

# 针刺预处理对脑梗死大鼠细胞凋亡及炎症因子的影响\*

秦彦强<sup>1,2</sup> 孙忠人<sup>1△</sup> 张亚娟<sup>2</sup> 魏庆双<sup>1</sup> 姜凡<sup>1</sup> 刘尚策<sup>1</sup>

(1.黑龙江中医药大学,黑龙江 哈尔滨,150040;2.黑龙江省哈尔滨市第二医院,黑龙江 哈尔滨 150056)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0565-05

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.001

**【摘要】目的** 探讨针刺预处理对脑梗死大鼠细胞凋亡及炎症因子的影响。**方法** 采用改良 Zea Longa 方法制备大鼠中动脉闭塞脑梗死(MCAO)模型,将90只大鼠随机分为正常组、假手术组、脑梗死组、缺血预处理组、针刺预处理组5组各18只,每组均分为1、3、7d 3个亚组各6只。正常组不予特殊处理;假手术组只切开皮肤,暴露颈总动脉、颈内外动脉,不插入线栓;脑梗死组采用改良 Zea Longa 方法制备 MCAO 模型;缺血预处理组于造模前24h于颈外动脉插入自制线栓,栓塞大脑中动脉后,间断缺血30min;针刺预处理组于造模前针刺大鼠双侧风池穴,连续7d。各组分别于处死前4h进行神经功能评分,TUNEL法检测细胞凋亡,Real-time PCR和ELISA法分析脑组织TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 。**结果** 脑梗死组、缺血预处理组、针刺预处理组大鼠神经功能评分、TUNEL法阳性细胞计数、TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  mRNA表达水平和含量均高于正常组和假手术组(均 $P < 0.05$ )。缺血预处理组、针刺预处理组1d时大鼠神经功能评分与脑梗死组差别不大( $P > 0.05$ ),而两组在3、7d时,大鼠神经功能评分均低于脑梗死组( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。缺血预处理组与针刺预处理组大鼠神经功能评分差别不大( $P > 0.05$ )。正常组和假手术组可见少量TUNEL阳性细胞,梗死组、缺血预处理组和针刺预处理1d时TUNEL阳性细胞数均较多,3d时开始下降。而缺血预处理组、针刺预处理组3d时阳性细胞数明显减少,少于梗死组。脑梗死组、缺血预处理组、针刺预处理组1、3、7d时,TUNEL法阳性细胞计数均高于正常组和假手术组(均 $P < 0.05$ )。缺血预处理组、针刺预处理组1d时TUNEL法阳性细胞计数与脑梗死组差别不大( $P > 0.05$ ),而在两组3、7d时,TUNEL法阳性细胞计数均低于脑梗死组( $P < 0.01$ 或 $P < 0.01$ )。缺血预处理组与针刺预处理组TUNEL法阳性细胞计数1、3、7d时差别不大(均 $P > 0.05$ )。脑梗死组、缺血预处理组、针刺预处理组1、3、7d时的TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  mRNA水平和含量均高于正常组和假手术组(均 $P < 0.05$ )。缺血预处理组、针刺预处理组1、3、7d时,TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  mRNA表达水平和含量均低于脑梗死组( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。缺血预处理组与针刺预处理组1、3、7d时,TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  mRNA表达水平和含量则差别不大(均 $P > 0.05$ )。**结论** 脑梗死后,梗死灶边缘神经细胞凋亡,TNF- $\alpha$  mRNA、IL-1 $\beta$  mRNA表达上升,炎症因子TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 增多。针刺风池穴预处理,可以抑制神经细胞凋亡,减少炎症因子TNF- $\alpha$  mRNA、IL-1 $\beta$  mRNA表达,降低TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 含量,减轻脑梗死炎症反应,改善脑梗死大鼠模型神经功能。

**【关键词】** 脑梗死 针刺 预处理 细胞凋亡 炎症因子

**Effect of Acupuncture Preconditioning on Apoptosis and Inflammatory Factors of ischemic cerebral** QIN Yanqiang, SUN zhongren, ZHANG Yajuan, et al. Heilongjiang University Of Chinese Medicine, Heilongjiang, Harbin 150040, China

**【Abstract】Objective:** To observe the effect of acupuncture preconditioning on the apoptosis and inflammatory factors of ischemic cerebral apoplexy. **Methods:** 90 adult male SD rats were randomly divided into 5 groups: normal group, Sham group, cerebral infarction group, ischemic preconditioning group, acupuncture, preconditioning group, with 18 rats in each group. Each group was divided into one day, three days, seven days group, with 6 rats in each group. Middle cerebral artery occlusion(MCAO) model was prepared using the modified Zea Longa, all of the rats of acupuncture preconditioning group pinprick "Feng Chi Acupoints" before the MCAO model prepared

\* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(30873298);黑龙江中医药大学“优秀创新人才支持计划”

科研项目(领军人才类)(2012RCL01)

△通信作者(电子邮箱:szr006@163.com)

consecutive 7 days. The neurological score were detected 4 hours ago in each group when rats were sacrificed. Cells apoptosis was detected by TUNEL, and Real-time PCR and ELISA method were used to analyze tissue TNF- $\alpha$  beta, IL-1. **Results:** The method of the Acupuncture preconditioning could improve the neurological score, there were differences between the two group ( $P < 0.05$ ); It also can reduce the cell's apoptosis ( $P < 0.05$ ), decrease the expression of TNF- $\alpha$  mRNA, IL-1 $\beta$  mRNA of brain ( $P < 0.05$ ), reduce the content of the TNF- $\alpha$  and IL-1 $\beta$  ( $P < 0.05$ ). **Conclusions:** The method of acupuncture preconditioning can improve neurological in rats of cerebral, its also can inhibit neuronal apoptosis and decrease the expression of TNF- $\alpha$  mRNA, IL-1 $\beta$  mRNA, reduce the inflammatory response.

**[Key words]** Acupuncture; Preconditioning; Cerebral; Apoptosis; Inflammatory Factors

随着老龄化社会的到来, 脑血管疾病逐渐成为目前我国三大致死性疾病之一<sup>[1]</sup>, 而在脑血管疾病中, 脑血栓形成占 1/3。由于中枢神经元损伤的不可逆性, 该病往往形成残疾, 重则危及生命。因此, 积极开展脑梗死预防工作, 对降低缺血性脑血管疾病尤其脑梗死的发病率、致残率和致死率等显得尤为重要。而缺血耐受现象的提出, 为脑梗死预防性治疗提供了广阔的思路, 也提出了多种预处理方式。

在临床中, 针刺风池穴可以改善脑供血不足所引发的各种症状, 包括眩晕、一过性黑蒙等, 尤其对椎-基底动脉系统 TIA 具有良好改善作用。有研究表明 TIA 可诱发脑缺血耐受, 且有学者证实针刺“风池穴”, 对椎-基底动脉系统血流速度具有“双相、良性”调节作用<sup>[2]</sup>。笔者在临床中总结发现, 发生脑血栓形成性脑梗死采用针刺风池穴治疗者, 其病灶面积通常较小, 且经康复训练后, 后遗症较少。因此, 针刺风池穴可能存在激活大脑的缺血耐受现象。笔者通过针刺风池穴预处理对脑梗死大鼠模型, 观察其对脑梗死大鼠模型细胞凋亡的影响, 探讨其诱导脑缺血耐受的作用机制。现报告如下。

### 1 材料与方法

1.1 动物 健康成年 SD 雄性大鼠 90 只, 体质量 (330 $\pm$ 10) g, 合格证号为黑 201402415, 由黑龙江中医药大学实验动物中心提供。

1.2 试剂与仪器 TUNEL 测试试剂盒: 美国 Roche 公司 (批号 11772465001)。DBA 工作液现用现配。TriZol: 美国 Invitrogen 公司 (批号 15596018)。DEPC: 美国 Sigma 公司 (批号 20130952)。RNAisoReagent、SybrGreen Taq、cDNA Synthesis Kit 购自大连 TaKaRa 公司。TranscriptTM One-Step RT-PCR SuperMix 购自北京全式金生物技术有限公司。TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  及  $\beta$ -actin mRNA 引物由上海生物工程技术有限公司合成。TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  酶联免疫吸附测定试剂盒: 伊莱瑞特生物科技有限公司 (批号 E-EL-R0019c)。酶标仪 (450 nm 波长滤光片): 北京博仪恒业科技发展有限公司。光学显微镜 (MCL-300): 美佳朗。电热恒温箱 (DHP-9052): 上海一恒公司。华佗牌针灸针 (0.25 mm $\times$ 25 mm):

苏州医疗用品厂有限公司。高精度移液器 (WKY III-5): 上海佳安分析仪器厂。荧光定量 PCR 仪 (ABI-7500): 美国 ABI 公司。

1.3 分组与造模 采用随机数字表法, 将大鼠随机分为正常组 18 只, 假手术组 18 只, 脑梗死组 18 只, 缺血预处理组 18 只, 针刺预处理组 18 只 5 组, 每组均分 1、3、7 d 3 个亚组各 6 只。正常组同步喂养, 无任何处理; 假手术组只切开皮肤, 暴露劲总动脉、颈内外动脉, 不插入线栓, 术后缝合皮肤。脑梗死组采用改良 Zea Longa<sup>[3]</sup>方法制备大鼠模型; 缺血预处理组于造模前 24 h 于颈外动脉插入自制线栓, 栓塞大脑中动脉后, 间断缺血 30 min; 针刺预处理组于造模前针刺大鼠双侧风池穴, 连续 7 d。具体方法 1) 大鼠脑梗死动物模型制备方法: 大鼠造模前 6 h 禁食, 10% 水合氯醛腹腔麻醉, 于颈部距正中线右侧 0.5 cm 切开颈部皮肤, 剥离至暴露劲总动脉、颈内外动脉, 结扎颈外动脉及劲总动脉近段, 血管夹夹闭颈内动脉, 于颈总动脉剪一小口, 插入备好线栓, 固定, 松开动脉夹, 将线栓送入经颈内动脉至大脑前动脉, 至送入出现阻力, 栓塞大脑中动脉, 制备左侧大脑中动脉闭塞脑梗死模型。2) 缺血预处理方法: 大鼠麻醉, 经颈外动脉插入自制线栓, 栓塞大脑中动脉后, 间断缺血 30 min (3 次 10 min, 每个 10 min 后将线栓退至颈内动脉内恢复血流 10 min), 术后拔出线栓, 结扎颈外动脉残端。常规饲养 24 h 后, 采用改良 Zea Longa 法制备大鼠脑梗死模型。3) 针刺方法: 针刺大鼠双侧风池穴, 每日针刺 1 次, 每次 30 min。连续针刺 7 d。针刺结束后行 MCAO 动物模型制备。

1.4 观察指标 1) 神经功能评分: 实验动物清醒后, 自由饮食, 各组于取材前 4 h 进行神经功能评分。采用 Longar 5 分制标准。0 分: 无神经功能缺损, 动物行为正常。1 分: 提尾时左前肢内收, 不能完全伸展。2 分: 自发行走时向左侧转圈。3 分: 行走时身体向左侧倾倒。4 分: 不能自发行走, 或昏迷。2) 细胞凋亡: 采用 TUNEL 法检测。各组大鼠于取材前 6 h 禁食水, 4% 多聚甲醛溶液 200 mL, 0.9% 氯化钠 200 mL 灌注取脑; 石蜡切片常规脱蜡至水; 滴加胃蛋白酶 K (20  $\mu$ g/mL 溶于 10 mM 的 Tris/HCL 中, pH 值 7.4-8.0) 室温孵育 30 min, PBS 冲洗 2 次; 标记, 擦干样品周围的水, 滴加 50  $\mu$ L 的

Tunel 反应混合液,在湿盒中 37 °C 孵育 60 min, PBS 冲洗 3 次;信号转化和分析,擦干样品周围的水分,加入 50 μL 的转化剂-POD, 在湿盒中 37 °C 孵育 30 min, PBS 冲洗 3 次;显色,滴加显色剂 DAB,室温下 10 min, 蒸馏水充分冲洗;苏木素复染 1 min;常规脱水透明,中性树胶封片,显微镜下观察。应用 Motic Med 6.0 病理图像分析系统, 每张片随机观察并计数脑损伤边 5 个不重复视野, 在 400 倍镜视野下计数脑损伤区周围组织中 TUNEL 阳性的细胞。取平均值作为每个标本平均每高倍视野内的统计数据 (个/HP)。3)TNF-α、IL-1β mRNA 的表达: 采用 Real-time PCR 检测。样本 RNA 提取, 每组大鼠脑组织, 用液氮研磨成粉末, 加入 1 mL 的 TRIZOL 试剂, 混匀, 室温静置 5 min, 提取总 RNA; 逆转录反应, 2 μg RNA 按照试剂盒说明进行逆转录反应, 42 °C 30 min, 85 °C 5 min。PCR 仪进行 PCR 反应, 按 SYBR Premix Ex Taq 12.5 μL; PCR Forward Primer (10 μM) 0.5 μL; PCR Reverse Primer (10 μM) 0.5 μL; DNA 模板 1.0 μL; dH2O(灭菌蒸馏水) 10.5 μL 分别配制 Real-time PCR 反应体系。各样品目的 mRNA 和内参 (GAPDH) 分别进行 Real-time PCR 反应。PCR 仪中制备合格标准品(溶解曲线的吸收峰单一的 PCR 产物者)。β-actin 基因表达作为内参, 分别采集 TNF-α、IL-1β、β-actin 扩增各循环荧光信号。Rotor-Gene 6.0 版软件收集循环阈值(CT 值), 目的基因相对 mRNA 表达水平计算按照公式: 目的基因相对 mRNA 表达=2<sup>-ΔΔCT</sup>。4)脑组织中 TNF-α、IL-1β 含量: 采用 ELISA 检测。各组大鼠取梗死边缘脑组织 5 mg, 液氮保存待用。按照大鼠酶联免疫吸附试验试剂盒提供说明书步骤测定组织 TNF-α、IL-1β 的含量。

表 1 Real-time PCR 基因引物序列

Gene	Forward primer(5'→3')	Reverse primer(5'→3')	Product Size(bp)
β-actin	ATCATGTTTGAGACCTTCAAC	TTCATCTTCATGCTGCTAGGA	219
TNF-α	CTCCCAGAAAAGCAAGCAAC	CGAGCAGGAATGAGAAGAGG	210
IL-1β	AGTCTGCACAGTCCCAACC	AGACCTGACTTGGCAGAGGA	230

1.5 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示。多个样本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 各组大鼠神经功能学评分比较 见表 2。脑梗死组、缺血预处理组、针刺预处理组大鼠神经功能评分均高于正常组和假手术组(均 P < 0.05)。缺血预处理组、针刺预处理组 1 d 时大鼠神经功能评分与脑梗死组差别不大(P > 0.05), 而在两组 3、7 d 时, 大鼠神经功能评分均低于脑梗死组(P < 0.05 或 P < 0.01)。缺血预处理组与针刺预处理组大鼠神经功能评分差别不大 (P >

表 2 各组大鼠神经功能学评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	1 d	3 d	7 d
正常组	18	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00
假手术组	18	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00
脑梗死组	18	2.63±0.74*	2.38±0.52*	1.63±0.52*
缺血预处理组	18	2.75±0.71*	1.50±0.54* <sup>△</sup>	0.75±0.71* <sup>△△</sup>
针刺预处理组	18	2.50±0.93*	1.38±0.52* <sup>△</sup>	0.88±0.99* <sup>△△</sup>

与正常组、假手术比较, \*P < 0.05; 与脑梗死组比较, <sup>△</sup>P < 0.05, <sup>△△</sup>P < 0.01。下同。

0.05)。

2.2 各组细胞凋亡情况比较 见图 1~4, 表 3。正常组和假手术组可见少量 TUNEL 阳性细胞 (图 1), 梗死组、缺血预处理组和针刺预处理 1 d 时 TUNEL 阳性细胞数均较多, 3 d 时开始下降。而缺血预处理组(图 2)、针刺预处理组(图 3) 3 d 时阳性细胞数明显减少, 少于梗死组(图 4)。脑梗死组、缺血预处理组、针刺预处理组 1、3、7 d 时, TUNEL 法阳性细胞计数均高于正常组和假手术组(均 P < 0.05)。缺血预处理组、针刺预处理组 1 d 时 TUNEL 法阳性细胞计数与脑梗死组差别不大(P > 0.05), 而在两组 3、7 d 时, TUNEL 法阳性细胞计数均低于脑梗死组(P < 0.05 或 P < 0.01)。缺血预处理组与针刺预处理组 TUNEL 法阳性细胞计数 1、3、7 d 时差别不大(均 P > 0.05)。



图 1 正常组(×400)

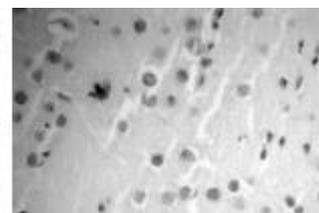


图 2 缺血预处理 3 d 组(×400)

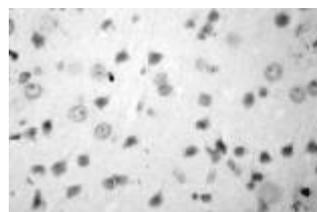


图 3 针刺预处理 3 d 组(×400)

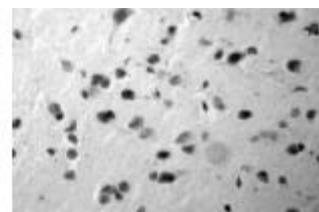


图 4 脑梗死 3 d 组(×400)

表 3 各组 TUNEL 法染色阳性细胞计数比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	1 d	3 d	7 d
正常组	18	10.13±2.11	11.21±2.54	10.18±1.95
假手术组	18	13.41±3.14	12.54±3.65	12.54±2.01
脑梗死组	18	35.00±5.15*	30.13±4.52*	27.38±3.25*
缺血预处理组	18	34.85±4.96*	24.62±5.62* <sup>△</sup>	18.54±5.21* <sup>△△</sup>
针刺预处理组	18	36.23±6.30*	25.20±5.73* <sup>△</sup>	19.50±3.77* <sup>△△</sup>

2.3 各组 TNF-α、IL-1β mRNA 表达比较 见表 4。脑梗死组、缺血预处理组、针刺预处理组 1、3、7 d 时,

TNF-α、IL-1β mRNA 水平均高于正常组和假手术组 (均 P<0.05)。缺血预处理组、针刺预处理组 1、3、7 d 时, TNF-α、IL-1β mRNA 表达水平均低于脑梗死组 (P<0.05 或 P<0.01)。缺血预处理组与针刺预处理组 1、3、7 d 时, TNF-α、IL-1β mRNA 表达水平则差别不大 (均 P>0.05)。

表 4 各组 TNF-α、IL-1β mRNA 表达比较 (ng/mL,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	TNF-α			IL-1β		
		1d	3d	7d	1d	3d	7d
正常组	18	2.35±0.25	2.63±0.37	1.95±0.68	1.25±0.35	1.74±0.17	1.38±0.81
假手术组	18	2.62±0.51	2.62±0.65	2.36±0.65	1.47±0.41	1.50±0.35	1.52±0.05
脑梗死组	18	19.52±4.32*	23.42±5.62*	7.85±2.29*	10.53±2.74*	12.38±3.02*	5.47±1.01*
缺血预处理组	18	14.25±3.62 <sup>△△</sup>	15.52±4.62 <sup>△△</sup>	4.52±2.10 <sup>△</sup>	6.52±2.01 <sup>△△</sup>	7.52±2.24 <sup>△△</sup>	2.03±0.25 <sup>△△</sup>
针刺预处理组	18	13.85±4.05 <sup>△△</sup>	14.96±4.75 <sup>△△</sup>	4.37±1.95 <sup>△</sup>	5.98±1.81 <sup>△△</sup>	6.94±2.14 <sup>△△</sup>	2.45±0.58 <sup>△△</sup>

2.4 各组 ELISA 法检测不同时间点 TNF-α、IL-1β 的含量比较 见表 5。脑梗死组、缺血预处理组、针刺预处理组 1、3、7 d 时, TNF-α、IL-1β 含量均高于正常组和假手术组 (均 P<0.05)。缺血预处理组、针刺预处理组 1、3、7 d 时, TNF-α、IL-1β 含量均低于脑梗死组 (P<0.05 或 P<0.01)。缺血预处理组与针刺预处理组 1、3、7 d 时, TNF-α、IL-1β 含量则差别不大 (均 P>0.05)。

表 5 各组 ELISA 法检测不同时间点 TNF-α、IL-1β 的含量比较 (ng/mL,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	TNF-α			IL-1β		
		1d	3d	7d	1d	3d	7d
正常组	18	6.82±1.24	7.27±1.51	6.58±1.41	4.28±0.35	4.14±1.61	3.38±1.21
假手术组	18	7.53±1.84	7.50±1.45	6.51±1.07	4.62±0.41	4.53±2.74	4.50±1.85
脑梗死组	18	22.52±2.34*	16.32±2.52*	10.68±1.95*	18.42±6.25*	11.05±4.12*	7.32±2.05*
缺血预处理组	18	16.32±2.06 <sup>△△</sup>	11.52±1.34 <sup>△</sup>	9.54±1.01 <sup>△</sup>	15.52±4.71 <sup>△△</sup>	9.45±3.41 <sup>△</sup>	4.44±1.81 <sup>△△</sup>
针刺预处理组	18	17.08±2.14 <sup>△△</sup>	12.24±2.04 <sup>△</sup>	10.37±2.21 <sup>△</sup>	14.92±3.47 <sup>△△</sup>	9.08±3.52 <sup>△</sup>	4.82±1.49 <sup>△△</sup>

### 3 讨论

《黄帝内经》提倡“不治已病治未病”,“未病”并非是没有病,一般定义为体内已有病因存在但尚未致病的人体状态。此与现代医学的预处理理念相似,故发掘治未病手段诱导脑缺血耐受存在现实意义。

缺血性脑血管疾病是一组以动脉硬化为基础,以脑组织发生缺血缺氧性损伤为主要病理改变的疾病。在损伤早期,往往是多种机制共同参与疾病发生、发展过程。局部炎症反应往往在早期就激活<sup>[4-5]</sup>,小胶质细胞、巨噬细胞、免疫细胞等升高,激活一系列炎症转导机制,产生并释放炎症细胞因子如 TNF-α、IL-1β、IL-6 等。缺血性脑损伤后血脑屏障破坏,通透性增加,从而引起脑水肿及一些继发损伤<sup>[6]</sup>;大量的活性氧自由

基(ROS)产生<sup>[7]</sup>,介导脂质过氧化反应可以损伤神经细胞膜和细胞器,使神经细胞发生肿胀、变性甚至坏死。同时尚伴有兴奋性氨基酸毒性反应<sup>[8]</sup>、细胞内钙超载<sup>[9]</sup>等,最终诱导细胞发生坏死和凋亡<sup>[10]</sup>。

Kitagawa 等<sup>[11]</sup>于 1990 年报导在沙土鼠大脑内存在缺血耐受现象。缺血耐受现象的发现为脑梗死的防治提供了新的思路和新途径。但是缺血预处理方法临床实现困难,是否还存在其他预处理手段可以诱导脑缺血耐受呢,有实验研究证实针刺预处理也可诱导脑缺血耐受,从而对脑组织起保护作用<sup>[12-13]</sup>,但研究报道针刺预处理选用腧穴不一。在临床中我们发现风池穴具有治疗病种多样性,疗效显著性、针刺时患者痛苦小等特点,并在前期临床研究中证实具有脑保护作用,但其具体作用机制尚待挖掘。

《铜人腧穴针灸图经》指出风池主“目眩,苦头痛,颈项痛不得回顾,目泪出,欠气多”。风池穴位于斜方肌两侧与胸锁乳突肌上端汇合处,上项线直下凹陷处发际内,其与颈交感神经联系密切。研究发现,针刺风池穴可以调节椎基底动脉血流<sup>[14]</sup>,临床中我们也发现,针刺风池穴可以改善脑供血、脑血流,治疗因脑供血不足引起的眩晕,也可以起到降低交感神经紧张度,兴奋迷走神经,诱导胆碱能抗炎通路发挥抗细胞凋亡作用。细胞凋亡是脑损伤后神经组织细胞发生的一系列生物学特征的改变,在缺血性脑损伤早期,各组炎症因子作用下,缺血区脑组织发生大量细胞凋亡,是继发性脑损伤的病理生理过程<sup>[15]</sup>。TUNEL 法可以对凋亡细胞核或凋亡小体进行原位染色,并能够准确的反应细胞凋亡的生物化学及形态学改变。脑梗死后各种促炎因子、抗炎因子均参与了其发生发展过程。肿瘤坏死因子是一种由单核细胞分泌的,在炎症反应中处于最先激活细胞因子之一,参与介导细胞凋亡过程。IL-1β 是一种重要的炎性因子,炎性反应发生时,可进一步激活中性粒细胞及内皮细胞,形成级联式瀑布反应,并最终诱导细胞死亡和凋亡。

本研究结果显示,针刺预处理和缺血预处理均能够实现早期改善恢复脑梗死后神经功能、抗细胞凋亡作用。脑梗死组、缺血预处理组和针刺预处理组于缺血损伤后 1 d 出现 TNF-α mRNA、IL-1β mRNA 表达升高,脑组织中 TNF-α、IL-1β 含量亦增高,并且达峰值,3 d 时开始逐渐下落,与文献报道趋势一致<sup>[16]</sup>,缺血预处理和针刺预处理均可抑制炎症因子 TNF-α mRNA、IL-1β mRNA 表达,减轻脑梗死炎性反应。综上所述,针刺风池穴预处理,可以改善脑梗死大鼠神经功能,抑制神经细胞凋亡,减少炎症因子 TNF-α mRNA、IL-1β mRNA 表达,从而减轻脑梗死炎性反应,可能是其诱导脑缺血耐受的作用机制之一。

(下转第 575 页)

# 中医药治疗成人癫痫的系统评价\*

聂莉媛<sup>1</sup> 张青<sup>1</sup> 王潇慧<sup>1</sup> 孙金<sup>1</sup> 张媛<sup>1</sup> 刘金民<sup>2Δ</sup>

(1.北京中医药大学,北京 100079;2.北京中医药大学第三附属医院,北京 100029)

中图分类号:R742.1 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0569-05

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.002

**【摘要】目的** 系统评价中医药治疗成人癫痫的临床疗效及安全性。**方法** 采用计算机检索和手工检索文献,纳入以成人癫痫患者为研究对象、中医药治疗的随机/半随机对照试验。采用改良的Jadad量表进行质量评价,运用RevMan 5.2进行统计学分析。**结果** 最终纳入73项试验,其中72项涉及总有效率,仅有5项涉及症状积分,30项涉及脑电图改善,36项涉及不良反应及副作用。文献质量普遍较低。系统评价结果显示,在减少患者痫性发作频率、提高总有效率方面,辨证论治/经方加减/中成药联合西药组总有效率明显高于西药组(OR=3.47,95%CI为2.70~4.47, $P<0.00001$ ),自拟方加减联合西药组总有效率明显高于西药组(RR=1.22,95%CI为1.17~1.28, $P<0.00001$ ),中药联合针刺(耳穴压豆)、西药组疗效明显优于西药组(OR=5.26,95%CI为1.97~14.01, $P=0.0009$ );在症状积分改善方面,中药组及辨证论治/经方加减/中成药联合西药组疗效均明显优于西药组;在脑电图改善方面,中药组疗效明显优于西药组(RR=1.33,95%CI为1.14~1.56, $P=0.0003$ ),辨证论治/经方加减/中成药联合西药组疗效明显优于西药组(OR=2.11,95%CI为1.30~3.42, $P=0.002$ );自拟方加减联合西药组疗效明显优于西药组(OR=2.93,95%CI为1.91~4.49, $P<0.00001$ )。**结论** 中医药治疗成人癫痫在提高总有效率、改善症状积分及脑电图等方面,具有明显优势;中医药治疗成人癫痫未发现严重不良反应。在常规西药治疗基础上加用中医药治疗成人癫痫,可以提高临床疗效。但仍需高质量文献提供循证医学的最佳证据。

**【关键词】** 成人癫痫 中医药 系统评价 Meta分析

**Systematic Review of Adult Epilepsy Treated by Chinese Herbal Medicine** NIE Liyuan, ZHANG Qing, WANG Xiaohui, et al. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100079, China

**【Abstract】Objective:** To assess the efficacy and safety of treatment Adult Epilepsy with Chinese herbal medicine. **Methods:** RCTs of treating Adult Epilepsy with Chinese herbal medicine were collected comprehensively by computer and manual searches. The trials were assessed by the Jadad scale integral method, and RevMan 5.2 was used for statistical analysis. **Results:** Seventy-three trials were included, seventy-two trials relating to the total effective rate, only five trials relating to symptom score, thirty trials relating to Electroencephalogram (EEG), thirty-six trials relating to adverse reaction. The methodological quality was generally low. Result of meta-analysis showed that the treatment by differentiation of syndromes (Bianzheng-Lunzhi)/classical prescription/proprietary Chinese medicine combined with anti-epilepsy drugs (AEDs) groups could significantly improve the total effective rate compared with the Western medicine group (OR 3.47, 95%CI 2.70-4.47,  $P<0.00001$ ), self-made decoction combined with AEDs group could significantly improve the total effective rate compared with the Western medicine group (RR 1.22, 95%CI 1.17-1.28,  $P<0.00001$ ), Chinese herbal medicine combined with acupuncture and AEDs group was superior to Western medicine group in improving the clinical efficacy (OR 5.26, 95%CI 1.97-14.01,  $P=0.0009$ ); the Chinese herbal medicine/ the treatment by differentiation of syndromes (Bianzheng-Lunzhi)/classical prescription/proprietary Chinese medicine combined with AEDs groups could significantly improve symptom score compared with the Western medicine group; the Chinese herbal medicine group could significantly improve the EEG compared with the Western medicine group (RR 1.33, 95%CI 1.14-1.56,  $P=0.0003$ ), the treatment by differentiation of syndromes (Bianzheng-Lunzhi)/classical prescription /proprietary Chinese medicine combined with AEDs groups could significantly improve the EEG compared with the Western medicine group (OR 2.11, 95%CI 1.30-3.42,  $P=0.002$ ), self-made decoction combined with AEDs group could significantly improve

\* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(81373586);高等学校博士学科点专项科研基金资助项目(20120013110011)

Δ通信作者(电子邮箱:jmvip@vip.163.com)

the EEG compared with the Western medicine group (OR 2.93,95%CI 1.91-4.49, $P < 0.00001$ ). **Conclusion:** Compared with the Western medicine, Chinese herbal medicine has obvious efficacy in improving the total effective rate, symptom score, and EEG, and did not discovery seriously adverse reaction. On the basis of AEDs combined with Chinese herbal medicine can improve the clinical efficacy in treating adult epilepsy, but more high methodological quality trials are needed for further confirmation.

**【Key words】** Adult Epilepsy; Chinese herbal medicine; Systematic review; Meta Analysis

研究表明,世界范围内的癫痫患者约有5000万人,每年新发癫痫的患病率为(16~51)/10万<sup>[1]</sup>。我国约有900万左右的癫痫患者,目前癫痫已成为仅次于头痛和脑卒中的最常见神经科疾病<sup>[2]</sup>。一些随机/半随机对照试验初步表明,中医药治疗癫痫有可靠的疗效,不良反应少。但是这些临床试验的质量与疗效缺乏系统性评价。本研究对中医药治疗成人癫痫的临床疗效及安全性进行系统评价,旨在得到科学可靠的结论,为临床治疗本病提供循证依据。现报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 纳入标准

所有随机/半随机对照试验;符合癫痫诊断标准,年龄≥18岁,性别不限;试验组的干预措施为中草药(包括中药复方、中成药或中药提取物)或联合西药,联用其他治疗措施的临床试验也予以纳入;对照组为单纯西药治疗。

#### 1.2 临床试验的检索和纳入

文献检索包括计算机和手工检索。计算机检索包括中文期刊全文数据库(CNKI)、中国科技期刊全文数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库(CBM)、中国优秀硕士学位论文全文数据库(CMFD)、中国重要会议论文全文数据库、中国博士学位论文全文数据库(CDFD)。检索的起止日期为各数据库最早的起始日期至2013年12月31日止。中文检索策略:根据循证问题的PICO原则,主题词—癫痫、痫证/痫病,关键词—中医、中药、中西医、中医药、临床试验/临床研究、治疗/干预。手工检索中文发表及未发表的文献,包括多种全国脑病会议论文集、癫痫会议论文集等相关文献。文献语种限中文,发表类型不限。

#### 1.3 疗效指标

纳入具备下列疗效指标(≥1项)的临床试验。主要结局指标:总有效率。次要结局指标:症状积分改善、脑电图改善及安全性指标(不良事件及副作用)。

#### 1.4 方法学质量评价

根据改良的Jadad量表积分法(1~3分为低质量,4~7分为高质量)对纳入试验进行质量评价。包括随机序列的产生、随机化隐藏、盲法及退出与脱落。

#### 1.5 资料提取及分析

制定统一的资料提取表,由2位研究者分别提取资料,包括一般信息、干预措施、疗效评价指标、治疗结

果等,然后逐一进行核对。

#### 1.6 统计学处理

统计分析采用Revman5.2软件。如统计分析表明纳入试验不存在明显异质性,进行Meta分析,并根据异质性的大小,选用随机效应模型或固定效应模型。若文献异质性过大,则只作定性分析。计数资料用比值比(OR)和95%可信区间表示,计量资料用权重的均差和95%可信区间表示。如纳入试验资料较充足,可进行“倒漏斗”图形分析,探讨是否存在发表偏倚。

### 2 结果

#### 2.1 纳入试验的特点

根据检索策略,初步检索出2314篇文献,通过阅读标题或摘要,排除非随机/半随机对照试验、非成人癫痫临床试验及各数据库重复文献,最后共获取175篇文献。通过通读全文,排除非中医药治疗、非随机/半随机对照试验及基础理论文献,最后共获取87篇文献,其中7篇无诊断标准,4篇诊断标准不明确,1篇对照设置不合理,2篇重复发表,均予以排除,最终共纳入73项随机/半随机对照试验。其中,仅有2项为高质量试验<sup>[3-4]</sup>(一项使用电子计算机统计软件包方法随机分组,并报告了随机隐藏、双盲安慰剂、明确退出数量及原因,jadad评分为7分;另一项采用随机数字表法分组,并明确退出数量及原因,jadad评分为4分),剩余71项均为低质量。共有9005例患者,其中最小样本量为26例,最大为1560例,平均123例。

中医药治疗包括中药复方(经方或自拟方加减)、中成药及中药提取物。其中仅有4项试验运用辨证论治<sup>[5-8]</sup>(其中1项采用辨证论治联合针刺治疗<sup>[5]</sup>)。13项试验采用经方加减治疗(共有8种经方,其中通窍活血汤、涤痰汤两种出现频率最高,分别有8项、2项)。40项试验采用自拟方加减治疗(主要以疏肝理气、息风化痰、活血化瘀或开窍醒神为主)。14项试验采用中成药治疗,1项采用中药提取物治疗<sup>[9]</sup>,1项采用中药联合针刺治疗<sup>[10]</sup>,1项采用中药联合耳穴压豆治疗<sup>[11]</sup>。西药干预主要有两大类:1)提高中枢神经系统内抑制性递质γ-氨基丁酸作用或抑制兴奋性递质谷氨酸作用的药物,如苯巴比妥、丙戊酸、苯二氮卓类等;2)以调节电压门控离子通道为主的药物,如苯妥英、卡马西平等。

#### 2.2 纳入研究的方法学质量

12项试验描述了随机方法(其中1项采用电子计

算机统计软件包<sup>[3]</sup>、6项采用随机数字表法<sup>[4,12-16]</sup>、5项采用就诊/入院时间<sup>[18-21]</sup>),剩余61项试验均未描述随机方法。仅有1项报告了随机隐藏<sup>[3]</sup>,1项报告了盲法<sup>[3]</sup>,5项报告了退出和失访<sup>[3-4,16,22-23]</sup>。所有试验均未报告样本量的估算。

2.3 疗效评价

2.3.1 中药组与西药组比较 (22篇) 总有效率22篇: 异质性检验  $Chi^2=102.13, df=21 (P<0.00001)$ , 且  $I^2=79%$ , 表明存在高度异质性, 仅进行定性分析。22篇均报道了癫痫发作频率的总有效率情况, 中药组疗效明显优于西药组。症状积分改善2篇: 2篇涉及症状积分改善, 中药组疗效明显优于西药组。脑电图改善8篇: 8篇涉及脑电图改善(如图1), 结果显示, 中药组疗效明显优于西药组( $RR=1.33, 95%CI$ 为1.14~1.56,  $P=0.003$ )。

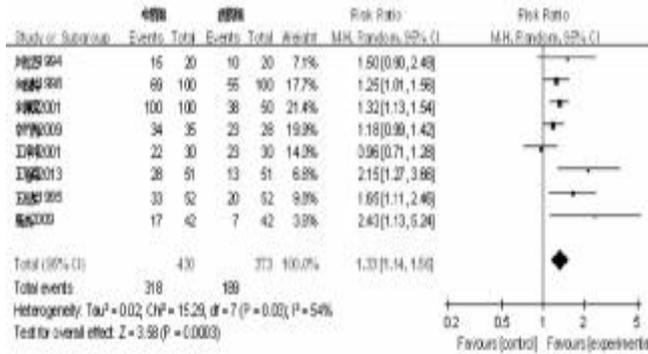


图1 脑电图改善—中药组 VS 西药组

2.3.2 中药联合西药组与西药组比较 (48篇) 1) 辨证论治/经方加减/中成药联合西药组与西药组比较 (20篇)。总有效率19篇: 19篇报道了癫痫发作频率总有效率情况(如图2), 异质性检验  $Chi^2=11.81, df=18 (P=0.86>0.1)$ 。OR 差异无统计学意义, 采用固定效应模型, 结果表明, 辨证论治/经方加减/中成药联合西药组总有效率明显高于西药组 ( $OR=3.47, 95%CI$ 为2.70~4.47,  $P<0.00001$ )。症状积分改善3篇: 3篇涉及症状积分改善, 显示辨证论治/经方加减/中成药联合西药组疗效明显优于西药组。脑电图改善4篇: 4篇涉及脑电图改善(如图3), 异质性检验  $Chi^2=2.33, df=2 (P=0.31>0.1)$ 。OR 无统计学差异, 采用固定效应模型, 结果表明, 辨证论治/经方加减/中成药联合西药组疗效明显优于西药组( $OR=2.11, 95%CI$ 为1.30~3.42,  $P=0.002$ )。2) 自拟方加减联合西药组与西药组比较: 28篇。总有效率28篇: 28篇均报道了癫痫发作频率总有效率情况(如图4), 自拟方加减联合西药组总有效率明显高于西药组( $RR=1.22, 95%CI$ 为1.17~1.28,  $P<0.00001$ )。症状积分改善0篇: 未有研究涉及症状积分改善。脑电图改善6篇: 6篇涉及脑电图改善(如图5), 异质性检验  $Chi^2=1.77, df=5 (P=0.88>0.1)$ 。OR 差异无

统计学意义, 采用固定效应模型, 结果表明, 自拟方加减联合西药组疗效明显优于西药组 ( $OR=2.93, 95%CI$ 为1.91~4.49,  $P<0.00001$ )。

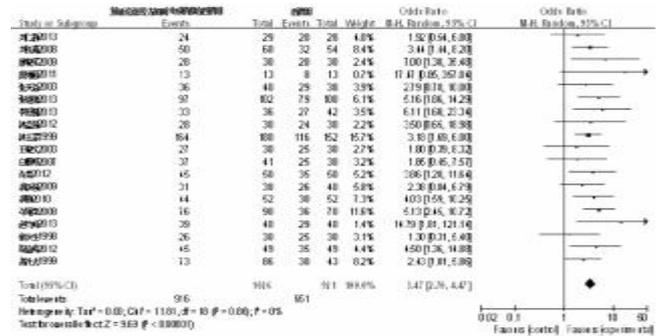


图2 辨证论治/经方加减/中成药联合西药组总有效率与西药组比较

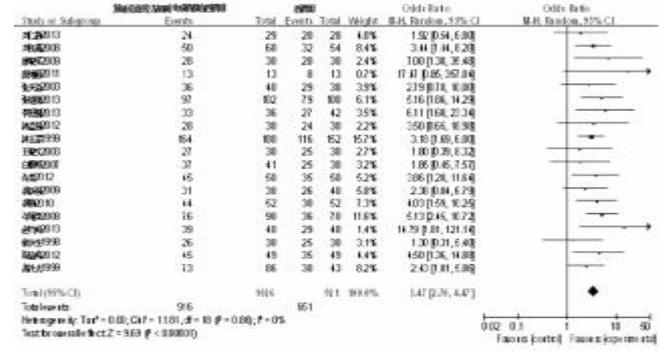


图3 辨证论治/经方加减/中成药联合西药组脑电图改善情况与西药组比较

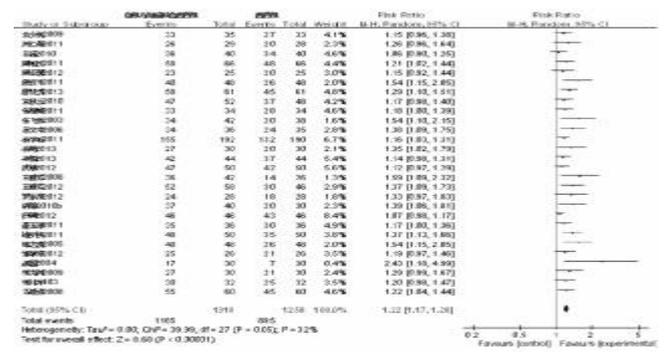


图4 自拟方加减联合西药组总有效率与西药组比较

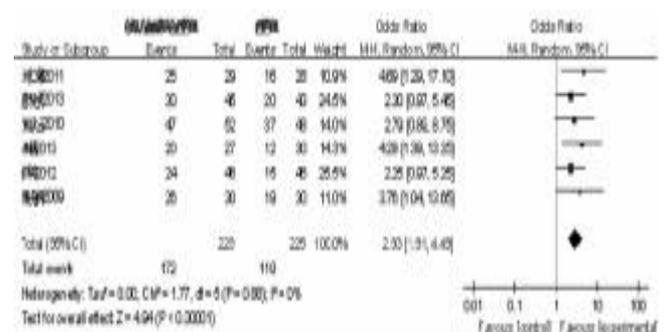


图5 自拟方加减联合西药组脑电图改善情况与西药组比较

2.3.3 中药联合针刺(耳穴压豆)、西药组与西药组比较(3篇) 1)总有效率3篇:3篇均报道了癫痫发作频率总有效率情况(如图6),异质性检验  $Chi^2=2.19, df=2 (P=0.34>0.1)$ 。OR 差异无统计学意义,采用固定效应模型,结果表明,中药联合针刺(耳穴压豆)、西药组疗效优于西药组 (OR=5.26, 95% CI 为 1.97~14.01,  $P=0.0009$ )。2)症状积分改善 0 篇:未有研究涉及症状积分改善。3)脑电图改善 2 篇:2 篇涉及脑电图改善,显示中药联合针刺(耳穴压豆)、西药组疗效明显优于西药组。



图6 中药联合针刺(耳穴压豆)、西药组总有效率与西药组比较

2.4 安全性

有 36 项试验提及了不良反应及副作用,其中 2 项试验显示无论是中药干预还是西药干预均未见明显不良反应,34 项试验报告了不良反应(其中 30 项具体描述了不良反应的发生情况),大多数可自行缓解,有的则需要减少药物剂量甚至停药后方可缓解。所有试验均未出现严重的不良反应。

2.5 “倒漏斗”图形分析

由于本次研究纳入试验的干预措施较复杂,且部分未进行 Meta 分析,因此对纳入试验是否存在发表偏倚未进行“倒漏斗”图形分析。

3 讨论

本研究对纳入的 73 项随机/半随机对照试验进行系统评价,结果显示:中医药治疗成人癫痫,无论是中药组或中药联合西药组或中药联合针刺(耳穴压豆)、西药组与单纯西药组相比,在提高总有效率、症状积分及脑电图改善方面均有明显优势;中医药治疗成人癫痫未发现严重不良反应。但是,由于以下原因,此结论尚有待于进一步验证。

3.1 诊断标准

本研究纳入的试验中,疾病诊断标准(国际及国内标准)欠统一,且中医诊断标准也不完全相同,主要有《中药新药临床研究指导原则》标准、“中华人民共和国《痫证诊断与疗效评定标准》”标准、“国家中医药管理局全国脑病急症协作组《中医病证(痫症)诊断疗效标

准》”标准、“《中医脑病学·痫证》”标准、“《今日中医内科·痫证》”标准、“《中医病证诊疗标准》”标准等。目前中医诊断标准主要缺乏客观性及严密性,国际交流与推广不足以及临床与科研的契合度不够等<sup>[24]</sup>。因此,亟需一个规范、客观、科学的中医诊断标准,才能使其达到临床及科研的实用目的。

3.2 疗效评价指标

本研究纳入的试验中,疗效评价指标较少且缺乏一致性。目前西医在临床疗效评价上,除了重视临床症状、体征和检查之外,远期预后和生存质量也逐渐被重视<sup>[25]</sup>。本研究纳入的试验涉及随访、不良反应及生存质量等疗效评价指标较少。因此,中医药临床疗效评价标准应尽可能找到与疾病相关的关键指标,同时重视生存质量等相关问题,这将有助于中医药的临床与科研的发展及国际化。

3.3 方法学质量

Meta 分析是对同质性文献进行合并,首先应制定严格统一的纳入与排除标准,只有具有相同的目的、统一的处理因素、高质量的文献纳入才能保证文献的同质性<sup>[26]</sup>。纳入试验的质量决定了 Meta 分析的可靠性。本研究纳入的试验大多存在方法学缺陷,所有试验均未报告样本量估算,仅有 12 项试验描述了随机分组方法,大多数对随机方法及隐匿未详细描述,且组间数量不均衡现象较为普遍,从而可能出现选择及报告偏倚,这可能是造成中医药治疗疗效普遍偏高的主要原因。本研究中仅有 2 项高质量试验<sup>[3-4]</sup>,低质量试验占主导,只提供了循证医学 C 级证据(有缺陷的临床试验)<sup>[27-28]</sup>,故需要设计更为合理的研究方案来增加统计学分析的可信度。

随机分配方案隐藏可以减少评价者主观因素影响造成的偏倚,从而保证可靠性。如果分组人员不自觉地将对不利病例分配到某一组中,破坏了随机分配原则,可导致治疗结果被夸大<sup>[29]</sup>。同时实施隐藏分配可提高盲法的可信度或避免霍桑效应。然而,本研究仅有 1 项试验提及随机隐藏,采用双盲安慰剂法<sup>[3]</sup>,虽然中药从材质及制剂方面很难执行盲法操作,但是提高盲法的应用可以避免主观因素造成的偏倚。

3.4 报告或发表偏倚

本研究纳入的所有试验均在国内进行,文献的语种限中文,加之由于某些原因无法获取一些尚未发表的文献,这些因素均可能导致报告或发表偏倚,使得阳性结果偏高。

综上所述,从系统评价结果可以看出,中医药治疗成人癫痫在提高总有效率、改善症状积分及脑电图等方面,具有明显优势;尤其在减少痫性发作频率,提高总有效率方面可能具有特异性疗效;中医药治疗成人

# 养阴解毒汤治疗急性放射性食管炎临床观察\*

赵迪 鹿红 宋威 马珺 张碧云 于大海<sup>△</sup>

(南京中医药大学附属医院,江苏 南京 210029)

中图分类号:R730.59 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0573-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.003

**【摘要】目的** 观察自拟养阴解毒汤治疗急性放射性食管炎的临床效果。**方法** 将62例欲行常规放疗的食管肿瘤患者随机分为研究组和对照组,两组照射剂量均为60 Gy/30 f,均行调强放射治疗;研究组32例养阴解毒汤以沙参麦冬汤为底化裁而成,对照组30例以利多卡因加地塞米松加重组人粒细胞集落刺激因子混合溶液漱口,自放疗开始至放疗结束,进行疗效对照观察。**结果** 研究组放射性食管炎的发病率明显低于对照组( $P<0.05$ );研究组有效率95.20%,明显高于对照组的67.86%( $P<0.05$ )。**结论** 养阴解毒汤防治放射性食管炎效果良好。

**【关键词】** 养阴解毒汤 放射性食管炎 放射治疗

**Effects of Yangyinjiadu Decoction on Acute Esophagitis Caused by Radiation** ZHAO Di, LU Hong, SONG Wei, et al. Jiangsu Provincial Hospital of TCM, Jiangsu, Nanjing 210029, China

**【Abstract】Objective:** To study the clinical effect of Yangyinjiadu Decoction on esophagitis caused by radiation. **Methods:** 62 cases of esophageal malignancies who would accept conventional radiotherapy were randomly divided into treatment group and control group. All patients were treated by IMRT (60 Gy/30 f). Patients in the former were given Yangyinjiadu Decoction during radiotherapy, while those in the latter treated with compounds of rhG-CSF+lidocaine+dexamethasone during radiotherapy. The clinical effects of the two groups were observed. **Results:** Incidence rates of esophagitis of the treatment were less than that of control group ( $P<0.05$ ). The effect rate of the treatment group was 95.20%, while that of the control group was 67.86% ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Yangyinjiadu soup was effective on esophagitis caused by radiation, it was worth applying more widely.

**【Key words】** Radioactive esophagitis; Yangyinjiadu Decoction; Radiotherapy

食管癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,其死亡率列居我国恶性肿瘤第4位。在我国,放射治疗是食管癌的重要治疗手段<sup>[1-2]</sup>。其中,急性放射性食管炎是食管癌放射治疗中出现的主要并发症之一,凡食管癌及其他胸部肿瘤患者在接受放射治疗2周后,照射野内正常的食管黏膜充血、水肿、糜烂,80%以上患者都会出现进食后吞咽疼痛、困难、胸骨后烧灼感以及由于照射后引起食管水肿所致的一过性狭窄等放射性炎症反应,症状严重者甚至无法完成治疗,严重影响治疗效果及患者预后<sup>[3]</sup>。笔者根据中医学对急性放射性食管炎的认识,结合治疗经验,以《温病条辨·卷一》中沙参麦冬汤为底化裁而成养阴解毒汤,针对急性放射性食管炎热毒伤阴之病机,辨证论治,取得了良好防治效果。现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 病例选择 所有患者均为经本院病理科确诊的

食管鳞癌,照射野覆盖食管,放疗剂量 $>40$  Gy,食管受照长度 $\geq 10$  cm;KPS评分 $\geq 70$ ,预期生存时间 $>12$ 周;既往无颈、胸部放疗史;无严重消化不良或胃肠道梗阻等影响药物吸收的疾病;既往无糖尿病史;无心血管、消化、泌尿系及造血系统等原发疾病;无明显放疗禁忌证;放疗前3周内及放疗期间未行化疗者;体质量在拟治疗前6个月下降小于5%。

**1.2 临床资料** 收集2012年7月至2014年7月在本院住院的食管癌放疗患者62例,其中男性41例,女性21例;年龄(59.00 $\pm$ 4.50)岁。随机分为两组。研究组32例,男性23例,女性9例;平均年龄60.20岁;其中已行手术者9例。对照组30例,男性21例,女性9例;平均年龄58.40岁;已行手术者7例。两组临床资料在年龄、KPS评分、照射剂量和食管受照长度上差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.3 放疗方案** 两组病例均采用常规分割照射。患者在模拟机下定位,放疗设备采用Varian Clinac-ix型电子直线加速器,采用Varian Eclipse 8.6治疗计划系统

\*基金项目:国家自然科学基金资助项目(81301971)

<sup>△</sup>通信作者(电子邮箱:yudahaipumc@hotmail.com)

勾画靶区。肿瘤区(GTV)的勾画:CT定位前,根据钡餐定义食管病变中心点及病变长度,CT影像学资料定义病变的标准为:食管管壁厚度>5 mm,同时参考钡餐及胃镜结果勾画 GTV。GTVnd 诊断标准为:短径≥10 mm,特殊部位如食管旁、气管食管沟淋巴结诊断标准为短径≥0.5 cm。临床靶区(CTV)的勾画:包括 GTV、GTVnd 以及 GTVnd 所在区域的淋巴引流区,在 GTV 上下方向放 30 mm,在 GTV 和 GTVnd 左右前后均放 8 mm,外放后根据解剖屏障手工调整。计划靶区(PTV)的勾画:PTV 为 CTV 外放 5 mm。放疗剂量:CTV 50 Gy/25 次/5 周复查 CT 及钡餐,根据具体情况 GTV、GTVnd 加量至 60~62 Gy/30~31 次/6~7 周。全部病例例行调强放疗。

1.4 治疗方案 对患者行常规放疗。研究组以沙参麦冬汤为主方:北沙参 15 g,麦冬 15 g,生石膏 30 g,芦根 20 g,金银花 30 g,白及 10 g,淡竹叶 10 g,生甘草 6 g。视患者具体病情酌情加减药量,每日 1 剂,水煎服。对照组 30 例自放疗起口服地塞米松加利多卡因加重组人粒细胞集落刺激因子(rhG-CSF)漱口,具体配制方法为:0.9%氯化钠注射液 100 mL 加利多卡因 0.1 g 加地塞米松 10 mg 加 rhG-CSF 300 μg。

1.5 疗效标准 1)疗效标准。据美国肿瘤放射治疗协作组(RTOG)急性放射损伤分级标准<sup>[4]</sup>。见表 1。2)治疗评估。疗效标准<sup>[5]</sup>: 吞咽疼痛和吞咽困难基本消失为显效; 吞咽疼痛和(或) 吞咽困难明显减轻为有效; 吞咽疼痛和吞咽困难略有减轻或不变为无效; 总有效为显效加有效。

表 1 RTOG 急性放射损伤分级标准

分级	RTOG
0	无变化
1	轻度吞咽困难或吞咽疼痛,需用表面麻醉药、非麻醉药镇痛或进半流饮食
2	中度吞咽困难或吞咽疼痛,需麻醉镇痛或进流质饮食
3	重度吞咽困难或吞咽疼痛,伴脱水或体重下降>15%,需鼻胃饲或静脉输液补充营养
4	完全阻塞,溃疡、穿孔或瘘道形成

1.6 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计分析软件。对组间差异行 t 检验及 χ<sup>2</sup> 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组症状出现时间比较 研究组急性放射性食管炎为放疗后(16.86±1.01) d 出现症状,晚于对照组的(12.85±0.96) d,两组比较差异有统计学意义(P<0.01)。上述结果提示养阴解毒汤能有效延缓急性放射性食管炎的发生时间。

2.2 两组食管炎发生情况比较 见表 2。两组未发

现 4 级。表 2 说明养阴解毒汤防治放射性食管炎疗效显著。

表 2 两组急性放射性食管炎发生情况比较 n(%)

组别	n	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级
研究组	32	9(28.12) <sup>△</sup>	15(46.88) <sup>△</sup>	8(25.00) <sup>△</sup>	0(0) <sup>△</sup>	0(0)
对照组	30	2(6.67)	6(20.00)	17(56.67)	5(16.67)	0(0)

与对照组比较,△P<0.05。下同。

2.3 两组临床疗效比较 见表 3。研究组显效率及总有效率均明显优于对照组(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(%)
研究组	32	17(52.13) <sup>△</sup>	10(31.25)	1(3.13)	20(96.88) <sup>△</sup>
对照组	30	7(23.33)	12(42.86)	11(36.67)	19(63.33)

## 3 讨论

急性放射性食管炎是食管肿瘤及胸部肿瘤放射治疗中最常见的并发症。其主要病因为放射治疗过程中放射线辐射所致的食管黏膜损伤。当照射剂量达 10~20 Gy/1~2 W 时,食道黏膜充血、水肿,水肿严重者可出现吞咽梗阻加重等症状;达 30~40 Gy/3~4 W 时,食管黏膜充血水肿进一步加重,黏膜纤毛上皮细胞由于水肿及炎症反应加重损伤继续加重,继而出现纤维素渗出,严重者在黏膜表面形成白色“伪膜”,临床症状上表现为吞咽疼痛及胸骨后疼痛加重等症状<sup>[6]</sup>。此时黏膜表面的保护机制缺失,加之食道本身为开放性腔道,极易合并感染。此时,黏膜局部可见大量炎性细胞浸润,渗出明显增多,出现大量分泌物。

中医学中认为放射性食管炎当属中医古籍中“噎膈”“喉痹”等疾病范畴。其病机主要为放射线产生之火热毒邪,损伤人体,致阴虚毒瘀、阴津耗伤。当患者接受放射治疗中突发以吞咽疼痛及咽下梗阻时,考虑主要为食管受照射后热盛肿胀、壅滞痞堵不通等急性炎症反应结果。其痛胀当属火热邪毒,痛而闭者多为实,在急性充血水肿阶段,其机制主要为热毒壅盛,瘀肿同存。此时邪气雍张,其为实亢,病损在局部,呈现“痛”“闭”为辨证为实热证候。故消肿开闭、清热止痛为当务之急,根据标本缓急之原则“急则治其标”,以清热泻火、解毒消肿、活血止痛之方法治标急,尽快解除梗阻、疼痛症状。近年有报道<sup>[7]</sup>以口服单味苦参煎服汤剂治疗放射性食管炎 60 例,治疗组吞咽疼痛感消失率明显高于口服强地塞米松或地塞米松静滴组;亦有以竹叶石膏汤治疗 30 例<sup>[8]</sup>,可使急性放射性食管炎发生率降低,特别是症状较严重者明显减少;亦报道,有用养阴护膜方<sup>[9]</sup>(中药煎剂加藕粉)治疗 40 例总有效率 92.5%等。其他还有报告应用中药雾化吸入、单味白及等<sup>[10]</sup>治疗放射性食管炎取得一定疗效。总体来说,国内

从事中医治疗放射性食管炎方面的临床研究,起步晚,数量少,特别在研究的广度、深度方面有待提高<sup>[11]</sup>。

急性放射性食管炎的基本病机为火热毒邪炽盛,瘀肿肉腐,阴亏液竭,并具有“邪气亢盛”与“败坏形体”的不同病理衍化过程,而热毒壅盛、瘀肿并重又为“邪气亢盛”阶段的主要病机。故以养阴、清热、减毒为治标急之策。笔者在前期临床工作中,对部分食管癌放疗患者辨证论治,笔者认为其发病主要为X线产生火热毒邪,其作用于人体,致阴虚毒瘀、阴津损耗,辨证多为属阴虚毒热,故以养阴、清热、解毒为治标急之策。本院以经典沙参麦冬汤为底化裁,自拟养阴解毒汤,养阴生津,清热解毒,消肿生肌。在主方不变的基拙上,根据患者的症状,组方配伍上随证加减。气虚者加生黄芪、太子参;胸胁痛加炒川楝子;恶心、呕吐加淡竹叶、旋复花等。取得了较为理想的疗效,故而我们在此方前期工作基础上,开展本文所述临床试验。

#### 参 考 文 献

- [1] Li X, Yang G, Li X, et al. Traditional Chinese medicine in cancer care: a review of controlled clinical studies published in chinese[J]. PLoS One, 2013, 8(4): e60338.
- [2] Werner-Wasik M, Yorke E, Deasy J, et al. Radiation dose-

volume effects in the esophagus[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2010, 76(3Suppl): S86-93.

- [3] 申文江,王绿化. 放射治疗损伤[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2001: 115-119.
- [4] James D, Joann-Stetz BZ, Pajak TF. Toxicity criteria of the radiat iontherapy oncology group and European organization for research and treatment of cancer[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1995, 31: 1341-1346.
- [5] 陈明,蒋国梁,朱国培. 急性放射反应评分标准[M]. 上海:科学技术出版社, 2003: 712-713.
- [6] Berkey FJ. Managing the adverse effects of radiation therapy[J]. Am Fam Physician. 2010, 15; 82(4): 381-388.
- [7] 罗社文,程志强. 复方苦参注射液防治急性放射性食管炎疗效观察[J]. 山东医药, 2011, 51(13): 41-42.
- [8] 路军章,赵红,刘毅,等. 加味竹叶石膏汤防治急性放射性食管炎的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(1): 59-62.
- [9] 王瑞平. 养阴护膜方治疗放射性食道炎[J]. 中医研究, 1998, 11(1): 23-24.
- [10] 路军章,王发渭,崔书祥,等. 竹叶石膏汤防治放射性食管炎临床观察[J]. 中医杂志, 2000, 41(5): 293-294.
- [11] 邹颖. 中药治疗放射性食管炎疗效观察临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2002, 11(15): 1436.

(收稿日期 2015-01-16)

(上接第 568 页)

#### 参 考 文 献

- [1] 王北松. 缺血性脑血管病研究近况与中医治疗概略[J]. 中医药信息, 2001, 18(3): 2-5.
- [2] 王强,朱广旗,胡蓉. 针刺风池、“供血”穴治疗椎-基底动脉供血不足临床疗效与机制探讨[J]. 中国针灸, 2009, 29(11): 861-864.
- [3] Zea Longa E, Weinstein PR, Carison S, et al. Reversible middle cerebral artery occlusion without craniectomy in rats[J]. Stroke, 1989, 20(1): 84-91.
- [4] Jong Youl Kim, Masahito Kawabori, Midori A. Yenari. Innate inflammatory responses in stroke: mechanisms and potential therapeutic targets[J]. Current medicinal chemistry, 2014, 21(18): 2076-2097.
- [5] Rong Jin, Lin Liu. Role of inflammation and its mediators in acute ischemic stroke[J]. Journal of cardiovascular translational research, 2013, 6(5): 10.
- [6] Bolanle M. The immune response to acute focal cerebral ischemia and associated post-stroke immunodepression: a focused review[J]. Aging and Disease, 2014, 5(5): 307-326.
- [7] Lingfeng Wu, Kunnan Zhang. Inflammatory response and neuronal necrosis in rats with cerebral ischemia[J]. Neural Regeneration Research, 2014, 9(19): 1753-1762.
- [8] Savita Khanna, Zachary Briggs, Cameron Rink. Inducible glutamate oxaloacetate transaminase as a therapeutic target against ischemic stroke[J]. Antioxidants & Redox Signaling,

2015, 22(2): 177.

- [9] Rachna S, Pandya, Lijuan Mao. Central nervous system agents for ischemic stroke: neuroprotection mechanisms[J]. Central Nervous System Agents in Medicinal Chemistry, 2011, 11(2): 89.
- [10] Syamantak Majumder, M. Ilayaraja. Chick embryo partial ischemia model: a new approach to study ischemia Ex Vivo[J]. PLoS ONE, 2010, 5(5): 528.
- [11] Kitagawa K, Matsumoto M, Tagaya M, et al. Ischemic tolerance phenomenon found in the brain[J]. Brain Res, 1990, 528(2): 21-22.
- [12] 孙忠人,唐伟,王威,等. 针刺预处理诱导全脑缺血大鼠海马区即刻早期基因 c-fos mRNA 及其蛋白的表达[J]. 中国临床康复, 2006, 10(19): 125-127.
- [13] 陈丽平. 百会、水沟穴不同时程电针预处理对脑缺血再灌注大鼠血脑屏障的影响[D]. 浙江:浙江中医药大学, 2013: 3.
- [14] 袁晓军,郝喜书,赖仲平,等. 针刺风池穴对脑血流的影响[J]. 中医杂志, 1996, 37(5): 28.
- [15] Raghupathi R, Conti AC, Graham DI, et al. Mild traumatic brain injury induces apoptotic cell death in the cortex that is preceded by decreases in cellular Bcl-2 immunoreactivity[J]. Neuroscience, 2002, 110(4): 605-616.
- [16] 刘旭. 脑梗死患者血清 TNF- $\alpha$ 、IL-6 和 IL-8 水平变化的临床意义分析[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(2): 42.

(收稿日期 2015-02-08)

# 蒙医震脑术治疗对偏头痛的疗效及血浆 5-羟色胺的影响\*

张昌盛<sup>1</sup> 阿古拉<sup>2△</sup> 朝鲁门<sup>2</sup> 嘎拉台<sup>2</sup>

(1.北京中医药大学基础医学院,北京 100029;2.内蒙古医科大学蒙药医学院,内蒙古 呼和浩特 010110)

中图分类号:R747.2 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0576-03  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.004

**【摘要】目的** 观察蒙医震脑术治疗偏头痛的临床疗效及血浆 5-羟色胺的影响。**方法** 将 60 例符合纳入标准的患者按照随机的原则分为治疗组与对照组各 30 例,治疗组采用蒙医震脑术治疗,对照组采用推拿疗法治疗,两组疗程均为 4 周。疗程结束后观察两组的临床疗效以及血浆 5-羟色胺的变化。**结果** 治疗组总有效率为 83.33%,高于对照组的 73.33%( $P < 0.05$ )。两组治疗前头痛持续时间、头痛指数差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),两组治疗前头痛持续时间、头痛指数均高于治疗后( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后头痛持续时间、头痛指数与对照组差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组治疗前血浆 5-羟色胺的含量比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后两组血浆 5-羟色胺水平均升高( $P < 0.05$ )。**结论** 蒙医震脑术治疗偏头痛有较好的临床疗效,能缩短头痛的时间,降低头痛指数,能够提高患者的血浆 5-羟色胺水平。

**【关键词】** 蒙医 震脑术 偏头痛 5-HT

**The Curative Effect of Migraine Treated by Mongolian Medical Brain Vibration Treatment and Its effects on Plasma 5-hydroxytryptamine** ZHANG Changsheng, Agula, Chaolumen, et al. School of Basic Medical Sciences, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

**【Abstract】 objective:** To study the clinical effect of migraine treated by Mongolian medical Shock brain therapy and influences of plasma 5-hydroxytryptamine. **Methods:** The 60 cases patients who met the inclusion criteria were randomly divided into two groups, The treatment group(30 cases) and control group(30 cases), the treatment group used Mongolian medical Brain Vibration Treatment, the control group used massage therapy. Both groups were treated for four weeks. After the course, comparative observation on clinical efficacy and effects of changes of plasma 5-hydroxytryptamine, in two groups. **Results:** after the treatment, total effective rate in the treatment group and the control group were 83.33% and 73.33%. There was a significant difference between the two groups ( $P < 0.05$ ), the treatment group better than the control group. Before treatment, the two sets of the duration, headache index, the difference was not statistically significant ( $P > 0.05$ ), After treatment, two groups in front of the duration, headache index were higher after treatment ( $P < 0.05$ ). After treatment, the duration, headache index of the treatment group has significant difference compared with the control group ( $P < 0.05$ ). Before treatment, the plasma 5-HT content of two sets in no statistically significant difference ( $P > 0.05$ ). After treatment, levels of plasma 5-HT are rise in the treatment group, there are significant differences with the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The curative effect of migraine treated by Mongolian medical Shock brain therapy is significantly, Can shortening the duration of and reduce the headache index, can improves plasma 5-hydroxytryptamine levels in patients.

**【Key words】** Mongolian medical; Brain Vibration Treatment; Migraine; 5-HT

偏头痛(Migraine)是神经内科临床一种以反复发作的一侧或两侧搏动样头痛为主要症状,持续时间一般 4~72 h,常伴有恶心、呕吐、畏光、畏声、抑郁和倦怠

等前驱症状,光、声刺激或活动后加重,于安静环境中休息片刻即可缓解<sup>[1]</sup>。偏头痛是一种可逐步恶化的疾病,其发病率逐年上升。偏头痛发作次数越多,大脑受损的区域越大,若不积极治疗,容易引发中风等严重并发症<sup>[2]</sup>。因此,近年来偏头痛对健康的影响更加受关注。现代医学对偏头痛病因及其发病机制至今未明确,

\* 基金项目:国家自然科学基金项目(81260572)  
△通信作者(电子邮箱:zcs19740410@163.com)

治疗时主要采用药物对症治疗,目前用于临床治疗偏头痛的药物种类繁多,但疗效却往往不尽人意,而且其毒副作用较大,限制了临床应用。多数患者不仅未得到合适的治疗,反而可能会因为滥用止痛药物而造成更为严重的后果<sup>[3]</sup>。近年来,笔者采用蒙医震脑术治疗偏头痛,获得了满意疗效。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 病例标准:符合无先兆(普通型)偏头痛或有先兆的(典型)偏头痛诊断标准<sup>[4]</sup>;年龄在16~65岁;至少近2个月连续发作,且每月发作至少2次以上;头颅CT或MRI正常;愿意配合治疗操作,检查及疗效评定者。排除标准:伴有其他慢性头痛者,包括高血压病、脑血管疾病或脑外伤后遗症及脑内占位病变引起的偏头痛患者;伴有心、肝、肾功能不全及精神病患者;妊娠期或哺乳期妇女;过敏体质或过敏病史者;近期(1个月)内服用扩血管或抗抑郁药物者;特殊类型的偏头痛,如眼肌麻痹型偏头痛,偏瘫型偏头痛等类型。

1.2 临床资料 60例患者均为符合选择标准的偏头痛病例,按照就诊顺序随机分为治疗组和对照组。其中治疗组30例,其中男性13例,女性17例;年龄19~58岁,平均(35.12±4.01)岁;病程6个月至14年,平均(10.80±7.60)年。对照组30例,其中男性11例,女性19例;年龄20~60岁,平均(37.43±3.69)岁;病程5个月至16年,平均(11.30±5.20)年。两组临床资料差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 治疗组采用震脑术手法治疗偏头痛。具体步骤如下。第1步,医者嘱患者取仰卧位于启震床垫之上,让患者枕在装满干细沙的启震碗上,四肢自然伸直,手心朝内贴于大腿外侧,轻闭双目,自然呼吸。第2步,医者先立于患者一侧,手持蒙医震脑仪从患者患侧的肘部启震点(肘关节外端旁开10cm处)开始依次对肩头部启震点(肩头旁开10cm处)、耳部启震点(耳廓旁开10cm处)、头顶部启震点(距头顶向上垂直10cm处)对侧耳部启震点、肩头部启震点、肘部启震点、膝部启震点(膝关节外端10cm处)、患侧膝部启震点用启震杵进行自由落体方法捣捶启震床垫上的启震点3下,捣捶间隔时间为3~5s,启震杵自由落体高度视偏头痛程度而定,轻度头痛30cm,中度头痛40cm,重度头痛50cm。将此法重复进行10次。第3步,嘱患者双足并拢,贴患者足底放置启震板,医者用一手扶住启震板,另一手拿大号启震锤从足底纵向敲击启震板,先在启震板上从患侧足底处开始进行敲击,后在健侧足底处敲击,力量适中,每侧3次。同上将此法重复进行10次。第4步,医者把患者从头部轻轻扶起,使其端坐。医者立于患者之后,用启震带从患者前发际沿两耳

上缠绕其头部,一手合住启震带两端交叉处在患者后脑部拧紧向上牵拉。嘱患者咬住一根启震筷的中间部位,启震筷紧靠患者嘴角。同时医者用另一手拿小号启震锤敲击启震筷两端,先敲患侧,再敲健侧。依次反复敲击3次。亦同上将此法重复进行10次。第5步,医者面对患者而立,用双掌分别扶住患者头部两侧,稍向上微微提起患者头部并向健侧微屈其颈,双手协同用力,将患者头部向前后两个方向巧妙摇晃3次,应小幅度快速。再用一手掌按扶患者下颌部,另一手按扶患者后枕部,双手协同用力,将患者头部向左右两侧小幅度的摇摆震动3次。第6步,医者扎紧启震带后使患者轻轻卧于床上闭目静养,数小时后,医者调整包头启震带之松紧,如因过紧而引起患者头痛不适时,可将前额部之启震带向上略提则可缓解疼痛不适,如此包扎启震带休养。隔日进行1次施震治疗,4周为1个疗程。对照组采用推拿手法治疗。具体推拿手法如下:用两手拇指从两眉正中至前发际交替推5~7次,再从前发际正中向两侧推拿5~7次,接着用拇指或中指在凶门穴、顶会穴,两眼外交上窝等穴位及部位,各按压0.5~1.0min。用双手拇指从腮部向后上方经耳上至颞窝推拿5~7次,再用指腹从眼外角上窝,耳叶上缘直上班寸,耳后颞窝等穴位和部位,各按揉0.5~1.0min。用手掌按揉约1min,再在顶会穴,前顶会穴,后顶穴,顶会左穴,顶会右穴,用手指按法或点法各治疗1~2min。隔日1次推拿治疗,共4周治疗为1个疗程<sup>[5]</sup>。

1.4 观察指标 偏头痛临床积分参照1992年国家中医药管理局全国脑病急症协作会议制定的计分法<sup>[7]</sup>:根据头痛持续时间,疼痛指数情况计分,并告知患者,经患者本人同意后分别在治疗前,治疗后采血,用免疫分析法测定血浆5-HT。疼痛持续时间计分法:数分钟到2h(含2h)计1分;2小时到6h(含6h)计2分;6~24h(含24h)计3分;24~72(含72h)计4分;超过72h计5分。头痛指数:等于每次发作的疼痛计分乘以每次疼痛持续时间计分之积相加。例如:某患者2d内头痛3次,第1次疼痛程度计分为4分,头痛时间计分为1分,第2次疼痛程度计分为3分,头痛时间计分为2分,第3次疼痛程度计分为2分,头痛时间计分为3分,则头痛指数=4×1+3×2+2×3=16(分)

1.5 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>制定的类型评定标准,重点观察头痛发作次数,程度,持续时间和伴随症状。治愈:疗程结束后无发作性偏头痛症状,停止治疗1个月无复发。显效:治疗后积分减少50%以上(>50%)。有效:治疗后积分减少20~50%。治疗后积分减少20%以下(<20%)。疗效百分数=(治疗前头痛积分-治疗后头痛积分)/治疗前头痛积分×100%。

1.6 统计学处理 采用SPSS16.0统计软件分析。所

有检测结果均以( $\bar{x}\pm s$ )表示,计量资料用  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  检验分析。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。结果显示治疗组总有效率高于对照组( $P<0.05$ )。

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	30	6	10	9	5	25(83.33) <sup>△</sup>
对照组	30	5	7	10	8	22(73.33)

与对照组比较,  $^{\Delta}P<0.05$ 。下同。

2.2 两组头痛持续时间及头痛指数比较 见表2。两组治疗前头痛持续时间及头痛指数差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组治疗前头痛持续时间及头痛指数均高于治疗后( $P<0.05$ )。且治疗组治疗后头痛持续时间及头痛指数评分均低于对照组治疗后( $P<0.05$ )。

表2 两组头痛持续时间、头痛指数及5-HT比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	头痛持续时间(d)	头痛指数	5-HT(ng/mL)
治疗组 (n=30)	治疗前	4.40±0.50	27.30±4.80	51.01±9.83
	治疗后	2.10±0.60 <sup>*△</sup>	8.10±4.30 <sup>*△</sup>	73.65±14.21 <sup>*△</sup>
对照组 (n=30)	治疗前	4.50±0.30	26.90±4.30	49.86±12.76
	治疗后	3.60±1.32 <sup>*</sup>	9.60±4.80	56.90±12.05 <sup>*</sup>

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5-HT水平比较 见表2。两组治疗前血浆中5-HT含量差异无统计学意义( $P>0.05$ )，治疗组治疗后血浆中的5-HT含量高于对照组( $P<0.05$ )。

### 3 讨论

偏头痛是神经内科疾病,属于蒙医学的“头痛病”的范畴。蒙医认为该病的发病原因多由气血相搏,巴大千,希拉激增而上亢,或阻塞经脉,浊邪上踞,继而损伤头脑而致病,以整个头及头的前、后、偏侧部疼痛为主要症状的病症<sup>[8]</sup>。偏头痛的发病机理十分复杂,现代医学迄今为止未完全明确。在众多的假说中,神经递质学说为大多数学者所接受,而且目前最为肯定的与偏头痛有关的神经递质首推5-HT<sup>[9]</sup>。5-HT是一种活性物质,在疼痛调制系统中起重要的调节和镇痛作用;在偏头痛的发作期血浆5-HT水平是降低的<sup>[10]</sup>。

本临床研究表明,蒙医震脑术治疗偏头痛,不仅能够缩短头痛持续时间,还能够降低头痛指数。从相关生

化因子结果分析,偏头痛发作期血浆5-HT含量均明显降低。经治疗后血浆5-HT含量较治疗前增加,而且治疗组(蒙医震脑术治疗组)尤为显著,提示蒙医震脑术治疗偏头痛的现代医学机理可能是在于:通过在人体表面的特定穴位施震疗法给予刺激,影响致病因子,提高偏头痛患者血浆5-HT含量,调节偏头痛发作时神经递质水平的失常,改善脑及血管功能障碍,从而改善偏头痛症状。

蒙医震脑术是一种蒙医传统外治疗法<sup>[11]</sup>。蒙医应用该传统物理疗法,临床上主要是治疗各种原因引起的头痛病,而且这种疗法因其较为安全,无创伤治疗而容易被患者接受;特别是治疗偏头痛,具有起效快,费用较低,无毒副作用等优势。如今,人们提倡绿色疗法,崇尚非药物疗法治疗疾病,因此蒙医传统震脑术这种物理疗法治疗偏头痛无疑是值得我们研究和挖掘的。

### 参 考 文 献

- [1] 常小荣,林海波,刘密,等. 针刺少阳经特定穴治疗偏头痛患者远期疗效的临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(4): 1140-1141.
- [2] Sacco S, Ricci S, Degan D, et al. Migraine in women; the role of hormones and their impact on vascular diseases [J]. J Headache Pain, 2012; 13(3): 177-189.
- [3] 韩鹏,胡新颖. 针刺治疗偏头痛的疗效及对TCD影响的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(9): 22-23.
- [4] Headache classification committee of the international headache society. The international classification of headache disorders (Second-Edifion) [J]. Cephalgia, 2004, 24(Suppl 1): 1-160.
- [5] 博·阿古拉. 蒙医传统疗法治疗学[M]. 呼和浩特: 内蒙古大学出版社, 2007: 171-175.
- [6] 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: 105-109.
- [7] 国家中医药管理局全国脑病急症协作组. 头风诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医药学院学报, 1993, 16(3): 69.
- [8] 医学卷编辑委员会. 蒙古学百科全书·医学卷[M]. 呼和浩特: 内蒙古大学出版社, 2002: 758.
- [9] 门凌,张洪钦. 治偏痛胶囊治疗偏头痛的疗效及血浆5-羟色胺的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(13): 336-339.
- [10] Steiner TJ. Treating headache from an evidence base; the Cochrane collaboration [J]. Cephalgia, 1998, 18(Suppl 21): 63.
- [11] 中国医学百科全书编辑委员会. 中国医学百科全书: 蒙医学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1992: 139.

(收稿日期 2015-01-20)

# Box-Benhnken 响应面法优化超声辅助提取大黄鞣质的工艺研究\*

张 铂<sup>1,2</sup> 王 兵<sup>2</sup> 曹书华<sup>2</sup> 王勇强<sup>2△</sup>

(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:R289.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0579-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.005

**【摘要】**目的 采用 Box-Benhnken 响应面法优化大黄鞣质的微波提取工艺。方法 在单因素试验基础上,选取超声功率、超声时间和料液比 3 个因素进行 Box-Benhnken 响应面法试验设计,对其提取工艺参数进行优化。结果 由响应面预测模型得出的最优提取条件为:超声功率为 480 W,超声时间为 25 min,料液比为 1:17.8 (w/v),经验证此条件下平均提取率为 $(12.72\pm 0.25)\%$ ( $n=3$ ),与理论值较为接近。结论 采用 Box-Benhnken 响应面法建立的大黄鞣质微波提取工艺模型提取率高,并能很好地预测试验结果。

**【关键词】** 大黄鞣质 超声辅助提取工艺 Box-Benhnken 响应面法

**Optimization of Ultrasonic-assisted Extraction Technique of Tannins from Rhubarb by Box-Benhnken Response Surface Methodology** ZHANG Bo, WANG Bing, CAO Shuhua, et al. Tianjin Huanhu Hospital ICU, Tianjin 300060, China

**【Abstract】** Objective: To optimize the tannins from rhubarb ultrasonic-assisted extraction technique using Box-Benhnken response surface methodology. Methods: On the basis of single-factor experiments, the effects of ultrasonic power, ultrasonic time and solid to liquid ratio on the extraction yield of tannins from rhubarb was investigated with a three-factor Box-Benhnken design. Results: By the response surface model to obtain the optimal extraction. Conditions: ultrasonic power was 480 w, ultrasonic time was 25 min, solid to liquid ratio was 1:17.8 (w/v). The validated experiment showed the yield of tannins from rhubarb was  $(12.72\pm 0.25)\%$ ( $n=3$ ) under those conditions, Which was in consistency with the theoretic value. Conclusion Ultrasonic-assisted model of tannins from rhubarb established by Box-Benhnken design could precisely predict the experiment results well.

**【Key words】** rhubarb tannins; ultrasonic-assisted extraction technique; Box-Benhnken response surface methodology

大黄为蓼科植物掌叶大黄、唐古特大黄或药用大黄的干燥根和根茎,具有泻下攻积、清热泻火、凉血解毒、利湿退黄、逐瘀通经等功效。大黄含有多种有效成分,其中鞣质含量多达 30%<sup>[1-2]</sup>。近年来研究表明大黄鞣质具有多种药理作用:抑制生物体内过剩的自由基,降低血清尿素氮等;另外,鞣质还具有收敛作用,内服可用于治疗胃肠道出血、溃疡等症,外用于创伤、灼伤等<sup>[3-5]</sup>,是大黄治疗作用的重要活性成分。鞣质作为水提取物中的主要成分,潜在的药理活性值得探究。本研究选用热水回流法提取大黄鞣质,并对其制备工艺进行优化,为大黄鞣质的后续研究提供基础。现报告如下。

## 1 材料与方法

### 1.1 仪器

KQ3200 型超声波清洗器(昆山市超声仪器有限公司);TU-1800 紫外-可见分光光度计(北京普析通用仪器有限责任公司);AB-135S 电子天平(梅特勒国际股份有限公司);HH-S 恒温水浴锅(江苏省金坛市医疗仪器厂);TDL-5-A 高速离心机(上海安亭科学仪器厂);DHG-9140A 电热恒温鼓风干燥箱(上海-恒科仪器有限公司);ALPHA2-4 冷冻干燥机(德国 Marin Christ 公司)。

### 1.2 试剂

大黄(唐古特大黄)购自青海省果洛地区,经鉴定为 *Rheum palmatum* L. 的干燥根;鞣酸(E. Merck, 分析纯);磷钼钨酸试液(生化试剂,南京森贝伽生物科技有

\*基金项目:卫生部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@126.com)

限公司);干酪素(生化试剂,上海万疆生物技术有限公司);碳酸钠(天津天力化学试剂有限公司);所有用水均为双蒸水,其余试剂均为分析纯。

### 1.3 提取方法

大黄→洗净→60℃烘干→粉碎机粉碎(过80目筛)→超声波辅助提取→抽滤→滤液定容→除杂→离心→冷冻干燥→测定大黄鞣质含量。准确称取10.0g已粉碎大黄粉末,分别在不同的超声功率、超声时间和液料比的条件下提取。过滤后冷冻干燥,得粗大黄鞣质。

### 1.4 线性关系考察

精密称取恒重(80℃干燥2h)的鞣酸20.0mg,置于50mL棕色容量瓶中,加入30%甲醇水溶液溶解,定容、摇匀,即得鞣酸对照品溶液I(400μg/mL)。精密移取鞣酸对照品溶液I 0.5、1.0、2.0、4.0、8.0mL分别置于20mL棕色容量瓶中,依次加入30%甲醇水溶液9.5、9.0、8.0、6.0、2.0mL,然后加0.1mol/L HAc-NaAc(pH5.0)缓冲液至刻度,摇匀,即得对照品溶液II,分别精密移取对照品溶液II 1.0mL分别置于10mL棕色容量瓶中,依次加入磷钼钨酸试液1.0mL,再加入29%碳酸钠溶液稀释至刻度,摇匀。以相应的试剂为空白,采用分光光度法,在760nm的波长处测定光密度,以吸光度(Y)为纵坐标,浓度(X)为横坐标,绘制标准曲线。标准曲线的回归方程为Y=125.29X+0.0216,R=0.9994。结果表明:鞣质在1.0~16.0mg/L质量浓度范围内线性关系良好。

### 1.5 大黄鞣质含量测定<sup>[6]</sup>

按照“1.3”项下方法提取大黄鞣质,精密称取恒重粗大黄鞣质50mg置于20mL棕色容量瓶中加入30%甲醇水溶液5mL溶解,加入0.1mol/L HAc-NaAc(pH5.0)缓冲液10mL,再加入29%碳酸钠溶液稀释至20mL,混匀,得溶液III。精密移取溶液III 10mL,置于含干酪素600mg的棕色容量瓶中,在电磁搅拌器上搅拌1h,过滤,摇匀,即得溶液IV。分别移取溶液III和IV各1.0mL,置于10mL棕色容量瓶中,各加入加入磷钼钨酸试液1.0mL,再用29%碳酸钠溶液稀释至刻度,摇匀。于室温放置15min后,用1cm比色皿,以蒸馏水作空白对照,在波长760nm处分别测定吸光度,A<sub>1</sub>和A<sub>2</sub>。由两吸光度之差(ΔA)代入回归方程,计算鞣质含量。大黄鞣质提取率(%)=[大黄鞣质含量(g)/原料重量(g)]×100%。

### 1.6 单因素实验

根据预实验结果,超声提取次数对大黄鞣质提取率没有影响,因此确定提取次数为1次。影响大黄鞣质提取率的主要因素有超声功率、超声时间和液料比。本研究的超声功率为300、400、500、600、700W 5个水平,超声时间选取10、20、30、40、50min 5个水平,料液

比选取1:5、1:10、1:15、1:20、1:25(W/V)5种比例,分别进行单因素实验考察。

### 1.7 响应面分析法试验设计

本研究根据Box-Behnken的中心组合实验设计原理,综合单因素实验结果,选取超声功率(X<sub>1</sub>,w)、超声时间(X<sub>2</sub>,min)和料液比(X<sub>3</sub>,W/V)3个影响因素,以大黄鞣质提取率(Y,%)为响应值。根据单因素实验结果,确定超声功率为400、500、600W,超声时间为20、30、40min,料液比选取1:10、1:15、1:20(w/v),将每一个自变量的低、中、高实验水平分别以+1、0、-1进行编码,该模型通过最小二乘法拟合二次多项方程可以表达为:

$$Y = \sum A_0 + \sum_{i=1}^3 A_i X_i + \sum_{i=1}^3 A_{ii} X_i^2 + \sum_{i=1}^2 \sum_{j=i+1}^3 A_{ij} X_i X_j$$

其中Y为响应值(大黄鞣质提取率),A<sub>0</sub>、A<sub>i</sub>、A<sub>ii</sub>、A<sub>ij</sub>为方程系数,X<sub>i</sub>、X<sub>j</sub>(i≠j)为自变量编码值。多项式模型方程拟合的性质由确定系数R<sup>2</sup>表达,其统计学上的显著性由F值检验。试验因素与水平设计见表1,分别进行响应面实验。通过Design Expert 7.0软件对提取工艺进行响应面分析,求出数学模型,得到最佳工艺参数。

表1 响应面分析因素与水平

水平	X <sub>1</sub> 超声功率(℃)	X <sub>2</sub> 超声时间(min)	X <sub>3</sub> 料液比(g/mL)
1	40	20	1:10
0	50	30	1:15
-1	60	40	1:20

## 2 结果

### 2.1 单因素实验结果

2.1.1 超声功率对大黄鞣质提取率的影响 结果表明,随着超声功率的增加,大黄鞣质提取率有所增加,增加到500W后平均提取率为12.23%,再提高超声功率,大黄鞣质提取率并未增加。为减少能耗,确定提取功率为500W较为合适。见图1。

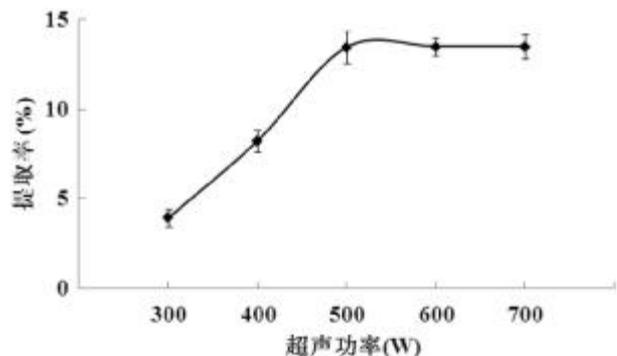


图1 超声功率对大黄鞣质提取率的影响

### 2.1.2 超声时间对大黄鞣质提取率的影响 结果表

明,大黄鞣质提取率随超声时间的增加而升高,超声30 min时大黄鞣质提取率接近最大值,随后随着时间的延长,提取率出现微弱降低趋势。提取时间的延长会增加不必要的能耗,导致资源的浪费,因此大黄鞣质提取的最佳超声时间为30 min。见图2。

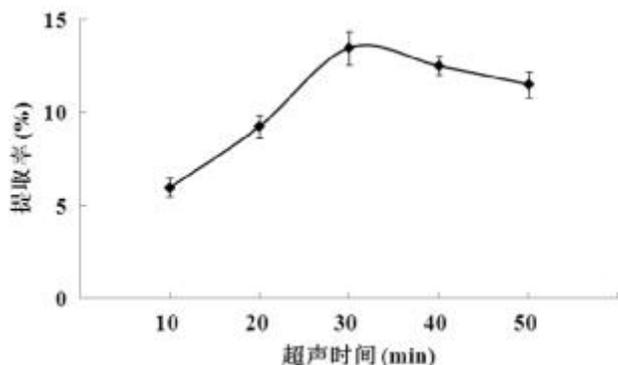


图2 超声时间对大黄鞣质提取率的影响

2.1.3 料液比对大黄鞣质提取率的影响 实验结果表明,大黄鞣质提取率随料液比的增加而升高,这是因为水溶液的增加可以加大溶剂分子的驱动力。当料液比为1:15(W/V)后大黄鞣质提取率接近最大值,随后增加幅度减小。为减少能耗,确定大黄鞣质提取的料液比为1:15(W/V)。见图3。

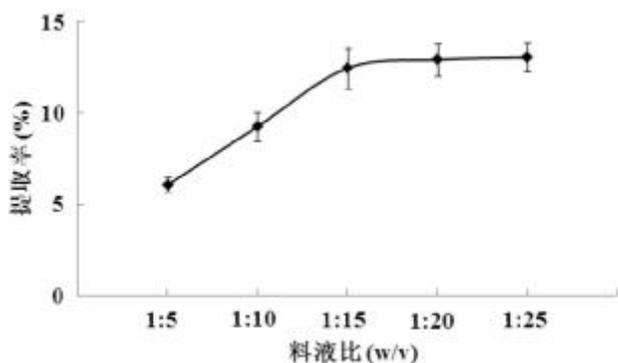


图3 料液比对大黄鞣质提取率的影响

## 2.2 响应面优化法结果

2.2.1 响应曲面优化 根据 Box-Behnken 中心组合试验设计原理,设计了三因素三水平的响应面分析试验,以超声功率( $X_1, W$ )、超声时间( $X_2, min$ )和料液比( $X_3, W/V$ )为自变量,以大黄鞣质提取率( $Y, %$ )为响应值,试验方案及试验结果见表2,试验重复3次,用以估计试验误差。

利用 Design-Expert 7.0 软件对大黄鞣质的提取率试验数据进行多元拟合,表3为回归分析结果。从表3的分析结果可知,整体模型的  $p$ -Value < 0.05,表明该二次方程模型比较显著,模型的失拟项的  $P$  值为 0.5217,大于 0.05,说明模型选择合适,该模型的  $R^2=0.9954$ ,说明该模型与实际试验拟合较好,自变量与响

表2 Box-Behnken 实验设计表与效应值

序号	$X_1/(W)$	$X_2/(min)$	$X_3/(g/mL)$	$Y/%$
1	-1	-1	0	4.26
2	1	-1	0	10.64
3	-1	1	0	9.64
4	1	1	0	11.24
5	-1	0	-1	4.92
6	1	0	-1	10.78
7	-1	0	1	9.27
8	1	0	1	11.21
9	0	-1	-1	5.03
10	0	1	-1	7.25
11	0	-1	1	9.85
12	0	1	1	11.16
13	0	0	0	13.25
14	0	0	0	13.02
15	0	0	0	13.11

表3 回归方程中系数的显著性检验

方差来源	平方和	自由度	均差	$F$ 值	$p$ -Value
常数项	121.14	9	13.46	24.56	0.013*
$X_1$	31.13	1	31.13	56.80	0.0007**
$X_2$	11.31	1	11.31	20.63	0.0062**
$X_3$	22.82	1	22.82	41.63	0.0013**
$X_1 X_2$	5.71	1	5.71	10.42	0.0232*
$X_1 X_3$	3.84	1	3.84	7.01	0.0456*
$X_2 X_3$	0.21	1	0.21	7.38	0.0414*
$X_{12}$	10.85	1	10.85	19.81	0.0067**
$X_{22}$	21.93	1	21.93	40.02	0.0015**
$X_{32}$	20.17	1	20.17	36.80	0.0018**
残差	2.74	5	0.55		
失拟项	2.70	3	0.90	5.13	0.5217
纯误差	0.035	2	0.01		
总离差	123.88	14			
$R^2=0.9954$	123.88	14			

\*\* $P < 0.01$ (极显著); \* $P < 0.05$ (显著)

应值之间线性关系显著,可以用于大黄鞣质提取试验的理论预测。回归方程的各项方差分析结果还表明模型的一次项超声功率,超声时间和料液比都是极显著的( $P < 0.01$ ),按照提取率的影响从大到小排序为:超声功率>料液比>超声时间;交叉项中的影响都是高度显著的( $P < 0.05$ )。

图4、图5、图6分别显示了不同交叉因素对大黄鞣质提取率的交互影响趋势图。等高线图可以直观地反映出两变量交互作用的显著程度:圆形表示两因素交互作用不明显,而曲率半径较大的椭圆则表示两因

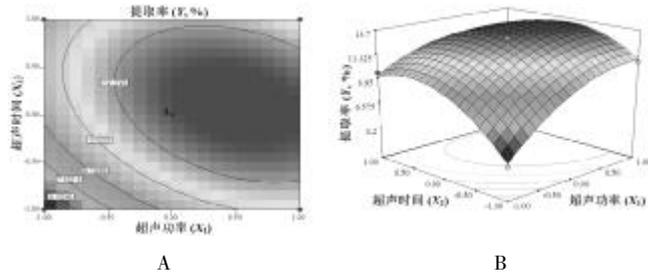


图4 超声功率与超声时间对大黄鞣质提取率影响的等高线图(A)和响应面图(B)

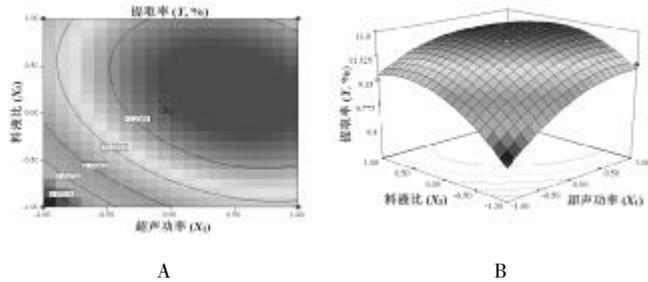


图5 超声功率与料液比对大黄鞣质提取率影响的等高线图(A)和响应面图(B)

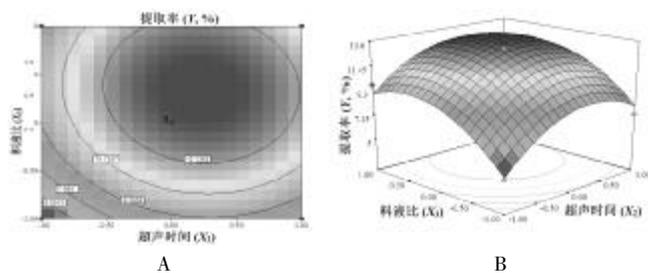


图6 超声时间和料液比对大黄鞣质提取率影响的等高线图(A)和响应面图(B)

素交互作用显著,并且曲率半径越大,交互作用越显著,即椭圆越扁平,交互作用越显著。在等高线图上,最大的椭圆即最外围的椭圆代表在该圆上取值时,提取率最低,而最小的椭圆则表示在其上面取值时,提取率最高,它们之间的等高线代表提取率逐渐变化。

图4为料液比为1:15(W/V)时,超声功率和超声时间对大黄鞣质提取率影响的响应面三维图。由图可知,超声功率和超声时间存在显著性交互,固定料液比时,随着超声功率和超声时间的增加,大黄鞣质的提取率先增加后降低。图5和图6结果与图4类似。

2.2.2 优化提取工艺参数及验证 经过以上对回归模型响应面的三维立体图分析,以大黄鞣质提取率最大值为目标,由响应面预测模型得出的最优提取条件为:

超声功率480W,超声时间25min,料液比1:17.8(W/V)。按照“1.3”项下以优化后的工艺参数提取3批大黄鞣质,并按照“1.5”项下测定大黄鞣质含量,平均提取率为(12.72±0.25)%(n=3),实验观测值与模型预测值偏差为2.58%,可知,实验观察值和模型预测值比较接近,说明模型预测性良好。

### 3 讨论

笔者在单因素实验的基础上,应用响应面法优化大黄鞣质的提取工艺。实验结果表明:超声功率、超声时间和料液比对大黄鞣质提取率的影响极显著;超声功率和超声时间、超声功率和料液比、超声时间和料液比之间的交互作用对大黄鞣质提取率的影响极显著,说明超声功率、超声时间和料液比对大黄鞣质的提取率影响不是简单的线性关系,而是存在交互作用。

鞣质为多元酚类化合物,高温条件下会加速鞣质降解<sup>[7]</sup>,所以本研究在优化工艺过程中严格控制温度。实验表明提取大黄鞣质过程中温度控制在50℃以下不会对鞣质稳定性产生影响。本试验为了较全面地考察鞣质的提取工艺,同时考察了超声功率、超声时间和料液比多个因素对大黄鞣质提取效果的影响。通过Box-Behnken中心组合试验设计实验,优化得到大黄鞣质最优提取工艺,经验证稳定可行,该工艺适合工业化生产,为大黄中鞣质的提取提供了依据。

### 参 考 文 献

- [1] 谭鲁珊,赵海平,赵艳玲,等. 大黄蒽醌与鞣质对大鼠肝脏的保护和损伤双向作用[J]. 中国中西医结合杂志,2014,34(6):698-673.
- [2] 郭东艳,师延琼,王幸,等. 大黄不同炮制品中鞣质含量的测定[J]. 现代中医药,2012,32(4):76-78.
- [3] 黄娟,张庆莲,皮凤娟,等. 大黄的药理作用研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析,2014,14(3):282-284.
- [4] 孙冰强,祝广斌. 生大黄、芒硝参与治疗重症胰腺炎临床研究[J]. 中国中医急症,2014,23(6):1155-1156.
- [5] 张丽丽,张慧英,王黎敏,等. 大黄素对肝纤维化大鼠肺损伤的保护作用[J]. 中国病理生理杂志,2014,30(2):291-296.
- [6] 戴万生,赵荣华,陈红波. 干酪素法测定大黄鞣质类成分的研究[J]. 时珍国医国药,2003,14(6):324-325.
- [7] 杜瑞莲,杨中林. 五倍子中鞣质提取工艺研究[J]. 中成药,2008,30(6):839-841.

(收稿日期 2015-01-22)

# 俞募配穴对椎间盘源性腰痛急性发作的即刻效应观察\*

吴凯<sup>1</sup> 朱丹<sup>2</sup> 高峰<sup>3</sup> 苟春雁<sup>4△</sup>

(1.重庆市渝北区中医院,重庆 401120;2.重庆市肿瘤医院,重庆 400030;3.四川中医药高等专科学校,四川 绵阳 621000;4.重庆市中医院,重庆 400021)

中图分类号:R246 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0583-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.006

**【摘要】目的** 观察俞募配穴对椎间盘源性腰痛急性发作的即刻效应及探析部分治疗机制。**方法** 收集90例患者纳入研究,随机将患者分为对照组及观察组。对照组针刺腰部夹脊穴,将压痛明显的两组穴位通以电针仪装置,疏密波条件下留针30 min;观察组采用俞募配穴法进行针刺,合并臀部及下肢痛者加用环跳穴和阳陵泉穴。针刺操作方法与针具和对照组相同。比较两组临床疗效的差异、治疗前和治疗后1、4、24 h简易McGill疼痛评分、Oswestry功能障碍指数的变化以判定即时疗效,同时检测两组治疗前后血清IL-1的浓度的变化。**结果** 1)俞募配穴组在治疗后1 h及4 h的症状缓解率高于常规取穴组( $P<0.01$ 或 $P<0.05$ );治疗后24 h两组临床症状缓解率无差别;2)俞募配穴组在治疗后1 h及4 h的McGill疼痛评分及Oswestry功能障碍指数评分均低于常规取穴组( $P<0.01$ 或 $P<0.05$ );治疗后24 h两组无差别;3)两组患者治疗前IL-1表达无明显差异;治疗后1 h,两组血清IL-1浓度均有所下调,其中观察组与对照组比较下调的趋势更为明显( $P<0.05$ );4)使用Pearson法进行分析后发现IL-1水平与McGill疼痛评分及Oswestry功能障碍指数评分均呈正相关关系。**结论** 俞募配穴法可以快速改善椎间盘源性腰痛急性发作患者的临床症状,其治疗机制可能与下调患者外周血清IL-1的浓度有关。

**【关键词】** 椎间盘源性腰痛 急性发作 俞募配穴 即刻效应 IL-1

**The Immediate Effect of Acupuncture Shu Point Combined with Mu Point on Acute Discogenic Back Pain** WU Kai,ZHU Dan,GAO Feng,et al. TCM Hospital of Yubei District of Chongqing City,Chongqing 401120,China

**【Abstract】Objective:** To observe the immediate effect of acupuncture Shu point combined with Mu point on acute discogenic back pain and to analyse the mechanism. **Methods:** 90 patients were divided into two groups. Control group were treated with Huatuojiayi point acupuncture,while the treatment group were treated with acupuncture Shu point combined with Mu point. Clinical effect and 1,4,24 hours McGill scores,Oswestry were observe. And the level of IL-1 before and after treatment were detected. **Results:** 1)The symptom remission rate of treatment group was higher than that of control group after 1 and 4 hours treatment ( $P<0.05$  or  $P<0.01$ ),while the difference between two groups were without statistical significance after 24 hours ( $P>0.05$ ). 2)The scores of McGill and index of Oswestry were lower than those of control group after 1 and 4 hours treatment( $P<0.05$  or  $P<0.01$ ),while without statistical significance after 24 hours ( $P>0.05$ ). 3)The level of IL-1 of both groups reduced after 1 hour treatment,and the treatment group did more remarkably ( $P<0.05$ ). 4)The level of IL-1 are positive correlated with scores of McGill and index of Oswestry. **Conclusion:** Acupuncture Shu point combined with Mu point can quickly improve the symptom of acute discogenic back pain,and its mechanism may relate to reducing the level of IL-1.

**【Key words】** Discogenic back pain;Acute attack;Shu point combined with Mu point;Immediate effect;IL-1

椎间盘源性腰痛是椎间盘内各种疾病如退变,终板损伤等刺激椎间盘内疼痛感受器所引起的功能丧失

的腰痛,不伴根性症状,无神经或节段过度活动的影像学证据<sup>[1]</sup>。目前研究人员认为椎间盘源性腰痛的发病原因主要有力学机制和化学机制两大类。退变的纤维环影响了椎间盘的稳定性,腰椎的异常活动及椎间盘结构破坏对神经末梢产生机械性刺激从而引起了腰

\*基金项目;国家中医药管理局重点建设专科  
△通信作者(电子邮箱:wukaixhy@163.com)

痛;或者椎间盘病变过程中机体释放大量的细胞因子,细胞因子对神经末梢产生化学性刺激引起了腰痛。病变急性发作时患者出现剧烈腰痛,严重影响日常生活。因此,如何促进治疗方法发挥即刻效应,最大限度地缓解疼痛是治疗的关键所在。“俞募配穴”是针灸配穴方法之一,通过针刺背俞穴和腹募穴,达到调和脏腑阴阳、疏通经络气血的目的,临床不乏其相得益彰的报道。笔者在临床实践中发现常规针法与“俞募配穴”针法对椎间盘源性腰痛急性发作均具有明显疗效,我们对二者的临床疗效及治疗机制进行观察,以期探讨最佳临床方案。现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 重庆市渝北区中医院、重庆市肿瘤医院针灸科在2011年9月至2013年10月诊治的90例椎间盘源性腰痛急性发作患者,其中男性47例,女性43例;年龄30~67岁,平均(48±11.2)岁。所有患者符合文献[2-3]。排除标准<sup>[2]</sup>:1)严重肝脏、肾脏、或心功能异常者;2)恶性肿瘤及重症感染患者;3)凝血功能障碍者;4)不予签署知情同意书者;5)存在神经定位体征者。病例剔除与脱落标准<sup>[2]</sup>:依从性差者、研究过程中自动退出者或者治疗过程中发生严重不良反应者。90例患者随机分为对照组和观察组。两组患者在年龄、性别、病程等一般情况方面无统计学差异。所有患者均被告知接受针刺治疗,但不知具体分组情况,整个针刺均有2名针灸科医师完成,医师不参与科研设计,仅进行针刺方案实施。评估由另外2名针灸科医师进行,评估者同样不知具体分组情况。

**1.2 治疗方法** 取穴位置参照WHO1990-12346颁布的《腧穴国际标准化方案》的定位标准<sup>[3]</sup>,操作方法参考石学敏主编的《针灸学》。对照组采取针刺腰部夹脊穴,根据腰部压痛点选取相应的腰部夹脊穴位,以及腰阳关和臀部及下肢的穴位,环跳穴,风市穴,阳陵泉穴,承山穴。使用75%的酒精在穴位上常规消毒,分别使用0.30×40 mm或0.30×75 mm规格的华佗牌一次性不锈钢毫针进行针刺,采用夹持进针法针刺1.5~2.5寸深度,将压痛明显的二组穴位通以电针仪装置(接G6805-II)并设置参数为疏密波,频率4~20 Hz,刺激强度以保持患者耐受为度(电流1~3 mA,电压1~3 V),留针30 min。观察组采用俞募配穴,腹募穴选用气海穴,关元穴和中极穴。背俞穴选用肾俞穴,膀胱俞穴,大肠俞穴,同时针刺腰阳关,合并臀部及下肢痛者加用环跳穴和阳陵泉穴。针刺操作方法与针具和对照组相同。

**1.3 观察指标及疗效标准** 参照《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》制定疗效分级<sup>[3]</sup>。痊愈:症状、阳性体征消失,腰臀部活动恢复正常,腰前屈、侧屈及髋前屈达到健康水平。显效:绝大部分症状、体征消失,但腰臀

活动稍受限,可参加一般劳动。好转:腰臀腿症状、体征明显缓解,功能活动改善,腰屈、髋屈应有改善者。无效:经治疗后症状无改变甚至加重。缓解率=(痊愈例数+显效例数+好转例数)/组别最终总例数×100%。简易McGill疼痛评分,包括疼痛分级指数(PRI)、目测类比定级法(VAS)和现有疼痛强度(PPI)三部分,总分60分,得分越高,疼痛程度越重。Oswestry功能障碍指数问卷表,包括疼痛程度、日常生活活动能力、提物、行走、坐、睡眠、性生活、社会活动和旅行活动等10项目,总分45分,得分越高,功能障碍越严重。采用酶联免疫吸附试验(Elisa)对两组患者治疗前及治疗后1h外周血IL-1的浓度进行检测。

**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。先使用Shapiro-Wilk test对数据正态性进行检测,并用Levene test分析方差齐性。计量资料差异采用配对t检验;计数资料包括两组的痊愈率、显效率、好转率、无效率,采用 $\chi^2$ 检验统计学差异。相关性分析处理采用Pearson相关分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 病例脱落分布及原因** 研究中共有5例患者脱落,其中观察组2例(1例电话联系未果,1例晕针),病例脱落率为4.44%;对照组3例(2例晕针,1例电话联系未果),病例脱落率为6.67%。两组比较无统计学差异( $P > 0.05$ )。

**2.2 两组腰痛缓解率即时总体疗效评定** 见表1。分别比较2组治疗后1、4、24 h后症状缓解率,1 h缓解率对照组和观察组缓解率比较有显著差异( $P < 0.01$ )。4 h缓解率对照组和观察组缓解率比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。24 h缓解率对照组和观察组比较差异不存在差异( $P > 0.05$ )。

表1 两组即时疗效比较(n)

组别	时间	痊愈	显效	好转	无效	缓解率(%)
观察组 (n=43)	1 h	0	1	23	19	55.81 <sup>△△</sup>
	4 h	0	3	26	14	67.44 <sup>△</sup>
	24 h	0	6	30	4	90.70
对照组 (n=42)	1 h	3	0	10	32	23.81
	4 h	0	0	21	21	50
	24 h	0	5	31	6	85.71

与对照组比较, <sup>△</sup> $P < 0.05$ , <sup>△△</sup> $P < 0.01$ 。

**2.3 两组简易McGill疼痛评分比较** 见表2。两组治疗前McGill疼痛评分比较无统计学差异,治疗后1 h,两组与治疗前比较均具统计学差异,两组组间比较差异具有显著性;治疗后4 h,与治疗前1 h比两组的McGill疼痛评分持续下降,此时两组McGill疼痛评分

表2 两组 McGill 疼痛评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后 1 h	治疗后 4 h	治疗后 24 h
观察组	43	45.1±1.9	28.7±1.4 <sup>△△</sup>	22.2±1.1 <sup>△</sup>	17.6±2.3
对照组	42	44.3±2.1	35.2±1.7 <sup>*</sup>	31.1±1.2	19.3±1.7

与本组治疗前比较, \*P<0.05; 与对照组同时期比较, <sup>△</sup>P<0.05, <sup>△△</sup>P<0.01。下同。

比较差异具有统计学意义; 治疗 24 h 后 McGill 疼痛评分仍继续下降, 但此时两组之间差异无统计学意义。

2.4 两组 Oswestry 功能障碍指数比较 见表 3。两组治疗前 Oswestry 功能障碍指数评分比较无统计学差异。治疗后 1 h, 两组与治疗前比较均具统计学差异, 两组组间比较差异具有显著性; 治疗后 4 h, 与治疗前 1 h 比两组的 Oswestry 功能障碍指数评分持续下降, 此时两组比较差异具有统计学意义; 治疗 24 h 后 Oswestry 功能障碍指数评分仍继续下降, 但此时两组之间差异不存在统计学意义。

表3 两组 Oswestry 功能障碍指数比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后 1 h	治疗后 4 h	治疗后 24 h
观察组	43	40.7±1.5	26.7±2.1 <sup>△△</sup>	21.2±1.6 <sup>△</sup>	11.2±2.8
对照组	42	41.1±1.2	34.2±1.5 <sup>*</sup>	27.1±1.3	13.3±1.9

2.4 两组患者治疗前及治疗后 1h 血清中 IL-1 的表达 见表 4。对不同治疗组患者血清中 IL-1 进行 ELISA 检测结果显示: 两组患者治疗前 IL-1 表达无明显差异; 治疗后 1h, 两组血清 IL-1 浓度均有所下调, 其中观察组下调的趋势更为明显。

表4 两组血清 IL-1 浓度比较(pg/mL,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后 1 h
观察组	43	45.20±8.46	17.44±4.81 <sup>△△</sup>
对照组	42	46.99±7.82	28.63±4.17 <sup>*</sup>

2.5 相关性分析 使用 Pearson 法进行 McGill 疼痛评分、Oswestry 功能障碍指数与血清 IL-1 浓度变化的相关性分析, 结果发现 IL-1 水平与各评分均呈正相关关系。

### 3 讨论

本研究观察并对比了俞募配穴取穴法与常规夹脊穴法治疗椎间盘源性腰痛急性发作的疗效, 结果显示俞募配穴法治疗 1 h 后临床症状缓解率明显优于常规取穴法, 这种优势抑制持续到治疗 4 h 后, 直到治疗后 24 h, 两种取穴法的临床症状缓解率才相当, 为临床快速缓解椎间盘源性腰痛急性发作治疗方案的选择提供了一定依据。

椎间盘源性腰痛属于“骨病”范畴。中医学认为, 腰为肾府, 肾主骨生髓, 肾虚是椎间盘源性腰痛的基本病机。先天不足、后天失养或外伤房劳是致肾精亏耗的主

要病因, 而腰部之经脉及骨失养是加剧脊柱及椎间盘紊乱的关键环节。当患者在感受外邪或者跌打损伤时腰痛被诱发, 表现为剧烈疼痛的实证, 该病实质为本虚标实<sup>[4]</sup>。“急则治标, 缓则治本”是中医治疗的一般原则。然而, 不论何种诱因导致椎间盘源性腰痛急性发作, 单纯治标效果并不尽人意。笔者体会, 施以补肾、通络止痛并举, 标本同治之法, 反而疗效更佳, 正如李中梓在《医宗必读·腰痛》中所说“标急则以标, 本重则以本。标本不失, 病无遁状矣”<sup>[5]</sup>。《素问·阴阳应象大论》云“善用针者, 从阴引阳, 从阳引阴”<sup>[6]</sup>。因此, 治疗采用腹募穴和背俞穴联合运用, 刺激脏腑之气输聚之处以扶助正气, 同时在补肾基础上疏散邪气, 以达调和阴阳气血, 疏通经络, 调节脏腑功效。针刺方中腰阳关位于督脉, 能激发督脉之阳气, 与任脉同出胞中, 督脉任脉同用, 阴阳对偶, 攻守平衡, 共奏祛寒除湿、舒筋活络之功效; 又因腰阳关位于第四腰椎棘突下, 是椎间盘病损好发之处, 可直接治疗病所, 本穴亦可谓标本同治。我们腹募穴选用气海, 关元及中极, 背俞穴选用肾俞, 膀胱俞, 大肠俞。其中, 气海, 关元及中极均属任脉, 任脉又称为阴脉之海, 具有调节全身阴经经气的作用。方中气海, 关元尤为补气要穴, 而中极穴又兼具疏散水湿之功效, 标本兼顾。三穴共奏补益肾气, 培元固本之功, 乃治本之最佳选择。肾俞, 膀胱俞, 大肠俞均属于膀胱经腧穴, 处于病所附近, 即可调脏腑, 又可近治直达病所; 《医学入门》云“脚连胁腋痛难当, 环跳阳陵泉内杵”<sup>[7]</sup>, 环跳、阳陵泉属于胆经腧穴, 现代解剖学认为两穴分别位于坐骨神经及腓总神经分布之处, 乃治疗下肢疼痛经典要穴。验之临床, 两穴合用可通络止痛, 濡养筋肉。我们在观察中发现俞募配穴法比常规夹脊穴法更能够快速的缓解患者急性腰痛的症状, 患者在治疗后 1 h 已有 55.81% 的患者症状缓解, 这一数据远远高出常规夹脊穴组的 23.81%, 且简易 McGill 疼痛评分及 Oswestry 功能障碍指数评分降低的幅度明显大于常规夹脊穴组, 突显了其发挥即刻疗效的优势。因此我们有理由相信俞募配穴法更能够快速发挥固本法祛邪、缓解疼痛的作用。

IL-1 作为一种重要的炎症因子, 对细胞的多种生物效应均具调控作用。越来越多的文献<sup>[8-9]</sup>资料证实 IL-1 与椎间盘源性疾病发生发展关系密切的, 通过临床观察我们可知俞募配穴确可发挥即刻改善椎间盘源性腰痛急性发作的症状, 由此我们可否推断: 针刺俞募配穴快速改善患者腰痛症状是否与 IL-1 浓度变化有关? 通过检测后, 我们发现在治疗后 1 h 观察组及对照组临床症状缓解率出现显著差异, 两组患者的外周血清 IL-1 浓度较治疗前明显降低, 且观察组降低的趋势更为明显。因此, 我们认为俞募配穴快速改善患者腰

(下转第 613 页)

# 乌司他丁联合醒脑静注射液对脑出血模型兔神经特异性烯醇化酶、水通道蛋白4的影响\*

佟丽妍<sup>1</sup> 金鑫<sup>2</sup> 胡才宝<sup>3△</sup>

(1.浙江省杭州市中医院,浙江 杭州 310007;2.浙江省立同德医院,浙江 杭州 310000;3.浙江医院,浙江 杭州 310000)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0586-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.007

**【摘要】**目的 观察乌司他丁注射液联合醒脑静注射液对脑出血模型兔血清神经特异性烯醇化酶(NSE)、水通道蛋白4(AQP-4)的影响,探讨乌司他丁联合醒脑静注射液的脑保护作用。**方法** 40只造模成功的新西兰兔随机平均分为4组,每组10只:脑出血模型组(模型组)、乌司他丁治疗组(乌司他丁组)、醒脑静注射液治疗组(醒脑静组)以及乌司他丁加醒脑静治疗组(联合组)。应用ELISA法测定各组兔造模前(0d),造模后第1、3、5、7日动脉血中NSE、AQP-4的含量。**结果** 造模成功后各组NSE及AQP-4水平均升高。与模型组比较,其他各组第1日NSE、AQP-4水平差异均无统计学意义( $P>0.05$ );各组NSE水平第3~7日均下降( $P<0.05$ );乌司他丁组第7日、醒脑静组第5~7日、联合组第3~7日AQP-4水平下降( $P<0.05$ )。与联合组比较,乌司他丁组及醒脑静组第7日NSE水平较高( $P<0.05$ );醒脑静组AQP-4第1~7日差异均无统计学意义( $P>0.05$ );乌司他丁组第5日以后AQP-4水平较高( $P<0.05$ )。**结论** 乌司他丁联合醒脑静注射液治疗可使脑出血模型兔动脉血中NSE及AQP-4含量下降,对脑出血具有一定的脑保护作用。

**【关键词】** 乌司他丁 醒脑静 脑出血 兔 神经特异性烯醇化酶 水通道蛋白4

**Effects of Ulinastatin Combined with Xingnaojing injection on Neuron Specific Enolase and Aquaporin-4 of the Incerebral Hemorrhage Model in Rabbit** TONG Liyan, JIN Xin, HU Caibao, et al. Hangzhou Traditional Chinese Medical Hospital, Zhejiang, Hangzhou 310007, China

**【Abstract】 Objective:** To observe the effect of ulinastatin (UTI) combined with xingnaojing (XNJ) injection on serum neuron-specific enolase (NSE) and Aquaporin-4 (AQP-4) on rabbit model of incerebral hemorrhage. **Methods:** 40 successful model of New Zealand rabbits were randomly divided into 4 groups, each group of 10: incerebral hemorrhage model group (Group M) and UTI in treatment group (Group U) and XNJ in treatment group (Group X) and UTI combined with XNJ in treatment group (Group UX). The contents of NSE and AQP-4 in arterial blood of each rabbit were checked by ELISA method at before modeling (0 d), and treatment 1st, 3rd, 5<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup> day. **Results:** NSE and AQP-4 levels were elevated after the success of modeling. Compared with Group M, at the 1st day, the level of NSE and AQP-4 of each group was no significant statistical difference ( $P>0.05$ ); At the 3rd to 7<sup>th</sup> days, NSE of each group was decreased, there was statistically significant ( $P<0.05$ ); AQP-4 of Group U at 7<sup>th</sup> day and Group X at 5<sup>th</sup> to 7<sup>th</sup> days and Group UX at 3rd to 7th days were all declined, there are statistically significant ( $P<0.05$ ). Compared with UX group, at the 7th day, NSE level of Group U and Group X were higher, there was statistically significant, ( $P<0.05$ ); AQP-4 of Group X were no significant statistical difference ( $P>0.05$ ); AQP-4 of Group U was higher at 5th and 7th days, there was significant difference ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** UTI combined with XNJ treatment can make the incerebral hemorrhage model in rabbit arterial blood NSE and AQP-4 declined, has certain brain protective effect on incerebral hemorrhage.

**【Key words】** Ulinastatin; Xingnaojing; Incerebral hemorrhage; Rabbit; NSE; AQP-4

\* 基金项目: 天普科学研究基金资助项目 (01200919); 浙江省科技厅重症医学科技创新团队项目 (2011R50018-02); 浙江省医药卫生科技计划研究项目 (2013KYB004); 浙江省中医药卫生科技计划研究项目 (2014ZB091)

△通信作者(电子邮箱: zjicu1996@163.com)

脑出血(ICH)占全部脑卒中发病率的12%~15%,具有高发病率、高死亡率、高致残率的特点,但ICH治疗近年来无明显进展<sup>[1]</sup>。乌司他丁是从人类尿液中提取精制而成的糖蛋白,具有抑制多种酶、稳定细胞膜和溶酶体膜、抑制溶酶体酶的活性及释放等作用。醒脑静注射液(XNJ)是ICH后被广泛应用的中药提取物注射液,众多临床及动物实验均提示其对ICH后脑细胞具有保护作用。迄今为止,临床上在ICH后继发性损伤治疗方案上一直缺乏突破性进展,有效的西医内科治疗药物局限<sup>[2]</sup>。众多研究表明,水通道蛋白4(AQP-4)是参与脑水肿形成的一个关键指标<sup>[3]</sup>。神经元特异性烯醇化酶(NSE)是目前临床上广泛用于早期检测脑损伤的指标,是神经元损伤的标志酶。本实验旨在探讨乌司他丁联合XNJ治疗ICH时在AQP-4及NSE方面的脑保护作用。现报告如下。

## 1 材料与方法

1.1 动物 选用健康成年新西兰兔,雌雄不限,体质量(3.06±0.29) kg,由浙江省农业科学院提供,许可证号:SCXK(浙)2010-0047。饲养期间给予啮齿类动物标准颗粒饲料及饮水,自主进食。温度(23.31±10.51)℃,湿度50%~70%,正常昼夜节律,噪音<50 dB,通风,单笼饲养。实验过程中对动物的处置符合动物伦理学标准。

1.2 药物及试剂 乌司他丁注射液(规格为10万单位/2 mL,批号为031301064)产自广东天普生化医药股份有限公司。兔NSE酶联免疫检测试剂盒(R&D公司)(批号:Ra87451L)及兔AQP-4酶联免疫检测试剂盒(R&D公司)(批号:Ra37741L)均购买自杭州达文生物有限公司。XNJ(10 mL/支,批号:130125)产自无锡济民可信山禾药业股份有限公司。

1.3 模型制备 将符合实验标准的新西兰兔,参照文献<sup>[4]</sup>的方法加以改良:戊巴比妥钠(30 mg/kg)耳缘静脉麻醉,头部剃毛,俯卧位固定于兔脑立体定位仪上。手术暴露颅骨十字缝和人字缝。参照Sawyer兔脑立体定位图谱<sup>[5]</sup>确定内囊位置:AP 1 mm, R 6 mm, H 13 mm。选取十字缝交叉点为基点沿冠状缝向右旁开6 mm再平行矢状缝向前1 mm为穿刺进针点。在兔耳中央动脉采取自体末凝动脉血0.5 mL,用9号腰穿针快速垂直于颅骨穿入脑实质,进针深度13 mm,3 min之内缓慢注入,停针5 min后缓慢拔针。局部压迫止血,缝合皮肤,造模完成。将造模成功的40只新西兰兔按照随机数字表随机分为4组,每组10只:模型组、乌司他丁组、醒脑静组以及联合组。

1.4 给药方案 模型组造模成功后予以0.9%氯化钠注射液2 mL;乌司他丁组予以乌司他丁注射液1.7万U/kg(相当于成人用药量3倍剂量)加入2 mL 0.9%氯化钠注射液中;醒脑静组予以XNJ 2 mL;联合组予

以乌司他丁注射液1.7万U/kg加入2 mL 0.9%氯化钠注射液中,XNJ 2 mL,二者交替注射给药。各组均静脉注射给药,每日3次,连续7 d。

1.5 标本采集与检测 于造模前(0 d)及造模后第1、3、5、7日,分别为各组动物采集动脉血,离心后收集血清,严格按照试剂盒说明书采用ELISA法检测血清NSE及AQP-4的含量。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件。数据以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用单因素方差分析及*t*检验法。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 各组脑出血模型兔不同时间NSE水平比较 见表1。造模成功后各组NSE水平均升高,与模型组比较,各组第1日差异均无统计学意义( $P>0.05$ );而第3、5、7日各组NSE水平均下降( $P<0.05$ )。与联合组比较,乌司他丁组及醒脑静组第1、3、5日NSE水平差异均无统计学意义( $P>0.05$ );第7日,乌司他丁组及醒脑静组NSE水平均较高( $P<0.05$ )。

表1 各组脑出血模型兔不同时间神经特异性烯醇化酶水平比较(ng/mL,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	0d	1d	3d	5d	7d
模型组	10	4.28±0.07	6.02±0.14	6.33±0.58	6.09±0.20	5.98±0.40
乌司他丁组	10	4.29±0.22	5.87±0.20	5.55±0.22*	5.31±0.19*	5.01±0.16 <sup>△</sup>
醒脑静组	10	4.27±0.31	5.88±0.22	5.63±0.30*	5.12±0.21*	5.36±0.24 <sup>△</sup>
联合组	10	4.28±0.18	5.99±0.31	5.28±0.34*	5.03±0.22*	4.44±0.20*

与模型组同时间比较,\* $P<0.05$ ;与联合组同时间比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ 。下同。

2.2 各组脑出血模型兔不同时间AQP-4水平比较 见表2。造模成功后各组AQP-4水平均升高,与模型组比较,联合组第1日,乌司他丁组第1、3、5日,醒脑静组第1、3日的AQP-4水平差异均无统计学意义( $P>0.05$ );联合组第3、5、7日,乌司他丁组第7日,醒脑静组第5、7日的AQP-4水平下降( $P<0.05$ )。与联合组比较,乌司他丁组第1、3日及醒脑静组第1、3、5、7日差异均无统计学意义( $P>0.05$ );乌司他丁组第5、7日AQP-4水平较高( $P<0.05$ )。

表2 各组脑出血模型兔不同时间AQP-4水平比较(ng/mL,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	0d	1d	3d	5d	7d
模型组	10	9.57±0.36	11.64±0.28	11.58±0.47	12.25±0.83	13.28±0.84
乌司他丁组	10	9.58±0.35	11.66±0.32	11.58±0.26	11.36±0.39 <sup>△</sup>	10.69±0.32 <sup>△</sup>
醒脑静组	10	9.59±0.43	11.48±0.45	11.32±0.38	10.59±0.25*	10.05±0.27*
联合组	10	9.58±0.23	10.72±0.44	10.58±0.52*	10.05±0.31*	9.66±0.63*

## 3 讨论

ICH后脑损伤的病情进展不仅与出血量和出血部位(血肿的机械压迫和占位效应)有关,ICH的病理机

制提示水肿对周围脑组织的压迫,水肿的分解产物,以及脑组织损害释放的多种血管活性物质是 ICH 后脑组织损伤的主要原因,可以导致脑水肿、颅内压增高、继发性水肿周围脑灌注不足以及凝血纤溶系统的改变。XNJ 是由安宫牛黄丸减味制成的中药注射剂,组方包含冰片、麝香、栀子等<sup>[6]</sup>。它通过静脉给药可透过血脑屏障(BBB)直接作用于中枢神经系统。其中麝香气味芳香,善于走窜,具有良好的开窍通闭性能,可增进大脑功能,兴奋中枢神经系统。冰片具有清热解毒止痛功效,能协助麝香发挥兴奋中枢神经系统功能,诸药相配,起到醒脑止痉、清热凉血、行气活血和解毒止痛等功效<sup>[7]</sup>。现代研究表明麝香的有效成分是麝香酮,它可以减轻脑缺血大鼠超微结构的损伤和降低神经功能缺损程度<sup>[8]</sup>,石菖蒲、冰片合用可以抑制颅脑损伤后脑内细胞黏附分子的表达,减轻脑组织的炎症反应、外伤性脑水肿和神经细胞缺氧性损伤<sup>[9]</sup>。乌司他丁是一种具有广谱蛋白酶抑制作用的糖蛋白,由肝脏分泌,属于人体内源性抑炎物质,代谢后进入尿液,它能够结合如粒细胞弹性蛋白酶和胰蛋白酶、 $\alpha$ -糜蛋白酶等丝氨酸蛋白酶等多种酶类,结合后抑制酶的活性,并促进其降解;同时可稳定溶酶体膜,抑制体内多种蛋白酶,清除氧自由基,抑制机体的过度炎症反应,减少组织细胞损伤,改善组织循环灌注。有研究认为 XNJ 联合乌司他丁对重症胰腺炎大鼠脑损伤有较好的保护作用<sup>[10]</sup>。

水通道蛋白(AQPs)是一种膜蛋白,对水的通透性具有高度选择性,水分子可以通过水通道向高渗方向移动<sup>[11]</sup>。到目前为止,已从哺乳动物组织中鉴定出 13 种 AQPs(AQP-0~12),其中 AQP-4 是脑组织中含量的水通道蛋白,主要分布于星形胶质细胞膜,特别是在紧密包绕毛细血管壁形成的一层胶质界膜上有着强烈的表达<sup>[12]</sup>。依据其分布特点我们可以推测 AQP-4 与 BBB 的功能及脑水肿的发生密切相关,可调节脑脊液及脑组织中的水液代谢。Manley 等<sup>[13]</sup>研究认为,ICH 后水肿周围 AQP-4 表达增高可导致 BBB 通透性受损,提示 AQP-4 的动态变化与脑水肿的发生和发展密切相关。研究认为<sup>[14]</sup>,AQP-4 表达升高可引起血管内水分通过 BBB 进入脑组织,导致 BBB 破坏,进而加重脑水肿。刘亚敏等<sup>[15]</sup>实验表明大鼠全脑缺血再灌注后,脑微血管的通透性增加,出现了以血管源性为主的脑水肿,证实了 AQP-4 参与了脑水肿的发展过程,抑制 AQP-4 的表达会减轻脑水肿的程度。张青等<sup>[16]</sup>研究表明在全血诱导的 ICH 周围脑组织出现不同程度的神经细胞水肿变性、坏死,间质水肿明显,且 AQP-4 表达明显增加,阳性细胞主要在星形胶质细胞足突上表达。范丽娜等<sup>[17]</sup>研究表明 XNJ 可以降低全脑缺血性昏迷大鼠模型 AQP-4 mRNA 水平。药理学研究<sup>[18-19]</sup>已证明 XNJ 能通过 BBB,直接作用于中枢神经系统而发挥作

用,有消除脑水肿、防止脑疝、改善大脑血氧供应、促进脑细胞康复等作用。XNJ 的早期应用具有减轻脑水肿、保护神经细胞的作用,其作用机理可能与下调 AQP-4 的表达有关。研究表明<sup>[20]</sup>,凝血酶是血液凝固过程中形成的一种具有毒性介质特性的蛋白水解酶,大量凝血酶的释放在诱导 ICH 周围组织损伤,特别是早期脑水肿的发生发展过程中发挥重要作用。ICH 后水肿持续性释放的凝血酶在继发性脑损伤过程中发挥着重要的作用,可通过激活凝血酶受体(PAR),影响 AQP-4 的功能,从而加剧 ICH 后脑组织水肿<sup>[21]</sup>。UTI 可抑制体内多种蛋白酶。陈珊等<sup>[22]</sup>研究显示 UTI 联合甘油果糖可降低大鼠 ICH 后脑组织 AQP-4 的表达,从而改善脑水肿。本研究显示,在降低 AQP-4 方面,治疗第 1 日,3 组均无效;UTI 组第 7 日出现疗效;醒脑静第 5、7 日显效;联合组第 3、5、7 日均有效,提示醒脑静在降低血清 AQP-4 方面优于乌司他汀组,而二药联用效果更明显。

NSE 属于糖酵解同工酶二聚体,在神经细胞的细胞质中浓度较高,颅脑损伤时血清中 NSE 含量会升高。目前研究认为 NSE 含量升高的主要原因是损伤导致神经元细胞膜功能与结构受损,NSE 从神经元胞浆中释放出来,进入脑脊液和细胞间隙中,透过破损的血脑屏障 NSE 进入血液循环,因此,血清 NSE 与脑损伤的严重程度密切相关,具有较高特异性和敏感性,对脑损伤的诊断及伤势的评估具有重要的临床价值。有研究证实 NSE 和脑部损伤的严重范围及程度呈正相关,即 NSE 越高,脑损伤包括亚临床损伤越严重<sup>[23]</sup>。Fassbender 等<sup>[24]</sup>动态监测脑损伤患者血浆中 NSE,结果显示血浆 NSE 含量与临床预后相关。于宗明等<sup>[25]</sup>研究提示乌司他汀可明显降低 ICH 患者的 NSE 水平,从而减轻脑损伤。李绵绵等<sup>[26]</sup>研究提示急司他汀的应用可减少婴幼儿体外循环术后血浆 NSE 和 S100 蛋白的释放,减轻脑损伤。韩潇等<sup>[27]</sup>实验研究提示乌司他汀能够降低体外循环家兔模型的 NSE 水平,对其有脑保护作用。涂悦等<sup>[28]</sup>研究表明醒脑静组血清中 NSE 水平明显低于模型组,提示 XNJ 对大鼠颅脑损伤具有保护作用,其作用机制可能与减轻颅脑损伤后脑水肿及抑制氧自由基反应、保护神经细胞有关。孟宜良等<sup>[29]</sup>研究发现应用 XNJ 治疗的 ICH 患者,其血清 NSE 水平较对照组下降明显,提示 XNJ 可有效抑制 ICH 后炎症反应,减轻神经损害,对急性 ICH 患者可发挥积极治疗作用。本研究结果显示在降低 NSE 方面,治疗第 1 日 3 组药物均无明显疗效;而第 3~7 日均显示有效;第 3~5 日 3 组疗效相仿,无明显统计学差异;治疗第 7 日时联合组比乌司他汀组及醒脑静组效果好,有统计学差异,提示乌司他汀联合 XNJ 在降低 NSE 方面比单药效果好。

综上所述,乌司他丁联合 XNJ 治疗可使 ICH 模型兔动脉血中 NSE 及 AQP-4 含量下降,能减轻血管源性脑水肿、保护神经元细胞膜功能及结构、维持血脑屏障完整,对 ICH 具有一定的脑保护作用。中西医结合治疗 ICH 方面的优势需要进一步深入研究。

#### 参 考 文 献

- [1] 邓平,吴晓牧. 高血压脑出血的病理生理研究进展[J]. 中华脑血管病杂志:电子版,2010,4(4):267-278.
- [2] Hua Y, Schallert T, Keep RF, et al. Behavioral tests after intracerebral hemorrhage in the rat[J]. *Stroke*, 2002, 33(5): 2478-84.
- [3] Lee JK, Burekardt GJ. Nuclear factor kappa B: important transcription factor and therapeutic target[J]. *J Clin Pharmacol*, 1998, 38(11):981-993.
- [4] 张建军,刘铁. 兔脑出血模型的建立及其方法比较[J]. 浙江临床医学,2007,9(9):727-728.
- [5] Sawyer CH, Everett JW, Green T. The rabbit diencephalon in stereotaxic coordinates[J]. *Comp Neurol*, 1954, 101(3):801-824.
- [6] 王拥军. 神经病学临床评定量表[M]. 北京:中国友谊出版社,2005:283.
- [7] 罗侃,刘苏中,徐润,等. 临床应用醒脑静注射液的综合总结[J]. 中国中医急症,1997,6(3):119-120.
- [8] 梁辉,陈虎,高颖,等. 麝香酮抗局灶性缺血损伤的实验研究[J]. 中成药,2003,25(3):225-227.
- [9] 蒋红兰,匡忠生,李翎,等. 石菖蒲冰片对神经细胞缺氧性损伤的保护作用[J]. 广州中医药大学学报,2003,20(1):63-65.
- [10] 王小红,胡江鸿,沈云志. 醒脑静联合乌司他丁对重症急性胰腺炎大鼠脑损伤的保护作用[J]. 天津医药,2013,41(4),349-352.
- [11] Echevarria M, Munoz-cabello AM, Sanchezsilva R, et al. Development of cytosolic hypoxia and hypoxia-inducible factor stabilization are facilitated by aquaporin-1 expression[J]. *J Biol Chem*, 2007, 282(41):30207-30215.
- [12] Borgnia M, Nielson S, Engel A, et al. Cellular and molecular biology of the aquaporin water channels[J]. *Annu Rev Biochem*, 1999, 68(4):425-458.
- [13] Manley CT, Fujimura M, Ma T, et al. Aquaporin-4 deletion in mice reduces brain edema after acute water intoxication and is chemically stroke[J]. *Nat Med*, 2000, 6(2):159-163.
- [14] Solenov E, Watanabe H, Manley GT, et al. Sevenfold-reduced osmotic water permeability in primary astrocyte cultures from AQP-4-deficient mice, measured by a fluorescence quenching method[J]. *American Journal of Physiology-Cell Physiology*, 2004, 286(2):426-432.
- [15] 刘亚敏,张赐安,徐秋英,等. 全脑缺血再灌注大鼠脑组织水通道蛋白-4 mRNA 的表达及药物对其影响[J]. 中国中医急症,2002,11(6):474-475.
- [16] 张青,谢晓丽,王其新,等. 醒脑静合生脉注射液对大鼠脑出血后脑组织内水通道蛋白表达的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(21):243-247.
- [17] 范丽娜,胡风云,王春芳,等. 缺血性昏迷的实验研究[J]. 世界中西医结合杂志,2014,9(4):368-374.
- [18] 徐元虎. 醒脑静注射液的药理药效学研究与应用现状[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(4):507.
- [19] 刘洪章,马志伟,刘毅,等. 醒脑静注射液辅助治疗继发性脑损伤[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(15):248.
- [20] Keep RF, Xi G, Hua Y, et al. The deleterious or beneficial effects of different agents in intracerebral hemorrhage; think big, think small, or is hematoma size important[J]. *Stroke*, 2005, 36(12):1594-1596.
- [21] Tang Y, Cai D, Chen Y. Thrombin inhibits aquaporin 4 expression through protein kinase C-dependent pathway in cultured astrocytes[J]. *Journal of Molecular Neuroscience*, 2007, 31(1):83-93.
- [22] 陈珊,徐国海,胡衍辉. 乌司他丁联合甘油果糖对大鼠脑出血后水通道蛋白 4 的影响[J]. 临床麻醉学杂志,2012,28(3):278-281.
- [23] Oh SH, Lee JG, Na SJ, et al. Prediction of early clinical severity and extent of neuronal damage in anterior circulation infarction using the initial serum neuron-specific enolase level[J]. *Aach Neurol*, 2003, 60(1):37-41.
- [24] Fassbender K, Schmidt R, Seherincr A, et al. Leakage of brain-originated proteins in peripheral blood; temporal profile and diagnostic value in early ischemic stroke[J]. *J Neurol Sci*, 1997, 148(1):101-105.
- [25] 于宗明,李湘青. 乌司他丁对脑出血患者血清 hs-CRP 和 NSE 的影响[J]. 山东医药,2013,53(37):64-65.
- [26] 李绵绵,楼文文,梅永成. 乌司他丁对婴幼儿体外循环心脏病病人血浆 NSE 和 S100 蛋白的影响[J]. 现代实用医学,2008,20(9):679-681.
- [27] 韩潇,王莹洁,朱昌来. 醒脑静注射液在体外循环家兔的脑保护作用[J]. 江苏医药,2014,40(3):258-260.
- [28] 涂悦,杨细平,商崇智. 醒脑静对颅脑创伤的保护作用[J]. 中国应用生理学杂志,2014,30(3):230-236.
- [30] 顾怀金,李根,万东. 醒脑静注射液治疗急性脑出血的临床疗效及对血清 hs-CRP 和 NSE 的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2014,20(14):178-181.

(收稿日期 2014-11-20)

# 芍药软肝合剂对荷 H22 肝癌小鼠免疫功能及 VEGF、PCNA 表达的影响\*

孙 燕<sup>1</sup> 张爱琴<sup>1</sup> 郜飞宇<sup>2</sup>

(1. 浙江省肿瘤医院, 浙江 杭州 310022; 2. 南京医科大学附属无锡人民医院, 江苏 无锡 214023)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0590-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.008

**【摘要】目的** 观察芍药软肝合剂对 H22 肝癌小鼠免疫功能的影响,并初步探讨芍药软肝合剂对 VEGF、PCNA 表达的影响。**方法** 采用细胞接种的方法建立小鼠 H22 肝癌动物模型,随机分为正常组、模型组、环磷酰胺组、中药低、中、高剂量组,观察各组动物的整体情况,行免疫组化染色实验对肿瘤组织中 VEGF、PCNA 表达进行检测。**结果** 1)成功建立小鼠 H22 肝癌动物模型;2)芍药软肝合剂提高荷瘤小鼠机体免疫功能;3)芍药软肝合剂能降低 H22 肝癌小鼠肿瘤组织中 VEGF、PCNA 的表达水平。**结论** 芍药软肝合剂对 H22 荷瘤小鼠的胸腺、脾脏有保护作用,能提高荷瘤小鼠机体免疫功能。其能抑制荷瘤小鼠中 VEGF、PCNA 蛋白的表达,从而抑制肿瘤生长。

**【关键词】** 芍药软肝合剂 肝癌 免疫功能 VEGF PCNA

**Immune Effect of Shaoyao Ruangan Recipe on Hepatocarcinoma in Tumor-bearing H22 mice and Its Effect on VEGF and PCNA Expression** SUN Yan, ZHANG Aiqin, GAO Feiyu. *Zhejiang Cancer Hospital, Zhejiang, Hangzhou 310022, China*

**【Abstract】Objective:** To observe the immune effect of Shaoyao Ruangan Recipe on hepatocarcinoma H22 tumor-bearing mice and to preliminary discuss the express influence of Shaoyao Ruangan Recipe to Proteins such as VEGF、PCNA and In order to clarify the Mechanism of Hepatocellular Carcinoma with Shaoyao Ruangan Recipe. **Methods:** Animal models of H22 hepatic cancer with mice were built according to inoculate tumor cell. Mice were randomly divided into six groups such as the normal group, the model group, CTX group, low-dose, middle-dose and high-dose group of Shaoyao Ruangan Recipe. Observe the mice's overall condition. The tumor growth inhibition rate spleen index was determined separately. The tumor tissue were carried out by the immune dyeing experiment to determine the protein express of VEGF、PCNA in the tumor tissue. **Results:** 1) The animal model of Hepatocarcinoma H22 Tumor-bearing Mice was set up successfully. 2) Shaoyao Ruangan Recipe could improve the immunity of tumor-bearing mice. 3) The middle-dose of Shaoyao Ruangan Recipe could reduce the expression of VEGF and PCNA. **Conclusions:** Shaoyao Ruangan Recipe can protect the spleen and thymus gland of tumor-bearing mice, also has the ability to increase the immunity of tumor-bearing mice. Its anti-tumor mechanism may relate to the control of VEGF、PCNA express in tumor-bearing mice.

**【Key words】** Shaoyao Ruangan Recipe; Hepatic carcinoma; Immunity; VEGF、PCNA

肝癌是我国常见恶性肿瘤之一<sup>[1]</sup>,除传统手术切除及放、化疗等治疗方法外,中医中药治疗在肝癌的治疗中也发挥了重要的作用。芍药软肝合剂是浙江省肿瘤医院研制开发的中药内服制剂,具有解毒、止痛、消肿等功效,主要用于肝癌、肝硬化的辅助治疗,特别是对原发性肝癌有较好的疗效<sup>[2]</sup>,临床及实验研究均表明该方有较好的抗肝纤维化的作用,可改善肝脏血液循环,恢复肝细胞功能。本研究采用实验动物学、分子

生物学等方法,研究中药组方芍药软肝合剂对 H22 肝癌移植瘤小鼠免疫功能及肿瘤组织中 VEGF、PCNA 指标表达的影响,以期阐明芍药软肝合剂在肝癌治疗中的作用及机制。

## 1 材料与方法

1.1 动物及瘤株 ICR 小鼠 72 只,均 4~6 周龄,体重(20±2)g,雌雄各半,购买并饲养于浙江中医药大学动物实验中心清洁级动物房。小鼠 H22 肝癌瘤株,由浙江中医药大学动物实验中心提供。

\* 基金项目:浙江省中医药科技计划项目(2010ZA007)

1.2 药物 芍药软肝合剂由白芍、白花蛇舌草、半枝莲、重楼、三叶青、鸡内金、青皮、陈皮、山楂、郁金、三棱、莪术、白茅根、焦栀子、金钱草、紫金牛、白毛藤、路路通、仙鹤草等多味中药组成,成人用量每日3次,每次30 mL,按《中药药理研究方法学》中折算小鼠低、中、高用量相应的芍药软肝合剂用量分别为0.2、0.4、0.8 mL,置4℃冰箱备用。注射用环磷酰胺(CTX):200 mg/瓶,江苏恒瑞医药股份有限公司,批号08091432;用灭菌生理盐水配制成2 mg/mL的稀释液,储存于4℃冰箱备用。

1.3 试剂 兔抗鼠VEGF单抗购自杭州达诚生物技术公司,Santa Cruz公司产品。PCNA鼠抗多克隆抗体:购自杭州达诚生物技术公司,Santa Cruz公司产品。抗体稀释液:博士德生物工程有限公司。SP免疫组织化学检测试剂盒及DAB显色盒均购自杭州达诚生物技术公司。

1.4 模型制备 取H22肝癌细胞株,接种于小鼠腹腔,待7 d后,选择其腹水饱满小鼠,在超净台内于无菌条件下消毒鼠腹,抽取适量的乳白色腹水,用生理盐水稀释,配制成 $1 \times 10^7$ /mL瘤细胞悬液,以每只0.2 mL将瘤细胞悬液接种于ICR小鼠右腋皮下,复制小鼠H22肝癌模型,整个操作过程控制在2 h之内,以保持瘤细胞的活性。

1.5 分组与方法 于接种后第2天(造模24 h后),将小鼠分为6组,每组12只,各组在给药在造模后第2天至第15天。正常组不作任何处理;模型组予生理盐水0.4 mL灌胃,每日1次;环磷酰胺组予环磷酰胺注射液,剂量为20 mg/kg,腹腔注射,每日1次;中药低剂量组予芍药软肝合剂0.2 mL,灌胃,每日1次;中药中剂量组予芍药软肝合剂0.4 mL,灌胃,每日1次;中药高剂量组予芍药软肝合剂0.8 mL,灌胃,每日1次。

1.6 标本采集与检测 在停药24 h后,颈椎脱臼处死小鼠;取出瘤组织、脾、胸腺等组织,分析天平称重脾、胸腺。脾指数=脾质量(mg)/体质量(g);胸腺指数=胸腺质量(mg)/体质量(g);取部分瘤组织瘤组织置于10%甲醛溶液中固定,经脱水后行石蜡包埋,常规切片,分别行VEGF、PCNA的免疫组化染色,结果检测于400倍光镜下观察每张切片中VEGF、PCNA的表达情况,选取着色最明显的视野予以采集图像,利用图像分析软件测其累积光密度值(IOD值),取积分光密度值大小表示染色强度,其数值越大表示阳性染色越强,其数值越小表示阳性染色越弱。

1.7 统计学处理 应用SPSS12.0统计软件。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示;多组间资料比较采用方差分析,结果之间多样本比较用F检验,两两比较用q检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 各组荷H22肝癌小鼠胸腺指数、脾指数比较 见表1。1)胸腺指数:与正常组比较,余5组胸腺指数均减小,模型组、环磷酰胺组、中药低剂量组、中药高剂量组有统计学差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),中药中剂量组差异无统计学意义( $P > 0.05$ );与模型组比较,中药中剂量组的胸腺指数较大,有非常显著性差异( $P < 0.01$ )。2)脾指数:与正常组比较,余五组脾指数均减小( $P < 0.05$ ),与模型组比较,中药中剂量组的脾指数增大( $P < 0.01$ ),中药各剂量组中,以中药中剂量组效果最明显。

表1 各组荷H22肝癌小鼠胸腺指数、脾指数比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	胸腺指数	脾指数
正常组	12	2.33±0.47	8.60±0.74
模型组	11	1.61±0.21**	5.62±2.41**
环磷酰胺组	8	1.72±0.47**	5.89±1.66**
中药低剂量组	9	1.92±0.29* <sup>△</sup>	6.12±4.24* <sup>△</sup>
中药中剂量组	11	2.23±0.44 <sup>△△</sup>	7.56±3.93* <sup>△△</sup>
中药高剂量组	10	1.89±0.38* <sup>△</sup>	6.31±4.73* <sup>△</sup>

与正常组比较,\* $P < 0.05$ ,\*\* $P < 0.01$ ;与模型组比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ,<sup>△△</sup> $P < 0.01$ 。

2.2 各组荷H22肝癌小鼠肿瘤组织VEGF表达比较 见表2。镜下可见,VEGF阳性表达见于癌细胞胞膜及胞质,棕黄色,呈灶性分布。结果表明,与模型组相比,环磷酰胺组及中药各剂量组的VEGF表达水平均有所降低( $P < 0.05$ ),其中环磷酰胺组及中药中剂量组下降最为明显,与模型组相比差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),但中药中剂量组与环磷酰胺组相比没有统计学意义( $P > 0.05$ ),中药低剂量组及高剂量组与环磷酰胺组相比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 各组荷H22肝癌小鼠肿瘤组织VEGF表达比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	IOD值
模型组	11	406678.25±35573.23
环磷酰胺组	8	295193.40±38105.66**
中药低剂量组	9	367489.93±87895.97* <sup>△</sup>
中药中剂量组	11	322979.80±58322.43**
中药高剂量组	10	350877.78±27440.96* <sup>△</sup>

与模型组比较,\* $P < 0.05$ ,\*\* $P < 0.01$ ;与环磷酰胺组比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ,<sup>△△</sup> $P < 0.01$ 。下同。

2.3 各组荷H22肝癌小鼠肿瘤组织PCNA表达比较 见表3。镜下PCNA阳性表达为细胞核膜周围及核内被染成棕黄色,呈颗粒状或者弥漫样。单因素方差分析表明,与模型组相比,环磷酰胺组及中药各剂量组的PCNA表达水平均有所降低,除中药低剂量组与模型组相比差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),其他均都有统计

学意义( $P < 0.05$ ),其中环磷酰胺组及中药中剂量组降低最为明显,与模型组相比差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。与环磷酰胺组相比,中药中剂量组差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),中药低剂量组及中药高剂量组与环磷酰胺组相比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表3 各组荷 H22 肝癌小鼠肿瘤组织 PCNA 表达比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	IOD 值
模型组	11	313878.24±30684.16
环磷酰胺组	8	244854.76±15165.08**
中药低剂量组	9	306241.96±87193.97 $\Delta\Delta$
中药中剂量组	11	253718.81±29438.18**
中药高剂量组	10	271467.23±32459.96 $\Delta\Delta$

### 3 讨论

根据临床表现,肝癌大致属于中医学“肝积”、“肝气”、“肝著”、“积聚”、“癥瘕”、“鼓胀”等范畴。本院院内制剂芍药软肝合剂中炒白芍柔肝以顺其性,白花蛇舌草、半枝莲、三叶青、白毛藤、重楼清热解毒、消肿散结兼以内清相火,白茅根、金钱草消肿利尿,三棱、莪术具有行气破血、祛瘀消积等功能,郁金佐白芍,可起行气解郁、柔肝利胆功效,陈皮、青皮理气降逆、调畅气机,焦山楂、鸡内金消积滞、健脾胃,此方切合肝癌气滞血瘀、痰凝、毒聚相互交结的病理变化<sup>[3]</sup>,且符合肝为刚脏,内藏相火,体阴而用阳的肝脏中医生理特性。

肿瘤的发生和发展与机体的免疫功能下调或失控密切相关。胸腺和脾脏是机体极其重要的免疫器官,胸腺指数和脾脏指数的大小可以直接反映机体免疫水平的高低<sup>[4-5]</sup>,而现代医学也认为在恶性肿瘤防治过程中,增强机体免疫功能是疾病治疗的一个重要策略<sup>[6]</sup>,所以本实验观察各组用药后对移植瘤小鼠脾脏和胸腺的影响,具有重要的意义。本实验结果说明芍药软肝合剂对 H22 肝癌小鼠的免疫器官有一定的保护作用,以中剂量组效果最好。芍药软肝合剂可能是通过增强荷瘤小鼠的免疫功能,调控机体的防御机制,从而起到抑制肿瘤生长的作用。

另外,为了证实芍药软肝合剂的抗癌机制,本实验检测了荷 H22 小鼠的 VEGF 和 PCNA 的表达情况。VEGF 是最有效的促血管生成促进因子,目前有研究表明抗肿瘤的机制之一主要就是通过阻断血管内皮生

长因子及其主要受体(VEGFR)来达到抑制肿瘤新生血管形成<sup>[7]</sup>。多项临床试验结果均表明,VEGF 及其受体在肝癌组织中较正常肝组织呈过高表达,并且肝癌细胞的 VEGF 表达程度还与患者的预后(尤其是生存期)密切相关<sup>[8-9]</sup>。增殖细胞核抗原(PCNA)又称周期素,主要存在于增殖细胞核中,在 DNA 复制、细胞增殖和细胞周期调控中发挥重要作用,研究发现 PCNA 与细胞 DNA 合成关系密切,其量的变化可作为评价细胞增殖状态的一个良好指标。王东等<sup>[10]</sup>应用免疫组化检测了 80 例手术切除 HCC 组织 PCNA 的表达,结果发现肝癌组织 PCNA 表达较高,且表达水平与肝癌大小、组织学分级、核分裂相计数和转移密切相关,也证实了 PCNA 可能是反映肝癌侵袭能力的一项重要指标。本实验免疫组化检测可见,模型组中 VEGF 及 PCNA 表达最多,用药组 VEGF 及 PCNA 表达明显减少,其中环磷酰胺组与中药中剂量组效果最为显著(与模型组比较  $P < 0.01$ )。提示芍药软肝合剂可减少小鼠肝癌移植瘤 VEGF 及 PCNA 的表达,说明芍药软肝合剂在一定程度上能够抑制肝癌新生血管生成和肿瘤细胞活性,从而抑制了肿瘤细胞增殖。

### 参 考 文 献

- [1] 陈万青,张思维,郑荣寿,等. 中国 2009 年恶性肿瘤发病和死亡分析[J]. 中国肿瘤,2013,22(1):2-12.
- [2] 王奇,王春雷,侯桂兰. 芍药软肝合剂的制备及临床应用[J]. 江西中医药,2006,5(2):281.
- [3] 刘应柯,祁广生,刘雪华. 疏肝健脾和胃法为主治疗晚期原发性肝癌 24 例[J]. 中医研究,2006,19(1):29-31.
- [4] 邵世祥,王子鑫,毕磊. 五倍子散配合华蟾素注射液治疗原发性肝癌 51 例[J]. 实用中医内科杂志,2006,20(1):93.
- [5] 陈洪国,杜晓军. 内外合治中晚期肝癌 30 例[J]. 山西中医,2005,21(5):15-16.
- [6] 莫钦国. 原发性肝癌以外科为主的综合治疗研究进展[J]. 广西医学,2004,26(1):58.
- [7] 张鑫. 中西医结合治疗肝痛术后腹泻[J]. 中西医结合肝病杂志,2002,12(5):306-307.
- [8] 潘宏铭,徐农等. 肿瘤内科诊治策略[M]. 上海:上海科学技术出版社,2002:318.
- [9] 邓国忠,伍显庭,李国友,等. 放疗加参苓汤治疗 56 例中晚期肝癌的临床观察[J]. 四川中医,2004,22(1):38-39.
- [10] 张岳正,吕爱林. 中医辨证配合介入疗法治疗中晚期肝癌 30 例[J]. 陕西中医,2004,25(9):774-775.

(收稿日期 2015-02-11)

# 痰热清注射液联合抗生素治疗血液肿瘤并肺部感染有效性及安全性的 Meta 分析\*

艾坤<sup>1,2</sup> 肖政<sup>1Δ</sup> 汪成琼<sup>1</sup> 刘莲花<sup>1</sup> 肖建辉<sup>2</sup>

(1.遵义医学院附属医院,遵义医学院循证医学中心,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:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0593-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.009

**【摘要】目的** 系统评价痰热清注射液联合抗生素治疗血液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 12 个 RCT,患者 900 例,纳入研究质量一般;2)Meta 分析合并 RR 值包括临床治愈[RR=1.38,95%CI(1.21,1.57)]及总体疗效[RR=1.13,95%CI(1.03,1.24)]( $P<0.05$ );临床显效[RR=1.07,95%CI(0.75,1.50)]及临床有效[RR=0.83,95%CI(0.63,1.08)]( $P>0.05$ );3)Meta 分析合并 MD 值包括退热时间[MD=-1.77,95%CI(-2.98,-0.55)]及肺部啰音消失时间[MD=-1.47,95%CI(-2.22,-0.73)]( $P>0.05$ )。 **结论** 本研究证实痰热清联合抗生素治疗血液肿瘤并肺部感染的临床疗效优于单独使用抗生素。

**【关键词】** 痰热清 抗生素 血液肿瘤 肺部感染 Meta 分析

**A Meta-analysis of Efficacy and Safety of Tanreqing with Antibiotic for the Pulmonary Infection after Hematologic Tumor** AI Kun, XIAO Zheng, WANG Chengqiong, et al. MOE Virtual Research Center of Evidence-based Medicine at Zunyi Medical College, Zunyi Medical College, Zunyi, Guizhou 563003, China

**【Abstract】Objective:** To evaluate systematically the effectiveness of Tanreqing with antibiotics on the pulmonary infection after hematologic tumor and to analyze its safety. **Methods:** We All related studies in CBM, CNKI, VIP, Wanfang, Pubmed and Embase were retrieved. Their quality were evaluated by Cochrane scale and all data were analyzed by meta-analysis. **Results:** 1)Twelve RCTs involving 900 hematologic tumor patients were included, with general methodological quality in most trials. 2)The merged RR values and their 95% CI of Meta-analysis for clinical cure and overall effect were as follows: 1.38(1.21, 1.57) and 1.13, (1.03, 1.24) and those factors were statistically significant. The clinical marked effectiveness and effectiveness were as follows: 1.07, (0.75, 1.50) and 0.83, (0.63, 1.08) and those factors were no statistically significant. 3)The merged MD values and their 95% CI of Meta-analysis for the antipyretic time and rale disappearance time were as follows: -1.77, (-2.98, -0.55) and -1.47, (-2.22, -0.73) and those factors were statistically significant. **Conclusions:** The study confirms that the clinical curative effect of Tanreqing with antibiotic is more than the antibiotic to the pulmonary infection after hematologic tumor.

**【Key words】** Tanreqing; Antibiotics; Hematologic tumor; Pulmonary infection; Meta-analysis

血液肿瘤放化疗后,患者抵抗力急剧下降,易继发肺部感染,其病情凶猛,致死率极高<sup>[1]</sup>。抗生素治疗常因耐药菌及多重耐药增加而失败,致临床决策困难<sup>[2]</sup>。实践证明我国传统医药在抗感染中具有独特疗效,具有抗菌、消除炎症及增强机体抗病能力等重要作用。痰热清注射液能清热、化痰及解毒,广泛与抗生素联合治疗感染,但其有效性和安全性各研究报道一致性差,致

临床选择困难。因此本课题组系统评价痰热清注射液联合抗生素治疗血液肿瘤并肺部感染的有效性及安全性,为科学制订合理用药策略提供依据。

## 1 资料与方法

1.1 文献来源 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、Pubmed 及 Embase(建库-2014年7月)。英文检索词“Tanreqing, Tanreqing injection [Mesh], Blood disease, leukemia, Blood tumor, lymphoma, Blood system

\* 基金项目:贵州省哲学社会科学规划基金(14GZYB58);遵义医学院博士启动基金(F-617)

Δ 通信作者(电子邮箱:zy426f@163.com)

tumor, Granulocytopenia disease”。中文检索词“痰热清、痰热清注射液、血液病、白血病、血液肿瘤、淋巴瘤、血液系统肿瘤及粒细胞减少症”。检索方式:由两名检索员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,尽可能地全面收集符合纳入标准的文献,无语种限制。

1.2 文献选择 1)纳入标准。(1)研究对象:血液肿瘤并肺部感染患者(包含血液病、白血病、血液肿瘤及淋巴瘤等)。(2)试验组:痰热清注射液联合抗生素。(3)对照组:单独使用抗生素治疗。(4)结局指标:①临床总体疗效,痊愈、有效、显效、无效。②症状体征及胸片改善,包括退热及肺部啰音消失时间。(5)疗效标准参照 2003 年卫生部药政局颁发的《抗菌药物临床应用指导原则》,包括临床痊愈、显效、有效、无效 4 级。①临床痊愈: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。②临床显效:体温正常,症状、阳性体征基本消失,胸片肺部炎症大部分吸收。③临床有效:症状体征有好转,胸片肺部炎症有所吸收。④临床无效: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。⑤总体疗效:包括有效、显效及痊愈。(6)研究类型:随机对照试验(RCT),且文献能提供足够的信息可进行 Meta 分析。2)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 文献质量评价 依据纳入文献特征,选择 Cochrane 推荐 RCT 评价标准评价纳入研究质量。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,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。由两名评价员根据纳入、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。

1.4 统计学处理 参照 PICO 原则设计资料提取表格。提取指标包括纳入研究基本特征,干预措施基本特征,干预效果包括总体疗效、临床痊愈、显效、有效、症状体征及胸片改善及不良反应等数据。采用 RevMan5.3 进行 Meta 分析,连续变量用标准化均数差(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  $\chi^2$  检验,若不存在异质性或异质性较小( $I^2 < 50\%$ ,  $P > 0.1$ ),采用选择固定效应模型计算合并效应量;如异质性检验结果显示各研究间存在异质性( $P \leq 0.1$ ,  $I^2 \geq 50\%$ ),分别采用固定效应模型交替随机效应模型进行 Meta 分析,其结果的一致性较好,说明无明显异质性来源,则采用随机效应

模型进行合并分析。合并研究超过 10 个,采用漏斗图分析发表偏倚。

2 结果

2.1 检索结果 共检索到文献 396 篇,包括 CBM 101 篇,CNKI 96 篇,维普 45 篇,万方 107 篇,Pubmed 12 篇,Embase 35 篇。首先,阅读题目排除重复文献 222 篇,阅读摘要,排除会议摘要 6 篇,无关文献 122 篇,综述 10 篇,阅读全文后排除不符合纳入标准文献 24 篇,最后纳入 12 篇随机对照试验研究。

2.2 纳入研究基本特征及质量评价 见表 1。本研究纳入 2006 至 2013 年间 8 个省 12 个 RCT 研究,血液肿瘤并肺部感染 900 例。痰热清注射液联合抗生素治疗组 471 例,单独抗生素治疗组 429 例。采用临床疗效及症状体征及胸片改善等指标评价疗效。结果表明各研究中痰热清注射液联合抗生素治疗血液肿瘤并肺部感染治疗效果报道不一。纳入研究整体质量一般,10 个研究质量为 6 分,2 个研究质量 5 分,平均积分为 5.83 分。12 篇对随机方法仅仅描述随机二字,盲法和分配隐藏描述均不清楚;10 篇基线一致,2 篇为不清楚;12 篇其他偏倚不清楚。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。痰热清注射液使用特征,纳入的 12 个研究中痰热清注射液使用剂量为 2 个研究采用 40 mL/(L·d),7 个研究用 80 mL/(L·d),1 个研究用 80~160 mL/(L·d),2 个研究用 120 mL/(L·d),联合抗生素静脉滴注;疗程一般为 7~14 d,最高使用为 21 d;1 个研究报道有 1 例皮疹,5 个研究报道无不良反应,6 个研究未描述不良反应。研究表明痰热清注射液联合抗生素治疗血液肿

表 1 纳入研究基本特征

纳入研究	时间	地区	研究例数			干预措施		治疗情况			研究设计
			总例数	治疗组	对照组	治疗组	对照组	O1	O2	O3	
梁金秋 <sup>[3]</sup>	2006	四川	100	64	36	①	②	√	√	√	√
田向阳 <sup>[4]</sup>	2006	山西	60	30	30	①	②	√	x	-	√
韦润红 <sup>[5]</sup>	2006	河南	72	38	34	①	②	√	x	-	√
黎承平 <sup>[6]</sup>	2008	云南	45	23	22	①	②	√	x	x	√
刘建芳 <sup>[7]</sup>	2008	河南	100	50	50	①	②	√	x	-	√
魏玉静 <sup>[8]</sup>	2008	河南	100	50	50	①	②	√	x	x	√
徐淑芬 <sup>[9]</sup>	2008	甘肃	91	49	42	①	②	√	√	x	√
高彩凤 <sup>[2]</sup>	2009	河北	86	43	43	①	②	√	x	-	√
余丹 <sup>[10]</sup>	2010	湖北	68	34	34	①	②	√	x	-	√
夏宝森 <sup>[11]</sup>	2011	吉林	76	38	38	①	②	√	x	x	√
陈世明 <sup>[12]</sup>	2012	湖北	64	32	32	①	②	√	√	x	√
范丽霞 <sup>[1]</sup>	2013	河北	38	20	18	①	②	√	x	-	√

O1:临床疗效;O2:症状、体征及胸片改善;O3:不良反应。干预措施:①痰热清联合抗生素;②抗生素治疗。√表示有,x表示没有,-表示不清楚。

瘤的剂量及疗程不规范,最常使用方案为 80 mL(L·d), 7~14 d 为 1 个疗程,静脉滴注,不良反应少见。

2.3 临床治愈评价 见图 1。纳入 9 篇文献 726 例患者,治疗组 379 例,对照组 347 例,研究结果间同质性好(I<sup>2</sup>=0%),固定效应模型分析显示临床治愈在两组间具有统计学差异 [RR=1.38,95%CI (1.21,1.57),P<0.001],表明治疗组优于对照组。

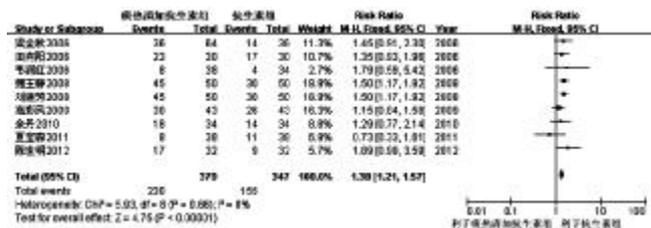


图 1 两组临床治愈比较的 Meta 分析

2.4 临床显效评价 见图 2。纳入 10 篇文献 740 例患者,治疗组 377 例,对照组 363 例,研究结果间存在异质性(I<sup>2</sup>=55%),随机效应模型分析显示临床显效在两组间无统计学差异 [RR=1.07,95%CI(0.75,1.50),P=0.72]。发表偏移分析:Begg 和 Egger 检验结果 P=0.433,95%CI 跨越 0,无发表偏倚。结果表明痰热清注射液联合抗生素治疗肺部感染临床显效与对照相当。

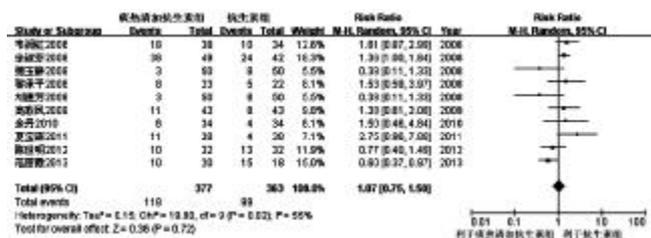


图 2 两组临床显效比较的 Meta 分析

2.5 临床有效评价 见图 3。纳入 9 篇文献 636 例患者,治疗组 339 例,对照组 297 例,研究结果间同质性好(I<sup>2</sup>=0%),固定效应模型分析显示临床有效在两组间无统计学差异 [RR=0.83,95%CI(0.63,1.08),P=0.17],结果表明治疗组的临床有效与对照组相当。

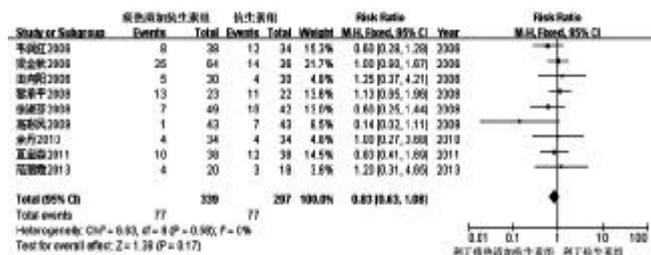


图 3 两组临床有效比较的 Meta 分析

2.6 总体疗效评价 见图 4。纳入 12 篇文献 900 例患者,治疗组 471 例,对照组 429 例,研究结果间存在中

度异质性(I<sup>2</sup>=66%),随机效应模型分析显示总体疗效在两组间具有统计学差异 [RR=1.13,95%CI(1.03,1.24),P=0.01],表明治疗组的总体疗效优于对照组。综上所述研究表明痰热清注射液联合抗生素治疗血液肿瘤并肺部感染的临床治愈、总体疗效优于抗生素组,临床显效及有效与抗生素组相当。

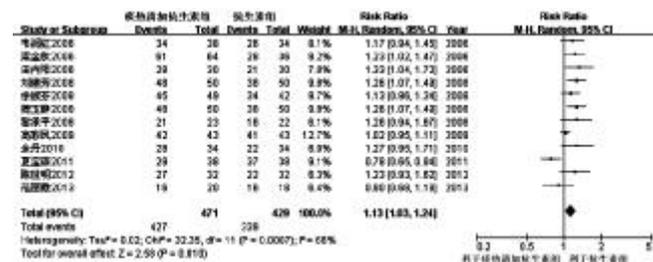


图 4 两组总体疗效比较的 Meta 分析

2.7 退热时间评价 见图 5。纳入 3 篇文献 255 例患者,治疗组 145 例,对照组 110 例,研究结果间异质性强(I<sup>2</sup>=94%),随机效应模型分析表明平均退热时间在两组间差异有统计学意义 [MD=-1.77,95%CI(-2.98,-0.55),P=0.004],固定效应模型分析结果为 [MD=-1.62,95%CI (-1.92,-1.32)],两模型分析结果差异小。结果表明治疗组的退热效果更好。

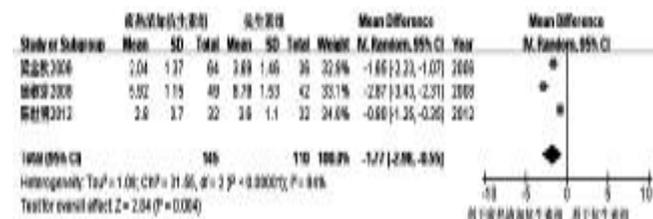


图 5 两组平均退热时间比较的 Meta 分析

2.8 肺部啰音消失时间 见图 6。纳入 2 篇文献 155 例患者,治疗组 81 例,对照组 74 例,研究结果间同质性好(I<sup>2</sup>=0%),固定效应模型分析表明肺部啰音消失时间在两组间具有统计学差异 [MD=-1.47,95%CI(-2.22,-0.73),P=0.0001],表明治疗组的肺部啰音消失更早。

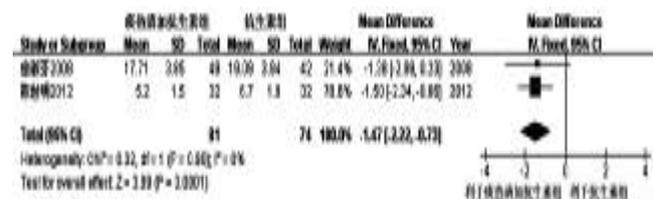


图 6 两组肺部啰音消失时间比较的 Meta 分析

### 3 讨论

血液肿瘤并发肺部感染,其病情凶猛,致死率高<sup>[1,7]</sup>。痰热清注射液广泛与抗生素联合治疗感染,但

(下转第 601 页)

# 理中汤加味治疗小儿高热临床观察\*

成云水<sup>1</sup> 江晓宇<sup>2</sup> 蔡在欣<sup>2</sup> 周念莹<sup>2</sup> 李爱武<sup>1</sup> 宫凤英<sup>1</sup> 指导老师 吕 英<sup>1</sup>

(1. 南方医科大学南方医院, 广东 广州 510515; 2. 南方医科大学研究生学院, 广东 广州 510515)

中图分类号: R272 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)04-0596-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.010

**【摘要】目的** 观察理中汤加味论治小儿高热的临床疗效。**方法** 选取接受过布洛芬混悬液退热治疗的高热患儿共 80 例, 随机分为治疗组与对照组各 40 例。治疗组给予理中汤加味退热治疗, 对照组仍使用布洛芬混悬液退热。观察两组服药 6 h、24 h 内退热情况。**结果** 治疗组长效(24 h)退热效果显著高于对照组( $P < 0.05$ ), 短时间(6 h)内退热功效与对照组相当( $P > 0.05$ )。**结论** 理中汤加味具有稳定、快速的退热效果, 对治疗小儿高热效果明显。

**【关键词】** 急症 小儿高热 理中汤加味

**The Usage of Lizhong Decoction in Treating 80 Cases of Children's High Fever** CHENG Yunshui, JIANG Xiaoyu, CAI Zaixin, et al. Nanfang Hospital of Southern Medical University, Guangdong, Guangzhou 510515, China

**【Abstract】Objective:** To observe the clinical effect of Lizhong Decoction on children's high fever. **Methods:** 80 children with high fever who had been treated with Ibuprofen suspension were randomized into two groups, 40 in each. The treatment group were given Lizhong Decoction and the control group were given Ibuprofen suspension still. Temperature in 6 and 24 hours after having the medicine were observed and curative effects compared among two groups. **Results:** Temperature after 24 hours was significantly more stable after having Lizhong Decoction than before in 2 groups ( $P < 0.05$ ), and after 6 hours, the temperatures showed no difference ( $P > 0.05$ ). There was significant difference in curative effect between 2 groups after treatment ( $P < 0.05$ ), group A was better than B.

**Conclusion:** Lizhong Decoction has rapid and stable cooling effect in treating children's high fever.

**【Key words】** emergency; children's high fever; Lizhong Decoction

儿科急症发病急剧, 且病情发展转归十分迅速, 是临床较为棘手的问题。小儿高热是儿科常见的急症之一, 其发病原因通常分为内伤及外感两种。临床依据李可老中医“病机统万病”的思想, 运用理中汤加味治疗外感、内伤、感寒化热型的小儿高热。而由于小儿的生理特性, 高热后极易导致惊、厥、闭、脱等危证, 如何遏制疾病的发展亦是关键。对此中西医退热治疗均有较好的疗效, 但西药退热易出现不良反应, 且体温易反复, 中药则被认为降温速度较慢<sup>[1]</sup>。笔者运用理中汤加味辨证论治、标本兼治, 临床达到了与西药相差无几的降温速度, 并可使患儿体温稳步下降。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准参照人民卫生出版社第 7 版《诊断学》, 小儿体温正常的标准腋温 36~37℃。如若

出现腋温波动于 39.1~41.0℃, 可诊断为高热<sup>[2]</sup>。本实验体温均由欧姆龙(OMRON)电子体温计(MC-246)测得, 所取温度为患儿腋温。笔者临床明辨小儿高热“中阳不足, 运化失序”的病机, 不分证型, 再参照人民卫生出版社第 7 版《中医儿科学》, 凡符合高热、稍恶寒或恶风, 有汗或少汗, 咽红或肿痛, 口干而渴, 进水易呕吐, 舌淡红苔黄腻或舌红苔黄, 脉浮数等临床症状<sup>[3]</sup>的即纳入。排除标准参照儿均参照《新药(中药)治疗小儿外感发热(急性上呼吸道感染)临床研究指导原则》及诊断标准: 腋温低于 39℃以上者; 年龄大于 14 周岁者; 不符合高热诊断条件者; 白细胞 $>12 \times 10^9/L$ 者; 突发高热伴意识丧失者; 有传染病接触史者; 影像学检查显示存在中枢神经系统疾病者; 有恶性血液病病史者; 突发高热伴周身疹出者; 治疗过程中体温无降低并出现升高者。

1.2 病例资料 选择 2013 年 1 月至 2014 年 9 月笔者所在医院门诊治疗并于就诊当次发热后曾服用过布

\* 基金项目: 广东省中医药局中医药强省建设专项资金; 广东省名中医师承项目(2100601)

洛芬混悬液的患儿共 80 例,采用随机数字表法将其分为两组各 40 例。治疗组男性 18 例,女性 22 例;年龄 0~14 岁,平均(6.08±3.44)岁;发热时间 1~3 d,平均(1.58±0.88) d。对照组男性 19 例,女性 21 例;年龄 0~14 岁,平均(6.95±3.52)岁;发热时间 1~3 d,平均(1.73±0.87) d。两组患者性别、年龄、病程均差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 两组患者就诊前均有服用布洛芬混悬液(美林 TM,上海强生制药有限公司生产)。对照组继续口服布洛芬混悬液,需要时 6 h 后可重复服用,每 24 小时不超过 4 次,用量按 5~10 mg/(kg·次);治疗组服用理中汤加味:生晒参 15~30 g,干姜 5~10 g,白术 15~30 g,炙甘草 15~30 g,石膏 10~30 g,羚羊骨 10 g(先煎 15min),蝉蜕 10 g,扁豆花 10 g,青蒿 3~5 g(后下 5 min),白薇 10 g。舌红苔黄,口干甚者石膏酌情加量;其伴饮食杂乱积滞加炒稻芽 10 g,炒麦芽 10 g;腹痛加大腹皮 10 g;大便 2~3 d 未解加用布渣叶 10 g,酒大黄 5~10 g,钩藤 6~10 g(后下 5 min);暑湿为主合六一散(滑石、甘草);大便烂者加乌梅 6~10 g;舌苔黄厚腻、燥湿不济者加芒果核 30 g;舌苔白厚腻润者加苦杏仁 10 g,薏苡仁 10 g,豆蔻仁 5 g。每剂加水 900 mL,文火煮 45 min 以上,煮取 200 mL,分少量多次服用,热退停药。嘱家长时刻关注患儿体温状况,如若出现体温持续升高,患儿出现神昏等症状,立即就近医院诊治。门诊随访统计服药 6 h 后两组患者的体温变化情况及 24 h 后的热退情况,并将两组情况进行比较。

**1.4 疗效标准** 参照《中医儿科病证诊断疗效标准》,服药后体温达到正常,24 h 内未有回升,发热、恶寒、神疲乏力等全身症状消失为痊愈;体温可降至 37.4℃及以下,上下波动不超过 0.5℃,全身症状基本恢复为显效;体温可降至 37.4℃及以下,但时有回升,上下波动不超过 1℃,全身症状有所缓解为有效;体温无明显改善,全身症状无变化为无效<sup>[4]</sup>。

**1.5 统计学处理** 应用 SPSS19.0 统计软件,全部计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,数据对比采用  $t$  检验及  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 见表 1。两组患者均无失访,24 h 后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	$n$	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	40	18	14	6	2	38(95.00) <sup>△</sup>
对照组	40	12	13	8	7	33(82.50)

与对照组比较,△ $P<0.05$ 。

**2.2 两组患者治疗前后体温比较** 见表 2。两组服药 6 h 后的体温均较前下降( $P<0.05$ )。组间比较,差异无

统计学意义( $P>0.05$ )。两组患者服药 24 h 后的体温前后水平差异有统计学意义( $P<0.05$ ),治疗组退热效果优于对照组( $P<0.05$ )。

表 2 两组患者治疗前后体温情况比较(℃, $\bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	服药前体温	服药后 6 h 体温	服药后 24 h 体温
治疗组	40	40.14±1.67	37.37±2.14 <sup>*</sup>	37.30±1.64 <sup>△</sup>
对照组	40	40.20±1.86	37.41±2.42 <sup>*</sup>	37.92±2.38 <sup>*</sup>

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

**2.3 不良反应** 两组患者治疗后均未出现消化不良及相关胃肠道症状、周身皮疹等不良反应。

## 3 讨论

小儿高热是临床常见的儿科急症,其病因亦多种多样。《温病条辨·解儿难》中提出小儿具有“稚阳未充”“稚阴未长”的特性。由于小儿“脏腑娇嫩,形气未充”,具有“纯阳”“稚阴稚阳”的体质特点,故小儿的五脏具有“肝常有余,脾常不足,肾常虚,心有余,肺脏尤娇”的生理特点。当代中医急症大家李可老先生云“当中医之‘症’与现代医学之‘症’发生冲突时,要毫不犹豫地舍‘症’从‘证’。一切局部的病变,皆由整体失调所派生”<sup>[5]</sup>。故笔者认为,无论外感或是内伤,风寒或是风热引发的小儿高热,患儿均存在相同的“证”(即病机):中阳不足,运化失序。脾为五脏之一,主运化,位在中焦,五行属土,胃与脾相表里,受纳水谷。因“小儿稚阴稚阳之体,系脏腑薄弱,肌肤嫩,神气怯,易于感触”<sup>[6]</sup>;加之脾胃常不足,中焦斡旋运化之力不足,易导致全身气血津精液的化生与气机升降的失常,食积化热而引发高热。小儿卫外之气尚在稚幼之期,易受寒邪外侵,由于土气不足,脾胃运化之力较弱,寒邪直中中土,郁而化热,临床表现出高热、纳差、疲乏、呕吐、腹泻等症状。故临床治疗小儿高热以顾护中土、温化中焦、运脾健胃、清热透表为主。更考虑到小儿乃“纯阳”之体,在“稚阴稚阳”的情况下又以“阳”的生机为主,因此治疗时选用培护土之气阳的理中汤,顾护小儿脾胃的本气,佐以退热祛风镇惊的治标药,达到标本同治,治病而不伤本。由于患者就诊前均服用过布洛芬混悬液,汗出热退后反复或汗出热不退,根据《伤寒论》第 185 条“本太阳,初得病时,发其汗,汗先出不撤,因转属阳明也”,因具备汗出、发热的阳明气分热证,故合用治标的白虎人参汤<sup>[7]</sup>,考虑到小儿体质特点,故弃用过于苦寒的知母;加用白薇、青蒿透虚热,防止热由卫入营;又因《幼科要略》云“襁褓小儿,体属纯阳,所患热病最多”,婴幼儿患病易从阳化热,热邪化火动风,小儿持续高热极易见惊厥闭脱之证,故干姜用量减至 5 g,加用羚羊骨、蝉蜕、钩藤清热镇惊、祛风止痉,截断病情进一步恶化危化之势,这也是中医学“治未病”思想在临床的体现。

(下转第 638 页)

# 稳消方对颈动脉粥样硬化斑块及血脂的干预研究\*

黄侃 霍清萍<sup>△</sup> 王宇新 彭文波 梁芳  
(上海交通大学附属第六人民医院, 上海 200233)

中图分类号: R589.2 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)04-0598-04  
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.011

**【摘要】目的** 观察中药稳消方对患者颈动脉粥样硬化(CAS)斑块及血脂的影响,并进行药物安全评价。**方法** 72例CAS斑块形成患者随机分为干预组与对照组各36例,对照组给予常规治疗,干预组在常规治疗基础上加稳消方;以颈动脉彩色多普勒超声检测斑块变化,同时测定血脂、肝肾功能等。**结果** 与本组治疗前比较,干预组平均斑块数量、斑块大小、Crouse积分及总胆固醇、低密度脂蛋白、脂蛋白(a)不同程度降低( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ );与对照组治疗后比较,干预组不稳定斑块病例数、管腔狭窄病例数减少( $P < 0.05$ ),平均斑块数量、斑块最大厚度、Crouse积分及总胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白亦有所改善( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ );两组治疗前后肝肾功能差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),未见明显不良反应。**结论** 中药复方稳消方临床上治疗CAS斑块疗效确切,且可改善血脂状况,药物安全性良好。

**【关键词】** 稳消方 颈动脉粥样硬化斑块 血脂 中医药治疗

**The Study of Wenxiao Decoction Treating Carotid Atherosclerotic Plaque and Its Influence on Blood Lipid** HUANG Kan, HUO Qingping, WANG Yuxin, et al. The Sixth People's Hospital Affiliated to Shanghai JiaoTong University, Shanghai 200233, China

**【Abstract】Objective:** To observe the effect of Wenxiao Decoction on Carotid atherosclerotic (CAS) plaque, and to assess the safety of this medicine. **Methods:** 72 patients with CAS plaque were randomly allocated to two groups, 36 patients in treatment group who were treated with Wenxiao Decoction and 36 patients in control group. Carotid artery color Doppler ultrasound, blood lipid and hepatorenal function were all examined before and after treatment. **Results:** Compared to the patients before therapy, the average numbers and sizes of plaques, Crouse plaque integral, total cholesterol, low density lipoprotein and lipoprotein(a) all decreased in treatment group ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ). Compared with the control group after therapy, cases with unstable plaques and carotid artery stenosis reduced ( $P < 0.05$ ) in treatment group which average numbers of plaques, maximal plaque thickness, Crouse plaque integral and total cholesterol, triglyceride, low density lipoprotein also improved ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ). Hepatorenal function had no statistical difference in both groups ( $P > 0.05$ ) and there were no obvious side effects during the treatment. **Conclusion:** Wenxiao Decoction is effective and safe in treatment of CAS plaque and it also can improve the situation of blood lipid.

**【Key words】** Carotid atherosclerotic plaque; Wenxiao Decoction; Blood lipid; Chinese medicine

动脉粥样硬化(AS)作为临床常见病,是心脑血管意外发生发展的重要病变基础。AS发生覆盖面广,几乎全身动脉均可累及。颈动脉粥样硬化(CAS)斑块通常用于评估全身AS斑块形成的状态,表现出双侧颈总动脉及分叉处、颈内外动脉血管壁硬化,内膜下脂质沉积、斑块形成,导致管腔狭窄、甚至闭塞。其中,血脂代谢紊乱为斑块产生的重要危险因素和病理基础。稳消方是本文作者之一上海市第六人民医院中医科霍清

萍主任治疗CAS斑块的临床经验方。在大量临床运用及前期动物实验基础上,本研究旨在通过颈动脉彩色多普勒超声及生化检测方法,客观明确稳消方干预患者CAS斑块的作用及其对脂质代谢的影响,并评价药物安全。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 1)CAS斑块超声诊断标准<sup>[1-2]</sup>:颈动脉内膜光滑完整者正常,1.0 mm ≤ 内膜-中层厚度(IMT) < 1.2 mm 内膜增厚, ≥ 1.2 mm 斑块形成;斑块质地与周围组织相比呈低回声且表面粗糙不平为软斑,

\* 基金项目:上海市卫生局中医药科研基金资助项目(2012QL022A)  
<sup>△</sup> 通信作者(电子邮箱:huoqingping005@163.com)

强回声且表面光滑者为硬斑,两种回声同时存在者称混合性斑块;硬斑为稳定斑块,软斑和混合性斑块为不稳定斑块。2)纳入标准:彩色多普勒超声显示颈动脉或椎动脉粥样硬化斑块形成;管腔狭窄率<70%;经头颅CT或MRI检查未发现严重脑梗死、脑出血或颅脑肿瘤;受试者自愿参加研究并签署知情同意书。3)排除标准:既往脑出血史或有出血倾向;管腔狭窄率>70%;重度心脏瓣膜病变,严重心律失常或心力衰竭;治疗观察期间出现急性脑卒中、心肌梗死等急性心脑血管意外;严重肝肾功能不全;不能配合试验擅自加减药物或中途退出者。

1.2 临床资料 选取2012年10月至2014年1月期间在上海市第六人民医院中医科门诊及住院病房诊治符合要求的CAS斑块形成患者,依据随机数字表法随机分为干预组及对照组,最终纳入研究72例。其中稳消方干预组36例,男性18例,女性18例;平均年龄(70.11±9.09)岁。对照组36例,男性20例,女性16例;平均年龄(72.67±7.97)岁。干预组与对照组在年龄、性别、斑块状况、血脂、肝肾功能等方面差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 1)干预组患者予稳消方内服,组成:水蛭15g,地龙15g,丹参15g,牡丹皮15g,制半夏10g,郁金15g。随证加减,每日1剂,煎汤剂,分2次顿服。疗程为6个月。两组均维持基础疾病治疗方案,包括(1)控制血压、血糖水平在正常范围:血压<140/90 mmHg,空腹及餐后2h血糖正常或糖化血红蛋白<6.5%;(2)调脂治疗(脂必泰等口服);(3)抗血小板聚集(阿司匹林、西洛他唑或氯吡格雷)等。

1.4 观测项目及疗效评价 1)颈动脉彩色多普勒超声检查。采用高频彩色多普勒超声诊断仪,频率5~13 MHz。探头沿胸锁乳突肌外缘颈动脉走向,分别从长轴和短轴各个切面检测双侧颈总动脉(CCA)、颈总动脉分叉处(BIF)、颈内动脉(ICA)、颈外动脉(ECA)。干预或观察结束时复查。所有病例均由本院超声医学科资深检测医师完成。斑块指标。(1)双侧颈总动脉分叉处以下4cm、以上颈内动脉2cm及颈外动脉2cm范围内斑块数量,斑块最大长度、厚度,引起动脉管腔狭窄病例数,不稳定斑块病例数;(2)斑块Crouse积分<sup>[3]</sup>;不计算斑块长度,双侧各孤立动脉粥样硬化斑块最大厚度相加之和。2)血脂系列检测。入组患者于治疗前后均抽取晨空腹肘静脉血样,采用日立HITACHI 7600-120全自动生化分析仪,酶法测定血脂系列:血清总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白(HDL)、低密度脂蛋白(LDL)、脂蛋白(a)[Lp(a)]。由本院医学检验科协助完成。3)安全性评价。治疗前后测定肝、肾功能主要指标:谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、血肌酐(Cr)、尿素氮(BUN)。密切观察患者治疗期间出现的不良

反应,并处理、记录。

1.5 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示。计量资料采用两样本t检验或配对t检验;不稳定斑块例数、管腔狭窄例数的计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗前后颈动脉斑块状况比较 见表1。与本组治疗前比较,干预组平均斑块数量、斑块大小及Crouse积分不同程度降低( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ );与对照组治疗后比较,干预组不稳定斑块病例数、管腔狭窄病例数减少( $P<0.05$ ),平均斑块数量、斑块最大厚度、Crouse积分亦有所改善( $P<0.05$ )。

表1 两组治疗前后斑块状况比较

组别	时间	不稳定斑块例数(n)	管腔狭窄例数(n)	平均斑块数量( $\bar{x}\pm s$ )	斑块最大厚度(mm, $\bar{x}\pm s$ )	斑块最大长度(mm, $\bar{x}\pm s$ )	Crouse积分(分, $\bar{x}\pm s$ )
干预组 (n=36)	治疗前	20	13	2.50±1.28	2.27±1.29	9.90±7.64	5.50±3.63
	治疗后	15 <sup>Δ</sup>	6 <sup>Δ</sup>	1.94±1.37 <sup>Δ</sup>	1.73±0.87 <sup>Δ</sup>	6.87±5.89 <sup>*</sup>	3.89±3.07 <sup>ΔΔ</sup>
对照组 (n=36)	治疗前	20	12	2.47±1.16	2.10±0.68	8.38±4.36	5.16±3.39
	治疗后	25	14	2.61±1.29	2.17±0.76	9.04±6.23	5.41±3.32

与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,<sup>Δ</sup> $P<0.05$ ,<sup>ΔΔ</sup> $P<0.01$ 。下同。

2.2 两组血脂系列指标比较 见表2。与本组治疗前比较,干预组TC、LDL及Lp(a)明显降低( $P<0.01$ );与对照组治疗后比较,干预组患者TC、TG、LDL改善显示统计学意义( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ )。

表2 两组治疗前后血脂水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	HDL(mmol/L)	LDL(mmol/L)	Lp(a)(mg/dL)
干预组 (n=36)	治疗前	4.66±1.20	1.13±0.42	1.24±0.29	2.65±0.92	17.32±22.87
	治疗后	4.03±0.74 <sup>ΔΔ</sup>	1.07±0.45 <sup>ΔΔ</sup>	1.23±0.30	2.21±0.56 <sup>Δ</sup>	14.17±18.36 <sup>**</sup>
对照组 (n=36)	治疗前	4.25±0.80	1.33±0.70	1.18±0.31	2.34±0.67	21.36±20.44
	治疗后	4.50±0.74	1.47±0.73	1.16±0.30	2.53±0.56	20.70±18.80

2.3 安全性评价 见表3。所有病例治疗前后肝肾功能主要指标差异无统计学意义( $P>0.05$ ),提示稳消方对患者肝肾功能无不良影响,且干预组患者治疗期间未见明显不良反应。

表3 两组治疗前后肝肾功能情况比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	ALT(U/L)	AST(U/L)	BUN(mmol/L)	Cr( $\mu$ mol/L)
干预组 (n=36)	治疗前	15.92±9.12	19.50±4.02	5.65±1.84	74.53±23.72
	治疗后	18.36±12.01	21.19±6.53	5.78±1.87	78.83±23.59
对照组 (n=36)	治疗前	17.81±9.65	20.44±6.72	6.20±2.16	78.33±24.58
	治疗后	17.19±8.47	19.92±4.38	5.86±2.03	81.36±30.50

## 3 讨论

AS发病具有巨噬细胞游移、平滑肌细胞增生,大量弹力纤维、胶原纤维和蛋白多糖等结缔组织基质生

成,以及细胞内外脂质积聚的特点<sup>[4]</sup>。斑块在形成过程中,受到炎症反应、免疫损伤、氧化低密度脂蛋白、血流动力学和病毒感染等多种因素的综合影响<sup>[5]</sup>。早期可出现由胆固醇等构成的脂质条纹,继而纤维组织增生,包绕脂质核心,钙质沉着,动脉中层逐渐退变,脂质和坏死组织进一步增大形成粥样斑块,并可继发破裂、出血及局部血栓形成<sup>[4]</sup>。而颈动脉内易损斑块的出现与未来同侧大脑半球短暂性脑缺血发作(TIA)及脑卒中等存在较强相关性,且与斑块的纤维帽较薄或易破裂、斑块内出血、含较大的富脂质坏死核等特性有关<sup>[6]</sup>。因此,颈动脉颅外段粥样硬化斑块在一定程度上揭示了颅脑动脉硬化的状况,是脑梗死(CI)风险的重要预测因子,尤其是不稳定斑块<sup>[7]</sup>。颈动脉彩色多普勒超声是最便捷评估其状态的无创检查手段,可显示斑块的形态学特点并依据声学等特征判断稳定性<sup>[8]</sup>。

尽管AS发病机制复杂,然而脂质代谢异常仍为导致斑块产生的主要诱因<sup>[9-12]</sup>,尤其LDL-C、TC水平升高,HDL-C降低具有明显的致动脉粥样硬化作用<sup>[11]</sup>。LDL-C升高不需要其他危险因素协同就足以诱发和促进动脉硬化发生发展<sup>[13]</sup>,其经过氧化修饰为氧化低密度脂蛋白(oxLDL),增加血管内皮通透性,促进脂质在内膜下沉积,刺激中膜血管平滑肌细胞增生,被巨噬细胞识别、摄取并降解,形成有动脉粥样硬化特征性的泡沫细胞,最终加速粥样硬化斑块进程<sup>[10,12]</sup>。此外,脂蛋白Lp(a)的分子结构与LDL-C相似,含丰富胆固醇,能加快胆固醇在动脉壁上的沉积速度,竞争性地与纤溶酶原结合位点结合进而减缓内皮细胞表面纤维蛋白溶解速度,加快血管平滑肌细胞增殖,加速动脉硬化及血栓形成<sup>[9]</sup>。因此,调节血脂可改善颈动脉粥样硬化的程度并阻止其进展<sup>[11]</sup>,且仍为目前药物干预CAS斑块重要而有效的靶点之一。

中医学认为,CAS斑块患者往往由于生活负重、工作压力、情绪波动及饮食结构不良等诸多因素,最终导致气血津液紊乱、脏腑功能失调。气机阻滞,易产生痰饮、血瘀等病变,加之脾胃运化障碍,痰湿不祛,久蕴而化热,痰、瘀、热进一步影响气机升降,形成恶性循环。故痰、瘀、热是产生CAS斑块的主要病理因素,痰浊凝聚、瘀热互结为重要发病机制。在此认识的基础上,霍清萍主任以水蛭为君药,破血逐瘀消癥;地龙为臣药,长于通行经络、活血,并清热息风;佐丹参、牡丹皮,活血散瘀、清热凉血;制半夏化痰祛湿、健脾行气;郁金凉血活血、行气解郁,既助君药活血清热,又加强制半夏化痰行气。纵观全方,以活血通络、化痰清热、行气化痰之功效,从中医学角度对治疗AS斑块标本兼顾。本课题组近年来已用该方对兔CAS斑块模型进行了血脂水平及相关炎症因子的深入实验研究,结果显示:其有效降低TC、TG、LDL,升高HDL,改善脂质代谢<sup>[14]</sup>;

并且抑制细胞间黏附因子-1(ICAM-1)、血管细胞黏附因子-1(VCAM-1)、单核细胞趋化蛋白-1(MCP-1)、C-反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白介素-6(IL-6)等一系列炎症因子表达,同时呈现明显的剂量依赖关系<sup>[15-16]</sup>。由此笔者考虑稳消方干预CAS斑块可能通过以上机制产生作用。

本研究表明,在反映颈动脉斑块状况方面,干预组患者平均斑块数量、斑块大小、管腔狭窄病例数及Crouse积分等得到改善,与对照组及自身前后对比均有统计学意义,即经稳消方治疗后出现斑块减少和缩小的趋势,部分病例甚至斑块消失,同时不稳定斑块的病例数也明显减少,提示该组方可不同程度地抑制斑块生长,并且对不稳定性斑块亦存在一定的逆转作用。在调脂方面,干预组患者TC、TG、LDL及Lp(a)等主要指标显著降低,表明稳消方能够改善脂质代谢紊乱,该途径可能是其干预斑块的机制之一。安全性评估显示所有患者肝肾功能未受明显影响,未见特殊不良反应,治疗依从性较好。因此,中药复方稳消方临床上治疗CAS斑块疗效确切,且改善血脂状况,药物安全性良好,有着广阔的应用前景。在今后的探讨中,可对该方开展大样本、多中心的更深入循证医学研究。

参 考 文 献

- [1] 袁桂莉, 王义成. 颈动脉超声在动脉粥样硬化性疾病检测中的应用[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2005, 7(5): 349-350.
- [2] 曾碧丹, 邱少东, 刘基高, 等. 彩色多普勒检测颈动脉粥样硬化与缺血性脑卒中的相关性研究[J]. 中国临床医学影像杂志, 2000, 11(2): 127-128.
- [3] Crouse JR, Harpold GH, Kahl FR, et al. Evaluation of a scoring system for extracranial carotid atherosclerosis extent with B-mode ultrasound[J]. Stroke, 1986, 17(2): 270-275.
- [4] 葛均波, 徐永健. 内科学(第8版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 220-227.
- [5] 陈文强, 黄小波, 王宁群, 等. 补肾活血化痰法干预颈动脉粥样硬化斑块的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(11): 3211-3214.
- [6] Takaya N, Yuan C, Chu B, et al. Association between carotid plaque characteristics and subsequent ischemic cerebrovascular events; a prospective assessment with MRI-initial results[J]. Stroke, 2006, 37(3): 818-823.
- [7] Li GW, Zheng GY, Li JG, et al. Relationship between carotid atherosclerosis and cerebral infarction[J]. Chin Med Sci J, 2010, 25(1): 32-37.
- [8] 徐荣, 尹小花, 金琳, 等. 超声造影成像技术评价脑梗死患者颈动脉斑块新生血管与斑块性质的关系[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(21): 5995-5997.
- [9] 马洁. 老年脑梗死病人血脂与颈动脉粥样硬化斑块超声特征及相关性研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(21): 80-81.

- [10] 曾凤,刘运海,杨期东,等. 颈动脉粥样硬化斑块及血脂与脑梗死的相关研究[J]. 卒中与神经疾病,2009,16(6):343-345.
- [11] 郑建新,孙顺成,刘俊超. 强化降脂对缺血性脑卒中患者血脂及颈动脉粥样硬化的影响[J]. 中风与神经疾病杂志,2013,30(1):25-27.
- [12] 王长垠,殷春萍,刘红霞,等. 补肾法对颈动脉粥样硬化患者血脂和血液流变学的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2009,7(9):1028-1030.
- [13] Mora S, Szklo M, Otvos JD, et al. LDL particle subclasses, LDL particle size, and carotid atherosclerosis in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA) [J]. Atherosclerosis, 2007, 192(1):211-217.
- [14] 梁芳,霍清萍,王宇新,等. 稳消颗粒对兔实验性动脉粥样硬化血脂代谢的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(31):3926-3927.
- [15] Huo QP, Liu HY, Liang F, et al. Effects of Wenxiao II Decoction on the expression of MCP-1 and VCAM-1 in atherosclerotic rabbits [J]. J Tradit Chin Med, 2012, 32(2): 267-272.
- [16] Huo QP, Liang F, Li JP, et al. Effects of Wenxiao Decoction on the expression of IL-6, ICAM-1 and MCP-1 in experimental atherosclerotic rabbits [J]. Chin J Integr Med, 2014, 20(6): 445-449.

(收稿日期 2015-01-30)

(上接第 595 页)

不同研究显示其疗效不一致<sup>[6,8-9]</sup>。本课题组系统评价痰热清注射液联合抗生素治疗血液肿瘤并肺部感染的有效性、安全性,为科学制订临床治疗策略提供依据。本研究纳入 2006 至 2013 年 12 个研究,系统分析表明痰热清注射液联合抗生素治疗血液肿瘤并肺部感染的常用剂量为 80 mL,每日 1 次,连续用 7~14 d 为 1 个疗程。Meta 分析表明痰热清注射液联合抗生素治疗组的临床治愈和总体疗效优于单独使用抗生素,临床显效和临床有效与单独使用抗生素相当。综合分析因此认为痰热清联合抗生素治疗血液肿瘤并发肺部感染效果优于单独使用抗生素。进一步 Meta 分析表明痰热清联合抗生素的退热及肺部啰音消失时间等均比单独使用抗生素组短,因此认为痰热清注射液促进患者退热及肺部炎症吸收而有效改善患者症状体征。仅一个研究报道静脉输注痰热清发生 1 例皮疹<sup>[3]</sup>,提示临床使用痰热清安全。本课题组另有研究表明痰热清单独治疗恶性血液病肺部感染效果与抗生素相当,提示痰热清具有抗感染能力,同时能改善肺部炎症等而提高治疗效果。抗感染治疗中,选择抗生素种类、剂量及疗程为核心环节,不合理使用抗生素为耐药菌及多重耐药的重要因素。本研究表明痰热清注射液具有抗感染能力,那么如何优化痰热清注射液联合抗生素(种类、剂量及疗程)治疗方案而有效提高抗感染效益,降低耐药等尚无有效证据支撑,这成为未来研究的重要问题。纳入研究整体质量一般,大部分研究未描述随机、隐藏及盲法实施;异质性分析表明该结果稳定性较好,科学性较好,结果可靠;发表偏移分析表明各研究结果无发表偏移,各研究结果报道客观。整体分析表明本次 Meta 分析稳定性及科学性较好,结果可靠。

综上,本研究证实痰热清注射液联合抗生素治疗血液肿瘤并肺部感染的临床疗效优于单独使用抗生素,且安全;但如何优化痰热清注射液联合抗生素(种

类、剂量及疗程)治疗方案而有效提高抗感染效益,降低耐药等尚需深入研究予以证实。纳入研究证据数量及质量一般,因此本研究结果尚需高质量、规范的随机对照试验予以证实。

## 参 考 文 献

- [1] 范丽霞,杨会彬,韩颖,等. 痰热清联合敏感抗生素治疗恶性血液病化疗后合并肺部感染的疗效[J]. 中国老年学杂志,2013,33(9):2195-2196.
- [2] 高彩凤,褚金龙,李骏,等. 中西医结合治疗恶性血液病肺部感染的疗效观察[J]. 中国综合临床,2009,25(7):721-723.
- [3] 梁金秋. 痰热清佐治血液病合并呼吸系统感染 64 例[J]. 浙江中西医结合杂志,2006,16(7):423-424.
- [4] 田向阳. 痰热清联合抗生素治疗恶性血液病肺部感染的观察[J]. 中国医学研究与临床,2006,4(1):75-76.
- [5] 韦润红. 痰热清注射液治疗白血病合并肺部感染 38 例[J]. 中医研究,2006,19(09):37-38.
- [6] 黎承平,杨弘,李维佳,等. 痰热清注射液治疗血液系统恶性淋巴瘤合并肺部感染疗效观察[J]. 中国中医急症,2008,17(5):597,604.
- [7] 刘建芳. 痰热清注射液治疗恶性淋巴瘤并下呼吸道感染[J]. 医药论坛杂志,2008,29(20):73-74.
- [8] 魏玉静. 痰热清注射液治疗恶性淋巴瘤并肺部感染的疗效观察[J]. 中国误诊学杂志,2008,8(11):2593.
- [9] 徐淑芬,白海,王存邦,等. 痰热清联合抗生素治疗恶性血液病化疗后合并肺部感染临床观察[J]. 中国中医急症,2008,17(9):1210-1218.
- [10] 余丹,程辉. 痰热清注射液治疗急性白血病化疗后合并肺部感染临床观察[J]. 中国中医急症,2010,19(10):1677-1678.
- [11] 夏宝森. 痰热清联合抗生素治疗血液系统肿瘤合并肺感染的效果分析[J]. 中国医药指南,2011,9(29):157-158.
- [12] 陈世明,汪玉芳. 痰热清联合抗生素治疗淋巴瘤合并肺部感染的疗效观察[J]. 临床肺科杂志,2012,17(2):310-311.

(收稿日期 2015-02-04)

# 伏风理论对慢性阻塞性肺疾病急性期 抗炎效果的临床研究\*

叶振宇<sup>1</sup> 邱志楠<sup>1</sup> 王峰<sup>1</sup> 曾强<sup>2</sup> 潘俊辉<sup>1</sup>

(1.广州医科大学附属第一医院,广东 广州 510120;2.广州中医药大学,广东 广州 510407)

中图分类号:R563.9 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0602-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.012

**【摘要】目的** 观察运用伏风理论治疗慢性阻塞性肺疾病急性期(AECOPD)的疗效及分析其抗炎机制。**方法** 选择80例AECOPD患者随机分为对照组(西医常规治疗)和治疗组(西医常规治疗加伏风协定方)各40例,观察两组治疗前后主要症状体征的积分及肺功能变化评价疗效。观察两组治疗前后血清白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )和C反应蛋白(CRP)水平及诱导痰液炎症细胞水平,分析其抗炎作用机制。**结果** 治疗组临床症状总有效率优于对照组;治疗组炎症细胞和中性粒细胞分类均较对照组有显著性差异;血清IL-6、IL-8、TNF- $\alpha$ 、CRP水平及肺功能(FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>%、FEV<sub>1</sub>/FVC)均优于对照组(均 $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。**结论** 运用伏风理论指导治疗AECOPD的抗炎效果显著。

**【关键词】** 伏风 慢性阻塞性肺疾病 抗炎

**Clinical Research of the Anti-inflammatory Effect on Acute Exacerbation of AECOPD Through Treatment Directed by the Theory of Latent Wind** YE Zhenyu, QIU Zhinan, WANG feng, et al. *The First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangdong, Guangzhou 510120, China*

**【Abstract】Objective:** To observe the therapeutic effect for AECOPD directed by the theory of "latent wind" and to analyse its anti-inflammatory effect. **Methods:** 80 AECOPD patients were randomly divided into control group(given routine medical treatment) and treatment group(given routine medical treatment plus the agreed latent-wind formula), each contains 40 cases. Points of main symptoms and signs of two groups before and after treatment were analysed, and changes of pulmonary function of two groups before and after treatment were observed to evaluate therapeutic effect. Levels of serum IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$  and CRP and inflammatory cells in induced sputum in two groups before and after treatment were recorded to analyse their anti-inflammatory effect. **Results:** Total effective rate of the treatment group was superior to that of the control group; There was significant difference in the inflammatory cell classifications and neutrophil percentages between the treatment group and the control group; Serum IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$ , CRP level and pulmonary function (FEV<sub>1</sub>, FEV<sub>1</sub>%, FEV<sub>1</sub>/FVC) in the treatment group are all better than that in the control group. **Conclusion:** The anti-inflammatory effect of the treatment directed by the "Latent Wind" theory is evident.

**【Key words】** Latent wind; chronic obstructive pulmonary disease; anti-inflammation

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是因其气道的炎症细胞浸润,气道重塑导致不完全可逆的气道受限。目前除激素治疗外其他治疗方法(包括中西药)均对其抗炎效果不佳。有研究表明COPD患病率占40岁以上人群的8.2%,其患病率之高十分惊人<sup>[1]</sup>。如何进一步提高COPD的治疗疗效减少该病的气道受限是临床上亟待解决的重大问题。本文作者之一邱志楠教授为广东省名老中医,国家第2、4、5批中医师承工作指导老师,师承博士后工作指导老师,其擅长运用“伏邪理论”指导

治疗各种疑难复发性杂症;其运用伏风理论治疗COPD疗效较中医常规治疗方法为优。本研究试图运用伏风理论指导治疗COPD急性加重期(AECOPD),观察其抗炎效果以达到减轻其气流受限目的,并探讨其机理。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本研究所纳入80例病例均来源于广州医科大学附属第一医院中医科或广州呼吸疾病研究所2013年9月至2014年9月的AECOPD住院患者。所有病例均符合“慢性阻塞性肺疾病诊治指南”2011年修订版中AECOPD的诊断标准<sup>[1]</sup>。中医诊断参考《中

\*基金项目:广东省科技厅社会发展领域科技计划项目(2013A032500007)

医内科学》第7版肺胀的诊断标准,并结合邱志楠教授关于 COPD 伏风潜藏证型经验拟定。中医主要证候为:咳嗽、咯痰,喘促甚则张口抬肩,痰多泡沫,为黄白黏或脓性痰,腰膝酸软无力,舌质暗或淡紫,苔白腻或微黄腻,脉弦滑或濡滑。中医辨证为肾气虚弱、伏风藏(肺)络。将观察病例按照随机数字表法随机分为两组。治疗组 40 例,其中男性 29 例,女性 11 例;年龄 48~79 岁,中位年龄 62 岁;对照组 40 例其中男性 30 例,女性 10 例;年龄 49~79 岁,中位年龄 63 岁。患者性别、年龄、病情程度差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.2 治疗方法 对照组采用抗感染、舒张支气管、祛痰等药常规治疗。治疗组在此基础上加用补肾祛伏风协定方:鱼腥草 20 g,法半夏 10 g,地龙 10 g,莱菔子 15 g,羊藿叶 10 g,青天葵 10 g,淡附片 15 g(先煎),乌蛇 15 g,细辛 10 g,山茱萸肉 15 g,紫河车 10 g,川芎 10 g,甘草 5 g。加减:痰多加浮海石、胆南星;痰黄加黄芩、浙贝母;喘甚加紫石英、葶苈子。煎服方法:上方冷水泡 30 min,煎 40 min,煎 2 次。将两次药液混合后分 2 次服用,每次服药 200 mL,早晚餐前服用。两组均以 10 d 为 1 个疗程。

1.3 检测及观察指标 治疗前后各进行 1 次血清白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 和 C 反应蛋白 (CRP) 水平检测,用 ELISA 法(相应的 IL-6,IL-8,TNF- $\alpha$  检测试剂盒均购于美国 eBioScience 公司)检测,按照试剂盒说明书操作,由医院检验科检验。血标本的采集与处理:采集外周血,静置 20 min 后经常温 1700 r/min 离心后,收集上清液置于冻存-20℃冰箱中待测。实施痰液诱导,光镜下测定痰液炎症细胞及中性粒细胞计数。肺功能测定:采用肺功能仪对 AECOPD 患者进行测定。主要检测指标为 FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>%、FEV<sub>1</sub>/FVC。

1.4 疗效标准 根据症状轻、中、重分别记分。按照《中药新药临床研究指导原则》症状分级,自拟评分标准计分<sup>[2]</sup>。临床治愈:临床症状、体征积分减少 $\geq 85\%$ 。显效:临床症状、体征积分减少 $\geq 70\%$ 且 $<85\%$ 。有效:临床症状、体征积分减少 $\geq 30\%$ 且 $<70\%$ 。无效:未达到以上标准。

1.5 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量资料采用( $\bar{x}\pm s$ )表示,计数资料采用率表示,进行 $\chi^2$ 检验,进行组间  $t$  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。治疗 10 d 后治疗组总有效率 98.00% 优于对照组 90.00% ( $P<0.05$ )。

2.2 两组治疗前后诱导痰液炎症细胞水平比较 见表 2。治疗 10 d 后治疗组炎症细胞和中性粒细胞分类

表 1 两组 AECOPD 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(%)
治疗组	40	19	16	3	2	38(98.00)
对照组	40	11	13	12	4	36(90.00)

表 2 两组治疗前后诱导痰液炎症细胞和中性粒细胞分类的比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	炎症细胞计数( $\times 10^7$ )	中性粒细胞分类(%)
治疗组 ( $n=40$ )	治疗前	270.30 $\pm$ 25.25	0.90 $\pm$ 0.01
	治疗后	213.58 $\pm$ 41.30 <sup>△</sup>	0.46 $\pm$ 0.06 <sup>△</sup>
对照组 ( $n=40$ )	治疗前	272.42 $\pm$ 16	0.88 $\pm$ 0.10
	治疗后	241.62 $\pm$ 19	0.57 $\pm$ 0.34

与对照组治疗后比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ ,<sup>△△</sup> $P<0.01$ 。下同。

与对照组差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

2.3 两组治疗前后 IL-6、IL-8、TNF- $\alpha$ 、CRP 比较 见表 3。两组治疗 10 d 后治疗组 IL-6、IL-8、TNF- $\alpha$ 、CRP 与对照组差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 3 两组治疗前后 IL-6、IL-8、TNF- $\alpha$ 、CRP 水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	IL-6(pg/L)	IL-8(ng/L)	TNF- $\alpha$ (ng/L)	CRP(mg/L)
治疗组 ( $n=40$ )	治疗前	210.34 $\pm$ 113.56	589.30 $\pm$ 122.41	380.54 $\pm$ 71.24	45.21 $\pm$ 11.20
	治疗后	105.43 $\pm$ 63.16 <sup>△</sup>	492.60 $\pm$ 126.43 <sup>△</sup>	285.63 $\pm$ 54.92 <sup>△</sup>	8.77 $\pm$ 7.71 <sup>△</sup>
对照组 ( $n=40$ )	治疗前	212.73 $\pm$ 102.37	572.41 $\pm$ 121.67	393.12 $\pm$ 62.45	49.17 $\pm$ 3.32
	治疗后	123.41 $\pm$ 97.66	510.50 $\pm$ 142.11	314.32 $\pm$ 51.43	14.41 $\pm$ 6.32

2.4 两组治疗前后肺功能比较 见表 4。两组治疗 10 d 后治疗组 FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC、FEV<sub>1</sub>/预计值与对照组差异有统计学意义( $P<0.01$ )。

表 4 两组治疗前后肺功能比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	FEV <sub>1</sub> (L)	FEV <sub>1</sub> /FVC(%)	FEV <sub>1</sub> /预计值(%)
治疗组 ( $n=40$ )	治疗前	1.40 $\pm$ 0.29	43.27 $\pm$ 6.23	48.12 $\pm$ 4.13
	治疗后	2.72 $\pm$ 0.36 <sup>△△</sup>	76.93 $\pm$ 5.10 <sup>△△</sup>	77.43 $\pm$ 6.32 <sup>△△</sup>
对照组 ( $n=40$ )	治疗前	1.41 $\pm$ 0.47	43.21 $\pm$ 5.32	47.26 $\pm$ 3.57
	治疗后	2.23 $\pm$ 0.47	64.45 $\pm$ 5.73	65.23 $\pm$ 4.12

## 3 讨论

AECOPD 主要是气道炎症(尤其是小气道)导致气道阻力进一步增高,气流阻塞加重,肺功能较稳定期下降。有研究表明<sup>[3]</sup>,COPD 患者肺部不同部位主要呈现肺泡巨噬细胞、T 淋巴细胞和中性粒细胞增加。因此抗炎是治疗慢性阻塞性肺疾病的关键,尤其减少急性期炎症损害更是整个治疗的核心。

炎症介质在气道炎症形成中起关键作用。IL-6、IL-8 均是急性期反应物合成的重要介质。在 AECOPD 时,IL-6 可趋化大量中性粒细胞聚集,并与中性粒细胞表面受体特异性结合导致中性粒细胞脱颗粒、释放蛋白溶解酶和活性氧,加重炎症反应损伤肺组织。因

(下转第 607 页)

# 痰热清注射液对重症急性胰腺炎大鼠肺损伤保护作用的初步研究\*

赵中江 邓哲 孙冀武 刘德红  
(广东省深圳市第二人民医院,广东 深圳 518035)

中图分类号:R576 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0604-04  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.013

**【摘要】目的** 观察痰热清注射液对重症急性胰腺炎大鼠肺损伤的保护作用。**方法** 选择 96 只健康 SD 大鼠随机分为对照组、假手术组、模型组及痰热清组,采用 5%牛磺胆酸钠逆行胰胆管注射法建立 SAP 大鼠模型,以建模后 6、12 h 及 24 h,分为 3 个亚组(每组 8 只)。观察肺损伤指数,分别采用酶联免疫法、半定量逆转录 PCR 法及蛋白印迹技术检测不同时间点肺组织中 RNA 及高迁移率族蛋白水平。**结果** 模型组较对照组和假手术在肺损伤指数、细胞间粘附分子-1(ICAM-1)、白介素-18(IL-18)、骨髓系细胞触发受体(TREM-1) mRNA 及高迁移率族蛋白-1(HMGB1)方面差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ),而痰热清组治疗后较模型组 ICAM-1、IL-18、TREM-1 mRNA 和 HMGB1 等水平有降低( $P < 0.01$ ),肺损伤指数明显降低( $P < 0.01$ )。**结论** 痰热清注射液能降低重症急性胰腺炎大鼠肺组织中 ICAM-1、IL-18、TREM-1 mRNA 及高迁移率族蛋白 B1 水平的表达,有效缓解重症急性胰腺炎大鼠的肺损伤。

**【关键词】** 痰热清 重症急性胰腺炎 肺损伤 大鼠

**The Preliminary Reseach on the Protective Effect of Tanreqing Injection on Pulmonary Injury by Severe Acute Pancreatitis in Rats** ZHAO Zhongjiang, DENG Zhe, SUN Jiwu, et al. The Second People Hosoiital of Shenzhen City in Guangdong Province, Guangdong, Shenzhen 518035, China

**【Abstract】Objective:** To observe the protective effect of Tanreqing Injection on pulmonary injury by severe acute pancreatitis in rats. **Methods:** 96 healthy SD rats were randomly divided into control group, sham operation group, model group and Tanreqing group, 5% sodium taurocholate retrograde cholangiopancreatography injection rat model was established by SAP to modeling after 6 h, 12 h and 24 h, divided into three sub-groups ( $n = 8$ ). Indicators of lung injury, and lung tissue ICAM-1, IL-18, TREM-1 mRNA were observed and high mobility group protein B1 level was detected by enzyme-linked immunosorbent assay, semi-quantitative RT-PCR and Western blot at different time points respectively. **Results:** The lung injury index, ICAM-1, IL-18 TREM-1 mRNA and HMGB1 of the model group had significant differences from the control group and sham operation group ( $P < 0.01$ ), but after Tanreqing treatment group compared with the model group, IL-18, TREM-1 mRNA and HMGB1 levels were lower ( $P < 0.01$ ), Pulmonary injury parameters were significantly lower ( $P < 0.01$ ). **Conclusion:** Tanreqing can decrease the expression of the ICAM-1, IL-18, TREM-1 mRNA and high mobility group protein B1 in severe acute pancreatitis rats, and effectively alleviate lung injury in rats with the severe acute pancreatitis.

**【Key words】** Severe acute pancreatitis; Tanreqing; Pulmonary injury; Rats

重症急性胰腺炎(SAP)病情凶险,有多种并发症,急性肺损伤是最严重的。早期预防和治疗急性肺损伤(ALI)对降低SAP的病死率及改善疾病预后意义重大。痰热清注射液能减轻炎性介质所致的炎症反应,减少多器官功能综合征(MODS)的发生<sup>[1]</sup>。本实验拟研究痰热清注射液对SAP大鼠肺损伤指数、及不同时间点肺组织中细胞间粘附分子-1(ICAM-1)、白介素-18(IL-18)、骨髓系细胞触发受体(TREM-1) mRNA 及高

迁移率族蛋白(HMGB1)水平的影响,探讨痰热清注射液对SAP肺损伤的保护作用。现报告如下。

## 1 材料与方法

1.1 实验动物 96只健康雄性SD大鼠,约2个月龄,体质量150~180g,购自南方医科大学实验动物中心。

1.2 仪器和试剂 仪器DYCP-34A型琼脂糖凝胶电泳仪(购自北京市六一仪器厂)。采用武汉生物制品研究所生产酶联免疫吸附(ELISA)测定肺组织形中ICAM-1、IL-18水平。采用半定量逆转录PCR法检测

\* 基金项目:广东省深圳市科技计划项目(201202036)

肺组织中 TREM-1 mRNA。以  $\beta$ -actin 作为内参对照。引物由上海生物工程研究所合成。TREM-1 的序列为：上游 5' TGTGCGTGTCTTTGTCT 3'，下游 5' TGGTAA TAAG2GATGGGAC 3'，产物 450 bp； $\beta$ -actin 的序列为：上游 5' GGGACCTGACAGACTACCT 3'，下游 5' ACAAAGTCCTCAGCCACA 3'，产物 854 bp。使用 Western blotting 法检测肺组织中 HMGB1 表达，用羊抗 HMGB1 多克隆抗体 (Santa Cruz, 浓度 1:400) 4℃ 孵育过夜，辣根过氧化物酶标记的兔抗羊 IgG (深圳晶美, 浓度 1:1000)。

1.3 分组与造模 5%牛磺胆酸钠逆行胰胆管注射法建立 SAP 大鼠模型。随机分为对照组、假手术组、模型组及痰热清组，每组 24 只。将大鼠禁食 12 h，自由饮水，称体质量，术野备皮，按 1 mL/kg 的剂量腹腔内注射 3%戊巴比妥钠溶液麻醉。麻醉成功后固定于手术台，0.5%活力碘消毒，铺无菌单。沿腹白线切开进腹，显露十二指肠，辨认胰胆管及肝门部胆总管，用一小动脉夹阻闭胰胆管近肝门端。在十二指肠内侧可见胰腺呈片状分布，显露清楚胰管，近肠端以小动脉夹夹闭，用 24 G 头皮针穿刺入胰管，以 0.2 mL/min 的速度缓慢注入 5%牛磺胆酸钠溶液，总量为 1.5 mL/kg，注毕 10 min 后去除小动脉夹，观察胰腺出现水肿伴出血灶后，说明动物模型已成功建立，退针，按摩穿刺孔 1 min，创面封闭胶封闭穿刺孔。将肠管复位，逐层关腹。假手术组大鼠行开腹手术仅翻动肠管，然后关腹。术后禁食，自由饮水。正常对照组麻醉后即取材。各组按模型制备后 6, 12, 24 h 分成 3 个亚组，每组 8 只。

1.4 标本采集与检测 1) 肺损伤指数的测定。大鼠处死后解剖胸腔，剪断两侧肋骨，充分暴露肺叶，自主支气管灌入无菌生理盐水，每次 10 mL，共 4 次，收集灌洗液，以肺泡灌洗液内蛋白含量/血清蛋白含量计算。2) 肺组织中 ICAM-1、IL-18 水平测定。采用酶联免疫吸附 (ELISA) 测定。3) 检测肺组织中 TREM-1 mRNA 采用半定量逆转录 PCR 法测定。以  $\beta$ -actin 作为内参对照。引物由上海生物工程研究所合成。TREM-1 的序列为：上游 5' TGTGCGTGTCTTTGTCT 3'，下游 5' TGGTAA TAAG 2GATGGGAC 3'，产物 450 bp。 $\beta$ -actin 的序列为：上游 5' GGGACCTGACAGACTACCT 3'，下游 5' ACAAAGT CCTCAGCCACA 3'，产物 854 bp。反应完成后取 RT-PCR 扩增产物经 1%琼脂糖凝胶电泳后，结果用凝胶成像系统扫描存盘，通过目的基因与内参对照的积分吸光度比值表示 mRNA 相对表达量 (目的基因相对表达量=目的基因条带密度/ $\beta$ -actin 基因条带密度)。4) 检测肺组织中 HMGB1 表达。使用 Western blotting 法检测。各时相点处死大鼠后，收集完整左肺叶于液氮中保存。取约 0.2 g 肺组织在冰浴下研碎后取蛋白提取液，12000 r/min 离心 20min，取中间上

清液，再将提取的蛋白等量加样，经 10% SDS-PAGE 电泳，将凝胶中的蛋白转移到硝酸纤维素膜上。转膜后的硝酸纤维素膜经漂洗后用 5%脱脂奶粉阻断非特异性结合，然后用羊抗 HMGB1 多克隆抗体 (Santa Cruz, 浓度 1:400) 4℃ 孵育过夜，辣根过氧化物酶标记的兔抗羊 IgG (深圳晶美, 浓度 1:1000) 37℃ 孵育 1 h，ECL 显色，待特异性蛋白带颜色深度达到要求后，终止显色反应。X 光胶片压片感光，以图像处理系统对胶片进行扫描，测定各条带的光密度值作定量分析。

1.5 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件。计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，比较各组大鼠在 3 个不同时间点检测值的差异，组间比较采用单因素方差分析，两组独立比较采用独立样本 *t* 检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 各组 SAP 大鼠肺损伤指数比较 见表 1。分别于 6、12 h 及 24 h 检测肺损伤指数，结果显示对照组和假手术组分别于 6、12 h 及 24 h 无明显差异 ( $P > 0.05$ )，而与模型组差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )，痰热清组与模型组差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。

表 1 各组 SAP 大鼠肺损伤指数比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	造模后 6 h	造模后 12 h	造模后 24 h
对照组	24	0.0069±0.0024*	0.0065±0.0018*	0.0073±0.0031*
假手术组	24	0.0071±0.0019*	0.0066±0.0023*	0.0069±0.0035*
模型组	24	0.0835±0.0124	0.0935±0.0227	0.0804±0.0129
痰热清组	24	0.0251±0.052*	0.0379±0.028*	0.0345±0.034*

与模型组同期比较，\* $P < 0.01$ 。

2.2 各组 SAP 大鼠炎症介质 ICAM-1 及 IL-18 不同时间点水平的比较 见表 2。分别于 6、12 h 及 24 h 检测各组 ICAM-1 及 IL-18 的水平，结果显示对照组、假手术组分别于 6、12 h 及 24 h 时间点各组水平相当 ( $P > 0.05$ )，而与模型组差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )，

表 2 各组 SAP 大鼠 ICAM-1 及 IL-18 比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	ICAM-1 (pg/mL)	IL-18 (ng/mL)
对照组 (n=24)	造模后 6 h	0.28±0.03*	88.1±23.4*
	造模后 12 h	0.29±0.04*	89.8±22.5*
	造模后 24 h	0.27±0.06*	87.6±26.2*
假手术组 (n=24)	造模后 6 h	0.31±0.05*	93.4±32.2*
	造模后 12 h	0.33±0.03*	99.7±38.4*
	造模后 24 h	0.36±0.02*	121.4±39.6*
模型组 (n=24)	造模后 6 h	0.75±0.21	378.8±41.8
	造模后 12 h	0.82±0.56	567.7±46.7
	造模后 24 h	0.98±0.79	754.7±42.4
痰热清组 (n=24)	造模后 6 h	0.56±0.18*	312.8±40.8*
	造模后 12 h	0.73±0.32*	468.7±43.7*
	造模后 24 h	0.85±0.11*	584.7±49.5*

痰热清组较模型组差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

2.3 各组 SAP 大鼠 REM-1 mRNA 表达比较 见表 3。SAP 大鼠 REM-1 mRNA 表达对照组和假手术组各时间点差别无统计学意义( $P > 0.05$ );模型组 6、12、24 h 时间点与对照组及假手术组差异有统计学意义( $P < 0.01$ );而痰热清组与模型组比较在 6 h 无差异( $P > 0.05$ ), 12、24 h 时间点差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 3 各组 SAP 大鼠肺组织中 TREM-1 mRNA 表达比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	造模后 6 h	造模后 12 h	造模后 24 h
对照组	24	0.28±0.04*	0.27±0.06*	0.29±0.05*
假手术组	24	0.29±0.04*	0.27±0.05*	0.29±0.06*
模型组	24	0.55±0.09	0.63±0.07	0.69±0.07
痰热清组	24	0.48±0.05	0.50±0.02*	0.51±0.03*

2.4 痰热清降低 SAP 大鼠 HMGB1 表达水平的比较

见表 4。用 Western blotting 法检测 6、12 h 及 24 h 点各组 HMGB1 表达水平,结果显示各组在 6 h 时间点差异无统计学意义( $P > 0.05$ );对照组、假手术组分别于 12 及 24 h 点与模型组差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),痰热清组在 12 h 及 24 h 时间点较模型组差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表 4 各组 SAP 大鼠 HMGB1 表达比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	造模后 6 h	造模后 12 h	造模后 24 h
对照组	24	0.23±0.03	0.27±0.04*	0.23±0.05*
假手术组	24	0.25±0.04	0.24±0.03*	0.26±0.05*
模型组	24	0.29±0.03	0.58±0.21	0.73±0.15
痰热清组	24	0.27±0.09	0.40±0.12*	0.42±0.14*

### 3 讨论

SAP 病情凶险,病死率高,1 周内死亡者多由肺损伤所致。发病早期减少各种肺损伤具有非常突出的意义。SAP 时由于众多炎症介质和细胞因子的瀑布样级联反应,从而导致包括肺损伤在内的多器官功能障碍。因此,抗炎疗法成为 SAP 预防并发症的主要突破口,然而临床采取 TNF- $\alpha$  和 IL-1 $\beta$  等早期的炎症介质拮抗剂治疗并未取得满意效果,可能存在其他致炎因子介导了内毒素的致死效应。

IL-18 不仅使 AP 病情加重,还可以导致胰外脏器的损伤。Ueda 等<sup>[2]</sup>的研究也发现,急性生理与慢性健康 II (APACHE II) 评分大于 7 的患者血清 IL-18 水平明显高于 APACHE II 评分小于 7 者。根据 Rau 等<sup>[3]</sup>报道,血清 IL-18 水平在 AP 早期开始增加,直到观察后期,患者出现胰腺坏死和系统并发症都一直维持着较高的水平。而且那些出现胰腺坏死和系统并发症如肝、肺或肾衰竭等多器官功能衰竭的患者,其血清 IL-18 水平显著升高。Zhang 等<sup>[4]</sup>在大鼠 SAP 模型实验中,运

用反转录聚合酶链反应技术观察到 SAP 组大鼠肺组织内的 IL-18 mRNA 显著增多,而在用转换酶抑制剂的治疗组中大鼠肺内 IL-18 表达明显减少,推测肺内 IL-18 产生过多在 SAP 时 ALI 过程中起着重要作用。

TREM-1 是新近发现的一种有选择性地表达于炎性细胞表面的跨膜受体,隶属免疫球蛋白超家族<sup>[5]</sup>。实验研究已经证实,TREM-1 能够通过跨膜调节蛋白 DAP12 触发中性粒细胞和单核细胞的炎症反应,诱导炎症因子的分泌和钙离子的动员<sup>[6]</sup>。Adly 等<sup>[7]</sup>发现升高的 sTREM-1 可作为新生儿脓毒症早期标志物,反应脓毒症严重程度和预后。Kamei 等<sup>[8]</sup>检测 48 例 AP 患者血清 sTREM-1 浓度,发现 AP 患者的 sTREM-1 水平较健康对照组明显增高,且和 APACHE II 评分呈正相关。本实验中发现,痰热清组 TREM-1 在 12 h 及 24 h 时间点明显低于模型组,说明痰热清注射液可能确实对预后具有明显的作用。

HMGB1 是一类广泛存在于真核细胞内的非组蛋白染色体蛋白。杨智勇等<sup>[9]</sup>发现 SAP 组大鼠血清 TNF- $\alpha$  和 IL-1 $\beta$  水平在建模后迅速升高,约在 4~6 h 达高峰,之后迅速下降,在建模 12 h 即降至接近正常水平,一直维持至 24 和 48 h。而 HMGB1 水平在建模后 12 h 开始有明显升高,至 24 和 48 h 仍维持在较高水平。本实验证实, HMGB1 在模型组中随时间而不断增高。但在痰热清组中,其增高幅度明显下降,表明它确实与炎症反应关系密切,同时也说明痰热清注射液能通过降低其浓度起到缓解肺损伤的作用。本研究显示,痰热清注射液确实地降低了肺组织中 ICAM-1、IL-18、TREM-1 mRNA 及高迁移率族蛋白 B1 水平的表达,能有效缓解重症急性胰腺炎大鼠的肺损伤。

### 参 考 文 献

- [1] 刘德红,邓哲,魏刚,等. 痰热清注射液对脓毒症大鼠炎症介质及生存率的影响[J]. 中国中医急症,2009,18(7),1127-1129.
- [2] Ueda T, Takeyama Y, Yasuda T, et al. Significant elevation of serum interleukin-18 levels in patients with acute pancreatitis[J]. J Gastroenterol, 2006, 41(2): 158-165.
- [3] Rau B, Baumgart K, Paszkowski AS, et al. Clinical relevance of caspase-1 activated cytokines in acute pancreatitis: high correlation of serum interleukin-18 with pancreatic necrosis and systemic complications[J]. Crit Care Med, 2001, 29(8): 1556-1562.
- [4] Zhang XH, Zhu RM, Xu WA, et al. Therapeutic effects of caspase-1 inhibitors on acute lung injury in experimental severe acute pancreatitis[J]. World J Gastroenterol, 13(4): 623-627.
- [5] Colonna M. TREMs in the immune system and beyond[J]. Nat Rev Immunol, 2003, 3(6): 445-453.
- [6] Barati M, Bashar FR, Shahrami R, et al. Soluble triggering receptor expressed on myeloid cells 1 and the diagnosis of sepsis

[J]. J Crit Care, 2010, 25(2):362-366.

- [7] Adly AA, Ismail EA, Andrawes NG, et al. Circulating soluble triggering receptor expressed on myeloid cells-1 (sTREM-1) as diagnostic and prognostic marker in neonatal sepsis [J]. Cytokine, 2014, 65(2):184-191.
- [8] Kamei K, Yasuda T, Ueda T, et al. Role of triggering receptor expressed on myeloid cells-1 in experimental severe acute

pancreatitis [J]. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2010, 17(3):305-312.

- [9] 杨智勇, 王春友, 熊炯圻. 重症急性胰腺炎大鼠血清高迁移率族蛋白-1水平的时相变化及意义 [J]. 华中科技大学学报:医学版, 2004, 33(4):466-468.

(收稿日期 2014-01-10)

(上接第 603 页)

此 IL-6 能较可靠地反映肺组织的局部损伤的程度, 因此可将其作为观察肺部炎症反应治疗效果的一个客观、有效的指标<sup>[4]</sup>。IL-8 存在于气道炎症的始终, 起着引发、维持甚至加重气道炎症的重要作用, 并在一定程度上反应气道炎症的严重程度<sup>[5]</sup>。急性感染时, 巨噬细胞增加刺激产生较高水平 TNF- $\alpha$ , 而 TNF- $\alpha$  可启动炎症反应迅速损伤肺组织<sup>[6]</sup>。血清 CRP 是一种急性时相反应蛋白, 急性炎症时 CRP 浓度 4~6 h 内迅速上升, 1~2 d 内达到峰值, 升高幅度与感染程度成正比, 半衰期 6 h, 随着炎症消退, CRP 也很快下降<sup>[7]</sup>。

邱志楠教授治疗肺系疾病, 认为肺病多为慢性久病, 虚实夹杂, 均须“扶正祛邪”并重, 慢性肺病多缠绵反复、遇诱即发, 故与“伏邪”学说中的伏邪潜藏, 遇感即发机理相同。AECOPD 反复发作乃因外淫风邪屡犯肺卫潜藏于内留伏肺络, 新感风寒诱发伏风, 两风相煽, 窜阻肺络, 肺络痉挛, 肺气上逆可为咳、喘<sup>[8]</sup>。肺脏受风, 不能布津, 停而为痰为水饮。COPD 重在小气道炎症与肺血管内膜增厚改变, 与中医肺络病变类似, 内风潜伏日久, 则为肺气胀满而见喘憋不能平卧的主因<sup>[9]</sup>。又 COPD 缠绵反复久必及肾, 卫气出于下焦, 肾气日消, 渐至肺(卫)肾两虚, 长期应用激素治疗 COPD 者更表现为肾虚内热症状<sup>[10]</sup>。肺肾虚既成则伏风无所制约更易袭扰, 触犯气道而成咳、喘、痰等症, 即是肺肾“最虚之处”, 正是伏风“藏身之所”。

本研究根据邱教授伏风理论指导拟定协定方, 方中君以乌蛇、地龙搜风通络、散外邪, 两药均善于窜散肺中络脉(相当于小气道)之风邪; 细辛、川芎祛外风散寒, 川芎更为血中之气药, 入血络而防邪风阻络成瘀共为臣药; 山茱萸肉、淡附片、紫河车、羊藿叶温补肺肾、止咳平喘, 裨正气存内而伏邪无所藏身。药理研究表明, 羊藿叶鲜品粗提物有一定的祛痰作用和中枢性镇咳作用, 且能改善肾上腺皮质功能而提高体内激素水平<sup>[11]</sup>; 鱼腥草、青天葵清散肺脏伏风易化郁热之弊, 青天葵更兼有活血化痰之功, 血行则伏风自灭。法半夏、莱菔子温化寒痰, 行郁滞之肺气, 以上共为佐药。全方搜风散风, 温肾化痰, 行气通络。标本兼治, 散补有序故而效佳。

研究表明, 治疗后治疗组疗效改善情况较对照

组为优, 运用伏风理论治疗 COPD 有实际临床意义。治疗组 AECOPD 患者经治疗后 IL-6、IL-8、TNF- $\alpha$ 、CRP 下降明显, 治疗组与对照组比较有统计学意义, 抗炎效果肯定。肺功能检查是评估 COPD 严重程度分级的关键客观指标。治疗后治疗组与对照组比较, FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>%、FEV<sub>1</sub>/FVC 改善明显, 通气情况好转提示气道抗炎效果较好。从本研究结果来看, 似乎气道通气情况改善优于抗炎效果, 提示或许本方尚有气道舒张功能, 值得进一步研究。

#### 参 考 文 献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(1):199-233.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:89.
- [3] 何馨, 王浩彦, 徐秋芬, 等. 稳定期慢性阻塞性肺疾病气道炎症与系统性炎症关系的研究[J]. 国际呼吸杂志, 2011, 31(5):329-336.
- [4] rose-John S, Watzig GH, Scheller J, et al. The IL-6/sll-6R complex as a novel target for therapeutic approaches [J]. Expert Opin Ther Targets, 2007, 11(6):613-624.
- [5] 韩丽萍, 王秋月, 麦洪珍, 等. 慢性阻塞性肺疾病患者血清 IL-8、hs-CRP 水平及临床意义的探讨 [J]. 中国医科大学学报, 2013, 38(12):924-936.
- [6] Amer MS, Wahba HM, Ashmawi SS, et al. Proinflammatory cytokines in egyptian elderly with chronic obstructive pulmonary disease [J]. Lung India, 2010, 27(4):225-229.
- [7] de Torres JP, Cordoba-Lanus E, Lopez-Aguilar C, et al. C-relaxative protein levels and clinically important predictive outcomes in stable COPD patients [J]. Eur Respir J, 2006, 27(5):902-907.
- [8] 叶振宇, 邱志楠. 以伏风理论治疗咳嗽变异性哮喘的临床研究 [J]. 北京中医药杂志, 2014, 33(1):3-5.
- [9] 姚晓岚, 王真. “伏邪理论”在慢性阻塞性肺病中的应用 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2011, 21(1):21-22.
- [10] 陈延强, 黄玉茵. 肾康 2 号对肾病综合征大鼠激素治疗撤减时下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响 [J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(2):26-27.
- [11] 沈丕安. 中药药理与临床应用 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:171-172.

(收稿日期 2015-01-30)

# 中药通腑开窍液灌肠在高血压性脑出血治疗中的应用\*

杨凤菊 刘远杰

(泰山护理职业学院, 山东 泰安 271000)

中图分类号:R743.34 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0608-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.014

**【摘要】目的** 观察中药通腑开窍液灌肠干预高血压性脑出血患者的临床效果并探讨其作用机理。**方法** 将符合纳入标准的 150 例患者随机分为观察 A 组、观察 B 组、对照组共 3 组,每组患者均 50 例,对照组采用基础治疗加微创清除术;观察 A 组给予基础治疗加微创清除术加局部灌注醒脑静针剂(微创术中);观察 B 组给予基础治疗加微创清除术加局部灌注醒脑静针剂(微创术中)加通腑开窍液灌肠。**结果** 观察 B 组治疗后总有效率达 86.00%,显著优于观察 A 组的 74.00%及对照组的 56.00%( $P < 0.05$ )。治疗后观察 A 组、B 组促进颅内血肿吸收的效果较对照组为优 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察 A 组和观察 B 组减轻脑水肿的效果均较对照组明显,尤以观察 B 组效果尤佳( $P < 0.05$ );治疗后在改善神经功能方面,观察 A 组、B 组较对照组为优( $P < 0.05$ ),其中观察 B 组神经功能评分后所得积分值显著低于观察 A 组( $P < 0.05$ )。**结论** 采用中药通腑开窍液灌肠干预高血压性脑出血,临床中取得了较好的疗效。

**【关键词】** 中药灌肠 通腑开窍液 高血压性脑出血

## Clinical Observation of Stilling Tongfukaiqiao Liquor into Rectum on Hypertension Brain Hemorrhage

YANG Fengju, LIU Yuanjie. Taishan Vocational College of Nursing, Shandong, Tai'an 271000, China

**【Abstracts】Objective:** To observe the clinical effect of treating hypertension brain hemorrhage by stilling Tongfukaiqiao liquor into rectum and its mechanism. **Methods:** 150 patients were divided into 3 groups stochastically: control group, treatment group A and treatment group B. On the basis of basic treatment, control group were given the treatment of micro creates encephalic haematoma elimination; treatment group A were added Xingnaojing local perfusion on the basis of control group; The treatment group B were used "Tongfukaiqiao" liquor instilled in rectum on the basis of treatment group A. **Results:** The total efficiency of treatment group B was 86.0%, which was better than that of treatment group A and control group ( $P < 0.05$ ). The treatment group A and B had more effects than control group in the cerebral hematoma improvements ( $P < 0.05$ ). The treatment group A and B had more effects than control group in the cerebral edema improvements, and effect of the treatment group B is especially obvious. After treatment, the treatment group B and A had more significant differences than control group in neurological impairment evaluation ( $P < 0.05$ ); the treatment group B and A had significant differences in decrease of neurological impairment evaluation ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Tongfukaiqiao liquor of stilling into rectum on the treatment of hypertension cerebral hemorrhage is significant effect, can be widely clinical used.

**【Key words】** Treatment of rectum instillation; Tongfukaiqiao liquor; Hypertension cerebral hemorrhage

随着生活水平和方式的改变以及社会的老龄化,高血压病患者数量逐年上升,长期患有高血压可造成脑动脉缺血、变性,从而导致脑出血的发生。高血压性脑出血多急性起病,病情发展迅速,易遗留后遗症,且死亡率较高,严重影响人们的生存质量<sup>[1]</sup>。为此,积极治疗高血压性脑出血具有十分重要的社会意义。笔者采用中药通腑开窍液灌肠治疗高血压性脑出血 50 例,取得了较满意的效果。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 病例选择 中医诊断标准根据《中药新药治疗中风病的临床研究指导原则》(2002 年版)和《中医内科学》(第 6 版),制定中风病(中脏腑)急性期症候—痰热腑实、瘀阻脑窍证的辨证要点。西医诊断标准结合第 4 届脑血管病会议讨论通过的《各类脑血管疾病诊断要点》制定<sup>[2]</sup>。纳入标准:首先符合西医脑出血合并高血压的诊断标准,同时又符合痰热腑实、瘀阻脑窍证的中医辨证标准者;以双侧脑叶、基底节区及丘脑为出血发

\* 基金项目:山东省泰安市科技发展自选课题(2014087)

生部位,并是第一次出血者;年龄为37~78岁,发病至就诊时间为72h之内,男、女不限;入院后均行微创清除术者;愿意加入本临床试验且预测配合较好者;患者仔细阅读并签署知情同意书者。排除标准:入院后未进行微创清除术者;年龄<37岁或>78岁;存在蛛网膜下腔出血;怀疑为颅内肿瘤、血管畸形、动脉瘤引起者;合并严重凝血障碍者;存在严重的心、肝、肾功能衰竭者;脑干功能衰竭者;精神病者;对本药过敏者;发病以前任何原因所遗留的不能生活自理者;在微创清除术后72h内死亡者;凡不符合上述纳入标准,及/或资料不完整影响临床效果者。

1.2 临床资料 150例病例收集于2006年2月至2014年5月期间泰安市中医二院的住院患者。将入选病例随机分为3个组,每组50例。对照组50例,其中男性28例,女性22例;年龄37~76岁,平均(55.70±12.50)岁;血肿量20~90mL,平均(43.5±10.6)mL。观察A组50例,其中男性30例,女性20例;年龄40~77岁,平均(55.90±10.80)岁;血肿量22~95mL,平均(44.90±13.20)mL。观察B组50例,其中男性29例,女性21例;年龄39~78岁,平均(56.40±11.20)岁;血肿量24~95mL,平均(45.30±12.10)mL。3组患者临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 所有患者都给予积极控制危险因素,如保持头部低温、脱水降低颅内压,控制血压,静脉给予抗生素以防感染及脑细胞活化剂等对症处理。对照组在上述基础治疗同时加颅脑CT定位血肿后给予微创清除术,具体定位如图1。观察A组在对照组治疗基础上局部灌注醒脑静注射液(微创术中),即抽吸完毕后推注醒脑静注射液4~12mL,所注入量应≤抽出颅内血量的1/2。观察B组在观察A组治疗基础上给予通腑开窍液灌肠。中药通腑开窍灌肠液由大黄、石菖蒲、天竺黄、桃仁、牛膝、泽泻、生地黄组成,加水400mL煎浓至200mL,过滤后静置药液,待温度降至大约37.0℃时,抬高患者臀部15cm,将软管缓慢插入肛管不少于18cm,尽可能保留药液达40min以上。从入院第1日至第7日,每天给予1次灌肠。临床中依据患者症状进行药物加减,津液、阴虚亏耗者,加沙参、山茱

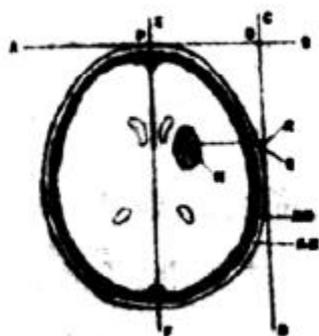


图1 血肿后微创清除术定位图

萸、麦冬;血压居高不下、肝火上升、眩晕面赤、脉象弦数者,加龙胆草、栀子、夏枯草;大便燥失干结、舌苔厚黄不退者,加芒硝、黄柏、枳实。3组均治疗30d后进行疗效的评价。

1.4 临床观察指标 1)安全性指标。包括一般入院检查项目;血、尿、粪常规检查及肝、肾功能检测;记录用药后患者每日大便次数,大便量及大便质地的变化,如果发现异常及时送检。2)疗效性指标。(1)中医证候计分:采用证候积分法,对患者的临床症状体征、舌象及脉象,根据《中药新药中风病临床研究指导原则》(2002版)进行证候计分<sup>[3]</sup>,每1周计分1次。(2)临床神经功能缺损程度的评分。根据第4届脑血管病会议起草的《脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准》<sup>[4]</sup>进行治疗前后各评分1次。(3)颅脑CT检查。观察颅内血肿量和脑水肿程度治疗前后的改变。脑水肿程度参照吴延林制定的颅脑CT脑水肿图像A、B、C、D分级法<sup>[5]</sup>。根据王国良脑内血肿ABC法计算<sup>[6]</sup>颅内血肿量,公式为:血肿量=A×B×C/2,其中A、B、C分别为长轴、短轴、层数。

1.5 疗效标准 临床总疗效的标准:参照临床神经功能缺损评分后的积分和患者总的生活能力状态进行制定。显效:病残程度为0~3级,治疗后临床神经功能积分减少≥47%。有效:治疗后临床神经功能积分减少≥16%,且<47%。无效:临床神经功能积分减少不足16%。加重:治疗后临床神经功能积分无变化或增多。死亡。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件。计量资料以( $\bar{x}±s$ )表示,各组所得资料需作t检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 各组临床总疗效的分析 见表1。观察B组临床显效率、总有效率显著优于观察A组。观察A组、B组临床总有效率均较对照组为优( $P<0.05$ )。

表1 各组总疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	加重	死亡	总有效(%)
观察A组	50	18	19	5	3	5	37(74.00)*
观察B组	50	21	22	2	1	4	43(86.00)** <sup>△</sup>
对照组	50	7	21	7	6	9	28(56.00)

与对照组比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ ;与观察A组比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ 。

2.2 各组中医证候积分比较 见表2。治疗后观察A组、B组较对照组积分下降明显( $P<0.05$ );其中以观察B组为优。

2.3 各组神经功能积分比较 见表2。结果提示观察A组、B组治疗后降低神经功能积分较对照组为优,观察B组效果尤为明显( $P<0.05$ )。

表2 各组证候积分、神经功能积分、脑血肿量比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	中医证候积分(分)	神经功能积分(分)	脑血肿量(mL)
观察A组 (n=50)	治疗前	26.27±5.78	37.7±6.64	26.35±5.90
	治疗后	8.35±4.61** <sup>△</sup>	16.9±6.32*	7.21±6.29** <sup>△</sup>
观察B组 (n=50)	治疗前	24.27±6.32	38.1±6.82	25.07±6.31
	治疗后	12.04±5.39*	13.6±6.14** <sup>△</sup>	6.05±5.09** <sup>△</sup>
对照组 (n=38)	治疗前	25.48±5.10	37.9±6.67	27.13±6.07
	治疗后	17.34±6.02	24.6±6.74	12.61±5.74*

与对照组比较, \*P<0.05, \*\*P<0.01; 与观察B组比较, <sup>△</sup>P<0.05。下同。

2.4 各组脑水肿程度比较 见表3。结果显示观察A组、B组较对照组减轻脑水肿程度效果显著(P<0.05), 观察B组效果更佳。

表3 各组脑水肿程度比较(n)

组别	时间	A	B	C	D
观察A组 (n=50)	治疗前	0	10	12	28
	治疗后	12	15	18	5
观察B组 (n=50)	治疗前	0	12	13	25
	治疗后	17	19	11	3
对照组 (n=50)	治疗前	0	11	13	26
	治疗后	0	10	19	21

2.5 3组治疗前后脑血肿量的变化 见表2。3组结果提示治疗后脑血肿量较治疗前显著下降(P<0.05), 观察A组、观察B组促进脑血肿吸收效果均较对照组为优。

2.8 不良反应分析 3组患者均进行血、尿、粪常规和肝、肾功能指标检测, 观察期间未见明显异常。

### 3 讨论

近年来, 笔者在诊治高血压性脑出血的同时, 进一步开展了对该病的理论和临床研究, 理论上笔者依据中医基础理论, 将现代医学(颅内血肿微创清除术)与中医辨证论治有机结合。

高血压性脑出血属中医学“中风病-中脏腑”范畴, 多因素体或后天肝肾阴虚、气血不足之本虚, 因劳累、情志过分激动等诱发因素, 使机体的内外气机骤然逆乱, 血夹痰、瘀随气上逆, 侵犯清窍, 阻于脑之脉络, 脉络破损, 则血溢脉外, 中风乃作。离经之血即为瘀血, 蕴结日久可化热, 从而瘀血与热互结, 瘀热随气上行, 阻于清窍, 常与阳明热结有关。而阳明主司气机通降, 当气机骤然逆乱时, 阳明通降功能失司, 大肠腑气上下不通, 燥矢浊气蕴久化热化火, 大肠腑热随气上行, 风、痰、热、瘀共存, 浊气随气血逆行, 瘀热停留壅塞脑窍, 导致本病病情进一步加重, 脑中瘀热结合, 壅结于神明, 日久不解, 则大脑功能失用。因此该病病性亦是本虚标实, 本虚为肝肾阴亏, 标实为病理产物风、痰、热、瘀, 长期损伤脑窍经络, 以气机逆乱、瘀热腑实、瘀阻脑

窍为该病急性期的发病机制。故笔者应用化痰通腑、祛瘀清热、开窍醒神为基本大法治疗高血压性脑出血。代表药物为中药通腑开窍灌肠液, 该汤剂由大黄、石菖蒲、桃仁、牛膝、泽泻、天竹黄、生地黄组成, 大黄荡涤肠胃, 通腑泄热; 天竹黄性寒, 清热祛痰开窍; 石菖蒲味辛, 为芳香开散之品, 能开心孔, 通九窍, 既能化痰祛湿, 又能开窍醒脑; 泽泻清热利水泄浊; 生地黄入肝、肾、心经, 有凉血解毒、清热育阴之功, 兼以生津润脉, 扶助正气。牛膝药入足三阴经, 可降逆、引导气血下行, 又兼祛瘀通经、补肝肾; 诸药合用可使六腑气机通畅, 气血得以下降, 痰热从大肠下泄, 神机蒙闭得解, 内风得息, 从而神志复苏; 桃仁、牛膝活血祛瘀, 与通腑药合用, 可“釜底抽薪”, 瘀热得解, 血压下降, 脑水肿程度得以改善, 脑内血肿得以消除, 从而加快病灶周围侧支循环的建立, 脑部的血液循环得以改善, 故可恢复大脑的各项神经功能, 符合《内经》记载的“上病下取”的原理, 而灌肠又体现了“内病外治”的方法。上述药物合用, 发挥化痰通腑、祛瘀清热、开窍醒神的作用。

现代医学研究认为高血压脑出血的发生多位于深穿支动脉, 其中豆纹动脉和旁正中动脉为多见。长期的高血压使这些穿支动脉受到变化而出现一系列的病理改变, 血管内皮细胞受损, 管腔逐渐狭窄, 导致脑动脉硬化的发生。原有的中膜-平滑肌细胞在发生动脉硬化的血管中常沉积了充满脂质的巨噬细胞, 久之管腔变窄, 脑血管的顺应性逐渐下降, 在不良诱因的刺激下会导致脑动脉破裂出血。中药药理现代研究发现, 天竹黄、石菖蒲具有镇静、抗惊厥、化痰、镇痛的作用, 还能有效改善脑血流灌注及保护神经元。大黄不仅能收缩破损的局部细小动脉, 促进血小板向血管破溃处聚集, 使血液凝固加速; 也能提高脑血管内血浆渗透压, 使脑细胞中的水分转移至血管内, 从而改善脑水肿, 缓解脑部微循环障碍。唐宇平等提出, 大黄亦有保护大脑血脑屏障和胃肠黏膜不受损伤的作用<sup>[7]</sup>。

中药灌肠操作简便, 禁忌症少, 无痛苦, 患者存在意识昏迷、吞咽障碍时仍可操作。药液既可通便, 排除肠内有害毒素, 补充肠道水分, 同时肠黏膜又可吸收药物有效成分, 避免鼻饲进食对胃黏膜的损伤刺激, 应用中医辨证施治, 选用中药通腑开窍灌肠液为基本方, 临证加裁用药, 不仅局部腑实得以解决, 又兼顾了全身气血津液的病机变化, 与开塞露、番泻叶、通便灵等通便药及单纯清洁灌肠相比, 更体现了中医的辨证论治特色。

本研究结果表明, 在颅脑微创应用醒脑静注射液局部灌注基础上, 加中药通腑开窍液灌肠治疗高血压性脑出血, 不仅可改善患者临床症状体征, 也能减轻脑水肿, 加快颅内血肿吸收速度及改善患者的神经功能

(下转第 621 页)

# 凉血祛湿止痒汤治疗急性湿疹临床观察\*

王京军<sup>1</sup> 杨薛朝<sup>2</sup> 孙占学<sup>3△</sup>

(1.北京市门头沟区中医医院,北京 102300;2.山西省闻喜县薛店镇沟渠头村卫生室,山西闻喜 043800;3.北京中医药大学东方医院,北京 100078)

中图分类号:R758.23 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0611-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.015

**【摘要】目的** 观察凉血祛湿止痒汤治疗急性湿疹临床疗效。**方法** 采用阳性药物随机对照研究方法,将144例急性湿疹患者随机分为治疗组和对照组各72例,治疗组口服凉血祛湿止痒汤,对照组口服氯雷他定片,疗程2周。**结果** 对照组有效病例70例,脱落2例,治疗组有效病例71例,脱落1例;治疗组总有效率为85.92%,高于对照组的77.14%( $P<0.05$ );治疗组在改善患者皮损的红斑、丘疹、水疱、渗出、面积、瘙痒症状以及中医证候等方面均优于对照组( $P<0.01$ );治疗组复发率为3.23%,低于对照组的15.00%( $P<0.01$ );两组在治疗过程中无不良反应发生。**结论** 凉血祛湿止痒汤治疗急性湿疹临床疗效确切,复发率低。

**【关键词】** 凉血祛湿止痒汤 急性湿疹 临床观察

**The Clinical Observation on the effects of LiangXue Qushi Zhiyang Decoction on 72 Patients with Acute Eczema** WANG Jingjun, YANG Xuechao, SUN Zhanxue. Beijing Mentougou district TCM Hospital, Beijing 102300, China

**【Abstract】Objective:** To observe the clinical effects of LiangXue Qushi Zhiyang Decoction on patients with acute Eczema. **Methods:** 144 cases of acute Eczema were randomly divided into treatment group with LiangXue Qu ShiZhiYang Decoction(72 cases) and the control group with Loratadine tablet(72 cases). The course of treatment was two weeks. **Results:** 70 effective cases were completed, and unfinished cases were 2 cases in the control group, while 71 effective cases were done, and unfinished cases was 1 ones in the treatment group; After two weeks the total effective rates of the control group was 77.1%, the treatment group was 85.9%, the later was superior to the former by the Wilcoxon rank sum test ( $P<0.05$ ); The lesions (concluding erythema, papules, blisters, exudation, area, itching) in patients with acute eczema and patients' TCM Syndrome were significantly improved in the treatment group, the effects were significantly better than the control group by t test ( $P<0.01$ ); Recurrence rate was 3.2% in the treatment group, which was less than one in the control group (15%,  $P<0.01$ ); There was no adverse events during treatment. **Conclusions:** LiangXueQuShiZhiYang Decoction was effective on patients with acute eczema, and recurrence rate of acute eczema was relatively low.

**【Key words】** Acute Eczema; LiangXue Qushi Zhiyang Decoction; Clinical observation

湿疹是由多种内外致病因素引起的一种具有渗出倾向的皮肤炎症反应,属于IV型变态反应<sup>[1]</sup>。急性期皮疹表现为红斑、丘疹、水肿、水疱等多型性损害,伴有剧烈瘙痒,易复发。湿疹属于中医学“湿疮”范畴,是皮肤科常见难治性疾病。笔者应用凉血祛湿止痒汤治疗湿疹多年,临床疗效显著。本课题以急性湿疹患者为研究对象,从皮损红斑、水肿、表皮剥脱、皮损面积等方面观察中药凉血祛湿止痒汤治疗急性湿疹临床疗效。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 急性湿疹西医诊断标准按照文献[1]执行。急性湿疹中医诊断标准按照文献[2-3]执行。血热湿蕴诊断标准按照文献[4]执行。纳入标准:年龄18~65岁,性别不限;发病在1周之内者;符合急性湿疹诊断标准者;符合中医血热湿蕴证诊断标准者;自愿签署知情同意书者。排除标准:皮损合并感染者;2周内无系统使用皮质类固醇激素,1周内无内服抗组胺药物史和/或外用皮质类固醇激素药物史者;已知对研究药及其成分过敏者;妊娠或哺乳期妇女或计划怀孕者;伴有严重糖尿病,慢性肝、肾疾病或严重免疫功能低下者;患有精神疾病的患者;近1个月内参加过其他

\*基金项目:北京中医药大学自主选题项目(No.2013-JYBZZ-JS-080)

△通信作者(电子邮箱:sunzhanxue@163.com)

药物临床试验的患者

1.2 临床资料 144例患者均为2012年1月至2014年6月在北京中医药大学东方医院皮肤科和北京市门头沟区中医医院门诊就诊的急性湿疹患者,符合上述病例选择标准,其中男性70例,女性74例;年龄18~62岁,病程1~7d。应用Excel 2003软件产生144个随机数字,以序号为顺序分为对照组与治疗组各72例。治疗过程中,对照组完成70例,脱落2例,治疗组完成71例,脱落1例。两组临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 两组患者同时给予3%硼酸液湿敷,用比创面稍大的4层细纱布浸硼酸溶液敷于患处,以不滴水为度,纱布干时可滴上硼酸液,每次20min,每日2次,连续14d。治疗组予凉血祛湿止痒汤:水牛角30g,生地黄15g,牡丹皮12g,赤芍药12g,苦参10g,生薏苡仁30g,茯苓15g,泽兰10g,白茅根30g,白鲜皮15g,地肤子15g,甘草6g。上述药物采用中药配方颗粒(康仁堂药业有限公司生产),每日1剂(2袋/剂),早晚各1袋,早晚饭后30min,以100mL温水溶化口服。对照组给予氯雷他定片(上海先灵葆雅制药有限公司,国药准字H10970410,10mg/片)10mg,晚饭后30min以100mL温水口服。两组疗程均为14d。第4周门诊随访1次,观察急性湿疹复发情况。

1.4 症状积分 评分标准系本课题自行拟定。研究者在治疗前及用药后1、2周分别记录观察指标。主要对皮损变化情况、瘙痒症状进行观察,并对总的临床疗效进行评价。皮损形态评分标准如下。红斑程度:无为0分;1分为轻度,淡红色;2分为中度,颜色红;3分为重度,颜色鲜红。丘疹:0分为无;1分为轻度,散在;2分为中度,较密集;3分为重度,非常密集不可数,呈苔藓样变。水疱程度:0分为无;1分为轻度,散在,隐约可见;2分为中度,较密集,或互相融合;3分为重度,非常密集,融合成片。渗出程度:0分为无;1分为轻度,点状散在,隐约可见;2分为中度,比较多,容易透过纸巾;3分为重度,很多,呈流水状。皮损面积治疗前评分:1分为靶皮损面积在 $\leq 5\text{ cm}^2$ ;2分为靶皮损面积 $>5\text{ cm}^2$ 而 $\leq 10\text{ cm}^2$ ;3分为靶皮损面积 $>10\text{ cm}^2$ 。皮损面积治疗后评分:0分为皮损完全消退;1分为皮损面积减少 $\geq 75\%$ ;2分为皮损面积减少 $\geq 30\%$ ,但 $<75\%$ ;3分为皮损面积未减少或减少 $<30\%$ 。皮损瘙痒:0分为无瘙痒;1分为偶有瘙痒,不影响日常生活;2分为阵发性瘙痒,时重时轻;3分为剧烈瘙痒,严重影响睡眠和工作。

1.5 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(试行)执行,以皮疹程度、皮疹面积和瘙痒程度治疗前后的总积分变化来判断疗效,分4级判定。计算公式:(尼莫地平法)为: $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分})/\text{治疗前积分}]\times 100\%$ 。临床痊愈:皮损全部消退,临床症状消

失,证候积分减少 $\geq 95\%$ 。显效:皮损大部分消退,临床症状明显减轻,证候积分减少 $\geq 70\%$ 且 $<95\%$ 。有效:皮损部分消退,临床症状有所改善,证候积分减少 $\geq 50\%$ 且 $<70\%$ 。无效:皮损消退不明显,临床症状未减轻或反而恶化,证候积分减少 $<50\%$ 。

1.6 统计学处理 应用SPSS15.0统计软件。计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,治疗组和对照组间及组内比较采用配对t检验;两组皮损总体疗效比较使用Wilcoxon秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组皮损疗效比较 见表1。两组急性湿疹患者在治疗前皮损积分相当( $P>0.05$ )。治疗后两组患者红斑、丘疹、水疱、渗出、皮损面积较治疗前有所改善( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ )。治疗组疗效优于对照组( $P<0.01$ )。

表1 两组治疗急性湿疹患者皮损影响的比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	红斑	丘疹	水疱	渗出	皮损面积
治疗组 (n=70)	治疗前	2.39±0.39	2.52±0.41	2.48±0.22	2.32±0.23	2.50±0.24
	治疗后	0.42±0.03** <sup>△</sup>	0.32±0.09** <sup>△</sup>	0.19±0.10** <sup>△</sup>	0.10±0.02** <sup>△</sup>	0.30±0.02** <sup>△</sup>
对照组 (n=71)	治疗前	2.41±0.35	2.55±0.34	2.59±0.24	2.04±0.12	2.44±0.15
	治疗后	1.01±0.34*	1.78±0.23*	1.07±0.11*	1.07±0.01*	0.97±0.13*

与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup> $P<0.01$ 。

2.2 两组患者皮肤瘙痒疗效比较 治疗组治疗前后皮肤瘙痒积分分别为(2.36±0.16)分、(0.11±0.03)分,对照组分别为(2.31±0.19)分、(1.10±0.09)分。两组急性湿疹患者在治疗前皮损积分相当( $P>0.05$ )。治疗后,两组患者瘙痒情况较治疗前改善( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ );治疗组疗效优于对照组( $P<0.01$ )。

2.3 两组皮损总体疗效比较 见表2。治疗组总有效(痊愈加显效例数)率高于对照组( $P<0.05$ )。

表2 两组总体疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	71	31	30	9	1	61(85.92) <sup>△</sup>
对照组	70	20	34	14	2	54(77.14)

与对照组比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ 。

2.4 不良反应 对照组有2例患者口服氯雷他定后困倦,继续用药2d后症状消退;治疗组无不良反应发生。

2.5 随访 治愈病例要求随访2周,治疗后2周门诊随访,观察皮损复发情况,评价皮损及瘙痒症状。治疗组痊愈的31例患者中,第1周复发0例,第2周复发1例,对照组复发率为15.00%;治疗组复发率为3.23%。

## 3 讨论

湿疹是皮肤科常见难治性疾病。随着经济发展,环境中致病因素越来越多,皮炎湿疹严重影响人们健康。

湿疹属于中医学“湿疮”范畴,在病因病机上,中医认为湿疮总由禀赋不耐,或因外感风湿热之邪,郁于腠理,致湿热内蕴而发病;或由饮食不节、嗜食辛辣肥甘厚腻,伤及脾胃,脾失健运,致湿热内蕴而发病;或湿热蕴久入血,致使血热内蕴,发于肌肤而致病;久病则耗血伤津,致脾虚血燥而成慢性。故有《外科正宗》认为湿疮大多由于风湿、血热、血燥而成,其有云“血风疮,乃风热、湿热、血热三者交感而生”;纵观历代文献,湿疹患者中血热湿热兼夹较为常见,尤其急性湿疹,血热湿蕴更为常见,而应用凉血祛湿止痒法临床疗效可靠。查阅文献并总结北京中医药大学皮肤科名老中医金起凤教授认为急性湿疹是由湿热之邪阻滞,加之血热生风,在治疗上血热得清,湿热方能得除,效如桴鼓<sup>[5-6]</sup>。笔者借鉴金教授理论,根据临床经验拟定凉血祛湿止痒汤治疗急性湿疹血热内蕴证临床疗效满意<sup>[7]</sup>。本研究以门诊急性湿疹患者为研究对象,用凉血祛湿止痒汤为治疗药物,氯雷他定片为对照药物进行随机对照研究,取得了满意的临床疗效。凉血祛湿止痒汤以水牛角、苦参、白鲜皮为君药以凉血、祛湿、止痒;以生地黄、赤芍、生薏苡仁、白茅根、地肤子、泽兰为臣药,加强滋阴凉血、健脾祛湿止痒功效;牡丹皮、茯苓、甘草为佐使药,进一步凉血健脾祛湿、调和诸药。诸药合用治疗急性湿疹血热湿蕴证,达到血热得清,湿热得除效果。现代研究水牛角水提取物和醇提取物均具有明显的抗炎作用<sup>[8]</sup>;苦参含有苦参碱和氧化苦参碱,具有较好的抗炎止痒效果;白鲜皮含有栲酮单体,具有抗炎,降低毛细血管通透性作用,上述研究结果表明凉血祛湿止痒汤

中君药具有一定的抗炎止痒效果,为本研究提供了药理基础研究证据<sup>[9]</sup>。本研究从患者急性湿疹治疗前后皮损、自觉症状、中医证候等指标变化进行了宏观观察,验证了其临床疗效,下一步工作将从皮损病理和炎症介质方面进行深层次的探讨<sup>[10]</sup>。

#### 参 考 文 献

- [1] 赵辨.临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2009:725.
- [2] 李曰庆.中医外科学[M].2版.北京:中国中医药出版,2007:166-169.
- [3] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(2002年试行版)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:295.
- [4] 中华人民共和国国家标准.中医临床诊疗术语:证候[M].北京:人民卫生出版社,2002:156.
- [5] 杨恩品,黄玉芍,丁保国,等.凉血解毒丸治疗湿疹108例临床疗效观察[J].中国皮肤性病杂志,2000,14(2):124-125.
- [6] 朱明芳,陈晋广,汪海珍,等.凉血消风散治疗亚急性湿疹120例临床观察[J].中医药导报,2011,17(10):35-36.
- [7] 周德瑛,许耀芳.龙蚤清渗汤治疗急性湿疹86例[J].中国中医急症,2001,10(1):23.
- [8] 曹雯,许道龙,吴万哈,等.复方水牛角提取物镇痛、抗炎作用的实验研究[J].药学服务与研究,2011,11(2):103-104.
- [9] 吴伟明,孙忠敏,陈丽,等.苦参不同提取液对慢性湿疹治疗效果的研究[J].中华中医药学刊,2012,30(3):650-651.
- [10] 时东方,宋策,郑梅竹,等.白鲜皮中抗炎有效组分的分离及抗炎活性研究[J].中国现代医学杂志,2012,22(36):21-22.

(收稿日期 2015-01-15)

(上接第 585 页)

痛症状可能与下调血清 IL-1 浓度有关。IL-1 通过将磷脂酶 A2 和环氧合酶作为桥梁,释放炎症介质,不断刺激骨纤维孔周围组织,同时提高了神经纤维对其他致痛物的敏感性,导致临床症状进一步加重。针刺俞募配穴法更可以促进炎性渗出物及致痛因子的循环,促使其尽快排出体外,消除水肿及疼痛。我们利用 Pearson 法发现血清 IL-1 与 McGill 疼痛评分、Oswestry 功能障碍指数均存在正相关关系,通过这一数据变化推测降低机体 IL-1 浓度可能是俞募配穴法治疗快速改善椎间盘源性腰痛患者急性发作的机制之一。

我们有理由相信俞募配穴法确实对椎间盘源性腰痛急性发作患者有产生即刻效应的治疗效果,从而改善患者疼痛。但由于本研究随访时间较短、样本量较少,以期在下阶段增大样本量、延长随访时间,进一步证实俞募配穴法改善椎间盘源性腰痛急性发作患者预后的明确机制,以指导临床治疗。

#### 参 考 文 献

- [1] Bridwell KH, Dewald RL. The testbook of spinal surgery [M]. Lippincott-Raven Publishers, 1997.
- [2] 黄志明.中西医结合治疗 87 例腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].中国临床研究,2012,25(10):1017-1018.
- [3] 夏群.椎间盘源性腰痛的诊断与初步治疗报告[J].中华骨科杂志,2007,27(3):162-166.
- [4] 潘艳霞,刘志顺.俞募配穴的临床特点分析[J].中华中医药杂志,2011,26(4):656-659.
- [5] 李中梓.医宗必读[M].北京:人民卫生出版社,2006:186.
- [6] 周学海.内经评文[M].北京:学苑出版社,2010:24.
- [7] 李梃.医学入门[M].北京:人民卫生出版社,2006:34.
- [8] 沈淋源,陈国胜,林烁辉,等.中西医结合治疗急性发作期腰椎间盘突出症临床观察[J].新中医,2014,46(7):92-93.
- [9] 陈永锋.独活寄生汤配合推拿治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].吉林医学,2011,32(25):5262-5263.

(收稿日期 2015-03-11)

# 熄风祛痰化瘀通络法治疗急性脑梗死疗效观察\*

李振爽<sup>1</sup> 翟宏伟<sup>2</sup> 杨永勤<sup>1</sup> 徐江<sup>1</sup>

(1.山东省新泰市中医院,山东 新泰 271200;2.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)04-0614-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.016

**【摘要】目的** 观察熄风祛痰化瘀通络法治疗急性脑梗死的临床疗效。**方法** 将 110 例急性脑梗死患者随机分为两组,对照组采用抗血小板聚集、改善循环、脑保护剂及对症支持等西医常规治疗,治疗组在对照组基础上加服醒脑通栓丸以熄风祛痰化瘀通络,两组疗程均为 2 个月。**结果** 治疗组临床总有效率为 87.27%,明显高于对照组的 65.45% ( $P < 0.05$ )。治疗组与对照组治疗后临床症状积分分别为(18.06±4.10)分、(26.17±5.21)分,明显低于治疗前的(37.65±7.41)分、(35.94±8.31)分 ( $P < 0.05$ ),两组比较,治疗组症状积分变化优于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗组 TC、TG、LDL-C 较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ),两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组治疗后全血黏度低切、红细胞聚集指数和纤维蛋白原均较治疗前改善 ( $P < 0.05$ );两组比较治疗组改善情况均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后治疗组与对照组 hs-CRP 分别为(3.08±1.47) mg/L、(3.64±0.85) mg/L,两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组临床神经功能缺损程度评分分别为(17.36±3.42)分、(25.91±3.8)分,均较治疗前改善 ( $P < 0.05$ )。两组比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组日常生活能力评分分别为(65.43±4.93)分、(51.62±5.72)分,均较治疗前改善 ( $P < 0.05$ )。两组比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 熄风祛痰化瘀通络法治疗急性脑梗死临床疗效显著。

**【关键词】** 急性脑梗死 熄风祛痰化瘀通络法 醒脑通栓丸 临床疗效

**Evaluation of Curative Effect of Expelling Wind and Removing Phlegm and Blood Stasis and Dredging Collaterals on Acute Cerebral Infarction** LI Zhenshuang, ZHAI Hongwei, YANG Yongqin, et al. *Traditional Chinese Medicine Hospital of Xintai City in Shandong Province, Shandong, Xintai 271200, China*

**【Abstract】Objective:** To observe the clinical effect of expelling wind and removing phlegm and blood stasis and dredging collaterals in the treatment of acute cerebral infarction. **Methods:** 110 cases of acute cerebral infarction were randomly divided into two groups, 55 cases in each group. The control group were given conventional western medicine, while the treatment group Xingnao thrombus pill on the basis of control group. Treatment for 2 months. **Results:** After treatment, the clinical total effective integral of treatment group (87.27%) were superior to the control group (65.45%) ( $P < 0.05$ ). The treatment group and the control group after treatment, blood lipid, blood rheology indexes were significantly different ( $P < 0.05$ ); After treatment, the clinical neurological impairment score, ADL scores of treatment were better than those of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The curative effect of expelling wind and removing phlegm and blood stasis and dredging collaterals in treatment of acute cerebral infarction significantly has good effect.

**【Key words】** Acute cerebral infarction; Extinguish wind and removing phlegm and blood stasis Tongluo; Xingnao through thrombus pill; Clinical efficacy

急性脑梗死具有发病急、病情重、死亡率和致残率高的特点,严重威胁患者生命,影响患者生存质量。为进一步提高该病治疗效果,减轻后遗症的发生,近年来,笔者采用中西医结合疗法,在西医规范化治疗基础上加用熄风祛痰化瘀通络法治疗本病取得了显著的疗效。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例西医诊断急性脑梗死诊断依据 2010 年中国急性缺血性脑卒中诊治指南制定<sup>[1]</sup>。中医诊断标准参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组 1996 年通过的《中风病诊断与疗效评定标准》(试行)<sup>[2]</sup>制定。纳入标准:1)同时符合以上中、西医诊断标准;2)中风病为中经络,符合中医风痰瘀血、痹阻脉络证候诊断标准。分期为急性期者。年龄 34~70 岁,男女均可;3)患者常规行颅脑 CT 或 MRI 检查,确诊为急

\* 基金项目:山东省泰安市科技计划自选课题(20140047)

性脑梗死;4)患者或家属知情接受本临床试验。排除标准:1)短暂性脑缺血发作、脑出血者;2)经检查证实有脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍、风湿性心脏病、冠心病及其他心脏病合并房颤,引起脑梗死者;3)大面积脑梗死,昏迷,不能进食者;4)70岁以上及对本方案中使用的药物过敏者;5)合并有肝、肾、血液系统和内分泌系统等严重原发性疾病及其他预后不良的疾病、精神病患者;6)有上消化道出血等严重合并症者;7)虽符合纳入标准,但治疗依从性差,未按规定用药或治疗疗程不够,无法判断疗效,或资料不全等影响疗效或安全性判断者;8)3个月内参加过其他临床研究者。

1.2 临床资料 选取2012年1月至2014年4月新泰市中医院及泰安市中医二院急性脑梗死患者110例。按随机数字表法随机分为两组。治疗组55例,其中男性29例,女性26例;年龄35~70岁,平均(58.21±6.30)岁。对照组55例,男性30例,女性25例;年龄34~69岁,平均(59.61±6.72)岁。两组患者临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 两组患者均参考《临床治疗指南·神经病学分册》<sup>[3]</sup>进行常规西医治疗。治疗组在此基础上加用醒脑通栓丸。醒脑通栓丸是由新泰市中医院制剂室生产,批准文号:鲁Z09080011。组方:天麻、黄芪、川芎、当归、地龙、葛根、牛膝、三棱、莪术、鸡血藤、天竺黄、桑枝、姜黄、僵蚕、石菖蒲、豨莶草、胆南星、杜仲、续断等19味中药。性状:本品为黄褐色的浓缩水丸,气微香,味辛苦。功效:息风醒脑、补气活血、化痰通络。用量:口服,每次6g,每日3次。用法:用30℃温水100mL送服,呛咳或昏迷患者,将丸药粉碎后加30℃左右温水60mL混合均匀,鼻饲给药,待患者清醒或者呛咳好转时调整为口服,连续服用2个月。两组患者疗程均为2个月。急性期2周内住院观察治疗,2周后,病情稳定后出院,门诊继续随访治疗46d。并做出治疗后的临床评估,记录好相关数据。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状和体征的变化,参考2002年《中药新药治疗中风病临床研究指导原则》制定临床证状评分标准<sup>[4]</sup>。治疗前后对临床神经功能缺损程度评分。治疗前后对两组患者进行常规检查,包括一般体检项目检查;血、尿、便常规检查;肾功能及心电图检查;实验室检查三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白(LDL-C)、高敏C反应蛋白(hs-CRP)水平及血液流变学的变化。治疗后观察两组药物不良,若出现不良反应,应详细记录其临床表现、严重程度,为客观评价安全性提供依据。临床神经功能缺损程度评分参照1995年中华医学会第4次全国脑血管病学术会议修订的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》进行临床评分<sup>[5]</sup>。

1.5 疗效标准 中医疗效判定标准根据积分法判定

中医症状疗效<sup>[6]</sup>标准。显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $>70\%$ 。有效:中医临床症状、体征明显好转,证候积分减少 $>30\%$ 且 $\leq 70\%$ 。无效:中医临床症状、体征无明显改善,证候积分减少 $\leq 30\%$ 。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前总积分 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计分析软件。计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )表示,并对数据采用 $t$ 检验。 $P<0.05$ 具有统计学差异。

## 2 结果

2.1 两组治疗后临床疗效比较 见表1。治疗组临床总有效率为87.27%,明显高于对照组的65.45%( $P<0.05$ )。

表1 两组治疗后临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	55	17	31	7	48(87.27) <sup>△</sup>
对照组	55	9	27	19	36(65.45)

与对照组比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗后临床症状积分比较 结果示治疗组与对照组治疗后临床症状积分分别为(18.06±4.10)分、(26.17±5.21)分,明显低于治疗前的(37.65±7.41)分、(35.94±8.31)分( $P<0.05$ ),两组比较,治疗组症状积分变化优于对照组( $P<0.05$ )。

2.3 两组治疗前后血脂比较 见表2。结果示治疗组TC、TG、LDL-C较治疗前降低( $P<0.05$ ),两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 两组治疗后血脂变化比较(mmol/L,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	TC	TG	LDL-C
治疗组 (n=55)	治疗前	6.52±1.04	2.43±0.92	4.05±0.68
	治疗后	5.19±1.17 <sup>*△</sup>	1.67±1.03 <sup>*△</sup>	3.28±0.59 <sup>*△</sup>
对照组 (n=55)	治疗前	6.49±0.98	2.48±1.14	4.12±0.57
	治疗后	5.73±1.09 <sup>*</sup>	2.25±0.97	3.89±0.76

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

2.4 两组治疗前后血液流变学变化比较 见表3。结果示两组治疗后全血黏度低切、红细胞聚集指数和纤维蛋白原均较治疗前改善( $P<0.05$ );两组比较治疗组改善情况均优于对照组( $P<0.05$ )。

表3 两组治疗前后血液流变学比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	全血黏度高切 (mPa·s)	全血黏度低切 (mPa·s)	血浆黏度 (mPa·s)	红细胞 聚集指数	纤维蛋白原 (g/L)
治疗组 (n=55)	治疗前	7.56±0.83	11.42±2.15	1.82±0.14	11.54±0.92	4.51±0.62
	治疗后	6.48±0.79	9.57±1.89 <sup>△</sup>	1.63±0.09	9.06±0.83 <sup>△</sup>	3.49±0.57 <sup>*△</sup>
对照组 (n=55)	治疗前	7.45±0.79	11.25±2.26	1.75±0.12	11.42±0.79	4.46±0.68
	治疗后	7.25±0.64	10.78±2.09 <sup>*</sup>	1.69±0.08	10.38±0.72 <sup>*</sup>	4.21±0.76 <sup>*</sup>

2.5 两组治疗前后hs-CRP情况比较 结果为治疗组

与对照组治疗前 hs-CRP 分别为 (3.79±1.36) mg/L、(3.82±0.93) mg/L, 无明显差异 ( $P>0.05$ ); 治疗后治疗组与对照组 hs-CRP 分别为 (3.08±1.47) mg/L、(3.64±0.85) mg/L, 两组比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

2.6 两组治疗前后对临床神经功能缺损程度评分的影响 治疗前两组临床神经功能缺损程度评分分别为 (35.27±4.92) 分、(36.28±5.2) 分, 差异无统计学意义 ( $P<0.05$ ); 治疗后两组临床神经功能缺损程度评分分别为 (17.36±3.42) 分、(25.91±3.80) 分, 均较治疗前改善 ( $P<0.05$ )。两组比较, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

2.7 两组治疗前后日常生活能力量表(ADL)评分比较 治疗前两组临床神经功能缺损程度评分分别为 (41.28±5.86) 分、(40.37±6.14) 分, 差异无统计学意义 ( $P<0.05$ ); 治疗后两组临床神经功能缺损程度评分分别为 (65.43±4.93) 分、(51.62±5.72) 分, 均较治疗前改善 ( $P<0.05$ )。两组比较, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

2.8 不良反应分析 治疗组试验过程中未发现明显不良反应, 对照组有 1 人出现左上腹部不适, 经对症处理后缓解, 两组治疗前后均做了血常规、尿常规、肝肾功能及心电图检查, 治疗后未发现明显异常, 表明本药物没有明显不良反应。

### 3 讨论

笔者在多年的临床实践中发现, 痰瘀是中风病发病的基础, 气血逆乱是发病的关键, “夫中风者, 皆因阴阳不调, 脏腑气偏, 荣卫失度, 血气错乱”, 风痰瘀血痹阻脉络是中风病的基本病理环节。中风病病位在脑, 在各种病因作用下, 痰瘀互阻于脑, 脑髓神机受阻, 不能有效驾驭形体, 主司运动失职, 而变生中风诸症。中医学认为, 中风病的发生是由于脏腑经络功能失常, 阴阳失调、气血逆乱所致。脏腑、气血功能失调形成痰浊瘀血, 并成为主要的致病因素, 贯穿于中风病各阶段的始终; 同时痰、瘀作为新的致病因素, 反过来, 又会加重脏腑功能失调和气血津液运行障碍, 导致痰、瘀再生, 推动病情进展。

中风病好发于中老年人, 是因中年以后人之气血渐衰, 脏腑功能失调, 气血津液化生、输布障碍, 致痰瘀的产生, 此时虽有气机失调, 痰、瘀诸邪存于体内, 然机体通过其自身的代偿功能, 尚能维持其升降出入运动的基本形式, 不至于发病。若病情进一步发展, 病理产物不断积累, 由量变到质变, 或在某种诱因作用下, 致气血运行骤然逆乱, 痰、瘀诸邪闭阻络窍致昏仆偏枯则发为本病。可以说纵有痰、瘀等病理产物在体内存在, 若无气血失调, 升降逆乱的始动因素, 中风病亦不会发生。临床发现中风患者大多伴有高血压、糖尿病、高脂血症、血黏度增高, 这些均说明患者体内有痰瘀等病理产物存在, 一旦发生中风, 气血不循常道, 津液运行失

常, 可加速上述病理表现, 导致中风发病。

因此, 我们以息风祛痰、化痰通络为基本原则, 配合益气补肾药, 立意在于标本兼治, 集息风、祛痰、化痰、通络于一体, 兼固气血津液之不足, 培补先后天之本, 使阴阳气血平衡, 中风诸症得消。

醒脑通栓丸由祛风药、化痰药、化痰通络药等组成, 体现熄风、化痰、祛瘀、通络法的综合运用。方中天麻入肝经, 可平肝熄风, 则内风可熄; 制南星化痰祛风, 石菖蒲除湿祛痰开窍, 天竺黄清热化痰; 川芎、当归、姜黄、三棱、莪术、地龙、僵蚕共奏行气活血祛瘀通络之效, 即所谓“治风先治血, 血行风自灭”之意; 桑枝、豨莶草祛风通络; 当归、鸡血藤合用养血和血祛风; 黄芪补气健脾, 以益生痰之源, 如此气贯经脉, 推动血行, 血活则络通; 葛根清热生津止渴, 与当归伍用有养血活血, 生津润脉之效; 牛膝、杜仲、续断补肝肾、强筋骨, 且牛膝可引血下行; 诸药合用则气机顺畅, 风痰得消, 血脉通畅, 瘀去内生, 阴阳平复, 气血循行正常, 经络得通。据现代药理研究, 天麻素通过增加中央和外周动脉血管顺应性、扩张血管、降低外周阻力, 发挥温和的降压作用。天麻素注射液能扩张脑血管、提高脑细胞抗缺氧能力、增加脑血流量、减少脑血管阻力。川芎嗪可迅速透过血脑屏障, 扩张脑血管, 改善微循环, 增加麻醉犬的脑血流量。地龙中所含蚓激酶有防止血栓形成和溶解血栓作用, 是地龙中抗血栓形成作用的主要成分。地龙水煎剂可以明显抑制二磷酸腺苷、花生四烯酸及血小板活化因子诱导的离体大鼠血小板聚集。当归具有较强的抗凝血和抗血栓作用。研究发现, 当归多糖及其硫酸酯可显著延长凝血时间, 缩短出血时间; 显著延长凝血酶时间和活化部分凝血活酶时间, 其抗凝血作用主要是影响内源性凝血系统。同时发现其具有双向性调节作用, 能升高低切全血黏度, 增强红细胞的聚集性, 促进血小板的聚集。三棱水提物能显著延长凝血酶对人纤维蛋白的凝聚时间; 水煎剂能显著抑制血小板聚集, 降低全血黏度; 能明显延长血浆凝血酶时间和白陶土部分凝血时间; 能抗体外血栓形成, 并使血栓时间延长, 血栓长度缩短, 血栓重量减轻, 能使优球蛋白时间缩短。莪术中莪术油对血栓形成的某些阶段有影响, 可对抗由 ADP 和肾上腺素所诱导的血小板凝聚时间的延长, 并认为此作用系由于姜黄素所引起。莪术不同炮制品均有较强的抗血小板聚集及抗凝血作用。方中其他药物天竺黄、豨莶草、鸡血藤经药理研究证实均有抗血栓形成作用。

综上所述, 醒脑通栓丸具有抗血栓形成、扩张血管、改善脑循环、保护脑组织及抗动脉粥样硬化等多环节、多方面的作用。本药物是在中医理论指导下, 结合现代药理研究结果并经临床实践论证的有效治疗脑梗死的药物。本研究结果表明, 醒脑通栓丸治疗急性脑梗

死的相关机制可能包括:(1)调节脂代谢紊乱,降低降低三酰甘油、总胆固醇。(2)降低 hs-CRP 水平,保护血管内皮细胞,从而防治动脉粥样硬化。(3)改善脑部的血液循环,改善血液流变学,降低血液黏稠度、抗血小板聚集,提高组织耐缺氧能力,以减轻脑动脉血管的损伤破坏。(4)有效改善神经功能缺损,提高患者生活能力。本研究证明息风祛痰、化痰通络法对急性脑梗死的治疗具有重要的意义,可改善患者的症状,还可以降低血脂及改善脑循环,延缓病情进展,有效降低脑梗死的发生率及病死率。

#### 参 考 文 献

[1] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊

断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.

- [2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J].中国全科医学,2011,35(6):67.
- [3] 中华医学会.临床诊疗指南神经病学分册[M].北京:人民卫生出版社,2006,12:14-15.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 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,2002:236.

(收稿日期 2015-01-22)

(上接第 572 页)

癫痫未发现严重不良反应。但是,纳入试验的整体质量不高,严重降低了结果的可靠性,因此,需要更多严谨科学的研究设计进一步验证此结果,提供循证医学的最佳证据。

#### 参 考 文 献

- [1] Banerjee PN, Filippi D, Hauser WA. The descriptive epidemiology of epilepsy—a review[J]. Epilepsy Res, 2009, 85: 31-45.
- [2] 李世焯. 中国癫痫预防与控制绿皮书[M]. 北京: 北京大学出版社, 2009: 2.
- [3] 刘仁静, 姜中华, 陈家权. 中西医结合治疗脑梗死后迟发性癫痫的临床研究[J]. 中医临床研究, 2013, 5(5): 14-17.
- [4] 刘仁静. 活血安痫丸治疗脑梗死后癫痫临床研究[J]. 中国中医急症, 2011, 20(7): 1064-1065.
- [5] 范文涛, 王倩. 中西医结合综合治疗方案治疗难治性癫痫临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(9): 102-103.
- [6] 肖亮. 中医辨证联合西医治疗癫痫病疗效分析[J]. 中医临床研究, 2012, 4(10): 17-18.
- [7] 阎金海, 赵会芬, 刘跃钢. 中西医结合治疗成人癫痫患者的临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2012, 10(4): 233-234.
- [8] 庞增园, 于征森, 吴智兵, 等. 中西医结合综合治疗方案治疗癫痫的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2011, 31(4): 42-44.
- [9] 王瑜华, 李丽娟. 复方细辛脑冲剂治疗癫痫强直-阵挛性发作 41 例[J]. 陕西中医, 2008, 29(6): 674-675.
- [10] 杨国荣, 张兆蓬. 中西医结合治疗脑梗死继发癫痫 45 例临床观察[J]. 河北中医, 2007, 29(6): 526-527.
- [11] 郑红, 楼丹华, 杨卫芳. 耳穴压豆联合中药治疗脑卒中后癫痫 30 例临床观察[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(3): 302-303.
- [12] 杨学旺, 陈淳, 朱太平, 等. 中西医结合治疗外伤性癫痫的疗效观察[J]. 中国临床神经外科杂志, 2011, 16(9): 560-561.
- [13] 刘红霞, 殷春萍. 黄芪赤风汤合活络胶囊配合卡马西平治疗脑卒中后迟发性癫痫 60 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6(1): 27-28.

- [14] 杨艳, 苏彦龙, 杨从信. 自拟定痫丸加味治疗特发性癫痫临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2013, 34(12): 29-30.
- [15] 樊永平, 曹静, 丁成云. 羚羊角胶囊治疗癫痫中医临床症状观察[J]. 云南中医学院学报, 2007, 30(4): 41-44.
- [16] 郁大生. 中西医结合治疗外伤性癫痫 30 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 1998, 14(6): 13.
- [17] 董玉琼, 王松龄. 化痰熄风通络方联合西药治疗脑卒中后癫痫 36 例[J]. 中医研究, 2011, 24(9): 31-32.
- [18] 唐晓军, 徐楠. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗脑卒中后迟发性癫痫的临床观察[J]. 光明中医, 2009, 24(11): 2139-2140.
- [19] 陈园桃. 定痫方治疗癫痫病 145 例[J]. 南京中医药大学学报, 1998, 14(4): 246.
- [20] 赵志升. 医痫灵 II 号治疗癫痫 780 例临床疗效观察[J]. 实用医技杂志, 1998, 5(4): 217-218.
- [21] 王智森, 赵献超, 赵正平, 等. 二十五味珊瑚丸治疗癫痫强直-阵挛性发作临床疗效观察[J]. 中西医结合研究, 2013, 5(6): 285-287.
- [22] 宋秋云, 应武江, 董美红. 祛风定痫汤为主治疗癫痫 52 例[J]. 江西中医药, 2010, 4(41): 35-36.
- [23] 李竹梅, 王昭. 自制抗痫方治疗腹型癫痫 35 例[J]. 中国民间疗法, 2009, 17(5): 21.
- [24] 黎敬波. 中医诊断规范化标准体系建立的基础和主要任务[D]. 朱文锋学术思想研讨会暨中医诊断师班 30 周年纪念大会, 2012: 19-20.
- [25] 宋军, 陈可冀. 中医药临床疗效评价若干问题思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 8(23): 564-565.
- [26] 毛兵, 王刚, 樊涛, 等. 中医药随机对照试验报告质量评价[J]. 中国循证医学杂志, 2007, 7(12): 880-887.
- [27] 王泓午. 循证医学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 18-19.
- [28] 刘金民, 江涛, 李得民. 近十年中医药治疗癫痫的系统评价[C]. 全国中医脑病学术研讨会, 2005: 443-451.
- [29] 吴泰相, 刘关键. 隐蔽分组(分配隐藏)和盲法的概念、实施与报告[J]. 中国循证医学杂志, 2007, 7(3): 222-225.

(收稿日期 2015-02-12)

# 三联中医外治法分期治疗膝痹的临床研究\*

詹强 曹畅 周翔 何嘉莹 韩金生 王睿  
(浙江中医药大学附属广兴医院,浙江 杭州 310007)

中图分类号:R255 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0618-04  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.017

**【摘要】目的** 观察三联中医外治法分期治疗膝痹的疗效。**方法** 选取 270 例膝痹患者,按病情分为急性期、缓解期、康复期,每期 90 例,每期分为治疗组、西药组、贴敷组各 30 例。治疗组急性期采用筋舒霜膏摩结合浮针治疗,缓解期采用夹胫推肘牵膝推拿法结合热敷治疗,康复期采用膝关节局部拉伸结合康复训练治疗;西药组采用双氯芬酸钠缓释胶囊口服治疗;贴敷组采用奇正消痛贴治疗,各组连治疗 4 周。治疗前后膝关节骨性关节炎自评量表(WOMAC)及疼痛视觉评分表(VAS)进行疗效评估。**结果** 治疗组膝关节功能评分、VAS 评分显著低于对照组( $P < 0.05$ ),分期治疗组临床疗效总有效率为 93.33%;西药组有效率仅为 80.00%,贴敷组为 75.00%,分期治疗组疗效明显优于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 三联中医外治法能明显提高治疗膝痹治疗的临床疗效。

**【关键词】** 膝痹 三联中医外治法 随机对照试验

**Observation of Curative Effect of Ointment with Massage Treatment On The acute Knee Rheumatism Disease** ZHAN Qiang, CAO Chang, ZHOU Xiang, et al. Guangxing Hospital Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University, Zhejiang, Hangzhou 310007, China

**【Abstract】Objective:** To observe the efficacy of Three-combination TCM external treatment on the knee rheumatism disease. **Methods:** 270 cases of the knee rheumatism disease were divided into acute stage, remission, rehabilitation period according to the condition of disease, 90 cases in each stage, each stage was randomized into a staging treatment group, western medication group, Pain-relieving Paste group, 30 cases in each one. In the staging treatment group, The patients of acute stage were given the Jinshushuang ointment with massage and Superficial needle therapy, The patients of remission were given the Jiajingtuizhouqianxi massage with hot compress treatment. The patients of rehabilitation period were given knee joint local tensile with rehabilitation training. The patients of western medication group were treated with diclofenac sodium sustained of all 3 stage. The patients of Pain-relieving Paste group were given Qizheng Pain-relieving Paste of all 3 stage. After 4 weeks' treatment, Evaluated with western Ontario and McManaster Universities Osteoarthritis Index(WOMAC) and VAS each symptom and sign were compared before and after treatment for patients of every groups. The efficacy were evaluated. **Results:** After the treatment, the scores of staging treatment group were superior to other groups, indicating statistical significant differences ( $P < 0.05$ ), The total effective rate of 93.3% in the staging treatment group was better than 80.0% in the western medication group and 75.0% in the Pain-relieving Paste group with a significant difference of all groups ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** the clinical therapy of Three-combination TCM external treatment on the knee rheumatism disease was reliable. It could be an ideal combination therapy for knee rheumatism disease.

**【Key words】** Knee rheumatism disease; Three-combination TCM external treatment; randomized controlled trial

膝痹属于中医学“痹证”范畴,多因正气不足,外邪乘虚入内,痹阻气血,进而形成脉络闭塞的症状<sup>[1]</sup>。现代医学又称其为膝关节骨性关节炎,是以软骨退行性病变和继发骨质增生为主的慢性退行性骨关节病,临床表现以慢性膝关节疼痛、肿大、僵硬,并多伴有膝关节功能障碍为主<sup>[2]</sup>。笔者采用三联中医外治法分期治疗 270 例膝痹患者,疗效满意。现报告如下。

\* 基金项目:浙江省杭州市科技局重点专科专项项目(20120533Q21)

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准参照美国风湿病协会制定的膝关节骨性关节炎诊断标准<sup>[3]</sup>:1)膝关节疼痛在就诊前 1 个月内  $\geq 14$  d;2) 膝关节活动时有关节摩擦响声;3)X 线摄片示膝关节骨端边缘有骨赘形成;4)膝关节周围肿胀;5)膝关节晨僵  $\leq 30$  min;6)年龄  $\geq 40$  岁。具备 1)、3)或 1)、2)、4)、5)、6)即可诊断。中医疾病诊断标准参照中医药管理局发布之《中医病证诊断疗效

标准》骨痹病进行诊断。分期诊断标准参照2010年国家中医药管理局医政司发布的《22个专业95个病种中医诊疗方案》膝痹早、中、晚期标准制定。1)膝痹急性期。病程在2周之内,临床表现:膝部肿胀、疼痛,局部压痛为主,伴有活动受限,有骨擦音。风、湿、热、瘀等外邪所至膝痹的疼痛各异,中医病机以邪实为主。2)膝痹缓解期。病程在2周至1月之间,临床表现:膝部肿胀不明显,或无肿胀,或肿胀渐消,关节活动较前有明显改善,屈伸幅度增大,骨擦音不明显,局部压痛。中医病机本虚而余邪未尽出。3)膝痹康复期。病程超过1月,临床表现:膝部肿胀消退,关节活动明显改善,以腰膝酸痛为主,伴有全身虚损症状,无骨擦音,伴有肌肉(股四头肌)萎缩。中医病机以本虚为主。

1.2 临床资料 选择2012年9月至2014年10月期间杭州市中医院推拿科门诊和病房、杭州市中医院广兴堂中医门诊部、杭州市中医院山水人家中医门诊部的膝痹患者270例,按照病程分为急性期、缓解期、康复期,每期各90例。将各期的90例患者按照随机数字表法分为治疗组、西药组、贴敷组,每组30例。270例患者中,男性140例,女性130例;年龄49~78岁,平均(54.03±9.54)岁;病程2个月至10年,平均(29.08±8.87)岁。各组患者的一般资料比较差异无统计学意义(均 $P>0.05$ )。见表1。

表1 各组不同分期膝骨关节炎患者一般资料比较

组别	时间	n	男/女(n)	年龄(岁, $\bar{x}\pm s$ )	病程(月, $\bar{x}\pm s$ )
治疗组	急性期	30	17/13	57.0±10.6	28.0±10.5
	缓解期	30	12/18	62.0±9.5	27.0±9.5
	康复期	30	13/17	55.0±8.8	31.0±11.2
西药组	急性期	30	16/14	60.0±9.5	27.0±9.8
	缓解期	30	16/14	63.0±10.1	28.0±8.8
	康复期	30	20/16	56.0±7.8	32.0±12.1
贴敷组	急性期	30	15/15	58.0±7.9	30.0±11
	缓解期	30	18/12	60.0±7.9	29.0±10.2
	康复期	20	15/15	58.0±7.5	29.0±9.9

1.3 治疗方法 治疗组参照予我院特色“夹胫推肘牵膝推拿法”,方法如下。1)患者俯卧位,医者用先以平推法、按揉法整体放松患肢后侧,继以滚法施于离患膝较近的大腿及小腿后侧,来回往返数次,放松紧张的大腿、小腿后群肌。2)患者仰卧位,医者采用平推法、按揉法整体放松患肢前侧,继以滚法施于大腿前侧、外侧和内侧及髌韧带,来回往返数次,以放松股四头肌、髌胫束、髌韧带和内外侧副韧带。3)患者仰靠座位,屈髋屈膝,医者双手手指交叉,双手掌根着于膝关节内外两侧,抱揉膝关节肿胀处、压痛点及相应穴位,以放松髌韧带及内外侧副韧带。4)近端取穴。点按殷门、委阳、

承山、风市、血海、伏兔、梁丘、双膝眼等穴,以酸胀为度)远端取穴。点按昆仑、悬钟、三阴交、太溪、地机、丰隆、环跳、曲池,以酸胀为度。6)补虚培元取穴。点按太溪、太冲、足三里、三阴交、肾俞、肝俞、脾俞、关元、气海。7)夹胫推肘牵膝法。患者仰卧位,患膝屈膝130°~150°,医者用右腋夹持患肢小腿,继以右手从患膝下穿过,左手掌放患膝上方,右手再放于左手肘部,右手推左手肘部,带动膝关节向前运动,右腋部夹持患者小腿往后牵拉。可根据患膝疼痛点不同,作膝关节内外翻扩大膝关节内外间隙。8)结束手法。医者双手持患肢做轻度抖法,继以双手从上到下揉搓患肢肌肉结束。每周治疗5次,7d为1个疗程,治疗4个疗程后统计疗效。分期手法加减,1)急性期手法要点。推拿手法宜柔和,放松软组织手法结合远道按揉取穴为主,推拿时间宜短,适当制动,被动活动幅度不宜过大。配合方法,(1)筋舒霜膏摩。膏摩药膏为作者秘制的筋舒霜制剂,主要由川芎、乳香、没药、当归、附子等药物组成,具有活血化瘀,消肿止痛之功。(2)浮针。患者平卧位,用枕垫患下,让其屈膝约成135°角,以75%酒精进行患处皮肤消毒,在髌骨内、外侧的上、下缘各5cm处,对准髌尖病痛处平刺进针,再行轻柔、有节律的扫散运动,持续5min。取出针芯,胶布固定软管,留针1h,有条件者可留5~10h。2)缓解期手法要点。缓解期为治疗主要时期,在手法治疗同时配合热敷治疗:采用院内制剂温经热敷洗剂(红花、川芎、当归等)局部热敷。用法:取温经热敷洗剂100mL,加入100mL等量水稀释,投入毛巾加热,为避免烫伤患者,加热至40~50℃为宜,用热毛巾敷于患膝,每次20min,可配合用手掌反复推拿、按揉患膝附近的肌肉,每次10min,有条件者可每天热敷2~3次。注意事项:患者有高血压病等心脑血管疾病患者慎用;手法及热敷治疗后嘱患者注意保暖。3)康复期手法要点。选用康复手法结合拉伸手法,(1)患肢股四头肌收缩练习。让患者尽力持续收缩患肢肌肉,然后放松,持续时间以患者能耐受为度,根据患者身体情况是定个性化方案,逐渐增加锻炼强度和次数。(2)患肢直腿抬高练习。患肢抬高至45°时维持数秒钟然后放平休息,持续时间以患者能耐受为度,每日早晚各1次。(3)患肢膝关节被动伸屈练习。医者一手托患膝下部向上用力,一手握患者踝部向下用力,让其被动屈曲膝关节至能耐受的最大角度,持续数分钟停止。此过程要轻柔缓和,不可使用蛮力,以免造成新的损伤。西药组给予双氯芬酸钠缓释胶囊(海南先声药业有限公司生产),100mg口服,每日1次。7d为1个疗程,治疗4个疗程后统计疗效。贴敷组患处贴敷奇正消痛贴(西藏奇正藏药股份有限公司生产)每日1贴,7d为1个疗程,治疗4个疗程后统计疗效。

1.4 评价标准 1)症状改善程度:采用WOMAC骨性

关节炎指数量表<sup>[4]</sup>。2)疗效评定标准:疗效评定采用尼莫地平法<sup>[5]</sup>,疗效指数=[(治疗前评分-治疗后评分)÷治疗前评分]×100%。疗效指数≥80%为临床治愈;疗效指数≥50%,且不足80%为显效;疗效指数≥25%,且不足50%为有效;疗效指数<25%为无效(3)疼痛评价:胸椎小关节紊乱症疼痛疗效评价采用视VAS测量患者治疗前后的主观疼痛标准<sup>[6]</sup>。无痛:视觉量表评分0~1分(不包括1)记0分。轻痛:视觉量表评分1~4分(不包括4)记1分。中痛:视觉量表评分4~7分(不包括7)记2分。重痛:视觉量表评分>7分记3分。

1.5 安全性评价标准 在治疗结束后,评估不良反应并及时做好记录,评估者由不参与治疗的专门医生负责,确保评估的可靠性。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0进行统计,治疗前后各项检查的计量资料组内采用配对t检验,组间采用单因素方差分析。治疗前后临床综合疗效比较采用χ<sup>2</sup>检验。P<0.05为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 各组临床疗效比较 见表2,表3。治疗组有效率为90.00%,西药组为86.67%,贴敷组为80.00%。两两比较差异有统计学意义(P<0.05)。说明治疗组优于其余2组。其余各期3组也采用同样方法比较,治疗组均优于其余2组(P<0.05)。

表2 各组膝痹患者临床疗效比较(n)

组别	时间	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	急性期	30	15	10	2	3	27(90.00)* <sup>△</sup>
	缓解期	30	16	6	6	2	28(93.33)
	康复期	30	20	6	3	1	29(96.67)
西药组	急性期	30	11	8	7	4	26(86.67)
	缓解期	30	9	8	7	6	24(80.00)
	康复期	30	10	6	6	8	22(73.33)
贴敷组	急性期	30	10	8	6	6	24(80.00)
	缓解期	30	10	3	10	7	23(76.67)
	康复期	30	8	8	5	9	21(70.00)

与西药组同期比较,\*P<0.05;与贴敷组同期比较,<sup>△</sup>P<0.05。下同。

表3 3种疗法3期总疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	90	51	22	11	6	(93.33) <sup>△</sup>
西药组	90	30	22	20	18	(80.00)
贴敷组	90	28	19	21	22	(75.56)

2.2 各组VAS评分比较 见表4。急性期治疗组在治疗结束后与治疗前总积分差值明显高于其余2组,经统计学分析有统计学差异(P<0.05),说明治疗组优于其余2组。其余各期也采用同样方法比较,治疗组均优于其余2组。

表4 各组膝痹患者VAS评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	n	治疗前	治疗后
治疗组	急性期	30	3.22±0.35	0.63±0.26 <sup>△</sup>
	缓解期	30	3.21±0.42	0.72±0.23
	康复期	30	3.76±0.42	0.93±0.29
西药组	急性期	30	3.63±0.56	1.59±0.19
	缓解期	30	3.86±0.37	2.39±0.28
	康复期	30	3.88±0.32	2.02±0.26
贴敷组	急性期	30	4.01±0.47	2.05±0.36
	缓解期	30	3.78±0.51	2.57±0.47
	康复期	30	3.34±0.29	2.73±0.20

2.3 各组不良事件发生比较 见表5。治疗组偶有出现头痛、眩晕不适,而西药组不良反映最多,贴敷组易出现皮肤过敏反应。

表5 各组不良反应比较(n)

组别	n	恶心	胃痛	眩晕	头痛	皮肤过敏
治疗组	90	0	0	2	1	0 <sup>△</sup>
西药组	90	10	12	5	8	3
贴敷组	90	0	0	0	0	8

## 3 讨论

中医学认为本病发病不外乎内外两方面,内因多由年老体弱、肝肾不足致筋骨经脉失养;外因多是感受外邪(风、寒、湿、热等),客于经脉、留于关节经脉,气血闭阻;或劳伤耗气,筋肉失养<sup>[7]</sup>。正虚卫外不固,外邪乘虚而入,导致本病发生<sup>[8]</sup>。目前治疗手段中,西医在早期多以消炎镇痛、激素等药物以及关节腔注射等治疗,晚期患者则建议膝关节置手术。但各种治疗有不少副作用,非甾体抗炎药胃肠道反应,糖皮质激素长期大剂量应用会对软骨细胞产生毒性作用、玻璃酸钠膝关节腔内注射亦有不同程度的不良反应。特别近年推广的膝关节置手术,因各种原因适应症扩大,给许多患者带来不必要的身体伤害和经济压力。

三联外治疗法是在我院多年治疗基础上的经验总结,结合推拿、针灸、药物外敷等多种疗法,特别是对疾病进行分期并明确不同时期的治疗要点,整体疗效明显提高。1)急性期患者由于长期的关节退化,关节软骨面有效的负重面积锐减,而骨小梁的单位面积压力骤升,导致代偿性骨质增生。退变的膝关节和骨赘短期内刺激周围的软组织,使附近软组织及髌下脂肪垫炎性水肿发病。因此临床出现膝部肿胀、疼痛,活动受限,骨擦音,压痛的表现。因此我们在局部选用膏摩手法为主,筋舒霜中的当归、川芎、乳香、没药等多种药材可以减轻膝周微血管渗出,减轻炎症介质分泌,促进炎症消除,明显的改善炎症局部的微循环障碍。轻柔的膏摩

手法促进药效透皮吸收,加速新陈代谢,消除组织水肿<sup>[9]</sup>。疼痛明显并有肌肉痉挛的患者配合应用浮针,浮针扫散改变皮下液晶态的疏松结缔组织的空间构型变化,在压电效应下释放出生物电,当生物电传达到患处时,产生反压电效应,改变细胞的离子通道而即刻镇痛<sup>[10]</sup>。2)缓解期患者由于关节退化、关节间隙变窄,破坏了膝关节的生物力学平衡,使负重线发生变化,股胫关节及髌股关节面的受力异常,膝关节持久处于屈曲状态,引起附于关节周围软组织长期损伤,特别会引起股后侧肌群的挛缩。这一时期我们采用我院特色手法“夹胫推肘牵膝推拿法”,前期研究证实,该手法通过膝部拉伸扩大膝关节间隙,改善胫股角,提高关节稳定性,重新恢复膝关节的生物力学平衡<sup>[11-12]</sup>。配合热敷疗法通过温热、药效的协同作用,可松弛肌痉挛、通络止痛,加速循环,促进新陈代谢、加快代谢产物的清除,热效还能促使皮肤毛孔扩张,药物透皮吸收。3)康复期患者肝肾亏虚、气血不足,终致筋脉关节痿痹,屈伸不利,治疗当调肝肾固其本,祛邪愈其标。笔者采用主穴与配穴相结合,肝俞、脾俞、肾俞滋补肝肾精血,足三里、阴陵泉健运中焦,渗湿化痰,使正气存内,不受邪干。关元、气海可益气补虚、补虚培元。配合康复运动不仅可以恢复肌肉关节功能,还可以减轻疼痛:肌肉运动激活了抑制疼痛的 $\beta$ -内啡呔系统的反应性所致;中枢神经系统的感觉输入和闸门控制对疼痛的调节发生了改变所致<sup>[13]</sup>。康复训练要适时、适度、适量进行,根据患膝情况进行调整,切不可千篇一律。

在总体治疗中,三联疗法贯穿中医“阴平阳秘”的思想,即让不平衡的机体重新达到平衡状态,并不一定是消除疾病,而是通过手法改善疾病所带来的症状。此外,治病必求于本,在治疗过程中,应指导患者避免增加关节负荷的动作,病情严重者,行走时可使用拐杖。让患者了解疾病发生、发展规律配合心理疏导,帮助其解除对疾病的恐惧,积极配合治疗。

部分患者治疗后虽然理化检查改善不明显,但因该方案可重新恢复患者膝部生物力学及患者自身阴阳

气血平衡,进而明显缓解临床症状。该病不同时期治疗侧重点适当调整,分期论治对于该病针对性更强。从试验结果可看出,分期治疗组疗效更好,与对照组比较差异显著。我们在前期工作中也进行了多家医院的推广,证实该治疗方法安全简便且疗效确切,适合进一步推广。

#### 参 考 文 献

- [1] 李皓如. 金乌骨通胶囊联合中药熏蒸治疗膝关节骨性关节炎的临床研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2014, 4(16).
- [2] 高仰来, 姚军汉, 郭军雄. 火针刺骨法配合拔罐推拿治疗膝关节骨性关节炎临床观察[J]. 中国针灸, 2013, 8(33): 697.
- [3] 付慕勇, 张智龙. 辨证取穴针刺治疗膝关节骨性关节炎随机对照研究[J]. 中国针灸, 2011, 12(31): 1062-1066.
- [4] Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, et al. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee[J]. J Rheumatol, 1988, 15(12): 1933-1840.
- [5] 赵丹江. 针灸治疗膝骨性关节炎的治法综述[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(8): 76-77.
- [6] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 177-178.
- [7] 高仰来, 姚军汉, 郭军雄. 火针刺骨法配合拔罐推拿治疗膝关节骨性关节炎临床观察[J]. 中国针灸, 2013, 8(33): 697.
- [8] 续龙, 井蕾, 贺琨, 等. 针刺配合艾灸治疗膝关节骨性关节炎随机对照研究[J]. 中国针灸, 2013, 10(33): 871.
- [9] 詹强, 韩金生. 筋舒霜膏摩疗法镇痛作用的实验研究[J]. 中国中医药科技, 2009, 6(16): 448.
- [10] 范刚启, 符仲华, 曹树平, 等. 浮针疗法及其对针灸学发展的启示[J]. 中国针灸, 2005, 10(25): 733.
- [11] 詹强, 唐君. 夹胫推肘牵膝推拿法对膝骨性关节炎实验兔胫股角的影响[J]. 中国中医药科技, 2012, 3(31): 封底.
- [12] 唐君, 詹强. 夹胫推肘牵膝推拿法对膝骨性关节炎膝关间隙的影响[J]. 中国医药导报, 2013, 10(30): 20.
- [13] 孙亚楠. 李志道教授治疗膝关节骨性关节炎经验[J]. 中国针灸, 2012, 11(22): 1035-1037.

(收稿日期 2015-01-03)

(上接第 610 页)

障碍,故临床中可有效减少高血压脑出血后遗症的发生。

#### 参 考 文 献

- [1] 朱青霞, 崔红生, 苗增欣. 清热化痰通腑在治疗早期出血性中风中的应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(11): 869.
- [2] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [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] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断

要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.

- [5] 全国第 4 届脑血管病会议通过. 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): 381.
- [6] 王国良. ABC 法测定脑内出血量[J]. 国外医学: 脑血管病分册, 1997, 5(1): 47.
- [7] 唐宇平. 大黄改善急性脑出血大鼠血脑屏障损伤的水通道蛋白机理研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(2): 152-156.

(收稿日期 2014-12-30)

# 437例广州居民中医体质与高脂血症关系初探\*

张静<sup>△</sup> 唐毅 黄思斯 周莺

(广东省广州市天河区棠下街社区卫生服务中心,广东 广州 510600)

中图分类号:R589.2 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0622-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.018

**【摘要】目的** 通过对广州市棠下街社区卫生服务中心所服务的9个辖区的437例血脂异常患者进行中医体质调查,探讨社区高脂血症患者的体质类型特点,为发挥中医“治未病”优势提供理论依据。**方法** 对437例患者采用临床流行病学的方法,将其中有高脂血症的患者238例作为观察组,无脂代谢异常的患者199例作为对照组,采用 $\chi^2$ 检验分析体质因素与高脂血症患病的关系。**结果** 调查显示痰湿质、气虚质、湿热质是最常出现的3种体质。观察组、对照组体质类型分布差异有统计学意义,观察组中痰湿质、气虚质、阳虚质、平和质4种体质与对照组不同,且差异有统计学意义(均 $P<0.05$ )。**结论** 痰湿质与气虚质可能是高脂血症患者的危险因素,可以考虑作为预防和治疗高脂血症的关键。

**【关键词】** 高脂血症 中医体质 痰湿质

**Investigation of Relationship Between Hyperlipidemia and Chinese Medicine constitution in 437 Cases of Guangzhou** ZHANG Jing, TAMG Yi, HUANG Sisi, et al. TangXia Community Health Service Centre of Tian-He District in GuangZhou, Guangdong, GuangZhou 510600, China

**【Abstract】Objective:** To comprehend the characters of constitutions in the population of different characteristic through a survey of the Chinese Medicine Constitution in the Tang Xia Community, which provided the Theoretical basis for the supporting and application of constitution theory in health management. **Methods:** 238 cases of hyperlipidemia were collected as an observation group and 199 cases of normal lipid metabolism as a control group. In light of Classification and Critical Table of Constitution in Chinese Medicine, the constitution types were judged and their distribution was observed. Chi-square test was applied to analyze the relationship between the constitution factors on hyperlipidemia. **Results:** The main constitution types were phlegm damp constitution, qi deficiency constitution, dampness heat constitution. The difference in the distribution of the constitution types was significant statistically between the observation group and the control group. In the observation group, the percentages of 4 constitution types, phlegm damp constitution, named qi deficiency constitution, yang deficiency constitution, neutral constitution, and were different significantly in statistics as compared with those in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The phlegm damp and qi deficiency constitutions may be the risk factors of hyperlipidemia, and it's of great value to adjust the pathological constitution and improve the health.

**【Key words】** Hyperlipidemia; Chinese Medicine Constitution; Phlegm Damp Constitution

高脂血症(Hyperlipidemia)是各种原因导致的血浆中胆固醇或三酰甘油(TG)水平升高的一种疾病,该病的发生与冠心病、脑血管疾病的发病率有直接相关性。随着社会经济的快速发展及人民生活水平的不断提高,健康意识的滞后与饮食习惯、运动方式的不合理,导致高脂血症人群呈逐年增长趋势,随之而来的是心脑血管疾病及糖尿病的发病率不断升高。为了丰富高脂血症干预新方法,探索高脂血症防控最佳方式,本中心于2012年对广州市棠下街社区卫生服务中心

辖区内高脂血症进行流行特征的调查,这次调查以中医体质辨识为主导,旨在探讨高脂血症的中医体质特点,明确高脂血症发生的中医体质特点,为指导临床提供理论依据。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:参照2007年《中国成人血脂异常防治指南》中的规定。在正常饮食情况下,检测满足下列4条中的1条或1条以上即可入选:1)血清总胆固醇(TC) $>5.18$  mmol/L(200 mg/dL);2)三酰甘油(TG) $>1.7$  mmol/L(150 mg/dL);(3)高密度脂蛋白(HDL-C) $<1.04$  mmol/L(40 mg/dL);(4)低密度脂蛋白

\*基金项目:广东省广州市天河区科技计划项目(No.201209KW004)  
<sup>△</sup>通信作者(电子邮箱:273545571@qq.com)

(LDL-C)>3.37 mmol/L(130 mg/dL)。中医体质判定标准:参照《中医体质分类与判定》标准分为9种体质,即平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质。

1.2 调查对象 本次调查采用随机、分层、整群的方法,对棠下街社区卫生服务中心管辖内常住的35~60岁437例进行医学体检及中医体质分型,本次调查中登记的新诊断和已确诊的高脂血症患者共计238例,男性79例,女性159例;平均年龄(50.62±7.52)岁。对照组199例,男性56例,女性143例;平均年龄(48.13±9.85)岁。两组患者性别、年龄比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),且均为广州市常住居民,饮食、生活习惯相似。参与人员全部经过培训,调查、体检、随访过程中严格质量控制,中医体质类型判定由经过培训的执业中医师完成。

1.3 统计学处理 应用SPSS13.0统计软件。不同中医体质人群的分布情况比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计意义。

## 2 结果

观察组中医体质类型分布由高到低依次为痰湿质、气虚质、湿热质、阳虚质、气郁质、平和质、血瘀质、阴虚质、特禀质。对照组中医体质类型分布由高到低依次为平和质、阴虚质和气郁质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气虚质、特禀质、阳虚质。两组中痰湿体质占比均较高。观察组痰湿质、气虚质、阳虚质、平和质与对照组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),其他物种体质两组间差异无统计学意义( $P>0.05$ )。痰湿质、气虚质在观察组分布比例明显高于对照组这两种体质分布比例;而阳虚质、平和质在观察组分布比例明显低于对照组这两种体质分布比例( $P<0.05$ )。见表1。

表1 两组中医体质类型分布比较  $n(\%)$

分组	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	痰湿质	湿热质	气郁质	血瘀质	特禀质
观察组	20(8.40)	43(18.10)	29(12.20)	15(6.30)	53(22.30)	30(12.60)	22(9.20)	17(7.10)	9(3.80)
对照组	30(15.10)	18(9.00)	14(7.00)	27(13.60)	24(12.10)	23(11.60)	27(13.60)	21(10.60)	15(7.50)
合计	50(11.40)	61(14.00)	43(9.80)	42(9.60)	77(17.60)	53(12.10)	49(11.20)	38(8.70)	24(5.50)

## 3 讨论

中医体质的概念可追溯至《内经》时代,《灵枢·寿夭刚柔》云“人之生也,有刚有柔,有强有弱,有短有长,有阴有阳”,就指出人的先天禀赋造就体质的差异。清代叶天士、华帕云开始直接用“体质”。现代学者认为:体质是人类在生长、发育过程中所形成的与自然环境相适应的人体特征<sup>[1]</sup>。而疾病的发生也是由体质偏颇导致,通过调理体质则可达到防治疾病的目的。

笔者采用中医体质辨识,对社区高脂血症患者进行体质分类,发现痰湿体质之人占比例最多,这与陈爱玲等<sup>[2]</sup>对1895例北京朝阳区垂杨柳社区人员的中医体质调查得出的结果不谋而合,1895例被调查者中,高脂血症患者116例:痰湿型48(41.38%),气阴两虚型26(22.41%),阴虚型22(18.97%),瘀血12(10.34%),肝郁型5(4.31%),阳虚型3(2.59%)。现代研究也表明<sup>[3]</sup>,高脂血症痰湿内阻型痰湿的生成与血中脂质水平增高脂质代谢紊乱密切相关,血脂升高,可视为血中痰湿的微观显现,血中脂膏生成输布代谢异常可致病。

气虚型体质之人在临床上以倦怠乏力为主要体质特征,多为先天不足、后天失养或劳累过度,气、血、津液的气化、运行、输布失常,导致水湿停滞,膏脂积而不化,浊脂为患<sup>[4]</sup>,形成高脂血。王迎<sup>[5]</sup>认为气虚质、阴虚质是老年性高脂血症发生的主要因素。王智玉<sup>[6]</sup>选择高脂血症的患者342例作为观察组,与正常对照组279例对比,结果显示观察组中平和质、痰湿质、阴虚质、气虚质4种体质所占的比例与对照组不同,差异有统计学意义,且气虚质、痰湿质与高脂血症的患病呈正相关,推导出气虚质与痰湿质最有可能是血脂异常的危险因素。

《素问·奇病论》曰“甘者令人中满,肥者令人内热”,广东省水产丰富,人们多喜食肉及甘甜饮食,且地理环境容易滋生痰湿,长期饮食肥甘厚味,则为脾胃酝酿痰湿提供了条件,故痰湿出现频率较高;而广东生活节奏较快,工作压力大,运动量较少等因素均可导致体质偏气虚。中医学“治未病”思想从宏观、整体的角度看待人体,强调预防干预,已广泛为医务工作者所关注。本研究结果提示,广东居民中具有痰湿与气虚体质的人是预防高脂血症的重点监测人群,尽早进行针对性的干预,有利于疾病的预防。

## 参考文献

- [1] 王疏. 中医体质学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2005:56-123.
- [2] 陈爱玲,赵兰才,阮金玉,等. 1895例北京市社区居民生活方式对体质影响的调查分析[J]. 中医药导报,2010,16(增),24-16;
- [3] 郭建彪,石岩. 浅析痰瘀毒与代谢综合征[C]. 沈阳:第12届全国中医糖尿病大会论文汇编,2010:296-298;
- [4] 王智玉. 浅析高脂血症与中医体质的相关性[J]. 世界中西医结合杂志,2012,7(7):604-606.
- [5] 贺铁豪. 血脂康胶囊治疗高脂血症气虚痰淤证50例疗效观察[J]. 广西医科大学学报,2005,22(4):575-576.
- [6] 王迎. 老年高脂血症中医体质分型与血脂指标的相关性研究[D]. 南京:南京中医药大学,2012.

(收稿日期 2015-01-05)

# 方邦江教授针药结合治疗肺胀病的学术思想\*

陈燕琼 杨 婕 俞志刚 戴彦成 指导 方邦江  
(上海中医药大学附属龙华医院, 上海 200032)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)04-0624-03  
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.019

【关键词】 肺胀 学术思想 方邦江

肺胀是多种慢性肺系统疾患反复发作迁延不愈, 导致肺气胀满, 不能敛降的一种疾病。临床多表现为胸部膨满、胀闷如塞、咳喘上气、痰多、烦躁、心悸, 日久则见面色晦暗, 或唇甲紫绀、脘腹胀满、肢体浮肿甚或喘脱等危重症候, 相当于西医慢性阻塞性肺疾病(COPD)和肺源性心脏病的总称。COPD是一种可以预防和治疗的疾病, 主要累及肺部, 也可引起肺外器官的损害, 其高致残率、致死率使 COPD 已成为中国第四大疾病死亡原因<sup>[1]</sup>。慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)指患者短期内出现咳嗽、咯痰、气短和(或)喘息加重, 痰量增多, 呈脓性或黏液性, 可伴发热等炎症明显加重的表现。肺源性心脏病又称肺心病, 是由肺组织、肺动脉血管或胸廓慢性病变引起肺组织结构和功能异常, 致肺血管阻力增加, 肺动脉压力增高, 使右心扩张、肥大, 伴或不伴有右心衰竭的心脏病, 老年肺心病大多是从慢阻肺发展而来。该病治疗期间多选择提高支气管扩张剂剂量或联合用药, 但多于3种药物联合治疗往往显著降低患者生活质量, 尤其长期应用茶碱类药物和大剂量 $\beta$ 受体激动剂者更为明显<sup>[2]</sup>。中西医结合治疗 AECOPD 疗效确切, 并为临床和实验研究所证实<sup>[3-4]</sup>。

上海中医药大学附属龙华医院急诊科主任方邦江教授从事中西医结合治疗急危重症临床与基础研究30余年, 目前担任世界中医药学会联合会急症专业委员会会长、中华中医药学会急诊分会副主任委员、上海中医药学会急诊分会主任委员, 在中医药治疗急危重症方面积累了丰富的经验, 尤其对各类呼吸道疾病的中医综合治疗有独到的见解, 笔者有幸侍诊左右, 现将方师针药结合辨治肺胀病的经验, 总结如下。

## 1 以宽胸理肺立法, 化痰平喘兼祛瘀

“肺胀”为本虚标实之证, 临床分为痰浊壅肺、痰热郁肺、阳虚水泛、肺肾气虚、痰蒙神窍等五种证型。方师

认为肺胀患者以中老年多见, 肺气虚弱, 迁延久病, 故致肺气壅阻、痰浊潴留, 故临证以痰浊壅肺证多见, 证见咳嗽喘息, 咯唾痰涎, 量多色白, 胸肋膨满, 气短不得卧, 心胸憋闷<sup>[5-6]</sup>。《灵枢·胀论》有云“肺胀者, 虚满而喘咳”;《金匱要略》云“隔间支饮, 其人喘满, 心下痞坚, 面色薰黑……”, 又云“咳而上气, 此为肺胀, 其人喘, 目为脱状”, “上气喘而躁者属肺胀”, 都形象描述了肺胀的表现。方师认为该病以“痰浊、水饮、瘀血”等病理因素错杂为标, 以心肺脾肾虚损为本, 痰浊、水饮、瘀血既为病理产物, 又互为致病因素, 多因肺脏气机失调为先, 气滞则血瘀, 气滞则推动无力, 津聚为痰, 导致痰、饮、瘀互结为病, 并可因痰致瘀、互相交结。该病急性发作时主要以痰多、喘促、气急等标实为主, 根据“急则治其标”的原则, 治疗上应以理肺、化痰、祛瘀立法, 以古方瓜蒌薤白半夏汤、二陈汤和三拗汤化裁加减, 拟宽胸理肺汤<sup>[7-8]</sup>: 全瓜蒌 30 g, 制半夏 15 g, 薤白 12 g, 陈皮 12 g, 茯苓 15 g, 炙麻黄 9 g, 杏仁 12 g, 桃仁 9 g, 地龙 9 g, 甘草 6 g。以此为基本方, 随症加减治疗肺胀病, 疗效显著, 现已为中管局诊疗规范指南选用方剂<sup>[9]</sup>。

宽胸理肺汤中的瓜蒌薤白半夏汤祛痰散结、理气宽胸, 此处用之以涤痰行水, 对痰湿水饮壅肺, 气机不畅所致的诸症疗效佳; 三拗汤开宣肺气, 降逆平喘; 二陈汤则燥湿化痰, 三方合用, 共奏宣肺平喘、祛痰化痰之效。方中重用全瓜蒌为君, 清热化痰、润肠通便; 薤白、半夏与全瓜蒌合用宽胸涤痰; 茯苓淡渗利湿, 为健脾利湿要品, 与陈皮、半夏合用, 可绝生痰之源; 麻黄配杏仁, 麻黄味辛, 主升主宣, 杏仁味苦, 可降利肺气, 两药辛开苦降, 宣降平喘、调和肺气, 协助麻黄降肺气之逆以平喘, 宣肺卫之郁以逐邪; 桃仁、地龙清肺定喘, 逐瘀化痰。诸药合用, 共奏宽胸理肺、化痰祛瘀之效。临床研究证实, 对于肺胀病患者, 在常规治疗基础上加服宽胸理肺汤, 能够显著改善临床症状, 而且能在短期内有效地提高血氧分压, 纠正组织缺氧状态, 改善二氧化碳潴留, 并促进肺功能恢复<sup>[8]</sup>。

\* 基金项目: 国家中医药管理局重点临床专科建设项目

## 2 阳明立法, 针灸治疗肺胀病

肺胀病者久咳伤气, 肺叶枯萎不荣, 痿弱不用。如《黄帝内经太素·五脏痿·卷二十五》云“阳明胃脉, 胃主水谷, 流出血气, 以资五脏六腑, 如海之资”, 脾为后天之本, 为“气血生化之源”、“五脏六腑之海”, 生命活动均有赖于脾胃摄入的营养物质, 且脾胃位于中焦, 气机升降之枢, 从五行来看, 脾为肺母, 脾胃在肺脏相关疾病的发展过程和治疗中均有重要作用。诚如《素问·太阴阳明论》云“四肢皆禀气于胃, 而不得至经, 必因于脾, 乃得禀也”。《素问·经脉别论》言“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺”。晋代皇甫谧提倡针灸治疗肺胀, 在《针灸甲乙经·五脏六腑胀》曰“肺胀者, 肺俞主之, 亦取太渊”。如此“补虚泻实, 神归其室, 久塞其空”, 则肺胀可愈。基于此, 方师提出肺胀病者, 可运用调阳明补脾运脾法进行治疗, 取其健脾益气、止咳平喘之功效, 是对“治痿独取阳明”之意的发挥<sup>[8,10]</sup>。

一方面, 脾为肺之母, 维持肺主气, 司呼吸的生理功能所需的谷精、谷气与津液, 均来自中焦脾胃。只有脾气健运, 水谷精微才可上输于肺, 肺得其所养, 才能正常主气, 司呼吸, 而不致咳、喘; 另一方面, 脾运化水液, 若脾失健运, 水液不化, 聚湿生痰, 痰随气升, 上输于肺, 则肺失宣降, 故其标在肺, 其本在脾, 故有“脾为生痰之源, 肺为贮痰之器”之说。故在肺纤维化的治疗中, 宜调补脾胃, 中焦脾胃生理功能正常, 则精血津液充盈, 肺体得养, 肺痿得愈。

方师主张治疗肺胀病时取穴“阳明”, 其义有四: 1) 脾为生痰之源, 脾气健运以绝生痰之源; 2) 脾为肺之母, 脾旺则金有所养; 3) 脾为后天之本, 脾气健运为清热化痰、宣肺平喘、行气活血等祛邪治疗提供保障; 4) 护胃以防清热化痰寒凉伤胃。方师平日主张应用穴位针刺和穴位敷贴, 从阳明法治疗肺胀病。脾胃同居于中焦, 互为表里, 生理和病理上均密切相关。方师阳明法取穴为: 足阳明胃经的足三里、丰隆, 可用补法; 脾之大络之大包、足太阴脾经阴陵泉等, 可平补、平泻。穴位敷贴则是将白芥子、川椒目、全蝎研末, 姜汁调拌后, 掺入冰片, 敷于肺俞、天突, 以透表达里, 宣肺肃气, 并通过穴位处皮肤牵缩及瘢痕, 可起到长期刺激, 发挥了透表达里、宣肃肺气之功效, 从而达到呼吸肌得以补益和滋养, 提高腹部呼吸肌的质量和力量, 使精气重新得以传输到肺, 调整机体细胞免疫和体液免疫的作用, 改善肺功能<sup>[11]</sup>, 如此咳喘症状自可消除。

## 3 内外合治, 通腑泻肺

无创正压通气(BiPAP), 目前已成为 COPD 并呼吸衰竭患者治疗的重要措施之一, 然而其不能完美解决痰液引流问题以及胃肠胀气等副作用使其应用受限。方师基于“肺与大肠相表里”, 提出暴喘是由于肺

气因虚而痹郁于内, 失于宣肃, 以致大肠传导失司, 进而出现腹胀甚至便秘, 同时大肠失于传化影响肺气宣发, 以致恶性循环。故立泻肺通腑汤(组方为黄芩 15 g, 全瓜蒌 15 g, 枳实 15 g, 大黄 9 g, 陈皮 9 g, 金银花 30 g, 蒲公英 30 g)灌肠与 BiPAP 共同治疗肺胀, 可降低无创通气过程中的正压力, 减少腹胀, 缩短肺部感染控制时间及机械通气时间<sup>[12]</sup>。方中全瓜蒌、黄芩清热化痰, 金银花、蒲公英清热解毒, 大黄、枳实、陈皮通腑理气, 如《药品化义》云“条芩体重主降, 专泻大肠下焦之火, 主治大便闭结……以其能清大肠也”; 《药性类明》指出“栝楼仁, 昔人谓通肺中郁热, 又言其能降气者”; 金银花、蒲公英善于化毒, 后者还可清肺, 利嗽化痰; 大黄苦寒, 长于通下, 泻热通肠, 现代药理研究发现大黄可改善微循环, 抗病原微生物, 抑制肠内细菌易位, 阻肠内内毒素入血; 枳实药性专消导。方师强调该方灌肠而非口服, 主要考虑到以下问题: BiPAP 呼吸机的应用, 胃肠胀气难免; AECOPD 患者刚入院时全身炎症反应综合征的发病率在 71.42%~76.5%, 肠黏膜屏障受损致肠麻痹; 患者多存在胃肠瘀血情况, 消化功能欠佳; 无创正压通气带口鼻面罩, 药物口服依从性差<sup>[12]</sup>。

## 4 病案举隅

病案 1: 患者赵某, 男性, 84 岁, 2013 年 11 月 21 日因“活动后喘促 10 余年, 加重 3 d”入院。既往慢性阻塞性肺疾病病史 10 余年, 平素受寒、劳累后常发气喘, 近 3 d 来, 因天气变化, 又发咳喘气促, 自觉吸气困难, 不能平卧, 咯大量白色泡沫痰, 夜不能寐。血压 128/80 mmHg, 呼吸: 26 次/min, 心率: 82 次/min, 律齐, 未及杂音, 桶状胸, 双下肺可及少量湿罗音, 双下肢水肿。肺功能示肺通气功能减退; 血气分析示 pH 7.34, PaO<sub>2</sub> 53 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 72 mmHg, SaO<sub>2</sub> 86%。经西医抗炎、平喘化痰治疗及 BiPAP 辅助通气, 患者气促稍有好转, 夜间偶有气促不能平卧。刻诊: 短气息促, 动则尤甚, 难以平卧, 痰多易咯, 泡沫状, 纳欠佳, 腹胀, 大便 3 d 一行, 干涩难解, 小便频数, 寐欠佳。舌淡胖, 苔白腻, 脉弦滑。方师断其为肺胀之痰浊阻肺, 治拟宽胸理肺、祛瘀化痰, 处方如下: 瓜蒌皮 18 g, 瓜蒌仁 12 g, 法半夏 12 g, 薤白 12 g, 炙麻黄 9 g, 杏仁 12 g, 桃仁 9 g, 枳实 15 g, 地龙 9 g, 茯苓 15 g, 陈皮 9 g, 甘草 6 g。浓煎 200 mL, 每日 1 剂, 早晚 2 次, 饭后温服。针灸取穴: 膻中、肺俞、天突、足三里、丰隆。膻中为气会, 针刺膻中、肺俞宣肃肺气, 理气降逆; 天突乃阴维、任脉之会, 针刺可调气平喘; 加足三里、丰隆以健脾益气, 祛化痰浊。5 d 后气喘明显好转, 夜寐已安, 然自觉腹胀, 大便四日未解, 故原方加黄芩 15 g, 厚朴 6 g, 大黄 6 g, 续服 7 剂后, 好转。

病案 2: 患者于某, 男性, 76 岁, 2014 年 1 月 3 日

# 赵振利主任补肾活血法治疗冠心病的经验\*

马绍波

(辽宁省辽阳市中医医院, 辽宁 辽阳 111000)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0626-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.020

【关键词】 冠心病 专家临床经验 赵振利 补肾活血

赵振利主任系辽宁省辽阳市中医医院主任医师, 辽宁省中医药学会第2届心血管专业委员会委员、辽宁省中医药学会高血压与中风学会理事、辽阳市中医药学会理事、辽阳市劳动能力鉴定委员会医疗专家库成员、辽阳市医学会医疗事故技术鉴定专家库成员。赵振利主任从事中医内科工作30多年, 在冠心病治疗方面积累了丰富的经验, 对冠心病的中医治疗有独到的见解, 通过多年的临床实践认识到, 冠心病乃本虚标实之疾, 本虚以肾虚为主, 标实主要为瘀血, 提倡补肾活血法防治冠心病。治疗上采用标本兼顾、通补兼施的原则, 对冠心病缓解期控制病情的发展、发作期缓解心绞痛均具有显著的疗效, 体现了中医治疗冠心病的优势。

## 1 病因病机

冠心病是由于冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄或闭塞致心肌缺血缺氧而发病。西医治疗冠心病主要有扩张冠状动脉、抗血小板聚集、抗凝、稳定斑块等方法。冠心病属于中医学“胸痹”“真心痛”“厥心痛”的范畴, 中医学对冠心病的认识, 目前普遍认为, 其基本病机为本虚标实。本虚系心脾肝肾亏虚、心脉失养; 标实乃气滞、血瘀、痰浊、寒凝、痹遏胸阳, 阻滞心脉。治疗多采用行气活血、通阳泄浊等方法。赵振利主任认为冠心病的发生与五脏都有关系, 其中与心肾的关系最为密切, 心肾虚损是其病理关键。赵主任认为, 肾气的盛衰对他脏的功能有较为重要的作用。肾为先天之本, 生命之根。肾主藏先天之精及五脏六腑之精, 肾精乃人体生命的基本物质, 在人体的生长发育及衰老过程中起着极其重要的作用。肾为水火之脏, 主一身之阴阳, 张景岳云“五脏之阴非此不能滋, 五脏之阳非此不能发”, 说明了肾与其他脏腑在生理和病理上的相互关系。肾精化阳则可生气生阳, 以行温阳与气化功能, 为脏腑气化之源, 诸阳之根。化阴则可生阴血、精津, 以滋养形体脏

腑, 为人体诸阴之根。肾阳的温煦、肾阴的化生、元气的充足是各脏腑生理活动和气血运行的动力之源。生理情况下, 心肾同属少阴, 以经络相连, 心居上焦, 属阳属火, 肾居下焦, 属阴属水。心火下济于肾, 肾水上奉于心, 水火相济, 阴阳协调。心的功能有赖于肾的温煦与滋养, 由此可见心与肾关系密切。赵主任观察到冠心病多发于中老年人, 与肾气衰弱的年龄是一致的, 符合《素问·上古天真论》所述的肾虚的发病年龄, 提示冠心病的发生发展与肾气的不足有着某种联系。中年以后肾气渐衰, 如肾阳亏虚, 不能蒸腾, 则心失温煦, 心阳不振, 鼓动无力, 血行迟缓, 闭塞胸阳; 肾阴亏虚, 则心失濡养, 营阴暗耗, 脉道空虚, 血流涩滞, 心脉不通, 胸阳失展, 发为胸痹<sup>[1]</sup>。如《素问·藏气法时论》所说“肾虚者……虚则胸中痛”。赵振利主任在长期的临床实践中发现, 很多中老年冠心病患者在发病之前有不同程度的肾虚早衰现象, 如活动后心悸气短、腰膝酸软、疲劳健忘、耳鸣耳聋、发白齿摇、性功能减退等。由此可见, 肾虚是导致冠心病发生的始动因素, 由其导致的心血瘀阻在其发生发展过程中占有重要地位。赵振利主任认为, 冠心病其位在心, 其本在肾, 肾虚在冠心病的形成过程中起着关键的作用, 肾虚为本, 由虚致瘀; 瘀血是本病最主要的标实因素, 既是本虚的病理产物, 又是引起胸痛的主要原因。

## 2 诊断、辨证要点

赵振利主任认为冠心病的诊断有以下2个要点: 1) 胸痛伴有胸闷、气短、心慌等症状; 2) 发病年龄为中老年人, 常因劳累、恼怒等诱发。赵主任指出本病的辨证要点首先在于辨阴阳, 阴阳明确, 则治疗方向明确。阳虚多有畏寒肢冷、面色苍白、唇甲淡白等症状; 阴虚多有心烦不寐、耳鸣头晕、心悸盗汗等症状。其次在于辨标本缓急, 标实急者多有胸部刺痛、固定不移、入夜更甚、舌质紫暗、脉涩等症状; 本虚缓者多有心悸汗出、腰膝酸软、神疲乏力等症状。

\* 基金项目: 第5批全国老中医药专家学术经验继承工作项目[国中医药办人教发2012(40)号]

### 3 辨证论治特点

鉴于肾的阴阳虚衰是导致心血瘀阻的重要原因,赵主任认为补肾固本、活血通络是治疗冠心病不容忽视的重要方法。根据临床表现的不同,补肾固本可分别采用温补肾阳、滋补肾阴的不同方法。由于孤阴不生,孤阳不长,故补肾固本治疗中应注意阳中求阴,阴中求阳。赵主任提出发作期表现为标实为主要症状时,应抓住瘀血的主要病理变化,活血化瘀为主,补肾固本为辅。缓解期针对肾虚为本,治疗当以补肾固本为主,活血化瘀为辅。总之,赵主任治疗本病常以肾虚血瘀为切入点,以补肾活血为治疗大法,临床灵活运用。

### 4 用药特点

对于冠心病证属心肾阳虚者,赵主任认为此病阳虚缘于元阳亏虚,肾阳亏虚,命门火弱,不能温煦心阳,心阳不振,鼓动无力,血行迟缓,闭塞胸阳而引发胸闷心痛。治疗此类患者赵主任主张以温肾助阳、活血化瘀立法。临证处方,即使无肾阳虚症状,亦多加温补肾阳之品,善用甘温辛润药如淫羊藿、肉苁蓉、巴戟天、菟丝子等温补肾阳。合并有痰浊者,加入瓜蒌薤白半夏汤宣痹通阳、豁痰宽胸;若阳虚不能制水,水气凌心,而见喘促不能平卧、肢体浮肿者,可加入制附子、猪苓、泽泻以温阳利水。对于冠心病证属心肾阴虚者,赵主任认为其阴虚责之于肾,肾阴亏虚,心失濡养,营阴暗耗,脉道空虚,血流涩滞,心脉不通而引发胸闷心痛。治疗此类患者赵主任主张以滋阴补肾、活血化瘀立法,善用用何首乌、枸杞子、女贞子、旱莲草滋补肾阴。若阴虚火旺者可加入知母、玄参滋阴清热;若心阴亏虚而见心悸盗汗、心烦少寐者可加入麦冬、五味子、柏子仁、酸枣仁等以养心安神;水不涵木、肝阳上亢而见头晕目眩、面部烘热者可加入石决明、鳖甲、钩藤等以滋阴潜阳。在扶正的同时并以活血化瘀治疗贯穿始终。赵振利主任善用丹参、鸡血藤活血化瘀,丹参活血化瘀,药性平和,可祛瘀而生新,活血而不伤正,古人有“一味丹参饮,功同四物汤”之说。鸡血藤活血补血、舒筋活络,药性苦而不燥,辛温而不烈,既能活血祛瘀又能补血<sup>[2]</sup>。川芎、红花等活血之品易耗伤正气,不能久用。疼痛反复发作,瘀血征象明显,多有瘀血、顽血阻滞血脉,赵振利主任临床常投以水蛭、土鳖虫等虫类药攻逐瘀血,但应中病即止,不可久服。现代研究表明,补肾活血药可以降低血脂,降血粘,增强心肌收缩力,扩张冠状动脉,增加冠状动脉血流量,降低心肌耗氧量,改善血液流变性,抗血小板聚集,抗凝,降低冠状动脉阻力,改善心肌供血<sup>[3]</sup>。补肾活血药可明显下调内皮素水平,上调一氧化氮水平,能在一定程度上改善血管内皮功能,延缓动脉粥样硬化的进展<sup>[4]</sup>。

### 5 典型病例

患者,男,60岁。主诉:胸痛、胸闷6年,加重1月,患者6年来反复发作胸部刺痛、胸闷气短,多在劳累时发作,休息后可缓解。平素口服拜阿司匹灵100mg,每日1次;单硝酸异山梨酯20mg,每日2次;辛伐他丁40mg,每日1次,胸部刺痛及胸闷气短仍反复发作,并反复住院治疗。近1个月胸部刺痛及胸闷气短加重,发作频繁,伴自汗恶风、腰膝酸冷、乏力怯寒,故来求治。查体:血压120/60mmHg,双肺(-),心率60次/min,律齐,心尖区第一心音低钝,未闻及明显杂音,腹部(-),双下肢无水肿,舌体胖大,边有齿痕,舌质淡黯,苔薄白,脉沉细。心电图示:窦性心律,下壁心肌缺血。心脏彩超示:左室射血分数50%,下壁节段性运动幅度减低。颈部血管彩超显示:双颈动脉粥样硬化伴斑块形成。赵主任四诊合参,中医辨证诊断为胸痹心痛,心肾阳虚证。治以温肾助阳,活血化瘀。处方:淫羊藿15g,枸杞子30g,肉苁蓉30g,巴戟天15g,桂枝10g,黄芪30g,白术15g,当归15g,丹参20g,鸡血藤30g,三七10g,炙甘草10g。水煎分3次服,每日1剂,连服7剂。1周后复诊胸部刺痛、胸闷气短、自汗已明显好转,但诉偶有胸闷、气短、怕冷、便溏、夜尿多,舌体胖大,边有齿痕,舌质淡,苔薄白,脉沉细。上方去肉苁蓉、当归、三七,加补骨脂15g。三诊患者各种症状均缓解,轻度怕冷、腰酸,缓则治本,以金匱肾气丸温补肾阳善后调理。

按:本例患者为老年男性,以胸部刺痛、胸闷气短、动则更甚、自汗恶风、腰膝酸软、乏力怯寒、舌体胖、边有齿痕、舌质淡黯、苔薄白、脉沉细等阳虚血瘀之症为突出。赵主任四诊合参,认为病属心肾阳虚为本,心血瘀阻为标,病机为阳微阴弦,正如《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证并治》论述“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也”。赵主任予淫羊藿、肉苁蓉、巴戟天温补肾阳,上温心阳,散寒通脉,与黄芪相配,共奏统运气血、温通心脉瘀血之功效。赵主任认为淫羊藿是治疗心肾阳虚的有效佳品,《本草纲目》载,淫羊藿强心力、补腰膝。有关研究表明,淫羊藿可以较明显地改善冠状动脉血流量,提高对缺氧的耐受性,并能显著提高肾虚患者的细胞和体液免疫功能<sup>[5]</sup>。肾阳虚,脾失温养,黄芪、白术温运脾阳,益气固表。桂枝温通心阳,统运血脉。当归、丹参、鸡血藤、三七养血活血。当归、枸杞子补血养阴,阴中求阳。诸药合用,心肾阳复,气血流畅,则胸闷自止。二诊患者胸痛胸闷好转,怕冷、便溏、夜尿多,去润肠通便之肉苁蓉、当归;标实减轻,去三七,减少活血化瘀药,以防伤正;加补骨脂温脾止泻、补肾缩尿。患者颈部血管彩超显示

# 杨群玉教授辨治岭南暑月热病的经验\*

谭玮璐<sup>1</sup> 范萍<sup>1</sup> 任培华<sup>1</sup> 麦志广<sup>1</sup> 万林清<sup>2</sup>

(1.广州医科大学附属第一医院,广东 广州 510120;2.广州医科大学附属第四医院,广东 广州 511447)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0628-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.021

【关键词】 岭南 暑月热病 中医源流 病因病机 临床思路 名医经验

岭南地区日照时间长,全年气温高,夏长冬短,四季温差小,雨水充沛,气候炎热潮湿。从夏至到处暑前后(6月下旬至8月下旬)是本地区全年最为炎热的时节,暑气旺盛,临床上多见感暑发热之病证,称为“暑月热病”。暑月热病是夏季岭南地区的常见病、多发病,各年龄段人群均易感。本病具有明显的季节性,临床表现为高热、咳嗽、咯痰、鼻塞、流涕等特点,归属于中医学“感冒”“外感发热”的范畴,按温病学分类则归属于“暑温、暑湿”的范畴。

杨群玉教授系广州市名中医,第4、第5批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。杨师学识渊博,行医40余载,在岭南草药临床应用上累积了丰富的经验,尤擅治疗岭南暑月热病,以疗效显著而闻名于杏林。笔者有幸随师伺诊学习,获益良多,现将老师治疗暑月热病思路及经验介绍如下,以飨同道。

## 1 暑月热病的源流

暑月热病的源流可追溯至《黄帝内经》,《素问·热论》言及“凡病伤寒而成温者,先夏至日者病温,后夏至日者病暑”。后世医家对“暑”注解不一,直至明清时代随着温病学说逐渐完善,对“暑病”作较为系统的整理。清代医家王孟英曾辑录诸位医家对“暑”的释义,认为“暑病者热极重于温,是暑病者其实热病也(林观子)”、“暑热者,夏之令也,大行于天地之间,人受伤而为病,名曰中暑,亦曰中热(王安道)”。王孟英则言“夏至后则渐热,故病发名曰暑。盖六月节曰小暑,六月中日大暑,与冬至后之小寒大寒相对待”。从源流释义角度上看,“暑”是夏季特有的病邪,“夏至”后方言“暑”。“夏”应五行中的“火”,火曰炎上,火性酷烈,应此时节的暑病自然具备火性炎热的特点,暑病当热,暑之热为极盛之热。

## 2 杨群玉教授对暑月热病病因病机的辨证探析

结合岭南地域及气候的特点,对于暑月热病的病因病机,杨师认为应主要从温病学说的思路进行辨证和分析。暑热病邪是由火热之气化生、发生于夏季而产生的一种致病温邪。正如王孟英《温热经纬》中言“暑乃天之热气,流金烁石,纯阳无阴”,“阳之动,始于温,盛于暑。盖在天为热,在地为火,其性为暑,暑即热也”。暑热熏蒸之邪气,由口鼻而入,而手太阴肺经与手阳明大肠经,足太阴脾经与手阳明小肠经,一脏一腑,互为表里,故邪循肺卫侵袭肌表,甚则直入阳明气分,在本病传变中,卫分证的过程往往相对短暂。暑热内炽气分,内蒸外迫,故见壮热,暑热焦灼津液,逼津外泄,伤津耗气,故见烦渴、汗出。如《素问·生气通天论》云“因于暑,汗,烦则喘喝,静则多言”。暑热燔灼阳明大肠,液亏肠燥,邪热糟粕互结为燥屎,故大便秘结。肺与大肠互为表里,邪热或燥屎实邪壅滞肠道气机则引起肺气失于肃降,故见咳喘。然而,虽言卫分证过程短暂,但暑热邪犯肺卫,临床上亦可有肺宣降失司之咳嗽、鼻塞、流涕等邪袭卫表症状。

同时,杨师又指出,岭南为炎方之地,且又濒海,地卑而土薄。炎方土薄,故阳热之气常泄,濒海地卑,故阴湿之气常盛。正因此地气候炎热潮湿,夏至以后,天暑下迫,地湿蒸腾,阳明为水谷之海,太阴为湿土之脏,故暑月时节多阳明太阴受病。太阴脾土受病,责之于湿,故内外湿合,是岭南暑病的重要特点之一。正如叶天士《幼科要略》言“长夏湿令,暑必兼湿”。吴塘《温病条辨》言“后夏至,温盛为热,热盛则湿动,热与湿搏而为暑也”,“温盛为热,木生火也。热极湿动,火生土也。上热下湿,人居中而暑成也”。王孟英《温热经纬》言“暑与湿原是二气,虽易兼感,实非暑中必定有湿也”。暑邪与湿邪之间的密切联系,两者常常兼夹为病。而杨师则强调:暑热夹湿,谓之暑湿,其临床表现除具有上述暑热病中“热邪”的特点外,还兼有湿邪重浊黏腻、困阻气

\* 基金项目:第5批全国老中医药专家学术经验继承工作项目;广东省广州市卫生局医药卫生科技项目(穗卫中【2013】号 20132A011027)

机、病势缠绵的特点。脾为太阴湿土之脏,湿应长夏,为土之气,同气相召,湿热搏结,胶着难解,故多见脘痞、腹胀、恶心、大便溏而黏腻、舌苔厚腻等湿热困阻中焦症状,病势缠绵。除此之外,还应注意暑病易生变证。暑属火,与心气相通,若暑热内陷心营,热灼津液,炼液为痰,痰热互结,闭阻心窍,则可致神昏谵语。若暑热内盛,热极化火,火炎灼木,引动肝风,或暑热直中肝经,则可致痉厥。若暑热燔灼营血,邪热迫血妄行,则可见各种出血征象。

总观暑月热病,以发热为主症,临证所见各异,发病急骤,传变迅速,病位在“肺、胃”,与“脾、肝、心”密切相关。岭南地区夏令时节的气候特点是炎热潮湿,故常见暑热湿邪相互搏结之证。虽然临证见暑多夹湿,但也须知暑未必一定夹湿,因此杨师尤为强调明确病邪性质在暑月热病的辨治上的重要性。若为单纯暑热病,或暑湿病热盛湿微,则应从阳明气分论治为主,辅之从肺卫及中焦太阴论治。若暑湿病湿热并重,或湿重热轻,则阳明气分及中焦太阴脾胃均需兼顾,否则辛凉清透太过则更伤脾阳。

### 3 杨群玉教授治疗暑月热病的思路特色

3.1 外治药浴,急以祛暑退热为要 杨师认为暑月热病的治则治法,应谨遵《素问·热论》“暑当与汗皆出,勿止”与吴瑭“暑非汗不解”的古训。药浴疗法在这方面具有相当优势,通过沐浴时水的温热之力及中药本身的功效,使周身腠理疏通,毛窍开放,邪随汗解,从而起到发汗退热、祛风除湿的作用<sup>[1]</sup>。

药浴疗法与内治法一样,均要辨阴阳脏腑,明病机之本。应用药浴疗法的同时,配合中药汤剂煎服,内外并治,药之倍功。对于暑月热病,杨师治验应用青蒿、香薷(小儿各30g,成人各60g)二味煎汤药浴,取其祛暑透邪泄热之效。青蒿,其味苦、微辛,性寒。归肝、胆经。功能清热解暑,凉血除蒸,截疟。《本草新编》言其“专解骨蒸劳热,尤能泄暑热之火”<sup>[2]</sup>。香薷,其味辛,性微温,归肺、脾、胃、膀胱经。《本草经疏》言其“辛散温通,故能解寒郁之暑气”。《本草纲目》中言“世医治暑病,以香薷饮为首药,然暑有乘凉饮冷,致阳气为阴气所遏,遂病头痛发热恶寒,烦躁口渴,或吐或泻,或霍乱者,宜用此药,以发越阳气,散水和脾”。青蒿、香薷均为质清轻、味芳香之品,质清轻则助汗透邪,味芳香则辛散化浊,两药均专解暑,相须相使,令邪从汗泄,共奏祛暑退热之功。青蒿性味偏于苦寒,香薷性味偏于辛温,青蒿苦而不伤阴,寒而不碍湿,香薷辛而疏散发越,能由肺之经而达其络,温蒸芳化湿浊。青蒿配香薷,其凉透之特性可调和香薷之温散,香薷伍青蒿,其温散之特性又可敛制青蒿之苦寒。两药合用,既可祛暑泻热,使暑邪透汗而解,又可防凉遏之弊。药浴、内服均可,疗效甚佳。

3.2 因地制宜,内服选用岭南中药 在内治法上,杨师强调将叶天士“夏暑发自阳明”的思想作为暑月热病治疗的立法根本,同时勿忘“人以天地之气生”、“一方水土养一方人”的自然之理。地域气候的差异导致该地区动植物特性的差异,所谓物竞天择,为了适应岭南地区炎热潮湿的环境而生长的岭南中药往往具有清热、祛湿、消暑的作用。杨师于岭南地区行医数十余载,临证经验丰富,尤擅使用岭南特色中药,故内服方药杨师以狗肝菜、水翁花、青蒿、香薷、葫芦茶、石膏、水牛角、羚羊角为基本,再随证加减调整。

狗肝菜,为爵床科植物狗肝菜的全草。其味甘、微苦,性寒,功能清热凉血,利湿解毒。《岭南采药录》言其“性寒凉,散热,凡觉热气盛,肝火重服之甚有功效”<sup>[3]</sup>。水翁花,为桃金娘科植物水翁的花蕾。其味苦,性寒,功能清热解暑、祛湿消滞、生津止渴。《岭南采药录》言“水翁……其花清热”<sup>[3]</sup>。《岭南草药志》言其“清暑解热,消滞”<sup>[4]</sup>。狗肝菜入心、肝、肺经,清心肺邪热之余兼清肝热,素有“本地羚羊”之称。水翁花入肺、脾、胃经,泻肺胃之热盛,清暑热之燔灼,消脾胃之湿滞。两药相伍,既取狗肝菜清退邪热之功,又取水翁花祛暑生津之效,泄暑热而不伤津,相须为用,共为君药。青蒿、香薷,轻清透暑泄热,辛散芳化湿浊,共为臣药。石膏,其味辛、甘,性寒,归肺、胃经。石膏乃阳明辛凉解热之药,直清阳明气分实热,应于“夏暑发自阳明”之病机。余师愚《疫疹一得》中言“重用石膏,直入胃经,使其敷布于十二经,退其淫热……甚者先平,而诸经之火自无不安矣”。石膏功能清热泻火,除烦解渴,与青蒿、香薷共为臣药,助君清泄邪热。葫芦茶,为豆科植物葫芦茶的全草,其味苦、涩,性凉,归脾、胃、肺、大肠经,《岭南草药志》言其“能消暑清热,化积消滞,杀虫”<sup>[3]</sup>,为佐药。对于暑盛极甚者,恐其热极生变,直中脏腑,而致热陷心营、热极动风之证,可再佐水牛角解乎心热、羚羊角清乎肺肝,取其“先安未受邪之地”之义。诸药合方,共奏祛暑透邪,泻热除湿、生津止渴之功。

3.3 明辨兼夹,随证加减顾护脾胃 暑月热病虽以热为主证,但临证上证候兼夹亦不少见,杨师特别强调在消暑泄热的基础上要注意辨析,随证加减,用药依然以岭南特色草药为主,其中以下药对应用颇广,疗效颇验。

岭南地卑水湿,气候炎热,环境潮湿,若暑热夹湿,暑湿犯太阴脾土,困遏中焦阳气,症见脘痞、纳呆、腹胀、大便黏腻等症,尤见舌苔厚腻者,可加药对苍术、佩兰。苍术功能燥湿健脾,祛风湿,发表。《本草正义》言其“气味雄厚,能彻上彻下,燥湿而宣化痰饮,芳香辟秽,胜四时不正之气……夏秋之交,暑湿交蒸,湿温病寒热头胀如裹,或胸痞呕恶,皆须茅术、藿香、佩兰叶等香燥醒脾,其应如响”。佩兰功能化湿解暑,《素问·奇病论》

中言“治之以兰,除陈气也”。《本草便读》言其“能解郁散结,杀蛊毒,除陈腐,濯垢腻,辟邪气……行水消痰之效,佩兰理气之功为胜”<sup>[5]</sup>。苍术、佩兰两药均入中焦脾胃经,味辛而散,气香而温,相须为用,芳化湿浊,辟恶除痰,舒解脾胃湿郁,通利三焦气机而和正气。且佩兰质轻清,性偏凉,又入肺经,行上焦气机,宣透暑湿邪气,既可助苍术发表散湿,又可敛制苍术温燥辛烈之性。

岭南地处沿海,经济发达,生活水平高,饮食偏重肥甘厚腻并不鲜见。饮食自倍,肠胃乃伤,若暑热夹滞,症见腹胀、大便秘结,噎腐吐酸,口气臭秽,舌苔厚浊,脉滑实者,可加药对芒果核、布渣叶。芒果核,又名芒果核,为漆树科植物芒果的果核,功能健胃消食、化痰行气,《岭南本草集锦》言其“行气散结、消食止痛”<sup>[6]</sup>。布渣叶,又名破布叶,为椴树科破布叶属植物破布树的叶,功能清热利湿,健胃消食,《岭南采药录》言其“解一切蛊毒,消黄气,清热毒,做茶饮,去食积”<sup>[3]</sup>。两药味酸性平,入胃经或脾经,相须配伍,专消一切饮食不节所致的食积食滞,涤荡胃肠陈腐黏腻之物,勿令热积胶结壅滞。

岭南毗邻海岸,湿气较重,湿性重浊黏滞,其势趋下,若暑热夹湿,留着关节,症见关节不利、身体困重等湿痹证候,可加药对半枫荷、千斤拔。半枫荷,为梧桐科植物翻白叶树或窄叶半枫荷的根,味辛甘,性微温,功能祛风除湿,活血通络。千斤拔,味甘涩,性平,功能祛风利湿,强筋壮骨,活血解毒。杨师指出,虽言湿性属阴,易损阳气,应治以温药,但岭南气候特殊,湿易化热,用药不宜过于辛燥,故少用大辛大热之乌头、桂枝、附子等,而多选用性味甘平或微温的岭南草药半枫荷、千斤拔,更适宜岭南地区人群的体质特点。半枫荷入肝脾经,《广东地产药材研究》言其“祛风除湿,舒筋活络,治风湿痹痛、腰腿痛”<sup>[7]</sup>,擅祛下半身、尤其下肢关节之湿气。千斤拔入肾经,《岭南采药录》言其“祛风去湿,凡手足痹痛,酒煎服,并治腰部风湿作痛”<sup>[3]</sup>,擅祛四肢和腰部之湿气,对于上肢痹痛甚效。两药相伍,共奏祛风湿、止痹痛、利关节、通筋络之功,全身上下、躯干四肢均能兼顾,可通治周身关节痹痛,祛湿而不化热,尤适用于暑月热病兼夹湿滞关节之证。

3.4 饮食调护,药膳相配互补互用 针对暑月热病,除了药浴和内服汤药,杨师还提出应注意配合饮食调护。作为夏季应时瓜果,西瓜自古便被认为是消暑上品,有“天生白虎汤”的美誉。西瓜得天地清寒之气以生,成熟结果于夏令时节酷烈的环境,可御暑天炎热之性。其归心、胃、膀胱经,有清热除烦、解暑生津、利尿之效。《日用本草》言其“能消暑热,解烦渴”<sup>[8]</sup>。《本经逢原》则言其“能引心包之热,从小肠、膀胱下泄。以其得西方金气于三伏中,能解太阳、阳明中喝及热病大渴……春夏伏气发瘟热病,觅得来年收藏者啖之,如汤沃

雪”<sup>[9]</sup>。《要药分剂》则言“西瓜翠衣,能解皮肤间热”<sup>[10]</sup>。叶天士在《临证医案指南·暑》中亦载以西瓜翠衣治疗暑伤气分、暑风夹湿、暑热伤肺、暑瘵等证的医案。杨师认为,夏暑当令的感病期间,高热烦渴难耐者,可食西瓜,其量以口中留甘、渴感缓解为度。食瓜果红肉,留新鲜翠衣,将之磨碎,饮其浆液,也可将鲜西瓜翠衣、鲜荷叶、鲜冬瓜3味煮汤,作茶饮之。杨师特别强调,切勿将西瓜置于冰箱内低温冷藏,仅将西瓜置于凉水中浸泡数小时后切开食用即可。因西瓜本属甘寒生冷之物,若复置冰箱之内,其瓜尽吸寒冷之气,两寒相合,骤入脾胃,直中脏腑,虽感凉快酣畅,状若有醍醐灌顶、甘露洒心之效,实乃是取一时之快,徒留伤脾助湿之害。

#### 4 病案举例

患某,女性,45岁,2013年8月初诊。主诉:发热、咽痛3d。病史:患者3d前外出户外活动返家后始感发热,咽痛,体温39.0℃,诉自服各类中成药及退热类西药(具体不详)后仍发热持续不退,体温波动于38.0~39.0℃,遂求诊。刻诊见发热,体温38.3℃,微恶风、咳嗽、干咳无痰、鼻塞、流清涕、咽痛、声音沙哑,头痛、肢体酸疼,胃纳差,小便调,大便结,眠安。舌质微红,苔薄白,脉数。查体:咽充血(+++),双扁桃体无肿大,双肺听诊未闻及干湿啰音。血常规:WBC 5.25×10<sup>9</sup>/L,NE 85.5%,LY 9.7%。诊断为暑月热病,暑热袭表,邪入肺胃。急则以祛暑为要,故治以清暑泄热。取汗法,内外并治。以杨师青蒿药浴外洗及验方内服。治疗如下,1)青蒿60g,香薷60g,水煎药浴外洗;2)青蒿15g,香薷10g,狗肝菜10g,水翁花10g,石膏15g,水牛角20g(先煎),葫芦茶10g,柴胡10g,蝉蜕10g,杏仁10g,薄荷5g(后下),金银花10g,连翘10g,煎服。药浴3剂,内服3剂;3)嘱患者配合进食西瓜,并以西瓜翠衣煮水饮用。药后随访,患者诉当晚药浴后全身始汗出,后服汤药,约3h后体温下降至37.7℃。继续予药浴及中药内服2d,患者诉感每于药浴及服中药后感全身微微汗出,2d内体温波动于37.5℃上下,药后第3日清晨,患者体温下降至正常36.6℃,咽痛、声沙、咳嗽等诸症消失。

按:患者夏季时节于户外感受暑邪,暑天热迫,邪热循肌表入里,出现高热及一系列卫表症状。予青蒿、香薷药浴外洗,取其祛暑透邪泄热之功;予狗肝菜、水翁花、青蒿、香薷等岭南中药汤剂口服,去其清热透暑泻火之效;内外并治,使邪从肌表而解,而热退过程须时2~3d,切为微微汗出,避免泄热太过而致暴汗伤阴。在予药浴、内服方药的同时,配伍西瓜及西瓜翠衣食疗辅助,一方面可助暑邪外透,另一方更可除烦解渴生津。内外并治,药食同用,标本兼顾,祛邪不伤正,体现了杨师治疗岭南暑月热病的特色。

## 5 结 语

杨群玉教授善治暑月热病,在谨守古训经典的基础上,考虑岭南地区气候环境以及人群体质特点,灵活变通;采用各种特色岭南中药,简便验廉;结合多种治疗手段,外治法、内治法、饮食调护互相配合,相得益彰;值得中医后学者继承与发扬。

### 参 考 文 献

- [1] 张纲纲,赵东升,梁小夏,等.实用外治临床大全[M].北京:中国医药科技出版社,1994:13.
- [2] 陈士铎,柳长华.陈士铎医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:169.
- [3] 萧步丹.岭南采药录[M].广东:广东科技出版社,2009:46.
- [4] 广东省中医研究所华南植物所.岭南草药志[M].上海:上

海科学技术出版社,1961:57-59.

- [5] 张秉成.本草便读[M].北京:学苑出版社,2010:104.
- [6] 马骥,张宏伟.岭南本草集锦[M].北京:科学出版社,2010:53.
- [7] 梅全喜.广东地产药材研究[M].广东:广东科技出版社,2011:298.
- [8] 吴瑞.中国本草全书:日用本草[M].第22卷.北京:华夏出版社,1999:492.
- [9] 张璐,张文庆,王兴华,等.张璐医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:871.
- [10] 沈金鳌,田思胜.沈金鳌医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:1154.

(收稿日期 2015-01-15)

(上接第 625 页)

因“反复喘促 1 周伴意识模糊 1 d”入院。既往有慢性阻塞性肺疾病 10 余年,反复入院抗感染,解痉平喘治疗。查体:意识模糊,双肺呼吸音低,可及干啰音。血气分析示 pH 7.35,PCO<sub>2</sub> 96 mmHg,PO<sub>2</sub> 54 mmHg,SaO<sub>2</sub> 86%;血常规:WBC 11.1×10<sup>9</sup>/L,中性白细胞 76%。应用 BiBAP 辅助通气两天后腹胀难耐,腹膨隆,叩诊呈鼓音,肠鸣音减退,大便 5 d 未解,1 d 未排气。舌暗红,苔白腻,脉弦细。方师认为此因肺失肃降,大肠传导失司,治拟清热泻肺,理气通腑,处方如下:黄芩 15 g,瓜蒌皮 12 g,瓜蒌仁 12 g,枳实 15 g,陈皮 9 g,紫菀 6 g,蒲公英 20 g,大黄 9 g,桔梗 6 g,金银花 30 g。水煎 300 mL,每日 1 剂,保留灌肠 20 min,患者当日即排气,3 d 后腹胀止。

## 5 小 结

中医药治疗肺胀病有独特优势,尤其在改善症状、缩短病程等方面。稳定期采用中医药治疗可益气扶正,预防复发;出现呼衰、心衰等并发症时,中医亦可发挥协同治疗作用<sup>[13-14]</sup>。方师以针药合治治疗该病:通过宽胸理肺立法,化痰祛瘀平喘;“阳明法”指导针灸治疗咳喘病;内外合治、通腑泻肺法等中医药治疗方法,弥补了西医在治疗肺胀病中的不足。

中医药在治疗肺胀病方面发挥了重要作用,但也存在不足之处,例如辨证尚未统一规范,未建立完整的疗效评价标准等问题。在今后研究中,可采取大样本研究,从病证结合方面评价其临床疗效,科学制定中医论治规范,从而建立中西医结合治疗肺胀的新秩序。

### 参 考 文 献

- [1] 于美玲,张中和.慢性阻塞性肺疾病研究进展[J].中国临床研究,2013,26(1):82-85.
- [2] Ryan S,Doherty LS,Rock C,et al. Effects of salmeterol on sleeping oxygen saturation in chronic obstructive pulmonary

disease[J]. Respiration,2010,79(6):475-81.

- [3] 方邦江.中西医结合治疗 AECOPD 理论与实践[J].2010 全国中西医结合危重病、急救医学学术会议:41-43.
- [4] Wang M1,Li J,Li S,et al. Effect of traditional Chinese medicine on outcomes in patients with mild/moderate chronic obstructive pulmonary disease: study protocol for a randomized placebo-controlled trial[J]. Trials,2012,16(13):109.
- [5] 方邦江.中医急诊内科学[M].北京:科学出版社,2010:107.
- [6] 国家中医药管理局重点专科急诊协助组.喘病(慢性阻塞性肺疾病急性发作)轻症阶段中医诊疗方案(试行).24 个专业 105 个病种中医诊疗方案(试行)[M].国家中医药管理局医政司,2011:39-41.
- [7] 方邦江,占鸽.宽胸理肺汤治疗慢性肺心病 64 例[J].陕西中医,1994,15(4):150.
- [8] 郭全,方邦江,陈宝瑾,等.宽胸理肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重(痰浊壅肺证)临床研究[J].中国中医急症,2013,22(9):1461-1463.
- [9] 张英兰.方邦江治疗慢性阻塞性肺疾病经验[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(18):159-160.
- [10] 方邦江,周爽.国医大家朱良春治疗疑难危急重症经验集[M].北京:中国中医药出版社,2013:108-117.
- [11] 李英姿,刘斌.中药外敷对慢性阻塞性肺病肺功能影响[J].吉林中医药,2009,9(6):483-484.
- [12] 张英兰,郭全,田雨,等.中药灌肠合无创通气治疗 COPD 并呼吸衰竭临床观察[J].实用中西医结合临床,2008,8(3):13-14.
- [13] 肇晖.做好急诊科的“快郎中”[J].上海医药,2014,35(3):1-3.
- [14] 史锁芳.中医药在慢性阻塞性肺疾病全程防治中的地位和作用[J].中医学报,2013,28(3):330-333.

(收稿日期 2015-12-20)

# 邱家廷教授治疗上消化道出血经验介绍\*

谢建寰

(南京中医药大学, 江苏 南京 210029)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)04-0632-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.022

【关键词】 急性上消化道出血 经验总结 名老中医 邱家廷

邱家廷教授系南京中医药大学博士研究生导师, 全国第五批名老中医药专家学术继承人指导老师, 从事中医内科医、教、研工作 30 余年, 擅长治疗内科疑难、急重症, 在治疗脾、胃、肝胆疾病方面积累了丰富的临床经验。现将其治疗上消化道出血的临床经验总结如下。

## 1 病因病机

中医学虽无关于急性上消化道出血特定病名的描述记载, 但根据其临床表现与特征, 可归属中医学“吐血”、“呕血”、“便血”范畴, 急性上消化道出血(AUGIH) 是 Treitz 韧带以上消化道发生的急性出血, 临床表现为呕血、黑便等, 并伴有血容量减少引起的急性周围循环障碍, 是临床常见急症, 病情严重者, 可危及生命<sup>[1]</sup>。本病约占内科住院病例的 2%~3%<sup>[2]</sup>, 常因暴饮暴食, 酗酒, 过度劳累及不合理用药而诱发, 好发于冬春两季<sup>[3]</sup>, 男性多于女性, 中青年多见。邱师认为, 其发生多由饮食伤中, 肝郁化火, 劳倦内伤, 脾胃虚弱, 胃中积热, 血溢胃肠而发病。病位在胃, 与肝脾关系密切。其发病主要责之于热与虚。热者为胃热、肝火犯胃或阴虚火旺, 多与饮食, 情志因素有关, 由于火盛灼络, 引起络伤血出而致呕血, 便血; 虚者为脾虚, 多因久病或饮食所伤, 以致脾气虚弱, 不能摄血, 血溢脉外而致呕血, 便血, 同时在此基础上可见脾肾阳虚, 以致血不安位而出现呕血, 便血。一般来说, 初病多实, 久病多虚, 而久病入络者, 又为虚实夹杂<sup>[4]</sup>。本病病位在胃, 但与肝、脾关系密切, 胃热、肝郁、血瘀、脾虚为其主要病机。

## 2 治疗经验

邱师认为, 虽然本病病位在胃, 但其与肝、脾关系甚为密切, 以胃热、肝郁、脾虚为主要病机, 因此治疗必须从整体出发, 以脏腑, 阴阳、气血俱调为要。根据肝、脾、胃三脏的寒热虚实不同, 实则泻之, 虚则补之。治疗

当遵循清代唐容川的治血法, 即止血、消瘀、宁血、补血, 循序渐进。出血的患者, 以止血为首要, 治疗时常宜辨病为先, 同时结合辨证论治, 可用白及和生大黄混合研粉冲服, 因白及性涩而收, 有涩血散瘀之功, 亦可护膜生肌, 故能迅速保护出血灶表面; 大黄功能祛瘀生新, 清热攻下, 直折虚妄之火, 且能使离经之血得去, 新生之血得以归经而止血。在治疗时也可结合现代临床治疗手段, 在电子内镜下止血, 在辨病治疗的同时, 还应结合辨证论治, 如见实火者, 急宜降火顺气, 配伍犀角地黄汤、生大黄、黑栀子等品; 如见虚火者, 治宜滋阴顺气为主, 急用生地、麦冬、旱莲草、牡丹皮、白芍之品。在止血的同时, 应注意消瘀, 即在用收敛止血药的同时, 配合三七、大黄、藕节、泽兰、茜草等品, 使瘀去而新生, 损伤脉络易于修复。此阶段应在活动性出血得止后即开始进行, 防止血止留瘀, 新生之血难以归经。选药时可选有止血与活血双重调节的药物, 如田三七等。血止之后, 可进入宁血阶段, 此阶段应注意防止用止血药后, 或温助太过, 或寒凉太过, 而出现死灰复燃, 可选用六味地黄丸、四君子汤等, 使阴阳调和, 血循经内。在宁血以后, 当用补血之法以收功, 防止失血过多引起其他脏腑的病变, 此阶段应以调补脾胃为主, 使脾胃渐旺, 气血化生有源。方取八珍, 归脾之类, 以期补而不滞。如因溃疡引起, 可加用护膜之品, 如马勃、白及、凤凰衣等。现代研究表明<sup>[5]</sup>, 慢性胃炎及消化性溃疡的发生与幽门螺杆菌感染有关, 因此在选方时可加用黄芩、蒲公英、败酱草及薏苡仁等, 以抑制幽门螺杆菌<sup>[6]</sup>。在辨证论治方面, 邱师根据多年临床经验, 以病因病机为指导, 结合三因制宜, 主要从胃热炽盛、肝火犯胃、瘀血停滞、阴虚火旺、脾胃虚弱五方面对本病进行治疗, 疗效满意。

## 3 辨证用药

3.1 胃热炽盛证 多因平素多嗜食厚味辛辣之品, 湿热素蕴于胃, 胃中积热日久, 化火灼伤脉络, 血溢脉外, 火热迫血妄行所致, 临床症见: 突然呕血, 血色紫暗或

\* 基金项目: 第 5 批全国名老中医药专家学术经验继承工作项目基金

呈咖啡色,量多,或黑便如漆色光亮,伴有平时烦热渴饮,胃脘灼热疼痛,或胸脘痞闷,胃中嘈杂,泛酸,口干口苦,大便秘结或解之不暢,便出臭秽,小便短赤,舌红,苔黄厚或腻,脉滑数。治以清胃泻火、凉血止血,方选泻心汤合四生丸加减:黄连 3 g,黄芩炭 15 g,生大黄 10 g,侧柏叶 10 g,荷叶炭 10 g,艾叶炭 15 g,生地黄 20 g,紫珠草 15 g,煅瓦楞子 20 g,海螵蛸 20 g,白及 20 g,谷、麦芽各 20 g;

3.2 肝火犯胃证 多因素体暴躁,暴怒伤肝,肝气郁极化火,横逆犯胃,胃络受灼,血行脉外所致,临床症见:呕血或便血,色红或紫暗,伴胸胁胀痛,心烦易怒,口苦口干,失眠多梦,嗳气吞酸,或有黄疸,肝脾肿大,蜘蛛痣,肝掌,舌质红绛,苔黄,脉弦数。治以泻肝清胃,凉血止血,方选龙胆泻肝汤合左金丸加减:龙胆草 15 g,黄连 3 g,黄芩炭 20 g,焦栀子 6 g,生地黄 15 g,通草 6 g,淡竹叶 10 g,车前子 10 g,吴茱萸 3 g,白茅根 20 g,旱莲草 20 g,藕节炭 15 g,川楝子 10 g,谷麦芽各 20 g。

3.3 瘀血停滞证 多因出血日久不愈而成,已出之血,留滞于经隧之中,不能随经运行,阻塞隧道,旧血不去,新血不生,局部血络难以愈合所致,临床症见:呕血,色紫黑有瘀块,或便黑,日久不愈,伴胃脘疼痛,痛有定处而拒按,或痛有针刺感,食后痛甚,面色晦暗,肋下可有癥块,口渴但欲嗽水而不欲咽,舌质紫暗或有瘀斑,脉弦涩。治以活血化瘀,降逆止血,方选化瘀止血汤加减:丹参 15 g,赤芍 15 g,当归 10 g,桃仁 10 g,茜草 20 g,三七粉 3 g(另冲),泽兰 10 g,蒲黄炭 10 g,牛膝 15 g,降香 10 g,枳壳 15 g,藕节 15 g,延胡索 10 g,川楝子 10 g,白及 20 g,谷、麦芽各 20 g。

3.4 阴虚火旺证 多因血证日久,阴血日耗,或因酒色过度,以致真阴亏于下,浮火淫于上,虚火伤络,血行脉外所致,临床症见:呕血或便血反复不已,色红量多或夹泡沫,多伴神疲乏力,形体消瘦,午后潮热盗汗,咽干咽红,腰膝酸软,心烦不寐,耳鸣目眩,舌红,苔少,脉细数。治以滋阴降火,养血止血,方选知柏地黄汤加减:知母 10 g,黄柏 10 g,生地黄 15 g,泽泻 10 g,茯苓 10 g,牡丹皮 15 g,白芍 20 g,荷叶炭 15 g,谷、麦芽各 20 g,藕节炭 15 g,白及 20 g。

3.5 脾胃虚弱证 多因忧思劳倦,心脾乃伤,或因饮食不当,伤及胃气,以致脾胃受损,临床症见:呕血反复不止,时轻时重,血色淡暗,或便血漆黑稀溏,伴素体神疲乏力,胃脘疼痛隐隐,喜按,面色萎黄,唇色甲淡,腹胀便溏,心悸气短,舌淡苔薄,脉沉细。治以益气健脾,养血止血,方选归脾汤加减:药物组成如下:太子参 20 g,黄芪 10 g,麸炒白术 10 g,茯苓 20 g,当归 6 g,炒酸枣仁 20 g,枳壳 15 g,艾叶炭 20 g,木香 6 g,白及 20 g,白芍 20 g,甘草 3 g,山药 15 g,谷、麦芽各 20 g。

#### 4 病案举例

病案 1:患者赖某,男性,59 岁,水利局干部,2014 年 9 月 20 日初诊,主诉:解柏油样便 1 d,呕血 2 次。患者于 1 d 前因大量饮酒后出现解柏油样便,曾自服药物进行诊治,具体用药不详,症状无明显缓解,今晨出现呕吐鲜血 2 次,为求进一步诊治,遂急来诊,现症见:神志清楚,精神不振,感头晕乏力,心悸汗出,面色苍白,胃脘部疼痛,呈持续性隐痛,得温痛减,喜按,嗳气泛酸,解柏油样便 3 次,量约 600 mL,呕吐鲜血 1 次,量约 150 mL,舌淡红,边有齿痕,苔薄白,脉沉细数。查体:BP 92/60 mmHg;P 102 次/min,睑结膜淡白,口唇及四肢甲床苍白,心肺无明显异常,腹部平软,剑突下压痛阳性,无反跳痛,肝脾肋下未及,肠鸣音活跃,约 12~14 次/min。辅助检查,血细胞分析示 Hb 86 g/L;RBC  $3.05 \times 10^{12}/L$ ;大便常规示潜血阳性。西医诊断:上消化道出血;中医诊断:呕血。证属脾胃虚弱证。治宜健脾益气,养血止血,方以归脾汤加减。方药如下:黄芪 10 g,太子参 20 g,麸炒白术 10 g,茯苓 20 g,当归 6 g,炒酸枣仁 15 g,枳壳 15 g,艾叶炭 20 g,白及 20 g,白芍 20 g,甘草 3 g,山药 15 g,海螵蛸 20 g,浙贝母 10 g,黄芩 10 g。每日 1 剂,分早晚 2 次服用,同时予大黄、白及粉各 20 g 用冰生理盐水调成稀糊状口服,每次 10 g,每天 3 次。经治疗 48 h 后,头晕,乏力和心悸,气短减轻,面色转润,解褐色软便 1 次,量中等。第 3 天行电子胃镜检查,结果示:十二指肠球部溃疡(A2 期),未见明显活动性出血。大便潜血试验于第 4 天转阴。继续服上药至第 6 天,大便潜血连续 3 次阴性,出院后以香砂六君子丸调理善后。

按:本案患者因饮食不当,伤及胃气,以致脾胃受损,脾主统血,脾气虚则不能统摄血液而见呕血黑便,脾主散精,游溢精气,上归于肺,脾虚则水谷不化精微,心神失养,故见心悸气短,不能上荣于面,故见面色苍白,神疲乏力,脾气不充则见胃痛隐隐,喜按,脾虚不运则腹胀便溏,舌质淡红,边有齿痕,苔薄白,脉沉细数,均为脾胃虚弱表现,故可辨证为脾胃虚弱。邱师以归脾汤加减以健脾益气,养血止血。其中小剂量使用黄芪,以免益气太过,因“气有余便是火”,并佐以枳壳以调理气机升降;白芍、甘草以缓急止痛;白及以护膜生肌;艾叶炭以止血;海螵蛸、浙贝母以制酸护胃。诸药合用,共奏益气健脾,养血止血之效。

病案 2:患者张某,男性,69 岁,农民。2013 年 1 月 24 日初诊,主诉:吐血 1 d。患者既往有慢性乙型病毒性肝炎病史。患者于 1 d 前因生气后出现呕血 1 次,量约 500 mL,血色鲜红,伴胸胁胀痛,心烦易怒,胃中嘈杂,泛酸,曾在当地县医院进行诊治,给予对症支持处理后症状无明显缓解,为求进一步诊治,遂来我院就

诊。症见神志清楚,精神不振,感头晕,乏力,稍感恶心,胸胁胀痛,暖气泛酸,口苦,失眠多梦,舌质红,苔黄,脉弦数。查体:BP 100/65 mmHg;P 98 次/min,口唇及四肢甲床苍白,胸前可见两枚蜘蛛痣,心肺无明显异常,腹部平软,剑突下压痛阳性,无反跳痛,肝脾肋下未及,肠鸣音活跃,约 11~12 次/min。辅助检查:血细胞分析示 WBC  $3.21 \times 10^9/L$ ;RBC  $2.98 \times 10^{12}/L$ ;Hb 82 g/L;大便常规+潜血阳性。西医诊断:1)急性上消化道出血;2)病毒性肝炎,慢性,乙型。中医诊断:吐血。证属肝火犯胃,治宜清肝泻胃、凉血止血。方以龙胆泻肝汤合左金丸加减:黄芩 10 g,生地黄 15 g,白芍 30 g,当归 10 g,牡丹皮 10 g,黑栀子 10 g,白茅根 20 g,吴茱萸 3 g,黄连 9 g,甘草 3 g,旱莲草 20 g,藕节炭 20 g,每日 1 剂,分早晚 2 次服用,同时予大黄、白及粉各 20 g 用冰生理盐水调成稀糊状口服,每次 10 g,每日 3 次。当日患者仍呕吐鲜血 1 次,量约 60 mL,经治疗 48 h 后,头晕,乏力减轻,无恶心呕吐,面色较前红润,解褐色软便 2 次,量中等。第 4 日行电子胃镜检查,结果示:食管胃底静脉曲张,见大片红色血痂,未见明显活动性出血。大便潜血试验于第 4 日转阴。继续服上药至第 9 日,大便潜血连续 3 次阴性,出院后以丹栀逍遥散、归脾丸调理善后。

按:本例患者为食道静脉曲张,大怒伤肝为诱因,肝气郁极化火,横逆犯胃,胃络受灼,血行脉外,以致呕

血。《素问》云“怒则气逆,甚则呕血”,肝气郁结,化火上逆,故见口苦胁痛,胆失疏泄,故见口苦,胆腑不宁,故见失眠多梦;舌红,苔黄,脉弦数为肝火亢盛之象。故可辨证为肝火犯胃,邱师以龙胆泻肝汤合左金丸加减,泻肝清胃,凉血止血。其中龙胆泻肝汤直折肝火,使肝火得泻,胃不受侮,胃络和而血不出;左金丸辛开苦降,黄连苦寒清火,并佐以吴茱萸辛以散郁,且入肝经,使郁散而火随之泄,并加入白茅根,藕节炭以凉血止血。诸药合用,共奏清肝泻胃,凉血止血之功。

参 考 文 献

[1] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:483-490.  
 [2] 朱薇,姜泊. 急性上消化道出血常见病因[J]. 中国临床医生,2004,32(4):6-8.  
 [3] 黄睿,杨力,阮继刚. 上消化道出血的临床分析[J]. 宁夏医学杂志,2009,31(3):256-258.  
 [4] 梁元. 断血汤配合西药治疗上消化道出血 60 例[J]. 河南中医,2009,29(4):376-377.  
 [5] 李静芸. 慢性胃炎中医证型与幽门螺杆菌的相关性研究进展[J]. 实用中医内科杂志,2006,20(61):579.  
 [6] SHIH YT, WU DC, LIU CM. San-Huang-Xie-Xin-Tang inhibits Helicobacter pylori-induced inflammation in human gastric epithelial AGS cells[J]. J Ethnopharmacol, 2007, 112(3):537-544.

(收稿日期 2014-12-20)

· 临证经验 ·

“命系于气”临床心得

邹振国

(河南省淅川县荆紫关镇卫生院,河南 淅川 474450)

中图分类号:R249 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0634-02  
 doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.023

【关键词】 大气下陷 辨证用药 心得体会

《灵枢·天年》曰“血气已和,营卫已通,五脏已成,神气舍心,魂魄毕具,乃成为人”,认为气是人体不可缺少的组成部分。《备急千金要方》云“寸口脉涩是胃气不足”,表明气不足会有一定的体征表现。“脐下,肾间动气者”十二经脉之根本,是为元气。元气者,生于少火,培于中焦而聚胸中,为胸中大气,包举心肺,贯心脉司呼吸,是一身之根本。笔者临证实践中,紧紧围绕“命系于气”辨证施治,取得了较好疗效。现报告如下。

1 病例资料

李某,女性,52岁,有高血压病史,绝经3年。现症肩胛区痛,痛如撕裂,胸闷呼吸难。急诊于骨伤科门诊,医者以筋膜扭闪痛立论,以疏方舒筋汤加理气之品无效。又自行转入内科门诊,服药松龄血脉康(成都康弘制药有限公司出产),逍遥丸(河南宛西制药股份有限

(下转第 641 页)

# 周平安教授治疗哮喘临床经验介绍\*

陈华琼

(广东省中山市中医院, 广东 中山 528400)

中图分类号: R249 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)04-0635-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.024

【关键词】 哮喘 临床经验 辨证论治

哮喘一证, 临床常见起病急骤、呼吸急促、喉中痰鸣、张口抬肩、鼻翼煽动等。本病多有宿根, 病位在肺, 由风邪诱发, 外界贼风挟寒热之邪从皮毛口鼻侵入。

周平安教授, 主任医师, 博士生导师。我国著名呼吸病、热病、疑难病专家, 中央保健局专家, 北京中医管理局薪火传承名医工作站名医, 第4批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 享受国务院政府特殊津贴。从医50余载, 始终坚持工作在临床第一线, 其用药既有原则, 又灵活多变, 师古而不泥, 博采众家之长, 又独具一格, 对中药运用得心应手, 效如桴鼓。其组方精当有法, 配伍巧妙有制, 用药轻、疏、灵、动, 可起沉病, 疗痛疾, 救急症。笔者10年前有幸伺诊从师学习, 现仅就周老师对哮喘的经验举例。

对于哮喘的治疗, 长期以来, 很多医家都推崇朱丹溪“未发宜扶正气为主, 已发用攻邪为主”的观点, 但对如何攻邪, 则有不同的方法, 有以寒热论者, 有以虚实论治者, 有以表里论治者, 这些以驱邪为主的辨证论治方法是比较常见的, 但从临床角度看, 这些方法均有其片面性。导师周平安教授早在1990年根据其临床患者的治疗和观察, 认识到临证时对于哮喘发作期的患者, 属正盛邪实者, 攻邪以平喘, 确能获效, 但对久喘而反复发作, 则不宜专攻, 须分正邪虚实情况, 扶正祛邪, 或祛邪扶正, 攻补兼施, 方能收到满意效果。而以肺、脾、肝、肾、心五脏为核心辨证论治, 则包括了阴阳表里寒热虚实, 对寒热反复, 虚实夹杂之哮喘, 较为贴切临床实际。从而提出了哮喘发作期以五脏为核心的辨证论治体系, 并创建了“补中定喘汤”、“蛤蚧四子汤”、“柴胡脱敏汤”、“柴胡清肝汤”等行之有效的方剂<sup>[1-2]</sup>。本文总结周老师的用药特点, 现报告如下。

## 1 病证结合, 中西贯通

周师特别强调临床用药要掌握四点: 一是中医的

辨证, 二是中药的功效, 三是疾病的西医病理, 四是中药的现代药理。周老师强调临证时, 除了对疾病进行中医诊断并辨证、立法遣方用药外, 也应注意疾病的西医病理特点, 并在方药中加用具有相应现代药理作用的中药, 在辨证论治的基础上加强辨病用药, 西为中用, 临床效果较单纯君臣佐使配伍更佳。以下即为周老师治疗哮喘时, 病证结合、中西贯通的实例。

1.1 柔肝息风、宣肺平喘、脱敏并举 肝属风木之脏, 体阴而用阳, 主疏泄性条达, 为生发之本, 有升发透泄气机的作用。风为木之气, 风气通于肝。风为百病之长; 肝风太过, 则反侮肺金, 而致肺气失其清肃下行之令, 有升无降, 如风动金鸣, 木击钟响, 则哮喘骤发。故在治疗急性期哮喘时, 应注意化痰止咳平喘与柔肝缓痉疏风并举。选用柴胡脱敏汤化裁治疗, 药物组成: 柴胡、黄芩、白芍、乌梅、五味子、防风、甘草、炙麻黄、杏仁、广地龙<sup>[3]</sup>。柴胡、防风疏肝散风, 质轻清, 性升散, 疏散风邪, 调畅气机; 白芍、乌梅、五味子味酸入肝, 养阴柔肝, 收敛肺气, 助肾纳气, 与上药合用, 一散一收, 一开一合, 既宣降肺气, 又防辛散伤津; 麻黄辛温, 《本草正义》云其“虽曰解表, 实为开肺; 虽曰散寒, 实为泄邪。风寒得之固外散, 即温热亦无不赖以宣通”, 蜜炙后则力缓和而持久, 且有润肺之功; 杏仁入肺、大肠经, 有祛痰止咳平喘之功, 《医学启源》谓可除肺中燥, 且凡仁皆降, 气降则痰消喘平, 麻杏相配一宣一降, 顺乎肺之本性, 使肺气开, 郁闭解, 而杏仁之润又可制麻黄之燥; 黄芩苦寒, 善清肺热, 泻肝火, 抑肝气之过升, 助肺气之肃降; 地龙搜剔经络中之风邪, 有止痉平喘之功; 甘草调和诸药且可助白芍养血柔肝, 缓痉平喘; 芍药甘草汤长于解痉; 诸药合用, 共奏疏肝祛风、缓痉平喘之功。

现代药理研究显示, 柴胡、黄芩、白芍、五味子、防风、地龙具有镇静作用; 地龙具有舒张支气管的作用; 麻黄、乌梅具有抑制平滑肌、解痉的作用; 乌梅、地龙、防风、麻黄具有抗过敏、抗组胺作用; 黄芩具有抗胆碱、抗儿茶酚胺作用; 甘草具有抗胆碱酯酶、增强肾上腺皮

\* 基金项目: 北京中医管理局“薪火传承名医工作站”项目;  
第4批全国名老中医药专家学术经验继承工作项目

质功能作用;柴胡、黄芩、白芍、防风具有抗炎作用;柴胡、甘草、苦杏仁具有镇咳作用;甘草具有祛痰作用;麻黄、地龙、苦杏仁具有平喘作用;麻黄、柴胡、黄芩、苦杏仁、防风、白芍、乌梅、五味子具有抗菌作用;麻黄、柴胡、甘草具有抗病毒作用;柴胡、黄芩、五味子具有免疫抑制作用;乌梅、甘草、白芍、防风、苦杏仁具有免疫增强作用。从现代药理综合分析,全方具有抗过敏、抗炎、解痉平喘、调节机体免疫力的功效。

随症加减:身热,咯痰黄稠者,加生石膏、瓜蒌、知母、浙贝母;发热伴白细胞升高者,加金银花、连翘、牛蒡子;热盛便秘者,加大黄、虎杖;肺热伴阴虚者,加生地、北沙参、麦冬;胸脘满闷,痰多者,加葶苈子、莱菔子;咯痰色白量多、质稀,畏寒喜暖者,去黄芩加细辛、干姜、桂枝、半夏;咽部刺痒者,加蝉蜕、苍耳子、玉蝴蝶;气虚汗出,易感冒,咯痰无力者,加黄芪、白术、太子参;畏寒肢冷,呼气困难,动则喘甚者,加补骨脂、淫羊藿;唇甲紫绀,或舌质紫暗者,加川芎、当归、赤芍、丹参;瘀血更甚者,加水蛭粉、三七粉冲服;喘甚不能缓解者,加僵蚕、全蝎、蜈蚣祛风平喘;吸短呼长,喘憋汗出,不能平卧,肾虚失纳者,加人参、紫衣核桃仁、蛤蚧、紫石英、沉香、紫河车;肾阴虚者加山茱萸肉、枸杞子、黄精。另外,在哮喘治疗中清肝、平肝、息风止痉还常用天麻、钩藤、全蝎、蜈蚣、僵蚕、羚羊角粉等。

1.2 益气解毒、活血通络、芪银三两三强化解毒 “三两三”因方剂的份量而命名。“三两三”的组成,一般都是四味药,君臣佐使配伍严谨。在众多三两三方中,以芪银冠名的三两三由黄芪三两、金银花三两、当归三两、甘草三钱组成,药简力专,为周老师所喜用,临床以此为基础灵活化裁、随症加减治疗多种疾病,每每奏效<sup>[4]</sup>。用芪银三两三治疗的患者均有两个特点:一是病程较长或反复发作致正气亏虚于内,以正虚为本;二是痲痒反复不愈之疾,支气管哮喘的气管内粘膜充血、水肿等表现都与外痲表面相似,可认为是内生之痲痒。这些患者在哮喘发作时,均有气虚瘀血阻络为本,复感风邪而发的特点。用三两三治疗这些患者正是暗合治外痲扶正托毒之理,二者有异曲同工之妙。故周老师常以益气解毒,活血通络为法,配合祛风宣肺平喘,每获良效。表邪易除,体质难改,以芪银三两三贯彻始终,强化脱敏解毒,方可固本清源。黄芪甘微温,入肺、脾经,《珍珠囊》谓“黄芪甘温,其用有五,补诸虚不足一也,益元气二也……疮家圣药五也”。金银花甘寒,解毒清热,味辛还能宣透外邪,《本草纲目》云“一切风湿气及诸肿毒,痲疽疥癣、杨梅诸恶疮。清热散毒”。黄芪配银花有益气解毒通络开痹之功,既能清热解毒又能生肌敛疮,以生黄芪、金银花等量或黄芪倍金银花同用,临床未见其助热益邪之弊,且正气更旺,有益于托毒外达。当归甘辛温、入肝、心、脾经,补血活血,黄芪当归相伍,取当

归补血汤之意,则体现出中医气血相关理论,气为血帅、血为气母,无气则血不能行,无血则气无以附,人身得气血濡养推动,则虚可渐复;阳生阴长气旺血生,血充气固,阴平阳秘,疾病可安。当归配金银花通利血脉,养血不留滞,活血而不致血液妄行。生甘草一方面佐黄芪益气,另一方面金银花与甘草合为银花甘草汤,另外少佐甘草则使药力威而不猛,疗效柔和持久。

现代药理研究表明,黄芪具有提高免疫功能、抗炎、抗衰老、抗应激、强心、扩血管、利尿、抗病毒、解毒等作用;金银花具有抗病原微生物、抗毒素、解热、抗炎、降脂等作用;当归具有抗血小板聚集、增强造血功能、抗炎、镇痛、镇静、平喘、保肝、抗氧化、增强耐缺氧能力、增强免疫力等作用。从整体来分析,本方具有抗炎、抗病原微生物、解毒、增加机体免疫力的作用。

故本方对气虚血瘀的基础上外感风邪而引起哮喘发作的患者来说,确有改善体质,强化解毒的作用。临床上用其治疗急性期哮喘时,常配合柴胡脱敏汤以增强其脱敏的疗效,往往多获良效。另外,在哮喘缓解期时,以本方为基础化裁,可改善患者体质,减少发作,提高生活质量,甚至能临床治愈。

## 2 活用古方,随证施法

2.1 辨明病机,古方活用 肺为娇脏,不耐寒热,喜润而恶燥。临床上,周老师详辨病因病机,活用古方治疗,往往疗效显著。1)寒束伏饮。素体水饮内停,复又外感风寒,风寒束表,皮毛闭塞,卫阳被遏,营阴郁滞;外寒引动内饮,水寒相搏,饮动不居,水寒射肺,导致肺气不利,宣肃无权,阻滞气机,则哮喘发作。治当宗“病痰饮者,当以温药和之”,方选小青龙汤加减疏散风寒,化饮定喘。小青龙汤方:麻黄、桂枝、炙甘草、细辛、白芍、干姜、半夏、五味子。若饮重寒轻,当加重温散寒饮之力,用射干麻黄汤以散寒宣肺、降逆化痰。射干麻黄汤方:射干、麻黄、细辛、生姜、法半夏、款冬花、紫菀、大枣、五味子。若饮邪郁而化热,则病机为外寒内饮夹热,治当解表化饮,清热除烦,方用小青龙加石膏汤。加用石膏亦有防止发散太过之效。2)饮(痰)热壅肺。寒饮日久,郁而化热,复感外邪;或寒饮内停,复感风热之邪,而致寒饮夹热,上迫于肺,肺失宣肃,哮喘发作。治宜化饮除热、止咳平喘,方选厚朴麻黄汤加减。厚朴麻黄汤方:厚朴、麻黄、杏仁、石膏、半夏、干姜、细辛、小麦、五味子。寒饮郁久化热,炼液为痰,痰热停滞于肺,复感外邪,内外相合,致肺气胀满,逆而不降,哮喘发作。治宜宣肺泄热,化饮(痰)降逆平喘。方选越婢加半夏汤或麻杏石甘汤加减。越婢加半夏汤方:麻黄、石膏、生姜、大枣、甘草、半夏。3)温燥伤肺。气候干燥,加之冬季室内温度过高,阴液暗耗,复外感风邪易化温燥;或素体肺阴不足,复感温燥邪气,则温燥伤肺,使肺失清润,肺络受

损,致失其清肃,宣降不利,气逆致喘。肺为娇脏,清虚而处高位,选方用药多宜轻清,不宜重浊,“治上焦如羽,非轻不举”之意。治宜辛凉甘润,方选桑杏汤加减以清肺润燥,止咳平喘。桑杏汤方:桑叶、杏仁、北沙参、浙贝母、豆豉、桅子、梨皮(或鲜梨切片)。若燥热盛,致气阴两伤而喘哮者,治宜清燥润肺、益气养阴,方选清燥救肺汤加减。

2.2 治肺八法,灵活多变 直接治肺的方法,常用的有宣肺、肃肺、清肺、泻肺、温肺、润肺、补肺、敛肺八法,临床根据不同的适应证,或单独应用,或多法合用。以上方药是对此八法的体现。如麻黄的应用是宣肺的代表,用五味子、白芍等则体现敛肺,桂枝、细辛、干姜、半夏体现温肺,炙枇杷叶、杏仁、桑叶皮、紫菀、冬款花、沙参、阿胶、梨皮等的应用则体现润肺,射干、黄芩、石膏、桅子皮等体现清肺,杏仁、厚朴等体现肃肺。补肺时常用党参、人参、北沙参、麦冬、太子参、生黄芪等。泻肺常用葶苈子、莱菔子、石韦、穿山龙、车前子、虎杖等。

### 3 上下兼顾、气血同调,用药注重配伍

周师临证用药,有些常用的配伍,治肺之时,常上下兼顾,气血同调,其配伍之巧妙精当,无不显示出其用药有法有制,现仅略举一二。

3.1 麻黄配杏仁 开肺气、解郁闭。麻杏相配一宣一降,顺乎肺之本性,使肺气开,郁闭解,而杏仁之润又可制麻黄之燥。对郁久化热者多加生石膏配之以清解肺热,对素有寒饮者则加细辛、干姜以温肺化饮。

3.2 炙枇杷叶配杏仁 枇杷叶苦,微寒,归肺、胃经,味苦能降,性寒清热,既能清肺泻热化痰,下气止咳平喘,又能清胃热、降胃气而止呕吐、呃逆。蜜炙则偏于润肺。苦杏仁味苦微温,味苦能降,兼有疏利开通之性,降肺气之中兼有宣肺之功而达止咳平喘,质润味苦能下气、润肠通便。两者相伍,寒温同用,味苦能降,增强其降肺气而止咳平喘的功效。临床上对哮喘患者兼有咳嗽的,常相伍为用。

3.3 当归配白芍 养血柔肝,缓痉止咳平喘。治疗肺系疾病一般从气分考虑,周老师受叶天士久病入络学说启发,考虑患者久病不愈,病邪可入血分,当气血同调,参照《医学真传》中顿呛方组成,对久咳阵咳夜间为甚不能成寐者皆用此药对。“两者相伍寒温同用,既可养血活血柔肝,又可缓痉止咳平喘”。在方中使用本药对亦是气血同调的体现。

3.4 石韦配穿山龙 石韦味甘苦,微寒,归肺、膀胱经,上可入肺经,清肺热,止咳喘,下可清利膀胱而通淋,兼可止血;穿山龙味苦,微寒,归肝、肺经,苦能燥湿,微寒清热,苦寒泄降,通利血脉,入肺经能清肺化痰。两者相伍为用,则增强其清泄肺热、止咳化痰平喘、通经活络之功。本药对的使用亦体现了治肺上下兼顾

的特点。

3.5 旋覆花配车前子 旋覆花,味、辛、咸,性微苦,善降。辛能散,咸以软坚消痰;微温则能通行,入肺胃气分以宣降气机;入肝经血分而活血通络,为气中血药。俗谓“诸花皆升,旋复独降”,周老认为旋覆花具有升与降的双向调节作用,轻扬升散,是诸花的共性,旋覆花也不例外;而降逆软坚,则又是旋覆花的独特个性。其肃肺降胃,豁痰逐饮,又有轻灵之性,流动不滞,自能流通气化而宣窒塞;用其升散之性,主治寒邪外侵,痰浊阻肺,肺气不宣之咳喘痰黏、胸闷不舒诸症。若能适当配伍他药,则无论寒痰、热痰、黏痰、湿痰、风痰、惊痰皆可奏效。车前子味甘、淡,性寒,能通利三焦,降气化痰,利水清热,其甘寒下降,清肺祛痰止咳。旋覆花与车前子相伍,可增强理气化痰,宣肃肺气之功,于宣肺之中寓有肃肺之意,于肃肺之中又有疏宣之功,多用于肺失宣肃所致的各型咳嗽咯痰,上气喘满,尤其咽痒不爽,顽痰难化,不易咯出者,效果更佳。药理实验证实车前子具有祛痰镇咳平喘之功效,可使呼吸道分泌物增加,呼吸加深变缓,有利于排痰止咳。另外临床在化痰时常用三子养亲汤化裁,恐白芥子之辛温走散、耗气伤阴之弊,而以车前子易白芥子。

3.6 旋覆花配桔梗 桔梗味苦、辛,性平,入肺经,开提肺气,辛散苦泄,升中有降,可以利肺气,通咽膈,宽中理气,开郁化痰止咳。旋覆花配桔梗,可增强宣肺气、化痰之功,桔梗引旋覆花上行至咽喉,利于化咽喉胸膈之痰滞,旋覆花能降逆,兼制桔梗之生发,防其宣发太过而引起气逆。

### 4 哮喘缓解期益气补肾,撤减激素

由于西医的迅速发展,激素类药物被广泛用于临床,对于哮喘,常用肾上腺皮质激素类药物,能解痉、消炎和减少痰液分泌,对重症哮喘有较好的治疗作用。然而,哮喘的反复发作,导致激素的长期应用,结果造成患者对激素的依赖性,往往不易撤除,稍一停药或减量,即引起哮喘严重持续发作,甚至死亡。长期应用激素,不仅能降低其他治疗措施的效果,而且直接造成垂体-肾上腺皮质功能和形态上的损害,诱发多种医源性性疾病。

周师在临床上常采用补肾益气法,在哮喘患者病情平稳后逐渐撤减激素,消除患者对激素的依赖性。长期应用激素的患者,不一定都有肾虚的表现,但垂体-肾上腺皮质功能常处于抑制状态。肾虚有肾阴虚、肾阳虚、肾阴阳俱虚,而以阳虚为多,临床需要仔细鉴别。一般而言,服用激素时,多表现为阴虚阳亢,减激素和停激素时,多表现为阳虚或阴阳俱虚。在处方时,需阴阳兼顾,即“于阴中求阳”或“于阳中求阴”。常用药为:黄芪、人参、甘草、淫羊藿、补骨脂、熟地黄、麻黄、菟丝子、

山茱萸肉、蛤蚧。阳虚为主者,加炮附子、巴戟天、紫河车、锁阳、细辛、沉香、紫衣核桃仁等。阴虚为主者,加生地、五味子、百合、鳖甲、山药、枸杞子等。并可配用胎盘片、蛤蚧定喘丸、河车大造丸等。哮喘患者的激素撤减,不可急于求成,要在病情平稳的情况下逐步撤减,完全撤减后,还要坚持补肾益气治疗数月,以巩固疗效。实验研究亦表明,温补肾阳法可提高下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的功能。

典型病例:高某,女性,40岁,2004年11月2日初诊。患者既往有哮喘病史,2004年10月24日行经,10月30日结束,近2d觉得喘加重,不能活动,胸闷憋气,咳嗽,痰多难咯,使用气雾剂效果不佳,目前呈哮喘持续状态,听诊双肺满布哮鸣音,舌淡苔白,脉细数。建议患者住院治疗,患者坚持不住院。辨证为肝风侮肺,治以柔肝缓痉,宣肺平喘,方拟柴胡脱敏汤加减,处方如下:柴胡10g,黄芩10g,白芍15g,炙麻黄6g,杏仁10g,紫菀10g,款冬花15g,旋覆花(包)10g,浙贝母10g,瓜蒌皮15g,桔梗6g,葶苈子30g,天麻10g,穿

山龙15g,广地龙10g,羚羊角粉0.6g(冲),全蝎5g,僵蚕10g。4剂,水煎服,每日1剂。二诊:服上药后诸症均减,喘、痰均减,腹胀、大便不爽、乏力、双肺哮鸣音消失,舌红苔少,脉数,风邪减,兼见阴虚火灼,上方减杏仁、旋复花、浙贝母、桔梗、天麻、羚羊角粉、僵蚕,改白芍为赤芍,加防风10g,五味子10g,紫石英30g,山茱萸肉10g,虎杖20g,以增强滋阴降火、纳气定喘之效。7剂后诸症悉除,无不适感,上方去虎杖,嘱再入7剂以巩固疗效。

参 考 文 献

[1] 周平安.哮喘的五脏论治(上)[J].中医自学之友,1990,(7):48-50.  
 [2] 周平安.哮喘的五脏论治(续)[J].中医自学之友,1990,(8):26-28.  
 [3] 周平安,赵西岳.柴胡脱敏汤治疗支气管哮喘50例疗效观察[J].中国医药学报,1991,6(4):34-35.  
 [4] 王玉光,杨效华.周平安教授应用“三两三”治疗顽固性热病的经验[J].中国中医急症,2002,11(1):38-39.

(收稿日期 2015-01-22)

(上接第597页)

有研究表明,布洛芬混悬液退热效果优,但易发生恶心呕吐、肠道不适等不良反应<sup>[9]</sup>。且其用于退热最大的局限性在于体温仍然会反复升高,部分患儿在极量服用后仍然不能有效控制体温<sup>[10]</sup>。根据本观察可知,服药后6h以及24h后两组患儿的体温均较前下降,说明布洛芬混悬液以及理中汤加味均为有效的临床退热药。服药后6h两组的体温下降情况差异无统计学意义,可知治疗组与对照组在退热的速度上并无明显差异;而24h后治疗组的退热情况优于对照组,说明理中汤加味在长时间有效的退热功效上优于布洛芬混悬液。且临床观察得到,应用理中汤加味退热的患儿可较快恢复精神,避免体温反复升高,缓解恶寒、乏力等全身症状,预防热退后咳嗽、纳差、腹泻等不良反应。

因小儿无法确切表达自身感觉,且小儿发热时的伴随症状较多,故在明了病机的基础上,根据病症辨证论治,随症加减方药,因时因地因人救治,方可效如桴鼓。笔者本着治病求本、标本兼治的思想,联系小儿乃“稚阴稚阳”的“纯阳”之体,具有“肝常有余,脾常不足,肾常虚,心有余,肺脏尤娇”的生理特点,立足脾土运化之力,结合“土能生万物”“无土不成世界”<sup>[10]</sup>的理论思想,从脾胃这一后天之本入手,以理中汤顾护小儿中气,运建中气之阳,结合石膏、钩藤、羚羊骨等药物达到

了迅速、稳定的退热效果,证实了理中汤加味治疗小儿高热在临床应用的可行性。

参 考 文 献

[1] 刘丽娟.白虎汤治疗小儿发热的疗效观察[J].内蒙古中医药,2014,33(10):8-9.  
 [2] 李国经.中医治疗39例小儿发热的临床研究[J].求医问药:下半月,2012,28(8):304.  
 [3] 贺小梅.银翘散合生石膏汤治疗小儿外感高热50例[J].临床和实验医学杂志,2007,6(11):98.  
 [4] 杜春雁,杜洪哲,魏剑平,等.羚羊角颗粒治疗小儿发热临床研究[J].中国中医急症,2007,16(4):399-400.  
 [5] 李可.李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M].山西:山西科学技术出版社,2002:39.  
 [6] 王进进,熊磊,陈柏君,等.小儿发热治验摘要[J].中华中医药杂志,2013,28(4):994-996.  
 [7] 吕英.师徒问答儿科篇[M].山西:山西科学技术出版社,2014:92.  
 [8] 叶红霞.布洛芬混悬液与退热贴治疗小儿发热临床对比观察[J].吉林医学,2013,36(4):688.  
 [9] 冯天行.小儿发热的中西医病因及治疗[J].中国民族民间医药,2010,19(1):106-107.  
 [10] 吕英.气一元论与中医临床[M].山西:山西科学技术出版社,2012:28.

(收稿日期 2014-12-21)

# 蒋梅先教授治疗慢性心力衰竭临床经验撷菁\*

吕天娇 指导 蒋梅先

(上海中医药大学附属曙光医院,上海 200021)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0639-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.025

【关键词】慢性心力衰竭 临床经验 蒋梅先

蒋梅先教授师从全国名老中医张伯臾教授,深得心传。从医30余年,蒋师潜心临床诊疗,擅长以中医、中西医结合方法防治多种心血管疾病,尤其在心衰治疗中继承并发展了导师张伯臾教授的学术经验,注重改善心肾阳气互资、蠲饮祛瘀,注重扶正固本和五脏相关理论的应用,在改善症状、提高生存质量、减少急性加重住院、延长生存年限等方面疗效卓著。现将蒋师治疗慢性心力衰竭的临床经验介绍如下。

## 1 心肾阳气互资障碍为心衰基本病机

蒋师常言,中医学虽无心衰病名,然而对于慢性心力衰竭的临床表现、病理生理变化的认识及治疗却散见在多处中医古籍之中。如“夫不得卧,卧则喘者,是水气之客也”,便是对左心衰时呼吸困难且因平卧位而加重特点的论述。再如“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘,啞干善噫,厥,气上则恐”,“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”等皆是对慢性心力衰竭的论述。中医理论认为,心与肾密切相关。心五行属火,肾五行属水,“水火既济”方可使心肾之间的生理功能相互协调。一方面,肾为先天之本,肾阴、肾阳为各脏腑阴阳之本,心阳振奋,下归于肾,资助肾阳,则肾水不寒,蒸腾气化,上承心阴以制心火而无心火独亢,四布水津而无停饮水气之患;另一方面,心气根于肾气,心阳根于命门之火,依赖肾中阳气的温煦,心脏阳气盛衰与肾阳密切相关,肾阳充足,则上温心阳,鼓动血脉,营运全身,血脉通利而无瘀血内结。

蒋师认为,心衰的发病主要归因于“心肾阳气互资”生理状态的破坏,而心阳虚衰则是矛盾的主要方面。心衰发病之初以心气虚为主,然而随着疾病进展,或气虚及阳,或气虚及阴而阴损及阳,二者均可使心阳式微,不能藏归、温养于肾,最终导致肾阳虚衰,主水无能,饮邪内停,外溢皮肤、上凌心肺,使患者肿、悸、喘三

症并见;同时,肾阳虚衰则无以温煦心阳,使之鼓动力而加重血行瘀滞和瘀血内积,以致出现唇甲瘀黯、颈脉显露、癥积心下等症,并进一步导致“血不利则为水”,从而加重饮邪内停。蒋师强调,心气虚是心衰的病理基础,心阳虚是疾病发展的标志,心肾阳虚则是疾病的重笃阶段;而水饮、瘀血内停则是疾病发展过程中必然出现的病理产物<sup>[1]</sup>。气虚阳衰与瘀血和水停密不可分,并且正是由于饮、瘀的存在,进一步阻碍了心、肾之间的阳气互资;瘀从气虚来,水由阳虚生;血瘀气益虚,水泛阳更损。因此,蒋师提出,心肾阳气互资障碍为心衰的基本病机。

## 2 注重扶正固本、兼顾五脏

蒋师认为,心衰为心脏久病及肾的病证,除了心肾阳气虚衰,在病情发展过程中还常常出现五脏亏损,因而心衰病位虽在心,但其与肺、脾、肝、肾密切相关<sup>[2]</sup>,故治疗上当注重扶正固本,标本兼治,以心为主,并调他脏。

2.1 心肾阳虚,填精化气 心肾为水火之脏,肾阳虚衰,水泛上焦,可上凌于心;肾阳为心阳之根本,心阳不振,日久必定及肾。蒋师认为,温通心阳应贯穿心衰治疗始终,故临证常选用人参、黄芪、桂枝、附子等药。而对于心衰后期肾精亏损、阴阳两虚证者,蒋师常以扶正固本为大法,以左、右归丸合生脉散加减以填精化气,益阴通阳。若患者阳虚较甚,蒋师常用选右归丸合生脉散(熟地黄、山茱萸、山药、菟丝子、枸杞子、鹿角片、肉桂、附子、红参、五味子、麦冬);若患者为阴虚较甚,蒋师则常选左归丸合生脉散(生地黄、熟地黄、山茱萸、菟丝子、枸杞子、鹿角片、山药、坎炁、猪茯苓、泽泻、生晒参、五味子、麦冬)。

2.2 心衰调理,其要在脾 心主血,脾统血,脾失健运,水谷精微不足,子盗母气,可致心气心血亏虚;心火生脾土,心气不足,母病及子,亦可使脾气受损。蒋师认为,慢性心衰患者常有不同程度的瘀血在脾,因而易出现纳呆、腹胀、呕恶等症,且药食所投,必先脾胃,故而

\*基金项目:海派中医流派传承研究基地建设项目  
(ZYSNXD-CC-HPGC-JD-003)

蒋师临证尤重调理脾胃。每遇脾胃虚弱或食滞湿蕴等证候,必先调理脾胃,待脾胃功能恢复,再议调补。同时,在慢性心衰患者的长期治疗中,蒋师亦不忘固护脾胃,尤其在投填精益肾方药时,常合用健脾助运,行气醒胃之品,如白术、白芍、茯苓等,以防滋腻碍胃,湿蕴困脾。

2.3 心肺相关,顾养宗气 心肺同居上焦,肺气虚损或肺失宣肃,宗气生成不足,可影响心主血脉功能,久之则使心气亏虚;反之,心气不足,心阳不振,亦可使肺司呼吸和主气的功能受损,宣降失司。如久咳、久喘、肺癆、痰饮等肺系疾病使肺气壅塞,或肺气受损,而不能朝会百脉以助心推动血液运行,日久心气受损,逐渐发展为心衰。对于心肺两虚证者,蒋师常选用参蛤散合葶苈大枣泻肺汤、膈下逐瘀汤加减以补心益肺、化痰行瘀。药用党参、蛤蚧、葶苈子、大枣、制半夏、生蒲黄、当归、川芎、桃杏仁、牡丹皮、赤芍、乌药、延胡索、甘草、枳壳。

2.4 理气养血,调肝治心 心主血,藏神,肝藏血,主疏泄。肝血不足则心失所养;心气心血不足,血脉空虚,亦可使肝无所藏。如肝郁化火或阳亢日久,灼伤心肾之阴,或暴伤心气,最终可发展为心衰。且慢性心衰患者常有瘀血在肝,故而蒋师常选用酸枣仁汤、桃红四物汤合鳖甲煎丸加减以养心柔肝、活血通络、化癥利水。药用酸枣仁、甘草、知母、茯苓、川芎、白芍、桃仁、红花、当归、地龙等。

### 3 倡导脏气法时,治重冬夏

《黄帝内经·素问》曰“病在心,愈在长夏,长夏不愈,甚于冬,冬不死,持于春,起于夏”。由于心病“甚于冬”、“起于夏”,因而在慢性心衰治疗中,蒋师尤其重视冬、夏二季。

3.1 冬进膏子,使精气互生 心衰为心病后期之变,为久病、重病,甚则危急(急病)。中医学认为久病归肾,然重病、急病同样归肾,因肾为五脏阴阳之根。因而蒋师强调,在治疗过程中必须重视填精益肾,而冬进膏子调补是最合适的方法。因为冬季腠理密闭,阳气内守,阴精内藏,消耗减少,适宜营养物质储存体内,冬至到立春之间填精化气,更宜注意固护心衰患者初生之阳气。蒋师常言,只要病情平稳,舌苔不腻,即可试进膏子调治补益。

3.2 夏用人参,冀扶阳益阴 心属火,其脏气为阳中之阳;而夏季炎热,在四季中阳气最盛,在五脏属心,有益于心之脏气恢复,蒋师认为,心衰患者应在夏季的治疗中充分利用季节优势,抓紧病情相对稳定的大好时机,注重补气、补阳,帮助心脏恢复阳气。一方面,由于夏季腠理开泄,出汗较多,“汗为心之液”,汗出较多则伤心气;阳根于阴,阴根于阳,阳气得充,阴液自复。故

而蒋师常于夏令三伏,在中药汤剂益气温阳,活血蠲饮调治同时,根据患者体质加用人参,以冀扶阳益阴。一般选用生晒参,气阴两虚者加西洋参,气阳两虚者改用红参。

### 4 创制心衰调治验方

蒋师在总结和继承已故全国名老中医张伯臬教授经验的基础上,总结出改善心肾阳气互资的心衰验方——坎离煎(2004年起由上海中医药大学附属曙光医院制剂室完成工艺,改变为“坎离颗粒”)。坎离煎主要由黄芪、熟附子、葶苈子、车前子、三棱、莪术等组成,具有温振心肾阳气和利水、泻肺之功效,适用于绝大多数心衰患者。方中生黄芪味甘性温,“走而不守”,可补气升阳,益卫固表,利水消肿,现代药理研究发现其有类似洋地黄的强心作用<sup>[3]</sup>;熟附子味甘性热,用之温肾助阳,以化气行水,兼暖脾土,以温运水湿,现代药理研究证实附子中的消旋去甲乌药碱,具有很强的正性肌力作用<sup>[4]</sup>。故蒋师以此二味益气温阳药为君,可以温振心肾阳气、改善阳气互资;而白术、茯苓健脾益气,用此二味为臣,以生化气血而充养阳气;同时,以泻肺蠲饮、活血利水药(葶苈子、车前子、三棱、莪术)为佐,以求祛邪安正、匡护阳气;以养心敛阴药(白芍、麦冬)为使,以助阴平阳秘。诸药合方,使心阳(离火)得振,肾水(坎水)蒸腾,血利水行,而无停饮瘀血之虞。目前其组方、制剂工艺和适应症已获国家发明专利,且组方经蒋师近30年的临床使用和急性毒理学研究等未发现毒副作用。

### 5 病案举隅

患某,男性,42岁,2011年3月31日初诊。患者活动气急半年,加重1个月,伴夜间阵发性呼吸困难、间隙性下肢肿2月,朝轻暮重,夜能平卧。外院心超示:左心房(LA)56×85 mm,右心房(RA)52×62 mm,左心室(LV)74 mm,右心室(RV)30 mm,室间隔(IVST)5 mm,左室后壁(LVPW)6 mm,射血分数(EF)29%,少量心包积液,中度肺动脉高压(PASP 65 mmHg)。服速尿、安体舒通、地高辛、万爽力。纳平,便欠实日行。舌淡红,苔薄净,脉细。治拟益气养阴、通阳蠲饮。方予坎离方加减:生黄芪 30 g,熟附片 10 g(先煎),生白术 10 g,茯苓 15 g,白芍 10 g,麦门冬 10 g,葶苈子 10 g(包煎),车前子 30 g(包煎),猪苓 15 g,潞党参 10 g,川桂枝 6 g,黄连 3 g,补骨脂 10 g,六神曲 12 g,丹参 15 g,黄精 12 g,香橡皮 10 g,苦参片 10 g,炒酸枣仁 12 g,大枣 6 g,炙甘草 3 g。水煎服,每日1剂,共14剂。另生晒参每日5~10 g,隔水蒸,早晚空腹服用。2011年4月28日二诊,诉活动气急明显改善,但忙累后症状有反复,无肢肿。复查心超示:LA 43×65 mm,RA 51×39.5 mm,LV 65~55 mm,RV 27 mm,IVST 6 mm,LVPW 7 mm,EF 32%。

纳平,便软日行。舌淡红,苔少,脉濡细带数,仍拟前法出入。予前方加苦参片至12g,葶苈子改20g,补骨脂改为12g,加山茱萸肉10g,生龙齿15g。水煎服,每日1剂,共14剂。2011年5月12日三诊诉病情稳定,活动气急明显改善,活动耐量改善,无肢肿,患者病情平稳,以上方加减服用5月余后复查心超示:LA 45×52 mm, RA 45×32 mm, LV 67~51 mm, RV 19 mm, IVST 9.8 mm, LVPW 7 mm, EF 47%。心脏较前缩小,射血分数较前有所提高。

## 参 考 文 献

- [1] 蒋梅先. 改善心肾阳气互资是治疗慢性心力衰竭的关键[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(12): 1067-1068.
- [2] 蒋梅先. 谈谈慢性心功能不全的中医分期论治[J]. 中医杂志, 2005, 4(6): 461-462.
- [3] 焦雄文, 段颖. 黄芪注射液对充血性心力衰竭左心室重构影响的临床研究[J]. 陕西中医学院学报, 2006, 29(3): 19.
- [4] 阴健. 中药现代研究与临床应用[M]. 学苑出版社, 1994: 394.

(收稿日期 2014-12-14)

(上接第 634 页)

公司出产),药服2次后,突现气短不足息,深吸气则背胸、肋肋痛甚,迫使吸气停顿,随后缓呼痛减,每隔5~8 min前症复现。骶肛部下坠欲便,蹲厕无便下。息高而痛,患者惊恐转诊中医堂。刻症,深吸气后咬牙裂口,皱眉弄眼,痛处循背胸、肋肋、前胸,移时病缓,自诉气短胸闷欲死,迫深吸气,但背胸痛重难忍,心中空旷无所依,口微渴,饮食差,小便自利而频数,大便下坠而虚蹲,膝至足跟困重无力,昼日苦楚,而夜卧安。脉沉缓细,舌质淡。血压:190/105 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa)。脉证合参,拟为大气下陷证,宜益气升陷,处方以升陷汤加味:黄芪15g,知母15g,桔梗6g,柴胡6g,升麻8g,陈皮10g,当归10g,枳壳10g,菟丝子10g,羌活6g,荆芥穗6g。水煎服,2剂。每煎取药200 mL,每4小时1服,1昼夜尽剂。二诊,患者面有笑容,从容就诊,吸气仍艰涩,仍吸气痛及肋肋,而背胸痛大减,呼气后咳嗽,骶肛不坠,小便仍频数。血压:185/105 mmHg,脉沉缓细,舌质淡。服药有效,契中病机。其呼气后咳嗽,是内气不续,肺失宣降;小便频数缘于肺肾阳气虚,上虚不制下,下虚不气化。治须补元气,助少火,充实大气,既效不更辙,守上方加人参6g,细辛3g。5剂,水煎服,每日1剂,分早、中、晚3服。三诊,患者自诉呼吸艰涩症状缓解,背肋痛基本消失,唯觉肩胛区冷困,呼吸平稳,微咳少许流清涕,脉浮缓,苔薄白。血压135/90 mmHg。辨其脉症,知其胸阳不振,风寒乘袭。谨守上方加减:黄芪15g,知母15g,桔梗10g,柴胡8g,升麻6g,当归10g,陈皮10g,枳壳10g,菟丝子10g,羌活10g,荆芥10g,人参6g,细辛3g。3剂,煎服法同前。1周后相告病愈,随访半年未复发。

## 2 体 会

“脐下,肾间动气者”是为元气,乃一身气之根,十二经脉之本。元气者,生于少火,培于中焦而聚胸中,为胸中大气,包举心肺,贯心脉司呼吸。患者年高,绝经3年,肾气已虚,冲脉衰少,任脉不通,十二经脉经气不足,血少气弱,脏腑气血衰弱;肾虚少火衰弱,元气生源不足,脾胃气血化生不足,难以磅礴之势而盈满胸中,于是脏腑、经络气血衰少,胸中大气不足矣。前医以筋膜扭闪立论,理气活血通络,耗散气血,以致病症难除;又医以为肝气郁滞,风阳内扰施治,疏肝潜阳,更耗大气,助纣为虐。终患者突发呼吸气短,憋闷欲死,背重痛而肛下坠。而今审证求因,从因论治,急升下陷之大气,采用升陷汤加菟丝子、羌活、荆芥穗直入冲任,疏通导引经气流行,同时助药力通达十二经;配人参,细辛,补元气,助少火,培本固根;当归、陈皮调理脏腑气血,“气血冲和,万病不生”。大气既陷,中焦清阳难升,浊阴安得降下,借用枳壳,辛开苦降,与黄芪补气升提相反相成,则清升浊降。每诊疏方,柴胡、升麻、荆芥、羌活量有增损,是谨守病机,临证圆活,有是证,用是药;每诊记录血压数值递减,是秉承国医大师邓铁涛关于黄芪在高血压病治疗中应用经验,胆大而细心。阴阳跷脉始于足跟,循踝上行过膝,主阳动阴静,司下肢运动,其腧穴寄附于十二经与任督脉之中,循行路线交错,经气相通达。该病发作部位亦属特殊,与阴阳跷脉循行相近,患者膝至足跟困重无力,乃是阴阳跷脉之病候,故昼日阳动,经气不足则病;夜卧阴静,经血归藏而宁谧则安。

综上要之,临证既要详尽病证,又要明了病因,证因明确,谨守病机,圆活用药,方可有的放矢,切不可按图索骥,胶柱鼓瑟。

(收稿日期 2014-12-12)

# 孙浩主任运用中药散剂脐疗法的经验\*

时乐<sup>△</sup> 高军 王其兵 指导 孙浩  
(江苏省仪征市中医院,江苏 仪征 211400)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0642-02  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.026

【关键词】 中药散剂 脐疗法 中医外治法 名医经验 孙浩

孙浩,原名孙亮臣,仪征市中医院主任中医师,南京中医药大学特聘博士生导师,江苏省名中医,第4、5批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,享受国务院政府特殊津贴,江苏省非物质文化遗产仪征市“臣”字门中医儿科第5代继承人。早年随父孙谨臣学医,尽得心传,后又跟随中医儿科江育仁教授待诊左右,从医60余年,学验俱丰,擅治儿科、内科杂症,临证常用中药散剂治疗小儿积滞、腹泻、湿疹、外感等症,尤专中医外治法的运用。现将其运用中药散剂进行脐疗的经验概述如下。

## 1 脐疗思想

脐疗是以脐(即神阙)为用药或刺激部位,以激发经气、疏通经络,促进气血运行,调节人体阴阳与脏腑功能,从而防治疾病的一种方法,是中医学的外治法之一,至今已有上千年的历史。脐部皮肤薄嫩,神经、血管丰富,有较强且迅速的吸收能力,有良好的感受及传导功能,当用各种适宜药物或物理刺激施治于脐部时均能刺激局部神经末梢,再通过神经系统的反射与传导,调整机体植物神经的机能,进而增强机体免疫力和抗病能力,达到强身健体,防病治病之目的。另外,脐部给药不经过消化系统,较少通过肝脏,避免了对消化道的刺激及肝脏代谢对药物成份的破坏,从而更好发挥疗效。

孙老认为,神阙属任脉,而任脉又与督脉相为表里,故能总理人体诸经百脉;又为冲脉循行之地,而冲脉为十二经脉之海,且任、督、冲皆为奇经,贯穿于十二正经之间,具有调节各经脉气血的作用,故神阙能通周身之经气,可通过调节各经脉气血的运行,联系五脏六腑、四肢百骸、五官九窍、皮肉筋骨等组织器官。再则,脐居中焦,位居大腹中央,是上中下三焦之中枢,为生命胚胎期输送能源的通道,是五脏六腑之本、元气归藏

之根。《难经·六十六难》曰“脏下肾间动气者,人之生命也,十二经之根本也”。小儿服药多有不便,部分患儿吐泻较剧,苦味中药必定难以下咽,而外用中药散剂(粉末)作用于脐部,配合一定的物理刺激,可迅速通过小儿稚嫩的皮肤渗透到脏腑器官发挥功效,使用方便快捷,常常1~2次治疗即收效。

## 2 经验举隅

2.1 姜桂椒萸止泻良方名:止泻散。功用:温脾和胃,除湿止泻。主治:小儿腹泻。组成及用法:川椒、吴茱萸、肉桂、小茴香、淡干姜各等分,共研细末,以瓷瓶或玻璃器皿盛贮,勿令泄气。每用3g,盛入小纱布袋内,覆盖于脐上,外以绷带固定;24h后取下,再用原药末3g,用法如前。连敷2次(计48h)为1个疗程。

病案:患儿,男性,1岁。腹痛、便利稀黄,日泻10余次,味如败卵,泻后稍安,口干欲饮,饮入即吐,暖噫酸腐,舌苔淡黄厚腻,指纹紫滞。大便检验:镜检见不消化食物之残渣,脂肪球(++)。证属脾胃呆滞,纳运无权之伤食泻。予“止泻散”温脾和胃。用药1个疗程后,腹泻、呕吐均止,腹部疼痛消失,嘱注意饮食调理,未再用药。

按语:孙老认为,小儿泄泻与“脾”、“湿”二字相关。《内经》云“脾病则飧泄”,“湿胜则濡泄”。故孙老治泻多从运脾利湿着手,临床常用的有醒脾、运脾、补脾和化湿、利湿、燥湿等法。然脾属足太阴经,任脉为之司,故取任脉经中神阙一穴,覆以温燥辛香走窜之剂,以通经、温脾、燥湿。

孙老所创止泻散中用味辛性热之川椒、吴茱萸,暖脾胃而散寒邪;肉桂味厚甘辛大热,壮命门之阳;小茴香辛温开上下经之通道,调中止呕下食;干姜辛热守而不走,以“燥湿而补脾”。诸药合用,共奏调任督、和阴阳、行气血、健脾胃、除寒湿之效,故对治疗小儿泄泻较为适宜<sup>[1]</sup>。止泻散对婴幼儿伤食(乳)泻和风寒泻疗效均佳,可能因为婴幼儿肌肤薄嫩,皮肤黏膜对药物沁入

\*基金项目:江苏省名老中医药专家工作室项目基金  
<sup>△</sup>通信作者(电子邮箱:shi-le2003@163.com)

性较强,因而作用于肠道的效果也较好。年龄较大,辨证为脾气虚或者脾肾阳虚久泻的患儿疗效欠佳,一时不易奏效,大多需加服健脾补肾中药方能痊愈<sup>[2]</sup>。近年来,本院在病区 and 门诊将其应用于防治儿童静滴红霉素所致的胃肠反应(恶心、呕吐、腹胀、腹痛等),疗效良好<sup>[3]</sup>,进一步扩大了该散的应用范畴。

此外,孙老特别提醒,使用该散时药务必须盛入纱布袋内覆于脐部;如将其直接填覆脐中,刺激性太强,易导致皮肤黏膜损伤。

**2.2 二子敷脐能敛汗** 方名:二子散。功用:敛肺止汗。主治:小儿汗证(多汗)。组成及用法:五味子、五倍子各等分,共研细末备用。每晚于临睡前取10g,加温开水调拌,捏成圆形药饼如一元硬币大,紧贴脐窝,上覆洁净保鲜膜一块(较药饼较大),外用纱布绷带裹腹,如螺旋式从上腹裹至下腹,使之互相牵扯,以免药饼滑脱。次日清晨待儿起身后去绷带及药饼,当晚再如法,连敷3次为1疗程。

病案:患儿,女性,18个月。生后母乳不足,营养欠佳,形体偏瘦,半年来,月月感冒,感则流连不解,汗出偏多,动时尤甚,舌淡,苔薄白,指纹暗淡。此气虚自汗之证也。予“二子散”敷脐,敛肺止汗,次日汗出即少,连敷3次,汗全止。经随访半月以上未见复发。

按语:孙老指出,小儿肌肤常表现为柔软湿润,身有微汗称“养身汗”,故小儿又名“汗团子”。本散所治之汗,系指自汗、盗汗与多汗。多汗指小儿寐时出汗,汗出如珠,沾湿衣衫,以头面、颈项、胸背为多,临床无明显气虚、阴虚证象,与盗汗、自汗不同,与养身汗亦异。

本散中五味子味酸、咸、性寒,入肺、肾、大肠经,孙老引《本草纲目》云“其味酸寒,能敛肺止血,化痰止咳收汗;其气寒,能散热毒疮肿;其性收,能除泻痢湿烂”。五味子味酸,性温,入肺、肾经,《医宗必读》谓其能“滋肾经不足之水,强阴涩精,除热解渴,收肺气耗散之金,疗咳定喘,敛汗固肠”。二药均入肺、肾二经,其味皆酸,《伤寒论注》云“肺欲收,急食酸以收之,以酸补之”,故孙老将二者用于肺虚出汗极为有效。用五味子止汗,见于《本草求真》,该书谓“常出自汗,睡中出为盗汗,用五味子研末,津调填脐中,缚定,一夜即止也”。今孙老将二药合用乃受朱丹溪“黄昏嗽方”(五味子、五味子二药组成,功擅收肺保肾)之启发,认为二药合用有金水相生、母子同补之义,其功效倍于单味药。此散药性寒

温相济,其性和平,对皮肤无刺激、过敏等反应<sup>[1]</sup>。

**2.3 承气作散善通滞** 方名:承气散。功用:宽中导滞。主治:小儿食积便秘。组成及用法:芒硝6g,厚朴5g,枳实5g,生大黄6g,共研为末,摊于10cm×10cm的3层纱布上,敷于患儿脐部,外以纱布绷带裹腹,上用热水袋(温度适中)温熨敷药部位约15~20min,肛门排气排便后去之,拭净皮肤即可。

病案:患儿,男性,2岁。体型偏胖,平素嗜食。因贪吃月饼、菱角之类食品,伤于脾胃,运化不良,以致湿温发热,干呕心烦,饮入即吐,腹胀拒按,大便未排,舌苔黄厚,脉滑数。证属食积中焦,腑气不通,治以通降腑气,旋运中州。料药入必吐,拟大承气汤方为散外敷,以代内治。敷上散后约3h许即频闻矢气,5h后排出大便甚多,旋即胀消、呕止,抚之已汗出津津,热退身凉矣。停药,嘱家长需节制患儿饮食,以防复发。

### 3 体会

孙老认为,小儿食积便秘,与伤寒阳明腑实证的病因有别,但病机相同,总以通腑泄热为法,故化裁仲景大承气汤之药为散剂外敷脐部。现今小儿多娇生惯养,食多过饱,故积滞(伤食、伤乳、消化不良等)一证多见,虽症状多端,常见便秘、溢奶、呕吐、暖气、腹胀等,均与腑气不通相关。“胃以通降为和”,故在治疗上通腑导滞为第一要务。现代医家常使用芒硝(或玄明粉)外敷治疗急、慢性胰腺炎腹痛或腑气不通等诸多症状,研究表明芒硝经皮吸收后有显著增加胃肠蠕动的功能。孙老在多年的临证实践中独创多种中药散剂内服治疗积滞诸症收效颇佳,但有时小儿服药较为困难,运用该散进行脐疗避免了口服药在儿科应用的不便之处,方便快捷,配合热敷或红外线照射脐部,可促进药物的透皮吸收,用药直达脾胃肠腑<sup>[4]</sup>,快速发挥功效,效如桴鼓。孙老常引《理瀹骈文》中谓“中焦之病,以药切粗末炒香,布包缚脐上为第一捷法”,是为之法。

### 参 考 文 献

- [1] 孙浩. 医学存心录[M]. 北京:中医古籍出版社,2003:103,108.
- [2] 高军,孙浩. 孙浩治疗小儿脾虚泄的经验[J]. 江苏中医药,2010,42(12):8-9.
- [3] 潘灯银. 敷脐散在防治儿童静滴红霉素所致胃肠反应中的疗效观察[J]. 内蒙古中医药,2014,33(32):24.
- [4] 孙浩. 外治法治疗小儿内病举验[J]. 中医外治杂志,2003,12(4):3-4.

(收稿日期 2014-01-09)

# 张志明主任医师治疗重症银屑病的经验

贾晓博<sup>1</sup> 王鑫<sup>2</sup> 刘志军<sup>1</sup> 指导 张志明<sup>2Δ</sup>

(1.甘肃中医学院,甘肃 兰州 730020;2.甘肃中医学院附属医院,甘肃 兰州 730000)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0644-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.027

【关键词】 张志明 重症银屑病 临床经验

重症银屑病由寻常型银屑病发展而来,临床表现为全身肿痛、发热,部分皮肤潮红,皮损遍及全身<sup>[1]</sup>。目前西医认为此病与遗传、感染、代谢、内分泌及免疫因素有关<sup>[2]</sup>。激素类药物及免疫抑制剂的应用虽可控制病情,但容易反弹,且副作用明显,在治疗方面尚无特效疗法,而中医治疗此病方法多样,临床疗效确切,具有复发率低、毒副作用小的优势。因此,探求中医药特色治疗与总结有效治疗经验具有重要的临床价值<sup>[3]</sup>。张志明主任医师是甘肃中医学院附属医院副院长,甘肃省名中医,甘肃省第一、二批省级师带徒指导老师,硕士研究生导师。张师治学严谨,对于各种急慢性疑难病症,不仅在理论上达到很高的造诣,而且在临床上积累了丰富的经验,尤其在重症型银屑病治疗方面经验独到,疗效显著。笔者有幸随师临床学习,受益匪浅,对其经验略窥一二,总结如下,以飨读者。

## 1 重症银屑病的病因病机

中医学中没有重症银屑病病名的记载,按其临床表现属中医学“白疔”、“干癣”的范畴。对于本病的病因病机,历代文献论述不同,但大多认为与外风、内燥相关。如《诸病源候论》提出此病“皆是风湿邪气客于肌肤,复值寒湿,与气血相搏所生。若其风毒气多,湿气少,则风沈入深,故无汁,为干癣也”;《外科大成》谓其因“风邪客于皮肤,血燥不能荣养”所致。近代医家在继承前人经验的基础上,对其有了更深的认识,提出此病发病与血热毒盛有关。如赵炳南教授认为,血热是内在因素,然而血热的形成与多种因素有关<sup>[4]</sup>;朱仁康教授也认为血热是本病的主因<sup>[5]</sup>。

张师熟读经典的同时,根据自己临床经验指出:重症银屑病发生、发展、病程转归均与血分郁热、瘀毒内阻有关,治疗应从血分着手。起病之初,多因患者素体阳热气盛又外感六淫,入里化热,或内伤七

情、饮食失节,郁而化火,导致体内热毒炽盛,热盛生风,风盛则燥,外发肌肤而起,此时病情尚浅。如果失治、误治,怠误病情以至热毒久炽,郁于血分,又外邪引动,使内热外邪相搏,燔灼血液,耗血动血,暗损营阴,以致血脉凝滞,瘀毒互结,外不得宣透,内不得疏泄,转为重症。

## 2 重症银屑病的治疗原则

陈实功《外科正宗·自序》言“内之症或不及其外,外之症则必根其内也”。张师认为皮损在外,但根源在内,强调内治治疗外科疾病的重要性。根据其病机,提出“内清外透”的治疗原则,“外透”其意有二,一为使血分伏热有外达之机,促其透出气分而解,即“透营转气”之意;二为用宣散之品使气分之热透于肌表,邪祛正自安。“内清”既要清血分郁热,又要行血滞之瘀。正如叶天士《温热论》云“入血犹恐耗血动血,直须凉血散血”。张师强调在具体用药时,根据患者的病势要把握药量,不可随意加减。如用清热之品时,因其性味辛凉,火热之症,轻则无效,重则易凉遏之虞,恐伤正气而病势缠绵。透散之品,性辛燥,过量易伤及阴分,阴不制阳,火热内炽,皮损加重。养阴之剂,其性滋腻,亦不可徒执,易遏伏气机,病势更重。因此,张老师指出治疗应善于把握病机,抓住因势利导这一思想,灵活用药。

## 3 重症银屑病的辨证论治

### 3.1 消疮汤的组成

张师在熟读医典的基础上,根据自己的临床经验,自创消疮汤,用于治疗各型白疔均可用此方加减,疗效显著。基本方药如下:金银花 30 g(后下),白鲜皮 30 g,连翘 12 g,荆芥 20 g,防风 15 g,酒大黄 10 g,皂角刺 5 g,紫草 15 g,鸡血藤 12 g,蒲公英 10 g,葛根 10 g,蝉蜕 3 g,僵蚕 5 g,甘草 6 g。方中紫草,苦、寒,入肝经,凉血活血,解毒透疹;酒大黄,凉血祛瘀;鸡血藤,补血活血、通络,《饮片新参》谓此药去瘀血,生新血,流利经脉,治暑痧,风血痹症。三药合用,能清血分

Δ通信作者(电子邮箱:15730973235@163.com)

伏热,行血滞之瘀,又无补血留瘀之弊。葛根,解肌退热,透表生津;皂角刺,消肿排脓,祛风杀虫,此二药与凉血活血之药相伍,宣透作用增强,使邪热从血分达表,兼以葛根甘、寒养阴之功,使辛透无伤阴之弊。金银花,其性甘、寒,清热解毒、疏散风热,为治一切内外痈之要药,《生草药性备要》谓其“能消痈疽疔毒,止痢疾,洗疮疔,去皮肤血热。连翘味苦性凉,散气聚血凝,去积滞之热。蒲公英,清热解毒、消肿散结”。此3药既疏散风热、清热解毒,又入血分,透血分伏热转气分而解,取“透热转气”之意。防风,辛、甘,微温,祛风达表而无动血伤阴之弊,为“治风之润剂”;荆芥,祛风解表,透疹止血,汪昂《本草备要》云“荆芥最能散血中之风”。虽热毒在里,但病位在表,其在皮者汗而发之。两药相伍,既能辛温透表,又能血分搜血分之热,还与凉血活血之品相配,意为“治风先治血,血行风自灭”之意。白鲜皮,清热燥湿、解毒止痒,《本草原始》谓其“治一切疥癩、恶风、疥癣、杨梅、诸疮热毒”。与僵蚕、蝉蜕合用,轻清宣上,善于祛风止痒,宣散透表,取皮能达表,以皮达皮之意。且僵蚕、蝉蜕与酒大黄配伍,升清降浊,清表里三焦大热。甘草调和诸药。纵观全方,外能宣散风热,内可清透血热瘀毒,因势利导,使邪有去路。张师认为治疗重症银屑病,虽然病邪在里、在血分,但清热药很少用大剂量,以免凉扼伤正,相对重用透散之药,使邪从气分达表而解。

3.2 分型论治 张师认为中医辨证不可拘泥于西医分型。此病临床各型症状错综复杂,且常相互兼见,但治疗病机关键不离“血分郁热、瘀毒内阻”,所以治疗时抓住内清外透这一治疗原则,以辨证论治为主,随证加减。根据临床常见症状分为血热内瘀证、湿热血毒证、热毒伤阴证,以白疔汤加减,灵活应用,效果满意。

血热内瘀证:若病势发展快,原有皮损迅速扩大,乃至融合成片,遍及全身,皮肤红紫肿痒,或触之灼热,基底暗红,上覆银白色大量鳞屑成片脱落,可见掌跖皮肤厚硬,指(趾)甲变形增厚,舌质暗红,脉弦数或涩。证属血热内瘀。素体因有血热未尽,热盛伤津,暗耗营血,血热夹瘀。治宜透热凉血,佐以活血化瘀。以原方基础上加生槐花 30 g,赤芍 15 g,白茅根 30 g,生地黄 30 g,丹参 15 g,以凉血、活血化瘀;若全身红色皮疹,奇痒难耐,则加苦参 30 g,白蒺藜 30 g,以清热凉血、疏风止痒;若皮损有点状出血现象,减鸡血藤,加棕榈炭 15 g,荆芥炭 15 g,黄芩 7 g,以凉血、止血。

湿热血毒证:若发病急,皮损泛及全身,周围与基底红润潮湿,原有红斑上出现密集小脓疱,很快干涸为痂皮,好发于身体阴面、下肢及腋窝与股内侧等潮湿部

位,自觉灼热痒痛,舌质红,苔黄腻,脉数。证属湿热血毒。因病程日久,湿浊内生,化热化毒,湿热与血毒交搏蕴于肌肤。治宜凉血化瘀,清热利湿。《灵枢·百病始生》篇曰“湿气不行,凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去而积皆成也”。湿邪阻于肌肤与经脉之间,导致气血不畅,气滞血瘀,故张师于原方未去化瘀之品,而减荆芥、防风、蝉蜕、僵蚕之疏风宣散之品,加苦参 30 g,黄柏 15 g,栀子 15 g,以清热燥湿;若手足或肢体关节红肿疼痛,屈伸不利,则加桑枝 10 g、青风藤 10 g,络石藤 9 g,忍冬藤 15 g,以活血通络;若全身皮损颜色变浅变暗,散发少量脓疱,伴有食欲不振,口黏乏味,舌体胖大齿痕者,加炒白术 30 g,黄柏 30 g,薏苡仁 9 g,茯苓 15 g,以健脾祛湿。

热毒伤阴证:若病势减退,全身皮损颜色变淡发黯,鳞屑细碎干燥,层层脱落,干燥自觉瘙痒明显,舌质红,苔薄而干,脉细数或弦细。证属热毒伤阴。急性期热灼血分,现虽病势减退,但余热尚存,吴鞠通《温病条辨》中言“热之所过,其阴必伤”,火毒伤津耗气,阴亏血燥,气血两虚。故治宜清热凉血,养阴润燥。虽治疗重症银屑病时张师以清宣凉透为要旨,但恐透散与凉血解毒药物大量运用会使阴血更亏,肌肤不荣,故而在治疗本证时减荆芥、防风、皂角刺、紫草,加熟地黄 15 g,当归 12 g,何首乌 10 g,滋阴养血润燥。张师认为疾病后期乃因正气不足,热毒不尽,鼓邪不够,因此在清血分热毒时,应善补正气托毒外出,因此可加黄芪 30 g,当归 12 g。若热盛伤津,伴有口咽干燥,加天花粉 30 g,玄参 15 g,麦冬 10 g,清热生津;若伴有失眠,加胆南星 15 g,灯芯草 15 g,莲子心 9 g,养心安神;若热清不够,表现低热,加青蒿 15 g,银柴胡 30 g,清退虚热。

#### 4 验案举例

患某,男性,57岁,因反复全身红斑、脓疱、糜烂2年余,复发加重7d。患者2年前曾患感冒,期间因吃鱼虾等辛辣、腥膻之品,全身出现红色皮疹,并逐渐出现针尖大小,黄白色浅在的小脓疱,皮损糜烂,尤其以双上肢肢端尤甚,渗出较多,影响睡眠,遂到当地门诊治疗,诊断为银屑病(脓疱型),给予抗生素、甲氨蝶呤,阿维A类(具体药量不详)等治疗,但减激素过程中,病情时轻时重,此次来诊发热伴发全身出现密集脓疱,并融合成脓糊,上覆少量鳞屑,四肢肢端糜烂、渗出,全身剧痒难忍,精神差,不思饮食,大便干,小便黄,舌质红,苔薄黄腻滑,脉细滑。西医诊断为泛发性脓疱型银屑病。中医诊断为白疔(湿热血毒证),治以清透湿热、凉血祛风,方用自拟消疔汤加减:金银花 30 g(后下),白鲜皮 30 g,连翘 12 g,鸡血藤 20 g,荆芥 20 g,皂角刺 5 g,葛根 10 g,防风 15 g,酒大黄 10 g,生薏苡仁 30 g,

苦杏仁 10 g, 苍术 9 g, 土茯苓 30 g, 紫草 15 g, 蝉蜕 3 g, 僵蚕 5 g, 泽泻 10 g, 茯苓 15 g, 白术 30 g, 银柴胡 9 g, 甘草 6 g, 苦参 30 g。7 剂, 水煎服, 每日 1 剂。二诊: 体温下降, 全身皮损红斑、脓疱、四肢糜烂明显好转, 有轻度的渗出液, 自觉瘙痒症状稍有减轻, 纳眠可, 大小便趋于正常, 舌质偏红, 苔薄黄, 脉缓。原方减银柴胡, 加牡丹皮 10 g, 赤芍 15 g, 继服 14 剂。三诊: 脓疱基本消失, 糜烂面积缩小, 开始结痂, 红斑变暗, 体温正常, 出现大量鳞屑, 瘙痒感明显减轻, 遂减苍术、泽泻、茯苓、生薏苡仁、苦杏仁、土茯苓, 加蔓荆子 9 g, 薄荷 9 g, 山楂 15 g, 鱼腥草 15 g, 继续服用 14 剂。四诊: 原皮损处无红斑、鳞屑、无脓疱、糜烂、渗出、发热等症状, 饮食可, 二便正常。经随访 1 年后未见复发。

按语: 本例反复发作已经有 2 年余, 皮损分布广泛, 且大片融合。乃因素体体虚又过食辛辣之品, 导致脾虚生湿, 蕴久化热化毒, 与血热搏结, 外发于肌肤而生红斑、脓疱。明时《医学入门》曰“盖热非湿, 则不能腐坏肌肉为脓”, 《外科启玄》曰“脾主四肢, 因脾中有湿

热, 故能腐诸物是也”。认为除“热”之外, 必由“湿”之蒸酿, 乃可熟腐为脓。因为湿性黏腻缠绵不愈, 经常发作, 表现形式常有“散者一尺, 聚者一寸”之说, 故方中以白疔汤加减, 配以苍术、茯苓等燥湿利水之品, 使血分热清, 湿邪得祛, 病则安。

参 考 文 献

[1] 徐满意. 56 例重症银屑病患者的护理体会[J]. 湖北科技学院学报: 医学版, 2013, 27(1): 83.  
 [2] 荆夏敏, 巩玉成, 荆欣, 等. 中医治疗银屑病理论研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(19): 3.  
 [3] 闫景东. 重症银屑病的治疗体会[J]. 中医药学报, 2011, 39(6): 93.  
 [4] 北京中医医院. 赵炳南临床经验集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 270.  
 [5] 中国中医研究院广安门医院. 朱仁康临床经验集 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 163.  
 [6] 张鲜妮, 刺宝平. 何炳元教授运用凉血解毒法治疗银屑病经验[J]. 甘肃中医学院学报, 2006, 23(3): 1.

(收稿日期 2014-12-19)

· 临证经验 ·

# 应用大承气汤治疗“下利”急症的体会

白正学

(河北省武安市中医院, 河北 武安 056300)

中图分类号: R278 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)04-0646-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.028

【关键词】 大承气汤 下利 急症

张仲景《伤寒论》、《金匱要略》中“下利”主要包括后世所指的“泄泻”和“痢疾”。中医治疗一般根据标本缓急、外感内伤、寒热虚实等情况随证治之。笔者临证之余, 苦读经典, 反复临床验证, 体会到张仲景对“下利”急症的治疗有其独到经验。遵仲景之法, 在“泄泻”和“痢疾”发病的初始阶段, 对临床上证属邪实内结而正气未虚之“下利”急症, 一旦切中病机, 抓住时机, 应用大承气汤而“急下之”, 往往取得良好的临床效果, 且屡试屡验。笔者应用大承气汤治疗“下利”急症体会有三: 1) “下利”病机为“邪实内结”时用大承气汤最佳, 但必“正气未虚”时方可用之; 2) “按之心下坚”“脉滑”, 尤其是“脉滑”是辨证应用的重要指征; 3) 脉证相合, 及“早”用药, 往往病情迅速向愈, 此亦仲景“急下之”之深意。

## 1 典型病例 1

韩某, 男性, 28 岁, 于 2014 年 8 月 20 日初诊。患者自诉昨晚与朋友聚会, 饱餐后入睡, 今晨醒来即觉腹部胀满不适, 肠鸣, 腹痛, 大便臭秽且挟有不消化食物, 泻而不爽, 遂到我院门诊求治。刻下: 腹泻不止, 脘腹胀满, 按之心下坚, 腹痛, 肠鸣, 泻下粪便臭如败卵, 挟有不消化食物, 泻而不爽, 恶心呕吐, 噯腐酸臭, 舌苔淡黄厚腻, 脉滑。西医诊断: 急性胃肠炎。中医诊断: 泄泻(食滞肠胃)。治以通腑泄热, 消食导滞。方剂: 大承气汤加味: 大黄 9 g(后下), 枳实 9 g, 厚朴 9 g, 芒硝 6 g(烊化), 焦山楂 9 g, 神曲 9 g, 炒莱菔子 10 g, 陈皮 6 g, 茯苓 6 g, 清半夏 6 g。每日 1 剂, 水煎分 2 次温服。服药

(下转第 659 页)

# 高血压病动脉弹性及内皮功能和中医证型相关性研究

何云 陈晓虎<sup>△</sup>

(江苏省中医院,江苏南京 210023)

中图分类号:R544.1 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0647-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.029

**【摘要】目的** 探讨原发性高血压病(EH)患者动脉硬化、内皮功能与中医证型的相关性。**方法** 符合入选标准的患者80例分为肝火亢盛组23例、阴虚阳亢组20例、痰湿壅盛组22例、阴阳两虚组15例,以及健康对照组15例,测定臂踝脉搏波传导速度(baPWV)、血管内皮一氧化氮(NO)、内皮素-1(ET-1)值。**结果** EH患者各中医证型组baPWV值、ET-1较健康对照组明显升高,变化规律为:阴阳两虚组>痰湿壅盛组>阴虚阳亢组>肝阳上亢组>健康对照组,而NO较健康对照组明显降低,变化规律为:健康对照组>肝阳上亢组>阴虚阳亢组>痰湿壅盛组>阴阳两虚组。**结论** EH不同证型的baPWV值的变化反映了疾病发展不同阶段的动脉状况,不同EH中医证型间内皮活性物质NO、ET-1存在着一定的变化规律,可作为中医高血压病辨证分型的客观化指标。

**【关键词】** 原发性高血压病(EH) 中医辨证分型 臂踝脉搏波传导速度(baPWV) 血管内皮 一氧化氮(NO) 内皮素-1(ET-1)

本研究通过测量EH不同中医证型患者的臂踝脉搏波传导速度(baPWV)、血管内皮一氧化氮(NO)、内皮素-1(ET-1)值,以探讨EH患者动脉硬化程度及内皮功能差异与中医证型的相关性,为临床中医辨证分型的客观化提供依据。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 江苏省中医院心脏内科门诊及体检中心前来就诊与体检人群中,选取符合入选标准的EH患者80例,诊断符合2005年颁布的《中国高血压防治指南》<sup>[1]</sup>高血压的诊断标准,排除继发性高血压,或高血压兼有肝、肾、肺、脑、内分泌等其它脏器系统严重病变者。辨证分型应用2002版《中药新药临床研究指导原则》的分型<sup>[2]</sup>:肝火亢盛证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证和痰湿壅盛证,本研究也采用此种分类方法。患者年龄30~80岁,其中肝火亢盛组23例,平均年龄(57.43±8.218)岁;病程(3.59±3.06)年;收缩压(167.09±19.17)mmHg,舒张压(96.55±5.84)mmHg。阴虚阳亢组20例,平均年龄(60.90±7.319)岁;病程(7.80±4.60)年;收缩压(160.55±17.15)mmHg,舒张压(93.55±12.43)mmHg。痰湿壅盛组22例,平均年龄(60.64±5.038)岁;病程(19.77±7.28)年;收缩压(158.45±13.38)mmHg,舒张压(76.82±9.48)mmHg。阴阳两虚组15例,平均年龄(66.67±5.150)岁;病程(24.86±

8.31)年;收缩压(149.13±6.45)mmHg,舒张压(62.20±7.39)mmHg。健康对照组15例,平均年龄(45.75±5.93)岁;收缩压(120.53±7.03)mmHg,舒张压(74.53±5.63)mmHg,无糖尿病、高血压、高脂血症、脑血管意外病史,无恶性肿瘤以及心、肝、脑、肾等主要器官病变者,经进一步实验室(血常规、尿常规、粪常规、生化全套)及器械(心电图、X片、心脏超声)体检,排除心、脑、肝、肾、肺及内分泌等器官的主要实质性病变者。各组年龄、性别比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究经我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 观察指标** 血压的测量方法,血压(收缩压、舒张压)的测量由医护人员在标准条件下,严格按统一规范进行测量<sup>[1]</sup>。baPWV测定方法,采用日本科林公司生产的全自动动脉硬化测定仪BP-203RPE II (VP-1000),患者测定前休息5min,取仰卧位,绑好四肢袖袋,电极分别夹住两只手腕,进行心电图监护,观察有无心律不齐。将心音器放置在胸骨左缘第四肋间。机器自动确定肱动脉和胫前动脉波形的上升段起始点之间的时间间隔( $\Delta Ta$ ),胸骨上切迹到肘部的路径长度( $\Delta Da$ ): $\Delta Da=0.2195 \times H - 0.20734$ ,胸骨上切迹到脚踝的路径( $\Delta Db$ ): $\Delta Db=(0.5643 \times H - 18.381) + (0.2486 \times H + 30.709)$ ,( $H$ 是患者身高)。仪器自动根据传递时间和传递距离计算出左右侧PWV。取左右侧PWV数值较大的进行分析,PWV>1400cm/s,心血管疾病的发病风

<sup>△</sup>通信作者(电子邮箱:chenxhdoctor@126.com)

险越大。ET-1、NO测定方法,收集EH患者及健康对照组空腹12h静脉血,NO用Griess法测定,标本与Griess试剂(1%对氨基苯磺酰胺,0.1%N-(1-萘基)-乙二胺,2.5%磷酸)反应,721分光光度计检测,从亚硝酸钠标准曲线上换算NO值。ET-1应用放射免疫法试剂配置和操作步骤说明书进行测定。

1.3 统计学处理 采用SPSS16.0统计软件。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,多个样本之间用方差分析,正态分布资料用t检验,否则用秩和检验,相关分析用以了解两个变量间关系,Logistic回归分析多因素相关性。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 研究人群的基本特征 见表1。结果显示,肝阳上亢组患者年龄明显小于阴阳两虚组( $P<0.05$ );痰湿壅盛组BMI明显高于健康对照组( $P<0.05$ ),其余EH3组间与健康对照组差异不明显;痰湿壅盛组、阴阳两虚组的病程明显长于肝阳上亢组( $P<0.05$ )。

表1 研究人群的基本特征( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	年龄(岁)	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	病程(年)	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
肝阳上亢组	23	57.43±8.218*	24.36±2.43	3.59±3.06 <sup>Δ</sup>	167.09±19.17	96.55±5.84
阴虚阳亢组	20	60.90±7.319	23.96±2.22	7.80±4.60	160.55±17.15	93.55±12.43
痰湿壅盛组	22	60.64±5.038	25.00±3.07**	19.77±7.28 <sup>Δ</sup>	158.45±13.38	76.82±9.48
阴阳两虚组	15	66.67±5.150*	23.81±1.99	24.86±8.31 <sup>Δ</sup>	149.13±6.45	62.20±7.39
健康对照组	15	45.75±5.93	22.99±1.51**	-	120.53±7.03	74.53±5.63

两组间比较,\*、\*\*,<sup>Δ</sup> $P<0.05$ 。

2.2 baPWV值与高血压病中医证型相关性研究 EH各证型的baPWV值明显高于健康对照组( $P<0.01$ ),痰湿壅盛组与阴阳两虚组之间差异不明显,其余组间差异显著( $P<0.05$ ),研究各组的baPWV值比较结果为:阴阳两虚组(1741.00±69.61)>痰湿壅盛组(1956.32±92.43)>阴虚阳亢组(1741.00±69.61)>肝阳上亢组(1659.00±49.59)>健康对照组(1189.00±117.74)。

2.3 ET-1、NO与高血压病中医证型相关性研究 见表2。本次研究各组间NO差异明显( $P<0.05$ ),各个组间的排列顺序为:健康对照组>肝阳上亢>阴虚阳亢>痰湿壅盛>阴阳两虚;ET-1各组间差异明显( $P<0.05$ ),且排列顺序为:对照组<肝阳上亢<阴虚阳亢<痰湿壅

表2 ET-1、NO与高血压中医证型相关研究( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	NO( $\mu\text{mol/L}$ )	ET-1(pg/mL)	NO/ET-1
肝阳上亢组	23	65.01±6.60	55.14±5.40	1.18±0.16
阴虚阳亢组	20	58.16±4.19	71.06±5.34	0.82±0.097
痰湿壅盛组	22	51.34±4.32	80.03±6.76	0.64±0.67
阴阳两虚组	15	45.17±6.70	93.33±6.48	0.49±0.78
健康对照组	15	81.99±4.64	45.75±5.93	1.81±0.24

盛<阴虚两虚。且NO/ET-1比值各组间排列顺序为:对照组>肝阳上亢>阴虚阳亢>痰湿壅盛>阴虚两虚。

### 3 讨论

EH是严重危害人类身体健康的以体循环动脉压升高、周围小动脉阻力增高,并伴有不同程度代谢障碍的心血管综合征。我国高血压人数大约2亿,我国高血压面临着知晓率低、治疗率低、控制率低3大问题<sup>[1]</sup>。中医学把此病列入“头痛”、“风眩”、“眩晕”范畴,临床症状可出现头痛、烦躁、易怒、失眠、乏力等,晚期可发生心、脑、肾、眼底等脏器不同程度的器质性损害,最终可导致患者死亡与残疾。

高血压是最常见的心血管疾病,也是一种独立的危险因素,EH可以累及全身大小动脉,与心、脑、肾、眼等靶器官功能障碍密切相关。动脉硬化发生在小动脉、阻力血管,主要引起管壁细胞以增生和中层增厚、纤维素样坏死,大中动脉则会现管壁细胞肥大、内膜及血管壁中层增厚、管壁僵硬,并且同时发生弥漫性血管扩张,动脉的缓冲功能遭到破坏,同时出现收缩压和脉压增加,进一步恶化动脉硬化,恶性循环,加重高血压的发生、发展。

动脉僵硬是动脉容积随压力变化的比值,高血压在内的许多心血管危险因素使得血管功能改变,动脉僵硬与高血压的预后相关<sup>[3]</sup>。血管内皮损伤使得周围和冠状动脉内膜的脂质沉积,进而导致内膜灶状纤维化和粥样斑块形成,管腔进一步狭窄,管壁结构成分发生了改变后动脉僵硬度高。动脉硬化起始部位是在动脉壁,动脉壁功能、结构改变已经成为筛查早期心血管病变的依据,使得动脉僵硬度的相关研究成为热点<sup>[4]</sup>。通过动脉僵硬度的检测可以知道血管病变发生的程度和部位,对心血管疾病严重程度进行危险分层。此外,监测动脉僵硬度的变化还可用以评价干预性治疗的疗效和指导用药<sup>[5]</sup>。临床可以通过检测大动脉扩张性、顺应性来反映大动脉病理改变,目前临床上一般采用无创性方法如脉搏波传导速度(PWV)的测定、超声测量等等,本研究通过测量不同证型的baPWV值来探讨EH动脉弹性与中医证型的相关性。

本研究EH各组的baPWV值明显高于健康对照组,这说明与健康人群比较,各型高血压患者均有动脉硬化、动脉顺应性减退现象。EH患者中阴虚两虚证和痰湿壅盛证高血压患者表现更明显,从中医病机来论,实证和虚证都可影响到动脉功能,而虚证则正气亏损,血管功能受损,动脉硬化更明显。从高血压中医病因病机分析看出,高血压初发者多为肝火亢盛、阴虚阳亢,随着高血压时间的延长和病机由实至虚的进展,动脉硬化会越来越重,并伴随靶器官损害。由此得出,动脉硬化程度与高血压持续时间有一定的相关性,EH

不同证型的 baPWV 值的水平反映了疾病发展不同阶段的动脉状况,亦证实了传统医学辨证分型的客观性与科学性,可作为 EH 中医辨证分型的一个参考指标。EH 患者几乎都有血管内皮功能障碍,内皮细胞损伤后,血管壁结构发生变化,体内 ET/NO 失衡,NO 和 PGI<sub>2</sub> 等扩血管作用物质减少,而缩血管物质 ET-1 和 TXA<sub>2</sub> 等的释放增加,导致血管舒张功能减弱而收缩功能增强,导致血压升高因此通过检测血管内皮活性物质如 ET-1、NO 等的含量间接评价内皮功能,对疾病的诊断、治疗及预后也具有价值。NO 的血管扩张作用已被多项研究证实<sup>[6]</sup>。动物模型实验已证实高血压主要是由于 NO 的合成和释放不足而导致<sup>[7]</sup>这与 EH 患者基础 NO 释放减少一致<sup>[8]</sup>,并且与 NOS 活性下降有关<sup>[9]</sup>;有报道<sup>[10]</sup>NO 合成障碍可能继发于高血压,而也有研究<sup>[11]</sup>通过 58 例高血压患者发现,高血压患者 SOD 水平降低,而体内活性氧尤其是超氧阴离子生成过多,NO 灭活增加,生物利用度下降,内皮功能受到损害。有研究<sup>[12]</sup>通过静脉注射 L-精氨酸发挥压作用,升高 NO 水平。而 Panaza 等<sup>[13]</sup>证明内源性 NO 对血小板、白细聚集与粘附具有强大的抑制作用。随着 Yanagisawa M 等<sup>[14]</sup>发现了内皮素(ET),证实 ET-1 是体内最重要的缩血管物质,通过激活 RAS、正性肌力、促进血管平滑肌细胞增殖作用影响血压,在 EH 发病中具有重要作用。

本文观察了不同中医证型原发性高血压患者血浆 ET-1 和血清 NO 的变化,发现随着高血压中医证型由实至虚演变,血浆 ET-1 水平明显升高,NO 明显降低,与有关报道一致<sup>[15]</sup>,提示高血压状态下血管内皮细胞损伤,使内皮细胞合成释放 ET-1 的功能增强或亢进,NO 的功能减弱或消失,并且随着高血压病程的演变和加重,NO/ET 失衡明显加重,与高血压证型逐渐加重的中医演变过程具有一致性。中医学认为 EH 属于“眩晕”等范畴,“诸风掉眩,皆属于肝”和“髓海不足,则脑转耳鸣”指出眩晕和肝肾密切相关,其发生根本在于肝肾阴阳失衡,临床最常见证型以肝阳上亢、阴虚阳亢者居多,为上实下虚的本虚标实之证,上实指肝阳亢于上,下虚为肝肾阴亏于下,其本为阴虚,其标为阳亢。阳亢主要反映肝阳功能亢进的实性病机,肝肾阴虚,阴阳两虚则是阴精匮乏、阴损及阳的虚性病机。本文观察到血浆 ET-1、NO 水平随肝、肾阴阳盛衰而变化。初期多以肝阳上亢多见,“阳胜则阴病”,阴虚阳亢继而发生,此时患者血管内皮功能已经失调,ET-1 及 NO 发生失衡,NO 开始下降,ET-1 开始升高;随着病情进一步演变,由实转虚,虚实夹杂,后期多见阴阳两虚,而此时的 ET-1 显著升高,NO 明显下降。以上结果提示血管内皮功能的变化过程与中医病机、病症相一致。因

此可以认为 ET-1/NO 的失衡从一个侧面反映了 EH 患者中医分型的变化规律。

#### 参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国卫生部,卫生部心血管病防治研究中心,高血压联盟(中国).中国高血压防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2005:35-37.
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:人民卫生出版社,1993:28.
- [3] Benetos A. Pulse pressure and cardiovascular risk[J]. J Hypertens Suppl, 1999, 17(5):S21-S24.
- [4] Cohn JN. Arterial stiffness, vascular disease, and risk of cardiovascular events[J]. Circulation, 2006, 113(5):601-603.
- [5] Lehmann ED, Parker JR, Hopkins KD, et al. Validation and reproducibility of pressure corrected aortic distensibility measurements using pulse wave velocity Doppler ultrasound[J]. J Biomed Eng, 1993, 15(3):221-228.
- [6] Hirooka Y, Kishi T, Sakai K, et al. Effect of overproduction of nitric oxide in the brain stem on the cardiovascular response in the conscious rats[J]. Cardiovasc Pharmacol, 2003, 41(suppl1):119-121.
- [7] Luscher TF, Tanner FC, Tschudi MR. Endothelial dysfunction in coronary artery disease[J]. Am Rev Med, 1993, 44:395.
- [8] Li D, Wang X, Fu Z, et al. Tibetan patients with essential hypertension caused by underlying oxidative metabolism dysfunction and depressed nitric oxide synthesis[J]. Chin Med J, 2003, 116(2):309-311.
- [9] Sahara VF, Baziliuk OV, Kotsiuruba AV, et al. Disorders of endothelium dependent vascular reactions and of the arginase and NO synthase pathways of L-arginine metabolism in arterial hypertension[J]. Fiziol Zh, 2000, 46(3):3-13.
- [10] Vaziri ND, Ni Z, Oveisi F. Up regulation of renal and vascular nitric oxide synthase in young spontaneously hypertension rates[J]. Hypertension, 1998, 31(6):1248-1254.
- [11] 李卫萍,孙明,周宏研,等.原发性高血压患者血管内皮功能失调与活性氧的关系及阿托他汀治疗的影响[J].中国现代医学杂志,2005,15(7):1096-1103.
- [12] 严金川,凌玲.L-精氨酸对原发性高血压影响的临床研究[J].中国病理生理杂志,2006,16(7):615-618.
- [13] Panaza JA, Casino PR, Badar DM, et al. Effect of increased availability of endothelium derived nitric oxide precursor endothelium dependent vascular relaxation in normal subjects in patients with essential hypertension[J]. Circulation, 1993, 87(5):1468.
- [14] Yanagisawa M, Kunhara H, Kimura S, et al. A novel potent vasoconstrictor produced by vascular endothelial cells[J]. Nature, 1988, 332(132):411-415.
- [15] Panza JA, Casino PR, Kilcoyne CM, et al. Role of endothelium derived nitric oxide in abnormal endothelium dependent vascular relaxation of patients with hypertension[J]. Circulation, 1993, 87(6):1468-1474.

(收稿日期 2015-01-17)

# 中医体质与缺血性脑卒中的相关性研究

甄晓敏 陈 曦 郭德莹 张海梅 马 洁 张云云<sup>△</sup>

(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:R743.9 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0650-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.030

**【摘要】目的** 研究中医体质在缺血性脑卒中发病中的作用。**方法** 病例组为 237 缺血性脑卒中例患者,对照组为 238 例既往无缺血性脑卒中人群。本研究采用二分类 logistic 回归分析,探索缺血性脑卒中与中医体质及中风危险因素间的相关性。**结果** 脑卒中组与对照组的体质比例显著不同,气虚质、阴虚质、痰湿质在脑卒中组的比例显著高于非脑卒中组( $P < 0.05$ ),而平和质的比例显著低于非脑卒中组( $P < 0.05$ )。经过二分类 logistic 回归分析发现,与脑卒中相关的体质和卒中危险因素按 OR 值由高到低依次为:痰湿质、吸烟、高血压和平和质。**结论** 痰湿质与脑卒中发病有关,且较传统卒中危险因素贡献大,平和质为脑卒中的保护性体质。

**【关键词】** 缺血性脑卒中 中医体质 危险因素 相关性分析

在世界范围内,中风是致死、致残的首要原因。缺血性脑卒中约占卒中总人数的 80%,有着多种危险因素,多种发病机制,且缺乏有效干预措施。迄今为止,循证医学上对缺血性中风有效的干预方法仅有卒中单元、4.5 h 内的溶栓治疗和卒中后 48 h 内开始阿司匹林治疗。然而,仅有少数的人从这些有限的有效干预中受益。因此,从不同的角度探索卒中病因,进一步寻找预防卒中的干预手段非常有意义。体质是人群及人群中的个体在遗传的基础上,在环境的影响下,在生长、发育和衰老的过程中形成的形态、功能、结构和代谢上相对稳定的特殊状态。这种特殊状态往往决定个体生理反应的特异性及其对某种致病因子的易感性和所产生病变类型的倾向性。也即体质是疾病发生、发展的内在决定因素。体质与脑卒中(中风病)的关系自古就有论述。近年来,缺血性脑卒中与中医体质的研究受到关注,但多为理论研究或描述性研究。本研究采用病例对照方法,并通过相关性分析,研究中医体质与脑卒中的关系。现报告如下。

## 1 资料和方法

**1.1 临床资料** 缺血性脑卒中患者(病例组)237 例,为 2006 年 5 月至 2009 年 1 月在上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院神经内科住院治疗的急性缺血性脑卒中患者,符合纳入标准且不符合排除标准。纳入标准:1)符合缺血性脑卒中诊断标准(ICD-10 编码 I63, I64);并经头颅 CT 或 MRI 确诊;2)发病 7 d( $\leq 7$  d)以内;3)年龄 40~90 岁( $\geq 40$  岁,且 $\leq 90$  岁)之间;4)籍贯为上海市者,或在上海市居住 3 年以上的非上海籍

人士。排除标准:1)不能提供可靠病史资料者;2)合并心、肝、肾和造血系统严重的原发性疾病、晚期肿瘤、精神异常和痴呆患者;3)妊娠或哺乳期妇女;4)先天残障患者。无脑卒中的社区普通人群(对照组)238 例,为 2008 年 11 月至 2009 年 1 月上海市虹口区曲阳街道(医院所在街道)鸿雁社区及赤峰路社区的普通人群,符合纳入标准且不符合排除标准。纳入标准:1)无脑卒中病史;2)年龄在 40~90 岁( $\geq 40$  岁,且 $\leq 90$  岁)之间;3)籍贯为上海市者,或在上海市居住 3 年以上的非上海籍人士。排除标准同脑卒中组。本研究经我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 研究方法** 脑卒中组,对连续入院的急性脑卒中患者予以筛查,对符合入选标准的脑卒中患者,以临床问卷形式调查患者的背景资料、脑卒中危险因素以及中医体质类型。非脑卒中组(社区普通人群),在上海市虹口区的两个社区进行流行病学调查,对符合入选标准的无脑卒中的社区普通人群,由研究者实施横断面现场调查,同样以问卷形式调查社区普通人群的背景资料、脑卒中危险因素以及中医体质类型。所有调查对象在研究者指导下自行填写调查问卷,研究者逐条检查,确认调查资料合格、真实。对于不能配合的患者(对问卷文字理解能力差或肢体瘫痪等不能书写者),以研究者询问的方式填写调查问卷。

**1.3 观察指标** 1)背景资料:包括性别,年龄,脑卒中病史,既往其它系统疾病。2)脑卒中危险因素:包括高血压、糖尿病,缺血性心脏病,房颤,高脂血症,吸烟史,饮酒史和家族性卒中史等。3)中医体质:根据研究对象近 1 年的生命活动特征,包括形体特征、常见表现、心理特征、发病倾向和对外界的适应能力等,调查患者的

<sup>△</sup>通信作者(电子邮箱:zhangyuyun@totmail.com)

体质类型。参照王琦教授9种体质分型标准,分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质<sup>[1]</sup>。体质类型的判定参照《中医体质量表》,该量表包含诊断9种中医体质的9个亚量表,计算各亚量表的原始分数,然后将其转化为标准化分数,其分数越高,该体质类型倾向越明显<sup>[2]</sup>。本研究根据标准化分数最高的亚量表判定其主要体质类型。

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。计数资料用率表示,数据统计方法有:描述性统计方法;计数资料分析用 $\chi^2$ 检验和Fisher精确概率法;计量资料符合正态性和方差齐性,用 $t$ 检验,不符合正态性分析采用非参数检验方法。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。可能的卒中相关体质以及卒中危险因素对缺血性脑卒中的影响,以缺血性脑卒中为因变量,卒中相关体质以及传统卒中危险因素为自变量,进行二分类logistic回归分析。

## 2 结果

2.1 一般资料分析 共237名缺血性卒中患者与238名非卒中人群纳入本研究。病例组性别(121男/116女)与对照组性别(111男/127女)比较无统计学差异( $P>0.05$ )。病例组平均年龄与对照组平均年龄相比无统计学差异( $P>0.05$ )。

2.2 缺血性脑卒中与卒中因素的关系 见表1。病例组及对照组体质构成比有显著性差异( $P<0.01$ )。病例组患者气虚质、阴虚质、痰湿质的比例明显高于对照组( $P<0.05$ )。然而其平和质的比例明显低于对照组( $P<0.01$ )。两组间传统卒中危险因素的比较,病例组高血压、房颤、糖尿病、高脂血症、既往及仍在吸烟、卒中家族史的比例明显高于对照组( $P<0.05$ )。

表1 二分类logistic回归分析中的卒中相关性因子

自变量	Odds Ratio	95%CI		p Value
		Lower	upper	
平和质	0.046	0.026	0.080	0.000
痰湿质	9.401	1.227	72.011	0.031
高血压	3.119	1.837	5.296	0.000
吸烟	3.730	1.899	7.327	0.000

2.3 卒中可能相关体质以及卒中危险因素对缺血性脑卒中的影响 见表1。将以上两组间有差异的体质及中风危险因素设为自变量(是=1;否=0),而缺血性脑卒中设为因变量(是=1;否=0),使用二分类logistic回归分析,在 $P<0.05$ 水平下,最终进入回归方程的有平和质、痰湿质、高血压、吸烟,表明这些因素和脑卒中相关。表明脑卒中体质较传统卒中危险因素,对卒中发病的贡献更大。在传统的缺血性卒中危险因素中,吸烟及高血压的风险最高,吸烟者发生缺血性卒中的风险

为不吸烟者风险的3.730倍,高血压者发生缺血性卒中的风险是无高血压者风险的3.119倍。与传统缺血性卒中危险因素相比,痰湿质的卒中风险更高,痰湿质的人群发生缺血性脑卒中的风险是非痰湿质人群风险的9.401倍,其风险远超过吸烟及高血压等传统卒中危险因素。而平和质则是一种保护性体质,其发生脑卒中的风险是非平和质人群的0.046倍。

## 3 讨论

西医学发现,脑卒中是多因素疾病,已经明确的危险因素包括年龄、性别、种族等不可干预的危险因素,以及高血压病、糖尿病、心脏病、高脂血症、吸烟、酗酒等可纠正的危险因素,以上我们称之为传统意义上的危险因素。中医学认为,中风的发生是风、火、痰、瘀、虚、毒等多种因素共同作用于人体,导致脏腑功能失调,气血逆乱于脑而产生的。具体到每个病人到底因何发病,这又与不同的体质有密切的关系。明代李文瀾指出“夫人似乎无恙,而卒然中风者,岂一朝一夕之故哉,其受病久已”。表明脑卒中发病与体质有关,提示从中医体质入手防治脑卒中具有可行性<sup>[3]</sup>。

体质最早由古希腊著名医学家希波克拉底阐述并分类<sup>[4]</sup>,以后的学者根据体型、血型、内分泌、神经反应与意志、高级神经类型、基因及肥胖等视角分类,目的是探讨体质与功能、代谢以及疾病的关系。

中医体质是基于中医理论,从中医的视角认识和分类体质,目的是探索体质和疾病的关系,应用中医药防治疾病。中医体质的描述最早见于《黄帝内经》,我国古代中医学家按阴阳、五行、体型、心理特征、勇怯、行志苦乐等分类体质<sup>[4]</sup>,现代中医学家王琦教授依据形体、生理、心理、发病倾向、适应能力等综合因素,将体质分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质共9种体质,并建立信度和效度良好的《中医体质量表》以分类和判定体质类型<sup>[2]</sup>,目前已在全国各地广泛应用。

我们先期依据王琦教授的体质分类,描述性研究脑卒中患者的体质特点,发现气虚质、阴虚质和痰湿质是缺血性脑卒中常见的体质类型<sup>[5]</sup>,蒋宏杰等<sup>[6]</sup>临床发现脑卒中患者以气虚质、阴虚质和痰湿质为多,将体质分为前述3类,发现80例脑血栓患者中气虚质、阴虚质和痰湿质比例分别为31.3%、19.9%和50%。与本次研究结果类似,气虚质、阴虚质、痰湿质分别占比29.1%、19.4%、16.5%,但以往研究未进行体质与脑卒中的相关性分析。本研究纳入非卒中人群进行logistic分析,结果显示尽管气虚质、阴虚质在脑卒中患者中占比偏高,但最终并未进入方程。这可能与脑梗死发病多为高龄患者有关,气虚质、阴虚质为老年人的常见体质,老年人生理上由盛转衰,逐渐出现阴阳气血失调,

脏功能衰退,气虚质和阴虚质发生率可能增加。分析显示与脑卒中相关的体质包括痰湿质与平和质,痰湿质为正相关,而平和质为负相关。

痰湿质由水液输布障碍产生,易导致身体粘滞重浊的状态。痰湿质与缺血性卒中的病理相关,在古代中医著作中早有讨论。元代医家朱丹溪提出“中风大率主血虚有痰”及“治痰为先”。清代医家章楠在《医门棒喝》中写到“如体丰色白……每生痰涎……或未到中年,而得中风之病”。

目前尚未见脑卒中易患体质的机制研究。王宁群等<sup>[10]</sup>研究发现炎症因子可能是痰证与缺血性卒中的桥梁,急性缺血性脑卒中痰证患者炎症因子如白介素-6(IL-6)等表达增加,类似的研究也表明痰湿证与炎症因子诸如CRP、MMP等之间关系密切<sup>[11]</sup>,IL-6有促进血小板聚集和动脉粥样硬化形成的作用,而MMP与动脉粥样硬化斑块的破裂有关。这些炎症因子在很大程度上影响了缺血性卒中的发生发展,甚至其预后<sup>[12]</sup>。尽管如此,体质和证型有所不同,痰湿质易患脑卒中的机制仍不清楚。而平和质代表一种正常的生理状态,即意味着阴阳平衡、气血和调,这种情况下不易发生疾病。这点为将痰湿质调整为平和质可以预防缺血性中风提供了依据。

高血压、房颤、缺血性心脏病、糖尿病、高胆固醇、吸烟、饮酒史和卒中家族史是脑卒中发病传统的危险因素。我们发现脑卒中组除缺血性心脏病、酗酒外,其他危险因素的伴发率均显著高于非脑卒中组。经过logistic分析发现痰湿质、吸烟、高血压、平和质与脑卒中发病显著相关,且OR值依次由大到小,表明卒中体质痰湿质对脑卒中发病的贡献大于传统危险因素。虽然痰湿质易患脑卒中的西医机制尚不清晰,但研究结果提示“痰湿质”在脑卒中的预防中应该受到更多关注。

我们使用中医体质量表来更客观的判断卒中患者

的体质,采用病例对照研究及相关性分析来研究中医体质与缺血性卒中的相关性,但我们的样本量仍小,所以得出的结论尚需大规模多中心的临床研究证实。

参 考 文 献

[1] 王琦,朱燕波,薛禾生,等. 中医体质量表的初步编制[J]. 中国临床康复,2006,10(3):12-14.

[2] 朱艳波,王琦,薛禾生,等. 中医体质量表性能的初步评价[J]. 中国临床康复,2006,10(3):15-17.

[3] 郭兴富,过伟峰. 从体质学谈中风的治疗和预防[J]. 中医药学刊,2003,23(9):1652-1653.

[4] 王东坡,王琦. 论体质分类研究的源流及其科学意义[J]. 北京中医药大学学报,2006,6(29):26-28.

[5] 张云云,张海梅,郭德莹,等. 168例缺血性脑卒中患者体质特点研究[J]. 上海中医药杂志,2008,2(42):31-34.

[6] 蒋宏杰,骆斌. 不同体质类型脑血栓患者血液流变性、微循环观察分析[J]. 安徽中医临床杂志,2000,11(6):75-76.

[7] 王宁群,李宗信,黄小波,等. 缺血性卒中急性期痰证与炎症因子及神经功能缺损关系研究[J]. 北京中医药大学学报,2009,32(8):571-573.

[8] 张春燕,李宗信,黄小波,等. 老年颈动脉硬化患者血清炎症因子与中医证型的关系[J]. 中国中医信息杂志,2009,16(7):19-21.

[9] 张霄霖,何小琦,罗承锋. 不同疾病的痰证患者血浆hs-CRP的水平研究[J]. 血栓与止血学,2011,17(5):221-223.

[10] Cuadrado E, Rosell A, Penalba A, et al. Vascular MMP-9/TIMP-2 and neuronal MMP-10 up-regulation in human brain after stroke: a combined laser microdissection and protein array study[J]. J Proteome Res, 2009, 8(6): 3191-3197.

[11] Li N, He Z, Xu J, et al. Association of PDE4D and IL-1 gene polymorphism with ischemic stroke in a Han Chinese population[J]. Brain Res Bull, 2010, 81(1): 38-42.

[12] Luo Y, Wang Z, Li J, et al. Serum CRP concentrations and severity of ischemic stroke subtypes[J]. Can J Neurol Sci, 2012, 39(1): 69-73.

(收稿日期 2015-02-12)

(上接第 627 页)

双颈动脉粥样硬化伴斑块形成,现代研究证明,补肾活血法可稳定患者的动脉硬化斑块,有效修复损伤的血管内皮<sup>[6]</sup>。

参 考 文 献

[1] 王华,贺延丽. 梁君昭教授治疗冠心病心绞痛经验[J]. 中国中医急症,2013,22(8):1337-1338.

[2] 梁凤兰,潘勇,王洪林. 王国三治疗冠心病的临床经验[J]. 世界中医药,2007,2(2):93.

[3] 姜萍. 补气益肾活血法治疗老年冠心病心绞痛[J]. 实用中

医内科杂志,2003,17(2):92.

[4] 文秀莲,李洁. 补肾活血汤对老年单纯收缩期高血压(肾虚血瘀证)患者血管内皮功能的影响[J]. 中国中医急症,2014,23(2):248-250.

[5] 杨霞. 陈学忠教授以补肾活血法治疗冠心病心绞痛经验[J]. 广西中医药,2012,35(5):47-48.

[6] 殷春萍,王长垠,刘红霞,等. 补肾活血法稳定颈动脉粥样硬化易损斑块临床观察[J]. 中国中医急症,2011,20(2):176-201.

(收稿日期 2015-01-04)

# 血管内皮生长因子与股骨头坏死修复关系的研究进展\*

罗程<sup>1,3</sup> 张元斌<sup>1,3</sup> 应俊<sup>1,3</sup> 徐涛涛<sup>1,3</sup>  
王萍儿<sup>3</sup> 金红婷<sup>3</sup> 童培建<sup>1,2,3Δ</sup> 肖鲁伟<sup>1,2,3</sup>

(1.浙江中医药大学第一临床医学院,浙江 杭州 310053;2.浙江中医药大学第一附属医院,浙江 杭州 310006;3.浙江省骨伤研究所,浙江 杭州 310053)

中图分类号:R684 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0653-04  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.031

【关键词】 股骨头坏死 血管内皮生长因子 信号通路 综述

血管内皮生长因子(VEGF),又称血管渗透因子(VPF),是一个以二硫键或非共价键连接的同源二聚体糖蛋白,是机体最主要的血管生成因子。根据编码VEGF mRNA的剪接方式不同,VEGF蛋白含氨基酸数目具有5种形式:VEGF121、VEGF165、VEGF189、VEGF206和VEGF145,以VEGF165较为常见<sup>[1]</sup>。股骨头坏死(ONFH)是一种由多种原因引起股骨头内活性细胞成分死亡,导致股骨头结构改变,继而引起股骨头塌陷及髋关节功能障碍的疾病。缺血缺氧是股骨头坏死发生发展的关键环节<sup>[2]</sup>,股骨头局部组织因缺血缺氧而发生坏死,股骨头正常结构被破坏,而与此同时股骨头的自身修复反应也随之发生<sup>[3]</sup>,局部缺血缺氧可启动VEGF相关信号通路,上调VEGF表达,VEGF与其受体等结合,激活下游通路,从而促进成血管性细胞的迁移、增殖、分化、存活以及血管通透性增加等一系列细胞水平的活动<sup>[4-6]</sup>,促进新血管的生成进而促进坏死组织的修复。因此,VEGF及其相关信号通路在ONFH形成及修复过程中发挥至关重要的作用。现就近年来VEGF与股骨头坏死修复关系的研究进展综述如下。

## 1 VEGF与ONFH缺血缺氧机制

股骨头在缺血、缺氧环境下,机体通过稳定HIF-1 $\alpha$ 表达,上调VEGF表达水平,随后与其受体结合,启动VEGF信号通路调控坏死区域的血管重建和骨修复

活动<sup>[7]</sup>。在VEGF基因转录起始点上游大约1 kb的5'侧翼区域有286 bp的低氧反应元件(HRE),HRE区域内存在HBS 5' ATCGTGGG 3'和HIF-1结合的辅助序列(HAS)5' CACAG 3'<sup>[8]</sup>。在组织含氧量正常的情况下,通常在细胞质内的HIF-1 $\alpha$ 受氧敏感的脯氨酰羟化酶(PHDs)修饰、降解、固定,基本维持在阈值以下的低水平<sup>[9]</sup>。然而,当细胞缺氧时,对氧敏感PHDs的活性被抑制,使得HIF-1 $\alpha$ 表达显著增加,HIF-1 $\alpha$ 从胞质转移到细胞核,并与核内持续表达的结构亚基HIF-1 $\beta$ 结合,形成异二聚体HIF-1,使HIF-1与VEGF 5'端增强子结合,从而增加VEGF转录,上调VEGF表达,并激活其受体,启动VEGF信号通路,从而调控成血管性细胞增殖、迁移、存活、凋亡和通透性,促进新生血管形成以及调节成骨性细胞的分化增殖等促进坏死骨的修复<sup>[10]</sup>。

## 2 VEGF在ONFH修复中的成血管作用

VEGF水平上调后与其受体结合,启动VEGF下游通路,调控ONFH区血管新生<sup>[11]</sup>。VEGF受体(VEGFR)家族有3种亚型:VEGFR-1(Flt-1)、VEGFR-2(KDR/Flk-1)和VEGFR-3(Flt-4),在成骨细胞和血管内皮细胞中主要存在着VEGFR-1和VEGFR-2<sup>[12]</sup>,在破骨细胞和骨髓基质干细胞中则主要存在VEGFR-2,而造血干细胞中主要存在VEGFR-1;股骨头坏死的血管重建活动中主要是通过VEGFR-2结合介导<sup>[11]</sup>。骨组织细胞(如成骨细胞、破骨细胞、骨细胞等)也参与血管重建,但血管重建活动主要是通过内皮细胞增殖、迁移和血管通透性增加,最终促成新血管生成<sup>[13]</sup>。

2.1 VEGF与细胞迁移 内皮细胞迁移,对于坏死区域血管新生至关重要。VEGF通过蛋白酶水解基底膜来促进内皮细胞迁移,并顺着VEGF和其他生长因子

\*基金项目:国家自然科学基金资助项目(81273770);国家自然科学基金资助项目(81373669);浙江省科技厅重大专项(2012C13017-2);浙江省中西医结合骨关节病研究科技创新团队(2011R50022);浙江省骨关节疾病中医药干预技术研究重点实验室(2013E10024)

Δ通信作者(电子邮箱:luocheng981985300@163.com)

的浓度梯度迁移到坏死组织区域,启动股骨头坏死区域血管重建。其主要途径有:1)VEGFR-2上 Tyr1214的磷酸化参与 VEGF 引起肌动蛋白的重塑<sup>[14-15]</sup>,VEGF 经 Cdc42-SAPK2/p38-MAPK 活化蛋白激酶-2(MAPKAP K2)信号通路引起内皮细胞张力纤维中激动蛋白重塑<sup>[16]</sup>;2)衔接蛋白 Shb 可与 VEGFR-2 上 Tyr1175 位点结合并调控 VEGF 通路引起细胞迁移<sup>[17]</sup>;3)VEGFR-2 上另一个磷酸化重要位点 Tyr951 可以与 T 细胞特异性衔接分子 (TSA) 相结合,激活的 TSA 和 VEGFR2 下游的 Src 形成复合物,调节细胞迁移<sup>[18]</sup>;4)虽然 VEGFR-2 结构不含有 Y-X-X-M 序列,但仍然可以激活 PI3K 调节细胞迁移<sup>[11]</sup>;5)衔接蛋白 Gab1 可以介导 VEGFR-2 活化 PI3K 和细胞迁移<sup>[19]</sup>。此外,磷酸化的 VEGFR-2 与 IQGAP1 共结合也可以介导细胞迁移<sup>[20]</sup>。

**2.2 VEGF 与细胞增殖** VEGF 促进内皮细胞增殖主要是通过细胞膜上 VEGFR-2 将细胞外信号传递到胞内,激活一系列下游信号通路进行。主要是 PLC- $\gamma$ -PKC-Raf-MEK-MAPK 信号通路,把信号传递到细胞核内启动 DNA 合成<sup>[21]</sup>。Tyr1173 是受体 Flk-1 调控血管新生的重要结构,VEGF 通路上的 PLC- $\gamma$ 、Shb 和 Sck 都可结合到 Tyr 1173 位点<sup>[11]</sup>。但对通路上 Shb 和 Sck 的作用及机制目前尚不明确,有待进一步研究。

**2.3 VEGF 与细胞活性** VEGFR-2 介导的 VEGF 信号通路位点 PI3K,能调控人脐静脉内皮细胞的存活,而活化的 PI3K 可以催化 PIP2 生成 PIP3,激活磷酸化蛋白激酶(PKB/Akt)<sup>[22]</sup>,Akt 能够使 Bcl-2 相关凋亡启动子(BAD)和半胱氨酸天冬氨酸蛋白酶 9(caspase 9)磷酸化,而 BAD 和 caspase 9 是细胞凋亡调控蛋白。整合蛋白  $\alpha v \beta 3$  对新生血管存活至关重要。VEGFR-2 和  $\alpha v \beta 3$  整合蛋白结合可以增加 VEGFR-2 和 Akt 的活性<sup>[23]</sup>。此外,最近研究发现磷酸化的 VEGFR-2 协同结合位点 IQGAP1,通过抑制其内在的 GTPase 活动来激活 IQGAP1<sup>[20]</sup>,与 Rac1 结合调节内皮细胞的活性。VEGF 信号可以活化内皮型一氧化氮合酶(eNOS)生成一氧化氮(NO),引起血管通透性改变。血管通透性的增加能促进血浆蛋白在细胞基质中沉积,为血管内皮细胞的生长提供临时基质<sup>[6]</sup>,同时也利于大分子渗出从而促进细胞迁移。

此外,研究表明破骨细胞能促进内皮细胞成血管作用,其效应受 VEGF 调控<sup>[24]</sup>。Engsig 等通过对移植体外大鼠跖骨的研究,发现血管重建与破骨细胞再生同时发生<sup>[25]</sup>。骨细胞也通过 VEGF-MAPK 依赖性通路参与血管重建,Prasad 等发现在骨细胞 MLOY4 CM 中,阻断 VEGF 通路,成血管性表型和基因表达会通过 ERK 通路减少,骨细胞分泌的 VEGF 能够调节多种成血管性蛋白的合成和成血管细胞的受体系统<sup>[13]</sup>。也有

研究证实作为 VEGF 的同族体胎盘生长因子(PIGF)只特异性地与 VEGFR-1 结合,随之启动 VEGF 信号通路,参与坏死区域的修复<sup>[26]</sup>。FGF-2 也可能通过 VEGF 受体间接地参与血管重建<sup>[27]</sup>。

### 3 VEGF 在 ONFH 修复中的成骨作用

VEGF 不仅对股骨头血管再生具有重要的调控作用,还可以调节成骨性细胞在股骨头坏死区域的迁移、分化、增殖,促进股骨头坏死组织的修复<sup>[28]</sup>。坏死骨的重吸收和随后的新骨的形成是骨重建中两个重要部分,其中破骨细胞是坏死骨组织重吸收的关键细胞,而成骨细胞则主要参与骨的矿化和骨基质沉淀,最后填充被破骨细胞吸收的陷窝。

**3.1 VEGF 与成骨细胞** VEGF 能通过影响成骨细胞直接或间接调节坏死骨的修复。其途径有以下几种:1)VEGF 通过内皮细胞调控骨重建过程,骨形成前体细胞沿着血管迁移到前体细胞向成骨细胞分化的损伤区域;2)VEGF 通过血管分泌相关机制,刺激内皮细胞分泌成骨性因子,促进骨祖细胞向成骨细胞分化<sup>[29]</sup>;3)VEGF 还可以直接作用于成骨细胞。成骨细胞可分泌 VEGF 及 VEGFR,这可以调节成骨细胞的趋化、分化和扩散<sup>[30]</sup>。有研究表明 VEGF 抑制剂导致体外培养的成骨细胞分化减慢;选择性敲除小鼠骨祖细胞的 VEGFR-1、VEGFR-2,导致小鼠的骨小梁明显减少;同时小鼠的成骨细胞的分化明显减少,这可能与 VEGF 调控的 RUNX2 介导反应减少有关<sup>[12]</sup>。

研究表明,成骨相关因子(如 BMP、PDGF 等)和成血管相关因子(如 VEGF)在坏死修复过程具有协同作用,其共同组成的微环境在修复过程中必不可少<sup>[31]</sup>。转录因子 Osterix(OSX)作为 BMP-2 诱导成骨细胞转录的特异性因子,在骨重建中必不可少,其能通过脯氨酸富集蛋白(PRR)激活 VEGF 信号通路调控 VEGF 在成骨细胞中的表达<sup>[32]</sup>。TNF- $\alpha$ , TGF- $\beta$  和 PDGF 亦可通过 VEGF 结构上的 -50~-96 bp G+C 丰富区诱导生成 VEGF<sup>[33]</sup>。PDGF 还能避免因 VEGF 使得内皮细胞分化、增殖和聚集形成相对过量导致的血管畸形的发生<sup>[34]</sup>。

**3.2 VEGF 与破骨细胞** 破骨细胞分化、激活、存活的调控主要是通过集落刺激因子-1/巨噬集落刺激因子(M-CSF)和核转录因子配体(RANK ligand)完成<sup>[35]</sup>。通过对 M-CSF 缺失的骨硬化症小鼠的研究发现其破骨细胞、骨细胞的明显减少<sup>[36]</sup>,然而,在骨硬化症小鼠破骨细胞形成过程中,VEGF 能替代 M-CSF 促进其形成;这与 VEGF 能增强破骨细胞的再生能力和重吸收有关<sup>[37]</sup>,可能是由于 VEGF 是破骨细胞再生的重要刺激因子<sup>[38]</sup>。此外,VEGF 还可通过 VEGF/VEGFR-2 通路增强破骨细胞的骨重吸收和存活能力<sup>[24]</sup>。Liu 等<sup>[12]</sup>通过 VEGFR-1 缺失小鼠与正常小鼠的对照研究发现

VEGFR-1 缺失组小鼠骨髓细胞和破骨细胞的形成显著增加。另外, VEGF 还能通过刺激转录因子 RUNX2 和抑制转录因子 PPAR $\alpha$ , 调控骨髓干细胞(MSCs)的分化<sup>[38]</sup>。

#### 4 中医药对 VEGF 调节作用

大量的研究表明, 中医药可通过多种途径调节 VEGF 表达, 促进骨血管新生和股骨头坏死的修复。高冬等<sup>[39]</sup>研究发现血府逐瘀汤通过 VEGF/VEGFR 通路促血管新生, 诱导内皮细胞增殖、迁移和血管形成, 促进坏死区域修复。李引刚等<sup>[40]</sup>发现复元活血汤可以上调动物模型骨折早期断端局部 VEGF、BMP-2 表达水平, 增加骨折断端局部骨痂厚度。高云等<sup>[41]</sup>发现海螵蛸能够提高骨折早期 VEGF mRNA 的表达, 并且能够在达到峰值后 VEGF mRNA 的表达量于中后期维持于相对较高水平, 促进骨折早期骨痂新生微血管增生, 加速骨折后期骨痂内微血管完善, 从而促进骨折愈合。桃红四物汤能够有效提高 VEGF 表达, 增强微血管增生, 而其中木香与红花进行配伍能够较为显著地提高 VEGF 表达水平<sup>[42]</sup>。

#### 5 小结与展望

VEGF 对股骨头坏死区新血管生成和坏死骨组织修复具有至关重要的作用。在股骨头坏死发生发展过程中, 缺氧缺血可以上调 HIF-1 $\alpha$ , 诱导上调 VEGF 的表达, 随后通过与 VEGFR-1、VEGFR-2 等结合调控成血管性细胞增殖、迁移、存活、凋亡和血管通透性的增加, 进而促进坏死区域血管新生; 同时, VEGF 还调节骨重建中成骨、破骨细胞的功能, 促进坏死区域的重吸收和新骨的形成。VEGF 促进骨损伤的修复相关研究也取得不少的成果, 这对临床上利用 VEGF 组织工程材料治疗早期股骨头坏死提供了基础, 对股骨头坏死治疗方法进一步完善也具有指导意义。但 VEGF 在 ONFH 修复中促成骨作用是怎样通过 VEGF 信号通路实现的, 除此之外还有哪些相关通路也参与其中都有待进一步深入研究; 再有, 在股骨头坏死修复的微环境中, 成骨相关因子(如 MMP、BMP、PDGF、IGF 等)与 VEGF 成血管/成骨协同作用机制, 也有待进一步研究。此外, 在股骨头坏死修复中成骨、成血管两个关键部分又是通过什么机制紧密联系并相辅相成, 目前其机制尚不明确, 值得进一步研究。

#### 参 考 文 献

[1] Ferrara N. Binding to the extracellular matrix and proteolytic processing: two key mechanisms regulating vascular endothelial growth factor action[J]. *Mol Biol Cell*, 2010, 21(5): 687-690.

[2] T.H. Kim Ph.D. yx, J.M. Hong M.Sc.y, et al. Promoter polymorphisms of the vascular endothelial growth factor gene is

associated with an osteonecrosis of the femoral head in the Korean population[J]. *Osteoarthritis and Cartilage*, 2008, 16(3), 287-291.

[3] Li W, Sakai T, Nishii T, et al. Distribution of TRAP-positive cells and expression of HIF-1 $\alpha$ , VEGF, and FGF-2 in the reparative reaction in patients with osteonecrosis of the femoral head[J]. *Orthop Res*, 2009, 27(5): 694-700.

[4] Proliferative and secretory activity of human umbilical vein endothelial cells cultured under varying degrees of hypoxia[J]. *Tsitologia*, 2014, 56(1): 67-76.

[5] Yang Z1, Wang C2. Endothelial progenitor cells induce transplant arteriosclerosis via VEGFR-1/2 activity[J]. *Atherosclerosis*, 2014, 238(1): 26-32.

[6] Lee IS, Kim YS, Jung SH, et al. Lignans from the stems and leaves of *Brandisia hancei* and their effects on VEGF-induced vascular permeability and migration of HRECs and DLAV formation in zebrafish[J]. *Bioscience, Biotechnology and Biochemistry*, 2014, 15(12): 1-6.

[7] 章静茹. Notch/D114 和 VEGF 信号通路在急性髓性白血病血管新生中的交互作用及机制研究[D]. 济南: 山东大学, 2013.

[8] 王莘莘, 孔繁平, 陈学群, 等. 低氧细胞应激的 HIF-1 信号通路[J]. *浙江大学学报: 医学版*, 2011, 54(5): 559-566.

[9] Semenza GL, Rue EA, Iyer NV, et al. Assignment of the hypoxia-inducible factor 1 $\alpha$  gene to a region of conserved synteny on mouse chromosome 12 and human chromosome 14q[J]. *Genomics*, 1996, 34.

[10] Forsythe JA, Jiang BH, Iyer NV, et al. *Mol Cell Biol*, 1996, 16(9): 4604-4613.

[11] Holmes K, Roberts OL, Thomas AM, et al. Vascular endothelial growth factor receptor-2: Structure, function, intracellular signalling and therapeutic inhibition[J]. *Cellular Signalling*, 2007, 19(10): 2003-2012.

[12] Liu Y, Olsen BR. Distinct VEGF functions during bone development and homeostasis[J]. *Archivum Immunologiae et Therapiae Experimentalis*, 2014, 62(5): 363-368.

[13] Prasadam I, Zhou Y, Du Z, et al. Osteocyte-induced angiogenesis via VEGF-MAPK-dependent pathways in endothelial cells[J]. *Molecular and Cellular Biochemistry*, 2014, 386(1-2): 15-25.

[14] Lamalice L, Houle F, Jourdan G, et al. Phosphorylation of tyrosine 1214 on VEGFR2 is required for VEGF-induced activation of Cdc42 upstream of SAPK2/p38[J]. *Oncogene*, 2004, 23(2): 434-445.

[15] Lamalice L, Houle F, Huot J. Phosphorylation of Tyr1214 within VEGFR-2 triggers the recruitment of Nck and activation of Fyn leading to SAPK2/p38 activation and endothelial cell migration in response to VEGF[J]. *Biol Chem*, 2006, 281(45): 34009-34020.

[16] 康从民, 王大伟, 吕英涛, 等. 血管内皮生长因子受体-2 所介导信号通路的研究进展[J]. *生物化学与生物物理进展*, 2009, 36(10).

- [17] Holmqvist K, Cross MJ, Rolny C, et al. The adaptor protein shb binds to tyrosine 1175 in vascular endothelial growth factor(VEGF) receptor-2 and regulates VEGF-dependent cellular migration[J]. *Biol Chem*, 2004, 279(21):22267-22275.
- [18] Olsson A, Dimberg A, Kreuger J, et al. VEGF receptor signaling-in control of vascular function[J]. *Nature Reviews Molecular Cell Biology*, 2006, 7(5):359-371.
- [19] Laramée M, Chabot C, Cloutier M, et al. The scaffolding adapter Gab1 mediates vascular endothelial growth factor signaling and is required for endothelial cell migration and capillary formation[J]. *Biol Chem*, 2007, 282(11):7758-7769.
- [20] Kaplan N, Urao N, Furuta E, et al. Localized cysteine sulfenic acid formation by vascular endothelial growth factor: role in endothelial cell migration and angiogenesis[J]. *Free Radical Research*, 2011, 45(10):1124-1135.
- [21] Takahashi T, Ueno H, Shibuya M. VEGF activates protein kinase C-dependent, but Ras-independent Raf-MEK-MAP kinase pathway for DNA synthesis in primary endothelial cells[J]. *Oncogene*, 1999, 18(13):2221-2230.
- [22] Downward J. PI3-kinase, Akt and cell survival[J]. *Semin Cell Dev Biol*, 2004, 15(2):177-182.
- [23] Soldi R, Mitola S, Strasly M, et al. Role of  $\alpha v \beta 3$  integrin in the activation of vascular endothelial growth factor receptor-2[J]. *EMBO*, 1999, 18(4):882-892.
- [24] Yang Q, McHugh KP, Patntirapong S, et al. VEGF enhancement of osteoclast survival and bone resorption involves VEGF receptor-2 signaling and beta3-integrin [J]. *Matrix Biol*, 2008, 27(9):589-599.
- [25] Engsig MT, Chen QJ, Vu TH, et al. Matrix metalloproteinase 9 and vascular endothelial growth factor are essential for osteoclast recruitment into developing long bones [J]. *Cell Biol*, 151(11):879-889.
- [26] Dewerchin M, Carmeliet P. PlGF: a multitasking cytokine with disease-restricted activity[J]. *Cold Spring Harb Perspect Med*, 2012, 121(9):2.
- [27] Javerzat S, Auguste P, Bikfalvi A. The role of fibroblast growth factors in vascular development[J]. *Trends Mol Med*, 2002, 21(8):483-489.
- [28] Stegen S, van Gestel N, Carmeliet G. Bringing new life to damaged bone: The importance of angiogenesis in bone repair and regeneration[J]. *Bone*, 2015, 70(8):19-27.
- [29] Bouletreau PJ, Warren SM, Spector JA, et al. Hypoxia and VEGF up-regulate BMP-2 mRNA and protein expression in microvascular endothelial cells: implications for fracture healing[J]. *Plast Reconstr Surg*, 2002, 109(7):2384-2397.
- [30] Street J, Bao M, deGuzman L, et al. Vascular endothelial growth factor stimulates bone repair by promoting angiogenesis and bone turnover[J]. *Proc Natl Acad Sci*, 2002, 99(12):9656-9661.
- [31] Zhang C, Wang KZ. Angiopoiesis and bone regeneration via co-expression of the hVEGF and hBMP genes from an adeno-associated viral vector in vitro and in vivo [J]. *Acta Pharmacol Sin*, 2010, 31(7):821-830.
- [32] Dafu Chen, Wei Tian, Yang Li, et al. Osteoblast-specific transcription factor Osterix(Osx) and HIF-1 $\alpha$  cooperatively regulate gene expression of vascular endothelial growth factor (VEGF) [J]. *Osteoarthritis and Cartilage*, 2008, 16(12):287-291.
- [33] Ryuto M, Ono M, Izumi H, et al. [J]. *Biol Chem*, 1996, 271:28220-28228.
- [34] Finkenzeller G, Sparacio A, Technau A, et al. [J]. *Oncogene*, 1997, 15(1):669-676.
- [35] Tanaka S, Takahashi N, Udagawa N, et al. Macrophage colony-stimulating factor is indispensable for both proliferation and differentiation of osteoclast progenitors[J]. *Clin Invest*, 1993, 91(4):257-263.
- [36] Kodama H, Yamasaki A, Nose M, et al. Congenital osteoclast deficiency in osteopetrotic (op/op) mice is cured by injections of macrophage colony-stimulating factor[J]. *Exp Med*, 1991, 173(12):269-272.
- [37] Niida S, Kaku M, Amano H, et al. Vascular endothelial growth factor can substitute for macrophage colony-stimulating factor in the support of osteoclastic bone resorption[J]. *Exp Med*, 1999, 190(21):293-298.
- [38] Liu Y, Berendsen AD, Jia S, et al. Intracellular VEGF regulates the balance between osteoblast and adipocyte differentiation[J]. *Clin Invest*, 2012, 122(12):3101-3113.
- [39] 高冬, 陈文元, 林薇. 血府逐瘀汤促血管新生中 VEGF 通路的作用研究[J]. *中国中药杂志*, 2012, 37(17):2622-2625.
- [40] 李引刚, 武辉, 刘艳平, 等. 复元活血汤对早期实验性骨折愈合中 VEGF、BMP-2 表达的影响[J]. *陕西中医*, 2009, 30(6):754-755.
- [41] 高云, 董福慧, 郑军. 海螵蛸对骨愈合相关基因表达的影响[J]. *中医正骨*, 2004, 16(7):1-3.
- [42] 毕锴. 中医骨折分期治疗对骨折愈合 bFGF、TGF- $\beta$ 、VEGF、BMP-2 基因表达影响的实验研究[D]. 北京: 中国中医科学院望京医院, 2013.

(收稿日期 2015-01-28)

# 中西医改善非糜烂性胃食管反流病患者生活质量概况\*

张秀莲<sup>1,2</sup> 程艳梅<sup>1,2</sup> 朱生樑<sup>1,2Δ</sup>

(1.上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,上海 200437;2.上海中医药大学脾胃病研究所,上海 201203)

中图分类号:R573 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0657-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.032

**【关键词】** 非糜烂性胃食管反流病 生活质量 综述

非糜烂性胃食管反流病(NERD)是胃食管反流病(GERD)的一个亚型,约占GERD的50%~81%<sup>[1]</sup>,其具有典型的胃食管反流症状。近年来其发病呈上升趋势,质子泵抑制剂(PPI)对其有效率约为50%<sup>[2]</sup>,但在改善症状上较反流性食管炎(RE)低,生活质量下降更明显<sup>[3]</sup>,同时易合并精神心理异常。因此寻找更为有效、合理的方法来改善NERD患者临床症状,提高生活质量显得尤为重要。现就近年来中西医改善NERD生活质量的进展综述如下。

## 1 西医改善NERD患者生活质量进展

NERD治疗的最终目的在于消除症状,提高患者生活质量。目前研究发现<sup>[4]</sup>,胃食管反流病中,无论糜烂性食管炎还是非糜烂性食管炎,非酸反流症状指数阳性均占相当的比例,提示非酸反流也是引起烧心的一个重要因素。因而单纯PPI治疗NERD疗效不理想,需要配合其他药物或疗法。近年来诸多研究者对不同治疗方案进行了比较,通过对抑酸剂、抑酸剂加利胆药、抑酸剂加促动力药、抑酸剂加利胆药加促动力药进行比较发现,以抑酸剂为基础的联合用药优于单用PPI制剂<sup>[5-7]</sup>。另外,有学者通过研究发现抑郁或焦虑状态与NERD的发病密切相关<sup>[8-9]</sup>,因而抗焦虑抑郁药逐渐被应用于治疗NERD,其可显著改善精神和躯体两方面症状<sup>[10]</sup>,提高生活质量。对NERD患者给予氟哌噻吨美利曲辛联合硫糖铝和莫沙必利可明显提高疗效<sup>[11]</sup>,且明显优于单用PPI<sup>[12]</sup>,进一步证实精神心理因素在NERD发生、发展、转归中的重要作用<sup>[13]</sup>,以及加

强NERD心身综合治疗的必要性<sup>[14]</sup>。抗焦虑抑郁可显著提高患者的生活质量<sup>[15-16]</sup>,季兴等<sup>[17]</sup>通过研究发现氟哌噻吨美利曲辛联合埃索美拉唑能够改善NERD患者生活质量、降低精神心理异常复发率,黛力新能通过改善NERD患者的临床症状从而改善其生活质量<sup>[18]</sup>。亦有学者发现针对合并心理障碍NERD患者在服用PPI基础上辅以心理干预治疗有助于改善NERD患者症状、提高生活质量<sup>[19]</sup>。

综上所述,在PPI制剂基础上联用利胆药及胃肠动力药或焦虑抑郁药物在改善NERD患者生活质量有着重要意义。西医通过抑制胃酸分泌、保护胃黏膜、减少胃酸反流及抗焦虑抑郁等角度缓解NERD不适症状,并且心理干预及认知行为疗法在改善NERD患者生活质量上较单用PPI疗效明显,具有较大的临床应用价值。

## 2 中医改善NERD患者生活质量进展

NERD可归属中医学“吐酸”“嘈杂”等范畴,该病病位在食管,为胃所系,病变涉及肝胆脾胃等脏腑,《灵枢经·四时气论》云“善呕,呕有苦……邪在胆,逆在胃,胆汁泄则口苦,胃气逆则呕苦”。其病机可概括为肝胆疏泄失常,脾胃升降失调,木土相乘,肝胆逆犯脾胃,导致脾胃升降失调,清气不升,浊气上逆而产生诸多胃食管反流相关的一系列症状。李志等<sup>[20]</sup>通过研究发现,NERD中医证型与某些酸反流指标之间存在明显关系,说明肝主疏泄功能失常在NERD中起着重要作用。亦有学者发现NERD患者反流症状及肝胃不和证症状与焦虑、抑郁状态关系密切,症状的严重程度与心理状态呈正相关,二者互相影响、互为因果<sup>[21]</sup>。与RE患者相比,NERD患者有更明显的反流症状和突出的精神心理因素以及严重的生活

\*基金项目:国家自然科学基金(81102567);国家中管局“十二五”重点专科(09J1X1L206B109);上海市教委脾胃病重点学科建设项目(JS0305)

Δ通信作者(电子邮箱:zhushengliang999@163.com)

质量下降<sup>[22-24]</sup>。中医学认为,肝主疏泄、条畅情志,肝疏泄功能正常,气机调畅,方能保持心情舒畅,气血和平,五脏协调,精神心理因素与 NERD 的发生发展密切相关<sup>[25]</sup>。因此对 NERD 患者应开展包括心理治疗在内的综合治疗<sup>[26]</sup>。中医根据患者个体差异,辨证论治,在改善 NERD 患者临床症状上效果明显,而升降并举、疏肝和胃方法在治疗 NERD 中均取得了较好的疗效<sup>[27-28]</sup>,其中半夏厚朴汤合旋覆代赭汤加减、柴胡疏肝散加减、参苓白术散加减、五磨饮子合温胆汤及四逆散合左金丸加味分别在治疗 NERD 属湿浊中阻证、肝胃不和证、脾胃虚弱证、气郁痰热证及肝胃郁热证者疗效较好<sup>[29-30]</sup>。有学者通过对调肝理脾和胃法与西药在缓解 NERD 症状上疗效的比较,发现以四逆散合四君子汤为基础方的中药对缓解 NERD 症状优于西药,尤其是在心理领域、独立性领域、疼痛与不适方面、消化功能方面、心理方面改善程度优于西药治疗<sup>[31]</sup>。另外,认知行为疗法在治疗 NERD 中有着重要作用,可以改善合并并疑病症患者的胃食管反流症状,明显改善患者疑病、焦虑、抑郁等心理障碍,并提高患者生活质量<sup>[32]</sup>。

综上所述,众多学者以“肝主情志”为切入点,以调节肝胆、脾胃气机升降为中心,从患者个体具体情况出发,选用四逆散、旋覆代赭汤、半夏厚朴汤、左金丸、温胆汤及参苓白术散等基本方加减,辨证施治,取得了较好的临床疗效。在改善 NERD 生活质量上,中药辨证论治结合认知行为疗法优于 PPI 联合胃动力药物治疗,具有良好的疗效、安全性和耐受性。

### 3 小结与展望

随着对 NERD 发病机制的深入了解,精神心理因素逐步受到诸多学者的重视。针对其发病机制,PPI 制剂联合抗抑郁焦虑药物或中医辨证论治在临床上均有一定疗效,但部分患者服用西药后出现不良反应及停药后症状反复现象,患者症状改善不明显,严重影响了患者生活质量,同时也潜在地造成了 PPI 的过度使用和医疗资源的浪费。而中医药辨证论治在改善患者症状的同时,具有较高的安全性,有利于提高患者生活质量,结合认知行为疗法,还可提高临床疗效。这可能为 NERD 治疗提供新的治疗思路,值得进一步深入研究。

#### 参 考 文 献

- [1] Long JD, Orlando RC. Nonerosive reflux disease[J]. *Minerva Gastroenterol Dietol*, 2007, 53(2): 127-141.
- [2] Scarpignato C. Poor effectiveness of proton pump inhibitors in non-erosive reflux disease: the truth in the end[J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2012, 24(8): 697-704.
- [3] 张艳丽,孙晓红,陈春晓,等. 反流性食管炎和非糜烂性反流病患者症状谱,生活质量和精神心理状态调查[J]. *胃肠病学*, 2008, 13(2): 82-86.
- [4] 陈海波,李艳军. 胃食管反流病中非酸反流情况及其与烧心的关系分析[J]. *中国医药导报*, 2012, 8(33): 169-170.
- [5] 曹慧娟,韩凯成,陆建,等. 非糜烂性胃食管反流病患者不同治疗方案评价[J]. *临床消化病杂志*, 2012, 24(3): 156-158.
- [6] 黄盛宜,廖伟南,杨贤杰,等. 非糜烂性胃食管反流病患者不同药物治疗方案评价[J]. *中国实用医药*, 2012, 7(7): 156-157.
- [7] 马晓光,高保华,吴方雄,等. 质子泵抑制剂联合依托必利对胃食管反流病的疗效评价[J]. *胃肠病学和肝病学杂志*, 2013, 22(11): 1110-1113.
- [8] 章顺国,牛小平,刘少锋,等. 黛力新辅助治疗老年非糜烂性反流病合并心理障碍的临床研究[J]. *胃肠病学和肝病学杂志*, 2010, 19(11): 14.
- [9] 梅智谋,张婷,时昭红,等. 氟哌噻吨美利曲辛治疗伴有精神症状的非糜烂性胃食管反流病的临床研究[J]. *医药前沿*, 2012, 2(8): 124-126.
- [10] 陈仕武,黄海燕,崔桂林,等. 抑郁、焦虑症状对非糜烂性胃食管反流病生活质量影响及治疗效果观察[J]. *实用预防医学*, 2010, 17(6): 1074-1077.
- [11] 杨柳青,陈建婷,张婷,等. 氟哌噻吨美利曲辛联合硫糖铝和莫沙必利治疗非糜烂性胃食管反流病的临床观察[J]. *中国药业*, 2013, 22(A01): 12-13.
- [12] 陈一萍,王彩花,李惠春,等. 质子泵抑制剂联合氟哌噻吨美利曲辛对伴焦虑抑郁的非糜烂性胃食管反流病的治疗作用[J]. *中华消化杂志*, 2013, 33(7): 437-440.
- [13] 孙成功,刘艳. 精神心理因素与非糜烂性胃食管反流病临床观察[J]. *中国保健*, 2010, 18(9): 15-16.
- [14] 刘继威,顾芳芳,唐艳萍. 伴情绪障碍的 NERD 治疗的临床研究[C]. 第 4 届中国中西医结合学会心身医学专业委员会换届大会暨第 7 届全国中西医结合心身医学学术交流会议论文集, 2013.
- [15] 蒋义贵,尤丽财,张生君,等. 黛力新治疗伴有焦虑及抑郁状态的非糜烂性胃食管反流病 60 例[J]. *中国药物经济学*, 2014, 9(1): 219-220.
- [16] 曹春莉,苏秉忠. 抗抑郁及焦虑治疗对非糜烂性胃食管反流病伴发抑郁及焦虑症状的药物疗效影响[J]. *内蒙古民族大学学报*, 2010, 22(2): 95-96.
- [17] 季兴,黄薇薇,程莉华,等. 氟哌噻吨美利曲辛联合埃索美拉唑治疗非糜烂性胃食管反流病的临床观察[J]. *中国药房*, 2013, 24(8): 711-713.
- [18] 潘利珍. 黛力新在治疗非糜烂性胃食管反流病中的价值[J]. *中国医学创新*, 2013, 10(2): 69-70.
- [19] 祁丽丽,董世光. 心理干预辅助治疗非糜烂性胃食管反流病疗效观察[J]. *吉林医学*, 2011, 32(1): 36-37.
- [20] 李志,肖国辉,陈拥军,等. 非糜烂性反流病中医证型与酸反流及心理因素的关系[J]. *时珍国医国药*, 2010, 21(3):

- 700-701.
- [21] 张丽颖,唐旭东,李保双,等.非糜烂性反流病患者症状与心理状态相关性分析[J].中国中医药信息杂志,2011,18(9):19-20.
- [22] 瞿国强,胡宏艳,李安,等.胃食管反流病患者生活质量调查 187 例[J].世界华人消化杂志,2010,18(8):834-838.
- [23] 张淑芹.非糜烂性反流病相关因素分析[J].河北医药,2011,33(15):2321-2322.
- [24] 陈小泳.精神心理因素与胃食管反流病临床观察[J].中国现代药物应用,2012,6(6):8-9.
- [25] 王婷,周斌.非糜烂性胃食管反流病与精神心理因素的相关性及中医病机探讨[J].中医学报,2012,27(11):1423-1424.
- [26] 张峻,崔培林,梁丕霞,等.非糜烂性反流病和糜烂性食管炎患者心理状况及生活质量调查[J].临床荟萃,2010,25(6):475-478.
- [27] 秦嫣,范怀玲,朱凌云,等.升降并举法治疗非糜烂性胃食管反流病的临床研究[J].世界中医药,2013,8(4):409-411.
- [28] 王世荣.疏肝和胃法治疗非糜烂性胃食管反流病 40 例临床研究[J].江苏中医药,2013,45(5):20-21.
- [29] 倪立群.中医辨证治疗非糜烂性胃食管反流病临床效果观察[J].吉林医学,2012,32(36):7785-7785.
- [30] 褚洪连,方宏图.四逆散和左金丸加味治疗肝胃郁热型非糜烂性胃食管反流病 32 例[J].中国中医急症,2011,20(11):1877.
- [31] 杨希,刘凤斌.调肝理脾和胃法治疗非糜烂性胃食管反流病 100 例分析[J].健康之路,2014,13(4):312.
- [32] 覃益,韦照永,潘丽莹.认知行为疗法在治疗非糜烂性反流病合并疑病症患者的疗效观察[J].现代消化及介入诊疗,2013,18(3):148-151.

(收稿日期 2014-11-22)

(上接第 646 页)

1 剂,泻止痛消,诸症悉除。

按:此患者虽患“泄泻”,但证属食滞肠胃,邪实内结,又年轻力壮,正气未虚,且有“按之心下坚”“脉滑”之征。《金匱要略·呕吐下利病脉证治第十七》第 37、38 条曰“下利三部脉皆平,按之心下坚者,急下之,宜大承气汤”,“下利脉迟而滑者,实也,利未欲止,急下之,宜大承气汤”。故用大承气汤因势利导,“通因通用”,药到病除。

## 2 典型病例 2

王某,女性,32 岁,于 2014 年 9 月 2 日初诊。患者诉便下脓血伴腹痛、里急后重、发热恶寒 2 d,当地社区诊所诊为“痢疾”,予抗生素输液治疗,热势不减,遂来诊治。刻下:便下赤白脓血,痢下不爽,肛门灼热,腹胀满拒按,里急后重,身热口渴,小便短少,舌质红,苔黄厚稍燥,脉滑数。实验室检查:WBC  $16.8 \times 10^9/L$ 。便常规:脓细胞(+++),隐血(+++)。西医诊断:急性细菌性痢疾。中医诊断:痢疾(湿热积滞)。治法:清热导滞。予大承气汤加味。处方如下:大黄 9 g(后下),枳实 9 g,厚

朴 9 g,芒硝 6 g(烊化),神曲 9 g,白芍 9 g,木香 6 g,黄连 6 g,白头翁 20 g,马齿苋 20 g。每日 1 剂,水煎分 2 次温服。患者服 3 剂,痢止热退病愈。

按:该“痢疾”案,病机为湿热积滞,证实宜通,且“脉滑数”,《伤寒论·辨阳明病脉证并治》第 256 条曰“阳明、少阳合病,必下利……脉滑而数者,有宿食也,当下之,宜大承气汤”。《金匱要略·呕吐下利病脉证治第十七》第 39 条曰“下利脉反滑者,当有所去,下乃愈,宜大承气汤”。故遵仲景之法,以大承气汤清热导滞,腑通而痢止热退。

大承气汤临床应用广泛,以上为笔者临证中应用大承气汤点滴体会,乃仲景思想之沧海一粟。《内经》云“治病必求其本”,“实者泻之”,“下利”用下法,“通因通用”,要“用之得当”;《伤寒论》《金匱要略》条文中多次提到脉“滑”可“下”,宜“大承气汤”,笔者据此临证获效,其机理有待进一步探讨。“急症”治宜“急”,“下利”的“急症”早期,谨守病机而“急下之”,往往获得事半功倍的疗效,仲景深得此意。

(收稿日期 2014-12-14)

# 针刺治疗卒中后抑郁的临床治疗概述\*

王 丽<sup>1</sup> 张春红<sup>2△</sup>

(1.天津中医药大学研究生院,天津 300193;2.天津中医药大学第一附属医院,天津 300193)

中图分类号:R246 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0660-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.033

【关键词】 卒中 抑郁 针刺疗法 综述

卒中后抑郁(PSD)是除卒中后躯体症状外表现的一种以情绪低落、语言动作减少、睡眠障碍等情感障碍性疾病,是卒中后常见的并发症之一。PSD 现已成为临床难治之症之一,现代医学以单纯依赖抗抑郁药进行治疗,虽具有显著疗效,然其高昂的费用及较多的不良反应使得越来越多的临床针灸医师及患者寻求简便易行、疗效显著、副作用较少的针刺治疗方法。针刺治疗 PSD 有其独特的疗效,患者依从性高,现就近年来针刺在 PSD 的临床治疗研究进行综述。

## 1 单纯针刺

孙培养等<sup>[1]</sup>以通督调神针刺法为针刺组,予口服百忧解为西药对照组,比较通督调神针法与西药治疗脑卒中后抑郁的临床疗效差异。针刺组选取百会、风府、神庭、水沟、大椎、神道为主穴,各治疗4周后显示:针刺组抑郁症总有效率96.7%、神经功能缺损总有效率93.3%、日常生活活动能力总有效率100%,均优于药物组的83.3%、80.0%、80.0%,差异均有统计学意义。结果证实:通督调神针法不仅能改善 PSD 患者抑郁症状,更能够改善 PSD 患者神经功能的缺损和提高日常生活活动能力,且疗效优于西药百忧解。冯辉等<sup>[2]</sup>给予“开关利窍、理气解郁针法”为治疗组,治疗患者45例,选穴:百会、印堂、合谷(双侧)、太冲(双侧)、外关(双侧)、神门(双侧),与口服氟西汀对照组治疗4周后对比,显示治疗组改善抑郁症状的显效率为33.3%、有效率为86.7%,改善神经功能缺损的显效率为37.8%、有效率为88.9%,分别高于对照组的18.6%、79.1%、14%、81.4%,治疗组改善抑郁及神经功能缺损的疗效优于对照组,表明针刺治疗 PSD 具有较好疗效,可改善患者的抑郁症状及神经功能缺损,并提高患者的生活质量。赵海丰<sup>[3]</sup>针刺治疗40例 PSD 选取内关、四神聪、百会、太冲、期门、合谷为主穴,随症选穴,治疗3周

后以口服百忧解对照组比较,观察结果显示:针刺治疗 PSD 是一种安全、有效的治疗方法。吴家萍<sup>[4]</sup>治疗 PSD 150例以“四神针”(百会、神庭、四神聪、本神、神门)为主穴,配合中医证候分型取穴,其治疗总有效率89.3%,对照组氟西汀组150例总有效率76.0%,两组比较差异有统计学意义,认为针刺辨证治疗 PSD 疗效较好。刘正芳等<sup>[5]</sup>将90例患者随机分为试验组和对照组各45例,试验组常规治疗配合针刺神庭、本神、八脉交会穴等,对照组仅予常规治疗,2周后发现试验组45例患者总有效率91.1%优于对照组80%,提示:本针刺方法治疗卒中后抑郁疗效确切,能明显地减轻 PSD 的严重程度,可信度高。孙远征等<sup>[6]</sup>将60例 PSD 患者随机分为两组,治疗组采用于氏头穴丛刺治疗中风后抑郁30例,针刺神庭透囟会,曲差和本神向上透刺,与盐酸氟西汀对照组比较,显示:相比对照组,治疗组抑郁程度、神经功能及日常生活能力改善明显,且抗抑郁的总有效率(93.3%)高于对照组(76.7%)。临床证实:于氏头针是一种安全有效的疗法,对改善抑郁状态、促进神经功能恢复及提高生活质量具有重要意义,其疗效优于西药组,且无副反应。

## 2 针刺结合西药

常学辉等<sup>[7]</sup>为观察针药合用治疗 PSD 的临床疗效将100例卒中后抑郁症患者随机分为对照组50例单纯服用盐酸氟西汀胶囊治疗,针药组50例采用盐酸氟西汀胶囊及电针治疗,观察治疗两组前后神经功能缺损评分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分的变化情况及疗效,显示针药组与对照组比较在改善神经功能缺损及 HAMD 评分的程度上更明显,且两组疗效比较差异有统计学意义,表明针刺配合百忧解治疗疗效良好,能显著改善患者的抑郁情况,提高神经功能恢复程度。梁政尧等<sup>[8]</sup>将40例 PSD 患者随机分为两组各20例,即常规治疗组和针刺联合文拉法辛组,治疗6周后总有效率,针刺联合文拉法辛组85.0%,常规治疗组55.0%,得出针刺联合文拉法辛治疗 PSD 有较好的疗

\*基金项目:中医药行业科研专项基金资助课题(201407001)

△通信作者(电子邮箱:drzch1113@163.com)

效的结论。肖伟等<sup>[9]</sup>将129例PSD患者随机分为治疗组89例,对照组40例,治疗组采用项从刺合氟西汀治疗与对照组单用氟西汀药物治疗比较,治疗4个疗程,观察项从刺合氟西汀治疗卒中后抑郁的临床疗效,显示治疗组显效率、有效率均明显优于对照组。治疗组HAMD、Barthel指数(BI)、Fugl-Meyer运动量表(FMA)评分与对照组对比,差异有统计学意义。结论项从刺可明显提高氟西汀对PSD的治疗作用。林杰文等<sup>[10]</sup>通过针刺十三鬼穴,以人中、少商、隐白、大陵、申脉、风府、颊车、承浆、劳宫、上星、曲池穴为主穴,配合西药百忧解为治疗组,与单纯百忧解药物组对照,治疗组略优于对照组。

### 3 针刺结合中药

胡建芳<sup>[11]</sup>以疏肝活血汤配合针刺早期干预卒中后抑郁患者,并与盐酸氟西汀相对照,观察4周后治疗前后及随访6个月时HAMD、神经功能缺损评分(NIHSS)及脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)评分情况,结果显示患者经治疗后HAMD及NIHSS评分均显著下降( $P < 0.01$ ),而SS-QOL评分明显升高,差异具有统计学意义,且HAMD疗效中药针灸组(86.67%)高于氟西汀组(73.33%),表明疏肝活血汤配合针刺疗法早期干预能减轻PSD患者的抑郁和神经功能损伤症状,提高患者的生活质量,改善患者的预后。张合红<sup>[12]</sup>采用针灸配合中药治疗为治疗组,设单纯西药治疗对照组,观察针药联合治疗PSD的临床疗效,治疗组总有效率为93.3%,高于对照组的73.3%,可知针药联合治疗卒中后抑郁有较满意的疗效。黄龙等<sup>[13]</sup>为观察中药合针灸治疗卒中后抑郁的疗效,将患者随机分为3组,针药组予辨证中药汤剂合针灸治疗,中药组单予中药口服,对照组予黛力新口服,得出结果:针药组的总有效率为90%,中药组为83.33%,对照组为66.67%,前两组的总有效率明显优于对照组,差异具有统计学意义。提示中药治疗PSD疗效确切,安全有效,且患者依从性好。李妮等<sup>[14]</sup>通过丹栀逍遥散联合针刺治疗卒中后抑郁36例,对照组采用赛乐特治疗,治疗后治疗组总有效率为91.7%,高于对照组的77.8%,说明丹栀逍遥散结合针刺治疗PSD效果明显优于赛乐特;且治疗组HAMD及神经功能缺损评分改善优于对照组,提示治疗组改善神经功能缺损方面的疗效更明显。

### 4 其他针法

姚自强等<sup>[15]</sup>采用头体针联合治疗PSD患者与传统针刺治疗法进行对比,研究头、体针联合治疗的疗效,治疗后发现头、体针联合治疗治疗HAMD评分显著降低,抑郁疗效优于传统针刺。戴伟等<sup>[16]</sup>以电针百会、印堂等穴为主穴作为治疗组,针刺得气后接

G6805-II型电针仪,疏密波型,频率15 Hz,电压6 V,患者耐受为度,对照组以口服黛力新为治疗,结果显示,治疗组总有效率86.7%,平均起效时间7.8 d,对照组总有效率83.3%,平均起效时间13.5 d,两组比较显示,电针治疗PSD有良好疗效,且起效快,不良反应少,能促进神经功能恢复。贾军丽<sup>[17]</sup>采用电针百会及人中穴治疗PSD,结果显示电针组总有效率90.0%,明显优于对照组的56.7%,电针组SDS及SCAG量表评分明显优于传统针刺组,表明此疗方法疗效肯定,操作简便,无副作用,能明显提高患者的生活质量。韦玲<sup>[18]</sup>利用毫针配合梅花针叩刺治疗PSD,60例患者中治疗2个疗程后总有效率为93.33%,提示毫针配合梅花针叩刺治疗PSD疗效确切。冯玲等<sup>[19]</sup>以基础常规治疗为对照组,在对照组基础上通过选取针刺额中线、顶中线、双侧额旁1线、病灶侧颞前斜线和顶颞后斜线作为头针治疗组,观察疗效显示:头针治疗组PSD的发生率5.5%明显低于对照组的19.4%,且治疗患者的运动功能、ADL能力明显优于对照组,认为头针治疗PSD有预防作用,近期疗效显著。

### 5 其他疗法

聂容荣等<sup>[20]</sup>将63例卒中后抑郁患者随机分成针灸组和药物组,针灸组穴取中脘、章门、足三里、阴陵泉、脾俞、胃俞,予针刺配合麦粒灸治疗;设口服氟西汀为对照组,以观察针灸从脾胃论治PSD的临床疗效,结果显示,PSD患者治疗前均有不同程度的脾胃功能障碍(食欲不振、便秘、食少),针灸脾胃论治卒中后抑郁症起效快、疗效稳定、不良反应少。李鸿杰等<sup>[21]</sup>采用随机双盲对照设计,将卒中后重度抑郁患者43例随机分为观察组23例和对照组20例,观察组行针刺治疗,穴取百会、印堂、四神聪、太冲等,并口服安慰剂,对照组行非穴点(取位于观察组穴位旁5 mm处)浅刺,并口服氟西汀,均连续治疗6周后发现,针刺治疗卒中后抑郁的疗效与氟西汀相当,分别为73.9%(17/23)、80.0%(16/20);一过性的不良反应发生率观察组为13.0%(3/23),对照组为15.0%(3/20),提示针刺与氟西汀治疗PSD的疗效相当,药物不良反应较少。张春荣等<sup>[22]</sup>利用舒肝解郁胶囊观察其对PSD患者血浆去甲肾上腺素(NE)及多巴胺(DA)水平的影响,结果显示舒肝解郁胶囊可提高PSD患者血浆中NE及DA的水平,从而改善抑郁状态。刘景等<sup>[23]</sup>将76例PSD患者随机分为治疗组39例和对照组37例,对照组予针刺治疗,治疗组采用对照组加重重复经颅磁刺激,HAMD评分两组治疗前后评分均降低,有效率示治疗组为89.74%,对照组为70.27%,治疗组疗效优于对照组,证明TMS对PSD有良好的治疗作用,是一种治疗PSD的新手段。姚恩东等<sup>[24]</sup>采用活血开窍法联合耳针治疗

45例PSD患者,其总有效率86.6%,说明活血开窍法联合耳针治疗PSD有显著疗效。黄艳萍等<sup>[25]</sup>治疗组采用共鸣火花结合电针、心理疏导治疗,对照组运用电针、心理疏导治疗,分别治疗34例PSD患者,共鸣火花采用日本产共鸣火花治疗仪,结果显示治疗后两组的HAMD评分显著降低、抑郁症状较前改善;且疗效治疗组优于对照组,表明头部进行共鸣火花治疗,对PSD有一定效果,共鸣火花结合电针、心理疏导治疗PSD的疗效明显优于电针结合心理疏导治疗。刘兆平等<sup>[26]</sup>将90例PSD患者随机分为两组,每组各45例,观察针刺结合心理干预对脑卒中后抑郁状态患者情绪的影响,对照组给予卒中基础治疗和抗抑郁治疗,设治疗组在此基础上加用针刺治疗和心理干预,结果显示治疗组总有效率91.11%明显高于对照组68.89%。

## 6 展望

现代社会老龄化越来越严重,脑卒中患者不断增多,而PSD已成为其病程发展的最终结局之一,致使患者康复锻炼及生活的自信心随着病情的加重日益降低。综上所述,多种针刺治疗方法不仅可改善患者的肢体症状和神经功能缺损症状,同时减轻了家庭及和社会的负担。针灸治疗方案已成为大多临床医师治疗PSD的重要手段。然针灸在治疗显效的同时又存在着诸多问题有待解决,例如:1)选穴多、相同穴位针刺深度不一、缺少规范及量化;2)国外对有些疗法不认同,缺少可靠实验证据;3)临床样本缺少大样本、多中心的研究设计;4)针药结合治疗很难区分二者的作用大小。这要求临床医师在选择上述治疗方案时注意规范化,根据具体病情进行具体操作,以规划化和标准化指导临床治疗PSD患者;设计方案时更加严谨科学,进行随机大样本对照的前瞻性研究,并利用循证医学证据,使得研究结果可靠科学;重视基础试验的研究,为临床试验提供客观依据。

## 参 考 文 献

[1] 孙培养,储浩然,李佩芳,等.通督调神针法治疗脑卒中后抑郁:随机对照研究[J].中国针灸,2013,33(1):3-7.  
 [2] 冯辉,丁晓蓉.开关利窍、理气解郁针法治疗脑卒中后抑郁症的临床研究[J].上海中医药大学学报,2013,27(3):42-44.  
 [3] 赵海丰,周正国,王宝成.针刺治疗卒中后抑郁临床对照研究[J].实用中医内科杂志,2012,26(3):77-78.  
 [4] 吴家萍.针刺辨证治疗中风后抑郁症150例临床观察[J].针刺研究,2010,35(4):303-306.  
 [5] 刘正芳,张建泉,邵淑娟,等.针刺治疗卒中后抑郁的疗效

评价[J].四川中医,2013,31(2):111-113.  
 [6] 孙远征,贾淑亚.于氏头穴丛刺治疗中风后抑郁临床观察[J].上海针灸杂志,2012,31(8):564-565.  
 [7] 常学辉,张良芝.针药合用治疗卒中后抑郁症50例临床观察[J].新中医,2011,43(2):111-112.  
 [8] 梁政尧,叶丹晓,祝晓忠.针刺联合文拉法辛对卒中后抑郁康复疗效的影响[J].新中医,2014,46(9):150-151.  
 [9] 肖伟,孔红兵,王震,等.项从刺合氟西汀治疗卒中后抑郁临床研究[J].中医药临床杂志,2009,21(4):330-331.  
 [10] 林杰文,刘悦,曾科学.针药合治脑卒中后抑郁症30例临床观察[J].江苏中医药,2013,45(3):60-61.  
 [11] 胡建芳,陈朝俊,毕小丽,等.疏肝活血汤合针灸早期干预对卒中后抑郁患者预后的影响[J].中国中医药杂志,2013,38(14):2403-2405.  
 [12] 张合红.针药联合治疗卒中后抑郁30例[J].河南中医,2013,33(2):275-276.  
 [13] 黄龙.中药合针灸辨证治疗卒中后抑郁30例[J].中国中医急症,2011,20(5):802-803.  
 [14] 李妮,谭子虎.丹栀逍遥散联合针刺治疗卒中后抑郁症的临床观察[J].湖北中医杂志,2012,34(6):5-6.  
 [15] 姚自强.头针体针治疗脑中风后抑郁症31例[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(2):61-62.  
 [16] 戴伟.电针治疗中风后抑郁症的疗效观察[J].湖北中医杂志,2009,31(9):22-23.  
 [17] 贾军丽.电针百会及人中治疗中风后抑郁临床疗效观察[J].中国民康医学,2009,21(12):1390.  
 [18] 韦玲.毫针配合梅花针叩刺治疗卒中后抑郁60例[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(4):493-494.  
 [19] 冯玲,茹文亚,孙新芳,等.头针治疗预防卒中后抑郁的近期疗效观察[J].中国康复医学杂志,2009,24(5):456-457.  
 [20] 聂容荣,黄春华,符文彬.从脾胃论治脑卒中后抑郁症疗效观察[J].中国针灸,2011,31(4):325-328.  
 [21] 李鸿杰,钟宝亮,范银萍,等.针刺治疗脑卒中后抑郁:随机对照研究[J].中国针灸,2011,31(1):3-5.  
 [22] 张春荣,王帅.舒肝解郁胶囊对脑卒中后抑郁患者血浆去甲肾上腺素及多巴胺水平的影响[J].2014,33(2):197-199.  
 [23] 刘景,王威.重复经颅磁刺激结合针刺治疗卒中后抑郁症39例疗效观察[J].河北中医,2010,32(11):1688-1690.  
 [24] 姚恩东,历秀云,鲍继奎,等.活血开窍法联合耳针治疗脑卒中后抑郁45例[J].四川中医,2011,29(5):72-73.  
 [25] 黄艳萍,赵建华,孙倩雯,等.共鸣火花结合电针、心理疏导治疗脑卒中后抑郁状态的疗效[J].实用临床医学,2011,12(1):20-21.  
 [26] 刘兆平,曾满萍.针刺结合心理干预对脑卒中后抑郁状态患者情绪的影响[J].中国中医急症,2014,23(7):1339-1340.

(收稿日期 2015-01-18)

# 糖尿病心脏自主神经病变中医研究现状\*

王文锐

(浙江省平湖市中医院,浙江 平湖 314200)

中图分类号:R587.2 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0663-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.034

【关键词】 糖尿病 心脏自主神经病变 中医研究 综述

糖尿病心脏自主神经病变(DCAN)是由于支配心脏和血管的自主神经纤维受损导致的心率控制和血管动力学异常,是糖尿病常见并发症之一,也是糖尿病各项并发症中最严重且最容易被临床忽视的病变。据估计约有2.5%~50.0%糖尿病患者伴有心脏自主神经病变(CAN)<sup>[1]</sup>。CAN临床表现为运动不耐受(运动时心率和血压下降,冠状动脉输出减少)、术间心血管不稳定(手术过程易发生意外,部分个体存在严重低体温、低血压)、直立性低血压、无痛性心肌缺血和心脏去神经综合征。心率变异性(HRV)即心搏间频率变异,反映了自主神经系统中交感与副交感神经对窦房结频率瞬时变化的调控,HRV变化是CAN的一个早期信号<sup>[2]</sup>。笔者分习近年文献发现,目前有关DCAN的中医药研究报道较少,兹就DCAN中医研究现状做一浅述。

## 1 病证分期研究

有学者认为CAN属消渴病兼证,称之为“消渴病心悸”。其基本病机以阴虚燥热,气阴不足为本。心阴不足则心阳偏胜,虚火内生,扰乱心神,故见心悸、怔忡、五心烦热、失眠盗汗等阴亏内热之象,此证多见于CAN早期迷走神经损伤期;随之病情进展,阴津亏耗,无以载气,而致气散气耗。气为血之帅,心气不足,无以推动血液正常运行,血行迟滞,百脉失养,清窍失充,故见头晕、心悸、乏力、自汗、视物发花,甚则晕倒,此证往往多见于CAN血压调节反射弧损害期。据此,王小强等<sup>[3]</sup>将消渴病心悸分为两型,一则气阴不足,心阳浮越;治宜益气养阴,潜摄心阳,方选生脉散加味。另则气阳不足,血行不畅,治宜益气升阳,行血化瘀,方选补中益气汤加减。经临床验证辨病分期论治能明显减轻患者症状,改善CAN临床体征。张传清等<sup>[4]</sup>则针对糖尿病中后期CAN患者临证多表现出胸阳不振,心络(痰)瘀阻证型特点,报道以清热活络、益气通阳之安心方(党参、淫羊藿、薤白、延胡索、酸枣仁、丹参、檀香、川芎、茯苓、

黄连、麦冬)口服治疗12周能明显改善患者HRV频域及时域指标,改善患者心脏自主神经功能状态。

## 2 病证相关研究

戴跃龙等<sup>[5]</sup>通过观察冠心病及糖尿病气阴两虚证两组不同疾病相同证候患者自主神经功能状态间差异。分别收集气阴两虚证冠心病组61例和糖尿病组63例,另选同年龄段健康者66例为对照组,分析各组HRV时域及频域指标的变化情况,结果表明异病同证患者HRV时域指标(SDNN、SDANN、rMSSD、HRVindex)、频域指标(总功率、极低频、低频、高频)均低于对照组;冠心病组与糖尿病组HRV时域、频域指标比较无统计学意义。观察结果提示气阴两虚证患者心脏自主神经功能严重受损,相同证候群的冠心病及糖尿病患者HRV变化一致,符合中医学“异病同治”理论。方朝晖等<sup>[6]</sup>通过对2000~2008年中医临床文献的检索,选出与中医或中西医结合相关的糖尿病自主神经病变的文献并从证型出现频率、病例等进行整理归类分析。结果发现DCAN与中医学“消渴、心悸、眩晕、胸痹、便秘、泄泻、痞满”等诸多疾病相关,且出现频率较多的专方如通心络胶囊、参苓白术散合四神丸、消痞汤、复方参冬丸等可以佐证;而与前述疾病相关的主要证候依出现频率依次为阴虚燥热、气阴两虚、湿热阻滞、脾肾阳虚、肝气郁滞、痰湿阻滞、肾阳不足;临床用药频率较高的依次为黄芪、白术、茯苓、人参、丹参、川芎、薏苡仁、麦冬等前8味药物,提示中医临床针对DCAN常以益气健脾、滋阴活血为主,主要针对气阴两虚血瘀之证。苏丽雅等<sup>[7]</sup>应用焦虑/抑郁自评量表,通过将气郁质亚量表评分与抑郁量表得分、自主神经活性指数、交感/副交感比值分别做相关性分析,观察结果提示气郁质亚量表评分与以上3个指标均存在相关性,提示中医气郁质可反映心理状态的偏颇失衡,且气郁体质与其情绪状态(抑郁状态)、自主神经系统之间存在相关性。情绪的改变会引起自主神经系统的不同反应。苏丽雅<sup>[8]</sup>还进一步观察发现气郁质者心脏自主神经活

\*基金项目:浙江省中医药科学基金项目(2014ZA109)

性、交感和副交感神经的平衡能力较差。

### 3 辨证分型研究

杨柳清等<sup>[9]</sup>将所收集的 91 例 DCAN 患者根据辨证分型分属阴虚热盛证 18 例、气阴两虚证 23 例、阴阳两虚证 29 例、血瘀络证 21 例,旨在观察各证型组卧立位血压间差异,报道结果发现血瘀络证组卧立位血压收缩压差值与阴虚热盛证组相比差异有统计学意义;阴阳两虚证组卧立位血压舒张压差值与气阴两虚证及阴虚热盛证组相比差异有统计学意义;血瘀络证组卧立位血压舒张压差值与阴虚热盛证组相比差异有统计学意义。阎英杰等<sup>[10]</sup>则通过对阴虚内热、气阴两虚、气阴两虚兼瘀 3 组 DCAN 患者各 30 例及 40 例健康对照者的 HRV 指标进行了对比观察和分析。结果表明阴虚内热、气阴两虚、气阴两虚兼瘀 3 组 DAN 患者 HRV 时域各项指标均明显较健康组低,且差异有统计学意义,其中阴虚内热组降低最少,气阴两虚组次之,气阴两虚兼瘀组降低最为明显,3 组间比较差异有统计学意义;3 组间频域指标比较,阴虚化热证 HF 降低最少,LF 升高最为明显;气阴两虚证 HF 降低较阴虚内热明显,LF 升高次之,LF/HF 较阴虚内热证增高;气阴两虚兼瘀证 HF 降低最之。提示随着疾病证型的演变和发展,心脏自主神经功能的受损会逐步加重。阎英杰<sup>[11]</sup>等根据 DCAN 患者心率快、心烦、口苦等症状兼以清热,应用益气养阴、活血清热功效之益心胶囊(由太子参 30 g,麦冬 9 g,五味子 10 g,丹参 15 g,檀香 9 g,砂仁 20 g,沙参 15 g,葛根 20 g,红花 10 g,苦参 10 g,琥珀 3 g 组成,经院内制剂加工成胶囊,每粒相当生药 2.5 g),每次 4 粒,每日 3 次,3 个月为 1 个疗程进行疗效观察。结果发现益心胶囊可明显改善 DCAN 患者 HRV 时域及频域指标,改善 7 项传统自主神经功能检查的计分及临床症状。谢瑜等<sup>[12]</sup>依据气阴两虚、瘀血阻滞为 DCAN 的基本病机,在应用西药的基础上加用益气养阴、活血化瘀中药。研究表明治疗组总有效率为 87.27%,对照组为 65.45%,治疗组总有效率显著大于对照组;治疗组治疗后卧立位血压收缩压差值、卧立位血压舒张压差值、握力血压、VaRI、卧立心率差、30/15 比值明显改善。观察结果提示益气养阴、活血化瘀中药不仅可有效改善气阴两虚、血瘀阻滞证的 DCAN 患者临床症状,而且可以有效改善其心脏自主神经功能。王永<sup>[13]</sup>认为糖尿病心脏自主神经病变其因消渴病日久不愈,燥热伤津,汗出伤阳,卫阳不固,心阳受损,强调其治疗应重视阳气的温煦、推动作用。桂甘龙牡汤出自《伤寒论》,原方具有温通心阳,潜镇安神之功。王永通过治疗前后心脏自主神经积分比较,发现桂甘龙牡汤可以改善糖尿病心脏自主神经的失衡,取得满意临床疗效。

### 4 动物实验研究

李晓等<sup>[14]</sup>通过注射链脲佐菌素(STZ)制作糖尿病大鼠模型成功后 4 周,经随机分组并予相应药物灌胃 4 周。采用 Elisa 法检测右心房中酪氨酸羟化酶(TH)、乙酰胆碱酯酶转移酶(CHAT)、神经生长因子(NGF)、生长相关蛋白(GAP-43)、睫状神经生长因子(CNTF)的含量。结果发现模型组右心房 TH、TH/CHAT 升高、CHAT 下降,神经营养因子 GAP-43、NGF 升高、CNTF 降低。桂枝汤灌胃组 TH 下降,CHAT 升高,且 TH/CHAT 降低,神经营养因子 CNTF 和 GAP-43 升高,NGF 降低,且桂枝汤灌胃组升高 CNTF 和抑制 NGF 方面优于弥可保组,提示桂枝汤有抑制糖尿病大鼠交感神经的异常重构、促进心脏迷走神经恢复的作用。

### 5 成药干预研究

陈勇等<sup>[15]</sup>将 69 例 DCAN 患者随机分为观察组 35 例和对照组 34 例作随机对照研究,观察组在对照组基础治疗的同时加服复方丹参滴丸,结果报道观察组自主神经症状有明显改善且 HRV 各项指标均较治疗前显著提高,提示复方丹参滴丸有助于改善 DCAN 患者临床症状及 HRV 指标的功能。姚红卫等<sup>[16]</sup>将 48 例 DCAN 患者予通心络胶囊 4 粒,每日 3 次,联合甲钴胺片 500 mg/次,每日 3 次,口服,疗程 2 个月。结果发现治疗组患者多汗、腹泻、便秘、排尿障碍、直立性低血压症状积分明显减轻,与治疗前比较差异有统计学意义;HRV 各指标中 LF 及 LF/HF 降低,其余指标均增高,观察结果提示通心络胶囊联合甲钴胺片可改善 DCAN 患者交感、迷走神经的平衡失调。覃东红等<sup>[17]</sup>对 66 例 DCAN 患者随机分为治疗和对照组各 33 例,治疗组患者给予中药针剂银杏达莫联合甲钴胺静注,每日 1 次,对照组则给予维生素 B<sub>1</sub> 针和维生素 B<sub>12</sub> 针肌注,每日 1 次,观察周期为 3 周。结果报道治疗组自主神经病变症状明显好转,HRV 各指标较前改善,效果优于对照组,故认为银杏达莫联合甲钴胺治疗可以改善 DCAN 患者 HRV 的指标。刘静芹等<sup>[18]</sup>研究报道稳心颗粒(主要由党参、黄精、三七、琥珀、甘松等组成)提高 HRV 的作用与弥可保相同,且交感及迷走神经张力有不同程度的提高,两者平衡关系有明显改善,提示稳心颗粒具有较好的改善糖尿病自主神经病变的作用,并且无明显副反应。李华波<sup>[19]</sup>通过在常规治疗基础上加用参松养心胶囊 4 粒,每日 3 次,口服,疗程 8 周,观察发现糖尿病性心肌病(DCM)患者服用参松养心胶囊治疗后 PNN50、rMSSD 明显改善,两组患者治疗后 SDNN、SDANN、PNN50、rMSSD 及 QTd 的变化值差异有统计学意义,提示参松养心胶囊可明显恢复心脏自主神经功能紊乱,改善患者预后。韩文生等<sup>[20]</sup>根据糖尿病患者不仅存在气阴两虚的症状,并有心率快、心烦、口苦等

表现,制定益气养阴、清热活血治法,精选主要由太子参、麦冬、五味子、丹参、檀香、砂仁、北沙参、葛根、红花、苦参、琥珀等中药加工成粉末组成益心胶囊,观察结果发现益心胶囊能够明显改善患者临床症状,降低血液黏稠度,改善微循环,进而改善心脏自主神经功能,调节交感、迷走神经活性。

## 6 结 语

以往认为,自主神经病变是糖尿病晚期并发症。随着新技术的发展和运用,现已证实,在糖尿病早期甚至在糖尿病症状及体征出现之前患者已有心血管及其他系统的自主神经功能异常<sup>[21]</sup>。由于 DCAN 早、中期阶段患者症状多为隐匿,临床诊治重视不足,漏诊或误诊率高,导致 DCAN 患者猝死危险及实际病死率增加。DCAN 属消渴病兼证之一,由于患者主诉的症状及体征多变,中医临床辨病辨证时归属分类则多有不一。笔者通过分析近 10 余年国内外有关 DCAN 的研究报道,尽管有涉及 DCAN 流行病的病证相关及具体疾病分期和辨证分型的研究,但报道大都样本量太小,缺乏客观性的中医辨病辨证标准,具体有关 DCAN 的中医证候标准化及演变规律的研究鲜有涉及,既有的相关研究亦有待进一步规范 and 标准化设计及评价。而标准化的中医证候,应该由经过标准规范且量化研究的症状、体征和客观指标构成。症状体征量化和客观指标共同参与的综合证候研究是证候实质研究以及临床疗效评价的关键。基于前述,中医临床如何准确把握 DCAN 证治规律,客观识别具体病证特点,早期预知危重证候并实施具体干预措施,有效评价疗程疗效及防范医疗安全隐患是当前亟需破解的难题,而通过应用以术语标准化和规范化的相关要求制定 DCAN 患者证候采集及症状量化评分标准对 DCAN 对象进行大样本调查及临床病史的采集,从中医病、证、症等证候要素入手,客观标准量化分析 DCAN 患者不同阶段中医证候要素变化情况,初步掌握 DCAN 患者不同阶段中医证候演变规律是目前 DCAN 中医证候学研究的方

## 参 考 文 献

- [1] Tesfaye S, Bouhon Aj, Dyok PJ, et al. Diabetic neuropathies: update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments [J]. *Diabetes Care*, 2010, 33(12): 2285-2293.
- [2] 中华心血管病杂志编委心率变异性对策专题组. 心率变异性检测临床应用建议 [J]. *中华心血管病杂志*, 1998, 26(4): 252.
- [3] 王小强. 辨证治疗糖尿病心脏自主神经病变临床研究 [J]. *实用中医内科杂志*, 2007, 21(3): 84-85.
- [4] 张传清, 王晓磊, 别还兵. 安心方治疗糖尿病心脏疾病的临床疗效观察 [J]. *中国中医急症*, 2013, 22(2): 197-198.
- [5] 戴跃龙, 曾辉, 杨阳, 等. 冠心病、糖尿病气阴两虚证患者心率变异性研究 [J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2009, 7(11): 1261-1262.
- [6] 方朝晖, 鲍陶陶, 倪英群, 等. 糖尿病自主神经病变的中医证候特点及文献研究 [J]. *中医药临床杂志*, 2010, 22(1): 32-34.
- [7] 苏丽雅, 戴红芳, 张文玉, 等. 气郁体质与自主神经功能、焦虑/抑郁情绪的相关性研究 [J]. *中华中医药学刊*, 2014, 32(3): 553-555.
- [8] 苏丽雅, 戴红芳, 张文玉, 等. 中医气郁体质的自主神经功能分析 [J]. *现代中西医结合杂志*, 2013, 22(19): 2084-2087.
- [9] 杨柳清, 衡先培, 周国英, 等. 老年糖尿病辨证分型与心脏自主神经功能关系的研究 [J]. *光明中医*, 2009, 24(1): 106-108.
- [10] 阎英杰, 王淑珍, 刘福来, 等. 糖尿病心脏自主神经病变中医证型与心率变异性关系的分析 [J]. *时珍国医国药*, 2009, 20(11): 2784-2785.
- [11] 阎英杰, 王淑珍, 刘福来, 等. 中药对糖尿病心脏自主神经病变患者心率变异性的影响 [J]. *时珍国医国药*, 2009, 20(10): 2415-2416.
- [12] 谢瑜, 杨柳清, 吴艺, 等. 益气养阴、活血化瘀法治疗糖尿病心脏自主神经病变的疗效观察 [J]. *光明中医*, 2011, 6(2): 245-247.
- [13] 王永. 桂甘龙牡汤加减治疗糖尿病性心脏自主神经病变 30 例 [J]. *实用中医内科杂志*, 2012, 26(6): 52-53.
- [14] 李晓, 姜萍, 姜月华. 桂枝汤对糖尿病大鼠右心房自主神经重构的调节作用 [J]. *中华中医药杂志*, 2014, 29(6): 1991-1993.
- [15] 陈勇, 林芬. 复方丹参滴丸治疗 2 型糖尿病致心脏自主神经病变的疗效观察 [J]. *药学与临床*, 2014, 17(1): 112-114.
- [16] 姚红卫, 潘斌, 罗祥蓉. 通心络胶囊对糖尿病自主神经病变的影响 [J]. *实用心脑血管病杂志*, 2009, 17(8): 684-685.
- [17] 覃东红, 黄海珍, 陈冠鹏, 等. 银杏达莫联合甲钴胺治疗对糖尿病心脏自主神经病变患者心率变异性的影响 [J]. *国际医药卫生导报*, 2011, 17(14): 1731-1733.
- [18] 刘静芹, 何晓蕊, 刘凯. 稳心颗粒对糖尿病自主神经病变患者心率变异性的影响 [J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2009, 7(9): 1119-1120.
- [19] 李华波. 参松养心胶囊改善老年糖尿病性心脏病患者心脏自主神经功能 [J]. *中国老年医学杂志*, 2013, 1(33): 436-437.
- [20] 韩文生, 谭子新, 阎英杰, 等. 中药益心胶囊治疗糖尿病心脏自主神经病变患者 52 例临床观察 [J]. *中国实用医药*, 2010, 5(13): 164-165.
- [21] Foes CH, Veatbo E, Forland A, et al. Autonomic neuropathy in non-diabetic offspring of type 2 diabetic subjects is associated with urinary albumin excretion rate and 24h ambulatory blood pressure [J]. *The Fmdeircia Study Diabetes*, 2001, 50: 630-636.

(收稿日期 2014-11-07)

# 电针结合透刺治疗 BELL's 面瘫临床观察\*

蒋学余<sup>1</sup> 陈绍力<sup>1</sup> 叶鑫<sup>1</sup> 钟文乐<sup>1</sup> 谢永军<sup>1</sup> 常小荣<sup>2Δ</sup>

(1. 湖南中医药大学附属岳阳医院, 湖南 岳阳 414000; 2. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410007)

中图分类号: R246 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)04-0666-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.035

**【摘要】**目的 观察电针治疗 BELL's 面神经炎的疗效。**方法** 将 84 例 BELL's 面神经炎患者随机分为治疗组、对照组各 30 例。两组均在西医治疗基础上, 治疗组采用电针治疗, 对照组采用常规取穴、针刺方法, 两组疗程均为 20 d。**结果** 两组治疗后各项评分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 治疗 5 d 后, 两组改善症状体征评分相当 ( $P > 0.05$ ), 治疗 10 d、20 d 后, 治疗组疗效优于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组面神经肌电图潜伏期和波幅均较治疗前改善 ( $P < 0.05$ ), 治疗组改善情况优于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗组总有效率为 95.23%, 明显高于对照组的 78.57% ( $P < 0.05$ )。**结论** 电针治疗急性期面神经炎疗效更优, 具有缩短疗程的作用, 且急性期运用电针不会增加面肌痉挛的出现率。

**【关键词】** 面神经炎 电针 面肌痉挛

**Clinical Observation of Electro-acupuncture Treating BELL's Paralysis** JIANG Xueyu, CHEN Shaoli, YE Xin, et al. Yueyang Hospital Affiliated to Hunan University of Chinese Medicine, Hunan, Yueyang 414000, China

**【Abstract】** **Objective:** To evaluate the effect of electric acupuncture treatment of BELL's facial paralysis. **Methods:** 84 patients with facial paralysis were randomly divided into two groups. Both groups were given conventional western medicine therapy. Treatment group were treated with electric acupuncture group, while the control group were given conventional acupuncture treatment. Two groups are in treatment of 20 d, for a period of treatment. **Results:** two groups after treatment in patients with symptoms and signs of quantitative table, facial nerve emg was improved, the comparison before and after the difference had statistical significance ( $P < 0.05$ ), and compare the difference was statistically significant between the two groups after treatment, the curative group is better than that of non electric acupuncture group ( $P < 0.05$ ). 2 set of facial spasms appear rate difference has no statistical significance ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** The electric acupuncture treatment of acute facial paralysis of better curative effect have the function of the shorten period of treatment, which won't increase the rate of the appearance of facial spasm.

**【Key words】** Facial neuritis; Electric acupuncture; Facial paralysis

BELL's 面神经炎, 又称特发性面神经麻痹。对于本病的电针治疗, 有学者认为早期不宜运用电针刺刺激, 会引起面肌痉挛<sup>[1]</sup>, 这种论点导致临床中多采用常规针刺治疗, 临床疗效不佳, 常延长疗程, 留下后遗症。笔者在运用针灸治疗面神经炎的过程中发现, 电针治疗急性期面神经炎, 具有缩短疗程、提高临床疗效、减少后遗症的作用。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准参照《神经病学》<sup>[3]</sup>, 中医证候诊断标准参照《针灸学》<sup>[2]</sup>面瘫病。纳入标准: 1)

符合上述中西医诊断标准者; 2) 年龄 12~70 岁者; 3) 初次单侧面瘫, 病程在 15 d 以内初诊患者; 4) 签署知情同意书者。排除标准: 1) 继发于其他疾病(如颅脑病变、肿瘤、吉兰-巴雷综合征、创伤等)的面瘫患者; 2) 合并有心血管、脑血管、肝、肾、肺和造血系统等严重原发性疾病和精神病患者、妊娠期妇女; 3) 不符合纳入标准者; 4) 未按规定治疗, 无法判断疗效或资料不全等影响疗效和安全性判断者。

1.2 临床资料 选取 2013 年 9 月至 2014 年 3 月岳阳市中医院针灸科门诊 BELL's 面神经炎患者 90 例, 按随机数字表法将其分为治疗组与对照组各 42 例。治疗组男性 20 例, 女性 22 例; 平均年龄(40.20±13.10)岁; 平均病程(11.40±2.10) d; 患左侧 20 例, 右侧 22

\* 基金项目: 卫计委“十二五”重点推拿专科资助项目

(2013239); 湖南省科技厅项目(2013SK3095)

Δ 通信作者(电子邮箱: 346252900@qq.com)

例。对照组男性 22 例,女性 20 例;平均年龄(40.60±17.60)岁;平均病程(11.90±1.90) d;患左侧 23 例,右侧 19 例。两组患者临床资料差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 两组均常规口服甲钴胺 0.5 mg,每日 3 次;阿昔洛韦静滴 5 或 10 mg/kg,每日 2 次,连续 5 d。针具均选用苏州华佗针灸器械有限公司生产的华佗牌一次性针灸针,要求尖圆而不钝,无弯针、锈蚀及倒钩,规格为 0.30 mm×25 mm。取穴标准参照国家技术监督局发布的中华人民共和国国家标准《腧穴名称与定位》(GB/T 12345-2006)。治疗组取穴:选患侧攒竹、鱼腰、丝竹空、瞳子髎、太阳、颊车、上关、颧髎、迎香、上迎香、地仓、听会、翳风,合谷(双侧)。操作方法如下。进针法:患者平卧,针刺穴位常规消毒,进针前刺手指指腹与示指捏针,中指指尖压穴位,然后针身与皮肤成 15°,得气后,并紧提慢插行泻法 1 min。并用透刺法:攒竹透鱼腰、鱼腰透丝竹空、丝竹空透瞳子髎、太阳透颧髎、颧髎透上迎香、迎香透上迎香、颊车透地仓<sup>[4]</sup>。治疗组在此基础上加用电针治疗电针法:攒竹和鱼腰,太阳和颧髎,地仓和颊车,翳风和听会,共 4 组,内给予连续波型,中等刺激。对照组取穴同治疗组。操作方法如下。进针法:患者平卧,针刺穴位常规消毒,进针前刺手指指腹与示指捏针,中指指尖压穴位,然后,针身与皮肤成 15°角,得气后,并紧提慢插行泻法 1 min。两组均为每日 1 次,留针 30 min,两组疗程均为 20 d。

**1.4 观察指标** 观察两组治疗后临床症状与体征变化,以联合症状体征量化评分表、House-Brakmann 神经功能分级量表、肌电图 3 项指标评定疗效,以便观察结果更趋客观。1)症状体征量化评分:在治疗前、治疗 5、10、20 d 后等多个时间点根据症状体征量化表(上海岳阳中西医结合医院针灸科制定)评定病情;从额肌运动、眼睑开合、鼻唇沟深浅、耸鼻运动、口角歪斜、鼓腮漏气、食物滞留、颈阔肌收缩功能、味觉障碍、听觉过敏、流泪不适以及下额角、耳部或乳突部疼痛等 12 个项目进行评分,按病情程度分别计 0 分(正常)、1 分(轻度异常)、2 分(中度异常)、3 分(重度异常),将 12 项得分相加,得分越高说明病情越严重。评定级别分为轻度(积分<12 分)、中度(积分 12~24 分)、重度(积分>24 分)。2)House-Brakmann(H-N)面神经功能分级:治疗 1 个疗程后根据 H-B 量表将两组患者面神经功能分级为 I 级(正常)、II 级(轻度功能障碍)、III 级(中度功能障碍)、IV 级(中重度功能障碍)、V 级(重度损害)、VI 级(完全麻痹)。3)面神经肌电图(EMG):分别在治疗前和治疗 1 个疗程后检测两组面神经肌电图波幅及潜伏期变化。采用英国牛津公司生产 Synergy 5 通道台式高级肌电诱发电位系统,接地电极置于一侧上臂,记录电极为表面皮肤电极,分别置于眼轮匝肌和

口轮匝肌处,刺激电极置于面神经出茎乳孔的相应处,以频率为每秒 1 次、波幅 0.2 mv 的方波脉冲电流刺激,强度自 0 mA 开始,逐渐加大到运动传导诱发动作电位(M 波)出现最大振幅时,测量运动传导诱发动作电位起始处的动作电位的峰值振幅,先测健侧,后测患侧。

**1.5 疗效标准** 症状积分改善率及疗效评定:症状改善率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%,痊愈 100%,有效>90%,显效>60%,无效<30%。

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

## 2 结果

**2.1 两组各时间点症状体征评分比较** 见表 1。结果显示两组治疗后症状体征评分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ );两组比较,治疗 10、20 d 后,治疗组疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。

表 1 两组患者各时间点症状体征评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗 5 d 后	治疗 10 d 后	治疗 20 d 后
治疗组	42	11.00±1.21	8.00±1.31*	4.00±1.12*	2.00±1.01*
对照组	42	11.00±1.31	9.00±1.41*	8.00±1.22* <sup>△</sup>	5.00±1.32* <sup>△</sup>

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

**2.2 两组治疗 20 d 后 H-B 面神经功能分级比较** 见表 2。结果显示治疗 20 d 后治疗组疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。

表 2 两组患者治疗后面神经功能分级比较 n(%)

组别	n	I 级	II 级	III 级	IV 级及以上
治疗组	42	20(47.62) <sup>△</sup>	19(45.24) <sup>△</sup>	2(4.76)	1(2.38)
对照组	42	15(35.71)	14(33.33)	6(14.28)	7(16.68)

与对照组比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。下同。

**2.3 两组患者治疗 20 d 后 EMG 检查结果比较** 见表 3。结果显示治疗后两组 EMG 潜伏期和波幅均较治疗前改善 ( $P < 0.05$ ),治疗组改善情况优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 3 两组患者 EMG 潜伏期和波幅比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	患侧潜伏期(ms)		患侧波幅(mv)	
		颧支	颊支	颧支	颊支
治疗组 (n=42)	治疗前	3.96±0.38	0.47±0.28	3.94±0.42	0.42±0.27
	治疗后	3.59±0.22* <sup>△</sup>	3.48±0.24* <sup>△</sup>	0.59±0.28* <sup>△</sup>	0.56±0.27* <sup>△</sup>
对照组 (n=42)	治疗前	3.99±0.39	4.01±0.34	0.41±0.25	0.43±0.30
	治疗后	3.71±0.25*	3.78±0.23*	0.46±0.26*	0.46±0.30*

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

**2.4 两组治疗后临床疗效比较** 见表 4。结果显示治疗组总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。

表4 两组治疗后临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	42	33	3	4	2	40(95.23) <sup>△</sup>
对照组	42	24	5	4	9	33(78.57)

与对照组比较, <sup>△</sup>P<0.05。

2.5 两组治疗后不同时间点面肌痉挛出现情况比较  
两组治疗10d后均无面肌痉挛出现,治疗20d后两组均出现1例,两组差异无统计学意义(P>0.05)。

### 3 讨论

面神经炎是针灸推拿科临床常见病种,属中医“面瘫”范畴,多由脉络空虚,风寒或风热之邪乘虚侵袭面部经络,以致经脉失养、经气阻滞、经脉纵缓不收而成。丁常云等采用茎乳孔和星状神经节同时注射药物治疗<sup>[5]</sup>,郑铜铃采用不同频次针刺治疗早期特发性面神经炎<sup>[9]</sup>,温夏露运用陈氏针法治疗贝尔氏面瘫<sup>[6]</sup>,宣丽华等用针药结合针神道穴平刺治疗面神经炎<sup>[7]</sup>,田有粮采用等用经筋疗法综合康复治疗面神经炎<sup>[8]</sup>,廖浔彦等采用β-七叶皂苷钠治疗面神经炎<sup>[9]</sup>,蒋来华采用针刺大椎穴及健侧运动区治疗面神经炎<sup>[10]</sup>。临床中对于方法的选择、穴位的选择、药物的选用等方法都有运用,但是对于是否能使用电针治疗,临床报道较少,有业者认为,电针在急性期不能运用,如果运用会导致面肌痉挛的产生,比较普遍的看法是,针刺治疗是有效的,治疗面瘫时间一般是2个月,但有5%的患者会有后遗症。

笔者认为,面瘫带给患者的不便以及可能的后遗症迫使医师要在临床中用更快、更有效的方法帮助患者。我们知道,神经支配肌肉运动,肌肉运动反过来调节神经。对于患者在不同阶段内进行不同的频率的电针刺刺激,能很好地刺激神经末梢,反馈性的调节面神经,促使面神经功能修复。《灵枢·经筋》云“足之阳明,手之太阳,筋急则口目为僻”;足太阳经筋为“目上冈”;足阳明经筋为“目下冈”,故眼睑不能闭合为足太阳和阳明经筋功能失调所致。《灵枢·经筋》又云“足阳明之筋……颊经,有寒则急引颊移口;有热则筋弛纵缓不胜

收,故僻”,“手阳明之筋……其支者,上颊,结于”,故口颊部主要为手足阳明经所主。因此,笔者在临床取穴多循经选用攒竹和鱼腰,太阳和颧髎,地仓和颊车,翳风和听会,共4组,针刺得气后给予电针刺刺激。

本观察说明,电针和常规针刺疗法对本病症状体征及EMG波幅和潜伏期均有改善作用;采用电针能有效快速地治疗好面瘫,20d后总有效率、面肌痉挛出现率、治疗疗程,治疗组疗效均优于对照组。结果表明,电针能提高临床疗效,加快恢复,减少后遗症,缩短疗程。

### 参 考 文 献

- [1] 艾宙. 陈全新教授针灸学术思想浅析[J]. 上海针灸杂志, 2011, 30(1): 8-10.
- [2] 石学敏. 针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 219-220.
- [3] 陈全新. 针灸临床选要—名中医系列[M]. 广州: 广东人民出版社, 1999: 306-307.
- [4] 丁常云, 丁常聪, 雷开健, 等. 茎乳孔和星状神经节同时注射药物治疗面神经炎临床研究[J]. 中华神经医学杂志, 2005, 4(1): 60-63.
- [5] 郑铜铃. 不同频次针刺治疗早期特发性面神经炎临床研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2012.
- [6] 温夏露. 陈氏针法治疗贝尔氏面瘫的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2012.
- [7] 宣丽华, 虞彬艳, 高宏, 等. 粗针神道穴平刺治疗面神经炎临床多中心研究[A]. 中国针灸学会(China Association of Acupuncture-Moxibustion). 2011中国针灸学会年会论文集(摘要)[C]. 中国针灸学会(China Association of Acupuncture-Moxibustion), 2011.
- [8] 田有粮, 朱宏, 金鑫鑫, 等. 经筋疗法综合康复治疗面神经炎的临床研究[A]. 中国针灸学会经筋诊治专业委员会. 中国针灸学会经筋诊治专业委员会2011年年会论文集[C]. 中国针灸学会经筋诊治专业委员会, 2011: 4.
- [9] 廖浔彦, 陈惠. β-七叶皂苷钠治疗面神经炎的临床研究[J]. 中国民康医学, 2011, 23(2): 145.
- [10] 蒋来华. 针刺大椎穴及健侧运动区治疗面神经炎的临床研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2009.

(收稿日期 2015-01-15)

## 欢迎投稿·欢迎订阅

# 抗休克合剂治疗烧伤休克临床观察\*

徐 顺 王爱丽 陈 波 贾 卿 黄 静 顾耀辉  
(上海市第七人民医院,上海市浦东中西医结合医院,上海 200137)

中图分类号:R644 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0669-03  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.036

**【摘要】目的** 观察抗休克合剂治疗烧伤休克的临床效果。**方法** 30例重度烧伤休克患者随机分为对照组和治疗组两组各15例。对照组予常规抗休克治疗,治疗组在对照组治疗基础上鼻饲抗休克合剂。观察并记录两组患者复苏前,复苏后24h、48h、72h的血乳酸值、碱剩余,心率、尿量及补液量等体征和临床症状情况。**结果** 治疗组第1个24h、第2个24h补液量均低于对照组(均 $P<0.05$ );第1个24h及第2个24h每小时尿量与对照组相当( $P>0.05$ ),但第3个24h每小时尿量多于对照组( $P<0.05$ )。治疗组在复苏后第1个24h、第2个24h及第3个24h心率改善明显优于对照组(均 $P<0.05$ )。两组入院时血乳酸及碱剩余均相近( $P>0.05$ );入院1d、2d及3d治疗组血乳酸值均较对照组明显降低(均 $P<0.05$ );而入院1d、2d及3d治疗组碱剩余显著高于对照组(均 $P<0.01$ )。**结论** 严重烧伤患者常规液体复苏同时加用抗休克合剂,有利于患者安全渡过休克期,降低死亡率。

**【关键词】** 烧伤 休克 中西医 临床观察

**Clinical Observation of Anti-shock Mixture in the Treatment of 30 patients with Burn shock** XU Shun, WANG Ai-li, CHEN Bo, et al. Shanghai No7 People's Hospital (Shanghai Pudong TCM-Integrated Hospital), Shanghai 200137, China

**【Abstract】 Objective:** To observe the clinical effect of anti-shock mixture in the treatment of burn shock. **Methods:** 30 patients of severe burn shock were randomly divided into a treatment group and control group, with 15 patients in each group. All the patients were treated by the same conventional anti-shock treatment, and the treatment group was additionally given nasogastric Kangxiuke mixture. Observe and record patients before recovery, 24, 48, 72 h after recovery of blood lactic acid, base excess, heart rate, urinary volume and amount of rehydration and the change of clinical symptoms of two groups were observe and recorded. **Results:** The experimental group blood lactic acid were significantly lower than the control group ( $P<0.05$ ); Base excess was significantly higher than control group ( $P<0.01$ ); The experimental group per hour urine significantly were more than the control group ( $P<0.05$ ); Heart rate improved significantly better than control group ( $P<0.05$ ). On the first 24 h in experimental group rehydration and two 24 h rehydration amount was lower than that of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Severe burn patients conventional fluid resuscitation of shock with anti-shock mixture at the same time, is conducive to patient safety through the shock stage and reduce the death rate.

**【Key words】** Burn; Shock; traditional Chinese and western medicine; clinical observation

重度烧伤后,皮肤受损失去了屏障功能,体液由创面大量渗出,可导致机体的免疫调节功能受损<sup>[1]</sup>。烧伤休克是严重烧伤早期常见的并发症之一。随着对休克的认识向细胞、亚细胞和分子水平深入,目前直接死于烧伤休克者已不多见<sup>[2]</sup>,但毛细血管通透性增加涉及诸多因素至今未能彻底解决<sup>[3]</sup>。临床上严重烧伤患者因休克复苏不当而发生组织细胞缺血缺氧仍时常存在,甚至出现严重烧伤并发症,影响了严重烧伤患者在休克期的转归。因此,在积极维护人体本身调节功能的基础上及早补液,迅速补充血容量,改善组织血流灌注及缺血缺氧,仍是目前防治烧伤休克的主要措施。中医

学认为,烧伤热毒致病,严重烧伤是表里俱伤、肌表和脏腑皆受损害,内证及外证兼有的全身性病变。近年来,笔者所在医院烧伤科在常规液体复苏的基础上加用中药抗休克合剂治疗严重烧伤休克患者,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)诊断标准。西医诊断标准参照中华医学会2004年版《烧伤诊疗常规》标准;面积计算参照1970年中华医学会烧伤外科分会制定《中国九分法与手掌法》;创面深度判断参照2004年中华医学会烧伤外科分会推荐《烧伤深度诊断方法》中的四度五分法,西医诊断符合烧伤合并低血容量性休克。中医诊断标准参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊

\*基金项目:上海市中医、中西医结合临床重点扶持项目  
(ZY3-JSFC-1-1014)

断疗效标准》(ZY/T001.2-94)。中医诊断为水火烫伤,阴伤阳脱证。患者均为烧伤后来我院首诊,并住院常规治疗。2)纳入标准:符合上述诊断标准者;年龄在18~65岁之间;烧伤面积≥30%,深Ⅱ或Ⅲ度≥20%;已签署知情同意书者。3)排除标准:伤后就诊时间>6h或曾有外院治疗史者;年龄>65岁者或年龄<18岁者;电击伤(单纯电弧烧伤纳入)及化学烧伤患者;有中药过敏或有相应禁忌症患者;孕妇及哺乳期妇女;有明显精神障碍、癫痫等症状患者;合并有复合伤或伴有吸入性损伤或有严重心、肝、肾等基础疾病患者。

1.2 临床资料 选取2012年1月至2014年3月上海市第七人民医院烧伤科收治的重度烧伤休克患者30例,并随机分为对照组和治疗组各15例。对照组男性12例,女性3例;年龄21~45岁,平均(36.00±3.80)岁;热液烫伤11例,火焰烧伤4例;烧伤面积为35%~57%总体表面积(TBSA),平均46.5%TBSA;重度14例,特重度1例;烧伤深度Ⅱ~Ⅲ,Ⅱ度浅2例,Ⅱ度深~Ⅲ度13例。治疗组男性11例,女性4例;年龄20~49岁,平均(35.00±3.30)岁;热液烫伤9例,火焰烧伤6例;烧伤面积为(30%~60%)TBSA,平均49.6%TBSA;重度14例,特重度1例;烧伤深度Ⅱ~Ⅲ,Ⅱ度浅3例,Ⅱ度深~Ⅲ度12例。两组临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 对照组给予西医诊疗常规,患者入院后即刻液体复苏,配合镇静镇痛治疗;保温、呼吸道及全身支持治疗;重要脏器保护,防治应激性溃疡;预防创面感染,暴露或包扎疗法;简单清创包扎,必要时焦痂切开减张。液体复苏方案:1970年全国烧伤年会公式:第1个24h晶胶体总量为1.5 mL/kg·1%TBSA,水分2000 mL,其中晶体和胶体比例为2:1。第1个8h输入总量的一半,后16h平均输入余下的半量;第2个24h晶胶体减半,水分同前;均匀输入,并根据监测结果调整补液速度,使尿量维持在60~80 mL/h左右。治疗组在对照组基础上加用中药内服抗休克合剂(白参、附子、生黄芪、当归、赤芍、丹参、红花、桃仁、麦冬、生地、黄、石斛、玄参、牡丹皮、五味子、酸枣仁、远志、泽泻、淡竹叶、白术、茯苓、甘草)。水煎服,煎服方法:浓煎100~150 mL,每次20~30 mL/次,每日3~4次鼻饲。

1.4 观察指标 患者入院后即刻监测生命体征,留置导尿记尿量,并动态观察休克期补液量,伤后24h、48h、72h心率及尿量,以及入院时、入院1d、入院2d、入院3d血乳酸值及碱剩余指标变化情况,其中生命体征以晨起6:00~8:00之间为准,血液指标按照临床常规,取晨起后6:00~8:00空腹血液,检测相关指标。

1.5 统计学处理 应用SPSS19.0统计学软件。计量数据均以( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用 $t$ 检验,计数资料以率表示,采用 $\chi^2$ 检验及秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有

统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组休克期临床监测指标比较 见表1。治疗组第1个24h、第2个24h补液量均低于对照组(均 $P<0.05$ );第1个24h及第2个24h每小时尿量与对照组相当( $P>0.05$ ),但第3个24h每小时尿量多于对照组( $P<0.05$ )。治疗组在复苏后第1个24h、第2个24h及第3个24h心率改善明显优于对照组(均 $P<0.05$ )。

表1 严重烧伤患者补液量、尿量及心率变化( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	补液量[mL/(kg·1%TBSA)]	尿量[mL/(kg·h)]	心率(次/min)
治疗组	入院时			96.81±4.36
(n=15)	第1个24h	1.75±0.26 <sup>△</sup>	0.86±0.10	101.12±5.36 <sup>△</sup>
	第2个24h	1.69±0.21 <sup>△</sup>	1.31±0.15	98.31±6.18 <sup>△</sup>
	第3个24h		1.82±0.17 <sup>△</sup>	97.38±4.27 <sup>△</sup>
对照组	入院时			98.23±3.97
(n=15)	第1个24h	1.91±0.23	0.81±0.17	112.21±6.27
	第2个24h	1.83±0.16	1.29±0.18	104.57±6.83
	第3个24h		1.30±0.13	102.52±4.69

与对照组同时点比较,△ $P<0.05$ ,△△ $P<0.01$ 。下同。

2.2 两组休克期微循环指标比较 见表2。两组入院时血乳酸及碱剩余均差别不大( $P>0.05$ );入院1d、2d及3d治疗组血乳酸值均明显低于对照组(均 $P<0.05$ );而入院1d、2d及3d治疗组碱剩余显著高于对照组(均 $P<0.01$ )。

表2 严重烧伤患者血清乳酸及碱剩余含量比较(mmol/L,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	血乳酸	碱剩余
治疗组	入院时	3.85±0.04	-8.3±4.8
(n=15)	入院1d	4.95±0.28 <sup>△</sup>	-5.3±3.8 <sup>△△</sup>
	入院2d	4.76±0.31 <sup>△</sup>	-1.3±2.3 <sup>△△</sup>
	入院3d	3.54±0.75 <sup>△</sup>	0.3±2.9 <sup>△△</sup>
对照组	入院时	3.83±0.06	-9.2±5.4
(n=15)	入院1d	5.83±0.17	-8.3±3.9
	入院2d	5.73±0.16	-4.3±2.6
	入院3d	4.02±0.04	-1.4±4.3

## 3 讨论

烧伤休克可属中医学“厥脱”范畴,主要病机是阴阳气衰或阴阳气不相顺接,不能畅达手足,气滞血瘀是其重要的病理基础,正虚欲脱、阴阳离决是其病情发展的必然趋势。重症烧伤是一种肌表、脏腑皆受损害的证候。烧伤早期,火热暴伤津液,气血耗损,阴损及阳,阴阳俱虚,并有热毒经津液内传于心,邪实而正虚,阴液大伤,终至心阳欲脱或已脱(休克)。严重烧伤患者如不能平稳地渡过休克期极易发生感染和器官功能衰竭。

因此,休克期度过的平稳与否将影响烧伤治疗全过程,探索更为有效的烧伤休克防治方案是当前烧伤救治的关键问题。

口服中药汤剂具有减少内毒素的吸收、抑制细胞炎症因子作用,达到抗菌消炎、改善微循环、减少血栓形成、保护内脏器官的目的<sup>[4]</sup>。笔者在严重烧伤患者休克期常规液体复苏的同时,辨证加用中药抗休克合剂内服,充分发挥中医药优势,探索治疗烧伤休克的中西医防治方案。根据烧伤致厥的病机,方中白参益气固脱,附子温壮阳气,参附配伍,上助心阳,下补肾阳,中健脾气,先天后天齐健,气阳同救,使生命垂危之候得以抢救;同时重用生黄芪益气托毒、生肌,黄芪配伍当归可补血和营;由于外有瘀血,遂以赤芍、丹参、红花、桃仁活血散瘀;麦冬、生地黄、石斛、牡丹皮、玄参,滋阴清热凉血;五味子、酸枣仁、远志宁心、安神、敛阴;泽泻、淡竹叶引热归于小便,以泻心火;白术健脾益气;茯苓宁心安神、益气渗利;甘草益气和中。全方共奏益气固脱的作用,与烧伤性厥脱病机相符。

尿量是诊断休克、评估液体复苏效果较敏感的指标,也是临床上最常用的简易指标<sup>[5]</sup>;而动脉碱剩余和血乳酸增高常较其他的休克征象先出现,能准确反映脏器组织灌流和细胞代谢状况,是目前公认的能准确诊断休克、指导复苏和判断预后的重要指标<sup>[6]</sup>;碱剩余用于监测休克治疗效果与评估预后也有文献报道<sup>[7]</sup>。本研究结果示,严重烧伤患者常规抗休克同时加用抗休克合剂鼻饲,有助于减少休克期补液量及改善心率,同时有助于休克期过后液体回吸收,有效改善组织水肿和器官微循环障碍,纠正器官低灌注和组织氧合不

足,使患者平稳渡过休克期,为其后续治疗创造更为有利的条件。

总之,严重烧伤患者常规液体复苏同时加用抗休克合剂,既采用了现代医学先进的诊疗手段,又结合应用了中医药的治疗方法,可谓取长补短,相得益彰。其可以改善心肾功能,维持有效血循环和微循环,减轻中毒症状,促进机体抗休克机能,有利于患者安全渡过休克期,降低死亡率。

#### 参 考 文 献

- [1] Vaughn L, Beckel N. Severe burn injury, burn shock, and smoke inhalation injury in small animals. Part 1: burn classification and patho-physiology [J]. J Vet Emerg Crit Care (San Antonio), 2012, 22(2): 179-186.
- [2] 黎鳌. 黎鳌烧伤学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2001: 38-66.
- [3] Klein MB, Edwards JA, Kramer CB, et al. The beneficial effects of plasma exchange after severe burn injury [J]. J Burn Care Res, 2009, 21 [Epub ahead of print].
- [4] 谢宝石. 中草药“宝石液”治疗烧伤 520 例 [J]. 世界中医药, 2011, 6(2): 123-124.
- [5] Greenhalgh DG. Burn resuscitation: The results of the ISBI/ABA survey [J]. Burns, 2010, 36(2): 176-182.
- [6] Antonelli M, Levy M, Andrews PJ, et al. Hemodynamic monitoring in shock and implications for management [J]. Intensive Care Med, 2007, 33(4): 575-590.
- [7] Salehi SH, As'adi K, Mousavi J. Comparison of the outcome of burn patients using acute-phase plasma base deficit [J]. Ann Burns Fire Disasters, 2011, 24(4): 203-208.

(收稿日期 2015-01-13)

## 针药并用治疗面神经瘫痪的临床观察

杨鸽华 傅建苗 林章根

(浙江省诸暨市人民医院, 浙江 诸暨 311800)

中图分类号: R246 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)04-0671-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.037

**【摘要】目的** 观察针刺联合加味牵正散外敷治疗中风面瘫临床疗效。**方法** 将 60 例中风面瘫患者随机分为对照组与治疗组, 每组各 30 例。两组均采用西医常规治疗, 对照组在西医常规基础上加用针刺治疗; 治疗组在西医治疗基础上加用针刺联合加味牵正散外敷治疗。两组疗程均为 4 周。**结果** 两组患者治疗后 H-B 面神经功能评分较治疗前均明显下降, 而治疗组下降较对照组显著 ( $P < 0.05$ ); 两组患者治疗后面部残疾指数 (FDI) 量表中枢体功能 (FDIP) 及社会生活功能 (FDIS) 评分较治疗前均明显升高, 而治疗组升高较对照组显著 ( $P < 0.05$ )。治疗组总有效率为 93.33%, 明显高于对照组的 73.33% ( $P < 0.05$ ); 随访 1 个月, 治疗组复发率为 0, 明显低于对照组的 16.67% ( $P < 0.05$ )。由于各型例数有限, 未作证型间疗效比较。**结论** 相比单纯中医针刺来说, 应用针刺联合加味牵正散外敷疗效显著且安全。

**【关键词】** 针刺 加味牵正散 中风面瘫 中医

面瘫又称口癖、吊线风<sup>[1]</sup>,是指是世界卫生组织认定的针灸适宜治疗的43种疾病之一<sup>[2]</sup>。本病以面部表情肌群运动功能障碍为主要特征,是一种常见病、多发病<sup>[3]</sup>。该病主要表现为口眼歪斜、眼裂增大,额纹变浅或消失,鼻唇沟浅或消失,口角变低或歪向健侧,皱额及闭眼不能,露齿时口角偏向健侧,鼓颊和吹哨漏气等<sup>[4]</sup>。针对本病的治疗,临床多采用中药以及针灸治疗,以及联合西医手段中西医结合治疗<sup>[5]</sup>。笔者观察加味牵正散联合针刺治疗临床疗效,旨在改善患者临床症状,促进其康复,特选择中风面瘫患者实施分组研究,以期为患者临床规范治疗提供参考。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床诊断均符合贝政平主编《3200个内科疾病诊断标准》<sup>[6]</sup>。中医诊断符合《针灸治疗学》<sup>[7]</sup>诊断及分型标准。排除严重性心血管、肝肾功能障碍等疾病、恶性肿瘤、精神疾病、过敏体质等。

1.2 临床资料 选取2012年5月至2014年5月我院住院以及门诊中风面瘫患者60例,按照随机数字表法分为对照组与治疗组各30例。治疗组男性17例,女性13例;年龄51~72岁,平均(60.53±2.06)岁;病程1.2~6.8 d,平均为(4.22±0.75) d;中医辨证风寒证15例,风热证4例,气血不足证11例。对照组男性20例,女性10例;年龄50~70岁,平均为(61.03±1.51)岁;病程(1.1~6.5) d,平均为(4.37±0.89) d。中医辨证风寒证18例,风热证2例,气血不足证10例。两组患者临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 两组均采用西医常规手段治疗,均口服强的松片、地巴唑片、维生素B<sub>1</sub>、B<sub>12</sub>等,静脉滴注抗病毒及活血化瘀营养神经药物。在此基础上对照组针刺治疗:选取患者患侧四白、阳白、地仓、颧髎、颊车、牵正、翳风、下关、双侧合谷。配穴为风热证选择曲池、大椎;风寒证选择风池;气血不足者选择足三里、丰隆。如患者抬眉不利者可加攒竹;人中沟歪斜者可加水沟;唇唇沟歪斜者可加承浆。选择0.25 mm×40 mm一次性无菌不锈钢毫针,由贵州安迪药械有限公司所生产;患者处仰卧位,使用75%酒精消毒所需针刺的穴位。然后使用毫针指切进针,斜刺或直刺进针。急性期患者可浅刺,时间为2~3 min,手法不宜过重,待得气后需留针30 min,不闭针孔。恢复期、后遗症期:针刺深度需较深,大约为0.3~0.5寸;待进针后,采用快速捻转补泻法行气;再使用低频脉冲治疗仪通电(仪器为上海医疗器械高技术公司所生产,型号为G6805),待患者感觉到酸胀、麻等后可选取连续波刺激,频率1~2 Hz,并将输出电流调至为0位。连接患者阳白与太阳、地仓与下关两组穴位,接通电源后,调节输出电流由“0”逐渐增大,以患者局部肌肉微微节律跳动为佳,患者不感觉难

受为度。每次治疗时间为30 min,每日1次,5次为1疗程,停2 d,再继续下一疗程,共4个疗程。治疗组采用针刺联合加味牵正散外敷治疗。分型论治,风热证药用白附子6 g,全蝎6 g,川芎9 g,黄芩10 g,白僵蚕10 g,防风10 g,大青叶12 g,连翘12 g,桑叶12 g,柴胡12 g,菊花12 g,金银花15 g,板蓝根15 g。风寒证药用全蝎6 g,白附子6 g,甘草6 g,防风9 g,川芎9 g,僵蚕10 g,蝉蜕10 g,羌活10 g,白僵蚕10 g,荆芥12 g,白蒺藜12 g,白芷12 g,蜈蚣1条。气血不足证药用全蝎6 g,白附子6 g,川芎9 g,甘草10 g,白僵蚕10 g,白术10 g,熟地黄10 g,茯苓10 g,白芍10 g,郁金12 g,党参15 g,当归尾15 g,黄芪20 g。口服,每日1剂,每日2次,早晚温服。两组疗程均为4周。

1.4 观察指标 比较两组治疗前、后面神经功能评分、躯体及社会功能改善、临床疗效、不良反应;随访1个月,统计两组复发者。参照第5次国际面神经外科专题研讨会推荐House-Brackmann(H-B)面神经功能计分量表评价其面部神经功能<sup>[8]</sup>;面部残疾指数(FDI)量表分为躯体功能(FDIP)及社会生活功能(FDIS)<sup>[9]</sup>。

1.5 疗效标准 根据H-B评分评价患者治疗效果制定疗效标准。痊愈:治疗后,患者面部外观、面肌运动功能均完全恢复正常,H-B面神经功能为I级。显效:需仔细观察才可看出患者存在轻微面部功能减弱,眼睑轻用力可完全闭合,口存在轻度不对称,H-B面神经功能为II级。有效:患者面肌运动功能减弱,双侧不对称,眼用力可完全闭合,口明显不对称,H-B面神经功能为III或IV级。无效:上额未见活动,眼稍能闭合,口仅有轻微运动,H-B面神经功能为V或VI级。

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

### 2 结果

2.1 两组治疗后H-B面部神经功能评分、FDIP及FPIS评分比较 见表1。结果显示两组患者治疗后H-B面神经功能评分较治疗前均明显下降( $P<0.05$ ),而治疗组下降较对照组显著( $P<0.05$ );两组患者治疗后FDIP及FDIS评分较治疗前均明显升高( $P<0.05$ ),而治疗组升高较对照组显著( $P<0.05$ )。

表1 两组患者治疗前后H-B面部神经功能评分、FDIP及FDIS评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	H-B面部神经功能评分	FDIP评分	FPIS评分
治疗组 (n=30)	治疗前	17.52±3.21	16.31±3.42	15.93±3.73
	治疗后	9.23±5.74 <sup>*△</sup>	29.72±3.61 <sup>*△</sup>	28.12±2.41 <sup>*△</sup>
对照组 (n=30)	治疗前	17.42±3.16	16.47±3.56	16.56±3.27
	治疗后	12.17±4.53 <sup>*</sup>	22.92±2.71 <sup>*</sup>	21.97±2.56 <sup>*</sup>

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 两组治疗后临床疗效比较 见表2。结果显示治疗组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	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	20	5	3	2	29(93.33) <sup>△</sup>
对照组	30	12	6	4	8	22(73.33)

与对照组比较,  $^{\Delta}P < 0.05$ 。

### 3 讨论

目前临床采用西药治疗则以口服肾上腺皮质激素为主,早期应用可有效抑制患者炎症反应,同时还可减轻其面部神经水肿,加速患者面部神经功能恢复;但于患者面瘫恢复期或遗症期则并无显著疗效<sup>[10]</sup>。同时长期使用可产生较多不良反应。中医学认为中风面瘫发病机制为正气不足、风寒、脉络空虚等疾病侵袭患者面部脉络而导致其经气阻滞发病<sup>[11]</sup>。本次通过针刺治疗,其可促使患者局部皮肤温度升高,然人体体表温度主要是由血液循环状态、组织新陈代谢等所决定,面瘫患者局部皮肤温度较正常人群低,这主要是因患者面部神经功能丧失,从而导致患者血液循环及代谢低下<sup>[12]</sup>。然实施针刺治疗,其将促使患者皮肤升温,这不但与患者血液变化有关,还与患者神经功能改善及局部组织代谢增强有关<sup>[13]</sup>。针刺治疗不但可取得较好治疗效果,同时还无西药等治疗所带来的不良反应。早期阶段使用针刺,其可促进患者神经兴奋,并有效调节血管,起到较好的抗炎效果;同时还可参与渗出吸收,有效缓解患者神经水肿,解除血管痉挛,加速神经供血及新陈代谢,最终提高患者神经功能自主功能。

本次针刺所选择穴位主要为阳明经,除合谷外,其他穴位均位于患者面部,针刺穴位,其可调和气血、祛风散寒和通络止痛,有效改善患者局部组织。虽合谷不在人体面部,但“面口合谷收”,手阳明大肠经能上达面部。所以针刺合谷,其可疏通经络之邪,改善患者筋脉濡养,促进面部神经功能恢复。现代研究证明,针刺合谷穴能同时激活中央后回初级感觉皮层的手部投射区和面口部投射区,同时激活了面口部的运动皮层,直接反映了合谷穴和面口部的密切联系<sup>[14]</sup>。针刺四白穴可消除某些刺激源,缓解局部肌肉血管痉挛<sup>[15]</sup>。地仓、颊车也为治疗面神经麻痹的要穴<sup>[16]</sup>。本研究发现,全蝎有效成分为蝎毒,其包含蛋白质与非蛋白质,具有抗癌、镇痛及抑制血栓形成等效果<sup>[17]</sup>;僵蚕具有抗凝和抑菌及促纤溶等效果<sup>[18]</sup>;川芎可通过对神经细胞及血管内

皮细胞保护机制等调节来改善患者为循环,加速其神经功能恢复<sup>[19]</sup>。防风具有抗病毒及改善微循环等效果。总之全方共奏清热解毒、镇痛、通络等功效。

综上所述,采用中药针刺联合加味牵正散外敷治疗中风面瘫,其不但具有显著疗效,还可减少复发,且安全。

### 参 考 文 献

- [1] 郁翠玲,史亚琼.面瘫辨证施护[J].云南中医中药杂志,2014,35(5):97-98.
- [2] 魏国.温针灸四关穴配合经筋透刺治疗面瘫 65 例[J].中医外治杂志,2013,22(4):39.
- [3] 王雅芹,陈雅民,刘亚军.中医对面瘫认识和诊治的误区及对策[J].河北中医,2012,34(5):685-687.
- [4] 吴海英.中西医结合治疗面瘫的疗效观察[J].吉林医学,2013,34(15):2932-2933.
- [5] 贾淑丽.中西医结合治疗周围性面瘫 61 例疗效观察[J].中国实用医学,2011,6(32):181-182.
- [6] 吴江.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2010:14-15.
- [7] 史玉泉.实用神经病学[M].上海科学技术出版社,1995:193.
- [8] 张葆蹲.神经系统疾病定位诊断[M].北京:人民卫生出版社,1975:112.
- [9] 林佩琴.类证治裁[M].北京:中国中医药出版社,1997:85-87.
- [10] 敖虹.梅花针叩刺闪罐盒灸综合治疗顽固性面瘫 76 例[J].中国中医急症,2011,20(8):1333.
- [11] 张加英,徐炳国,戴丽娟,等.周围性面瘫急性期针灸治疗的临床观察[J].中国中医急症,2014,23(2):347-348.
- [12] 刘甲红.加味牵正散配合针灸治疗面瘫 36 例[J].光明中医,2014,29(5):1094-1095.
- [13] 肖再军.72 例周围性面瘫运用加味牵正散联合针刺疗法的疗效观察[J].北方药学,2014,11(4):49-50.
- [14] 李落意,赵斌,杨骏,等.“面口合谷收”神经生理机制的 fMRI 研究[J].中国中西医结合影像杂志,2012,10(1):13-15.
- [15] 谢维贞,石玉成.地仓透颊车治疗面神经麻痹[J].内蒙古中医药杂志,1996,15(S1):57.
- [16] 徐非,陈杰,潘华.四白、下关深刺长留针配四关等穴治疗面肌痉挛疗效观察[J].四川中医,2007,25(10):107-108.
- [17] 刘晓亚,房丹.中药全蝎药理作用研究进展[J].内蒙古中医药,2014,33(5):114-115.
- [18] 杨琼,廖森泰,邢东旭.白僵蚕的化学成分和鉴别技术研究进展[J].蚕业科学,2009,35(3):696-699.
- [19] 曲培向.川芎药理作用研究进展[J].内蒙古中医药,2010,29(3):78-79.

(收稿日期 2014-09-06)

# 痰热清注射液治疗重型颅脑损伤患者气管切开并发肺部感染临床观察\*

范成普<sup>1</sup> 方伟<sup>1</sup> 田勇<sup>2</sup> 杜杭根<sup>2Δ</sup>

(1.浙江中医药大学第二临床医学院,浙江 杭州 310053;2.浙江中医药大学附属第二医院,浙江 杭州 310005)

中图分类号:R651.1+5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0674-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.038

**【摘要】目的** 观察痰热清注射液治疗重型颅脑损伤患者气管切开后并发肺部感染的临床疗效。**方法** 将 80 例重型颅脑损伤气管切开后并发肺部感染患者随机分为治疗组和对照组,各 40 例,对照组采用常规治疗,治疗组在对照组基础上加用痰热清注射液静脉滴注。比较两组患者治疗后临床疗效及症状体征、炎症指标恢复正常时间。**结果** 治疗组总有效率 97.50%,高于对照组之 77.50%( $P<0.05$ );治疗组症状体征、炎症指标恢复正常时间明显短于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 痰热清注射液治疗重型颅脑损伤患者气管切开后并发肺部感染的临床疗效显著,患者依从性好。

**【关键词】** 重型颅脑损伤 气管切开 肺部感染 痰热清注射液

**Observation of Curative Effect of Tanreqing Injection in on Pulmonary Infection after Tracheostomy in patients with Severe Traumatic Brain injury** FNA Chengpu ,Fang Wei, TIAN Yong, et al. The Second Clinical Medical College Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University, Zhejiang, Hangzhou 310053, China

**【Abstract】Objective:** To observe the clinical curative effect of Tanreqing Injection on pulmonary infection after tracheostomy in patients with severe traumatic brain injury. **Methods:** 80 cases of severe traumatic brain injury after tracheostomy in patients with pulmonary infection were randomly divided into treatment group and control group with 40 cases in each group. The control group were treated with conventional treatment; treatment group were given Tanreqing injection on the basis of control group. Symptoms and signs, markers of inflammation were compared between the two groups after treatment to restore the normal time and curative effect. **Results:** The total effective rate of treatment group was higher than that of the control group, the observation index recovery time was shorter than the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Clinical efficacy of Tanreqing Injection in the treatment of pulmonary infection after tracheostomy in patients with severe traumatic brain injury is significant, the compliance of patients is good, which is worth the clinical promotion.

**【Key words】** Severe traumatic brain injury; Tracheotomy; Pulmonary infection; Tanreqing Injection

重型颅脑损伤是神经外科常见的危急重症,及时气管切开可有效开放气道,是抢救成功的关键<sup>[1]</sup>。但气管切开后因多种因素易并发肺部感染,严重影响患者预后。因此,如何控制颅脑损伤患者气管切开后并发的肺部感染具有重要意义。笔者采用痰热清注射液静脉滴注辅助治疗重型颅脑损伤患者气管切开后并发肺部感染,取得良好疗效。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 病例选择** 入选病例均符合重型颅脑损伤诊断标准<sup>[2]</sup>,既往无癫痫、脑瘤等脑部病变及重要脏器实质性异常,排除先天性心脏病、心衰、结核、气管异物及其他感染性疾病,并排除复合伤及多发伤,术后早期均行气管切开术。肺部感染诊断标准为气管切开后胸片检

查发现新的或进行性炎症浸润阴影并符合以下指标中至少一项:1)出现发热、咳嗽、咯痰等症状及肺部啰音等体征,血常规(白细胞计数、中性粒细胞百分比等)、超敏 C 反应蛋白及降钙素原等炎症指标水平升高;2)痰液、支气管刷、支气管灌洗、血和活检标本查出相关病原微生物;3)病毒抗原法或在支气管分泌物中检测到病毒(考虑存在混合感染);4)相关病原微生物抗体滴度显著升高(考虑存在混合感染);5)组织病理诊断为肺部感染;6)患者症状、体征、X 线胸片或 CT、实验室检查和细菌培养等证实肺部感染。

**1.2 临床资料** 按照以上标准选取 2011 年 8 月至 2013 年 8 月浙江中医药大学附属第二医院收治的重型颅脑损伤气管切开后并发肺部感染患者 80 例,依据随机数字表法将患者分为治疗组和对照组各 40 例。其中治疗组男性 29 例,女性 11 例;平均年龄 (65.33±

\* 基金项目:浙江省中医药科学研究基金计划(2012ZA062)

Δ 通信作者(电子邮箱:578554183@qq.com)

14.09)岁。对照组男性 28 例,女性 12 例;平均年龄(57.73±10.38)岁。两组患者性别、年龄等临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 对照组按照常规治疗,包括根据痰培养药敏试验或经验性(未检出菌者)选择敏感抗生素静脉滴注,定时翻身、拍背、吸痰以及针对性有规律刺激咳嗽咯痰、雾化、支持治疗及专科治疗等。治疗组在对照组基础上以痰热清注射液 30 mL 加入 250 mL 5%葡萄糖注射液静脉滴注,每日 1 次。两组疗程均为 14 d。

1.4 观察指标 治疗后每日观察体温、咳嗽、咯痰、肺部啰音改变,检测炎症指标如白细胞计数、中性粒细胞百分比、超敏 C 反应蛋白、降钙素原。并在治疗前后按需查胸片或胸部 CT,观察治疗中有无不良反应。

1.5 疗效标准 显效:发热、咳嗽、咯痰等症状明显好转;肺部啰音等体征明显减少;血白细胞计数及中性粒细胞分类等恢复正常;X 线胸片示炎症阴影消散。有效:发热、咳嗽、咯痰等症状及肺部啰音等体征基本好转;血常规等基本正常;X 线胸片示炎症阴影显著减小。无效:治疗后无明显变化,甚至加重。总有效率=(显效+有效)/人数×100%。

1.6 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用  $t$  检验;计数资料用百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  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,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	$n$	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	40	25	14	1	39(97.50) <sup>△</sup>
对照组	40	17	14	9	31(77.50)

与对照组比较,△ $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后症状体征恢复正常时间比较 见表 2。结果示,治疗组体温、咳嗽、咯痰、肺部啰音恢复正常时间均显著短于对照组( $P<0.05$ )。

表 2 两组症状体征恢复正常时间比较( $d, \bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	体温	咳嗽咯痰	肺部啰音
治疗组	40	5.30±1.20 <sup>△</sup>	6.10±1.20 <sup>△</sup>	6.90±0.60 <sup>△</sup>
对照组	40	8.40±1.10	9.20±1.30	9.80±0.60

2.3 两组治疗后炎症指标恢复正常时间比较 见表 3。结果示,治疗组白细胞计数、中性粒细胞百分比、超敏 C 反应蛋白及降钙素原恢复正常时间均显著短于对照组( $P<0.05$ )。

## 3 讨论

重型颅脑损伤患者多因病情严重,致死、致残率极

表 3 两组治疗后炎症指标恢复正常时间比较( $d, \bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	白细胞计数	中性粒细胞百分比	超敏 C 反应蛋白	降钙素原
治疗组	40	5.10±0.40 <sup>△</sup>	6.40±0.30 <sup>△</sup>	7.90±0.20 <sup>△</sup>	8.20±0.40 <sup>△</sup>
对照组	40	7.20±0.60	8.30±0.50	10.20±0.60	10.60±0.70

高。术后早期气管切开,开放气道,改善通气,对于患者预后至关重要<sup>[3]</sup>。虽然气管切开可避免经喉气管内插管引起的喉头水肿及黏膜损伤性坏死等,而且可使空气直接进入气管,减少了死腔容量,提高了气体有效交换率,利于吸痰等呼吸道管理<sup>[4]</sup>。但是,气管切开后,气道直接与外界相同、局部黏膜屏障破坏以及吸痰等护理操作不当均能促进肺部感染发生。有资料显示,气管切开者院内肺部感染率可高达 89%,且多发生在气管切开后 3~6 d<sup>[5]</sup>。并且还发现颅脑损伤程度越重,GCS 评分越低,昏迷程度越深,肺部感染率越高<sup>[6]</sup>。

重型颅脑损伤患者多因昏迷、长期卧床、咳嗽反射减弱、误吸等,极易发生肺部感染。资料表明,院内肺部感染是重型颅脑损伤患者最常见、最严重的并发症之一,也是引起患者死亡的主要原因之一<sup>[7]</sup>。临床工作发现患者往往原发病救治成功,但较多死于肺部感染等并发症,严重影响预后。所以控制重型颅脑损伤患者气管切开后并发的肺部感染是影响该类患者恢复的关键因素。

痰热清注射液是近年来被广泛用于临床的复方中药注射液,由山羊角、熊胆粉、黄芩、金银花、连翘等组成,具有抗病毒、抗菌、镇咳、化痰、平喘、解热、解痉等作用。其中,山羊角平肝息风、清热解毒;熊胆粉有清热、解痉、抑菌、平喘、抗炎祛痰作用,可减轻平滑肌痉挛,减少炎性渗出,加速控制感染,从而改善通气功能;黄芩有抗炎、抗过敏作用,能缓解实验动物气管过敏性收缩;金银花、连翘对多种病原体有抑制和杀灭的作用。研究表明,痰热清注射液对急性肺损伤、脑卒中患者合并肺炎等有显著疗效,其对多种细菌,如肺炎链球菌、乙型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌等均有抑制作用,并能显著抑制发热递质升高,减轻肺泡炎症渗出,有效阻止免疫细胞的超敏反应<sup>[8-9]</sup>。与抗生素联合应用,其抗菌效果显著增强<sup>[10]</sup>。

本研究采用常规治疗加痰热清注射液静脉滴注治疗重型颅脑损伤患者气管切开后并发的肺部感染,通过症状体征改善情况及实验室检查等来判断疗效。体温升高、咳嗽咯痰、肺部湿啰音是肺部感染常见症状体征。而血常规中白细胞计数、中性粒细胞百分比及血清超敏 C 反应蛋白、降钙素原是感染时常检测的炎症指标。其中超敏 C 反应蛋白、降钙素原是细菌性感染两个特异性诊断指标,与病情严重程度呈正相关<sup>[11]</sup>。本研究发现痰热清注射液治疗组体温恢复正常,咳嗽、咯痰及肺部湿啰音消失以及白细胞计数、中性粒细胞百分

比、超敏C反应蛋白、降钙素原降至正常时间均短于行常规治疗的对照组,疗效显著,患者依从性好,治疗过程未出现不良反应。综上所述,痰热清注射液具有良好的抗炎、抑菌等作用,用于静脉滴注辅助治疗可以提高重型颅脑损伤患者气管切开后并发肺部感染的治愈率,改善预后,从而降低颅脑损伤患者的病死率,不良反应少。

参 考 文 献

[1] Shah S, Fung K, Brim S, et al. An invitro evaluation of the effectiveness of endotracheat suction catheters[J]. Chest, 2005, 128(5):3699-3704.

[2] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 2005.

[3] 徐洪斌. 重型颅脑损伤患者气管切开的时机选择[J]. 中国实用医药, 2010, 5(35):42.

[4] 陈利涛, 骆文龙, 甘秀妮, 等. 护理干预对气管切开后气道痰痂形成的影响分析[J]. 重庆医学, 2007, 36(12):1139-1140.

[5] 瞿金芬, 朱德全. 神经外科 ICU 患者气管切开后肺部感染

的实验室研究和临床研究[J]. 中华现代中西医杂志, 2004, 2(3):207-210.

[6] 梁路生, 李忠德. 重型颅脑损伤合并肺部感染的原因分析及对策[J]. 广西医学, 2007, 29(7):1010-1011.

[7] 刘兵, 张建宁, 王志涛. 重型颅脑损伤死亡相关因素分析[J]. 中华神经外科杂志, 2007, 23(7):496-498.

[8] 潘彦舒, 张娜, 朱晓磊, 等. 痰热清注射液干预内毒素血症病理过程的相关研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(7):508-510.

[9] 毛琴, 方蒴, 徐月. 痰热清注射液联合抗生素治疗脑卒中合并肺炎的临床疗效观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(12):2123-2124.

[10] 高益民, 王忠山. 对痰热清注射液临床药理学初步评价[J]. 首都医药, 2004, 11(12):44.

[11] Castelli GP, Pognani C, Cita M, et al. Procalcitonin, C-reactive protein, white blood ce11s and SOFA score in ICU: diagnosis and monitoring of sepsis[J]. Minerva Anestesiol, 2006, 72(1-2):69-80.

(收稿日期 2014-10-19)

# 参附注射液治疗急性充血性左心衰竭 40 例疗效观察

马玉静<sup>△</sup> 崔琳 张延蕊 杨秀丽 武迎喜  
(黄河中心医院, 河南 郑州 450003)

中图分类号:R541.6+1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0676-02  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.039

**【摘要】目的** 观察参附注射液治疗急性充血性左心力衰竭(CHF)的临床疗效。**方法** 40例 CHF患者随机分为参附注射液治疗组(治疗组)和常规治疗对照组(对照组)各20例。对照组根据病情给予以常规抗心衰治疗;治疗组在对照组治疗基础上加用参附注射液治疗。观察两组入院后72h心功能改善、疗效和不良反应。**结果** 治疗组总有效率为90.00%,对照组为65.00%,治疗组总有效率有高于对照的趋势,因样本量不足,未作统计学分析;两组治疗后与治疗前比较血浆脑尿钠肽(BNP)浓度下降( $P < 0.05$ ),且治疗组优于对照组(均 $P < 0.05$ )。治疗后两组左心室射血分数(LVEF)均较治疗前升高( $P < 0.01$ ),且治疗组LVEF升高优于对照组( $P < 0.05$ )。两组治疗后心功能均较治疗前明显好转,且治疗组改善优于对照组( $P < 0.05$ )。治疗过程两组未出现明显不良反应。**结论** 参附注射液治疗急性充血性心力衰竭安全有效。

**【关键词】** 急性充血性左心衰竭 参附注射液 疗效观察

急性左心衰竭是指由于急性心脏病变引起的心排量显著、急骤降低导致组织灌注不足和急性瘀血综合征,是临床常见的一种急危重症,发病率、死亡率很高,一般治疗采用吸氧、吗啡镇静、强心、利尿、扩血管等,必要时机械通气等,但疗效仍不尽人意<sup>[1]</sup>,如副作用大,有时患者不能耐受,或者加重心肌负担,状况并无根本改善等。笔者为此结合中医中药治疗急性充血性左心力衰竭患者40例效果较好。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选择2011年4月至2013年4月黄河中心医院收治的急性充血性左心力衰竭患者40例,均符合急性充血性左心力衰竭诊断标准<sup>[2]</sup>。随机分为常规治疗(对照组)和参附注射液(治疗组)两组各20例。其中治疗组男性10例,女性10例;年龄44~66岁;心功能Ⅱ级2例,Ⅲ级8例,Ⅳ级10例。对照组男性11例,女性9例;年龄45~65岁;心功能Ⅱ级1例,Ⅲ级7例,Ⅳ级12例。两组年龄、性别和基础疾病等临床资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

<sup>△</sup>通信作者(电子邮箱:myj.1965@aliyun.com)

1.2 治疗方法 对照组给予端坐位或45°以上半卧位,吸氧、镇静、强心、利尿等,治疗组在对照组基础治疗加用参附注射液(雅安三九药业有限公司产品,10 mL×5)20 mL/次,静脉推注,每日2次,连用3 d。

1.3 疗效标准 参考《充血性心力衰竭学》标准<sup>[2]</sup>,按美国纽约心脏病学会(NYHA)分级方法加以评定。显效:心力衰竭基本控制或心功能提高2级以上者。有效:心功能提高1级,但不及2级者。无效:心功能提高不足1级者。恶化:心功能恶化1级。

1.4 观察指标 观察两组治疗前后左心室射血分数(LVEF):采用美国ACUSON sequoia 512心脏超声仪测定治疗前后LVEF。脑尿钠肽(BNP):采用南京诺尔曼BNP检测试剂盒,分别测出治疗前后血浆BNP浓度。

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,计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验,采用t检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率有优于对照组的趋势,因样本量不足,未作统计学分析。

表1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	恶化	总有效(%)
治疗组	20	10	8	2	0	18(90.00)
对照组	20	7	6	7	0	13(65.00)

2.2 两组治疗前后血浆BNP浓度的比较 见表2。两组治疗后与治疗前比较血浆BNP浓度下降( $P < 0.05$ ),且治疗组优于对照组(均 $P < 0.05$ )。

表2 两组治疗前后血浆BNP检测值及LVEF水平比较 (pg/mL,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	BNP	LVEF
治疗组 (n=20)	治疗前	901.20±50	40.21±8.23
	治疗后	507.36±66 <sup>△</sup>	53.12±6.47 <sup>△</sup>
对照组 (n=20)	治疗前	808.40±54	43.89±7.58
	治疗后	628.22±78 <sup>*</sup>	48.51±7.23 <sup>*</sup>

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

2.3 两组治疗前后LVEF比较 见表2。治疗后两组LVEF均较治疗前升高( $P < 0.01$ ),且治疗组LVEF升高优于对照组( $P < 0.05$ )。

2.4 两组治疗前后NYHA心功能分级比较 见表3。两组治疗后心功能均较治疗前明显好转,且治疗组改善优于对照组( $P < 0.05$ )。

2.5 不良反应 治疗过程两组未出现不良反应。

## 3 讨论

现代药理学证实参附注射液的主要化学成分为人

表3 两组治疗前后NYHA心功能分级比较(n)

组别	时间	0级	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	0级~Ⅱ级者(%)
治疗组 (n=34)	治疗前	0	2	12	6	2(10)
	治疗后	3	2	3	2	15(75) <sup>*△</sup>
对照组 (n=33)	治疗前	0	2	11	7	2(10)
	治疗后	2	8	6	4	10(50) <sup>*</sup>

参皂苷和去甲乌药碱,可防护心肌缺血再灌注损伤,改善微循环<sup>[3]</sup>,其对心肌有双向调节作用,可扩张冠状动脉,减低心肌耗氧量<sup>[4]</sup>,具有清除氧自由基,增强心肌收缩力等功效<sup>[5-7]</sup>。临床实践表明,参附注射液正是通过上述机制起作用,在整体上调控心衰,最终达到减轻患者症状、改善患者心功能、提高治疗有效率的目的。

目前临床上常用的抗心力衰竭西药往往副作用大,患者不耐受,或加重心衰。近年临床研究证实血浆脑利钠肽(BNP)对心衰诊断、预后具有重要意义<sup>[8]</sup>。心衰患者大多出现胸闷气喘,动则心悸,浮肿,口唇紫绀,舌质暗淡,边有齿痕,苔白,脉沉细缓等临床表现,提示其心阳不足,心脉痹阻。参附注射液具有益气回阳之功效,能够改善血流动力学、改善氧代谢、微循环障碍和心脏功能。在临床中参附注射液可以用于急性心衰、感染等引起的休克急救治疗,效果较好,有着广阔的前景,值得进一步深化、研究。本研究结果显示,常规治疗加参附注射液治疗急性充血性左心衰竭可改善患者心功能,提高疗效,且无明显不良反应。

## 参 考 文 献

- [1] 陈濠珠. 心脏病学[M]. 5版. 北京:人民卫生出版社,2001:444.
- [2] 张子彬, Tsung O Cheng, 张玉传. 充血性心力衰竭学[M]. 北京:科学技术文献出版社,2002:87,98,212.
- [3] 罗学科. 参附注射液药理作用研究[J]. 临床和实验医学杂志,2007,6(9):157-159.
- [4] 潘亮, 潘蓉, 王亮, 等. 参附注射液对家兔心肌缺血再灌注的保护作用[J]. 解放军药学杂志,2005,21(2):115-117.
- [5] 伍德军, 邓玉艳. 参附注射液治疗肺源性心脏病顽固性心力衰竭32例[J]. 中国中医急症,2011,20(12):2022-2023.
- [6] 王臣林. 参附注射液治疗慢性心力衰竭100例临床观察[J]. 中国中医急症,2012,21(6):958-959.
- [7] 贺蕾. 参附注射液联合阿托伐他汀对慢性心力衰竭患者氧化应激和心室重构的影响[J]. 临床医学,2012,32(10):44-46.
- [8] Clerico A, Fontana M, Zyw L, et al. Comparison of the diagnostic accuracy of brain natriuretic peptide (BNP) and theN-terminal part of the propeptide of BNP immunoassays in chronic and acute heart failure: a systematic review [J]. Clin Chem, 2007, 53(5):813-822.

(收稿日期 2015-01-22)

# 四黄水蜜冷敷治疗下肢丹毒急性期皮损的疗效观察与护理\*

陈曼妮<sup>1</sup> 沈玉珍<sup>1</sup> 黄珍霞<sup>1</sup> 朱进<sup>2△</sup>

(1.广东省中医院,广东 广州 510120;2.重庆市中医院,重庆 400021)

中图分类号:R248.2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0678-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.040

**【摘要】目的** 观察四黄水蜜冷敷辅助治疗丹毒的疗效观察与护理。**方法** 63例下肝丹毒患者随机数字表法分为观察者32例,对照组31例。在常规抗炎治疗和中医护理的基础上,对照组采用3%硼酸溶液湿敷患处,每日2次,每次20min,观察组采用四黄水蜜冷敷患处,每日1次,每次4h,两组均以7d为1疗程。**结果** 治疗后第3日、第7日两组疼痛数字评分量表(NRS)得分均较治疗前改善,且观察组NRS得分低于对照组(均 $P<0.05$ )。观察组总有效率96.88%明显优于对照组的77.42%( $P<0.05$ );观察组平均治愈时间短于对照组( $P<0.05$ )。两组治疗期间均未出现不良反应。**结论** 在抗炎药物静滴治疗和中医护理基础上,采用四黄水蜜冷敷丹毒急性期皮损,能够显著提高疗效、缩短治愈时间,具有较高的临床价值。

**【关键词】** 丹毒 四黄水蜜 冷敷 中医护理

**The Curative Observation and Nursing Care of Cold Compress with si-huang Honeyed Powder in the Treatment of Acute Skin Lesions that Suffered from Erysipelas** CHEN Manni, SHEN Yuzhen, HUANG Zhenxia. *The Guangdong Provincial Hospital of TCM, Guangdong, Guangzhou 510120, China*

**【Abstract】Objective:** To observe the curative observation and nursing care of Si-huang honeyed powder in the treatment of erysipelas. **Methods:** 63 cases were divided into the observation group with 32 cases and control group with 31 cases. On the basis of conventional anti-inflammatory treatment and nursing of TCM, the control group were applied 3% boric acid solution over the infected part 20 minutes a time and twice a day. The observation group were applied Si-huang honeyed powder over the affected part 4 hours a time and once a day. The two groups all were set seven days as a course of the treatment. **Results:** Three and seven days after the treatment, the NRS scores of the two groups made marked progress, however, the observation group's NRS score lower than the control group's ( $P<0.05$ ). The total effective rate of the control group was significantly higher than that of the observation group by 96.9% to 77.42% ( $P<0.05$ ). The average healing time of the observation group was shorter than that of the control group ( $P<0.05$ ). No adverse reactions occurred during the treatment of the two groups. **Conclusion:** On the basis of intravenous drip therapy with intravenous drip and nursing care with traditional Chinese medicine, applying Si-huang honeyed powder over the acute skin lesions that suffered from erysipelas will improve curative effect and shorten the healing time significantly and it has a high clinical value. In truth, it is worth being popularized.

**【Key words】** Erysipelas; Si-huang honeyed powder; Cold Compress; Traditional Chinese medicine nursing

丹毒是由溶血性链球菌引起的真皮浅层淋巴管急性炎症,好发于下肢,颜面次之<sup>[1]</sup>。下肢丹毒俗称“流火”,表现为局限性水肿性红斑,焮赤疼痛,伴畏寒发热等全身不适症状,病程急骤,皮损蔓延迅速,一般在4~5d达高峰<sup>[2]</sup>。西医治疗以抗菌为原则。中医学认为,其起病多因湿热蕴毒所致<sup>[3]</sup>,因此在治法上应以解毒、泄热、通络为法。笔者在常规抗炎治疗基础上,采用四黄水蜜冷敷下肢丹毒急性期皮损,取得满意的效果。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例均符合《中医病证诊断疗效标准》中下肢丹毒急性期的诊断标准<sup>[4]</sup>。排除接触性皮炎、急性蜂窝织炎者;排除四黄水蜜药物过敏者。患者自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.2 临床资料 选取2013年1月至2014年6月广东省中医院住院治疗且符合研究筛查标准的63例丹毒患者,按随机数字表法分为观察组和对照组。观察组32例,男性12例,女性20例;年龄15~90岁,平均(62.08±19.05)岁;病程2~12d,平均(5.84±2.55)d;3例皮损处发生水疱,1例伴发溃疡;皮损面积3%~14%,平均(6.80±2.36)%。对照组31例,男性14例,女性17

\* 基金项目:岭南皮肤病院派传承工作室(LPGZS2013-45)

△ 通信作者(电子邮箱:manni803@163.com)

例,年龄 34~91 岁,平均(64.42±16.21)岁,病程 3~14 d,平均(6.02±2.81) d;5 例皮损处发生水疱;皮损面积 3%~12%,平均(6.75±2.56)%。两组临床资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 两组患者均在头孢呋辛 0.75 g 加入 0.9%氯化钠注射液 150 mL 中每 8 小时 1 次,静脉滴注的抗炎治疗上,酌以情志、饮食及穴位按摩等中医护理方法。对照组予 3%硼酸溶液湿敷患处,湿敷过程中间断将药液滴于纱布上,保持患处湿润状态。每日 2 次,每次 20 min。操作方法:患者卧位,充分暴露皮损处,并铺好一次性护理垫,将 3%硼酸溶液倒于 4 层无菌纱布上敷于患处,使之完全覆盖患处,10 min 后用无菌注射器抽吸该溶液均匀注射于无菌纱布敷料上,继续湿敷 10 min 则当次治疗完成。期间应确保纱布敷料保持一定的湿度。观察组以广东省中医院制剂室生产四黄散(主要成分为大黄、黄芩、黄柏、黄连)外加蜜蜂(桂花蜜),按 250 g:10 mL 的比例用温开水调配成四黄水蜜,待药物冷却后冷敷患处。每日 1 次,每次 4 h。操作方法:将调配好的四黄水蜜均匀平摊于玻璃纸上,呈饼状,厚度 2~3 mm,面积应超过红肿部位 1~2 cm,将玻璃纸四周向内反折后敷于患处(防止药物受热后溢出污染衣被),上盖敷料,用胶布固定。贴敷注意事项:冷敷时应避免交叉感染,贴敷时间不宜过长,特别是第一次贴敷时要经常询问患者感受,皮肤有破损患者不宜进行贴敷,贴敷范围包括肿胀红斑处。操作过程需经常巡视患者,密切观察贴敷部位皮肤的颜色、温度、有无瘙痒等情况。两组均以 7 d 为 1 个疗程。

**1.4 观察指标** 1)疼痛程度。分别于入院时、治疗后第 3 日及第 7 日采用疼痛数字评分量表(NRS)<sup>[5]</sup>评估患者患处疼痛程度及疼痛对其日常生活的影响,该量表是目前应用最广的疼痛程度测评工具之一<sup>[6]</sup>。疼痛程度由 0~10 共 11 个数字表示,0 代表无痛,10 代表最痛。患者根据自身疼痛程度挑选其一数字表示。根据评分结果分为 4 个等级:无痛,NRS=0。轻微疼痛,能忍受,NRS=(1~3)。疼痛并影响睡眠,尚能忍受,NRS=(4~6)。疼痛剧烈难忍,NRS=(7~10)。2)综合临床疗效。参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>,每日观察、记录丹毒临床症状变化情况,于治疗第 7 日比较两组临床疗效。治愈:症状和阳性体征完全消失,局部皮肤起皱,体温正常,血白细胞总数及分类计数正常。显效:患处颜色由鲜红色转为黯红色,肿胀消失,局部皮肤起皱,体温正常,无痛,血白细胞总数及分类计数下降或正常。有效:患处皮肤颜色为黯红色,肿胀有明显减轻,温度偏高,皮肤有皱纹,触压有痛感。无效:治疗前后患者体征无明显变化或加重。3)平均治愈时间。记录两组丹毒治疗开始至治愈的时间。

**1.5 统计学处理** 应用 SPSS18.0 统计软件。计数资

料用频数、百分比表示,计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )表示。组间对比采用两样本  $t$  检验、非参数检验、Fisher 确切概率法。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 护理方法

**2.1 疾病护理** 在治疗期间应注意观察患者全身和局部症状。前者如体温、舌苔、脉象等有无特殊改变;后者如皮肤颜色、表面温度、皮损面积、有无压痛、是否出现水疱等。因患处局部皮肤大多瘙痒红肿,破损灼痛,需叮嘱患者避免搔抓,保持局部皮肤清洁,平时衣着宽松,患有足癣时要积极配合治疗足癣,勿用手抓脚后抠鼻。避免长时间站立或剧烈活动,抬高患肢 30~40°,以促进肢体血液回流。水疱较大者用安尔碘 II 型皮肤消毒剂消毒疱疹后用无菌注射器抽出疱液;疱疹小无破溃糜烂渗液者让水疱自行吸收,注意观察患者疼痛的性质、部位、程度及持续时间,疼痛剧烈时可按摩合谷、足三里等穴。进行操作及护理时应严格遵守无菌操作制度,防止交叉感染和继发感染,动作要轻柔,局部皮肤禁止用胶布粘贴,防止撕破皮肤。

**2.2 情志护理** 中医学认为情绪心志与生理疾病密不可分。丹毒患者由于发热、疼痛、形象受损,导致夜寐不安,心绪易急躁,治疗过程中应指导患者通过调理气机、疏导情志和移情借情等方法减少疾病带来的压力。护理人员要耐心做好各种解释工作,消除患者顾虑,同时使用视频或图片形式,讲一些治疗效果明显案例以开导患者,减少患者对疾病不了解而产生的焦虑、担忧、恐惧等。此外,在社会支持系统中,家属往往发挥着积极的作用,被称为调节患者心理压力的一剂极佳的“安慰剂”<sup>[7]</sup>,因此健康教育的对象应把家属包含在内,向其传达治疗和护理进展,让家属配合引导患者放松心情、树立战胜疾病信心,自觉配合治疗及护理。

**2.3 饮食护理** 患者膳食以清淡为主,多饮水,忌烟酒、辛辣刺激、生冷油腻及煎炸之品;治疗期间禁食牛羊肉、海鲜等高热食物;适当进食高蛋白、高热量、高纤维食物,如猪肉、蛋、大豆等;充分摄取水果、蔬菜,补充维生素。

**2.4 健康宣教** 患者要做到劳逸结合,注意保证良好睡眠,不要过于疲劳导致身体免疫抵抗力下降,皮肤抵抗力差。注意洁具使用应与他人分开,专人专用,并忌用热水烫洗局部皮肤。鞋袜要常清洗、通风位置暴晒,避免与他人混穿,以免交叉感染。

## 3 结果

**3.1 两组疼痛程度比较** 见表 1。治疗后第 3 日、第 7 日两组 NRS 得分均较治疗前改善,且观察组 NRS 得分低于对照组(均  $P<0.05$ )。

**3.2 两组综合临床疗效比较** 见表 2。两组治疗期间均未出现不良反应。观察组总有效率优于对照组( $P<$

表1 两组NRS得分等级比较(n)

组别	时间	入院时	治疗后第3日	治疗后第7日
观察组 (n=32)	0	0	0	23
	1~3	0	9	2
	4~6	4	18	6
	7~10	28	5* <sup>△</sup>	1* <sup>△</sup>
对照组 (n=31)	0	0	0	15
	1~3	0	4	4
	4~6	5	16	5
	7~10	26	11*	7*

与本组治疗前比较, \*P<0.05; 与对照组同时期比较, <sup>△</sup>P<0.05。

表2 两组综合疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	32	15	10	6	1	31(96.88) <sup>△</sup>
对照组	31	9	7	8	7	24(77.42)

与对照组比较, <sup>△</sup>P<0.05。

0.05)。

3.3 两组治愈时间比较 观察组治愈时间 (10.03±2.28) d 明显短于对照组的(14.33±1.90) d (P<0.05)。

### 4 讨论

中医学认为下肢丹毒者多是由外伤或脚湿气等引起的趾间皮肤破损,以致局部感受湿热外邪所致。其多由感染毒湿之气,湿热下注化火,郁于皮肤,先发于小腿,亦可延及大腿,愈后易复发,甚至形成大腿风(象皮腿)<sup>[8]</sup>。丹毒病情急骤,若治疗不及时,尤其婴幼儿和年老体弱者,易发生肾炎、皮下脓肿及败血症等并发症<sup>[1]</sup>,因此必须足够重视。现代医学主张以青霉素等抗生素为主抗感染治疗,但由于细菌存在耐药性,常规静脉输液不易达到患处局部<sup>[9]</sup>,而且临床发现不少患者用药后出现皮肤红肿褪之不尽的“僵化”现象且长期存在,易造成病情反复发作、迁延不愈<sup>[10]</sup>。此外,尚有部分患者受过敏因素影响,对于抗生素的选择受限。因此当今临床治疗丹毒往往在抗炎治疗的基础上辅以中药内服、外敷、足浴、中药封包法、半导体激光以及针灸刺络等<sup>[11-15]</sup>。

中医治疗下肢丹毒方法颇多,且疗效较为肯定,但多数方剂复杂,药物制备繁琐,甚者伴有不良反应。本研究采用笔者所在院内制剂室制备的四黄散,以蜂蜜为赋形剂,温水调配而成。其中大黄具有凉血祛瘀解毒,泻营分之热,攻坚破结;黄柏泻火解毒退热除蒸;黄连味苦、性寒,泻火解毒;蜂蜜补中、润燥、止痛,且可抑

制和杀灭细菌。冷敷具有降低肤温、解痛感、祛瘀消肿、凉血止血的功效。诸药合用,进行冷敷,经药物透皮吸收,共奏清热泻火解毒、活血化瘀、凉血止血之功,可增强机体抵抗力和修复力<sup>[16]</sup>。本研究结果示,四黄水蜜冷敷治疗丹毒疗效显著,能有效、快速缓解患者局部疼痛,缩短疗程,其相关药效学和作用机制,值得进一步深入探讨。总之,四黄水蜜冷敷治疗丹毒,操作简单,易被患者接受,值得临床推广。

### 参 考 文 献

- [1] 张燕生,路潜. 外科护理学[M]. 中国中医药出版社,2008:180.
- [2] 赵辩. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2009:455-456.
- [3] 徐昊阳,张磊. 中医药治疗下肢丹毒概况与展望[J]. 中国医药指南,2011,9(36):55-57.
- [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,1994:41.
- [5] Jones KR, Vojir CP, Hutt E, et al. Determining mild, moderate, and severe pain equivalency across pain intensity tools in nursing home residents[J]. J Rehabil Res Dev, 2007, 44(2): 305-314.
- [6] Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales[J]. J Clin Nurs, 2005, 14: 798-804.
- [7] Patricia E. Blakeney, Laura Rosenberg. Psychosocial recovery and reintegration of patients with burn injuries[M]//Herndon DN. Total burn care. 3rd ed. London, UK: Saunders Elsevier, 2007:829-843.
- [8] 杜娟. 中医药治疗下肢丹毒的研究进展概况[J]. 内蒙古中医药, 2011, 30(5):96-97.
- [9] 朱群霞. 中西医结合治疗下肢丹毒疗效观察[J]. 临床合理用药, 2013, 6(3):46-47.
- [10] 董文启. 凉血解毒利湿法治疗下肢丹毒的疗效观察[J]. 四川中医, 2007, 25(12):87-88.
- [11] 周琪. 如意金黄散外敷治疗下肢丹毒的效果观察[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(11):53-54.
- [12] 王凯诚, 赵金锋, 李钢. 中药足浴治疗下肢丹毒 23 例临床观察[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(5):491.
- [13] 赵玉娟. 中药封包联合红光疗法治疗下肢丹毒的疗效观察及护理[J]. 中医药导报, 2013, (2):125-126.
- [14] 张俊英, 刘新辛, 梅王霞. 半导体激光辅助治疗下肢丹毒疗效观察及护理[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2010, 26(11):820.
- [15] 克彩君, 黄玮宏, 杨玉青. 中医针灸刺络治疗丹毒护理体会[J]. 河北中医, 2013, 35(10):1567-1568.
- [16] 高学敏. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:214.

(收稿日期 2015-01-15)

# 利湿通络方联合常规西医治疗急性痛风性关节炎及高尿酸血症的临床观察\*

朱明 杨久云<sup>△</sup>

(湖北省恩施土家族苗族自治州中心医院,湖北 恩施 445000)

中图分类号:R589.7 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0681-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.041

**【摘要】目的** 观察利湿通络方加减辨治急性痛风性关节炎及高尿酸血症临床效果。**方法** 70例患者随机分为对照组和观察组各35例。对照组予常规西药治疗,观察组在对照组基础上加用利湿通络方加减治疗,观察治疗后临床效果。**结果** 观察组的总有效率91.43%优于对照组的77.14%( $P<0.05$ )。治疗前两组血尿酸、血沉、白细胞、尿素氮、血肌酐、丙氨酸氨基转移酶差别不大(均 $P>0.05$ )。两组治疗后血尿酸、血沉、白细胞均较治疗前改善(均 $P<0.05$ ),且观察组血尿酸、血沉、白细胞改善优于对照组(均 $P<0.05$ )。两组治疗后观察组关节疼痛、关节肿胀、关节僵硬积分改善均优于对照组(均 $P<0.05$ )。**结论** 利湿通络方加减能提高急性痛风性关节炎及高尿酸血症临床效果,且安全性高。

**【关键词】** 急性痛风性关节炎 高尿酸血症 利湿通络方 临床效果

## Clinical studies of Dampness Meridians Decoction Treating Acute Gouty Arthritis and Hyperuricemia

ZHU ming, YANG Jiuyun. The Central Hospital of Enshi Autonomous Prefecture, Hubei, Enshi 445000, China

**【Abstract】Objective:** To investigate Dampness meridians Decoction Treating acute gouty arthritis and hyperuricemia clinical results in order to find the best treatment methods to improve clinical diagnosis and treatment.

**Methods:** 70 patients were divided into two groups, 35 cases in each group. And the control group were treated with conventional western medicine therapy, while the treatment group were given Dampness meridians Decoction besides. And the clinical effect was observed after treatment. **Results:** The total efficiency of treatment group (91.43%) was higher than that of control group (77.14%) ( $P<0.05$ ). The blood uric acid, ESR, WBC and symptom score joint pain, joint swelling, joint stiffness of both groups were all improved, and the difference between two groups was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Dampness meridians Decoction can improve acute gouty arthritis and hyperuricemia clinical effects, with high safety.

**【Key words】** Acute gouty arthritis; Hyperuricemia; Dampness meridians Decoction; Clinical effects

急性痛风性关节炎是由于尿酸钠微晶体在关节周围组织沉积引起的急性炎症反应,以剧烈疼痛为其特点,该病多因受凉、受湿、过度疲劳等因素诱发,其主要特点是高尿酸血症,故在临床上降低血尿酸水平是治疗急性痛风性关节炎重要措施。近些年,随着生活水平变化,高尿酸血症的发病率有升高趋势,且发病年龄有低龄化趋势。有研究表明<sup>[1]</sup>,高尿酸血症多伴有高血压、高脂血症、冠心病等,严重威胁人类健康。本研究采用利湿通络方加减治疗本病,取得很好的临床效果。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准参考美国风湿病学会制定的痛风性关节炎诊断标准<sup>[2]</sup>,中医诊断标准依据《中医病证诊断疗效标准》湿热阻滞证进行<sup>[3]</sup>,临床表

现为关节肿痛、僵硬、伴有皮下痛风结节、活动不利、神疲肢肿、舌质红、苔黄腻、脉弦滑。纳入病例均同时符合以上标准,且年龄在18~65岁,排除严重肝肾功能损害者、精神病者、2周内应用高尿酸血症药物者。

1.2 临床资料 选取2010年2月至2014年1月湖北省恩施州中心医院收治的急性痛风性关节炎及高尿酸血症患者70例,随机分成对照组和观察组。对照组35例,男性26例,女性9例;年龄27~63岁,平均(46.20±4.60)岁;病程4d至7年,平均(1.30±0.80)年;初次发作者20例,复发者15例;发病部位:跖趾关节20例,踝关节6例,膝关节9例。观察组35例,男性28例,女性7例;年龄28~65岁,平均(46.50±4.80)岁;病程5d至8年,平均(1.4±0.9)年;初次发作者22例,复发者13例;发病部位:跖趾关节21例,踝关节8例,膝关节6例。两组在性别、年龄、病程上差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 对照组予以低热量膳食,禁止饮食高

\* 基金项目:湖北省自然科学基金项目(2013CDC146)

△通信作者(电子邮箱:jiangzongyan993@yeah.net)

嘌呤食物,戒烟酒,避免关节处受凉,过度疲劳和精神紧张等,防止关节损伤,慎用影响尿酸排泄药物,同时积极控制基础疾病,保持关节制动,抬高患肢,避免负重,且予秋水仙碱(通化百信药业有限公司,国药准字H22022313)0.5 mg 每小时1次口服,对出现腹泻等不适症状者则对症处理,关节疼痛缓解后则隔日1次。观察组在对照组基础上加用利湿通络方:苍术 15 g,黄柏 10 g,牛膝 30 g,薏苡仁 30 g,土茯苓 10 g,车前子 20 g,金钱草 10 g,忍冬藤 10 g,大黄 10 g,萆薢 10 g,虎杖 10 g,威灵仙 10 g,丹参 10 g,桑枝 10 g,当归 10 g。每日1剂,水煎取汁 200 mL,分2次服完。

1.4 疗效标准 治疗前后对所有患者均抽取静脉血,检测血尿酸、血沉水平、血常规和肝肾功能变化情况;采用视觉模拟评分法对关节疼痛、关节肿胀、关节僵硬等进行评分,0分为无症状,1分为轻度,2分为中度,3分为重度;参照《中药新药临床研究指导原则》拟定疗效标准<sup>[4]</sup>。显效:主要临床症状消失,关节功能恢复,血尿酸在 416 μmol/L 以下,实验室检查基本正常。有效:主要症状消失,关节功能有所改善,实验室检查有所好转。无效:治疗前后无改善。

1.5 统计学处理 应用 SPSS16.0 软件。计量资料采用 *t* 检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率优于对照组( $P < 0.05$ )。

表 1 两组疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	35	19	13	3	32(91.43) <sup>Δ</sup>
对照组	35	12	15	8	27(77.14)

与对照组比较, <sup>Δ</sup> $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗前后相关指标比较 见表 2。治疗前两组血尿酸、血沉、白细胞、尿素氮、血肌酐、丙氨酸氨基转移酶差别不大(均  $P > 0.05$ )。两组治疗后血尿酸、血沉、白细胞均较治疗前改善(均  $P < 0.05$ ),且观察组血尿酸、血沉、白细胞改善优于对照组(均  $P < 0.05$ )。

表 2 两组治疗前后相关指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	血尿酸 (μmol/L)	血沉 (mm/h)	白细胞计数 ( $\times 10^9/L$ )	尿素氮 (mmol/L)	血肌酐 (μmol/L)	丙氨酸氨基 转移酶(U/L)
观察组 ( <i>n</i> =35)	治疗前	585.35±92.01	27.04±6.19	1.39±0.45	5.91±2.10	98.23±24.14	28.58±10.42
	治疗后	315.78±39.68 <sup>Δ</sup>	20.12±2.04 <sup>Δ</sup>	0.78±0.12 <sup>Δ</sup>	5.76±1.37	95.78±13.02	30.01±11.04
对照组 ( <i>n</i> =35)	治疗前	584.67±91.34	26.78±6.24	1.48±0.43	5.89±2.12	97.46±23.88	28.52±10.36
	治疗后	331.56±45.25*	23.13±2.15*	0.95±0.14*	5.93±2.23	95.35±12.46	29.67±10.57

与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>Δ</sup> $P < 0.05$ 。下同。

2.3 两组相关症状积分比较 见表 3。两组治疗后观察组关节疼痛、关节肿胀、关节僵硬积分改善优于对照

组(均  $P < 0.05$ )。

表 3 两组治疗后相关症状积分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	关节疼痛	关节僵硬	关节肿胀
观察组	35	0.37±0.18 <sup>Δ</sup>	0.41±0.11 <sup>Δ</sup>	0.34±0.09 <sup>Δ</sup>
对照组	35	0.45±0.27	0.52±0.18	0.48±0.15

## 3 讨论

目前西医对急性痛风性关节炎及高尿酸血症尚无特异性方法,多以抑制尿酸合成,促进尿酸排泄为主,常见药物有秋水仙碱、别嘌醇等,但这些药物长期使用会损害肝肾功能,抑制骨髓反应,停药后容易出现反跳现象<sup>[5]</sup>。而中医药以整体和局部相结合辨证,对急性痛风性关节炎及高尿酸血症有较好的治疗措施。

急性痛风性关节炎及高尿酸血症可属于中医学“痛风”“历节”范畴,有记载称“痛风者,四肢百节走痛,书中谓之白虎历节风证是也”,其由于先天禀赋不足,加上后天嗜食厚味,日久而伤脾生湿,脾失健运,肾蒸腾气化失司,津液代谢障碍而内湿滋生,湿邪留于血分,则为高尿酸血症<sup>[6]</sup>。在临床表现上为第一跖趾关节受累,局部表现为红肿疼痛,有烧灼感,压痛明显,且关节活动受限,严重者有僵硬感,多属湿邪,或风寒湿气流外袭,或风寒湿郁而化热,或湿痰阴火等病邪作祟,强调外邪入侵<sup>[7]</sup>。湿邪留注关节,日久化热为痰,痰瘀阻络,下注关节经络则气血阻滞,故关节红肿疼痛,在治疗上则需清热利湿通络为主,兼以健脾益气。本研究中,土茯苓为君药,清热利湿降浊,能入络搜剔湿热之蕴毒;忍冬藤、黄柏等可健脾燥湿,通利关节;牛膝、威灵仙通络止痛;当归、大黄活血化瘀;车前子等浊泄利尿;萆薢分清泄浊、祛风除湿。从现代药理学上看,黄柏中的小碱有解热、抗炎、抗血小板聚集等作用,且可提高机体免疫力<sup>[8-9]</sup>;苍术则可改善脾脏代谢功能,促进血液循环和改善血液通透性,提高红细胞活血,抗缺氧;牛膝可提高机体免疫力;薏苡仁可改善关节周围炎症反应;土茯苓可增加尿酸炎盐排泄,恢复肾功能,且大剂量土茯苓还可通过排毒而降低血尿酸<sup>[10]</sup>;威灵仙则有镇痛、溶解尿酸作用;萆薢可增加尿酸排泄、降低血尿酸和抗炎。

需要说明的是,该病除了采用中西医结合治疗外,饮食控制也至关重要,要避免食用含高嘌呤食物,戒酒,以降低尿酸在体内的蓄积。同时,在运用中医药治疗时,要以辨证论治为准则,结合患者临床症状等加减,中病即止,不可长时间服用,以免引起胃肠道反应。本研究结果显示,运用利湿通络方治疗急性痛风性关节炎及高尿酸血症具有较好临床疗效,可缓解关节疼痛、关节肿胀、关节僵硬等临床症状,降低相关指标如血尿酸、血沉、白细胞等,而对肝肾功能则无明显影响,表明中医药副作用低,在治疗痛风上有较好疗效,安全性高。

## 参 考 文 献

- [1] 朱飞, 欧阳桂林. 加味四妙汤联合秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎高尿酸血症[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(3):402-403.
- [2] 何培根. 风湿性疾病的诊断标准[J]. 临床内科杂志, 1995, 3(12):13.
- [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, 1994:32.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第2辑)[M]. 北京, 中国医药科技出版社, 1995:179-183.
- [5] 杨诏涵. 中药痛风胶囊治疗急性痛风性关节炎及高尿酸血症的临床研究[D]. 天津中医学院, 2010, 5(6):95-98.
- [6] 陈光亮, 段玉光, 李莉, 等. 加味四妙汤对高尿酸血症和痛风性关节炎防治作用的实验研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 14(3):48-52.
- [7] 张文青. 龙胆泻肝汤加减治疗急性痛风性关节炎临床观察[J]. 河北中医, 2010, 22(2):132-133.
- [8] 温成平, 金晨宇, 许志良, 等. 解毒通络利湿方及拆方对实验性类风湿性关节炎抗炎镇痛及调节免疫作用的比较研究[J]. 中国中药杂志, 2010, 32(13):1306-1310.
- [9] 徐莎婷, 荣誉, 吴杨, 等. 当归拈痛汤及其拆方对急性痛风性关节炎大鼠血尿酸值、IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 、COX-2的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(9):44-47.
- [10] 赵凯声, 张胜容, 张炳厚, 等. 滋肾祛风汤治疗慢性肾功能不全患者急性痛风性关节炎30例临床观察[J]. 北京中医, 2010, 25(9):551-552.

(收稿日期 2015-01-12)

## 急性病毒性心肌炎中西医结合治疗临床观察

李兴国

(浙江省宁波市鄞州区姜山镇茅山卫生院, 浙江 宁波 315193)

中图分类号:R542.2\*1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0683-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.042

**【摘要】目的** 观察中西医结合治疗急性病毒性心肌炎的临床疗效。**方法** 将168例急性病毒性心肌炎患者随机分成观察组和对照组各84例。对照组采用西医常规治疗,观察组在此基础上加予中药治疗,两组疗程均为6周。**结果** 观察组的临床症状总有效率为92.85%,明显高于对照组的66.67%( $P<0.05$ );观察组心电图的总有效率为90.47%,明显高于对照组的65.47%( $P<0.05$ );观察组的心肌酶改善情况明显优于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 中西医结合治疗在治疗急性病毒性心肌炎中的临床疗效良好,提高了治疗的临床症状有效率和心电图的有效率,降低心肌酶水平。

**【关键词】** 病毒性心肌炎 中西医结合治疗 心肌酶

病毒性心肌炎是一种常见的感染性心肌炎,是由病毒感染引起的局部或弥漫性的心肌炎<sup>[1]</sup>。近年来发病率逐年增高,主要发病于儿童和青少年期。一般早期的病毒性心肌炎没有十分突出的临床症状,这对治疗造成了很多的延迟,临床上需要早期鉴别诊断。临床上急性期表现为心慌、心悸,胸闷、乏力和头晕等症状<sup>[2]</sup>,严重时出现心律失常、心力衰竭、心脏扩张、休克甚至猝死。故在治疗上要十分谨慎,尽早治疗。笔者结合我院168名急性病毒性心肌炎患者进行分组给予不同治疗,观察中西医结合治疗小儿急性病毒性心肌炎的临床疗效。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断参照《实用内科学》<sup>[3]</sup>中相关标准。中医诊断标准:参照《中医辨证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>中相关标准。中医辨证属急性期热毒犯心证。

1.2 临床资料 选取本院急性病毒性心肌炎患者168例,男性90例,女性78例;年龄4~45岁,平均年龄(26.25 $\pm$ 4.41)岁;平均病程(12.52 $\pm$ 2.64)d;发病类型隐

匿型28例,心律失常型82例,心力衰竭型30例,爆发型19例,猝死型9例。按随机数字表法将其分成观察组和对照组,各84例。对照组男性46例,女性38例;平均年龄(26.36 $\pm$ 4.48)岁;平均病程(12.53 $\pm$ 2.71)d;发病类型隐匿型14例,心律失常型42例,心力衰竭型14例,爆发型10例,猝死型4例。观察组男性44例,女性40例;平均年龄(27.17 $\pm$ 4.37)岁;平均病程(13.23 $\pm$ 2.14)d;发病类型隐匿型14例,心律失常型40例,心力衰竭型16例,爆发型9例,猝死型5例。两组资料差异无统计意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 对照组采用西医常规治疗。一般治疗:充分卧床休息,保证营养充足。药物治疗:辅酶Q10胶囊,10mg/次,每日3次,口服;干扰素300万U/次,每日3次,肌注;维生素C4~5g加入10%葡萄糖注射液250mL静滴,每日1次;肌苷250~400mg/次,每日2次,静脉注射;同时给与利尿,抗炎、抗心律失常等治疗。观察组在此基础上加以中药治疗,方剂组成:金银花20g,连翘20g,黄连10g,丹参15g,玄参15g,生

地黄 15 g, 麦冬 15 g, 苦参 15 g, 甘草 6 g。以上诸药用  
水煎 400 mL, 早晚分服。两组疗程均为 6 周。

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和心肌酶变化情况。

1.5 疗效标准 疗效标准参照《中药新药临床研究指  
导原则》<sup>[5]</sup>中相关标准。显效:心悸、胸闷、乏力、头晕等  
主要症状消失。有效:心悸、胸闷、乏力、头晕等主要症  
状缓解。无效:心悸、胸闷、乏力、头晕等主要症状无改  
善甚至加重。心电图标准如下。显效:心电图恢复正常,  
无心律失常。有效:心律失常仍存在但较治疗前减轻。  
无效:心电图无好转甚至加重;心肌酶治疗前后的对比  
无改善。

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

## 2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 见表 1。结果示治疗后  
观察组总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ )。

表 1 两组患者临床疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	84	36	42	6	78(92.85) <sup>△</sup>
对照组	84	20	36	28	56(66.67)

与对照组比较, <sup>△</sup> $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组患者治疗后心电图疗效比较 见表 2。结果  
示观察组心电图总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ )。

表 2 两组患者治疗后心电图疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	84	35	41	8	76(90.47) <sup>△</sup>
对照组	84	21	34	29	55(65.47)

2.3 两组患者治疗前后的心肌酶水平比较 见表 3。  
结果示两组患者的心肌酶均有所改善( $P<0.05$ );两组  
比较,观察组患者的心肌酶改善情况优于对照组( $P<$   
 $0.05$ )。

表 3 两组患者治疗前后心肌酶水平比较(U/L,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	天门冬氨酸氨基转移酶(AST)	肌酸激酶(CPK)	乳酸脱氢酶(LDH)
观察组 ( <i>n</i> =84)	治疗前	66.15±18.34	256.42±47.34	283.42±87.94
	治疗后	47.52±11.21 <sup>*</sup>	179.34±28.58 <sup>*</sup>	203.48±39.57 <sup>*</sup>
对照组 ( <i>n</i> =84)	治疗前	66.02±18.14	252.83±46.57	279.84±86.32
	治疗后	58.46±13.24 <sup>△</sup>	221.37±41.48 <sup>△</sup>	253.47±45.21 <sup>△</sup>

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

## 3 讨论

病毒性心肌炎是嗜心性病毒感染引起, 以非特异  
性间质性炎症为主要病变的心肌炎。病毒性心肌炎可  
为流行发病, 也可为散在发病。临床谱包括心肌局灶性  
炎症引起的无症状心肌炎到心肌弥漫性炎症所致的重  
症心肌炎。急性病毒性心肌炎的发病率逐年增高, 临床  
上西医治疗方法主要以提高病毒性心肌炎的治愈率,  
减少心肌炎后遗症, 降低扩张型心肌病的发生率。目  
前对病毒性心肌炎尚无特效疗法, 主要是根据病情, 及  
时采取治疗措施。

中医学认为急性病毒性心肌炎属“心悸”“胸痹”等  
范畴。本文中药方剂中金银花、连翘、黄连清热解毒, 现  
代药理研究表明, 金银花、连翘、黄连具有不同程度的  
抑杀病原菌的作用; 生地黄、玄参泻火解毒、养阴清热,  
现代药理研究表明, 生地黄、玄参具有显著的强心功能  
且直接作用于心肌; 丹参具有活血止痛功效; 麦冬清心  
除烦、养阴润肺, 苦参清热燥湿, 甘草调和诸药。现代  
药理研究表明, 丹参、甘草、麦冬、苦参具有保护心肌  
细胞、调节免疫功能、改善心功能及抗病毒等作用。本  
文研究结果表明, 中西医结合治疗后临床症状和心电图  
总有效率显著高于仅给予西药治疗, 提示中西医结合  
治疗可明显改善患者临床症状及心电图; 中西医结合  
治疗后心肌酶水平显著低于仅给予西药治疗, 提示中  
西医结合治疗可明显降低患者心肌酶水平。

综上所述, 急性病毒性心肌炎中西医结合治疗, 疗  
效确切, 在临床可以推荐使用, 为患者减轻痛苦, 更好  
地推动医疗水平的发展。故此临床上可以从中医辨证  
论治中寻找治疗急性病毒性心肌炎的治疗方法。

### 参 考 文 献

- [1] 李茂查. 中西医结合治疗急性病毒性心肌炎 28 例观察[J]. 安徽医药, 2010, 14(7): 823-824.
- [2] 张玉峰, 杨国栋, 毛莲香, 等. 中西医结合治疗急性病毒性  
心肌炎临床疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2005,  
12(6): 363-365.
- [3] 吴勉华. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012:  
154-156.
- [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, 2002: 238-240.
- [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)[J]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 72-78.
- [6] 杨德华, 任尚华. 中西医结合治疗急性病毒性心肌炎临床  
观察[J]. 河南中医学院学报, 2004, 19(2): 51-52.
- [7] 刘艳, 刘倩. 中西医结合治疗急性病毒性心肌炎疗效观察[J].  
山东医药, 2007, 47(28): 103.

(收稿日期 2014-09-06)

# 肠粘连缓解汤治疗急性粘连性肠梗阻的临床观察\*

刘英巧 罗庆妮

(浙江省长兴县中医院,浙江 长兴 313100)

中图分类号:R574.2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0685-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.043

**【摘要】目的** 观察肠粘连缓解汤加减辨治急性粘连性肠梗阻患者的临床疗效。**方法** 将80例粘连性肠梗阻患者按随机数字表法随机分为实验组和对照组,各40例。对照组患者给予石蜡油治疗,实验组患者服用肠粘连缓解汤。观察两组患者治疗后一般临床症状、炎症因子的变化以及临床综合效果。**结果** 治疗后,实验组患者的肛门排气时间、症状消失时间以及气液平消失时间均早于对照组( $P<0.05$ ),胃液排出量显著小于对照组( $P<0.05$ );实验组患者的白细胞(WBC)计数、C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)炎症因子的水平均较对照组患者低( $P<0.05$ );实验组患者的总有效率为95.00%,明显高于对照组的72.50%( $P<0.05$ )。**结论** 肠粘连缓解汤加减辨治急性粘连性肠梗阻患者,能够显著降低肛门排气时间、症状消失时间以及气液平消失时间,减少胃液排出量,降低炎症因子水平,提高临床治疗效果。

**【关键词】** 急性粘连性肠梗阻 肠粘连缓解汤 一般临床症状 炎症因子 临床疗效

**Clinical Observaion of Changnianlianhuanjie Decoction on Acute Adhesive Intestinal Obstruction** LIU Qiaoying, LUO Qingni. *Changxing Hospital of TCM in Zhejiang Province, Zhejiang, Changxing 313100, China*

**【Abstract】 Objective:** To investigate the clinical efficacy Changnianlianhuanjie Decoction on Acute Adhesive Intestinal Obstruction. **Methods:** 80 cases were sent randomly divided into experimental group and control group, 40 cases in each group. Control group were treated with paraffin treatment, while the experimental group were given Changnianlianhuanjie Decoction. Changes in general clinical symptoms were observed after treatment, changes in inflammatory factors and clinical outcomes compared between two groups of patients. **Results:** After treatment, patients in the experimental group flatus, time, and liquid level symptoms disappear times less than those of control group; gastric excretion was significantly lower than that of the control group, the index compared with the control group were statistically significant ( $P<0.05$ ); WBC count in the experimental group patients, CRP, IL-6, IL-8 levels of inflammatory cytokines were lower than those of control group ( $P<0.05$ ); experimental group of patients with a total effective rate of 95.00% compared with the control group of patients (72.50%) ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Treatment adhesions ease decoction of adhesive intestinal obstruction in patients with intestinal barrier, can significantly reduce flatus, time, and liquid level symptoms disappear time, reduce gastric excretion and reduce the level of inflammatory factors, improved clinical outcomes It is a method of treatment in clinical practice is worth.

**【Key words】** Adhesive intestinal obstruction intestinal barrier; Changnianlianhuanjie Decoction; General clinical symptoms; Inflammatory factors; Clinical efficacy

粘连性肠梗阻是指由于各种原因引起腹腔内肠粘连导致肠内容物在肠道中不能顺利通过和运行,主要的临床症状为腹痛、呕吐、腹胀、停止排气排便等<sup>[1]</sup>,属于中医学“肠结”“关格”范畴<sup>[2]</sup>。最初见于《灵枢》,书云“饮食不下,隔塞不通,邪在胃院,腹中肠鸣,……邪在大肠”,并且指出了梗阻的发生部位在于胃肠。随着中医学的不断发展,历代医学家对肠梗阻都有独到的认

识和见解。张锡纯在《医学衷中参西录》中指出“肠结系指……饮食停于肠中,结而不下作疼”之证。据统计,粘连性肠梗阻的发生率占各类肠梗阻的20%~40%,其中60%~70%的患者具有腹部手术史,严重影响了患者的生命健康<sup>[3]</sup>。近年来,笔者采用肠粘连缓解汤加减辨治急性粘连性肠梗阻患者,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:1)符合中医《中医病症诊断疗效标准》和《黄家驹外科学》西医诊断标准;2)初期发病时无手术指征;3)能够坚持治疗不中断者;4)签署

\* 基金项目:浙江省药学会医院药学科专项基金项目(2013ZY17);浙江省中西医结合学会临床药学科专项基金项目(2013LYSX015)

知情同意书。

1.2 临床资料 选择2011年3月至2013年5月来本院诊治的80例粘连性肠梗阻患者按随机数字表法随机分为实验组和对照组,各40例。所有患者均符合病例选择标准。其中实验组男性26例,女性14例;年龄17~82岁,平均(45.50±5.50)岁;高位小肠梗阻15例,低位小肠梗阻12例,结肠梗阻12例;完全性肠梗阻29例,不完全性肠梗阻10例;单纯性肠梗阻17例,绞窄性肠梗阻22例;胃癌手术3例,胃大部分切除术4例,阑尾炎手术11例,结直肠癌手术9例,妇科手术10例,其他手术3例。对照组患者男性25例,女性15例;年龄17~82岁,平均(45.90±5.10)岁;高位小肠梗阻14例,低位小肠梗阻13例,结肠梗阻13例;完全性肠梗阻28例,不完全性肠梗阻11例;单纯性肠梗阻18例,绞窄性肠梗阻21例;胃癌手术4例,胃大部分切除术3例,阑尾炎手术10例,结直肠癌手术10例,妇科手术9例,其他手术4例。两组患者在性别、年龄、病程、梗阻程度、梗阻部位等方面差异无统计学意义(P>0.05)。

1.3 治疗方法 两组均给予持续胃肠减压,纠正水/电解质及酸碱平衡紊乱,营养支持等对症治疗。对照组患者从胃管注入石蜡油80 mL,每日1次(小儿减半)。实验组给予肠粘连缓解汤<sup>[4]</sup>:川朴、莱菔子各15 g,木香、乌药、桃仁、赤芍、蕃泻叶、大黄(后下)各10 g,芒硝(冲服)10 g。水煎,将药液分为2等份,每12小时从胃管注入1次,每日1剂。12岁以下小儿分为4等份,每12小时从胃管注入1次,每2日1剂。疗程均为3 d。

1.4 观察指标 观察两组患者治疗后的一般临床症状:肛门排气时间、症状消失时间、气液平消失时间和胃液排出量;比较两组患者血白细胞(WBC)、C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)等炎症因子治疗前后的变化;观察两组患者的临床治疗效果。

1.5 检查方法 记录两组患者入院时及治疗48 h的血常规中WBC计数;采用免疫比浊法检测两组患者入院时及治疗48 h的CRP的水平,采用ELISA法检测两组患者入院时及治疗48 h的IL-6、IL-8的水平。

1.6 疗效标准 参照《实用中医学结合诊断治疗学》<sup>[5]</sup>中的疗效判断标准。治愈:自觉症状消失无恶心、呕吐,已有排气、排便;无阳性体征腹部查体无压痛,听诊肠鸣音活跃;腹部平片无梗阻征象,肠管内无积气、液平面。有效:自觉症状未完全消失,但不影响进食和大便;仍遗留部分梗阻的症状和体征腹部平片或钡餐造影见肠腔内有液气平面。无效:保守治疗10 d后,临床症状无减轻或反而加重,放弃保守治疗,改为手术治疗。

1.7 统计学处理 应用SPSS16.0统计软件。计量资料比较采用t值检验,计数资料比较采用χ<sup>2</sup>检验。P<

0.05为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者治疗后一般临床指标比较 见表1。治疗后,实验组患者的肛门排气时间、症状消失时间以及气液平消失时间均早于对照组,胃液排出量显著小于对照组(P<0.05)。

表1 两组患者治疗后一般临床指标比较(x±s)

组别	n	肛门排气时间(h)	症状消失时间(h)	气液平消失时间(h)	胃液排出量(mL)
实验组	40	62.50±30.46 <sup>△</sup>	88.50±28.30 <sup>△</sup>	75.36±25.30 <sup>△</sup>	285.50±20.50 <sup>△</sup>
对照组	40	82.76±35.05	112.50±25.30	105.50±25.20	410.50±30.20

与对照组比较,△P<0.05。下同。

2.2 两组患者的炎症因子的比较 见表2。治疗后,实验组患者的WBC计数、CRP、IL-6、IL-8炎症因子的水平均较对照组患者低(P<0.05)。

表2 两组患者炎症因子比较(x±s)

组别	时间	WBC计数(×10 <sup>9</sup> /L)	CRP(mg/L)	IL-6(ng/L)	IL-8(ng/L)
实验组	治疗前	10.50±0.50	8.65±1.25	134.53±24.21	46.28±0.09
	(n=40) 治疗后	7.10±0.50 <sup>*△</sup>	4.05±0.50 <sup>*△</sup>	106.53±16.31 <sup>*△</sup>	34.10±0.05 <sup>*△</sup>
对照组	治疗前	10.10±0.20	8.56±1.02	135.50±25.20	47.29±0.10
	(n=40) 治疗后	8.20±0.60 <sup>*</sup>	6.04±0.80 <sup>*</sup>	131.80±25.53 <sup>*</sup>	43.40±0.07 <sup>*</sup>

与本组治疗前比较,\*P<0.05;与对照组治疗后比较,△P<0.05。

2.3 两组患者临床疗效比较 见表3。结果显示实验组患者的总有效率高于对照组(P<0.05)。

表3 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效(%)
实验组	40	24	14	2	38(95.00) <sup>△</sup>
对照组	40	14	15	11	29(72.50)

与对照组比较,△P<0.05。

## 3 讨论

《黄帝内经》认为粘连性肠梗阻的病机为“热气留于小肠,肠中痛,痒热焦渴,则坚干不得出,故痛而闭不通矣”。《万病回春·腹痛》中记载了该疾患的病因,认为“腹痛者,有寒、热、食、血、湿、痰、虫、虚、实九般也”。随着我国中医学的发展,中医学家们对粘连性肠梗阻的病机、病因、治疗方法等均有深刻的认识与理解。多数中医学者认为该病的病因为:多数患者有手术史,腹部外伤或胃肠炎症病史,致筋脉损伤,气血运行不畅。复因情志不畅,肝气抑郁,肝失疏泄而气滞,或因劳累,耗损气血,推动无力;或因受寒,寒性收引,寒凝气滞;或饮食不节,暴饮暴食。从病机上来讲,该病主要因饮食不下,腑气不通<sup>[6]</sup>。现代医学认为<sup>[7]</sup>,除少数患者为腹腔内先天性因素外,粘连性肠梗阻发病大多为后天获得性,常见原因为腹腔炎症、损伤、出血、腹腔异物,多见于腹部手术或腹腔炎症以后,其中腹部手术后的粘

连是目前肠梗阻的首位病因,此外腹腔放疗和腹腔化疗也可导致粘性肠梗阻。

中医药治疗粘连性肠梗阻的准则为“行气宽肠,活血祛瘀,通结导滞”,遵循辨证施治的原则治疗不同症状的患者<sup>[8]</sup>。既往文献报道,使用肠粘连缓解汤加减诊治急性粘连性肠梗阻患者,具有较好的临床效果。本方中的桃仁、赤芍、木香活血祛瘀,通血闭<sup>[9]</sup>;木香又可改善肠黏膜血循环;赤芍亦可行气;川厚朴、乌药为顺气行气;莱菔子消食化积,降气化痰;大黄通腑泻热,活血祛瘀;芒硝咸寒软坚,润燥散结,助大黄通腑导;蕃泻叶性温和,亦助大黄、芒硝通便行气。现代药理学认为,大黄对促炎性细胞因子,如IL-8、IL-6的表达、产生和释放均有抑制作用,具有杀菌作用,增强肠道蠕动和机体免疫功能<sup>[10]</sup>;芒硝是盐类物质,能够刺激小肠的蠕动,使稀释的肠腔内容物易通过狭窄段,同时还有减轻局部水肿,促进缓解的作用。本研究表明,服用肠粘连缓解汤的患者明显缩短肛门排气时间、症状消失时间以及气液平消失时间,降低炎症因子的水平,提高了临床治疗效果。由于中医的药效发挥较慢,对急性患者疗效不显著。因此,多数医学家采用中西医结合的方法诊治粘连性肠梗阻患者,这样将西医诊断、治疗方法与中医辨证、中医药治疗方法有机地结合在一起,互取所长,弥补不足,取得比单用西医或中医更好的治疗效果。

综上所述,在常规西药诊治的基础之上使用肠粘

连缓解汤加减诊治急性粘连性肠梗阻患者,能够显著降低肛门排气时间、症状消失时间以及气液平消失时间,减少胃液排出量,降低炎症因子水平,提高临床治疗效果,是一种值得在临床上推广的治疗方法。

#### 参 考 文 献

- [1] 王志化. 术后早期炎症性肠梗阻 22 例诊治体会[J]. 内蒙古中医药, 2010, 34(15): 46-47.
- [2] 刘胜云. 中西医结合治疗急性肠梗阻的体会[J]. 河南外科学杂志, 2001, 22(4): 418.
- [3] 唐冰, 雷春梅, 胡承光. 奥曲肽治疗术后粘连性肠梗阻的疗效分析[J]. 中外医学研究, 2014, 13(4): 8-9.
- [4] 刘晓刚. 肠粘连缓解汤临床应用总结[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2004, 10(6): 436-437.
- [5] 汪海. 生长抑素治疗腹部手术后粘连性肠梗阻的疗效分析[J]. 海峡药学, 2013, 28(5): 138-139.
- [6] 郝蕾. 通腑泻热灌肠剂对粘连性肠梗阻肠屏障保护作用[D]. 广州: 广州中医药大学, 2012.
- [7] 冼上福. 腹部手术后粘连性肠梗阻应用生长抑素疗效观察[J]. 中外医疗, 2014, 35(13): 127-128.
- [8] 张维杰. 中西医结合治疗急性肠梗阻的疗效观察[J]. 临床合理用药, 2012, 5(4C): 73.
- [9] 李武军. 中西医结合治疗粘连性肠梗阻愿缘例临床观察[J]. 中外医学研究, 2011, 9(10): 74.
- [10] 杨学峰, 马春瑜, 陈玉铭. 肠粘连缓解汤治疗急性粘连性肠梗阻 58 例[J]. 光明中医, 2010, 31(12): 2251.

(收稿日期 2015-01-08)

## 子午流注低频治疗仪治疗急性脑梗死临床观察

尚 芊 何 纲<sup>△</sup> 张思为 邓世芳

(暨南大学第二临床学院, 深圳市人民医院, 广东 深圳 518002)

中图分类号: R743.9 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)04-0687-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.044

**【摘要】目的** 观察子午流注低频治疗仪治疗脑梗死的临床疗效。**方法** 将 60 例脑梗死患者随机分为治疗仪组和针刺组, 各 30 例。治疗仪组使用子午流注低频治疗仪治疗, 针刺组采用常规辨证针刺治疗。两组疗程均为 15 d。**结果** 治疗仪组总有效率为 93.33%, 明显优于针刺组的 80.00% ( $P < 0.05$ ); 两组治疗后神经功能缺损程度评分、日常生活活动能力(ADL)评分、血液流变学各项指标均较治疗前显著改善 ( $P < 0.05$ ), 两组比较, 治疗仪组上述指标改善程度均明显优于针刺组 ( $P < 0.05$ )。**结论** 子午流注低频治疗仪治疗能促进脑梗死患者的康复。

**【关键词】** 脑梗死 子午流注低频治疗仪 血液流变学 针刺

脑梗死是中老年人的多发病,其死亡率与致残率均高,严重危害人类的生命和健康。随着社会人口老龄化进程加快,其发病率呈逐渐上升趋势,给家庭和社会都

带来了沉重的负担。笔者应用子午流注低频治疗仪治疗急性脑梗死患者,取得较好临床疗效。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 病例选择 中医诊断参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>的中风诊断标准,西医诊断参

<sup>△</sup>通信作者(电子邮箱: heganddoctor@126.com)

照 1995 年全国第 4 届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[2]</sup>中“脑梗死”的诊断要点,并均经颅脑 CT 或 MRI 证实为初发脑梗死者。排除病情严重如出现意识障碍者以及合并严重心、肝、肾和内分泌系统等原发病者。根据 1995 年全国第 4 届脑血管病学术会议通过的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》<sup>[3]</sup>及日常生活活动能力(ADL)量表评定患者神经损伤程度。

1.2 临床资料 选取 2013 年 3 月至 2014 年 5 月在深圳市人民医院中医科门诊及病房就诊的急性脑梗死患者 60 例,根据就诊顺序按随机数字表法将其分为治疗仪组和针刺组各 30 例。治疗仪组男性 19 例,女性 11 例;平均(71.46±8.32)岁。针刺组男性 17 例,女性 13 例;平均(69.73±9.14)岁。病程 1 d 至 2 周。两组患者临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 两组均予以控制血压、静滴丹参川芎嗪注射液以及口服氟桂利嗪胶囊等基础治疗,必要时脱水减轻脑水肿。治疗仪组采用广州金健医疗有限公司的 JS116A 子午流注低频治疗仪辨证辅以择时取穴。根据深圳时间调整治疗仪,计算公式为:深圳时间=北京时间+(深圳经度-120°)×4 min。患者取侧卧位,2 个穴位 1 组贴电极片,加按时取穴,若开穴数为奇数则取离此穴位周围一点(非穴位)与之成对,酒精消毒局部皮肤,将电极片贴在选取的穴位处轻轻按压,使之与皮肤贴紧,并与子午流注低频治疗仪的导线连接,然后开机选取治疗波形,强度以患者能耐受为度,每次 30 min,每日 1 次,7 次为 1 个疗程。针刺组参照杨长森《针灸治疗学》<sup>[4]</sup>中风(中经络)取穴并结合临床经验,以手足阳明经穴为主,辅以太阳、少阳经穴。初病以单侧为主,久病以双侧为主。取穴:水沟、曲池、外关、合谷、内关、环跳、足三里、阳陵泉、三阴交、太冲。风痰阻络者加风池、丰隆;痰热腑实者加大椎、天枢;气虚血瘀者加血海、气海;阴虚风动者加风池、太溪。用 1.5 寸 32 mm 华佗牌不锈钢针快速进针,采用补健侧、泻患侧针刺法,针刺手法以提插、迎随补泻为主,行针得气后,留针 30 min。两组疗程均为 15 d。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征的变化,观察两组治疗后神经功能缺损程度评分以及全血黏度(高切 150、低切 10)、血浆黏度、红细胞变形率等血液流变学检测指标。

1.5 疗效标准 参照 1995 年全国第 4 届脑血管病学术会议通过的临床疗效评定标准<sup>[3]</sup>,依据神经功能缺损积分值的减少及患者评定时的病残程度(即根据总的生活能力状态,分为 0~7 级)进行评价。基本痊愈:功能缺损评分减少>90%,病残程度为 0 级。显著进步:功能缺损评分减少>45%且≤90%,病残程度为 1~3 级。进步:功能缺损评分减少>17%且≤45%。无变化:

功能缺损评分减少≤17%。治疗有效率=(基本痊愈例数+显著进步例数+进步例数)/总例数×100%。神经功能缺损程度评分:从意识、水平凝视功能、面瘫、言语、肌力、行走能力等方面来评定,按积分值分为轻型 0~15 分、中型 16~30 分、重型 31~45 分。ADL 评分采用 BI 计数法<sup>[3]</sup>进行测评,包括 10 项日常生活活动,总分为 100 分,按其依赖程度分为 100 分独立、75~95 分轻度依赖、50~70 分中度依赖、25~45 分重度依赖、0~20 分完全依赖。血液流变学检测:所有患者均于治疗前后清晨空腹采静脉血 5 mL,送检验科进行血液流变学检测。选择全血黏度(高切 150、低切 10)、血浆黏度、红细胞变形率等血液流变学检测指标进行比较。

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

## 2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 见表 1。结果示治疗仪组总有效率明显优于针刺组( $P<0.01$ )。

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无效	总有效率(%)
治疗仪组	30	15	8	5	2	28(93.33) <sup>△</sup>
针刺组	30	6	7	11	6	24(80.00)

与针刺组比较,  $^{\Delta}P<0.01$ 。

2.2 两组患者治疗前后神经功能缺损程度评分比较 见表 2。结果示两组治疗后神经功能缺损症状评分均较治疗前显著降低( $P<0.05$ );治疗仪组神经功能改善程度明显优于针刺组( $P<0.01$ )。

表 2 两组神经功能缺损程度及 ADL 评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	神经功能缺损程度	ADL
治疗仪组 (n=30)	治疗前	15.00±4.54	34.56±3.45
	治疗后	6.07±2.90 <sup>*△</sup>	86.32±11.25 <sup>*△</sup>
对照组 (n=30)	治疗前	15.73±4.40	36.28±5.12
	治疗后	10.53±3.08 <sup>*</sup>	61.33±13.67 <sup>*</sup>

与本组治疗前比较,  $^*P<0.05$ ;与针刺组治疗后比较,  $^{\Delta}P<0.01$ 。

2.3 两组患者治疗前后 ADL 评分比较 见表 2。结果示两组治疗后 ADL 评分均较治疗前显著升高 ( $P<0.05$ );治疗仪组 ADL 改善程度优于针刺组( $P<0.05$ )。

表 3 两组血液流变学指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	全血黏度高切 (mPa·s)	全血黏度低切 (mPa·s)	血浆黏度 (mPa·s)	红细胞变形率 (%)
治疗仪组 (n=30)	治疗前	5.31±0.45	11.72±1.77	1.56±0.19	49.24±3.98
	治疗后	4.52±0.53 <sup>*△</sup>	9.73±1.34 <sup>△</sup>	1.34±0.24 <sup>*</sup>	54.10±3.02 <sup>*△</sup>
针刺组 (n=30)	治疗前	5.23±0.54	11.97±1.83	1.52±0.12	49.19±4.23
	治疗后	4.88±0.61 <sup>*</sup>	10.65±1.05 <sup>*</sup>	1.41±0.19 <sup>*</sup>	52.97±4.54 <sup>*</sup>

2.4 两组患者治疗前后血液流变学指标比较 见表3。结果示,两组治疗后血液流变学各指标均较治疗前有明显改善( $P < 0.05$ );治疗仪组全血黏度、红细胞变形率的改善尤为明显,显著优于针刺组( $P < 0.05$ )。

### 3 讨论

子午流注学说源于《内经》“天人相应”理论,以十二经脉在肘膝关节以下的66个经穴为基础,根据出井、流荣、注输、行经、入合原理,配合阴阳五行,运用天干、地支演变的规律推算人体气血流注、盛衰开阖的时间,按照其流注的虚实关系按时、辨证取穴,以增加对穴位刺激的疗效。现代时间生物医学研究表明,机体内的各种生理、生化活动几乎都呈现近似昼夜节律的变化。目前认为,子午流注学说的机制不仅与自然界、人体气血运行、疾病发生发展演变的时间性变化有关,也与人体内存在类似生物节律的变化等方面密切相关。一些学者开展了相应的实验研究,观察指标涉及到生物电、生化、免疫、心功能、血液流变学、皮温、痛阈等多个层面<sup>[5-8]</sup>,初步证实时间因素是影响针灸效应的重要因素,证明了子午流注针法的存在合理性及其科学内涵。

脑梗死属中医学“中风”病范畴,中风的病因虽不尽相同,但病机皆是经络不通、经脉失养。采用子午流注法取穴治疗,值穴位气血旺盛之时给予其刺激,能更有效地鼓动经气,疏经通络,从而调和阴阳、益气活血,受损经脉得以濡养,机体功能得到最大的恢复。但子午流注法计算繁琐,难以应用于临床。子午流注低频治疗仪把复杂的“子午流注”“灵龟八法”开穴及中医辨证和针灸处方制成了标准数码程序,通过电脑智能提示特定穴位的开穴时间及特定时间的开穴,并提供治疗疾病的针灸穴位辨证处方。治疗者可按照穴位处方的提示,辅助开穴信息,采用具备多种刺激波形的模拟针刺手法,对选择的穴位进行低频电脉冲治疗。本研究结果显示,子午流注低频治疗仪对于改善脑梗死患者神经功能、运动功能及生活能力有确切疗效。其机制可能为1)通过给予穴位、经络及神经多种波形的电刺激,能够增加脑血流量及血流速度,提高脑组织的有效灌注,并有利于神经细胞生长形成新的树突和轴突,从而改善脑梗死后缺血半暗带的供血状态,并促进神经功能恢复<sup>[9]</sup>。2)电刺激可使肌肉产生节律性收缩,促进神经传导功能和加强肌肉收缩力,改善血液循环和淋巴回流,增强组织营养,有利于患者瘫痪肢体的功能恢复。3)该疗法能够明显改善脑梗死患者血液流变学异常,降低血液黏度及血小板的聚集活性,提高红细胞的

变形率,从而减少血管壁的损伤,减弱血栓形成<sup>[10]</sup>。

现代生物医学表明,人体在疾病状态下形成病理节律<sup>[11]</sup>,所以任何治疗都不可避免地要受到机体的生理节律和病理节律的双重影响和制约。受病邪的性质、程度,机体正气的强弱,脏腑的功能状态等多种因素影响,病理节律较生理节律更为复杂,因此给予子午流注法按时取穴增加了更多难度。本研究中,子午流注低频治疗仪仅从生理节律、人体气血流注方面予以择时开穴,未考虑脑梗死发病的昼夜节律、季节关系等,所以不能全面评估子午流注低频治疗仪治疗脑梗死的临床疗效。而且研究病例数较少,又缺乏远期疗效的评估,使本研究存在一定的局限性,有待于以后进行大样本、多中心、随机对照临床研究,以进一步证实子午流注低频治疗仪对脑梗死的临床疗效。

尽管存在上述不足,与传统针刺法比较,低频治疗仪可减少对皮肤的刺激,最大程度消除患者的疼痛感和畏惧心理,患者更容易接受;而且更为安全有效。

### 参 考 文 献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 24.
- [2] 中华医学会神经科学会. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [3] 全国第4届脑血管病学术会议通过. 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): 3R1.
- [4] 杨长森. 针灸治疗学[M]. 5版. 上海: 上海科学技术出版社, 1984: 81-83.
- [5] 李光华, 朱玲勤, 刘红梅, 等. 五输穴生理电位值测定分析[J]. 辽宁中医杂志, 2003, 30(5): 397.
- [6] 谢感共, 赵彩娇, 卢献群, 等. 灵龟八法穴位开闭状态导电量研究[J]. 中国针灸, 2002, 22(5): 315-317.
- [7] 孙石廷, 工淑玲, 李琳, 等. 纳甲法针刺对AA大鼠血清皮质醇含量的影响[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(1): 170-172.
- [8] 圆黄泳, 杨介宾, 宋开源, 等. 子午流注纳甲法、纳子法对佐剂性关节炎家兔痛阈、单胺类介质及组织胺影响的比较研究[J]. 上海针灸杂志, 1995, 14(5): 220-221.
- [9] 杨雅琴, 邢德利, 赵性泉, 等. 经颅磁刺激对急性脑梗死患者运动功能的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2005, 11(7): 516-517.
- [10] 段维新, 曹正霓. 298例急性期脑血管病的血液流变性和血小板聚集性的观察[J]. 微循环学杂志, 1993, 3(1): 44.
- [11] 金远林. 子午流注纳甲法、纳子法之节律探讨[J]. 湖北中医杂志, 2004, 26(1): 20-21.

(收稿日期 2014-09-01)

# 自制吴丁散敷神阙穴在调节腹内高压中的应用\*

王 健<sup>1</sup> 郭汉画<sup>2△</sup> 潘艳芳<sup>1</sup> 陈全福<sup>2</sup> 王修银<sup>1</sup>

(1.广东省广州市中医医院,广东 广州 510130;2.广东省中医院,广东 广州 510120)

中图分类号:R246 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0690-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.045

**【摘要】目的** 观察自制吴丁散敷神阙穴对调节腹内高压患者的临床疗效。**方法** 74例患者随机分为观察组和对照组两组各37例。对照组予常规治疗,观察组在对照组常规治疗基础上予吴丁散敷神阙穴。观察两组临床疗效、腹内压力(IAP)、肠鸣音、血小板(PLT)、血清蛋白(Alb)、血浆凝血酶原时间(PT)、PT国际标准化比率(PINR)。并进行安全性观察。**结果** 观察组总有效率为83.78%高于对照组的72.97%( $P<0.05$ )。治疗后两组肠鸣音次数、IAP、PLT、Alb、PT、PINR均较治疗前改善(均 $P<0.05$ ),且观察组改善优于对照组(均 $P<0.05$ )。治疗过程两组均未见明显不良反应。**结论** 吴丁散敷神阙穴能调节IAP,改善IAH患者凝血功能,缓解患者腹部症状,有较好的临床疗效,无明显不良反应。

**【关键词】** 腹内高压 神阙穴 吴茱萸 丁香

**The Application of Self-made Wu Ding Powder at Shenque Acupoint on the Regulation of Patients with Intra-abdominal Hypertension** WANG Jian, GUO Hanhua, PAN Yanfang, et al. Guangzhou hospital of TCM, Guangzhou, Guangdong 510130, China

**【Abstract】Objective:** To observe the clinical effect of self-made Wu Ding powder at Shenque acupoint on the regulation of patients with intra-abdominal hypertension. **Methods:** 74 cases of intra-abdominal hypertension (IAH) patients were randomly divided into the observation group with 37 cases and group with case. The control group was given conventional treatment, while the observation group received routine treatment at the same time, placed Wu Ding powder on Shenque acupoint. Clinical curative effect, two groups of intra-abdominal pressure (IAP), bowel sounds, platelet (PLT), serum albumin (Alb), plasma prothrombin time (PT), PT international normalized ratio (PINR), and safety were observed. **Results:** The total effective rate of observation group was 83.78%, which was better than that of the control group (72.97%) ( $P<0.05$ ). The observation group of intra-abdominal pressure and bowel sounds were superior to the control group ( $P<0.05$ ). PLT, Alb, PT, PINR were significantly improved ( $P<0.05$ ), and treatment group did better than those of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Wu Ding powder applying on Shenque acupoint can regulate IAP, improve blood coagulation function in patients with IAH, relieve the abdominal symptoms of patients, has good clinical curative effect, no obvious adverse reaction.

**【Key words】** Intra-abdominal hypertension; Shenque acupoint; Evodia rutaecarpa; Clove

腹内高压(IAH)常继发于腹部创伤、腹部手术、肠梗阻、大面积烧伤、重症急性胰腺炎及短期内需要大量液体复苏的患者,若腹内压力(IAP)不加以控制,可导致腹腔间隔室综合征,是重症患者死亡原因之一<sup>[1]</sup>。由于引发腹内高压的病因较多,西医临床对症治疗顾此失彼。笔者采用吴丁散贴敷神阙穴调节IAH取得了较好的临床疗效。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 病例选择** 诊断标准:西医诊断标准参照2013年世界腹腔间隔室综合征联合会(WSACS)发布的专家共识和诊疗指南的标准<sup>[2]</sup>。纳入标准:新进入ICU 24 h内的IAP $\geq 12$  mmHg(1 mmHg=0.133 kPa);医嘱需

要密切监测IAP;有留置导尿管者;知情同意并签署知情同意书者。排除标准:腹部有损伤、开腹探查术后或者脐部及其附近有病变等影响贴敷者;妊娠、前列腺肥大或者尿道狭窄者;膀胱手术或者影响膀胱的神经系统疾病等禁忌通过膀胱测量IAP者;术中并发症(出血和内脏损伤)者。

**1.2 临床资料** 选择2013年10月至2014年12月在广东省中医院重症医学科住院的IAH患者74例,将病情相近者按随机数字表法分为观察组和对照组各37例。观察组37例,男性19例,女性18例;平均年龄(76.65 $\pm$ 12.71)岁;平均身高(165.30 $\pm$ 7.02) cm;平均体质质量(60.48 $\pm$ 9.12) kg;平均体质指数(24.62 $\pm$ 4.16)。对照组37例,男性20例,女性17例;平均年龄(74.84 $\pm$ 13.53)岁;平均身高(163.10 $\pm$ 8.46) cm;平均体质质量(61.23 $\pm$ 7.36) kg;体质指数平均(24.89 $\pm$ 3.97)。两

\*基金项目:广东省广州市医药卫生科技项目(20132A011008)

△通信作者(电子邮箱:wangzjian168168@163.com)

组性别、年龄、身高、体质量、体质量指数等资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 对照组给予常规治疗,常规治疗方案主要分5种。1)改善腹部壁顺应性:镇静及镇痛、神经肌肉阻滞;避免床头 $>30^\circ$ 。2)疏散内管腔内容:鼻胃管减压、直肠减压、灌肠或直肠引流。3)清除腹腔积液:腹腔定位穿刺、经皮穿刺引流术。4)正确的液体正平衡:避免过多的液体复苏、利尿剂。5)器官功能支持:升压药、优化肺泡通风系统<sup>[3]</sup>。观察组在对照组常规治疗的基础上,予自制吴丁散(吴茱萸粉3g,丁香粉3g混匀,调醋适量成糊状),以无菌纱布加塑料薄膜覆盖外敷于神阙穴,每日1次,共外敷5d。

1.4 观察指标 1)IAP检测<sup>[4]</sup>。患者平卧位,在无菌操作下经尿道插入导尿管,排空膀胱后,将25mL的无菌0.9%氯化钠注射液注入膀胱内口,等30s待膀胱逼尿肌松弛后,以腋中线水平为零点,接压力管测定,测量到的膀胱压力即为IAP(1mmHg=1.36cmH<sub>2</sub>O)。2)肠鸣音测定。以右下腹部作为肠鸣音的听诊点,用手指轻叩或搔弹腹部,记录3min肠鸣音次数。3)分别于入院第1日与治疗第5日取静脉血,采用深圳Mindray BC 6800血液分析仪电阻抗法测定PLT,用日本HITACHI7600生化仪比色法测定Alb,用日本Sysmex CA7000血凝仪凝血活酶法测定PT/PTINR。4)安全性观察。观察记录治疗过程中患者的不良反应事件。

1.5 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》及WSACS的要求。治愈:腹胀消失或者IAP降低到7mmHg或以下。有效:腹胀减轻或者IAP降低到7~12mmHg之间。无效:腹胀未消失或者IAP仍然 $\geq 12$ mmHg,症状无改善。总有效率=(治愈数+有效数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件。计量资料进行正态性检验及方差齐性检验后,采用配对资料t检验,计数资料采用Fisher确切检验,等级资料采用Ridit分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率高于对照组( $P<0.05$ )。

表1 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效(%)
观察组	37	23	8	6	31(83.78) <sup>△</sup>
对照组	37	18	9	10	27(72.97)

与对照组比较,△ $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后肠鸣音次数、IAP比较 见表2。治疗后两组肠鸣音次数、IAP均较治疗前改善(均 $P<0.05$ ),且观察组改善优于对照组(均 $P<0.05$ )。

2.3 两组治疗前后PLT、Alb、PT、PTINR比较 见表

表2 两组肠鸣音、IAP改善比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	肠鸣音(次)	IAP(mmHg)
观察组 (n=37)	治疗前	6.22±0.95	15.23±2.02
	治疗后	11.76±1.06 <sup>△</sup>	8.62±1.76 <sup>△</sup>
对照组 (n=37)	治疗前	6.63±0.89	15.18±1.95
	治疗后	9.26±1.11 <sup>*</sup>	10.15±1.08 <sup>*</sup>

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

3。治疗后两组PLT、Alb、PT、PTINR均较治疗前改善(均 $P<0.05$ ),且观察组改善优于对照组(均 $P<0.05$ )。

表3 两组治疗前后PLT、Alb、PT、PTINR比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	PLT( $10^9/L$ )	Alb(g/L)	PT(s)	PTINR
观察组 (n=37)	治疗前	125.52±11.47	29.25±2.63	18.82±2.51	1.63±0.31
	治疗后	288.16±21.42 <sup>△</sup>	36.10±2.19 <sup>△</sup>	15.21±0.62 <sup>△</sup>	1.21±0.18 <sup>△</sup>
对照组 (n=37)	治疗前	131.69±13.95	30.18±2.85	18.13±2.34	1.61±0.27
	治疗后	197.34±18.2 <sup>*</sup>	33.77±2.14 <sup>*</sup>	16.62±0.83 <sup>*</sup>	1.39±0.20 <sup>*</sup>

2.4 安全性分析 治疗过程两组均未见明显不良反应。

## 3 讨论

IAH可损伤肾脏、呼吸、心血管器官及代谢系统,若不加以处理,可导致多系统器官功能衰竭甚至死亡,发病率在65%左右<sup>[5]</sup>。腹壁顺应性降低、脏器内容物增加、腹腔内容物增加、毛细血管渗漏或大量液体复苏等都可导致IAH。国内外研究认为开腹手术能迅速降低腹内压力,但存在创伤性,开腹破坏的血管渗漏可能再次形成IAH<sup>[6]</sup>,闭腹管理也是有待解决的难题<sup>[7]</sup>。因此,临床以内科常规治疗为主。由于引起IAH的因素是多方面的,目前并无单一手段控制其发展,需要综合性干预与治疗。此时,中医中药的整体治疗思想十分适用于调节腹内高压。

《神农本草经疏》曰“凡脾胃之气,喜温而恶寒,寒则中气不能运化,辛温暖脾胃而散寒,则中自温,气自下,而诸证悉除”。中医学认为IAH患者常存在阳气虚损,机能减退或衰弱,代谢活动减退,机体反应性低下,出现阳气不足,阳不制阴,阳虚则寒的表现。中医在扶正驱邪,调理阴阳有其独到的优势。神阙穴俗称肚脐眼,乃“居中立极”,是气机升降出入的总枢,药物经神阙穴传感,在脐穿透后,直接扩散到静脉网或腹下静脉分支而入人体循环,用药见效较快,所以神阙穴在腹部疾病中运用较广<sup>[8]</sup>。吴茱萸气芳香浓郁,味辛辣而苦,有小毒,归肝、脾、肾经<sup>[9]</sup>,其主要化学成分生物碱能够促进内源性降钙素相关基因多肽的释放和激活辣椒素受体,起到温中散寒、降逆止呕、助阳止泻之功效,并有芳香健脾、抑制肠道内异常发酵的作用<sup>[10]</sup>;丁香入药最早可见于南朝齐梁陶弘景的《名医别录》,书中称其为“鸡

舌香”,其味辛,性温,具有促进透皮吸收作用,有温胃降逆、温中止痛、温肾助阳之功效<sup>[11]</sup>。本研究提示吴丁散增加观察组肠鸣音,推测吴丁散通过敷贴神阙穴渗透入药,能促进胃肠蠕动功能,使胃肠功能得到一定程度的恢复,增强患者对五谷精微的吸收,从而提高 Alb 的浓度水平,可改善腹腔内胶体渗透压,也能与腹腔内难溶性小分子有机物和无机离子可逆地结合形成易溶性复合物进行代谢,从而达到调节 IAP 的疗效。

骨髓造血组织中的巨核细胞新生成的 PLT 先通过脾脏,约有 1/3 在此贮存,贮存的 PLT 可与进入循环血中的 PLT 自由交换<sup>[12]</sup>。本研究提示观察组经治疗后 PLT 较治疗前明显升高,且较对照组更为明显,可能与吴丁散穴位敷贴法温中土,益脾胃,促使 IAH 患者脾脏贮存的 PLT 释放入血,粘附和沉积在肠黏膜受损血管上,营养和修复肠黏膜微细血管,从而降低毛细血管的渗漏,降低 IAP。PT 是外源性凝血系统较为敏感和最为常用的筛选实验,PTINR 使不同的实验室和不同试剂测定的 PT 具有可比性<sup>[13]</sup>。本研究提示 PT 和 PTINR 较治疗前明显下降,凝血功能得到改善,表明吴丁散穴位敷贴法促使位于胃肠道血管壁外膜细胞的组织因子暴露,组织因子与血浆 Alb 和 PLT 表面糖衣吸附,PLT 颗粒内释放出与凝血有关的物质,启动外源性凝血途径。组织因子有定位的特点,凝血过程局限于损伤部位,而不从血液凝固的起始部位向远处播散。神阙穴的定位敷贴能进一步增强组织因子对肠道血管壁细胞的修复,保持血管壁的完整性,防止血管的渗漏,为进一步降低 IAP 提供有利环境。

综上所述,吴丁散贴敷神阙穴法能较好地增加肠鸣音次数,促进胃肠蠕动,提高 Alb 水平,改善腹腔内胶体渗透压,促进 PLT 经脾入血,降低 PT 和 PTINR,修复受损血管,改善凝血功能,温中升阳,扶正祛邪,可达到较好地降低腹内压力临床疗效,价格低廉,操作简便,且无创伤性。

参 考 文 献

[1] 蔡小勇,高枫,陈利生.腹内高压和腹腔间室综合征研究进展[J].中华外科杂志,2007,45(11):780-782.

[2] Andrew WK, Derek JR, Jan DW, et al. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus denitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome[J]. Intensive Care Med, 2013, 39(7): 1190-1206.

[3] 江利冰,张茂,马岳峰.腹腔高压和腹腔间隔室综合征诊疗指南(2013版)[J].中华急诊医学杂志,2013,22(8):839-841.

[4] 张淑香,王淑玲,曹允芳.膀胱灌注量对重症患者经膀胱腹内压测量的影响[J].中华护理杂志,2012,47(9):806-807.

[5] Theodossis SP, Athanasios DM, Loannis P, et al. Abdominal compartment syndrome -Intra-abdominal hypertension: Defining, diagnosing, and managing[J]. J Emerg Trauma Shock, 2011, 4(2): 279-291.

[6] Cheatham ML, Malbrain ML, Kirkpatrick A, et al. Results from the international conference of experts on Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome [J]. Intensive Care Med, 2007, 33(6): 951-962.

[7] 钱洪军,陈帆,朱宏亮,等.暂时性腹腔关闭技术在严重腹腔感染中的应用[J].南昌大学学报:医学版,2014,54(5): 54-56.

[8] 王列萍,党红转.神阙穴的临床应用[J].中华实用中西医杂志,2009,22(23):1782-1783.

[9] 国家药典委员会.中国药典: I 部[M].北京:中国医药科技出版社,2010: 160,附录 VI B.

[10] 梁稚洋,陈全福,钟平吴.茱萸肉桂穴位贴敷对降低继发性腹腔高压的疗效研究[J].当代医学,2012,18(24):158-159.

[11] 张晓璇,邱华云,王芳芳.酒调吴茱萸和丁香敷脐治疗脓毒症胃肠功能障碍疗效观察[J].中国中医急症,2011,20(11): 1746-1747.

[12] 刘成玉,罗春丽.临床检验基础[M].5版.北京:人民卫生出版社,2012: 78-80.

[13] Karin L, Aaron LF. Grow with the flow: a spatial-temporal model of platelet deposition and blood coagulation under flow[J]. Math Med Biol, 2011, 28(1): 47-84.

(收稿日期 2015-01-17)

欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

# 吕氏三联疗法治疗早期急性乳腺炎临床观察\*

王永悦 吕钢<sup>△</sup> 闵捷 王亚冬 王婷

(重庆市中医院,重庆 400021)

中图分类号:R655.8 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0693-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.046

**【摘要】目的** 观察吕氏三联疗法(吕氏八步排乳法、针刺法联合贴敷疗法)治疗早期急性乳腺炎的临床效果。**方法** 选取符合纳入标准的患者141例,随机分为3组,各47例。对照A组予吕氏八步排乳法;对照B组单纯应用抗生素治疗;研究组予吕氏三联疗法治疗。治疗8d后观察各组疗效。**结果** 总有效率、患者满意度等方面,研究组(97.87%、93.74%)最优,对照A组(93.62%、87.23%)次之,对照B组(80.85%、65.96%)最低,各组间差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 吕氏三联疗法治疗早期急性乳腺炎操作简便,疗效显著。

**【关键词】** 排乳法 针刺法 急性乳腺炎 临床观察

**Clinical Research of Lü's Triple Therapy Against Early Acute Mastitis** WANG Yongyue, Lü Gang, MIN Jie, et al. Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital, Chongqing 400021, China

**【Abstract】Objective:** To observe the clinical efficacy of Lü's triple therapy in treatment of people with early acute mastitis. **Methods:** 141 cases were randomly divided into the group A with Lü's eight-step milk ejection method, the control group B with antibiotic therapy and the group C with Lü's triple therapy. The clinical efficacies of 3 groups were observed and compared in these groups. **Results:** In the curative rate, the total effective rate and the satisfaction rate, there were some statistical differences among these groups ( $P<0.05$ ). The highest rates were in the group C (97.87%、93.74%), followed by the group A (93.62%、87.23%), and finally the group B (80.85%、65.96%). **Conclusion:** It is operationally simple and significant effect of Lü's triple therapy in the early acute mastitis.

**【Key words】** Manual milk ejection; Acupuncture; Acute mastitis; Clinical observation

急性乳腺炎是产后哺乳妇女的常见病及多发病,尤以初产妇多见<sup>[1]</sup>,其发病多因产后乳汁淤积,或乳头破损,细菌沿淋巴管、乳管侵入乳房,继发感染而成<sup>[2]</sup>,病属中医学“外吹乳痛”范畴。其治疗原则是消除感染,排空乳汁。由于在应用抗生素过程中,患者需暂停哺乳,使得该治疗方法在临床工作中不被患者及家属所接受。为缩短临床疗效,提高患者满意度,解除患者病痛,笔者采用三联疗法治疗急性乳腺炎。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 病例选择** 诊断标准参照《外科学》<sup>[1]</sup>、《中医外科学》<sup>[2]</sup>、《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>、《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>制定。1)西医诊断标准:乳房疼痛、局部红肿、发热。可伴寒战、高热、脉搏加快,患侧淋巴结肿大、压痛,白细胞总数、中性粒细胞数、C反应蛋白(CRP)增高。2)中医诊断标准:(1)有乳头皲裂、乳汁淤积史;(2)初期乳房局部红肿热痛,乳汁排出不畅,或有结块;(3)伴恶寒发热,头痛骨楚,或胸闷不舒,纳少泛恶,大便干结等。满足上述2项及以上即可。3)入组与排除标准:凡符合上述诊断标准外,还需满足(1)产

后母乳喂养的初产妇;(2)年龄>18岁;(3)就诊前1周未进行相关治疗;(4)病程在1周以内;(5)对本临床观察了解知情,并签署知情同意书。排除(1)乳头内陷,牵拉不出者;(2)晕针及药物过敏者;(3)严重皮肤病、精神疾病等其他系统疾病;(4)患浆细胞性乳腺炎、炎性乳腺癌、乳腺囊肿等。

**1.2 临床资料** 选取2013年7月至2014年7月重庆市中医院乳腺甲状腺科门诊及住院部早期急性乳腺炎患者141例,患者均为产后母乳喂养的初产妇,年龄21~38岁,平均28.3岁,单侧乳房发病103例,双侧乳房发病38例。随机分为对照A组、对照B组和研究组各47例。对照A组单侧乳房发病35例,双侧乳房发病12例;对照B组单侧乳房发病33例,双侧乳房发病14例;研究组单侧乳房发病35例,双侧乳房发病12例。3组患者在年龄、临床表现等方面差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 1)对照A组予吕氏八步排乳法治疗。(1)排乳前检查:检查双侧乳房是否形成“奶结”(乳汁淤积),皮肤是否红肿,乳头是否内陷,皮温情况,有无压痛,红肿处有无波动感。(2)乳房清洁:用温水或肥皂水清洗双侧乳房,不可过度擦洗乳晕及乳头,避免人为引起损伤。(3)热敷:避开乳晕及乳头区,温度控制在

\* 基金项目:重庆市中医院科研课题(2012-1-3)

△ 通信作者(电子邮箱:lqcmu@126.com)

50℃以内,时间约15 min。(4)乳房按摩:用指腹顺时针按摩乳房,按摩时间约5 min。按摩手法主张行顺时针打圈形按摩,按摩的终点朝向乳头处,反复按摩。对于奶结处,可加强按摩力度。(5)乳头排污:以清洁纱布清除乳管开口端的污垢,通过右手的拇指和食指挤压乳头,边挤压边清洁,仔细观察乳管通畅情况,判定乳管是否通畅。若发现乳管开口处乳汁堵塞并伴有“小白点”出现,通过我科研制“通乳探针”<sup>[5]</sup>使堵塞乳管畅通。(6)乳晕区排空:将拇指与食指分别放置于乳晕外侧缘,先垂直压乳房,下压至1~2 cm,在收拢拇指与食指,同时做上提动作,挤出奶汁。(7)乳房排空:将拇指与食指分别放置于乳晕外侧缘,其他3指以此排开,放置于乳房表面,在人工排乳过程中,中指、无名指和小指起辅助作用,将乳汁从乳管中排至乳晕下方,再通过拇指与食指将乳汁排出乳房。反复操作,直至乳汁排空。(8)保护乳头及乳晕:将最后排出的少量乳汁均匀涂抹在乳头及乳晕上,起到保护作用。每日1次。2)对照B组单纯应用抗生素治疗。单纯使用青霉素400万U静滴,每日2次。青霉素过敏者选用注射用五水头孢唑林钠2 g(深圳九新药业有限公司)加入0.9%氯化钠注射液100 mL,静脉滴注,每日2次。3)研究组予吕氏三联疗法,即吕氏八步排乳法、针刺法,联合贴敷疗法治疗。吕氏八步排乳法同对照A组。(1)针刺法:嘱患者仰卧于理疗床上,选取双侧膻窗、乳根、内关、合谷、足三里、太冲、行间、膻中穴。穴位定位及操作方法依据《针灸学》<sup>[6]</sup>,常规消毒后,选用华佗牌1.5寸(0.35 mm×40 mm)针灸针行平补平泻法针刺,留针30 min。每日1次。(2)贴敷疗法:选自《外科正宗》中如意金黄散一方,组成:大黄、黄柏、姜黄、白芷、南星、陈皮、苍术、厚朴、甘草、天花粉加蜂蜜、食醋、水调至糊状外敷于患处,外敷范围大于病变范围2 cm,宜厚贴约0.3 cm,外敷3~4 h。

1.4 疗效标准 治疗8 d后对3组治疗方法的疗效、治愈率、治愈时间、患者满意度等方面进行综合评价。治愈:临床症状消失,肿块消退,乳汁排出通畅,血常规、C反应蛋白(CRP)检查正常。好转:症状、体征明显减轻,乳汁排出基本通畅,血常规、CRP检查接近正常。无效:症状及体征无改善或加重,甚至发展为乳腺脓肿,血常规、CRP检查升高<sup>[7]</sup>。

1.5 统计学处理 应用SPSS 17.0 统计软件分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,应用方差分析,计数资料采用率(%)描述,应用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 3组临床疗效比较 见表1。研究组总有效率明显高于对照A组、对照B组( $P < 0.05$ )。

2.2 3组治愈时间比较 对照A组平均治愈时间( $4.2 \pm$

表1 3组临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效(%)
对照A组	47	40	4	3	44(93.62) <sup>△</sup>
对照B组	47	32	6	9	38(80.85) <sup>△</sup>
研究组	47	46	0	1	46(97.87)

与研究组比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ,<sup>△△</sup> $P < 0.01$ 。下同。

1.00) d,对照B组( $5.8 \pm 1.29$ ) d,研究组( $2.4 \pm 0.85$ ) d。研究组治愈时间明显短于其他两组( $P < 0.05$ )。

2.3 3组患者满意度比较 见表2。研究组满意率明显高于对照A组、对照B组。

表2 3组患者满意度比较(n)

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意率(%)
对照A组	47	32	9	6	87.23 <sup>△△</sup>
对照B组	47	5	26	16	65.96 <sup>△△</sup>
研究组	47	40	5	2	95.74

## 3 讨论

本病属中医学“外吹乳痈”范畴,中医学认为,女子乳头属肝,乳房属胃。乳房与足阳明胃经和足厥阴肝经在经络循行及生理上有密切关系,病因多为肝气郁结,胃热壅滞。故乳房局部选取八会穴之气会膻中穴以行气解郁、疏通乳络<sup>[7]</sup>;膻窗穴、乳根穴与远端手阳明大肠经合谷穴相配泻阳明郁热,调节乳房部气血;内关为手厥阴心包经络穴,可宽胸理气、行气散结<sup>[8]</sup>;太冲、行间穴可疏肝理气,清肝泻火<sup>[9]</sup>。诸穴合用,共奏疏肝解郁、清胃泄热、疏通乳络、消肿散结之功。《丹溪心法》曰“于初起之时,便需忍痛,揉令稍软,吮令汁出,自可消散,失此不治,必成痈疽”,手法排乳在急性乳腺炎早期应用疗效显著,其属于中医推拿范畴,各家手法不一。我科创始人吕钢教授根据多年临床经验总结出一套行之有效的排乳手法,并将其命名为“吕氏八步排乳法”。其手法可疏通乳腺管,使淤积的乳汁自乳头排出,消除肿块,缓解疼痛,同时将细菌排出体外,还可促进乳房局部血液循环,促进乳汁分泌,有效避免了乳汁淤积的发生。贴敷疗法中使用的如意金黄散出自《外科正宗》,可清热祛湿、散瘀化痰、止痛消肿<sup>[10]</sup>,在治疗乳腺炎方面疗效可靠<sup>[11]</sup>。

重庆市中医院乳腺甲状腺科主任吕钢教授自创“吕氏八步排乳法”在临床应用中疗效显著,为进一步提高临床疗效,提高治愈率,缩短病程,避免病情进展及反复,切实解除患者痛苦,吕钢主任结合针刺法、贴敷疗法,这两种传统医学治疗手段治疗急性乳腺炎,并简称为吕氏三联疗法。此方法操作简便,医疗成本低,疗效显著,且不影响母乳喂养。

### 参 考 资 料

[1] 陈孝平,汪建平.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:

- 253.
- [2] 陈红风. 中医外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:124.
- [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,1994:43-45.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国中医药科技出版社,2002:278-281.
- [5] 王亚冬,吕钢,甘霖,等. 通乳探针的研究及临床应用[J]. 激光杂志,2014,35(2):81-82.
- [6] 石学敏. 针灸学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社,2007.
- [7] 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,2002:278.
- [8] 王婕,尚秀葵. 针刺加拔罐疗法治疗哺乳期急性乳腺炎80例[J]. 针灸临床杂志,2013,29(8):9.
- [9] 李彩云. 体针配合刺络拔罐治疗早期急性乳腺炎68例[J]. 中医研究,2011,2(24):71.
- [10] 国家药典委员会. 中国药典一部[M]. 北京:中国医药科技出版社,2005:456-457.
- [11] 李娟. 如意金黄散治疗急性乳腺炎的临床观察[J]. 中国民族民间医药,2011,20(24):152.

(收稿日期 2014-11-21)

## 血必净注射液对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的炎症标志物及细胞免疫功能影响

张涵 龚建化 张家洪 马经平  
(湖北省荆州市荆州中心医院,湖北 荆州 434020)

中图分类号:R563.9 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0695-02  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.047

**【摘要】目的** 观察血必净注射液对慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)患者的炎症标志物及细胞免疫功能影响。**方法** 100例患者随机分为两组各50例。对照组予常规抗感染、支气管舒张剂、祛痰药等,治疗组在对照组基础上加用血必净注射液入液静滴治疗。观察两组炎症标志物[降钙素原(PCT)、C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、动脉血 PaCO<sub>2</sub>、PaO<sub>2</sub>及T淋巴细胞亚群、临床有效率等变化。**结果** 两组治疗后炎症标志物及血 PaCO<sub>2</sub>、PaO<sub>2</sub>、T淋巴细胞亚群与治疗前比较均改善(均  $P < 0.05$ ),且治疗组改善优于对照组(均  $P < 0.05$ )。治疗组有效率为84.00%高于对照组的66.00%( $P < 0.05$ )。**结论** AECOPD治疗时在常规治疗基础上加用血必净可提高疗效及改善预后。

**【关键词】** 慢性阻塞性肺疾病急性加重 血必净注射液 T淋巴细胞亚群 PCT

慢性阻塞性肺疾病(COPD)反复急性加重可导致患者肺功能进行性下降,免疫功能降低,最终导致多器官功能衰竭。研究显示,此与COPD急性加重期(AE-COPD)复杂的炎症损害及细胞免疫功能下降有关<sup>[1-2]</sup>。目前大多采用激素治疗,但长期大剂量使用后会发明显副作用,如继发真菌感染、血糖及血压升高、骨质疏松、消化道溃疡等。血必净注射液为复方中药制剂,研究证明血必净注射液具有抗炎症递质、抗内毒素、提高PaO<sub>2</sub>、降低PaCO<sub>2</sub>等作用<sup>[3-4]</sup>。本研究通过对AECOPD常规治疗合血必净注射液治疗,观察其对患者的炎症标志物、T淋巴细胞亚群的影响,探讨其治疗AECOPD中的价值。现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 病例选择** 所选病例均符合2013年中华医学会呼吸病学分会《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》中的AECOPD诊断标准<sup>[5]</sup>。排除标准:排除合并肿瘤、肺炎感染、心脑血管疾病、免疫系统疾病等者。

**1.2 临床资料** 选取2011年3月至2013年9月湖

北省荆州市荆州中心医院住院治疗的AECOPD患者100例。随机分为治疗组和对照组两组各50例。治疗组男性38例,女性12例;平均(71.00±10.00)岁。对照组男性40例,女性10例;平均(70.00±9.00)岁。两组年龄、性别、一般情况、病程及疾病严重程度等差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 对照组给予常规抗感染、支气管舒张剂、祛痰药等,治疗组在对照组基础上加用0.9%氯化钠注射液100 mL加血必净注射液(天津红日药业股份有限公司生产)100 mL,每日1次,治疗1周,治疗过程中不使用影响免疫功能药物。

**1.4 观察指标** 治疗前及治疗后1周的空腹血标本,记录其降钙素原(PCT)、C反应蛋白(CRP)、白介素-6(IL-6)、动脉血 PaCO<sub>2</sub>、PaO<sub>2</sub>的变化,流式细胞术检测T淋巴细胞亚群变化。有效:呼吸困难、咳嗽、咯痰、口唇发绀、肺部哮鸣音及湿性啰音体征减轻,血气分析改善。无效:症状、体征无改善或恶化。

**1.5 统计学处理** 应用SPSS17.0统计软件。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,计量资料用 $\chi^2$ 检验,组间比较采用 $t$

检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 两组治疗前后炎症标志物及动脉血 PaCO<sub>2</sub>、PaO<sub>2</sub> 比较 见表 1。两组治疗前炎症标志物及血气分析比较差别不大 (P>0.05), 两组治疗后炎症标志物及血 PaCO<sub>2</sub>、PaO<sub>2</sub> 与治疗前比较均改善 (均 P<0.05), 且治疗组改善优于对照组 (均 P<0.05)。

表 1 两组治疗前后炎症标志物及动脉血 PaCO<sub>2</sub>、PaO<sub>2</sub> 比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	PCT(ng/mL)	CRP(mg/L)	IL-6(ng/L)	PaO <sub>2</sub> (mmHg)	PaCO <sub>2</sub> (mmHg)
治疗组 (n=50)	治疗前	1.60±1.30	96.20±18.30	133.10±25.40	55.40±10.90	65.70±13.10
	治疗后	0.40±0.60 <sup>△</sup>	35.20±20.40 <sup>△</sup>	64.50±14.60 <sup>△</sup>	68.70±7.30 <sup>△</sup>	45.40±11.90 <sup>△</sup>
对照组 (n=50)	治疗前	1.40±0.50	92.10±16.80	138.30±18.70	57.20±14.50	63.10±10.60
	治疗后	0.80±0.40 <sup>*</sup>	65.30±11.20 <sup>*</sup>	88.50±10.80 <sup>*</sup>	62.10±9.50 <sup>*</sup>	49.80±5.20 <sup>*</sup>

与本组治疗前比较, \*P<0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>△</sup>P<0.05。下同。

2.2 治疗组与对照组治疗前后血清 T 淋巴细胞亚群比较 见表 2。两组治疗前 T 淋巴细胞亚群比较差别不大 (P>0.05), 治疗后 T 淋巴细胞亚群与治疗前比较均改善 (均 P<0.05), 且治疗组改善优于对照组 (均 P<0.05)。

表 2 两组治疗前后血清 T 淋巴细胞亚群比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	CD3 <sup>+</sup>	CD4 <sup>+</sup>	CD8 <sup>+</sup>	CD4 <sup>+</sup> /CD8 <sup>+</sup>
治疗组 (n=50)	治疗前	62.30±1.20	40.20±1.50	23.80±2.00	1.80±0.30
	治疗后	72.80±0.90 <sup>△</sup>	49.70±2.60 <sup>△</sup>	20.40±0.20 <sup>△</sup>	2.20±0.80 <sup>△</sup>
对照组 (n=50)	治疗前	58.70±1.40	41.60±2.30	21.50±1.30	1.90±0.40
	治疗后	66.40±0.60 <sup>*</sup>	43.50±1.90 <sup>*</sup>	20.80±0.70 <sup>*</sup>	2.00±0.60 <sup>*</sup>

2.3 两组疗效比较 治疗组有效 42 例, 有效率为 84.00%, 无效 8 例。对照组有效 33 例, 有效率为 66.0%, 无效 17 例。差异有统计学意义 (P<0.05)。

### 3 讨论

AECOPD 多为感染诱发, 尤其是革兰阴性杆菌感染, 革兰阴性杆菌内毒素直接损伤或间接通过炎症因子介导产生系统性炎症反应, 最终导致微循环障碍及组织低灌注。有文献报道, COPD 的产生及进展与 T 淋巴细胞在肺实质和气道的异常浸润损伤密切相关<sup>[6]</sup>。血必净注射液主要是由红花黄色素 A、赤芍、川芎嗪、当归和原儿茶醛等组成, 具有改善微循环、减少渗出、拮抗内毒素及炎症因子、增加局部血流量、调节免疫及促进免疫功能恢复、促进病变修复与愈合等作用<sup>[7]</sup>。目前多主要用于脓毒血症治疗。

AECOPD 患者 CRP 明显增高, 其水平是评价慢性阻塞性肺病 (COPD) 疗效及预后的独立的预测因素<sup>[8]</sup>。IL-6 不仅直接参与炎症反应及损伤, 还可诱导中性粒细胞浸润<sup>[9]</sup>。PCT 是甲状腺 C 细胞分泌的糖蛋白, 其水平与炎症严重程度密切相关, 是全身性炎症反应的高

灵敏度标志物<sup>[10]</sup>。T 淋巴细胞包括 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup> 亚群, 其中 CD3<sup>+</sup> 为所有 T 淋巴细胞共有的表面抗原标志, CD4<sup>+</sup> 主要包括辅助性 T 细胞, 其主要作用是促进产生淋巴因子, 协同 B 细胞产生抗体及辅助其他 T 淋巴细胞, CD8<sup>+</sup> 包括细胞毒性 T 细胞及抑制性 T 细胞, 其主要作用为帮助消除病原体, 当其过度表达时亦可导致机体免疫损伤<sup>[11]</sup>。AECOPD 患者存在细胞免疫功能失调导致免疫功能下降, 因此易出现反复感染<sup>[2]</sup>。

本研究结果显示, 使用血必净注射液治疗后患者炎症标志物均明显下降, 血 PaO<sub>2</sub> 明显升高, PaCO<sub>2</sub> 明显下降, 治疗有效率明显高于常规治疗组, 患者外周血 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup> 及 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 比值升高, CD8<sup>+</sup> 降低, 表明联合血必净注射液对 AECOPD 治疗可明显减轻炎症反应和炎症介质释放, 改善患者通气功能, 促进细胞免疫功能不同程度恢复, 增强抗感染能力, 改善预后。

综上所述, 在常规治疗基础上联合血必净治疗 AECOPD 可减轻炎症反应、提高细胞免疫、从而提高疗效及改善预后, 有较好临床价值, 其具体作用机制仍有待进一步研究与探讨。

### 参 考 文 献

- [1] 王卓, 夏国光, 姚婉贞. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期病原学研究[J]. 中国全科医学, 2009, 12(11): 1942.
- [2] 王娜, 张湘燕, 张程, 等. 慢性阻塞性肺病患者免疫功能的变化[J]. 贵州医药, 2011, 35(7): 593-595.
- [3] 王念, 沈国强. 血必净对脑梗死合并慢性阻塞性肺疾患急性发作的治疗作用及影响[J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(11): 1641.
- [4] 郭保军. 血必净注射液治疗慢性肺源性心脏病急性加重期的疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(3): 358.
- [5] 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]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(41): 255-264.
- [6] 李晓珍, 张峰, 游伟玲. COPD 患者外周血 T 淋巴细胞亚群的变化及乌体林斯的调节作用[J]. 放射免疫学杂志, 2011, 24(1): 75-77.
- [7] 耿平, 夏仲芳, 顾健, 等. 血必净注射液对严重脓毒症患者早期高凝状态的干预作用[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 15(6): 346-349.
- [8] Dahl M, Vestbo J, Zacho J, et al. C-reactive protein and chronic obstructive pulmonary disease: a Mendelian randomisation approach[J]. Thorax, 2011, 66(3): 197-204.
- [9] 刘慧琳, 刘桂花. 脓毒症患者降钙素原与 APACHE II 评分的相关性探讨[J]. 中华急诊医学杂志, 2012, 21(4): 371-374.
- [10] 黄伟平, 江稳强, 胡北, 等. 降钙素原对全身炎症反应综合征患者病情预后的判断价值[J]. 中国危重病急救医学, 2012, 25(5): 294-297.
- [11] 陈公平, 林其昌, 连宁芳, 等. 老年慢性阻塞性肺病患者细胞免疫功能变化及胸腺肽  $\alpha 1$  疗效观察[J]. 中华老年医学杂志, 2009, 28(12): 979-981.

(收稿日期 2014-09-20)

# 针刺后溪穴结合颈部按摩治疗落枕的疗效观察\*

田洪昭 孙忠人<sup>△</sup> 张秦宏 荀文臣  
(黑龙江中医药大学,黑龙江 哈尔滨 150040)

中图分类号:R246 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0697-03  
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.048

**【摘要】目的** 观察针刺后溪穴结合颈部按摩治疗落枕的临床治疗效果。**方法** 将60例落枕患者随机分为治疗组和对照组各30例,治疗组运用针刺后溪穴结合颈部按摩的方法治疗,对照组采用单纯按摩的方法治疗。治疗3次后比较两组简式 McGill 疼痛问卷的评分,判断两组的治疗效果。**结果** 两组组内评分比较,治疗1次后与治疗前比较、治疗2次后与治疗1次后比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。治疗组治疗3次后与治疗2次后比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。对照组治疗3次后与治疗2次后比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。两组组间评分比较,治疗1次后和2次后比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。治疗3次后比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组综合疗效比较,治疗1次后,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),治疗2次后,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗3次后,两组差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 针刺后溪穴结合颈部按摩治疗落枕的疗效显著,可促进落枕患者的快速痊愈。

**【关键词】** 针刺 后溪穴 按摩 落枕

**Observations on Therapeutic Effect of Acupuncture Houxi Point Combined with Neck Massage in the Treatment of Neck Stiffness** TIAN Hongzhao, SUN Zhongren, Zhang qinhong. Heilongjing University Of Chinese Medicine, Heilongjiang, Harbin 150040, China

**【Abstract】Objective:** To observe the effect of Acupuncture Houxi point with neck massage in the treatment of stiff. **Methods:** Sixty cases of stiff neck were randomly divided into the treatment group ( $n = 30$ ) and control group ( $n = 30$ ). The treatment group were treated with acupuncture Houxi point method combined with neck massage therapy, while the control group were treated with the method of pure massage therapy. treatment score of simplified McGill of both groups were compared, as well the curative effect. **Results:** Comparing the two groups in the score, 1 time after treatment compared with before treatment, 2 times after treatment and 1 time after the treatment comparison, there were significant differences between them ( $P < 0.01$ ). In treatment group, 3 times and 2 times after the treatment comparison, no statistical significance did not showed ( $P > 0.05$ ). The control group 3 days after treatment and 2 times after the treatment comparison, there was significant ( $P < 0.01$ ). The two groups were compared after treatment score, and there were significant difference at 1 time and 2 times after comparison ( $P < 0.01$ ). After the 3 treatment, no statistical significance showed between two group ( $P > 0.05$ ). Comparison of the integrated effect of the two groups, 1 times after treatment, the difference between the two groups was statistically significant ( $P < 0.01$ ); 2 times after the treatment, there was significant difference between two groups ( $P < 0.05$ ). After 3 treatments, the difference between the two groups had no statistical significance ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** The curative effect of combined with acupuncture Houxi point neck massage in treating stiff neck significantly, can promote the rapid recovery of patients with neck.

**【Key words】** Acupuncture; Houxi point; Massage; Stiff neck

落枕为临床常见的急性颈部软组织损伤,古称“失颈”,又称“失枕”,主要是由于睡眠时姿势不正或当风露卧后,引起急性颈部肌肉疼痛酸胀、痉挛强直的症状,甚至颈部活动不利。轻者自愈时间为3~5d,重者颈部肌肉严重痉挛疼痛并可上肢放射,可数周不愈。笔者采用针刺后溪穴结合颈部按摩治疗落枕30例,与

单纯按摩进行比较。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 病例选择 纳入标准:** 诊断标准符合《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup> 中有关落枕标准;病程均在72h以内;发病后未接受过其他治疗;患者签署知情同意书。**排除标准:** 颈椎骨折、结核、颈椎病者;有严重皮肤病,凝血功能障碍者。

**1.2 临床资料** 选取2013至2014年在黑龙江中医药大学附属一院研究门诊招募患者60例,均符合病例选择标准。采用随机数字表法将60例落枕患者随机分

\* 基金项目:黑龙江中医药大学“优秀创新人才支持计划”科研项目(2012RCQ64, 2012RCL01);黑龙江省研究生创新科研项目(重点)(YJSCX2012-357HLJ)

<sup>△</sup> 通信作者(电子邮箱:szr006@163.com)

为治疗组 30 例和对照组 30 例。其中治疗组男性 15 例,女性 15 例;年龄 18~39 岁,平均(25.00±1.00)岁。对照组男性 17 例,女性 13 例;年龄 17~38 岁,平均(23.00±2.00)岁。两组性别、年龄差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 治疗组给予如下治疗。1)按摩。(1)患者取坐位,术者站在患者身后,先用轻柔的一指禅推法、揉法在患侧颈项和肩部施术约 3~5 min。(2)用拿法提拿颈椎旁开 1.5 寸处的软组织,以患侧为重点部位,并弹拨紧张的肌肉,使之逐渐放松。(3)然后作摇晃法及旋扳法,术者一手扶住患者头后部,另一手拖住下颌,双手慢慢向两侧作摇颈和旋转动作 10~15 次,以活动颈椎小关节,乘患者不备,突然将头向患侧大幅度旋转,力量适中,以防发生意外。(4)术者按揉风池、风府、风门、肩井、天宗、肩外俞等穴,每穴 30 s,手法由轻到重,然后轻拿颈椎棘突两侧肌肉。最后可在患部加用擦法治疗<sup>[2]</sup>。每日按摩 1 次,共按摩 3 次。2)针刺。按摩后让患者掌心向下,轻握拳取后溪,术者先用拇指点按数下,再用 75%的酒精对患侧后溪穴处皮肤常规消毒,手持 0.3×40 mm 规格的毫针刺后溪穴,进针 1 寸左右,行快速捻转泻法,使之得气,局部有酸、胀、麻、重等反应,留针 30 min,10 min 左右行针 1 次,在留针过程中嘱咐患者前后、左右的活动颈部,尤以向受限方向活动为主。每日治疗 1 次,共治疗 3 次。对照组单纯按摩治疗,施术方法同治疗组,每日 1 次,共治疗 3 次。

1.4 观察指标 应用简式麦-吉尔(McGill)疼痛问卷<sup>[3]</sup>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位于 10 cm 横线上的位置,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,3 项的分数相加即为疼痛问卷的总得分。

1.5 疗效标准 根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>。治愈:颈部肌肉疼痛消失,压痛点消失,酸胀消失,颈部活动自如,恢复正常。好转:颈部疼痛减轻,活动改善。未愈:症状无改善,功能未恢复。

1.6 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,用  $t$  检验方法统计计量资料,用秩和检验方法统计等级资料。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗前后 McGill 疼痛量表评分情况 见表 1。两组组内评分比较,治疗 1 次后与治疗前比较、治疗 2 次后与治疗 1 次后比较,差异有统计学意义 ( $P<$

0.01)。治疗组治疗 3 次后与治疗 2 次后比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。对照组治疗 3 次后与治疗 2 次后比较,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。两组组间评分比较,治疗 1 次后和 2 次后比较,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。治疗 3 次后比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表 1 两组治疗前后评分情况比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	治疗前评分	治疗 1 次后评分	治疗 2 次后评分	治疗 3 次后评分
治疗组	30	24.17±6.71	6.94±1.93 <sup>*</sup>	1.68±1.06 <sup>△</sup>	1.42±0.68
对照组	30	23.78±6.06	13.05±4.75 <sup>*</sup>	6.65±1.51 <sup>△</sup>	1.51±0.71 <sup>△</sup>

与本组治疗前比较, \* $P<0.01$ ;与本组第 2 次治疗后比较,  $\Delta P<0.01$ ;与本组第 2 次治疗后比较,  $\blacktriangle P<0.01$ 。与对照组同期比较,  $\blacklozenge P<0.01$ 。

2.2 治疗组和实验组临床疗效比较 见表 2。两组总有效率比较,治疗 1 次后,两组比较差异有统计学意义( $P<0.01$ ),治疗 2 次后,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),治疗 3 次后,两组差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表 2 两组临床疗效比较(n)

组别	疗程	治愈	好转	未愈	总有效(%)
治疗组 (n=30)	治疗 1 次	19	11	0	30(100.00) <sup>△</sup>
	治疗 2 次	25	5	0	30(100.00) <sup>△</sup>
	治疗 3 次	27	3	0	30(100.00)
对照组 (n=30)	治疗 1 次	10	15	5	25(83.33)
	治疗 2 次	18	10	2	28(93.33)
	治疗 3 次	25	4	1	29(96.66)

与对照组比较,  $\blacktriangle P<0.05$ ,  $\Delta P<0.01$ 。

## 3 讨论

落枕多发于春季和冬季,青壮年多见,老年人落枕多是颈椎病变的反应,经常发作。落枕一般多在睡眠起床后,突然感到颈部酸胀疼痛、颈僵、头部被迫歪斜于一侧,活动明显受限,动则疼痛,疼痛可扩散到肩部、肩胛部、上臂,手臂活动时,疼痛亦可加重,颈部肌肉痉挛,有明显压痛,患侧胸锁乳突肌上、中 1/3 及肩胛内上角亦可有压痛。本症多由于劳累过度、体质虚弱,睡时卧姿不佳、枕头高低硬软不适,使颈部一侧肌肉在较长的一段时间内处在过度被拉长状态,以致发生痉挛强直。再加上睡时肩部暴露,风寒侵入,气血凝滞,经络闭塞,局部血运不畅,代谢产物堆积,刺激肌肉,加重了痉挛和疼痛。也有人认为,落枕是因为睡卧时,颈部颈椎关节囊松弛,在肌肉放松的情况下,颈部由于长时间过度伸展或屈曲而使颈椎小关节受损,关节囊滑膜水肿充血,增厚的滑膜可嵌入关节面引起疼痛,而肌肉的疼痛僵直多是由于反射因素所致。治疗原则为调气活血、温通经络、解痉止痛,使颈部肌肉气血通畅,逐渐放松,则症状即可解除。

落枕病位在颈项部经筋,与督脉、手足太阳和足少阳经密切相关<sup>[4]</sup>,手太阳之脉循行于颈项部,根据“经脉所过,主治所及”,《灵枢·始终》之“病在上者,下取之”的思想,选取后溪穴,后溪穴是八脉交会穴,是手太阳小肠经的输穴,“输主体重节痛”,此穴与督脉相通。《备急千金要方》曰“少泽、前谷、后溪……主项强急痛,不可以顾”。落枕穴是治疗此病的经验穴。邱伊白等<sup>[5]</sup>观察发现针刺后溪穴治疗落枕优于针刺落枕穴。后溪穴在第5掌骨小头后方,第5掌指关节尺侧,当小指展肌起点外缘,此穴所处位置以肌腱、骨骼为主,针刺时较疼痛,患者应轻握手掌,掌心向下,使穴位局部皮肉松弛,可减轻针刺时的疼痛,针刺前点按此穴也起到相同的作用。落枕多为风寒实证为主,“实则泻之”。针刺时行快速捻转泻法,有利于循经感传,周奎龙<sup>[6]</sup>认为在针刺后溪穴的过程中,循经感传尤为重要,感传愈显著,镇痛效果愈佳,其中能“气至病所”者,效果最佳。在留针期间嘱患者活动颈部,以牵动病灶侧的受累肌肉为目的。运动疗法能够改善局部的血液循环,纠正紊乱的小关节,恢复正常的关节活动度,增加其灵活性,可逐渐舒缓痉挛的肌肉,有利于疏通经气、增进疗效、缓解疼痛<sup>[7-8]</sup>。颈部按摩时作摇晃旋扳手法,可松弛颈部肌肉,将错位的小关节复位,同时拉伸小关节,嵌入的滑膜可自行弹开,手法宜轻柔,不宜粗暴,作摇晃旋扳手法时,不要强求一定要有有关节弹响声。落枕为常见的突发的急性病症,生活中,要注意枕头的高度,多在8~10 cm左右为宜,选择弹性稳定,硬软适中的枕头,注意颈部保暖,防止受寒,工作、学习姿势正确,避免长

期低头,预防颈部肌肉损伤。

针刺结合颈部按摩增加了活血化瘀的功效,治疗时间短,疗效显著<sup>[9-11]</sup>。本研究亦说明针刺后溪穴结合颈部按摩疗法疗效显著,可缩减落枕患者的痊愈时间,利于落枕患者的快速痊愈。

#### 参 考 文 献

- [1] 中医病证诊断疗效标准编审委员会. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:185.
- [2] 罗才贵. 针灸推拿临床与解剖[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:71.
- [3] Mihara S, Kawai S. Intervertebral disc. amyloidous histochemical immunohistochemical and ultrastructural observations[J]. Histopathology, 1994, 25:415.
- [4] 王华,杜元灏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:228.
- [5] 邱伊白,吴耀持. 后溪穴和落枕穴治疗落枕的疗效比较[J]. 上海针灸杂志,2000,19(2):39.
- [6] 周奎龙. 端颈旋转法加针刺治疗落枕的体会[J]. 中国中医骨伤科杂志,2011,19,(6):54.
- [7] 何广新,曲延华. 针刺运动疗法与疼痛治疗[M]. 北京:学苑出版社,2005:3-7.
- [8] 王锦. 针刺后溪穴为主治疗落枕40例[J]. 科技视界,2014,20:330.
- [9] 石学敏. 针灸治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:316.
- [10] 赵志强,刘焯. 局部按摩配合远道刺治疗落枕[J]. 中国社区医师:医学专业半月刊,2009,11(11):114.
- [11] 孟凡军,牟宗军. 针刺配合推拿手法治疗落枕120例[J]. 中医研究,2008,21(1):53.

(收稿日期 2015-01-12)

## 通腑泄浊方联合小骨窗微创手术治疗急性脑出血的临床观察

刘 健 龚鹏珠 何金奎 华晓阳 吴海明  
(浙江省义乌市中医医院,浙江 义乌 322000)

中图分类号:R743.34 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0699-03  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.049

**【摘要】目的** 观察通腑泄浊方联合小骨窗微创手术治疗急性脑出血患者的临床疗效及其并发症情况。**方法** 90例脑出血患者随机分为治疗组与对照组各45例。对照组采用常规开颅手术同时加以西药进行治疗,治疗组则采用通腑泄浊方联合小骨窗微创手术进行治疗。观察比较术后两组患者的临床治疗效果、格拉斯哥昏迷评分(GCS)、CT复查情况以及相关并发症的发生情况。**结果** 治疗结束后治疗组患者的总有效率为95.56%,高于对照组的82.22%( $P<0.05$ )。治疗前两组神经功能缺损积分相当( $P>0.05$ )。治疗后两组神经功能缺损积分均较治疗前有改善(均 $P<0.05$ ),且治疗组改善优于对照组( $P<0.05$ )。两组治疗后2d GCS评分相当( $P>0.05$ )。治疗后7、14d,两组GCS评分明显高于治疗前,且治疗组GCS评分高于对照组(均 $P<0.05$ )。治疗组并发症发生率明显低于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 通腑泄浊方联合小骨窗微创手术在治疗脑出血上效果显著,在促进脑出血术后恢复上明显优于常规治疗,能够有效降低术后并发症的发生率,改善预后。

**【关键词】** 脑出血 小骨窗微创手术 通腑泄浊方 并发症

脑出血多发于中老年人,是临床最常见脑血管疾病之一,具有极高的致残率和病死率。通过手术治疗能够有效地清除患者脑水肿,消除其脑脊液循环阻塞,从而减少血肿对患者脑组织的破坏,起到保护脑细胞、降低病死率的作用<sup>[1]</sup>,然而在手术治疗后,患者极易出现肺部感染、下肢静脉血栓、消化道出血等并发症。笔者采用小骨窗微创手术同时加以通腑泄浊方进行治疗脑出血降低了患者术后并发症发生率,取得了较为满意效果。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准:参照 2007 年《中国脑血管病防治指南》中的相关诊断标准,中医诊断和辨证标准参照《中风病诊断与疗效评定标准》<sup>[2]</sup>(试行)和《中药新药临床研究指导原则》中相关诊断标准<sup>[3]</sup>。患者签署知情同意书,同时经伦理委员会批准。

1.2 临床资料 选取 2011 年 7 月至 2014 年 3 月浙江省义乌市中医医院收治的脑出血患者 90 例,按照随机数表法分为治疗组和对照组各 45 例。其中治疗组 45 例,男性 25 例,女性 20 例;年龄 42~71 岁,平均(41.78±7.91)岁;脑出血量(34.12±8.14) mL。对照组 45 例,男性 23 例,女性 22 例;年龄 45~76 岁,平均(43.07±8.79)岁;脑出血量(33.76±7.98) mL。两组性别、年龄以及脑出血量等临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 对照组采用常规开颅手术,给予患者全麻后,对颅内血肿进行彻底清除,之后进行常规止血,关闭颅腔。手术过程中,对患者的各项生理指标进行密切检测,采取相应的药物进行治疗。并于术后对患者进行西医综合治疗:维持患者机体的水/电解质的相对平衡;给予患者足量的能量支持以及吸氧等治疗措施;适当对患者的血压情况进行调控,适时给予止血剂;对于出现感染征象的患者应及时使用抗生素;静滴甘露醇 250 mL、呋塞米 20 mg,每 12 小时进行 1 次,并于治疗术后 7 d 改用甘油果糖进行治疗,以改善患者肾功能,在治疗过程中可根据患者具体情况酌情减量或停用呋塞米。治疗组于术前 10 h 禁食,保持肠道通畅。采用小骨窗微创手术进行治疗:结合 CT 检查,对患者颅内出血量以及血肿位置进行观察,确定之后切开头皮下方,并在适当的位置进行颅骨钻孔,扩大骨窗直径 4 cm,在直视颅内血肿的情况下小心操作,将患者颅内血肿物质抽出<sup>[4]</sup>,防止其损坏周围脑组织。操作过程中应谨慎细致,主要保证脑组织功能区的完整性。并于术后在对照组基础上给予患者通腑泄浊方:大黄 10 g,泽泻 10 g,法半夏 10 g,陈皮 10 g,白僵蚕 10 g,丹参 15 g,三七 3 g,芒硝 6 g,牛膝 10 g,天麻 10 g,钩藤 15 g。水煎服,意识清楚者口服 200 mL,而神志不清者以 100 mL 鼻饲,每日 1 次。在治疗过程中应根据患者

具体情况对药物的剂量进行适度调整。两组均以 1 周为 1 个治疗疗程,连续治疗两个疗程。

1.4 观察指标 根据全国第 4 届脑血管学术会议制定的《脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准》<sup>[5]</sup>对两组患者的神经功能缺损积分进行评定,最高分为 45 分,最低分为 0 分。并采取格拉斯哥昏迷评分(GCS)对患者的睁眼、语言、运动进行观察,评分为 3~15 分,总分数越低,表示患者的意识障碍越严重,低于 8 分是患者表现为昏迷状态<sup>[6]</sup>。同时对患者的并发症情况进行统计,并于治疗之后对患者的临床治疗效果进行比较。

1.5 疗效标准 参照全国第 4 届脑血管学术会议制定的《脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准》<sup>[5]</sup>进行评定,神经功能缺损积分降低程度=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。痊愈:积分降低程度在 85%以上。显效:积分降低程度在 50%~85%之间。有效:积分降低程度在 20%~49 之间。无效:积分降低程度低于 20%<sup>[6]</sup>。

1.6 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用  $t$  检验。计数资料采用百分率进行表示,采用  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 两组治疗前后神经功能缺损积分比较 见表 1。治疗前两组神经功能缺损积分相当( $P>0.05$ )。而治疗后两组神经功能缺损积分均较治疗前有改善(均  $P<0.05$ ),且治疗组改善优于对照组( $P<0.05$ )。

表 1 两组治疗前后神经功能缺损积分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后 2 d	治疗后 7 d	治疗后 14 d
治疗组	45	40.25±8.12	33.58±6.74 <sup>*△</sup>	22.81±5.84 <sup>*△</sup>	7.72±3.61 <sup>*△</sup>
对照组	45	41.23±9.15	38.51±8.22 <sup>*</sup>	28.25±7.33 <sup>*</sup>	10.78±5.06 <sup>*</sup>

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。结果显示,治疗组总有效率高于对照组( $P<0.05$ )。

表 2 两组临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	45	10	21	12	2	43(95.56) <sup>△</sup>
对照组	45	7	14	16	8	37(82.22)

与对照组比较,  $\Delta P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后 GCS 评分比较 见表 3。两组治疗后 2 d GCS 评分相当( $P>0.05$ )。治疗后 7、14 d,两组

表 3 两组治疗前后 GCS 评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后 2 d	治疗后 7 d	治疗后 14 d
治疗组	45	10.86±1.74	9.81±1.43	8.94±1.28 <sup>*△</sup>	8.13±1.04 <sup>*△</sup>
对照组	45	10.73±1.81	9.74±1.35	8.41±1.16 <sup>*</sup>	7.48±1.13 <sup>*</sup>

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

GCS 评分明显高于治疗前,且治疗组 GCS 评分高于对照组(均  $P < 0.05$ )。

2.4 两组并发症情况比较 见表 4。治疗组并发症发生率明显低于对照组( $P < 0.05$ )。

表 4 两组并发症情况比较(n)

组别	n	肺部感染	下肢静脉血栓	脑水肿	消化道出血	泌尿系统感染	并发症发生(%)
治疗组	45	1	0	0	1	0	2(4.44) <sup>△</sup>
对照组	45	5	2	1	0	1	9(20.00)

与对照组比较, <sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

脑出血是导致神经功能障碍的主要原因之一,其以高发病率、高致残率、高死亡率为特点。脑出血由于血肿周围存在明显的水肿,从而使半球体增大,侧脑室受到压迫而发生变形或移位<sup>[7]</sup>,病情发展迅速,在短时间内可对患者的脑组织造成严重损伤。因此,脑出血治疗的关键在于用最合理的手术及时对血肿进行清除。

小骨窗微创手术是在冷光源显微镜下对颅内血肿进行直视操作清除,能够准确地对正常脑组织、血肿以及液化脑组织进行辨别,有效清除血肿,而且该手术时间较短,能够有效减少术中出血量<sup>[8]</sup>。且颅内组织与外界环境的接触面积小、接触时间短,因此能够有效降低颅内感染概率。笔者采用小骨窗微创手术和传统开颅手术两种术式对脑出血患者进行手术治疗,结果示采用小骨窗微创手术的患者的总有效率高于采用传统开颅手术,小骨窗微创手术的疗效优于传统开颅手术,且采用小骨窗微创手术患者的 GCS 评分也明显高于采用传统开颅手术。

脑出血属中医学“出血性中风”范畴<sup>[9]</sup>,临床上患者多出现便秘、苔黄腻等痰热腑实的征象,治疗当以通腑泄浊为法。相关研究证实,通腑泄浊方,方中大黄、泽泻等药物能够活血化瘀,清热解毒,具有抗脑水肿、清除自由基与炎症介质<sup>[10]</sup>,降低血液黏稠度的功效。临床上多使用甘露醇减轻术后脑水肿、降低颅内压,进行治疗。然而单纯采用西药进行治疗,容易使患者机体水/电解质发生紊乱,从而再次引起出血现象,在一定程度上

上增加了术后并发症的发生率。在小骨窗微创手术后加用通腑泄浊方进行治疗,能够有效对患者的脑功能进行保护,可减少甘露醇的使用量。

本研究结果显示,治疗后治疗组各个时间段里神经功能缺损评分均优于对照组,同时治疗组患者并发症发生率明显低于单纯西药治疗,表明加用通腑泄浊方治疗急性脑出血疗效较好,能够在一定程度上降低术后并发症发生率。综上所述,小骨窗微创手术通腑泄浊方治疗脑出血,操作方法简便,手术时间较短,手术创伤小,血肿清除彻底,可有效地减少脑组织的损伤和颅内感染,促进患者神经功能恢复,减轻脑水肿,降低术后并发症的发生率,提高患者生存质量,值得临床推广应用。

### 参 考 文 献

- [1] 高岩升. 脑动脉瘤破裂后脑出血的中西医结合疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(10): 2525-2526.
- [2] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [3] 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]. 中国医药科技出版社, 2002: 99-105.
- [4] 孙兆, 杨如意, 张红武, 等. 中西医结合治疗高血压脑出血 51 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(17): 271-273.
- [5] 全国脑血管病学术会议通过. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [6] 李成英. 危重颅脑损伤术后应用格拉斯哥昏迷评分护理[J]. 航空航天医药, 2010, 10(4): 589.
- [7] 刘建仁, 黄良文, 戴先才, 等. 通腑泻热活血法对高血压病脑出血患者血管活性多肽的影响[J]. 新中医, 2012, 44(1): 29-31.
- [8] 王秀丽, 廖迎春, 符小聪, 等. 通腑化浊方对缺血性脑中风早期康复的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(19): 333-336.
- [9] 熊丽辉, 王铭, 王忠, 等. 通腑法治疗脑出血急性期随机对照试验的 Meta 分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(6): 349-352.
- [10] 姜小华, 周秋菊, 李巧球, 等. 依达拉奉治疗急性脑出血 87 例临床分析[J]. 吉林大学学报: 医学版, 2013, 39(2): 378.

(收稿日期 2015-01-30)

欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

# 腹针结合中频脉冲电治疗颈型颈椎病患者 临床观察\*

许明珠<sup>1</sup> 崔韶阳<sup>1,2</sup> 赖新生<sup>2</sup> 唐纯志<sup>2</sup> 王曙辉<sup>1</sup> 郑盛惠<sup>1</sup> 张丽雯<sup>1</sup> 郭元琦<sup>3△</sup>  
(1.广东省深圳市福田区中医院,广东 深圳 518034;2.广州中医药大学,广东 广州 510405;  
3.香港中文大学中医学院,香港 999077)

中图分类号:R246 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0702-03  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.050

**【摘要】目的** 观察腹针结合中频脉冲电治疗颈型颈椎病的疗效及对斜方肌表面肌电图的影响。**方法** 采用视觉模拟测试表(VAS)、颈椎功能障碍指数量表(NDI)及表面电极肌电图(sEMG)为临床评价指标,将 65 例颈型颈椎病患者按随机数字表法随机分为腹针加中频组(治疗组) 33 例和单纯中频组(对照组)32 例,观察第 1 次即刻针刺后及针刺 1 个疗程后,各指标的变化。**结果** 治疗组在即刻针刺及治疗 1 个疗程结束后缓解疼痛及提高斜方肌抗疲劳能力方面均优于对照组( $P < 0.05$ ),且即刻治疗效应优于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 腹针疗法结合中频脉冲电治疗能更好地缓解颈型颈椎病患者颈肩部疼痛症状,并可提高斜方肌抗疲劳能力,且即刻效应明显。

**【关键词】** 颈型颈椎病 针刺 腹针疗法 中频脉冲电治疗 表面肌电图

**Clinical Effect of Abdominal Acupuncture Combined with Medium Frequency Pulsation Electrotherapy in Neck Type of Cervical Spondylosis Patients** XU Mingzhu, CUI Shaoyang, LAI Xinsheng, et al. Shenzhen Futian Hospital of TCM, Guangdong, Shenzhen 518034, China

**【Abstract】Objective:** To observe the therapeutic effect of Bo's Abdominal Acupuncture combined with medium frequency pulsation electrotherapy on neck type of cervical spondylosis (CS) and its effect on the Trapezius's surface electromyography (sEMG). **Methods:** Sixty-five cases of neck type CS were randomly divided into a treatment group (n=33) treated by abdominal acupuncture combined with medium frequency pulsation electrotherapy and a control group (n=32) treated by medium frequency pulsation electrotherapy. The Neck Disability Index (NDI) and sEMG were served as the evaluation. Their therapeutic effects were compared after the first time and the last time treatment. **Results:** The treatment group was better than the control group in reducing pain, and improving the ability of Trapezius to anti-fatigue ( $P < 0.05$ ), so as the immediate therapeutic effect after the first treatment ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Bo's Abdominal acupuncture combined with medium frequency pulsation electrotherapy can better reduce the pain of the CS patients, and improve the ability of Trapezius to anti-fatigue.

**【Key words】** Neck Type of Cervical Spondylosis; Acupuncture; Bo's Abdominal Acupuncture; Medium frequency pulsation electrotherapy; Surface Electromyography

近些年,随着现代生活和工作模式的变化,颈椎病的发病率逐年增高,且呈现低龄化趋势<sup>[1-2]</sup>。颈型颈椎病是临床颈椎病最常见的类型<sup>[3]</sup>,且是该病的初始阶段,若不及时治疗将导致其他类型颈椎病的发生<sup>[4]</sup>。因此,颈型颈椎病在颈椎病的临床治疗中占有非常重要的地位,有效的治疗和康复可预防其他类型颈椎病的发生。目前本病的治疗以非手术保守治疗为主,临床报道疗效均显著<sup>[3-5]</sup>。其中,传统疗法结合现代康复理疗技术是本病治疗的热点。笔者采用腹针疗法联合中频脉冲电治疗颈型颈椎病,并与单纯中频脉冲电治疗作对照,以美国国立卫生研究所制定的视觉模拟测试表

(VAS)、颈椎功能障碍指数量表(NDI)及斜方肌的表面肌电图(sEMG)为临床客观评价指标,观察腹针结合中频脉冲电治疗对颈型颈椎病的治疗效果,及其对颈肌抗疲劳状态的影响。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 68 例颈型颈椎病患者全部来自福田区中医院及社康针灸康复门诊。采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 34 例,两组共脱落 3 例,最后治疗组 33 例;男性 11 例,女性 22 例;年龄(42.45±13.68)岁;病程(21.35±18.62)个月。对照组 32 例,男性 10 例,女性 22 例;年龄(42.07±14.14)岁;病程(22.30±15.71)个月。两组患者性别、年龄及病程等临床资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

\* 基金项目:广东省深圳市福田区科技局课题(FTWS201316)  
△ 通信作者(电子邮箱:cuguoq@yahoo.com.hk)

1.2 病例选择 诊断标准参考中国康复医学会发布的2010版《颈椎病诊治与康复指南》颈型颈椎病诊断标准<sup>[6]</sup>。纳入标准:符合上述诊断标准;年龄20~65岁;近1周内未使用其他止痛药物及其他方法治疗。排除标准:非颈型颈椎病或有其他严重原发性疾病者;精神病患者;孕妇或哺乳期的妇女,过敏体质者,皮肤破损或有皮肤病者;在进行其他相关治疗,可能影响本研究的临床效应指标观测者。

1.3 治疗方法 治疗组采用腹针加中频脉冲电治疗。  
1)腹针疗法。处方:天地针(中腕穴、关元穴)为君、巨穴,针刺地部(深刺);商曲穴(双)为使穴、针刺天部(浅刺);滑肉门穴(双)为佐穴,针刺人部(中刺);神阙穴(加红外线灯局部照射)。随症加减:颈椎退行性变加建里穴;肩部强痛在商曲穴与滑肉门穴连线中间浅刺1针。针具采用34号薄氏管式腹针(中美合资苏州姑苏针灸器械有限公司生产),根据患者肥瘦分别选用规格为直径0.22 mm、长度40 mm 1.5寸和直径0.22 mm,长30 mm 1寸的腹针。操作:(1)首先确定任脉位置。如任脉被腹部疤痕线覆盖,天地针则位于疤痕线边缘近中线一侧取穴;(2)针刺前用75%的酒精常规消毒;(3)腹部进针时尽量避开毛孔、血管,以免产生疼痛和出血。采用三部法施术,即候气、行气、催气手法;(4)针刺在毛孔中时会产生疼痛,此时应重新调整进针方向;若针刺在血管上有出血时,出针时压迫针口;(5)一般留针25 min。每日1次,1周治疗5次,治疗10次为1个疗程。  
2)中频脉冲电治疗:采用电脑中频脉冲电治疗仪治疗,将两片电极采用乙醇纱布做隔离相对贴于颈肩部,绑带固定,接通电源,选择处方(中频频率为1000 Hz,低频频率为20 Hz,输出波形为正弦波,最大输出电流为100 mA),选择强度以患者耐受为度,治疗20 min。每日1次,1周治疗5次,治疗10次为1个疗程。对照组单纯采用中频脉冲电治疗,方法同上。

1.4 疗效标准 1)疗效评定标准<sup>[7]</sup>。痊愈:原有病症消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作。好转:原有症状减轻,颈、肩背疼痛减轻,颈、肢体功能改善。未愈:原有症状无改善。2)sEMG检测指标。表面肌电图的平均功率频率(MPF)使用sEMG探测电极为Ag-AgCl电极(ModelM-00-S, Denmark),放置于斜方肌上,电极间距2 cm,参照电极置于5 cm外的同侧颈部。采用8通道遥测型肌电记录系统。在MCU量化控制下采集斜方肌的sEMG信号,患者在治疗前、第1次接受针刺治疗后和治疗1个疗程后,共接受3次肌电检测。测定时间、地方、温度、环境等相对固定。3)疼痛的测定。采用美国国立卫生研究所制定的视觉模拟测试表(VAS)对患者治疗前后的疼痛程度进行观察。4)颈椎功能改善情况。采用颈椎功能障碍指数量表(NDI)评估患者治疗前后颈椎功能改善情况。

1.5 统计学处理 应用SPSS21.0软件,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,计量资料采用 $t$ 检验,临床疗效比较采用Ridit分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者临床疗效 见表1。治疗组总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ )

表1 两组患者疗效比较(n)

组别	n	痊愈	好转	未愈	总有效(%)
治疗组	33	31	2	0	33(100.00) <sup>△</sup>
对照组	32	18	11	3	29(90.63)

与对照组比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后疼痛及颈椎功能积分比较 见表2。治疗前两组的NDI总分、VAS评分各项指标差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。第1次治疗后,治疗组上述各项指标均较治疗前明显改善( $P < 0.05$ ),对照组上述各项指标与治疗前差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );在疗程结束后两组各项指标均较治疗前明显改善( $P < 0.05$ ),组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),提示治疗组在疼痛症状自我感觉的缓解方面优于对照组,且即时缓解疼痛效果明显。

表2 两组治疗前后NDI总分、VAS评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	NDI总分	VAS评分
治疗组 (n=33)	治疗前	22.31±6.32	6.46±2.12
	第1次治疗后	11.45±4.21 <sup>*△</sup>	3.2±1.73 <sup>*△</sup>
	疗程结束	6.12±2.57 <sup>*△</sup>	1.14±1.13 <sup>*△</sup>
对照组 (n=32)	治疗前	21.94±6.61	6.27±2.23
	第1次治疗后	19.87±3.96	5.4±2.17
	疗程结束	13.84±3.92 <sup>*</sup>	3.89±1.49 <sup>*</sup>

与本组治疗前比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ;与对照组同时期比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。下同。

2.3 两组治疗前后斜方肌sEMGmpf比较 见表3。第1次治疗后,治疗组斜方肌sEMGmpf较治疗前明显改善( $P < 0.05$ ),对照组较治疗前无改善( $P > 0.05$ ),组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );在疗程结束后两组斜方肌sEMGmpf均较治疗前明显改善( $P < 0.05$ ),组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),提示治疗组在提高斜方肌抗疲劳能力方面优于对照组,且即时效应明显。

表3 两组治疗前后斜方肌sEMGmpf比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	第1次治疗后	疗程结束
治疗组	33	45.31±7.23	49.65±6.14 <sup>*△</sup>	51.34±5.38 <sup>*△</sup>
对照组	32	44.35±6.57	46.27±6.89	47.82±6.63 <sup>*</sup>

## 3 讨论

人体颈椎的内外平衡是维持颈椎整体稳定性的关

键因素。内源性平衡系统包括椎体、椎间盘、附件、相连韧带;外源性平衡系统由颈部肌群构成。颈型颈椎病的发病原因主要是由于部分特定人群长时间的久坐低头位等不良生活工作习惯,造成颈肩部肌群、韧带的慢性劳损、挛缩,持续病理性牵拉使颈椎失稳,引起颈椎内外平衡失调及颈部肌群防御性痉挛,同时直接刺激窦椎神经末梢,继而出现以颈部疼痛为主的一系列临床症状<sup>[8]</sup>。近些年来,大量研究表明颈肌的病变与颈椎病发生发展密切相关。杨世斌亦认为颈肌退变和颈肌劳损引发的恶性循环是导致颈椎曲度改变和颈椎关节不稳的重要原因<sup>[9]</sup>。颈部肌群在颈椎病治疗的每个阶段,每个环节均发挥着重要作用<sup>[10]</sup>。大多数颈型颈椎病患者的就诊原因主要是疼痛,因此如何缓解颈肌痉挛、解除疼痛是本病治疗的关键所在。

sEMG是一种全新的检查方法,通过表面电极采集活动肌生物电信号。该信号分析及检测具有非损伤性、实际性、多靶点等优点,目前已是评价局部肌肉疲劳的有效工具<sup>[11]</sup>,采用表面肌电信号等无创方法进行颈痛的相关研究亦是目前的热点<sup>[12-16]</sup>。

腹针疗法是薄智云教授创立的一种新型针法,通过刺激腹部穴位调节脏腑气血失衡来治疗全身疾病,以神阙布气假说为核心形成的一个微针系统。本病的病机为脾肾亏虚、营卫不固、气血不足、风寒湿邪乘虚而入。其中,关元穴能培肾固本、补气回阳,故采用深刺关元穴以补肾。中脘穴为胃之募,胃与脾相表里,采用深刺中脘穴以补脾。滑肉门是足阳明胃经穴位,胃为水谷之海,主生营血,所谓“营出中焦”。采用中刺以疏通上肢及头部的经气;商曲穴为足少阴肾经穴,且商曲在腹部的全息图中位于颈肩结合部,采用浅刺以改善颈部血液循环。诸穴合用,处方形成了从脏腑到经络和局部的整体治疗体系<sup>[17]</sup>。

中频脉冲电疗法可以扩张血管,促进局部组织血液循环和淋巴液回流,引起深部骨骼肌收缩,对肌肉、韧带、肌腱、关节和神经等方面均具有显著的消炎、消肿、止痛和松解粘连的功效<sup>[18]</sup>。腹针疗法有无痛、处方规范、定位准确等优点,临床运用屡获疗效。本研究结果表明,腹针结合中频脉冲电治疗能明显缓解颈型颈椎病患者的疼痛症状和改善斜方肌疲劳状态,其疗效明显优于单纯中频脉冲电治疗,说明腹针疗法具有明显的增效作用,且即时缓解疼痛效果明显,配合腹针疗法较单纯中频脉冲电治疗更能较早缓解颈部疼痛。因此,基于腹针简便、无痛、起效快的特点,在治疗本病上

有如虎添翼之效,也是与目前国内外颈椎病治疗其他疗法相比具有的明显优势之处,值得进一步临床推广和应用。

#### 参 考 文 献

- [1] Hanvold TN1, Wrsted M, Veiersted KB. Long periods with uninterrupted muscle activity related to neck and shoulder pain[J]. *Work*, 2012, 41 Suppl 1: 2535-2538.
- [2] Naidoo RN, Haq SA. Occupational use syndromes[J]. *Best Pract Res Olin Rheumatol*, 2008, 22(4): 677-691.
- [3] 高崇荣,王家双. 神经性疼痛诊疗学[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2006: 284.
- [4] 郭艳幸,赵庆安,陈燕坤,等. 颈型颈椎病的分型与针灸治疗[J]. *中医正骨*, 2004, 16(10): 27-28.
- [5] 郭元琦,陈丽仪,符文彬,等. 腹针治疗颈型颈椎病 63 例观察[J]. *中医药学刊*, 2005, 24(3): 539-540.
- [6] 中国康复医学会. 颈椎病诊治与康复指南 2010版[S]. 2010: 1-7.
- [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: 186.
- [8] 王宇澄,李胜,王艳国. 定点旋转扳法治疗颈型颈椎病 48 例[J]. *陕西中医*, 2010, 31(11): 1513-1514.
- [9] 杨世斌. 颈肌与颈型颈椎病的关系[J]. *颈腰痛杂志*, 2008, 29(1): 77-79.
- [10] 周述强,张敏霞. 颈椎相关肌肉慢性损伤与颈椎病[J]. *安徽中医临床杂志*, 2003, 16(3): 247-248.
- [11] 皮喜田,陈峰,彭承琳. 利用表面肌电信号评价肌肉疲劳的方法[J]. *生物医学工程学杂志*, 2006, 23(1): 225-229.
- [12] 阮春鑫,陈兴奎,郭飞. 基于表面肌电信号分析针刺治疗颈型颈椎病的临床研究 [J]. *浙江中医杂志*, 2013, 58(7): 520-521.
- [13] 吕强,朱清广,房敏,等. 微调手法对颈椎病患者颈肌疲劳程度影响研究[J]. *时珍国医国药*, 2011, 22(10): 2406-2407.
- [14] Sommerich CM, Joines SM, Hermans V. Use of surface electromyography to estimate neck muscle activity [J]. *J Electromyogr Kinesiol*, 2000, 10(6): 377.
- [15] 王诗忠,王心城,宋红梅. 基于表面肌电信号特征分析针刺对颈部肌群的效应[J]. *福建中医药大学学报*, 2011, 21(1): 1-3.
- [16] Wakefield E1, Holtermann A, Mork PJ. The effect of delayed onset of muscle soreness on habitual trapezius activity [J]. *Eur J Pain*, 2011 Jul, 15(6): 577-583.
- [17] 薄智云. 腹针疗法[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1999: .
- [18] 王清华,许业松. 中频脉冲电疗法配合针灸治疗神经根型颈椎病[J]. *实用医学杂志*, 2006, 35(18): 2204-2205.

(收稿日期 2015-01-05)

# 中医三步综合疗法治疗腰椎间盘突出症 (肾阳虚衰证)的临床观察\*

郭振平 陈文龙<sup>△</sup> 曹会炎 黄晓影 邵亚超 钟 冲  
(河北省望都县中医医院,河北 望都 072450)

中图分类号:R687.5+3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0705-03  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.051

**【摘要】目的** 观察中医三步综合疗法治疗腰椎间盘突出症的疗效。**方法** 100例患者随机分为对照组和试验组各50例。对照组采用西医保守治疗(牵引加西药治疗),试验组采用中医三步综合疗法(平衡针加斜扳正骨手法加温阳通痹方治疗)。观察两组症状、体征积分和疗效。**结果** 两组治疗2个疗程后,试验组总有效率96.00%疗效优于对照组的68.00%( $P<0.05$ )。试验组在腰痛、步行能力、感觉改变及直腿抬高试验自身积分差值、下肢痛及麻木改变与下肢肌力改变的改善优于对照组( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ )。试验组治疗后半年随访疗效88%优于对照组的46%( $P<0.01$ )。**结论** 中医三步综合疗法治疗腰椎间盘突出症具有明确疗效优于西医保守治疗。

**【关键词】** 腰椎间盘突出症 肾阳虚衰 三步综合疗法 中医药疗法

**Study on treatment of Protrusion of the Lumbar Intervertebral Disc inpatients with Kidney-Yang Deficiency Syndrome by the Three-step comprehensive therapy** GUO Zhenping, CHEN Wenlong, CAO Huiyan, et al. Wangdu Hospital of TCM in Hebei Province, Hebei, Wangdu 072450, China

**【Abstract】Objective:** To observe the effectiveness of Three-step comprehensive therapy for the protrusion of the lumbar intervertebral disc. **Methods:** 100 patients were divided into two groups. Test group with 50 patients were treated with Three-step comprehensive therapy (balance acupuncture, oblique traction bonesetting and WYTB decoction). Control group with 50 patients were given western medicine therapy (traction and chemical medicine). Two groups were observed in parallel test. **Results:** The total effective rate of test group was 96.00% which was higher than that of control group (68.00%) ( $P<0.05$ ). Comparison of 2 groups before and after treatment of symptoms, self integral difference, the test group was significantly better than the control group ( $P<0.01$  or  $P<0.05$ ). The clinical effect of six months follow-up after treatment of test group were better than those of control group ( $P<0.01$ ). **Conclusion:** The Three-step comprehensive therapy is superior to western medicine group in the treatment of Protrusion of the Lumbar Intervertebral Dis.

**【Key words】** Protrusion of the Lumbar Intervertebral Disc; Kidney-Yang Deficiency Syndrome; Three-step comprehensive therapy; TCM therapy

腰椎间盘突出症对民众健康危害较大。中医、西医或中西医结合治疗方法繁多,都有一定的疗效,尤其是中医手法、针刺、外敷、中药等效果较满意,但仍需选择最佳方法,需进一步研究。纵观中西医各种疗法,笔者发现中医斜扳正骨手法疗效可靠,但临床中斜扳法存在急性水肿期疼痛剧烈的患者因疼痛不能耐受手法及整复后小关节不稳,易复发。笔者自2010年采用三步综合疗法,在斜扳正骨的基础上分别于正骨前后采用平衡针法正骨后和中药辨证治疗腰椎间盘突出症,可快速缓解患者疼痛并巩固长期疗效,效果满意。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 诊断标准 参照《实用骨科学》(1999年第2版)

\* 基金项目:河北省中医药管理局立项课题(2014342)

<sup>△</sup>通信作者(电子邮箱:wdzyy123@sohu.com)

诊断标准<sup>[1]</sup>。中医证候分类标准参照《骨伤科专病中医临床诊治》(2000年第1版)辨证分型<sup>[2]</sup>。

1.2 临床资料 选取2013年1月至2014年3月笔者所在医院符合诊断标准的骨伤科、综合科、针灸科门诊、急诊科患者100例。其中男性58例,女性42例;年龄17~66岁,平均(42.52±18.30)岁;单侧肢体77例,双侧肢体23例。病程15d至30个月。采用简单随机分配法分为试验组、对照组两组各50例。两组性别、年龄、病程、症状、体征以及治疗前疼痛等级等差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 对照组采用西医保守治疗:牵引加西药治疗。牵引(采用张家港市德丰医疗设备有限公司制造的DFK-III B1型多功能牵引系统)行腰椎牵引,牵引力量为体重的1/2,每次20min,每日1次,术后嘱患者卧硬板床休息,治疗期间不宜太多走动及坐立。西

药服药方式:双氯芬酸钠肠溶片(别名:扶他林,北京诺华制药有限公司生产,国药准字H11021640)50 mg,每日3次,如有胃病加复方氢氧化铝片(别名:胃舒平,上海青平制药有限公司生产,国药准字H31020657)2片,每日3次。试验组采用中医三步综合疗法:第1步,取前额正中腰痛穴<sup>[3]</sup>,针尖向下平刺2~3 cm,或向左或向右平刺2~3 cm。第2步,斜扳正骨:患者侧卧,在上的下肢屈曲,贴床的下肢伸直。医者一手扶患者肩部,另一手同时推髂部向前,两手反向用力使腰部扭转,可闻及或感觉到“咔嚓”响声。第3步,口服温阳通痹方,组成:秦艽15 g,独活20 g,丹参30 g,鸡血藤30 g,川牛膝30 g,续断20 g,骨碎补20 g,土鳖虫10 g,香附15 g,延胡索15 g,细辛3 g,黑顺片15 g,杜仲20 g,狗脊20 g,淫羊藿20 g,全蝎3 g。每周2次平衡针及斜扳正骨手法治疗。首次治疗后嘱患者卧硬板床3 d,限制活动,下床腰围固定。每天服1剂温阳通痹方,早晚分2次服。2周为1疗程,连续2个疗程后统计疗效,随访半年。

1.4 观察指标 参照JOA腰痛疾患疗效评定<sup>[4]</sup>对患者症状、体征和生活能力等进行观察。

1.5 疗效标准 参照1994年国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>制定。治愈:腰腿痛消失,直腿抬高70°以上,能恢复原工作。好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善。未愈:症状、体征无改善。所有受试者经治疗后需手术者,均按未愈统计。

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

## 2 结果

2.1 两组2个疗程后疗效比较 见表1。结果显示,试验组疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。

表1 两组2个疗程后疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效(%)
试验组	50	24	24	2	48(96.00) <sup>△</sup>
对照组	50	15	19	16	34(68.00)

与对照组比较, <sup>△</sup> $P < 0.05$ , <sup>△△</sup> $P < 0.01$ 。下同。

2.2 两组治疗前后的症状、体征积分自身差值比较 见表2。试验组在腰痛、步行能力、感觉改变及直腿抬高试验自身积分差值、下肢痛及麻木改变与下肢肌力改变的改善优于对照组( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。

表2 两组治疗前后症状、体征积分自身差值比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	腰痛改变	下肢痛及麻木改变	步行能力改变	下肢肌力改变	感觉改变	直腿抬高试验
试验组	50	1.42±0.61 <sup>△△</sup>	0.88±0.98 <sup>△</sup>	1.30±1.22 <sup>△△</sup>	0.80±0.84 <sup>△</sup>	1.12±1.10 <sup>△△</sup>	1.38±1.03 <sup>△△</sup>
对照组	50	1.00±0.73	0.52±0.54	0.74±0.80	0.54±0.54	0.52±0.65	0.88±0.98

2.3 两组治疗后半年随访疗效比较 见表3。两组治疗后半年随访疗效比较试验组优于对照组( $P < 0.01$ )。

表3 两组治疗后半年随访疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效(%)
试验组	50	19	25	6	44(88.00) <sup>△△</sup>
对照组	50	9	14	27	23(46.00)

## 3 讨论

腰椎间盘突出症是骨科常见病和多发病,是腰痛最常见原因,对人们健康危害较大<sup>[6]</sup>。近年来由于劳动及生活方式的改变、精神压力、经济状况、工作满意度、对疾病认识及外伤事故的增多等使本病的发病年龄有年轻化趋势,发病率有不断增长趋势,已成为影响青壮年人健康的主要疾病,危害健康,影响工作和生活,严重者可以导致残废<sup>[7]</sup>。

中医学无“腰椎间盘突出症”这一病名,其可归入“腰痛”“腰腿痛”“痹症”范畴,2000多年前的中医古籍中对坐骨神经痛症状已有详细描述,并有许多内服汤剂和颇具特色的外用药,经现代临床验证,在提高疗效、减少复发及降低副作用上有一定优势。在诸多疗法中,笔者发现斜扳法的疗效尤为突出并得到临床验证,杨洪兴<sup>[8]</sup>、王绍山<sup>[9]</sup>等运用斜扳法治疗腰椎间盘突出症取得了良好的效果,认为斜扳法是治疗腰椎间盘突出症必不可少的一种手法,而且指出其能疏通经络、松解肌肉痉挛、拉大椎体间隙,有利于促使突出的间盘还纳。斜扳法治疗符合近年来本病病因认识上生物力学平衡及生物化学平衡失调的观点,日益得到学术界认可。但单纯应用斜扳法不能解决急性水肿期由于疼痛剧烈不能耐受斜扳的问题,需经过几天的脱水止痛后才能施术,以及整复后小关节不稳,易复发。王文远的平衡针法是中医传统针刺与现代西医神经反射学说相结合而产生的,研究表明,平衡针在腰椎间盘突出症治疗上不仅疗效确切<sup>[10]</sup>,而且即刻镇痛作用较明显,较毫针更强<sup>[11]</sup>。腰痛穴位于前额正中,属督脉循行的穴位,针刺该穴“针以开导之”“通其经脉”促使督脉气血运通,而腰部为督脉所循行部位,经气运行畅通,通则不痛。所以采用平衡针法针刺腰痛穴能快速缓解患者疼痛,使手法得以顺利实施。

正骨整复后以中医传统辨证论治巩固远期疗效和防止复发,具有明显的优势。腰椎间盘突出症的主要症状体征为“痛”“强”“麻”,中医学认为多由肝肾不足、风寒袭络、经脉痹阻,而将其纳入“痹症”范畴中,属本虚标实证,以虚为本,责之于肝肾,以实为标,主要责之于风寒湿邪及外伤瘀血。辨证分为风寒痹阻证、寒湿痹阻证、湿热痹阻证、气滞血瘀证、肝肾阴虚证、肾阳虚衰证,以肾阳虚衰证较为常见。温阳通痹方是经多年对本病的治疗经验积累和理论研究,针对肾阳虚衰证的临

床特点辨证组方而成,用以调整人体脏腑气血阴阳,使机体恢复稳态平衡而达到“治本防复发”的目的,取得了良好效果。方中杜仲、续断、狗脊、骨碎补、淫羊藿补益肝肾、强筋骨;秦艽、独活祛风除痹;丹参、鸡血藤活血通络;土鳖虫、全蝎搜风活血通络除痹;香附、醋延胡索行气疏肝止痛,通利血脉;川牛膝行气活血,补肝肾,强腰膝,引药下行;细辛辛温,既外散风寒又内祛阴寒,与黑顺片配伍扶阳温肾,且散寒止痛更强;杜仲、续断、狗脊、骨碎补、淫羊藿可温补肾阳。全方共奏温补肾阳、通痹止痛之效,可调理肝肾、强筋健骨。

中医三步综合疗法与普通疗法不同,是遵循《内经》“杂合以治”思想,由平衡针刺、正骨手法和中药辨证治疗组合而成,通过三步治疗不但提高了疗效,还有有效解决了肾阳虚衰型腰椎间盘突出症急性期及后期疗效巩固等问题,是具有中医特色的综合疗法,具有痛苦少,见效快,疗效高,操作安全的特点,值得推广。

#### 参 考 文 献

[1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎,等.实用骨科学[M].2版.北京:人民军医出版社,1999:1513-1522.

- [2] 邓晋丰,钟广玲.骨伤科专病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2000:259-261.
- [3] 王文远.王文远平衡针治疗颈肩腰腿痛[M].北京:中国中医药出版社,2010:55-56.
- [4] 蒋协远,王大伟.骨科临床疗效评价标准[M].北京:人民卫生出版社,2005:118-119.
- [5] 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,1994:214-215.
- [6] 姚怀国,陈博来,林定坤.三维正脊治疗加薄氏腹针治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J].医学信息,2010,23(2):35.
- [7] 姚怀国.三维正脊配合养阴通络方治疗肝肾阴虚型腰椎间盘突出症的疗效研究[D].广州中医药大学2010届博士学位论文,2010.
- [8] 杨洪兴,杨俭,黄超美,等.斜扳法治疗腰椎间盘突出症200例临床观察[J].长春中医学院学报,2003,19(6):26.
- [9] 王绍山.斜扳法治疗腰椎间盘突出症45例临床体会[J].中原医刊,2003,30(13):24.
- [10] 李瑞,范庆菁,王文远.平衡针治疗腰椎间盘突出症的疗效评价[J].世界中医药,2011,6(2):147.
- [11] 马文珠,毛俊惠,王文远,等.平衡针和毫针缓解腰椎间盘突出症疼痛的疗效比较[J].世界中医药,2011,6(2):142.

(收稿日期 2014-10-30)

## 补肾壮骨汤联合内固定术治疗股骨远端骨折临床观察

吴国强 赵德义 华建辉 徐志飞 唐昌贵

(浙江省遂昌县广济骨伤医院,浙江 遂昌 323300)

中图分类号:R274.1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0707-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.052

**【摘要】目的** 观察补肾壮骨汤联合内固定术对股骨远端骨折的疗效。**方法** 将80例股骨远端骨折患者随机分为观察组和对照组各40例,对照组采用锁定加压钢板内固定,观察组在对照组基础上服用补肾壮骨汤。疗程为3周。**结果** 与对照组相比,观察组手术时间、完全负重时间明显缩短( $P<0.05$ );按照膝关节Kolment评定标准,对照组术后优良率为70.00%,明显低于观察组的87.50%( $P<0.05$ )。术后1个月,两组患者骨密度相比无差异( $P>0.05$ );术后3个月,观察组骨密度显著高于对照组( $P<0.05$ )。对照组术后有1例发生切口感染,1例骨折不愈合,2例出现膝关节内翻畸形;观察组切口感染1例,骨折不愈合1例,无膝关节内翻畸形;两组术后并发症发生率相当( $P>0.05$ )。**结论** 补肾壮骨汤联合内固定治疗股骨远端骨折,能够缩短骨折愈合时间,促进膝关节功能的恢复,提高骨密度。

**【关键词】** 补肾壮骨汤 内固定 股骨远端骨折 膝关节功能

股骨远端骨折在临床中较为常见,多见于老年人群,调查显示股骨远端骨折发生率约为总股骨骨折发生率的6%<sup>[1]</sup>。手术内固定被认为是治疗股骨远端骨折的最佳方法,由于股骨远端结构复杂,当发生骨折后局部骨块极不稳定,难以牢固固定。且术后常发生愈合不良、膝关节功能受限、畸形愈合、伤口感染等,增加了治疗的难度。耿晓鹏等<sup>[2]</sup>报道称骨折患者术后改善局部

血液循环和加速胶原合成对膝关节功能康复具有重要作用。本研究对我院收治的股骨远端骨折在锁定加压钢板基础上加用中药补肾壮骨汤,取得了满意的效果。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床均诊断为股骨远端骨折患者。纳入标准<sup>[4]</sup>:1)AO分型为A型或C型骨折;

2)局部伴有肿胀、疼痛,活动受限;3)X 线片检查确诊为股骨远端骨折;4) 取得患者同意,并签署知情同意书。排除标准:1)股骨远端 B 型骨折患者;2)伴有其他处严重骨折者;3)对手术无法耐受者;4)合并有精神疾病或严重内科疾病者;5)伴有严重内科疾病者。

1.2 临床资料 选取 2010 年 1 月至 2013 年 12 月于本院住院治疗的股骨远端骨折患者 80 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 40 例。男性 53 例,女性 27 例;年龄 45~75 岁,平均(56.32±6.11)岁;致伤原因:交通伤 31 例,高空坠落 20 例,摔伤 17 例,重物砸伤 12 例;其中左侧骨折 47 例,右侧骨折 33 例。受伤至入院时间 3~14 h,平均(7.87±3.56) h。骨折按照国际内固定研究学会<sup>[3]</sup>(AO/ASIF)分类方法分为 A1 型 19 例,A2 型 23 例,A3 型 16 例;C1 型 11 例,C2 型 5 例,C3 型 6 例。其中观察组男性 27 例,女性 13 例;平均年龄(55.87±8.92)岁;受伤至入院时间平均(7.76±3.25) h。骨折按照国际内固定研究学会<sup>[3]</sup>(AO/ASIF)分类方法分为 A<sub>1</sub> 型 9 例,A<sub>2</sub> 型 10 例,A<sub>3</sub> 型 9 例;C<sub>1</sub> 型 5 例,C<sub>2</sub> 型 2 例,C<sub>3</sub> 型 2 例。对照组男性 26 例,女性 14 例;年龄平均(57.17±7.58)岁。受伤至入院时间平均(7.91±3.72) h。骨折按照国际内固定研究学会<sup>[3]</sup>(AO/ASIF)分类方法分为 A<sub>1</sub> 型 10 例,A<sub>2</sub> 型 13 例,A<sub>3</sub> 型 7 例;C<sub>1</sub> 型 6 例,C<sub>2</sub> 型 3 例,C<sub>3</sub> 型 4 例。80 例患者均为新鲜骨折,开放性骨折 7 例,闭合性骨折 73 例;其中 44 例为单纯股骨远端骨折,36 例合并有多发伤。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 1)手术方法。所有患者入院后进行为期 1 周左右的胫骨结节牵引,常规给予脱水药、利尿药;术前完成相关检查。手术采用全身麻醉或硬膜外麻醉,术区常规消毒后并铺无菌手术巾。患者取平卧位,屈曲膝关节至 40~55°,同侧腘窝部用枕垫垫高,对股骨远端外侧做一切口,将皮肤和皮下组织切开后,股外侧肌钝性分离并向两侧牵拉,充分暴露骨折端,在 C 型臂 X 光机监控下将关节面复位,克氏针临时固定股骨髁骨折块,将髁间骨折转化为髁上骨折;选择合适尺寸的锁定加压板将骨折处固定,并于 C 型臂 X 光机下透视满意。2)术后康复。两组术后均常规抗生素预防感染,术后第 2 日指导患者进行适当床上锻炼,同时指导患者行伸屈膝关节、股四头肌收缩;术后 1 周开始逐渐进行无负重地下活动,术后 8 周开始部分负重训练。要求患者定期门诊复查,根据 X 线检查骨折愈合情况。观察组术后第 1 周开始服用自拟补肾壮骨汤:鹿角霜 15 g,熟地黄 20 g,锁阳 15 g,水蛭 10 g,甲珠 10 g,片子姜黄 10 g,黄明胶 10 g,骨碎补 30 g,香附 10 g。水煎服,每日 1 剂,分别于早晚服用;两组疗程均为 3 周。

1.4 观察指标 分别记录两组患者骨折愈合时间、完全负重时间、术后引流量。采用美国诺兰德公司 XR-

600 数字化快速双能 X 线全身扫描骨密度仪对患者术前、术后 1 个月、术后 3 个月股骨骨密度进行检测,相关操作由院内同一技师进行。记录两组患者术后并发症发生情况。

1.5 疗效标准 采用膝关节 Kolment 评定标准<sup>[5]</sup>评价两组患者术后膝关节功能。优:膝关节完全伸直,屈曲>120°,无畸形或疼痛,下肢缩短<1 cm。良:膝关节完全伸直,屈曲>90°,偶有疼痛,但无畸形,下肢缩短<2 cm。可:膝关节屈曲>60°,伴有轻微疼痛,畸形<10°,下肢缩短<3 cm。差:膝关节屈曲<60°,常伴有疼痛或持续性疼痛,畸形>10°,下肢缩短>3 cm。

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

## 2 结果

2.1 两组患者术后一般指标比较 见表 1。结果显示观察组骨折愈合时间、完全负重时间均显著少于对照组( $P<0.05$ ),两组间术后引流量相当( $P>0.05$ )。

表 1 两组患者术后一般指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	骨折愈合时间(周)	完全负重时间(周)	术后引流量(mL)
观察组	40	12.12±2.13 <sup>△</sup>	9.43±2.67 <sup>△</sup>	73.00±21.29
对照组	40	13.42±3.76	11.48±3.96	67.00±17.30

与对照组比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组患者膝关节功能恢复情况比较 见表 2。结果显示对照组术后优良率明显低于观察组( $P<0.05$ )。

表 2 两组患者膝关节功能恢复情况比较(n)

组别	n	优	良	可	差	优良率(%)
观察组	40	21	14	4	1	35(87.50) <sup>△</sup>
对照组	40	13	15	9	3	28(70.00)

2.3 两组患者各时段骨密度比较 见表 3。结果显示术后 1 个月,两组患者骨密度差异无统计学意义( $P>0.05$ ),术后 3 个月,观察组骨密度显著高于对照组( $P<0.05$ )。

表 3 两组患者各时段骨密度比较( $g/m^2, \bar{x}\pm s$ )

组别	n	术前	术后 1 个月	术后 3 个月
观察组	40	0.5158±0.0794	0.4318±0.0947	0.5332±0.0849 <sup>△</sup>
对照组	40	0.5218±0.0891	0.4194±0.1311	0.4981±0.0931

与对照组同期比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ 。

2.4 两组患者术后并发症发生情况 对照组术后有 1 例发生切口感染,1 例骨折不愈合,2 例出现膝关节内翻畸形;观察组切口感染 1 例,骨折不愈合 1 例,无膝关节内翻畸形;两组术后并发症发生率相比差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 3 讨论

股骨远端骨折多由暴力损伤所致,是肌肉牵拉所引起的骨折移位。临床上治疗股骨远端骨折方法有非手术保守治疗和手术治疗两种,其中以手术内固定为主。但是股骨远端的髓腔较大,且离膝关节较近,解剖结构复杂,由术后内固定效果不佳而致关节畸形时有报道<sup>[6-7]</sup>。锁定加压钢板是侧方内固定物,它通过加压的锁定螺钉将骨折端复位固定,相比较于其他固定方式如加压锁定钢板能够获得较好的稳定性,对于骨质疏松或长段骨折的患者更适用。Deshmukh等<sup>[8]</sup>也证实,在假体周围股骨骨折固定中,加压锁定钢板能够让患者尽早进行功能性锻炼,治疗的效果也更好。但是由于骨折端受到周围肌群的牵拉,因此对股骨力线恢复方面存在局限型;此外当患者伴有股骨内侧骨缺损时,将会显著增加术后畸形愈合的发生率<sup>[9-10]</sup>。周建军<sup>[11]</sup>称股骨骨折治疗时,除了需要关注局部治疗外,还应该强调整体治疗,即内固定术后配合药物和康复综合治疗。

中医学认为骨折与机体内在功能存在一致性,当患者肝肾不足、骨质疏松、筋骨衰弱时,微小外力即可导致骨折<sup>[12]</sup>,且骨折后存在愈合困难等问题。肾是先天之本,主骨生髓;肾衰则骨空;肾精盛则骨充盈,使骨充分营养而坚实。《普济方》云“若因伤折,内动经络,血行之道不得宣通”。股骨骨折患者多需要长期卧床,往往伴有精髓不足,损及肾阳;而骨的发育主要依赖于肾阳。肾阳不足,则精髓亏虚,不易生骨。虽然内固定能够解决股骨骨折患者愈合的问题,但是患者自身肝肾不足、筋骨衰弱的特质没有变化,对患者术后关节活动能力、伤口愈合等依然存在影响。本研究根据“温补肾阳、益髓生骨”的原则,自拟补肾壮骨汤,方中鹿角霜、熟地黄、锁阳为补肾益肝之君药,辅以水蛭、黄明胶、骨碎补、香附等臣药,共治肝肾不足。此外术后早期患者存在瘀血和气机不畅等情况,方中同时佐以甲珠、水蛭等活血行气、搜风活络用以治标。全方合用共奏肝肾不足、筋骨衰弱之效。

本研究中,观察组骨折愈合时间、完全负重时间均显著少于对照组,提示补肾壮骨汤能够有效促进内固定术后愈合及功能康复。此外观察组术后膝关节功能显著高于对照组。笔者通过中药治疗,有效改善局部血液循环,促进血肿的吸收和胶原的形成;另外水蛭等能够有效降低血液黏度,这对防止术后组织粘连、促进关节功能恢复具有重要作用。董军<sup>[13]</sup>报道称股骨骨折术后常伴有骨密度降低,导致骨骼强度显著下降;即使后期患者康复骨质也开始变得疏松;很容易发生再次骨

折。本研究术后3个月,观察组骨密度显著高于对照组,笔者分析可能是补肾壮骨汤有助于促进骨细胞的生成,提高骨量和骨质量,有效避免了骨流失。

综上所述,补肾壮骨汤联合内固定治疗股骨远端骨折,能够缩短骨折愈合时间,促进膝关节功能的恢复,提高骨密度,值得临床推广。

### 参 考 文 献

- [1] Eskelinen EV, Liska WD, Hyytiäinen HK, et al. Canine total knee replacement performed due to osteoarthritis subsequent to distal femur fracture osteosynthesis [J]. *Veterinary and Comparative Orthopaedics and Traumatology*, 2012, 25 (5): 427-432.
- [2] 耿晓鹏,王霞,杨震,等.不同方向关节软骨缺损时软骨修复及膝关节运动功能恢复有无差异[J].*中国组织工程研究*, 2014, 18(2):171-176.
- [3] 罗炯,王满宜. AO/ASIF(国际内固定研究学会)及其对全球骨折手术的影响[J].*中华创伤骨科杂志*, 2002, 4(3): 240, 237.
- [4] Higgins TF, Pittman G, Hines J, et al. biomechanical analysis of distal femur fracture fixation: fixed-angle screw-plate construct versus condylar blade plate [J]. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 2007, 21(1):43-46.
- [5] 辛雷,苏佳灿.膝关节功能评分:现状与展望[J].*中国组织工程研究与临床康复*, 2010, 14(39):7367-7370.
- [6] Ebraheim NA, Carroll T, Bonaventura B, et al. Challenge of managing distal femur fractures with long-stemmed total knee implants [J]. *Orthop Surg*, 2014 Aug, 6(3):217-222.
- [7] 石展英,赵良军,李百川,等.锁定加压钢板外固定治疗股骨远端骨折术后感染[J].*中华实验外科杂志*, 2014, 31(7):1601-1602.
- [8] Deshmukh AJ, Thakur RR, Rasquinha VJ, Rodriguez JA. Femoral revision arthroplasty for su type 3 supracondylar periprosthetic knee dractures [J]. *J Knee Surg*, 2014 Sep:24.
- [9] Kozono N, Ikemura S, Yamashita A, et al. Direct reduction may need to be considered to avoid postoperative subtype P in patients with an unstable trochanteric fracture: a retrospective study using amultivariate analysis [J]. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2014 Sep 27.
- [10] 王云根,张伟中,徐浩,等.动力髁螺钉、锁定钢板和AO解剖钢板治疗股骨远端骨折的临床疗效比较[J].*广东医学*, 2011, 32(16):2141-2143.
- [11] 周建军,张建良,雷维,等.锁定钢板在骨折内固定物断裂中的应用[J].*中国中医急症*, 2011, 20(6):979-979.
- [12] 韦武燕.小儿骨折的中医辨证施护体会[J].*中国中医急症*, 2013, 22(6):1079-1081.
- [13] 董军,闫虎,谭远超,等.双能X射线骨密度仪测量离体羊股骨骨折端及钢板对接骨折端的骨密度[J].*中国组织工程研究与临床康复*, 2011, 15(35):6555-6558.

(收稿日期 2014-11-05)

# 大陷胸汤保留灌肠治疗急性胰腺炎的临床观察\*

韩瑞<sup>1</sup> 谢晴<sup>2</sup> 苏世平<sup>1</sup>

(1.陕西省绥德县医院,陕西 绥德 718000;2.陕西省西安市中心医院,陕西 西安 710003)

中图分类号:R576 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0710-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.053

**【摘要】目的** 观察大陷胸汤保留灌肠治疗急性胰腺炎在超声上的疗效体现。**方法** 选取 115 例患者作为研究对象,分成对照组和观察组。对照组予西医治疗;观察组大陷胸汤保留灌肠治疗,治疗后均予超声检查,观察在超声上变化。**结果** 两组白细胞、血清淀粉酶恢复正常时间差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗后对照组胰腺弥漫性肿大、包膜毛糙不清、胰腺实质回声减低、不均匀分布、不规则液性暗区、无回声包块、乱团状回声、下腹腔积液、门静脉血栓、气体全反射回声发生率与观察组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 大陷胸汤保留灌肠治疗急性胰腺炎临床效果显著,超声上能有一定体现。

**【关键词】** 大陷胸汤 灌肠 急性胰腺炎 临床效果

## Clinical Effect of Daxianxiong Decoction Retention Enema Ultrasonic Evaluation on Acute Pancreatitis

HAN Rui, XIE Qing, SU shiping. Hospital of Suide Country in Shaanxi Province, Shaanxi, Suide 718000, China

**【Abstract】Objective:** To observe the effect of Daxianxiong Decoction retention enema ultrasound on the treatment of acute pancreatitis. **Methods:** 115 cases of acute pancreatitis patients were divided into 2 groups. Control group with 56 cases were given western medicine treatment, while the observation group with 59 cases were treated with Daxianxiong Decoction retention enema treatment and after treatment with ultrasound. changes in ultrasound were observed. **Results:** The time of white blood cells, serum amylase returning to normal and the remission time of clinical symptoms such as abdominal pain, bowel sounds, nausea, vomiting, fever, autonomous rebound tenderness, abdominal tenderness of observation group were earlier than those of control group ( $P<0.05$ ); the incidence rate of diffuse enlargement of the pancreas, unclear coated coarse, pancreatic parenchyma echo, uneven distribution, irregular fluid dark space, anechoic group that bag piece, echoes, the incidence of abdominal cavity effusion, portal vein thrombosis, gas total reflection echo of observation group were lower than those of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Effects of Daxianxiong Decoction retention enema on acute pancreatitis clinical is remarkable, which has certain embodiment in ultrasound.

**【Key words】** Acute pancreatitis; Enema; Daxianxiong Decoction; Clinical effect

急性胰腺炎是一种胰管阻塞、胰管内压突然升高、以及胰腺血液供应不足等引起胰腺急性炎性,是临床上发病率仅次于急性阑尾炎的急腹症,分为水肿型和出血坏死型,前者占 90%以上,若处理不及时容易出现休克、黄疸、高热等症状,危及生命<sup>[1]</sup>。在诊断上以血尿淀粉酶为金标准,其中血淀粉酶在发病后 8~48 h 才开始升高,尿淀粉酶在 24 h 后开始升高,故检测时间较局限。超声则不受时间限制,对其临床诊断和疗效均有一定判断作用。笔者通过观察大陷胸汤保留灌肠治疗急性胰腺炎在超声上的表现,以期从超声上观察中医药治疗急性胰腺炎疗效。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 病例选择** 急性胰腺炎西医诊断标准参考 2003 年上海召开的全国胰腺疾病学术大会上确定的《中国急性胰腺炎诊断指南草案》<sup>[2]</sup>进行,临床表现为呕吐恶

心,持续性上腹部疼痛,休克、低血压和腹膜炎体征,同时实验室检查中血尿淀粉酶均升高。排除伴有贫血,伴有胶原血管、肿瘤等衰竭病症,有真性红细胞增多症,ApACHE II 评分在 8 分以上。中医辨证标准肝郁气滞证为中上腹引及两胁,恶心呕吐,舌淡红,苔薄白,脉弦细或紧;肝胆湿热证为上腹拒按,胁痛,或发热,大便结,小便短赤,目黄,舌质红,苔薄黄,脉弦数<sup>[3]</sup>。所有纳入患者均同时符合以上中西医诊断标准,排除不签署知情同意书者,排除严重肝肾功能损害者。

**1.2 临床资料** 选取 2010 年 5 月至 2013 年 5 月 115 例患者作为研究对象,分成两组,对照组 56 例,男性 31 例,女性 25 例;平均年龄(35.20±1.50)岁;病程 30 min 至 12 h,平均(3.40±1.40)h;轻型 52 例,重型 4 例。观察组 59 例,男 33 性例,女性 26 例;平均年龄(35.40±1.70)岁;病程 40 min 至 13 h,平均(3.50±1.5)h;轻型 54 例,重型 5 例。两组临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

\* 基金项目:陕西省自然科学基金(20140570)

1.3 治疗方法 所有患者入院后均监测生命体征,吸氧、禁食,对腹胀明显者胃肠减压,发热者则物理降温,腹痛明显者则酌情解痉药和止痛药,合理使用抗菌药物和血管活性药物以改善微循环,适当补充液体纠正水/电解质和酸碱平衡紊乱<sup>[4]</sup>。对照组加用醋酸奥曲肽注射液 0.3 mg 配 0.9%葡萄糖注射液 250 mL 静滴。观察组加用大陷胸汤保留灌肠。药物组成有生大黄 20 g (后下),芒硝 15 g,柴胡 10 g,黄连 10 g,枳实 20 g,黄芩 10 g,厚朴 10 g,白芍 10 g,芒硝溶于液体中。水煎至 100 mL 灌肠,导入肛门 25~30 cm,药液保留 2 h,每日 1 次,连续 1 周。采用 LOGIQ 5 Expert 超声仪,探头频率为 3.5 MHz,患者取仰卧位,胰腺不清晰者饮水后坐位检查,在胰腺区域进行横向和纵向扫描,观察胰腺位置、大小、形态和内部回声和胰管状态等,观察其周围组织、血管情况,观察胰腺有无积液和肿大淋巴结等,观察胆道是否存在结石、炎症等,并观察周围是否有积液等。

1.4 观察指标 参考《中医消化病诊疗指南》<sup>[5]</sup>观察治疗后白细胞、血清淀粉酶恢复正常时间,临床症状如腹痛、恶心呕吐、发热、肠鸣音、自主排便、腹部压痛反跳痛完全缓解时间;观察治疗前后超声急性胰腺炎表现如胰腺弥漫性肿大,包膜毛糙不清,胰腺实质回声减低,不均匀分布,胰腺周围改变,下腹腔积液,门静脉血栓,气体全反射回声等变化情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件。计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗前后超声影像学比较 见表 1。治疗前两组胰腺弥漫性肿大、包膜毛糙不清、胰腺实质回声减低,不均匀分布、胰腺周围改变、下腹腔积液、门静脉血栓、气体全反射回声等差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),治疗后和治疗前比较超声影像学差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),而治疗后两组在以上超声影像学上比较差异也有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 两组治疗前后超声影像学比较(n)

组别	时间	胰腺弥漫性肿大	包膜毛糙不清	胰腺实质回声减低,不均匀分布	胰管扩张	胰腺周围改变			下腹腔积液	门静脉血栓	气体全反射回声
						不规则液性暗区	无回声包块	乱团状回声			
观察组 (n=59)	治疗前	53	46	34	29	51	38	41	23	14	11
	治疗后	6 <sup>*</sup>	4 <sup>*</sup>	4 <sup>*</sup>	4 <sup>*</sup>	3 <sup>*</sup>	6 <sup>*</sup>	3 <sup>*</sup>	3 <sup>*</sup>	2 <sup>*</sup>	2 <sup>*</sup>
对照组 (n=56)	治疗前	54	47	35	31	52	40	40	25	15	13
	治疗后	1 <sup>△</sup>	2 <sup>△</sup>	1 <sup>△</sup>	1 <sup>△</sup>	1 <sup>△</sup>	0 <sup>△</sup>				

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。

2.2 两组患者治疗后相关指标恢复时间比较 见表 2。两组患者治疗后在白细胞、血清淀粉酶恢复正常时

间,临床症状如腹痛、恶心呕吐、发热、肠鸣音、自主排便、腹部区痛反跳痛完全缓解时间差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 两组相关指标上恢复时间的比较(d,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	白细胞恢复正常时间	血清淀粉酶恢复正常时间	腹痛	恶心呕吐	肠鸣音	发热	自主排便	腹部压痛反跳痛
观察组	59	3.13±0.78 <sup>△</sup>	3.25±1.21 <sup>△</sup>	3.14±0.45 <sup>△</sup>	0.97±0.45 <sup>△</sup>	1.42±0.32 <sup>△</sup>	0.78±0.73 <sup>△</sup>	2.52±0.56 <sup>△</sup>	2.42±0.42 <sup>△</sup>
对照组	56	4.35±1.12	4.14±1.52	4.07±0.78	1.03±0.46	1.79±0.45	1.06±0.74	3.27±0.56	3.14±0.67

## 3 讨论

中医学无急性胰腺炎病名,根据其临床表现等归属于“腹痛”“结胸”等范畴,多认为其是由于感受外邪后传里化热,热郁中焦焦后热致瘀,热毒血瘀所致;或者是酒食不节导致肝胆失调,实热内炽,湿热邪毒雍滞,腑气不通;或是精神刺激,情志不畅,或暴怒伤肝,或忧思多虑等致使肝气郁结不通则痛。在治疗上以疏肝解郁、清热利湿、清热攻下、行血化瘀等为主<sup>[6-7]</sup>。

本研究用大陷胸汤灌肠治疗,其中大黄有清热泻火、凉血解毒、逐瘀通经、利湿退黄等功效,记载称“将军者,专攻心腹胀满,胸胃蓄热,积聚痰实也”,现代药理学认为,大黄有效成分如大黄素、大黄酚等增加肠张力,促进肠蠕动而泄下,从而促进胃肠功能恢复,大黄素能舒张十二指肠,利于胰酶排出,降低胰酶对胰腺作用,抑制胰腺腺泡对胰酶释放。研究称,大黄能调节炎症介质控制急性胰腺炎发展,下调 IL-6 拮炎症因子,阻断 AP 炎症级联反应,减少组织损伤<sup>[8]</sup>。同时大黄还能维持内环境,保护肠道粘膜屏障完整性,清除氧自由基,调节机体免疫力,降低血液黏度,增加血容量。芒硝具有润燥软坚、清热解毒、泄下攻积,能“涤去蓄结饮食,推陈致新,除邪气”。现代药理学证实,该药能刺激肠壁,增加胃肠功能,改善局部胰腺组织缺血坏死,降低胰胆管压力,利用胰液排出。柴胡解表退热、升举阳气,柴胡皂苷能促进胰腺腺泡消化酶分泌作用,黄芩能抗病毒、抗炎、调节机体免疫,抗氧自由基等作用。总之,大陷胸汤能很好地改善临床症状,降低血淀粉酶<sup>[9-10]</sup>。

急性胰腺炎在超声上主要表现为胰腺体积增大,水肿型表现为边缘整齐,形态规则,实质均匀性低回声,坏死型则形态不规则,边缘不整齐,和周围组织分界欠清,多数腺体实质为非均匀性高低回声,伴有不规则暗区。急性胰腺炎患者约有 80% 左右患者伴有胰腺周围积液,其中以小网膜囊最好发,此外,腹腔游离性积液和左肾前间隙积液也常见,这些是最常见征象。而从本次研究结果看出,超声检查能客观上显示出中药治疗急性胰腺炎后临床效果。故可作为药物治疗急性胰腺炎后的疗效评定标准,但要结合急性胰腺炎的临床分期,一般来说,急性水肿期边界清楚,低回声较均匀,急性出血坏死型则胰腺轮廓扩大,回声不均匀,

包膜连续性中断,在盆腔、甚至整个腹腔中均能见到液性暗区<sup>[9]</sup>。

研究称,超声结合血清淀粉酶在临床上对急性胰腺炎的诊断和疗效均有一定帮助,但仅凭超声作为标准尚缺乏普遍性,因为超声在急性胰腺炎早期,在胰腺形态、大小和回声上,或并发麻痹性肠梗阻、肠管扩张积气等方面超声均不能清晰显示,故在临床上还需结合其他的评定标准<sup>[11-12]</sup>。总之,大陷胸汤保留灌肠治疗急性胰腺炎临床效果显著,在超声上能得到很好体现。

参 考 文 献

[1] 段巨涛,马少军,孔棣,等.清胰陷胸汤治疗重型急性胰腺炎临床观察[J].中国中医药信息杂志,2013,18(6):65-66.

[2] 陈素贤,崔乃强,王光霞,等.超声评分对急性胰腺炎重症程度的评估价值[J].中国中西医结合外科杂志,2014,6(5):482-485.

[3] 张喜平,石焱,陈晔,等.中医通里攻下治疗急性胰腺炎的研究进展[J].世界华人消化杂志,2012,16(9):987-991.

[4] 孟秋菊.急性胰腺炎的病机演变与中医证治思路探析[J].浙江中西医结合杂志,2014,24(2):116-118.

[5] 王晓,张照兰,杨国红,等.重症急性胰腺炎早期中医药干预综合治疗方案的临床观察[J].中国中西医结合急救杂志,2010,17(3):169-171

[6] 刘家莲,何本艳,朱小莉,等.柴芍承气汤保留灌肠治疗急性胰腺炎的临床观察[J].现代护理,2013,13(28):2673-2674.

[7] 钟跃,罗燕,卢强,等.超声造影评价急性胰腺炎严重度的初步研究[J].临床超声医学杂志,2012,14(9):589-592.

[8] 周娟娟.加减小陷胸汤保留灌肠治疗急性胰腺炎的临床观察与研究[D].湖北中医药大学,2014,3(3):345-347.

[9] 安利香.超声在急性胰腺炎诊断中的应用价值[J].西部医学,2012,24(1):135-136.

[10] 郑昱.大柴胡汤合小陷胸汤治疗急性胰腺炎患者疗效评价[J].中医药通报,2012,8(5):46-48.

[11] 张明河,田晓丰,吕冬梅,等.急性胰腺炎合并肠系膜上静脉血栓的超声诊断价值[J].中国实验诊断学,2012,16(3):526-527.

[12] 樊弘.彩色多普勒超声在急性胰腺炎中的诊断价值分析[J].中国实验诊断学,2014,18(8):1288-1290.

(收稿日期 2015-03-01)

# 葛根汤联合西药治疗糖尿病合并高血压危象的临床观察

孙 贇 钟芝芳

(浙江省杭州市江干区人民医院,浙江 杭州 310016)

中图分类号:R587.1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0712-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.054

**【摘要】目的** 观察糖尿病合并高血压危象患者采用西医疗法基础上应用葛根汤治疗的临床效果。**方法** 按照入院顺序将 95 例高血压危象患者分为研究组和对照组,两组患者入院即采用西医降糖降压等治疗措施,研究组加用葛根汤治疗,比较两组患者的降压效果及治疗 7 d 后两组患者的中医证候积分效果差异。**结果** 两组的收缩压、舒张压在入院后第 1、2、6、12、24、48、72 小时较入院前均显著降低( $P < 0.05$ ),两组间比较治疗前与治疗第 72 小时的收缩压、舒张压差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),在治疗过程中对照组的血压波动较研究组显著( $P < 0.05$ )。治疗前两组中医证候积分差异均不显著( $P > 0.05$ ),治疗后两组患者的中医证候积分均显著降低( $P < 0.05$ ),研究组降低较对照组更加显著( $P < 0.05$ )。治疗前后两组患者血糖波动不显著( $P > 0.05$ );治疗后,研究组显效率优于对照组( $P < 0.05$ ),总有效率差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 糖尿病合并高血压危象患者采用西医疗法基础上应用葛根汤治疗具有显著的降压治疗作用,且具有缓解中医证候、平稳降压过程的作用,同时不会引起明显的血糖波动。

**【关键词】** 2型糖尿病 高血压危象 西医疗法 葛根汤

高血压危象属中医学“风眩”范畴,是临床急症,主要是指患者血压突然或明显升高,且伴或不伴有靶器官损害,在高血压患者中的发病率为 1%~5%<sup>[1]</sup>。其临床治疗原则为使患者血压平稳地下降至安全范围,最大程度防止或减轻靶器官的损害。西医降压药硝普钠可在短时间内降压,但远期治疗效果不显著<sup>[2]</sup>。葛根汤可以有效缓解患者的中医证候,减少对靶器官的损

伤<sup>[3]</sup>。笔者以 95 例糖尿病合并高血压危象患者为研究对象,观察西医疗法基础上应用葛根汤的临床疗效并分析其应用价值。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床材料 选取本院 2012 年 9 月至 2014 年 4 月收治的 95 例糖尿病合并高血压危象患者作为研究对象。纳入标准:既往确诊糖尿病(WHO1999 年标准:

空腹血糖>7.0 mmol/L 或餐后 2 h 血糖>11.1 mmol/L), 纳入研究时均已采用降糖治疗, 血糖控制较为理想; 均符合《中国高血压防治指南 2010》拟定高血压危象患者的诊断标准: 既往具有高血压病史、血压突然和明显升高(收缩压 $\geq$ 180 mmHg、舒张压 $\geq$ 120 mmHg)(1 mmHg $\approx$ 0.133kPa); 中医诊断符合《中药新药临床研究指导原则》中高血压肝郁化火、肝阳上亢证<sup>[4]</sup>。排除标准: 合并心血管、肝和造血系统疾病的患者; 过敏体质或对本研究药物过敏反应的; 既往有高血压脑卒中疾病史的患者; 未按照研究要求用药的患者。将入选患者分为研究组和对照组, 研究组 48 例, 男性 25 例, 女性 23 例; 年龄 34~67 岁, 平均(55.40 $\pm$ 9.60)岁; 高血压病程 2~20 年, 平均(11.10 $\pm$ 3.60)年; 入院时平均收缩压(217.60 $\pm$ 12.50) mmHg, 舒张压(120.50 $\pm$ 9.60) mmHg。对照组 47 例, 男性 27 例, 女性 20 例; 年龄 37~70 岁, 平均(56.80 $\pm$ 10.40)岁; 高血压病程 3~20 年, 平均(12.50 $\pm$ 3.90)年; 入院时平均收缩压(219.50 $\pm$ 13.40) mmHg, 舒张压(117.60 $\pm$ 8.80) mmHg。两组患者资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.2 治疗方法 两组患者入院即采用西医降糖降压治疗措施, 维持原降糖治疗方案, 静脉泵注硝普钠(国药准字 H20143166, 河南省宛西制药股份有限公司), 0.2  $\mu$ g/(kg $\cdot$ min)。研究组加用葛根汤(葛根 12 g, 麻黄 9 g, 桂枝 6 g, 生姜 9 g, 甘草 6 g, 芍药 6 g, 大枣 4 g), 加水 500 mL 武火煎, 浓缩至 200 mL 以后, 调为文火, 煎 2 次以后, 两煎混合, 分 2 次服用。2 周为 1 疗程, 共计两个疗程。

1.3 疗效及指标观察 1) 记录并比较两组患者治疗前与治疗第 1、2、6、12、24、48、72 小时内的血压变化

情况, 治疗前与治疗 7 d 后两组患者的中医证候积分变化情况及综合疗效差异。2) 中医证候积分: 参照《中药新药临床研究指导原则》中高血压疾病证候评分标准<sup>[4]</sup>。主症: 眩晕、头痛头胀、烦躁易怒、耳鸣分别根据患者证候严重程度分为无(0 分)、轻 2 分、中 4 分、重 6 分。次症: 项强不适、口苦、便秘、小便溲赤分别根据患者证候严重程度分为无 0 分、轻 1 分、中 2 分、重 3 分; 舌质红赤、苔白、脉弦滑有力分别根据有计 1 分、无计 0 分进行评分。3) 综合疗效: 参照《中药新药临床研究指导原则》拟定<sup>[4]</sup>。(1) 1 h 内平均动脉降低 1/5~1/4, 2~6 h 内血压降至 160/110 mmHg 左右; (2) 降压过程平稳, 4 h 内患者的血压不低于 140/90 mmHg; (3) 降压效果持久, 72 h 内患者的血压不再高于 180/120 mmHg; (4) 临床症状明显改善; (5) 重要脏器并发症减少。治疗效果评价, 显效: 满足以上 5 条标准。有效: 满足上述 3 条或 3 条以上的标准。无效: 除显效和有效的患者。总有效率=(显效+有效)/本组样本量 $\times$ 100%。

1.4 统计学处理 所有收集数据录入 Excel2003, 在 SPSS17.0 中进行统计分析。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示, 采用两组样本  $t$  检验、组内比较采用配对  $t$  检验, 计数资料采用  $\chi^2$  检验, 等级计数资料采用秩和检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者治疗前后血压比较 见表 1。研究组和对照组的收缩压、舒张压在入院后第 1、2、6、12、24、48、72 小时较入院前均显著降低( $P<0.05$ ), 两组间比较治疗前与治疗第 72 小时的收缩压、舒张压差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 在治疗过程中对照组的血压波动较研究组显著( $P<0.05$ )。

表 1 两组糖尿病合并高血压危象患者治疗 72 h 内血压比较(mmHg,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	血压指标	治疗前	治疗 1 h	治疗 2 h	治疗 6 h	治疗 12 h	治疗 24 h	治疗 48 h	治疗 72 h
研究组 (n=48)	收缩压	217.60 $\pm$ 12.50	165.80 $\pm$ 5.20 <sup>△</sup>	157.30 $\pm$ 6.30 <sup>△</sup>	152.30 $\pm$ 4.90 <sup>△</sup>	150.60 $\pm$ 5.90 <sup>△</sup>	148.90 $\pm$ 5.70 <sup>△</sup>	149.60 $\pm$ 5.70 <sup>△</sup>	150.50 $\pm$ 5.80
	舒张压	120.50 $\pm$ 9.60	105.40 $\pm$ 4.40 <sup>△</sup>	98.20 $\pm$ 4.90 <sup>△</sup>	92.60 $\pm$ 7.80 <sup>△</sup>	90.50 $\pm$ 5.60 <sup>△</sup>	87.30 $\pm$ 6.20 <sup>△</sup>	89.20 $\pm$ 6.70	88.70 $\pm$ 5.10
对照组 (n=47)	收缩压	219.50 $\pm$ 13.40	158.70 $\pm$ 6.10	149.60 $\pm$ 5.70	160.90 $\pm$ 6.70	142.80 $\pm$ 7.40	153.60 $\pm$ 6.80	156.80 $\pm$ 6.80	152.20 $\pm$ 7.40
	舒张压	117.60 $\pm$ 8.80	100.30 $\pm$ 4.80	91.50 $\pm$ 5.20	98.50 $\pm$ 6.20	94.80 $\pm$ 5.90	93.50 $\pm$ 8.80	90.60 $\pm$ 5.30	89.60 $\pm$ 7.20

与对照组同项比较, <sup>△</sup> $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组患者中医证候积分变化情况 见表 2。治疗前研究组和对照组中医证候积分差异均不显著 ( $P>$

0.05), 治疗后两组患者的中医证候积分均显著降低( $P<0.05$ ), 研究组降低较对照组更加显著( $P<0.05$ )。

表 2 两组糖尿病合并高血压危象患者中医证候积分变化情况比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	眩晕	烦躁易怒	头痛头胀	耳鸣	项强不适	口苦	便秘	小便溲赤	舌象	脉象	中医证候总分
研究组 (n=48)	治疗前	3.70 $\pm$ 1.50	3.70 $\pm$ 1.30	4.20 $\pm$ 1.40	3.50 $\pm$ 1.10	1.80 $\pm$ 0.60	2.10 $\pm$ 0.70	2.00 $\pm$ 0.80	1.50 $\pm$ 0.70	0.70 $\pm$ 0.30	0.80 $\pm$ 0.20	24.00 $\pm$ 3.40
	治疗后	0.80 $\pm$ 0.50 <sup>*△</sup>	1.20 $\pm$ 0.40 <sup>*△</sup>	0.70 $\pm$ 0.30 <sup>*△</sup>	0.40 $\pm$ 0.20 <sup>*△</sup>	0.80 $\pm$ 0.30 <sup>*△</sup>	0.90 $\pm$ 0.50 <sup>*△</sup>	0.40 $\pm$ 0.30 <sup>*△</sup>	0.50 $\pm$ 0.20 <sup>*△</sup>	0.20 $\pm$ 0.20 <sup>*△</sup>	0.30 $\pm$ 0.20 <sup>*△</sup>	6.20 $\pm$ 1.50 <sup>*△</sup>
对照组 (n=47)	治疗前	3.60 $\pm$ 1.30	3.80 $\pm$ 1.40	4.00 $\pm$ 1.50	3.70 $\pm$ 1.20	1.90 $\pm$ 0.80	2.00 $\pm$ 0.50	2.20 $\pm$ 0.40	1.70 $\pm$ 0.60	0.70 $\pm$ 0.30	0.80 $\pm$ 0.30	24.40 $\pm$ 3.70
	治疗后	1.30 $\pm$ 0.40 <sup>*</sup>	1.50 $\pm$ 0.30 <sup>*</sup>	1.20 $\pm$ 0.50 <sup>*</sup>	0.80 $\pm$ 0.40 <sup>*</sup>	1.50 $\pm$ 0.50 <sup>*</sup>	1.60 $\pm$ 0.70 <sup>*</sup>	1.20 $\pm$ 0.50 <sup>*</sup>	1.10 $\pm$ 0.40 <sup>*</sup>	0.50 $\pm$ 0.20 <sup>*</sup>	0.60 $\pm$ 0.10 <sup>*</sup>	11.30 $\pm$ 2.30 <sup>*</sup>

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

2.3 两组患者用药后血糖水平比较 见表3。入院时,两组患者的血糖控制良好,空腹血糖水平两组入院时、治疗高血压危象后差异均不显著( $P>0.05$ ),治疗后两组较治疗前的空腹血糖水平略有下降但差异并不显著( $P>0.05$ )。

表3 两组糖尿病合并高血压危象患者治疗前后空腹血糖变化比较(mmol/L,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
研究组	48	6.58±0.57	6.42±0.49
对照组	47	6.54±0.56	6.42±0.51

2.4 两组患者的综合疗效评价 见表4。治疗后,研究组显效率优于对照组( $P<0.05$ ),但总有效率差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表4 两组糖尿病合并高血压危象患者治疗7d后综合疗效评价比较n(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
研究组	48	31(64.58) <sup>△</sup>	13(27.08)	4(8.33)	44(91.67)
对照组	47	20(42.55)	20(42.55)	7(14.89)	40(85.11)

### 3 讨论

高血压危象是指患者在短时间内血压明显升高,且伴有重要组织心、脑、肾以及大动脉的严重障碍或不可逆性损害<sup>[5]</sup>。其发病因素与生活压力以及外界环境因素的刺激具有密切联系。该疾病具有起病急、发展快等特征,在高血压早期与晚期均会发生,患者会出现心悸、气急、视力模糊且伴有痉挛动脉累及靶器官缺血症状。倘若不及时治疗则会严重危及患者的生命健康<sup>[6]</sup>。在临床上高血压与糖尿病往往并存,而其可造成血管的进一步损伤,医学上称为同源性疾病。糖尿病患者可进一步加大高血压危象发病情况。本次研究中首先对所有患者进行了基本的降压降糖处理,并在对照组基础上给予患者中医施治,观察其效果。结果显示,研究组患者接受治疗后的临床总有效率高于对照组,两组患者的疗效分布差异具有统计学意义,这说明西医联合葛根汤的治疗效果准确,有效提高了临床治疗效果。

高血压危象属于中医学的“风眩”范畴,其病变脏腑在于肝肾,临床表现为肝肾阴虚、肝阳上亢、痰湿内扰。因此临床治疗应以滋阴替阳、泻热息风为主,佐以利湿泻浊<sup>[7]</sup>。葛根汤中葛根为君药,升津液,濡筋脉。麻黄、桂枝为臣药,疏散风寒,发汗解表。芍药、甘草为佐药,生津养液、缓急止痛。生姜、大枣为使药,调和脾胃,鼓舞脾胃生发之气。诸药合用,共奏发汗解表、升津舒筋之功。根据药理学显示<sup>[8]</sup>,葛根辛甘性凉,发表解肌、

活血化瘀,有效抑制血管运动中枢,阻滞交感神经与神经节,使得外周血管扩张,阻力下降,达到降压作用。麻黄镇静、抗惊厥,可以增加心脑血管流量,降低血管阻力以及舒张外周血管。桂枝、生姜可以通过增加神经干复合动作电位开放数,对抗细动脉收缩而起到降压作用。甘草、芍药使得肝、脾等内脏血管扩张,降低血浆以及醛固酮水平,促使血压降低。大枣性温,具有补脾益气与养血安神的功效。葛根汤联合西医可以有效改善微循环与高凝状态,改善患者的血流动力学状态,降低血压,预防血管硬化<sup>[9]</sup>。本文研究结果显示,两组患者的收缩压、舒张压在入院后第1、2、6、12、24、48、72h较入院前均显著降低,两组之间的对比在第72小时收缩压、舒张压差异不明显。且在治疗过程中对照组患者的血压波动较研究组显著。研究组患者接受治疗后的中医证候积分均显著降低对照组。这表明高血压危象的临床治疗中葛根汤联合西药的治疗效果显著性高于单纯西药,具有更高的临床应用价值,这一结果和相关文献报道的数据相一致<sup>[10]</sup>。因此,笔者认为,临床上对于高血压危象患者的治疗,建议采用中西医结合治疗方案,缓解患者的临床症状,提高疾病的治疗效率。

综上所述,在西医降压药基础上联合使用葛根汤治疗高血压危象患者具有显著的临床疗效,全面有效治疗高血压危象,可以有效缓解患者的中医证候,改善血压水平,安全性较高,值得在临床中进一步推广与使用。

### 参考文献

- [1] 李伟安. 急诊高血压危象的临床诊治分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(15): 1674-1675.
- [2] 祝森志. 高血压危象发病机制的研究进展[J]. 内科急危重症杂志, 2014, 20(2): 130-132.
- [3] 杜忠东, 郑远征. 抗高血压药物在小儿高血压危象紧急处理时的临床应用[J]. 中国小儿急救医学, 2013, 20(5): 452-454.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 80.
- [5] 史柯. 中西医结合治疗高血压危象24例观察[J]. 实用中医药杂志, 2014, 1(9): 852-853.
- [6] 洪舟, 潘龙飞, 高彦霞, 等. 高血压危象121例相关因素分析[J]. 陕西医学杂志, 2014, 1(9): 1169-1171.
- [7] 赵园媛. 嗜铬细胞瘤致高血压危象并发消化道出血的急救与护理[J]. 中华危重病急救医学, 2013, 25(12): 710-711.
- [8] 崔志兵. 硝普钠与硝酸甘油治疗高血压危象并心功能不全的疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2013, 1(18): 4145-4146.
- [9] 朱海龙, 王军, 王英, 等. 静脉微泵注射硝酸甘油与硝普钠治疗高血压危象的效果观察[J]. 海南医学, 2012, 23(21): 53-54.
- [10] 曹平, 张怡, 褚铮. 龙胆泻肝汤合红龙夏海汤治疗高血压危象的临床研究[J]. 中国中医急症, 2014, 23(6): 1036-1037.

(收稿日期 2014-09-25)

# 化痰通腑泻热方加减辨治缺血性中风急性期的临床研究\*

邱杰 崔春霞 刘钟 王秀芹 姜全心

(中石化胜利石油管理局胜利医院中医院,山东 东营 257000)

中图分类号:R255.2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0715-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.055

**【摘要】目的** 观察化痰通腑泻热方加减辨治缺血性中风急性期临床效果。**方法** 选取96例患者随机分成对照组和观察组,各48例。对照组给予西医治疗,观察组化痰通腑泻热方加减治疗,观察治疗后相关指标的变化情况。**结果** 观察组临床痊愈率及总有效率与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );生活质量上,生理功能、生理职能、身体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康两组比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );对照组治疗后NIHSS评分、C反应蛋白(CRP)、血清同型半胱氨酸(Hcy)与观察组差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 化痰通腑泻热方加减治疗缺血性中风急性期临床效果显著。

**【关键词】** 化痰通腑泻热方 缺血性中风急性期 临床效果

**The clinical effect of Huayu Tongfu Xiere Decoction on Acute Ischemic Stroke** *DIJie, CUI Chunxia, LIU Zhong. TCM Hospital of Victory Hospital of Petroleum Administration Bureau, Shandong, Jinan 257000, China*

**【Abstract】Objective:** To observe clinical effect of Huayu Tongfu Xiere Decoction on acute phase of ischemic stroke. **Methods:** 96 patients were divided groups, with each group of 48 cases. Control group were given the western medicine treatment, while the observation group were treated with Huayu Tongfu Xiere Decoction. Changes in the related indexes after treatment were observed. **Results:** the curative effect and the control group clinical recovery rate, total effective rate were lower than those of observation group ( $P < 0.05$ ); the quality of life, the physiological function, physiological functions, physical pain, general health, vitality, social function, emotional function, mental health of observation group were better than those of control group ( $P < 0.05$ ); NIHSS score, CRP, Hcy, of the observation group were higher than those of control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Huayu Tongfu Xiere Decoction has good effect on acute phase of ischemic stroke.

**【Key words】** Acute phase of ischemic stroke; Acute phase of ischemic stroke; Clinical effect

缺血性中风即脑梗死,好发于中老年人,往往急性起病,治疗恰当约有20%~30%左右患者会治愈,其中70%以上患者会残留不同程度的功能障碍,其中以偏瘫最为常见,严重影响中老年人生活质量<sup>[1]</sup>。中医学认为,缺血性中风急性期是在内外风作用下形成的,而化痰通腑泻热方则能有效降低机体应激状态,调节植物神经功能紊乱,增加脑供血,改善微循环,减轻意识障碍<sup>[2]</sup>。化痰通腑泻热方是在大黄、芒硝等药物化裁加减而成的方剂,是治疗中风病大法,是根据“实则泻之,热则清之,上病下取”等治法中逐步运用的结果。本次研究通过观察化痰通腑泻热方加减辨治缺血性中风急性期的临床效果情况,以期选择合适的中医药方剂治疗该类疾病,提高患者生存质量。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 缺血性中风西医诊断标准参考第4届全国脑血管病会议修订的《各类脑血管疾病诊断要

点》<sup>[3]</sup>进行,经脑CT和MRI确诊。中医诊断标准参考《中风病诊断疗效评定标准》<sup>[4]</sup>进行,临床辨证为痰腑实证。纳入标准:同时符合以上中西医诊断标准,所有受试患者均签署知情同意书,均排除溶栓等西医手术治疗者。

1.2 临床资料 选取2010年5月至2013年5月胜利石油管理局胜利医院中医院收治的96例患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,两组患者在性别、年龄、病程等方面比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

1.3 治疗方法 对照组予西医治疗,予防止血栓形成,血小板聚集、脑保护、神经细胞营养等治疗,并积极治疗合并症<sup>[5]</sup>。观察组予化痰通腑泻热方加减治疗。药物组成有胆南星30g,钩藤30g,瓜蒌20g,大黄30g,芒硝6g,甘草6g,竹茹10g,石菖蒲10g,远志10g,丹参10g。每日1剂,取汁200mL,分2次服完。并随症加减,如伴有肝阳上亢如舌红面赤,苔黄燥,脉弦有力加天麻20g,赤芍20g,牡丹皮10g,牛膝30g,柴胡

\*基金项目:山东省自然科学基金资助项目(No.ZR2010HL017)

10 g;伴风痰阻络见舌淡红,苔白腻,脉弦滑,偏身瘫痪,手足拒痛,加法半夏 20 g,白术 10 g,秦艽 20 g,防风 10 g,白芷 10 g;伴气虚血瘀如舌暗淡,脉细缓或结代,口流涎,受足肿胀,面色苍白,心悸自汗等,加黄芪 30 g,当归 20 g,赤芍 20 g,白术 10 g,赤芍 20 g等;热闭心包加山羊角粉 3 g;血虚者加大当归剂量至 30 g。

1.3 观察指标及疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>进行疗效评定,临床痊愈为症状、体征积分减少 95%以上,显效为临床症状、体征积分减少在 70%~94%,有效为症状、体征积分减少 30%~69%,无效为症状、体征积分减少在 29%以下。参考 SL-6 进行生活质量评分,从生理功能、生理职能、身体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康 8 个方面进行观察。观察治疗前后在高密度脂蛋白(HDL-C)、低密度脂蛋白(LDL-C)、血清同型半胱氨酸(Hcy)、C 反应蛋白(CRP)水平变化,分别在治疗前和治疗 2 周后进行,空腹抽取静脉血检测,观察在美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)变化情况。

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

### 2 结果

2.1 两组疗效比较 对两组疗效进行比较,对照组临床痊愈率 14.58%,总有效率 81.25%;观察组临床痊愈率 31.25%,总有效率 93.75%,两组比较差异有统计学意义(*P*<0.05)。

2.2 两组治疗前后相关指标比较 见表 1。对两组相关指标进行比较,治疗前后 HDL-C、LDL-C 差异均无统计学意义(*P*>0.05);治疗前 NIHSS 评分、CRP、Hcy 差异无统计学意义(*P*>0.05),治疗后和治疗前比较差异有统计学意义(*P*<0.05),治疗后两组间比较差异有统计学意义(*P*<0.05)。

表 1 两组患者治疗前后相关指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	Hcy( $\mu\text{mol/L}$ )	HDL-C( $\text{mmol/L}$ )	LDL-C( $\text{mmol/L}$ )	CRP( $\text{mg/L}$ )	NIHSS(分)
观察组 ( <i>n</i> =48)	治疗前	21.03±8.36	1.25±0.22	3.15±1.36	45.81±10.31	20.49±2.18
	治疗后	14.35±5.64 <sup>△</sup>	1.37±0.27	2.43±0.41	6.46±4.53 <sup>*△</sup>	13.64±1.05 <sup>△</sup>
对照组 ( <i>n</i> =48)	治疗前	20.78±8.34	1.23±0.24	3.12±1.34	45.74±10.34	20.45±2.16
	治疗后	19.56±5.36 <sup>*</sup>	1.32±0.23	2.56±0.45	13.65±6.34 <sup>*</sup>	17.45±1.43 <sup>*</sup>

与本组治疗前比较,\**P*<0.05;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup>*P*<0.05。下同。

2.3 两组患者治疗后生活质量比较 见表 2。两组患者治疗后在生理功能、生理职能、身体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康差异有统计学意义(*P*<0.05)。

### 3 讨论

缺血性中风是脑血栓形成或脑血栓基础上形成脑

表 2 两组患者治疗后生活质量比较(分, $\bar{x}\pm s$ )

分组	<i>n</i>	生理功能	生理职能	身体疼痛	总体健康	活力	社会功能	情感职能	精神健康
观察组	48	19.84±6.24 <sup>△</sup>	5.64±0.63 <sup>△</sup>	6.74±0.53 <sup>△</sup>	9.46±1.53 <sup>△</sup>	11.14±1.45 <sup>△</sup>	5.68±0.73 <sup>△</sup>	4.13±0.82 <sup>△</sup>	17.34±5.24 <sup>△</sup>
对照组	48	14.34±5.35	4.13±0.56	5.36±0.34	8.45±1.43	9.67±1.34	4.57±0.67	3.47±0.74	13.54±4.23

与对照组比较,<sup>△</sup>*P*<0.05。

动脉堵塞,从而引起偏瘫和意识障碍的一种疾病,好发于老年人,其形成原因不外乎血管壁病变、血液成分和血液动力学改变。在治疗上主要以防止血栓形成,抗血小板聚集等对症处理,虽然有较好临床效果,但费用较高,基层医院很难普及和广泛运用。

中医学认为该疾病是脑络瘀阻所致脑失所养,造成精神、神志、肢体功能、语言能力障碍等,是一种本虚标实之证,病机复杂,在临床上常见是由于风火热毒痰等相互作用下形成的一种结局<sup>[7]</sup>。在本方中,君药胆南星、钩藤、大黄,分别具有润肺化痰、通腑泄热、镇心安神作用;瓜蒌宽胸利气,石菖蒲开窍豁痰、醒神益智,远志祛痰安神,共为臣药;竹茹、丹参、黄芪活血化瘀,破瘀蓄,通血脉;芒硝有很好的通腑泄热作用,是大承气汤主要药物之一;甘草调和诸药,总之,全方共奏化痰通腑泄热作用,是针对缺血性中风发病机制而设。从现代药理学角度看,钩藤、大黄等有明显的扩张血管、降低血压、降低血脂、抗血液凝聚、增强血管通透性、提高机体免疫力作用<sup>[8]</sup>;丹参等活血药物能抑制血小板聚集,改善脑循环,提高大脑耐缺氧能力,有很好的溶栓效果,特别是丹参等,目前已广泛制成中药制剂,运用在临床上。结合相关报道,该方的作用主要是减少梗死面积,降低梗死程度,清除氧自由基等有害物质进入机体,缓解烦躁、便秘等临床症状,改善胃肠功能<sup>[9]</sup>。研究称,化痰通腑泻热方中要结合西医药物治疗<sup>[10]</sup>,而本次研究仅单纯西医治疗,但在结果上和类似研究,分析原因可能和本次研究为急性期,治疗及时恰当有关,且与纳入样本较少,随访时间较短也有一定关系。但就临床实际情况来说,对缺血性中风急性期出现昏迷等患者则优先西医处理,必要时可鼻饲予中药汤剂治疗,但仅仅是辅助治疗,非急诊首选方法。报道称,对缺血性中风治疗强调的是辨证论治,要随证加减,如肝阳上亢则要加大钩藤等剂量,并配合以天麻等平肝潜阳药物等<sup>[11]</sup>。

结果显示,运用化痰通腑泻热方后,患者在临床疗效上明显增加,且在 NIHSS 评分、CRP、Hcy 上也得到明显改变,特别是在生活质量上得到提高,这符合现代医学对缺血性中风治疗的观点,即不仅仅是抢救生命,更注重对恢复后自理能力的恢复和生活质量不下降<sup>[12]</sup>。这点在本次研究中得到很好体现,这值得日后继续探讨。

就中医汤剂来说,缺血性中风急性期往往病情急,

病情发展迅速,而中医药汤剂煎煮费时,且个体差异大,需进行辨证,故日后的重点是结合现代分子生物学基础理论相结合,研制成一种有效的中医药制剂,能及时静脉滴注,这或许能取得更好的疗效。

#### 参 考 文 献

- [1] 王建华,王永炎. 出血性中风、缺血性中风急性期证候演变规律的研究[J]. 中国中医急症, 2013, 10(4): 215-217.
- [2] 马丽虹,李冬梅,李可建,等. 系统评价蚓激酶治疗缺血性中风急性期的临床疗效研究[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(11): 2817-2819.
- [3] 施凯莉. 缺血性中风急性期中医临床路径的辨证施护[J]. 光明中医, 2014, 29(11): 2411-2412.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 姚宏军,李丽. 缺血性中风急性期中医药治疗研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 7(4): 458-459.
- [7] 孟占鹏. 化痰通络汤治疗风痰瘀阻型缺血性中风 30 例[J]. 河南中医, 2013, 33(11): 1888-1889.
- [8] 刘新胜,崔书克. 缺血性中风的中医药研究进展[J]. 河南中医, 2012, 32(1): 129-131.
- [9] 郭根艳. 缺血性中风辨治思路[J]. 河南中医, 2012, 32(8): 1022-1023.
- [10] 李建村. 中西医结合治疗进展性缺血性中风 101 例[J]. 河南中医, 2012, 32(6): 743-744.
- [11] 邵聪,杨景青,李长生,等. 中医药治疗缺血性中风进展[J]. 河南中医, 2014, 34(3): 433-434.
- [12] 戚畅. 应用通泻化痰汤治疗缺血性中风急性期(痰热腑实证)临床观察[D]. 长春: 长春中医学院, 2005.

(收稿日期 2015-03-05)

## 针刺联合清热利湿中药治疗急性痛风性关节炎的临床观察

吴 江 徐 业

(中国医科大学第五临床医院暨本溪钢铁集团总医院, 辽宁 本溪 117000)

中图分类号: R589.7 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)04-0717-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.056

**【摘要】目的** 观察针刺联合清热利湿中药治疗急性痛风性关节炎的临床疗效及安全性。**方法** 72 例患者随机分为治疗组和对照组,治疗组予针刺联合中药汤剂治疗,对照组予扶他林缓释片口服,治疗 7 d 为 1 个疗程。治疗前后对两组中医证候、临床疗效、尿酸(UA)、血沉(ESR)、C 反应蛋白(CRP)进行评价。**结果** 治疗后两组在中医证候方面与治疗前比较均有改善(均  $P < 0.01$ ),治疗组较对照组明显(均  $P < 0.01$ );两组临床疗效相当( $P > 0.05$ );治疗后,两组 UA、ESR、CRP 等检测指标较治疗前均明显下降,且治疗组中 ESR 较对照组改善更加明显(均  $P < 0.01$ )。治疗前后,两组在血尿便常规、肝肾功能、心电图检测方面均未出现与用药安全性评价相关的异常。未见明显不良反应。**结论** 针刺联合清热利湿中药治疗急性痛风性关节炎临床疗效明显,同时能够明显改善急性痛风性关节炎的中医证候,降低 UA、ESR、CRP,安全无明显毒副反应。

**【关键词】** 痛风性关节炎 急性 针刺 清热利湿

急性痛风性关节炎是痛风典型的首发症状,对人们的生活产生了严重影响。我国痛风的发病率虽然低于西方国家,但呈上升趋势,青岛地区、山东沿海城市、北京地区三地的发病率分别是 0.39%、1.14%、2.8%<sup>[1-3]</sup>。目前,西医对该病的治疗有较好的疗效,但是频繁发生的毒副反应限制了其临床应用和发展。近来研究表明,与湿热因素相关的中医药治法具有较大的疗效优势<sup>[4]</sup>。因此,笔者观察了针刺联合健脾清热利湿法治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准:参照美国风湿病协会 1977 年制定的痛风性关节炎诊断标准进行诊断<sup>[5]</sup>,

符合诊断标准所列 9 项中的 3 项即可诊断为痛风性关节炎。中医诊断标准:参照 2002 年国家药品监督管理局重新修订的《中药新药临床研究指导原则》中湿热蕴结证的中医辨证标准<sup>[6]</sup>。纳入标准:年龄 18~65 岁,符合诊断标准;愿意接受口服中药汤剂及针刺治疗者。排除标准:合并严重心肝肾功能不全者;精神疾病、老年痴呆等疾病难以配合治疗者;妊娠及哺乳期患者;非急性发作期;局部痛风石、肾损害或关节重度畸形等重度痛风性关节炎患者;继发性痛风患者;凝血功能异常及血小板减少者;晕针者;近半年内有活动性消化道出血病史或消化道溃疡病史者;拒绝签署知情同意书者。

1.2 临床资料 选取 2012 年 1 月至 2014 年 1 月就诊于笔者所在医院中医科针灸门诊患者 72 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组各 36 例。治疗组男性 20 例,女性 16 例;年龄(51.34±6.28)岁;病程(4.3±1.24)年。对照组男性 22 例,女性 14 例;年龄(52.46±7.40);病程(4.8±1.87)年。两组在年龄、性别、病程等方面差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 对照组口服双氯芬酸钠缓释片(商品名:扶他林缓释片,诺华制药有限公司生产),每次 1 粒(75 mg),每日 1 次。治疗组以针刺加中药汤剂口服治疗,取阿是穴、足三里、三阴交、阴陵泉、曲池、内庭、合谷、丰隆、血海。嘱患者仰卧位,常规医用酒精消毒,用一次性无菌毫针(0.25×40 mm,华佗牌,苏州医疗用品厂有限公司生产),进针要快,均匀采用捻转、提插之泻法,患肢出现强烈针感,同时活动患肢多次,留针 30~40 min,每 10 分钟捻转 1 次。同时在疼痛部位选取阿是穴,采用三棱针点刺放血约 3~5 mL,必要时(如出血不多时)用火罐拔出瘀血,或可留罐 10~15 min,最后可以用干棉球按压止血。每日 1 次,7 d 为 1 个疗程;中药汤剂以采用三仁汤合四君子汤加减(草药均由本院中药房采购,统一煎煮):法半夏 12 g,薏苡仁 30 g,黄芪 15 g,知母 12 g,白蔻仁 25 g,滑石 15 g,淡竹叶 12 g,萹藤 12 g,茯苓 12 g,白术 12 g,生甘草 9 g,威灵仙 9 g。水煎后真空包装,每袋 100 mL,早餐后及睡前各服 1 次,每日 1 剂。两组均治疗 7 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效指标 中医证候积分:通过对湿热蕴结证相关的四诊资料收集并进行评分。临床症状及体征:包括关节疼痛、关节肿胀、局部皮肤红热、关节功能、受累关节数等情况。实验室指标:测定尿酸(UA)(尿酸酶法)、血沉(ESR)(魏氏法)、C 反应蛋白(CRP)(ELISA 免疫测定法)。安全性监测:治疗前后均查血尿便常规、肝肾功能及心电图;同时在研究过程中密切观察、记录不良事件与不良反应发生情况。

1.5 疗效标准 中医证候积分评定标准:按照中医证候无、轻、中、重分别按 0、1、2、3 进行判定并记录。临床疗效标准:参照《中药新药临床研究指导原则》拟定<sup>[6]</sup>。临床痊愈:症状完全消失,关节功能恢复正常,主要理化检查指标正常。显效:主要症状消失,关节功能基本恢复,主要理化检查指标基本正常。有效:主要症状基本消失,关节功能及主要理化指标有所改善。无效:与治疗前相比,各方面均无改善。安全性评价标准:治疗前后检测血常规、尿常规、便常规,肝肾功能(AST、ALT、Cr、BUN)、心电图,并对可能出现的不良反应进行观察并记录,包括不良反应的临床症状、体征、实验室检查及严重程度。

1.6 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P<$

0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组中医证候积分比较 见表 1。治疗后,两组与治疗前中医证候积分均明显改善( $P<0.01$ ),且治疗组较对照组改善程度更加明显( $P<0.01$ )。

表 1 两组治疗前后中医证候积分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	36	8.34±1.72	2.34±0.87** $\Delta\Delta$
对照组	36	8.86±1.63	5.27±0.79**

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

2.2 两组临床疗效比较 见表 2。结果显示,两组总有效率差别不大( $P>0.05$ )。

表 2 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(%)
治疗组	36	8	19	6	3	33(91.67)
对照组	36	5	20	5	6	30(83.33)

2.3 两组实验室指标比较 见表 3。治疗后,两组 UA、ESR、CRP 等检测指标较治疗前均明显下降,且治疗组中 ESR 较对照组改善更加明显(均  $P<0.01$ )。

表 3 两组治疗前后实验室指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	UA( $\mu\text{mol/L}$ )	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)
治疗组 (n=36)	治疗前	528.46±78.42	40.72±13.06	26.24±12.08
	治疗后	436.14±83.27*	16.87±2.26* $\Delta$	10.37±2.58*
对照组 (n=36)	治疗前	521.47±80.12	39.24±13.27	27.18±11.83
	治疗后	446.72±67.46*	24.35±4.03*	12.43±3.19*

2.4 不良反应及安全性比较 治疗前后,两组在血尿便常规、肝肾功能、心电图检测方面均未出现与用药安全性评价相关的异常。治疗组有 2 例出现服用中药后腹胀不适,经过 2~3 d 多次服用后未再诉不适,对治疗无影响。对照组有 2 例出现恶心、呕吐,4 例出现上腹部疼痛不适,经对症治疗后均顺利完成治疗。

## 3 讨论

高尿酸血症(HUM)与痛风(Gout)是嘌呤代谢障碍所致的疾病,临床上只有高尿酸血症患者出现急性关节炎(GA)、痛风石、慢性关节炎、关节畸形,常累及肾脏引起慢性间质性肾炎和尿酸肾结石形成,才称之为痛风。急性痛风性关节炎临床发病急,疼痛剧烈,严重影响患者的生活质量,现代医学对其病因和发病机制的认识进行积极地探索。有研究显示 NALP3 inflammasome 介导 IL-1 $\beta$  信号通路在 MSU 晶体诱导的炎症病理演变机制中处于核心作用<sup>[10]</sup>,但其治疗仍以抗炎镇痛剂如秋水仙碱、非甾体抗炎药、糖皮质激素为

主,虽有较好疗效,但上述药物常可出现恶心、腹胀、腹泻等胃肠道反应及应激性溃疡;或血压升高、血糖异常、骨质疏松,甚至出现骨髓抑制、肝肾毒性等明显毒副作用<sup>[7-9]</sup>,或症状“反跳”。患者忍受病痛的同时也带来了巨大的精神压力,故从中医中药着眼,积极探索起效快,缓解率高,又绿色安全的治疗方案势在必行。

痛风属中医学“痹证”范畴,又称“白虎历节”。明·张景岳在其《景岳全书》中提到“自内而致者,以肥甘过度,酒醒无节,或多食乳酪湿热等物,致令热壅下焦,走注足胫,而日渐肿痛”,强调痛风的发生与素体禀赋不足,或饮食调摄不慎密切相关,其病机是脾虚湿盛、湿热蕴结<sup>[11-12]</sup>。笔者采用针刺和阿是穴刺血拔罐之法以急则治其标,以“益气健脾,清热祛湿”为治法,以三仁汤合四君子汤为基础化裁治疗急性痛风性关节炎取得较好疗效。本临床观察中发现,治疗组总体疗效与对照组相当,但在改善中医证候方面疗效显著;同时,在降低UA、CRP、ESR方面有明显优势,尤其是ESR改善明显。扶正祛邪之法的有效性进一步表明急性痛风性关节炎实质是一种本虚表实的疾病,这与上述医家对其病性概括一致。针刺是治疗痛症,调节全身机能的一种有效手段,所谓“脾旺能胜湿,气足无顽麻”,取足阳明胃经之足三里补益脾胃,提高机体免疫力;丰隆、内庭、阴陵泉化痰除湿,清热止痛;而“治风先治血,血行风自灭”取血海有养血行血之效;三阴交为肝脾肾三经之交会穴,滋补肝肾气血;曲池、合谷泻热,而阿是穴刺血拔罐是根据“急则治其标”,在控制痛风性关节炎急性发作及缩短受累关节红肿热痛的消退时间方面具有显著疗效,瘀血、痰浊、热毒随血而出,简单,直接,迅速起效,可提高患者依从性。中药方中白薏仁、薏苡仁为君,健脾清利湿热;黄芪、茯苓、白术益气健脾渗湿,滑石、淡竹叶、知母助君清热祛湿之力,此六味合而为臣,佐以法半夏既助行气化湿之功,又使寒凉而不碍湿、葶藶、威灵仙散结止痛,甘草调和诸药,共奏宣通气机、清热利湿、益气健脾之效。本研究发现大多数患者不足1个疗程,其关节红肿热痛等症状就可消失或明显消退,甚至一部分患者在针刺过程中约30 min左右症状有明显改善或消失,且未发现不良反应,1个疗程后安全性指标的监测也未见明显异常。针药两者优势互补,起效快,疗效直接,缓解率高,相互协同,提高依从性,又绿色安全,可见针刺联合清热利湿中药治疗急性痛风性关节炎安全有效。

综上所述,针刺联合清热利湿中药治疗急性痛风

性关节炎安全有效,其改善中医证候及免疫指标优于非甾体抗炎药,能够促进中医中药治疗急性痛风性疾病在临床应用;然而,鉴于本研究样本数及一些免疫炎症性介质指标监测的局限性,中医中药治疗急性痛风性关节炎的具体的作用机制及作用靶点有待进一步明确。

#### 参 考 文 献

- [1] Nan Hairong, Qiao Qing, Dong Yanhu, et al. The prevalence of hyperuricemia in a population of the coastal city of Qingdao, China [J]. *the Journal of Rheumatology*, 2006, 33 (7): 1346-1350.
- [2] Miao Zhimin, Li Changgui, Chen Ying, et al. Dietary and lifestyle changes associated with high prevalence of hyperuricemia and gout in the Shandong coastal cities of Eastern China [J]. *the Journal of Rheumatology*, 2008, 35 (9): 1859-1864.
- [3] Lu Xiaolan, Li Xiaoxia, Zhao Yi, et al. Contemporary epidemiology of gout and hyperuricemia in community elderly in Beijing [J]. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 2014, 17 (4): 400-407.
- [4] 谢雯雯, 范冠杰治疗急性痛风性关节炎经验[J]. *辽宁中医杂志*, 2013, 40 (9): 1766-1767.
- [5] 蔡辉, 姚茹冰, 郭群浩. 新编风湿病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2007: 576.
- [6] 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: 111-115.
- [7] Borstad GC, Bryant LR, Abel MP, et al. Colchicine for prophylaxis of acute flares when initiating allopurinol for chronic gouty arthritis [J]. *the Journal of Rheumatology*, 2004, 31 (12): 2429-2432.
- [8] Senna G, Bilo MB, Antouicelli L, et al. Tolerability of three selective cyclo-oxygenase-2 inhibitor, meloxicam, celecoxib and rofecoxib in NSAID-sensitive patients [J]. *European annals of allergy and clinical immunology*, 2004 Jun, 36 (6): 215-218.
- [9] 蒋明, DAVID, 林孝义, 等. 中华风湿病学[M]. 华夏出版社, 2004: 1224-1225.
- [10] Cronstein BN, Sunkureddi P. Mechanistic aspects of inflammation and clinical management of inflammation in acute gouty arthritis [J]. *Journal of Clinical Rheumatology*, 2013, 19 (1): 19-28.
- [11] 刘颖. 中医药治疗痛风性关节炎研究进展[J]. *中医研究*, 2013, 26 (4): 74-76.
- [12] 杨慧, 方朝晖. 中医药治疗急性痛风性关节炎研究进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2014, 16 (9): 141-143.

(收稿日期 2014-09-13)

# 综合康复训练治疗偏瘫后肩痛的临床观察\*

刘新<sup>1</sup> 戚小航<sup>1</sup> 吴昊<sup>2</sup> 蒋苹<sup>1</sup> 杨轶楠<sup>1</sup>

(1.河北省秦皇岛市第一医院,河北 秦皇岛 066000;2.河北省秦皇岛市抚宁县疾病预防控制中心,河北 秦皇岛 066000)

中图分类号:R742 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0720-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.057

**【摘要】目的** 研究综合康复治疗对脑卒中偏瘫后肩痛的疗效观察。**方法** 将 80 例脑卒中后肩痛患者随机分为两组,对照组 40 例,采用运动疗法训练;治疗组 40 例,在对照组的基础上加用超短波、温热磁及中药熏洗进行治疗,在治疗前和治疗 4 周后,通过疼痛的视觉模拟评分法(VAS)、Fugl-Meyer(FMA)上肢功能评估量表对两组患者患肩的疼痛程度及上肢运动功能进行评估。**结果** 治疗 4 周后,治疗组在减轻肩痛程度上明显优于对照组( $P < 0.05$ ),FMA 上肢功能评分显著高于治疗前( $P < 0.05$ ),亦优于对照组( $P < 0.05$ )。治疗组总有效率为 97.50%,明显高于对照组的 87.50%( $P < 0.05$ )。**结论** 综合康复训练治疗脑卒中后偏瘫患者肩痛疗效满意。

**【关键词】** 脑卒中 肩痛 运动疗法 中药熏洗

**Clinical Observation of Comprehensive Rehabilitation Treatment on the Shoulder Pain in Patient with Hemiplegia** LIU Xin, Qi Xiaohang, Wu Hao, et al. QinHuangdao frist hospita in Hebei Province, Hebei, QinHuangdao 066000, China

**【Abstract】Objective:** To observe the effect of comprehensive rehabilitation treatment on the shoulder pain in patient with hemiplegia. **Methods:** 80 patients with post-stroke hemiplegia shoulder pain were randomly divided into control group and treatment group, 40 cases in the control group were treated with exercise therapy; 40 cases in the control group were treated with ultrashort wave, thermal magnetic treatment and herbal fumigation based on the use of control group. The Visual Analogue Scale (VAS) scores and the Fugl-Meyer (FAM) upper limb function score were used to evaluate patients suffering from shoulder pain and movement function of upper limbs from two groups before and 4 weeks after treatment. **Results:** After 4 weeks, the treatment group was significantly better than the control group in the degree of reducing the shoulder pain ( $P < 0.05$ ). The Fugl-Meyer upper limb function score was significantly higher than that before treatment ( $P < 0.05$ ), especially in the treatment group ( $P < 0.05$ ). The total effective rate in the treatment group was 97.5%, which was significantly higher the total effective rate in the control group (87.5%). **Conclusion:** Comprehensive rehabilitation has a satisfactory effect on treating patients with hemiplegia shoulder pain after stroke.

**【Key words】** Stroke; Shoulder pain; Exercise therapy; Herbal fumigation

肩痛是脑卒中患者常见的并发症。多数患者在发病后 2~3 个月会出现肩痛<sup>[1]</sup>,常表现为患侧肩关节和手腕部肿胀、疼痛,活动受限以及血管运动障碍,重者可出现关节僵直、皮肤及肌肉萎缩或挛缩<sup>[2]</sup>。卒中后肩痛不仅给患者带来痛苦,而且严重影响患者上肢功能的恢复及生活质量,从躯体及精神上造成严重的伤害,影响患者的整体康复。笔者采用综合康复治疗方法改善偏瘫后肩痛,取得显著疗效。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 病例选择** 诊断依据 1995 年全国第 4 届脑血管学术会议制定的诊断标准<sup>[3]</sup>,既往无肩周炎及其他肩痛病史,无明显认知障碍,发病后出现肩关节疼痛、主

动及被动活动受限等症状为入选病例。

**1.2 病例资料** 选取 2012 年 10 月至 2014 年 4 月本院收治的脑卒中后肩痛的患者 80 例,随机分为对照组和治疗组各 40 例。治疗组男性 24 例,女性 16 例;年龄 35~78 岁;脑梗死 22 例,脑出血 18 例;左肩疼痛 22 例,右肩疼痛 18 例。对照组男性 22 例,女性 18 例;年龄 33~75 岁;脑梗死 25 例,脑出血 15 例,左肩疼痛 16 例,右肩疼痛 24 例。两组病程均 ≤ 3 个月,两组患者年龄、性别、病程差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 1)运动疗法。(1)肩关节良肢位摆放。(2)肩关节被动及主动训练,根据 Brunnstrom 功能分期,采用以 Bobath 方法为主,配合 Rood 疗法、Brunnstrom 促通法等,进行偏瘫肢体功能锻炼。(3)关节松动术。主要手法有①分离牵引:患者仰卧,治疗师立于患侧,双

\* 基金项目:河北省秦皇岛市科技支撑计划项目(2012023A094)

手握住肱骨近端向肩外侧作远离躯干方向的牵引,分离关节面。②前后向滑动:患者仰卧,治疗师双手紧握患肩肱骨近端,由肩前向肩后方用力,使盂肱关节前后向滑动。③长轴牵引:患者仰卧,治疗师用双手握住患者的上臂,利用身体后倾的力量将手臂沿肱骨长轴方向牵拉,可在不同外展角度分别作长轴牵引。④向足侧滑动:患者仰卧位,患侧肩关节外展,肘关节伸直,治疗师一手握住肘关节,一手握住肱骨近端向足侧滑动。⑤肩胛骨松动:患者仰卧位,治疗师先按摩肩关节周围肌肉,然后一手握住患肢上臂,一手拇指与其余4指分开,托住患侧肩胛下缘,向上、下、前后及旋转活动肩胛骨10~15遍。以上手法,每次治疗45 min,每日1次,4周为1个疗程。2)超短波治疗。采用日本产SW-101型台式超短波电疗机治疗,超短波频率为27.12 MHz,最大输出功率80 W,2个10 cm×15 cm的电极板于患肩对置,根据患者病情的轻、重程度,选择无热量或微热量进行治疗,每次治疗15 min,每日1次,10 d为1个疗程。3)温热磁治疗。采用日本产温热磁场治疗仪(HM-2SC-A),将20 cm×15 cm的长方形电极置于患肩,中温(约50℃)剂量输出,每次治疗20 min,每日1次,10 d为1个疗程。4)中药熏洗。采用中药熏洗治疗机治疗,其药垫为宋氏宝元贴(咸阳同福园保健品有限公司)治疗,其中药成份为穿山甲、红花、川芎、血竭、延胡索、威灵仙、透骨草,将药垫贴在患肩上,将治疗机(北京同福园科贸有限公司)加热器放在药垫上,每次治疗90 min,每日1次,10 d为1个疗程。两组均采用运动疗法,治疗组加用超短波、温热磁及中药熏洗的综合康复治疗。两组均于治疗前及治疗4周后评定疗效。

1.4 功能评定 治疗前后采用视觉模拟评分法(VAS)评定疼痛程度对患侧肩关节活动进行评分<sup>[4]</sup>。同时采用Fugl-Meyer(FMA)上肢功能评估量表对患上肢运动功能进行评分。

1.5 统计学方法 应用SPSS12.0软件处理患者治疗前后的VAS、FMA上肢功能评分资料,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,计量资料组间比较采用两独立样本t检验,计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者治疗前后VAS及FMA上肢功能评分比较 见表1。两组在治疗4周后VAS及FMA上肢功能评分均明显改善( $P < 0.05$ );治疗组的改善程度明显优于对照组( $P < 0.05$ )。

2.2 两组综合疗效比较 见表2。治疗组临床总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。

2.3 安全性评价 整个治疗过程中所采纳的病例均未出现烫伤、感染等不良情况,治疗过程中未出现明显

表1 两组患者治疗前后VAS及FMA上肢功能评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	VAS评分	FMA评分
治疗组 (n=40)	治疗前	6.87±1.43	17.03±3.02
	治疗后	2.32±1.44* <sup>△</sup>	38.41±3.25* <sup>△</sup>
对照组 (n=40)	治疗前	6.67±1.68	15.41±4.29
	治疗后	4.41±1.05*	26.02±2.78*

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

表2 两组综合疗效比较(n)

组别	n	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	40	25	11	3	1	39(97.50) <sup>△</sup>
对照组	40	15	16	4	5	35(87.50)

与对照组比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

血压升高、心慌气短等影响治疗的情况。

## 3 讨论

脑卒中偏瘫后肩痛国外报道发生率为16%~72%,国内报道的发生率为5%~84%<sup>[5]</sup>。肩痛严重影响卒中的预后,可引起患者严重抑郁,影响夜间睡眠,妨碍日常生活护理,降低日常功能活动(如进食、穿衣、洗漱、活动等),导致行动和转移困难等<sup>[6-7]</sup>。故在脑卒中的康复过程中治疗肩痛十分重要。由于肩痛发病机制不同,目前未有最佳治疗方法,本研究采用综合康复治疗手段,包括运动疗法、超短波、温热磁及中药熏洗治疗脑卒中偏瘫后肩痛取得满意疗效。

综合康复功能训练有利于诱发来自皮肤、关节深浅感受器的大量信息的传入性活动及来自大脑中枢的大量神经冲动的传出,促进大脑皮质功能的重组,最终达到促进肢体功能恢复的目的<sup>[8]</sup>。在偏瘫后肩痛的早期,患者仅出现肩关节局部疼痛,随着病程的延长及不正确的摆放姿势、异常活动等情况的发生,患者疼痛越来越明显,并且引起肩关节活动范围受限,肩关节受限后随着时间的延长使肩关节粘连、肩部周围肌肉废用性萎缩,到后期可出现肩关节半脱位、肩手综合征等一系列并发症,形成恶性循环,妨碍其日常生活能力,甚至影响患者的睡眠、情绪;同时肩痛可抑制肌肉活动,使主动活动更加困难,这种恶性循环阻碍了脑卒中后偏瘫侧肢体的功能康复,给患者带来极大的痛苦<sup>[9]</sup>。本研究显示,对照组常规进行运动疗法,包括肩关节良肢位摆放,肩关节被动、主动训练及关节松动术,故其肩痛症状有所缓解,日常生活能力也有所提高但不如治疗组显著,说明在理疗的基础上进行康复训练改善肩痛的效果更显著,两者有机地结合在一起,通过对局部肩关节及周围肌肉血管的刺激或持续牵伸来缓解疼痛和增加关节活动范围,纠正肩关节的异常模式,恢复其正常的生理解剖结构,对缓解症状、增加肌力、防止肌肉萎缩有良好的作用。治疗组治疗后的VAS评分明显

低于治疗前及对照组的VAS评分,大大缓解患者肩痛的症状,在解除痛苦的同时肩关节活动度也较治疗前明显扩大,上肢的运动功能及日常生活能力也大大地提高了,恢复肩关节周围肌肉正常解剖结构,如改善肩关节半脱位,缓解肩手综合征等,提高患者康复训练的主动性,从而对康复治疗形成良性循环。运动疗法中良姿位的摆放、被动运动或主动运动、关节松动术的治疗可以抑制偏瘫后肩关节周围肌群的异常收缩,缓解肩胛带的痉挛状态,纠正肩胛骨下沉后缩及肱骨内旋,使肩胛骨恢复到正常位置,改善肩关节半脱位,保护肩部肌群,从而达到止痛的作用<sup>[10]</sup>,并扩大肩关节活动度。超短波高频电能够改善局部血液循环,改善软组织的血运,增加局部毛细血管的通透性<sup>[11]</sup>,加速疼痛产物、炎症介质等废物排出体外,加快炎症的吸收,减轻疼痛,降低肌张力。而脑卒中肩痛的病理多是由于关节周围组织粘连、退行性改变、肌肉韧带挛缩、局部血液循环及淋巴循环受阻所致,通过超短波的温热效应及无热效应,将其产生的高频电磁波直接作用于患肩,降低感觉神经的兴奋性,干扰痛觉冲动传导,同时使组织缺血缺氧减轻,将病理产物、致痛物质随血液循环代谢出去,从而缓解肩痛症状。温热磁属于磁热疗法,在肩痛方面起到良好的镇痛作用,可以提高痛阈,改善肩部血液循环,促进钾离子、激肽、胺类、ATP等病理致痛物质的清除<sup>[12]</sup>。温热磁、超短波配合运动疗法对治疗偏瘫后肩痛起到协同作用,扩大肩关节活动度,改善运动功能,消除慢性炎症及缓解粘连,改善肩胛骨周围肌肉的协调性,缓解痉挛及疼痛。

中药熏洗是中药外敷中最常见的一种治疗方法,尤其在脑血管疾病相关治疗中取得了一定的成效。中药熏洗法具有疗效快、安全性高、副作用小、操作方便等优点,并且以中医理论为基础,运用熏洗方法将药物施于患处皮肤,以发挥其疏通经络,调整气血,活血化瘀等作用,从而更好地促进关节功能恢复,达到治病目的<sup>[13]</sup>。中医理论认为偏瘫肩痛的病机要点在于风寒之邪袭留肌肤,经络气血为之凝滞而致脉络瘀阻,不通则痛,肩痛日久,营血壅遏致肌肉失荣而枯萎,经筋挛缩而短<sup>[14]</sup>。本研究治疗组采用的中药熏洗的药物借助热力直接作用于患肩,使药物的有效成分通过开泄的腠理以温热之力直达病所,一方面起到温煦肌肉、透达经络的作用,能够直接刺激肩部周围的皮肤、血管及神经,通过温热效应及中药成份的药理作用使毛细血管扩张,促进局部血液循环及炎性水肿的吸收。从而疏通经络,调和气血,促进血液循环,改善局部营养状况

和全身功能<sup>[15]</sup>,另一方面药垫中的中药成分及温热效应还可以直接缓解局部痉挛肌肉的紧张性及关节周围肌肉韧带的粘连,促进疼痛物质排出,达到“通则不痛”的目的。

综上所述,综合康复训练是将运动疗法、超短波、温热磁及中药熏洗有机地结合在一起共同治疗偏瘫后肩痛,充分发挥中西医结合优势,并取得了明显的疗效,综合康复治疗无疑是一种优化的临床治疗方案。

#### 参 考 文 献

- [1] 钱开林,王彤. 中枢性损伤后肩痛的机理和治疗[J]. 中国康复医学杂志,2003,18(2):127-128.
- [2] 赵丽娟. 中药刮痧配合艾灸治疗脑卒中后肩痛临床观察[J]. 中国中医急症,2013,22(7):1223-1224.
- [3] 饶明利. 全国第4届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点中国脑血管病防治指南[M]. 北京:中华神经科杂志人民卫生出版社,2007:37921-37927.
- [4] 张通. 脑卒中的功能障碍与康复[M]. 北京:科学技术文献出版社,2006:101-102.
- [5] 赵钦,李恩江. 现代偏瘫治疗学[M]. 人民军医出版社,1998:265.
- [6] Jonsson, Lindgren I, Hallstrom B, et al. Prevalence and intensity of pain after stroke: a population based study focusing on patients' perspectives [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2006,77(2):590-595.
- [7] Dromerick AW, Edwards DF, Kurnar A. Hemiplegic shoulder pain syndrome: frequency and characteristics during inpatient stroke rehabilitation [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2008, 89(8), 1589:93.
- [8] 胡永善,吴毅,朱五连,等. 规范三级康复治疗促进卒中偏瘫患者综合功能康复的临床研究[J]. 中国康复医学杂志,2004,19(6):418-421.
- [9] 马诚,成鹏,尹佳. 综合康复疗法及CPM对脑卒中后肩痛的影响[J]. 卒中与神经疾病,2007,2(14):22-24.
- [10] 唐文忠. 脑卒中患者的肩部问题[J]. 现代康复,2000,4(4):506-507.
- [11] 陈粉扣,徐秀华,陈海林,等. 穴位注射配合超短波治疗项背肌筋膜炎40例[J]. 中国中医急症,2011,20(9):1528-1529.
- [12] 骆丽玲,吴樱英,朱乐英,等. 磁热疗法治疗脑卒中后肩痛20例[J]. 中国中医药,2010,8(23):119.
- [13] 卢洪宇. 上肢洗伤方熏洗在桡骨远端骨折后期康复中的应用[J]. 中国中医急症,2014,23(3):492-493.
- [14] 黄丽琴. 电针配合康复治疗脑卒中偏瘫肩痛临床疗效观察[J]. 中医药学报,2010,38(4):93-94.
- [15] 景凤侠. 中药熏洗疗法在骨折愈合期患肢关节功能恢复的运用[J]. 中国中医急症,2009,18(2):327.

(收稿日期 2015-01-09)

# 筋舒霜膏摩结合浮针治疗急性期膝关节骨性关节炎的临床观察\*

周宏杰<sup>1</sup> 詹强<sup>2△</sup> 张艺<sup>1</sup> 赵波<sup>1</sup>

(1.浙江省余姚市人民医院,浙江 余姚 315400;2.浙江省杭州市中医院,浙江 杭州 310007)

中图分类号:R684.3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0723-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.058

**【摘要】目的** 观察筋舒霜膏摩结合浮针治疗急性期膝关节骨性关节炎的疗效。**方法** 选取120例患者随机分为两组,治疗组60例患者采用筋舒霜膏摩结合浮针治疗,对照组60例患者采用双氯芬酸钠缓释胶囊治疗,每组均连续治疗2周。治疗前后采用膝关节骨性关节炎自评量表(WOMAC)及疼痛视觉模拟评分表(VAS)进行疗效评估。**结果** 治疗组治疗后WOMAC评分、VAS评分显著低于对照组( $P < 0.05$ ),治疗组临床疗效总有效率为92.50%,明显高于对照组的75.00%( $P < 0.05$ )。**结论** 筋舒霜膏摩结合浮针治疗急性期膝关节骨性关节炎的临床疗效显著。

**【关键词】** 膏摩 推拿 浮针 急性期膝关节骨性关节炎

**Observation of Curative Effect of Jinshushuang Ointment with Massage Combining Superficial Needling Treatment on acute Knee Rheumatism Disease** ZHOU Houjie, ZHAN Qiang, ZHANG Yi, et al. People's Hospital of Yuyao City in Zhejiang Province, Zhejiang, Yuyao 315400, China

**【Abstract】Objective:** To observe the curative effect of Jinshushuang Ointment with Massage combining superficial needling treatment on acute knee rheumatism disease. **Methods:** 120 cases were randomly divided into two groups. The treatment group were given the Jinshushuang ointment with massage combining superficial needling, and control group were treated with diclofenac sodium sustained-release capsules drug, in the traditional after 2 weeks' treatment. The scores of WOMAC and VAS each symptom and sign were compared before and after treatment for patients between 3 groups. The efficacy were evaluated. **Results:** In the treatment groups, The scores of after the treatment for treated Group were superior to another group ( $P < 0.05$ ), The total effective rate in the treatment group was better than that of control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** the clinical effect of Jinshushuang ointment with massage combining superficial needling treating acute knee rheumatism disease is reliable.

**【Key words】** Ointment; Massage; Superficial needling; Acute knee rheumatism disease

膝关节骨性关节炎又称退行性关节炎,其以高发病率居全身各关节退行性变的首位,该病迄今尚无较好的治疗方法<sup>[1-2]</sup>。笔者运用筋舒霜膏摩治疗120例急性期膝关节骨性关节炎患者,疗效满意。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 病例选择** 西医诊断标准参照中华医学会骨科分会骨关节炎诊断指南<sup>[3]</sup>。中医疾病诊断标准参照1994年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》骨痹病进行诊断。分期诊断标准:膝关节骨性关节炎急性期;病程在2周内,临床表现以膝部肿胀、疼痛,活动受限,有骨擦音,压痛为主。风、湿、热、瘀邪所致疼痛各异,中医病机邪实为主。

**1.2 临床资料** 120例患者均来自2012年1月至2014年10月自余姚市人民医院中医科及杭州市中医

院推拿科门诊和病房,随机将120例患者分为两组。治疗组60例,男性32例,女性28例;年龄46~79岁,平均(66.30±2.70)岁;病程1d至2周,平均(1.30±1.02)年;左膝发病的36例,右膝发病的24例,双膝发病的6例。对照组60例,男性29例,女性31例;年龄45~77岁,平均(61.70±2.65)岁;病程2d至2周,平均(2.20±1.30)年;左膝发病的26例,右膝发病的34例,双膝发病的8例。两组临床资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 治疗组予如下治疗。1)筋舒霜按摩。该外涂药膏由本文通信作者杭州市中医院詹强主任医师经验方化裁制成的外涂膏剂(主要由川芎、乳香、没药、当归、附子等药物组成),具有活血化瘀、消肿止痛的功效<sup>[4]</sup>。按摩手法:患者俯卧位,医生涂抹少量筋舒霜膏剂于腘窝以及紧靠膝关节上下的小腿及大腿后侧,采用轻柔的平推法、擦法来回往返数次,以放松腘窝及大小腿后侧紧张的肌群,继以掌根揉法轻揉上述

\* 基金项目:浙江省中医药管理局专项项目(2012ZA099)

△通信作者(电子邮箱:zqtow@163.com)

肌群,患者倚靠坐位,医生涂抹少量筋舒霜于大腿内侧面副韧带、髌韧带及内外膝眼,采用轻柔的双手抱揉法,来回往返数次,以放大腿前群肌、髌韧带和内、外侧副韧带。对膝关节肿胀处、压痛点,轻轻按揉,促进药效透皮吸收即可,切不可过重刺激加重局部炎症。远道取穴:医生以拇指用写法点按昆仑、三阴交、太溪、承扶、环跳、手三里,以酸胀且患者能耐受为度。结束时,医生双手握住患者患肢踝部,施以小幅度高频率的颤法,进行抖动下肢,操作 5 min,最后施以轻拍法于患肢。注意事项:急性期膏摩以局部宜轻巧、柔和手法,结合远道按揉取穴为主,每次治疗操作时间、作用力的大小、被动运动的幅度要根据患者具体情况而定,不可粗暴使用蛮力,防止造成新的损伤加剧炎症。2)浮针。患者仰卧位,让其屈膝约成 140°角,以 75%酒精棉球消毒患处,在髌骨内、外侧的上、下缘各 4 cm 处,对准髌尖病痛处平刺进针,并进行轻柔、有节律的扫散运动,持续 8 min。取出针芯,胶布固定软套管,留针 50 min。上述治疗每周 5 次,连续 2 周,2 周后评价疗效。对照组给予双氯芬酸钠缓释胶囊,100 mg 口服,每日 1 次。7 d 为 1 个疗程,治疗 2 个疗程后统计疗效。

1.4 评价标准 患者依从性评价:记录两组患者中完成或未完成患者、中途退出或失访者的原因等,并对依从性进行分析。症状改善程度:采用膝关节骨性关节炎自评量表(WOMAC)<sup>[5]</sup>。疗效评定标准:疗效评定采用尼莫地平法。疼痛评价:无痛为视觉量表评分(VAS)0~1 分(不包括 1)记 0 分;轻痛为 VAS 评分 1~4 分(不包括 4)记 1 分;中痛为 VAS 评分 4~7 分(不包括 7)记 2 分;重痛为 VAS 评分>7 分记 3 分。

1.5 不良反应 在治疗结束后,评估不良反应并及时做好记录,评估者由不参与治疗的专门医生负责,确保评估的可靠性。

1.6 统计学处理 采用 *t* 检验及  $\chi^2$  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 WOMAC 评分及 VAS 评分比较 见表 1。治疗组治疗后 WOMAC 评分及 VAS 评分均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。

表 1 两组治疗前后 WOMAC 评分及 VAS 评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	WOMAC 评分	VAS 评分
治疗组 ( <i>n</i> =60)	治疗前	50.14±11.16	3.32±0.36
	治疗后	21.82±11.03 <sup>△</sup>	0.59±0.26 <sup>△</sup>
对照组 ( <i>n</i> =60)	治疗前	48.27±12.62	3.37±0.31
	治疗后	38.23±10.58	1.83±0.51

与对照组治疗后比较,  $\Delta P < 0.05$ 。

2.2 两组疗效比较 见表 2。治疗组总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。

表 2 两组疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	60	50	3	3	4	56(93.33) <sup>△</sup>
对照组	60	40	5	5	10	50(83.33)

与对照组比较,  $\Delta P < 0.05$ 。

2.3 不良事件 治疗组出现眩晕 2 例,头痛 1 例;对照组出现恶心 5 例,胃痛 6 例,眩晕 3 例,头痛 1 例,呕吐 3 例。治疗组明显优于对照组( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

膝关节骨性关节炎属中医学“膝痹”范畴,多因正气亏虚,外邪乘虚入内,使患者气血运行不畅导致气血瘀滞痹阻膝部<sup>[6]</sup>。目前膝关节骨性关节炎治疗多用非甾体药物、活血化瘀等药物治疗,但长期服用有一定胃肠道反应,疗效不稳定。有部分医生陷入了“重骨而轻筋”的盲目关节置换误区,我们治疗要“筋骨并重”,尤其要重视“柔筋”,“筋柔则肉松,肉松则骨正”。

筋舒霜是詹强主任医师潜心数十年研发而成,组方的多种药材有降低微血管渗出、减轻炎性分泌、促进炎症消除、祛风止痛作用。局部膏摩配合点按远端穴位,能增强经络传感功能,有整体性、双向性的作用,使患者机体不论处于亢进还是抑制状态,都能促进患膝修复、调节患者机体阴阳气血平衡,达到阴平阳秘的理想状态。疼痛明显并有肌肉痉挛处结合应用浮针,浮针扫散改变皮下液晶态的疏松结缔组织的空间构型变化,在压电效应下释放出生物电,当生物电传达到患处时,产生反压电效应,改变细胞的离子通道而即刻镇痛<sup>[7]</sup>。筋舒霜膏摩与西药相比,疗效显著,不良反应少。急性期疼痛较为顽固,且经过一段时间治疗未明显改善者,在后续治疗可配合热敷进行温通镇痛。

治病必求于本。筋肉是维系关节生物力学平衡与稳定性的重要组成部分,膝关节骨性关节炎是筋肉受力不平衡基础上产生的。由于长期的关节退化、关节间隙变窄,使负重力线发生变化,股胫关节及髌股关节面的受力异常,破坏膝关节的力学平衡使之长久处于屈曲状态,进而引起附于关节周围肌肉劳损,急慢性发作,筋肉损伤以股后侧肌群的挛缩最为明显。若不纠正筋肉受力不均,只治疗骨,则疗效难以持久。笔者通过临床多年治疗经验发现,股后侧肌群是保持膝关节动态平衡和稳定性的关键组织,手法松解股二头肌、半膜肌、半腱肌可降低其对膝关节的牵拉,同时有助于减小股四头肌对髌骨及髌韧带的压力,调节膝关节屈伸肌群间的肌力、张力平衡,提高膝关节稳定性。此外,治

疗重点不应只局限于关节本身,还要放眼于与膝关节运动相关的肌肉、韧带等。通过多种治疗手段,既缓解局部症状,又提高膝关节的稳定性,重塑关节的力学和机体的整体阴阳气血平衡。

#### 参 考 文 献

- [1] 左可斌,张琳.中西医结合治疗膝关节骨性关节炎 32 例[J].甘肃中医,2010,23(10):29-30.
- [2] Kirsten Nejrup, Niels de Fine Olivarius, Judith L Jacobsen, et al. Randomised controlled trial of extraarticular gold bead implantation fortreatment of knee osteoarthritis: a pilot study[J]. Clin Rheumatol, 2008, 27(2):1363-1369
- [3] 中华医学会骨科分会.骨关节炎诊断指南[J].中华骨科杂志,2007,27(10):793-796.
- [4] 詹强,韩金生.筋舒霜膏摩疗法镇痛作用的实验研究[J].中国中医药科技,2009,6(16):448.
- [5] Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, et al. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee[J]. J Rheumatol, 1988, 15(12):1933-1840.
- [6] 李皓如.金乌骨通胶囊联合中药熏蒸治疗膝关节骨性关节炎的临床研究[J].湖北中医药大学学报,2014,4(16):93-94.
- [7] 范刚启,符仲华,曹树平,等.浮针疗法及其对针灸学发展的启示[J].中国针灸,2005,10(25):733.

(收稿日期 2015-01-19)

## 生大黄粉敷脐在新生儿胃肠功能障碍中的应用

姚艳 陈国伟 黄莉

(东南大学附属中大医院,江苏 南京 210009)

中图分类号:R272.1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0725-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.059

**【摘要】**目的 探讨生大黄粉敷脐对新生儿胃肠功能障碍的作用。方法 收集胃肠功能障碍的新生儿 84 例,随机分为治疗组 43 例和对照组 41 例。对照组予常规治疗,治疗组在常规治疗基础上给予生大黄粉敷脐处理,每次 5 g,每日更换 1 次,连用 3~5 d。观察比较两组临床疗效及症状改善时间。结果 治疗组患儿临床有效率及症状改善时间均优于对照组( $P < 0.05$ )。结论 生大黄粉敷脐对新生儿胃肠功能障碍有良好效果。

**【关键词】** 新生儿 胃肠功能障碍 生大黄粉 临床观察

新生儿胃肠功能障碍在新生儿重症监护病房(NICU)较为常见,它是多器官功能障碍综合征(MODS)一个重要的始发疾病。因此,及时有效地控制胃肠功能障碍的发展,保护胃肠黏膜的屏障功能,抑制全身炎症反应综合征(SIRS)在胃肠道的发生,以及维持胃肠正常的营养功能等治疗措施,是成功救治 MODS 的关键<sup>[1]</sup>。大黄为蓼科植物药用大黄、掌叶大黄、唐古特大黄的干燥根和根茎,可“荡涤胃肠、推陈致新、调中化食,安和五脏”<sup>[2]</sup>;现代研究表明大黄药理活性的主要成分为蒽醌类衍生物,主要包括芦荟大黄素、大黄素、大黄素甲醚、大黄酚及大黄酸,具有抗菌、抗炎等药理作用<sup>[3]</sup>;能够促进胃肠道蠕动、保护黏膜屏障、治疗消化道出血,同时有清除肠道内细菌和内毒素、预防肠道细菌易位、改善微循环、促进胃肠道新陈代谢、调节免疫等功效。因此,笔者通过对比生大黄粉敷脐与常规治疗的效果,观察其对新生儿胃肠功能障碍的作用。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 病例选择 新生儿胃肠功能障碍收录标准:出现腹胀、肠鸣音减弱或消失、呕吐咖啡色液体或便血症状均应考虑<sup>[4]</sup>。

1.2 临床资料 本研究收集从 2006 年 1 月至 2013 年 12 月在本院 NICU 住院的患有胃肠功能障碍的新生儿 85 例,随机分为生治疗组和对照组。研究过程中,治疗组 1 名男婴在确诊为先天性巨结肠合并小肠闭锁后转入外科治疗,退出试验。因此,最终有 84 例患儿进入试验。治疗组 43 例,男婴 25 例,女婴 18 例;胎龄 32~42 周;体质量 1800~4250 g;Apgar 评分不大于 3 分 8 例,Apgar 评分 3~7 分 11 例,Apgar 评分大于 7 分 24 例;不同程度缺氧缺血脑病 12 例,肺炎 15 例,败血症 4 例,颅内感染 4 例,颅内出血 2 例,早产儿 6 例。对照组 41 例,男婴 22 例,女婴 19 例;胎龄 33~42 周;体质量 1850~4200 g;Apgar 评分不大于 3 分 7 例,Apgar 评分 3~7 分 10 例,Apgar 评分大于 7 分 24 例;不同程度缺氧缺血脑病 10 例,肺炎 16 例,败血症 4 例,颅内感

染 3 例,颅内出血 1 例,早产儿 7 例。两组临床资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

1.3 治疗方法 对照组积极治疗原发病,根据病情合理选用抗生素控制感染,应用 5%碳酸氢钠 10~30 mL 加 3 倍体积的 0.9%氯化钠注射液稀释后分次洗胃,至洗出液清亮为止。然后胃内注入西米替丁 10~20 mg/(kg·次),保留 3~4 h,出血量多者经胃管向胃内注入立止血 0.5 kU,每日 2 次。伴有严重腹胀、肠鸣音消失者,除补钾、纠酸维持内环境稳定外,应用多巴胺 3~5  $\mu$ g/(kg·min) 微量泵连续静脉滴注,酚妥拉明每次 0.2~0.5 mg/kg,每 2~6 小时 1 次,静滴,根据病情必要时予以禁食、胃肠减压、肛管排气、灌肠通便、吸氧、静脉营养支持等处理,同时予以监护、保暖,患儿有饥饿感时给予安慰奶嘴吮吸等常规处理。治疗组在对照组治疗的基础上给予生大黄粉敷脐(生大黄的制备:研究所用生大黄来源于东南大学附属中大医院中药房,均产于甘肃,取干燥生大黄根茎 100 g,研磨成细粉末状,常温保存于密闭容器,超过 30 d 重新制备),每次 5 g,温水调匀放置纱布上敷于脐部,每日更换 1 次,连用 3~5 d。在生大黄粉敷脐的过程中,密切监测脐部及脐周皮肤反应,同时加强胃肠功能状态观察并记录相关数据:每 4 小时监测腹围 1 次,腹围进行性增大不小于 2 cm 为腹胀;每 4 小时监测肠鸣音 1 次,2~3 min 无肠鸣音为肠鸣音消失,肠鸣音每分钟小于或等于 3 次为减弱,每分钟大于 3 次为正常;胃液和大便隐血实验,阴性为正常,(+)~(++++)为胃肠出血<sup>[5]</sup>。

1.4 疗效标准 止血疗效判定:进行胃液潜血试验前 1 h,用 0.9%氯化钠溶液洗胃以避免干扰,用药后 24 h 胃液潜血持续强阳性或(+)不变为无效;由(++++)至(++),或(+++)至(+),或转为阴性为有效。肠鸣音恢复判定:用药后 48 h 无肠鸣音恢复或小于每分钟 3 次为无效;肠鸣音恢复至不小于每分钟 3 次为有效<sup>[6]</sup>。腹胀缓解判定:用药 48 h 腹围缩小 2 cm 以上为有效;用药 48 h 腹围无明显缩小或增大视为无效。记录有效的病例数,并记录两组病例的呕吐停止时间、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间、达全胃肠喂养时间。

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,组间比较采用成组资料  $t$  检验,“率”的两两比较使用  $\chi^2$  分析。 $P < 0.05$  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,治疗组有效止血率、肠鸣音恢复率、腹胀缓解率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。

2.2 两组症状改善时间比较 见表 2。结果示,治疗组在呕吐停止时间、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间、达

表 1 两组疗效比较(n)

分组	n	出血情况		肠鸣音情况		腹胀情况	
		出血	有效止血率(%)	减弱	恢复率(%)	腹胀	缓解率(%)
治疗组	43	36	32(88.9) <sup>△</sup>	33	28(84.8) <sup>△</sup>	30	25(83.3) <sup>△</sup>
对照组	41	33	20(60.6)	29	18(62.1)	28	16(57.1)

与对照组比较,  $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

表 2 两组症状改善时间比较(d,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	呕吐停止时间	腹胀缓解时间	肠鸣音恢复时间	达全胃肠喂养时间
治疗组	43	1.90 $\pm$ 0.70 <sup>△</sup>	1.60 $\pm$ 0.80 <sup>△</sup>	1.60 $\pm$ 0.60 <sup>△</sup>	2.80 $\pm$ 0.80 <sup>△</sup>
对照组	41	2.50 $\pm$ 0.80	2.50 $\pm$ 1.10	2.10 $\pm$ 0.80	3.50 $\pm$ 1.10

全胃肠喂养时间等方面均优于对照组( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

胃肠功能障碍发生与以下因素密切相关:肠道屏障功能被破坏、细菌及内毒素发生易位、胃肠激素水平改变、细胞凋亡及谷氨酰胺代谢紊乱等<sup>[7]</sup>;新生儿胃肠功能障碍是多器官功能障碍的开始阶段,在应激状态下,机体首先启动交感-肾上腺髓质系统,减少胃肠道的血液供应并重新分布全身血液,以保证心、脑等重要器官的血液供应;胃肠道黏膜血液灌流减少将导致肠道组织缺血缺氧,甚至发生酸中毒;肠道生态失衡、肠黏膜损伤及肠道出血等,进而引起黏膜防御能力下降,肠道内的致病菌与毒素易位至肠外各器官,引起各器官的结构破坏与功能紊乱,从而产生胃肠功能障碍,严重者进展为多器官功能障碍。新生儿胃肠功能障碍的诊断目前尚缺乏可靠的实验室检测指标,仍依赖临床表现诊断,出现呕吐、腹胀、肠鸣音减弱或消失,口吐咖啡色液体或便血者应高度怀疑胃肠功能障碍。

针对该病的发病机制和临床表现,近年来诸多的研究也证实,大黄在胃肠功能障碍的防治方面有明显疗效。研究表明,大黄能够抑制肠道细菌易位、促进上消化道止血<sup>[8-11]</sup>。周于新等发现大黄能减轻氧自由基损害,抑制肠道炎症反应<sup>[12]</sup>。陈德昌等研究发现大黄在保护肠黏膜屏障功能、清除肠内腐败物质和毒素、改善胃肠黏膜血液循环及新陈代谢、促进胃肠蠕动及消除腹胀、止血等方面有良好的效果<sup>[13-15]</sup>。林英等发现大黄能有效预防应激性上消化道出血的发生<sup>[16]</sup>。薛前进等发现生大黄能够降低窒息后新生儿胃肠功能障碍的发生率及促进胃肠功能的恢复<sup>[17]</sup>。冯伟伟等研究发现大黄上清液可抑制 Caco-2 炎症细胞 Toll 样受体的表达,减轻炎症反应<sup>[18]</sup>。

本研究发现治疗组患儿有效止血率、肠鸣音恢复率、腹胀缓解率等明显高于对照组;呕吐停止、腹胀缓解、肠鸣音恢复及达全胃肠喂养时间明显优于对照组,提示生大黄粉敷脐对新生儿胃肠功能障碍有良好效

果。在生大黄敷脐过程中,治疗组有4例患儿出现脐周皮肤发红,予以清洁局部皮肤,同时予以鞣酸软膏局部外敷,经过加强局部皮肤护理后,4例患儿均完全恢复,局部皮肤未留下任何不良反应。本次的研究结果与以往研究结果相一致:王淑珍等应用生大黄粉敷脐治疗胃肠功能衰竭,可以促进胃肠功能恢复及提高抢救成功率<sup>[19]</sup>;谢艳红等用生大黄粉敷脐治疗新生儿坏死性小肠结肠炎,促进疾病恢复<sup>[20]</sup>;朱波等用生大黄粉敷脐治疗小儿胃肠功能障碍,可降低MODS的发生率及死亡率,改善预后<sup>[21]</sup>。

生大黄有一定毒性,在治疗过程中会受到禁食、胃肠减压等影响,内服在使用过程中时常受到限制。在本研究中,笔者体会到:大黄可经皮肤吸收发挥作用,使用方便、安全、经济,用药时机不受病情限制,且可以降低大黄的相关毒副作用,对新生儿胃肠功能障碍是十分有利的,尽管在治疗过程中,有少数病例出现局部皮肤反应,只要加强护理巡视,及时发现并予以局部皮肤护理后均完全恢复,未遗留不良反应,因而生大黄敷脐为新生儿胃肠功能障碍的防治提供了新的途径。

#### 参 考 文 献

- [1] Assoun HT, Kone BC, Mercer DW, et al. Post-injury multiple organ failure: the role of the gut [J]. *Shoke*, 2001, 15(1): 1-10.
- [2] 牟宜坤, 李玛琳, 杨为民. 大黄对胃肠道作用及其机制探讨[J]. *医学综述*, 2003, 9(2): 125-126.
- [3] 熊兴富. 中药大黄主要有效成分药理学研究进展[J]. *中医临床研究*, 2014, 6(10): 143-145.
- [4] 赵祥文. *儿科急救医学* [M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1.
- [5] 王群思, 虞婕, 侯新光, 等. 单味生大黄粉治疗危重患儿胃肠功能衰竭临床研究[J]. *实用诊断与治疗杂志*, 2005, 19(2): 98-99.
- [6] 蔡小妮, 孟张戈. 大黄不同给药途径治疗危重病患者胃肠功能障碍的临床观察[J]. *中国全科医学*, 2009, 12(5A): 742-743.
- [7] 刘海亮. 肠功能障碍的发病机制认识[J]. *中国急救医学*, 2007, 27(10): 940.
- [8] DC Chen, LQ Ma, SZ Liu. Effects of rhubarb on intestinal flora and bacterial translocation in rats with sepsis [J]. *Zhong guo Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*, 2009, 21(1): 17.
- [9] 黄梓平, 林汉楠. 生大黄粉与云南白药治疗上消化道出血疗效比较[J]. *中国中医急症*, 2007, 16(9): 1070.
- [10] 阎英华. 大黄粉治疗难治性消化性溃疡 46 例[J]. *浙江中医学院学报*, 2005, 7(29): 37.
- [11] 李锐, 和心依, 肖燕, 等. 单味大黄应用治疗上消化道出血分析[J]. *时珍国医国药*, 2013, 24(11): 2397-2698.
- [12] 周于新, 沈迎春, 张双船. 生大黄防治新生鼠缺氧肠黏膜损伤作用的机制[J]. *实用儿科临床杂志*, 2007, 22(2): 142.
- [13] 陈德昌, 杨兴易, 景炳文. 大黄对危重症患者应激性胃肠黏膜病变的治疗作用及其机制的研究[J]. *中国危重病急救医学*, 1996, 8(7): 395.
- [14] 陈德昌, 柏建东, 景炳文, 等. 大黄对大鼠肠粘膜及肠血管通透性的研究[J]. *中国危重病急救医学*, 1997, 9(7): 385.
- [15] 陈德昌, 景炳文. 大黄对创伤后危重病脓毒症患者治疗作用[J]. *中华创伤杂志*, 2003, 19(1): 17-19.
- [16] 林英, 王伟光, 王淑珍. 大黄预防危重患儿应激性上消化道出血的疗效分析[J]. *中国妇幼保健*, 2005, 20(22): 3023-3024.
- [17] 薛前进, 张玉奇, 毛华, 等. 生大黄在预防窒息新生儿胃肠功能障碍中的应用[J]. *实用儿科临床杂志*, 2006, 21(7): 434.
- [18] 冯伟伟, 阮为勇, 步伟全. 大黄上清液联合母乳对 Caco-2 炎症细胞 Toll 样受体表达的影响[J]. *中国中医急症*, 2014, 23(9): 1631-1633.
- [19] 王淑珍, 高薇薇, 彭淑梅. 中药大黄治疗危重儿胃肠功能衰竭的临床研究[J]. *中国急救医学*, 2001, 21(9): 543.
- [20] 谢红艳, 李伙得. 生大黄粉敷脐治疗早期新生儿坏死性小肠结肠炎(NEC)的护理[J]. *国际医药卫生导报*, 2006, 12(8): 112.
- [21] 朱波, 王淑珍. 中药生大黄粉敷脐治疗小儿胃肠功能障碍的临床研究[J]. *福建医药杂志*, 2008, 30(2): 25-27.

(收稿日期 2014-09-25)

## 欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

# 培土生金针灸疗法改善慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者呼吸肌疲劳的临床观察\*

汪靖羽<sup>1</sup> 俞万钧<sup>2</sup>

(1. 浙江省奉化市中医院, 浙江 奉化 315500; 2. 浙江省宁波市鄞州人民医院, 浙江 宁波 315500)

中图分类号: R563.9 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)04-0728-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.060

**【摘要】目的** 观察培土生金针灸疗法对慢性阻塞性肺疾病(COPD)的综合疗效及对呼吸肌、肺功能的影响。**方法** 63 例患者随机分为治疗组(32 例)和对照组(31 例)。对照组采取常规 COPD 急性加重期治疗,治疗组在对照组常规治疗基础上,加以培土生金针灸疗法,20 d 为 1 个疗程,间隔 10 d 后继续下一个疗程,连续 2 个疗程。观察其综合疗效、呼吸肌疲劳指标及肺功能、血气分析的变化。**结果** 治疗组总有效率 87.50%高于对照组的 58.10%( $P < 0.05$ )。对照组治疗后呼吸肌疲劳指标及肺功能未见明显改变( $P > 0.05$ );治疗组 FEV<sub>1</sub>%与治疗前比较变化不大( $P > 0.05$ ),而 MVV、MIP 与治疗前有改善( $P < 0.01$ )。治疗组治疗后 FVC、MVV 和 MIP 较对照组改善显著( $P < 0.01$ )。治疗后治疗组 PaCO<sub>2</sub> 较治疗前下降明显( $P < 0.05$ ),而对对照组未见明显变化( $P > 0.05$ )。治疗组治疗后 PaO<sub>2</sub> 较治疗前升高( $P < 0.01$ ),且高于对照组( $P < 0.05$ )。但两组治疗后 pH 无明显改变( $P > 0.05$ )。**结论** 对于缓解 COPD 急性加重期患者的症状及呼吸肌疲劳有显著作用,且该疗法不增加患者的服药负担,安全可行。

**【关键词】** 慢性阻塞性肺疾病 培土生金 针灸 呼吸肌疲劳 肺功能

## The Effect of Peitu Shengjin Acupuncture Therapy on Patients with Acute Exacerbation Type of COPD

WANG Jingyu, YU Wanjun. Fenghua City Hospital of Traditional Chinese Medicine in Zhejiang Province, Zhejiang, Ningbo 315500, China

**【Abstract】Objective:** To observe the effect of Peitu Sheng jin acupuncture therapy on COPD and the function of respiratory muscle and pulmonary function. **Methods:** 63 patients were divided into treatment group ( $n=32$ ) and control group( $n=31$ ). Both groups were given conventional therapy while treatment group were given an additional Peitu Sheng jin acupuncture therapy besides. The comprehensive curative effect, index of respiratory muscle fatigue, lung function, blood analysis of both groups were observed. **Results:** The total effective rate of treatment group was 87.50%, which was higher than that of the control group (58.10%). Index of respiratory muscle fatigue, lung function of control group did not improved ( $P > 0.05$ ). FEV<sub>1</sub>% of treatment group were did not improved compared with the results before treatment( $P > 0.05$ ), while MVV, MIP were improved( $P < 0.01$ ). The level of FVC, MVV, MIP of treatment group were better than those of control group ( $P < 0.01$ ). Besides, after treatment, PCO<sub>2</sub> decreased a lot ( $P < 0.05$ ) while PO<sub>2</sub> increased markedly ( $P < 0.01$ ), which was better than that of control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Peitu Shengjin acupuncture therapy can significantly ameliorate the syndromes of patients with an acute exacerbation type of COPD as well as the fatigue state of respiratory muscle. Additionally. This method is safe and will not increase any burden of drug intake, thus, is worth promoting.

**【Key words】** COPD; Peitu Shengjin Method; Acupuncture; Respiratory muscle fatigue; Lung function

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种常见呼吸系统疾病,临床表现以慢性咳嗽、咯痰、喘息、呼吸困难、气短、胸闷等症状为主,多表现为具有气流阻塞特征的肺气肿和(或)慢性支气管炎,气流受限多为不可逆性<sup>[1]</sup>。COPD 在全球范围内都具有较高的发病率和致死率,极大地危害了中老年人的健康。呼吸肌疲劳(RMF)是引起 COPD 急性呼吸衰竭的重要原因之一<sup>[2]</sup>,近年来

逐渐受到重视。RMF 是指呼吸肌在过负荷的状态下活动,造成呼吸肌产生力量和(或)速度的能力下降,但其在休息、治疗的作用下得到缓解与改善。目前西医在治疗 COPD 稳定期主要运用解痉、化痰、平喘的药物,急性期加重期则在此基础上加用抗生素控制感染、糖皮质激素抗炎,并辅以氧疗等。COPD 属于中医学“咳嗽”“喘病”“肺胀”的范畴,病位与肺、脾二脏相关,病性属本虚标实,在治疗时也运用五行相生中补土生金的理论,补脾益肺,同时化痰平喘<sup>[3]</sup>。针灸治疗 COPD

\* 基金项目:浙江省卫生适宜技术成果转化计划(2013ZHB008)

有其自身的优势。针灸属于非药物疗法,相比于中药,通过特定穴位的刺激,能更直接地缓解呼吸肌疲劳,且不会增加 COPD 患者用药负担,也可减少 COPD 呼吸衰竭的患者饮用中药时发生呛咳的风险<sup>[4]</sup>。因此,本研究从脾虚论治出发,通过“补土生金”配穴进行针灸,观察培土生金针灸疗法对 COPD 急性加重期呼吸肌肌力、肺功能等结局指标的影响。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 病例选择 1)西医诊断标准:参考《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)》<sup>[5]</sup>对 COPD 急性加重期的诊断标准。2)中医诊断标准<sup>[6]</sup>:以咳嗽、喘息急促,咯痰黄或白色,黏稠状、咯出较困难为主症。可兼有胸肋胀满、发热微恶寒、烦躁、大便较干、苔暗、苔黄或黄腻、脉浮或滑脉等症状。中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>辨证分析。3)纳入标准:符合 COPD 诊断标准,属稳定期,并排除肺心病者;中医辨证有脾气虚者或脾气虚兼夹其他证候。4)排除标准:不符合诊断标准和纳入标准者;合并肿瘤、甲亢、糖尿病、消化性溃疡等疾病;孕妇或有严重肝、肾功能损害者;不愿接受研究措施或因精神病不能合作者;治疗前两周服用过益气健脾类中药者。

1.2 临床资料 选取从 2013 年 8 月至 2014 年 6 月于奉化市中医院住院治疗的 COPD 患者,经过中医、西医的诊断符合 COPD 急性加重期诊断的患者 63 例,其中男性 35 例,女性 28 例;年龄 37~79 岁,平均(64.00±4.80)岁;病程(20.56±3.47)年。随机分为治疗组(32 例)和对照组(31 例),两组患者在年龄、性别、文化程度、病情等方面差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.3 治疗方法 对照组采取常规 COPD 急性加重期住院治疗方法,支气管扩张剂联合应用异丙托溴铵和沙丁胺醇等,同时辅以抗生素、吸氧等。较为严重的患者适当给予糖皮质激素如泼尼松龙每日 30~40 mg,并配合机械呼吸机。治疗组在对照组常规治疗基础上,加以针灸治疗。取足三里、丰隆、三阴交、大横、中脘、上脘、气海、关元、太渊、尺泽、孔最、定喘穴,每日 1 次,每次留针 30 min,补法手法。在针刺同时,于双侧足三里针上施灸,各 15 min;于膻中穴处隔姜灸,1 日五壮中等艾柱。20 d 为 1 个疗程,间隔 10 d 后继续下 1 个疗程,连续 2 个疗程。

1.4 疗效评定 1)综合疗效判定:参照 1993 年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[8]</sup>制定的疗效判定标准<sup>[8]</sup>。痊愈:患者咳嗽、咯痰、气短等症状全部消失,肺部无哮鸣音,生活能够完全自理。显效:患者咳嗽、咯痰、喘促等症状明显改善,并且肺部哮鸣音基本消失,基本可以生活自理。有效:患者咳嗽、咯痰、气促等症状有所改善,且肺部哮鸣音好转,生活自理能力较治疗前有所提升。

无效:患者咳嗽、咯痰、气短等症状与肺部哮鸣音没有改善,生活难以自理,甚至病情加重。2)RMF 指标及肺功能观察:采用 MS-10S 型专业肺功能仪(德国 JAEGER)观察用力肺活量(FEV<sub>1</sub>);用力肺活量与 1 秒钟用力呼气容积百分比(FEV<sub>1.0%</sub>);最大通气量(MVV);最大吸气口腔压(MIP)等指标,并根据年龄、性别、体质量、身高等推算出预计值,计算预测值其与实测值的百分比。3)血气分析:利用美国 NOVA 生产的 Profile-5 型血气分析自动仪测定治疗前后动脉血的 pH 值、二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)和血氧分压(PaO<sub>2</sub>)。1.5 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件。对治疗前后的疗效结果采用配对比较 *t* 检验,组间比较采用成组设计的 *t* 检验;肺功能、呼吸肌力间进行相关性检验,结果以相关系数 *r* 表示。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 两组综合疗效比较 见表 1。治疗组的总有效率优于对照组( $P<0.05$ )。

表 1 两组治疗前后综合疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	32	5	15	8	4	28(87.50) <sup>△</sup>
对照组	31	3	9	6	13	18(58.10)

与对照组比较, <sup>△</sup> $P<0.05$ 。

2.2 两组 RMF 指标及肺功能比较 见表 2。两组治疗前 RMF 指标及肺功能方面差别不大( $P>0.05$ )。对照组治疗后 RMF 指标及肺功能未见明显改变( $P>0.05$ );治疗组 FEV<sub>1</sub>% 与治疗前比较变化不大( $P>0.05$ ),而 MVV、MIP 与治疗前比较改善( $P<0.01$ )。治疗组治疗后 FVC、MVV 和 MIP 较对照组改善( $P<0.01$ )。

表 2 两组治疗前后肺功能及 RMF 指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	FVC(L)	FEV <sub>1</sub> %	MVV(L)	MIP(kPa)
治疗组 (n=32)	治疗前	1.948±0.526	55.78±12.01	33.84±8.99	3.38±1.41
	治疗后	2.121±0.602 <sup>△△</sup>	56.89±11.61	36.17±10.16 <sup>**△△</sup>	3.82±1.37 <sup>**△△</sup>
对照组 (n=31)	治疗前	1.901±0.511	59.87±12.21	30.27±9.65	3.13±1.21
	治疗后	1.789±0.525	54.33±12.97	29.01±8.99	2.98±0.99

与本组治疗前比较, <sup>\*</sup> $P<0.05$ , <sup>\*\*</sup> $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较, <sup>△</sup> $P<0.05$ , <sup>△△</sup> $P<0.01$ 。下同。

2.3 两组治疗前后血气分析比较 见表 3。治疗后治疗组 PaCO<sub>2</sub> 较治疗前下降明显( $P<0.05$ ),而对照组未见明显变化( $P>0.05$ )。治疗组治疗后 PaO<sub>2</sub> 较治疗前升高( $P<0.01$ ),且高于对照组( $P<0.05$ )。但两组治疗后 pH 无明显改变( $P>0.05$ )。

### 3 讨论

COPD 在中老年人中发病率高,是一类病情较重、

表3 两组治疗前后血气分析比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	pH	PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	PaO <sub>2</sub> (mmHg)
治疗组 (n=32)	治疗前	7.421±0.041	40.28±5.82	78.57±8.96
	治疗后	7.395±0.018	38.17±5.16*	85.28±7.58**△
对照组 (n=31)	治疗前	7.405±0.031	40.74±5.67	77.89±7.19
	治疗后	7.382±0.029	40.28±4.39	79.82±6.97

迁延时间长、需要长期治疗与康复锻炼的一类疾病。COPD急性加重期,患者急性起病并出现症状加重的临床表现(呼吸困难、咳嗽、多痰),若控制不当,易造成肺部感染、呼吸衰竭并最终导致死亡。因此,在急性加重期加强治疗与控制非常重要。

RMF是由于各种原因引起的呼吸肌舒缩活动无法产生维持一定的肺泡通气量所需要的胸腔压力,表现为呼吸肌肌力和(或)舒缩速度下降,其能通过一定的休息、康复训练及治疗等得到恢复<sup>[9]</sup>。由于膈肌在人体呼吸运动中起到很重要的作用,因此膈肌疲劳往往会引起RMF。COPD急性加重期由于患者咳嗽、咯痰及喘促症状较重,代偿性呼吸运动增加,呼吸肌运动负荷加重,常导致RMF。

中医自古以来重视运用五行相生关系治疗疾病。脾胃与肺为母子关系,脾为肺之母,肺为脾之子,肺所主之气来源于脾胃,肺主气而脾益气。古有“脾为生气之源,肺为主气之枢”“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”之说,由此可知,脾肺二脏在呼吸相关疾病方面有非常密切的关系。COPD久病多虚,因此COPD患者往往体质偏虚,又因其急性加重期会出现咳嗽咯痰加重,痰多质黏难咯,因此在中医学认为本病属“本虚标实”。连重光采用健脾益气法治疗COPD急性加重期证实该法可以改善患者临床症状和肺功能<sup>[10]</sup>。培土生金针灸疗法综合运用了针刺、艾灸及隔姜灸等疗法,健脾益气,于脾、胃二经的穴位行针刺补法,于足三里穴行针上灸,以达到补益脾气的作用,属于治本;选用肺经、膈肌局部穴位等,并在膻中穴上施隔姜灸,以有针对地于局部改善呼吸肌的疲劳,为治标。标本合治,补脾益肺,以缓解COPD患者呼吸肌的疲劳,改善肺功能。此外,针灸疗法属于非药物疗法,能减少患者的服药负担,并且可以降低服药时发生呛咳甚至是误吸入肺的风险。

本研究结果显示,培土生金综合疗法治疗后,疗效较好,可改善患者呼吸肌疲劳和肺功能,提高血氧分压。证实了中药结合针灸疗法的确实对改善COPD肺通气功能有确切疗效<sup>[11]</sup>。综上所述,培土生金疗法基于中医基础理论,根据不同经脉特定部位穴位的作用,结合针刺、艾灸、隔姜灸等综合疗法,对于缓解COPD急性加重期患者的症状及RMF有显著作用,且该疗法不增加患者的服药负担,安全可行。

#### 参 考 文 献

- [1] Casaburi R, Duvall K. Improving early-stage diagnosis and management of COPD in primary care[J]. Postgrad Med, 2014, 126(4): 141-154.
- [2] Bachasson D, Wuyam B, Pepin JL, et al. Quadriceps and respiratory muscle fatigue following high-intensity cycling in COPD patients[J]. PLoS One, 2013, 8(12): e83432.
- [3] 李雪苓, 韩宁林, 徐桂琴, 等. 中医药治疗COPD急性加重期临床研究进展[J]. 中国中医急症, 2014, 23(1): 95-97, 17.
- [4] 卓俊涛, 曾仕富, 左明晏, 等. 喘可治注射液穴位注射治疗慢性阻塞性肺疾病肺肾阳虚证临床研究[J]. 中国中医急症, 2013, 22(1): 145-146.
- [5] 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]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(4): 255-264.
- [6] 田德禄. 中医内科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 94-102.
- [7] 梁茂新, 高天舒. 《中药新药临床研究指导原则》脏腑诸证考察与分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 14(5): 330-331, 342.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究原则(第1辑)[S]. 1993.
- [9] Tong TK, Wu S, Nie J, et al. The occurrence of core muscle fatigue during high-intensity running exercise and its limitation to performance: the role of respiratory work[J]. J Sports Sci Med, 2014, 13(2): 244-51.
- [10] 连重光. 补气健脾法治疗COPD急性加重期的理论与临床疗效研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2012.
- [11] 李改改, 葛正行, 周洵. 生脉注射液联合针灸治疗COPD合并慢性肺源性心脏病的疗效分析[J]. 北方药学, 2013, 10(12): 78.

(收稿日期 2014-12-20)

## 欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

# 中药联合依达拉奉治疗糖尿病并急性脑梗死临床观察

姚建平 蒋文蔚 郑淑莺 李顺斌 邱蔚  
(浙江省湖州市中心医院,浙江 湖州 313000)

中图分类号:R587.1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0731-03  
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.061

**【摘要】目的** 观察中药汤剂联合依达拉奉在2型糖尿病并急性脑梗死患者治疗中的临床疗效。**方法** 将84例2型糖尿病并急性脑梗死患者随机分为观察组和对照组各42例。两组患者均给予常规治疗,对照组给予依达拉奉治疗,观察组在对照组基础上结合中药汤剂治疗。两组治疗疗程均为2周。**结果** 观察组治疗2周后总有效率为92.86%,显著高于对照组的76.19%( $P<0.05$ );观察组治疗后血糖和神经功能缺损(DNS)评分显著低于治疗前及对照组治疗后( $P<0.05$ ),而日常生活能力(ADL)评分显著高于治疗前及对照组治疗后( $P<0.05$ );观察组治疗后全血高切黏度、全血低切黏度、血小板黏附率、红细胞比积显著低于治疗前及对照组治疗后( $P<0.05$ );观察组治疗后白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )含量显著低于治疗前及对照组治疗后( $P<0.05$ )。**结论** 中药联合依达拉奉治疗2型糖尿病并急性脑梗死患者疗效显著,明显降低了血糖和神经功能损伤程度,提高了患者日常生活能力,改善了患者血液流变学功能及炎症反应。

**【关键词】** 2型糖尿病 急性脑梗死 中药 依达拉奉

急性脑梗死是常见的一种中老年疾病,该病发病主要与血小板聚集、血小板形成、血尿酸升高、自由基损伤及血管内皮损伤等相关<sup>[1-2]</sup>。近年来,研究报道显示急性脑梗死发病率呈逐年上升趋势<sup>[3]</sup>。本文研究主要针对本院84例2型糖尿病并急性脑梗死患者采用中药联合依达拉奉及单用依达拉奉治疗,对比分析两组治疗疗效。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 病例选择** 2型糖尿病诊断符合《内科学》中相关标准<sup>[4]</sup>,急性脑梗死诊断符合1995年《第4届脑血管会议制定》<sup>[5]</sup>的相关标准。纳入标准:1)符合诊断标准者;2)年龄45~80岁;3)与患者及其家属签署知情同意书者;4)均已经医院相关伦理委员会批准者;5)中医辨证属气虚血瘀证。排除标准:1)不符合诊断及上述纳入标准者;2)合并严重心、肝、肾及造血系统等功能异常者;3)精神疾病者;4)妊娠或哺乳期妇女;5)对本组研究所用药物过敏者。

**1.2 临床资料** 选取我院2011年11月至2014年6月期间接受诊治的2型糖尿病并急性脑梗死患者84例,采用随机数字表法将其随机分为观察组和对照组各42例。观察组男性26例,女性16例;年龄48~79岁,平均(61.38±9.13)岁;病程2个月至15年,平均(8.42±4.18)年。对照组男性24例,女性18例;年龄46~75岁,平均(60.62±8.52)岁;病程4个月至17年,平均(8.84±4.62)年。两组患者临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 两组患者均给予2型糖尿病及急性

脑梗死常规治疗,包括饮食、控制蛋白质摄入、运动锻炼、皮下注射胰岛素及口服降糖药等。对照组在此基础上给予依达拉奉(国药集团国瑞药业有限公司;批准文号:国药准字H20080056)30mg,加入0.9%氯化钠注射液100mL静滴,每日1次。观察组在对照组基础上结合中药方剂:黄芪10g,红参10g,川芎10g,麦冬10g,地龙10g,葛根15g,土鳖虫6g,甘草6g。水煎服,取汁300mL,分早、晚2次温服。两组疗程为2周。

**1.4 观察指标** 观察两组治疗后临床疗效,观察两组患者治疗前后血糖、神经功能缺损(DNS)评分及日常生活能力(ADL)评分,观察两组患者治疗前后血清炎症因子含量变化以及治疗前后血液流变学指标。

**1.5 疗效标准** 根据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>中相关标准制定。显效:患者临床症状、阳性体征基本消失,DNS评分降低75%以上。有效:患者临床症状、体征明显改善,DNS评分降低30%~74%。无效:患者临床症状、体征与治疗前比较无变化,甚至加重,DNS评分降低30%以下。总有效率=显效率+有效率。

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

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 见表1。结果显示观察组总有效率显著高于对照组( $P<0.05$ )。

**2.2 两组患者治疗前后血糖、DNS评分及ADL评分比较** 见表2。结果显示两组患者治疗后血糖和DNS评分显著低于治疗前( $P<0.05$ ),而ADL评分显著高于

表1 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	42	25	14	3	39(92.86) <sup>△</sup>
对照组	42	17	15	10	32(76.19)

与对照组比较, <sup>△</sup>P<0.05。

表2 两组治疗前后血糖、DNS评分及ADL评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	血糖(mmol/L)	DNS(分)	ADL(分)
观察组 (n=42)	治疗前	15.69±2.47	23.20±7.51	25.89±9.14
	治疗后	7.28±1.32 <sup>△</sup>	8.01±3.06 <sup>△</sup>	59.76±11.05 <sup>△</sup>
对照组 (n=42)	治疗前	15.41±2.35	22.96±8.16	26.36±10.29
	治疗后	9.56±1.54 <sup>*</sup>	16.15±2.84 <sup>*</sup>	43.38±11.82 <sup>*</sup>

与本组治疗前比较, <sup>\*</sup>P<0.05;与对照组治疗后比较, <sup>△</sup>P<0.05。下同。

治疗前(P<0.05);观察组治疗后血糖和DNS评分显著低于对照组,而ADL评分显著高于对照组(P<0.05)。

2.3 两组患者治疗前后血液流变学指标比较 见表3。结果示两组患者治疗后全血高切黏度、全血低切黏度、血小板黏附率、红细胞比积较各组间治疗前显著降低(P<0.05);观察组治疗后全血高切黏度、全血低切黏度、血小板黏附率、红细胞比积显著低于对照组(P<0.05)。

表3 两组治疗前后血液流变学指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	全血高切黏度 (mPa·s, 120/S)	全血低切黏度 (mPa·s, 3/S)	血小板黏附率 (%)	红细胞比积 (%)
观察组 (n=42)	治疗前	5.74±1.13	13.57±2.41	69.73±7.49	49.78±2.79
	治疗后	3.27±0.94 <sup>△</sup>	7.28±1.85 <sup>△</sup>	50.17±5.69 <sup>△</sup>	37.49±2.14 <sup>△</sup>
对照组 (n=42)	治疗前	5.59±1.04	13.36±2.25	68.47±7.83	49.10±2.53
	治疗后	4.41±1.01 <sup>*</sup>	9.75±1.73 <sup>*</sup>	58.93±6.32 <sup>*</sup>	43.14±2.01 <sup>*</sup>

2.4 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 见表4。两组患者治疗后白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)含量较各组间治疗前显著降低(P<0.05);观察治疗后IL-6、TNF-α含量显著低于对照组(P<0.05)。

表4 两组治疗前后血清炎症因子水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	IL-6	TNF-α
观察组 (n=42)	治疗前	68.49±9.04	438.95±80.58
	治疗后	24.17±6.83 <sup>*</sup>	129.46±20.87 <sup>*</sup>
对照组 (n=42)	治疗前	67.82±10.18	451.37±79.15
	治疗后	41.36±8.95 <sup>*</sup>	271.68±25.41 <sup>*</sup>

### 3 讨论

报道发现,2型糖尿病患者更容易并发脑血管意外。目前,有业者认为2型糖尿病并发急性脑梗死发病机制主要与高胰岛素血症、脂质代谢异常及高血糖症等因素相关<sup>[7]</sup>。高血糖症是非常重要的一个因素,高血糖抑制一氧化氮(NO)的产生,同时还可促进超氧离子产生,NO与超氧离子结合产生的过亚硝酸盐能够

减少舒张血管的前列腺素,故而降低血管舒张功能;高血糖时还会使脑血管病理改变加重,脑缺氧、缺血时糖元无氧酵解加速,使得酸性代谢产物堆积致细胞内、外酸中毒,最终致使脑细胞能量代谢过程受损。本文研究结果表明,参麦注射液治疗后血糖较治疗前显著降低,且明显低于依达拉奉治疗。此外,2型糖尿病患者由于高血糖引起糖化血红蛋白增加,血黏度加重。本研究结果表明,本组所有患者血液流变学指标均异常,全血高切黏度、全血低切黏度、血小板黏附率、红细胞比积均较正常参考值升高,故而表明糖尿病血管并发症中血液流变学指标的改变是其重要危险因素。本文应用参麦注射液治疗后全血高切黏度、全血低切黏度、血小板黏附率、红细胞比积均较治疗前显著降低。

中医学认为急性脑梗死属“中风病”等范畴。中医学理论认为该病因主要是包括虚、风、气、血、瘀、痰、火诸端,相互作用,相互影响,侵犯机体而突然发病。该病变部位主要在脑,但与肾、脾、肝及心诸脏关系密切。笔者选用中药方剂治疗,方中黄芪、红参具有补气功效,气行则血行,血行则瘀散;麦冬具有滋补阴液、增水行血功效;川芎、地龙、葛根、土鳖虫具有活血化瘀通络功效;甘草调和诸药。现代药理研究表明,红参主要成分人参皂苷能够促进前列腺素E<sub>2</sub>合并,抑制血栓素生成等作用,而麦冬具有清除氧自由基作用,同时还具有扩展血管,促进侧枝循环形成<sup>[8]</sup>。本文研究表明,中药方剂联合依达拉奉治疗后总有效率显著高于依达拉奉治疗,神经功能缺损程度评分显著低于依达拉奉治疗,日常生活能力评分显著高于依达拉奉治疗。综上所述,中药方剂联合依达拉奉治疗糖尿病并急性脑梗死患者具有重要临床研究价值,值得进一步推广应用。

### 参 考 文 献

- [1] 陆明智. 糖尿病合并急性脑梗塞 87 例临床分析[J]. 航空航天医学杂志, 2011, 22(6): 703-704.
- [2] 唐传秀, 文风华. 糖尿病合并急性脑梗塞 77 例[J]. 实用医药杂志, 2012, 29(5): 387.
- [3] 王素琴, 赵国光. 银杏达莫注射液治疗 2 型糖尿病并急性脑梗塞的临床研究[J]. 现代诊断与治疗, 2012, 23(8): 1156-1158.
- [4] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 787-809.
- [5] 中华医学会神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 273.
- [7] 徐爱元, 叶文兵, 刘雪保, 等. 依达拉奉联合银杏达莫治疗 2 型糖尿病并发急性脑梗塞临床观察[J]. 中国医药导刊, 2013, 15(9): 1499-1500, 1502.
- [8] 王奇, 方芳, 冯为民, 等. 参麦注射液对急性脑梗塞患者血液流变学、脑血流动力学及血清 TNF-α、IL-6 含量的影响[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(3): 224-226.

(收稿日期 2014-09-08)

# 血必净注射液联合西药治疗急性胰腺炎临床观察

刘 商 李志勇

(浙江省江山市中医院,浙江 江山 324100)

中图分类号:R576 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0733-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.062

**【摘要】目的** 观察急性胰腺炎(AP)患者应用中药血必净联合西医治疗的临床效果。**方法** 将80例急性胰腺炎患者分为中西医组和西医组各40例,西医组采用西医常规疗法,中西医组在西医组基础上加用血必净注射液治疗,比较两组患者治疗的临床疗效。**结果** 治疗后两组患者的白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶、凝血酶原时间(PT)、凝血酶时间(TT)较治疗前均显著下降( $P<0.05$ ),治疗后中西医组的白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶、PT、TT较西医组下降更加显著( $P<0.05$ )。中西医组的腹痛消失时间、体温恢复正常时间、腹胀消失时间、恶心呕吐消失时间、上腹压痛消失时间均显著短于西医组( $P<0.05$ )。中西医组的临床疗效显著优于西医组( $P<0.05$ );中西医组的总有效率为95.00%,高于西医组的85.00%( $P<0.05$ )。**结论** 中药血必净联合西医治疗急性胰腺炎能够更显著地改善各种临床指标、较快地缓解临床症状,提高临床疗效。

**【关键词】** 急性胰腺炎 血必净 西医治疗 临床效果

急性胰腺炎(AP)是由多种诱导因素所导致的胰酶在患者胰腺内部被激活以后引发胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的炎症反应,属于临床中常见的且较为严重的急腹症<sup>[1]</sup>。由于AP患者的临床表现较为复杂,病程较长,且反复发作,西医药物治疗后临床症状消失时间较长,因此给患者带来了较大的机体疼痛与精神压力。联合实施中药血必净可以有效缓解患者的临床病症,改善患者的白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶等指标,减少并发症的发生<sup>[2]</sup>。本研究以80例急性胰腺炎患者为研究对象,分析了中药血必净联合西医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 病例选择** 所选病例临床诊断均符合危重病急救医学制定的诊断标准<sup>[3]</sup>。纳入标准:1)所有患者具有AP病史、症状、体征、血尿淀粉酶异常及白细胞升高、伴有低血压、休克、全腹痛、压痛或反跳痛;2)B超及CT检查显示胰腺周围渗出或坏死。排除标准:合并严重的肝肾功能障碍患者、心脑血管疾病患者、精神性疾病患者、妊娠及哺乳期妇女、过敏体质患者、糖尿病患者。本研究在与所有患者签订知情同意书并获得本院医学伦理委员会批准后开始实施。

**1.2 临床资料** 选择2012年3月至2014年5月本院急诊科80例AP患者作为研究对象。按随机数字表法随机分为中西医组与西医组各40例。其中中西医组男性28例,女性12例;年龄21~66岁,平均(32.60±13.80)岁;其中腹痛40例,恶心呕吐38例,发热36例,腹膜炎24例,腹水19例,黄疸14例,休克3例。西医组40例,其中男性26例,女性14例;年龄18~68

岁,平均(30.40±14.90)岁;其中腹痛40例,恶心呕吐40例,发热37例,腹膜炎26例,腹水21例,黄疸16例,休克2例。两组患者临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 两组实施相同的基本支持疗法,禁食,减轻胃肠压力;维持水/电解质、酸碱平衡;补液及营养支持,对照组患者静脉注射奥曲肽(国药准字H20031207,成都天台山制药有限公司),每次1mg,每日1次。中西医组患者在西医组基础上加用血必净注射液(国药准字Z2004003,天津红日药业股份有限公司),每次100mL,每日2次。疗程7d。

**1.4 观察指标** 检测并比较两组患者治疗前与治疗7d后的血白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶、凝血酶原时间(PT)、凝血酶时间(TT)的变化情况。比较两组患者的腹痛消失时间、体温恢复正常时间、腹胀消失时间、恶心呕吐消失时间、上腹压痛消失时间差异。

**1.5 疗效标准** 参照卫生部制定的《中药新药指导原则》<sup>[4]</sup>中制定的疗效标准。痊愈:3d以内患者的症状、体征缓解,7d内消失,血尿淀粉酶恢复正常。显效:7d内患者的症状好转,血尿淀粉酶恢复正常。有效:7d内患者的症状体征缓解,淀粉酶下降。无效:7d内症状体征未减轻甚至恶化,血尿淀粉酶为降低。总有效率=(痊愈+显效+有效)/本组样本量×100%。

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

## 2 结果

**2.1 两组治疗前后相关临床指标比较** 见表1。结果

示治理后两组患者的血白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶、PT、TT 较治疗前均显著下降( $P < 0.05$ ), 治疗后中西医组血白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶、PT、TT 较西医组下降更加显著( $P < 0.05$ )。

表 1 两组治疗前后相关临床指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	白细胞( $\times 10^9/L$ )	血淀粉酶(U/L)	尿淀粉酶(U/L)	PT(s)	TT(s)
中西医组 (n=40)	治疗前	18.40±4.20	1026.60±205.40	2678.50±506.30	15.20±1.30	21.50±0.80
	治疗后	8.10±2.30 <sup>△</sup>	214.50±67.80 <sup>△</sup>	532.50±124.70 <sup>△</sup>	11.30±1.00 <sup>△</sup>	15.20±0.60 <sup>△</sup>
西医组 (n=40)	治疗前	18.10±4.00	1007.80±226.90	2748.90±512.40	15.60±1.40	21.01±0.90
	治疗后	11.30±2.60 <sup>*</sup>	447.90±83.90 <sup>*</sup>	1057.90±302.70 <sup>*</sup>	13.20±0.90 <sup>*</sup>	17.80±0.90 <sup>*</sup>

与本组治疗前比较, \* $P < 0.05$ ; 两组比较,  $\Delta P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组患者的相关临床症状缓解时间比较 见表 2。结果示中西医组的腹痛消失时间、体温恢复正常时间、腹胀消失时间、恶心呕吐消失时间、上腹压痛消失时间均显著短于西医组( $P < 0.05$ )。

表 2 两组患者临床症状缓解时间比较(d,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	腹痛消失时间	体温恢复正常时间	腹胀消失时间	恶心呕吐消失时间	上腹压痛消失时间
中西医组	40	3.90±1.30 <sup>△</sup>	4.70±2.10 <sup>△</sup>	3.10±1.20 <sup>△</sup>	3.50±1.10 <sup>△</sup>	4.10±2.20 <sup>△</sup>
西医组	40	5.80±1.60	7.40±2.60	4.70±1.40	4.70±1.30	6.70±2.00

2.3 两组患者的临床疗效比较 见表 3。结果示中西医组的总有效率高于西医组( $P < 0.05$ )。

表 3 两组患者临床疗效比较 n(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
中西医组	40	20	10	8	2	38(95.00) <sup>△</sup>
西医组	40	12	10	12	6	34(85.00)

### 3 讨论

AP 为临床中较为常见的急腹症, 具有起病急、病情险恶、并发症高、死亡率高等特征<sup>[5]</sup>。其发病机制为患者因疾病或者食物刺激而出现胰腺损伤及胰蛋白酶激活情况, 激活的胰蛋白酶将消化胰腺组织, 诱使胰腺坏死, 患者局部血管出现弥漫性损伤, 且胰腺部位血管张力增强, 这使得激活胰蛋白酶进入血液循环系统中并作用于其他细胞中, 最终释放大量的血管活性物质(包括组胺、激肽酶等)及白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)、NTF- $\alpha$  等炎性介质或细胞因子。这些炎性介质将引发患者全身性炎性反应综合征, 并且可能进变为多脏器功能衰竭, 如急性肺损伤、心血管和肝肾功能损伤等, 危及患者生命<sup>[6]</sup>。急性胰腺炎在临床中一般会表现为上腹疼痛、恶心、呕吐以及发热等特征。传统的胰腺休息疗法, 如禁食、胃肠减压、肠外营养的疗效不显著。奥曲肽是一种人工合成的天然生长抑素的八肽衍生物, 有效抑制肠肽释放与胃肠的分泌。缓解患者的临床症状, 但治疗时间较长<sup>[7]</sup>。本研究通过对 80

例 AP 患者的临床资料进行回顾性分析, 分别对比西医药物与联合中药血必净注射液两种治疗方法的治疗效果及应用价值, 同时分析两种治疗方法的临床治疗特征。

中药血必净注射液主要由赤芍、川芎、丹参、红花、当归等药材组成。具有活血化瘀、清热解毒、行气止痛的作用, 有效改善患者坏死区域微循环与血液流变性, 降低毛细血管通透性, 清除自由基, 保护细胞膜, 调节组织修复与再生<sup>[8]</sup>。中药血必净注射液联合西药的治疗作用主要包括以下几点<sup>[9]</sup>: 1) 有效改善患者胰腺缺血状态, 减轻或阻止胰腺微循环障碍; 2) 有效阻止胰酶的过度分泌与胰酶细胞内激活; 3) 有效清除氧自由基, 防止缺血-再灌注损伤胰腺, 减少炎性渗出, 促进炎症吸收, 抑制炎性肉芽肿形成, 降低感染; 4) 有效防止胰腺腺泡钙超载介导的胰腺缺血性损伤, 减少胰腺腺泡细胞坏死; 5) 有效抑制组胺、5-羟色胺的合成与释放, 减轻胰腺腺体损伤。本研究结果显示, 中西医组患者接受治疗后的白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶、PT、TT 较西医组下降更加显著。中西医组患者的腹痛消失时间、体温恢复正常时间、腹胀消失时间、恶心呕吐消失时间、上腹压痛消失时间均显著短于西医组。这表明 AP 的临床治疗中中药血必净注射液联合西医的治疗效果显著性高于单纯西药, 具有更高的临床应用价值, 这一结果和相关文献报道的数据相一致<sup>[10]</sup>。因此, 笔者认为, 临床上对于 AP 患者的治疗, 建议采用中西医结合, 缓解患者的临床症状, 提高疾病的治疗效率。

综上所述, 中药血必净注射液联合西医治疗 AP 具有显著的临床疗效, 全面有效治疗 AP, 有效缩短临床症状消失时间, 改善患者的白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶等指标, 减少并发症的发生, 安全性较高。

### 参 考 文 献

- [1] 陈洁生, 吴申锋, 张宇光, 等. 大承气汤联合血必净注射液治疗早期重症急性胰腺炎的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2013, 30(3): 305-308.
- [2] 朱克东. 血必净注射液治疗重症急性胰腺炎临床疗效观察[J]. 中华全科医学, 2013, 11(7): 1054-1056.
- [3] 王健, 周晓燕, 刘云月, 等. 血必净联合清胰汤治疗重症急性胰腺炎疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 1(3): 156-158.
- [4] 何周桃, 韩向阳. 生长抑素联合血必净对老年重症急性胰腺炎患者炎性介质的影响[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(18): 4520-4521.
- [5] 只茂叶. 血必净治疗重症急性胰腺炎临床疗效观察[D]. 太原: 山西医科大学, 2012.
- [6] 戴晓刚, 李树钧, 王建宏, 等. 血必净联合丙氨酰谷氨酰胺对重症急性胰腺炎患者 IL-10、IL-15、IL-18、内毒素及 TNF- $\alpha$  的影响[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2013, 16(10): 1581-1584.

- [7] 刘婉丽. 血必净注射液对重症胰腺炎患者血浆内皮素和一氧化氮水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(7): 726-728.
- [8] 王毅, 顾湘, 邵佳亮, 等. 血必净对急性胰腺炎患者血清炎症因子及氧自由基的影响[J]. 现代消化及介入诊疗, 2013, 1(5): 288-290.
- [9] 汪中衡, 肖顺国, 李栋柏. 乌司他丁和血必净联用治疗急性胰腺炎疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2011, 11(2): 20-10.
- [10] 高荣凯. 乌司他丁联合血必净治疗急性胰腺炎的疗效分析[J]. 中国实用医药, 2014, 1(23): 147-148.

(收稿日期 2014-09-17)

## 加长型股骨近端抗旋髓内钉治疗青壮年股骨粗隆下粉碎性骨折临床观察

罗贤红<sup>1</sup> 占紫龙<sup>1</sup> 王维学<sup>1</sup> 符仲秋<sup>1</sup> 赵俊生<sup>2</sup> 王晨阳<sup>2</sup>

(1. 海南省三亚市人民医院, 海南 三亚 572000; 2. 吉林省辽源市中医院, 吉林 辽源 136200)

中图分类号: R274.1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)04-0735-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.063

**【摘要】目的** 观察加长型股骨近端抗旋髓内钉(PFNA)内固定结合中医3期辨证治疗青壮年股骨粗隆下粉碎性骨折的临床疗效。**方法** 将27例股骨粗隆下粉碎性骨折的青壮年患者24h内行加长型PFNA内固定, 术后结合中医3期辨证治疗, 观察其临床疗效。**结果** 27例均获6~24个月随访, 平均18个月, 无骨折不愈合者, 无髓内翻畸形者。按Harris髋关节功能评分: 优19例, 良7例, 可1例, 优良率96.30%。**结论** 24h内应用加长型PFNA内固定, 结合中医3期辨证治疗青壮年股骨粗隆下粉碎性骨折, 能早期解除患者痛苦, 减少并发症, 功能恢复好, 临床疗效满意。

**【关键词】** 股骨粗隆下骨折 加长型PFNA 中医3期辨证 内固定

股骨粗隆下骨折在两个年龄阶段的患者比较常见: 年轻患者的骨折多为高能量损伤, 往往粉碎严重; 而老年患者则大多由于低能量损伤所致<sup>[1]</sup>。随着生活节奏的加快, 交通事故及工伤事故的增多, 青壮年股骨粗隆下骨折的发生增多, 且多为粉碎性。由于这一区域特殊的生物力学特点, 使得股骨粗隆下骨折畸形愈合、延迟愈合、不愈合及固定失败的风险很高。因此治疗上仍是一大挑战, 大多数学者认为内固定手术和早期活动是标准的治疗方法<sup>[2]</sup>。本院共收住青壮年股骨粗隆下粉碎性骨折27例, 均在24h内应用加长型PFNA内固定, 结合中医3期辨证治疗, 疗效满意。现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取2010年11月至2014年5月例闭合性股骨粗隆下粉碎性骨折27例, 均经临床诊断为股骨粗隆下粉碎性骨折。其中男性19例, 女性8例; 年龄20~45岁, 平均34.40岁; 骨折左侧16例, 右侧11例; 受伤原因交通事故18例, 高处坠落6例, 重物压倒3例; 骨折Seinsheimer分型<sup>[3]</sup>, III a型6例, III b型5例, IV型13例, V型2例; 1例合并同侧孟氏骨折, 同时手术; 4例合并同侧桡骨远端骨折, 同时行手法复位外固定架固定。受伤至手术时间6~24h, 平均12h。

**1.3 治疗方法** 完善术前检查及相关科室会诊。详细

询问病史, 仔细全身体格检查, 重点排除颅脑、胸、腹部合并伤, 多学科会诊, 对手术和麻醉风险进行评估, 静脉内预防性应用抗生素, 常规备血。麻醉方式: 全麻或腰管内麻醉。手术方法: 麻醉成功后, 仰卧于可透X线的骨科牵引床上, 先在X透视下行闭合复位。采用中医的正骨手法<sup>[4]</sup>拔伸牵拉纠正重叠移位, 外旋远端肢体以对近端的外旋畸形, 逐渐内旋内收远端肢体, 手法挤压近端以纠正外展及屈曲畸形。无法获得满意复位的, 利用将要打入螺旋刀片的切口, 稍作扩开, 切开筋膜, 沿肌纤维的方向用手指钝性分离股外侧肌。不做骨膜下剥离, 不游离碎骨片, 使其有肌肉附着。近折端完整者, 将复位钳放置到近折端的骨干部分钳夹复位。青壮年骨质硬, 粉碎骨块有时卡入髓腔, 影响穿钉, 这时需要撬开卡入髓腔的骨块。复位满意后, 自大转子顶点近端约2cm向上做纵切口长约4~5cm, 分开臀中肌, 触及大转子顶点稍偏外侧作为导针进针点, 插入导针; 沿导针充分扩髓后将PFNA主钉旋入, 调整主钉的深度使螺旋刀片位于股骨颈纵轴线的中线或中下线; 于股骨颈内敲入螺旋刀片, 直至关节面下5~10mm, 侧位在股骨颈中间或稍偏后, 锁定螺旋刀片; 徒手打入远端锁定钉, 行正位、蛙式位X线确定螺钉位置, 然后在髓内钉近端拧入主钉尾帽; 冲洗伤口, 留置引流, 缝合切口。中医3期辨证用药: 伤后第1周治以活血化瘀、

理气止痛,服用新伤续断汤。第2周开始使用和营生新、接骨续损之接骨丹。第2~3周同时开始补气养血、舒经活络,服健步虎潜丸。术后功能锻炼:术后第1日即可在床上坐起,并进行患肢股四头肌等长收缩锻炼。术后7d不负重下地活动。术后4周扶双拐下床负重活动。

1.4 疗效标准 术后第1、3、6、9、12、24月进行随访,所有患者行股骨中上段正侧位X线复查。采用Harris法<sup>[5]</sup>对髋关节功能进行评分。

## 2 结果

本组18例行闭合复位,9例行有限切开复位。手术时间70~130min,平均90min。术中出血量180~450mL,平均200mL,7例输血,输血量200~400mL,平均320mL。患者术后7d可下地活动,4周扶拐部分负重行走,未出现螺旋刀片切割股骨头、继发骨折、断钉、感染及骨不愈合等并发症;未出现髓内翻及肢体短缩畸形,随访时间6~24个月,骨折愈合时间为3~5个月,平均3.6个月;Harris髋关节功能评分:优19例,良7例,中1例,优良率为96.30%。

## 3 讨论

股骨粗隆下骨折定义不一,业者多将这一骨折定义为发生在小粗隆上缘至股骨狭窄部之间的骨折<sup>[6]</sup>。随着生活节奏的加快,交通事故及工伤事故的增多,股骨粗隆下骨折的发生增多,且多为粉碎性,而这种高能量损伤又多发于青壮年。对青壮年股骨粗隆下骨折的治疗是很有挑战性的,且并不总是能获得满意的临床结果。如果一般情况允许,股骨粗隆下骨折需要立即固定。而高能量损伤易造成多发损伤,现在已有大量文献证明对于多发损伤患者粗隆下骨折需要尽快(在24h内)固定,以避免牵引综合征发生<sup>[6]</sup>。德国有指南甚至要求髋部骨折应在24h内手术,以缓解疼痛,减少并发症<sup>[7]</sup>。我们强调急诊术前一定要仔细检查,以排除相关的严重合并伤。手术虽为微创,“看上去”失血量不大,但髋部骨折本身,以及闭合插钉所造成的“隐形失血”,逐渐引起人们的注意,所以我们常规急诊术前备血,以备不时之需。

目前,人们通常认为髓内钉相对于髓外固定装置是治疗不稳定骨折时更加恰当的选择。髓内钉能防止机械性失败的主要原因是它们是髓腔内中心性固定,能够有效防止骨折远侧断端的内移,尤其是当大转子外侧壁缺失时作用明显。髓内钉能通过有效对抗导致不稳定性骨折变形的力量而保持股骨近端的解剖结构。骨折的固定必须要有内侧的支撑,若内植物因疲劳应力作用而失败,不可避免会引起骨不愈合。在外侧

用的内植物(如钢板螺钉固定)比中心髓内固定会受到更大的弯曲应力<sup>[8]</sup>。本组应用第3代髓内钉:股骨近端防旋髓内钉(PFNA),它通过髓腔中央承受应力,无需重建内侧皮质的连续性,承受扭力小,有利于骨折愈合,特别适用于股骨粗隆下广泛粉碎性骨折<sup>[9]</sup>。在螺旋刀片打入过程中可以同时完成抗旋转及稳定支撑的双重作用,保证股骨头内骨质最大程度的填压力及锚和力<sup>[10]</sup>。股骨粗隆下粉碎性骨折往往累及到股骨峡部,标准型PFNA难以超过骨折线,所以应用加长型PFNA提高固定强度,分散应力集中。

术后配合中医3期辨证用药,笔者发现对下肢肿胀的消除效果明显;活血中药能改善微循环,减少下肢静脉血栓的形成。配合中药治疗,还能提高机体抵抗能力,减少疼痛,促进骨折愈合,较之单纯内固定治疗效果更好。这充分体现了中医学“筋骨并重”,“急则治其标,缓则治其本”的治疗理念。

总之,24h内应用加长型PFNA治疗青壮年股骨粗隆下粉碎性骨折,配合中医3期辨证用药能早期解除患者痛苦,减少并发症,功能恢复好,临床疗效满意,值得临床推广应用。

## 参 考 文 献

- [1] 裴国献. 创伤骨科手术学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2013:580.
- [2] Mishra AK. Management of intertrochanteric fractures by using dynamic hip screw/dynamic martin screw[J]. J Orthop, 2007,19(2):640-650.
- [3] Seinsheimer F. Subtrochanteric fractures of the femour[J]. J Bone Joint Surg, 1978,60(A):300-306.
- [4] 王和鸣. 中医骨伤科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:56-61.
- [5] Olsson O, Ceder L, Hauggaard A. Femoral shortening in intertrochanteric fractures. A comparison between the Medoff sliding plate and the compression hip screw [J]. J Bone Joint Surg Br, 2001,83(4):572-578.
- [6] 胥少汀. 实用骨科学(第4版)[M]. 北京:人民军医出版社,2012:958-966.
- [7] Knobe. Femur rotor of unstable fractures 1 day adept intramedullary nail fixation[J]. Clinical Orthopaedics and Related Research, 2013,56(9):328-334.
- [8] 王亦璁. 骨与关节损伤(第4版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:1211.
- [9] 冯晶,杨成胜,肖少雄,等. PFNA治疗股骨粗隆下骨折的疗效分析[J]. 中国中医骨伤科杂志,2010,18(2):25-27.
- [10] 李鹏,宋静,王明昊,等. 股骨近端抗旋髓内钉治疗老年股骨转子下粉碎性骨折的效果分析[J]. 现代生物医学进展, 2014,25(14):4907-4909.

(收稿日期 2014-12-30)

# 中西医结合治疗足月儿高胆红素血症疗效观察

石来军 赵 旸

(湖北医药学院附属人民医院,湖北 十堰 442000)

中图分类号:R272 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0737-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.064

**【摘要】目的** 观察中西医结合治疗新生儿高胆红素血症的疗效。**方法** 将210例高胆红素血症足月儿患者随机分为治疗组和对照组各105例,对照组仅给予蓝光照射等常规治疗,治疗组在对照组的基础上给以茵栀黄口服液结合金双歧口服治疗。**结果** 治疗组患儿的总有效率为97.14%,明显高于对照组的79.05( $P<0.05$ );治疗组治疗后72、120h新生儿胆红素水平明显低于对照组( $P<0.05$ ),且患儿的日均胆红素下降值明显优于对照组患者( $P<0.05$ );治疗组黄疸消退时间明显短于对照组( $P<0.05$ ),黄疸指数低于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 中西医结合治疗足月儿高胆红素血症疗效确切且起效迅速,不良反应少,安全性高。

**【关键词】** 足月儿 高胆红素血症 中西医结合 临床疗效

新生儿高胆红素血症是新生儿期较常见的疾病,在新生儿多见疾病中位居第一,足月新生儿黄疸发病率约为30%~40%<sup>[1]</sup>,如若治疗不及时,会遗留手足徐动、眼球运动障碍、听力障碍、牙釉质发育不全等四联征,甚至发生胆红素脑病,造成脑损伤而发生脑瘫等严重后遗症<sup>[1]</sup>,不可逆性的神经系统损伤会给家庭和社会带来双相重担。那么如何能快速地降低胆红素水平,对防止神经系统后遗症的发生至关重要。根据胆红素代谢的特点,本院应用中西医结合治疗新生儿高胆红素血症,能加速黄疸的消退,从而对黄疸起到防治作用。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《实用新生儿学》第3版新生儿病理性黄疸诊断标准<sup>[2]</sup>。中医诊断标准参照1994年国家中医药管理局颁发的《中医病证诊断疗效标准》中“胎黄”的诊断标准。湿热内蕴证:面目皮肤发黄,色泽鲜明如橘,烦躁啼哭,小便深黄,大便干结,舌红、胎黄厚腻<sup>[3]</sup>。同时排除窒息、缺氧、感染、溶血等明确原因所致者,合并其他中枢神经系统疾病者,及排除胆管畸形及闭锁。

**1.2 临床资料** 选取本院2012年1月至2013年12月收治的高胆红素血症患儿210例,按随机数字表法将其分为两组各105例。治疗组男性60例,女性45例;日龄2~29d,出生体质量( $3.16\pm 0.71$ )kg,血清胆红素水平( $261.4\pm 58.21$ ) $\mu\text{mol/L}$ ,Apgar评分 $\geq 8$ 分;对照组其中男性58例,女性47例;日龄3~27d,出生体质量( $3.22\pm 0.77$ )kg,血清胆红素水平( $260.4\pm 57.43$ ) $\mu\text{mol/L}$ ,Apgar评分 $\geq 8$ 分。两组患者临床资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 对照组给予常规治疗,包括间隙蓝光照射、抗感染、营养脑细胞、纠正酸中毒、肝酶诱导剂、

补充白蛋白、对症及支持治疗。治疗组在常规治疗基础上,予以茵栀黄口服液(北京双鹤高科天然药物有限责任公司,国药准字Z11020607)口服,内含茵陈4g,黄芩25g,栀子15g,大黄2g。体质量 $<3$ kg的患儿,每次3mL,每日3次;体质量 $\geq 3$ kg的患儿,每次5mL,每日3次。双歧杆菌乳杆菌三联活菌片(内蒙古双奇药业股份有限公司,国药准字S19980004)温开水冲服,每次1片,每日3次。观察皮肤黄疸变化,于住院前,治疗3、5d后分别抽取股静脉血2mL行肝功能检查,测量血清总胆红素及未结合胆红素,并比较两组患儿治疗后胆红素下降平均值。记录患者治疗前后血清胆红素水平和黄疸消退时间。

**1.4 观察指标** 观察两组治疗后临床症状与体征变化,并分别于治疗前、治疗后24、72、120h后采血检测血清未结合胆红素水平。观察两组治疗后黄疸消退时间。

**1.5 疗效标准** 参照文献<sup>[4]</sup>制定疗效标准。痊愈:周身及面目黄染完全消退,血清总胆红素恢复正常。显效:周身及面目黄染大部分消退,血清总胆红素基本恢复正常。有效:黄染部分消退,血清总胆红素有所下降。无效:黄疸较入院时没有明显变化,血清总胆红素无明显下降。总有效率=(治愈+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

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

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 见表1。结果显示治疗组患儿的总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ )。

**2.2 两组患儿治疗前后胆红素水平对比** 见表2。结果显示治疗组治疗后72、120h新生儿胆红素水平明显低于对照组( $P<0.05$ ),且患儿的日均胆红素下降值明

表 1 两组患儿疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	105	48	35	19	3	102(97.14) <sup>Δ</sup>
对照组	105	29	34	20	22	83(79.05)

与对照组比较, <sup>Δ</sup>P<0.05。下同。

表 2 两组患儿治疗前后血清总胆红素水平比较(μmol/L,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后 24h	治疗后 72h	治疗后 120h	治疗后日均胆红素下降
治疗组	105	288.40±61.20	257.30±9.10	203.10±16.90 <sup>Δ</sup>	189.20±15.30 <sup>Δ</sup>	51.70±25.10 <sup>Δ</sup>
对照组	105	286.80±65.70	264.50±17.90	238.90±20.10	229.20±12.40	41.90±13.30

显优于对照组患者 (P<0.05)。

2.3 两组治疗后黄疸消退时间以及治疗前后黄疸指数比较 见表 3。治疗组黄疸消退时间明显短于对照组(P<0.05), 黄疸指数低于对照组(P<0.05)。

表 3 两组黄疸消退时间及黄疸指数比较(d,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	黄疸消退时间	黄疸指数	
			治疗前	治疗后
治疗组	105	5.60±1.50 <sup>Δ</sup>	25.40±3.20	18.40±2.20 <sup>Δ</sup>
对照组	105	7.90±1.90	24.90±3.10	21.20±2.40

### 3 结果

新生儿高胆红素血症在临床比较多见, 常发生在新生儿早期。鉴于新生儿先天的因素如胆红素生成增多、机体对胆红素摄取、结合、转运、胆汁排泄受阻, 易导致血清胆红素水平增高, 出现皮肤及巩膜黄染, 若管理不积极, 血中未结合胆红素过高可透过血脑屏障使基底核等处的神经细胞黄染, 发生胆红素脑病, 出现中枢神经系统症状, 表现为一个或多个系统功能障碍, 最后造成神经系统长久性伤害。新生儿高胆红素血症属于中医学“胎黄”“胎疸”的范畴。中医学认为本病是怀孕期的母亲受湿邪, 郁而化热, 湿热熏蒸, 传入胎儿, 或寒湿阻滞, 遗于胎儿或湿热蕴郁, 瘀阻内积, 郁结于里感受湿热邪毒。同时由于小儿先天的因素如脏气娇嫩, 形气未充, 胃运化失常, 气机不畅, 熏蒸肝胆肝胆疏泄失常, 胆汁输送排泄受阻, 浸入于血, 外溢肌肤, 至生下小儿躯干、巩膜及四肢近端出现浅黄色巩膜。所以说中医治疗新生儿高胆红素血症目的在于清热解毒、健脾化湿、利胆退黄。

蓝光间歇照射有助于提高机体水溶性胆红素转化率, 且操作又简便, 疗效也明显还安全有效。但缺点是蓝光治疗作用迟缓, 易达成转化率的饱和状态, 并且是一种物理治疗, 新生儿依从性又差, 常易出现腹泻、发热、皮疹、核黄素缺失等等不良反应。然而金双歧属于微生态调节剂, 含有长双歧杆菌、保加利亚乳酸菌、嗜热链球菌、促菌因子、低聚糖等。双歧杆菌为人体正常菌群, 能产生乳酸和乙酸, 使肠道 pH 值降低, 从而降

低 β-葡萄糖醛酸苷酶的活性, 竞争地抑止非结合胆红素转化为结合胆红素, 减少肠肝循环<sup>[6]</sup>。其口服能在人体肠道中生长、繁殖, 调整、补充正常菌群, 能调整和改变肠道内细菌平衡, 使小儿食欲增强, 增进肠蠕动, 推动排便, 进而增加胆红素排出。同时亦增加肠道转化结合胆红素的能力, 提高结合胆红素的转化率, 并最终形成粪胆原排出体外。

茵桅黄口服液是我国传统退黄物, 有显著的降低黄疸的功效, 内含有茵陈、栀子、黄芩、金银花, 诸药皆具辛、温、甘、苦、寒, 归肝、脾、胆、心和肠经, 均匀调衡, 具有清热解毒、利湿退黄、疏肝利胆、活血化瘀和滋阴潜阳作用。现代药理研究证实, 茵陈中含有茵陈酮、叶酸、声旅烯等, 可以有效促进胆汁分泌和利胆外, 拮抗溶血, 具防止肝细胞变性坏死及明显利胆作用, 为治黄疸之要药; 栀子中含有栀子素、红黄素、黄酮类等, 清热利湿, 可以有效减少胆红素, 加快胆囊收缩以促进胆汁排泄, 进而实现退黄作用<sup>[7]</sup>; 黄芩清热解毒、镇静、利尿、利胆和保护肝脏, 并有广谱抗菌作用、抗过敏及提高毛细血管通透性等作用, 主治湿热黄疸<sup>[8]</sup>; 金银花清热解毒泻火, 其中纤维糖能促进细胞蛋白质代谢, 为广谱抗菌中药。4 种成分相联合, 具有退黄、保肝、利胆、疏肝理气, 可以在相当长的时间内以温和的方式促进肠蠕动, 促进胆红素排泄, 从而加速黄疸消退<sup>[9]</sup>。本院采取上述中药联合西医治疗结果显示, 中西医结合治疗组临床症状有效率显著高于对照组, 治疗后 72、120 h, 治疗组新生儿胆红素水平明显低于对照组, 且患儿的日均胆红素下降值明显优于对照组患者, 治疗组黄疸消退时间显著低于对照组, 说明中西医结合治疗新生儿黄疸疗效显著, 不良反应亦少。

### 参 考 文 献

- [1] 冯永歌. 中西医结合治疗足月新生儿黄疸 146 例疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2011, 3(6): 559-561.
- [2] 金汉珍, 黄德珉, 官希吉. 实用新生儿学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 269.
- [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: 2-23.
- [4] 金汉珍, 黄德珉, 官希吉. 实用新生儿学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 308-309.
- [5] 沈彩燕, 王坚英. 茵桅黄口服液联合蓝光照射治疗新生儿黄疸临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(6): 995-996.
- [6] 周丽. 金双歧辅治早产儿高胆红素血症 76 例[J]. 实用儿科临床杂志, 2007, 22(14): 1102-1103.
- [7] 潘萍萍, 金薇. 茵桅黄口服液佐治新生儿高胆红素血症 58 例[J]. 浙江中医杂志, 2010, 45(11): 810.
- [8] 郑红玲. 黄疸茵陈颗粒联合二联活菌颗粒防治新生儿黄疸 260 例[J]. 中国中医急症, 2013, 22(4): 650-651.
- [9] 周国亮, 初杰. 析仲景治黄用茵陈蒿汤之精义[J]. 河南中医, 2010, 30(1): 11-12.

(收稿日期 2014-09-01)

# 人参汤治疗不稳定型心绞痛(虚寒证)患者临床疗效观察

费园

(江苏省江阴市人民医院,江苏 江阴 214400)

中图分类号:R541.4 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0739-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.065

**【摘要】目的** 观察人参汤治疗不稳定型心绞痛(虚寒证)患者的临床疗效。**方法** 将符合诊断的60例患者分为两组,均予西医基础治疗,治疗组加服人参汤,2周为1疗程。治疗后比较两组主症疗效、证候疗效、心绞痛发作频次、硝酸甘油用量、血脂水平。**结果** 治疗组心绞痛主症疗效总有效率(96.67%)优于对照组(73.33%)( $P<0.05$ );治疗组中医证候疗效总有效率(96.67%)优于对照组(66.67%)( $P<0.05$ )。治疗组治疗后心绞痛发作次数、发作时间、硝酸甘油用量均明显少于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 人参汤是治疗不稳定型心绞痛(虚寒证)患者的有效方药。

**【关键词】** 人参汤 不稳定型心绞痛 临床观察

不稳定型心绞痛(UA)是急性冠脉综合征的重要表现形式之一,如不及时治疗,易发为心梗和猝死<sup>[1-2]</sup>。笔者在西医常规治疗的基础上配合人参汤治疗UA(虚寒证)患者,效果满意。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 60例UA患者来自于2012年10月至2013年10月在江阴市人民医院心内科住院患者。均符合《不稳定型心绞痛和非ST段抬高心肌梗死诊断和治疗指南》<sup>[3]</sup>中UA诊断标准。参照2002年卫生部《中药新药治疗冠心病心绞痛的临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>辨证为虚寒证。60例患者采用随机数字表法分为两组。治疗组30例,男性17例,女性13例;年龄46~82岁,平均(64.17±12.19)岁;病程3~11年,平均(9.00±5.40)年。对照组30例,男性20例,女性10例;年龄43~79岁,平均(62.50±12.15)岁;病程4~12年,平均(10.00±5.80)年。两组性别、平均年龄、病程比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 对照组予基础治疗。包括抗缺血治疗(硝酸酯类药物、 $\beta$ 受体阻滞剂、钙拮抗剂、ACEI)、抗血小板聚集治疗(阿司匹林合/或氯吡格雷)、抗凝治疗(肝素或低分子肝素)及他汀类药物及必要的控制血压、血糖治疗并根据合并症如心衰、心律失常、低血压休克等,给予对症处理。治疗组在对照组治疗基础上给予人参汤(组成:党参12g,白术9g,干姜5g,甘草6g),由江阴市人民医院中药房提供中药煎剂,每日2次,每次1袋;连续2周,2周为1疗程。各组治疗期间停用其他中药汤剂和中成药。

**1.3 临床标准** 参照2002年卫生部《中药新药治疗冠心病心绞痛的临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>。分别将心绞痛

主症(胸闷、胸痛)及中医证候量化,给予0、2、4、6分的积分;临床疗效评定时从心绞痛主症疗效和中医证候疗效两方面进行。显效:症状消失或基本消失,积分减少 $\geq 70$ 。有效:疼痛发作次数、程度及持续时间有明显减轻,积分减少 $\geq 30\%$ 且 $<70\%$ 。无效:症状基本与治疗前相同,积分减少 $<30\%$ 。加重:疼痛发作次数、程度及持续时间有所加重,积分无减少。

**1.4 统计学处理** 采用 $t$ 检验及 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组心绞痛主症、证候积分比较** 见表1。治疗组主症积分及证候积分较治疗前明显下降( $P<0.05$ )。组间比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )

组别	时间	主症积分	证候积分
治疗组 (n=30)	治疗前	23.93±4.44	41.53±10.59
	治疗后	7.40±5.49 <sup>*△</sup>	13.67±6.28 <sup>△</sup>
对照组 (n=30)	治疗前	24.07±4.50	41.40±10.45
	治疗后	21.57±5.74	35.68±10.61

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

**2.2 两组心绞痛主症疗效比较** 见表2。治疗组总有效率为96.67%明显高于对照组的73.33%( $P<0.05$ )。

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效(%)
治疗组	30	14	15	1	0	29(96.67) <sup>△</sup>
对照组	30	9	13	7	1	22(73.33)

与对照组比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ 。下同。

**2.3 两组中医证候疗效比较** 见表3。治疗组总有效

率为96.67%明显高于对照组的66.67%( $P < 0.01$ )。

表3 两组中医证候疗效比较( $n$ )

组别	$n$	显效	有效	无效	加重	总有效(%)
治疗组	30	17	12	1	0	29(96.67) <sup>△</sup>
对照组	30	9	11	8	2	20(66.67)

2.4 两组心绞痛发作频次、时间、硝酸甘油用量比较 见表4,表5。两组治疗前后心绞痛发作频次组内比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗组治疗后心绞痛发作频次明显低于对照组( $P < 0.05$ );治疗组硝酸甘油用量较治疗前及对照组明显下降( $P < 0.05$ )。

表4 两组心绞痛发作频次及发作时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	心绞痛发作频率(次/d)	发作时间(min)
治疗组 ( $n=30$ )	治疗前	5.00±1.82	46.47±14.49
	治疗后	2.07±1.20 <sup>*△</sup>	11.57±5.62 <sup>*△</sup>
对照组 ( $n=30$ )	治疗前	5.10±2.02	45.30±14.35
	治疗后	3.67±1.34 <sup>*</sup>	30.92±9.28 <sup>*</sup>

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

表5 两组硝酸甘油用量比较(片/周, $\bar{x} \pm s$ )

组别	$n$	治疗前	治疗后
治疗组	30	9.43±2.92	3.50±2.18 <sup>*△</sup>
对照组	30	9.63±2.85	6.73±2.08 <sup>*</sup>

2.5 两组治疗前后血脂水平比较 见表6。治疗组治疗后TC水平低于治疗前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );对照组治疗后LDL水平低于治疗前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组治疗前后TG水平、HDL水平组内及组间比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表6 两组治疗前后血脂水平比较(片/周, $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	TC	TG	HDL	LDL
治疗组 ( $n=30$ )	治疗前	4.69±1.04	1.50±0.95	1.06±0.32	2.55±0.90
	治疗后	4.05±0.77 <sup>*</sup>	1.34±0.5	1.11±0.40	2.19±0.77
对照组 ( $n=30$ )	治疗前	4.26±0.91	1.25±0.53	0.99±0.21	2.57±0.79
	治疗后	4.02±1.12	1.29±0.57	0.97±0.18	2.14±0.54 <sup>*</sup>

2.6 安全性检测 两组治疗后检测血、尿、粪常规及肝、肾功能未见明显异常,亦未出现明显不良反应。

### 3 讨论

本病属中医学“胸痹、心痛、真心痛”等范畴,为本虚标实之候,本虚以阳气亏虚为主,标实多与心脉瘀阻有关。根据“治病必求其本”的原则,临床运用活血化瘀等疗法单纯治“标”,虽可暂时缓解,但心绞痛发作渐频及停药复发,究其原因就是没有重视阳气亏虚这个“本”。“养阳之虚,即以逐阴”,任应秋先生认为心的功能首先是主阳气,其次是主血脉,在罹患冠心病时,亦

首先是在于阳气方面的亏虚,其次才是血脉有所伤害,因此提出“益气扶阳,养血合营,宣痹涤饮,通窍宁神”十六字诀来概况冠心病的治疗大法<sup>[4]</sup>。

人参汤出自《金匱要略方论·胸痹心痛短气病脉证治》“胸痹心中痞,留气结在胸,胸满,胁下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之;人参汤亦主之”。人参汤以温中补虚法首开治疗胸痹阳虚血瘀证的先河,适用于中阳不足,浊阴上逆所致之胸痹病。方中党参补中,干姜温中,白术燥湿实脾,三药一补、一温、一燥,相得益彰,再以甘草益气补脾,调和诸药,四药合用,既温中又补虚,则中焦之寒得热而化,心脾之虚得温而复,清阳升,浊阴降,气机调达,运化正常而治根本。

现代药理研究表明,党参具有改善心肌代谢及心脏功能、抗再灌注损伤<sup>[6-8]</sup>等作用;干姜具有抗血小板聚集、降血脂、抗缺氧、保护心肌细胞<sup>[9-12]</sup>等作用;白术具有利尿、抗炎<sup>[13-14]</sup>等作用。甘草具有抗炎,降脂,抗心律失常,抗血小板等作用。

本研究结果显示治疗组心绞痛主症疗效、中医证候疗效明显优于对照组,治疗组治疗后心绞痛发作频次及硝酸甘油用量较对照组明显减少,提示人参汤治疗UA有一定的临床疗效。治疗组在降低TC水平上优于对照组,提示在西医基础治疗上加用人参汤能够更好地调节血脂。然而,人参汤能否通过调脂、改善心肌代谢、抗炎等多靶点干预治疗UA,尚需进一步扩大样本量和更加系统的实验研究来证实。

### 参 考 文 献

- [1] Moreno PR, Falk E, Palacios IF, et al. Macrophage infiltration in acute coronary syndromes implications for plaque rupture[J]. Circulation, 1994, 90: 775-778.
- [2] Mehta D, Curwin J, Gomes A. Sudden death in coronary artery disease: acute ischemia versus myocardial substrate[J]. Circulation, 1997, 96: 3215-3223.
- [3] 柯元南, 陈纪林. 不稳定性心绞痛和非ST段抬高心肌梗死诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(4): 295-304.
- [4] 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: 68-73.
- [5] 朱世增. 任应秋论伤寒[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 2009: 20.
- [6] 林谦, 于友华. 党参对冠心病心绞痛患者的血液细胞及对小鼠心肌作用的定量细胞化学观察[J]. 中国组织化学与细胞化学杂志, 1994, 3(4): 398-402.
- [7] 赵明镜, 王硕仁, 吕晞莹. 党参对急性心肌缺血犬左室功能的影响[J]. 北京中医药大学学报, 1998, 21(4): 30-32.
- [8] 郭自强, 朱陵群, 张立平, 等. 党参对大鼠离体工作心脏缺血/再灌注损伤的保护作用[J]. 北京中医药大学学报, 1995, 18(5): 39-42.
- [9] 杜海燕摘译. 国外医学—中医中药分册, 1998, 20(1): 44.
- [10] 张明发. 干姜“温经止痛”的药理研究[J]. 中医药研究,

1992, 18(1):41.

[11] 谢恬,徐红,钱宝庆,等. 心脑宁胶囊治疗冠心病临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(6):348.

[12] 周德文. 术类的药理和药效[J]. 国外医药·植物药分册, 1996, 11(3):120-122.

[13] 蒋天佑. 白术的研究进展[J]. 中医药研究, 1991, (5):59-61.

[14] Mendes-Silva W, Assafima M, Rutaa B, et al. Antithrombotic effect of glycyrrhizin, a plant-derived thrombin inhibitor[J]. Thrombosis Research, 2003, 112:93-98.

(收稿日期 2014-12-09)

## 活血通络方治疗下肢动脉硬化闭塞症的临床观察

李 芬

(山东省济南市中医医院, 山东 济南 250012)

中图分类号:R543.6 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0741-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.066

**【摘要】**目的 观察活血通络方治疗下肢动脉硬化闭塞症的临床疗效。方法 将74例患者随机分为两组,各37例。对照组给予常规下肢动脉硬化闭塞症的控制与治疗措施,治疗组在对照组的基础上加用活血通络方治疗,观察周期30d。结果 治疗组总有效率为94.59%,优于对照组的75.68%( $P<0.05$ );两组治疗后血液流变学指标及血脂均有改善( $P<0.05$ ),而治疗组改善程度优于对照组( $P<0.05$ )。结论 在常规治疗的基础上加用活血通络方,能够提高下肢动脉硬化闭塞症的临床疗效。

**【关键词】** 活血通络方 下肢动脉硬化闭塞症 临床观察

下肢动脉硬化闭塞症(PAD)是动脉粥样化的重要肢体表现,病变动脉增厚、变硬,伴有粥样斑块和钙化,并可继发血栓形成,致使动脉管腔狭窄或闭塞,肢体出现缺血症状,患肢出现发冷、麻木、疼痛,间歇性跛行和趾或足发生溃疡或坏死等临床表现,致残率较高。流行病学调查显示,本病在我国60~75岁人群中发病率为17%,并有逐渐增高的趋势<sup>[1]</sup>。因此,为提高PAD的临床疗效,笔者进行了活血通络方治疗PAD的临床观察。现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取2012年1月至2014年4月入住山东省济南市中医医院外科患者74例,纳入标准:符合中华医学会外科学分会血管外科学组制定的《下肢动脉硬化性闭塞症治疗指南》诊断标准及Fontaine分期标准<sup>[2]</sup>,中医证候参照络脉瘀证诊断标准<sup>[3]</sup>;签署知情同意书,获得伦理委员会批准。排除标准:伴有肢体坏疽者;其他原因所致的下肢动脉闭塞,如血栓闭塞性脉管炎、房颤栓塞症等;参加其他药物临床试验者。随机分为对照组和治疗组各37例,均为Ⅱ期。对照组中男性21例,女性16例;年龄(68.75±7.31)岁。治疗组中男性19例,女性17例;年龄(69.23±7.57)岁。两组性别、年龄、病情程度等差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 对照组采取常规PAD的控制与治疗措施,如戒烟、运动锻炼、调脂、降低血黏度、控制血压、扩张血管等常规治疗方法。治疗组在对照组的基础上

给予活血通络方:牡丹皮12g,赤芍12g,川芎15g,地龙10g,鸡血藤15g,雷公藤15g,三七9g,陈皮12g,木香12g,黄芪30g。每日1剂,水煎服,每日3次服。30d为1个疗程。

**1.3 观察项目及疗效标准** 1)观察血管功能[踝肱指数(ABI)]、血液流变学及血脂指标、临床疗效及不良反应。2)疗效标准:参照中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会制定的PAD诊疗标准<sup>[4]</sup>。显效:治疗后不适临床症状基本消失或不适症状明显得到改善,行走距离较治疗前增加200m以上且无不适临床表现。有效:临床症状得以改善,行走距离较治疗前增加50~200m。无效:治疗后患者的不适症状、体征等无明显缓解,行走距离较治疗前增加小于50m或患者病情加重。

**1.4 统计学处理** 应用SPSS17.0统计软件,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用两独立样本 $t$ 检验,组内治疗前后比较采用配对样本 $t$ 检验,等级资料采用有序变量的两独立样本比较的秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 两组PAD患者临床疗效比较** 见表1。结果显示治疗组总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ )。

**2.2 两组PAD患者治疗前后ABI指数比较** 治疗组治疗前ABI指数为(0.58±0.23),治疗后为(0.97±0.31),对照组治疗前为(0.60±0.22),治疗后为(0.83±0.28)。结果显示两组治疗后PAD患者ABI指数较治

表 1 两组 PAD 患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	37	17	18	2	35(94.59) <sup>△</sup>
对照组	37	11	17	9	28(75.68)

与对照组比较, <sup>△</sup>P<0.05。下同。

疗前均有好转(P<0.05), 治疗组患者 ABI 指数的改善优于对照组(P<0.05)。

2.3 两组治疗前后血液流变学及血脂指标比较 见表 2。结果显示两组治疗后 PAD 患者全血黏度、纤维蛋白原、血胆固醇较治疗前均有好转(P<0.05), 但治疗组全血黏度、纤维蛋白原、血胆固醇的改善情况优于对照组(P<0.05)。

表 2 两组 PAD 患者血液流变学及血脂指标比较(x±s)

组别	时间	全血黏度(mPa·s)		纤维蛋白原(g/L)	血胆固醇(mmol/L)
		高切	低切		
治疗组 (n=37)	治疗前	7.47±1.52	12.69±1.39	5.33±1.21	6.28±1.52
	治疗后	3.94±1.33 <sup>△</sup>	7.85±1.24 <sup>△</sup>	2.57±0.95 <sup>△</sup>	3.45±1.14 <sup>△</sup>
对照组 (n=37)	治疗前	7.52±1.49	12.73±1.41	5.29±1.23	6.23±1.47
	治疗后	4.86±1.21 <sup>*</sup>	9.55±1.27 <sup>*</sup>	3.82±1.19 <sup>*</sup>	4.87±1.23 <sup>*</sup>

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

2.4 不良反应 两组患者在治疗过程中均未出现不良反应。

### 3 讨论

PAD 是外科的常见病、多发病。流行病学调查结果显示, 动脉硬化的 3 大高危因素分别为高血压、高胆固醇以及吸烟。从男女发病情况来看, 男性发病率高于女性, 可能与我国男性吸烟者较多有关<sup>[5]</sup>。PAD 易发于小腿胫腓动脉、股腘动脉及主髂动脉, 而以股腘动脉发生率最高, 其发生机制可能与大腿内收肌管周围肌肉反复收缩造成的机械性损伤有关。PAD 的发病机制目前尚不清楚, 但有几种假说: 损伤及平滑肌细胞增殖学说、脂质浸润学说、血流动力学说、遗传学说。随着社会的发展, 饮食结构的改变, 人口老龄化的进展, 我国 PAD 的发生率呈增加趋势。现代医学在 PAD 的治疗上取得了一定成就, 但疗效尚不满意。因此, 笔者为提高临床疗效, 进行了活血通络方治疗 PAD 的临床研究。

PAD 属于中医学“脱疽”“痹证”等范畴, 基本病机为瘀血阻络、失于濡养, 治宜活血通络、以复其脉, 恢复气血的正常运行。病程日久, 缠绵难愈, 可损耗气血, 发展为虚证, 因此应尽早治疗, 以便早日康复。笔者根据临床经验, 结合现代药理研究成果, 选择了具有活血通络作用的中药饮片进行配伍, 以提高 PAD 的临床疗效。方中牡丹皮、赤芍苦寒清泄, 功善活血祛瘀, 具有“活血不动血”的特点; 川芎辛散温通, 活血化瘀、行气止痛, 为“血中之气药”, 具有通达气血之功效; 三七甘

温, 活血化瘀止痛, 具有“化瘀不伤正”的特点, 同时具有止血之功, 以防牡丹皮、赤芍、川芎活血动血; 地龙性善走串, 长于活血通络止痛。鸡血藤、雷公藤为植物之藤蔓, 取类比象, 具有较强的通络之功, 加强牡丹皮、赤芍、川芎之品通络之功, 尚能养血行血。木香、陈皮芳香理气, 增强牡丹皮、赤芍等活血通络之功。黄芪甘温补中, 健脾益气, 以防大量活血通络之品损耗正气。现代药理研究表明: 牡丹皮能够抑制血小板聚集, 赤芍具有抗炎止痛, 抑制血小板聚集, 延长血栓形成时间的作用<sup>[6]</sup>; 川芎能扩张血管, 增加肢体血流量, 降低血小板表面活性, 抑制血小板聚集, 改善微循环, 预防血栓形成<sup>[7]</sup>; 三七具有抗血小板聚集、溶栓及抗动脉粥样硬化作用<sup>[8]</sup>; 地龙具有纤溶和抗凝的双重作用<sup>[9]</sup>; 雷公藤能够降低血液黏稠度、抗凝、纠正纤溶障碍、降低外周血管阻力和改善微循环; 鸡血藤能降低胆固醇, 具有明显的抗动脉粥样硬化作用, 增加股动脉血流, 降低血管阻力, 抑制血小板聚集<sup>[10]</sup>; 陈皮能降低胆固醇; 木香能够促进纤维蛋白溶解; 黄芪具有扩张外周血管, 降低外周血管阻力作用。诸药相合, 具有较强的活血通络复脉之功, 能够增强对 PAD 疗效。

本研究表明, 在 PAD 常规治疗的基础上加用活血通络方能够进一步改善全血黏度、纤维蛋白原、血脂水平, 增加 ABI 指数, 改善血管功能, 提高临床疗效, 且无明显的毒副作用。但本研究为单中心、单学科、小样本的临床研究, 其研究结果有待于进一步验证, 以更好地服务于临床。

### 参 考 文 献

- [1] 刘振伟, 冯秋菊, 赵军. 益气活血化痰通络汤治疗下肢动脉硬化闭塞症 30 例疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 10(10): 1277-1278.
- [2] 中华医学会外科学分会血管外科学组. 下肢动脉硬化性闭塞症治疗指南[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(11): 923-924.
- [3] 孙朗清, 郑则敏, 黄小宾, 等. 清脉胶囊治疗肢体动脉硬化闭塞症临床观察[J]. 中国中医急症, 2005, 14(10): 952-953.
- [4] 陈伯楠, 候玉芬, 周涛. 周围血管病中西医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 250-253.
- [5] 王全胜, 刘革命. 温通化瘀丸治疗下肢动脉硬化闭塞症临床观察[J]. 中国中医急症, 2009, 18(7): 1068-1069.
- [6] 高学敏. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 169-171.
- [7] 金玉青, 洪远林, 李建蕊, 等. 川芎的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中药与临床, 2013, 4(3): 44-48.
- [8] 朱静, 谢燕飞, 左爱仁. 三七总皂苷药理学研究进展[J]. 江西中医药, 2013, 63(12): 67-70.
- [9] 刘调调, 李晓红. 地龙药理作用研究进展 [J]. 山东中医, 2012, 31(7): 529-231.
- [10] 秦建鲜, 黄锁义. 鸡血藤药理作用的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2014, 25(1): 180-182.

(收稿日期 2014-08-25)

# 通腑泻肺方配合双水平无创正压通气对 AECOPD 呼吸衰竭患者免疫功能及并发症的影响

张涛 吴伟东

(浙江省丽水市中心医院,浙江 丽水 323000)

中图分类号:R563.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)03-0743-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.03.067

**【摘要】目的** 观察中医通腑泻肺方配合无创通气对慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)呼吸衰竭患者免疫功能的影响,并观察其并发症。**方法** 将 AECOPD 呼吸衰竭患者 60 例,随机分为对照组和观察组各 30 例。对照组行双水平无创正压通气常规治疗;观察组在对照组基础上给予中医通腑泻肺方配合治疗。评估两组 T 细胞亚群变化、急性生理功能和慢性健康评分 II (APACHE II)评分、不良反应及通气时间等。**结果** 治疗后,两组 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>和 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>改善均优于治疗前(均  $P < 0.05$ ),且观察组 CD4<sup>+</sup>和 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>改善优于对照组(均  $P < 0.05$ )。观察组总不良反应率为 10.00%,低于对照组的 33.33%( $P < 0.05$ )。观察组 APACHE II 评分、通气时间均低于对照组(均  $P < 0.05$ )。**结论** 通腑泻肺方配合双水平无创正压通气治疗 AECOPD,能够提高患者免疫功能,降低不良反应。

**【关键词】** 慢性阻塞性肺病急性加重期 中医通腑泻肺方 双水平无创正压通气 呼吸衰竭 免疫功能

慢性阻塞性肺疾病(COPD)具有气流受限特征,呈进行性发展。COPD 急性加重期(AECOPD)患者短期内症状或体征持续恶化,易出现缺氧和 CO<sub>2</sub> 潴留,引起低氧血症和高碳酸血症。双水平无创呼吸机正压通气不经气管插管,增加肺泡通气量,其具有便捷、痛苦小等优点,但在无创通气过程中存在胃肠胀气、肠梗阻等不良反应,可加重缺氧和 CO<sub>2</sub> 潴留。有研究认为中医通腑泻肺方配合治疗 AECOPD 可减少 COPD 患者并发症的发生,并改善患者预后<sup>[1-2]</sup>。本研究观察中医通腑泻肺方配合无创通气对 AECOPD 呼吸衰竭患者免疫功能的影响,并观察其并发症的发生。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 病例选择** 所选病例均符合 1) 西医诊断标准按照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》<sup>[3]</sup>标准;中医证候辨证标准按照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>制定。中医病情程度判定标准按照《中药新药临床指导研究原则》<sup>[5]</sup>制定。2) 纳入标准:中重度呼吸困难,PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg, 45 mmHg ≤ PaCO<sub>2</sub> ≤ 65 mmHg, 血气异常 7.30 ≤ pH ≤ 7.35,呼吸频率 > 25 次/min。痰热壅肺证,主症为咳嗽和(或)喘息,痰黄,次症为气粗息促,或喉中有痰声,口干欲饮,舌苔黄腻,脉滑数,主证必备。3) 排除标准:深昏迷及休克者。

**1.2 临床资料** 选择本院 2011 年 1 月至 2013 年 12 月收治的 AECOPD 呼吸衰竭患者 60 例,随机分为对照组和观察组各 30 例。对照组 30 例,男女各 15 例;年龄 53~78 岁,平均(66.81±4.83)岁;病程 3~21 年,平均(10.23±1.97)年;观察组 30 例,男女各 15 例;年龄 54~77 岁,平均(66.72±5.08)岁;病程 4~21 年,平均

(10.30±1.86)年。两组性别、年龄、基本病情等比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 对照组给予吸氧、控制感染、祛痰、支气管扩张剂等常规治疗,行双水平无创正压通气治疗,呼吸模式 S/T,频率 12~14 次/min,吸气压力 16~20 cmH<sub>2</sub>O,呼气压力 6~8 cmH<sub>2</sub>O,氧气流量为 3~5 L/min,呼吸频率为 8~14 次/min,通气时间 4~6 h,2~3 次/d,根据病情调节压力和通气时间。观察组在对照组基础上给予中医通腑泻肺方配合双水平无创正压通气治疗,应用中医通腑泻肺免煎颗粒(大黄 3 g,黄芩 15 g,葶苈子 15 g,川芎 9 g,江阴天江药业有限公司生产)治疗,每次 1 包,每日 2 次,10 d 为 1 个疗程。

**1.4 观察指标** 评估两组 T 细胞亚群变化、急性生理功能和慢性健康评分 II (APACHE II)评分、不良反应及通气时间等。

**1.5 统计学处理** 应用 SPSS13.0 统计软件。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验,计数资料比较用  $\chi^2$  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 T 细胞亚群变化结果** 见表 1。治疗后,两组 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>和 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>水平均优于治疗前(均  $P < 0.05$ ),且观察组 CD4<sup>+</sup>和 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>水平优于对照组(均  $P < 0.05$ )。

**2.2 两组通气时间、APACHE II 评分及并发症比较** 见表 2。治疗后,观察组 APACHE II 评分、通气时间均低于对照组(均  $P < 0.05$ ),两组并发症发生差异不大( $P > 0.05$ )。

**2.3 两组治疗不良反应结果比较** 见表 3。观察组总

表1 两组 AECOPD 呼吸衰竭患者治疗前后 T 细胞亚群变化比较(x±s)

组别	时间	CD4 <sup>+</sup> (%)	CD8 <sup>+</sup> (%)	CD4 <sup>+</sup> /CD8 <sup>+</sup>
观察组 (n=30)	治疗前	32.93±1.47	38.32±1.18	0.85±0.14
	治疗后	43.86±1.33 <sup>△</sup>	40.84±1.13 <sup>*</sup>	1.80±0.24 <sup>△</sup>
对照组 (n=30)	治疗前	33.26±1.50	38.14±1.21	0.84±0.12
	治疗后	36.19±1.42 <sup>*</sup>	40.21±1.05 <sup>*</sup>	1.27±0.19 <sup>*</sup>

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

表2 两组 AECOPD 呼吸衰竭患者通气时间和 APACHE II 评分及并发症结果比较(x±s)

组别	n	通气时间 (d)	APACHE II 评分(分)	并发症 n(%)	
				肝功异常	肺性脑病
观察组	30	4.17±0.29 <sup>△</sup>	12.04±0.81 <sup>△</sup>	1(3.33)	0(0.00)
对照组	30	5.92±0.36	15.86±0.73	2(6.67)	1(3.33)

与对照组比较, △P<0.05。下同。

表3 两组 AECOPD 呼吸衰竭患者治疗不良反应结果比较(n)

组别	n	暖气	腹胀	泛酸/呕吐	误吸	合计(%)
观察组	30	1	1	1	0	3(10.00) <sup>△</sup>
对照组	30	3	3	2	2	10(33.33)

不良反应率低于对照组(P<0.05)。

### 3 讨论

无创正压通气可辅助患者自主呼吸运动,克服气道阻力及内源性呼气末正压,提高肺泡通气量,促进肺内气体交换,促使肺泡中氧向血液弥散,改善低氧血症及CO<sub>2</sub>潴留<sup>[6]</sup>。研究显示,机体气道内的中性粒细胞、巨噬细胞、T淋巴细胞等多种炎性细胞与炎性介质均参与了 COPD 的炎症过程。CD4<sup>+</sup>是辅助性 T 淋巴细胞,数量减少表明机体免疫功能下降,机体产生淋巴因子、协助 B 细胞产生抗体和辅助其他淋巴细胞的功能减弱。CD8<sup>+</sup>是抑制性 T 淋巴细胞,数量过度可引起机体损伤。CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>比值降低是机体免疫功能下降的重要标志。

COPD 可归属于中医学“喘证”“咳嗽”“肺胀”等范畴。AECOPD 的病机主要特点为痰、热、瘀。中医学认为肺气宣发肃降,有助于大肠传导功能的发挥;而大肠传导功能正常,也有助于肺气宣肃。腑实热结上迫于肺,使肺气不降,肺气不降则大肠腑气不通,影响大肠传化之功,出现腹胀纳呆、大便不通;肠腑传导失司,浊气上逆于肺,加重肺脏病证,导致恶性循环。通腑泻肺方可刺激肺泡巨噬细胞分泌增多,并能够改善 T 淋巴细胞亚群及功能,增强对机体防御保护功能,调节免疫功能,提高肺部免疫能力。AECOPD 患者多肺失宣降,痰热蕴肺,常伴有脾胃虚弱,气机升降失调,肠腑失于通降而致的腑气不通证。通腑泻肺方以清热化痰、健脾理气、通腑泻下使腑气得通,则肺气得宣,达到治疗目

的<sup>[7]</sup>。通过通腑泻肺化痰,可绝热灼津液成痰之路,消壅盛之痰以平喘;活血祛瘀行气血,使肺之宣降功能渐复,气喘之症得缓。方中大黄味苦、性寒,可降低肺动脉高压,缓解支气管平滑肌痉挛,缓解气喘等症状;黄芩味苦、性寒,清热燥湿、泻火解毒功效,可治疗肺热咳嗽、消痰利气;葶苈子可泻肺平喘、利水消肿,主治燥湿化痰,用于痰多咳嗽;川芎可活血祛瘀、行气开郁、通达气血。诸药合用共奏通腑泻肺、化痰祛瘀之功效,其可增加肺通气,改善肺换气功能,使肺之宣肃功能恢复正常<sup>[8-10]</sup>。

本研究结果示,观察组不良反应明显低于对照组,提示中医通腑泻肺法配合双水平无创正压通气可减少不良反应。中医调肠具有抗炎、抗氧化损伤作用,保护肠道黏膜,减少内源性感染,通过肺肠同治,疏通肠腑,上宣下通,因势利导,加用通腑泻下或润下之法,腑通邪去而肺气自复。观察组免疫功能明显提高,通气时间缩短,不良反应降低,症状明显改善,提示中医通腑泻肺方可改善患者免疫功能,提高患者预后,但由于无创正压通气存在腹胀等弊端,使其应用受到限制。

综上所述,中医通腑泻肺方配合双水平无创正压通气治疗 AECOPD,能够提高患者免疫功能,降低患者不良反应。

### 参 考 文 献

- [1] 肖鹏云. 通腑泻肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察[J]. 中国临床医生, 2014, 42(9): 33-35.
- [2] 于晓敏, 张洪, 孟凡琳, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期的中西医研究进展[J]. 中国中医急症, 2012, 21(11): 1814-1816.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. COPD 诊治指南(2007年修订版)[J]. 继续医学教育, 2007, 21(2): 31-42.
- [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: 2-7.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床指导研究原则[M]. 北京: 中国医学科技出版社, 2002: 54-58, 80.
- [6] 李淑芳, 熊旭东, 施荣, 等. 通腑泻肺方治疗 AECOPD 痰热壅肺证临床研究[J]. 中国中医急症, 2014, 23(2): 223-226.
- [7] 赖建幸, 陈小会. 无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期呼吸衰竭的临床研究[J]. 中国现代医生, 2014, 52(4): 7-10.
- [8] 谢东平, 韩云, 李芳, 等. 集束化调肠方案对脓毒症肠功能障碍患者肠道功能及炎症反应的影响[J]. 中国中医急症, 2011, 20(7): 1050-1052.
- [9] 陈武君. 通腑调肺法在肺系病急重症治疗中的应用[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(1): 103-106.
- [10] 韩云, 张燕, 谢东平, 等. 中医调肠法配合无创通气治疗 AECOPD 呼吸衰竭的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(8): 814-818.

(收稿日期 2014-10-31)

# 中西医结合救治急危症的临床案例与临证体会

崔淑菲<sup>1</sup> 李玉忠<sup>2△</sup>

(1.山东中医药大学,山东 济南 250355;2.山东省淄博市中医医院,山东 淄博 255000)

中图分类号:R278 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0745-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.068

【关键词】 心源性休克 深静脉血栓 破格救心汤

近年来随着西方医学的传入,中医的发展遇到前所未有的挑战。特别是社会认识方面,形成了中医在临床急救上无用武之地的错误认知。其实不然,《伤寒杂病论》六经辨证的一整套理法方药,可以囊括百病,从重危急症到一切外感急性传染病,内伤杂病,以及现代罕见疾病谱中的奇难大症,都可以从中吸取智慧,找到解决的办法。在当前的医疗环境下,中西医结合是最有效的治疗方案,也是中西医文化相互碰撞相互渗透的最终出路。现举1例佐证中西医在临床急救中的理想配合。

## 1 病案资料

成某,女性,78岁,因卧床1个月余,突发昏迷1h于2014年7月28日来诊,临床症见:深昏迷,面色苍白,无发热,汗出多,左下肢肿胀,皮色正常,按之质硬,四肢肘膝关节以下触之皮温低,纳差,小便短少,大便3d未行,脉伏,已3d未进食。既往有脑梗塞病史1年,卧床1月余。查体:心率110次/min,律不齐,心音强弱不一,血压72/53 mmHg。心电图示:室上性心动过速;完全性右束支传导阻滞。双下肢血管彩超示:双下肢动脉硬化斑块形成;左下肢髂股、股浅、腘、胫后静脉静脉血栓形成;左侧大隐静脉曲张并血栓形成。颅脑、胸部CT示:右侧基底节区脑软化灶;脑萎缩;双肺下叶支气管感染。生化检查:白细胞数 $23.9 \times 10^9/L$ ,血小板 $89 \times 10^9/L$ ,同型半胱氨酸 $41.04 \mu\text{mol/L}$ ,D-二聚体定量 $27.71 \mu\text{g/mL}$ ,B型钠尿肽前体 $1067 \text{ pg/mL}$ ,尿素氮 $34.67 \text{ mmol/L}$ ,肌酐 $129.0 \mu\text{mol/L}$ ,尿酸 $829 \mu\text{mol/L}$ ,凝血酶原时间 $15.40 \text{ s}$ ,活动度 $69.10\%$ 。中医诊断:厥证,阳虚寒凝证。西医诊断:1)心源性休克;2)左下肢深静脉血栓形成;3)双下肢动脉硬化斑块形成;4)肾功能不全;5)脑梗死后遗症;6)双肺下叶支气管感染。西医治疗予多巴胺持续静滴,以纠正休克,头孢哌酮舒巴坦

对抗感染,溶栓治疗,留置胃管,对症支持治疗。然而在多巴胺持续静滴的情况下,患者血压控制欠佳,骤升骤降情况反复出现,配合参附注射液、生脉注射液持续静滴,仍不能维持稳定血压。遂给予李可老中医“破格救心汤”加减鼻饲治疗。组方:熟附子48g,干姜18g,甘草18g,生姜9g,山茱萸肉30g,龙骨20g,牡蛎20g,西洋参15g。颗粒剂水冲灌服。每次10~20mL,频频喂服,防止呕吐。昼夜连进2剂。2014年7月29日服药24h后,患者面色逐渐红润,血压逐渐稳定,气息均匀,左下肢肿胀,按之质软,触之仍皮温低,余肢体皮温均较前好转,嗜睡状态,心率血压较前稳定,心率维持在80~90次/min,心律不齐,心音强弱不一,血压维持在80~105/58~91 mmHg,舌淡红,无苔,脉沉细。上方加黄芪80g,继服。逐渐减少多巴胺用量。2014年8月1日,患者各项生命指征稳定,意识逐渐清醒,精神状态继续好转,语音低微,能简单回答问题,但时有词不达意,心率血压稳定,心率维持在68~75次/min,律齐,血压维持在105~135/76~93 mmHg,左下肢肿胀减轻,舌淡红,无苔,脉沉细。停用多巴胺注射液,中药继服,减少附子等用量,组方:熟附子36g,干姜9g,甘草18g,生姜9g,山茱萸肉30g,龙骨20g,牡蛎20g,西洋参18g,黄芪60g。每日1剂,温服。2014年8月5日,患者各项生命指征进一步稳定,意识清醒,语音低微,心率血压稳定,心率72次/min,律齐,血压138/85 mmHg,四肢皮温正常。左下肢肿胀明显好转,患者久病虚寒,遂予理中汤加减以调理阴阳、巩固疗效:苍术10g,白术20g,茯苓20g,干姜6g,山药20g,党参10g,生姜6g,大枣10g,甘草6g。每日1剂,温服。2014年8月20日,患者心率血压平稳,复查各项生化指标均明显好转,神志清,精神可,面色红润,气息均匀,言语清晰,左下肢水肿基本消退,准予出院。

## 2 体会

临床所见,危重病后期多表现为少阴证。《伤寒杂

△通信作者(电子邮箱:cuishufei1990@126.com)

病论》云“少阴病,欲吐不吐,心烦,但欲寐。五六日自利而渴者,属少阴也。虚故引水自救。若小便色白者,少阴病形希具,小便白者,以下焦虚有寒,不能制水,故令色白也”,“少阴病,脉沉者,急温之,宜四逆汤”。

李可老中医在急危重症抢救方面更有独到见解,在缺医少药的上世纪五、六十年代的山西农村,李可应用纯中医成功抢救医院放弃治疗的危重患者上千例。李可有言:凡病皆本气自病。李老先生所谓本气,即指人体与生俱来的先天肾气(元气、元阳)与后天胃气(中气)构成的浑元一气。从中医来讲,此二者为人生命之两本,两本飘摇,危若垒卵。本气强者,邪从热化、实化;便是三阳病;本气弱者,邪从虚化、寒化,便是三阴病。三阳统于阳明,三阴统于少阴。本例患者久病体虚,长期卧床,纳食减少,脾胃之气渐虚,脾病则四肢不用,脾胃乃后天之本,气化乏源,血行无力,以致血瘀;病及他脏,心肺气虚,面色无华,久病及肾,肾阳虚衰而阴寒内结,遂成阳虚寒凝之证,寒凝于内,阳气不能振奋于外,故见四肢厥冷,气血阴阳离散,发为厥证。治疗上急投破格救心汤回阳救逆,敛阳固脱。方中重用附子,24 h 附子用量达 96 g,附子为药中第一大将,大辛、大热、大毒,驱寒毒,破阴凝,走而不守,通行十二经表里内外,无处不到,有破阴回阳之力。以炙甘草统之,甘缓补土伏火,得干姜之守而不走,山茱萸肉之酸敛,可上助心阳以通脉,下温肾水以益火之源,挽散失之元阳,固下焦之阳根。故可救生死于顷刻。山茱萸肉固阳敛气,为救脱第一要药。而龙牡二药,固肾摄精,收敛元气,使合方挽亡阳之将脱,破阴寒之凝结。

破格救心汤为李可所创,来源于《伤寒杂病论》中少阴病主方四逆汤的思路,原方为:甘草二两(炙),干姜一两半,附子一枚(生用,去皮,破八片)。仲景言四逆汤证之一为:“少阴病,脉沉者,急温之,宜四逆汤”。脉沉,提示少阴阳虚,病入少阴,损其根本,亡阳迅速,故以四逆汤急温之。然今人用四逆汤急救效验并不理想,原因一方面在于剂量过小,附子用量往往在 10~20 g,

实在难以起到回阳救逆的功效;另外,四逆汤并不能完全顾及到人体五脏六腑阴阳气血皆散失的局面,特别是浮阳的摄纳方面尚嫌不足。对此,张锡纯先生在《医学衷中参西录》中自创来复汤可与其互补,原方为:山茱萸肉 60 g,生龙骨、生牡蛎粉各 30 g,生杭芍 18 g,野台参 12 g,炙甘草 6 g。李可老先生在两位先贤的基础上,创制破格救心汤,并于临床应用中取得奇效。

在本例患者救治过程中,不可否认多巴胺的治疗价值,其入院 2 h 之内,多巴胺用量约为 14  $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ ,其后 48 h 之内,其平均用量为 5.2  $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ ,48 h 之后维持剂量为 2  $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ ,入院 96 h 后停用多巴胺。多巴胺作为休克急救的首选药物,初始大剂量应用,作用于心脏  $\beta_1$  受体,具有明显的正性肌力作用,及时纠正休克状态。然而在临床上,有过多例多巴胺抢救失败的案例,在用药过程中,随着患者对药物的敏感性降低,其治疗效果也随之大打折扣,最终结局是多巴胺的治疗效果不断减退,直至患者死亡。在本例患者的救治过程中,前期单纯使用多巴胺的情况下,患者的心率血压维持情况并不理想,辅以参附、生脉注射液后略有所好转。然笔者认为,其最根本的治疗基础在于大剂量附子的使用,使元阳得固,再配以多巴胺持续静滴,维持各项生命指征,纠正休克状态。在整个急救过程中,总计附子用量为 528 g,山茱萸肉为 360 g,参附注射液为 660 mL。此例患者的急救过程,简而言之,就是以中医治疗奠定根基,以西医疗疗建梁筑舍,实乃中西医结合临床急救之典范。

李可老先生生前大部分时间奔波于缺医少药的山村,病情危急,中药汤剂只能随煎随服;患者不能进食,想尽办法灌药。而在今天,医疗环境各个方面均有所提高,对于急救病患我们可以插入胃管,鼻饲用药;有中药颗粒剂型应用方便;可以随时检测患者的生命指征,以调整用药。在现代化的医疗环境下,中西医相互结合在临床急救上有着极其优越的发展空间!

(收稿日期 2014-09-20)

## 欢迎投稿·欢迎订阅

# 中风逆候及临床证治探讨

王洪忠

(山东省淄博市淄川区中医院, 山东 淄博 255000)

中图分类号: R255.2 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)04-0747-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.069

**【关键词】** 候 逆候 中风逆候 证治

段玉裁《说文解字注》云“凡覩伺皆曰候, 因之以时曰候”。《素问·五行论大论》载“夫候之所始, 道之所生, 不可不通也”。可见候是疾病的客观表现, 多在早期出现, 在疾病演变中具有时间特性。证候是疾病过程中表现在整体层次上的机体反应状态及其运动变化, 简称证或者候<sup>[1]</sup>。以上可见证、候、证候互称, 但笔者认为候更适用于客观临床表现。

古人对于疾病过程以及预后的探讨中, 以向愈、病轻为顺, 以出现变证、加重为逆, 病情顺遂、预后佳的为顺证, 病情加重预后不佳的为逆候。如《素问·平人气象论》载“人无胃气曰逆, 逆者死”。《外科大成》载“身热而脉静, 脱血而脉实, 汗后而脉燥者, 皆逆候也, 不治”。《证治准绳》云“变证即为逆候, 荣卫失序, 为疾危恶”。《王旭高临证医案》云“虚者补之, 是为大法。虚不受补, 谓之逆候”。《脉诀汇辨》载“若心病而受咸, 肺病而欲苦, 脾弱而喜酸, 肝病而好辣, 肾病而嗜甘, 此谓之逆候; 病轻必危, 重者必死”。可见逆候是在病程的发展中出现的, 一个或是一组临床客观表现, 为病情加重的肇始。

## 1 中风逆候定义与解读

现代医学认为中风(缺血性)病急性起病是脑局部血液循环障碍导致的神经功能缺损综合征<sup>[1]</sup>, 进展性卒中是指卒中发生后神经功能损害进行性加重或虽经临床治疗病情仍进展恶化的脑梗死, 占缺血性卒中的26%~43%, 进展性卒中患者死亡率为35%, 神经功能恶化使卒中患者死亡率增加4倍以上<sup>[2]</sup>, 糖尿病史、入院时发热、合并并发症、神经功能缺损程度是进展性卒中的独立危险因素<sup>[3]</sup>, 主要血管病变因素为大血管狭窄、血栓逐渐增大、血压的波动, 可导致临床症状加重<sup>[4]</sup>。中风病为古代四大难症之一, 古人较早对中风病的转归有深刻的认识, 如《察病指南》云“中风口噤, 脉迟浮者生, 急实大数者死; 被风不仁痿厥, 脉虚者生, 坚者死”。《万病回春》更明确提出“中风宜迟浮, 忌急实也……浮迟者吉, 急疾者殂”。其中生、宜、吉为顺证为向愈, 死、忌、殂为逆, 为逆证为危恶。古人对中风预后

多以生、死判定, 非生即死, 发病后病情稳定, 逐渐向愈为生为顺证, 病情加重为危恶为逆候, 前者明清医案较多记载, 而后者古代医案绝少提及, 只归为死证。笔者结合临床认为中风发病后病情仍不断进展加重者, 称为中风逆候。中风逆候区别于直中脏腑的危重情况, 重者转为中脏腑等绝死症, 轻者不再进展, 稳定向愈转为顺证。中风逆候更加注重疾病的发展过程, 以及发病表现, 把中风逆候从绝死证中剥离出来, 作为一种独立的证候来探讨其发病因素、证治转归对于早期识别中风逆候并做相应预处理, 提高疗效, 减少医疗纠纷, 具有一定的意义。

## 2 典型案例

2.1 病案1 孙某, 男性, 63岁, 因左侧肢体活动不利3d入院。入院症见: 神志清, 口角左侧偏低, 伸舌左偏, 左侧肢体肌力5-级, 肌张力可, 双肱二头肌腱反射(++), 双膝腱反射(++), 左巴彬斯基征(+), 左侧肢体皮肤感觉减退。指鼻试验准确, 跟膝胫试验准确。颅脑CT示: 右侧额叶缺血灶。入院后予以阿司匹林、奥扎格雷抗血小板聚集等常规治疗。入院后第5日患者烦躁, 心慌惊悸不安, 自觉症状加重, 查左侧肢体肌力3-级, 夜间睡眠差, 二便正常。舌质红, 苔薄白, 脉促上击。诊为患者为肝火上炎, 给予羚角钩藤汤加减治疗, 三剂烦躁明显好转, 患者肢体仍无力感, 予以滋补肝肾、化痰通络等治疗, 3周后肢体肌力4级, 出院继续服药治疗。

2.2 病案2 朱某, 女性, 78岁, 因右侧上肢活动不利3月而以脑梗死入院, 肥胖, 面白, 既往有糖尿病病史10余年, 3月前患者右侧肢体活动不利、麻木感, 曾以脑梗死在笔者所在科室行系统治疗, 好转后出院, 现患者自觉右侧肢体活动不利较前加重, 神志清, 右上肢肌力4级, 右下肢肌力5级, 右巴彬斯基征(+), 右侧肢体皮肤痛觉减退。给予常规治疗后效果不佳, 入院后第7日症状加重, 言语不利, 右上肢肌力3级, 右侧下肢肌力4级, 加用依达拉奉, 行双抗等治疗, 效果不佳, 查患者舌淡, 苔薄白, 脉缓无力, 给予补阳还五汤和解语

丹加减,黄芪逐渐加大用量至 100 g,治疗 10 d 后转上级医院治疗,3 个月后随访家属述转院后病情继续加重,出现言语不利,饮水呛咳、肢体肌力等无改善。

2.3 病案 3 赵某,女性,67 岁,因右侧肢体活动不利 12 d 以脑梗死入院,患者 12 d 前自觉右侧肢体活动不利,但尚能行走,在外院行颅脑 MRI+MRA 示:脑梗死,左侧大脑中动脉 M1 段狭窄,治疗后症状较前加重,遂转来我院治疗。入院症见:神志清,精神可,右侧口角低,伸舌右偏,右侧肢体肌力 3 级,肌张力低,双肱二头肌腱反射(+),双膝腱反射(+),右巴彬斯基征(+)。患者瘦小,面色黧黑,舌质瘀黯,脉干涩。予以常规治疗的同时,予以通窍活血汤合益胃汤加减服用,5 剂后患者病情稳定,再进 5 剂病情改善,2 周后患者右侧肢体肌力 4 级,出院后继续服用相关药物治疗。

2.4 病案 4 李某,女性,75 岁,因头晕而在外院治疗,自觉效果不佳,细询患者发作性的头晕,渐进性呛咳、吞咽困难月余,3 d 前在诊所静脉滴注液体治疗,效果不佳。现症见:头晕,发热,烦躁,胸闷心慌,饮水呛咳、吞咽困难,行走不能,既往有脑梗死病史、高血压病史,糖尿病病史。查体:神志清,烦躁,双侧咽反射弱,右侧肢体肌力 5 级,肌张力可,左侧肢体肌力 4 级,双肱二头肌腱反射(++),双膝腱反射(++),双巴彬斯基征(+). 舌苔满布白苔,脉弦滑数,重按虚,颅脑 MRI 示:小脑、脑干梗死。肺部 CT:坠积性肺炎。予以鼻饲流质饮食,常规抗血小板聚集,抗凝,清除自由基,活血化瘀、抗炎等治疗,考虑患者饮食差,以中药益胃汤加减,5 剂后舌苔逐渐变薄,大便成形,仍发热,更方为:葛根 30 g,紫苏叶 10 g,太子参 15 g,柴胡 24 g,黄芩 10 g,蝉蜕 10 g,僵蚕 10 g,浙贝母 15 g,杏仁 10 g,桔梗 15 g,厚朴 10 g,10 剂后患者体温正常,仍咳嗽痰多,色白,难咯,黏稠,更方为枳壳 10 g,竹茹 10 g,天竺黄 10 g,陈皮 10 g,法半夏 10 g,石菖蒲 10 g,郁金 10 g,浙贝母 15 g,瓜蒌 12 g,桔梗 12 g,大黄 4 g。7 剂后咯痰少,烦躁减轻,但仍有头晕,呛咳有所减轻,给予补益肝肾、健脾益气之品善后出院。

### 3 讨论

古人对于中风病的临床表现有较为全面的认识,

尤其是危重病者,如《普济方》言“中风目闭口开者,喉中曳锯气不敷”;《仁斋直指方》载“中风口噤,四肢不收,脉浮迟而恬静者存,脉洪数而气粗者亡”;《脉诀新编》云“鱼口气粗难得瘥。面赤如妆不久居。中风发直口吐沫。喷药闷乱起复苏。咽喉曳锯水鸡响。摇头上窜气长嘘。病人头面青黑暗。汗透毛端恰似珠。眼小目瞪不须治。喘汗如油不可苏”。笔者结合实践,也认为中风逆候主要临床表现主要集中在神志、精神、瞳孔、呼吸、语言、饮食、津液、二便、形体等各方面,脉象上要以态、势的变化,时相、体质、病、症的相参来判定<sup>[5]</sup>。以上案例也说明中风逆候发生时常伴有发热、烦躁闷乱、惊恐、失眠、汗多、大便不行等全身症状,脉象可见虚实两端,实者可见弦紧、疾数,虚者可见虚芤,甚至无脉,其中胃气的多少决定疾病的转归。案 1 患者心理状态不佳,烦躁、惊悸,疾病和情绪相互作用,病情加重。案 2 患者用药的效果不佳,辨证方向和用药选择都有待改进,兼之患者肥胖,糖尿病病史,体质因素成为取得疗效的桎梏,案 3 患者脉干涩,推测患者的发病和脏腑的气血亏虚和脑脉瘀涩相关,案 4 患者饮食难进,发热,痰浊上犯,肝肾阴虚等,病机复杂,本着急则治其标,缓则治其本的原则,逐次用药,病情渐得以控制。从对逆候的识别,到对病因的分析,以及对病机的把握,是治疗成败的关键。

### 参 考 文 献

- [1] 韦黎. 证、证、症、候的沿革和症候的定义[J]. 中国中医药学报, 1996, 11(2): 4-9.
- [2] 吴江. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 150.
- [3] 靳航. 进展性卒中的临床及影像学[D]. 长春: 吉林大学, 2009.
- [4] 杨伟民, 刘鸣, 郝子龙. 进展性缺血性脑卒中影响因素的前瞻性研究[J]. 临床神经病学杂志[J]. 2011, 4(3): 166.
- [5] 杨宁, 梁兵, 蒲蜀湘, 等. 进展性脑卒中与血脂、颈内动脉斑块和狭窄及降脂治疗的关系 [J]. 临床神经病学杂志, 2012, 25(5): 382.
- [6] 王洪忠. 《脉经》绝脉理论与临床探讨 [J]. 中医药通报, 2014, 13(1): 23.

(收稿日期 2014-09-20)

## 欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

# 桂枝二越婢一汤加味治疗湿疹的探讨

洪海都 温俊茂 孔祥瑞 许纪超

(广州中医药大学第一临床医学院, 广东 广州 510405)

中图分类号:R758.23 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)04-0749-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.070

**【关键词】** 桂枝二越婢一汤 湿疹 病机

桂枝二越婢一汤见于《伤寒论》太阳病篇第27条“太阳病,发热恶寒,热多寒少,脉微弱者,此无阳也,不可发汗。宜桂枝二越婢一汤。桂枝二越婢一汤方:桂枝、芍药、麻黄、甘草各十八铢,大枣四枚,生姜一两二铢,石膏二十四铢,上七味,以水五升,煮麻黄一二沸,去上沫,内诸药,煮取二升,去滓,温服一升”。此方为表郁轻证之代表方,以其量为桂枝汤二份、越婢汤一份而名<sup>[1]</sup>。桂枝二越婢一汤临床应用广泛,越婢汤临床报道见于治疗肾炎、风水、特发性水肿、加味治疗外感热病及对使用干扰素时的“症”症状<sup>[2-5]</sup>。另外,也有用此方加味治疗皮肤病——腹型荨麻疹<sup>[6]</sup>,但尚无相关用于湿疹治疗的报道。笔者临床将其用于治疗湿疹,颇有收获,现将病案分享如下。

## 1 病例资料

1.1 淫邪束表、热郁不达 患者,男性,21岁,2014年9月12日接诊。主诉为双臂突发疹子3d。患者因天气湿热,多吹风扇,9月9日无明显诱因自感双臂瘙痒,突起疹子,起于阴面,细小稀疏,其色淡红,瘙痒不已,逐日蔓延至双臂阳面,双手近腕处及上身腋下,逐渐稠密,呈大片红色,抚之触手,瘙痒疼痛感时发时止,运动汗出及夜间较甚,口渴,饮食二便正常,舌暗红苔腻偏黄,右脉寸关稍浮滑,左脉缓。中医诊断:湿疹。辨证:淫邪束表,里热郁而不达,外寒包火。治法:微发其汗、疏风解表、清热祛湿。处方:桂枝8g,白芍8g,生姜8g,大枣8g,甘草8g,麻黄6g,石膏20g,浮萍30g,薏苡仁30g,土茯苓20g,紫草15g,生地黄15g。上药3剂,嘱以翻渣煎煮,第3煎洗身。经3d,无效。以原方量小力轻,患者身形高大,腠理致密,遂嘱以原方剂量翻倍,翻渣煎煮,分温3服。患者再服2剂,微微汗出,双臂疹子渐结为黑色粒状细痂,5d后复诊,双臂光滑如初,随访1个月不复发。

按:本证因外感风、暑、湿三邪,里有郁热,内外交争,发而为疹。方中麻黄开腠理、透毛窍,发汗祛在表之风寒,桂枝助卫阳、通经络,调和机体之营卫,共为君药;白芍益阴敛营,敛固外泄之营阴;石膏清热泻火,除烦止渴;薏苡仁利水渗湿,清热排脓;生地黄清热凉血,

养阴生津;浮萍宣散风热,透疹利尿;土茯苓解毒除湿;紫草清热凉血,透疹消斑,共为臣药。生姜、大枣相配,补脾和胃,化气生津,益营助卫,共为佐药。使以甘草调和诸药之性。共奏疏风解表,清热祛湿之功。值得一提的是,桂二越一汤小汗祛邪,取其量小力轻,轻发腠理之疾,然临床当辨证施治,本案例中患者腠理致密,故加量施治,中病即止,可参考之。

1.2 湿热郁内、肝木不疏 患者,女性,23岁,大学生,2014年8月15日就诊,诉面部长湿疹2d。疹子对称分布于脸颊两侧,呈弥漫性潮红、细小丘疹存在,患者发病前连续呆在宿舍5d,因多食饼干而出现上述症状,口微干不苦,大小便正常,汗少,无明显畏寒怕热,自觉周身疲累,稍困重,自觉压力大,晚睡,眠差。舌红苔白腻,两脉浮滑,左关弦象明显。诊断:湿疹。辨证:湿热郁内、表郁邪轻。治法:微发其汗、兼清里热。处方:麻黄9g,桂枝9g,芍药9g,石膏12g,炙甘草9g,大枣4枚,生姜15g(自备),赤小豆12g,薏苡仁10g,茯苓9g,荆芥6g(后下)。上药3剂。3d后复诊:患者脸上及胸背部痘疹减少,口干口苦症状消失,大小便正常,服药后流汗明显增多,周身疲累困重减少,压力大及睡眠质量较差的症状未明显改善。舌红苔白腻,两脉浮滑象减,左关弦象依旧明显。辨证:湿热郁内、肝木不疏。治法:发汗祛湿、疏肝解郁。于原方基础上加黄芩12g,柴胡12g,当归12g,川芎9g,香附10g。具体处方:芍药15g,麻黄9g,桂枝9g,石膏12g,炙甘草9g,大枣4个,生姜15g,赤小豆12g,薏苡仁10g,茯苓9g,荆芥6g(后下),黄芩12g,柴胡12g,当归12g,川芎9g,香附10g。上药5剂。5d后,电话随访,患者言脸上及胸背部痘大减,自觉压力减轻,睡眠质量转佳。

按:一诊中,患者口微干,舌红苔白腻,可知内有郁热,但热势较轻;脉浮可知病位在表,脉滑可知内有湿热。患者发病前长期呆在宿舍、多食饼干,结合广东8月份湿热之气候,可诊断为湿热郁内、表郁邪轻;治宜微发其汗、兼清里热。但患者左关脉弦象明显,为肝郁之脉象,一诊中,由于未考虑到这一层面,故患者痘疹虽然减少,但压力大和眠差的症状未得改善。遂于复诊处方中,在桂枝二越婢一汤的基础上加当归芍药散,5

剂而收工。方中：柴胡疏肝解郁，助肝木之升发；黄芩清肝胆之郁热；香附行气解郁，川芎活血疏肝，当归养血活血，芍药有养血敛阴，补而不腻，柔肝缓中，当归芍药散具有养血调肝、健脾利湿、养血益脾等功效。广东省中医院欧阳卫权老师亦盛赞当归芍药散在治疗肝郁不调、肝木不疏的妇科病中的疗效。

## 2 讨论

### 2.1 湿疹的病因病机——外邪浸淫、心家有热

湿疹是一种过敏性炎症性皮肤病，以皮损多形性、对称性、剧烈瘙痒、倾向湿化、病程迁延及容易反复发作为特点<sup>[7]</sup>，中医学称之为“浸淫疮”，同时根据其发病部位的不同，及其病程中的某个阶段还有许多病名，如发于下肢称之为“湿毒疮”，发于阴囊部位称之为“肾囊风”或“胎漏风”。最早在《素问·玉机真脏论》中有“帝曰：夫脉太过与不及，其病皆何如？岐伯曰：太过则令人生热而肤痛，为浸淫”，“浸淫”二字即指“浸淫疮”。《医宗金鉴》提出其病机“由心火脾湿受风而成”。《诸病源候论》进一步详细论述“浸淫疮是心家有风热，发于肌肤，初生甚小，先痒后痛而成疮，汁出浸渍肌肉，浸淫渐扩，乃遍体”。不仅对本病症状做了补充，并指出本病是“心家有风热，发于肌肤”而致，同时在“疮候”中有“病疮者，由肤腠虚，风湿之气折于血气，结聚所生，多着于手足间，递相对，如新生茱萸子，痛痒抓搔成疮，黄汁出，浸淫生长坼裂，时瘥时剧”。记载于手足部湿疹的发病机理及症状。尽管历代医家论述有多种，但症状相似，均为湿疹的特点，禀赋不耐，湿热内蕴，复受风湿热邪浸淫，内外邪气相搏，发于肌肤，此为本病的发病要点。笔者根据临床经验将湿疹的病因病机归纳为以下3点。1) 饮食不节：脾主运化，喜燥而恶湿。若饮食不节，恣食腥膻等物，易致脾失健运，生湿化痰，郁而化热，如案例2。2) 情志所伤：情志不舒，则肝失所养，肝血不足，故风自内生，风胜则致肌肤失养而发病，如案例2。3) 外邪浸淫：外受湿邪或风热之邪，风邪束表，湿热内蕴，外发肌肤，可诱发或加重本病，如案例1。总之，本病的病因病机论述虽多，但总的来说，离不开一个“湿”字，因此，在治疗本病中当以“理湿”为主。

### 2.2 桂枝二越婢一汤——解表清里、祛除湿热

桂枝二越婢一汤出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治法上》，是仲景三首“小发汗”方剂之一，方有执曰“名虽越婢之辅桂枝，实则桂枝麻黄之合剂”，有“微发其汗，兼清里热”作用。另外实验研究表明桂枝二越婢一汤组合方剂具

有解热作用，并证实其合方中与方间存在着功效的相加、协同或拮抗关系<sup>[8]</sup>。也有实验显示桂枝二越婢一汤具有抗风湿作用<sup>[9]</sup>。方中麻黄、桂枝、生姜辛温发汗以散淫邪，石膏清里热，合用则解表清里以祛除内外之邪；芍药、大枣敛阴生津以护营气，配合桂枝、生姜之补充卫气，共奏调和营卫之功以顾护正气；加甘草既防药峻伤正，又可调和诸药。全方配伍严谨、用药巧妙。故临床上桂枝二越婢一汤的应用，不可单纯理解为解肌发汗的桂枝汤和清热利水的越婢汤的简单相加，而应看到剂量轻重和药物配伍的功效变化。笔者治疗湿疹时，本着仲景辨病位浅深、邪正多少而用药之旨，如病例1中男性患者腠理致密，湿热之邪交争，则秉其用麻、桂发汗之法，发散风邪同时重用石膏清内热，薏苡仁祛湿，因其病邪较重，病位较深，故加大剂量，中病而愈；病例2中女性患者由阳明燥热，外感风湿之邪而生，同时伤于情志，故治以散风、清热、祛湿之余，佐以香附、川芎调和肝木，肝气疏泄有度则胃得升降、脾得健运，复得机体平调。观此两则病例，无不由风、湿、热三邪交争氤氲而生，麻桂之力发散，石膏之力肃清，使湿邪随上窍宣发，下窍渗去，无所依附，邪自离去。此仲景取法立意之妙，当发扬之。

## 参 考 文 献

- [1] 李赛美,李宇航. 伤寒论讲义[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2014:56-57.
- [2] 邓沂,韩涛. 越婢汤治疗肾炎的体会[J]. 甘肃中医学院学报,2001,16(4):14.
- [3] 李敬孝,王加志. 风水辨治规律浅析[J]. 中医药学报,2001,32(1):1.
- [4] 仲英. 桂枝二越婢一汤加味治疗外感热病疗效观察[J]. 山西中医,2000,18(3):23.
- [5] 陈内弘和. 使用干扰素时的“症”状,桂枝二越婢一汤的应用[J]. 国外医学·中医药分册,1994,16(1):31.
- [6] 赵宝洪. 桂枝二越婢一汤加味治疗腹型荨麻疹[J]. 中医杂志,42.
- [7] 庞俊慧. 中医药治疗湿疹临床研究进展[J]. 新中医,2011,43(7):120-122.
- [8] 李静华,赵秀荣,郭玉成,等. 桂枝二越婢一汤组合方剂解热作用的实验研究[J]. 时珍国医国药,2007,18(9):2080-2081.
- [9] 喜多敏明. 桂枝加苓术附汤、桂枝二越婢一汤、桂枝芍药知母汤对于血清反映阳性的RA的治疗效果[J]. 国外医学·中医药分册,1996,18(1):20.

(收稿日期 2014-12-15)

# 中风的中医护理分析\*

樊 玲

(重庆市中医院,重庆 400021)

中图分类号:R248.1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)04-0751-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.04.071

**【摘要】目的** 对我院近3年收治的中风患者采用中医特色护理手段介入后的护理效果进行分析。**方法** 将我院自2011年1月至2013年12月收治的中风患者均采用中医特色护理技术,然后分析介入中医特色护理技术后中风患者症状的改善情况。**结果** 半身不遂%,口舌歪斜%,舌强语蹇%,偏侧肢体%,浅感觉减退三年总有效率,依次为94.38%、94.26%、97.16%、94.96%、96.66%。**结论** 针对中风患者不同的症状体征采用不同的中医护理措施,患者的症状得到了不同程度的改善,取得了满意效果。

**【关键词】** 中风 中医护理 护理效果分析

**The Clinical Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing on Apoplexia** FAN Ling. *Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital, Chongqing 400021, China*

**【Abstract】Objective:** To analyse the clinical effect of traditional Chinese medicine nursing on Apoplexia patients who came from Chongqing traditional Chinese medicine hospital. **Methods:** Patients with apoplexia who came from Chongqing traditional Chinese medicine hospital from 2011.1 to 2013-12 were given nursing of Traditional Chinese Medicine. And the the clinical effect on improving symptom was observed. **Results:** The three years total effective rate of hemiplegia, facial paralysis, facial paralysis, Limb, Light feel declining were respectively 94.38%, 94.26%, 97.16%, 94.96%, 96.66%. **Conclusion:** Being given different TCM nursing according to different symptoms, the symptoms of patients are improved remarkably.

**【Key words】** Apoplexia; Traditional Chinese medicine nursing; Clinical effect

中风是以突然昏倒、不省人事、伴口舌歪斜、半身不遂、语言蹇涩,或仅见口舌歪斜,半身不遂为主症的一种疾病,西医学的急性血管病,如脑梗死、脑出血、脑栓塞、蛛网膜下腔出血等属于本病范畴<sup>[1]</sup>。脑中风是近年来中老年人的常见病、多发病,近年来随着医疗水平的上升,本病的致死率下降,但是致残率相对增高,存活的患者中有60%以上出现肢体和行为异常,严重影响生活质量<sup>[2]</sup>。笔者在针对中风后患者的康复过程中,积极开展中医特色护理,患者预后良好,依从性、满意度高。现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

2011年1月至2013年12月诊断为中风的住院患者2777例,中医诊断标准参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制定的《中风病诊断疗效评定标准》。男性1902例,女性875例;年龄均在40岁以上;脑梗死占72.19%,脑出血占22.15%,半身不遂占89.92%,纯偏身麻木占7.00%,其余为语言蹇涩、吞咽困难,下肢僵硬行动缓慢,血管性痴呆等,急性期占

45.89%,恢复期占51.86%,后遗症期占2.25%。

### 1.2 中医特色的护理

以辨证施护为基础,开展中医特色的护理技术。中风患者的中医特色护理操作包括肢位固定仪、中药熏洗、外洗、呼吸道给药、中药直肠滴入、针刺治疗、穴位注射、耳穴压豆、艾箱灸、拔罐、管灸、穴位埋线、穴位贴敷等。

**1.2.1 良肢位固定仪** 使用于偏瘫患者早、中期的肢体康复体位的摆放并预防肩手综合症的发生。使用良肢位固定仪者注意观察患者的体位、皮肤的颜色和温度及有无水肿等情况。嘱患者定时翻身,保持不同的良肢位摆放方式。

**1.2.2 熏洗** 辨证论治,使用活血通络的中药局部熏洗患肢,每日1次。中药熏蒸应将温度设置在36~38℃,避免烫伤。

**1.2.3 外洗** 根据病情予中药熬制后外洗患者侧肢体。

**1.2.4 呼吸道给药** 根据中医辨证用雾化吸入中药等。

**1.2.5 中药直肠滴入** 用生大黄煎汤保留灌肠为主。中药直肠滴入时中药药液温度约36~38℃(以患者能耐受,感觉温暖为准)。灌肠后嘱患者卧床休息尽量增加保留时间,以免活动后药物过早排出影响疗效。

**1.2.6 针刺治疗** 根据中风的分期给予不同的针刺方案。

\* 基金项目:国家中医药管理局重点建设专科

1.2.7 穴位注射 偏瘫患者取患侧手足阳明经合谷、曲池、足三里、丰隆等穴位;二便失禁取气海、关元、肾枢等穴位;头痛取风池、太阳、太冲等穴位;失眠取内关加三阴交、太冲等穴位。凝血功能差者穴位注射后延长按压针孔时间,以 10~20 min 为宜。

1.2.8 耳穴压豆 根据病情辨证和症状给与耳穴压豆治疗。耳穴压豆的患者应嘱患者每日按压 3~5 次,每次 3~5 min,一周进行两次耳穴压豆,双耳交替进行。

1.2.9 艾箱灸 偏瘫患者灸患侧手足阳明经穴,伴气虚者灸百会、神阙;伴阳虚者灸涌泉、足三里。每日 1 次,每次 30 min。艾箱灸者应注意温度及时间,避免烫伤。

1.2.10 拔罐 气滞血瘀型、寒湿阻络型在患侧肢体和中腕、关元进行拔罐。拔罐者注意观察患者局部皮肤情况。

1.2.11 管灸 中风后耳鸣耳聋的患者灸患部。管灸者应注意温度及时间,避免烫伤。

1.2.12 穴位埋线 双侧足三里,关元、中院等穴位埋线补益元气、通经活络。穴位埋线者嘱当日勿洗澡,保持埋线处清洁干燥。

1.2.13 穴位贴敷 偏瘫患者予患侧手足阳明经贴敷,二便失禁予气海、关元、肾枢等穴位贴敷,头痛予风池、太阳、太冲等贴敷。失眠予内关加三阴交,太冲贴敷。穴位贴敷者注意观察用药后局部有无药物过敏反应,如有皮肤发红、起疱、痒痒者应通知医生,遵医嘱减少贴敷时间或停药。

1.3 评价标准 参照《瘫痪康复评定手册》(人民卫生出版社)法进行中医护理效果评价。

### 2 效果

2011 年护理中风患者 747 例;2012 年护理中风患者 769 例;2013 年针对中风病,护理中风患者 1261 例,患者症状体征改善明显。见表 1。3 年总有效率为半身不遂 94.38%,口舌歪斜 94.26%,舌强语蹇 97.16%,偏侧肢体 94.96%,浅感觉减退 96.66%。

### 3 讨论

目前,中风患者死亡率降低但致残率升高,而中风患者病程较长,生活自理能力不同程度受到影响,大部分患者有中风后遗症,临床治疗疗程长、见效慢,短期内疗效不明显<sup>[3]</sup>。后期需要患者坚持进行系统的康复治疗,患者容易产生焦虑和抑郁情绪,且因病情原因如患者长期卧床,营养不足易产生压疮,加大了护理的难度和降低了患者的生活质量<sup>[4]</sup>。因此如何促进中风后患者康复成了新的难题。

中医护理在中风患者预防、治疗、保健和康复过程中发挥着西医护理不可替代的优势<sup>[5]</sup>,如中风后患者肌力的恢复、肩手综合症的预防和康复、中风后耳鸣耳聋等西医护理手段无法解决的问题可以通过中西护理手段共同协同完成。笔者针对中风患者不同的症状体征采用不同的中医护理措施,取得了满意效果。如中药穴位贴敷对患者的肢体麻木、手足无力等临床症状改善明

表 1 中风护理效果分析(n)

年份	效果	半身不遂	口舌歪斜	舌强语蹇	偏侧肢体	浅感觉减退
2011 年	消失	23	56	123	124	138
	减轻	671	441	125	607	587
	无效	53	38	12	16	22
	有效率(%)	92.9	92.89	95.3	97.85	97.05
2012 年	消失	25	141	184	38	41
	减轻	694	446	183	685	694
	无效	50	39	16	46	34
	有效率(%)	93.5	93.8	95.8	94.0	95.5
2013 年	消失	41	226	937	96	66
	减轻	1167	973	298	1087	1137
	无效	53	62	26	78	58
	有效率(%)	95.7	95.1	97.9	93.8	95.4

显;电针等手段直接作用于患者经络穴位,疏通经络,调畅气血,改善患者肢体麻木,口舌歪斜等临床症状;管灸用于中风后耳鸣耳聋的患者,通过灸法的温通经络,对于改善患者的耳鸣耳聋的临床症状效果显著,1 周内就医的患者听力恢复接近原来的水平;中药浴足用于患者疏通经络效果明显;辨证使用中药直肠滴入对于改善中风急性期患者的肢体麻木无力、口舌歪斜等临床症状,促进患者神志清醒效果显著;长期卧床产生难免压疮的患者采用中药换药如我院自制的黄马酒或白油膏、紫草油等,有效减少了长期卧床患者压疮的发生率。根据患者病情可同时应用多种中医护理方法,多渠道改善患者临床症状,效果显著。在临床工作中,我们也不断创新,我院的科研成果良肢位固定仪应用于中风后肩手综合征的预防及治疗,患者上肢的水肿明显减轻,患肩疼痛感明显减轻,患肢的肌力也得到提高。

中医护理学渊源于中医学,蕴含古老的东方文化,在临床上起着西医护理无法比拟的作用。本院在中风患者的临床护理中发挥中医护理优势,开展多种中医护理,取得了一定的临床效果,由此可见中医护理对中风患者康复治疗具有重要价值。

#### 参 考 文 献

- [1] 王悠炯,刘隽,熊燕媚.对脑卒中患者家庭主要照顾者中医康复护理知识宣教的效果[J].解放军护理杂志,2010,27(11B):1698-1698.
- [2] 李洪斌.82 例脑血管病的康复治疗疗效分析[J].按摩与康复医学,2012,3(11):150-151.
- [3] 何红.对脑卒中中医护理查房模式与辨证施护的探讨[J].北京中医药,2011,30(1):75-76.
- [4] 尚慧英.康复护理对脑血管意外患者预后的影响[J].当代护士,2013,1:22-24.
- [5] 熊桂华,刘兴山,孙慧丽.脑卒中患者中医护理研究[J].护理研究,2011,18(17):169.

(收稿日期 2015-01-20)