.43)

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后疗效比较 见表 2。结果示, 观察组总有效率优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗后疗效比较(n)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
观察组	35	24	11	0	35(100.00) [△]
对照组	35	16	15	4	31(88.57)

2.3 两组治疗后满意度比较 见表 3。经治疗后, 观察组治疗总满意度高于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

肠梗阻是由不同原因所引起的一种临床综合征, 其特点为肠内内容物无法顺利通过肠道, 从而引起一系列病理生理变化及临床症状。其主要特点为: 主要

表 3 两组治疗满意度比较(n)

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意(%)
观察组	35	21	12	2	33(94.29) [△]
对照组	35	14	13	8	27(77.14)

表现为腹胀, 同时伴有恶心、呕吐, 较为突出特点是肛门停止排气; 经腹部 X 线进行检查, 可发现其液气平面较多, 并且肠腔内具有积液症状, 根据腹部 CT 进行检查则可发现常闭增厚及肠襻成团, 但肠腔内均未出现显影剂; 术后肠梗阻主要发生于患者进行腹部手术后的 6~12 d 内, 且症状由轻到重, 早期患者可能不自觉^[5]。若患有急性肠梗阻, 则首先因根据病史及体征、腹部 X 线检查进行分析判断其完全与否、高位或低位、机械或动力以及单纯或较窄, 并且分辨一般粘连或者肿瘤情况, 此对于中西医结合治疗尤其重要, 因肠梗阻性质不同, 其治疗方案也不同, 而中西医结合治疗适应症是患者必须无血运障碍。

肠梗阻归于中医学“肠结”范畴, 多为饮食失节、湿邪中阻, 或虫疾内扰, 或热邪郁闭从而阳明热结, 血瘀结痞而导致肠道气机不畅^[6], 其治疗多根据“通则不痛”或“六腑以通为用”原则进行通里攻下, 主要围绕“通”进行治疗, 若治疗 2~3 次后仍无法缓解, 则应考虑手术^[7-8]。中医学认为肠道气机有所阻塞进而不通可导致胀气, 若气滞血瘀, 则导致腹痛, 胃气若上逆则导致呕吐, 气机结滞则导致便秘或者不通。因此治疗急性肠梗阻以开郁散结, 润肠通便以及理气活血为法^[9-10]。本研究采用大承气汤加减通达肠腑, 进而消除梗阻。大黄和芒硝共奏攻下导食; 红花和赤芍清热活血, 化瘀除滞; 连翘和金银花清热解毒, 预防感染; 枳实、厚朴行气导滞, 走而不守, 对于泻下开结具有良好效应; 当归活血和血, 能促进肠收缩和舒张功能恢复。诸药合用, 共奏理气化瘀及痛腑润肠之效。泻下、清热和活血共同作用, 促进患者胃肠蠕动, 改善肠管血运障碍, 降低肠壁毛细血管通透性, 并杀灭或抑制肠道多种细菌, 具有较明显抗感染作用^[11]。在西医禁食、肠胃减压以及预防感染等非手术治疗方案基础上加以中医治疗, 可使患者胃肠道平滑肌兴奋作用增强, 促进肠蠕动, 解除粘连梗阻, 不仅可使患者避免手术痛苦, 更减轻其经济负担^[12]。

本研究采用中西医结合治疗措施治疗急性肠梗阻, 降低患者手术率和中转手术死亡率, 缩短排气时间和治疗时间, 疗效显著, 患者满意度较高。综上所述, 采用中西医结合治疗急性肠梗阻疗效显著, 不仅可缩短患者治疗时间, 也可降低其手术率和死亡率, 从而提高患者满意度。

参考文献

- [1] 田晋嗣, 何建胜. 中西医结合治疗老年腹部术后早期炎性肠梗阻的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(9): 2135-2136.

- [2] 夏健松,王海成,翁攀峰,等.中西医结合治疗粘连性肠梗阻临床观察[J].中国中医急症,2014,23(3):520-521.
- [3] 曲义坤,刘伟新,张英海,等.中西医结合疗法对腹部手术后患者胃瘫的预防作用[J].中国老年学杂志,2013,33(9):2194.
- [4] 张忠霞,于天英,高汉义,等.中西医结合治疗早期炎性肠梗阻的临床分析[J].中华医院感染学杂志,2013,23(14):3409-3410.
- [5] 王素利,王存志.中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻疗效观察[J].中国中医急症,2014,23(4):731-732.
- [6] 何嫣惟,丁丛华.中西医结合在急性肠梗阻中的应用[J].辽宁中医杂志,2014,41(5):981-983.
- [7] 农跃,甘嘉亮.经鼻肠梗阻导管在机械性肠梗阻的应用研究[J].重庆医学,2013,42(12):1397-1399.
- [8] 梁靓靓,李慎贤,金钟太,等.中西医结合治疗麻痹性肠梗阻42例临床观察[J].新中医,2011,43(11):29-30.
- [9] 任燕燕,何丽芳.急性肠梗阻的中西医结合护理[J].中国中医急症,2013,22(10):1654,1657.
- [10] 朱丽梅,曹泽伟.中西医结合治疗硼替佐米致骨髓瘤患者肠梗阻的疗效观察[J].辽宁中医杂志,2014,41(2):303-305.
- [11] 李忠礼,罗绍泽.中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻疗效观察[J].时珍国医国药,2012,23(7):1746-1747.
- [12] 樊奇,董志勇,张寒光,等.中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻随机对照试验的系统评价[J].世界华人消化杂志,2011,19(21):2285-2291.

(收稿日期 2015-02-02)

浮针配合刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察

薛建凯¹ 余忠诚¹ 李建平²

(1.北京市利康劳教所医院,北京 100028;2.国家体育总局运动医学研究所,北京 100061)

中图分类号:R246 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)06-1116-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.064

【摘要】目的 观察浮针配合刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛(PHN)的临床疗效。**方法** 100例患者按随机数字表法分为治疗组和对照组两组各50例。治疗组予浮针配合刺络拔罐治疗,对照组予普通针刺治疗,均隔日治疗1次,10次为1疗程。观察两组干预后的效果。**结果** 两组治疗1疗程后以及治疗结束时VAS评分、疼痛面积与治疗前比较均明显改善(均 $P<0.05$)。治疗组治疗1疗程、治疗结束时VAS评分、疼痛面积改善均优于对照组同期(均 $P<0.05$)。治疗组总有效率94.00%,优于对照组的86.00%($P<0.05$)。**结论** 浮针配合刺络拔罐治疗PHN的临床效果优于单纯使用针刺治疗者。

【关键词】 带状疱疹后遗神经痛 浮针 刺络拔罐

带状疱疹后遗神经痛(PHN)是带状疱疹患者常见后遗症^[1]。水痘-带状疱疹病毒能潜伏在脊髓后根神经元中,常在人体劳累或者免疫力低下时,进行二次繁殖,并且沿着神经纤维移植皮肤,从而使病位产生剧烈疼痛^[2],其自发性闪电样或撕裂样疼痛发作时常使患者寝食不安,病程可达数月甚至几年,严重影响患者生活质量。该病发病率随年龄的增加而升高,带状疱疹患者发生PNH的几率为10%~70%^[3]。笔者采用浮针配合刺络拔罐治疗PHN取得较好的治疗效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)诊断标准:按照《中西医结合皮肤病学》^[4]PHN的诊断标准进行制定。2)纳入标准:在带状疱疹急性发作期经过治疗满1个月后出现神经痛,且明显影响生活、工作和休息者;签署知情同意书者。3)排除标准:属于特殊类型的带状疱疹者,如眼、耳带状疱疹、内脏带状疱疹、脑膜带状疱疹、泛发性带状疱疹;

疹;急性期带状疱疹者;合并有心、脑、肾及造血等系统的严重疾患,或智力以及文化水平低下不能配合试验者;妊娠或哺乳期妇女者。

1.2 临床资料 选取2012年1月至2014年6月北京市利康劳教所医院收治的带状疱疹患者100例,按照随机数字表法随机分为治疗组和对照组各50例。治疗组男性19例,女性31例;年龄49~80岁,平均(66.00±9.00)岁;病程32~409 d,平均(75.1±67.0) d。对照组男性19例,女性31例;年龄48~77岁,平均(64.00±8.00)岁;病程31~351 d,平均(70.7±57.8) d。两组性别、年龄、病程等差异无统计学意义($P>0.05$),无脱落和退出。

1.3 治疗方法 治疗组给予浮针配合刺络拔罐法。1)浮针。将患者置舒适体位,充分暴露疼痛部位,找准痛点,做好标记。根据疼痛面积决定选取浮针枚数。在痛点四周相对称点(距离痛点6~10 mm处)作为浮针进针点。对患者皮肤用75%的乙醇常规消毒后,术者右

手持浮针,左手拇指食指撑开进针处皮肤,呈 20°左右快速刺入皮下(浮针的针尖均指向神经根出口处),然后右手握针座,使针体在皮肤内左右摇摆均匀平稳扫散,同时询问患者是否有得气感受。得气后,留针 20 min。2)刺络拔罐。浮针结束后,在后遗神经痛部位周围常规消毒,采用一次性七星针(华佗医疗用品有限公司出品)快速反复叩刺该区域皮肤,以局部出血或微微渗血为度,继而迅速用闪罐法加留罐法,留罐 5 min。取罐后用干棉球擦净局部瘀血、泡沫或淡黄色液体,并用碘伏消毒。浮针和拔罐操作均隔日 1 次,10 次为 1 疗程,2 个疗程后统计疗效。对照组给予普通针刺法。采用普通 1~1.5 寸毫针(华佗医疗用品有限公司出品),在带状疱疹皮损愈合的皮肤找出痛点,在痛点周边取阿是穴,针尖朝向痛点中央。患者取适宜针刺体位,采用围刺法,留针 25~30 min。隔日 1 次,10 次为 1 疗程,2 个疗程后统计疗效。

1.4 观察指标 视觉模拟评分法(VAS)^[5]:采用 10 cm 长的直线,两端标明有 0 和 10 字样。0 代表没有疼痛,10 代表患者能忍受的最痛程度。让患者根据自己疼痛程度在直线相应位置标记后,用直尺测量疼痛强度数值,分别记录治疗组合对照组在治疗前、治疗 1 个疗程后、治疗结束时及治疗结束 3 个月回访 VAS 评分,0 分为无痛,10 分为疼痛非常严重。用记号笔标出患者描述的疼痛范围,用软尺分别测量其长和宽,相乘得出疼痛范围。

1.5 疗效标准 采用自拟综合疗效判定标准。痊愈:治疗后,VAS 评分为 0。显效:治疗后 VAS 评分降低 ≥ 4 分。有效:治疗后 VAS 评分降低 ≥ 2 分,但 < 4 分。无效:治疗后 VAS 评分降低 < 2 分或评分无变化甚至增加。

1.6 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料自身对照用 t 检验,组间比较采用方差分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 VAS 评分比较 见表 1。两组治疗 1 疗程后以及治疗结束时 VAS 评分与治疗前比较均明显改善(均 $P < 0.05$)。治疗组治疗 1 个疗程、治疗结束时 VAS 评分改善均优于对照组同期(均 $P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 1 个疗程后	治疗结束时
治疗组	50	5.99 $\pm$ 2.14	3.20 $\pm$ 2.08 ^{*△}	1.17 $\pm$ 1.59 ^{*△}
对照组	50	6.33 $\pm$ 1.63	4.51 $\pm$ 1.52 [*]	3.08 $\pm$ 1.46 [*]

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

2.2 两组治疗前后疼痛面积情况比较 见表 2。两组治疗 1 个疗程后以及治疗结束时与本组治疗前疼痛面

积比较均明显改善(均 $P < 0.05$)。治疗组治疗 1 个疗程后、治疗结束时疼痛面积改善均优于对照组(均 $P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后疼痛面积情况比较($\text{cm}^2, \bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 1 个疗程后	治疗结束时
治疗组	50	89.97 $\pm$ 78.14	36.20 $\pm$ 40.66 ^{*△}	13.42 $\pm$ 19.73 ^{*△}
对照组	50	90.87 $\pm$ 70.32	70.42 $\pm$ 50.28 [*]	50.18 $\pm$ 46.32 [*]

2.3 两组治疗后临床疗效比较 见表 3。结果示,治疗组总有效率优于对照组($P < 0.05$)。

表 3 两组治疗后临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	50	21	23	3	3	47(94.00) [△]
对照组	50	2	19	22	7	43(86.00)

与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

PHN 是指带状疱疹引起的皮损完全消退后,但患处仍有持续性烧灼、针刺样迁延不愈的神经痛,约 10%的带状疱疹患者可在急性发作期后出现神经痛。PHN 的发作概率与年龄呈正相关,更年期患者约 60%可有 PHN^[6]。该病主要特点是为阵发性刀割样或闪电样发作痛或持续性烧灼痛、紧束样疼痛^[7]。现代医学认为,水痘-带状疱疹病毒从呼吸道入侵,随后潜伏到脊神经后根神经节等,该病毒平时不发作,但遇到免疫力低下,或老年人抵抗力弱等情况便可发病。目前现代医学对其治疗多使用麻醉镇痛药、抗抑郁药、抗惊厥药以及区域神经阻滞疗法等,但疗效均不理想^[8]。

浮针疗法是近十年来发展起来的新疗法,是采用一次性浮针针具,以局部病变为基础,针体沿浅筋膜层行进,而后进行扫散的一种技术^[9]。其治疗起效快,符合快节奏社会人们对于短时间治愈疾病的期望,此外安全且不良反应极少,可称之为“绿色疗法”。浮针治疗效果可以持续较长时间,与单纯针刺相比,浮针是将软套管留于皮肤之下,患者日常工作生活均不受影响^[9]。浮刺时进针点选择在疼痛周围,针体运行在皮下,针尖直达病灶,符合中医学近治原理及“以痛为腧”理论。

临床试验证实浮针对带状疱疹后遗神经痛有较好疗效。有研究表明^[10]采用浮针疗法治疗 70 例 PHN 患者可以促进组织功能恢复,具有良好镇痛等作用。

刺络拔罐法是刺络放血与拔罐相结合的一种综合疗法,由刺络发展而来^[11]。《内经》中有经典的治疗原则“满则泻之,菀陈则除之,邪盛则虚之”,采用泄邪法进行治疗。刺络可泻除体内瘀血,刺激新血再生,促进人体新陈代谢,增强人体免疫力^[12]。拔罐则可通经活络,助去瘀生新之功。现代研究证明刺络拔罐可加强网状

(下转第 1128 页)

羚角钩藤汤结合硫酸镁对子痫前期的防治效果

徐 闪 何俊明

(浙江省金华市中医医院, 浙江 金华 321000)

中图分类号: R714.24+4 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1118-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.065

【摘要】目的 观察羚角钩藤汤结合硫酸镁对早发型重度子痫前期(ESPE)的防治效果。**方法** 86 例 ESPE 孕妇随机分为对照组和观察组两组各 43 例。对照组给予硫酸镁、拉贝洛尔等西药治疗, 观察组加予硫酸镁加羚角钩藤汤治疗。用药至分娩, 比较两组分娩结局, 治疗前、后检测血清超氧化物歧化酶(SOD)活性、丙二醛(MDA)及晚期蛋白质氧化产物(AOPP)浓度变化。**结果** 观察组计划外终止妊娠者少于对照组($P<0.01$)。观察组妊娠延长、新生儿体质量及 Apgar 评分均优于对照组(均 $P<0.01$)。两组治疗前, SOD 活性、MDA、AOPP 差别不大(均 $P>0.05$)。两组治疗后与治疗前比较, SOD 活性升高, 而 MDA、AOPP 浓度均降低, 且观察组改善优于对照组(均 $P<0.01$)。**结论** 羚角钩藤汤可改善 ESPE 孕妇氧化应激状态, 延长妊娠时间, 改善母婴结局。

【关键词】 早发型重度子痫前期 羚角钩藤汤 分娩结局

早发型重度子痫前期(ESPE)属于中医学“子眩”“子晕”范畴, 多因肝肾阴虚、筋脉失养, 进而致五志化火、胎火更旺所致^[1]。羚角钩藤汤具有清肝息风、清泄胎火之功效。近年研究发现, 羚角钩藤汤可减轻 ESPE 氧化应激损伤, 改善孕妇氧化应激状态。本研究采用硫酸镁加羚角钩藤汤治疗 ESPE 孕妇, 疗效显著。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准: 符合第 2 版《妇产科学》中相关诊断标准^[2], 并符合《中医妇科学》中“阴虚肝旺证”辨证标准^[3]; 单胎、头位, 胎儿生长正常; 病情稳定, 血压可控制在适宜范围; 自愿参加本研究。排除标准: 伴有子痫、妊娠高血压、胎盘早剥等严重并发症不宜采取期待疗法的患者; 伴有糖尿病、肾炎、母儿血型不合等妊娠合并症者; 胎儿窘迫或临产者; 治疗时间 ≤ 7 d 者; 过敏体质或对本研究所用药物过敏者。

1.2 临床资料 选取 2013 年 6 月至 2014 年 8 月在浙江省金华市中医医院妇产科住院治疗的 ESPE 患者 86 例。按随机数字表法分为对照组和观察组两组各 43 例。对照组 43 例, 平均年龄(27.23 ± 4.28)岁; 平均孕次(1.38 ± 0.04)次; 平均孕龄(31.21 ± 4.02)周; 收缩压平均(154.32 ± 13.24) mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 舒张压平均(103.12 ± 10.04) mmHg; 尿蛋白(++) 18 例, 尿蛋白(+++) 25 例。观察组 43 例, 平均年龄(27.54 ± 4.05)岁; 平均孕次(1.40 ± 0.05)次; 平均孕龄(30.89 ± 3.58)周; 收缩压平均(155.48 ± 11.76) mmHg, 舒张压平均(102.89 ± 9.73) mmHg; 尿蛋白(++) 16 例, 尿蛋白(+++) 27 例。两组年龄、孕次、孕周等资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组均给予起床休息, 予镇静、吸氧、

利尿、扩容等常规西医治疗。对于收缩压 ≥ 160 mmHg、舒张压 ≥ 110 mmHg 者给予盐酸拉贝洛尔降压治疗; 给予地塞米松 6 mg 肌肉注射, 每次 12 h, 持续治疗 2 d, 促进胎肺成熟。对照组在上述治疗基础上加用 25% 硫酸镁解痉, 首次负荷剂量 4 g, 溶解在 5% 葡萄糖溶液 250 mL 中静滴, 30 min 滴完, 随后取 15 g 硫酸镁溶解在 5% 葡萄糖溶液 1000 mL 中静滴, 滴速 1~2 g/h。每日静滴硫酸镁剂量不可超过 25 g, 用药期间严密监测呼吸、心率、尿量及膝反射, 积极预防镁中毒。观察组在对照组基础上联合羚角钩藤汤: 羚角片 15 g (先煎), 钩藤 15 g (后入), 生地黄、甘菊花、白芍、竹茹各 20 g, 珍珠母 (先煎)、桑叶、川贝母各 15 g, 白蒺藜、天麻、茯神、青龙齿 (先煎)、降香、杜仲各 10 g。每日 1 剂, 水煎取汁 500 mL, 分早晚 2 次服用。两组均持续治疗至终止妊娠或分娩。

1.4 观察指标 记录两组计划外终止妊娠发生情况、终止妊娠前妊娠延长、新生儿体质量, 并进行 Apgar 评分, 评价母婴结局。用药前 1 d 及用药 1 周后, 抽取两组晨起空腹静脉血 10 mL, 离心处理后取上清液, 置于 -20°C 冰箱中保存。采用硫代巴比妥酸法检测丙二醛(MDA), 采用氯胺比色法检测晚期蛋白质氧化产物(AOPP)浓度, 采用黄嘌呤氧化酶法检测超氧化物歧化酶(SOD)活性, 试剂盒均购于南京建成生物工程研究所。

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 两组母婴结局比较 见表 1。观察组计划外终止

妊娠者少于对照组($P < 0.01$)。观察组妊娠延长时、新生儿体质量及 Apgar 评分均优于对照组 (均 $P < 0.01$)。

表 1 两组母婴结局比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	妊娠延长时间(d)	计划外终止妊娠(%)	Apgar 评分(分)	新生儿体质量(kg)
观察组	43	9.72±1.19 ^{△△}	3(6.98) ^{△△}	7.24±0.48 ^{△△}	2.83±0.51 ^{△△}
对照组	43	6.96±1.31	9(20.93)	6.71±0.56	2.13±0.47

与对照组比较, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。下同。

2.2 两组治疗前后氧化应激指标比较 见表 2。两组治疗前, SOD 活性、MDA、AOPP 差别不大 (均 $P > 0.05$)。两组治疗后与治疗前比较, SOD 活性升高, 而 MDA、AOPP 浓度则降低, 且观察组改善优于对照组 (均 $P < 0.01$)。

表 2 两组用药前后氧化应激指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	SOD(U/mL)	MDA(mmol/L)	AOPP(μ mol/L)
观察组	治疗前	89.67±11.06	9.65±2.16	32.02±4.67
(n=43)	治疗后	139.83±9.23 ^{**△△}	5.43±1.43 ^{**△△}	19.49±2.12 ^{**△△}
对照组	治疗前	91.05±10.26	9.69±2.34	31.27±5.09
(n=43)	治疗后	101.71±9.27 ^{**}	7.86±1.81 ^{**}	27.65±3.06 ^{**}

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

3 讨论

ESPE 是产科常见的危重疾病, 约占产妇死亡原因的 10%~18%^[4]。临床治疗多以期待疗法延长孕期, 减少因胎儿不成熟所致围产儿死亡。硫酸镁是目前临床首选的 ESPE 解痉镇静药物, 其可抑制 Ca^{2+} 的释放, 减少乙酰胆碱浓度, 缓解血管痉挛。研究发现, 妊娠高血压孕妇给予硫酸镁治疗, 子痫前期发生率可降低 40%~60%^[5]。但硫酸镁并无直接降压作用, 长期用药会增加中毒危险性, 因此其单独用于 ESPE 治疗在临床中存在较大争议, 需联合其他药物共同治疗。

ESPE 可归属于中医学“子晕”“子痫”“子肿”等范畴, 多因素体肝肾阴虚、筋脉失养、胎火虚旺所致, 治疗以平肝滋阴潜阳为主。羚角钩藤汤出自《重订通俗伤寒论》, 是临床常用的凉肝息风方, 多用于治疗头痛、高血压、脑出血(肝郁化火证)^[1], 近年逐渐用于防治子痫前期。马世杰等^[6]研究报道, 对子痫前期孕妇在常规西药治疗基础上, 加用羚角钩藤汤可使孕妇孕期延长, 改善妊娠及分娩结局。本研究中结果示, 子痫前期孕妇采用常规西药加用羚角钩藤汤治疗, 可使计划外终止妊娠率降低, 延长妊娠, 提高新生儿体质量、Apgar 评分。

羚羊钩藤汤由羚羊角、钩藤、竹茹、白芍、生地黄、菊花等组成。羚羊角镇肝息风为君药, 李爱青等^[7]研究发现, 羚羊角可抑制中枢神经系统, 增强人体缺氧耐受力, 降低耗氧量, 改善胎盘缺血、缺氧状态; 妊娠高血压是 ESPE 的主要诱因, 降压治疗是改善 ESPE 孕妇预

后关键环节。马世杰等^[6]研究发现, 钩藤富含钩藤碱和异钩藤碱可拮抗 Ca^{2+} 内流, 降低血压。现代药理学研究表明, 杜仲富含木质素类物质也可通过抑制环磷酸腺苷(cAMP)磷酸二酯酶活性, 激活蛋白激酶 A, 拮抗 Ca^{2+} 内流, 发挥降压作用。白芍、白蒺藜柔肝养筋; 竹茹、川贝母通络化痰。ESPE 发病机制目前尚未明确, 但多数学者均认同其发病与不良胎盘形成密切相关, 其是导致胎盘滋养细胞缺血、缺氧的主要原因, 而且其可引起氧化应激损伤发为子痫前期^[8]。近年研究发现, 羚羊钩藤汤可以清肝息火、活血降压, 还可调脂抗氧化等。方中霜桑叶可调节机体脂质代谢, 缓解氧化应激, 桑叶可促进三酰甘油、胆固醇、低密度脂蛋白代谢, 抑制动脉粥样硬化; 甘菊花中富含黄酮, 可促进人体氧化产物、氧自由基等清除, 发挥抗氧化作用^[9]。此外, 笔者方中加入的降香可调节血管内皮素与一氧化氮的平衡, 改善机体氧化应激状态^[10]。本研究结果示, 经过治疗后, 观察组血清氧化酶 SOD 活性上升, 而 MDA、AOPP 等氧化产物的浓度下降, 表明羚角钩藤汤可改善孕妇机体氧化应激损伤, 提高机体抗氧化能力。

综上所述, 羚羊钩藤汤可改善 ESPE 孕妇氧化应激状态, 延长妊娠时间, 改善母婴结局。

参 考 文 献

- [1] 蒋文凤, 范长秋. 妊娠期高血压疾病子痫前期辨证分型荟萃分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(7): 799-800.
- [2] 丰有吉. 妇产科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 114-115.
- [3] 罗元恺. 中医妇科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2012: 62.
- [4] Gibbins K, Ware Branch D. Pre-eclampsia as a manifestation of antiphospholipid syndrome: assessing the current status[J]. Lupus, 2014, 23(12): 1229-1231.
- [5] 刘英楠. 丹红注射液联合硫酸镁治疗早发型重度子痫前期的临床研究[J]. 中国中医药科技, 2012, 19(1): 6-8.
- [6] 马世杰, 王久瑞, 赵小华. 羚角钩藤汤加减治疗重度子痫前期 30 例[J]. 中国中医急症, 2010, 19(8): 1426-1427.
- [7] 李爱青, 朱勤芬. 滋阴平肝法对子痫前期临床疗效的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(5): 93-95.
- [8] Hund M, Allegranza D, Schoedl M, et al. Multicenter prospective clinical study to evaluate the prediction of short-term outcome in pregnant women with suspected preeclampsia (PROGNOSIS): study protocol[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2014, 14(1): 324-329.
- [9] 黎燕, 韩志萍, 王芳, 等. 早发型重度子痫前期母血中抗磷脂抗体及血栓前状态变化的研究[J]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2013, 7(18): 8221-8225.
- [10] 程永伟, 胡宗义, 丁涛, 等. 加减羚角钩藤汤联合西药治疗子痫前期 26 例临床观察[J]. 中医杂志, 2013, 54(10): 855-857.

(收稿日期 2015-03-02)

复方承气汤加减联合保守疗法治疗肠梗阻临床观察

赵世建

(浙江省江山市长台中心卫生院, 浙江 江山 324106)

中图分类号: R248.1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1120-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.066

【摘要】目的 观察复方承气汤加减联合西医保守疗法治疗单纯性肠梗阻的疗效。**方法** 将 60 例单纯性肠梗阻患者随机分为观察组和对照组, 各 30 例。观察组患者采用复方承气汤加减并联合西医保守疗法治疗。对照组采用常规西医治疗。两组患者疗程均为 12 d。**结果** 观察组临床总有效率为 83.33%, 明显高于对照组的 63.33% ($P < 0.05$)。观察组的治疗时间、肠鸣音恢复时间、肛门排气恢复时间、恶心呕吐消失时间和完全经口进食时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 复方承气汤加减并联合西医保守疗法治疗单纯性肠梗阻患者疗效良好。

【关键词】 肠梗阻 复方承气汤 保守疗法

腹部外科手术治疗可归属于中医学“祛邪”理论, 而手术往往有不同程度的“伤正”^[1]。腹部外科手术常常会导致人体的元气受到损伤, 以致气虚和血行不畅, 引起术后的胃肠动力紊乱^[2]。本院采用复方承气汤加减联合西医保守疗法治疗肠梗阻患者取得了良好的疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例西医诊断均符合文献[3]肠梗阻诊断标准, 中医诊断符合文献[4]标准。诊断为肠结, 辨证为瘀热蕴肠、肠腑气滞。排除标准: 1) 合并有消化道出血、严重电解质紊乱、严重酸碱紊乱, 或者伴有腹膜炎, 需要采取紧急手术治疗患者; 2) 哺乳期或者妊娠期妇女; 3) 合并有心、肝、肾以及肠道器质性病变的患者; 4) 对研究药物过敏患者。

1.2 临床资料 选取 2012 年 9 月至 2013 年 11 月本院接诊的单纯性肠梗阻患者 60 例, 按随机数字表法将其分为观察组和对照组各 30 例。观察组男性 15 例, 女性 15 例; 年龄 41~77 岁, 平均 (63.27±9.75) 岁; 平均病程 (5.92±0.70) d。对照组男性 16 例, 女性 14 例; 年龄 42~81 岁, 平均 (64.23±8.53) 岁; 平均病程 (5.82±0.94) d。两组患者临床资料差异无统计意义 ($P > 0.05$)。两组患者的其他资料如梗阻时长, 腹痛疼痛分数, 每天呕吐次数等见表 1。

表 1 两组患者一般临床资料状况分析比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	梗阻时长(d)	腹痛疼痛分数(分)	每天呕吐次数(次)	既往梗阻病史(次)
观察组	30	5.92±0.70 ^Δ	3.61±0.86 ^Δ	2.14±0.77 ^Δ	1.67±0.34 ^Δ
对照组	30	5.82±0.94	3.88±0.69	2.31±0.88	1.64±0.25

与对照组比较, $\Delta P > 0.05$ 。

1.3 治疗方法 对照组患者采用单纯的西医保守常

规治疗, 治疗措施包括严格禁食、胃肠减压, 及时纠正酸碱平衡紊乱与水电解质紊乱、采用全胃肠外营养方法及规范使用抗生素等。观察组患者在对照组基础上给予复方承气汤加减: 枳实 12 g, 桃仁 12 g, 芒硝 10 g, 厚朴 15 g, 生大黄 15 g, 赤芍 15 g, 炒莱菔子 60 g。气虚者加党参 15 g; 呕吐者加生姜 15 g, 代赭石 15 g, 法半夏 10 g; 热重者加黄芩 10 g, 金银花 10 g, 生石膏 15 g; 中寒者加炮姜 15 g, 制附子 15 g。煎服 2 次, 将其制成大约 300 mL 的水煎液, 每日 1 剂, 水煎液分 2~3 次从胃管注入, 也可口服。恶心呕吐的重症患者需实施保留灌肠。两组患者疗程均为 12 d。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征的改变情况。记录比较两组患者治疗后各项指标包括治疗时长、肠鸣音恢复的时间、肛门排气恢复时间、恶心呕吐消失时间和完全经口进食的时间。

1.5 疗效标准 参照文献[5]制定疗效标准。显效: 腹痛、呕吐、腹胀症状消失, 排气排便恢复正常, 影像学检查显示消化道造影正常。有效: 腹痛、呕吐、腹胀症状消失或减轻, 或者患者的排气排便恢复正常, 影像学检查显示消化道造影正常。无效: 腹痛、呕吐、腹胀症状减轻不明显或者未减轻, 排气排便不能恢复正常, 影像学检查显示消化道造影无好转。

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

2 结果

2.1 两组患者治疗后临床疗效比较 见表 2。结果显示观察组临床总有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者治疗后各项指标比较 见表 3。结果显示

表 2 两组患者治疗后临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	30	16	9	5	83.33 ^Δ
对照组	30	7	12	11	63.33

与对照组比较, ^ΔP<0.05。下同。

观察组的治疗时长、肠鸣音恢复的时间、肛门排气的恢复时间、恶心呕吐的消失时间和完全经口进食的时间均短于对照组(P<0.05)。

表 3 两组患者各项指标比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗时长	肠鸣音恢复	肛门排气恢复时间	恶心呕吐消失时间	完全经口进食时间
观察组	30	12.1±2.3 ^Δ	2.2±0.5 ^Δ	3.0±1.1 ^Δ	5.6±1.6 ^Δ	13.3±2.1 ^Δ
对照组	30	15.6±2.1	3.5±1.1	3.8±0.9	7.2±1.4	16.8±2.2

3 讨论

肠梗阻属于中医学“肠结”“关格”范畴^[6]。近年来,由于医疗水平的提高,外科手术的开展越来越多。外科手术易发生肠粘连,进而发生单纯性肠梗阻。中医学认为,腹部手术后容易引起患者肠梗阻,常见原因有:一者是手术后元气受到损伤,血脉痹阻,从而导致气虚血行不畅、腑气壅滞,毒热与湿热集聚于六腑,不能正常传化^[7-8],患者出现腹胀便秘并伴有排气排便功能下降或停止等。胃和大肠均属于阳明经,主通主降,而通降则会促进机体生化有源和出入有序。然而,患者由于手术的影响及术后恢复时间内的胃肠功能下降,会导致胃失和降以及肠传化的功能失调^[9-10]。

单纯性肠梗阻患者胃肠功能失调会导致肠道阻滞,从而引起胀痛。其临床症状主要表现为胃肠动力功能的减弱与紊乱,表现为腹胀、腹痛、呕吐和排气排便的消失等。复方承气汤通过活血、泻下及行气的 3 个方面加强患者胃肠运动的功能,同时改善患者胃肠道的微循环,通过增加肠道的血流量,减少肠道的缺血甚至坏死,从而减轻患者炎症反应^[11]。

复方承气汤方中,桃仁含有大量的脂肪油,其可以润肠和通便,也可以刺激患者的肠壁加强蠕动;炒莱菔子也能增强肠运动。枳实可以行气和导滞,厚朴则可以宽中下气,而赤芍可以活血化瘀。据临床报道,大承气汤联合西药治疗急性单纯性肠梗阻能够显著提高患者

的临床疗效,有效改善患者的临床症状以及肠功能的恢复,减少患者的住院时间^[12]。本观察显示,观察组临床总有效率为 83.33%,明显高于对照组的 63.33%,说明复方承气汤加减并联合西医保守疗法治疗单纯性肠梗阻患者能有效改善患者的治疗效果。

单纯性肠梗阻患者主要表现为胃肠动力功能的减弱与紊乱,症见腹胀、腹痛、呕吐和排气排便的消失等。本观察显示,复方承气汤加减并联合西医保守疗法治疗单纯性肠梗阻患者的治疗时长、肠鸣音恢复的时间、肛门排气的恢复时间、恶心呕吐的消失时间和完全经口进食的时间均短于常规西医治疗单纯性肠梗阻患者的相应指标的时间,说明了复方承气汤加减并联合西医保守疗法治疗单纯性肠梗阻患者能够更早改善患者的临床症状,更早减轻和减少患者的痛苦。

参 考 文 献

- [1] 钱正宇. 中医治疗晚期癌症合并肠梗阻的疗效[J]. 求医问药:学术版, 2013, 11(1): 184.
- [2] 巫桁鏊,熊慧生,蒋参,等. 肠梗阻的中医治疗进展[J]. 中国中医急症, 2013, 22(9): 1572-1574.
- [3] 黄洁夫. 腹部外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 879-898.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 101.
- [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: 60-66.
- [6] 吕云福. 肠梗阻的常见病因分类与治疗策略[J]. 中华普外科手术学杂志: 电子版, 2011, 5(3): 251-255.
- [7] 崔淑敏, 何海梅. 中医特色护理在单纯性肠梗阻患者中的应用[J]. 临床医学, 2012, 32(8): 123.
- [8] 阎皓, 王辉. 中医辅助治疗在腹部肿瘤肠梗阻中的应用[J]. 河北中医, 2013, 35(5): 691-693.
- [9] 汤维英. 腹部手术后早期肠梗阻中医护理总结[J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(9): 892-893.
- [10] 周龙根. 中医口服灌肠治疗粘连性肠梗阻临床观察[J]. 赣南医学院学报, 2013, 33(3): 434.
- [11] 张建斌. 中医综合干预对腹部手术后粘连性肠梗阻的预防作用评价[J]. 北方药学, 2013, 10(11): 31-31.
- [12] 沈舟庆, 劳建军. 大承气汤联合西药治疗急性单纯性肠梗阻临床观察[J]. 中国中医急症, 2015, 24(3): 525-526.

(收稿日期 2014-09-08)

欢迎投稿 · 欢迎订阅

中医针刺结合西医常规治疗小儿高热惊厥临床观察

方斌豪¹ 陈筱琪²

(1. 浙江省衢州市妇幼保健院, 浙江 衢州 324000; 2. 浙江省台州市中医院, 浙江 台州 318000)

中图分类号: R246 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)06-1122-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.067

【摘要】目的 观察中医针刺辨证疗法结合西医常规疗法治疗小儿高热惊厥的效果。**方法** 76 例患者随机分为对照组和观察组各 38 例。对照组给予单纯西医对症治疗, 观察组在对照组基础上按照外感惊风和湿热惊风进行中医针刺辨证治疗。**结果** 观察组惊厥持续时间和神志恢复时间、住院期间和随访 1 年惊厥复发率均短于对照组(均 $P < 0.01$)。两组治疗前体温差别不大($P > 0.05$)。治疗后 30 min, 观察组体温低于对照组($P < 0.05$), 而两组治疗 15 min 和 60 min 时体温, 差别不大(均 $P > 0.05$)。**结论** 西医常规结合中医针刺治疗小儿高热惊厥可加快高热、惊厥症状的消失, 降低复发率, 且避免了内服用药的副作用。

【关键词】 小儿高热惊厥 西医 中医 针刺

小儿高热惊厥为儿科急症, 属于一种与发热有关的非颅内感染性惊厥, 据统计其发生率在小儿中占 3%~4%, 6 个月至 5 岁的儿童发病率较高, 其中以 9~18 个月为高峰发病年龄^[1]。高热惊厥多有复发倾向, 临床表现主要包括四肢抽搐、意识障碍、全身肌群强直或阵发性痉挛、牙关紧闭、口唇发绀、大小便失禁、口吐白沫等, 如长时间惊厥或反复发作, 易导致脑损伤或残疾^[2], 影响患儿一生。西医治疗小儿高热主要是对症治疗, 缺乏有效预防措施。中医治疗小儿高热惊厥具有安全可靠、方法简单、不良反应少等特点, 可标本兼治, 临床常见手法有针刺、拔罐、刮痧、敷贴、推拿等^[3]。本研究采用中医针刺联合西医治疗小儿高热惊厥, 取得了较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1) 纳入标准: 小儿高热惊厥西医诊断标准参照 1983 年全国小儿神经学术会议提出的《小儿高热惊厥的诊断和治疗的建议》^[4], 中医诊断标准及分型参照《中医体质学》^[5]; 年龄 ≤ 6 岁; 临床资料完整可查; 患儿家长或法定监护人对治疗方案知情并同意。2) 排除标准: 合并其他系统性严重疾病; 体温低于 38.5℃; 内分泌、水/电解质紊乱、维生素缺乏症、中毒品等伴发的惊厥; 由先天性代谢异常或遗传性疾病引起的惊厥。**1.2 临床资料** 选取 2013 年 1 月至 2014 年 1 月笔者所在医院收治的小儿高热惊厥病例 76 例, 按照随机数字表法分为观察组和对照组各 38 例。观察组男性 22 例, 女性 16 例; 年龄 6 个月至 6 岁, 平均(5.20±3.20)岁; 发作次数 1~5 次, 平均(1.80±0.80)次。对照组男性 23 例, 女性 15 例; 年龄 8 个月至 6 岁, 平均

(1.70±0.80)岁; 发作次数 1~4 次, 平均(1.7±0.5)次。两组临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予单纯西医治疗, 迅速清理口腔分泌物, 保持呼吸通畅, 给予吸氧, 物理降温结合药物降温, 采用鲁米那或安定静脉滴注控制惊厥, 鲁米那剂量 3~6 mg/kg, 安定剂量 0.3~0.5 mg/kg, 酌情给予甘露醇和地塞米松降颅压, 对症进行抗感染治疗。观察组在对照组基础上针刺辨证治疗^[6]。外感惊风: 合谷、太冲、大椎穴, 捻转泻法, 强刺激; 十宣穴, 点刺放血; 人中穴, 雀啄法向上斜刺。湿热惊风: 中脘、人中、合谷、内关、丰隆、太冲、神门、曲池, 提插捻转泻法。体针留针时间 20~30 min, 且留针期间间隔 3~5 min 施术 1 次。

1.4 观察指标 观察两组惊厥控制情况, 包括惊厥持续时间、神志恢复时间、住院期间复发及随访 1 年复发率。记录治疗前后两组体温变化, 评价高热控制效果。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 计量资料符合正态分布且方差齐用 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 两组惊厥控制情况比较 见表 1。观察组惊厥持续时间和神志恢复时间均短于对照组(均 $P < 0.01$)。

表 1 两组患儿惊厥持续时间与神志恢复时间比较(min, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	惊厥持续时间	神志恢复时间
观察组	38	1.10±0.20 ^{△△}	1.20±0.50 ^{△△}
对照组	38	2.80±0.70	4.50±0.80

与对照组比较, ^{△△} $P < 0.01$ 。下同。

2.2 两组住院期间及随访 1 年的惊厥复发情况比较 见表 2。观察组住院期间和随访 1 年惊厥复发率均低于对照组(均 $P < 0.01$)。

表 2 两组住院期间及随访 1 年的惊厥复发率比较 $n(\%)$

组别	n	住院期间复发	随访 1 年复发
观察组	38	1(2.63) ^{△△}	4(10.53) ^{△△}
对照组	38	8(21.05)	14(36.84)

2.3 两组高热控制情况比较 见表 3。两组治疗前体温比较差别不大($P > 0.05$)。治疗后 30 min, 观察组体温低于对照组($P < 0.05$), 而两组治疗 15 min 和 60 min 时体温, 差别不大(均 $P > 0.05$)。

表 3 两组治疗前及治疗 15、30 和 60 min 体温水平比较($^{\circ}\text{C}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 15 min	治疗 30 min	治疗 60 min
观察组	38	40.20 $\pm$ 1.60	38.50 $\pm$ 2.20	37.50 $\pm$ 2.40 [△]	37.50 $\pm$ 2.40
对照组	38	40.00 $\pm$ 1.50	39.20 $\pm$ 2.50	38.80 $\pm$ 3.20	37.70 $\pm$ 2.80

与对照组比较, $^{\triangle}P < 0.05$ 。

3 讨论

小儿高热惊厥起病急、易复发, 如未有效控制, 易引起脑缺氧, 形成不可逆脑组织损伤, 甚至致残致死^[7]。西医认为小儿高热惊厥多由细菌、病毒等感染引起, 其发病机制目前尚不明确。多数学者认为小儿大脑发育不完全, 大脑皮层细胞神经元树突尚未成熟, 大脑皮层抑制功能差, 兴奋性冲动易发生泛化^[8]。发热是细菌或病毒感染时机体产生的免疫反应, 高热状态下神经功能紊乱, 致使中枢神经系统过度兴奋, 当体温升至一定程度使大脑反复放电超出一定限度, 临床上便表现为惊厥反应^[9]。也有研究认为小儿血脑屏障功能差, 毒素易透过血脑屏障, 影响脑组织功能进而引发惊厥^[10]。西医治疗小儿高热惊厥主要采取对症治疗, 通过降颅压、抗感染、镇痛、降温、吸氧等综合疗法改善症状, 但疗效有限。尤其在惊厥复发的预防方面仍无较满意方法。

小儿高热惊厥属中医学“急惊风”范畴, 具有起病迅速、形证有余的特点, 属阳、属热、属实^[11]。《活幼口议·小儿惊风痰热四证》中将急惊风分为痰、热、惊、风 4 种证候^[12], 高热惊厥的病机即与该 4 种证候相关, 《幼科铁镜》指出“热盛生风、风盛生痰、痰盛生惊, 此贼邪逆克必至之势”^[13], 明确了四种证候的内在联系。急惊风主要与外感时邪、痰热内蕴、暴受惊恐有关, 痰、热、惊、风为急惊风 4 大主证, 因而治疗上中医以豁痰、清热、镇惊、息风为主要治法^[14]。“儿科医圣”钱乙提出了“急惊风凉泻”的原则^[14], 后人在总结经验的基础上, 将急惊风根据病因病机不同分为外感惊风和湿热惊风。外感惊风也称感冒夹惊, 是因外受风邪所致, 治疗以疏风清热、息风开窍为主。针灸取合谷、太冲、大椎穴, 行捻转泻法降热祛风; 十宣穴为手部十指尖端, 点

刺放血可治疗癫痫、癔病、昏迷、惊厥、高热等; 人中为调和阴阳、醒神开窍、解痉通脉、镇静安神的要穴, 历来被作为急救首选穴位^[15]。湿热惊风因感受暑邪所致, 表现为体温骤升, 针灸取中脘、人中、合谷、内关、丰隆、太冲、神门、曲池等穴, 提插捻转泻法用针, 可清热解表、开窍泻火、理气化湿。

本研究结果显示, 西医常规对症治疗加针刺治疗的患儿惊厥消失快、神志恢复早, 体温下降较迅速, 尤其治疗 30 min 时明显, 并且惊厥复发率低。众所周知, 高热患儿体温越早控制, 对提高预后、减轻脑组织损伤越有利, 惊厥反复发作是致脑损伤的重要危险因素, 故常规西医对症治疗基础上加针刺治疗不仅可获得满意的近期疗效, 且对患儿远期疗效也有一定的积极意义, 证实了中医针刺与西医对症结合治疗标本兼治的特点。

综上所述, 西医常规对症治疗加针刺治疗小儿高热惊厥可加快高热、惊厥症状消失, 降低复发率, 避免了内服用药的副作用, 值得推广应用。

参 考 文 献

- [1] 杨素敏, 陈铁虎. 小儿高热惊厥临床分析[J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(3): 33-35.
- [2] 林梅芳, 韩天娥, 姚桃金. 小儿高热惊厥危险因素的探讨及门诊护理干预[J]. 中华全科医学, 2012, 10(4): 647-648.
- [3] 魏理珍, 许丽. 小儿外感发热中医外治法概述[J]. 中医学报, 2012, 27(1): 85-87.
- [4] 沈晓明. 临床儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1244-1245.
- [5] 王琦. 中医体质学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 123-125.
- [6] 周青雯. 小儿热性惊厥的中西医研究进展 (附 156 例病历分析)[D]. 北京: 北京中医药大学, 2011.
- [7] 王玉珠. 中西医结合治疗小儿高热惊厥临床观察[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(5): 145-147.
- [8] 孙淑娜. 小儿高热惊厥临床诊治分析[J]. 中国实用医药, 2011, 6(7): 93-95.
- [9] 杨秀燕. 热性惊厥的诊治最新进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(3): 430-432.
- [10] Scantlebury MH, Gibbs SA, Foadjo B, et al. Febrile seizures in the predisposed brain: a new model of temporal lobe epilepsy[J]. Ann Neurol, 2005, 58(1): 41-50.
- [11] 桑勉, 张鹏, 杨冬妹. 小儿高热惊厥中医证治体会[J]. 中医学报, 2013, 28(7): 1078-1080.
- [12] 黄谦峰, 黄得尚, 黄惠玲. 高热辨证论治规律探讨[J]. 世界中医药, 2009, 4(2): 115-118.
- [13] 黄丽先. 中药防治小儿高热惊厥的研究进展[J]. 河南中医, 2012, 32(11): 1565-1567.
- [14] 宋·钱乙著, 净孝忠編集. 小儿药证直诀[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 73-74.
- [15] 杜洋, 刘盼功, 赵晓峰, 等. 人中穴的临床应用及疗效影响因素的述评[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(4): 954-956.

(收稿日期 2015-02-28)

芍药甘草汤加味治疗急性痛症验案

李群伟

(浙江省丽水市中医医院, 浙江 丽水 323000)

中图分类号: R25 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)06-1124-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.068

【关键词】 芍药甘草汤 红斑性肢痛症 三叉神经痛 偏头痛

芍药甘草汤为临床各科常用的缓急止痛、解痉的代表方,药理学表明,该方具有解痉、镇痛、镇静与抗炎等方面的作用^[1-2]。因此,临床广泛加减运用于临床多种疾病。笔者根据辨证论治的原则,谨守病机,随证灵活加减,将芍药甘草汤加减用于治疗神经内科常见痛症,红斑性肢痛症、三叉神经痛和偏头痛的急性发作,收到了满意的疗效。现不揣鄙陋,阐释于下,敬请同道斧正。

1 红斑性肢痛症(热痹)

红斑性肢痛症是一种原因不明的以肢端间歇性灼热疼痛、局部皮肤温度阵发性升高,伴有肿胀与红斑为主要特征的植物神经系统疾病,属于临床的疑难杂症。现代医学对于红斑性肢痛症的病因、发病机制仍不完全明确,该病虽然预后一般较好,但在急性发作期患者疼痛剧烈,反复发作,患者非常痛苦^[3]。目前西医对该病尚无有效的治疗方法和药物。依据红斑性肢痛症肢端红、肿、热、痛的特点,中医辨证多属于“热痹”的范畴。因此,在急性发作期,根据《内经》“急则治其标”的原则,采用以缓急止痛为主,辅以清热通痹的治法对症处理,可收到满意的止痛效果。

患者周某,男性,24岁,在校学生,2012年11月23日初诊。患者于2个月前因天气转凉,突然出现双侧手指与双足趾末端关节剧烈烧灼样疼痛,局部肿胀明显,呈阵发性、进行性加重,冷敷后稍有缓解。随就诊于当地医院,诊断为“关节炎”,疗效欠佳,症状不断加重,疼痛常夜间加重导致不能寐,患者十分痛苦。因疼痛加重,难以忍受前来就诊。入院时见双侧手掌、双侧足趾与足底部位可见圆形红斑,皮色潮红,局部扪之发热明显,触压痛明显。血常规、小便常规等检测未见异常,双侧手部、足部X线检查未见异常。舌质红绛,苔薄黄,脉滑数。诊断为热痹,证属热毒伤络。急则治其标,治宜缓急止痛,辅以凉血解毒、化瘀通络,方药为:白芍 30 g,炙甘草 15 g,秦艽 20 g,忍冬藤 30 g,连翘 15 g,赤芍 15 g,牡丹皮 15 g。6剂,水煎服,每日1剂,

早晚分服,药渣放冷后敷患处。二诊患者自述服药后各种症状均有明显好转,疼痛减轻,红肿部分消退,睡眠转好,纳可。仍予原方6剂再服,每日1剂。三诊见手指与足趾疼痛消失,仍见红斑与患处轻微肿胀。缓则治其本,拟凉血解毒、化瘀通络,于上方去白芍、炙甘草,加地龙 9 g,炮穿山甲 6 g,金银花 20 g,玄参 15 g。15剂,继续服药20剂。后随访6个月,一如常人,未见复发。

按:本例患者四肢末端疼痛剧烈,并伴有红、肿、发热,且得寒痛减,知其为热毒之象,夜间痛甚乃热毒深入血分,因此中医学认为该病病机主要为热毒壅滞气血,脉络痹阻,治疗应清热解毒凉血,佐以化瘀通络。急性发作期又当急则治标,以缓急止痛为主,辅以清热解毒凉血,化瘀通络。故立方以芍药甘草汤缓急止痛,配伍秦艽、忍冬藤以清热解毒、通络止痹痛,连翘清热解毒散瘀结,赤芍、牡丹皮清热凉血、散瘀止痛。服用12剂后,痛势已缓,故去芍药甘草汤,加地龙、炮穿山甲通经活络,金银花、玄参以加强清热解毒、凉血散结,治病求本。本案遵循“急则治标、缓则治本”的原则,并谨守病机,故疼痛得减,诸症悉除。

2 原发性三叉神经痛

原发性三叉神经痛是以一侧面部三叉神经分布区突然出现的阵发性刀割样、烧灼样或电击样剧烈疼痛为主要症状的一类顽固性疾病^[4]。该病常因咀嚼、言语等诱发,发病初期发作次数较少,间歇期也较长,间歇期无任何疼痛,但病情大多逐渐加重,疼痛发作亦愈来愈剧烈,间歇期亦愈来愈缩短,以致终日不止。本病往往常年不愈,严重影响患者的生活,给患者造成极大痛苦。该病的发病机制尚不明确,因为药物耐受、副作用等因素,临床尚无满意的治疗方法。三叉神经痛在中医学归属于“面游风”“面痛”等范畴,笔者结合古代文献,认为该病病机为风痰阻络、痰火上扰,急性发作时治宜缓急止痛、化痰通络、息风降火。

患者李某,女性,63岁,工人。自述于5年前无明显诱因出现右侧面部刀割样撕裂性疼痛,每次持续

2 min 左右,初起疼痛尚能忍受,间断发作。头颅 CT 检测未见异常,曾于当地医院诊断为“三叉神经痛”,给予药物口服治疗,疼痛缓解。但近 1 个月来,疼痛反复发作,加大口服药物用量亦不能缓解疼痛,遂来就诊。诊见患者呈痛苦面容,舌红,苔黄腻,脉弦涩,二便调,纳眠可。查体见右侧三叉神经 2、3 分支区域触痛。诊断为“面游风”,证属风痰阻络、痰火上扰,急则治其标,治宜缓急止痛为主,辅以化痰通络、息风降火,处方:白芍 30 g,炙甘草 15 g,白附片 12 g,白僵蚕 9 g,全蝎 9 g,夏枯草 20 g,制川乌 9 g,黄芩 9 g,黄连 9 g,杭白菊 12 g,生石膏 20 g。7 剂,水煎服,每日 1 剂,早晚分服。二诊患者自述服药后疼痛基本缓解,疼痛缓解,拟治病求本,于上方去白芍、炙甘草,加白芷 12 g,川芎 12 g,白蒺藜 15 g,地龙 9 g,牛膝 15 g。再服 7 剂。随访 3 个月,未见复发。

按:面部为阳明经走行之处,胃为多气多血之腑,阳明内蓄痰浊,脏腑热毒上攻,且头面部唯风火可及。因此,中医学认为三叉神经痛病因主要为风、火、痰、瘀。本例患者右侧面部刀割样撕裂性疼痛,伴舌红、苔黄腻,诊断为风痰阻络、风火相煽,治宜化痰通络、息风降火。急性发作期又当急则治标,以缓急止痛为主,辅以化痰通络、息风降火。立方以芍药甘草汤缓急止痛,配伍白附片、白僵蚕、全蝎三药为牵正散,以祛风化痰、通络止痛,夏枯草、杭白菊清热疏风散结,黄芩、黄连、生石膏相伍清解阳明胃经与头面部热毒,制川乌祛风通络止痛。全方标本兼顾,故服用 7 剂后,疼痛缓解。二诊去治标之芍药甘草汤,加白芷、川芎、白蒺藜以加强祛风通络止痛,地龙化痰通络,牛膝引头面部热邪下行,以治病求本,巩固预后。

3 偏头痛

偏头痛是以反复发作的偏侧或双侧头痛为特征的神经、血管功能障碍性疾病,严重影响人们的日常学习和生活。临床上常以西药、或者中西医结合的方式进行治疗,其有效率为 60%~65%,但易出现耐药,而且副作用较大^[5]。偏头痛属于中医学“偏头风”“头风”的范畴。中医学认为该病病机为风邪侵袭,循经上犯,阻遏清阳。因此急性发作期治宜缓急止痛为主,辅以疏风散邪、通络止痛。

患者赵某,女性,72 岁,工人。患者自述于 10 余年前因外出吹风感寒,复因劳累,出现严重头痛,伴有发热、恶寒、咳嗽等症状,认为感冒,自行服用三九感冒冲剂,2 d 后发热、恶寒等症状缓解,头痛未完全消失。半年后因家庭不和,情志不畅引起头痛加重,疼痛剧烈,以持续性钝痛为主,持续约 30 min,左耳周围更为严重,服用头痛散、止痛片稍有缓解,之后又多次因劳累、生气、感寒等诱发,本次以近期睡眠欠佳诱发疼痛发作,治疗效果不理想遂来就诊。头颅 CT 检测未见异

常,诊见舌淡、苔薄白,脉弦涩,二便正常,睡眠可。诊断为“头风”,证属风邪侵袭、阻遏清阳。急性发作期应治标,宜缓急止痛,辅以疏风散邪通络。方药为白芍 30 g,炙甘草 15 g,川芎 20 g,羌活 15 g,白芷 15 g,牛膝 15 g,肉桂 6 g,白僵蚕 9 g,防风 12 g。5 剂,水煎服,每日 1 剂,早晚分服。二诊头痛症状基本消失,拟治病求本,于上方去白芍、炙甘草,加全蝎 6 g,杭白菊 12 g,细辛 5 g,藁本 12 g,柴胡 9 g,再服 12 剂。随访 6 个月,未见复发。

按:《丹溪心法·头痛》云“头痛多主于痰,痛甚者多火”。《普济方》言“风邪伤于阳经,入于脑中,是令人头痛”。《医方集解》指出“头痛必用风药,以巅顶之上,唯风药可到也”。中医学认为偏头痛的发生,主要为风邪上犯,阻遏清阳,经久不愈,反复发作,又挟瘀、挟痰,治宜疏风止痛为主,化痰通络为辅。急性发作期当治标,以缓急止痛为主,辅以祛风通络。本例患者疼痛剧烈,以左耳周围更为严重,因此立方以芍药甘草汤缓急止痛,配伍川芎、羌活、白芷疏散三阳经之风邪而止痛,牛膝引血下行,亦能化瘀,肉桂引火归元,白僵蚕化痰息风,通络止痛,防风祛风,为风药之卒使。服用 5 剂后,疼痛基本消失,故去治标之芍药甘草汤,加全蝎息风化痰,通络止痛,杭白菊疏散风热,细辛散寒通络止痛,藁本辛温辛散,善达头之巅顶,祛风除湿止痛。本案谨守病机,严谨组方,故疼痛得减,诸症悉愈。

《内经·标本病传论篇》提出“急则治其标,缓则治其本”的治疗原则,成为临床治疗各种病症治标与治本总的指导原则^[6]。神经内科的各种痛证,如红斑性肢痛症、三叉神经痛和偏头痛等,急性发作期疼痛程度往往较为剧烈,易耗伤正气,严重者导致气机逆乱,甚至出现厥逆。因此,在急性发作期,根据“急则治其标”的原则,先采用芍药甘草汤缓急止痛,以减轻疼痛,减少患者痛苦;然后待疼痛减轻,病势趋缓,再治病求本,结合不同疾病的病机针对性地采取相应的治疗,往往可以做到标本兼治,事半功倍。

参 考 文 献

- [1] 柯雪凡. 伤寒论选读[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1996:27.
- [2] 张玉梅, 赵娜娜. 芍药甘草汤的临床研究及药理作用[J]. 吉林中医药, 2010, 30(5):439-441.
- [3] 许文才. 清热凉血饮治疗红斑性肢痛症 26 例[J]. 中国中医急症, 2005, 14(5):479-480.
- [4] 张京华. 微血管减压术和药物治疗三叉神经痛的对比分析[J]. 当代医学, 2013, 19(3):89-90.
- [5] 莫绍强. 血府逐瘀汤加减配合刺络放血疗法治疗偏头痛 32 例[J]. 中国中医急症, 2010, 19(8):1407-1408.
- [6] 王庆其. 内经选读[M]. 北京:中国中医药出版社, 2003:267.

(收稿日期 2014-10-30)

中药足浴配合呼吸功能锻炼操在 COPD 缓解期康复治疗中的应用*

程 怡 范 良 黄琼莲 陈 荣 郑肇良

(海南省海口市中医医院,海南 海口 570216)

中图分类号:R563.3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)06-1126-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.06.069

【摘要】目的 探讨中药足浴配合呼吸功能锻炼操在慢性阻塞性肺疾病(COPD)缓解期康复治疗中的应用。**方法** 将 COPD 稳定期患者 62 例随机分为治疗组与对照组各 31 例。两组均予西医常规治疗,治疗组在西医常规治疗的基础上予“中药足浴配合呼吸功能锻炼操”进行治疗,两组疗程均为 6 个月。**结果** 治疗组总有效率为 90.32%,明显高于对照组的 70.97%($P<0.05$)。治疗组半年内 COPD 急性发作次数少于对照组。治疗组与对照组的步行距离分别为 (360.65 ± 53.24) m、 (323.36 ± 48.12) m,分别长于治疗前的 (310.71 ± 52.20) m、 (308.69 ± 53.20) m,与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组比较,治疗组改善更加明显($P<0.05$)。生活质量评分比较,治疗后两组患者各项评分均较治疗前改善($P<0.05$);两组比较,治疗组疗效优于对照组($P<0.01$)。两组治疗后肺功能、血气分析比较,两组治疗 3 个月、半年后肺功能及血气分析均明显改善($P<0.05$);两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 中药足浴配合呼吸功能锻炼操对 COPD 有良好的临床疗效。

【关键词】 中药足浴 呼吸功能锻炼操 COPD 肺功能 生活质量

Application of Combination Foot Bath of Chinese Medicine with Respiratory Function Exercise in the Rehabilitation Treatment of Catabasis of COPD CHENG Yi, FANG Liang, HUANG Qionglian, et al. Haikou Hospital of TCM in Hainan Province, Hainan, Haikou 570216, China

【Abstract】Objective: To evaluate the application of combination foot bath of Chinese medicine with respiratory function exercise in the rehabilitation treatment of catabasis of COPD. **Methods:** 62 patients were divided into two group, each group with 31 patients. Both groups were given routine western medicine treatment, while treatment group were given combination foot bath of Chinese medicine with respiratory function exercise besides. Course of treatment of boths groups were 6 months. **Results:** The total effective rate was 90.32%, which was higher than that of control group (70.97%). The times of acute attack was lower than that of control group within half year. After treatment, Walking distance of treatment group and control group were (360.65 ± 53.24) m and (323.36 ± 48.12) m, while were (310.71 ± 52.20) m and (308.69 ± 53.20) m before treatment; both groups were improved compared with before treatment, and treatment group did better. All kinds scores of quality of life of both groups were improved compared with before treatment, while treatment group did better. Pulmonary function and blood gas analysis of both groups were improved compared with before treatment 3 months, half a year after treatment, while treatment group did better (all $P<0.05$). **Conclusion:** combination foot bath of Chinese medicine with respiratory function exercise has well effect on COPD.

【Key words】 Foot bath of Chinese medicine; Respiratory function exercise; COPD; Pulmonary function; quality of life

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是临床常见的一种肺系疾病,以慢性不完全可逆性气流阻塞为特征,本病呈进行性发展,致使肺功能严重受损,影响患者生存质量,加重社会及家庭的经济负担。如何防止或减少其发作,缓解或阻止肺功能的下降,提高患者生活质量,是 COPD 目前治疗的难点及重点^[1],随着中医药康复医学的发展,肺康复愈来愈受到人们的关注。我科为国

家中医药管理局“十一五”肺病重点专科,开展中药足浴配合呼吸功能锻炼操进行 COPD 缓解期肺康复治疗,取得了良好的疗效。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符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》的诊断标准^[2]。纳入标准:1)处于 COPD 中重度稳定期。2)入组前未参加任何形式锻炼的患者。3)年龄在 45~75 岁。排除标准:1)不符合

* 基金项目:海南省自然科学基金项目(310194)

上述诊断标准。2) 心功能不全Ⅳ级和呼吸功能不全Ⅲ级者。3) 合并心、肾、脑、消化等严重原发性疾病及精神病患者。

1.2 临床资料 选取 2013 年 1 月至 2014 年 7 月于我院就诊的 COPD 缓解期患者 62 例,按随机数字表法将其分为治疗组与对照组各 31 例。62 例患者中男性 36 例,女性 26 例;年龄 45~75 岁,平均(62.83±4.38)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 对照组给予吸氧、抗感染、解痉平喘、止咳化痰等对症治疗。治疗组在此基础上给予中药足浴配合呼吸功能锻炼操治疗。足浴中药:淫羊藿 30 g,补骨脂 30 g,地龙 15 g,黄芪 60 g,茯苓 20 g,白芥子 15 g。煎至约 1500 mL,每日 2 次,早晚各 30 min。呼吸功能锻炼操^[3]:每日清晨日出时,在空气清新环境里进行如下练习。1) 双手捧日运动。用鼻做深呼吸,且边吸气,边腹部鼓起、抬头挺胸、双手向斜上方举;当深吸气尽时双手还原,用鼻缓慢地将气呼出的同时收腹。如此反复 12 次。2) 取精养金运动。用鼻做深吸气,且边吸气边腹部内陷、抬头挺胸、双手向斜上方举。当深吸气尽时,上身向前下弯曲,双臂随上身前弯而下垂,将手指伸向脚部,同时缓慢地将气配合动作尽量呼出、收腹。如此共做 12 次。两组疗程均为 6 个月。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征变化情况,观察治疗后两组患者呼吸感染急性发作的次数、6 min 步行距离(6MWD),对两组患者进行生存质量评估。对两组患者 3 个月、半年后进行肺功能及血气分析检测。生存质量评估采用上海医科大学中山医院蔡映云教授研制的生存质量评分表^[4]。

1.5 疗效标准 参照文献^[2]制定疗效标准。显效:主要症状、体征明显缓解,客观指标恢复正常,病情积分减少 $\geq 70\%$ 。有效:主要症状、体征好转,客观指标有所改善,病情积分减少 $<70\%$ 且 $\geq 30\%$ 。无效:主要症状、体征无变化,客观指标变化不明显或加重,病情积分减少 $<30\%$ 。

1.6 统计学处理 采用 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 两组治疗后临床疗效比较 见表 1。结果示治疗组总有效率为 90.32%,明显高于对照组的 70.97%($P<0.05$)。

表 1 两组治疗后临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	31	18	10	3	28(90.32) [△]
对照组	31	11	11	9	22(70.97)

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

2.2 两组治疗半年内 COPD 急性发作次数比较 结果示治疗组发作次数 0~3 次 11 例,4~6 次 9 例,7~9 次 6 例, ≥ 10 次 5 例。对照组发作次数 0~3 次 6 例,4~6 次 7 例,7~9 次 4 例, ≥ 10 次 14 例。提示治疗组半年内 COPD 急性发作次数少于对照组。

2.3 两组治疗后 6MWD 的比较 结果示治疗组与对照组的步行距离分别为(360.65±53.24) m、(323.36±48.12) m,分别长于治疗前的(310.71±52.20) m、(308.69±53.20) m,与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组比较,治疗组改善更加明显($P<0.05$)。

2.4 两组治疗后生活质量评分比较 见表 2。结果示治疗后两组患者各项评分分值均较治疗前改善($P<0.05$);两组比较,治疗组疗效优于对照组($P<0.01$)。

表 2 两组患者治疗前后生活质量评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	日常生活能力	社会活动能力	抑郁	焦虑	生存质量总分
治疗组 ($n=31$)	治疗前	2.36±0.56	2.78±0.29	2.76±0.33	2.69±0.29	2.86±0.31
	治疗后	1.76±0.49 [△]	2.16±0.25 [△]	1.68±0.58 [△]	1.64±0.58 [△]	1.96±0.53 [△]
对照组 ($n=31$)	治疗前	2.32±0.43	2.95±0.66	2.39±0.54	2.49±0.51	2.69±0.52
	治疗后	2.16±0.25 [*]	2.32±0.15 [*]	2.18±0.32 [*]	2.02±0.39 [*]	2.33±0.53 [*]

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

2.5 两组治疗后肺功能、血气分析比较 见表 3。结果示两组治疗 3 个月、半年后肺功能及血气分析均明显改善($P<0.05$);两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组患者治疗前后肺功能、血气分析比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FEV ₁ (%)	FEV ₁ /FVC(%)	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)
治疗组 ($n=31$)	治疗前	58.5±2.76	56.7±2.47	61.3±3.66	56.5±4.64
	3 个月	68.4±2.38 [*]	63.3±2.44 [*]	74.3±2.54 [*]	43.5±2.61 [*]
	半年后	77.36±1.59 [△]	76.38±5.47 [△]	87.49±3.55 [△]	42.39±5.67 [△]
对照组 ($n=31$)	治疗前	58.66±3.65	54.27±3.48	61.46±3.56	57.65±4.34
	3 个月	63.56±2.32 [*]	62.48±2.46 [*]	73.49±2.66 [*]	46.48±2.66 [*]
	半年后	72.47±3.56 [*]	66.3±2.48 [*]	85.4±3.65 [*]	43.73±2.41 [*]

3 讨论

COPD 属于中医学“肺胀”“喘证”等范畴,中医学认为,肺主气司呼吸,脾主运化,肾藏精而主纳气,故本病与肺、脾、肾关系密切。肺宣降功能失常,导致气血的运行、津液的输布代谢功能异常,从而变生痰浊、水饮、瘀血等,痰饮瘀血每因复感外邪诱使病情反复发作,缠绵难愈。因此病机为外邪犯肺,痰瘀阻肺。久之累肾,出现肺、脾、肾三脏同时虚损。因此本病总体病机为本虚标实,缓解期当以虚为主,治疗上以健脾补肺,补肾固本为主,辅以活血化瘀、宣肺化痰等法^[5]。

中药足浴是中医外治法之一,素有“春天泡脚,升阳固脱;夏天泡脚,除湿去暑;秋天泡脚,肺腑润育;冬天泡脚,藏精温肾”之说。双足穴位众多,十二正经中肝

经、肾经、脾经始于足,胆经、膀胱经、胃经终于足。中药足浴可使药物通过双足的经络通达全身经脉,再配合足部穴位和反射区的按摩,则更有利于疏通经络,促进新陈代谢。本研究足浴方中以淫羊藿为君,补肾壮阳,祛风除湿。臣以补骨脂,黄芪。补骨脂,温肾助阳,纳气平喘。黄芪,补脾益肺,利水消肿,佐以茯苓、白芥子。茯苓助健脾除湿,化痰利水。白芥子,利气豁痰,温中散寒,通络止痛。地龙为使药,清热平喘,化瘀通络,并可引领诸药缓慢透入经络而发挥局部作用功效。诸药合用,直接作用于足底要穴,激发人体经气,调整脏腑功能,改善肺经、脾经、肾经经络气血的运行,使肺、脾、肾宣降、运化、纳气功能得以康复,共奏补肾、益肺、健脾、活血、化痰之功。

据研究表明,呼吸操有调理肺、脾、肾三焦生理功能,使气机得以转运,手、足三阴三阳经络得以舒展,以意引气,循经运行,从胸到手,从手到头,从头到足,从足到腹,形成良性循环,使肺气出入自如,清气内入,浊气外泄,吐故纳新,补肺敛气、补肾纳气,从而起到纳气平喘之功,恢复肺肾宣降、纳气功能^[6],从而达到改善患者咳喘症状、增强机体抵抗力、减少发作的目的。本呼吸操为黄永源老中医所创,其双手上提伸展躯体等动作,可以扩张胸廓,牵拉上肢的手太阴肺经、手少阴心经、手厥阴心包经,从而调节肺、心等脏腑,并通过所属的经脉刺激,促进十二经脉气血运行,从而起到益肺

固肾的目的。

通过本研究表明,治疗组经中药足浴配合呼吸功能锻炼后,其呼吸感染急性发作的次数、6MWD、生活质量、肺功能及血气分析检测的改善情况明显优于对照组,故中药泡脚配合呼吸功能锻炼操能够明显改善 COPD 缓解期患者的临床症状、肺功能和生活质量等,同时也是对中医传统养生文化的继承和发扬,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 范良,孔壮. 中医综合疗法对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者肺康复的疗效研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(10):1425-1426,1453.
- [2] 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]. 中华内科杂志, 2013, 36(4): 255-264.
- [3] 黄永源. 奇难杂症精选[M]. 广州:广东科技出版社, 1996:173.
- [4] 蔡映云,李卓哲,方宗君. 慢性阻塞性肺病患者生存质量评估[J]. 中华全科医师杂志, 2004, 3(4):225.
- [5] 卢保强,郑肇良,范良. 中药泡脚配合穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2014, 31(2):220-223.
- [6] 刘素蓉,陈云凤. 健身气功八段锦对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者肺功能近期疗效观察[J]. 华西医学, 2012, 27(8):1248-1250.

(收稿日期 2015-03-07)

(上接第 1117 页)

内皮系统吞噬作用,促进新陈代谢,减轻炎症反应,火罐中负压吸力可以使局部产生类组织胺物质,进而促进机体新陈代谢,提高患者免疫水平^[13]。

本研究结果显示,浮针配合刺络拔罐疗法对 PHN 的疗效优于单纯针刺,且浮针疗法简便廉验,易于操作,患者接受度也相对较高,值得临床应用。本研究不足之处是试验临床样本量较小,且截止文章发稿时,随访数据尚未完成。今后尚需更大规模临床试验进行下一步验证,且试验结果有待随访数据进一步证实。

参 考 文 献

- [1] 赵可意. 砭管疗法治疗带状疱疹及带状疱疹后遗神经痛的临床疗效研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2012.
- [2] 崔长弘. 带状疱疹流行病学特征及预防策略研究现状[J]. 疾病监测, 2013, 28(12): 1030-1034.
- [3] 查锦东. 身痛逐瘀汤联合多虑平治疗带状疱疹后遗神经痛临床疗效观察[D]. 武汉:湖北中医药大学, 2013.
- [4] 边天羽,俞锡纯. 中西医结合皮肤病学[M]. 天津:天津科学技术出版社, 1987:156-159.
- [5] Preemptive analgesia with butorphanol in psychotic patients following modified electroconvulsive therapy A randomized

controlled trial[J]. Neural Regeneration Research, 2008, 29(1):75-78.

- [6] 岳国红. 带状疱疹后遗神经痛的诱因及与疾病发生的相关性分析[D]. 大连:大连医科大学, 2013.
- [7] 李凤龙. 止痛汤治疗带状疱疹后遗神经痛(气滞血瘀型)的疗效观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学, 2012.
- [8] 王徐红,王小平,陈奎铭,等. “十伤灵”中药膏治疗带状疱疹的临床疗效与安全性研究[J]. 世界中医药, 2014, 9(11): 1485-1487.
- [9] 朱美华,王宁,李有焕. 浮针疗法临床应用进展[J]. 实用疼痛学杂志, 2008, 16(3):229-231.
- [10] 许荣正,王美萍. 对目前浮针疗法的中医传统理论的思考[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(9):1171-1173.
- [11] 李银兰,韩艳玲. 激光针刀配合超短波治疗肩周炎[J]. 中国康复, 2007, 22(5):351.
- [12] 赵娜. 刺络拔罐治疗慢性荨麻疹的临床研究[D]. 长沙:湖南中医药大学, 2013.
- [13] 张喜娟. 刺络拔罐治疗血瘀型腰椎间盘突出症临床疗效及对血液流变学的影响[D]. 福州:福建中医学院, 2008.

(收稿日期 2015-02-09)