

平胃胶囊的小鼠急性毒理学研究*

毛兰芳¹ 汪龙德^{2△} 刘俊宏² 张宏伟¹ 杜晓娟¹ 梁乾坤³ 李云霞³

(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;3.兰州大学,甘肃兰州730000)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1129-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.001

【摘要】目的 观察平胃胶囊临床用药的安全性。**方法** 以昆明小鼠40只随机分为对照组和给药组,每组20只,雌雄各半。给药组给予平胃胶囊混悬液1 mL灌胃,对照组给予等量生理盐水灌胃,各组每日均连续灌胃5次。灌胃结束后观察一般情况和体质量变化,连续观察14 d后处死,检测血清肝肾功能 and 脏器指数,采用HE染色鉴别两组小鼠组织病理学差异。**结果** 观察期间给药组小鼠均未出现中毒反应及死亡,两组小鼠体质量、脏器指数均无明显差异性变化($P>0.05$);主要脏器大体标本颜色、形态未见明显异常改变,肝、肾、胃等组织HE染色无变性、炎症、坏死等改变;两组血清肝肾功能指标无明显差异($P>0.05$)。**结论** 小鼠每日最大给药量为150 kg/d,相当于临床每日用量的125倍(>100倍),表明平胃胶囊临床剂量服用安全。

【关键词】 平胃胶囊 急性毒理学 研究

The Acute Toxicology Research of Pingwei Capsule on Mice MAO Lanfang¹, WANG Longde², LIU Junhong², et al. 1 Gansu College of Chinese Traditional Medicine, Gansu, Lanzhou 730020, China; 2 Affiliated Hospital of Gansu University of Chinese Medicine, Gansu, Lanzhou 730000, China

【Abstract】Objective: To study the clinical safety of the Pingwei Capsule. **Methods:** 40 Kunming mice were randomly divided into the control group and the administration group, 10 males and 10 females in each group. The administration group were given 1 mL mixed suspension of Pingwei Capsule by gavage, while the control group were given equal normal saline by gavage, 5 times a day for each group. After it, the general situation and the change of body mass were observed. The mice were executed after 14 day continuous observation. Serum and renal function index and the index of viscera were detected. Differences in histopathology were identified with HE staining. **Results:** During administration, the mice in the administration group were not poisoned and died. The changes of the body mass and viscera index were not significantly different ($P>0.05$). The color and shape of main organs gross specimen had no obvious abnormal change. HE staining of liver, kidney, stomach and other organs had no change, inflammation and necrosis. Serum and renal function index of the two group had no obvious difference ($P>0.05$). **Conclusion:** Maximum daily dosage of the mice is 150 kg/d, equal to 125 times of clinical daily dosage (> 100 times), which indicates that the Pingwei Capsule has clinical safety.

【Key words】 Pingwei Capsule; Acute toxicology; Research

平胃胶囊由宋代《太平惠民和剂局方》^[1]中的平胃散加减化裁而来。临床研究表明,平胃胶囊具有健脾燥湿、舒肝和胃、抑酸止痛的功效,能够明显改善上腹部疼痛、烧灼感、暖气、恶心等症状,该药用于治疗消化性溃疡、萎缩性胃炎及功能性胃肠病已取得了满意的临床疗效^[2-3]。为明确该药物临床用药的安全性,对其进行毒理学研究。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 实验动物 SPF级昆明小鼠40只,雌雄各半,体质量(20±2)g,由甘肃中医学院实验动物室提供,合格证号:SCKX(甘)2014-0001,动物饲料及消毒垫料来源同上。饲养于兰州大学基础医学院生理所实验动物饲养室。

1.2 实验药物 平胃胶囊:甘肃中医学院附属医院脾胃病科院内制剂(批准文号:甘药制字Z120022224)。平胃胶囊内容物为棕褐色粉末,气微,味微苦,临用前取胶囊内容物研磨并用生理盐水配制成最大浓度的混悬液,含生药0.6 g/mL(以不堵塞灌胃器为限度)。

* 基金项目:国家自然科学基金项目(81360540);甘肃省中药药理与毒理学重点实验室项目(ZDSYS-KJ-2013-003);甘肃省中医药管理局项目(GZK-2012-31)

△通信作者(电子邮箱:sue19890129@163.com)

1.3 主要仪器 Beck man 高速冷冻离心机、莱卡(Leila)切片机 RM2235、全自动组织包埋机、Olympus 倒置荧光显微镜 BX-51、Image-Pro Plus 5.1(IPP5.1)图像分析系统、NU-6613W34 超低温冰箱(美国产)、美国贝克曼 Cx7 全自动生化分析仪及灌胃器、烧杯、量筒、天平等。

1.4 分组及给药 40 只昆明小鼠经环境适应性饲养 1 周后用随机数字表分为对照组和给药组, 每组 20 只, 雌雄各半, 用 5% 苦味酸标记。实验前小鼠均禁食(不禁水)12 h, 给药组给予平胃胶囊混悬液 1 mL 灌胃, 对照组给予等量生理盐水灌胃。两组均于 1 d 内连续灌胃 5 次, 每次间隔 4.8 h, 灌胃结束后不予再次灌胃。所有小鼠均在 25 °C 室温下常规饲养(自由摄食、饮水) 14 d 后处死。

1.5 标本采集及检测

1.5.1 一般检查 饲养期间, 每日观察动物毛色、自主活动、精神状态、瞳孔黏膜、毛发色泽、呼吸、尿液、进食量、粪便性状及颜色, 观察眼、鼻、外阴分泌物等, 及时记录体质量、毒性反应和死亡情况, 连续观察 14 d。

1.5.2 血清肝肾肾功能检测 动物处死前, 先进行股动脉取血, 3000 r/min 离心 10 min, 分离血清, 测定尿素(BUN)、肌酐(CREA)、直接胆红素(DBIL)、谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、碱性磷酸酶(ALP)、谷氨酰胺基转移酶(GGT)。

1.5.3 病理组织学检查 14 d 观察期结束后处死小鼠, 肉眼观察小鼠主要脏器大体标本形态、颜色的变化, 将心、肝、脾、肺、肾、胃、大肠、小肠脏器取出, 除去瘀血、脂肪和结缔组织等非脏器部分, 用生理盐水冲洗并用精密仪器测取其湿重, 并计算脏器指数(脏器指数=脏器质量/体质量)。分别将给药组和对照组小鼠心、肝、脾、肺、肾、胃、大肠、小肠放入 4% 甲醛溶液中固定, 进行病理组织学检查, 观察组织切片 HE 染色有无水肿、变性、坏死等情况。

1.6 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 其中服从正态分布的两组间比较采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组小鼠的一般急性毒理反应 给药后给药组小鼠精神较对照组稍差, 第 2 天进食水量减少, 行动稍有迟缓, 第 3 天即恢复如常。连续观察 14 d, 全部动物存活, 活动自如, 毛发光滑, 大小便正常, 饮食正常, 体质量增加, 鼻、眼、口腔无异常分泌物, 无特殊不良反应, 观察 14 d 动物无死亡。见表 1。给药后两组小鼠体质量均增加, 分析给药后第 7 天及第 14 天两组小鼠体质量变化, 发现雌性、雄性小鼠体质量与对照组比较, 均无显著差异($P > 0.05$), 见表 2。

表 1 两组小鼠急性毒性试验前后小鼠死亡观察(*n*)

组别	<i>n</i>	1 d	3 d	5 d	7 d	9 d	11 d	14 d
给药组	20	0	0	0	0	0	0	0
对照组	20	0	0	0	0	0	0	0

表 2 两组小鼠急性毒性试验前后体质量比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	性别	给药前	给药后 7 d	给药后 14 d
给药组 (<i>n</i> =20)	雌性	27.30±1.84	30.69±2.56*	40.87±1.78*
	雄性	29.44±2.52	32.65±2.67*	39.74±1.34*
对照组 (<i>n</i> =20)	雌性	25.08±2.39	29.31±2.42*	40.95±1.92*
	雄性	27.13±1.33	33.92±1.90*	41.23±1.61*

与本组给药前比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 两组血清肝肾肾功能比较 见表 3, 表 4。通过血清肝肾肾功能测定, 两组小鼠血清肝肾肾功能组间均无明显差异($P > 0.05$)。

表 3 两组小鼠急性毒性试验血清肝功能指标观察比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	ALT(U/L)	AST(U/L)	ALP(U/L)	GGT(g/L)	DBIL(μ mol/L)
给药组	20	37.65±23.36	131.20±41.60	186.95±48.83	2.79±1.27	12.68±14.39
对照组	20	25.65±25.61	129.85±23.41	198.25±57.70	3.63±2.06	12.75±13.48

表 4 两组小鼠急性毒性试验肾功能指标观察比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	BUN(mmol/L)	Cr(μ mol/L)
给药组	20	10.41±2.99	21.24±8.33
对照组	20	10.43±1.31	21.77±4.43

2.3 两组病理组织学检查比较 见表 5, 表 6。肉眼大体观察两组小鼠的心、肝、脾、肺、肾、胃、大肠、小肠组织颜色、形态未见异常改变。两组小鼠的脏器指数变化无明显差异($P > 0.05$)。

表 5 两组小鼠急性毒性试验脏器指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	心	肺	肝	脾
给药组	20	0.185±0.346	0.140±0.733	1.872±0.387	0.140±0.073
对照组	20	0.193±0.359	0.108±0.193	1.639±0.298	0.108±0.193

表 6 两组小鼠急性毒性试验脏器指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	肾	胃	大肠	小肠
给药组	20	0.140±0.074	0.365±0.058	0.221±0.110	0.514±0.206
对照组	20	0.108±0.193	0.318±0.058	0.215±0.125	0.574±0.295

显微镜下观察两组小鼠肝、肾、胃等组织 HE 染色, 镜下见对照组肝组织中肝小叶形态如常, 细胞未见改变, 肝小叶中央静脉及间质小静脉血管轻度扩张充血, 汇管区未见异常改变; 给药组肝组织与对照组对比, 除肝小叶中央静脉及间质小静脉血管轻度扩张充血外, 偶见小灶性肝细胞轻度水肿, 但未见出血坏死及炎性改变。镜下见对照组肾组织中肾小球及肾小管形

态如常,细胞未见改变,间质血管轻度扩张充血;给药组肾组织与对照组对比无显著差异。镜下见对照组胃组织黏膜层、黏膜下层、肌层及浆膜层形态如常,细胞未见改变,仅见黏膜下层血管轻度扩张充血;给药组胃组织与对照组对比无明显改变。

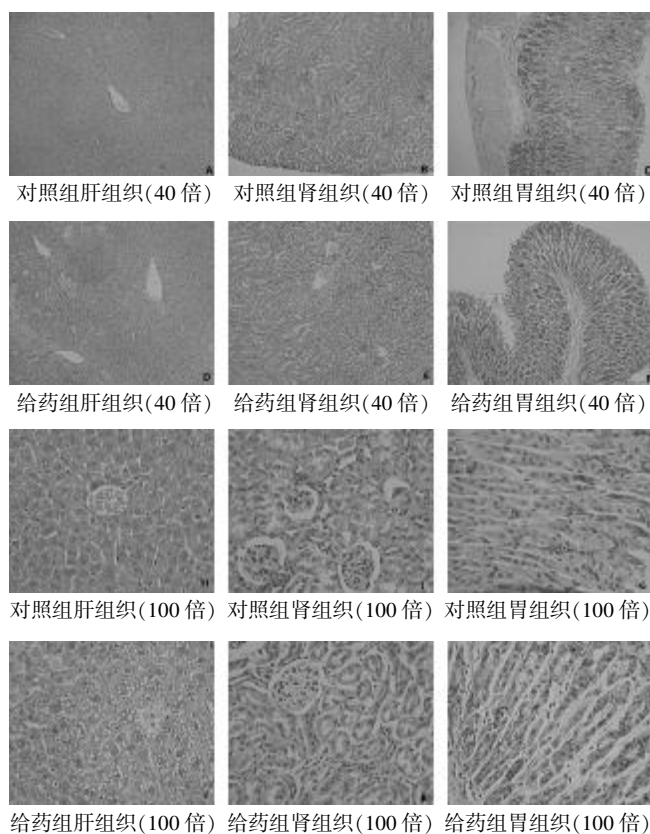


图1 两组病理组织学切片图(HE染色)

3 讨论

平胃胶囊组方中,苍术燥湿醒脾运脾为君药。现代药理研究表明^[4],苍术具有抗溃疡、抗炎、抗菌、促进胃肠运动等作用。厚朴行气消积除满,为消除胀满之要药,现代研究证实了厚朴酚有明显的抗炎作用,能有效地抑制急性炎症疼痛,对胃溃疡有防治作用,能够调节胃肠运动,抑制胃酸分泌^[5]。陈皮功善理气健脾,燥湿化痰,能辛开苦降,调理脾胃气机;具有促进胃排空,抑制胃肠平滑肌胃肠推进运动的作用,其中所含的甲基橙皮苷具有抗溃疡的作用,陈皮水煎剂显著降低小鼠胃残留率,并显著提高小肠推进率^[6-7]。枳壳长于破气消积,化痰除痞,为脾胃气分药。药理研究表明^[8],枳壳调节胃肠运动,促进胃排空和加快肠蠕动,可松弛胃肠平滑肌痉挛性收缩,还具有抗炎的作用。枳壳对胃肠平滑肌呈双相调节作用,既兴奋胃肠,使其蠕动增强,又有降低胃肠平滑肌张力和解痉作用^[9]。海螵蛸长于收涩,制酸止痛和胃,为治胃痛吐酸之佳品。海螵蛸所含的碳酸钙能中和胃酸,促进溃疡面愈合,改变胃内容物pH值,降低胃蛋白酶活性;海螵蛸所含胶质与胃中的

有机质和胃液作用后,可在溃疡面上形成保护膜,具有保护胃黏膜、抗溃疡的作用^[10]。木香具有改善胃肠功能,促进胆囊收缩,抗炎症,抗溃疡,抗肿瘤等作用^[11]。柴胡减少胃酸分泌,对胃黏膜保护作用、使内源性胃动素分泌增加,从而引起胃排空及小肠推进功能的增强、镇痛及抗炎的作用^[12]。赤芍有抗炎、抗肿瘤作用,亦能抑制胃酸分泌^[13]。白及具有保护胃黏膜,抗菌抗癌的作用^[14]。三棱及其提取物具有抗肿瘤、抗血栓、抑制血小板聚集和镇痛等多种药理活性^[15]。鸡内金能改善胃黏膜层的炎症及纤维化,可促进消化液、酶分泌,还能促进胃蠕动,帮助消化^[16]。浙贝母具有镇痛抗炎,活血化痰,抗菌抗肿瘤作用^[17]。黄连有抗菌抗炎、抗肿瘤作用^[18]。蒲公英具有抗炎、抗癌作用^[19]。延胡索镇痛、抑酸、抗溃疡^[20]。莪术具有抗肿瘤、抗血小板聚集、抗菌、抗病毒、抗白血病、抗痢、抗前列腺增生,促进机体免疫力,改善胃动力等作用^[21]。综合全方,重在健脾利湿、制酸和胃为主,使湿浊得化,气机调畅,脾气健运,胃和降,则诸症自除。

本研究因以最大给药浓度、最大给药量实验,均无法测出半数致死量(LD₅₀),故进行小鼠的最大给药量测定。结果表明14d内小鼠均未出现中毒反应及死亡,两组小鼠体质量、脏器指数变化均无明显差异($P > 0.05$),且重要脏器无变性、炎症、坏死等病理性改变。平胃胶囊悬浊液最大药物容量为0.6 g/mL,因此,小鼠每日5次用药量为3 g/mL,成人标准体质量(60 kg)临床用药量为0.1 g/(kg·d),故小鼠最大用药量为1.2 g/(kg·d),小鼠(体质量按0.02 g计算)日累积用药量为150 g/(kg·d),相当于成人(体质量按60 kg计算)临床每日用药量的125倍(>100倍),表明平胃胶囊临床剂量服用安全有效。

参 考 文 献

- [1] 太平惠民和剂局. 太平惠民和剂局方[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:125-126.
- [2] 王宁,汪龙德. 平胃胶囊治疗脾胃湿热型耐药幽门螺杆菌相关性胃炎疗效观察[J]. 中国中医药信息,2011,18(12):78-79.
- [3] 王四兵,汪龙德,刘晓燕. 平胃胶囊治疗慢性萎缩性胃炎伴肠化生45例[J]. 中国中医药信息,2014,9(20):75-76.
- [4] 陈炎明,陈静,俞桂新. 苍术化学成分和药理活性研究进展[J]. 上海中医药大学学报,2006,20(4):95-97.
- [5] 张勇,唐方. 厚朴酚药理作用的最新研究进展[J]. 中国中药杂志,2012,37(23):3526-3530.
- [6] 欧立娟,刘启德. 陈皮药理作用研究进展[J]. 中国药房,2006,17(10):787-788.
- [7] 王贺玲,李岩,白茜,等. 理气中药对鼠胃肠动力的影响[J]. 世界华人消化杂志,2004,12(5):1136-1138.
- [8] 章斌,金剑,金芝贵. 枳壳的药理作用与临床应用进展[J]. 医药导报,2013,32(11):1462-1464.

(下转第1178页)

通脉活血方预防全髋置换术后患者 下肢深静脉血栓形成的临床观察*

王德刚¹ 周强¹ 潘伟成¹ 阚卫兵^{1△} 李学家²

(1. 上海中医药大学附属普陀医院, 上海 200062; 2. 上海中医药大学附属岳阳医院, 上海 200437)

中图分类号: R543.6 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1132-04
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.002

【摘要】目的 观察通脉活血方预防全髋置换术后患者下肢深静脉血栓形成的临床疗效。**方法** 将全髋置换术后患者随机分为治疗组和对照组, 对照组予低分子肝素钙 7 d, 治疗组在对照组基础上加用通脉活血方 14 d。在术后第 1、7、14 日分别检测患肢深静脉彩超, 血浆 D-二聚体(D-dimer), 血浆凝血酶原时间(PT), 活化部分凝血活酶时间(APTT), 血浆纤维蛋白原(FIB), 患肢 VAS 评分, 患肢周径。**结果** 治疗后治疗组下肢深静脉血栓形成疑似诊断发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后治疗组 D-dimer 低于对照组, 差异亦有统计学意义($P < 0.01$); 治疗后治疗组 PT、APTT 均比对照组延长, 差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 治疗后治疗组患肢 VAS 评分无疼痛者占 86.67% 高于对照组 66.66%, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 治疗后治疗组大腿周径差值低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 通脉活血方可以降低全髋置换术后患者血浆 D-dimer 水平; 延长其 APTT 及 PT; 减轻患肢水肿、改善下肢疼痛症状; 降低下肢深静脉血栓形成的疑似发生率。

【关键词】 全髋置换 下肢深静脉血栓 低分子肝素钙 通脉活血方

A Clinical Observation on Tongmai Huoxue Fang Preventing the Formation of Deep Vein Thrombosis after Total Hip Replacement WANG Degang, ZHOU Qiang, PAN Weicheng, et al. Putuo Hospital of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200062, China

【Abstract】Objective: To observe the effect of Tongmai Huoxue Fang preventing the formation of Deep vein thrombosis after total hip replacement. **Methods:** 120 patients after total hip replacement were randomly assigned to the treatment group and the control group. The control group were treated with Tongmai Huoxue Fang low molecular weight heparin calcium for 7 days, and the treatment group were administered with additionally for 14 days. Tests of deep vein CDFI, D-dimer, PT, APTT, FIB and VAS scale and circumference were given on 1st, 7th, and 14th day after treatment, respectively. **Results:** After treatment, The incidence of LDVT suspected diagnosis of the treatment group was lower than that of the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). D-Dimer of the treatment group was lower than that of the control group, with statistically significant difference ($P < 0.01$). PT and APTT of the treatment group was higher than that of the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). VSA with no patients in the treatment group was higher than that of the control group, with statistically significant difference ($P < 0.01$). The difference of circumference of the treatment group was lower than that of the control group, with statistically significant difference ($P < 0.01$). **Conclusion:** The recipe of Tongmai Huoxue Fang can reduce D-dimer of post hip surgery patients, extend PT and APTT, reduce edema and pain of limb, the incidence of LDVT suspected diagnosis.

【Key words】 Total hip replacement; Deep vein thrombosis; Low molecular weight heparin calcium; Tongmai Huoxue Fang

* 基金项目: 国家中医药管理局中医药重点学科建设项目-中医全科基金([2012]32号); 上海中医药大学预算内科研项目(2014YSN64); 上海市卫生局课题(20114059); 上海市教委创新课题(14YZ058)

△通信作者(电子邮箱: kanwb@126.com)

下肢深静脉血栓形成(LDVT)是指血液在深静脉腔内不正常的凝结,完全或部分阻塞静脉腔,导致静脉回流障碍,临床表现为肢体肿胀、疼痛与压痛、浅静脉曲张、局部皮温升高的一种疾病。LDVT是骨科创伤后常见并发症之一。国外学者研究显示^[1]髋部手术后患者LDVT发生率约为50%~60%,国内专家有报道^[2]髋部手术LDVT发生率约为48.2%。为预防髋部手术后LDVT形成,根据指南^[3]要求,国内外学者普遍推荐使用低分子肝素钙抗凝治疗。中医药治疗下肢深静脉血栓形成,在术后长期随访及抗凝的序贯治疗中具有巨大优势。本研究对通脉活血方预防全髋置换术后LDVT的临床疗效和安全性进行前瞻性研究。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 纳入2013年1月至2014年12月上海中医药大学附属普陀医院、上海中医药大学附属岳阳医院骨科收治的全髋置换患者120例,采用完全随机方法将纳入研究的患者分为治疗组与对照组各60例。其中男性44例,女性76例;年龄21~78岁,中位年龄61岁;受伤机制车祸40例,摔伤45例,坠落13例,砸伤22例;骨折部位股骨颈69例,粗隆间51例。西医LDVT诊断标准^[4]:发病急,肿胀严重,患肢局部疼痛或者剧痛,有明显的压痛;患肢局部皮温增高;患肢浅表静脉曲张;患肢Homans征阳性;排除患肢原有疾病,行患侧下肢深静脉彩超。LDVT疑似诊断标准以WELLS评分表为准^[5]。中医气滞血瘀证诊断参照文献^[6]。纳入标准:1)髋部骨折行全髋关节置换术者;2)术前行患侧下肢深静脉彩超检查,未发现LDVT的患者;3)中医辨证属气滞血瘀型者;4)患者无抗凝禁忌证,无抗凝等治疗;5)年龄在18岁以上,80岁以下;6)同意参与本项研究,签署知情同意书。排除标准:1)不符合上述纳入标准;2)有重要脏器功能衰竭,不能耐受药物治疗;3)凝血指标异常或有出血倾向疾病;4)有精神病、意识障碍或处于怀孕及哺乳期;5)对本研究使用药物过敏;6)合并有肺栓塞;7)3个月内参加了其他临床试验。各组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组患者一般资料比较(n)

组别	n	性别		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	受伤机制				骨折部位			
		男	女		车祸	摔伤	坠落	砸伤	股骨颈(左)	股骨颈(右)	粗隆间(左)	粗隆间(右)
治疗组	60	24	36	69.92±8.06	22	20	6	12	24	12	16	8
对照组	60	18	42	65.46±8.27	18	25	7	10	23	10	17	10

1.2 治疗方法 对照组给予低分子肝素钙(由天津红日药业股份有限公司提供,规格0.4 mL:4000 IU,生产批号,国药准字H20000706)4000 IU,每日1次,皮下

注射,共用7 d;术后第5~7日鼓励患者下床活动,术后第7~14日强制患者下床活动。治疗组在对照组基础上给予中药通脉活血方治疗,通脉活血方药物组成参照《方剂学》^[7],方药具体剂量参照《中华人民共和国药典》,处方:黄芪30 g,当归15 g,生地黄15 g,赤芍9 g,川芎15 g,丹参15 g,桃仁9 g,红花6 g,牛膝15 g,柴胡6 g,苍术15 g,黄柏12 g,甘草6 g。将以上药物加入砂锅中,加水浸泡1 h,大火烧开后小火煎煮约30 min,取浓缩溶液约400 mL,置于4℃冰箱中保存,服用时先放置于温水中复温至20~25℃,每日2次,每次约200 mL。术后第1日开始服用,疗程为14 d。

1.3 观察指标 比较两组患者治疗前后双下肢深静脉彩超、患肢疼痛情况、患肢周径、凝血功能D-二聚体(D-dimer)、血浆凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶(APTT)、血浆纤维蛋白原(FIB)变化情况。疗效评定方法,在术后第1、7、14日分别检测双下肢深静脉彩超,患肢疼痛情况(VAS评分)^[8]和患肢周径。在术后第1、7、14日早晨空腹采取静脉血检测D-dimer、PT、APTT、FIB。在治疗前后检测血、尿、粪常规,肝功能、肾功能、凝血功能,心电图,同时观察不良反应。

1.4 统计学处理 采用SPSS18.0统计软件处理。计量资料比较采用t检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后LDVT疑似诊断率比较 见表2。术后第1日两组患者LDVT疑似诊断构成比较差异无统计学意义($P>0.05$)。术后第7、14日时,治疗组LDVT疑似诊断率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 两组患者LDVT疑似诊断率比较 n(%)

组别	时间	疑似诊断	排除诊断
治疗组 (n=60)	术后第1日	28(46.67)	32(53.33)
	术后第7日	12(20.00) [△]	48(80.00)
	术后第14日	4(6.67) [△]	56(93.33)
对照组 (n=60)	术后第1日	30(50.00)	30(50.00)
	术后第7日	26(43.33)	34(56.67)
	术后第14日	16(26.67)	44(73.33)

与对照组同期比较, [△] $P<0.05$, ^{△△} $P<0.01$ 。下同。

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

0.01);术后第14日时,治疗组D-dimer 低于对照组,PT、APTT 高于对照组($P < 0.01$)。

表2 两组患者D-dimer、PT、APTT、FIB 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	D-dimer(mg/L)	PT(s)	APTT(s)	FIB(g/L)
治疗组 (n=60)	术后第1日	1.54±1.00	10.61±1.87	21.99±3.29	3.99±1.08
	术后第7日	0.99±0.51**	12.99±0.72**△△	31.71±5.76**△	3.13±0.54**
	术后第14日	0.59±0.22**△△	13.97±0.65**△△	34.66±3.75**△△	2.79±0.64**
对照组 (n=60)	术后第1日	1.63±0.77	10.22±1.64	21.09±2.26	3.72±0.85
	术后第7日	1.20±0.43**	12.07±1.03**	28.77±4.51**	3.21±0.72**
	术后第14日	0.76±0.25**	12.93±0.59**	30.42±1.81**	2.92±0.62**

与本组术后第1日比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$ 。下同。

2.3 两组患者治疗前后VAS评分比较 见表3。术后第1日两组患者VAS评分构成比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后第7、14日时,治疗组VAS评分无疼痛患者少于对照组($P < 0.01$)。

表3 两组患者VAS评分比较n(%)

组别	时间	无疼痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
治疗组 (n=60)	术后第1日	4(6.67)	10(16.67)	14(23.33)	32(53.33)
	术后第7日	16(26.67)△△	36(60.00)	4(6.67)	4(6.67)
	术后第14日	52(86.67)△△	8(13.33)	0	0
对照组 (n=60)	术后第1日	2(3.33)	12(20.00)	10(16.67)	36(60.00)
	术后第7日	8(13.33)	32(53.33)	14(23.33)	6(10.00)
	术后第14日	40(66.66)	16(26.67)	4(6.67)	0

2.4 两组患者治疗前后下肢周径比较 见表4。术后第1日治疗组与对照组大、小腿周径差值差异均无统计学意义($P > 0.05$)。组内比较,术后第7、14日时,两组大、小腿周径差值与本组术后第1日比较均明显下降($P < 0.01$)。组间比较,术后第14日时,治疗组大腿周径差值低于对照组($P < 0.01$)。

表4 两组患者下肢周径比较(mm, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	大腿周径差值	小腿周径差值
治疗组 (n=60)	术后第1日	8.03±6.62	4.07±1.95
	术后第7日	4.13±3.42**	2.53±1.17**
	术后第14日	1.27±0.78**△△	1.33±0.66**
对照组 (n=60)	术后第1日	7.87±5.67	4.17±2.15
	术后第7日	4.63±3.21**	3.13±0.82**
	术后第14日	2.13±1.11**	1.63±0.67**

2.5 安全性分析 治疗组患者服用通脉活血方后均未出现明显的不良反应,两组患者治疗前后的血、尿、粪常规,肝功能、肾功能、凝血功能,心电图等均未出现明显异常,治疗中尚未发现与试验药物相关的不良反应。

3 讨论

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

低分子肝素是由普通肝素解聚而成,具有抗血栓形成和抗凝作用,其抗凝血因子Xa活性较高,而抗凝血酶活性相对较低,这二种活性比是3:2,主要对凝血因子Xa发挥作用,故抗凝效果和纤溶作用得以增强,而抗血小板、诱发出血的作用大为减弱,这样就使抗血栓作用与致出血作用分离,可保持肝素的抗血栓作用而降低出血危险^[11]。抗凝血因子Xa活性的血浆半衰期较长,较普通肝素长2~3倍。皮下每日注射1次即可,可根据体质量计算使用剂量^[12]。使用低分子肝素预防LDVT的安全性已得到临床公认,在大多数欧洲国家已成为深静脉血栓预防的标准药物,在我国骨科领域也得到广泛应用^[13]。但却也因为需要皮下注射,患者依从性差,长疗程使用受限,而存在一定的使用局限性。

本研究选取全髋置换患者,骨折本身已经使机体受到创伤,手术中再次耗伤气血,创伤及手术后久卧伤气,气为血之帅,血为气之母,气虚则血行推动无力,不能摄血、行血、生血,进而形成瘀血,瘀血阻塞脉道,脉络不通,不通则痛,营血回流受阻,津液外溢脉络,泛而成肿。故全髋置换术后患者病机常见表现为气滞血瘀。本课题组通过长期临床观察发现,通脉活血方对防治骨科术后患者凝血功能异常疗效较好。本研究选取全髋置换术后患者进行辨证治疗,进一步明确通脉活血方对防治全髋关节置换术后凝血功能异常的疗效及安全性,该研究有利于规范全髋置换术后凝血功能异常的中医药治疗,具有重大的现实意义和实用价值。通脉活血方由桃红四物汤化裁而来,经过长年临床实践辨证加减而成,此方以活血、化瘀、理气为主。方中当归甘温而润,养血活血,黄芪补气共为君药;川芎为血中气药,活血祛瘀止痛,兼有行气作用,丹参、桃仁、红花活血化瘀共为臣药;佐以赤芍活血补血,柴胡举气升阳,生地黄清热凉血,苍术、黄柏燥湿祛热;牛膝引药下行,甘草调和药性为使药。诸药合用得黄芪补气之助则能周行全身以通经络,扶正祛邪、标本兼治、补气行气、

活血化瘀,从而达到防治下肢深静脉血栓形成的目的。现代药理学研究显示,黄芪能改善肾病综合征患者高凝状态,黄芪多糖可抑制凝血酶所致体外培养的EPCs的损伤保护内皮祖细胞^[14-15];桃仁^[16]提取物具有抗凝血、抗血栓及抑制血小板聚集等作用,这与桃仁的活血化瘀功效不谋而合;红花^[17]有抑制血小板聚集,激活血浆纤维蛋白原溶解纤维蛋白的作用,可有效预防下肢深静脉血栓形成;当归^[18-19]有效成分有抗凝及保护血管内皮细胞等作用;桃红四物汤口服液^[20]用于全髋关节置换术后深静脉血栓形成的预防,有效性和安全性与口服利伐沙班片相当。

1995年Wells等^[21]在临床经验和文献资料研究基础上提出一种临床上预测DVT的方法,此评分方法对DVT疾病的诊断策略具有重要作用,可以决定选择影像检查的时机,提高影像检查阳性率,简化诊断流程、节省医疗费用^[5]。有研究报道^[22],D-dimer可以预测下肢深静脉血栓形成,其敏感性较高。研究显示^[23-24],皮下注射低分子肝素钙,可以延长PT及活化APTT,是预防髋部手术后LDVT的有效措施。临床中彩色多普勒超声可以准确检测到下肢静脉血栓的部位及波及范围。本研究术后第14日对照组有2例患者下肢深静脉彩超发现血栓形成,但差异无统计学意义($P>0.05$)。

本研究选取气滞血瘀型全髋置换术后下肢深静脉血栓形成患者进行辨证治疗和疗效评定,发现中药无明显毒副作用,体现了中医辨证治疗全髋置换术后下肢深静脉血栓形成的特色与优势。但由于研究经费和时限的限制,本研究未做到多中心、双盲和安慰剂对照的大样本临床研究,此类大型临床研究取得的结论更加客观可靠,有待今后进一步验证。

参 考 文 献

- [1] Rice KL, Walah ME. Minimizing venous thromboembolic complication in the orthopaedic patient[J]. Orthopnurs, 2001, 20(6):21.
- [2] 吕厚山,徐斌. 人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成[J]. 中华骨科杂志, 1999, 19(3):155.
- [3] 中华医学会骨科学分会. 中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南[S]. 2009:5.
- [4] 周围血管疾病诊断及疗效标准. 全国第4届中西医结合治疗周围血管疾病学术会议论文选编[M]. 济南:山东科学技术出版社, 1995:154.
- [5] 高宝安,陈世雄,杨俊. Wells评分法在静脉血栓栓塞症中的应用进展[J]. 中国老年学杂志, 2009, 6(29):2540-2543.
- [6] 陈淑长. 实用中医周围血管病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:228.
- [7] 邓中甲. 方剂学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2002:242-243.
- [8] Bernadette G, Diikman B, Sheila S, et al. When is a fracture healed radiographic and clinical criteria revisited[J]. Orthop Trauma, 2010, 24(S):76-80.
- [9] 沈毓,王龙,陈彬. 深静脉血栓形成的实验室检查现状与进展[J]. 诊断学理论与实践, 2011, 10(2):172-174.
- [10] 孙建航,朱瑞婷. 创伤后下肢深静脉血栓形成的治疗探讨[J]. 中国骨伤, 1999, 12(2):6.
- [11] 杨军,王毅. 创伤患者深静脉血栓预防的检测与个体化治疗[J]. 中华创伤杂志, 2012, 28(11):1054-1056.
- [12] Andrews B, Sommerville K, Austin S, et al. Effect of foot compression on the velocity and volume of blood flow in the deep-veins[J]. Br J Surg, 1993, 80(2):198-200.
- [13] 吕厚山. 人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成和肺栓塞的防治[J]. 中华创伤骨科杂志, 2007, 19(9):201-204.
- [14] 常红兵. 前列地儿联合黄芪治疗肾病综合征高凝状态疗效观察[J]. 中国伤残医学, 2014, (17):136-137.
- [15] 任丽宏,尹利明,姚定国,等. 黄芪多糖对拟缺血损伤内皮祖细胞保护作用的实验研究[J]. 浙江临床医学, 2014, 16(6):883-886.
- [16] 周蓓. 桂枝桃仁及其配伍对抗凝作用影响的研究[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(1):62-63.
- [17] 郭晓金. 红花黄色素治疗下肢深静脉血栓形成的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(2):281-282.
- [18] 周文博. 浅析当归在药理学中的应用研究[J]. 医学信息, 2011, 4(2):1646.
- [19] 罗慧英,杨林,杨焕,等. 当归挥发油对脑缺血大鼠血液流变学的影响及防止血栓形成的研究[J]. 甘肃中医学院学报, 2012, 29(4):1-4.
- [20] 詹宝明,陈达,张庆文. 桃红四物汤预防全髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成的临床研究[J]. 中国正骨, 2014, 26(9):25-28.
- [21] Van Belle A, Buller HR, Huisman MY, et al. Effectiveness of managing suspected pulmonary embolism using an algorithm combining clinical probability, D-dimer testing, and computed tomography[J]. JAMA, 2006, 295(2):172-179.
- [22] 赵振军,郭玉芬. D-二聚体水平与骨折后下肢静脉血栓的相关性研究[J]. 医药前沿, 2013, 9(25):188-189.
- [23] 张全顺. 低分子肝素钙预防老年患者髋部骨折下肢深静脉血栓疗效分析[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(1):144-145.
- [24] 张辉良,梁俊生,张洪斌,等. 低分子肝素钙预防老年髋部骨折患者下肢深静脉血栓的疗效分析[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(5):129-130.

(收稿日期 2015-03-28)

负压封闭引流技术联合丹黄消炎液治疗感染性糖尿病足坏疽的临床研究*

张 宇¹ 李康康¹ 王 军^{2Δ}

(1.天津中医药大学,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:R587.2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1136-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.003

【摘要】目的 观察负压封闭引流(VSD)技术联合丹黄消炎液治疗感染性糖尿病足坏疽的临床疗效。**方法** 将感染性糖尿病足坏疽患者 48 例,随机分为两组。对照组 24 例在常规手术清创后予丹黄消炎液冲洗;治疗组 24 例在对照组基础上另予 VSD 联合丹黄消炎液滴注引流。观测两组患者治疗前及治疗后 1 周、2 周、3 周的创面面积,视觉模拟评分(VAS),肉芽组织菌落计数,白细胞计数(WBC),体温等以及中医证候积分的变化情况。记录两组治疗前及治疗后血糖(FPG)、血脂[总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)]的变化情况。**结果** 治疗 1 周后,治疗组感染得到控制;治疗 2 周、3 周后治疗组患者的创面面积、VAS 评分、肉芽组织菌落计数与对照组比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。治疗 3 周后,两组 FPG、TC、TG 水平均较治疗前改善($P<0.05$),组间差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** VSD 联合丹黄消炎液可以有效控制感染、加快创面愈合速度。

【关键词】 负压封闭引流 感染性糖尿病足坏疽 丹黄消炎液

The Clinical Study of the Treatment with VSD and Dahuang Xiaoyan Ye on the Infection of Diabetic Foot Gangrene ZHANG Yu¹,LI Kangkang¹,WANG Jun². 1 Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China;2 First Teaching Hospital of Tianjin University of TCM, Tianjin 300193, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of the treatment with the VSD and Dahuang Xiaoyan Ye on infective diabetic foot. **Methods:** The 48 patients with infected diabetic foot were divided into 2 groups. After surgical debridement, 24 cases of the control group received Dahuang Xiaoyan Ye treatment; 24 cases of the treatment group received drip-injection drainage of VSD and Dahuang Xiaoyan Ye on the basis of the treatment of the control group. wound area, VAS, colony count, WBC, T, and integration of TCM were observed before and after 1 W, 2 W, and 3 W. the changes of FPG, TC and TG were recorded. **Results:** After 1W, the infection of the treatment group was controlled; after 2W and 3W, the differences of wound area, VAS, and colony counts between the two group were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion:** The VSD and Dahuang Xiaoyan Ye can control the infection, and accelerate wound healing, worth clinical promoting.

【Key words】 Vacuum sealing drainage; The infection of diabetic foot gangrene; Dahuang Xiaoyan Ye

糖尿病足(DF)是糖尿病的常见严重并发症之一,是由于糖尿病性血管病变、神经病变、感染等多因素共同作用导致溃疡形成和(或)深部组织坏死^[1]。随着糖尿病发病率不断攀升,糖尿病足坏疽的发生率达 6%~20%,国内糖尿病足的截肢率达 7.3%左右,而糖尿病继发感染率则高达 32.7%~90.5%^[2]。上世纪 90 年代,德国 Fleischmann 博士等^[3]率先使用负压封闭引流(VSD)技术治疗急慢性创面,将疮面分泌物持续主动引流,对减少疮面的腐蚀和感染灶的蔓延具有重要意

义。如何尽早治疗糖尿病高危足、控制感染、降低截肢率,优化感染性糖尿病坏疽的诊疗方案已成为研究热点。笔者通过观察 VSD 技术联合丹黄消炎液治疗感染性糖尿病足坏疽的临床疗效,总结中西医结合治疗糖尿病足的诊疗经验。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)纳入标准:诊断标准符合 1999 年 WHO 糖尿病足^[4]诊断标准:糖尿病病史达 10~20 年者;糖尿病足坏疽按照 Wagner 分级法^[5]符合Ⅲ级~Ⅳ级诊断者;坏疽创面分布于足趾、跖趾、足跟及小腿等处并经细菌学培养有明确感染者;年龄在 40~75 岁者;签署知情同意书者。2)排除标准:合并有心、脑、肝、

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(81403394);“十一五”国家科技支撑计划资助项目(2008BAI53B011);天津市科技计划资助项目(09JCYBJC12500)

Δ通信作者(电子邮箱:tjzywangjun@126.com)

肾、造血系统等严重并发症及重症感染者;难以控制的高血糖(糖化血红蛋白>12%)者;踝肱比值(ABI)≤0.2;结核性、癌性溃疡或溃疡恶变及合并急性动脉栓塞者;有遗传性及精神疾病家族史者;过敏体质者。

1.2 临床资料 选择2012年5月至2014年11月在本院外一科门诊及住院收治的感染性糖尿病坏疽患者共48例,随机分为两组。治疗组24例,男性12例,女性12例;平均年龄(58.70±2.60)岁;其中感染陈旧创面11例,新发溃疡创面13例;细菌学培养其中金黄色葡萄球菌阳性14例,大肠埃希菌阳性8例,铜绿假单胞菌阳性2例。对照组24例,男性13例,女性11例;平均年龄(59.80±2.30)岁;其中感染陈旧创面9例,新发溃疡创面15例;细菌学培养其中金黄色葡萄球菌阳性13例,大肠埃希菌阳性8例,铜绿假单胞菌阳性3例。两组患者在性别、年龄、创伤程度及细菌培养等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方案 所有患者均参照《糖尿病足溃疡Ⅱ~Ⅳ期中医综合外治方案》^[6-7]予控制血糖、改善下肢循环、促进细胞代谢、控制低蛋白血症、纠正贫血及水电解质紊乱等基础治疗。对照组在常规手术清创后,定期更换敷料,清洗创面,加强体位引流,并予丹黄消炎液(天津中医药大学第一附属医院药剂科提供)外用冲洗,每日1次。治疗组在对照组基础上应用VSD材料(武汉维斯第医用科技股份有限公司生产,鄂食药监械准字2012第2640968号),将VSD材料覆盖并填充创面,半透明薄膜密封,予20~60 Pa压力持续负压吸引;术后予0.9%氯化钠注射液500 mL加丹黄消炎液50 mL,通过输液器接通VSD冲洗管通路持续24 h慢滴冲洗引流,避免引流物堵塞管路。术后4~6 d后,拆卸VSD材料,检查创面情况,若肉芽组织鲜活,予点状植皮,促进伤口愈合;若仍有坏死组织附着,必要时再次清创后予VSD联合丹黄消炎液治疗,直到创面出现新鲜肉芽后再行植皮手术,进而修复创伤面,达到创面的闭合。

1.4 观测指标 观察两组患者治疗前及治疗后1周、2周、3周的创面面积、视觉模拟评分法(VAS)评分、肉芽组织菌落计数、白细胞计数(WBC)、体温等指标的变化情况。记录两组治疗前及治疗后血糖(FPG)、血脂[总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)]的变化情况。局部创面中医证候积分:主要对脓液、腐肉、新生肉芽、创面面积、创面深浅、创缘潜行、创面周围皮色、温度、周围肿胀、疼痛、舌苔脉象等方面进行积分比较。

1.5 疗效标准 参照2002年《中药新药临床研究指导原则》^[8-9]制定疗效判定标准。痊愈:创面3周内完全愈合,无感染征象,证候积分减少95%以上。显效:创面面积愈合达2/3以上,新鲜肉芽组织生长良好,感染得到控制,证候积分减少70%~95%。有效:创面面积愈

合在1/4~2/3之间,且有肉芽组织生长,感染情况改善,证候积分减少30%~69%。无效:创面面积愈合不足1/4甚至扩大坏死,感染依然存在,证候积分减少<30%。计算公式(尼莫地平法)=(治疗前总积分-治疗后总积分)÷治疗前总积分×100%。

1.6 统计学处理 采用SPSS17.0统计软件分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,两组间均数比较采用两独立样本 t 检验,频数分布组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组糖尿病足坏疽患者治疗前后创面面积、VAS评分、肉芽组织菌落计数、WBC、体温等指标的比较 见表1。两组患者治疗前各指标比较无统计学意义($P>0.05$)。经治疗后,两组患者的创面面积、VAS评分、WBC、体温较治疗前都有改善($P<0.05$)。治疗组经治疗1周后感染得到控制,WBC及体温改善优于对照组($P<0.05$);在治疗2周、3周后患者的创面面积、VAS评分、肉芽组织菌落计数与对照组比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表1 两组糖尿病足坏疽患者治疗前后创面面积、VAS评分、菌落计数、WBC、体温的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	创面面积(cm ²)	VAS评分(分)	菌落计数	WBC(10 ⁴ /L)	T(℃)
治疗组 (n=24)	治疗前	13.67±4.25	6.99±1.74		14.32±6.11	38.58±1.47
	治疗后1周	10.25±3.76 [△]	5.91±1.13	(3.51±0.23)×10 ^{6△}	10.47±5.03 [△]	36.93±0.75 [△]
	治疗后2周	5.85±2.36 [△]	3.28±1.05 [△]	(5.94±1.15)×10 ^{4△}	10.13±4.78 [*]	36.74±0.70 [*]
	治疗后3周	1.93±0.97 [△]	2.97±1.02 [△]	(1.07±0.34)×10 ^{3△}	9.69±4.07 [*]	36.55±0.69 [*]
对照组 (n=24)	治疗前	14.38±4.27	7.07±1.80		13.89±5.62	38.29±1.35
	治疗后1周	12.97±4.01	6.12±1.70	(5.78±0.43)×10 ⁶	13.16±5.43	37.51±0.78
	治疗后2周	7.84±2.09 [*]	5.88±1.19	(8.97±1.36)×10 ⁴	10.75±4.92 [*]	36.95±0.77 [*]
	治疗后3周	3.22±1.24 [*]	4.27±1.14 [*]	(1.88±0.45)×10 ³	10.14±4.38 [*]	36.67±0.74 [*]

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

2.2 两组糖尿病足坏疽患者治疗前后FPG、TC、TG的比较 见表2。两组患者治疗3周前后FPG、TC、TG组间差异无统计学意义(均 $P>0.05$);组内比较,均较治疗前改善明显(均 $P<0.05$)。

表2 两组糖尿病足坏疽患者治疗前后FPG、TC、TG比较(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FPG	TC	TG
治疗组 (n=24)	治疗前	10.88±3.25	6.19±0.75	2.65±0.40
	治疗后	6.59±0.76 [*]	4.87±1.30 [*]	1.30±0.17 [*]
对照组 (n=24)	治疗前	11.04±3.36	6.08±0.95	2.78±0.57
	治疗后	7.11±0.85 [*]	4.88±1.45 [*]	1.38±0.20 [*]

2.3 两组糖尿病足坏疽患者局部创面中医证候积分比较 见表3。治疗前后对48例患者的创面进行中医

证候跟踪调查,两组患者在新生肉芽组织、创面面积、创面深浅、创周脓肿等方面比较,治疗组优于对照组($P < 0.05$)。

表3 两组糖尿病足坏疽患者局部创面中医证候疗效比较(n)

创面情况	治疗组(n=24)					对照组(n=24)				
	n	显效	有效	无效	有效率(%)	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
脓液腐肉	24	16	8	0	100.00	24	8	15	1	95.83
新生肉芽	24	6	16	2	91.67 ^A	23	5	10	8	65.22
创面面积	24	10	13	1	95.83 ^A	24	6	12	6	75.00
创面深浅	23	8	13	2	91.30 ^A	21	4	10	7	66.67
创缘潜行	22	9	10	3	86.36	23	5	11	7	69.56
创周皮色	19	5	12	2	89.47	18	4	9	5	72.22
创周皮温	17	6	8	3	82.35	18	5	9	4	77.78
创周肿胀	23	14	8	1	95.65 ^A	22	7	8	7	68.18
创周疼痛	20	6	12	2	90.00	19	6	11	2	89.47

3 讨论

糖尿病病史超过5年以上者,或长期血糖控制不佳,极易出现感染性坏疽等并发症^[10]。感染性糖尿病坏疽是由于多种致病因子作用于血管内皮细胞,导致内皮损坏,基底膜增厚,形成斑块使管腔狭窄,甚至阻塞,损伤的血管壁失去张力,通透性增强,出血与渗出增多,启动出凝血机制,组织间隙灌注减少,肢端微循环障碍,极易发生坏疽;糖尿病植物神经紊乱导致微循环血流减少,进一步加重组织缺氧、缺血及营养障碍诱发坏疽及感染。糖尿病足坏疽感染后,可沿血管、淋巴管、神经、肌腱等迅速蔓延,造成下肢大面积感染,最终截肢,严重者可危及生命^[11]。

感染性糖尿病足坏疽创面往往组织缺损严重,一般的体位引流操作困难,且易导致感染灶的扩大。VSD技术是一种新型的外科引流技术,适用于创伤后各种问题创面^[12-13]。VSD能够持续吸引创面的坏死组织、炎性渗出物、细菌等,保证局部创面的清洁,防治诱发全身炎症反应,利于组织生长和创面修复;VSD还可降低创伤组织间压,提高创面血流量,改善创面微循环,增强细胞活性,促进伤口修复机制,加速创面肉芽组织生长^[14]。同时,VSD可避免频繁换药给患者带来的痛苦,相对减轻医护人员工作量,缩短治疗周期,是一种安全有效的新技术。本研究结果显示,治疗组经治疗1周后感染得到控制,白细胞及体温改善优于对照组;在治疗2周、3周后治疗组患者的创面面积、VAS评分、肉芽组织菌落计数等方面改善优于对照组;结果表明VSD联合丹黄消炎液可有效控制感染,提高创面愈合率,体现出中西医结合的优势。

感染性糖尿病足坏疽当分属中医学“脱疽”“消渴”“疮疡”等范畴。《圣济总录·消渴门》载“消渴者,久不治

则经络雍涩,留于肌肉,发为痈疽”,《卫生宝鉴》载“消渴病人足膝发恶疮,至死不救”等,说明消渴病迁延日久极易并发痈疽,且缠绵治愈。由于消渴病日久,导致机体气阴两虚,体虚受邪,热毒、血瘀、湿腐互结,经脉阻滞,气血凝塞,肢端失去气血濡养而化腐成痈;其核心病机是气阴两虚、瘀毒内蕴。既往研究中丹黄消炎液对创面红肿消减、脓腐减少、疼痛改善等有显著疗效,治疗脱疽中期热毒炽盛、正气渐虚、脓腐难托者均有较好疗效^[15]。经研究丹黄消炎液对TOLL样受体通路、丝氨酸蛋白酶3及内源LL37具有抑制作用,对伤口具有显著的抑菌作用^[16]。对48例患者的创面进行中医证候跟踪调查,两组患者在新生肉芽组织、创面面积、创面深浅、周围脓肿等方面差异有统计学意义,治疗组优于对照组;结果表明VSD技术联合丹黄消炎液治疗感染性糖尿病坏疽具有显著疗效,丹黄消炎液对耐药菌的治疗具有显著意义,VSD能有效解决伤口引流问题,促进伤口愈合,同时也为中药应用于伤口提供新的途径,可达到长期持续作用伤口,为中西医结合治疗糖尿病足坏疽的新发展。

参 考 文 献

- [1] 国际糖尿病足工作组. 糖尿病足国际临床指南[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 17-19.
- [2] Lee CJ, Han SY, Lee SW, et al. Clinical features of gas forming liver abscesses; comparison between diabetic and nondiabetic patients[J]. Korean Hepatol, 2010, 16(2): 131-138.
- [3] Fleischmann W, Strecker W, Bombeli M, et al. Vacuum sealing as treatment of soft tissue damage in open fractures [J]. Unfallchirurg, 1993, 96(9): 488-492.
- [4] Apelqvist J, Bakker K, vanHoutum WH, et al. International consensus and practical on the management and the prevention of the foot [J]. International Working Group on the Diabetic Foot. Diabetes Metab Res Rev, 2000, 16(Suppl): S842-892.
- [5] Valensi P, Girod I, Baron F, et al. Quality of life and clinical correlates in patients with diabetic foot ulcers [J]. Diabetes Metab, 2005, 31(3): 263-271.
- [6] 天津中医药学会外科专业委员会. 糖尿病足溃疡Ⅱ~Ⅳ期中医综合外治方案[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(3): 318-320.
- [7] Douglass J. Wound bed preparation: a systematic approach to chronic wounds [J]. Br J Community Nurs, 2003, 8(S6): S26-34.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国中医药科技出版社, 2002: 181-182.
- [9] 李云平, 矫浩然, 王刚, 等. 关于糖尿病足溃疡中医证候疗效评价体系探讨[J]. 天津中医药, 2012, 29(3): 251-253.
- [10] Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes [J]. JAMA, 2005, 29(3): 217-218.
- [11] Celik AD, Yulugkural Z, Kuloglu F, et al. Candida glabrata, etiologic agent of soft tissue abscess in a diabetic patient [J].

(下转第1141页)

脑脉通胶囊稳定颈动脉易损斑块的临床研究*

苗治国 吕聪枝 赵高峰 刘继民

(河南省郑州市中医院,河南 郑州 450007)

中图分类号:R543.5 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1139-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.004

【摘要】目的 探讨脑脉通胶囊稳定颈动脉易损斑块和在缺血性卒中二级预防中的作用。**方法** 对100例存在颈动脉易损斑块的缺血性卒中患者随机分为对照组和治疗组,对照组服用辛伐他汀片20 mg/次,每日1次,治疗组在对照组基础上给予脑脉通胶囊,观察1年后中医证候评分、颈动脉斑块积分、易损斑块和稳定斑个数、缺血性卒中事件的发生率。**结果** 治疗组在中医证候评分、颈动脉斑块积分、易损斑块和稳定斑个数、缺血性卒中事件的发生率均优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 脑脉通胶囊能稳定颈动脉易损斑块,减少缺血性卒中事件的发生率。

【关键词】 脑脉通胶囊 颈动脉易损斑块 卒中二级预防

The Clinical Research of Naomaitong Capsule in Stabilizing Vulnerable Atherosclerotic Plaque of Carotid Artery MIAO Zhiguo, LV Congzhi, ZHAO Gaofeng, et al. Zhengzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan, Zhengzhou 450007, China

【Abstract】Objective: To discuss the function of Naomaitong Capsule in stabilizing vulnerable atherosclerotic plaque of carotid artery and secondary prevention of ischaemic stroke. **Methods:** 100 patients were randomly divided in the control group and the treatment group. The control group took 20 mg of simvastatin tablet once per day. The treatment group took Naomaitong Capsule additionally. After 1 year, the following data was observed: TCM syndrome evaluation, calculus of carotid plaque, Vulnerable atherosclerotic plaque and the number of stable plaque, the incidence of ischaemic stroke. **Results:** the treatment group was better than the control group in TCM syndrome evaluation, calculus of carotid plaque, vulnerable atherosclerotic plaque and the number of stable plaque, the incidence of ischaemic stroke. **Conclusion:** Naomaitong Capsule can stabilize vulnerable atherosclerotic plaque of carotid artery, reduce the incidence of ischaemic stroke.

【Key words】 Naomaitong Capsule; Vulnerable Atherosclerotic plaque of carotid artery; Secondary prevention of stroke

颈动脉易损斑块患者卒中发生率为无易损斑块患者的5.596倍^[1],斑块脱落是卒中发生的重要危险因素,对于易损斑块药物防治主要是调脂、降压、抗炎、抑制血小板聚集等,但由于其形成和破坏机制的复杂,必须深入研究和开发综合预防和复合治疗的方法和药物。近年来,关于易损斑块与痰浊血瘀的理论受到许多学者的重视,有研究证实活血通络类中药具有大剂量他汀类似的稳定斑块作用^[2]。脑脉通胶囊是我院院内制剂,具有活血通络、化痰软脉的作用,对属于痰瘀阻络的脑梗死患者,通过稳定斑块,能明显改善脑缺血症状,预防卒中的发生。本研究将通过脑脉通胶囊对易损斑块的干预,探讨其稳定斑块及在缺血性卒中二级预防中的作用。

1 资料与方法

1.1 病例选择 选取河南省郑州市中医院脑病科门诊

及住院患者100例。纳入年龄40~80岁。符合痰瘀阻络证的诊断标准^[3-5],主症:头晕,头痛,面色晦暗、痰多而黏,紫暗,或舌边尖有瘀点,脉弦滑或细涩;次症:倦怠乏力、心悸胸闷、心烦易怒。符合2个主症或1个主症、2个次症者即可诊断。经彩超检测属于易损斑块^[6-7]。既往发生过脑梗死或者TIA;签署知情同意书。排除标准:年龄<40岁,>80岁;伴肝脏疾病者;伴恶性肿瘤、血液病、胶原病、严重的心、肺、肾脏系统疾病;对试验药物中任何之一成分过敏者。

1.2 临床资料 100例患者按照随机数字表法分为治疗组与对照组各50例。治疗组男性27例,女性23例;年龄(62.50±9.23)岁;病程(2.1±0.72)年。对照组男性26例,女性24例;年龄(64.7±10.24)岁;病程(2.2±0.71)年。两组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予辛伐他汀片(山东罗欣药业股份有限公司,批号070510,每片20 mg)20 mg/次,

* 基金项目:河南省郑州市博士创业基金[2013(62号)]

每日1次,治疗组在对照组基础上给予本院院内制剂脑脉通胶囊(组成:大黄、土鳖虫、桃仁、水蛭、葶苈子、山楂、白术、赤芍、杏仁、人参、当归、生地黄、黄芪,每粒0.3g)每次2粒,每天3次。两组治疗时间均为1年。第6个月和1年各检测1次血尿粪常规、肝肾功能、肌酸激酶、血脂、心电图。

1.4 观测指标 观察患者一般指标(包括年龄、性别、吸烟史、饮酒史、家族史、血压、血尿粪常规、肝肾功能、肌酸激酶、血脂、心电图等),治疗前后痰瘀阻络中医证候评分,颈动脉斑块积分,颈动脉易损斑块和稳定斑块的个数。治疗后缺血性卒中的发生率,两组不良反应的发生率。

1.5 颈动脉斑块积分 记录斑块厚度采用Crouse氏^[8]方法,计算颈动脉斑块积分,即不考虑各个斑块的长度,而分别将同侧颈总动脉、分叉、颈内动脉各个孤立性动脉粥样硬化斑块的最大厚度相加,从而得到该侧颈动脉斑块积分。

1.6 统计学处理 采用SPSS13.0统计软件分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,满足方差齐性和正态性的计量资料采用两独立样本的t检验,不满足则采用非参数Wilcoxon检验;计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后中医证候积分变化 见表1。与治疗前相比,两组在治疗后6个月及1年均能降低患者的中医证候积分($P<0.05$);两组证候积分均有明显差异($P<0.05$)。

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6个月	治疗后1年
治疗组	47	22.23±7.73	9.43±3.13 ^{*△}	6.27±2.48 ^{*△}
对照组	48	22.78±7.30	16.76±5.90 [*]	15.37±5.82 [*]

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

2.2 两组治疗前后颈动脉斑块积分变化 见表2。与本组治疗前相比,两组在治疗后6个月及1年均能降低患者的斑块积分($P<0.05$);两组疗效差异无统计学意义($P>0.05$)。

表2 两组治疗前后颈动脉斑块积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后6个月	治疗后1年
治疗组	47	6.37±2.25	5.69±1.76 [*]	5.38±1.68 [*]
对照组	48	6.25±2.12	5.86±1.84 [*]	5.15±1.63 [*]

2.3 两组治疗前后易损斑块和稳定斑块的变化 见表3。与治疗前相比,两组在治疗后6个月时易损斑块的个数无明显差异($P>0.05$);两组药物在1年均能减少患者的易损斑块个数($P<0.05$);两组疗效差异有统

计学意义($P<0.05$),治疗组优于对照组。两组对稳定斑块均无明显疗效($P>0.05$)。

表3 两组易损斑块和稳定斑块的变化比较(个, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	易损斑块	稳定斑块
治疗组 (n=47)	治疗前	2.34±0.75	1.74±0.58
	治疗后6个月	2.08±0.57	1.62±0.56
	治疗后1年	1.86±0.63 ^{*△}	1.62±0.56
对照组 (n=48)	治疗前	2.27±0.71	1.68±0.54
	治疗后6个月	1.93±0.65	1.65±0.48
	治疗后1年	1.63±0.44 [*]	1.67±0.44

2.4 两组终点事件的发生情况 治疗组50例患者中,1例因谷丙转氨酶升高改用血脂康口服降脂治疗,1例服药后大便次数增多不成形退出试验,1例失访,共有47例进入治疗组,其中1例发生脑梗死,终点事件发生率为2.13%。对照组50例患者中,1例因谷丙转氨酶升高退出,1例失访,共有48例完整病例。其中2例发生脑梗死,1例发生TIA,终点事件发生率为6.25%,两组差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组优于对照组。

2.5 两组不良事件的发生情况 治疗组和对照组中各有1例因谷丙转氨酶升高,停药1月后复查恢复正常,治疗组1例因服药后感大便次数增多不成形,退出试验。两组不良反应发生率无统计学差异。

3 讨论

据国外资料,约1/3的缺血性脑血管病由颈动脉病变引起。最常见的颈动脉病变就是动脉粥样硬化斑块形成。斑块形成可引起管腔狭窄,使相应供血脑区缺血;同时粥样斑块脱落可引起脑内血管栓塞,两者均可引发脑卒中。稳定的颈动脉斑块引起的轻中度狭窄是良性的,而易损斑块不仅导致血管严重狭窄,也会因斑块脱落造成不同程度的缺血性卒中。因此,与心血管易损斑块一样,近年来脑血管易损斑块的研究成为卒中研究的热点与前沿。易损斑块定义为易导致血栓形成或能快速发展为罪犯病变的所有斑块,具有以下组织病理学特征^[9]:1)主要标准:(1)活动性炎症(单核细胞/巨噬细胞或T淋巴细胞浸润);(2)大脂核(斑块总体积的40%,薄纤维帽<100 μ m);(3)内皮脱落,表面血小板聚集;(4)斑块裂隙,可以反映斑块近期破裂;(5)严重狭窄,导致斑块更易于受剪切应力损伤。2)次要标准:(1)表面钙化结节;(2)斑块呈亮黄色;(3)斑块内出血;(4)内皮功能异常;(5)血管正性重构。存在至少1项主要标准者提示斑块易损性高,其所致并发症较高。颈动脉存在易损斑块患者的卒中发生率是无易损斑块人群的5.596倍^[1],国外研究也表明,易损斑块是卒中发生的重要原因,相对于狭窄,易损斑块更容易引发缺

血性卒中,针对易损斑块的治疗更有利于预防卒中。

对于易损斑块药物防治主要是调脂、降压、抗氧化、抗炎、抑制血小板聚集等,但由于其形成和破坏机制的复杂与因素众多,必须深入研究和开发综合预防和复合治疗的方法和药物。近年来,关于易损斑块与痰浊血瘀的理论受到许多学者的重视,通心络稳定斑块的研究在《美国生理学杂志》发表初步证实活血通络中药具有稳定斑块作用。

脑脉通胶囊为长期应用的院内制剂,由大黄、土鳖虫、桃仁、水蛭、葶苈子、山楂、白术、赤芍、杏仁、人参、当归、生地、黄芪等组成,具有祛瘀化痰、软脉通络的作用,已有研究表明,山楂提取物能够降低 NF- κ B 和 hs-CRP 表达,发挥抗易损斑块的形成作用^[10],大黄醇提物有改善斑块内部成分,稳定斑块的作用。动物实验发现,与对照组相比,大黄或其提取物能显著降低血清胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇与斑块面积、斑块负重水平,以及 TOLL 样受体 2、TOLL 样受体 4、NF- κ B 的表达,改善斑块成分,有效减少易损斑块破裂^[11-12]。水蛭粉喂食可能通过降低 apoE-/-小鼠的血脂及炎症水平,进一步抑制动脉粥样硬化斑块中 SMC 增殖而发挥抗动脉粥样硬化的功能。黄芪水醇提液、当归水醇提液,当归挥发油对胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇均具有升高作用,从而稳定大鼠粥样硬化的易损斑块^[13-14]。

中药黄芪中的黄芪多糖可通过 NF- κ B 诱导巨噬细胞产生一氧化氮和肿瘤坏死因子,黄芪多糖能通过增加腺三磷结合盒转运体的表达,促进 THP-1 巨噬细胞源性泡沫细胞胆固醇的流出,减少易损斑块形成^[15-16]。本研究通过脑脉通胶囊联合辛伐他汀口服,观察到其能够改善患者痰瘀阻络患者的中医证候积分,稳定易损斑块,降低缺血性卒中事件的发生,具体机制有待于进一步深入研究。

参 考 文 献

- [1] 林凯,张兆琪,吕飏. 颈动脉壁易损斑块与再发缺血性脑卒中中间隔时间关系的磁共振研究[J]. 中国医学影像技术, 2006, 22(3): 372-376.
- [2] Zhang L, Liu Y, Lu XT, et al. Traditional Chinese medication

Tongxinluo dose-dependently enhances stability of vulnerable plaques: a comparison with a high-dose simvastatin therapy[J]. Am J Physiol Heart Circ Physiol, 2009, 297(6): H2004-14.

- [3] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医疾病部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 53-55.
- [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: 183-185.
- [5] 中华中医药学会. 中医诊断学分会. 中医常见证诊断标准(上)[J]. 湖南中医药大学学报, 2008, 28(5): 3-8.
- [6] 杜发旺,徐延敏. 早期检测易损斑块的无创方法研究进展[J]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2012, 6(6): 101-104.
- [7] 林凯,张兆琪,吕飏. 颈动脉壁易损斑块与再发缺血性脑卒中中间隔时间关系的磁共振研究[J]. 中国医学影像技术, 2006, 22(3): 372-376.
- [8] Crouse JR, Harpold GH, Kahl FR, et al. Evaluation of a scoring system for extracranial carotid atherosclerosis extent with 1-model ultra sound[J]. Stroke, 1986, 17(2): 270-275.
- [9] Naghavi M, Libby P, Falk E, et al. From vulnerable plaque to vulnerable patient: a call for new definition and risk assessment strategies: part 1[J]. Circulation, 2003, 108: 1664-1672.
- [10] 郑广娟,朱莹,王婷. 虎杖配伍山楂抗动脉粥样硬化易损斑块病变的机制研究[J]. 中国病理生理杂志, 2010, 26(4): 635-639.
- [11] 白文武,刘运芳,鹿晓婷,等. 大黄素稳定小鼠动脉粥样硬化斑块的机制[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(7): 1167-1169.
- [12] Liu YF, Yan FF, Liu Y, et al. Aqueous extract of rhubarb stabilizes vulnerable atherosclerotic plaques due to depression of inflammation and lipid accumulation[J]. Phytother Res, 2008, 22(7): 935.
- [13] 陈国伟,潘阳,商亮,喻红. 水蛭对载脂蛋白 E 基因敲除鼠动脉粥样硬化斑块的影响[J]. 武汉大学学报: 医学版, 2013, 34(3): 344-347.
- [14] 乐智卿. 当归补血汤及黄芪、当归提取物对动脉粥样硬化大鼠血脂及斑块的影响[D]. 广州: 广州中医药大学, 2009.
- [15] 魏毅,张贵平. 黄芪多糖与白芍总苷对 THP-1 巨噬细胞源性泡沫细胞内脂质的影响[J]. 中药新药与临床药理, 2007, 18(3): 189-191.
- [16] 李冬方. 基于“HSP60-TLR4/MyD88-巨噬细胞”途径黄芪多糖干预动脉粥样硬化易损斑块机制[D]. 南京: 南京中医药大学, 2013.

(收稿日期 2015-01-19)

(上接第 1138 页)

- India J Pathol Microbio, 2010, 53(3): 590-591.
- [12] Neumaier J. Innovative therapeutic measures in problem wounds: Autologous skin and vacuum sealing[J]. MMW Fortschr Med, 2004, 146(17): 14.
- [13] Tatlenhahn J, Pross M, Kuhn R, et al. The use of v.a.C-system in wound management for borderline indications[J]. Zentralbl Chir, 2004, 129(S1): 12-13.
- [14] Mooney JF 3rd, Argenta LC, Marks MW, et al. Treatment of

soft tissue defects in pediatric patients using the V.A.C. system[J]. Clin Orthop Relat Res, 2000, 376(1): 26-31.

- [15] 王军,黄淑兰,贾建东,等. 外用丹黄消炎液治疗糖尿病足坏疽的临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2002, 9(6): 10-11, 14.
- [16] 王军,张庚扬,侯玉芬,等. 中医综合外治方案治疗糖尿病足溃疡期疗效观察[J]. 中医杂志, 2013, 54(11): 946-948.

(收稿日期 2015-01-02)

补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁的疗效和安全性系统评价*

周曾璇¹ 陈雪梅² 易健² 刘柏炎^{2Δ}

(1.湖南省邵阳市中西医结合医院,湖南 邵阳 422000;2.湖南中医药大学,湖南 长沙 410007)

中图分类号:R743.9 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1142-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.005

【摘要】目的 系统评价补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁的有效性和安全性。**方法** 纳入以脑卒中后抑郁患者为研究对象,比较补阳还五汤与西药治疗效果的随机对照试验,评价纳入研究的质量,并用 RevMan5.3 软件进行 Meta 分析。**结果** 补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁患者总体疗效优于西药治疗,其汇总 OR=2.24,95%CI [1.19,4.18],差异有统计学意义($P<0.05$);在改善汉密顿抑郁量表评分方面,补阳还五汤的效果较西药没有差异,汇总 MD=0.00,95%CI[-0.97,0.98];安全性方面,补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁发生明显不良反应低于西药治疗 OR=0.07,95%CI[0.01,0.58],差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁在总体疗效和安全性方面显示出比西药治疗更加有效的倾向,尚需更多高质量研究以增加证据的强度。

【关键词】 补阳还五汤 脑卒中后抑郁 系统评价 循证医学

The Systematic Review of the Effects and Safty of Buyang Huanwu Tang on Post-Stroke Depression
ZHOU Zengxuan¹, CHEN Xuemei², YI Jian², et al. 1 The Shaoyang Hospital of Integrated TCM & WM, Hunan, Shaoyang 422000, China; 2 Hunan University of Chinese Medicine, Hunan, Changsha 410007, China

【Abstract】Objective: To systematically evaluate the effects and safety of *Buyang Huanwu Tang* on post-stroke depression. **Methods:** Patients with post-stroke depression were identified as the research object. Randomized controlled trials were used to compare the effects of *Buyang Huanwu Tang* with that of western therapeutic. The evaluation was included in the quality of studies with Meta analysis of RevMan5.3 software. **Results:** The overall efficacy of *Buyang Huanwu Tang* on patients with post-stroke depression was superior to western medicine treatment, with its summary OR=2.24,95% CI [1.19,4.18]. The difference was statistically significant ($P<0.05$). *Buyang Huanwu Tang* in improving the HAMD scores had the same efficacy as western medicine treatment, with its summary MD=0.00,95%CI[0.01,0.58]. For the security aspects, adverse reactions of *Buyang Huanwu Tang* on post-stroke depression were significantly lower than that of western medicine, with its summary OR=0.07,95%CI [0.01,0.58]. The difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion:** *Buyang Huanwu Tang* is more effective than Western medicine with a tendency in the overall efficacy and safety, but still needs more high-quality research to strengthen this evidence.

【Key words】 *Buyang Huanwu Tang*; Post-stroke depression; Systematic review; Evidence-based medicine

脑卒中后抑郁(PSD)是脑卒中后常见并发症之一,患者情绪低落,意志活动减退,严重影响其肢体功能康复及生活质量。本病属于中医学“郁证”范畴,补阳还五汤为治疗中风后遗症的经典方。补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁近年来发表研究很多,但其疗效尚无确切结论。为此,笔者采用 Cochrane 系统评价的方法,对符合纳入标准的文献进行质量评价和 Meta 分析,以评价补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁的疗效和安全性。

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(81273989);湖南省高校创新平台开放基金项目(12k089)

Δ通信作者(电子邮箱:luibaiyan@126.com)

1 资料与方法

1.1 文献选择 纳入标准:1)研究类型:随机对照试验。2)观察对象:脑卒中后抑郁患者。3)干预措施:补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁。4)对照药物:西药或常规治疗。5)结果测量指标:总体临床疗效、汉密顿抑郁量表评分(HAMD)和不良反应报道。

1.2 检索策略 电子检索 PubMed、CBM、CNKI、VIP、WanFang Data 等数据库,并手工检索和文献追踪等。检索截止日期为 2014 年 9 月

1.3 文献评价 方法学质量分析:阅读文题,对相关试验进一步阅读摘要,若是随机对照试验(RCT)则阅

读全文,分类评价符合纳入标准的文献。按照Cochrane循证中心评价员手册^[1]对RCT进行方法学质量评价:1)随机方法;2)分配隐藏方法;3)盲法;4)研究报告完整性报告。

1.4 数据提取与分析 两位评价员(周曾璇,陈雪梅)分别对评价文献提取数据信息和纳入研究,不同意交由第三方仲裁(易健)。临床疗效用比值比为统计量,HAMD评分采用均值加方差,给出95%置信区间。纳入研究进行异质性分析,若 $I^2 < 50%$,则采用固定效应模型,否则选取随机效应模型。用RevMan5.3软件进行Meta分析。

2 结果

2.1 检索结果 共检出中医学领域补阳还五汤对脑卒中后遗症研究文献1252篇,排除综述、动物实验及与本研究的目的不同的、失访率 $>20%$ 、非随机或半随机对照试验、结局指标不够或不符的,最后下载全文阅读7篇补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁的临床文献,排除3篇^[2-4]非随机对照试验,纳入4篇文献^[5-8]。

2.2 纳入研究基本特征 所有纳入的4个研究均为随机对照试验。纳入研究基本特征见表1。共纳入观察对象307例(补阳还五汤组158例,药物组149例),均为脑卒中后抑郁患者。均采用补阳还五汤治疗与西药治疗对照,其中3个研究选用的对照药物为舍曲林和氟西汀,1个研究为常规治疗对照。

表1 纳入研究的基本特征

纳入研究	病例数(T/C)	干预措施		结局指标
		T	C	
马宏博2012	45/45	补阳还五汤合柴胡加龙骨牡蛎汤加减	常规治疗	①②③④
唐华2011	40/31	补阳还五汤合柴胡疏肝散加减	舍曲林	①③④⑤
周新强2012	32/33	补阳还五消食汤加减	氟西汀	④
周强2009	41/40	加味补阳还五汤	氟西汀	①④⑥

T:实验组;C:对照组;①汉密顿抑郁量表评分(HAMD);②神经功能缺损评分(NFDS);③不良反应;④临床疗效;⑤Barthel指数评估日常生活能力(ADL);⑥改良爱丁堡-斯堪的那维亚卒中量表(MESSS)。

2.3 结果测量指标 4个研究报告了总体临床疗效,3个研究报告了HAMD在治疗前后的 $\pm s$,2个研究报告了不良反应,因此采用这3个指标定量合成进行Meta分析。

2.4 纳入研究的方法学质量 各纳入研究的质量不等。1)随机方法:所有研究都提到了随机,其中仅有周强^[6]的研究交代了具体的随机方法——随机数字表法;2)所有纳入研究均未提到分配隐藏;3)所有纳入研究均未提到盲法;4)失访、退出和ITT分析、依从性分析、基线的相似性未报道。

2.5 治疗组与对照组总体临床疗效 Meta分析 见图

1,图2。结果显示4个研究之间同质性好 $[\text{Chi}^2=2.87, \text{df}=3, (P=0.41); I^2=0\%]$,确定为固定效应模型。效应值合并:OR=2.24,95%CI [1.19, 4.18],差异有统计学意义 $(P=0.001)$,说明总体临床疗效对比,补阳还五汤治疗的效果优于西药治疗。

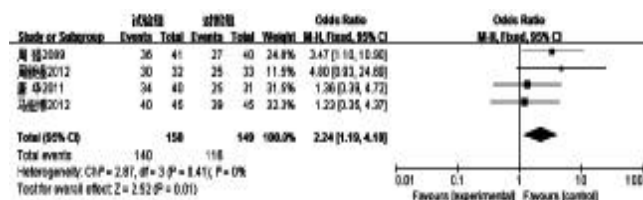


图1 两组总体疗效比较的森林图

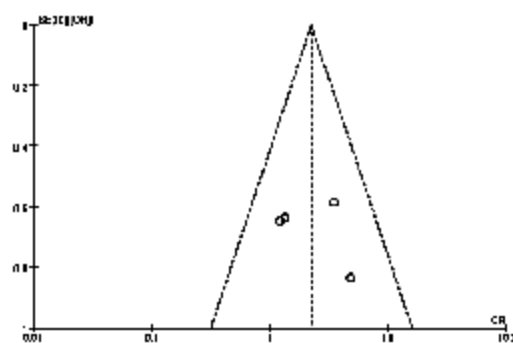


图2 两组总体疗效比较纳入文献漏斗图

2.6 治疗组与对照组HAMD评分的Meta分析 见图3。3个研究之间存在较小的异质性 $[\text{Chi}^2=2.08, \text{df}=2, (P=0.35); I^2=4\%]$,确定为固定效应模型。效应值合并:MD=0.00,95%CI [-0.97, 0.98],差异无统计学意义 $(P=1.00)$,说明在改善HAMD评分方面,补阳还五汤和西药治疗没有差别。

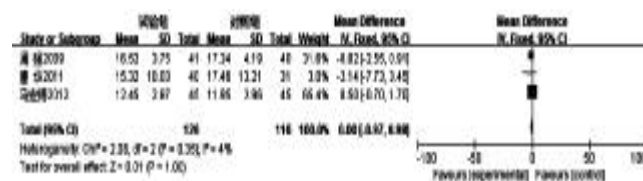


图3 两组HAMD评分比较的森林图

2.7 治疗组与对照组不良反应报道的Meta分析 见图4。2个研究之间同质性好 $[\text{Chi}^2=0.53, \text{df}=1, (P=0.47); I^2=0\%]$,确定为固定效应模型。效应值合并:OR=0.07,95%CI [0.01, 0.58],差异有统计学意义 $(P=$

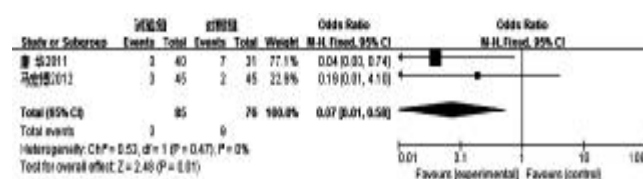


图4 两组HDS评分比较的森林图

大剂量参附注射液治疗顽固性心力衰竭的临床观察*

肖宁¹ 宋春玲² 李春¹ 范铁兵^{3△}

(1.中国中医科学院西苑医院,北京 100091;2.北京中医药大学,北京 100029;3.中国中医科学院,北京 100700)

中图分类号:R541.6+1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1144-03
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.006

【摘要】目的 观察大剂量参附注射液治疗顽固性心力衰竭(RHF)的临床疗效。方法 将本院ICU的RHF患者60例随机分为对照组和治疗组各30例,两组均给予常规抗心力衰竭治疗,治疗组加用参附注射液静滴,疗程14d。结果 治疗组的综合疗效与证候疗效总有效率分别为76.67%、83.33%,均优于对照组的60.00%、63.33%($P<0.05$ 或 $P<0.01$);两组治疗后心脏监测指标均有改善($P<0.05$),而治疗组改善程度优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结论 大剂量参附注射液能够提高RHF的临床疗效。

【关键词】 参附注射液 顽固性心力衰竭 临床观察

The Clinical Observation of High-dose of Shenfu Injection in Treating the Refractory Heart Failure XI-AO Ning¹, SONG Chunling², LI Chun¹, et al. 1 Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China; 2 Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

【Abstract】 Objective: To observe the clinical efficacy of high doses of Shenfu Injection in treating the refractory heart failure. **Methods:** Sixty patients of RHF in ICU of our hospital was divided into two groups randomly: the treatment group and the control group, 30 patients in each group. Two groups got the conventional treatment of heart failure. However, the patients of the treatment group got the Shenfu Injection of static drops at the same time. The period of treatment lasted for 14 d. **Results:** The total effective rate of the comprehensive curative effect and the symptom curative effect in the treatment group were 76.67% and 83.33% respectively, better than that of the control group whose effective rate were 60.00% and 63.33% respectively. The index of cardiac monitoring, such as LEVF, CO and BNP were improved in both groups after treatment. However, the treatment group has a better improvement. **Conclusion:** High doses of Shenfu Injection is able to raise the clinical curative effect of RHF.

【Key words】 Shenfu Injection; RHF; Clinical observation

顽固性心力衰竭(RHF)是指经过休息、限水限钠及对因对症治疗,临床症状未缓解或进行性加重的心力衰竭,常见于心力衰竭的终末期,大多预后不良。现代研究认为,参附注射液能够增强增强心肌收缩力,改善心肌能量代谢,提高心肌耐缺氧能力,抗心肌缺血再灌注损伤,保护受损心肌,改善心功能^[1]。因此,为进一步提高临床疗效,笔者进行了大剂量参附注射治疗RHF的临床观察。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断为心力衰竭属IV级者^[2],中医证候诊断为心阳虚证^[3];年龄≥18岁;家属或患者签署

知情同意书者。排除标准:患有精神疾病者;妊娠或哺乳期妇女;近3个月参加过其他临床试验者。

1.2 临床资料 选取2012年4月至2015年2月在本院重症医学科诊治的60例RHF患者,其中男性33例,女性27例;年龄67~92岁,平均(80.83±5.49)岁。按随机数字表法将患者随机分为两组,其中对照组30例,男性16例,女性14例;平均年龄(80.27±5.35)岁。治疗组30例,男性17例,女性13例;平均年龄(81.40±5.65)岁。两组资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组均予呋塞米、螺内酯、去乙酰毛花苷、硝酸酯类等常规抗心力衰竭治疗;治疗组加用参附注射液(雅安三九药业生产,批号Z51020664)100 mL稀释至250 mL 0.9%氯化钠注射液中,静脉滴注,每日

*基金项目:国家中医药行业科研专项项目(201407004)

△通信作者(电子邮箱: fantb1985@163.com)

2次。观察周期14d。

1.4 观察指标 超声心动图测定左室射血分数(LVEF),无创血流动力学监护仪(Cardio Dynamics 国际公司生产 BioZ.com)测定每分输出量(CO)、心室收缩加速指数(ACI)、外周血管阻力(SVR),干式定量快速心力衰竭诊断仪测定血浆脑钠肽(BNP),症状、体征及临床疗效。

1.5 疗效标准 依据《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定。1)综合疗效。显效:心衰基本控制或心功能改善程度达到2级或以上者。有效:心功能改善程度达到1级,但未达到2级者。无效:心功能改善程度未达到1级者。恶化:心功能恶化程度达到1级或以上者。2)证候疗效。依据治疗后症状积分较治疗前减少程度进行判断,治疗后积分减少 $\geq 70\%$ 为显效,积分减少 $\geq 30\%$ 为有效,积分减少不足30%为无效,积分增加为恶化。

1.6 统计学处理 使用SPSS19.0统计软件处理,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用t检验,等级变量资料比较采用Ridit分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组RHF患者综合疗效比较 见表1。结果显示治疗组总有效率为76.67%,明显优于对照组的60.00%($P < 0.01$)。两组均未发生不良事件。

表1 两组RHF患者综合疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	恶化	总有效(%)
治疗组	30	13	10	4	3	23(76.67) ^{△△}
对照组	30	7	11	5	7	18(60.00)

与对照组比较,△△ $P < 0.01$ 。

2.2 两组RHF患者证候疗效比较 见表2。结果显示对照组总有效率为83.33%,显著优于对照组的63.33%($P < 0.05$)。

表2 两组RHF患者证候疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	恶化	总有效(%)
治疗组	30	14	11	4	1	25(83.33) [△]
对照组	30	9	10	6	5	19(63.33)

与对照组比较,△ $P < 0.05$ 。

2.3 两组RHF患者监测指标比较 见表3。结果显示两组治疗后LVEF、CO、ACI、SVR及血浆BNP水平较治疗前均有改善($P < 0.01$),而治疗组对其改善程度优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3 讨论

RHF是内科ICU常见的急危重症,常见于心血管疾病的终末期。为提高临床治疗效果,首先需加强血流动力学监测,判断病情严重程度及变化趋势,监测药物

表3 两组RHF患者监测指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	LVEF(%)	CO(L/min)	ACI(100 ⁻¹ ·s ⁻²)	SVR(dyn·s·cm ⁻⁵)	BNP(ng/L)
治疗组 (n=30)	治疗前	43.43±4.75	2.67±0.47	57.17±10.69	1986.27±301.59	5582.50±2131.54
	治疗后	54.87±5.56 ^{△△}	4.22±0.40 ^{△△}	74.97±8.86 ^{△△}	1261.20±175.86 [△]	927.60±159.85 ^{△△}
对照组 (n=30)	治疗前	44.70±4.71	2.84±0.47	55.20±8.92	2112.37±318.03	5266.30±1872.81
	治疗后	50.70±4.01 [*]	3.81±0.54 [*]	67.27±6.65 [*]	1364.93±198.82 [*]	1031.37±129.68 [*]

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

治疗效果,进而指导临床药物的调整与应用。生物阻抗法无创血流动力学监测具有安全、简便、重复使用、监测参数多、适用范围广以及费用低廉等优点,广泛应用于临床。血流动力学监护仪BioZ.com是建立在胸电生物阻抗测量理论上,通过无创方法计算出CO、ACI、SVR等血流动力学参数。ACI是无创血流动力学监测提供的特有参数,能够评价心肌收缩能力、反应心衰情况以及指导心脏活性药物的应用。血浆BNP作为心衰定量标志物,能够直接反映心脏功能,其有助于判断RHF的预后以及评价药物的临床效果。因此,本研究重点监测了LVEF、CO、ACI、SVR及BNP的变化情况。

RHF属于中医学“喘脱”“水肿”“痰饮”“胸痹”等范畴,历代先贤对其均有较为详尽的论述。现代业者对于心力衰竭也多有阐发,如张艳等^[5]认为心气虚是心力衰竭的始动因素,陈可冀认为心力衰竭最根本的病机为内虚,后期伴有血瘀、痰饮等邪气,这与历代先贤的论述趋于一致^[6]。纵观历代医家的认识,RHF的基本病机为心阳衰微,治宜温补阳气,振奋心阳。参附注射液源自参附汤,功善回阳、益气、固脱。人参味甘微苦,归脾、肺经、心经,具有大补元气,复脉固脱,补脾益肺,生津,安神益智之功,诚如《本草蒙笙》“定喘嗽,通畅血脉,泻阴火,滋补元阳”。附子味辛甘,大热,归心、肾、脾经,具有回阳救逆,补火助阳,散寒止痛之功,诚如《本草经读》“附子,味辛气温,火性迅发,无所不到,故为回阳救逆第一品药”。现代药理研究表明^[7-8],人参皂苷能扩张冠状动脉,增加心肌细胞Ca²⁺浓度,产生类似强心苷作用,增强心肌收缩力,保护心肌细胞线粒体活性,改善心肌能量代谢,提高心肌对缺氧的耐受力,降低心肌耗氧量及血浆BNP,保护受损心肌。去甲乌头碱具有 α 、 β 受体双重激动作用,能够增强心肌收缩力,恢复缺血心肌的再灌注,扩张冠状动脉,降低外周血管阻力,减轻心脏负荷,激动超氧化物歧化酶,清除氧自由基,保护心肌细胞^[9-10]。此外,人参与附子同用,具有协同作用,能够增强临床功效^[11]。

研究表明,在西医常规治疗的基础上加用大剂量参附注射液可显著提高对RHF的临床疗效,提高左室射血分数、心输出量,降低血浆BNP水平,改善患者

柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加减治疗心脏神经症 临床研究*

姜伟超 周亚滨[△]

(黑龙江省哈尔滨市急救中心,黑龙江 哈尔滨 150056)

中图分类号:R541 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1146-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.007

【摘要】目的 观察柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加减治疗治疗心脏神经症的疗效。**方法** 将 55 例心脏神经症患者随机分为两组,治疗组 30 例给予对柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加减,每日 1 剂,早晚分服。对照组 25 例予倍他乐克,每次 25 mg 口服,每日 1 次。以上两组均 15 d 为 1 个疗程,观察 2 个疗程进行疗效评定。两组治疗前后分别应用 Zung 氏抑郁量表和焦虑量表评分,观察治疗前后两组的临床疗效。**结果** 治疗后,治疗组在心律改善上与对照组比较无显著差异($P>0.05$);治疗组中医证候改善上与对照组比较有显著差异($P<0.05$)。治疗组在早搏改善上与对照组无显著差异($P>0.05$)。两组 Zung 抑郁量表评分、焦虑量表评分差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加减治疗心脏神经症能明显减慢心率,缓解心悸等临床症状,且无明显不良反应。

【关键词】 柴胡桂枝龙骨牡蛎汤 朱砂 心脏神经症

The Clinical Research on Modified Treatment with *Chaihuguizhi Longgumuli Tang* on Cardiacneurosis

JIANG Weichao, ZHOU Yabin. Harbin Emergency Center, Heilongjiang, Harbin 150056, China

【Abstract】Objective: To observe the effectiveness of modified treatment with *Chaihuguizhi Longgumuli Tang* on cardiacneurosis. **Methods:** 55 sufferers were randomly divided into two groups. 30 cases of the treatment group received modified treatment with *Chaihuguizhi Longgumuli Tang*, a dose per day, an average of two, one taking in the morning and one in the evening. 25 cases of the control group were given Betaloc, 25 mg orally, once a day. Both groups were treated for two 15 day courses. After it, the effects were evaluated. Zung-SDS and Anxiety Scale score were made to observe the clinical effect, before and after treatment. **Results:** After treatment, there was no significant difference in Cardiac rhythm improvement and Beats improvement between the two groups ($P>0.05$). There were obvious differences in syndrome of traditional Chinese medicine ($P<0.05$). Zung-SDS score and Anxiety Scale score had significant difference ($P<0.05$). **Conclusion:** Modified treatment with *Chaihuguizhi Longgumuli Tang* on cardiacneurosis can significantly slow the heart rate and help to ease the symptoms of palpitation and other clinical symptoms, with no obvious side effects.

【Key words】 *Chaihuguizhi Longgumuli Tang*; Cinnabar; Cardiacneurosis

心脏神经症是以心血管疾病的有关症状为主要表现的临床综合征,属于功能性神经症的一种类型^[1]。患者主观感觉心悸,胸痛,呼吸不畅等症状。临床患者心电图可显示窦性心动过速,房早,室早等改变。中医认为本病为心悸,可分为肝郁气滞、肝郁化火等证型。临床治法多以疏肝解郁、清肝泻火为主。笔者采用柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加减治疗心脏神经症 30 例,并与心理干预,西药等对症治疗 25 例进行比较,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 55 例均来自于黑龙江中医药大学附

属第一医院门诊确诊的心脏神经症患者,中医辨证为肝郁化火型。按照随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组 30 例,男性 16 例,女性 14 例;年龄 15~69 岁,中位年龄 56 岁;病程 4 个月至 16 年,平均 5.6 年;其中心电图示房性早搏 10 例,室性早搏 5 例。对照组 25 例,男性 13 例,女性 12 例;年龄 19~67 岁,中位年龄 58 岁;病程 5 个月至 18 年,平均 6.8 年;其中心电图示房性早搏 10 例,室性早搏 5 例。排除重度心率失常,重度心肺功能不全,妊娠及肾功能不全及对本试验药物过敏者。两组年龄、性别、病情严重程度、病程等差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 病例选择 西医诊断标准:参照《内科学》^[2]制定。中医证候诊断标准依据《中医病证诊断疗效标准》“心

* 基金项目:教育部春晖计划资助项目(Z2010019)

[△] 通信作者(电子邮箱:2539966969@qq.com)

悸”诊断标准^[3]。1)自觉心搏异常,或快速或缓慢,或跳动过重,或忽跳忽止,呈阵发性或持续不解,神情紧张,心神不安;2)伴有胸闷烦躁、失眠多梦、大便秘结,小便短赤、头晕等症;3)可见数、促、滑等脉象;4)常有情志刺激,如惊恐、紧张,以及劳倦、饮酒等诱发因素;5)相关实验室检查及心电图、X线胸部摄片等有助明确诊断。

1.3 治疗方法 1)治疗组服用柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加减^[4],药物组成:柴胡 15 g,桂枝 15 g,黄芩 15 g,生龙骨 50 g,生牡蛎 50 g,生地黄 25 g,白芍 25 g,石菖蒲 15 g,郁金 15 g,朱砂 1.5 g(冲服)。胸闷者加瓜蒌 15 g,薤白 15 g。煎煮方法:上药(除朱砂外)加水煎煮两次,合并煎液,每剂取汁 400 mL。用法:每日 1 剂,加入朱砂 1.5 g 冲服。分早晚 2 次服用。2)对照组予倍他乐克(阿斯利康制药有限公司生产,规格:25 mg/片,批号:1303034)^[5],每次 25 mg 口服。每日 1 次。两组均以 15 d 为 1 个疗程,2 个疗程后观察疗效。治疗期间合并其他疾病所必须服用的药物,可维持不变。

1.4 观察指标 1)安全性观察:检测血常规、尿常规、肝肾功能,于治疗前及治疗结束各进行 1 次。可能出现的不良事件,随时观测并记录;并观察药物不良反应。2)临床疗效:观察治疗前、治疗后 24 h 动态心电图心率及早搏^[2]变化;中医证候疗效^[6](主症:心悸,胸痛,呼吸不畅。次症:大便秘结、小便短赤、头晕、口干、口臭。或精神抑郁,胸胁胀痛等。舌苔脉象:舌红苔黄,脉数或促、滑)。3)观察 Zung 氏抑郁量表评分(SDS)与焦虑量表评分(SAS)^[7]变化情况。

1.5 疗效指标 1)动态心电图疗效标准参照 1995 年卫生部颁布《中药新药临床研究指导原则》^[8]制定:24 h 动态心电图心率较前减少大于 90%为显效;早搏较前减少 50%~90%为有效;心率减少小于 50%,无变化或增加为无效。2)临床疗效判断标准参考《中药新药临床研究指导原则》^[8]制定。临床痊愈:原有症状和体征基本消失大于 90%。显效:原有症状体征大部分消失或明显减轻大于 70%。有效:原有症状体征较前减轻 30%~70%。无效:原有症状体征减少小于 30%或症状加重。3)ST-T 段改变标准。缺血性 ST 段下移恢复正常或大致正常为显效;倒置 T 波变浅 $\geq 50\%$ 或 ST 段回升 >0.5 mV 为有效;ST 段无变化为无效。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 19.0 统计软件分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用配对 *t* 检验、 χ^2 检验与秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心脏神经官能症患者动态心电图疗效比较见表 1。两组均能减少心动过速的发作次数,对照组稍优于治疗组,但两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 两组中医证候疗效比较 见表 2。治疗组疗效明

显优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组心脏神经官能症患者动态心电图疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	30	3	17	10	20(66.67)
对照组	25	3	14	8	17(68.00)

表 2 两组中医证候疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	30	17	11	2	28(93.33) [△]
对照组	25	7	10	8	17(68.00)

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.3 两组 24 h 早搏次数疗效比较 见表 3。两组均能减少早搏的发作次数,对照组稍优于治疗组,但两组比较无明显差异($P > 0.05$)。

表 3 两组 24 h 早搏次数疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	15	8	5	2	13(86.67)
对照组	15	9	5	1	14(93.33)

2.4 两组治疗前后 SDS、SAS 评分比较 见表 4。与本组治疗前比较,两组 SDS 和 SAS 评分均明显降低($P < 0.05$)。治疗后,两组评分差异亦明显($P < 0.05$)。

表 4 两组治疗前后 SDS、SAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	SDS	SAS
治疗组 (<i>n</i> =30)	治疗前	59.86 \pm 10.04	57.55 \pm 9.11
	治疗后	35.57 \pm 4.84 ^{*△}	34.55 \pm 3.63 ^{*△}
对照组 (<i>n</i> =25)	治疗前	59.31 \pm 10.81	57.36 \pm 8.66
	治疗后	39.55 \pm 3.90 [*]	39.40 \pm 4.81 [*]

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

2.5 两组非特异性 ST-T 改变比较 见表 5。两组均能减少心动过速的发作次数,对照组稍优于治疗组,但两组比较无明显差异($P > 0.05$)。

表 5 两组非特异性 ST-T 改变比较(*n*)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	30	4	16	10	20(66.67)
对照组	25	2	15	8	17(68.00)

2.6 安全性观察 治疗过程中,两组患者皆无不良反应发生;生命体征,血、尿常规,肝肾功能等安全指标前后相比均无明显异常,表明治疗药物安全可靠,无明显不良反应。

3 讨论

心脏神经症西医治疗以心理治疗为主,药物治疗

为辅。目前抗焦虑或抑郁的药物,如苯二氮草类抗焦虑药奥沙西洋^[9]、或选用抑制5-羟色胺再摄取类抗抑郁药如左洛复^[10]等药为代表,同时给予调节自主神经功能失调如谷维素及服用β受体阻滞剂降低交感神经活性等对症治疗,短期内对焦虑或抑郁的改善有一定的疗效,但因药物副作用患者常不能坚持服药。其中,β受体阻滞剂治疗本病会可能导致钠、钾和钙通道平衡失调,这是抗心律失常药物致心律失常的原因之一^[11],进而可能加重病情。相比较而言,柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加减治疗本病更加安全。柴胡、桂枝疏肝理气;黄芩、生地黄清泄里热;龙骨、牡蛎潜阳镇逆,收敛心气,安神定志;白芍滋阴柔肝缓急;菖蒲、郁金宁神解郁;朱砂镇静安神。临床观察证明本方有明显改善心脏神经症患者临床症状的作用。

参 考 文 献

[1] Omori IM, Watanabe N, Nakagawa A, et al. Fluvoxamine versus other anti-depressive agents for depression[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2010, 17(3):CD006114.
 [2] 陆再英. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:360-361.
 [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: 19.

[4] 丁德正. 桂枝龙骨牡蛎汤在精神疾病中的运用[J]. 河南中医, 2007, 27(9): 11.
 [5] 黄志军. 乙胺碘呋酮和倍他乐克治疗室性早搏的疗效与安全性的 Meta 分析[J]. 南方医科大学学报, 2010, 30(11): 2577-2579.
 [6] 王永炎. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1994: 10.
 [7] 段泉泉. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.
 [8] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 77-85.
 [9] 蒋正伟. 奥沙西洋与劳拉西洋治疗老年人广泛性焦虑症有效性和安全性研究[J]. 药物与临床, 2012, 19(32): 85-86.
 [10] 孙爱民. 左洛复对改善精神分裂症阴性症状患者临床疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(9): 137.
 [11] Dong DL, Li Z, Wang HZ, et al. Acidification alters antiarrhythmic drug blockade of the ether-a-go-go-related gene (HERG) channels[J]. Basic Clin Pharmacol Toxicol, 2004, 94(5): 209-212.

(收稿日期 2014-06-30)

(上接第 1143 页)

0.01), 可见补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁发生不良反应较少, 安全性更佳。

3 讨 论

由上述 Meta 分析结果可见, 补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁患者在有效性和安全性方面均有效果, 且较西药组为优。有的研究报告了神经功能缺损评分、日常生活能力评分治疗前后的改变情况, 但因为纳入该指标的研究太少, 其数据合并意义不大, 故未对其进行定量合成。

本研究的局限性包括: 1) 纳入研究均未提及分配隐藏和盲法情况, 仅仅提到使用了随机方法。2) 各个研究治疗组方案合用方不一致, 治疗组干预措施相同的数量太少。3) 结局指标是临床症状的改善, 带有一定的主观性。故研究选取了治疗 HAMD 评分的改变进行报道。

截至目前为止, 高质量的补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁的临床报道较少, 国内今后的 RCT 应为大样本、正确详尽的随机方法、双盲设计、分配隐藏的试验设计。根据脑卒中后抑郁的特点, 选取客观的结局指标, 制定具有中医特色的评价标准。

通过本次 Meta 分析, 补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁在临床疗效和安全性上优于对照组。补阳还五汤治疗脑卒中后抑郁的有效性和安全性仍需更多大样本、

高质量的研究证实。

参 考 文 献

[1] Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales[J]. Educational and Psychological Measurement, 1960, 20: 37.
 [2] 姚黄. 辨证治疗脑卒中后抑郁症 40 例[J]. 河南中医, 2008, 28(3): 47-48.
 [3] 钟新云, 钟宏丽, 钟金兰, 等. 高压氧结合补阳还五汤加味治疗脑卒中后抑郁的疗效分析[J]. 按摩与康复医学: 中旬刊, 2011, 2(11): 169-170.
 [4] 杨琳, 陈立早, 汤守珍, 等. 补阳还五汤加味结合高压氧治疗脑卒中后抑郁疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2004, (2): 100-101, 102.
 [5] 周新强. 补阳还五消食汤加减治疗脑卒中后抑郁症 65 例临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2012, 4(23): 91-92.
 [6] 周强, 叶建华, 严金柱, 等. 加味补阳还五汤联合氟西汀治疗脑卒中后抑郁 41 例临床观察[J]. 福建中医药, 2009, 40(6): 13-14.
 [7] 唐华, 顾柏林, 周湘明. 补阳还五汤合柴胡疏肝散治疗卒中后抑郁的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2011, 30(21): 26-27.
 [8] 马宏博, 法文喜, 司国民, 等. 补阳还五汤合柴胡加龙骨牡蛎汤治疗脑卒中后抑郁症的临床观察[C]. //2012 年中医神志病重点专科建设与发展、临床诊疗标准化及专业教材建设研讨会论文集, 2012: 226-228.

(收稿日期 2014-12-08)

痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎的有效性及其安全性评价*

卢起飞^{1,2} 汪成琼¹ 王 俊² 田应彪³ 陈 灵³ 吴光明² 肖 政^{1△}

(1.遵义医学院附属医院遵义医学院循证医学中心,贵州 遵义 563003;2.贵州省毕节市第一人民医院,贵州 毕节 551700;3.遵义医学院附属医院,贵州 遵义 563003)

中图分类号:R730.59 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1149-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.008

【摘要】目的 系统评价痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎的有效性与安全性。**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 9 个 RCT,放射性肺炎 582 例,纳入研究质量一般;2)Meta 分析合并 RR 值包括临床显效[RR=1.35,95%CI(1.09,1.66)]、临床无效[RR=0.30,95%CI(0.18,0.48)]及总体疗效[RR=1.16,95%CI(1.05,1.28)]($P<0.05$);临床痊愈[RR=1.71,95%CI(1.28,2.30)]及临床有效[RR=0.87,95%CI(0.65,1.17)]($P=0.36$)。3)纳入 1 个研究均报道轻微不良反应。**结论** 本研究表明痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎的临床疗效优于抗生素联合激素,但存在轻微不良反应。纳入研究质量一般,建议临床慎用。

【关键词】 痰热清注射液 放射性肺炎 辅助治疗 Meta 分析

The Efficacy and Safety of Tanreqing Injection in Adjuvant Treatment for Radiation Pneumonitis: A Meta-analysis LU Qifei^{1,2}, WANG Chengqiong¹, WANG Jun², et al. 1 Evidence-Based Medicine Center, Zunyi Medical College, Affiliated Hospital of Zunyi Medical College, Guizhou, Zunyi 563003, China; 2 The First People's Hospital of Bijie City, Guizhou Province, Guizhou, Bijie 551700, China

【Abstract】Objective: To systematically review the efficacy and safety of *Tanreqing Injection* in adjuvant treatment for radiation pneumonitis. **Methods:** All related studies were retrieved in CBM, CNKI, VIP, Wanfang, Pubmed and Embase; the quality of all included studies were evaluated by Cochrane scale and all data was analyzed by meta-analysis. **Results:** 1) Nine RCTs involving 582 patients with radiation pneumonitis were included, with general methodological quality in most trials. 2) The merged RR values and their 95% CI of Meta-analysis for clinical marked effectiveness, and clinical failure and overall effect were as follows: 1.35 (1.09, 1.66), 0.30 (0.18, 0.48) and 1.16 (1.05, 1.28) and these were statistically significant. The clinical cure and clinical effectiveness were as follows: 1.71 (1.28, 2.30) and 0.87 (0.65, 1.17), which was not statistically significant. 3) One studies reported the light adverse reaction. **Conclusion:** Our study shows that the clinical efficacy of *Tanreqing Injection* in adjuvant treatment is better than that of the antibiotic and glucocorticoid to radiation pneumonitis with light adverse reaction. But the quality of all studies is not high. Therefore, we recommend careful application of *Tanreqing Injection* in clinical therapy.

【Key words】 *Tanreqing Injection*; Radiation pneumonitis; Adjuvant therapy; Meta-analysis

放射性肺炎为实体恶性肿瘤放射治疗后的常见并发症,其影响患者生活质量,甚至致死。中医药在抗感染中具有独特疗效,发挥抗菌、消除炎症及增强机体抗病能力等重要作用。痰热清注射液为中成药,常单独或辅助激素防治放射性肺炎,但各研究报道的有效性和安全性存在差异,导致临床选择困难^[1-2]。因此本研究

系统评价痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎的有效性及安全性,为科学制订肺部感染治疗策略提供依据。

1 材料与方法

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(建库至 2014 年 10 月)。中文检索词:痰热清注射液、痰热清、放射性肺炎及放射性肺损伤。英文检索词:“Tanreqing, Tanreqing injection

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

△通信作者(电子邮箱:zy426f@163.com)

[Mesh], Radiation pneumonitis [Mesh], Radiation -induced lung injury。1)中文检索式。主题:(痰热清注射液+痰热清)* 主题:(放射性肺炎+放射性肺损伤);2)英文检索式。(Tanreqing OR Tanreqing injection[Mesh]) AND (Radiation pneumonitis [Mesh] OR Radiation-induced lung injury)。检索方式:由两名检索员(卢起飞和汪成琼)独立采用主题词与自由词相结合计算机辅以手工检索数据,根据检索结果修正完善,尽可能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:放射性肺炎。诊断标准为放疗后胸片或CT发现肺部受照部位出现与放射野一致的肺部纤维化和(或)肺部炎症。根据临床症状严重程度按 Radiation Therapy Oncology Group(RTOG)标准分为0~5级,放射性肺炎≥2级,需要积极治疗的患者,急性期(病程<3个月);(2)试验组:痰热清注射液辅助治疗组(痰热清注射液辅助抗生素联合激素);(3)对照组:抗生素联合激素;(4)结局指标:①临床疗效。痊愈:临床症状消失,X射线平片絮状阴影消失;显效:咳嗽、胸闷、胸痛、气急及发热等症状消失,肺部听诊无干、湿性啰音,X线检查肺部炎性阴影消散;有效:症状、体征消失或明显减轻,X线检查阴影大部分消散;好转:症状、体征减轻,X线检查阴影部分消散;无效:症状和体征未减轻,X线检查无明显改善或加重。总体疗效:痊愈+显效+有效;②症状及体征缓解时间;③不良反应。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 按 Cochrane 系统评价手册质量评价标准评价纳入研究方法学质量。包括:1)是否应用随机方法;2)是否做到分配隐藏;3)是否采用盲法;4)基线是否可比;5)其他偏倚,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(卢起飞和汪成琼)根据纳入、排除及质量评价标准,独立筛选及评价文献,筛选与评价分歧通过与第三方讨论解决(肖政)。

1.4 统计学处理 依据 PICO 原则(P:研究对象,I:干预措施,C:研究对照,O:研究结果)设计资料提取表格,提取纳入研究基本情况(作者、发表时间、患者来源、病例数、试验组、对照组及研究设计),研究结果包括临床疗效及不良反应等。采用 RevMan5.3 进行 Meta 分析,连续变量用均数差(MD)或标准化均数差(SMD),二分类变量采用相对危险度(RR)及其95%CI 进行描述。各研究间异质性检验采用 χ^2 检验,若不存在异质性或异质性较小($I^2 < 50\%$, $P > 0.1$),采用选择固

定效应模型(Fixed effects model)计算合并效应量;如异质性检验结果显示各研究间存在异质性 ($P \leq 0.1$, $I^2 \geq 50\%$),分别采用固定效应模型交替随机效应模型进行 Meta 分析,其结果的一致性良好,说明无明显异质性来源,则采用随机效应模型(Random effects model)进行合并分析。合并研究超过10个,采用漏斗图分析发表偏倚。

2 结果

2.1 检索结果 见图1。检索到文献253篇,包括CBM 52篇,CNKI 50篇,维普50篇,万方54篇, Pubmed 12篇,Embase 35篇。首先,阅读题目排除重复文献150篇,阅读摘要,排除会议摘要5篇,无关文献36篇,综述12篇,阅读全文后排除不符合纳入标准文献41篇,最后纳入9篇随机对照研究。

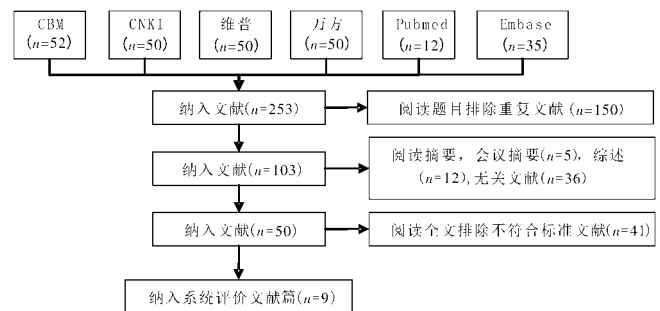


图1 文献检索及筛选结果

2.2 纳入研究基本特征 见表1。本研究纳入2006至2011年间7个省9个RCT研究,放射性肺炎582例。痰热清注射液辅助治疗组297例,抗生素联合激素组285例。采用临床疗效(痊愈、显效、有效、无效及总体疗效)及不良反应等指标评价疗效。结果表明各研究中痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎中,痰热清注射液

表1 纳入研究基本特征

文献出处	年代	地区	研究对象		干预措施		研究结果						研究设计
			疾病	n	试验组	对照组	O1	O2	O3	O4	O5	O6	
任庆兰等 ^[3]	2006	重庆	√	69	35	34	√	√	√	√	√	√	RCT
李江等 ^[4]	2008	广东	√	60	30	30	-	√	√	√	√	x	RCT
刘爱华 ^[5]	2008	黑龙江	√	38	19	19	-	√	√	√	√	-	RCT
马东阳等 ^[6]	2008	河南	√	98	51	47	√	√	√	√	√	-	RCT
龚红卫等 ^[7]	2009	湖北	√	61	30	31	-	√	√	√	√	-	RCT
韩纪昌等 ^[8]	2009	河南	√	106	56	50	-	√	√	√	√	-	RCT
栾宝红 ^[9]	2011	山东	√	50	25	25	√	√	√	√	√	-	RCT
马群等 ^[10]	2011	河南	√	40	21	19	-	√	√	√	√	-	RCT
谭瑞峰等 ^[11]	2011	四川	√	60	30	30	-	√	√	√	√	x	RCT

O1:临床痊愈;O2:临床有效;O3:临床显效;O4:临床无效;O5:总体疗效;O6:不良反应。疾病:放射性肺炎;试验组:痰热清注射液辅助治疗组[痰热清注射液(20mL)加入5%葡萄糖注射液250~500mL中静脉滴注,每天1~2次,7~15d为1疗程];对照组:抗生素联合激素。

常用用法为20 mL加入5%葡萄糖注射液250~500 mL中静脉滴注,1~2次/d,7~15 d为1疗程,疗效报道不一。
 2.3 纳入研究质量评价 见表2。纳入9个研究,其质量基本特征分布如下。纳入研究整体质量一般,1个研究质量为7分,7个研究质量6分,1个研究5分,平均积分为6分。仅1篇文献说明随机方法,其余8篇仅描述随机二字,均未说明盲法和分配隐藏;8篇基线一致,1篇为不清楚;均未说明其他偏倚。结果表明纳入研究质量一般,尤其是随机方法、分配隐藏及盲法部分描述不清楚。

表2 纳入研究质量评价

出处	年份	随机方法	盲法	分配隐藏	基线一致	其他偏倚	评分
任庆兰等 ^[3]	2006	不清楚	不清楚	不清楚	是	不清楚	6
李江等 ^[4]	2008	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	5
刘爱华 ^[5]	2008	不清楚	不清楚	不清楚	是	不清楚	6
马东阳等 ^[6]	2008	不清楚	不清楚	不清楚	是	不清楚	6
龚红卫等 ^[7]	2009	是	不清楚	不清楚	是	不清楚	7
韩纪昌等 ^[8]	2009	不清楚	不清楚	不清楚	是	不清楚	6
栾宝红 ^[9]	2011	不清楚	不清楚	不清楚	是	不清楚	6
马群等 ^[10]	2011	不清楚	不清楚	不清楚	是	不清楚	6
谭瑞峰等 ^[11]	2011	不清楚	不清楚	不清楚	是	不清楚	6

“是”为2分,“否”为0分,“不清楚”为1分,总评分最高为10分。

2.4 临床痊愈 见图2。纳入3篇文献,放射性肺炎217例,痰热清注射液辅助治疗组111例,抗生素联合激素组106例,研究结果间同质性好($I^2=46%$),采用固定效应模型,Meta分析结果显示临床痊愈在两组间有明显差异($RR=1.71, 95%CI(1.28, 2.30), P=0.012$)提示痰热清注射液辅助治疗组优于对照组。

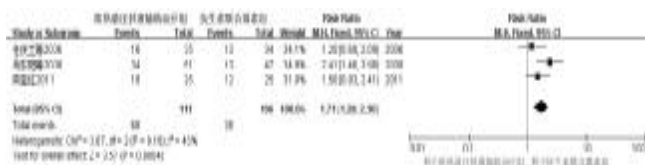


图2 两组临床痊愈比较的Meta分析

2.5 临床显效 见图3。纳入8篇文献,放射性肺炎532例,痰热清注射液辅助治疗组272例,抗生素联合激素组260例,研究结果间同质性较好($I^2=21%$),采用固定效应模型,Meta分析结果显示临床显效在两组间差异有统计学意义($RR=1.35, 95%CI(1.09, 1.66), P=$

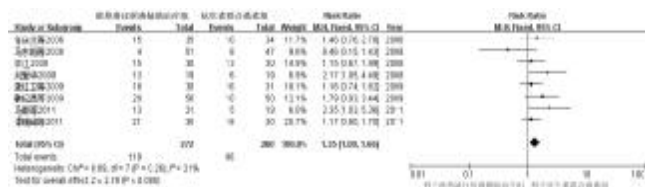


图3 两组临床显效比较的Meta分析

0.005),提示痰热清注射液辅助治疗组优于对照组。
 2.6 临床有效 见图4。纳入9篇文献,放射性肺炎582例,痰热清注射液辅助治疗组297例,抗生素联合激素组285例,研究结果组间同质性好($I^2=0%$),采用固定效应模型,Meta分析结果显示临床有效在两组间差异有统计学意义[$RR=0.87, 95%CI(0.65, 1.17), P=0.36$]

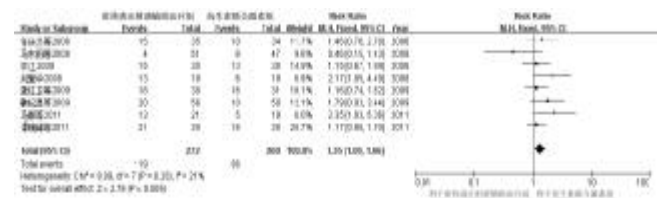


图4 两组临床有效比较的Meta分析

2.7 临床无效 见图5。纳入9篇文献,放射性肺炎582例,痰热清注射液辅助治疗组297例,抗生素联合激素组285例,研究结果间同质性好($I^2=0%$),采用固定效应模型,Meta分析结果显示临床无效在两组间差异有显著统计学意义($RR=0.30, 95%CI(0.18, 0.48), P<0.00001$)。

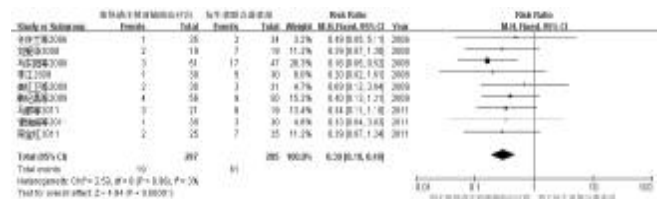


图5 两组临床无效比较的Meta分析

2.8 临床总体疗效 见图6。纳入9篇文献,放射性肺炎582例,痰热清注射液辅助治疗组297例,抗生素联合激素组285例,研究结果间异质性较高($I^2=59%$),采用随机效应模型,Meta分析结果显示临床总体疗效在两组间有明显差异($RR=1.16, 95%CI(1.05, 1.28), P=0.003$)。痰热清注射液辅助治疗组临床有效与对照组相当。临床治愈、显效、临床无效及总体疗效优于对照组,结果表明痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎能显著改善患者临床疗效。

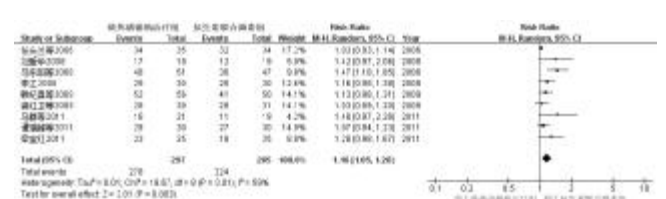


图6 两组总体疗效比较的Meta分析

2.9 不良反应 纳入9个研究,6个研究未描述试验组及对照组不良反应情况,2个研究报道无不良反应,1个研究报告^[3]存在胃肠道反应,头晕、眩晕、皮疹、瘙

痒及血细胞或血小板减少等并发症,在两组间差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

放射性肺炎为实体恶性肿瘤放射治疗后常见并发症,其影响患者生活质量,甚至致死,相关因素复杂,机制与射线致多种靶细胞损伤,释放各种细胞因子、炎性因子等致病有关^[12-15]。痰热清注射液常单独或辅助激素防治放射性肺炎,但其有效性和安全性各研究报道存在差异,致临床选择困难^[1-2]。因此本研究系统评价痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎的有效性及安全性,为科学制订放射性肺炎的治疗策略提供依据。

本研究纳入 2006~2010 年 9 个研究,系统分析表明痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎的常用剂量为 20 mL, 1~2 次/d, 连续用 7~14 d。依据临床疗效评价标准,对痰热清注射液辅助治疗的临床疗效分为 5 个等级包括无效、有效、显效、痊愈及整体疗效。Meta 分析结果表明痰热清注射液辅助治疗组临床治愈、显效、临床无效及总体有效率优于抗生素联合激素治疗,而临床有效与对照相当,结果表明痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎能显著患者临床疗效。田春桃等^[16-17]研究表明单独使用痰热清注射液可显著缩短放射性肺炎患者的发热、咳嗽、哮喘、肺部阴影及痰色质等症状缓解时间。喻秋平等^[18-20]研究表明痰热清注射液能降低胸科术后、慢性阻塞性肺疾病急性加重期、创伤性急性肺损伤患者血清 IL-6、IL-8、TNF- α 等炎性介质水平,提示痰热清注射液能通过降低患者血清炎性介质、改善症状而提高疗效。纳入 9 个研究,6 个研究未描述不良反应情况,2 个研究报道无不良反应,1 个研究报告^[3]痰热清注射液辅助治疗存在胃肠道反应,头晕、眩晕、皮疹、瘙痒及血细胞或血小板减少等并发症,在两组间无明显差异。另外,梁金秋等^[21]研究报道出现皮疹及局部红肿等不良反应,提示痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎存在轻微不良反应,但纳入研究可能低估其安全性。研究表明痰热清注射液辅助治疗的临床总体疗效、治愈及显效率优于抗生素联合激素组,其临床有效性与对照组相当,但存在轻微不良反应。

本次 Meta 分析纳入 7 个省 9 个 RCT 研究,放射性肺炎 582 例,病例数量不多;纳入研究整体质量一般,随机及盲法等描述不清,严重影响研究结果可信度。合并指标同质性好,Meta 分析结果稳定性较好,科学性较好,结果可靠。纳入研究数量较少,本文未做发表偏倚。研究表明本次 Meta 分析稳定性及科学性较好,结果可靠,但纳入研究质量不高。

综上,本研究表明痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎的临床疗效优于抗生素联合激素,但存在轻微不良反应,纳入研究可能低估其安全性。因纳入研究证据数量及质量不高,建议临床慎用,同时设计高质量、

规范的随机对照试验予以证实其疗效及安全性。

参 考 文 献

- [1] 张徽声,王远飞.痰热清治疗放射性肺炎 56 例的疗效观察[J].中医临床研究,2010,2(18):45-46.
- [2] 汪晓灵.痰热清注射液辅助治疗放射性肺炎的观察及护理[J].齐齐哈尔医学院学报.2009,30(01):92-93.
- [3] 任庆兰,严瑾,吴永忠,等.痰热清辅助治疗急性放射性肺炎 35 例临床研究[J].中医杂志,2006,47(9):676-677.
- [4] 李江,陈巧.痰热清注射液治疗放射性肺炎疗效观察[J].中国现代医药杂志,2008,10(6):50.
- [5] 刘爱华.中西医结合治疗急性放射性肺炎 38 例临床观察[J].中国医药指南,2008,6(16):469-470.
- [6] 马东阳,王修身,周浩本,等.痰热清注射液治疗急性放射性肺炎 51 例[J].中医研究,2008,21(8):29-31.
- [7] 龚红卫,罗秀丽.中西医结合治疗放射性肺炎临床观察[J].湖北中医杂志,2009,31(2):33-34.
- [8] 韩纪昌,张祎捷,缪东,等.痰热清治疗急性放射性肺炎的临床观察[J].临床肺科杂志,2009,14(3):332-333.
- [9] 栾宝红.痰热清治疗放射性肺炎疗效观察[J].医药论坛杂志,2011,32(7):151-52.
- [10] 马群,赵秀升,吕瑞,等.痰热清注射液治疗放射性肺炎疗效观察[J].肿瘤研究与临床,2011,23(6):413-414.
- [11] 谭瑞峰,黄建清,钟晓燕.中西医结合治疗放射性肺炎疗效观察[J].内蒙古中医药,2011,30(14):17-18.
- [12] Madani I, De RK, Goeminne H, et al. Predicting risk of radiation-induced lung injury[J]. Journal of Thoracic Oncology, 2007, 2(9):864-874.
- [13] Yamashita H, Takahashi W, Haga A, et al. Radiation pneumonitis after stereotactic radiation therapy for lung cancer[J]. World Journal of Radiology, 2014, 6(9):708-715.
- [14] Tsougos I, Nilsson P, Theodorou K, et al. NTCP modelling and pulmonary function tests evaluation for the prediction of radiation induced pneumonitis in non-small-cell lung cancer radiotherapy[J]. Phys Med Biol, 2007, 52(4):1055-1073.
- [15] 岳海英,王仁生.放射性肺损伤机制研究进展[J].中华放射肿瘤学杂志,2014,23(3):230-33.
- [16] 田春桃,韩利艳,王海丽.痰热清注射液治疗放射性肺炎的效果[J].中国临床康复,2006,10(43):194-195.
- [17] 张旭明,毛志达,罗聪怡.痰热清治疗放射性肺炎的研究[J].中外健康文摘:医药月刊,2008,5(6):592-594.
- [18] 喻秋平,万于华,周学亮,等.痰热清对胸科术后患者血清炎性细胞因子影响的研究[J].实用中西医结合临床,2011,11(2):36-37.
- [19] 韦思尊,陈斯宁,冯原.痰热清注射液对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者细胞因子和肺功能影响的研究[J].中国中医急症,2011,20(9):1402-1403.
- [20] 阳世雄,赵永亮,曾建业,等.痰热清注射液对创伤性急性肺损伤患者细胞因子表达的影响[J].中国中医急症,2010,19(7):1087-1088.
- [21] 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.

(收稿日期 2015-03-22)

针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎的 Meta分析*

汪丽伟 谢冰 周红海[△] 刘渊
(广西中医药大学, 广西南宁 530001)

中图分类号:R684.3 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1153-04
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.009

【摘要】目的 系统评价针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎的有效性。**方法** 系统检索中国知网数据库、万方医学网数据库、维普全文期刊数据库、Cochrane Library 数据库、美国医学文摘数据库、采集从建库至2014年12月的全部针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎的随机对照试验,挑选出契合纳入标准的文献,对其进行严格的质量评估,对文献进行 Meta 数据分析。**结果** 共检索出 565 篇文献,通过筛选最终纳入 8 篇文献共有 710 例患者满足纳入标准,全部为中文文献,对这 8 篇文献进行 Meta 分析显示,对针灸配合手法、单纯针灸治疗膝关节骨性关节炎比较,差异有统计学意义($OR=4.35, 95\%CI:2.53, 7.49, P<0.01$),漏斗图不呈倒漏斗型,存在小部分倾斜,提示可能存在部分发表偏倚,估计与各临床研究质量不高有关。**结论** 针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎疗效较好,优于单纯针灸的治疗方法,然而纳入研究质量和数量有限,亟待高质量的临床研究证据的充实。

【关键词】 膝关节骨性关节炎 针灸 手法 Meta 分析

Acupuncture Combined with Manipulation in Treating Knee Osteoarthritis: A Meta-analysis WANG Liwei, XIE Bing, ZHOU Honghai, et al. Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi, Nanning 530001, China

【Abstract】Objective: to systematically review the effectiveness of acupuncture combined with manipulation in the treatment of knee osteoarthritis (KOA). **Methods:** Systematic searches were conducted in CNKI, VIP, WAN-FANG DATA, PubMed and the Cochrane Library to collect all the randomized controlled trials (RCTs) on acupuncture combined with manipulation in the treatment of KOA from inception to December 2014. Studies that met the inclusion criteria were selected and received the quality evaluation strictly. Then the meta-analysis was performed by using RevMan5.2. **Results:** Five hundred and sixty five literatures in total were retrieved. After selection, finally, 8 literatures including 710 patients met the inclusion criteria, which were all Chinese literatures. Then the meta-analysis for these 8 literatures showed that there was statistical difference ($OR=4.35, 95\% CI [2.53, 7.49], P<0.01$) between Acupuncture Combined With Manipulation and Simple Acupuncture in the treatment of KOA. The graphic was not inverted funnel-shaped which existed small part of sloping. Due to the low-quality researches, it indicated that there existed some publication bias. **Conclusion:** Acupuncture combined with manipulation in the treatment of knee osteoarthritis has good clinical curative effects on KOA and has certain advantages compared with the treatment of simple acupuncture and moxibustion. But restricted by the quality and quantity of the researches, these results need more evidence of clinical research with high quality to enrich.

【Key words】 Knee osteoarthritis; Acupuncture; Manipulation; Meta-analysis

膝关节骨性关节炎发病率在 20 世纪明显增加,50%的 60 岁以上人口在 X 线片上出现骨性关节炎变,这当中有临床表现的占 30%~50%;而 75 岁以上人口有 80%出现骨性关节炎症状^[1-3]。当前,西医对本病的

治疗以改进关节活动、减轻症状、避免或者减少畸形、预防病情恶化、促进受损关节的修复为主^[4]。在临床上多采用中药、针灸推拿、艾灸、小针刀等治疗该病。其中针灸配合手法无药物副作用,临床上多用于止痛、消除无菌性炎症,然而针灸配合手法的疗效性当下仍缺乏循证医学的证据。在这项研究中,笔者应用 Meta 分析的方法系统评估针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效。

* 基金项目:广西壮族自治区科技厅自然科学基金课题
(2013jjBA40026)

[△]通信作者(电子邮箱:zhouhonghaijs2007@163.com)

1 资料与方法

1.1 文献来源 中文文献检索以“膝关节骨性关节炎”“膝关节骨关节炎”“膝骨性关节炎”“骨性膝关节炎”“退行性膝关节炎”“增生性膝关节炎”“膝关节退行性骨关节炎”“膝关节增生性骨关节炎”“膝增生性关节炎”“膝退行性关节炎”及“针灸”“推拿”“手法”等为检索词进行组合,网络检索中国知网数据库(CNKI)、万方医学网数据库、维普全文期刊数据库(VIP);英文文献检索以“knee osteoarthritis”“osteoarthritis of knee joint”“genual osteoarthritis”“knee joint osteoarthritis”“osteoarthritis of knee”“osteoarthritis of the knee”“osseous gonarthrits”“retrograde gonarthrits”“degenerative gonarthrits”“knee degenerative osteoarthrosis”“degenerative knee osteoarthritis”“retrogressive osteoarthritis of knee joint”及“acupuncture”“acupuncture-moxibustion”“massage”“manipulation”“manual”“massotherapy”“technique”等为检索词进行组合,网络检索 Cochrane Library 数据库、美国医学文摘数据库(Pubmed)进行检索。所有检索严格按照纳入,排除标准进行筛选,均为建库至 2014 年 12 月期间所有收录的针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎的临床研究文献。

1.2 文献选择 1)纳入标准:(1)选入文献均为临床随机对照研究,不限制是否为盲法;(2)文献契合美国风湿病学会制定的膝关节骨性关节炎的诊断标准^[5]或与此类似,不限制患者的年龄、性别、病程来源;(3)在原始研究内容中,治疗组通过针灸配合手法治疗(不限针具材料、治疗穴位、留针时间、推拿手法及疗程,可结合温针灸,但不能与其他药物联合治疗),而对照组则通过单纯针灸治疗(同治疗组一致);(4)治疗结果明确,治疗结果明确,疗效标准参考:《中药新药临床研究指导原则》^[6]、《中医病证诊断标准与方剂选用》^[7]中骨痹的疗效标准、《中药新药治疗膝骨性关节炎的临床指导原则》^[6]、国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[8]、Lysholm 膝关节功能评分标准^[9]、美国医学会《永久病损评定指南》^[10]。2)排除标准:(1)不符合纳入标准者;(2)重复发表的文献;(3)只有摘要无全文的文献资料以及数据不完整无法利用的文献;(4)干预措施:治疗组非针灸配合手法的文献,对照组非单纯针灸的文献。

1.3 资料提取方法和质量评价 1)先在以上中英文数据库中进行较全面的文献检索,在 Endnote 软件中进行去重,作出初步筛选,得到 565 篇相关文献;2)按纳入标准,排除标准,阅读文章题目、摘要、关键词,进行二次筛选,最终得到符合要求的文献 8 篇^[11-18],全部为中文文献;3)最后根据 Jadad 质量^[19]记分法对这 8 篇文章的质量进行评分。

1.4 统计学处理 同一疗效指标的随机对照试验通过 Cochrane 协作网提供的 RevMan5.2 软件统计分析,异质性检验各研究效应量,计算各项计数资料合并结果以优势比(OR)表示,并计算 95%可信区间(CI)。当试验结果同质性较好,即 $P > 0.05$ 时,选择二分类变量的固定效应模型分析;反之选择随机效应模型,并进行合并效应量估计。

2 结果

2.1 检索结果 通过检索,并按照纳入标准、排除标准进行筛选后,最终得到 8 篇关于针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎的相关文献^[11-18],对其进行方法学质量评价,均为 1 分的低质量文献。纳入的患者全部诊断为膝关节骨性关节炎,共有 710 例,其中治疗组 374 例治疗组,均采用针灸配合手法治疗;对照组 336 例,全部采用单纯针灸治疗。纳入的具体情况 & Jadad 质量评分情况详见表 1。

表 1 针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎的 Meta 分析
纳入文献的基本情况

第一作者	年份	病例数(n)		治疗方法(n)		有效例数(n)		Jadad 评分
		治疗组	对照组	治疗组	对照组	治疗组	对照组	
何彩云 ^[11]	2009	30	20	针灸配合手法	单纯针灸	29	16	1
厉巧 ^[12]	2014	38	35	针灸配合手法	单纯针灸	37	30	1
吴青青 ^[13]	2011	62	59	针灸配合手法	单纯针灸	61	50	1
张焰理 ^[14]	2011	26	24	针灸配合手法	单纯针灸	25	21	1
朱天兵 ^[15]	2012	64	64	针灸配合手法	单纯针灸	59	48	1
罗仁瀚 ^[16]	2007	60	40	针灸配合手法	单纯针灸	56	34	1
薛利凤 ^[17]	2011	64	64	针灸配合手法	单纯针灸	59	48	1
黄潘吟 ^[18]	2007	30	30	针灸配合手法	单纯针灸	29	26	1

2.2 文献评价指标 纳入的 8 篇文献缺乏统一的疗效评价,存在 6 种评价指标:《中药新药临床研究指导原则》^[6]、《中医病证诊断疗效标准》^[8]、《中药新药临床研究指导原则》^[6]、《中医病证诊断标准与方剂选用》^[7]中骨痹的疗效标准、Lysholm 膝关节功能评分标准^[9]、美国医学会《永久病损评定指南》^[10],这使得研究人员在疗效分析产生一定的难度。

2.3 文献质量评价 纳入的 8 篇文献中,均为单中心临床随机对照试验,无多中心临床随机对照试验。样本来源及含量:纳入的 8 篇文献共涉及 710 名患者,其中 5 篇^[11-12,14,16-17]文献全部来自门诊,1 篇^[13]来自住院患者,2 篇^[15,18]未注明来源,大样本文献所占的比例较少。随机化:2 篇^[15,18]按就诊次序分组,1 篇^[13]采用随机对照原则分组,余^[11,13,15-16,18]未注明具体分组方法,多数未能采用准确的随机分组方法。1)基线均衡性分析:7 篇^[11-13,15-18]注明了组间资料无显著性差异,1 篇^[14]未注明,纳入研究的文献基线情况较好。2)盲法:本次研究

所有文献均没有提及盲法,可能由于干预措施的特殊性导致实施盲法存在一定的困难。3)干预措施:治疗组均采用针灸配合手法疗法,对照组均采用单纯针灸治疗。远期疗效和随访、退出、脱落、不良反应记录:8篇文献均为提到远期疗效、退出、脱落、不良反应情况,故针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎的远期疗效、安全性,患者依从性还有待研究。质量评分:按照 Jadad 质量评分表,8篇文献均得1分,说明纳入文献的质量较低。

2.4 Meta 分析

见图1。结果首先异质性检验纳入资料,最终: $P = 0.97, I^2 = 0\%$,同质性较好,故用固定效应模型,合并效应量 $OR = 4.35, Z = 5.31 (P < 0.00001)$,95% CI 为(2.53, 7.49),表明针灸配合手法治疗膝关节骨性

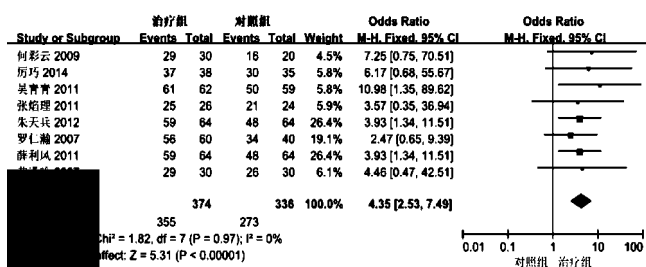


图1 针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎总有效率森林图

关节炎总有效率比纯针灸治疗高。

2.4 发表偏倚分析 见图2。以各个研究估计效应量大小(OR)为横轴与各研究效应量的标准误(SE)为纵轴,利用本软件绘制散点图形(漏斗图)来了解文献潜在的发表偏倚情况,此漏斗图各点基本对称分布,不呈倒漏

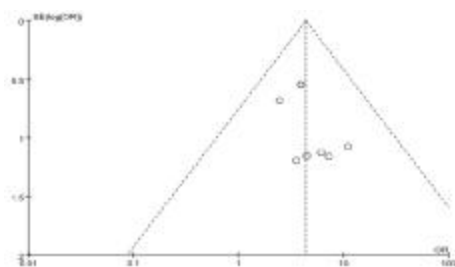


图2 针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎的 Meta 分析纳入文献的发表偏倚分析

斗型,存在小部分倾斜,提示可能存在部分发表偏倚。

3 讨论

3.1 纳入文献方法学问题 本 Meta 分析存在一定的局限,纳入文献存在一定的研究弊端:1)纳入的都是小样本随机对照试验,没有多中心的研究,研究质量低下;2)随机方法不明,未说明采用分配隐藏与否,选择性偏倚的可能性较大;3)本次研究所有文献均没有提及盲法,所以测量偏倚和实施偏倚的可能性很大;4)没有随访及失访等相关记录对其进行处理;5)需统一临床治疗膝关节骨性关节炎的疗效评价标准。

3.2 针灸配合手法治疗 KOA 的有效性分析 Meta 分析结果体现,针灸配合手法对膝关节骨性关节炎优于单纯针灸治疗,疗效好,其 $OR = 4.35, 95\% CI$ 为(2.53, 7.49)。但是,纳入的8篇文献缺乏统一的疗效评价,疗效评价标准的不一致导致无法进行计量资料的 Meta 分析,且不一致的疗效评价标准使文献分析无所适从,从而导致研究的后期效益大大降低。除此之外,疗效评价的时间不统一。例如,有1次/d,10次/1疗程,2个疗程后观察的;也有每日1次,1周/1疗程,1疗程后观察的;也有治疗后马上观察的。

综上所述,膝关节骨性关节炎是一组临床综合征,属于中医学“骨痹”范畴,因多种致病因素导致膝关节软骨退变和继发性骨质增生,本病最早记载于《内经》。其基本病机是肝肾亏虚、气血不足、风寒湿痹阻、痰瘀互结。治疗当调养肝肾、补益气血、活络化瘀、祛风除湿散寒。针刺疗法可祛风散寒通痹、活血通络,手法治疗能增进局部软组织血液循环,改善微循环,促进组织新陈代谢及修复,增强膝关节应力和张力平衡,松解粘连,促进炎症介质的吸收及关节功能的恢复,针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎在临床上应用效果较好,与单纯针灸治疗相比有较大的优势,本次 Meta 分析可以为针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎提供一定的循证医学证据。但是,本研究存在诸多不足,如纳入文献存在一定缺陷,疗效标准不一致,等。同时,还有许多有效的临床试验因没有采用随机对照方法而未被纳入。为充实、评价针灸配合手法治疗膝关节骨性关节炎疗效性,以及是否优于单纯使用针灸治疗,笔者建议临床开展设计严谨的大样本、多中心、临床随机对照试验。

参 考 文 献

- [1] 辛亮,刘保健,宋敏. 膝关节骨性关节炎的治疗进展[J]. 甘肃中医学院学报, 2014, 31(5): 83-86.
- [2] 吴在德. 外科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社, 2008: 885.
- [3] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎. 实用骨科学[M]. 3版. 北京:人民军医出版社, 2006: 1337.
- [4] 徐明焱,王文岳. 补肾中药与非甾类抗炎药治疗膝骨性关节炎比较的 Meta 分析[J]. 贵阳中医学院学报, 2014, 36(2): 68-72.
- [5] 施桂英. 关节炎概要[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2005: 442-443.
- [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: 60-66, 349-353.
- [7] 戴慎,薛建国,岳沛平. 中医病证诊疗标准与方剂选用[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001: 834-837.
- [8] 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: 48-49.
- [9] Lysholm J, Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale[J]. Am J Sports Med, 1982, 10: 150-154.

难治性癫痫中医虚实证候与脑电图及其与 NGFs 关系的研究*

吴犀翎 陈文强 黄小波[△] 崔颖
(首都医科大学宣武医院,北京 100053)

中图分类号:R742.1 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1156-03
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.010

【摘要】目的 探讨难治性癫痫患者中医辨证中虚证和实证与相关检查脑电图(EEG)和血清神经生长因子(NGF)的关系。**方法** 收集难治性癫痫患者52例,进行中医四诊检查,并辨证分型,记录患者视频脑电图结果和血清NGFs数据。**结果** 难治性癫痫的中医证候分为肝郁痰凝证、气滞血瘀证、心脾两虚证、肾虚精亏证;其中肝郁痰凝证、气滞血瘀证属于中医的实证范畴;心脾两虚证、肾虚精亏证属于虚证范畴。EEG结果显示虚证和实证的难治性癫痫患者脑电波有明显区别,具有明显差异($P < 0.01$);血清NGF在虚证和实证两者之间有显著差异($P < 0.05$),且虚证明显低于实证患者。**结论** 依据EEG结果可粗略判别出难治性癫痫的虚证和实证,实证以尖波、棘波、快波为主,虚证以慢波为主。虚证患者的NGF明显低于实证,可能与其认知和记忆功能低下有关。

【关键词】 难治性癫痫 虚证 实证 脑电图 神经生长因子

Study on the Relationship Between TCM Deficient and Excess Syndrome of Intractable Epilepsy and EEG as Well as NGFs WU Xiling, CHEN Wenqiang, HUANG Xiaobo, et al. Xuanwu Hospital, the Capital Medical University, Beijing 100053, China

【Abstract】Objective: To investigate the relationship between deficiency and excess syndrome of TCM syndrome differentiation and intractable epilepsy and EEG as well as NGFs. **Methods:** 52 cases of patients with intractable epilepsy were collected and differentiated with diagnostic methods of TCM. Then the video result of EEG and NGFs data of serum were recorded. **Results:** TCM syndromes of intractable epilepsy are divided into the syndrome of stagnation of liver qi and phlegm, syndrome of qi stagnation and blood stasis, syndrome of deficiency of heart and spleen, deficiency of the kidney essence deficiency. The former two belong to excess syndrome, and the latter two belong to deficiency syndrome. **Results:** of EEG showed that there was obvious difference between the deficiency and excess syndrome in brain waves, with statistical difference ($P < 0.01$). There was discrepancy in serum NGF between deficiency syndrome and excess syndrome, with statistical difference ($P < 0.05$), while NGF of deficiency syndrome patients was lower than that of excess syndrome patients. **Conclusion:** On the basis of the EEG, we can roughly distinguish syndromes of intractable epilepsy. Excess syndrome shows sharp spike and fast waves, while deficiency syndrome shows slow waves. NGF of Deficiency syndrome is significantly lower than that of excess syndrome, which may be related to the memory and cognitive dysfunction.

【Key words】 Intractable Epilepsy; Excess syndromes; Deficiency syndromes electroencephalogram; Nerve growth factor

癫痫是脑部神经元高度同步化且常具自限性的异常放电所导致的综合征,以反复、发作性、短暂性、通常为刻板性的中枢神经系统功能失常为特征^[1]。国内近年来的研究显示,癫痫的患病率为3.6%~7.0%^[2]。癫痫病的成因有一部分已知,包括颅脑外伤、脑炎后遗

症、脑血管疾病、遗传因素等原因,另外还有一些未知病因。随着新药不断开发,癫痫的治疗已经取得很大进展,但仍有约30%的癫痫患者对抗癫痫药物反应差,此部分患者成为难治性癫痫^[3]。他们不仅难以控制癫痫发作,并且其认知功能减退、情绪低落等使他们的生活质量严重受损。本文通过探讨难治性癫痫患者中医辨证与相关检查的关系,为中医对该病的认识,以及进一步的研究打下基础。

* 基金项目:首都医学发展基金(SF-2007-III-18);北京市中医药科技项目(JJ 2009-036, JJ 2011-022, QN2014-10)
[△]通信作者(电子邮箱:huangxiaobo@xwh.ccmu.edu.cn)

1 资料与方法

1.1 病例选择 难治性癫痫定义指用目前的抗癫痫药物,在有效治疗间期,合理用药不能终止其发作或已被临床证实是耐药的癫痫及癫痫综合征^[4]。诊断标准包括4个条件:1)应用适当的一线抗癫痫药物正规治疗且药物浓度在有效范围内;2)频繁的癫痫发作;3)观察2年以上,仍不能控制发作且影响日常生活;4)无进行性中枢神经系统疾病或占位病变。中医证候诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]、《中医临床诊疗术语——证候部分》^[6]和《中医诊断学》^[7]第5版相关内容制定中医四诊调查表和中医证候分型诊断标准。纳入标准:1)患者诊断均经临床和脑电图(EEG)证实,符合难治性癫痫的诊断标准;2)年龄4~60岁,男女患者;3)入组前3个月平均每月发作频率 ≥ 4 次;4)头颅CT或MRI检查未见占位性病变、血管畸形或其他神经系统进行性疾病;5)血、尿常规及血生化检查正常;6)同意临床观察者。排除标准:1)不符合诊断标准者;2)有进行性疾病者;3)患者合并有严重心、肝、肾、造血系统或内分泌系统等原发病患者;4)精神病患者或其他原因不能配合者;5)妊娠或哺乳期妇女;6)医源性难治性癫痫。

1.2 临床资料 收集自2012年6月至2014年2月在首都医科大学宣武医院神经内科癫痫病区接受术前评估的难治性癫痫住院患者52例。其中男性38例,女性14例;年龄12~59岁,平均(25.13 \pm 10.77)岁;病程2~36年,平均(12.42 \pm 8.69)年。

1.3 调查方法 分组采集资料,按统一表格,性别、年龄、职业、居住地由受试者填写,书写困难者由调查医生询问代填。调查医生采集核对资料,进行中医四诊检查,按照中医辨证记分标准逐一记分,有记1分,无记0分。分别填表登记,数据纳入调查数据库。患者进行视频脑电检查,记录脑电图EEG结果。血清样本为所有受试者抽血前1d 20:00后不再进食,均于第2天清晨空腹抽取肘静脉血6mL,提取血清,应用双抗体夹心固相酶联免疫吸附法(ELISA)试剂盒检测血清神经生长因子(NGF)水平和血清脑源性神经营养因子(BDNF)。

1.4 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件分析。计数资料进行卡方检验,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验、 χ^2 检验。另外,在计量资料中,有个别数据不全,采用缺失值替代的方法,以序列均值作为补充值替代缺失值。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 难治性癫痫的中医辨证 将难治性癫痫各证型的所有症状进行频数统计,所得结果显示:突然昏仆、四肢抽搐所占比例高达98%,其后依次为健忘、舌红、

乏力、白苔、动作迟钝、心烦、虚脉、神疲、细脉等。其中,突然昏仆、四肢抽搐是癫痫发作时的常见症状,出现频率高与所研究疾病相关。依据前期的研究^[8-9]应用判别分析和聚类分析的统计学方法将难治性癫痫中医证候进行4分类,即肝郁痰凝证、心脾两虚证、肾虚精亏证、气滞血瘀证。依据变量前的系数分别筛选出对各个证型贡献度最大的主要症状:肝郁痰凝证为:抑郁、易怒、口干、急躁、口黏、身体困重、腻苔。心脾两虚证:乏力、易恐、畏寒、齿痕舌。肾虚精亏证:健忘、动作迟钝、腰酸、形体痿软。气滞血瘀证:唇紫、舌暗、弦脉。依据八纲辨证的方法将4个证型按虚证实证分类,其中肝郁痰凝证、气滞血瘀证属于中医的实证范畴;心脾两虚证、肾虚精亏证属于虚证范畴。

2.2 一般资料分析组间平衡性检验 见表1。各证型之间病程、年龄、性别均无明显差异,即各证型之间病程、年龄、性别指数均匹配。

表1 一般情况比较

证型	n	年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	病程 (年, $\bar{x}\pm s$)	性别(n)	
				男	女
实证	34	24.21 \pm 9.96	12.29 \pm 8.641	25	9
虚证	18	27.17 \pm 12.23	13.29 \pm 9.66	13	5

2.3 虚证、实证与EEG的关系 见表2。虚证和实证的难治性癫痫脑电波有明显区别($P<0.01$)。其中实证以尖波、棘波、快波为主,虚证以慢波为主。

表2 各证型患者异常脑波情况n(%)

证型	n	尖波、棘波、快波	慢波	尖慢、棘慢、多棘慢或各种波混杂交替
实证	34	22(64.70) ^{△△}	7(20.59) [△]	5(14.71) [△]
虚证	18	1(5.56)	13(72.22)	4(22.22)

与虚证比较,[△] $P<0.01$,^{△△} $P<0.01$ 。下同。

2.4 虚证、实证与血清NGF、BDNF的关系 见表3。对虚、实二证与血清NGF和BDNF进行两独立样本 t 检验,其中血清NGF的统计结果显示,虚证和实证两者之间有明显差异($P<0.05$),而BDNF的结果差异无统计学意义($P>0.05$)。因此,血清NGF可区别难治性癫痫的虚实两证,且虚证患者的NGF水平明显低于实证患者。

表3 各证型与血清NGF、BDNF水平比较(pg/mL, $\bar{x}\pm s$)

证型	n	NGF	BDNF
实证	34	572.23 \pm 82.73 [△]	1262.98 \pm 212.52
虚证	14	515.10 \pm 101.15	1197.37 \pm 140.28

3 讨论

难治性癫痫除了具备癫痫的发作特点之外,还具

有发作频率高、药物难以控制等特点,并且常合并出学习记忆功能受损,严重影响其生活质量。因此,对难治性癫痫患者的发病及其对于记忆能力减退等方面的相关研究对于促进和完善癫痫的个体化的整体治疗、改善难治性癫痫患者的生活质量具有重要的临床意义。

难治性癫痫在中医学中属于“癫疾”“痫证”范畴。中医学认为,癫痫系由先天因素和后天因素相互作用,导致风阳、痰浊、瘀血蒙闭清窍,气机逆乱,脑神失用所致。癫痫病位在脑,但涉及肝、脾、肾、心等脏腑。目前依据临床实际诊疗以及前期研究^[8-9]将难治性癫痫分为4个证型:肾虚精亏、肝郁痰凝、心脾两虚、气滞血瘀。其中肾虚精亏证和心脾两虚证属于虚证;肝郁痰凝证和气滞血瘀证属于实证。这种分类法是中医辨证体系中最易辨识的一组二分类辨证方法。

近些年来对于中西医病证结合的相关研究越来越多。其中包括了探索疾病的辨证与客观检查结果相关性的研究。对于难治性癫痫,EEG是最重要的、不可替代的方法之一。本研究的结果显示:在实证中脑电波多以尖、棘、快波为主,而虚证波以慢波为主。这一结果与马氏^[10]对于小儿癫痫的临床观察结果一致。

从临床辨证来看,实证多以邪气盛,正气充为主者,从西医发病特点看,多属于强直发作或强直-阵挛性发作等。现代医学认为尖波和棘波的形成是由于各种因素(如神经元树突侧枝减少或消失,发生持续去极化;或神经元轴突侧枝抑制系统破坏)导致神经元兴奋性异常增高而致。这种神经元的兴奋增强与中医的邪正充盛,正邪交争的状态极为相似。癫痫虚证的脑电图表现为单独慢波或以慢波为主。此类患者素体虚弱,痰浊内伏;或反复发作,日久不愈,正气耗损者;亦有部分患者的癫痫发作虽可用药物控制,但仍造成严重的认知功能障碍者。此类患者经临床观察表现为抽搐无力、乏力、神疲、健忘、形体萎软、动作迟钝等各种虚证。现代医学认为慢波的形成因大脑受损伤神经元代谢降低,神经纤维传导速度减慢,反映了皮层机能低下,而这种机能低下与中医之虚证极为吻合。

另外,本研究对于患者血清检测结果显示:NGF对于难治性癫痫的中医实证和虚证有一定的判别作用。神经营养因子家族是一类由神经元、神经支配的靶组织或胶质细胞产生的能促进中枢和外周神经分化、生长和存活的活性蛋白质,包括NGF、BDNF、NT等^[11]。其中,NGF是第一个被发现的神经营养因子,能诱导神经纤维定向生长,控制神经元存活数量,刺激胞体和树突发育,促进神经元分化、发育和轴突生长,对交感神经元和副交感神经元的损伤均有保护作用。有实验应用小剂量NGF治疗癫痫大鼠的空间学习记忆障碍,发现小剂量NGF无抗癫痫发作的作用,但能提升癫痫大鼠的学习能力及空间记忆能力^[12]。将NGF应用于人

上,也可以对海马区的神经元有保护作用^[13]。另外,适量的重复性经颅磁刺激可降低大鼠海马中c-FOS表达,提高NGF表达,对癫痫造成的病理损伤具有神经保护作用^[14]。以上论述说明癫痫的反复发作使大脑造成病理损伤,尤其是海马部位的损伤,通过一系列神经生理过程,从而NGF的表达减少,引起认知功能的减退。结合本临床观察NGF在虚证中明显低于实证,也就是说虚证中NGF的减少是难治性癫痫的发生过程中的一个重要因子。

通过本研究,可以得出以下结论,中医辨证分型与EEG和血清NGF存在着一定的关系。依据EEG结果可粗略判别出难治性癫痫的虚证和实证。另外,虚证患者的NGF明显低于实证,可能与其认知和记忆功能低下有关。本研究对中医辨证中的客观化指标具有实践意义,但其具体的机制尚待进一步研究。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会神经病学分会癫痫与脑电图学组. 成人癫痫诊断和药物治疗规范(草案)[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(10): 875-877.
- [2] 周永, 刘民, 梁万年. 癫痫流行病学研究进展[J]. 中华流行病学杂志, 2007, 28(1): 92-94.
- [3] 樊春秋, 贾建平, 黄小钦, 等. 难治性癫痫60例临床分析[J]. 中风与神经疾病杂志, 2007, 24(5): 555-557.
- [4] 王学峰. 难治性癫痫的诊治进展[J]. 临床内科杂志, 2004, 21(9): 590-593.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1995: 19-25.
- [6] 国家技术监督局. 中华人民共和国国家标准: 中医临床诊疗术语证候部分[M]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 1-12.
- [7] 邓铁涛, 郭振球. 中医诊断学[M]. 5版. 上海: 上海科学技术出版社, 1984: 99-104.
- [8] 黄小波, 张国君, 王晓飞, 等. 难治性癫痫中医证候的判别分析[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(12): 3072-3076.
- [9] 黄小波, 张国君, 陈文强, 等. 难治性癫痫中医证候聚类分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(12): 24-26.
- [10] 马融, 张喜莲. 小儿癫痫的辨证分型与脑电图检测的关系[J]. 北京中医, 2001, 20(5): 10-12.
- [11] Zaal Kokaia, Johan Bengzon, Madis Metsis, et al. Coexpression of neurotrophins and their receptors in neurons of the central nervous system[J]. Neurobiology, 1993, 90(7): 6711-6715.
- [12] 刘宝军, 裴斐, 李继华, 等. 低浓度神经生长因子对癫痫大鼠空间学习记忆能力的影响及机制研究[J]. 循环医学, 2013, 23(2): 28-30, 33.
- [13] 方琼, 陈燕惠. 神经生长因子对难治性癫痫儿童海马痫性放电区神经细胞的影响[J]. 中国当代儿科杂志, 2011, 13(3): 236-239.
- [14] 宋毅军, 田小冰, 李鑫, 等. rTMS对颞叶癫痫大鼠海马c-FOS和NGF表达的影响[J]. 天津医药, 2011, 39(1): 50-52.

(收稿日期 2015-04-02)

复方甘草酸苷对肢体缺血再灌注损伤影响的临床观察*

卢卫忠 刘正敏[△] 胡志芬 曹洪辉 冉金伟 陈忠余 傅 洪
(重庆市中医院,重庆 400021)

中图分类号:R274 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1159-04
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.011

【摘要】目的 观察复方甘草酸苷对肢体缺血再灌注损伤的作用,探索延长肢体使用止血带的最大限度时间。**方法** 48例患者随机分为常规使用止血带组(A组)、复方甘草酸苷组(B组)、复方甘草酸苷处理后止血带延长0.5h组(C组)和复方甘草酸苷处理后止血带延长1.0h组(D组)各12例。除A组外,各组给予复方甘草酸苷术前静滴。观察止血带加压前、再灌注0.5h、1.5h、3h、24h和72h分别检测血清丙二醛(MDA)、肌酸磷酸激酶(CPK)、谷草转氨酶(GOT)和乳酸脱氢酶(LDH)的含量以及超氧化物歧化酶(SOD)活性。**结果** 随着止血带加压肢体后再灌注时间的延长,血中MDA、CKP、GOT和LDH逐渐上升,SOD活性逐渐降低。在A组,与缺血前(止血带加压前)比较,肢体缺血再灌注(手术结束完全松止血带)后30min、90min、3h、24h和72h,血清MDA、CPK、GOT和LDH含量升高,24h达到高峰,至72h降至再灌注后3h的水平;而SOD活性呈进行性下降,24h降至最低,至72h恢复至再灌注后3h的水平。B组和C组再灌注后各同时相点内,血清MDA、CPK、GOT和LDH含量明显低于A组(均 $P<0.05$),SOD活性明显高于A组(均 $P<0.05$)。与A组相比,再灌注后3h、24h和72h,D组血中MDA、CKP、GOT和LDH含量以及SOD活性无明显差别(均 $P>0.05$)。与B组相比,再灌注后3h、24h和72h,C组和D组的血清MDA、CPK、GOT和LDH含量明显升高(均 $P<0.05$),SOD活性降低(均 $P<0.05$)。与C组相比,再灌注后3h、24h和72h,D组的血清MDA、CPK、GOT和LDH含量明显升高(均 $P<0.05$),SOD活性降低(均 $P<0.05$)。**结论** 复方甘草酸苷对肢体缺血再灌注损伤有保护作用,通过其保护作用,可以将肢体使用止血带时间从常规的1.5h延长0.5h和1.0h,最佳延长使用0.5h。

【关键词】 缺血再灌注损伤 止血带 甘草酸苷 四肢 自由基

The Effects of Compound Glycyrrhizin Glucoside on the Limb Ischemia Reperfusion Injury in Humans
LU Weizhong, LIU Zhengmin, HU Zhifen, et al. Chongqing Traditional Chinese Medical Hospital, Chongqing 400021, China

【Abstract】Objective: To observe clinical effects of compound glycyrrhizin glucoside on the limb ischemia reperfusion injury and explore prolong maximum time of limb by using a tourniquet. **Methods:** 48 patients undergoing operations on the extremities with the application of a pneumatic tourniquet were divided randomly into four groups: the routine use of a tourniquet group (group A), the compound glycyrrhizin glucoside group (group B), the compound glycyrrhizin glucoside tourniquet extending 0.5 hours group after treatment (group C), as well as the compound glycyrrhizin glucoside tourniquet extending 1.0 hours group after treatment (group D). Compound glycyrrhizin glucoside 20 ml to join saline 100 ml intravenous dripped 10 minutes before the onset of ischemic operation. The contents of serum MDA, CPK, GOT and LDH, as well as SOD activity were measured respectively before the extremities by application of a pneumatic tourniquet, 0.5 h, 1.5 h, 3 h, 24 h and 72 h after reperfusion. **Results:** In group B and group C within each phase at the same time point after reperfusion, serum MDA, CPK, LDH and GOT content were lower than those in group A; SOD activity was significantly higher in group A. Compared with group A, 3 hours 24 hours and 72 hours after reperfusion, there were no significant differences in serum MDA, CPK, GOT and LDH contents and SOD activity in group D. Compared with group B, 3 hours, 24 hours and 72 hours after reperfusion, the serum MDA, CPK and LDH and GOT contents increased, while SOD ac-

* 基金项目:重庆市卫生局中医药科技项目(2013-2-156)

[△]通信作者(电子邮箱:lzm686@126.com)

tivity decreased significantly in group C and group D. Compared with group C, 3 hours, 24 hours and 72 hours after reperfusion, there were significant increases of serum MDA, CPK and LDH and GOT contents, while SOD activity decreased significantly in group D. **Conclusion:** Compound glycyrrhizic acid glycosides has protective effect on the limb ischemia reperfusion injury, and with its protection effect, the regular time 1.5 hours of limb using a tourniquet can be prolonged by 0.5 hours and 1.0 hours, and best extended use of 0.5 hours.

[Key words] Ischemia reperfusion injury; Tourniquet; Glycyrrhizin glucoside; Extremitie; Free radicals

在临床中肢体长时间手术常需要重复使用止血带来减少术中创面失血,但肢体手术因使用止血带、断肢(指)再植、游离组织瓣移植术等缺血再灌注损伤常导致肢体和移植组织循环失调,引起患者局部和全身严重反应而导致手术失败,甚至危及患者生命^[1]。近年来,医学工作者开展了大量的研究工作以最大程度降低缺血再灌注对肢体的损伤^[2-4],如缺血预处理对肢体缺血再灌注损伤的保护作用^[5-7],但其保护作用有限。复方甘草酸苷是中药甘草提取物与盐酸半胱氨酸、甘氨酸组成的复方制剂,其主要成分甘草酸苷具有抗炎、抗过敏、保护膜结构及免疫调节作用,对心、肾等器官缺血再灌注损伤有保护作用^[8-11]。笔者前期研究发现复方甘草酸苷对兔骨骼肌缺血再灌注损伤具有保护作用,其对于止血带加压肢体止血手术患者亦具有相似作用^[12-13]。在此基础上,笔者将复方甘草酸苷用于止血带加压肢体手术患者,探索延长肢体使用止血带的最大限度时间。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例符合需充气止血带加压肢体止血者,麻醉 ASA I ~ II 级,排除心血管疾病。

1.2 临床资料 选择四肢择期手术需充气止血带加压肢体止血的患者 48 例,其中肘关节恐怖“三联征”2 例,肱骨髁上髁间骨折、尺桡骨骨折、掌骨骨折切开复位内固定 18 例,下肢胫腓骨骨折、足踝部骨折脱位切开复位内固定 25 例,拇外翻矫正术 3 例。男性 35 例,女性 13 例;年龄 17~58 岁,平均 35.6 岁。按随机数字表法随机分为常规使用止血带组(A 组)、复方甘草酸苷组(B 组)、复方甘草酸苷处理后止血带延长 0.5 h 组(C 组)、复方甘草酸苷处理后止血带延长 1.0 h 组(D 组),每组各 12 例。

1.3 治疗方法 A 组:抬高患肢驱血,3~6 cm 宽气囊止血带环扎肢体近端,止血带加压肢体压力:上肢 40 kPa,下肢 70 kPa。首次松止血带时间为 1.5 h,手术时间延长,可重复应用。B 组:复方甘草酸苷(甘草酸苷 40 mg,盐酸半胱氨酸 20 mg,甘氨酸 400 mg)20 mL(江苏扬州中宝制药有限公司生产)加入 0.9%氯化钠注射液 100 mL 内,于术前 10 min 滴完,静脉输液维持血压,术时处理同常规使用止血带组。C 组:前期处理方法同 B 组,松止血带时间为 2.0 h。D 组:前期处理方法同 B 组,松止血带时间为 2.5 h。

1.4 观察指标 颈外静脉留置套管针,肝素栓固定针备用。各组分别于术前(止血带加压前)、再灌注(手术结束完全松止血带)后 30 min、90 min、180 min、24 h 和 72 h 采集血标本(抽血 4 mL)。1)血浆丙二醛(MDA)含量测定:采用改良八木国夫法测定脂质过氧化的终末产物-MDA 的含量。2)血浆酶的测定:全自动生化分析仪检测血浆中肌酸磷酸激酶(CPK),谷草转氨酶(GOT)和乳酸脱氢酶(LDH)的含量;用邻苯三芬自氧化法测超氧化物歧化酶(SOD)活性。

1.5 统计学处理 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行方差分析,组内比较用 *q* 检验,组间比较用 *Dunnett-t* 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

见表 1 至表 5。随着止血带加压肢体后再灌注时间的延长,血中 MDA、CKP、GOT 和 LDH 逐渐上升,SOD 活性逐渐降低。A 组与缺血前(止血带加压前)比较,肢体缺血再灌注(手术结束完全松止血带)后 30 min、90 min、3 h、24 h 和 72 h,血清 MDA、CKP、GOT 和 LDH 含量升高,24 h 达到高峰,至 72 h 降至再灌注后 3 h 的水平;而 SOD 活性呈进行性下降,24 h 降至最低,至 72 h 恢复至再灌注后 3 h 的水平。

表 1 各组加压止血患者血浆 MDA 含量比较(nmol/mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	止血带加压前	再灌注后 0.5 h	再灌注后 1.5 h	再灌注后 3 h	再灌注后 24 h	再灌注后 72 h
A 组	12	4.31±1.49	6.91±2.49 ^a	9.41±3.39 ^a	16.21±4.85 ^a	20.16±6.36 ^a	15.97±6.12 ^a
B 组	12	4.35±1.42	4.79±1.31 ^b	5.35±1.31 ^b	8.19±1.38 ^b	9.32±1.61 ^b	8.22±1.36 ^b
C 组	12	4.32±1.43	4.85±1.35 ^b	5.93±1.52 ^b	12.63±3.26 ^{ab}	15.19±5.27 ^{ab}	12.21±3.58 ^{ab}
D 组	12	4.37±1.41	4.96±1.38 ^b	6.26±1.85 ^b	15.25±5.68 ^{ab}	19.59±6.52 ^{ab}	15.58±6.26 ^{ab}

与本组止血带加压前比较, **P* < 0.01; 与同时相点 A 组比较, ^a*P* < 0.01; 与同时相点 B 组比较, ^b*P* < 0.01; 与同时相点 C 组比较, ^{ab}*P* < 0.01。下同。

表 2 各组加压止血患者血浆 SOD 活性比较(U/mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	止血带加压前	再灌注后 0.5 h	再灌注后 1.5 h	再灌注后 3 h	再灌注后 24 h	再灌注后 72 h
A 组	12	110.12±6.85	100.21±5.18 ^a	94.61±5.85 ^a	82.68±5.31 ^a	71.25±5.16 ^a	82.62±5.15 ^a
B 组	12	110.21±6.91	109.78±7.41 ^b	104.32±7.23 ^b	98.89±6.76 ^b	96.25±6.76 ^b	97.58±6.78 ^b
C 组	12	109.83±6.27	107.63±6.98 ^b	103.76±6.35 ^b	90.96±6.38 ^{ab}	85.52±6.67 ^{ab}	89.35±6.28 ^{ab}
D 组	12	110.39±6.45	108.27±6.37 ^b	95.52±6.18 ^b	83.75±5.71 ^{ab}	73.58±5.39 ^{ab}	83.86±5.37 ^{ab}

B 组和 C 组再灌注后各同时相点内, 血清 MDA、CKP、GOT 和 LDH 含量明显低于 A 组(均 *P* < 0.05),

表3 各组加压止血患者血浆CKP比较(IU/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	止血带加压前	再灌注后0.5h	再灌注后1.5h	再灌注后3h	再灌注后24h	再灌注后72h
A组	12	36.28±3.36	69.83±5.58 [*]	107.58±8.63 [*]	159.37±13.97 [*]	203.27±17.58 [*]	161.05±14.22 [*]
B组	12	36.19±3.32	39.95±3.73 [*]	45.96±4.38 [*]	88.12±6.98 [△]	98.95±7.38 [△]	87.85±7.69 [△]
C组	12	36.32±3.21	48.56±4.26 [*]	72.32±5.67 [*]	110.36±10.58 [△]	132.72±12.56 [△]	123.67±10.63 [△]
D组	12	36.25±3.38	67.35±5.32 [*]	105.58±7.86 [*]	150.68±12.53 [△]	198.86±15.78 [△]	159.27±13.87 [△]

表4 各组加压止血患者血浆GOT比较(IU/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	止血带加压前	再灌注后0.5h	再灌注后1.5h	再灌注后3h	再灌注后24h	再灌注后72h
A组	12	9.16±1.18	20.18±1.86 [*]	31.32±2.89 [*]	42.12±3.95 [*]	53.21±3.35 [*]	41.25±3.21 [*]
B组	12	9.12±1.29	11.95±1.51 [*]	14.25±1.56 [*]	23.58±2.23 [△]	29.27±2.16 [△]	24.22±2.08 [△]
C组	12	9.21±1.12	15.37±1.68 [*]	22.18±1.95 [*]	32.05±2.98 [△]	38.69±2.76 [△]	31.59±2.85 [△]
D组	12	9.15±1.21	19.65±1.79 [*]	30.29±2.36 [*]	41.58±3.81 [△]	52.68±3.28 [△]	40.87±3.19 [△]

表5 各组加压止血患者血浆LDH比较(IU/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	止血带加压前	再灌注后0.5h	再灌注后1.5h	再灌注后3h	再灌注后24h	再灌注后72h
A组	12	126.15±10.18	187.58±17.25 [*]	203.27±17.86 [*]	233.26±19.85 [*]	245.31±21.43 [*]	232.26±20.23 [*]
B组	12	125.38±11.52	131.86±11.23 [*]	144.67±13.89 [*]	165.21±12.17 [△]	194.23±16.79 [△]	162.79±14.58 [△]
C组	12	127.12±10.12	158.39±13.58 [*]	169.86±15.67 [*]	197.96±15.18 [△]	218.26±18.69 [△]	193.85±17.15 [△]
D组	12	125.96±11.25	185.95±16.98 [*]	199.89±18.21 [*]	231.79±18.98 [△]	243.97±20.86 [△]	231.95±19.89 [△]

SOD活性明显高于A组(均 $P < 0.05$)。与A组相比,再灌注后3h、24h和72h,D组血中MDA、CKP、GOT和LDH含量以及SOD活性无明显差别(均 $P > 0.05$)。与B组相比,再灌注后3h、24h和72h,C组和D组的血清MDA、CKP、GOT和LDH含量明显升高(均 $P < 0.05$),SOD活性降低(均 $P < 0.05$)。与C组相比,再灌注后3h、24h和72h,D组的血清MDA、CKP、GOT和LDH含量明显升高(均 $P < 0.05$),SOD活性降低(均 $P < 0.05$)。

3 讨论

复方甘草酸苷对肢体缺血再灌注损伤保护作用机制目前尚不清楚,研究表明复方甘草酸苷可通过降低心肌脂质过氧化物MDA、琥珀酸脱氢酶(SDH)含量,提高SOD、ATP酶活性,抑制CPK、LDH释放,提高内源性氧自由基清除系统活性,减少脂质过氧化物酶产生,抑制心肌细胞凋亡,保护心室功能,减少心律失常发生^[8,11]。甘草酸苷可明显抑制局灶性脑缺血-再灌注所致神经细胞凋亡,其类肾上腺皮质激素样作用可抑制中心粒细胞中多种炎性物质作用,减轻脑细胞损伤^[14]。甘草酸苷可明显抑制脊髓缺血再灌注损伤所诱导的神经元细胞凋亡和F- κ B表达,抑制炎性细胞因子和HMGB1,从而保护脊髓缺血再灌注损伤^[15-16]。甘草酸苷通过其自身的抗氧化作用和清除自由基等途径对肾脏的缺血再灌注损伤起到保护作用^[9-10]。随着对复方甘草酸苷作用的深入研究,其对多种组织细胞缺血-再灌注损伤的防治作用逐渐引起重视。复方甘草

酸苷其主要成分甘草酸苷具有类肾上腺皮质激素样作用,可抑制各种炎性介质生成,有效清除氧自由基,降低组织脂质过氧化反应程度,调节电解质代谢,减少线粒体损伤,下调细胞黏附因子-1在组织细胞中的表达,减轻中心粒细胞-血管内皮细胞的黏附作用,扩张血管,抑制细胞凋亡,减轻组织损伤,促进病灶清除和组织修复^[9-11]。而对复方甘草酸苷对肢体缺血再灌注损伤的保护作用机制目前研究甚少。Nakata等^[17]研究证实甘草酸苷可预防兔后肢缺血再灌注引起的组织损伤,其减少氧自由基产生,增加内源性超氧化物歧化酶活性,消除自由基引起的连锁反应,降低血中脂质过氧化反应,对肢体缺血再灌注损伤具有一定的保护作用。

本研究结果显示,经复方甘草酸苷处理保护后肢体止血带延长使用0.5h后再灌注损伤情况,在各同时相点内,复方甘草酸苷处理后止血带延长0.5h组的血清MDA、CPK、GOT和LDH含量明显低于常规使用止血带组,SOD活性明显高于常规使用止血带组。表明使用复方甘草酸苷处理后,止血带延长0.5h组织缺血再灌注损伤明显小于常规1.5h松止血带所带来的缺血再灌注损伤,使用复方甘草酸苷处理后止血带延长0.5h安全有效,复方甘草酸苷对肢体缺血再灌注损伤有明显保护作用。与常规使用止血带相比,再灌注后3h、24h和72h,复方甘草酸苷处理后止血带延长1.0h后,血中MDA、CKP、GOT和LDH含量以及SOD活性无明显差别。说明使用复方甘草酸苷处理后,止血带延长1.0h组织再灌注损伤与常规使用止血带无差别,经复方甘草酸苷处理保护后,与常规1.5h松止血带所带来的缺血再灌注损伤程度相近,止血带延长1.0h亦安全有效。与常规使用止血带经复方甘草酸苷处理保护后比较,再灌注后3h、24h和72h,复方甘草酸苷处理后止血带延长0.5h和复方甘草酸苷处理后止血带延长1.0h的血清MDA、CPK、GOT和LDH含量明显升高,SOD活性降低,表明使用复方甘草酸苷处理后止血带延长0.5h和止血带延长1.0h,止血带所带来的缺血再灌注损伤高于经复方甘草酸苷处理保护后常规使用止血带所带来的缺血再灌注损伤。与复方甘草酸苷处理后止血带延长0.5h相比,再灌注后3h、24h和72h,复方甘草酸苷处理后止血带延长1.0h组的血清MDA、CPK、GOT和LDH含量明显升高,SOD活性降低,提示使用复方甘草酸苷处理后止血带延长1.0h损伤程度明显大于止血带延长0.5h。

综上所述,复方甘草酸苷对肢体缺血再灌注损伤有明显保护作用。通过其保护作用,可以将肢体使用止血带时间从常规的1.5h延长0.5h和1.0h,最佳延长使用0.5h。使用复方甘草酸苷后,可减少止血带所致的缺血再灌注损伤,并可不同程度延长止血带使用时间,为骨科肢体手术提供了方便。(下转第1192页)

阳和化岩汤对大鼠乳腺癌前病变细胞超微结构的影响*

金妙妙 傅健飞

(浙江省金华市中心医院,浙江 金华 321000)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1162-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.012

【摘要】目的 观察阳和化岩汤对大鼠乳腺癌前病变后细胞形态学改变情况。**方法** 选取大鼠 30 只建立大鼠乳腺癌前病变模型,另取 10 为空白组,9 周后进行分组并采取不同药物干预 4 周,观察大鼠肿瘤出现情况,取乳腺组织进行 HE 染色观察组织病理形态学变化,在透射电镜下观察细胞超微结构。**结果** 大鼠组织形态学上,空白对照组全部为一般增生,为 100.00%,与阳和化岩汤、平消片组、模型组在一般增生、癌前病变、浸润性癌发生率上比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。在表面结构、细胞核、细胞凋亡和肌上皮超微表现上,模型组和其他 3 组在评分上比较差异有统计学意义($P < 0.05$),阳和化岩汤组和空白对照组、模型组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。细胞器和胞质内含物超微表现进行比较,模型组和阳和化岩汤组、空白对照组在评分上比较差异有统计学意义($P < 0.05$),阳和化岩汤组和空白对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 阳和化岩汤具有抑制大鼠乳腺癌前病变细胞生长和代谢功能,主要是细胞膜、细胞质和细胞核超微结构发生不同程度变化。

【关键词】 阳和化岩汤 大鼠 乳腺癌 癌前病变 超微结构

The Effect of Yanghe Huayan Tang on the Ultrastructure of Precancerous Lesions Cell of Breast Cancer in Rat

JIN Miaomiao, FU Jianfei. Jinhua Central Hospital of Zhejiang Province, Zhejiang Jinhua 321000, China

【Abstract】Objective: to observe the effect of Yanghe Huayan Tang on the histopathological changes of rat after Precancerous lesions of breast cancer. **Methods:** 30 rats were chosen to establish the rat model of precancerous lesions of breast cancer. Another 10 rats were in the control group. 9 weeks later, the rats were divided into groups, and different medicines were taken to intervene, lasting for 4 weeks. Rats were observed in body mass and tumor growth situations. The breast tissue was taken to observe the histopathological changes of HE staining and the ultrastructure of cell with the TEM. **Results:** In the histomorphology of rats, the control group were all general hyperplasia 100%. There were statistical differences in general hyperplasia, precancerous lesions and the incidence of infiltrating cancer among Yanghe Huayan Tang group, the flat plate group, the model group. In the surface structure, compared with the other 3 groups, the evaluation of the model group had statistical significant differences ($P < 0.05$) in nucleus, apoptosis and myoepithelial ultra performance. The differences among Yanghe Huayan Tang group, the control group and the model group had statistical meaning ($P < 0.05$). In nucleus, apoptosis and myoepithelial ultra performance, the differences among Yanghe Huayan Tang group, the control group and the model group had statistical meaning ($P < 0.05$). The differences between Yanghe Huayan Tang group and the control group had statistical meaning ($P < 0.05$). **Conclusion:** Yanghe Huayan Tang has the function of inhibiting the growth and metabolism of the precancerous lesions cells, mainly expressed by the changes of the ultrastructure of membranes, cytoplasm and nucleus in different degrees.

【Key words】 Yanghe Huayan Tang; Rat; Breast cancer; Precancerous lesions; Ultrastructure

乳腺癌前病变是乳腺癌发展的必然经过,但在临床上予合适的措施进行阻断和干预,能提高乳腺癌预后。研究称,乳腺癌前病变在治疗上方法较多,最常见的是药物干预治疗,其中以中医药干预报道最常见,

其临床有效率占 60%以上^[1],目前临床上着重报道的是中医药在宏观上对乳腺癌前病变作用,很少从微观角度进行分析。本次研究通过观察阳和化岩汤对大鼠乳腺癌前病变后细胞形态学改变,以期从微观上进行分析。

* 基金项目:浙江省自然科学基金资助项目(LY13H190006)

1 资料与方法

1.1 实验动物 雌性未育大鼠,鼠龄6周左右,体质量为220~240 g,共40只,采用山东大学实验室提供的饲料,均由上海复旦大学动物实验室提供,许可证为SCXK(沪)2013002,试验动物许可证为SYXK(沪)20130017,均经相关部位同意后进行研究。

1.2 试药与仪器 阳和化岩汤,药物组成:鹿角霜12 g,熟地黄10 g,肉桂6 g,莪术10 g,山慈菇15 g,浙贝母10 g,肉桂6 g,白芥子3 g,甘草6 g。平消片(宁夏金太阳药业有限公司,国药准字Z64020166,0.23 g/片,主要成分:郁金、仙鹤草、五灵脂、白矾、硝石、干漆、枳壳、马钱子粉)。二甲基苯并蒽(上海宝曼生物科技有限公司,生产批号为2012-3-13)。透视电子显微镜由日本西门子公司提供,电子显微镜型号为81W/AIS2100。

1.3 造模与给药 造模大鼠分3次灌注二甲基苯并蒽,每次剂量为50 mg/kg,周期为3周1次,共9周。造模成功后分成3组,每组10例,另取10只为空白对照组,予饮用水常规饲养。阳和化岩汤组予中药汤剂取汁200 mL,以20 mL/kg灌胃,连续4周。平消片组予平消片6片溶于0.9%氯化钠注射液200 mL中,用药剂量等同中药组。造模组则造模成功后予饮用水,常规饲养。

1.4 标本采集与检测 取正常大鼠第2对乳房,出现肿瘤组则取肿瘤组织,直径约为0.5 cm,浸入10%甲醛中固定1 d,然后取材、脱水、透明、浸蜡、包埋后切片,常规HE染色,中性树胶封片。然后取新鲜组织,快速用PB冲洗后放入3%戊二醛固定液中,将样品修复成1 mm×1 mm×2 mm,置于新鲜3%戊二醛,常规TEM样品制备漂洗后固定,漂洗,脱水,浸透,包埋后行超薄切片,用柠檬酸铅和醋酸铀离子染色,在透射电镜下观察。观察内容包括细胞表面结构中的桥粒,缝隙连接,镶嵌连接和微绒毛;细胞器和其内的线粒体、内质网、游离核糖体、微丝和微管、脂滴、溶酶体和胞质内腔;细胞核中的核规则程度、异染色质、核仁和核/浆比例。

1.5 超微结构评分方法 1)细胞表面结构超微评分^[2]:微绒毛整齐数量分为多、一般和少3个等级,分别计为3分、2分、1分;细胞间缝隙连接分成良好、一般、差,分别计为3分、2分、1分;桥粒分成丰富、一般、不丰富,分别计为3分、2分、1分。2)细胞器和胞质内含物超微评分^[3]:线粒体、微丝微管形态分成正常、一般、差,分别计为3分、2分、1分;溶酶体、高尔基复合体分成不发达、一般、发达,分别计为3分、2分、1分;游离核糖体、脂滴数量分为正常、稍多、增多,分别计为3分、2分、1分;胞质内腔分为无、少见、增多,分别计为3分、2分、1分。3)细胞核超微评分^[4]:细胞核、染色质、核浆三者正常为3分,一般为2分,差为1分。细胞凋亡和肌上皮超微评分:凋亡体分成未出现、少见和常

见,分别计为3分、2分、1分;肌上皮细胞分成正常、不典型和消失,分别计为3分、2分、1分。

1.6 统计学处理 采用SPSS16.0统计软件分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)检验,组间 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 大鼠乳腺组织病理形态学比较 见表1。大鼠组织形态学上,空白对照组全部为一般增生,为100.00%,与阳和化岩汤组、平消片组、模型组在一般增生、癌前病变、浸润性癌发生率上比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 大鼠乳腺组织病理形态学比较 n(%)

组别	n	一般增生	癌前病变	浸润性癌
空白对照组	11	11(100.00)	0	0
阳和化岩汤组	15	4(26.67) [▲]	8(53.33) [▲]	3(20.00) [▲]
平消片组	12	3(25.00) [▲]	6(50.00) [▲]	3(25.00) [▲]
模型组	13	5(38.46) [▲]	5(38.46) [▲]	3(23.08) [▲]

与空白对照组比较,▲ $P<0.05$ 。

2.2 大鼠乳腺细胞超微表现评分比较 见表2。在表面结构、细胞核、细胞凋亡和肌上皮超微表现上,模型组和其他3组在评分上比较差异有统计学意义($P<0.05$),阳和化岩汤组和空白对照组、模型组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 各组大鼠乳腺细胞超微表现评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	细胞表面结构	乳腺细胞核	乳腺细胞凋亡和肌上皮	乳腺细胞器和胞质内含物
空白对照组	11	8.56±1.12 [△]	11.67±0.53 [△]	5.84±0.31 [△]	23.15±0.74 [△]
阳和化岩汤组	15	6.23±1.54 [*]	8.78±2.12 [*]	4.55±1.02 [*]	16.57±3.45
平消片组	12	5.56±1.32 [*]	8.24±2.09	4.01±1.04	15.85±4.12
模型组	13	4.56±1.14 [△]	7.32±1.83 [△]	3.79±0.78 [△]	14.51±2.15 [△]

与模型组比较,* $P<0.05$;与阳和化岩汤组比较,△ $P<0.05$ 。

2.3 大鼠乳腺细胞器和胞质内含物超微表现比较 见表2,图1。对大鼠乳腺细胞器和胞质内含物超微表现进行比较,模型组与阳和化岩汤组、空白对照组在评

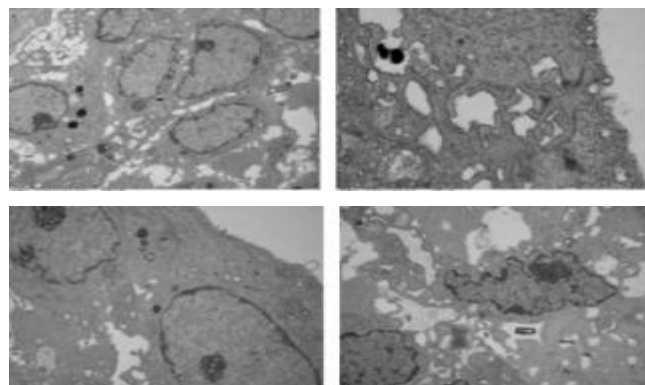


图1 阳和化岩汤组大鼠乳腺细胞超微结构图

分上比较差异有统计学意义($P < 0.05$),阳和化岩汤组和空白对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

结果显示,在表面结构、细胞核、细胞凋亡和肌上皮超微表现上,空白对照组大鼠细胞表面结构评分明显高于其他组,且有明显差异。其在电镜下表现为乳腺导管细胞结构清晰,桥粒丰富,相邻组织间隙连接或镶嵌连接为主,细胞腔内绒毛丰富且整齐,细胞质内细胞器正常,线粒体圆形,体积较小,可见核糖体,高尔基体和游离核糖体不丰富,细胞核规则不明显,核内染色质较少,基底膜连续,肌上皮细胞正常。这点和文献[5]结果是类似的。

结果显示,细胞器和胞内含物中,模型组和平消片比较差异无统计学意义。模型组在乳腺组织 HE 染色下表现为浸润性乳腺癌,电镜吸收超微结构表现为细胞膜去分化改变,微绒毛短平、不整齐,桥粒减少和消失,细胞间紧密连接为主,松散变宽,胞质内细胞器丰富,线粒体增多,体积较大,内质网明显增多且肿胀明显,溶酶体增多,这说明了癌细胞蛋白合成功能较强,胞质内数量明显增加,细胞核中形态不规则,细胞基底膜和肌上皮细胞消失,药物治疗后细胞超微结构改变,特别是阳和化岩汤组,在细胞膜、胞内、胞质等超微结构均有明显改善。

结果显示,阳和化岩汤和其他各组在细胞表面结构上比较差异无统计学意义,而在细胞器和胞内含物上阳和化岩汤比平消片评分较高,在细胞核上也有类似情况。其在乳腺组织 HE 染色形态学上表现为一般增生和癌前病变,浸润性病变等不同表现,其在电镜下表现为细胞膜结构发育不良和去分化,微绒毛逐渐恢复正常,细胞间连接结构不清,缝隙连接减少,发育不良,这点和报道[6]结果一致,说明了该药物对改善细胞间结构作用显著;细胞质内细胞器丰富,线粒体等增多明显,内质网形态丰富,高尔基体可见大量脂滴和乳

蛋白颗粒,细胞核形态大小等规则,可见体积增大,核内常染色体丰富,核浆比例失调,其原因可能是由于药物中贝母等有丰富细胞线粒体效果有关[7]。基底膜连续,肌上皮细胞不同程度异常,可加凋亡细胞,这可能和中药汤剂具有促进组织新陈代谢有关[8]。总之,该汤剂在改善细胞表面结构和细胞凋亡上和其他药物是类似的,在胞内结构和胞核上,该汤剂则明显优于平消片。总之,阳和化岩汤在改善细胞膜、细胞质、细胞核超微结构上具有明显改善,在抑制大鼠乳腺癌前病变细胞生长和代谢功能上均有较好作用。

参 考 文 献

- [1] 闵大六,王保太,孟刚,等. 乳腺癌和癌前病变中细胞凋亡及其与 bcl-2、PCNA 表达的关系[J]. 临床与实验病理学杂志,2012,15(2):99-102.
- [2] 李静蔚,刘晓菲,陈宏志,等. 温阳散结法干预乳腺癌癌前病变 MCF-10AT 细胞的生长抑制及诱导凋亡研究[J]. 中医学报,2013,41(4):41-45.
- [3] 刘晓菲,李静蔚,陈翰翰,等. 温阳散结法干预乳腺癌癌前病变 MCF-10AT 细胞的生长抑制及诱导凋亡研究[C].// 中华中医药学会 2013 年学术年会论文集,2013:175-178.
- [4] 刘文英,裴晓华. 中医药防治乳腺癌癌前病变的研究进展[C]. //第 11 届全国中医及中西医结合乳腺病学术会议论文集,2012:472-475.
- [5] 李龙山,孙东植,孙抒,等. 乳腺癌及其癌前病变中细胞凋亡与 p53、bcl-2 蛋白的表达[J]. 中国肿瘤临床,2013,27(5):329-332.
- [6] 李永健. 乳宁冲剂干预 MCF-10AT 细胞及其乳腺癌癌前病变模型的实验研究[D]. 上海:上海中医药大学,2012.
- [7] 邓卫芳. 化瘀解毒法对乳腺癌癌前病变大鼠 SDF-1/CXCR4 轴表达的影响[C].//2012 年中医外科学术年会论文集,2012:182-186.
- [8] 李颖嘉,孙学刚,文戈,等. 乳腺癌及癌前病变血管生成相关分子的表达及意义[J]. 中国组织化学与细胞化学杂志,2012,18(3):316-321.

(收稿日期 2015-03-02)

(上接第 1155 页)

- [10] 繇鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海:上海科学技术出版社,2000:292-293.
- [11] 何彩云. 针灸推拿结合治疗膝关节骨性关节炎 50 例[J]. 浙江中医杂志,2009,44(4):293.
- [12] 厉巧,陈煜民,王秋朝. 针灸结合牵膝手法治疗膝关节骨性关节炎临床观察[J]. 浙江中医杂志,2014,49(4):284.
- [13] 吴青青. 膝关节骨性关节炎患者的针灸推拿治疗临床分析[J]. 中外医疗,2011,31(5):93.
- [14] 张焰理,张自成,高太泽. 温针灸配合推拿外敷治疗膝骨性关节炎 50 例[J]. 山东中医杂志,2011,30(7):488-489.
- [15] 朱天兵. 温针灸配合推拿治疗膝骨性关节炎疗效分

- 析[J]. 实用中医药杂志,2012,28(12):1036-1037.
- [16] 罗仁瀚,源援基. 推拿配合温针灸治疗膝关节骨性关节炎 60 例临床疗效观察[J]. 按摩与导引,2007,23(5):10-11.
- [17] 薛利凤. 温针灸配合推拿手法治疗膝骨性关节炎临床观察[J]. 按摩与康复医学,2011,2(34):31-33.
- [18] 黄潘吟,庞青民,陈跃. 针灸配合推拿治疗膝骨性关节炎 30 例[J]. 福建中医学院学报,2007,17(6):42-43.
- [19] Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al. Assessing the quality reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary[J]. Control Clinical Trials, 1996, 17(1): 1-12.

(收稿日期 2015-03-16)

温针灸膝四穴配合消肿利水方熏洗治疗 膝关节创伤性滑膜炎的临床研究*

王 为 刘渝松 马善治 郭 亮 王 健 彭文忠 胡 晓 指导 郭剑华
(重庆市中医骨科医院,重庆 400010)

中图分类号:R274 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1165-04
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.013

【摘要】目的 观察温针灸膝四穴配合消肿利水方熏洗治疗膝关节创伤性滑膜炎的效果。**方法** 90例患者随机分为治疗组、温针治疗组、中药熏洗组各30例。治疗组采用温针灸膝四穴配合消肿利水方熏洗治疗。温针治疗组采用温针灸膝四穴治疗。中药熏洗组采用消肿利水方熏洗治疗。观察各组WHO生存质量测定量表(WHOQOL-BREF量表)评分、Lysholm膝关节评分、不良反应发生情况以及临床疗效。**结果** 治疗组在自身健康状况总的主观感觉、生理领域、心理领域得分均高于温针治疗组、中药熏洗组(均 $P < 0.05$),而自身生存质量总的主观感受、社会关系领域、环境领域各组则差别不大($P > 0.05$)。各组治疗后均较治疗前Lysholm膝关节评分改善(均 $P < 0.05$),且治疗组Lysholm膝关节评分改善均优于温针治疗组、中药熏洗组(均 $P < 0.05$)。治疗组愈显率83.33%均优于温针治疗组的63.33%和中药熏洗组的53.33%(均 $P < 0.05$)。各组治疗过程中均未发现明显不良反应。**结论** 温针灸膝四穴配合消肿利水方熏洗治疗膝关节创伤性滑膜炎可一定程度提高患者生存质量,改善患者症状和体征,安全有效。

【关键词】 膝关节创伤性滑膜炎 温针灸 膝四穴 消肿利水方 熏洗

The Clinical Research on the Treatment of Traumatic Synovitis of Knee Joint with Warming Acupuncture on Knee Forth Point Combined with Detumescence-and-diuresis-decoction Fumigation and Washing
WANG Wei, LIU Yusong, MA Shanzhi, et al. Chongqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400010, China

【Abstract】 Objective: To observe the effect of the treatment of traumatic synovitis of knee joint with warming acupuncture on knee forth point combined with detumescence-and-diuresis-decoction fumigation and washing. **Methods:** 90 cases were randomly divided into the treatment group, warming acupuncture group and TCM fumigation and washing group. The treatment group received the treatment of warming acupuncture on knee forth point combined with detumescence-and-diuresis-decoction fumigation and washing. Warming acupuncture group received the treatment of warming acupuncture on knee forth point. TCM fumigation and washing group received the treatment of detumescence-and-diuresis-decoction fumigation and washing. The following data was observed: WHOQOL-BREF score, Lysholm score, incidence condition of adverse reaction and clinical effects. **Results:** Compared with warming acupuncture group and TCM fumigation and washing group, the treatment group had a better subjective feeling on self-condition and higher scores in physiological field and psychological field ($P < 0.05$), while there was no significant difference in their own quality of life, social relationship field and environmental field ($P > 0.05$). Compared with pre-treatment, all groups had an improvement in Lysholm score ($P < 0.05$). The treatment group with the total effective rate 83.33% was better than warming acupuncture group 63.33% and TCM fumigation and washing group 53.33% ($P < 0.05$). During the treatment, there was no Adverse Reaction in each group. **Conclusion:** In some degree, traumatic synovitis of knee joint treatment with warming acupuncture on knee forth point combined with detumescence-and-diuresis-decoction fumigation and washing can improve the quality of life, symptoms and signs of the patients safely and effectively.

【Key words】 Traumatic synovitis of knee joint; Warming acupuncture; Knee forth point; Detumescence and diuresis decoction; Fumigation and washing

* 基金项目:重庆市卫生局中医药科技项目(ZY20132159)

膝关节创伤性滑膜炎是由于膝关节受到急性创伤或慢性劳损而导致滑膜损伤或破裂, 膝关节腔内积液或积液的一种非感染性炎症反应疾病, 主要表现为膝关节肿胀、疼痛、活动受限等, 积液甚者, 浮髌试验阳性, 呈不同程度滑膜炎性 X 线表现^[1]。近年来其发病率逐年上升, 目前西医多采用激素、非甾体类药口服或关节穿刺抽液, 局部注射等治疗, 虽有一定疗效, 但因药物副作用, 或手术再损伤等, 且易致关节强直等因素, 远期疗效不理想^[2-3]。临床采用中医药干预膝关节创伤性滑膜炎取得了一定成果, 疗效可靠、痛苦小、副作用少而有一定优势。温针灸膝四穴配合消肿利水方是由全国名老中医郭剑华主任中医师 20 余年的临床观察总结而成, 在临床中熏洗治疗膝关节创伤性滑膜炎具有疗效佳、疗程短、费用低等优点。笔者采用温针灸膝四穴配合消肿利水方熏洗治疗膝关节创伤性滑膜炎取得了较好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1) 诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]。2) 纳入标准: 符合诊断标准; 18~70 岁, 性别不限; 排除合并其他系统疾病者; 自愿并签署知情同意书者; 对研究意义正确认识, 对本研究观察和评价有良好依从性。3) 排除标准: 经检查证实为结核性滑膜炎、急性化脓性关节炎等患者; 妊娠哺乳期及对本药过敏者; 合并有心血管、脑血管和造血系统等严重疾病、精神病者, 肝肾功能异常者; 未按规定服药, 或接受其他治疗而无法判定疗效者; 膝关节内骨折影响其关节功能者。4) 剔除标准: 研究中发现不符合纳入标准者; 试验过程中依从性差, 未按试验方案治疗或自行停止治疗者; 因不良反应被迫停止, 但不良反应列入安全性评价; 无不良反应, 但因其他不能预见原因而中断治疗; 研究期间合并非试验影响因素, 可能影响疗效评价者。

1.2 临床资料 选取 2012 年 6 月至 2013 年 6 月笔者所在医院门诊及住院收治的确诊为膝关节创伤性滑膜炎的患者 90 例, 随机分为治疗组 30 例(采用温针灸配合中药熏洗治疗), 温针治疗组 30 例, 中药熏洗组 30 例。治疗组 30 例, 男性 17 例, 女性 13 例; 平均年龄(57.49±4.76)岁; 平均病程(28.49±5.17) d。温针治疗组 30 例, 男性 19 例, 女性 11 例; 年龄平均(55.43±6.63)岁; 病程平均(25.49±3.92) d。中药熏洗组 30 例, 男性 16 例, 女性 14 例; 平均年龄(55.43±6.63)岁; 平均病程(26.73±4.75) d。各组性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组给予温针灸膝四穴配合消肿利水方熏洗治疗。患者仰卧双下肢平放, 常规消毒, 取患膝四穴(内、外膝眼、阴陵泉、血海), 采用 1.5~2 寸一次性无菌毫针刺, 用平补平泻法配合温针灸(每次取约 2 cm 长艾条 2 柱), 同时 TDP 照射患膝, 每日 1 次。

采用郭剑华主任中医师经验方消肿利水方: 鼠妇 6 g, 土茯苓 30 g, 肉桂 2 g, 乳香 15 g, 没药 15 g, 冰片 1 g, 蜣螂虫 10 g, 海桐皮 30 g, 川牛膝 30 g, 青风藤 30 g, 黄柏 15 g, 威灵仙 20 g, 海风藤 30 g, 将各药置于中药熏蒸治疗机, 加水 3000~4000 mL, 浸泡 30 min, 煎沸 20~30 min 后将温度调至 40~45 °C, 将患肢放在治疗机上, 熏蒸 25~30 min(注意防止烫伤); 然后将药液从治疗机中取出放入盆中, 患者将患肢放入盆中使用一次性纱布反复浸泡后边洗边按摩膝关节, 并做主动伸屈关节运动至药液变凉。每日熏洗 1 次, 每日 1 剂。4 周为 1 疗程, 连续治疗 3 疗程。温针治疗组、中药熏洗组分别给予温针灸膝四穴、消肿利水方熏洗治疗(方法同治疗组)。

1.4 观察指标 1) WHO 生存质量测定量表 (WHO-QOL-BREF 量表) 评分^[5-7]。治疗结束后, 征得患者同意后专业人员对患者进行评估, 要求受试者对量表内容理解后, 自行填写或由评定医生帮助填写, 填写近 2 周情况。量表主要有 6 个方面 28 个问题: 自身生存质量总的主观感觉; 自身健康状况总的主观感觉; 生理领域; 心理领域; 社会关系领域; 环境领域。每个问题按程度由轻到重分别记 1~5 分, 受测者根据自己近 2 周内感受进行评分。得分越高, 生存质量越好。2) 参照 Lysholm 膝关节评分标准^[8]评定。治疗前后症状、体征及行走活动等积分越高越严重。3) 记录各组不良反应发生情况。

1.5 疗效标准 参照中医病证诊断疗效标准^[4], 采用尼莫地平法。疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分]×100%, 结果以百分数表示。临床痊愈: 症状、体征消失或基本消失, 疗效指数≥90%。显效: 症状、体征明显改善, 70%≤疗效指数<90%。有效: 症状、体征均有好转, 30%≤疗效指数<70%。无效: 症状、体征无明显改善甚至加重, 疗效指数<30%。

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 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组膝关节创伤性滑膜炎患者治疗前后 WHO-QOL-BREF 量表评分比较 见表 1。治疗组在自身健

表 1 各组膝关节创伤性滑膜炎患者 WHOQOL-BREF 量表评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	生存质量 主观感受	健康状况 主观感受	生理领域	心理领域	社会关系 领域	环境领域
治疗组	30	3.23±1.54	3.41±1.20 [▲]	99.80±14.12 ^{▲▲}	82.71±7.93 ^{▲▲}	43.54±4.91	93.85±7.57
温针治疗组	30	3.12±1.77	2.53±1.61	79.32±15.25	73.26±8.19	45.17±4.62	93.69±8.28
中药熏洗组	30	3.26±1.2 [*]	2.42±1.45	78.58±14.27	71.49±8.54	44.26±4.33	94.17±8.52

与温针治疗组比较, ^{*} $P<0.05$; 与中药熏洗组比较, [▲] $P<0.05$ 。

康状况总的主观感觉、生理领域、心理领域得分均高于温针治疗组、中药熏洗组(均 $P < 0.05$),而自身生存质量总的主观感受、社会领域、环境领域则差别不大($P > 0.05$)。

2.2 各组膝关节创伤性滑膜炎患者 Lysholm 膝关节评分比较 见表2。结果示,各组治疗后均较治疗前 Lysholm 膝关节评分改善(均 $P < 0.05$),且治疗组 Lysholm 膝关节评分改善均优于温针治疗组、中药熏

表2 各组膝关节创伤性滑膜炎患者 Lysholm 膝关节评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	跛行	支撑	交锁	不稳定	疼痛	肿胀	爬楼梯	下蹲	总分
治疗组 (n=30)	治疗前	3.2±1.6	3.3±1.0	10.3±2.1	23.6±2.4	15.1±4.2	7.6±2.4	7.8±2.1	3.2±1.5	80.6±4.9
	治疗后	2.2±1.5* ^{△△}	2.0±0.6* ^{△△}	7.7±2.3* ^{△△}	20.4±2.1* ^{△△}	13.0±3.2* ^{△△}	6.0±2.2* ^{△△}	6.0±1.6* ^{△△}	2.0±1.7* ^{△△}	62.5±3.4* ^{△△}
温针治疗组 (n=30)	治疗前	3.4±1.4	3.4±1.2	10.3±2.2	22.4±2.4	14.9±4.6	7.5±2.6	7.8±2.3	3.3±1.4	81.1±4.9
	治疗后	2.5±1.3*	2.4±1.2*	8.8±2.1*	21.7±2.3*	13.4±3.1*	6.5±2.4*	6.8±1.5*	2.5±1.3*	70.7±2.8*
中药熏洗组 (n=30)	治疗前	3.2±1.6	3.3±1.0	11.3±2.0	23.6±1.9	15.1±4.2	7.6±2.8	7.4±2.5	3.2±1.5	80.8±5.1
	治疗后	2.6±1.2*	2.2±1.5*	8.8±2.7*	21.9±2.4*	13.7±3.3*	6.6±2.2*	6.9±1.4*	2.6±1.1*	72.9±3.7*

与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与温针治疗组治疗后比较,[△] $P < 0.05$;与中药熏洗组治疗后比较,^{△△} $P < 0.05$ 。下同。

洗组(均 $P < 0.05$)。

2.3 各组膝关节创伤性滑膜炎患者临床疗效比较 见表3。结果示,治疗组愈显率优于温针治疗组、中药熏洗组(均 $P < 0.05$)。

表3 各组膝关节创伤性滑膜炎患者临床疗效比较(n)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
治疗组	30	22	3	5	0	25(83.33) ^{△△}
温针治疗组	30	16	3	5	6	19(63.33)
中药熏洗组	30	12	4	7	7	16(53.33)

2.4 不良反应 各组顺利完成治疗,在治疗过程中均未发现明显不良反应。

3 讨论

膝关节创伤性滑膜炎是临床常见病、多发病之一,临床以老年人、从事体力活动者或特殊职业的人群(运动员和军人等)多发,其发病率近年来逐年增加。目前西医多采用激素、非甾体类药口服或关节穿刺抽液,局部注射等治疗,虽有一定疗效,但因药物副作用,或手术再损伤、滑膜切除术等,且容易引起关节强直等,远期效果不理想^[1-3]。

膝关节创伤性滑膜炎可归属于中医学“痹证”“鹤膝风”等范畴,多由劳作过度、扭挫伤或素体体虚久居湿地,而致湿邪下注,集聚于膝,气血痹阻,发为膝关节肿胀、疼痛,屈伸不利等。本研究针对本病“湿、痰、瘀、伤”的病因病机,采用温针灸取患膝内外膝眼、阴陵泉、血海四穴,局部取穴与循经取穴相结合,具有健脾除湿、化痰通络、活血散瘀、消肿止痛的作用。内、外膝眼穴位于膝关节髌韧带两侧凹陷处,针刺其具有活血通络、疏利关节、宣痹止痛的作用,主治各种原因引起的膝关节病,髌骨软化症等;阴陵泉位于小腿内侧,为足太阴脾经合穴,针刺可健脾除湿、利水消肿、祛痰逐湿;

血海位于大腿内侧,髌底内侧端上2寸,当股四头肌内侧头隆起处,该穴是足太阴脾经所生之血的聚集之处,具有引血归经,治疗血分诸病的作用。

温针适应于多种病证的治疗。采用温针灸内外膝眼、阴陵泉、血海4穴,针对“湿、瘀、痰、伤”所引起的“不通则痛”,针灸合用可发挥针刺与艾灸的双重作用,在刺激穴位、调节经气的同时使热力透达患部,以疏通经络、活血化瘀、消肿止痛、祛寒除湿,且灸疗产生热力通过刺激皮肤感受器,激发调节神经系统机能,促进血液循环,改善代谢,可对软组织发挥活血通络、松解粘连,减少水肿渗出,促进组织水肿及炎症物质消散吸收,消除对神经不良刺激,促进组织修复的作用,使局部肌肉、神经、血管得到充分营养,从而消除肿胀、疼痛,使膝关节功能得以恢复。研究证实,温针灸可提高白细胞数和增强单核巨噬细胞吞噬作用,促进抗体形成^[9]。

中药熏洗使药力和热力有机结合,可从皮到肉,从筋到骨,由内到外,层层渗透,可使患部活血化瘀、通调气血、祛痰除湿、消肿止痛,改善局部微循环,恢复关节内供血,减轻水肿和炎症反应,促进炎症消退^[10-11]。笔者认为本病病因病机为“湿、瘀、痰、伤”,外伤或劳损是病因,痰、湿、瘀既为病理产物,也是致病因素,湿邪是其中关键。湿性黏滞,或郁久化热伤阴,或聚而生痰,痰瘀湿互结,致膝关节肿胀、疼痛、活动受限,病情缠绵难愈。消肿利水方中鼠妇通经止痛、破瘀利水,对治疗骨质增生症及骨刺等具有较好效果;土茯苓祛湿解毒、通利关节;肉桂温阳利水;乳香、没药活血通经止痛、消肿生肌;冰片清热止痛;蜈蚣虫解毒消肿;海桐皮、青风藤、海风藤、威灵仙祛风除湿、舒筋通络;川牛膝强筋壮骨、逐瘀通经、通利关节、祛风利湿;黄柏清热消肿,可减轻水肿及由偏热引起的血瘀证,其含小碱和苦味黄酮甙醇化合物,外用可促进皮下瘀血吸收,保护血小

板功能。诸药合用,共奏活血化瘀、通调气血、祛痰除湿、消肿止痛之功。采用中药熏洗可使中药有效成分透过皮肤,刺激皮肤神经末梢感受器,促进神经系统新反射形成,破坏原病理反射,减轻局部组织紧张力,缓解患处皮肤、肌肉、肌腱和韧带紧张痉挛,达到镇痛、促进关节及肢体功能活动恢复的目的。

目前,WHOQOL-BREF量表在临床已广泛应用^[12-13],并取得了较好效果。本研究结果显示,治疗组自身健康状况总的主观感觉、生理领域、心理领域得分优于针治疗组、中药熏洗组,而自身生存质量总的主观感受、社会领域、环境领域则差别不大。表明温针灸膝四穴配合消肿利水方熏洗治疗膝关节创伤性滑膜炎可一定程度提高患者生存质量,但对社会关系和环境领域的影响相对较小。也提示生存质量评价可作为临床疗效评价指标,对患者生存质量研究具有较大临床意义。各组治疗后均较治疗前 Lysholm 膝关节评分改善,且治疗组改善优于温针治疗组、中药熏洗组。治疗组总有效率83.33%均优于温针治疗组的63.33%和中药熏洗组的53.33%(均 $P < 0.05$)。各组治疗过程中均未发现明显不良反应。表明单用温针灸治疗或者中药熏洗治疗膝关节创伤性滑膜炎均可达到较好效果,且两者合用治疗效果更佳,与报道类似^[14]。

综上所述,温针灸膝四穴配合消肿利水方熏洗治疗膝关节创伤性滑膜炎可一定程度提高患者生存质量,改善患者症状和体征,安全有效。值得临床推广应用。

参 考 文 献

[1] 林治瑾. 临床外科学[M]. 天津:天津科学技术出版社, 1995:6.

[2] 杨光华. 病理学[M]. 5版. 北京:人民卫生出版社,2001: 57-59.

[3] 闵毅. 关节腔内注射玻璃酸钠配合针刺治疗膝关节创伤性滑膜炎[J]. 中国中医药信息杂志,2008,11(11):73.

[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,1994:206-207.

[5] 曾庆徐,许敬才. 骨关节炎的分类诊断和流行病学[J]. 中国实用内科杂志,1998,18(102):108-110.

[6] 郝元涛,方积乾. 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明[J]. 现代康复杂志,2000,4(8):1127-1129.

[7] The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment [J]. Psychol Med,1998,28:551-558.

[8] Lysholm J,Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on Use of a Scoring Scale[J]. Am J Sports Med,1982,10:150-154.

[9] 尹双红,杜业勤. 温针灸在胃阑术后胃肠功能恢复中的作用观察[J]. 针灸临床杂志,2009,25(2):27-28.

[10] 陈长平,于发来,李孟振.等. 中药熏洗治疗膝关节创伤性滑膜炎36例[J]. 实用乡村医生杂志,1999,6(5):32.

[11] 程春生,张耘. 中药熏洗治疗急性软组织损伤的实验研究[J]. 中医正骨,2005,11(11):12-13.

[12] Liang WM,Chen JJ,Chang CH,et al. An empirical comparison of the WHOQOL-BREF and the SGRQ among patients with COPD[J]. Qual Life Res,2008,17(5):793-800.

[13] Chopra P,Herrman H,Kennedy G. Comparison of disability and quality of life measures in patients with long-term psychotic disorders and patients with multiple sclerosis: an application of the WHO Disability Assessment Schedule II and WHO Quality of Life-BREF[J]. Int J Rehabil Res,2008,31(2):141-149.

[14] 刘渝松,王为,马善治,等. 温针灸膝四穴配合消肿利水方熏洗治疗膝关节创伤性滑膜炎临床观察[J]. 实用中医药杂志,2014,30(9):804-806.

(收稿日期 2015-05-31)

(上接第 1145 页)

症状。但是本研究存在小样本、指标少、周期短的不足,研究结果尚需深入研究与探讨。

参 考 文 献

[1] 李洪雷. 参附注射液治疗心力衰竭研究进展[J]. 中国中医急症,2013,22(2):276-277.

[2] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社,2008:169-170.

[3] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 7版. 北京:中国中医药出版社,2002:178.

[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,2002:112-125.

[5] 张艳,庞敏,宋婷婷,等. 益气活血复方对慢性心力衰竭大鼠 TNF- α 及 IL-6 的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(5):2277-2279.

[6] 李立志. 陈可冀治疗充血性心力衰竭经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2006,4(2):136-138.

[7] 葛永彬,毛静远,李彬,等. 参附注射液治疗心力衰竭研究概况[J]. 中国中医急症,2007,16(3):337-338.

[8] 罗学科. 参附注射液药理作用研究[J]. 临床和实验医学杂志,2007,9(6):157-159.

[9] 郑曙云. 参附注射液对大鼠心肌缺血再灌注损伤的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2004,24(6):243-244.

[10] 张武新,潘港. 参麦注射液、参附注射液治疗充血性心力衰竭临床疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2007,16(9):1184-1185.

[11] 关良劲,李雅茜,钟汉林,等. 参附注射液对慢性心力衰竭患者心功能及 N 端 B 型脑钠肽前体的影响[J]. 中国中医急症,2015,24(1):171-173.

(收稿日期 2015-03-09)

甲型流感患者中医体质特点分析*

王晓才¹ 赵洪杰¹ 董晓根² 李安德¹ 陈燕力¹

孙利红¹ 崔宁¹ 苒华颖¹ 郭子宁¹

(1. 北京中医药大学东方医院, 北京 100078; 2. 北京市丰台区疾病预防控制中心, 北京 100071)

中图分类号: R511.7 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)07-1169-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.014

【摘要】目的 探讨甲型流感患者的中医体质特点。方法 对 151 例甲型流感确诊患者(103 例病毒核酸检测显示 87.4%为甲型 H3N2 流感)应用中华中医药学会 2009 年发布的“中医体质分类与判定自测表”进行中医体质问卷调查, 判定其中医体质类型。结果 9 种中医体质类型出现比例由高到低依次为: 痰湿质(73 例, 48.34%)>湿热质(69 例, 45.70%)>气虚质(66 例, 43.70%)>阳虚质(59 例, 39.07%)>气郁质(57 例, 37.75%)>阴虚质(53 例, 35.10%)>血瘀质(26 例, 17.22%)>平和质(19 例, 12.58%)>特禀质(17 例, 11.26%)。体质类型组合方式以单一、2 种、3 种的组合最为多见, 其次为 4 种、5 种、6 种之组合, 7 种、8 种组合十分少见。男性阳虚质、血瘀质出现比例明显低于女性, 而平和质出现比例高于女性; 有鼻炎史者出现阳虚质比例显著低于无鼻炎史者; 有高血压史者的血瘀质出现比例明显高于无高血压病史者(均 $P < 0.05$)。结论 甲型流感患者多为偏颇体质, 以单一、2 种、3 种的体质组合最为多见; 性别、鼻炎病史、高血压病史等是甲型流感患者体质类型的常见影响因素。

【关键词】 甲型流感 中医体质类型 影响因素

The Analysis of TCM Constitution in Cases of Influenza A WANG Xiaocai¹, ZHAO Hongjie¹, DONG Xiaogeng², et al. 1 Dongfang Hospital of Beijing university of Chinese Medicine, Beijing 100078, China; 2 Disease Control and Prevention Center, Fengtai District, Beijing City, Beijing 100071, China

【Abstract】Objective: To discuss the characteristics of TCM Constitution in Case of influenza A. **Methods:** According to Chinese constitution classification and decision table of self testing published in 2009 by Chinese Medical Association, 151 cases with Influenza A, among which there were 103 cases whose Virus nucleic acid detection showed that 87.4% was H3N2, were given Questionnaire investigation and their TCM Constitution Type were identified. **Results:** There were 9 TCM Constitution types: phlegm-dampness(73 cases, 48.34%)>damp-heat(69 cases, 45.70%)>qi asthenia (66 cases, 43.70%)>yang asthenia (59 cases, 39.07%)>qi stagnation (57 cases, 37.75%)>yin asthenia(53 cases, 35.10%)>blood stasis(26 cases, 17.22%)>yin-yang harmony(19 cases, 12.58%)>allergic constitution(17 cases, 11.26%). The way of Constitution type combination was mainly single, two combination, three combination; 4, 5, 6 combinations were fewer; 7, 8 combinations were very rare. The Proportion of yang asthenia and blood stasis in male were lower than those of female, while The Proportion of yin-yang harmony was higher than that of female. The Proportion of yang asthenia in patients with Rhinitis history was obviously lower than that without Rhinitis history. The Proportion of blood stasis in patients with History of hypertension was obviously higher than that without History of hypertension. **Conclusion:** Most of the patients with Influenza A have Biased constitution. The way of Constitution type combination is mainly single, two combination, three combination. gender, Rhinitis history, History of hypertension are common influence factors of the patients with Influenza A.

【Key words】 Influenza A; TCM Constitution Type; Influence factors

流感是人类面临的主要公共健康问题之一, 以甲型流感对人类危害最大。中医药在防治流感(时行感冒)方面具有独特优势, 明确甲型流感的病证特点是提高疗效的前提。在中医临床实践中, “阴虚外感”“气虚

外感”“阳虚外感”等中医认识已经表明, 体质因素对时行感冒选方用药具有重要影响, 但至今仍然缺乏基于临床调查的研究数据来探究甲型流感患者的体质特点。因此, 有必要研究甲型流感中医体质类型特点及其影响因素, 从而有助于提高中医的选方用药水平和临

* 基金项目: 北京中医药大学自主课题资助项目(2014-JYBZZ-JS-061)

床疗效。本研究通过对甲型流感病例中医体质类型的流行病学调查,分析了流感患者的中医体质特点及其影响因素。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 甲型流感诊断参照《流行性感感冒诊断与治疗指南(2011年版)》^[1]制定;流感样病例诊断参照《流感样病例暴发疫情处置指南(2012年版)》^[2]。纳入标准:符合甲型流感诊断;年龄≥16岁;能配合完成问卷调查。排除标准:不符合甲型流感诊断;年龄<16岁;不配合问卷调查;有严重的精神疾病者;有恶性肿瘤者。

1.2 临床资料 所有病例均为2014年2月至2015年1月在东方医院发热门诊就诊的甲型流感确诊患者,共151例,其中男性90例,女性61例;年龄17~85岁,平均(35.5±2.49)岁。病程<12h者18例,12h至1d者53例,1~2d者43例,2~3d者29例,3~4d者8例。其年龄分布:<25岁33例,25~34岁66例,35~44岁15例,45~54岁16例,55~64岁10例,≥65岁11例。胸片检查情况:未查胸片者119例,胸片正常18例,肺纹理增重9例,肺炎5例。既往病史情况:无既往病史者116例,有鼻炎病史者16例,有高血压史者11例,有冠心病史者3例,有糖尿病史者2例,有哮喘史、控制稳定者4例,有胃病史者6例,有心律失常史者2例,有干燥综合征史者1例,有痛风史者1例。

1.3 中医体质分类与判定 中医体质类型参照王琦的中医体质学说,分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、湿热质、痰湿质、瘀血质、气郁质、特禀质9种体质类型,各型的分类与判定依据中国中医药学会发布的《中医体质分类和判定表》^[3]。

1.4 研究方法 采用流行病学方法,应用中华中医药学会2009年发布的“中医体质类型自测表”对甲型流感确诊病例进行中医体质调查。步骤如下。1)甲型流感病例的检测与确诊。对就诊于北京中医药大学东方医院发热门诊的发热病例进行筛选,调查医师对流感样病例采集咽拭子标本,进行甲型流感病毒快速抗原检测(采用胶体金法,试剂盒由广州万孚生物技术股份有限公司生产),检测结果阳性者属于甲型流感确诊病例。对于快速抗原检测阳性者,应用北京市疾控中心统一配发的病毒采集盒(海南兴南峰医药器械有限公司生产)再次采集咽拭子标本,送北京市丰台区疾控中心微生物检验科检测流感病毒核酸检测。2)临床调查。调查医师应用王琦教授编制的“中医体质类型自测表”对甲型流感确诊病例进行中医体质类型调查,体质自测表由患者自行填写。3)中医体质分类与判定。参照王琦的中医体质学说,分为阳虚质、阴虚质、气虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、特禀质、气郁质、平和质9种体质类型,各型的判定参照中华中医药学会2009年4月9

日发布的“中医体质分类和判定表”及其方法,分“是”、“否”两种判定结果,对于依据中医药学会标准判定为“倾向是”者,本研究据中医四诊资料,综合决定为“是”或“否”,不设“倾向是”之结果。

1.5 统计学处理 应用SPSS15.0统计软件,进行相关统计描述分析;对于不同影响因素下各中医体质类型构成比差异的比较,属于计数资料的构成比比较,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 甲型流感病毒检测情况 所有151例均甲型流感快速抗原检测阳性,其中103例再次采集咽拭子送检流感病毒核酸,病毒核酸送检结果显示:甲型H3N2病毒90例,甲型H1N1病毒6例,乙型流感病毒1例,阴性6例,核酸检测阳性率为94.17%。

2.2 体质类型分布特点 在9种体质类型中,平和质仅占12.58%,其他大多数病例(占87.42%)均为偏颇体质,以痰湿质出现比例最高,其次为湿热质、气虚质,9种体质类型的出现比例由高到低依次为:痰湿质(73例,48.34%)>湿热质(69例,45.70%)>气虚质(66例,43.71%)>阳虚质(59例,39.07%)>气郁质(57例,37.75%)>阴虚质(53例,35.10%)>血瘀质(26例,17.22%)>平和质(19例,12.58%)>特禀质(17例,11.26%)。

2.3 性别对体质类型分布的影响 对不同性别甲型流感病例的各体质类型构成比进行比较,经 χ^2 检验,男性与女性阳虚质、血瘀质、平和质的构成比差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1,结果示男性与女性的阳虚质、血瘀质、平和质的构成比具有显著差异,男性的阳虚质、血瘀质比例低于女性,而平和质高于女性;男性的阴虚证比例有低于女性的趋势,但差异尚未达到统计学意义($P>0.05$)。

表1 不同性别体质类型构成比比较 n(%)

性别	n	阳虚质	阴虚质	血瘀质	平和质
男	90	26(28.89) [△]	26(28.89)	11(12.22) [△]	16(17.78) [△]
女	61	33(54.10)	27(44.26)	15(24.59)	3(4.92)

与女性同体质比较,[△] $P<0.05$ 。

气虚质、痰湿质、湿热质、特禀质、气郁质构成比的比较,经 χ^2 检验,差异均无统计学意义($P>0.05$),表明男性与女性的气虚质、痰湿质、湿热质、特禀质、气郁质的构成比未见明显差异。

2.4 年龄对体质类型分布的影响 见表2。对小于25岁、25~49岁、50~64岁、大于65岁4个不同年龄段的体质类型构成比进行比较,经 χ^2 检验,差异均无统计学意义($P>0.05$),表明不同年龄段的甲型流感病例的体质类型分布未见明显差异。

表2 性别、年龄及病史对各中医体质类型构成比差异的 χ^2 检验结果

证候	χ^2 值(P值)			
	性别	年龄	鼻炎史	高血压史
阳虚	9.71(0.002)	4(0.26)	5.39(0.02)	1.99(0.16)
阴虚	3.77(0.052)	0.55(0.91)	5.88(0.44)	0.32(0.57)
气虚	0.2(0.65)	0.13(0.99)	1.14(0.28)	2.88(0.09)
痰湿	0.25(0.62)	4.05(0.26)	0.49(0.5)	2.83(0.09)
湿热	0.92(0.34)	2.98(0.39)	0.8(0.37)	0.37(0.54)
血瘀	3.9(0.048)	3.88(0.27)	0.76(0.38)	4.67(0.03)
特禀	0.96(0.33)	3.06(0.38)	2.02(0.15)	1.56(0.21)
气郁	1.85(0.17)	0.81(0.85)	0.32(0.57)	1.42(0.23)
平和	5.47(0.019)	2.17(0.54)	2.57(0.11)	0.69(0.4)

2.5 既往病史对体质类型分布的影响 本研究中,大部分病例(占76.8%)无既往病史,除了鼻炎病史者16例(占10.6%),高血压史11例(7.3%),其他既往史所占比例均 $\leq 4\%$,影响很小,因此仅对鼻炎、高血压对本研究中中医体质类型分布的影响作一探讨。

对有无鼻炎病史病例间的各中医体质类型构成比差异进行比较,经 χ^2 检验,两者阳虚质构成比之差异具有统计学意义($P < 0.05$),其他8种体质类型的构成比差异无统计学意义($P > 0.05$),结果见表2,表明有鼻炎史甲型流感病例阳虚证出现比例(2/16, 12.5%)与无鼻炎史者(57/135, 42.2%)具有显著差异,有鼻炎史者出现阳虚质比例显著低于无鼻炎史者。

对有高血压病史与无高血压病史甲型流感病例的各中医体质类型构成比进行比较,经 χ^2 检验,两者血瘀质构成比之差异具有统计学意义($P < 0.05$),有高血压史者血瘀质比例(5/11, 45.5%)高于无高血压病史者(21/140, 15.0%),其他8种体质类型的构成比差异无统计学意义($P > 0.05$),结果见表2,表明有高血压史者甲型流感病例血瘀质出现比例明显高于无高血压病史者。

2.6 甲型流感病例的中医体质类型组合情况 本研究表明,单一体质类型者51例,其中包括19例平和质及32例偏颇质,单一偏颇质中,以痰湿质(8例)最多见,其次为湿热质(5例)、阳虚质、阴虚质、气郁质(各为4例),以及血瘀质(3例)、气虚质(2例)、特禀质(2例)。两种体质类型的组合共计25例(占16.5%),共15种组合方式,以痰湿质+湿热质最多(5例),其他可见阳虚+湿热、阳虚+气郁、阴虚+血瘀、气虚+痰湿、痰湿+血瘀、湿热+特禀各2例、痰湿+气郁、湿热+气郁、阳虚+阴虚、阳虚+气虚、阳虚+痰湿、阴虚+气虚、阴虚+痰湿、阴虚+湿热各1例。3种体质类型的组合共计28例(占18.5%),包括阳虚+气虚+痰湿、阳虚+气虚+湿热、气虚+痰湿+湿热各3例,阴虚+痰湿+湿热、阴虚+湿热+气郁、阴虚+痰湿+气虚、痰湿+湿热+气郁各

2例等,共18种组合方式。四型组合13例(占8.6%),共11种组合方式,其中阳虚+气虚+湿热+气郁、气虚+痰湿+湿热+气郁各2例,其他9种均1例,包括阳虚+阴虚+气虚+气郁、阳虚+气虚+痰湿+湿热、阳虚+气虚+痰湿+气郁、阳虚+气虚+血瘀+气郁等组合。5型组合13例(占8.6%),共9种组合方式,其中阳虚+阴虚+气虚+痰湿+气郁、阴虚+气虚+痰湿+湿热+气郁各2例,其他6种各1例,包括阳虚+阴虚+气虚+血瘀+气郁、阳虚+气虚+痰湿+湿热+气郁、阳虚+气虚+湿热+血瘀+气郁等组合。6型组合(14例,占9.3%)共5种组合方式,阳虚+阴虚+气虚+痰湿+湿热+气郁为7例(占4.6%),是2种以上组合中最常见的一种;其他,阳虚+阴虚+气虚+痰湿+血瘀+气郁2例,阴虚+阴虚+气虚+湿热+特禀+气郁、阳虚+气虚+痰湿+湿热+血瘀+特禀、阴虚+气虚+痰湿+湿热+血瘀+气郁、气虚+痰湿+湿热+血瘀+特禀+气郁各1例。7型组合(4例,2.6%)与8型组合(3例,2.0%)均十分少见。

由上可见,具体的病例个体的体质十分复杂,多种体质的组合出现十分常见,以单一、2型、3型的组合最为多见(共104例),其次为4种、5种、6种体质类型的组合,而7型组合与8型组合则十分少见。

3 讨论

甲型流感属于中医学“时行感冒”“温病”范畴,中医在治疗时行感冒(流感)的临床实践中,常依据患者体质分为虚人外感、阴虚外感、阳虚外感等类型而分别选方用药,表明体质因素一直是中医治疗外感选方用药的重要依据。在上世纪70年代,北京中医药大学王琦教授开始研究中医体质理论,并逐渐确立了中医体质学说,王琦教授将人群分为平和质、阳虚质、阴虚质、气虚质、湿热质、痰湿质、血瘀质、气郁质、特禀质9种中医体质类型,并提出了体病相关论,即:不同体质类型与疾病发生有其内在联系,并影响着证候的类型与演变^[4-5]。

由上可见,从古代中医依据患者不同体质把外感分为几种类型而分别选方用药,到现代新的中医体质学说的确立和体病相关论的提出,对体质与疾病之间关系的研究已经取得很大进步。目前,在甲型流感的中医药治疗方案中,将体质因素纳入甲型流感的治疗方案之中,已经引起专家们的重视,例如,在《甲型H1N1流感中医药预防方案(2009版)》^[6]中,根据甲型H1N1流感疫情的特点制定了4个成人用处方和一个儿童用处方,其区别应用方法就是设定了适应人群,而适应人群则主要是依据人群的中医体质特点。本研究通过疾病与体质相结合的研究思路,旨在搞清楚流感患者中

冠心病气虚血瘀型与冠脉血流储备分数的相关性研究*

李志刚 张培影[△] 周婷婷 王 娟
(江苏省徐州市中心医院, 江苏 徐州 221009)

中图分类号:R541.4 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1172-03
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.015

【摘要】目的 探索冠心病气虚血瘀型与冠脉血流储备分数(FFR)的相关性。**方法** 根据冠脉血流储备分数(FFR)将90例冠心病(气虚血瘀证)患者分为3组,A组30例($FFR < 0.75$),B组30例($0.75 < FFR < 0.80$),C组30例($FFR > 0.80$)。检测各组患者血浆脑钠肽(BNP)水平和红细胞沉降速率(ESR),并分析FFR与BNP和ESR的相关性。**结果** 3组患者FFR与BNP和ESR均呈显著性负相关。FFR越小,BNP和ESR就越大;而FFR越大,BNP和ESR就越小。**结论** 冠心病气虚血瘀型与FFR呈显著性负相关。FFR越小,患者气虚血瘀程度就越严重;而FFR越大,患者气虚血瘀程度就越轻。

【关键词】 冠心病 气虚血瘀型 冠脉血流储备分数 相关性

The Correlation Between the Type of Qi Deficiency and Blood Stasis about Coronary Heart Disease and the Fraction Flow Reserve LI Zhigang, ZHANG Peiyong, ZHOU Tingting, et al. The Central Hospital of Xuzhou City, Jiangsu Province, Jiangsu, Xuzhou 221009, China

【Abstract】Objective: To investigate the correlation between the type of Qi deficiency and blood stasis about coronary heart disease and the fraction flow reserve. **Methods:** 90 patients with the type of Qi deficiency and blood stasis about coronary heart disease in our hospital from January 2014 to January 2015 were selected as research objects. FFR values of patients were determined by pressure wire method. All patients were divided into 3 groups, according to the FFR values, 30 patients in group A ($FFR < 0.75$), 30 patients in group B ($0.75 < FFR < 0.80$), and 30 patients in group C ($FFR > 0.80$). The BNP and ESR levels of each group were detected and the correlation between FFR and BNP and ESR was analyzed. **Results:** FFR was negatively correlated with BNP and ESR. BNP and ESR increased(decreased) with the decrease(increase) of FFR. **Conclusion:** The type of Qi deficiency and blood stasis about coronary heart disease is negatively correlated with FFR. The smaller FFR is, the more serious the level of qi deficiency and blood stasis. The opposite is also true.

【Key words】 Coronary heart disease; Qi deficiency and blood stasis; Fraction flow reserve; Relevance

冠心病是一类严重危害人类健康的疾病,属中医学“心痛”“胸痹”范畴^[1-2]。冠状动脉造影一直以来都是诊断冠脉疾病的“金标准”^[3]。临床上通常以冠状动脉“中等程度狭窄”(50%~70%病变)作为冠状动脉临界病变,以70%临界值决定是采取药物治疗还是介入治疗^[4]。然而,有研究发现,65%以上的心肌梗死患者发病前的冠状动脉造影显示仅为中等程度狭窄病变^[5]。诊断结果决定治疗方式,所以诊断冠脉临界病变是非常重要的。冠脉血流储备分数(FFR)是一个冠状动脉病变狭窄功能性评价指标,可通过测量冠状动脉狭窄

远端与主动脉根部压力之比来反映局部的血流动力学指标改变^[6-7]。FFR不受末梢微循环病变、微循环、心率和血压等因素的影响,同时还消除了冠状动脉造影检查的主观影响,所以能更加准确、客观地反映病情^[8]。FFR正常值为1.0,当心外膜冠脉出现狭窄病变时FFR减小,既往研究显示,以 $FFR < 0.75$ 作为临界值,对冠状动脉狭窄病变的诊断具有较高的敏感性和特异性。所以,采用FFR来评价冠状动脉狭窄程度已在许多国家得到广泛应用,成为诊断冠状动脉病变的“新金标准”。为了探索冠心病(气虚血瘀)与FFR的相关性,设计了如下实验。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 依据《中医心病诊断疗效标准与用药

* 基金项目:江苏省徐州市中心博士创新团队专项科研课题(XZB201220)

[△]通信作者(电子邮箱:zpying58@126.com)

规范》和《中医病证诊断疗效标准》，对确诊为冠心病的患者进行中医辨证分型。依据冠心病气虚血瘀证辨证标准，由2名以上的中医专家进行辨证分型。证型判断：主症+兼症2项+舌脉1项。纳入标准：出现心肌缺血的临床症状；存在心电活动和左心室功能异常等客观依据；据卫生部诊断标准确诊为冠心病；经中医辨证分型为冠心病气虚血瘀型。排除标准：左主干病变；接受过冠状动脉搭桥术；妊娠期妇女；伴有其他严重并发症的患者。本研究遵守赫尔辛基人体医学研究伦理，所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。

表1 冠心病气虚血瘀型辨证标准

证型	主症	兼证	脉象	舌象
气虚血瘀型	胸闷心痛 心悸气短	面色淡白 唇舌暗紫 精神疲倦	脉弱而涩 脉细涩结	舌质淡紫 有瘀斑

1.2 临床资料 选取2014年1月至2015年1月本院收治的确诊为冠心病，并经过中医辨证分型为冠心病(气虚血瘀证)的患者90例为研究对象。其中男性44例，女性46例；年龄41~83岁，平均(63.00±5.00)岁。采用压力导丝法测定患者FFR值，根据FFR值将患者分为3组，A组30例(FFR<0.75)，B组30例(0.75<FFR<0.80)，C组30例(FFR>0.80)。其中A组男性13例，女性17例；平均年龄(63.00±5.00)岁。B组男性16例，女性14例，平均年龄(64.00±6.00)岁；C组男性15例，女性15例，平均年龄(66.00±5.00)岁。各组性别、年龄差异无统计学意义(P>0.05)。

1.3 观察指标 采用压力导丝法测定患者FFR值，检测患者血浆脑钠肽(BNP)水平和红细胞沉降速率(ESR)。

1.4 统计学处理 采用SPSS 20.0统计软件分析。所有数据均行正态分布检验，符合正态分布的计量数据以($\bar{x} \pm s$)的形式表示，计数数据以率的形式表示，多组间比较采用ANOVA分析(F检验)，组间率比较采用 χ^2 检验，变量相关性分析采用Pearson分析法。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者FFR、BNP和ESR比较 见表2。以 $\alpha=0.05$ 为标准，对各组FFR、BNP和ESR数据进行正态分析。结果显示，所有数据均符合正态分布，以($\bar{x} \pm s$)的

表2 各组患者FFR、BNP和ESR比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FFR	BNP(pg/mL)	ESR(MM/H)
A组	30	0.561±0.102	235.325±120.302	26.312±3.435
B组	30	0.767±0.014*	121.236±13.541*	23.605±1.762*
C组	30	0.893±0.403* [△]	90.135±11.328* [△]	20.324±2.874* [△]

与A组比较，*P<0.05；与B组比较，[△]P<0.05。

形式表示。3组患者FFR、BNP及ESR值组间比较差异有统计学意义。B、C组与A组比较，有显著差异(P<0.05)，B组与C组比较，有显著差异(P<0.05)。

2.2 各组FFR与BNP和ESR相关性分析 见表3。Pearson相关性分析结果表明，A组、B组和C组患者的FFR与BNP和ESR均呈负相关。说明FFR越小，BNP和ESR就越大，患者气虚血瘀程度就越严重；而FFR越大，BNP和ESR就越小，患者气虚血瘀程度就越轻。R>0.95存在显著性相关；R≥0.8高度相关；0.5≤R<0.8中度相关；0.3≤R<0.5低度相关；R<0.3关系极弱，认为不相关。

表3 各组FFR与BNP和ESR相关性分析(R)

组别	n	FFR与BNP相关性	FFR与ESR相关性
A组	30	-0.975	-0.901
B组	30	-0.701	-0.697
C组	30	-0.863	-0.885

3 讨论

冠心病病机以“阳微阴弦”为主，是一种正虚邪实的疾病^[9-10]。正虚是导致该病的根本，邪实是导致该病的因素。清·王清任《医林改错》曰“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”，提出气虚血瘀论的学术思想^[11-12]。心气不足，则血行不畅，继而瘀滞成结，形成气虚血瘀证。故冠心病病因病机的关键是气虚血瘀，络脉痹阻。研究发现，中医治疗冠心病使用频率最高的药物是补气药和活血化瘀药，提示气虚血瘀型是冠心病的主要分型^[13]。

中医证型与实验室检查指标的相关性分析是一项复杂的工作，目前尚处于探索研究的阶段。但是随着研究的深入，中医在冠心病辨证分型方面积累了越来越多的经验，目前较一致的看法是，以心功能改变为主的是气虚型；而以血液动力学变化为主的是血瘀型。

3.1 冠心病气虚型与BNP相关性 BNP主要由心室分泌，具有抑制心室重构的作用。近年来，BNP与心力衰竭气虚型的研究较多。蒋晓林等^[14]通过对心力衰竭患者BNP水平的研究，发现气虚血瘀型心力衰竭患者BNP水平显著高于正常对照组，且随着心功能的恶化BNP水平不断升高。孙艺英等^[15]通过对心力衰竭患者进行辨证分型并研究BNP与相关证型的关系，发现气虚型患者BNP水平最高。有报道通过研究BNP在心力衰竭中医辨证分型中的应用，发现气虚型患者BNP平均水平高于其他证型^[16]。然而，BNP水平与冠心病气虚型的研究鲜有报道。但从中医理论辨证论治的角度讲，心气不足是心力衰竭和冠心病的共同病理基础。心气不足以致心失所养，故而出现胸闷和心悸

清热解毒法对急性冠脉综合征患者血脂及血清指标的影响*

陈航 王静 付莉

(四川省成都市中西医结合医院,四川省成都市第一人民医院,四川 成都 610041)

中图分类号:R541.4 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1174-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.016

【摘要】目的 观察清热解毒法治疗急性冠脉综合征对患者血脂和血清指标的影响。**方法** 选取急性冠脉综合征患者 150 例,随机分为两组。对照组 71 例,给予阿托伐他汀治疗;观察组 79 例,在对照组基础上加用清热解毒方进行治疗。分别于治疗前后测定两组患者总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、血浆脂联素(APN)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)水平并进行比较。**结果** 治疗后观察组 TC、TG、LDL-C、hs-CRP 水平均明显低于对照组,HDL-C、APN 水平明显高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 以清热解毒法辅助治疗急性冠脉综合征,对于改善患者血脂水平,抑制炎症反应有着积极而有效的作用,其临床效果优于单纯西医治疗者。

【关键词】 清热解毒 急性冠脉综合征 血脂

Clinical Study on Blood Lipid and Serum Index of Patients with Acute Coronary Syndrome Treated with Detoxification CHEN Hang, WANG Jing, FU Li. Chengdu Hospital of Integrated TCM and WM, Sichuan Province, Sichuan, Chengdu 610041, China

【Abstract】Objective: To investigate the effect of detoxification treatment on the blood lipid and serum index of patients with acute coronary syndrome, and find effective treatment. **Methods:** 150 cases of patients with acute coronary syndrome were randomly divided into two groups. The control group with 71 cases were given atorvastatin therapy; the observation group with 79 cases, based on the treatment of the control group, received extra detoxification treatment. Two groups of patients were measured the levels of TC, TG, LDL-C, HDL-C, APN, hs-CRP and compared before and after treatment. **Results:** Before treatment, in both group, the differences among the levels of blood lipids, ANP, and hs-CRP were not statistically significant. After treatment, the levels of TC, TG, LDL-C, HDL-C, APN, hs-CRP in the control group were respectively (5.10±0.52) mmol/L, (1.98±0.13) mmol/L, (2.14±0.27) mmol/L, (1.31±0.17) mmol/L, (8.73±0.88) mg/L, (4.86±0.47) mg/L, while the observation group were (4.39±0.48) mmol/L, (1.88±0.15) mmol/L, (1.97±0.15) mmol/L, (1.42±0.18) mmol/L, (13.19±1.06) mg/L, (2.10±0.23) mg/L. TC, TG, LDL-C, hs-CRP of the observation group were significantly lower than those of the control group, while levels of HDL-C, APN were significantly higher, with statistically significance ($P < 0.05$). **Conclusion:** The method of assisted detoxification treatment on acute coronary syndrome, has an improvement in the patient's blood lipids, and positively inhibit inflammation, whose clinical effect is better than that of the Western medicine treatment.

【Key words】 Detoxification; Acute coronary syndrome; Blood lipid

急性冠脉综合征是指由于冠状动脉发生粥样硬化而导致心肌缺血的一类疾病,临床以心肌梗死、不稳定型心绞痛最为常见,严重者可危及患者生命^[1]。急性冠脉综合征的发生和发展与炎症反应以及血脂水平密切相关。本研究通过对 79 例急性冠脉综合征患者采取清热解毒法进行辨证治疗,取得较好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所有患者均经过症状描述、体征检查、冠脉 CT、冠脉造影、心肌酶检查以及心电图检查,符合 AHA(美国心脏协会)及 ACC(美国心脏病学会)关于急性冠脉综合征的诊断标准^[2],未予辨证。最近 1 次发病至就诊时间 < 2 h; 年龄 < 80 岁; 患者及家属知情同意。排除其他系统严重疾病; 排除近 2 个月内有急性心肌梗死者; 排除胶原系统功能障碍者; 排除自身免疫

* 基金项目:四川省成都市卫生局科研基金资助项目(05003)

性疾病者;排除相关药物过敏者;排除存在内分泌疾病者;排除自行使用降脂药物者。

1.2 临床资料 选取2011年4月至2014年4月期间本院收治的急性冠脉综合征患者150例,随机分为两组。对照组71例,观察组79例。两组患者在性别、年龄、发病类型等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。

表1 两组患者基本资料比较

组别	n	性别(n)		年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	病程(年, $\bar{x} \pm s$)	分型(n)			合并症(n)		
		男性	女性			不稳定型心绞痛	非ST段抬高心肌梗	ST段抬高心肌梗	高血压	糖尿病	脑卒中
观察组	79	49	30	61.33±4.40	11.10±0.97	41	24	14	55	24	16
对照组	71	44	27	61.38±4.29	11.03±0.94	37	21	13	49	22	14

1.3 治疗方法 所有患者均给予溶栓、抗凝、抗血小板治疗。对照组患者给予阿托伐他汀治疗,每天40mg口服。观察组患者在对照组基础上给予清热解毒方,组方:黄连、黄芩、连翘各10g,大黄5g。每日1剂,以水煎煮2次后混合,早晚服用。

1.4 观察指标 分别于治疗前后测定两组患者总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、血浆脂联素(APN)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)水平并进行比较。取患者清晨空腹肘静脉血2mL,1h内进行10min离心,取血清于-80℃条件下进行储存。采用氧化酶法测定TC、TG水平;采用终点法测定LDL-C和HDL-C水平;采用酶链免疫吸附法测定APN;采用免疫比浊法测定hs-CRP水平。

1.5 统计学处理 采用SPSS13.0统计软件分析。计量资料采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后血脂水平比较 见表2。治疗后两组各项指标均明显改善($P < 0.05$);观察组TC、TG、LDL-C水平均明显低于对照组,HDL-C水平明显高于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组患者治疗前后血脂水平比较(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	TC	TG	LDL-C	HDL-C
观察组 (n=79)	治疗前	6.64±0.59	2.31±0.20	4.10±0.28	1.01±0.14
	治疗后	4.39±0.48* [△]	1.88±0.15* [△]	1.97±0.15* [△]	1.42±0.18* [△]
对照组 (n=71)	治疗前	6.68±0.63	2.29±0.22	4.05±0.33	1.03±0.12
	治疗后	5.10±0.52*	1.98±0.13*	2.14±0.27*	1.31±0.17*

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

2.2 两组患者治疗前后APN、hs-CRP水平比较 见表3。治疗后两组APN、hs-CRP水平均明显改善($P <$

0.05);观察组APN明显高于对照组,hs-CRP明显低于对照组($P < 0.05$)。

表3 两组患者治疗前后APN、hs-CRP水平比较(mg/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	APN	hs-CRP
观察组 (n=79)	治疗前	3.53±0.37	14.78±0.61
	治疗后	13.19±1.06* [△]	2.10±0.23* [△]
对照组 (n=71)	治疗前	3.51±0.36	14.59±0.59
	治疗后	8.73±0.88*	4.86±0.47*

3 讨论

急性冠脉综合征是临床常见的一种以急性心肌缺血为特点的综合性疾病,其发病原因认为是由于各种因素导致的动脉粥样硬化斑块发生破裂,位于血管内皮下的胶原组织在血管中被暴露吸引了大量的血小板发生黏附,从而形成血栓,堵塞冠状动脉^[3]。目前西医对急性冠脉综合征的治疗主要以降低炎症因子、改善内皮功能和稳定斑块为主^[4]。阿托伐他汀是临床常用调节血脂的药物,可以有效改善血管内皮的功能,减轻局部炎症反应,并抑制血小板聚集,稳定动脉粥样斑块^[5-6]。

在中医理论中,急性冠脉综合征属于“胸痹”“心痛”等病证范畴,且认为该病为本虚而标实。血瘀贯穿于急性冠脉综合征的整个过程,其病机主要在于瘀血阻络^[7]。在中医理论中热邪分为内邪和外邪,热证又被分为虚热和实热,当人体脏腑、阴阳、气血以及津液失调时积火而患病。急性冠脉综合征发生与积火患病的规律相符,热邪日久累积生成热毒,毒邪腐伤筋脉,这与西医理论中急性冠脉综合征的病理改变有着相似之处。因此解毒是治疗急性冠脉综合征的重要手段^[8]。笔者以黄芩、黄连、大黄、连翘入药。其中黄芩、黄连、大黄分别可下上焦、中焦、下焦之火。黄芩可泻实火,并可祛除湿热,可治热毒。现代药理学证实黄芩中所含黄芩素、千层纸素A等物质一方面可以抑制血小板聚集和抑制凝血酶所诱导的纤维蛋白原转化为纤维蛋白,另一方面还可防止三酰甘油沉积,增加血清HDL-C含量^[9]。黄连同样具有清热解毒、泻火燥湿的作用,可治疗心脾实热。现代药理学认为,黄连可以兴奋心脏,增加冠状动脉的血流量,改善局部循环。大黄可凉血泻火,还可祛瘀解毒,清利湿热。现代药理学发现大黄可以降低患者的总胆固醇、三酰甘油以及低密度脂蛋白水平。连翘是临床常用的清热解毒药物,可以消痈散疔,与黄芩、黄连、大黄联合应用,有利于三焦之火泻下,清内外之热^[10]。

综上所述,以清热解毒法辅助治疗急性冠脉综合征,对于改善患者的血脂,抑制炎症反应有着积极而有效的的作用,其临床效果优于单纯西医治疗者。

(下转第1194页)

煨石膏外用对急性软组织损伤的治疗作用及其机制研究*

李心亮¹ 李珂^{1△} 刘月平² 李若存¹ 谢芳一¹

(1.湖南省中医药研究院,湖南长沙 410006;2.湖南省儿童医院,湖南长沙 410007)

中图分类号:R274.3 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1176-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.017

【摘要】目的 观察煨石膏对实验性急性软组织损伤模型大鼠的治疗作用并对其可能存在的作用机制进行研究。**方法** 采用砵码自由落体运动制备大鼠急性软组织损伤模型,分组给药后,在给药后1、4、7 d分别处死动物,动态检测大鼠损伤证候指数并测定给药后不同时间血清白介素-1(IL-1)、白介素-6(IL-6)、前列腺素2(PGE₂)的水平改变。**结果** 煨石膏、扶他林软膏均能显著改善模型大鼠损伤证候指数,与模型组比较差异有统计学意义。煨石膏能够显著降低急性软组织损伤大鼠模型血清中IL-1、IL-6、PGE₂水平,与模型组比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。**结论** 煨石膏具有较好的活血化瘀、抗炎消肿等功效,能够显著改善急性软组织损伤的肿胀、瘀斑,促进软组织的修复与再生,其作用机制可能与抑制IL-1、IL-6等炎性因子及抑制PGE₂的生成有关。

【关键词】 煨石膏 急性软组织损伤 外用 炎性因子 大鼠

Experimental Study on the Effect of Plaster of Paris on Acute Soft Tissue Injury and its Mechanism LI Xinliang¹, LI Ke¹, LIU Yueping², et al. 1 The Hunan Research Institute of Chinese Traditional Medicine, Hunan, Changsha 410006, China; 2 Hunan Children's Hospital, Hunan, Changsha 410007, China

【Abstract】Objective: To explore the effect and mechanisms of Plaster of Paris on acute soft tissue injury. **Method:** Acute soft tissue injury models in SD rats were established and divided into 4 groups with administrated locally Plaster of Paris or Voltaren. The indexes of syndrome, plasma, and the levels of IL-1 β , IL-6 and PGE₂ were measured in dynamic style. **Results:** The results showed that, compared with the model group, Plaster of Paris could improve the symptoms of swelling, bruising and dysfunction ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and significantly inhibit the levels of IL-1 β , IL-6 and PGE₂ ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion:** Plaster of Paris has an effect on activating blood dissolving stasis and analgesia, and can significantly improve the swelling, bruising and other symptoms of acute soft tissue injury. The mechanism may related to the inhibition of the levels of IL-1 β , IL-6 and PGE₂.

【Key words】 Plaster of Paris; Acute soft tissue injury; External application; Inflammatory factors; Rats

煨石膏为石膏的炮制品,收载于2010版《中国药典》,功能为收湿、生肌、敛疮、止血。临床除外用治疗疮疡不敛、湿疹瘙痒、水火烫伤和外伤出血外,对于骨折、软损伤引起的红、肿、热、痛等症状,局部外用有确切的疗效,已在临床得到广泛的应用^[1-2],但其药效学及作用机制未见报道。本实验通过复制大鼠软组织损伤模型,观察了煨石膏对急性软组织损伤的治疗作用,采用酶联免疫吸附法检测煨石膏干预后急性软组织损伤模型大鼠血清白细胞介素-1(IL-1)、白细胞介素-6(IL-6)及前列腺素2(PGE₂)的影响对其可能存在的软组织损伤的机制进行研究,为其临床应用提供实验依据。

1 材料与方法

1.1 动物 健康清洁级SD大鼠60只,体质量180~220 g,雌雄各半。购自湖南长沙斯莱克景达动物实验公司,实验前适应性喂养3 d。

1.2 药物及试剂 煨石膏用大豆油(6.6:3.4)配制,由湖南省中医药研究院中药研究所课题组提供,生产批号:20131026。双氯芬酸由北京诺华制药有限公司生产,每支20 g,批号X4447,购自长沙永康堂大药房。IL-1 ELISA试剂盒,美国RD公司,批号:DZE30418。IL-6 ELISA试剂盒,美国RD公司,批号:DZE30646。PGE₂ ELISA试剂盒,美国RD公司,批号:DZE30446。

1.3 分组与造模 参考文献[3]的方法造模。采用10%硫化钠溶液脱除大鼠的小腿部鼠毛,用自制撞击

*基金项目:湖南省中医药研究院院级课题(厅级)(201417)

△通信作者(电子邮箱:303962549@qq.com)

器,质量 160 g,固定高度,撞击接触面直径 0.8 cm 在大鼠小腿中部外侧连续打击 7 次,造成局部软组织挫伤模型。造模成功后将动物随机分为模型对照组,阳性组(予双氯芬酸 0.75 g/kg)、煅石膏低剂量组(0.15 g/kg)和高剂量组(0.75 g/kg),另设空白对照组,每组 12 只动物。其中模型对照组与空白对照组不作处理,其余各组给予相应的药物,每天换药 1 次,共给药 7 d。分别于给药后 1、4、7 d 各组随机选取 4 只动物 10%水合氯醛 0.3 mL/kg 麻醉后腹主动脉取血,3000 r/min 离心 15 min 后取血清采用酶联免疫吸附法(ELISA)检测 IL-1 β 、IL-6、PGE₂ 水平的变化。

1.4 观察指标 损伤证候指数自造模后每天观察伤肢肿胀和瘀斑等证候表现,并分级评分。皮下瘀血:多量块状计 2 分,少量点状计 1 分,无瘀血者计 0 分。肌肉肿胀:明显肿胀计 2 分,稍有肿胀计 1 分,无肿胀者计 0 分。皮肤颜色:紫暗色深计 2 分,暗红色浅计 1 分,色泽正常计 0 分。血清 IL-1、检测采用 ELISA 方法测定,按操作说明书进行。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件处理。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,多组间比较方差分析采用单因素分析。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 煅石膏对急性软组织损伤模型大鼠损伤证候的影响 见表 1。大鼠经过打击造模后迅速出现肿胀、皮肤瘀斑及皮下出血现象,说明造模成功。与模型组比较,阳性组大鼠在给药第 3 天后损伤证候指数显著降低($P<0.01$);煅石膏高剂量组大鼠在给药第 4 天后损伤证候指数显著降低($P<0.05$ 或 $P<0.01$);煅石膏低剂量组大鼠在给药第 6 天后损伤指数显著降低($P<0.01$)。

表 1 各组急性软组织损伤模型大鼠损伤证候指数比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	1d	2d	3d	4d	5d	6d	7d
空白组	12	1.42±0.51	1.33±0.49	1.25±0.62	0.92±0.79	0.75±0.75	0.83±0.72	0.75±0.75
模型组	12	5.42±0.51 ^{***}	5.00±0.74 ^{***}	4.42±0.51 ^{***}	3.92±0.51 ^{***}	3.25±0.45 ^{***}	3.00±0.60 ^{***}	2.17±0.39 ^{***}
阳性组	12	5.33±0.78	4.42±0.79	3.67±0.65 ^{△△}	3.00±0.74 ^{△△}	2.58±0.51 ^{△△}	2.00±0.60 ^{△△}	1.58±0.51 ^{△△}
煅石膏高剂量组	12	5.50±0.90	4.42±0.95	4.08±0.90	3.25±0.87 [△]	2.58±0.79 [△]	2.00±0.60 ^{△△}	1.58±0.51 ^{△△}
煅石膏低剂量组	12	5.75±0.45	5.17±0.58	4.58±0.51	4.00±0.43	3.08±0.29	2.25±0.45 ^{△△}	1.50±0.52 ^{△△}

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

2.2 煅石膏对急性软组织损伤模型大鼠 IL-1 水平的影响 见表 2。与空白组比较,模型组大鼠血清 IL-1 水平在给药后 1、4、7 d 均显著升高,差异有统计学意义($P<0.01$)。与模型组比较,阳性组、煅石膏高剂量组大鼠血清 IL-1 水平在 1、4、7 d 均显著降低($P<0.01$);煅石膏低剂量组大鼠血清 IL-1 水平在给药后 1、4、7 d

有所降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 各组急性软组织损伤模型大鼠血清 IL-1 水平比较 (pg/mL, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	1d	4d	7d
空白组	12	190.8±25.4	201.5±30.39	195.4±27.1
模型组	12	315.8±29.9 ^{**}	376.3±34.6 ^{**}	299.4±19.9 ^{**}
阳性组	12	280.8±25.5 ^{**△△}	324.6±22.1 ^{**△△}	244.4±20.7 ^{**△△}
煅石膏高剂量组	12	278.4±19.5 ^{**△△}	329.3±27.7 ^{**△△}	256.5±25.8 ^{**△△}
煅石膏低剂量组	12	300.3±30.2 ^{**△}	335.4±17.9 ^{**△}	288.8±24.7 ^{**△}

2.3 煅石膏对急性软组织损伤模型大鼠血清 IL-6 的影响 见表 3。与空白组比较,模型组大鼠血清 IL-6 水平在给药后 1、4、7 d 均显著升高($P<0.01$)。与模型组比较,阳性组大鼠在给药 4 d 后血清 IL-6 水平显著降低差异有统计学意义($P<0.01$)。煅石膏高剂量、煅石膏低剂量组大鼠在给药 7 d 时血清 IL-1 水平显著降低。

表 3 各组急性软组织损伤模型大鼠血清 IL-6 水平比较 (pg/mL, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	1d	4d	7d
空白组	12	95.8±15.7	100.7±10.4	89.3±17.1
模型组	12	258.8±19.9 ^{**}	299.0±17.7 ^{**}	235±15.4 ^{**}
阳性组	12	240.9±17.8 ^{**}	256.4±18.5 ^{**△}	180.3±25.4 ^{**△△}
煅石膏高剂量组	12	244.4±9.8 ^{**}	266.5±18.4 ^{**}	195.4±17.3 ^{**△△}
煅石膏低剂量组	12	255.7±14.6 ^{**}	273.9±28.4 ^{**}	210.5±20.3 ^{**△}

2.4 煅石膏对急性软组织损伤模型大鼠血清 PGE₂ 的影响 见表 4。与空白组比较,模型组大鼠给药 1、4、7 d 血清 PGE₂ 水平均显著升高($P<0.01$)。与模型组比较,阳性组、煅石膏高剂量组、煅石膏低剂量组大鼠给药 1、4、7 d 后血清 PGE₂ 水平均有所降低,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表 4 各组急性软组织损伤模型大鼠血清 PGE₂ 水平比较 (pg/mL, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	1d	4d	7d
空白组	12	198.6±8.1	201.7±14.4	195.7±17.5
模型组	12	355.9±26.4 ^{**}	438.8±34.7 ^{**}	350.4±35.5 ^{**}
阳性组	12	299.9±24.1 ^{**△△}	359.5±20.2 ^{**△△}	284.6±19.9 ^{**△△}
煅石膏高剂量组	12	305.4±19.8 ^{**△△}	330.3±27.9 ^{**△△}	276.5±25.4 ^{**△△}
煅石膏低剂量组	12	320.6±28.5 ^{**△}	367.8±32.3 ^{**△△}	300.7±22.5 ^{**△}

3 结论

急性软组织损伤的发病机制主要是局部损伤后炎症介质渗出,组织缺氧及酸性物质堆积,破坏细胞有氧呼吸功能氧化磷酸化进程受阻,致 ATP 生成下降或终止,最终导致组织伤害^[4]。其主要治疗方法是抗炎止

痛。中医学认为急性软组织损伤属于“筋伤”范畴,是指多因外力强烈作用而引起的筋肉、脉络损伤、血溢脉外、气血凝滞等病证,其主要病机是气滞血瘀、脉络不通^[5],其治疗主要以消肿止痛、疏通筋络、活血化瘀等。本实验的结果显示煅石膏能够显著改善急性软组织损伤大鼠模型证候积分,对软组织对大鼠软组织损伤模型有较显著的治疗作用。

现代医学认为急性软组织损伤的关键是炎性介质促进炎性反应导致。IL-1β 是白介素 1 家族中的一个亚型,研究显示在急性软组织损伤过程中 IL-1β 主要是促进炎性反应导致机体发热^[6]。另有研究显示 IL-1β 的释放与软组织损伤的疼痛相关^[5]。本实验结果显示,大鼠急性软组织损伤后血液内 IL-1β 含量迅速上升,煅石膏能够有效降低其血液中 IL-1β 含量,说明其治疗软组织损伤的作用机制可能与抑制 IL-1β 释放,抑制炎性反应,缓解疼痛有关。

IL-6 是一种具有多生物效应的细胞因子,是反应炎症和组织损伤程度的重要指标^[7]。其在炎症反应中占据重要地位。在急性软组织损伤的初期 IL-6 会迅速升高,而康复治疗过程中治疗药物的干预可对升高的 IL-6 含量产生抑制作用^[8]。抑制急性软组织损伤引起的 IL-6 的升高能够促进淤血消退,有利于肌纤维的修复^[9]。本实验的结果显示煅石膏能够抑制急性软组织损伤引起的 IL-6 升高可能是其消肿散瘀作用机制的重要方面。

PGE₂ 是机体在各类生理病理反应中由花生四烯酸在环氧化酶的作用下产生的一种具有多种生物活性的代谢产物,是一种重要的炎症物质,大量研究证实,在炎症早起 PGE₂ 处于高表达状态,可导致局部红、热和组织肿胀。通过抑制急性损伤期 PGE₂ 的含量可加速损伤组织炎症的消退与组织的修复^[10]。本实验结果

显示煅石膏能够抑制急性软组织损伤早期 PGE₂ 的表达,说明其治疗急性软组织损伤的消肿散瘀作用机制与抑制 PGE₂ 的表达有关。

综上所述煅石膏具有活血化瘀、消肿止痛的功效,治疗急性软组织损伤疗效确切,其作用机制可能是通过减少炎性因子 IL-1β 的释放,抑制炎性介质 IL-6 的升高及降低 PGE₂ 的表达等方面减轻炎症反应,加速瘀血消退与促进组织修复而达到治疗急性软组织损伤的目的。

参 考 文 献

[1] 神油泽. 外敷“白药膏”治疗骨折及软组织扭挫伤[J]. 按摩与导引, 1995, 1(3): 21-22.
 [2] 何宝凝. 白药膏的质量标准研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(3): 144-145.
 [3] 朱春城, 彭力平, 谢增军. 中药外敷治疗急性软组织损伤的动物实验研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(14): 298-301.
 [4] 姜鹏飞, 王培民. 急性软组织损伤中医外治的研究现状[J]. 中国医药导报, 2009, 1(6): 86-87.
 [5] 瞿亿明. 伤痛宁搽剂对大鼠急性软组织损伤 IL-1β、IL-6 和 PGE₂ 影响的实验研究[D]. 恩施: 湖北民族学院, 2014.
 [6] 何朝勇, 李楠, 陈丽华, 等. 奇正消痛贴治疗急性软组织损伤实验研究[J]. 中医正骨, 2008, 20(11): 9-10.
 [7] 乐海浪, 罗国强. 创伤后早期炎症因子 TNF-α、IL-1、IL-6 的研究进展[J]. 现代诊断与治疗, 2014, (4): 763-765.
 [8] 罗宗键, 邸琳, 冷向阳. 丹归消肿膏对急性软组织损伤大鼠 PGE₂、IL-6 的影响[J]. 中国医药指南, 2011, 9(36): 62-63.
 [9] 陈超, 杜建海, 张幼怡. β 肾上腺素受体经 cAMP/Epac/PKC 信号通路介导心肌成纤维细胞分泌 IL-6[C]//中国病理生理学会全国代表大会及学术会议, 2010.
 [10] 金晓东, 张鸣. 红花注射液对兔膝关节关节炎软骨组织学及关节滑液 PGE₂、IL-8 的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2009, 2(3): 18-19.

(收稿日期 2015-03-16)

(上接第 1131 页)

[9] 徐欢, 陈海芳, 介磊, 等. 枳实、枳壳的化学成分及胃肠动力研究概述[J]. 江西中医学院学报, 2009, 21(1): 42-43.
 [10] 沈亚芬, 沈金根, 朱曙东. 中药海螵蛸药理作用研究进展[J]. 中国药业, 2010, 19(10): 87-88.
 [11] 张旭, 侯影, 贾天柱. 木香炮制历史沿革及现代研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(4): 36-39.
 [12] 王晓南, 高鹏, 刘文娟, 等. 柴胡在消化系统疾病中应用现状[J]. 中国现代药物应用, 2008, 2(20): 114-115.
 [13] 冀兰鑫, 黄浩, 李长志, 等. 赤芍药理作用的研究进展[J]. 药物评价研究, 2010, 33(3): 233-235.
 [14] 韩广轩, 孙义华, 罗晓静. 中药白及药理作用及临床应用进展[J]. 药学实践杂志, 2004, 22(4): 10-12.
 [15] 董学, 姚庆强. 中药三棱的化学成分及药理研究进展[J]. 齐鲁药事, 2005, 24(10): 613-615.
 [16] 汪岩, 王月珍, 马千里, 等. 中药鸡内金研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2014, 19(3): 10-12.
 [17] 张明发, 沈雅琴. 浙贝母药理研究进展[J]. 上海医药, 2007, 28(10): 459-461.
 [18] 李彩虹, 周克元. 黄连活性成分的作用及机制研究进展[J]. 时珍国医国药, 2011, 20(2): 466-468.
 [19] 周震. 蒲公英药理研究与临床应用[J]. 光明中医, 2009, 24(9): 1801-1802.
 [20] 王红, 田明, 王森, 等. 延胡索现代药理及临床研究进展[J]. 中医药学报, 2010, 38(6): 108-110.
 [21] 张炜, 刘雯, 覃洁萍. 中药莪术的研究概况[J]. 广西科学院学报, 2006, 22(S): 481-486.

(收稿日期 2015-04-01)

刁本恕主任医师多元疗法治疗痛经的经验*

吕霞 邓先军

(四川省成都市第七人民医院, 四川 成都 610041)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)07-1179-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.018

【关键词】 痛经 内外合治 名医经验 刁本恕

刁本恕主任医师为中医传承博士后导师, 四川省名老中医, 全国第3、4批老中医专家继承导师, 全国中医内病外治专委会顾问, 中医药高等教育学会儿科分会顾问, 四川省中医儿科学会副主任, 成都市中医药学会内妇儿专委会顾问, 成都中医药专家顾问团成员。刁师从事中医临床、教学、科研工作50余年, 临床擅长应用中医多元疗法治疗内儿妇科疑难急重症等, 尤在治疗月经病痛经方面经验丰富。笔者有幸随师学习, 兹将刁老治疗妇科急诊痛经经验整理介绍如下, 以飨同道。

1 肝郁气滞, 血瘀胞宫

刁老认为现今许多年轻女性多抑郁, 学习工作压力过大, 肝的疏泄功能失常, 以致肝郁气滞, 肝气郁结, 冲任气血失于畅达, 而瘀滞于胞宫, 瘀血内阻, 血脉失畅, 故出现痛经。叶天士曰“肝为风木之脏, 又为将军之官, 其性急而动。故肝脏之病, 较之他脏为多, 而于女子尤甚”。《医宗金鉴·妇科心法要诀》云“血之行止于顺逆, 皆由气帅而行”。

该证以经前或经期1~2日中下腹、腰骶部胀痛, 伴乳房胀痛, 经色暗有血块, 精神抑郁, 胸闷, 善太息, 嗝气, 苔薄白, 脉弦为主症。刁师常予如下治疗方法。1) 予疏肝解郁, 行气活血之自拟香苏饮加减如下: 香附15g, 苏梗15g, 陈皮9g, 枳壳10g, 郁金10g, 白芍30g, 柴胡10g, 延胡索15g, 通草3g, 路路通30g, 王不留行30g等, 经行不畅, 瘀血块多时可加桃仁10g, 红花6g; 血瘀久郁而化热, 可将白芍改为赤芍, 加黄芩15g, 焦栀子3g, 月经延期不至, 舌暗脉涩者加三棱10g, 莪术10g, 若木郁不达, 郁久化火, 必耗阴血, 重用白芍、当归, 一般用白芍15~20g, 当归15g, 以养血柔肝的作用。2) 点刺: 肝俞、胆俞、脾俞、章门、日月、期门、子宫疏肝通络止痛。3) 刺络: 耳尖、少商、中冲、隐白祛瘀生新以止痛。4) 予小茴香30g, 吴茱萸30g, 川芎30g, 乳香30g, 没药30g, 加生姜、葱白、酒、盐各2两

炒热后熨小腹部, 两斜肋部以温经通络, 化瘀止痛。5) 语言疏导, 以利气机舒畅调达。

2 肝阳不足, 寒凝胞宫

刁老认为此类患者大多有食凉饮冷, 或带经游泳, 或人流术后受寒等经历, 或患者正值青春期, 天癸初至而肾气未充, 素体阳虚, 元阳不振, 致使寒邪客于冲任, 血为寒凝, 运行不畅, 血海蓄溢失度。寒主收引, 主痛。隋·巢元方《诸病源候论·妇人杂病诸侯·月水来腹痛候》云“妇人月水来腹痛者, 由劳伤血气, 以致体虚, 受风冷之气, 客于胞内, 损冲任之际, 血气动于风冷, 风冷与血气相击, 故令痛也”, 提出寒邪甚而导致痛经。该证以经前或经期, 小腹冷痛拒按, 得热则痛减, 或周期后延, 经血量少, 色黯有块, 畏寒肢冷, 面色青白, 舌黯, 苔白, 脉沉或紧为证候特点。刁师常予如下治疗方法。1) 予温经散寒, 祛瘀止痛之王清任少腹逐瘀汤加减如下: 小茴香10g, 乌药6g, 萆拔6g, 延胡索15g, 没药10g, 当归15g, 川芎10g, 赤芍15g, 蒲黄20g, 王不留行20g等。小茴香、乌药、萆拔温肝暖肾、理气止痛, 为小腹少腹至阴之分之要品, 延胡索为“气中之血药”, 行血中气滞, 气中血滞, 理一身内外上下诸痛, 当归使血滞能通, 血虚能补, 补而不滞, 川芎、没药、蒲黄加强行气活血, 化瘀止痛之功。如体寒甚, 见疼痛呕吐清涎, 腹泻等, 加炮姜10g温中散寒、回阳通脉, 加强温阳散寒之功; 疼痛固定, 程度重者加五灵脂15g以加强化瘀止痛之效; 体虚者, 加党参30g, 白术10g, 黄芪30g, 炮姜30g以益气温阳散寒。2) 灯火灸: 取穴肝俞、胆俞、大肠俞、日月、期门、章门、子宫、血海起温肝散寒, 通络止痛。3) 刁氏钟罩灸: 取穴关元、气海、中极祛胞宫之寒, 直达病所, 加强散寒通络力度。4) 予小茴香30g, 吴茱萸30g, 蚕砂30g, 丁香30g, 澄茄子30g, 乳香30g, 没药30g, 加生姜、葱白、酒、盐各2两炒热后熨小腹部, 两斜肋部以散寒温经通络, 化瘀止痛。5) 穴位敷贴: 取神阙(止痛)以增加温阳散寒止痛之功。

* 基金项目: 全国名老中医药专家学术经验传承工作项目

3 肝胆湿热,冲任失调

刁老认为现代人生活水平提高,这类患者比例逐渐增加之趋势。患者因多过食肥甘厚腻滋补之品,损伤脾胃,滋生湿热,中焦肝胆受邪,或熬夜日久,损伤肝阴,肝失所养,失于疏泄,或情绪激动,易怒伤肝等,肝胆湿热,蕴遏脉络,因足厥阴肝经络阴器,循少腹,与冲任二脉互为沟通。同时肝的藏血功能与疏泄作用须相互协调,冲任二脉得其所助,则二脉通畅,血脉流畅,反之则血脉不通,湿热下注胞宫,出现痛经。该证以经期胀痛或灼痛,心烦易怒,口苦,经期多提前,经期长,鲜红色,或目赤,尿黄,大便秘或质稀味臭,舌质红苔黄腻,脉滑数为证候特点。刁师常给予如下治疗方法。1)予清肝胆湿热,调和营卫,行气止痛之自拟方药如下:茵陈 30 g,姜黄 15 g,郁金 10 g,柴胡 10 g,赤芍 15 g,枳壳 10 g,川楝子 6 g,延胡索 15 g,黄连 3 g,桃仁 10 g,益母草 30 g,焦栀子 3 g 等。茵陈、黄连清热利湿,郁金、柴胡、枳壳行气止痛,姜黄、桃仁、益母草活血化瘀,湿久伤阴,焦栀子起清利肝胆湿热,赤芍凉血活血,使经血循常道,血调气顺,痛经至。热灼伤阴,阴虚明显者,加生地 30 g,华东阳地蕨 30 g。2)刺络:取耳尖、少商、中冲、隐白泄热祛瘀。3)针刺(不留针、泻法),取血海、三阴交凉血调经。4)予大黄 10 g,芒硝 10 g,金钱草 30 g,川芎 10 g。上方分成两份,每日取 1 份泡水喝,使湿热分解,调和气血。

4 气虚血瘀,冲任失养

刁老认为该证由先天禀赋不足,饮食失调,后天生化无源,或久病耗气,或多流产,或生活规律改变等因素造成脾肾气血两虚,气血不足,冲任亦虚。经行之后,胞宫冲任失于濡养。主证以经期或经后小腹隐隐作痛,喜按或小腹及阴部坠胀不适,月经量少,色淡,质清稀,面色无华,头晕心悸,神疲乏力,舌淡,脉细无力为常见。刁师常给予如下治疗方法。1)以补益气血,行气化瘀之八珍汤加减如下:党参 30 g,茯苓 30 g,白术 10 g,炙甘草 6 g,当归 30 g,白芍 30 g,生地黄 15 g,川芎 10 g,黄芪 30 g,益母草 30 g,炒艾叶 3 g 等,黄芪加强益气补中,补肺脾之气。体虚易受寒,加炒艾叶 3 g 以温经散寒止痛;病久体虚,形寒肢冷,加鹿角霜 30 g 以补肾阳,干姜 10~30 g 温补脾阳;面色萎黄、失眠者加阿胶 30 g 以养血活血止痛,甚者加紫河车 30 g,鹿角胶 15 g,龟甲胶 15 g 以补肾益精、益气养血;食纳差,加苏梗、砂仁芳香醒脾,燥湿健脾。2)耳穴压籽:脾、胃、肾、子宫、内分泌、附件、肝调整脏腑功能。3)钟罩灸:取穴上中下脘,与气海、关元、中极交替,健脾和胃,益气温中止痛。4)经前期用淮山药 30 g,川明参 30 g,北沙参 30 g,莲米 30 g,扁豆 30 g,黄精 30 g,黄芪 30 g,当归头 30 g,三七 10 g,加鸭郡肝 2 个,文火炖 2 h 后留

汁去渣,每日 3 次,每次 50 mL 益气健脾,养血调经。

5 典型病案

患某,女性,32岁。初诊:2012年11月10日即月经周期第20日。主诉:经前及经行少腹急胀剧痛半年余。已婚,8年来,剖腹产1子,小产5胎。症状:经期1~2日中下腹疼痛,以刺痛、胀痛为主,月经周期延后7日,伴面色萎黄无华,腰痛绵绵,恶心,欲呕,夹瘀血块,平时白带增多,色黄,质稠,纳眠差,大便便溏,舌质淡红苔黄腻,脉沉涩。患者每遇小产后未能休息,多进生冷,心中懊恼,情绪不畅,多疑虑,熬夜,工作辛辣,饮食不节。诊断:痛经。辨证:寒凝气滞,脾虚夹湿。治法:疏肝行气,健脾利湿。方药以香苏饮合四物汤加减:香附 15 g,苏梗 15 g,陈皮 3 g,柴胡 10 g,白芍 30 g,枳壳 10 g,川楝子 6 g,白术 10 g,茯苓 30 g,延胡索 15 g,当归 15 g,川芎 6 g,益母草 30 g,艾叶 3 g 等。刁氏钟罩灸:取上脘、中脘、下脘。灯火灸:取肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、日月、期门、章门、子宫。耳穴压籽:肝胆脾胃、子宫、内分泌、附件。嘱患者避熬夜,饮食规律,调畅情志。3剂后,2诊:患者面色好转,情绪畅,白带减少,质稀,色黄,纳可,睡眠改善,舌质淡红苔薄黄,脉细,辨证:肝气不舒,湿热下注。治法:疏肝行气,清热利湿止带。方药:香苏饮加茵陈蒿 30 g,川牛膝 30 g,炒黄柏 30 g,薏苡仁 30 g,苍术 10 g,小茴香 6 g,没药 10 g 等。外治法同上,加穴位敷贴:神阙,中脘,2剂后患者月经行时,诸症均减。经后3诊时,患者精神可,面色有华,白带清稀,量适中,纳眠可,舌质红苔薄白,脉细。以益气健脾养血食疗方为主:黄芪 30 g,当归头 30 g,淮山药 30 g,川明参 30 g,杜仲 30 g,山茱萸 30 g,芡实 30 g,扁豆 30 g,薏苡仁 30 g,山楂 15 g,白豆蔻 6 g,加鸭郡肝 2 个,猪瘦肉半斤,文火炖 2 h 后只喝汤。第2个月月经周期已准,少腹疼痛,腰痛症状明显减轻。

按:本案例因肝气不舒,肝血不足,任脉不荣,带脉不畅,寒凝胞宫,脾虚夹湿,湿热下注,经脉不通,诸多缘由引起痛经及其他症状。痛经的发病与肝关系密切,故痛经的治疗以止痛为先,多从肝论治,重在疏肝行气止痛,以调畅气机为主,达通则不痛目的。兼以活血化瘀止痛,或兼以清利湿热止痛,并随气滞、血瘀、湿热的侧重加减用药^[1]。刁老在初诊时,因胞宫感寒至深,以致血瘀阻滞,用药中无一味寒凉性药物,以免先伤胃气,并加重瘀滞,而削弱活血化瘀力量,故先予疏肝行气,养血活血,待瘀滞去后,方可考虑在治疗兼杂证之湿热下注时选用清热利湿之类,故2诊中加茵陈四妙汤。3诊时患者诸症缓解,以益气健脾为主则,脾主统血,为后天气血生化之源,结合顺应自然而起居,协调身心而言行,疏肝养血,肝能藏血,冲任得固,气血调畅,则病愈也。

痛经通常作为妇科急诊而被医治。就诊时病情迫切,患者焦急难受,仅靠中药内服汤剂而不能解当时的疾苦,刁老多采用多元疗法,配合外治:如针、灸、刺络放血、耳穴压籽、中药熏洗、中药外敷,甚者点穴疗法等方法,内外合治增强药力,提高疗效,减轻患者痛苦。

(上接第 1173 页)

等症状。此外,已有研究证明气虚证和左心功能密切相关。所以,BNP可在一定程度上反应冠心病气虚的严重程度。

3.2 冠心病血瘀型与 ESR 相关性 有研究证实,血瘀证就是血液流变性异常而引起的血液循环障碍^[17]。中医活血化瘀治疗就是使用中药改善血液流变性,维持其正常生理功能,以恢复正常的血液循环。有学者通过检测冠心病患者血液流变学指标,探讨血液流变学在中医辨证分型中的应用,结果发现冠心病血瘀患者血液流变学指标明显异常,提示冠心病患者全血和血浆黏度增高,血液黏度增加,血流缓慢,血小板容易黏附,从而引起血栓,冠状动脉血栓导致管腔阻塞是诱发冠心病的重要因素,其中 ESR 与血瘀的关系十分密切,可在一定程度上反映血瘀的严重程度^[18]。

在本研究中,我们选择了 BNP 和 ESR 作为反映冠心病气虚血瘀严重程度的指标。测定患者 FFR、BNP 和 ESR 值,然后分析 FFR 与 BNP 和 ESR 的相关性,从而探索冠心病气虚血瘀严重程度与 FFR 的相关性。结果发现,患者 FFR 与 BNP 和 ESR 均呈显著性负相关,即冠心病气虚血瘀严重程度与 FFR 呈显著性负相关。FFR 越小,BNP 和 ESR 就越大,患者气虚血瘀程度就越严重;而 FFR 越大,BNP 和 ESR 就越小,患者气虚血瘀程度就越轻。

参 考 文 献

- [1] 李贵华,姜红岩,谢雁鸣,等. 真实世界大数据冠心病患者中西医结合治疗规律初探[J]. 中国中药杂志,2014,39(18):3474-3478.
- [2] 李贵华,姜红岩,谢雁鸣,等. 基于大数据 84697 例冠心病中医证候及其在中西药使用分析[J]. 中国中药杂志,2014,39(18):3462-3468.
- [3] Deng SB, Jing XD, Wang J, et al. Diagnostic performance of noninvasive fractional flow reserve derived from coronary computed tomography angiography in coronary artery disease: A systematic review and meta-analysis[J]. Int J Cardiol, 2015, 184:703-709.
- [4] 杜健鹏,史大卓,李田昌,等. 冠心病稳定期血瘀证与冠状动脉病变特点的相关性[J]. 中西医结合学报,2010,8(9):848-852.
- [5] Palacio D, Betancourt S, Gladish GW. Screening for coronary

参 考 文 献

- [1] 谢萍. 杨家林教授从肝论治痛经的经验[J]. 成都中医药大学学报,2004,27(4):31-32.
(收稿日期 2015-04-01)
- [6] 王林林, 黄进. 血流储备分数在冠状动脉介入策略选择中的应用价值[J]. 心血管病进展,2010,31(4):521.
- [7] Lim HS, Tonino PA, De Bruyne B, et al. The impact of age on fractional flow reserve-guided percutaneous coronary intervention: a FAME (Fractional Flow Reserve versus Angiography for Multivessel Evaluation) trial substudy[J]. Int J Cardiol, 2014, 177(1):66-70.
- [8] 王蕾,王小飞,蔡林. 心肌血流储备分数对老年冠心病患者介入治疗中的应用[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2013,15(8):821-823.
- [9] 孙艺军. 冠心病的基本病机为气虚血瘀[J]. 长春中医药大学学报,2011,27(1):51-52.
- [10] 褚宝强. 益气化瘀治疗冠心病心绞痛气虚血瘀型的临床观察[J]. 中医临床研究,2010,2(5):51-53.
- [11] 欧志斌,叶瑜. 王清任气血辨证中治未病学术思想探讨[J]. 中国中医基础医学杂志,2013,19(4):371-372.
- [12] 杨佳,李雁. 王清任《医林改错》中的实践与创新[J]. 中医药信息,2013,30(2):108-109.
- [13] 王勇,李春,啜文静,等. 基于小型猪冠心病慢性心肌缺血模型气虚血瘀证的证候评价[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(2):233-237.
- [14] 蒋晓林,顾宇重,周晓玲. 气虚血瘀型慢性心力衰竭患者脑钠肽水平变化的临床观察[J]. 时珍国医国药,2010,21(12):3355-3356.
- [15] 孙艺英,李长生. 充血性心力衰竭辨证分型与血浆 BNP、血清 CRP 相关性研究[J]. 山东医药,2008,48(13):53-54.
- [16] 吴刚强,刘梨. 慢性心力衰竭患者的不同中医证型与 N 端脑钠肽前体的关系探讨[J]. 中华中医药学刊,2014,32(2):396-397.
- [17] Alexy T, Pais E, Wenby RB, et al. Abnormal blood rheology and chronic low grade inflammation: possible risk factors for accelerated atherosclerosis and coronary artery disease in Lewis negative subjects[J]. Atherosclerosis, 2015, 239(1):248-251.
- [18] Eftekhaari TE. ESR rate can be a marker for coronary artery disease[J]. Vasc Health Risk Manag, 2012, 8:669-670.
(收稿日期 2015-04-01)

彭勋超主任中医师治疗周围性面瘫经验*

喻建兵 指导 彭勋超

(重庆市永川区中医院, 重庆 402160)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)07-1182-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.019

【关键词】 周围性面瘫 针灸 彭勋超

彭勋超主任中医师是成都中医药大学教授, 硕士生导师, 重庆市永川区名中医, 主任中医师, 中国针灸学会理事, 中国针刀名家, 重庆市名老中医学术经验传承工作指导老师。擅长以针灸、针刀为主治疗各类疑难杂症。彭勋超教授治学严谨, 医德高尚, 医术精湛, 临床、科研颇丰, 临症 20 余年, 积累了丰富的临床经验, 笔者作为其学术继承人, 有幸亲聆其教诲, 受益匪浅, 现将彭师治疗周围性面瘫的经验总结如下。

1 诊治经验

1.1 明确诊断, 辨证施治 面瘫, 中医称为“歪嘴风”“口眼歪斜”, 西医则称为“面神经炎”“面神经麻痹”“贝尔麻痹”等。目前病因尚不清楚, 多为风寒引起患侧局部营养神经的血管痉挛、缺血、水肿所致, 亦有因病毒感染引起非化脓性炎症所致者。彭师指出, 面瘫病是针灸科最常见的病证之一, 病因病机复杂, 临床上首先要详细询问病史, 仔细检查, 重视对疾病的诊断。对一些临床症状不明显患者, 特别是 50 岁以上患者, 要求进行 CT 检查, 以排除中风先兆, 而对于一些面部麻木的患者, 给予神经肌电图检查, 以了解神经受损程度, 进而采取针对性治疗, 避免耽误病情。

彭师依据面瘫的病因病机, 将面瘫分为风寒袭络证、热毒伤络证和气血两亏证 3 型, 对每型采取不同治疗。对风寒袭络证者, 采用祛风散寒、疏经活络之法治之, 取风池、合谷, 用烧山火法, 使其出汗, 不留针, 地仓透颊车、四白透睛明、下关、阳白, 用平补平泻法; 证属热毒伤络者在上述主穴的基础上加大椎、曲池, 以清热解毒邪热; 证属气血两亏者加足三里、脾俞、胃俞等, 以健脾益气补血治之。临床上绝大多数患者, 通过治疗, 都可以达到缓解症状, 恢复功能的目的。

1.2 分经论治与分期论治相结合 彭师指出, 面瘫治疗应以疏通面部的经气为主, 取穴应着于手足阳明、少阳经。穴位分别为手阳明大肠经迎香、口禾髎、合谷; 足

少阳胆经阳白; 足太阳膀胱经攒竹; 手少阳三焦经丝竹空、翳风; 手太阳小肠经颧髎; 足阳明胃经下关、颊车、地仓; 足厥阴肝经太冲; 经外奇穴鱼腰、太阳、牵正。

彭师将面瘫分为 3 期: 早期、恢复期和后遗症期。早期以疏通阳明、少阳经气为主, 采取循经远端取穴, 局部取穴宜少, 可选太阳、下关、颊车、合谷、外关、足三里、太冲、风池。除风池采用点刺, 其余诸穴多为浅刺、平刺, 手法宜轻, 留针 30 min, 重用灸法, 选穴以患处耳后翳风和耳前区为主, 灸至皮肤红晕为止, 持续 20~30 min。恢复期逐渐增加局部取穴, 远端仍以疏通阳明、少阳经气为主, 并且须加用电针, 波型选疏密波, 有痰加丰隆、风池仍点刺。此外仍可以加用灸法。而对后遗症期, 主张结合絮刺火罐法, 用七星针叩打上额、口角旁、下关处, 或用三棱针在阳白、太阳、地仓等处放血, 然后拔罐。

1.3 疏穴简针, 气至病所 彭师治疗面瘫, 临证选穴少而精, 崇尚华佗“针灸不过数处”, 不主张“以多为胜”, 而强调针刺得气, 因为经脉本身存有经气, 而针刺经脉上的穴位, 即调动了经脉上的经气, 推动经气向患者的患病部位走行, 从而达到气至病所, 同时也达到了治疗疾病的目的。如其以翳风穴为主穴治疗面瘫, 当翳风穴处剧烈疼痛时, 采取向咽喉方向进针, 深刺用泻法, 达到气至病所, 翳风穴有酸麻胀感, 扩散到患侧面部, 以散面部壅滞, 使之通畅, 使面部经筋、经气、筋肉, 迅速得到恢复。随着翳风穴压痛减轻, 患者皱眉、眼闭合、额纹随之恢复正常。彭师诊治一面瘫患者, 症见耳部乳突处疼痛难忍, 几乎落泪, 慕名求治于彭师, 彭师仅在耳部翳风穴处针刺, 行强刺激, 患者瞬间疼痛消失, 后连续针灸 10 余次而愈。

同时彭师临证中擅长应用灸法, 《内经灵枢官能》曰“针所不为, 灸之所宜”。《医学入门》亦说: “药之不及, 针之不到, 必须灸之”。面瘫患者, 多由风寒袭络所致, 寒邪凝滞面部经脉, 使血液循环受阻, 而通过隔物灸或温针灸法等治疗, 可以使“气至病所”, 促进患部血

* 基金项目: 重庆市名老中医药专家学术经验传承工作

液循环,加速新陈代谢,使面部肌肉筋脉得以温煦濡养,亦可促进神经细胞的再生和功能恢复,使受压的面神经产生兴奋,增强肌纤维收缩,改善面神经的营养,促进纤维再生,从而使面神经功能尽快恢复。彭师在治疗面瘫的灸法,不局限于一种,或用温针灸,或用隔物灸,或雀啄灸等。选穴以头面部的太阳、下关、翳风、阳白、鱼腰、承泣、四百、地仓、颊车等为主,以皮肤红晕而不起泡为度,达到温通经络,通络止痉的目的。

1.4 针药结合,相得益彰 针灸中药,虽有外治、内治之分,但针药同源,治亦同理。因此,针药并用,内外同治,可收相辅相成,相得益彰之效,孙思邈在《千金方》中提到“若针而不灸,灸而不针,皆非良医也。针灸而不药,药而不针灸,尤非良医也……知针知药,固是良药”。彭师认为,对于面瘫患者,针灸虽能调整和激发机体功能,但因其只是一种外在刺激,并不能提高物质基础,特别是顽固性面瘫,久病多虚,因患者不能坚持适当频率的针灸治疗而影响疗效,可以采取适当减少针灸治疗次数,而间歇期间配合中药治疗,可助针灸疗效的发挥。如对风寒袭络者,彭师常在针灸的同时,给予中药麻黄附子细辛汤加减,以祛风散寒,温经通络;对风热袭络者,给予大秦苳汤加减,以疏风清热,活血通络;对风痰阻络者,给予牵正散加减,以祛风化痰,通络止痉;对气虚血瘀证患者,给予补阳还五汤加减,以益气活血,通络止痉。针药相结合,可以缩短面瘫治疗时间,针对患者病情的变化,通过中药的加减运用,可以对症治疗,取得意想不到的疗效。如对一些病毒性感染引起的面瘫患者,除依据中医经络理论,辨证施治给予针灸、中药等治疗外,还按照现代医学思维,对炎症者进行抗病毒治疗;而对面瘫引起的半边头部或面部剧烈疼痛患者,给予甘露醇+地塞米松,以消除炎性水肿;对面部神经麻木者,给予穴位注射维生素 B₁₂ 治疗,以营养神经、行气活血、通络止痛。

1.5 经穴透刺,其效倍增 《灵枢·邪气脏腑病形》篇中记载“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍”。彭师认为,透刺具有一针多穴,沟通多经气血之功效,不仅能够治疗本经穴疾病,同时能治疗多经疾病,向患侧透刺,可向患侧输送正气,以助恢复。临床上常取地仓透颊车、地仓透下关、地仓透四白、合谷透后溪。若眼睑闭合障碍严重加攒竹透睛明、阳白透鱼腰等。其治疗机理与解剖学关系密切,如地仓透颊车,透刺针针体与面神经下颊支、下颌缘支、面动脉、下唇动脉、腮腺和以口角轴为中心的肌肉密切相关,透穴有助于恢复局部协同肌、拮抗肌的相互联系,重建口角轴正常的三维运动,有助于面部功能的恢复。

1.6 患病日久,针刀治疗 面瘫患者常因面神经功能恢复不全,导致面部瘫痪肌肉萎缩、面肌痉挛或连带运动障碍等面神经麻痹后遗症,中医学认为本病多为脉

络空虚,风寒之邪,侵入阳明、少阳之脉动,以致经气阻滞而发病。根据针刀医学原理,彭师认为此病从微观上看亦属软组织在外因作用下,产生粘连、挛缩和瘢痕等病理变化,致使人体生物力学内在的动态平衡失调所致。在临床治疗中笔者发现,周围性面瘫与颈椎寰枢椎移位有关。按针刀医学原理诊断,对患者进行颈椎和面部闭合性针刀治疗,并辅以正脊、中药治疗,可以达到意想不到的奇特疗效,针刀治疗上主要行寰枕关节囊松解术、寰枢后关节囊松解术、寰椎横突松解术、乳突松解术及颊车穴、听宫穴、太阳穴、地仓穴的针刀松解术,每获良效。

2 验案举隅

2.1 病例1 患某,男性,45岁,初诊2013年11月20日,患者诉19日晚,自觉右侧面部发木,口角向左侧稍有歪斜,右侧额纹减少,右眼闭合不全,鼓腮漏气,耳后翳风穴压痛明显,舌淡,苔薄白,脉浮紧,辨证:风寒袭络,经络受阻,治则:祛风活络,疏通经气,选穴:主穴翳风,配穴:颊车、地仓、风池、合谷、阳白等。方义:主穴翳风,祛风通络,疏散壅滞,颊车、地仓、阳白疏通面部经气,舒筋活络,风池有疏散风邪之效,合谷为治头面专穴,效果显著。患者因急性起病,病情持续进展,因耳后翳风穴压痛明显,次日复诊,患者右眼已不能闭合,口角流涎,翳风穴处痛甚,右侧面部麻木,经治疗5次后,右眼闭合好转,耳后痛点减轻,经半月治疗,患者面部表情恢复正常,翳风穴处疼痛消失,恢复正常工作,随访1年,未有异常。

2.2 病例2 患某,女性,60岁,2014年7月10日来诊。患者2013年冬因外出乘车时吹风受寒,次日晨起漱口时发现左眼睑不能闭合,左侧抬头纹及鼻唇沟消失,嘴角向右侧歪斜,鼓腮左侧漏气,流口水。在当地一门诊接受针灸治疗,并口服营养神经、抗病毒药物治疗,经治半年余未见明显好转,后前往某院求治,期间曾行面神经阻滞术,症状未得到彻底改善。来时症见:左眼睑不能闭合,不能皱眉,鼻唇沟变浅,左侧面部麻木。舌质暗淡,苔薄白,脉沉细。彭师依据针刀医学原理,考虑顽固性面瘫,给予小针刀治疗,行寰枢后关节囊松解术,寰椎横突松解术,乳突松解术,翳风穴面神经干触激术,颊车穴、听宫穴、太阳穴、地仓穴的针刀松解术,同时配合中药口服,经过6次治疗,取得良好疗效。

针刀医学原理指出“大凡疾病都有阴阳失调,经络之气不畅”。针刀能使“经气顿畅,凝滞顿流,达到调节阴阳、疏通经络的作用”。针刀治疗面瘫,在临床上很少应用,彭师对疾病治疗进行大胆尝试,将针刀应用于面瘫治疗中,突破并发展了传统的针刺疗法,值得进一步研究。

(收稿日期 2015-02-04)

华明珍教授从脾论治心悸理论初探*

何 蕾

(山东省济南市中医医院, 山东 济南 250012)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)07-1184-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.020

【关键词】 脾 心悸 心脾两虚 华明珍

华明珍教授从事中医临床工作 50 年, 医术精湛, 医德高尚。其为全国第四批及第五批全国名老中医药专家学术经验传承工作指导老师及博士生导师。笔者做为第五批全国老中医药专家学术经验继承工作继承人, 有幸师承华明珍教授学习、侍诊, 亲聆恩师教诲, 获益良多。华教授中医理论扎实深厚, 临证诊病, 审证求因, 辨证精准, 立方遣药, 灵活精妙。在心悸病证的临床诊治中, 华教授认为心脾两脏母子相系, 气血互动, 经脉相连, 脾与心在生理、病理上互相影响, 息息相关, 治疗心悸注重从脾论治, 效果显著。

心悸包括惊悸、怔忡, 是指患者自觉心中悸动, 惊惕不安, 甚则不能自主的一种病证^[1]。金·成无己《伤寒明理论》中对心悸的定义为“悸者, 心忪是也。筑筑惕惕然动, 怔怔忪忪不能自安者是也”^[2]。现代医学中各种原因引起的心律失常, 如心动过速、心动过缓、过早搏动、心房颤动或扑动、病态窦房结综合征、房室传导阻滞及心功能不全、神经官能症等都可以归入心悸范畴辨治。心悸之证, 有轻有重, 有短暂阵发者, 有发作无休止者, 华明珍教授认为其发病或由惊恐恼怒, 动摇心神以致心神不宁; 或由久病体虚, 劳累过度, 耗伤气血, 心神失养而发。本病与精神因素、气血不足、心阳衰弱、水饮内停、瘀血内阻等有关, 虽有实证、虚证之分, 但临床多见虚证和虚实夹杂之证。而无论虚证还是虚实夹杂, 追根溯源, 心悸之发病与脾脏功能失调关系最为密切。

1 心与脾相关的生理、病理基础

华教授指出心居于上焦, 脾居中焦, 虽然从形体上看, 两者以膈为界, 互不相连, 但二者之间以脾胃之支脉、大络、经筋紧密联系, 在生理结构上手少阴心经与足太阴脾经经气互通, 相互影响。心主血, 脾统血, 血成为心脾相关的重要媒介; 脾胃居心下, 脾土赖心阳温煦, 方能运化水谷, 胃阳得心阳温煦, 则能腐熟水谷, 而脾胃纳运正常, 则气血生化有道, 心之气血也得濡养,

则心阳愈壮。

在五行关系中, 脾属土, 心为火, 心为脾之母, 脾为心之子, 心与脾母子相生, 相互为用。母子为病, 皆可相互传变, 脾胃虚弱, 子盗母气则子病及母, 母气亦虚。华教授分析倘若心气、心阳不足, 火不暖土, 则脾失健运, 使得水谷精微化生不足, 气血衰少, 此为“母病及子”。而脾胃虚弱, 气血生化乏源, 心无以养, 致心脾两虚, 或脾虚不运, 痰湿水饮内生, 循经脉上凌于心, 或脾虚不运, 宗气不足, 运血无力, 瘀血阻滞心脉, 乃为“子病及母”。正如《针灸甲乙经》有“脾病则上母不宁”之说。因此心与脾的关系无论在生理上还是在病理上都极为密切, 此皆为华教授从脾论治心悸的理论依据。

2 脾病致悸的发病机理

心主血脉, “脉者, 血之府也”, 脾胃为后天之本、气血生化之源, 所以华教授认为心中气血之盈亏, 实由脾胃之盛衰来决定。阴阳互根, 心阳之强弱, 根于心血之盈亏, 亦取决于脾之盛衰。若脾胃虚弱, 气血化生乏源, 心血亏虚, 心失所养, 其温煦功能减弱, 则可致心阳虚衰, 阳虚心无所主, 心悸乃由内生, 正如《丹溪心法·惊悸怔忡》中云“人之所主者心, 心之所养者血, 心血一虚, 神气不守, 此惊悸之所肇端也”。

脾在志为思。华教授认为现今社会人们工作紧张劳累、生活琐事繁多, 心理压力, 长期忧思不解, 劳伤心脾, 阴血暗耗, 心神失养而成心悸。此外华教授指出现代人往往因为工作关系及不良生活习惯, 饮食不节, 或饥饱无常, 或过食肥甘醇酒, 亦可损伤脾胃, 正如“饮食自倍, 肠胃乃伤”之说, 脾胃不运, 气血化生乏源, 血脉不充, 心失营血充养, 则发为心悸。

脾主运化水液, 能把人体所摄入的水谷精微经过吸收和转化以达到滋养、濡润全身的作用, 正所谓“水精四布, 五经并行”。若脾运化水液的功能失调, 水液不能被正常的布散而停滞于体内, 便会产生水湿、痰饮等病理产物, 痰饮不化, 痰饮之邪循心脾互通之经脉上凌于心, 心阳受水湿、痰饮之阴邪困扰, 心阳不能温煦推

* 基金项目: 第五批全国老中医药专家学术经验继承工作

动心之正常功能,亦可发为心悸。

此外痰火扰心、瘀血痹阻之心悸,华教授认为也可追溯到脾病的根源。思虑伤脾,思则气结,气机郁结化火,脾主运化水液之职失司,水饮停聚为痰,痰火互结上扰,心神不宁而发心悸;忧思恼怒,肝郁脾伤,气血运化衰少,气不行血,脾不运化水饮,聚饮为痰,痰浊饮邪阻滞经脉,血运受阻,皆可促使瘀血形成,瘀血内生,气血失畅,心脉阻滞,亦可为悸。

3 心悸治疗应以脾胃为重

虽然心悸的治疗多根据辨证论治有滋阴清火、温补心阳、化气行水、活血化瘀、清热化痰兼以宁心安神等治则^[3]。而从脾与心悸的发病关系上来看,华教授指出治悸应以脾为重中之重,注重调理脾胃之气不失为有效及治本之法。正如《备急千金要方》云:“心劳病者补脾气以益之,脾旺则感于心矣。”^[4]

脾病所致之心悸,临床往往表现为以脾气、脾阳虚为基础,同时兼见心血不足、心气亏虚之证为主,典型临床表现为心悸气短,失眠多梦,并伴有神疲乏力,健忘、眩晕,面色无华,口唇色淡,纳呆腹胀,大便溏薄,舌质淡,苔薄白,脉细弱。辨证多属于气血不足、心脾两虚之证,华教授善用益气健脾、补血养心之归脾汤为基础方治疗。“脾藏营,营舍意”,归脾汤意在补脾之营,如王旭高所言“思虑伤脾之营,劳碌伤脾之气。归脾汤补脾之营也;补中益气汤补脾之气也”^[5]。华教授指出方中人参、白术、黄芪、当归补气健脾,滋养阴血,为治脾虚血少之本的主药。脾营旺则心血自充,心神得营血充养,则悸动可止,且方中茯神、龙眼肉、酸枣仁、远志等都是养心安神之品,故本方用于脾虚营血亏少所致之心悸尤为相宜。临证应用时,如气短乏力等气虚症状甚者,可加重人参、白术、黄芪、炙甘草的用量,并少佐肉桂,取少火生气之意;汗出肢冷,神疲,脉结或代等脾阳虚衰累及肾阳亏虚者,可加制附子、肉桂温肾阳以助脾阳之运化;心烦、口干、口渴等心阴不足者,可加麦冬、生地、沙参、玉竹、五味子滋养阴液;纳呆腹胀、不欲饮食者,可加陈皮、枳壳、谷芽、麦芽、山楂、神曲、鸡内金行气和胃、消食导滞;虚烦不眠、多梦者,可加合欢皮、夜交藤、柏子仁、龙齿、珍珠母养心镇惊安神;虚阳外越,自汗、盗汗者,加麻黄根、煅龙骨、煅牡蛎、浮小麦收敛止汗。

由于脾阳虚,运化失常,水湿不运,饮邪停滞,而见心悸气短、微喘、头晕目眩、胸脘满闷、恶心吐涎、纳少便溏、下肢浮肿之悸,则为阳虚水泛、水气凌心之证,华教授认为此证之悸,仅仅用补脾之营、健脾之气的方法,已不能治疗水湿之邪,此时宜合用温阳化饮、健脾化痰之苓桂术甘汤,除痹阻心脉的痰饮阴邪以通利心阳,有助于心阳的恢复,此亦为“寓通于补”之意。

心悸之阴虚火旺证,治疗多以交通心肾为主,而华

教授认为脾升胃降,脾胃为人体气机升降的枢纽,亦为心肾相交的枢纽。在交通心肾的治疗基础上,注重调理脾胃,酌加补气健脾、行气调中之药,使之坐镇中洲,运化如常,转枢有权,脾胃升降协调,则人体气机升降有序,心肾交通,水火既济,有利于心肾不交之心悸之证的恢复。正如《证治准绳》中指出“补肾不如补脾,以脾上交于心,下交于肾故也”。

此外,华明珍教授指出脾虚气弱而致营亏血少、气血不足,脾阳不运之痰饮内阻,往往导致血运失畅,瘀血内生,尤其强调在病程较长的病例中,不能忽视瘀血对心悸病情的影响,可视具体病情酌加丹参、三七粉、桃仁、红花等活血化瘀之品,祛瘀通阳,以利心悸向愈。华教授也指出,在调补脾胃中要注意补而不滞,既不能碍胃,又不可恋邪,脾胃健运,则可化源充足,以致气血生,津液足,精气复,心悸之疾才可不复发而趋痊愈。

4 验案举隅

患某,女性,57岁,2014年5月26日就诊。心悸反复发作半年,加重1月。半年前劳累及情绪波动后出现心慌心悸,偶伴有胸闷气短,无胸痛,自服养心氏症状略有减轻。1月前劳累后感心慌加重,自觉心中空落感,心慌心悸时作,胸闷气短,活动后尤甚,善太息,神疲乏力,倦怠懒言,头晕,时有汗出,纳呆食少,失眠多梦,大便溏,舌淡,苔白,脉细、结代。查心电图示:频发室性早搏。既往有高血压病史5年余。华明珍教授诊断为心悸,证属心脾两虚,治以益气健脾、补血养心,方选自拟心悸方加减。药物组成:太子参18g,黄芪24g,白术10g,当归15g,木香6g,龙眼肉10g,酸枣仁24g,远志10g,五味子10g,珍珠母18g,夜交藤18g,龙齿18g,丹参15g,炙甘草10g,苦参12g,龙骨18g,牡蛎18g。3剂水煎分服。2诊:患者诉服上方后心悸稍安,胸闷气短减轻,自觉四肢沉重乏力,前方加白扁豆10g,薏苡仁18g,继服5剂。3诊:患者心悸、胸闷气短明显好转,纳食睡眠改善,无明显汗出,脉细,前方去龙骨、牡蛎,白术加至15g,继服7剂。4诊:患者诸症基本消失,脉平。复查心电图示:正常范围。前方继服7剂巩固疗效,随访3月未再复发。

按:此患者因劳倦伤脾,脾运失常,气血生化不足,心失所养,故出现心悸;血亏气虚,故神疲乏力,少气懒言、气短;气虚不能外固其表,浮阳外越而汗出;脾阳不运,无以温养于心,心气亏虚,心脉闭阻,故见胸闷,心中空落感;血虚不能荣养心神、脑窍,故头晕、失眠多梦;脾主四肢,脾虚失运,湿浊阻滞,故见乏力、四肢沉重;脾胃虚弱,脾不运化水谷,故见纳呆食少,大便溏。治疗以益气健脾、补血养心为本,兼以潜阳、化湿、安神之法,方中太子参、黄芪、白术、炙甘草健脾之气助脾运化,当归、龙眼肉养血安神,补益心脾,酸枣仁、远志、夜交藤、珍珠母、龙齿宁心定志,养心安神,龙骨、牡蛎、五

味子收敛止汗,苦参、白扁豆、薏苡仁清热化湿利水,木香、丹参理气醒脾,活血通络。方与证对,则患者气血得复,脾运健旺,血脉充盈,心血充盛,湿浊得化,浮阳收敛,心神得养,心悸自平,诸症得愈。

参 考 文 献

[1] 张伯臾. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2003:103.

[2] 成无己. 伤寒明理论[M]. 上海:上海科学技术出版社,

1990:810.

[3] 周仲英. 中医内科学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社, 2007:126-135.

[4] 唐·孙思邈. 备急千金要方[M]. 太原:山西科学技术出版社,2010:386.

[5] 柳宝诒. 柳选四家医案[M]. 北京:中国中医药出版社, 1997:149.

(收稿日期 2015-03-12)

· 临证经验 ·

经方治疗糖尿病周围神经病变急性症状临床举隅

江松平

(浙江省青田县中医院,浙江 青田 323900)

中图分类号:R587.2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1186-02
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.021

【关键词】 经方 糖尿病 周围神经病变 临床经验

笔者通过临床案例的诊治,介绍传统经方辨证治疗糖尿病周围神经病变急性症状的临床体会,认为糖尿病周围神经病变虽多属慢性过程,但可有急性症状临床表现。治疗糖尿病及其并发症要打破传统“阴虚燥热”的病机之囿,应当精确辨证施治方为上策。

1 舌体强硬案

患某,女性,65岁,2014年4月24日初诊。糖尿病史12年,舌体麻木灼热感年余,加重并伴舌体强硬感3d来诊。患者近年来常伸舌于口外以减灼热之感,外院内分泌科诊断为糖尿病并发神经病变。予服弥可保等未效。同时伴乏力,肢重,口腻,夜寐欠安,在注射胰岛素,并服氨氯地平等降压药,血糖血压控制尚稳。近3d来舌体出现强硬感,心生恐惧,来院求治。观其舌体尚能伸出,语言清晰,未见口眼歪斜等中风征象。舌红,苔中后黄腻,略糙,脉细。结合整体情况,诊为湿热阻滞脉络之舌强。予四妙丸、黄连导赤汤、防己黄芪汤加减:苍术5g,炒黄柏6g,薏苡仁20g,淡竹叶6g,防己10g,生黄芪12g,赤小豆12g,黄连3g,灯芯草2g,滑石颗粒10g,白豆蔻颗粒3g,浙贝母10g,连翘6g。5剂。二诊:患者药后5剂,感觉舌体强硬感显减,舌体麻木灼热有所减轻,唯感仍舌苔略厚,予前方加黄芩10g,藿香6g,同时苍术加5g,炒黄柏6g。再进6剂。三诊:药后舌体麻灼感明显减轻,舌苔转薄白略腻,小便不畅

感,再加车前子10g(包煎),6剂。四诊:因颈肩拘挛不适来诊,诉前药后舌体麻灼感已除。前方去藿香、灯芯草、滑石、白豆蔻、加葛根15g,忍冬藤15g,天麻10g。5剂。

按:临床发现湿浊中阻型糖尿病患者逐渐增多,体质质量超重者多,而缺乏典型症状。这说明生活方式改变后新发糖尿病的中医证型发生了变化^[1]。该患舌体麻木灼热年余,近伴舌强感,结合脉症,目前显属湿热内蕴之象,故予四妙丸清热燥湿为先;心开窍于舌,舌体灼热,当导热从小便而出,予黄连导赤汤投之;黄芪防己汤益气健脾、祛风清热利水。前后四诊,皆以清热化湿为则,热去湿清,则舌麻强硬灼热自除。

2 长期腹泻急性加重案

患某,女性,71岁,2014年11月4日初诊。患者有糖尿病史15年,初因药疹外院治疗未效来诊,经清热祛风中药治疗后已愈。患者近5年来腹泻,每天甚至达10余次,痛苦异常,近1周腹泻加重,并伴黏液血丝,便前下腹疼痛。在上级医院诊为糖尿病并发胃肠神经病变,予援生力维、弥可保、米雅、双歧杆菌、匹维溴胺等治疗未效。并伴失眠,口苦口干,曾肠镜检查示慢性结肠炎,1周前外院查大便常规示白细胞(+). 察其舌淡质暗边瘀斑、苔薄白腻微黄、脉细。暂予清热化湿、

(下转第1214页)

何庆勇副主任医师应用经方治疗 心肾综合征的经验*

米齐悦^{1,2Δ} 指导 何庆勇¹

(1.中国中医科学院广安门医院,北京 100053;2.北京中医药大学,北京 100029)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1187-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.022

【关键词】 心肾综合征 经方 方证 何庆勇 危重病

心肾综合征指心及肾脏中一个器官的急性或慢性功能障碍可能导致另一器官的急性或慢性功能损害的临床综合征。随着慢性肾衰竭及慢性心力衰竭的发病率逐渐增加,心肾综合征的发病及死亡率日益增加,其预后极差,治疗困难,为临床危重病^[1]。经方久经临证考验而疗效不衰,其不仅理法思路缜密,且组方法度严谨,药简效宏,采用经方治疗当是心肾综合征的突破所在。何庆勇副主任医师为中国中医科学院广安门医院心内科重症监护病房专科医师,擅用经方治疗危重病。何师认为中医治疗心肾综合征疗效的源头在于经方,提出在辨证施治中当以六经辨证为纲,抓主症而求方证对应,重视经方活用。何师在临床施治中多根据方证采用大柴胡汤、猪苓汤、木防己汤、木防己去石膏加茯苓芒硝汤、真武汤、泽泻汤等经方治疗,屡获良效。笔者有幸跟随何师学习,每观其临证应用经方治疗心肾综合征疗效颇验,略述其经验如下,以享同道。

1 从六经立法辨治心肾综合征

Ronco 等根据发病的急慢性及心肾之间的复杂因果关系,将心肾综合征分为5个亚型,即Ⅰ型急性心肾综合征、Ⅱ型慢性心肾综合征、Ⅲ急性心肾综合征、Ⅳ慢性心肾综合征、Ⅴ继发性心肾综合征^[2]。现代医学对心肾综合征的基础治疗以利尿剂为主,辅以改善患者预后的药物,紧急情况下可行肾脏替代治疗。虽然,积极治疗可挽救患者的生命,但心肾综合征患者往往长期存在心、肾功能衰竭、利尿剂抵抗等病理基础使得疗效有限。心肾综合征可归属于中医学“水肿”“喘证”“癰闭”“痰饮”等范畴。大多医家认为心肾综合征的病机以心肾阳虚为主,阳(气)虚血液运行无力,日久致血脉瘀阻,水无所主,致水气凌心,而变生诸症^[3-5]。何师

体会到本病病机复杂,不仅涉及心肾,更与肝气郁滞,胃肠壅滞,脾失健运有关,在治疗中提倡从六经辨治出发,寻方证对应之法。

2 经方治疗心肾综合征的经验

何师根据自己方证研究体会及临床应用经方经验,提出在疑难及危重病的治疗中,当以六经辨证为纲,抓主症求方证,重视经方活用^[6-13]。何师认为心肾综合征涉及多经病变,其中以少阳、少阴、阳明为多,临证常采用大柴胡汤、猪苓汤、木防己汤、真武汤、泽泻汤等治疗。

2.1 六经辨证为纲 何师认为在错综繁杂的临床表现中,当选择一种即可囊括病机又简便易施的辨治方法,提出遵仲景六经辨证之法,以先确定病性病位抓病证要旨,即执六经之牛耳而统百病,有是证而归是经。根据每经提出的提纲脉证,可快速辨所在之经。

心肾综合征患者临床上多见口渴欲饮,口苦,目眩,动则喘憋,胃脘满痛,四肢厥冷,精神萎靡,全身或双下肢水肿,小便少,大便干,舌苔黄燥或焦裂,脉微细无力或沉实等症状。据相关提纲证条文:如论少阳病诉“少阳之为病,口苦,咽干,目眩也”;而少阴病为“少阴之为病,脉微细,但欲寐也”;若阳明病则“阳明之为病,胃家实是也”。则见口苦、咽干、目眩者便知为少阳经病变,而精神不振、脉微弱无力则属少阴经为病,若腹满硬痛、大便干、舌苔黄燥、脉沉实者则为腑气不通所致,病在阳明。何师通过对心肾综合征的临床脉证的归纳,发现其多符合少阳、少阴、阳明经病,提出当从少阳、少阴、阳明病角度论治心肾综合征。何师提出应用六经辨治的关键在于明确六经的脉证,亦当重视六经脏腑的病理病证,因临床症状表现复杂,往往不可能一概而全,多兼合他经或出现不典型的症状,只有抓住病变本质,才能将六经辨证真正应用到临床中去。

2.2 抓主症求方证 方证就是方剂的主治依据,和方

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(81202803)

Δ通信作者(电子邮箱:18813067420@163.com)

剂对应的不仅仅是病机,更是病机大原则之下的具体症状和体征,因为后者才能更准确地指出用方的关键点^[14]。仲景将前人临床应用较为成熟的方剂与较为固定的病证表现之间的特殊对应关系以113方方证形式固定下来,大道至简,注重实效。即张仲景所言:“病皆与方相应者乃服之”,何师认为方证对应是临证取效的关键,而准确提炼主症是方证对应的核心。

经方之证的组合是非常严密的,脉证变化与方药之间亦具有很强的对应关系,甚至是达到了量化的水准,如何在繁杂的病证中确定主症有赖于对经方的深刻认识及临证的细心体悟。何师在心肾综合征的治疗过程中发现,患者多出现口干欲饮,眩晕,心悸,胸闷气喘,胃脘部胀满,面色黧黑,食欲差,心烦失眠,全身或双下肢水肿,小便不利,大便干结或腹泻等症状。参之《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》“按之心下满痛者……宜大柴胡汤”;《金匮要略·消渴小便利淋病脉证并治》“脉浮发热,渴欲饮水,小便不利者,猪苓汤主之”及“少阴病……心烦不得眠者,猪苓汤主之”;《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》“膈间支饮,其人咳满,心下痞坚,面色黧黑……木防己汤主之。虚者即愈,实者三日复发,复与不愈者,宜木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤主之”,《伤寒论·辨太阳病脉证并治》“心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地者,真武汤主之”及“少阴病……小便不利,四肢沉重疼痛,自下利者……真武汤主之”,《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之”。诸条文可见,心肾综合征者多符合大柴胡汤、猪苓汤、木防己汤、木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤、真武汤、泽泻汤证。何师结合临床治疗心肾综合征体会到大柴胡汤的主症是口苦,胃脘部满痛拒按,大便干结;木防己汤主症为心下痞坚,颜面黧黑,脉沉紧;猪苓汤的主症即口渴欲饮,水肿或小便不利,心烦不眠,舌红少苔;真武汤的主症是心悸,头眩,畏寒,振振欲擗地,小便不利;泽泻汤的主症为眩晕,舌胖大。临证根据上述症状对应方剂,便可执简驭繁,使方证相应。

2.3 重视经方活用 徐灵胎曾言“盖方之治病有定,而病之变迁无定,知其一定之治,随其病之千变万化,而应用不爽。此从流溯源之法,病无遁形矣”。何师认为经方应用的要点在于以病机统病,根据病机叠方。心肾综合征患者多迭经各种西医治疗方案,其病机复杂,涉及多经病变,所辨之证涉及多方,故采用两方或多方叠用,既能囊括病机又可周全患者所苦之症^[15-16]。如症见胃脘部满痛、口渴欲饮、心烦不眠、小便不利、大便干结者,则符合少阳与阳明合并之大柴胡汤证又兼有少阴阴虚、水热互结的猪苓汤证,故可采用大柴胡汤合猪苓汤施治;或症见口苦、头目眩晕、胸闷喘憋、腹部胀满、面色黧黑者可选用大柴胡汤合木防己汤辨治。

何师认为经方活用的另一个要点在于药量,虽不

必尽效仲景之药量但一定要遵守药量配比。如大柴胡汤原方中用柴胡半斤、黄芩三两、芍药三两,临床应用时柴胡剂量应大于黄芩、芍药的量;而猪苓汤应严格按照《金匮要略·消渴小便利淋病脉证并治》所载,方中各药剂量相同或接近;木防己汤当符合原方比例,尽量接近木防己:桂枝:人参是3:2:4的关系。又据真武汤“茯苓三两,芍药三两,白术二两,生姜(切)三两,附子一枚(炮,去皮,破八片)”可知方中茯苓、芍药、白术、生姜比例相近,且需较大剂量。而泽泻汤原方“泽泻五两,白术二两”,即泽泻:白术比例最好为5:2。

3 典型医案

患某,女性,76岁,初诊日期:2014年7月30日。主诉:间断胸闷30余年,喘憋伴水肿2年,加重2d。刻下症:心悸、胸骨后闷痛,喘憋不能平卧,双下肢及腰骶部重度可凹性水肿,自觉寒热交替发作,以发热为多,腹部胀满,口干口苦,欲饮水,心烦失眠,纳差,小便量少,夜尿每晚5~6次,大便偏干。曾在急诊接受利尿剂治疗2d,效果不佳。既往史:慢性支气管炎10余年。查体:BP 102/71 mmHg,体型偏胖,精神萎靡,双肺呼吸音粗,双下肺可闻及湿性啰音,心率99次/min,心律不齐,叩诊心界扩大,腹膨隆,有压痛、未触及实质性包块,双下肢及腰骶部重度可凹形水肿。舌红苔黄腻有裂纹,脉弦滑。辅助检查如下。血常规:血红蛋白(HGB) 97 g/L,全血肌钙蛋白I(CTNI) 0.094 μg/L,氨基末端脑钠肽前体(NTproBNP) 17684P g/mL。生化:肌酐(Cr) 114.2 μmol/L,尿素氮(BUN) 10.3 mmol/L,尿酸(UA) 559 μmol/L。超声心动图:EF 29%,节段性室壁运动异常,全心大,二尖瓣退变并反流(轻度),三尖瓣反流(轻度),左心功能减低。胸片:双肺瘀血,双下肺炎症,心包积液,动脉硬化。心电图:心房颤动,完全右束支传导阻滞,室性早搏。西医诊断:心肾综合征Ⅱ型。中医诊断:喘证,水肿,辨为少阳阳明合病,兼少阴阴虚、水热互结。治以大柴胡汤合猪苓汤:柴胡24g,白芍9g,生大黄6g(后下),枳实12g,黄芩9g,法半夏12g,生姜15g,大枣12g,猪苓15g,茯苓15g,泽泻15g,阿胶珠15g,滑石块15g,7剂,水煎服。服药1剂后患者胸闷不适、喘憋明显减轻,腹部胀感缓解,排大便顺畅,小便量可。3剂后,患者双下肢及腰骶部水肿基本消退,腹部胀感消失,二便可,口干口苦症状改善,寒热交替症状有所缓解,纳增,夜间可间断平卧入睡。效不更方,守上方继进7剂。复查:血常规HGB 112 g/L;BNP 3712P g/mL。生化:Cr 96 μmol/L, BUN 6.8 mmol/L, UA 393 μmol/L。随诊2个月,患者病情稳定。

按语:本案采用六经辨证,参之四诊资料,辨证为少阳阳明合病,兼少阴阴虚、水热互结,方用大柴胡汤合猪苓汤。据患者心烦失眠,口渴欲饮,自觉发热,腹部

胀满、拒按,并且按之无实质性包块,小便量少,大便偏干等症状,符合大柴胡汤证及猪苓汤证。临证以大柴胡汤合猪苓汤原方施治,则方证相应,患者服药1剂后已明显感诸症状缓解。

何师认为大柴胡汤有通腑之功,对于心肾综合征患者,水液潴留为病之所最苦,而往往利尿剂效果不佳,用通腑之法可使一部分水液及废物从大肠而出,既能改善水肿症状有可减轻肾脏利尿的负担。本例患者经由利尿剂治疗后效果不佳,阴液已伤而水湿未除又变生水热之邪,符合猪苓汤少阴阴虚、水热互结的病机。何师在临床治疗中发现,心肾综合征患者多出现利尿剂抵抗,而猪苓汤中有阿胶,其为血肉有形之品,富含蛋白质,可一定程度上起到提高胶体渗透压的作用,能够改善患者利尿剂抵抗。

参 考 文 献

- [1] Castro FD,Chaves PC,Leite-Moreira AF. Cardiorenal syndrome and its pathophysiological implications[J]. Rev Port Cardiol,2010,29(10):1535-1554.
- [2] Rnoco C,Mccullough P,Ankep SD,et al. Cardio-renal syndromes:report from the consensus conference of the acute dialysis quality initiative[J]. Eur Hear J,2010,31(6):703-711.
- [3] 杨晓媛,曲黎,曹广顺.温阳化饮通络法治疗心肾综合征31例[J].陕西中医,2007,28(6):659-660.
- [4] 周育平,安成,胡元会,等.心肾综合征患者临床特征及中医

- 证候特点分析[J].时珍国医国药,2010,21(12):3362-3363.
- [5] 张彤,盖云,叶景华.内外兼施治疗扩张性心肌病心肾综合征1例[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(6):105-106.
- [6] 何庆勇.古方治验举隅[J].中国中医药信息杂志,2014,21(6):109-42.
- [7] 何庆勇.经方治疗肺系疑难重4则[J].中国中医药信息杂志,2013,20(1):90-92.
- [8] 何庆勇,马士芳.经方治疗糖尿病周围神经病变举隅[J].北京中医药,2013,32(10):796-797.
- [9] 何庆勇.经方治愈严重失眠采摭[J].世界中医药,2014,9(8):1042-1047.
- [10] 何庆勇.真武汤治疗顽固性心力衰竭验案采摭[J].中国中医药信息杂志,2013,20(10):77-78.
- [11] 何庆勇.栀子大黄汤治疗心系重症经验[J].世界中西医结合杂志,2013,8(7):740-741.
- [12] 何庆勇.《金匮要略》“血不利则为水”理论与顽固性心力衰竭的治疗[J].中华中医药杂志,2015,30(1):120-122.
- [13] 钟小雪,赵桂芳,何庆勇.何庆勇副主任医师应用木芳己汤治疗顽固性水肿的经验[J].中国中医急症,2015,24(3):447-449.
- [14] 王阶,熊兴江,何庆勇,等.方证对应内涵及原则探讨[J].中医杂志,2009,50(3):197-199.
- [15] 何庆勇.经方叠用重剂起沉痾采摭[J].中国中医急症,2013,22(11):1974-1975.
- [16] 何庆勇.经方叠用[M].北京:人民军医出版社,2014:2.

(收稿日期 2015-04-01)

(上接第 1171 页)

医体质类型的分布情况及其影响因素,以便于为制定甲型流感的中医治疗方案提供科学依据。

本研究结果表明,在甲型流感病例的9种体质类型中,平和质仅占12.58%,其他大多数病例为偏颇体质,以痰湿质出现比例最高,其次为湿热质、气虚质,而血瘀质、特禀质出现比例较低;9种体质类型的出现比例由高到低依次为:痰湿质>湿热质>气虚质>阳虚质>气郁质>阴虚质>血瘀质>平和质>特禀质。

对流感患者具体体质类型组合方式的分析表明,具体个体的体质情况十分复杂,多种体质的组合出现十分常见,以单一、2型、3型的组合最为多见,其次为4种、5种、6种体质类型的组合,而7型组合与8型组合十分少见。

对中医体质类型的影响因素分析表明,性别是甲型流感病例中医体质类型的影响因素:男性阳虚质、血瘀质出现比例明显低于女性,而平和质出现比例则高于女性。

对患者慢性病史对中医体质类型的影响的分析结果表明,鼻炎病史、高血压病史是甲型流感病例中医体质类型的影响因素:有鼻炎史者出现阳虚质比例显著低于无鼻炎史者,有高血压史者的血瘀质出现比例明

显高于无高血压病史者。因此,患者的伴随疾病或慢性病史,往往是其体质类型的重要影响因素,王琦教授的“体病相关论”的含义,除了指“不同体质类型与疾病发生有其内在联系,并影响着证候的类型与演变”外,应该反之亦然,即:疾病与不同体质类型发生也有其内在联系,并影响着体质的类型与演变。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国卫生部.流感样病例暴发疫情处置指南(2012年版)[EB/OL][2012-11-5].http://www.gov.cn/gzdt/2012-11/13/content_2264683.htm,2012
- [2] 中华人民共和国卫生部.流行性感音诊断与治疗指南(2011年版)[EB/OL][2011-2-17].http://www.gov.cn/gzdt/2011-03/01/content_1814212.htm,2011
- [3] 中华中医药学会.中医体质分类与判定[J].世界中西医结合杂志,2009,4(4):303-304.
- [4] 王琦.9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J].北京中医药大学学报,2005,28(4):1-8.
- [5] 王琦.中医体质三论[J].北京中医药大学学报,2008,31(10):653-655.
- [6] 中华人民共和国国家中医药管理局.甲型H1N1流感中医药预防方案(2009版)[J].中国社区医师,2009,25(11):13.

(收稿日期 2015-04-02)

脾胃论中风之新思考

邱朝阳¹ 李衍滨^{2△}

(1. 山东中医药大学基础医学院, 山东 济南 250014; 2. 山东省千佛山医院, 山东 济南 250014)

中图分类号: R255.2 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)07-1190-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.023

【摘要】 历代医家对中风病的论治多立足于肝肾而略于脾胃, 现代医家已渐趋认识到中焦脾胃在中风的诊治中所具有的举足轻重的作用。笔者从时间医学及现代医学生物研究等方面得到启发, 由此探析脾胃与中风之间存在的密切关联。

【关键词】 中风 脾胃 时间医学 5-羟色胺 胆囊收缩素

中风是以猝然昏仆, 不省人事, 半身不遂, 口舌歪斜, 言语謇涩或失语为主症的临床常见病, 与现代医学的脑血管病相似。与之相关的病理因素“风、火、痰、虚、瘀”均与脾胃功能失调密切相关, 历代医家已重视脾胃在中风发病及其病机演变过程中的重要作用。笔者旨从时间医学、现代医学生物研究及中风发病之病机范畴, 探析脾胃与中风的内在关系, 并简要探讨从脾胃论治中风的优势所在。

1 中风高发于脾胃经当令时段

随着中医时间医学研究的深入, 发现许多内科疾病的发病及其演变, 与年、季、月、日、时之阴阳盛衰、消长变化有关, 在发病时间上存在一定规律。笔者在对脑血管病发病时间进行统计研究的文献[1-2]进行分析后, 发现脑血管病昼夜发病的时间多集中在上午6~12点。这些研究^[1-2]认为, 引起这种现象发生的现代医学机制可能与晨起血压波动、血黏度增加、血液高凝、低纤溶酶活性等因素相关。

在中医的时间医学研究领域, 子午流注是从昼夜时间角度认识人体生命现象的一种学说, 始于《黄帝内经》“天人相应”理论, 认为疾病的发病及其演变与十二经脉的气血流注盛衰有关。简而言之, 子午代表时间, 流注代表气血。由于时辰在变, 因而不同的经脉中的气血在不同的时辰也有盛有衰, 气血盈时而至为盛, 过时而去为衰, 气血流注失时方可致病。其中辰时(7点至9点)、巳时(9点至11点)分别为胃经、脾经之主时, 辰时、巳时所发之病, 与脾胃经之气血流注、阴阳盛衰变化有着密不可分的关系。而中风的发病时间多集中于上午一日之始6点至12点, 此时恰为脾胃经当

令。当令之时脾胃气血流注失度、阴阳盛衰失衡, 生理功能失调, 化生“风、火、痰、虚、淤”等病理产物, 可致中风始发。

由此, 笔者认为从时间医学角度出发, 中风既高发于脾胃经当令时段, 论治中风应立足于脾胃, 在辨证论治、取方用药、针灸取穴等多个方面, 着重于调和脾胃, 方可有效得调和阴阳气血、纠正机体偏盛偏衰, 更好地指导中风病的临床施治。

2 脑肠肽之于脾胃与中风

脑肠肽是双重分布于脑及胃肠道的肽, 揭示了脑和胃肠密切相关的理论确有现代医学生物研究基础。已知的脑肠肽有胃泌素、胆囊收缩素、5-羟色胺、神经降压素等约20余种。

近年来“神经-内分泌-免疫网络”学说的提出也揭示了神经和消化系统之间的密切关系。任何局部的变化都会通过这种网络之间的信息传递而引起整个系统的变化, 因而胃肠功能的异常可通过消化系统与神经系统的共有激素即脑肠肽与免疫系统而影响神经系统, 中医上脾胃与脑相关的理论确有其现代医学研究及物质基础。例如胆囊收缩素(CCK), 主要生理作用是收缩胆囊、促胆汁释放和胰腺分泌, 参与调节胃肠道运动。孙氏等^[3]临床研究发现, 脑血管病患者血浆CCK-8浓度在急性期显著升高, 在恢复期则有所下降, 但仍高于正常水平。同时杨世方等^[4]许多实验证实, CCK可拮抗谷氨酸的神经毒性作用。脑缺血后兴奋性氨基酸的大量释放正是导致神经细胞坏死的主要原因, 故推测CCK对缺血的神经元有一定保护作用。卒中后抑郁(PSD)是急性脑卒中最常见的心境障碍, 5-羟色胺是参与情感调节的重要的神经肽类物质, 一种能产生愉悦情绪的信使, 不足会导致抑郁状态。实验证实, 急性

△通信作者(电子邮箱: liyanbin@sdhospital.com.cn)

脑卒中时 5-羟色胺水平下降,从而导致患者更容易出现抑郁^[5],是 PSD 高发的重要原因。在 PSD 患者的中医临床观察研究中,聂氏等^[6]通过针刺调理脾胃取得了很好的疗效,有实验表明针刺调理脾胃升降法对 5-羟色胺含量有着很好的调节作用^[7]。进而推测,通过调理脾胃以调节 5-羟色胺水平,可以使 PSD 症状得到有效改善。

这些研究结果表明,脑系疾病中风的发生、发展与脾胃的生理病理变化有着密不可分的关系,脾胃论治中风的理论也确有其现代医学生物学研究基础,故我们论治中风时应重视从脾胃着手。

3 脾胃致中风之病机

中风病为本虚标实之症,病机总属阴阳失调,气血逆乱,其发生及病机演变均与脾胃生理功能失调密切相关。脾主运化水谷精微,化生气血,并布升精微物质于各脏腑,主统血,为后天之本。胃主受纳腐熟水谷,与脾互为表里,脏腑水谷纳运相得、气机升降相因,相辅相成。

3.1 升降失调,气血逆乱 脾主升,胃主降,脾胃为气机升降之枢纽。若脾胃气机升降失调,气血逆乱,气血瘀而阻滞经络,可发为眩晕头痛,甚或昏不知人,发为中风。正如《素问·调经论》云“血之与气并走于上,则为大厥,厥则暴死,气复反则生,不反则死”。

3.2 脾胃亏虚,虚致中风 脾胃为后天之本,运化无力则气血乏源,气虚则无力固摄血液,血液不循常道而溢脉外,可发为中风;血虚致肝失所养,阴虚则阳亢,肝阳无所制约,化火动风,直冲犯脑,而致中风。正如《素问·太阴阳明论》曰“四肢皆禀气于胃……脾病,不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉皆无气以生,故不用也”。

3.3 脾失健运,化痰生风 脾胃运化失职则水湿停留,积聚生痰。痰湿闭阻经络则半身不遂,口舌歪斜;痰湿蒙蔽清窍则神志欠清。除此之外,痰湿积聚,导致土壅木郁之证,郁而化火,火化动风,风火相煽,进一步耗灼阴津,炼液成痰,如此反复,痰火炽盛,内闭神窍也可发为中风,正如《丹溪心法·中风》所谓“湿土生痰,痰生热,热生风也”。

综上所述,《脾胃论》中所述“内伤脾胃,百病由生”,中风病机亦如此。

4 从脾胃论治中风之优势探讨

脾胃功能失调可致中风之始发,而在中风病发病之后的康复治疗过程中,从脾胃论治较传统理论依然有显著优势。传统论治中风多立足于肝肾,采用平肝息风类、化痰通络类、祛风化痰类、养阴息风类等中成药,此类药物性味多辛温苦燥,易于损伤脾胃,不利于疾病的恢复。同时,在中风患者后期的康复治疗中,患

者需接受多种综合训练,如运动疗法、言语矫治训练等,体力消耗往往过大,致使形体劳役,劳倦太过亦致脾胃受损。正如《脾胃论》所述“形体劳役则脾病,脾病则怠惰嗜卧,四肢不收,大便泄泻,脾既病,则胃不能独行津液,故也从而病焉”。

若从脾胃着手论治中风,针对脾胃致中风之病机,应用补益气血,健脾和胃,化痰祛湿,调畅气机之法,使脾胃功能调和,则气血生,水湿运,气机畅,在此基础上加以活血祛瘀、化痰通络之品,顾护脾胃之同时,使经络之瘀血、痰湿得以消散,经脉得养,则偏废自愈。在避免传统理论指导处方用药导致脾胃损伤之弊的同时,使疾病得以更好的治愈。

5 验证举例

患某,男性,59岁。初诊:因右侧肢体活动不利、言语謇涩1个月收入院。患者因情志不畅突发右侧肢体活动不遂,伴言语謇涩。外院行头颅MRI示脑梗塞,治疗2周后病情稳定出院。诊时症见右侧肢体活动不利,右侧肢体肌力3级,言语欠流利,伴头晕乏力,面色萎黄,舌质暗,苔白腻,脉弦滑。中医诊断:中风病(脾气虚亏,痰瘀阻络)。西医诊断:脑梗死。治法:益气健脾,通络化痰,兼活血祛瘀。处方:复瘫汤。组成:白术10g,生黄芪30g,茯苓12g,半夏10g,陈皮10g,川芎10g,薏苡仁30g,木瓜18g,节菖蒲10g,泽泻10g,丹参20g,郁金10g,炮穿山甲10g,乌梢蛇12g,甘草3g。10剂,水煎服。嘱加强言语、患肢功能锻炼,保持心情舒畅。2诊:肢体较前灵活,右侧肢体肌力3+级,言语亦稍感有力,舌质暗,苔白腻,苔腻趋薄,脉象:脉沉滑。治疗:上方基础上去陈皮、茯苓、半夏、薏苡仁,加鸡血藤30g,土鳖虫10g补血行血以逐瘀;加远志10g以助郁金、菖蒲利音开窍之功。10剂,水煎服。3诊:右侧肢体肌力4级,言语发音正常。上方随症加减。10剂,水煎服。后电话随访得知,现每日可步行2km左右,余一切正常^[8]。

按:患者情志不畅,肝郁克土,致气机升降失调,气血逆乱,血之与气并走于上,发为中风。对症治疗后仍半身不遂,言语不利。为脾虚运化失职,聚湿为痰,痰湿闭阻所致;痰湿留滞经络症见半身不遂,言语不利,痰湿蒙蔽清窍症见头晕。舌苔脉象皆痰湿、血瘀阻络之象。四诊合参,病机为脾失健运,痰湿、瘀血内阻。故治以补气健脾,祛痰通络,兼活血化痰。方中以生黄芪、白术为君药,补气健脾;茯苓、白术、半夏、陈皮、甘草以六君子汤为意健脾,配泽泻、薏苡仁利湿、化痰治其本;同时加川芎、炮穿山甲等活血通络之品共奏全功。再诊,补气健脾之品仍为方中之本,余随证加减。综上,在辨证论治基础上,重视中焦脾胃、补益后天之本,随症施治,终获良效。

6 结 语

中风的发病、病机演变及其康复预后,与脾胃气血阴阳盛衰变化密不可分。历代医家已认识到从脾胃论治中风的重要性,但尚缺大量中医临床实践研究、统计的论据。目前研究可以为我们提供很好的思路和研究前景,从时间医学、现代生物研究、脑肠肽等方面着手,立足于中医理论,进行更深入的临床及实验研究,提供更多脾胃论治中风的中医临床论据。

参 考 文 献

- [1] 臧秋玲,郑晋华,肖美娟,等. 缺血性脑卒中各病因学亚型发病时间的探讨[J]. 心脑血管病防治, 2011, 11(3): 175-177.
- [2] 吴文辉,余兰仙,叶美颜. 缺血性中风发病节律探讨[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(8): 1907-1909.

- [3] 孙丽,李清美,于辉,等. 急性脑血管病患者血浆胆囊收缩素的变化及其临床意义[J]. 中华神经科杂志, 1999, 32(5): 318-319.
- [4] 杨世方,凌亦凌,凌毅群,等. 中枢八肽胆囊收缩素对大鼠局部脑缺血/再灌注损伤的影响[J]. 中国病理生理杂志, 2003, 19(4): 472-476.
- [5] 吴宇洁,王少石. 卒中后抑郁[M]. 国外医学:脑血管疾病分册, 2005, 13(9): 699-702.
- [6] 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.
- [7] 李永春. 针刺调理脾胃升降法对肠易激综合征脾虚泄泻患者血清脑肠肽的影响[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(10): 19-20.
- [8] 郭淑云,李郑生. 李振华医案医论集[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008: 125.

(收稿日期 2015-02-07)

(上接第 1161 页)

参 考 文 献

- [1] Halladin NL, Zahle FV, Rosenberg J, et al. Interventions to reduce tourniquet-related ischaemic damage in orthopaedic surgery: a qualitative systematic review of randomised trials[J]. Anaesthesia, 2014, 69(9): 1033-1050.
- [2] Duehrkop C, Denoyelle J, Shaw S, et al. Use of dextran sulfate in tourniquet-induced skeletal muscle reperfusion injury[J]. J Surg Res, 2014, 187(1): 150-161.
- [3] Ozkan F, Senayli Y, Ozyurt H, et al. Antioxidant effects of propofol on tourniquet-induced ischemia-reperfusion injury: an experimental study[J]. J Surg Res, 2012, 176(2): 601-607.
- [4] Dillon JP, Laing AJ, Chandler JR, et al. Pravastatin attenuates tourniquet-induced skeletal muscle ischemia reperfusion injury[J]. Acta Orthop, 2006, 77(1): 27-32.
- [5] 卢卫忠,贺小兵,吴清,等. 缺血预处理对肢体缺血再灌注损伤影响的临床观察[J]. 中国综合临床, 2003, 19(10): 945-947.
- [6] Kocman EA, Ozatik O, Sahin A, et al. Effects of ischemic preconditioning protocols on skeletal muscle ischemia-reperfusion injury[J]. J Surg Res, 2015, 193(2): 942-952.
- [7] Schoen M, Rotter R, Gierer P, et al. Ischemic preconditioning prevents skeletal muscle tissue injury, but not nerve lesion upon tourniquet-induced ischemia[J]. J Trauma, 2007, 63(4): 788-797.
- [8] Gao Y, Hao J, Zhang H, et al. Protective effect of the combinations of glycyrrhizic, ferulic and cinnamic acid pretreatment on myocardial ischemia-reperfusion injury in rats[J]. Exp Ther Med, 2015, 9(2): 435-445.
- [9] Lau A, Wang S, Liu W, et al. Glycyrrhizic acid ameliorates HMGB1-mediated cell death and inflammation after renal ischemia reperfusion injury[J]. Am J Nephrol, 2014, 40(1): 84-95.

- [10] Ye S, Zhu Y, Ming Y, et al. Glycyrrhizin protects mice against renal ischemia-reperfusion injury through inhibition of apoptosis and inflammation by downregulating p38 mitogen-activated protein kinase signaling[J]. Exp Ther Med, 2014, 7(5): 1247-1252.
- [11] Seo CS, Lee JA, Jung D, et al. Simultaneous determination of liquiritin, hesperidin, and glycyrrhizin by HPLC-photodiode array detection and the anti-inflammatory effect of Pyungwi-san[J]. Arch Pharm Res, 2011, 34(2): 203-210.
- [12] 肖瑞法,邓忠良,卢卫忠,等. 复方甘草酸苷对兔骨骼肌缺血再灌注损伤的影响[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2009, 20(13): 3843-3847.
- [13] 卢卫忠,胡志芬,刘正敏,等. 缺血预处理和复方甘草酸苷对肢体缺血再灌注损伤影响的临床观察[J]. 中国中医急症, 2015, 24(3): 301-303.
- [14] Hosseinzadeh H, Nassiri ASL M, Parvardeh S. The effects of carbenoxolone, a semisynthetic derivative of glycyrrhizic acid, on peripheral and central ischemia-reperfusion injuries in the skeletal muscle and hippocampus of rats[J]. Phyto-medicine, 2005, 12(9): 632-637.
- [15] Ni B, Cao Z, Liu Y. Glycyrrhizin protects spinal cord and reduces inflammation in spinal cord ischemia-reperfusion injury[J]. Int J Neurosci, 2013, 123(11): 745-751.
- [16] Gong G, Yuan LB, Hu L, et al. Glycyrrhizin attenuates rat ischemic spinal cord injury by suppressing inflammatory cytokines and HMGB1[J]. Acta Pharmacol Sin, 2012, 33(1): 11-18.
- [17] Nakata N, Takaoka K. Use of glycyrrhizin in prevention of tissue damage caused by ischemia-reperfusion in rabbit hind limbs[J]. J Orthop Sci, 2006, 11(4): 375-379.

(收稿日期 2015-03-29)

左弦脉与肝病关系的探讨

王 亚¹ 殷晓轩²

(1. 山东中医药大学第一临床学院, 山东 济南 250014; 2. 山东兖矿集团总医院, 山东 邹城 273500)

中图分类号: R256.4 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)07-1193-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.024

【摘要】脉诊中脉象在反映身体的健康状况, 揭示疾病的性质等方面起到非常重要的作用, 同时根据脉象进行针对性的用药, 可以起到指导临床的作用。弦脉是临床上非常常见的一种脉象, 医书中提到和“弦应东方肝胆经”, 本文主要从弦脉的脉象、主病, 以及现代研究对左弦脉反映肝病合理性的评价进行论述, 探讨左弦脉反映肝病的临床指导意义。

【关键词】脉诊 左弦脉 肝病

脉诊是中医学临床的精华之一, 其优势在于无需创伤性检查, 只借助指下对脉管搏动力度的感受进行疾病的诊断。当然这种方式受临床医生的主观感受影响较大, 历代医家也都对脉诊表达了相似的感受——“心中了了, 指下难明”。脉诊的弦脉是一种临床常见的一种脉象, 对诊疗疾病有重要参考价, 自古以来医家无论从脉象、主病以及其机理都做了详尽的描述, 合理掌握弦脉的脉象, 对指导临床有相当重要的意义。现代研究工作者应用现代科技方法对弦脉进行分析, 包括脉象仪以及肝血流图, 以求更加明确揭示弦脉的脉象以及与疾病的关系, 这些都为弦脉的进一步研究打下了坚实的基础。同时, 《脉经》^[1]云“肝部在左手关上是也, 足厥阴经也”, 历代医家也都将左关作为诊断肝胆病的依据, 左弦脉对于临床诊断肝病有一定的参考价值。

1 弦脉的历史沿革

1.1 弦脉的脉象 对于弦脉, 首先应掌握其脉象。关于弦脉脉象的描述, 自《内经》以来虽有发展, 但总的来说呈现出一个延续的特点。《内经》^[2]云“春脉如弦……春脉者肝也, 东方木也万物之所以始生也, 故其气来软弱轻虚而滑端直以长故曰弦, 反此者病”这是弦脉的正常脉象, 也就是说弦脉在正常情况下应当和缓柔软, 就像触摸长杆的末梢一样。弦脉的形成机理是“春季阴寒尚重, 阳气升发, 阳气突破阴气渐升于上, 受阴气所迫而显现弦脉”^[3]。王叔和在《脉经》^[1]中也提到“肝者, 东方木, 万物始生, 其气来软而弱, 宽而虚, 故脉为弦”, 李时珍在《濒湖脉学》^[4]中也谈到“弦脉迢迢端直长, 肝经亢盛脾胃伤……弦来端直似丝弦”。前人对弦脉的描述不可谓不详尽。当然弦脉不光有正常脉象还有病理性的脉象, 《素问·平人气象论》曰“病肝脉来, 盈实而滑, 如循长竿, 曰肝病。死肝脉来, 急益劲, 如新张弓弦, 曰肝死。”这里不但阐释了病理性的弦脉, 同时也指出了弦脉与肝病的相关性。

的脉象, 《素问·平人气象论》曰“病肝脉来, 盈实而滑, 如循长竿, 曰肝病。死肝脉来, 急益劲, 如新张弓弦, 曰肝死。”这里不但阐释了病理性的弦脉, 同时也指出了弦脉与肝病的相关性。

1.2 弦脉与肝病 《内经》中在提到弦脉的病理性表现时已经指出其与肝病的相关性, 两者关系后世医家也多次提及, 大都将弦脉作为肝病的显著特征之一来对待。在《内经》中也提出了根据弦脉的软硬度判断肝病之轻重^[5]。肝脉应于左关, 左关脉的平脉是以弦长和缓为度^[6], 李中梓在《诊家正眼》^[7]中提到“弦为肝风”, 同时对肝脉的平脉和病脉做了区别, “肝脉来软弱招招, 如揭长杆末梢, 曰肝平”, 说明弦脉中带有和缓柔软之象是为平脉; “肝脉来盈实而滑, 如循长竿, 曰肝病”, 指出弦脉失其从容和缓之象, 为弦多胃少, 故肝病。

而肝病也是指在中医传统理论指导下的肝病, 在中医理论中肝性属木, 为将军之官, “喜条达, 勿抑郁”, 而肝病的临床分型主要有肝阳上亢、肝郁气滞、肝郁化火、寒凝肝脉等, 其临床表现为也多种多样, 如中风、抽搐、臌胀、胆结石、肝脾肿大等。

2 左弦脉的现代研究

2.1 脉象的客观化研究 因脉象受诊脉者个人因素影响较大, 例如, 针对同一个患者, 不同的医家可能会有不同的体会, 这对脉诊的应用和普及造成了很大的障碍。对脉象的客观化研究成为了国内一些学者的重点研究对象。费兆馥^[8]曾尝试应用电子仪器设备对弦脉进行客观化的研究, 以求通过具体的指标来指导临床, 研究中先请具有临床经验的中医师用双盲法进行取脉, 选取均认为弦脉的参试人员, 参加脉象仪的检测, 总共分为 4~6 种脉象, 通过研究发现弦脉之所以

会出现“弦来端直似丝弦”是因为“血管顺应性减小,血管的刚性增大所致”;在区别生理性弦脉和病理性弦脉方面,年龄、情绪、外界刺激等均可使人体产生弦脉,但这种弦脉是可逆的,但病理性的弦脉则以弦劲为主导,在脉象图反映为平顶波形图,经卡方分析,弦脉与慢性肝病、高血压有关。

2.2 左弦脉的现代研究 赵泉林等^[9]多位学者应用B超诊断仪和必要的生化检查对门诊的970例患者进行诊测,左关脉异常者包括左弦脉和类弦脉715例,其中肝肿大者606例。经统计分析 $r=0.8715(P<0.01)$,左关弦脉及类弦脉与肝脓肿呈正相关,说明左关弦脉对诊断肝胆病证具有相对特异性。岳沛平等^[10]利用脉象仪对248例经双盲筛选的左关弦脉进行记录,同时用多道生理记录仪对心肺功能进行检测,并利用流体力学非线性弹性腔方程对心血管功能进行评价,根据脉图的主波特征。将弦脉分成4种类型,结果发现不同类型弦脉的血管内压力(P)、外周阻力(R)、血管顺应性(C)所存在的差异是导致其脉象紧张度变化的决定因素。上述关于弦脉的现代化研究在一定程度上能反映弦脉与肝病的相关性,尤其是左弦脉,这对指导临床有一定积极意义。

3 讨论

在中医学中认为“弦为肝之本脉”,弦脉的形成与肝有密不可分的关系,确切的说左弦脉更能体现与肝的联系,其肝胆疾病的主要机理,一是左关候肝,在《脉

经》云肝部在左手关上是也,以胆为腑;二是肝主疏泄,调畅气机,肝病则疏泄失常,气机不利,脉气紧张,脉道拘急而显弦脉。在临床过程中也不可免弦脉必是肝病,《内经》云“春胃微弦”,同时也可因为脉管的老化出现生理性的弦脉,故在实践中应当脉证合参,才能使诊断更加准确。

参 考 文 献

- [1] 王叔和.脉经[M].北京:中医古籍出版社,2009:1,18.
- [2] 李英健,李克.黄帝内经[M].沈阳:万卷出版公司,2008:1,56-62.
- [3] 刘伯祥.脉法求真[M].西安:陕西科学技术出版社,2004:1,109.
- [4] 刘兴仁,郭学军,韩存.李时珍.濒湖脉学白话解[M].北京:人民军医出版社,2013:1,42-45.
- [5] 杨太生.关于弦脉的体会点滴[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(1):11-12.
- [6] 陈慧娟,朱凌凌,梁尚华.凭脉指导肝病辨证价值初探[J].中华中医药杂志,2008,23(6):475-477.
- [7] 李中梓.诊家正眼[M].北京:中国中医药出版社,2008:1,32-33.
- [8] 费兆馥.弦脉的客观化研究[J].中西医结合杂志,1984,4(4):243-245.
- [9] 赵泉林,李德华,李永光.左弦脉象诊断肝胆疾病相关性的研究[C].第1届全国中西医结合诊断学术会议论文集选集,2006:177-179.
- [10] 岳沛平,宋起,陶新民.弦脉的分类及血流动力学分析[J].江苏中医,1996,17(12):48-49.

(收稿日期 2015-04-03)

(上接第 1175 页)

参 考 文 献

- [1] 王书清,宋炳慧,刘元志,等.替罗非班在急性冠脉综合征患者中的合理应用及危险因素分析[J].中国临床药理学杂志,2012,28(10):740-742.
- [2] 马开慧.步长脑心通胶囊对急性冠脉综合征的血脂水平以及超敏C反应蛋白的影响[J].世界中医药,2013,8(12):1442-1444.
- [3] 孔庆福,王元业,张令刚,等.葛根素注射液对急性冠脉综合征患者血管内皮及炎症免疫功能的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2011,18(4):209-212.
- [4] 高远,关启刚,孙宇姣,等.急性冠脉综合征患者应用负荷剂量的瑞舒伐他汀与阿托伐汀的效果对比[J].中国医科大学学报,2013,42(3):235-239.
- [5] 熊涛.阿托伐他汀对急性脑梗死患者血脂、高敏C反应蛋白、内皮素及血管弹性的影响[J].中国老年学杂志,2011,31(2):223-225.
- [6] 李强,凌芳,聂德云,等.大剂量阿托伐他汀对急性脑梗死患者血清细胞因子及动脉粥样硬化斑块的影响[J].重庆医学,2012,41(16):1598-1600.
- [7] 陈勉,张艳.中西医结合治疗急性冠脉综合征的临床疗效及对血清CRP、IL-6的影响[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(22):317-320.
- [8] 魏秀春.辨证施治加用清热解毒药物对急性冠脉综合征患者血HS-CRP、Lp(a)水平的影响[J].中国医药科学,2014,4(11):89-91.
- [9] 王锦淳,苏佩清,孙丹丹,等.黄芩茎叶总黄酮对高甘油三酯血清致人脐静脉内皮细胞氧化损伤的保护作用及机制研究[J].中国药理学通报,2012,28(3):397-402.
- [10] 毕珺辉,李冀,谢田,等.大黄黄连泻心汤、理中丸对四种模型胃溃疡寒热证大鼠血清PAF含量的影响[J].中医学报,2011,39(2):51-55.

(收稿日期 2014-09-22)

强力枇杷露相对密度测定的不确定度评定

张彬 周学兴 李蓉 罗敏

(雅安三九药业有限公司,四川 雅安 625000)

中图分类号:R289.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1195-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.025

【摘要】目的 为了加强标准化实验室建设,对强力枇杷露相对密度测定的不确定度进行评定。**方法** 依据测量不确定度要求的实施指南 CNAS-GL05,按照《中国药典》2010年版(一部)附录相对密度检查法,通过建立数学模型、分析不确定度来源、计算不确定度分量、合成标准不确定度和扩展不确定度等步骤,对测定过程中不确定度的引入进行系统分析。**结果** 当取置信概率 P 为 95%时,强力枇杷露相对密度值表示为 $d=(1.2312\pm 0.0002)$,其中扩展不确定度 $U=0.0002$ 。**结论** 强力枇杷露的相对密度测定不确定度评定方法简单、易行,适用于同类型实验的不确定度的评定。

【关键词】 强力枇杷露 相对密度

强力枇杷露是根据《中华人民共和国卫生部药品标准》中药成方制剂第2册 WS3-B-0442-90,用枇杷叶、罂粟壳、百部、白前、桑白皮、桔梗、薄荷脑制成的现代中药糖浆剂。本药具有养阴敛肺,镇咳祛痰的作用,临床用于久咳劳嗽,支气管炎等。强力枇杷露质量标准中检查项下有相对密度测定,笔者针对标准化实验室建设要求,通过实验并对测定的不确定度进行评定。现报告如下。

1 材料与方

1.1 仪器设备与器具 METTLER TOLEDO XA205DU 电子天平(梅特勒-托利多公司);温度计(常州市双发热工仪表厂);比重瓶(天津市天玻玻璃仪器有限公司)。

1.2 试验用水 试验用水为纯化水。

1.3 试验样品 强力枇杷露(雅安三九药业有限公司生产,规格为 120 mL/瓶,批号为 150301)。

1.4 实验方法 按《中国药典》2010年版一部附录 VII A 相对密度测定法^[1-3]第一法比重瓶法进行测定,测定原理为:在 20℃温度下,用比重瓶分别测量供试品和纯化水的质量,供试品的质量和纯化水的质量之比即是相对密度。实验条件:环境条件为 20℃,相对湿度 $\leq 80\%$ ^[4]。

1.5 测定方法 1)取洁净、干燥并精密称定质量的比重瓶,装满供试品(温度应低于 20℃或各品种项下规定的温度)后,装上温度计(瓶中应无气泡),置 20℃(或各品种项下规定的温度)的水浴中放置若干分钟,使内容物的温度达到 20℃(或各品种项下规定的温度),用滤纸除去溢出侧管的液体,立即盖上罩。然后将

比重瓶自水浴中取出,再用滤纸将比重瓶的外面擦净,精密称定,减去比重瓶的质量,求得供试品的质量后,将供试品倾去,洗净比重瓶,装满新沸过的冷水,再照上法测得同一温度时水的质量,按下式计算,即得。

$$\text{供试品的相对密度} = \frac{\text{供试品质量}}{\text{水质量}}$$

2)取洁净、干燥并精密称定质量的比重瓶,装满供试品(温度应低于 20℃或各品种项下规定的温度)后,插入中心有毛细孔的瓶塞,用滤纸将从塞孔溢出的液体擦干,置 20℃(或各品种项下规定的温度)恒温水浴中,放置若干分钟,随着供试液温度的上升,过多的液体将不断从塞孔溢出,随时用滤纸将瓶塞顶端擦干,待液体不再由塞孔溢出,立即将比重瓶自水浴中取出,照上述第一步方法,自“再用滤纸将比重瓶的外面擦净”起,依法测定,即得。

1.6 建立数学模型 根据药典规定,相对密度计算公

$$\text{式}^{[1-2,4-7]}: d = \frac{m_{\text{样}}}{m_{\text{水}}} = \frac{m_2 - m_0}{m_1 - m_0}$$

式中: d ——供试品的相对密度;

$m_{\text{样}}$ ——供试品溶液的质量;

$m_{\text{水}}$ ——水的质量。

m_1 ——20℃时比重瓶加水的质量, g;

m_2 ——20℃时比重瓶加供试品溶液的质量, g;

m_0 ——空比重瓶的质量, g。

1.7 分析不确定度来源 见图 1。根据测量模型涉及的输入量分析每个参数的不确定度来源,有关的不确定度来源如图所示^[1-10]。

2 结果

2.1 A 类不确定度分量的评定^[2,11] 见表 1。A 类评定

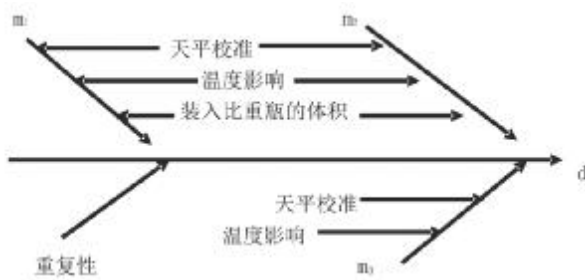


图1 因果关系图

主要是重复性引起的不确定度^[1-2,4-7,10],在相同条件下对试样进行10次测定。

表1 A类不确定度分量的评定

参数	称重(g)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	均值
m_0	11.6429										
m_1	22.0029	21.9995	22.0041	22.0081	22.0032	22.0036	22.0023	22.0034	22.0037	22.0032	22.0034
m_2	24.3917	24.3968	24.3984	24.4051	24.4045	24.4015	24.3922	24.4005	24.3996	24.3992	24.3990
d	1.2306	1.2315	1.2311	1.2313	1.2318	1.2314	1.2307	1.2314	1.2312	1.2313	1.2312

平均值 $\bar{d} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n d_i = 1.2312 (n=10)$, 采用贝塞尔公式,对10次测定数据进行统计分析单次测量的实验标准偏差为:

$$u(d_i) = S(d_i) = \sqrt{\frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (d_i - \bar{d})^2} = 3.58 \times 10^{-4}$$

由重复性引起的测量结果的相对标准不确定度:

$$u(\bar{d}) = S(\bar{d}) = \frac{S(d_i)}{\sqrt{n} \times \bar{d}} = \frac{3.58 \times 10^{-4}}{\sqrt{10} \times 1.2312} = 9.199 \times 10^{-5}$$

2.2 B类不确定度分量的评定^[1-2,4,6,11]

2.2.1 m_0 的标准不确定度 m_0 的标准不确定度主要由天平校准、温度两方面不确定度引入。实验用METTLER TOLEDO XA205DU电子天平进行称量,最大量程为220g,根据天平检定证书可知,电子分析天平的最大允许误差为0.0002g,根据CNAS-GL06化学分析中不确定度的评估指南,非正态分布情况下仪器读数按矩形(均匀)分布,则标准不确定度

$$u(\text{校准}) = \frac{0.0002}{\sqrt{3}} = 1.155 \times 10^{-4};$$

实验用温度计进行温度控制,温度波动范围为(20±0.2)℃,0.2℃会引入1.025×10⁻³g的误差^[5],根据CNAS-GL06化学分析中不确定度的评估指南,按矩形分布,取 $k = \sqrt{3}$,则标准不确定度

$$u(\text{温度}) = \frac{1.025 \times 10^{-3}}{\sqrt{3}} = 5.918 \times 10^{-4}.$$

因此 $u(m_0) = \sqrt{u^2(\text{校准}) + u^2(\text{温度})} = 6.030 \times 10^{-4}$.

2.2.2 m_1 的标准不确定度 m_1 的标准不确定度主要由天平校准、温度、装入比重瓶的体积3方面不确定度引入。由于检测过程使用同一个天平,则 $u(\text{校准}) =$

1.155×10^{-4} ;由于检测过程使用同一支温度计,则 $u(\text{温度}) = 5.918 \times 10^{-4}$;实验用样品,水装入比重瓶进行称量,比重瓶体积为10mL,波动范围为(10±0.05)mL,0.05mL会引入0.0002g的误差,根据CNAS-GL06化学分析中不确定度的评估指南,按矩形分布,取 $k = \sqrt{3}$,则标准不确定度 $u(\text{装入体积}) = \frac{0.0002}{\sqrt{3}} = 1.155 \times 10^{-4}$ 。

因此 $u(m_1) = \sqrt{u^2(\text{校准}) + u^2(\text{温度}) + u^2(\text{装入体积})} = 6.139 \times 10^{-4}$ 。

2.2.3 m_2 的标准不确定度 m_2 的标准不确定度主要由天平校准、温度、装入比重瓶的体积3方面不确定度引入。由于检测过程使用同一个天平,则 $u(\text{校准}) = 1.155 \times 10^{-4}$;由于检测过程使用同一支温度计,则 $u(\text{温度}) = 5.918 \times 10^{-4}$;由于检测过程使用同一个比重瓶,则 $u(\text{装入体积}) = 1.155 \times 10^{-4}$ 。

因此 $u(m_2) = \sqrt{u^2(\text{校准}) + u^2(\text{温度}) + u^2(\text{装入体积})} = 6.139 \times 10^{-4}$ 。

2.2.4 $m_{\text{样}}$ 的标准不确定度

$$u(\text{样}) = u(m_2 - m_0) = \sqrt{u^2(m_2) + u^2(m_0)} = \sqrt{(6.139 \times 10^{-4})^2 + (6.030 \times 10^{-4})^2} = 8.605 \times 10^{-4}$$

$m_{\text{样}}$ 的相对标准不确定度:

$$m_{\text{样}} = \bar{m}_2 - \bar{m}_0 = 24.3990 - 11.6429 = 12.7561 \text{ g};$$

$$u(m_{\text{样}}) = \frac{8.605 \times 10^{-4}}{12.7561} = 6.746 \times 10^{-5}$$

2.2.5 $m_{\text{水}}$ 的标准不确定度

$$u(\text{水}) = u(m_1 - m_0) = \sqrt{u^2(m_1) + u^2(m_0)} = \sqrt{(6.139 \times 10^{-4})^2 + (6.030 \times 10^{-4})^2} = 8.605 \times 10^{-4}$$

$m_{\text{水}}$ 的相对标准不确定度:

$$m_{\text{水}} = \bar{m}_1 - \bar{m}_0 = 22.0034 - 11.6429 = 10.3605 \text{ g};$$

$$u(m_{\text{水}}) = \frac{8.605 \times 10^{-4}}{10.3605} = 8.306 \times 10^{-5}$$

2.3 合成不确定度^[1-16] 测量模型 $d = \frac{m_{\text{样}}}{m_{\text{水}}} = \frac{m_2 - m_0}{m_1 - m_0}$,

用方和根计算其合成不确定度为:

$$u(d) = \sqrt{u^2(m_{\text{样}}) + u^2(m_{\text{水}}) + u^2(\bar{d})} = \sqrt{(6.746 \times 10^{-5})^2 + (8.306 \times 10^{-5})^2 + (9.199 \times 10^{-5})^2} = 1.411 \times 10^{-4}$$

2.4 扩展不确定度^[11-8,10-16] 参照CNAS规定一般检测实验室取 $P = 95\%$ 时,由于合成不确定度包含的较多分量的概念分布是矩形分布,因此包含因子 $k = 1.65$,相对扩展不确定度为:

$$U = ku(d) = 1.65 \times 1.411 \times 10^{-4} = 2.328 \times 10^{-4} \approx 0.0002$$

2.5 报告不确定度^[1-2,4-7,11,13-14] 在本实验室,强力枇杷露的相对密度表示为: $d = (1.2312 \pm 0.0002)$,其中扩

用于红花注射液生产的红花药材吸光度的质量标准研究

潘红炬¹ 胡美^{2△} 董礼² 吴建国² 李蓉² 胡敏² 卫天喜² 史琳莉²

(1.广东省佛山市华润顺峰药业有限公司,广东 佛山 528000;2.雅安三九药业有限公司,四川 雅安 625000)

中图分类号:R289.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1197-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.026

【摘要】目的 建立适用于红花注射液生产的红花原料吸光度的质量标准。方法 采用紫外分光光度法,追踪红花注射液生产过程吸光度指标的变化趋势,同时建立红花原料吸光度检测方法,并追踪多批2012年至2014年红花原料吸光度质量情况,建立红花原料的吸光度控制标准。**结果** 红花注射液质量标准中检测的吸光度指标,在工艺过程中不断下降;近3年红花原料吸光度波动较小;当红花原料吸光度大于0.35时,可用于红花注射液的生产。**结论** 红花原料吸光度标准的建立,可从原料源头控制质量,从而保证红花注射液成品吸光度质量稳定。

【关键词】 红花注射液 药材 吸光度

红花注射液具有活血化瘀、消肿止痛的功效,主要用于治疗闭塞性脑血管疾病、冠心病、心肌梗死、脉管炎,临床上对高脂血症、糖尿病并发症、月经不调、类风湿关节炎等疾病,有良好的辅助治疗作用^[1]。2012年11月7日,国家食品药品监督管理局颁布执行了红花注射液质量标准^[2](WS3-B-3825-98-2012)。该标准的质量控制项目中,有吸光度控制项,要求成品在(267±1) nm下检测,吸光度不低于0.5。为控制该指标质量稳定,需要对该指标在生产工艺中的变化以及原料本身的质量进行认识,并制定相应的质量标准。红花注射液原料为菊科植物红花(*Carthamus tinctorius* L.)。红花药材为活血化瘀的主要中药之一,用于治疗冠心病、脑血栓等心脑血管疾病^[3]。红花药材国家标准中也对吸光度进行了控制^[4],但该标准控制的吸光度波长为518 nm,与红花注射液吸光度波长不一致,不能直观反映用于红花注射液的红花药材质量。本文将从红花注射液工艺过程吸光度变化进行跟踪,建立红花药材吸光度检测方法,从而制定适合红花注射液生产的红花药材吸光度标准,为企业的内控标准制定提供依据。

1 材料与方

1.1 仪器与试剂 中药中试平台提取自动化系统(浙远自动化工程技术有限公司)、安瓿联动灌封中试系统(楚天科技股份有限公司)、紫外-可见分光光度计(岛津UV-2600)、电子天平(Sartorius,BS244S)、高速中药粉碎

机(XFB-200,吉首市中诚制药机械厂);水为纯化水。

1.2 药材 红花药材(新疆,吉木萨尔,雅安三九药业红花GAP基地),每年样品各取5批。2012年至2014年红花(7月采收),晒干,净选后真空包装,放于4℃冰箱冷藏保存。标本存放于雅安三九药业有限公司,标本存放室。

1.3 工艺过程吸光度变化 监测点根据2012年国家食品药品监督管理局颁布的红花注射液质量标准(WS3-B-3825-98-2012)中制法,选择10个关键质量监测点,见表1。

表1 红花注射液生产过程关键监控点

编号	关键监控点	编号	关键监控点
1	煎煮混合液	6	水液热处理前
2	一次浓缩液	7	水液热处理后
3	二次浓缩液	8	水液脱碳后
4	水液除钾前	9	水液超滤后
5	水液除钾后	10	水液灭菌后

1.4 检测方法 取监控加工药液,用纯化水将药液稀释至0.5 g/mL生药量浓度,再用1%盐酸调pH至(7.0±0.1),过滤,取续滤液,作供试品。按照红花注射液质量标准(WS3-B-3825-98-2012)吸光度检测项下方法,检测供试品吸光度,记录,即得。

1.5 药材吸光度方法建立 1)检测法。取红花药材置硅胶干燥器中干燥24 h,研成细粉^[4]。取药粉约2.50 g,分别置三角烧瓶中,精密加水50 mL,称定质量。连接

△通信作者(电子邮箱:humei@ya999.com)

冷凝管,置沸水浴中,加热 2 h,取出放冷,称定质量,以水补足减失质量。过滤,精密量取续滤液 2 mL 置 500 mL 容量瓶中,加水至刻度,摇匀,作为供试品溶液。照紫外-可见分光光度法,以水为空白, (267±1) nm 下,测定供试品(267±1) nm 处吸光度,记录,即得。
 2)重复性实验。取红花药材细粉 6 份,照 1)项下第 1 步检测法测定吸光度,计算 RSD 为 1.87%,表明方法重复性良好。
 3)稳定性实验。取重复性试验后样,于 0 h、2 h、4 h、8h、24 h 照 1) 项下第 1 步检测法测定吸光度,计算 RSD 为 0.4%,表明样品在 24 h 内稳定。
 1.6 药材质量检测 见图 1。取红花药材,照 1.6 第 1 步检测法测定吸光度,267 nm 处为红花中黄酮类成分特征吸收峰。

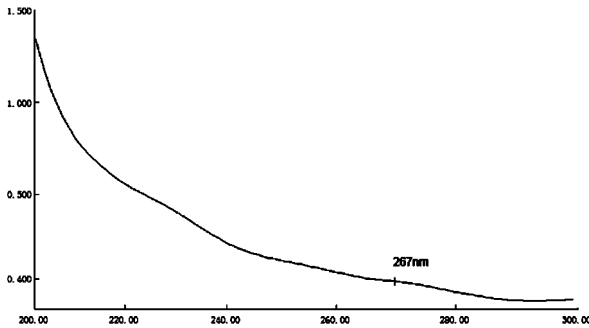
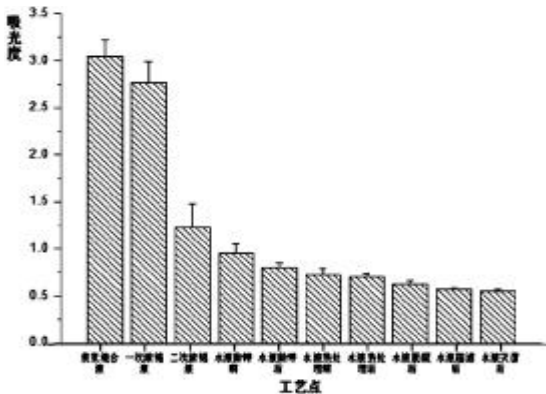


图 1 红花药材提取液紫外吸收光谱(200~300 nm)

2 结果

2.1 工艺过程吸光度变化 见图 2。在中试平台,按红花注射液标准制法生产 3 批红花注射液,检测 10 个工艺点样品吸光度,以工艺点为横坐标,吸光度为纵坐标作图。结果示红花注射液生产过程,吸光度逐渐下降,未出现上升,说明工艺过程不会造成对(267±1) nm 吸光度有贡献的化学成分增加;要保证产品吸光度质量,控制红花药材吸光度是关键控制点之一。



2.2 3年内红花药材质量检测 见表 2。结果示 2012 年、2013 年、2014 年 3 年内红花药材吸光度值在 0.37~0.40 之间,吸光度批间波动较小。

2.3 近 3 年药材吸光度质量控制分析 见图 3。结果

表 2 3 年红花药材吸光度检测结果

药材	药材编号	吸光度	平均值	RSD(%)
2012 年红花	12-1	0.400	38.8	2.8
	12-2	0.380		
	12-3	0.380		
	12-4	0.380		
	12-5	0.400		
2013 年红花	13-1	0.390	38.8	3.4
	13-2	0.370		
	13-3	0.380		
	13-4	0.400		
	13-5	0.400		
2014 年红花	14-1	0.372	38.5	2.1
	14-2	0.384		
	14-3	0.390		
	14-4	0.387		
	14-5	0.393		

示最近 3 年药材吸光度质量稳定,均在平均值±2σ 范围内;表明 GAP 基地生产的红花药材吸光度质量稳定。

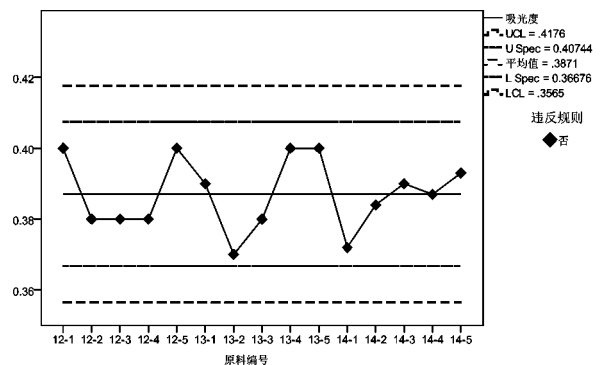


图 3 近 3 年红花药材吸光度质量控制图

3 讨论

关于(267±1) nm 处吸光度质量控制的意义,王常铭等^[5]在红花注射液质量标准的研究中通过红花注射液对 ADP 诱导家兔血小板聚集影响的实验已经证实——红花注射液在 (267±1) nm 处吸光度能够反映红花注射液的内在质量,因此选择(267±1) nm 处吸光度作为红花药材的控制标准,具有质量控制意义。

红花注射液中的黄酮类成分为有效成分^[6]。大多数黄酮类化合物分子中存在桂皮酰基和苯甲酰基组成的交叉共轭体系,其紫外光谱 200~400 nm 的区域内存在两个紫外吸收带,峰带 I (300~400 nm) 和峰带 II (220~300 nm)^[7]。说明红花注射液质量标准中 (267±1) nm 吸光度控制,实际是控制的黄酮类及其他具有苯甲酰基的化学成分含量。

研究以 (267±1) nm 吸光度追踪工艺过程中化学

成分的变化,发现在整个工艺过程中,未出现吸光度的升高,说明在工艺过程中对(267±1) nm 吸光度有贡献的化学成分无显著产生,提示原料的吸光度质量将决定红花注射液成品的吸光度质量,因此控制原料的吸光度稳定和质量下限,将有助于保证红花注射液成品质量。

检测 2012 年至 2014 年红花药材吸光度,显示红花药材年内批间波动较小;比较最近 3 年药材吸光度水平,显示近 3 年药材吸光度无显著性差异 ($P > 0.05$);根据近 3 年的 15 批红花药材吸光度质量作质量控制图,发现 15 批原料质量波动都在质量警戒范围 ($\pm 2\sigma$);结合工艺过程吸光度的损失率,认为原料吸光度应不低于 0.35,能保证红花注射液成品吸光度质量合格。

综上所述和讨论,本研究建立红花药材吸光度检测方法与控制限度,可作为企业生产红花注射液的内

控标准,也可作为评价红花药材质量的依据。

参 考 文 献

- [1] 田代华.实用中药辞典[M].上卷.北京:人民卫生出版社,2002:812.
- [2] 中国食品药品监督管理局.WS3-B-3825-98-2012 红花注射液质量标准[S].2012.
- [3] 武永刚,李雪莹,王苏丽,等.红花黄色素化学成分及对心脑血管作用研究进展[J].齐鲁药事,2011,30(8):481-484.
- [4] 国家药典委员会.中华人民共和国药典(2010版一部)[M].北京:中国医药科技出版社,2010:141.
- [5] 王常铭,窦爱兰,王天玲,等.红花注射液质量标准的研究[J].中成药研究,1982,5(1):17-19.
- [6] 刘倩,陈晨,戴忠,等.红花注射液有效成分的确定及不同厂家中量效关系的比较[J].药物分析杂志,2012,32(7):1158.
- [7] 姚新生.天然药物化学[M].北京:人民卫生出版社,2001:184-186.

(收稿日期 2015-01-05)

(上接第 1196 页)

展不确定度 $U=0.0002$,是由合成不确定度 $u(d)=1.411 \times 10^{-4}$ 乘以包含因子 $k=1.65$ 而得到。

3 讨 论

通过对测定过程中不确定度来源的系统分析^[1-4,6,12-16],发现由于天平、温度计、比重瓶等处于计量检定状态,误差小,精确度高,由其引入的不确定度分量小,对合成不确定度影响不大。由于在同一实验室进行测定,重复性对不确定度的影响也很小,有待进一步进行不同实验室测定,以确定不同实验室重现性对强力枇杷露相对密度不确定度的影响。对于本实验室,强力枇杷露的相对密度表示为: $d=(1.2312 \pm 0.0002)$,其中扩展不确定度 $U=0.0002$ 。

强力枇杷露相对密度测定不确定度评定方法符合 ISO/IEC 17025:2005 检测和校准实验室能力认可准则及 CNAS-GL05 测量不确定度要求的实施指南,方法简单、易行,适用于同类型实验的不确定度的评定。

参 考 文 献

- [1] 汪霄峰.对大豆油中相对密度不确定度的评定[J].农产品加工:学刊,2008,(9):73-74.
- [2] 赵秀芬,侯玮,郭宇飞,等.依据新规范对柔肤水相对密度的不确定度评定[J].科技文汇,2014,(5):58-59.
- [3] 胡坪,罗国安,赵中振,等.人參中人參皂昔 HPLC 定量方法的测量不确定度的评定[J].药科学报,2005,40(1):49-53.
- [4] 肖炳焱,李文莉,李瑞莲.乙醇相对密度测定不确定度的评定[J].中南药学,2013,11(2):34-36.

- [5] 倪晓霓.镇咳宁口服液相对密度测定的不确定度评定[J].齐鲁药事,2008,27(1):27-28.
- [6] 李宝林.吸入麻醉剂异氟烷相对密度测量不确定度评定[J].数理医药学杂志,2013,26,(2):52-55.
- [7] 姜连阁,刘永成,白政忠.HPLC 法含量测定不确定度分析及实例[J].药 D 物分析杂志,2007,27(11):1803-1805.
- [8] 郑丽,郭伟英.HPLC 法测定药物含量不确定度评定[J].辽宁医学院学报,2012,33(3):265-267.
- [9] 寇光,刘玲,陶松,等.HPLC 测定桉叶止咳糖浆中盐酸麻黄碱的不确定度评价[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(17):41-43.
- [10] 朱清丽,柯红梅,谭艳萍,等.HPLC 法测定维生素 B6 片含量的不确定度分析[J].西北药学杂志,2014,29(5):466-468.
- [11] 杨向辉,李丹.液体相对密度天平误差测量不确定度评定[J].计量与测试技术,2014,41(5):86-88.
- [12] 孙莉.HPLC 法测定药物含量的不确定度分析[J].安徽医药,2010,14(7):776-777.
- [13] 范剑,米振清.氨咖黄敏胶囊中对乙酰氨基酚、咖啡因含量的测量不确定度评定[J].中国医药导报,2009,6(11):52-53.
- [14] 陈晓虎.HPLC 法测定清开灵注射液中黄芩苷含量的不确定度分析[J].中国药房,2007,18(15):1168-1169.
- [15] 胡震,王义明,罗国安,等.栀子药材中三种有效成分 HPLC 定量分析结果不确定度的评定[J].中药材,2005,(11):991-993.
- [16] 郭春.复方柴术片中芍药苷和甘草酸 HPLC 法含量测定的不确定度分析[J].中国药师,2009,12(9):1225-1227.

(收稿日期 2015-01-09)

参附注射液治疗急性胰腺炎的系统评价与 Meta 分析

张春漪¹ 逯阳² 张良登^{3,4△}

(1.北京密云县中医医院,北京 101500;2.北京国医药研究院,北京 100050;3.北京中医药大学东直门医院,北京 100700;4.中国中医科学院望京医院,北京 100102)

中图分类号:R576 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1200-04
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.027

【摘要】目的 评价参附注射液治疗急性胰腺炎(AP)的疗效。方法 检索 10 个中英文数据库,纳入参附注射液治疗 AP 随机对照试验(RCT)的文献,对其方法学及终点结局进行合成分析。结果 纳入 15 个 RCT 共计 975 例 AP 患者,其方法学质量均为高偏倚风险。所有 RCT 试验组采用参附注射液结合西药及常规措施救治,对照组采用西药及常规措施救治,有 5 个 RCT 报告主要终点死亡率及手术率。对次要终点行 Meta 分析表明:试验组治疗后总有效率、血淀粉酶改善效果优于对照组。结论 参附注射液治疗 AP 有效并且安全,但由于所纳入 RCT 方法学质量较低,建议开展更为严格的 RCT 以提供充分证据支持参附注射液治疗 AP。

【关键词】 参附注射液 急性胰腺炎 Meta 分析 中西医结合

急性胰腺炎(AP)是最常见的急腹症之一,20%发展为重症 AP,病势凶险,死亡率高,严重危害人民健康^[1]。中西医结合治疗 AP 疗效优于单纯西医治疗。胰腺微循环紊乱贯穿于 AP 病理病程,亦是 AP 发病始动因子之一。参附注射液源自参附汤,为人参、附子两味药的有效组分,研究表明其能通过抑制炎症、抗血栓形成、改善微循环及抗休克等作用而改善 AP。应用参附注射液治疗 AP 临床广泛报道,但目前没有 Meta 分析与系统评价对参附注射液治疗 AP 疗效进行评价。本文在收集参附注射液治疗 AP 随机对照试验(RCT)数据基础上,对纳入 RCT 质量、安全性及疗效进行评价,为参附注射液治疗 AP 提供循证医学证据。

1 资料与方法

1.1 数据库与检索策略 外文数据库是 SCI-E, MEDLINE, EMBASE, Clinical Trials.gov, CENTRAL, 检索词是“Shenfu injection”“Shen-Fu injection”“acute pancreatitis”“pancreatitis”“randomized controlled trial”“clinical trial”“randomized trial”。中文数据库是万方数据库、中国生物医学文献数据库、中国期刊全文数据库、中国临床试验注册中心、中文科技期刊全文数据库,检索词是“参附注射液”“急性胰腺炎”“胰腺炎”“随机对照试验”“临床试验”“中西医结合”。数据库检索时间是建库至 2015 年 2 月。

1.2 纳入标准 RCT 对照组是西药及常规治疗,试验

组在对照组基础上加用参附注射液。对半随机对照试验予以排除。结局指标评价包括主要终点(不良反应事件、死亡及手术率等),次要终点(血/尿淀粉酶、血常规、血糖、血钙、住院时间、症状缓解时间等)。

1.3 数据提取与质量评价 由作者张春漪、张良登分别独立实施数据检索并纳入,采用统一标准表格开展数据提取,包括提取纳入 RCT 的发表时间、作者、干预方法、样本量、报告结局等(见表 1),同时通过第三方明确共识(逯阳)。RCT 方法学质量评价标准参照 Cochrane 相关标准^[2],内容包括报告偏倚、选择偏倚、发表偏倚、实施偏倚、测量偏倚等方面,从而将 RCT 文献分为低偏倚风险和高偏倚风险两个类别。

1.4 数据合成 统计软件采用 RevMan5.2。计量资料采用均数作为疗效分析统计量,计数资料采用相对危险度作为疗效分析统计量。统计分析 RCT 患者、疗程、干预措施及报告结局等以明确文献异质性。同时结合 χ^2 检验、森林图、 I^2 及 P 值判断异质性。如果存在异质性,应用随机效应模型分析;如果是同质性,则应用固定效应模型分析。

2 结果

2.1 检索结果 采用 PRISMA^[3]流程开展 RCT 文献纳入。初检出临床试验文献 478 篇,均是中文文献。按照标准经多次筛选,提取 63 篇临床试验文献进入全文筛选,最终纳入 15 个 RCT^[4-11]进行定量与定性合成分析。见图 1。

△通信作者(电子邮箱:zldeng3@163.com)

表1 RCT特点描述

RCT文献	样本量(n)	平均年龄(岁)	诊断标准	干预方法		疗程	主要结局指标
				T	C		
张华东 2013 ^[4]	T:29 C:29	不明确	中华医学会标准	参附注射液+常规	常规	不明确	血AMY、腹痛缓解时间、手术率
肖志英 2013 ^[5]	T:20 C:20	不明确	不明确	参附注射液+常规	常规	7d	手术率、死亡率、住院时间
郭莲怡 2007 ^[6]	T:37 C:36	45.0 45.0	中华医学会标准	参附注射液+常规	常规	不明确	血/尿AMY、住院时间、腹痛缓解时间
杨泽利 2012 ^[7]	T:44 C:42	53.4 53.4	不明确	参附注射液+常规	常规	10d	血/尿AMY、腹痛缓解时间、手术率、住院时间
刘华 2012 ^[8]	T:63 C:54	不明确	中华医学会标准	参附注射液+常规	常规	8d	血/尿AMY、腹痛缓解时间、住院时间
韦德才 2013 ^[9]	T:36 C:36	45.7 45.2	《胰腺炎》(李兆申著)	参附注射液+常规	常规	10d	血/尿AMY、腹痛缓解时间、手术率、住院时间
焦春宇 2008 ^[10]	T:36 C:33	不明确	不明确	参附注射液+常规	常规	8d	血/尿AMY、住院时间
范铁兵 2013 ^[11]	T:21 C:22	44.5 44.5	《实用内科学》(陈灏珠等著)	参附注射液+常规	常规	7d	血/尿AMY、不良反应、腹痛缓解时间
罗兰云 2009 ^[12]	T:46 C:46	69.0 67.0	中华医学会标准	参附注射液+常规	常规	10d	腹痛缓解时间、住院时间、尿AMY
杨金学 2012 ^[13]	T:29 C:28	不明确	《实用儿科学》(胡亚美等著)	参附注射液+常规	常规	10d	腹痛缓解时间、住院时间、血/尿AMY
熊伟 2011 ^[14]	T:22 C:22	9.0 10.0	不明确	参附注射液+常规	常规	5d	血/尿AMY、住院时间、腹痛缓解时间
刘征彦 2009 ^[15]	T:28 C:28	42.0 44.0	不明确	参附注射液+常规	常规	7d	血/尿AMY、血常规
徐晓武 2012 ^[16]	T:26 C:20	不明确	不明确	参附注射液+常规	常规	7d	乳酸脱氢酶、心脏B超
邹忠东 2009 ^[17]	T:30 C:28	45.6 50.1	中华医学会标准	参附注射液+常规	常规	7d	腹痛缓解时间、血AMY、住院时间、不良反应
马红梅 2014 ^[18]	T:3 C:32	42.2 44.1	中华医学会标准	参附注射液+常规	常规	14d	血AMY、不良反应

注:C为对照组;T为试验组;常规为包括禁食水、持续胃肠减压、抑制胰腺分泌与胰酶活性、抑酸、抗生素应用、补液、灌肠等治疗;AMY为淀粉酶

2.2 纳入RCT特点 纳入15个RCT合计975例AP受试者。纳入RCT样本量最大为117例,最小是40例,平均是65例,受试者年龄最小是9岁,最大是69岁。RCT对照组给予常规共识治疗,试验组则在对照组治疗基础上加用参附注射液,疗程5~14d。次要终点包括血/尿淀粉酶、血钙、血糖、血常规、症状体征缓解时间、住院时间等。仅有5个RCT给出主要终点死亡率和手术率,试验组死亡、手术例数各为5例、7例,对照组死亡、手术例数各为14例、25例。只有3个RCT报道不良反应,1个RCT报道参附注射液试验组出现恶心、面部潮红不良反应,对照组出现恶心、面部潮红不良反应。

2.3 偏倚风险 纳入RCT所提供的方法学信息均十分有限,均为高偏倚风险RCT(见表2)。全部RCT报道基线一般资料各组之间有可比性,有10个RCT报道纳入标准,有5个RCT给出排除标准。所有RCT均报道随机分组,有4个RCT给出分配序列产生方法;均未报道盲法、随机隐藏、样本量估算方法等。

表2 RCT方法学质量评价

RCT文献	随机序列产生	随机隐藏	盲法	盲研究者和受试者	盲结局评价	数据结果不全	选择发表	其他偏倚	偏倚风险级别
张华东 2013 ^[4]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
肖志英 2013 ^[5]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
郭莲怡 2007 ^[6]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
杨泽利 2012 ^[7]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
刘华 2012 ^[8]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
韦德才 2013 ^[9]	U	U	U	U	U	H	H	U	H
焦春宇 2008 ^[10]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
范铁兵 2013 ^[11]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
罗兰云 2009 ^[12]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
杨金学 2012 ^[13]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
熊伟 2011 ^[14]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
刘征彦 2009 ^[15]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
徐晓武 2012 ^[16]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
邹忠东 2009 ^[17]	U	U	U	U	U	L	L	U	H
马红梅 2014 ^[18]	U	U	U	U	U	L	L	U	H

注:U指不明确偏倚风险,L指低偏倚风险,H指高偏倚风险

2.4 治疗结果 有10个RCT报道血淀粉酶,Meta分析提示参附注射液试验组治疗后血淀粉酶改善效果优于对照组($P < 0.00001$),如图2所示。有6个RCT报道尿淀粉酶,Meta分析提示试验组治疗后尿淀粉酶改善效果优于对照组($P < 0.00001$),如图3所示。有11个RCT报道平均住院时间,Meta分析提示试验组治疗后平均住院时间少于对照组($P < 0.00001$),如图4所示。有7个RCT报道总有效率,Meta分析提示试验组治疗后总有效率优于对照组($P < 0.0001$),如图4所示。行

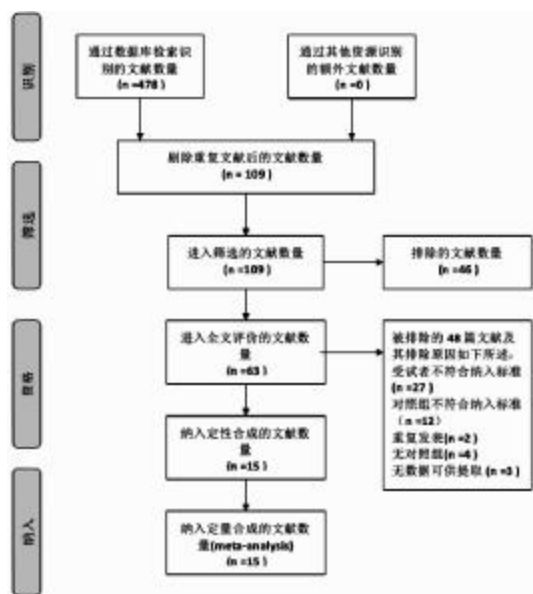


图1 PRISMA标准流程图

敏感性分析提示 Meta 分析结果均稳定,行漏斗图分析提示纳入 RCT 存在发表偏倚趋势。

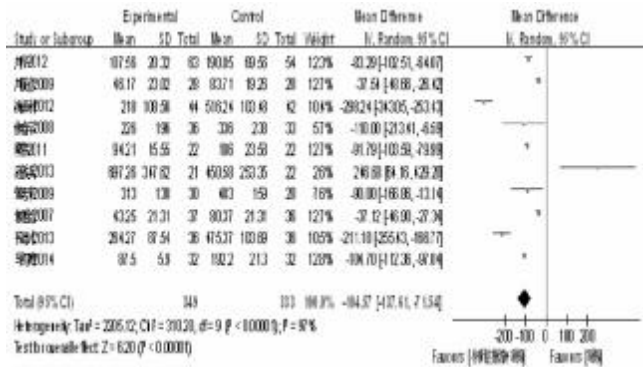


图2 两组血淀粉酶比较

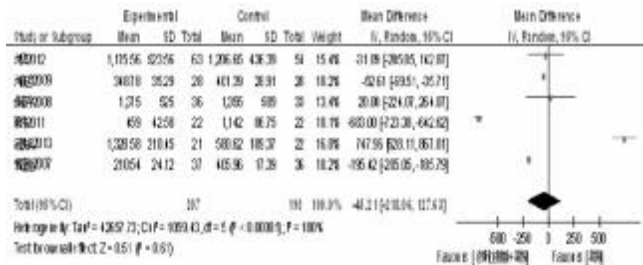


图3 两组尿淀粉酶比较

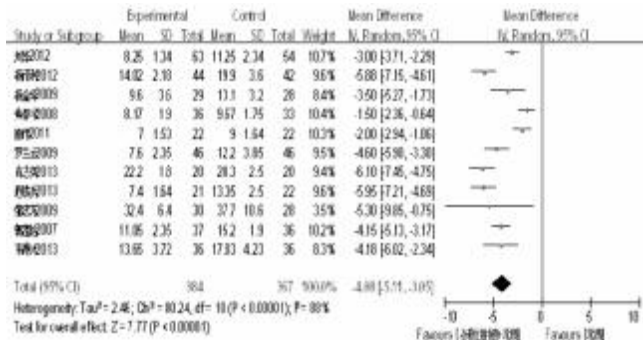


图4 两组平均住院时间比较

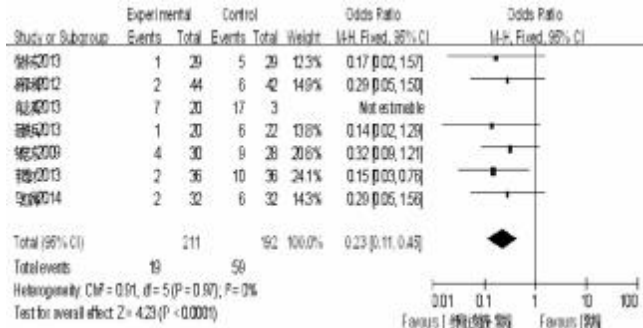


图5 两组总有效率比较

3 讨论

AP是各种致病因素导致胰酶在胰腺内被激活后引起胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的炎症反应病理综合征。参附注射液是现代中药有效组分配伍的产业范例,能改善微循环、抑制炎症反应,目前临床

试验均报道参附注射液治疗 AP 有效与安全。本研究共有 15 个 RCT 合计 975 例 AP 受试者。单个 RCT 样本量最大 117 例,最小 40 例,平均为 65 例,患者年龄 9~69 岁。有 2 个 RCT 报告未发现不良反应;1 个 RCT 发现轻度不良反应。有 10 个 RCT 报道参附注射液试验组治疗后血淀粉酶改善效果优于对照组,有 6 个 RCT 报道试验组治疗后尿淀粉酶改善效果优于对照组,有 11 个 RCT 报告试验组治疗后平均住院时间少于对照组,有 7 个 RCT 报道试验组治疗后总有效率优于对照组。所有 RCT 疗程 5~14 d。有 5 个 RCT 报道主要终点死亡率及手术率,试验组死亡、手术例数各为 5 例、7 例,对照组死亡、手术例数各为 14 例、25 例。由于样本量偏小、缺乏远期随访数据、未充分评价主要终点与次要终点指标等原因,故对附注射液治疗 AP 的长期疗效尚无法达成共识。纳入 RCT 在方法学质量、临床试验方案设计、结果报告、结论分析等均为高偏倚风险级别,遵循循证医学与精准医学而言,目前仍缺乏充分证据支持推荐参附注射液用于治疗 AP,建议开展多中心、大样本、双盲、随机化高质量临床对照试验,以提供参附注射液治疗 AP 循证证据,从而指导临床应用。

参考文献

- [1] Lei QC, Wang XY, Xia XF, et al. The role of omega-3 fatty acids in acute pancreatitis: A Meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Nutrients*, 2015, 7(4): 2261-2273.
- [2] Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [EB/OL]. [2011-04]. <http://www.cochrane-handbook.org/>.
- [3] Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and Meta-analyses: the PRISMA statement[J]. *Ann Intern Med*, 2009, 151: 264-269.
- [4] 张华东, 黄月琴. 奥曲肽合用参附注射液及硫酸镁治疗急性胰腺炎的疗效观察[J]. *医学信息*, 2013, 26(5): 590.
- [5] 肖志英, 朱军华, 何静, 等. 参附注射液对重症急性胰腺炎患者血浆 IL-1、IL-6 表达的影响[J]. *中国中医急症*, 2013, 22(5): 806-807.
- [6] 郭莲怡, 金旭鹏, 李舒. 参附注射液对重症急性胰腺炎患者血浆内皮素、一氧化氮浓度的影响[J]. *中国中医急症*, 2007, 16(3): 298-299.
- [7] 杨泽利, 姜鑫, 王洪波, 等. 参附注射液联合奥曲肽治疗急性胰腺炎[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2012, 18(4): 352-354.
- [8] 刘华, 万荣, 周姝, 等. 参附注射液在急性胰腺炎治疗中的应用[J]. *中国中医急症*, 2012, 21(3): 473-474.
- [9] 韦德才, 龚晓兵, 周思栋. 参附注射液治疗急性胰腺炎的临床观察[J]. *医药前沿*, 2013, 12(21): 33-34.
- [10] 焦春宇, 和利稼, 单孝军, 等. 参附注射液治疗急性胰腺炎的临床观察[J]. *中医药信息*, 2008, 25(4): 32-33.
- [11] 范铁兵, 杨志旭. 参附注射液治疗急性胰腺炎临床疗效观察[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2013, 15(5): 185-187.

(下转第 1205 页)

清代医家汪赤厓经方辨治疑难重症医案举隅*

陈永灿 白 钰

(浙江省中医药研究院, 浙江 杭州 310007)

中图分类号: R249 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)07-1203-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.028

【摘要】清代医家汪赤厓著《赤厓医案》, 择录治验 80 余则, 其特点是所选医案多系重危和疑难病症, 是一部颇有价值的医案著作。笔者在研读《赤厓医案》的基础上, 认为汪赤厓善辨疑难病, 善救危重病, 还善用经方。文章列举五苓散、四逆汤加人参、大柴胡汤、小承气汤、麦门冬汤、四逆散、酸枣仁汤等经方辨治疑难重症医案 9 则, 并加按评述。这对当今中医急症临床具有借鉴意义。

【关键字】汪赤厓 经方 疑难重症 医案

汪赤厓, 名廷元, 字瓚禾, “赤厓”是其号。汪氏系安徽歙县人, 约生活于清康熙末年至嘉庆初年(一说生于 1723 年, 卒于 1800 年)。汪赤厓是清代医家, 著有《赤厓医案》。

《赤厓医案》系将《新安医案摘录》和《广陵医案摘录》合集一书, 凡二册, 不分卷, 现藏于浙江省中医药研究院图书馆。据《中国中医古籍总目》载, 国内仅此一家珍藏, 乃清乾隆四十七年壬寅(1782 年)刻本。该院盛增秀先生以此为蓝本, 专题整理, 编撰《赤厓医案评注》^[1]。笔者曾查《中医人物词典》, 谓“汪廷元”条: “清医家。字瓚和。安徽歙县人。以儒医著名于当地。撰有《广陵医案》《新安医案》等, 今未见。”^[2]其中“瓚和”应为“瓚禾”。《广陵医案》又名《广陵医案摘录》, 《新安医案》又名《新安医案摘录》, 合之即是《赤厓医案》, 传世至今。汪赤厓行医数十年, 积累有丰富的临床经验。笔者尝读其《赤厓医案》, 发现汪氏中医学术丰厚, 临床医术精湛, 尤善辨疑难杂病, 对救治危急重症匠心独具。金云槐在序中言“汪氏之于医, 其用力为甚勤, 宜其术之精矣”。汪氏自跋中亦谓“因摘其疑似难辨, 稍能具手眼者, 录什之一二”。

笔者体会, 汪氏辨治难病, 救治急症, 还喜用经方, 疗效确实。汪赤厓不仅熟稔《伤寒杂病论》, 而且能领悟仲景学说, 临证活用经方。程瑶田在序中指出: 先生“既以张仲景为太宗师, 而更出入于百家之说以博其趣”。汪氏辨治处方, 主张灵活应对, 特别强调变通。他在《赤厓医案》中指出: “医家贵能变通, 不胶于古而亦不谬于古, 乃可与言仁术。”又说: “夫病有前后寒热之异, 治有始终补泻之殊, 因时变通, 不宜执一。”并感叹: “故症同

诊异, 攻补殊施, 不然刻舟求剑, 鲜有不误者矣。”汪氏崇尚仲景, 应用经方, 同样贵在变通。他说: “此可见仲景心法, 活泼泼地。有谓仲景之书, 不专为伤寒设者, 今以治杂病, 用之多验, 其理固一以贯之矣。”笔者以为, 清代医家汪赤厓活用经方辨治疑难重症的经验, 对当今临床极具启发意义, 值得借鉴参用。现举汪氏医案若干如次。

1 五苓散治热病, 日饮冷水二十余碗而色黯神倦

张尔公兄, 山西人, 贩卖皮货, 九月初旬抵徽, 时同事两人皆病, 医以热病治老者, 至七日而死矣。其壮者始延予视。头上微热, 懒言倦卧, 小溲短而色赤, 日夜饮冷水二十余碗, 两眼眶手爪甲鱼际皆微见青色, 脉则细弱而数, 予审视之, 是必先服表汗清热之药, 外亡津液而水无以制, 故渴饮而溲少, 邪热未除, 而中寒已生, 故脉虚而色黯。遂用五苓散桂枝易桂, 加麦冬、干姜。服后小溲长而渴减半, 再剂则绝不饮冷, 神气大转, 竟霍然以起矣。

按: 《伤寒论》第 71 条“若脉浮, 小便不利, 微热, 消渴者, 五苓散主之”。第 72 条云“发汗已, 脉浮数, 烦渴者, 五苓散主之”。第 74 条云“中风发热, 六七日不解而烦, 有表里证, 渴欲饮水, 水入则吐者, 名曰水逆, 五苓散主之”。五苓散是仲景治疗太阳蓄水证的主方, 药用猪苓、泽泻、白术、茯苓和桂枝, 功能化气行水, 兼以解表。今患热病, 微热, 小便不利, 消渴等, 其临床表现与五苓散证相似, 然又有懒言倦卧, 脉细弱而数, 眼眶爪甲青黯, 乃误用发汗, 已耗津液, 伤及中阳所致, 故汪氏用五苓散去桂枝, 加肉桂、干姜、麦冬, 既化气利水, 又温中益津, 药证合拍, 收效颇捷。此活用经方之范例也。

2 四逆汤加人参治阴盛隔阳, 似疟非疟

巴滨上翁, 八旬外尚能生子, 禀受异人, 平日惟多

* 基金项目: 浙江省科技计划中医学术传承创新人才团队建设(2013F20006)

痰火。偶因如君病,忧思辛苦,一日忽然寒战,又即发热烦躁,时气候已凉,翁单衣尚不能耐,正有思坐卧泥井中之状,脉弦大而疾,重取空虚,诸令嗣欲作疟治,予执不可,曰:此乃阴盛隔阳,真元欲脱之象,宜用四逆汤加人参,为对症之方。温服一剂而平,三剂而病旋已。

按:《伤寒论》第11条云“病人身大热,反欲得衣者,热在皮肤,寒在骨髓也;身大寒,反不欲近衣者,寒在皮肤,热在骨髓也”。张仲景以患者喜恶,来辨寒热真假,于临床实践有指导意义。对于疑难重症,病情更为复杂多变,寒热真假确实难辨。患者“忽然寒战,又即发热”,症如疟病。“时气候已凉,翁单衣尚不能耐,正有思坐卧泥井中之状,脉弦大而疾”,貌似阳热极盛,而汪氏透过表象,摸准本质,因脉“重取空虚”,《素问·脉要精微论》谓脉“大则病进”,汪氏判断“此乃阴盛隔阳,真元欲脱之象”,径用经方四逆汤加人参汤,回阳救逆,益元固脱,其胆识非同凡响。

3 大柴胡汤加减治疫病,从症不从脉

邑尊桐岡王公,署中谭幕友病疫,神昏谵语,身热恶热,口苦耳聋,扬手掷足。医以阳症阴脉为难治,公乃延予。予曰:此脉厥也。邪在少阳阳明,热盛气壅,故脉厥。但时疫与伤寒所受不同,诸名家论之祥矣。临症制宜,不可拘执。如此脉症,当兼清下以解其毒,可无忧也。公问愈期,予曰:七日可愈。遂仿大柴胡汤,柴胡、黄芩、芍药、枳实、石膏、大黄,为之两解,果如期而愈,公其是加敬焉。

按:大柴胡汤为仲景治少阳兼阳明里实证所设,疏和少阳,兼下里实,药用柴胡、黄芩、大黄、枳实、芍药、半夏、生姜、大枣。今患非伤寒,而是时疫,且是温疫重症,高热脉厥,汪氏认为此“邪在少阳阳明,热盛气壅”,识证当从症不从脉,治疗仿仲景大柴胡法,但不可拘泥,不忘清泻解毒。治疫祛邪务尽,保津为要。故用大柴胡汤,去半夏、生姜、大枣偏于温燥伤液之品,开启枢机,通腑解毒,加石膏辛寒清热,合大黄解毒通下。如此活用经方,用治疫病,郁结散,热毒清,如期而愈。

4 小承气汤加味治咳嗽,潮热

曹尊山翁四乃郎,年近三十,胸膈不宽,胃口隐隐作痛,嗽不绝声,痰多,颊赤,至午后则发热咽干。歛之,皆以虚怯难疗。近则食少而胀,肉削神疲,已逾三月矣。予为诊之,左手软弱,右寸关滑数,不似真损之脉,形虽瘦而色不夭。予曰:诸医云何?伊谓:诸公以久咳痰多为肺损,食少肉削为脾损,颊赤发热咽干为肾损,且以胃口胀痛,必至呕血死,不知犹有可救否?予细询起病之由,所嗜之物,伊云:前曾食过牛肉二次,后半月即病,因以手按其胃脘则痛甚。予恍然曰:子病得之食毒牛肉,肉积不化,故胃口胀痛,积久成热,而咳嗽、潮热诸病生焉。子不记忆,医不详问,妄言虚劳,是

谓实实,以至酿成大患,尪羸至死,尚不觉悟,予今为子逐积,则诸病可已。遂以小承气汤加牛骨灰、山楂炭下之。次日黎明,其兄叩门告予曰:昨药真神丹也,服后腹作阵痛甚厉,顷欲大便,所下皆紫黑秽腐,胸膈宽快,热嗽顿减矣。再与平剂调养,未浹旬,人已脱然,故药惟期对症,如以匙勘钥,其效之神速如此。

按:前贤云“大实有羸状,至虚有盛候”,讲的是临床辨证并非按部就班式那么简单,除寒热真假外,虚实同样有真假。从本案患者的症状看,病象极似虚劳。汪氏诊之,“左手软弱,右寸关滑数,不似真损之脉,形虽瘦而色不夭”,细问病由,辨为“食毒牛肉,肉积不化,故胃口胀痛,积久成热,而咳嗽、潮热诸病生焉”,予“逐积,则诸病可已”。《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》云:“脉数而滑者,实也,此有宿食,下之愈,宜大承气汤。”今虽有食积,但形体偏弱,故汪氏改用经方小承气汤消积导滞,“遂以小承气汤加牛骨灰、山楂炭下之”。积去脾运,诸症向愈。汪氏的确是善辨疑难重症、善用经方的高手。

5 麦门冬汤治虚怯喘泄

曹亲母安人,年已四旬,嗽急而喘,颊赤鼻扇,片刻不能伏枕,每日约进稀饭碗许,肌瘦便泄。前医率用滋阴泻火,不顾元气之虚。故病日以深,此皆王氏《名医杂著》一偏之见,印定后人耳目,其贻患至今不息,良可悯也。今脉虚软而数,遂与《金匱》麦门冬汤,人参、炙甘草、麦门冬、半夏、北五味、茯苓、大枣、粳米,以甘补母,喘泄俱减,饮食亦入。1个月后,偶尔劳动,痰喘复作,又不得卧,前方加百合、阿胶,是夜安寝,月余即愈。

按:本案虚怯喘泄,病情已重,单施滋阴,回春乏力。汪氏深谙仲景学术,仿治“肺痿”法,认为元气亦亏,需气阴双补。《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证并治》云“脉数虚者,为肺痿”。又云“火逆上气,咽喉不利,止逆下气者,麦门冬汤主之”。汪氏指出“今脉虚软而数,遂与《金匱》麦门冬汤”。以麦门冬汤加北五味、茯苓,健脾运,养肺阴,降逆气,喘泄因补而愈。

6 四逆散治畏寒,腹痛,四肢厥逆

程渭年兄乃室,十月间觉身微热,后复畏寒,腹痛,手足厥冷,神倦不支,医疑其受寒,投温热之剂不安。其家因伯姒病略同,药无少异,新丧未久,遂惊疑失措。罗衡书兄与伊有渭阳之亲,因作札延予,予甚怪之,曰:症似阴寒,脉似疟疾,温补可效,又何以加此,必体虚受邪,阳陷阴中,故阴阳之气,不相顺接,乃热厥也。仲景四逆散,以此的对,照方服之,手足即渐回温,腹痛畏寒大减。次早即能起床梳洗,再剂即愈。

按:《伤寒论》第337条“凡厥者,阴阳气不相顺接,便为厥。厥者,手足逆冷是也”。既言“厥”之主症,又论“厥”之病机。明代医家李中梓亦谓“惟气不宣通,是以

厥冷”。本案患者畏寒,腹痛,四肢厥冷,看似寒证,实为气结热郁之厥。《伤寒论》第318条“少阴病,四逆,其人或渴,或悸,或小便不利,或腹中痛,或泄利下重者,四逆散主之”。汪氏熟读仲景方书,融会仲景心法,临证辨疑释难,处方切中肯綮。四逆散药用柴胡、枳实、芍药和甘草,行气解结,透散郁热,和解缓急。郁散气达,厥冷自转,果获速效。

7 越婢汤合麻黄附子汤治肿满,痰喘,畏寒

王惟馨翁病肿满,痰喘,昼夜不能伏枕,已阅两月。服五苓散、五皮饮、金匱肾气丸,皆无效,就予诊治。时在四月既望,天气已热,伊犹披羊裘,戴毡帽,尚凛凛有畏寒状,脉皆浮弦而紧。予曰:医谓诸湿肿满,故用五苓、五皮;又谓脏寒生满,故用金匱肾气,而不知其脉浮紧为太阳风水,宜开鬼门,不当洁净府也。用麻黄、附子、杏仁、茯苓、甘草、生姜、大枣,二剂溱溱汗出,痰喘浮肿顿平,遂不复畏寒,而衣帽已除矣。

按:本案患者病肿满,痰喘,利水、温肾等法无效,汪氏辨为“太阳风水”,“宜开鬼门”,立方遣药以宣肺发汗为主。《金匱要略·水气病脉证并治》云“风水,恶风,一身悉肿,脉浮而渴,续自汗出,无大热,越婢汤主之”。仲景治疗水气病,尚有麻黄附子汤、杏子汤、甘草麻黄汤。今水肿,畏寒尤甚,里无郁热,兼有阳气不足,故取越婢汤去石膏,合麻黄附子汤加杏仁、茯苓,宣肺发汗,助阳利水。“二剂溱溱汗出”,诸症悉平。

8 理中汤治暑月霍乱转筋

王芝山兄,暑月霍乱,医以循常治之,不应。予往视时,两目眶陷下,声音不扬,舌淡无苔,身汗自出,手足转筋不已,脉亦无神。此得之劳心,且内复伤于暑而致然也。予以暑气为轻,伏阴为重,且真气内亏,非参莫救。与人参、附子、炮姜、白术、扁豆、茯苓、肉桂、木瓜,

此仿大顺浆水,亦仲景治霍乱例法也。应手而愈。次年复病,将毋同,亦用向法效。

按:仲景治霍乱有用理中丸者,有用四逆汤者,如《伤寒论》第386条“霍乱……寒多不用水者,理中丸主之”。《伤寒论》第389条“既吐且利,以便复利,而大汗出,下利清谷,内寒外热,脉微欲绝者,四逆汤主之”。霍乱乃吐泻重症,本案患者虽暑月得病,但目陷、声弱、转筋、脉微,已属危急,汪氏认为“暑气为轻,伏阴为重,且真气内亏,非参莫救”,故取理中丸、四逆汤加肉桂、茯苓、扁豆、木瓜,扶元和中,回阳救急,应手而愈。

9 酸枣仁汤加味治痰嗽,不食,不寐,不大便

白公夫人,体素厚,偶因菟结,遂干咳无痰,不饥不食,大便不通,终夜不寐,常绕内宅而走,如此十昼夜,人亦不倦。镇江一医,劝进附子理中汤。予曰:今左脉弦大,右脉数大,乃阳亢阴虚,燥火内扰,安有温补之理?与《金匱》酸枣仁汤加当归、白芍、麦冬、麻仁、小麦,一饮即效,三饮而诸病良已。

按:《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》云“虚劳,虚烦不得眠,酸枣汤主之”。酸枣汤又名酸枣仁汤,是仲景治疗不寐的名方,药用酸枣仁、知母、茯苓、川芎和甘草,功能养阴清热,安神除烦。本案患者不食、不寐、不大便十有余日,干咳,“人亦不倦”,汪氏凭脉辨证:“今左脉弦大,右脉数大,乃阳亢阴虚,燥火内扰。”用经方酸枣仁汤养血安神潜阳,加当归、白芍、麦冬、麻仁、小麦,以增加养阴润肠之功而取效,切不可妄用温补。

参 考 文 献

- [1] 盛增秀. 赤厘医案评注[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:3.
- [2] 李经纬. 中医人物词典[M]. 上海:上海辞书出版社,1998:286.

(收稿日期 2015-04-01)

(上接第1202页)

- [12] 罗兰云,王俭,郑波,等. 参附注射液治疗老年急性胰腺炎临床观察[J]. 中国中医急症,2009,18(8):1269-1270.
- [13] 杨金学. 参附注射液治疗小儿急性胰腺炎的临床观察[J]. 求医问药,2012,10(2):561-562.
- [14] 熊伟,郑波,陈峰. 参附注射液治疗小儿急性胰腺炎临床研究[J]. 四川医学,2011,32(9):1362-1364.
- [15] 刘征彦,龙允杰,江儒文,等. 参附注射液治疗重症急性胰腺炎伴全身炎症反应综合征患者的临床观察[J]. 中国民族民间医药,2009,18(z1):26-27.
- [16] 徐晓武,李利义,林海舵,等. 参附注射液治疗重症急性胰腺炎并发心肌损伤临床观察[J]. 浙江中西医结合杂志,2012,22(9):701-702.
- [17] 邹忠东,张再重,王烈,等. 参附注射液治疗重症急性胰腺炎的临床研究[J]. 中华胰腺病杂志,2009,9(5):291-293.
- [18] 马红梅,戴丐国,连建安,等. 生长抑素联合参附注射液治疗胆源性急性胰腺炎的临床观察[J]. 中国药房,2014,25(4):343-345.

(收稿日期 2015-03-29)

心力衰竭与细胞凋亡及中医药研究进展*

张奕奕¹ 薛一涛^{2△} 李焱² 焦华琛²

(1. 山东中医药大学, 山东 济南 250014; 2. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250014)

中图分类号: R541.6+1 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)07-1206-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.029

【关键词】 心力衰竭 心肌细胞凋亡 中医药研究

心力衰竭是各种心脏结构或功能性疾病导致心室充盈和(或)射血功能受损,心排血量不能满足机体组织代谢需要,以肺循环和(或)体循环淤血,器官、组织血液灌注不足为临床表现的一组综合征,主要表现为呼吸困难、体力活动受限和体液潴留^[1]。心功能不全(cardiac dysfunction)或心功能障碍理论上是一个更广泛的概念,伴有临床症状的心功能不全称之为心力衰竭(心衰),是心血管疾病的终末期表现和最主要的死因,是21世纪心血管领域的两大挑战之一。心力衰竭病因种类繁多,发病机制复杂。研究发现,在心力衰竭的发病机制中,心肌细胞凋亡起关键性的作用。近年来中医药对心力衰竭心肌细胞凋亡治疗效果显著,已逐渐成为心脏病领域研究的热点之一。现将中医药对心力衰竭及心肌细胞凋亡的研究进展综述如下。

1 理论研究

1.1 细胞凋亡的概念 细胞凋亡(apoptosis)是由体内外因素触发细胞内预存的死亡程序而导致的细胞死亡过程,即程序性细胞死亡(PCD),其形态特征为染色质固缩边集、DNA片段化、胞质浓缩、胞膜皱缩并发泡形成凋亡小体,生化上表现为DNA梯形条带。与细胞坏死的机制完全不同,它是多因素、多阶段和多基因严格控制的过程,如在诱导凋亡相关因素(射线、高温、TNF、细菌和病毒等)作用下启动信号转导,凋亡相关基因接受死亡信号后按预定程序启动合成执行凋亡所需的多种酶,这些酶如核酸内切酶(endogenous nuclease)和半胱天冬酶(caspase)家族通过级联反应等降解底物,导致细胞呈现凋亡特征性的形态(如凋亡小体)和生化改变。它并不是病理条件下的自体损伤,而是在自身基因调控下,为更好地适应生存环境而主动争取的一种死亡过程。

1.2 Caspase 家族和 Bcl-2 在导致细胞凋亡的作用

Caspase 又称凋亡蛋白酶,是细胞凋亡执行者,在细胞凋亡过程中,Caspase 可发挥多种功能,包括:1)灭活凋亡抑制蛋白(如 Bcl-2);2)直接作用与细胞结构并使之解体;3)分解与细胞骨架构成相关的蛋白;4)瓦解核结构成核碎片等。Bcl-2 是从 B 细胞淋巴瘤中发现的原癌基因,是第一个被确认的细胞凋亡抑制基因,其抗凋亡机制包括:1)直接抗氧化;2)抑制线粒体释放促凋亡蛋白;3)抑制 Bax 和 Bak 的促凋亡作用;4)抑制凋亡相关酶 Caspase 激活;5)维持细胞钙稳态。陈永春等^[2]认为 PIG11 蛋白高表达能诱导 HepG2 细胞凋亡,其机制可能 Caspase-8 蛋白及 Bcl-2 蛋白表达相关。梁先敏^[3]认为 Fas 与 Fas 配体(FasL)结合后可以进一步激活 Caspase 蛋白酶家族、Bcl-2 家族等凋亡相关基因,从而诱导细胞凋亡。钱捷等^[4]认为辛基苯酚可能通过调节 Bcl-2/Bax 和 Caspase-3 的活性介导睾丸支持细胞的凋亡。

1.3 心力衰竭与细胞凋亡 适度的细胞凋亡,可以确保机体正常生长发育,如人胚胎肢芽发育过程中指(趾)间组织,通过凋亡而被逐渐消除,形成指(趾)间隙。而细胞凋亡过度时,细胞丢失大于生成,细胞群体的稳态被破坏,导致细胞异常减少,组织器官体积变小,功能异常。在心力衰竭的发生发展过程中,心肌细胞的凋亡起到了重要作用,心力衰竭时,左室功能进行性恶化是心肌细胞反复丢失和剩余心肌细胞收缩功能逐渐退化的结果。研究表明,心肌细胞凋亡使心肌细胞大量丧失,当心肌细胞数量减少到一定程度,必然会导致心力衰竭进行性恶化^[5]。郝迪等^[6]认为心肌细胞凋亡,其结果必然使细胞数减少而导致心肌的收缩功能不可逆地下降,是心力衰竭发生和发展的病理和生理基础。唐晓等^[7]认为心力衰竭时有广泛的心肌细胞凋亡存在,其发生参与了心力衰竭的心肌重塑,并在心力衰竭的发生、发展中起重要作用。

* 基金项目:山东省自然科学基金资助项目(ZR2011HL042)

△通信作者(电子邮箱:xytsdzdyf@126.com)

2 实验研究

薛一涛等^[8]探讨复心汤治疗心力衰竭的作用靶点,以心肌细胞凋亡信号转导分子 Bcl-2 作为观察对象,研究了复心汤对 Bcl-2 mRNA 表达的影响,表明复心汤能通过抑制心肌细胞的凋亡来发挥抗心力衰竭作用。方显明等^[9]观察安心颗粒对心力衰竭大鼠细胞凋亡线粒体超微结构的影响,证明安心颗粒对心衰大鼠线粒体的损害有一定的保护作用,其作用机制可能与减轻氧化应激损伤、保护心肌细胞线粒体结构与功能、抑制心肌细胞凋亡等有关。郑思道等^[10]研究参附注射液对实验性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡干预作用,表明参附注射液能够抑制实验性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡。贾清华等^[11]研究参芪强心口服液对心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡、Bcl-2 蛋白表达的影响,采用腹主动脉缩窄法构建大鼠慢性心力衰竭模型,结果参芪强心口服液能促进 Bcl-2 蛋白表达,明显抑制心肌细胞凋亡,逆转心脏重构的发生、发展,改善心功能。汪坚敏等^[12]探讨葛根素对心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡及 Bcl-2、Bax 表达的影响,采用缩窄腹主动脉构建大鼠心衰模型,治疗 8 周后,实验组较对照组心肌细胞凋亡指数和凋亡百分率显著降低,实验组 Bcl-2 表达明显上升,Bax 表达则明显下降,差异有统计学意义,证明葛根素具有抗心肌细胞凋亡的作用。贺振燕等^[13]观察红景天苷对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡及相关基因 Bcl-2、Bax 蛋白表达的影响,证明红景天苷 20 mg/kg 剂量抗心肌细胞凋亡,抑制心力衰竭作用效果最佳。李敏等^[14]研究活血益气方药对心肌梗死后心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响,证实不同治则中药对心肌细胞凋亡有明确的抑制作用,以活血药物的作用最好;不同治则中药对心肌梗死后心力衰竭心肌细胞凋亡有抑制作用。梁逸强等^[15]观察破格救心汤对心肌梗死后心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响,结果证明破格救心汤对心肌梗死后心力衰竭心肌细胞凋亡有改善作用。潘月顺^[16]探讨芪参颗粒联合运动疗法对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响及其作用机制,结果芪参颗粒组和芪参颗粒联合运动疗法组能够显著降低心力衰竭大鼠梗死边缘区心肌细胞凋亡率,证明芪参颗粒联合运动疗法能够显著抑制心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡。徐涛等^[17]观察芪蒡强心胶囊对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响,连续给药 8 周后,与模型组比,芪蒡强心胶囊组 LVP、LVEDP、+LVdp/dt_{max} 明显下降,MAP、HE 明显上升,Bax、Fas、FasL 表达下降,Bcl-2 表达上升,表明芪蒡强心胶囊可通过降低 Fas、FasL 在心肌细胞中的表达,调节 Bcl-2 和 Bax 平衡来改善心衰大鼠的心功能。赵英强等^[18]评价强心冲剂对慢性充血性心力衰竭模型大鼠心肌细胞凋亡的影响,证明强心冲剂

高剂量组和卡托普利组能明显改善心衰大鼠心肌细胞凋亡。陈晶等^[19]观察强心胶囊对充血性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响,证实强心胶囊能明显抑制心肌细胞凋亡和调节 Fas/Bcl-2,这可能是其延缓充血性心力衰竭进展的作用机理之一。邓元江等^[20]观察生脉胶囊对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响,证明生脉胶囊可提高心肌细胞凋亡抑制蛋白 Bcl-2 含量,抑制心肌细胞凋亡,能减轻慢性心力衰竭大鼠的心室重构。赵明奇等^[21]探讨四逆汤在阿霉素诱导的心力衰竭中的心肌保护作用及其可能的机制,指出四逆汤可能是通过上调抑凋亡因子 Bcl-x1 的表达,下调促凋亡因子 Bcl-xs 和 Bid 的表达来保护心肌细胞的。张鸿婷等^[22]以慢性心力衰竭大鼠为研究对象,观察燧心胶囊对心肌细胞凋亡的影响,结果证实燧心胶囊能够抑制心肌细胞程序性死亡,使衰竭心脏由失代偿状态向代偿状态转化,延缓心力衰竭的进程。苑素云等^[23]葶苈生脉方对充血性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡相关调控基因的影响,证明葶苈生脉方可通过抑制心肌细胞凋亡,避免减少心肌细胞数量,恢复心肌细胞的功能,达到治疗心力衰竭作用。陈新宇等^[24]观察温阳强心方对兔慢性充血性心力衰竭模型心脏结构、功能以及细胞凋亡的影响,结果证明温阳强心方能改善阿霉素所致兔慢性充血性心力衰竭模型的心功能,抑制细胞凋亡和心室重构。沈启明等^[25]探讨心复力颗粒对阿霉素致扩张型心肌病心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响,证明心复力颗粒能明显减轻扩张型心肌病心衰大鼠心肌细胞凋亡,逆转心脏重构的发生、发展,其机制可能与调控 Bcl-2、Bax 蛋白表达有关。韩树山等^[26]观察益气活血方对心肌梗死后心力衰竭大鼠心功能的影响并探讨其中的细胞凋亡机制,证实益气活血方可以改善心肌梗死后心功能,抑制细胞凋亡的发生可能是其中重要的机制。沈启明等^[27]观察益心舒胶囊对阿霉素致心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响,结果证明益心舒胶囊能够抑制心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡,其机制可能与调控 Bcl-2、Bax 蛋白表达有关。李富饶等^[28]观察淫羊藿总黄酮对心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的调控作用的影响,结论证实淫羊藿总黄酮与 β 受体阻滞剂美托洛尔均能抑制 ISO 所致心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡,改善心功能。赵明镜等^[29]比较早期应用活血、益气中药,抑制心梗后心衰大鼠左室重构和心肌细胞凋亡的作用特点,结果表明:活血、益气中药均有抑制心衰左室重构和心肌细胞凋亡,延缓心衰发展的作用。陈国庆等^[30]观察真武汤对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响,结果证实真武汤可通过降低 Bax 在心肌细胞中的表达,调节 Bcl-2 和 Bax 平衡来改善心力衰竭大鼠的心功能。

3 结 语

近年来众医家对中医药干预心力衰竭心肌细胞凋亡的病理生理、实验研究、临床疗效进行了较深入的研究,并取得了一定成就,表明中医药对于心力衰竭心肌细胞凋亡的干预有其独特的优势。但同时也存在诸多不足:如是否可以将中医学理论和现代医学的细胞凋亡更紧密地结合起来;是否可以探索出抑制心力衰竭心肌细胞凋亡的最佳中药(或中成药);中医药治疗心力衰竭心肌细胞凋亡的临床疗效是否可以形成统一标准等,是我们进一步的研究方向。

参 考 文 献

[1] 葛均波,徐永健.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:162-166.

[2] 陈永春,庄英帆,梁晓秋,等. Caspase-8 和 Bcl-2 在 PIG11 诱导 HepG2 细胞凋亡中的作用[J]. 现代肿瘤医学,2011,19(9):1716-1719.

[3] 梁先敏. Caspase 和 JNKPSAPK, p38 MAPK 与细胞凋亡[J]. 国外医学卫生学分册,2008,35(1):5-10.

[4] QIAN J, BIAN Q, CUI L, et al. Octylphenol induces apoptosis in cultured rat sertoli cells[J]. Toxicol Lett, 2006, 166(2): 178-186.

[5] 王红英,曹雪滨.心力衰竭与心肌细胞凋亡的研究进展[J]. 医学综述,2008,14(18):2727-2730.

[6] 郝迪,尹向东,刘小雷.心力衰竭与心肌细胞凋亡[J]. Acta Acad Med Nei Mongol, 2006, 28(3): 246-249.

[7] 唐晓,黄孟军.中医药对慢性充血性心力衰竭心肌细胞凋亡的研究概况[J]. 河北中医,2008,30(1):105-106.

[8] 薛一涛,焦华琛,林鑫,等.复心汤对心衰大鼠心肌细胞凋亡信号转导分子 Bcl-2 表达的影响[J]. 中华中医药学刊,2010,31(12):2717-2720.

[9] 方显明,黄孟君,韦斌,等.安心颗粒对心力衰竭大鼠细胞凋亡线粒体超微结构的影响[J]. 广西中医药,2008,31(3): 55-57.

[10] 郑思道,吴红金,余少平,等.参附注射液对实验性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡干预作用的研究[J]. 中华中医药杂志,2012,27(11):2972-2975.

[11] 贾清华,张万义,高华.参芪强心口服液对心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡、Bcl-2 蛋白表达的影响[J]. 中国老年学杂志,2011,31(3):482-484.

[12] 汪坚敏,吴莘,张春炳,等.葛根素对心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡及 Bcl-2、Bax 表达的影响[J]. 实用医学杂志,2008,24(2):186-188.

[13] 贺振燕,年建华.红景天苷对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡及相关基因 Bcl-2、Bax 蛋白表达的影响[J]. 浙江中西医结合杂志,2011,21(12):851-854.

[14] 李敏,王硕仁,赵明镜,等.活血益气方药对心肌梗死后心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响[J]. 中西医结合心脑血管

管病杂志,2005,3(1):33-35.

[15] 梁逸强,陈远平.破格救心汤对心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2006,15(6):716-717.

[16] 潘月顺,郭力,李彧,等.芪参颗粒联合运动疗法对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡及相关蛋白表达的影响[J]. 中华中医药杂志:原中国医药学报,2014,29(3):886-888.

[17] 徐涛,郭丽峰,陈立锋,等.芪蒺强心胶囊对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响[J]. 中药新药与临床药理,2010,21(4):366-369.

[18] 赵英强,孙兰军,李惠臻,等.强心冲剂对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响[J]. 中国临床康复,2003,7(12):1762-1763.

[19] 陈晶,曹洪欣,杨华升.强心胶囊对心衰大鼠心肌细胞凋亡调控蛋白表达的干预作用[J]. 中药材,2007,30(11):1411-1413.

[20] 邓元江,梁伟雄,刘卫英,等.生脉胶囊对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响[J]. 中国中医药信息杂志,2009,16(4):27-29.

[21] 赵明奇,吴伟庚,赵丹洋,等.四逆汤对阿霉素性心衰的治疗作用及其机制探讨[J]. 中药材,2009,32(12):1860-1863.

[22] 张鸿婷,季旭明,王先滨,等.熄心胶囊对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2012,6(9):2518-2519.

[23] 苑素云,郭秋红,王卓,等.葶苈生脉方对充血性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡相关调控基因的影响[J]. 中国老年学杂志,2014,34(2):966-967.

[24] 陈新宇,唐燕萍,卢青,等.温阳强心方对兔慢性充血性心力衰竭细胞凋亡及心脏结构的影响[J]. 河南中医药大学学报,2012,32(1):16-19.

[25] 沈启明,马丽红,王少霞,等.心复力颗粒对阿霉素致扩张型心肌病心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(6):783-788.

[26] 韩树山,吴爱明,张冬梅,等.益气活血方对心肌梗死后心力衰竭大鼠心功能的影响及其细胞凋亡机制[J]. 环球中医药,2013,6(7):488-492.

[27] 沈启明,马丽红,王少霞,等.益心舒胶囊对阿霉素致心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志 2014,12(1):67-69.

[28] 李富饶,刘志忠,宋耀鸿.淫羊藿总黄酮对心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的调控作用研究[J]. 中国中医急症,2012,21(3):392-396.

[29] 赵明镜,王硕仁,李敏,等.早期应用活血和益气中药抑制心衰大鼠左室重构和凋亡的对比研究[J]. 中国中药杂志,2007,32(8):710-713.

[30] 陈国庆,姚淮芳.真武汤对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响[J]. 中国中医急症,2011,20(6):909-910.

(收稿日期 2014-10-28)

急性软组织损伤的中医药治疗进展*

蒋国鹏¹ 谢兴文^{2△} 顾玉彪¹ 李晶² 许伟²

(1.甘肃中医药大学,甘肃 兰州 730000;2.甘肃省中医院,甘肃 兰州 730050)

中图分类号:R274.3 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1209-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.030

【关键词】 急性软组织损伤 中医药 治疗进展

急性软组织损伤主要是指人体受到扭伤、擦伤、挫伤、跌伤、撞击伤等钝性或锐性暴力撞击,强力扭转、牵拉压迫等造成皮肤以下骨骼之外的组织包括肌肉、韧带、筋膜、肌腱、滑膜、关节囊等组织以及周围神经、血管的急性损伤。但软组织损伤一般情况下没有骨折、脱位现象发生,其主要表现为受到损失的部位会发生疼痛、肿胀,有些形成伤口和创面,严重的情况还会造成功能障碍。目前针对如何加速损伤组织的修复、减少致残率已成为外科领域研究的热点,中医药治疗软组织损伤的优越性日益凸显。软组织损伤在中医骨伤科中属于“伤筋”范畴。急性软组织损伤多为瘀血阻滞所致,其主要病机为血瘀气滞、脉络不和。中医药治疗急性软组织损伤历史悠久,在长期实践中形成了动静结合、筋骨并重、内外兼治、分期用药的综合治疗体系,取得一定进展,现将近几年来中医药治疗急性软组织损伤的临床及实验研究综述如下。

1 中药内服治疗

活血化瘀的中药对于急性软组织损伤有着其独特的效果,可抑制炎症反应,缓解肌肉痉挛,从而达到活血化瘀、止痛的目的。现代科学实验证实了活血化瘀中药起抗炎、改善微循环^[1]、镇痛^[2]、修复软组织损伤^[3]、促进血管生成^[4]的作用。

1.1 中药汤剂内服治疗 沈志斌^[5]采用补阳还五汤与口服跌打丸对照治疗骨科软组织损伤,结果显示,补阳还五汤的疗效明显优于跌打丸。王国东等^[6]应用活血止痛汤和治伤胶囊对照治疗急性软组织损伤,结果显示活血止痛汤疗效明显优于治伤胶囊。

1.2 中成药的内服治疗 荣向园^[7]将160例急性软组织损伤患者随机分为治疗组100例与对照组60例,治疗组服用跌打七厘片,每次3粒,每日3次,对照组服用复方三七胶囊每次3粒,每日3次,两组均连续服用

7~14 d。结果表明治疗组总有效率94.00%,对照组总有效率90.00%,治疗组愈显率明显高于对照组。姬军凤^[8]分别采用肿痛消颗粒(治疗组)和三七伤药片(对照组)治疗急性软组织损伤。结果治疗组治愈率和总有效率均优于对照组,说明肿痛消颗粒对急性软组织损伤有一定的疗效。沈霖等^[9]将40例急性软组织损伤(气滞血瘀证)患者按随机分配的方法分为对照组与治疗组,其中治疗组予以口服活血止痛软胶囊,而对照组予以安慰剂(活血止痛软胶囊模拟剂)治疗。结果表明治疗组治疗后的疼痛、肿胀、压痛、瘀斑积分与对照组治疗后相比有明显下降;两组疗效比较差异均有统计学意义,说明活血止痛软胶囊对急性软组织损伤(气滞血瘀证)疗效确切、安全。

2 针灸推拿治疗

2.1 针刺治疗 针刺疗法是针灸治疗中一种独特的治疗方法,起到行气活血、消肿止痛的作用。而针刺疗法对于软组织损伤的患者,早期有消肿止痛功效,中晚期有通络止痛、活血化瘀的功效,对损伤的软组织各个不同时期均有显著疗效。并且针刺疗法方法简单,疗效较好,痛苦较小,所以也是治疗软组织损伤的常用方法之一。王东等^[10]采用针刺治疗36例急性软组织损伤患者,结果治愈30例,显效4例,有效2例,总有效率为100%。张保国等^[11]选用针刺郄穴配合阿是穴治疗急性软组织损伤,先取患侧郄穴,得气后行捻转泻法;后取局部阿是穴,采用捻转提插平补平泻。每隔5 min行针1次,留针30 min,其总有效率93.10%。

2.2 艾灸法 艾灸治疗软组织损伤,主要是艾灸损伤部位的腧穴,会起到温经散寒,调气和血的作用。从而使经络之中运行不畅的气血得到温热而运行,肢体得以濡养,故症状会明显改善而逐渐消失。胡正喜等^[12]对32例急性腰扭伤的患者病变部位采用艾灸治疗,结果表明32例急性腰扭伤的患者经过艾灸治疗后痊愈26例,好转6例,总体有效率为100%。说明艾灸具有鼓动经气,温阳通络,调理机体的功能,使损伤部位肿胀

*基金项目:甘肃省中医药管理局科研课题(GZK-2013-43)

△通信作者(电子邮箱:827925272@qq.com)

消退,疼痛缓解。董联合等^[13]应用尺胫针疗法治疗 50 例急性软组织损伤,而用腕踝针疗法治疗 50 例急性软组织损伤,结果显示,尺胫针组总有效率(98.0%)明显高于腕踝针组(88.0%)。

2.3 推拿按摩治疗 大量的临床实践证明,除严重的软组织撕裂伤或开放性损伤不适用于推拿按摩治疗外,一般的软组织损伤采取推拿按摩治疗能起到显著的功效。并且按摩的手法很多,可以迎合人体各个不同部位,通过调整推拿按摩的手法和力度,合理刺激损伤部位,给予患者理想的舒适度,对于软组织损伤的治疗能起到事半功倍的效果。石军^[14]通过采用推拿配合刺络的治疗方法治疗急性软组织损伤的患者,结果显示治疗后患者的疼痛、压痛评分下降明显,治疗前后相差异有统计学意义。此外,该组治疗的总有效率为96.4%,说明推拿配合刺络的治疗方法能够明显的缓解疼痛、减轻临床症状,是治疗急性软组织损伤的有效疗法。方丽仙^[15]将 93 例急性软组织损伤患者采用推拿配合刮痧治疗,并将镇江膏药作为对照组,结果显示治疗组总有效率 97.85%,对照组总有效率 73.53%,两者差异有统计学意义。故推拿配合刮痧法是治疗急性软组织损伤的优选方法。

3 中医外治法

中医外治法治疗急性软组织损伤已有很悠久的历史,且疗效确切,应用广泛,甚至有学者认为中医外治法是治疗软组织损伤最为有效的方法。外治法治疗软组织损伤,主要是损伤部位通过透皮吸收外用中药中所含的生物活性物质,并且维持损伤局部相对稳定的血药浓度,从而达到活血祛瘀、镇痛消肿的功效,并且效果显著。蒋建伟^[16]将 65 位患者随机分为观察组和对照组,观察组给予活络止痛膏治疗,对照组给予青鹏膏治疗。结果表示观察组临床疗效总有效率为 93.8%,而对照组临床疗效总有效率为 70.7%,说明敷贴活络止痛膏治疗急性软组织损伤取得的临床疗效显著。杨广营等^[17]采用中药结合软组织损伤分期外敷治疗急性软组织闭合性损伤,最终有效率达 97.5%,说明方中中药能化瘀活血,消肿止痛。元唯安等^[18]通过观察膏摩疗法治疗急性软组织损伤的临床疗效,治疗 7 d 后膏摩治疗组在肿胀、功能障碍及总分方面的差值与对照组比较有统计学差异,表明膏摩疗法可以有效地改善急性软组织损伤的临床症状。薛峰等^[19]采用随机对照的方法来评价消肿止痛膏治疗踝关节急性软组织损伤的疗效及安全性,通过观察临床症状改善的程度并填写不良记录,从而得出消肿止痛膏是治疗急性软组织损伤安全有效的外治药物。戴德珍^[20]将 100 例急性软组织损伤的住院患儿随机分为治疗组及对照组,治疗组给予改进后的中药外敷法(将止痛消炎软膏均匀地涂在

医用敷贴上敷于患处),而对对照组给予西药对症治疗(外用双氯芬酸乳胶剂,内服布洛芬缓释片),连续用药 6 d 后,治疗组总有效率(96.0%)明显高于对照组(78.0%),疗效确切。黎惠金等^[21]采用复方山桃叶洗敷液治疗急性软组织损伤,结果治愈率为 80.00%,愈显率为 93.30%,说明复方山桃叶洗敷液治疗急性软组织损伤的疗效显著。

4 综合疗法治疗

早期的综合疗法治疗,不仅可以有效消肿镇痛,改善症状,而且还可以促进患者恢复,并具有显著的疗效。段晓卿^[22]对 70 例急性闭合性软组织损伤的患者,采用综合疗法(采用冷敷、刺络放血、红外线热疗、复方丹参片研末外用等综合方法),治疗 5 d(1 个疗程)后,治愈 52 例;好转 18 例。可见,综合疗法对急性软组织损伤患者有很好的疗效。

5 其他疗法

除上述常用的治疗方法外,目前还有很多的其他治疗方法,如中药离子导入、微波治疗等方法,也具有很好的疗效。钱月萍等^[23]采用中药离子导入的方法治疗急性软组织损伤 50 例,痊愈 39 例,有效 10 例,无效 1 例,总有效率达 98.00%。李银武等^[24]将急性软组织损伤患者 120 例,采用随机单盲方法分为 60 例治疗组和 60 例对照组,对照组应用 TDP 照射配合推拿手法放松治疗,治疗组在对照组基础上配合外敷联苯乙酸凝胶治疗。治疗 1 个疗程后结果显示,治疗组痊愈率(66.67%)明显优于对照组(38.33%)。

6 结语

综上,中医药在治疗急性软组织损伤方面取得了很大的进展,并且开发出了不少的中成药和外用制剂,极大的丰富和方便了临床治疗,并且临床疗效确切,受到了患者和医生的认可。但是,一方面中成药与外用制剂的研究多限于临床研究,例如肉眼观察、疗效评定层面;而实验研究的报道较少,对中药的生物活性成分、药物作用、机理及其途径,以及药物动力学的实验研究并不多,很多时候仅应用中医基础理论进行解释与分析,还有结局指标没有像软组织彩超这种更具有客观的疗效评价,故欠缺说服力;另一方面由于研究的数量和样本量均较小,使得结论的论证强度受到一定程度的限制,所以,尚需要进行高质量“多中心、大样本”严格设计的随机对照试验来进一步验证其疗效与安全性,以获取最佳证据。所以中医药仍待进一步的研究,研究出更多、更新的中成药和外用制剂,希望在不久的将来能够发挥更好的临床作用,取得更好的临床疗效。

参 考 文 献

- [1] 王日生. 活血化瘀中药药理作用探析[J]. 亚太传统医药,

- 2014,10(4):74-75.
- [2] 高冲,刘璐,胡爱菊,等.活血化痰中药的药理作用研究进展[J].药物评价研究,2013,36(1):64-68.
- [3] 张宝霞,张金生,杜梅梅,等.活血化痰药调控干细胞旁分泌效应修复损伤脑组织作用机制的研究[J].中华中医药杂志,2015,30(1):288-290.
- [4] 范慧慧,许二平.活血化痰法调控骨髓间充质干细胞旁分泌促血管再生研究述评[J].中医学报,2013,28(177):258-260.
- [5] 沈志斌.补阳还五汤治疗骨科软组织损伤58例临床观察[J].中国现代药物应用,2009,3(11):143-144.
- [6] 王国东,杨恒,阚辉,等.活血止痛汤治疗急性软组织损伤43例疗效观察[J].中国社区医师,2007,23(6):42.
- [7] 荣向园.跌打七厘片治疗急性软组织损伤100例疗效观察[J].中国中医急症,2012,21(9):1506.
- [8] 姬军凤.肿痛消颗粒治疗急性软组织损伤60例疗效观察[J].云南中医中药杂志,2010,31(11):13-14.
- [9] 沈霖,徐晓娟,杨艳萍,等.活血止痛软胶囊治疗急性软组织损伤(气滞血瘀证)的疗效观察[J].中国全科医学,2011,14(12):1365-1367.
- [10] 王东,王学武.针刺为主治疗急性软组织损伤36例[J].河北中医,2012,34(3):404-405.
- [11] 张保国,王小迪,戴瑞美.针刺郄穴配合阿是穴治疗急性闭合性软组织损伤29例疗效观察[J].中国运动医学杂志,2010,29(5):588-589.
- [12] 胡正喜,陈莉秋,范鹏,等.膈穴热敏化艾灸治疗急性腰扭伤32例[J].上海针灸杂志,2011,1:42.
- [13] 董联合,李芳琴.尺胫针疗法治疗急性软组织损伤50例[J].陕西中医,2012,33(11):1538.
- [14] 石军.推拿配合刺络疗法治疗急性软组织损伤56例[J].中国保健营养:中旬刊,2013,12(12):445-446.
- [15] 方丽仙.推拿配合刮痧治疗急性软组织损伤93例[J].浙江中医杂志,2011,46(4):275.
- [16] 蒋建伟.活络止痛膏治疗急性软组织损伤65例[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(18):36.
- [17] 杨广营,李良栋,陆耀宇.中药分期外敷治疗急性软组织损伤83例[J].陕西中医学院学报,2010,33(3):50.
- [18] 元唯安,孔令军,陶吉明,等.膏摩疗法治疗急性软组织损伤32例临床观察[J].中医杂志,2011,52(2):124-126.
- [19] 薛峰,许金海,叶洁,等.消瘀止痛膏贴治疗运动性踝关节急性软组织损伤的临床研究[J].中国中医急症,2011,20(3):350-352.
- [20] 戴德珍.改进中药外敷法治疗小儿急性软组织损伤50例疗效观察[J].中医儿科杂志,2015,11(1):64-66.
- [21] 黎惠金,张学全,谢延华,等.复方山桃叶洗敷液治疗急性软组织损伤30例临床观察[J].湖南中医杂志,2013,29(7):17-20.
- [22] 段晓卿.综合疗法治疗急性软组织损伤[J].现代中西医结合杂志,2007,16(11):1514-1515.
- [23] 钱月萍.中药离子导入治疗急性软组织损伤50例[J].福建中医药,2005,36(6):33.
- [24] 李银武,孟凡一.联苯乙酸凝胶结合TDP照射治疗急性软组织损伤临床观察[J].亚太传统医药,2014,10(19):100-101.

(收稿日期 2015-03-08)

欢迎投稿·欢迎订阅

中医药治疗在肿瘤化疗不良反应中的应用*

张康乐 司文涛 邵宏敏

(山东省烟台市中医医院, 山东 烟台 264000)

中图分类号: R730.59 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)07-1212-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.031

【关键词】 肿瘤 化疗不良反应 中医药

肿瘤作为一种危害人类生命的危重疾病, 其发病率及死亡率都呈现出逐年递增的趋势。化疗是目前治疗肿瘤的主要手段, 其药物种类也很多, 但无论哪种化疗药物, 几乎都有不同程度的不良反应。化疗中不良反应的发生, 使肿瘤的治疗效果及患者的生活质量大打折扣^[1]。中医药在治疗肿瘤不良反应方面具有多靶点、疗效持久、个性化、副作用少等特点, 本文主要从治法方面总结了中医药在抗肿瘤化疗不良反应方面的应用。

1 补虚法

1.1 补气、补血法 化疗药物大多是攻伐的药物, 具有较强的刺激性, 损伤人体正气, 导致机体免疫力下降。应用中药补气、补血, 使“正气存内, 邪不可干”提高机体免疫力, 从一定程度上可减轻不良反应。杨晓锋等^[2]应用八珍汤加味治疗肺癌中晚期化疗患者, 结果显示, 不仅能提高化疗有效, 而且降低了不良反应, 提高了患者免疫力。李武军等^[3]使用参芪扶正注射液辅助治疗肺癌急性化疗的不良反应, 结果发现: 使用参芪扶正注射液组患者化疗毒副作用显著降低, 疗效及生活质量评分明显提高。张力文等^[4]通过临床观察及实验研究发现, 参芪扶正注射液对非小细胞肺癌化疗产生的骨髓抑制及胃肠道反应均有保护作用; 董方等^[5]研究自拟健脾生血方对Ⅲb~Ⅳ非小细胞肺癌化疗不良反应及生活质量的影响, 发现具有益气生血、调理脾胃的健脾生血方能够明显改善化疗产生的血液及消化系统的不良反应, 改善患者生活质量。张鑫等^[6]搜集临床资料, 观察仙芪饮对化疗引起的血小板减少症的作用, 统计数据显示: 应用仙芪饮的患者血小板数量显著提高, 且同时对白细胞和红细胞均有良性作用。中医认为“气”“血”是人生命的物质基础, “气”为阳, “血”为阴, “气为血之帅、血为气之母”。所以, 气血在人体的关系密不可分, 相互影响。

1.2 补脾、益肾法 中医学认为“肾为先天之本, 脾为

后天之本”, 五脏中“脾”与“肾”为相乘相侮。中医药从补脾、益肾的角度治疗化疗后不良反应, 已取得一定疗效。吴国琳等^[7]观察扶脾益肾方对大肠癌手术后化疗患者的影响, 结果显示中药联合治疗组患者免疫力得到提高, 明显减少了恶心呕吐、腹泻等消化道症状。考军等^[8]利用补脾益肾中药从直肠滴入治疗化疗患者, 结果显示此方法药物利用率高, 避免了肝脏的首过效应, 大大减轻了化疗后患者血象下降及消化道不良反应。刘静等^[9]统计分析发现, 在众多中西医结合治疗大肠癌的方法中, 健脾类药物无论是在应用频次还是应用广度上都占有明显优势。张宏等^[10]在临床中应用增髓汤治疗乳腺癌患者化疗后不良反应, 其中中药组血常规中粒系及巨核系细胞的数量明显改善。曾英等^[11]采用FOLFOX方案治疗大肠癌联合扶正抗癌方, 其中联合治疗组有效率为57.14%, 明显降低CEA水平, 起到调节免疫力, 减毒作用。脾为气血生化之源, 脾虚则气血生化乏源, 其腐熟、消化、吸收等功能失调; 肾主骨、生髓、藏精, 故其功能受损则血液系统受到破坏, 免疫力下降。所以脾、肾功能正常是机体正常运行的关键。

2 消实法

中医学一般认为恶性肿瘤病机是实邪积聚的结果, 总结起来一般与毒、湿、瘀关系最密切^[12]。其中抗癌解毒多选用虫类药物, 以收搜毒、剔毒、除毒之功。并且临床要立足辨证, 结合脏腑、经络、生理、病理机制灵活选择药物, 或选消癌解毒法、化痰散结法、活血化瘀法、清热解毒法、利湿泄浊法、益气消癌法、养阴消癌法, 辨病与辨证相结合而提高临床疗效。

2.1 解毒法 热毒内蕴是癌症发生的主要病机之一, 毒邪蕴结体内日久即成肿瘤。解毒类中药具有清热、解毒、凉血等功效。祝家成^[13]把清热解毒化痰的治法应用到晚期老年肺癌的治疗中, 结果显示: 应用中药的患者生活质量及体质量的变化均有显著改善。宋广文等^[14]对化疗后脱发的患者给予凉血解毒的中药, 如生地、赤芍、鳖甲、连翘、蛇蜕等, 发现其疗效与对照组

* 基金项目: 山东省中医药科技发展计划项目(2013ZDZK-127)

有明显差异。

2.2 祛湿法 湿性重着、黏滞,缠绵难愈,在癌症的形成及发展过程中有重要作用。化疗后湿毒内蕴,郁而化热。加味茵陈蒿汤具有清利湿热的作用,能够促进肝癌坏死细胞的排泄^[15]。李佩文^[16]研究发现燥湿类药物具有消肿,增强细胞凝聚力,癌细胞脱落的概率减少,可以减少淋巴转移途径的发生。程淑红等^[17]把42例化疗后腹泻患者纳入治疗组,给予加味芍药汤,结果治疗组疗效优于对照组。梁翠微等^[18]收集湿热型化疗腹泻给予葛根黄芪黄连汤,治疗5d,患者大便次数减少一半,疗效显著。

2.3 化瘀法 “瘀血在经络脏腑之间,则结为症瘕,瘕者或聚或散”及“瘤者常聚不散……或纯是血质,或血中裹水,或血积既久”(《血证论》);“气无形不能结块,结块者,必形之血也”(《医林改错》)^[19]。娄彦妮等^[20]利用温浴的方法,把通络散运用的局部来观察其化疗产生的周围神经毒性的作用,使活性化瘀、温经通络的药物直达病灶,有效率大大提高。杨中等^[21]应用经验方化瘀丸治疗晚期卵巢癌化疗患者上,统计结果显示:化瘀丸能够明显改善患者血液的高凝状态,减轻化疗副作用。于明薇等^[22]对化瘀丸作了基础研究,研究发现:化瘀丸使荷瘤小鼠的血流速度、血液凝固状态、血小板活化程度都明显改善。综上所述,化瘀药物及方剂在改善化疗后血液系统方面的作用较为突出。

3 消补兼施法

消补兼施的治法最能体现中医学“调和”的精髓,使机体最终达到一种平和的状态。此法在肿瘤疾病的应用中最为广泛,效果也最佳。赵同伟等^[23]根据中医理论分析肺癌病机,以益气养阴、化痰理瘀为治疗原则,发现应用扶正祛积汤对进展期的肺癌有一定的抑瘤作用。梁甜娇等^[24]统计发现,联合健脾解毒中药治疗结肠癌术后,患者生存质量KSP评分明显优于对照组。方志红等^[25]选择确诊为非小细胞肺癌的68例患者,发现应用扶正祛邪方组的治疗有效率高于对照组。范先基等^[26]收集60例肺癌化疗后患者,30例联合通补三升汤,对照组应用吉西他滨,结果中药组血常规及消化道症状方面均优于对照组。

4 讨论

中医学在治疗肿瘤化疗后不良反应方面有着独特的优势,这与中医整体观念、辨证论治的特点是分不开的。中医学认为人是一个整体,无论哪一部分功能失调都会影响到其他部分,必须从整体考虑,而非简单的对症下药,从而也就引出了中医的又一特点——辨证论治。从肿瘤产生的中医学病机看,其发生是以本虚标实为基础的。肿瘤化疗后,病情更加复杂多变,治疗也不能恪守陈规。本文整理总结了一些有效病例的治疗

规律,希望能为临床工作者提供一些治疗思路,但在临床中还要思路灵活,以患者为本,真正做到从具体病情证型出发,有所侧重,仔细辨证,严密配伍,斟酌用药。

参 考 文 献

- [1] 谢嵩. 抗肿瘤药物不良反应调查与分析[D]. 济南:山东大学,2008.
- [2] 杨晓锋,刘冰,宋宁,等. 八珍汤加味联合化疗治疗中晚期肺癌24例临床观察[J]. 河北中医,2011,33(8):1170-1171.
- [3] 李武军,乐涵波,陈志军. 参芪扶正注射液辅助化疗对肺癌患者急性化疗不良反应的影响[J]. 中国中医急症,2013,22(12):2142-2143.
- [4] 张力文,刘柏,徐凯. 参芪扶正注射液对中晚期非小细胞肺癌化疗不良反应的影响[J]. 河北中医,2009,31(8):1211-1212.
- [5] 董方,梅建强,许文忠. 健脾生血方联合化疗对Ⅲb~Ⅳ期非小细胞肺癌患者生活质量及化疗不良反应的影响[J]. 临床合理用药杂志,2012,5(17):53-54.
- [6] 张鑫,杨杨. 仙芪饮对化疗所致血小板减少的疗效的临床观察[J]. 科技致富向导,2013,21(32):140-140.
- [7] 吴国琳,余国友,李剑平,等. 扶脾益胃方治疗大肠癌术后化疗患者的近期疗效及其对免疫功能的影响[J]. 中国中药杂志,2010,(6):782-785.
- [8] 考军,周文丽,赵可欣,等. 中药直肠滴入配合化疗治疗肿瘤病人减毒增效的临床观察[J]. 光明中医,2010,(11):2006-2008.
- [9] 刘静,朱琦. 健脾中药减少大肠癌患者化疗不良反应的系统评价[J]. 中国循证医学杂志,2009,9(7):802-808.
- [10] 张宏,李国康. 增髓汤对乳腺癌术后化疗改善骨髓抑制的研究[J]. 实用医学杂志,2005,21(13):1481-1482.
- [11] 曾英. 扶正抗癌方结合FOLFOX化疗方案治疗大肠癌的临床观察[J]. 西部中医药,2011,24(7):1-4.
- [12] 吕玉萍,安丰辉,吕玉红,等. 肿瘤中医病机各家杂谈[J]. 环球中医药,2010,5(3):225-226.
- [13] 祝家成. 清热解毒化痰法辅助治疗晚期老年肺癌的临床观察[J]. 中国药物经济学,2012,7(3):275-276.
- [14] 宋广文,王毅峰,杨秀舫. 序贯应用凉血解毒和滋肾养血防治化疗引起脱发的观察[J]. 河北医药,2006,28(10):975-976.
- [15] 万升光. 化疗后恶心呕吐反应及其中医药治疗进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2009,11(8):75.
- [16] 李佩文. 中药预防肿瘤转移的可能途径[J]. 中医杂志,1999,40(2):48-50.
- [17] 程淑红,宋纯东. 加味芍药汤治疗肿瘤化疗所致腹泻临床研究[J]. 中医学报,2011,26(11):1286-1287.
- [18] 梁翠微,杨兵,杜均祥,等. 辨证治疗化疗相关性腹泻26例[J]. 安徽中医学院学报,2011,30(3):32-34.
- [19] 邓阜生,孙守军. 浅谈中药抗肿瘤功效[J]. 中国中医药现代远程教育,2012,10(3):57-58.
- [20] 娄彦妮,贾立群,邓海燕,等. 外用通络散治疗奥沙利铂化疗致周围神经毒性的临床研究[J]. 北京中医药,2008,27(4):258-260.

[21] 杨中,徐咏梅,张青,等. 化痰丸联合化疗治疗晚期卵巢癌临床研究[J]. 中国中医药信息杂志,2008,15(7):17-19.

[22] 于明薇,杨国旺,王笑民. 化痰丸联合化疗对小鼠 Lewis 肺癌生长及血栓形成相关因子的影响[J]. 中华中医药杂志,2012,27(12):3179-3183.

[23] 赵同伟,卢丽琴,袁国荣,等. 中药“扶正祛积汤”联合 GP 方案化疗治疗进展期 NSCLC 近期临床疗效观察[J]. 中华中医药学刊,2012,30(11):2497-2500.

[24] 梁甜娇,范小玢. 健脾解毒中药联合化疗治疗术后结肠癌

患者的效果分析[J]. 中外医疗,2014,33(7):138.

[25] 方志红,李雁,李天苗. 扶正祛邪方联合化疗治疗晚期非小细胞肺癌疗效分析[J]. 时珍国医国药,2013,24(10):2433-2434.

[26] 范先基,谭丽珍,王三虎,等. 通补三升汤预防肺癌患者化疗副作用 30 例临床观察[J]. 右江民族医学院学报,2008,30(4):678-679.

(收稿日期 2015-02-23)

(上接第 1186 页)

理气化滞为先,葛根芩连汤合香连丸、四逆散加减:黄连 6g,黄芩 10g,葛根 12g,马齿苋 15g,六神曲 10g,枳壳 10g,炒白芍 12g,木香 6g,鸡内金 12g,甘草 5g。3 剂后复诊,大便次数显减,因时有眼睛干涩,流泪,原方加诃子 10g,白蒺藜 10g。再予 3 剂。大便基本正常,每天 1 次,再予原方加乌梅、赤石脂善后。共治疗 3 周,腹泻未作。因近日饮食不慎,大便次数增多,无腹痛,再予原方 5 剂,随访未发。

按:糖尿病胃肠病变是糖尿病常见的并发症,患者所发生的病变主要在其食管到直肠消化道各个部分,一般表现为食管功能障碍和糖尿病胃轻瘫、便秘等^[2],但临床上糖尿病并发胃肠自主神经病变表现不一,该患者以腹泻为主,病程时间长,近来症状加重,当属虚实夹杂之证。既不可一味清热利湿以祛邪,也不可一味收敛固涩以止泻。初治以葛根芩连合四逆散加减,待症有减,始参以诃子、乌梅、赤石脂之辈固敛大肠以善后。

3 足趾剧痛案

患某,女性,85岁,2014年3月3日初诊。糖尿病 20 余年,长期服用二甲双胍等西药,血糖控制不理想,曾短暂胰岛素治疗。近 1 个月来左足第三趾疼痛,夜间加重,痛势剧烈,呈电灼样刺痛。伴头晕、肢体麻木,经弥可保、维生素 B1、丹参注射液、夏天无等治疗未效,近在上级医院诊为糖尿病周围神经病变,血栓闭塞性脉管炎可能。舌偏暗尖边瘀点,苔薄白腻中有剥脱,脉细涩。予活血化瘀通络方:丹参 12g,赤芍 12g,牡丹皮 10g,水蛭颗粒 3g(冲服),红花 6g,川芎 10g,延胡索 10g,牛膝 12g,天麻颗粒 6g(冲服),生甘草 5g,生薏苡仁 15g。5 剂后复诊,药后足趾夜间疼痛减轻,略有胃胀,左第 3 足趾皮肤略红,加一枝黄花 10g,陈皮 6g,5 剂;三诊因尿频,时有口干,予原方加金樱子 10g,芡实 10g,桑螵蛸 3g,铁皮石斛 6g,5 剂。四诊,予原方 10 剂。至今足趾疼痛未发。

按:现代中医认为糖尿病瘀血病理表现较普遍,贯穿于本病始末,瘀血阻络是导致糖尿病血管神经并发

症产生和加重的根本原因^[3],本例高龄患者,夜间痛甚,结合舌脉症状,证属瘀血阻络,不通则痛,久治不效可能有足趾坏疽之虞。当于活血化瘀之中兼以通络,笔者喜用水蛭颗粒少量冲服,一可充分发挥药效,二则可减煎剂之腥味,和入化瘀之剂中,常有良效。

4 体会

对于糖尿病病机的认识,古今文献多从阴虚、燥热着眼,“阴虚为本、燥热为标”似乎已经成为对糖尿病病机认识的一种定式,然而随着时代的变化,糖尿病患者往往合并肥胖、高血脂、高血压等病症,从糖尿病病机复杂、终生难愈的特点而言,在其缓慢的发展过程中,病机不可能是一成不变的,因此必须抓住其病机的动态演变规律,才能做到灵活施治,证变药也变^[4]。同时,慢性过程中常有急性的发作或加重。虽然胰岛素等西药能较好控制血糖,但对于很多的并发症仍缺乏有效的干预治疗措施,而中医药在这方面有着非常丰富的理论基础和临床经验。对于不同的并发症或同一并发症的不同阶段,我们要根据不同的情况进行辨证论治,不可拘泥于糖尿病阴虚燥热之囿,因于瘀者活血祛瘀、因于痰者化痰导浊、因于湿热者清热化湿、因于虚而不荣者益气养血、滋补肝肾等,不一而足。

结合糖尿病并发神经病变患者急症的诊治过程,笔者体会到只要辨证精确,中药方剂治疗糖神经并发症确有疗效,值得日后总结学习。

参 考 文 献

[1] 马玉棋. 化浊清热汤治疗糖尿病湿热困脾型患者 40 例临床观察[J]. 中医杂志,2011,52(16):1392-1394.

[2] 吴凌康,李春雯,史亮亮,等. 血清瘦素及其可溶性受体异常与 2 型糖尿病合并脂肪肝的关系及益气养阴活血法的干预作用[J]. 中国中医药科技,2011,18(3):177.

[3] 陈利国,马民,屈援,等. 糖尿病血瘀证研究进展[J]. 中华中医药杂志,2005,20(2):114-116.

[4] 李赛美,朱章志. 经方研究与临床发微[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:269.

(收稿日期 2015-03-20)

中药有效成分防治痛风性关节炎的研究进展*

吴霜霜¹ 戚益铭¹ 沈敏鹤^{1,2Δ} 阮善明^{1,2} 冯波¹ 方芝嫔¹

(1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江 杭州 310053; 2. 浙江省中医院, 浙江 杭州 310006)

中图分类号: R589.7 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)07-1215-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.032

【关键词】 痛风性关节炎 中药有效成分 研究进展

痛风性关节炎是一种急性风湿性疾病, 常由尿酸盐结晶沉积在关节囊、滑囊、软骨、骨质和其他组织中而引起病损及炎症反应^[1-2]。痛风性关节炎急性发作期通常用非甾体类抗炎药、秋水仙碱和糖皮质激素治疗, 其引起的皮疹、水肿、腹泻、胃肠道出血、心肌梗死、慢性肾乳头坏死及致死性超敏综合征等副作用以及痛风患者自身常伴随的肾、心血管、胃肠道疾病及糖尿病都限制了西药的临床使用^[2-3]。中医文献对痛风病因病机及方药辨治的记载, 中药因高效低毒的天然优势得到了近代诸多学者的青睐。体外研究表明, 黄酮类、生物碱、酚类化合物、单宁酸、环烯醚萜苷和香豆素能通过抑制黄嘌呤氧化酶发挥抗痛风作用, 而三萜类、叶黄素、木脂素则通过抗炎作用发挥疗效。动物研究表明, 生物碱能抑制尿酸形成, 酚类化合物和黄酮类化合物不仅能抑制尿酸形成, 还可促进尿酸排泄发挥抗炎作用^[4]。痛风性关节炎是痛风的主要表现形式之一, 中药有效成分直接作用于痛风性关节炎的研究尚处于起步阶段, 相关研究较少。本文就中药有效成分直接防治痛风性关节炎的实验研究及其机制综述如下, 以期为进一步实验研究及临床用药提供一定的理论基础。

1 黄酮类化合物

1.1 槲皮素 黄敬群等将雄性 SD 大鼠 48 只随机分为 6 组, 即空白对照组, 模型对照组, 吡罗美辛 (3.0 mg/kg) 组和槲皮素 (100、200、400 mg/kg) 组, 每天给药 1 次, 连续 7 d。第 5 日给药后 1 h 采用大鼠右后肢踝关节腔内注射注入 3.0% 尿酸钠溶液 100 μL 制备急性痛风性关节炎模型, 造模后 2、4、8、12、24、48 h 用缚线法测量右后肢小腿踝关节同一部位周径, 酶联免疫吸附法、比色法等测定大鼠血清、肝脏和滑膜中炎症因子 (IL-1β、TNF-α、PGE₂) 含量、脂质过氧化终产物 (MDA) 水

平和抗氧化酶 (SOD、GSH-Px、CAT) 活性。结果发现槲皮素能够显著抑制痛风性关节炎大鼠踝关节肿胀度, 抑制炎症因子 IL-1β、TNF-α、PGE₂ 含量, 降低机体脂质过氧化终产物 MDA 水平, 提高机体抗氧化酶 SOD、GSH-Px、CAT 活性, 从而通过抗炎和抗氧化作用治疗痛风性关节炎^[5]。

1.2 落新妇苷 刘二刚等将 56 只雄性大鼠随机平均分为空白组、模型组、秋水仙碱组和落新妇苷组, 向大鼠关节腔内注射 60 μL 尿酸钠混悬液诱导炎症, 建立痛风性关节炎大鼠模型。结果发现落新妇苷可显著抑制尿酸盐引起的大鼠关节肿胀, 促进大鼠炎症部位抗炎因子 IL-4 的表达, 并促进 Th0 细胞向 Th2 细胞分化^[6]。落新妇苷抑制模型动物关节肿胀的机制可能为: 药物可以抑制 Th1 型细胞的分化, 从而抑制了 Th1 型细胞因子如 IFN-γ、IL-1、IL-6 等的表达; 同时细胞可产生抗炎因子如 IL-4、IL-10 等, 最终实现对炎症和肿胀的抑制。

1.3 白藜芦醇 王鹏选取 Wista 大鼠 36 只, 随机分为正常对照组、模型组、秋水仙碱组、白藜芦醇低剂量组、白藜芦醇中剂量组、白藜芦醇高剂量组, 连续灌胃 7 d (每日 1 次)。模型组及各实验组于灌胃第 4 日注射 25 g/mL (0.05 mL) 的尿酸盐溶液到大鼠踝关节腔内, 制备急性痛风性关节炎模型, 正常对照组大鼠关节腔内注射生理盐水 0.05 mL, 72 h 后留取踝关节液及关节滑膜, 应用 ELISA 法观察关节液中 IL-1β、CXCL10 的变化。关节滑膜用 10% 甲醇固定待做病理。结果发现与模型组比较, 白藜芦醇能显著降低关节液中 IL-1β、CXCL10 水平 ($P < 0.05$)。病理结果显示, 白藜芦醇可减轻急性痛风性关节炎大鼠踝关节组织的水肿和炎性细胞浸润。这提示白藜芦醇可有效抑制急性痛风性关节炎发作, 其机制与降低关节液中 IL-1β、CXCL10 水平相关, 且该作用呈一定的剂量依赖性^[7]。

* 基金项目: 浙江省新苗人才计划项目 (2014R410057)

Δ 通信作者 (电子邮箱: shenminhe@aliyun.com)

2 香豆素类化合物

赵军宁等用微晶型尿酸钠诱导小鼠足跖肿胀和家兔急性痛风性关节炎模型,观察灌胃给予秦皮总香豆素对足跖肿胀程度、关节液及滑膜组织的影响。用正常小鼠以及腹腔注射黄嘌呤造成的高尿酸模型小鼠,观察灌胃给予秦皮总香豆素对血尿酸代谢的影响。结果发现秦皮总香豆素 20、40、80、160 mg/kg 剂量组可显著抑制关节肿胀和减少关节腔积液量。关节囊组织病理学观察可见:模型组滑膜组织表层可见明显充血水肿,滑膜细胞可见变性,甚至坏死,伴有淋巴细胞、中性白细胞浸润,秦皮总香豆素所试剂量范围可以显著减轻上述病理改变,且秦皮总香豆素对正常小鼠血尿酸以及高尿酸小鼠血尿酸均有显著降低作用^[8]。

曹世霞将雄性 Wistar 大鼠 90 只随机分为正常对照组、模型组、阳性组(秋水仙碱组)、秦皮(440 mg/kg)、中(220 mg/kg)、低(110 mg/kg)高剂量,采用先给干预性药物 4 d,然后尿酸钠关节内注射造模法致痛风性关节炎模型,72 h 后取大鼠血清,应用 ELISA 法测定 IL-1B、IL-8、TNF- α 的含量。结果表明秦皮总香豆素能够显著抑制急性痛风性关节炎大鼠血清 IL-1B、IL-8 和 TNF- α 的表达,其作用与秋水仙碱相近^[9]。

3 皂苷类化合物

3.1 牛膝总皂苷 项峥采用单因素考察及正交实验设计确立牛膝总皂苷最佳提取工艺,利用大孔吸附树脂法对牛膝有效成分进行纯化,并以大鼠足跖肿胀为指标,对纯化后的牛膝总皂苷治疗痛风性关节炎的作用进行评价。结果发现牛膝总皂苷提取物灌胃给药(生药剂量 8 g/kg,每日 1 次,连续给药 3 d),可明显缓解由弗氏完全佐剂引起的大鼠足趾肿胀,但其具体机制尚待进一步研究^[10]。

3.2 穿山龙总皂苷 薛剑等将 60 只清洁级 Wistar 大鼠随机分为正常组、模型组、穿山龙总皂苷高、中、低剂量组和阳性药吲哚美辛组。穿山龙总皂苷和吲哚美辛于造模前 3 d 开始连续给药,每 24 小时 1 次;正常组和模型组同时灌胃生理盐水。从给药第 3 日开始,灌胃给药 1 h 后,腹腔注射 10%水合氯醛麻醉后双侧膝关节注射 MSU 混悬液造模。连续给药 7 d,造模 5 d。采用 β 半乳糖苷酶和 β -N-乙酰氨基葡萄糖酶活性检测试剂盒检测肝组织中的 β 半乳糖苷酶和 β -N-乙酰氨基葡萄糖酶活性。结果发现穿山龙总皂苷可通过对 β 半乳糖苷酶和 β -N-乙酰氨基葡萄糖酶活性的调节,即溶酶体酶的调节作用达到治疗痛风性关节炎的目的^[11]。

周琦等将 40 只雄性 Wistar 大鼠随机分为正常组、模型组、穿山龙总皂苷低(40 mg/kg)、高剂量组(160 mg/kg),连续灌胃穿山龙总皂苷 5 d。第 3 日灌胃

穿山龙总皂苷 1 h 后,膝关节上方髌上韧带注射 0.2 mL 质量浓度为 25 mg/mL 的微晶尿酸钠结晶混悬液到关节腔,造成实验性痛风性关节炎模型。采用 HE 和伊红染色观察关节滑膜组织病理学变化,免疫组化法检测膝关节滑膜组织中 IL-1 β 、SDF-1、CXCR4、PI3K、PKC 和 NF- κ B 表达的影响。结果发现穿山龙总皂苷高剂量组能显著降低 IL-1 β 、CXCR4、PI3K、PKC 和 NF- κ B 表达水平,通过抑制 IL-1 β 及其介导的信号转导通路缓解痛风性关节炎^[12]。

4 酚酸类化合物

Liu X 等将 60 只雄性 Wistar 大鼠随机分为正常对照组、模型组、紫草酸低(10 mg/kg)、中(20 mg/kg)、高剂量(30 mg/kg),吲哚美辛组(20 mg/kg)。通过大鼠右足足垫注射尿酸钠结晶混悬液 0.2 mL(3 mg)造模痛风性关节炎模型,并在造模前 1 h 灌胃紫草酸及吲哚美辛,分别测定造模前及造模后 1、2、4、6 h 大鼠右足掌直径。结果表明紫草酸可有效抑制足掌肿胀程度,并呈剂量依赖性,其抑制尿酸钠所致实验性痛风性关节炎的主要机制与抑制过氧化物的产生以及直接清除过氧化物,从而抑制过氧化物介导的炎症反应相关^[13]。

5 胺类化合物

符涛等将 50 只 SPF 级健康 Wistar 大鼠随机分为模型组、别嘌醇阳性对照组及辣椒素高、中、低剂量组,每组 10 只,共 5 组。各组分别按 10 mL/kg 灌胃生理盐水、别嘌醇及辣椒素高(0.15 mg/mL)、中(0.10 mg/mL)、低剂量(0.05 mg/mL)溶液,每日 2 次,连续给药 3 d。末次给药 1 h 后,通过足跖皮下注射 0.1 mL 的 5%尿酸钠混悬液建立大鼠急性痛风性关节炎模型。测定造模前及造模后 1 h 大鼠足跖容积,检测血清 IL-1 β 、TNF- α ,观察足跖关节病理组织学变化。结果发现辣椒素能显著抑制急性痛风性关节炎模型大鼠关节肿胀度,并呈剂量相关性,能有效减轻尿酸钠结晶诱导的炎症因子 IL-1 β 、TNF- α 水平,作用效果与别嘌醇相当^[14]。

6 结语

综上所述,黄酮类化合物主要通过抗炎和抗氧化作用发挥疗效;香豆素类化合物主要以降低尿酸及抗炎作用为主;皂苷类化合物主要通过抗炎作用发挥疗效;酚酸类化合物主要以抑制过氧化物的产生及直接清除氧化物等抗氧化作用为主;胺类化合物主要以抗炎作用发挥疗效。此外,中医临证经验表明葛根、土茯苓与草薢在临床上抗痛风性关节炎疗效较好^[15-16]。实验研究证明,红茴香根皮、鸡矢藤的醇提物,葛根的水提物以及虎杖提取物等具有抗实验性痛风性关节炎的作用^[17-20];同时临床研究显示注射用灯盏花素、大血藤外敷辅助治疗痛风性关节炎效果显著^[21-22]。但中药存在

作用靶点多、药物成分复杂、提取物纯化工艺难度大等问题^[23],多数中草药的有效成分、作用部位及作用机制的研究尚处于起步阶段,仍未取得突破性进展。

上述实验研究的动物模型主要以反应急性痛风性关节炎的病理特点为主,无法全面反映临床上常见的慢性痛风性关节炎以及继发性痛风性关节炎,故痛风性关节炎的实验模型构建待进一步改进和完善。从整体来看,实验研究的开展尚且存在较大障碍,如中药有效成分的提取方法多种多样,样本纯度得不到保证,实验条件无统一标准以及模型构建方法不一致,导致实验研究结果的准确性无法确保。且到目前为止,中药有效成分防治痛风性关节炎的实验研究多为动物研究,研究对象以 Wistar 大鼠及家兔为主,临床研究甚少。上述动物实验虽能表明槲皮素、落新妇苷、白藜芦醇、穿山龙总皂苷等成分的有效性,但无法确切模拟人体多因素综合的代谢机制,仍需要在大量动物实验的基础上,开展多中心、大样本的临床研究。为更好地指导临床用药和中药新药的开发,未来研究不仅要完善实验模型、研究标准、提取工艺,更要在临床研究上全面剖析安全性与作用机制。

参 考 文 献

- [1] Lu F, Liu L, Yu DH, et al. Therapeutic effect of rhizoma dioscoreae nipponicae on gouty arthritis based on the SDF-1/CXCR 4 and p38 MAPK pathway: an in vivo and in vitro study[J]. *Phytother Res*, 2014, 28(2):280-288.
- [2] Sébastien Ottaviani, Anna Moltó, Hang-Korng Ea, et al. Efficacy of anakinra in gouty arthritis: a retrospective study of 40 cases[J]. *Arthritis Res Ther*, 2013, 15(5):R123.
- [3] 夏道宗,张英,吕圭源. 黄酮类化合物防治高尿酸血症和痛风的研究进展[J]. *中国药理学杂志*, 2009, 44(10):721-723.
- [4] Ling X, Bochu W. A review of phytotherapy of gout: perspective of new pharmacological treatments[J]. *Pharmazie*, 2014, 69(4):243-256.
- [5] 黄敬群,孙文娟,王四旺,等. 槲皮素对大鼠痛风性关节炎抗炎抗氧化活性研究[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2012, 18(2):169-173.
- [6] 刘二刚. 抗痛风性关节炎中药的研究[D]. 杭州:浙江大学, 2012.
- [7] 王鹏,丁慧,孙晓方,等. 白藜芦醇对急性痛风性关节炎大鼠的影响(英文)[J]. *现代生物医学进展*, 2014, 14(15):2871-2874.
- [8] 赵军宁,邓治文,戴琰,等. 秦皮总香豆素对实验性痛风性关节炎及尿酸代谢的影响[J]. *中国药理学杂志*, 2009, 44(10):751-754.
- [9] 曹世霞,祝捷,张三印,等. 秦皮总香豆素对急性痛风性关节炎大鼠模型 IL-1 β 、IL-8、TNF- α 的影响[J]. *四川中医*, 2011, 29(3):68-70.
- [10] 项峥,杨欣欣,朱瑞卿,等. 怀牛膝治疗湿热痹证有效成分提取及纯化工艺研究[J]. *时珍国医国药*, 2013, 24(11):2599-2602.
- [11] 薛剑,朱瑞琪,卢芳,等. 穿山龙总皂苷对痛风性关节炎大鼠肝脏组织 β 半乳糖苷酶和 β -N-乙酰氨基葡萄糖酶活性的影响[J]. *中医药学报*, 2014, 42(4):47-49.
- [12] 周琦,张宁,卢芳,等. 穿山龙总皂苷对痛风性关节炎大鼠关节炎滑膜 IL-1 β 及其信号转导通路的影响[J]. *中药药理与临床*, 2013, 29(6):52-57.
- [13] Liu X, Chen R, Shang Y, et al. Lithospermic acid as a novel xanthine oxidase inhibitor has anti-inflammatory and hypouricemic effects in rats[J]. *Chem Biol Interact*, 2008, 176(2-3):137-142.
- [14] 符涛,付玉梅,江庆萍,等. 辣椒素对大鼠痛风性关节炎的作用[J]. *中药材*, 2014, 37(3):491-494.
- [15] 宋永刚. 《本经》葛根功效释义[N]. *中国中医药报*, 2011-06-20004.
- [16] 徐翔峰,彭江云,肖泓,等. 吴生元教授辨治急性痛风性关节炎经验介绍[J]. *新中医*, 2012, 44(4):161-162.
- [17] 桂璇. 红茴香根皮的化学成分及抗痛风性关节炎的活性研究[D]. 福州:福建中医药大学, 2014.
- [18] 马颖,颜海燕,刘梅,等. 鸡矢藤提取物对尿酸钠晶体诱导大鼠急性痛风性关节炎影响的研究[J]. *中国药房*, 2008, 19(6):411-414.
- [19] 马越,吕圭源,陈素红. 葛根提取物抗痛风性关节炎作用及机制初探[J]. *中药新药与临床药理*, 2011, 22(3):241-244.
- [20] 张莹. 虎杖对家兔急性痛风性关节炎中 Caspase-3 和 PPAR- γ 的影响[D]. 咸阳:陕西中医药大学, 2008.
- [21] 刘湘玲. 注射用灯盏花素治疗急性痛风性关节炎 34 例临床观察[J]. *中国中医急症*, 2009, 18(8):1271-1272.
- [22] 凌家艳,薛莎,沈霖. 大血藤外敷配合中药内服治疗急性痛风性关节炎 64 例[J]. *中国中医急症*, 2013, 22(6):1036-1037.
- [23] 何立丽,吕文良,孙桂芝. 中药提取物抗原发性肝癌的研究进展[J]. *中华中医药杂志*, 2014, 29(4):1175-1178.

(收稿日期 2015-01-25)

欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅

正胆汤加减治疗冠心病稳定型心绞痛临床观察*

李双娣¹ 王鑫焱² 邓悦^{1△}

(1. 长春中医药大学附属医院, 吉林 长春 130021; 2. 长春中医药大学, 吉林 长春 130117)

中图分类号: R541.4 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1218-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.033

【摘要】目的 观察正胆汤加减治疗稳定型心绞痛患者的临床疗效。**方法** 将 63 例稳定型心绞痛患者随机分为治疗组 31 例与对照组 32 例。治疗组应用常规药物加正胆汤加减治疗, 对照组应用常规药物加丹蒌片治疗, 两组疗程均为 3 周。**结果** 治疗组总有效率为 83.87%, 明显高于对照组的 71.88% ($P < 0.05$); 治疗后治疗组中医证候积分降低水平明显优于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后均能显著降低心肌缺血总负荷 ($P < 0.05$)。**结论** 正胆汤治疗稳定型心绞痛疗效显著。

【关键词】 正胆汤 稳定型心绞痛 心肌缺血总负荷 痰瘀互结证

Clinical Observation of Zhengdan Decoction in the Treatment of Stable Angina Pectoris LI Shuang di¹, WANG Xinyan², DENG Yue¹. 1 The Affiliated Hospital to Changchun Traditional Chinese Medical University, Jilin, Changchun 130021, China; 2 Changchun University of Chinese Medicine, Jilin, Changchun 130117, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of Zhengdan Decoction on patients with stable angina. **Methods:** The 63 cases of unstable angina patients were randomly divided into two groups: 31 in the treatment group, 32 in the control group. The treatment group took conventional drugs plus modified treatment of Zhengdan Decoction; the control group took conventional drugs plus Danlou tablets. The treatment lasted for three weeks. **Results:** The total effective rate of the treatment group was 83.87%, higher than that of the control group 71.88%. The total efficiency of the treatment group was significantly higher ($P < 0.05$). After treatment, the reduced level of symptom scores was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the total ischemia burden can significantly reduce in both groups ($P < 0.05$). **Conclusions:** Zhengdan Decoction treatment of stable angina (phlegm type) has a significant effect.

【Key words】 Zhengdan Decoction; Stable angina; Total ischemia burden; Turbid phlegm and blood stasis

冠心病稳定型心绞痛是临床常见的心血管系统疾病, 患者多表现为胸闷痛, 伴见气短、乏力症状, 其本质为冠状动脉斑块引起的冠脉狭窄或痉挛。近年来, 冠心病的发病率及死亡率仍高居不下^[1], 西医治疗冠心病稳定型心绞痛多行 PCI 手术, 但却遇到了无复流现象及术后再狭窄的瓶颈问题。中医药在预防冠心病发生, 改善患者生活质量方面, 效果突出, 笔者选用正胆汤治疗痰瘀互结型冠心病稳定型心绞痛疗效显著, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例西医诊断标准参照《缺血性心脏病的命名及诊断标准》^[1]及 2007 年《慢性稳定型心绞痛诊断与治疗指南》^[2]。中医证候诊断标准参照

《中医病证诊断疗效标准》^[3]、《冠心病中医辨证标准》^[4]、《中医心病诊断疗效标准与用药规范》^[5]及 2002 年《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6], 辨证为痰瘀互结证。纳入标准: 1) 符合冠心病稳定型心绞痛诊断及中医证候诊断标准, 符合中医“胸痹”痰瘀互结证诊断标准; 2) 心绞痛发作时伴有心电图相邻两个导联的 ST 段缺血性下降 > 0.1 mV, T 波倒置、低平; 3) 年龄在 40~75 岁之间并签署知情同意书者。排除标准: 1) 急性心肌梗死、不稳定型心绞痛、重度神经官能症、更年期综合征、颈椎病所致胸痛者; 2) 收缩压 ≥ 180 mmHg (1 mmHg ≈ 0.133 kPa), 舒张压 ≥ 110 mmHg、重度心肺功能不全、重度心律失常(快速房颤、房扑、阵发性室速等)者; 3) 合并有肝、肾、造血系统等严重原发性疾病、精神病患者; 4) 年龄在 18 岁以下, 或 75 岁以上, 妊娠或哺乳期妇女, 过敏体质者; 5) 近 3 个月内参加其他临床试验的患者; 6) 过敏体质及对多种药物过敏者(包括本方案内所涉药物); 7) 不符合纳入标准, 未按规定服

* 基金项目: 国家中医临床研究基地业务建设科研专题课题 (JDZX2012067)

△ 通信作者(电子邮箱: dyue7138@sina.com)

药,无法判断疗效及资料不全等影响疗效或安全性判断者。

1.2 临床资料 选取2014年1月至2014年12月于长春中医药大学附属医院心病科就诊患者63例。按随机数字表法将其分为治疗组31例与对照组32例。治疗组男性16例,女性15例;平均年龄(55.18±5.54)岁;平均病程(8.12±6.21)年;高血压病6例,糖尿病8例,高脂血症16例;心绞痛积分平均(12.81±4.10)分。对照组男性17例,女性15例;平均年龄(55.14±6.12)岁;平均病程(7.89±6.72)年;高血压病5例,糖尿病9例,高脂血症17例;心绞痛积分(12.55±3.94)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 两组患者停止慢性硝酸酯类治疗和其他抗心绞痛治疗,合并高血压病及糖尿病者给予有效控制血压及血糖。可以使用 β 受体阻滞剂或钙离子拮抗剂,维持入组前的剂量,在整个研究期间,患者除维持原有药物外,禁止加用或使用钙拮抗剂、硝酸酯类药物(除外在心绞痛发作时使用短效硝酸甘油)。治疗组给予常规治疗药物,阿司匹林(德国拜尔公司)100 mg,每日1次,口服;阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司)20 mg,每日1次,口服。同时给予正胆汤,组方:党参15 g,丹参15 g,川芎10 g,当归15 g,酸枣仁15 g,代赭石15 g,法半夏10 g,陈皮10 g,茯苓15 g,竹茹10 g,枳实10 g,甘松10 g,甘草6 g。每日2次,口服。对照组给予常规治疗药物加用丹菱片(吉林康乃尔药业)每次3粒,每日3次,口服。两组疗程均为3周。

1.4 观察指标 观察两组患者治疗后临床症状与体征的变化,观察两组治疗后心绞痛疗效、中医证候积分疗效、心肌缺血总负荷疗效。

1.5 疗效标准 疗效标准参照《中药新药治疗胸痹(冠心病心绞痛)的临床研究指导原则》及1979年中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会《冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准》制定。中医证候疗效判定标准如下。显效:证候积分降低 $\geq 70\%$ 。有效:证候积分降低30%~70%。无效:证候积分降低 $<30\%$ 。加重:证候积分升高。心肌缺血总负荷(TIB)疗效判定标准如下。显效:TIB下降 >40 mm/(min·24 h)。有效:TIB下降10~40 mm/(min·24 h)。无效:TIB下降 <10 mm/(min·24 h)。加重:TIB升高。疗效指数(EI)=(疗前积分-疗后积分)/疗前积分 $\times 100\%$ 。

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

2 结果

2.1 两组冠心病稳定型心绞痛患者治疗后心绞痛疗效比较 见表1。结果示治疗组总有效率为83.87%,

表1 两组冠心病稳定型心绞痛患者心绞痛疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率(%)
治疗组	31	10	16	5	0	83.87 [△]
对照组	32	8	15	8	1	71.88

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

明显高于对照组的71.88%($P<0.05$)。

2.2 两组冠心病稳定型心绞痛患者中医证候积分、TIB比较 见表2。结果示治疗后两组中医证候总分、TIB数值均较治疗前显著下降($P<0.05$);两组比较,治疗组治疗后中医证候积分下降程度较对照组显著($P<0.05$),TIB数值无明显差异($P>0.05$)。

表2 两组冠心病稳定型心绞痛患者治疗前后中医证候总积分、TIB数值比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	中医证候总积分(分)	TIB
治疗组 (n=31)	治疗前	11.03±0.88	64.06±12.19
	治疗后	4.26±0.79 [△]	29.55±8.81*
对照组 (n=32)	治疗前	11.03±0.98	65.84±11.79
	治疗后	6.41±0.76*	28.22±11.10*

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

3 讨论

冠心病稳定型心绞痛属于中医学“胸痹”范畴。笔者在多年临床用药的基础上,结合国医大师任继学教授提出的“杂病伏邪”理论,认为痰瘀伏邪是冠心病稳定型心绞痛发生发展过程中的重要病因。正气不足,脾气亏虚,运化失司,津液聚而生痰,痰阻气机,进一步形成气滞血瘀,从而形成痰、瘀等后天伏邪,伏邪内藏于体内虚弱之处,不宜被发现及祛除,待营卫不和,逆于肉腠发病,临床期(急性期或发作期)正不胜邪,触动痰瘀伏邪(痰瘀互结)。缓解期(稳定期)正能胜邪,邪气内藏,伏而待发(痰瘀伏络)。痰瘀之邪是“伏邪”理论的物质基础,正气亏虚即气虚、气滞是伏邪触发的外在条件,故祛除痰瘀之邪生成的始动环节,加之加强后天正气,其病因祛除,病不易发。笔者本着“以通为主,祛除伏痰、伏瘀、伏毒以救心”的基本法则,采用“益气豁痰,化瘀通络”的方法,以尽早阻断正虚,痰瘀互结这条心系疾病的共有通路,真正达到“未病先防、已病防病”的科学目的,充分发挥中医学“治未病”的作用。正胆汤出自《续名医类案》,方取酸枣仁、赭石为君,益胆气、散胆滞、镇逆气、开壅结,二者一通一补,一降一散,使胆胃枢机转运开合正常,共为方中主药。配二陈竹枳温和胆腑、理气化痰。诸药合用,可使胆胃调和、枢机转运,脏腑功能正常。原方常用于治疗胆道或胃肠疾病,本研究中的方药根据古籍《医学入门》提出的“胆心相通”理论,在正胆汤基础上加用党参、丹参、川芎、当归、甘松等化瘀通络之药,丹参味苦而性微寒,归心、心包、肝

经,《本草正义》中记载“丹参,专入血分,其功在于活血、行血、内之达脏腑而淤滞,血行则淤祛络通”。据现代药理研究,丹参有抗血小板聚集,降低血液黏稠度,改善微循环的作用。川芎辛温,归肝胆心包经,活血行气,疏风止痛。川芎含川芎总酚,具有扩张冠状动脉,改善心肌供血抑制血栓素的生成与活性及抑制血管平滑肌收缩等功能。甘松芳香开窍,宣泄郁邪,故应用此方既可祛痰,又可祛瘀。上药与正胆汤结合共奏活血化痰,祛痰通络之效。

本研究应用正胆汤加减方治疗痰瘀互结型冠心病稳定型心绞痛。结果表明,用药3周后,治疗组对中医证候疗效和中医证候总积分改善均显著优于对照组。说明在对痰瘀互结型胸痹心痛患者的症状改善方面正胆汤加减优于丹蒺片。近年来,大量学者提出“胸痹心痛”与痰浊、瘀血密切相关,痰瘀互结证约占冠心病的50%~70%,在治疗方面针对痰瘀互结的病因病机辨证论治具有重要的意义^[7]。褚福永等^[8]发现冠心病中痰瘀互结型胸痹心痛较其他证型常见,且通过冠脉造影发现冠状动脉三支病变及中重度狭窄的病变中痰瘀互结证最为常见。故正胆汤加减对痰瘀互结型胸痹心痛证更有针对性,故在证候改善方面疗效更显著。

在对TIB的改善方面,两组均能有效降低患者TIB,有改善心肌缺血缺氧状态的作用,且疗效较显著。研究报告,TIB与急性冠脉事件存在着强相关关系,并且TIB是心脏相关性死亡最强且独立的危险预示因子^[9]。且冠心病患者的TIB具有重要的预后评价意义。冠心病患者心肌缺血总负荷可以高度提示冠状动脉的狭窄程度,且呈正相关性,即若TIB明显升高,则说明冠状动脉有较严重的狭窄,提示患者病情较重^[10]。结果提

示,正胆汤加减与丹蒺片均能有效改善冠心病心绞痛患者心肌缺血缺氧状态,改善缺血心肌的代谢障碍,且抗心肌缺血作用一致。正胆汤加减在治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床应用中取得了良好的疗效,发挥了中医辨证论治,针对痰瘀互结病机论治的显著疗效。

参 考 文 献

[1] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:14.
 [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:68-73,73-77.
 [3] 王薇,赵东. 中国老年人高血压的流行病学[J]. 中华老年医学杂志,2005,24(4):246-247.
 [4] 苑冀蓉,王开正,邓正华,等. 高血压患者血浆 n-Dimer、VWF、GMP-140 和 Fbg 含量测定[J]. 中华临床医药杂志,2002,12(3):7.
 [5] 黄春林. 心血管科专病中医临床诊治[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:148.
 [6] 宋业琳,于广宇,魏陵博,等. 补肾活血法干预老年单纯收缩期高血压患者疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(3):268-270.
 [7] 房肖曼,陈晓. 中医辨治痰瘀互结型冠心病研究进展[J]. 辽宁中医杂志,2008,35(8):1272-1274.
 [8] 褚福永,王阶,姚魁武,等. 冠心病不稳定型心绞痛中医辨证分型与血脂及冠脉造影结果的相关性研究[J]. 北京中医药,2009,28(12):918-921.
 [9] Jinn Rungkuo, Tsung Jerchou, Chung Chingchio. Coagulopathy as a parameter to predict the outcome in head injury patients—analysis of 61 cases[J]. Journal of Clinical Neuroscience, 2004, 11(7):710-714.
 [10] 马立青,李芸,刘兆英. 心肌缺血总负荷与冠心病的相关性研究[J]. 海南医学,2008,19(11):7-8.

(收稿日期 2015-01-30)

自拟骨愈康复灵汤配合切开复位钢板内固定术治疗桡骨远端骨折的临床疗效研究

王宏亮 孙剑波 和佳敏
 (中航工业西安医院,陕西 西安 710077)

中图分类号:R274.1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1220-03
 doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.034

【摘要】目的 观察自拟骨愈康复灵汤配合切开复位钢板内固定术治疗桡骨远端骨折的临床疗效。**方法** 168例桡骨远端骨折患者均行切开复位术加单纯钢板内固定,按随机数字表法均分为对照组和观察组各84例。对照组给予常规治疗及康复方法,观察组在对照组的基础上加用自拟骨愈康复灵汤。观察两组临床疗效、患肢功能恢复情况评定以及并发症。**结果** 观察组总优良率97.62%高于对照组的89.29%($P < 0.05$)。观察组完成背伸、掌曲、桡偏、尺偏、旋前、旋后等动作的角度均明显优于对照组(均 $P < 0.05$)。观察组的并发症发生率有低于对照组的趋势,但差别不大($P > 0.05$)。**结论** 自拟骨愈康复灵汤运用在切开复位钢板内固定治疗桡骨远端骨折具有较好疗效,可以促进患者患肢功能恢复。

【关键词】 桡骨远端骨折 自拟骨愈康灵汤 切开复位术 钢板内固定术

桡骨远端骨折是指骨折部位在桡骨下端关节面3厘米,该部位是松骨质和密骨质的交界,较为脆弱,一旦遭受外力极易骨折。目前治疗桡骨远端骨折主要是手术,包括闭合复位石膏固定、闭合复位克氏针固定、支架外固定、切开复位钢板螺钉内固定。一直以来,闭合复位后采用石膏固定为主要治疗方式。近年来,随着切开复位钢板内固定日益增多,目前部分学者认为,其与闭合复位石膏固定比较,具有降低并发症、低费用的特点^[1]。研究表明,骨愈灵胶囊能促进骨折愈合、增加骨密度^[2-3]。笔者在骨愈灵胶囊基础上采用自拟骨愈康灵汤配合切开复位钢板内固定术治疗桡骨远端骨折,观察患者临床疗效、患肢功能恢复情况评定以及并发症。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:术前均行X线检查或者CT三维成像检查,确诊为桡骨远端骨折者;受伤时间小于48h,均为新鲜骨折者;轴压缩>2cm或者背伸成角>20°;了解本研究的具体内容,承诺配合相关检查和随访。排除标准:严重的开放性新鲜骨折,并伴有血管损伤者;伴有神经损伤;陈旧性骨折者;心脏病、糖尿病、肿瘤或者其他严重器官疾病者;在治疗过程中,对本研究所用药物出现严重过敏或者严重副作用者;观察期间提前出院,资料不全者;期间因其他原因退出本研究者。

1.2 临床资料 选取2013年2月至2014年2月期间中航工业西安医院收治的168例桡骨远端骨折患者均行切开复位术加单纯钢板内固定术,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组84例。对照组84例,男性46例,女性38例;年龄14~68岁,平均(38.67±14.53)岁;受伤到入院时间1~23h,平均(4.75±2.78)h;摔伤23例,交通事故受伤18例,坠落伤10例,运动伤10例,重物击创23例;74例为闭合新鲜骨折,10例新鲜开放性骨折;按照国内固定研究学会(AO/ASIF)对桡骨远端骨折的分类,A型10例,B型34例,C型40例。对照组84例,男性41例,女性43例,年龄18~74岁,平均(47.32±14.76)岁;受伤到入院时间2~22h,平均(6.85±3.96)h;摔伤29例,交通事故受伤15例,坠落伤13例,运动伤9例,重物击创18例;69例为闭合新鲜骨折,15例新鲜开放性骨折;按照AO/ASIF对桡骨远端骨折的分类,A型9例,B型39例,C型36例。两组在年龄、性别、入院时间、受伤原因等基线资料方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 1)手术方法。手术在臂丛麻醉或者全身麻醉下进行。采用X光机透视和拍片。预先采用牵引台辅助固定或者采用外支架将桡骨干和第二掌骨

定,作用临时固定和牵引。掌侧入路,掌侧桡侧的屈腕肌腱的桡侧端进行切口,切口的远端不能超过腕掌侧远端的横纹,同时切口向近端延长5cm左右。依次切开皮肤、皮下粗纤维和深筋膜后。从桡侧屈腕的肌腱桡侧端和桡动脉之间进行钝性分离。暴露旋前方肌后将其切断,随即暴露骨折部位。横行切开发节囊约1~2cm,以便及时了解手术复位情况。进行手术复位,恢复桡骨骨茎突的长度、掌倾角和尺偏角,采用克氏针维持固定并选择长度、角度均合适钢板,置入桡骨远端掌侧,序列打入螺钉。背侧入路,沿着拇长伸肌肌鞘做一道纵行切口,切口的远端超过腕掌侧远端的横纹1cm左右,同时向近端延长约8cm左右。切开腕背侧支持带,暴露拇长伸肌肌鞘,切开肌腱并将之向桡侧端牵引。随即将骨膜切开,从骨折部位背侧缘依次分离桡侧腕伸肌肌鞘和指总伸肌肌鞘,充分暴露骨折部位,采用2mm克氏针进行维持固定,进行复位,确认复位满意后,并选择长度、角度均合适的背侧固定钢板,术后加压包扎。2)药物治疗。对照组给予常规治疗及康复方法。术后服用非甾体抗炎药物,连续2周,防止伤口发炎。切口引流在术后24~48h拔除。术后2周切口拆线术后进行加压包扎,3d后换药,开始进行腕关节主动锻炼。嘱患者每日锻炼5次,每次锻炼的时间不短于10min,总时间不小于50min,锻炼的次数不小于200次。同时嘱患者在术后12周内均不能手持重物,但可做简单日常活动。观察组在对照组治疗基础上加用自拟骨愈康灵汤:三七6g,血竭1.5g,红花10g,当归12g,川芎10g,赤芍12g,制乳香5g,制没药9g,大黄9g,续断12g,骨碎补25g,五加皮10g,补骨脂20g(包煎),怀牛膝15g,自然铜9g(先煎)。水煎服,每日1剂,每日3次,每次100mL。同时取煎药液外洗,每日2次。治疗3个月。

1.4 观察指标与疗效标准 1)疗效评定标准采用Dienst^[4]关节功能评定标准进行,分为4级。优:关节外形正常,功能完全恢复,顺利完成屈伸旋转等动作,未感觉明显疼痛。良:关节外形轻度畸形,功能基本恢复,基本能完成屈伸旋转动作,未感觉明显疼痛。中:关节外形轻度畸形,但是功能有一定障碍,不能顺利完成屈伸旋转等动作,未感觉明显疼痛。差:关节明显畸形,不能顺利完成屈伸旋转动作,并且伴有疼痛,功能明显障碍。根据结果计算优良率。2)采用Gartland-Werley功能评定标准^[5],记录患者患肢关节完成各种动作,包括背伸、掌曲、桡偏、尺偏、旋前、旋后的角度。3)记录各组并发症发生的例数。

1.5 统计学处理 采用SPSS 19.0统计学软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用百分比

表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组桡骨远端骨折患者临床疗效比较 见表1。结果示,观察组总优良率高于对照组($P < 0.05$)。

表1 两组桡骨远端骨折患者临床疗效比较(n)

组别	n	优	良	中	差	总优良(%)
观察组	84	69	13	1	1	82(97.62) [△]
对照组	84	62	13	7	2	75(89.29)

与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组桡骨远端骨折患者患肢功能恢复情况评估比较 见表2。结果示,观察组完成背伸、掌曲、桡偏、尺偏、旋前、旋后等动作的角度均明显优于对照组(均 $P < 0.05$)。

表2 两组桡骨远端骨折患者患肢功能恢复情况评估比较(°, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	背伸	掌曲	桡偏	尺偏	旋前	旋后
观察组	84	39.52±11.65 [△]	41.65±15.65 [△]	25.70±9.03 [△]	27.47±12.01 [△]	63.96±17.87 [△]	73.54±13.42 [△]
对照组	84	28.76±11.63	31.76±18.96	18.37±8.11	18.68±9.00	55.12±14.98	64.65±11.52

2.3 两组桡骨远端骨折患者并发症比较 见表3。观察组的并发症发生率有低于对照组的趋势,但两组并发症发生差别不大($P > 0.05$)。

表3 两组桡骨远端骨折患者并发症比较 n(%)

组别	n	骨延迟愈合	钉孔感染	合计
观察组	84	1(1.19)	1(1.19)	2(2.38)
对照组	84	3(3.57)	3(3.57)	6(7.14)

与对照组比较, [△] $P > 0.05$ 。

3 讨论

桡骨远端骨折是临床上较为常见骨折类型,由于其解剖特点较为特殊,骨折后多呈现粉碎状,骨折部位骨质坍塌。桡骨远端骨折多采用非手术治疗方法就能获得较为满意的治疗效果^[6],但是手术复位失败,或者是伴有关节内骨折者,往往需要手术治疗。当桡骨关节面位移超过 2 mm 时,局部压力增加会导致腕关节位置和运动方式的改变,并最终影响腕关节功能^[7]。不稳定骨折即使采用手法复位以后,单纯的石膏固定难以维持内部的稳定性,而且再移位的发生几率增大。近年来,随着对骨折的认识以及内固定术的发展,采用切开复位加钢板内固定是治疗桡骨远端骨折的有效方式^[8-9],切开复位内钢板固定能获得相对较好的复位

和腕关节功能。骨折时,皮下组织、小血管和肌肉组织等发生损伤,细胞液受到损伤,多处出现局部出血、血栓、局部水肿,进一步导致炎症反应,影响骨折术后愈合。在骨折愈合过程中,循环、供血及骨重建具有重要意义。

本研究自拟骨愈康复灵汤方中,三七化瘀消肿定痛;血竭活血化瘀;当归补血活血;川芎行气开郁,活血止痛;赤芍凉血散瘀止痛;乳香活血行气止痛;红花活血散瘀止痛,没药活血止痛消肿,二者合用具有活血、祛瘀、止痛之功;大黄泻热通肠,逐瘀通经;续断补肝肾,强筋骨;骨碎补补肾强骨,续伤止痛;五加皮、补骨脂补脾肾强筋骨;怀牛膝活血化瘀宽筋;自然铜散瘀止痛,续筋接骨。诸药合用内服加外洗,共奏活血化瘀、滋阴补肾、强筋健骨之功,在骨折治疗和预后中起着积极的意义。

本研究采用自拟骨愈康复灵汤运用在切开复位钢板内固定治疗桡骨远端骨折具有较好疗效,可以促进患者患肢功能恢复。同时可能具有降低并发症发生率的优势,值得临床推广使用。

参 考 文 献

- [1] 陈强,张建明,余桦. 切开复位钢板内固定治疗桡骨远端不稳定骨折[J]. 实用骨科杂志,2007,13(9):555-556.
- [2] 刘继平,程玥,张恩户. 骨愈灵胶囊对大鼠桡骨骨折愈合 X 线片的影响[J]. 广西中医药,2010,33(1):51-52.
- [3] 程玥,张恩户,刘继平. 骨愈灵胶囊对去卵巢致大鼠骨质疏松模型的影响[J]. 陕西中医学院学报,2008,31(2):41-42.
- [4] Dienst M, Wozasek GE, Seligson D. Dynamic external fixation for distal radius fractures [J]. Clin Orthop, 1979, 338: 160-171.
- [5] 贡小强,张亚俊,徐东来,等. 锁定钢板内固定治疗桡骨远端复杂骨折疗效观察[J]. 实用骨科杂志,2013,19(1):70-71.
- [6] 钱长胜,张光明,郁斌,等. 影响切开复位钢板内固定治疗桡骨远端骨折的疗效因素分析[J]. 吉林医学,2014,35(8):1601-1602.
- [7] Baratz ME, Des Jardins J, Anderson DD, et al. Displaced intra-articular fractures of the distal radius: the effect of fracture displacement on contact stresses in a cadaver model [J]. J Hand Surg (Am), 1996, 21: 183-188.
- [8] 董强,马信龙,马宝通,等. LCP 钢板与外固定架治疗 C 型桡骨远端骨折的疗效比较[J]. 中华骨科杂志,2012,32(3):249.
- [9] 满达,李玉祥,李水林. 两种不同类型钢板治疗桡骨远端不稳定骨折分析[J]. 医药信息杂志,2012,33(6):1140.

(收稿日期 2015-03-20)

中西医结合治疗老年慢性喘息型支气管炎急性发作期临床观察*

程桂丽 李萍[△] 闫兆

(解放军第九七医院,江苏徐州 221009)

中图分类号:R562.2+1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1223-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.035

【摘要】目的 观察中西医结合治疗老年慢性喘息型支气管炎急性发作期的临床疗效。**方法** 将符合标准的慢性喘息型支气管炎急性发作期患者70例,随机分为观察组和对照组,对照组给予常规西医治疗,观察组在对照治疗基础上给予小青龙汤加减治疗;治疗2疗程后,对比分析两组患者在治疗效果方面的差异。**结果** 观察组总有效率为91.43%,高于对照组的77.14%($P<0.05$);观察组在症状缓解时间、阳性体征消失时间、血氧饱和度恢复正常时间、住院时间均短于对照组($P<0.05$);肺功能指标两组均有改善($P<0.05$),观察组改善优于对照组($P<0.05$)。**结论** 在西医治疗基础上辨证结合小青龙汤治疗,可显著提高老年慢性喘息型支气管炎急性发作期的疗效,并可显著改善肺功能。

【关键词】 慢性喘息型支气管炎 急性发作期 中西医结合治疗

Efficacy of Integrative Medicine on Treating Elderly Patients with Chronic Asthmatic Bronchitis Acute Exacerbation CHENG Guili, LI Ping, YAN Zhao. 97th People's Liberation Army Hospital, Jiangsu, Xuzhou 221009, China

【Abstract】Objective: To investigate the clinical efficacy of combination therapy on elderly chronic asthmatic bronchitis acute exacerbation. **Methods:** 70 standard cases were randomly divided into control group and treatment group, 35 in each. The control group received the normal modern therapy, while the treatment group added the TCM Xiaqinglong decoction. After 2 courses, comparative analysis was made between both groups of patients in terms of treatment. **Results:** The efficacy of the treatment group was higher than that of the control group ($P<0.05$). In the treatment group, the remission time, signs disappeared time, SpO_2 recovery time, and hospital stay were shorter than those of the control group ($P<0.05$); lung function index was improved in both groups ($P<0.05$), and the treatment group was better than the control group ($P<0.05$). **Conclusions:** Based on Western medicine, dialectical combination of the TCM Xiaqinglong decoction can significantly improve the efficacy and significantly improve lung function, worthy of clinical application.

【Key words】 Chronic asthmatic bronchitis; Acute exacerbation; Treatment of integrative medicine

喘息型支气管炎好发于老年人,50岁以上人群的患病率高达13%^[1]。本病属于慢性阻塞性肺疾病中的一种,反复发作,迁延不愈,病情呈进行性发展,部分患者发展为阻塞性肺气肿、肺源性心脏病,严重危害着老年人群的身心健康。实践证明,单纯采用西药治疗本病,并不能取得理想的治疗效果^[2-3]。有鉴于此,笔者采用中西医结合治疗老年慢性喘息型支气管炎急性发作期,效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)符合《内科学》^[4]中“慢性喘息型支气管炎”的诊断标准。2)中医诊断标准符合《中医病证诊断疗效标准》^[5]中“喘病(风寒束肺证)”的诊断标准。3)纳入标准为符合上述慢性喘息型支气管炎急性发作

期“病”、“证”诊断标准。4)排除标准:合并有心肺疾患,如肺结核、支气管哮喘、支气管扩张、肺癌等引起的慢性咳嗽、咯痰;不能按时用药,影响疗效判断、资料不全者。

1.2 临床资料 研究对象均来自2013年1月至2014年6月解放军第九七医院干部病房的慢性喘息型支气管炎急性发作期的患者70例,按照随机数字表法分为观察组与对照组各35例。两组患者在性别、年龄、病程、病情严重程度、肺功能等临床资料方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组老年慢性喘息型支气管炎患者一般资料比较

组别	n	性别(n)		年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	病程(年, $\bar{x}\pm s$)	病情严重程度(n)		
		男	女			轻度	中度	重度
观察组	35	20	15	60.48±6.76	5.84±3.01	24	9	2
对照组	35	21	14	60.24±6.32	5.84±3.01	25	7	3

* 基金项目:解放军第九七医院院级课题(YN2013009)

[△]通信作者(电子邮箱:362939833@qq.com)

1.3 治疗方法 对照组常规予以低流量吸氧、抗生素控制感染、解痉平喘、化痰等治疗。观察组在对照组治疗基础上,给予小青龙汤加减。药物组成:炙麻黄 9 g,桂枝 15 g,白芍 10 g,炙甘草 5 g,干姜 10 g,细辛 3 g,姜半夏 12 g,制五味子 6 g。痰鸣喘息、胸满气逆者加射干、葶苈子各 10 g;寒痰较重,痰白清稀者加紫苏子、白芥子各 10 g;口唇发绀者加丹参 15 g。并嘱少吃膏粱厚味,注意保暖。每日 1 剂,水煎服 400 mL,分早、晚 2 次服。两组均以 5 d 为 1 个疗程,2 个疗程后评估临床疗效。

1.4 观察指标 1)疗效判定^[6]。显效:咳嗽、喘息、气促症状缓解,肺部阳性体征消失,指尖血氧饱和度(SPO₂)≥95%。有效:咳嗽、喘息、气促症状减轻,肺部体征好转,SPO₂≥90%且<95%。无效:咳嗽、喘息、气促症状无减轻,肺部体征无好转,SPO₂<90%。总体有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。2)症状缓解时间、阳性体征消失时间、SPO₂及肺功能检查。1 s 用力呼气容积 (FEV₁)、1 s 用力呼气量占肺活量百分比(FEV₁/FVC)。3)安全性评价。

1.5 统计学方法 应用 SPSS15.0 统计学软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 *t* 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组老年慢性喘息型支气管炎患者临床疗效比较 见表 2。治疗 2 个疗程后,观察组总有效率优于对照组($P<0.05$);且观察组显效率 80.00%高于对照组的 57.14%($P<0.05$)。

表 2 两组老年慢性喘息型支气管炎患者疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	显效(%)	有效	无效	总有效(%)
观察组	35	28(80.00) [△]	4	3	32(91.43) [△]
对照组	35	20(57.14)	7	8	27(77.14)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组老年慢性喘息型支气管炎患者症状体征改善情况比较 见表 3。治疗 2 个疗程后,观察组在症状缓解时间、阳性体征消失时间、SPO₂恢复正常时间、住院时间均短于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组老年慢性喘息型支气管炎患者症状体征缓解情况比较(*d*, $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	症状缓解时间	阳性体征消失时间	SPO ₂ 恢复正常时间	住院时间
观察组	35	6.98±2.02 [△]	8.02±0.94 [△]	6.13±1.05 [△]	9.58±2.62 [△]
对照组	35	10.08±3.22	12.41±1.32	8.37±1.83	14.16±2.42

2.3 两组老年慢性喘息型支气管炎患者肺功能指标比较 见表 4。治疗 2 疗程后,两组肺功能指标均有改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组改善优于对

表 4 两组老年慢性喘息型支气管炎患者肺功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FEV ₁ (L)	FEV ₁ /FVC(%)	FEV ₁ 占预计值(%)
观察组	治疗前	1.35±0.28	53.93±7.62	55.81±9.47
	治疗后	3.46±0.65 ^{*△}	64.63±6.19 ^{*△}	65.48±6.87 ^{*△}
对照组	治疗前	1.36±0.25	54.63±8.21	55.72±9.45
	治疗后	2.76±0.55 [*]	74.31±6.84	75.26±7.47

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

照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.4 安全性评价 在治疗期间,所有患者均未出现与药物相关的不良反应。

3 讨论

喘息型支气管炎易反复发作,病程长,并呈进行性发展趋势,感染为常见诱因,发病机制尚不清楚,临床以咳、痰、喘为主要临床表现。目前,国内外学者认为慢性喘息型支气管炎本质上是慢性支气管炎合并哮喘^[6]。本病可归属中医学“喘证”范畴。其发病机理主要在肺、肾两脏。因肺为气之主,司呼吸,为全身气机升降出入之枢纽;肺的宣肃功能正常,则吐浊吸清,呼吸调匀;若外邪侵袭,肺失宣肃,肺气胀满、呼吸不利而致喘促。肾为气之根,与肺同司气体之出纳,肾摄纳失常则气不归根,气逆于肺而为喘咳。本病急性发作期多由痰浊中阻,上干于肺,阻遏气机,气机不利,肺失肃降,故而引起咳、痰、喘。治疗以急则治其标为原则,治以蠲饮化痰、止咳平喘^[3,7]。

小青龙汤出自《伤寒论》,用于治疗寒饮伏肺、复感客寒而引发之喘咳。方中麻黄、桂枝相须为君,发汗散寒以解表邪,且麻黄又能宣发肺气而平喘咳,桂枝化气行水以利里饮之化。干姜、细辛为臣,温肺化饮,兼助麻、桂解表祛邪。然而素有痰饮,脾肺本虚,若纯用辛温发散,恐耗伤肺气,故佐以五味子敛肺止咳、芍药和养营血,二药与辛散之品相配,一散一收,既可增强止咳平喘之功,又可制约诸药辛散温燥太过之弊;半夏燥湿化痰,和胃降逆,亦为佐药。炙甘草兼为佐使之药,既可益气和中,又能调和辛散酸收之品。诸药合用,散中有收,开中有合,使风寒解,水饮去,宣降复,喘咳诸症自平。现代研究亦发现小青龙汤煎剂能显著拮抗组胺引起的离体豚鼠气管平滑肌收缩作用,显著减少哮喘大鼠气道阻力,增大肺动态顺应性,对外周小气道的病理改变有显著的改善作用。此外,小青龙汤还可选择性抑制 I 型变态反应的 IPR 和 LPR,从而起到免疫调节和抗炎作用^[8-9]。综上所述,小青龙汤可用于改善老年慢性喘息型支气管炎急性发作期咳喘、气促、痰鸣等临床症状。

本次研究以小青龙汤原方为基础,根据症状变化稍作加减,结合西医常规治疗,系统观察了其对于慢性喘息型支气管炎急性发作期疗效的影响。结果表明观察

组总体有效率显著高于对照组,且观察组在症状、体征及肺功能改善方面更明显,进一步证实了小青龙汤加减可显著提高老年慢性喘息型支气管炎急性发作期的疗效。

参 考 文 献

- [1] 彭小平. 慢性喘息型支气管炎的临床治疗体会[J]. 吉林医学, 2011, 32(18): 3740-3741.
- [2] 李华泉. 中药治疗老年性喘息型支气管炎慢性迁延期的临床观察[J]. 中国医药指南, 2012, 10(22): 285.
- [3] 温丽雅, 余红, 张淑娟, 等. 中医药治疗慢性支气管炎临床与基础研究进展[J]. 中国老年医学杂志, 2011, 31(5): 1934-1937.
- [4] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 60-61.
- [5] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 118.
- [6] 周渊, 周琴. 小青龙汤加减对老年慢性喘息型支气管炎急性发作期疗效的影响[J]. 中医临床研究, 2013, 5(18): 30-31.
- [7] 苏淑丹. 中西医结合治疗慢性喘息型支气管炎临床观察[J]. 中医临床研究, 2013, 5(6): 67-68.
- [8] 朱晓宏. 小青龙汤现代药理研究及临床应用概况[J]. 国医论坛, 2007, 22(6): 52-53.
- [9] 杨秀丽. 小青龙汤加减辅助治疗老年慢性喘息型支气管炎急性发作期疗效的影响 [J]. 黑龙江医学, 2014, 38(9): 1050-1051.

(收稿日期 2015-02-22)

大柴胡汤加味治疗老年急性胆囊炎临床观察

石坤和 高 瑛 顾 渊 夏惠钟 姜 民

(上海中医药大学附属市中医医院, 上海 200071)

中图分类号: R575.6+1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1225-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.036

【摘要】目的 观察大柴胡汤加味治疗老年急性胆囊炎的疗效。**方法** 将 76 例老年急性胆囊炎随机分为治疗组与对照组, 治疗组给予抗生素治疗基础上联合大柴胡汤加减, 对照组仅给予抗生素治疗。**结果** 治疗组保守治疗有效率为 88.89%, 明显高于对照组的 77.50% ($P < 0.05$); 治疗组腹痛消失及体温恢复正常显效时间明显短于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 大柴胡汤有疏肝利胆、行气止痛、清除肝胆湿热之功, 中西医结合治疗可以使急性胆囊炎急性感染症状得到更为有效的控制。

【关键词】 大柴胡汤 急性胆囊炎 中西医结合疗法

老年急性胆囊炎患者往往发病迅速, 因其并发症多, 治疗难度大。老年人急性胆道感染急症手术风险大, 并发症发生率及死亡率均显著升高, 故治疗方案的选择显得特别重要。笔者通过大柴胡汤加味联合抗生素治疗, 对 76 例老年急性胆囊炎患者进行分组治疗, 并进行比较, 评价疗效, 取得满意的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 中西医疾病诊断按文献[1-2]执行, 辨证属肝胆蕴热(急性单纯性胆囊炎一般辨证为此型)、肝胆湿热(急性化脓性胆囊炎常辨证为此型)。排除标准: 急性坏疽性胆囊炎(肝胆脓毒证)者不纳入; 合并胆管结石胆管炎及急性胆源性胰腺炎者不纳入; 有严重心肺疾患等明显手术禁忌证者不纳入。

1.2 临床资料 选择 2008 年 1 月至 2013 年 12 月间住院治疗的 76 例老年急性胆囊炎患者, 年龄 65~95 岁, 平均 80.5 岁。按照入院顺序号依次将患者随机分为两组, 治疗组 36 例(另有 4 例不愿意口服中药汤剂予排除), 男性 16 例, 女性 20 例; 年龄 65~90 岁, 平均 78.6 岁; 急性单纯性胆囊炎(肝胆蕴热)15 例, 急性化

脓性胆囊炎(肝胆湿热)21 例。对照组 40 例, 男性 18 例, 女 22 例; 年龄 66~95 岁, 平均 82.3 岁。急性单纯性胆囊炎胆管结石(肝郁气滞型)19 例, 急性化脓性胆囊炎(肝胆湿热型)21 例。合并症主要有冠心病、高血压病、慢性支气管炎、支气管扩张、糖尿病及脑梗死等。两组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 所有患者入院均给予保守治疗, 积极抗感染支持治疗。抗生素以第 2 代头孢菌素(头孢替安或头孢呋辛)加甲硝唑, 同时根据病情轻重给予禁食补液, 补充维生素等对症支持治疗。不用镇痛药。治疗组加服大柴胡汤加减: 柴胡 9 g, 白芍 9 g, 枳实 9 g, 黄芩 9 g, 生大黄 3 g(后下), 法半夏 6 g, 木香 6 g, 生姜 6 g, 大枣 9 g, 延胡索 9 g。病情重者生大黄加量 6~9 g, 郁金 9 g; 黄疸者加茵陈蒿 9 g, 虎杖 15 g。每日 1 剂, 水煎早晚 2 次口服。抗生素治疗 7~10 d, 中药治疗 2 周。

1.4 疗效判断 按文献[1]执行。对患者进行治疗前后临床症状(腹痛、恶心呕吐表现、体温、黄疸)观察、腹部体征对比, 并进行血常规、肝肾功能以及 B 超、CT 等检查比较。有效: 急性胆囊炎症状体征好转; 腹痛消失、

恶心呕吐消失、体温降至正常(午后体温 $<37\text{ }^{\circ}\text{C}$)、黄疸消退;腹部压痛消失、无反跳痛及肌紧张;血白细胞计数正常,中性分类正常;胆红素及转氨酶恢复正常。无效(中转手术):治疗过程中症状无缓解,或反而加重,全身中毒症状更加明显:腹痛不缓解、腹部压痛反跳痛范围扩大,肌紧张明显,体温升高血白细胞及中性粒细胞进一步升高,CT见胆囊周围炎性反应加重,渗出增多,提示胆囊积液、坏疽甚至穿孔等并发症。

1.5 统计学处理 采用 t 检验及 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组老年急性胆囊炎患者临床疗效比较 治疗组保守治疗有效 32 例,无效(中转急症开腹手术)4 例,有效率 88.89%;对照组分别有效 31 例,无效 9 例,有效率 77.50%。两组保守治疗有效率差异有统计学意义($P<0.05$)。保守无效而中转手术者均为急性化脓性胆囊炎(肝胆湿热型)患者。

2.2 两组老年急性胆囊炎患者治疗有效者主要症状缓解时间比较 见表 1。治疗组患者主诉腹痛消失时间及体温恢复正常时间均少于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组老年急性胆囊炎患者治疗有效者主要症状缓解时间比较($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	腹痛消失时间	体温恢复正常时间
治疗组	32	2.30 \pm 0.40 ^A	1.80 \pm 0.30 ^A
对照组	31	4.10 \pm 0.60	2.30 \pm 0.60

与对照组比较, ^A $P<0.05$ 。

3 讨论

急性胆囊炎是一种临床常见的急性感染性疾病,老年急性胆囊炎患者有其自身特点^[3]:生理功能老化,器官功能减退,同时合并症多,其恢复能力和对微生物防御能力降低。故具有相应的一些临床特点。1)病情重,进展快:老年人抵抗力及免疫功能差,一旦急性发病,反应能力差,往往在病情发展到较为严重时才就诊。就诊时病情较危重,进展也快,容易发生脏器功能障碍。2)合并症夹杂症多,风险大。老年患者常有多疾病并存。本组有合并症者占 75.2%,主要包括心脑血管疾病,呼吸障碍疾病,肝脏病,肾脏病和糖尿病,脑梗塞等。最常见为冠心病高血压,占 60.2%,给病情的治疗增加复杂性和难度。3)老年人器官储备功能下降,应急能力降低,易出现重症情况,而且耐受性差。

对于急性胆囊炎的治疗主要以手术和保守治疗。但是高龄老年人急症手术风险极大。一般以保守治疗为主,力争避免急症手术,稳定后再行择期手术相对稳妥安全。而保守治疗方面,西医主要采取抗生素抗感染治疗,相当一部分患者病情能得到控制,但仍有一部

分患者病情进展,感染难以控制,必须中转急症手术,风险较大,并发症发生率及死亡率显著升高。

胆囊炎属于中医学“胁痛”“黄疸”等病,多辨证为肝胆湿热或湿热蕴结^[4],严重可发展为肝胆脓毒证。其病机是因为感受外邪(或湿或热,或兼而有之),或饮食不节、过食肥甘或辛辣等,湿热之邪蕴结于肝胆,湿浊内生生化热,阻遏肝胆而成。属实证,脏腑同病,病位在肝胆。肝胆湿热和湿热蕴结的病机是相同的,只是程度上的不同,湿热蕴结的病情更为严重。所以治则上同样以利胆清热,疏肝利胆为主^[2]。大柴胡汤是《金匱要略》中治疗少阳、阳明病的经典方剂,具有较强的疏肝清热通里攻下作用。研究发现^[5]大柴胡汤组方能有效抗炎、控制胰腺分泌,降低胆管及胰管压力。方中柴胡味苦性微寒,能和解少阳,疏肝解郁;黄芩苦寒,清泄少阳表里之热,具有较强的清热通便作用,助力柴胡和解少阳之热以除少阳之邪,共为君药;大黄气味较重,能清泄肝胆经之火热,具有调节、增强胃肠蠕动,清肠清毒,改善循环等作用。另外,大黄可以解除胆道口括约肌痉挛,以促进胆汁排泄,并具有抗炎作用^[6];枳实泻阳明湿热、理气以通行腑气,与大黄共奏为臣药,木香能行气止痛,调中导滞,也可松弛胆道口括约肌,延胡索活血行气止痛,白芍敛阴和营,缓急止痛,有助于避免柴胡耗伤阴血;半夏、生姜又可调理胃气,降逆止呕,大枣、生姜相伍能和营卫而行津液,并调和诸药,共为佐使。诸药合用能清利气血,通畅脏腑郁结之内热。是治疗急性胆囊炎的有效药方^[7],不失为治疗老年急性胆囊炎的一种有效的辅助方法。本组中 36 例患者在应用抗生素积极抗感染的基础上加用大柴胡汤治疗,症状有效缓解明显高于单用抗生素组,急性感染症状能够得到更为有效的控制,急症中转手术明显减少,且腹痛消失、体温恢复正常时间均较对照组短,使疗程缩短。

参 考 文 献

- [1] 吕新生. 实用临床普通外科学:下册[M]. 长沙:中南大学出版社,2006:1354-1357.
- [2] 李乃卿. 中西医结合外科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:559-560.
- [3] 黄忠荣, 汤成华, 高尚志. 老年外科围手术期治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:19-28.
- [4] 孙宏远. 大柴胡汤加减治疗急性胆道感染及胆石症[J]. 中国药物经济学,2013,8(6):283-284.
- [5] 徐迎涛, 孙雪萍. 加味大柴胡汤治疗胆囊炎的实验研究[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(3):234-237.
- [6] 王梅, 陈俊荣, 宋翠荣, 等. 酒大黄的镇痛抗炎作用[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(5):255-257.
- [7] 曾玲莉. 中西医结合治疗急性胆囊炎疗效观察[J]. 中国中医急症,2012,21(7):1174.

(收稿日期 2014-10-08)

针药合用治疗中风后抑郁症 33 例临床观察*

杨晶¹ 王非¹ 肖文华²

(1.湖北省武汉市中医医院,湖北 武汉 430016;2.湖北省武汉市汉阳区晴川街社区卫生服务中心,湖北 武汉 430016)

中图分类号:R255.2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1227-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.037

【摘要】目的 观察耳穴电针结合西药盐酸氟西汀胶囊治疗中风后抑郁症的临床疗效。**方法** 将 63 例中风后抑郁症患者随机分为治疗组 33 例与对照组 30 例。治疗组采用耳穴电针结合西药盐酸氟西汀胶囊治疗,对照组口服盐酸氟西汀胶囊,两组疗程均为 6 周。**结果** 治疗组总有效率为 87.88%,高于对照组的 86.67%($P > 0.05$),但治疗组不良反应小于对照组($P < 0.05$)。两组治疗后 4 周、6 周后 HAMD 评分较治疗前均显著下降($P < 0.05$);治疗两周后两组比较,治疗组较对照组下降明显($P < 0.05$)。**结论** 在西药治疗中风后抑郁症同时,配合耳穴电针,可有效改善中风后抑郁症患者临床症状,与单纯西药治疗相比,两者疗效相当,具有起效时间短、副作用小等特点。

【关键词】 耳穴电针 盐酸氟西汀胶囊 中风后抑郁症 HAMD 评分 TESS 评分

Clinical Observation on the Treatment with Acupuncture Combined with Medicine On 33 Cases with Depression after Apoplexy YANG Jing¹, WANG Fei¹, XIAO Wenhua². 1 Wuhan Hospital of traditional Chinese Medicine, Hubei Province, Hubei, Wuhan 430016, China; 2 Qingchuan Street Community Health Service Center, Hanyang District, Wuhan City, Hubei Province, Hubei, Wuhan 430016, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical curative effect on treating post stroke depression with auricular electro acupuncture combined with fluoxetine hydrochloride capsules. **Methods:** Randomized clinical 63 cases of post stroke depression patients were divided into two groups, 33 cases in the treatment group, 30 cases in the control group. The treatment group took auricular electro acupuncture combined with fluoxetine hydrochloride capsules, while the control group took fluoxetine hydrochloride capsules. The two groups were treated for 6 weeks, Hamilton depression scale (HAMD) and Treatment Emergent Symptom Scale (TESS) were performed before and after treatment in 2 groups. **Results:** The total effective rate in the treatment group was 87.88%, higher than that of the control group 86.67% ($P > 0.05$). But the treatment group with the incidence of adverse reaction was lower than that of control group ($P < 0.05$). 4 weeks, 6 weeks after treatment, Hamilton depression scale (HAMD) of the two groups were significantly decreased ($P < 0.05$). After 2 weeks of treatment, compared with the control group, the treatment group was decreased significantly ($P < 0.05$), which indicated that the treatment group had a shorter onset time. **Conclusion:** At the same time of western medicine in the treatment of post stroke depression, with auricular electro acupuncture, can be effective in improving post stroke depression patients with clinical symptoms. Compared with western medicine treatment, it has equivalent efficacy, the characteristics of short onset time and the smaller side effect.

【Key words】 Auricular electro acupuncture; Fluoxetine hydrochloride capsules; Post stroke depression; Hamilton Anxiety Scale; Treatment Emergent Symptom Scale

中风后抑郁症(PSD)是发生在中风后的一种包括多种精神症状和躯体症状的复杂的情感性精神障碍性疾病,是脑血管意外后最常见和最严重的并发症之一^[1]。目前临床多采用SSRIs类药物治疗,但存在不同程度的变态反应及撤药综合征^[2],因而,越来越多的专家及学者将关注的重点放在了毒副作用较小的中医药治疗上。笔者采用耳穴电针结合口服盐酸氟西汀胶囊治疗本病取得了良好的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床中风诊断参照中华医学会神经科学会 1995 年第 4 届全国脑血管疾病会议制定的《各类脑血管疾病的诊断要点》^[3],并经 CT 或 MRI 证实。抑郁症诊断参照《中国精神疾病分类方案与诊断标准》(CCDM-3)中的诊断标准^[4]。纳入标准:1)抑郁症发生在中风病之后,有明确的时间先、后顺序。2)既往无抑郁症病史。3)未接受其他抗抑郁治疗。4)患者及家属知情并同意。排除标准:1)年龄在 18 岁以

* 基金项目:湖北省武汉市临床医学科研项目(WZ14A012014)

下或80岁以上。2)存在意识障碍、严重失语的患者。3)既往有严重器质性疾病。4)原有神经症或病情程度分级属严重抑郁症的患者。

1.2 临床资料 选取2013年7月至2014年6月间于本院门诊治疗的PSD患者63例,按随机数字表法将其分为治疗组33例和对照组30例。治疗组男性17例,女性16例;年龄30~75岁,平均51.65岁;平均病程1.74年。对照组男性15例,女性15例;年龄32~80岁,平均53.24岁;平均病程1.94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 治疗组在常规治疗的基础上,口服盐酸氟西汀胶囊,每次20mg,每日1次。并行耳穴毫针刺神门、脑干、心、肝、肾等。选用0.25mm×13mm毫针,用75%酒精消毒后刺入穴位,以针尖刚刺破软骨层为度,得气后在神门、脑干两穴处连接G6805-2低频脉冲治疗仪,采用疏密波,频率15Hz,刺激量以患者能够耐受为度,通电30min,左、右耳隔日取穴。每日1次,每周6次。对照组在常规治疗的基础上,口服盐酸氟西汀胶囊,每次20mg,每日1次。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,观察两组治疗后临床疗效及不良反应发生率。

1.5 疗效标准 抑郁症的疗效判定标准以汉密尔顿抑郁量表(HAMD)减分率进行疗效观察。采用HAMD 24项版本^[5]进行评分,分别于用药前、用药第2周、第4周、第6周后评定4次。痊愈:HAMD减分率≥75%。显效:HAMD减分率≥50%。有效:HAMD减分率≥25%。无效:HAMD减分率<25%。HAMD减分率=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。于用药第2周、第4周、第6周后行3次副反应量表(TESS)评定。疗效标准为无或极轻度;无明显副作用。轻度为有副反应,但影响不大。中度为有副反应,影响较大。重度为有副反应,且影响明显大于疗效。

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

2 结果

2.1 两组PSD患者临床疗效比较 见表1。结果示治疗组总有效率高于对照组($P>0.05$)。

表1 两组PSD患者临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	33	6	15	8	4	87.88
对照组	30	5	12	9	4	86.67

2.2 两组PSD患者治疗前后HAMD评分比较 见表2。结果示两组治疗后4周、6周后HAMD评分较治疗前均显著下降($P<0.05$);治疗两周后两组比较,治疗组较对照组下降明显($P<0.05$)。提示治疗组起效时间短。

表2 两组PSD患者治疗前后HAMD评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗2周	治疗4周	治疗6周
治疗组	33	30.62±4.10	22.89±3.45 [△]	16.35±4.91*	8.71±2.33*
对照组	30	33.36±5.53	30.65±5.63	15.73±3.77*	9.01±2.12*

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PSD患者治疗后TESS评分比较 结果示治疗6周后,治疗组TESS评分为(6.1±1.4)分,低于对照组的(15.9±3.5)分($P<0.05$)。说明与单纯口服盐酸氟西汀胶囊比较,耳穴电针结合中药在治疗PSD方面所产生的不良反应小。

3 讨论

抑郁症可归于中医学“郁证”范畴,认为本病病位在脑,涉及五脏,以心、肝、肾为主,有虚实之分,虚证多为气血不足、脏腑亏虚等所致,实证则多见于气郁、瘀血、痰湿内蕴或气血上逆等。临床治疗也多以疏肝理气、活血通络、化痰涤饮等治疗。本治疗通过选取耳穴心、肝、肾,可疏肝解郁、调理气血,脑干、神门可补益心气、镇静安神,配合电针强刺激,共收醒神开窍、疏肝解郁、养心安神之功。

目前,关于电针应用于治疗PSD的研究较多,且都得到了较好疗效^[6],本课题研究亦是其中之一。通过上述临床观察发现:在西药治疗PSD时,配合使用电针治疗,有着起效快、副作用小等优点,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 朱叶,曾屹峰.浅析中风后抑郁症之病因病机[J]. 中医药理学刊,2005,23(9):1673-1674.
- [2] 申鹏飞,孔莉,石学敏.醒脑开窍针法治疗卒中后抑郁症临床研究[J]. 中国针灸,2005,25(1):11-13.
- [3] 中华医学会第4届全国脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经内科学杂志,1996,29(6):379.
- [4] 中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3版. 济南:山东科学技术出版社,2001:87-88.
- [5] 张作记.行为医学量表手册[M]. 北京:中华医学会电子音像出版社,2005:223-225.
- [6] 黎小慧,陈俊琦,王惠庭,等.电针与抗抑郁药治疗中风后抑郁症比较的系统评价[J]. 中国全科医学,2012,15(3):802-806.

(收稿日期 2014-12-20)

针灸结合针刀触激术治疗腰椎间盘突出症 下肢症状的临床观察*

韦 晔¹ 李开平^{2△}

(1.南京中医药大学附属中西医结合医院,江苏 南京 210028;2.南京中医药大学第二临床医学院,江苏 南京 210046)

中图分类号:R681.5*3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1229-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.038

【摘要】目的 观察针灸结合针刀触激术治疗腰椎间盘突出症下肢症状的临床疗效。**方法** 采用随机数字表及随机余数分组法将 62 例有下肢症状的腰椎间盘突出症患者分为两组,每组 31 例。对照组给予针灸常规治疗,实验组除了针灸治疗以外,同时给予针刀触激术治疗。使用 VAS 疼痛评分量表对两组患者治疗前后疼痛程度进行评价。对两组患者的症状与主诉、下肢功能、临床体征等方面评分进行比较。**结果** 实验组治愈率及有效率分别为 80.65%、90.32%;均高于对照组的 35.48%、74.19%($P<0.05$);下肢功能及体征改善优于对照组($P<0.05$)。**结论** 针灸结合针刀触及术能很好地改善腰椎间盘突出症引起的下肢症状。

【关键词】 针刀触激术 针灸 腰椎间盘突出症

Observation of Acupuncture combined with Needle Knife Touching in Lower Extremity of Lumbar Disc Herniation Symptoms WEI Ye¹, LI Kaiping². 1 Nanjing Integrated Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu, Nanjing 210028, China; 2 The Second Clinical Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu, Nanjing 210046, China

【Abstract】Objective: To investigate the clinical effect of acupuncture combined with needle knife touching for lower extremity of lumbar disc herniation symptoms. **Methods:** 62 cases with lower limb symptoms of lumbar disc herniation were divided randomly into two groups with 31 cases in each group. The control group was treated with acupuncture and routine treatment. The test group in addition to acupuncture treatment outside, also was received knife touching. The degrees of pain before and after treatment were evaluated by the VAS pain rating scale evaluation of two groups. Some indicators were compared in 2 groups including the patients complained of symptoms and clinical signs, the lower limb function and the four aspects of score. **Results:** The cure and effective rate in the experimental group were higher than those in the control group ($P<0.05$). The function of the lower limbs and signs of the experimental group were better than those of the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** It is effective of acupuncture combined with needle knife touching for lower extremity of lumbar disc herniation symptoms.

【Key words】 Contact laser needle knife; Acupuncture; Lumbar intervertebral disc herniation

腰椎间盘突出症多伴有下肢疼痛麻木等症状^[1],该病严重影响到患者的日常生活。许多患者采用传统的药物、牵引、推拿等治疗后,腰痛症状明显改善,但是下肢的麻木疼痛等症状却收效甚微。笔者目前采用针灸结合针刀触激术治疗取得了良好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2013 年 9 月至 2014 年 6 月在本院就诊的腰椎间盘突出症伴有下肢症状的患者 62 例。其中单侧下肢有症状的患者 42 例,双侧下肢均有症状的患者 20 例。查体:全部患者均有病变椎体棘上叩击痛及椎体旁压痛,直腿抬高试验及加强试验均为

阳性。“4”字试验均为阳性。影像学检查显示:L₄₋₅ 突出 30 例,L₅~S₁ 突出 25 例,多节段突出 7 例。采用随机数字表及随机余数分组法,将 62 例患者分为两组,每组 31 例。其中实验组男性 22 例,女性 9 例;年龄(48.50±11.20)岁;体质量(65.7±8.51) kg;病程(1.22±0.74)年。对照组男性 18 例,女性 13 例;年龄(46.60±10.30)岁;体质量(63.8±7.21) kg;病程(1.19±0.75)年。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组给予普通针刺肾俞、命门、阳陵泉、环跳、委中、腰阳关,每次取 4~5 个穴位,配合电针,每日 1 次,2 周为 1 疗程。实验组在对照组治疗方案的基础上,另予一次针刀触激术治疗。术前告知患者操作时的针感,缓解其紧张情绪,患者取俯卧位,于腓骨小头下 1 cm 及其与外踝连线的中点各标记一点,严格消毒后,取 4 号 0.6 型针刀,刃口与人体纵轴平

* 基金项目:南京中医药大学国家重点省部共建针药结合实验室开放课题

△通信作者(电子邮箱:lkp67@163.com)

行,快速垂直刺入皮下,边剥离组织,边缓慢进针,当患者略有触电感时,提起针刀稍微调整角度后继续缓慢进针,当患者针感明显时,轻轻摆动针尾,用针体刺激腓深神经、腓浅神经 2~3 次,以患者下肢有轻微触电感为度,出针,无菌纱布按压,消毒后用创可贴外敷。每周 1 次,2 周为 1 疗程。

1.3 疗效标准 两组均在治疗满 2 周(1 疗程)后进行疗效评定。使用视觉模拟评分法(VAS)对治疗前后疼痛程度进行评价。按照《腰椎间盘突出症的评分法疗效评定标准》对两组患者的症状与主诉、下肢功能、临床体征等 4 个方面进行评分:总分 ≥ 16 分为优;11~15 分为良;6~10 分为中;0~5 分为差。得分为优的患者视为治愈,得分优或者良的视为有效。得分中、差视为无效。

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,两组患者间数据比较采用 *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组腰椎间盘突出症患者下肢症状、临床体征改善情况比较 见表 1。实验组下肢麻木症状及临床体征缓解情况明显优于对照组(*P* < 0.05),两组均可改善下肢疼痛(*P* > 0.05),差异无统计学意义。

表 1 两组腰椎间盘突出症患者下肢症状、临床体征改善情况比较(*n*)

组别	<i>n</i>	下肢疼痛	下肢麻木	直腿抬高阳性	"4"字试验
实验组	31	0	4	5	2
对照组	31	0	20	16	12

2.2 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后 VAS 评分比较 实验组治疗前后 VAS 评分分别为(8.24±1.04)分、(1.83±0.85)分,对照组治疗前后 VAS 评分分别为(8.02±1.26)分、(3.84±1.07)分。两组治疗后 VAS 评分均较治疗前改善(*P* < 0.01),治疗后试验组优于对照组(*P* < 0.01)。

2.3 两组腰椎间盘突出症患者临床疗效比较 见表 2。针灸结合针刀触及术治疗的治愈率及有效率均明

表 2 两组腰椎间盘突出症患者临床疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	优	良	中	差	有效(%)	治愈(%)
实验组	31	25	3	3	0	28(90.32) [△]	25(80.65) ^{△△}
对照组	31	11	12	5	3	23(74.19)	11(35.48)

与对照组比较,△*P* < 0.05,△△*P* < 0.01。下同。

显高于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

2.4 不良反应 所有患者治疗期间生命体征正常,行针刀刺激术的患者未见明显不适,也未出现晕针、感染、休克等严重并发症。

3 讨论

腰椎间盘突出症是由于腰椎退行性病变,纤维环破裂,变性髓核进入椎体内或后纵韧带处,对邻近组织造成机械性刺激与压迫,或是由于髓核内糖蛋白、β-蛋白溢出和组胺释放而使相邻近的脊神经根或窦-椎神经等遭受刺激引起化学性^[2]和机械性神经根炎。其常为腰腿疼痛麻木的主要原因。腰椎间盘突出症下肢的麻木疼痛临床疗效及愈后效果均不理想,目前临床仅仅通过使用口服营养神经药物改善症状。针灸及针刀可以直达病所,很好地对下肢神经进行调节。

通过上面数据分析显示,针灸及针刀在治疗腰椎间盘突出症所引起的疼痛方面,均有良好的效果,然而在治疗下肢麻木等症状及临床体征方面,两者结合更具有优势。有研究表明,神经传导的信息载荷量随传导距离不断递减^[3],于局部神经节段进行生理电刺激可以使信息载荷量大幅提升^[4]。笔者使用针灸结合针刀刺激术治疗该病正是通过对下肢腓深神经及腓浅神经的刺激,使其生理电量释放,神经信息载荷量提升,使得神经活性提高,上部通过针刺刺激坐骨神经上段,下方结合神经触激术刺激下段神经分支,从而使得坐骨神经活性提高,麻痛感自然也就消失了。

针灸可以舒经通络,改善全身灌注循环,针刀不仅有针刺的穴位效应,同时刀头可以对局部进行松解剥离,通过对神经进行触激,提高神经组织活性,缓解神经根水肿,改善神经根营养障碍。较常规疗法能更好治疗腰突症患者腰臀及下肢症状。腰椎间盘突出症临床治疗手段繁多,笔者使用针灸进行整体调节,同时应用针刀重点治疗,两者相得益彰,对广大的腰突症患者下肢症状的改善有一定的帮助。

参 考 文 献

[1] 邱晓虎,谢晓焜,刘学妮.血加电针治疗腰椎间盘突出症 65 例[J].光明中医,2010,9(11):56-57.

[2] 张允,曾喻,冯静,等.刀触激术治疗根性腰椎间盘突出临床疗效观察[J].实用医学临床杂志,2010,10(2):85-86.

[3] 王平,李艳.鼠 NO 神经分析疗效浅析[J].上海针灸杂志,2012,14(3):45-46.

[4] 吴耀持,于允勤,张俊峰.受损腰神经根超微结构及炎性介质的影响[J].中国临床康复,2005,9(37):183-184.

(收稿日期 2015-01-30)

消斑汤治疗颈动脉粥样硬化斑块的临床观察*

臧修明 沙 跃 张 岩

(江苏省邳州市中医院, 江苏 邳州 221300)

中图分类号: R543.5 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1231-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.039

【摘要】目的 观察消斑汤治疗颈动脉粥样硬化的临床效果。**方法** 200例患者随机分为治疗组对照组各100例。对照组给予拜阿司匹林、辛伐他汀,治疗组在对照组基础上结合消斑汤治疗。两组均观察治疗90d。分析比较两组治疗前后颈总动脉IMT、斑块总积分、hs-CRP的变化以及临床疗效。**结果** 两组治疗后IMT、斑块总积分与治疗前比较均减少($P < 0.05$),且治疗组改善优于对照组(均 $P < 0.05$)。两组治疗后超敏C反应蛋白(hs-CRP)与治疗前比较均降低($P < 0.05$),且治疗组hs-CRP下降水平优于对照组($P < 0.05$)。治疗组总有效率93.00%优于对照组的85.00%($P < 0.05$)。**结论** 消斑汤治疗颈动脉粥样硬化具有较好效果,具有抗颈动脉粥样硬化和预防颈动脉粥样硬化所致缺血性脑卒中的作用。

【关键词】 粥样硬化 斑块 消斑汤 颈动脉

Clinical Study of Xiaoban Tang in the Treatment of Carotid Atherosclerotic Plaque ZANG Xiuming, SHA Yue, ZHANG Yan. Pizhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Jiangsu, Pizhou, 221300, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical effects of Xiaoban Tang on patients with carotid atherosclerosis of the carotid artery intima-media thickness (IMT), total plaque score, and high sensitive serum C reactive protein (hs-CRP) effect. **Methods:** 200 patients with carotid atherosclerosis were randomly divided into the treatment group (100 cases) and the control group (100 cases). Patients in the treatment group took Xiaoban Tang 150 mL, three times daily, while the control group were given 150 mL of warm boiled water, three times a day. The two groups were treated with aspirin 0.1 g, and simvastatin 10 mg. The course of the treatment lasted for 90 days. During the treatment, they avoided taking any lipid-regulating or anti-atherosclerotic drugs. Before and after treatment, IMT, total plaque score, hs-CRP, and efficiency change were observed in each group. **Results:** After 90 days of treatment, IMT, total plaque score, and hs-CRP of each group were significantly reduced ($P < 0.05$), and the treatment group was better than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Xiaoban Tang has the effects of anti-atherosclerosis of carotid artery, and plays a role in prevention and the treatment on ischemic stroke. Besides, it is the good compliance, and deserves spreading.

【Key words】 Atherosclerosis; Plaque; Xiaoban Tang; Carotid artery

颈动脉粥样硬化是动脉粥样硬化(AS)在人体的局部表现,亦可反映全身AS病变程度,是目前公认的缺血性脑卒中高危因素之一。采取措施对颈动脉粥样硬化进行科学有效干预治疗,既能从颈动脉局部发挥抗AS效果,又可降低缺血性脑卒中发生^[1]。目前临床常以阿司匹林、他汀类药物干预及治疗,但此类药物的副作用较大。笔者采用消斑汤结合西药治疗AS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)西医诊断标准^[2-4]:所选病例采用颈动脉超声检查证实颈动脉内膜不均匀增厚、毛糙,颈总动脉内膜-中膜厚度(IMT) ≥ 1.0 mm^[2]或局部有斑块

(IMT ≥ 1.3 mm)者^[3]。测定内径及流速时,至少测5个连续多普勒频谱,取其均值^[4]。2)中医辨证标准:参照1996年国家中医药管理局《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[5]拟定毒瘀交阻证诊断标准:肢体麻木或不利,眩晕,舌紫暗,舌下脉络曲张或有瘀斑、瘀点,脉细涩或弦滑。3)纳入标准:年龄35~65岁,符合颈动脉粥样硬化性狭窄诊断标准,中医辨证为毒瘀交阻证者;依从性好,可长期坚持服药者;自愿接受中药治疗且同意参加者。4)排除标准:半年内曾患脑血管意外、急性心肌梗死、严重创伤或重大手术者;因甲状腺功能减退、糖尿病、肾病综合征、痛风、急性或慢性肝胆疾病所致血脂异常者;合并肝、肾功能不全及造血系统等严重疾病者;妊娠或哺乳期者;精神病者;对研究药物过敏者;超声示斑块导致颈动脉管腔狭窄 $\geq 90\%$ 影响颈动脉血流者。

1.2 临床资料 将2011年5月至2014年12月江苏

*基金项目:第二批江苏省优秀中青年中医临床人才研修专项课题(YX1234)

省邳州市中医院门诊及住院治疗的颈动脉粥样硬化患者 200 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组各 100 例。治疗组 100 例,男性 37 例,女性 63 例;年龄(57.49±4.76)岁;体质量指数(22.19±1.98) kg/m²;合并高血压 38 例,合并冠心病 31 例。对照组 100 例,男性 39 例,女性 61 例;年龄(55.43±6.63)岁;体质量指数(21.88±2.12) kg/m²;合并高血压 33 例,合并冠心病 30 例。两组性别、年龄、体质量指数及合并心脑血管疾病等情况比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组睡前口服拜阿司匹林 0.1 g(拜耳医药保健有限公司)和辛伐他汀 10 mg(江苏省扬子江药业股份有限公司)。治疗组在对照组基础上加服消斑汤:丹参 30 g,川芎 10 g,当归 6 g,党参 10 g,茯苓 15 g,白术 10 g,陈皮 6 g,元胡 15 g,板蓝根 15 g,黄芪 15 g,石菖蒲 6 g,虎杖 15 g,葛根 15 g,银杏叶 6 g,甘草 6 g(由笔者所在医院中药房统一提供)。每日 1 剂,水煎取 450 mL,分早中晚 3 次口服。两组均治疗 90 d。治疗期间避免服用影响血脂和动脉粥样硬化的药物。

1.4 观察指标 1)颈动脉超声检查^[4,6]:治疗前后两组行颈动脉超声检查。采用 VIVID 7 型彩色多普勒超声诊断仪(频率 5~10 MHz),椎动脉应用频率 7.5 MHz 探头,由对患者分组及治疗方案完全不知情的超声专业医师检查操作。患者取头后仰卧位,检查一侧颈动脉时头偏向对侧 45°,分别检测左右颈总动脉距分叉 1 cm 处 IMT^[4]。IMT 检测:在左心室舒张末期(即同步心电图显示波时)冻结标准部位图像,测 3 个心动周期管腔内膜界面与中层外膜界面之间距离,取 3 次均值即为该侧 IMT,以双侧颈总动脉 IMT 均值记录分析^[4]。采用 Crouse 方法^[6]评定斑块积分,即不考虑各斑块长度,分别将同侧颈动脉各个孤立粥样硬化斑块的厚度进行相加即是该侧颈动脉斑块积分,两侧颈动脉斑块积分之和为其斑块总积分。2)血清超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)水平检测:两组患者空腹 12 h 以上,于治疗前、后清晨采集肘正中静脉血 2 mL,取血清-70 °C 保存。采用酶联免疫法、DNM-9602a 酶标仪测定。

1.5 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[7]拟定。临床控制:症状消失或基本消失,斑块积分减少≥95%。显效:症状明显改善,斑块积分减少≥70%,而未达到临床控制者。有效:症状有所好转,斑块积分减少≥30%,而未达到显效者。无效:症状无明显好转,甚或加重,斑块积分减少不足 30%。

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

2 结果

2.1 两组颈动脉粥样硬化患者治疗前后 IMT、斑块总积分和 hs-CRP 水平比较 见表 1。治疗后,各组 IMT、

斑块总积分和 hs-CRP 水平均较治疗前改善 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且治疗组 IMT、斑块总积分、hs-CRP 水平改善优于对照组(均 $P<0.05$)。

表 1 两组颈动脉粥样硬化患者治疗前后 IMT、斑块总积分和 hs-CRP 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	IMT(mm)	斑块总积分(分)	hs-CRP(mg/L)
治疗组 (n=100)	治疗前	1.31±0.14	5.23±2.14	9.48±2.09
	治疗后	1.09±0.12 ^{*△}	4.33±1.86 [△]	3.78±1.76 [△]
对照组 (n=100)	治疗前	1.30±0.22	5.19±2.12	9.38±2.11
	治疗后	1.13±0.17 [*]	4.69±2.27 [*]	5.14±1.93 [*]

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 两组颈动脉粥样硬化患者临床疗效比较 见表 2。结果示,治疗组总有效率优于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组颈动脉粥样硬化患者临床疗效比较(n)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	100	28	35	30	7	93(93.00) [△]
对照组	100	15	29	41	15	85(85.00)

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。

3 讨论

AS 是心脑血管病的高危因素,且随着人们生活水平提高和生活方式变化,AS 发病呈上升趋势。研究已证实 AS 实为过度的炎症-纤维增殖性反应之一,是由于动脉壁损伤诱发的组织修复及慢性炎症增生性反应,其在冠状动脉损伤早期具有保护作用,但如果损伤持续发生则演变为过度炎症反应而促进斑块形成^[8]。目前西医对 AS 治疗多采用硝酸酯类制剂、调脂药、抗血小板等药物,但其治疗副作用、复发率及死亡率仍居高不下。

AS 可归属于中医学“头痛”“眩晕”“健忘”“血浊”“痴呆”“胸痹”“真心痛”“厥心痛”“中风”等范畴,其病理可以虚、实概之,虚与肝、脾、肾等脏腑有关,实与“瘀”“毒”“痰”有关,且瘀、毒、痰易致动脉硬化斑块不稳定^[9]。中医学辨证施治 AS,不仅重视培元固本^[10],更注重从痰、从瘀、从毒论治,主要根据患者病因、病理、正邪关系等不同,在治疗形式上显得更具多元性。消斑汤中丹参、川芎、当归、延胡索活血化瘀;板蓝根、虎杖、银杏叶、石菖蒲清热解毒、醒神开窍;党参、茯苓、白术、黄芪、甘草益气健脾、扶正补虚。诸药合用,共奏培元固本、化痰解毒之功。

Patrik 等研究证实^[11],颈 IMT 和颈动脉斑块与心血管疾病及心血管事件密切相关,测定颈动脉结构和观察其功能变化有助于早期诊断和预测心血管疾病发生和发展。采用高分辨率超声技术可直接测定外周动脉管壁的 IMT,可用于早期评价 AS 和以 AS 为基础的心脑血管疾病发病危险性 & 疗效等,具有独特的优势^[12]。

C反应蛋白是组织感染和损伤时快速、急剧升高的急性期蛋白,其不仅是炎症标志物,也直接参与了AS等的发生发展,是心血管疾病的最有力预示和最重要危险因素^[13-14]。hs-CRP具有高灵敏度,能精确定量低浓度CRP,可辨别低水平炎症状态,对评价AS和心血管疾病危险性具有重要意义。Benbir等^[15]研究结果发现急性局部缺血性脑卒中患者hs-CRP水平与颈动脉粥样硬化程度呈独立正相关,Du Y等^[16-17]亦证实hs-CRP水平增高可致动脉粥样硬化斑块不稳定,导致斑块纤维帽破裂出血而诱发血栓和脑卒中。

本研究结果显示,连续治疗90d之后,两组IMT、斑块总积分、hs-CRP均较治疗前改善,且治疗组改善优于对照组,表明消斑汤配合西药具有较好治疗颈动脉粥样硬化作用。由此可见,消斑汤具有抗颈动脉粥样硬化形成的作用,能有效缩小斑块面积,减轻血管壁炎性反应,稳定动脉斑块,其机理可能与降低血清hs-CRP水平有关。

综上所述,消斑汤治疗颈动脉粥样硬化具有较好效果,具有抗颈动脉粥样硬化和预防颈动脉粥样硬化所致缺血性脑卒中的作用,值得推广。

参 考 文 献

- [1] 洪永敦,吴辉,赵萍,等.麝香保心丸对颈动脉粥样硬化斑块的影响[J].中国中西医结合杂志,2006,26(9):780-783.
- [2] 唐杰,温朝阳.腹部和外周血管彩色多普勒诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2007:31.
- [3] 刘龙涛,郑广娟,张文高,等.虎杖与山楂提取物配伍干预颈动脉粥样硬化患者的随机对照临床试验[J].中国中药杂志,2014,39(6):1115-1119.
- [4] 华扬.如何提高超声技术对颈动脉硬化性缺血性脑血管病检测的准确性[J].中国脑血管病杂志,2005,2(11):483-487.
- [5] 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.
- [6] Course JR, Harpold GH, Kahl FR, et al. Evaluation of a scor-

ing system for extracranial carotid atherosclerosis extent with B-mode ultrasound[J]. Stroke, 1986, 17(2):270-275.

- [7] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:85-89.
- [8] Braunwald E. 心脏病学[M].5版.陈灏珠主译.北京:人民卫生出版社,2003:1001-1009.
- [9] 王永刚,齐婧,郑刚,等.丹黄通脉胶囊治疗颈动脉粥样硬化性狭窄的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(4):445-447.
- [10] 张京春,陈可冀.瘀毒病机与动脉粥样硬化易损斑块相关的理论思考[J].中国中西医结合杂志,2008,28(4):366-368.
- [11] Patrik J Devine, Daniel W Carlson. Chincial value of carotid intima-media thickness testing[J]. J Nucl Cardiol, 2006, 13: 710-718.
- [12] 刘龙涛,吴敏,王红霞,等.降脂红曲微粉治疗血脂异常合并颈动脉粥样硬化的随机对照研究[J].中国中西医结合杂志,2011,31(9):1196-1200.
- [13] Koenig W. Predicting risk and treatment benefit in atherosclerosis; the role of C-reactive protein[J]. Int J Cardiol, 2005, 98(2):199-206.
- [14] Biellcer PM, Hennekens CH, Buring JE, et al. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women[J]. N Engl J Med, 2000, 342(12):836-843.
- [15] Benbir G, Bozluolcay M, Ince B. Is the level of C-reactive protein correlated with the extent of carotid atherosclerosis[J]. Acta Neurol Belg, 2005, 105(2):73-80.
- [16] Du Y, Wei F, Dong Z, et al. Prognostic value of serum LP-PLA2 and hs-CRP in unstable atherosclerotic plaques[J]. Clin Exp Hypertens, 2011, 33(2):113-116.
- [17] Heo SH, Cho CH, Kim HO, et al. Plaque rupture is a determinant of vascular events in carotid artery atherosclerotic disease: Involvement of matrix metalloproteinases 2 and 9[J]. J Clin Neurol, 2011, 7(2):69-76.

(收稿日期 2015-03-04)

穴位注射配合刮痧治疗脑干梗死后呃逆 45例

姚会敏 王欣 张海鹏 崔凤肖

(河北省邱县中心医院,河北 邱县 057450)

中图分类号:R245.9*5 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1233-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.040

【摘要】目的 观察氯丙嗪穴位注射配合刮痧治疗脑干梗死后呃逆的临床疗效。**方法** 90例患者随机分为观察组和对照组两组各45例。观察组应用氯丙嗪穴位注射配合刮痧;对照组常规肌肉注射氯丙嗪注射液。比较两组呃逆好转率及口干、便秘、嗜睡、呼吸抑制及锥体外系症状等毒副反应发生率。**结果** 两组治疗后症状评分均逐渐下降,较治疗前均有明显下降(均 $P<0.05$),且观察组优于对照组(均 $P<0.05$)。治疗后,观察组总有效率及显效率均高于对照组(均 $P<0.05$)。治疗后,观察组发生毒副反应的情况13.33%明显少于对照组的33.33%($P<0.05$)。**结论** 氯丙嗪穴位注射配合刮痧对脑干梗死后呃逆有很好的治疗作用。

【关键词】 呃逆 氯丙嗪 穴位注射 刮痧

呃逆是脑干梗死后常见的并发症。频繁呃逆导致患者气体交换受阻,加重了脑水肿,最终影响患者康复。积极治疗脑干梗死后呃逆,是神经内科的重要课题。临床上西医治疗虽有一定疗效,但治愈率低,副作用大。近年来本科收治90例脑干梗死后呃逆,采用氯丙嗪穴位注射配合刮痧的方法治疗脑干梗死后呃逆取得了很好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)纳入标准:符合西医脑干梗死后膈肌痉挛的诊断标准;符合中医中风后呃逆的诊断标准^[1];年龄在45~77岁之间;生命体征平稳。2)排除标准:非脑干梗死引起的呃逆,如电解质紊乱、胸腔积液、膈下脓肿等周围性因素引起呃逆者;既往有精神病史、癫痫史、晕针史者;对氯丙嗪过敏者;合并有肝肾功能不全,血液系统病变,青光眼者。

1.2 临床资料 选取2009年10月至2014年10月河北省邱县中心医院神经内科脑干梗死后呃逆住院患者90例,全部病例均经临床诊断和头部CT或MRI定位,确诊为脑干梗死;既往无顽固性呃逆发生史,在住院期间发生呃逆,时间超过6h。随机数字法按入院时间顺序编号,并按1:1的比例分为观察组和对照组各45例。观察组45例,男性22例,女性23例;年龄45~75岁,平均60岁。对照组45例,男性23例,女性22例;年龄46~76岁,平均61岁;从原有疾病起病到呃逆出现的时间为6h至3d,平均1.2d。两组资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 参考《中国脑血管病防治指南》^[2],对入选者均给予西医内科基础治疗,包括抗血小板聚集、稳定斑块、维持电解质平衡,调整血糖,控制体温、感染等。两组都在西医治疗的基础上进行,两组疗程均为7d。对照组在脑干梗死常规治疗期间应用氯丙嗪注射液25mg(1mL)肌肉注射,每日1次,连用7d。观察组在脑干梗死常规治疗期间采用氯丙嗪针12.5mg穴位注射配合刮痧方法。穴位注射方法,术者清洗双手,患者取卧位,以中腕穴为穴位注射点,常规消毒穴位,取5mL注射器抽取氯丙嗪针12.5mg(0.5mL),垂直进针,得气后回抽无血则注射0.5mL;用无菌棉球按压针孔0.5~2min。每日1次,7日为1疗程。刮痧方法,刮颈后区(项部)两侧,循颈3、4、5夹脊穴;患者取卧位,用温水清洗刮痧部位,然后用牛角刮痧板粘植物油少许刮痧。刮痧注意以下事项:刮痧板与皮肤呈45°角,从上向下刮;用力要适宜、均匀;一般刮10~30下,使局部皮肤有痧点出现为宜;刮后注意保暖,忌食生冷之物。3d1次,7d为1疗程。

1.4 观察指标 入院时进行基线评估,分别于治疗前

及治疗后1、3、6、7d,依据制定的疗效评分表进行评分;并观察两组治疗后便秘、嗜睡、呼吸抑制、口干及锥体外系反应等毒副反应发生率。

1.5 疗效标准 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3],记录患者在治疗前及治疗1d、3d、6d、7d患者的呃逆症状评分。显效:治疗72h内呃逆消失或症状评分减少6分以上,随访1周无复发。有效:治疗72h内仍有呃逆但症状评分减少3分,继续治疗呃逆停止,随访1周无复发。无效:治疗72h内症状评分无改善。总有效率=(治愈数+有效数)/总例数×100%。

1.6 统计学处理 采用SPSS 10.0统计学软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用t检验。计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组脑干梗死后呃逆患者治疗前后呃逆症状评分比较 见表1。两组治疗后症状评分均逐渐下降,较治疗前均有明显下降(均 $P<0.05$),且观察组优于对照组(均 $P<0.05$)。

表1 两组脑干梗死后呃逆患者治疗前后呃逆症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗1d后	治疗3d后	治疗6d后	治疗7d后
观察组	45	6.54±2.91	3.51±0.15 [△]	1.2±0.21 [△]	0.51±0.11 [△]	0.34±0.12 [△]
对照组	45	6.24±2.85	4.56±0.17 [*]	3.6±0.58 [*]	2.79±0.36 [*]	1.86±0.37 [*]

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 两组脑干梗死后呃逆患者治疗后疗效比较 见表2。结果显示,治疗后,观察组总有效率及显效率均高于对照组(均 $P<0.05$)。

表2 两组脑干梗死后呃逆患者脑干梗死后呃逆患者治疗后疗效比较(n)

组别	时间	显效	有效	无效	总有效(%)	显效(%)
观察组 (n=45)	治疗1d后	15	28	2	43(95.56) [△]	15(33.33) [△]
	治疗3d后	33	11	1	44(97.78) [△]	33(73.33) [△]
	治疗6d后	36	8	1	44(97.78) [△]	36(80.00) [△]
	治疗7d后	38	6	1	44(97.78) [△]	38(84.44) [△]
对照组 (n=45)	治疗1d后	4	26	15	30(66.67)	4(8.89)
	治疗3d后	9	22	14	31(68.89)	9(20.00)
	治疗6d后	22	13	10	35(77.78)	22(48.89)
	治疗7d后	28	9	8	37(82.22)	28(62.22)

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。下同。

2.3 两组脑干梗死后呃逆患者毒副作用比较 见表3。两组治疗后,对照组有15例出现便秘、嗜睡、口干及锥体外系症状等毒副反应的情况,而观察组只有6例出现便秘、嗜睡、口干,无锥体外系反应发生。两组均

表3 两组脑干梗死后呃逆患者毒副作用比较(n)

组别	n	便秘	嗜睡	呼吸抑制	口干	锥体外系反应	发生率(%)
观察组	45	3	1	0	2	0	6(13.33) ^A
对照组	45	6	5	0	3	1	15(33.33)

没有出现呼吸抑制。观察组发生毒副反应的情况明显少于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

现代医学认为,脑干梗死后呃逆,是因脑部血管病变累及呃逆中枢使膈肌异常兴奋而引起,其神经反射弧由传入神经、中枢和传出神经组成。传入神经是膈神经、迷走神经的感觉支及胸6~12节段背侧的交感神经链传入纤维,传出神经主要为膈神经、声门神经和副神经,以及支配三角肌前部和肋间肌的躯体神经^[4]。中医学认为,呃逆病变部位主要胃,病机关键是胃气通降失调,气逆上冲,难以自制为病^[5]。脑梗死后脑循环及代谢障碍,影响到脑神经功能。脑为元神之府,一旦受损出现淤阻,致脑脉失养而后出现脑神失用,变症丛生,呃逆是其影响到胃腑而出现的症状^[6],治以和胃降逆,宽胸利膈。西医常用肌松剂、抗抑郁药、抗癫痫药物、麻醉剂等治疗,临床应用副作用较大,有一定的局限性。本研究采用氯丙嗪注射液为吩噻嗪类药,主要作用为抑制中枢神经的兴奋性,通过阻断多巴胺受体作用,阻断上行网状激活系统,抑制延脑呃逆中枢(迷走神经背核),使兴奋性增高的膈神经得到抑制和调整^[7],从而有效治疗脑干梗死后呃逆。

中医认为,中脘穴是足阳明胃经募穴,八会穴之腑会,中脘穴可使胃蠕动增加,促进幽门开放、胃下缘轻度升高而达到疏理气机、和胃降逆之功效^[8]。采用穴位注射氯丙嗪注射液的用药总量12.5 mg,利用小剂量氯丙嗪注射液的药理作用和药物对中脘穴的长时间刺激作用,取得双重疗效,降低了药物毒副作用^[5,9]。

刮痧疗法是我国民间流传的一种特色疗法,通过对体表经络腧穴的刺激,起到调畅气机,宣通经络的作

用。本研究所刮部位分布着双侧颈3、4、5夹脊穴,神经解剖学认为膈肌痉挛反射中枢在脊髓的颈段,支配膈肌的神经主要是膈神经;膈神经由颈3~5脊神经前支组成。第3、4颈椎棘突下旁开0.5寸夹脊穴处,为膈神经的起始处。刺激双侧颈3、4、5夹脊穴,可抑制颈髓3~5前角细胞及传出的膈神经的兴奋,达到缓解膈肌痉挛的目的^[10-11]。

本研究结果显示,穴位注射配合刮痧治疗脑干梗死后呃逆,不仅能增强氯丙嗪对呃逆的控制,而且能减少氯丙嗪毒副反应的发生率。大部分患者1个疗程即可临床治愈,同时具有取穴少,穴位定位及刮痧操作简单、毒副作用小等特点,值得基层医院应用。

参 考 文 献

- [1] 周仲英. 中医内科学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社, 2007:220.
- [2] 饶明俐. 《中国脑血管病防治指南》摘要(三)[J]. 中风与神经疾病杂志, 2006, 23(1):4-8.
- [3] 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, 2002:54-61.
- [4] 杨榕. 针刺配合爱茂尔穴位注射治疗脑卒中后顽固性呃逆40例[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(1):121-122.
- [5] 冯睿智, 吕建琴, 李宁. 脑瘤术后顽固性呃逆验案及体会[J]. 中国中医急症, 2014, 23(1):181-182.
- [6] 马培锋, 刘维环, 万红晨, 等. 强刺激速刺阿仑穴治疗脑病相关性呃逆21例[J]. 中国针灸, 2009, 29(7):532.
- [7] 王群, 石云琼, 刘雅芳. 电针结合穴位注射治疗卒中后呃逆疗效观察[J]. 医学信息, 2013, 26(11):593.
- [8] 陶丽. 针刺结合艾灸治疗呃逆的临床疗效观察[J]. 医学信息, 2014, 27(1):95-96.
- [9] 曲梅, 宋建聪. 穴位注射加针刺治疗脑卒中后顽固性呃逆的疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2010, 16(2):185-186.
- [10] 孙钦然, 朱中书, 高敏, 等. 针刺颈夹脊穴合天突穴治疗顽固性呃逆23例[J]. 江西中医药, 2014, 45(8):64-65.
- [11] 姜海霞, 刘双岭. 电针夹脊穴治疗中风后呃逆30例[J]. 上海针灸杂志, 2010, 29(6):393.

(收稿日期 2015-02-27)

丹参多酚酸盐对冠心病心绞痛经皮冠脉介入治疗围手术期心肌损伤的影响

李春兰 陈哲林 陈冠成

(广东省茂名市中医院, 广东 茂名 525000)

中图分类号:R541.4 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1235-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.041

【摘要】目的 观察丹参多酚酸盐是否能减少冠心病心绞痛经皮冠脉介入治疗(PCI)围手术期心肌损伤。**方法** 将行PCI术的120例冠心病心绞痛患者采用随机数字表法分为治疗组62例与对照组58例,两组均给予冠

心病心绞痛规范治疗,治疗组在 PCI 术前后累计静滴 7 d 丹参多酚酸盐,观察入院后即刻及 PCI 术后 24 h 的肌酸激酶同工酶(CKMB)、肌钙蛋白 I (cTn I),记录冠脉病变情况及 PCI 术资料,观察 1 个月内有无靶血管血运重建、非致死性心肌梗死、支架内血栓形成、心源性休克等不良心血管事件。**结果** PCI 术后对照组 cTnI、CKMB 明显高于治疗组($P < 0.01$)。治疗组中 14 例发生围手术期心肌损伤,对照组中 25 例发生围手术期心肌损伤($P < 0.01$);治疗组中 1 例发生围手术期心肌梗死,对照组中 4 例发生围手术期心肌梗死。**结论** PCI 术前后累计静滴 7 d 丹参多酚酸盐可降低肌钙蛋白、CKMB 升高幅度,减轻围手术期心肌损伤。

【关键词】 丹参多酚酸盐 心绞痛 PCI 术 围手术期心肌损伤

经皮冠脉介入治疗(PCI)是治疗冠心病心绞痛的有效手段,成功实施血运重建后,能改善患者的生活质量,延长生命。但 PCI 术是有创的治疗手段,部分患者术后心肌坏死标志物升高,以肌钙蛋白 I (cTn I)为例,超过 0.08 ng/mL 定义为围手术期心肌损伤,超过 0.40 ng/mL 定义为围手术期心肌梗死。其可能机制有:球囊扩张或支架释放时靶血管短暂堵塞,斑块挤压移位导致的分支血管闭塞,冠脉痉挛,冠脉无复流或慢血流,冠脉微血栓形成或气栓,缺血再灌注损伤,炎症反应等。虽然大多数 PCI 术后患者没有相应临床症状,但研究发现,其与术后不良事件有关^[1],所以 PCI 围手术期心肌损伤也是不容忽视的问题。丹参多酚酸盐是治疗冠心病心绞痛的有效药物,笔者观察丹参多酚酸盐能否减少 PCI 围手术期心肌损伤。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准符合美国心脏病学会制定的不稳定型心绞痛标准^[2]。排除标准:近 14 d 内发生急性 ST 段抬高心肌梗死患者;严重肾功能不全患者(肌酐 ≥ 2.5 mg/dL)、肝脏疾病患者;活动性出血;肿瘤、血液系统疾病、严重感染性疾病、风湿性结缔组织病;心功能 4 级;干预血管远端 TIMI 血流较术前下降 1 级以上;术中有明显边支闭塞;边支前向急性心肌梗死溶栓实验(TIMI)血流较术前下降一级以上。

1.2 临床资料 选择 2013 年 1 月至 2014 年 9 月茂名市中医院心内科住院的均行 PCI 术的冠心病心绞痛患者 120 例。按入院先后顺序编号后采用随机数字表法分为治疗组 62 例与对照组 58 例。治疗组 62 例,男性 42 例,女性 20 例;平均年龄(63.4 \pm 10.29)岁;平均病程(42.1 \pm 38.7)个月;不稳定型心绞痛 42 例,高血压病 24 例,糖尿病 18 例,既往心肌梗死 12 例,曾行 PCI 术 15 例,吸烟 20 例;NAYA2 级 18 例,NAYA3 级 8 例;服用阿司匹林 35 例,氯吡格雷 13 例,服用他汀类超过 1 周 34 例,服用他汀类超过 1 个月 20 例;总胆固醇(4.96 \pm 0.89) mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇(3.11 \pm 0.65) mmol/L,肌酐(92.7 \pm 18.0) μ mol/L;多血管病变 26 例,植入支架处分叉病变 16 例,植入支架数(1.67 \pm 0.64)个,植入支架总长度(34.7 \pm 9.7) mm,球囊扩张最大压力(13.9 \pm 1.46) atm,后扩张球囊扩张支架 27 个,干预血管支数(1.48 \pm 0.50)支。对照组 58 例,男性 40

例,女性 18 例;平均年龄(64.2 \pm 9.8)岁;平均病程(35.8 \pm 33.1)个月;不稳定型心绞痛 37 例,高血压病 22 例,糖尿病 17 例,既往心肌梗死 10 例,曾行 PCI 术 13 例,吸烟 17 例;NAYA2 级 15 例,NAYA3 级 7 例;服用阿司匹林 30 例,氯吡格雷 10 例,服用他汀类超过 1 周 29 例,服用他汀类超过 1 个月 21 例;总胆固醇(5.18 \pm 0.86) mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇(3.31 \pm 0.78) mmol/L,肌酐(86.9 \pm 21.2) μ mol/L;多血管病变 27 例,植入支架处分叉病变 12 例,植入支架数(1.55 \pm 1.62)个,植入支架总长度(33.3 \pm 11.5) mm,球囊扩张最大压力(13.4 \pm 1.54) atm,后扩张球囊扩张支架 22 个,干预血管支数(1.33 \pm 0.47)支。两组资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 两组均给予冠心病心绞痛规范治疗,包括抗血小板聚集药(入院前未启动抗血小板治疗的患者,予冲击量治疗即阿司匹林 0.3 g、氯吡格雷片 0.3 g 口服)、他汀类(PCI 术前负荷量)、 β 受体阻滞剂、钙拮抗剂、硝酸酯类、低分子肝素,治疗组在 PCI 术前后累计给予丹参多酚酸盐(上海绿谷制药有限公司)200 mg 加入 0.9%氯化钠注射液或 5%葡萄糖注射液 250 mL 静滴 7 d。PCI 术安排在入院后 4 d 内。

1.4 观察指标 1) 观察入院后即刻及 PCI 术后 24 h 的肌酸激酶同工酶(CKMB)、cTnI。cTnI 正常值 < 0.01 ng/mL,CK-MB 正常值 0~25 U/L。2) 观察 1 个月内有无靶血管血运重建、非致死性心肌梗死、支架内血栓形成、心源性休克等不良心血管事件。3) 记录冠脉病变情况及 PCI 术资料,包括冠脉病变血管支数、分叉病变构成比、干预血管支数、植入支架个数、植入支架总长度、球囊扩张最大压力、是否应用后扩张球囊等。

1.5 统计学处理 应用 SPSS15.0 统计软件处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两组间均数的比较采用 t 检验。计数资料以率和构成比表示,计数资料组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组行 PCI 术患者 PCI 术前、后心肌损伤标志物比较 见表 1。两组患者 PCI 术后 cTnI、CKMB 均较术前升高($P < 0.01$);PCI 术前,两组 cTnI、CKMB 均无显著差异,而 PCI 术后,对照组 cTnI、CKMB 明显高于治疗组($P < 0.01$)。

表1 两组行PCI术患者PCI术前、后心肌损伤标志物比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	cTnI(ng/mL)	CKMB(U/L)
治疗组 (n=62)	治疗前	0.030±0.249	13.42±5.99
	治疗后	0.110±0.114* [△]	17.53±5.40* [△]
对照组 (n=58)	治疗前	0.031±0.233	12.76±5.48
	治疗后	0.194±0.157*	21.80±7.58*

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

2.2 两组围手术期心肌损伤、围手术期心肌梗死发生情况比较 治疗组中14例发生围手术期心肌损伤,明显少于对照组的25例($P<0.01$);治疗组中1例发生围手术期心肌梗死,亦少于对照组的4例,但差异无统计学意义($P>0.5$),两组均未出现心肌梗死临床症状。

2.3 两组患者术后1个月心血管事件发生情况 1个月后随访发现,治疗组出现心绞痛1例,对照组发生心绞痛4例,心衰1例,两组均未出现靶血管血运重建、非致死性心肌梗死、支架内血栓形成、心源性休克等不良心血管事件。

3 讨论

丹参多酚酸盐以丹酚酸B镁(或称丹参乙酸镁)为主要成分的水溶性酚类化合物。本研究发现,PCI术前后累计静滴7d丹参多酚酸盐可降低PCI术后24h的肌钙蛋白、CKMB升高幅度,降低围手术期心肌损伤发生率。国内外不少学者为降低围手术期心肌损伤也得出相似结论,PCI术前应用负荷量阿托伐他汀^[3]、负荷量瑞舒伐他汀^[4]都可降低围手术期心肌损伤,丹红注射液^[5]、丹参川芎嗪注射液^[6]等含有丹参的中成药也能降低围手术期心肌损伤。

丹参多酚酸盐治疗稳定型心绞痛^[7]、不稳定型心绞痛效果确切^[8],它可能通过多种途径、多个作用机制对抗心肌缺血和坏死,表现在:1)丹参多酚酸盐抑制氧化低密度脂蛋白(oxLDL)的生成,调控易损斑块部位的炎症反应,降低血液中基质金属蛋白酶(MMPs)水平,从而稳定斑块,减少急性冠脉事件的发生^[9]。2)多项研究证明丹参多酚酸盐可以降低P选择素,明显抑制肾上腺素(EP)和二磷酸腺苷(ADP)引起的血小板聚集^[10]。3)丹参多酚酸盐提高超氧化物歧化酶(SOD)活性,降低丙二醛(MDA)水平,清除了细胞内的活性氧,从而可能保护内皮细胞,减轻氧化损伤^[11]。4)丹酚酸A通过抑制细胞内钙内流、清除自由基,促进细胞内ATP生成,改善线粒体氧化磷酸化功能障碍,从而保护缺氧-复氧造成的心肌细胞损伤^[12]。所以,丹参多酚酸盐具有显著的抗心肌缺血作用,通过抗氧化、抗血小板聚集、抑制血栓形成、抗炎、改善微循环发挥心肌

保护的作用。

本研究结果显示丹参多酚酸盐能降低心绞痛患者PCI围手术期cTnI、CKMB升高幅度,提示丹参多酚酸盐对心肌损伤具有保护作用,为降低PCI围手术期心肌损伤和坏死提供了一种新的方法。但本研究入选病例较少,术后观察心肌损伤标志物只有一个时间点,1个月内,两组患者均未见不良心血管事件,丹参多酚酸盐的围手术期心肌保护作用能否降低心血管事件还有待进一步的研究证实。

参 考 文 献

- [1] Testa L, Van Gaal WJ, Biondi Zoccai GG, et al. Myocardial infarction after percutaneous coronary intervention: a meta analysis of troponin elevation applying the new universal definition[J]. QJM, 2009, 102(6): 369-378.
- [2] 王吉耀. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 276-7.
- [3] Sciascio GD, Patti G, Pasceri V, et al. Efficacy of atorvastatin reload in patients on chronic statin therapy undergoing percutaneous coronary intervention: results of the ARMYDA—RECAPTURE (Atorvastatin for Reduction of Myocardial Damage During Angioplasty) Randomized Trial[J]. J Am Coll Cardiol, 2009, 54(6): 558-565.
- [4] 盛建龙, 王晓晨, 许邦龙, 等. 负荷量瑞舒伐他汀对冠心病PCI术后预后的影响[J]. 安徽医药, 2014, 18(4): 728-731.
- [5] 赵松青. 丹红注射液对经皮冠状动脉介入治疗后围术期心肌损伤的影响[J]. 浙江临床医学, 2014, 16(7): 1116-1117.
- [6] 王睿, 韩清华, 贾永平, 等. 丹参川芎嗪注射液对不稳定型心绞痛患者冠脉介入术后心肌损伤的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(7): 899-902.
- [7] 谭其平, 梁伦昌, 梁茂锦, 等. 丹参多酚酸盐对稳定型心绞痛患者治疗作用机制的研究[J]. 岭南心血管病杂志, 2013, 19(3): 338-340.
- [8] 李雅妮, 季祥武, 张爱元, 等. 丹参多酚酸盐治疗不稳定型心绞痛的疗效及对血清 ox-LDL 和 MMP-9 水平的影响[J]. 潍坊医学院学报, 2010, 32(6): 442-444.
- [9] 任玉芳, 李方江, 孙建经, 等. 丹参多酚酸盐对冠状动脉介入治疗患者血小板功能影响[J]. 临床荟萃, 2008, 23(10): 752-753.
- [10] 段兴亮, 季祥武, 张爱元, 等. 丹参多酚酸盐对不稳定型心绞痛疗效及 SOD+MDA 的影响[J]. 潍坊医学院学报, 2010, 32(1): 23-25.
- [11] 杨秀颖, 强桂芬, 张莉, 等. 丹酚酸 A 对缺血/再灌注心肌的保护作用研究[J]. 中国药理学通报, 2011, 27(8): 1072-1076.
- [12] 刘磊, 温志超, 罗心平, 等. 丹参多酚酸盐抑制急性冠脉综合症血小板膜糖蛋白表达的临床研究[J]. 中成药, 2012, 36(12): 2290-2295.

(收稿日期 2015-02-25)

解表和中方治疗急性吐泻的临床观察*

刘 薇 寇明星[△]
(重庆市中医院, 重庆 400021)

中图分类号:R256.3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1238-03
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.042

【摘要】目的 分析解表和中方治疗急性吐泻的临床疗效。**方法** 急性吐泻患者 100 例随机分为观察组与对照组各 50 例,对照组给予西医药物基础治疗,观察组在对照组基础上联合解表和中方治疗,比较两组患者治疗 3 d 有效率及临床症状缓解时间。**结果** 观察组有效率为 98.00%,明显高于对照组的 84.00%($P<0.05$);观察组腹泻、呕吐、腹痛、水样便缓解时间明显短于对照组($P<0.05$);观察组治疗 3 d 后腹泻、呕吐频率及腹痛 VAS 评分改善明显优于对照组($P<0.05$)。**结论** 解表和中方治疗急性吐泻疗效显著,有助于早期缓解临床症状。

【关键词】 急性吐泻 解表和中方 临床观察

The Clinical Efficacy of the Treatment with Jiebiao Hezhong Fang on the Patients with Acute Vomiting and Diarrhea LIU Wei, KOU Mingxing. Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital, Chongqing 400021, China

【Abstract】 Objective: To analyze clinical efficacy of the treatment with *Jiebiao Hezhong Fang* on the patients with acute vomiting and diarrhea. **Methods:** 100 cases with acute vomiting and diarrhea were randomly divided into the observation group and the control group, 50 patients in each group. The control group was given Western medicine treatment while the observation group received Western medicine and *Jiebiao Hezhong Fang*. 3 d efficiency and clinical remission time of the two groups were compared. **Results:** The effective rate of the observation group was 98% significantly higher than 84% of the control group; the difference was statistically significant ($P<0.05$); the diarrhea, vomiting, abdominal pain, watery stools remission time of the observation group were shorter than those of the control group. The difference was statistically significant ($P<0.05$); in the observation group, diarrhea, vomiting frequency, abdominal pain, and VAS scores were lower than those of the control group after 3d treatment. The difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion:** *Jiebiao Hezhong Fang* had a significant effect on acute vomiting and diarrhea, and can help relieve the early symptoms.

【Key words】 Acute vomiting and diarrhea; *Jiebiao Hezhong Fang*; Efficacy observation

急性吐泻西医又称急性胃肠炎,多发生于夏秋季节,以上吐下泻、脘腹疼痛为主要临床症状,属中医呕吐、泄泻范畴。中医认为本病的发生,系感受暑湿之邪或过食生冷肥腻,以致脾胃损伤,运化失常而致病^[1]。本病可导致脱水、代谢紊乱等严重并发症,西医治疗主要以补液、纠正酸碱失衡及抗生素控制炎症等为主,长期临床观察发现单纯西医治疗患者吐泻症状控制及康复相对较慢^[2]。研究表明,中医药干预急性吐泻具有可行性,笔者应用解表和中方干预急性吐泻收到良好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:1)符合国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[3]的急性吐泻有关诊断,反复吐泻,大便稀薄呈水样,神疲纳呆,面色无华,舌质偏淡,脉弱无力,中医辨证属寒湿内生;2)曾进食生冷

食物或变质不洁净食物;3)既往体质良好,无慢性腹泻病史。排除标准:1)合并严重并发症者,如休克、重度酸中毒、心衰等;2)药物性胃肠道反应者;3)不能耐受中药者;4)轻度腹泻,口服药物短时间痊愈者。

1.2 临床资料 选取 2010 年 1 月至 2014 年 12 月本院门诊收治的急性吐泻患者 100 例,根据数字列表法随机分为对照组和观察组,各 50 例。其中对照组男性 30 例,女性 20 例;年龄 18~59 岁,平均(38.45±12.76)岁;病程 2~8 h,平均(4.27±1.77)h;每日吐泻次数为 5~12 次,平均(7.50±1.75)次。观察组男性 32 例,女性 18 例;年龄 17~61 岁,平均(38.57±12.85)岁;病程 2~7 h,平均(4.21±1.73)h;每日吐泻次数为 5~14 次,平均(8.00±1.88)次。两组患者性别、年龄、病程、病情等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予蒙脱石散,每次 3 g,每日 3 次;双歧杆菌三联活菌胶囊,每次 2 粒,每日 2 次;泮托拉唑注射液 60 mg 加入 0.9%氯化钠注射液 100 mL 中稀释后静脉滴注;如伴有发热,末梢血或大便镜检

*基金项目:全国名老中医药专家学术经验传承工作室
[△]通信作者(电子邮箱:7764438@qq.com)

WBC计数升高,酌情使用抗生素,脱水者给予补液纠正水及电解质紊乱;临床症状缓解后改用口服止泻、止吐药。观察组在对照组基础上联合中医解表和中方治疗,组成:半夏(洗)10~15 g,干姜 10~15 g,黄连 15 g,黄芩 10 g,芍药 10~15 g,细辛 3~6 g,甘草(炙)10~15 g,桂枝(去皮)10~15 g。腹胀明显者加积壳、大腹皮各 10 g;严重恶心呕吐者加苏梗及竹茹各 10 g;发热者加柴胡、葛根各 10 g;腹中冷痛者加生姜 10 g;饮食减少者加神曲、焦山楂各 15 g;腹痛甚者加白芍、延胡索各 15 g;口渴甚者加天花粉 20 g。每天 1 剂,水煎分 2 次服用,服药以少量多次为原则,避免药汁入胃即吐,呕吐严重者,服药前给予生姜 2 mL 汁口服,以开胃止呕。两组疗程均为 3 d。观察两组患者治疗 3 d 后临床总有效率及腹泻、呕吐、腹痛、水样便缓解时间。

1.4 疗效标准 疗效评价标准按文献[4]执行。腹泻、呕吐症状及阳性体征消失,大便次数恢复至发病前状态,大便常规检查恢复正常水平,为痊愈;腹泻、呕吐症状及阳性体征明显改善,呕吐症状消失,大便次数明显减少,大便常规检查呈阴性,为显效;腹泻、呕吐症状及阳性体征有所好转,呕吐基本控制,大便次数少于 5 次,为有效;腹泻、呕吐症状、阳性体征及实验室检查无明显变化,甚至加重,为无效。有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.5 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示应用 *t* 检验,等级资料采用秩和检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组急性吐泻患者治疗总有效率比较 见表 1。结果显示,观察组治疗总有效率明显高于对照组 (*P* < 0.05)。

表 1 两组急性吐泻患者治疗有效率比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	50	22	17	10	1	49(98.00) [△]
对照组	50	16	14	13	7	43(84.00)

与对照组比较,△*P* < 0.05。下同。

2.2 两组急性吐泻患者临床症状缓解时间比较 见表 2。观察组腹泻、呕吐、腹痛及水样便缓解时间、住院时间明显短于对照组(*P* < 0.05)。

表 2 两组急性吐泻患者临床症状缓解时间及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	腹泻(h)	呕吐(h)	腹痛(h)	水样便(h)	住院时间(d)
观察组	50	25.55±4.77 [△]	18.52±3.68 [△]	30.05±8.42 [△]	16.37±3.06 [△]	3.25±1.50 [△]
对照组	50	28.75±5.25	21.46±4.02	33.17±8.71	19.85±3.25	4.00±1.50

2.3 两组急性吐泻患者治疗前后腹泻、呕吐、腹痛情况比较 见表 3。与治疗前比较,治疗后两组腹泻、呕

吐频率、腹痛 VAS 评分明显改善(*P* < 0.05);治疗后组间比较,观察组优于对照组(*P* < 0.05)。

表 3 两组急性吐泻患者治疗前后腹泻、呕吐、腹痛情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	腹泻(次数/d)	呕吐(次数/d)	腹痛(VAS评分)
观察组 (n=50)	治疗前	7.50±1.75	5.50±1.75	5.25±1.75
	治疗后	1.25±0.50 ^{*△}	0.75±0.25 ^{*△}	1.25±0.50 ^{*△}
对照组 (n=50)	治疗前	8.00±1.88	5.75±1.85	5.50±1.86
	治疗后	1.75±0.50 [*]	1.25±0.50 [*]	1.75±0.75 [*]

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

3 讨论

中医学认为,急性吐泻因饮食生冷不洁,导致脾胃升降功能失常,升降失司,湿邪中阻,久而生热,湿热胶滞,清浊相干,气机逆乱,清气当升而不升,浊气当降而不降,趋下而成泄泻,逆上而成呕吐^[5]。西医将急性吐泻定义为急性胃肠炎,认为主要是饮食不当影响消化功能或饮食不卫生导致急性胃肠道症状^[6]。急性吐泻发病迅速,需要及时采取措施控制症状,西医主要采取补液、保护胃肠道功能及时止泻止吐以及控制感染症状的方法,虽可以短时间控制临床症状,但患者彻底康复较为缓慢,部分患者单纯应用西医治疗易迁延不愈。中医具有全面调理、增强机体免疫功能的疗效,对提高急性吐泻疗效,及时缓解临床症状,促进患者早期康复方面具有显著效果^[7]。

中医解表和中方是“辛开苦降”治法的典型代表,方中半夏为君,辛苦入胃,和胃消痞,降逆止呕,辅以干姜辛温散寒,以增强辛开散结之功,黄连、黄芩苦寒泻热,增强苦降除逆之效,诸药合用,苦辛并进,以利升降,寒热互用,以调阴阳^[8];佐以炙甘草、桂枝益气和,芍药、细辛解表^[9];另加积壳、大腹皮消胀,苏梗、竹茹止吐,柴胡、葛根解热,生姜驱寒,神曲、焦山楂开胃,白芍加延胡索止腹痛,天花粉祛口渴,共奏除逆止泻、解表之功^[10]。

本研究发现,中医解表和中方配合常规西医治疗急性吐泻总有效率明显高于单纯西医治疗对照组,且能明显缩短患者临床症状缓解时间及住院时间,改善患者腹泻、呕吐频率、腹痛 VAS 评分,充分证实中医解表和中方在辅助治疗急性吐泻方面的可行性。

综上所述,中医解表和中方符合急性吐泻病机,辅助西医治疗可有效控制呕吐、泄泻急性症状,促进患者早期康复。

参 考 文 献

- [1] 王德辉.《四圣心源》论治泄泻的辨治特点探微[J]. 中国中医基础医学杂志,2014,24(3):305-306.
- [2] 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,1994:79.

[3] 王兰君. 枫蓼肠胃康胶囊治疗急性胃肠炎的有效性及其安全性[J]. 中成药, 2012, 34(7): 1232-1234.

[4] 郑笑. 调胃消滞丸配合西药治疗急性胃肠炎临床观察[J]. 新中医, 2014, 46(10): 70-72.

[5] 宋桂芹. 中西医结合治疗急性肠胃炎 47 例[J]. 中国中医急症, 2012, 21(3): 480-481.

[6] 郭红玲. 黄连素片与枫蓼肠胃康冲剂合用治疗急性胃肠炎疗效观察[J]. 中医临床研究, 2013, 5(5): 95.

[7] 李达芬. 半夏泻心汤加味治疗急性胃肠炎疗效观察[J]. 陕西中医, 2012, 33(12): 1620-1621.

[8] 王玉英, 李有先. 正气和中汤治疗急性胃肠炎 50 例[J]. 中国中医急症, 2010, 19(5): 855-856.

[9] 汪春娇, 邬松林. 诺氟沙星联合加味藿香正气丸治疗急性胃肠炎的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2011, 33(12): 45-46.

[10] 庄锦娟, 钱香. 化湿(食)消滞汤治疗急性胃肠炎 63 例临床观察[J]. 新中医, 2013, 45(7): 26-28.

(收稿日期 2015-01-20)

荆黄熏洗液促进痔术后创面愈合的临床观察

王慧敏

(江苏省南京市浦口区中医院, 江苏 南京 211800)

中图分类号: R266 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1240-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.043

【摘要】目的 观察荆黄熏洗液促进痔术后创面愈合的临床疗效。方法 将 180 例痔术后患者按 1:1 原则随机分为治疗组和对照组, 治疗组 90 例采用荆黄熏洗液熏洗坐浴治疗, 对照组 90 例采用 1:5000 高锰酸钾溶液熏洗坐浴治疗。结果 治疗组与对照组痊愈率分别为 88.89%、84.44%, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组在缓解术后疼痛、减轻肛缘水肿、缩短创面愈合时间方面明显优于对照组($P < 0.05$)。结论 荆黄熏洗液促进痔术后创面愈合临床疗效确切。

【关键词】 荆黄熏洗液 痔术后 疼痛 肛缘水肿 创面愈合

荆黄熏洗液是浦口区中医院肛肠科针对痔术后患者并发症较多、创面愈合时间长而自拟的外用洗液。经过近 5 年的临床观察, 笔者发现该外用洗液具有明显促进痔术后创面愈合作用。现将系统观察的 180 例病例结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择浦口区中医院肛肠科 2013 年 9 月至 2014 年 3 月收治入院的 180 例痔疮手术患者。均采用局部麻醉下行外剥内扎术, 并按照随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组患者 90 例, 男性 49 例, 女性 41 例; 年龄 17~70 岁, 平均 38.50 岁; 病程 3 d 至 20 年; 其中混合痔 70 例, 内、外痔各 10 例。对照组患者 90 例, 男性 52 例, 女性 38 例; 年龄 20~73 岁, 平均 36.60 岁; 病程 4 d 至 18 年; 其中混合痔 66 例, 内痔 11 例, 外痔 13 例。两组年龄、性别、病程、病种及术后创面大小等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 治疗组采用荆黄熏洗液熏洗坐浴。其方药组成如下: 荆芥 50 g, 防风 50 g, 大黄 50 g, 芒硝 50 g, 苦参 30 g, 川乌 15 g, 草乌 15 g, 川椒 15 g, 五倍子 20 g, 透骨草 30 g。上述各药加水 3000 mL, 浸泡 20 min 左右煎煮, 取其药液 1500 mL, 予以先熏洗后坐浴治疗。对照组采用 1:5000 高锰酸钾溶液 1500 mL 熏洗坐浴治疗。所有患者均于术后第 1 日开始, 每日 9:00 和

16:00 肛门部熏洗坐浴各 1 次, 熏洗液温度均为 40 ℃, 每次 15 min, 熏洗完毕, 给予肛肠科术后常规换药, 直至创面愈合。

1.3 观察指标和疗效标准 1) 观察指标。(1) 疼痛情况: 采用视觉模拟疼痛评分法(VAS), 记录痔术后患者第 1 至第 7 日统一时相点疼痛指数。(2) 肛缘水肿情况: 采用 3 分法(4 等级)评分记录痔术后患者肛缘水肿程度。无水腫为 0 分; 切口周围组织轻度隆起, 皮纹存在为 1 分; 切口周围组织中度隆起, 皮纹不明显为 2 分; 切口周围组织重度隆起, 皮纹消失, 皮肤发亮为 3 分。(3) 结扎线脱落时间: 记录自术后至结扎线完全脱落所需时间。(4) 创面愈合时间: 记录从术后到创面完全愈合所用时间。(5) 记录术后 3 个月随访复发率。2) 疗效标准。参照国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》中的痔病疗效判定标准制定。痊愈: 症状及体征全部消失。显效: 症状、体征消失率 $\geq 70\%$ 。有效: $50\% \leq$ 症状、体征消失率 $< 70\%$ 。无效: 症状、体征消失率 $< 50\%$ 。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验。不符合正态分布的用秩和检验。计数资料采用 χ^2 检验或四格表的确切概率法。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组痔疮手术患者临床疗效比较 见表 1。治疗

组治愈率为 88.89%, 对照组治愈率为 84.44%, 两组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 两组痔疮手术患者临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈(%)	显效	有效	无效
治疗组	90	80(88.89)	7	3	0
对照组	90	76(84.44)	6	8	0

2.2 两组痔疮手术患者第 1 至第 7 日统一时相点 VAS 评分比较 见表 2。两组患者第 1 至第 7 日统一时相点 VAS 评分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 2 两组痔疮手术患者第 1 至第 7 日统一时相点 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	第1日	第2日	第3日	第4日	第5日	第6日	第7日
治疗组	90	4.20±1.39 [△]	3.60±1.57 [△]	1.87±1.44 [△]	0.76±1.26 [△]	0.34±0.69 [△]	0.14±0.43 [△]	0 [△]
对照组	90	5.80±1.83	4.86±0.87	3.53±1.32	2.45±1.68	1.47±0.86	0.84±0.28	0.59±0.37

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.01$ 。

2.3 两组痔疮手术患者肛缘水肿评分及结扎线脱落时间比较 见表 3。两组肛缘水肿评分及结扎线脱落时间差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。

表 3 两组痔疮手术患者肛缘水肿评分及结扎线脱落时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	肛缘水肿程度(分)	结扎线脱落时间(d)
治疗组	90	1.09±0.21 [▲]	7.61±2.43 [▲]
对照组	90	2.04±1.13	11.42±3.14

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

2.4 痔疮手术患者创面愈合时间及复发率比较 治疗组创面愈合时间(17.71±2.84) d 明显短于对照组的(22.14±3.21) d ($P < 0.05$)。治疗组复发 0 例, 复发率为 0, 对照组复发 6 例, 复发率为 6.67%。治疗组随访复发率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

中医学认为痔术后局部脉络受损, 筋脉弛张, 气滞血瘀, 易染毒邪, 湿热蕴结, 而导致局部创面出现疼痛、出血及肛缘水肿等并发症, 加上术后气血亏损, 濡养不足, 常致创面生长缓慢, 切口延迟愈合。痔术后初期基本病机以邪实为主, 主要以湿、热、瘀为病理变化之基础。故中医外治法以清热祛风除湿、活血化瘀止痛为治法^[1]。通过外治法中的中药熏洗, 发挥中药清热散瘀、消肿止痛、敛疮生肌的药理作用, 减少痔术后并发症的发生, 从而缩短疗程。现代研究表明, 肛管齿线区是胚胎时期内胚层和外胚层的连接处, 是人体皮肤屏障功能较薄弱的地方, 正因为如此, 熏洗疗法作用于此处可以很好通过穿透和吸收作用, 达到治疗效果。本研究

荆黄熏洗液与高锰酸钾溶液在痔术后创面治疗对比可以得出: 荆黄熏洗液不但明显缓解痔术后疼痛、减轻肛缘水肿等常见并发症, 而且可以更好缩短疗程, 促进创面愈合。

荆黄熏洗液是我科吸收古今中医理论各家之长, 结合现代药理学研究自拟熏洗方剂, 方中的荆芥、防风具有消散风热祛瘀、胜湿止痛消肿之功效。现代药理学研究证明荆芥具有良好的抗炎镇痛作用; 防风具有解热、镇痛、抗炎、抗惊厥作用^[2]。临床上两药常配伍使用, 王长林等^[3]研究两药配伍使用显现出明显的协同作用, 使抗炎、镇痛作用更为明显。大黄取其清热逐瘀之效, 热清则局部炎症消散, 瘀祛则肿痛自除。现代研究发现大黄不仅具有广谱抗菌作用, 还可以与其他抗菌药物协同增效, 且不易产生耐药性^[4]; 同时对炎症早期的渗出、水肿和炎症后期的结缔组织增生物亦有明显的抑制作用^[5]。上述三者共为主药, 辅以芒硝清热化瘀、软坚散结, 其外用可扩张局部血管, 加快血流循环, 因具有高渗作用, 能促进肿胀组织的吸收、消散; 苦参清热燥湿, 且尤善清下焦湿热; 川乌、草乌祛风除湿、止痛, 可起到“局部麻醉药”作用; 配合川椒、五倍子, 其收湿止痛、止血敛疮之效更著。现代研究表明五倍子所含鞣酸尚能使皮肤、黏膜、溃疡等部的组织蛋白凝固收敛, 促进肉芽组织生长, 加速创面愈合过程^[6]。而透骨草入熏洗液中, 有引药透入经脉, 加强除湿、解毒止痛之功。以上诸药合用, 能清热除湿消肿、活血祛瘀止痛、解毒敛疮生肌, 使瘀血肿胀消散、经脉复通、气血调和, 从而促进局部炎症吸收, 预防感染、水肿, 加快创面愈合。

通过临床疗效观察, 采用荆黄熏洗液对痔术后患者先熏洗后坐浴治疗, 配伍合理, 疗效确切, 能很好地消散局部炎症和改善肛门部血液循环, 减轻术后并发症, 明显缩短创面愈合时间, 促进创面愈合, 且使用方便, 价格低廉, 易被广大患者接受, 值得临床推广。

参 考 文 献

[1] 白克运, 史学文, 祝颂, 等. 复方荆芥熏洗剂在混合痔术后的规范应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(13): 94-95.
 [2] 王林丽, 宋志勇. 防风的研究进展[J]. 中国药业, 2006, 15(10): 63.
 [3] 王长林, 王秀君, 蒲仕飞. 荆芥与防风的药理作用试验研究[J]. 郑州牧业工程高等专科学校学报, 2009, 2(1): 7.
 [4] 丁玉玲. 大黄蒽醌类的研究概况[J]. 时珍国医国药, 2005, 16(11): 1160-1161.
 [5] 郑国英. 中药大黄的药理及临床应用[J]. 临床合理用药, 2010, 22(3): 159.
 [6] 张新华. 中药洗剂促进肛门病术后愈合 116 例[J]. 吉林中医药, 2003, 23(10): 29.

(收稿日期 2014-10-08)

三部开窍利咽针刺法治疗中风后吞咽困难 临床观察*

王文刚 张惠利 李淮安 薛秀娟 徐舒畅 赵鑫 相希 王亚静 王珊珊
(河北省秦皇岛市中医医院,河北 秦皇岛 066001)

中图分类号:R255.2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1242-03
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.044

【摘要】目的 观察三部开窍利咽针刺法治疗中风后吞咽困难(假性球麻痹)的临床疗效。**方法** 将 76 例患者随机分为治疗组和对照组各 38 例。治疗组给予常规内科药物治疗及基础针刺治疗,治疗组在对照组基础上同时给予三部开窍利咽针刺法治疗。于治疗前、治疗 2 个疗程后分别进行洼田饮水试验评价。**结果** 两组治疗前洼田饮水试验评定差别不大($P>0.05$)。治疗后两组洼田饮水试验评定均较治疗前改善($P<0.01$),且治疗组优于对照组($P<0.05$)。**结论** 三部开窍利咽针刺法治疗中风后吞咽困难(假性球麻痹)临床疗效确切。

【关键词】 中风 吞咽困难 假性球麻痹 三部开窍利咽针刺法

Clinical Observation on Sanbu Kaiqiao Liyan Acupuncture on Dysphagia after Stroke WANG Wengang, ZHANG Huili, LI Huaian, et al. TCM Hospital of Qinhuangdao City, Hebei Province, Hebei, Qinhuangdao 066001, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of Sanbu Kaiqiao Liyan Acupuncture on dysphagia after stroke (Pseudobulbar palsy). **Methods:** 76 patients were randomly divided into two groups, each group with 38 patients. Control group were treated with conventional western medicine and conventional acupuncture, while the treatment group were treated with Sanbu Kaiqiao Liyan Acupuncture besides. Clinical effect of both group were evaluated by sub-water test before treatment and two courses after. **Results:** Scores of sub-water test of two group showed little differences($P>0.05$). Scores of sub-water test of two group improved compared with before treatment ($P<0.01$), while treatment group did better ($P<0.05$). **Conclusion:** Sanbu Kaiqiao Liyan Acupuncture has well clinical effect on dysphagia after stroke (pseudobulbar palsy).

【Key words】 Stroke; Dysphagia; Pseudobulbar palsy; Sanbu Kaiqiao Liyan Acupuncture

吞咽困难是中风病常见并发症,在急性期即发现有超过 1/3 的患者合并有吞咽困难^[1],其主要由双侧上运动神经元(运动皮质及其发出的皮质脑干束)病损所造成的假性球麻痹所致。如不能及时有效治疗,可造成患者营养不良及吸入性肺炎、窒息、脱水等,进而导致机体抵抗力下降和体能不足,最终引起患者病情加重和病死率增加,严重影响中风患者预后。吞咽困难可归于中医学“中风”“喉痹”“暗瘕”“噎膈”“类噎膈”等范畴。笔者研究本病 20 年,2011 年 7 月经河北省中医药管理局批准建立假性球麻痹省重点实验室,对本病进行了文献和临床等系列研究。结合名老中医学术经验,创立了三部开窍利咽针刺法,通过临床观察,疗效满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1) 诊断标准:符合中风病诊断标准(参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》);符合

1995 年第 4 届全国脑血管病学术会议制定的《各类脑血管疾病诊断要点》脑卒中诊断标准;符合 2010 年国家中医药管理局医政司颁布《22 个专业 95 个病种中医诊疗方案》假性球麻痹诊断标准。2) 纳入标准:符合上述诊断标准,且经头颅 CT 或 MRI 证实为缺血性脑血管病或非急性期出血性脑血管病患者,缺血病灶为双侧;年龄 30~85 岁,性别不限;无意识障碍,能够配合治疗;洼田饮水试验评价Ⅲ级以上;无针灸禁忌症患者。3) 排除标准:智力障碍不能配合治疗者;有嗜睡及意识状态改变者;有重要脏器功能衰竭者;脑出血急性期;不愿积极配合治疗及评价者。4) 剔除标准:病情严重恶化,不适合继续进行本课题设计的试验者;在治疗过程中因不良反应和意外情况而终止治疗,或因非治疗因素而死亡者;自动中断治疗,不能继续观察者。

1.2 临床资料 选择 2014 年 1 月至 2014 年 12 月秦皇岛市中医医院脑病科治疗的中风并发吞咽困难(假性球麻痹)的患者 76 例,其中男性 42 例,女性 34 例;年龄 47~82 岁。采用单盲法随机分成对照组和治疗组各 38 例。对照组 38 例,男性 22 例,女性 16 例;平均年

* 基金项目:河北省中医药中风病假性球麻痹重点实验室科研建设项目

龄(52.36±13.28)岁。治疗组 38 例,男性 20 例,女性 18 例;平均年龄(53.18±12.73)岁。两组在年龄、性别方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予常规内科药物治疗和常规针刺治疗,取穴风池(双侧)、完骨(双侧)、天柱(双侧),及常规体针治疗。治疗组在对照组治疗基础上应用三部开窍利咽针刺法治疗。取上廉泉、海泉、咽后壁,先刺海泉穴,嘱患者张口,抬高舌尖,暴露舌下,避开舌系带,以白蛇吐信手法向舌根方向刺入 0.5~1 寸,不留针。再刺咽后壁,嘱患者张口,用压舌板轻轻按压舌根部位,充分暴露咽部,用 4 寸芒针点刺咽后壁,左右各 3 下,可轻微渗血或不出血,以诱发呛咳或咽喉肌肉运动为佳。最后刺上廉泉,针尖向舌根斜刺 1.5~2 寸,捻转泻法,针感传至咽喉部为佳,留针 30 min。每日 1 次,6 次为 1 疗程,中间休息 1 d。两组均观察 2 个疗程。

1.4 疗效标准 治疗前,治疗 2 个疗程后分别由同一位经过专业培训的医生进行患者洼田饮水试验评价。洼田氏饮水试验:让患者端坐,喝下 30 mL 温开水,观察所需时间及呛咳情况。I 级:能顺利地 1 次咽下。II 级:分 2 次以上,能不呛地咽下。III 级:能 1 次咽下,但有呛咳。IV 级:分 2 次以上咽下也有呛咳。V 级:全量咽下困难,频频呛咳。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件。等级资料运用 Ridit 分析,计量资料运用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

见表 1。结果示,两组治疗前洼田饮水试验评定差别不大($P>0.05$)。治疗后两组洼田饮水试验评定均较治疗前改善 ($P<0.01$),且治疗组优于对照组 ($P<0.05$)。

表 1 两组治疗前后洼田饮水试验评定(n)

组别	n	治疗前					治疗后				
		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
治疗组	38	0	0	18	13	7	19 [△]	11 [△]	5 [△]	3 [△]	0 [△]
对照组	38	0	0	20	12	6	4 [*]	17 [*]	9 [*]	6 [*]	2 [*]

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

3 讨论

假性球麻痹又称假性延髓麻痹,是临床神经系统综合征之一,1837 年由 Magnus 首次报道^[2],临床主要表现为言语、构音和吞咽困难。其中吞咽困难是脑卒中常见和潜在的严重并发症之一,在某些患者中则可能是唯一或首要并发症。《金匱要略·中风历节病》记载“邪入于脏,舌即难言,口吐涎”,《奇效良方》亦云“暗痺之状,舌暗不能语,足废不能用”,《杂病源流犀烛·中风源流》指出“中脏者,病在里,多滞九窍”。笔者通过对万

方数据库、维普数据库、清华同方数据库筛查及多年临床观察,总结出本病病机主要为肝、脾、肾诸脏亏虚,而生风、火、痰、瘀,导致风痰瘀血痹阻脑络、舌本,窒塞咽喉,关窍阻闭,神机失用,而发本病。病变涉及肝、脾、肾、脑、任督二脉,乃本虚标实之证,肝肾不足,气血衰少为本;风火相煽、痰浊阻络、瘀血内停为标。治疗当予调整全身脏腑气血以治其本,疏通经气以治其标。

本研究采用三部开窍利咽针刺法,选穴精炼,特色鲜明,体现了循经取穴与局部取穴的临床思维。其中上廉泉,为经外奇穴,位于廉泉穴上 1 寸(甲状软骨上凹陷直上 1 寸)。上廉泉又名舌本,为任脉经气所发,是任脉与阴维脉交会之处,与舌体的运动有密切关系^[3]。针刺上廉泉可利咽止痛,舒筋活络,主治舌强、语言不清、舌下神经瘫痪等。海泉为经外奇穴,在口腔内舌下系带中点处,可祛邪开窍,主治喉痹、舌缓不收等症^[4]。舌体通过经络的循行,直接或间接与脏腑有密切联系,脏腑气血上营于舌,舌为心之苗,为脏腑之外候,手少阴心经挟咽喉上行,经别系舌本;足太阴脾经上挟咽,连舌本,散舌下;足少阴肾经循咽喉,挟舌本。舌与神明也有密切关系,舌属心,心主神而与脑密切相关,针刺其可刺激与舌有联系的经络,疏通经气、调整气血、开窍启语,使舌体得到气血濡养,增强舌功能活动而发挥醒脑活血,疏通经气,通关利窍的作用^[5]。现代研究认为,舌体分布有丰富的末梢神经,刺激这些末梢神经能增强中枢神经系统的兴奋性,促进神经反射,通过皮层—丘脑—皮层调节,使特异性传导系统和非特异性传导系统相互达到平衡,重建语言活动的神经环路;建立脑侧支循环,促进损害部位的血流量增加^[6]。研究结果还表明,舌针比体针更明显提高病灶部位脑组织的血流灌注,使病灶部位不同程度缩小,激发脑神经细胞的功能活动,改善大脑功能^[7]。咽后壁点刺是局部治疗,可直接刺激咽喉部局部肌肉、小韧带等感受器,刺激中枢神经,加强协同作用^[8]。现代医学认为针刺咽喉诸肌群局部相应腧穴,可直接刺激舌咽、迷走、舌下神经,使兴奋传入上运动神经元,从而促进恢复舌咽部随意运动^[9],因此咽后壁点刺可以促使患者咽反射建立,恢复舌咽部吞咽功能。此 3 穴均在舌咽部,与本病病位“脑、咽、舌本”邻近,其中上廉泉所刺为舌中,海泉所刺为舌下,咽后壁所刺为咽喉,是为三部。针刺上廉泉、海泉能够明显改善舌体运动,增加舌体灵活性,从而改善患者口腔期食物摄入;点刺咽后壁,改善咽喉部肌肉运动,能够明显改善口咽期的食物摄入。综上所述,三部开窍利咽针刺法具有调节脏腑、疏通经络、化痰逐瘀的作用,可以开舌窍,利咽喉,能够明显改善患者吞咽功能。

现代医学认为上述穴位均在舌咽、迷走神经、感觉纤维支配区内,通过针刺其可使针刺产生的兴奋通过神经传到中间神经元(大脑皮质或延髓),中间神经把

兴奋进行分析、综合发放冲动或增加传出冲动至效应器(肌肉),使效应器发生反应或反应加强,即恢复大脑皮质脑干束正常反射弧功能^[10]。三部开窍利咽针刺法经临床观察,疗效确切,值得进一步研究和推广。

参 考 文 献

[1] 宋军,陈可冀. 针刺治疗中风后吞咽困难的问题[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(6):725-726.

[2] 蒋戈利,石学敏. 针刺治疗假性延髓麻痹 227 例临床观察[J]. 北京中医,1990,40(1):38-39.

[3] 刘炎. 中华特奇效穴精粹[M]. 上海:上海科学技术文献出版社,2005:89.

[4] 孙国杰. 针灸学[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:441-442.

[5] 李勇,李滋平. 舌针疗法治疗中风后吞咽困难的临床研究[J].

针灸临床杂志,2005,21(8):7-8.

[6] 米建平,朱晓平. 舌针为主治疗中风失语症 46 例临床观察[J]. 上海针灸杂志,2004,23(7):8-9.

[7] 李勇,李滋平. 舌针疗法治疗中风后吞咽障碍的临床研究[J]. 针灸临床杂志,2005,21(8):7-8.

[8] 冯新. 针刺翳风穴配合咽后壁点刺治疗假性延髓麻痹 68 例[J]. 光明中医,2011,26(5):1007.

[9] 范翠芳,江泓颖. 针刺治疗脑卒中后吞咽困难临床观察[J]. 上海针灸杂志,2007,26(7):6-7.

[10] 樊敬峰,吕佩源. 突触可塑性相关物质及其在脑缺血后的变化[J]. 国外医学:脑血管疾病分册,2004,12(5):371-374.

(收稿日期 2015-02-19)

针刺在粘连性肠梗阻患者术后康复中的应用

户玉鹏 闫万里 李琳华

(河北省临西县第二人民医院,河北 临西 054901)

中图分类号:R246 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1244-02
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.045

【摘要】目的 观察针刺对粘连性肠梗阻(AIO)患者相关指标的影响,评价针刺在术后康复中的应用效果。**方法** 将 80 例 AIO 患者分为针刺组和对照组各 40 例,对照组给予常规保守治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用针刺治疗,均治疗至梗阻解除恢复饮食。**结果** 针刺组与对照组治疗后在血液流变学指标和临床客观指标等方面具有明显差异($P < 0.01$)。**结论** 针刺治疗 AIO 可改善患者血液流变学指标的高黏状态,促进梗阻解除。

【关键词】 粘连性肠梗阻 血液流变学 针刺

粘连性肠梗阻(AIO)是腹部手术后因肠管粘连或腹腔粘连带导致肠内容物不能顺利通过所致的肠梗阻,其病理基础为粘连。本病在临床上缺乏有效的非手术解除梗阻的方法,多采用减轻胃肠道负担、营养支持等保守治疗方法待梗阻自行解除,中医在治疗 AIO 方面具有独到的优势,本研究采用针刺辅助治疗 AIO,观察对患者血液流变学指标的影响,并对疗效作出评价。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断符合《外科学》中 AIO 的诊断标准^[1];中医诊断符合《中医内科学》中的“腹痛”诊断标准^[2];均存在腹部手术病史。排除标准:因肠麻痹、占位、肠套叠及肠扭转等非粘连因素引起的肠梗阻;绞窄性肠梗阻需急诊手术者;合并严重呼吸、循环、神经系统疾病者;严重皮肤疾病不宜行针刺治疗者。

1.2 临床资料 选取 2012 年 2 月至 2014 年 2 月临西县第二人民医院普通外科入院治疗的 AIO 患者 80 例。采用随机数字表分为针刺组和对照组各 40 例,两组患者一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别(n)		平均年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	平均病程 (h, $\bar{x} \pm s$)	腹部手术种类(n)		
		男	女			胃肠手术	肝胆手术	盆腔手术
针刺组	40	23	17	42.25±4.32	7.53±4.34	16	14	10
对照组	40	22	18	41.92±4.16	7.28±4.61	17	12	11

1.3 治疗方法 对照组采用常规保守治疗,给予禁食水、胃肠减压、静脉营养支持、奥美拉唑静点减少消化液分泌,维持水、电解质及酸碱平衡,如出现血白细胞升高感染症状给予抗炎治疗,给予温肥皂水灌肠,必要时给予解痉镇痛治疗。治疗组在对照组治疗的基础上加用针刺治疗,取穴:足三里、上巨虚、下巨虚、天枢、三阴交,均为双侧取穴。操作方法:患者取仰卧位,常规消毒皮肤,华佗牌一次性 0.3 mm×50 mm 不锈钢毫针直刺相应穴位 25~40 mm,局部产生酸胀感得气后行平补平泻针法,留针 30 min,每日治疗 2 次。两组患者均治疗至腹部症状消失,恢复排气排便,进食 3 d 症状无复发时停止治疗。

1.4 观察指标 1)临床客观指标。记录两组患者腹痛

消失时间、腹胀缓解时间、首次排便时间、进食时间、住院治疗时间等客观指标。2) 血液流变学指标: 记录治疗前后全血黏度值(高切、低切)、血浆黏度、红细胞压积及血小板黏附率。

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

2 结果

2.1 两组 AIO 患者临床客观指标比较 见表 2。两组患者在腹痛消失时间、腹胀缓解时间、首次排便时间、进食时间、住院治疗时间等客观指标方面具有明显差异($P < 0.01$)。

表 2 两组 AIO 患者临床客观指标比较($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	腹痛消失时间	腹胀缓解时间	首次排便时间	进食时间	住院治疗时间
针刺组	40	1.82±2.21 [△]	3.16±2.52 [△]	5.53±2.84 [△]	6.53±3.14 [△]	10.16±3.62 [△]
对照组	40	3.24±2.43	5.94±4.36	8.28±3.22	10.24±2.45	15.28±4.73

与对照组比较, $\Delta P < 0.01$ 。

2.2 两组 AIO 患者血液流变学指标比较 见表 3。针刺组治疗后血液流变学指标与治疗前相比差异有统计学意义($P < 0.01$),与对照组治疗后相比差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 3 两组 AIO 患者血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	全血黏度(mPa·s)		血浆黏度(mPa·s)	红细胞压积(%)	血小板黏附率(%)
		高切	低切			
针刺组 (n=40)	治疗前	7.25±0.63	9.28±1.04	1.78±0.16	55.82±0.63	47.26±11.05
	治疗后	6.03±0.24 [△]	7.36±1.46 [△]	1.42±0.26 [△]	41.39±0.55 [△]	27.86±10.35 [△]
对照组 (n=40)	治疗前	7.31±0.66	9.53±1.23	1.82±0.22	54.58±0.26	46.52±12.04
	治疗后	6.68±0.45 [*]	8.31±1.25 [*]	1.79±0.25	48.82±0.41 [*]	34.35±11.45 [*]

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

3 讨论

粘连是机体受到损伤后产生的保护性反应, 存在发生、发展、吸收、消散的过程, 没有粘连就不存在愈合, 但过度的粘连亦会造成新的损害。腹部手术后由于机械损伤、局部炎症反应及组织缺血等原因形成腹腔粘连, 表现为肠管粘连或形成粘连带压迫肠管, 肠腔变窄。当遭遇饮食不节、脾胃虚弱等外在因素刺激时, 肠壁血液循环不畅, 肠壁水肿加重肠腔狭窄, 造成肠内容物不能顺利通过形成 AIO。改善肠壁血液循环, 减轻水肿、促进粘连吸收消散, 成为胃肠功能恢复的关键环节。AIO 属中医学“腹痛”“关格”范畴, 腹腔粘连后六腑气机受损, 肠道气滞血瘀, 腑气不通, 不通则痛; 清气不升、浊气不降则胀; 胃肠之气上逆则呕; 肠道传导失司、滞塞不通则闭, 其病机为气机痞结、血脉瘀滞, 腑气不

通, 治疗应以通腑行滞、活血化瘀、行气散结为则。

现代医学研究表明, 中医血瘀证的病理基础是血液处于浓、黏、聚、凝的“高黏滞状态”, 从而使脏器的血液循环和微循环发生障碍而产生疾病, 血液流变学指标是研究血瘀证的客观指标, 可作为改善血液循环状态, 增加血流量的评估指标^[3]。AIO 患者血浆黏度增大, 红细胞变形能力差而聚集能力增加, 血流阻力增大, 易形成血栓, 导致绞窄性肠梗阻的发生。动物实验表明, 针刺胃肠经穴可对胃肠道运动起到良性的双向调节作用, 减弱活动亢进肠道的过度蠕动, 增加麻痹肠的蠕动, 从而改善消化道血液循环, 降低毛细血管的通透性, 起到减轻肠道水肿、松解粘连的作用^[4]。治疗所选穴位足三里为胃合穴, 上下巨虚为大小肠合穴, 天枢为大肠募穴, 本研究表明, 针刺以上诸穴可改善 AIO 患者全血黏度值(高切、低切)、血浆黏度、红细胞压积及血小板黏附率等异常指标, 改善或解除机体血液高黏滞异常状态, 改善腹腔血液循环障碍, 缓解肠管缺血、缺氧状态, 从而起到活血化瘀、通腑行滞的目的, 加速粘连的吸收消散, 促进梗阻的解除^[5]。

针刺可激发经气、通调气血、疏通经络、和谐脏腑, 对胃肠功能具有多方面的调节作用。治疗所选穴位中, 足三里、天枢和上巨虚属足阳明胃经, 为治疗六腑疾病的主要穴位, 足三里可生发胃气、通经活络、补中益气; 上巨虚专司六腑之通, 可调和肠胃、通肠化滞、祛瘀散结; 天枢可温通气机、疏调肠腑、理气行滞; 三阴交属足太阴脾经, 系足太阴、厥阴、少阴之会, 能调肝补肾健脾, 减轻肠壁水肿。针刺以上诸穴, 起到调理胃肠气机、降逆通便之功效, 促进梗阻解除后失调的胃肠恢复正常蠕动, 从而缩短治疗时间。周艳玲等^[6]研究表明, 穴位针刺等强刺激可通经络调气血, 兴奋胃肠自主神经系统, 促进胃肠功能恢复正常。

参 考 文 献

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2008; 515-522.
- [2] 田德禄. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002; 311-314.
- [3] 姜春华. 活血化瘀研究新编[M]. 上海, 上海医科大学出版社, 1990; 31.
- [4] 李琳华. 针刺辅助治疗急性粘连性肠梗阻的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(11): 1818-1819.
- [5] 彭伟军, 崔寒尽, 廖翔, 等. 醒脑开窍针刺法对重度颅脑损伤患者血液流变学指标的影响[J]. 中国中医急症, 2011, 20(4): 517-518.
- [6] 周艳玲, 张金成, 黄锦萍. 穴位低频电刺激与穴位针刺对肠梗阻手术后胃肠蠕动功能影响的比较[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(18): 2269-2274.

(收稿日期 2014-11-19)

解痉痰咳方联合穴位埋线治疗支气管哮喘的临床观察*

王 品 冯文杰 杨环玮

(河北省秦皇岛市中医医院,河北 秦皇岛 066000)

中图分类号:R562.2*5 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1246-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.046

【摘要】目的 临床观察解痉痰咳方联合穴位埋线对支气管哮喘急性发作期的疗效。**方法** 临床选取支气管哮喘急性发作期患者 66 例,采用随机数字表法分为观察组 33 例与对照组 33 例。两组均给予基础治疗,抗感染、解痉平喘、皮质激素、 β_2 受体激动剂、白三烯受体拮抗剂对症治疗,观察组除基础治疗给予解痉痰咳方并穴位埋线,患者分别于治疗前及治疗 10 d 后检测血清嗜酸性粒细胞、1 s 用力呼气容积、肺总量、最大呼气流速峰值、呼出一氧化氮水平,并记录症状体征变化情况及 ACT 评分。**结果** 观察组临床总有效率 93.94%,明显高于对照组的 84.85%($P<0.05$);各项观察指标改善率均优于对照组($P<0.05$)。**结论** 在基础治疗基础上加用解痉痰咳方并穴位埋线治疗,可进一步改善患者症状。

【关键词】 解痉痰咳方 穴位埋线 支气管哮喘

The Clinical Observation of Jiejing Tanke Fang Combined with Point Embedding Therapy on the Acute Episode of Bronchial Asthma WANG Pin, FENG Wenjie, YANG Huanwei. Qinhuangdao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Hebei, Qinghuangdao 066000, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical curative effect of *Jiejing Tanke Fang* combined with point embedding therapy on the acute episode of bronchial asthma. **Methods:** 66 patients with bronchial asthma attack were chosen, to be divided into the observation group (33 cases) and the control group (33 cases), with the random number table. Two groups were given basic treatment, anti-infection, spasmolysis and asthma, corticosteroids, β_2 agonists, leukotriene receptor antagonists, and the observation group were also given *Jiejing Tanke Fang* combined with Point Embedding Therapy apart from the basic treatment. All the patients were detected in the levels of serum EOS, FEV1 and FVC, PEF, FeNO, respectively 10 days before and after treatment, the changes of the symptoms, signs and ACT score were record. **Results:** The total clinical effective rate 93.94% of the observation group was obviously higher than that of the control group 84.85% ($P<0.05$); all the observation indexes were better than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Based on the basic treatment, *Jiejing Tanke Fang* combined with point embedding therapy can improve the patients' symptoms.

【Key words】 *Jiejing Tanke Fang*; Point embedding therapy; Bronchial asthma

临床中支气管哮喘发病率逐年呈上升趋势,青中年患病者所占比例亦有所上升。中医根本乃阴阳平衡,《黄帝内经》中云“阴平阳秘,精神乃治”,机体出现疾病,必为阴阳失衡。笔者对支气管哮喘急性期患者在西医治疗基础上加用中医疗法,效果良好。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呼吸病学分会哮喘学组于 2008 年制定的《支气管哮喘防治指南》^[1];中医诊断标准均符合《中药新药临床研究指导原则》中“哮喘”的诊断与辨证标准^[2]。纳入标准:诊断符合上述诊断标准者;入组前征得患者同意,签署知

情同意书及治疗同意书。排除标准:排除其他原因导致的喘证;有原发免疫功能缺陷病、糖尿病、严重肾损害疾病、肺结核、肺部肿瘤及心血管疾病的患者;有精神异常,不能配合治疗者;未签署知情同意书及治疗同意书者;不能接受埋线治疗者。

1.2 临床资料 临床选取 2014 年 10 月至 2015 年 2 月来本院就诊的支气管哮喘急性发作期患者 66 例,采用随机数字表法分为观察组和对照组各 33 例,观察组男性 18 例,女性 15 例;平均年龄(36.51±10.48)岁;平均病程(16.83±9.04) d。对照组男性 20 例,女性 13 例;平均年龄(38.1±11.47)岁;平均病程(14.22±11.73) d。两组性别、年龄、病程差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组均给予基础治疗:抗感染、解痉平喘、皮质激素、 β_2 受体激动剂、白三烯受体拮抗剂,观察组除基础治疗外给予解痉痰咳方并穴位埋线治

* 基金项目:河北省秦皇岛市科学技术支撑项目(201401A074)

疗。解痉痰咳方:麻黄 10 g,射干 10 g,干姜 10 g,细辛 3 g,五味子 15 g,地龙 15 g,全蝎 15 g,金荞麦 15 g,蝉蜕 15 g,黄芩 10 g,木蝴蝶 10 g,桔梗 10 g,甘草 10 g。风寒证加荆芥 10 g,防风 10 g;风热证加石膏 20 g,杏仁 10 g;气虚者加黄芪 20 g,白术 15 g;肺阴虚者加紫菀 15 g,款冬花 15 g;肾阴虚者加枸杞 15 g,墨旱莲 10 g;阳虚者加肉桂 10 g,杜仲 10 g;痰盛者加清半夏 10 g,白芥子 10 g,肝气犯肺者加白芍 10 g,柴胡 10 g。穴位埋线:穴位为定喘、肺俞、脾俞、肾俞,均为双侧,另加膻中。所选埋线材料为可吸收性外科缝线,剪成约 1 cm 长,选用 9 号腰椎穿刺针为植入工具。操作方法:胸部穴位取仰卧位,背部穴位取俯卧位,皮肤常规消毒后,将缝合线放入一次性 9 号穿刺针管里,将针快速刺入穴位,出针后用消毒棉签按压片刻,查无线头外露,用创口贴盖住针孔以防被污染。

1.4 观察指标 1)嗜酸性粒细胞(EOS)检测:患者于治疗前后采取空腹静脉血检测血常规,记录数目。2)肺功能检测:患者于治疗前后采用德国朗格肺功能检测仪检测 1 s 用力呼气容积(FEV₁)与肺总量(FVC),以及最大呼气流速峰值(PEF)。3)呼出气一氧化氮(FeNO)检测:患者于治疗前后采用纳库伦一氧化氮测定仪[由无锡尚沃生物科技有限公司提供,型号 SV-02E-SEU,批准文号苏食药监械(准)字 2013 第 2210511 号]检测 FeNO 水平。

1.5 疗效标准 1)中医证候疗效标准。临床疗效判定参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]拟定。临床控制:哮喘症状完全缓解,即使偶有轻度发作不需用药即可缓解。FEV₁(或 PEF)增加量>35%或治疗 FEV₁(PEF)≥80%预计值。PEF 昼夜波动率<20%。显效:哮喘发作较治疗前明显减轻,FEV₁(或 PEF)增加量范围 25%~35%,或治疗后 FEV₁(PEF)达到预计值的 60%~79%,PEF 昼夜波动率<20%,仍需用糖皮质激素或支气管扩张剂。好转:哮喘症状有所减轻,FEV₁(或 PEF)增加量 15%~24%,仍需用糖皮质激素和(或)支气管扩张剂。无效:临床症状和 FEV₁(或 PEF)测定值无改善或反而加重。2)中医证候积分。主要症状:咳嗽、咯痰、喘息、哮鸣音等体征。采用积分评定症状改善程度,轻度减轻记为 1 分,明显减轻记为 2 分,症状消失记为 3 分,症状无改善或加重记为 0 分。3)ACT 评分。采用由美国卫生科学中心 Nathan 教授设计的 ACT 问卷^[3],主要基于哮喘对患者日常活动的影响、呼吸困难程度、夜间症状、急救药物使用情况及哮喘控制水平的自我评价,计算治疗前后 ACT 评分,分值越高,哮喘控制症状越好,25 分为完全控制,20~24 分为部分控制,<20 分为未得到控制。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计分析。计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异

有统计学意义。

2 结果

2.1 两组支气管哮喘患者疗效比较 见表 1。观察组总有效率 93.94%,明显高于对照组 84.85%(*P*<0.05)。

表 1 两组支气管哮喘患者临床疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	33	6	21	4	2	93.94 [△]
对照组	33	4	15	9	5	84.85

与对照组比较,[△]*P*<0.05。

2.2 两组支气管哮喘患者治疗前后中医证候改善及 ACT 评分比较 见表 2。治疗后两组患者中医证候改善及 ACT 评分较治疗前明显改善 (*P*<0.05),组间比较,观察组亦优于对照组(*P*<0.05)。

表 2 两组支气管哮喘患者治疗前后中医证候改善及 ACT 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	中医证候积分	ACT 评分
观察组 (<i>n</i> =33)	治疗前	12.11±1.24	14.88±1.95
	治疗后	4.20±0.58*	18.72±1.87* [△]
对照组 (<i>n</i> =33)	治疗前	11.58±1.42	15.88±2.29
	治疗后	6.53±0.78*	16.97±2.17*

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

2.3 两组支气管哮喘患者治疗前后 FEV₁、FEV₁/FVC、PEF 比较 见表 3。治疗后两组患者 FEV₁、FVC、PEF 较治疗前明显改善 (*P*<0.05);组间比较,观察组优于对照组(*P*<0.05)。

表 3 两组支气管哮喘患者治疗前后 FEV₁、FEV₁/FVC、PEF 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FEV ₁ (L)	FEV ₁ /FVC(%)	PEF(%)
观察组 (<i>n</i> =33)	治疗前	2.08±0.77	62.64±18.02	82.20±12.66
	治疗后	2.76±0.87* [△]	79.35±20.25* [△]	83.63±12.44* [△]
对照组 (<i>n</i> =33)	治疗前	2.13±0.56	65.63±17.09	81.43±14.53
	治疗后	2.23±0.43*	77.13±21.23*	86.82±12.91*

2.4 两组支气管哮喘患者治疗前后血清 EOS、FeNO 水平比较 见表 4。治疗后两组患者血清 EOS、FeNO 水平较治疗前明显改善 (*P*<0.05),组间比较,观察组

表 4 两组支气管哮喘患者治疗前后血清 EOS、FeNO 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	EOS(×10 ⁶ /L)	FeNO(ppb)
观察组 (<i>n</i> =33)	治疗前	0.79±0.02	78.36±42.30
	治疗后	0.31±0.03* [△]	39.81±24.35* [△]
对照组 (<i>n</i> =33)	治疗前	0.80±0.04	85.43±60.72
	治疗后	0.59±0.21*	58.00±41.95*

优于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

支气管哮喘是有多种细胞,包括嗜酸性粒细胞、肥大细胞、淋巴细胞、中性粒细胞等,以及细胞组分参与的气道炎症及气道高反应性。哮喘属中医学“哮病”范畴,其发病机制为外邪引动内伏之痰,如外感风寒、风热之邪或受烟味、粉尘、油漆等异味刺激,肺宣发肃降失常,引起咳嗽、喘息、气短,反复发作则耗伤肺气,久病累及脾肾,重则及心。本文所选解痉痰咳方中君药麻黄,宣肺平喘,《本草正义》中云“麻黄轻清上浮,专疏肺郁,宣泄气机”;射干、地龙、全蝎、蝉蜕为臣药,《本草经疏》中云“射干,苦能下泄,故善降;兼辛,故善散。故主咳逆上气”,地龙、全蝎、蝉蜕搜风止痉,通络平喘,佐药黄芩苦寒,入肺经,《本草正义》“枯者清上焦之火,消痰利气,定喘嗽”,干姜、细辛、五味子辛温升散,祛邪外出,五味子又敛肺止咳,金荞麦止咳化痰要药,使药桔梗引经入肺,并上行补益肺气。诸药共奏宣发肺气、止咳平喘之效。现代药理研究麻黄主要成分麻黄碱对支气管平滑肌的解痉作用较持久^[4],作为多种平喘药物的主要成分;豚鼠回肠试验中生黄芩有非常显著的解痉作用^[5],其水提取物可升高前列腺素水平^[6],抑制肥大细胞释放组胺,对抗5-羟色胺,松弛支气管平滑肌,并能提高免疫力,抑制过敏反应;甘草中甘草次酸钠亦可拮抗组胺、5-羟色胺^[7],减少嗜酸性粒细胞渗出,并有镇咳、消痰及降低气道阻力的作用,对呼吸道炎症引起的痰、咳、喘产生全面抑制作用^[8];白芍可抑制细胞过度分泌白介素1、肿瘤坏死因子和前列腺素^[9],且能双向调节免疫^[10];杜仲水煎液可双向调节细胞免疫,又能抑制迟发性超敏反应^[11];木蝴蝶中成分黄芩苷元对豚鼠离体气管过敏性收缩及整体动物过敏性气喘有缓解作用,并能抑制过敏性水肿及炎症,与麻黄碱有协同作用^[12]。

所选埋线穴位中膻中为八会穴之一,乃宗气之所聚,肺主气,司呼吸,此穴近于胸部,可理气宽胸,主治咳嗽、气喘;膀胱经为一身之表,而肺腧为膀胱经腧穴,可补肺益气,宣降肺气,并祛邪外出;定喘为治疗哮喘要穴,止咳平喘,通宣理肺,解剖定位临近第7颈椎旁近星状神经节处,此处长期刺激可上传至孤束核,下传至第4胸椎交感干的肺动脉分支及肺丛,加速动脉血流,并使支气管扩张,可改善喘证,故名定喘;双侧脾俞,脾为气血生化之源,针刺可补脾益气,气旺血行;双侧肾俞,平补肾阴肾阳,以助纳气平喘,针刺可增强免疫,提高机体抵抗力。现代医学研究针灸可平衡机体阴阳,调节脏腑功能,疏通经络,调气和血,以补虚泻

实^[13],祛邪外出,可促进血液循环,加速新陈代谢,但当针离开机体,刺激即刻消失,埋线疗法是以针灸发展而来,将异物埋入穴位,可产生持久刺激,激发经气,并通过经络传入脏腑,调和阴阳。选用外科可吸收性缝合线,可经10余天被人体吸收,与传统穴位埋线相比,植入后过敏、结节、感染率极低^[14],被人体分解的同时,刺激产生变态反应,促进巨噬细胞产生,致敏淋巴细胞,激发人体免疫功能,刺激传入大脑中枢,调节垂体-下丘脑-肾上腺素轴,促进皮质激素分泌,改善哮喘症状。

综上所述,无论从现代医学角度,还是中医理论分析,以及临床观察证实,解痉痰咳方联合穴位埋线治疗支气管哮喘可增强疗效,进一步缓解哮喘症状,改善肺功能,改善FeNO水平,值得临床应用。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南[J]. 中华哮喘杂志, 2008, 2(1): 3-13.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 60-66.
- [3] Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control[J]. Allergy Clin Immunol, 2004, 113(29): 59-65.
- [4] 江苏新医学院. 中药大辞典[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1986: 2222-2223, 401-402.
- [5] 蒋韵. 黄芩苷抗过敏性机制的药理研究[J]. 中国实验临床免疫学杂志, 1995, 7(3): 7.
- [6] 李忠. 中药的酶效应[J]. 生物化学与生物物理进展, 1983, 3(6): 17.
- [7] 吴勇杰, 李新芳, 何琳, 等. 甘草次酸钠的抗炎作用机理[J]. 中国医药学通报, 1991, 7(1): 46.
- [8] 吴勇杰. 甘草次酸钠的镇咳、消痰、降低气道阻力作用的研究[J]. 兰州医学院学报, 1996, 22(2): 23.
- [9] 王斌, 陈敏珠, 徐叔云. 白芍总苷对佐剂性关节炎大鼠骨髓细胞功能和脾细胞增殖反应的影响[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 1994, 8(2): 128-132.
- [10] 张钻端, 黄叔仁, 陈敏珠. 白芍总苷对内因性葡萄膜炎患者的免疫调节作用[J]. 中华眼底病杂志, 1994, 10(3): 146-148.
- [11] 徐诗伦, 谢帮鉴, 周厚琼, 等. 杜仲对垂体-肾上腺皮质功能的影响[J]. 中草药, 1982, 13(6): 24.
- [12] 季宇彬. 中药活血化瘀有效成分药理与应用[M]. 哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 1999: 38-40.
- [13] 王光安, 陈树涛. 穴位埋线治疗痤疮临床研究[J]. 中医学报, 2014, 29(11): 1695-1696.
- [14] 任媛媛. 速刺穴位埋线临床应用体会[J]. 陕西中医, 2014, 35(2): 223.

(收稿日期 2015-03-20)

耳穴放血疗法对湿疹患者 IL-17 和 IL-23 表达的影响*

龚致平¹ 罗周慧¹ 谢文全¹ 郑显锋¹ 操良会¹ 杨俊荣¹ 唐成林^{2△} 唐念珍²

(1.重庆市长寿区中医院,重庆 401220;2.重庆医科大学中医药学院,重庆 400016)

中图分类号:R758.23 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1249-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.047

【摘要】目的 研究耳穴放血疗法对湿疹患者体内白细胞介素-17(IL-17)和白细胞介素-23(IL-23)表达量的影响,探讨耳穴放血疗法治疗湿疹的机制。**方法** 采用 ELISA 方法检测各组患者治疗前后 IL-17 和 IL-23 表达水平,并对比观察各组患者治疗前后的临床表现。**结果** 治疗后患者体内 IL-17 和 IL-23 表达水平明显低于治疗前($P < 0.05$)。**结论** 耳穴放血疗法能降低湿疹患者体内 IL-17 和 IL-23 表达水平,从而减轻其临床表现。

【关键词】 耳穴放血疗法 湿疹 IL-17 IL-23

Effect of Ear Bloodletting Therapy on the Expression of IL-17 and IL-23 in Patients with Eczema
GONG Zhiping, LUO Zhouhui, XIE Wenquan, et al. *Traditional Chinese Medicine Hospital of Changshou District, Chongqing City, Chongqing 401220, China*

【Abstract】Objective: To study the effect of ear bloodletting therapy on the expression of IL-17 and IL-23 in patients with eczema, and investigate the therapeutic mechanism of ear bloodletting therapy in patients with eczema. **Methods:** The expression levels of IL-17 and IL-23 in patients of each group were detected with ELISA method before and after treatment, and a contrast observation of the clinical manifestation between patients of each group was made before and after treatment. **Results:** After the treatment, the expression levels of IL-17 and IL-23 in patients were significantly lower than that before treatment ($P < 0.05$). **Conclusion:** Ear bloodletting therapy can reduce the expression level of IL-17 and IL-23 in patients with eczema, so as to ease the clinical manifestations.

【Key words】 Ear bloodletting therapy; Eczema; IL-17; IL-23

湿疹是一种表皮及真皮浅层的变态反应性炎症性疾病,病因错综复杂,常由多种内外因素引起的^[1]。患者可出现全身泛发或局限一处的各种皮损表现,常对称分布,边界不清,伴有剧烈瘙痒,严重影响患者工作生活。白细胞介素-17(IL-17)和白细胞介素-23(IL-23)在自身免疫性疾病发病过程中有着重要作用,对炎症有很强的促进作用,能诱导多种细胞产生炎症介质,从而引发局部或全身的炎症反应^[2-3],IL-23 还对 Th17 细胞的增殖分化过程有很重要的作用^[4]。目前西医常规治疗湿疹疗效不佳,中医耳穴放血疗法疗效明确,无毒副作用。本实验通过观察 30 例湿疹患者治疗前后 IL-17 和 IL-23 表达水平的变化,探讨耳穴放血疗法治疗湿疹的机制。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准参考卫生部规划教材第 7 版《皮肤性病学》^[5],并排除年龄小于 18 周岁或大于 50 周岁的患者,妊娠或哺乳期妇女,合并有糖尿病、心脑

血管、肝、肾、肿瘤等严重疾病的患者,精神病患者。皮损面积及严重程度指数评分法(EASI)^[6-8]是根据全身不同部位及皮损严重程度,结合皮损面积比例进行综合计算。瘙痒严重程度评分参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]对患者日常工作、生活的影响程度拟定。

1.2 临床资料 2013 年 9 月至 2014 年 6 月在本院皮肤科门诊或住院明确诊断为湿疹的患者 30 例,年龄 18~50 岁;其中男性 13 例,女性 17 例;病程 3 个月至 10 年不等,平均(3.82±2.86)年。

1.3 治疗方法 耳穴放血每周 2 次,单侧交替进行,两周为 1 个疗程,共治疗两个疗程。耳穴选取耳中、肺、对屏尖。耳中在耳轮脚处,即耳轮 1 区;肺在心、气管区周围处,即耳甲 14 区;对屏尖在对耳屏游离缘的尖端,即对耳屏 1、2、4 区交点。患者取端坐位,医者用一只手捏住患者耳部快速反复的搓揉,使其充血;医者消毒双手并戴无菌手套,患者耳部皮肤常规消毒;用一次性消毒针头快速点刺耳穴后,用双手从针孔挤出血液,用无菌棉球擦吸血液,直至不再出血为止,一般出血量 2~3 mL 为宜,由耳中、肺、对屏尖依次放血。嘱患者避免过度劳累,保持良好心态,禁用热水和肥皂烫洗皮损

* 基金项目:重庆市卫生局中医药科技项目(20120216)

△通信作者(电子邮箱:CYTCL996@163.com)

处,忌食辛辣刺激和海鲜、牛羊肉等发物。

1.4 标本检测方法 用一次性采血针抽取患者晨起空腹静脉血 2~3 mL 于普通真空采血管内,静置 20 min,离心机 3000 r/min,离心 10 min,取上层血清,4~6 °C 冻存待测。应用生物素双抗体夹心法,严格按照 IL-17 和 IL-23 ELISA 试剂盒说明书进行操作。稀释标准品,设空白对照孔,标准品孔加标准品 50 μL 和链霉素-HRP50 μL,待测样品孔加入样品 40 μL,生物素标记的抗体 10 μL,链霉素-HRP50 μL。盖上封板膜,轻轻震荡混匀,37 °C 温育 1 h。揭掉封板膜,弃去液体,甩干,每孔加满配置洗涤液,静置 30 s 后弃去,重复洗板 5 次,拍干。然后每孔加入显色液 A、B 各 50 μL,轻轻震荡混匀,37 °C 避光显色 10 min。每孔再加入终止液 50 μL,混匀后即刻用在 450 nm 波长下测定吸光度(OD 值),空白孔调零,通过标准曲线计算血清中 IL-17 和 IL-23 含量。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 *t* 检验,等级资料采用秩和检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 湿疹患者治疗前后主要临床症状比较 见表 1。患者治疗前后临床症状轻重程度均有变化,差异有统计学意义(*P*<0.05),说明耳穴放血疗法对湿疹临床症状均有改善作用。

表 1 湿疹患者治疗前后主要临床症状比较(*n*)

证候	治疗前				治疗后			
	无	轻	中	重	无	轻	中	重
皮损	0	6	16	8	7	17	4	2
瘙痒	0	3	19	8	8	15	4	3

2.2 湿疹患者治疗前后 IL-17、IL-23 水平及 EASI 评分比较 见表 2。患者治疗前后 IL-17、IL-23 水平及 EASI 评分差异均具有统计学意义(*P*<0.01),说明耳穴放血疗法对湿疹患者体内 IL-17 和 IL-23 表达水平有明显的抑制作用。

表 2 湿疹患者治疗前后 IL-17、IL-23 水平及 EASI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

时间	<i>n</i>	IL-17	IL-23	EASI 评分(分)
治疗前	30	67.44±19.33	201.93±36.04	12.03±5.36
治疗后	30	30.37±18.15*	117.57±26.26*	5.68±3.17*

与治疗前比较,**P*<0.01。

3 讨论

湿疹可由多种内外因素诱导发生,通常是在自身免疫力和抵抗力降低的基础上,感受外来刺激(如环境、食物、动物毛发、化学物质等)而引起的一种迟发型

变态反应。中医认为该病多是由先天禀赋不足,后天过食荤腥而导致风邪内动,又或过食辛辣刺激而导致脾胃功能受损,运化失常,致水饮内停,聚而化湿,致湿邪内蕴,郁积化热,又兼外感百病之长的风邪,终致风、湿、热诸邪互搏,侵淫肌表,发为湿疹^[10]。

IL-17 是由 Th17 细胞分泌的,IL-23 是由活化的抗原递呈细胞分泌的,IL-23 可以促进 Th17 细胞的分化增殖^[4,11],更是 Th17 细胞存活的重要因子^[12-13],它可以诱导 Th17 细胞的发育,促进慢性炎症的发生发展^[14-15]。IL-17 具有促炎作用,可以诱导趋化因子、促炎细胞因子的表达,引起组织细胞浸润和组织破坏^[16]。它们都是自身免疫性疾病和过敏性疾病发生发展过程中的重要影响因子,对免疫炎症反应具有很强的促进作用,且能够诱导上皮细胞、成纤维细胞、内皮细胞等细胞产生多种炎症介质,最终引发局部或全身泛发的炎症反应^[2-3]。有研究证实,减少 IL-17 的产生,可明显减轻炎症性疾病的严重程度^[17-18]。

耳穴放血疗法可以加快经络气血运行,调节经络,达到疏风止痒、活血祛瘀、通络止痛等功效。西医认为,耳穴放血疗法可以加速血液的新陈代谢,增加组织血氧供给量,增加机体免疫力^[19-20]。耳中主治皮肤瘙痒、荨麻疹、呃逆、咯血等;对鼻尖主治皮肤瘙痒、哮喘、腮腺炎、附睾炎等;肺主治皮肤瘙痒、荨麻疹、哮喘、痤疮、鼻炎、戒断综合征等^[21]。

本实验采用耳穴放血疗法治疗湿疹患者 30 例,结果显示治疗后患者体内的 IL-17 和 IL-23 表达水平明显低于治疗前,说明耳穴放血疗法能够明显降低湿疹患者体内 IL-17 和 IL-23 的表达水平,对湿疹患者有很好的治疗作用,且其机制是通过降低血清中 IL-17 和 IL-23 的表达量来完成的。

参 考 文 献

- [1] 张学军. 皮肤性病学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:106-109.
- [2] Harrington LE, Hatton RD, Mangan PR, et al. Interleukin 17-Producing CD4⁺ effector T cells develop via a lineage distinct from the T helper type 1 and 2 lineages[J]. Nat Immunol, 2005, 6(11):1123-1132.
- [3] Korn T, Bettelli E, Gao W, et al. IL-21 initiates an alternative pathway to induce proinflammatory T(H)17 cells[J]. Nature, 2007, 448(7152):484-487.
- [4] Abbas AK. The control of T cell activation vs. tolerance [J]. Autoimmun Rev, 2003, 2(3):115-118.
- [5] 张学军. 皮肤性病学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:106-109.
- [6] 赵辨. 湿疹面积及严重程度指数评分法[J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(1):3.
- [7] Hanifin JM, Thurston M, Omoto M, et al. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic

- dermatitis. EASI Evaluator Group[J]. *Exp Dermatol*, 2001, 10(1):11-18.
- [8] Berth J. Six area, six sign atopic dermatitis (SASSAD) severity score; a simple system for monitoring disease activity in atopic dermatitis [J]. *Br J Dermatol*, 1996, 135(Suppl 48): 25-30.
- [9] 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: 295-298.
- [10] 徐文汶. 耳穴联合中药治疗湿疹(湿热证)临床观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2012.
- [11] Malek TR. The main function of IL-2 is to promote the development of T regulatory cells [J]. *J Leukoc Biol*, 2003, 74(6): 961-965.
- [12] Yen DJ, Cheung H, Scheerens F, et al. IL-23 is essential for T cell-mediated colitis and promotes inflammation via IL-17 and IL-6 [J]. *J Clin Invest*, 2006, 116(5): 1310-1316.
- [13] Khader SA, Pearl JE, Sakamoto K, et al. IL-23 compensates for the absence of IL-12 p70 and is essential for the IL-17 response during tuberculosis but is dispensable for protection and antigen-specific IFN- γ responses if IL-12 p70 is available [J]. *J Immunol*, 2005, 175(2): 788-795.
- [14] Aggarwal S, Ghilardi N, Xie MH, et al. Interleukin-23 promotes a distinct CD4 T cell activation state characterized by the production of interleukin-17 [J]. *J Biol Chem*, 2003, 278(3): 1910-1914.
- [15] Vaknin-Dembinsky A, Balashov K, Weiner HL. IL-23 is increased in dendritic cells in multiple sclerosis and down-regulation of IL-23 by antisense oligos increases dendritic cell IL-10 production [J]. *J Immunol*, 2006, 176(12): 7768-7774.
- [16] Kolls JK, Linden A. Interleukin-17 family members and inflammation [J]. *Immunity*, 2004, 21(4): 467-476.
- [17] Nakae S, Nambu A, Sudo K, et al. Suppression of immune induction of Collagen-induced arthritis in IL-17-deficient mice [J]. *J Immunol*, 2003, 171(11): 6173-6177.
- [18] Banham AH. Cell-surface IL-17 receptor expression facilitates the purification of FOXP3 (+) regulatory T cells [J]. *Trends Immunol*, 2006, 27(12): 541-544.
- [19] 董雪松. 耳穴割治法在急性湿疹治疗中的临床观察[D]. 长春: 长春中医药大学, 2012.
- [20] 蔡力妍, 吴节. 耳尖放血疗法临床应用策略[J]. *光明中医*, 2013, 28(9): 1987-1989.
- [21] 陆寿康. 刺灸灸法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 125-129.

(收稿日期 2015-02-15)

Epley 手法复位结合深刺翳风穴治疗后半规管良性发作性位置性眩晕临床观察

何 刚

(四川省广元市中医医院, 四川 广元 628000)

中图分类号: R255.3 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1251-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.048

【摘要】目的 观察 Epley 手法复位结合深刺翳风穴治疗后半规管良性发作性位置性眩晕(PC-BPPV)的临床疗效。**方法** 将 68 例患者随机分为 Epley 手法复位加针刺组 35 例与 Epley 手法复位组 33 例, 比较两组疗效、症状评分、复发率及安全性。**结果** 共 66 例完成研究, 手法复位加针刺组总效率 97.06%, 高于手法复位组的 84.38%; 手法复位加针刺组症状评分下降幅度明显大于手法复位组; 手法复位加针刺组复发率为 6.25%, 低于手法复位组的 13.33%(均 $P < 0.05$)。两组均无安全性事件。**结论** Epley 手法复位结合深刺翳风穴治疗后半规管良性发作性位置性眩晕疗效优于单纯手法复位治疗, 且复发率更低。

【关键词】 良性发作性位置性眩晕 针刺 翳风穴 手法复位

良性发作性位置性眩晕(BPPV)是周围性眩晕之一, 易复发, 年发病率居周围性眩晕单病种首位^[1-2], 85%~90%的异位耳石发生于后半规管, 后半规管良性发作性位置性眩晕(PC-BPPV)是最常见的 BPPV, 手法复位治疗被认为是治疗 PC-BPPV 最为有效的方法^[3]。近年来笔者通过 Epley 手法复位结合深刺翳风穴治疗 BPPV 患者 34 例, 疗效显著, 且复发率低。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断符合中华医学会耳鼻咽喉科学分会于 2007 年发布的《良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估》中 PC-BPPV 诊断标准^[4]。中医诊断符合国家中医药管理局 1994 年制订发布的《中医病证诊断疗效标准》中眩晕的诊断标准。纳入标准: 符合上述中西医诊断标准; 年龄 18~70 岁; 未接受其他

治疗;能配合治疗并签署知情同意书。排除标准:其他眩晕如中耳炎、梅尼埃病、严重颈椎病等;合并有精神病或吸毒、严重感染、严重血液病、严重心脏病高血压病及其他器官或系统严重疾病者;妊娠或哺乳妇女;研究者认为不宜入选的其他原因。剔除、脱落标准:纳入后发现不符合纳入标准者、未接受治疗或治疗未完成而中途退出者、出现严重不良反应者。

1.2 临床资料 全部病例均是本院 2012 年 1 月至 2014 年 6 月门诊及住院患者,共 68 例,均为 PC-BPPV,所有患者以抛硬币法随机分为两组,治疗结束时脱落及剔除两组各 1 例,共 66 例纳入统计。手法复位加针刺组 34 例,男性 15 例,女性 19 例;年龄 22~76 岁,平均(49±17)岁;在手法复位治疗同时加用深刺翳风穴。手法复位组 32 例,男性 15 例,女性 17 例;年龄 23~77 岁,平均(48±15)岁;只给予手法复位治疗。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 1)手法复位加针刺组。针刺选穴:双侧翳风穴。具体操作方法:患者俯伏坐位或卧位,于耳垂后方,乳突和下颌角之间的凹陷处取穴。常规消毒后,选取直径 0.3 mm,长 75 mm 的一次性无菌针灸针,从后外微向前内方刺入,进针 25~30 mm 左右,行平补平泻法,得气后接 G6805 型电针仪,疏密波,电流强度宜小,最大不超过患者耐受度,留针 30 min。针刺结束后给予手法复位治疗,手法复位 Epley 法^[5]:患者坐于诊疗床上,背对医师,头转向患侧 45°,躺下呈仰卧位,肩平床头,头下挂床边与床面呈 15°,观察眼震;将患者头转 90°(向健耳侧),侧身,保持头位不变,此时患者面朝地面;嘱患者坐起并低头 30°,每一个体位均保持 30~60 s。一次治疗未完全改善的患者间隔 2~3 d 继续此治疗,重复 3 次治疗为 1 疗程,疗程结束仍无效者采用其他方法治疗。术前向患者讲解手法复位的目的、治疗方法、效果,取得患者的积极配合。治疗过程中注意观察患者面色、脉搏,及时询问患者对手法复位术及针刺的耐受程度。治疗结束后,嘱患者 48 h 内尽量保持直立头位,避免头部过多活动,尤其是前倾、后仰及向患侧转头,睡眠时取半坐卧位并垫高头部,并告知眩晕的防治知识,缓解心烦焦虑急躁情绪。2)手法复位组。不给予针刺治疗,其他手法复位法同治疗组。

1.4 观察项目 1)症状评分。根据《中药新药临床研究指导原则》^[6]制定。眩晕为主症,按轻度、中度、重度分别计为 2、4、6 分。次症为恶心、呕吐、耳鸣、其他兼症(心悸、汗出、头昏),根据症状有无分别计 1 分、0 分。治疗开始前及治疗两周后分别进行症状评分。2)复发率观察。治疗结束 3 个月对两组患者进行电话随访,记录治疗结束后 3 个月时的复发情况。3)安全性观察。治疗过程中观察患者面色、脉搏,眩晕恶心呕吐、心悸汗出等植物神经症状情况;观察患者对手法复位术及

针刺的耐受程度;针刺激外与并发症出现情况并记录。

1.5 疗效标准 疗效评定按照中华医学会耳鼻咽喉科学分会 2007 年发布的《良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估》^[4]相关标准进行,患者开始治疗两周后进行疗效评估。痊愈:眩晕完全消失或位置性眼震完全消失。有效:眩晕或位置性眼震减轻,但未完全消失。无效:眩晕和位置性眼震无变化、加剧或转为其他类型的 BPPV。

1.6 统计学处理 采用 SPSS15.0 统计软件处理。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料进行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 PC-BPPV 患者临床疗效比较 见表 1。结果显示手法复位加针刺组总有效率高于手法复位组($P<0.05$)。

表 1 两组 PC-BPPV 患者疗效比较(n)

组别	n	痊愈	有效	无效	总有效(%)
手法复位加针刺组	34	28	5	1	33(97.06) [△]
手法复位组	32	21	6	5	27(84.38)

与手法复位组比较,△ $P<0.05$ 。

2.2 两组 PC-BPPV 患者症状评分比较 见表 2。治疗 2 周后两组症状评分,主症、兼症均有明显下降($P<0.01$);手法复位加针刺组症状评分下降幅度明显大于手法复位组($P<0.05$)。

表 2 两组 PC-BPPV 患者治疗前后症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	主症	兼症
手法复位加针刺组 (n=34)	治疗前	5.11±0.88	2.79±1.41
	治疗后	0.83±1.01 ^{*△}	0.41±0.56 ^{*△}
手法复位组 (n=32)	治疗前	4.92±1.11	2.56±1.39
	治疗后	1.34±1.19 [*]	0.82±0.69 [*]

与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与手法复位组比较,△ $P<0.05$ 。

2.3 两组复发情况比较 因各种原因手法复位加针刺组失访 2 例,手法复位组失访 2 例。手法复位加针刺组复发 2 例,复发率为 6.25%;手法复位组复发 4 例,复发率为 13.33%,两组差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.4 安全性评价 两组患者手法复位治疗过程中均出现不同程度的眩晕恶心等症状,但均能耐受;未出现针刺激外及并发症。说明手法复位加针刺治疗与单纯手法复位治疗均是安全的。

3 讨论

BPPV 属于周围性眩晕,多见于中老年患者,其发病机制认为是由于椭圆囊耳石膜上的碳酸钙颗粒脱落并进入半规管所致。当头位改变时会引起内淋巴液流

动的畅通性不足而发病^[1,7]。85%~90%的异位耳石发生于后半规管,5%~15%见于水平半规管^[3]。临床上绝大多数 BPPV 属于“管结石型”,也可能与外伤、耳部疾病、内耳供血不足(动脉硬化、高血压病等)有关,BPPV 患者的易感因素包括老年人、头部外伤、既往内耳病史、偏头痛、骨质疏松以及普通外科手术史等^[5,7-8]。其特点是:1)发作性眩晕出现于头位变动过程中;2)Dix-Hallpike 或 Rolltest 等检查可同时诱发眩晕和眼震,头位变动与眩晕发作及眼震之间存在 5~20 s 的潜伏期,诱发的眩晕和眼震一般持续在 1 min 之内,表现为“由弱渐强——再逐渐弱”;患者由卧位坐起时,常出现“反向眼震”^[1]。手法复位治疗是根据嵴顶结石和管结石学说,对患者进行鉴别后给予手法治疗,使脱落耳石复位。大多数 BPPV 患者经手法复位治疗有明显效果,但对将来可能出现的复发无预防作用^[7-8];而且经过手法复位治疗的患者仍常遗留头晕昏沉、恶心呕吐、心悸汗出等植物神经症状,也有研究发现年龄、疾病病程的长短、相关糖尿病、脑血管病等合并症明显影响着患者手法复位康复的有效率,尤其在高龄、长期慢性迁延性及多种合并症时疗效欠佳^[9]。这就提示需要在手法复位治疗基础上配合其他多种治疗手段以进一步提高疗效、预防复发。

本病属中医学“眩晕”范畴,多为本虚标实之证,以肝、脾、肾之虚为本,风、痰、瘀之邪为标。其主要病机为肝郁风动、痰瘀内阻、髓海不足、脑失所养,风、痰、瘀诸邪合而为患所致。《灵枢·口问》云“耳者,宗脉之所聚也”。《素问·缪刺论》曰“邪客于手足少阴、太阴、足阳明之络,此五络皆会于耳中”。翳风穴位在耳垂后乳突与下颌角之间凹陷中,乃手少阳三焦经腧穴,手足少阳之会。针之能通利耳窍、息风止眩。其针法一般为直刺 0.8~1.2 寸。近年有研究应用 CT 技术发现针刺翳风穴进针深度约 3.5 cm 时,即最佳进针深度^[10],平均危险深度为(35.52±6.31) mm^[11],因此深刺翳风穴 30 mm 左右是安全的。翳风穴深刺,既能通利耳窍,熄风止眩,也可能通过刺激局部外周神经末梢或其他感受器而调节植物神经功能,缓解脑部及前庭动脉微小血管痉挛,扩张脑微血管,进而改善内耳微循环,促进内耳膜迷路、前庭的平衡功能恢复。需要注意的是双侧翳风由后外微向前内方刺入,针尖深达茎乳孔处附近,电流将通过颈段脊髓前方,因此电流强度宜小,切勿通电太强,以免发生意外。

由于 85%~90%的 BPPV 均为 PC-BPPV,因此本

研究专门观察 Epley 手法复位配合深刺翳风穴治疗 PC-BPPV 的临床疗效。两组方法均安全有效。通过中西医结合方法与单纯手法复位对照组的疗效、中医症状评分及复发率比较,提示 Epley 手法复位配合深刺翳风穴治疗 PC-BPPV 疗效优于单纯手法复位治疗,且复发率更低。根据 PC-BPPV 的发病原因及机制,以及翳风穴的治疗作用,考虑 Epley 手法复位配合深刺翳风穴中西医结合治疗 PC-BPPV 有相互补充的作用,能够使疗效进一步提高并降低复发率。同时初步发现手法复位配合深刺翳风穴治疗能够缩短急性病程以及改善其植物神经功能症状,但因未作资料统计,故有待今后进一步观察研究。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会神经病分会,中华神经科杂志编辑委员会. 眩晕诊治专家共识[J]. 中华神经科杂志,2010,43(5):369-374.
- [2] 孙小英,赵性泉,鞠奕. 前庭中枢性及周围性眩晕患者视频眼震图参数特点分析[J]. 中国卒中杂志,2013,8(5):346-350.
- [3] Fife TD, Iverson DJ, Lempert T, et al. Practice Parameter: Therapies for benign paroxysmal positional vertigo (an evidence based review)[J]. Neurology, 2008, 70(5):2067-2074.
- [4] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉科学分会. 良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42(3):163-164.
- [5] Paul K, Richard LS, Brian H. Benign paroxysmal positional vertigo: diagnosis and treatment in the emergency department—a review of the literature and discussion of canalith repositioning maneuvers[J]. Ann Emerg Med, 2001, 37(4): 392-398.
- [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,1993:24-27.
- [7] 阿道夫 M·普朗斯坦,托马斯·伦珀特. 眩晕和头晕:实用入门手册[M]. 赵钢,等,译. 北京:华夏出版社,2012:132-141.
- [8] 张素珍. 眩晕症的诊断与治疗[M]. 2版. 北京:人民军医出版社,2007:142-157.
- [9] 沈双. 手法复位治疗老年人良性阵发性位置性眩晕[J]. 浙江中西医结合杂志,2010,20(11):697-699.
- [10] 张惠林,王玉明. 翳风穴针刺深度及角度 CT 定位探析[J]. 针灸临床杂志,2013,29(8):24-24.
- [11] 姜雪梅,高彦平,黄泳. 翳风穴的形态学特征及其临床意义[J]. 中国针灸,2005,25(11):781-783.

(收稿日期 2015-01-15)

参附注射液治疗骨关节炎临床研究

颜 琴

(广东省从化市太平镇中心卫生院, 广东 从化 510900)

中图分类号:R684.3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1254-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.049

【摘要】目的 观察参附注射液治疗骨关节炎(OA)的临床疗效。方法 将 80 例 OA 患者随机分成对照组与实验组,每组各 40 例,对照组采用常规基础治疗,实验组加用参附注射液,两组疗程均为 14 d。结果 实验组总有效率为 87.50%,明显高于对照组的 67.50%($P<0.05$)。治疗后实验组与对照组的骨关节炎评分(KOSS)量表评分、Lequesne 损伤评分均低于治疗前($P<0.05$);两组比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-18(IL-18)、C 反应蛋白(CRP)值表达均下降($P<0.05$),超氧化物歧化酶(SOD)值表达均升高($P<0.05$);与对照组相比,参附注射液组患者 IL-6、IL-18、CRP 值表达均下降更显著($P<0.05$),SOD 值表达升高更显著($P<0.05$)。结论 参附注射液辅助治 OA 疗效显著,治疗机制可能与降低 IL-6、IL-18、CRP 表达,升高 SOD 表达相关。

【关键词】 参附注射液 骨关节炎 IL-6 IL-18 SOD CRP

骨关节炎(OA)是一种以关节软骨退行性变和继发性骨质增生为特征的关节疾病;其主要的症状是疼痛,初期为轻微钝痛,以后逐步加剧。活动多时疼痛加剧,休息后好转,有的在静止或晨起时感到疼痛,稍活动后减轻,但活动过量时,因关节面摩擦也可产生疼痛,给患者的生活带来巨大痛苦,消炎镇痛药物的应用虽能减轻部份患者症状,但某些患者的疗效并不显著,而手术疗法则因经济负担让一部分患者不能得到有效治疗。笔者运用参附注射液治疗 OA 取得了良好的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床诊断符合中华医学会儿科学分会 2007 年颁布的骨关节炎诊治指南中 OA 的诊断标准^[1]。

1.2 临床资料 选取 2013 年 3 月至 2014 年 5 月就诊于本院骨伤科的 OA 患者 80 例,按随机数字表法将其分为对照组与实验组各 40 例。其中男性 43 例,女性 37 例;平均年龄(61.51±10.53)岁。实验组男性 27 例,女性 13 例;平均病程(3.54±1.72)年;单侧骨关节炎 29 例,双侧骨关节炎 11 例。对照组男性 24 例,女性 16 例;平均病程(3.64±1.23)年;单侧骨关节炎 25 例,双侧骨关节炎 15 例。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组患者口服盐酸氨基葡萄糖胶囊、阿司匹林肠溶片、双氯芬酸钠缓释片(扶他林)。盐酸氨基葡萄糖胶囊,每次 2 粒,每日 2 次;阿司匹林肠溶片,每次 1 片,每日 1 次;扶他林,每次 3 片,每日 1 次。实验组在对照组用药的基础上加用参附注射液(参附注射液 10 mL/安瓿,雅安三九药业有限公司生产

出品),100 mL 参附注射液配伍 0.9%氯化钠注射液 100 mL 静滴,每日 1 次,两组疗程均为 14 d。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征变化,治疗前后分别对两患者进行骨关节炎评分(KOSS)量表评分、Lequesne 损伤评分进行比较;两组患者治疗前后分别抽取静脉血,测定白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-18(IL-18)、超氧化物歧化酶(SOD)、C 反应蛋白(CRP)值的表达。IL-6、IL-18、SOD、CRP 试剂盒全部购自上海信然生物科技有限公司。

1.5 疗效标准 疗效标准参照文献[1]。显效:主要症状、体征的整体改善率 $\geq 75\%$ 且 $< 51\%$,理论指标明显的改善。有效:主要症状、体征整体的改善率 $\geq 50\%$ 且 $< 30\%$,理化指标有改善或无改善。无效:主要症状、体征的整体改善 $\leq 30\%$,理化指标无改善。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

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

2 结果

2.1 两组 OA 患者治疗后临床总有效率比较 见表 1。结果示实验组总有效率为 87.50%,明显高于对照组的 67.50%($P<0.05$)。

表 1 两组 OA 患者治疗后临床总有效率比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
实验组	40	25	10	5	35(87.50) [△]
对照组	40	11	16	13	27(67.50)

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。下同。

2.2 两组 OA 患者治疗前后 KOSS 量表评分、Lequesne 损伤评分比较 见表 2。结果示治疗后实验组与对照

组的 KOSS 量表评分、Lequesne 损伤评分均低于治疗前 ($P < 0.05$); 两组比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表2 两组 OA 患者治疗前后 KOSS 量表评分、Lequesne 损伤评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	KOSS 量表评分	Lequesne 损伤评分
实验组 (n=40)	治疗前	98.13±2.27	16.28±3.06
	治疗后	49.61±4.53 ^{*△}	6.59±2.83 ^{*△}
对照组 (n=40)	治疗前	100.25±3.48	17.02±4.69
	治疗后	77.82±6.27 [*]	10.34±3.51 [*]

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

2.3 两组 OA 患者治疗前后 IL-6、IL-18、SOD、CRP 水平比较 见表3。两组患者治疗后 IL-6、IL-18、CRP 值表达均下降 ($P < 0.05$), SOD 值表达均升高 ($P < 0.05$); 与对照组相比, 参附注射液组患者 IL-6、IL-18、CRP 值表达均下降更显著 ($P < 0.05$), SOD 值表达升高更显著 ($P < 0.05$)。

表2 两组 OA 患者治疗前后 IL-6、IL-18、SOD、CRP 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IL-6(pg/mL)	IL-18(pg/mL)	SOD(U/L)	CRP(mg/L)
实验组 (n=40)	治疗前	8.53±2.71	452.64±71.35	45.61±5.33	21.14±6.31
	治疗后	1.96±0.87 ^{*△}	128.42±33.41 ^{*△}	81.13±6.49 ^{*△}	4.05±0.42 ^{*△}
对照组 (n=40)	治疗前	9.13±1.24	491.31±61.24	42.26±7.21	24.61±5.42
	治疗后	4.52±1.01 [*]	287.16±29.75 [*]	61.33±8.19 [*]	13.11±1.68 [*]

3 讨论

OA 是一种以关节软骨退行性变和继发性骨质增生为特征的关节疾病。其主要的症状是疼痛, 初期为轻微钝痛, 以后逐步加剧。活动多时疼痛加剧, 休息后好转, 有的患者在静止或晨起时感到疼痛, 稍活动后减轻, 但活动过量时, 因关节面摩擦也可产生疼痛, 给患者的生活带来具大痛苦。炎症反应对 OA 的发生有重要作用, IL-6、IL-18、CRP 是炎症反应的重要调节剂^[2-3]。通过特定的生理反应, 这些炎症介质可引起 OA 患者关节软骨的破坏, 主要的表现为一方面刺激其他细胞因子生成, 介导软骨破坏, 加强关节炎的过程, 另一方面刺激成纤维细胞增殖, 促纤维化进程。因此对 OA 的治疗, 减少炎症反应的发生是非常必要的。临床中很多 OA 患者应用参附注射液后取得较好疗效, 但相关机制没有详细报道。黄兰兵等^[4]研究表明, 参附注射液可减轻全身炎症反应综合征的发生。本文拟通过观察参附注射液治疗 OA 的临床疗效, 以及观察是否影响炎症介质 IL-6、IL-18、CRP 的表达而影响骨关节炎患者炎症的发生, 进而探究参附注射液治疗 OA 的可能

机制。

本研究在常规药物治疗 OA 的基础上加用参附注射液获得了显著的临床疗效, 而且通过对 IL-6、IL-18、CRP 的检测, 发现参附注射液可显著降低 OA 患者体内这些炎性细胞因子的表达, 因此, 参附注射液对 OA 的治疗作用机制之一可能是其通过降低 IL-6、IL-18、CRP 等细胞因子的表达, 减轻其对关节软骨的破坏。氧自由基在 OA 的发生发展过程中也起了重要作用, 其与细胞炎性因子一起作用于关节软骨, 加重关节软骨的损伤, 损伤的软骨又产生更多的有害因子, 形成恶性循环^[5-6]。《SHOCK》杂志刊登的研究结果表明, 参附注射液可通过增强 SOD 的表达清除体内氧自由基^[7]。本研究通过对 SOD 的检测表明, 参附注射液可显著增强 OA 患者体内 SOD 的表达, 进而清除过多的氧自由基, 减少自由基对关节软骨的破坏, 改善 OA 患者的临床症状。

综上所述, 研究表明, 参附注射液可显著改善 OA 患者临床症状, 症状的改善与其抑制 OA 患者体内 IL-6、IL-18、CRP 等炎性因子的表达, 减轻这些细胞因子对关节软骨的破坏密切相关; 亦与其增强 OA 患者体内 SOD 的表达, 通过 SOD 清除氧自由基, 减少氧自由基对软骨细胞的破坏密切相关。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会骨科分会. 骨关节炎诊断及治疗指南(2007版)[J]. 中国临床医生杂志, 2008, 36(1): 28-30.
- [2] Kobayashi M, Squires GR, Mousa A, et al. Role of interleukin-1 and tumor necrosis factor alpha in matrix degradation of human osteoarthritic cartilage[J]. Arthritis Rheum, 2005, 52(1): 128-135.
- [3] Penninx BW, Abbas H, Ambrosius W, et al. Inflammatory markers and physical function among older adults with knee osteoarthritis[J]. Rheumatol, 2004, 31(10): 2027-2031.
- [4] 黄兰兵, 杨欣建. 参附注射液对全身炎症反应综合征的临床干预作用及机制研究[J]. 深圳中西医结合杂志, 2014, 7: 7-9.
- [5] Kalaci A, Yilmaz HR, Aslan B, et al. Effects of hyaluronan on nitric oxide levels and superoxide dismutase activities in synovial fluid in knee osteoarthritis[J]. Clin Rheumatol, 2007, 26(8): 1306-1311.
- [6] 李宇明, 杨运东, 陈述祥. 关节内冲洗并内服中药对膝骨性关节炎患者氧自由基代谢的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2004, 10(3): 151-153.
- [7] Wei Gu, Chunsheng Li, Wenpeng Yin, et al. Shen-Fu injection reduces postresuscitation myocardial dysfunction in a porcine model of cardiac arrest by modulating apoptosis[J]. SHOCK, 2012, 38(3): 301-306.

(收稿日期 2014-08-09)

胺碘酮联合炙甘草汤加减治疗快速型心律失常临床观察

谢胜明

(中国中医科学院广安门医院南区,北京 102618)

中图分类号:R541.7 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1256-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.050

【摘要】目的 观察胺碘酮联合炙甘草汤加减治疗快速型心律失常的临床疗效。方法 将130例明确诊断为快速型心律失常的患者随机分为治疗组与对照组各65例。两组均口服盐酸胺碘酮片,治疗组在其基础上辨证加用炙甘草汤加减方,两组疗程均为3个月;比较两组临床疗效。结果 治疗组临床疗效总有效率93.85%,对照组为67.69%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 胺碘酮联合炙甘草汤加减方能明显提高心律失常的疗效,缓解心律失常临床症状并改善心功能。

【关键词】 心律失常 炙甘草汤 临床疗效

快速型心律失常者以心慌不适、心跳加速、脉结代或者疾促、快慢不匀为临床主要症状,部分情况下则仅为心电图异常,而心律失常则容易出现病情迁延,且反复发作,如果不得到及时纠正会造成病情加重,严重者可危及生命。中医治疗本病疗效较好,笔者近年对130例快速型心律失常患者采用炙甘草汤加减治疗,效果较好。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 参照《西医内科学》^[1]和《临床心电图学》^[2],通过采集病史,体格检查,常规心电图,动态心电图,食管电生理检查,心腔电生理检查等,具有快速型心律失常特诊者。排除急性心肌梗死、甲状腺疾病、窦性心动过缓、Q-T间期延长综合征、低血压、肝功能不全、肺功能不全、严重充血性心力衰竭等疾病。中医诊断标准为心悸、怔忡,症见头晕目眩,纳差乏力,失眠多梦,舌淡,脉细弱,为气血两虚的患者。

1.2 临床资料 选择门诊快速型心律失常患者130例随机分为两组各65例。治疗组男性34例,女性31例;年龄15~75岁,平均(48.6±3.9)岁;病程6个月至10年,平均(6.4±1.3)年;冠心病引起者9例,心肌炎后遗症引起者9例;单纯房性早搏12例,单纯室性早搏12例,心房纤颤23例。对照组男性35例,女性30例;年龄16~77岁,平均(49.6±4.6)岁;病程7个月至9年,平均(6.7±1.3)年;冠心病引起者10例,心肌炎后遗症引起者8例;单纯房性早搏13例,单纯室性早搏7例,心房纤颤27例。两组患者在年龄、性别、病程等方面均无显著差异($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组口服盐酸胺碘酮片,第1周每次200 mg,每日3次;第2周每次200 mg,每日2次;第3周每次200 mg,每日1次,维持3个月。治疗组在

此基础上给予炙甘草汤加减治疗,处方为:炙甘草、生地黄、桂枝、人参、阿胶、火麻仁、生姜、大枣、麦门冬。根据患者病情差异随证加减:气虚加黄芪;气滞血瘀则加川芎、丹参;失眠加酸枣仁、龙骨;咳嗽、咯痰则加陈皮、橘红;头晕加川芎、菊花;夜尿明显增多则加泽泻;伴有多汗则加五味子。水煎取汁300 mL,每日1剂,分2次温服,连续服用3个月。

1.4 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]相关标准。显效:患者心悸、胸闷以及头晕等临床症状全部消失,脉结代完全消失,经心电图检查期前收缩显示消失,房颤发作控制已经转变为窦性心律。有效:患者的心悸、胸闷以及头晕症状虽未完全消失,但明显改善,脉结代偶发,经心电图检查期前收缩减少,频率为1~2次/min,房颤发作和治疗前相比明显减少,发作持续时间也明显缩短。无效:心律失常各项临床症状均未得到明显改善,脉结代没有得到改善,期前收缩和治疗前相比无减少,房颤发作无任何好转。

1.5 统计学处理 运用SPSS20.0统计软件处理。计数资料用率表示,组间比较行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组总有效率93.85%,对照组则为67.69%。治疗组总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	65	38	23	4	93.85
对照组	65	26	18	21	67.69

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

3 讨论

快速型心律失常病位在心,最为常见的是气阴两虚兼心脉瘀阻,患者诸症在活动后加重。西医学上常用的抗心律失常药治疗总有效率仅仅在30%~60%,其中5%~15%会发生不良反应。中医治疗仅能够起到多靶点治疗效果,还具有降低不良反应的优势^[4-5]。

炙甘草汤是滋阴养血、益气温阳以及复脉止悸的著名药方,主治症状是阴血不足和阳气虚弱证,主要以脉结代、心动悸为证治要点,对于阴血不足、阳气虚弱者具有较好的疗效。方中桂枝能够起到温通经脉,助阳扶卫的作用,配合甘草,能够起到很好的制动悸效果。生地黄、大枣以及麦冬、火麻仁营以充脉;生地黄入心、肾;大枣、麻仁入脾;麦冬入心、肺;阿胶入肝,诸药合用,能够起到五脏之精并补的功效。需要注意的是,生地黄、大枣二者均臣药,前者的功用在于补肾精,配伍桂枝则能够帮助患者化肾气以助卫气,后者配以甘草益脾,能够促进化源而益营。上述药物合用,能够起到营血得补而脉道充盈的作用,使得患者五脏气充而推动有力,随之帮助血脉复常,营气得行,卫气得通,最终达到心神得养而心悸得宁的治疗目的,因而该方又被人称之为“复脉汤”。

大量药理研究也已经证明,炙甘草汤药物中具有非常确切的抗心律失常功能,能够对患者的心律、心率起到双向调节作用。甘草总黄酮能够有效治疗由于乌头碱和冠脉结扎而引发的大鼠和小鼠心律失常^[6];甘草酸、人参总皂苷以及麦冬总皂苷能够有效减轻大鼠

离体心房肌自律性以及兴奋性,从而延长大鼠离体心房肌功能的不应期,进而抵抗肾上腺素异常而造成的大鼠离体乳头肌自律性以及心律失常^[7-9]。本研究中,治疗组采用炙甘草汤治疗,总有效率明显高于单独胺碘酮对照组,同时没有出现明显副作用,进一步证实了炙甘草汤加减治疗心律失常具有效果确切、安全可靠的优势,是一种有效的抗心律失常和改善心功能的中药方剂,值得推广使用。

参 考 文 献

- [1] 熊旭东. 西医学内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:856.
- [2] 黄宛. 临床心电图学[M]. 6版. 北京:人民卫生出版社,2009:663.
- [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,1994:186.
- [4] 桑小军,李淑芳. 步长稳心颗粒治疗心律失常作用及临床进展[J]. 内蒙古中医药,2013,32(24):137.
- [5] 周晓慧. 稳心颗粒治疗心律失常36例[J]. 陕西中医学院学报,2010,33(2):23-24.
- [6] 田庆来,官月平,张波. 甘草有效成分的药理作用研究进展[J]. 天然产物研究与开发,2006,18(2):343-347.
- [7] 刘蓓. 桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗心悸临证举隅[J]. 中国中医急症,2013,22(6):1062-1063.
- [8] 杨敏,陈广玲,陈畅,等. 人参皂苷 Rg1 对心肌梗死大鼠心脏的促血管生成作用研究[J]. 中国中医急症,2009,18(3):403-405.
- [9] 范俊,张旭. 麦冬对心脑血管系统药理作用研究进展[J]. 南京中医药大学学报:自然科学版,2006,22(4):270-272.

(收稿日期 2015-01-09)

强的松片加用解毒消癭散外敷治疗 亚急性甲状腺炎的临床观察

舒震¹ 徐新亚²

(1.浙江省杭州市余杭区第三人民医院,浙江 杭州 311115;2.浙江省杭州市中医院,浙江 杭州 310000)

中图分类号:R581.4 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1257-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.051

【摘要】目的 观察口服强的松片基础上外敷中药解毒消癭散对亚急性甲状腺炎的治疗效果。**方法** 132例患者随机分为单纯西医组和中西结合组两组各66例,单纯西医组给予强的松片口服,中西结合组在单纯西医组基础上加用解毒消癭散外敷治疗,观察两组疗效及患者甲状腺体积变化情况。**结果** 中西结合组治疗总有效率93.94%显著高于单纯西医组的66.67%,且无复发低于单纯西医组24.24%(均 $P<0.01$)。两组治疗前甲状腺体积比较差别不大($P>0.05$)。治疗后中西结合组甲状腺长、宽、高均较治疗前显著减少(均 $P<0.01$),单纯西医组长和高较治疗前有显著减少(均 $P<0.01$),中西结合组治疗后甲状腺体积缩小程度优于单纯西医组($P<0.01$)。两组治疗前甲状腺功能指标及ESR比较均无统计学差异($P>0.05$),两组治疗后各指标均较治疗前改善(均 $P<0.01$),且中西结合组治疗后各指标改善均优于单纯西医组(均 $P<0.01$)。两组治疗前中医证候积分比较无明显差异($P>0.05$),治疗后均较治疗前下降,且中西医结合组中医证候积分低于单纯西医组(均

$P < 0.01$)。结论 强的松片加用解毒消癭散可提高亚急性甲状腺炎的治疗有效率,降低复发率,标本兼治,且安全性好。

【关键词】 亚急性甲状腺炎 外敷 强的松 解毒消癭散

亚急性甲状腺炎与病毒引起的甲状腺滤泡破坏致激素外逸有关^[1-2]。该病发病率在临床甲状腺疾病中约占 5%,具有自限性,以 20~40 岁年龄段女性高发,春夏多发^[3]。目前西医治疗主要采用糖皮质激素和非甾体类抗炎药治疗,尽管可达到快速改善甲状腺激素水平的作用,但用药减量或停用易出现复发,且副反应较多。近年中医药结合治疗受到关注。本文观察常规强的松片口服用药基础上加用中药解毒消癭散外敷对亚急性甲状腺炎的治疗效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)纳入标准:西医诊断参照《现代甲状腺疾病诊断与治疗》标准^[4];中医诊断对照《中药新药临床研究指导原则》^[5];年龄 18~60 岁,属急性期患者^[6];患者对治疗方案知情并同意。2)排除标准:合并其他类型甲状腺疾病者;甲状腺恶性肿瘤者;合并严重心脏肝肾等重要脏器损伤者;强的松用药禁忌者;颈部有外伤无法进行外敷者;精神异常或主观不愿意配合者。

1.2 临床资料 选取 2012 年 1 月至 2014 年 12 月期间笔者所在医院门诊和住院部亚甲状腺炎患者 132 例,随机表法分为中西结合组和单纯西医组两组各 66 例。单纯西医组男性 24 例,女性 42 例;年龄平均(40.70±4.10)岁;病程平均(2.40±1.50)个月;左侧 10 例,右侧 12 例,双侧 44 例;I 度肿大 42 例,II 度肿大 24 例。中西结合组 66 例,男性 21 例,女性 45 例;年龄平均(41.30±3.80)岁;病程平均(2.20±1.30)个月;左侧 10 例,右侧 8 例,双侧 48 例;I 度肿大 43 例,II 度肿大 23 例。两组一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 单纯西医组予强的松片(商品名:醋酸泼尼松片,天津太平洋制药有限公司生产,批准文号:H12020809,规格:5 mg×10 片)口服用药,每次 10 mg,每日 3 次,连续给药 1~2 周,根据临床症状减轻和血沉(ESR)水平下降情况逐渐减量,至 ESR 正常后方可停药,总用药时间为 6~8 周。对临床出现颈痛明显、发热患者,加服消炎痛 25 mg,每日 3 次;对合并有甲亢者,加用甲硫咪唑,每次 5~15 mg,每日 1 次。另外对患者进行健康教育,嘱患者日常注意控制自己的情绪,饮食清淡,保持乐观向上和良好心态,建立起康复信心。中西结合组在单纯西医组基础上加用解毒消癭散颈前外敷:夏枯草、香附、牡蛎、牛蒡子、三棱、黄药子以 3:2:2:1:1:1 的比例研末混合后,加醋调制糊状并涂于敷料上。根据患者甲状腺肿块大小制作成较肿块稍大的敷料贴于颈前,胶布固定。敷料每日 1 剂,连续用药 7 d 为 1 个疗程,1 个疗程后停用 2 d,再进行第 2 疗程治疗。

1.4 观察指标 1)检测患者治疗前后甲功三项 FT3、FT4、TSH 以及 ESR 水平。中医证候积分参照《中药新药临床研究指导原则》^[5],共包括颈前肿大、颈前疼痛、发热、咽痛、多汗、烦躁、心悸不宁、震颤、多食、便秘、消瘦 11 个维度,分值越高说明患者证候越明显。2)甲状腺体积。分别于治疗前后以超声摄片测量患者甲状腺大小,包括长度、宽度及厚度。3)疗效评价标准。符合《中药新药临床指研究指导原则》^[5],治愈:临床症状消失,甲状腺功能和 ESR 指标恢复正常水平,甲状腺无肿大,超声见低回声灶消失,血流正常。显效:临床症状明显缓解,甲状腺功能和 ESR 指标较治疗前有改善,甲状腺肿大明显消退,超声见低回声灶明显缩小。无效:临床症状无缓解,甲状腺功能和 ESR 指标无改善,甲状腺肿大未缩小,超声见低回声灶无明显缩小或增大。复发:临床症状出现反复,甲状腺功能异常,ESR 水平升高,超声见低回声灶消失后复现,血流丰富。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件。计数资料采用率表示,组间为 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组亚急性甲状腺炎患者综合疗效比较 见表 1。中西结合组总有效率显著高于单纯西医组,复发率显著低于单纯西医组(均 $P < 0.01$)。

表 1 两组亚急性甲状腺炎患者综合疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	无效	复发	总有效(%)	复发(%)
中西结合组	66	32	30	4	0	62(93.94) ^{△△}	0(0) ^{△△}
单纯西医组	66	14	30	6	16	44(66.67)	16(24.24)

与单纯西医组比较,△△ $P < 0.01$ 。

2.2 两组亚急性甲状腺炎患者甲状腺体积变化比较 见表 2。两组治疗前甲状腺体积比较差异不大 ($P > 0.05$)。治疗后中西结合组甲状腺长、宽、高均较治疗前显著减少(均 $P < 0.01$),单纯西医组长和高较治疗前

表 2 两组亚急性甲状腺炎患者治疗前后甲状腺体积变化情况比较(cm, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	长	宽	高
中西结合组 (n=66)	治疗前	7.0±1.2	3.7±1.3	4.8±1.5
	治疗后	3.6±1.5 ^{**△△}	2.7±1.1 ^{**△△}	2.7±0.8 ^{**△△}
单纯西医组 (n=66)	治疗前	6.9±1.2	3.6±1.5	4.9±1.2
	治疗后	5.2±1.4 ^{**}	3.4±1.0	4.3±1.0 ^{**}

与本组治疗前比较,^{**} $P < 0.01$;与单纯西医组治疗后比较,△△ $P < 0.01$ 。下同。

有显著减少(均 $P < 0.01$), 中西医结合组治疗后甲状腺体积缩小程度优于单纯西医组($P < 0.01$)。

2.3 两组亚急性甲状腺炎患者甲状腺功能指标变化比较 见表3。两组治疗前甲状腺功能指标及ESR比较均无明显差异($P > 0.05$), 两组治疗后各指标均较治疗前改善(均 $P < 0.01$), 且中西医结合组治疗后各指标改善均优于单纯西医组(均 $P < 0.01$)。

表3 两组亚急性甲状腺炎患者治疗前后甲状腺功能指标变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FT3(Pg/mL)	FT4(ng/mL)	TSH(uIU/mL)	ESR(mm/h)
中西医结合组 (n=66)	治疗前	4.8±0.4	2.8±0.3	0.6±0.3	34.5±9.8
	治疗后	2.7±0.4** $\Delta\Delta$	1.4±0.2** $\Delta\Delta$	3.4±0.5** $\Delta\Delta$	10.8±4.5** $\Delta\Delta$
单纯西医组 (n=66)	治疗前	4.9±0.5	2.9±0.3	0.5±0.3	35.1±9.3
	治疗后	4.0±0.5**	2.2±0.5**	1.4±0.6**	16.2±5.3**

2.4 两组亚急性甲状腺炎患者中医证候积分比较 见表4。两组治疗前中医证候积分比较无明显差异($P > 0.05$), 治疗后均较治疗前下降, 且中西医结合组中医证候积分低于单纯西医组(均 $P < 0.01$)。

表4 两组亚急性甲状腺炎患者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
中西医结合组	66	35.8±10.1	8.5±5.3** $\Delta\Delta$
单纯西医组	66	36.3±11.2	15.3±6.2**

3 讨论

亚急性甲状腺炎为常见自限性炎性甲状腺疾病, 起病较急, 患者就诊时由于处于疾病不同发展时期, 病理类型不同, 甲状腺激素水平不同, 因而临床常表现比较多样和复杂^[7]。其起病初期即为急性期, 可见甲状腺肿痛、畏冷寒战、发热、腺体肿大等, 病变广泛者可伴甲状腺机能亢进。西医认为亚甲状腺炎是由病毒感染引起的变态反应, 在治疗上以糖皮质激素和非甾体抗炎类用药为主。但该类药物一方面副作用比较多, 另一方面治标不治本, 仅对控制炎症反应起效, 对患者机体免疫水平的调节并无作用, 故而治疗后复发率较高, 造成病情迁延不断, 给患者带来痛苦。

亚急性甲状腺炎可属于中医学“瘰疬”“瘰疬”“瘰疬”范畴, 其病机为风热袭表、气滞血瘀、肝郁热结。根据其发病特点可为急性期、缓解期和恢复期^[8]。急性期起病急、发热、恶寒、颈前肿痛、舌红苔黄、口苦唇干及弦细数, 属风热袭表、肝郁胃热, 应以疏肝清胃、散风透邪治疗; 缓解期多见甲状腺肿大、颈前隐痛或不痛、四肢水肿、腹胀纳呆、大便溏薄、苔薄白腻、舌体胖大且边有齿痕、脉沉细, 属脾阳不振、运化不利, 应以渗水利湿、温运脾阳治疗; 恢复期属经络失宣、气郁痰凝, 可以

理气化痰、软坚散结方治之^[9-11]。解毒消瘰散以夏枯草为君药, 《本草纲目》中载有夏枯草归肝、胆经, 可清肝泻火、消肿解毒、解郁散结, 用于亚急性甲状腺炎可有效控制病毒感染、外解风热、内解郁结, 并改善颈前肿痛的不良症状^[12]; 牛蒡子归肺、胃经, 有疏风散热、宣肺利咽散肿、清热解毒透疹之效^[13]; 香附、三棱、牡蛎、黄药子具有疏肝解郁、活血化瘀、理气化痰、解毒散结作用。各药合用, 可以散风透邪、疏肝清胃。解毒消瘰散不仅对急性期病症起到良好作用, 还可以调节患者机体内环境, 增强免疫力, 有效预防病情反复。外敷治疗一直是中医学的一种重要治疗方法, 外敷可通过皮肤吸收将药效成分经由经络传导至全身, 促进机体脏腑和血运的调节。外敷操作简单、费用低廉, 且无副作用、用药安全性好, 更易被患者接受。

在本研究结果示, 解毒消瘰散可以促进亚急性甲状腺炎患者康复和预防复发, 改善患者临床不良症状, 改善甲状腺肿大, 促进甲状腺功能恢复, 减轻患者疼痛和不适。综上所述, 强的松片加用解毒消瘰散可提高亚急性甲状腺炎的治疗有效率, 降低复发率, 标本兼治, 且安全性好。

参 考 文 献

- [1] 杜明, 梅冬艳, 王海涛. 亚急性甲状腺炎的中医药治疗概况[J]. 河北中医, 2010, 32(11): 1741-1743.
- [2] 宿申, 王东. 亚急性甲状腺炎的中西医诊断与治疗[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(6): 166-169.
- [3] 张玉娥, 陈继东, 向楠, 等. 陈如泉教授治疗复发性亚急性甲状腺炎临床经验[J]. 四川中医, 2014, 32(10): 1-4.
- [4] 施秉银, 马秀萍. 现代甲状腺疾病诊断与治疗[M]. 西安: 陕西科学技术出版社, 1998: 45-46.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 226-228.
- [6] 廖二元, 莫朝辉. 内分泌学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 651-656.
- [7] 张进, 李继红. 亚急性甲状腺炎的诊断和鉴别诊断[J]. 中国当代医药, 2010, 17(14): 135-137.
- [8] 李娟, 关小宏, 杨彩哲. 亚急性甲状腺炎诊治研究进展[J]. 医学综述, 2011, 17(17): 2647-2649.
- [9] 吕蕾. 亚急性甲状腺炎中医治疗进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(5): 593-595.
- [10] 苏瀚清. 亚急性甲状腺炎中医证候研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [11] 魏华, 黄皓月, 熊利. 中医药治疗亚急性甲状腺炎 53 例[J]. 世界中医药, 2010, 1(1): 43-45.
- [12] 孟景茜, 路亮, 单留峰, 等. 清热解毒散结消瘰联合强的松治疗亚急性甲状腺炎的 74 例临床观察[J]. 医药论坛杂志, 2014, 35(7): 140-143.
- [13] 高莹, 高燕明. 亚急性型甲状腺炎[J]. 国际内分泌代谢杂志, 2009, 29(5): 358-360.

(收稿日期 2015-02-14)

自拟止泻合剂加康复新液保留灌肠治疗 小儿急性肠炎的临床观察

郭翠萍

(河北省青龙满族自治县医院,河北 青龙 066500)

中图分类号:R725.7 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1260-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.052

【摘要】目的 观察止泻中药复方联合康复新液保留灌肠治疗小儿急性肠炎的临床效果。**方法** 纳入 128 例患儿,随机分为对照组和观察组,对照组给予康复新液保留灌肠治疗,观察组在对照组基础上给予止泻中药复方治疗,两组均 7 d 为 1 个疗程。观察并比较两组患者临床疗效,腹泻停止时间、体温恢复正常时间、大便恢复正常时间及不良反应发生情况。**结果** 观察组临床有效率显著高于对照组($P < 0.05$);观察组患儿腹泻停止时间、体温恢复正常时间以及大便恢复正常时间均显著低于对照组($P < 0.05$)。两组患儿治疗后不良反应以尿路感染和胃肠道不适为主,均未出现严重不良反应。**结论** 止泻中药复方联合康复新液保留灌肠治疗小儿急性肠炎疗效显著,有效改善临床症状,缩短疗程,优于单用康复新液。

【关键词】 小儿急性肠炎 康复新液 灌肠 临床疗效

小儿急性肠炎好发于夏秋季节,多由细菌和病毒感染所致,原因较为复杂,严重影响患儿的身体健康^[1]。急性腹泻发生后患儿每日大便超过 3 次,呈稀水样或脓血样,并伴有恶心、呕吐和发热。由于频繁腹泻和呕吐,脱水可能性增加,因此需及时补充体液^[2]。但是,目前所采用的纠酸、补液和肠黏膜保护等方法治疗效果均不甚理想^[3]。近年来,中医药治疗小儿腹泻的临床研究逐渐增多,显示出良好的疗效^[4]。中医学认为小儿脏腑娇嫩,形气未充,寒温不能自调,乳食不知自节,一旦调护失宜,外易为六淫所侵,内易为饮食所伤,易致泄泻。本文联合止泻中药复方和康复新液保留灌肠治疗小儿急性肠炎取得了显著的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准依据中国腹泻病诊断治疗方案^[5],中医诊断标准依据中药新药临床研究指导原则^[6]。纳入标准:1)符合西医诊断标准;2)符合中医证候诊断标准;3)6 个月~4 岁婴幼儿;4)病程 < 2 周;5)患儿家属签署知情同意书,自愿入组;6)均已经医院相关伦理委员会批准通过。排除标准:1)婴儿菌痢,黏脓便和血便为主者;2)急性胃肠道功能衰竭者;3)坏死性小肠结肠炎患者。

1.2 临床资料 纳入 2012 年 4 月至 2014 年 4 月期间本院儿科门诊及住院部收治的急性腹泻患儿 128 例,其中男性 69 例,女性 59 例,年龄 6~48 个月,平均(23.16±7.01)月;病程 5~96 h,平均(19.38±4.25)h。上述患儿按照随机数字表法分为对照组和观察组各 64 例,对照组男性患儿 31 例,女性患儿 33 例,平均年龄(21.48±6.89)个月,平均病程(20.89±5.01)h;轻度脱水 23 例,中度脱水 29 例,重度脱水 12 例。观察组男性患

儿 38 例,女性患儿 26 例,平均年龄(25.33±7.45)月,平均病程(19.02±4.79)h;轻度脱水 28 例,中度脱水 23 例,重度脱水 13 例。两组患儿临床资料比较无明显差异。

1.3 治疗方法 对照组患儿行左侧位,给予康复新液灌肠,根据不同年龄段给予不同剂量,6~12 个月患儿给予 10 mL 康复新液+10 mL 0.9%氯化钠注射液;1~3 岁给予 15 mL 康复新液+15 mL 0.9%氯化钠注射液;4 岁给予 20 mL 康复新液+20 mL 0.9%氯化钠注射液。灌肠液加温至 38℃,灌肠保留时间 > 30 min,每日 2 次,7 d 为 1 个疗程。观察组在对照组治疗基础上给予止泻中药复方:苍术 10 g,厚朴 10 g,茯苓 15 g,陈皮 5 g,焦山楂 10 g,薏苡仁 15 g,炒白扁豆 10 g,木香 5 g。以上剂量为 10 岁儿童剂量,其他年龄酌情增减。每日 1 剂,水煎取汁 150 mL,每日 3 次,7 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效标准 依据中国腹泻病诊断治疗方案^[5]评价治疗效果,具体如下。1)显效:治疗 72 h 内,大便性状及次数恢复正常,发热、呕吐、腹泻等全身症状消失。2)有效:治疗 72 h 时,大便性状基本恢复正常,大便次数明显好转,全身症状明显改善。3)无效:治疗 72 h 时,大便性状、次数及全身症状均无好转甚至恶化。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验、 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组小儿急性肠炎患者临床疗效比较 见表 1。观察组临床有效率显著高于对照组($P < 0.05$)。

2.2 两组小儿急性肠炎患者临床症状恢复正常时间

表1 两组小儿急性肠炎患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	64	30	26	8	56(87.50) [△]
对照组	64	21	24	19	45(70.31)

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。下同。

比较 见表2。观察组患儿腹泻停止时间、体温恢复正常时间以及大便恢复正常时间均显著低于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组小儿急性肠炎患者临床症状恢复正常时间比较(h, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	腹泻停止	体温恢复正常	大便恢复正常
观察组	64	46.02 \pm 3.80 [△]	17.56 \pm 2.36 [△]	29.47 \pm 4.41 [△]
对照组	64	59.64 \pm 7.56	27.95 \pm 5.25	49.85 \pm 4.47

2.3 两组小儿急性肠炎患者不良反应发生情况比较 对照组出现3例尿路感染,占4.69%,5例胃肠道不适,占7.81%,不良反应发生率为12.50%。观察组出现2例尿路感染,占3.12%,3例胃肠道不适,占4.69%,不良反应发生率为7.81%。两组患者均未出现白细胞减少、肝肾功能损害等严重不良反应。

3 讨论

小儿急性肠炎是小儿临床消化道系统常见疾病,此病发生多由微生物致病,主要为病毒和细菌感染。由于婴幼儿消化系统发育尚不完全,消化酶的分泌量少、活力差,对食物的耐受力弱,因此极易出现消化道紊乱,引起消化道疾病。另外,2周岁以下的小儿因其免疫系统尚未健全,容易发生感染性疾病,尤其以呼吸系统和消化道系统感染多见,消化系统中肠道感染的几率最高,感染发生后引起吸收消化障碍的同时常伴随急性腹泻的发生^[7]。腹泻发生后不仅导致患儿肠道微环境失衡,引发菌群失调,而且极容易导致患儿水/电解质紊乱,出现全身症状。临床针对此类疾病,仅单纯应用抗生素治疗对肠道微环境的恢复无显著作用,同时全身症状好转缓慢甚至会进一步减弱患儿免疫功能^[8-9]。

近年来,研究人员对康复新液保留灌肠治疗小儿肠道疾病进行了探索。康复新液的主要成分是美洲大蠊干燥虫体的乙醇提取物,有效成分为多元醇类和肽类^[10]。研究显示,康复新液可促进创面坏死组织脱落,加速创面修复;促进黏膜毛细血管增生,改善局部血液循环^[11]。而康复新液保留灌肠则可直接对抗肠道中的细菌和病毒的,促进肠道功能恢复,发挥抗炎、消肿的作用,从而利于吸收肠内营养物质和水分^[12]。因此,康复新液保留灌肠治疗小儿急性肠炎,既能够针对病因杀灭致病微生物,又能够在修复受损肠道的基础上恢复肠道微生物环境,肠道功能回复后有利于纠正脱水

等原因所引起的全身症状。

中医学认为小儿急性肠炎属于“泄泻”范畴,发病机制为外邪侵袭,脾胃健运失调,外邪由表及里入太阳经、阳明经、太阴经至少阴经。少阴阴虚导致肾气虚弱,水湿内生。因此,小儿急性肠炎的治疗关键在于醒脾健运、理气化湿。本文选用苍术、厚朴、茯苓、陈皮、焦山楂、薏苡仁、炒白扁豆和木香入药,方中苍术燥湿健脾、祛风散寒,是治疗泄泻的要药,为本方君药。现代药理学研究显示,苍术可调节胃肠运动,修复胃黏膜,发挥抑菌功效;厚朴苦温辛燥,具有化湿行气、消胀除满的作用,为本方臣药;佐以茯苓健脾渗湿,用于脾虚食少,便溏泄泻;陈皮理气健脾,用于食少吐泻;焦山楂味偏酸,具有消食涩肠止泻的作用;薏苡仁和炒白扁豆清利湿热,木香行气止痛。诸药配伍共奏醒脾助运、理气化湿之效,有效消除临床症状及体征。

本研究应用中药复方联合康复新液保留灌肠治疗小儿急性肠炎,结果显示联合用药后临床疗效显著优于单用康复新液,且患儿患腹泻停止时间、体温恢复正常时间以及大便恢复正常时间均显著低于单用康复新液,具有明显差异($P < 0.05$)。由此表明联合用药治疗小儿急性肠炎效果可靠且更加显著。

参 考 文 献

- [1] 白永凤,陆军,余旭良,等. 654例急性腹泻患者中致泻性病毒病原学研究[J]. 中国卫生检验杂志,2014,24(4):556-558.
- [2] 舒敏,范娟,陈桂华,等. 儿童急性腹泻治疗的循证评价[J]. 临床儿科杂志,2008,26(7):627-632.
- [3] 张胜安. 布拉氏酵母菌对小儿急性腹泻的治疗作用及对细胞免疫功能的影响[J]. 中国生化药物杂志,2012,33(5):662-664.
- [4] 陈延,欧阳博文. 番石榴叶治疗湿热型急性腹泻的临床研究[J]. 新中医,2009,41(3):45-46.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中国腹泻病诊断治疗方案[J]. 中国实用儿科杂志,1998,13(6):381-384.
- [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,2002:243-252.
- [7] 苟志娥. 小儿肠炎的临床护理体会[J]. 医学美容,2011,22(4):181-182.
- [8] 高玖璞,常雄. 思密达联合用药:治疗小儿急性肠炎100例疗效观察[J]. 中国临床医药研究杂志,2003,11(10):111-113.
- [9] 周崇阶,周宗强,洪明. 香连丸外敷治疗小儿急性肠炎95例[J]. 中医外治杂志,2010,19(1):60.
- [10] 吴红梅,徐峰,刘李梅,等. 康复新液 UPLC 指纹图谱研究[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,15(8):59-62.
- [11] 鲍先握,林海升,戴杰. 康复新液治疗化疗后口腔溃疡临床研究[J]. 中成药,2014,36(4):881-882.
- [12] 刘剑,刘洁,任宏颖,等. 康复新液灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中国医院药学杂志,2011,31(22):1888-1892.

(收稿日期 2015-03-19)

滋阴止血方加减辅助西药治疗肺结核大咯血临床观察

刘香臣

(山东省济宁市第一人民医院, 山东 济宁 272011)

中图分类号:R521 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1262-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.053

【摘要】目的 探讨滋阴止血方加减辅助西药治疗肺结核大咯血的临床疗效。**方法** 117例肺结核大咯血患者以随机数字表法分为对照组和观察组两组。对照组58例给予西医常规治疗,观察组59例在对照组治疗基础上加用滋阴止血方加减,1周为1疗程,连续服药2个疗程,比较两组临床疗效、咯血完全停止时间及不良反应。**结果** 治疗后,观察组总有效率为96.61%高于对照组的81.03%($P<0.01$);观察组咯血明显减少时间、咯血完全停止时间、PTT日平均用量、平均PTT总量均明显少于对照组($P<0.01$);观察组不良反应发生率为10.17%低于对照组的24.14%($P<0.05$)。**结论** 滋阴止血方加减辅助西药治疗肺结核大咯血疗效显著,止血快,不良反应少。

【关键词】 肺结核大咯血 滋阴止血 中西医结合

大咯血为肺结核严重并发症,可导致肺部继发性感染,抢救不及时患者可在短时间内出现失血性休克、窒息,乃至死亡。肺结核大咯血的发生与肺毛细血管通透性增强,空洞内动脉瘤破裂等有关^[1]。肺结核患者多营养不良,体质差,加上抗结核药物容易对肝功能形成损害,故患者凝血功能较差,一旦发生大咯血治疗难度较大。肺结核大咯血常规多采取立止血、垂体后叶素(PTT)、酚妥拉明、普鲁卡因等西药治疗,但疗效往往欠佳,且不良反应多。中医药在肺结核咯血的治疗上历史悠久,对改善患者临床症状,缓解西药治疗毒副作用等具有重要意义。笔者对肺结核大咯血患者在常规西药治疗基础上加用自拟滋阴止血方,效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所有患者经临床症状、生化检查、胸部CT或胸部X线片、纤维支气管镜检查等确诊为肺结核^[2],所有患者均有大咯血表现。1)纳入标准:经痰涂片与痰培养可检出结核菌且呈阳性;胸部CT或胸部X线片可见肺部炎症浸润与空洞病变;24h咯血量 ≥ 600 mL或1次咯血量 >200 mL^[3]。2)排除标准:既往有冠心病、高血压、肺心病等患者;肝肾功能不全者;孕妇;肺结核以外的肺部病变引发的胸腔积液,如结核性胸膜炎;肺部肿瘤、肺脓肿、肺炎、心脏二尖瓣病变等引发的咯血。

1.2 临床资料 选取2012年2月至2014年6月笔者所在医院就诊的肺结核大咯血患者117例。随机分为观察组59例与对照组58例。观察组男性40例,女性19例;年龄18~66岁,平均(44.80 \pm 3.10)岁;肺结核

病程2~16年;发生大咯血至入院诊治时间1~9d;1次咯血量(319 \pm 22) mL;浸润性肺结核41例,慢性纤维化空洞18例。对照组男性41例,女性17例;年龄17~67岁,平均(44.30 \pm 3.40)岁;肺结核病程1~15年;发生大咯血至入院诊治时间1~11d;1次咯血量(312 \pm 23) mL;浸润性肺结核42例,慢性纤维化空洞16例。两组在性别、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 对照组给予西医常规治疗,在规范抗结核治疗方案(2 HRSE/4 HR)基础上给予抗感染、吸氧、止咳、镇静、增强免疫等对症治疗,同时采取止血敏0.25 g肌注,每日2次;10 U脑PTT加入500 mL 5%葡萄糖注射液中静脉滴注,每日1次。观察组则在对照组西医常规治疗基础上加用本院自拟滋阴止血方:生地黄20 g,熟地黄20 g,沙参20 g,麦冬15 g,玄参15 g,百合30 g,白术15 g,白及15 g,阿胶12 g(烊化),百部15 g,三七粉6 g(冲服),侧柏叶15 g,仙鹤草15 g,川贝母6 g(冲服),甘草3 g。盗汗甚者加浮小麦30 g,煅牡蛎30 g,五味子10 g;咳嗽甚者加浙贝母20 g,桔梗15 g,杏仁10 g;气虚加党参30 g或太子参20 g;骨蒸潮热加青蒿10 g,银柴胡10 g,地骨皮10 g;烦躁易怒加龙胆草15 g;痰稠色黄加鱼腥草15 g,桑白皮10 g,减白及。每日1剂,水煎服,分早晚服用,1周为1个疗程,连续用药2个疗程。

1.4 疗效评定 参照《中医临床病证诊断疗效标准》^[4]与《现代结核病学》^[5]拟定。治愈:连续治疗1周内咯血停止,2周内无复发,主要临床症状及体征基本消失。显效:连续治疗1周内咯血停止,2周内无复发,主要临床症状及体征显著改善。有效:治疗1周内咯血明显

减少,临床症状及体征有所改善。无效:连续治疗1周咯血无明显改善,临床症状无改善。总有效率=(治愈+显效+有效)/总病例×100%。

1.5 观察指标 观察两组咯血明显减少时间(<100 mL/d)、咯血完全停止时间、PTT日平均用量以及平均PTT总量。

1.6 统计学处理 采用SPSS19.0统计学软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,两组间均值比较采用t检验;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料采用Radit检验,由PEMS3.1进行统计。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肺结核大咯血患者临床疗效比较 见表1。观察组总有效率优于对照组($P<0.01$)。

表1 两组肺结核大咯血患者临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	59	34	18	5	2	57(96.61) ^{△△}
对照组	58	18	20	9	11	47(81.03)

与对照组比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$ 。下同。

2.2 两组肺结核大咯血患者临床咯血明显减少时间、咯血完全停止时间、PTT日平均用量、平均PTT总量比较 见表2。观察组咯血明显减少时间、咯血完全停止时间、PTT日平均用量、平均PTT总量均明显少于对照组(均 $P<0.01$)。

表2 两组肺结核大咯血患者咯血时间、PTT日平均用量、平均PTT总量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	咯血明显减少时间(d)	咯血完全停止时间(d)	PTT日平均用量(U)	平均PTT总量(U)
观察组	59	2.35±0.17 ^{△△}	4.01±0.16 ^{△△}	42.7±5.6 ^{△△}	215.3±24.9 ^{△△}
对照组	58	4.19±0.23	5.85±0.20	75.2±7.9	423.6±31.7

2.3 两组肺结核大咯血患者不良反应比较 见表3。观察组不良反应发生率明显低于对照组($P<0.05$)。

表3 两组肺结核大咯血患者不良反应发生情况比较(n)

组别	n	头晕	恶心呕吐	心率增快	腹痛	不良反应发生(%)
观察组	59	2	3	1	0	6(10.17) [△]
对照组	58	4	6	3	1	14(24.14)

3 讨论

肺结核大咯血是临床常见危重急诊,一般出现在肺结核后期。肺结核咯血的原因根据发病机制不同一般可分为两类,第一类是渗出性出血,此类咯血量少,一般多为痰中带血。第二类为血管性出血,即病变侵袭肺动脉或支气管动脉时所引发的出血,此类咯血量因血管损伤大小及深浅不同而大小不一^[6]。当空洞内动脉瘤破裂时,可引发大咯血^[7]。肺结核大咯血若不能及时止血,易造成窒息或失血性休克,故对于大咯血患者

应取侧卧位,多采取脑PTT、止血敏及普鲁卡因等西药治疗。其中脑PTT是大咯血时最常使用的药物,其能明显收缩血管,促使肺循环压力下降,促进机体在肺血管破裂处凝血,最终起到止血效果。但在止血的同时可引起心率明显加快,因此对于合并高血压、冠心病的患者禁用,此外,脑PTT还能引发出汗、腹痛、面色苍白、心悸等不良反应^[8],故一般大咯血停止后应停用。而止血敏的止血效果欠佳,对少量咯血患者作用缓慢。

肺结核属中医学“肺癆”范畴,多为内伤体虚、气血长期不足、阴精耗损、癆虫入侵所致^[9]。《本事方》中记载“肺虫居肺叶之内,蚀人肺系,故成癆瘵,咳血声嘶,药所不到,治之为难”。其病机以阴虚为主,而咯血则为肺癆四大主证之一。发病之初,癆虫主要伤及肺部,导致肺阴受损引发咳嗽,久而久之,肺络受损伤进而引致咯血。而长期阴虚火旺,可致破血妄行引发大咯血。故治疗应以滋阴润肺、凉血止血、化痰止咳为主。本研究滋阴止血方中,生地黄与熟地黄可滋阴补肾益肺,还可凉血止血;麦冬、百合、沙参养阴润肺、止咳宁肺;玄参益肾阴、降虚火^[10];阿胶补血润肺;川贝母化痰止咳;百部止咳杀虫;白及、侧柏叶、仙鹤草补肺生肌、收敛止血;三七化瘀止血、消肿止痛;甘草调和诸药。诸药合用共奏止血凉血、化痰止咳、滋阴润肺、补肾固本之功效,可使阴液渐充、虚火得以自清。临床所见咯血者,表现多有差异,可随证加减,对症下药。盗汗甚者加浮小麦、煅牡蛎、五味子可滋阴润肺、收敛固涩;咳嗽甚者加贝母、桔梗、杏仁可清热降气、止咳化痰;气虚加党参或太子参可扶正益气、填补精血;骨蒸潮热加青蒿、银柴胡、地骨皮可清虚热;烦躁易怒加龙胆草可清热定惊;痰稠色黄加鱼腥草、桑白皮可清热化痰。

本研究结果显示,采取滋阴止血方加减辅助西药治疗肺结核大咯血,疗效好,可加强止血作用,见效快、疗程短,明显降低西药治疗不良反应,患者更易接受。由此可见,滋阴止血方加减辅助西药治疗肺结核大咯血疗效显著,止血快,不良反应少,值得临床应用。

参 考 文 献

- [1] 周忠海. 咯血的发病机制与诊治进展[J]. 现代预防医学, 2009, 36(7): 1398-1400.
- [2] 中华医学会结核病学分会. 肺结核诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2001, 24(2): 70-73.
- [3] 何家荣. 实用结核病学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2000: 351-355.
- [4] 王净净, 龙俊杰. 中医临床病证诊断疗效标准[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993: 75-76.
- [5] 谢惠安, 阳国太. 现代结核病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 554.
- [6] 徐轶, 瞿介明. 老年人咯血的流行病学及病因[J]. 实用老年医学, 2009, 23(6): 404-406.
- [7] 汤春梅, 肖海浩, 张言斌, 等. 肺结核患者咯血的临床分

析[J]. 现代医院, 2012, 12(10): 27-29.
 [8] 周衍慧, 张磊, 刘桂英. PTT 治疗肺结核咯血不良反应分析及对策[J]. 临床肺科杂志, 2010, 15(6): 888.
 [9] 钱继伟. 肺结核中医治疗研究进展 [J]. 湖北民族学院学

报: 医学版, 2011, 28(1): 71-73.
 [10] 陈继忠, 蔡宛如. 中医药在肺结核治疗中的现状及展望[J]. 浙江中医药大学学报, 2006, 30(4): 444-446.
 (收稿日期 2015-02-11)

自拟清肠解毒方灌肠辅助治疗慢加急性肝衰竭内毒素血症的临床观察

张育菁

(上海中医药大学附属曙光医院, 上海 201203)

中图分类号: R575.3 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1264-02
 doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.054

【摘要】目的 观察自拟清肠解毒方灌肠辅助治疗慢加急性肝衰竭内毒素血症患者的临床疗效。**方法** 慢加急性肝衰竭内毒素血症患者 110 例随机分为对照组和观察组各 55 例, 对照组采用西医综合对症治疗, 观察组在对照组基础上加用自拟清肠解毒方灌肠辅助治疗。比较两组患者临床好转率、随访 6 个月生存率、治疗前后肝功能指标和内毒素水平等。**结果** 观察组临床好转率和随访 6 个月生存率均显著优于对照组 ($P < 0.05$); 与治疗前比较, 治疗后两组肝功能指标和内毒素水平明显改善 ($P < 0.05$), 治疗后组间比较, 观察组优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 自拟清肠解毒方灌肠辅助治疗慢加急性肝衰竭内毒素血症可有效缓解患者临床症状体征, 提高远期生存率, 并有助于改善肝功能和降低内毒素水平。

【关键词】 慢加急性肝衰竭 内毒素血症 自拟清肠解毒方 灌肠治疗

慢加急性肝衰竭是指慢性肝病患者短期内出现急性或亚急性肝功能失代偿, 患者以极度疲倦, 消化道症状、黄疸加重及明显出血倾向为主要临床表现^[1]。已有研究显示, 慢加急性肝衰竭患者中超过 98% 存在内毒素血症, 内毒素血症可影响肝细胞功能, 诱发细胞线粒体及其他细胞器损伤, 进而导致多器官功能衰竭^[2-3]。如何有效改善慢加急性肝衰竭内毒素血症患者临床疗效, 提高其生存率, 已成为医学界研究的热点和难点之一。本研究利用自拟清肠解毒方灌肠辅助治疗慢加急性肝衰竭内毒素血症 110 例, 取得了较好的临床效果。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《病毒性肝炎防治方案》^[4]诊断及分期标准; 中医辨证参考《中药新药临床研究指导原则》^[5]热毒炽盛证诊断标准。纳入标准: 1) 符合西医及中医诊断、辨证标准; 2) PTA $\geq 20\%$; 3) 患者或家属签署知情同意书, 自愿加入研究。排除标准: 1) 消化道出血; 2) 肝肾综合征; 3) 严重感染; 4) 肝性脑病; 5) 严重精神疾病; 6) 妊娠或哺乳期女性。

1.2 临床资料 选取笔者所在医院 2012 年 2 月至 2014 年 2 月收治的慢加急性肝衰竭内毒素血症患者 110 例, 采用随机抽样方法分为对照组和观察组各 55 例。其中对照组男性 46 例, 女性 9 例; 年龄 28~61 岁, 平均 (47.33 \pm 6.05) 岁; 其中慢加急性肝衰竭早期 38

例, 中期 17 例。观察组男性 44 例, 女性 11 例; 年龄 26~61 岁, 平均 (47.19 \pm 6.01) 岁; 其中慢加急性肝衰竭早期 35 例, 中期 20 例。两组患者性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组采用西医综合对症治疗, 包括保肝抗病毒、退黄、降酶、纠正酸碱失衡及血浆置换等。观察组在对照组基础上加用自拟清肠解毒方灌肠辅助治疗: 玄参 30 g, 蒲公英 30 g, 赤芍 20 g, 厚朴 20 g, 大黄 20 g, 枳实 6 g。加水 500 mL 煎取 150 mL, 药液温度保持在 37~38 $^{\circ}\text{C}$, 以灌肠器 100 滴/min 注入, 每日 2 次。两组患者均以 2 周为 1 疗程, 共行 2 个疗程。

1.4 观察指标 1) 临床好转率及 6 个月生存率; 2) 总胆红素 (TBil)、丙氨酸转氨酶 (ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶 (AST)、凝血酶原活动度 (PTA)、白蛋白 (Alb) 等肝功能指标; 3) 采用改良偶氮基质显色鲎试剂盒测定内毒素水平。

1.5 疗效标准 病情好转判定标准^[6]: 1) 包括腹胀、乏力、纳差、少尿、出血倾向、黄疸及腹水等在内临床个体征明显缓解, 肝性脑病消失; 2) TBil 值 $<$ 正常参考值 5 倍, PTA 值 $> 40\%$ 或国际标准化比值 (INR) < 1.6 。

1.6 统计学处理 本次研究数据、录入及逻辑纠错选择 Epidata 3.07 软件, 数据分析选择 SPSS14.0 软件。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验、 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组慢加急性肝衰竭内毒素血症患者临床好转率和随访6个月生存率比较 见表1。结果显示,观察组患者临床好转率和随访6个月生存率均显著优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 两组慢加急性肝衰竭内毒素血症患者临床好转率和随访6个月生存率比较 $n(\%)$

组别	n	临床好转	随访6个月生存
观察组	55	29(52.73) [△]	38(69.09) [△]
对照组	55	16(29.09)	24(43.64)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

2.2 两组慢加急性肝衰竭内毒素血症患者治疗前后肝功能指标水平比较 见表2。结果显示,与治疗前比较,治疗后两组TBil、ALT、AST、PTA、Alb等肝功能指标水平明显下降($P < 0.05$);治疗后组间比较,观察组改善程度优于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组慢加急性肝衰竭内毒素血症患者治疗前后肝功能指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	ALT(U/L)	AST(U/L)	TBil($\mu\text{mol/L}$)	PTA(%)	Alb(g/L)
观察组 ($n=55$)	治疗前	201.72 \pm 70.87	316.11 \pm 110.52	294.48 \pm 68.65	294.48 \pm 68.65	479.92 \pm 95.84
	治疗后	55.08 \pm 28.73 [△]	53.62 \pm 18.63 [△]	88.36 \pm 47.74 [△]	88.36 \pm 47.74 [△]	108.65 \pm 25.50 [△]
对照组 ($n=55$)	治疗前	203.03 \pm 74.25	312.73 \pm 105.33	297.73 \pm 70.88	297.73 \pm 70.88	483.62 \pm 97.16
	治疗后	94.60 \pm 42.92 [*]	109.89 \pm 29.51 [*]	115.72 \pm 61.26 [*]	115.72 \pm 61.26 [*]	175.44 \pm 31.56 [*]

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

2.3 两组慢加急性肝衰竭内毒素血症患者治疗前后内毒素水平比较 治疗后两组患者内毒素水平 [对照组(0.125 \pm 0.022), 观察组(0.092 \pm 0.015)]明显低于治疗前[对照组(0.153 \pm 0.035), 观察组(0.157 \pm 0.037)]($P < 0.05$); 治疗后组间比较, 观察组改善程度明显优于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

慢加急性肝衰竭患者因正常肝细胞广泛坏死, 肝功能受损严重, 内毒素无法于肝脏内代谢而直接进入机体血液循环, 导致血内毒素水平显著增高。血内毒素增高一方面可直接对肝脏组织产生损伤作用, 另一方面亦可刺激库普弗细胞产生释放多种炎性细胞因子, 进而诱发肝脏继发性损伤。已有研究显示, 内毒素导致的肝脏微循环障碍是其对肝脏功能损伤的关键机制, 亦是引起肝细胞持续坏死的主要原因之一, 因此, 降低内毒素水平是慢加急性肝衰竭内毒素血症临床治疗的关键^[7]。

慢加急性肝衰竭属于中医学“肝瘟”“臌胀”范畴, 由肝病日久, 瘀血邪毒郁结, 久而化热所致。有学者认为, 热毒即为西方现代医学所指内毒素, 肠道尤其是大

肠作为人体细菌内毒素主要储存场所, 是诱发多器官功能障碍始动因素^[8-9]。本研究所用自拟清肠解毒方中玄参滋阴清热, 蒲公英泄热解毒, 赤芍凉血祛瘀, 厚朴燥湿消积, 大黄泻下通腑, 枳实宽中除胀, 诸药合用, 共奏解毒凉血、祛瘀通利之功。现代药理学研究证实, 大黄可明显提高肝细胞线粒体ATP生成量, 降低肠壁血管通透性, 进而发挥肝组织和肠黏膜保护作用^[10]; 玄参、蒲公英具有抑制肠道大肠杆菌繁殖、抑制内毒素吸收的作用, 拮抗内毒素诱发的过氧化反应对线粒体结构的损伤; 赤芍能够有效维持毛细胆管功能, 提高肝脏组织对于内毒素的灭活作用^[11]; 厚朴、枳实可拮抗内毒素及肠道病原菌, 对消化道平滑肌有双向调节作用^[12-13]。直肠黏膜含有丰富的毛细血管网, 采用灌肠治疗, 药物有效成分可被快速吸收而进入血液循环; 同时直肠灌注所形成结肠透析效应亦有助于促进机体内毒性物质清除, 减轻内毒素对于肝脏组织损伤程度。

本研究结果表明, 与单纯西医治疗相比, 自拟清肠解毒方灌肠辅助治疗可明显提高慢加急性肝衰竭内毒素血症患者临床好转率和随访6个月生存率, 同时能明显改善患者肝功能指标和内毒素水平。

参 考 文 献

- [1] 徐道振, 巫普明, 周霞秋, 等. 病毒性肝炎临床实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 325.
- [2] 张清格, 苗士奎. 465例HBV感染所致慢加急性肝衰竭的临床分析[J]. 肝脏, 2014, 19(9): 682-684.
- [3] 张照兰, 陈炜萍. 肠毒清颗粒治疗慢性重型乙型肝炎肠源性内毒素血症48例疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18(2): 94-96.
- [4] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会肝病学分会. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华传染病杂志, 2001, 19(1): 56-58.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 56-59.
- [6] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组. 肝衰竭诊治指南(2012年版)[J]. 实用器官移植电子杂志, 2013, 1(4): 193-202.
- [7] 孙建光. 加味茵陈蒿汤保留灌肠对慢性重症肝炎患者内毒素和血氨的影响[J]. 四川中医, 2013, 31(1): 75-77.
- [8] 程丹, 冯文忠. 清肠排毒灌肠汤治疗慢性重症肝炎内毒素血症的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2011, 31(11): 11-13.
- [9] 马文峰, 周小舟, 孙新锋, 等. 中药治疗肝衰竭患者内毒素血症疗效评价[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(1): 127-128.
- [10] 毛德文, 龙富立, 邱华, 等. 大黄及其复方拮抗肝衰竭的研究概述[J]. 陕西中医, 2009, 30(5): 636-638.
- [11] 张廷模. 临床中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 234.
- [12] 张红, 孙明江, 王凌. 枳实的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中药材, 2009, 32(11): 1787-1790.
- [13] 张勇, 唐方. 厚朴酚药理作用的最新研究进展[J]. 中国中药杂志, 2012, 37(23): 326-3530.

(收稿日期 2015-02-01)

中药熏蒸联合切开复位内固定治疗肱骨近端 Neer 三、四部分骨折临床观察

杨永辉

(浙江省湖州市德清县第三人民医院,浙江 湖州 313201)

中图分类号:R274.1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1266-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.055

【摘要】目的 观察温经活血方熏蒸联合切开复位内固定术治疗肱骨近端 Neer 三、四部分骨折的疗效。**方法** 将 86 例肱骨近端三、四部分骨折病例随机分为对照组与治疗组各 43 例。两组均行切开复位加压钢板内固定术,治疗组于切口拆线后 3 d 后加行中药方温经活血方熏蒸治疗。**结果** 治疗组患者骨折愈合时间显著短于对照组 ($P < 0.01$), 肩关节功能评分显著高于对照组 ($P < 0.01$)。治疗组 Neer 肩关节功能评分优良率为 90.70%,明显高于对照组的 72.09%($P < 0.05$)。**结论** 温经活血方熏蒸可促进局部血运,改善体虚、舒经通络、祛风除湿,有利于加快肱骨近端三、四部分骨折的早期愈合,且加用中药治疗可提高患儿肩关节功能的恢复程度,提高患者生活自理能力。

【关键词】 温经活血方 切开复位内固定术 肱骨近端骨折

国内报道肱骨近端骨折占全身骨折的 2.5%^[1],国外报道比例为 4%~5%^[2],主要因骨质疏松、高能量损伤所致。肱骨近端骨折主要包括大结节、小结节、肱骨头和肱骨干等部位,Neer 分型是临床应用比较广泛的一种肱骨骨折分型方法,其依据是肱骨 4 个部分的相互移位程度及成角情况。在肱骨近端骨折中,三、四部分骨折为最严重的骨折类型,切开复位内固定术固定可靠、把持力强、成角稳定^[3]。但严重骨折本身以及术中软组织剥离、加压钢板紧密贴合骨面等,均可对局部血运造成损伤,影响愈合。本院在常规切开复位内固定术基础上联合温经活血方熏蒸治疗肱骨近端 Neer 三、四部分骨折,取得满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例均临床诊断为肱骨近端三、四部分骨折。肱骨骨折诊断标准参照中华医学会的《临床诊疗指南:骨科分册》^[4];参照 Neer 分型为三、四部分骨折^[5];纳入标准:1)致伤前双侧肩关节功能良好,无关节损伤史;2)肩关节均为前脱位;3)患者对治疗方案知情并签署同意书。排除标准:1)病理性骨折,开放性骨折;2)心脏肝肾严重损伤、造血系统疾病、凝血功能异常;3)合并血管损伤或膈神经损伤;4)手术禁忌证;5)对本组中用药过敏;6)精神病、意识障碍者;7)妊娠哺乳期女性。

1.2 临床资料 选取我院肱骨近端三、四部分骨折病例 86 例,按随机数字表法将其分为治疗组与对照组各 43 例。治疗组男性 16 例,女性 27 例;年龄 34~78 岁,平均(58.21±12.12)岁;病程 30 min 至 3 d,平均(0.80±0.50) d;撞伤 12 例,砸伤 15 例,摔伤 16 例;三部分骨

折 22 例,四部分骨折 21 例。对照组男性 18 例,女性 25 例;年龄 35~76 岁,平均(57.60±11.50)岁;病程 1~4 d,平均(0.93±0.60) d;撞伤 10 例,砸伤 16 例,摔伤 17 例;三部分骨折 23 例,四部分骨折 20 例。两组患者临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组采用切开复位内固定术。患者取仰卧位,患侧肩部垫高,颈丛和臂丛神经阻滞麻醉,取关节前外侧应用研究峰下纵形切开 4 cm 长切口,暴露三角肌,分离三角肌、下囊使肱骨大结节暴露于术野。行肩部外展牵引,不稳定的结节骨块以克氏针固定,进行软组织剥离,剥离时注意尽量减少对血运的影响。取适当长度锁定接骨板或三叶草钢板(AO/ASIF)置于骨膜外,钢板前方与结节间沟后缘距离 0.5~1 cm,钢板上端与肱骨大结节最高点距离 0.8~2 cm。选择长度适中的有锁定头的螺钉进行加压固定,螺钉头固定于肱骨关节面下 0.5 cm 部位,选取皮质骨螺钉于钢板远端行双皮质固定。大、小结节固定强度不足的以及肩袖损伤的病例,可以 PDS 缝线将大、小结节固定于钢板上。对肩袖损伤病例给予肩袖修补。骨质疏松患者固定后如有骨缺损者,行同种异体骨植骨处理。C 型臂机透视下确定复位和固定满意,进行关节囊修复,冲洗切口并留置引流管,后关闭切口。治疗组在对照组基础上加行中药熏蒸治疗,中药熏蒸于手术切口拆线后 3 d 开始,将配置好的药液置于中药熏蒸仪内,并将喷头对准患处,与肩部距离 30~40 cm,接通电源,每天 2 次,30 min/次,10 d 为 1 个疗程,3 个疗程后观察疗效。温经活血方:桂枝 10 g,知母 10 g,羌活 10 g,地龙 10 g,炙甘草 10 g,没药 10 g,乳香 10 g,川牛膝 20 g,白芍 30 g,土茯苓 30 g,全蝎 2 g(研粉),加水浸泡 30 min 再

以文火煎煮,取药汁用于熏蒸。每天2次,早晚温服。

1.4 观察指标 观察骨折愈合情况及肩关节功能恢复情况。肩关节功能采用 Neer 评分标准^[5]:分为疼痛、功能、活动度和解剖复位4个维度,分别占35、30、25、10分,满分100分,分值越大表示肩关节功能恢复越好,其中70分以下视为差,70~79分为可,80~89分为良,90~100分为优。

1.5 疗效标准 骨折愈合标准参照《外科学》^[6]:1)局部无压痛和纵向叩击痛。2)无局部异常活动。3)影像学显示骨折处有连续性骨痂,骨折线模糊。4)外固定拆除后上肢可向前平举质量为1kg物体,平举时间超过1min,且连续观察2周末见骨折部位变形。

1.6 统计学处理 应用 SAS13.0 统计软件。符合正态分布且方差齐数据采用 *t* 检验,率采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肱骨近端三、四部分骨折患者治疗后骨折愈合和肩关节功能情况比较 见表1。结果显示治疗组患者骨折愈合时间显著短于对照组($P < 0.01$),肩关节功能评分显著高于对照组($P < 0.01$)。

表1 两组肱骨近端三、四部分骨折患者治疗后骨折愈合时间及肩关节功能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	骨折愈合时间(d)	肩关节功能评分(分)
治疗组	43	86.3±12.6 ^{△△}	88.2±3.4 ^{△△}
对照组	43	98.6±18.5	83.1±3.2

与对照组比较, [△] $P < 0.05$, ^{△△} $P < 0.01$ 。下同。

2.2 两组肱骨近端三、四部分骨折患者治疗后 Neer 评分分级情况比较 见表2。结果显示治疗组 Neer 肩关节功能评分分级中优良率为90.70%,明显高于对照组的72.09%($P < 0.05$)。

表2 两组肱骨近端三、四部分骨折患者治疗后 Neer 肩关节功能评分分级情况统计(*n*)

组别	<i>n</i>	优	良	可	差	优良率(%)
联合组	43	35	4	3	1	90.70 [△]
对照组	43	21	10	7	5	72.09

3 讨论

肱骨近端骨折好发于老年人群,女性肱骨近端骨折的发病率高于男性,多与女性绝经期激素水平下降,易发生骨质疏松有关^[7]。肱骨近端三、四部分骨折较为严重,切开复位内固定术是其治疗的重要手段,治疗机制是通过接骨板、螺钉、克氏针等的作用还原肱骨生理结构及生物力学水平,实现肱骨头重建^[8]。李逸群认为锁定钢板治疗肱骨近端复杂性骨折具有内固定力学强度大的特点,优于其他内固定方法^[9]。但加压钢板内固

定术中需进行软组织剥离,易损伤血运系统,而且钢板与骨面加压贴合也易影响骨折端血供,不利于术后的骨折愈合,甚至可能引发肱骨头缺血性坏死,增加患者痛苦^[10]。因此,改善血运状况、促进术后骨折尽早愈合是肱骨近端骨折临床治疗的重要问题。

中医学认为,肢体损伤于外,则气血伤于内^[11]。骨折后患者气血受损,血不循经、溢于脉外,则出现经脉闭阻、体虚气滞、津液不畅、关节失津等问题。因此,对骨折患者的中医治疗重在活血化瘀、舒筋通络、软坚散结、祛风除湿等。温经活络法源于《金匱要略》。温经活血方中,桂枝温经通络,知母清热解毒,白芍有敛阴和营作用,3药共为君药,联合用药起到温通经脉、兼清郁热、缓急止痛的作用^[12]。土茯苓解热毒、清湿热,对消除关节肿胀效果显著。乳香与没药有活血止痛功效,独活治足太阳的游风。川牛膝为重要的祛风除湿类用药,可活血通络,化瘀散寒。全蝎有息风镇痉、攻毒散结、通络止痛之效。诸药合用,起到活血化瘀、软坚散结、舒筋通络、祛风除湿等作用。采用局部熏蒸的手法,有助于药物经皮肤迅速进入损伤部位,较口服用药起效速度更快。本组研究结果证实了温经活血方熏蒸治疗肱骨近端骨折的优势。

总之,温经活血方熏蒸可促进局部血运、改善体虚、舒经通络、祛风除湿,有利于加快肱骨近端三、四部分骨折的早期愈合,且加用中药治疗可提高患儿肩关节功能的恢复程度,提高患者生活自理能力。

参 考 文 献

- [1] 王亦聰. 骨与关节损伤[M]. 4版. 北京:人民卫生出版社, 2009:756-768.
- [2] McKoy BE, Bensen CV, Hartsock LA. Fractures about the shoulder: conservative management[J]. Orthop Clin North Am, 2000, 31(2):205-216.
- [3] 何小健, 庄健, 周凯华, 等. 锁定接骨板治疗肱骨近端三、四部分骨折[J]. 中国组织工程研究, 2013, 17(4):688-690.
- [4] 中华医学会. 临床诊疗指南:骨科分册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009:15-16.
- [5] Neer CS 2nd. Displaced proximal humeral fractures. I. Classification and evaluation[J]. J Bone Joint Surg Am, 1970, 52(6):1077-1089.
- [6] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社, 2008:728-729.
- [7] 刘磊, 陈伟, 孙家元, 等. 2003年至2012年河北医科大学第三医院成人肱骨近端骨折的流行病学研究[J]. 中华创伤骨科杂志, 2014, 16(4):320-322.
- [8] 刘亚东. 肱骨近端骨折的治疗进展[J]. 湖北医药学院学报, 2012, 31(5):435-438.
- [9] 李逸群, 吴峰, 刘永裕, 等. 锁定加压钢板内固定联合人工骨植骨治疗肱骨近端 Neer 三、四部分骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2014, 26(5):457-459.
- [10] 姜保国, 张殿英, 付中国, 等. 肱骨近端骨折的治疗建议[J].

中华创伤骨科杂志,2011,13(1):55-59.
 [11] 禹宝庆,周成欢,胡健,等.成人肱骨远端复杂骨折内固定治疗进展[J].中华肩肘外科电子杂志,2014,2(1):1-3.

[12] 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,1994:186-187.

(收稿日期 2014-09-09)

参附注射液治疗 30 例脓毒症患者的临床观察

张国刚

(山东省泰安市中医医院,山东 泰安 271000)

中图分类号:R631 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1268-03
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.056

【摘要】目的 观察参附注射液对脓毒症患者的临床疗效并探讨其对机体免疫调节的作用机制。**方法** 将 60 例诊断为脓毒症的患者按随机法分成两组各 30 例。其中治疗组采用 SSC 拯救脓毒症战役经典治疗+参附注射液,对照组采用 SSC 推荐的经典治疗。在入选当天和疗程结束时分别进行急性生理学及慢性健康状况评分系统 II (APACHE II)评分、中医症状评分、并抽取静脉血测定观察指标,观察治疗前后各指标,包括 CD4⁺、CD8⁺ T 淋巴细胞、血清白介素-6(IL-6)、C 反应蛋白(CRP)水平、IgG、IgM 等的变化。**结果** 两组患者治疗前 APACHE II 评分、IL-6 水平的差异无统计学意义($P>0.05$);与对照组比较,治疗后治疗组 APACHE II 评分、IL-6、CRP、IgM 水平均明显下降,而 IgG CD4⁺、CD8⁺ T 淋巴细胞均明显升高,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 参附注射液能够维持促炎/抗炎平衡,双向调节脓毒症患者的免疫功能,从而对脓毒症患者的预后具有较好的临床疗效。

【关键词】 脓毒症 参附注射液 免疫紊乱

脓毒症是指因感染或有高度可疑感染因素引起的全身炎症反应综合征,是危重病患者最常见的并发症之一,严重时可导致感染性休克及多脏器功能障碍综合征而威胁患者生命^[1-2]。脓毒症以全身严重的炎症反应为主要表现,现代研究认为免疫细胞的凋亡引起的免疫功能紊乱(主要表现为抑制)亦是导致脓症患者预后差的重要原因。国外研究也表明,脓毒症发生时,机体的免疫系统状态处于免疫细胞过度激活和淋巴细胞受抑制的紊乱状态^[3]。脓毒症时机体的特点主要是特异性免疫功能受到抑制而非特异性免疫系统却高度活跃,因此对脓毒症时机体免疫状态的调控成为目前治疗的热点^[4]。研究表明参附注射液对慢性再生障碍性贫血、肿瘤化疗后等患者具有增强机体免疫功能的作用,但它在脓毒症治疗中是否具有调节患者免疫功能的作用尚不明确。基于此,本研究通过观察参附注射液对 30 例脓毒症患者的治疗,观察患者免疫学指标的变化,初步探讨参附注射液通过调节免疫系统功能而改善脓症患者预后的机制。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:年龄 18~80 岁;符合脓毒症中医证候阳气暴脱诊断标准^[5];符合脓毒症西医诊断标准^[6];签署知情同意书。排除标准:前 6 个月内接受过化疗者;3 个月内使用糖皮质激素或其他免疫抑制剂、免疫调节剂者;患有免疫系统疾病的患者;对参

附注射液过敏的患者。

1.2 临床资料 选取 2012 年 10 月至 2013 年 10 月在本院 ICU 住院治疗的脓症患者 60 例,按照随机数字表法分为治疗组和对照组各 30 例。其中治疗组男性 14 例,女性 16 例;平均年龄(50.50±17.20)岁;平均体质量(68.30±16.50) kg;急性生理学及慢性健康状况评分系统 II (APACHE II)评分(22.56±2.65)分;中医症状积分(15.44±2.65)分。对照组男性 18 例,女性 12 例;平均年龄(50.50±17.25)岁;平均体质量(65.20±15.10)kg;急性生理学及 APACHE II 评分(25.10±2.82)分;中医症状积分(15.46±2.82)分。两组临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组患者常规治疗参照《2012 年成人严重感染和感染性休克治疗指南》^[7],包括原发病的治疗、积极抗感染、液体复苏、应用血管活性药物及各脏器支持等对症支持治疗。在此基础上对照组采用 SSC 推荐的经典治疗。治疗组在对照组治疗基础上加用参附注射液 100 mL 加入 5%葡萄糖注射液 150 mL,静脉滴注,速度为 100 mL/h,每日 1 次。两组患者疗程均为 2 周。

1.4 观察指标 分别于治疗前后进行 APACHE II 评分和中医证候积分,并抽取静脉血进行相关检测,观察治疗前后各指标的变化,包括白细胞、T 细胞亚群、血清白介素水平、免疫球蛋白系列、C 反应蛋白(CRP)等。

1.5 中医症状疗效评定 以自拟中医症状评分表分为参考指标,参照2002年《中药新药临床研究指导原则》中的疗效评定标准。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%,以百分数表示。临床痊愈:疗效指数≥95%;显效:疗效指数≥70%;有效:疗效指数≥30%;无效:疗效指数<30%。

1.6 统计学处理 用SPSS17.0统计软件分析。符合正态分布的以($\bar{x}\pm s$)表示,不符合正态分布的用秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验; P 为双侧检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组脓毒症患者治疗前后APACHE II评分比较 治疗后治疗组、对照组APACHE II评分分别为(18.62±6.16)分、(18.81±5.80)分,均显著低于治疗前($P<0.01$),治疗组下降更明显($P<0.05$)。

2.2 两组脓毒症患者治疗后中医症状疗效比较 见表1。结果示治疗组中医症状改善总有效率高于对照组($P<0.05$)。

表1 两组脓毒症患者治疗后中医症状疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
治疗组	30	7	14	8	1	70.00 [△]
对照组	30	1	6	17	6	23.33

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.3 两组脓毒症患者治疗前后免疫指标比较 见表2。两组CD8⁺、IL-6、CRP、IgG、IgM水平均较治疗前改善($P<0.05$),治疗组改善程度优于对照组($P<0.05$);且治疗组改善明显优于对照组,组间比较亦有明显差异($P<0.05$)。治疗组治疗组CD4⁺水平较治疗前明显改善($P<0.05$),对照组无改善($P>0.05$)。

表2 两组脓毒症患者治疗前后免疫指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	CD4 ⁺	CD8 ⁺	IL-6(pg/mL)	WBC($\times 10^9/L$)	IgG	IgM	CRP(mg/L)
治疗组 (n=30)	治疗前	302±197	208±103	86.89±25.67	15.29±2.49	11.67±3.34	2.66±0.72	123.71±43.02
	治疗后	378±284 [△]	278±120 [△]	54.25±28.72 [△]	8.78±1.88 [△]	25.80±5.49 [△]	1.03±0.16 [△]	79.50±49.22 [△]
对照组 (n=30)	治疗前	289±190	205±108	87.37±25.27	15.90±2.61	12.24±3.14	2.73±0.72	110.39±30.08
	治疗后	320±233	230±138 [*]	73.45±31.04 [*]	9.55±2.24 [*]	17.48±2.84 [*]	1.64±0.40 [*]	96.87±80.05 [*]

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

3 讨论

脓毒症是由严重感染引起的,严重感染导致机体免疫系统受到细菌内毒素的刺激,进而引起多种生物级联反应所致。这种级联反应,主要表现为炎症反应过程,此过程中有各种细胞因子、趋化因子的参与,因此早期表现为促炎介质过度释放的炎症反应^[8]。正常情况下,机体在释放促炎介质的同时产生抗炎介质,来抵制促炎介质过度释放而对机体各组织细胞的损伤,

使促炎症反应和抗炎反应维持平衡在状态,机体内环境才能保持稳定状态,从而减少对组织细胞损伤。在脓毒症发病过程中,炎症反应持续存在,而促炎与抗炎是否处于平衡状态决定了患者的预后^[9]。脓毒症的这种独特的级联反应还有凝血-纤溶系统改变^[10-11]以及细胞凋亡等变化。随着对脓毒症发病机制的越来越重视,在对脓毒症更深入的研究中,发现在脓毒症患者的机体中出现较多有免疫抑制作用的炎症介质,导致机体免疫功能损伤,出现免疫功能抑制或“麻痹”,具体表现为杀菌抑菌能力下降,抗原功能减弱等对感染的免疫防御能力明显降低。本临床观察结果也发现了在脓毒症患者体内,全身炎症反应和免疫抑制作用一直存在,具体表现为血清IL-6、IL-10和CRP水平明显升高,CD4⁺、CD8⁺T淋巴细胞明显降低。

参附注射液具有益气温阳,振奋心阳,回阳救逆,益气固脱,温通心脉等多种作用。临床上主要用于阳气暴脱的厥脱证,或阳气虚所致的惊悸、怔忡、喘咳、胃疼、泄泻、痹证。方中红参性味甘温,功能振奋元气,益气固脱,回阳救急,又善补脾益肺,补气生血,为扶正补虚之第一要药,含有多人参皂苷,能抗休克、抗疲劳、促进蛋白质合成及增强机体免疫力。附子辛热,纯阳燥烈,补火助阳,可通行十二经脉,温一身之阳气,上助心阳以通脉,下补肾阳以益火,有“回阳救逆第一药”之称。因为脓毒症的临床特点主要是炎症反应过程,发热是其主要症状,因此中医将脓毒症归为“外感热病”“伤寒”“温毒”范畴内,姜良铎等也认为脓毒症主要是由正气不足、毒热内蕴、瘀血阻滞、腑气不通等引起^[12]。刘清泉等^[13]提出脓毒症的基本病机是“正虚毒损,络脉闭阻”,认为脓毒症发病多数由外来毒邪引起,毒邪侵入人体,集聚体内,日久引发内生毒邪大量产生并蓄积,造成机体的气血运行失调和脏腑功能的紊乱,严重时可导致气机严重逆乱,阴阳之气骤然不相顺接,阴阳离决等脱证。《素问·阴阳应象大论》云“壮火气衰”,故病程中亦可见发热,甚至是高热,随着病情的进展出现烦躁、喘急,神昏,大汗,汗出肢冷,脉微欲绝等危候,是阳气随汗外泄而致,中医将其归为阳气暴脱证型。基于此,笔者选用参附注射液起到益气温阳扶正、回阳救逆的作用防治脓毒症,以达到补气通阳,恢复络脉通畅、充盈满溢的正常状态,有利于抵抗外邪,防止内生毒邪聚集而进一步损伤机体。

本研究中观察两组的患者经治疗后其APACHE II评分、中医证候积分、IL-6、CRP水平及IgM均下降,而IgG、T淋巴细胞计数上升,参附组较对照组对患者各项指标的作用更为明显,差异均有统计学意义,提示参附注射液能够促使脓症患者体内促炎/抗炎因子的水平达到平衡状态,双向调节脓毒症免疫功能,减轻脓毒症患者的全身炎症反应程度,从而改善脓毒症

患者的总体病情及预后。

参 考 文 献

[1] 江其敏,黄攻. 中医医院住院患者脓毒症临床特点的研究[J]. 北京中医, 2007, 26(4): 206-207.

[2] Lamping N, Dettmer R, Schroder NW, et al. LPS-binding protein prote-ctsmice from septic shock caused by LPS orgram-negative bacteria[J]. J Clin Invest, 1998, 101(10): 2065-2071.

[3] Sriskandan S, Altmann DM. The immunology of sepsis[J]. J Pathol, 2008, 214(2): 211-213.

[4] Lynn WA, Cohen J. Immunology and management sepsis[J]. Clin Microbiol Infect, 1996, 2(3): 223-228.

[5] 中华医学会急诊医学分会危重病专家委员会, 中国中西医结合学会急救医学专业委员会. 脓毒症的定义、诊断标准、中医证候诊断要点及说明(草案)[J]. 中华急诊学杂志, 2007, 16(8): 797-798.

[6] SCCM. Surviving Sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock[J]. Intensive Care Med, 2013, 39(2): 165-228.

[7] 邱海波,刘大为,郭凤梅,等. ICU 主治医师手册[M]. 2 版. 南京:江苏科学技术出版社, 2013: 967-974.

[8] Bone RC. Immunologic dissonance: a continuing evolution in our unde-rstanding of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and the multiple org an dysfunction syndrome(MODS)[J]. Ann Intern Med, 1996, 125(8): 680-687.

[9] 朱玲,田雨,陈浩,等. 脓毒方治疗重症脓毒症的临床研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(9): 207-208.

[10] Levi M, de Jonge E, vander Poll T, et al. Novel approaches to the manage-ment of disseminated intravascular coagula-tion[J]. Crit Care Med, 2000, 28(9): 20-24.

[11] 任爱民,张淑文,次秀丽,等. 急性感染并发 MODS 患者血浆中抗凝血酶(AT-III)水平测定的临床研究[J]. 中华急诊医学杂志, 2001, 10(1): 11-12.

[12] 姜良铎,张文生. 从毒论治初探[J]. 北京中医药大学学报, 1998, 21(5): 2-3.

[13] 王蕾,刘清泉. 从络脉学说论治脓毒症[J]. 中国中医急症, 2006, 4(15): 391-392.

(收稿日期 2014-10-15)

项针联合吞咽康复训练对脑梗死后假性延髓麻痹患者吞咽功能的影响

徐 飞¹ 李虹霖^{2Δ}

(1.黑龙江省医院,黑龙江 哈尔滨 150036;2.黑龙江中医药大学附属第二医院,黑龙江 哈尔滨 150001)

中图分类号:R743.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1270-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.057

【摘要】目的 观察项针联合康复训练对脑梗死后假性延髓麻痹患者吞咽功能的改善作用。**方法** 将 60 例脑梗死后假性延髓麻痹患者随机分为治疗组 and 对照组各 30 例,2 组均接受神经内科常规药物的基础治疗。对照组在基础治疗上加用吞咽康复训练。治疗组在基础治疗上给予项针与吞咽康复训练联合治疗。于治疗前、治疗 4 周后评定 2 组患者吞咽功能。**结果** 两组治疗后吞咽功能分级与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗后,治疗组吞咽功能分级改善显著优于对照组,经秩和检验,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 项针与吞咽训练联合治疗能够改善脑梗死后假性延髓麻痹患者吞咽功能。

【关键词】 假性延髓麻痹 脑梗死 康复训练 针刺 吞咽功能

假性延髓麻痹(PBP)是神经系统综合征之一。PBP 临床主要表现为吞咽困难、构音障碍、饮水呛咳,其中吞咽障碍危害性最大,可造成患者心理障碍、脱水、吸入性肺炎、营养不良、窒息等并发症^[1-2],给患者及其家庭、社会的增加负担。目前,对于 PBP 的临床治疗国内外尚无特效治疗方法^[3-4]。笔者采用项针与吞咽训练联合治疗对 PBP 30 例,并与接受吞咽训练组作对比研究,从而为本病的临床治疗寻找新的途径。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)诊断标准:脑梗死诊断标准参照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制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》(2010);PBP 诊断参照《神经病学》执行。2)纳入标准:(1)符合上述“脑梗死”的诊断,且经头颅 CT 或 MRI 证实。(2)符合上述“假性延髓麻痹”的诊断标准。(3)洼田饮水测试评分 2~5 分。(4)脑梗死为首次发病。(5)年龄 40~75 周岁(含 40 周岁和 75 周岁);性别不限。(6)患者知情同意。3)排除标准:(1)进展性卒中者,或脑梗死后脑出血者。(2)其他原因所致的吞咽功能障碍

Δ通信作者(电子邮箱:flyada001@163.com)

碍者。(3)既往有食管方面的吞咽异常或肿瘤患者。(4)合并有严重的肝肾功能障碍及造血系统等原发病者。(5)患有意识障碍,或认知障碍,或有精神病史者。

1.2 临床资料 选择2009年2月至2011年7月在黑龙江省医院和黑龙江中医药大学附属第二医院康复科门诊或病房就诊符合诊断及纳入标准的60例患者。将入组的60例患者按就诊时间先后顺序编号,采用随机数字表法分为两组。治疗组30例,男性18例,女性12例;年龄45~74岁,平均(58.6±8.3)岁;病程22~60d,平均(37.3±9.8)d。对照组30例,男性16例,女性14例;年龄47~75岁,平均(59.4±8.7)岁;病程21~54d,平均(35.8±9.5)d。两组患者年龄、性别、病程比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组患者均参照《中国脑血管病防治》方案接受神经内科常规治疗,包括降低颅内压、降纤酶、钙离子拮抗剂、抗血小板聚集、活血化瘀、维持水电解质平衡、营养支持及防治并发症等治疗。1)对照组予基础治疗+吞咽康复训练。吞咽训练方案:基础训练+摄食训练。其中基础训练包括口唇闭锁练习(口唇突出与旁拉、嘴角上翘(作微笑状)、抗阻鼓腮、下颌运动训练、舌的运动训练、冷刺激(将冰冻棉棒蘸少许水,轻轻刺激软腭、腭弓、舌根及咽后壁,然后嘱患者做吞咽动作)、构音训练、声带内收训练、咳嗽训练、声门上吞咽训练、促进吞咽反射训练(用手指上下摩擦甲状软骨至下颌下方的皮肤)。摄食训练:取患者30°仰卧、颈部前倾的体位;选柔软、密度及性状均一、有适当的黏性食物;指导患者以较常人缓慢的速度进行摄食、咀嚼和吞咽;每次喂食量从小量开始,逐步增加;每次吞咽食物后,再反复做几次空吞咽,使食块全部咽下,然后再进食。疗程为4周。2)治疗组予基础治疗+吞咽康复训练+项针治疗。基础治疗和吞咽康复训练方案同对照组。项针取穴:风池、翳明、供血、治呛、吞咽、发音、廉泉、金津玉液。操作方法:嘱患者坐位,常规局部消毒,选用1.5寸号华佗牌毫针,项部双侧风池、供血、翳明3穴针尖稍向内下方刺入约1.0~1.5寸,针下得气,留针40min。颈部廉泉穴选用2.5寸毫针向喉位方向刺入,进针1.5~2.0寸;金津、玉液针向舌根方向刺入约1.5寸;吞咽、治呛、发音3穴直刺0.3寸,以上6个腧穴均不留针。针下得气后留针40min。每日1次,连续治疗6d后休息1d,连续治疗4个疗程(即4周)。

1.4 疗效标准 1)吞咽功能分级标准:参照《摄食-吞咽障碍的康复训练》^[5]中标准。Ⅵ级:饮水、进食正常;Ⅲ级:饮水偶有呛咳,进食正常;Ⅱ级:饮水时常呛咳,进食缓慢;Ⅰ级:饮水困难,进食需鼻饲流食为主;0级:吞咽运动丧失,进食完全需鼻饲流食。2)语言功能评分标准:6分为口动音微、发音尖利、吐字含糊、单字为主或语音全失;4分为发音嘶哑、尖爆破裂、吐字欠

清、语句短促;2分为发音略嘶哑、吐字尚清晰、语句稍短促;0分为与正常语言无异。

1.5 统计学处理 采用SPSS12.0软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组PBP患者治疗前后吞咽功能评分比较 见表1。治疗后,治疗组吞咽功能分级改善显著优于对照组,经秩和检验,差异均有统计学意义($P<0.05$)

表1 两组PBP患者治疗前后吞咽功能分级比较(n)

组别	时间	Ⅵ级	Ⅲ级	Ⅱ级	Ⅰ级	0级
治疗组 (n=30)	治疗前	0	5	12	10	3
	治疗后	9	12	5	3	1
对照组 (n=30)	治疗前	0	6	10	9	5
	治疗后	4	9	9	6	2

2.2 两组PBP患者治疗前后语言功能评分比较 见表2。两组治疗后与本组治疗前比较,语言功能评分有明显差异($P<0.05$),治疗后,治疗组变化更明显($P<0.05$)。

表2 两组PBP患者治疗前后言语功能评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	4.23±0.42	1.62±0.41 [△]
对照组	30	4.41±0.57	2.13±0.65 [*]

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

3 讨论

PBP指两侧皮质延髓束损害所产生的症状,其临床表现出现软腭、咽喉、舌肌运动障碍,吞咽、发音、讲话困难,无舌肌萎缩及纤维性震颤,咽反射存在,下颌反射增强,常出现强哭强笑等。本病的病因很多,其中以脑卒中引起者最多见,病变部位广泛,在两侧大脑皮质、皮质下、大脑基底核、内囊以及少见的脑干部(如脑桥部)的广泛出血或闭塞产生小软化灶,或少数大的软化灶,是PBP的病理基础。研究表明,中枢神经在结构和功能上具有重组能力和可塑性,且这种可塑性能通过学习与训练得到强化^[6]。通过对脑梗死后假性延髓麻痹患者给予吞咽训练,能够促进肌肉的灵活性和协调性,防止咽部肌群发生废用性萎缩,通过反射性刺激中枢神经系统使神经网络重组及侧支芽生,使患者建立吞咽意识,提高与吞咽有关神经肌肉运动的协调性,最终达到吞咽神经通路及神经肌肉功能的逐步康复。

中医学并无假性延髓麻痹的病名,根据其主证可归属于“中风”“音痺”“噎隔”等范畴^[4-5]。中医学认为其病因病机是由风、火、痰、瘀、气虚所致脏腑功能紊乱,

气血逆乱,瘀血阻滞,痹阻脉络、为痰为瘀、压迫脑髓。本组研究以腧穴“近治疗作用”立论,选用项部腧穴。针刺在舌咽、迷走神经感觉纤维支配区内的项部腧穴所产生的兴奋可以通过传入神经元到达中间神经元,经过分析综合后发出冲动或增加传出冲动至肌肉,恢复大脑皮质脑干束的正常调节,使脑皮质功能区之间的联系、代偿功能加强,使大脑皮质兴奋性提高,改善脑组织的微循环障碍,脑细胞的活性增强,促进神经反射通路的重建和修复,进而使麻痹的神经功能得以恢复^[7-8]。本观察中,经过4周的治疗,项针与吞咽训练联合治疗组吞咽功能分级优于对照组($P < 0.05$),说明项针与吞咽训练联合治疗能够帮助脑梗死后假性延髓麻痹患者改善吞咽功能。

参 考 文 献

[1] 吴艺玲,王琳,脱森,等. 互动式针刺法对卒中后假性延髓麻痹吞咽困难的疗效[J]. 中国康复医学杂志,2013,28(8):

739-742.
 [2] 国丽茹,刘青蕊,张捧娃,等. Vitalstim 吞咽障碍治疗仪治疗脑梗死后假性延髓麻痹的疗效研究[J]. 河北医药,2011,33(9):1356-1357.
 [3] 陈育科. 针刺治疗中风假性延髓麻痹疗效观察[J]. 山东医药,2010,50(12):91-92.
 [4] 朱晓林,缪伟忠,梁月琨,等. 复式针刺疗法治疗假性延髓麻痹疗效观察[J]. 河北医药,2011,33(20):3179-3180.
 [5] 大西幸子,孙启良,赵峻. 摄食-吞咽障碍康复实用技术[M]. 北京:中国医药科学技术出版社,2000:23-44.
 [6] 陈恬,程富春. 卒中后假性延髓麻痹的研究进展[J]. 江西医药,2012,47(8):745-747.
 [7] 张莉,孙远征,孟薇. 不同针刺频次治疗缺血性中风后假性延髓麻痹的临床研究[J]. 针灸临床杂志,2013,29(4):6-8.
 [8] 陈英华,刘勇. 针刺配合醒脑静穴位注射对假性延髓麻痹患者血浆 TXB₂、6-keto-PGF_{1α} 影响的临床研究[J]. 中医药信息,2009,26(5):106-108.

(收稿日期 2014-10-04)

针刀治疗脑卒中上肢及手功能障碍临床观察

苟成钢

(河南省郑州市中医院,河南 郑州 450007)

中图分类号:R743.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1272-03
 doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.058

【摘要】目的 探讨中风针刀康复术对脑卒中后上肢及手部精细功能恢复的影响。**方法** 选取脑卒中患者72例,按随机数字表法将其分为治疗组和对照组各36例。两组患者均给予常规康复训练,治疗组在此基础上实施中风针刀康复术治疗。治疗前及治疗6周后,采用Fugl-Meyer量表(FMA)上肢运动功能评分、改良Barthel指数(MBI)、手指功能评分,对两组患者的康复疗效进行评定。**结果** 治疗前,两组患者FMA上肢运动功能评分、MBI及手指功能评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。组内与治疗前比较,两组患者治疗6周后FMA上肢运动功能评分、MBI及手指功能评分均提高($P < 0.05$)。治疗6周后,治疗组FMA上肢运动功能评分[(31.57±1.793)分],MBI评分[(39.18±0.46)分]及手指功能评分[(27.82±1.74)分]较对照组FMA上肢运动功能评分[(23.49±0.73)分],MBI[27.95±1.98)分]及手指功能评分[(20.09±1.012)分]均明显提高($P < 0.01$)。**结论** 采用中风针刀康复术合并常规康复训练,可有效改善脑卒中患者上肢及手部的精细协调功能,提高其日常生活活动能力。

【关键词】 脑卒中 中风针刀康复术 针刀治疗 上肢及手功能

人体上肢及手部功能具有精细、复杂的特点,脑卒中后功能恢复不尽如人意,尤其是精细功能恢复较差,严重影响患者的生活质量^[1]。脑卒中发病初期,69%~80%的患者存在上肢功能障碍,发病后3个月,仍有37%的患者存在上肢及手精细动作控制力下降等问题^[2]。中风针刀康复术是笔者多年临床研究,吸收康复医学、针刀医学精华,首創设计并逐步成熟的针刀微创治疗技术,对脑卒中引起的痉挛,上肢和手功能障碍、异常步态、吞咽障碍、言语障碍等功能障碍有完善的解决方案,临床效果显著。本研究在常规康复治疗脑卒中偏瘫患者基础上,采用中风针刀康复术对其肩肘关节肌肉、

前臂旋转肌肉、腕手屈曲、背伸肌肉进行松解治疗,并观察治疗前、后患者上肢功能改善情况。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2012年7月至2014年9月在郑州市中医院康复科和脑病科住院治疗的脑卒中患者72例。入选标准:1)符合1995年全国第4届脑血管病学术会议制订的脑卒中诊断标准^[3];2)首次脑梗死或脑出血,并经CT或MRI检查证实;3)改良Ashworth评定瘫痪肢体肌张力>2级并且<4级;4)意识清楚、检

查合作,无严重的言语障碍和认知障碍,简易精神状态量表(MMSE)评分>15分;5)既往无脑器质性疾病及精神障碍;6)年龄50~72岁;7)病程4周至1年;8)患者均签署治疗知情同意书。排除标准:1)存在心、肝、肺、肾等重要脏器严重疾病;2)不配合研究,中途退出者。采用随机数字表法将患者分为治疗组和对照组,每组36例。治疗组中男性20例,女性16例;年龄(55.7±7.9)岁;病程(5.04±0.15)周;糖尿病7例,高血压病22例。对照组男性19例,女性17例;年龄(56.2±1.8)岁;病程(4.98±9.72)周;糖尿病8例,高血压病21例。两组患者性别、年龄、病程、并发症等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组患者均接受神经科常规药物治疗及护理,患者生命体征稳定后即开始进行康复训练。所有训练均由专业治疗师以“一对一”的方式开展,两组患者均接受常规康复训练,治疗组在此基础上实施中风针刀整体松解术治疗。

1.2.1 常规康复训练方案^[4] 采用神经发育促进技术,以Bobath技术为主,配合本体感觉神经肌肉促进疗法(PNF)循序渐进反复训练,按照姿势、正确性、速度、适应性、耐力的顺序,先近端后远端进行训练。训练时,先做肩、肘、手各关节运动的组合运动,然后逐步将重点转移至单关节运动,如控制关键点、反射性抑制模式、促进姿势反射、感觉刺激、姿势控制和以任务为导向的运动控制训练等。上述训练每日2次,每次45min,每周5d,其余时间由家属协助其训练,共训练6周。

1.2.2 中风针刀康复术松解治疗^[5] 针刀松解患侧上肢肩、肘、腕、手指各结合部的条索瘢痕和高张力点。1)体位:仰卧位。2)体表定位:相关肩胛带和上肢骨、腕、手软组织附着处。3)消毒:在施术部位,用活力碘消毒2遍,然后铺无菌洞巾,使治疗点正对洞巾中间。4)麻醉:用1%利多卡因局部浸润麻醉,每个治疗点注药1mL。5)刀具:I型4号直形针刀。6)针刀操作:分次进行,根据患者体质情况,每周1~2次。(1)第1次针刀松解胸大肌的起至点,即胸肋部起止自胸骨前面和第1~6肋软骨,肱骨大结节嵴。(2)第2次针刀松解肱二头肌短头的起点,在喙突顶点定点。(3)第3次针刀松解肘关节前侧肱二头肌腱和腱膜的粘连瘢痕,在肘关节前侧肱二头肌腱外侧定点。(4)第4次针刀松解旋前圆肌起止点,在旋前圆肌的起止点处定点。(5)第5次针刀松解腕掌侧韧带带起点,在腕掌侧中部定位。针刀松解刀口线均与肢体纵轴平行,针刀体与皮肤呈90°角,按四步进针刀规程进针刀,从定位处刺入,经皮肤、皮下组织,达硬结处,纵疏横剥3刀,范围0.5cm。针刀治疗每个部位一般只做1次,5次为1个疗程。

1.3 疗效方法 治疗前及治疗6周后进行疗效评定,采用Fugl-Meyer量表(FMA)上肢运动功能评分、改良

Barthel指数(MBI)、手指功能评分比较评分,对两组患者康复疗效进行评定。所有参与评定的医生均经过专业培训,同一患者训练前后的评定由同一医生完成。

1.4 统计学处理 采用SPSS17.0统计软件处理。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计量资料同时符合正态性和方差齐性要求的,则采用t检验;不符合正态性或方差齐性要求的,则采用秩和检验。计数型资料采用 χ^2 检验或秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组脑卒中患者治疗前后FMA上肢能力评分比较 见表1。治疗前,两组患者FMA上肢运动功能评分差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗6周后评分均大幅度提高($P<0.01$)。两组治疗后比较差异亦有统计学意义($P<0.01$)。

表1 两组脑卒中患者治疗前后FMA上肢能力评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	36	7.98±0.21	31.57±1.79* [△]
对照组	36	8.02±0.16	23.49±0.73*

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

2.2 两组脑卒中患者治疗后日常生活活动能力评分比较 见表2。治疗前后比较,两组评分差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗后组间比较,评分差异有统计学意义($P<0.01$)。

表2 两组脑卒中患者治疗前后日常生活活动能力评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	36	15.14±1.49	39.18±0.46* [△]
对照组	36	14.96±1.90	27.95±1.98*

2.3 两组脑卒中患者治疗前后手指功能评分比较 见表3。治疗前后比较,两组评分差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗后组间比较,评分差异有显著统计学意义($P<0.01$)。

表3 两组脑卒中患者治疗前后手指功能评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	36	12.88±1.90	27.82±1.74* [△]
对照组	36	13.10±0.11	21.01±1.10*

3 讨论

正常大脑运动皮层约1/3的面积是用来控制上肢的,脑卒中患者上肢及手部功能恢复困难,其功能恢复关系到患者的预后及生活质量,开展上肢及手部功能训练对患者的功能恢复十分重要。中风后一般约在发

病后3周左右可出现明显的痉挛,修订的Brunnstrom偏瘫运动功能康复评定是Ⅲ期或Ⅳ期,上肢肩关节出现内收、内旋,肘关节是屈曲,前臂旋后,腕关节屈曲、尺偏,手指表现为屈曲、内收;痉挛状态不能得以纠正,长期制动和组织相对缺氧会引起肌肉肌腱长度改变和组织纤维化,导致疼痛、水肿,甚至肌肉萎缩及掌指关节囊挛缩等问题,最终造成不可逆的残疾。大部分中风后遗症停留在此期,严重影响中风偏瘫患者的康复效果^[6]。现代康复中,临床上缓解痉挛的方法主要包括:口服药物,封闭治疗(A型肉毒毒素注射等),手术治疗,康复手法治疗,矫形器应用,针灸等,均因缺乏持久的疗效或者费用较高而无法普及,大部分患者经治疗后仍不能恢复至理想水平。

中风针刀康复术是笔者经过数十年的临床研究,从改善和提高脑卒中患者功能的角度,充分吸收康复医学、针刀医学精华,融合解剖学、运动学、生物力学、中医学的技术成果,设计并逐步成熟的针刀微创治疗技术,应用于临床,获得良好的疗效。朱汉章等^[7]认为慢性软组织损伤疾病的根本病因是人的动态平衡失调。针刀治疗慢性软组织损伤的主要作用是松解粘连、挛缩、瘢痕和堵塞。吴绪平等^[8]提出弓弦力学解剖系统和网络状病理构架,是慢性内脏疾病、慢性软组织损伤、骨质增生的物质基础。中风针刀康复术治疗目的是设计相应的微创针刀术式,通过针刀松解粘连、瘢痕、条索和高张力点、平衡主动肌与拮抗肌之间的肌张力,促进共同运动向分离运动转化,抑制与控制痉挛模式,建立正常运动模式^[9]。实现了全身多部位畸形同步治疗,调节人体脊柱和多关节的力学系统平衡,调整肢体力线,促进局部血液循环,加速新陈代谢,让人体能够按照生理需要重建新的力学平衡,达到较好的运动控制,充分体现了人体的自我修复和自身调节能力,提高治疗效果。

本研究采用中风针刀康复术对脑卒中后上肢精细功能障碍进行干预,针刀治疗介入时机为4周和1年之间,其更侧重于肩、肘、腕、手部精细功能的恢复。研究显示,良好地控制肩关节和肩胛带姿态及肘、腕的运动,有利于提高脑卒中患者上肢姿势的平衡性和稳定性,提高抓握能力和手指精细动作^[10],从功能解剖学来看,上肢屈肌的主要分布在上肢的前、内侧,上臂是内收肌群和内旋肌群,肘关节处屈肌是前臂旋前肌群和屈肌群,在腕和指处是屈肌群。触诊喙突顶点、肘关节前侧肌腱及肱二头肌腱膜、旋前圆肌起止点、腕掌侧

韧带起点处有压痛、条索、瘢痕和高应力腱性组织点,通过针刀整体松解术,促使肩胛带活动,明显降低上肢屈肌张力,促进分离动作的出现,有效改善肩部全范围活动,肘和腕的屈曲伸展,对保持偏瘫上肢各关节的正常关节活动度、预防肩手综合征以及促进上肢功能康复有着重要意义。中风针刀康复术较好的解决上述康复中的难题。经过6周的康复训练后,两组患者的FMA, MBI及手指功能评分显著增高($P < 0.01$),且治疗组的各项指标评分较对照组高($P < 0.01$),提示针刀中风针刀康复术可有效改善脑卒中患者上肢及手部精细协调功能,提高其ADL能力。

综上所述,在常规康复训练基础上实施中风针刀康复术,对脑卒中患者上肢及手部功能恢复具有重要作用,随着康复医学发展,中风针刀康复治疗技术会更多地应用到脑卒中康复中来。临证时要遵循因人而异、早期介入、循序渐进、持之以恒的原则,采取多种综合康复措施,制定科学合理的康复治疗方案,尽量达到最佳的康复效果。

参 考 文 献

- [1] 梁大佳,吴小平,曹锡忠. 手抓握强化训练对脑卒中偏瘫患者上肢功能及日常生活活动能力的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34(3): 227-229.
- [2] 朱琳,宋为群,张肉,等. 优化运动技巧的康复训练对卒中后上肢功能恢复的作用[J]. 中国脑血管病杂志, 2013, 10(1): 23.
- [3] 黄如训,梁秀龄. 临床神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1999: 259-261.
- [4] 燕铁斌. 物理治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008: 279-282.
- [5] 吴绪平,张天民. 针刀医学临床诊疗与操作规范[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012: 128-129.
- [6] 刘维红. 手部矫形器分指板对脑卒中早期患者手功能恢复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2014, 36(5): 399.
- [7] 朱汉章,柳百智. 针刀临床诊断与治疗[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011: 13-18.
- [8] 吴绪平,张天民. 常见内科疾病针刀治疗与康复[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2010: 5-27.
- [9] 陈莉. 对中枢性瘫痪患者抗痉挛针灸处方的设计[J]. 中国针灸, 2004, 24(9): 140-142.
- [10] 于健君,胡永善,吴毅,等. 社区康复干预对脑卒中患者日常生活活动能力的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(4): 260-264.

(收稿日期 2015-03-15)

中西医结合治疗肺炎喘嗽(痰热闭肺证)临床观察

李 静 周耀铃 潘 鸿 王俊霞 张晶洁
(北京市昌平区中西医结合医院,北京 102208)

中图分类号:R256.11 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1275-03
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.059

【摘要】目的 观察中西医结合诊疗方案对肺炎喘嗽(痰热闭肺证)的疗效。**方法** 将300例诊断为肺炎喘嗽(痰热闭肺证)患者随机分为两组,对照组采用西医基础治疗,治疗组在此基础上给予口服五虎汤合葶苈大枣泻肺汤加减,同时应用远红外线穴位止咳贴及中药离子导入治疗。两组均于治疗1周后观察疗效,以中医证候积分减少率、临床体征(发热、咳嗽、喘息及肺部体征等)、住院天数和住院费用等指标进行评价。**结果** 治疗组中医证候积分愈显率为80.00%,高于对照组的40.00%($P<0.01$);治疗组临床体征总体改善率为98.00%,高于对照组的84.67%($P<0.05$);治疗组住院天数及住院费用均优于对照组($P<0.01$)。**结论** 规范化中西医结合诊疗方案治疗肺炎喘嗽(痰热闭肺证)疗效显著,突出中医治疗特色,可提高临床质量,缩短住院天数,降低治疗费用。

【关键词】 肺炎喘嗽 痰热闭肺证 中西医结合诊疗方案

肺炎喘嗽相当于现代医学的支气管肺炎,好发于婴幼儿,年龄越小发病率越高,病情越重。临床以发热、咳嗽、喘憋和呼吸困难为主要临床表现,特别是婴幼儿肺炎患者,由于气体交换面积减少和病原微生物的作用,更容易出现心力衰竭、呼吸衰竭及中毒性脑病,因而本病发病率、病死率居儿科疾病之首,我国卫生部将其列为儿科重点防病之一^[1],是我国儿童死亡的主要原因^[2]。根据普通高等教育“十五”国家级规划教材《中医儿科学》,将肺炎喘嗽分为常证与变证两大类,共8个证型,其中痰热闭肺证是肺炎喘嗽常见证型之一,也是本病的极期阶段,易出现心阳虚衰等危及小儿生命的变证。本研究采用中西医结合诊疗方案治疗肺炎喘嗽痰热闭肺证,具有较好的临床治疗效果,且有良好的经济学价值。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准参照儿童社区获得性肺炎管理指南(试行)(上)^[3];中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[4],辨证为痰热闭肺证。排除标准:中医辨证非痰热闭肺证;肺炎喘嗽变证出现或伴有心力衰竭、呼吸衰竭及中毒性脑病等重症肺炎表现者;患儿及家长不能接受口服中药及中药外治皮肤过敏者。

1.2 临床资料 全部300例患者均为2012年1月至2012年12月来自北京市昌平区中西医结合医院儿科住院患儿,随机分为治疗组和对照组各150例。其中治疗组男性86例,女性64例;平均年龄(3.60±1.50)岁。对照组男性82例,女性68例;平均年龄(3.30±1.25)岁。两组患者在年龄、性别等资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 根据病情需要,两组均采用抗生素、氧气支持、退热、止咳化痰平喘等西医对症处理。治疗组在对照组基础上加服五虎汤合葶苈大枣泻肺汤加减:炙麻黄1.5~3g,杏仁8~10g,生石膏10~30g(先煎),葶苈子8~10g,桑白皮8~10g,黄芩8~10g,鱼腥草8~10g,法半夏8~10g,浙贝母8~10g,甘草3~8g。腑实便秘,加大黄1~3g(后下),芒硝3~5g(冲服);口唇紫绀,加丹参6~8g,桃仁6~8g;痰重加瓜蒌皮8~15g,黛蛤散6~8g,必要时加鲜竹沥或猴枣散口服;热重加虎杖8~10g,栀子8~10g。水煎服。根据患儿具体年龄煎服用药剂量,1~3岁,每天100mL,每次10~15mL,分6~7次口服;3~5岁,每天150~200mL,每次30~50mL,分3~4次口服;对于吸氧患儿,喂药时可将患儿抱起,取半卧位,用吸管或金属汤勺送入口中,使之自然吞下,喂药后将患儿抱起轻拍其背部,使胃内空气排出;3岁以上儿童能自己服药,要加强督促;对于拒服的患儿,在汤药中可加适量调味品,如白糖、蜂蜜、冰糖、橘子汁等。辅以远红外线穴位止咳贴及中药离子导入治疗。远红外线穴位止咳贴:在小儿患者背部肺俞(双侧)、膏肓和胸部天突、膻中5处穴位处各1片远红外止咳贴(武汉名实医药科技有限公司),4~5h去除,每日1次。中药离子导入治疗:电脑中频药物导入治疗仪经皮中药离子导入辅助治疗,穴位选取双侧肺俞穴,每日1次,每次20min,一次性肺炎贴片由北京东杰华医医疗器械有限公司生产,中药成分为柴胡、黄芩、板蓝根、生大黄、白芥子。疗程为7d。

1.4 观察指标 记录完全热退时间(服药后每天最高体温 $\leq 37.2^{\circ}\text{C}$,并不再反复所需时间),咳嗽、喘憋及肺

部啰音消失时间。症状体征积分参照文献[5]制定症状体征评分标准。(1)痊愈:症状体征积分减少率 $\geq 90\%$ 。显效: $67\% \leq$ 症状体征积分减少率 $< 90\%$ 。进步: $33\% \leq$ 症状体征减少率 $< 67\%$ 。无效: 症状体征减少率 $< 33\%$ 。症状体征积分=主证(发热+咳嗽+痰鸣+喘促)+次证(口渴+便干+尿黄)+舌苔脉象计分; 症状体征积分减少率 = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。

1.5 疗效标准 参照文献[6]相关标准。临床痊愈:咳嗽、咯痰及肺部体征消失,体温恢复正常,其他临床症状消失或明显好转。显效:咳嗽、咯痰及肺部体征明显好转,体温恢复正常,其他临床症状消失或好转。有效:咳嗽、咯痰及肺部体征好转,其他临床症状消失或好转。无效:咳嗽、咯痰及肺部体征无明显变化或加重,其他临床症状也多无改善或加重。

1.6 统计学处理 应用SPSS13.0统计学软件。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,数据处理采用t检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肺炎喘嗽痰热闭肺证患儿各项观察指标比较 见表1。治疗组患儿的退热时间、喘息和肺部啰音消失时间、咳嗽天数等指标均有明显改善,且优于对照组($P < 0.05$)。

表1 两组肺炎喘嗽痰热闭肺证患儿各项观察指标比较($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	热退	无喘息	啰音消失	无咳嗽
治疗组	150	3.15 \pm 0.22 $^{\Delta}$	3.66 \pm 0.31 $^{\Delta}$	4.30 \pm 0.71 $^{\Delta}$	6.23 \pm 1.64 $^{\Delta}$
对照组	150	3.91 \pm 0.83	4.51 \pm 0.63	5.84 \pm 1.12	7.91 \pm 2.14

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$, $^{\Delta\Delta}P < 0.01$ 。下同。

2.2 两组肺炎喘嗽痰热闭肺证患儿中医证候积分疗效比较 见表2。治疗组患儿的症状体征积分的痊愈率和显效率均高于对照组($P < 0.01$)。

表2 两组肺炎喘嗽痰热闭肺证患儿中医证候积分疗效比较 n(%)

组别	n	痊愈	显效	进步	无效
治疗组	150	56(37.33) $^{\Delta\Delta}$	64(42.67) $^{\Delta\Delta}$	21(14.00)	9(6.00)
对照组	150	21(14.00)	39(26.00)	59(39.33)	31(20.67)

2.3 两组肺炎喘嗽痰热闭肺证患儿临床综合疗效比较 见表3。治疗组患儿的总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

表3 两组肺炎喘嗽痰热闭肺证患儿临床综合疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	150	59	83	5	3	147(98.00) $^{\Delta}$
对照组	150	24	42	61	23	127(84.67)

2.4 两组肺炎喘嗽痰热闭肺证患儿住院天数和住院

费用比较 见表4。治疗组住院天数和住院费用明显小于对照组($P < 0.01$)。

表4 两组患儿住院天数和住院费用比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	住院天数(d)	住院费用(元)
治疗组	150	5.81 \pm 1.66 $^{\Delta\Delta}$	4532.74 \pm 386.53 $^{\Delta\Delta}$
对照组	150	7.63 \pm 3.34	6325.90 \pm 653.82

3 讨论

肺炎喘嗽是小儿肺部疾患中常见的一种病证,即现代医学支气管肺炎。本病病因,外因在于感受风邪,内因在于小儿气血未充,肺脏娇嫩,抵抗力差而发病,年龄越小,发病率越高,病情越重。肺为娇脏,其位最高,肺主气、司呼吸,朝百脉,主治节,外合皮毛,开窍于鼻;感受风邪,或从皮毛、或从口鼻而入,首先侵犯肺卫,致肺气不宜,清肃之令不行,而出现发热、咳嗽、呼吸急促等症。其病变主要在肺,常会累及心、肝、脾等器官。本病初起或风寒闭肺、或风热闭肺,均以外邪侵袭,肺气郁闭为主要机制。小儿“阳常有余,阴常不足”,感受邪气后,易从阳化热,肺气郁闭,酿生肺热,热邪炼津成痰,阻塞肺络而致呼吸不利,咳嗽不止。肺气不畅,化生痰瘀,痰瘀互结,病症缠绵,形成肺闭痰阻。在临床以痰热闭肺证型多见,故当清热化痰逐瘀。

既往研究证实,麻杏甘石汤和葶苈大枣泻肺汤治疗小儿肺炎比单用西药疗效好,能较快改善患儿临床症状,缩短病程,减少抗生素的使用^[7],葶苈大枣泻肺汤治疗小儿病毒性肺炎在改善缺氧状况、化痰止咳及消除肺部啰音方面,取得良好的疗效。说明中医药在防治小儿肺炎具有明显的优势和特色。本研究采用中西医结合诊疗方案治疗肺炎喘嗽(痰热闭肺证),结果治疗组临床症状和体征消失时间短于对照组,住院天数减少,住院费用明显降低,说明中西医结合诊疗方案治疗肺炎喘嗽(痰热闭肺证)疗效更显著。

本研究所选名方五虎汤合葶苈大枣泻肺汤,出自《医宗金鉴·幼科心法要诀》,五虎汤开肺闭,清邪热,中药组方中的炙麻黄,辛散而微兼苦降之性,可外开皮毛的郁闭,以使肺气宣畅;内降上逆之气,以复肺司肃降之常,故善平喘;石膏入肺胃二经,清泄肺胃之火,石膏用量多于麻黄,宣肺清热,相制为用;杏仁苦降,与麻黄相配,宣降协同,使得肺热清及咳喘平。黄芩苦寒,具有清热、泻火解毒之功效,长于清泻肺火及上焦实热;桑白皮甘寒,功能泻肺平喘,主入肺经,能清泻肺火;葶苈子苦降辛散,性寒清热,专泻肺中痰火而平喘咳;鱼腥草入药,中医认为其味辛、性寒凉,能清热解毒、排痛消肿疗疮、利尿除湿、健胃消食。药理研究,鱼腥草对各种致病杆菌、球菌、流感病毒等有抑制抗菌作用,并能提高人体免疫功能;法半夏治寒痰、湿痰为主,同时具有

调脾和胃的作用;浙贝母偏于苦泄,长于清化热痰,降泻肺气,多用于治疗风热咳嗽及痰热郁肺之咳嗽;甘草具有益气补中、缓急止痛、润肺止咳、泻火解毒、调和诸药的作用。临床上根据患儿的具体情况临证加减,诸药并用,共奏清热化痰、逐瘀排浊之功,对于痰热闭肺证的治疗,中西医结合疗法优于单用西药的疗效。

除口服中药外,本观察采用中医外治特色疗法作为辅助治疗,即远红外线穴位止咳贴及中药离子导入治疗。中医学认为人皮肤腠理与五脏真元相通,药物可以通过体表、腠理到达脏腑,起到调整机体、抗病祛邪的作用^[8]。远红外线穴位止咳贴采用吕硅陶瓷远红外材料,含有钕铁硼成分的磁粉,通过辐射出3~15 μm波长的远红外波和产生特定强度的磁场作用于人体部位,贴敷穴位主要是天突、肺俞(双侧)、膻中及膏肓共5个穴位,能产生一定的生物效应,增加局部血流,改善血液循环,起到化痰止咳及理气平喘之功效,辅助治疗小儿肺炎引起的咳嗽、咯痰及喘息,促进肺部啰音吸收^[9]。远红外线穴位止咳贴治疗肺炎喘嗽是一种安全、方便及较好的辅助治疗方法。FBG-I型离子型电脑中频药物导入治疗仪,是一种高级多功能集经皮给药、靶向给药(即电疗、热疗、灸疗、药疗)于一体的药物导入治疗仪。该仪器采用现代电子计算机技术,使一系列不同的治疗参数及物理波形在微电脑的控制下组合输出。选择配套的一次性肺炎贴片贴于双侧肺腧穴。药物离子在治疗仪的作用下,通过皮肤,经经络,直接到达肺脏,发挥其宣肺解表、止咳平喘、理气化痰、改善肺部血液循环及吸收肺部啰音等功效,同时电流的刺激还能起到针灸的作用,因药物首先到达病灶再参加血液循环,同时得到药物经络和物理治疗,从而达平喘止咳、消除肺部啰音,促进机体康复之目的,辅助治疗小儿肺炎,疗效确切,能缩短治疗时间,减少患儿痛苦^[10]。临床证实,上述两种外治方法,既有穴位刺激作用,又通过皮肤组织对药物有效成分的吸收,发挥明显的药理效应,因而具有双重治疗作用。尤其对于病程长、痰

多、肺部啰音多的患者,疗效更好。且见效快,操作简单方便、安全可靠、无创伤、无痛苦、无毒副作用,深受广大患者的好评。

本研究在西医抗炎及对症治疗的基础上,联合口服中药汤剂及中医外治即远红外线穴位止咳贴及中药离子导入治疗,中医证候积分减少率优于对照组,临床疗效总有效率、痊愈率和显效率均高于对照组,热退时间、喘息及咳嗽消失,肺部啰音消失时间均优于对照组,住院时间缩短,住院费用降低,因此既可以减少患者的经济负担,又可迅速促进患儿体质全面康复,特别是外治疗法,无痛苦,无副作用,简便易行,患儿宜接受,发挥了中医药“简、便、验、廉”的优势,适合在基层医院推广应用。

参 考 文 献

- [1] 汪受传. 中医儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2004:29.
- [2] 陆全,李昌崇. 再论儿童社区获得性肺炎[J]. 中华儿科杂志,2013,51(10):721-723.
- [3] 中华医学会儿科学分会呼吸学组. 儿童社区获得性肺炎管理指南(试行)(上)[J]. 中华儿科杂志,2007,45(2):83-90.
- [4] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准:中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:78.
- [5] 马融,胡思源. 儿科疾病中医药临床研究技术要点[M]. 北京:中国医药科技出版社,2011:51.
- [6] 王雪峰,刘芳,董丹,等. 内外合治法治疗小儿肺炎临床疗效评价[J]. 中国中西医结合杂志,2005,25(6):536-539.
- [7] 王光飞. 麻杏石甘汤和葶苈大枣汤对小儿肺炎治疗体会[J]. 甘肃科技纵横,2013,42(8):134-135.
- [8] 黄丽娜,应克伟,张宇,等. 不同部位的中药理疗佐治小儿肺炎的效果观察[J]. 中国中医急症,2012,21(12):1996-1997.
- [9] 王春荣. 红外止咳贴佐治小儿肺炎临床疗效观察[J]. 中医学报,2010,149(25):737.
- [10] 王俊霞,李静,周耀铃. 经皮中药离子导入治疗小儿支气管肺炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22(29):3215-3216.

(收稿日期 2015-01-05)

益气化痰利水法治疗慢性充血性心力衰竭 (心血瘀阻证)的临床观察

贾新东

(河北省张家口市宣化区宣钢医院,河北 张家口 075100)

中图分类号:R541.6+1 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1277-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.060

【摘要】目的 观察益气化痰利水法治疗慢性充血性心力衰竭(心血瘀阻证)的临床疗效。**方法** 96例患者随机分为两组,对照组给予西医常规治疗,治疗组在对照组基础上加服桃红四物汤合四逆散治疗,连续治疗2

周,治疗结束后观察两组临床疗效,同时超声测量治疗前后左室射血分数(LVEF)、左室收缩末内径(LVDs)、左室舒张末内径(LVDd)、心排血量(CO)、每搏量(SV)。结果 治疗后对照组总有效达 83.33%,治疗组总有效达 100.00%,治疗组优于对照组($P<0.05$);两组治疗后 LVEF、LVDs、LVDd、CO、SV 组内比较,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后治疗组左 LVDs、LVDd、CO、SV 指标均低于对照组($P<0.05$),而 LVEF 高于对照组($P<0.05$)。治疗组总有效率 95.83%,高于对照组的 83.33%($P<0.05$)。结论 益气化痰利水法治疗慢性充血性心力衰竭(心血瘀阻证)疗效满意,能改善患者心功能。

【关键词】 益气化痰利水法 心血瘀阻型 心力衰竭

慢性充血性心力衰竭(CHF)是心血管内科常见多发病之一,死亡率很高,治疗比较棘手。由于西医在治疗缺乏一定的针对性,同时产生不同程度的副作用,疗效也不够明显,严重影响着患者的生活质量^[1]。而中药在治疗上有很大优势,且副作用也小。故笔者采用益气化痰利水方法来治疗,疗效满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断均符合中华医学会心血管分会推荐的心力衰竭临床评定标准^[2]。中医诊断参考《中药新药临床研究指导原则》^[3]中心血瘀阻型标准。排除急性心肌梗死致急性心力衰竭者,严重的肝肾功能衰竭者。

1.2 临床资料 所选患者均为本院 2013 年 1 月至 2014 年 10 月住院及门诊患者,共 96 例,其中男性 54 例,女性 42 例;年龄 46~79 岁。随机分为两组。对照组男性 29 例,女性 19 例;年龄 47~75 岁,平均(54.8±9.7)岁;心衰时间 6.5 个月至 8 年,平均(4.6±2.1)年;其中冠心病 21 例,高血压性心脏病 13 例,风湿性心脏瓣膜病 8 例,缺血性心肌病 3 例,扩张型心肌病 3 例。治疗组男性 25 例,女性 23 例;年龄 48~79 岁,平均(60.1±12.6)岁;心衰时间 7.2 个月至 10 年,平均(5.3±2.9)年;其中冠心病 20 例,高血压性心脏病 12 例,风湿性心脏瓣膜病 8 例,扩张型心肌病 5 例,缺血性心肌病 3 例。两组患者资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组患者均按照心血管内科治疗方案要求患者休息、吸氧、限盐,并给予利尿药螺内酯、血管紧张素转换酶抑制剂等强心治疗。治疗组加服桃红四物汤加减:黄芪 30 g,党参 20 g,桃仁 15 g,红花 15 g,当归 10 g,赤芍 15 g,川芎 10 g,猪苓 10 g,生地 15 g,茯苓 20 g,泽泻 20 g,白术 15 g,甘草 6 g。每日 1 剂,早晚分服,连服 2 周。

1.4 观察指标 两组治疗结束后观察临床疗效,同时对所有患者进行超声心动图检查心脏以测量治疗前后左室射血分数(LVEF)、左室收缩末内径(LVDs)、左室舒张末内径(LVDd)、心排血量(CO)、每搏量(SV)等指标变化。

1.5 疗效标准 依据文献^[4]《慢性充血性心力衰竭疗效标准》制定。显效:心力衰竭基本控制,症状、体征及各项检查均有改善;有效:心功能不足 2 级,症状体征

及各项检查有所改善;无效:心功能提高不足 1 级,甚至恶化。

1.6 统计学处理 计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 CHF 患者临床疗效比较 见表 1。治疗组总有效达 100.00%明显优于对照组的 83.33%($P<0.05$)。

表 1 两组 CHF 患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	48	37	11	0	48(100.00) [△]
对照组	48	28	12	8	40(83.33)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组 CHF 患者治疗后超声心动图检查结果比较 见表 2。两组治疗后 LVEF、LVDs、LVDd、CO、SV 组内比较,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后治疗组左 LVDs、LVDd、CO、SV 指标均低于对照组($P<0.05$),而 LVEF 高于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组 CHF 患者治疗后超声心动图检查结果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	LVDd(mm)	LVDs(mm)	LVEF(%)	CO(L/min)	SV(mL)
治疗组 ($n=48$)	治疗前	61.41±8.2	46.7±5.3	36.4±4.6	3.75±0.61	44.67±7.32
	治疗后	45.67±3.1 [△]	34.8±2.5 [△]	54.1±5.0 [△]	4.92±0.47 [△]	64.90±5.28 [△]
对照组 ($n=48$)	治疗前	60.32±7.3	46.5±5.2	36.5±4.5	3.85±0.53	43.65±7.35
	治疗后	52.35±3.8 [*]	39.7±2.9 [*]	47.3±5.2 [*]	4.27±0.39 [*]	57.56±5.30 [*]

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

2.3 两组 CHF 患者治疗后心功能疗效比较 见表 3。治疗后对照组总有效率 83.33%,治疗组总有效率 95.83%,两者比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组 CHF 患者治疗后心功能疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	48	37	9	2	46(95.83) [△]
对照组	48	24	16	8	40(83.33)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

随着社会的快速发展,人们生活节奏的加快以及各种竞争压力的增加,长期已久,必然会增加心肌耗氧量,损伤心肌细胞引起各种慢性心脏疾病。如果不能得到及时的休息、调养或治疗,会最终发展为 CHF。该病

归属于中医学“心水”“心胀”等范畴,《灵枢·胀论》指出“心胀者,烦心、短气、卧不安”。主要病机是心气虚弱,血脉瘀阻。中医认为脾胃为后天之本,运化水谷和运化水湿,为机体提供必要营养物质和运化正常的水液代谢。若机体气血生化不足,无力滋养心脉,脉管不充,血脉鼓动无力,则气血瘀滞于脉中,进而痹阻心胸。水湿运化不利,上溢于心,则壅塞心脏,导致瘀血水湿痹阻心脏,心脏扩大。故笔者采用桃红四物汤合四逆散加减来治疗。

方中黄芪、党参共为君药,以增强补气之力,气旺血脉鼓动有力;殷红光表明^[5],黄芪皂苷可改善心脏泵血功能,增强心肌收缩力,降低慢性心力衰竭患者的左室收缩和舒张末容量,使射血分数增加,有利于心功能的改善。桃仁、红花破血化瘀,单金平^[6]表明二者具有兴奋心脏,扩张冠状动脉,增加冠脉流量,抗血小板聚集的作用。当归补血活血养心,当归^[7]具有改善冠状动脉血液供应,降低心肌耗氧量,增加心输出量与减慢心率等作用。茯苓、白术健脾利水,助气血生化之源;川芎活血行气、调畅气血,以助活血之功;芍药养血和营,以增补血之力;猪苓、泽泻利水消肿;生地养阴生津;赤芍^[8]有改善心肺功能的作用,可以扩张冠状动脉,增加冠状动脉血的流量,甘草调和诸药。全方配伍得当,益气力量很强,可使瘀血祛、新血生、气机畅,水自利,共奏益气化瘀、活血利水之效。本研究结果与王文德^[9]研

究表明一致,可改善患者左室舒张功能。

综上,桃红四物汤加减治疗 CHF(心血瘀阻证)能改善心脏功能,提高临床疗效,值得临床医生参考应用。

参 考 文 献

- [1] 范宗鹏,吴玉姣,王洁,等. 抗心衰方联合常规西药治疗慢性充血性心衰 240 例[J]. 中医研究,2010,13(7):28-30.
- [2] 中华医学会心血管分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性收缩性心力衰竭治疗建议[J]. 中华心血管病杂志,2002,30(1):7-23.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药研究指导原则:第2辑[M]. 北京:中国医药科技出版社,1995:57-63.
- [4] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:83-84.
- [5] 殷红光,冯晓芬,金成强,等. 温阳利水法治疗慢性充血性心力衰竭 54 例疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(4):393-395.
- [6] 单金平,杨国峰. 化瘀利水汤治疗慢性充血性心力衰竭临床观察[J]. 中国医药指南,2014,12(8):174.
- [7] 陈书存,彭书涛,李辉,等. 参萸养心汤对慢性充血性心力衰竭患者 6 分钟步行试验的影响[J]. 辽宁中医,2014,41(10):2111-2113.
- [8] 乔德荣,陈淑霞. 加味生脉饮治疗慢性充血性心力衰竭 136 例[J]. 河南中医,2006,26(2):35.
- [9] 王文德. 桃红四物汤合苓桂术甘汤联合西药治疗舒张性心力衰竭 38 例[J]. 实用中西医结合临床,2013,13(5):11-13.

(收稿日期 2015-01-08)

苦碟子注射液治疗脑梗死患者情景记忆的 临床观察

王 琥 朱晋鸣 曹 晖

(安徽中医药大学第一附属医院,安徽 合肥 230031)

中图分类号:R743.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1279-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.061

【摘要】目的 观察苦碟子注射液治疗脑梗死患者情景记忆的疗效。**方法** 对 60 例脑梗死患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。对照组予以脑梗死的常规治疗;治疗组加用苦碟子注射液静滴。两组均以 14 d 为 1 个疗程。采用源记忆与项目记忆的神经心理学测验方法测试治疗前后的源记忆与项目记忆情况。**结果** 对照组的项目记忆指标治疗前后为(0.53±0.10)和(0.60±0.15),差异有统计学意义($P<0.05$);来源记忆指标分别为(0.52±0.13)和(0.51±0.14),差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗组的项目记忆指标治疗前后为(0.54±0.11)和(0.62±0.14),差异有统计学意义($P<0.05$)。来源记忆指标分别为(0.51±0.13)和(0.61±0.12),差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 苦碟子注射液不仅可以改善脑梗死患者的项目记忆,也可改善患者的来源记忆,疗效明显优于常规治疗。

【关键词】 脑梗死 苦碟子 情景记忆 项目记忆 来源记忆

脑梗死又称缺血性脑卒中,是指因脑部血液循环障碍,缺血、缺氧所致的局限性脑组织缺血性坏死。记忆障碍是脑死常见的临床表现,病因多为大脑皮层和皮层下的病变所致^[1],主要表现为各种形式的记忆障

碍。情景记忆是记忆的最常见形式。情景记忆包括项目记忆和来源记忆^[2],项目记忆指对事件本身的记忆,来源记忆是对信息来源的记忆,即对事件前后关系的回忆,当患者情景记忆受损时,尤其是源记忆的损伤,

其生活质量可能会造成严重下降,因此对脑梗死患者记忆障碍的治疗十分重要。研究表明苦碟子注射液治疗急性脑梗死有一定的临床效果,但对记忆改善的研究较少。本研究主要观察苦碟子注射液对情景记忆的影响,包括来源记忆和项目记忆,以提高患者的生存质量及康复。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取本院2013年2月至2014年12月期间收治的60例脑梗死住院患者为观察对象。纳入标准:符合脑梗死的诊断标准^[3],并经CT或者MRI检查证实;无严重视、听功能障碍及不能配合的患者;患者无意识障碍,能够积极配合治疗及记忆测试;无脑卒中病史且遗留严重后遗症;无其他可引起认知损害的疾病;无严重的脏器功能障碍;无过敏体质者及对多种药物过敏者。其中男性34例,女性26例;年龄51~78岁,平均(61.92±3.31)岁。随机分为两组,每组30例,两组患者在病程、年龄、性别、家庭背景、受教育程度等方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 所有患者均给予常规治疗,包括清除氧自由基,控制血压,控制颅内压,降糖降脂等。治疗组加用苦碟子注射液20 mL加入250 mL的5%葡萄糖注射液中静滴,每日1次,共用14 d。对照组及治疗组患者入院时及14 d后分别进行项目记忆及源记忆测试。

1.3 研究方法 所有被试者入院时及14 d后分别进行项目记忆及源记忆测试^[4]。测试均在安静无干扰的环境下进行。1)基础测试。对两组患者入院后进行认知神经心理学背景测试,包括数字广度(DS),词汇流畅性测试(VFT)和简易智能状态检查(MMSE)。2)项目记忆。材料选用2组学习词组(a、b)和2组干扰词组(a1、b1),每组16个,共64个高频中文实义词,测试分为2个阶段。首先是学习阶段:分别向受试者视觉呈现4组词,每个2 s,每组32 s。在测试阶段:A为即刻回忆,学习a组词后,立即向受试者随机显示a组和a1组的32个词组,受试者做出判断,a1为新词/a为旧词;B为延迟回忆,学习b组词1 min后,向受试者随机呈现的b组和b1组共32个词,要求受试者做出判断,b1(新词)/b(旧词)。项目记忆评价指标:Pr(记忆区别度), $Pr=(\text{猜中数}+0.5)/(\text{目标数}+1)-(\text{错误数}+0.5)/(\text{干扰数}+1)$ 。干扰数为干扰项目数,错误数为猜错的学习阶段未出现的项目数,猜中数为猜中的学习阶段出现的项目数,目标数为学习阶段的项目总数。3)来源记忆。来源记忆材料:选用日常生活中常见的物体,共8类(工具、水果、家用电器、动物、家具、交通工具、文具、衣物),用实义词或实物图表示。其中每种类别均选5个,其中1个用实义词表示,另1为简线实物图(均选自Snodgrass^[5]的图片)表示,其余3个用实义词

表示,8组共24个。首先是学习阶段:按不同类别分别向受试者依次显示1个实义词、1个实物图,然后要求受试者在脑中想象出同类别的另一种实物,并记住。8组一共24个物体。在测试阶段:在受试者学习5 min后进行,随机呈现48个实义词语,分属8大类别,其中24个为已学习的项目,另外24个为干扰项目。要求受试者做出判断,新(干扰项目)/旧(已学习项目)。对已学习过的项目,需要受试者做出进一步的来源记忆判断任务,需要受试者说出该项目在学习阶段出现的方式(即实义词、实物图,或是自己想象的物体)。来源记忆评价指标I(源记忆正确度), $I=\text{猜中数}/\text{目标数}$ 。猜中数为正确猜中学习阶段出现的项目数,目标数为学习阶段的项目总数。

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。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组脑梗死患者神经心理学背景测试比较 见表1。两组患者的DS、VFT、MMSE等神经心理学背景测试差异无统计学意义($P>0.05$)。

表1 两组脑梗死患者神经心理学背景测试比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	DS	VFT	MMSE
治疗组	30	5.05±1.03	6.24±2.66	26.11±2.11
对照组	30	5.06±1.11	6.18±2.50	26.24±2.34

2.2 两组脑梗死患者项目记忆及来源记忆指标比较 见表2。结果示两组治疗14 d时Pr值均较入院时改善($P<0.05$)。治疗14 d后,治疗组I值较治疗前改善($P<0.05$),对照组治疗后I值与治疗前差异无统计学意义($P>0.05$)。

表2 两组脑梗死患者项目记忆及来源记忆指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	入院时Pr	14 d后Pr	入院时I	14 d后I
治疗组	30	0.54±0.11	0.62±0.14*	0.51±0.13	0.61±0.12*
对照组	30	0.53±0.10	0.60±0.15*	0.52±0.13	0.51±0.14

与本组入院时比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

脑梗死属于中医学“中风”范畴。中医学认为本病的发生主要在于脉络不畅形成瘀血,引起中风。因此治疗脑梗死的主要措施为活血化瘀。苦碟子注射液是从苦碟子中提取分离而成的中药注射液^[6],主要成分为黄酮类物质和腺苷,功效为清热祛瘀、活血止痛。苦碟子注射液中的腺苷可降低脑血管阻力,增加脑血流量,改善微循环,从而使脑部的功能得到改善^[7]。还可以增强纤溶酶活性,抑制血栓形成,促进半暗带神经细胞的功能恢复。此外苦碟子注射液中的异黄酮可以清除自由基对脑缺血进行保护。

在记忆的研究方面,多系统理论认为记忆分为长时记忆和短时记忆,长时记忆又分为语义记忆和情景记忆,其中情景记忆是人类最常见的记忆形式,其又分为项目记忆和来源记忆。目前研究认为项目记忆的神经基础主要与内嗅区及其相联系的皮质有关,而来源记忆涉及的范围更为广泛,包括前额叶、内侧颞叶、间脑、前扣带皮层、大脑外侧裂以及小脑等^[8-9]。因此来源记忆对脑功能的要求更高,其恢复需要更好的脑部血液循环恢复。

脑梗死会引发记忆障碍,包括各种类型的记忆,其神经机制可能与脑血液循环障碍,从而引起脑部组织的缺氧及缺血有关,也与神经递质障碍有关^[10]。苦碟子注射液会使脑血管阻力降低,从而增加这些梗死部位的脑血流量,并且可以促进梗死部位未死亡神经细胞的功能恢复,从而改善患者情景记忆的恢复。

脑梗死会导致确切的认知功能损伤,记忆力障碍是最突出的表现,而情景记忆障碍又是影响脑梗死患者其长期生存质量的重要因素。以往,对于脑梗死患者记忆障碍的研究多集中在短时记忆等方面,本研究表明,苦碟子注射液对情景记忆障碍的改善,尤其是来源记忆的改善,疗效显著,可以改善脑梗死患者的长期生存质量。

参 考 文 献

[1] 陈长香,郝英秀,吴安娜,等.老年脑梗死患者记忆障碍影

响因素分析[J].中国公共卫生,2013,29(8):1140-1143.

- [2] Park H, Leal F, Spann C, et al. The effect of object processing in content-dependent source memory[J]. BMC Neurosci, 2013, 14: 71.
- [3] 谢峥,黄丽娜,连立飞.急性腔隙性脑梗死伴脑白质病变对认知功能的变化影响[J].中华脑血管病杂志,2010,4(2): 23-27.
- [4] 黄忠连,杨震,夏曦,等.乳腺癌术后化疗相关的情景记忆损害的特征分析[J].临床肿瘤学杂志,2014,19(7):613-615.
- [5] Snodgrass JG, Vanderwart M. A standardized set of 260 pictures: norms for name agreement, image agreement, familiarity, and visual complexity[J]. J Exp Psychol Hum Learn, 1980, 6(2): 174-215.
- [6] 崔庆.苦碟子的药理作用及临床研究[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(15):131-132.
- [7] 陈春光,贾洪丽,吕首旭,等.苦碟子注射液对大鼠急性脑缺血再灌注损伤的保护作用[J].中国临床药理学杂志,2012,28(3):196-199.
- [8] Park H, Leal F, Spann C, et al. The effect of object processing in content-dependent source memory[J]. BMC Neurosci, 2013, 14: 71.
- [9] Aggleton JP, Brown MW. Episodic memory, amnesia and the hippocampal-anterior thalamic axis[J]. Behav Brain Sci, 1999, 22: 425.
- [10] 刘艳,甘学军,刘志广.80例脑梗死患者记忆障碍的调查分析[J].安徽医药,2014,18(3):519-520.

(收稿日期 2015-03-10)

肠安颗粒治疗小儿肠系膜淋巴结炎临床观察

丛 珊¹ 苑修太¹ 李安源²

(1.山东省济宁市第一人民医院,山东 济宁 272000;2.山东省立医院,山东 济南 250021)

中图分类号:R725.7 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1281-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.062

【摘要】目的 探讨肠安颗粒治疗小儿肠系膜淋巴结炎的疗效。**方法** 60例小儿肠系膜淋巴结炎患者随机分为两组,对照组30例以头孢克肟颗粒抗感染治疗,必要时给予抗病毒治疗;治疗组30例在对照组治疗的基础上给予肠安颗粒。比较两组治疗后的临床疗效、中医证候积分、腹部彩色多普勒超声肠系膜淋巴结大小。随访6个月,观察患儿腹痛复发率。**结果** 治疗组总有效率为93.33%,高于对照组总有效率73.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组的中医证候积分均减少,治疗前后比较均存在显著性差异($P < 0.05$);且治疗组优于对照组($P < 0.05$);两组治疗1周后肠系膜肿大淋巴结缩小比较及随访6个月患儿腹痛复发率比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 治疗组肠安颗粒联合西医治疗优于对照组单纯西医治疗,肠安颗粒治疗小儿肠系膜淋巴结炎疗效显著。

【关键词】 肠系膜淋巴结炎 临床观察 肠安颗粒

肠系膜淋巴结炎多见于7岁以下的小儿,在冬、春季节比较频繁发生,常伴随着上呼吸道或肠道感染而发病,多属病毒感染。临床表现为反复的陈发性腹痛,以脐周部位为主,或有发热、咳嗽、恶心、呕吐等症状,少数患儿有便秘或腹泻等。腹痛经常反复发作,但存在

疼痛发作的间隔。急性肠系膜淋巴结炎易被误诊为急性阑尾炎、肠套叠等急腹症。最近几年,其发病率逐年递增^[1]。目前此病还没有统一的诊断标准和治疗方案。笔者在常规西药治疗的基础上加用肠安颗粒治疗该病,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)西医诊断标准参照《实用儿科学》^[2]制定。2)中医诊断标准参照汪受传主编《中医儿科学》^[3]中腹痛诊断要点执行。3)中医辨证参照《中医儿科临床手册》^[4]执行;中医证候评分量化标准按文献^[5]执行。

1.2 临床资料 选取本院2011年12月至2013年12月门诊诊治的60例小儿肠系膜淋巴结炎患儿为研究对象,按随机数字表法分为对照组和治疗组各30例。其中对照组男性17例,女性13例;年龄1~9岁,平均5.1岁,病程2d至5个月;所有患儿均伴有腹痛,伴发热、咳嗽、恶寒、流涕等上呼吸道感染症状者9例,伴纳差、恶心、呕吐者27例,腹泻者10例,单纯性腹痛者15例,实验室检查外周血白细胞增高者18例。治疗组男性14例,女性16例;年龄1~10岁,平均5.2岁,病程4d至4.5个月;所有患儿均伴有腹痛,伴发热、咳嗽、恶寒、流涕等上呼吸道感染症状者10例,伴纳差、恶心、呕吐者25例,腹泻者9例,单纯性腹痛者16例,实验室检查外周血白细胞增高者20例。所有患儿均于就诊当日行腹部彩色多普勒超声检查,60例患儿均可探及1个到数个肿大的肠系膜淋巴结。肿大淋巴结表现为圆形或椭圆形,大小不等的结节状低回声影,与周围边界清晰,部分结节融合,其中最大纵、横径为25mm×10mm,最小纵、横径为5mm×4mm。两组资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 所有患儿均给予常规抗感染治疗[白细胞增高者给予头孢克肟颗粒3~5mg/(kg·d),每日2次口服,白细胞不高者给予利巴韦林颗粒5mg/(kg·d),3次/d口服]。治疗组在西医治疗基础上给予肠安颗粒(三九医药股份有限公司),组成:半夏10g,干姜3g,黄芩10g,黄连6g,延胡索20g,蒲公英20g,党参10g,大枣5g,甘草3g。1~3岁予1/2剂,3~12岁予1剂,水冲服,每日分2次服用,1周为1疗程。两组患儿均治疗7d,随访4周。

1.4 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]制定。治愈:1周内腹痛及伴随症状消失,B超检查未见肿大淋巴结,4周随访无复发;显效:1周内腹痛消失或明显减轻,但可反复,其伴随症状基本消失,偶尔发生,B超检查未见肿大淋巴结,4周随访无复发;有效:1周内腹痛减轻或次数减少,但停药后腹痛仍经常发生,其伴随症状基本缓解,B超检查肿大淋巴结较之前缩小;无效:腹痛或伴随症状无好转或加重,B超检查肿大淋巴结无改变。以治愈+显效+有效总数计为总有效数。

1.5 统计学处理 应用SPSS16.0统计软件处理。计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,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 两组肠系膜淋巴结炎患儿临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率93.33%,对照组总有效率73.33%。两组差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 两组肠系膜淋巴结炎患儿疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	30	21	4	3	2	28(93.33) [△]
对照组	30	14	3	5	8	22(73.33)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组肠系膜淋巴结炎患儿治疗前后中医证候主要症状积分变化及总积分比较 见表2。治疗后两组在腹痛、发热、恶寒、流涕、恶心呕吐等症状方面均有明显改善,两组的中医证候积分均减少,两组治疗前后比较均有明显差异($P<0.05$),且治疗组优于对照组,两组间的比较存在明显差异($P<0.05$)。

表2 两组肠系膜淋巴结炎患儿治疗前后中医证候主要症状积分变化及总积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	腹痛	发热	恶寒	流涕	恶心呕吐	总积分
治疗组 (n=30)	治疗前	3.85±0.49	1.40±0.36	1.24±0.48	2.57±0.65	1.74±0.29	11.24±2.15
	治疗后	0.25±0.57 [△]	0.15±0.26 [△]	0.20±0.53 [△]	0.41±0.16 [△]	0.42±0.73 [△]	2.14±1.36 [△]
对照组 (n=30)	治疗前	3.94±0.34	1.35±0.71	1.27±0.24	2.39±0.57	1.76±0.43	11.32±2.34
	治疗后	0.73±0.18 [*]	0.42±0.29 [*]	0.36±0.41 [*]	0.64±0.83 [*]	0.62±0.53 [*]	4.62±1.85 [*]

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

2.3 两组肠系膜淋巴结炎患儿治疗前后腹部彩色多普勒超声淋巴结大小比较 见表3。治疗组治疗后直径明显低于治疗前,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表3 两组肠系膜淋巴结炎患儿治疗前后腹部B超淋巴结大小比较(mm, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	横径	纵径
治疗组 (n=30)	治疗前	6.12±1.21	15.86±2.47
	治疗后	5.11±1.86	10.11±3.52 [*]
对照组 (n=30)	治疗前	6.29±1.35	15.71±2.52
	治疗后	5.09±2.92	12.95±4.76

2.4 两组肠系膜淋巴结炎患儿腹痛复发率比较 随访6个月,治疗组患儿随访24例,复发11例,复发率45.83%。对照组患儿随访19例,复发15例,复发率78.95%。治疗组患儿复发率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

肠系膜是腹膜的一部分,是由壁层腹膜与脏层腹膜组成,可分为小肠系膜、横结肠系膜、直肠系膜等^[7]。肠系膜淋巴结是免疫系统一部分,沿肠系膜动脉及其动脉弓分布,在回肠末端和回盲部最为丰富。由于回盲

瓣的存在,小肠内容物可以过快地流入到盲肠,但又可阻止盲肠内容物逆流到回肠,故小肠内容物在回盲末端停留,致使肠内病毒、细菌、及其毒素在该处吸收进入回盲部淋巴结,从而引起肠系膜淋巴结炎;或者上呼吸道感染或肠道感染后,病毒、细菌及其毒素通过血液循环也可到达该区域淋巴结,引起肠系膜淋巴结炎^[8]。肠系膜淋巴结炎病理改变为淋巴结增生、水肿、充血,临床症状可表现为发热、恶心、呕吐、腹痛、腹胀、腹泻或便秘等。

中医学认为本病主要病变部位在肝、脾、六腑及经脉,脾胃位于中焦,为气机升降的中枢,脾气上升,胃气主降,中气损伤,气机升降失和^[9]。其病理机制由于小儿脾胃虚弱、身体发育不完善,故不能有效抵御外邪,外邪趁虚而入,壅塞中焦,运行不畅,故不通则痛,由于致病各因素相辅相成,亦可互为因果,相互转化,故致腹痛反复发作^[10]。中医学范畴,故本病应采用温中补虚、寒热互调,理气止痛、消肿散结的原则。

肠安颗粒以辛温之半夏为君,散结除痞,又善降逆止呕;以干姜之辛热补阳助火、散寒止痛;黄芩、黄连苦寒以清热燥湿、泻火解毒、镇静、抗菌^[11-14]。佐以延胡索、蒲公英活血、行气、消肿散结、止痛、镇静;党参、大枣补血、生津,补脾养胃,健运中气,提高机体免疫力,调节胃肠运动功能^[15]。使以甘草补脾益气,祛痰止痛、清热解毒,兼以调和诸药^[16]。全方虚实标本兼顾,寒热并用,辛开苦降,调畅气血,具有解痉止痛,降逆止呕,散结消痞,安肠止泻的作用,是治疗小儿肠系膜淋巴结炎的有效药物。本研究表明,治疗组疗效明显优于对照组。肠安颗粒配合西药治疗小儿肠系膜淋巴结炎疗效肯定,优于单纯应用西药治疗,值得在临床中推广应用。

由于本病在治疗过程中容易复发,故笔者认为在日常工作治疗中应嘱咐患儿家长确保患儿饮食以清淡为主,禁食生冷、油炸食物,合理搭配膳食,积极配合治疗。并且由于本病常继发于上呼吸道及肠道感染,因此平常应预防患儿感冒、发热,注意患儿饮食卫生,培养其健康的饮食规律。并且由于小儿肠系膜淋巴结炎与

急性阑尾炎有许多相似的临床症状,有时很难鉴别,故小儿腹痛一旦发作,建议立即到医院就诊,不要随便口服消炎止痛药,以免造成急性阑尾炎的漏诊,致使更为严重的临床后果。

参 考 文 献

- [1] 沈莘莘. 小儿急性肠系膜淋巴结炎诊治分析[J]. 中国医药指南, 2007, 5(5): 110-111.
- [2] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 174.
- [3] 汪受传. 中医儿科学新世纪[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 1802.
- [4] 上海中医学院附属曙光医院. 中医儿科临床手册[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1980: 15-17.
- [5] 张峰. 胃安颗粒治疗小儿肠系膜淋巴结炎临床疗效观察[D]. 济南: 山东中医药大学, 2012.
- [6] 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: 79.
- [7] 邱淑华. 正常人体解剖学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 89-90.
- [8] 胡亚美, 姜载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 1362-1363.
- [9] 程良民. 中西医结合治疗小儿肠系膜淋巴结 193 例分析[J]. 中外医疗, 2011, 30(24): 39.
- [10] 杨雄涛. 小儿肠系膜淋巴结炎的诊治体会[J]. 中华中西医杂志, 2010, 11(4): 134.
- [11] 毛子成, 彭正松. 半夏研究进展[J]. 江西科学, 2002, 20(1): 42-43.
- [12] 李素民, 杨秀岭, 赵智, 等. 干姜和生姜的药理研究进展[J]. 中草药, 1999, 30(6): 471-472.
- [13] 梁英, 韩鲁佳. 黄芩中黄酮类化合物药理学作用研究进展[J]. 中国农业大学学报, 2003, 8(6): 9-14.
- [14] 余国媛, 王伯初, 彭亮, 等. 黄连的药理研究进展[J]. 重庆大学学报, 2006, 29(2): 107-108.
- [15] 王洁, 邓长泉, 石磊, 等. 党参的现代研究进展[J]. 中国医药指南, 2011, 9(3): 279-281.
- [16] 田庆来, 官月平, 张波, 等. 甘草有效成分的药理作用进展[J]. 天然产物研究与开发, 2006, 8(2): 43-345.

(收稿日期 2015-01-20)

自拟中药联合西药治疗早发型重度子痫前期的临床观察

郭瑞新 胥文萍 刘以欣

(山东省潍坊市中医院, 山东 潍坊 261041)

中图分类号: R714.24*5 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1283-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.063

[摘要] 目的 观察自拟中药联合西药治疗早发型重度子痫前期的临床效果, 并初步探讨其免疫调节作用。方

法 将早发型重度子痫前期孕妇 79 例随机分为治疗组 40 例和对照组 39 例,两组均采用西医常规治疗,治疗组加服自拟中药汤剂,另选择同期正常晚期妊娠孕妇 40 例作为正常组。比较治疗组和对照组治疗前后平均动脉压、24 h 尿蛋白定量、胎儿脐动脉 S/D 值及对妊娠并发症、妊娠结局影响的差异;采用酶联免疫双抗体夹心法检测各组孕妇血清肿瘤坏死因子- γ (IFN- γ)、白细胞介素-10(IL-10)水平并计算 IFN- γ /IL-10 比值,进行分析。结果 治疗组治疗后平均动脉压、24 h 尿蛋白定量较对照组下降更明显($P < 0.05$),治疗组胎儿窘迫及胎儿生长受限发生率低于对照组($P < 0.05$)。治疗组孕周延长时间长于对照组,新生儿出生体质量高于治疗对照组($P < 0.05$)。治疗前治疗组和对照组血清中 IFN- γ 水平较正常对照组均增高,IL-10 水平均降低,IFN- γ /IL-10 比值均增高($P < 0.05$)。治疗后,治疗组和对照组与本组治疗前比较,血清 IFN- γ 水平均降低,血清 IL-10 水平均升高,血清 IFN- γ /IL-10 比值均降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 自拟中药联合西药治疗早发型重度子痫前期疗效显著,其作用机制可能是通过调节机体的 Th1/Th2 免疫平衡而实现的。

【关键词】 早发型 重度子痫前期 中西医结合 免疫学

早发型重度子痫前期是妊娠期高血压疾病的一种特殊类型,妊娠 34 周之前发病者称之为早发型,妊娠 34 周之后发病者称之为晚发型^[1]。早发型重度子痫前期的特点是发病早、进展快、并发症多、围产儿预后不良,患者发病越早,则新生儿患呼吸窘迫综合征的发病率及围产期新生儿的死亡率越高。期待疗法是近年来针对早发型重度子痫前期提出的延迟分娩的治疗方法,可延长胎儿出生胎龄,减少因胎儿不成熟所致的围产儿并发症及死亡。硫酸镁是治疗子痫前期的首选药物,但有部分患者治疗效果差,并且可能出现镁中毒。因此如何有效控制该病,防止继续进展并恶化,达到延长孕周,提高新生儿生存率,同时又防治孕妇并发症,改善母婴预后是医学界关注的重要内容。本研究对早发型重度子痫前期患者在硫酸镁治疗基础上给予自拟中药汤剂,取得了良好疗效。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 10 月在本院产科住院并确诊为早发型重度子痫前期的孕妇 79 例,其西医诊断标准参照《妇产科学》(第 7 版),中医辨证标准参照《中医妇产科学》属阴虚肝旺证^[2]。随机分为治疗组 40 例和对照组 39 例,另选择同期正常晚期妊娠孕妇 40 例作为正常组。子痫前期患者入院时无子痫前期的严重并发症(如子痫、胎盘早剥、心、肝、肾功能衰竭等)。所有对象为单胎,无近期感染,均无心、肝、肾及甲状腺疾病,亦无糖尿病、慢性高血压、风湿、类风湿及红斑狼疮等自身免疫系统疾病。研究对象年龄 22~41 岁,孕周 28~34 周,各组孕妇年龄、孕周比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组给予西医常规治疗,包括硫酸镁静脉给药解痉,首次予 25%硫酸镁 20 mL 加入 10%葡萄糖注射液 20 mL 中缓慢静脉注射(不少于 10 min),继以 25%硫酸镁 60 mL 加入 5%葡萄糖注射液 1000 mL 静脉滴注,滴速 1~2 g/h,每日 1 次;地西洋片口服镇静,5 mg 每晚 1 次;对于收缩压 160 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)以上和(或)舒张压 110 mmHg 以上孕妇,给予硝苯地平片 10 mg 口服,每日 3 次;地塞米松促胎肺

成熟,6 mg 肌肉注射,每 12 小时 1 次,共 4 次;其他如扩容、利尿、补充维生素和钙等。治疗组在西医常规治疗的基础上给予本院自拟中药汤剂治疗,组成:丹参、黄芪、山药、熟地黄各 15 g,茯苓、牡丹皮、山茱萸、泽泻各 12 g,枸杞子、菊花各 9 g。上述方剂 500 mL 水煎煮 30 min,取汁 200 mL,共煎煮 2 次,2 次药液混合早晚饭后温服。两组均 7 d 为 1 个疗程。治疗至终止妊娠前。

1.3 监测指标 治疗组及治疗对照组患者在治疗前及治疗第 7 天分别测定血清肿瘤坏死因子- γ (IFN- γ)、白细胞介素-10(IL-10)水平,平均动脉压,24 h 尿蛋白定量,胎儿脐动脉 S/D 值,同时观察两组患者妊娠并发症(子痫、胎盘早剥、胎儿窘迫、胎儿生长受限),终止妊娠前孕周延长时间及新生儿情况(新生儿体质量及新生儿窒息)。正常对照组测定 IFN- γ 、IL-10 水平。

1.4 标本采集及处理 采集研究对象清晨空腹肘正中静脉血 5 mL,在 2000 r/min 条件下离心 20 min,上清液为患者血清样本,用移液器吸取血清并分装于 EP 管中,置于-80℃冰箱保存待测。用双抗体夹心酶联免疫吸附法(ELISA 法)测定血清中 IFN- γ 、IL-10 水平,采用购自上海恒远生物科技有限公司的 ELISA 试剂盒进行检测,操作步骤和方法严格按照试剂盒说明书进行。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件处理。呈正态分布的计量资料表示为($\bar{x} \pm s$),计数资料用百分数表示。同组治疗前后采用配对 t 检验,两组间的比较采用独立样本 t 检验,各组率的比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组重度子痫前期患者治疗前后平均动脉压、24 h 尿蛋白定量、脐动脉 S/D 值的比较 见表 1。治疗组和对照组平均动脉压经治疗后均明显下降,治疗组下降更明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组 24 h 尿蛋白定量经治疗后均明显下降,治疗组下降更明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组脐动脉 S/D 值经治疗后均明显下降($P < 0.05$),两组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 两组重度子痫前期患者治疗前后平均动脉压、24 h尿蛋白定量、脐动脉S/D值比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	平均动脉压(mmHg)	24 h尿蛋白定量(g)	脐动脉S/D
治疗组 (n=40)	治疗前	132.46±10.34	8.32±3.04	3.48±0.41
	治疗后	102.32±7.68 [△]	4.67±2.18 [△]	2.26±0.32 [*]
对照组 (n=39)	治疗前	131.70±9.58	8.40±3.12	3.46±0.52
	治疗后	111.48±8.32 [*]	6.04±2.05 [*]	2.28±0.37 [*]

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

2.2 两组重度子痫前期患者妊娠并发症发生情况比较 见表2。治疗组和对照组子痫、胎盘早剥发生率差异无统计学意义(P>0.05)。治疗组胎儿窘迫发生率低于对照组(P<0.05)。治疗组胎儿生长受限发生率低于对照组(P<0.05)。

表2 两组重度子痫前期患者妊娠并发症发生情况比较 n(%)

组别	n	子痫	胎盘早剥	胎儿窘迫	胎儿生长受限
治疗组	40	1(2.50)	2(5.00)	3(7.50) [△]	7(17.50) [△]
对照组	39	1(2.56)	3(7.69)	6(15.38)	12(30.77)

与对照组比较, [△]P<0.05。下同。

2.3 两组重度子痫前期患者妊娠结局的比较 见表3。治疗组孕周延长的时间长于治疗对照组(P<0.05)。治疗组新生儿出生体质量高于治疗对照组(P<0.05)。两组新生儿窒息发生率差异无统计学意义(P<0.05)。

表3 两组重度子痫前期患者妊娠结局的比较

组别	n	延长孕周时间(d, $\bar{x} \pm s$)	新生儿体质量(kg, $\bar{x} \pm s$)	新生儿窒息[n(%)]
治疗组	40	18.62±5.34 [△]	1.82±0.34 [△]	2(5.00)
对照组	39	10.38±3.26	1.46±0.28	3(7.69)

2.4 各组治疗前后血清IFN- γ 、IL-10、IFN- γ /IL-10水平比较 见表4。治疗前, 治疗组和对照组血清中IFN- γ 水平较正常对照组均增高, IL-10水平均降低, IFN- γ /IL-10比值均增高, 差异均有统计学意义(P<0.05)。治疗后, 治疗组和对照组与本组治疗前比较, 血清中IFN- γ 水平降低, 血清IL-10水平均升高, IFN- γ /IL-10比值均降低, 差异均有统计学意义(P<0.05)。

表4 各组治疗前后血清IFN- γ 、IL-10、IFN- γ /IL-10水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

别组	时间	IFN- γ (pg/mL)	IL-10(pg/mL)	IFN- γ /IL-10
正常组 (n=40)	治疗前	90.36±10.58	35.94±3.42	3.52±0.48
	治疗后	-	-	-
治疗组 (n=40)	治疗前	142.56±9.47 [△]	12.02±4.06 [△]	11.96±1.38 [△]
	治疗后	118.38±11.96 [*]	20.36±5.07 [*]	6.18±0.82 [*]
对照组 (n=39)	治疗前	143.68±10.04 [△]	11.38±4.32 [△]	12.21±1.06 [△]
	治疗后	120.64±12.32 [*]	19.49±4.88 [*]	6.30±0.79 [*]

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

3 讨论

重度子痫前期属中医学“子晕”范畴, 病机主要与患者阴虚肝旺有关, 治疗主张滋阴养血、平肝潜阳, 辅以活血化瘀^[2]。本研究所用方剂即根据该治疗原则研制而成。本研究结果显示加用中药组可有效降低患者平均动脉压、24 h尿蛋白定量, 减少胎儿窘迫、胎儿生长受限发生率, 延长孕周, 提高新生儿出生体质量。

子痫前期的病因和发病机制至今尚未完全阐明, 现有多种学说, 其中, 免疫学病因及发病机制引起国内外学者的关注。学者们发现子痫前期患者外周血Th1/Th2细胞因子的失衡与子痫前期的发病有密切关系^[3]。大量的实验结果也表明子痫前期发病过程中机体的体液免疫及细胞免疫状态都发生了改变, Th1/Th2免疫失衡可致子痫前期的观点已得到学术界的公认^[4-5]。IL-10是Th2细胞分泌的一个重要的免疫抑制因子, 对Th1型免疫应答有抑制作用, 对继续妊娠的维持有重要意义^[6]。诸多研究发现, IL-10对Th型细胞因子漂移发挥重要的调节作用, 其在病理妊娠特别是子痫前期中的作用越来越受到人们的重视^[7]。IFN- γ 是Th1细胞分泌的代表性细胞因子, 可促进NK细胞的活化和增殖, 损害胎盘组织, 抑制胚胎和胎儿的正常生长和发育^[8]。

大量研究认为, 异常的细胞因子水平参与了子痫前期的病理过程, 通过药物或其他方式可以改变细胞因子的水平。董有静等通过观察腰段硬膜外阻滞对妊娠期高血压疾病大鼠胎盘、子宫组织IL-10水平的影响, 研究结果表明, 腰段连续硬膜外神经阻滞可促进T细胞分泌IL-10, 从而增强母胎免疫耐受能力^[9]。Xu B等研究认为, 当体外给予一定的抗高血压药物, 可提高体内IL-10的水平, 而降低IL-6和TNF- α 的水平, 可以通过调节子痫前期患者的抗炎性和促炎性细胞因子平衡, 而有利于缓解病情^[10]。

本研究通过用ELISA法测定各组血清IFN- γ 、IL-10水平, 并计算IFN- γ /IL-10比值。结果显示, 早发型重度子痫前期患者血清中Th1细胞因子IFN- γ 水平增高, Th2细胞因子IL-10水平降低, IFN- γ /IL-10比值增高, 表明早发型重度子痫前期患者体内存在着Th1/Th2细胞因子失衡。治疗后, 早发型重度子痫前期患者血清中Th1细胞因子IFN- γ 水平较治疗前降低, Th2细胞因子IL-10水平较治疗前升高, IFN- γ /IL-10比值较治疗前降低, 提示自拟中药联合西药可能是通过调节体内Th1、Th2细胞因子水平, 恢复机体Th1/Th2免疫平衡而起到治疗早发型重度子痫前期的作用。

本研究显示中西医结合治疗早发型重度子痫前期疗效显著, 但由于本研究样本量不足, 其临床疗效及作用机理尚有待于大规模、多中心的前瞻性研究来进一步确定。

栀子金花散外敷配合小剂量秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎临床观察

周卫国 李龙 叶钊婷 贾倩

(广东省从化市中医医院, 广东 从化 510900)

中图分类号: R589.7 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1286-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.064

【摘要】目的 观察栀子金花散外敷配合小剂量秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。**方法** 将90例符合急性痛风性关节炎(湿热痹阻证)患者随机分为治疗组与对照组,治疗组以栀子金花散外敷及小剂量秋水仙碱口服,对照组以常规剂量秋水仙碱口服治疗,进行为期2周的治疗观察。观察2组患者的临床疗效和治疗前后血尿酸(UA)、红细胞沉降率(ESR)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)变化。**结果** 治疗组总有效率为93.33%,对照组总有效率为77.78%,治疗组疗效优于对照组,两组差异有显著性($P < 0.01$);治疗组治疗后UA、ESR、hs-CRP低于对照组($P < 0.01$);治疗组不良反应低于对照组($P < 0.01$)。**结论** 栀子金花散外敷合小剂量秋水仙碱治疗痛风性关节炎疗效确切,不良反应少。

【关键词】 栀子金花散 秋水仙碱 小剂量 急性痛风性关节炎 湿热痹阻

痛风主要表现为高尿酸血症,特征性急性关节炎反复发作、痛风石沉积、痛风石慢性关节炎和关节畸形,常累及肾脏,引起慢性间质性肾炎和尿酸性肾结石。临床以急性关节炎较为常见,患者疼痛多较剧烈,自觉症状较重。迅速、安全、有效缓解症状,避免毒副作用,为治疗的首要目标。笔者采用栀子金花散外敷配合小剂量秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎(湿热痹阻证)患者,取得满意疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准根据中华医学会风湿病学分会2010年版《原发性痛风诊断和治疗指南》的诊断参考标准^[1]确定。中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[2],辨证属湿热痹阻证。排除蜂窝织炎、丹毒、感染性脓性关节炎、创伤性关节炎、反应性关节炎、假性痛风等其他疾病所致的关节疼痛;已患痛风性肾病、肾功能不全者;合并心、肺、肝、肾等严重原发性疾病者;妊娠哺乳期女性;消化性溃疡患者;对实验药物成分过敏者。

1.2 临床资料 90例患者均为本院2011年6月至2014年10月门诊急诊及住院患者,将90例患者随机分为治疗组与对照组各45例。其中治疗组年龄24~85岁,平均63.40岁;病程2d至50年,平均48个月。对照组年龄21~84岁,平均62.95岁;病程2d至48年,平均47个月。两组性别、年龄、病程、病情等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组予秋水仙碱口服,每次0.5 mg,每日3次;碳酸氢钠0.5 g,每日3次;栀子金花散:栀子15 g,黄连15 g,黄柏15 g,黄芩15 g,大黄15 g。由本

院制剂室生产,用温水调成为糊状,敷于患处,绷带固定包扎,每日更换1次。对照组予秋水仙碱片,首次服用1.0 mg,以后每2小时服用1次,每次0.5 mg,直至疼痛缓解或出现腹泻、呕吐等胃肠道症状为止(24 h内总药量不可超过6 mg);疼痛缓解后改为1 mg,每日3次;碳酸氢钠0.5 g,每日3次。两组疗程均为2周。治疗期间所有患者均禁酒、低嘌呤饮食、多饮水等。两组治疗期间均不再服用其他治疗痛风的药物。

1.4 观察指标 观测两组患者治疗前后主要症状、体征积分的变化及疼痛缓解的起效时间以及血尿酸(UA)、红细胞沉降率(ESR)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)等指标的变化情况。同时记录治疗前后的肝肾功能及用药期间的不良反应等。中医症状积分按照以下标准进行计分。关节肿胀:0分,无肿胀;1分,轻度肿胀;2分,中度肿胀;3分,重度肿胀。关节疼痛:0分,无疼痛;1分,偶有疼痛;2分,经常疼痛;3分,持续疼痛。局部压痛:0分,无压痛;1分,轻度压痛;2分,中度压痛;3分,重度压痛。肤温:0分,正常;1分,稍高;2分,较高;3分,灼热。肤色:0分,正常;1分,稍红;2分,鲜红;3分,暗红。

1.5 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[2]疗效标准制定。显效:主要症状消失,关节功能基本恢复正常,主要理化检查指标基本正常。有效:主要症状基本消失,主要关节功能及理化指标有所改善。无效:与治疗前相比,各方面均无改善。

1.6 统计学处理 采用SPSS16.0统计分析软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料采用 χ^2 检验,疗效指标组间及组内比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组痛风患者治疗前后症状、体征积分比较 见表1。治疗后两组患者关节疼痛、压痛、肿胀、肤温、肤色均明显缓解($P < 0.01$), 症状积分均较治疗前明显下降($P < 0.01$)。治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。

表1 两组痛风患者治疗前后症状、体征积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	肿胀	疼痛	压痛	肤温	肤色
治疗组 (n=45)	治疗前	2.41±1.02	2.23±0.64	2.39±1.47	1.89±0.38	2.29±1.35
	治疗后	0.62±0.25 [△]	0.73±0.43 [△]	0.67±0.32 [△]	0.52±0.36 [△]	0.58±0.35 [△]
对照组 (n=45)	治疗前	2.38±1.11	2.32±0.65	2.34±1.38	2.02±0.57	2.31±1.33
	治疗后	0.98±0.21 [*]	1.03±0.63 [*]	1.02±0.29 [*]	0.98±0.47 [*]	1.18±0.56 [*]

与本组治疗前比较, $^*P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.01$ 。下同。

2.2 两组痛风患者治疗前后 hs-CRP、UA、ESR 比较 见表2。两组患者治疗后 hs-CRP、ESR、UA 水平均显著降低($P < 0.01$), 两组治疗后比较, 治疗组在降低 hs-CRP、UA、ESR 水平方面明显优于对照组($P < 0.01$)。

表2 两组痛风患者治疗前后 hs-CRP、UA、ESR 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	hs-CRP(mg/L)	ESR(mm/h)	UA(μ mol/L)
治疗组 (n=45)	治疗前	35.58±16.21	33.49±0.89	587.34±144.3
	治疗后	16.22±3.55 [△]	11.16±3.48 [△]	389.53±38.72 [△]
对照组 (n=45)	治疗前	33.38±19.62	29.58±1.79	595.52±114.31
	治疗后	21.23±5.57 [*]	15.16±5.49 [*]	464.53±37.50 [*]

2.3 两组痛风综合疗效比较 见表3。治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.01$)。

表3 两组痛风综合疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	45	25	17	3	42(93.33) [△]
对照组	45	12	23	10	35(77.78)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.01$ 。

2.4 两组痛风起效时间及不良反应比较 不良反应发生率, 治疗组出现不良反应6例(13.33%), 对照组出现不良反应16例(占35.56%), 两组比较有明显差异($P < 0.01$), 对照组较治疗组不良反应明显增多。不良反应全部为腹泻、呕吐等胃肠道反应, 未发现过敏、骨髓抑制、肝细胞损害、神经毒性等不良反应。治疗组平均起效时间(2.3±0.92) d, 与对照组的(2.6±0.73) d 相当($P > 0.05$)

3 讨论

痛风是长期嘌呤代谢紊乱、血尿酸增高引起组织损伤的一种异质性疾病^[3]。急性痛风性关节炎多表现为关节部位的红肿热痛, 活动不利, 受累部位多以跖趾关节、踝部为主, 属中医学“痹证”“痛风”“白虎历节”

“历节”范畴^[4]。其病因病机为禀赋不足, 或过食膏粱厚味, 或起居不慎外感风寒湿热之邪等导致积湿蕴热成毒, 痰瘀胶结, 气血闭阻, 痹阻经络, 流注关节, 不通则痛^[5]。本地区气候炎热, 雨湿较重, 湿热之邪较盛, 故痛风者以湿热为多见, 其急性发作者尤其如此。

针对这一病因病机, 治宜清热解毒, 利湿化痰, 凉血消肿, 通络止痛为主。栀子金花散即栀子金花汤改为散剂。栀子金花汤出自《医宗金鉴》, 由黄连解毒汤加大黄组成, 使清热解毒作用得到增强, 并兼有导热下行之功。黄连解毒汤由黄连、黄芩、黄柏、栀子组成, 为清热解毒的代表方, 具有清热、解毒、泻火之功效, 主治一切实热火毒、三焦热盛之证^[6]。本方均为苦寒药, 皆有清热燥湿, 泻火解毒之功, 方中栀子为君药, 味苦性寒, 具有泻火除烦、凉血解毒、清热利湿作用, 主治热病心烦、肝火目赤、湿热黄疸、疮疡肿毒、扭伤肿痛等病症。黄芩、黄连、黄柏为臣药, 黄芩清泻肺热于上焦; 黄连泻胃火于中焦, 并泻心火于上焦; 黄柏泻下焦之火。大黄为佐使药, 味苦性寒, 主治实热便秘、湿热泻痢、热结胸痞、咽喉肿痛、胃热呕吐、吐血、跌打损伤、热毒痈疮、丹毒等症。具有泻下攻积、泻火解毒、活血祛瘀、清泄湿热、导热下行作用, 给热毒以出路。研究认为^[7]采用四黄水蜜(大黄、黄芩、黄柏、黄连)进行热敷, 可使病变局部血管扩张, 血流量增加, 继而改善局部血液循环, 提高白细胞的吞噬功能, 改善机体局部或全身的抵抗力和修复能力, 增强血管通透性, 提高新陈代谢, 改善局部组织的营养状态, 使药物通过皮肤渗透、吸收, 直接进入病变部位, 发挥治疗作用。中药外敷通过温热理化作用, 可使药物快速通过皮肤孔穴、腧穴等被肌肤吸收, 输布全身而发挥药效^[8]。现代研究表明黄连解毒汤可调节单核-巨噬细胞的功能分化, 在减缓、抑制全身性炎症反应及血管局部反应均具有一定的作用^[9]。中药外敷具有副作用小、疗效好、患者易于接受等特点。栀子金花汤药物均为大苦大寒之品, 内服易伤胃伤阳, 使用栀子金花散外敷急性痛风性关节炎局部, 使药物直达患处, 可减少全身性副作用, 且患者易于接受, 研究结果表明疗效确切。近期研究显示: 小剂量秋水仙碱方案可以提高患者的耐受性, 减少不良反应, 且疗效不受影响^[10]。hs-CRP的水平与急性痛风性关节炎炎症的严重程度具有相关性, 是炎症反应的灵敏指标^[11], 可反映炎症水平及组织损伤程度, 该指标的降低水平说明病情得到有效控制的程度。ESR、UA 是监测痛风性关节炎控制情况等传统指标。通过观察患者治疗前后临床症状体征及 hs-CRP、ESR、UA 的变化情况, 可反应临床治疗效果。本研究显示采用栀子金花散外敷配合小剂量秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎, 其疗效优于常规使用秋水仙碱治疗, 且副反应相对较少, 值得临床进一步研究应用。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 原发性痛风诊断和治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2011, 15(6): 411.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 116, 118-119.
- [3] 陆再英, 钟南山, 谢毅, 等. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 830.
- [4] 付德红, 钟琴, 刘正奇, 等. 急性痛风性关节炎的中医药治疗进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(2): 204-206.
- [5] 龙明照, 宋云娟. 清热利湿方联合西医常规治疗痛风性关节炎 50 例[J]. 中医研究, 2014, 27(12): 16-17.
- [6] 邓中甲. 方剂学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 100.
- [7] 周厚明, 陈树清, 孙保国, 等. 四黄水蜜外敷合加味四妙散内服治疗急性痛风性关节炎的临床研究[J]. 中药材, 2007, 30(9): 1196-1198.
- [8] 李焱. 中药熏洗治疗糖尿病足 0 级 31 例[J]. 中医研究, 2007, 20(2): 40-41.
- [9] 李彤, 韩俊燕, 王葆搭, 等. 黄连解毒汤调控单核、巨噬细胞及泡沫细胞分化的实验研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(9): 1100-1101.
- [10] 蒙龙, 李娟, 龙锐, 等. 小剂量与常规剂量秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎的系统评价[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2014, 19(6): 660-661.
- [11] 周宓, 潘柏申. C 反应蛋白在临床应用中的进展[J]. 国外医学: 临床生物化学与检验学分册, 2005, 26(1): 65-66.

(收稿日期 2015-02-13)

针刺联合天麻白术汤治疗偏头痛急性发作的临床疗效观察

翟亚川¹ 姚杰²

(1. 北京市东城区社区卫生服务管理中心北新桥站, 北京 100007; 2. 北京隆福医院, 北京 100010)

中图分类号: R246 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1288-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.065

【摘要】目的 观察针刺联合天麻白术汤对偏头痛急性发作的临床疗效。**方法** 96 例患者随机分为对照组和治疗组各 48 例。对照组给予氟桂利嗪胶囊配合复方丹参滴丸治疗, 治疗组给予针刺联合天麻白术汤治疗。2 周为 1 疗程, 治疗 4 个疗程。观察并记录用药后 2 h 内偏头痛缓解程度, 记录治疗后 24 h、3 d、1 周、2 周、4 周、8 周 VAS 评分、治疗起始及结束时偏头痛发生频率和持续时间, 检测治疗前后患者血常规、肝肾功能及不良反应。**结果** 治疗后 2 h 治疗组总缓解率 77.08% 高于对照组的 58.33% ($P < 0.05$)。两组治疗前及治疗 24 h、3 d 后 VAS 评分差别不大 (均 $P > 0.05$), 治疗后 1、2、4、8 周, 治疗组 VAS 评分均低于对照组 (均 $P < 0.01$)。两组治疗 3 个疗程后, 治疗组总有效率 93.75% 高于对照组的 81.25% ($P < 0.05$)。两组治疗前偏头痛发作频率和持续时间差别不大 ($P > 0.05$)。治疗后, 治疗组偏头痛发作频率和持续时间均低于治疗前 (均 $P < 0.01$); 对照组治疗前后偏头痛发作频率差别不大 ($P > 0.05$), 但持续时间优于治疗前 ($P < 0.01$), 且治疗组治疗后偏头痛发作频率及持续时间均优于对照组 (均 $P < 0.01$)。两组未见明显不良反应。**结论** 针刺联合天麻白术汤能有效缓解偏头痛急性发作患者 2 h 内头痛程度, 减轻偏头痛恢复期疼痛程度, 并降低复发频率和持续时间, 临床疗效显著, 不良反应少。

【关键词】 偏头痛 急性发作 针刺 天麻白术汤

偏头痛又称血管神经性头痛, 以阵发性一侧或两侧搏动性头痛为特征, 急性发作可持续 4 h 以上至数天, 同时伴有恶心、呕吐、眩晕及羞明、畏声等症状^[1]。该病多见于儿童及中青年, 女性发多于男性, 具有周期性反复发作的特点, 给患者及其家庭带来沉重负担。世界卫生组织 (WHO) 更是将其列为严重的致残性疾病之一^[2]。目前针对偏头痛急性发作多采用特异性和非特异性镇痛药治疗^[3], 特异性药物如曲坦类、麦角胺类等, 非特异性镇痛药如非甾体类抗炎药 (NSAIDs)、镇静药及阿片类药物等。但药物治疗均存在作用时间短, 镇痛效果短暂, 且长期用药存在副作用等不足。笔者对

48 例偏头痛急性发作期患者采用针刺联合天麻白术汤治疗, 取得较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1) 诊断标准: 西医诊断标准采用国际头痛学会 (IHS) 2004 年颁布的《头痛疾患的国际分类》(ICHD- II) 中偏头痛诊断标准^[4]。中医证候诊断标准采用《中药新药临床研究指导原则》中偏头痛诊断标准^[5]。肝风挟痰证: 头痛且胀, 痛势剧烈, 反复发作, 持续数小时至数日, 兼眩晕、恶心, 痛甚则欲吐, 舌质淡红或红, 苔白腻, 脉弦滑。2) 纳入标准: 符合西医及中医偏

头痛诊断标准;年龄 18~65 岁;偏头痛急性发作;近 3 月每月平均发作 ≥ 1 次,每次发作 ≥ 4 h;有 1 年以上偏头痛病史;本次发作 24 h 内未服用偏头痛治疗药物或用药无效。3)排除标准:年龄 ≤ 18 岁或 ≥ 65 岁;妊娠或哺乳期妇女;除先兆型和无先兆型偏头痛以外的其他类型偏头痛者;合并心、脑、肝、肾及造血系统严重原发性疾病,精神异常者;本次偏头痛发作 24 h 内已服用相关药物并有效者;虽有头痛,但该头痛是作为如高血压、脑外伤及颅内器质性病变等其他疾病的症状者。

1.2 临床资料 选取 2013 年 12 月至 2014 年 12 月在笔者所在医院针灸科及神经内科就诊患者 96 例,随机分为对照组和治疗组各 48 例。对照组 48 例,男性 20 例,女性 28 例;年龄 35~49 岁,平均(39.80 \pm 4.13)岁;平均病程(5.41 \pm 1.23)年;有先兆者 11 例,无先兆者 37 例;VAS 评分(5.61 \pm 0.76)分;轻度 5 例,中度 37 例,重度 6 例。治疗组 48 例,男性 18 例,女性 30 例;年龄 36~45 岁,平均(38.10 \pm 1.52)岁;平均病程(4.34 \pm 1.26)年;有先兆者 13 例,无先兆者 35 例;VAS 评分(5.46 \pm 0.82)分;轻度 4 例,中度 36 例,重度 8 例。两组在性别、年龄、病程、偏头痛类型、疼痛程度(VAS 评分)及强度等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 所有病例均在偏头痛急性发作期治疗。对照组采用西医常规治疗,选用盐酸氟桂利嗪胶囊(西安杨森制药有限公司,规格:5 mg/粒,国药准字 H1093003)睡前口服 10 mg/次,每日 1 次,配合复方丹参滴丸(天津天士力制药股份有限公司,规格:25 mg/丸,国药准字 Z10950111)口服 5 粒/次,每日 3 次。治疗组采用针刺联合天麻白术汤:天麻 10 g,白术 15 g,川芎 10 g,僵蚕 10 g,钩藤 10 g,白芍 10 g,当归 10 g,细辛 3 g,白芷 10 g,炙甘草 6 g,水煎服,每日 1 剂,分 3 次饭后温服。针刺选用 28~30 号毫针操作,主穴为风池、太阳、率谷,配穴选阿是穴、太冲、合谷、三阴交、丰隆。针刺得气后留针 30 min,每 10 min 行提插捻转 1 次,每日 1 次。所有患者均以 2 周为 1 疗程,治疗 4 疗程。

1.4 观察指标 观察并记录患者治疗后 2 h 内偏头痛缓解程度;治疗后 24 h、3 d、1 周、2 周、4 周、8 周用视觉模拟评分法(VAS)进行疼痛强度评分;记录患者治疗起始及结束时偏头痛发生频率及持续时间;疗程结束后随访 1 个月并进行疗效评价。记录治疗前后患者血常规、肝肾功能及不良反应变化。

1.5 临床疗效标准 1)治疗 2 h 内偏头痛缓解程度。完全缓解:头痛缓解 100%。显著缓解:头痛缓解 $\geq 50\%$ 。部分缓解:20% \leq 头痛缓解 $< 50\%$ 。未缓解:头痛缓解 $< 20\%$ 。2)VAS 评分标准。0 分:无痛。1~3 分:轻度疼痛。4~6 分:中度疼痛。7~10 分:重度疼痛。3)总体疗效评价标准。痊愈:患者偏头痛症状消失,病情未复

发。显效:患者偏头痛症状减轻或减少,发作频率及持续时间明显减少,VSA 评分减低 2 分以上。有效:患者偏头痛症状减轻,发作频率及持续时间减少,VSA 评分减低 1 分。无效:患者偏头痛症状、发作频率及持续时间未见明显改善,甚至加重。

1.6 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验。等级资料采用 Mann-Whitney 秩和检验。进行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组偏头痛患者治疗后 2 h 内偏头痛缓解程度比较 见表 1。结果示,治疗组治疗后 2 h 内偏头痛总缓解率优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组偏头痛患者治疗后 2 h 内偏头痛缓解程度比较(n)

组别	n	完全缓解	显著缓解	部分缓解	未缓解	总缓解(%)
治疗组	48	0	5	32	11	37(77.08) [△]
对照组	48	0	2	26	20	28(58.33)

与对照组比较,△ $P < 0.05$,△△ $P < 0.01$ 。下同。

2.2 两组偏头痛患者治疗前后 VAS 评分比较 见表 2。结果示,两组治疗前及治疗 24 h、3 d 后 VAS 评分差异不大(均 $P > 0.05$),治疗后 1、2、4、8 周,治疗组 VAS 评分均低于对照组(均 $P < 0.01$)。

表 2 两组偏头痛患者治疗前后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后 24h	治疗后 3d	治疗后 1周	治疗后 2周	治疗后 4周	治疗后 8周
治疗组	48	5.46 \pm 0.82	5.27 \pm 0.49	5.07 \pm 0.38	4.54 \pm 0.32 ^{△△}	4.05 \pm 0.29 ^{△△}	3.00 \pm 0.46 ^{△△}	1.80 \pm 0.33 ^{△△}
对照组	48	5.61 \pm 0.76	5.44 \pm 0.42	5.24 \pm 0.47	5.06 \pm 0.46	4.51 \pm 0.48	3.52 \pm 0.40	2.17 \pm 0.31

2.3 两组偏头痛患者临床疗效比较 见表 3。结果示,两组治疗 3 个疗程后,治疗组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。

表 3 两组偏头痛患者临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	48	11	22	12	3	45(93.75) [△]
对照组	48	6	16	17	9	39(81.25)

2.4 两组偏头痛患者治疗前后偏头痛发作频率和持续时间比较 见表 4。两组治疗前偏头痛发作频率和持续时间差异不大($P > 0.05$)。治疗后,治疗组偏头痛发作频率和持续时间均低于治疗前(均 $P < 0.01$);对照组治疗前后偏头痛发作频率差异不大($P > 0.05$),但持续时间优于治疗前($P < 0.01$),且治疗组治疗后偏头痛发作频率及持续时间均优于对照组(均 $P < 0.01$)。

2.5 两组偏头痛患者不良反应比较 两组用药前后血常规、肝肾功能未见明显变化。对照组 9 例治疗中

表4 两组偏头痛患者治疗前后偏头痛发作频率和持续时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	频率(次/疗程)	持续时间(h/次)
治疗组 (n=48)	治疗前	8.00±1.82	15.60±2.17
	治疗后	3.50±1.27* ^{△△}	5.90±2.47 ^{△△}
对照组 (n=48)	治疗前	7.50±1.58	16.70±2.26
	治疗后	5.90±1.29	9.70±2.00*

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

出现疲惫、恶心、呕吐,4例出现腹泻反应,对症处理后症状消失,未影响后续治疗。治疗组未出现上述情况,针刺未出现出血、血肿、晕针及滞针现象。

3 讨论

偏头痛发病机制主要有血管源学说、三叉神经血管学说、神经元学说及遗传因素等^[6-7],治疗主要包括健康教育、药物及非药物治疗。偏头痛急性发作期治疗主要以快速止痛并减少复发为目的,选用麦角类、曲坦类及阿片类、NSAIDs类等药物,此类药物虽可缓解发作期疼痛,但持续时间短,停药即反复,且用药过久副作用明显,对患者生活造成潜在危害。近年来,中医药治疗偏头痛急性发作的研究已广泛开展^[8],并显示了较好的疗效,已成为治疗该病的重要方法之一。

偏头痛属中医学“头风”“头痛”范畴。头为清阳之府,脏腑精气皆上注于头以濡养清窍。若脾为湿困,痰浊内生,阻塞气机,致浊阴不降,清窍被蒙则头痛。同时,中医有“高巅之上,唯风可达”之说,发于头部疾患多与“风邪”有关。若肝肾不足,引动肝风,上扰清窍,亦可致头痛。本研究所用天麻白术汤为笔者临床特效方,由天麻、白术、川芎、僵蚕、钩藤、白芍、当归、细辛、白芷、炙甘草组成,具有平肝止痛、化痰息风之功效,临床用于肝风内动、痰浊上扰之头痛、眩晕疗效显著。此外,偏头痛从经络分属少阳经疾患,故针刺以少阳经穴为主,配合其他经穴,可更好发挥疗效^[9]。本研究以风池、率谷两个少阳经穴和经外奇穴太阳穴为主穴,配以太冲、合谷、三阴交、丰隆及阿是穴,共奏和解少阳、疏通气血以缓解疼痛之功。

氟桂利嗪是临床中防治偏头痛的一线药物^[10],本研究将针刺联合天麻白术汤治疗偏头痛与氟桂利嗪治疗进行比较,结果示治疗组用药后2h内头痛缓解率明显高于对照组,提示针刺联合天麻白术汤能有效

缓解偏头痛急性发作期疼痛。治疗24h、3d时两组VAS疼痛评分虽差异不大,但均较治疗前降低,且治疗1周、2周、4周及8周后治疗组VAS疼痛评分均较对照组降低,提示针刺联合天麻白术汤不仅能在偏头痛急性发作期发挥与氟桂利嗪同等镇痛作用外,更能有效减轻偏头痛恢复期疼痛,作用效果更持久。同时研究发现,针刺联合天麻白术汤能降低偏头痛发作频率和持续时间优于对照组,表明针刺联合天麻白术汤能有效降低偏头痛复发率,缓解疼痛程度,且未见明显不良反应。

综上所述,针刺联合天麻白术汤能有效缓解偏头痛急性发作2h内头痛程度,减轻偏头痛恢复期疼痛程度,并降低复发频率和持续时间,临床疗效显著,且无明显不良反应,具有广阔的应用前景。

参考文献

- [1] Starling AJ, Dodick DW. Best practices for patients with chronic migraine: burden, diagnosis, and management in primary care[J]. Mayo Clin Proc, 2015, 90(3):408-414.
- [2] Qiu C, Williams MA, Aurora SK, et al. Agreement of self-reported physician diagnosis of migraine with international classification of headache disorders- II migraine diagnostic criteria in a cross-sectional study of pregnant women[J]. BMC Womens Health, 2013, 13(7):50-56.
- [3] 王文昭. 偏头痛的诊断和治疗进展[J]. 世界临床药物, 2014, 35(1):1-4.
- [4] Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition[J]. Cephalalgia, 2004, 24(supplement 1):9-160.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:105-109.
- [6] Steiner TJ, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabling[J]. J Headache Pain, 2013, 14(1):1-9.
- [7] 赵英召, 尹广, 张娜, 等. 偏头痛的研究进展[J]. 临床合理用药, 2014, 7(4):196-197.
- [8] 廖美媛, 樊光辉. 偏头痛的中医治疗近况[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(2):215-217.
- [9] 周志勇. 针灸联合头痛宁治疗偏头痛90例临床疗效观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2014, 36(3):139-142.
- [10] 吴友良, 罗艳梅, 高军. 不同剂量氟桂利嗪胶囊治疗偏头痛的临床效果研究[J]. 中国药业, 2012, 21(23):73-74.

(收稿日期 2015-03-22)

电磁波谱治疗仪联合中药渗透干预 膝骨关节炎急性发作期临床观察

宫振翠 宋志超 赵恒立[△]

(山东省烟台市中医医院, 山东 烟台 264000)

中图分类号: R684.3 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1291-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.066

【摘要】目的 观察电磁波谱治疗仪(TDP治疗仪)照射联合中药渗透对原发性膝骨关节炎(KOA)急性发作期关节症状的改善。**方法** 随机选取 KOA 患者 60 例,随机对照分为观察组、对照组各 30 例,两组患者均口服氯诺昔康分散片,观察组再采用外敷自制活血止痛散联合 TDP 神灯照射患处。20 d 后对两组患者进行疗效评价分析。**结果** 观察组总有效率 76.67%,明显优于对照组的 43.33%($P < 0.05$)。两组患者治疗前后观察指标差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** TDP 治疗仪照射联合自制活血止痛散外敷渗透治疗 KOA 急性发作期疗效显著,且简单易行。

【关键词】 TDP 神灯 活血止痛散 原发性膝骨关节炎 急性发作期

原发性膝骨关节炎(KOA)急性发作期引起的痛苦及其最终导致的残疾严重地影响了患者的生活质量。笔者选取 KOA 急性发作期患者,在氯诺昔康治疗基础上,观察组采用电磁波谱治疗仪(TDP 治疗仪)照射联合自制活血止痛散外敷渗透治疗,疗效满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准参照美国风湿病学会 2001 年的膝骨关节炎的临床诊断标准,膝关节疼痛患者有下列 7 项中的 3 项:1)年龄 ≥ 50 岁;2)晨僵 < 30 min;3)关节活动时有关响声;4)膝部检查示骨性肥大;5)有骨压痛;6)无明显滑膜升温;7)放射学检查有骨赘形成。

1.2 临床资料 选取 2013 年 6 月至 2014 年 6 月期间本院风湿科收治 60 例 KOA 急性发作期患者,随机分为观察组和对照组各 30 例。观察组男性 13 例,女性 17 例;平均年龄(52.3 \pm 7.5)岁;平均病程(20.6 \pm 11.6)个月;本次急性发作病程(10.3 \pm 3.4) d。对照组男性 11 例,女性 19 例;平均年龄(53.6 \pm 7.1)岁;平均病程(21.2 \pm 11.9)个月;本次急性发作病程(11.3 \pm 4.2) d。两组患者在性别、年龄、平均病程及本次急性发作病程方面,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予口服氯诺昔康分散片(长春远大国奥制药有限公司生产,国药准字 H20070206),每次 8 mg,早晚饭后各 1 次。观察组在对照组治疗的基础上,采用自制活血止痛散外敷患处,并联合 TDP 治疗仪照射。活血止痛散为本院风湿科多年临床外用经验方,组方:透骨草 30 g,乳香 10 g,没药 10 g,茵陈蒿 30 g,皂角刺 30 g,红花 15 g,骨碎补 30 g,

补骨脂 30 g,白芷 10 g,苦参 15 g,制川乌 10 g,制草乌 10 g,威灵仙 15 g,艾叶 15 g,羌活 20 g,苏木 15 g。研细末。先将患处用温水擦干净,然后按压患处,定位痛点,活血止痛散以醋调匀成糊状用纱布包裹固定,以痛点为中心外敷。TDP 治疗仪照射疗法为先定位痛点,以痛点为中心调整 TDP 照射位置,根据个体差异,灵活调节神灯的照射距离,以患者的舒适,不造成痛苦为标准,一般为 25~40 cm。TDP 照射的时间统一设定为 30 min,使用前均预热,时间控制在 5 min 左右,每天照射 2 次。并随时观察照射部位的皮肤,以免灼伤局部皮肤,造成患者不适。以 10 d 为 1 个疗程,2 个疗程后进行疗效评价。

1.4 观察指标 根据中医症状量化标准^[1],本次疗效观察着重于对治疗前后关节疼痛、关节压痛、关节肿胀、关节活动障碍及 20 m 行走时间的变化进行比较。

1.5 疗效标准 按文献[1]执行。根据上节所述的 5 个指标的变化评定疗效。显效:5 项观测指标皆有改善,平均改善率 $\geq 50\%$ 。好转:5 项观测指标至少有 4 项改善,平均改善率 $\geq 30\%$ 。无效:平均改善率 $< 30\%$ 。显效和好转为有效。

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

2 结果

2.1 两组 KOA 患者治疗前后各观察指标比较 见表 1。两组治疗前后在关节疼痛、关节压痛、关节肿胀、关节活动障碍及 20 m 行走时间均明显改善($P < 0.05$);治疗组改善程度优于对照组($P < 0.05$)。

2.2 两组 KOA 患者临床疗效比较 见表 2。观察组临

[△]通信作者(电子邮箱:zhl_doctor@163.com)

表1 两组KOA患者治疗前后各观察指标比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	关节疼痛	关节压痛	关节肿胀	关节活动障碍	20 m行走时间(s)
观察组 (n=30)	治疗前	1.89±0.37	1.17±0.42	1.41±0.43	0.73±0.31	21.20±5.90
	治疗后	1.12±0.46 [△]	0.92±0.51 [△]	0.96±0.52 [△]	0.52±0.27 [△]	13.60±5.30 [△]
对照组 (n=35)	治疗前	1.91±0.35	1.22±0.42	1.55±0.56	0.77±0.24	20.30±5.50
	治疗后	1.26±0.43 [*]	0.82±0.47 [*]	0.64±0.38 [*]	0.47±0.42 [*]	11.70±4.60 [*]

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

表2 两组KOA患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	好转	无效	总有效(%)
观察组	30	8	15	7	23(76.67) [△]
对照组	30	3	10	17	13(43.33)

与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。

床疗效优于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

国内外相关报道, 重体力劳动者更易患KOA^[2-4]。遗传因素也是发病的重要诱因, 有KOA家族史的人, 其发病率较无KOA家族史者发病率高, 这可能与遗传缺陷有关^[4]。年龄增大及体质量超标是KOA发病的危险因素^[5-7]。膝关节及其周围软组织慢性、无菌性炎症改变、骨质改变、关节软骨变性为本病主要病理变化, 临床表现为膝关节疼痛、骨擦音、肿胀和下蹲困难^[8]。本病目前尚无有效的疗法。西医针对本病急性发作期的药物治疗主要包括NSAIDs、钙剂、软骨保护剂及阿仑膦酸盐类药物。最常用到的药物是NSAIDs^[9], 故笔者选用氯诺昔康作为急性发作期的治疗药物。但该类物质只能在KOA急性发作时暂时缓解疼痛症状, 对于改善病情、阻止疾病进展没有积极作用, 且长期应用还容易诱发心血管及胃肠道方面的疾病, 因此不主张长期使用。而以中医理论为指导的TDP照射联合中药局部外敷, 不仅在缓解疼痛症状方面具有较好的效果, 且无需内服, 克服了中药汤剂难以下咽的缺点, 因其价格低廉, 安全性好, 无毒副作用, 易于患者接受。

本病在中医学当属“骨痹病”范畴, 本病多发于老年人, 中医理论认为肾主骨生髓, 肝肾同源, 老年人由于年老体弱, 肝肾亏虚, 故易发病; “痹”则是由于“风寒湿三气杂至, 合而为痹也”, 且“正气存内, 邪不可干”, 患病则必是由于肝肾亏虚在先, 外邪杂至在后, 内外合邪而导致气血瘀阻, 筋脉凝滞发为本病。中医辨证本病以肝肾亏虚为本, 风寒湿邪侵袭为标, 故自拟活血止痛散以骨碎补、补骨脂补益肝肾, 充养肾精, 使先天之精气得以补充, 肾精充足则能外养五脏之阴阳, 所谓“肾者主骨生髓, 受五脏六腑之精气而藏之”。同理则肾中所藏先天精华满溢, 才能主骨生髓, 故强筋壮骨的前提必定是先使肾脏精气充沛, 在补虚以治本的前提下, 以急则治其标为法, 重用活血化瘀通络止痛之品。方中

乳香、没药、红花等能皆为历代活血化瘀止痛之要药。红花能活血润燥, 止痛散肿通经, 且3药穿透力较强, 用于外敷, 现代药理研究其能较好的减少液体的渗出, 迅速改善局部水肿症状, “痛则不通, 通则不痛”, 从而缓解局部关节的肿痛; 苏木有很好的活血定痛作用, 《本草求真》云“苏木, 功用有类红花, 少用则能和血, 多用则能破血”, 可辅助上3药加强活血之力, 透骨草、皂角刺、威灵仙有很强的穿透力, 可以作为引经药携诸药之力直达病所; 对于膝骨关节炎中骨性膨大, 能很好地减轻其症状, 且借TDP治疗仪照射, 能在发挥药物自身通络止痛功效的同时, 使中药成分更快的渗透进入病变关节, 从而迅速起效。另外临床观察表明老年KOA患者多伴有下肢怕凉发冷的症状, 而川乌、草乌、羌活等辛热之品为散寒止痛之良药, 其气味辛辣, 穿透力强, 用于外敷亦能起到良好的散寒通络作用, 且川乌、草乌等用于内服时尚有一定的毒副作用, 因而其用量也往往为其毒性所掣肘, 而用于外敷则可以避免其毒副作用, 苦参、茵陈等能利湿、燥湿, 但内服则过于苦寒, 老年人本已正气亏虚, 若再以苦寒药物戕伐胃气, 则后天之本受损, 亦不利于疾病的治疗, 外用则无此类弊端, 现代药理研究证实白芷有很好的抗炎与解热镇痛作用, 可以减轻患者因局部炎症渗出而导致的关节肿胀疼痛, 抑制渗出而达到消炎和镇痛的目的。诸药合用共奏补肝肾, 通经络, 消肿痛之功。

TDP治疗仪照射具有消炎、止痛、促进局部血液循环的作用^[10-11], 其红外线辐射器可使患处皮肤的温度升高, 与活血止痛散联合应用时, 神灯产生的热量可以加速活血止痛散药物的渗透吸收, 发挥更好、更快的效果。活血止痛散本身就有活血通络止痛的作用, 与TDP联合应用相得益彰, 迅速控制KOA急性发作期的症状, 操作方法简单易行, 安全性高, 无副作用, 具有极高的临床应用价值。

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: 204.
- [2] Bosomworth NJ. Exercise and knee osteoarthritis: benefit or hazard Can Fam[J]. Physician, 2009, 55(9): 871-878.
- [3] Minns Lowe CJ, Barker KL, Dewey M, et al. Effectiveness of physiotherapy exercise after knee arthroplasty for osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials[J]. BMJ, 2007, 335(7624): 812.
- [4] Jamtvedt G, Dahm KT, Holm I, et al. Choice of treatment modalities was not influenced by pain, severity or co-morbidity in patients with knee osteoarthritis[J]. Physiother Res Int, 2010, 15(1): 16-23.
- [5] Hinterwimmer S, Sauerschnig M, von Eisenhart-Rothe R. Diagnosis and treatment of osteoarthritis[J]. MMW Fortschr Med, 2009, 151(47): 72-74.

- [6] Hayami T. Osteoarthritis of the knee joint as a cause of musculoskeletal ambulation disability symptom complex (MADS) [J]. Clin Calcium, 2008, 18(11): 1574-1580.
- [7] Hochberg MC. Opportunities for the prevention of osteoarthritis[J]. Semin Arthritis Rheum. 2010, 39(5): 321-322.
- [8] van Weeren PR, de Grauw JC. Pain in osteoarthritis[J]. Vet Clin North Am Equine Pract, 2010, 26(3): 619-642.
- [9] Vane JR, Booting RM. Mechanism of action of nonsteroidal antiinflammatory drugs[J]. Am J Med, 1998, 104(3A): 2.
- [10] 赵晓燕. TDP加中药湿敷治疗增生性膝关节炎 510例[J]. 中国民间疗法, 2003, 11(11): 33-34.
- [11] 周冰. 骨痛灵贴敷加 TDP照射治疗膝骨关节炎疗效观察[J]. 临床医药实践 2008, 17(2): 113-114.

(收稿日期 2015-03-02)

自拟清热解毒汤治疗儿童 EB 病毒感染临床观察

白丽亚 彭少舫 王 丹

(河北省石家庄第一医院, 河北 石家庄 050017)

中图分类号: R254.9 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1293-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.067

【摘要】目的 观察自拟清热解毒汤治疗儿童 Epstein-Barr(EB)病毒感染的临床效果。**方法** 48例患儿随机分为对照组和观察组,对照组给予阿昔洛韦治疗,观察组使用自拟清热解毒汤治疗,对比两组 EB 病毒感染儿童各种症状恢复时间和临床疗效。**结果** 治疗组症状恢复时间均优于对照组(均 $P < 0.05$)。治疗组的总有效率 95.83% 高于对照组的 79.17% ($P < 0.05$)。阿昔洛韦组出现 2 例不良反应,患儿表现为头晕、恶心、皮肤瘙痒,而自拟清热解毒汤治疗组则无明显不良反应出现。**结论** 阿昔洛韦和自拟清热解毒汤均能有效治疗儿童 EB 病毒感染,且自拟清热解毒汤治疗康复快,安全有效。

【关键词】 儿童 EB 病毒 临床观察

Epstein-Barr(EB)病毒为嗜淋巴细胞病毒,其主要侵犯 B 淋巴细胞。近年来儿童 EB 病毒感染多发,其临床症状具有多样性和复杂性的特点,在急性期可表现为 IM 或传染性单核细胞增多综合征,严重者则会引发 EB 病毒相关性 EBV-HLH,此病毒在远期还可能与霍奇金病产生联系,所以对儿童的 EB 病毒感染治疗应加强重视^[1]。近日关于阿昔洛韦不良反应报道日渐增多,大多是阿昔洛韦的肾损害作用,尤其大剂量应用时,可能会引起急性肾功能衰竭。为了探索一种绿色、无不良反应疗法,笔者采用自拟清热解毒汤来治疗小儿 EB 病毒感染取得较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)诊断标准:患儿出现 EB 病毒感染 3 大典型症状^[2],不同程度发热;淋巴肿大;咽峡炎。患儿酶联免疫检测中抗 EBV-VCA-IgM 均为阳性。部分感染儿童可见皮肤改变、消化系统反应等症状。2)纳入标准:符合诊断标准;家长签署知情同意书;患儿无合并其他系统疾病。3)排除标准:合并有心、肝、脑、肺、肾等其他系统疾病者;对药物过敏者。4)脱落标准:因病情发生变化而改变治疗方案或者转院治疗者;不能配合研究者。

1.2 临床资料 选择 2014 年 2 月至 2014 年 10 月石

家庄市第一医院儿科病房收治 48 例确诊为 EB 病毒感染患儿,男性 31 例,女性 17 例;年龄 8 个月至 14 岁,3 岁以上 36 例;本地患儿 10 例,外地患儿 8 例;大部分无明确传染性接触史。随机数字法分为治疗组和对照组各 24 例。两组性别、年龄、体质量指数及合并心脑血管疾病比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组口服阿昔洛韦,每次 200 mg/kg,每日 4 次,连续服用 7~14 d。治疗组给予自拟清热解毒汤:裸花紫珠 10 g,金银花 15 g,连翘 6 g,桔梗 10 g,胖大海 6 g,桂枝 6 g,柴胡 6 g,甘草 6 g。每日 1 剂,水煎取 150 mL,分早中晚 3 次口服。连续服用 7~14 d。

1.4 观察指标 两组患儿在治疗前和治疗后均查血常规、外周血白细胞涂片找异型淋巴细胞及血小板计数,检查肝肾功能电解质、以及进行血液培养、做心肌酶谱、腹部 B 超。每天按时记录患儿精神状况、呼吸、体温、咽部的表现、检查淋巴结情况 & 触诊肝脾回缩情况。对两组药物不良反应进行观察和记录。

1.5 疗效标准 显效:用药 1 d 开始出现体温下降,72 h 内体温逐步恢复正常,肝脾回缩到正常范围,淋巴结触诊正常,患儿精神、呼吸、体温等情况均有好转。有效:用药后 72 h 内开始出现体温下降,用药后 5 d 内体温逐步恢复正常,肝脾触诊和淋巴结情况均有缩小,患儿

精神、呼吸、体温等情况好转。无效:用药5d后,患儿体温仍然高于正常值,触诊肝脾脏和淋巴结,均无好转。

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

2 结果

2.1 两组EB病毒感染患儿症状恢复时间比较 见表1。结果示,治疗组症状恢复时间均优于对照组($P<0.05$)。

表1 两组EB病毒感染患儿症状恢复时间比较($d, \bar{x}\pm s$)

组别	n	体温消退时间	咽峡炎恢复时间	淋巴结肿大恢复时间	住院时间	白细胞总数恢复时间	异性淋巴细胞<10%时间
治疗组	24	4.2±1.3 [△]	5.3±2.6 [△]	5.2±1.4 [△]	9.8±2.6 [△]	12.9±6.1 [△]	12.7±6.1 [△]
对照组	24	7.1±1.6	9.8±1.5	9.5±1.9	12.4±3.4	17.1±7.2	17.4±8.1

与对照组比较, [△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组EB病毒感染患儿疗效比较 见表2。结果示,治疗组的总有效率高于对照组($P<0.05$)。

表2 两组EB病毒感染患儿疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	24	13	10	1	23(95.83) [△]
对照组	24	8	11	5	19(79.17)

2.3 不良反应 经过治疗,阿昔洛韦组出现2例不良反应,患儿表现为头晕、恶心、皮肤瘙痒,而自拟清热解毒汤治疗组则无明显不良反应出现。

3 讨论

近年来,EB病毒感染率逐年增加。儿童EB病毒感染临床诊断金标准为:发热、咽峡炎、淋巴结肿大三联征。此外,外周血细胞、异型淋巴细胞等都会出现显著增加,嗜异性凝集素和儿童EB病毒抗体也会在血常规检查中发现^[3-4]。EB病毒多发于儿童,且临床表现多样,所以EB病毒感染早期容易发生误诊现象^[5]。

阿昔洛韦可以直接吸收,可分布到全身各个组织,包括皮肤和脑组织。阿昔洛韦可以对疱疹病毒编码的胸腺嘧啶脱氧核苷激酶有选择性抑制作用,经过磷酸化作用从而形成单磷酸的阿昔洛韦,而经过细胞酶作用,又形成了双磷酸和三磷酸阿昔洛韦,三磷酸阿昔洛韦可以强力干扰病毒聚合酶以及由于聚合酶导致的与

增长链的有机结合,中断其结合,从而对病毒进行抑制。阿昔洛韦具有肝肾毒性,其可出现性粒细胞减少、胃肠道反应、头痛等不良反应。

自拟清热解毒汤中裸花紫珠清热解毒,收敛止血;金银花宣散风热,善清解血毒;连翘清热解毒,散结消肿;桔梗开宣肺气,祛痰排脓;胖大海清热润肺,利咽解毒;桂枝温经通脉,助阳化气,散寒止痛;柴胡透表泄热;甘草调和诸药。诸药合用具有清热解毒,祛痰利咽之功效。研究^[6-9]显示裸花紫珠无论是高剂量组、中剂量组还是低剂量组,均可以显著地抑制二甲苯致豚鼠耳廓的肿胀;抑制小鼠毛细血管通透性;裸花紫珠低、中、高剂量组对发炎大鼠抑制肿胀作用。此外,研究显示,裸花紫珠还具有广谱抗菌作用,对葡萄球菌等多种细菌有显著的抑菌作用^[10]。本研究结果示,采用自拟清热解毒汤治疗儿童EB病毒感染具有较好疗效,可以较快改善临床症状,促进患儿康复,且无明显不良反应。

综上所述,采用自拟清热解毒汤治疗儿童EB病毒感染起效快,安全有效,且无不良反应,显著优于阿昔洛韦对照组,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 苗莉. 儿童EB病毒感染96例临床特征及治疗分析[J]. 中国临床研究, 2011, 24(2): 121-122.
- [2] 谢正德. 儿童EB病毒传染性单核细胞增多症临床特征及诊断标准[J]. 实用儿科临床杂志, 2007, 22(22): 1759-1760.
- [3] 王索青, 刘素萍. 小儿传染性单核细胞增多症16例[J]. 临床误诊误治, 2007, 20(12): 12.
- [4] 付领然. 传染性单核细胞增多症2例误诊分析[J]. 临床误诊误治, 2007, 20(3): 20.
- [5] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 823.
- [6] 梁纪军, 徐凯, 李留法, 等. 裸花紫珠总黄酮的抗炎、止血作用研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(26): 3161-3162.
- [7] 符健, 邝少轶, 王世雄. 裸花紫珠片的抗菌消炎和止血作用研究[J]. 海南大学学报: 自然科学版, 2002, 20(2): 154-157.
- [8] 陈颖, 杨国才. 裸花紫珠对大鼠血液流变学的影响[J]. 中国药物与临床, 2007, 7(4): 293-294.
- [9] 陈颖, 杨国才. 裸花紫珠抗炎作用及增强免疫功能的实验研究[J]. 广东微量元素科学, 2006, 13(8): 39-41.
- [10] 颜冬兰, 刘珊珊, 宁云山. 紫珠属植物化学、药理及临床应用进展[J]. 中成药, 2008, 30(9): 1361-1363.

(收稿日期 2015-04-09)

自制清胰汤联合西药治疗急性重症胰腺炎的临床观察

王曦宇

(大连大学附属新华医院, 辽宁 大连 116000)

中图分类号: R576 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1295-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.068

【摘要】目的 分析自制清胰汤联合西药治疗急性重症胰腺炎的临床疗效。方法 病例来源于2012年1月至2013年6月我院收治的急性重症胰腺炎患者,共60例,随机分为治疗组和对照组各30例。对照组按急性重症胰腺炎标准治疗,治疗组在对照组基础上自制清胰汤,每日2次,共10 d。比较两组治疗后的临床疗效;治疗前后的血淀粉酶、脂肪酶、CRP、三酰甘油含量;两组治疗后的改良 Marshall 评分;两组患者的肠功能恢复情况;记录两组出现呼吸、循环、肾功能衰竭例数;比较两组治疗后的胰腺影像学改变。结果 治疗组的总有效率为90.00%,对照组为66.67%,差异显著($P < 0.05$)。与治疗前比较,治疗后两组的患者血清脂肪酶、淀粉酶、甘油三酯均明显改善;与对照组治疗后比较,治疗组改善更为明显($P > 0.05$)。与对照组治疗后比较,治疗组的改良 Marshall 评分下降明显($P < 0.05$)。治疗组治疗后的腹痛、腹胀改善情况明显优于对照组($P < 0.05$);对照组中出现呼吸、循环及肾功能损伤例数明显高于对照组($P < 0.05$)。与对照组治疗后比较,10 d后治疗组的CTSI评分明显低于对照组($P < 0.05$)。结论 自制清胰汤联合西药对急性重症胰腺炎有确切疗效。

【关键词】 自制清胰汤 急性重症胰腺炎

急性胰腺炎是临床常见急腹症之一,胆道结石、高脂血症、肥胖等是常见发病原因。本病病情进展快,若不及时干预可出现器官功能损害,甚至危及生命^[1-3]。尽管胰腺炎的药物治疗多种,但是缺乏特异性治疗,本研究结合临床辨证采用中药治疗急性胰腺炎,为中医药治疗胰腺炎提供依据。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 急性重症胰腺炎按《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》诊断标准^[1],包括如下之一即可诊断:合并胰腺坏死、脓肿,胰腺假性囊肿,合并器官衰竭;疾病危重症评分(APACHE II) > 8分;Ranson 评分 > 3分;CT 分级 D 或 E 级。排除标准:胆源性胰腺炎;病情进展快,发病 48 h 内迅速进入多器官功能衰竭状态者;严重凝血功能障碍者;严重肝肾功能不全者;胰腺恶性肿瘤者;年龄 ≥ 65 岁或者 ≤ 18 岁者。

1.2 临床资料 病例来源于2012年1月至2013年6月大连大学附属新华医院收治的急性重症胰腺炎患者60例,均在本院首诊住院治疗。所有患者随机分为治疗组和对照组各30例。对照组中男性19例,女性11例;年龄(42.7±13.7)岁;发病至就诊时间(18.8±7.4)h;APACHE II 评分(17.5±4.6)分;原发病包括高脂血症14例,酒精性8例,特发性4例,其他4例;治疗组中男性20例,女性10例;起病至就诊时间(19.1±8.0)h;年龄(43.2±13.8)岁;APACHE II 评分(18.1±4.7)分;原发病包括高脂血症12例,酒精性8例,特发性6例,其他4例。两组患者在年龄、性别、原发病构成、就诊时间

及病情严重程度评估等方面无显著性差异($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组按急性重症胰腺炎标准治疗^[1],均给予禁食、胃肠减压处理,其他包括抑酸、抑制胰酶分泌、补液、肠外营养、纠正水、电解质紊乱。所有患者均留置尿管、深静脉管、鼻肠管,通过 X 片确定鼻肠管位置。治疗组在对照组治疗基础上,给予自制清胰汤,组成:大黄 15 g,枳实 10 g,木香 10 g,厚朴 15 g,桃仁 10 g,赤芍 15 g,丹参 10 g,黄芩 15 g,黄连 15 g,柴胡 15 g,陈皮 10 g,法半夏 10 g,茯苓 15 g,甘草 10 g,由本院中药房统一煎制。上方加水 600 mL 煎煮 2 次,合并再制成 200 mL,分装 2 袋,日 1 剂,早晚各 1 袋,鼻肠管注入,共 10 d。

1.4 观察方法 比较治疗前后的血淀粉酶、脂肪酶含量、血清 C 反应蛋白(CRP)含量、三酰甘油含量;比较治疗后的改良 Marshall 评分^[4]。记录两组患者的肠功能恢复时间(腹胀、腹痛、肠鸣音及排便情况);记录两组患者出现呼吸、循环、肾功能衰竭例数;比较治疗后的胰腺情况,计算改良 CT 严重指数(CTSI)评分^[5]。

1.5 疗效标准 按文献[6]执行:3 d 内腹痛消失,淀粉酶正常为显效;5 d 内腹痛消失,淀粉酶至正常范围为有效;5 d 后腹痛未消失或者加重,淀粉酶超出正常为无效。

1.6 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件分析。其中计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间采用 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组急性重症胰腺炎患者临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率为90.0%,对照组为66.67%,两组差异明显($P < 0.05$)。

表1 两组急性重症胰腺炎患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	30	22	5	3	27(90.00) [△]
对照组	30	12	8	10	20(66.67)

与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组急性重症胰腺炎患者治疗前后血清学指标及改良 Marshall 评分比较 见表2。两组患者治疗前的血清脂肪酶、淀粉酶、三酰甘油、CRP 比较无差异($P > 0.05$),治疗后上述指标均明显改善,与对照组治疗后比较,治疗组改善更为明显($P > 0.05$)。与对照组治疗后比较,治疗组治疗后的改良 Marshall 评分下降明显($P < 0.05$)。

表2 两组急性重症胰腺炎患者血清学指标及改良 Marshall 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	脂肪酶(U/L)	淀粉酶(U/L)	CRP(mg/L)	三酰甘油(mg/dL)	改良 Marshall 评分
治疗组	治疗前	2012.56±534.18	387.89±98.19	217.41±38.12	7.64±3.11	
($n=30$)	治疗后	83.14±23.73 [△]	43.54±12.67 [△]	21.69±11.62 [△]	2.36±0.94 [△]	0.03±0.01 [△]
对照组	治疗前	2123.71±598.80	391.82±101.09	229.78±41.81	7.59±2.98	
($n=30$)	治疗后	430.82±75.35 [*]	125.42±47.28 [*]	79.54±14.42 [*]	4.51±1.05 [*]	5.21±1.19

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 两组急性重症胰腺炎患者治疗后各器官功能状态比较 见表3。治疗组治疗后的腹痛、腹胀改善情况明显优于对照组($P < 0.05$);对照组中5例因呼吸衰竭给予无创或有创机械辅助通气,6例出现循环衰竭,需要血管活性药物支持,5例出现少尿或无尿;治疗组在治疗过程中未发生呼吸、循环及肾功能衰竭状态,两组患者在呼吸、循环、肾及肠功能方面比较,差异显著($P < 0.05$)。

表3 两组急性重症胰腺炎患者相关指标比较

组别	n	腹痛消失时间(d, $\bar{x} \pm s$)	腹胀消失时间(d, $\bar{x} \pm s$)	肠鸣音恢复时间(d, $\bar{x} \pm s$)	自主排便时间(d, $\bar{x} \pm s$)	呼吸衰竭(n)	循环衰竭(n)	肾功能衰竭(n)
治疗组	30	2.59±1.31 [△]	3.91±1.73 [△]	3.84±1.43 [△]	5.11±2.42 [△]	0	0	0
对照组	30	6.41±2.13	8.22±3.34	9.11±3.72	9.22±3.12	6	5	5

2.4 两组急性重症胰腺炎患者治疗后胰腺情况比较 治疗10d后复查腹部增强CT了解胰腺情况,对胰腺进行CTSI评分。对照组中MCTSI ≥ 4 分者12例,治疗组为2例,与对照组治疗后比较,治疗组MCTSI明显低于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

急性胰腺炎是由多种原因引起的胰酶激活、胰腺自身消化的一种急腹症,起病后胰腺局部或者全身发生炎症反应,伴或者不伴有其他器官功能改变。腹痛腹胀是其常见的临床表现,主要位于上腹部,可能向肩背部放射。大多急性起病,可伴有恶心呕吐等胃肠道症状^[7]。到目前为止,除了存在胆管扩张、胆管炎、黄疸的胆源性胰腺炎主张通过鼻胆管引流、内镜引流甚至外科干预方案外,其他因素包括高甘油三酯性、酒精性等其他原因导致的胰腺炎治疗仍以内科治疗为主,尽管胰腺炎为自限性疾病,但是也有部分患者病情凶险、进展快,迅速出现一个或者多个器官功能衰竭,据统计,各种原因的死亡率可达5%~10%^[4]。到目前为止,西医治疗主要包括禁食、补液、纠正电解质紊乱、调整内环境、器官支持等。急性胰腺炎时大量炎症介质释放导致肠功能障碍,因为肠道是机体最大的细菌贮存库和内毒素库,肠功能障碍后可发生内毒素移位,对器官造成二次炎症打击,加重病情发展。可见肠黏膜屏障在急性重症胰腺炎的发展及转归上具有举足轻重的作用。到目前为止,西医在肠黏膜屏障方面的治疗仅停留在实验阶段,发挥中医药在肠功能保护方面的作用显得十分关键。

中医学无胰腺炎病名,但根据其症状可归为“腹痛”范畴,多为饮食、情志、劳累过度等导致气、湿、热蕴结中焦,腹气不通、气机不畅,“六腑以通为用,以降为和”,因此,治疗上采用清热利湿、调畅气机、通里攻下方法。结合该病因病机特点,本院自制清胰汤治疗急性重症胰腺炎,该方是由大柴胡汤、承气汤加减而成的,其中大黄泻热通便、荡涤积滞,木香、陈皮、厚朴、茯苓、法半夏行气兼化湿,桃仁、赤芍、丹参活血化瘀,黄芩、黄连清热利湿,柴胡清热,甘草调和诸药。现代药理学研究表明,大黄促进肠功能的有效成分为集合蒽醌^[8-9],动物实验表明,大承气汤加减能下调大鼠血清IL-6、IL-18等炎症介质水平,对重症急性胰腺炎有较好的疗效^[10-11]。本观察结果显示,治疗组的疗效优于对照组。比较治疗前后的脂肪酶、淀粉酶、三酰甘油含量,尽管两组治疗后均有下降,但治疗组下降程度明显优于对照组。另外,笔者对治疗后患者呼吸、循环及肾脏情况,通过改良 Marshall 评分结果分析发现,治疗组的改良 Marshall 评分明显低于对照组。另外,改良 CT 严重指数评分是根据 CT 上的胰腺炎症反应、坏死、及胰腺外并发症评估胰腺损伤严重程度的,治疗后治疗组的评分明显低于对照组。通过比较治疗后的腹胀、腹痛、肠鸣音及排便情况,发现治疗组的肠功能改善情况明显提前对照组。以上结果提示,自拟清胰汤干预后患者在临床症状、血清学指标、CT 表现及各器官功能方

面均优于对照组,提示自制清胰汤对急性重症胰腺炎疗效确切,其作用机制还有待于进一步研究。

参 考 文 献

- [1] 欧阳艳君,张艳梅,晏党.丹参川芎嗪注射液联合西药治疗急性胰腺炎疗效观察[J].中国中医急症,2012,2(4):644.
- [2] 张杰伟,曾仕平,庄桂凤,等.复方丹参联合清胰汤、生长激素治疗急性胰腺炎的疗效观察[J].重庆医学,2012,41(17):1751.
- [3] 李维勤.重症急性胰腺炎手术治疗的共识与争论[J].肝胆外科杂志,2008,16(4):241-243.
- [4] 中华医学会消化病分会胰腺疾病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J].中华消化杂志,2004,24(3):190.
- [5] 何文华,刘丕,朱勇,等.应用Epi Info7软件建立具有自动评分和自动诊断功能的急性胰腺炎数据库[J].中华胰腺病杂志,2013,13(5):289-293.

- [6] 李佐法.奥曲肽治疗重症胰腺炎疗效观察[J].中国基层医药,2011,18(8):1057-1058.
- [7] 陈灏珠,钟南山,陆再英.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:439-445.
- [8] 武新安.大黄泻下的大肠靶向给药之我见[J].中国中药杂志,2002,27(1):72-74.
- [9] 张喜平,李宗芳.大黄治疗急性胰腺炎研究概况[J].中国中西医结合外科杂志,2003,9(4):332-334.
- [10] 王先坤,李培武,晏波,等.加味大承气汤辅助治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J].中国中医急症,2014,23(1):119-120.
- [11] 陈腾,奉典旭,李秋营,等.大承气汤治疗急性胰腺炎机制的研究进展[J].中国中西医结合急救杂志,2009,16(4):254-256.

(收稿日期 2015-01-20)

应用滞针动法治疗外展神经眼肌麻痹临床观察

王 研¹ 陈春艳^{2△} 高维滨¹ 孙 河¹

(1.黑龙江中医药大学,黑龙江 哈尔滨 150040;2.黑龙江省哈尔滨市松浦社区卫生服务中心,黑龙江 哈尔滨 150028)

中图分类号:R246 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1297-02
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.069

【摘要】目的 探讨针刺治疗外展神经眼肌麻痹患者的疗效作用。**方法** 应用针刺眼外直肌治疗黑龙江中医药大学附属第一医院60例外展神经眼肌麻痹患者。随机分为观察组和对照组各30例,治疗1个疗程比较疗效。**结果** 观察组临床治疗有效率高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 运用滞针动法针刺外直肌治疗眼外展神经眼肌麻痹患者拥有更佳临床疗效。

【关键词】 眼外直肌 外展神经麻痹 针刺

外展神经眼肌麻痹是临床常见病、多发病,严重影响患者的身心健康。临床中针刺不能直接作用于眼球,但针刺眼周,效果不理想。笔者应用滞针动法对60例外展神经眼肌麻痹患者进行治疗。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择黑龙江中医药大学附属第一医院2013年10月至2015年2月脑血管疾病急性期后恢复期60例外展神经眼肌麻痹患者。均符合中西医诊断标准^[1-3]。辨证分属风邪中经络、风痰阻络、脉络瘀阻^[1]。各证型20例患者。同时排除受试患者外直肌麻痹但做过眼科手术或有先天性斜视;有外伤、耳鼻喉科疾病、糖尿病、重症肌无力、甲状腺疾病等导致眼部外展神经麻痹;受试患者病程大于3个月,合并危重疾病或者意识不清者,合并严重的感染者;妊娠或哺乳期女性。60例患者中男性32例,女性28例;病程7~90 d,

平均23.39 d;年龄40~78岁,平均59岁。通过PEMS 3.1软件随机分为两组,得到随机数字,填写分配卡片,放入信封密封。受试患者按入院时间前后拆开信封,按内部卡片设定编号分组治疗,即对照组和观察组,每组30例。两组患者性别、年龄、病程等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 1)观察组选用安迪牌0.20 mm×40 mm针灸针。用滞针动法针刺患侧眼外直肌附着点向目外眦方向平刺,以患者眼球被迫向目外眦方向转动,患侧瞳孔被推向目外眦最大角度为度,动作轻灵柔和,不可用力过度。在针刺同时,嘱咐受试患者用力向外眦方向看。针刺推动眼球10次。不留针。风邪中经络加风池、行间、侠溪、肝俞;风痰阻络加丰隆、中脘、解溪;脉络瘀阻加足三里、气海、百会,应用毫针直刺^[4]。得气后,留针30 min。每日1次,6 d为1个疗程。2)对照组常规针刺选穴:主穴为球后、睛明、印堂、上星、太阳、四白、阳白、太冲、三阴交。辨证论治相应针法同观察组。应用

△通信作者(电子邮箱:1195691104@qq.com)

毫针直刺。得气后,留针 30 min,近眼部睛穴禁止提插。每日 1 次,针刺 6 d 为 1 疗程。

1.3 疗效标准^[2] 治愈:受试患者眼球向眼外眦运动功能正常,眼球活动灵活自如,斜、复视消失;好转:受试患者眼球向眼外眦运动功能方面斜度减轻,斜、复视都有一定的程度改善;未愈:治疗受试患者前后眼球斜视、运动、复视、无变化。

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

2 结果

2.1 两组外展神经眼肌麻痹患者临床疗效比较 见表 1。治疗组总有效率明显优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组外展神经眼肌麻痹患者临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效(%)
治疗组	30	16	9	5	25(83.33) [△]
对照组	30	2	15	13	17(56.67)

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.2 两组外展神经眼肌麻痹患者治疗前后患侧眼球移动距离及复视角度比较 见表 2。两组治疗后与本组治疗前比较,差异明显($P<0.05$),且治疗组改善更明显($P<0.05$)。

表 2 两组外展神经眼肌麻痹患者治疗前后患侧眼球移动距离及复视角度比较($^{\circ}$, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	患侧眼球移动距离	患侧眼球复视角度
治疗组 (n=30)	治疗前	8.76 \pm 1.14	90.14 \pm 43.05
	治疗后	18.23 \pm 1.04 [△]	28.14 \pm 14.25 [△]
对照组 (n=30)	治疗前	8.83 \pm 1.14	90.15 \pm 44.05
	治疗后	16.23 \pm 1.04 [*]	43.18 \pm 15.25 [*]

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

3 讨论

本病发病多认为素体正气不足。因风邪乘虚而入,或肝开窍于目,肝肾亏虚,肝风内动,使目筋弛缓;风痰阻络,络脉空虚,阴虚生风目珠维系失调,目系不利而致;脑出血、肿瘤外伤使得脉络受损^[1]。西医认为外展神经在颅底行程较其他眼肌行程最长,部位易受损^[5],外展神经沿枕骨斜向上行走,过小脑前动脉、硬脑膜,此部位的病变均可影响外展神经^[6]。病变多由于血管壁增厚及管腔狭窄、血栓形成或栓塞使外展神经营养不良或节段性脱髓鞘所致^[7]。

临床针刺治疗中多取穴遵循“经穴所在,主治所及”的原则局部取穴加之远端取穴经。配以循经和辨证取穴。远端取穴旨在疏经通络,使气至病所,对人体进行全面调理,使人体奋起抗邪,从而增强疗效。中药治疗、常规针刺留针也要经历相当长的一段时间。本实验通过患侧眼外直肌附着点向目外眦方向平刺,使得眼球被迫向目外眦方向转动,患侧瞳孔被推向目外眦附近,帮助眼肌、神经复位。针刺的同时嘱咐受试患者用力向目外眦方向看,相当于康复治疗中的被动加主动的肌肉运动,也是现代康复医学理论在眼科中的应用。本方法使萎缩的外展肌腱拉长,促进外展眼肌收缩舒张能力增强,快速建立眼肌后侧支循环,加速神经肌肉营养、修复因子的释放等,达到影响肌肉与神经之间的相互作用,促进患侧眼外肌及其支配神经的修复。加之辨证论治相应针法共同施治,可达到立竿见影的临床治疗效果。另外,眼外直肌附着点是眼外直肌的起点部分有丰富的筋腱,即坚硬结缔组织^[8-10],完全可以承受针刺的压力。本方案说明用滞针动法治疗外展神经眼肌麻痹是一种新兴治疗手段,为临床减少手术治疗提供新思维。

(王研和陈春艳并列为第一作者)

参 考 文 献

- [1] 曾庆华. 中医眼科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007: 214-215.
- [2] 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: 114-115.
- [3] 贾建平. 神经病学[M]. 6版. 北京:人民卫生出版社,2008: 36.
- [4] 邱茂良. 针灸学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1985: 22-145.
- [5] 梁剑虹. 单侧外展神经麻痹病因分析[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志,2007, 15(1): 36.
- [6] Walsh TJ. Neuro-ophthalmology. Clinical signs and symptoms[M]. 4th ed. Williams & Wilkins, 1997: 159-160.
- [7] WHO Technical Report Series No.844 Prevention of diabetes mellitus report of a WHO study group[J]. Geneva: World Health Organization, 1994.
- [8] 白海青,王峥华,李树宁. 维生素 B12 及其衍生物甲钴胺对低血糖导致的视网膜神经元损伤的保护作用[J]. 眼科新进展,2003, 23(3): 239-241.
- [9] 李惠玲. 老年人眼外肌麻痹的原因分析[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志,2006, 14(2): 16.
- [10] Nazif AM, Levine MD. Low level image-5 segmentation: An expert system[J]. 104EE Trans PAMI, 1984, 6: 555-561.

(收稿日期 2015-03-15)

康复护理结合穴位注射对急性小儿脑出血的临床效果评价

王洋 魏英梅 宋艳

(山东省青岛市胶州中心医院, 山东 青岛 266399)

中图分类号: R743.34 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1299-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.070

【摘要】目的 观察康复护理配合穴位注射治疗急性脑出血患儿的临床疗效。**方法** 将50例患儿按照随机数字表法分为两组, 每组25例。对照组给予西医常规治疗, 实验组在对照组治疗基础上根据患者病情不同, 制定相应的康复治疗方案和护理措施, 并配合穴位注射进行康复治疗。比较两组患儿治疗后的临床效果和在治疗情况, 神经损伤恢复状况以及穴位注射的效果评价。**结果** 实验组整体治疗率达到了92.00%, 高于对照组的68.00% ($P < 0.05$)。两组粗大运动评分(GMFM)和日常生活活动能力评分(ADL)均较治疗前升高, 实验组升高幅度大于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后神经功能缺损程度评分均较治疗前明显降低, 实验组降低幅度大于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 康复护理结合穴位注射对小儿脑出血疗效显著, 有效地提高了患儿的康复率。

【关键词】 康复护理 穴位注射 小儿脑出血

脑出血发病急而迅速, 容易恶化。小儿脑出血疾病常伴有神经损伤, 极易导致小儿脑性瘫痪, 如果治疗和护理不得当不及时, 将会危及生命^[1]。目前本病治疗和恢复是一大难点。针对单纯用西药效果有限的现状, 采用康复护理和穴位注射等中医治疗方法是一种新思路、新方向^[2]。该类疾病, 康复护理穴位注射显得尤为重要^[3]。笔者就康复护理结合穴位注射治疗小儿急性出血性脑血管疾病的临床疗效进行了观察。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 从2014年1月至2014年12月在本院接受诊治的急性脑出血疾病患儿中随机选取50例作为研究对象。纳入标准: 符合诊断标准^[4], 能够配合和坚持完成疗程者; 年龄1~12岁; 患者监护人签署知情同意书; 对本次试验使用的药物无过敏史。所有患儿均经过本院CT和MRI检测确认, 排除患有其他疾病的可能。采用随机数字表法分为实验组和对照组, 各25例。实验组年龄1~10岁, 平均年(5.60±2.80)岁; 痉挛型16例, 手足徐动型5例, 共济失调型3例, 混合型1例; 脑出血大于50 mL者6例。对照组患儿年龄在2~11岁, 平均(6.20±3.30)岁; 痉挛型17例, 手足徐动型7例, 共济失调型1例, 混合型0例; 脑出血大于50 mL者5例。两组临床资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组给予常规基本治疗, 实验组在基本治疗的基础上, 配合相应的康复护理治疗和穴位注射。**1) 常规基本治疗。** 使用甘露醇降低患儿的颅内压, 合理控制血压, 并进行促凝止血治疗, 注重营养补充, 维持电解质平衡, 预防感染。**2) 穴位注射。** 根据患

儿的病情程度和身体状况的不同选择相应的穴位进行注射。头部穴分别为运动区、平衡区和风池。四肢穴包括曲池和足三里等。所有穴位均可交替使用, 一般一次选择2个穴位, 双侧。皮肤行常规的消毒, 脑活素注射液用2 mL 无菌空针进行抽取, 接着更换半皮试针头4号, 快速刺进肌层, 如回抽无血, 则可注入药物。每个穴位注入0.5 mL, 将针拔出后用棉球将针孔压住预防渗出药液和出血。穴位注射每天1次, 每周5次, 共计20次为1个疗程, 3个疗程后对其进行效果评价^[5]。**3) 康复护理。** 由本院具有高资历专业的康复医生针对患儿不同程度的病情及类型, 根据患儿运动发育规律制定相应的康复护理方法。由专业的训练师对患儿进行详细康复治疗。康复计划的内容有常规的站姿、躺卧姿、扭头、翻身、爬行、站立和行走等护理训练方法。在常规训练同时配有相应感知训练、语言学习、智力培养等。康复的治疗方案根据公认的Vojta和Bobath疗法为主要基础实施。康复计划为每日1次, 每次30 min, 每周4次, 1个疗程共16次, 需要治疗3个疗程^[3]。鼓励患儿及其家属完成每日相应的康复护理任务。

1.3 观察指标 本次实验采用GMFM量表及中国康复研究中心制定的脑瘫患儿日常生活活动能力(ADL)评定表进行治疗前后的粗大运动功能评估和日常生活活动能力评估^[2]。

1.4 评价指标 患儿治疗后的临床效果主要依据1955年全国第4届脑血管病学术会议制定的评分标准^[4]。显效: 患儿神经功能缺损评分下降60%以上, 临床症状显著改善或消失, 患儿生活恢复正常。有效: 患儿神经功能损伤评分下降30%~60%, 临床症状一定程度上得到改善, 患儿生活质量有所提高。无效: 患儿神

肢损伤评分下降30%以下或者有所增高,临床症状未得到改善或者患儿生活质量未得到改善。总有效率=(显效+有效)/总人数×100%^[4]。

1.5 统计学处理 采用SPSS15.0统计软件分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采取*t*检验。*P*<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组脑出血患儿治疗后临床效果比较 见表1。实验组的总有效率高于对照组(*P*<0.05)。

表1 两组脑出血患儿疗效比较(*n*)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效(%)
实验组	25	11	12	2	23(92.00) [△]
对照组	25	6	11	8	17(68.00)

与对照组比较, [△]*P*<0.05。

2.2 两组脑出血患儿治疗前后GMFM和ADL评分比较 见表2。治疗后,两组GMFM评分及ADL评分均较治疗前有很大的提高,组间差异有统计学意义(*P*<0.05)。

表2 两组脑出血患儿治疗前后GMFM和ADL评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	GMFM	ADL
实验组 (<i>n</i> =25)	治疗前	30.45±8.16	27.43±6.38
	治疗后	60.31±11.07 ^{*△}	49.47±5.02 ^{*△}
对照组 (<i>n</i> =25)	治疗前	30.24±7.89	28.34±6.27
	治疗后	50.22±10.13 [*]	40.36±4.76 [*]

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 两组脑出血患儿治疗前后神经功能缺损程度评分比较 实验组治疗前后神经功能评分分别为(43.2±9.8)、(12.30±4.20)分;对照组前后神经功能缺损程度评分分别为(43.90±8.80)、(25.70±3.10)分。两组治疗后神经功能缺损程度评分均较治疗前明显降低 (*P*<0.05),实验组降低幅度大于对照组(*P*<0.05)。

3 讨论

小儿脑出血是目前临床上急症类型疾病之一,发病急而迅速,容易恶化。特别严重的颅内出血常会遗留严重的并发症,如脑积水、运动障碍、双下肢痉挛、视觉损害、认知障碍等^[6-7]。大量临床研究结果显示小儿脑出血性疾病是由于先天性脑血管畸形,血压波动过大引起的^[5,8]。常规的治疗方法效果不太明显,资源耗费大,容易造成浪费^[9]。康复护理结合穴位注射疗法为小儿脑出血患者康复带来了极大的希望和可能^[10]。小儿脑出血患者极易导致小儿脑性瘫痪,针对这一情况,现代康复医疗显得尤为重要^[11-13]。康复护理学是康复医学的重要组成部分。康复护理的主要对象是伤残病患

者。康复护理的目的是为患者功能恢复和重建,提高生存质量,回归社会创造条件^[12-13]。笔者在以前实验治疗的基础上,又根据患儿不同程度的病情及类型,为其制定相应的个体化治疗和护理方案及其措施,配有相应的训练师,对患儿进行详细康复治疗,积极完成康复训练计划^[14-15]。经过3个疗程的治疗和精心的康复护理医疗,研究结果表明康复护理结合穴位注射对小儿脑出血有着较好较明显的治疗效果,有效的提高了患儿的康复率^[16]。

综上所述,随着科技的发展和人们需要,穴位注射作为中医在临床中将会获得更多的用途,康复护理对临床具有其独特的意义和价值。

参 考 文 献

- [1] 唐英. 发挥中医优势,加强小儿康复中的艾灸治疗作用[J]. 中国医药指南, 2013, 11(10): 296.
- [2] 陈鸿, 隋萍萍, 柏立萍, 等. 护理管理在小儿康复病房中的作用分析[J]. 价值工程, 2012, 31(36): 285-287.
- [3] 邓翠兰. 围产期脑损伤小儿康复治疗效果及相关影响因素分析[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(30): 69-70.
- [4] 全国第4届脑血管病学术会议. 脑卒中患者神经功能缺损评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-382.
- [5] 李俊才. 穴位药物注射治疗小儿痉挛型脑瘫临床应用[J]. 中国现代医生, 2011, 46(3): 85-86.
- [6] 李昕. 护理管理在小儿康复病房中的作用分析[J]. 中外医疗, 2011, 30(4): 146.
- [7] 张恒引. 导式教育在脑瘫儿童康复中的应用与效果——实施中国残联贫困残疾儿童抢救性康复项目的体会[J]. 中外健康文摘, 2011, 8(16): 19-20.
- [8] 唐秀梅, 钟陶. 应用引导式教育理念护理脑瘫儿童的康复疗效[J]. 中国医药指南, 2013, 11(26): 545-546.
- [9] 范蒙玲, 陈瑛, 弓月娥, 等. 50例脑瘫儿童应用引导式教育康复训练分析[J]. 中国民康医学杂志, 2012, 15(12): 765-766.
- [10] Liesemer K, Bratton SL, Zebrack CM, et al. Early post-traumatic seizures in moderate to severe pediatric traumatic brain injury: rates, risk factors, and clinical features[J]. J Neurotrauma, 2011, 28(3): 755.
- [11] 兰小磊, 薄勇力, 姚维成, 等. 婴儿急性硬膜外血肿的手术治疗[J]. 临床神经外科杂志, 2011, 2(1): 70.
- [12] 曾小明. 醒脑静注射液治疗脑梗死的临床分析[J]. 中国医药指南, 2013, 11(21): 291.
- [13] 蒋燕萍. 醒脑静注射液治疗急性脑出血100例疗效观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(19): 672.
- [14] Isik HS, Gokyar A, Yildiz O, et al. Pediatric head injuries, retrospective analysis of 851 patients: an epidemiological study[J]. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2011, 17(9): 166.
- [15] 银羽. 醒脑静注射液辅助治疗小儿热性惊厥98例疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(12): 70-71.
- [16] 容国安. 中医对小儿脑性瘫痪的认识和治疗特征[J]. 中国临床康复, 2012, 10(3): 146-148.

(收稿日期 2015-02-20)

微波照射肺俞穴与抗感染同步治疗 小儿肺炎的疗效观察

陈会新 孔繁菊 刘淑艳 陈永霞 杨淑芝 杨爱英 张东坡 李文慧
(河北省滦县人民医院,河北 滦县 063700)

中图分类号:R725.6 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)07-1301-02
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.071

【摘要】目的 探讨微波照射肺俞穴与抗感染同步治疗小儿肺炎的疗效及安全性。**方法** 将128例小儿肺炎患儿,按治疗方法不同分成常规抗感染加肺部配合微波照射肺俞穴理疗治疗组68例(治疗组)和常规抗感染治疗组60例(对照组),观察两组疗效、止咳、化痰时间,肺部湿啰音消失时间等临床指标情况。**结果** 治疗组总有效率为97.06%,明显高于对照组的86.67%($P<0.05$);各项临床指标消失时间亦明显优于对照组($P<0.05$)。**结论** 微波照射肺俞穴与抗感染同步治疗小儿肺炎疗效确切。

【关键词】 微波 肺俞穴 同步治疗 小儿肺炎

小儿肺炎是儿科临床最常见感染性疾病之一^[1],也是引起婴幼儿死亡的主要原因,临床主要表现为发热、咳嗽、气促等,患儿肺部可闻及湿啰音,肺部啰音若吸收不良,病情常反复不愈。选择合适抗生素对症治疗,大多数都能够控制病情,但由于耐药菌株的增多及抗生素价格的增高,治疗效果并不十分理想,而且微循环障碍引起的一系列病理改变有时也难以迅速恢复,以致治疗难获得佳效,往往病情迁延。笔者应用微波照射肺俞穴与抗感染同步治疗小儿肺炎,取得相对满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所有病例均符合《诸福棠实用儿科学》^[1](第7版)小儿肺炎的诊断标准和中医证型诊断标准《中医儿科学》肺炎诊断标准^[2]。

1.2 临床资料 研究中选取本院2014年5月至2014年10月因肺炎住院患儿128例。患儿入院后随机分两组。治疗组68例,男性38例,女性30例;年龄6个月至1岁12例,1~3岁36例,>3岁20例,平均(2.03±1.88)岁;风寒闭肺15例,风热闭肺21例,痰热闭肺16例,阴虚肺热7例,肺脾气虚9例。对照组60例,男性35例,女性25例;年龄6个月至1岁10例,1~3岁28例,>3岁22例,平均(2.07±1.59)岁;两组病例主要症状为发热、咳嗽、喉中痰鸣,部分患儿呼吸浅快,轻微鼻煽以及口唇指甲轻度青紫,肺部听诊伴有啰音或哮鸣音,X线胸片见两肺纹理增粗、紊乱、模糊,非特异性小斑片状肺实质浸润阴影,以两肺下野、中内带及心膈区居多;血白细胞升高治疗组46例,对照组40例;MP-DNA升高治疗组9例,对照组5例。两组临床资料差异无统计学意义($P<0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组患儿常规给予抗生素抗感染

治疗,伴发热者予布洛芬或对乙酰氨基酚口服,伴哮喘者给予雾化吸入布地奈德混悬液或特布他林雾化液,喘重者给予入液静滴甲强龙或多索茶碱注射液,均为常规剂量。治疗组在对照组基础上加肺部配合微波照射肺俞穴理疗,微波治疗仪为SW-61A4(深圳ELITE电子设备有限公司)。一般于入院后第2或第3天开始微波治疗,伴发热或哮喘者,待热退喘平后再配合微波治疗。治疗时将照射探头对准肺俞穴,探头与肌肤间以衣服或纱布隔离,功率调整按不同年龄选择不同功率。肺形状探头功率设置6个月至1岁4~5W,1~3岁为6W,大于3岁为6~8W,最高不超过8W,菱形探头功率设置1~3岁为8W,大于3岁为8~10W,最多不超过10W。每个患儿对温度敏感度不同,所以使用功率也有偏差。治疗原则为温热,每日1次,每次15min,3d为1个疗程,治疗1个疗程后观察疗效。如果2个疗程结束后,症状、体征改善不明显,则不再进行下1个疗程,而是采取调整抗生素,选择合适用药,直至痊愈。一般10~14d复查X线全胸片。

1.4 疗效标准 显效(治愈):治疗1个疗程后,咳嗽咯痰症状明显减轻,肺部湿啰音明显减少,继续治疗1个疗程,症状、体征缓解,停微波治疗,余继原方案巩固治疗,基本不咳嗽咯痰,肺部啰音消失,X线复查肺部病灶吸收,血液常规检查血常规恢复正常^[3]。有效(好转):治疗1个疗程后,咳嗽症状有所减轻,肺部湿啰音由密集变稀疏,继续治疗,2个疗程后,症状、体征基本缓解。无效:2个疗程后,症状、体征无改善或恶化者。

1.5 统计学处理 计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,两组间率的比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组小儿肺炎患者临床疗效比较 见表1。治疗

组总有效率97.06%，明显优于对照组的 86.67% ($P < 0.05$)。

表1 两组小儿肺炎患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	68	29	37	2	66(97.06) [△]
对照组	60	10	42	8	52(86.67)

与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组小儿肺炎患者症状、体征缓解时间及疗程比较 见表2。治疗组在止咳、化痰及肺部啰音吸收方面均较对照组时间短($P < 0.05$),住院天数也明显短于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组小儿肺炎患者症状、体征缓解时间及总疗程比较 (d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	呼吸恢复正常时间	咳嗽消失时间	肺部啰音消失时间	住院天数
治疗组	68	4.55±0.98 [△]	6.41±1.35 [△]	8.23±2.06 [△]	5.94±1.65 [△]
对照组	60	5.41±1.67	8.73±2.78	9.28±2.15	9.30±2.96

2.3 两组小儿肺炎患者各中医证型的疗效比较 见表3。治疗组的各种中医证型中风寒闭肺证在止咳、化痰及肺部啰音吸收方面均较其他证型时间短 ($P < 0.05$),住院天数亦明显短于其他证型($P < 0.05$)。风热闭肺证、痰热闭肺证治疗时间相对比较长,而阴虚肺热证和肺脾气虚证恢复时间上处于中等,但都短于对照组($P < 0.05$)。

表3 两组小儿肺炎患者各中医证型症状、体征缓解时间及总疗程比较(d, $\bar{x} \pm s$)

证型	n	呼吸恢复正常时间	咳嗽消失时间	肺部啰音消失时间	住院天数
风寒闭肺证	15	3.41±1.67	4.73±2.78	5.28±2.25	4.30±1.54
风热闭肺证	21	5.35±0.98 ^{*△}	6.41±1.35 ^{*△}	7.23±2.16 [△]	5.94±1.65 [△]
痰热闭肺证	16	5.36±1.37 [△]	7.73±1.78 [△]	8.28±2.05 ^{*△}	6.30±2.96 ^{*△}
阴虚肺热证	7	4.31±1.77 ^{*△}	5.73±2.88 ^{*△}	6.28±1.15 [△]	5.30±1.83 ^{*△}
肺脾气虚证	9	4.21±0.98 ^{*△}	5.53±1.35 ^{*△}	6.23±1.06 [△]	5.44±1.65 ^{*△}
对照组	60	5.41±1.67 [*]	8.73±2.78 [*]	9.28±2.15 [*]	9.30±2.96 [*]

与风寒闭肺证比较, ^{*} $P < 0.05$ 。

3 讨论

目前,临床上小儿肺炎的治疗主要以抗感染及对症处理为主,治疗方式是静脉使用抗生素。合理有效的抗生素治疗能较快杀灭或抑制病菌,控制病情,但由于耐药菌株的增多及抗生素价格的增高,治疗效果并不十分理想,而且微循环障碍引起的一系列病理改变有

时也难以迅速恢复,以致治疗难获得佳效,往往病情迁延。微波是一种高频电磁波,通过它的热效应和非热效应使为组织细胞提供能量,加速新陈代谢^[4]。在常规抗感染治疗的基础上同时结合微波照射肺俞穴治疗(按不同年龄选择不同功率),可不同程度改善心肺功能,消除肺部炎症,减轻肺部水肿和渗出,缩短疗程,提高疗效。

中医里认为肺俞穴是联系肺脏的重要穴位,通过肺俞穴治疗或调节因肺脏功能失常所引起的疾病具有一定作用。临床上用于治疗咳嗽、哮喘、咳血、肺癆及过敏性鼻炎等呼吸系统疾病。俞穴是脏腑经脉之气转输、输注之处。《素问·长刺节论》云“迫脏刺背,背俞也”说明背俞穴可以治疗相应脏腑的病证。

在各种证型中风寒闭肺证的疗效优于其他证型,主要是因为风寒闭肺证为小儿肺炎的初发阶段,邪病尚未传变,未产生变证,在质量的时候,只要辨证准确,用药得当,可将未入里之邪及时清解。而风寒闭肺证的寒性病机,应用微波热疗对证,微波能量可以驱散风寒,同时增强身体免疫能力。热证运用微波治疗也起到加快恢复的作用。阴虚肺热和肺脾气虚证是肺炎恢复期病情将愈,但又余热未清,运用微波治疗可加快恢复进度。

中医讲究的内病外治,运用贴片、针灸、物理照射等治疗内部病证。微波照射肺俞穴起到局部热疗、促进经络疏通、行气活血的作用,通过微波的能量增强身体免疫细胞活力,促进新陈代谢和炎症的吸收,从而加快身体康复、缩短病程^[5]。本次研究结果显示治疗组和对照组的疗效结果有显著性差异,即微波照射肺俞穴辅助治疗小儿肺炎更有效加速身体康复、缩短病程,且该疗法安全、依从性好,易为患儿及家长接受,值得临床推广使用。

参 考 文 献

- [1] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社,2002:1174,1177.
- [2] 王雪峰,王加亮,董丹,等. 基于小儿肺炎文献的中医证证分布规律研究[J]. 辽宁中医杂志,2008,35(9):1309-1311.
- [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,1994:82.
- [4] 李海珠,吕波,林志方,等. 小儿急性下呼吸道感染病原体检测与临床分析[J]. 中华检验医学杂志,2009,29(5):433-434.
- [5] 杨霏霏. 微波治疗小儿支气管肺炎 42 例体会[J]. 中华现代中西医杂志,2003,1(2):122-123.

(收稿日期 2015-03-02)

固本祛痰瘀方治疗慢性肺血栓栓塞性肺动脉高压的多中心疗效评价

刘晓静^{1△} 王平生² 孙尚帛³ 常玉荣⁴

(1.河北省唐山市中医医院,河北唐山 063000;2.河北省唐山市玉田协和医院,河北唐山 064199;3.河北联合大学,河北唐山 063000;4.河北联合大学附属医院,河北唐山 063000)

中图分类号:R543.2 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1303-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.072

【摘要】目的 评价固本祛痰瘀方对慢性肺血栓栓塞性肺动脉高压的疗效。**方法** 进行多中心随机对照研究,将72例属气血亏虚、痰瘀互结证的慢性肺血栓栓塞性肺动脉高压患者随机分为:对照组36例给予常规对症治疗;治疗组36例在对照组上加用固本祛痰瘀方治疗,30d后进行疗效评价。**结果** 治疗后两组临床观察指标较治疗前均有改善($P<0.05$),治疗组总有效率及观察指标的改善程度均优于治疗组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。**结论** 固本祛痰瘀方能改善慢性肺血栓栓塞性肺动脉高压的症状及临床指标,提高临床疗效。

【关键词】 慢性肺血栓栓塞症 肺动脉高压 固本祛痰瘀方 疗效评价

慢性肺血栓栓塞性肺动脉高压(CTEPH)是肺栓塞症的常见类型,预后不良。国外文献报道,CTEPH的发病率为2%~4%;国内西京医院呼吸与危重症医学科报道,CTEPH的发病率为5.24%^[1]。目前对CTEPH的治疗仍不令人满意,在前期研究的基础上,本研究采用固本祛痰瘀方治疗CTEPH的多中心评价,以深入探索固本祛痰瘀方的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 将2013年10月至2015年4月就诊的72例符合气血亏虚、痰瘀互结证CTEPH诊断标准^[2-3]患者随机分为对照组与治疗组各36例,患者分别来源于唐山市中医医院35例、河北联合大学附属医院28例、唐山市玉田协和医院9例。对照组男性21例,女性15例;年龄49~65岁,平均(57.38±5.43)岁;合并冠心病8例,高血压11例,高脂血症15例。治疗组男性19例,女性17例;年龄47~65岁,平均(56.85±6.27)岁;合并冠心病9例,高血压12例,高脂血症13例。两组病例的性别、年龄、合并症等资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组采取西医常规治疗,包括静卧、吸氧、抗凝、控制血压等。治疗组在对照组的基础上加用固本祛痰瘀方,组成:黄芪40g,当归10g,桃仁12g,川芎12g,水蛭8g,三七粉3g(冲服),红花8g,杏仁10g,桂枝8g,人参10g,麻黄8g,丹参12g,甘草5g,半夏8g。每日1剂,水煎服,每日2服。治疗周期30d。

1.3 观察指标 血流动力学指标:血液黏稠度、纤维蛋白原、平均肺动脉压;肺功能指标:第1秒用力呼气

量(FEV_1)、最大分钟通气量(MVV/L)、1秒率(FEV_1/FVC);临床疗效;不良反应。

1.4 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定。显效:咳嗽、喘息、气短等症状明显好转;有效:咳嗽、喘息、气短等症状好转;无效:咳嗽、喘息、气短等症状未见好转或恶化。

1.5 统计学处理 采用SPSS17.0统计软件,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组CTEPH患者血流动力学指标比较 见表1。结果显示治疗后两组患者的全血黏度、纤维蛋白原、平均肺动脉压较治疗前均下降,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗组全血黏度、纤维蛋白原、平均肺动脉压下降幅度大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 两组CTEPH患者血流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	全血黏度(mPa·s)	纤维蛋白原(g/L)	平均肺动脉压(mmHg)
治疗组 (n=36)	治疗前	6.78±0.56	4.49±0.35	56.24±9.13
	治疗后	4.23±0.35 ^{△△}	2.20±0.26 [△]	32.23±8.57 ^{△△}
对照组 (n=36)	治疗前	6.83±0.61	4.52±0.39	55.98±9.84
	治疗后	5.47±0.34 [*]	3.38±0.31 [*]	43.55±8.72 [*]

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

2.2 两组CTEPH患者肺功能指标比较 见表2。结果显示治疗后两组患者 FEV_1 、MVV/L及 FEV_1/FVC 较治疗前均有升高,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组升高幅度明显优于对照组,差异有统计学意义($P<$

△通信作者(电子邮箱:liuxj198001@163.com)

表2 两组CTEPH患者肺功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FEV ₁	FEV ₁ /FVC(%)	MVV/L(L)
治疗组 (n=36)	治疗前	2.12±0.38	51.55±7.12	45.03±4.34
	治疗后	2.97±0.41 [△]	72.67±6.83 [△]	68.72±6.48 [△]
对照组 (n=36)	治疗前	2.20±0.43	452.60±7.29	44.66±4.29
	治疗后	2.62±0.39 [*]	63.47±6.56 [*]	59.25±6.41 [*]

0.05)。

*2.3 两组CTEPH患者临床疗效比较 见表3。结果显示治疗组总有效率为83.33%，优于对照组的69.44%，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 两组CTEPH患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	36	13	17	6	30(83.33) [△]
对照组	36	6	19	11	25(69.44)

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

2.4 两组CTEPH患者不良反应比较 结果显示两组治疗过程中均未见不良反应。

3 讨论

国外文献报道急性肺栓塞存活的患者中2%~4%发展为CTEPH^[1]。国内尚无关于CTEPH诱发因素、发病率、自然病程、转归预后及病死率等临床资料的流行病学调查。一项回顾性研究表明,西京医院呼吸与危重症医学科CTEPH的发病率为5.24%明显高于国外相关报道,这与对急性肺栓塞的治疗欠佳及对CTEPH发病的危险因素的认识不足等因素有关^[1]。CTEPH的危险因素以肺栓塞最为常见,发病机制尚不清楚。目前的治疗以内科溶栓治疗及外科肺动脉内膜剥脱术治疗为主,普通溶栓药物治疗作用有限,靶向溶栓治疗药物价格昂贵,普通患者难以承受,外科手术技术要求高、操作复杂、难度大,难以普遍推广,致使众多CTEPH患者诊断明确后,仍难以接受到积极有效的干预措施,延误病情。为深入探讨固本祛痰方治疗CTEPH的疗效,进行了多中心的疗效评价。

本研究结果显示,在对照组西医常规抗凝、降压治疗的基础上,在中医药理论的指导及前期研究成果基础上,遵循平调气血、痰瘀同治法,采用固本祛痰方治疗CTEPH的总有效率为83.33%,明显优于对照组的69.44%,两组差异具有统计学意义($P<0.05$);能够显著降低全血高切黏度、纤维蛋白原、平均肺动脉压,增加FEV₁、MVV/L及FEV₁/FVC,其降低与增加幅度均明显优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结果表明,在常规治疗的基础上联合固本祛痰方进行治疗,能够提高治疗CTEPH的临床疗效,改善临床症状及观察指标。方中黄芪性温,善于温补肺脾气,但其

具有补而不滞、补而不燥的特点,配伍当归益气养血,取当归补血汤之意,在补气的同时能够推动血液,化痰祛瘀。人参补益元气,参芪相合,增强益气补虚之功。麻黄、杏仁相伍,一升一降,调畅肺气,升降有序,佐以半夏祛痰浊,增强平喘化痰之功。桂枝性温,能通血脉,促进血行,温化痰饮。三七、桃仁、红花、丹参、川芎、水蛭,诸药合用,增强活血化瘀的作用。现代研究表明:当归补血汤能够抑制大鼠NF- κ B等多条免疫应答信号转导通路,影响TNF- α 等细胞因子表达,进而防治气虚血瘀证^[5]。麻黄具有降压、利尿、平喘及抗凝血作用,能改善临床症状^[6]。丹参酮II A磺酸钠能够舒张肺动脉血管,降低肺动脉高压,防治肺动脉高压的进展,同时可增强心肌收缩力,提高心肌耐缺氧能力,有效改善心肺整体功能^[7-8]。水蛭素能够抗血小板聚集,抑制凝血酶的水解和催化,进而发挥较强的抗凝、抗血栓作用^[9]。当归、川芎嗪可以调节肺栓塞COX-2的表达,调节血管收缩物质,抑制血小板聚集,改善微循环状态,同时发挥抗炎作用,提高肺功能^[10]。全方有机组合,能够达到改善患者心肺功能,提高疗效的目的。

通过多中心疗效评价研究,结果表明固本祛痰方能够改善CTEPH的血液流变学指标,进而改善肺功能及临床症状,提高临床疗效。

参 考 文 献

- [1] 韩新鹏,陈佩,马文瑞,等.慢性血栓栓塞性肺动脉高压的流行病学研究[J].中国呼吸与危重监护杂志,2013,12(4):379-383.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会.肺血栓栓塞症的诊断与治疗指南(草案)[J].中华结核和呼吸杂志,2001,24(5):5-10.
- [3] 朱文锋.中医诊断学[M].北京:中国中医药出版社,2007:165-171.
- [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,2002:54-58.
- [5] 刘雅,张海港,张翼冠,等.当归补血汤对气虚血瘀大鼠免疫功能及相关基因的调控[J].中药药理与临床,2009,25(5):10-13.
- [6] 李佳莲,方磊,张永清,等.麻黄的化学成分和药理活性的研究进展[J].中国现代中药,2012,12(7):21-27.
- [7] 李红旭.丹参酮II A磺酸钠注射液辅助治疗肺动脉高压临床观察[J].新中医,2014,46(5):43-45.
- [8] 张红霞,陈韞炜,李学明,等.补肾活血祛痰法治疗COPD肺动脉高压的临床观察[J].中国中医急症,2014,23(12):2358-2360.
- [9] 杨洪雁,杜智恒,白秀娟.水蛭药理作用的研究进展[J].东北农业大学学报,2012,43(3):128-133.
- [10] 张凌,白明,高岩,等.当归和川芎嗪对急性肺血栓栓塞症COX-2、TXB₂和6-K-PGF_{1 α} 表达的影响[J].中华医学杂志,2007,31(2):107-109.

(收稿日期 2015-05-16)

猪苓汤加味治疗水热互结型癌性腹水临床观察

王飞雪

(辽宁省大连市中医医院, 辽宁 大连 116011)

中图分类号: R730.59 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1305-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.073

【摘要】目的 观察猪苓汤加味治疗水热互结型癌性腹水的疗效。**方法** 将 60 例水热互结型癌性腹水的患者随机分为对照组与治疗组各 30 例, 两组患者排尽腹水, 对照组给予腹腔免疫治疗, 治疗组采用腹腔免疫治疗联合猪苓汤加味内服。治疗 4 周进行疗效评定。**结果** 腹水消退情况对照组总有效率 36.67%, 治疗组 66.67%, 治疗组显著优于对照组 ($P < 0.05$); 生存质量对照组提高 5 例, 稳定 8 例, 下降 17 例; 治疗组提高 10 例, 稳定 13 例, 下降 7 例, 明显优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 猪苓汤加味治疗水热互结型癌性腹水的疗效较好。

【关键词】 癌性腹水 水热互结 猪苓汤

癌性腹水是恶性肿瘤晚期患者常见的并发症, 产生机理主要是由于肿瘤细胞种植转移损伤浆膜, 引起浆膜毛细血管通透性增加, 从而使含有较多的蛋白质渗出液溢入浆膜腔内。本病严重影响了患者的生存质量, 目前治疗手段主要以腹腔化疗为主, 配合反复穿刺抽液, 长期置管引流, 限制水盐摄入, 输注白蛋白, 利尿等^[1], 但效果不佳, 且腹腔内灌注大量化疗药物, 会产生诸多不良反应, 加上肿瘤患者身体虚弱, 免疫机能低下, 如稍有不慎, 可危及生命。而腹腔穿刺引流腹水, 虽可缓解症状, 但腹水很快再生。中医药在治疗癌性腹水上, 具有较明显的优势^[2-3], 作用较持久, 停药后腹水回升率低, 无明显毒副作用。笔者近年应用猪苓汤加味内服结合腹腔灌注方法治疗癌性腹水, 取得良好效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 水热互结证辨证按文献^[4]执行。1) 纳入标准: 经病理组织和(或)细胞学检查证实为恶性肿瘤; 经 B 超或 CT 检查证实腹腔内有中或大量腹水且腹腔穿刺液证实为癌性腹水; 病情发展迅速, 1 周内需再次抽取积液者; 预计生存期 > 2 个月; KPS \geq 50 分; 符合上述中医辨证标准。2) 排除标准: 严重脏器功能损害者; KPS < 50 分; 入组前 1 个月内接受化疗者; 依从性差, 不能坚持完成治疗者。同时采用其他治疗手段者。**1.2 临床资料** 收集 2010 年 5 月至 2014 年 3 月于大连市中西医结合医院肿瘤科住院患者 60 例。所有患者原发病灶均经病理组织和(或)细胞学检查证实为恶性肿瘤, 经 B 超或 CT 检查证实腹腔内有中或大量腹水且腹腔穿刺液证实为癌性腹水。60 例患者按照随机数字表法分为两组。治疗组 30 例, 男性 18 例, 女性 12 例; 年龄 38~76 岁, 平均(56.00 \pm 10.88)岁; 其中肝癌 10 例, 肺癌 7 例, 胃癌 6 例, 结直肠癌 4 例, 卵巢癌 3 例。对照组 30 例, 男性 16 例, 女性 14 例; 年龄 40~74 岁,

平均(54.50 \pm 11.67)岁; 其中肝癌 9 例, 胃癌 7 例, 肺癌 6 例, 卵巢癌 4 例, 结直肠癌 3 例, 胰腺癌 1 例。两组患者性别、年龄、原发肿瘤等一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组取腹腔穿刺置管引流放液, 将腹水排尽后, 确认患者无明显不良反应后, 依次向腹腔内注入白细胞介素-2 (IL-2) 100 万 U 加 0.9% 氯化钠注射液 20 mL、地塞米松 5 mg、利多卡因 100 mg。嘱患者平卧, 变换体位, 并用手适当推拿腹部, 以利于药物均匀地分布在腹腔各部^[5]。每周 1 次, 共 4 次。治疗组在上述治疗基础上, 口服猪苓汤加味: 猪苓 30 g, 茯苓 15 g, 泽泻 15 g, 阿胶 15 g, 滑石 10 g, 苦参 10 g, 黄芪 50 g, 葶苈子 10 g。由本院中药煎药室制成 150 mL 煎剂 2 袋, 每次 1 袋, 每日服 2 次, 连续服用 4 周。所有患者治疗 4 周后进行疗效评定。

1.4 观察方法 根据 B 超检查评价两组患者治疗后腹水消退情况; 根据卡氏评分评定两组患者治疗后生存质量改变情况。同时观察患者有无发热、恶心、呕吐、腹痛等不良反应及肝肾功能、电解质的变化情况。

1.5 疗效标准 1) 腹水消退情况参照 WHO 标准^[6]。完全缓解(CR): 腹腔积液完全消失且持续 4 周以上; 部分缓解(PR): 腹腔积液深度减少 1/2 以上, 且持续 4 周以上; 无变化(NC): 腹腔积液深度减少 1/2 以下或无变化; 进展(PD): 腹腔积液深度增加。有效(RR)=CR+PR。2) 生存质量依据 KPS 评分^[7]进行评价。治疗后评分比治疗前增加 \geq 10 分为提高; 治疗后评分比治疗前减少 \geq 10 分为降低; 评分增减在 10 分以内为稳定。

1.6 统计学处理 采用 SPSS15.0 统计软件分析。计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组恶性肿瘤伴腹水患者腹水消退情况比较 见表 1。治疗组总有效率为 66.67%, 对照组为 36.67%,

两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),

表1 两组恶性肿瘤伴腹水患者腹水消退情况比较(n)

组别	n	完全缓解	部分缓解	有效	无效	总有效(%)
治疗组	30	8	12	6	4	20(66.67) [△]
对照组	30	5	6	11	8	11(36.67)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组恶性肿瘤伴腹水患者生存质量比较 见表2。治疗后生存质量治疗组明显优于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组患者治疗后生存质量比较(n)

组别	n	提高	稳定	下降
治疗组	30	10	13	7
对照组	30	5	8	17

2.3 不良反应 在所有接受治疗的患者中,有13例出现轻度发热,有6例出现腹痛,余无明显的不良反应,肝肾功能检查未见明显异常。

3 讨论

癌性腹水的发病原因中,男性以消化道肿瘤最为多见,女性以卵巢癌最为多见^[8]。其形成的原因较复杂,目前认为其主要与下列因素相关:腹腔种植性转移使肿瘤结节刺激腹膜分泌大量液体或是肿瘤细胞产生血管活性物质促进腹膜液体从正常腹膜快速转运进腹腔;营养不良,低蛋白血症所致的流体动力学失衡,血浆胶体渗透压减低,血浆白蛋白低于25 g/L时,不能维持正常的血浆胶体渗透压,致血浆外渗,大量组织液流入腹腔;血浆血管紧张肽原酶活性升高及醛固酮水平升高;正常引流通道和膈下淋巴丛受肿瘤浸润,使其转换过多液体的功能作用减弱;肾脏因素,腹水形成后,腹腔内压力增高,影响肾静脉血液的回流,肾小球滤过率下降,排尿减少;门静脉阻塞;静脉或淋巴管被肿瘤压迫阻塞;肝转移等等。另外,腹水的形成因原发肿瘤不同,其形成机制完全不同。胰腺癌、胃癌引起的腹水原因系腹膜通透功能增加或肿瘤破裂引起出血,易形成血性腹水。

腹腔内灌注治疗已成为治疗恶性腹腔积液的主要方法,且有一定的疗效。IL-2是细胞中最重要的细胞因子之一^[9],也是当前比较成熟的临床生物治疗药物。IL-2能支持T细胞的生长,通过T细胞、B细胞、NK细胞、巨噬细胞表面的受体而激活、诱导其他细胞因子的活性。而且,它还具有多种生物学功能,包括诱导抗

原刺激的T细胞增殖,增强MHC限制性的抗原特异T细胞的细胞毒作用,诱导大颗粒淋巴细胞、NK细胞的MHC的非限制性LAK活性等。此外,IL-2可增强血管通透性,有助于肿瘤区进一步摄取超抗原及效应细胞,通过改变膜的通透性而使腹水消退。

癌性腹水归属中医学“臌胀”范畴,鉴于癌性腹水出现于肿瘤晚期,久病必虚,又有水湿停于腹中的表现,为本虚标实之证,治疗应标本兼顾。津液不行积聚于腹,则机体处于津伤状态,气滞、血瘀、水停之邪实郁久又可化热。着眼于水、热、阴伤3方面应用猪苓汤利水渗湿、清热育阴,同时加入黄芪扶正培本、祛邪利水;苦参清热燥湿,利尿;葶苈子泻肺蠲饮,利水消肿。现代药理研究表明,猪苓汤具有抑癌和对抗抗癌药物毒副作用的作用;苦参具有抗癌及改善机体免疫功能的作用;黄芪能改善患者免疫功能,促进造血;葶苈子具有抗癌作用。腹腔内灌注结合中药猪苓汤加味治疗晚期癌症所致腹水疗效满意,可在临床进一步研究。

本临床观察病例较少,可能对评定结果产生一定影响。另外,因缺少随访记录,尚不能评价猪苓汤加味合并腹腔灌注对生存期的影响,有待进一步观察。且临床辨证中,不属猪苓汤证者不应采用其治疗,需另行施治。

参 考 文 献

- [1] 张欣,贾英杰. 恶性腹水的临床治疗进展[J]. 中国中医急症, 2008, 17(4): 536-537.
- [2] 贾彦焘,陈军,陈亮. 利肺汤配合力尔凡治疗恶性胸腔积液36例[J]. 中医杂志, 2009, 50(2): 151-152.
- [3] 李俊青,林武华,崔剑雄. 深部热疗联合复方苦参注射液治疗恶性胸腔积液疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(3): 129-130.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第三辑)[S]. 1997: 149-150.
- [5] 杨宝,赵谋明,李宝珍,等. 荔枝壳活性成分提取工艺条件研究[J]. 食品与机械, 2004, 20(6): 28-30.
- [6] 李振,许德顺,王化洲,等. 恶性肿瘤的化学治疗[M]. 北京:人民卫生出版社, 1993: 63.
- [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: 215.
- [8] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国常见恶性肿瘤诊治规范:第9册[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1991: 13.
- [9] 孙燕,周际昌. 临床肿瘤内科手册[M]. 4版. 北京:人民卫生出版社, 2000: 626.

(收稿日期 2015-01-27)

痛症验案 5 则*

范铁兵¹ 杨志旭^{2△} 周姿余² 李春² 曹坤² 宋春玲³

(1. 中国中医科学院, 北京 100700; 2. 中国中医科学院西苑医院, 北京 100091; 3. 北京中医药大学, 北京 100029)

中图分类号: R278 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)07-1307-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.074

【关键词】 痛症 胸痹 胃痛 腹痛 股痛 腰痛

疼痛是患者的主观感受, 是一种复杂的生理心理活动。痛症是临床常见的病症, 严重影响患者的躯体和社会功能, 甚至无法进行正常的工作与生活。笔者在中医临床工作中, 对痛症的治疗每每获得较满意疗效。现将医案介绍如下, 以飨读者。

1 胸痹

患某, 男性, 49岁。初诊: 2014年7月22日, 形体适中, 面色晦暗, 职业为出租车司机, 主诉“心前区阵发性疼痛2月余, 加重3d”。既往胃溃疡病史。刻下: 疲倦、乏力, 心前区阵发性疼痛, 持续时间约30s, 伴有口气重浊, 泛酸、胃脘痛、不欲饮食, 食后痛减, 大便溏, 睡眠尚可, 小便可, 舌淡, 苔白厚腻, 脉滑。诊断: 胸痹, 痰浊闭阻证。治法: 通阳泄浊, 豁痰宣痹。方药为生黄芪30g, 党参25g, 炒白术20g, 山药30g, 茯苓20g, 薏苡仁30g, 滑石30g, 藕节20g, 升麻12g, 陈皮12g, 芡实20g, 煅龙骨、煅牡蛎各30g(先煎), 车前子20g, 瓜蒌15g, 桂枝12g, 薤白12g。7剂, 水煎服, 日1剂, 去渣取汁, 分两次温服。7月29日2诊: 服上方后, 心前区阵发性疼痛消失, 但感心慌, 劳累时尤为明显, 泛酸, 舌淡, 苔白厚腻明显减轻, 脉滑。上方去车前子, 加煅瓦楞子30g, 石菖蒲15g, 续服7剂。8月5日3诊: 服药后, 心慌消失, 无明显不适, 故上方续服7剂, 以资巩固。随访, 病愈未复。

按: 胸痹病机总属“阳微阴弦”, 病机有虚实两方面, 实为寒凝、血瘀、痰浊、气滞, 痹阻胸阳; 虚为气虚、阳虚、阴虚、血虚, 肺、脾、肾亏虚, 心脉失养。四诊合参, 本案属于痰浊痹阻胸阳, 心脉失养, 故当通阳泄浊, 豁痰宣痹。生黄芪、党参、白术、山药、茯苓、薏苡仁、芡实, 健脾益气, 祛痰化湿, 止泻; 滑石、藕节、车前子, 利水渗

湿, 增强祛湿化痰之功; 瓜蒌利气开郁, 导痰浊下行而宽胸散结; 石菖蒲辛香温通, 化痰浊、开心窍、安心神; 升麻活血化瘀, 升阳通脉; 陈皮疏理气机, 气行则利于祛除痰浊; 瓜蒌、桂枝、薤白, 化痰通阳复脉; 煅瓦楞子、煅龙牡, 收敛制酸, 以除胃痛。全方初以治疗主症, 兼顾兼症, 后期主症得愈, 则增加治兼症之药, 治疗过程中, 主次分明, 故终至病愈。

2 胃痛

患某, 女性, 45岁。初诊: 2014年6月15日, 形体偏瘦, 面色少华, 主诉“胃脘痛2年余, 加重1周”。刻下: 疲倦乏力, 少气懒言, 纳差, 空腹及吃冰冷食物后痛甚, 食后痛减, 喜热食, 伴有呃逆、反酸, 睡眠可, 二便调, 舌淡红, 苔薄白, 脉弱。诊断: 胃痛, 脾胃虚寒证。治法: 温中健脾, 和胃止痛。方药生黄芪30g, 党参15g, 炒白术15g, 茯苓15g, 白扁豆20g, 厚朴12g, 枳壳12g, 煅龙骨、煅牡蛎各30g(先煎), 升麻12g, 陈皮12g, 当归15g, 熟地黄15g, 黄精15g, 代赭石30g(先煎), 煅瓦楞子30g(先煎)。7剂, 水煎服, 日1剂, 去滓取汁, 分两次温服。嘱注意饮食调理, 勿食辛辣刺激性及冰冷食物。6月22日2诊: 服上方后, 除呃逆外, 诸症好转, 考虑方证相符, 药达病所, 上方加丁香9g, 柿蒂12g, 续服7剂。6月29日3诊: 诸症已除, 无不适, 考虑病程日久, 加之形体偏瘦, 去丁香, 嘱续服7剂, 巩固疗效。

按: 中年女性, 疲倦懒言, 喜温喜按, 食后痛缓, 脉弱, 乃一派虚寒之象, 故当以温中健脾, 和胃止痛为本。呃逆、泛酸乃脾胃虚弱, 胃腑气机失调, 不降反升, 故兼以降胃气。方中黄芪、党参、白术、茯苓、白扁豆温阳健脾, 补益中焦; 厚朴健脾燥湿和胃, 枳壳、陈皮调畅脾胃气机; “久病入络”, 以升麻活血通络; “善补阳者, 必于阴中求阳”, 当归、熟地黄、黄精补益阴血, 助阳化气, 增强温阳健脾之功; 代赭石、丁香、柿蒂以降上逆之胃气, 配以敛酸之煅龙骨、煅牡蛎、煅瓦楞子, 既能降气又能

* 基金项目: 第3批全国优秀中医临床人才研修项目(国中医药人教函[2012]148号)

△通信作者(电子邮箱: fantb1985@163.com)

制酸止痛,增强疗效。

3 腹痛

患某,男性,40岁。初诊:2014年8月2日,形体适中,主诉“脐周疼痛7d,加重3d”。既往体健,近来天气炎热,喜饮冰镇啤酒。刻下:痛苦面容,脐周疼痛,按之痛甚,大便溏稀伴有黏液,小便尚可,舌暗红,苔黄腻,脉滑数。诊断:腹痛,湿热蕴结证。治法:益气健脾,清热利湿。方药为生黄芪30g,党参12g,炒白术15g,茯苓15g,白芍30g,黄芩20g,黄连12g,当归12g,槟榔12g,甘草12g,木香12g,肉桂12g,山药20g,薏苡仁20g,牡丹皮12g,延胡索12g。7剂,水煎服,每日1剂,去渣取汁,分2次温服。嘱注意饮食调理,勿食冰冷食物。随访,药毕,病愈。

按:患者为中年男性,暴饮暴食,喜饮冰镇啤酒等冷食,脾胃运化失司,饮食积滞内停,气机壅塞,郁而化热。积滞内停,气机不畅,故腹痛拒按;湿热内结,故大便溏稀。舌红,苔黄腻,脉滑数,皆是湿热内蕴之象。本方取芍药汤之意,益气健脾,清热利湿,扶正固本,祛邪外出。黄芪、党参、炒白术、茯苓、山药、薏苡仁益气健脾补中,祛湿止泻;重用白芍,用其止泻痢腹痛之功;黄连、黄芩苦寒,清热燥湿,而解肠中热毒,以治湿热成痢之本;木香、槟榔行气导滞,泻肠中之湿热,则下痢可止;当归柔肝和血,与丹皮相合,又有行瘀之用,即所谓“行血则便脓自愈,调气则后重自除”。肉桂辛热,配在苦寒药中是为反佐,可防止苦寒伤中与冰伏湿热之邪。甘草益气和中,调和诸药。延胡索活血化瘀止痛,增强止痛之功。全方清热药、行气药、消食药与攻下药配伍,共奏清热通便,消食行气,攻积导滞之效。积滞得下,腑气得通,热随积去,则诸症自除。

4 股痛

患某,女性,26岁。初诊:2014年7月22日,形体适中,痛苦面容,行走困难,主诉“左腿根部内侧核桃大痈肿5d,加重2d”。局部曾患有股痈,经输注抗生素后,红肿消除。近日来因忙于结婚事宜,过于劳累,且食用辛辣刺激性及海鲜等发物较多,故股痈复发。刻下:无发热,局部红肿疼痛,无其他不适症状,舌红,苔黄微腻,脉数。诊断:股痈,热毒内结证。治法:清热解毒,消肿止痛。方药为金银花20g,紫花地丁15g,蒲公英15g,白芷15g,野菊花15g,皂角刺12g,浙贝母15g,制乳没各6g,赤芍12g,牡丹皮12g,败酱草15g,大

血藤15g,木香12g,滑石30g,藕节20g,7剂,水煎服,日1剂,去渣取汁,分2次温服。药毕,病愈。

按:痈是感染毒邪,气血壅塞不通而致的局部化脓性疾病,发病迅速,易脓,易溃,易敛。初起局部光软无头,很快结块,表皮焮红肿胀、疼痛,逐渐扩大高肿而硬,触之灼热。《灵枢·痈疽》载“大热不止,热胜,则肉腐,肉腐则为脓,然不能陷骨髓,不为枯,五藏不为伤,故命曰痈”。四诊合参,本案属痈的一种,因发病于股间,故曰“股痈”。其病机为热毒内结,故当清热解毒,散结消肿止痛。金银花、紫花地丁、蒲公英、野菊花清热解毒,白芷、皂角刺、浙贝母软坚散结;制乳没、赤芍、牡丹皮、败酱草、大血藤活血化瘀散结;木香理气散结通络。处方效宏力专,故7剂而愈。

5 腰痛

患某,男性,59岁。2014年9月2日初诊:形体肥胖,主诉“腰痛2月余,加重7d”。无明显外伤史,腰部CT未见异常。刻下:疲倦,乏力,腰痛怕冷,伴有自汗、盗汗、失眠、纳差、性欲低下、早泄,舌淡红,苔白微腻,脉沉缓。诊断:腰痛,脾肾阳虚证。治法:益气健脾,温补元阳。方药为生黄芪30g,党参20g,炒白术20g,山药30g,茯苓20g,薏苡仁30g,麻黄根10g,锁阳15g,炒枣仁20g,夜交藤15g,桑寄生15g,补骨脂15g,制附片9g,川续断12g,浮小麦30g,煅龙骨、煅牡蛎各30g(先煎)。7剂,水煎服,日1剂,去渣取汁,分两次温服。药酒方:桑寄生150g,杜仲150g,黄芪150g,鹿鞭1具,枸杞子200g,补骨脂150g。7d后开始服用,小量开始,逐渐增加,以50mL/d 2次的标准维持2个月。嘱注意休息,勿过度劳累(劳力、劳心、房劳),适当增加体育锻炼。9月9日2诊:服上方后,诸症明显好转,上方续服14剂。9月16日3诊:诸症基本消失,上方续服7剂后,药酒巩固。

按:腰痛分为外感、内伤、跌仆挫伤3类。本案无明显外伤史,结合四诊,属内伤腰痛。《杂病源流犀烛·腰脐病源流》云“腰痛,精气虚而邪客病也”。其基本病机为脾肾阳虚,腰府失养。生黄芪、党参、白术、山药、茯苓、薏苡仁,益气健脾,以裕气血生化之源,以助化生精气;锁阳、桑寄生、补骨脂、制附片、续断温补肾阳,强壮腰膝;浮小麦、麻黄根、煅龙骨、煅牡蛎,收敛固涩止汗。枸杞子补肾益精,濡养腰府。“酒为百药之长”,泡制药酒,取药物与酒之合力,增强疗效。

(收稿日期 2015-04-07)

经方临证应用举隅*

沈佳¹ 史爱武^{2△}

(1.江苏省第二中医院,江苏南京 210017;江苏省南京市妇幼保健院,江苏南京 210004)

中图分类号:R289.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)07-1309-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.075

【关键词】 经方 临证 小半夏加茯苓汤 五苓散 金匱肾气丸 厚朴生姜半夏甘草人参汤 黄芪桂枝五物汤

《伤寒论》、《金匱要略》诸方,以其配伍合理、疗效较高而被历代医家所习用,并尊称为“经方”,只要方证相应,往往效如桴鼓。笔者在学习经方的过程中,也对此渐有体会,下面就不揣浅陋,介绍几则应用经方的验案,以见一斑。

1 小半夏加茯苓汤合五苓散案

患某,男性,46岁。2005年3月29日初诊。患者B超查出“右肾积水,右输尿管上段结石伴梗阻,上段输尿管扩张(2.0 cm×1.5 cm)”。现症:上腹部振水声,大便干结如羊屎状。舌淡薄白而润,脉弦缓细弱。此胃有停饮,下焦湿阻之象,拟小半夏加茯苓汤合五苓散:法半夏15g,生姜10片,茯苓30g,猪苓15g,泽泻18g,白术15g,桂枝10g,太子参18g,3剂,水煎服。药后症减,大便已畅。但因公出差停药,前症又有反复。舌脉如前。上方太子参减为15g,加炙内金10g,7剂。药后诸症消失。后转他方治疗肾积水与输尿管结石。

按:患者虽检查为肾积水、右输尿管上段结石伴梗阻,但现症为上腹部振水声与大便干结,此类刘渡舟在《刘渡舟伤寒临证指要》^[1]一书中所言之“水秘”也。然刘老对于水秘所出方为苓桂术甘汤与真武汤交替服用,本案则以小半夏加茯苓汤合五苓散施治,然从水饮论治,则虽二实一也。上腹部有振水声,为胃有停饮的明证。弦脉主饮,更是佐证;而脉虽弦缓,又带细弱之象,提示尚有气虚。其不可解者,大便干结如羊屎也。疑为《伤寒论》阳明篇中所说的燥屎内结之阳明腑实证,而阳明腑实证除了大便不畅外,尚有腹胀之征,此处并无。如果一方面因胃有停饮,阻滞气机,胃气因之下降,则肠腑传导也会进而因之失常。加之脾气不足,气虚则推动无力,亦是导致大便秘结的原因之一。再结合患者的B超检查结果,提示其下焦水湿停聚,故而辨为“胃有停饮,下焦湿阻”,患者虽无“眩悸”,但表现为上腹有振水声,颇类“膈间有水”之述,故选小半夏加茯苓汤,另因下焦湿阻,膀胱气化不利,脾气虚弱,故选具有助

气化、健脾气的五苓散合用治之,药后果效。方仅3剂,未用通便之品,而大便即畅,经方之威,于此可窥一斑也。

2 金匱肾气丸案

患某,女性,54岁。于2011年12月26日初诊。患者体弱多病,曾因脑后时晕,查头颅CT正常。原有足冰,服某中医方好转。现右小腿“冒火”,上半身喷火之感,无汗。易于口腔溃疡,舌体胖大,苔润,脉细弱。此真寒假热,拟温潜之剂,金匱肾气丸出入:黑附片15g(先煎),肉桂10g(后下),熟地黄15g,山茱萸肉30g,茯苓15g,生山药15g,泽泻15g,黄柏15g,砂仁10g(后下),川怀牛膝10g(各),生牡蛎30g(先煎),炙甘草15g,10剂。半年后随访,右小腿冒火消失,口腔溃疡未作。

按:肾气丸一方,出自医圣张仲景的《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》“虚劳腰痛,少腹拘急,小便不利者,八味肾气丸主之”。其中的“八味肾气丸”,即肾气丸,因药共八味,故称“八味肾气丸”,又因出自《金匱要略》一书,故又名金匱肾气丸,具有温阳补肾之功。本案虽表现为身体多处有“火”,不是“冒火”,就是“喷火”,似乎“火势”很甚,但一来久病热而无汗,且无感寒史,故既非风寒束表之热,亦非能迫汗外泄之热,所以,与实热证无关;二来,患者之舌(舌体胖大,判为阳虚,其实不是笔者独创,而是笔者学习火神派的经验而来^[2])脉明显提示有阳气不足之象,故舍症而从脉,断为真寒假热。方以金匱肾气丸,固肾阴,敛肾阳,并用牛膝与牡蛎引热下行,潜阳入阴,令真阳得充,阴寒自去,而相火自敛,不致外发为病。同时方中之黄柏、砂仁、炙甘草3药又是封髓丹一方,亦有固阴潜阳之功,可助肾气丸更好地发挥作用。

3 厚朴生姜半夏甘草人参汤案

患某,女性,41岁,因“腹胀痛间作2年余,食欲不振2月”于2008年9月1日入院,住院号17359。患者2年前始出现腹胀,胀甚则痛,饭后为甚,暖气频仍,得暖气及矢气后腹胀可缓解,无反酸,无恶心呕吐。曾至淮安市中医院查胃镜为慢性浅表性胃炎,并查肠镜示

* 基金项目:第二批江苏省优秀中青年中医临床人才研修项目(苏中医政[2012]51号)

△通信作者(电子邮箱:njshenjia@163.com)

结肠息肉,息肉已行肠镜下治疗。2年来间断服用中药汤剂,腹胀未见明显改善。近2月来,患者自觉食欲不振,腹胀,胀甚则痛,每于傍晚时明显,夜间尤甚,伴有畏寒。有“剖宫产”史。舌体胖大边有齿痕,质淡紫,舌下青筋粗涨,苔薄白腻,脉缓弱。予附子理中汤合失笑散加味以温阳活血,理气除胀。方药为制附片30g(先煎),炮姜15g,党参15g,白术12g,砂仁12g(后下),川朴15g,腹皮12g,法半夏12g,焦楂曲各15g,失笑散20g(包煎),炙甘草3g,4剂。药后畏寒较前明显减轻,仍腹胀,傍晚时明显,夜间尤甚,次晨消失。胃镜病理示:胃窦、胃角轻度慢性浅表性炎。舌脉如前,转方厚朴生姜半夏甘草人参汤加减以理气除胀,活血温阳,因住院代煎药,将生姜易以干姜、砂仁。方药为厚朴25g,干姜15g,法半夏15g,党参6g,砂仁15g(后下),制附片30g(先煎),失笑散20g(包煎),炙甘草6g,5剂。2008年9月8日2诊,患者述服上方首剂后腹胀即消失,2剂因食苹果而腹胀稍起,9月7日入夜腹胀复作。9月8日出院,入晚未发,复来求方回家。询之,畏寒消失,口苦基本消失,食欲欠振,已知饥,稍难入寐,右脉稍弱。前方稍作增损:厚朴25g,生姜15g,法半夏15g,党参6g,制附片10g(同煎),失笑散20g(包煎),生山楂30g,神曲15g,炙甘草3g,10剂。2008年9月20日电话随访,其夫代述,腹胀大减,发作不多,纳可,前方小其制。方药为厚朴18g,生姜15g,法半夏15g,党参6g,制附片15g(同煎),失笑散20g(包煎),焦楂曲各15g,炙甘草3g,14剂。半年后回访,病愈未作。

按:患者初诊时根据其腹胀于傍晚及夜间明显,舌体胖大,边有齿印,脉弱,并有畏寒,而判为中阳不足,且据舌有紫气断为兼有瘀血,似乎不错,且用附子理中汤合失笑散后,畏寒明显减轻。惟难解者,腹胀如故。细思此腹胀历经2年,诸药不效,当有隐情。再观其腹胀多暖气,且得暖气及矢气后则适,是脾虚中并有中焦气滞之证,而于傍晚及夜间明显者,是阴盛更碍气机运行也。故改用厚朴生姜半夏甘草人参汤以理气除胀为主,兼以温阳。本方出自《伤寒论》第66条:发汗后,腹胀满者,厚朴生姜半夏甘草人参汤主之。根据经方大家郝万山教授在其视频讲课中提到的经验,用本方治疗腹胀属脾虚气滞者多验。故参考其经验以用之,并因本例有中阳不足,仍加附子以温阳。一剂即症状消失,可见确如前人所述,经方只要运用得当,收效较快。且二诊方与初诊方药味相差无几,主要在于厚朴及党参的用量不同,可见由于药物用量的变化,而使治疗出现了戏

剧性的变化。惟患者不遵医嘱,自食苹果后症状又发,说明苹果之类的水果,食后一方面易于生湿,阻碍气机,另一方面易于伤寒,令中阳更损。故继守方守法,终得痊愈。另外,本案中附子的用法与一般教材上不同,没有先煎,而是同煎。这不是笔者的创新,四川杨德全先生认为小量制附子(15~20g)不必先煎久煎,可与他药同煎30min即可,而陈国恒则认为制附子不超过15g勿需先煎^[2],另外,也与笔者亲身试服附子饮片有关^[3]。

4 黄芪桂枝五物汤案

患某,女性,51岁,2003年10月21日初诊。有“颈椎病”史4~5年。右手背麻20余天,与活动无关。并有右肩后疼痛,但肩关节活动亦正常,晨时醒后周身微汗出,出时心烦意乱,早上有头晕,纳可,二便调,舌淡红苔润,脉弦细,左滑。此金匱所言之血痹也,拟芪桂五物汤加味:生黄芪40g,桂枝12g,生白芍12g,生姜15g,大枣7枚,当归9g,7剂。10月31日2诊,药后有效,继进7剂。随访得知已病愈。

按:该患之右手背麻与右肩疼痛,类属西医之颈肩综合征,然治疗用药未从通经活络着手,而用黄芪桂枝五物汤者,以中医治病,多从症状表现入手以察病机,只要方证相应,则自有效。《金匱要略》云“血痹……外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之”。其“身体不仁”,即为肢麻之谓也。本例以右手背麻为主诉,且本例苔润,脉弦细,是有气血不足,故辨为“血痹”,用黄芪桂枝五物汤以调营血,和卫阳,正是对证之方。又因其晨四五时(寅时,五行为木,在脏配肝)醒后汗出,出时心烦意乱,并有早上头晕表现,故加当归以养肝血,兼可活血通脉也。

5 总结

从以上所举4则验案可以看出,一方面,对于一些临床疑难病或顽固性疾病,可以根据六经辨证的方法运用经方加减治疗;另一方面,在临床应用经方时,关键是要做到方证相应,或者根据病机相符的原则运用经方,这样才能取得较好的疗效。

参 考 文 献

- [1] 陈明,刘燕华,张保伟. 刘渡舟伤寒临证指要[M]. 北京:学苑出版社,2002:106
- [2] 张存悌. 中医火神派探讨[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:268,272-273.
- [3] 沈佳. 麻黄附子甘草汤应用心得[J]. 国际中医中药杂志,2012,34(9):859.

(收稿日期 2015-04-03)

中医治疗消化道出血并发急性心肌梗死的体会

王 茂 李玉峰[△]

(北京中医药大学东直门医院, 北京 100700)

中图分类号: R573.2 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)07-1311-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.076

【关键词】 消化道出血 急性心肌梗死 中医治疗

急性心肌梗死与上消化道出血均为内科急危重症,当二者同时发生,患者病死率迅速升高^[1]。2014年5月我院心内科应用中医药成功救治由上消化道大出血诱发急性心肌梗死的2例患者。现报告如下。

1 临床资料

病例1: 患某, 男性, 77岁, 退休工人。既往冠心病病史8年, 2012年曾在本院因急性冠脉综合征住院行冠状动脉造影检查, 结果示: 左主干中远段50%~60%局限性狭窄, 右冠状动脉中远段90%~99%弥漫性狭窄, 前降支近中段60~70%弥漫性狭窄。拟行干预右冠状动脉未成功, 遂行药物保守治疗, 近2年服用阿司匹林肠溶片、氯吡格雷、阿托伐他汀钙、单硝酸异山梨酯片等药物治疗, 病情稳定。2014年5月1日无明显诱因出现黑稀便, 每次约200 mL, 每天4~5次, 患者未在意。5月3日因晨起如厕时突发胸闷、憋气, 脸颊部紧缩感, 伴汗出, 持续2小时不能缓解, 遂到本院急诊就诊, 查血常规示: WBC $3.2 \times 10^9/L$, RBC $1.65 \times 10^{12}/L$, PLT $125 \times 10^9/L$, HGB 4.3 g/dL, 大便潜血阳性。查心电图示: I、avL、V₂~V₆导联ST下移、T段倒置; 心肌损伤标志物: TnI最高值: 7.122 ng/mL。既往史: 类风湿性关节炎病史38年, 间断服用激素治疗; 高脂血症病史2年; 否认消化性溃疡史。入院诊断: 1) 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 非ST段抬高型急性心肌梗死; 2) 上消化道出血; 3) 失血性贫血。故予输血、扩冠、中药益气生脉等保守治疗。本例患者为黑便、贫血表现, 可明确诊断为上消化道出血。患者既往否认消化性溃疡病史, 近两年服用阿司匹林、氯吡格雷联合抗血小板治疗, 同时间断服用激素, 因此考虑上消化道出血与服用药物有关, 由于患者高龄、一般情况较差, 无胃镜检查条件。患者黑便2d后出现严重胸闷、憋气症状, 合并心肌酶、心电图改变, 可明确诊断为非ST段抬高型急性心肌梗死。鉴于因患者存在消化道出血和急性心肌梗死, 停用所有抗血小板药物及抗凝药物, 给予禁食、抑制胃酸、保护胃黏膜、营养心肌等治疗。同时中医给予大剂量生脉注射液益气养阴复脉治疗, 根据中医辨证分型进行辨证施治、口服汤药治疗。患者表现: 胸闷、汗出, 体倦乏力,

口干喜冷饮, 烦躁, 胃中隐痛, 纳少, 眠可, 大便色黑, 量少, 质干难解, 1~2日1行。舌红, 苔薄白, 中有裂纹, 脉细数。中医辨证属肝胃郁热, 迫血妄行。治法以清热泻火止血为主, 方用泻心汤加味: 黄芩炭10g, 黄连6g, 大黄4g, 炒栀子10g, 黄芪60g, 三七10g, 生白术30g, 炙甘草10g, 蒲黄炭10g, 侧柏炭10g, 白及10g, 海螵蛸20g, 厚朴12g, 炒谷芽10g, 炒麦芽10g, 陈皮10g, 阿胶10g。每日1剂, 分服早晚各1次, 共3剂。患者服汤药3剂后, 患者诉胸闷较前缓解, 胃中隐痛消失, 口干减轻, 偶有汗出, 大便色黑, 质干, 量少, 小便调。血常规+CRP: WBC $8.5 \times 10^9/L$, RBC $2.31 \times 10^{12}/L$, PLT $31 \times 10^9/L$, HGB 6.3 g/dL, CRP 24 mg/L。心肌损伤标志物: Myo 125 ng/mL, TnI 0.75 ng/mL, BNP 5670 g/mL, 便常规潜血阳性。继续服用上述汤药, 至5月8日: 患者诉胸闷、汗出症状较前明显好转, 仍有黑色便, 复查血常规: WBC $8.3 \times 10^9/L$, RBC $2.27 \times 10^{12}/L$, PLT $67 \times 10^9/L$, HGB 6.1 g/dL; 便潜血阳性。加用三七粉6g, 白及粉6g, 大黄面1g, 每天分2次冲服。继服上方。6d后查便潜血持续阴性, 患者面色渐见红润, 纳香, 仍有口干, 偶有咳嗽、咯少量黄色黏痰, 未见胸闷、汗出, 二便调。舌暗红, 苔薄白, 中有裂纹, 脉沉细。血常规示: RBC $2.15 \times 10^{12}/L$, HGB 5.7 g/dL, CRP 48 mg/L。心肌损伤标志物未见异常。治法以益气健脾、养血活血, 药用黄芪60g, 三七10g, 当归15g, 川芎10g, 熟地黄15g, 白芍15g, 知母15g, 炙甘草10g, 海螵蛸20g, 厚朴12g, 炒谷芽10g, 炒麦芽10g, 陈皮10g, 焦神曲15g, 阿胶10g, 炒栀子10g。继续上方加减。住院20d后复查血常规示: WBC $9.5 \times 10^9/L$, RBC $2.71 \times 10^{12}/L$, PLT $31 \times 10^9/L$, HGB 7.5 g/dL, CRP 17 mg/L。患者面色红润, 饮食如常, 纳眠可, 二便调, 好转出院。

病例2: 患某, 63岁, 退休工人。既往冠心病病史9年。2005年、2006年分别曾在本院因冠心病、不稳定型心绞痛行冠状动脉造影及PTCA+支架植入术, 术后长期口服氯吡格雷抗血小板聚集、阿托伐他汀钙、倍他乐克以及硝酸酯类药物, 胸痛、胸闷症状时有发作。因既往曾有上消化道溃疡、上消化道出血病史, 未服用阿司匹林肠溶片。患者于2014年4月18日无明显

[△]通信作者(电子邮箱: yufengli@sina.com)

显诱因出现黑便,量大,合并重度贫血,血红蛋白低至3.8 g/mL,到我院消化科住院救治,经输血400 mL后转至北京军区总医院救治,继续进行禁食水、输血、抑制胃酸等治疗,并行急诊胃镜检查,胃镜发现十二指肠溃疡,并可见活动性出血,行镜下止血治疗,并停用氯吡格雷、阿托伐他汀钙片等药物。经治疗后上消化道出血好转出院。患者于4月23日17:00在家中无明显诱因突然出现胸骨部疼痛,疼痛范围逐渐扩大至左胸部及左肩臂,疼痛程度剧烈伴濒死感,持续时间长达2 h,伴心慌、大汗出,含服硝酸甘油片、速效救心丸后症状无明显缓解,遂就诊于我院急诊,查心电图示:V₂₋₅导联T波高尖;心肌损伤标志物:CKMB最高达34 ng/mL, TnI:1.19 ng/mL。血常规示:HGB 8.4 g/dL。考虑为急性心肌梗死遂收入院治疗。入院诊断:1)冠状动脉粥样硬化性心脏病;PCI术后急性非ST段抬高型急性心肌梗死。2)十二指肠溃疡;上消化道出血。3)失血性贫血。本例患者因发生消化道出血5 d后发生急性心肌梗死。给予吸氧、禁食、限制活动等一般治疗,西药应用奥美拉唑抑酸、硝酸酯类药物扩张血管治疗,同时辨证给予中药治疗。患者乏力明显,面色苍白,脉沉细数,给予生脉注射液100 mL缓慢微量泵入20 mL/h,每日2次,以益气养阴复脉。另外患者时有胸痛,胸闷,体倦乏力,喜热饮,胃脘畏寒怕冷,纳少,无吞酸,无头晕头痛,眠可,大便溏,色黑、量少,每日1行,小便调。舌质淡暗,苔薄白,脉沉细。中医辨证属脾胃虚寒、气虚不摄。中药以益气健脾止血为主,方用黄土汤加减:伏龙肝90 g,黄芪60 g,炒白术15 g,炮姜10 g,侧柏炭10 g,蒲黄炭10 g,三七10 g,白及10 g,阿胶10 g,炙甘草10 g,海螵蛸15 g,煅瓦楞子30 g。每日1剂,分服,早晚各1次。服用上方4剂后,患者乏力改善,偶有胸闷、胸痛,无心慌、汗出,大便溏减轻,胃脘畏寒减轻,纳食改善,眠可,大便色渐变黄,大便日行1次,小便调,质软,舌质淡暗,苔薄白,脉细。复查血常规示:HGB 9.7 g/dL,便常规潜血阴性。继以上方去白及10 g,加以开胸理气止痛药:厚朴15 g,乳香10 g,没药10 g,萹芩10 g,薤白15 g,干姜10 g,香橼10 g,佛手10 g,焦神曲15 g。服法:每日1剂,分服,早晚各1次,共5剂。服用上方3剂后患者胸痛未发作,无胸闷、憋气,无心慌、汗出,无头晕头痛,无咳嗽、咯痰,无吞酸,无口干口渴,不欲饮水,体力有增,纳眠可,大便不成形,舌质淡暗红,苔薄白腻,脉细而弦。辨证为脾胃虚寒,气虚血瘀之证,更方为:党参15 g,黄芪20 g,当归15 g,丹参20 g,桃仁10 g,郁金10 g,片姜黄10 g,炒白术10 g,茯苓15 g,萹芩6 g,厚朴10 g,鸡内金30 g,砂仁6 g(后下),苍术15 g,海螵蛸15 g,煅瓦楞子30 g。每日1剂,分服,早晚各1次。服用上方3剂后患者胸闷、胸痛未发作,无汗出,无吞酸,仍有口干,口渴,心烦易急躁,纳眠可,大便两

日未行,小便调。舌质暗红,苔薄白少津,脉细滑。血常规:HGB 9.7 g/dL,大便常规潜血阴性。汤药以和解少阳,清热生津除烦为主,方用柴胡桂枝干姜汤合栀子豉汤加减:柴胡15 g,天花粉15 g,黄芩10 g,桂枝10 g,干姜6 g,生牡蛎20 g(先煎),甘草10 g,枳实10 g,栀子10 g,淡豆豉10 g,当归15 g,川芎10 g,白芍15 g,茯苓15 g,陈皮10 g。每日1剂,分服,早晚各1次,共5剂。患者胸痛,口干、口渴等症消失,心烦改善,便常规潜血复查均为阴性,饮食如常,纳眠可,二便调。查心肌损伤标志物未见异常。心电图示:V₁T波低平、V₂-V₅导联T波倒置。住院14 d好转出院,1月后复诊患者病情稳定。

2 体会

2.1 益气药在血证中的应用 中医理论认为,血的生成及其正常运化过程中,均离不开气和气的运动变化。气除能生血外,还具有行血、摄血功能。血属阴而主静,血的运行依赖于气的推动,同时血在脉管中运动而不至于逸出脉外,全赖于气的固摄作用。故血液的正常运行,决定于气的推动作用和固摄作用之间的协调平衡。血证临证时,失血补血,本为常理,但补血效果缓慢,有形之血,难以速生。值此生死存亡之际,投补血药物,非但难解燃眉之急,反会贻误病机,危及生命。气为无形之质,易补易固,故当投峻补元气之药,如人参等,速培元气。只要元气尚存,生命就不至于丧失。并且气能摄血,补气适能止血;气能生血,补气亦可补血。故临床遇有大失血元气将脱之时,固摄欲脱之气,最为当务之急,亦为临床急救之重要方法。正如《医学心悟·医门八法》所说“有形之血不能速生,无形之气所当急固”。在此二病例中,均应用大量补气药物,在汤剂中应用大量黄芪等补气药物,同时静脉应用生脉注射液益气复脉,以上病例的成功救治与以上补气药物应用不无关系。另外,血又是气的载体,气必须依附于血和津液,而存在于体内。如果气失去依附,则浮散无根而发生气脱,此即“血为气之母”。因此大失血患者,往往气亦随血而脱,造成气虚不能推动血液运行,当血液失于正常运行而阻于脉中,即可导致“胸痹心痛”甚或“真心痛”的发生。临床上气虚血瘀为冠心病的基本病机已被广泛接受^[2-3],益气活血法是冠心病最常用的治疗方法,正是由于气具有推动血液运行的作用。

2.2 血证辨证当分清寒热、虚实 年轻体壮、出血初期多为实证、热证,可由感受外邪、饮食不节、情志内伤致胃中积热或肝郁化火,火热炽盛,熏灼脉络,迫血妄行所致。症见胃脘胀闷而痛,口臭异味,口苦目赤,心烦,大便色黑而秘,舌红苔黄脉滑数。治宜清热泻火,化瘀止血,方可选用泻心汤加味。而老年人、久病体虚、出血日久则多为虚证、寒症,由于脾虚阳衰,失于固摄,血溢脉外,发为呕血或便血。《景岳全书·血证》说“脾胃气虚而大便下血者,其血不甚鲜红,或紫色,或黑色,此阳

败而然,故多无热证……速宜温补脾胃”。患者常表现为体倦乏力,喜热饮,胃脘畏寒怕冷,四肢不温,心悸头晕、面色少华,舌淡苔白,脉细弱。治以温中健脾,补气摄血,方可予黄土汤为主方加减。

2.3 活血止血药物应用 “离经之血便是瘀”,血离脉而出,阻于脉外,即成瘀血。因此,血证临证时常应用活血化瘀、活血止血方法治疗。临床常用三七粉、大黄粉、白及粉,调成糊状吞服,具有一定的止血、补血、活血、化瘀、收敛创面,消肿止痛等功用,使止血而不留瘀,祛瘀而不伤正。研究表明,3种药物可直接作用出血部位的组织,加速血液凝固,收敛出血部位的创面,消除炎症、水肿,使出血伤口愈合加快^[4]。冯颖红^[5]采用中药糊剂(由大黄5g,白及粉5g,三七粉2g组成)鼻饲治疗应激性胃溃疡胃出血,结果显示,中药糊剂疗效优于雷尼替丁组。白及粉具有收敛止血、生肌散结的功效,因白及具有高黏性,有利于在胃内溃疡面形成膜状物,保护胃酸、胃蛋白酶的攻击,促进溃疡的愈合和修复。刘松敏等^[6]采用白及粉口服配合一般支持疗法治疗上消化道出血患者30例,治疗组总有效率90.0%,对照组总有效率63.3%,表明白及粉的止血作用优于止血敏及对羟基卡胺。大黄清热泻下祛瘀,可使胃肠内瘀血排出,气机通调,新血自生,胃络自愈。李克振^[7]用大黄粉治疗上消化道出血84例,结果:显效65例,有效19例。三七具有活血镇痛、祛瘀消肿的功效,可改善溃疡组织的微循环,促进炎性水肿和坏死组织的吸收。傅俊杰等^[8]采用三七、血竭粉为主治疗上消化道出血80例,总有效率98.5%。

2.4 当归补血汤的运用 当归补血汤见于元代医家李东垣的《内外伤辨惑论》,由黄芪30g,当归6g组成。重用黄芪为君配伍当归,皆是取益气生血、阴生阴长之意,“治肌热燥热,困渴引饮,目赤面红,昼夜不息,

其脉洪大而虚,重按全无”。后世医家,用于大失血后或吐血、便血、妇女血崩、产后、疮疡久溃的血虚证。吴素芬等^[9]采用析因设计分析补气生血方剂对失血性血虚小鼠的补血作用,发现补气药对补气生血方剂作用的影响大于补血药,补气药以黄芪效果最佳,黄芪、当归为最佳药效配伍。高耀宗^[10]的临床研究证明此方剂的药物可扩张冠状动脉、增加冠脉血流量,改善心肌状态,治疗冠心病心绞痛有一定疗效。

参 考 文 献

- [1] Moscucci M, Fox KA, Cannon CP, et al. Predictors of major bleeding in acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)[J]. Eur Heart J, 2003, 24(20):1815-1823.
- [2] 唐瑛,肖力强,江花,等. 中医名家诊治冠心病心绞痛的用药规律研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(2): 134-135.
- [3] 孙艺军. 冠心病的基本病机为气虚血瘀[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(1): 51-52.
- [4] 刘淑丽. 三七、白芨和大黄粉联合治疗上消化道出血的临床疗效分析[J]. 中医中药, 2013, 11(1): 254-255.
- [5] 冯颖红. 中药糊剂治疗应激性胃溃疡出血的观察及护理[J]. 中国中医急症, 2007, 16(1): 117-118.
- [6] 刘松敏, 张晓霞, 安治勋. 白芨粉治疗上消化道出血30例[J]. 中医药学报, 2000, (1): 27.
- [7] 李克振. 大黄粉治疗上消化道出血84例分析[J]. 中原医刊, 2004, 31(9): 36-37.
- [8] 傅俊杰, 吴会战, 宋慧敏. 三七、血竭粉治疗上消化道出血80例[J]. 光明中医, 2004, (2): 50.
- [9] 吴素芬, 余日跃, 周俊, 等. 析因设计与中医补气生血方剂最佳药效配伍的研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(8): 153-156.
- [10] 高耀宗. 加味当归补血汤治疗冠心病心绞痛[J]. 中西医结合心脑血管杂志, 2005, 3(12): 1120.

(收稿日期 2014-11-07)

(上接第1285页)

参 考 文 献

- [1] 谢幸. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013:70.
- [2] 刘敏如,谭万信. 中医妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:556.
- [3] 张飞跃,主改峡,陈茜.血清IFN- γ 、IL-10及SFlt1与重度子痫前期发病的相关性探讨[J]. 中国妇幼健康研究, 2013, 24(5):726-728.
- [4] Jonsson Y, Ruber M, Matthiesen L, et al. Cytokine mapping of sera from women with preeclampsia and normal pregnancies[J]. J Reprod Immunol, 2006, 70:83-91.
- [5] Toyohiko Kuwajima, Shunji Suzuki, Yoshio Yoneyama, et al. Relation between plasma endothelin 1 levels and T helper 1:T helper 2 cell immunity in women with preeclampsia[J]. Am J Reprod Immunol, 2007, 52(4):260-263.
- [6] Moore KW, de Waal Malefyt R, Coffman RL, et al. Interleukin-10 and the interleukin-10 receptor[J]. Annu Rev Immunol, 2001, 19:683-765.
- [7] Makris A, Thornton C, Hennessy A, et al. Placental deficiency of interleukin-10 in preeclampsia and its relationship to an IL-10 promoter polymorphism[J]. Placenta, 2006, 27(4-5): 445-451.
- [8] Tsuda H, Sakai M, Michimata T, et al. Characterization of NKT cells in human Peripheral blood and deciduallym Phocytes[J]. AMJ ReProd Immunol, 2001, 45(5): 295-302.
- [9] 董有静,姚鹏,崔健君. 腰段硬膜外阻滞对妊娠高血压大鼠胎盘、子宫组织IL-10水平的影响[J]. 中华麻醉学杂志, 2006, 26(5):461-462.
- [10] Xu B, Thornton C, Makris A, et al. Anti-hypertensive drugs alter cytokine production from preeclamptic placentas and peripheral blood mononuclear cells[J]. Hypertens Pregnancy, 2007, 26(3):343-356.

(收稿日期 2015-03-10)

臁疮的中西医结合护理*

刘枫华 邓洁 杨光静[△] 李飞丽 曾彬 赵洋 王元丽

(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)07-1314-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.07.077

【摘要】目的 观察臁疮中医护理方案实施的护理效果。**方法** 对60例臁疮患者按国家中医药管理局确定的中医护理方案实施体位护理、创周皮肤护理、弹力绷带使用指导、情志护理等,观察其创面脓腐未脱、创面新肌不生、创周痒痒、便秘症状的改善情况。**结果** 患者创面脓腐未脱、创面新肌不生、疮周痒痒、便秘等情况有明显改善,患者对中医护理技术满意度较高。**结论** 按中医护理方案对臁疮患者实施护理,效果明显。

【关键词】 臁疮 中医护理方案 护理效果

The Integrated Western and Chinese Nursing on Patients with Ecthyma LIU Fenghua, DENG Jie, YANG Guangjing, et al. Chongqing Traditional Chinese Medical Hospital, Chongqing 400021, China

【Abstract】Objective: To observe the nursing effect of TCM nursing on ecthyma. **Methods:** According to TCM nursing program published by State Administration of Traditional Chinese Medicine, 60 cases with ecthyma were treated with posture nursing, skin nursing around wound, use guidance of elastic bandage, emotional nursing and so on, and observed in the improvements of pus and slough no exfoliation, new skin no growth, pruritus around wound, symptoms of constipation. **Results:** There were obvious improvements in pus and slough no exfoliation, new skin no growth, pruritus around wound, symptoms of constipation. Patients were satisfied with TCM nursing. **Conclusion:** Nursing, based on TCM nursing program, has an obvious effect on patients with ecthyma.

【Key words】 Ecthyma; TCM nursing program; Nursing effect

臁疮多由久站或过度负重,而致小腿筋脉横解,青筋显露,瘀停脉络,久而化热,或小腿皮肤破损染毒、虫咬,湿热下注而成,疮口经久不愈,或收口后每因损伤而复发为特征^[1]。严重时溃疡可扩大,上至膝下到足背,深达骨髓;少数患者可因绵延多年不愈,蕴毒深沉而导致癌变^[2]。作为重庆市中医重点特色专科,我科护理工作应用国家中医药管理局臁疮中医护理方案^[3]对2014年1月至8月于笔者所在科室住院的60例臁疮患者实施了辨证施护护理方案,护理效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择2014年1月至2014年8月于笔者所在科室住院的60例诊断为臁疮的患者,其中男性26例,女性34例,平均年龄(58.30±12.50)岁。按中医辨证分型^[3]统计如下:气虚血瘀证35例,气血亏虚证4例,气阴亏虚证3例,湿热下注证8例,气滞血瘀证5例,湿热蕴

肤1例,湿热血瘀证4例。60例患者中,其中52例存在脓腐未脱的症状,所有患者在治疗过程当中均存在新肌不生及创周痒痒的问题,5例患者出现了便秘的情况,针对不同的症状,笔者采取了针对性的护理措施以改善患者以上情况。

1.2 护理方案

1.2.1 主要辨证施护方法 针对患者的不同症状及并发症,给予不同的辨证施护方法。如针对创面脓腐未脱的患者,给予其体位护理、创周皮肤护理、观察创面渗出等护理措施;针对创面新肌不生的患者,给予其体位护理、创周皮肤护理、情志护理和弹力绷带使用指导;而针对创周痒痒和便秘的患者,则分别给予了体位护理、创周皮肤护理、肢体保暖,饮食指导、腹部按摩和排便等护理、健康指导。实施率达到100%。除采用国家中医药管理局臁疮中医护理方案外,笔者所在科室还根据多年的临床经验和研究,针对患者不同的证候,总结了一些行之有效的治疗方法,并在实践中广泛应用,以促进臁疮患者的康复。1)创面脓腐未脱。协助患者卧床时适时抬高患肢15~30°,以促进下肢血液回流;观察创面渗出情况,根据渗出情况选择不同护理技术:局部红肿、浅烂渗液较多者,用紫草油及黄马酞收敛^[4],

*基金项目:国家中医药管理局“十二五”重点专科培育项目
【国中医药医政发(2012)2号】

[△]通信作者(电子邮箱:2098927997@qq.com)

创面脓腐较多难以清创者,外敷提脓祛腐药物或油膏,渗出较多者,予清热解毒利湿收敛的中药湿敷患处,起到祛腐、止痛、清洁创面的作用。保持疮周皮肤清洁干燥,敷料渗出较多者应及时更换,以免引起疮周皮肤湿疹。另外,予以川芎嗪注射液对足三里、血海等穴位进行穴位注射,以改善肢体微循环^[5-7]。2)创面新肌不生。观察疮面情况,使用白油膏、九华膏以促进伤面生长。疮面干燥、新生肉芽及上皮生长缓慢者,予补虚活血通络生肌中药煎剂湿敷,以促进肉芽组织和上皮组织生长,而使疮面愈合。选足三里、血海、三阴交等穴位用黄芪注射液进行穴位注射^[5-7],具有疏通血脉、调整元气、益气活血、强壮身体等作用,可改善局部血液循环,促进疮面早日愈合。采用情志调理、运动疗法,引导患者自觉戒除不良心理因素,提高认识,增强治疗信心,应用红光照射等物理治疗,促进疮面生长。3)创周痒痛通过保持疮周皮肤清洁干燥,注意肢体保暖,减少对疮面的进一步损伤,局部瘙痒者,避免搔抓,遵医嘱予清热利湿收敛药物或止痒洗剂外涂,以收敛止痒,减少皮肤浸渍。4)便秘。指导便秘患者合理安排膳食,多摄取可促进排便的蔬菜、水果、粗粮等高纤维食物,病情允许时每日液体摄入量应不少于2000 mL,排便时用手沿结肠解剖位置自右向左环形按摩,养成定时排便的习惯。

1.2.2 主要中医护理技术和物理治疗 针对创周脓腐未脱、创面新肌不生、创周痒痛及便秘等不同症型的患者,针对性地给予如中药湿敷、穴位注射、中药贴敷、艾灸、红蓝光治疗、炎症治疗机治疗、穴位按摩等中医特色护理技术和物理治疗方案,具体如下。1)中药湿敷及中药贴敷。将无菌纱布用黄马酞药液浸透,干湿度适中,以不滴水为宜,敷于局部,在进行湿敷时,应注意观察局部皮肤的情况。而中药贴敷是将配制好的药物根据敷药面积,取大小合适的油纱,用油膏刀将所需药物均匀地平摊于油纱上,厚薄适中,保持一定的湿度,在贴药过程中注意观察局部和全身情况,发现不适立即停止使用。2)穴位注射及艾灸疗法。穴位注射是将药物注入穴位以防治疾病的一种疗法。选择大小适宜的一次性消毒注射器和针头,抽好适量的药液,确定注射腧穴,常规消毒局部皮肤,右手持注射器,针尖对准穴位,快速刺入皮下,然后缓慢进针,“得气”后回抽无血,即可将药液注入。艾灸疗法是以艾绒为主要原料,制成艾条或艾柱,点燃后距施灸皮肤约2~3 cm处进行熏灸的一种技术操作。3)红蓝光照射。红光通过对人体组织产生光化学效应和热效应能治疗和辅助治疗多种疾病,对皮损有明显的消炎、消肿、减少渗出、止痒、止痛作用;对感染创面可提高组织抗感染能力,促进血管的修复从而促进创面愈合;对损伤的周围神经有再生和修复的功能,能提高机体的免疫能力。蓝光可抑制

HaCaT细胞产生人白细胞介素Ia(IL-1A)和细胞间(I-CAM-1),从而抑制了细胞的炎症反应。对于脓疮创面的细菌有抗菌消炎的作用^[8]。4)炎症治疗仪。将微波炎症治疗仪(CSK10HYJ-III)距离创面5~10 cm对创面进行局部照射,功率设定为35 W,时间设定为20 min,5~7 d为1疗程,以刺激神经、血管和组织细胞,引起多种生物效应。

2 结果

2.1 依从性和满意度情况

在实施的6项中医护理技术中,依从性在90%以上的有3项,分别为中药湿敷(92%),中药贴敷(100%)和穴位注射(100%);依从性在60%~80%的有3项,分别为艾灸(76%),红蓝光照射(65%),炎症治疗机照射(77%)。而这6项中医护理技术中,除艾灸的满意度为76%以外,其余5项护理技术的满意度均在85%以上,其中穴位注射满意度为100%,炎症治疗机和中药湿敷的满意度分别为90%和92%,中药贴敷的效果满意度也达到了86%。

2.2 健康指导满意度

除了对患者对中医护理技术治疗依从性及效果满意度的调查外,还对患者进行了护士健康指导的满意度调查,调查结果显示:78%的患者对护士的健康教育指导工作表示满意,而13%的患者表示一般,9%的患者对此项工作表示不满意。从结果来看,在对脓疮患者进行中医辨证施护的同时,应加强对患者的健康知识宣教和指导。

2.3 护理效果评价

以症状改善和责任护士的认识作为护理效果的评价标准,将护理效果分为好、较好、一般、差等4个层次。见表1。

表1 护理效果比较 n(%)

主要症状	n	好	较好	一般	差
创面脓腐未脱	52	22(42.31)	30(57.69)	0	0
创面新肌不生	60	26(43.33)	26(43.33)	8(13.33)	0
创周痒痛	60	42(70.00)	18(30.00)	0	0
便秘	5	0	5(100.00)	0	0

3 讨论

3.1 中医护理技术应用频率原因分析

中医护理技术中应用频率较高的项目是中药湿敷和中药贴敷。其主要原因可能为中药湿敷和中药贴敷是根据患者的症状,于换药时实施的,及时性强,且在换药后立即使用,且不会为患者带来痛痒等不适感,使患者易于接受。

3.2 中医护理技术依从性及满意度分析

从患者实施护理技术的过程中,调查得到6项护

理技术中,依从性较高的分别为中药湿敷、中药贴敷和艾灸,其可能原因主要为患者迫切需要治疗,而以上几项中医护理技术能较为显著改善患者的症状且不会给患者带来疼痛等不适感,患者易于接受。护理满意度较高的中医护理技术是中药湿敷和中药贴敷。分析其原因;它能改善患者创周脓腐未脱、创面新肌不生、创周痒痛等症状,配合其他治疗有较好的效果,因此患者的护理满意度也较高。

3.3 健康教育指导满意度较低原因分析

一方面,虽然“方案”中健康指导内容清晰明确,便于护理人员掌握及临床应用,但患者往往经过多家医院的治疗,病程长,对疾病本身有一定的了解,对健康教育有抵触情绪。另一方面,由于临床工作较为繁忙琐碎的特殊性质,导致留给护理工作者在期间与患者进行交谈的时间太少,健康教育知识宣讲不够全面,且医学与时俱进,日新月异,护士自身对疾病新发展、新治疗的进展情况了解不够,导致患者对健康教育的满意程度不太理想,这也是往后工作中亟需加强和改善的地方。

通过开展辨证施护、实施中医护理技术和中医个体化健康指导,95%以上的患者认为中医护理配合治疗对改善疔疮的主要不适症状有良好的护理效果。根据医生的辨证施治,责任护士进行临症(证)施护、健康教育等,对改善患者的临床症状,提高生活质量有一定作用。而在执行该方案中的护理技术过程当中,由于弹力绷带给患者带来的紧绷感和压力感等不适体验,导致执行方案的36例疔疮患者对弹力的绷带使用都有着不同程度的抵触情绪,依从性较差,不能长期坚持。即使患者对使用弹力绷带的重要性有充分的认识,也为提供了健康教育处方,健康教育也适时跟进,但患者的习惯依然不能有效改善,导致弹力绷带的使用对于改善疔疮患者症状的效果观察无法进行。

3.4 实施中存在的问题

1)方案中部分中医护理技术的适用性需进一步论证。本方案中的艾灸法,是以旋灸方式艾灸疮面,在临

床观察中,发现直接施灸疮面,会使疮面水分大量丢失,不能使疮面保持相对的湿性愈合环境,疮面干燥,反而不利于疮面的愈合。科室改为对血海、足三里等穴进行施灸,效果较好。2)护理效果评价缺乏标准。护理效果评价是根据《中华人民共和国中医药行业标准中医外科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.2-94)、责任护士的认识和患者的主观感觉来判定,造成评价标准不一致,需要制定一套疔疮护理效果统一评价标准,来达到客观评价的标准。

总体来说,60例疔疮患者对于疔疮中医护理方案中的中医护理技术项目依从性较好,也取得了较为满意的治疗效果和护理效果,护理项目的实施率也较好,使用方案中规定的中医护理项目能较为明显的改善患者创周脓腐未脱、创周痒痛、创面新肌不生以及便秘等症状,但患者对于护士健康教育指导方面的满意度较差,是以后的工作当中应积极改进的部分,在为患者提供较好治疗和护理效果的同时,也更多的为患者提供在治疗和护理疔疮方面的一些新进展和新知识。

参 考 文 献

- [1] 张雅丽. 中医专科专病护理[M]. 上海:复旦大学出版社, 2011:146.
- [2] 李曰庆. 中医外科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2003:309
- [3] 国家中医药管理局医政司. 13个病种中医护理方案[S]. 2013.
- [4] 郭东梅. 黄马酞换药治疗下肢慢性溃疡的护理干预及疗效观察[J]. 湖北中医杂志,2012,9(34):61.
- [5] 胡啸明,柳国斌. 疔疮中医外治法的研究进展[J]. 四川中医,2010,28(10):44-45.
- [6] 王思农,斐文涛,徐晓燕,等. 祛腐生肌散治疗体表慢性溃疡的机制探讨[J]. 中国皮肤性病学杂志,2010,10(24):906-908.
- [7] 王红梅. 25例疔疮患者的中西医结合治疗及康复护理[J]. 全科护理,2012,5(10):1181-1182.
- [8] 唐丽梅,张栋. 红蓝光照射在基础及临床医学中的研究进展[J]. 中国激光医学杂志,2013,2(22):45-50.

(收稿日期 2015-02-13)

欢 迎 投 稿 · 欢 迎 订 阅