

郑伟达教授治疗大肠癌经验探析

Discussion on experience of Professor ZHENG Wei-da in the treatment of colorectal cancer

郑东京¹ 许鑫² 郑伟达^{2*}

(1. 北京中医药大学, 北京, 100010; 2. 北京伟达中医肿瘤医院, 北京, 100010)

中图分类号: R249 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0001-04 证型: IDA

【摘要】大肠癌是我国最常见的 10 种恶性肿瘤之一。在我国常见的恶性肿瘤中, 排在 4~6 位。郑教授根据多年临床经验, 将其分为: 脾肾寒湿型、湿热瘀毒型、脾虚湿热型, 治宜化痰解毒、健脾利湿、清热利湿、温肾健脾。郑教授运用慈丹胶囊、经验方随证加减, 灵活用药, 取得显著疗效。另总结并强调以全面了解患者全身情况和免疫状态为前提的以药物治疗为主或以手术治疗为主的中西医结合治疗的重要性及具体操作事项。

【关键词】 大肠癌; 郑伟达; 中西医结合治疗

【Abstract】 Colorectal cancer is one of the most common 10 kinds of malignant tumors. In our common malignancies, it ranked forth to sixth. After years of clinical experience, Professor ZHENG divided into: spleen dampness type, dampness heat type, spleen dampness-heat, which leads to the treatment principles of expelling stasis, dampness, heat and dampness, warming kidney and spleen. Professor ZHENG used Cidan capsule with flexible medication and experienced reduction in disease syndromes, the results achieved were significant. The summary made by professor ZHENG from his experience has given importance to fully understanding patient's general condition and immune status as a precondition and the specific operating conditions during the drug treatment or surgical treatment in combination therapy.

【Keywords】 Colorectal cancer; ZHENG Wei-da; Integrated Chinese and western medicine

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.001

大肠癌是我国最常见的 10 种恶性肿瘤之一, 排在 4~6 位。在北美、西欧等地区, 排在 1~2 位。我国长江下游及东南沿海各地为本病高发地区。在性别方面, 国外资料中男女间的差别不大, 但在我国, 据调查男女之间的比例为 2:1。据报道, 其年龄分布 41~50 岁最多, 21~30 岁占近 1/5, 31~40 岁占 1/4, 表明本病发病趋于年轻化。世界各地的大肠癌在直肠最多, 向上各段逐渐减少, 到盲肠、升结肠又增多。在我国, 有资料表明直肠癌在大肠癌中占一半以上, 盲肠、升结肠约占 15%。该病病因极为复杂, 至今还未完全了解, 但观察到日本血吸虫病、溃疡性结肠炎与大肠癌的发生有一定关系。在世界大肠癌高发地区, 发现环境因素比遗传或种族因素所产生的影响更为明显。其中环境因素中, 食物致癌可能很大, 如偏食高动物蛋白膳食使肠道内胆液和厌氧菌增多, 可产生较多的致癌物质, 同时, 食物中纤维组织少, 大便中致癌物质浓度就高, 大便在大肠存留时间越长, 发生大肠癌的机会也就较多。另外, 有很多直接或间接的迹象提示腺瘤可以演变为癌。结肠家族性息肉病及绒毛状腺瘤已被公认为癌前病变。近年来, 中医药及中西医结合治疗大肠癌, 取得了一定的进展。

1 结肠癌的临床分型

1.1 肿块型和溃疡型结肠癌

主要表现为腹痛、大便改变、营养状态改变和腹块四个方

面, 这些表现在溃疡型更明显。①腹痛是这两型结肠癌最常见的症状, 占首发症状的 46.0%, 患者就诊时腹痛占 86.0%。痛位常在病变部位。痛多不剧烈, 在体力劳动或行走时加重。先是有较长久的间歇期或隐痛, 以后转为持续性痛。引起腹痛的原因可能是病变侵入肠壁肌层和局部感染的结果。当溃疡型癌侵及肠周全部, 产生梗阻, 即有阵发性绞痛。病变更深时, 溃疡可以穿透肠壁, 发生继发性腹腔感染, 以降结肠最多, 表现为腹腔炎性肿块。②大便改变占初发症状的 1/3 以上, 就诊时症状的 60.0%。早期表现为大便稀烂、带脓血和次数增多, 这些症状与溃疡有关。到轻度梗阻时, 表现为便秘与腹泻交替, 梗阻加重则便秘也加重。由于出血量一般不大, 大便在结肠右侧仍是稀糊状及盲肠、结肠蠕动较小且多, 血和大便混合较匀, 所以, 肉眼不易见血。如癌在结肠左侧, 出血常表现为栗色或绛色便。肿瘤位低或出血较多时, 可见大便表面带鲜血, 或仅便血和黏液。左侧结肠的肿块和溃疡型癌患者的大便中有一半以上肉眼可见血液, 占初发症状的 56.0%, 就诊症状的 70.0%, 溃疡型肠癌常伴有感染, 黏液分泌增多, 此症亦以左结肠癌较易见到。③乏力、贫血、消瘦是长时间的癌瘤出血和肠分泌黏液增多以及稀便等导致的结果, 占就诊时症状的 1/3。④腹块主要有癌瘤和肠外浸润肿块, 占初发症状的 1/3, 说明结肠癌早期症状不明显, 腹块可产生部分肠梗阻。

1.2 浸润型结肠癌

主要表现为肠梗阻即腹痛、腹胀、便秘和呕吐。常为急性发作。慢性肠梗阻患者，早期先有便秘。根据资料统计，浸润型病变的 2/3 在脾曲以下，此处肠腔已较细，大便又较干，所以容易产生梗阻。结肠癌是结肠梗阻的常见原因，国内报告结肠梗阻中 20%~55% 的原因是结肠癌。急性梗阻多是浸润型癌；溃疡型癌延及肠壁全周的亦可产生梗阻，但这种梗阻多是逐渐产生的。

直肠癌的临床表现：直肠癌早期仅为黏膜小结节时，已可有出血，亦可无自觉症状，只在做直肠手指检查时始能触及。肿瘤发展增大，表面发生溃疡和感染时，即出现刺激症状。患者就诊时主要症状是排便习惯和粪便性质的改变，便秘、黏液便、腹泻、便血等，或伴有肛门坠痛、里急后重、便秘、腹痛等。病变继续发展，每日排便可达 10 次以上，且有持续性的里急后重和便后排不尽感，甚至肛门失禁流出黏液和恶臭脓血。肿瘤浸润较深和感染较重时，局部有剧痛，不能睡眠，常有贫血。当肿瘤坏死大块脱落或溃疡侵及较大血管时，可发生大出血，但不多见。肿瘤发展到肠管一周时皆有肠腔狭窄。狭窄初期排便次数增多，但粪便量少，或为细扁的成形便，或为带血黏液便；狭窄较重时才出现肠梗阻。肠梗阻往往由轻逐渐加重，但亦有初发症状为急性严重的肠梗阻者。男性患者晚期的直肠前壁可侵及后尿道，出现尿频、排尿困难。女性患者的子宫附件受浸润时一般无症状，穿透阴道后有出血和形成粪瘘的症状^[1,2]。

2 辨证论治

病因病机来说，大肠为六腑之一，司传导之职。中医对大肠癌的病因和病机认识，亦不外内、外两方面因素。如宋·窦汉卿《疮疡经验全书》中提到：“多由饮食不节，醉饱无时，恣食肥腻……任情醉饱，耽色，不避严寒酷暑，或久坐湿地，恣已耽着，久不大便，遂致阴阳不和，关格壅塞，风热下冲乃生五痔。”从病因来说，外因有寒气客于肠外，或久坐湿地，或寒温失节，饮食不节，恣食肥腻，醇酒厚味，或误食不洁之品等，损伤脾胃，运化失司，湿热内生，热毒蕴结，流注大肠，蕴毒结于脏腑，火热注于肛门，结而为肿。在内因中，忧思抑郁，脾胃失和而致湿热邪毒蕴结，乘虚下注，浸淫肠道，气滞血瘀，湿毒瘀滞凝结而成肿瘤。因而，此病由于正气内虚，脾肾不足，久泻久痢，湿毒瘀滞于下而成，因而解毒化瘀、清热利湿、理气化滞及补虚扶正等，均为治疗大肠癌的常用法则。郑教授经过多年临床实践，将其分为以下证型。

脾虚湿热型。主证：食欲不振，腹胀面黄，气短乏力，腹痛拒按，便秘或溏，或里急后重，便下脓血，苔黄腻，脉滑数或沉细滑。辨证：瘀毒互结，脾虚湿热。治则：化瘀解毒，健脾利湿。中成药：慈丹胶囊，5 粒/次，4 次/d；复方莪术消瘤胶囊，5 粒/次，4 次/d；参灵胶囊，4 粒/次，3 次/d。汤药：以伟达 6 号方加减：茯苓 15 g，法半夏 10 g，陈皮 6 g，枳壳 10 g，生甘草 6 g，竹茹 10 g，佩兰 10 g，薏苡仁 15 g，白蔻 6 g，桔梗 10 g，浙贝母 10 g，鱼腥草 20 g，苍术 10 g，白术 10 g，厚

朴 10 g，白英 30 g，败酱草 30 g，白头翁 20 g，延胡索 10 g，川楝子 10 g，黄连 10 g，木香 10 g。

按语：大肠癌为脾虚热毒蕴于大肠，正虚邪实。用薏苡仁、茯苓、半夏、陈皮健脾利湿；厚朴、延胡索、川楝子理气化滞；黄连、木香、苍术、白术清热燥湿；白英、白头翁、鱼腥草、败酱草清热解毒。合而用之，能健脾利湿，解毒抗癌。

湿热瘀毒型。主证：腹痛腹胀，痛定拒按，腹有包块，矢气后胀减，便下脓血黏液，或里急后重，或便溏便细，舌暗红，有瘀斑，苔薄黄，脉弦数。辨证：瘀毒互结，下焦湿热。治则：化瘀解毒，清热利湿。中成药：慈丹胶囊，3 次/d，5 粒/次；复方莪术消瘤胶囊，5 粒/次，4 次/d；茵陈双白丸，3 次/d，1 g/次。汤药：以伟达 4 号方加减：黄药子 15 g，山慈菇 10 g，三七 3 g（冲），重楼 10 g，蜂房 6 g，乳香 6 g，没药 6 g，白花蛇舌草 15 g，半枝莲 15 g，半边莲 15 g，三棱 10 g，莪术 10 g，川楝子 10 g，木香 10 g，厚朴 10 g，黄连 10 g，败酱草 30 g，红藤 20 g，土茯苓 30 g，马齿苋 30 g，白英 30 g。

按语：湿热留滞，瘀毒内结，腑气不通，气滞血瘀。症见腹胀腹痛，痛有定处，矢气后胀减，里急后重，便下脓血，舌黑有瘀。故以黄药子散结消肿清热解毒，山慈菇化痰散结消肿，重楼、蜂房攻毒消肿，乳香、没药活血止痛、消肿生肌，白花蛇舌草清热解毒、消痈活血、利湿通淋，半枝莲、半边莲清热解毒、利湿消肿，川楝子、木香、厚朴理气化滞；三棱、莪术活血攻积；黄连、败酱草、红藤、茯苓、马齿苋、白英等清热解毒抗癌。

脾肾寒湿型。主证：患者久泻久痢，形体消瘦，面色苍白，喜睡懒动，肠鸣而泻，泻后稍安，腹痛喜热，甚则肢凉怕冷，苔白，脉沉细尺弱。辨证：瘀毒互结，脾肾阳虚。治则：化瘀解毒，温肾健脾。中成药：复方莪术消瘤胶囊，5 粒/次，4 次/d。慈丹胶囊，5 粒/次，4 次/d。汤药：以伟达 14 号方加减：附子 10 g，甘草 5 g，高丽参 10 g，茯苓 10 g，白芍 15 g，吴茱萸 6 g，小茴香 10 g，大枣 6 枚，生姜 3 片，黄连 10 g，木香 10 g，党参 20 g，苍术 10 g，白术 10 g，补骨脂 10 g，吴茱萸 10 g，肉豆蔻 10 g，五味子 10 g，黄芪 20 g，石榴皮 10 g。

按语：久病久泻，脾虚命门火衰，寒湿内蕴，故温肾健脾，补先后天之本，同时温逐寒湿。伟达 14 号方温中散寒，益气健脾，加党参、补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻、黄芪补脾肾；五味子、石榴皮敛肠止泻；苍术燥脾胜湿。

临床辨证加减用药：清热燥湿加茯苓、黄柏、黄连、党参。清热利湿加猪苓、竹叶、瞿麦、木通。分利止泻加车前草、泽泻、大腹皮、猪苓。化食导滞加焦三仙、鸡内金、熟大黄。固涩止泻加椿根白皮、诃子肉、罂粟壳、儿茶、老鹳草、赤石脂、禹余粮。止血消胀加地榆、槐花、仙鹤草、大小蓟、三七、血余炭、蜂房。止痛消胀加延胡索、白屈菜、生蒲黄、五灵脂、沉香、乳香、赤芍、莪术、腹皮、厚朴、乌药、川楝子。里急后重加木香、槟榔、酒大黄、秦皮、葛根、延胡索^[3]。

郑教授认为中西医结合治疗在大肠癌的治疗实践中必不可少。目前，大肠癌已广泛采用中西医结合治疗。从整体观念出发，从邪、正两方面情况分析，运用中西医结合治疗，取长

补短,可获得较好的效果。早期患者以根治手术为主,手术后不用化疗,服以扶正祛邪中药。慈丹胶囊,5粒/次,4次/d;参灵胶囊,4粒/次,3次/d。中、晚期患者,有的可做手术前放射治疗,但仍应争取手术根治,或姑息性切除后再行化疗、放疗及中药治疗,以巩固疗效。晚期患者已不适于做手术治疗者,可配合化疗、姑息性放疗及服用中草药,以延长生存期。慈丹胶囊、癥消癥配合放疗。临床上已作根治性切除,但已有区域淋巴结转移,或癌细胞已浸润至邻近器官,或组织已经切除,手术后可以中药加化疗综合治疗。化疗常用药为氟尿嘧啶,静脉注射,体重15 mg/kg,1次/d,连续5d;然后改为体重7.5 mg/kg,隔日1次,总量为6~8g。或用MFV方案(丝裂霉素4 mg/周,总量为16~24 mg;氟尿嘧啶500 mg,3次/周,加入5%葡萄糖液中静脉滴入;长春新碱1 mg,1次/周,共6~8周);亦有试用卡氮芥(BCNV)者,125 mg/次,溶入等渗盐水200 ml静脉滴入,1次/d,连续2d,重复1次/周。化疗期间配合中药以减轻毒副作用,并以中药扶正祛邪方药治疗。大肠癌治疗效果及预后的好坏,主要取决于病变是否在早期及细胞分化的程度。病变局限在肠壁内的5年生存率较高,已侵犯肠壁全层,则预后较差。如有淋巴结转移,则5年生存率更低。

在大肠癌中,结肠癌、直肠癌及肛管癌,由于部位不同,手术治疗方法有很大的不同。肛门部癌的细胞形态与结肠及直肠癌不同,其中2/3是鳞状细胞癌,1/3是基底细胞癌,故手术以后以广泛的局部切除术为主,肛管癌应行腹会阴联合直肠切除术。放疗有一定效果,而药物治疗对肛门部癌症效果不佳。晚期肛门部癌症有菜花样肿物或溃烂时,除内服汤剂中药外可以下方煎水坐浴浸洗,2~3次/d。坐浴方:苦参30g,五倍子30g,龙葵30g,马齿苋4g,败酱草30g,黄柏10g,土茯苓30g,山豆根20g,黄药子30g,枯矾30g,冰片少许(后下),漏芦30g。

3 典型病案

3.1 结肠癌病案

患者甲,女,38岁,1993年4月25日初诊。患者于1992年11月13日经龙岩市医院钡餐检查示:结肠癌。于11月18日行手术切除,术后一段时间恢复尚可,但不久出现肝区疼痛。1993年4月13日出院复查示:肝左右分别见一范围2.3 cm×1.5 cm,回声团块及1.8 cm×1.8 cm低声团块。诊为:结肠癌术后肝内转移。症见:肝区闷痛,近2周反复发热39℃左右,用消炎药退热未效。每次发作时,先感微冷继即发热,一直发热3~4h或整天。除疲乏外,余无明显不适。望诊:发育正常,营养中等,神情略现焦急,舌质舌苔均正常。切诊:腹诊正常,肝脾不大,两手脉象均弦。辨证:观其六脉皆弦,定时发热,知为邪居少阳之证;久病入血,邪郁血分,闭而不解,热作有时,为少阳郁热之证。治则:和解少阳,清热凉血,化积祛聚。方药:①复方莪术消瘤胶囊、灵芝益气胶囊各8盒,各4次/d,各3粒/次;癥消癥(癥痛康)30瓶,3次/d,1g/次,温开水送服。②汤药:柴胡20g,黄芩10g,半夏10g,潞党参15g,地骨皮15g,青蒿15g,白薇15g,生地12g,白及10g,水

煎服,10剂。

二诊(同年5月21日):服完上药情况很好,虽距上次发热才10余天,但感到服药后身体轻快,精神转佳,舌脉同前。仍投前方各1个疗程。

三诊(同年6月10日):发烧未再作,B超复查示:肝内正常,未发现低回声团。今仍以上方丸药连服2个月,以巩固疗效。

1997年6月27日随访:一直未再复发,也没有欲发病的感觉,已正常上班。

患者乙,男,66岁,教师。2002年4月6日行升结肠癌根治术,术中见瘤体大小约5.2 cm×6.0 cm,腹腔内淋巴结肿大,结肠内两处息肉。术后病理报告:(回盲部)腺癌。术后由于身体虚弱未做化疗,寻求中医治疗,以防转移。2002年5月23日来我院治疗,症见:形体消瘦,面色苍白,喜睡懒动,大便3~5次/d,大便不成形,色黄,肢凉怕冷,苔白,脉沉细尺弱。临床诊断:结肠癌术后。中医辨证:脾胃虚弱,寒湿结毒。治宜:健脾益胃,清热化痰。予以:①慈丹胶囊10盒,5粒/次,4次/d,饭后服;②汤剂:党参9g,茯苓12g,白术9g,扁豆15g,山药10g,陈皮9g,薏苡仁15g,砂仁6g(后下),莲肉10g,桔梗6g,焦三仙各10g,炙甘草6g。15剂,1剂/d,水煎服。

二诊(2002年7月5日):患者服药后身体渐已恢复,纳食增加,眠好,排便次数减少,自觉体力增加,效不更方,仍按上方继续治疗。

三诊(2002年8月12日):其家属来电话,告知因为患者身体已恢复较好,医院建议化疗,化疗进行2个周期后,身体倍感乏力,体力不支。嘱其停止化疗,在上方基础上加服扶正固本胶囊5粒/次,4次/d,饭前服。嘱:①多食清淡、富有营养的食物,饭菜要色香味俱全,以引起患者食欲;②每天坚持10 min的散步或活动,并且要循序渐进,逐步增加锻炼时间。

5个月后,患者诉无不适。肠镜检查:未见异常。目前健康生活中。

3.2 直肠癌病案

患者丙,男,61岁,工程师。1994年2月25日初诊。患者因排便,里急后重,便带黏液,有时带血,于1993年10月19日在福州铁道医院诊断为直肠癌,并行直肠癌切除术。术后以5-Fu配叶酸化化疗2周期,术后恢复尚可,但于1周前出现咯血。X线示:术后肺转移。对症治疗无效,今转至我院治疗。现症:咳嗽、咯痰,每晨痰中带血,每晚咳血1次,血色鲜红,每次咳血约半痰盂,甚至昏厥,虽用安络血、垂体后叶素治疗,均未能止血,身体酸软,口唇麻木,饮食无味,舌苔白厚色黄,脉弦数。此为血热妄行,上溢迫肺,肺失肃降。治宜:凉血、清热、降气,佐以化痰、止血。处方:①慈丹胶囊、复方莪术消瘤胶囊、扶正固本胶囊各10盒,各4次/d,各5粒/次。②汤药:生地15g,大黄6g,石膏30g,黄芩10g,山梔10g,旋覆花10g(布包),槟榔10g,天冬12g,茅根炭15g,白及10g,荷叶炭10g,当归炭10g,红花3g,牛膝10g。水煎服,15剂。

二诊(同年3月17日):上次诊治后,近2周末再咳血。时痰中有些星状小血点。舌苔仍黄,脉象弦数。上药显效,故再守前方稍做加减,续服1个疗程。

三诊(同年4月22日):上药服30d,咳血已完全止住,精神体力明显好转,已能上班参加一些工作。自觉病已愈,因须出差,希望取此丸药,以在途中服用。方药:仙鹤益寿胶囊、扶正固本胶囊各10盒,各4次/d,各5粒/次。

1997年9月随访:复查病灶消除,正常上班,未再发生咳血。

患者丁,男,60岁。1992年8月5日初诊。患者因排便次数多,便带黏液,于1991年2月6日在省肿瘤医院诊断为直肠癌,并行直肠癌切除手术,进行化疗数天。1991年9月出现胸闷,肝区疼痛,经CT检查诊断为肝转移癌,行肝癌切除术,并改化疗方案,具体用药不详。1992年8月2日复查,膀胱转移,患者拒绝西医治疗,寻求中医治疗。今症见:小便癃闭,点滴难通,小便带血,自感尿道口刺痛,腰酸而痛,头晕欲呕,肢怠乏力,夜寐不和,舌质红,光滑无苔,脉弦滑。辨证:肾阴不足,膀胱蕴热,血络受损。治则:补肾益阴,清利膀胱,凉血和络。方药:①慈丹胶囊、复方莪术消瘤胶囊、灵芝益气胶囊各10盒,各4次/d,各5粒/次。②汤药:女贞子30g,旱莲草10g,通草9g,篇蓄30g,赤小豆30g(打碎),

茯苓15g,白茅根60g,生地24g,黄柏10g,车前草30g,鳖甲15g(先煎),仙鹤草30g。水煎服,15剂。

二诊(1992年10月28日):服药10d,小便畅通,尿急已消,尿频亦除,灼痛尽解,血尿尚在,服完1个疗程,余症均除,舌苔薄,脉滑,此邪祛正尚未复,方药:①成药同前;②汤药:女贞子30g,旱莲草30g,生地黄24g,白茅根30g,车前草30g,黄芪30g,山药30g,太子参30g,泽泻10g,水煎服,30剂。

三诊(1992年12月8日):药后病情渐愈,腰酸热痛消除,小便溺色亦清,口干不渴,舌脉同前。尿检:蛋白尿阴性,红白细胞未见。嘱:①上方药3个疗程;②六味地黄丸10瓶。患者症尽消退,存活至今,复查未见病变。

参考文献:

[1]郑伟达.肝癌癌毒论[M].北京:人民卫生出版社,2012(12):71-82.
[2]吴孟超,郑伟达.原发性肝癌中西医结合治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2011:120-133.
[3]郑伟达,郑东海.癌毒论[M].北京:中国中医药出版社,2014:188-202.

编辑:赵聪 编号:EB-15082901F (修回:2015-09-10)

扶正固本与免疫

Fuzheng Guben and immunity

裴正学 冯小荣 何红珍 魏文婷
(甘肃省肿瘤医院,甘肃 兰州,730030)

中图分类号:R256.11 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2015)30-0004-03 证型:AGI

【摘要】早在2000年前祖国医学就在人类发病方面有了深刻认识,《素问遗篇·刺法论》曰:“正气存内,邪不可干”,意思是说只要人体正气存在,病邪就不会侵犯到机体而引起疾病发作;《素问·评热病论》曰:“邪之所凑,其气必虚”,意思是说,只要疾病发生就说明机体正气虚弱,从这两条经文中获悉,疾病发生有两个因素,一为正虚,二为邪气,其中正虚为发病的主要因素。因此中医将扶正称为固本。500年前西方医学崛起,一些有识之士认为人体有一种防御功能,这种功能由特异性免疫和非特异性免疫两种因素构成,即现代医学所谓的免疫。近30年来随着西医的进步,免疫学也有了长足的发展,中西两种医学的认识似乎已经有了共识。

【关键词】正虚;邪气;扶正固本;免疫

【Abstract】 Early 2000 years ago, a deeper understanding of human diseases was coming into TCM, Chinese medicine. A TCM classic book saying: "righteousness deposit inside, evil can not do", meaning that as long as the existence of the body righteousness, pathogen would not violate the body caused by disease onset; also saying: "evil inside, the righteousness become empty". Therefore, TCM medicine will call righteousness as Guben. 500 years ago, with the rise of Western medicine, the human body was found a defensive function, this function is performed by specific immunity and nonspecific immunity of two factors, namely the so-called modern medicine immune system. With nearly 30 years of advances in Western medicine, immunology has also been considerably developed; At the very begining of diseases understanding, Chinese and Western medicine seems to have consensus.

【Keywords】 Zhengxu; Xieqi; Fuzheng Guben; Immune

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.002

1 正气和正虚发病

中医的正气有两类，一是先天的元气即肾气，一是后天的中气即脾气。元气源于父母，出于两肾，出于左肾者为肾阴，出于右肾者为肾阳，肾气代表人体的阴阳之气^[1]。“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也，治病必求于本”“阴平阳秘，精神乃治”“阴阳离决，精气乃绝”，由此说明先天之元气对人体的重要性。中气源于水谷，出于脾胃，因此将中气也叫做脾胃之气、水谷之气^[2]。一部分中气上入胸膈，灌心脉而司呼吸，谓之曰“中气”，作为心血管、呼吸循环的动力，推动心脏的跳动，促成呼吸的形成；一部分中气其性柔顺，行于脉内，养营而为荣；一部分中气其性剽悍，循行于脉外，卫外而为固也。循行于脉内的部分叫做营气，循行于脉外的叫做卫气，还有一部分称作宗气，此三者统称之为中气^[3,4]。中气和元气共同组成了人体之正气，李东垣说“无中气而元气自衰，无元气而中气不利”，说明元气与中气是有关联的^[5]。

2 正气与免疫

现代免疫学将免疫分为非特异性免疫与特异性免疫两类^[6]。非特异性免疫即网状内皮系统的功能，包括白细胞、巨噬细胞的吞噬功能，还包括了NK细胞的自然杀伤功能；特异性免疫是指细菌、病毒侵入机体后产生相应的抗体，抗原与抗体结合形成抗原抗体复合物，从而引起了变态反应，导致疾病的发生。人体免疫有三个作用：免疫防御功能，免疫监视功能，免疫自稳功能。特异性免疫分细胞免疫与体液免疫，细胞免疫即T细胞及其亚群的免疫，体液免疫即B细胞所转化的免疫球蛋白(IgA、IgM、IgG等)的功能，T、B细胞的前身都是骨髓的多能干细胞，因此中医有“肾主骨生髓”之说，人们认为特异性免疫源于肾；西医认为非特异性免疫是遍布全身各处的网状内皮细胞，与肾有关，依赖于胸腺的T细胞与不依赖于胸腺的B细胞，由此我们设想特异性免疫属于肾^[7]。非特异性免疫在人体无处不有，中医的正气，一部分是行于脉内的营气，代表了红细胞对营养的载运功能，中气实际上是循环、呼吸系统的推动与释放，从而变成了能量。《难经》曰：“卫气自足少阴而入肾，由肾入心，由心入肺，由肺入脾，由脾入肾而周”，就是说卫气不仅具有温肌肤，肥腠理，司开阖的作用，而且还具有网状内皮系统的功能，故卫气相当于皮肤黏膜屏障作用^[8]。自上世纪80年代开始，有学者陆续做了大量实验，北京市结核病研究所，把¹³¹I与球蛋白的结合微粒注射到动物体内，从而测定其廓清时间，治疗组定期喂养党参、黄芪、白术等补中益气之药，对照组没有喂养，结果显示治疗组的廓清时间比对照组加快一倍，说明在排除废物(异己)方面，补中益气起了作用。另有人做了白细胞与中性细胞的计数，在实验之前，用⁶⁰Co照射受试动物，以降低白细胞与中性粒细胞数，然后再喂养保元汤，结果显示喂保元汤组白细胞与中性粒细胞数值较对照组恢复快；还有人做了吞噬细胞实验，得出同样的结果。北京广安门医院，测定59例肿瘤患者的非特异性免疫，将患者随机分成两组，治疗组服用补中益气汤，对照组未服用，结果

发现治疗组非特异性免疫指标恢复较快。上海市针灸研究所使用针刺足三里的方法，得出使用针刺足三里的方法可使患者免疫较快恢复。以上实验初步说明中医中之中气、卫气相当于现代医学的非特异性免疫，因为这些补中益气的药物也能提高特异性免疫，说明补中益气之法主要改善非特异性免疫，也能在一定程度上改善特异性免疫。有人从实验研究中得出，使用补中益气对改善患者的非特异性免疫幅度较大，而对改善患者特异性免疫幅度较小。由此可见，古人用实践方法总结出的结论与现代医学实验研究结果有相合之处。再看特异性免疫，上海市肿瘤研究所，将胎儿的甲球蛋白注入动物体内，让其产生抗体，结果显示用补阳的药物能使抗体的数量增加，补阴的药物能使抗体生存的时间延长。有人使用玫瑰花做实验来测定T细胞的功能，获得的阳性结果证明了补肾阴和补肾阳的方法都能增加特异性免疫^[9]。成都军区门诊部，对免疫球蛋白IgA、IgG、IgM进行测定，结果表明补肾阳的药物能促进免疫球蛋白数量的增加^[10]。

2.1 肺部疾患

常见的肺部疾患主要包括气管炎，肺气肿，慢性阻塞性肺气肿(COPD)，肺心病，心衰，这类疾病是随着病情逐渐演变的过程。此类疾病被认为是一种与自身免疫密切相关的疾患，在发病机理中，其异常的免疫反应既有特异性，又有非特异性^[11]。而中医早有“其标在肺，其本在脾、肾”的认识，“标”是症状，“本”是病原，说明治肺是对症疗法，治脾、肾是治疗本病的根本，主张新病治肺，久病治脾、肾。正所谓培土生金以治脾，补肾纳气以治肾，治脾提高非特异性免疫功能，治肾则提高特异性免疫功能，因此中医认为健脾益肾就是扶正固本。这正是慢阻肺的治疗方法，所以中医主张冬病夏治，夏天健脾^[12]。对于长期气管炎患者，西医消炎之后，无炎可消，最后形成肺气肿，即肺不纳气，肺动脉高压，对此就用健脾补肾法治疗，从西医看就是夏天提高非特异性免疫，同时调节特异性免疫，就是将治病微生物打败的同时，提高机体免疫性。

2.2 肾病

此病的发生多与机体免疫稳定功能失调有关。由于免疫稳定功能失调，机体失去识别“自我”与“非我”的能力，把“自我”组织当作“非我”物质而产生相应的抗体，引起异常的免疫反应。张景岳曰“水为至阴，其本在肾，水化为气，其标在肺，水为卫土，其质在脾”，将肺归于标。故健脾是提高非特异性免疫，补肾为提高特异性免疫，因此治疗肾病离不开补肾壮阳，因为阳虚水泛，补肾以壮阳为主，比如车牛桂附二炭白，枳山黄菟二百四等方中健脾之药不可或缺，补肾健脾对慢性肾病来说就是扶正固本。

2.3 血液病

血液病治疗方法，仍然是健脾补肾，“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血”，古人认为血液病的根源在中焦，中焦即脾胃，曰“肾主骨生髓”，因此治疗血液病必须用健脾补肾法，健脾能够改善末梢血，核心药物是龙眼，补肾能够改善骨髓血，核心药物山萸肉，健脾能够提高非特异性免疫力，补肾能够提高特异性免疫力，合起来就是能够机体提高免疫力，增加机体

抵抗力^[13]。对中医来说,健脾能够增加中气,补肾就是能够增加肾气,从而减轻头晕、眼花、耳鸣、腰酸、腿困等症状。在西医方面用免疫学的观点来看,补肾就是提高机体免疫力与抵抗力,因此可用健脾补肾方法治疗血液病^[14]。

2.4 肿瘤

近年来对肿瘤的研究越来越深入,通常认为机体免疫功能的紊乱是导致肿瘤得以发生的重要因素之一^[15]。

依赖胸腺的 T 细为主的免疫监视系统,在正常情况下预防癌症细胞的突变,阻止恶性肿瘤的发生和发展。可见 T 细胞功能不足,免疫监视功能低下是形成肿瘤的主要因素。有关肿瘤的认识,祖国医学早就有所见解,“积之成者,正气之虚也,正气虚而后积成”,肿瘤的形成是由正气虚损而产生,正气包括元气与中气,既需健脾也需补肾,兰州方既有健脾之药,又有补肾(生地、山萸肉),所以对肿瘤患者来说,用兰州方以改善患者正气虚弱之症状,总之中医的扶正固本的核心就是健脾补肾,健脾就是调节机体的非特异性免疫,补肾就是调节机体的特异性免疫^[16]。

参考文献:

[1]石和元,王平.中医元气理论研究的意义及思路[J].中华中医药杂志,2014,29(04):1018-1020.

[2]周作文,王彩霞.脾气探微[J].实用中医内科杂志,2015,29(04):10-12.

[3]陈继业,尤光明.从现代科学看中医中营卫二气[J].现代中西医结合杂志,2006,15(13):1740.

[4]吕英,林明欣.“中气”理论认识源流浅探[J].辽宁中医杂志,2012,39(06):1051-1052.

[5]徐宁.《内经》中“正气”的含义[J].陕西中医,2009,30(09):1186-1188.

[6]李天虚.人体免疫系统简说[J].当代医学,2010,16(01):20.

[7]杨收平.肾主骨髓学说的现代理解[J].中国中西医结合肾病杂志,2002,3(08):489-490.

[8]何海明.三焦与卫气[J].光明中医,2014,29(01):20-21.

[9]邱泽计,李献平,王旭丹.补肾法对老龄大鼠脾脏免疫细胞功能的影响[J].中国实验方剂学杂志,2004,10(02):46-47.

[10]马洪第,卢芳汀,陶艳艳,等.中药免疫调节作用的研究进展[J].临床肝胆病杂志,2011,27(05):462-466.

[11]高耀先.免疫与肺部疾病[J].临床医学杂志,1987,3(01):55-57.

[12]瞿波,董守金,蔡林丽,等.慢性阻塞性肺疾病稳定期的中西医肺康复研究进展[J].华西医学,2014,16(02):385-390.

[13]崔兴,张文静,蔡治国,等.从母系遗传研究肾阴虚型慢性再生障碍性贫血的发病机制[J].中国组织工程研究,2012,16(01):183-187.

[14]王敏,邹艳春,臧海涛.《黄帝内经》顾护正气思想在疾病治疗中的指导作用[J].中医药学报,2012,40(02):131-132.

[15]李文英,田彩平,张丑丑,等.裴氏升血颗粒对弥漫大 B 细胞淋巴瘤患者细胞免疫功能的影响[J].卫生职业教育,2014,32(12):107-109.

[16]裴正学,张桂琼.从恶性肿瘤的临床现状谈中西医结合的必要性[J].甘肃医药,2012,31(02):81-84.

编辑:白莉 编号:EB-15091401F(修回:2015-09-26)

李燕梅老师临床辨治顽固性头痛经验撷菁

Clinical experience of Prof. Li Yan-mei for treating stubborn headache in TCM

刘龙江¹ 李燕梅²

(1.河南中医学院,河南 郑州,450000; 2.河南中医学院第一附属医院,河南 郑州,450000)

中图分类号: R249 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0006-02 证型: BGD

【摘要】头为诸阳之会,五脏之精华、六腑清阳之气皆上注于头,足厥阴肝经起于足大趾爪甲后丛毛处(大敦穴),沿足背内侧向上,分布于肋肋部,沿喉咙的后边,向上进入鼻咽部,上行连接目系出于额,上行与督脉会于头顶。肝经内连肺、脾、胃、肾、诸脏,上达目睛巅顶,情志饮食内伤,郁结于五脏六腑,郁久化火,循经上达清窍,发为头痛;痰浊瘀血,初滞于经,久病入络,非养血活血搜剔之品难以驱邪外达。

【关键词】顽固性头痛;从肝论治;久病入络

【Abstract】Head is the essence of the five zang-organs and six fu-organs, liver meridian of Foot-Jueyin(LR) come from Dadun acupuncture, Along the back inside of the upward, Distributed in the ribs, Along the back of the throat, pward into the nose pharynx ministry, uplink connection item is out of the forehead.

【Keywords】Refractory-Headache; From the liver treatment; Chronic diseases transforming to collaterals

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.003

李燕梅,主任医师,教授,脑病科主任,硕士生导师,中华中医药学会脑病分会常务理事,河南省中西医结合学会头痛分

会主任委员,河南省中医药学会脑病专业委员会委员,河南省神经免疫专业委员会委员,擅长治疗脑病科疑难杂病,在脑中

风失语、偏瘫及面瘫、头痛、头晕、失眠、帕金森震颤、痴呆等病症方面颇有经验。尤其是在治疗顽固性头痛治疗上，以屡起沉痾顽疾见长，顽固性头痛是一种临床常见病，由颅内外血管舒缩功能异常所致。主要表现为发作性头痛，痛势剧烈，或左或右，或前额，或后枕，或巅顶，严重者可累及整个头部，疼痛性质为剧烈跳痛、胀痛、钝痛或钻痛，多伴有恶心、呕吐，频繁发作导致记忆力下降。顽固性偏头痛又常常引发失眠、高血压、心脑血管疾病、抑郁症等、给患者带来极大痛苦，顽固性头痛属中医学头风范畴。头为诸阳之会，清阳之府，又为髓海所在，凡五脏之精华、六腑清阳之气皆上注于头^[1]。寒、湿、痰、火、虚等因素均可使气血运行失畅而瘀阻，不通则痛。中医学认为，久病入络，久病多痰，久病多瘀，痰瘀交阻，影响气血的正常运行，使瘀血阻滞脑络而为头痛。瘀阻于脑络难以速去，故头痛反复发作，缠绵难愈。笔者有幸随师学习，曾观察到李师从肝论治和采用活血化瘀疗法治疗顽固性头痛均取得良好疗效，现将其经验归纳总结如下。

学术经验：李老师强调，顽固性头痛宜从肝论治，主张以平肝，柔肝、清肝为治疗大法。

病例 1：患者甲，42 岁，湖南常德人，客居郑州，五年前春节回乡亲友聚会牌桌游戏时突然出现眼前黑影，视物模糊，随后出现头昏胀痛，两侧鬓角为重，剧痛难忍，心烦易怒，家人及送往常德市人民医院，行磁共振血管和平扫未见异常，诊断为“视网膜性偏头痛”经休息输液（具体用药不详）后症状缓解，其后上述症状反复发作，自服“西比灵”“尼莫地平”等药偶有缓解，且发作益频，最多可发作 1~2 次/d，发作持续时间长短不一，奔走中西医各家医院求治，无效，仅能以镇痛药维持，后经人介绍，求诊于李老师门诊，症见患者表情痛苦，以手叩头不得缓解，无法正常工作，自述头昏沉胀痛，剧时如刀劈斧剁，口苦面红，舌红苔微黄腻，脉弦数，测血压 130/80 mmHg，行头部多普勒血流，及颈动脉彩超未见异常，既往无头痛发作史，否认家族偏头痛高血压病史，患者平素嗜辛辣烟酒，辨病头痛，证属肝阳头痛，给予处方：钩藤 30 g，黄芩 10 g，菊花 10 g，泽泻 30 g，薄荷 10 g，石菖蒲 15 g，蔓荆子 15 g，天麻 15 g，桑叶 15 g，川芎 30 g，羌活 12 g，川牛膝 30 g，竹茹 10 g，白芍 30 g，甘草 3 g。5 剂，5 d 后复诊自述服药后自觉头痛渐渐减退，头部自觉昏沉减轻，清利舒适，舌根部微腻，嘱守方续服 4 剂，戒烟限酒，防止不良情绪刺激。服药后反馈头部清利，思维敏捷，头痛未在发作，已正常上班。李老师平素讲肝阳肝经风火为偏头痛的最重要发病因素，在中青年人表现更为显著，由于社会节奏加快，社会生活方式改变，不良情绪和社会生活压力刺激，郁于体内，化火暗耗肝阴，本病选用平肝清肝的天麻钩藤饮为底方，加用疏肝清散引经的薄荷、蔓荆子，佐以竹茹、泽泻祛除湿着痰邪。重用白芍，养阴敛肝气柔肝止痛。内经云肝为刚脏，喜条达恶抑郁。郁则化火生风，肝主疏泄，疏泄升发太过，而致肝阳偏亢。发为头痛。《医醇剩义·诸痛》：“因于火者，肝阳上升，头痛如劈，筋脉掣起，痛连目珠。”李师指出此类患者多头部胀痛明显，目赤泪流，

口苦面红，舌红苔黄，脉弦数，以平肝为基石，佐以清肝、柔肝，相火宁则头痛可自安^[2]。

久病入络，李老师指出反复发作的顽固性头痛的病人，常可见面色晦暗瘀滞，痛处常固定不移，甚至头痛发作频率固定。

病例 2：患者乙，男，32 岁，两天前受凉后出现右侧口眼喎斜，由门诊收入院，神经系检查未见明显阳性体征，患者既往右侧颞部规律疼痛，每月发作 1 次，发作时头昏沉疼痛，以搏动性跳痛及胀痛为主，恶心呕吐，病史 10 年，行磁共振平扫和血管未见异常，行腰椎穿刺脑脊液压力 160 mmH₂O，住院期间头痛再次发作，头痛难忍，恶心呕吐，即测血压 120/80 mmHg，患者舌质暗苔根部微腻，舌下络脉曲张，脉弦细。方选用柴胡 12 g，红花 10 g，当归 15 g，生地黄 12 g，川牛膝 15 g，川芎 30 g，桔梗 12 g，赤芍 12 g，枳壳 12 g，甘草 3 g，5 剂，并合用头痛宁胶囊 2 盒，3 粒/次，3 次/d。后患者面瘫恢复出院，门诊复诊，头痛未在发作，方中血府逐瘀汤活血化瘀，行气止痛，头痛宁胶囊中天麻息风止痉，平抑肝阳，活血通络，有较强的息风逐瘀作用^[3]，与土茯苓合用对肝阳上亢、肝风内动所致风痰上扰清窍、瘀阻髓海脑络所致的头痛有标本兼治的功效；制何首乌补益精血；当归活血补血，瘀血祛则新血生，祛邪而不伤正；防风发散解表，胜湿止痛，祛风通络，对风邪致络瘀阻所致头痛起到了治本作用；全蝎为虫类活血化瘀药，逐恶血，搜逐风邪，通经络，祛除停滞于经络血脉的瘀血痰浊，常用于顽固性偏正头痛。诸药合用，共奏息风涤痰、逐瘀止痛之功。

按语：顽固性头痛在神经科是一个常见病和多发病，临床多参照头痛进行辨证论治，案例 1 为一例顽固性头痛患者，反复发作，初给予对症处理后，症状缓解，但后随即反复，症状持续加重，后求治于多方，无效，渐仅能以镇痛止痛药维持，病程虽短，但病情进展迅速，李老师以独特视角，从肝论治，从平肝清肝柔肝着手，调畅气机，取得稳固效果；病例 2，患者瘀像初查不重，但细究其病史，病人虽年轻，病史有 10 年之久，且头痛有固定周期和部位，李师以邪气初在经，久入络脉，大胆选用活血化瘀，搜风通络之品，立起十年沉痾。李老师强调临床辨治疑难杂证，应充分了解病史和疾病发病规律，在充分辨证基础上敢于打破常规，大胆用药，方能寻求沉痾怪病治疗思路，临床取得疗效。

参考文献：

- [1]石学敏. 针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2009:98-99.
- [2]毛瑞峰,李燕梅.李燕梅辨治头痛经验[J].中医临床研究,2014,6(4):115-116.
- [3]马娟,刘宁.头痛宁胶囊联合氟桂利嗪胶囊治疗偏头痛的临床疗效及机理研究[J].中成药,2013,4(35):677-680.

作者简介：

刘龙江，男，2013 级硕士研究生。

李燕梅，女，通讯作者，主任医师，教授，硕士研究生导师。

编辑：赵聪 编号：EB-15080302F（修回：2015-09-25）

王淑玲教授“重正气、护脾胃”思想探析

Thought of Prof. Wang Shu-Ling on *Zhongzhenqi Hupiwwei* in TCM

李智滨 朱欧鸽

(石家庄市中医院, 河北 石家庄, 050000)

中图分类号: R249 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0008-02 证型: AGD

【摘要】脾胃为营卫气血生化之源、全身气机升降之枢。王淑玲教授在祛邪之余不忘扶正,理气之时不忘顾护脾胃。其重视脾胃的观点,贯穿于其理法方药的全过程,为年轻学者在重视正气、顾护脾胃论治疾病方面提供了参考。

【关键词】王淑玲教授;重视脾胃;失眠;眩晕;消渴

【Abstract】The spleen and stomach are the sources of the production and transformation of qi and blood and are regarded as the adjusting center of ascending and descending in the whole body. Professor Wang Shu-Ling insisted on strengthening the antipathogenic qi while eliminating pathogens, strengthening spleen and stomach function while regulating qi activity in the treatment. The idea had been applied in the entire process of her theory, principle, therapeutic method and herbal formulas. It also provides the consultation for the Young scholars to emphasize the theory of spleen and stomach.

【Keywords】Professor Wang Shu-Ling; Importance of Spleen and Stomach; Insomnia; Dizziness; Diabetes

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.004

王淑玲教授现为石家庄市中医院神经内科主任医师、教授,全国名老中医专家学术经验继承工作指导老师,河北省首届名中医。重正气、护脾胃为其毕生临床指导思想:辨证论治必以脾胃为“本”,理法方药以气机升降为主线,以复气、血、津、液生化之源。施治重脾胃,选方重合参,用药重升降。

中医学是实践医学,是几千年历代医家临床实践的总结,其内涵博大精深,是在古代朴素的自然科学观念下形成的宏观理论。东垣前辈阐发《素问》“土者生万物”的理论,惯用补中、升阳、益气、培土益胃诸法,称谓“补土派”。著《脾胃论》曰:“历观诸篇而参考之,则元气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而后能滋养元气。若胃气之本弱,饮食自倍,则脾胃之气既伤,而元气亦不能充,而诸病之所由生也。”^[1]强调了脾胃为元气生化之源,脾胃无所伤,是元气充足的重要前提,而元气是人体立足之本,阐述了脾胃之气的重要地位。《脾胃论》中“五脏之气交变论”^[2]“饮食伤脾论”^[3]“阴阳升降论”^[4]至今影响深远,共同形成了别具一格的脾胃内伤学说。“甘温除大热”^[5]等方药至今仍对临床实践有重要指导意义。在先人的启迪下,王老在临床实践中,以脾胃为“辨证论治”的中心、“脏腑辨证”的中轴,施治重脾胃,选方重合参,用药中升降,重视正气、顾护脾胃。王老崇尚东垣“补脾治后天”之学说,临证时常从调补脾胃来治疗多种内科杂病。笔者有幸随师侍诊,受益匪浅,现将王老临证“重正气、护脾胃”经验介绍如下。

1 失眠

中医称为“不寐”“少寐”“不得卧”“不得眠”等,是由于心神失养或不安而引起经常不能获得正常睡眠为特征的一

类病症^[6]。《诸病源候论·虚劳不得眠候》认为,虚劳或大病之后,“脏腑尚虚,荣卫未和,故生于冷热。阴气虚,卫气独行于阳,不入于阴,故不得眠。”《类证治裁·不寐》曰:“思虑伤脾,脾血亏虚,经年不寐。”王老认为,失眠的基本病机为脾胃气虚,脾失运化,胃失和降,则卫气不能由阳入阴,神失安宁而见失眠。故临床上多用健脾和胃之法,使气血调和,阴阳平衡,则失眠自愈^[7]。

病例1:患者甲,男,45岁,政府机要秘书。自述5年前始因工作繁重、睡眠昼夜颠倒无规律而出现入睡困难、易醒,复入睡尤难。后症状持续加重,曾有2昼夜不能入睡之记录。5年来服用各种西药、百余剂汤剂(经询问知大多为重镇安神养血安神之剂),睡眠仍不能改善。刻下症:彻夜不寐,神疲乏力,食少纳呆,头晕,自汗,时有心悸,舌淡苔白微腻,脉缓。王老认为患者因工作原因而致思虑伤及脾胃之气,属正气已虚,此时断不可以金石之品克伐,又不可以大剂养血滋腻之品碍其气,治当顾护脾胃,补其不足,以生气血,使气血调和,阴阳平衡从而神安得寐。以香砂六君子汤为基础方,方药如下:党参15g,炒白术15g,茯苓15g,甘草6g,木香10g,砂仁12g,柴胡6g,桂枝6g,白芍10g,陈皮10g,当归15g,远志15g,丹参15g,生姜5片,大枣8枚。7剂,水煎服。

二诊,诉夜晚可入睡2h左右,白天运动后可入睡4h。食量增多,食欲好转,偶有口干,在上方基础上加玉竹15g,又服10剂。前方加减共计40余剂,数年之顽疾得以明显改善。

2 眩晕

前人多认为眩晕是风病,惯用平肝息风,调补肝肾之法,临床亦有效。但临床虚证眩晕并不少见,尤其脾胃不足之体,

最易罹患。近代名医秦伯未在《中医临证备要》中提出“头晕虚多实少”^[8]。脾胃乃后天之本，气血生化之源。脾胃虚弱，脾失健运，中气亏虚，是眩晕发生之本。王老诊病特别重视脾胃升降失常在疾病状态下的影响，认为脾胃既为后天之本，则眩晕之病机必关乎脾胃的运化时常。脾胃为人体气机升降之枢纽，是调整全身气机之关键，中气之健旺，使清升浊降，则眩晕自愈。

病例 2：患者乙，女，31 岁。自诉 1 个月前因劳累出现头晕，恶心欲吐。刻下症：头晕，恶心欲吐，四肢倦怠乏力，寐差。身体瘦弱，语声低微，面色萎黄，舌淡红，苔薄黄，脉沉细。查头颅 CT 未见异常。王老考虑其为脾胃气虚，痰饮内停所致眩晕。应用化痰息风之品时必当注重顾护脾胃，团结正气，脾胃之气恢复，则痰浊消散，清窍爽利。不可一味化痰，不知扶正。治以补中益气，燥湿化痰。以补中益气汤为基础方，方药如下：黄芪 15 g，炒白术 15 g，陈皮 15 g，升麻 10 g，柴胡 10 g，当归 10 g，半夏 10 g，茯苓 15 g，石菖蒲 10 g，远志 10 g，酸枣仁 10 g，夜交藤 30 g，生姜 5 片，大枣 8 枚。7 剂，水煎服。

二诊，诉头晕恶心减轻，乏力好转，偶有便秘；前方加肉苁蓉 6 g，再服 7 剂头晕已痊愈。

3 消渴

消渴者，必数食甘美而多肥也。肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。糖尿病患者大多具有神疲乏力、心悸气短、虚胖无力或日渐消瘦等正气虚弱的征象，王老认为此乃其脾气虚弱，生化无源所致。病程日久，脾虚湿盛，与胃腑之邪热搏结，痰浊积热内生，可有明显热象，如烦渴、便秘、漏汗等，临床多见舌红苔黄厚腻之象，此时可考虑清热化痰，但必以健脾和胃为基础，因其根本仍为脾虚正虚，治疗应以健脾益气为大法。

病案 3：患者丙，男，50 岁。糖尿病病史 3 年，平素口服二甲双胍 0.5 g，3 次/d。空腹血糖 8~9 mmol/L，餐后 2 h 血糖 10 mmol/L 左右。近 10 d 口干、乏力、纳呆、腹胀等明显。形体肥胖，舌红，苔黄厚腻，脉滑数。考虑其脾虚湿盛，与胃热搏结，痰热内扰。治以健脾化湿，清热化痰。以胃苓散为基础方，方药如下：党参 15 g，白术 15 g，茯苓 15 g，苍术 12 g，

厚朴 9 g，陈皮 15 g，猪苓 12 g，砂仁 6 g，泽泻 20 g，甘草 6 g。7 剂水煎服。

继服二甲双胍 0.5 g，3 次/d，同时嘱严格控制饮食多运动，连服 15 剂后口干、乏力、腹胀明显减轻，舌苔薄白，空腹血糖 6 mmol/L 左右，餐后 2 h，8 mmol/L。继续服党参、陈皮泡水代茶饮巩固疗效。

小结：脾喜燥恶湿，胃喜湿恶燥，脾胃功能正常是正气之源、后天之本。脾失健运、胃失和降，则“其气必虚”。脾胃运化水谷，化生气血，奉养生身，补充消耗，是人体一身正气的重要来源，脾胃的健旺与否直接关系到人体正气是否充盈，从而影响人体对疾病的抵抗能力^[9]。其余四脏与脾胃关系密切，正如李东垣所云：“脾胃虚损，百病由生”，朱丹溪所云：“百病皆因痰作祟”，五脏病证千变万化总不离“脾虚”“痰湿”两端，临床若遇疑难杂病，多方治疗无效，不如从脾胃论治。

参考文献：

- [1] 候显庆.脾胃学说临床运用的体会[J].贵阳中医学院学报,1984,3(3):35.
- [2] 李东垣.脾胃论[M].张年顺,校注.北京:中国中医药出版社,2007:8.
- [3] 王春菲.谈脾胃论中内伤热中证的病机及治疗[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(11):131-132.
- [4] 丁刚.东垣治脾胃病基本理论研究[J].现代中西医结合杂志,2011,20(36):4691-4692.
- [5] 张学毅,马红星.脾胃学说历史沿革[J].实用中医内科杂志,2014,28(6):174.
- [6] 刁丽梅,刘秦.从《黄帝内经》理论浅析失眠的病因病机及治疗原则[J].浙江中医杂志,2008,43(2):73-74.
- [7] 韩立国.从脾胃辨证论治失眠[J].社区医学杂志,2013,11(21):42.
- [8] 秦伯未,李岩,张田仁,等.中医临证备要[M].北京:人民卫生出版社,2005:3
- [9] 贺捷,周素芳.从脾胃为“后天之本”论其与人体发病的关系[J].中医临床研究,2013,5(6):57.

作者简介：

李智滨（1970-），男，1995 年毕业于河北中医学院，主任中医师。

E-mail: zhuzhusleeping@163.com。

朱欧鸽（1985-），女，2011 年毕业于黑龙江中医药大学，现工作于石家庄市中医院内分泌科，住院医师。

编辑：白莉 编号：EB-15081703F（修回：2015-09-10）

相似文献：

脾胃学说源流浅探

“脾胃为后天之本”。脾胃学说有效地指导着中医临床的诊断、治疗乃至摄生。历代医家十分重视调护脾胃。脾胃学说的发生、发展不是一朝一夕完成的，它的形成与完善是历代医家继承、实践与总结、提高的结果。厘清脾胃学说的历史脉络对中医临床有着重要的指导意义。

作者：张津玮 李永成

刊名：中医临床研究 2015 年 7 卷 19 期 49,53 页

英文期刊名：Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词：脾胃学说；源流

中图分类号：R22

DOI 号：10.3969/j.issn.1674-7860.2015.19.026

张磊教授固元法的临床应用

Clinical application of The Guyuan therapy by Prof. Zhang Lei in TCM

桑海艳

(河南中医学院第三附属医院, 河南 郑州, 450008)

中图分类号: R256.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0010-02 证型: GDA

【摘要】目的: 总结张磊教授固元法的临床适应症。方法: 长期跟师侍诊, 整理资料, 总结分析。结果与结论: 固元法多用于久病, 或正气内夺, 或正虚似邪之证。张师常用菟丝子、补骨脂、淫羊藿、山茱萸、枸杞子、人参等培补元气, 效果较好, 多用于治疗一般元气虚弱之证。

【关键词】张磊; 固元法; 临床应用

【Abstract】Objective: To summarize clinical application of the Guyuan therapy by Professor Zhang Lei in diseases. Methods: By collecting clinical data, clinical cases were organized, summarized and analyzed. Results and Conclusion: The method of the Guyuan therapy for a series of illness.

【Keywords】Zhang Lei; Guyuanfa in TCM; Clinical application

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.005

张磊 (1929-), 男, 教授、主任医师, 河南固始人。幼上私塾, 诵读经史, 受儒学之熏陶, 崇尚致中和。曾任河南省卫生厅副厅长, 河南中医学会会长, 中药学会会长等职务, 是国家第二批名老中医之一。张磊老师已从医 60 余载, 在治疗内科杂病方面积累了丰富的临床经验, 总结出了内科杂病的治疗八法, 即临证八法, 固元法是张师临证八法之一, 笔者有幸侍诊, 兹将张师固元法的临床运用介绍如下。

固元法多用于久病, 或正气内夺, 或正虚似邪之证。虚证是多种多样的, 兹不赘述, 但在虚证中要注意到元气之虚。元气是人身之根本, 元气旺则身健寿永, 元气虚则易罹疾患, 且又缠绵难愈, 出现正虚似邪之象, 若以外邪治之, 非也。张师常用菟丝子、补骨脂、淫羊藿、山茱萸、枸杞子、人参等培补元气, 效果较好, 这是治疗一般元气虚弱之证^[1]。若元气大虚或暴脱, 当另寻固元挽危之方药。现将张师应用“固元法补气方”的验案略举一二, 以飨同道。

病案 1

患者甲, 女, 35 岁, 职员。2009 年 10 月 14 日初诊, 以“易外感 30 余年”为主诉就诊, 患者自述平素怕冷, 易外感, 但体温不高, 见凉气则咳嗽, 咯白黏痰, 纳可, 眠安, 二便调。月经正常。常觉腹部凉。舌质淡红, 苔薄白, 脉细弱。处方: 淫羊藿 10 g, 山茱萸 10 g, 枸杞子 10 g, 菟丝子 10 g, 生黄芪 15 g, 党参 10 g, 麦冬 10 g, 陈皮 10 g, 炙甘草 6 g, 桑叶 10 g, 10 付, 1 剂/d, 水煎服。患者续服上方 30 余剂, 复诊时自觉怕冷减轻, 见凉后也没再感冒。

按: 该患者自幼即怕冷、易外感, 常觉腹部凉。结合舌脉, 四诊合参, 此为“元气不足”之候。张师以自拟“固元法补气方”治之。元气, 《内经》称之为“真气”, 《灵枢·刺节真邪》

中明确指出: “真气者, 所受于天, 与谷气并而充身者也。”方中淫羊藿、山茱萸、枸杞子、菟丝子补肾以充先天之气, 党参、生黄芪补脾肺之气以助后天之气, 符合元气产生于先天, 充养于后天之理论; 枸杞子、菟丝子不仅补肾阳, 而且兼补肾阴, 不至于使阳盛损阴, 而达到阳得阴助而源泉不竭, 阴得阳助则生化无穷的效果。患者咳嗽, 故加陈皮、桑叶、麦冬以养阴润肺止咳。

病案 2

患者乙, 女, 43 岁, 教师。2008 年 8 月 6 日初诊, 以“易疲乏 10 年”为主诉就诊, 患者自述 1998 年人流术后, 疲乏, 月经量少, 加之, 工作压力较大, 出现心烦、失眠, 黎明时出虚汗等症状。现症: 乏力, 脑力及体力劳动后心慌、胸闷, 气短, 自觉气不接续, 不想说话, 不想活动, 不能正常工作。恶风, 怕冷, 头顶及后背怕冷为甚。即使在夏季洗澡后需穿厚衣服。纳可, 入睡难, 易醒。小便频, 大便正常。月经提前 7 d, 量少, 3 d 干净。舌质红, 苔白, 脉沉弱。处方: 党参 15 g, 生黄芪 30 g, 知母 15 g, 升麻 6 g, 柴胡 6 g, 桔梗 6 g, 山茱萸 12 g, 炙甘草 6 g, 7 剂, 1 剂/d, 水煎服。2008 年 8 月 27 日复诊, 服上药 15 剂, 乏力, 活动后心慌、胸闷等症状好转, 觉有劲说话, 能活动, 但强迫自己干活时, 好像整个人要虚脱一样。现仍觉疲乏, 恶风, 怕冷, 二便可。舌质暗红, 苔薄白, 脉沉滞。处方: 菟丝子 15 g, 补骨脂 10 g, 淫羊藿 10 g, 山茱萸 10 g, 生黄芪 30 g, 赤芍 15 g, 防风 6 g, 知母 15 g, 7 剂, 1 剂/d, 水煎服。2008 年 10 月 17 日三诊, 间断服上药 30 余剂, 疲乏, 恶风, 怕冷, 活动后心慌、胸闷等症状消失, 觉精神、体力均增加, 现精力充沛, 能正常工作。

按: 此患者 1998 年做人流手术, 直接损伤冲任、胞宫,

导致冲任、胞脉瘀滞，进而伤及肾元。张师在治疗上以“先补其大气，后再补其元气”为治则，进行辨证论治。大气乃《内经》中所谓之宗气，《灵枢·邪客篇》曰：“故宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉而行呼吸焉。”若胸中大气不足或下陷，则气短不足以息，或努力呼吸有似呼喘，或胸胁胀满，心悸怔忡。初诊时患者“乏力，脑力及体力劳动后心慌、胸闷，气短，自觉气不接续……”此乃“大气下陷”之证，张师以《医学衷中参西录》之升陷汤加减治之，二诊时患者乏力，活动后心慌、胸闷等症状好转，觉有劲说话，能活动，但强迫自己干活时，好像整个人要虚脱一样。但仍觉疲乏，恶风，怕冷。舌质暗红，苔薄白，脉沉滞。四诊合参，张师辨证为“元气不足挟痰”之证，处方以自拟“固元汤”合“黄芪赤风汤”加减治之，服药后患者精力充沛，能正常工作。《难经·十四难》曰：“人之有尺，譬如树之有根，枝叶虽枯槁，根本将自生，脉有根本，人有元气。”《景岳全书·传忠录》说：“元气完固，则精神昌盛。”大病久病之后往往会出现元气大伤，因此，在临证时固护元气显得十分重要。人若元气旺盛，则精神充沛，身体强健，脑力充足，不易疲劳，劳则易复。

结语：元气，《内经》称之为“真气”，当与邪气抗争时，

也称之为“正气”，有推动人体的生长发育，抵御病邪侵袭和祛除病邪的作用，人要健康长寿，必须善于保养此气。《素问·刺法论》曰：“正气存内，邪不可干。”《素问·上古天真论》曰：“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来。”因此，在临床上要重视元气的盛衰，并善于调补元气。张师的“固元法补气方”即为此而设。

参考文献：

[1]张磊.张磊临证心得集[M].北京:人民军医出版社,2008.
[2]张凤禹,张淑波,杨玉昌,等.汪机甘温补气培元固本的学术思想探讨[J].中医临床研究,2010,02(12):73-75.

作者简介：

桑海艳(1982-),女,汉,河南周口人,医学硕士,主治医师,主要从事中医治疗内科疑难病证的研究。E-mail:1512891819@qq.com.

编辑：赵聪 编号：EB-15080407F(修回：2015-09-10)

三子三拗敛肺汤治疗风咳证疗效观察

Clinical observation on treating cough with the Sanzi Sanao Lianfei decoction

赵晶晶¹ 翟志光^{2△}

(1. 丰台中西医结合医院, 北京, 100072; 2. 中国中医科学院中医基础理论研究所, 北京, 1000700)

中图分类号：R256.1 文献标识码：A 文章编号：1674-7860(2015)30-0011-03 证型：GA

【摘要】目的：观察并比较三子三拗敛肺汤与复方甘草片治疗风咳证的疗效。方法：采用随机单盲法将60例风咳证患者分为治疗组与对照组，每组30人，分别给予三子三拗敛肺汤及复方甘草片进行治疗，用药时间1周时间，观察1周后及2周后的病人的证候积分变化。结果：用药1周治疗组总有效率为96.7%，对照组总有效率为90.0%，治疗组疗效优于对照组。停药1周治疗组复发率为3.4%，对照组复发率为18.0%，治疗组复发率低于对照组。结论：三子三拗敛肺汤对于治疗风咳证较复方甘草片具有更高的有效率及较低的复发率。

【关键词】风咳证；三子三拗敛肺汤；复方甘草片

【Abstract】 Objective: To observe and compare clinical efficacy of SanZi SanAo LianFei decoction on Feng Cough. Methods: to divide the 60 cases of AC into two groups randomly, 30 cases are in treatment group, with SanZi SanAo LianFei decoction, another 30 cases are in control group, with Compound Liquorice Tablet for one week. Results: the total efficiency in treatment group is 96.7%, the control group is 90.0%. The recurrence rate in the treatment group is 3.4%,and the control group is 18.0%. The treatment group curative effect is better and the recurrence rate is lower. Conclusion: the SanZi SanAo LianFei soup for Wind Cough syndrome has higher efficacy and lower recurrence.

【Keywords】 Feng cough syndrome; SanZi SanAo LianFei decoction; Compound Liquorice
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.06

风咳是咳嗽的一种证型，是因风邪犯肺，肺气失宣，气道挛急所致，以咳嗽阵作、呛咳、气急、咽痒、痰少或无痰为主要症状的病证。其中医诊断标准主要参考晁恩祥教授提出的风

咳诊断标准^[1]。其包括现代医学的感冒后咳嗽、咳嗽变异性哮喘、过敏性支气管炎等。三子三拗敛肺汤是由笔者自拟而成，方由芥子、苏子、葶苈子、炙麻黄、杏仁、生甘草、防风、蝉

蛻、乌梅、五味子、地龙组成。笔者通过对 60 例风咳证患者临床治疗的观察,分析比较三子三拗敛肺汤与复方甘草片治疗风咳证的临床疗效。

1 病例选择

1.1 临床资料

选择 2014 年 9 月—2015 年 9 月丰台中西医结合医院呼吸科门诊风咳证患者 60 例。随机单盲法分为治疗组与对照组各 30 例。治疗组男性 14 例,女性 16 例,年龄 20~78 岁。对照组男性 15 例,女性 15 例,年龄 18~80 岁。

1.2 诊断标准

风咳证其中医诊断标准主要参考晁恩祥教授提出的风咳诊断标准。

1.3 纳入标准

①符合风咳证诊断标准的患者。②年龄 18 岁以上的患者。

1.4 排除标准

①合并其他器质性肺系疾病患者(如急性肺炎、慢性阻塞性肺疾病、肺癌、支气管扩张、肺结核等);②妊娠或哺乳期妇女;③对本研究处方中药有过敏史者;④合并有心血管、肝、肾和造血系统、精神系统等严重原发性疾病的患者。

2 资料与方法

2.1 治疗方法

治疗组患者给予三子三拗敛肺汤加减炙麻黄 6 g,杏仁 10 g,芥子 10 g,苏子 15 g,莱菔子 10 g,生甘草 15 g,防风 12 g,蝉蛻 10 g,乌梅 20 g,五味子 20 g,地龙 10 g。表寒者细辛 3 g;内热者加黄芩 6 g;阴虚肺燥加麦冬 30 g。1 剂/d,煎取药汁 200 ml,分早晚 2 次口服,疗程 7 d。对照组患者给予复方甘草片 3 片,3 次/d,口服。疗程 7 d,分别于服药后第 7 d、14 d 复诊,以记录患者的病情变化情况。

2.2 疗效评价

一般情况、症状、体征评分,采用中医症状记分法,参考《中医病证诊断疗效标准》原则,按照等级变量观察方法,制定半定量计分标准^[2,3]:①咳嗽情况:无咳嗽 0 分;1~2 次短暂咳嗽计 1 分;2 次以上短暂咳嗽计 2 分;频繁咳嗽,但不影响日常活动计 3 分;频繁咳嗽,影响日常活动及睡眠计 4 分;严重咳嗽,严重影响日常活动及睡眠计 5 分。②咽痒:无咽痒计 0 分;轻微咽痒,不引起咳嗽计 1 分;偶有咽痒,可引起轻微咳嗽计 2 分;咽痒,可引起阵发性咳嗽,持续时间短计 3 分;咽痒,引起阵发性咳嗽,持续时间长计 4 分;咽痒,引起频繁剧烈咳嗽计 5 分。中医证候疗效标准参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》临床治愈:临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%;显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%;有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少≥30%;无效:临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少<30%。计算公式(尼莫地平法):(疗前积分-疗后积分)/疗前积分×100.0%。

2.3 统计学处理

应用 SPSS13.0 统计软件进行分析。

3 结果

3.1 两组中医证候的比较

见表 1,结果表明用药第 7 d 治疗组疗效优于对照组,差别具有统计学意义(P<0.05)。

表 1 两组用药第 7 d 中医证候的比较 (n, %)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	5	8	16	1	96.7
对照组	30	3	1	23	3	90.0

3.2 两组停药 7 d 后复发情况比较,见表 2。

表 2 两组停药 7 d 后复发情况比较 (n, %)

组别	n	有效总数	复发	复发率
治疗组	30	29	1	3.4
对照组	30	27	5	18.5

3.3 两组治疗后第 7 d 及第 14 d 总证候积分比较见表 3。

表 3 两组治疗后第 7 d 及第 14 d 总证候积分比较

时间	治疗组	对照组
治疗前	7.93±1.08	7.80±0.92
第 7 d	2.27±1.38	3.20±1.61
第 14 d	2.30±1.49	3.93±1.68

治疗组与对照组治疗前症候积分相比,P>0.5,两组相比无统计学意义。治疗组治疗前与第 7 d、第 14 d 相比,P<0.01,对比有显著统计学意义。对照组治疗前与第 7 d、第 14 d 相比,P<0.01,对比有显著统计学意义。治疗组第 7 d 与第 14 d 相比,P>0.5,无统计学意义。对照组第 7 d 与第 14 d 相比,P<0.05,有统计学意义。治疗组与对照组第 14 d 相比,P<0.5,有统计学意义。

4 讨论

咳嗽之名始见于《内经》。东汉张仲景《金匱要略》云:“风舍于肺,其人则咳”。隋·巢元方著有《诸病源候论》,对十种咳嗽进行了论述,“一曰风咳,欲语因咳,言不得竟也。”刘完素《素问病机气宜保命集·咳嗽论》云:“寒、暑、燥、湿、风、火,六气皆令人咳。”明朝秦景明《病因脉治》中有“伤风咳嗽,即咳嗽的一种,又称风嗽”的说法。现代医家晁恩祥认为风咳历来有之,乃风邪伏肺所致,当以疏风宣肺,缓急止咳利咽为治疗之法^[4],并根据其多年临床经验拟制风咳方^[5],用于临床风咳之证,疗效甚佳^[6]。汪受传教授认为风痰内蕴,肺失宣肃为本病的病机关键,即发时当宣肃肺气,化痰止咳以祛风,未发时健脾化痰,补肺固表以御风^[7]。范伏元教授认为“内风”内伏于肺,遇外感触发,而致反复咳嗽。风邪犯肺,肺失宣降,肺气上逆为其基本病机^[8]。史利卿教授认为内外邪气相感,同气相求,外风不尽,引动内风^[9],并根据祛风宣肺法拟定宣肺止咳剂,取得了良好的疗效^[10]。

风咳主要症状表现为阵发性干咳、呛咳,刺激性咳嗽,多于入睡时、夜间或晨起发作较明显,可以影响睡眠。咽痒明显,痒即引发咳嗽。无痰,或少量白黏痰不易咯出。对冷热空气及

气味敏感。“风者，百病之长也。”所以在外感咳嗽诸症中，多以风为先导，挟寒、热、燥邪外侵。肺为娇脏，不受外来之客气，外感风邪，导致肺气郁闭，宣降失常，气道痉挛，肺气上逆而发病。“风善行数变”“风盛则挛急”，故其症状表现多为突发性、挛急性咳嗽，时发时止。“无风不作痒”，故患者多有咽痒，痒即咳嗽，遇风加重等临床特征。

易引起风咳的常见疾病包括感冒后咳嗽，咳嗽变异性哮喘、上气道咳嗽综合征、变应性咳嗽、嗜酸性粒细胞性支气管炎等。另外笔者观察到雾霾引起的咳嗽，其症状亦大多符合风咳的临床特点。随着空气污染的进一步加重，雾霾作为一个新名词被大家所熟知。其中有害健康的主要是直径小于 10 μm 的气溶胶粒子，其被吸入呼吸道，沉积在鼻部、口咽部等地，造成局部刺激，引起咳嗽等病症。它不同于单纯的支气管哮喘或咳嗽变异性哮喘患者，主要表现为气道的敏感性增高。血常规中嗜酸性粒细胞可能正常，肺功能检查大多正常或提示小气道功能障碍，支气管激发试验及舒张试验大多阴性。笔者于呼吸科门诊接诊此类患者颇多，其症状符合晁恩祥教授提出的风咳的诊断标准。

笔者自拟三子三拗敛肺汤治疗此证。本方由炙麻黄、杏仁、芥子、苏子、莱菔子、生甘草、防风、蝉蜕、乌梅、五味子、地龙组成。表寒者细辛 3 g，内热者加黄芩 6 g，阴虚肺燥加麦冬 30 g。三拗三子敛肺汤中由三拗汤中生麻黄变炙麻黄、三子养亲汤及疏风敛肺的部分中草药组成。其中三拗汤用于治疗外感风寒、肺气不宣引起的咳嗽，麻黄炒制后则发汗散寒之力弱，止咳平喘之力强。炙麻黄与杏仁一宣一降，使肺气宣肃有常。百病皆有痰作祟，痰去病自安。咳嗽病位在肺，且肺又为贮痰之器，故咳嗽要“以治痰为先”。风咳证患者，多少痰或无痰，咳痰困难，排痰后诸症减轻。故于方中加三子养亲汤利咽排痰。其中白芥子温肺利气，快膈消痰；紫苏子降气行痰，使气降而痰不逆；莱菔子消食导滞，使气行则痰行。蝉蜕可疏风清热，宣肺止痉，又能息风定惊；地龙清热祛风，化痰平喘痰，二味均为虫类药物，配以防风，疏风解痉之效尤佳。五味子、乌梅具有敛肺、疏解气道挛急之功效，与辛散的麻黄、防风配伍，既不生敛邪留邪之弊，又可制约麻黄的辛散之性，且甘酸配伍，

一张一敛，使肺气宣降有常。诸药配伍，具有疏风解痉，敛肺止咳化痰之功效。现代药理证明，乌梅、五味子与辛温发散药相配合，可以治疗各种过敏症，如施今墨先生的脱敏煎。

综上临床研究结果表明，笔者研制的三子三拗敛肺汤组方严谨，对于改善风咳证中咳嗽、咽痒等症状及预防复发均具有积极作用。

参考文献:

[1]王辛秋,张洪春,陈燕.晁恩祥教授辨治"风咳"经验介绍[C].全国中医内科肺系病第十四次学术研讨会论文集.北京:中国学术期刊电子出版社,2010:136-139.
 [2]赵婷,邱志宏,王岚,等.简化咳嗽积分临床应用价值的研究[J].中华全科医学杂志,2012,11(4):273-276.
 [3]赵婷,吕寒静,邱忠民.咳嗽症状严重程度评价[J].中华哮喘杂志(电子版),2011,5(01):29-32.
 [4]晁恩祥."风咳"证治探要[J].江苏中医药,2008,40(07):8-9.
 [5]李勇,李珊,杨道文.风咳方与止咳散治疗咳嗽变异性哮喘疗效比较[J].中国中医急症,2010,19(11):1848+1894.
 [6]李颖,王雪京.风咳方治疗咳嗽变异性哮喘疗效及其对血嗜酸性粒细胞和免疫球蛋白 E 的影响[J].中国中医药信息杂志,2013,20(06):5-7.
 [7]白凌军,汪受传.汪受传论治咳嗽变异性哮喘经验[J].中医杂志,2008,49(08):695.
 [8]符艳,范伏元.中医对慢性咳嗽的研究进展[J].湖南中医杂志,2013,29(04):136-138.
 [9]史利卿,马建岭.风咳的证因浅探[J].环球中医药,2009,2(03):199-201.
 [10]史利卿,刘志国,席宁,等.宣肺止咳方治疗呼吸道感染后咳嗽临床观察[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2004,11(03):9-10.

作者简介:

赵晶晶,女,主治医师。研究方向:慢性咳嗽的中医诊疗。E-mail: springer2006@126.com。
 翟志光[△],通讯作者,男,中国中医科学院中医基础理论研究所副研究员。E-mail: zgzv@126.com。

编辑:白莉 编号:EB-15091609F(修回:2015-10-08)

相似文献:

自拟麻杏桔贝汤治疗咳嗽临床疗效观察

目的:观察自拟麻杏桔贝汤治疗风寒袭肺型咳嗽的临床疗效。方法:以自拟麻杏桔贝汤(炙麻黄、杏仁、桔梗、川贝)为主方,随证加减应用,水煎内服。结果:治疗总有效率为 94.3%,无效率为 5.7%。结论:自拟麻杏桔贝汤治疗风寒袭肺型咳嗽疗效满意。

作者:毛永才
 刊名:中医临床研究 2015年11期 119-119页
 中图分类号:R441.5

DOI号:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.11.070

感染后咳嗽的辨证施护

感染后咳嗽中医证型多以风寒束肺证、风热犯肺证、风燥伤肺证及风邪恋肺证为主,本文主要对不同证型咳嗽的护理方法进行了阐述。

作者:刘苹 王东旭 袁婷婷 仇丽珍 李艳娜
 刊名:中医临床研究 2014年32期 135-136页
 中图分类号:R256.11

麻黄在慢性肾病中的辨证运用

Differentiated application of Ephedra on chronic kidney disease

蔡柳洲¹ 夏小辉²

(1. 武汉市新洲区中医肾病专科医院, 湖北 武汉, 430400; 2. 武汉市新洲区辛冲镇卫生院, 湖北 武汉, 430400)

中图分类号: R249 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0014-02 证型: DGBI

【摘要】麻黄作为发表第一药物, 在慢性肾病的治疗中有着重要的作用, 其性味轻灵宣散, 轻扬上达, 对湿热蕴结, 清阳下陷, 阳虚水泛所致的蛋白尿、水肿等症, 疗效显著。

【关键词】慢性肾病; 蛋白尿; 水肿; 麻黄

【Abstract】Ephedra is the best Chinese herbal for dispersing superficial pathogens. Even in the treatment of chronic kidney disease, it has significant effect. Due to the dispelling flavor, it has remarkable effect on proteinuria, edema and other symptoms resulted from damp-heat accumulation and essence subsidence.

【Keywords】Chronic kidney disease; Proteinuria; Edema; Ephedra

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.007

麻黄出自《本经》, 性味辛、苦, 温, 归肺、膀胱经, 具有发汗解表、宣肺平喘、利水消肿之功, 是仲景治疗风水、肾水之要药, 经历代医家长期反复的临床辨证应用, 积累了丰富的实践经验, 给临床治疗慢性肾病开拓了全新的思路, 现笔者不揣疏漏, 对麻黄在慢性肾病中的辨证运用规律略作浅述。

1 轻灵宣散 透发湿热

《伤寒论》第 262 条云:“伤寒瘀热在里, 身必黄, 麻黄连翘赤小豆汤主之”。该方组成为: 麻黄、连翘、杏仁、赤小豆、大枣、生梓白皮、生姜、甘草等。《伤寒论译释》云:“本方由麻黄汤加减而成, 要在使湿热郁蒸之邪从表而散。”本方虽然是为湿热发黄而设, 但方中蕴藏着的透发湿热的治疗思路, 对后世治疗慢性肾病产生了深远的影响, 著名医家赵绍琴屡用透邪法治疗慢性肾病, 疗效卓著, 赵绍琴认为:“轻宣肺气之机制主要在于透, 以轻灵宣散之品透畅肺络, 统领全身气机, 不但湿热之邪难留, 且可通络致津, 缓解阴份之虚。”^[1]麻黄气轻味淡, 不仅擅长开泄腠理, 外逐风寒, 透达湿热亦是其长, 正如《本草正义》所言:“风寒固得之而外散, 即温热亦无不赖之以宣通”“火邪灼肺, 而为气热息粗, 以及燥火内燔, 新凉外束, 干咳嗌燥等证, 无不持以为疏达肺金, 保持清肃之要务。”据观察, 凡患慢性肾病, 病程不是太长, 正虚之象不是太明显, 不管是否兼有表证, 只要舌质淡红, 边有齿印, 苔白腻或黄腻而润, 脉滑, 蛋白尿长期波动在+2 左右, 胸闷腹胀, 口干口苦, 口中黏腻, 大便稀溏, 2~3 次/d, 双下肢浮肿, 尿少尿黄者, 均可投麻黄连翘赤小豆汤去生梓白皮、姜枣, 轻用麻黄, 量 7 g 左右, 加蒲公英、白头翁、萹蓄、薏苡仁等, 如病情迁延, 湿热伤阴, 出现口干口渴, 潮热盗汗, 胸闷腹胀, 便溏, 双下肢浮肿, 蛋白尿增多, 波动在+2~+3, 遇劳加重, 舌红苔黄微腻而偏干, 脉细滑者, 则以麻黄连翘赤小豆汤去生

梓白皮、姜枣等, 轻用麻黄约 7 g, 加生地、玄参、蒲公英、白头翁、薏苡仁等, 临床上常可获效。

病案 1: 患者甲, 女, 26 岁。2011 年 8 月就诊, 患者患慢性肾炎 2 年余, 曾服用黄葵胶囊, 火把花根等药物, 疗效不显, 蛋白尿长期波动在+2~+3, 感冒后, 蛋白尿增多。刻诊, 口干口苦, 口中黏腻, 胸闷腹胀, 大便稀溏, 2~3 次/d, 双下肢浮肿, 尿量减少, 潮热盗汗, 舌红苔黄腻而干, 脉细滑, 尿常规: 尿蛋白+3; 肾功能: 肌酐 138 μmol/L, 尿素氮 8.5 mmol/L, 血压 138/84 mmHg, 证属湿热蕴结, 损伤阴液, 治疗透发湿热, 滋阴养液, 药用: 麻黄 7 g, 连翘 10 g, 赤小豆 10 g, 杏仁 10 g, 白头翁 10 g, 炙甘草 7 g, 薏苡仁 10 g, 蒲公英 10 g, 萹蓄 10 g, 冬瓜皮 30 g, 生地 10 g, 玄参 10 g, 白茅根 30 g, 茯苓皮 15 g 等, 连服半月, 双下肢浮肿消退, 蛋白尿降至+2, 原方加减治疗半年余, 临床症状及体征消失, 蛋白尿转阴, 肾功能正常, 随访 2 年无复发。

2 轻扬上达 升阳泻水

《金匱要略·水气病脉证并治第十四》云:“肾水者, 其腹大, 脐肿, 腰痛不得溺, 阴下湿如牛鼻上汗, 其足逆冷, 面反瘦。”同篇又载:“水之为病, 其脉沉小, 属少阴, 浮者为风, 无水虚肿者为气水, 发其汗即已; 脉沉者, 宜麻黄附子汤; 浮者宜杏子汤。”肾水是临床上常见的慢性顽疾, 起病即见阳虚水泛, 病势急骤, 进展较快, 其临床特点如脐肿、腹大、不得溺等症颇似西医的肾病综合征所表现的高度浮肿, 胸水、腹水、低蛋白血症, 治疗上十分棘手, 特别是部分激素抵抗型或激素依赖型患者, 预后大多不良。著名医家陈泽霖认为:“阳气不到之处, 即是水湿泛滥之所, 故方中必用附子, 且剂量较大, 常 9 g 逐渐加至 30 g, 效果才好。另在方中常用宣肺药, 如麻黄、杏仁、桔梗之类。”^[2]麻黄气味轻清, 升阳泻水, 是治疗肾

病综合征的有效药物,特别是与附子相伍后,治疗肾病所致的顽固性水肿,疗效甚捷。《神农本草经百种录》言其:“轻扬上达,无气无味,乃气味中之最轻者,故能透出毛孔之外,又能深入凝痰积血之中,凡药力所不能到之处,此能无微不至,较之气雄力厚者,其力更大”。据观察,如起居不慎,罹患肾综,出现全身高度浮肿,胸水、腹水、脐突、阴肿,蛋白尿持续波动在+3~+4,神疲乏力,动则气喘,舌淡胖边有齿印,苔水滑,脉沉细弱者,可以麻黄附子汤合真武汤加黄芪,麻黄用量常为10g,如浮肿消退,蛋白尿不减,依旧波动在+2~+3,活动后加重,神疲乏力,纳差,便溏,口淡无味,舌淡胖,苔白或微腻,脉弱者可投补中益气汤加麻黄、肉桂,麻黄用量约7g,如伴有腰酸,头晕,畏寒肢冷,性欲淡漠,脚软,蛋白尿波动在+2~+3,遇劳加重,舌淡胖边有齿印,苔白或微腻而水滑,脉细弱者,可投肾气丸加麻黄7g,生黄芪30g以升举清阳,疗效显著,正如著名医家沈庆法所言:“用益气健脾温阳法,重点用升阳药如葛根、升麻、桔梗、蔓荆子等,俾阳气生发,脾土得到鼓舞,恢复正常运化,对长期蛋白尿不消,血浆低蛋白血症,往往收到满意的效果”。^[3]确属经验之谈。

病案2:患者乙,男,42岁。2010年7月就诊,患者患肾病综合征2年余,长期服用泼尼松、雷公藤多苷片、潘生丁等药物,病情仍不稳定,每因劳累或感冒后复发,刻诊,症见全身高度浮肿,双下肢尤甚,按之如泥,腹大脐突阴肿,面色无华,神疲乏力,畏寒肢冷,动则气急,尿少,舌淡胖边有齿印,苔白水滑,脉沉细弱,尿常规:尿蛋白+3,肾功能:肌酐141 μmol/L,尿素氮9.2 mmol/L,肝功能:总蛋白54 g/L,白蛋白22.5 g/L,球蛋白28.5 g/L,证属肾阳亏损,水湿泛滥,治疗温阳化气,升阳泻水,处方:麻黄10g,熟附片20g,白术10g,生黄芪30g,茯苓10g,葶苈子10g,泽泻10g,肉桂3g,冬瓜皮30g,茯苓皮15g等连服半月,尿量增多,水肿减轻,原方加减,继续治疗月余,水肿全消,然尿蛋白仍持续波动在

+2~+3,劳累加重,原方去葶苈子,麻黄减为7g,加枣皮10g,菟丝子10g,淫羊藿10g,熟地10g,山药10g等,继续治疗半年余,临床症状体征消失,尿蛋白转阴,肝功能、肾功能均恢复正常,随访2年无复发。

3 结语

麻黄作为治疗慢性肾病的重要药物,在临床上广泛运用,其性质轻灵宣散,轻扬上达,对湿热蕴结,清阳下陷,阳虚水泛所致的蛋白尿、水肿^[4],疗效显著,其用量一般在7~10g,但麻黄毕竟是辛散之品,单独久服或大剂量服用易耗气伤阴,正如《别录》所言:“不可久服,令人虚”,同时对血压升高,心率增快者,亦应慎用。

参考文献:

- [1]傅文录,喻争鸣.肾病名医秘验绝技[M].北京:人民军医出版社,2004:129.
- [2]陈泽霖,宋祖愨.名医特色经验精华[M].上海:上海中医学院出版社,1992:173.
- [3]沈庆法.对中医治疗原发性肾小球肾炎的讨论[J].上海中医药杂志,1982,28(6):7.
- [4]田永波.麻黄连翘赤小豆汤对慢性肾小球肾炎血清及尿液 TGF-β₁ 的影响[J].中医临床研究,2014,6(15):85-86.

作者简介:

蔡柳洲,武汉市新洲区中医肾病专科医院,主任中医师。Email: 286250643@qq.com。

夏小辉,武汉市新洲区辛冲镇卫生院,住院医师。Email: xh1989@163.com。

编辑:赵聪 编号:EB-15081203F (修回:2015-08-30)

相似文献:

李东垣升阳论在慢性肾病蛋白尿中的运用

李东垣的升阳理论,在慢性肾病蛋白尿的治疗中,疗效显著.根据慢性肾病临床上的不同特征,分别选用升阳除湿汤、补中益气汤、补脾胃泻阴火升阳汤,均获满意疗效,充分证实了李东垣的升阳理论在临床上治疗肾病的可行性及实用性。

作者:蔡柳洲 漆柏安

刊名:中医临床研究 2015年7卷12期1-2页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词:慢性肾病;蛋白尿;升阳理论;李东垣

中图分类号:R2-06

DOI号:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.12.001

麻黄连翘赤小豆汤治疗老年人湿疹疗效评价

目的:探讨麻黄连翘赤小豆汤治疗老年人湿疹的疗效,旨在提供最佳治疗模式.方法:选取2013年1月—2014年6月在我院就诊老年湿疹患者83例作为研究对象,按照治疗方法

不同分为治疗组(41例)和对照组(42例),观察并比较两组治疗后的治疗效果和症状得分.结果:治疗组的治愈和显效人数均高于对照组,并且治疗组的治疗有效率高达87.8%(36/41),明显高于对照组的76.2%(32/42),且差异具有统计学意义(Z=2.009, P=0.04).治疗前两组的症候得分相当,差异无统计学意义,而治疗后两组的证候得分均显著降低,并且治疗组的得分显著低于对照组(t=-3.91, P<0.001).结论:对老年湿疹患者给予麻黄连翘赤小豆汤治疗,能明显改善患者的临床症状,提高治疗效果,值得临床推广应用。

作者:熊湘平 周辉霞

刊名:中医临床研究 2015年18期67-68页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词:麻黄连翘赤小豆汤;老年人;湿疹

中图分类号:R275.9

中医序贯疗法治疗肾阳虚型不孕症效果观察

Efficacy observation on treatment of kidney Yang deficiency infertility by Traditional Chinese Medicine sequential therapy

张圆圆

(南阳医专第一附属医院, 河南 南阳, 473000)

中图分类号: R 271.14 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0016-02 证型: ABD

【摘要】目的: 观察中医序贯疗法治疗肾阳虚型不孕症临床疗效。方法: 选取肾阳虚型不孕症患者 90 例, 随机分为观察组和对照组各 45 例。对照组患者给予还少胶囊治疗, 观察组患者给予中医序贯疗法治疗, 比较两组效果。结果: 治疗后, 观察组患者的治疗效果和成功受孕率明显优于对照组患者, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 采用中医序贯疗法治疗肾阳虚型不孕症相比常规还少胶囊治疗临床疗效更佳, 成功受孕率更高。

【关键词】中医序贯疗法; 肾阳虚型不孕症

【Abstract】Objective: To observe the clinical efficacy of sequential therapy on infertility treatment. Methods: 90 patients with infertility issues were randomly divided into treatment group and control group, 45 cases in each group. The control group was treated with Huaishao capsule, while the treatment group was treated with sequential therapy of Traditional Chinese Medicine. The effects of the two groups were compared. Results: After treatment, the effect and the successful pregnancy rate of the treatment group were obviously better than those of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: TCM sequential therapy treatment has better clinical efficacy than conventional in the treatment of infertility, better than Huaishao capsules with higher pregnancy success rate.

【Keywords】TCM sequential therapy; Kidney Yang deficiency infertility

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.008

不孕症指婚后正常同房、不采用避孕措施情况下一年内没能怀孕的一种病症^[1]。中医认为, 西医命名的不明原因不孕症的原因是肾阳虚导致的, 为了研究中医序贯疗法治疗肾阳虚型不孕症临床疗效, 我院分析了收治的肾阳虚型不孕症患者 90 例, 分组进行还少胶囊治疗和中医序贯疗法治疗, 比较分析两组患者的治疗效果和成功受孕率。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2014 年 4 月—2015 年 2 月收治的不孕症患者 90 例, 且此 90 例患者全部经诊断确认为肾阳虚型不孕症患者, 将其随机分为对照组和观察组各 45 例。对照组患者年龄 20~38 岁, 平均年龄 (26.8±4.8) 岁; 病程为 1~9 年, 平均病程 (3.4±1.9) 年; 其中原发性不孕症患者 20 例, 继发性不孕症患者 25 例。观察组患者年龄 21~37 岁, 平均年龄 (27.1±5.2) 岁; 病程为 2~11 年, 平均病程 (3.2±2.0) 年; 其中原发性不孕症患者 18 例, 继发性不孕症患者 27 例。两组患者在年龄、病因、病程等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组患者给予还少胶囊治疗, 口服, 3 次/d, 5 粒/次。观察组患者给予中医序贯疗法治疗, 分别在患者卵泡期、排卵期、黄体期不同时期给予患者不同的中药进行治疗, 卵泡期主要治疗目的是滋阴养血, 故其药方为: 当归、川芎、熟地黄、

山萸肉、枸杞子、山慈菇、茯苓、炙甘草、冬青子、菟丝子、淫羊藿、紫河车、乌附子, 每剂煎 2 次, 每天早晚喝 2 次。排卵期主要治疗目的是促进卵子的排放, 故其药方为: 熟地、乌附子、炙甘草、山慈菇、菟藟子、巴戟天、黄参、红根、木芍药、当归、川芎, 水煎服, 分早晚 2 次分服。黄体期主要治疗目的是阴阳双补, 故其药方为: 熟地、山萸肉、益智仁、炙甘草、山慈菇、红枣、肉苁蓉, 水煎服, 分早晚 2 次分服。两组患者均在治疗后半年, 对比分析其临床效果。

1.3 疗效判定标准

①痊愈: 患者的临床症状全部消失或者基本消失, 且肾阳虚证评分降低率在 95.0% 以上; ②显效: 患者的临床症状得到明显的改善, 且肾阳虚证评分降低率在 70.0% 以上; ③有效: 患者的临床症状全部消失或者基本消失, 且肾阳虚证评分降低率在 30.0% 以上; ④无效: 患者的临床症状全部消失或者基本消失, 且肾阳虚证评分降低率在 30.0% 以下^[3]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS18.0 软件进行统计学处理, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验, 计数资料采用 ($n, \%$) 表示, 用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比分析两组患者临床效果

治疗后, 观察组患者临床有效率显著高于对照组患者, 详

见表1。

表1 对比分析两组患者临床效果 [n (%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (n=45)	8	14	6	17	28 (63.1)
观察组 (n=45)	10*	17*	9*	9*	36 (80.0)*

注：与对照组相比，*P<0.05

2.2 对比分析两组患者成功受孕率

观察组患者成功受孕 19 例，受孕率 42.2%，对照组成功受孕 8 例，受孕率 17.8%。观察组患者受孕率显著高于对照组，差异有显著性 (P<0.05)。

3 讨论

不孕症在妇科疾病中属于较常见的一种，其对患者的家庭、生活造成了不可挽回的负面影响，其发病元素多样，故给治疗带来了极大的阻碍^[2]。《素问·上古天真论》中云：“女子七岁肾气盛，齿更发长；二七天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。”由此可见女子受孕的前提条件是肾气盛、天癸至、任脉通、太冲脉盛。肾主生殖，为天癸之源，冲任之本，肾虚直接影响生殖功能。卵泡期女子卵泡正常发育的前提是肾气盛，若肾气不盛，无法正常发育，则排卵困难；排卵期实质是肾阴的转化，即为排卵，不能正常转化也会导致排卵困

难。

相比还少胶囊治疗，中医序贯疗法更具效果。本研究结果显示，观察组患者给予中医序贯疗法治疗的临床总有效率为 80.0%，给予还少胶囊治疗的对照组患者为 63.1%，观察组高于对照组 16.9%；观察组患者成功受孕率为 42.2%，对照组患者为 17.8%，观察组高于对照组 24.4%。差异均具有显著性。说明中医序贯疗法更具效果。

综上所述，中医序贯疗法治疗肾阳虚型不孕症可有效提高患者临床总有效率，改善成功受孕率，具有显著的临床意义，值得临床推广。

参考文献：

- [1]陈朝军.复方玄驹胶囊治疗肾虚型子宫内膜发育不良性不孕症的临床疗效观察[J].吉林医学,2014,35(24):5381-5382.
- [2]董立娜,耿金凤,张蕾,等.自制排卵丸治疗肾虚型排卵障碍性不孕症 216 例临床研究[J].中医临床研究,2011,03(24):10-12.
- [3]李瑛.复方玄驹胶囊联合氯米芬治疗多囊卵巢综合征疗效观察[J].山西中医,2012,28(09):21-22.

编辑：赵聪 编号：EB-15081902F (修回：2015-09-10)

补脾温肾汤治疗慢性肾炎脾肾阳虚证临床研究

Treating chronic nephritis with the Bupi wenshen decoction

亓琦 朱琳

(济南市中医医院, 山东 济南, 250012)

中图分类号：R277.5 文献标识码：A 文章编号：1674-7860(2015)30-0017-03 证型：DBGI

【摘要】目的：观察补脾温肾汤对慢性肾炎脾肾阳虚证患者临床疗效及机制。方法：将 70 例慢性肾炎脾肾阳虚证患者随机分为治疗组 35 例和对照组 35 例。治疗组采取中药补脾温肾汤治疗；对照组则采取贝那普利治疗。两组疗程均为 8 周。治疗 8 周后对两组临床治疗效果进行比较，并观察治疗前后两组 24 h 尿蛋白和血清转化生长因子 (TGF-β1) 水平的变化。结果：治疗后，治疗组总有效率 85.7%，对照组总有效率 80.0%，两组无显著性差异 (P>0.05)；治疗组中医证候疗效总有效率 88.9%，对照组中医证候疗效总有效率 69.4%，治疗组在改善中医证候方面疗效优于对照组 (P<0.05)。两组均能显著降低 24 h 尿蛋白定量，且治疗组优于对照组 (P<0.01)。两组均能显著降低血清 TGF-β1，且治疗组优于对照组 (P<0.05)。结论：补脾温肾汤能明显改善慢性肾炎脾肾阳虚证患者的临床症状，减轻蛋白尿，下调血清转化生长因子 β1 (TGF-β1) 的水平。

【关键词】补脾温肾汤；慢性肾炎；脾肾阳虚；蛋白尿；TGF-β1

【Abstract】Objective: To observe clinical effect and mechanism of the Bupi WenShen decoction on chronic nephritis. Methods :70 patients with chronic nephritis of Pische Yangxu were randomly divided into two groups, and each group of 35 cases. The control group was given lotensin, while the treatment group was given BuPi WenShen decoction. Results: After treatment, the total efficiency of the treatment group was 85.7% and in the control group was 80.0% (P>0.05); the total efficiency of syndromes were 88.9% in treatment group and 69.4% in control group, respectively. The clinical efficiency in treatment group was better (P<0.05). Both groups could significantly reduce the 24-h urinary albumin, and the treatment group was better than the control group (P<0.01). Both groups could significantly reduce the levels of serum TGF-β1, and the treatment group was better (P<0.05). Conclusions: BuPi WenShen Decoction could attenuate the albuminuria in patients with chronic nephritis.

【Keywords】BuPi WenShen Tang; Chronic nephritis; Spleen kidney; Yang deficiency; Albuminuria; Transforming growthfactor-β1
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.009

慢性肾小球肾炎 (CGN) 起病隐袭，病程长，可有一段无症状期，发病机制为免疫反应介导的肾小球损伤，治疗困难，

预后较差,是我国引起慢性终末期肾病(ESRD)的主要疾病^[1]。本文通过运用补脾温肾汤治疗慢性肾炎脾肾阳虚证患者,观察临床疗效及对蛋白尿、血清 TGF-β1 的影响,探讨其治疗慢性肾炎的作用机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2011 年 10 月—2014 年 10 月在我院就诊的 CGN 患者 70 例,随机分为对照组和治疗组,其中治疗组 35 例,男性 21 例,女性 14 例,年龄 21~60 岁,平均(38.0±12.0)岁,病程 4 个月~13 年,平均(7.2±2.0)年。对照组 35 例,男性 24 例,女性 11 例,年龄 20~62 岁,平均(37.2±11.6)岁;病程 3 个月~11 年,平均(6.5±1.9)年。两组患者性别、年龄、病程比较差异无统计学意义(P>0.05)。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:符合中华内科杂志编委会肾脏病专业组于 1992 年 6 月安徽太平会议拟定的慢性肾小球肾炎(CG N)的诊断标准^[2]。起病缓慢,病情迁延,临床表现可轻可重,或时轻时重。随着病情发展,可有肾功能减退、贫血、电解质紊乱等情况出现;可有水肿、高血压、蛋白尿、血尿及管型尿等表现中的一种(如血尿或蛋白尿)或数种。临床表现多种多样,有时可伴有肾病综合征或重度高血压;病程中可有肾炎急性发作,常因感染诱发,发作时有时类似急性肾炎之表现。有些病例可自动缓解,有些病例出现病情加重。中医证候诊断标准:符合《中药新药的临床研究指导原则(试行)》^[3]中慢性肾炎脾肾阳虚证标准。主症:全身浮肿,面色白,畏寒肢冷,腰脊冷痛(腰膝酸痛),纳少或便溏(泄泻、五更泄泻)。次症:精神萎靡,性功能失常(遗精、阳痿、早泄),或月经失调,苔白,舌嫩淡胖有齿痕,脉沉细或沉迟无力。

1.3 纳入及排除标准

符合 CGN 西医诊断标准,中医辨证分型标准属于脾肾阳虚证;年龄 18~65 岁;慢性肾脏病分期 I、II 期^[4];血清肌酐(SCr)<221 μmol/L 者;感染、高血压等基础疾病,可有效控制。排除标准:非原发性 CGN 患者,合并有心、脑、肝和造血系统等严重原发性疾病者,对本研究相关药物过敏者,治疗前 3 个月内使用过皮质激素或细胞毒性药物者及妊娠期或哺乳期妇女,未按规定服药(如中途中断)者及无法统计疗效者(如资料不全等)。

1.4 治疗方法

两组患者根据病情给予低盐优质低蛋白饮食,纠正水电解质紊乱及对症处理,如抗感染、降血压(治疗组治疗期间不用 ACEI 类药物)。治疗组 35 例患者服用补脾温肾汤,药物组成:黄芪、党参、淫羊藿、枸杞子、菟丝子、茯苓、石韦、车前子、当归、益母草、芡实、甘草,由济南市中医医院制剂室提供,1 剂/d,分 2 次口服,每次 150 ml/袋,早饭前,晚饭后 30 min 口服。对照组 35 例患者服用洛汀新(贝那普利,北京诺华公司生产,批号:国药准字 H20030514),10 mg/次,1 次/d。疗程 8 周。

1.5 观察指标

观察 2 组治疗前后临床疗效、中医证候疗效、24 h 尿蛋白定量、血清转化生长因子-β1(TGF-β1)变化。常规生化方法检测 24 h 尿蛋白定量,酶联免疫(ELISA)法测定血清转化生长因子-β1(TGF-β1)。

1.6 疗效评定标准

①临床疗效标准^[5]:临床控制:尿常规检查蛋白转阴性,或 24 h 尿蛋白定量正常,肾功能正常;显效:24 h 尿蛋白定量减少≥40%,肾功能正常或基本正常(与正常值相差不超过 15%);有效:24 h 尿蛋白定量减少<40%,肾功能正常或有改善;无效:上述实验室检查均无改善或加重。②中医证候疗效标准^[5]:临床痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%。显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%,且<95%。有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少≥30%,且<70%。无效:中医临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少<30%。

1.7 统计学处理

采用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以(̄x±s)表示,组间比较采用 t 检验。计数资料比较采用 χ² 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

两组总有效率比较无显著性差异(P>0.05)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 (n, %)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	7	11	12	5	85.7 [△]
对照组	35	5	7	15	8	80.0

注:与对照组比较,△P>0.05

2.2 两组中医证候疗效比较

治疗后治疗组中医证候总有效率显著高于对照组(P<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者中医证候疗效比较 (n, %)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	6	11	15	4	88.9 [△]
对照组	35	1	6	19	10	69.4

注:与对照组比较,△P<0.05

2.3 治疗前后 24 h 尿蛋白定量比较

两组治疗后 24 h 尿蛋白定量均较治疗前明显降低(P<0.05),且疗效比较无显著性差异(P>0.05)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 24 h 尿蛋白定量比较 (g/24 h, ̄x±s)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	35	2.02±0.82	0.85±0.69 [△]
对照组	35	1.95±0.79	1.03±0.74 [*]

注:与本组治疗前比较,*P<0.01;与对照组治疗后比较,△P>0.05

2.4 治疗前后血清 TGF-β1 水平比较

两组治疗后血清 TGF-β1 均较治疗前明显下降(P<0.05),两组比较治疗组血清 TGF-β1 下降程度明显高于对照组,差异

有显著统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组治疗前后血清 TGF- β 1 水平比较 ($\mu\text{g/L}$, $\bar{X} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	35	22.83 \pm 10.40	14.96 \pm 6.97 [△]
对照组	35	23.54 \pm 11.29	18.75 \pm 8.24 [*]

注: 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

现代医学认为慢性肾小球肾炎的发病机理为免疫反应介导的肾小球损伤, 炎症细胞、炎症介质及细胞外基质 (ECM) 间的“交互应答” (cross talk) 作用, 导致肾脏小球损害不断进展^[6]。研究发现, 肾小球硬化和肾间质纤维化是慢性进展性肾病的主要病理过程, 多种免疫细胞、免疫因子和化学因子参与其中, TGF- β 是导致肾小球硬化和肾间质纤维化最重要的细胞因子。TGF- β 有 5 种异构体, TGF- β 1-3 存在于哺乳动物中, 在肾脏中 TGF- β 1 表达最多, 且主要存在于肾小球、肾小管和间质中。TGF- β 的重要生物学作用为诱导了足细胞从肾小球基底膜凋亡和脱离 (减少)、引起系膜扩张增宽、促使内皮细胞间质样转变, 细胞外基质合成导致肾小球硬化; 诱导成纤维细胞增殖, 上皮间质转化, 成纤维细胞的细胞外基质产生, 肾小管萎缩和间质纤维化^[7]。

慢性肾小球肾炎属于中医“水肿”“虚劳”“腰痛”“尿血”等病范畴, 其病机特点为本虚标实, 虚实夹杂。本虚是以肺脾肾三脏虚损为主, 标实是以湿浊、瘀血为重。依据 11 位医家对 453 例慢性肾炎患者的证候分型规律的调查结果显示: 脾肾阳虚证最为常见, 总共 138 例, 占 30.5%^[8]。

补脾温肾汤针对慢性肾炎脾肾阳虚的病机, 由黄芪、党参、淫羊藿、茯苓、枸杞子、菟丝子、石韦、车前子、当归、益母草、芡实、甘草精心组方而成。方中黄芪、党参补脾益气, 淫羊藿温益肾阳, 共为君药; 茯苓补气健脾燥湿利水、枸杞子、菟丝子补肾阴以助肾阳、当归补血活血共为臣药, 石韦、车前子利湿消肿、益母草活血利水、芡实补脾固肾, 助气涩精共为佐药, 甘草补脾益气、调和诸药为使药。全方温肾固摄、健脾利水, 兼有活血之功效。现代药理研究证明, 黄芪可减少转化生长因子 β 1 (TGF- β 1) 及其他细胞因子的表达而降低 24 h 尿蛋白定量, 保护肾小管^[9]。以黄芪和当归组方的黄芪当归合剂可以减少炎症细胞反应和 TGF- β 1 表达, 继后可减少肾脏固有细胞转化、分化及 ECM 成分沉积, 进而减轻肾间质纤维化的发生发展进程^[10]。枸杞可提高肾组织的抗氧化酶活性, 加快自由基的清除; 能通过减低凋亡相关蛋白 Bax 和增强 Bcl-2 的表达, 保护肾脏^[11]。淫羊藿中药单体可抑制活化的成纤维细胞和

系膜细胞的增殖和 TGF- β 的表达, 有效防治肾纤维化^[12]。

本临床研究证实, 补脾温肾汤可明显改善慢性肾炎脾肾阳虚证患者的临床症状, 降低尿蛋白, 抑制慢性肾炎患者血清 TGF- β 1 的水平, 表明补脾温肾汤可能是通过抑制 TGF- β 1 的表达来发挥作用, 从现代医学的角度提示补脾温肾汤片具有防治肾小球硬化和间质纤维化、延缓肾小球肾炎进展的作用。

参考文献:

[1] 叶任高, 李幼姬, 刘冠贤. 临床肾脏病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007, 2: 197.

[2] 王海燕, 郑法雷, 刘王春, 等. 原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准专题座谈会纪要 [J]. 中华内科杂志, 1993, 32(2): 131-134.

[3] 郑筱萸. 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: 157-158.

[4] Eknoyan G, Levin NW, K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification [J]. Am J Kidney Dis, 2002, 39(2 Suppl 1): 1-266.

[5] 郑筱萸. 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: 162.

[6] Sedor JR, Konieczkowski M, Huang S, et al. Cytokines, mesangial cell Activation and glomerular injury [J]. Kidney Int Suppl. 1993; 39: 565-70

[7] López-Hernández F J, López-Novoa J M. Role of TGF- β in chronic kidney disease: an integration of tubular, glomerular and vascular effects [J]. Cell and tissue research, 2012, 347(1): 141-154.

[8] 魏敏, 孙晓敏, 赵晓山, 等. 慢性肾小球肾炎中医辨证分型荟萃分析 [J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(3): 328-329

[9] 徐中菊, 张悦. 补益类中药抗肾纤维化作用及机制研究概况 [J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(1): 184

[10] 孟立强, 屈磊, 李晓玫. 黄芪当归合剂对肾间质纤维化的多靶点抑制作用 [J]. 中国药理学通报, 2006, 22(3): 296-302.

[11] 汪君民, 郭朝霞, 袁礼峰. 枸杞对运动大鼠肾脏凋亡蛋白 Bcl-2、Bax 表达及血管紧张素的影响 [J]. 山东体育学院学报, 2010, 26(10): 49-55

[12] 王东, 张江, 吴同茹, 等. 淫羊藿有效单体对活化的肾成纤维细胞株和系膜细胞株的影响 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2012, 13(11): 956-959

作者简介:

亓琦 (1973-), 女, 通讯作者, 硕士学位, 主治医师, 研究方向: 中西医结合肾病。

朱琳, 女, 主治医师, 硕士学位。

编辑: 白莉 编号: EB-15092412F (修回: 2015-09-28)

浅谈平刺皮下透针法

Pingci in acupuncture

詹冬梅¹ 李万浪¹ 符仲华² 陶文剑³

(1.盐城市第三人民医院, 江苏 盐城, 224001; 2.南京中医药大学浮针医学研究所, 江苏 南京, 210029;

3.南京医科大学第一附属医院, 江苏 南京, 210029)

中图分类号: R242 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0020-02 证型: GD

【摘要】 阐述将浮针疗法的诊疗思路融入到传统针灸中, 并进行整合优化成平刺皮下透针法。重点介绍了此针法的诊疗特点, 具有安全、有效、方便、依从性高等优势, 值得临床推广。

【关键词】 平刺皮下透针法; 浮针; 安全性; 有效性; 方便性; 依从性

【Abstract】 To describe the fuzhen therapy of tradition acupuncture in clinics, and optimize the integration into Pingci under the skin. It focuses on the features of this acupuncture treatment with safe, effective, convenient, higher compliance advantage, worthy of clinical application.

【Keywords】 Pingci; Fuzhen; Safety; Effectiveness; Convenience; Compliance

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.010

笔者读研期间, 有幸师从浮针疗法发明人符仲华博士学习浮针, 符教授博采精思、继承与创新、经验丰富, 取得满意的临床疗效, 令众多患者及同仁都大为赞叹! 通过学习后, 笔者渐有心得, 将浮针疗法的诊疗思路融入到传统针灸中, 并进行整合优化成平刺皮下透针法。此针法具有安全、有效、方便、依从性高等特点, 现总结如下。

1 针法概述

①针刺前先进行触诊, 找到体表经络敏感点, 围绕该点进行多角度透刺。②进针的部位主要在皮下疏松结缔组织层。③针刺的角度是沿皮下平刺 15°~30°, 不直刺、斜刺及深刺。④针刺后不进行提插捻转等行针手法, 不要求得气感。⑤针刺后不作扫散及主被动活动。

2 针法的诊疗特点

2.1 安全性

运用平刺皮下透针法可以明显减少针刺异常情况的发生。因为针刺在皮下疏松结缔组织层, 皮下组织中的神经末梢稀少, 而且很少有动脉, 病人极少感觉疼痛。由于针刺不要求得气感, 一般不直刺、深刺, 且不进行提插捻转等行针手法, 不易发生晕针、滞针、弯针、断针、血肿、刺伤神经等副作用, 更不会伤及脑、脊髓、内脏等重要脏器, 避免了重大医疗事故的发生, 此针法极大提高了针刺的安全性。

2.2 有效性

运用平刺皮下透针法治疗一些痛症及各科疑难杂症均取得良效, 比如颈椎病、腰突症、肩周炎、腰肌劳损、偏头痛、慢性咳嗽、慢性胃肠炎等。

范郁山^[1]在浅刺针法探微一文中总结了现代文献中诸多学者运用浅刺针法, 治疗相关疾病均取得满意的临床疗效。吴泽

生^[2]主任运用“多针浅刺分布久留调气法”

常用多经调一经, 主张多针, 调节皮肤腠理之气机, 作为针刺治疗主要激发点, 使机体恢复到“阴平阳秘”之和谐状态, 从而达到疾病强身之目的, 治疗了多种疑难杂症。黄龙祥教授通过对数年来疼痛诊疗的针灸文献的分析, 将所有治疗疼痛的新兴疗法放在一起比较, 总结出两条规律: 一是皮下浅刺, 多向透刺; 二是患者的主动被动运动^[3], 可见治疗中, 皮下浅刺、多向透刺的疗效已被大量临床实践所证实。

2.3 方便性

一般而言, 直针刺的患者在接受半小时左右的针刺治疗时, 基本摆放一种体位后, 不敢亦不能动弹, 以防随着身体移动, 针刺方向会有所改变, 加重酸胀疼痛不适感。运用平刺皮下透针法, 由于针刺入皮下疏松结缔层, 极少疼痛, 不会引起明显酸胀不适感, 留针时患者即使有姿势改变, 亦不受影响, 方便患者。让患者消除紧张和顾虑情绪, 使患者全身放松, 神气专一, 身心同治。众所周知, 接受针灸前需要暴露施治部位, 直刺后不好盖衣服及被褥, 而此针法留针后可直接盖好衣物, 不受影响, 感觉自然。尤其适用于冬季怕冷患者及取暖条件差的医疗机构, 平刺皮下透针法给患者提供了极大的方便性, 有利于患者进入最佳的针刺状态, 达到“气至病所”的作用, 更好地发挥针刺的疗效。

2.4 依从性

运用平刺皮下透针法, 进针前需要医者进行触诊, 心定神凝, 耐心细致寻找体表经络敏感点。“以骨为准, 以痛为腧”痛不仅仅单指压痛, 也不完全是指病灶处的痛, 还包括肤色变化、条索、结节, 甚至各类反应点, 重视体会患者局部或远端的异常表现。注重触诊, 促进医患之间的信息交流, 更能让患者取得信任, 信任能够促使经气更易被激发, 医患之间的配合, 从而可以达到“两神合一, 气至病所”, 符合针刺治神的理论。

另外,针刺的效果往往取决于针刺的疗程是否足量,临床中有些患者尽管知道针刺对很多疾病都有独特的疗效,但时常因为初始针灸感觉针刺痛苦,而放弃针灸,中断疗程,特别可惜。此针法痛苦小,让患者能够在不同程度上消除紧张情绪和恐惧心理,增强了针灸疗法的亲和力。医患的密切配合,效应的相得益彰是针刺疗效的重要保证,此针法极大地增强了患者的依从性。

3 针法的治病机制

平刺皮下透针法的祖国医学治病机制:《素问·皮部论》曰:“凡十二经脉者,皮之部也”,皮部是十二经脉功能活动反应于体表的部位,从皮肤入手施治,能够振奋皮部阳气,促进经脉气血运行,从而达到治疗目的。《黄帝内经》刺法中其直针刺、半刺、毛刺等刺法亦是皮下进针法的理论依据。透针法可一针透多穴或多经穴,催气导气,促使经络腧穴得到融会贯通,营卫气血得以流畅,以扩大针刺效应范围,提高针刺疗效^[4]。现代医学治病机制:此针法以皮下疏松结缔组织作为主要刺激对象,疏松结缔组织呈液晶状态,其具有压电效应和反压电效应。当针刺所产生的机械力可导致液晶状态的疏松结缔组织的空间构型改变,由于压电效应,释放出生物电;疏松结缔组织同时具有良好的半导体性能,能高效率地传导生物电;当生物电信号传达到病变组织时,会产生反压电效应,改变病变部位

细胞的离子通道,调动人体内在的抗病机制,从而可以迅速缓解病痛^[5]。

4 结语

平刺皮下透针法的运用得益于浮针疗法,但此针法又区别于浮针疗法(针具的不同、不作扫散、不长时间留针,不进行再灌注手法);亦区别于传统针刺手法(注重触诊、平刺不直刺、进针部位皮下层不深入肌层、不要求得气),此种特殊针刺法具有安全、有效、方便、依从性高等诊疗特点,值得临床推广运用。

参考文献:

- [1]范郁山.浅刺针法探微[J].中国针灸,2003,23(2):92-94.
- [2]王勤惠.吴泽生多针浅刺分布久留调气法临床运用举隅[J].实用中医药杂志 2012,28(7):582-583.
- [3]黄龙祥,黄幼民.从三个著名案例看针灸临床研究的复杂性[J].科学通报,2012,57(14):1220-1221.
- [4]尚秀葵.透穴刺法应用浅析[J].中国民间疗法,2005,13(3):1210-1221.
- [5]符仲华.浮针疗法治疗疼痛手册[M].北京:人民卫生出版社,2011:104.

编辑:赵聪 编号:EB-15100801F(修回:2015-10-15)

针刺结合穴位注射治疗心脾两虚型失眠的临床研究

Clinical research of treatment of heart and spleen deficiency type insomnia by acupuncture combined with acupoints injection

付斌 刘梅香

(焦作市中医院,河南 焦作,454000)

中图分类号:R245.116 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2015)30-0021-03 证型:AGB

【摘要】目的:探讨针刺结合穴位注射治疗心脾两虚型失眠的临床疗效,为临床治疗提供依据。方法:回顾性分析心脾两虚型失眠患者60例的临床资料,根据治疗方法分为观察组(30例)和对照组(30例),观察组采用针刺结合穴位注射治疗,对照组仅给予针刺治疗,比较两组的临床疗效。结果:观察组治疗前PSQI评分(14.6±2.0)分,治疗后(7.5±1.7)分,治疗后显著低于治疗前($P<0.01$);对照组治疗前PSQI评分(14.3±2.2)分,治疗后(9.6±1.9)分,治疗后显著低于治疗前($P<0.01$);两组治疗后比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。观察组治愈12例,占40.0%;显效10例,占33.3%;有效7例,占23.3%;无效1例,占3.3%;对照组治愈7例,占23.3%;显效6例,占20.0%;有效13例,占43.3%;无效4例,占13.3%。两组临床疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组总有效率为96.7%,对照组总有效率86.7%,两组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:针刺结合穴位注射治疗心脾两虚型失眠能够显著提高临床疗效。

【关键词】针刺治疗;穴位注射治疗;心脾两虚;失眠

【Abstract】Objective: To investigate the clinical effect of acupuncture combined with acupoints injection in the treatment of heart and spleen deficiency type insomnia in order to provide the clinical reference. Methods: The clinical records of 60 cases with heart and spleen deficiency type insomnia were retrospectively analyzed and divided into an observation group with 30 cases and a control group with 30 cases. The observation group was treated with acupuncture combined with acupoint injection, while the control group was treated with acupuncture. The effects of the two groups were compared. Results: The PSQI scores were (14.3±2.2) before treatment and (9.6±1.9)

after treatment, and the score before treatment was lower than that after treatment($P < 0.01$); the difference had statistically significance between the two groups ($P < 0.01$). There were 12 cases cured in the observation group accounting for 40.0%, 10 excellently effective cases accounting for 33.3%, 7 effective cases accounting for 23.3%, 1 cases invalid accounting for 3.3%; there were 7 cases cured in the control group accounting for 23.3%, 6 excellently effective cases accounting for 20.0%, 13 effective cases accounting for 43.3%, 4 cases invalid accounting for 13.3%. The difference had statistically significance between the two groups($P < 0.05$). The total effective rate of the observation group was 96.7%, while that of the control group was 86.7% without statistical difference($P > 0.05$). Conclusion: Acupuncture combined with acupoints injection can significantly improve the clinical efficacy.

【Keywords】 Acupuncture; Acupoints injection; Heart and spleen deficiency; Insomnia

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.011

失眠对人们的健康造成较大的危害，而失眠的常见病因复杂，与多种原因有关。西医治疗失眠主要是口服催眠药物，但是长期使用，可导致药物依赖、戒断症状、矛盾反应等，还会导致记忆力下降等不良反应，影响工作和生活。针灸治疗失眠具有有效而无害的优点。但是单纯使用针刺，容易导致穴位耐受等情况。而穴位注射综合了药效和穴位效应，其治疗效果优于肌肉注射、静脉注射以及单纯的针刺治疗^[1]。以经络学说为指导，穴位小剂量给药，能够提高药物的效果。我科结合针刺和穴位注射治疗心脾两虚型失眠，取得了较好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2014 年 1 月—2015 年 3 月在我院治疗的心脾两虚型失眠患者 60 例的临床资料进行回顾性分析。所有患者均符合西医失眠的诊断标准，体格检查排除神经系统疾病及脑血管疾病，患者主要表现为入睡困难、睡眠浅、容易醒、早醒、多梦、醒后不易再入睡、疲乏、白天困倦、不适等，辅助检查排除躯体病变或者颅内病变；符合中医心脾两虚型；失眠病程 1 个月及以上，匹兹堡睡眠质量指数 9 分及以上，年龄 18~70 岁在治疗期间未进行其他药物或者治疗方法治疗，近 1 个月内未进行针灸治疗；临床资料完整；对治疗方法知情同意。排除不符合上述纳入标准的患者，妊娠或者哺乳期的患者，治疗前 1 周使用抗失眠药物、抗精神病药物，合并严重肝肾功能不全的患者及其他系统严重疾病的患者，焦虑、抑郁患者，神经衰弱患者，人格障碍患者，药物依赖者，人格障碍者，应激障碍者，临床资料不完整的患者。根据性别、年龄匹配原则，共选择 60 例患者进行研究。观察组 30 例，男性 11 例，女性 19 例，平均年龄(41.7±8.8)岁；对照组 30 例，男性 13 例，女性 17 例，平均年龄(42.4±9.1)岁。两组患者性别、年龄比较差异无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 治疗方法

观察组给予针刺结合穴位注射治疗，对照组仅给予针刺治疗。针刺治疗：选择神门、四神聪、印堂、申脉、照海、足三里等穴。局部消毒。神门、四神聪、印堂、足三里采用平补平泻的手法，照海用补法，申脉用泻法，每次留针 30 min。穴位注射方法：选择足三里、安眠注射丹参注射液，每次针灸后，选择同侧的足三里、安眠各注射丹参注射液 1 ml。3 次/周，1

个月后观察疗效。

1.3 观察方法

比较治疗前后两组患者 PSQI 评分结果。临床疗效：痊愈为睡眠时间正常，或夜间的睡眠时间≥6 h，睡眠深，醒后精力充沛；显效为睡眠质量明显好转，睡眠时间较质量前增加超过 3 h；有效为症状缓解，睡眠时间较质量前增加不足 3 h；无效为达不到上述标准或者无改善。

1.4 统计学方法

采用 SPSS12.0 统计学软件对数据进行分析，计数资料采用 χ^2 检验，等级资料比较采用秩和检验，计量资料采用均数($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后两组 PSQI 评分

观察组治疗前 PSQI 评分(14.6±2.0)分，治疗后(7.5±1.7)分，治疗后显著低于治疗前($P < 0.01$)；对照组治疗前 PSQI 评分(14.3±2.2)分，治疗后(9.6±1.9)分，治疗后显著低于治疗前($P < 0.01$)；两组治疗后比较，差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 治疗前后两组 PSQI 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	30	14.6±2.0	7.5±1.7*
对照组	30	14.3±2.2	9.6±1.9

注：与对照组相比，治疗后* $P < 0.01$

2.2 两组临床疗效比较

观察组治愈 12 例，占 40.0%；显效 10 例，占 33.3%；有效 7 例，占 23.3%；无效 1 例，占 3.3%；观察组治愈 7 例，占 23.3%；显效 6 例，占 20.0%；有效 13 例，占 43.3%；无效 4 例，占 13.3%；两组临床疗效比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组总有效率为 96.7%，对照组总有效率 86.7%，两组比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 [n (%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	15 (50.0)	10 (33.3)	4 (13.3)	1 (3.3)	29 (96.7)
对照组	30	7 (23.3)	6 (20.0)	13 (43.3)	4 (13.3)	26 (86.7)

3 讨论

中医上失眠被归为情志病范畴，以“不寐”论治，夜间不

易入睡,或者容易醒为主要的症状。《足臂十一脉灸经》中论述为不卧、不得卧、目不瞑等。中医对失眠的病机论述有从营卫方面论述的,又从阴阳气血方面论述的,有从五脏六腑方面论述的,有从外邪情志方面论述的。中医中药对失眠的治疗主要有单味中药治疗,有学者用灵芝菌液治疗,有学者用淫羊藿代茶治疗,均取得了一定的效果。其他还有方剂内服、中成药、重要外敷等治疗方法。

针灸是重要的中医治疗手段。目前常用的治疗失眠的针灸方法有毫针法、平衡针法、电针法、腹针疗法、皮内针法、梅花针法、灸法治疗等^[2]。还有学者综合耳穴和针刺疗法治疗,综合埋线和腹针疗法治疗,取得了较好的效果。

穴位注射目前已经广泛在临床上应用,该方法综合了药物的效果和穴位治疗的效果。根据疾病不同,选择药物,在对应的穴位注射,发挥两者的综合效果。穴位内注射的药物少,但是确能得到较好的效果^[3,4]。丹参注射液的主要成分是丹参,具有活血化瘀、通脉养心的功效^[5]。《滇南本草》中记载其具有“补心定志,安神宁心”的功效。本次研究选择的注射穴位为安眠穴、足三里穴。安眠穴位于脑补,有镇静安神、协调阴阳的功效。现代医学认为,刺激头部的穴位能够解除脑血管痉挛,改善局部微循环,抑制大脑异常放电,从而使人体处于放松状态,而有利于睡眠。足三里位于足阳明胃经,自头部开始,经面、胸、腹、腿达到足部,“静脉所过,主治所及”,则足三里可

以治疗心脑血管疾病。

本研究观察组在针刺治疗的基础上给予穴位注射丹参治疗,结果显示其治疗后患者睡眠治疗显著改善,临床疗效显著优于单纯针刺治疗,值得推广。

参考文献:

- [1]石瑞丰.穴位注射联合耳穴贴压治疗失眠临床研究[J].中医学报,2014,29(1):143-144.
- [2]何列涛.针刺加艾灸印堂穴治疗失眠 50 例[J].中医临床研究,2011,03(13):67-69.
- [3]包志伟,伍玉甫.穴位注射配合按摩治疗顽固性失眠 60 例[J].河南中医,2014,34(5):945-946.
- [4]郭秋兰,许柳琴,金国娣,等.穴位注射配合电刺激防治痔切除术后尿潴留的临床观察[J].护理实践与研究,2015,12(5):53-54.
- [5]涂慧英,李红杰,李鸿雁,等.腹针疗法加丹参安神汤治疗失眠症的疗效观察[J].中国民间疗法,2015,23(1):55-56.

作者简介:

付斌,本科,主治医师,研究方向:针灸结合推拿治疗颈肩腰腿痛,中风后肢体偏瘫、言语不利、吞咽障碍,面瘫,头痛,失眠等。

编辑:赵聪 编号:EB-15072014F(修回:2015-08-24)

高血压病患者脉象参数与血压变异性的相关研究

Relevant Study on Relationship Between Pulse Condition and Blood Pressure Variability in Patients with Essential Hypertension

魏世超^{1,2} 张林香³ 郑星宇^{1,2} 薛飞龙² 骆杰伟^{1,2} 郭苗苗² 孟晓嵘^{1,2} 黄昉萌^{1,2}

(1.福建医科大学省立临床学院,福建 福州,350001; 2.福建省立医院,福建 福州,350001;

3.龙岩市第二医院,福建 龙岩,364000)

中图分类号:R541.4 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2015)30-0023-06 证型:BDG

【摘要】目的:探讨高血压病(EH)脉象参数与血压变异性(BPV)的相关性。方法:收集高血压病 130 例的脉象参数(DDMX-100 脉象仪)及 24 h 动态血压数据,计算 BPV。结果:偏相关分析显示,调整年龄、体重指数等影响因素后,24 h SBP 与 h3、h3/h1、h4/h1、W1、As、Ad 呈负相关, r 分别-0.294、-0.327、-0.382、-0.348、-0.177、-0.289 ($P < 0.05$),而 h5/h1 与 24 h SBP、24 h DBP 呈正相关, r 分别为 0.207、0.192 ($P < 0.05$); PP 与 h3、h3/h1、h4/h1、W1、As、Ad 呈负相关, r 分别为-0.322、-0.373、-0.385、-0.323、-0.218、-0.274 ($P < 0.05$); 24 h SBPSD 与 h4/h1、Ad 呈负相关($r = -0.264$ 、-0.269, $P < 0.01$); 24 h SBPL 与 h3、h3/h1、h4/h1、W1、As、Ad 呈负相关($r = -0.399$ 、-0.380、-0.478、-0.385、-0.276、-0.428, $P < 0.01$)。结论:血压变异性(BPV)影响了高血压病的脉象构成。

【关键词】高血压病; 血压变异性; 脉象

【Abstract】Objective: To study and explore the correlation between pulse parameters and blood pressure variability (BPV) in essential hypertension (EH). Methods: Data of Pulse parameters by DDMX-100 electropulsograph and 24-hour ambulatory blood pressures was collected from 130 cases, and blood pressure variability (BPV) was calculated accordingly. Results: Partial correlation analyses showed as follows: 24 hSBP (24 h mean systolic blood pressure) was negatively correlated with h3 (tide wave height), h3/h1(principal wave height), h4(dicrotic notch height)/h1, W1(pulse diagram width above 1/3h1), As (systole area) and Ad (diastole area) (respectively, r

= -0.294, -0.327, -0.382, -0.348, -0.177, -0.289, $P < 0.05$), while 24 hSBP, 24 hDBP (24 h mean diastolic blood pressure) was positively correlated with h5 (repulse wave height) /h1 (respectively, $r = 0.207, 0.192, P < 0.05$). PP (Pulse pressure) was negatively correlated with h3, h3/h1, h4/h1, W1, As and Ad (respectively, $r = -0.322, -0.373, -0.385, -0.323, -0.218, -0.274, P < 0.05$). 24hSBPSD (24hSBP Standard deviation) was negatively correlated with h4/h1, As and Ad (respectively, $r = -0.264, 0.269, P < 0.01$). 24hSBPL (24hSBP load) was negatively correlated with h3, h3/h1, h4/h1, W1, As, Ad (respectively, $r = -0.399, -0.380, -0.478, -0.385, -0.276, -0.428, P < 0.01$).

Conclusion: Blood pressure variability (BPV) leads to pulse variety of EH.

【Keywords】 Essential hypertension; Blood pressure variability; Pulse Condition
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.012

近年来,越来越多的人开始注意到在高血压疾病进展过程中,血压变异性成为评估预后及指导治疗的重要标准。血压变异性(Blood pressure variability, BPV)是指在一定时间内血压波动的程度^[1]。自2010年第59届美国心脏病学会年会提出血压变异性可作为脑卒中及心血管事件强有力的预测因子,在心血管领域和神经病学等各学界引起了广泛关注,开始成为心脑血管领域的研究热点。而脉诊为传统中医诊断方法,人身之脉象可反映气血、脏腑之盈亏,判断疾病进退与转归,但“脉理精微,非言可尽……心中了了,指下难明”。且脉诊易受医者经验、习惯等主观因素影响,随着科技发展,脉象仪应运而生,且日趋完善,促进了脉象客观化研究。脉象参数与血液动力学相关,反映了血管的功能,如动脉弹性等、预测心血管事件等。故探讨BPV与脉象参数的相关性,以期丰富脉象应用研究。

1 对象与方法

1.1 病例来源

选择2013年1月—2013年12月于福建省立医院门诊及住院就诊的符合纳入标准的高血压病患者共130例,男性75例(57.7%),女性55例(42.3%);年龄35~87岁,平均年龄70岁。

1.2 入选标准

符合诊断标准的原发性高血压患者。排除标准:继发性高血压;严重贫血、甲状腺功能亢进症、急慢性心力衰竭、先天性心脏病、心律失常、风湿性心脏病、心肌病、动静脉瘘、缩窄性心包炎、心包积液、肝硬化、哮喘、恶性肿瘤、自身免疫性疾病等全身其他器官和系统性重大疾病等;无法配合或不愿受检的患者;病史资料不完整者。

1.3 诊断标准

根据《中国高血压防治指南2010》诊断标准,未治疗或服用降压药^[2]。

1.4 动态血压数据监测

1.4.1 监测方法

采用24 h动态血压监测仪(CB-1804-B)。袖带缚于受试者左上臂,白天(6~22时)每30 min自动记录1次收缩压(SBP)、舒张压(DBP)和平均动脉压(MAP),夜间(22~6时)每60 min自动记录1次SBP、DBP和MAP。计算脉压(PP)。监测期间照常服用降压药,从事日常活动。袖带充气时左上肢要处于放松和伸展状态。监测的有效血压次数应占监测次数的80.0%以上。

1.4.2 数据采集

BPV以血压均值标准差(SD)表示:包括24 h收缩压SD(24 h SBPSD)、24 h舒张压SD(24 h DBPSD)、白天收缩压SD(d SBPSD)、白天舒张压SD(d DBPSD)、夜间收缩压SD(n SBPSD)、夜间舒张压SD(n DBPSD)。昼夜节律:包括夜间收缩压下降率(n SBPRR)和夜间舒张压下降率(n DBPRR)。血压负荷(BPL):以24 h平均血压 $\geq 130/80$ mmHg的次数占同时段总监测次数的比率作为该时段的血压负荷值。包括24 h收缩压负荷(24 h SBPL)、24 h舒张压负荷(24 h DBPL)。

1.5 脉象检测

1.5.1 脉象参数采集

《素问》云:“诊法常以平旦,阴气未动,阳气未散,饮食未进,经脉未盛,络脉调匀,气血未乱,故乃可诊有过之脉。”故受检者在晨起08:00安静状态下未进食时进行检查,伸直腕关节,掌心向上,腕关节后垫上脉枕。取右侧桡骨茎突内侧桡动脉搏动处,即左侧寸口脉关部。把脉象仪传感器与腕关节平面垂直,用绑带适度固定在腕部。转动传感器轴加压,采集50~225 g的5个压力段的稳定波形的脉象图像,选择最佳振幅波形进行分析。利用计算机对脉图各项参数自动采集分析。DDMX-100型号脉象仪购自上海中医大尚新医学科技有限公司。

1.5.2 脉象参数^[3]

脉图起点到重搏前波之间的时间(t3)、降中峡至脉动终点的时间(t5)、主波幅度(h1)、重搏前波幅度(h3)及其与主波幅度的比值(h3/h1)、降中峡幅度(h4)及其与主波幅度的比值(h4/h1)、重搏波幅度(h5)及其与主波幅度的比值(h5/h1)。As为脉图收缩期面积。脉图面积与心排出量有关。Ad为脉图舒张期面积。W1为h1上1/3处的脉图宽度,相当于动脉内压力高水平状态所维持的时间。见图1。

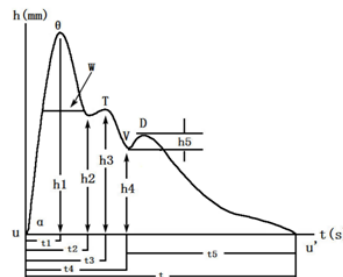


图1 脉图示意图

1.6 统计学方法

正态分布的计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示; 不符合正态分布的计量资料用中位数 (M) 及 25%~75%四分位数表示, 变量间用 pearson 相关分析及偏相关分析, 采用 SPSS18.0 软件进行分析。

2 结果

2.1 一般临床资料

见表 1。

2.2 高血压病患者血压变异性参数与脉象参数指标

见表 2、表 3。

2.3 高血压病患者 BPV 与脉象参数的简单相关分析

对 BPV 及脉象共 37 个参数 (变量) 进行简单相关系数检验。结果显示, 24 h SBP 与 h3、h3/h1、h4/h1 呈负相关, 相关系数 (r) 分别为 -0.359、-0.282、-0.322 ($P < 0.01$), 与 h5/h1 呈正相关, $r = 0.234$ ($P < 0.01$), 24 h SBPSD 与 h1、As、Ad 呈负相关, r 分别 = -0.193、-0.175、-0.267 ($P < 0.05$); n SBPRR 与 t、t5 的分别 $r = -0.268$ 、-0.239 ($P < 0.01$)。24 h SBPL 与 t、

t5、h1、h3、h3/h1、h4/h1、As、Ad 呈负相关, r 分别为 -0.246、-0.230、-0.179、-0.453、-0.340、-0.419、-0.356、-0.417 ($P < 0.05$); 初步可以判断 BPV 与脉图参数存在相关性。但变量之间存在混杂因素影响, 简单相关并不能完全准确反映两组数据间的相关性, 这个矩阵表只能作为初步参考, 仍需进一步检验。见表 4。

2.4 高血压病患者 BPV 与脉象变量的偏相关分析

进一步调整 Age、BMI 等影响因素后, 对 BPV 和脉图参数间变量进行偏相关分析, 结果显示: 24 h SBP 与 h3、h3/h1、h4/h1、W1、As、Ad 呈负相关, r 分别 -0.294、-0.327、-0.382、-0.348、-0.177、-0.289 ($P < 0.05$), 而 h5/h1 与 24 h SBP、24 h DBP 呈正相关, r 分别为 0.207、0.192 ($P < 0.05$); PP 与 h3、h3/h1、h4/h1、W1、As、Ad 呈负相关, r 分别为 -0.322、-0.373、-0.385、-0.323、-0.218、-0.274 ($P < 0.05$); 24 h SBPSD 与 h4/h1、Ad 呈负相关 ($r = -0.264$ 、-0.269, $P < 0.01$); 24h SBPL 与 h3、h3/h1、h4/h1、W1、As、Ad 呈负相关 ($r = -0.399$ 、-0.380、-0.478、-0.385、-0.276、-0.428, $P < 0.01$), 见表 5。

表 1 高血压病患者一般资料 (n=130)

项目	$\bar{x} \pm s$ 或 M (25%~75%)
年龄 (岁)	70.0 (62.8~77.0)
体重指数 (kg/m ²)	24.3 (23.0~25.4)
甘油三酯 (mmol/L)	1.4 (1.0~1.8)
胆固醇 (mmol/L)	5.0 (4.1~5.6)
高密度脂蛋白-C (mmol/L)	1.2 (0.9~1.4)
低密度脂蛋白-C (mmol/L)	3.1 ± 0.9
空腹血糖 (mmol/L)	5.7 (5.4~6.4)
血肌酐 (μmol/L)	78.0 (65.0~92.0)
尿酸 (μmol/L)	360.0 (305.8~430.0)

表 2 高血压病患者血压变异性参数 (n=130)

项目	$\bar{x} \pm s$ 或 M (25%~75%)
24 h SBP (mmHg)	126.0 (117.8~132.5)
24 h DBP (mmHg)	73.0 (68.8~79.5)
24 h PP (mmHg)	50.0 (45.0~59.0)
MBP (mmHg)	92.0 (85.7~95.7)
dSBP (mmHg)	127.0 (119.0~134.0)
dDBP (mmHg)	74.0 (69.0~80.0)
nSBP (mmHg)	124.0 (116.0~130.0)
nDBP (mmHg)	69.0 (65.0~78.0)
SBPSD (mmHg)	11.4 (9.3~14.4)
DBPSD (mmHg)	8.5 ± 1.9
dSBPSD (mmHg)	10.8 (8.8~15.1)
dDBPSD (mmHg)	8.4 ± 1.8
nSBPSD (mmHg)	9.9 (6.9~14.5)
nDBPSD (mmHg)	7.1 ± 3.1
nSBPRR (%)	8.0 ± 4.0
nDBPRR (%)	4.7 (1.2~7.6)
24 h SBPL (%)	35.6 (15.7~61.2)
24 h DBPL (%)	24.32 (10.3~48.7)

表3 高血压患者的脉象参数指标 (n=130)

项目	$\bar{x} \pm S$ 或 M (25%~75%)
t (sec)	0.9 (0.8~1.0)
t1 (sec)	0.1 (0.1~0.2)
t3 (sec)	0.3 (0.3~0.3)
t5 (sec)	0.6±0.1
h1 (mm)	22.2 (17.5~29.3)
h3 (mm)	15.5±6.6
h5 (mm)	0.2 (-0.7~0.9)
h3/h1	0.7 (0.5~0.8)
h4/h1	0.4 (0.3~0.4)
h5/h1	0.01 (-0.03~0.04)
w1(sec)	0.2 (0.2~0.2)
As(mm ²)	5.2±1.8
Ad(mm ²)	1.7 (1.0~2.6)

表4 高血压病患者血压变异性与脉象参数的简单相关分析矩阵 (n=130)

	t	t5	h1	h3	h3/h1	h4/h1	h5/h1	As	Ad
24 h SBP	-0.224*	-0.210*	-0.137	-0.359**	-0.282**	-0.322**	0.234**	-0.284**	-0.287**
24 h DBP	-0.138	-0.104	-0.113	-0.206*	-0.045	-0.058	0.266**	-0.211*	-0.104
24 h PP	-0.152	-0.168	-0.066	-0.259**	-0.319**	-0.357**	0.038	-0.156	-0.267**
MBP	-0.189*	-0.160	-0.134	-0.293**	-0.152	-0.178*	0.278**	-0.263**	-0.194*
dSBP	-0.291**	-0.275**	-0.115	-0.322**	-0.253**	-0.297**	0.207*	-0.262**	-0.293**
dDBP	-0.210*	-0.178*	-0.101	-0.159	-0.004	-0.009	0.225**	-0.182*	-0.113
nSBP	-0.125	-0.130	-0.031	-0.288**	-0.295**	-0.306**	0.198*	-0.159	-0.218*
nDBP	-0.112	-0.108	-0.049	-0.170	-0.041	-0.055	0.208*	-0.112	-0.086
24 h SBPSD	-0.123	-0.165	-0.193*	-0.135	0.009	-0.138	-0.055	-0.175*	-0.267**
24 h DBPSD	-0.087	-0.103	0.062	-0.032	-0.156	-0.172	0.096	0.023	-0.109
dSBPSD	-0.175*	-0.218*	-0.141	-0.089	-0.061	-0.222*	-0.099	-0.122	-0.288**
dDBPSD	-0.011	-0.021	0.098	0.041	-0.152	-0.193*	0.047	0.088	-0.114
nSBPSD	0.046	0.045	-0.219*	-0.123	0.186*	0.197*	-0.032	-0.201*	-0.124
nDBPSD	-0.177*	-0.183*	-0.125	-0.160	0.013	0.012	0.086	-0.173*	-0.095
nSBPRR	-0.268**	-0.239**	-0.132	-0.006	0.121	0.061	-0.049	-0.130	-0.099
nDBPRR	-0.144	-0.100	-0.065	0.072	0.074	0.092	-0.043	-0.072	-0.027
24 h SBPL	-0.246**	-0.230**	-0.179*	-0.453**	-0.340**	-0.419**	0.153	-0.356**	-0.417**
24 h DBPL	-0.159	-0.126	0	-0.117	-0.029	0.002	0.111	-0.082	-0.085

注: * P<0.05, ** P<0.01

表5 高血压病患者血压变异性与脉象参数(绝对值)的偏相关分析 (n=130)

项目		t	h1	h3	h5	h3/h1	h4/h1	h5/h1	w1	As	Ad
24 h SBP	r	-0.193	-0.041	-0.294	0.066	-0.327	-0.382	0.207	-0.348	-0.177	-0.289
	p	0.031	0.650	0.001	0.462	0.000	0.000	0.021	0.000	0.048	0.001
24 h DBP	r	-0.087	0.012	-0.069	0.127	-0.059	-0.134	0.192	-0.158	-0.010	-0.123
	p	0.337	0.891	0.441	0.159	0.516	0.136	0.032	0.078	0.908	0.172
24 h PP	r	-0.180	-0.062	-0.322	-0.014	-0.373	-0.385	0.115	-0.323	-0.218	-0.274
	p	0.045	0.492	0.000	0.880	0.000	0.000	0.202	0.000	0.014	0.002

续表 5

项目		t	h1	h3	h5	h3/h1	h4/h1	h5/h1	w1	As	Ad
24 h SBPSD	r	-0.150	-0.021	-0.044	-0.068	-0.105	-0.264	-0.002	-0.137	-0.049	-0.269
	p	0.096	0.816	0.626	0.451	0.245	0.003	0.978	0.128	0.588	0.002
24 h DBPSD	r	-0.119	0.042	-0.032	-0.017	-0.163	-0.199	0.149	-0.229	-0.017	-0.130
	p	0.187	0.639	0.724	0.849	0.070	0.026	0.097	0.010	0.854	0.149
nSBPRR	r	-0.278	-0.094	0.019	-0.048	0.114	0.043	0.004	0.018	-0.123	-0.098
	p	0.002	0.296	0.836	0.596	0.204	0.634	0.961	0.841	0.173	0.276
nDBPRR	r	-0.142	-0.039	0.084	0	0.102	0.100	0.065	0.035	-0.102	-0.040
	p	0.113	0.668	0.354	0.998	0.257	0.266	0.469	0.696	0.260	0.659
24 h SBPL	r	-0.211	-0.109	-0.399	-0.010	-0.380	-0.478	0.109	-0.385	-0.276	-0.428
	p	0.018	0.225	0.000	0.916	0.000	0.000	0.228	0.000	0.002	0.000
24 h DBPL	r	-0.145	0.062	-0.006	-0.020	0.014	-0.017	-0.064	0	0.084	-0.122
	p	0.107	0.493	0.947	0.823	0.873	0.851	0.482	0.998	0.350	0.174

3 讨论

血压变异性 (BPV) 可以以时域指标 (如标准差、变异系数) 反映变异的幅度, 也可以频域指标反映变异的速度。按时间分类有瞬时变异 (即心动周期变异)、短时变异与长时变异^[4]。长时变异包括家庭自测血压的数日内变异、数周内变异及长期随访的 BPV; 短时变异如 24 h 血压变化幅度, 可通过 Holter 技术监测。影响 BPV 的因素有年龄、性别、体重、睡眠质量、靶器官损害有关等。多项临床研究显示 BPV 可以独立于血压平均值对心血管事件作出有效预测, BPV 成为高血压控制是否得当的新指标^[5,6]。如一项评估了 BPV 对 INTERACT2 (一项开放标签随机对照试验) 参与者脑卒中预后的预测价值, 对转归最强的预测指标为超急性期最高收缩压和急性期收缩压的标准差为结果的最强预示因子。早期治疗将收缩压降至 140 mmHg 以下获得的收益, 可通过平稳并持续血压控制进行强化, 避免出现收缩压峰值尤为重要^[7]。

脉诊是中医学的有特色的诊断方法。《素问·阴阳应象大论》:“善诊者, 察色按脉, 先别阴阳。”书中记载了“十二经诊法”“人迎寸口法”“三部九候法”等脉法。而《难经》云:“寸口者, 脉之大会, 手太阴之脉动也……人一日一夜, 凡一万三千五百息, 脉行五十度, 周于身……五十度复会于手太阴。寸口者, 五脏六腑之所终始, 故法取寸口也。”自此, 脉诊发展成“独取寸口法”为主, 一直沿用至今。近 50 年来, 脉学客观化研究取得了很大的进展, 相继研发出多种型号脉象仪, 包括脉搏传感器, 脉象信号预处理单元和计算机处理单元等^[8], 而 DDMX-100 脉象仪是基于压力传感器, 脉象信号由脉象预处理单元转换成电信号, 具有一定程度的可重复性。

脉象参数 h1、t、t4、As 主要反映收缩期, t5、h5、Ad 主要反映舒张期, h5、h5/h1、h4/h1 主要反映外周阻力。本实验的样本中, t 与 SBP、PP、SBPRR、SBPL 呈负相关, 说明了心率影响了 BPV, 血压升高引起心脏代偿性增快, 心脏收缩期、舒张期时限的缩短, As、Ad 减少, 高血压多伴有动脉硬化、心室肥厚等^[9], 引起 BPV 增大, 所以本研究提示控制心率、延

长 t 值, 减轻心肌耗氧、做功, 减慢室率的药物可能可以减少 BPV, 或降低收缩压幅度, 减少 BPV, 如厄贝沙坦降压, 减少收缩压变异性, 可明显改善心室重构效果^[10, 11]。Ad 会受到 h5 (重搏波) 的幅值及心输出量大小影响。在心脏舒张期初期, 主动脉瓣关闭, 外周血液返流使主动脉根部容积扩大, 返流的血液冲击主动脉瓣产生振荡, 在脉图上即表现为 h5 重搏波^[12]。h5/h1 为重搏波与主波的比值, 考虑高血压病患者平均血压水平明显升高时, 血液容量增加, 动脉内返流血液量大, 使其根部血管容积扩张明显, 冲击主动脉瓣产生的振荡也高于常人, 脉图上表现为 h5/h1 幅值明显升高。有研究表明^[13]: 原发性高血压患者收缩压变异性升高与左心室舒张功能不全独立相关。本课题提示反映舒张期参数 Ad 与收缩压变异指标 (如 SBP、SBPSD、SBPL 等) 具有明显的相关性, 与该研究观点基本一致。

脉图上 h4/h1 可反映外周阻力。外周阻力是影响 BPV 的一个重要因素, 作为反方向的外周阻力目的是减少血压的波动。h4 (降中峡) 产生于主动脉关闭的瞬间, 反映心脏舒张早期主动脉内压力大小, 它的大小会受外周阻力及主动脉瓣功能情况的影响。当主动脉瓣钙化引起关闭不全, 出现血液返流, 使动脉压力减低, 脉压增大, h4/h1 的值亦会降低。高血压病是引起主动脉钙化的重要原因之一, 研究认为其中收缩压的变异性增高与主动脉瓣膜病变关系密切^[14-16]。所以老年人原发性高血压患者的 BPV 越大, 主动脉瓣病变发生率越高, 反映在脉图上表现为 h4/h1 值降低。BPV 升高时, 可见脉图重搏前波提前出现 (t3 减低), 与主波接近或融合, h3/h1 幅值升高, 外周血液返流, 动脉压力减低, 降中峡位置减低, 脉图参数 h4/h1 与 Ad 值均降低。因此, 可以认为脉图参数可以一定程度反映 BPV, 可以作为评估 BPV 的参考指标。

血压的昼夜节律是评估 BPV 的一个重要指标。nSBPRR 与 t、t3 呈负相关, nDBPRR 与 t3 呈负相关。产生的折返波经过叠加而形成 h3。高血压病患者 BPV 增加, 血管顺应性减退, 脉搏波传导速度快^[12, 17]。动脉硬化、大动脉顺应性降低情况下, 重搏前波提早出现, 必然伴有其时相的提前, 故 t、t3 值减少。

BPV 增加, h3 提早出现, 靠近主波, 甚至与主波波峰相融合, h3、h3/h1 幅值增高, 外周阻力大, 动脉内血流向外周流出速度慢, 动脉内压力增高, 动脉内高水平维持时间增加, W1 值亦升高。但本研究中发现 W1、h3、h3/h1 均与 BPV 呈负相关, 究其原因, 目前考虑脉象仪是基于压力感受器获取脉象信息, 主要反映的是压力波, 脉图的描记形成必然会受到皮肤软组织、桡动脉血管弹性及管径等因素的影响, 压力传感器与寸口处检测位置的接触, 容易干扰脉象, 并且用单一时域分析方法分析、处理采集到的非线性、非平稳的脉图信号有一定的局限性, 此类因素难以完全估测。而 BPV 的指标是利用 24h 动态血压记录仪监测肱动脉压力, 通过公式推导演算, BPV 研究脉象技术主要研究动脉管壁波动波, 由此可见, 两种方法所获得的信息种类和信息量不同。故脉象参数在反映 BPV 方面尚有一定局限性。

参考文献:

[1]Mancia G, Grassi G. Mechanisms and clinical implications of blood pressure variability[J]. J Cardiovasc Pharmacol. 2000, 35(7 Suppl 4): S15-19.
 [2]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南 2010[S].中华心血管病杂志,2011, 39(7):579-616.
 [3]费兆馥.现代中医脉诊学[M].北京:人民卫生出版社,2006.163-165.
 [4]王继光.血压变异的临床意义[J].心血管病学进展,2011,32(1): 1-3.
 [5]Shintani Y,Kikuya M, Hara A,et al.Ambulatory blood pressure, blood pressure variability and the prevalence of carotid artery alteration:the Ohasama study[J].J Hypertens, 2007,25(8):1704-1710
 [6]Ko Y, Park JH, Yang MH,et al.The significance of blood pressure variability for the development of hemorrhagic transformation in acute ischemic stroke[J].Stroke,2010,41(11): 2512-2518.
 [7]周淑新.WONCA 研究论文摘要汇编--急性颅内出血后血压变异性及转归: INTERACT2 研究的析因分析,一项随机对照试验[J].中国全科医学,2014,

17(21):2461-2461.
 [8]孙立环,刘鹏祥.基于 LabVIEW 的中医脉象仪设计[J].中国新通信, 2013,(20): 97-98.
 [9]White WB. The risk of waking-up: impact of the morning surge in blood pressure[J]. Hypertension, 2010, 55(4): 835-837.
 [10]张丽.厄贝沙坦治疗 192 例高血压患者疗效分析[J].药物与临床,2012, 19(28): 69-70.
 [11]易仁亮,江亚文.厄贝沙坦对老年原发性高血压左心室肥厚患者血压变异性的影响[J].临床军医杂志, 2013,41(2): 111-113.
 [12]徐芳,肖沪生,徐智章,等.管径增大指数(AI)与脉象参数的相关性研究[J].上海医学影像, 2010, 19(1): 11-15.
 [13]陈改玲,黑雁,王勇,等.原发性高血压左室肥厚患者脉搏波速度与左室舒张功能相关性[J].中国分子心脏病学杂志,2011(5): 270-272.
 [14]黄炜强.老年高血压患者血压变异性与主动脉钙化的相关性研究[J].实用心脑血管病杂志,2013, 21(7): 3-6.
 [15]仇萍,姚丙南,韩世琴,等.老年高血压患者血压变异性与主动脉瓣钙化的关系[J].中国医药科学,2011,1(24):54-55.
 [16]Iwata S,Russo C,Jin Z,et al. Higher ambulatory blood pressure is associated with aortic valve calcification in the elderly:a population-based study[J]. Hypertension,2013,61(1): 55-60.
 [17]冯雪,刘俊明.脉搏波传导速度与高血压相关性的研究进展[J].临床和实验医学杂志,2013,12(16):1340-1343.

基金项目:

福建省科技计划重点项目 (2014Y0007); 福建省中医药科研项目 (wzrk201314)。

作者简介:

张林香[△], 通讯作者。

编辑: 白莉 编号: EB-15081901 (修回: 2015-09-20)

相似文献:

高血压病人动态血压变异性与心室重构的关系研究

目的: 探讨高血压病人动态血压变异性与心室重构的关系。方法: 选择 140 例高血压患者为观察组, 140 例体检正常的人为对照组。比较两组 24 h 平均收缩压、平均舒张压、24 h 血压变异性、舒张期左心室后壁厚度(LVPWT)、舒张期室间隔厚度(IVST)、左心室舒张末期内径(LVIDd)、左心室质量指数(LVMI)。结果: 观察组 24 h 平均收缩压、平均舒张压、收缩压标准差、舒张压标准差、LVPWT、IVST、LVIDd 和 LVMI 分别为 (131.85±14.77) mmHg、(80.57±9.24) mmHg、(12.26±3.13) 和 (8.94±2.52)、(10.74±3.15) mm、(11.87±1.92) mm、(53.14±7.39) mm、(45.24±5.18) g/m², 均显著高于对照组 (P<0.05)。结论: 相比于正常人, 高血压动态血压变异性更为显著, 心室重构明显。

作者: 司献军

刊名: 中医临床研究 2014 年 24 期 33-35 页

关键词: 高血压; 动态血压变异型; 心室重构
 中图分类号: R544.1

DOI 号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2014.24.014

中医辨证施护在原发性高血压病人中的应用研究

目的: 探索中医护理辨证施护在高血压病人中的应用效果。方法: 将 100 例高血压病人分为观察组和对照组, 对照组按常规实施护理, 观察组按中医辨证分型实施护理, 观察分析治疗后两组病人服药依从性、血压控制达标情况、生活质量及病人满意度情况。结果: 观察组病人服药依从性、血压控制达标情况及医疗护理的满意度明显优于对照组, 生活质量评分显著高于对照组。结论: 中医辨证施护能提高高血压病人服药依从性、血压控制达标情况、生活质量及病人满意度。

作者: 刘志华

刊名: 中医临床研究 2014 年 6 卷 35 期 139-141 页

关键词: 高血压; 辨证分型; 中医护理

补中益气汤对力竭心身应激大、小鼠胃窦 ICC 的影响研究

Effects of the Buzhong Yiqi decoction on the stomach ICC in exhausted mice and rats

张耀锋 周建辉

(南阳医学高等专科学校, 河南 南阳, 473058)

中图分类号: R285.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0029-02 证型: AB DG

【摘要】目的: 探究补中益气汤对胃部功能性疾病的具体治疗效果与作用机制。方法: 以 ICC 作为观察对象和实验设计的切入点, 建立有关模拟力竭心身应激的大鼠以及小鼠动物模型并观察各组动物模型中的实验变化情况, 同时对动物模型疾病多发的胃窦部进行实验取材并通过 Real-Time qPCR 检测基因表达的变化。结果: 通过观察研究发现动物模型的体重一直呈现缓慢增长的趋势, 大、小鼠模型的抗疲劳能力有所下降且胃肠道功能紊乱, 而补中益气汤则恰好可以缓解动物模型脾虚的症状, 尤其是在显微镜下观察到补中益气汤可以在一定程度上有效控制应激性上升而导致 ICC 损伤增大的现象。结论: 肠胃功能紊乱会对 ICC 的组织结构和功能在一定程度上造成影响, 而补中益气汤却可以有效改善上述变化, 有效降低由于疾病而造成的对 ICC 的损害程度, 因此可以说补中益气汤可以通过调节 ICC 的变化进而有效控制胃肠功能紊乱的症状。

【关键词】补中益气汤; 力竭心身应激; 大、小鼠; 胃窦 ICC

【Abstract】Objective: To explore effects of the Buzhong Yiqi Decoction on the stomach functional diseases and the mechanism. Methods: ICC were observed as the starting point, the establishment of relevant simulation exhaustion of psychosomatic stress in rats and mice, and multiple gastric antrum experiment and drawn through real-time qPCR gene expression changes were recorded. Results: Through the study, found that the weight of the animal model has been showing a trend of slow growth, anti fatigue ability of mouse and rat model has decreased gastrointestinal disorders, and the decoction can alleviate the symptoms of spleen deficiency, also can control stress and lead to the ICC damage. Conclusion: In gastrointestinal disorders, the Buzhong Yiqi Decoction can effectively improve the changes, effectively reducing due to disease of the ICC damage.

【Keywords】 Buzhong Yiqi decoction; Exhaustive psychosomatic stress; Rats and Mice; Gastric antrum ICC

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.013

经过长期医学的发展和临床经验总结, 补中益气汤显示出了较好的临床治疗效果并被广泛采用, 所以通过实验观察补中益气汤对于治疗肠胃功能紊乱的效果及治疗原理具有必要性和紧急性^[1]。

1 资料与方法

1.1 基本资料

力竭属于一种身体疲劳的典型表现, 主要是指身体在极度劳累的状态下仍然继续工作或者运动的现象, 如此下去身体机能一定会受到损伤。Cajal 间质细胞的英文全称为 Interstitial Cells of Cajal (ICC), 其主要是分布在人体消化道自主神经末梢和平滑肌之间的一类特殊细胞, 它们既不属于神经细胞也不属于平滑肌细胞, 而是一种兼有成纤维细胞和平滑肌细胞特性的间质细胞。目前认为它是肠胃运动的起搏细胞, 其组织结构的变化、功能的异常及数量的增减和受到损害的程度都会对激发肠胃功能紊乱有直接关系, 而且大量的临床实验证明显示 ICC 与肠胃功能性疾病的发生密切相关。

1.2 实验方法

1.2.1 实验材料

大、小鼠均选用无特殊病原体的雄性大、小鼠, 大鼠体重维持在 35 g 左右, 小鼠体重维持在 25 g 左右, 实验环境的温度保持室温即可, 明暗时间分别为 12 h, 食物的摄入及饮水量由大、小鼠自由控制, 但是饲料必须选择标准饲料。与此同时, 补中益气汤的药物材料主要由黄芪 15 g, 人参(党参) 15 g, 白术 10 g, 炙甘草 15 g, 当归 10 g, 陈皮 6 g, 升麻 6 g, 柴胡 12 g, 生姜 9 片, 大枣 6 枚组成, 洗净后先浸泡 30 min, 然后煎煮 40 min 进行第 1 次过滤, 再加水煎煮 30 min 进行第 2 次过滤并将 2 次的滤液合并, 沉淀后取上清液。

1.2.2 实验操作

建立模拟力竭心身应激的小鼠动物模型, 采取负重游泳的运动方式使得小鼠逐渐处于力竭的状态并观察各组动物模型中的实验变化情况, 具体而言, 将 100 只小鼠按照有无使用补中益气汤分为两组, 各 50 只, 其中将使用补中益气汤的小鼠

组称为实验组，将未使用补中益气汤的小鼠组称为对照组。然后对每组的 50 只小鼠再按照负重游泳的时间长短分为五组，每组 10 只，而负重游泳的时间长短分别为 3 d、1 周、2 周、3 周和 4 周，在每次将小鼠进行负重游泳之前对实验组的小鼠灌胃补中益气汤，对对照组的小鼠灌胃纯净水，而后再将分别灌胃之后的小鼠进行负重游泳并分别观察每组小鼠的体重、精神状态、兴奋程度和抗疲劳能力的变化以及观察其肠胃功能的状态变化^[2]。

1.2.3 实验数据分析

此次研究的所有资料和数据均采用专业的统计学软件 SPSS16.0 处理分析，计量数据用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。

2 结果

通过完整的实验设计成功实现了对大鼠和小鼠动物模型的应激观察和研究，而且通过观察研究的变化及分析所得数据发现每组大、小鼠在实验的最初体重方面并没有明显差异，因此差异不具有显著性，但是随着实验时间的推进，大鼠和小鼠的体重发生明显的变化，其中实验组的大、小鼠体重增加明显，但是对照组大、小鼠体重增加十分缓慢（如表 1、表 2 所示）。除了体重发生变化之外，实验组的大鼠和小鼠在整个实验的过程之中都能保持正常的饮食及饮水活动，活动频繁且精神一直保持振奋的状态，而且皮毛光泽度没有明显降低，能够负重游泳的承受时间有所延长，说明实验组大、小鼠的抗疲劳能力有所提升，实验组大、小鼠的肠胃状态良好。反对对照组的大鼠和小鼠，在整个过程中的状态稍显不佳，饮食受到影响，摄入量逐渐减少。

表 1 两组小鼠体重变化的对比分析 $(\bar{x} \pm s, g)$

组别	3 d	1 周	2 周	3 周	4 周
实验组	25.8±2.5	29.8±2.6	33.2±3.1	37.9±2.8	39.2±2.1
对照组	26.2±2.4	28.8±3.5	29.2±3.3	30.2±3.1	31.2±4.1

表 2 两组大鼠体重变化的对比分析 $(\bar{x} \pm s, g)$

组别	3 d	1 周	2 周	3 周	4 周
实验组	35.8±2.5	38.8±2.9	41.2±2.6	43.9±3.8	46.2±2.1
对照组	36.2±2.4	37.8±3.5	38.7±3.2	39.9±3.5	41.2±3.1

3 讨论

综上所述，由于动物模型的力竭及心身应激反应从而造成了肠胃功能紊乱的现象，进而导致动物体重的增长不明显或者显著下降的状况，然而补中益气汤却能是的动物模型很好地适应力竭及心身应激，从而对抗体重下降并使其恢复正常体重，甚至出现明显增加。同时力竭心身应激也使得动物模型的抗疲劳能力出现降低，然而补中益气汤可以通过提升动物模型的应激性进而提高其抵抗疲劳的能力水平。此外力竭及心身应激同样造成了胃肠功能紊乱的状况，然而补中益气汤却能有效缓解胃排空率及肠推进率从而达到有效调节肠胃功能并使肠胃恢复正常。因此在今后应对肠胃功能紊乱症状的时候可以通过补中益气汤进行合理调节^[3]。

参考文献：

- [1]张丹,夏志伟,韩亚京.不同时期慢性束缚水浸应激大鼠胃窦 Caga 间质细胞超微结构的影响[J].世界华人消化杂志,2010,18(6):581-585.
- [2]袁海平,刘学,史仍飞.大鼠不同强度运动对心肌细胞凋亡及其抗氧化能力的影响[J].体育科学,2002,22(1):107-109.
- [3]郑澜,陆爱云.运动性疲劳动物模型的研究[J].中国体育科技,2003,39(2):20-23.

编辑：赵聪 编号：EB-15080404F（修回：2015-09-15）

相似文献：

补中益气汤治疗肺脾气虚型慢性肺疾病患者疗效观察

目的：分析与研究采用补中益气汤治疗肺脾气虚型慢性肺疾病患者的临床疗效。方法：通过选取 2012 年 7 月—2014 年 7 月我院门诊及住院经治的 104 例肺脾气虚型慢性肺疾病患者，将其随机分为两组，常规组 52 例，采用常规西药进行治疗；观察组 52 例，采用补中益气汤进行治疗。对比两组患者的临床疗效。结果：观察组显效 36 例，有效 11 例，总有效率为 90.4%，与常规组相比有明显差异（ $P < 0.05$ ）；观察组 FEV1/预计值%、FEV1/FVC%、PDGF-BB 浓度与常规组相比差异显著（ $P < 0.05$ ）。结论：采用补中益气汤治疗肺脾气虚型慢性肺疾病，能够有效改善患者的病情，临床效果显著，值得推广应用。

作者：凌小浩 陈少藩 卢育明 黄振炎

刊名：中医临床研究 2015 年 06 期 17-19 页

英文期刊名：Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词：补中益气汤；肺脾气虚；慢性肺疾病；疗效观察

中图分类号：R259

DOI 号：10.3969/j.issn.1674-7860.2015.06.009

补中益气汤新用

补中益气汤具有补中益气、升阳举陷的功效，以肢倦懒言、面色白、舌淡苔白、脉洪而虚或因清阳下陷所致的各种病症为辨证要点。治疗子宫脱垂，久泻久痢，气虚下陷等证，如身体局部发凉，嘴角糜烂，乳糜尿，胃下垂等，疗效稳定可靠，体现了中医辨证施治的观念和同病异治的论治方法。

作者：杨勤龙

刊名：中医临床研究 2014 年 26 期 92-93 页

英文期刊名：Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词：补中益气汤；治疗应用；中医药疗法

中图分类号：R289.5

DOI 号：10.3969/j.issn.1674-7860.2014.26.054

丹红注射液对肝硬化患者肝功能和肝纤维化血清学指标的影响

Effects on liver function and liver fibrosis serum markers in patients with cirrhosis Danhong injection therapy

李荣娟¹ 伦立民² 刘华伟³

(1. 山东省青岛疗养院, 山东 青岛, 266071; 2. 青岛大学附属医院, 山东 青岛, 266071; 3. 威海荣成市埠柳中心卫生院, 山东 荣成, 264300)

中图分类号: R256.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0031-02 证型: IDGB

【摘要】目的: 探讨丹红注射液对肝硬化患者肝功能和肝纤维化血清学指标的影响。方法: 选取我院 2013 年 5 月—2014 年 4 月因肝硬化需住院治疗患者 98 例, 随机分为两组, 每组 49 例, 分别予以丹红注射液(观察组)和常规保肝治疗(对照组), 比较两组治疗后肝功能和肝纤维化血清学指标。结果: 观察组治疗后 ALT、AST 和 TBIl 值均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组 HA、PIIIP、CIV 和 LN 值均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 丹红注射液治疗肝硬化患者对肝功能和肝纤维化血清学指标改善明显, 值得临床推广。

【关键词】丹红注射液; 肝硬化; 肝功能; 肝纤维化

【Abstract】Objective: To study the effect of Danhong injection on liver function and liver fibrosis serum markers while treating patients with cirrhosis. Method: 98 patients with cirrhosis admitted in hospital from May 2013 to April 2014 were randomly divided into two groups, test group(Danhong injection therapy treatment) and control group (routine liver treatment) with 49 cases each, the treatment cycle was of 30 days and after treatment index of liver function and liver fibrosis serum markers of treatment were compared. Results: After treatment, the ALT, AST and TBIl value in the treatment group were lower as compared to the control group and the also the HA, PIIIP, CIV and LN value were lower in observation group than the control group, all the difference was statistically significant($P < 0.05$). Conclusion: The combined Danhong injection on liver function and liver fibrosis serum markers is effective to treat the patients with cirrhosis.

【Keywords】Danhong injection; Cirrhosis; Liver function; Liver fibrosis

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.014

肝纤维化^[1]临床上常由多种原因导致肝细胞坏死和炎症刺激造成肝内纤维结缔组织异常增生和细胞外基质成分过度沉积。主要特征为肝脏结构变形和肝功能损伤, 该病具有可逆性, 但治疗不及时或方法不当则容易发展成为肝硬化。我院采用丹红注射液治疗肝硬化患者取得了不错效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

观察组男性 29 例, 女性 20 例, 年龄 39~67 岁, 平均年龄 (53±14) 岁, 病程 3 个月~2 年, 平均病程 (13±10) 个月; 对照组男性 34 例, 女性 15 例, 年龄 40~70 岁, 平均年龄 (55±15) 岁, 病程 5 个月~2 年, 平均病程 (15±9) 月。所有患者均符合肝硬化诊断标准^[2], 具有一定可比性。

1.2 治疗方法

所有患者均经本人和家属同意自愿参与本次研究。对照组予以常规保肝、降酶、退黄治疗, 并根据其他症状给予针对性治疗。观察组在对照组基础上予以丹红注射液 20 ml 加入 250

ml 10%葡萄糖溶液, 1 次/d, 静滴, 疗程均为 30 d。

1.3 疗效分析

比较两组治疗后肝功能和肝纤维化血清学指标。肝功能包括治疗前后 ALT、AST 和 TBIl 值; 肝纤维化血清学指标包括治疗前后 HA、PIIIP、CIV 和 LN 值。

1.4 统计学方法

采用 SPSS17.0 对所有数据进行统计学处理, 组间计量资料结果采用 *t* 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后肝功能比较

观察组治疗后 ALT、AST 和 TBIl 值均低于对照组治疗后, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组肝纤维化血清学指标比较

观察组 HA、PIIIP、CIV 和 LN 值均低于对照组治疗后, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表1 两组治疗后肝功能比较 ($\bar{x} \pm S$)

组别	n	ALT (IU/L)		AST (IU/L)		TbIL (umol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	49	267.7±185.3	40.3±20.4*	170.0±20.0	40.1±3.5*	99.8±21.5	34.1±20.2*
对照组	49	270.5±190.7	80.6±30.1	175.0±18.0	62.8±3.8	98.3±25.0	68.9±30.1

注:与对照组相比,治疗后*P<0.05

表2 两组肝纤维化血清学指标比较 ($\bar{x} \pm S$)

组别	HA (mg/ml)		PIIIP (ug/L)		CIV (ug/L)		LN (ng/ml)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=49)	460.4±180.5	250.3±170.5*	215.7±90.5	105.1±84.6*	155.5±21.6	104.1±22.7*	135.7±30.2	101.4±23.3*
对照组 (n=49)	458.7±176.6	420.9±181.8	209.6±97.7	184.3±90.6	151.2±20.1	143.3±24.6	130.6±31.0	126.7±31.4

注:与对照组相比,治疗后*P<0.05

3 讨论

肝硬化是一种由多种病因引起的慢性肝病,以肝细胞广泛变性坏死,纤维组织弥漫性增生,再生结节形成导致肝小叶结构破坏和假小叶形成,使肝脏逐渐变形、变硬为特征的疾病。该病属于中医学“单腹胀”“鼓胀”等范畴^[2,3]。中医学认为,本病的形成多由酒食不节、情志失调、感染血吸虫、黄疸积聚等病迁延日久,引起肝脾肾亏损,气滞、血瘀、湿阻腹中所致。丹红注射液主要成分是丹参和红花,丹参具有活血养血的功效,能够有效改善受损肝脏的微循环,增加肝脏血流量,促进肝细胞修复再生。诸多报道显示,丹参能够有效抗肝纤维化,促进正常肝细胞增殖,减少肝细胞变性坏死^[4,5]。临床数据统计,慢性肝病口服丹参制剂,血清III型前胶原肽和板层素明显下降,肝纤维化程度改善。红花具有活血消瘀、散郁开结的功效,其提取液含有红花苷类和红花黄素等有效成分,活血化瘀效果和血管扩张作用明显,并能够有效改善微循环^[6]。红花还具有抗氧化自由基,降低谷丙转氨酶和血清肝纤维化指标作用。从上述结果中可见,观察组治疗后ALT、AST和TbIL值

均低于对照组,HA、PIIIP、CIV和LN值均低于对照组,观察组具有明显优势。综上所述,丹红注射液治疗肝硬化患者对肝功能和肝纤维化血清学指标改善明显,值得临床推广。

参考文献:

[1]中国中西医结合学会肝病专业委员会.肝纤维化中西医结合诊疗指南[J].中华肝病杂志,2006,14(11):866.
 [2]黄之克.丹红注射液治疗肝纤维化疗效观察及血清学指标干预分析[J].河北医学,2013,19(8):1211-1212.
 [3]张成贵.丹红注射液对肝硬化患者肝功能及肝纤维化血清学指标影响的临床研究[J].光明中医,2010,25(11):2027-2028.
 [4]梁玉国,楚秀菊.复方丹参滴丸联合心得安对肝纤维化及门脉高压的影响[J].中国中西医结合杂志,2002,22(5):382.
 [5]刘君,陈娜.肝纤维化血清学指标的临床意义[J].检验医学与临床,2012,9(3):320-325.
 [6]武永娟.骨折术后中医药活血化瘀药物的运用对骨折愈合及远期疗效观察[J].中医临床研究,2013,5(8):20-22.

编辑:赵聪 编号:EB-15062906F(修回:2015-07-15)

相似文献:

补肾健脾活血法对肝硬化失代偿期患者腹水再发的影响

目的:对补肾健脾活血法对于肝硬化失代偿期腹水的预防效果进行观察分析。方法:将本院肝硬化失代偿期已消除腹水的患者90例进行随机分组,分别为观察组和对照组,每组45例患者。观察组45例患者服用中药五味汤合四君子汤进行预防性治疗,对照组45例患者进行普通的保肝疗法;对比分析两组患者腹水再复发的状况和疗效。结果:通过对两组患者的疗效和腹水再复发的状况进行比较后,结果显示对照组患者腹水再复发10例,治疗有效率为78.0%,观察组患者腹水再复发3例,治疗有效率为93.0%,观察组患者明显优于对照组患者,差异明显(P<0.05),具有统计学意义。结论:补肾健脾活血法治疗肝硬化失代偿期腹水疗效可靠,安全有效。

作者:吴新春

刊名:中医临床研究 2015年21期 20-20页

中医综合治疗肝硬化效果观察

目的:对中医综合治疗在肝硬化患者中的临床治疗效果进行观察探讨。方法:选取我院2011年6月—2013年6月期间接受治疗的肝硬化患者40例,将其分为两组,分别作为对照组与观察组,对照组的患者实施西医治疗,观察组的患者实施中药汤剂、中成药、针刺法等中医综合治疗方法,对两组患者的临床治疗效果进行对比分析。结果:对照组患者的治疗总有效率为70.0%,观察组的治疗总有效率为95.0%,两组患者的治疗总有效率具有明显的差异,观察组明显优于对照组,并且P<0.05,差异具有统计学意义。结论:在肝硬化患者的治疗中,应用中医综合治疗方案,具有较好的临床治疗效果,并且具有副作用小的优点,值得在临床推广。

作者:张小松

刊名:中医临床研究 2015年16期 100-101页

止咳定喘汤治疗咳嗽变异性哮喘 30 例临床分析

Clinical analysis of 30 cases with cough variant asthma treated by Zhike Dingchuan decoction

彭贵清

(苏州市中医医院, 江苏 苏州, 215000)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0033-02 证型: GID

【摘要】目的: 研究咳嗽变异性哮喘临床应用止咳定喘汤的治疗效果。方法: 从我院 2014 年 4 月—2015 年 4 月接收咳嗽变异性哮喘患者中随机抽选 30 例作为本次研究组, 加用止咳定喘汤治疗; 并将同期接收疾病患者 30 例作为本次对照组, 行临床基础疗法, 于临床治疗结束后评定效果。结果: 研究组患者临床治疗效果 96.7% 高于对照组 76.7%, 差异有显著性 ($P < 0.05$)。结论: 临床给予咳嗽变异性哮喘患者止咳定喘汤疗法作用明显, 可缩短疗程, 提高疾病治疗效果。

【关键词】止咳定喘汤; 咳嗽变异性哮喘; 临床效果

【Abstract】 Objective: To study the curative effect of Zhike Dingchuan Decoction on cough variant asthma. Methods: 30 cases among the patients admitted in our hospital from April, 2014 to April, 2015 were randomly divided into a research group treated with Zhike Dingchuan Decoction, while another 30 cases admitted during the same period were treated as the control group and given the basic therapy. The curative effects of the two groups were evaluated. Results: The curative effect of the research group was 96.7% higher than that of the control group 76.7%, with significant difference ($P < 0.05$). Conclusion: Zhike Dingchuan Decoction has obvious effect on patients with cough variant asthma which can shorten the period and improve the curative effect.

【Keywords】 Zhike Dingchuan decoction; Cough variant asthma; Clinical effect

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.015

咳嗽变异性哮喘是临床呼吸科常见疾病, 属于一种特殊类型哮喘, 反复性发作、以慢性咳嗽为主要或唯一临床表现为主要特征。目前, 临床与典型支气管哮喘治疗原则相同, 然由于药物服用期间诸多因素的影响, 致使效果不满足临床和患者需求。因此, 需探讨安全、有效疗法进行治疗^[1]。近年来, 我科止咳定喘汤用于此类病症治疗中, 取得显著性效果。为更好地探讨临床咳嗽变异性哮喘中的止咳定喘汤应用价值, 本文将我科接收疾病患者作为对象进行探讨。

1 资料与方法

1.1 临床资料

从我院 2014 年 4 月—2015 年 4 月接收咳嗽变异性哮喘患者中抽选 30 例作为本次研究组, 男性 18 例, 女性 12 例, 年龄 18~45 岁, 平均年龄 (25.1±1.1) 岁; 病程 4 周~2 年, 平均病程 (1.1±0.1) 年; 并将同期接收疾病患者 30 例作为本次对照组, 男性 16 例, 女性 14 例, 年龄 19~41 岁, 平均年龄 (24.8±1.3) 岁; 病程 5 周~2 年, 平均病程 (1.2±0.2) 年。本次接收两组咳嗽变异性哮喘患者临床年龄、病史等资料差异无统计学意义, 具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 疾病诊断

①本组接收患者均符合咳嗽变异性哮喘诊断^[2], 疾病症状均表现为咳嗽为主, 多于清晨、夜间咳嗽加重; ②临床治疗询问患者疾病史, 行临床基础检查, 将药物过敏、其他系统疾病

患者排除在外。

1.3 方法

对照组咳嗽变异性哮喘患者行临床基础疗法, 常用药物为孟鲁司特、班布特罗、茶碱缓释片口服, 信必可 (或舒利迭) 吸入, 研究组患者辨证加用中医治疗, 即: 自拟止咳定喘汤, 基本方药: 炙桑白皮 15 g, 炒黄芩 10 g, 乌梅 10 g, 炙麻黄 5 g, 杏仁 10 g, 五味子 5 g, 炙地龙 10 g, 蝉蜕 5 g, 苏子 10 g, 炙百部 10 g, 炙紫菀 10 g, 生甘草 10 g, 伴有咽喉肿痛症状者, 可适当添加射干、山豆根、制僵蚕、桔梗、玉蝴蝶、玄参等药物; 伴有咳嗽泛恶症状者, 可适当添加厚朴、左金丸等; 汗液相对较多者, 可添加浮小麦; 痰液黏稠者, 可添加海浮石、制南星、桔梗等; 伴有鼻塞、流涕等症者, 辨证加用细辛、辛夷、白芷; 口干者, 加用沙参、玉竹、石斛等。水煎服, 1 剂/d, 早晚分服。持续性服用 2 周。

1.4 判定项目

患者临床治疗结束后评定疾病治疗结果, 临床指标: 咳嗽变异性哮喘症状消失, 预后 2 周以上并未复发现象为控制; 咳嗽变异性哮喘症状减少, 仍伴有轻微咳嗽, 停止药物服用后病情反复为缓解; 咳嗽变异性哮喘症状无改善为无效; 同时, 观察治疗有效 (控制、缓解) 时间。

1.5 统计学方法

本研究主要选用 SPSS18.0 软件进行相关数据的研究和分

析,按照临床参数种类进行 t 、 χ^2 检验,若最后结果显示 $P < 0.05$,表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者临床疾病效果评定

本次调查结果表明,两组咳嗽变异性哮喘疾病患者临床治疗效果差异明显 ($P < 0.05$)。相关数据详见下表。

表1 患者临床疾病效果评定 [n, (%)]

组别	n	控制	缓解	无效	缓解率
研究组	30	21 (13.0)	8 (10.0)	1 (7.0)	29 (96.7)
对照组	30	-	-	-	23 (76.7)

2.2 患者临床指标评定

本次调查结果表明,两组咳嗽变异性哮喘疾病患者止咳见效时间及治疗有效时间差异明显 ($P < 0.05$)。相关数据详见下表。

表2 患者临床指标评定 [($\bar{x} \pm S$), d]

组别	n	止咳见效时间	治疗有效时间
研究组	30	4.62 ± 2.50	10.01 ± 1.21
对照组	30	6.15 ± 2.25	13.26 ± 1.24

3 讨论

咳嗽变异性哮喘为临床特殊性病症,咳嗽为该疾病主要特征。一般来说,咳嗽变异性哮喘疾病不具备相对明显的喘息症状,但伴有相对强烈的气道高反应,临床表现为干咳,尤以夜间最为严重^[3]。临床研究显示,该疾病由细胞因子、炎症细胞等相互作用导致,且个别患者还包括神经性因素、感染性因素等。目前,临床均借助激素类药物,然由于药物治疗期间诸多因素的存在,间接降低疾病效果,严重者诱发各种临床病症,危害患者生命安全^[4]。因此,选择安全、有效疗法治疗对于咳嗽变异性哮喘患者临床疗效的提高来说意义重大。

祖国中医学认为,咳嗽变异性哮喘疾病属于“咳嗽”范畴,

由寒气入侵导致^[5]。我院通过对咳嗽变异性哮喘疾病的研究发现,自拟止咳定喘汤效果明显,具有止咳、化痰、清肺的临床效果。方中麻黄、杏仁、桑白皮等药物具有止咳、定喘、通便、消肿、利肺的临床作用,且现代药理学知识还表明,麻黄具有松弛患者支气管的作用,紫菀、百部等药物具有控制炎症反应、减少咳嗽次数的临床作用,苦参、黄芩等药物抗菌范围广泛,可减少过敏性介质释放总量,诸药联用可实现最终的临床疾病治疗目的。本组调查结果表明,止咳定喘汤药物治疗组患者疾病缓解率为 96.7%,和基础性西医药物治疗组患者 76.7%相比,临床差异明显 ($P < 0.05$)。说明:临床止咳定喘汤疗法治疗咳嗽变异性哮喘疾病患者疗效优于西医治疗,符合临床研究成就。

综上,临床给予咳嗽变异性哮喘患者止咳定喘汤疗法作用明显,提高疾病治疗效果。

参考文献:

[1] 祝筱姬,韩凯.咳嗽变异性哮喘的治疗现状与展望[J].实用医药杂志,2010,27(10):944-946.

[2] 中华医学会儿科学分会呼吸学组.《中华儿科杂志》编辑委员会.儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(试行)[J].中华儿科杂志,2005,46(2):104-107.

[3] 符彬,钟军华,陈华伟,等.疏风解痉方辨证治疗儿童咳嗽变异性哮喘 45 例[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(15):200-203.

[4] Chen Zhaonan. Huiping. Song Tianyun, etc. Shegan Mahuang Decoction in the treatment of children with cough variant asthma system evaluation and meta analysis [J]. Chinese materia Med, 2012,18 (19):1-4.

[5] 陈一川. 中医治疗咳嗽变异性哮喘研究进展 [J]. 中医临床研究,2015,7(18):95-96.

作者简介:

殷贵清 (1981-),女,河北涿州人,主治医师,硕士研究生,主要从事呼吸系统疾病诊治工作。

编辑:赵聪 编号:EB-15082905F (修回:2015-09-20)

相似文献:

宽胸利肺汤治疗咳嗽变异性哮喘 30 例临床观察

目的:观察宽胸利肺汤治疗咳嗽变异性哮喘的临床疗效。
方法:将 60 例患者随机分为治疗组与对照组各 30 例,对照组给予抗炎、解痉、化痰等常规西医治疗;观察组在对照组的基础上给予宽胸利肺汤治疗,两组疗程均为 2 周。结果:观察组总疗效明显优于对照组,肺功能改善情况也优于对照组。结论:宽胸利肺汤治疗咳嗽变异性哮喘疗效显著,不良反应少,值得临床推广。

作者:杨章兴

刊名:中医临床研究 2015 年 22 期 91-92 页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词:宽胸利肺汤;咳嗽变异性哮喘;临床观察

中图分类号:R562.2+5

DOI 号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2015.22.046

中医治疗咳嗽变异性哮喘研究进展

咳嗽变异性哮喘又被称为咳嗽性哮喘,主要是指以慢性咳嗽为主要或惟一临床表现的一种特殊类型哮喘。本文首先分析了咳嗽变异性哮喘的病因病机,并就目前辨证论治、专方治疗、中西医结合治疗、中医外治疗等中医治疗咳嗽变异性哮喘的进展进行研究,希望能够给临床上治疗咳嗽变异性哮喘提供更有利的理论依据。

作者:陈一川

刊名:中医临床研究 2015 年 18 期 95-96 页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词:中医;咳嗽变异性哮喘;研究进展 TCM

中图分类号:R562.25

DOI 号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2015.18.049

中药治疗肺心病缓解期效果探讨

Discussion on curative effect of Chinese medicine on pulmonary heart disease in remission stage

黄婉琼

(紫金县中医院, 广东 河源, 517400)

中图分类号: R256.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0035-02 证型: GBA

【摘要】目的: 中药治疗肺心病的临床疗效观察。方法: 将我院于2011年3月—2014年7月所挑选100例肺心病缓解期患者作为调查对象, 行不同临床疗法治疗(对照组行临床西药治疗, 研究组行西药+中药治疗), 临床治疗结束后评定效果。结果: 研究组肺心病患者临床治疗效果的94.0%、预后生活质量评分(心理、生理等)高于对照组的76.0%, 差异明显($P < 0.05$)。结论: 临床西医治疗肺心病缓解期患者基础上加用中药疗法作用明显, 可缓解患者疾病症状, 改善生活现状, 值得临床推广。

【关键词】 中药; 肺心病缓解期; 临床效果

【Abstract】 Objective: To observe the clinical efficacy of Chinese medicine on pulmonary heart disease. Methods: 100 cases with pulmonary heart disease during March, 2011 to July, 2014 were selected and treated with different therapies (western medicine for the control group and integrated Chinese and western medicine), the clinical effects were evaluated after treatment. Results: The effective rate of the research group was 94.0% and the life quality score (of psychology, physiology) was higher than the control group 76.0% with significant difference ($P < 0.05$). Conclusion: Integrated Chinese and western medicine has obvious effect on treatment of pulmonary heart disease, relieving the symptoms and improving the living situations, which is worthy of application.

【Keywords】 Chinese medicine; Pulmonary heart disease in remission stage; Clinical effect

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.016

肺心病为临床常见病症, 由肺部病变致使肺动脉高压导致, 属于中医“水肿”等范畴, 降低患者生活质量^[1]。调查报告显示, 临床针对肺心病患者重点在加重期的处理, 而对于肺心病缓解期患者来说, 重视力度不大, 间接加大患者临床病死率。因此, 需探讨合理、有效疗法治疗肺心病缓解期患者。下面, 本文将我院行中药治疗患者作为对象进行调查。

1 资料与方法

1.1 临床资料

将我院于2011年3月—2014年7月所挑选100例肺心病缓解期患者作为调查对象, 行不同临床疗法治疗, 研究组患者50例, 男性29例, 女性21例, 年龄52~76岁, 平均年龄(62.2±1.2)岁; 病程1~18年, 平均病程(8.2±0.2)年; 对照组患者50例, 男性31例, 女性19例, 年龄53~77岁, 平均年龄(62.3±1.3)岁; 病程1~19年, 平均病程(8.3±0.3)年。本院挑选100例患者均符合肺心病疾病诊断, 均处于肺心病缓解期; 临床前期将脏器功能异常、精神异常、药物过敏等患者排除在外。两组肺心病缓解期患者年龄段、疾病史等临床资料差异无统计学意义, 具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组患者行临床基础西医疗法, 如: 注意卧床休养、增强自身营养, 限制盐类摄入量, 禁止吸烟、喝酒; 给予患者氧疗处理, 叮嘱患者锻炼呼吸功能, 便于预防感冒。同时, 还可

根据患者病情适量使用氨溴索片、异丙托溴铵气雾剂、血管扩张剂等临床药物; 研究组患者行临床西医+中药疗法, 西医疗法和对照组患者基本相似, 中药主要包括自拟汤剂和穴位敷贴等, 根据患者临床症状辨证给药, 包括: ①气虚患者以益气、补肺为主, 药物成分: 黄芪、桑白皮各15g, 白术12g, 橘红10g, 五味子、杏仁、防风、玉竹各9g, 炙甘草6g, 水煎服, 2次/d, 持续性服用2个月。穴位敷贴药物成分为细辛、白芥子、半夏等, 针刺患者列缺、气海、天突等穴位, 敷贴3~5h/次, 持续性敷贴2周; ②肺肾两虚患者以补肺、纳肾为主, 药物成分: 党参、黄芪各15g, 熟地黄、杜仲各12g, 大枣、紫菀各10g, 杏仁、五味子、防风各9g, 炙甘草6g, 水煎服, 2次/d。同时配合穴位敷贴, 使用药物同上, 主要敷贴穴位为命门、肾俞、肺俞等; ③肺脾两虚患者以健脾、益气、补肺为主, 药物成分: 淮山药、茯苓各15g, 白术、莲子各12g, 法半夏、桔梗各9g, 陈皮、砂仁、炙甘草各6g, 药物服用方式和疗法同上, 穴位敷贴选择足三里、关元、脾俞、肺俞等; ④脾肾两虚患者以健脾养肾为主, 药物成分: 茯苓、佛手各15g, 泽泻12g, 白术、山茱萸、菟丝子各10g, 五味子、法半夏各9g, 砂仁、陈皮各6g, 服用方法同上, 穴位敷贴选择命门、肾俞、肺俞、足三里等。此外, 临床还可根据患者病症酌情给药, 如: 血瘀患者可添加桃仁、红花、川芎等药物, 穴位敷贴太冲、血海等穴位; 痰液瘀积患者可添加法半夏、川贝母、地

龙等药物，穴位敷贴膻中、手三里等穴位；心悸患者可添加丹参、酸枣仁等药物，胸闷患者可添加瓜蒌药物，腹胀患者可添加枳壳、薏苡仁等药物。两组患者均接受临床治疗 2 个月，并于临床预后评定效果。

1.3 评定项目

于患者临床治疗结束后评定疾病效果，并统计患者生活质量改善情况，标准：肺心病症状消失，疾病评分和治疗前相比减少 90.0%以上说明疾病得以治愈；肺心病症状减少，疾病评分和治疗前相比减少 50.0%以上说明疾病得以缓解；肺心病症状未减少，疾病评分和治疗前相比减少不足 50.0%说明疾病治疗无效。

1.4 统计学方法

本研究主要选用 SPSS18.0 软件进行相关数据的研究和分析，按照临床参数种类进行 t 、 χ^2 检验，若最后结果显示 $P < 0.05$ ，表明有统计学意义。

2 结果

2.1 患者临床疾病效果评定

本次调查结果表明，两组肺心病缓解期患者临床疾病治疗效果差异明显 ($P < 0.05$)。相关数据详见下表。

表 1 患者临床疾病效果评定 (n, %)

组别	n	治愈	缓解	无效	总有效率
研究组	50	32	15	3	47 (94.0) *
对照组	50	20	18	12	38 (76.0)

注：与对照组相比，* $P < 0.05$

2.2 患者临床生活质量评分评定

本次调查结果表明，两组肺心病缓解期患者临床预后心理、生理、社会、生活功能等生活质量评分差异明显 ($P < 0.05$)。相关数据详见下表。

表 2 患者临床生活质量评分评定 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	心理功能	生活功能	社会功能	生活功能
研究组	50	17.09 ± 2.37	18.50 ± 1.76	8.68 ± 0.98	23.56 ± 1.82
对照组	50	15.50 ± 1.14	16.01 ± 1.60	8.40 ± 0.48	21.01 ± 1.69

3 讨论

伴随着老龄化社会的不断深入，肺心病发病率持续上涨，成为导致老年患者死亡的最主要原因。目前，临床均借助基础性卧床休养、增加营养等疗法治疗，虽可取得一定的临床效果，但预后反复性发作，降低患者生活质量^[2]。因此，临床研究合理、有效疗法对于肺心病缓解期患者来说意义重大。

中医学认为肺心病属于“心悸”“水肿”等临床范畴，由肺肾虚弱等因素导致疾病反复性发作，久而久之难以治愈，危害生命健康。因而，临床将预防病情加重、发作，维持患者心肺功能，改善生活质量等作为疾病治疗原则。本文根据患者临床症状辨证给药，同时配合穴位敷贴等疗法行综合性治疗，取得显著性成效。穴位敷贴临床优势^[3]：①可通过药物直接作用于患者穴位，加快药物吸收进度，短时间内使药物浓度达到最高；②此类疗法无需经由肠胃给药，可减少脾胃损伤度，预防

临床不良事件的发生；③操作简便，价格低廉，可节省患者临床费用；④具有无创伤、无痛苦的临床特点，适用于无法服用药物患者。临床通过辨证给药及穴位敷贴的疗法治疗肺心病缓解期患者可实现最终的改善疾病症状，调节机体功能，增强自身抵抗力，提高生活质量的临床目的^[4-8]。从本次相关数据可知：临床中药治疗研究组患者疾病缓解率 94.0%在基础性疗法治疗组患者的 76.0%之上，说明：临床中药疗法治疗肺心病患者效果突出，符合刘敏等^[9]成就；从表 2 数据可知：中药治疗组患者心理、生理等生活质量评分均优于对照组，发生该现象原因可能和预后患者心肺功能改善、病发次数减少等相关，进而提高患者生活能力，改善生活现状。此外，刘敏等还表明，临床疾病治疗中行疾病预防措施，易降低死亡率，如：①由于大多数肺心病患者均是慢性支气管炎、哮喘等患者的最终产物，因而，临床需积极预防、治疗此类慢性病症，这是预防肺心病疾病的主要措施；②根据天气变化增减自身衣物，适当锻炼身体，提高机体抵抗力，预防感冒和临床呼吸系统疾病的病发；③日常以腐竹、黄瓜、鱼类等食物为主，禁止食用腊肉、火腿等，禁止饮用咖啡、浓茶等，以免加重病情。综上所述，临床西医治疗肺心病缓解期患者基础上加用中药疗法作用明显，可缓解患者疾病症状，改善生活现状，值得临床推广。

参考文献：

[1]陈庆速,浦绍荣.中医药治疗肺心病缓解期的临床体会[J].云南中医中药杂志,2011,32(6):97-98.

[2]王文阁.中药扶正固本治疗肺心病缓解期临床体会[J].中国中医急症,2009,18(4):622-622.

[3]Liu Jun,Bai Zhengping, Hu Xuejun,et al.Comprehensive treatment of traditional Chinese medicine of cor pulmonale remission the short-term quality of life (QOL clinical observation [J]. Journal of Hunan University of traditional Chinese medicine, 2015,35 (1):50-52.

[4]邹俊.中医综合治疗方案对肺心病缓解期的临床疗效观察[J].医学美容美容(中旬刊),2014,23(4):16-17.

[5]黄裕成,欧阳北江生,王喜琴,等.益气补肾化痰祛瘀法治疗缓解期慢阻肺并肺心病 60 例[J].江西中医药,2011,42(3):22-23.

[6]钟鸣.观察活血祛瘀类中药配合西药治疗肺心病肺动脉高压的疗效[J].中外医学研究,2014,12(9):32-33.

[7]区乐,周云.肺心病应用中药辨证施治效果分析[J].中医临床研究,2010,02(16):115-115.

[8]Yang Fengju, Meng Xue. Evidence based nursing plus Chinese medicine atomization inhalation in the treatment of acute exacerbation of pulmonary heart disease [J]. Chinese traditional Chinese medicine,2015,24(6):965-966.

[9]刘敏,柏正平.中医药治疗肺心病缓解期的临床研究进展[J].湖北中医杂志,2013,29(3):122-124.

作者简介：

黄婉琼 (1977-) 女，广东河源人，主管中药师，大专学历，毕业于嘉应学院，主要从事于中药方向的研究。

编辑：赵聪 编号：EB-15082906F (修回：2015-09-15)

疏郁胶囊治疗腹泻型肠易激综合症的疗效观察

Clinical observation on treating IBS with diarrhea with Shuyu capsule

李建国^{1*} 黄德铨²

(1. 巴中市中医院, 四川 巴中, 636001; 2. 成都中医药大学附属医院, 四川 成都, 610072)

中图分类号: R574.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0037-03 证型: GDI

【摘要】目的: 观察疏郁胶囊(院内制剂)治疗腹泻型肠易激综合征患者的临床疗效。方法: 将180例腹泻型肠易激综合征患者随机分为观察组90例和对照组90例, 其中观察组口服疏郁胶囊(院内制剂), 对照组口服双歧杆菌三联活菌片。两组疗程均为4周, 4周后观察两组患者的临床症状改善情况。结果: 两组患者临床症状改善总有效率观察组(93.3%)明显优于对照组(75.6%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者治疗后症状积分差值比较, 观察组优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 疏郁胶囊(院内制剂)治疗肠易激综合征疾病有显著疗效, 值得临床推广。

【关键词】疏郁胶囊; 腹泻型肠易激综合征; 疗效观察

【Abstract】 Objective: To the observe Shuyu capsule for IBS patients with diarrhea. Methods: 180 cases of diarrhea IBS were randomly divided into the observation group 90 cases and control group 90 cases, the observation group was given oral Shuyu capsule (hospital preparations), the control group took oral Bifid Triple Viable tablets. Results: The total efficiency of the observation group (93.33%) was significantly better than 75.6%, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); As for symptoms score, the observation group was better than the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Shuyu capsule (hospital preparations) has remarkable curative effects on IBS.

【Keywords】 Shuyu capsule; Diarrhea with irritable bowel syndrome; Curative effect observation

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.017

随着人们生活水平的不断提高, 生活节奏的加快, 以及生活方式的改变, 肠易激综合征(IBS)的发病率日趋增多, 引起人们的重视, 肠易激综合征中的腹泻型在临床中最为常见, 具有病程长, 易复发的特点, 缺乏特殊的治疗, 服药时间长, 影响生活质量, 而发挥中医药特色优势, 显示中医药治疗该病的广阔前景。我科从2012年1月—2014年6月在以“肝脾同病”“治肝为要”“实脾为辅”的理论指导法则下自拟疏郁胶囊(院内制剂)治疗腹泻型肠易激综合征180例, 临床疗效确切, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例均来自于2012年1月—2014年6月我科门诊患者, 采用随机分组方法分为两组, 其中观察组90例, 男性32例, 女性58例, 平均年龄(42.5 ± 12.5)岁, 平均病程(5.81 ± 5.04)年; 对照组90例, 男性28例, 女性62例, 平均年龄(43.2 ± 11.7)岁, 平均病程(5.90 ± 4.12)年。两组患者在性别、年龄、病程比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 西医诊断标准

参照肠易激综合征罗马 III 诊断标准^[1]: 反复发作的腹痛或不适, 最近3个月内每个月至少有3 d出现症状, 合并以下两条或多条: ①排便后症状缓解; ②发作时伴有排便频率改变; ③发作时伴有大便性状(外观)改变。诊断前症状出现至少6个月, 近3个月满足以上标准。不适时感觉不舒服, 而非疼痛, 筛选患者时, 疼痛和(或)不适出现的频率至少为每周2 d,

大便性状(腹泻型): 排便不成形(糊状)或水样便比例 $\geq 25\%$ 及硬或块状便比例 $< 25\%$, 就诊之前症状至少存在6个月, 近3个月满足以上标准。

1.3 中医诊断标准

参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见》肝气乘脾证的诊断标准^[2]: 主症: 腹痛即泻, 泻后痛缓, (常因恼怒或者情绪紧张而发作或加重); 少腹拘急; 胸胁胀满窜痛; 脉弦或弦细。次症: 肠鸣矢气; 便黏液; 情志抑郁; 善太息; 急躁易怒; 纳差腹胀; 具备主症1项加次症3项, 或主症2项(其中第1项为必备项)加次症2项。

1.4 纳入标准与排除标准

纳入标准: ①符合西医诊断标准和中医辨证分型诊断标准; ②年龄在18~65岁; ③经伦理委员会批准; ④签知情同意书。排除标准: ①有药食物过敏史或已知道本实验药物成分过敏者; ②妊娠、哺乳期或妇科疾病; ③合并严重心、脑血管疾病, 肝肾、内分泌造血系统等疾病及精神病患者。

1.5 方法

观察组采用自拟疏郁胶囊(院内制剂): 黄芪30 g, 党参30 g, 柴胡15 g, 枳壳12 g, 郁金12 g, 炒白术60 g, 炒白芍60 g, 防风15 g, 陈皮12 g, 菖蒲15 g, 木香9 g, 甘草6 g制成规格为100粒/瓶的胶囊成功后指导患者口服。用法: 4粒/次, 3次/d; 对照组采用口服双歧杆菌三联活菌片(金双歧片由内蒙古双歧药业股份有限公司提供)。批准文号: 国药准字s19980004, 4片/次, 3次/d, 餐后口服, 两组患者4周为1个

疗程, 观察 2 个疗程, 电话或门诊随访 6 个月。

1.6 观察指标及检测方法

以腹泻型肠易激综合征在临床上常见的症状为观察目录, 临床常见症状: 腹痛、泄泻、郁怒或紧张, 胸肋胀闷, 暖气, 纳差、肠鸣矢气在治疗前后。根据其程度和出现频次的不同, 按照 4 级评分法^[1]评分, 无症状为 0 分, 轻度为 1 分, 中度为 2 分, 重度为 3 分, 各症状积分相加之和为总积分。记录治疗前后症状的总积分, 根据积分计算疗效指数, 疗效指数=(治疗前症状总积分-治疗后症状总积分)/治疗前症状总积分×100.0%。见表 1。

1.7 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]: 制定: ①症状、体征消失或基本消失, 疗效指数≥95 为痊愈; ②症状、体征明

显改善, 疗效指数 76%~94%为显效; ③症状、体征均有改善, 疗效指数 26%~75%为有效; ④症状、体征均无明显改善甚至加重, 疗效指数≤25%为无效。

1.8 统计学方法

计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 统计软件用 SPSS17.0 软件包。

2 结果

2.1 两组治疗前后症状积分差值比较

两组治疗前常见症状积分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗 4 周后观察组在腹痛、泄泻、郁怒或紧张, 胸肋胀闷, 暖气, 纳差、肠鸣矢气等常见症状改善方面优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$) 见表 2。

表 1 临床常见症状程度分级

症状	轻	中	重
腹痛	偶有轻微腹痛	较重但能忍受	剧烈不能忍受
泄泻	3 次/d	4~5 次/d	5 次/d 以上
郁怒或紧张	偶见	较常见	频见
胸肋胀闷	偶见 0.5 h 自行缓解	每天持续 2 h	持续不缓解
暖气	每日小于 4 次	每日 4~10 次	每日 10 次以上
纳差	食量较平时减少 1/3	食量较平时减少 1/3 以上	食量较平时不到 1/2
肠鸣矢气	偶有发生	发作较频发	频繁发作

表 2 两组治疗前后症状积分差值比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

项目	观察组 (90 例)		对照组 (90 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
腹痛	2.16±1.278	0.49±1.106 ^a	2.13±1.162	1.03±1.082
泄泻	2.65±1.136	0.65±1.022 ^a	2.11±1.141	1.16±1.101
郁怒或紧张	1.09±0.730	0.39±0.520 ^a	1.05±0.131	0.65±0.061
胸肋胀闷	1.83±1.255	0.23±1.015 ^a	1.34±0.428	0.86±0.366
暖气	1.11±0.688	1.12±0.798 ^a	1.22±0.203	0.22±0.203
纳差	0.98±0.756	0.25±0.612 ^a	0.94±0.785	0.54±0.685
肠鸣矢气	1.07±0.633	0.35±0.362 ^a	1.05±0.539	0.65±0.326

注: 与对照组比较, ^a $P<0.05$

2.2 两组疗效比较

治疗 4 周后, 观察组总有效率为 93.3%, 对照组总有效率为 75.6%, 两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组疗效优于对照组。见表 3。

2.3 不良反应及随访结果

治疗组中有 3 例出现便秘, 2 例出现恶心, 1 例出现口干, 观察组中有 8 例出现便秘, 6 例出现恶心, 3 例出现口干, 两组患者均在治疗结束后自行消失。随访 6 个月中, 治疗组复发 6 例 (复发率 6.7%), 观察组中复发 18 例 (复发率 20.0%), 两组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 3 两组疗效比较 [n, (%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	90	14 (15.6)	42 (46.7)	28 (31.1)	6 (6.7)	84 (93.3) [*]
对照组	90	6 (6.7)	36 (40.0)	26 (28.9)	22 (24.4)	64 (75.6)

注: 与对照组比较, ^{*} $P<0.05$

3 讨论

肠易激综合征是一组能反映肠道对应激因素的生理效应有异常反应的证候群, 临床上多见腹泻型肠易激综合征其主要症候为腹胀、腹痛发作性便秘, 以及便后腹部绞痛缓解等^[4]。临床分为腹泻、便秘、交替及不定四型, 古代无该病名。属于中医“泄泻”“腹痛”“滞下”“郁证”等病证范畴^[5]。其世界患病率为 10%~20%, 在我国患病率为 5.7%~10.9%。病人发病多为 20~50 岁, 男女发病比例为 1:2.5。

现代医学迄今尚未完全阐明其发病机制, 但研究认为其与遗传、环境、性别、心理精神、感染及肠道菌群失调等因素有关, 其因素相互作用可以导致其症状加重并致复发, 影响生活质量。诊断主要依据症状和排除器质性疾病, 西医治疗上大多选用钙拮抗剂、抗焦虑抑郁药物等撒网式治疗, 服药过程中患者很难坚持, 易对治疗失去信心和耐心, 疗效欠佳, 且易复发。

祖国医学认为是因素体脾虚, 感受外邪, 内伤七情, 忧思

伤脾或烦恼郁，肝失疏泄，横逆乘脾，肝失健运，大肠传导功能失调而发该病。肝郁、脾虚同见是本病的基础，脾虚是致病的根本，情志失调肝气郁结，疏泄失常才是致病的标，肝郁、脾虚互为因果作用，正虚邪实之致本病的重要环节。所以证实肝郁脾虚是导致腹泻型肠易激综合征发生的重要因素^[6]。其病位在肠，多涉及肝、脾、肾三脏^[7]。近年来有研究表明，用中草药辨证治疗腹泻型肠易激综合征取得明显疗效^[8]。笔者认为腹泻型肠易激综合征一是先天禀赋较差；二是饮食或情志失控；三是调养失当。共伤肝脾，致肝失疏泄，脾运化失度，日久肝、脾不和而发病。依多数医家“肝脾同病”“治肝为要”“实脾为辅”的理论指导。治疗上从整体出发，针对病因辨证施治，合理使用中药，贵在审证求因，据因立法遣方^[9]。

疏郁胶囊（院内制剂）方中黄芪、党参具有健脾益气升阳之功，为补中益气之要药，炒白术健脾燥湿、重配炒白芍达缓急止痛为治疗腹痛的经典方剂合而柔肝理脾，调和气血而止泻痢腹痛共为君药；柴胡疏肝解郁，升发阳气，升清降浊为肝经引经药，陈皮辛苦而温，理气燥湿，醒脾和胃为健脾理气之要药，枳壳、石菖蒲、郁金均具理气解郁，宽中除坠和胃，枳壳与柴胡合用一升一降，加强舒畅气机之力，并奏升清降浊之效，又与炒白芍合用理气活血，故四药配伍联阴和阳，而无耗伤阴血之弊病为臣药；木香辛苦而温，行气止痛，健脾消食；防风辛散肝郁，香能舒脾气，胜能止泻痢，且为脾经引经药，二药合为佐药；甘草益胃和中，调和诸药为使药。诸药合用共奏疏肝养肝以解郁，健脾理气达和胃，缓急止痛而止泻。使肝疏不损脾，脾不虚不泻利，肝脾和调，肠道通降和顺，恢复正常的传导功能，痛泻自止。

现代药理研究：黄芪能改变脾虚胃肠推进功能，调节胃肠动力异常^[10]；柴胡具有明显的抗抑郁作用，能够保护海马神经元，调节下丘脑-垂体-肾上腺轴功能及增加脑内单胺类递质^[11]；陈皮主导作用之一是调节整个消化系统的功能，针对胃肠道相关疾病，从消化不良，肠道功能紊乱，到急性胃炎，消化性溃疡，还有脂肪肝，动脉硬化，甚至胃癌，结肠癌都可以起到防治效果^[12]；枳壳对胃肠道平滑肌呈双相调节作用，暨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^[13]；石菖蒲水提醇沉液有一定的抗抑郁作用，其抗抑郁作用机制可能通过阻断中枢 5-HT 的重摄取，从而使神经细胞突触间隙中可供生物作用的 5-HT 增多，从而发挥抗抑郁作用^[14]；郁金能够抑制免疫反应，具有糖皮质激素样作用^[15]；白芍具有显著的抗炎，免疫调节和保护内皮细胞等药理作用，还可以用于治疗风湿性关节炎，抑制其真菌和大肠杆菌等^[16]；白术具有明显促进胃排空及小肠推进功能作用，抗氧化，利尿、保肝作用^[17]。

双歧杆菌三联活菌片主要成份是长型双歧杆菌、保加利亚乳杆菌和嗜热链球菌。三种活性成份均按批准的制造及检定规程自行生产得到。本品可直接补充人体正常生理细菌，调整肠道菌群平衡，抑制并清除肠道中对人具有潜在危害的细菌。为临床常见治疗肠易激综合征的药物，故选为对照药品。研究表

明治疗 4 周后疏郁胶囊能有效缓解肠道症状。同时疏郁胶囊在远期疗效中观察组复发率明显低于对照组，改善主症大便泄泻、腹痛、次症脘腹胀满、抑郁烦躁、肠鸣矢气、噎气、善太息等方面优于双歧杆菌三联活菌片。提示：疏郁胶囊治疗腹泻型肠易激综合征远期疗效优于双歧杆菌三联活菌片，可达到根治，值得临床推广。

参考文献：

[1] Longstreth GF, Thompson G, Chey WD, et al. Functional bowel disorders[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1480-1481.

[2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(5): 587-590.

[3] 国家中医药管理局. 中药新药临床研究指导原则(实行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 139-143.

[4] 苏敏. 中西医结合治疗腹泻型肠易激综合征 42 例[J]. 中医临床研究, 2011, 3(13): 99-101.

[5] 董靖, 章涵. 从体质论治腹泻型肠易激综合征[J]. 中医临床研究, 2012, 4(13): 50-52.

[6] 刘果, 王新月. 王新月治疗腹泻型肠易激综合征经验[J]. 中医杂志, 2010, 51(1): 23-24.

[7] 中华中医药学会脾胃病分会. 肠易激综合征中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(7): 1062-1065.

[8] 苏冬梅, 张声生, 刘建平, 等. 中医药治疗腹泻型肠易激综合征的系统评价研究[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(4): 532-535.

[9] 季铁铮. 辨证治疗老年虚性便秘 42 例总结[J]. 中医药导报, 2006, (4): 29-40.

[10] 王光明, 姬爱冬. 黄芪对大鼠胃肠道动力的作用[J]. 中药药理与临床, 2008, 24(1): 54-55.

[11] 胡燕, 洪敏. 柴胡类治疗抗抑郁的研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(17): 247-249.

[12] 李文耀, 梁生林. 陈皮的药用研究进展[J]. 中成药, 2008, 30(2): 246-248.

[13] 章斌, 金剑, 金芝贵, 等. 枳壳的药理作用与临床应用进展[J]. 医药导报, 2013, 32(11): 1462-1463.

[14] 陈峰. 菖蒲属植物的化学成分及药理作用[J]. 界科学技术-中医药现代化, 2011, 13(6): 1013-1017.

[15] 兰凤英. 郁金的药理作用及临床应用[J]. 长春医学, 2006, 4(4): 68-70.

[16] 李文艳, 黄山君, 王瑞, 等. 中药白芍的药理作用和质量控制研究进展[J]. 药学服务与研究, 2012, 12(2): 118-121.

[17] 董凤彩. 白术不同化学成分的药理作用[J]. 中医临床研究, 2015, (14): 28-29.

作者简介：

李建国* (1973-), 通讯作者, 男, 四川巴中人, 副主任中医师, 肛肠科主任, 主要从事肛肠疾病临床与研究。E-mail: scsbzsljg@163.com。

编辑：白莉 编号：EB-15080105F (修回：2015-09-20)

综合护理干预对产妇心理状态及产后出血的影响分析

Impact of comprehensive nursing care on Maternal psychological state and Postpartum hemorrhage

孙春英

(郑州市妇幼保健院, 河南 郑州, 450000)

中图分类号: R473.71 文献标识码: B 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0040-02 证型: GDA

【摘要】目的: 对综合护理干预对产妇心理状态及产后出血的影响进行探讨分析。方法: 选取 200 例产妇的临床资料。结果: 研究组产妇的心理状态评分、产后出血率及出血量等指标均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 对产妇实施综合护理干预, 能够显著改善产妇负面情绪, 降低产后出血率, 有利于保障产妇身心健康。

【关键词】产妇; 心理状态; 产后出血; 综合护理干预

【Abstract】Objective: To investigate effects of comprehensive nursing intervention on the psychological status and postpartum hemorrhage. Methods: the clinical data of 200 cases of pregnant women were selected. Results: the score of the mental state, the rate of postpartum hemorrhage and the bleeding volume in the study group were better than those in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: the comprehensive nursing intervention on the maternal, can significantly improve the negative emotions, reduce the rate of postpartum hemorrhage, is conducive to maternal physical and mental health.

【Keywords】Maternal; Psychological state; Postpartum hemorrhage; Comprehensive nursing intervention
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.018

妊娠分娩为妇女的一种自然生理现象, 但对孕妇自身而言, 分娩为一种十分强烈的刺激源, 会使产妇出现不同程度的紧张、焦虑等不良情绪。产妇自身心理状况会给分娩方式、产后出血产生较大影响, 如孕妇伴有不良情绪, 则会提高剖宫产率, 并增多产后出血量^[1]。为维持产妇身心健康, 需要对其实施有效的护理干预。本组研究对在我院分娩的 100 例产妇实施综合护理干预, 整体疗效显著, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 3 月—2013 年 9 月在我院分娩的 200 例产妇作为研究对象, 其中, 年龄 21~34 岁, 平均年龄 (26.8±6.2) 岁, 孕周 38~40, 平均孕周 (39.2±0.8) 周, 124 例阴道顺产, 76 例剖宫产; 132 例初产妇, 68 例经产妇; 文化程度: 初中及以下 52 例, 高中及以上 64 例, 大专及以上 84 例; 平均将其分为研究组和对照组, 各 100 例, 两组产妇一般指标对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组产妇实施常规护理, 入院后, 护理人员仅对产妇实施心理护理、观察生命体征、观察产程、产后护理等护理措施; 研究组产妇实施综合护理干预, 主要包括产前心理护理、产程护理、产后护理及家庭社会支持等。

1.2.1 产前心理护理

由于大多数产妇为初产妇, 不了解分娩知识, 产妇长期处于抑郁、焦虑状态。为此, 护理人员要主动与产妇加强沟通、交流, 认真、耐心的倾听产妇倾诉, 了解产妇产生抑郁、焦虑的心理情绪的原因, 根据产妇需求, 对产妇讲解大致的分娩过程、分娩机制及宫缩痛原理等内容, 增强产妇自信心和医师的信任度, 告知产妇要面对现实。

1.2.2 产程护理

产程过程中, 护理人员要对产妇产程变化情况进行密切观察, 根据产妇情况为其实施个性化、针对性的护理措施。如可采取播放轻松音乐的方式, 有效分散产妇注意力, 进而缓解疼痛; 产妇安全娩出婴儿后, 护理人员要给予赞美, 如应用赞美的语言描述婴儿的长相、身长、体重、皮肤、头发等情况, 能够有效安慰产妇。此外, 产妇产程过程中会逐渐加剧腹痛, 护理人员可对产妇的三阴交穴、合谷穴等穴位进行按摩, 这样能够大大缓解产妇疼痛感; 待产妇宫口开全后, 告知产妇分娩技巧, 这样有利于缩短产程。

1.2.3 产后护理

产妇出现过度紧张、恐惧情绪, 会导致分泌出应激物质儿茶酚胺等成分, 进而导致出现子宫收缩不良的情况, 进一步加重产后出血程度。为此, 要求产后护理人员要应用亲切、和蔼的语言平复产妇不良情绪; 另外, 指导产妇熟练掌握心理控制、调节技巧, 缓解或者消除产妇存在的恐惧、焦虑、抑郁等情绪。

1.2.4 家庭社会支持

和患者家属、朋友加强交流、沟通,尽量调动家庭、社会力量,给予产妇足够的心理支持。另外,护理人员要对产妇家属、朋友加强产后健康宣教,增强产妇恢复自信心,支持、爱护产妇。

1.3 观察指标^[2]

护理后,对比两组产妇的心理状态改善情况和产后出血情况。其中,心理状态评定应用 SCL-90 量表进行评定,主要包括强迫症状、人际关系、忧郁、焦虑以及失眠等指标的改善情况;产后出血情况主要包括产妇发生产后出血率与出血量等。

1.4 统计学方法

表1 两组产妇心理状态评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	时间	强迫症状	人际关系	忧郁	焦虑	失眠
研究组	护理前	1.83±0.64	1.69±0.51	1.67±0.48	1.59±0.58	1.54±0.35
	护理后	1.71±0.42 ^{ab}	1.49±0.40 ^{ab}	1.32±0.42 ^{ab}	1.32±0.31 ^{ab}	1.30±0.24 ^{ab}
对照组	护理前	1.85±0.72	1.65±0.52	1.69±0.54	1.56±0.47	1.53±0.34
	护理后	1.82±0.65 ^a	1.62±0.59 ^a	1.57±0.52 ^a	1.50±0.53 ^a	1.47±0.35 ^a

注:与治疗前对比^a $P<0.05$,和对照组对比^b $P<0.05$

2.2 两组产妇的出血状况对比

研究组发生 5 例产后出血,占 5.0%;出血量为 (119.84±44.52) ml;对照组发生 24 例产后出血,占 24.0%;出血量为 (243.54±45.32) ml;研究组产后出血率高于对照组 ($P<0.05$);研究组产后出血量明显少于对照组 ($P<0.05$)。

3 讨论

妊娠期间,孕妇身体、心理健康水平会给胎儿健康状况和抵抗力产生直接影响,因此,对产妇分娩前后实施常规护理是至关重要的。在护理过程中,通过对产妇实施有效护理干预,不仅能够维持产妇身心健康,而且还能够防止产妇由于负面情绪导致发生其他疾病^[3]。本组研究中,研究组 100 例产妇实施综合护理干预,对照组 100 例产妇仅仅实施常规护理,结果显示,研究组产妇的心理状态改善状况与产后出血情况显著优于对照组 ($P<0.05$)。其中,通过实施产前护理,能够增强产妇对分娩知识的了解情况,熟悉分娩过程,保持积极、乐观的心态对待分娩;通过实施产中护理,能够有效保障产妇顺利分娩,分娩出健康婴儿;通过实施产前心理护理,能够有效防止产妇

采用 SPSS19.0 统计学软件进行实验数据的分析和处理,以 ($\bar{x}\pm s$) 表示计量数据,以 (%) 表示计数单位,计量数据比较应用 t 检验,计数数据比较应用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇的心理状态评分对比

护理前,两组产妇的各项心理状态评分对比 ($P>0.05$);护理后,研究组产妇的心理状态评分明显低于对照组 ($P<0.05$),见表 1。

产生负面情绪,调节产妇的焦虑、抑郁、强迫、失眠等不良情绪,缓解或者消除产妇不良心理^[4]。

综上所述,对产妇实施综合护理干预,能够有效改善产妇负面情绪,并降低产后出血率。

参考文献:

- [1]江雪影.综合护理干预对产妇心理状态及产后出血的影响[J].内蒙古中医药,2015,01(04):155-155.
- [2]陆红梅,张卫社.产妇产后出血影响因素调查及综合护理对策[J].中国现代医生,2013,51(33):47-49.
- [3]张雪群,钟秀萍,陈健玲.综合护理干预对产后出血产妇舒适度的作用[J].国际护理学杂志,2013,32(05):1026-1027.
- [4]成春慧.人性化全程护理陪伴分娩对妊娠结局的影响[J].中医临床研究,2011(17):89-90.
- [5]蔚立香,陈婧,黄俊俊.综合护理干预对 112 例产妇心理状态及产后出血影响分析[J].中外健康文摘,2013,01(44):218-219.

编辑:白莉 编号:EB-15081216F (修回:2015-09-04)

相似文献:

农村初产妇产后抑郁的原因分析及综合护理干预

目的:探索农村初产妇产后抑郁的原因及如何进行护理干预。方法:选择 2012 年 6 月—12 月来自聊城市农村在我院进行产前检查并且住院分娩的初产妇 200 例,通过问卷调查及与产妇面对面的交流仔细观察产妇的神态表情倾听其语气声调判断其心理反应情况从中发现心理问题。结果:本组轻度抑郁 120 例占 60.0%,中度抑郁 55 例 27.5%,重度抑郁 25 例占 12.5%。结论:产后抑郁状态的农村初产妇所获得的情感支持、经济支

持、信息支持和评价支持是匮乏的,因此鼓励多途径、综合的、有针对性的预防性干预措施。

作者:李军(聊城市第四人民医院,山东 聊城,252000);
刊名:中医临床研究 2015 年 18 期 29-30 页
英文刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine
关键词:农村初产妇;产后抑郁;综合护理干预
中图分类号: R473.71

DOI 号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2015.18.015

脑栓通胶囊治疗 60 例急性缺血性脑卒中临床观察

Clinical observation on treatment of 60 cases with acute ischemic stroke

by Nao Shuan Tong capsules

梁颖愉

(广州市中医医院, 广东 广州, 510000)

中图分类号: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0042-02 证型: BDG

【摘要】目的: 观察脑栓通胶囊治疗急性缺血性脑卒中的临床疗效。方法: 选取我院收治的 60 例急性缺血性脑卒中患者, 将其随机分为实验组与对照组, 每组各 30 例, 其中对照组使用常规治疗方法, 实验组在对照组基础上加用脑栓通胶囊治疗, 观察两组治疗后神经功能缺损程度评分及疗效。结果: 两组患者在治疗后神经功能缺损程度评分均呈上升好转趋势, 且实验组神经功能缺损程度评分明显比对照组要高, 实验组的总有效率为 90.0%, 显著高于对照组的 76.7%, 两组比较差异具有统计学意义。结论: 脑栓通胶囊联合常规治疗可改善急性缺血性脑卒中患者的脑神经功能, 提高临床疗效, 值得临床推广。

【关键词】脑栓通胶囊; 急性缺血性脑卒中; 疗效

【Abstract】 Objective: To observe the effect of Nao Shuan Tong capsule on acute ischemic stroke. Methods: 60 cases with acute ischemic stroke were selected and randomly divided into two groups (30 cases in the experimental group and 30 cases in the control group). The control group was treated with conventional treatment, while the observational group was treated with Nao Shuan Tong capsule on the basis of the therapy of the control group. After the treatment, the effect and neurological function deficit score of patients were observed. Results: Neurological function deficit score of the patients in both groups were higher after the treatment and in the experimental group the Neurological function deficit was higher than that in the control group. The total effective rate of experimental group was higher than control group (90.0%VS76.7%) and the difference was statistically significant. Conclusion: Nao Shuan Tong capsule combined with conventional treatment can improve brain function in patients with acute ischemic stroke and improve the clinical efficacy, which is worthy of promotion in clinic.

【Keywords】 Nao Shuan Tong capsules; Acute ischemic stroke; Efficacy

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.019

缺血性脑卒中是指由于脑动脉血管病变, 使管腔狭窄或闭塞所引起的脑梗死, 是临床上较常见的一种脑血管病^[1]。而急性缺血性脑卒中患者起病急、并发症多、致残率及死亡率高等特点, 其临床治疗效果受到了广泛重视^[2]。近年来, 我科使用了脑栓通胶囊结合常规治疗急性缺血性脑卒中, 取得了一定的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 05 月—2015 年 05 月我院脑病科收治的 60 例急性缺血性脑卒中患者, 所有患者均符合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 2010 年诊治指南^[3], 且均经 CT 或 MRI 确诊, 所有患者均在发病 48 h 内获得治疗。其中男性 31 例, 女性 29 例, 年龄 53~78 岁, 平均年龄 (63.5 ± 9.8) 岁。将以上患者按入院先后顺序随机分为实验组及对照组各 30 例。两组患者在性别、年龄及病情病程上均 $P > 0.05$, 差异均无统计学上意义, 具有可比较性。本研究经医院伦理学委员会批准, 所有患者均知情同意并签署知情同意书。

1.2 方法

对照组患者在急性期给予常规治疗, 口服阿司匹林 (100

mg/次) 及阿托伐他汀钙片 (20 mg/次), 并根据患者情况给予降压、降糖、调脂等对症治疗。实验组在对照组基础上, 给予口服脑栓通胶囊 (广东华南药业有限公司, 国药准字 Z20040093) 3 粒/次, 3 次/d。1 个月为 1 个疗程, 两组均连续治疗 3 个疗程。观察并比较两组患者治疗半个月、1 个月、3 个月后的神经功能缺损程度及疗效。

1.3 观察指标

参照全国第四届中华医学会脑血管病会议制定的脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准^[4], 对所有患者在治疗前后进行临床神经功能缺损程度评分及临床疗效评定, 其中基本治愈: 神经功能缺损评分减少 90% 以上, 病残程度为 0 级; 显著进步: 神经功能缺损评分减少 46%~90%, 病残程度在 1~3 级之间; 进步: 神经功能缺损评分减少 18%~45%; 无变化: 神经功能缺损评分减少小于 18%。

1.4 统计学数据分析

数据使用 SPASS17.0 的统计软件对临床统计数据建立数据库并对其进行相应分析, 其中计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 来表示。治疗前后比较采用 t 检验, 组间比较采用两独立样本 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。总有效率 = (治愈例数 + 显著进步例数 + 进步例数) / 总例数 × 100.0%

2 结果

2.1 两组神经功能缺损程度比较

两组患者在治疗前神经功能缺损程度评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。经相应的治疗后, 两组患者的神经功能缺损程度评分均呈上升好转趋势, 且实验组在治疗半个月、1 个月、3 个月后的神经功能缺损程度评分明显要比对照组要高, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。具体见表 1。

表 1 两组治疗前后神经功能缺损程度评分比较 [($\bar{x}\pm s$), 分]

组别	n	治疗前	治疗半个月	治疗 1 个月	治疗 3 个月
实验组	30	51.3±9.9	68.3±11.5 [#]	77.3±10.4 [#]	89.5±17.2 [#]
对照组	30	51.8±9.6	59.3±9.2	65.1±12.4	79.5±18.5

注: 与对照组比较, [#] $P<0.05$

2.2 两组治疗后疗效比较

经相应治疗后, 实验组的总有效率为 90.0%, 显著高于对照组的 76.7%, 两组比较, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。两组患者在之前期间均无不良反应发生。

表 2 两组治疗后疗效比较 (n, %)

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无效	总有效率
实验组	30	9	13	5	3	90.0 (27/30) *
对照组	30	6	10	7	7	76.7(23/30)

注: 与对照组比较, * $P<0.05$

3 讨论

随着社会的进步, 人们生活质量的提高, 急性缺血性脑卒中的发生率也越来越高, 其中造成缺血性脑卒中的主要原因是动脉粥样硬化、大量的粥样斑块沉积。目前, 临床上对于急性缺血性脑卒中的治疗主要为溶栓治疗、抗血小板、抗凝、神经保护剂、调脂、降糖、降压等治疗^[5]。

本研究在常规治疗的基础上, 结合使用了脑栓通胶囊治疗急性缺血性脑卒中, 取得一定的疗效。中医把脑卒中称之为“中风”, 认为中风主要与风、火、痰、瘀、虚等因素有关, 发病早期以风痰阻络及瘀血阻滞多见, 晚期以痰、虚为主, 确立祛风化痰、活血通络的治疗原则。而脑栓通胶囊可起到活血通络、祛风化痰的作用, 脑栓通胶囊主要由蒲黄、郁金、赤芍、漏芦、天麻组成^[6]。其中蒲黄具有活血化瘀、通达血脉的作用, 现代药理研究证实蒲黄具有抗氧化、扩张血管、降血脂、抗动脉粥样硬化、抑制血小板凝集、改善微循环及保护脑细胞的作用^[7]。漏芦清解郁热、祛瘀通脉的作用, 现代药理研究表明漏芦具有清除自由基、降血脂、抗动脉粥样硬化等作用^[8]。郁金、赤芍

能祛瘀破积, 凉血活血, 现代药理研究赤芍具有解热、镇静、解痉、防血栓、抑制血小板凝集的作用^[8], 郁金具有降血脂、抗动脉粥样硬化作用^[8]。天麻具有化痰、熄风止痉的作用, 现代药理研究天麻具有抗惊厥、镇静、提高机体抗耐缺氧能力、改善大脑皮层功能等作用^[8]。脑栓通胶囊全方合用具有抗动脉粥样硬化、抑制血小板凝集、降血脂, 增加脑血流量, 减少缺血性脑梗死的梗塞面积及改善脑梗死患者神经功能缺损等作用^[9]。

本研究中, 实验组神经功能缺损程度评分明显比对照组要高, 实验组的总有效率为 90.0%, 显著高于对照组的 76.7%, 两组比较差异具有统计学意义。结果表明, 脑栓通胶囊联合常规治疗可改善急性缺血性脑卒中患者的脑神经功能, 提高临床疗效, 且无不良反应发生, 值得临床推广。

参考文献:

- [1]张军,陈建华,王永炎,等.174 例急性缺血性脑卒中病人危险因素分析[J].北京中医药大学学报,2013,36(6):417-420+425.
- [2]邓树荣,王贤明,李洪韬,等.中西医结合治疗对急性缺血性脑卒中的临床综合干预效果评价[J].海南医学院学报,2013,19(04):470-473+477.
- [3]中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J].中国全科医学,2011,10(35):4013-4017.
- [4]全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.
- [5]马士程,贺茂林.急性缺血性脑卒中的静脉溶栓治疗[J].内科急重症杂志,2013,12(2):76-78.
- [6]陈银环,吴智兵,于征淼,等.脑栓通胶囊治疗急性缺血性脑中风的疗效观察[J].中成药,2010,12(06):903-905.
- [7]孟莉,焦富英,向绍杰,等.脑栓通颗粒活血化瘀作用的实验研究[J].中成药,2011,19(03):407-410.
- [8]李东安,李中平,张慧颖.脑栓通胶囊药效学实验研究[J].中国中医药信息杂志,2003,6(04):37-39.
- [9]田淑霄,李士懋,张再康,等.脑栓通胶囊对血小板聚集影响的实验研究[J].河北中医药学报,1998,10(03):2-3.

作者简介:

梁颖榆 (1987-), 女, 汉族, 南海人, 硕士, 主要从事神经内科。

编辑: 赵聪 编号: EB-15081403F (修回: 2015-08-29)

相似文献:

中西医结合治疗急性缺血性脑卒中

目的: 探讨中西医结合治疗急性缺血性脑卒中的临床疗效。方法: 选取符合诊断标准的急性缺血性脑卒中住院患者 70 例, 随机分为治疗组与对照组各 35 例。治疗组在西医常规治疗基础上加服中药祛风化痰汤治疗, 对照组仅给予西医常规治疗。2 周为 1 个疗程, 2 个疗程后进行疗效比较。结果: 治疗组基本治愈 8 例, 显效 10 例, 有效 15 例, 无效 2 例, 总有效率为 94.3%; 对照组基本治愈 5 例, 显效 7 例, 有效 18 例, 无

效 5 例, 总有效率为 85.7%。两组综合疗效比较, 有明显差异 ($P<0.05$)。结论: 中西医结合治疗急性缺血性脑卒中优于单纯西医常规治疗。

作者: 王艳民

刊名: 中医临床研究 2015 年 13 期 101-101,103 页

英文刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词: 中西医结合; 急性缺血性脑卒中; 祛风化痰汤

超早期康复护理对脑卒中患者偏瘫肢体功能的影响

Impact of ultra early rehabilitation nursing on on limb function of stroke patients with hemiplegia

石媛

(南阳医学高等专科学校第一附属医院, 河南 南阳, 473000)

中图分类号: R248.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0044-02 证型: BDGA

【摘要】目的: 分析超早期康复护理应用于脑卒中患者偏瘫肢体功能的临床效果。方法: 选取我院收治的 82 例脑卒中患者, 随机分为对照组、观察组, 比较分析两组情况。结果: 观察组护理后的 ADL 评分、FMA 评分均显著高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$); 观察组护理后临床神经功能缺损评分显著低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。结论: 超早期康复护理应用于脑卒中患者偏瘫肢体功能具有较高的临床效果, 值得临床推广。

【关键词】超早期康复护理; 脑卒中; 偏瘫; 肢体功能

【Abstract】 Objective: To analyze the clinical effect of ultra-early rehabilitation nursing on limb function of stroke patients with hemiplegia. Methods: 82 cases with stroke in our hospital were randomly divided into two groups, the observation group and the control group, the situations of the two groups were compared. Results: ADL scores, FMA scores after nursing of the observation group were significantly higher than those of the control group and the difference was significant ($P < 0.05$); the clinical neurological deficit scores of the observation group were obviously lower than those of the control group and the difference was significant ($P < 0.05$). Conclusion: The ultra-early rehabilitation nursing in the hemiplegic limb function of stroke patients has high clinical effect, which is worthy of promotion.

【Keywords】 Ultra-early rehabilitation nursing; Stroke; Hemiplegia; Limb function

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.020

脑卒中是临床上的一种常见脑血管循环障碍性疾病, 患者通常发病较为突然, 且发病原因很复杂^[1]。对脑卒中偏瘫患者给予早期康复干预护理能够有效重建神经功能, 进而改善肢体功能障碍^[2]。在次研究中选择我院收治的 82 例脑卒中患者, 给予超早期康复护理, 取得显著效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2012 年 11 月—2014 年 11 月我院收治的 82 例脑卒中患者, 分为对照组、观察组各 41 例。对照组男性 26 例, 女性 15 例, 年龄 40~67 岁, 平均年龄 (57.5±3.6) 岁。观察组男性 24 例, 女性 17 例, 年龄 41~69 岁, 平均年龄 (57.9±3.4) 岁。两组的性别、年龄等一般资料比较, 差异无统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组给予常规神经内外科护理, 观察组采取超早期康复干预, 具体如下: ①康复护理干预依从性。对于出现昏迷的患者, 需要给予被动活动, 此时需要预防患者出现肌肉萎缩, 并且保持患者关节功能的活动度; 对于有意识的患者不仅需要给予被动护理, 还需要进行心理疏导。②超早期康复护理措施。根据不同患者的具体并且制定出个体化的超早期护理方案。在患者侧卧体位时需要嘱咐患者家属在其肩部、腕部以及膝关节

等着床部位垫上小枕头, 保持功能位并且预防足下垂。每 2 h 需要更换体位避免出现褥疮。在对患者进行外展和外旋时需要保证患者前臂旋后、伸腕及张开患侧手指。

1.3 临床观察

评价患者干预前后的日常生活能力采用 Barthe 指数评价 (ADL 评分), 总分在 0~100 分, 得分越高, 日常生活活动能力越好; 采用 Fugl-Meyer 运动评分 (FMA 评分) 评价患者肢体功能情况; 采用临床神经功能缺损评分评价脑卒中患者遗留或新出现的神经功能缺损情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS18.0 统计学软件对数据进行分析, 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

两组患者护理后 ADL 评分、FMA 评分和临床神经功能缺损评分均显著优于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$); 观察组护理后的 ADL 评分、FMA 评分均显著高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$); 观察组护理后临床神经功能缺损评分显著低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组护理前后各项指标评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	ADL 评分	FMA 评分	临床神经功能缺损评分
对照组 (n=41)	护理前	35.32±9.27	6.23±1.64	29.28±4.56
	护理后	46.52±9.83 [△]	13.47±1.73 [△]	16.64±4.23 [△]
观察组 (n=41)	护理前	35.31±9.32	6.25±1.63	29.27±4.55
	护理后	67.17±9.97 ^{*△}	24.29±1.82 ^{*△}	10.35±4.02 ^{*△}

注: 与护理前相比, [△] $P < 0.05$; 与对照组相比, ^{*} $P < 0.05$

3 讨论

脑卒中在中医理论中属于“中风”范畴, 患者的主要病因为气血逆乱, 上犯于脑, 而脑卒中偏瘫的病机主要为阻滞经络, 导致半身不遂, 所以需要在有效治疗的基础上进行护理措施是非常关键的。早期康复护理措施具有显著临床护理意义。

对于脑卒中中出现偏瘫患者如果病情还未稳定就采取康复干预会有再次引发脑卒中的可能, 但是过晚护理又会错过最佳康复护理时机。因此在本次研究中选择我院收治的 82 例脑卒中患者, 对照组给予常规护理, 观察组患者在常规术后 2 d 进行超早期康复护理。观察组护理后的 ADL 评分、FMA 评分均显著高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$); 观察组护理后临床神经功能缺损评分显著低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。可见对于脑卒中患者给予超早期康复护理可有效提高护理效果, 改善患者脑神经功能, 加快脑侧支循环的建立, 并且能够有效重

建患者中枢神经系统功能, 进而恢复偏瘫肢体功能。

综上所述, 超早期康复护理应用于脑卒中患者偏瘫肢体功能具有较高的临床效果, 能够有效提高患者日常生活能力和生活质量, 改善患者中枢神经功能, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 宁文帅, 于凤伟, 杨洋, 等. 超早期康复护理模式在脑卒中偏瘫患者中的应用[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(16): 1490-1492.
- [2] 周红艳, 张少茹, 卢丹丹, 等. 超早期康复护理对脑卒中患者偏瘫肢体功能的影响[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(18): 1674-1675.
- [3] 陈赞, 钟印芹, 张广清, 等. 专人管理模式在脑卒中偏瘫后遗症家庭康复护理中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(09): 654-656.

编辑: 赵聪 编号: EB-15070704F (修回: 2015-09-15)

脑梗塞中医综合治疗临床效果探讨

Discussion on clinical effect of Traditional Chinese Medicine comprehensive therapy on cerebral infarction

李林海¹ 毛勇¹ 李芳²

(1. 青岛湛山疗养院, 山东 青岛, 266071; 2. 胶州市人民医院, 山东 胶州, 266300)

中图分类号: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0045-03 证型: BDGA

【摘要】目的: 分析和研究脑梗塞中医综合治疗临床效果。方法: 选取 2013 年 2 月—2015 年 4 月脑梗塞患者 102 例, 将其按住院编号先后顺序随机分为观察组与对照组各 51 例。对照组患者给予常规对症治疗; 观察组患者在常规对症治疗基础上加用中医综合治疗, 将两组患者治疗 4 周后疗效进行对比。结果: 两组患者治疗 4 周后治疗总有效率观察组高于对照组 $P < 0.05$ 。两组患者治疗前、后神经功能缺损程度评分相比较: 观察组患者治疗 4 周后神经功能缺损程度评分明显低于对照组 $P < 0.05$ 。两组患者治疗期间不良反应发生率相比较: 两组无明显差异 $P > 0.05$ 。结论: 将中医综合治疗方法应用于脑梗塞患者治疗中, 其能够有效促进患者神经功能恢复, 减轻机体残疾程度, 对提高治疗效果及患者生活质量均具有重要作用。

【关键词】 中医综合治疗; 西医治疗; 脑梗塞; 疗效观察

【Abstract】 Objective: To analyze and study the clinical effect of Traditional Chinese Medicine comprehensive therapy on cerebral infarction. Methods: 102 patients with cerebral infarction admitted in the hospital from February 2013 to April 2015 were randomly divided into an observation group and a control group with 51 cases in each group. Patients in the control group were treated with conventional symptomatic treatment while the patients in observation group were provided with conventional symptomatic treatment based on the use of Traditional Chinese Medicine comprehensive therapy. After four weeks of treatment, the efficacy of the treatment in the two groups of patients were compared. Results: The effectiveness in the observation group was higher ($P < 0.05$). Neurological impairment score were compared between the two groups of patients before and after the treatment, the comparisons of neurological deficit scores showed no

significant difference ($P>0.05$); neurological deficit scores in the observation group patients were significantly lower than those of the control group patients after the treatment <0.05 . There were no significant difference in the comparisons of incident of adverse reaction in the two groups ($P>0.05$). Conclusion: Traditional Chinese Medicine comprehensive therapy can effectively promote the recovery of neurological function, reduces the degree of disability of the body, improves treatment and quality of life of patients in the treatment of cerebral infarction.

【Keywords】 Traditional Chinese Medicine comprehensive therapy; Western medicine; Cerebral infarction; Efficacy

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.021

脑梗塞是由于脑动脉粥样硬化或血栓堵塞脑部血管,导致该区域脑组织出现缺氧、缺血、坏死所致^[1]。脑梗死在内科临床上属常见病与多发病,于老年人群中发病率较高。其具有起病急骤、病情发展快速、临床致死率与致残率较高等特点^[2]。近些年来,随着医疗技术发展,脑梗死患者临床死亡率已明显降低,但多数患者会遗留程度不同残疾症状,给社会及家庭带来沉重的负担。由于脑梗塞临床表现复杂多样,因此,临床对其治疗时也应采用个性化、阶段性、多样性综合方法。为了探寻中医综合治疗手段在脑梗死疾病中治疗作用,本文选取脑梗塞患者 51 例,在常规对症治疗基础上加用中医综合治疗,疗效颇为显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 2 月—2015 年 4 月脑梗塞患者 102 例,将其按住院编号先后顺序随机分为观察组(51 例)与对照组(51 例)。观察组男性 29 例,女性 22 例;年龄 49~78 岁,平均年龄(60.4±3.6)岁。患者并发症有:高血压 19 例,糖尿病 11 例,冠心病 8 例。对照组男性 27 例,女性 24 例;年龄在 42~76 岁,平均年龄(59.7±3.2)岁。患者并发症有:高血压 17 例,糖尿病 9 例,冠心病 9 例。排除标准:严重心、肝、肺、肾功能不全患者;恶性肿瘤患者;急性脑出血患者;昏迷患者;重度脑水肿患者;语言沟通障碍患者。两组患者在年龄、性别、合并症相比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组患者给予常规对症治疗:①药物治疗:根据患者具体情况,给予患者溶栓、降纤、抗凝、抗血小板凝集、改善脑血循环等治疗。②康复治疗:患者病情稳定后,护理人员根据患者具体情况,与患者一同制定出详细康复训练计划,并按训练计划内容指导患者进行系统性、规范性康复功能训练,训练时间以患者不感觉疲劳为度。

观察组患者在常规对症治疗基础上加用中医综合治疗:①药物治疗:赤芍 15 g,当归、三棱、莪术、地龙、红花、桃仁、水蛭各 10 g;阴虚阳亢加入熟地黄 18 g,龟板、鳖甲各 13 g,天麻 10 g,石斛 9 g;气虚加入黄芪 12 g;风痰加入瓜蒌 25 g,天竺黄、胆南星各 10 g;腑实证加入生大黄、芒硝各 10 g;肢体偏瘫加入牛膝 12 g,桂枝 8 g;语言功能缺失加入郁金、远志各 10 g,石菖蒲 6 g;口角斜歪加入僵蚕 10 g,白附子、全蝎各 5 g。肢体发麻加入半夏、胆南星、茯苓各 10 g。1 剂/d,水煎煮取汁约 300 ml,分早晚 2 次服用。②针灸治疗:取穴:

悬钟、三阴交、阳陵泉、合谷、内关、足三里、曲池、人中、百会等穴位。针刺手法:头部穴位采取斜刺法;肢体穴位采取直刺法。间隔 10 min 行针(平补平泻法)1 次,留针达 30 min,1 次/d,连续治疗 4 周。③非药物治疗:采用多功能神经肌肉治疗仪(北京中西远大科技有限公司生产;型号:BA5NMT-91)进行治疗。将电极放置于患侧肢体上,刺激强度设置为不加重肌痉挛或不引起肌痉挛但可使肌肉产生适度收缩为度,治疗 20 min/次,1 次/d,连续治疗 4 周。

1.3 评价指标

①采用 NIHSS 量表对患者神经功能缺损程度进行评分^[3]。量表包括项目有:说明、忽视症、构音障碍、语言、感觉、共济失调、下肢运动、上肢运动、面瘫、视野、凝视、意识等。总分值为 0~36 分,评分值越高表明患者神经功能缺损程度越重。

依此判断患者治疗 4 周后疗效^[4]:显效:患者神经功能缺损程度评分减少 46%以上。有效:患者神经功能缺损程度评分减少在 18%~46%。无效:患者神经功能缺损程度评分减少低于 18%。总有效率=有效率+显效率。

②观察两组患者治疗期间不良反应发生情况。

1.4 统计学处理

选用 SPSS13.0 软件对两组患者相关数据进行统计与处理,计数资料用百分数(%)表示并行 χ^2 检验;计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,并行 t 检验。当 $P<0.05$ 时差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗 4 周后临床疗效比较,详见表 1。

表 1 两组患者治疗 4 周后治疗总有效率比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	51	24	15	12	76.5
对照组	51	10	22	19	62.7

注:观察组治疗总有效率高于对照组总治疗有效率, $P<0.05$

2.2 两组患者治疗前后神经功能缺损程度比较,详见表 2。

表 2 两组患者治疗前、后神经功能缺损程度评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
观察组	12.13±8.26	6.18±6.65
对照组	12.05±7.98	7.69±8.04

注:两组患者治疗前神经功能缺损程度评分无明显差异, $P>0.05$;观察组患者治疗 4 周后神经功能缺损程度评分明显低于对照组, $P<0.05$

2.3 两组患者治疗期间不良反应发生率相比较:两组患者治疗期间均行大便潜血试验,三大常规,心电图,胸片,肝、肾功

能等检查,未发现同治疗有关异常性改变。两组患者不良反应发生率无明显差异 $P>0.05$ 。

3 讨论

脑梗塞在中医学上属中风范畴,其多由脏腑功能失调致使机体气血亏虚,或因病患饮食不节、劳欲过度、内伤积损等因素,致机体脉络空虚、气血不足,风邪乘虚而入,日久,阴虚阳亢、气血逆乱,导致气逆冲脑,致患者发病。风、痰、瘀是该疾病主要病理因素,三者互相影响、互相转化,贯穿于疾病发生与发展整个过程之中,因此,中医治疗中风原则为:调气熄风、活血通络、祛痰开窍^[5,6]。由于中风是多因素共同作用结果,所以临床利用单方单药治疗脑中风较困难,只有发挥中医辨证施治及药物整体康复疗效,才可达到有效治疗该病症之目的。

本次研究观察组病例在西药治疗基础上加用中药、针灸、多功能神经肌肉治疗仪进行临床治疗,其中:西药见效快速,可及时缓解患者临床症状与体征,改善脑局部缺氧、缺血症状,使神经功能得以恢复。中药方剂针对患者中医证候辨证施治,与西医治疗相结合,充分发挥出微观与宏观互补、局部与整体结合的综合效应,治疗效果较显著^[7]。针灸是通过针刺机体腧穴,起到经络传导的作用,使气血营卫得调,加之多功能神经肌肉治疗仪的治疗作用,有效促进了患者肢体功能恢复,利于减轻患者残疾程度^[8],因此,患者经综合治疗后神经功能恢复程度有了显著性提高,并且中医综合治疗无毒副作用,治疗安

全性较好,更符合老年患者治疗原则。

综上所述,对于脑梗塞患者采用中医综合治疗,疗效确切,患者治疗期间无毒副作用,安全可靠,值得临床推广。

参考文献:

[1]周海星,魏永红.中医综合治疗脑梗塞 40 例[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(17):16-16.
 [2]孙振,孙艳.69 例中医综合治疗脑梗塞疗效观察[J].中国保健营养(下旬刊),2014,24(4):2325-2326.
 [3]廖莎.脑梗塞中医综合治疗临床效果观察[J].医学信息,2014,09(28):217-218.
 [4]陆建广.应用中医药康复综合疗法治疗脑梗塞后遗症的疗效观察[J].当代医药论丛,2014,17(5):164-165.
 [5]吴丽园.综合疗法治疗脑梗塞[J].医学信息,2013,26(21):131-132.
 [6]赵永顺.中医脑梗塞的病机及诊治分析[J].中医临床研究,2015,7(13):54-55.
 [7]肖维.急性脑梗塞综合治疗的临床探讨[J].大家健康(中旬版),2014,15(3):117-117,118.
 [8]熊玉仙.综合治疗脑梗塞 80 例临床观察[J].内蒙古中医药,2014,33(4):20-21.

作者简介:

李林海(1971-),男,山东胶州人,主治医师,本科,研究方向:中医类,心脑血管康复。

编辑:白莉 编号:EB-15062418F(修回:2015-07-10)

应用中风防治灵 I 号、II 号干预脑梗死二级预防观察比较

Observation and Comparison of Zhongfeng Fangzhi Ling Granule 1,2 for the Secondary Prevention of Cerebral Infarction

王宏良¹ 王松龄²

(1.河南中医学院,河南 郑州,450046; 2.河南省中医院,河南 郑州,450002)

中图分类号:R277.7 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2015)30-0047-04 证型:BGD

【摘要】目的:探讨中风防治灵 I 号、II 号方在脑梗死二级预防中的作用,为脑梗死二级预防提供一种新的选择。方法:将 160 例脑梗死患者采用随机数字表法分为对照组 80 例和治疗组 80 例。对照组予基础治疗。治疗组在基础治疗的基础上,辨证属风火上扰、风痰火亢、痰热腑实、气虚血瘀、阴虚风动五个证型者加服中风防治灵 I 号,属风痰瘀阻、痰湿蒙神两个证型者加服中风防治灵 II 号。观察两组脑血管事件的发生率,平均随访 1 年。结果:最后 153 例完成试验,其中对照组 75 例,试验组 78 例。对照组各事件的累积发病率 21.3%,脑梗死 10.7%,短暂性脑缺血发作(TIA) 9.3%,脑出血 1.3%,总死亡率 4.0%,因事件死亡率 2.7%;试验组分别为总事件 7.7%,脑梗死 2.6%,短暂性脑缺血发作(TIA) 3.9%,脑出血 1.3%,总死亡率 2.6%,因事件死亡率 1.3%。两组对比,短暂性脑缺血发作(TIA)、脑出血、总死亡率、因事件死亡率均无统计学意义($P>0.05$);而发生脑血管事件的累积发病率、脑梗死、缺血性脑血管事件的发生(包括脑梗死及 TIA),对比两组资料,则显示出,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:中风防治灵 I 号、II 号能降低脑血管事件特别是脑缺血性事件的发生率,而不增加脑出血和死亡的风险,对脑梗死的二级预防作用明显,可广泛应用于临床。

【关键词】中风防治灵 I 号、II 号;脑梗死;二级预防;临床观察

【Abstract】 Objective: To explore the effect of Zhongfeng Fangzhi Ling Granule 1, 2 for the secondary prevention of cerebral

infarction. Method: 160 enrolled cases were randomly divided into the treatment group and the control group with 80 in each. The control group was given basic treatment, while the treatment group was treated based on the basic treatment. The cases with TCM syndromes wind-fire rising, excession of wind phlegm-fire, Qi Deficiency and Blood Stasis, Yin Deficiency and wind movement were treated with Zhongfeng Fangzhi Ling Granule 1; and Zhongfeng Fangzhi Ling Granule 2 was given to the cases with TCM syndromes of Wind-phlegm Syndrome, phlegm-wetness with the coma type. The incidence rate of the two groups were observed and the cases were followed up for 1 year. Results: 153 subjects have finished the study (78 in the experimental group and 75 in the control group). In test group the cumulative incidence rate was 21.3% (cerebral infraction 10.7%, transient ischemic attack (TIA) 9.3%, Cerebral Hemorrhage 1.3%). The total mortality rate was 4.0%, death caused by cerebro-cardiovascular accidents was 2.7%; But in control group the cumulative incidence risk of each event was 7.69% (2.6%, 3.9%, 1.3%), 2.6%, 1.28%. Between the two groups, there were no obviously statistical differences in transient ischemic attack (TIA), cerebral hemorrhage, total mortality rate, death caused by cerebro-cardiovascular accidents ($P > 0.05$); but there was statistical significance in cumulative incidence rate, cerebral infraction, ischemic cerebrovascular event (cerebral infraction and TIA) ($P < 0.05$). Conclusion: Zhongfeng Fangzhi Ling Granule 1, 2 can reduce the incidence of cerebrovascular, especially ischemic cerebrovascular event without increasing the risk of cerebral hemorrhage and mortality rate. Therefore Zhongfeng Fangzhi Ling Granule 1, 2 have significant influence on the Secondary Prevention of cerebral infarction and can be widely applied.

【Keywords】 Zhongfeng Fangzhi Ling Granule 1,2; Cerebral Infarction; Secondary Prevention; Clinical effect
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.022

脑梗死是常见病，多发病，一旦犯病，其复发率也较高。国内多单位研究统计，脑梗死2年内复发率高达15%~30%，五年内复发率高达20%~47.7%，在国际上居于首位^[1]。近十年来循证医学的证据表明，能有效预防脑梗死复发的基础是抗血小板聚集治疗，同时配合积极干预高血压、糖尿病、高胆固醇血症、脑血管狭窄等缺血性中风的危险因素。但目前仍有一些难题尚未攻克，比如复发率方面，效果不明显，有研究显示，缺血性中风1年复发率约为17.3%^[2]。因此寻找更有效且安全的药物用于缺血性中风的二级预防，已经成为缺血性中风患者和医务工作者共同关注的话题。笔者从2012年3月—2014年3月在河南中医学院第二附属医院脑病科住院及门诊的脑梗死患者中，根据既定的纳入标准，选取80例，采用中风防治灵I号、II号用于脑梗死二级预防，观察中风防治灵I号、II号方能否有效的降低脑血管事件的发生率和病死率，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2012年3月—2014年3月在本院住院及门诊治疗好转后出院的脑梗死患者160例，所有病例均知情同意。将160例患者随机分为观察组和对照组，其中治疗组80例，男性44例，女性36例，年龄40~64岁，平均(55.4±5.2)岁；梗死部位基底节区域72例，脑叶梗死8例；对照组80例，男性45例，女性35例，年龄42~65岁，平均(55.6±5.1)岁；梗死部位基底节区域71例，脑叶梗死9例。经统计学分析，两组患者在性别、年龄及梗死部位等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 中医诊断标准

中医诊断符合国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[3]中病名诊断及证类诊断标准。

1.3 西医诊断标准

符合2006年中国中西医结合学会神经科专业委员会修订的《脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)》^[4]的动脉粥样硬化性血栓性脑梗死的标准。

1.4 纳入病例标准

①年龄40~65岁；②符合首次发生动脉粥样硬化血栓性脑梗死诊断标准，且发病在14~90d；③中国脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(MESSS)评分在0~30分者；④中医证类诊断除元神败脱型之外的七个证型；⑤签署知情同意书。

1.5 排除病例标准

①无症状和局灶体征的静止性脑梗死、短暂性脑缺血发作、腔隙性脑梗死、脑栓塞、脑出血及蛛网膜下腔出血者；②有过颅内外动脉狭窄血管成型术者；③洼田饮水实验 ≥ 4 级，mRS分级 ≥ 4 级；④发病时有严重心、肝、肾、呼吸功能不全者，严重的胃溃疡、胃炎者，重度高甘油三酯血症患者，不能耐受肠溶阿司匹林者，治疗过程中丙氨酸氨基转移酶升高 $>$ 正常上限2倍者或其它原因不能按时服药者；⑤剔除不符合标准误入病例；⑥中止在治疗期间出现终点事件者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组

干预方案主要参考《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2010》^[5]及其他中国专家共识，严格控制各种卒中危险因素，如抗血小板聚集，控制血压、血糖、血脂，冠心病的治疗，行为干预等均坚持应用，治疗1年，观察脑血管事件发生情况及不良反应发生率。

1.6.2 观察组

在上述基础治疗上，治疗组辨证属风火上扰、风痰火亢、痰热腑实、气虚血瘀、阴虚风动五个证型者加服中风防治灵I号方，药物组成：太子参30g，制首乌10g，大黄6g，决明子8g，胆南星6g，水蛭8g，天麻15g，全蝎8g。辨证属风

痰瘀阻、痰湿蒙神两个证型者加服中风防治灵II号方,药物组成:法半夏15g,陈皮12g,茯苓20g,炒白术20g,泽兰30g,泽泻15g,荷叶30g,石菖蒲10g,川芎10g,穿山甲8g,天麻12g,全蝎8g。上药为成人1日剂量,由深圳市三九医药股份有限公司生产的三九单味中药配方颗粒配制。服用方法:1剂/d,开水冲化为300ml,分2次口服。治疗1年,观察脑血管事件发生情况及不良反应发生率。

1.7 统计学分析

计数资料采用 χ^2 检验,所有数据均用SPSS19.0统计软件包做统计处理, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 脑血管事件发生情况

两组对比,短暂性脑缺血发作(TIA)、脑出血、总死亡率、因事件死亡率均无统计学意义($P>0.05$);而发生脑血管事件的累积发病率、脑梗死、缺血性脑血管事件的发生(包括脑梗死及TIA),对比两组资料,则显示出,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组资料脑血管事件的发生情况,见表1。

表1 随访1年脑血管事件的发生情况 [n, (%)]

组别	n	累积事件	缺血性事件		脑出血	总死亡	因事件死亡
			脑梗死	TIA			
实验组	78	6 (7.7)	2 (2.6)	3 (3.9)	1 (1.3)	2 (2.6)	1 (1.3)
对照组	75	16 (21.3)	8 (10.7)	7 (9.3)	1 (1.3)	3 (4.0)	2 (2.7)

5.2 不良事件/反应发生率比较

随访中试验组和对照组均出现3例患者出现胃肠道不适,不影响后续观察,无上消化道出血患者,其余患者都能耐受,而且将服药时间及饮食进行调整后,症状均可缓解。两组不良反应发生率比较无统计学意义($P>0.05$)不良事件/反应发生率比较,见表2。

表2 不良事件/反应发生率比较 (n, %)

组别	有	无	不良事件/反应发生率	P
试验组	3	75	3.9	0.961
对照组	3	72	4.0	

6 讨论

中风的病因病机主要为风、火、痰、瘀、虚。目前普遍将缺血性中风分为风痰火亢型、风火上扰型、气虚血瘀型、痰热腑实型、痰湿蒙神型、阴虚风动型、风痰瘀阻型七个证型。

清代名家王清任指出中风病“亏损元气,是其本源”“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”,认为“元气不足”是中风发生的根本原因,因此其在《医林改错》中所载的补阳还五汤力倡补气行血,用于治疗气虚血瘀之中风,对后世治疗中风的影响极大。《景岳全书》有云:“凡病此者,多以素不能慎,或七情内伤,或酒色过度,先伤五脏之真阴……盖其阴亏于前而阳损于后,阴陷于下而阳乏于上,以致阴阳相失,精气不交,所以忽而昏聩,卒然仆倒。”认为阴虚是中风的根本原因。中风多为标实本虚,风、痰、瘀为标,气虚、阴虚为本,正气盛则痰、瘀自祛,阴津足则内风自止^[6]。主要以

风痰火亢、风火上扰、痰热腑实、阴虚风动、气虚血瘀型等五个证型为主,可对症予中风防治灵I号方。药物组成:太子参30g,制首乌10g,大黄6g,决明子8g,胆南星6g,水蛭8g,天麻15g,全蝎8g。方中应用太子参、制首乌为君,太子参益气养阴,制首乌补肝肾、益精血、二者合用气阴双补;水蛭性缓,善入血脉,《本草经百种录》称其“迟缓则生血不伤,善入则积坚易破,借其力以攻积久之滞,自有利而无害也”用其破血逐瘀,可达到祛瘀不伤正之功;天麻化痰通络,平肝熄风;胆南星清热化痰;全蝎平肝熄风,止痉通络,佐以大黄、决明子以清热、泻浊、逐瘀,可排泄热毒浊邪,大黄能佐水蛭通利血脉,决明子佐全蝎平肝熄风,诸药相伍共奏益气养阴、熄风化痰、活血通脉等功效。

《丹溪心法》有云:“半身不遂,大率为痰”,认为痰湿是中风病之本源。而王松龄教授则认为,对于实证为主的缺血性中风患者,主要是痰、瘀合并为患。因此应注意辨痰、辨瘀,痰瘀阻络,气血不通,在上则神昏,在中则腹满、咳吐痰涎,在下则腑气不通。在布方施药当中着重化痰祛瘀,兼以泄浊熄风,痰、瘀祛则血、气、津液自行,上中下自通,病体可愈。主要以风痰瘀阻、痰湿蒙神型等两个证型为主,可对症予中风防治灵II号方。药物组成:法半夏15g,陈皮12g,茯苓20g,炒白术20g,泽兰30g,泽泻15g,干荷叶30g,石菖蒲10g,川芎10g,穿山甲8g,天麻12g,全蝎8g。方中以法半夏、陈皮为君,两药辛温性燥,善能燥湿化痰,且又降逆和胃,陈皮理气健脾,燥湿化痰,燥湿以助半夏化痰之力,理气可使气顺则痰消;茯苓、炒白术益气健脾、燥湿化痰,降逆止呕;泽兰、泽泻活血祛瘀,利水渗湿,且泽兰可化痰利水、泄浊消肿,从而减轻缺血性中风患者的脑水肿,改善脑血液循环以及促进脑细胞的康复,有利于疾病向好的方面转化;干荷叶清暑利湿;石菖蒲开窍宁神,化湿和中;川芎活血行气,祛风止痛,引药上行头目;穿山甲活血消癥,通经;天麻化痰通络,平肝息风;全蝎平肝息风,止痉通络,诸药相伍共奏健脾化痰,渗湿利水,豁痰开窍,通络熄风之功。

通过前期临床及动物实验证实,中风防治灵I号方能增强心脑血管对缺血缺氧的耐受性,改善微循环,抗血小板聚集,促进纤溶活性,预防血栓形成,并可清除氧自由基,还能调节血脂,降低血液黏稠度,改善血液流变性的效果;中风防治灵II号方能调节脂代谢,抗血小板聚集,扩张脑血管,降低血液黏稠度,改善血液流变性。在缺血性中风的二级预防中,辨证选用两方,疗效显著,且一方多证,减少了临床中一方只针对一证的繁琐,可广泛应用于临床。

参考文献:

[1]张军,黄燕,王永炎,等.中西医结合急性中风一二级预防的进展与热点[J].中华中医药学刊,2009,27(2):279-280.
 [2]张凤翔.桃红四物汤在降低脑梗死患者再梗中的效果观察[J].中医中药指南,2013,11(24):292-293.
 [3]国家中医药管理局脑病急症协作组. E 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):55-57.

[4]中国中西医结合学会神经科专业委员会.脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)[J].中国中西医结合杂志,2006,26(10):948-949.

[5]中华医学会神经病学分会脑血管病组缺血性卒中二级预防指南撰写组.中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2010[J].中华神经科杂志,2010,43(2):154-160.

[6]晋小勇.中医药辨治中风难治性麻木 72 例[J].中医临床研究,2011,03(15):81,83.

作者简介:

王宏良(1988-),男,汉族,医学硕士,从事中西医结合治疗脑病研究方向。E-mail: 979061561@qq.com。

编辑:赵聪 编号:EB-15082601F (修回:2015-09-09)

循证护理在脑卒中患者早期康复护理中应用分析

Application of evidence based nursing in treating stroke during early rehabilitation nursing

周春秀

(南阳医学高等专科学校第一附属医院,河南 南阳,473000)

中图分类号: R471 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0050-02 证型: BGD

【摘要】目的:分析循证护理在脑卒中患者早期康复护理中的应用效果。方法:选择脑卒中患者80例,分为两组,对照组患者采用常规护理,治疗组患者在对照组基础上加用循证护理,观察两组患者护理后日常生活能力。结果:治疗组患者并发症发生率明显低于对照组患者,差异显著($P < 0.05$);护理后,治疗组患者日常生活能力明显优于对照组患者,差异显著($P < 0.05$)。结论:在脑卒中患者早期康复护理中采用循证护理,减少并发症,提高患者日常生活能力,改善患者生活质量。

【关键词】循证护理;脑卒中;早期康复护理

【Abstract】Objective:To analyze effect of evidence-based nursing care in stroke patients during early rehabilitation. Methods: 80 patients with stroke, were divided into two groups, the control group were treated with routine care, evidence-based care was given another. Results: The incidence of complications in the treatment group was significantly lower, the difference was significant ($P < 0.05$); after treatment, activities of daily living in patients with treatment group was better than the control group of patients, the difference was significant ($P < 0.05$). Conclusion: Evidence-based care in early rehabilitation of patients with stroke care can reduce complications and improve patients' daily life skills, and improve the quality of life of patients.

【Keywords】 Evidence-based care; Stroke; Early rehabilitation nursing

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.023

脑卒中是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞造成血液循环障碍而引起脑组织损伤的一组疾病^[1]。目前临床一般采用护理干预缓解脑卒中治疗后的后遗症,但取得的效果并不明显,为了解决这一问题,我院在常规护理基础上结合循证护理服务于患者,取得了良好的效果。现将其治疗效果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2013年10月—2014年11月来我院治疗脑卒中患者80例,随机将其分成对照组和治疗组,40例/组。对照组中男性29例,女性11例;年龄35~80岁,平均年龄(53.4±14.9)岁;病程1~14 d,平均病程(7.2±0.6) d。治疗组中男性27例,女性13例,患者年龄36~85岁,平均年龄(54.9±13.6)岁,病程1~13 d,平均病程(6.9±0.8) d。两组患者在年龄、性别、病程等一般资料对比差异无统计学意义,具有可比性(P

> 0.05)。

1.2 方法

在患者病情稳定后,对患者的体温、脉搏、血压等生命体征进行检测。对照组患者采用常规护理,治疗组患者在对照组患者护理基础上加用循证护理。循证护理包括心理护理、体位训练、功能训练、并发症护理、日常生活护理。①心理护理:患者发生脑卒中事件,易患活动受限、失语、吞咽困难等症状,给患者生活带来困难,导致患者产生焦虑及抑郁等不良心理因素,严重者甚至对疾病恢复失去信心,影响治疗效果。所以护理人员应该针对患者的心理情况及时调整护理计划,首先向患者讲解疾病的相关知识,使患者了解疾病,缓解其紧张心理。其次多和患者交流,放些柔和的音乐,缓解患者不良心理因素。②体位训练:护理人员应该帮助患者良肢摆放正确位置。长期卧床易导致静脉血栓形成,护理人员应该尽量协助患者进

行坐位练习,等坐位耐力达到一定程度可以进行站位练习。③功能训练:帮助患者进行康复训练,促进各关节、软骨功能恢复。首先给予患者进行被动活动,对患者进行按摩,等到患者能主动训练时,鼓励患者自主训练。在训练中,护理人员需要耐心、热情,指导患者由简单到难逐渐训练。④并发症护理:患者长期卧床易发生压疮、吸入性肺炎等。护理人员需要定期关注患者的皮肤状况,保持床单干爽,定时为患者翻身拍背,促进痰液排出。⑤日常生活护理:鼓励患者自己穿脱衣服、饮食、洗澡、洗脸、如厕等,尽量减少他人帮助。

1.3 临床观察

统计患者并发症发生情况,采用日常生活能力评分量表(ADL)评价患者日常生活能力^[2]。

1.4 统计学软件

采用 SPSS13.0 软件对数据进行统计分析处理,计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, $P < 0.05$ 表示两组数据差异有统计学意义。

2 结果

对照组患者有 6 例 (15.0%) 患者发生并发症,包括褥疮 1 例,肺部感染 2 例,脑心综合征 2 例,中枢性呃逆 1 例;治疗组患者有 1 例 (2.5%) 患者发生肺部感染,两组患者并发症比较差异显著 ($P < 0.05$)。治疗后,两组患者日常生活能力均有所提高,治疗组患者日常生活能力明显优于对照组患者,差异显著 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者护理前后 ADL 评分比较 ($\bar{x} \pm s$), 分

组别	护理前	护理后
对照组 (n=40)	30.49 ± 13.24	42.51 ± 14.78 [*]
治疗组 (n=40)	30.91 ± 13.70	57.08 ± 16.14 ^{△*}

注:与对照组相比, [△] $P < 0.05$; 与护理前相比, ^{*} $P < 0.05$

3 讨论

脑卒中是心脑血管疾病中较常见的一种疾病,其发病急,病死率、致残率和再发率高。护理是治疗中必不可少的一部分,在脑卒中采用护理,取得了一定效果^[3]。为了更好的服务于患者,我院采用循证护理,通过对患者的心理、体位、功能、并发症、日常生活能力进行干预,从而减少并发症的发生率,提高患者生活质量,通过本研究发现,对照组并发症发生率为 15.0% 明显高于治疗组患者 2.5% 并发症发生率,差异显著 ($P < 0.05$)。说明循证护理能有效的减少并发症的发生率。治疗组患者日常生活能力明显优于对照组患者,说明循证护理能有效的提高患者日常生活能力。综上所述,在脑卒中患者早期康复护理中采用循证护理,减少并发症,提高患者日常生活能力,改善患者生活质量。

参考文献:

- [1] 庄淑萍.循证护理在急性脑卒中偏瘫患者早期康复护理中的应用[J].甘肃医药,2012,31(10):786-789.
- [2] 袁蓓,韩结.循证护理在脑卒中患者中的应用及效果分析[J].河北医药,2013,35(17):2697-2698.
- [3] 屈秀明.中医护理在针刺治疗脑卒中的临床应用[J].中医临床研究,2015(24):51-53.

编辑:白莉 编号:EB-15070718F (修回:2015-08-25)

相似文献:

循证护理在脾胃病中的应用

目的:研究为脾胃病患者应用循证护理的临床效果,分析其应用价值。方法:回顾 2012 年 08 月—2013 年 06 月脾胃病患者 100 例,将其分成实验组 50 例(应用循证护理方式),对照组 50 例(应用常规护理方式),护理干预 1 个月后,对比两组患者的护理有效率及满意度。结果:对比护理有效率,实验组为 98% (49/50),对照组为 84% (8/50),差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);对比满意度,实验组为 96% (48/50),对照组为 82% (9/50),差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明实验组脾胃病的护理效果更值得肯定。结论:为脾胃病患者应用循证护理模式,效果好,值得推广。

作者:肖乾秀

刊名:中医临床研究 2014 年 16 期 135-136 页

关键词:循证护理;脾胃病;应用

中图分类号:R256.3

DOI 号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2014.16.072

中医护理在针刺治疗脑卒中的临床应用

目的:观察中医护理在针刺治疗脑卒中的临床疗效。方法:将我科自 2014 年 1 月—2014 年 12 月住院的 258 例脑卒中患者,随机分为治疗组和对照组,治疗组在常规药物治疗及针刺治疗的基础上积极发挥中医护理优势;对照组给予常规药物治疗及针刺治疗。观察两组治疗 2 个疗程后临床疗效,并进行统计学分析。结果:治疗组 130 例,总有效率 97.2%;对照组 128 例,总有效率 89.5%,两组比较有统计学意义 ($P < 0.05$),提示治疗组疗效优于对照组。结论:中医护理在针刺治疗脑卒中作用显著,明显优于单纯药物及针刺治疗。

作者:屈秀明

刊名:中医临床研究 2015 年 24 期 51-53 页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词:脑卒中;中医护理;针刺

血栓通脉汤联合低分子右旋糖酐 治疗脑血栓形成的临床观察

Clinical observation on treating cerebral thrombosis with the Xunshuan tongmai decoction plus Rheomacrodex

潘其胜

(开封县中医院, 河南 开封, 475100)

中图分类号: R743.32 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0052-02 证型: BGD

【摘要】目的: 探讨脑血栓形成采用血栓通脉汤与低分子右旋糖酐联合治疗临床效果。方法: 选取脑血栓形成患者 100 例, 均为我院神经内科 2013 年 6 月—2014 年 6 月收治, 随机分组, 就低分子右旋糖酐治疗 (对照组, $n=50$) 与联用血栓通脉汤治疗 (观察组, $n=50$) 效果展开对比。结果: 两组脑血栓形成病例在治疗前神经功能缺损程度评分对比无差异 ($P>0.05$), 治疗后均有程度不同降低, 其中观察组的幅度显著高于对照组 ($P<0.05$)。观察组总有效率为 98.0%, 明显高于对照组 76.0%, 有统计学差异 ($P<0.05$)。结论: 针对脑血栓形成, 在应用低分子右旋糖酐基础上, 取血栓通脉汤加用, 可改善脑组织缺氧缺氧, 加快受损神经功能恢复, 对保障预后意义显著。

【关键词】 血栓通脉汤; 低分子右旋糖酐; 脑血栓形成; 临床观察

【Abstract】 Objective: To investigate clinical results of the Xueshuang Tongmai decoction. Methods: 100 patients with cerebral thrombosis, were hospitalized during June 2013 to June 2014. Results: The patients showed no difference ($P>0.05$) for neurological function deficit score before contrast, wherein the amplitude of the observation group was significantly higher ($P<0.05$). Observation group gained total efficiency of 98.0%, significantly higher than 76.0%, a significant difference ($P<0.05$). Conclusion: For cerebral thrombosis, in the application, based on dextran, with the Xueshuang Tongmai decoction more, can improve brain tissue hypoxia and accelerate functional recovery of damaged nerves.

【Keywords】 Thrombosis decoction; Dextran; Cerebral thrombosis; Clinical observation

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.024

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取脑血栓患者 100 例, 均与全国脑血管病会议 (第四届) 制定诊断标准符合, 并经颅脑 CT 检查证实。男性 52 例, 女性 48 例, 年龄 53~75 岁, 平均年龄 (50.2 ± 2.4) 岁。无意识障碍, 并排除心、肝、肾等重要器官严重功能不全者, 心源性脑梗死者。随机按观察组和对照组各 50 例划分, 组间基线资料, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

两组入选病例均积极吸氧, 保证呼吸道通畅, 依据病情, 对症治疗。对照组: 常规基础上, 取低分子右旋糖酐 500 ml 静滴, 1 次/d, 1 个疗程 7 d, 共行 2 个疗程治疗。观察组: 低分子右旋糖酐用法同上, 同时加用血栓通脉汤治疗, 方药包括: 鸡血藤 20 g, 黄芪 30 g, 络石藤 20 g, 川芎 15 g, 海风藤 15 g, 丹参 30 g, 钩藤 15 g, 当归 10 g, 橘红 10 g, 桃仁 10 g, 胆南星 10 g, 红花 6 g, 赤芍 15 g, 地龙 10 g。遵医配比, 并辨证加其他中药, 如头痛, 可取天麻加用。温服, 1 个疗程 7 d, 共行 2 个疗程治疗。

1.3 指标观察

①神经功能缺损程度: 采用神经功能缺损程度评分量表 (NDS) 评估。分值越低, 治疗效果越好。②记录临床效果。

1.4 疗效评定

治愈: 患者语言能力恢复, 生活基本可自理, 症状、体征基本消失; 显效: 生活能力在一定程度上恢复, 语言能力恢复, 肌力呈 1~3 级提高, 症状和体征消失; 有效: 语言明显好转, 肌力提高 1 级; 无效: 症状体征变化不明显, 肌力提高小于 1 级。

1.5 统计学分析

采用 SPSS13.0 数据学软件进行分析, 组间计量数据采用 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 计量资料行 t 检验, 计数资料行 χ^2 检验, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

两组脑血栓形成病例在治疗前神经功能缺损程度评分对比无差异 ($P>0.05$), 治疗后均有程度不同降低, 其中观察组的幅度显著高于对照组 ($P<0.05$)。观察组总有效率为 98.0%, 明显高于对照组 76.0%, 有统计学差异 ($P<0.05$)。相关指标,

见表 1、表 2。

表 1 两组治疗前后神经功能缺损程度评分对比 (x̄±s, 分)

组别	治疗前	治疗后
观察组 (n=50)	25.8±8.9	13.0±5.9*
对照组 (n=50)	25.3±6.2	18.9±2.3

注: 与对照组相比, *P<0.05

表 2 两组治疗总有效率比较 [n (%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组 (n=50)	29(58.0)	14(28.0)	6(12.0)	1(2.0)	98.0*
对照组 (n=50)	13(26.0)	15(30.0)	10(20.0)	12(24.0)	76.0

注: 与对照组相比, *P<0.05

3 讨论

综上, 针对脑血栓形成, 在应用低分子右旋糖酐基础上, 取血栓通脉汤加用, 可改善脑组织, 加快受损神经功能恢复, 对保障预后, 提高患者生存质量意义显著^[1-3]。

参考文献:

[1]刁其功. 浅谈急性脑血栓的诊断和改善脑部血液循环的治疗[J]. 中国医药指南, 2012, 10(9): 388-389.

[2]Lees KR, Bluhm Ki E, von Kummer R, et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECA SS, ATL ANTIS, NINDS, and EPITHET trials[J]. Lancet, 2010, (375): 1695-1703.

[3]宋丽, 韩杰. 脑血栓形成复发的危险因素研究[J]. 中国临床神经科学, 2009, 17(4): 396-399.

[4]Ho PM, Peterson ED, Wang L, et al. Incidence of death and acute myocardial infarction associated with stopping clopidogrel after acute coronary syndrome[J]. JAMA, 2008, (299): 532-539.

[5]梁玉华, 朱尚峰. 注射用血塞通联合银杏叶片对脑血栓后遗症的干预性治疗研究[J]. 中国现代应用药学, 2008, 25(3): 258-260.

[6]Dougu N, Takashima S, Sasahara E. Differential diagnosis of cerebral infarction using an algorithm combining atrial fibrillation and D-dimer level[J]. Eur J Neurol, 2008, 15(3): 295-300.

[7]张联芹. 联合用药治疗急性脑血栓的疗效[J]. 中国保健营养(中旬刊), 2013, 3(12): 437.

[8]罗世伟, 郑晓琼. 非感染性颅内静脉窦血栓形成继发脑出血应用低分子肝素治疗的临床观察[J]. 中国医药指南, 2012, 13(32): 114-115.

[9]Jung KH, Chu K, Jeong SW, et al. HMG-CoA reductase inhibitor, atorvastatin, promotes sensorimotor recovery, suppressing acute inflammatory reaction after experimental intracerebral hemorrhage[J]. stroke, 2006, 35: 1744-1749.

编辑: 白莉 编号: EB-15072010F (修回: 2015-08-28)

相似文献:

中医活血化瘀法辨证施治脑血栓的疗效观察

目的: 观察中医活血化瘀法辨证施治脑血栓的临床疗效。方法: 随机选取我院 2012 年 3 月—2013 年 3 月收治的脑血栓患者 90 例, 分为观察组和对照组各 45 例, 观察组采用中医活血化瘀法辨证施治患者, 对照组采用西医常规治疗患者, 对比两组患者脑血栓治愈情况。结果: 观察组治疗脑血栓患者总治愈率为 75.6% 高于对照组治愈率 62.2%, 两组数据差异 (P<0.05), 具有统计学意义。结论: 中医活血化瘀法辨证施治脑血栓患者显著疗效, 能有效改善患者病情, 提高脑血栓患者的治愈率。

作者: 冯奕超

刊名: 中医临床研究 2015 年 07 期 76-77 页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词: 中医活血化瘀法; 辨证施治; 脑血栓

中图分类号: R743.33

DOI 号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2015.7.041

康复锻炼联合中药治疗急性脑血栓的临床效果分析

目的: 探讨康复锻炼联合中药在治疗急性脑血栓中的临床疗效。方法将 56 例急性脑血栓患者随机分为观察组和对照组各 28 例。观察组采用康复锻炼联合中药治疗, 对照组给予中药治疗, 对两组患者的疗效进行评估。结果观察组总有效率为 92.9%, 对照组的总有效率为 75.0%, 联合组治疗的总有效率明显高于中药组, 两组患者日常生活 Barthel 指数相比较, 观察组明显高于对照组。结论康复锻炼联合中药治疗可以明显改

功能状态, 增加脑血流量, 降低致残率, 值得在临床推广应用。

作者: 揭凤英 何平

刊名: 中医临床研究

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词: 康复锻炼; 中药; 急性脑血栓; 疗效

中图分类号: R743.3

DOI 号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2014.36.025

观察中西医结合治疗脑血栓形成的疗效

目的: 观察中西医结合治疗脑血栓形成的疗效。方法: 180 例脑血栓患者采用中药补阳还五汤, 血栓通脉汤, 配合低分子右旋糖酐, 刺五加注射液及西医对症治疗。结果: 治愈 120 例, 显效 40 例, 有效 15 例, 无效 5 例, 有效率显著。结论: 脑血栓的形成是属于中医学当中中风的范围内的疾病, 中老年人的脑血栓发病率为首位, 中西医结合治疗有益气活血通络的作用, 化痰开窍, 同时加上西医的对症治疗, 能够明显改善动脉粥样硬化, 阻滞血栓的形成, 采取此中西医结合的疗法治疗脑血栓, 疗效十分显著。

作者: 徐世泉

刊名: 中医临床研究 2014 年 25 期 81-82 页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词: 脑血栓; 中西医结合法; 疗效

中图分类号: R743.32

DOI 号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2014.25.047

葡萄籽提取物对大鼠全脑缺血再灌注后炎症反应的影响

Effect of grape seed extract on inflammatory response after reperfusion in cerebral ischemia rats

曲震理 周建辉

(南阳医学高等专科学校, 河南 南阳, 473000)

中图分类号: R285 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0054-02 证型: BGAI

【摘要】目的: 探讨葡萄籽提取物对大鼠全脑缺血再灌注后炎症反应的影响。方法: 选取 60 只 SD 大鼠, 分为 6 组。制作全脑缺血再灌注模型。全脑缺血再灌注后, 测定各组大鼠白细胞和中性粒细胞计数, 测定各组大鼠脑组织皮质和海马骨髓过氧化物酶活性。结果: 模型组大鼠白细胞计数、中性粒细胞计数、皮质和海马骨髓过氧化物酶活性均高于假手术组 ($P < 0.05$); 各剂量组大鼠白细胞计数、中性粒细胞计数、皮质和海马骨髓过氧化物酶活性均低于模型组 ($P < 0.05$)。结论: 葡萄籽提取物对大鼠全脑缺血再灌注后炎症反应有明显抑制作用, 对全脑缺血再灌注损伤有保护作用。

【关键词】葡萄籽提取物; 大鼠; 全脑缺血再灌注; 炎症反应

【Abstract】Objective: To explore effect of grape seed extract on the inflammatory response after reperfusion in cerebral ischemia rats. Methods: 60 SD rats were divided into 6 groups. The white blood cells and neutrophils were counted, and the activity of the cortex and hippocampus were measured after the whole cerebral ischemia reperfusion. Results: The white blood cell count, neutrophil count, bone marrow peroxidase activity in cortex and hippocampus in the model group were higher than those in the fake operation group ($P < 0.05$). The white blood cell count, neutrophil count, bone marrow peroxidase activity in cortex and hippocampus in every dose groups were lower than those in the model group ($P < 0.05$). Conclusion: Grape seed extract can inhibit the inflammatory response and protect the whole cerebral ischemia and reperfusion injury.

【Keywords】 Grape seed extract; Rat; Whole cerebral ischemia reperfusion; Inflammatory reaction

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.025

脑卒中是常见的脑血管疾病种类, 又称为“中风”, 是常见脑血管意外。脑缺血再灌注损伤被认为是缺血性脑卒中的损伤机制之一, 而炎症反应参与其中^[1]。葡萄籽提取物是葡萄种子中提取的多酚混合物。本文旨在观察葡萄籽提取物对全脑缺血再灌注后炎症反应的影响。

1 材料与方 法

1.1 药品和试剂

葡萄籽提取物购自西安天瑞生物技术有限公司, 批号: 141015; 阿司匹林由拜耳医药保健有限公司供应, 国药准字: H20120236, 批号: 140912; 骨髓过氧化物酶活性试剂盒购自南京建成生物工程研究所, 批号: 20140512; 其他所及均为市售分析纯。

1.2 仪器

紫外可见分光光度计购自上海精密科学仪器有限公司, 型号: 756MC 型, 细胞计数仪购自桂林优利特有限公司, 型号: URIT-2900。

1.3 动物

所用大鼠为 SD 大鼠, 体重范围为 250~300 g, 雌雄大鼠

各半, 由华中科技大学同济医学院实验动物中心提供[许可证号: SCXK(鄂)2010-007], 动物分为 6 笼饲养, 每笼大鼠为 10 只。

1.4 动物分组和每组给药方法

所选大鼠随机分为 6 组(假手术组、模型组、阳性对照组、高剂量组、中剂量组和第剂量组), 每组大鼠 10 只。高中低剂量组分别给予葡萄籽提取物剂量为每天 20 mg/kg、40 mg/kg、80 mg/kg, 采用 0.5%羧甲基纤维素钠制成混悬液 5 ml, 每天灌胃 1 次, 连续应用 5 d。阳性对照组给予阿司匹林, 剂量为 40 mg/kg (生理盐水溶解, 体积为 5ml), 灌胃 1 次/d, 连续应用 5 d。假手术组和模型组分别给予同体积的生理盐水灌胃, 1 次/d。末次给药后 1 h, 实施手术。

1.5 全脑缺血再灌注模型建立

参照李静等文献报道所述全脑再灌注模型制作方法^[2], 暴露大鼠双侧椎动脉后采用电凝法使双侧椎动脉永久闭塞, 24 h 后对双侧颈总动脉短暂关闭 20 min, 而后使颈总动脉再通。假手术大鼠仅对椎动脉和双侧颈总动脉实施暴露而未实施闭塞及再通处理。大鼠术后 30~60 s 内出现昏迷症状, 翻正反射消失, 双侧瞳孔放大、角膜反射尚存在、能够自主呼吸, 上述症

状提示模型制作成功。

1.6 指标检测

取各组大鼠全脑缺血再灌注 24 h 后的腹主动脉血约 1.5 ml, 置于抗凝管中, 采用血细胞计数仪测定白细胞数和中性粒细胞数; 各组大鼠全脑缺血再灌注 24 h 后行断头取右侧大脑海马组织 (50~100 mg) 和皮质脑组织 (50~100 mg), 制作脑组织匀浆, 测定骨髓过氧化物酶活性, 具体测得步骤依据试剂盒所示步骤进行, 在紫外分光光度计下测定吸光度值(OD 值)。

2 结果

2.1 各组大鼠白细胞和中性粒细胞计数结果比较

模型组大鼠白细胞计数、中性粒细胞计数均高于假手术组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 各剂量组大鼠白细胞计数、中性粒细胞计数均低于模型组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 各组大鼠脑组织皮质和海马骨髓过氧化物酶活性测定结果

表 2 各组大鼠脑组织皮质和海马骨髓过氧化物酶活性测定结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	剂量 (mg/kg)	皮质湿组织骨髓过氧化物酶活性 (U/g)	海马湿组织骨髓过氧化物酶活性 (U/g)
假手术组	-	0.304 ± 0.056	0.141 ± 0.028
模型组	-	0.765 ± 0.086 ^a	0.387 ± 0.035 ^a
低剂量组	20	0.524 ± 0.0571 ^b	0.321 ± 0.043 ^b
中剂量组	40	0.461 ± 0.081 ^b	0.279 ± 0.022 ^b
高剂量组	80	0.360 ± 0.041 ^b	0.187 ± 0.039 ^b
阳性对照组	40	0.455 ± 0.053 ^b	0.264 ± 0.033 ^b

注: 与假手术组比较, ^a $P < 0.01$; 与模型组比较, ^b $P < 0.05$

3 讨论

在祖国医学中, 瘀血是脑卒中的基本病机, 缺血性中风是血瘀阻塞脑络所致。现代医学研究认为, 在脑缺血再灌注损伤机制中, 炎症反应在其中起着重要作用。脑缺血再灌注后炎症反应被激发, 炎症反应参与了继发性脑损害过程^[3]。本文中, 全脑缺血再灌注 24 h 后, 模型组与假手术组比较, 模型组的白细胞及中性粒细胞计数显著升高, 提示脑再灌注损伤 24 h 后白细胞和中性粒细胞增多。缺血再灌注后白细胞在缺血性的血管内发生聚集, 从而对微血管产生阻塞作用, 所以即使缺血局部血流重新开放, 但缺血区因为白细胞阻塞微血管而不能得到有效的充分灌注。而大量白细胞在微血管聚集后释放的溶酶体酶能够引起自由基和不饱和脂肪酸产生增多, 氧化损伤增强。骨髓过氧化物酶活性检测是观察白细胞浸润的重要方法。葡萄籽提取物具有较强的抗氧化作用、清除自由基能力, 同时还有一定的抗炎作用^[4]。本文结果显示, 模型组皮质和海马中的骨髓过氧化物酶活性显著高于假手术组, 说明全脑缺血再灌注后白细胞浸润程度增加, 骨髓过氧化物酶活性升高, 而高中低剂量组的皮质和海马骨髓过氧化物酶活性显著低于模型组, 说明高中低剂量组在大鼠全脑缺血再灌注损伤 24 h 后的中性粒细胞浸润程

度减轻, 可能与葡萄籽提取物能够降低大鼠全脑缺血的急性期外周血中的白细胞及中性粒细胞计数有关。所以, 葡萄籽提取物对大鼠全脑缺血再灌注后炎症反应有明显抑制作用, 对全脑缺血再灌注损伤有保护作用。

模型组大鼠皮质和海马骨髓过氧化物酶活性均高于假手术组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 各剂量组大鼠皮质和海马骨髓过氧化物酶活性均低于模型组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 各组大鼠白细胞和中性粒细胞计数结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	剂量 (mg/kg)	白细胞计数 ($\times 10^9$)	中性粒细胞计数 ($\times 10^9$)
假手术组	-	11.36 ± 3.10	4.91 ± 1.93
模型组	-	20.89 ± 2.84 ^a	12.63 ± 2.66 ^a
低剂量组	20	17.39 ± 3.01 ^b	10.28 ± 3.14 ^b
中剂量组	40	14.67 ± 2.45 ^b	8.21 ± 2.47 ^b
高剂量组	80	12.55 ± 2.96 ^b	6.31 ± 2.11 ^b
阳性对照组	40	14.24 ± 3.17 ^b	8.09 ± 1.69 ^b

注: 与假手术组比较, ^a $P < 0.01$; 与模型组比较, ^b $P < 0.05$

参考文献:

[1] 孙陶, 刘哲. 脑缺血再灌注后血管新生的研究进展[J]. 中医临床研究, 2011, 3(10): 117-119.
 [2] 李静, 明亮, 黄茸茸, 等. 黄芪提取物对大鼠全脑缺血再灌注后炎症反应的影响[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2005, 10(9): 1051-1053.
 [3] 赵涛, 赵步长, 伍海勤, 等. 丹红注射液对脑缺血再灌注损伤干预作用的研究[J]. 中医临床研究, 2014, 6(30): 53-56.
 [4] 高璐, 王滢, 饶胜其, 等. 葡萄籽原花青素提取物对衰老模型小鼠抗氧化作用[J]. 食品科学, 2014, 5(23): 253-256.

作者简介:

曲震理 (1978-), 男, 汉族, 硕士研究生, 讲师, 主要从事心脑血管药理学研究。E-mail: tigerqu100@163.com。

编辑: 赵聪 编号: EB-15091605F (修回: 2015-09-30)

寿尔智颗粒制备及治疗血管性痴呆 80 例临床观察

Preparation of Shouerzhi granule and clinical observation on treating 80 cases of vascular dementia

刘志勇¹ 赵丽娜² 常学辉^{1*}

(1. 河南中医学院, 河南 郑州 45002; 2. 郑州市儿童医院, 河南 郑州, 450053)

中图分类号: R743 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0056-04 证型: BDG

【摘要】目的: 评价寿尔智颗粒治疗血管性痴呆的临床效果和安全性。方法: 收集 80 例血管性痴呆患者随机分为治疗组 40 例和对照组 40 例。两组均常规治疗, 对照组在此基础上口服西药吡拉西坦片 0.8 g/次, 3 次/d; 治疗组在此基础上口服寿尔智颗粒, 6 g/次, 3 次/d, 分早中晚 3 次口服。两组均治疗 30 d, 观察两组临床疗效、中医证候、治疗前后认知功能、行为能力性质及检测治疗前后两组病例血液流变学指标; 评价寿尔智颗粒治疗血管性痴呆症的有效性和安全性。结果: ①两组综合疗效: 治疗组 40 例, 总有效率为 70.0%; 对照组 40 例, 总有效率为 45.0%。经统计学处理, 治疗组疗效明显高于对照组, ($P < 0.01$)。②中医证候疗效比较: 治疗组总有效率 65.0%, 对照组总有效率 30.0%; 经统计学处理, 治疗组疗效明显高于对照组 ($P < 0.01$)。③治疗组能改善 MMSE、HDS、FAQ 量表积分, 改善血液粘稠度, 而且未见毒副作用。结论: 寿尔智颗粒治疗血管性痴呆的临床疗效显著, 且无明显毒副作用, 无不良反应, 为中医药治疗血管性痴呆的疗效提供了科学依据。

【关键词】血管性痴呆; 寿尔智颗粒; 临床观察

【Abstract】 Objective: To evaluate clinical efficacy and safety of Shouerzhi particles on vascular dementia. Method: 80 vascular dementia patients were randomly divided into a treatment group of 40 patients and the control group of 40 patients. Both groups were given conventional treatment, oral medicine; Treatment group was treated with Shouerzhi particles more orally. Result: ①Comprehensive efficacy in the two groups: the treatment group 40 cases, total efficiency was 70.0%; control group, 40 cases, total efficiency was 45.0%. Statistically, the treatment group was significantly higher, ($P < 0.01$). ②Comparison of efficacy of TCM syndrome: the treatment group, the total efficiency of 65.0% in the control group, the total efficiency of 30.0% ($P < 0.01$). ③in the treatment group, it can improve MMSE, HDS, FAQ scale integration, improve blood viscosity, and no side effects. Conclusion: Clinical efficacy of Shouerzhi particle on vascular dementia was significant, and no significant side effects, no adverse reactions, can provide a scientific basis for TCM treatment.

【Keywords】 Vascular dementia; Shouerzhi particles; Clinical observation

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.026

血管性痴呆 (Vascular Dementia, VD) 是指脑血管病变引起的脑损害所致的痴呆^[1]。约占所有老年期痴呆的 30%~40%。据相关文献报道^[2], 65 岁以上人群痴呆患病率约为 5%, 其中血管性痴呆占 20%; 而我国血管性痴呆患病率约为 1.1%~3.0%。血管性痴呆主要由于脑血管疾病引起, 如魏居瑞等^[3]指出, 76%的血管性痴呆患者和 57%的血管性认知损害患者有卒中的病史, 也是我国老年人的常见病和多发病, 给社会和对家庭带来沉重负担。目前, 国内外对 VD 的治疗尚无特别有效的药物, 中医药在改善脑智能方面具有较明显的优势。目前, 尚未发现该病的根治方法, 大多数治疗方法致力于病情的控制以及减轻, 所以, 积极探寻更为优异的治疗方法刻不容缓, 有鉴于此, 本文将采用自制寿尔智颗粒治疗血管性痴呆取得较为满意的效果, 现报道如下。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取 2011 年 12 月—2013 年 12 月因血管性痴呆在我院治疗的 80 例患者。随机采用平行对照, 临床开放原则及奇偶法

分组治疗组 40 例, 其中男性 21 例, 女性 19 例, 年龄 60~80 岁, 平均年龄 (70.1±8.1) 岁, 病程 6 月~14 年, 平均病程 (6±2.2) 年; 对照组 40 例治疗, 其中男 18 例, 女 22 例, 年龄 58~76 岁, 平均年龄 (71.3±6.9) 岁, 病程 5 个月~16 年, 平均病程 (6±1.5) 年。其中有脑出血病史的患者 35 例, 脑梗死病史的患者 45 例。经统计分析, 两组性别、年龄、病史间的差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《神经病学》中血管性痴呆诊断标准^[2]拟定。①神经心理学检查证实认知功能明显减退, 同时伴显著的社会功能下降。②综合患者的病史、临床表现和影像学检查证实与痴呆有关的脑血管性疾病为依据。③脑血管病变必须与痴呆有相关性, 痴呆发生在脑血管病变后 3~6 个月以内, 或突然发生, 或病程呈波动性, 或缓慢进展。④排除其他痴呆的病因以及精神疾患、意识障碍的患者。

1.2.2 中医诊断标准

按照《老年痴呆病的诊断、辨证分型及疗效评定标准》^[4]。

1.3 纳入标准

符合血管性痴呆 NINDS-AIREN 诊断标准^[2], 痴呆发病在卒中 6 个月以内出现, 发病持续 3 个月以上。Hachinski 缺血量表评分 ≥ 7 分; 痴呆程度为轻度 (CDR=1.0) 或中度 (CDR=2.0); 中医辨证为脾肾虚弱证。①年龄 40~85 岁。②知情同意, 签署知情同意书。

1.4 排除标准

①意识障碍、抑郁症、阿尔茨海默病等。②已接受相关治疗并可能影响效应观测指标。③伴有影响效应指标观测、判断的其他生理或病理状况。④严重心、肝、肾损害影响药物代谢。⑤特征人群 (孕妇、哺乳期、精神病、病情危笃或疾病晚期)。

1.5 疗效评价标准

治疗 1 个疗程 (3 个月), 判定疗效。

1.5.1 简易精神状态量表

参照《血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准》^[5]。简易精神状态疗效指数 = (治疗后得分 - 治疗前得分) / 治疗前得分 $\times 100.0\%$ (适用于得分增加为有效的指标)。显效: $\geq 20\%$, 有效: $\geq 12\%$, 无效: $< 12\%$ 。

1.5.2 中医证候疗效判定标准

参照《血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准》^[5]。中医证候疗效指数 = (治疗前得分 - 治疗后得分) / 治疗前得分 $\times 100\%$ (适用于中医证候积分减少为有效的指标)。显效: $\geq 66\%$, 有效: $\geq 33\%$, $< 66\%$, 无效: $< 33\%$ 。

1.6 治疗方法

两组均连续治疗 3 个月为 1 个疗程; 所有入组患者治疗包含内科基础治疗; 所有入组患者内科基础治疗主要参考《中国脑血管病防治指南 2005 版》进行, 主要包括血压、血糖、血脂、并发症的治疗。

1.6.1 对照组

吡拉西坦片 (北京紫竹药业有限公司, 国药准字: H11020160, 0.4 g/片) 0.8 g/次, 3 次/d。

1.6.2 治疗组

在此基础治疗方法外, 并配合口服寿尔智颗粒 (制何首乌 20 g, 石菖蒲 10 g, 黄芪 20 g, 龟板 15 g, 淫羊藿 10 g, 山茱萸 12 g, 熟地黄 20 g, 丹参 20 g, 远志 12 g, 川芎 15 g; 取 6 付, 制成颗粒, 分为 540 份, 封装贮藏。6 g/次, 3 次/d, 分早中晚口服。

制法: 将当归、石菖蒲、远志、淫羊藿等 4 味药材加入 8 倍量水, 水蒸气蒸馏法提取 5 h, 收集挥发油; 提油后的药渣与龟板、制何首乌、川芎、丹参置提取罐中依次用 5、4.3 倍量 70% 乙醇回流提取 2 h、1.5 h、1.5 h, 滤过, 合并滤液, 减压回收乙醇, 药液另器收集。醇提后药渣加 10 倍、8 倍量水, 提取 2 次, 2 h/次, 滤过, 合并滤液, 滤液浓缩至相对密度 1.15 (50℃ 测定), 加乙醇使含醇量为 60%, 搅匀, 静置 24 h, 提取上清液, 减压回收乙醇, 浓缩至相对密度 1.3 (80℃ 测定) 的清膏。将剩余药物粉碎, 过 100 目筛。

采用湿法制粒工艺, 取清膏一份, 蔗糖粉 2 份, 糊精 0.5

份与药物细粉搅匀, 无水乙醇制粒, 干燥, 整粒后喷入挥发油包装, 即得。

治疗组、对照组均治疗 30 d。

1.7 观察指标

1.7.1 一般项目

包括姓名、性别、年龄、病程、病情严重程度评估、头颅 CT/MRI、心电图、脑电图、既往史、体格检查等。

1.7.2 安全性观察项目

①不良事件和不良反应

临床试验过程中应密切观察可能出现的任何不良反应症状/不良事件, 并记录是否需要停药, 是否采取处理措施等。

②实验室检测项目

血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血糖、血脂、凝血功能等。

1.7.3 疗效性观察项目

包括相关症状体征、中医主要症状治疗前后疗效评定、长谷川简易智能测验 (HDS)、简短精神状态量表中国修改本 (MMSE-MC)、社会功能活动调查表 (FAQ) 和血液流变学参数检查^[6]。

1.8 统计方法

采用 SPSS19.0 统计软件, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组综合疗效比较

治疗组 40 例, 总有效率为 70.0%; 对照组 40 例, 总有效率为 45.0%。经统计学处理, 治疗组疗效明显高于对照组 ($P < 0.01$)。见表 1。

2.2 中医证候

治疗 1 疗程 (3 个月), 治疗组总有效率 65.0%, 对照组总有效率 30.0%; 经统计学处理, 治疗组疗效明显高于对照组 ($P < 0.01$)。见表 2。

2.3 治疗前后痴呆程度 (MMSE、HDS、FAQ 量表积分) 的变化。见表 3。

2.4 两组血液流变学指标测定

治疗组治疗前后比较, 红细胞聚集指数、全血还原粘度、红细胞压积、全血高切、全血低切的降低及红细胞变形指数的升高均极显著 ($P < 0.01$), 血浆高切显著降低 ($P < 0.05$); 对照组治疗前后比较, 红细胞聚集指数、全血还原粘度极显著降低 ($P < 0.01$), 红细胞压积、全血低切、血浆高切显著降低 ($P < 0.05$)。两组治疗后差值比较有显著意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 1 两组综合疗效比较 [n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	15 (37.5)	13 (32.5)	12 (30.0)	28 (70.0)*
对照组	40	8 (20.0)	10 (25.0)	22 (55.0)	18 (45.0)

注: 与对照组比较, $\chi^2=11.52, P=0.001, *P<0.01$

表2 两组中医症候疗效 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	19	7	14	26 (65.0) ^{△△}
对照组	40	8	4	28	12 (30.0)

注: 与本组治疗前比较, $\chi^2=10.92$, $P=0.001$, $^{\Delta\Delta}P<0.01$, $^{\Delta\Delta\Delta}P<0.05$; 与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P<0.05$

表3 两组治疗前后 MMSE、HSD、FAQ 积分比较 ($\bar{x}\pm s$)

指 标	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
MMSE	11.42±2.86	17.02±5.52 ^{△△△}	14.10±2.63	15.90±4.30
HDS	14.62±4.52	20.32±6.58 ^{△△}	13.19±3.10	16.76±3.92 ^{△△}
FAQ	15.46±3.30	10.63±4.49 ^{△△}	14.08±2.16	11.15±1.03 [△]

注: 经 t 检验, 治疗前后比较, $^{\Delta}P<0.05$, $^{\Delta\Delta}P<0.01$; 与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$

表4 两组血液流变学指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

指 标	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
红细胞聚集指数	2.06±0.54	1.75±0.26 ^{△△}	2.04±0.36	1.67±0.42 ^{△△}
红细胞变形指数	0.58±0.09	0.67±0.12 ^{△△△}	0.58±0.10	0.57±0.12
红细胞刚性指数	5.83±1.82	5.18±1.32	4.98±1.21	4.48±1.20
全血还原粘度	19.95±6.41	15.10±3.01 ^{△△}	20.32±6.10	17.42±4.54 ^{△△}
红细胞压积 (%)	45.74±4.60	41.01±4.73 ^{△△△}	44.06±5.60	41.35±4.41 [△]
全血高切	5.01±1.00	4.13±0.72 ^{△△△}	4.85±0.92	4.56±0.81
全血低切	9.94±3.23	7.50±1.45 ^{△△△}	9.71±2.94	8.77±2.05 [△]
血浆高切	1.41±0.27	1.35±0.26 [△]	1.79±0.65	1.71±0.49 [△]

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

2.5 安全性观察

治疗前后两组血、尿、大便常规、肝功能、肾功能、心电图等主要指标比较, 治疗前后两组血、尿、大便常规、肝功能、肾功能、心电图等主要指标均无明显加重损害, 经 χ^2 检验, 治疗前后两组比较无显著性差异。结果表明: 寿尔智颗粒对患者心、肝、肾、血液系统无毒副作用, 临床用量安全有效。

3 讨 论

血管性痴呆是指各种脑血管病引起的脑功能障碍而产生的获得性智能损害综合征, 主要发生于中风之后。其临床表现主要取决于脑血管病灶的部位、大小、数量等; 其治疗也主要是针对原发病治疗, 如控制高血压、糖尿病, 抗血小板聚集药物及一些营养神经、认知功能改善的药物和康复训练。血管性痴呆在祖国医学的“痴呆”范畴, 最早见于《左传》, 曰: “不慧, 盖世所谓白痴。”真正以“痴呆”命名首载于《华佗神医密传》家有谓之“癡狂”“痴呆”, 并指出本病有“千奇百怪、变易不常”等特点。

中医学历经几千年的临床实践, 对本病的治疗积累了丰富的经验, 中医药治疗本病在改善智能、减少发作、防止复发及无明显毒副作用等方面具有一定的优势。寿尔智颗粒是在湖北省中医院全国名老中医涂晋文教授在多年临床辨证论治基础上, 结合辨病论治研制的纯中药制剂。涂师认为血管性痴呆的

病因虽有种种不同, 但其基本发病机理确有共同之处, 即所谓肾精亏虚, 痰瘀阻络为其基本病机。脏腑中, 肾及其经络病变与血管性痴呆关系最为密切。谨守病机, 补肾填精, 祛瘀化痰, 醒脑开窍为主要治则。

涂晋文教授根据这一发病机原理, 研制中药“寿尔智颗粒”, 经过现代技术加工提炼。寿尔智胶囊由制何首乌、石菖蒲、黄芪、龟板、淫羊藿等 10 味中药组成。淫羊藿、制何首乌共为君药, 补肾壮阳益精血。淫羊藿性温, 味辛、甘, 归肝、肾经, 有补肾壮阳作用。《本草备要》认为其“补命门, 益精气”。制何首乌性微温, 味苦、甘、涩, 归肝、肾经, 有补益精血作用。《开宝本草》认为其“久服长筋骨, 益精髓, 延年不老”。生黄芪、山茱萸、熟地、醋制龟板共为臣药, 有益气补肾填髓作用。黄芪性微温, 味甘, 归脾、肺经, 有补气升阳作用。《珍珠囊》认为其“补诸虚不足, 一也; 益元气, 二也; 壮脾胃……”。山茱萸性微温, 味酸, 归肝、肾经, 有补益肝肾作用。《别录》认为其“……强阴, 益精, 安五脏, 通九窍……”。熟地性微温, 味甘, 归肝、肾经, 有养血滋阴, 补精益髓作用。《本草纲目》认为其“填精髓, 长肌肉, 生精髓补五脏内伤不足, 通血脉……”。龟板性微寒, 味咸、甘, 归肝、肾、心经, 有滋阴潜阳, 益肾强骨, 养血补心作用。《本草备要》认为其“滋阴益智”。丹参活血祛瘀通络, 远志、石菖蒲化痰开窍, 共为佐药。丹参微寒, 味苦, 归心, 心包, 肝

经,有活血祛瘀之功效。《滇南本草》认为其“补心定志,安神宁心。治健忘怔,惊悸不寐”。蜜炙远志性微温,味辛、苦,归心,肺经,有宁心安神,祛痰开窍作用。《药性论》认为其“治健忘,安魂魄,令人不迷”。石菖蒲味辛,性温,归心,胃经,具有开窍醒神,化湿和胃作用。《本经》认为其“开心孔,补五脏,通九窍……”。川芎为使药。川芎性温,味辛,归肝、胆、心包经。《医学衷中参西录》认为其“引人身清轻之气血上致于脑,……通活气血”。全方辨病与辨证相结合,虚实兼顾,标本同治,具有补肾填精、化痰开窍、活血祛瘀作用。

现代药理学研究表明:制首乌具有温肾阳、益精血、乌须发、强筋骨、润肠通便、养心安神等功效,梁永枢等^[7]发现其能增强过氧化氢酶(CAT)、超氧化物歧化酶(SOD)活力,提高D-log模型小鼠学习和记忆能力。高启铭等^[8]发现淫羊藿总黄酮(TFE)可抑制血栓形成,降低血黏度,消除血瘀并防止其产生。熟地黄的乙醇提取物能提高一氧化氮合酶(NOS)和SOD活性,增加一氧化氮(NO)含量,其水煎液能提高谷胱甘肽一过氧化物酶(GSH-Px)活性,有抗LPO和自由基作用^[9],延缓衰老。臧连碧等^[10]从山茱萸发现其能增强小鼠记忆力、耐缺氧能力和体力。陈东风等^[11]发现龟板对神经元生存、分化、生长有重要作用,参与脑缺血损伤后的修复,促进脑缺血再灌注后神经干细胞增殖,能诱导室管膜及其下层未分化的细胞向神经细胞和神经胶质细胞分化。黄氏^[12]分离出的总多糖(ASP)能抗衰老和调节免疫功能,总黄酮、总皂甙能清除氧自由基,抑制呼吸爆发,防止生物膜LPO。唐洪梅等^[13]发现石菖蒲有醒神益智作用,其挥发油 α 、 β -细辛醚有镇静、抗惊厥作用;其水煎液能改善东莨菪碱(SCOP)致小鼠记忆障碍,能调节胆碱、5-HT和NA能神经元发挥抗氧化,保护突触及神经元。徐江平等^[14]发现远志能增强小鼠空间辨别能力、记忆力、耐缺氧能力,其水煎液能抑制细胞过氧化,清除自由基,延缓衰老。其甲醇提取物能激活辅酶-1、还原型辅酶活性,增加糖耐量。现代研究认为熟地、山萸肉、何首乌具有降血脂、调节免疫,增强抗病能力,抗氧化、抗衰老等作用,丹参、川芎等可改善循环障碍,降低血液黏度,特别是对动脉硬化所致的脑缺血、缺氧状况有明显的改善作用^[15]。

本研究采用寿尔智颗粒为治疗组,有抗动脉硬化、抗衰老、改善认知功能、减轻痴呆的功能。观察中医药治疗血管性痴呆的无论临床疗效和中医证候。治疗组疗效均明显高于对照组, ($P<0.01$)。治疗组能改善MMSE、HDS、FAQ量表积分,治疗前后比较差异有极显著性($P<0.01$);与对照组比较MMSE、HDS、FAQ量表积分比较改善显著优于对照组($P<0.05$)。治疗前后血液流变学指标测定比较,治疗后与治疗前比较差异有极显著性($P<0.01$)。治疗组治疗后血液流变学指标测定比较改善显著优于对照组($P<0.05$)。

笔者认为血管性痴呆的治疗并不需拘泥于此原则,及早采取有力的干预措施,早期应用补肾填精、化痰开窍、活血祛瘀之法,将能有效的防止病情向重发展,取得更好的的治疗效果,这将为中医治疗方案的筛选与优化提供研究依据。

参考文献:

[1]于涛,石江伟,韩景献.针刺治疗轻中度血管性痴呆临床观察[J].辽宁中医杂志,2007,34(7):978-980.
 [2]贾建平.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2010:207
 [3]魏居瑞.血管性痴呆相关研究及治疗进展[J].甘肃中医学院学报,2008,25(3):54-55.
 [4]傅仁杰.老年呆病(老年痴呆)的中医临床诊断及疗效评定标准(试行)[C].全国中医药防治老年病学术交流会议论文集,2011,(11):22-23.
 [5]田金洲,韩明向,涂晋文,等.血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准[J].北京中医药大学学报,2000,23(5):16-23.
 [6]王灿晖,刘涛,杨进,等.滋肾通窍法对血管性痴呆患者精神量表评定的观察[J].中国中西医结合杂志,1999,19(19):405.
 [7]沈玉先,杨军,魏伟等. β 淀粉样多肽25-35片段诱导的大鼠学习记忆功能障碍[J].中国药理学通报,2001,17(1):26-29.
 [8]李斌,郭德玉,李林.三种老年痴呆动物模型行为学比较[J].中国实验动物学报,1999,7(1):38.
 [9]常洋,秦川,尹红星,等.建立阿尔茨海默症的转基因动物模型.解剖学报,2000,31(2):144.
 [10]Ish.Hara-T,zhang-B,Higuchi-M,etal.Age-Dependent induction of Congophilic Neurofibrillary Tau Inclusions in Tau Trans-genic Mice[J].American journal of pathology,2001,158(2):555-562
 [11]Hirsch-Reinshagen, V,Maia L F, Burgess BL, etal.The absence of ABCA1 decreases soluble ApoE levels but does not diminish amyloid deposition in two murine models of Alzheimer disease [J].Biol.Chem,2005,280(52):43243-43256.
 [12]廉洁,孙丽慧,冯化杰.复方地黄对阿尔茨海默大鼠神经递质改变的实验研究[J].中医药学报,2006,34(4):32-33.
 [13]曾芳,赵纪岚,周奇志.电针对老年性痴呆模型大鼠海马线粒体酶活性的影响[J].中国老年医学杂志,2006.26(1):68-69.
 [14]罗红波,何明大.脑灵汤对模型大鼠学习记忆及海马内老年斑的影响[J].中国行为医学科学,2005,14(7):599-600.
 [15]陈廷卓.枸杞子的化学成分与药理作用研究进展[J].Clinical Journal of Chinese Medicin,2010,22(2):24-25.

基金项目:

中医康复适宜技术干预中风病的社区转化与推广研究(2013ZY02052)。

作者简介:

刘志勇(1979-),男,医学博士,主治医师。研究方向:神经内科疾病教学与临床。

常学辉*(1975-),通讯作者,男,教授,主任中医师,硕士生导师。研究方向:神经内科疾病的防治研究。E-mail:lzy2007668@163.com。

编辑:赵聪 编号:EB-15091706F(修回:2015-10-01)

加味黄连温胆汤治疗高血压眩晕 30 例

Clinical experience for treating of 30 cases of hypertensive dizziness with Huanglian Wendan decoction

王创业

(登封市中医院, 河南 登封, 452470)

中图分类号: R255.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0060-02 证型: BADG

【摘要】目的: 观察加味黄连温胆汤对高血压所致眩晕的疗效。方法: 将患者随机分为治疗组和对照组, 均接受个体化的降压治疗, 治疗组同时服用加味黄连温胆汤, 均治疗 3 周; 比较两组患者的疗效。结果: 治疗组的有效率明显高于对照组。结论: 加味黄连温胆汤治疗高血压所致眩晕有较好的疗效, 值得临床推广。

【关键词】高血压病; 眩晕; 加味黄连温胆汤

【Abstract】Objective: To observe clinical efficacy of the Huanglian Wendan decoction on hypertension dizziness with. Methods: Patients were randomly divided into treatment group and control group, both receive individualized treatment, treatment group at the same time took the Huanglian Wendan decoction. Results: Efficiency in the treatment group was obviously higher. Conclusion: the Huanglian Wendan decoction for dizziness have better curative effect.

【Keywords】Hypertension; Dizziness; The Huanglian Wendan decoction

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.027

眩晕(Dizziness)即头晕眼花, 轻者闭目即止, 重者如坐舟车, 旋转不定, 站立不稳, 或伴有恶心、呕吐、汗出, 严重者可突然仆倒, 多见于中老年人, 近年来青年人亦有发作。高血压病为眩晕发作的常见原因之一, 笔者近年来运用加味黄连温胆汤治疗高血压引起的眩晕, 取得了较好的效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2012 年 3 月—2014 年 10 月就诊我院的高血压眩晕患者 60 例, 高血压病诊断标准参照《中国高血压病防治指南》(2010 年版)^[1]及《中医病证诊断疗效标准》^[2]。纳入标准: 年龄 ≥ 30 岁; 符合西医高血压病诊断及中医眩晕诊断标准; 均口服降压药物控制血压; 有眩晕症状者; 能积极依从中西医治疗者。52 例均为门诊病人, 其中男性 23 例, 女性 29 例; 年龄 30~72 岁; 病程 2 d~3 年, 临床症状除头晕目眩外, 均伴有程度不同的恶心或呕吐; 其中 9 例卧床不起, 起则头晕目眩, 呕吐不止; 4 例出现过头晕后扑倒; 伴有心烦易怒、不寐多梦 15 例; 伴有耳鸣者 7 例; 伴有脘闷、纳差者 13 例; 合并脑栓塞者 3 例; 均影响到工作和生活。随机分为治疗组和对照组, 其中治疗组 30 例, 对照组 30 例。两组发病年龄、发病情况、临床特征无显著差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组和对照组患者均接受有针对性的个体降压治疗方案以控制血压。在此基础上, 治疗组均配合加味黄连温胆汤口服, 基本方: 炒枳壳 15 g, 竹茹 15 g, 陈皮 15 g, 姜半夏 15 g, 茯苓 15 g, 生黄连 10 g, 天麻 15 g, 炒白蒺藜 15 g, 枸杞子 15

g, 菊花 15 g, 石斛 15 g, 甘草 6 g, 生姜 3 片, 另加大枣 5 枚为引子。伴有脘闷、纳呆者加砂仁 10 g, 焦三仙各 15 g; 恶心、呕吐者重用竹茹 30 g, 加藿香 10 g, 紫苏梗 10 g; 伴有心烦者加莲子心 10 g, 节菖蒲 10 g; 不寐者加炒远志 10 g, 炒酸枣仁 15 g; 耳鸣者加龟板 15 g, 磁石 15 g; 血压较高者加石决明 20 g, 钩藤 15 g, 川牛膝 10 g。1 剂/d, 加清水 500 ml 浸泡 30 min, 文火慢煎 30 min, 滤出药液 200 ml, 再加清水 400 ml, 文火慢煎 30 min, 滤出药液 200 ml, 混合后分 2 次, 早晚饭后半小时温服。1 周为 1 个疗程, 疗程最短者 7 d, 最长者 21 d。

1.3 疗效判断

痊愈: 眩晕症状消失, 恢复正常生活和工作, 随访 3 个月未复发。显效: 眩晕等症状基本消失或明显减轻, 偶有复发。有效: 眩晕症状部分减轻或消失, 仍时有发作。无效: 眩晕症状无改善或者病情加重。

1.4 统计学处理

应用 SPSS13.0 统计软件, 计数资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

结果显示, 治疗组疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较 (n, %)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	17	7	2	4	86.7
对照组	30	14	6	2	8	73.3

3 典型病例

患者甲,女,57岁,头晕、目眩5d,伴有恶心、呕吐,耳鸣如潮,夜眠差,大小便正常。舌质偏红,舌苔黄腻,脉弦滑。高血压病史10余年,血压最高180/120 mmHg以上,本次发病后血压160/95 mmHg。中医诊断:眩晕,中医辨证属于痰热中阻,上扰清窍,西医诊断:高血压3级,高危,遂投奔方,药用:炒枳壳15g,竹茹30g,陈皮15g,姜半夏15g,茯苓15g,生黄连10g,天麻15g,炒白蒺藜15g,枸杞15g,菊花15g,石斛15g,龟板15g,石决明20g,钩藤15g,甘草6g,生姜3片,另加大枣5枚为引子。服用本方3剂后症状有明显减轻,7剂后诸症消失,续服7剂巩固疗效。随访3个月症状无复发。

患者乙,男,年过六旬,头晕、目眩1个月余,颜面潮红,口干口苦,伴有胸脘满闷、心烦易惊,大便秘结,每4~5d一次,小便色黄,舌质偏红,舌苔黄腻,脉沉弦滑。无确切高血压病史,本次发病后测血压170/110 mmHg,脑CT检查显示“双侧基底节区腔隙性脑梗塞”。中医诊断:眩晕,中医辨证为痰热瘀阻、肝火上扰,西医诊断:高血压3级,高危,脑梗死。药用:炒枳壳15g,竹茹30g,陈皮15g,姜半夏15g,茯苓15g,生黄连10g,天麻15g,炒白蒺藜15g,菊花15g,藿香10g,紫苏梗10g,钩藤15g,砂仁10g,莲子心10g,甘草6g,生姜3片,另加大枣5枚为引子。服用本方7剂后症状明显减轻,大便仍秘结,减姜半夏,加生大黄6g,全瓜蒌12g,服7剂后诸症消失,再服7剂巩固疗效。随访3个月症状无复发。

4 讨论

眩晕一证为临床常见病,多发病,历代医家论述颇多。在临床上,高血压患者出现眩晕症状的非常多,许多患者通过降压药物治疗,血压得到了控制,但是眩晕症状常常反复发作。《素问·至真要大论》曰:“诸风掉眩,皆属于肝。”晋代王叔和《脉经》云:“病先发于肝者,头目眩,胁痛支满。”意

为肢体动摇不定和头目眩晕病因大多为肝风内动。《丹溪心法》:“头晕,痰挟气虚并火,治痰为主,挟补气药及降火药。无痰则不作眩。痰因火动。”临床观察发现,肝火挟痰上扰清窍发为眩晕者最为常见。黄连温胆汤出自陆廷珍《六因条辨》,是由唐代孙思邈《备急千金要方》中温胆汤演绎而来^[3]。方名黄连温胆汤,实则泄痰和胃清胆,主治肝胆失清、痰热内扰之眩晕头痛、心悸气短、惊悸少寐等病症,具有清热、化痰、开窍、醒神之功效^[4]。方中黄连清肝胆郁热而燥湿,半夏燥湿化痰、降逆和胃,竹茹清胆和胃、止呕除烦,枳实、陈皮理气化痰,使气顺则痰自消,茯苓健脾利湿,湿去则痰不生,甘草益脾和中,调和诸药,煎加生姜、大枣,和脾胃而兼制半夏之毒^[5],随证加减中,菊花、天麻平肝熄风,炒蔓荆子清利头目,枸杞子滋补肝肾之阴以滋水涵木,石斛能防陈皮、半夏、茯苓等燥湿利湿太过而伤阴,藿香、苏梗理气宽中、化湿止呕,龟板、石决明、磁石、钩藤潜阳息风,炒酸枣仁、炒远志安神定志。诸药合用清化热痰,平肝息风,痰热清,气火降,肝风平,则眩晕自除。凡临床上出现头晕、目眩,或伴有恶心、呕吐、心烦易惊,舌苔黄厚腻,脉象弦滑者,均可应用加味黄连温胆汤化裁治疗,多获良效。

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 2010[J].中华高血压杂志,2011,19(8):701-743.
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:37-38.
- [3]高军宁.温胆汤的源流、类方、方证及临床应用[J].甘肃中医学院学报,2009,10(5):44-46.
- [4]周波.孙一奎应用温胆汤的临床经验[J].辽宁中医药大学学报,2008,8(10):171-173.
- [5]段富津.方剂学[M].上海:上海科学技术出版社,1995:265.

编辑:白莉 编号:EB-15092002F(修回:2015-09-25)

相似文献:

黄连温胆汤加味治疗失眠 40 例临床观察

失眠是常见病、多发病。严重影响人们的日常生活、工作和身心健康。笔者自2010年8月—2012年10月运用黄连温胆汤加味治疗40例失眠患者,效果满意,总有效率87.4%,与对照组的55%相比,具有统计学意义。

作者:李红亮(洛阳市第一中医院,河南 洛阳,471000);
刊名:中医临床研究 2013年19期 62-63页
英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine
关键词:失眠;黄连温胆汤加味;半夏
中图分类号: R256.23
DOI号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2013.19.034

三草降压汤治疗肝火上炎型高血压性眩晕 61 例

目的:观察三草降压汤治疗肝火上炎型高血压性眩晕的临床疗效。方法:采用三草降压汤对61例肝火上炎型高血压性眩晕患者进行治疗。结果:61例患者中,痊愈32例,显效13例,有效9例,无效7例,总有效率为88.53%。结论:三草降压汤治疗肝火上炎型高血压性眩晕疗效显著,操作简单,值得临床推广应用。

作者:付勃 王珂
刊名:中医临床研究 2014年23期 78-79页
英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine
关键词:三草降压汤;肝火上炎型;高血压性眩晕
中图分类号: R255.4
DOI号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2014.23.046

丹参注射液和银杏达莫注射液治疗冠心病心绞痛疗效差异分析

Curative effects of Danshen injection plus Yinxing Damo injection on CHD angina pectoris

杨明华

(南阳市第九人民医院, 河南 南阳, 473000)

中图分类号: R259 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0062-02 证型: BGA

【摘要】目的: 探讨丹参注射液和银杏达莫注射液治疗冠心病心绞痛的临床效果差异。方法: 选择冠心病心绞痛患者 80 例, 随机分为观察组和对照组。观察组在常规治疗基础上给予银杏达莫注射液, 对照组在常规治疗基础上给予丹参注射液。观察两组治疗效果差异。结果: 观察组心绞痛疗效的总有效率高于对照组心绞痛疗效的总有效率, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组心电图疗效的总有效率高于对照组的心电图疗效的总有效率, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 银杏达莫注射液治疗冠心病心绞痛的临床效果优于丹参注射液, 值得借鉴。

【关键词】冠心病; 心绞痛; 丹参注射液; 银杏达莫注射液

【Abstract】Objective: To explore clinical difference of Danshen injection and Yinxing Damo injection on CHD angina pectoris. Methods: 80 patients with angina pectoris were randomly divided into observation group and control group. The observation group was treated with Yinxing Damo injection with routine treatment, Danshen injection was given to the control group with routine treatment. Results: the total efficiency of angina pectoris in the observation group was higher, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The total efficiency of ECG in the observation group was higher than that in the control group. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: The clinical effect of Yinxing Damo injection treatment on angina pectoris of coronary heart disease is better than Danshen injection, it is worthy of reference.

【Keywords】 Coronary heart disease; Angina pectoris; Danshen injection; Yinxing Damo injection

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.028

冠心病是常见的心血管疾病类型。冠心病主要是由于冠脉粥样硬化形成而导致冠脉管腔阻塞或狭窄, 从而引起心肌细胞缺血产生的相关临床症状和体征。冠心病在祖国医学中属于“胸痹”范畴。在临床治疗冠心病措施中, 处理给予抗血小板类药物、硝酸酯类药物外, 同时可给予银杏达莫注射液或丹参注射液等辅助治疗, 目的是提高治疗效果^[1]。但银杏达莫注射液和丹参注射液在冠心病中的临床效果是否存在差异, 本文从药理学角度对二药的临床作用进行比较。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所选患者均为我院 2012 年 1 月—2015 年 1 月收治的冠心病心绞痛患者, 所选患者符合西医制定的冠心病心绞痛诊断标准和分级^[2], 上述患者中无神经官能症病例、无更年期症状患者、无甲状腺功能异常患者、无反流性食管炎患者。上述患者均同意参与本实验, 均能够完成本实验规定的疗程。所选病例随机分为观察组和对照组各 40 例, 观察组男性 25 例, 女性 15 例, 平均年龄 (59.1±6.1) 岁, 平均病程 (2.2±1.8) 年; 对照组男性 26 例, 女性 14 例; 平均年龄 (58.3±5.5) 岁平均病

程 (2.4±1.3) 年。两组患者一般资料方面比较, 差异无统计学意义, ($P > 0.05$) 具有可比性。

1.2 方法

两组患者均给予充分休息、保持情绪稳定, 给予止痛吸氧等处理, 同时给予硝酸酯类药物、抗血小板类药物、 β 受体阻断药等。观察组患者同时给予银杏达莫注射液 (上海新先锋药业有限公司, 国药准字 H20045315, 批号: 111024) 20 ml 加入生理盐水注射液 (250 ml) 中静脉滴注, 用药 1 次/d, 连续应用 15 d。对照组患者给予丹参注射液 (湖南九芝堂股份有限公司, 国药准字 Z43020931, 批号 121107) 30 ml 加入生理盐水注射液 (250 ml) 中静脉滴注, 用药 1 次/d, 连续应用 15 d。

1.3 疗效评定标准

1.3.1 心绞痛疗效评定标准

治疗后患者的心绞痛相关症状消失或相关症状基本消失; 或者心绞痛发作次数和治疗前比较减少超过 80%; 或者心绞痛发作时所用硝酸甘油的量和治疗前比较减少超过 80%, 评为显效; 患者治疗后的心绞痛症状和治疗前有显著改善, 心绞痛发作次数和治疗前比较减少 50%~80%, 评为有效; 治疗结束后患者的心绞痛相关症状和治疗前比较没有改善, 心绞痛发作次

数和与治疗前比较没有减少或减少低于 50%，或用于缓解心绞痛症状的硝酸甘油用量减少低于 50%，为无效。

1.3.2 心电图疗效评定标准

治疗后患者的心绞痛症状消失，心电图测得结果提示 ST 段和 T 波恢复到心电图正常形态，运动试验结果由阳性结果转变为阴性结果，评为显效；患者治疗后心绞痛临床症状和治疗前有所减轻，心电图检查结果提示为 ST 段低平在一定程度上有所改变，T 波倒置在一定程度上得到纠正，评为有效；治疗后患者的心绞痛症状没有缓解和改善，心电图没有改善，ST 段仍处于低平状态，T 波仍未倒置状态，评为无效。

1.4 统计学处理

在统计学软件 SPSS18.0 下进行统计学分析，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，显示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心绞痛疗效评定结果比较

观察组心绞痛疗效评定的总有效率高于对照组心绞痛疗效评定的总有效率，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组心绞痛疗效评定结果比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	18	12	10	75.0
观察组	40	27	11	2	95.0

注：与对照组比较， $\Delta P < 0.05$

2.2 两组心电图疗效评定结果比较

观察组心电图疗效评定的总有效率高于对照组的心电图疗效评定的总有效率，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组心电图疗效评定结果比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	16	13	11	72.5
观察组	40	25	12	3	92.5 Δ

注：与对照组比较， $\Delta P < 0.05$

相似文献：

银丹心脑血管胶囊对老年冠心病心绞痛患者的治疗效果

目的：探讨银丹心脑血管对老年冠心病心绞痛患者血脂及疗效的影响。方法：选择 91 例老年冠心病心绞痛患者作为研究对象，随机分为治疗组（46 例）和对照组（45 例），对照组患者均给予常规西药治疗，治疗组患者在此基础上给予银丹心脑血管通治疗，4 粒/次，3 次/d，疗程均为 8 周，检测治疗前后两组患者血脂指标并进行疗效判定。结果：治疗组患者治疗总有效率（43 例，93.5%）高于对照组（35 例，77.8%），差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；治疗后两组患者 TC、TG、HDL-C 和 LDL-C 水平均有明显改善，并且治疗组患者 TC、TG 和 LDL-C 水平

3 讨论

冠心病心绞痛在祖国医学中属“胸痹”范畴，属于本虚标实，本虚以气虚为多见，标实主要以血瘀为多见。冠心病心绞痛在治疗过程中以活血通脉止痛为主。西医认为冠心病心绞痛主要是因为冠脉粥样硬化所致的血管腔狭窄或阻塞而引起的心肌细胞缺血缺氧而引发的相关症状和体征。银杏达莫注射液属于复方制剂，每支含银杏总黄酮（4.5~5.5 mg）及双嘧达莫（1.8~2.2 mg）。研究表明，银杏达莫注射液对动脉血管有扩张作用，能够降低血管通透性而改善水肿状态^[3]，能够改善血流动力学指标，降低血液的粘滞性，对血小板的聚集产生抑制作用，提高心肌细胞对缺氧的耐受程度^[4,5]。丹参注射液是中药丹参的提取物制成的注射制剂，丹参注射液在冠心病心绞痛应用也较多，产生了一定的临床治疗效果。本文结果显示，观察组在疗效评定和心电图疗效评定方面的总有效率均高于对照组，说明银杏达莫注射液在治疗冠心病心绞痛方面取得的临床效果优于丹参注射液，这与二药的药理作用分不开的，进一步说明银杏达莫注射液对改善冠心病心绞痛患者症状方面具有显著优势（优于丹参注射液），值得临床借鉴。

参考文献：

- [1] 廖天南. 丹参治疗冠心病的有效成分分析及其药理学探析[J]. 中医临床研究, 2012, 3(21): 32-33.
- [2] 杨兴华, 刘国安. 中医药治疗冠心病心绞痛的研究进展[J]. 中医临床研究, 2011, 4(20): 120-122.
- [3] 马强. 丹参注射液联合地尔硫磺治疗混合型心绞痛疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 5(17): 1896-1898.
- [4] 周群, 侯东彬. 银杏达莫注射液的药理作用及不良反应研究进展[J]. 中国药房, 2013, 10(28): 2686-2688.
- [5] 查勇, 李羚. 银杏达莫注射液治疗不稳定型心绞痛的 Meta 分析[J]. 时珍国医国药, 2011, 8(05): 1271-1273.

编辑：赵聪 编号：EB-15081212F（修回：2015-09-02）

低于对照组，HDL-C 水平高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：银丹心脑血管胶囊可有效降低老年冠心病心绞痛患者血脂水平，提高治疗效果。

作者：杨春静 彭磊

刊名：中医临床研究 2015 年 21 期 33-35 页

英文刊名：Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词：冠心病；心绞痛；老年；银丹心脑血管胶囊；疗效

中图分类号：R259

DOI 号：10.3969/j.issn.1674-7860.2015.21.017

高通量透析器在维持性血液透析患者中的应用及护理

Clinical application of high flux dialyzer in hemodialysis

王文静

(解放军第 91 中心医院, 河南 焦作, 454150)

中图分类号: R473.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0064-02 证型: BAI

【摘要】探讨维持性血液透析患者使用高通量透析器的护理方法及效果。方法: 对我院 36 例透析患者进行高通量血液透析治疗, 并给予针对性的护理措施, 监测使用前和使用后 3 个月在饮食、精神、活动能力等方面的改善情况。结果: 使用后比使用前在饮食、精神、活动能力等方面, 有极大改善, 患者生活质量明显改善。结论: 高通量透析和相应的护理措施能明显改善维持性透析患者的生活质量。

【关键词】高通量透析器; 生活质量; 护理

【Abstract】To evaluate the effect of high flux dialyzer on hemodialysis. Methods: 36 cases of hemodialysis took high flux hemodialysis treatment, and were given the targeted nursing measures to monitor first and 3 months of the improvement. Results: after using, greatly improved, the quality of life of patients improved significantly. Conclusion: high flux hemodialysis and the corresponding nursing measures can significantly improve the quality of life with maintenance hemodialysis.

【Keywords】Highflux dialyzer; Quality of life; Nursing

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.029

目前, 随着透析理论、技术、设备不断完善及发展, 透析患者生存时间显著延长, 对生命质量的要求随之提高^[1]。然而在常规透析中患者也极易发生透析并发症, 如营养不良, 肾性骨病, 电解质及酸碱平衡紊乱、透析高血压及低血压, 脂代谢异常, 心血管、神经、皮肤等各方面的并发症, 从而导致患者脸色、食欲、精神、活动、睡眠差^[2]。现通过对我院 36 例长期透析患者使用高通量透析器透析使用前后疗效的对比, 使用后患者生活质量明显提高, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组维持性血液透析 36 例, 其中男性 22 例, 女性 14 例; 年龄 29~73 岁, 维持性血液透析均在 4 个月以上, 原发病: 慢性肾功能不全 16 例, 高血压肾病 10 例, IgA 肾病 7 例, 糖尿病肾病 3 例。

1.2 方法

所有病人都使用高通量透析器透析, 型号为 REXEED-15UC, 病人每周透析 3 次, 共 12 h, 血流量为 250~300 ml/min, 透析液流量 500 ml/min, 并进行严格的护理。

2 护理方法

2.1 做好心理护理

治疗前向患者及家属介绍病情、治疗目的、治疗过程和可能发生的情况, 让病人了解自己在治疗过程中的病情变化和毒素清除效果情况, 消除患者紧张及恐惧心理, 使患者树立信心,

理解并配合治疗。

2.2 透析器的选择

选择合适的高通量透析器是关键, 面积过大会导致病人不耐受, 面积过小会影响透析效果, 导致严重的贫血、营养不良、心衰、肾性骨关节病变^[3]。方法有: ①根据患者的干体重; ②根据患者的营养状况; ③根据病人的毒素水平, 主要看肌酐、尿素氮高低来选择; ④根据每次透析的评估单来选择。根据这样的要求去选择合适的个体化透析方案, 可以提高临床疗效。

2.3 保证充足的血流量

保证充足的血流量是高通量透析的关键环节之一, 穿刺前应充分评估患者的血管通路, 相对固定人员操作, 提高穿刺成功率。每次透析应有计划安排穿刺部位, 采取“阶梯式穿刺法”或“扣眼穿刺法”, 利于血管的修复, 延长内瘘的使用寿命。应向病人讲解血管通路的重要性, 注意观察保护内瘘, 每日用喜疗妥涂抹穿刺部位, 可以促进患者的皮肤愈合与血管恢复。

2.4 密切观察和监测

高通量透析器对水通透性高, 在短时间内排除大量溶质和水分, 影响患者血液动力学的稳定, 就要求透析过程中严密观察病人的生命体征变化, 尤其是低血压, 如发现应立即报告医生, 停止超滤, 并立即给予高渗糖、生理盐水补液治疗。

2.5 加强营养支持

高通量透析在清除毒素时, 蛋白质也有可能被滤出, 所以应鼓励患者食高蛋白食物, 每天每公斤体重补充蛋白质 1.2~

1.5 g, 如牛奶、蛋清、肉类等, 同时保证充足的热量, 禁含钾高的食物, 适当吃一些含维生素丰富的水果和蔬菜^[4]。

3 评价方法

3.1 评价标准

①食欲: 有饥饿感, 能按时进食。食量大增, 食欲明显提高; ②精神状态: 面色红润, 精神状态良好, 思维清晰, 善于交流; ③活动能力: 可做力所能及的家务劳动, 甚至能正常上班, 无强烈依赖性; ④睡眠: 不依赖睡眠药物入睡, 每晚睡眠时间 5~7 h。

3.2 统计学方法

采用 SPSS10.0 软件进行检验, 检验水准 $P < 0.05$ 。

4 结果

使用前后各项指标比较, 见表 1。

表 1 使用前后在食欲、精神、活动能力、睡眠各方面的比较 [n (%)]

使用前后	n	食欲	精神	活动能力	睡眠
使用前	36	23 (64.0)	21 (58.0)	22 (61.0)	17 (47.0)
使用后	36	31 (86.0)	33 (91.0)	30 (83.0)	32 (88.0)

5 讨论

本次研究旨在高通量透析器在血液透析病人中的应用及相应的护理方法进行探讨^[5]。抽取我院维持性血液透析病人 36

例, 均采用高通量透析, 同时根据透析方式的特点给予针对性的护理措施, 监测使用高通量透析器前后 3 个月病人在食欲、精神、活动能力、睡眠质量等方面的改善情况来评价透析方式及护理的价值。在监测分析中发现, 在使用高通量透析器透析治疗, 并给予针对性护理措施后, 透析更充分, 效果更显著。为透析病人的生活带来了新的曙光, 无论是从食欲、精神状态、活动能力、睡眠质量等各方面, 都有了明显的提高和改善。降低了患者的住院率、死亡率及各种并发症的发生, 大幅度减少了病人的经济负担。从而提高了患者的生活质量, 延长了寿命。

参考文献:

[1] 杨柳芬, 杨希林. 长期血透患者应用高通量透析的护理[J]. 蛇志, 2004, 16(3): 52-53.
 [2] 王希婧. 高通量透析在维持性血液透析中的应用效果及护理[J]. 中外健康文摘, 2013, 10(22): 252-253.
 [3] 王桂华. 高通量透析的临床护理体会[J]. 中外医学研究, 2010, 8(9): 146.
 [4] 郑晓艳, 蔡元如, 蔡淑华, 等. 高通量血液透析在维持性血液透析患者中的应用[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(18): 2760-2761.
 [5] 卢金金. 高通量透析器在血液透析病人中的应用及护理[J]. 全科护理, 2013, 11(10): 2714-2715.

编辑: 白莉 编号: EB-15070809F (修回: 2015-09-12)

益脉康片联合卵磷脂络合碘片对眼底出血性疾病患者的临床疗效分析

Clinical effect analysis of treatment of fundus hemorrhage disease by Yi Mai Kang tablet combined with Iodized Lecithin Tablets

王家良

(郑州博爱耳鼻喉医院, 河南 郑州, 450000)

中图分类号: R773.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0065-03 证型: BDGI

【摘要】目的: 探究益脉康片联合卵磷脂络合碘片对眼底出血性疾病患者的临床疗效。方法: 选取 2014 年 1 月—2015 年 1 月我院收治的 107 例眼底出血性疾病患者进行研究, 根据数字法随机分为观察组和对照组, 观察组中 54 例患者, 采用益脉康片联合卵磷脂络合碘片进行治疗, 对照组 53 例患者, 仅采用益脉康片进行治疗, 观察两组患者治疗效果。结果: 观察组治疗后显效人数显著多于对照组, 视力恢复水平显著高于对照组, 治愈时间显著短于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 益脉康片联合卵磷脂络合碘片治疗眼底出血性疾病患者, 能有效控制患者病情, 有助于患者视力的恢复。

【关键词】 益脉康片; 卵磷脂络合碘片; 眼底出血性疾病

【Abstract】Objective: To explore the clinical effect of Yi Mai Kang tablet combined with Iodized Lecithin Tablets in the treatment of patients with fundus hemorrhage disease. Methods: 107 cases of patients with fundus hemorrhagic disease admitted in our hospital From January 2014 to January 2015 were taken for study and were randomly divided into observation group and the control group. The observation group with 54 cases was treated with Yi Mai Kang tablet combined with Iodized Lecithin Tablets, while the control group with 53 cases was treated with Yi Mai Kang tablet. Finally, the effect on two groups of patients were evaluated after the treatment. Results: The effective number of the observation group after treatment was significantly more than that of control group, the difference was statistically significant, $P < 0.05$; the visual acuity level of observation group was significantly higher than that of the control group, the difference was statistically significant, $P < 0.05$; the curative period of the observation group was significantly shorter than that of the control group, the

difference was statistically significant, $P < 0.05$. Conclusion: Yi Mai Kang tablet combined with Iodized Lecithin Tablets in the treatment of fundus hemorrhagic disease can effectively control patients' disease condition and help patients restore vision.

【Keywords】 Yi Mai Kang tablet; Iodized Lecithin Tablets; Fundus hemorrhagic disease

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.030

眼底出血是许多眼底血管性病变的一种共同的表现。全身性血管、血液性病变都可以从视网膜及其血管反应出来，同时也可直接引起视网膜的出血性病变，眼底出血性疾病是眼科中常见的疾病^[1]。在对眼底出血性疾病患者进行治疗时，主要的治疗药物有益脉康和卵磷脂络合碘片两种，这两种药物药效相近，均能有效改善患者眼底出血的症状，但单独使用某种药物时，患者眼部愈合时间长，视力恢复慢^[2]。为探究益脉康联合卵磷脂络合碘片对眼底出血性疾病患者的临床疗效，选取我院收治的 107 例眼底出血性疾病患者分组进行研究，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院 2014 年 1 月—2015 年 1 月收治的 107 例患者，随机分为观察组（54 例）和对照组（53 例）。观察组男性 27 例，女性 27 例，年龄 18~67 岁，平均年龄（36±1.7）岁，病程 1~7 d，平均病程（2.8±0.3）d；对照组男性 26 例，女性 27 例，年龄 18~69 岁，平均年龄（35±1.4）岁，病程 1~7 d，平均病程（2.9±0.7）d。所有患者在性别、年龄等方面差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 诊断标准

纳入标准：①所有患者均符合眼底出血性疾病患者的诊断标准；②患者无其他原发性疾病；③患者入院信息完整；④患者家属均知情，并签署知情同意书；⑤患者无精神病史，能自主配合治疗。

排除标准：①患者不符合眼底出血性疾病患者的诊断标准；②患者患有精神病史，无法自主配合治疗；③患者入院信息残缺；④患者家属不知情；⑤患者在智力、与人交流方面存在障碍，无法自主配合治疗。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组

对照组采用益脉康片（云南白药集团大理药业有限公司，国药准字：Z20060304）进行治疗，益脉康片 80 mg/次，3 次/d，口服。观察患者眼底出血及视力变化的情况。

1.3.2 观察组

观察组采用益脉康片联合卵磷脂络合碘片进行治疗，在对照组的基础上给予卵磷脂络合碘片（日本第一药品产业株式会社，批准文号：H20110014）的治疗，卵磷脂络合碘片 0.2 mg/次，3 次/d，口服。观察患者视力变化及眼底出血情况。

1.4 复查标准

1.4.1 复查标准

对患者进行眼压、视力、散瞳直接眼底镜、眼底造影、裂隙灯及眼部 B 超等检查，同时检查患者电解质及血常规等指标，排除甲状腺肿大等出现异常的患者。

1.4.2 观察指标

对患者视力变化、临床疗效及治愈时间进行分析比较，观察患者治疗效果。患者的临床疗效具体表现为：显效，视力完全恢复到病发的水平；有效，眼底出血症状有显著改善；无效，视力检查无变化，眼底出血现象无改善。

1.5 统计学方法

采用 SPSS13.0 统计软件分析，数据比较采用 χ^2 检验，计量数据以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，进行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效的比较

观察两组患者的治疗效果，发现观察组治疗后显效人数显著多于对照组，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效的比较 [n (%)]

组别	n	显效	有效	无效
观察组	54	50 (92.6) *	4 (7.4) *	0 (0.0)
对照组	53	35 (66.0)	15 (28.3)	3 (5.7)

注：与对照组相比，* $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗前后视力变化分析

观察两组患者治疗前后视力变化的情况，发现治疗后观察组视力水平显著高于对照组，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。见下表 2。

表 2 两组患者治疗前后视力变化分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 6 周
观察组	54	0.42±0.14	0.71±0.16*	0.87±0.13*	0.96±0.17*
对照组	53	0.41±0.16	0.47±0.15	0.71±0.12	0.82±0.11

注：与对照组相比，* $P < 0.05$

2.3 两组患者治愈时间的比较

观察两组患者的治愈时间，发现观察组的治愈时间显著短于对照组，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。见下表 3。

表 3 两组患者治愈时间的比较 [n (%)]

组别	n	治愈时间 (d)		
		≤10	11~29	≥30
观察组	54	16 (29.6)	30 (56.0)	8 (14.8) *
对照组	53	10 (18.9)	25 (47.2)	18 (34.0)

注：与对照组相比，* $P < 0.05$

3 讨论

为探究益脉康片联合卵磷脂络合碘片对眼底出血性疾病的临床疗效，选取我院收治的 107 例眼底出血性疾病患者进行分组研究。结果如下：治疗后显效人数观察组显著多于对照组，视力恢复水平高于对照组，治愈时间短于对照组。提示了益脉

康片联合卵磷脂络合碘片对眼底出血性疾病患者治疗效果显著,究其原因,笔者认为与两种药物的药理有关^[3,4]:益脉康片是另一种治疗眼底性出血的药物,属于纯中药的制剂。益脉康可有效促进纤维蛋白活血且具有较强的抗凝功效,能改善视网膜局部微循环、增加局部组织血流量,降低视网膜静脉阻塞血液黏滞的状态及扩展视网膜周围的血管,从而消除血栓增加血流量,达到降低血管通透性及改善视网膜循环的作用,改善患者眼底出血情况。在治疗中,单独使用益脉康效果并不显著,但仍能控制患者病情的发展。而卵磷脂络合碘片是当前唯一口服的有机碘片,每片含碘量为 100 μg。卵磷脂络合碘片不仅发挥了传统碘剂的治疗作用,而且避免了摄碘量偏高、碘疹及胃肠道损伤等现象,有效改善了患者的临床治疗效果。卵磷脂络合碘片在被甲状腺摄取合成甲状腺素后,不仅促进眼组织尤其是视网膜细胞处的新陈代谢,而且还促进了全身组织的新陈代谢,可加快病理性产物的吸收及促使减少炎症物质的渗出,有利于炎症及出血现象的消除;同时,碘可直接渗入视网膜的组织细胞中,可促进视网膜糖酵解及增强视网膜色素上皮的新陈代谢,缓解或消除玻璃体混浊,改善患者眼底出血的症状。因

此,益脉康及卵磷脂络合碘片两种物质联合使用,效果更加显著,因而观察组治疗显效人数多于对照组,愈合时间短于对照组以及视力恢复水平高于对照组。

综上所述,益脉康片联合卵磷脂络合碘片对眼底出血性患者治疗效果显著,是一种有效的治疗方法,值得临床推广。

参考文献:

[1]王敏,王升,许淑云,等.氩激光类经瞳孔温热疗法治疗黄斑脉络膜新生血管性病变疗效观察[J].中国实用眼科杂志,2012,30(11):1342-1344.
 [2]冯绍鸿,刘冰,杜锐,等.中药龙血竭片治疗脉络膜新生血管性病变临床观察[J].世界中西医结合杂志,2011,6(6):496-498.
 [3]杜红彦,李志英,王蓉,等.直流电离子导入复方丹参注射液治疗眼底出血性疾病临床研究[J].长春中医药大学学报,2011,27(6):938-939.
 [4]廖良,韦企平,和明目片参与治疗眼底出血性疾病的系统评价[J].湖南中医药大学学报,2010,30(12):65-67.

编辑:赵聪 编号:EB-15081701F (修回:2015-09-10)

相似文献:

中医辨证与辨病结合治疗眼底出血性疾病 20 例体会

目的:分析探讨中医辨证与辨病结合治疗眼底出血性疾病的临床效果。方法:选取 2010—2014 年我院眼科收治的所有眼底出血患者中的 32 例,随机分为实验组和对照组,分别采用中医辨证与辨病疗法和西医治疗法对患者进行治疗,并对两组患者治疗后的临床效果进行比较分析。结果:实验组痊愈人数 11 例,有效人数 8 例,无效人数 1 例,总有效率 95%,对照组的痊愈人数 3 例,有效人数 7 例,无效人数 2 例,总有效率 83.3%,效果明显低于实验组。结论:中医辨证与辨病结合治疗眼底出血是一种有效措施,值得推广和应用,也应该引起社会的重视。

作者:刘红梅

刊名:中医临床研究 2015年08期 101-102页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词:中医辨证;辨病;眼底出血

中图分类号: R246.82

DOI号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2015.8.058

活血化瘀法在治疗出血性疾病中的运用综述

中医认为,出血的病因病机复杂,主要表现在风、火、痰、虚、瘀等方面,其中“瘀”为“蓄血”,所谓“离经之血便是瘀血”,“瘀血不去,则出血不止,新血不生”,运用活血化瘀之法治疗各种出血性疾病,是具有中医独特特征的疗法,并在临床上取得了显著疗效。本文针对运用此法治疗脑出血、阴道流血、眼底出血、便血、皮下出血等方面进行综述。

作者:霍岩 徐瑞 孙善美 黄帅 张琪

刊名:中医临床研究 2014年28期 141-142页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

中图分类号: R442.7

DOI号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2014.28.081

益气活血通脉汤对糖尿病周围神经病变患者生活质量的影响

目的:观察益气活血通脉汤对糖尿病周围神经病变患者生活质量的影响。方法:将 60 例患者随机分成治疗组 30 例与对照组 30 例,两组均给予饮食控制、合理运动处方;口服降糖药物或注射胰岛素控制血糖;对照组应用弥可保片治疗;治疗组在对照组基础上加用益气活血通脉汤治疗。两组均以 30d 为 1 个疗程,2 个疗程评价疗效。观察两组中医临床证候疗效和治疗前后生活质量 SF-36 量表评分积分情况及不良反应变化。结果:两组中医临床证候疗效比较,治疗组与对照组总改善率分别为 83.3%和 60.0% ($P < 0.05$);两组生活质量 SF-36 量表评价积分,治疗组在总体健康、身体疼痛、活力、情感职能、精神健康、健康变化、生理职能等维度积分高于对照组 ($P < 0.05$)。生理功能、社会功能积分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者不良反应症状均有不同程度加重,但治疗组明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:益气活血通脉汤治疗糖尿病周围神经病变能改善中医临床症状,减轻不良反应,提高生活质量。

作者:陆群英 李坚 梁增益 黄道明 黄志良 叶中峰 黄政乐

刊名:中医临床研究 2014年36期 68-70页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

止渴养阴胶囊治疗 2 型糖尿病临床疗效分析

Clinical curative analysis of treatment of type 2 diabetes mellitus

by Zhike Yangyin capsule

郭春香

(北京市房山区中医医院, 北京, 102400)

中图分类号: R587 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0068-02 证型: DGB

【摘要】目的: 观察止渴养阴胶囊治疗 2 型糖尿病的疗效。为中医药治疗 2 型糖尿病奠定基础, 为预防和治疗糖尿病的大血管并发症提供方向和依据。方法: 采用自身前后对照方法。观察 84 例 2 型糖尿病患者服用止渴养阴胶囊治疗前后对主要中医临床症状及糖化血红蛋白 (HbA1C)、空腹血糖浓度 (FPG)、餐后 2 h 血糖浓度 (2 h PG) 的影响, 治疗疗程为 3 个月。结果: 根据中医证候疗效的比较, 该实验有效率高达 90.0%, 治疗前后有统计学意义 ($P < 0.05$), 两组治疗前后比较, FPG、2 h PG、HbA1C ($P < 0.05$), HbA1c、FPG、2 h PG 有显著性差异 ($P < 0.05$)。结论: 在中医辨证论治的理论指导下, 用止渴养阴胶囊通过益气养阴补脾益肾法来治疗气阴两虚型 T2DM 患者, 可有效改善 T2DM 患者的临床症状和体征, 降低血糖、糖化血红蛋白, 且安全、有效, 具有广泛的应用前景, 值得进一步深入研究。

【关键词】 2 型糖尿病; 止渴养阴胶囊; 空腹血糖

【Abstract】 Objective: To observe the curative effect of zhikeyangyin capsule in the treatment of type 2 diabetes mellitus in order to lay the foundation for the treatment of type 2 diabetes mellitus, and provide direction and basis for the prevention and treatment of large vascular complications of diabetes. Method: By the method of self - control 84 cases of patients with type 2 diabetes were treated by providing thirst Yangyin capsule for 3 months and TCM clinical efficacy and symptoms, glycosylated hemoglobin (HbA1c) along with fasting plasma glucose (FPG), postprandial 2 hours blood glucose (2 h PG) impact were observed and compared after the treatment. Results: The comparison of TCM efficacy before and after treatment in the two groups showed that the treatment experiment has efficiency as high as 90.0%, and do possess statistical significance ($P < 0.05$). FPG、2 h PG、HbA1c ($P < 0.05$), HbA1c, FPG, 2hPG. have significant difference ($P < 0.05$). Conclusion: Under the guidance of theory in the Traditional Chinese Medicine on the treatment of, with thirst, nourishing Yin capsule by supplementing qi and nourishing Yin fill spleen and tonifying kidney to treat patients with syndrome of deficiency of both qi and Yin T2DM, can effectively improve T2DM patients with clinical symptoms and signs, lowering blood glucose, glycosylated hemoglobin, and is safe and effective, with a wide range of applications, it is worth further study.

【Keywords】 Type 2 Diabetes; Zhike Yangyin capsule; Fasting blood glucose
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.031

2 型糖尿病是中老年患者临床中比较常见的疾病之一。世界卫生组织资料显示, 2 型糖尿病是目前世界上对人类产生最大威胁的疾病。2 型糖尿病的产生和发展及后期的并发症都和患者血糖控制是否达标, 中医脾肾两脏气阴虚实有关^[1,2]。因此, 能够按照中医辨证及急则治其标, 缓则治其本, 整体观念等的原则及理论^[3]。我们探讨在临床上 2 型糖尿病, 属于消渴气阴两虚型患者服用止渴养阴胶囊, 通过益气养阴补脾益肾法来治疗, 使 2 型糖尿病患者血糖、糖化血红蛋白降低, 临床症状、体征及中医证候改善。本实验我们对符合纳入条件的 84 例 2 型糖尿病, 属于消渴气阴两虚型患者进行研究治疗, 疗程 3 个月, 安全、有效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此项研究观察的 84 例 2 型糖尿病病例来源于 2013 年 5

月—2013 年 8 月, 在我院内科系统采用以健脾益气法为主的止渴养阴胶囊治疗, 门诊 72 例(占 85.7%)、住院 12 例(占 14.3%)。其中, 男性 36 例, 女性 48 例; 平均年龄 (59.0 ± 9.98) 岁; 病程 <1 年 5 例, 1~5 年 15 例, >5~10 年 34 例, >10~15 年的 26 例, >15 年 4 例。两组患者在年龄、病程等一般性临床资料方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。采用自身前后对照方法。本次实验研究已经经过我院伦理委员会批准, 患者和患者家属都已经签署知情同意书。

1.2 纳入标准

所有患者都参照《中药新药治疗消渴病(糖尿病)临床研究指导原则》; 所有患者都符合世界卫生组织制定的糖尿病的临床诊断标准^[3]。符合西医 2 型糖尿病诊断标准, 中医辨证属气阴两虚、脾肾不足证; 已进行饮食控制、运动疗法, 或饮食控制+运动疗法+降糖西药治疗, 经筛选期 2 周后, 糖化血蛋白

白 $\geq 7.0\%$ ，且空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L，或餐后 2 h 血糖 ≥ 11.1 mmol/L；筛选期至少 2 次非同日检测，血糖值均符合者；降糖西药为磺脲类和（或）双胍类，或单独使用胰岛素治疗，且疗程不少于 3 个月，用药剂量稳定在 1 月以上；确诊糖尿病 3 个月以上；年龄在 18~65 岁。

1.3 研究方法

服用止渴养阴胶囊，0.5 g/粒，相当于生药 1 g/粒，3 粒/次，3 次/d，1 个月为 1 个疗程，共观察 3 个疗程。如已用西药降糖药治疗 3 个月以上，病情未达良好控制者，可加用止渴养阴胶囊，进行观察治疗。

1.4 疗效判定及评价标准

1.4.1 中医证候疗效标准

应用尼莫地平法评价，计算公式（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分 $\times 100.0\%$ ，以百分数（%）表示，评价标准如下：临床痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 90.0\%$ ；显效：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少 $\geq 70.0\%$ ；有效：中医临床症状、体征均有好转，证候积分减少 $\geq 30.0\%$ ；无效：中医临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少 $< 30.0\%$ 。

1.4.2 血糖控制状态判定标准

1.4.2.1 空腹血糖控制状态

理想：4.4 mmol/l \leq 空腹 ≤ 6.1 mmol/l；良好：6.1 mmol/l $<$ 空腹血糖 ≤ 7.0 mmol/l；差：空腹血糖 > 7.0 mmol/l。

1.4.2.2 餐后 2 h 血糖控制状态

理想：4.4 mmol/l \leq 餐后 2 h 血糖 ≤ 8.0 mmol/l；良好：8.0 mmol/l $<$ 餐后 2 h 血糖 ≤ 10.0 mmol/l；差：餐后 2 h 血糖 > 10.0 mmol/l。

1.4.2.3 糖化血红蛋白控制状态

理想：糖化血红蛋白 $\leq 6.5\%$ ；良好：6.5% $<$ 糖化血红蛋白 $\leq 7.5\%$ ；差：糖化血红蛋白 $> 7.5\%$ 。

1.5 安全性指标

患者治疗后，未发现其他不良反应。

1.6 统计学方法

本研究所有数据及所得资料均采用 SPSS18.0 数据处理软件进行处理分析，其中计量数据资料采用 *t* 进行检验，记录方式为 ($\bar{x} \pm s$)，计数数据资料采用 χ^2 进行检验 $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。

2 结 果

临床治疗患者 84 例，临床治愈 61 例，显效 7 例，有效 9 例，无效 8 例，总有效率为 91.7%。治疗后患者的血糖指标，详见表 1。

表 1 治疗后患者的血糖指标 (n, %)

血糖指标	理想	良好	差	总有效率
空腹血糖	70	7	7	91.7
餐后 2 h 血糖	59	14	11	86.9
糖化血红蛋白	61	10	13	84.5

3 讨 论

2 型糖尿病属中医学“消渴”范畴，是目前临床最为常见的老年性疾病，其并发症严重影响患者的身心健康，发病原因复杂多样，有学者指出 2 型糖尿病中医体质与肥胖、血脂、血凝指标等相关，中医学认为其与气虚、血瘀、痰湿等密切相关^[4]，止渴养阴胶囊是北京同仁堂股份有限公司研制的 6 类中药新药，主要由人参、黄芪、生地黄、山茱萸、山药、天花粉、猪胰脏粉等组成。它充分结合现代制药技术，打破传统药物的局限性，开创“以脏养脏、以胰补胰”的全新清源修复疗法。特别针对糖尿病患者因胰腺功能衰竭， β 细胞受损，不能正常分泌胰岛素及胰岛素抵抗等原因引起的并发症，实现营养修复胰脏。体内增敏排毒，全面康复并发症，使中国糖尿病治疗领先世界。具有益气养阴、滋阴健脾的功效。用于气阴两虚，脾肾不足证 2 型糖尿病。本研究以止渴养阴胶囊治疗气阴两虚、脾肾不足证 2 型糖尿病，治疗前后各项观察指标对照，结果提示止渴养阴胶囊可显著降低糖化血红蛋白，改善中医证候疗效明显，降低空腹、餐后 2 h 血糖，且不良反应较少，安全性好，未出现严重不良事件，值得临床推广。

参考文献:

[1]程学军. 2 型糖尿病中医辨病辨证论治方案的临床疗效评价[J]. 中国医药导报, 2010, 7(1): 83-85.
 [2]周东海, 王小强, 王海燕, 等. 2 型糖尿病中医证候学与体质相关性研究[J]. 时珍国医国药, 2009, 20(10): 2639-2641.
 [3]黄巧智, 畅金剑. 补肾养阴益气活血法治疗 2 型糖尿病临床观察[J]. 中医临床研究, 2012, 04(9): 19-20.
 [4]柳红芳, 王皓, 胡照娟, 等. 2 型糖尿病中医体质与肥胖、血脂、血凝指标的相关性分析[J]. 北京中医药大学学报, 2011, 34(10): 702-706.

编辑: 赵聪 编号: EB-15081205F (修回: 2015-09-01)

相似文献:

活体荧光眼底造影对长期 2 型糖尿病小鼠视网膜血管损害的观察

目的: 活体观察长期 2 型糖尿病小鼠视网膜血管的损害。
 方法: 应用荧光眼底血管造影 (FFA) 活体观察视网膜血管，对长期 2 型糖尿病小鼠视网膜血管数量及渗漏状态进行综合评价。结果: 眼底照相显示长期 2 型糖尿病小鼠视网膜可见动脉反光增强，静脉迂曲扩张，未见明显荧光素渗漏，但可见毛细

血管网密度降低。结论: 2 型糖尿病小鼠的视网膜血管损害主要表现为血管退行性变，而非血管的渗漏。

作者: 马红婕 张欣 唐仕波 汪建新 汪振芳
 刊名: 中医临床研究 2015 年 24 期 24-26 页

健脾化痰祛瘀方防治腹透患者腹膜纤维化 60 例临床研究

Clinical study of prevention and treatment of 60 cases with peritoneal dialysis-related peritoneal fibrosis by Jianpi Huatan Quyu decoction

孟立锋 谢永祥 陶志虎 杨端云*

(广西中医药大学第一附属医院, 广西 南宁, 530023)

中图分类号: R255.9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0070-04 证型: IDGB

【摘要】目的: 观察健脾化痰祛瘀方防治腹透相关性腹膜纤维化的临床疗效。方法: 按纳入标准选取 2013 年 1 月—2015 年 1 月腹膜透析患者 60 例, 随机分为治疗组 30 例(基础治疗加健脾化痰祛瘀方), 对照组(基础治疗) 30 例。随访 6 个月, 观察治疗前后, 腹透患者痰瘀互结临床证候及腹透液中 TGF-β₁、VEGF、α-SMA 及 E-cadherin 因子水平变化。结果: 治疗后, 两组间比较, 治疗组临床证候积分及腹透液中 TGF-β₁、VEGF 及 α-SMA 因子下降水平与对照组比较有统计学差异 (P<0.05)。腹透液中 E-cadherin 蛋白的表达上升水平与对照组比较有统计学差异 (P<0.05)。结论: 健脾化痰祛瘀方有较好的防治腹膜纤维化、保护腹膜功能的作用。

【关键词】腹膜透析; 腹膜纤维化; 健脾化痰祛瘀方; 临床疗效

【Abstract】Objective: To observe the clinical therapeutic effect of Jianpi Huatan Quyu Decoction in the prevention and treatment of peritoneal dialysis-related peritoneal fibrosis. Methods: Sixty qualified patients were randomized into the treatment group and the control group with digital sorting method. Each group contains thirty patients. Both groups received routine basic treatment and additionally the treatment group received oral use of Jianpi huatan quyu Decoction. A 6-month follow-up was carried out to observe the change in patients on peritoneal dialysis of clinical symptoms and the level of TGF-β₁, VEGF, α-SMA, E-cadherin expression in peritoneal fluid and the impact of Jianpi huatan quyu Decoction. Results: After treatment, comparison between the two groups, the treatment group clinical symptoms and levels of peritoneal dialysis effluent decrement (TGF-β₁, VEGF, α-SMA) were significantly higher (P<0.05). Level E-cadherin peritoneal dialysis effluent is higher than the control group (P<0.05). Conclusion: Jianpi Huatan Quyu Decoction can prevent or reduce the incidence and progression of peritoneal fibrosis, thus, protecting the peritoneal function.

【Keywords】 Peritoneal dialysis; Peritoneal fibrosis; Jianpi Huatan Quyu Decoction; Clinical efficacy

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.032

腹膜透析 (Peritoneal dialysis, PD) 是终末期肾脏病的主要替代治疗方法之一, 但在 1~4 年内, 仍有 3.0%~36.0% 的病人出现腹膜超滤衰竭 (ultrafiltration failure, UFF), 造成大量患者退出腹透, PD 相关性腹膜纤维化 (peritoneal fibrosis, PF) 是导致 UFF 和患者退出 PD 的首要原因^[1], 阻碍了腹膜透析的发展。因此, 积极研究防治腹膜纤维化、保护腹膜功能的治疗方法, 成为当今医学界研究的热点之一。

PF 目前缺乏有效防治措施, 中医药在防治 PF 显示广阔的应用前景。我们在既往研究的基础上, 认为脾肾亏虚、痰瘀互结是腹膜纤维化的主要病机^[2], 提出应用健脾化痰祛瘀法防治腹膜纤维化。本研究旨在探讨健脾化痰祛瘀方对腹透患者痰瘀互结临床证候积分及腹透液中 TGF-β₁、VEGF、α-SMA 及 E-cadherin 因子的影响, 为健脾化痰祛瘀方防治腹透患者腹膜纤维化提供现代医学证据。

1 临床资料

1.1 一般资料

病例来源于 2013 年 1 月—2015 年 1 月在广西中医药大学第一附属医院肾内科住院病人。共 60 例, 均为执行标准 CAPD 治疗患者。按随机数字表随机分为治疗组、对照组各 30 例。治疗组男性 20 例, 女性 10 例; 年龄 41~67 岁, 平均年龄 54.4 岁; 腹透治疗时间 6~14 个月, 平均腹透治疗时间 9.87 个月, 原发病: 慢性肾小球肾炎 14 例, 糖尿病肾病 9 例, 高血压肾病 4 例, 狼疮性肾炎 1 例, 梗阻性肾病 1 例。对照组男性 18 例, 女性 12 例。年龄 43~68 岁, 平均年龄 58.6 岁; 腹透治疗时间 6~18 个月, 平均腹透治疗时间 12 个月; 原发病: 慢性肾小球肾炎 13 例, 糖尿病肾病 8 例, 高血压肾病 5 例, 多囊肾 1 例, 梗阻性肾病 1 例。两组在性别、年龄、腹透治疗时间等一般资料比较, 差异均无统计学意义, 具有可比性 (P>0.05)。

1.2 纳入标准

①慢性肾功能衰竭尿毒症期行标准连续性非卧床腹膜透析 (CAPD) 治疗至少 6 个月者。②年龄 18~70 岁。③愿意接

受本研究并签署知情同意书者。

1.3 排除标准

①严重肺功能不全者。②合并急性心肌梗死、严重心力衰竭，NYHA 分级Ⅲ级以上者。③合并恶性肿瘤、多脏器功能衰竭者。④合并严重外伤、烧伤及大手术患者。⑤临床随诊困难者。⑥已知对该研究用方中某种药物成分过敏者。⑦曾行血液透析或肾移植治疗后，改行腹膜透析者。

1.4 中止研究标准

研究过程中病情恶化，出现严重的并发症，或出现严重的不良反应和不良事件。

2 治疗方法

2.1 对照组

①充分腹膜透析。透析方案：所有患者均给予 CAPD，腹透液为 Baxter 公司。均测尿素清除指数 Kt/V 及 Ccr，并根据 Kt/V 及 Ccr 值调整患者透析方案，使其达到充分透析；②对有并发症者，如高血压、电解质紊乱、感染、贫血等结合西药对症治疗。

2.2 治疗组

腹膜透析治疗方法、西医对症处理同对照组，在此基础上加用具有健脾化痰祛瘀功效的免煎中药，药物由本院中药房提供。以六君子汤为基础方加减（黄芪 15 g，党参 10 g，白术 10 g，茯苓 10 g，半夏 10 g，陈皮 6 g，炙甘草 6 g，川芎 15 g，丹参 20 g，菟丝子 15 g）。1 剂/d，疗程 6 个月。

3 观察指标和检测方法

3.1 临床证候观察

面色黧黑或晦暗，肌肤甲错，肢体麻木或刺痛，身重困倦，脘腹胀满，口中粘腻或口干不欲饮，恶心呕吐，食少纳呆，大便粘滞不爽，舌质紫黯或有瘀点、瘀斑，舌下筋系瘀紫，苔厚腻，脉弦滑或细涩；辨证及证候评分由本科两名主治医师确认。

3.2 记录时间

治疗组及对照组均在入院当天记录 1 次。以后每 2 周记录 1 次。

3.3 检测腹透液中反映腹膜纤维化程度的指标：TGF-β₁、VEGF、α-SMA 及 E-cadherin

①标本采集：抽取受检者夜间留腹透液 10 ml，以 1500 r·min⁻¹ 离心 5 min，取上清 1.5 ml 保存于 -20℃ 冰箱待测。

②检测方法：采用双抗体夹心酶联免疫吸附法（ELISA 法）检测腹透液中 TGF-β₁、VEGF、α-SMA 及 E-cadherin 因子的含量。检测过程严格按照试剂盒说明书进行操作，根据各孔

吸光度值及标准曲线计算待测 TGF-β₁、VEGF、α-SMA 及 E-cadherin 浓度。ELISA 试剂盒均购于武汉博士德生物工程有限公司。

③检测时间：治疗组及对照组均在入院第 2 d 检测 1 次，6 个月后，对照组及治疗组各再检测 1 次。

3.4 药物安全性指标的观察

测定患者服药期间的反映心脏及肝脏功能变化的指标：肌酸激酶-MB 同工酶（CK-MB）、谷草转氨酶（AST）、谷丙转氨酶（ALT）、谷氨酰转氨酶（GGT）。由本院生化室检测，检测时间同腹透液指标。

4 中医证候积分评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》制定的痰瘀互结症状分级量化标准和中医证候疗效评定标准。采用半定量等级资料计分评价方法，即按无（0 分）、轻（1 分）、中（2 分）、重（3 分）四个等级评定。舌脉具体描述，不计分。分别于治疗前及治疗后每 2 周进行计分记录，并对治疗后每次积分记录取平均值，观察治疗前后积分变化。

5 统计学方法

数据用 SPSS17.0 统计学软件进行统计分析，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，两组间样本比较采用 *t* 检验，检验水准 *P* = 0.05。

6 结果

6.1 治疗组与对照组中医证候积分比较

研究结果显示，用药前治疗组与对照组的中医证候积分比较无显著性差异 (*P* > 0.05)；治疗后，两组中医证候积分组间比较，治疗组改善作用明显优于对照组 (*P* < 0.05)。详见表 1。

6.2 治疗组与对照组腹透液中 TGF-β₁、VEGF、α-SMA 及 E-cadherin 因子水平比较

研究结果显示，治疗后，两组组间比较，治疗组腹透液中 TGF-β₁、VEGF、α-SMA 因子水平降低程度优于对照组 (*P* < 0.05)，E-cadherin 因子水平升高程度优于对照组 (*P* < 0.05)。详见表 2。

6.3 治疗组与对照组药物安全性观察指标的比较

研究结果显示，治疗组患者未发现各种不良症状和体征，治疗组反映心脏功能、肝功能的指标 CK-MB、AST、ALT、GGT，治疗前后，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，表明腹膜透析患者服用健脾化痰祛瘀方，对心脏功能及肝功能无明显影响，服用安全。详见表 3。

表 1 治疗组与对照组中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
面色晦暗	2.71 ± 0.59	0.86 ± 0.35*	2.91 ± 0.26	1.92 ± 0.46
肌肤甲错	2.70 ± 0.47	0.92 ± 0.26*	2.72 ± 0.46	1.94 ± 0.45
肢体麻木或刺痛	1.93 ± 0.79	0.65 ± 0.49*	2.2 ± 0.77	1.55 ± 0.64
身重困倦	2.68 ± 0.64	1.05 ± 0.38*	2.72 ± 0.46	1.85 ± 0.54
脘腹胀满	2.30 ± 0.68	0.78 ± 0.46*	2.28 ± 0.70	1.68 ± 0.62
口中黏腻	1.90 ± 0.78	0.51 ± 0.52*	2.10 ± 0.77	1.63 ± 0.74

续表 1

项目	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
口干不欲饮	2.54±0.65	0.80±0.56*	2.42±0.74	1.68±0.62
恶心呕吐	1.48±0.92	0.27±0.46*	1.52±0.92	1.00±0.75
食少纳呆	2.47±0.64	0.83±0.56*	2.40±0.74	1.60±0.74
大便黏滞不爽	2.27±0.70	0.47±0.52*	2.20±0.77	1.47±0.74

注: 与对照组治疗后相比, *P<0.05

表 2 两组腹透液中 TGF-β₁、VEGF、α-SMA 及 E-cadherin 因子水平比较 (x̄±s)

项目 (pg/ml)	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TGF-β ₁	164.84±32.38	130.56±14.54*	166.74±27.04	165.21±26.97
VEGF	95.87±18.59	63.62±12.95*	87.12±27.37	86.08±24.85
α-SMA	105.87±21.79	68.72±13.15*	103.72±22.37	95.08±25.15
E-cadherin	136.67±19.59	192.52±10.55*	133.72±20.31	149.08±12.05

注: 与对照组治疗后相比, *P<0.05

表 3 治疗组与对照组药物安全性观察指标的比较 (x̄±s)

项目	治疗组 (n=30)		对照组 (n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
CK-MB(U/L)	17.27±12.04	16.73±9.46	13.40±8.62	13.40±7.72
AST(U/L)	22.93±5.62	24.47±8.43	25.60±5.97	24.20±6.09
ALT(U/L)	12.73±6.02	15.33±10.52	14.67±6.51	13.80±5.77
GGT(U/L)	17.07±6.77	20.13±11.76	32.80±15.84	28.73±14.76

7 讨论

腹腔及腹膜是腹膜透析得以进行的场所,在《素问·热论》中指出“脾主大腹”,说明腹膜的转运功能与脾脏功能有密切相关性。在腹膜透析过程中,腹膜透析患者腹腔中每天要灌入大量的腹透液并要留腹一定时间,人为的造成水湿困脾的病理局面。日久,脾主运化功能不及,导致腹透患者透析效能减低,超滤减少,最终,出现腹膜失功,退出腹膜透析。

基于以上原因,我们提出脾肾亏虚,痰瘀互结是腹膜纤维化的主要病机,以健脾补肾、化痰祛瘀法来防治腹透相关性腹膜纤维化^[2]。以六君子汤为基础方加减(黄芪、党参、白术、茯苓、半夏、陈皮、炙甘草、川芎、丹参、菟丝子),组成健脾补肾,化痰祛瘀中药复方,作为评价抗腹膜纤维化效果的研究方药。方中针对长期腹透液在腹腔造成“水湿困脾”的病机以黄芪、党参、白术、茯苓、炙甘草健脾益气,菟丝子补脾肾;针对痰瘀互结于腹膜脉络,以半夏、陈皮理气化痰,川芎、丹参活血化瘀。本研究发现,健脾化痰祛瘀方能明显改善腹透患者痰瘀互结的临床证候及改善致腹膜纤维化因子水平。

TGF-β₁被认为是腹膜纤维化发生发展整个过程中的核心因子,能诱导细胞外基质(extracellular matrix, ECM)表达并抑制其降解,最后导致ECM在腹膜组织的大量沉积。VEGF作为促进血管生成的最重要因子,促进腹膜血管的大量增生,导致腹膜血管的高渗透性病变,为腹膜纤维化提供条件。通过测定腹透液中的TGF-β₁、VEGF因子水平,能反映腹膜纤维化的程度。本研究发现健脾化痰祛瘀方对腹透液中TGF-β₁、VEGF

因子均有一定的抑制作用,提示健脾化痰祛瘀方可能部分通过抑制TGF-β₁、VEGF因子的激活发挥抗纤维化作用。

目前研究认为,腹膜间皮细胞间充质转化(Epithelial-Mesenchymal Transition, EMT)是腹膜纤维化的起始和可逆环节^[3]。间皮细胞标志物如ZO-1、E-cadherin等表达量减少和间充质细胞标志物如α-SMA、Vimentin等表达量增加提示可能存在EMT^[4]。TGF-β₁能够启动并促进上皮细胞EMT的发生,是该过程中最重要的细胞诱导因子^[5]。我们既往的研究观察到化痰祛瘀中药能减轻腹膜纤维化大鼠腹膜致密层厚度,可能与抑制α-SMA及上调E-cadherin蛋白的表达有关^[6]。通过测定腹透液中的α-SMA、E-cadherin因子水平,以反映腹膜间皮细胞EMT。本研究发现,健脾化痰祛瘀方能抑制腹透液中α-SMA因子表达,并上调E-cadherin水平,进而抑制腹膜间皮细胞EMT的发生,这一作用可能部分通过抑制TGF-β₁信号通路而起作用,有待进一步研究。

综上所述,腹膜透析患者使用健脾化痰祛瘀方后,能明显改善腹膜透析患者痰瘀互结的临床症状。同时,本研究也提示健脾化痰祛瘀方能抑制腹膜纤维化相关因子的表达,进而保护腹膜功能。该作用可能与其抑制致腹膜致纤维化因子TGF-β₁、VEGF的表达,进而抑制EMT有关。

参考文献:

[1] 范汝燕,翁宁,徐佳美.持续性非卧床腹膜透析患者退出原因分析[J].中国中西医结合肾病杂志,2008,9(8):708-709.
 [2] 孟立锋,史伟.从痰瘀互结论腹膜纤维化的病因病机[J].新中

医,2012,44(08):200-201.

[3]Aroeira L S,Aguilera A,Sanchez-Tomero J A, et al.Epithelial to mesenchymal transition and peritoneal membrane failure in peritoneal dialysis patients : pathologic significance and potential therapeutic interventions[J].Am Soc Nephrol,2007,18(7):2004-2013.

[4]Zeisberg M,Neilson E G.Biomarkers for epithelial-mesenchymal transitions[J].Clin Invest,2009,119(6):1429-1437.

[5]Leung JC,Chan LY,Tang SC,et al.Leptin induces TGF-beta synthesis through functional leptin receptor expressed by human peritoneal mesothelial cell[J].Kidney Int,2006,69(11):2078-2086.

[6]陈刚毅,苏保林,孟立锋,等.化痰祛瘀法对腹膜纤维化大鼠腹膜致密层厚度及 SMA、E-cadherin 蛋白表达的影响[J].湖南中医杂志,2011,27(05):126-127.

基金项目:

广西青年自然科学基金(编号:2013GXNSFBA019142)。

课题来源:

广西壮族自治区卫生厅中医药科技专项课题(编号:GZPT1210)。

作者简介:

杨端云*, 通讯作者, E-mail: 857945487@qq.com。

孟立锋, 博士, 研究方向: 中医药防治肾脏病的研究, E-mail: mlf428@126.com。

编辑: 赵聪 编号: EB-15081501F (修回: 2015-09-10)

肺炎患儿采用中医综合疗法治疗的效果评价

Treating Children pneumonia in TCM

乔亚丽

(舞钢市人民医院, 河南 舞钢, 462500)

中图分类号: R242 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0073-02 证型: IGD

【摘要】目的: 观察中医综合疗法治疗小儿肺炎的临床疗效。方法: 将 194 例小儿肺炎病例, 随机分为中医组与西医组, 每组 97 例。西医组根据临床检查采取相应的抗生素进行治疗; 中医组采用中医综合治疗方法进行治疗。结果: 中医组总有效率 99.0%, 对照组 93.8%, 两组比较差异显著 ($P < 0.05$)。在两组患儿临床体征的消失时间比较上, 中医组明显优于西医组 ($P < 0.05$)。中医组没有出现并发症, 而西医组出现了 5 例并发症。结论: 中医综合治疗小儿肺炎疗效好, 并发症少, 可以快速改善患儿临床症状。

【关键词】 小儿肺炎; 中医治疗; 疗效

【Abstract】 Objective: To observe TCM for children pneumonia. Methods: 194 cases of pediatric pneumonia cases were randomly divided into TCM group and western medicine (WM), 97 patients in each group. The WM group selected antibiotic based on examination results. The TCM treatment took the integrative medicine therapy. Results: The total efficiency in TCM group was 99.0%, 93.8% in the WM group, there were significant differences between the two group ($P < 0.05$). As for major clinical symptoms disappearance time, the TCM group was significantly better than the WM group ($P < 0.05$). Conclusion: TCM treatment for children pneumonia was significantly better.

【Keywords】 Children pneumonia; TCM; Curative effect

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.033

肺炎为儿科常见病, 西医疗法治标不治本。所以利用中医辨证思维, 摸索治疗小儿肺炎更有效方法是十分有必要的。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究病例来自 2014 年 1 月—2015 年 3 月, 本院确诊的肺炎患儿 194 例, 男性 94 例, 女性 100 例, 年龄 4 个月~11 岁, 平均年龄 (3.8±2.7) 岁, 病程 1~8 d, 所有患儿肺部均有干湿性啰音, 血象均有增高, 肺部纹理不清晰, 可见一定大小的阴影。194 例患者被随机分为中医综合治疗组 97 例 (简称中医组) 和西医治疗组 97 例 (简称西医组)。两组患儿一般情

况差异无统计意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

所有患儿先进行血常规、X 线检查, 根据检查结果进行相应的中西医疗。两组治疗时间均为 6~10 d。

1.2.1 西医疗法

采用抗菌治疗, 使用的抗生素主要为青霉素、氨苄青霉素、头孢菌素、红霉素、阿奇霉素等。根据个人病情体征或过敏情况, 选择合适的药物。并根据病情进行止咳、化痰、平喘等的治疗。

1.2.2 中医综合疗法

①中医内服用药的辨证思想为宣肺定喘、清热化痰。1号麻杏止咳方：石膏 30 g，鱼腥草 15 g，桑叶、葶苈子、瓜蒌、黄芩、白芥子、前胡各 10 g，杏仁、炙麻黄、炙甘草各 6 g，川贝 5 g，以清热、止咳、化痰、平喘为主要特点。2号方为：生地黄 15 g，玄参、麦冬、款冬花、炙百部、白芍各 10 g，半夏、薄荷、炙甘草各 6 g，川贝母 5 g，以滋阴清热、润肺化痰为主要特点。其中，一号适用于急性期，二号适用于恢复期治疗。1剂/d，根据年龄大小分次服用。②外敷疗法：大黄面、玄明粉按 5：1 混匀，温水调成糊状敷于双肺对应的前胸部和背部。根据不同年龄和病情确定敷药时间。3岁以下 10 min/次，3~7岁 15 min/次，7岁以上 20 min/次，1~2次/d，最长不超过 30 min，以免皮肤出现溃烂。

1.3 疗效判定标准^[3]

痊愈：用药治疗后主症基本消失（体温降为正常、咳嗽停止，啰音消失、X线阴影消失）。显效：用药治疗后，症状大部分消失。好转：用药治疗后，症状有所减轻。无效：用药治疗结束时，主症没有消失或者反而加重。痊愈、显效和好转均为有效。

1.4 统计学方法

用 SPSS14.0 统计软件进行统计学分析，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用 *t* 检验；计数资料以百分数 (%) 表示，采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 表示差异显著。

2 结果

2.1 两组患儿临床疗效比较

两组总有效率比较中医组明显高于西医组 (*P* < 0.05)。具体见表 1。

表 1 临床疗效对比表 [n (%)]

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
中医组	97	86(88.7)	8(8.3)	2(2.1)	1(1.0)	96(99.0)
西医组	97	73(75.3)	14(14.4)	4(4.1)	6(6.2)	91(93.8)

2.2 两组患儿治疗后症状消失的时间对比

中医组在临床体征消失时间方面明显优于西医组，差异有统计意义 (*P* < 0.05)，详见表 2。

表 2 临床体征消失时间 (d)

组别	n	发热	咳嗽	喘息	咳痰	湿性啰音
中医组	97	3.00±1.35*	5.11±2.55*	3.11±1.40*	3.26±1.40*	4.94±1.63*
西医组	97	4.45±1.05	9.65±2.10	3.92±1.74	5.25±1.65	8.68±1.75

注：与西医组比较，**P* < 0.05

2.3 两组并发症对比

中医组无并发症患者出现，西医组出现了 4 例并发症，主要表现为突然面色苍白，口唇、肢端发紫，晨起晕倒；患者食欲不振、神情疲惫等。通过强心利尿、健脾胃的治疗后症状才有所好转。

3 讨论

目前，西医治疗小儿肺炎仍以抗生素为主，但抗生素的滥用会引起很多副作用。中医认为，小儿肺炎主要是因为小儿脏腑娇嫩，气血未充，经脉未盛，精气未足，卫外未固，寒暖不调所致。临床发现，小儿肺炎发病过程初期为：风热闭肺，发展为痰热闭肺，后期为阴虚肺热^[1]。据此，我们针对小儿肺炎不同时期采取了不同的治疗方案，在止咳、化痰、消除肺部阴影及啰音等方面都取得了满意的效果。

内服方中川贝母、白芥子、杏仁、半夏、炙百部、葶苈子都可以抑制咳嗽中枢，扩张支气管，因此，这些药配伍具有镇咳、平喘祛痰的作用^[2]。桑叶走肺经，可泻肺中邪热，清肺中伏火，达到去痰止咳之功效；而黄芩、鱼腥草则具有抗菌、抗病毒作用，对肺炎双球菌、流感病毒均有抑制作用；麻黄具有发汗、解热和抗流感病毒作用；石膏具有清热泻火、除烦止渴的功效，常用于肺热型咳嗽^[3]；因此，在治疗小儿肺炎时选用了这些药材进行配伍，达到了较好的效果。外用药中的大黄具有清热、解毒、泻下之功效，如果内服则容易导致胃脾寒，而外用敷于肺脏所对背部则药效显得温和些，刚好可起清肺热之功效^[4]，可有效消除肺部患者的啰音或胸片中的阴影。通过本次研究分析可以看出，采用中医辨证思想治疗小儿肺炎疗效确切，并发症少，可以快速改善患儿临床症状，值得推广。

参考文献：

[1]李建春.麻杏石甘汤加味治疗小儿肺炎的临床观察[J].中医临床研究,2013,5(9):82-83.
 [2]赵思佳,马艳红,傅延龄.麻杏石甘汤治疗小儿肺炎随机对照试验的系统评价及量效分析研究[J].中华中医药杂志,2013,28(2):361-367.
 [3]凌珊,易炳学,龚千锋.9种润肺止咳中药对小鼠镇咳作用的比较研究[J].江西中医药,2013,44(371):53-54.
 [4]杨伟鹏,王怡薇,王彦礼,等.不同炮制方法对大黄泻下、解热、抗炎作用的影响[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(13):117-119.

作者简介：

乔亚丽 (1978-), 女, 本科, 主治医师, 主要从事儿科相关疾病的研究。E-mail: qiaoliya32@163.com。

编辑：赵聪 编号：EB-15080606F (修回：2015-08-25)

相似文献：

浅谈婴幼儿肺炎的护理体会

目的：探讨婴幼儿肺炎的综合护理效果。方法：对 168 例婴幼儿肺炎患儿在积极配合医生治疗的同时给予全面细致、正确有效的综合护理，并分析治疗、护理效果及不良反应发生的情况。结果：168 例患儿除 5 例重症转上级医院外，其余均达

到预期效果，并痊愈出院，未见明显不良反应发生，且患儿家属对护理服务十分满意。

作者：吴晓慧

刊名：中医临床研究 2015 年 23 期 128-129 页

英文期刊名：Clinical Journal of Chinese Medicine

穴位贴敷治疗小儿肺炎的疗效分析

Analysis of curative effect of acupoint-application on pediatric pneumonia

李金艳¹ 李德成²

(1.日照市人民医院, 山东 日照, 276800; 2.日照市妇幼保健计划生育服务中心, 山东 日照, 276800)

中图分类号: R244.9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0075-02 证型: IDGB

【摘要】目的: 观察穴位贴敷法在小儿肺炎治疗中的应用与效果。方法: 随机将我院收治的 60 例小儿肺炎患者分成甲乙两组各 30 例, 分别给予其西医常规治疗与西医加中医穴位贴敷治疗, 观察两组效果。结果: 治疗后, 两组患儿临床症状均有所好转, 甲组治疗总有效率为 83.3%, 同乙组的 96.7%相比, 差异显著 ($P < 0.05$)。结论: 针对临床小儿肺炎患者, 在常规西医治疗基础上, 给予其中药穴位贴敷治疗, 可明显提升治疗效果, 值得临床推广。

【关键词】 穴位贴敷; 小儿肺炎; 西医

【Abstract】 Objective: To observe the application and effect of acupoint-application in the treatment of pediatric pneumonia. Methods: 60 cases with pneumonia in our hospital were randomly divided into A and B group with 30 cases each. Group A was given the routine treatment of Western medicine, while Group B was provided Western medicine plus Chinese medicine acupoint sticking therapy. After the treatment the effects of the two groups were observed. Results: After treatment, the clinical symptoms were improved in both groups of children. The total effective rate was 83.3% of Group A and that was 96.7% in Group B, the difference was significant ($P < 0.05$). Conclusion: For pediatric pneumonia patients, the conventional western medicine treatment combined with acupoint sticking therapy can significantly improve the therapeutic effect, which is worthy of promotion.

【Keywords】 Acupoint-application; Pediatric pneumonia; Western Medicine

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.034

临床上, 针对肺炎的治疗, 普遍采用全身给药, 即口服药物与静脉滴注药物, 该治疗方式, 不仅疗程长、花费高, 且患儿若免疫功能较低也极易导致病症迁延不愈, 直接威胁到小儿的健康成长。近年来, 我国儿科采用中药穴位贴敷法来治疗小儿肺炎, 取得了较显著的效果, 现将报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

抽选我院于 2013 年 7 月—2014 年 12 月收治的 60 例小儿肺炎患儿作为观察对象, 年龄 2~11 岁, 平均年龄 (6 ± 2) 岁, 平均病程 (4.3 ± 2.5) d。其诊断均符合实用儿科学第七版肺炎诊断标准, 且临床上均表现出不同程度的发热、咳嗽、气喘与痰鸣等情况。随机将所有患儿分成甲乙两组各 30 例, 且两组患儿在一般资料上比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

甲组患儿被给予常规西医治疗, 有细菌感染给予患儿应用头孢类或青霉素类抗生素, 以达到抗感染的效果, 若患儿合并肺炎支原体、衣原体感染时, 加红霉素、阿奇霉素等大环内酯类抗生素对症治疗, 另外还有各种退热、化痰等对症支持治疗。在此基础上, 乙组则给予中药穴位贴敷治疗, 处方为: 半夏、黄麻各 6 g, 枇杷叶、薄荷各 10 g, 藿香、紫苏子、枳实各 12 g, 黄芩 15 g, 大青叶 20 g, 鱼腥草 30 g, 将所有药物磨

成细末, 加上麻油或凡士林, 在穴位贴敷之前需用火罐拔吸, 并用姜蘸上白酒擦拭皮肤, 最后才外敷。贴敷时, 结合患儿病情选取天突、膏肓、膻中、肺俞穴, 取黄豆般大小药糊, 将其涂抹在医用的自粘敷料中间, 而后将其粘贴在患儿所需穴位上, 敷贴 6~8 h/次, 1~2 次/d, 且 2 次间隔时间需超过 4 h, 并以 3 d 为 1 个疗程。

1.3 疗效判定

结合患者临床表现及实验室检查来对其治疗效果进行有效判定。治愈: 呼吸道症状、体征消失, 体温恢复正常, 且肺部啰音消失, 并经 X 线检查肺部病灶全部吸收, 血常规、CRP 等实验室检查恢复正常; 好转: 呼吸道症状、体征明显好转, 且肺部啰音减少, 并经 X 线检查发现肺部病灶并未全部吸收, 血常规、CRP 等实验室检查未完全恢复正常; 未愈: 临床症状与体征均未改善, 甚至有加重趋势^[1]。

1.4 统计学分析

本研究所得全部数据均采用统计学软件 SPSS18.0 加以分析与处理, 用 (%) 表示计数资料, 用 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异存在统计学意义。

2 结果

经统计学分析发现, 两组患儿治疗后, 临床症状均有所好转, 其中, 甲组治疗总有效率为 83.3%, 同乙组的 96.7%相比, 差异显著 ($P < 0.05$), 如表 1。

表1 两组治疗效果对比分析 (n, %)

组别	痊愈	好转	无效	总有效率
甲组	10	15	5	83.3
乙组	16	13	1	96.7

3 讨 论

如今,“经皮给药治疗技术”已成为世界卫生组织积极倡导的一种给药途径,同时也是当前临床儿科研究的重点所在。其中,穴位贴敷法,就是通过对机体表穴位造成刺激,而激发其经络功能,并发挥调和气血,改善机体血液循环,调整机体免疫功能与内外环境平衡,最终起到内病外治的效果。在小儿肺炎治疗中,该治疗法的应用,不同穴位也有着不同功能,肺俞用于治疗气喘、背痛、咳嗽与潮热、盗汗症,膻中用于治疗心悸、咳嗽、气喘、胸痛症,天突用于治疗胸中气逆、咳嗽与哮喘症。同时,现代药理学研究也证明,将药物贴敷在机体皮肤,可使药物分子留存在机体皮肤的真皮层与角质层,进而借助皮肤控制与整合作用,缓慢释放药性,并使之经由毛细血管渗入到血液循环中,以此来扩张局部毛细血管,加快血液循环,相对增加皮肤通透性,使药物能直接通过皮肤来渗透吸收,避免了药物经肝脏吸收而带来的不良反应^[2]。而且同口服药剂相比,避免了药物对患儿肝脏与胃肠道的负面影响,同注射剂相比,减少了患儿的疼痛,提高了患儿的治疗依从性。此外,本

次研究中,中药穴位贴敷所选中药均有疏风解表、疏风清热与宣降肺气的效果,如半夏有肃肺降气之功效,麻黄有解表散寒之功效,紫苏有化痰降气之功效,藿香有化痰除湿之功效,黄芩与鱼腥草有清热解毒之功效等,所有药物配合使用,共同发挥降气化痰、通经活络与疏风清热的效果^[3]。本次研究结果也显示,接受穴位贴敷辅助治疗的乙组患儿,治疗总有效率达96.7%,显著高于仅接受西医常规治疗的甲组的83.3%。由此可见,针对临床上的小儿肺炎患者,在常规西医治疗基础上给予其中药穴位贴敷辅助治疗,可明显改善患者临床症状,减少患儿痛苦,效果显著,值得临床推广。

参考文献:

[1]葛亚男,杨珠英,陈丹玲,等.中药穴位贴敷配合护理治疗小儿肺炎的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2014,7(27):123-124.
 [2]马仕义.中西医结合治疗小儿肺炎50例[J].中医临床研究,2014,6(30):98-99.
 [3]连会娟,王林.小儿肺炎中医外治台介参的祠汗究进展[J].中医临床研究,2013,5(21):105-107.

作者简介:

李金艳(1982-),女,山东临沂人,研究生,住院医师,研究方向:小儿呼吸。
 编辑:赵聪 编号:EB-15090710F (修回:2015-09-20)

赵坤教授治疗小儿反复呼吸道感染经验

Experience of Prof. ZHAO Kun for treating child repetitive respiratory infection

金继超

(郑州市中医院,河南 郑州,450007)

中图分类号: R272 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0076-03 证型: IGDA

【摘要】 小儿反复呼吸道感染多为本虚标实,赵坤教授多采用急则治其标、益肺气、健脾胃,清热祛瘀化痰等辨证论治,赵师认为血瘀是本病的最根本的病理改变,祛瘀要贯穿于治疗的整个过程。

【关键词】 赵坤; 小儿反复呼吸道感染; 经验

【Abstract】 Most of child repetitive respiratory infection is deficiency, the patients were treated by TCM, Prof. Zhao consider blood stasis is the most fundamental pathology of the disease, removing blood stasis should be apply throughout the course of treatment.

【Keywords】 ZHAO Kun; Child repetitive respiratory infection; Experience

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.035

小儿反复呼吸道感染是儿童时期的多发病、常见病,随着社会及自然环境的改变,其发病率呈上升趋势,病程迁延,易于反复,失治误治还可以导致贫血、营养不良、肺功能下降,甚至可以发展为哮喘、慢性支气管炎等,严重影响儿童的健康成长。因此本病越来越受到儿科医家的重视。本病病因、病机尚不完全明确,一般认为与患者的年龄、体质、居住环境、感

染(细菌、病毒、支原体等)、免疫功能低下或紊乱等多种因素有关系。近年来中医治疗本病收到良好效果。俞景茂教授和解少阳法治疗小儿反复呼吸道感染^[1];周莹用健脾法治疗小儿反复呼吸道感染^[2];赵坤教授为河南省名中医,从事中医儿科30余载,擅长治疗小儿呼吸系统疾病,在诊治本病方面中积累了丰富的经验,笔者有幸跟师学习,现将赵老师治疗本病经验

介绍如下，以飨读者。

1 急则治其标

小儿脏腑娇嫩，形气未充，稚阴稚阳，寒温不能自调，失于调护易感外淫邪，《温病条辨·解儿难》言小儿“脏腑薄，藩篱疏，易于传变肌肤嫩，神怯，易于感触”。这也成为了小儿呼吸道感染再发的重要因素。因此感邪后要积极祛除外邪。因本病的病理特点是本虚标实，但治标的时候也不忘治本。

病例 1：患儿甲，女，4 岁，2015 年 1 月 8 日初诊。反复呼吸道感染 2 年余，平均每月感冒 1 次，近 1 个月感冒 2 次，表现为鼻塞，流清涕，喷嚏频频，咳嗽无力，咳痰清稀，色白，时有低热，无汗出，纳欠佳，四肢不温，大便稀，小便清长，咽淡红，舌淡苔薄白，脉浮无力。西医诊断：反复呼吸道感染；中医诊断：感冒，证属肺脾气虚而复感寒邪。治以玉屏风散合麻黄汤加减。处方：太子参 6 g，炒白术 6 g，生黄芪 6 g，炙麻黄 3 g，苦杏仁 6 g，防风 5 g，桂枝 3 g，羌活 5 g，砂仁 3 g，炙甘草 3 g，水煎服，1 剂/d。服药 1 周后，流涕、喷嚏减少，咳嗽好转，痰少，无发热，纳转佳，大便成形，小便调。原方去麻黄、杏仁、羌活，加茯苓 6 g，大枣 10 g，继服药 2 周后，流涕、喷嚏消失，无咳痰，纳转佳，二便调。继守方治疗 3 周，以益气固表、健脾。后随访 1 年仅感冒 1 次。

按：此患儿咳嗽无力，咳痰清稀，色白，为肺气虚，纳欠佳，四肢不温，大便稀为脾虚，受凉后出现流清涕，鼻塞，低热无汗等症。辨证属肺脾气虚复感寒邪。方中太子参、炒白术、生黄芪、砂仁益气健脾治本；炙麻黄、苦杏仁、防风、桂枝、羌活散寒解表治其标。疾病后期，外感症状缓解，应固本为主，处方中去麻黄、杏仁、羌活，加用茯苓、大枣增加健脾作用以培土生金。

2 益肺气，调脾胃

小儿的生理特点为：肺脾肾常虚，久病必耗气伤阴。《素问》云：“正气存内，邪不可干；邪之所凑，其气必虚。”脾本虚，加之小儿饮食不节，伤及脾胃，脾运化失职，水谷精微不得散布，则全身不得濡养，正气不足，邪易侵犯。治疗必须益肺气，调脾胃，治以人参五味子汤合健脾散加减。

病例 2：患儿乙，男，6 岁，2012 年 6 月 10 日初诊。反复支气管炎 2 年余，每 2 个月 1 次，曾患支气管肺炎 3 次。动则汗出，入寐时多汗，纳食欠佳，小便频数，时有夜间尿床，四肢欠温，面色少华。舌淡红苔薄白，脉沉细。西医诊断：反复呼吸道感染；中医诊断：感冒，辨证属气阴亏虚。气阴不足，气不摄津。治当益气滋阴，补肾健脾。处方：太子参 6 g，五味子 6 g，山茱萸 6 g，生黄芪 6 g，炒赤芍 6 g，生山楂 6 g，鸡内金 6 g，地骨皮 6 g，菟丝子 9 g，炙甘草 3 g，红枣 12 g，龟甲 12 g。7 剂，水煎服，1 剂/d。服药期间，患儿外出受凉新感又起，鼻流清涕，咳嗽，咳痰清稀，咽红明显，时有低热。舌质红，苔薄白，脉浮数。治拟和解表里，疏风肃肺。处方：柴胡 6 g，黄芩 6 g，太子参 6 g，杏仁 6 g，丹参 6 g，生黄芪 6 g，炒白术 6 g，制半夏 9 g，浙贝母 9 g，制玉竹 9 g，蝉蜕 4.5

g，防风 4.5 g，炙甘草 3 g。经守方治疗 1 周后，咳嗽消失，咽红渐消，仍小便频数难约，夜间尿床。舌红，苔薄白，脉细。治拟健脾益肺，固摄下元。处方：太子参 6 g，炒五味子 6 g，白术 6 g，生黄芪 6 g，菟丝子 6 g，鸡内金 6 g，补骨脂 6 g，茯苓 9 g，金樱子 12 g，生地黄 12 g，龟板 12 g，红枣 12 g，炙甘草 3 g。上方用药 2 周后加桑螵蛸 6 g 继续守方治疗 3 周，小便已约，夜尿减少，夜尿能自醒。再拟健脾益肺，补肾固摄巩固治疗 3 周。随访 1 年上呼吸道感染 1 次。

按：小儿的生理特点为脏腑娇嫩，形气未充，肺脾肾三脏本虚，加之反复外感，久病耗气伤津，使肺气虚日甚，气血同源，气血生化不足，故后天无以充养先天，累及肾气，故反复呼吸道感染与小便频数、清长等肾虚症状相兼。故本病的病理基础为本虚标实。治疗上遵循以补益固本为主，兼以祛邪的方法。初诊患儿咳嗽迁延，肢末不温，小便难约，夜汗多，脉沉细，故以健脾益气，滋阴补肾为先，以人参五味子汤合黄芪桂枝五物汤健脾补肺，益气养血。太子参、黄芪补气，山茱萸、菟丝子补肾之阴阳，补肾气以温阳固摄；佐地骨皮养阴，防久病伤阴，鸡内金消食和胃。而二诊时患儿新感又起，此时出现虚实夹杂，寒热错综之象，故治疗当以和解表里，肃肺降气为主。以小柴胡汤合玉屏风散加减。四诊后咳嗽、咽红渐愈，外感已除，则以人参五味子汤合缩泉丸健脾益肺，固摄下元。后期继以健脾益肺，补肾固摄巩固治疗，以强其体魄筋骨，断其反复之因，共经 8 周治疗而愈。本例反复呼吸道感染患儿治疗当抓住其本为肺脾两虚，肾气不足。病情迁延反复，出现虚实夹杂之证时，当辨明虚实轻重。初期表里同治，使表邪得祛，里热得清。同时要抓住此病的本质为本虚，故应以益气固表以培其本，益肾补气固摄下元。随不同病情变化阶段随证灵活用药。

3 清热化痰祛瘀

此则可分实热和虚热。目前儿童过多食入膨化食品、快餐、饮料、蛋奶等高热量食物，《素问·奇病论》曰：“肥者令人内热，甘者令人中满。”过多食入肥甘厚味、恣食辛辣香浓易滋湿助热、酿湿生痰，郁而化热、此谓实热。病久，气血亏虚，气不化津，津液亏损，加之湿热耗伤津液，必致阴虚内热，此谓虚热。清实以泻脾散加减。清虚热以沙参麦冬汤合青蒿鳖甲汤加减。

肺主气，司呼吸，司一身之气；肺朝百脉，调节全身血液运行。肺气虚，不能贯心脉以辅心行血，心脉失畅，血液瘀阻脉络，形成血瘀；血瘀反过来又影响肺气之宣降，则肺气虚更甚，恶性循环。脾虚则气血生化之源不足，气虚无力推动血行，血必因之而瘀阻。脾胃受损，运化失司，水湿不化，痰浊内生，阻于血络，久之亦能成瘀。治以加味清胆汤加减。

小儿反复呼吸道感染病因错杂，本质是本虚标实，治疗上应急则指标，缓则治本，治本明辨虚实、寒热，辨证论治。另外中医外治法治疗本病也取得了良好疗效，如小儿捏脊、推拿，穴位贴敷、穴位埋线、艾灸等，如能中药内服加外治法，势必必能取得事半功倍的疗效。

病例3: 患儿丙, 女, 5岁, 2013年1月8日初诊。反复呼吸道感染1年余, 平均每月感冒1次, 近1个月感冒2次, 表现为发热、流涕、呛咳、痰多色黄, 纳欠佳, 大便干, 小便黄, 咽充血明显, 舌红有瘀点、瘀斑, 苔黄, 脉浮数。西医诊断: 反复呼吸道感染; 中医诊断: 感冒, 证属风热挟瘀。治以桑菊饮合大黄牡丹汤加减。处方: 桑叶10g, 菊花10g, 桔梗6g, 苦杏仁6g, 芦根5g, 瓜蒌10g, 连翘6g, 柴胡10g, 大黄3g, 牡丹皮9g, 桃仁10g, 丹参10g, 炙甘草6g, 水煎服, 1剂/d。服药5d, 热减退, 流涕、咳嗽减少, 痰渐少, 纳转佳, 大小便调。原方去柴胡、瓜蒌、大黄, 加白芍10g, 百部10g, 黄芩6g, 继服药1周后, 咳嗽、咳痰消失, 纳佳, 二便调。去桑叶、杏仁、百部继守方治疗2周。后随访1年仅感冒1次。

按: 反复呼吸道感染病程长, 久病成瘀, 且痰瘀往往相互影响, 特别是疾病后期, 相兼为患, 缠绵难愈。所以有医家提出痰瘀同治, 即在治疗时要活血, 在活血时要祛瘀, 这也体现了朱丹溪的“导痰破瘀”原则, 若单独活血, 则瘀祛痰留, 痰留复可致瘀, 痰瘀反复互结, 阻塞气道, 遇感即发, 导致呼吸道感染反复发作。

此患儿反复呼吸道感染, 每次感染均见发热、咳嗽, 咳痰

黄稠, 咽充血, 大便干, 平素舌边见瘀点、瘀斑。为痰热挟淤, 疾病初期需清热化痰, 桑叶、菊花、柴胡疏风清热, 桔梗、苦杏仁、芦根、瓜蒌化痰, 大黄、牡丹皮、桃仁、丹参清热化瘀。5天后痰热减, 去柴胡、瓜蒌、大黄, 加黄芩清肺余热。后咳嗽、咳痰消失, 去桑叶、杏仁、百部, 仍继续清热祛瘀巩固治疗。

总之, 此病病因、病机复杂, 虚实夹杂, 针对病情时缓时著, 证候错综, 往来寒热, 反复不定等征象, 治疗上不可能只攻不补, 也不能只补不攻, 临床上需辨证治疗。血瘀是其最主要的病理改变, 故祛瘀始终要贯穿治疗整个过程。

参考文献:

[1]陈华,肖小星,陶敏,等.俞景茂教授和解少阳法治疗小儿反复呼吸道感染案拾萃[J].中华中医药杂志,2014,29(10):3131-3133.
[2]秦炜,周莹.周莹老师运用健脾法治疗小儿反复呼吸道感染经验[J].云南中医药杂志,2011,32(6):9-10

作者简介:

金继超, 男, 硕士, 医师, 研究方向: 中医药防治小儿呼吸系统疾病。
Email: jinjichao8@163.com。
编辑: 赵聪 编号: EB-15091711F (修回: 2015-09-29)

自拟方治疗慢性支气管炎急性发作期疗效探讨

Discussion on curative effect of self-made prescription on chronic bronchitis in acute stage

易本菊

(重庆市合川区疾病预防控制中心, 重庆, 401520)

中图分类号: R563 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0078-03 证型: IDG

【摘要】目的: 探讨自拟方治疗慢性支气管炎急性发作期临床效果。方法: 选取我科近期收治慢性支气管炎急性发作期患者130例, 随机分为对照组(65例)和观察组(65例), 分别采用常规西医对症治疗和在此基础上加用自拟中药方剂治疗; 比较两组患者临床疗效, 治疗前后中医证候积分及临床复发率等。结果: 对照组和观察组患者临床治疗总有效率分别为70.9%(39/55), 90.9%(50/55); 观察组患者临床疗效显著优于对照组($P < 0.05$); 观察组患者治疗后中医证候积分显著优于治疗前、对照组($P < 0.05$); 对照组和观察组患者临床复发率分别为23.6%(13/55)、9.1%(5/55); 观察组患者临床复发率显著低于对照组($P < 0.05$)。结论: 自拟方治疗慢性支气管炎急性发作期可显著改善临床症状体征, 降低临床复发率, 具有临床应用价值。

【关键词】 中医药; 慢性支气管炎; 急性发作期; 疗效

【Abstract】 Objective: To investigate clinical effect of self-made prescription on chronic bronchitis in acute stage. Methods: 130 patients recently admitted with acute exacerbation of chronic bronchitis were randomly divided into a control group (65 cases) and an observation group (65 cases) which were respectively treated with conventional western medicine and self-made prescription based on therapy for the control group, the clinical efficacy, symptom scores and clinical relapse rates were compared before and after treatment. Results: The total effective rate in the control group and observation group patients were respectively 70.9% (39/55) and 90.9% (50/55), the observation group had significantly better than the control group ($P < 0.05$). observation group The symptom scores were significantly better in the observation group than in control group ($P < 0.05$); the clinical relapse rate was 23.6%(13/55) in the control group and 9.1% (5/55) in observation group; the clinical relapse rate of observation group was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$).

Conclusion: Self-made prescription can significantly improve the clinical symptoms and signs reducing the probability of clinical recurrence, which has clinical significance.

【Keywords】 Traditional Chinese Medicine; Chronic bronchitis; Acute exacerbation; Efficacy
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.036

本次研究选取慢性支气管炎急性发作期患者 130 例, 分别采用常规西医对症治疗和在此基础上加用自拟中药方剂治疗; 比较两组治疗前后中医证候积分及临床复发率等, 探讨自拟方治疗慢性支气管炎急性发作期临床效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院呼吸科 2013 年 5 月—2014 年 5 月收治慢性支气管炎急性发作期患者 130 例, 均符合西医《内科学》和《中医呼吸病学》(第 3 版) 中医诊断标准^[1,2], 同时排除合并肺部重症感染、肺气肿及肺源性心脏病者。入选患者随机分为对照组和观察组, 每组各 65 例; 对照组男性 39 例, 女性 26 例; 年龄 45~72 岁, 平均年龄 (58.61±6.42) 岁; 病程 1~15 年, 平均病程 (9.38±2.62) 年。观察组男性 37 例, 女性 28 例; 年龄 44~72 岁, 平均年龄 (58.48±6.39) 岁; 病程 1~16 年, 平均病程 (9.44±2.68) 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组患者采用包括氧疗、祛痰平喘及控制感染的西医常规对症治疗; 观察组患者则在此基础上加用自拟方辅助治疗, 方剂组成: 金银花 30 g, 生石膏 20 g, 黄芪 20 g, 黄芩 20 g, 连翘 15 g, 杏仁 15 g, 蝉蜕 10 g, 炙麻黄 6 g, 炙甘草 6 g。加水 500 ml 煎至 100 ml, 早晚顿服; 两组患者治疗时间均为 2 周。

1.3 观察指标

①中医证候积分评价参照《中药(新药)临床研究指导原则(试行)》(2002 年)^[3]进行, 评分指标包括咳嗽、咯痰、喘息、大便、舌质及脉象等; ②疗程结束后随访 12 个月, 记录临床复发例数, 计算临床复发率。

1.4 疗效判定标准^[3]

①显效, 临床症状体征明显减轻, 中医证候积分减分率 $>75.0\%$; ②有效, 临床症状体征有所减轻, 中医证候积分减分率 $31.0\%~75.0\%$; ③无效, 临床症状体征未见改善, 中医证候积分减分率 $<30.0\%$ 。

1.5 统计学处理

本次研究数据录入分析软件分别选择 Epidata3.04 和 SPSS14.0; 其中计量资料采用 t 检验, 以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示; 计数资料采用 χ^2 检验, 以 (%) 表示; 检验水准为 $P=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

对照组和观察组患者临床治疗总有效率分别为 70.9% (39/55), 90.9% (50/55); 观察组患者临床疗效显著优于对照

组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	55	13	26	16	70.9
观察组	55	22	28	5	90.9 [*]

注: 与对照组相比, ^{*} $P<0.05$

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

观察组患者治疗后中医证候积分显著优于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	中医证候积分	
		治疗前	治疗后
对照组	55	21.03±3.81	9.35±1.12 [△]
观察组	55	20.84±2.75	5.64±0.75 ^{*△}

注: 与对照组相比, ^{*} $P<0.05$; 与治疗前比较, [△] $P<0.05$

2.3 两组患者临床复发率比较

对照组和观察组患者临床复发率分别为 23.6% (13/55), 9.1% (5/55); 观察组患者临床复发率显著低于对照组 ($P<0.05$)。

3 讨论

作为老年人呼吸系统常见病与多发病之一, 慢性支气管炎是由感染或非感染因素所诱发的气道黏膜及周围组织非特异性慢性炎症^[4,5]; 患者急性发作易导致心肺功能衰竭及肺性脑病, 如不及时控制, 临床死亡率极高。目前西医常规对症治疗慢性支气管炎急性发作疗效欠佳, 且远期复发率居高不下^[6]。中医认为慢性支气管炎急性发作期属“咳嗽”“喘证”范畴, 多因脏腑失调、外邪侵肺、以致宣降失调而热咳、喘、痰生^[7,8]; 故治疗应以清热平喘、止咳祛痰及调理脏腑为主^[9]。笔者自拟方中金银花解毒泄热、生石膏泻热清火、黄芪润肺平喘、黄芩凉血清热、连翘解毒祛瘀、杏仁镇咳宣肺、蝉蜕疏风解热、炙麻黄平喘降逆, 而炙甘草则补中滋阴; 诸药合用共奏解热化痰、镇咳平喘及补肾润肺之功效。

本次研究结果中, 观察组患者临床疗效和治疗后中医证候积分均显著优于对照组 ($P<0.05$), 证实中药方剂辅助治疗慢性支气管炎急性发作期有助于缓解临床症状体征, 提高生活质量; 而观察组患者临床复发率显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 则说明中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作期在降低远期复发风险方面优势明显。

综上所述, 自拟方治疗慢性支气管炎急性发作期可显著改善临床症状体征, 降低临床复发率, 具有临床应用价值。

参考文献:

[1] 马爱群. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 15-17.
 [2] 欧阳忠兴, 柯新桥. 中医呼吸病学[M]. 3 版. 北京: 中国医药科技出版社, 2006: 453-454.
 [3] 郑筱萸. 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: 301-303.
 [4] 尹珊. 慢性支气管炎的病因病理[J]. 社区医学杂志, 2011, 9(3): 70-71.
 [5] 陈灏珠, 林果为. 实用内科学[M]. 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1726.
 [6] 何希敏. 中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(8): 1565-1566.
 [7] 王柏丁, 刘伊铃. 中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作临床疗效[J]. 四川

医学, 2014, 35(3): 369-371.
 [8] 丁书春. 中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作期的疗效观察[J]. 中西医结合研究, 2012, 4(1): 23-25.
 [9] 汤宏涛. 银翘止嗽散治疗慢性支气管炎急性发作期临床观察[J]. 中医学报, 2012, 27(4): 403, 520.

作者简介:

易本菊 (1976-) 女, 汉, 重庆合川人, 主治中医师, 现主要从事结核病防治相关工作。
 编辑: 白莉 编号: EB-15030516 (修回: 2015-04-20)

中药内服外敷治疗急性痛风性关节炎的疗效观察

Efficacy observation on internal and external treatment of acute gouty arthritis by Traditional Chinese Medicine

阳初夏 张远平
 (江门市江海区人民医院, 广东 江门, 529080)

中图分类号: R259 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0080-03 证型: IDGB

【摘要】目的: 探讨四妙勇安汤煎汤内服兼如意金黄散外敷治疗急性痛风性关节炎的疗效观察。方法: 将 70 例痛风急性发作患者随机分为对照组和治疗组各 35 例, 对照组单纯予秋水仙碱口服治疗; 治疗组采取四妙勇安汤煎汤内服兼如意金黄散外敷治疗。参照《中药新药临床研究指导原则》的相关疗效标准来评估疗效。结果: 两组疗效比较 (治疗组总有效率 94.3%, 对照组总有效率 85.7%) 及治疗前后尿酸比较治疗组前后差 (305 ± 68.2) μmol/L, 对照组前后差 (190 ± 63.7) μmol/L 均具有显著性差异 (P < 0.05)。提示治疗组疗效优于对照组。结论: 四妙勇安汤煎汤内服兼如意金黄散外敷治疗急性痛风性关节炎的临床疗效值得肯定。

【关键词】 四妙勇安汤; 如意金黄散; 急性痛风性关节炎

【Abstract】 Objective: To observe the efficacy of Simiao Yong'an Decoction internally combined with Ruyi Huangjin Powder externally in the treatment of acute gouty arthritis. Methods: 70 patients with acute gout attack were randomly divided into a control group and a treatment group, 35 cases in each group. Patients in the control group were treated with colchicine by oral administration; while patients in the treatment group were treated with Simiao Yong'an Decoction internally combined with Ruyi Huangjin Powder externally. With reference to Guiding Principles of Clinical Research on New Medicines of Traditional Chinese Medicine, the curative effect was assessed. Results: The curative effects of the two groups were compared (the total effectiveness of the treatment group was 94.3%, while that of the control group was 85.7%) and uric acid compared before and after the treatment (difference before and after the treatment group (305 ± 68.2) μmol/L, the control group and (190 ± 63.7) μmol/L had significant difference (P < 0.05), which showed the efficacy of the treatment group was better than that of the control group. Conclusion: The clinical effect of Simiao Yong'an Decoction internally combined with Ruyi Huangjin Powder has accurate effect.

【Keywords】 Simiao Yong'an decoction; Ruyi Huangjin powder; Acute gouty arthritis

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.037

近年来, 随着经济发展和生活方式的改变, 痛风患病率逐渐上升^[1], 男性明显多于女性。痛风病最常见类型为痛风性关节炎, 在一定的诱因下反复发作, 往往表现为急性疼痛、肿胀难忍而就。部分慢性患者同时伴有痛风石形成并不同程度关

节活动障碍, 严重者可出现关节畸形、关节残废^[2]。治疗的首要任务就是如何迅速缓解急性痛风性关节炎的发作症状。临床观察中运用四妙勇安汤内服兼如意金黄散外敷治疗急性痛风性关节炎 35 例, 并与单用秋水仙碱治疗 35 例作比较, 取得较

为满意的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院康复理疗科、中医科门诊 2012 年 6 月—2015 年 6 月痛风急性发作患者 70 例,随机分为两组。治疗组 35 例,男性 25 例,女性 10 例;年龄 26~59 岁,平均年龄(46.1±3.7)岁;病程 7~52 h,平均病程(41.2±7.1)h。对照组 35 例,男性 29 例,女性 6 例;年龄 24~57 岁,平均年龄(44.7±4.6)岁;病程 5~72 h,平均病程(50.8±6.3)h。两组患者一般资料比较,无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准:

所有患者均参照 1977 年美国风湿病学学会的分类标准中关于急性痛风性关节炎的诊断标准^[3]。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组

单用秋水仙碱口服。24 h 内:0.5 mg/次,1 次/2 h,首次剂量加倍,如果症状缓解或者出现胃肠道不良反应或者累计总剂量用到 6 mg 时予以停药处理;24 h 后:0.5 mg/次,3 次/d。

1.3.2 治疗组

治疗组用如意金黄散(葵花药业集团(佳木斯)有限公司生产)清茶调成糊状外敷关节红肿疼痛处,3 次/d。四妙勇安汤:金银花 30 g,玄参 30 g,当归 20 g,生甘草 10 g,水煎服,分早晚 2 次温服,约 100 ml/次。

两组均 10 d 为 1 个疗程。1 个疗程后统计疗效。两组治疗期间忌鱼虾海鲜、内脏等高嘌呤食物,忌辛辣肥腻刺激性食物,要大量饮水,戒除烟酒,尽可能让所患关节制动。

1.4 疗效标准:

参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]中关于急性痛风性关节炎的疗效标准评估。

1.5 统计学处理方法

应用 SPSS13.0 统计软件进行相关数据处理,其中计量资料如年龄、病程、疗效评分采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组疗效比较见表 1,治疗前后尿酸比较见表 2,均具有显著性差异($P<0.05$)。提示治疗组疗效优于对照组。

表 1 两组疗效比较 [n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	25 (71.4)*	8 (22.9)	2 (5.7)	94.3*
对照组	35	19 (54.3)*	11 (31.4)	5 (14.3)	85.7*

注:与对照组比,* $P<0.05$

表 2 两组治疗前后尿酸比较 ($\mu\text{mol/L}$)

组别	n	治疗前	治疗后	前后差
治疗组	35	552.4±65.5	247.2±73.5*	305±68.2*
对照组	35	546.2±70.5	356.2±51.6*	190±63.7*

注:与对照组比,* $P<0.05$

治疗期间治疗组无出现各种不良反应。对照组 9 例出现胃肠道反应,2 例出现皮疹,1 例出现白细胞减少。治疗组无中止治疗现象。

3 讨论

现代医学认为痛风(Gout)是由于嘌呤代谢紊乱和血尿酸水平增高所引起的一组特异性疾病。痛风的最常见类型就是急性痛风性关节炎。在一定的诱因下急性发作,常常于半夜发病痛醒,疼痛呈刀割状,同时局部单个或多个关节出现红、肿、热、痛等症状。西医治疗主要以秋水仙碱、别嘌醇、苯溴马隆、非甾体药为主,研究表明这些药虽能缓解症状,但副作用大,病人难以长期耐受^[5],复发率高。

中医认为急性痛风性关节炎属于中医中的“痛风”“白虎历节”“痹症”等范围。金元期间的朱丹溪对痛风的研究已经比较全面了,他在其论著《格致余论》中关于痛风的描述有:

“痛风者,大率因血受热……热血得寒……所以作痛。夜则痛甚……”张仲景在《金匮要略》中关于历节的记载有:“寸口脉沉而弱……汗出入水中……历节黄汗出,故名历节”。《外台秘要》则描述为:“其昼静而夜发……其病如虎之啮,故名白虎之病也。”《素问》谓之痹,这些所描述的疾病与痛风性关节炎的发病特点相同。中医认为治疗急性痛风性关节炎应以清热

解毒、凉血散瘀、止痛、除湿通络为主。四妙勇安汤是清热解毒和活血止痛之经典古方。四妙勇安汤源于华佗的《神医秘传》,清代医家鲍相璈称该方治疗脱疽“一连十剂,永无后患”^[6],后收载于《验方新编》中。方中君药金银花具有清热解毒

作用;臣药玄参则滋阴清热、泻火解毒,二药相辅相成进一步加强了清热解毒作用;佐药当归活血散瘀以止痛;使药生甘草调和诸药并能解毒。如意金黄散来自于《医宗金鉴·外科心法要诀》。该方是中医治疗肿疡类疾病常用的外敷方剂,也常用于急性痛风性关节炎。如意金黄散主要有清热解毒、活血祛瘀、消肿止痛、燥湿散结等功效。现代药理研究显示,如意金黄散能够抑菌、抗炎、镇痛、解痉,同时也可以减轻局部疼痛、水肿、渗出物过多和继发性感染等^[7]作用,其中黄柏能够促进血尿酸的排泄^[8]。凉血解毒法内服外用治疗^[9]可有效改善急性痛

风性关节炎患者关节活动,提高患者生活质量。中药外用属于透皮给药系统,药物通过透皮吸收作用在患者发病的关节处,能够维持比较稳定的局部血药浓度,从而达到散瘀、止痛和消肿的功效^[10],与传统汤药内服配合,达到“内外同治、标本兼治”的作用。

本临床观察表明,四妙勇安汤煎汤内服兼如意金黄散外敷治疗急性痛风性关节炎能够明显改善患者关节疼痛、肿胀、功能障碍及降低血尿酸等作用。本方法内外配合整体用药,在降低全身血尿酸的同时,又使得局部症状逐渐改善,起到了整体和局部兼顾的治疗效果,从而使急性痛风性关节炎的患者得到良好的缓解,临床疗效值得肯定。

本临床观察表明,四妙勇安汤煎汤内服兼如意金黄散外敷治疗急性痛风性关节炎能够明显改善患者关节疼痛、肿胀、功能障碍及降低血尿酸等作用。本方法内外配合整体用药,在降低全身血尿酸的同时,又使得局部症状逐渐改善,起到了整体和局部兼顾的治疗效果,从而使急性痛风性关节炎的患者得到良好的缓解,临床疗效值得肯定。

本临床观察表明,四妙勇安汤煎汤内服兼如意金黄散外敷治疗急性痛风性关节炎能够明显改善患者关节疼痛、肿胀、功能障碍及降低血尿酸等作用。本方法内外配合整体用药,在降低全身血尿酸的同时,又使得局部症状逐渐改善,起到了整体和局部兼顾的治疗效果,从而使急性痛风性关节炎的患者得到良好的缓解,临床疗效值得肯定。

本临床观察表明,四妙勇安汤煎汤内服兼如意金黄散外敷治疗急性痛风性关节炎能够明显改善患者关节疼痛、肿胀、功能障碍及降低血尿酸等作用。本方法内外配合整体用药,在降低全身血尿酸的同时,又使得局部症状逐渐改善,起到了整体和局部兼顾的治疗效果,从而使急性痛风性关节炎的患者得到良好的缓解,临床疗效值得肯定。

本临床观察表明,四妙勇安汤煎汤内服兼如意金黄散外敷治疗急性痛风性关节炎能够明显改善患者关节疼痛、肿胀、功能障碍及降低血尿酸等作用。本方法内外配合整体用药,在降低全身血尿酸的同时,又使得局部症状逐渐改善,起到了整体和局部兼顾的治疗效果,从而使急性痛风性关节炎的患者得到良好的缓解,临床疗效值得肯定。

本临床观察表明,四妙勇安汤煎汤内服兼如意金黄散外敷治疗急性痛风性关节炎能够明显改善患者关节疼痛、肿胀、功能障碍及降低血尿酸等作用。本方法内外配合整体用药,在降低全身血尿酸的同时,又使得局部症状逐渐改善,起到了整体和局部兼顾的治疗效果,从而使急性痛风性关节炎的患者得到良好的缓解,临床疗效值得肯定。

本临床观察表明,四妙勇安汤煎汤内服兼如意金黄散外敷治疗急性痛风性关节炎能够明显改善患者关节疼痛、肿胀、功能障碍及降低血尿酸等作用。本方法内外配合整体用药,在降低全身血尿酸的同时,又使得局部症状逐渐改善,起到了整体和局部兼顾的治疗效果,从而使急性痛风性关节炎的患者得到良好的缓解,临床疗效值得肯定。

参考文献:

[1]叶任高,陆再英.内科学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2000:877-888.
 [2]穆延春,王德军.消浊散治疗痛风性关节炎对尿酸指标影响的临床研究[J].中医药学报,2012,40(3):160-161.
 [3]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,2008:1359-1360.
 [4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:85-89.
 [5]刘懿斌.康宝定痛丸治疗痛风120例临床观察[J].甘肃中医,2006,19(11):33.
 [6]池泉,何永生.四妙勇安汤在肢体静脉病变中的运用[J].吉林中医药,2007,27(4):269.
 [7]杨荣.中药内服外敷治疗痛风性关节炎40例[J].中国中医急症,2006,15(3):321.

[8]何发霖,吴坤帮.四妙散治疗急性痛风性关节炎湿热痹阻证的临床研究[J].医学信息,2012,25(3):167.
 [9]林良佳.凉血解毒法内服外用治疗急性痛风性关节炎效果探讨[J].中医临床研究,2015,7(15):78-79.
 [10]彭育新.三黄散内服外敷治疗急性痛风性关节炎[J].中国中医急症,2012,21(7):1156.

作者简介:

阳初夏(1978-),男,广东江门人,本科,研究方向:中西医结合医学在康复,疼痛专业的临床运用。

编辑:赵聪 编号:EB-15081706F (修回:2015-09-10)

中西医结合治疗类风湿关节炎 50 例临床观察

Clinical observation on treatment of 50 cases with rheumatoid arthritis by integrated Chinese and western medicine

王永万¹ 刘翠华²

(1. 巴中市恩阳区中医院, 四川 巴中, 636079; 2. 巴中市恩阳区茶坝中心卫生院, 四川 巴中, 636079)

中图分类号: R593.22 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0082-03 证型: DGI

【摘要】目的: 旨在观察中西医结合治疗类风湿关节炎的临床疗效, 以期为临床应用提供依据。方法: 本研究将 100 例类风湿关节炎患者随机分为观察组和对照组, 每组各 50 例。对照组单纯采用西药进行治疗, 观察组在此基础上加用中药独活寄生汤加减治疗。连续治疗 3 个月后, 将两组患者的临床疗效和治疗前后的 RF、ESR、CRP 水平、VAS、DAS 评分进行对比, 同时观察两组患者服药期间的不良反应发生率。结果: 经过治疗后, 观察组患者的临床疗效明显优于对照组, RF、ESR、CRP 水平、VAS、DAS 评分均明显低于对照组; 同时, 观察组的不良反应发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 临床治疗类风湿关节炎时, 采用中西医结合的方法, 运用中药独活寄生汤加减配合西药治疗, 临床疗效确切, 可以有效缓解临床症状, 改善疾病活动指标, 且能有效降低不良反应发生率, 值得推广。

【关键词】 中西医结合; 类风湿关节炎; 临床观察

【Abstract】 Objective: To observe the clinical efficacy of integrated Chinese and western medicine on rheumatoid arthritis in order to provide the reference for the clinic. Methods: 100 cases with rheumatoid arthritis were divided randomly into two groups, a control group and an observation group, 50 cases in each group. The control group was given western medicine, while the the observation group was treated with Traditional Chinese Medicine Duhuo Jisheng Decoction based on the therapy for the control group. After 3 months, the clinical efficacy and RF, ESR, CRP level, VAS, DAS scores before and after the treatment were compared. Results: The clinical efficacy in the observation group was significantly better than that in the control group; RF, ESR, CRP level, VAS, DAS scores were significantly lower than those of the control group and the difference had statistically significance. Conclusion: Integrated Chinese and western medicine has significant effect on the treatment of rheumatoid arthritis, which is worthy of promotion.

【Keywords】 Integrated chinese and western medicine; Rheumatoid arthritis; Clinical observation

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.038

类风湿关节炎是一种主要侵犯四肢中小关节的滑膜炎, 好发于中青年, 女性发病率高于男性^[1]。其病因尚未研究清楚, 主要临床症状为四肢中小关节对称性的僵硬、肿胀甚至变形,

如得不到及时治疗致残率极高, 且能引起肺间质纤维化等其他系统疾病, 严重威胁患者的身心健康^[2]。本研究采用中西医结合的方法, 运用中药独活寄生汤加减配合西药治疗类风湿关节

炎,取得了良好的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本研究选择了2014年4月—2015年4月来我院治疗的100例类风湿关节炎患者作为研究对象,将其按照随机对照原则分为对照组和观察组,每组各50例。观察组男性16例,女性34例,年龄12~59岁,平均年龄(24.5±3.5)岁,病程0.5~10年,平均病程(4.3±0.9)年;对照组男性19例,女性31例,年龄13~55岁,平均年龄(24.9±4.5)岁,病程0.3~11年,平均病程(4.4±0.8)年。两组患者在年龄、性别、病程等方面差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 研究方法

两组患者均给予甲氨蝶呤15mg,1次/周;柳氮磺吡啶0.75g,3次/d,进行治疗。观察组在此基础上给予中药独活寄生汤加减治疗,水煎服,2次/d。治2个月后,比较治疗前后两组患者血压及血脂水平。连续治疗3个月后,将两组患者的临床疗效和治疗前后的RF、ESR、CRP水平、VAS、DAS评分进行对比,同时观察两组患者服药期间的不良反应发生率。

1.3 疗效判断标准

- ①治愈:患者四肢中小关节晨僵、肿胀、疼痛的症状消失;
- ②显效:患者四肢中小关节晨僵、肿胀、疼痛的症状较前明显减轻;
- ③有效:患者四肢中小关节晨僵、肿胀、疼痛的症状较

前减轻;④无效:患者四肢中小关节晨僵、肿胀、疼痛的症状较前无缓解,甚至恶化。

1.4 统计学方法

采用SPSS17.0统计软件进行分析,百分数(%)的比较用 χ^2 检验;符合正太分布的计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 研究结果

2.1 临床疗效对比

治疗3个月后,观察组患者的治愈率为24.0%,总有效率为96.0%;而对照组患者的治愈率为10.0%,总有效率为84.0%,观察组临床疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),详见表1。

2.2 RF、ESR、CRP水平和VAS、DAS评分对比

将两组患者的疾病活动、疼痛等指标进行测定后程度,发现观察组患者的RF、ESR、CRP水平和VAS、DAS评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),详见表2。

2.3 不良反应发生率对比

服药期间观察组患者出现消化道反应、骨髓抑制、过敏、肝肾功异常等不良反应的发生率为8.0%,而对照组患者不良反应的发生率为30.0%。观察组患者不良发生发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),详见表3。

表1 两组临床疗效对比 (n, %)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	治愈率	总有效率
观察组	50	12	16	20	2	24.0	96.0
对照组	50	5	18	19	8	10.0	84.0

表2 两组RF、ESR、CRP水平和VAS、DAS评分对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	阶段	RF(IU/ml)	ESR(mm/h)	CRP (mg/L)	VAS评分	DAS评分
观察组 (n=50)	治疗前	136.43±22.80	67.59±29.19	89.42±40.91	79.83±22.27	6.12±1.43
	治疗后	82.21±6.82	32.40±21.46	23.64±13.55	24.56±15.69	3.69±1.38
对照组 (n=50)	治疗前	124.22±8.68	67.25±16.48	88.76±41.62	78.97±21.66	5.93±1.54
	治疗后	106.8±10.26	45.86±22.38	31.45±17.53	52.35±18.67	5.12±1.57

表3 服药期间两组患者不良反应发生率对比 (n, %)

组别	n	消化道反应	骨髓抑制	过敏	肝肾功异常	不良反应发生率
观察组	50	2	1	0	1	8.0
对照组	50	7	3	0	5	30.0

3 讨论

临床治疗类风湿关节炎时,多采用甲氨蝶呤和柳氮磺吡啶等慢作用药、细胞毒药进行治疗,但其临床疗效并不十分理想,且不良反应发生率较高,患者依从性低。类风湿关节炎属于中医“痹症”的范畴其基本病机为肝肾亏虚、气血不足,风寒湿热等邪,乘虚入侵,阻滞经络关节,治宜补肝肾、益气血,祛风湿,止痛^[1]。

独活寄生汤出自《备急千金要方》,方中用独活、桑寄生祛风除湿,养血和营,活络通痹为主药;牛膝、杜仲、熟地黄补益肝肾,强壮筋骨为辅药;川芎、当归、芍药补血活血;人

参、茯苓、甘草益气扶脾,均为佐药,使气血旺盛,有助于祛除风湿;又佐以细辛以搜风治风痹,肉桂祛寒止痛,使以秦艽、防风祛周身风寒湿邪。各药合用,是为标本兼顾,扶正祛邪之剂。对风寒湿三气着于筋骨的痹证,为常用有效的方剂^[4]。

本次研究发现,观察组患者的临床疗效明显优于对照组,RF、ESR、CRP水平、VAS、DAS评分均明显低于对照组;同时,观察组的不良反应发生率明显低于对照组,差异有统计学意义。

综上所述,临床治疗类风湿关节炎时,采用中西医结合的方法,运用中药独活寄生汤加减配合西药治疗,临床疗效确切,

可以有效缓解临床症状,改善疾病活动指标,且能有效降低不良反应发生率,值得临床推广。

参考文献:

[1]李娜.补肾祛寒治尪汤联合甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎肾虚寒盛证的疗效与安全性评价[J].中医临床研究,2014,6(30):8-9.

[2]张利君.中医治疗类风湿关节炎的临床疗效分析[J].中医临床研究,2011,3(18):28-29.

[3]陆孝成,邓柳兰,杨扬,等.中西医结合治疗类风湿关节炎急性进展期 40 例观察[J].中医临床研究,2015,7(6):80-81.

[4]金治,李杰.加味独活寄生汤治疗类风湿关节炎的临床分析[J].现代康复,1999,3(8):1003.

作者简介:

王永万(1963-),男,汉族,四川巴中人,大专学历,副主任(中西医结合)医师,主要从事中西医(内妇儿科)的相关研究。

编辑:赵聪 编号:EB-15082904F (修回:2015-09-15)

中西医结合治疗胃溃疡的临床疗效

Clinical efficacy of the integrative treatment on gastric ulcer

任婷婷¹ 胡贇皓² 林江¹

(1.上海市中医药大学附属曙光医院,上海,200021; 2.上海交通大学医学院附属同仁医院,上海,200336)

中图分类号: R573.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0084-02 证型: IBD

【摘要】目的:探讨中西医结合治疗胃溃疡的临床效果。方法:选取2012年3月—2014年1月我院消化内科因胃溃疡需治疗患者128例,随机分为两组,每组64例,分别予以三联疗法+自拟中药汤剂(观察组)和三联疗法(对照组),比较两组治疗1个月后胃痛恢复情况、复发及症状积分变化。结果:观察组治疗后胃痛0级率高于对照组,3级率少于对照组,1个月、6个月和12个月内复发率均少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组治疗后各症状积分均少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗胃溃疡临床疗效较好,复发率低,症状恢复快,值得临床推广。

【关键词】奥美拉唑;阿莫西林;克拉霉素;自拟中药汤剂;胃溃疡

【Abstract】Objective: To study the effect of the integrative medicine on gastric ulcer. Method: The hospital in March 2012 ~ Jan 2014 admitted 128 patients with ulcer were randomly divided into two groups, test group (in the combination therapy group) and control group (WM) of the 64 cases. Result: After the observation group, for stomachache 0-level was more, 3-level less than the control group, one month, six-month recurrence within 12 months and less than the control group, all the difference was statistically significant ($P < 0.05$); In the observation group symptom score less than the control group, all the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: The combined integrative medicine was better at treating the ulcer.

【Keywords】 Chinese and western medicine; Omeprazole; Amoxicillin; Clarithromycin; Self-made decoction; Gastric ulcer
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.039

胃溃疡(GU)属于消化内科慢性、多发、常见疾病,临床以周期性发作、节律性上腹痛为特点,临床表现主要有胃脘胀痛、纳食减少、嗝气、反吐酸水等^[1]。以往临床治疗以西医三联或四联为主,我院试用三联疗法联合自拟中药汤剂治疗该病,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2012年3月—2014年1月我院消化内科因胃溃疡需治疗患者128例,随机分为两组,每组各64例。观察组男性36例,女性28例,年龄27~55岁,平均年龄(41±14)岁,溃疡面直径6~19 mm,平均溃疡面直径(13±6)mm;对照

组男性40例,女性24例,年龄30~54岁,平均年龄(42±12)岁,溃疡面直径5~21 mm,平均溃疡面直径(14±7)mm。所有患者均排除其他器质性或恶病质疾病,差异无统计学意义, ($P > 0.05$)具有可比性。

1.2 治疗方法

所有患者均经本人和家属同意自愿参与本次研究。对照组予以西医三联疗法,奥美拉唑20 mg,阿莫西林110 g,克拉霉素0.5 g,2次/d,口服,疗程2周,然后继续口服奥美拉唑20 mg,2次/d,疗程2周。观察组在对照组基础上予以自拟中药汤剂,黄芪35 g,延胡索15 g,制没药15 g,白芍25 g,香附15 g,制乳香10 g,乌药10 g,当归15 g,半夏20 g,枳壳15 g,白及20 g,海螵蛸15 g,党参15 g,丹参15 g,蒲公英35 g,

三七粉 10 g, 甘草 15 g, 水煎服, 1 剂/d, 分 3 次服用。

1.3 疗效分析

比较两组治疗 1 个月后胃痛恢复情况、复发以及症状积分变化。胃痛恢复包括 0 级、1 级、2 级和 3 级, 0 级为无疼痛, 1 级为稍有痛觉, 完全可以耐受, 2 级为有疼痛, 但不影响工作生活, 3 级为疼痛明显, 需休息服药。症状包括胃脘胀痛、纳食减少、嗝气和反吐酸水。

1.4 统计学方法

统计学处理数据采用 SPSS17.0, 组间计量资料结果用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 *t* 检验; 组间计数资料结果用 (%) 表示,

采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗 1 个月后胃痛恢复情况、复发率比较

观察组治疗后胃痛 0 级率高于对照组, 3 级率少于对照组, 1 个月、6 个月和 12 个月内复发率均少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组治疗后症状积分变化比较

观察组治疗后各症状积分均少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组治疗 1 个月后胃痛恢复情况、复发率比较 [n (%)]

组别	n	胃痛恢复				复发		
		0 级	1 级	2 级	3 级	1 个月内	6 个月内	12 个月内
观察组	64	51 (79.7)	12 (18.8)	1 (1.6)	0	5 (7.8)	3 (4.7)	2 (3.1)
对照组	64	20 (31.3)	25 (39.1)	10 (15.6)	9 (14.1)	15 (23.4)	10 (15.6)	8 (12.5)

表 2 两组治疗后症状积分变化比较 [$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	n	胃脘胀痛		纳食减少		嗝气		反吐酸水	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	64	5.01 ± 0.87*	1.09 ± 0.43	2.33 ± 0.55*	0.30 ± 0.11	0.96 ± 0.22*	0.20 ± 0.10	0.97 ± 0.13*	0.32 ± 0.09
对照组	64	5.07 ± 1.07	1.74 ± 0.86	2.36 ± 0.57	0.49 ± 0.20	1.00 ± 0.27	0.54 ± 0.29	1.03 ± 0.24	0.57 ± 0.11

注: 与对照组相比, * $P < 0.05$

3 讨论

近年来, 随着经济不断发展, 人们生活节奏不断加快, 饮食、生活等不规律, 是胃溃疡等胃病发生的直接原因。胃溃疡常因多种原因破坏脾胃功能, 运化失司, 继而气血运行失常, 胃络瘀滞, 长期不重视或耽误治疗则导致胃溃疡。黄芪、白芍合用补气活血, 改善胃肠动力, 再合用甘草, 止痛效果明显, 有效保护胃黏膜屏障。另外, 研究表明, 黄芪抗菌功能较强, 提高网状内皮系统吞噬作用, 加强淋巴细胞转化率^[2-5]。再配合三七、延胡索, 消灭幽门螺杆菌作用较强。从上述结果可见, 观察组治疗后胃痛 0 级率高于对照组, 3 级率少于对照组, 1 个月、6 个月和 12 个月内复发率均少于对照组, 治疗后各症状积分均少于对照组, 观察组具有明显优势。综上所述, 中西医结合治疗胃溃疡临床疗效较好, 复发率低, 症状恢复快, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 孙作刚. 中西医结合疗法治疗胃溃疡 74 例临床研究[J]. 中西医结合心血管病杂志, 2014, 2(12): 43-44.
- [2] 王敏, 王嫻. 中西医结合治疗胃溃疡 42 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2011, 32(3): 12-13.
- [3] 赵永强. 中西医结合治疗胃溃疡 97 例[J]. 光明中医, 2008, 23(7): 944-945.
- [4] 田辉. 中西医结合治疗胃溃疡 78 例临床体会[J]. 中国医药指南, 2010, 8(35): 227-228.
- [5] 田君. 中西医结合治疗胃溃疡疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(22): 2785-2786.

编辑: 赵聪 编号: EB-15080607F (修回: 2015-08-20)

相似文献:

乌贝散方剂联合西药治疗胃溃疡的临床研究

目的: 探讨乌贝散方剂联合三联疗法对胃溃疡患者的治疗效果。方法: 选择 147 例胃溃疡患者作为研究对象, 随机分为治疗组 (74 例) 和对照组 (73 例), 对照组给予西医三联疗法, 观察组给予乌贝散方剂联合三联疗法, 疗程均为 2 周, 观察两组患者的疗效, Hp 消除率及不良反应的发生率。结果: 治疗组患者治疗总有效率 (68 例, 91.9%) 和 Hp 清除率 (69 例, 93.2%) 均明显高于对照组 (分别为 79.5% 和 82.2%), 差异有

统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组患者不良反应发生率 (4 例, 5.4%) 与对照组 (6 例, 8.2%) 的差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 乌贝散方剂联合三联疗法可有效清除 Hp, 对胃溃疡患者的治疗效果较好, 且不良反应少。

作者: 杨春静 彭磊

刊名: 中医临床研究 2015 年 24 期 95-96 页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词: 胃溃疡; 乌贝散方剂; 三联疗法; 疗效

大黄牡丹汤治疗阑尾脓肿疗效观察

Efficacy observation on treatment of appendicular abscess by Daihuang Mudanpi Decoction

常全科

(临夏州人民医院, 甘肃 临夏, 731100)

中图分类号: R261 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0086-02 证型: IDGB

【摘要】目的: 探讨大黄牡丹汤治疗阑尾脓肿的临床疗效。方法: 选取 2013 年 5 月—2015 年 7 月我院收治的阑尾脓肿患者 80 例, 将其随机分成两组, 每组患者 40 例, 观察组患者采用大黄牡丹汤治疗, 对照组采用常规西药治疗, 观察两组患者的治疗效果。结果: 经治疗后, 两组在临床治疗效果上存在明显差异 (97.5%VS82.5%), $P < 0.05$, 具有统计学意义。结论: 对阑尾脓肿患者实施大黄牡丹汤治疗, 可以提升患者的临床治疗效果, 值得临床推广。

【关键词】 大黄牡丹皮汤; 阑尾脓肿; 治疗效果

【Abstract】 Objective: To study the clinical curative effect of Daihuang Mudanpi Decoction on appendicular abscess. Methods: 80 cases with appendicular abscess admitted to our hospital during May 2013 and July 2015 were randomly divided into two groups, 40 cases in each group. The observation group was treated by Daihuang Mudanpi Decoction, while the control group was treated with conventional western medicine, the therapeutic effect of two groups of patients were observed after the treatment. Results: After treatment, two groups had obvious differences in the clinical treatment effect (97.5% vs 82.5%), $P < 0.05$, there is statistical significance. Conclusion: Daihuang Mudanpi Decoction can be applied for the parents with appendicular abscess, improving the clinical curative efficacy, which is worthy of promotion.

【Keywords】 Daihuang mudanpi decoction; Appendicular abscess; Curative effect

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.040

现阶段, 阑尾脓肿属于临床上比较常见的疾病之一, 阑尾脓肿是因急性阑尾炎未及时治疗, 阑尾被大网膜粘连包裹成炎性包块, 继之阑尾坏疽、穿孔、局限性腹膜炎形成阑尾脓肿。属于急性阑尾炎的重要并发症之一^[1]。从常规西药治疗角度出发, 主要是给予患者抗感染治疗、禁止饮食治疗及营养支持治疗等。但是由于疾病病程相对较长且具有较高的复发率, 因此, 需要针对患者的实际情况, 对其进行及时有效治疗^[2]。为了探讨大黄牡丹汤治疗阑尾脓肿的临床疗效, 本文选取 2013 年 5 月—2015 年 7 月我院收取的阑尾脓肿患者 80 例作为研究对象进行研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 5 月—2015 年 7 月我院收治的阑尾脓肿患者 80 例, 所有患者都符合阑尾脓肿的诊断标准, 将其随机分成观察组 (40 例) 及对照组 (40 例), 观察组男性 21 例, 女性 19 例, 年龄 18~58 岁, 平均年龄 (38.1±1.9) 岁; 病程 4~15 d, 平均病程 (8.3±1.5) d, 患者右下腹的包块直径 5~15 cm, 体温为 37.6~39.2℃。患者的血常规检查的 WBC 计数为 (11.3~20.2) ×10⁹/L; 对照组男性 22 例, 女性 18 例, 年龄 19~59 岁, 平均年龄 (37.0±2.5) 岁; 病程 4~14.5 d, 平均病程 (8.2

±1.6) d, 右下腹的包块直径 5~15.5 cm, 患者体温是 37.8~39.1℃。血常规检查显示 WBC 计数 (11.1~20.3) ×10⁹/L。两组在性别方面、年龄方面、病程方面、包块直径、体温、WBC 计数等资料上差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 临床诊断标准

所有患者都存在相对典型的右下腹痛症状、阑尾部位反跳痛及压痛, 触及有包块, 体温升高及 WBC 计数上升。排除其他原因引发的右下腹包块。

1.3 方法

给予对照组患者实施常规的西药治疗, 采用第三代头孢菌素以及甲硝唑治疗, 并对患者实施营养支持、维持患者的电解质、水及酸碱平衡。给予观察组患者实施大黄牡丹汤治疗, 主要成分包括牡丹皮 15 g, 薏苡仁 90 g, 桃仁 10 g, 蒲公英 30 g, 冬瓜仁 30 g, 生大黄 10 g, 金银花 30 g, 皂角刺 15 g 及红藤 30 g。1 剂/d, 每剂煎取汁大约 200 ml, 2 次/d, 患者每次的服用剂量为 100 ml, 总共治疗 14 d。

1.4 观察项目

观察患者的临床效果, 判定标准为: 痊愈是指患者全身症状全部消失且白细胞计数已经恢复正常, 对患者实施 B 超检查显示阑尾脓肿消失。好转是指患者的症状改善, 且腹部体征好转, 进行 B 超检查显示脓肿缩小。无效是指全身症状以及腹部

体征都没有改善甚至加重。

1.5 统计学方法

采用 SPSS18.0 软件进行统计学分析, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 说明差异具有统计学意义。

2 结果

两组临床效果比较 观察组总有效率是 97.5%, 对照组是 82.5%, 观察组临床效果好于对照组 ($P < 0.05$), 存在统计学意义。具体结果见表 1。

表 1 两组效果对比 (n, %)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率
观察组	40	30	9	1	97.5 (39/40)
对照组	40	21	12	7	82.5 (33/40)

3 讨论

目前, 阑尾脓肿主要是由于急性阑尾炎没有得到及时有效治疗而引起的化脓及穿孔, 被邻近的肠袢包裹形成, 属于机体防御平衡的表现。从中医角度出发, 认为阑尾脓肿属于肠痈范畴, 其病机主要是热壅、寒凝及气滞血瘀, 长时间热盛肉腐最终形成痈脓^[3]。从某种程度上讲, 热邪强弱程度及正气盛衰程度是决定病情变化的关键性因素^[4]。大黄牡丹汤中的有效成分大黄可以保护患者的肠黏膜屏障, 有效改善肠道循环, 从而促

进患者肠蠕动, 直接抑制其肠道内部的细菌易位, 彻底清除患者肠内的有毒物质, 避免出现毒素血症。而有效成分红藤、金银花、皂角刺及蒲公英能够清热解毒, 具有透脓的功效, 冬瓜仁及薏苡仁可以祛瘀排脓^[4]。全方合用能够解毒透脓及活血化瘀, 效果显著。

本研究中, 经治疗后, 对比两组在临床治疗效果, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明对阑尾脓肿患者实施大黄牡丹汤治疗, 可以提升患者的临床治疗效果, 值得临床推广。

参考文献:

- [1]王轲,金先庆,李晓庆,等.318 例小儿阑尾脓肿的临床治疗分析[J].重庆医学,2010,39(17):2323-2324.
- [2]钟岗,周振理,张楠,等.阑尾脓肿的中西医结合治疗效果评价[J].中国中西医结合外科杂志,2015,12(1):32-35.
- [3]胥全宏,邓小明.高原地区阑尾脓肿术后并发肠痿的原因分析及处理体会[J].临床军医杂志,2015,43(4):429,440.
- [4]周海鹏.中西医结合治疗阑尾周围脓肿的临床疗效分析[J].中医临床研究,2012,04(4):10-11.
- [5]俞榕,李士耀.中西医结合治疗阑尾脓肿 56 例[J].中国中医急症,2011,20(6):983-983.

编辑: 赵聪 编号: EB-15082003F (修回: 2015-09-10)

依巴斯汀联合青鹏软膏治疗湿疹临床观察

Clinical observation of treatment of eczema by ebastine combined with Qingpeng ointment

高丽 赵利涛

(河南科技大学第二附属医院, 河南 洛阳, 471000)

中图分类号: R758.23 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0087-02 证型: ID

【摘要】目的: 探讨依巴斯汀联合青鹏软膏治疗湿疹的临床疗效。方法: 选择 96 湿疹患者, 随机分为两组, 对照组 48 例, 给予依巴斯汀片治疗; 治疗组 48 例, 在对照组口服依巴斯汀治疗的基础上加用青鹏软膏治疗。结果: 对照组总有效率 75.0%, 治疗组总有效率 95.8%, 两组总有效率比较, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 依巴斯汀联合青鹏软膏治疗湿疹不严重不良反应, 安全效果显著。

【关键词】湿疹; 依巴斯汀; 青鹏软膏; 效果

【Abstract】Objective: To evaluate the clinical efficacy of ebastine joint Qingpeng ointment in the treatment of eczema. Methods: 96 patients with eczema were randomly divided into 2 groups, 48 cases in each group. The control group was treated with Ebastine Tablets, while the treatment group was treated with ebastine combined with Qingpeng ointment. Results: The total effective rate was 75.0% in the control group, and the total effective rate was 95.8% in the treatment group. Compared with the two groups, the total effective rate of the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Ebastine combined with Qingpeng ointment does not have serious adverse reactions in the treatment of eczema with obvious curative effect.

【Keywords】Eczema; Ebastine; Qing Peng ointment; Effect

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.041

湿疹是临床常见的皮肤疾病，占皮肤科门诊的 15.0%~30.0%，并且发病率逐年增高。本病病因复杂，反复发作，对患者的心理、生理和生活都有不同程度的影响^[1]。笔者在临床应用依巴斯汀联合青鹏软膏治疗湿疹取得满意疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2013 年 3 月—2015 年 3 月在收治的湿疹患者 96 例，按数字表发随机分为对照组和治疗组。对照组 48 例，男性 25 例，女性 23 例，年龄 18~60 岁，平均年龄(39.84±6.41)岁，病程 1~7 年，平均(2.86±0.82)年，治疗组 48 例，男性 26 例，女性 22 例，年龄 19~58 岁，平均年龄(40.31±6.17)岁，病程 0.6~6 年，平均(2.90±0.79)年，两组在性别、年龄和病程等治疗前的方面相比较，具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

所有患者均符合《临床皮肤病学》中制定的湿疹诊断标准，年龄>18 岁。临床主要表现：皮损为多形性，主要以红斑、丘疹及丘疱疹为主，瘙痒剧烈；皮疹中央较为明显，逐渐向周围散开，皮损呈弥漫性分布，境界不清；有渗出倾向，部分患者有浸润肥厚。排除近期 1 个月内应用过激素类药物治疗者，近 2 周内未使用过抗组胺药物治疗者；合并有心肺肝肾等功能不全者；合并有其他皮肤疾病者。

1.3 方法

对照组给予依巴斯汀片，10 mg/次，1 次/d，口服，治疗组患者在对照组口服依巴斯汀治疗的基础上加用青鹏软膏治疗，用药前洗净患处，取适量青鹏软膏均匀的涂抹于患处，并轻揉 2 min，2 次/d，2 周为 1 个疗程，两组均治疗 2 个疗程后观察总有效率变化。

1.4 疗效评定标准^[2]

按照湿疹面积和严重程度指数(EASI)评定疗效。疗效指数=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%。瘙痒评分：3 分：剧烈瘙痒而影响患者生活和工作者；2 分：瘙痒能耐受者；1 分：微有痒感；0 分：无痒感者。痊愈：患者皮损瘙痒及渗出消失，疗效指数大于 90.0%；显效：皮损瘙痒及渗出显著好转，疗效指数 60.0%~89.0%；有效：皮损瘙痒及渗出有所好转，疗效指数 20.0%~59.0%；无效：皮损瘙痒及渗出未见减轻，疗效指数小于 20.0%。

1.5 统计学处理

数据用 SPSS13.0 统计软件，计量资料用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

对照组治疗后总有效率 75.0%，治疗组治疗后总有效率 95.8%，观察组优于对照组 ($P<0.05$)。

表 1 两组总有效率比较 (n, %)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	48	17	8	11	12	36 (75.0)
治疗组	48	29	10	7	2	46 (95.8) ▲

注：与对照组相比，▲ $P<0.05$

3 讨论

湿疹是由多种复杂的内、外因素引起的以皮损剧烈瘙痒为主要临床症状的皮肤炎症反应。皮损具有瘙痒剧烈、多形性、对称性及易反复发作等特点。病因复杂，与精神紧张、过度疲劳、内分泌失调、失眠、新陈代谢障碍、情绪变化、气候变化及食物等有关，但发病的患者往往以过敏体质为多^[3]。因此，多数学者认为湿疹是由多种因素相互作用引起的一种迟发性变态反应性疾病。如何选择安全、疗效确切的治疗方法尤为关键^[4]。依巴斯汀是一种长效、强效及高选择性的组胺 H₁ 受体阻断剂，其代谢产物卡瑞斯汀对组胺 H₁ 受体具有超强的选择性拮抗作用，可有效抑制组胺的释放；并且不能穿过血脑屏障^[5]，无显著的抗胆碱及中枢神经系统作用。另外依巴斯汀除了抗组胺作用外还具有抗炎作用，有效减少组织渗出。青鹏软膏主要由铁棒槌、诃子、毛诃子、余甘子、安息香、人工麝香等组成，临床用于治疗皮肤瘙痒、湿疹、腰腿痛及骨关节炎等。具有调节致炎因子、抑制炎症反应等作用^[6]。临床药理研究显示，诃子主要成分为鞣质类，具有抗氧化、抗过敏、抗菌等作用，而铁棒槌的主要成分为乌头生物碱，具有抗炎、局麻和镇痛作用，可有效抑制炎症早期毛细血管的通透性增高、水肿及渗出。麝香主要成分为多肽蛋白类，炎症初期可降低毛细血管的通透性、阻止炎性渗出和水肿，可通过调节免疫而发挥抗炎作用^[7]；并且无严重不良反应，安全性高。本次临床观察显示，应用依巴斯汀联合青鹏软膏治疗湿疹可以有效止痒、消除皮损，效果显著，明显优于单用依巴斯汀治疗。因此，笔者认为对于湿疹的治疗，推荐应用依巴斯汀和青鹏软膏联合治疗，不仅疗效确切，而且安全可靠。

参考文献：

[1]刘敏,吴宏毅.四妙丸联合依巴斯汀治疗湿疹疗效观察[J].中国实用乡村医生杂志,2015,22(5):52-53.

[2]万远芳,柯丹,段兵权,等.炎琥宁联合依巴斯汀片治疗急性湿疹疗效观察[J].泸州医学院学报,2015,38(1):71-73.

[3]范华,颜艳,曾田青,等.中医治疗小儿湿疹的临床疗效观察[J].中医临床研究,2010,02(15):63-64.

[4]崔刚.依巴斯汀片联合清热化湿汤治疗 56 例慢性肛门湿疹的临床研究[J].中国医学创新,2013,10(7):21-22.

[5]罗良设,陈华,徐永平,等.依巴斯汀联合复方氟米松软膏封包治疗慢性湿疹疗效观察[J].浙江医学,2012,34(11):948-949.

[6]曾佳,杨玉荣.青鹏软膏治疗慢性湿疹的临床疗效观察[J].实用医学杂志,2013,29(17):2932-2933.

[7]郭金竹,路雪艳,黄二顺,等.青鹏软膏治疗儿童局限性皮炎湿疹 68 例[J].中华皮肤科杂志,2014,47(5):355-356.

编辑：赵聪 编号：EB-15082605F (修回：2015-09-10)

45例宣肺利水汤治疗卵巢囊肿的临床观察

Clinical observation on treating 45 cases of Ovarian cyst with the Xuanfei Lishui decoction

肖海涛

(洛阳新区人民医院, 河南 洛阳, 471023)

中图分类号: R271.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0089-02 证型: IDG

【摘要】目的: 观察宣肺利水汤治疗45例卵巢囊肿的临床疗效。方法: 选取我院在2012年1月—2014年12月收治的90例卵巢囊肿患者, 将其随机分成实验组和对照组, 每组各45例, 实验组患者给予宣肺利水汤治疗, 对照组患者给予桂枝茯苓胶囊治疗, 比较实验组患者和对照组患者的临床治疗效果。结果: 实验组患者的总有效率为95.6%, 明显高于对照组患者的总有效率82.2%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 宣肺利水汤治疗卵巢囊肿疗效显著, 值得推广。

【关键词】宣肺利水汤; 桂枝茯苓胶囊; 卵巢囊肿; 临床疗效

【Abstract】 Objective: Clinical efficacy of the Xuanfei Lishui decoction on 45 cases of ovarian cyst was recorded. Methods: In our hospital in January 2012 to 2014, 90 cases of ovarian cysts were randomly divided into experimental group and control group, 45 patients in the experimental group were treated with the Xuanfei Lishui decoction, the control group were treated with the Guizhi Fuling Capsule treatment. Results: The total efficiency in the experimental group were 95.6%, the total efficiency was significantly higher than 82.2%, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: The Xuanfei Lishui decoction for ovarian cysts showed significant effect, is worthy of clinical application to promote.

【Keywords】 Xuanfei Lishui decoction; Guizhi Fuling Capsule; Ovarian cyst; Clinical efficacy

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.042

卵巢囊肿是卵巢肿瘤的一种, 可在女性的各个年龄段发病, 但多发于20~50岁女性^[1]。卵巢囊肿对女性的健康有很大的影响, 也严重制约着患者的生活质量, 本院就宣肺利水汤治疗卵巢囊肿的临床疗效进行观察, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院在2012年1月—2014年12月收治的卵巢囊肿患者90例, 所有患者均经临床诊断为卵巢囊肿。将90例卵巢囊肿患者随机分成实验组和对照组各45例, 实验组患者给予宣肺利水汤治疗, 对照组患者给予桂枝茯苓胶囊治疗。

实验组患者年龄20~50岁, 平均年龄(33.68±2.24)岁, 病程4个月~4年, 平均病程(1.95±0.64)年, 囊肿直径3.2~7.8 cm, 平均直径(4.63±0.37) cm; 对照组患者年龄20~50岁, 平均年龄(33.24±2.38)岁, 病程4个月~4年, 平均病程(1.87±0.75)年, 囊肿直径3.2~7.5 cm, 平均直径(4.50±0.64) cm。所有患者均有下腹坠胀、疼痛、白带异常等临床症状, 实验组患者和对照组患者在年龄、病程、囊肿直径等一般资料上差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 实验组

实验组患者给予宣肺利水汤治疗。处方: 麻黄、牡蛎、海藻、昆布各15 g, 桂枝、茯苓、白术、益母草、泽兰、黄芪、

泽泻、猪苓各10 g, 加水煎至300 ml, 分2次服用, 1剂/d。患者在经期时停止服用。

1.2.2 对照组

给药桂枝茯苓胶囊口服, 3次/d, 1粒/次, 同样在经期停止服用。

1.3 评价指标

比较实验组患者和对照组患者的临床疗效, 临床疗效分为治愈、显效、无效, 总有效率=显效率+有效率。

1.4 统计学方法

采用SPSS16.0软件对数据进行分析处理, 计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较用 t 检验, 计数资料用百分数(%)表示, 组间比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

表1 两组患者临床疗效比较 [n (%)]

组别	n	治愈	显效	无效	总有效率
实验组	45	29 (64.4)	14 (31.1)	2 (4.4)	43 (95.6)
对照组	45	18 (40.0)	19 (42.2)	8 (17.8)	37 (82.2)

实验组患者的总有效率为95.6%, 明显高于对照组患者的总有效率82.2%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

卵巢囊肿主要表现为中等大以下的腹内包块, 如果未出现

并发症或者恶变,最大的特点为可动性,一般能从盆腔推移至腹腔;如果出现恶变或者炎症情况,肿物的活动受限制,包块一般无触痛,但如果有感染等并发症,包块会引发疼痛,甚至有腹膜刺激症状、腹水等^[2]。

卵巢囊肿的主要内含物为液体,祖国医学认为卵巢囊肿多半是痰湿瘀血相互郁结形成,发病机制为水停湿阻、肺气不畅。肺在水的代谢及运转中起着重要的作用,肺功能障碍,水湿必定在体内滞留,所以中医给予宣肺利水汤,宣肺利水,同时有健脾化湿、肺脾同治、通阳化气、利水祛湿的功效,同时麻黄具有抗菌、解热发汗的作用,而桂枝具有消炎、抗肿瘤的功效,猪苓有利尿作用,对尿结石的形成有抑制作用,同时能有效保护肾功能,牡蛎具有抗氧化作用等^[3]。

本次研究结果显示,实验组患者的临床疗效明显高于对照组患者的临床疗效,且接受宣肺利水汤治疗的卵巢囊肿患者不需要进行手术,无创伤,能保留患者的生育能力,宣肺利水汤是治疗卵巢囊肿的有效方法。

综上所述,宣肺利水汤治疗卵巢囊肿,疗效显著,是想保留生育能力患者的首选方法,值得临床推广。

参考文献:

[1]杨慧,孙红燕,路帅,等.宣肺利水汤治疗卵巢囊肿 50 例临床观察[J].河北中医,2014,35(7):987-988,989.

[2]王金权,常珍珍,赵洪强,等.中医外治法与卵巢囊肿[J].中医临床研究,2013,04(13):61-61,63.

[3]张永兴.卵巢囊肿的中医临床研究[J].中国中医药信息杂志,2013,20(2):111-112.

作者简介:

肖海涛 (1973-),男,本科,主治医师。

编辑:白莉 编号:EB-15082501F (修回:2015-09-10)

基于氧化应激探讨通脉降脂丸对 2 型糖尿病大血管病变影响的实验研究

Research of impacts of Tongmai Jiangzhi Pills on oxidative stress in Wistar rats with type II diabetes mellitus macrovascular complications

张 琨 黎玉叶

(云南中医学院,云南 昆明,650000)

中图分类号: R541 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0090-05 证型: DGB

【摘要】目的:观察通脉降脂丸对糖尿病模型大鼠 2 型糖尿病大血管病变氧化应激的影响。方法:采用对 4 个月龄雄性 Wistar 大鼠一次性腹腔注射 STZ 结合饮水添加 N ω -硝基-L-精氨酸甲酯(L-NAME) 0.1 mg·mL⁻¹·d⁻¹及高脂饲料喂饲的方法复制 2 型糖尿病大血管病变模型。成模后大鼠随机分成模型组、阿托伐他汀钙组、通脉降脂丸组,另设 15 只正常 Wistar 大鼠为正常对照组。给药时间 30 d。实验结束后测定大鼠血清检测血清 F2-异前列腺素、血清超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)、丙二醛(MAD)、总抗氧化能力(T-AOC)等活性水平;检测醛糖还原酶 AR、NADPH 氧化酶亚基的活性;RT-PCR 法测定主动脉 NADPH 氧化酶亚基 p22phox mRNA 及 p47phox mRNA 表达。结果:通脉降脂丸组大鼠血清 SOD、GSH-Px、T-AOC 等活性较模型组升高(P<0.05),阿托伐他汀和通脉降脂丸均能降低主动脉 p47phox mRNA、p22phox mRNA 的表达水平(P<0.05)。结论:通脉降脂丸可提高糖尿病 GK 大鼠血清 SOD、GSH-Px、T-AOC 活性,下调主动脉 p47phox mRNA、p22phox mRNA 表达,可能因此减轻糖尿病大血管病变机体的氧化应激水平,这可能是通脉降脂丸治疗 T2DM 大血管病变的可能机制之一。

【关键词】2 型糖尿病大血管病变; 通脉降脂丸; 氧化应激

【Abstract】Objective: To study the effect of Tongmai Jiangzhi pill (TMJZ) on the oxidative stress in Wistar rats with T2DM Macroangiopathy. Methods: 4-month-old male Wistar rats considered for the experiment and they were given intraperitoneal injection of STZ and N ω -nitro-L-arginine methyl ester (L-NAME) added into the drinking water plus high fat diet to prepare rats model with diabetic vascular disease. Wistar rats were divided into model group, atorvastatin group, TMJZ group and another 15 Wistar rats act as the normal group. After 30 days of treatment, Antioxidant enzymes was examined with colorimetry while the mRNA expression of p22phox and p47phox in thoracic aorta vessel wall were measured by real-time PCR. Results: The TMJZ group had significantly higher activity of SOD, GSH-Px and T-AOC compared with model group, and higher activity of both SOD and GSH-Px compared with atorvastatin group.

Compared with model group, the mRNA expression of p47phox and p22phox decreased in atorvastatin group and TMJZ group. Conclusion: Tongmai Jiangzhi pill can improve the activities of antioxidant enzymes (including SOD, GSH-Px and T-AOC) and significantly reduce the mRNA expression of p47phox and p22phox in aorta in Wistar rats with T2DM. So, Macroangiopathy by Tongmai Jiangzhi pill maybe one of the possible curing mechanisms that inhibit the oxidative stress and prevents T2DM in human body also.

【Keywords】 Type II diabetes mellitus macrovascular complications; Tongmai Jiangzhi pill; Oxidative stress

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.043

氧化应激学说认为,氧化应激是糖尿病大血管(如心血管、脑血管及下肢血管)还有微血管(如肾、神经和视网膜血管)并发症的共同发病机制。近年来,通过研究已逐步达成共识认为血管内皮细胞氧化应激损伤是高血糖相关的血管病变的共同上游机制。在高糖条件下,机体内可产生过多的氧自由基,当氧化系统和抗氧化系统失衡,就会导致机体组织和功能损伤^[1]。研究表明由于活性氧(ROS)产生过多引起的氧化应激可造成胰岛素抵抗和胰岛细胞功能丧失,而高浓度葡萄糖或高游离脂肪酸诱导的血管平滑肌细胞和内皮细胞产生的 ROS 主要源于 NADPH 氧化酶^[2]。血管平滑肌细胞(VSMC)和内皮细胞能够通过 NADPH 氧化酶产生的 ROS 来减少 NO 的生成,从而造成内皮依赖的血管舒张功能受损^[3],业已研究证实内皮细胞中的 ox-LDL 能够通过磷脂酶 A 信号机制激活 NADPH 氧化酶而产生氧化应激^[4]。

通脉降脂丸依据云南中医学院老专家经验方而制成,在云南中医学院第一附属医院临床应用多年,具有健脾益肾、化浊行滞的功效,对于糖尿病慢性并发症尤其是大血管病变、脂代谢紊乱等疗效显著,前期临床观察发现,该药物可降低糖尿病合并高脂血症患者的 TC、TG、LDL-C、升高 HDL-C 水平,改善高脂血症引起的眩晕、胸闷气短等症状^[5,6],保护胰岛 β 细胞功能,改善糖尿病患者胰岛素抵抗^[7]。本研究从氧化应激角度入手,观察通脉降脂丸对抗氧化酶活性以及 NADPH 氧化酶亚基 22phoxmRNA 及 p47phoxmRNA 表达的影响。

1 材料

1.1 动物及饲料

4 个月龄雄性 Wistar 大鼠 65 只,体质量(274±4.2)g,购自北京维通利华实验动物技术有限公司。高糖高脂饲料自行配制:由基础鼠饲料粉料加蔗糖、精炼猪油和蛋黄按比例配制的高糖高脂饲料。其中蔗糖含量为 15.0%,猪油含量为 10.0%,加入适量二蒸水后,机器压制成条状,晾干,每日投喂饲料前新鲜配制。

1.2 主要药品与试剂

院内通脉降脂丸,方药组成:黄芪、灵芝、水蛭、三七、枸杞子、益母草、山楂。由云南省中医医院药剂科制备。N ω -硝基-L-精氨酸甲酯(N ω -nitro-L-arginine methyl ester, L-NAME, sigma 公司,批号: N5762-11),阿托伐他汀钙片(商品名立普妥,大连辉瑞制药有限公司,批号: 066714K),总氧化能力检测试剂盒(Invitrogen 公司,货号 15616-025)动物组织总 RNA 提取试剂盒(北京天根生化公司)总 RNA 提取试剂, RNA 逆转录试剂盒(TOYOBO 公司,货号 FSK100)。

2 方法

2.1 模型的建立与分组

50 只 4 个月龄雄性 Wistar 大鼠,先给予小剂量 STZ (30 mg·kg⁻¹) 一次性腹腔注射,之后每日给予添加了一氧化氮合成酶抑制剂 L-NAME (1 mg·ml⁻¹) 的饮水及高脂高糖饲料,连续喂养 5 周,5 周后选取选取随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L 的 Wistar 大鼠 45 只,按查随机排列表将其随机分成模型组、阿托伐他汀钙组、通脉降脂丸组,15 只/组,另设 4 个月龄 Wistar 大鼠正常组 15 只,共 4 组。

2.2 给药方法

正常组、模型组按 5 mL·kg⁻¹·d⁻¹ 灌服生理盐水,通脉降脂丸组按 1.44 g·kg⁻¹·d⁻¹ 灌服通脉降脂丸混悬液,阿托伐他汀钙组按 1.6 mg·kg⁻¹·d⁻¹ 灌服阿托伐他汀钙悬液。

2.3 取材

动物给药 30 d 后处死,处死前禁食不禁水 12 h,按 2 ml/kg 腹腔注射 8.0% 戊巴比妥钠麻醉。麻醉后,固定四肢,取腹正中切口,分离下腔静脉、腹主动脉及胸主动脉;在下腔静脉插入无菌空针采血 8~10 ml,血液标本以 3000 r/min 离心 15 min,取上清液,置于-20℃冰箱保存待测;迅速剥离主动脉,取 1 cm 左右的胸主动脉投入已备好液氮中保存,用于荧光实时定量 PCR 检测 NADPH 氧化酶亚基 p22phox mRNA 及 p47phox mRNA 表达。

2.4 指标测定

2.4.1 一般指标检测

检测血清超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)、丙二醛(MAD)、总抗氧化能力(T-AOC)。

2.4.2 胸主动脉 p22phox mRNA 及 p47phox mRNA 的表达

(Real Time PCR 法)依照 RT-PCR 试剂盒说明书步骤进行。检测用引物序列: Aldose reductase: p47phox: Rat-p47phox283F (AGCCCTGACTCAAAGGACAAT), Rat-p47phox283R (TACCCGTGGAGAGAAACCCA), p22phox: Rat-p22phox220F (CCATGGGGCAGATCGAGTG), Rat-p22phox220R (AGGTACTTCTGTCCACACCG), Actin: Rat-Actin120F (CGCCACCAGTTCGCCAT), Rat-Actin120R (CACGATGGAGGGGAGACG)。

2.4.3 数据分析

采用 2- $\Delta\Delta$ Ct 表示各实验组目的基因的表达水平(注: $\Delta\Delta$ Ct=(Ct 目的基因-Ct-actin)实验组-(Ct 目的基因-Ct-actin)对照组)

2.4.4 统计学方法

计量资料均以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 多样本均数的比较采用单因素方差分析 (one-way ANOVA), 组间比较, 方差齐性检验用 Homogeneity of variance test, 方差齐用 LWistar 法, 方差不齐用 Tampane's T2 统计方法, 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析。

3 结果

3.1 一般情况观察

造模前各组大鼠状态好, 反应灵敏, 被毛光泽。造模后, 除正常组大鼠外, 其余各组均有大鼠逐渐出现躯干毛色加深、枯黄, 反应较迟钝, 行动迟缓, 精神状态萎靡。实验过程中, 模型组死亡 1 只, 阿托伐他汀钙组死亡 1 只, 其余各组无死亡。

3.2 通脉降脂丸对 Wistar 大鼠血清 SOD、GSH-Px、T-AOC、MDA 的影响

由表 1 可见, 与正常组相比, 各组糖尿病大血管病变大鼠 SOD 活性显著降低, GSH-Px 活性显著升高 ($P < 0.05$); 与模型组相比, 通脉降脂丸组 SOD 活性、GSH-Px 活性明显增高 ($P < 0.01, P < 0.05$), 阿托伐他汀组、GK 空白组与模型组之间

GSH-Px 无显著差异; 两治疗组比较, SOD、GSH-Px 活性水平无显著差异。与正常组相比, 各实验组大鼠血清 T-AOC 水平均降低 ($P < 0.01$), 与模型组相比, 两治疗组血清 T-AOC 水平均有升高趋势, 通脉降脂丸组与模型组相比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 而西药组与模型组相比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 两治疗组相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。与正常组大鼠相比较, 模型组血清 MDA 含量明显升高 ($P < 0.05, P < 0.01$); 与模型组相比较, 两治疗组血清 MDA 含量均降低, 差异有统计学意义 (西药组 $P < 0.05$, 中药组 $P < 0.01$), 两治疗组之间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.3 通脉降脂丸对糖尿病大血管病变大鼠主动脉 p47phox mRNA、p22phox mRNA 表达的影响

由表 2 可见, 与正常组相比, 模型组及 2 个用药组 p47phox mRNA、p22phox mRNA 表达水平有明显差异 ($P < 0.01$); 与模型组相比, 两治疗组 p47phox mRNA、p22phox mRNA 表达水平显著降低 ($P < 0.05$); 与阿托伐他汀钙组相比, 通脉降脂丸组 p47phox mRNA、p22phox mRNA 的表达水平显著降低 ($P < 0.05$)。

表 1 各组大鼠血清 SOD、GSH Px、T-AOC 活性、MDA 含量比较 ($\bar{x} \pm s, U/ml$)

组别	n	SOD (U/ml)	GSH-Px (U/ml)	MDA (nmol/ml)	T-AOC (U/ml)
正常组	15	372.66±48.01	3556.39±516.84	17.76±2.80	5.88±1.06
模型组	14	265.28±17.49**	4305.66±563.04**	27.18±6.02**	1.28±1.28**
阿托伐他汀钙组	14	309.59±36.58** [△]	4492.93±555.13**	19.53±3.42 [△]	2.46±1.31**
通脉降脂丸组	15	318.34±38.77** ^{△△}	4927.8±615.49** ^{△△}	18.12±5.68 ^{△△}	3.07±1.71** ^{△△}

注: 与正常对照组比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与模型组比较, [△] $P < 0.05$, ^{△△} $P < 0.01$; 与阿托伐他汀钙组比较, [▲] $P < 0.05$, ^{▲▲} $P < 0.01$

表 2 各组大鼠主动脉 p47phox mRNA、p22phox mRNA 表达水平的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	P22phox mRNA	P47phox mRNA
正常组	15	1.01±0.20	1.10±0.43
模型组	14	7.78±1.31***	6.81±1.45***
阿托伐他汀钙组	14	5.06±0.66*** ^{△△}	4.59±0.74*** ^{△△}
通脉降脂丸组	15	1.84±0.33*** ^{△△▲▲}	1.90±0.63*** ^{△△▲▲}

注: 与正常对照组比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与模型组比较, [△] $P < 0.05$, ^{△△} $P < 0.01$; 与阿托伐他汀钙组比较, [▲] $P < 0.05$, ^{▲▲} $P < 0.01$

4 讨论

现代中医学认为, 糖尿病大血管病变当归属于消渴变证, 系由消渴日久, 脏腑功能失调、气血阴阳耗伤、痰瘀阻络而引发。糖尿病大血管病变的发生与多因素相关, 饮食不节、脾虚湿困、心脾两虚、情志所伤、肾气虚衰, 痰瘀阻络、素体阴虚等因素导致脏腑功能失调, 不能正常运化输布水谷精微至周身, 以至多余的膏脂沉积于血脉之中。综合传统中医学及现代医学的观点, 我们认为糖尿病大血管病变的基本病理变化为本虚标实, 本虚主要指脾、肾之虚; 标实, 则为痰浊、瘀血, 其中“虚”“痰浊”“瘀血”是本病的病机关键, 同时也是糖尿病大血管病变的重要病理产物, 三者互相影响、互为因果。因此, 针对该病的发病机制及病理特点, 我们选择了具有健脾益肾、化浊行滞功效的“通脉降脂丸”, 该药物原方是由云南中医学院老专家总结多年临床经验拟定而成, 多年来临床疗效显著, 已被制成院内制剂“通脉降脂丸”在临床使用。

本次实验的动物模型, 采用一次性腹腔注射小剂量 STZ, 结合饮水中添加一氧化氮合成酶抑制剂 L-NAME 及高脂高糖饲料相结合的方式造模, L-NAME 可竞争性与酶结合抑制 NOS 活性, 从而抑制 NO 的合成, 研究发现长期给予 L-NAME 可以慢性抑制血管内皮 NO 的合成, 损伤血管内皮功能, 诱导早期的血管炎症和 AS 的发生^[8,9], 殷丽萍等^[10]采取腹腔注射 L-NAME 联合高脂饲料喂养 4 周, 大鼠出现血管炎症和早期 AS 病变。

本研究选择的阳性对照药物为阿托伐他汀钙, 抗氧化作用是他汀类“多效性”的体现之一, 他汀类药物除降脂作用外还具有抗炎、抗氧化等作用^[11], 其抗氧化的机制与 NADPH 氧化酶的活化有关^[12]。和以维生素类为代表的传统抗氧化剂不同, 他汀类药物可通过下调血管紧张素 I 型受体表达、抑制血管平滑肌细胞中 Rac1 介导的 NADH 氧化酶活化、减少 NADPH 氧化酶亚基表达等多途径发挥抗氧化作用^[13,14]。

抗氧化酶系统是机体抗氧化损伤的重要屏障,该系统主要包括超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)、过氧化氢酶(CAT)等。SOD是体内唯一可清楚超氧阴离子的天然抗氧化酶,在对抗氧化损伤方面具有重要作用。本研究结果显示,正常组大鼠SOD活性显著高于各组大鼠,而通脉降脂丸组与模型组相比,SOD水平显著升高。谷胱甘肽过氧化物酶GSH-Px是机体内广泛存在的一种重要的过氧化物分解酶,它能使有毒的过氧化物还原成无毒的羟基化合物,同时促进 H_2O_2 的分解,从而保护细胞膜的结构及功能。本研究表明,与正常大鼠相比,糖尿病大鼠GSH-Px活性增高,说明糖尿病大鼠仍具备一定的清除氧自由基的代偿能力,给予通脉降脂丸及阿托伐他汀治疗后,从均值上看,两治疗组大鼠GSH-Px活性均有升高,而通脉降脂丸组与模型组相比较差异显著。因此笔者认为,通脉降脂丸可能通过提高糖尿病机体部分抗氧化酶的活性从而一定程度上提高机体抗氧化能力。丙二醛(MDA)是机体内自由基引发的多价不饱和脂肪酸过氧化作用的最终产物,其含量的高低间接反映了机体细胞手自由基攻击的严重程度。已证实糖尿病时机体内自由基增多,氧化应激水平增高。研究显示^[15,16],糖尿病患者和糖尿病合并慢性并发症患者的血清MDA均明显高于健康者,且合并慢性并发症者血清MDA水平较无合并并发症者高,糖尿病患者体内高浓度自由基持续时间越长,糖尿病并发症发生率就越高。本次实验结果显示,与正常组相比,模型组、阿托伐他汀钙组、通脉降脂丸组血清MDA水平明显升高,且差异均有统计学意义,说明糖尿病大鼠机体内氧化应激水平是增高的。与模型组相比较,两治疗组血清MDA含量均明显降低且差异有统计学意义,两治疗组之间比较差异无统计学意义,说明通脉降脂丸可以降低糖尿病大鼠血管病变模型大鼠血清MDA的水平,这与中医“化浊”疗法有相似之处,MDA的过多产生类似于痰浊在体内的堆积,痰浊是糖尿病大鼠血管病变过程中的主要病理产物之一,通过化浊行滞的方法清除堆积在体内的痰浊,使机体恢复常态,正是我们治疗的目的。

血清T-AOC主要是反映机体抗氧化作用的重要标志之一。高糖状态下,T-AOC明显减弱,氧化应激增加,抗氧化能力减弱,机体总抗氧化能力的降低是糖尿病并发症发生的主要原因之一。本次实验结果显示,与正常对照组大鼠相比较,各实验组大鼠的血清TAOC水平均降低,差异具有统计学意义,说明糖尿病大鼠体能的氧化应激水平是增高的。与模型组相比,通脉降脂丸组和阿托伐他汀钙组血清T-AOC水平均有升高趋势,通脉降脂丸组与模型组相比较差异有统计学意义,说明参芪复方能够提高糖尿病大鼠血管病变模型大鼠的总体抗氧化能力。两治疗组间比较差异不明显,故我们认为尚不好判断两者在提高机体总体抗氧化力方面更有优劣。

研究报道^[17]活化的NADPH氧化酶生成的过多的ROS又能够氧化低密度脂蛋白,而氧化的低密度脂蛋白又能促进NADPH氧化酶的活化,进而形成恶性循环,促进动脉粥样硬化的形成。NADPH氧化酶包括多个亚基,其中P22phox位于细胞膜上,P47phox在细胞质内。P47phox磷酸化后可转位到

细胞膜,与P22phox结合使该酶具有催化活性^[18]。有研究证实,具有胰岛素抵抗成分的代谢综合征病人的NADPH氧化酶活性明显增强,NADPH氧化酶的亚基P22phox在基因和蛋白水平的表达均增高。选择性阻断血管内皮细胞NADPH氧化酶复合体亚基Rac-1的活性,抑制P47phox磷酸化激活,阻断NADPH氧化酶胞内各亚基的聚合,ROS产生减少,明显减轻血管内皮功能失调。本研究结果表明,通过L-NAME以及高脂饲料喂养造模后,模型组大鼠主动脉P47phox mRNA和P22phox mRNA表达水平均高于正常组,通过通脉降脂丸及阿托伐他汀治疗,两种治疗均能有效降低糖尿病大鼠血管病变模型大鼠主动脉P47phox mRNA、P22phox mRNA的表达,因此笔者认为通脉降脂丸可下调糖尿病大鼠血管病变大鼠主动脉NADPH氧化酶亚基P22phox和P47phox的mRNA表达,从而减少NADPH氧化酶的活化,进而减少ROS的产生,降低机体氧化应激的水平。

参考文献:

- [1]Brownlee M. Biochemistry and molecular cell biology of diabetic complications[J]. Nature, 2001, 414(6865): 813-20.
- [2]MacCarthy PA, Grieve DJ, Li JM, et al. m paired endothelial regulation of ventricular relaxation in cardiac hypertrophy: role of reactive oxygen species and NADPH oxidase[J]. Circulation, 2001, 104: 2967-2974.
- [3]WARNHOLTZ A, NICKELING G, SCHULZ E, et al. Increased NADH-oxidase mediated superoxide production in the early stages of atherosclerosis[J]. Circulation, 1999, 99(15): 2027-2033.
- [4]O'DONNELL R W, JOHNSON D K, ZIEGLER L M, et al. Endothelial NADPH oxidase: mechanism of activation by low-density lipoprotein[J]. Endothelial Cell Res, 2003, 10(6): 291-297.
- [5]刘学兰, 柳尧, 廖剑波. 通脉降脂丸治疗糖尿病并高脂血症 30 例临床观察[J]. 云南中医药杂志, 2008, 29(10): 7-8.
- [6]刘学兰, 涂家荣, 李莉, 等. 通脉降脂丸治疗高脂血症 60 例临床观察[J]. 云南中医药杂志, 2007, 28(9): 6-7.
- [7]刘学兰, 付文杰, 柳尧. 通脉降脂丸对 2 型糖尿病患者 β 细胞功能的影响[J]. 光明中医, 2011, 26(9): 1804-1805.
- [8]Zhao Q, Egashira K, Inoue S, et al. Vascular endothelial growth factor is necessary in the development of arteriosclerosis by recruiting/activating monocytes in a rat model of long-term inhibition of nitric oxide synthesis. Circulation, 2002, 105(9): 1110-1115.
- [9]Makoto Katoh, Kensuke Egashira, Chu Kataoka, et al. Regression by ACE inhibition of arteriosclerotic changes induced by chronic blockade of NO synthesis in rats[J]. Am J Physiol Heart Circ Physiol, 2004, 286(2): H768-H774.
- [10]殷丽平, 杜联, 谢春光, 等. 参芪复方对实验性 2 型糖尿病大鼠血管病变胰岛素抵抗的干预作用[J]. 成都中医药大学学报, 2010, 33(3): 54-56.
- [11]Davignon J. Beneficial cardiovascular pleiotropic effects of statins[J]. Circulation, 2004, 109 (suppl III): 39-43.
- [12]Vecchione C, Brandes R P. Withdrawal of 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors elicits oxidative stress and induces endothelial dysfunction in mice. Circ Res, 2002, 91(2): 173-9.

[13]Wassmann S,LaufsU,Muller K,et al.Cellular antioxidant effects of atorvasta tin in vitro and in vivo.Arterioscler Thromb Vasc Biol,2002,22(2):300-305.

[14]Gojo A,U tsunomiya K,Taniguchi K,et al.TheRho-kinase inhibitor, fasud il, attenuates diabetic nephropathy in streptozo tocin-induced diabetic rats[J].Eur J Pharm acol,2007,568(1-3):242-247.

[15]柳青,刘春兰,曲卫,等.糖尿病患者血清氧化与抗氧化指标异常的意义[J].前卫医学杂志,2000,17(1):35-36.

[16]陈蕴清,张卫平.糖尿病患者血清 SOD 和 MDA 的检测及临床意义[J].河北医学,2000,6(5):427-429.

[17]Thum T,Borlak J.Mechanistic role of cytochrome P450 monooxygenases in oxidized low-density lipoprotein induced vascular injury:therapy through LOX-1 receptor antagonism[J].Circ Res,2004,94(1):1-13.

[18]Babior B M,Lambeth J D,Nauseef W.The neutrophil NADPH

oxidase[J].Arch Biochem Biophys,2002,397:342-344.

作者简介:

张琨(1983-),女,汉族,云南昆明人,讲师,博士学位。从事中医学内科学教学与临床、实验研究工作。E-mail: 279070795@qq.com。

黎玉叶(1985-),女,汉族,湖南邵阳人,助教,硕士学位。从事医学检验教学与临床、实验研究。E-mail: 250358826@qq.com。

基金项目:

云南省科技厅基础研究计划青年项目,项目编号:2013FD097。

编辑:赵聪 编号:EB-15082803F (修回:2015-09-21)

扶正消癥方加减联合化疗治疗宫颈癌的效果观察

Effective observation on treating cervical cancer by Fuzheng Xiaozheng prescription plus chemotherapy

尹强¹ 黄英昌²

(1.日照市人民医院,山东日照,276800; 2.日照市东港区人民医院,山东日照,276800)

中图分类号: R737.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0094-02 证型: IAD

【摘要】目的:对扶正消癥方加减结合化疗在宫颈癌疾病治疗中的临床应用效果进行探讨。方法:按随机单盲法将我院所收治的44例宫颈癌患者均分成对照组与实验组,前者予以单纯化疗治疗,在此基础上,对后者予以扶正消癥方治疗,且比较两组患者的治疗效果。结果:实验组患者的有效率(77.3%)高于对照组(45.5%),差异有统计学意义(P<0.05);实验组患者的x²评分(80.5±10.6)高于对照组(55.1±12.7),差异有统计学意义(P<0.05)。结论:对宫颈癌患者予以扶正消癥方加减加化疗治疗,效果确切,且可改善患者的生存质量,值得大力推行与应用。

【关键词】宫颈癌;扶正消癥方;化疗

【Abstract】Objective:To discuss clinical effects of treating cervical cancer by the Fuzheng Xiaozhen prescription plus chemotherapy. Methods: 44 cases were randomly divided into control group and experiment group , control group was treated with chemotherapy, the latter be treated with the Fuzheng Xiaozhen prescription plus chemotherapy. Results: The efficiency in the experimental group (77.3%) was higher than that of the control group (45.5%), the difference was statistically significant (P<0.05); the patients in the experimental group were significantly higher than those in the control group (55.1±12.7), the difference was statistically significant (P<0.05). Conclusion: It is effective that treating cervical cancer with the Fuzheng Xiaozhen prescription plus chemotherapy, and can improve the quality of life of patients.

【Keywords】 Cervical cancer; Fuzheng Xiaozheng; Chemotherapy

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.044

宫颈癌是一种临床上比较常见的妇科恶性肿瘤疾病,一旦患有此病,将严重威胁患者的生命健康,因而,需采取有效措施进行治疗。化疗就是其中的一种,但患者在化疗时,往往会出现各种不良反应,继而影响治疗的效果。因此,在临床上,为进一步提升治疗的效果,还需对宫颈癌的治疗方法进行深入

的研究。鉴于此,笔者对22例宫颈癌患者予以化疗加扶正消癥方,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院2014年2月—2015年2月所收治的44例宫颈

癌患者作为研究的对象,全部患者均由颈管活检、阴道镜检查及宫颈细胞学检查,最终确诊为宫颈癌;同时,排除存在免疫性疾病者、心肺功能不全者及严重凝血功能异常者。按随机单盲法,将所有患者分成实验组与对照组,每组各 22 例。实验组年龄在 44~63 岁,平均年龄(53.4±3.6)岁;病程 1~12 个月,平均病程(4.1±1.1)个月;疾病类型:12 例鳞癌,8 例腺癌,2 例其他。对照组年龄 41~64 岁,平均年龄(54.1±3.2)岁;病程 1~13 个月,平均病程(4.6±1.3)个月;疾病类型:13 例鳞癌,6 例腺癌,3 例其他。两组患者在临床基础性资料(年龄、病程及疾病类型等)的对比上,无统计学意义($P>0.05$),存在可比性。

1.2 方法

对照组:对该组患者予以单纯化疗治疗,具体为:顺铂 dl-3、多西他赛 dl,用药剂量依据化疗药物的体表面积计算,即顺铂 25 mg/m²,多西他赛 75 mg/m²,21 d 为 1 个疗程^[1],持续治疗 2 个疗程。

实验组:在上述基础之上,对该组患者予以扶正消癥方加减治疗,具体药方为:黄芪 30 g,薏苡仁 30 g,半枝莲 30 g,白术 15 g,党参 15 g,莪术 15 g,女贞子 15 g,川牛膝 15 g,土茯苓 15 g,壁虎 10 g,枸杞子 10 g,重楼 10 g,菟丝子 10 g,甘草 5 g。加减:针对腹痛者,加乌药、八月札及大腹皮;针对阴道流血者,可添加蒲黄炭、三七粉;针对带下腥臭、色黄的患者,可添加黄柏、蒲公英及败酱草;恶心、呕吐的患者,可添加竹茹、陈皮。取水煎服,1 剂/d,分早晚 2 次服用,持续治疗 8 周。

1.3 疗效判定

经治疗后,若病患的肿瘤病灶基本消失,时间长达 28 d 以上,且并未发生转移、复发等情况,为完全缓解(CR);若病患的肿瘤病灶最大两直径乘积之和降低至少二分之一,且维持 28 d 以上,为部分缓解(PR);若病患的肿瘤病灶最大两直径乘积之和降低二分之一以下,或增大幅度在四分之一以内,为稳定(SD)^[2];若病患的肿瘤病灶增大四分之一以上,或有新的病灶出现,为进展(PD)。有效率=完全缓解率+部分缓解率。

另外,采取卡氏评分对患者的生活质量进行评分,依据病患自身的功能状态、生活质量、活动能力等,予以量化评分,且分出十个不同分数等级,其中,得分愈低,说明生活质量愈差。

1.4 统计学分析

用统计学软件 SPSS18.0 对数据进行分析。以($\bar{x}\pm s$)代表计量资料,用 *t* 检验,以百分数(%)表示计数资料,用 χ^2 检验。 $P<0.05$,差异存在统计学意义。

2 结果

①临床治疗效果情况分析:具体见下表 1 所示,实验组患者的有效率为 77.3%(17/22),对照组患者的有效率为 45.5%(10/22),组间有效率相比较,差异明显,有统计学意义($P<0.05$)。②生活质量评分情况分析:治疗后,实验组患者的 χ^2 评分为(80.5±10.6)分,对照组患者的 χ^2 评分为(55.1±12.7)分。组间比较,差异明显,有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者的临床治疗效果比较 [n (%)]

组别	n	完全缓解	部分缓解	稳定	疾病进展	有效率
实验组	22	8 (36.4)	9 (40.9)	3 (13.6)	2 (9.1)	77.3*
对照组	22	4 (18.2)	6 (27.3)	7 (31.8)	5 (22.7)	45.5

注:与对照组相比,* $P<0.05$

3 讨论

在治疗后期,一般会为癌症患者选择化疗,宫颈癌亦是如此。然而,在接受化疗时,往往会出现各种不良反应,如对脾胃造成损伤,继而诱发腹泻、呕吐、恶心等症状,继而对治疗的效果带来不利影响。针对这一情况,在患者化疗期间,就需加强对脾胃的调养^[3]。在本研究中,笔者对实验组患者予以扶正消癥方加减治疗,该方中的一些药材具有补益肾精、补肾健脾的功效,如菟丝子、白术、黄芪、女贞子、党参及枸杞等;此外,半枝莲、土茯苓及薏苡仁等具有清热、解毒之效,而壁虎、莪术具备散结、化瘀、解毒的功效。诸药配合,可达到解毒抗癌、补肾健脾的效果。

本研究中,实验组的有效率、生活质量等方面,均优于对照组,由此可见,对宫颈癌患者予以扶正消癥方加减化治疗,效果确切,且可改善患者的生存质量,值得临床推广。

参考文献:

[1]李红.自拟逐瘀消癥汤治疗瘀阻胞宫型免疫性不孕症的临床研究[J].中医临床研究,2013,6(11):82-83.
 [2]周丽娟,潘丽贞.消癥口服液配合微波治疗乳腺小叶增生的临床研究[J].中医临床研究,2012,04(13):25-26.
 [3]余志怡,徐斌,郭晓华,等.扶正消癥汤对肝癌介入治疗后血清前白蛋白的影响[J].中草药,2013,44(12):1642-1644.

作者简介:

尹强(1966-),男,汉族,山东日照人,本科,副主任医师,研究方向:肿瘤。

编辑:赵聪 编号:EB-15082903F (修回:2015-09-10)

探讨中药治疗心衰的四大优势

Discussion on the four major advantages of Traditional Chinese Medicine in the treatment of heart failure

金 军

(龙井市中医医院, 吉林 龙井, 133400)

中图分类号: R256.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0096-02 证型: BGA

【摘要】目的: 探讨中药在治疗心脏衰竭上的四大优势。方法: 通过我院多年的临床治疗经验, 总结出中药治疗心脏衰竭的四大优势。结论: 我院通过常年的临床实际应用, 总结出来上述中药治疗心脏衰竭的四大优势, 并不断的完善治疗手段, 日后也会大力推广中药治疗心脏衰竭。

【关键词】 中药; 心脏衰竭; 四大优势

【Abstract】 Objective: To study the four major advantages of Traditional Chinese Medicine in the treatment of heart failure. **Methods:** Through many years of hospital clinical experience, the four major advantages of Traditional Chinese Medicine have been summed up to treat heart failure. **Conclusion:** The four major advantages of the medicine have been summed up in order to treat heart failure and constantly improve the treatment during the hospital clinical practice period and also will be promoted to treat the heart failure.

【Keywords】 Traditional Chinese Medicine; Heart failure; Four advantages

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.045

心脏衰竭是心脏病最严重的表现, 医学上叫做“心力衰竭”或“心功能不全”, 是指心肌受到严重的伤害, 令心脏无法正常地泵出足够的血液来供应身体各个器官活动及代谢的需求, 心脏因此渐渐变得肥大, 失去心脏功能。可见于各种原因引起的心脏病, 包括先天性心脏病和后天性心脏病、心脏瓣膜病、心肌炎、心包炎等。另外, 还有些心脏以外的病也可引起心脏衰竭, 如急性肾炎、顽固的高血压、慢性肺脏病等^[1]。自我院成立以来, 就对心脏衰竭的中医药治疗有着独到之处, 通过多年的临床经验积累, 我院总结出来使用中药治疗心脏衰竭的四大优势, 现报道如下, 仅供广大医学工作者批评指正。

1 标本兼治

中药治疗心衰不仅可以强心、利尿、扩血管以缓解患者的症状而治标, 还可以干预神经内分泌过度激活、抑制心室重构以治本。

我们的心脏通过反复收缩可以推动血液向全身流动, 如果把它比作一个“泵”的话, 那么我们的神经内分泌系统就可以看作是调节心脏泵功能的“负责人”。神经内分泌激活可以让心脏这个“泵”保持正常工作, 而心衰以后神经内分泌会过度激活, 这就会进一步加重心脏的负荷, 使心脏承受的压力更大, 从而就会加快心衰的进程。所以, 干预神经内分泌过度激活, 是改善心脏功能、阻止心衰发展的根本。

心室重构是因为心脏长期负担过重, 导致心脏的形态发生了改变, 通常为心脏扩大或心脏室壁变厚, 无论是哪一种改变都会使心脏负担越来越重, 使慢性心衰的病情不断加重。心室

重构是心衰发生发展的基本机制, 所以要治疗心衰, 抑制心室重构是根本的治疗原则。

中医络病理论认为, 神经内分泌过度激活与络脉不通之间有密切联系, 心室重构的实质就是络息成积。研究证实, 许多具有通络作用的药物都可以调节神经内分泌, 治疗心室重构, 比如益气养心药物、安神镇静药物可以有效抑制神经内分泌过度激活, 活血通络药物、利尿消肿药物可以改善心脏的供血、消除心脏络脉中停滞的瘀血和痰饮, 可使心衰增大的心脏缩小, 能有效抑制心室重构。通络治疗心衰的代表药物芪苈强心胶囊正是配伍了益气养心、活血通络、利尿消肿等药物, 所以可以从根本上有效治疗心衰^[2]。

2 讲究配伍, 化解西药困惑

中药处方历来讲究君臣佐使, 药分四性五味, 重视七情和合。一方面, 可按照个体差异, 尽可能地提高疗效; 另一方面, 则可以利用药性之间的制衡关系, 减少药物毒副作用。对某些服用地高辛容易中毒出现恶心呕吐、服用 ACEI 容易出现咳嗽、使用利尿剂容易出现低钾低钠等副作用严重的患者, 实践证明, 有时候应用中医药可有效解决此类难题。

3 因人制宜, 注重个体差异

心衰成因及诱因多样, 个体差异非常大, 常需要评估每个患者的具体情况, 采用个体化治疗; 即便是同一个患者, 在不同时期, 其治疗方案也常常需要改变。这种趋势, 实质上正朝着中医辨证论治的方向靠拢。然而, 由于西医一贯强调事物的一般性, 略于事物的特殊性, 故而, 在临床实际中, 往往忽略

了个体差异的存在。并且,在评估患者状态时,西医往往须借助各种检查,一方面造成费用上升,另一方面也存在诸多不便。况且,在我国基层地区,设备配置及人员技术条件又相对落后的情况下,更使得定期评估患者存在困难。而中医采用望闻问切,结合天时地利,动态地对每个心衰患者进行评估,因人制宜,采用汤、膏、丸、散等不同剂型进行治疗,还可指导患者采用食疗、外治、艾疗等方法减轻症状、改善体质,存在一定优势^[3]。

4 整体思维 平衡脏腑阴阳

心衰是由于心脏收缩功能或舒张功能减退导致的临床综合征,与心脏、肺、肝脏、肾脏、内分泌、免疫等全身多个器官及系统相互影响,而这些关系往往表现得相当复杂,如何协调心脏与其他器官及系统的关系,是临床经常遇到的难题,此时便常常需要运用整体观念。而在运用整体思维方面,中医药有一定优势。全国著名老中医邓铁涛教授根据其“五脏相关”的学术思想,认为心衰病位在心,但“五脏相关”,他脏与心互相制约、互相影响,既可成为心衰的诱发或加重因素,反之又可因心衰致他脏功能失调或损害^[4]。邓老认为治疗心衰必须调补五脏之气血阴阳,不可局限于治心。我们前期研究初步表明,对心衰合并胃肠功能紊乱者采用调脾护心法治疗,具有较好疗效;对心衰合并低血压、肾脏灌注不佳者,采用温肾健脾法,有一定作用;对容易外感的心衰患者,采用补肺益卫法调

理,有一定帮助^[5];对心衰缓解期适当运用补肾护心法,对促进组织修复,减少心衰复发初显成效。

祖国医学博大精深,我院通过常年的临床实际应用,总结出来上述中药治疗心脏衰竭的四大优势,并在不断的完善治疗手段,日后也会大力推广中药治疗心脏衰竭。

参考文献:

- [1]王智先,杜武勋,许艳伶,等.基于寒热证本质探讨寒瘀水结型慢性心力衰竭的辨治优势[J].中医杂志,2013,54(21):1819-1822.
- [2]卢艳,刘冬娜,尹立全,等.中西医结合药物联合运动疗法治疗老年慢性充血性心力衰竭的疗效[J].中国老年学杂志,2015,31(6):1539-1541.
- [3]李胜强.中西医结合治疗慢性心力衰竭 30 例观察[J].实用中医药杂志,2015,(4):317-318.
- [4]张骞,杨学信,焦桂生,等.中医心病学科临床课教育改革的探讨[J].中医临床研究,2013,5(16):108.
- [5]冯彦.人参药理作用及临床应用研究进展[J].中医临床研究,2013,5(6):121-122.

作者简介:

金军(1982-),长春中医药大学,本科,主治医师,研究方向:中医药防治消化系统疾病。

编辑:赵聪 编号:EB-15081903F (修回:2015-09-10)

超声引导下神经阻滞用于锁骨骨折内固定手术的临床观察

Clinical observation on application of nerve block under the ultrasound guiding in internal fixation surgery for broken collarbone

李俊 聂瑞霞 文立红 吴济宇
(广东省第二人民医院,广东 广州,510317)

中图分类号: R614.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0097-03 证型: IBDG

【摘要】目的:观察超声引导下神经阻滞麻醉用于锁骨骨折内固定手术的临床效果。方法:锁骨骨折内固定手术的患者60例,ASA为I~II级,随机分为两组,每组30例。A组采用传统打法,臂丛(肌间沟入路)联合颈浅丛神经阻滞;B组在高频超声引导下臂丛(肌间沟入路)联合颈浅丛神经阻滞。麻醉操作完成后15 min,采用针刺C3~C7神经支配区域方法测试麻醉效果及患者视觉模拟评分(VAS)。记录麻醉前10 min,麻醉后15 min,麻醉后30 min和麻醉后120 min的血压、心率和血氧饱和度。结果:B组的视觉模拟评分(VAS)是明显低于A组的($P < 0.05$);与A组相比,B组的生命体征也明显更平稳($P < 0.05$)。结论:在锁骨骨折内固定手术中,超声引导下臂丛(肌间沟入路)联合颈浅丛神经阻滞效果明显优于传统神经阻滞。

【关键词】超声;神经阻滞;锁骨骨折

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of nerve block guided by ultrasound on internal fixation of clavicle fractures. Methods: 60 patients with internal fixation of clavicle fractures, ASA I ~ II level, were randomly divided into 2 groups ($n=30$). A group took traditional anaesthesia, brachial plexus block(interscalene approach) associate with superficial cervical plexus block. B group took brachial plexus block(interscalene approach)guided by ultrasound associate with superficial cervical plexus block. 15 minutes after

anesthesia procedure,the effect of anesthesia and patient's visual analogue scale (VAS) was tested by the method of needling C₃₋₇ innervation region.Results: The visual analogue scale (VAS) of the B group was significantly lower than the A group (P<0.05).Compared with A group,vital signs of the B group were also significantly more stable (P<0.05).Conclusion: The effect of nerve block guided by ultrasound (interscalene approach) associate with superficial cervical plexus block was significantly better.

【Keywords】 Ultrasound; Nerve block; Broken collarbone

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.046

锁骨骨折手术的麻醉方法主要是臂丛神经阻滞、颈丛神经阻滞或者是臂丛联合颈深丛阻滞,但常见阻滞效果不全,生命体征变化较大。高频超声的引入使可视化神经阻滞得以实施,超声引导下各种入路的臂丛神经阻滞效果优于解剖手法定位^[1]。本研究通过在高频超声引导下臂丛(肌间沟入路)联合颈浅丛神经阻滞的方法,观察其在锁骨骨折手术的麻醉效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择ASA I~II级60例锁骨骨折内固定手术患者,年龄20~50岁,体重指数BMI=18~22 kg/m²。手术时间均为2~4 h。随机分为两组,A组:传统的臂丛(肌间沟入路)联合颈浅丛神经阻滞,共30例;B组:在高频超声引导下臂丛(肌间沟入路)联合颈浅丛神经阻滞,共30例。

1.2 方法

患者入手术室后常规接心电监护,行静脉开放后,局麻药配置均为2%利多卡因10 ml和1%罗哌卡因10 ml,共20 ml。A组仰卧去枕,头偏向对侧,手臂贴体旁,以前、中斜角肌间的肌间沟顶点为穿刺点,常规消毒后,以3~4 cm 22 G穿刺针垂直皮肤刺入,出现异感或触及横突后回抽无血无脑脊液后注入15 ml局麻药,10 min后观察无局麻药毒性反应后行颈浅丛阻滞。以胸锁乳突肌后缘中点为穿刺点,同样针头垂直刺入至穿过颈阔肌筋膜后回抽无血无脑脊液后将剩余的5 ml局麻药注入。B组体位相同,常规消毒后,在高频超声下臂丛神经在肌间沟的上、中、下三干清楚的显像后,以平面外成像技术,以3~4 cm 22 G穿刺针沿B超引导线方向进针,针尖成像于臂丛神经干附近后,回抽无脑脊液无血,分别在三干附近注入局麻药共15 ml,使其能充分浸润神经干,观察10 min无特殊后,在超声引导下以胸锁乳突肌后缘中点为穿刺点针头穿过颈阔肌筋膜后,以水分离方法确定针头在筋膜与肌肉间,注入5 ml局麻药。麻醉操作完成后15 min,采用针刺C3-7神经支配

表3 麻醉前、麻醉15 min、30 min和120 min时的平均动脉压、心率和血氧饱和度

组别	监测项目	麻醉前	麻醉15 min	麻醉30 min	麻醉120 min
A组	HR (次/min)	70±12	108±16	110±18	111±17
	MAP (mmHg)	85±14	108±15	112±15	109±16
	SPO ₂ (%)	98.6±0.6	99.3±0.3	98.8±0.7	99.1±0.4
B组	HR (次/min)	69±13	73±12 ^a	75±14 ^a	76±13 ^a
	MAP (mmHg)	85±16	93±14 ^b	94±13 ^b	94±13 ^b
	SPO ₂ (%)	98.5±0.7	99.1±0.5	99.3±0.5	98±0.8

注:与A组比较,^aP<0.05;与A组比较,^bP<0.05

区域方法测试麻醉效果及患者视觉模拟评分(VAS)。

1.3 观察指标

1.3.1 麻醉15 min后,针刺视觉模拟评分。

1.3.2 麻醉前10 min,麻醉15 min,30 min和120 min时的平均动脉压、心率和血氧饱和度。

1.4 统计分析

使用SPSS13.0软件进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,P<0.05认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术前两组患者一般资料差异无统计学意义,具有可比性。见表1。

表1 两组患者的一般资料 (n)

组别	ASA (I/II)	年龄 (岁)	体重指数 (kg/m ²)	性别 (男/女)	手术时间 (min)
A组	26/4	34±12	20.7±1.8	18/12	187±26
B组	28/2	35±11	20.8±1.9	22/8	190±29

2.2 麻醉15 min后,针刺视觉模拟评分。见表2。

表2 针刺视觉模拟评分 [$(\bar{x} \pm s)$,分]

组别	VAS
A组	1.3±0.6
B组	3.6±1.3 [*]

注:与A组比较,^{*}P<0.05

2.3 体征比较麻醉前、麻醉15 min、30 min和120 min时的平均动脉压、心率和血氧饱和度。见表3。

2.4 通过高频超声引导,穿刺针能够准确的到达臂丛神经干附近(见图1)及颈浅丛颈阔肌筋膜与肌肉之间(见图2),且能可视下观察局麻药注射在臂丛神经周围及颈丛神经的扩散而不会直接注入血管或椎管内。



图1 臂丛超声

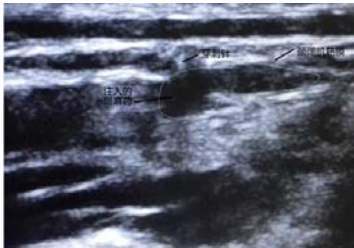


图2 颈浅丛超声

3 讨论

臂丛神经由 C5~C8 和 T1 脊神经前支组成,在前斜角肌与中斜角肌之间,C5~C8 合并为上干,C7 为中干,C8 和 T1 合并为下干。颈丛由 C1~C4 颈神经前支组成,包括枕小神经、耳大神经、颈横神经、锁骨上神经、膈神经,其中锁骨上神经分为锁骨上内侧神经、锁骨上中间神经和锁骨上外侧神经,分支主要分布胸前区上部和肩部皮肤^[2-4]。

锁骨手术区域支配神经锁骨手术区域皮肤为锁骨上神经(C3、C4)支配,肩锁关节的神经支配为腋神经(C5、C6)、肩胛上神经(C5、C6)、胸前外侧神经(C5、C6、C7)。胸锁关节及锁骨间韧带、肋锁韧带的神经支配为锁骨上神经(C3、C4)及锁骨下肌神经(C5、C6)。一个完善的锁骨骨折手术需要阻滞 C3~C7 神经,单纯的臂丛神经阻滞或颈丛神经阻滞均不能做到完善的阻滞效果,其发生率为 10.0%~20.0%^[5]。因此现在有很多文献报导提出颈丛联合臂丛阻滞能够获得满意的阻滞效果^[6,7]。

本研究通过高频超声引导,穿刺针能够准确地到达臂丛神经干附近(见图 1)及颈浅丛颈阔肌筋膜与肌肉之间(见图 2),

且能可视下观察局麻药注射在臂丛神经周围及颈丛神经的扩散而不会直接注入血管或椎管内。同时在病人的视觉模拟评分(VAS)中,B 组与 A 组比较是有统计学意义的(见表 2),说明在锁骨骨折内固定手术中,超声引导下的神经阻滞效果确切,病人的疼痛感觉比传统打法要降低;同时麻醉后 15 min、30 min 和 120 min,B 组的平均动脉压及心率与 A 组比较是更稳定,表明超声引导下的神经阻滞下的术中平均动脉压和心率优于传统打法。

本研究表明,在锁骨骨折内固定手术中,超声引导下神经阻滞与传统神经阻滞打法相比,效果确切,术中生命体征更平稳,同时具有可视化操作,患者疼痛感觉降低等好处,值得推广。

参考文献:

- [1]Koscielniak-Nielsen ZL,Dahl JB.Ultrasound-guided peripheral nerve blockade of the upper extremity[J]. Curr Opin Anaesthesiol,2012,25(2):253-259
- [2]徐恩多.局部解剖学[M].4 版.北京:人民卫生出版社,1997:25-49
- [3]庄心良,曾因明,陈伯玺.现代麻醉学[M].3 版.北京:人民卫生出版社,2003:1060-1062.
- [4]聂绪发,严振国.临床应用表面解剖学[M].上海:上海科学技术出版社,1998:42-44.
- [5]Pete P,Pitkanen M,Tuoninen M,et al,and radiological compareion of perivascular and tmantartrial techniques of axillarg brachial plexuss bloc Br J Anaesh,1993,(70):276-279.
- [6]赵年章,张辉.臂丛颈丛联合阻滞麻醉在锁骨骨折内固定术中的应用[J].实用医学杂志,2007,23(12):1833-1834.
- [7]郑晓宁,王福华,诸庆福.颈深丛加同侧肌间沟臂丛神经阻滞在肩部手术的临床观察[J].中国临床实用医学,2010,4(9):133-134.

作者简介:

李俊(1978-),男,广东韶关人,主治医师,本科。

编辑:白莉 编号:EB-15072011F(修回:2015-08-15)

相似文献:

克氏针固定治疗锁骨骨折

目的:采用克氏针治疗锁骨骨折。方法:采用臂丛麻醉,以骨折部位的中心沿锁骨上缘作-3~6 cm 长的切口,沿皮肤切口一直切到骨膜,进行少量剥离骨膜,选用 2 mm 或 2.5 mm 克氏针对锁骨骨折进行髓内固定。将针尾埋入皮下软组织中,部分锁骨粉碎型和斜型骨折配合钢丝或丝线进行捆绑。结果:利用克氏针固定治疗锁骨骨折,效果显著。

作者:魏美平

刊名:中医临床研究 2011 年 03 卷 03 期 66, 68 页

闭合穿针后两端折弯治疗锁骨中段不稳定性骨折

目的:探讨闭合穿针后两端折弯治疗锁骨中段不稳定性骨

折的临床疗效。方法:2010 年 3 月—2011 年 6 月,我科采用闭合穿针后两端折弯治疗锁骨中段不稳定性骨折,患肩后外侧针尾折弯 90°,前侧针尖折弯约 30°,与传统闭合穿针作对比,对两组病例的手术资料、术后并发症、骨折愈合时间和肩关节功能进行临床随访分析。结果:闭合穿针后两端折弯疗法固定可靠、疗效更好,且手术时间更短,术后并发症更少,骨折愈合后取针容易。结论:闭合穿针后两端折弯是治疗锁骨中段不稳定性骨折的一种较理想的微创疗法之一。

作者:吴天然 张细祥 李铭雄 陈王 郑琼红 苏源冰
刊名:中医临床研究 2014 年 10 期 125-127 页

腰椎间盘突出症的新认识及经方辨治的思考

New knowledge of lumbar disc herniation and thinking of classical prescription syndrome differentiation and treatment

聂 勇

(驻马店市中医院, 河南 驻马店, 463000)

中图分类号: R241 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0100-02 证型: AGB

【摘要】腰椎间盘突出症以腰腿疼痛麻木及腰部活动受限为主要表现,同时也是脊柱相关疾病涉及到内科、外科、妇科等病症的发病原因。西医对该病认识有三种学说,阐释细微,但疗效不好。中医从整体阴阳平衡着眼及辨证论治法则入手,比西医治疗更有优势。用《伤寒论》六经辨证,该病证多属少阴、太阴合病,病机多见营卫不利、寒凝血瘀、湿饮瘀互结痹阻。常见甘姜苓术汤、麻黄细辛附子汤、真武汤、桂枝芍药知母汤、当归四逆汤及黄芪桂枝五物汤等方证。

【关键词】腰椎间盘突出症新认识;经方辨治;寒湿痹阻;营卫不通;桂枝芍药知母汤;当归四逆汤

【Abstract】 Lumbar disc herniation with lumbar and leg ache and numbness, and low lumbar function as the main performance, but also the etiology of diseases correlated to spine relates to department of internal medicine, surgery, gynecology and other diseases. There are three kinds of theories about this disease in western medicine, but the effect is not good. Chinese medicine from the overall balance of Yin and Yang and the principle of syndrome differentiation and treatment, more advantages than western medicine. Syndrome differentiation of the six meridians in Shanghanlun, belonging to combined syndrome of Shaoyin and Taiyin. Pathogenesis is seen more disharmony between Ying and Wei, blood stasis due to cold, and water, fluid and blood stasis obstruction. Prescription-syndrome of Gan Jiang Ling Zhu Tang, Mahuang Xixin Fuzi Tang, Zhenwu Tang, Guizhi Shaoyao Zhimu Tang, Danggui Sini Tang and Huangqi Guizhi Wuwu Tang are common.

【Keywords】 New knowledge of lumbar disc herniation; Classical prescription syndrome differentiation and treatment; cold-dampness obstruction; Disharmony between Ying and Wei; Guizhi Shaoyao zhimu tang; Danggui sini tang

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.047

腰椎间盘突出症是骨外科临床常见多发病之一,以腰腿疼痛麻木及腰部活动受限为主要表现,严重者生活不能自理。同时也是脊柱相关疾病涉及到内科、外科、妇科病症如阳萎、早泄、前列腺炎、月经不调痛经、痔疮等的发病原因。

1 西医基本认识

西医将腰椎间盘突出症分为三型:凸起型、突出型和游离型。即椎间盘膨出、突出和脱出。其腰腿痛产生的机理主要有三种学说。

1.1 机械受压学说

引起腰背痛、坐骨神经痛的主要原因为椎间盘病变机械压迫神经根,或受累神经被过度牵伸,被牵伸的神经常呈紧张状态,发生神经炎症和水肿,导致神经内张力增高,神经功能障碍逐渐加剧。

1.2 化学性神经根炎学说

椎间盘突出变性,纤维环破裂后,液状的髓核液沿椎间盘和神经根之间的通道扩散。髓核液里的糖蛋白和β蛋白质对神经根有强烈的化学刺激性,同时大量组织胺的释放共同侵犯神经根,产生化学性神经根炎。改变增加了神经根内压力,引

起局部缺血和电解质紊乱,引起此神经支配区的疼痛。

1.3 自身免疫学说

椎间盘自身免疫病的学说。人体髓核组织原本被排除在机体免疫机制之外,当椎间盘损伤或病损后,髓核突破纤维环或后纵韧带的包围,在修复过程中新生血管长入髓核组织,髓核与机体免疫机制发生密切接触,髓核基质里的糖蛋白和β-蛋白便成为抗原,机体在这种持续的抗原刺激后,产生免疫反应,致使局部产生疼痛等症状。

西医对腰椎间盘的生理病理研究得比较细微清晰,但治疗效果不好。如急性期用甘露醇脱水疗效并不好,并有损害肾功能的风险;或以非甾体类抗炎止痛药止痛,但会造成胃炎性病变,手术治疗,风险较大。

2 中医基本认识

椎间盘突出症属于中医学的“腰痛”“痹证”范畴。《素问》曰:“衡络之脉令人腰痛,不可以俯仰,仰则恐仆,得之举重伤腰”。腰椎间盘突出症的病因,多为外受伤损,内有亏虚或感受风寒湿邪等,病机多见气滞血瘀、风寒痹阻、湿热痹阻、肝肾亏虚等。

我认为,中医从宏观的整体阴阳平衡着眼以及辨证论治大法入手,对于腰椎间盘突出症的治疗比西医更有优势,治疗方法更多。

腰椎间盘突出症病机为风寒湿饮与瘀血相互兼挟侵犯及表,亦可涉及于里,用《伤寒论》六经辨证,多属于少阴、太阴合病。证候常见痛(疼痛)、麻(肢体麻木),病机多见营卫不利、寒凝血瘀、湿饮瘀互结痹阻等。常见甘姜苓术汤证、麻黄细辛附子汤证、真武汤证、桂枝芍药知母汤证,当归四逆汤证,黄芪桂枝五物汤证等。

3 医案解析:腰痛,痹证

患者甲,女,58岁。腰痛3年伴双下肢麻木无力半年余,加重3个月。2014年10月23日初诊。半年前,患者因搬东西上楼摔伤了腰部,落下了腰痛,反复疼痛。3个月前不慎腰部又被扭伤,当时就感觉到腰痛加重,左下肢酸困麻木不适。多方治疗无明显疗效,病情逐渐加重,走路不远就疼痛难忍,上下楼也很困难。非常痛苦。刻诊:腰部酸痛,动辄加重,左下肢麻木,双膝盖以下发凉怕冷,行走困难。无恶寒发热,有汗,心烦,口不苦,轻度干渴,纳可,二便可。舌质黯,苔薄白黄腻滑。脉弦细尺沉。核磁共振示:①L1、L4/5、L5/S1椎间盘突出。②腰椎退行性变。脉证合参,诊为腰痛,痹证。六经辨证为少阴太阴阳明合病,证属寒湿痹阻,营卫不通,阳明津伤。方拟桂枝芍药知母汤合当归四逆汤:炮附子20g(先煎1h),

桂枝15g,赤芍15g,炙甘草15g,细辛12g,川木通12g,麻黄15g,防风20g,生白术20g,知母30g,生姜20g切片,红枣10枚(切开),6剂,1剂/d,水煎分3次服。

二诊:患者说腰痛减轻,左下肢麻木怕凉减轻。上方将炮附子加至30g,加狗脊30g。6剂,服法同上。

三诊:患者面露喜色,疗效明显。上下楼比以前轻松多了。效不更方,上方又加减服用18剂,痊愈。

按:本案患者因腰部屡次外伤,伤及阳气,寒湿凝滞于腰部不去,而致腰痛缠绵不愈。脉证合参,六经辨证为少阴太阴阳明合病,证属寒湿痹阻,营卫不通,阳明津伤。与桂枝芍药知母汤方证病机相合。故主方选桂枝芍药知母汤以温阳祛寒,化湿除痹,通透营卫气血,兼清热补津。桂枝芍药知母汤是广治痹证的良方。

本案患者左下肢麻木,双膝盖以下发凉怕冷,为少阴伤寒证,病机为营卫不通。所以合当归四逆汤,加强治疗少阴表虚寒,以温通血脉利关节。《本经》曰:狗脊“主腰背强关机,缓急,周痹,寒湿”,有强筋骨,疗腰脊背痛之功,加之以加强祛寒湿通痹阻之效。顽固的腰椎间盘突出症,以经方辨治,只服30剂即临床治愈,半年后随访未见复发。

综上所述,中医治疗腰椎间盘突出从整体阴阳平衡着眼及辨证论治法则入手,比西医治疗更有优势。

编辑:赵聪 编号:EB-15101007(修回:2015-10-15)

康复训练联合电针治疗脑梗死临床效果分析

A clinical analysis of treating cerebral infarction by rehabilitation training plus electric acupuncture

卢哲

(南阳医学高等专科学校第一附属医院,河南 南阳,473000)

中图分类号:R246.6 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2015)30-0101-03 证型:GBA

【摘要】目的:探讨康复训练联合电针治疗脑梗死的临床效果。方法:选择脑梗死患者80例,随机分为观察组和对照组。对照组给予康复训练,观察组给予康复训练联合电针治疗。观察组两组患者神经功能缺损、运动功能、日常生活活动能力改善情况。结果:观察组治疗后的FMA评分、神经功能缺损评分和日常生活活动能力评分和对照组治疗后的上述指标评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:康复训练联合电针治疗能够显著改善脑梗死患者运动功能,提高其日常生活活动能力,疗效显著。

【关键词】脑梗死;痉挛期;康复训练;电针

【Abstract】Objective: To explore clinical effects of rehabilitation training plus electro acupuncture on cerebral infarction. Methods: 80 patients with cerebral infarction were randomly divided into observation group and control group. The control group received rehabilitation training, the observation group received rehabilitation training combined with electro acupuncture treatment. The neurological function, motor function and activities of daily living in the two groups were observed. Results: The scores of FMA, neural function defect and activities of daily living in the observation group after treatment compared with those in the control group after treatment, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Rehabilitation training combined with electro acupuncture can significantly improve the motor function of patients with cerebral infarction.

【Keywords】 Cerebral infarction; Spasm stage; Rehabilitation training; Electric acupuncture

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.048

脑梗死是常见的脑血管疾病，属祖国医学中的“中风”范畴。脑梗死有较高的致残率，患者可表现为半侧肢体瘫痪等症状，严重影响到其生存质量。康复训练是改善脑梗死患者肢体功能障碍的重要治疗措施。电针治疗是在针灸穴位治疗基础上给予低频脉冲电流进一步刺激穴位而到达治疗效果^[1,2]。本文选择我院收治的脑梗死偏瘫肢体痉挛状态患者，观察康复训练联合电针治疗的临床效果。现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

入选的 80 例脑梗死偏瘫患者均为我院 2013 年 1 月—2015 年 1 月收治，上述患者符合脑梗死诊断标准，处于脑梗死恢复期，均为偏瘫痉挛状态。上述患者意识清楚或意识出现轻度障碍，上述患者病情急性期过后而处于稳定期，所选患者病程不超过 12 个月。同时排除合并有严重的糖尿病周围神经病变患者、关节疾病患者、精神障碍患者、其他原因导致的疾病患者、严重听力功能障碍患者、不愿意参与本实验患者。上述患者随机分为观察组和对照组。观察组和对照组分别为 40 例。观察组男性 23 例，女性 17 例，年龄 45~73 岁，平均年龄(62.8±5.7)岁；其中病程<1 个月共 6 例、病程在 1~3 个月共 22 例、病程 3~6 个月 9 例、病程超过 6 个月但小于 1 年共 3 例。对照组男性 22 例，女性 18 例，年龄 44~74 岁，平均年龄(63.7±6.1)岁；其中病程<1 个月共 5 例、病程 1~3 个月共 23 例、病程 3~6 个月 9 例、病程超过 6 个月但小于 1 年共 3 例。两组病例上述资料方面比较，差异无统计学意义，具有可比性。

1.2 方法

两组患者给予常规的神经内科用药治疗，均给予相同的康复训练：采用 Bobath 法对患者肢体进行循序渐进的功能锻炼，肢体体位摆放、抗痉挛模式（肩关节和上肢处于外展及外旋，肘关节伸直位，腕关节背伸位，上肢侧方负重，对踝关节进行背屈训练等）在训练过程中主要是拮抗训练肌，抑制痉挛，在训练过程中诱发分离运动。康复训练每天进行 1 次，每次训练

时间为 30 min。电针治疗：在脉冲电针仪（型号 KWD-808 II）下实施电针治疗：脑梗死痉挛性瘫痪期电针治疗药拮抗肌的肌力。上肢内旋时取天井和肘内旋穴位，导线负极和天井穴相连，负极和肘内旋相连，在疏波作用下，每次作用时间为 30 min，连续治疗 6 d（为 1 个疗程），而后停止治疗 1 d，再继续治疗，连续治疗 3 个疗程。手指屈伸困难可取外关、内八邪，导线正负极分别连接近端和远端部位，给予疏波，手指可做屈伸动作，具体作用时间和疗程同上。足内翻时取阳陵泉和肘内翻，导线正极在上负极在下，给予疏波，足有向外翻动作，具体作用时间和疗程同上。

1.3 观察指标

采用 FMA 评分（Fugl-Meyer-Assessment）对两组患者治疗前后的运动障碍改善情况进行评定，评分越高提示运动功能恢复越好，本评分满分为 100 分，其中 50 分以上为严重运动功能障碍。采用中国第四届脑血管病会议制定的神经功能缺损程度评分标准对两组患者治疗前后的神经功能缺损状况进行评分。采用 Barthel 指数法对患者治疗前后的日常生活活动能力进行评定，了解患者日常生活活动能力的改善状况。

1.4 统计学处理

在统计学软件 SPSS18.0 下对所得数据进行统计学分析，百分数（%）和（ $\bar{x} \pm s$ ）比较分别采用 χ^2 和 t 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组观察指标评分情况比较

观察组治疗前的 FMA 评分、神经功能缺损评分和日常生活活动能力评分分别和对照组治疗的上述评分指标比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。观察组治疗后的 FMA 评分、神经功能缺损评分和日常生活活动能力评分和对照组治疗后的上述指标评分比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者 FMA 评分、神经功能缺损评分和日常生活活动能力评分比较

组别	n	FMA 评分（分）		神经功能缺损评分（分）		日常生活活动能力评分（分）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	36.8±5.9	59.8±7.2	17.2±3.6	8.9±1.3	49.6±5.5	64.9±7.1
观察组	40	37.1±6.3	68.9±5.4	17.3±4.1	6.1±1.0	50.2±4.8	72.6±6.6

3 讨论

脑梗死属于中医“中风”范畴。脑梗死急性期过后而进入病情稳定期，可出现偏瘫痉挛状态。在脑梗死的痉挛性偏瘫期，患者上肢处于屈曲状态，下肢处于伸直状态。在痉挛期治疗，要抵抗其痉挛模式，提高拮抗肌的肌力，促进正常的运动模式恢复。针灸治疗在祖国医学中占有重要地位，而针灸治疗在偏瘫肢体痉挛阶段的临床效果已经被临床确认。针灸治疗中风的原则是“益其不足而损其有余”。在偏瘫痉挛期，根据痉挛部位状况分别取穴，上肢内旋时取天井和肘内旋穴、手指屈伸困

难可取外关和内八邪、足内翻时取阳陵泉和肘内翻，同过针刺上述穴位，有助于使主动肌的肌力产生以及主动肌肌力增强，促使形成共同运动^[3,4]。电针治疗是在取穴针刺基础上通过疏波电流促使拮抗肌群产生兴奋性运动，通过神经通路兴奋和抑制信号的整合，使抑制痉挛的信号增强，抑制痉挛肌放电频率，从而缓解痉挛模式，诱使共同运动产生^[5]。本文结果显示，观察组实施电针和康复训练联合治疗后，观察组的运动功能改善、神经功能缺损减少及日常生活活动能力提高方面显著优于对照组，这与电针的治疗作用分不开的，所以康复训练联合电针治疗能够显著改善脑梗死患者运动功能，提高其日常生活活

动能力, 疗效显著。

参考文献:

- [1]李雨峰,王芸,吴莹,等.电针结合现代康复技术对脑梗死运动功能恢复的影响[J].中国康复理论与实践,2012,7(02):104-106.
[2]庄艺,孙建华.针刺治疗中风后痉挛性偏瘫的研究进展[J].中医临床研究,2012,4(04):3-5.
[3]李伟,覃波.电针“百会”“大椎”对脑梗死大鼠学习记忆的影响[J].四川医

学,2010,3(07):886-888.

- [4]汪峰,杨楠,王本国,等.电针督脉联合干细胞移植对大鼠脑梗死后神经再生的影响[J].中医学报,2013,3(12):1843-1845.
[5]盛鹏杰,王向荣,徐海玲,等.瞬时强电流电针刺激对急性脑梗塞偏瘫的即刻疗效观察[J].中医临床研究,2013,5(09):46-48.

编辑:白莉 编号:EB-15072406F(修回:2015-08-16)

针灸联合康复训练治疗脑中风后遗症的临床观察

Clinical observation on treating stroke sequelae in acupuncture plus rehabilitation training

张海军

(莱芜市中医医院, 山东 莱芜, 271100)

中图分类号: R743.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0103-02 证型: GBA

【摘要】目的:探讨针灸联合康复训练治疗脑中风后遗症患者的临床表现。方法:研究我院收治的104例脑中风后遗症患者,随机分为两组,每组各52例。对照组采取康复训练,观察组患者采用针刺联合康复训练。比较两组患者治疗前后的生活能力评分和神经功能缺损评分。结果:所有患者经过治疗后,两组患者的ADL和NIHSS评分情况均优于治疗前,且观察组患者的ADL和NIHSS也显著优于对照组患者。结论:针灸联合康复训练治疗脑中风后遗症患者临床治疗效果较好,值得在临床中加以推广和应用。

【关键词】针灸; 康复训练; 联合治疗; 脑中风后遗症

【Abstract】Objective: To explore acupuncture plus rehabilitation therapy for stroke sequelae. Methods: 104 cases in our hospital stroke sequelae were randomly divided into two groups, each 52 cases. The control group was treated by rehabilitation training, the observation group was treated by acupuncture combined with rehabilitation. ADL and Neural NIHSS of patients were compared before and after therapy. Results: All patients were treated, both groups of patients ADL and NIHSS scores were better than the situation before treatment, and ADL and NIHSS in observation group patients were also significantly better than the control group patients. Conclusion: Combined acupuncture and rehabilitation therapy in patients with stroke sequelae clinical treatment is better, should to be promoted and applied in clinical practice.

【Keywords】Acupuncture; Rehabilitation; Combination therapy; Stroke sequelae

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.049

脑中风后遗症是指在脑中风患者发病后,还存在半身不遂或者语言障碍或口眼歪斜等症状,称之为脑中风后遗症,其恢复速度及程度较慢^[1,2]。本研究选取我院104例脑中风后遗症患者,并对其康复训练及针刺联合康复训练进行治疗,初步取得了满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究我院2013年9月—2015年2月收治的104例脑中风后遗症患者,所有病人均经CT检查、MRI检查,临床表现等确诊,符合《中风病诊断与疗效评定标准》及《各类脑血管疾

病的诊断要点》的临床诊断标准。随机分为观察组和对照组两组,每组病人各52例。对照组男性36例,女性16例,患者年龄49~89岁,平均年龄(63.4±6.5)岁,病程5.2~15.8个月,平均病程(9.2±3.7)个月。观察组男性35例,女性17例,年龄49~90岁,平均年龄(64.2±6.4)岁,病程5.5~16.5个月,平均病程(9.3±3.6)个月。排除伴有肝、肾、心、脑及其他重大疾病的患者,且所有患者均同意参与该研究。两组患者的年龄、性别、病情及病程等方面无显著性差异, $P>0.05$ 具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组患者主要实施康复训练治疗,其治疗方法主要包

括：ADL 训练、ST 语言功能训练及 PT 肢体功能训练。①ADL 训练主要训练患者由卧至走，训练患者的平衡力、耐力，逐渐训练患者穿衣、如厕、进食、洗漱、步行等日常活动能力训练；②ST 语言功能训练主要对患者进行呼吸、唇舌及发音训练，同时采用卡片、口令等形式训练患者的语言功能、理解能力及认知功能；③PT 肢体功能训练主要训练患者的膝关节、下肢髋关节、踝关节等关节的运动，同时训练患者的肌肉耐力和运动协调能力。患者训练 1 次/d，训练 30~60 min/次，20 d 为 1 个疗程，训练 2 个疗程。与此同时教会病人家属帮助病人康复训练。

观察组患者采用康复训练联合针灸治疗。康复训练方法同对照组，针灸治疗方法如下：取患者的手三里、气海、足三里、阳陵泉、悬钟、外关、曲池、内关、曲泽、百会、三阴交、合谷、梁丘、膻中、大椎、命门、肩髃等穴，每穴位施针以补虚泻实为原则，留针 30 min，15 min/次。运动迟缓的患者加施针足三里、阳陵泉及昆仑穴；语言障碍的患者加施针哑门和廉泉穴（不留针且刺入后即刻拔出）；痉挛的患者加施针照海、申脉、居髎及附阳穴；吞咽障碍的患者加施针水沟和哑门穴；口角歪斜的患者加施针地仓和颊车穴。20 d 为 1 个疗程，针灸治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标

根据《卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》对两组患者治疗前后的神经功能缺损程度进行评分，分数越低代表患者的神经功能越好。根据生活能力评分量表对两组患者治疗前后的生活能力进行评分，分数越高代表患者的日常活动能力越好。

1.4 统计分析

对收集的临床资料进行汇总，数据应用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析，计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，用 *t* 检验，计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

本研究中所有脑中风后遗症患者治疗前的 ADL 评分和金额 NIHSS 评分无统计学差异即 $P > 0.05$ ；但两组患者经过治疗后，ADL 评分和 NIHSS 评分较治疗前有显著性改善， $P < 0.05$ ，且观察组患者改善效果更为明显，两组差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。详见表 1。

表 1 治疗前后两组患者的 ADL 评分和 NIHSS 评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	NIHSS 评分		ADL 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	15.17 ± 6.49	49.37 ± 13.58*	29.07 ± 5.17	13.24 ± 1.77*
观察组	15.23 ± 6.53	69.58 ± 15.47 [△]	29.11 ± 5.29	8.15 ± 1.87 [△]

注：与治疗前相比，* $P < 0.05$ ；与对照组相比，[△] $P < 0.05$

3 结论

随着经济社会的不断进步，人民生活水平的提高，同时脑中风的频率也在与日俱增。脑中风患者往往伴有半身不遂或者语言障碍或口眼歪斜等后遗症^[3]。康复训练是常见改善脑中风患者后遗症的治疗方法，但随着医学的进步，治疗脑中风后遗症的研究也日渐增多，如：针灸、补阳还五汤、推拿等^[4,5]。刘宝国、刘庆军^[6,7]等人采用针灸联合康复训练治疗脑中风后遗症患者，取得了较为满意的治疗效果。

本文中研究中，采用针灸联合康复训练治疗脑中风后遗症患者，观察组患者的 NISS 评分及 ADL 评分明显优于对照组患者，说明针灸联合康复训练治疗脑中风后遗症患者治疗效果较好。值得临床推广。

参考文献：

[1]卢春玲,刘蕾,梁艳.针刺联合康复训练治疗中风后遗症 64 例临床观察[J].云南中医中药杂志,2014,35(11):46-47.
 [2]秦娟.康复训练联合针灸治疗中风后遗症 50 例临床观察[J].中国民族民间医药,2014,15(24):32-33.
 [3]杨学军. 针灸联合康复训练治疗脑中风后遗症 78 例[J].中医临床研究,2014,6(07):68-69.
 [4]吕寅生.补阳还五汤联合针灸治疗脑中风后遗症 50 例临床观察[J].实用中医内科杂志,2013,28(14):55-56.
 [5]王啸,闫建玲.针灸推拿联合康复训练治疗中风后遗症 156 例临床观察[J].山西中医学院学报,2013,13(05):50-51+53.
 [6]刘国宝,马静.针灸联合康复训练治疗脑中风后遗症的疗效分析[J].中国伤残医学,2014,15(08):214-215.
 [7]刘庆军.针灸联合康复训练治疗脑中风后遗症临床研究[J].中国实用医药,2015,10(16):276-277.

编辑：赵聪 编号：EB-15091603F（修回：2015-09-25）

相似文献：

针灸与康复训练联合对脑中风后遗症的临床价值分析

目的：探究针灸与康复训练联合治疗对脑中风后遗症的临床价值。方法：选择 2013 年以来我院收治的脑中风后遗症病患 116 人，将病患随机平均分成两组，对比组的 58 例病患给予常规的康复训练，分析组的 58 例病患给予针灸与康复训练联合治疗。以神经功能缺损程度作为评价脑中风后遗症治疗效果好坏的主要指标。结果：治疗后，对比组病患评分差值为

(11.26 ± 7.64)，治疗总有效率为 67.24%；分析组病患的评分差值为 (17.67 ± 6.38)，治疗总有效率为 86.21%，治疗效果差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：针灸与康复训练联合治疗脑中风后遗症具有明显的临床疗效。

作者：徐霞 (大岭山医院，广东 东莞，523820)；
 刊名：中医临床研究 2015 年 07 期 32-33 页
 DOI 号：10.3969/j.issn.1674-7860.2015.7.016

针刺联合推拿手法治疗肱二头肌 长头腱鞘炎疗效分析

A clinical analysis of treating biceps tenosynovitis by acupuncture plus massage

丁云鹏

(焦作市中医院, 河南 焦作, 454150)

中图分类号: R323.42 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0105-02 证型: ID

【摘要】目的: 探讨针刺与推拿手法结合治疗肱二头肌长头腱鞘炎的疗效。方法: 选取同期在焦作市中医院就诊的肱二头肌长头腱鞘炎患者 90 例, 依据治疗方法分治疗组和对照组各 45 例, 观察两组临床疗效及治疗组随访结果。结果: 两组间治愈率和总有效率对比均有显著性差异 ($P < 0.05$)。随访 3~4 个月。治疗组 45 例病人均未见明显加重或复发。结论: 针刺联合推拿治疗肱二头肌长头腱鞘炎不仅临床有效率高, 复发率低, 而且基本不存在副作用, 属于一种可以在临床推广的治疗方法。

【关键词】针刺; 推拿; 肱二头肌长头腱鞘炎; 疗效

【Abstract】Objective: To investigate effects of acupuncture plus massage on biceps tenosynovitis. Methods: 90 patients with biceps tenosynovitis were divided into treatment group and control group, 45 cases for each, the curative effect in two groups was observed.

Results: There were a very significant differences in the curing rate and total efficiency between two groups ($P < 0.05$). Follow-ups of 3~4 months. 45 patients in treatment group showed no significant increase or recurrence. Conclusion: Treating biceps tenosynovitis by acupuncture plus massage not only was effective, but also substantially with no side-effects, and worthy of application.

【Keywords】Acupuncture; Massage; Biceps tenosynovitis; Curative Effect

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.050

肱二头肌长头腱鞘炎是一种临床上的常见病、多发病, 多因外伤或劳损后等急性发病, 多见于中年人。其临床表现主要为三角肌保护性痉挛, 局部肿胀, 疼痛及压痛, 活动加重, 休息好转^[1]。若不及时治疗, 可发展成肩周炎。笔者结合肩部解剖学结构特点, 借鉴诸家经验学说及理论, 采取针刺联合推拿手法治疗肱二头肌长头腱鞘炎 90 例, 效果良好, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所有病例均为 2010 年 3 月—2013 年 11 月在焦作市中医院康复科门诊就诊或住院患者 90 例, 其中女性 36 例, 男性 54 例; 年龄 26~68 岁, 平均年龄 (38.4±9.2) 岁。所有患者病程 10 d~1 年, 其中 19 例有明显外伤史, 58 例呈季节性加重, 全部病例均有不同程度的肩关节疼痛, 伴活动受限。所有患者型随机分组, 设为治疗组与对照组, 每组 45 例, 经统计学资料处理, 两组患者在性别、年龄、病程、病史及严重程度无明显差异性, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 诊断标准

依据国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》^[2], 制定: ①有肩部劳损或受风寒湿邪侵袭病史; ②中年人较多见, 大多呈慢性发病过程; ③肩部酸胀, 疼痛以夜间为明显, 疼痛

可向三角肌下放射; ④肱骨结节间沟处有明显压痛, 肱骨二头肌腱抗阻力试验阳性。

1.3 病例纳入标准

①符合诊断标准; ②年龄 25~70 岁; ③病程 1 年以内; ④可坚持治疗者

1.4 病例排除标准

①不符合以上标准者; ②颈椎病、冠状动脉性心脏病等肩外疾病者; 肩关节结合、肿瘤、脱位等肩内疾病者; ③严重的心脑血管、内分泌及肝肾疾病患者; ④有明显针刺禁忌证的患者; ⑤不配合治疗的患者。

1.5 治疗方法

治疗组: ①针刺: 患者取坐位, 常规消毒后, 选用医用华佗牌不锈钢针 (0.35 mm×45 mm 毫针), 针刺手法中热肿为泻, 冷僵为补, 进针得气后停针, 每 10 min 行针 1 次, 留针 30 min, 配合 TDP 照射, 1 次/d, 10 次为 1 个疗程。选穴: 臑俞、秉风、外关、曲池、肩外俞、肩中俞、肩髃、肩髃及阿是穴; 阿是穴是如条状区域, 则沿条状区域针刺 2~3 针, 条口深刺, 穴位常规消毒, 行平补平泻手法, 均留针 25 min^[3]。②推拿: 患者坐位, 术者站立患肢后, 一手扶肩, 一手以虎口骑架于三角肌上, 四指在前, 拇指在后固定, 用食、中二指拨筋, 自上而下, 重复 3~5 次, 换肘托前臂, 手握肩前方, 使肩外展近 90°, 拇

指屈曲，放于伤处，另一手以掌心放置拇指上，以臂力推动拇指，用刮筋手法，力达深部；较准确的用另一侧臂力按压推动屈拇，以起到拨筋效果。然后触摸到压痛点，并细心触摸到结节间沟部位，有时触及条索状物，沿其肌腱顺向左右轻轻分拨理顺，从上而下反复 3~5 次采用滚法使肩部肌肉放松如有粘连时，将肘关节屈曲，肩关节外展后伸略外旋，在肱二头肌短头肌腱拉紧的情况下，在稍加弹拨理筋手法；最后采用牵抖法，双手握腕，双臂用力均匀颤抖 3~5 次，再在局部施以摇法，被动活动关节。1 次/d，10 次为 1 个疗程^[4]。

对照组：采用药物局部注射（药物配制：曲安奈德 20 mg，1%利多卡因 7 mg），3 d/次，5 次为 1 个疗程。

1.6 疗效判定标准

参照全国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会拟订的疗效标准。经治疗肩部疼痛完全消失，功能恢复正常为治愈；肩痛症状明显缓解，功能有所恢复为显效；治疗前后症状、体征无明显改善为无效^[3]。总有效率=（治愈例数+好转例数）/总例数×100.0%

1.7 统计学方法

采用 SPSS11.0 软件进行统计分析，计量资料采用 *t* 检验，计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

所有患者连续接受 3 周，4 个月后随访，评定疗效。见表 1。

表 1 肱二头肌长头腱鞘炎两组患者临床疗效比较 [n (%)]

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效率
对照组	45	28 (62.2)	7 (15.6)	10 (22.2)	35 (77.8)
治疗组	45	33 (73.3)	10 (22.2)	2 (4.4)	43 (95.5)

注：两组比较有统计学差异 $P < 0.05$

3 讨论

肱二头肌长头腱鞘炎多见于中老年人，是临床肩部疼痛常见的原因之一。肱二头肌长头，起于肩胛孟上及后唇（粗隆），出关节囊经过肱骨结节间沟同名肌腱鞘，短头起于喙突，共同止于前臂桡骨的肱二头肌结节（粗隆），其腱鞘在肱骨结节间沟沿肱二头肌长头腱伸展止于外科颈平面，造影见腱鞘呈韭叶状，末端滴泪状，并与关节囊相通，平均宽度为 0.9 cm。本病发生于长期反复过度活动的体力劳动者，肱二头肌长头肌腱和腱鞘受结节间沟狭窄粗糙面的机械刺激，加上受慢性积累性损伤或感受风寒湿邪刺激，使肌腱与腱鞘的摩擦增加，使局部气血瘀滞，肌腱与腱鞘增粗，使纤维管腔变窄形成腱鞘滑膜层急性水肿或慢性损伤性炎症局部发生深处、变质，刺激神经末

梢，引起疼痛，肌腱在管内滑动困难而产生症状，甚至局部发生粘连，影响关节功能^[5]。

中医认为，本病属“痹症”范畴，痹症早期总由感受风寒湿邪所致，局部疼痛难忍、屈伸不利属风寒湿邪留滞经络，闭阻气血，不通则痛。中老年气血津液渐衰，营卫气不足，更容易导致气血闭阻和经络不通。本病常见治疗方法有局部制动、理疗或中药热敷、加强体育锻炼，推拿按摩、针灸、口服消炎止痛类药物、局部封闭和手术治疗等^[6]。采用针刺可疏通局部经络气血，调整局部气血循环，祛风除湿，散寒止痛；运用推拿手法可起舒筋活络、消肿止痛之功，正如《医宗金鉴·正骨心法要旨》所说：“为肿为痛，宜用按摩法，按其经络，以通郁闭之气，摩其壅聚，以散郁结之肿，其患可愈。”针刺结合推拿手法治疗肱二头肌长头腱鞘炎，临床疗效满意，经济方便，无副作用，对于对手术治疗采取保守态度的患者值得推荐^[7-9]。

参考文献：

[1]周运峰,郭会卿,张剑赤.常见筋伤疾病的推拿疗法[M].郑州:中原农民出版社,1997:130-133
 [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京中医药大学出版社,1994:192
 [3]刘晓艳,吕明.针灸推拿为主治疗肱二头肌长头肌腱鞘炎临床观察[J].辽宁中医杂志,2009,36(2):275
 [4]范儒军,吴佳璇,张建强.肩周 4 点阻滞法配合肩关节闭合松解术治疗严重肩周炎的远期疗效分析[J].中国中医骨伤科杂志,2013,21(7):25-29.
 [5]方震宇,郎伯旭.浮针配合针刺阳陵泉治疗肱二头肌长头肌腱鞘炎疗效观察[J].上海针灸杂志,2010,29(12):787-788.
 [6]熊源胤.“以灶为喻”取穴针刺治疗肱二头肌长头腱鞘炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2010,19(13):1588-1589.
 [7]孙永.针刺配合康复手法治疗肱二头肌长头腱鞘炎疗效观察[J].针灸临床杂志,2012,28(4):7-8.
 [8]李坤,高琳琳,李治昱.手法治疗肱二头肌长头腱鞘炎[J].长春中医药大学学报,2007,23(1):46-47.
 [9]陈爱萍,肖琳,王娴默,等.肩关节周围炎的中西医治疗进展[J].中医学报,2013,28(182):1073-1077.

作者简介：

丁云鹏（1980-），男，河南孟州人，主治中医师，本科，中医内科，研究方向：中医内科结合结合针灸推拿治疗各项疑难杂症。

编辑：赵聪 编号：EB-15091607F（修回：2015-10-20）

相似文献：

运动针刺鱼肩穴治疗肱二头肌长头腱鞘炎 32 例

对 32 例肱二头肌长头腱鞘炎患者行运动针刺鱼肩穴治疗，此穴治疗肱二头肌长头腱鞘炎疗效颇佳，再配合运动针法，以远处穴位疏导配以疼痛部位运动，边针刺边活动肩部关节，则

更有利于经气的疏通及气血的运行，以达引其气血运行通畅而痛止。值得临床推广与应用。

作者：张健 朱婷
 刊名：中医临床研究 2014 年 14 期 37-38 页

小针刀合穴位贴敷治疗网球肘 86 例

Curative effect of small knife acupuncture on 86 cases of tennis elbow

朱秀平

(中山市古镇人民医院, 广东 中山, 528421)

中图分类号: R246.9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0107-02 证型: IDGB

【摘要】目的: 探析小针刀合穴位贴敷治疗网球肘的疗效。方法: 选择我院 2013 年 1 月—2015 年 5 月收治例网球肘患者作为研究对象, 分为治疗组 ($n=86$) 与对照组 ($n=85$)。对照组行电针治疗, 治疗组采取小针刀联合穴位贴敷治疗, 比较两组治疗后总有效率与随访 3 个月时总有效率。结果: 治疗组治疗总有效率为 93.0% (80/86), 对照组为 69.4% (59/85), 治疗组更高, 差异有统计学意义 ($\chi^2=15.667, P<0.01$)。治疗组随访 3 个月时治疗有效率为 74.4% (64/86), 对照组为 65.9% (56/85), 治疗组更高, 差异有统计学意义 ($\chi^2=15.667, P<0.01$)。结论: 小针刀联合穴位贴敷治疗网球肘可有效缓解疼痛, 并温经通络、活血化瘀, 效果满意, 但易复发, 有待进一步改进。

【关键词】 网球肘; 小针刀; 穴位贴敷

【Abstract】Objective: The curative effect of small knife acupuncture on tennis elbow. Methods: The patients with tennis elbow in our hospital from January 2013 to May 2015 were divided into treatment group ($n=86$) and control group ($n=85$). Control group received electroacupuncture treatment, the treatment group took small knife acupuncture with acupoint sticking therap and followed up for 3 months. Results: The efficiency in the treatment group was 93.0% (80/86), the control group was 69.4% (59/85), the treatment group was higher, the difference was statistically significant ($\chi^2=15.667, P<0.01$). The efficiency in the treatment group was 74.4% (64/86), the control group was 65.9% (56/85), the difference was statistically significant ($\chi^2=15.667, P<0.01$). Conclusion: Small knife combined with acupoint sticking apply for tennis elbow can effectively relieve pain, temperature and meridians, promote blood circulation and removblood stasis.

【Keywords】 Tennis elbow; Acupotomy; Acupoint application

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.051

网球肘又被称为肱骨外上髁炎, 为临床常见病与多发病, 以肘关节附近、肱骨外上髁疼痛且前臂旋转或用力握拳时疼痛加剧为主要表现, 属于慢性损伤性疾病^[1]。中医治疗慢性疾病有丰富经验, 因而在网球肘临床治疗中引起重视并得到广泛应用。本文以我院收治网球肘患者为例, 探析小针刀合穴位贴敷治疗网球肘的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2013 年 1 月—2015 年 5 月收治的 171 例网球肘患者作为研究对象, 采取双盲对照分组方法分为治疗组 (86 例) 与对照组 (85 例)。治疗组男性 48 例, 女性 38 例, 年龄 20~70 岁, 平均年龄 (43.5 ± 7.6) 岁。病程 0.1~2 年, 平均病程 (0.6 ± 0.3) 年。36 例为左侧、42 例为右侧、8 例为双侧。对照组男性 45 例, 女性 40 例, 年龄 21~67 岁, 平均年龄 (41.9 ± 10.4) 岁。病程 0.1~2 年, 平均病程 (0.7 ± 0.3) 年。32 例为左侧、36 例为右侧、7 例为双侧。两组年龄、性别、病程、部位等一般资料间差异的比较无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

①有慢性肘部劳损史, 如手工业者、打字员、会计、运动员及产后和更年期妇女; ②查体结果示肘关节无红肿, 肱骨外上髁处有局限性压痛点, 尤以握拳、伸腕及旋转动作时明显,

严重者向整个上肢放射, 伸肌腱牵拉试验结果为阳性; ③起病缓慢, 无急性损伤史, 存在握物无力、易掉落、拧毛巾无力等症状; ④签署知情同意书。

1.3 排除标准

①入组前 3 个月内进行过药物封闭或外敷治疗者; ②合并风湿、类风湿关节炎等免疫系统疾病者; ③合并严重出血性疾病或心、肾系统疾病患者; ④配合度差者。

1.4 治疗方法

对照组行电针治疗, 取穴: 阿是穴、曲池、手三里、肘髁等穴, 每次 4 穴。取穴后常规消毒, 用一次性无菌针灸针 0.3 mm×40 mm (华佗牌), 针刺阿是穴、曲池、手三里, 肘髁等穴。阿是穴采用斜刺直达骨平面, 针下觉有滞针感; 曲池; 手三里; 肘髁等穴则垂直进针, 平补平泻, 得气后接疏密波, 治疗 30 min, 隔日 1 次, 6 次为 1 个疗程。采取小针刀联合穴位贴敷治疗。

1.4.1 小针刀治疗

患者平卧于治疗床, 患侧肘关节屈曲 90°~130°平放, 找到压痛点后用龙胆紫标记。碘伏常规消毒、铺上洞巾, 术者戴口罩、口包及一次性无菌手套。混合 1 ml 的 2%利多卡因、10 mg 曲安缩松及 0.5 ml 维生素 B₁₂ 注射液, 于肱骨外上髁表面压痛点处注射 1 ml 混合液。3 min 后, 用汉章一次性 4 号小针刀于肱骨外上髁内侧缘进针刀, 小针刀刀口线和伸肌纤维走向平行, 松解 2~3 刀至感觉针刀下松弛后, 令针身与肱骨外上

髌骨平面呈 45° 刺入。先后行纵行疏通剥离法及切开剥离法刮平锐边。之后用横向匀剥法让刀口紧贴骨面将骨突周围软组织粘连剥开，疏通伸腕肌、伸指总肌、旋后肌肌腱，患者松懈剥离时有酸胀痛感，至酸胀痛消失后出针。压迫针孔至不出血，针刀口贴创可贴，24 h 内不可沾水，小针刀治疗 1 次为 1 个疗程。

1.4.2 穴位贴敷疗法

小针刀治疗后隔 1 d 行穴位贴敷治疗。使用自制药膏，组成：白芥子、细辛、红花、薄荷、徐长卿、延胡索按 3 : 3 : 1 : 1 : 1 比例混合打成粉末，过筛 80 目。按 4 : 1 比例调配老姜汁、蜂蜜并加少许氮酮调配成膏状，制作成 2 cm × 1.5 cm × 1.5 cm 块状药膏，冰箱保存备用，每批药最多保存 3 d。取穴与电针组相同，贴敷时间为 1.5~2 h/次，取下药膏后用干纸巾擦净，嘱其 2 h 内不沾冷水，隔日 1 次，5 次为 1 个疗程。

1.5 判定标准

比较两组治疗后有效率与随访 3 个月时有效率，疗效参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]进行评定，痊愈：肘关节疼痛消失，持物无疼痛，前臂伸肌紧张试验结果为阴性；好转：肘部疼痛明显改善，持物疼痛减轻，前臂伸肌紧张试验阴性或弱阳性；无效：治疗后，症状无明显改善。总有效率=(痊愈例数+好转例数)/总例数×100.0%。

1.6 统计学方法

统计学软件 SPSS19.0 处理数据，年龄、病程用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，t 检验，性别、部位、有效率用 (n, %) 表示， χ^2 检验， $P < 0.05$ 为比较有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后总有效率的比较

治疗组治疗后有效率为 93.0% (80/86)，对照组为 69.4% (59/85)，治疗组更高，差异有统计学意义 ($\chi^2=15.667$, $P < 0.01$)，见下表 1。

表 1 两组治疗后有效率比较结果 [n (%)]

组别	痊愈	好转	无效	总有效率
治疗组 (n=86)	53 (61.6)	27 (31.4)	6 (7.0)	80 (93.0)
对照组 (n=85)	25 (29.4)	34 (40.0)	26 (30.6)	59 (69.4)

2.2 两组随访 3 个月时有效率的比较

治疗组随访 3 个月时治疗总有效率为 74.4% (64/86)，对照组为 65.9% (56/85)，治疗组更高，差异有统计学意义 ($\chi^2=15.667$, $P < 0.01$)，见下表 2。

表 2 两组随访 3 个月时有效率比较结果 [n (%)]

组别	痊愈	好转	无效	总有效率
治疗组 (n=86)	31 (36.0)	33 (38.4)	22 (25.6)	64 (74.4)
对照组 (n=85)	24 (28.2)	32 (37.6)	29 (34.1)	56 (65.9)

3 讨论

肱骨外上髁为桡侧腕屈肌和伸肌总腱起点，前臂反复旋转

牵拉以致前臂伸肌附着点撕裂、血肿及粘连，日久则产生无菌性炎症反应，引起局部疼痛及肘关节功能障碍^[3]。

网球肘属中医中“伤筋”“痹症”范畴^[4]，病机为素体虚弱、气血亏虚、风寒湿邪侵袭以致经络受阻，“不通则痛”。中医辨证为风寒痹阻，临床治疗应以温经通络、活血化瘀为主要原则^[5]。本研究中治疗组采取小针刀联合穴位贴敷，小针刀可直接作用于病变部位，实现松解与剥离粘连，达到“通则不痛”目的^[6]。操作时需注意针刀松解前要找准压痛点、硬结点等阳性反应点（粘连处），针刀下有“嘎嘎”声，滞针感，经松解后有针下落空感，否则疗效差。且需无菌操作，术后可不服抗菌素，避免伤及神经及大血管^[7]。穴位贴敷的应用则利用防风、细辛等辛温药发挥，疏风散寒、温经通络功效；此外，红花活血化瘀；延胡索祛风止痛；薄荷具有较强发泡作用；老姜汁具有较强通透性，促进药物吸收^[8]。穴位贴敷时有温热痛感为正常反应，若疼痛难忍或起水泡，可提前取下药膏，本研究中无起水泡情况。另外，治疗组随访 3 个月后发现两组治疗总有效率的差异无统计学意义，提示治疗组虽疗效满意，但远期疗效不明显，易复发。

综上所述，小针刀联合穴位贴敷治疗网球肘可有效缓解疼痛，并温经通络、活血化瘀，效果满意，但易复发，有待进一步改进。

参考文献：

[1] 徐宁林. 斑雄膏穴位贴敷临床应用体会[J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26(6): 897.

[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 189-190.

[3] 王志成. 骨科主治医师 1000 问[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2002: 167.

[4] 栗璇, 巫祖强, 曹雪梅, 等. 不同频率电针对顽固性网球肘患者疗效的影响[J]. 中国针灸, 2010, 30(1): 43-45.

[5] 龙智铨. 顽固性网球肘诊疗进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(16): 2075-2076.

[6] 鄢卫平, 王玉泉. 小针刀治疗网球肘 40 例临床疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2014, 8(2): 218-218.

[7] 罗裕国. 针刀通激疗法的临床运用[J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(2): 25.

[8] 李立. 小针刀配合局部封闭治疗肱骨外上髁炎 85 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(6): 662.

作者简介：

朱秀平 (1974-), 男, 本科学历, 研究方向: 针灸、推拿治疗脊柱及其他相关疾病, 肥胖等。副主任医师。

编辑: 赵聪 编号: EB-15091610F (修回: 2015-09-28)

中医针灸治疗慢性溃疡性结肠炎疗效观察

Clinical observation on treating chronic ulcerative colitis in TCM acupuncture

蒋海燕

(枣庄市市中区永安中心卫生院, 山东 枣庄, 277100)

中图分类号: R246 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0109-02 证型: IDGB

【摘要】目的: 讨论应用中医针灸对慢性溃疡性结肠炎患者进行治疗的临床效果。方法: 选取我院2012年1月—2014年6月收治的80例慢性溃疡性结肠炎患者, 回顾性的对全部患者的临床资料进行分析。结果: 全部患者经过有效的治疗后, 其中有44例患者痊愈, 有20例患者获得显著恢复, 有10例患者获得有效恢复, 有6例患者获得无效, 其患者的治疗总有效率为92.5%。结论: 对于慢性溃疡性结肠炎患者来说, 应用中医针灸实施治疗具备着非常显著的临床效果。

【关键词】 中医针灸; 慢性溃疡性结肠炎; 临床疗效

【Abstract】 Objective: To discuss clinical effects of TCM acupuncture on chronic ulcerative colitis. Methods: 80 patients were treated and analyzed. Results: All the patients after effective treatment, 44 cases were cured, 20 cases were markedly effective, 10 cases were improved, 6 cases were invalid, and the total efficiency was 92.5%. Conclusion: TCM acupuncture shows obvious effects on chronic ulcerative colitis.

【Keywords】 TCM acupuncture; Chronic ulcerative colitis; Clinical effect

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.052

慢性溃疡性结肠炎主要是指弥漫性的直肠黏膜与结肠黏膜炎症, 其临床特征主要是里急后重、黏液脓血便、腹泻与腹痛等^[1]。目前为止, 在临床中一直没有明确具体发病原因进行。不同患者的发作频率与病情等存在着一定的差异, 此病的致病因素与患者饮食失调、精神刺激与劳累等具备着非常密切的联系^[2]。本研究中主要讨论分析了应用中医针灸对慢性溃疡性结肠炎患者进行治疗的临床效果, 其具备着非常显著的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2012年1月—2014年6月收治的80例慢性溃疡性结肠炎患者, 其中男性42例, 年龄20~70岁, 平均年龄(42.9±8.6)岁, 病程10个月~17年, 平均病程(5.9±2.6)年; 女性38例, 年龄22~69岁, 平均年龄(43.2±7.5)岁, 病程12个月~19年, 平均病程(6.2±3.1)年。全部患者在年龄、性别以及病程等方面进行对比差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

利用中医针灸对患者进行治疗, 其具体步骤为: 在腹部选择气海、天枢与关元等部位, 在背部选择大肠俞与长强等部位, 其配穴选择三阴与足三里相交的位置。其中, 气海、天枢与关元针刺1.5寸左右, 得气以后将其放射到外生殖器与腹部, 而长强直刺0.8寸左右, 大肠俞直刺1.5寸左右, 留针15 min,

约5 min开始行针1次, 其中, 除了长强以外, 各穴联合温针灸20 min左右, 2 d/次。

1.3 统计学方法

本组实验所得数据通过统计学软件包SPSS17.0进行研究, 其中计数资料与计量资料, 分别应用 χ^2 与 t 进行检验。如果 $P<0.05$, 则表示两组进行比较具有统计学意义。

2 结果

患者80例经过有效的治疗后, 痊愈44例, 占55.0%; 显著效20例, 占25.0%; 有效10例, 占12.5%, 无效6例, 占7.5%; 其患者的治疗总有效率为92.5%。

3 讨论

慢性溃疡性结肠炎归属于中医学“脏毒”“久痢”“肠辟”“肠下血”等范畴^[3]。在临床中, 慢性溃疡性结肠炎具备着反复发作与病程缓慢等临床特征, 此病其本在脾, 而其标在肠, 由此采取有效的措施对患者脾虚进行治疗具备着非常显著的临床效果, 而临床中往往选择中医针灸进行固脾或者治脾, 在中医辨证的前提下, 通过捏脊, 经络穴位针刺与艾灸等方法对其实施补泻处理, 以此实现改善脏腑、调理阴阳与疏通气血等目的, 从而在根本上对慢性溃疡性结肠炎进行治疗^[4,5]。相关研究显示: 经常针灸关元、足三里、曲池、三阴交、中脘与大椎等穴位, 则能够有效地对人体全部因素进行调动, 并使人体免疫系统功能与抗病功能得到增强^[5]。经中医针灸后, 人体呼吸消化功能逐渐的增强, 血液循环也不断的旺盛, 而血液抗体、

人体化学物质及体液内分泌等都明显的提高。

本研究中主要讨论分析了应用中医针灸对慢性溃疡性结肠炎患者进行治疗的临床效果,其具备着非常显著的临床效果,研究结果显示:全部患者经过有效的治疗后,其中有 44 例患者痊愈,有 20 例患者获得显效恢复,有 10 例患者获得有效恢复,治疗总有效率为 92.5%。

4 结 语

总而言之,对于慢性溃疡性结肠炎患者来说,应用中医针灸实施治疗具备着非常显著的临床效果,值得临床推广。

参考文献:

[1]吴焕淦,刘慧荣,陈汉平.针灸治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎研究进展[J].中国针灸,2010,21(05):25-27.

[2]刘果.益气活血解毒法抗溃疡性结肠炎复发的临床疗效评价及理论机制研究[D].北京中医药大学,2009,(10):44-45.

[3]李金萍.黄芪多糖对溃疡性结肠炎模型大鼠血清 IL-4、IL-5 及 IL-13 的影响[D].湖北中医学院,2009,12(15):89-91.

[4]魏伟.脾胃虚弱型慢性溃疡性结肠炎针刺治疗 45 例临床报告及分析[J].中医临床研究,2011,3(18):91-92.

[5]顾培青.清肠化湿、健脾益气法序贯治疗溃疡性结肠炎的疗效评价和机制探讨[D].南京中医药大学,2010,54(20):86-90.

[6]韩意,韩朝,韩夏,等.中药加激素保留灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J].中国中医药信息杂志,2010,12(22):102-104.

作者简介:

蒋海燕 (1976-), 女, 汉族, 山东枣庄人, 本科学历, 主治医师。

编辑: 赵聪 编号: EB-15081213F (修回: 2015-09-01)

捏脊疗法对婴幼儿厌食的效果观察

Clinical observation on treating infantile anorexia by the chiropractic therapy

曾运娥 李连娣 温晓寰 文秋红 杨红英
(英德市人民医院城南社区卫生服务中心, 广东 英德, 513000)

中图分类号: R272.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0110-02 证型: GDA

【摘要】目的: 探讨捏脊疗法对婴幼儿厌食的临床疗效。方法: 本组全部患者均为我社区收治的 75 例婴幼儿厌食患者, 随机将其分两组, 对照组采取西医治疗, 治疗组采取捏脊疗法治疗, 比较两组患者的效果。结果: 治疗组总有效率显著优于对照组, 差异有显著性 ($P < 0.05$), 治疗后, 治疗组患者的血红蛋白改善情况显著优于对照组, 差异有显著性 ($P < 0.05$)。结论: 捏脊疗法对婴幼儿厌食临床疗效确实有效, 且操作简单、安全可靠, 值得推广应用。

【关键词】捏脊法; 婴幼儿; 厌食; 临床疗效

【Abstract】Objective: To investigate clinical efficacy of chiropractic therapy on infantile anorexia. Methods: 75 patients were randomly divided into two groups, the control group was given routine western medicine treatment, the treatment group was given the chiropractic treatment, clinical effects in two groups were compared. Results: The efficacy in the treatment group was better ($P < 0.05$), after treatment, The hemoglobin was improved in the treatment group better than control group ($P < 0.05$). Conclusion: The chiropractic therapy for infantile anorexia was effective, safe and reliable, and was worthy of application.

【Keywords】Chiropractic therapy; Infantile; Anorexia; Clinical effect

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.053

小儿厌食属消化功能紊乱的一种疾病, 主要指小儿较长时间的食欲减退或消失、食量减少, 甚至拒食的一种病症^[1]。为改善婴幼儿厌食症状, 促进婴幼儿健康成长, 本社区卫生服务中心在进行儿童保健过程中对此类婴幼儿采用了捏脊疗法, 经过观察, 对改善症状效果较好, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对本社区卫生服务中心儿童保健专科进行儿童体检的婴幼儿。本组全部患者均为我社区 2012 年 1 月—2015 年 1 月发现有 75 例婴幼儿有食欲减退或消失、食量极少、拒食等厌食的临床症状, 且身高、体重达不到正常年龄的标准水平的患者, 其中男性 40 例, 女性 35 例, 年龄 6 个月到 3 岁不等, 病程 3 周。75 例婴幼儿均有体型消瘦、多汗、睡眠不佳、甚至精神萎靡贫血面貌等症状, 持续时间在 2 个月以上, 家长曾多次就诊求医。随机将全部患者分为对照组和治疗组, 对照组 37

例, 治疗组 38 例, 两组患者性别、年龄、病程等比较, 差异无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗组

实施小儿捏脊治疗, 具体措施: 捏脊时室内温度保持在 24~26℃, 捏脊者指甲要修整光滑, 小儿取俯卧位或半俯卧位, 暴露整个腰背部, 捏脊部位为脊背的正中线, 两手沿脊柱两旁, 用拇指指腹与食指、中指指腹对合, 挟持肌肤, 拇指在后, 食指、中指在前, 然后食指、中指指向后捻动, 拇指向前推动, 从骶尾部起至第七颈椎, 即沿着督脉的循行路线, 从长强穴直至大椎穴。捏脊手法宜轻柔、敏捷, 用力及速度要均等, 循环 4~7 遍/次, 施行第 2 遍时每一脊椎推捏拿 3 次, 提 1 次, 3~5 min/次为宜, 捏脊 1 次/d, 10 次为 1 个疗程, 共 3 个疗程, 在早上起床后或晚上临睡前进行, 疗效较好。38 例婴幼儿均给予中医药技术健康指导即采用捏脊疗法来改善婴幼儿食欲情况, 并与家长做好宣教工作, 说明坚持执行捏脊疗法 3 个疗程的目的及意义, 指导正确喂养婴幼儿。

1.2.2 对照组

实施西医治疗, 具体措施口服多酶片、复合维生素片, 各 1 片/次, 3 次/d, 10 d 为 1 个疗程, 共 3 个疗程。

1.3 观察方法

分别于 1 个月、2 个月、3 个月、6 个月回中心测量身高、体重等生长发育的评估, 做好记录以观察临床疗效。另外记录两组患者的血红蛋白, 两组患儿分别在入组前及治疗后, 经指尖采血检查血常规, 统计并比较血红蛋白值。

1.4 疗效标准

显效: 食欲、食量恢复正常水平, 身高、体重达到正常年龄的标准水平; 有效: 食欲、食量显著恢复, 身高、体重基本达到正常年龄的标准水平; 无效: 食欲、食量无改善, 身高、体重达不到正常年龄的标准水平。

1.5 统计学处理

有关数据均录入 SPSS17.0 统计学软件, 数据处理时计数资料以百分数 (%) 表示, 所有计量资料均用 ($\bar{x}\pm s$) 表示, $P<0.05$ 时认为组间差异结果在统计学上有意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗组患者显效 16 例, 有效 18 例, 无效 4 例, 总有效率为

89.5%; 对照组显效 12 例, 有效 16 例, 无效 9 例, 总有效率为 75.7%, 治疗组有效率显著优于对照组, 差异有显著性 ($P<0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后血红蛋白改善情况比较

治疗后, 治疗组患者的血红蛋白显著优于对照组, 差异有显著性 ($P<0.05$)。详情见表 1。

表 2 两组治疗前后血红蛋白改善情况比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	38	112.8±9.3	122.5±12.4
对照组	37	113.2±9.5	115.3±7.5

3 讨论

小儿厌食症是指小儿食欲不振, 厌恶进食或偏食, 饮食无规律, 食量明显少于同龄正常儿童, 甚至拒食的一种病症。目前现代西医主要采用调整饮食、合理喂养、补充多种消化酶、维生素、微量元素来对症处理^[2], 但疗效不明显。

捏脊疗法通过捏拿督脉以达到疏通督脉的阳气, 使得阳气统血而行, 从而达到气血旺盛、调节脏腑功能的目的。同时, 捏脊还能刺激各脏腑的体表背俞穴, 既能使脏腑气血阴阳和胃肠功能得以调节, 又能使积滞在胃肠内的积食通过大肠排出体外, 从而清除胃肠内的积滞^[3]。总之, 捏脊疗法可疏通经络、运行气血、调节脏腑功能, 达到振奋脾阳、健运脾气的的作用。

本组资料显示, 治疗组总有效率显著优于对照组, 差异有显著性 ($P<0.05$), 治疗后, 治疗组患者的血红蛋白改善情况显著优于对照组, 差异有显著性 ($P<0.05$)。说明捏脊疗法是一种安全绿色、疗效确切、简便易行、无副作用的治疗方法, 此方法既有治疗作用, 又有保健功效, 还可以降低医疗费用, 节省医疗资源, 深受小儿家长认可, 值得临床推广。

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: 1275-1277.
- [2] 郭钦源. 针灸配合捏脊治疗小儿厌食症 50 例[J]. 中国民族民间医药, 2010, 19(17): 1142.
- [3] 周一敏, 雷云露. 游走罐加推拿捏脊疗法治疗小儿积滞[J]. 中医临床研究, 2011, 03(12): 73.

编辑: 白莉 编号: EB-15092502F (修回: 2015-09-30)

相似文献:

针刀与针刺配合艾灸治疗网球肘临床疗效对比观察

目的: 比较针刀与针刺配合艾灸对网球肘的治疗效果。方法: 将 86 例网球肘患者用随机数字表法分成两组, 其中针刀组 43 例, 针刺配合艾灸组 43 例。对不同组别两个疗程后的疗效情况进行综合比较。结果: 两组有效率无显著差异 ($P>0.05$); 两组进行等级比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 针刀比针刺配合艾灸治疗网球肘疗效好。

作者: 滕春光

刊名: 中医临床研究 2015 年 07 期 30-31 页

英文刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词: 网球肘; 针刀; 针刺

中图分类号: R274

DOI 号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2015.7.015

针灸推拿与康复理疗护理结合若干问题的探讨

Discussion on certain issues about the therapy of acupuncture and Tuina combined with rehabilitation therapy nursing

房旦 宋嘉琳

(文登整骨医院, 山东 文登, 264400)

中图分类号: R248 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0112-02 证型: GBD

【摘要】目的: 综述近年来在针灸推拿与康复理疗护理相结合方面所取得的研究进展及研究成果。方法: 查询与分析近年来有关针灸推拿与康复理疗护理相结合方面对应的学术研究成果及期刊文献资料。对技术进展进行归纳与总结。结果: 当前对针灸推拿与康复理疗护理相结合的研究思路包括三层, 分别为针灸推拿与康复理疗护理并重, 以针灸推拿为主, 康复理疗护理为辅及以康复理疗护理为主, 针灸推拿为辅。基于上述思路, 可将针灸推拿尝试与康复理疗护理领域中的物理疗法及作业疗法相结合, 起到优化临床效果的目的。结论: 在研究针灸推拿与康复理疗相结合问题的过程当中, 两者从不同的角度对疾病进行治疗干预, 治疗措施的结合能够提高疗效, 是临床实践的研究方向与趋势所在。

【关键词】 针灸推拿; 康复理疗; 护理

【Abstract】 Objective: To review the recent development in acupuncture and Tuina therapy combined with rehabilitation nursing by analyzing recent research progress and research results. Methods: query and analysis of the academic research and literature periodicals published in recent years about acupuncture and massage therapy combined with rehabilitation nursing were carried and the technical progress was summarized. Results: Present research ideas of acupuncture and massage therapy combined with rehabilitation nursing includes three layers, respectively, acupuncture and massage therapy with rehabilitation nursing paying equal attention to all, Prioritize acupuncture and massage therapy and keep rehabilitation therapy nursing as complementary, and prioritize rehabilitation therapy nursing and provide auxiliary acupuncture and massage. Based on the above ideas, acupuncture and massage can be tried in the field of nursing and rehabilitation physiotherapy combined with physical therapy and nursing therapy to optimize the purpose of clinical effect. Conclusion: Acupuncture and Tuina combined with rehabilitation therapy in the research process can improve curative effect, in the different aspects to treat disease, which is the research direction and trend of clinical practice.

【Keywords】 Acupuncture and Tuina; Rehabilitation therapy; Nursing

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.054

针灸推拿是一种相对比较传统的治疗方法,在当前临床中被应用于功能康复及痛症干预等领域,对多种病症的治疗均有一定的适应性^[1]。而康复医学则首先兴起于西方国家,其背景是研究认为传统治疗方案单一,难以满足对各类功能障碍的治疗目的,因此在康复理疗领域中提出了包括心理干预、语言干预、作业干预、康复工程、运动疗法及物理疗法等在内的措施^[2]。有关针灸推拿如何与康复理疗护理相结合,对此项问题的研究能够使对各类功能障碍疾病的治疗效果更佳确切。本文查询与分析近年来有关针灸推拿与康复理疗护理相结合方面对应的学术研究成果及期刊文献资料。对研究进展进行归纳与总结。

1 针灸推拿结合康复理疗护理的必要性

针灸推拿的主要含义是指应用针灸与推拿的方法,对人体腧穴系统产生刺激性影响,激发人体的自我防病能力及功能调节能力,实现促进功能康复、预防保健及治疗干预的目的。而

从康复医学的角度上来说,评估系统所涉及到的评定内容类型非常多,包括关节活动度的评定,肌力的评定,肌张力的评定,肌电功能的评定,协调运动能力的评定,步态评定,吞咽功能的评定,感觉功能的评定,认知功能的评定及平衡能力的评定等。电脑中频可以通过较强的电流作用,使电流松弛神经肌肉组织的紧张度,达到镇痛的效果^[3]。

根据以上分析来看,针灸推拿与康复理疗护理两者的干预目的是高度一致的,且在临床应用方面的前景非常广阔,将针灸推拿与康复理疗护理相结合能够各取所长,相互配合,实现对临床治疗护理效果的提高与优化。

2 针灸推拿结合康复理疗护理的思路

在将针灸推拿与康复理疗护理相结合的过程当中,可以采取的思路有三个方面的,分别为针灸推拿与康复理疗护理并重,以针灸推拿为主,康复理疗护理为辅及以康复理疗护理为主,针灸推拿为辅。具体应用思路与范围如下。

2.1 针灸推拿与康复理疗护理并重

从现代康复理疗护理的角度上来说,针对一些病症已经形成了相对丰富与成熟的治疗方法与评定标准,但对于部分疾病而言的,应用康复理疗护理措施的干预研究还相对较少,在临床实践与具体效果上尚存在空白^[4,5]。为了弥补此问题,可将康复理疗护理与针灸推拿相结合,例如在针对颅脑损伤、骨质疏松、小儿脑瘫等疾病的治疗上,康复治疗护理领域所采取的措施以运动疗法及作业疗法为主,让患者主动参与,必要的时候可以应用心理疗法进行完善,体现其与针灸治疗之间的配合性。

2.2 以针灸推拿为主康复理疗护理为辅

在当前临床领域中,针灸推拿疗法对一些疾病表现出了良好的治疗与干预效果,如肩周炎、颈椎病、腰椎间盘突出、腰部肌肉劳损等。在对上述疾病进行治疗的过程当中,针灸推拿的优势体现的比较显著。但从临床干预局限性的方面来看,单纯应用针灸推拿疗法干预上述疾病还存在疗效评估及诊断分型方面的局限,对针灸推拿的临床应用产生了一定障碍。通过引入康复理疗护理的方式,能够使针对上述疾病的分型治疗更为科学与合理,在疗效评估方面所得到的结论更加的准确与客观。

2.3 以康复理疗护理为主针灸推拿为辅

临床已有的数据资料中显示,对于一些特殊性的疾病而言,康复理疗护理干预的重点是改善患者的关节功能活动度,促进肌力的提高,强化关节置换及安装义肢后的适应性,控制疤痕增生,完善临床预后效果^[6]。例如,针对脊柱侧弯、截肢手术、手外伤、人工关节置换术等疾病,康复理疗护理领域中强调应用运动疗法干预,针对疾病状态下容易影响患者日常生活能力的疾病,还可以配合作业疗法进行完善。针对肌肉僵硬的患者,可以将上述措施与推拿按摩疗法相配合;而针对伴随存在神经损伤,并对肌力造成影响的患者,可以应用针灸干预。

3 针灸推拿结合康复理疗护理的措施

3.1 针灸推拿结合物理疗法

当前临床实践中的物理疗法所致的是应用各种物理因子(包括光能、电能、水冷、磁能等在内)对患者进行治疗干预,同时也包括应用各类专用器械所进行的运动治疗。例如:关节松动术与颈椎安全推拿程序相结合,后者作用温和,分级可控性强,适于错位不显著,但是颈椎关节僵硬的患者,还适用于缓解期的巩固治疗。前者力度较强,与颈椎扳法的治疗效果类似,但危害小,适于显著颈椎关节突关节明显错位者的前期治疗。针灸推拿和康复医学治疗技术有许多相通之处,治疗中常有协同作用。如牵引与针刺同步进行能同时利用牵引的增宽颈

椎间隙功能和针刺的穴位刺激功能,产生新的效应;关节松动术与安全推拿程序各有所长,结合应用能更适应颈椎病颈关节突关节型的不同阶段治疗。

3.2 针灸推拿结合作业疗法

作业疗法所强调的是引导人通过应用某种具有目的性的活动或作业的方式,提高患者日常生活的能力水平,促进功能的提高、恢复与完善,在降低致残率方面的价值是非常突出的。当前作业疗法的干预内容主要有以下几个方面,如避免使用不正确的运动模式,避免使用会加重畸形症状的体位,适度的休息与活动平衡,关注疼痛信号等。将作业疗法与针灸推拿干预相结合的临床价值突出,以膝关节功能障碍为例,将温针灸、推拿与功能康复训练相结合,临床表现理想,值得在实践中推广。

在本文对针灸推拿与康复理疗护理相结合的研究与综述中发现:当前对针灸推拿与康复理疗护理相结合的研究思路包括三层,分别为针灸推拿与康复理疗护理并重,以针灸推拿为主,康复理疗护理为辅及以康复理疗护理为主,针灸推拿为辅。基于上述思路,可将针灸推拿尝试与康复理疗护理领域中的物理疗法及作业疗法相结合,起到优化临床效果的目的。

综上所述:在研究针灸推拿与康复理疗相结合问题的过程当中,两者从不同的角度对疾病进行治疗干预,治疗措施的结合能够提高疗效,是临床实践的研究方向与趋势所在。

参考文献:

- [1]梁娇,黄培兴.盆底康复治疗仪结合针灸会阴穴治疗女性盆底功能障碍的临床分析[J].中国妇幼保健,2014,29(28):4658-4661.
- [2]唐友斌,秦黎虹.针灸康复优化技术对偏瘫患者生活活动能力指标的恢复情况研究[J].世界中医药,2014,9(2):218-220.
- [3]蔡海娟,史劳绩.针灸“即时疗效”法配合康复健康指导在脑卒中康复中的应用与观察[J].时珍国医国药,2013,24(9):2187-2188.
- [4]连丽英,张江,冀绪,等.药氧驱动联合针灸康复综合疗法治疗中风恢复期临床观察[J].河北中医,2013,14(12):1849-1850,1851.
- [5]李乐军,陈丽萍,刘晓丽,等.中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征 62 例[J].南京中医药大学学报,2013,29(3):283-286.
- [6]黄志伟,李建有,谭彩慈,等.中药熏蒸配合手法功能锻炼治疗 pilon 骨折术后关节僵硬的临床体会[J].中医临床研究,2014,6(32):30-31.

作者简介:

房旦(1983-),女,山东文登人,护士,本科学历,研究方向:针灸推拿。

编辑:赵聪 编号:EB-15090609F (修回:2015-09-25)

相似文献:

中医疗法奇葩—贴针灸疗法

“贴针灸疗法”是一种古为今用的疗法,它是针灸疗法、砭石疗法这类中医传统疗法的发展与延伸,具有临床价值,是中国独有的医学,是我国的国粹。贴针灸技术是一项以中医经络穴位理论为基础,穴位贴为载体,并且配合中医按摩手法,

通过腧穴经络达到由表及里、行气活血、疏通经络、调节脏腑虚实、扶正祛邪,达到预防和治疗多种内外科疾病的新型技术。

作者:张湖德

刊名:中医临床研究 2015年24期 127-128页

针灸配合中药熏蒸治疗类风湿性关节炎的临床效果观察

Clinical effect observation of acupuncture combined with Chinese herbal fumigation in treating rheumatoid arthritis

牛国平

(焦作卫生医药学校附属医院, 河南 焦作, 454100)

中图分类号: R245 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0114-03 证型: IDGB

【摘要】目的: 观察针灸配合中药熏蒸治疗类风湿性关节炎的临床效果。方法: 将我院 2013 年 4 月—2015 年 3 月收治的类风湿性关节炎患者 110 例随机分观察组和对照组, 每组 55 例。对照组采取中药熏蒸治疗, 观察组采取针灸配合中药熏蒸治疗, 比较两组的临床疗效以及晨僵时间、关节压痛数、休息痛以及关节肿胀数。结果: 观察组总有效率明显高于对照组 (92.7% VS 78.2%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组治疗后晨僵时间、关节压痛数、休息痛及关节肿胀数均明显优于治疗前, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组晨僵时间、关节压痛数、休息痛及关节肿胀数明显优于治疗前和对照组治疗后, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 针灸配合中药熏蒸治疗类风湿性关节炎可以明显的改善患者的临床症状, 临床疗效比较显著, 值得在临床中进行推广和应用。

【关键词】 中药熏蒸; 针灸; 类风湿性关节炎; 临床效果

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of acupuncture combined with Chinese herbal fumigation in treating rheumatoid arthritis. Methods: 110 patients with rheumatoid arthritis were randomly divided into observation group and control group, 55 cases in each group. The control group was treated with Traditional Chinese medicine fumigation, and the observation group treated with acupuncture and traditional Chinese medicine fumigation treatment. The clinical efficacy and duration of morning stiffness, tenderness index, rest pain and swelling index was compared between the two groups. Results: The total effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group (92.7% vs 78.2%), the difference was significant ($P < 0.05$). The morning stiffness time, joint tenderness number, rest pain and swollen joint count of the two groups after the treatment was significantly higher than that before treatment, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the morning stiffness time, joint tenderness number, rest pain and swollen joint count of the observation group was significantly better than that of the control group after treatment, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Use acupuncture combined with Chinese herbal fumigation treatment of rheumatoid arthritis can improve the clinical symptoms, clinical efficacy is significantly. It is worthy of promotion and application in clinical practice.

【Keywords】 Traditional Chinese medicine fumigation; Acupuncture; Rheumatoid arthritis; Clinical effect

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.055

类风湿性关节炎 (RA) 是一种自身免疫性疾病, 主要累及周围关节为主, 目前病因尚未明了, 关节结构被破坏, 关节强直, 从而导致关节功能发生障碍, 关节的炎症具有慢性、对称性及进行性的特点, 可以并发全身的多种并发症^[1,2]。我国 RA 的患病率为 0.3%, 多发生于 20~40 岁的青年人群, 女性患者约为男性患者的 3 倍, 致残率较高^[3]。目前, 临床上治疗 RA 的方法较多, 但是效果不十分理想。2013 年 2 月—2015 年 1 月, 我科采用针灸配合中药熏蒸治疗了 55 例 RA 患者, 取得了较好的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院 2013 年 4 月—2015 年 3 月收治的类风湿性关节炎患者 110 例随机分观察组和对照组, 每组 55 例。所有患者均符合 1987 年美国风湿病学院 (ACR) 提出的类风湿性关节炎修订标准^[4], 近 1 个月内未应用非甾体类抗炎药或激素进行治疗。其中观察组男性 16 例, 女性 39 例; 年龄 29~54 岁, 平均年龄 (36.2±8.6) 岁; 病程 3~19 年, 平均病程 (6.3±1.8) 年。对照组男性 15 例, 女性 40 例; 年龄 27~55 岁, 平均年龄 (36.5±8.9) 岁; 病程 4~19 年, 平均病程 (6.4±2.1) 年。两组患者的一般资料无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组采取中药熏蒸进行治疗, 方法如下: 采用 ST-I 型多功能肢体治疗仪, 温度设定为 42℃, 患者穿上专用衣裤进入治

疗舱内, 头部暴露在舱外; 根据患者的中医证候采用不同的药物进行治疗: 风寒湿痹证患者采用川乌 30 g, 草乌 30 g, 桂枝 20 g, 伸筋草 20 g, 透骨草 20 g, 细辛 20 g, 红花 20 g, 川椒 15 g; 风湿热痹证患者采用忍冬藤 30 g, 络石藤 30 g, 秦艽 20 g, 豨莶草 20 g, 伸筋草 20 g, 透骨草 20 g, 红花 20 g, 川椒 15 g。治疗 20 min/次, 1 次/d, 10 次为 1 个疗程, 共治疗 3 个疗程。观察组在对照组的基础上联合针灸进行治疗, 取穴曲池、阳陵泉、足三里、解溪、阳溪、阴陵泉、外关、合谷、血海以及阿是穴等, 取穴处常规消毒后, 采用长 40~50 mm 毫针, 进针 1.5~2 寸, 得气后, 于足三里穴予以艾灸。1 次/d, 20 d 为 1 个疗程。

1.3 观察指标

比较两组的临床疗效以及晨僵时间、关节压痛数、休息痛以及关节肿胀数。

1.4 疗效判定标准^[5]

①中医临床症状及体征完全消失或基本消失, 证候积分下降 95%以上为痊愈; ②中医临床症状及体征有明显的好转, 证候积分下降 70%以上为显效; ③中医临床症状及体征较治疗前略有改善, 证候积分下降 30%以上为有效; ④中医临床症状及体征均未见好转, 证候积分下降在 30%以下为无效。

表 2 两组治疗前后部分观察指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	晨僵时间 (min)		关节压痛数 (个)		休息痛 (分)		关节肿胀数 (个)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	55	105.64 ± 18.46	28.62 ± 7.05	23.24 ± 7.41	3.58 ± 0.82	4.95 ± 1.15	1.37 ± 0.41	13.82 ± 3.43	2.85 ± 0.76
对照组	55	104.28 ± 14.62	41.06 ± 9.67	23.28 ± 7.39	6.75 ± 1.68	4.93 ± 1.22	2.48 ± 1.43	13.84 ± 3.51	5.51 ± 1.29

3 讨论

类风湿性关节炎 (RA) 是一种以炎性滑膜炎为主的慢性系统性疾病, 该病的病程长、反复发作, 对患者的生活造成严重的影响。采用西药治疗该病虽然可以取得一定的疗效, 但是由于药物的不良反应较重, 患者难以长期坚持用药治疗, 依从性较差, 也降低了治疗效果, 导致疾病反复发作^[6,7]。

祖国医学强 RA 归属于“痹症”的范畴, 该病往往由于风、寒、湿、热等的影响, 从而导致发病^[8]。研究认为^[9], RA 主要是由于人体营卫气血失调, 风寒湿热毒侵入体内, 导致血脉闭塞, 肌肤、筋骨、关节等部位出现多种临床症状, 比如疼痛、麻木、酸楚、肿大、变形等, 甚至累及脏腑。因此, 应坚持散寒、除湿、清热、疏通经络、化瘀活血的原则^[10]。

中药熏蒸疗法通过选择适合患者病症的药物, 将中药煎液, 在患者的体表进行熏蒸、淋洗等, 将药物的药力和热力通过皮肤作用于机体, 从而取得显著的疗效, 具有由表透里、内病外治、舒筋通络以及发汗而不伤营卫的特点^[11,12]。针灸可以采用不同的针刺手法, 以疏通经络、调节气血、消肿止痛、改善关节功能^[13]。配合以艾灸疗法, 可利用艾条的药性、光辐射效应以及温热效应, 取得显著的临床治疗效果^[14,15]。本研究结果显示, 观察组总有效率明显高于对照组 (92.7% VS 78.2%); 治疗后, 观察组晨僵时间、关节压痛数、休息痛以及关节肿胀数明显优于治疗前和对照组治疗后 ($P < 0.05$)。

1.5 统计学方法

采用 SPSS17.0 软件分析处理数据, 计数资料之间率的比较采用 χ^2 检验, 计量资料之间均数的比较采用 t 检验, 当 $P < 0.05$ 时, 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

如表 1 所示, 观察组总有效率明显高于对照组 (92.7% VS 78.2%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 两组治疗前后部分观察指标比较

如表 2 所示, 两组治疗后晨僵时间、关节压痛数、休息痛以及关节肿胀数均明显优于治疗前, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组晨僵时间、关节压痛数、休息痛及关节肿胀数明显优于治疗前和对照组治疗后, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较 [n, (%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	55	26(47.3)	12(21.8)	13(23.6)	4(7.3)	51(92.7)
对照组	55	22(40.0)	11(20.0)	10(18.2)	12(21.8)	43(78.2)

总之, 针灸配合中药熏蒸治疗类风湿性关节炎可以明显的改善患者的临床症状, 临床疗效比较显著, 值得临床推广。

参考文献:

- [1]宋雪婧, 詹渊博, 徐晓满, 等. 白细胞介素 17A 在慢性牙周炎和类风湿性关节炎相关性中的研究[J]. 国际免疫学杂志, 2014, 37(4): 345-351.
- [2]陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 2553.
- [3]熊素彬, 崔冬梅, 王文喜, 等. 类风湿性关节炎的靶向给药系统研究进展[J]. 中国药学杂志, 2012, 47(1): 4.
- [4]沈伟, 杨莉, 李媛, 等. 清热除湿中药治疗活动期类风湿性关节炎的系统评价[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(10): 19.
- [5]黄传兵, 刘健, 谌曦, 等. 新风胶囊治疗类风湿性关节炎疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(12): 1599-1602.
- [6]肖玉翠, 李同英, 王新芳. 探讨中药熏蒸联合针灸治疗类风湿性关节炎的临床观察[J]. 中医临床研究, 2015, 7(9): 106-107.
- [7]张丽丽. 联合应用针灸和中药熏蒸法治疗类风湿性关节炎的疗效分析[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(16): 22-23.
- [8]马进, 陈岷, 李获, 等. 中药联合抗风湿药治疗类风湿性关节炎活动期的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(5): 192-196.
- [9]逯自强, 孙河龙, 李沛. 膝关节骨性关节炎中医药治疗研究进展[J]. 中医学报, 2011, 26(2): 1380.
- [10]李海然, 丁静, 李连泰, 等. 蚁参蠲痹胶囊配合激光治疗类风湿性关节炎 52 例临床观察[J]. 中国中药杂志, 2011, 36(21): 3036.

[11]刘明岭,沈鹰.中药熏蒸治疗类风湿性关节炎的临床观察[J].中华中医药杂志,2012,27(5):1466-1471.

[12]陈若晨,余祖年,窦鹏.玻璃酸钠关节腔注射配合中药熏蒸治疗膝骨性关节炎 46 例[J].河南中医,2013,33(3):107.

[13]史进萍.中药熏蒸联合针灸治疗类风湿性关节炎临床研究[J].中医学报,2013,28(10):1599-1560.

[14]钟祖健,任玉兰.针灸治疗类风湿性关节炎 112 例疗效观察[J].现代临床医学[J].2008,34(3):176-178.

[15]刘和春.针灸为主治疗类风湿性关节炎临床观察[J].上海针灸杂志,2009,28(4):224-225.

基金项目:

河南省重点科技攻关项目 (082102310080)。

作者简介:

牛国平 (1964-), 男, 河南济源人, 医学学士, 主治医师, 从事针灸推拿临床与教学工作。E-mail: ngpjz@163.com。

编辑: 白莉 编号: EB-15101509F (修回: 2015-10-18)

补肾壮骨汤联合中药熏药治疗骨质疏松性椎体压缩骨折 98 例

Curative effect analysis of treatment of 98 cases with osteoporotic vertebral compression fractures by Bushen Zhuanggu Decoction combined with herbal fumigation

陈晓峰 李茜 欧志聪 蔡东岭 梁立明
(广州市番禺区中医院, 广东 广州, 511400)

中图分类号: R269 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0116-03 证型: AGB

【摘要】目的: 研究补肾壮骨汤联合中药熏药治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的疗效分析。方法: 选取 2014 年 1 月—2015 年 1 月我院收治的 98 例骨质疏松性椎体压缩骨折患者, 依照数字法随机分为观察组和对照组, 每组 49 例, 对照组采用补肾壮骨汤进行治疗, 观察组采用补肾壮骨汤联合中药熏药进行治疗, 比较两组患者治疗效果。结果: 观察组治疗 3 个月后 VAS 评分、Oswestry 功能评分及并发症发生率均显著低于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。观察组治疗后伤椎前缘高度百分比两组无明显差异, $P > 0.05$ 。结论: 补肾壮骨汤联合中药熏药治疗骨质疏松性椎体压缩骨折能有效改善患者的临床症状, 有利于患者早日康复。

【关键词】 补肾壮骨汤; 中药熏药; 骨质疏松性椎体压缩骨折

【Abstract】 Objective: To study the curative effect analysis of of treatment of 98 cases with osteoporotic vertebral compression fractures by Bushen Zhuanggu Decoction combined with herbal fumigation. Methods: 98 patients with osteoporotic vertebral compression fractures admitted to our hospital from January 2014 to January 2015 were randomly divided into an observation group and a control group; 49 patients in each group. The control group was treated with Bushen Zhuanggu Decoction, while the observation group was provided Bushen Zhuanggu Decoction combined with herbal fumigation, after the effects of the two groups were analyzed. Results: After 3 months of treatment, VAS score, Oswestry score and complication incidence of the observation group were significantly lower than those in the control group, and the difference was statistically significant, $P < 0.05$. There was no significant difference between the two groups in the treatment of the injured vertebral front height, $P > 0.05$. Conclusion: Bushen Zhuanggu Decoction combined with herbal fumigation can effectively improve the patient's clinical symptoms in the treatment of osteoporotic vertebral compression fractures, which can help patients recover as soon as possible.

【Keywords】 Bushen Zhuanggu Decoction; Herbal fumigation; Osteoporotic vertebral compression fractures
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.056

骨质疏松性椎体压缩骨折是老年骨质疏松的并发症之一，以骨小梁变细、骨量减少、骨皮质变薄为主要特征^[1]。导致老年骨质疏松的主要原因是雌激素的降低，因而传统的药物治疗效果并不显著。有报道表明，补肾壮骨汤联合中药熏药进行治疗，效果显著^[2]。本研究旨在探讨补肾壮骨汤联合中药熏药治疗对骨质疏松性椎体压缩骨折的疗效，特选取我院收治的骨质疏松性椎体压缩骨折患者进行分组研究，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2014 年 1 月—2015 年 1 月我院收治的 98 例骨质疏松性椎体压缩骨折患者，依照数字法随机分为观察组和对照组，每组 49 例患者，所有患者均符合骨质疏松性椎体压缩骨折的诊断标准，并无其他骨科疾病，且患者在入院治疗时签署了知情同意书，对本研究享有知情权。观察组中男性 25 例，女性患者 24 例，年龄 49~85 岁，平均年龄 (62±12.5) 岁；对照组中男性患者 24 例，女性患者 25 例，年龄 48~84 岁，平均年龄 (63±11.2) 岁。所有患者在性别、年龄等方面差异无统计学意义， $P>0.05$ ，具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组

对照组采用补肾壮骨汤单独进行治疗，药方如下：炙甘草 10 g，木瓜、山茱萸、白术各 15 g，黄芪、熟地黄、菟丝子各 20 g，肉苁蓉 30 g，将所有药材混合煎煮至 400 ml，分早晚 2 次服用，观察患者治疗效果。

1.2.2 观察组

观察组采用补肾壮骨汤联合中药熏药进行治疗，在观察组补肾壮骨汤的基础上，联合使用中药熏药进行治疗，具体步骤如下：①中药熏药配方：紫苏叶 2 g，泽兰、艾叶、桂枝、红

花各 5 g，独活 6 g，伸筋藤 10 g。使用我院定制的中药熏药治疗仪进行治疗，将所有药物充分混合，放入治疗仪中煮沸，并调整喷药口的距离，保持在与皮肤相隔 15 cm 处，避免熏蒸时距离太近而烫伤患者的皮肤。②患者侧卧，使药液的水蒸气可直接接触腰椎或者胸椎，每次的治疗时间为 30~40 min，1 个疗程 7 d，观察患者治疗效果。

1.3 观察指标

观察患者视觉模拟评分法 (VAS) 评分、Oswestry 功能问卷得分、并发症及伤椎前缘高度百分比的情况，比较两组患者治疗效果。

1.4 统计学方法

采用 SPSS13.0 统计软件分析，数据比较采用 χ^2 检验，计量数据以 ($\bar{x}\pm s$) 表示，实施 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 VAS 评分的比较

两组相比治疗前及治疗后 1 个月的 VAS 评分无显著差异，治疗 3 个月后，观察组评分要显著低于对照组， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。见下表 1。

2.2 两组患者治疗前后 Oswestry 功能的比较

观察两组患者治疗前后 Oswestry 功能的情况，发现观察组得分显著低于对照组， $P<0.05$ ，差异有统计学意义，见下表 2。

2.3 两组患者并发症的比较

观察组的并发症发生概率明显低于对照组， $P<0.05$ ，差异有统计学意义，见下表 3。

2.4 两组患者伤椎前缘高度百分比的比较

两组患者伤椎前缘高度无明显差异， $P>0.05$ ，见下表 4。

表 1 两组患者治疗前后 VAS 评分的比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后 1 个月	治疗后 3 个月	治疗后 6 个月
观察组	49	8.9±0.6	2.0±1.8	2.3±1.2	2.5±1.6
对照组	49	8.8±0.4	2.1±1.3	3.3±3.1	3.6±3.4
<i>t</i>	-	0.971	0.315	2.106	2.049
<i>P</i>	-	0.334	0.753	0.038	0.043

表 2 两组患者治疗前后 Oswestry 功能的比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	术前	治疗后 1 个月	治疗后 3 个月	治疗后 6 个月
观察组	49	37.9±4.2	20.6±3.1	21.7±3.2	23.2±3.2
对照组	49	37.4±4.1	21.8±3.4	23.3±4.5	26.9±2.4
<i>t</i>	-	0.596	2.434	2.408	6.475
<i>P</i>	-	0.552	0.017	0.018	0.000

表 3 两组患者并发症的比较 ($\bar{x}\pm s, \%$)

组别	<i>n</i>	腹痛	呕吐	高热	切口感染	急慢性骨髓炎
观察组	49	1 (2.0)	3 (6.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
对照组	49	6 (12.2)	7 (14.3)	2 (4.1)	3 (6.1)	4 (8.2)
χ^2	-	3.846	1.782	2.042	3.095	4.170
<i>P</i>	-	0.050	0.182	0.153	0.079	0.041

表4 两组患者伤椎前缘高度百分比的比较 (x̄±s)

组别	n	治疗前	治疗后3个月	治疗后6个月
观察组	49	57.01±7.32	80.76±4.24	78.51±4.21
对照组	49	55.24±8.03	79.35±4.32	77.35±4.13
t	-	1.140	1.631	1.377
P	-	0.257	0.106	0.172

3 讨论

本文研究发现,观察组伤椎前缘高度百分比与对照组无明显差异, Oswestry 问卷得分、VAS 的评分显著低于对照组, 并发症少于对照组。提示补肾壮骨汤联合中药熏药治疗骨质疏松性椎体压缩骨折患者效果显著。究其原因, 笔者考虑有以下几点^[3]: ①补肾壮骨汤中包含肉苁蓉、熟地黄、炙甘草、白术、黄芪、菟丝子、木瓜、山茱萸等药物, 其中方中重用肉苁蓉温壮肾阳为君药, 熟地黄滋阴补肾、填精益髓, 山茱萸滋补肝肾, 菟丝子补肝肾、强筋骨为臣药, 佐以黄芪、白术补脾益气, 以资生气血之源, 木瓜舒筋活络, 炙甘草缓急止痛。诸药合用, 阴阳气血并补, 阳得阴助而生化无穷, 阴得阳生而泉源不竭。②中药熏药中, 活主要功效为祛风胜湿, 散寒止痛, 现代医学研究其亦独有抗炎、镇痛及镇静作用, 所有药材经加热沸腾后, 形成药液蒸汽后与患者骨折部位接触, 有利于各中药的有效成分进入患者体内, 促进通络镇痛、调气活血、疏通腠理、化痰活血, 全面改善患者的病情; 同时中药熏药还具有热疗的功效, 起到止痛、消炎及缓解局部组织充血的作用, 促进患者早日康复^[4]。此外, 中药熏蒸的治疗为中西医结合治疗骨质疏松性椎体压缩骨折患者的一种治疗方法, 兼具药疗和热疗的功效, 可促进机体组织的血液循环, 缓解脊椎肌肉的痉挛, 并在一定程度上扩张血管, 提高患者的代谢率, 降低患者 VAS 评分^[5]。

综上所述, 补肾壮骨汤联合中药熏药治疗骨质疏松性椎体压缩骨折患者效果显著, 是一种有效的治疗方法, 值得临床推广。

参考文献:

[1]俞雷钧, 闻君侠, 宋红浦, 等. 金天格胶囊在老年骨质疏松椎体压缩性骨折中的应用[J]. 中国中药杂志, 2015, 40(5): 981-984.
 [2]柴仪, 李倩, 田伟明, 等. 自拟补肾活血方对压缩性骨折椎体成形术后骨密度与功能的影响[J]. 中国药业, 2015, 21(3): 14-15.
 [3]董继胜, 董力军, 闫兵勇, 等. 经皮椎体成形术和经皮椎体后凸成形术治疗老年骨质疏松椎体压缩性骨折的疗效观察[J]. 中国矫形外科杂志, 2015, 23(8): 748-751.
 [4]蒋伟, 李远上. 中西医结合治疗老年椎体压缩性骨折疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 45(21): 2323-2324.
 [5]宋永伟, 王智勇. 中药熏蒸治疗椎间盘源性下腰痛的临床观察[J]. 中医临床研究, 2011, 03(14): 12-13.

作者简介:

陈晓峰 (1984-), 男, 广东南海人, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗脊髓脊柱疾病. E-mail: cxf1159@163.com.

编辑: 赵聪 编号: EB-15090604F (修回: 2015-09-20)

(上接目次8)

在服务发展上, 要推进社会办医中发展中医药服务, 鼓励社会力量优先举办妇科、儿科、肛肠、骨伤等非营利性中医医院, 发展中医药特色突出的康复医院、老年病医院等医疗机构。鼓励举办只提供传统中医药服务的中医门诊部 and 中医诊所, 引导向规模化、多层次方向发展。社会办医要把更多的视野放在中医药健康服务上, 更大的精力放在突出特色优势上。

把握两个关系, 促进民间医药健康发展。

实现民间医药健康持续发展, 要把握并处理好两个关系。一要处理好促进发展和规范管理的关系。要创新机制, 完善制度, 放宽市场准入, 为民营中医医疗机构发展创造更好的政策环境, 为掌握民间医药技术和方法的人员创造条件取得行医资格等。同时, 要加强监管, 完善监管机制和手段, 促进民营中医医疗机构提供的技术和产品更加安全有效, 提供的服务更加诚信负责。

二要处理好公立中医医疗机构和社会办医之间的关系。要

坚持公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展, 加快形成多元化办医格局。公立中医医疗机构重在保障人民群众基本医疗卫生需求, 强调政府主导。社会办中医更多着眼于满足人民群众多层次、多样化中医药服务需求, 涵盖基本与非基本中医药服务, 要求政府引导, 主要面向社会和市场主体。应当说, 二者相辅相成, 各有侧重。

中国民间中医医药研究开发协会要发挥行业组织作用, 做好服务。创新发展协会组织, 引导学术发展、促进学术交流。坚持服务为本, 持续提升协会服务创新、服务社会和政府、服务民间医药机构、服务自我发展的能力。坚持需求导向, 保护民间医药知识产权持有人的知识产权及其他合法权益。落实行业自律责任, 加强行业服务规范和技术标准规则的制定, 进行行为引导, 规则约束, 规范运行。

——摘录于国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强 9月26日在中国民间中医医药研究开发协会成立30周年纪念暨第三届全国民间中医药发展大会上的讲话。

(来源: 中国中医药管理局 2015-10-19)

老年痴呆病人髌部骨折的预防与管理

Prevention and management of Hip fracture in Senile dementia patients

李贞

(河南中医学院第一附属医院, 河南 郑州, 450000)

中图分类号: R473.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0119-02 证型: AGD

【摘要】随着社会的老龄化, 髌部骨折、老年痴呆的发病率在日益增加, 已成为危害老年人健康的公共健康问题。髌部骨折和老年痴呆对老年人是双重挑战。老年痴呆合并髌部骨折会使死亡率和致残率大大增加。据调查, 老年痴呆病人髌部骨折的危险是同龄人的 2.7 倍。老年痴呆病人无论对髌部骨折的预防、治疗及护理, 都有不利的影响。本文章将从老年痴呆病人髌部骨折的预防、治疗、康复进行探讨。

【关键词】髌部骨折; 老年痴呆; 预防与管理

【Abstract】 With the ageing of the population, geriatric hip fracture and senile dementia have increased gradually and become a major public health problem for old people. The death rate and disability rate were increased greatly when the geriatric hip fracture and the senile dementia occur at the same time. According to the survey, Alzheimer's patients with hip fracture would cause 2.7 times of danger more. Alzheimer's patients would have some barriers to the presentation, cure, and intervention therapy of the geriatric hip. So nursing geriatric hip would be introduced and discussed in this article.

【Keywords】 Hip fracture; Senile dementia; Prevention and management

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.057

1 预防

1.1 治疗骨质疏松

老年痴呆病人的骨质疏松无论是诊断还是治疗常常未得到应有的重视。医生对能够独立活动的伴有老年痴呆的年龄较轻的病人更多筛查了骨密度。研究暴露了更容易出现骨密度降低的老年痴呆病人检查的缺失, 从而骨质疏松也无法得到同等的治疗^[1]。美国一个对 500 名阿尔茨海默病的研究中, 一组病人同时服用立强利塞磷酸钠片、维生素 D 和钙, 而另一组病人只服用维生素 D 和钙剂, 发现与髌部骨折的相关系数是 0.26, 加服立强利塞磷酸钠片可使髌部骨折的危险性降低 74%^[2]。调查发现病人服用二磷酸盐依从性较低, 而如果合并老年痴呆, 依从性会更低, 原因与年龄较大、合并其他疾病、需要服用多种药物等有关。

1.2 防止维生素 D 缺乏

缺乏维生素 D 缺乏在老年人中非常常见, 在老年痴呆病人中更常见。在一项研究中, 老年痴呆病人血清 25-羟 D 的平均水平为 61 nmol/L, 而相应年龄与性别的血清 25-羟 D 的水平为 90 nmol/L。另外, 老年痴呆越严重, 血清 25-羟 D 的水平越低^[3]。老年痴呆病人维生素 D 的摄入量较低, 再加上反应迟钝, 活动迟缓, 日光照射时间较少。足量维生素 D 可减少摔倒机会、改善肌肉功能、提高老年痴呆病人生活质量、减少髌部骨折的发生。因此, 对老年痴呆病人应强调充足日光照射, 尤其在北方地区、冬天需常规检查血清维生素 D 水平。

1.3 预防跌倒

研究发现老年痴呆病人发生跌倒率为 40%~60%, 而认知

正常的老年人跌倒率为 20%~30%。导致老年痴呆病人跌倒的常见原因包括环境因素、药物因素、心血管因素如体位性低血压、视力障碍、抑郁等。另外, 老年痴呆的行为和心理改变如焦虑、思维混乱、行走步态不稳等均会增加跌倒的危险。在老年人的跌倒过程中, 24% 的人出现比较严重的损伤, 其中 6% 的人发生骨折。因此, 对老年痴呆病人应采取个体化的防摔措施。护理人员应了解老年痴呆病人的特点, 提高对老年痴呆患者跌倒的认知能力, 同时对家属进行健康宣教, 强调细致的护理和看护。

2 髌部骨折的管理

2.1 临床处理髌部骨折的主要治疗方法为外科手术

凡符合手术指征, 包括老年痴呆病人在内, 都尽可能考虑手术。手术治疗相对于其他保守治疗方法有无法比拟的优势, 如并发症发生率低、疼痛缓解满意、能尽早达到功能恢复和行走。由于老年人的专科特点, 研究发现, 在对老年人髌部骨折的围手术期处理方面, 实行老年科医生和骨科医生的跨学科合作可以缩短住院日、手术时间缩短、并发症发生率低、死亡率低。

2.2 疼痛管理合理控制疼痛可提高病人生活质量、减少谵妄的危险、促进功能恢复

Morrison 发现老年痴呆病人每天使用低于 10 mg 的吗啡比使用更多的止痛药更容易出现谵妄, 疼痛控制不良可使住院时间延长、各种物理治疗不能如期进行、行走时间延后等。由于老年痴呆病人感知觉功能降低, 无法准确描述疼痛, 因而可能

无法得到有效的治疗。因此，医护人员应正确评估老年痴呆病人的疼痛，给予及时有效的缓解疼痛措施，从而可促进功能恢复、减少并发症的发生。

2.3 对于预防静脉血栓、肺炎、压疮等都至关重要

Siu 等在 2006 年的一项前瞻性研究中发现，美国老年髋部骨折病人手术处理后卧床休息的平均时间是 5 d；时间延长意味着术后 2 个月功能恢复不理想，术后 6 个月病死率升高。老年髋部骨折住院病人早期下床负重活动，可以促进病人下肢功能恢复、减少住院相关性功能衰减。循证医学的临床规范和 RCT 实验结果都推荐髋部骨折术后 48 h 内负重活动，病人身体状况如意识状态、并发症数目等不影响病人遵从负重活动的医嘱。

3 术后管理预防再次骨折

跌倒的评估和治疗大多数髋部骨折因跌倒而发生，而之后容易再次发生跌倒，因此，二次髋部骨折的预防必须包括评估导致跌倒的危险因素。在一项对髋部骨折一年后随访调查中，56%至少跌倒一次，28%经常跌倒，30%在跌倒中受伤，12%出现新骨折，5%发生髋部骨折。多变量分析发现高龄因素、心衰、营养状况差等都与跌倒有关，而老年痴呆为经常跌倒和跌倒受伤的独立影响因素。因此，对髋部骨折术后进行全方位干预包括跌倒危险因素的评估与治疗，积极治疗谵妄与疼痛、补充钙与维生素 D、高营养、高蛋白饮食等。跌倒预防应作为容易发生跌倒的老年人的常规护理。

4 结论

老年痴呆病人容易发生髋部骨折的原因可能在于维生素 D 的缺乏、骨质疏松、跌倒。当前对老年痴呆病人在髋部骨折前及骨折后维生素 D 的认识及治疗尚无充分重视。应对老年痴呆病人的跌倒危险因素充分评估，以制定相应的干预措施。髋部骨折老年病人的多学科合作管理已经证明可以减少死亡率、缩短住院时间、减少并发症、减少再入院率。

参考文献:

[1]Loskutova N, Honea RA, Vidoni ED, et al. Bone density and brain atrophy in early Alzheimer's disease[J].Alzheimers Dis. 2009,18(4):777-785.

[2]Sato Y,Kanoko T,Satoh K,et al.The prevention of hip fracture with risedronate and ergocalciferol plus calcium supplementation in elderly women with Alzheimer disease: a randomized controlled trial[J].Arch Intern Med. 2005,165(15):1737-1742.

[3]Kipen E, Helme RD,Wark JD,et al.Bone density,vitamin D nutrition, and parathyroid hormone levels in women with dementia[J].Am Geriatr Soc.1995,43(10):1088-1091.

作者简介:

李贞，女，主管护师，本科。

编辑：赵聪 编号：EB-15080605F（修回：2015-08-25）

中医手法治疗骨折 100 例临床研究

Clinical research of treatment of 100 cases with fracture by Traditional Chinese Medicine manual therapy

高礼民

(方城县人民医院, 河南 南阳, 473200)

中图分类号: R242 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0120-03 证型: IDGB

【摘要】目的: 探讨分析中医手法治疗骨折的临床应用疗效, 指导临床选择最佳的治疗方法。方法: 随机选取我院自 2014 年 5 月—2015 年 5 月接收诊治的 100 例骨折患者作为研究对象, 按照入院的先后顺序分为治疗组与对照组, 每组 50 例。对于治疗组的 50 例骨折患者, 采用中医手法治疗, 而对于对照组的 50 例患者, 给予西医治疗。观察记录所有作为研究对象的患者在治疗期间的临床疗效。结果: 根据临床治疗所得到的数据分析可知, 中医手法对于骨折患者的治疗骨折愈合时间较短、住院时间短, 且发生后遗症的概率较小。显然, 治疗组的临床疗效相较于对照组的治疗效果, 更为显著。两组临床疗效对比具有显著性差异 ($P < 0.05$), 研究具有统计学意义。讨论: 中医手法对于骨折的临床疗效是显著的, 值得临床推广。

【关键词】中医手法; 西医; 骨折; 临床疗效; 对比

【Abstract】Objective: To investigate the clinical effect of TCM in the treatment of fracture in order to guide the best clinical choice of the best treatment.. Methods: 100 cases of fractures admitted in our hospital from May 2015 to May 2014 to receive treatment were randomly selected as our research object; the clinical effect of these 100 patients were compared according to the clinical treatment. The subjects selected were divided into treatment group and control group with 50 cases of patients in each group. Control group patients were

giving western medicine treatment while treatment group were treated with TCM methods. Results: according to the data analysis of clinical treatment, the treatment of fracture patients with TCM methods has short fracture healing and hospitalization time. Also the probability of occurrence of sequelae is small. Obviously, the clinical effect of the treatment group is more notable than that of the control group. Discussion: the clinical efficacy of TCM for fracture is remarkable, and it is worth to be popularized in clinical treatment.

【Keywords】 Traditional Chinese medicine; Western medicine; Fracture; Clinical effect; Comparison

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.058

现阶段, 中医手法或是西医手法对于骨折的治疗都遇到了一些不佳状况。临床使用率降低, 一些青年医生对于手法复位术不是特别熟悉, 甚至医院将骨折治疗方法固定为手术治疗^[1]。为探究出针对骨折的更有效的临床治疗方式, 我院随机选取 100 例骨折患者作为研究对象, 对其在治疗期间的临床疗效进行回顾性分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取我院 2014 年 5 月—2015 年 5 月接收诊治的 100 例骨折患者, 男性 64 例, 女性 37 例, 年龄 16~67 岁, 平均年龄 (45.7±2.6) 岁。将研究对象分为治疗组与对照组, 每组 50 例。给予治疗组患者中医手法治疗, 给予对照组患者西医治疗。统计学对比两组患者性别、年龄、病情状况等方面差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性^[2]。

1.2 治疗方法

治疗组^[4]: 治疗组采用中医手法治疗。中医手法的具体措施为第 1 周口服三七胶囊进行活血化瘀, 外用消炎药, 每 3 d 换 1 次, 持续 3 次; 第 2 周内口服接骨丹, 进行康复训练; 第 5 周服用壮筋续骨丹, 持续 3 周。对照组: 给予常规西医方法治疗。记录两组患者分别的骨折愈合时间、住院时间, 以及后遗症发生病例状况, 综合对比两组患者的各项指标^[4]。

1.3 统计学方法

运用 SPSS13.0 统计学软件, 对两组患者的治疗效果进行统计学分析, 并且对结果进行 *t* 检验, 两组患者的治疗效果具有显著性差异 ($P<0.05$), 具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗效果对比

具体数据详见表 1、表 2。

表 1 治疗组与对照组临床疗效对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	骨折愈合时间 (月)	住院时间 (d)
对照组	50	4.5±0.4	33.4±3.2
治疗组	50	2.3±0.2	17.9±2.1

注: 与对照组相比, $P<0.05$

表 2 两组患者后遗症情况对比表 (*n*, %)

组别	<i>n</i>	后遗症	后遗症发生率
对照组	50	7	14.0
治疗组	50	3	6.0

注: 与对照组相比, $P<0.05$

对比上述表格中的数据可以看出, 治疗组的 50 例患者中,

骨折愈合的平均时间 (2.3±0.2) 个月, 而对照组的 50 例患者中, 骨折愈合平均时间 (4.5±0.4) 个月, 治疗组患者的愈合时间明显低于对照组患者, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗组的 50 例患者中, 住院时间 (17.9±2.1) d, 对照组的 50 例患者中, 住院时间 (33.4±3.2) d, 治疗组患者的住院时间明显比对照组患者短, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗组的 50 例患者中, 后遗症发生 3 例, 后遗症发生率为 6.0%, 而对照组的 50 例患者中, 后遗症发生 7 例, 后遗症发生率为 14.0%, 治疗组患者的后遗症发生率明显低于对照组患者, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。两组患者的骨折愈合时间、住院时间、后遗症发生率相比较, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$), 具有统计学意义。

3 讨论

随着我国国民经济的飞速发展, 现在医学取得了长足进步, 因此, 对于骨折的治疗措施也获得了巨大的进展。骨折作为临床常见的损伤性疾病之一, 其发病原因主要是生活损伤、工业损伤、劳动损伤、灾害损伤及战争损伤等。通常表现为损伤部位瘀血凝结、疼痛难忍、不能随意活动, 给患者带来极大痛苦。

中医在临床上对于骨折的治疗开始于很久之前, 至今为止, 已经总结出一套较为完善的治疗手法, 对于骨折的临床治疗具有积极的指导作用^[5]。中医学上普遍将骨折分为三期, 在骨折的初期, 为应对损伤部位的瘀血, 可以服用活血化瘀、理气阵痛的药物; 在受伤的 2~4 周为骨折中期, 此时瘀血已经基本散去, 则可以使用药物进行接骨续筋, 并开始进行基本的康复治疗; 在受伤的 4 周及 4 周以后, 可以服用一些益气补血的药物, 并执行系统的康复治疗^[6]。这一种骨折分期方法, 虽然可以总结出骨折治疗的规律性, 在一定程度上帮助患者的临床治愈情况, 但是因为每一位患者的具体情况不同, 例如骨折的部位不同、体质的强弱不同等都将影响骨折的治疗。所以, 在治疗过程中, 还应该综合患者的各项情况, 进行辨证分治。

现阶段根据在我院接受诊治的 100 例研究对象的临床治疗效果也可以看出, 使用中医手法治疗, 可以大大提高骨折的临床愈合时间, 缩短患者的住院时间, 并最大程度上的降低患者的后遗症发生率。因此, 笔者认为, 在治疗患有此类病症的患者时, 应该运用中医手法对骨折予以治疗, 这样可以更快速的控制患者的临床症状, 使得临床治疗效果事半功倍。综上所述, 中医手法对于骨折的临床疗效是显著的, 值得临床推广。

参考文献:

[1]齐广德,秦银河,李书章,等.临床路径的应用及相关问题和对策[J].解放军医院管理杂志,2009,10(12):238-239.

[2]齐广德,秦银河,李书章,等.胆囊结石腹腔镜胆囊切除术临床路径实施效果分析[J].第三军医大学学报,2010,25(12):1092-1093.

[3]间建全,王帮才,刘立华.手法复位配合中药治疗桡骨下端骨折 100 例[J].实用中医药杂志,2010,10(3):162-163.

[4]黄彰彩,顾沛兴,王占道.中医手法配合中药治疗肱骨小头骨折 36 例[J].中国中医骨伤科杂志,2010,15(8):53-54.

[5]沈建冲,毛世益.手法复位配合中药治疗桡骨小头骨折伴肘关节错缝 124 例[J].中国乡村医药,2010,22(8):43-44.

[6]于沛林,王元善,吉爱萍,等.中医骨折三期治疗对肱骨近端骨折术后的临床疗效观察[J].中医临床研究,2015(21):96-97.

[7]李唯.手法复位结合中药治疗胫骨髁骨折 22 例[J].中国现代药物应用,2010,12(23):77-78.

编辑: 赵聪 编号: EB-15070801F (修回: 2015-09-10)

锁定钢板内固定联合髂骨髓内移植与单纯内固定治疗肱骨近端骨折的疗效对比

Curative comparison of locking plate internal fixation combined with bone marrow transplant and simple internal fixation in the treatment of proximal humeral fractures

覃伟明 黄必留 刘子卿
(佛山市第六人民医院/三水区人民医院, 广东 佛山, 528100)

中图分类号: R681.7 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0122-03 证型: IDGB

【摘要】目的: 探讨和研究锁定钢板内固定联合髂骨髓内移植与单纯内固定治疗肱骨近端骨折的疗效。方法: 研究对象选取为 2013 年 5 月—2014 年 9 月我院收治的 60 例肱骨近端骨折患者, 随机分为观察组和对照组各 30 例, 两组患者在一般资料对比上显著无统计学差异, 对照组采用单纯内固定治疗, 观察组则采用锁定钢板内固定联合髂骨髓内移植治疗, 对比两组患者的骨折愈合时间、肩臂手功能障碍评分 (DASH)、肱骨头高度丢失、Neer 评分及并发症情况。结果: 观察组患者的骨折愈合时间、DASH 评分及肱骨头高度丢失情况均显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的 Neer 评分优良率为 93.3%, 显著高于对照组的 76.7%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组术后并发症发生率为 3.3%, 显著低于对照组的 36.7%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 采用锁定钢板内固定联合髂骨髓内移植治疗肱骨近端骨折的疗效明显优于单纯采用锁定钢板内固定治疗, 前者能够加速患者的骨折愈合, 确保关节功能恢复, 减少术后并发症的发生, 值得临床推广。

【关键词】 肱骨近端骨折; 锁定钢板内固定; 髂骨髓内移植; 疗效对比

【Abstract】 Objective: To study and research the curative effects and contrasts of joint locking plate internal fixation, with bone marrow transplant and simple internal fixation in treatment of proximal humeral fractures. Methods: 60 patients were chosen from our hospital between May, 2013 to Sept. 2014 with proximal humeral fractures and were divided into observation group and control group with 30 cases each, two groups of patients had no significant differences in general data contrast, control group adopts pure internal fixation treatment, observation group adopts bone marrow transplantation with locking plate internal fixation treatment. The two groups patients were after the treatments on the basis of fracture healing time, JianBei hand dysfunction score (DASH), humerus head height loss, Neer scores and complications. Results: observation group of patients had significantly better fracture healing time, DASH score and humerus head height loss situation were than the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); Neer rating of observation group patients was 93.3%, and was significantly higher than that of control group 76.7%, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); the incidence of postoperative complications in the observation group was 3.3% which was significantly less than 36.7% of the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: using joint locking plate internal fixation and bone marrow transplantation in treatment of proximal humeral fractures curative effect is superior to pure with locking plate internal fixation treatment, the former can accelerate fracture healing in patients with, ensure the joint function recovery, reduce the occurrence of postoperative complications, which

is worthy of clinical promotion and application.

【Keywords】 Proximal humeral fracture; Locking plate internal fixation; With phil within the bone marrow transplantation; Curative comparison

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.059

肱骨近端骨折是常见的一种骨科疾病,大约占总骨折病例的5%~9%,在肱骨骨折中占50%左右^[1],随着近年来社会老龄化的加剧和高能量损伤的增加,此类疾病的发生率也有逐渐上升的趋势。肱骨近端骨折的类型复杂,预后较差,且老年患者居多,多伴有不同程度的骨质疏松现象^[2]。目前临床多采用经皮锁定钢板内固定治疗,但难以取得令人满意的疗效,患者术后关节功能恢复一般,且易发生结节移位、肱骨头移位、螺钉松动等并发症^[3]。笔者近年来尝试采用锁定钢板内固定联合髓内移植治疗肱骨近端骨折,并与单纯锁定钢板内固定治疗进行了对比,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象选取为2013年5月—2014年9月我院收治的60例肱骨近端骨折患者,随机分为观察组和对照组各30例,观察组男性16例,女性14例,年龄54~79岁,平均(65.3±4.2)岁,致伤原因包括跌倒伤22例,交通事故伤7例,运动损伤1例,均为肱骨近端Neer III、IV部分骨折,其中III部分骨折21例,IV部分骨折9例;对照组男性17例,女性13例,年龄55~81岁,平均年龄(65.5±4.2)岁,致伤原因包括跌倒伤21例,交通事故伤9例,同样均为肱骨近端Neer III、IV部分骨折,其中III部分骨折20例,IV部分骨折10例。两组患者在年龄、性别、致伤原因、骨折损伤情况等一般资料对比上差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法

对照组采用单纯经皮锁定钢板内固定治疗,患者取气管插管麻醉,沙滩椅位下降肩部垫高,肌间沟入路分离肌肉层,暴露肱骨大结节,在不切开发节囊的情况下手术,注意保护骨折碎片,骨折复位临时用克氏针固定,复位满意后根据患者情况选择合适长度的钢板,将近端置于肱骨大结节上,透视下观察钢板位置,满意后在两端各拧入2枚螺钉,骨折近远端做1cm切口,分别拧入1枚螺钉将钢板固定于肱骨干,透视下观察肩关节活动及固定稳定性,满意后冲洗并关闭伤口;观察组患者同样全麻下手术,肌间沟入路切开胸锁筋膜,保留喙肩韧带,从胸大肌止点上缘向远端切开1~2cm,将骨折部位暴露出来,清除碎骨及血块,将肩关节外展并牵引,暴露三角肌下间隙,置入缝线将交界骨块提起,用骨膜剥离器将骨折塌陷的肱骨头复位,根据骨缺损情况选择2~3cm的同种异体髓内段经移位的结节处插入髓腔,直至植入骨到达肱骨外侧的软骨下,在透视下将植入骨向内侧推压,将肱骨头外侧垫起,确保植入骨与肱骨干骨皮质相贴合,观察植入骨周围的孔隙大小,利用自体碎骨进行填充,用克氏针临时固定,选择长度合适的锁定钢板置于结节间沟外侧,调整钢板高度,确保与大结节高度一致,

避免超出大结节高度,防止术后出现肩峰下撞击痛,在确定钢板位置后从滑动孔置入1枚螺钉,将钢板及骨面密切贴合,在近端依次植入贯穿植入骨的锁定螺钉直至远端,最后将预先穿过接骨板小孔的缝合线进行打结并固定于钢板上,最后修复肩袖,在透视下证实骨折复位情况,位置满意、植入骨填充无缝隙、支撑满意、肩关节活动良好则视为手术完成,冲洗手术部位,关闭伤口。

1.3 观察指标

对两组患者的骨折愈合时间、肩臂手功能障碍评分(DASH)^[4]、肱骨头高度丢失、Neer评分及并发症情况进行统计对比。Neer评分总分100分,术后评分≥90分视为优,80~89分视为良,70~79分视为中,<70分视为差,优良率=(优+良)/总数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS19.0进行统计学处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间对比用 t 检验,计数资料对比用 χ^2 检验, $P<0.05$ 视为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 骨折愈合时间及DASH评分

从两组患者的骨折愈合时间及DASH评分对比来看,观察组患者的骨折愈合时间及DASH评分均显著低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患者的骨折愈合时间及DASH评分统计对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	骨折愈合时间(周)	DASH评分(分)
观察组	30	22.1±2.2*	13.5±0.9*
对照组	30	26.2±3.4	17.2±1.4

注:与对照组相比,* $P<0.05$

2.2 Neer评分

两组患者的Neer评分情况显示,观察组患者的Neer评分优良率93.3%,显著高于对照组的76.7%,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者的Neer评分统计对比 (n, %)

组别	n	优	良	中	差	优良率
观察组	30	19	9	2	0	93.3*
对照组	30	10	13	5	2	76.7

注:与对照组相比,* $P<0.05$

2.3 并发症情况

观察组术后并发症发生率为3.3%,显著低于对照组的36.7%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

肱骨近端骨折是临床常见的一类骨损伤疾病,尤其多见于

老年患者。由于老年患者大多合并有不同程度的骨质疏松，常规的钢板固定治疗虽然能够满足肱骨骨折的复位需求，但在治疗骨质疏松性或干骺端内侧壁粉碎性骨折上仍存在一定困难。锁定钢板内固定治疗是临床应用较多的治疗肱骨近端骨折的手术方案，能够通过内聚和分散的角度来稳定螺钉，提高骨折疏松骨质患者的抗拔出强度，但由于骨质疏松骨质的影响，术后并发症的发生率较高，肖学军等人^[5]的研究显示单纯采用锁定钢板内固定治疗肱骨近端骨折的术后并发症高达 37.1%，而合并骨质疏松的患者中并发症发生率竟高达 57.9%，严重的影响了临床疗效。

骨质疏松性的肱骨近端骨折术后并发症的发生主要是由于复位后存在明显的骨质缺损，在缺少内侧支撑的情况下，直接采用钢板固定易发生松动和肱骨头内侧塌陷^[6]，许多学者^[7,8]认为重建内侧柱支撑是避免内翻及其他内固定术后并发症的有效手段。髓内髓骨段移植除了提供内固定物的生物力学特性外，还能够重新创造内侧距，提高螺钉—骨质的累积强度，确保螺钉至少穿透 3~4 层的骨皮质，不仅能够确保固定的稳定性，同时也能够防止螺钉松动或拔出，避免了肱骨头的塌陷，提供了更加稳定的生物力学稳定结构。

从本文研究数据来看，观察组患者的术后骨折愈合时间更短，DASH 评分更低，Neer 优良率更高，说明采用锁定钢板内固定联合髓骨髓内移植治疗肱骨近端骨折能够加速关节功能的恢复和骨折部位的愈合，疗效更为确切。从并发症情况来看，观察组术后并发症发生率为 3.3%，显著低于对照组的 36.7%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，这说明联合治疗方案能够加强螺钉的固定性，形成稳定的复合体，共同支撑肱骨头，缩短锁定螺钉的工作长度和力臂，避免术后并发症的发生。

综上所述，采用锁定钢板内固定联合髓骨髓内移植治疗肱

骨近端骨折的疗效明显优于单纯采用锁定钢板内固定治疗，前者能够加速患者的骨折愈合，确保关节功能恢复，减少术后并发症的发生，值得临床推广。

参考文献:

[1]李连欣,周东生.解剖锁定接骨板内固定治疗肱骨近端骨折[J].中华创伤骨科杂志,2010,12(9):886-888.
 [2]何海军,黄晨阳,卢东升,等.锁定钢板内固定治疗复杂性肱骨近端骨折的疗效分析[J].中国医学创新,2011,8(11):141-142.
 [3]黄沛彦,董有海,顾军,等.经皮微创钢板内固定治疗肱骨近端骨折的解剖学研究及初步临床报告[J].中华创伤骨科杂志,2011,13(8):710-714.
 [4]文毅英,彭炳龙,王俊东,等.锁定钢板治疗老年肱骨近端骨折[J].临床骨科杂志,2009,12(1):109-110.
 [5]肖学军,张光明.微创经皮锁定钢板内固定治疗 23 例老年肱骨近端骨折[J].中国骨科临床与基础研究杂志,2011,3(2):101-104.
 [6]宋其合,邱波,贾启学.微创经皮锁定钢板内固定治疗胫骨骨折[J].中国医药导刊,2012,14(7):1122-1123.
 [7]Muracbovsky J, Ikemoto RY, Nascimento LG, et al. Peectoralis major tendon reference(PMT):a new method for accurate restoration of humeral length with hemianhmpasty for fracture[J]. J Shoulder Elbow Surg,2006,19(6): 675-678.
 [8]Antufia SA, Speding JW, Cofield RH. Shoulder hemiarthroplasty for acute fractures of the proximal humerus: a minimum five-year followup[J].J Shoulder Elbow Surg. 2008,131(2): 202-209.

作者简介:

覃伟明(1970-),男,广东德庆人,大学本科学士学位,副主任医师,研究方向:骨科临床。
 编辑:赵聪 编号:EB-15081504F (修回:2015-09-10)

相似文献:

中医骨折三期治疗对肱骨近端骨折术后的临床疗效观察

目的:探讨中医骨折三期治疗对肱骨近端骨折术后的临床疗效。方法:选取本院 2014 年 5 月—2015 年 4 月收治的肱骨近端骨折手术患者 117 例,采用随机数字法分为对照组(57 例)与观察组(60 例),对照组给予常规骨折治疗,观察组术后给予中医骨折三期治疗,观察两组患者的临床疗效、并发症发生情况与关节功能恢复情况等。结果:术后第 7 d 观察组患者的疼痛评分显著优于对照组 ($P < 0.01$);术后第 7 d 观察组肿胀缓解优良率为 83.4%,显著高于对照组 64.9% ($P < 0.05$);术后 3 个月随访,观察组肩关节功能评分显著高于对照组 ($P < 0.01$)。结论:在肱骨近端骨折术后开展中医骨折三期治疗能够显著提高临床治疗疗效,减少并发症的发生,促进关节功能的恢复,改善预后。

作者:于沛林 王元善 吉爱萍
 刊名:中医临床研究 2015 年 21 期 96-97 页
 关键词:肱骨近端骨折;中医骨折;三期治疗;临床疗效
 中图分类号:R2

DOI 号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2015.21.049

中西医结合治疗肱骨近端骨折临床疗效观察

目的:探讨中西医结合治疗肱骨近端骨折的临床疗效。方法:选取 2008 年 9 月—2012 年 9 月来我院治疗的 78 例肱骨近端骨折患者,采用内固定锁定钢板、手术切开结合中药等疗法治疗肱骨近端骨折。其中男 53 例,女 25 例,年龄 33~72 岁,平均年龄 45 岁。二部分骨折 36 例,三部分骨折 29 例,四部分骨折 13 例。结果:按照 Neer 功能评定,中西医结合治疗后优 56 例,良 14 例,可 8 例。中西医疗法结合治疗后随访平均半年至一年半。结论:中西医结合治疗肱骨近端骨折有着良好的治疗疗效,适合临床推广。手术后适宜进行功能性锻炼,便于更好地恢复。

作者:徐德世
 刊名:中医临床研究 2015 年 16 期 112-112,114 页
 关键词:中西医结合;肱骨近端骨折;临床疗效
 中图分类号:R274.1
 DOI 号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2015.16.060

踝泵运动护理对剖宫产患者术后下肢深静脉血栓形成的预防效果

Preventive effects of nursing care about the ankle pump movement on lower extremity deep venous thrombosis after cesarean section

郭燕玲

(郑州市妇幼保健院, 河南 郑州, 450000)

中图分类号: R473 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0125-02 证型: BDGI

【摘要】目的: 研究踝泵运动护理对剖宫产患者术后下肢深静脉血栓形成的预防效果。方法: 选取我院 60 例剖宫产患者按照护理方法将其分为两组 (各 30 例), 观察组踝泵运动护理, 对照组常规护理措施。结果: 观察组患者术后出现下肢深静脉血栓发生率显著低于对照组患者 (3.3%和 23.3%), 两组患者手术前后血小板和 FIB (纤维蛋白原) 相比差异无显著性 ($P > 0.05$); 观察组患者术后 APTT (活化部分凝血活酶时间)、PT (凝血酶原时间) 显著高于对照组患者, 且同术前相比没有差异性; 对照组患者术后 APTT、PT 显著低于术前, 差异有显著性 ($P < 0.05$)。结论: 踝泵运动护理可有效降低剖宫产患者术后出现下肢深静脉血栓发生率。

【关键词】踝泵运动护理; 剖宫产患者; 术后下肢深静脉血栓; 预防效果

【Abstract】Objective: To study Preventive effects of nursing care about the ankle pump movement on lower extremity deep venous thrombosis after cesarean section. Methods: 60 patients were divided into two groups based on nursing methods, 30 cases for each, the observation group was given ankle pump movement nursing, the control group was given usual nursing. Results: The incidence in the observation group was lower (3.3% and 23.3%), patients' platelets and FIB (Fibrinogen) were not significantly different before and after treatment ($P > 0.05$). APTT、PT in the observation group after surgery were significant higher, also was not different compared with before surgery; APTT、PT in the control group after surgery were significantly lower than before surgery, the difference was significant ($P < 0.05$). Conclusion: nursing care about the ankle pumps movement can effectively reduce the incidence of lower extremity deep venous thrombosis after cesarean section.

【Keywords】Nursing care about the ankle pump movement; Cesarean section; Lower extremity deep venous thrombosis; Preventive effects
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.060

所谓的双下肢深静脉血栓是指患者下肢深静脉血液不正常的凝固, 出现静脉阻塞现象, 最终出现静脉回流障碍, 给患者健康和正常生活带来一定影响。目前, 伴随着高龄产妇增多和剖宫产率逐渐上升, 下肢深静脉血栓发生率逐渐上升, 若不能及时给以患者相应治疗, 会导致其相关器官组织功能出现障碍现象, 进而出现静脉瓣膜功能不全和肺动脉栓塞等现象, 威胁患者正常生活。临床上, 有效的护理措施能有效预防术后下肢深静脉血栓形成, 提高患者预后。现对其展开研究分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院在 2012 年 3 月—2014 年 1 月收治的 60 例剖宫产患者, 按照护理方法将其分为观察组和对照组, 观察组 30 例, 年龄 23~34 岁, 平均年龄 (28.6±5.1) 岁; 手术时间 40~80 min, 平均手术时间 (60.5±6.4) min; 21 例为初产妇, 9 例为经产妇; 7 例为急诊剖宫产, 23 例为择期剖宫产。对照组

30 例, 年龄 22~35 岁, 平均年龄 (29.1±6.2) 岁; 手术时间 41~82 min, 平均手术时间 (61.4±7.1) min; 22 例为初产妇, 8 例为经产妇; 6 例为急诊剖宫产, 24 例为择期剖宫产。患者的基本资料相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

常规护理措施, 护理人员给以患者体位护理、健康教育、饮食指导和出院指导等常规护理措施。

1.2.2 观察组

踝泵运动护理, 在常规护理基础上加以踝泵运动护理措施, 护理人员指引患者躺在或是坐在床上, 放松大腿, 最大限度地让患者在不痛感或微痛感范围内向上勾脚尖, 并让脚尖朝向自己, 之后最大程度的向下绷脚尖, 均保持 10 s, 每次练习持续时间为 5 min, 5~6 次/d。反复伸屈踝关节, 持续收缩肌肉, 并根据患者具体状况适量增加训练频次。在患者身体状况允许的情况下, 可将踝关节跖屈、内翻、背伸和外翻联合在一

起环绕运动练习等。

1.3 观察指标^[1]

观察不同组别患者术后下肢深静脉血栓发生率和治疗前后血小板、APTT、PT 和 FIB 指标变化状况,采集患者血液标本 2 h 后通过 STAGO 全自动血凝仪和配套试剂对患者 APTT、PT 和 FIB 进行检测,并通过 XFA6100B 血细胞分析仪对患者血小板计数进行检测。

1.4 统计学处理

采用 SPSS18.0 统计软件对相关数据进行处理,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 *t* 检验;计数资料以百分数 (%) 表示,采用 χ^2 检验。若 $P < 0.05$ 存在显著差异,具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后出现下肢深静脉血栓发生率相比

观察组患者术后出现下肢深静脉血栓发生率显著低于对照组患者 (3.3%和 23.3%),差异有显著性 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者术后出现下肢深静脉血栓发生率相比 (n, %)

组别	n	下肢深静脉血栓	发生率
观察组	30	1	3.3
对照组	30	7	23.3

2.2 两组患者手术前后血小板、APTT、PT 和 FIB 指标变化状况进行对比

两组患者手术前后血小板和 FIB 相比差异无显著性 ($P > 0.05$);观察组患者术后 APTT、PT 显著高于对照组患者,且同术前相比没有差异性;对照组患者术后 APTT、PT 显著低于术前,差异有显著性,见表 2。

表 2 两组患者手术前后血小板、APTT、PT 和 FIB 指标变化状况进行对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	血小板 (10 ⁹ /L)	APTT (s)	PT (s)	FIB (g/L)
观察组	治疗前	267.9 ± 50.1	30.1 ± 4.7	12.7 ± 0.8	2.6 ± 0.4
	治疗后	258.7 ± 46.3	29.8 ± 4.2	12.4 ± 0.5	2.7 ± 0.3
对照组	治疗前	269.3 ± 41.4	29.9 ± 4.1	12.5 ± 0.7	2.8 ± 0.4
	治疗后	262.5 ± 40.2	27.9 ± 3.9	11.4 ± 0.1	2.8 ± 0.5

3 讨论

基于妊娠期间患者机体中雌激素分泌增加,并且血液中凝血因子相应增加,导致其血流减慢,给血管壁带来一定损伤,进而术后出现下肢深静脉血栓,减慢下肢血液循环状况。导致患者出现下肢深静脉血栓的因素之一为术后止血药的使用。目前,下肢深静脉血栓为剖宫产常见并发症,具有较高发病率。传统的预防下肢深静脉血栓的方法为气压疗法,其主要是通过全自动序贯加压充气泵辅助患者下肢血液回流,其具有一定效果,但该种方法只是挤压患者肌肉,其下肢肌肉并没有活动,因此不能增强患者肌力,具有一定局限性。踝泵运动属于一种促使患者屈伸踝关节主动运动的措施,医护人员在通过该种措施对患者进行治疗过程中,可有效使其小腿肌肉主动收缩和放松。当患者向下绷脚尖时,其小腿三头肌主动收缩,并舒张小腿三头肌,收缩胫骨前肌。当患者胫骨前肌和小腿三头肌收缩时,能挤压血液回流,舒张时使得新鲜血液回流,有效改善下肢血液循环状况,预防下肢深静脉血栓发生,改善患者预后^[2]。本次研究中,通过踝泵运动护理措施护理患者术后下肢深静脉血栓发生率和 APTT、PT 分别为 3.3%、(29.8 ± 4.2)s、(12.4 ± 0.5)s,同通过常规护理措施护理患者相比差异有显著性 ($P < 0.05$)。

综上所述,踝泵运动护理措施能有效降低剖宫产患者术后下肢深静脉血栓发生率,并有效改善患者术后血液高凝状态,改善预后。

参考文献:

[1]梁光红.量化踝泵运动对腹部手术患者术后深静脉血栓形成的预防效果研究[J].检验医学与临床,2014,11(17):2382-2383,2386.
 [2]潘麒羽,刘尚芹.踝泵运动护理对剖宫产患者术后下肢深静脉血栓形成的预防作用[J].实用临床医药杂志,2014,18(24):213-214.

编辑:白莉 编号:EB-15081302F (修回:2015-09-05)

相似文献:

骨科手术后下肢深静脉血栓形成的原因分析及护理对策

目的:通过分析调查我院骨科病房中术后患者下肢深静脉血栓(DVT)形成的发生率,讨论各种预防措施对下肢深静脉血栓的预防效应。方法:采用回顾性调查的方法调查我院于 2012 年 1 月—2013 年 12 月收治的,并进行过骨科手术的 299 例患者,使用 SPSS 统计软件分析预防措施对 DVT 发生的影响。结果:年龄、糖尿病、活动性出血、卧床持续时间等多种因素均对下肢深静脉血栓的发生无明显的促进作用,但采用预防措

施有可能降低 DVT 的发生率。结论:骨科术后对患者采取预防措施可降低 DVT 的发生率。

作者:李哲(南阳市中医院,河南 南阳,473000);
 刊名:中医临床研究 2015 年 16 期 128-130 页
 英文刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine
 关键词:骨科手术;深静脉血栓;肺栓塞;护理
 中图分类号:R543.6
 DOI号:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.16.071

益气养阴法对肺癌治疗的效果观察

Clinical observation on treating lung cancer by Yiqi Yangyin therapy

侯东东

(北京大学首钢医院, 北京, 100144)

中图分类号: R249 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0127-02 证型: IDGB

【摘要】目的: 分析观察中医益气养阴法对于肺癌的临床治疗效果。方法: 研究对象为我院在2013年1月—2013年12月收治的50例晚期肺癌患者, 随机分为对照组和观察组各25例。对照组采用化疗单一治疗, 观察组在对照组基础上结合中医益气养阴疗法。治疗时长为42 d, 治疗后对两组疗效进行对比分析。结果: 在治疗有效性方面, 观察组为56.0%, 对照组为48.0%。不良反应方面, 观察组数量明显低于对照组。结论: 中医益气养阴疗法配合化疗可以有效的改善晚期肺癌化疗中的治疗效果, 增强患者体质, 提高患者生命质量。

【关键词】晚期肺癌; 益气养阴; 中医疗法

【Abstract】 Objective: To analyze and observe the clinical curative effect the method of strengthening Qi and nourishing Yin on lung cancer. Methods: 50 advanced lung cancer patients admitted in our hospital between January, 2013 to December, 2013 were randomly divided into a control group and an observation group, 25 cases in each group. The control group used the single chemotherapy treatment, while the observation group was treated with chemotherapy combined with the method of strengthening Qi and nourishing Yin in Traditional Chinese Medicine. The treatment period was 42d and after the treatment, the effects of the two groups were compared and analyzed. Results: In the aspect of the effectiveness, the observation group was 56.0%, control group 48.0% and considering adverse reactions; the observation group was significantly lower than that of the control group. Conclusion: The method of strengthening Qi and nourishing Yin in Traditional Chinese Medicine combined with chemotherapy can effectively improve the effects in the treatment of advanced lung cancer, enhancing physical fitness and improving patient's quality of life.

【Keywords】 Advanced lung cancer; Yiqi Yangyin therapy; Traditional Chinese Medicine therapy

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.061

业界认为, 环境污染、烟毒等都是导致肺癌患者提升的重要原因, 但是对于肺癌的发病, 其原因仍旧较为复杂, 尚且没有定论。在中医领域一般认为肺癌属于外邪入侵、阴虚气亏、癌毒内结有关。肺癌的发病率与死亡率一直高居不下, 并呈现逐步上升趋势。临床上近90%的肺癌在确诊时已经是晚期, 已经错失了手术治疗的时期, 因此多采用化疗方式进行, 但是由于其产生的巨大不良反应等问题让患者难以接受, 而中医治疗则可以有效的达到化疗的补充效果^[1-3]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为我院2013年1月—2013年12月收治的50例晚期肺癌患者, 随机分为对照组和观察组各25例。观察组男性15例, 女性10例; 年龄32~74岁, 平均年龄(57.4±9.1)岁; 其中腺癌患者18例, 鳞癌患者7例; III型期患者8例, IV型期患者17例; KPS的评估为(73.5±17.9)分。对照组男性16例, 女性9例; 年龄34~73岁, 平均年龄(56.8±9.2)岁; 其中腺癌患者15例, 鳞癌患者10例; III型期患者8例, IV型期患者18例; KPS的评估为(73.0±16.3)分。两组病患在性别、年龄、疾病分期等各种基本信息上差异无统计学意义,

具有可比性。患者临床症状有咳嗽、少痰、咳血、气急、乏力、盗汗、少饮、口干、舌苔薄、色泽淡红或者偏红等。所有病患纳入均没有化疗相关禁忌证, 同时可以保证治疗观察期在3个月以上, 确定为不能手术或者术后复发的病患。排除合并有严重的心脑肝肾等重要障碍功能障碍者及孕育、药物过敏患者。

1.2 治疗方法

对照组采用化疗单一治疗, 观察组在对照组基础上结合中医益气养阴疗法。治疗时长为42 d。组方: 人参、五味子、生地黄、石斛、陈皮、焦山楂、鸡内金、神曲各10 g, 麦冬、炙鳖甲、山慈菇、石见穿、大贝母、桑白皮、苍术各20 g, 红豆杉、石上柏各15 g, 蟾酥6 g, 蜈蚣3条。1剂/d, 水煎400 ml, 分2次服用, 与化疗同时进行。化疗方案为第1、8 d运用1000 mg·m⁻²的吉西他滨, 第1~3 d运用静脉滴注顺铂标准为25 mg·m⁻²。

1.3 评估指标

通过患者在CT检测情况作为评判依据, 对治疗前后进行对比。疗效分为4个标准: 完全缓解、部分缓解、稳定和恶化。其中完全缓解为肿瘤病灶部分得到了全部消失, 并且效果维持了4周以上; 部分缓解为病灶部位的直径减少了一半以上, 同时维持4周没有新病灶的出现; 稳定标准为病灶的直径缩小

一半以下，或者有增大 25.0%的情况，同时没有新的病灶部分出现；恶化标准为病灶的直径增大了 25.0%之上，或者有新病灶的出现。治疗有效比例为完全缓释和部分缓释的总和。

不良反应主要集中在对血红蛋白、血小板、白细胞、肌酐、谷丙转氨酶等相关指标及恶心、呕吐、腹泻等相关症状的变化，而后观察不良反应的发生率。体力状况的评估主要运用 KPS 评分方式，治疗期间测评 2 次。

1.4 统计学处理

将采集到的数据通过 SPSS17.0 统计学软件进行分析处理，计量资料运用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，运用 *t* 来检验；计数资料运用 χ^2 来检验，同时以 $P < 0.05$ 作为组间差异具有统计学意义的标准。

2 结果

在治疗有效性方面，观察组为 56.0%，对照组为 48.0%。

表 3 两组病患不良反应对比 (n)

分组	谷丙转氨酶	血红蛋白	白细胞	血小板	肌酐	腹泻	恶心呕吐
观察组 (n=25)	12	12*	14*	10*	4	7*	14*
对照组 (n=25)	17	20	20	13	6	9	16

注：与对照组相比，* $P < 0.05$

3 讨论

中药的益气养阴中含有麦冬、人参、五味子等材料，可以达到补元气、益肺生津，麦冬养阴润燥，在与人参的配合下可以达到更强的滋补效果，五味子有利于气血的固本。总体来说本中药成分可以达到健脾胃、清热化痰、活血化瘀、益气养阴的功效。同时可以有效的抗击肿瘤，对于提升化疗期间病患的体质，增强免疫力有非常大的帮助，让化疗效果可以更加高效的展现。

相似文献：

穴位埋线联合康莱特注射液治疗晚期肺癌痛痛的疗效分析

目的：观察穴位埋线联合康莱特注射液对晚期肺癌患者癌性疼痛的治疗效果。方法：将 64 例肺癌患者随机分为两组，对照组予硫酸吗啡缓释片 10 mg 口服治疗，治疗组在与对照组相同治疗方法基础上，予穴位埋线联合康莱特注射液治疗，观察两组止痛效果及生活质量改善情况。结果：治疗组中完全缓解 (CR) + 部分缓解 (PR) 例数为 25 例，显效率为 78.1%；对照组完全缓解 (CR) + 部分缓解 (PR) 例数为 14 例，显效率为 43.8%，两组对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；EORTC QLQ-C30 (V3.0) 量表中功能领域、症状领域、总体健康状况、腹泻、便秘、气促、失眠、食欲不振得分治疗组与对照组相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，且治疗组治疗前后对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；量表单一领域中失眠领域得分对照组治疗前后对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：穴位埋线联合康莱特注射液可缓解晚期肺癌患者癌性疼痛，改善患者生活质量。

作者：宋东升 周庆伟

刊名：中医临床研究 2015 年 27 期 127-129 页

不良反应方面，观察组数量明显低于对照组，在体力评估上，观察组情况要优于对照组。具体情况如表 1、表 2 和表 3 所示。

表 1 两组病患的治疗有效性对比 (n, %)

分组	完全缓释	部分缓释	稳定	恶化	总有效率
观察组 (n=25)	0	14	7	4	56.0
对照组 (n=25)	0	12	8	5	48.0

注：两组对比， $P < 0.05$

表 2 两组患者治疗前后的体力评估情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	治疗前	治疗后
观察组 (n=25)	73.5 ± 17.9	74.0 ± 16.4
对照组 (n=25)	73.0 ± 16.3	83.0 ± 11.7

注：两组对比， $P < 0.05$

参考文献：

- [1]方锦舒,毕蕾.工瑞平教授运用益气养阴解毒法治疗中晚期肺癌经验[J].中医学报,2010,25(2):224-225.
- [2]梅晓雷.润肺汤对肺癌患者放射性肺炎及放射性肺纤维化的影响[J].中医学报,2014,30(2):177-179.
- [3]张明萍,工建军,李志宏.中晚期非小细胞肺癌中医证型的临床观察[J].世界中西医结合杂志,2012,7(8):706-708.

编辑：白莉 编号：EB-14110428 (修回：2015-05-13)

中图分类号：R734.2

DOI号：10.3969/j.issn.1674-7860.2015.27.062

中西医结合治疗晚期非小细胞肺癌的临床应用进展

目的：探讨中西医结合治疗晚期非小细胞癌患者的临床疗效。方法：收集 100 例晚期非小细胞癌患者，随机分为观察组和对照组，各 50 例。对照组患者使用常规的西医治疗方法进行治疗，观察组患者使用中西医结合的方法进行治疗，治疗后比较两组患者的治疗效果以及并发症发生率。结果：治疗后，两组患者均有所好转，但观察组患者的治疗总有效率 (98%) 明显优于对照组患者的治疗总有效率 (80%)，同时观察组患者的并发症发生率 (4%) 明显低于对照组患者的并发症发生率 (12%)，所有差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：在对晚期非小细胞癌患者进行治疗的过程中，使用中西医结合的方法对患者进行治疗效果更佳，同时并发症发生率更低，在临床治疗的过程中值得推广应用。

作者：陈宗启

刊名：中医临床研究 2015 年 23 期 99-100 页

中图分类号：R417.8

健脾益胃汤辅助化疗治疗晚期胃癌临床研究

Clinical research on adjuvant treatment of advanced gastric cancer by Jianpi Yiwei Decoction

王红丽

(南阳医学高等专科学校第一附属医院, 河南 南阳, 473000)

中图分类号: R256.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0129-02 证型: IDGB

【摘要】目的: 研究健脾益胃汤辅助化疗治疗晚期胃癌的临床疗效。方法: 选取晚期胃癌患者 78 例, 随机将其分为对照组和观察组各 39 例。对照组给予常规性化疗治疗, 观察组患者在常规化疗基础上同时服用健脾益胃汤。比较两组的效果。结果: 2 个月后, 两组患者生活质量均有一定提高, 但相比观察组患者生活质量评分明显优于对照组 ($P < 0.05$), 观察组患者的不良反应显著低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 健脾益胃汤辅助化疗治疗晚期胃癌可以显著改善患者的生活质量, 提高治疗效果。

【关键词】健脾益胃汤; 晚期胃癌

【Abstract】 Objective: To study the clinical efficacy of Jianpi Yiwei Decoction in the adjuvant treatment of advanced gastric cancer. Methods: 78 cases with advanced gastric cancer were randomly divided into a control group and an observation group, 39 cases in each group. The control group was received conventional chemotherapy treatment, while the observation group was treated with Jianpi Yiwei Decoction based on the conventional chemotherapy. The effects of the two groups were compared. Results: After 2 months, the life quality of the two groups was improved at a certain, but the scores of the observation group were significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$), the adverse actions of the observation group were significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Jianpi Yiwei Decoction can significantly improve the life quality of patients with advanced gastric cancer improve the efficacy.

【Keywords】 Jianpi Yiwei decoction; Advanced gastric cancer

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.062

近年来, 我国胃癌发病率和死亡率不断攀升, 当前治疗晚期胃癌的主要方式是化疗。但化疗带来的一系列不良反应会影响患者生活质量, 甚至会影响治疗效果^[1]。本研究对健脾益胃汤辅助化疗治疗晚期胃癌的临床疗效进行探析, 分析其对患者生活质量的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 3 月—2015 年 2 月我院收治的晚期胃癌患者 78 例, 随机分为对照组和观察组各 39 例。观察组男性 25 例, 女性 14 例, 年龄 45~63 岁, 平均年龄 (49.1±4.2) 岁; 对照组男性 29 例, 女性 10 例, 年龄 48~69 岁, 平均年龄 (50.2±3.9) 岁。两组患者在年龄、性别等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

两组患者均采用常规的化疗方案, 按次序静脉滴注 15 mg/m² 丝裂霉素, 60 mg/m² 顺铂, 1000 mg/m² 经 0.9% 氯化钠溶液稀释至 60 ml 的 5-氟尿嘧啶, 且为减轻不良反应, 患者在化疗当天均采用配合利尿和水化治疗方案。观察组患者每天增服用 2 次健脾益胃汤辅助化疗。两组患者均治疗 2 个月, 观察患者的治疗效果、生活质量。

1.3 疗效判定标准

两组患者治疗效果根据患者病灶缓解程度分为四个等级: 完全缓解、部分缓解、无缓解、恶化, 有效率为完全缓解和部分缓解之和^[2]。患者生活质量评分采用 Karnofsky 评分: 患者治疗后评分较治疗前增加 ≥10 分表明患者生活质量有所提高; 患者治疗后评分较治疗前增加 <10 分表明患者生活质量无变化; 患者治疗后评分较治疗前降低 ≥10 分表明患者生活质量下降, 有效率为提高和无变化之和。

1.4 统计学方法

采用 SPSS18.0 软件进行统计学处理, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 配对 t 检验, 计数资料采用 ($n, \%$) 表示, 配对 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

观察组患者采用健脾益胃汤辅助化疗治疗效果明显优于对照组 ($P < 0.05$)。详情见表 1。

2.2 两组患者生活质量评分对比

观察组患者采用健脾益胃汤辅助化疗后生活质量评分明显优于对照组 ($P < 0.05$)。详情见表 2。

表1 两组患者治疗效果比较 [n (%)]

组别	完全缓解	部分缓解	无缓解	恶化	有效率
对照组 (n=39)	0 (0.0)	7 (17.9)	21 (53.9)	11 (28.2)	7 (17.9)
观察组 (n=39)	5 (12.8)*	13 (33.3)*	20 (51.3)*	2 (5.1)*	18 (46.2)*

注: 与观察组相比, *P<0.05

表2 两组患者生活质量评分对比 [n (%)]

组别	提高	无变化	下降	有效率
对照组 (n=39)	6 (15.4)	14 (36.0)	19 (48.8)	20 (51.3)
观察组 (n=39)	19 (48.8)*	13 (33.3)*	7 (18.0)*	32 (82.1)*

注: 与观察组相比, *P<0.05

3 讨论

胃癌是恶性肿瘤中发病率较高的病症。与其他恶性肿瘤一样, 由于其病初无明显特点, 故患者被诊断时已处于晚期, 手术切除为时已晚, 因此只能采取化疗来维持患者生命。而化疗不良反应严重, 极大的增加了患者的病痛和压力, 严重影响患者的生活质量, 甚至影响治疗效果。

健脾益胃汤是由多种中药配制而成, 可以显著的降低患者因化疗引起的不良反应。本研究结果表明, 健脾益胃汤辅助化疗治疗晚期胃癌可以显著改善患者的生活质量, 提高治疗效果。给予健脾益胃汤辅助化疗的观察组治疗效果有效率为46.2%, 高于给予常规性化疗的对照组 28.3%; 给予健脾益胃汤辅助化疗的观察组患者生活质量评分有效率为82.1%, 高于给予常规性化疗的对照组 30.8%, 差异均有显著性。说明健脾

益胃汤辅助化疗治疗晚期胃癌可以显著改善患者的生活质量、提高治疗效果。

综上所述, 健脾益胃汤辅助化疗治疗晚期胃癌对改善患者的生活质量、提高治疗效果具有显著作用。具有显著的临床意义, 值得临床推广。

参考文献:

- [1]张奕. 益气健脾活血汤联合化疗方案对中晚期胃癌患者的临床观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2014, 16(6): 67-69.
- [2]王长志, 孙绪勇. 中医药治疗晚期胃癌的思路与方法[J]. 中医学报, 2013, 28(07): 930-931.

编辑: 赵聪 编号: EB-15081704F (修回: 2015-09-10)

肺动脉栓塞的炫速双源 CT 诊断

CT diagnosis of dual source for pulmonary embolism

邢 漠

(郑州市中医院, 河南 郑州, 450007)

中图分类号: R814.42 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0130-03 证型: BDG

【摘要】目的: 探讨分析肺动脉栓塞的炫速双源 CT 诊断效果。方法: 采取回顾性分析法, 抽取 2012 年 8 月—2015 年 4 月经临床确诊的 35 例肺动脉栓塞患者, 事先实施炫速双源 CT 平扫, 而后经肘注射欧乃派克或者优维显, 延迟 30 s 后实施第 2 次扫描, 观察分析检查诊断结果。结果: 经炫速双源 CT 平扫检查, 有 18 例患者肺纹理稀疏, 16 例患者肺梗死灶形成, 5 例患者肺动脉高压, 11 例患者胸腔积液, 6 例患者胸膜肥厚。经增强扫描检查后, 大部分患者充盈缺损与动脉面细小。结论: 采用炫速双源 CT 扫描诊断肺动脉栓塞, 速度快且图像清晰, 可及时扫描并观察各种小病灶, 安全有效。

【关键词】炫速双源 CT; 诊断; 肺动脉栓塞; 炫速双源扫描

【Abstract】Objective: To investigate and analyze the CT diagnostic performance of dual source for pulmonary embolism. Methods: The records of 35 cases with pulmonary embolism from August 2012 to April 2015 were retrospectively analyzed by prior implementation of Hyun-speed dual-source CT scan followed by the elbow injection omipaque or ultravist, the implementation of the second scan was delayed by 30 s. Finally, the results of diagnosis were observed and analyzed. Results: Hyun-speed dual-source CT scan examination diagnosed: 18 patients with markings sparse, 16 patients of pulmonary infarction form, 5 patients with pulmonary hypertension, 11 patients with pleural effusion and 6 patients with pleural thickening. After enhanced scan, the majority of patients with arterial filling defect tiny face. Conclusion: Hyun-speed dual-source CT scanning for diagnosis of pulmonary embolism has advantage of being fast with good image

clarity providing timely scan with safety and clear scanings. It can depict variety of small lesions.

【Keywords】Hyun-speed dual-source CT; Diagnosis; Pulmonary embolism; Scanning

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.063

所谓肺动脉栓塞是指外源性或者内源性栓子堵塞肺动脉或者其分支导致肺循环障碍的病理与临床生理综合征, 常见类型有脂肪栓塞、异物栓塞、肺动脉血栓栓塞、肿瘤栓塞、羊水栓塞及空气栓塞等, 若肺动脉栓塞患者出现肺出血或者坏死, 则通常被称之为肺梗死^[1,2]。据调查资料显示, 在肺动脉栓塞的临床诊断中, 若可及时诊断并予以抗凝治疗, 可使病死率下降到 8%, 因此尽早且合理地诊断治疗该病也变得尤为重要^[3]。本次研究采取回顾性分析法, 抽取我院近年来收治的 35 例肺动脉栓塞患者, 就炫速双源 CT 扫描诊断结果进行研究和分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本次研究所选择的对象来自 2012 年 8 月—2015 年 4 月经临床确诊的 35 例肺动脉栓塞患者, 其中男性 20 例, 女性 15 例, 年龄 37~72 岁, 平均年龄 (52.36±5.31) 岁, 症状表现为进行性加重胸闷气短、咯血、呼吸困难、突发胸痛以及紫绀, 大部分患者存在下肢深部血栓性静脉炎。病程 2~26 d, 平均病程 (16.4±2.4) d。

1.2 方法

全部患者均实施炫速双源 CT 扫描诊断, 指导患者仰卧在检查台上, 事先进行平扫, 获得扫描定位像, 自肺尖到肺底实施常规扫描, 其中层厚为 12 mm。增强扫描范围自膈上至主动脉弓, 包含有亚段肺动脉。从足侧至头侧方向进行扫描, 总长为 12 cm, 且层厚在 2.5~3 mm, 200~250 mA, 扫描时间为 1 s, 螺距为 1.7~2.0, 视野为 350 mm×350 mm, 120 kv。借助于高压注射器通过肘静脉进行欧乃派克或者优维显的注射, 注射速度为每秒 4~5 ml, 延迟大约 15~30 s 以后实施第 2 次扫描。

2 结果

通过平扫检查发现, 本次研究所选取的 35 例肺动脉栓塞患者, 其中 18 例患者肺纹理稀疏, 16 例患者肺梗死灶形成, 5 例患者肺动脉高压, 11 例患者胸腔积液, 6 例患者胸膜肥厚。通过增强扫描以后, 32 例患者肺动脉内均存在充盈缺损, 其中 4 例患者为附壁性充盈缺损, 6 例患者为偏心性充盈缺损, 即不规则充盈缺损偏向于管壁一侧, 10 例患者为轨道征, 即充盈缺损位置在血管中央, 附近存有对比剂环绕, 12 例患者为血管截断征, 即肺动脉管腔处于完全闭塞状态。同时大部分患者还存在动脉断面细小征象, 且腔内密度不均匀以及减低。全部患者通过螺旋 CT 检查确诊是肺动脉栓塞以后, 予以溶栓治疗, 经过一段时间的治疗, 复查显示栓子全部或者部分消失, 患者症状表现和体征均有所好转。

3 讨论

引起肺动脉栓塞发生的病因有血栓形成、肿瘤、心脏病、妊娠和分娩等, 其中主要原因为深静脉血栓形成, 深静脉血栓形成脱落随着血流走向堵塞在肺动脉和其分支, 而后形成肺动脉栓塞, 据调查研究发现, 有 69%~94% 肺动脉栓塞均是因深静脉血栓形成脱落造成^[4]。其他栓子也容易引发肺动脉栓塞, 比如脂肪栓、心脏赘生物、空气栓、细菌栓、羊水、转移性癌、骨髓、胎盘滋养层以及寄生虫等。除此之外, 存在外伤史、下肢肿胀、长期卧床、静脉炎、长时间伏案办公或者长期坐飞机等患者也容易出现肺动脉栓塞。

曾有文献报道指出, 肺动脉栓塞螺旋 CT 扫描表现以肺动脉充盈缺损为主, 参照该影像结果可确诊^[5]。按照肺动脉内栓子情况可分为四种类型, 即闭塞型、中央型、偏心型以及附壁环型。闭塞型又称之为血管截断征, 即肺动脉管腔完全闭塞, 本次研究闭塞型 12 例; 中央型又叫做轨道征, 即腔内充盈缺损所处位置在血管中央, 附近环绕有对比剂, 本次研究有 10 例; 偏心型主要表现为机体管腔内不规则充盈缺损倾向于管壁一侧, 且边缘不够光滑, 本次研究有 6 例; 附壁环型以附壁性充盈缺损为主, 本次研究有 4 例^[6,7]。此外, 肺动脉栓塞患者还可伴间接征象, 比如胸腔积液、血管纹理稀疏、右心室增大、肺梗死、心包液、肺实变等。本次研究经炫速双源 CT 平扫, 其中 18 例患者肺纹理稀疏, 16 例患者肺梗死灶形成, 5 例患者肺动脉高压, 11 例患者胸腔积液, 6 例患者胸膜肥厚, 上述间接征象尽管无特异性, 但多为肺动脉栓塞伴随征象, 在临床实践中若发现这些征象, 需引起高度的重视, 及时实施螺旋 CT 检查诊断。此外, 本次研究 35 例患者均经检查确诊是肺动脉栓塞, 通过溶栓治疗, 栓子全部或者部分消失, 症状与体征均明显好转。

在临床实践中应用时, 需注意以下几个方面的问题: ①掌握好扫描方向, 一般自足侧到头侧实施增强扫描, 从而减少对于静脉对比剂浓度的影响而引起条状伪影。观片时可适时对窗宽进行调整, 将其调整到 350 IU, 且窗位调到 20 HU。同时熟知肺血管解剖结构。②掌握好延迟时间, 若扫描时间过早, 则容易使血管内造影剂的混合出现不均匀而引起低密度; 若扫描时间过迟, 则容易使血管内造影剂浓度下降, 影响和附近组织之间的对比, 继而进一步使 CT 图像质量受到影响。对于存在循环障碍者, 可适时延长时间与降低注射的速度, 以此获得较为满意的效果。③注意炫速双源 CT 结果假阳性结果, 造成螺旋 CT 假阳性的因素有呼吸伪影、肺动脉走行方向、心脏运动伪影、肺静脉与肺门附近淋巴结所产生的干扰等, 这些均容易使炫速双源 CT 结果出现假阳性, 对此, 为确保结果的准确性,

在实际工作中需结合患者临床和其他影像资料，并充分利用现代后处理技术，以保证检查诊断结果的准确性与合理性。综上所述，在肺动脉栓塞临床中应用炫速双源 CT 扫描检查，安全可靠，操作简单，可快速获得较为合理且准确的诊断结果，为疾病临床治疗方案的选择和确定提供合理的参考依据，同时对于治疗效果的评判也具有非常重要的作用。

参考文献:

[1]丁锋,王帅,徐文奎,等.16 排螺旋 CTA 在肺动脉栓塞诊断中的应用效果[J].实用临床医药杂志,2014,18(23):217-218.

[2]浦智韬,郭应林,王友良,等.16 排螺旋 CT 肺血管造影及重建技术在老年人肺动脉栓塞诊断中的应用[J].中华老年医学杂志,2011,30(2):121-124.

[3]姜华,任春慧,梁爽,等.64 排螺旋 CT 在肺动脉栓塞诊断中的应用[J].中国医疗设备,2012,27(10):166-168.

[4]刘连荣,范勇,赵新骞,等.多层螺旋 CT 肺血管造影在肺动脉栓塞中的诊断价值[J].临床肺科杂志,2012,17(3):441-443.

[5]李雪萍,刘彪,黄波,等.16 排螺旋 CT 增强扫描对肺动脉栓塞的诊断价值(附 18 例报告)[J].广西医学,2010,32(12):1541-1542.

[6]张国俊,徐金虎,吕红菊,等.16 排螺旋 CT 血管造影对肺动脉栓塞诊断及快速评价严重程度的价值[J].宁夏医科大学学报,2014,36(12):1367-1369.

[7]裴光华,曾春.16 层螺旋 CT 肺动脉造影对肺栓塞诊断的应用价值[J].临床肺科杂志,2013,18(6):1041-1042.

编辑: 赵聪 编号: EB-15082005F (修回: 2015-09-10)

中药师开展中药临床药学服务探析

TCM pharmacy service by TCM pharmacist

万新军

(河南中医学院第一附属医院, 河南 郑州, 450000)

中图分类号: R95 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0132-02

【摘要】临床药学是连接药学与临床工作的一个重要纽带。在临床诊治过程中,合理、有效地将药学与临床工作进行紧密结合可促进临床用药的合理性得到有效提升,进而为患者生命安全提供更加有效的保障,促进医疗卫生机构的整体医疗质量得到有效提升。

【关键词】中药师; 临床药学; 服务

【Abstract】Clinical pharmacy is an important link between the pharmaceutical and clinical work. In the process of clinical diagnosis and treatment, reasonable and effective combination of pharmaceutical and clinical work can promote the rational application of clinical medicine, and can provide more effective protection for patients.

【Keywords】Pharmacist of TCM; Clinical Pharmacy; Service

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.064

随着生活水平的提高,人们的健康观念在不断发生变化,服用药物进行治疗的患者对药物治疗效果提出越来越高的要求。服用中药进行治疗的患者大部分为慢性病患者,其在接受治疗过程中不仅需要药师为他们讲解药物使用的相关注意事项,同时还需要药师为他们制定具有个性化的药物治疗方案^[1]。因此,在临床用药过程中,中药师必须开展内容更为丰富、质量更好的中药临床药学服务,促进药物治疗效果得到有效提升。本次研究主要探讨中药师开展中药临床药学服务的意义及有效途径和方式,现做如下综述。

1 中药师开展中药临床药学服务的价值和意义

中药临床药学是一门新兴学科,该门学科的研究内容主要为中药临床使用的安全性、有效性、合理性等。临床药学所进行的相关研究对中药学的发展具有良好的推动作用。中药临床药学所开展的相关研究可及时为医师提高最新的药学研究成

果,为患者提供更加合理的药学服务。因此,中药师在临床工作过程中必须熟练掌握中药临床药学,不断提升自身专业知识和技能,为患者提高更加全面、优质的中医使用咨询和指导。

随着生活水平的不断提高,人们对药物治疗效果提出越来越高的要求,多数患者在选择服药方式进行治疗时均迫切希望得到高效、优质的药学服务。中药临床药学服务的内容极为丰富,其主要包含审核处方、向医护人员及患者提供药物信息、对患者使用药物的具体情况进行监测、向医护人员和患者提供药物咨询。中药师在工作过程中,通过对中医理论知识、临床知识等进行补充,为患者提供全面、优质的中药使用咨询,促进患者需求得到更好地满足。开展中药临床药学服务不仅可以促进患者得用药咨询需求得到更好地满足,同时还可促进中药师的整体业务水平得到不断提升,进而促进医院整体医疗水平得到有效提升^[2]。由此可见,开展中药临床药学服务对医院整体医疗水平的提升具有重要意义。

2 中药师提高中药临床药学服务质量的途径

2.1 提升药师的专业能力和临床素养

在开展中药临床药学服务过程中,中药师专业知识技能及临床素养程度直接关系到工作的效率和质量。中药师的专业能力主要体现在对药材、保健品、中成药等的采购、保存、调剂、使用等方面的掌握程度上。中药师是促进医生和患者实现有效沟通的重要桥梁,药师实施严格的审方工作可促进医生用药方案的合理性,促进药物治疗效果得到有效保证。当中药师在专业知识及技能上存在缺陷时,极易导致用药处方差错发生,对医疗的医疗质量水平产生严重影响^[3]。因此,医院管理者应加强对药师进行培训和教育。高度重视并不断加强对药师进行专业知识结合技能培训,促进药师的整体素质得到不断提高。积极组织药师参与院外相关学术会议,积极在院内组织专题讲座,促进药师在工作过程中的医药知识得到不断充实和更新,提高其专业知识和工作技能。此外,还需加强组织药师对相关法律法规进行学习,提高药师的法律意识,通过法律保证患者及自身的合法权益。学法用法,最大限度地对药患纠纷进行有效控制。

除了需要掌握扎实的专业理论知识和技能之外,中药师还需要积累丰富的临床用药经验,只有这样才能促进中药临床药学服务质量得到有效提升。因此,在工作过程中,中药师需积极与临床经验丰富的医生、药师、专家等进行沟通,主动与其探讨临床用药过程中较为常见的问题,同时积极参与临床研究,不断积累临床经验。

2.2 加强对患者用药相关知识进行科学指导和干预

通常情况下,药师工作较为繁忙,因此在工作过程中无法为患者提高全面、优质的药学服务。临床药学要求药师在工作过程中需高度重视对患者的用药情况提高系统、优质的服务。因此,中药师在工作过程中除了需要对处方进行审核,为患者开药之外,还需根据患者的具体情况,为其提供具有针对性的药物指导,促进患者的用药依从性得到有效提高,进而提高药物治疗的效果,并保证用药安全^[4]。例如,多数肿瘤患者在接受放疗、化疗过程中往往自行选择服用参茸卫生丸等具有补益扶正功效的中成药,以促进自身免疫力得到提升。但是一些中药含有多种细胞因子、性激素等活性物质,对部分疾病的治疗效果产生不利影响。中药师在工作过程中发展这种问题时,应及时对患者的药物情况进行干预,告知患者正确的用药方案,

降低患者用药的盲目性。

2.3 积极开展中药处方点评,建立并不断完善处方调配差错登记制度

定期对中药处方进行抽样点评,点评的内容主要包括处方格式、方中内容、临床诊断的理、法、方、药,以及药方中药物的君、臣、佐、使,药物成分,使用剂量等。存在问题的处方需及时与临床医师进行沟通,保证处方的规范性、合理性和科学性,加强对中药用药安全进行严格监督。同时,严格执行处方调配差错登记制度,出现差错时及时进行登记。并安排专门人员每日对差错进行分析和汇总,对相关差错的处理情况进行跟进。及时召开会议对导致差错出现的原因及应对措施进行探讨,并制定出具有可行性的防范措施。全面到差错产生的原因进行查找,尤其重视从管理上进行查找,促进中药处方质量得到全面提升。

3 结论

总之,中药师开展中药临床药学服务的主要目的是促进临床用药的合理性得到不断提高,因此,药师需不断加强专业知识和技能学习,不断提高自身专业技能。同时还需加强与医生、专家等进行沟通,积极参与相关临床医药学研究,丰富自身临床经验,全面掌握中药、中医基本理论、临床药学、药事管理等多方面知识。在工作过程中,坚持“以患者为中心”的原则,加强对患者的用药进行科学指导和干预,进而使患者使用中药进行治疗的安全性得到有效保障。

参考文献:

- [1]张士斌.临床中药师提供优质临床药学服务工作的探讨[J].成都医学院学报,2014,10(03):68-69.
- [2]张碧华,谢沂伯,邵晖.临床中药师在综合性医院合理用药中的价值[J].中国医院用药评价与分析,2014,18(05):354-355.
- [3]梅全喜.中药临床药学工作开展现状与未来发展的策略[J].中国药师,2015,14(06):117-118.
- [4]柳云鹏.药师指导用药对患者依从性的影响[J].中医临床研究,2015(3):111-114.

编辑:白莉 编号:EB-15081215F (修回:2015-09-03)

相似文献:

探究中药师在临床药学服务中的作用

从目前中药的使用情况、发展方向及中药师的现状分析中药师在临床药学服务中应当起到的作用,进而为实现合理、有效、安全用药提供依据,并对如何充分体现中药师的作用而提出了几点建议。

作者:王桂清

刊名:中医临床研究 2015年16期 145-146页

英文期刊名: Clinical Journal of Chinese Medicine

关键词: 中药师; 药物服务; 合理用药

中图分类号: R9

DOI号: 10.3969/j.issn.1674-7860.2015.16.080

生产董酒用辣蓼种植关键技术探讨

Discussion on Key Technology of Polygonum Hydropiper cultivation for Dong Liquor Production

潘年松¹ 姜辣² 刘亮¹ 曹文富³ 冯华⁴ 潘文飞⁵

(1.遵义医药高等专科学校, 贵州 遵义, 563000; 2.贵州省劳动保护科学技术研究院, 贵州 遵义, 563000; 3.遵义市第一人民医院, 贵州 遵义, 563000; 4.遵义市食品药品检验所, 贵州 遵义, 563000; 5.遵义绿普森农业有限公司, 贵州 遵义, 563000)

中图分类号: R282.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0134-02

【摘要】董酒生产中使用的辣蓼, 资源渐渐减少, 用量渐渐增加, 供需矛盾凸显, 需要人工种植以满足需要; 为了编制规范人工种植的技术规程成, 需要摸索关键技术参数。本文就实际种植生产董酒用辣蓼过程中所总结的关键技术参数报道如下。

【关键词】辣蓼; 种植; 技术; 参数

【Abstract】 Polygonum hydropiper is produced and applied in Dong Liquor , which reduces the amount of resources and gradually increases the dosage; the prominent contradictions of its supply and demand, which needs to be standardized cultivation, the compilation of planting technical regulation become necessary. In order to make the standard of the technology, the main technique references need to be investigated. This paper reported the research contents of these aspects.

【Keywords】 Polygonum Hydropiper; Cultivation; Procedures; Reference

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.065

1 立项背景和意义

董酒作为白酒中的药香型而独树一帜, 是因为生产中加入了中草药, 辣蓼就是其中一种中草药。

随着工业化、城镇化, 以及与之配套的村村通, 水库建设等等, 野生资源渐渐减少。而随着董酒品牌日益响亮, 经营方式转优, 需求渐渐增加。加之整体而言食品安全问题不容乐观, 而董酒属于食品范畴, 也需要自律以取信于消费者。董酒生产的全程可控需要相关标准。

目前没有辣蓼种植的相关国家、行业、地方标准, 国际也无该类标准。为使辣蓼种植质量有技术规程的监测和保证, 提高规模种植成功率和符合率, 探讨制定生产董酒用辣蓼种植技术规程所需关键技术参数, 很有必要。本文结合在遵义绿普森农业有限公司辣蓼种植基地种植生产董酒用辣蓼实际情况, 进行总结报道。

2 主要研究内容和结果

辣蓼的基源有多种^[1-3]。关于生产董酒用辣蓼基源, 拼音名 La Liao, 英文名 hairy knotweed herb or root, 拉丁植物动物矿物名: polygonum hydropiper L. 为植物界、木兰植物门、木兰纲、蓼目、蓼科、蓼属、水蓼种。

关于生产董酒用辣蓼一般性状描述。花色是红色, 株高有达到 150 cm 的株高; 茎的颜色是红褐色; 花期是 7~11 月份, 果期是 11~12 月份; 其生境为喜湿、喜肥沃、喜阳光, 与杂草和小灌木丛生。以上描述与现有最新权威资料的描述略有差

异^[1-3]。

在种植基地环境评价方面, 委托具有资质 (MA) 的贵州佳庆环保科技有限公司进行评价。评价周期为 1 年。评价次数为空气: 春夏秋冬各 1 次; 水: 枯水期和丰水期各测 1 次; 土壤: 随机取点 2 个。在具体操作方面, 空气: 连测 7 d; 水: 连测 3 d; 土壤: 随机取点 2 处。在期监测方面, 按规定是 4 年 1 次, 鉴于贵州省空气和水环境质量已经公益性全覆盖, 以公益性监测数据为准, 唯土壤检测按 4 年 1 次规划。在环境选择方面, 环境质量总体要求是 II 类土地, 达到 2 级质量标准。具体是环境空气达到国家大气环境质量: GB3095-2012 二级以上标准; 灌溉水达到国家农田灌溉水: GB5084-2005 二级以上标准; 地表水环境质量标准达到 GB3838-2002 V 类标准以上; 土壤环境质量标准达到 GB 15618-2009 二级以上标准。经查现有公布的类似的农产品种植标准中, 均未提及对环境进行评价^[4,5]。

在地块的选择方面, 根据本项目组实践得知, 生产董酒用辣蓼选择大田熟土种植容易倒伏, 而以满足总体生境以喜湿、喜肥沃、喜阳光, 与杂草和小灌木丛生为宜。

播种后 7~10 d, 对长出的种苗进行选择定苗是种植成效的关键一环。生产董酒用辣蓼种苗长势常常是独根的苗茎比较壮, 宜选择独根秧作为定苗; 生产董酒用辣蓼多数分枝且根系发达, 推荐每穴保留 1 株。

在病虫害防治方面, 辣蓼的病虫害主要有金龟子叶甲、蛾类害虫、蛀干害虫、蚜虫、白蚁等, 可选择性采用农业防治、

物理防治、生物防治等单一或综合防治。GB 4285 和 GB/T 8321 的规定允许施用的农药，在非常必要时谨慎施用，能够不用则尽量不用。

3 规程编制拟遵循的原则及意义

起草规程拟按照 GB/T1.1-2009 规则。而生产董酒用辣蓼的实际种植过程中总结提炼的关键技术参数，适宜作为主要技术来源。生产董酒用辣蓼种植关键技术参数的确定，对于制定其种植技术规程，以指导种植出董酒生产用的合格辣蓼，将产生直接指导作用；而规程的制定，对于规范董酒生产本身以取信于消费者，也将产生社会效益。

参考文献：

[1] 王国强. 全国中草药汇编[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 1110-1111.
 [2] 鲍家科. 贵州省中药及民族药材质量标准原植(动)物彩色图鉴(上)[M]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2009: 270-271.

[3] 中国科学院植物研究所. 中国高等植物图鉴[M]. 北京: 科学出版社, 1972.: 559.

[4] 企业产品标准公共服务平台[EB/OL]. <http://tbxt.cpbz.gov.cn/>.

[5] 黔省食品药品监督管理局. 《黔省中药材、民族药材质量标准》[S]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2003: 406.

作者简介：

潘年松 (1964-), 男, 重庆人, 博士, 2002年毕业于成都中医药大学, 职务: 副校长, 职称: 教授, 专业特长: 中药药理和食品毒理安全性评价。

基金项目：

贵州省科技合作协议(项目), 编号: 省市科合(2013)40号。

编辑: 白莉 编号: EB-15091206F (修回: 2015-09-25)

中医护理技术应用于社区护理的效果观察

Observation on the effect of TCM nursing technique in community nursing

黄淑娇¹ 尤倩娴²

(1. 龙江社区卫生服务中心西海站, 广东 佛山, 528318; 2. 龙江社区卫生服务中心仙塘站, 广东 佛山, 528318)

中图分类号: R248 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0135-03

【摘要】目的: 探讨中医护理技术应用于社区护理的效果。方法: 选取2014年1月—2015年8月社区常住居民100例, 依据数字表抽取法随机分组, 就不作任何干预(空白组, $n=50$)与中医护理技术(干预组, $n=50$)效果展开对比。对比两组患者健康知识掌握度、护理满意度、自我疾病管理能力、生活质量评分和患病率。结果: 干预组健康知识掌握度、护理满意度、自我疾病管理能力、生活质量评分相关指标均高于空白组, 组间数据差异显著, 具备统计学意义($P < 0.05$)。干预组患病率明显比空白组低, 组间数据差异显著, 具备统计学意义($P < 0.05$)。结论: 针对社区常住居民, 运用中医护理技术, 可提高患者对各种慢性疾病的认识, 提高自我管理水平, 显著改善其生活质量, 降低患病率和提升护理满意度, 值得临床推广。

【关键词】 中医护理技术; 社区护理; 效果

【Abstract】 Objective: To investigate the effect of TCM nursing technique in community nursing. Methods: According to the digital table sampling method, 100 cases of community residents, from August 2015 to January 2014 were randomly assigned, without any intervention (blank group, $n=50$) and TCM nursing technology (intervention group, $n=50$) to compare the effect. The health knowledge, nursing satisfaction, self disease management ability, life quality score and prevalence of the two groups were compared. Results: The health knowledge, nursing satisfaction, self disease management ability, quality of life score of the intervention group were higher than those in the blank group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The prevalence of the intervention group was significantly lower than that of the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: For the community residents, the application of Traditional Chinese Medicine nursing technology can improve the patient's understanding of various chronic diseases, improve self management level, significantly improve their quality of life, reduce the prevalence rate and improve nursing satisfaction, which is worthy of promotion.

【Keywords】 TCM nursing technique; Community nursing; Effect
 doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.066

目前, 社区居民慢性病患者人数逐年上升, 通过中医护理技术的应用, 可达到治未病的效果, 可提高患者知识掌握度及

自我管理能力,对疾病预防和生活质量改善有重要意义,故有重要实施价值^[1],本次研究就中医护理技术应用于社区护理的效果展开探讨,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 1 月—2015 年 8 月社区常住居民 100 例,随机方法分组(空白组 50 例,干预组 50 例)。空白组男性 28 例,女性 22 例,男女比例为 1.27:1,年龄 32~80 岁,平均年龄(43.7±8.4)岁;文化程度:本科、大专、高中、初中、小学各为 4 例、10 例、20 例、10 例和 6 例。干预组男性 29 例,女性 21 例;男女比例为 1.38:1,32~82 岁,平均年龄(43.6±8.0)岁;文化程度:本科、大专、高中、初中、小学各为 4 例、10 例、21 例、10 例和 5 例。所有社区居民为常住居民,均有正常的沟通能力,均签署知情同意书。两组的年龄、男女比例、文化水平等基线资料差异无统计学意义,具有可比性, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

空白组不作任何干预。干预组实施中医护理技术干预。具体措施为:①实施中医药诊疗技术护理干预。护理人员对社区居民采用健康宣教的方式面对面、发放小册子或开展讲座等形式进行医药知识的普及,减少患者对药物的依赖,并对糖尿病、高血压、冠心病等疾病中医发布机制、证候、中医预防方法等进行宣讲,提高社区居民认知度;②实施中医情志干预。应用中医七情疏导,对患者消极、不良情绪进行疏导,说明不良情绪对疾病的影响,使居民保持健康心态;③中医膳食保养干预。对居民进行合理膳食指导,如气滞者需多食用陈皮水、白萝卜等调气之物;湿热者多进食冬瓜、绿豆汤等凉性食物;血虚者多进食木耳、红枣等补血之物;气虚者多进食山药、黄芪等补气之物,以达到调养身心的效果;④实施运动保健指导。对居民进行健身引导,说明体质跟疾病预防的关系,通过强身健体改善不良体质;⑤对具体临床表现者给予针对性中医护理,如便秘者按摩其腹部,或遵医嘱给予中药通便汤剂,饮食上避免辛辣、肥甘、刺激食物,多摄入纤维素丰富的果蔬,养成定时排便的习惯。或用针灸针刺天枢、足三里等助于排便的穴位。如肿瘤化疗后患者给予中医膳食指导,减少化疗不良反应,改善机体营养状况和免疫力。

1.3 指标观察

干预后,对比两组患者健康知识掌握度、护理满意度、自我疾病管理能力、生活质量评分和患病率。

①健康知识掌握度:掌握:宣教内容可复述 $\geq 80\%$;基本掌握:复述 60%~80%;不了解:复述 $< 60\%$ 。将掌握和基本掌握两项纳入掌握度的计算中。②护理满意度:发放调查问卷,满意: $> 90\%$;较满意:60%~90%;不满意: $< 60\%$;将满意和较满意两项纳入满意度的计算中。③自我疾病管理能力:总分 100 分,强: ≥ 80 分;一般:60~79 分;差: < 60 分。将自我疾病管理能力强和自我疾病管理能力一般两项纳入自我管理能力中。④生活质量:采用 SF-36 评定,总分 100,分值越高,

效果越好。⑤患病率:干预开始到干预后半年内患者患病例数^[2,3]/观察总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

研究数据应用 SPSS17.0 软件进行数据处理,生活质量评分属于计量资料($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 t 检验。健康知识掌握度、护理满意度、自我疾病管理能力和患病率均属于计数资料以百分数(%)表示,比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 代表差异结果有统计学意义。

2 结果

2.1 健康知识掌握度、护理满意度、自我疾病管理能力和患病率对比

干预组健康知识掌握度、护理满意度、自我疾病管理能力相关指标均高于空白组,干预组患病率明显比空白组低,组间数据差异显著,具备统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组健康知识掌握度、护理满意度、自我疾病管理能力和患病率对比 [n(%)]

组别	知识掌握	自我管理	护理满意度	患病率
干预组(n=50)	48 (96.0)	48 (96.0)	49 (98.0)	2 (4.0)
空白组(n=50)	38 (76.0)	39 (78.0)	35 (70.0)	7 (14.0)

2.2 干预前后生活质量对比

干预前两组生活质量无显著差异, $P > 0.05$;干预后干预组生活质量显著提升,跟空白组相比差异显著, $P < 0.05$,见表 2。

表 2 两组干预前后生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	干预前	干预后
干预组(n=50)	56.42±11.25	89.12±2.13*
空白组(n=50)	56.53±10.23	57.23±10.36

注:与空白组相比,干预后* $P < 0.05$

3 讨论

中医护理技术主要是通过以中医理论作为护理指导,通过传统中医护理方法和技术为健康居民或慢性病患者提供贴心的照顾和服务,促进护理系统的完善和构建^[4]。

对于健康居民来说,中医护理技术具有治未病的作用,对慢性病患者来说,中医护理技术可促进其病情的改善和痊愈^[5]。中医护理技术通过结合健康宣教、膳食指导、情志疏导和运动干预、针对性干预等措施,提高人们对慢性病的认识,加强对自身行为的规范,改善情绪,自觉强身健体,改善不良体质,并通过体质分型选择合适的膳食来改善体质情况,同时通过针对性干预,使得便秘、营养不良等症状得到缓解^[6]。

中医护理始终强调治未病思想,其养生规则跟自然规律相适应^[7],同时人们又容易认可,因此在社区中实施的可行性高。同时,中医护理理论源于民间饮食、养生保健等生活习性,其技术操作简便,在社区中可广泛推广^[8]。

本研究中空白组社区居民不作任何干预,与实施中医护理技术的社区居民进行对比,发现实施中医护理技术者健康知识掌握度、护理满意度、自我疾病管理能力、生活质量评分相关指标均高于空白组,而患病率明显比不作任何干预的社区居民

低,提示针对社区常住居民,运用中医护理技术,可提高患者对各种慢性疾病的认识,提高自我管理水平,显著改善其生活质量,降低患病率和提升护理满意度,值得临床推广。

参考文献:

[1]郑燕,陈芦芦,赵恒,等.农村社区老年慢性病患者自我效能与自我护理能力的相关性研究[J].中国实用护理杂志,2015,31(9):625-628.
 [2]邱少娟,李华,肖灿,等.中医护理对社区高血压前期人群血压干预的效果[J].国际护理学杂志,2014,24(12):3349-3351.
 [3]孙景贤,曾慧,潘露,等.穴位按摩训练对社区轻度认知功能障碍老年人认知功能的影响研究[J].中国全科医学,2015,15(9):1057-1060.
 [4]张素秋,梁芳,孟思瑶,等.中医健康教育实践研究进展[J].中国护理管理,2015,25(5):516-518.
 [5]Naylor,M.D.Advancing high value transitional care: The central role of

nursing and its leadership[J].Nursing administration quarterly,2012,36(2):115-126.
 [6]翟忠美,张金沙,杨友谊,等.高职护生社区护理认知及就业意向的调查分析[J].中国实用护理杂志,2014,30(26):14-17.
 [7]熊晓荣.中医特色糖尿病健康教育对社区社区常住居民的干预效果评价[J].中国健康教育,2015,14(1):71-72,79.
 [8]李文娟,宋长平.中医保健干预对提升社区老年人生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2013,33(23):5953-5954.

作者简介:

黄淑娇(1979-),女,广东梅州人,主管护师,本科,毕业于广东药学院,从事社区护理工作。

编辑:赵聪 编号:EB-15081502F (修回:2015-09-10)

责任制整体护理服务模式在社区居家护理的应用

Application of the overall responsibility nursing service mode in community home care

杨红英 李连娣 刘桂英 廖莎莎 廖伟英
 (英德市人民医院城南社区卫生服务中心,广东 英德,513000)

中图分类号: R473.72 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0137-02

【摘要】目的:探讨责任制整体护理服务模式在社区居家护理的应用。方法:2014年1月—2014年12月社区居民34例作为试验组,另外选择2012年10月—2013年12月社区居民34例作为对照组,观察两组的护理效果。结果:试验组满意率显著高于对照组,差异有显著性($P < 0.05$)。结论:责任制整体护理服务模式能提高社区护士工作的主动性,提高病人及家属的满意度,值得推广应用。

【关键词】责任制整体护理服务;居家护理;满意度

【Abstract】Objective:To investigate the overall responsibility in the community nursing home care service model. Methods:January 2014 to December 2014 community residents 34 cases as a test group, in addition to select from October 2012 to December 2013 community residents 34 cases as the control group, nursing effect was observed in both groups. Results: The experimental group was significantly higher in satisfaction rate, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: The accountability model can improve improve the satisfaction of patients and their families, should be widely applied.

【Keywords】Accountability overall care; Home care; Satisfaction

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.067

居家护理是对有需要照顾的个人及其家庭,在自己居家环境中,获得定期的专业健康照顾和护理服务,达到促进健康、维护健康及预防疾病的目的。根据“以机构为支撑,居家为基础,社区为依托”的长期护理服务体系,本社区卫生服务中心不断探索、总结,改变以往被动的编排模式,倡导责任制整体护理服务,现取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2014年1月—2014年12月,本社区卫生服务中心共接纳需上门提供护理服务需求的社区居民34例,其中男性18例,女性16例,年龄60~89岁,把此组居民设为试验组。回顾分析2012年10月—2013年12月本社区卫生服务中心共接纳需上门提供护理服务需求的社区居民34例,其中男性16例,女性18例,年龄62~89岁,把此组居民设为对照组。这些需要上门护理的居民诊断分别为晚期癌症、中风后遗症、高位截瘫、植物生存状态、慢病状态、高龄体弱等。两组居民在年龄、性

别、诊断、病情程度等方面差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

两组居民均按国家公共卫生服务规范要求建立居民健康档案, 定期进行体格检查及常见疾病的健康指导。对照组居民采用传统的被动编排方法, 在首次到居民家中护理的同时把办公室电话交给患者家属, 嘱在有需要时自己打电话来联系。试验组居民改变被动、传统的编排模式, 倡导责任制整体护理服务, 并针对社区专科护理特点, 根据被接纳患者的病情需要, 加强全科护士的培训, 及时将病人分配到护士手上, 并把病人的信息、护理内容、负责人明细于办公室公示栏上, 定期进行温馨提示, 主动预约病人上门提供护理, 解决需要, 记录护理效果, 3 个月后用自行设计的护理服务综合满意度调查表进行满意度的问卷调查, 调查的方式主要有书面、口头询问、电话反馈等。

表 1 护理服务综合满意度存在问题的调查分析 [n (%)]

存在问题	试验组	对照组
责任心不强, 服务无耐心	1 (2.9)	3 (8.8)
工作过于繁忙, 时间仓促, 匆忙了事	0 (0)	6 (17.7)
护士不责任制整体护理联系患者	0 (0)	8 (23.5)
护士不提供咨询服务	0 (0)	6 (17.7)
需要时无法获得相关信息	2 (5.9)	5 (14.7)
对专业技术水平不信赖	1 (2.9)	5 (14.7)
上门时护士只顾做护理工作, 不责任制整体护理提供相关指导	2 (5.9)	5 (14.7)
不满意基础健康服务	1 (2.9)	4 (11.8)
不方便, 要有专人在家等候	2 (5.9)	5 (14.7)
价格高, 部份项目无医保报销	1 (2.9)	2 (5.9)

3 讨论

人口老龄化是社会发展的必然规律, 随着现代社会的进步, 人们生活质量的不断提高, 人们对健康的重视, 社区门诊需要上门居家护理的老年患者也会与日俱增。而社区居家护理服务是居家养老服务的重要组成部分, 是提供上门诊疗护理的一种医疗护理服务形式, 其主要服务对象包括行动不便、处于植物状态、瘫痪卧床等无需住院治疗的人群, 是一种充分体现医学人文关怀、药物治疗与心理慰藉为一体的家庭养老医疗健康服务模式。

传统的被动编排服务模式与责任制整体护理服务模式比较, 护理工作综合满意度有显著性差异 ($P<0.01$)。可见, 在平时工作中要积极主动服务病人, 有技巧的做好告知与指导工作, 认真细致落实工作职责, 转变护士角色, 与患者建立良好的护患关系, 可提高患者对护理工作的满意度。

因出诊需要消耗大量的时间, 如果事先没有合理安排周详、可行的计划, 匆忙出诊往往会使病人或家属难以获得所需的相关知识, 认为只是应付了事, 产生不信任心理及不满情绪。而试验组是先转变、更新护士观念, 针对性的组织讨论学习病人所需的专科护理知识及操作技能, 再根据各专科护士的特点, 将接纳的病人分配到专职护士手上, 由专职护士进行持续

1.3 效果评价

及时收集护理服务综合满意度调查表, 并将此表的反馈信息进行汇总分析, 满意度的高低依据调查表中 10 个问题来评定, 10 个问题的答案中有 9 个“是”及以上者即为满意; 10 个问题的答案中只有 8 个“是”及以下的为不满意。

1.4 统计学方法

计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.01$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组居家患者满意度问卷调查反馈比较

试验组满意 32 例, 不满意 2 例, 满意度 94.1%; 对照组满意 13 例, 不满意 21 例, 满意度为 38.2%, 试验组与对照组总满意率比较, $\chi^2=23.72$, $P<0.01$ 。

2.2 两组居家患者护理服务综合满意度存在问题的调查分析, 见表 1。

性的整体护理服务, 按时、按需主动预约病人上门提供护理, 解决需要, 以保证充足的时间出诊, 为病人提供更方便、安全、有效的护理服务及实用的健康教育知识, 使病人掌握如何有效预防、控制疾病的方法。坚持推行这种责任制整体护理服务模式, 久而久之, 护士就形成了良好的工作习惯, 也充分发挥护士的主观能动性, 让病人在家仍然有专职人员管理, 接受宣传教育工作, 提高病人的综合满意度及自我防护能力, 促进护患关系, 为医院树立良好形象, 增加社会效益, 值得推广。

参与文献:

[1] 吕亚, 于巧萍, 李萍. 我科实施责任制整体护理满意度的调查分析[J]. 贵阳中医学院学报, 2013, 35(5): 260-262.

[2] 俸秀兰, 彭艳琴. 责任制整体护理在 ACS 患者急救中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2014, 14(1): 79-80, 81.

妇科护理中患者隐私权的探讨

To discuss privacy right in gynecological care

聂瑞萍 王天霞

(解放军第 91 中心医院, 河南 焦作, 454150)

中图分类号: R473.71 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2015)30-0139-02

【摘要】目的: 探讨妇科护理中患者隐私泄露的途径和保护隐私的方法。方法: 随机选取自 2013 年 1 月—2014 年 1 月在我科住院的妇科患者 60 例。进行问卷调查, 了解其隐私泄露途径及泄露后的心理。结果: 患者对个人隐私非常重视, 对隐私的泄露途径认识不统一, 表现出复杂的心理。结论: 护士在妇科护理中对患者的隐私采取一定措施, 避免纠纷发生。

【关键词】妇科护理; 隐私; 探讨

【Abstract】Objective: To explore the method for privacy protecting during Gynecological Nursing. Methods: randomly selected from 60 cases of gynecological in our hospital from January 2013 to January 2014. Results: the patient's privacy is attached great to importance, showing a complex psychological. Conclusion: the nurses in the Department of gynaecology should take certain measures to avoid disputes.

【Keywords】Gynecological Nursing; Privacy; Discussion

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.068

妇科护理过程中容易暴露患者各种隐私, 而保护患者的隐私是护士应该履行的职责, 如果护理过程中不慎容易暴露各种隐私, 将会给我们造成被动或者隐私权的纠纷。所以, 在妇科护理中患者隐私保护应高度重视。就此对问题进行分析并制定了护理措施, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选自我院 2013 年 1 月—2014 年 1 月住院的患者 60 例, 平均年龄为 (35.5±2.7) 岁; 学历: 本科 25 例, 高中 20 例, 初中及以下 15 例; 婚姻: 已婚 33 例, 未婚 27 例; 城市 36 例, 农村 24 例。采取发放问卷方式, 了解存在的隐私问题, 患者均具有自主行为能力, 并同意接受此调查。对其发放我们拟好的问卷, 半天后收回, 经统计收回问卷 60 份, 有效调查率为 100.0%。

1.2 方法

负责做调查的护士在患者出院前一天与其沟通, 告知患者此次调查目的, 解除其疑虑和反感, 经患者同意后, 再把问卷发下, 半天后收回问卷。问卷内容: ①一般情况: 年龄、住址、教育程度、婚否及婚后生育情况。②隐私认知情况: 是否认识到自己隐私的重要性。③住院时隐私: 是否被泄露, 若被泄露说明被泄露途径及心理反应和态度。

2 结果

2.1 对隐私的认知情况

对 60 例患者的调查中, 都特别重视自己的隐私。其中有 34 例患者认为乳房、生殖器等是女性最私密部位; 22 例患者

认为护理人员在对其做护理治疗时暴露身体的隐私部位; 有 14 例认为婚育史属个人隐私, 尤其婚前有流产或婚后多年未生育及再婚的患者非常敏感。

2.2 泄露隐私途径

20 例患者认为医护人员在采集病史时被发现隐私; 26 例认为医护人员在查房时泄露了个人隐私; 认为医护人员在检查治疗中泄露个人隐私的有 19 例; 认为医护人员交谈中泄露自己隐私的有 7 例。

2.3 泄露隐私后心理

被泄露隐私后忍耐心理的有 28 例; 有 27 例出现害羞、屈从心理, 但十分不满医护人员的行为; 有 18 例患者害怕影响日后的正常生活。

3 讨论

3.1 尊重患者隐私

隐私是一个人不允许他人随意侵入的、属于个人信息控制部分的领域, 是一个人对自己身体、生活、精神独处的享有。隐私权是指一个人享有上述这些与他人利益和公共利益相对无关的、一切个人信息或个人领域不受他人侵犯的权利^[1]。随着法律知识的普及, 以及人们法律观念的不断加强, 很多患者对个人的隐私权越来越重视, 加上医疗纠纷事件频繁发生, 医护人员在对患者诊疗和护理过程中一定要尊重和保护患者的隐私, 建立和谐的医患关系进而减少医疗纠纷事件^[2]。

3.2 加强患者的隐私保护意识

3.2.1 把好隐私第一关

入院后, 医护人员采集病史时会问起其以往婚育史, 如性生活史、婚姻史、婚育史等; 在病史采集、体检时, 常会暴露

生殖器官,恶性肿瘤、生殖道畸形、性传播疾病都是与疾病直接相关的隐私。所以医患沟通时要注意技巧,在语言表情、动作中都要时刻注意患者的感受。更应避开家属及其他人,防止无意泄露隐私引起矛盾。

3.2.2 治疗护理严把关

首先医护人员加强隐私保护意识,做操作时,用隔帘、关、门窗、避开其他人员。其次患者手腕带、床头卡、护士站一览表牌等疾病诊断有关个人名誉时需注意。并管理好病历、不愿意公开的检查结果等。最后医护人员非工作需要不随意谈论、传播患者病情及隐私。

3.2.3 教学活动严把关

我院承担着教学任务,医生护士会将患者的手术、治疗和护理的操作过程当教学内容,很多妇科患者怕泄露自己身体的隐私部位和其他秘密,她会感觉自己的自尊和人格尊严受到侵犯^[3]。因此在开始教学前,严格遵守我院教学管理制度,同患者及家属良好沟通,在取得同意后才能进行教学工作,对患者

隐私尽量保护。

总之,我们在日常工作中采取有效措施作好患者隐私的保护不但减少医疗纠纷,而且使患者有积极的心态战胜疾病,对其康复有重要意义,我们每一位妇科医护人员都应该高度重视。

参考文献:

[1]邱仁宗,卓小勤,冯建妹,病人的权利[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1996:73.

[2]杨自根,汪丽清,妇检见习中病人隐私权问题之分析[J].新乡学院学报:自然科学版,2008,25(2):35-37.

[3]侯爱和,全梅,黄冬华,等.术前导尿环境对患者心身状况的影响[J].护理学杂志,2005,20(2):17-19.

编辑:白莉 编号:EB-15090902(修回:2015-09-29)

护理安全重在细节管理

Importance of particular nursing management

吴素清

(重庆市北碚区中医院,重庆,400700)

中图分类号:R19 文献标识码:B 文章编号:1674-7860(2015)30-0140-03

【摘要】 本文通过评估护理工作各环节中的不安全因素,针对性制定并实施防范对策,强化细节管理。实施护理安全细节管理,可以强化护士的风险意识,培养慎独精神,避免护理缺陷和纠纷发生,提高护理质量及病员满意度,从而确保护理安全。

【关键词】 细节管理; 护理安全; 护理质量

【Abstract】 This article is aimed to evaluate the unsafe factors of nursing work, develop prevention measures, in order to strengthen the particular management. Develop nursing safety particular management is able to control risk, cultivate the spirit of self-supervision, avoid nursing defects and disputes, and improve the quality of nursing and patient satisfaction, thus ensure nursing safety.

【keywords】 Particular management; Nursing safety; Quality of nursing

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.069

护理管理是一种行为,护理管理的优劣直接影响护理质量^[1]。护理人员树立注重细节的理念,在平时的护理工作中,任何一个细小环节的疏忽,都有可能造成无法挽回的损失^[2]。护理管理者培养护士养成从小事做起的良好习惯,帮助护士在力所能及的范围内做到精益求精,最大限度地完成本职工作,确保护理安全,是护理管理者面临的一个挑战。现将我院细节管理的做法介绍如下。

1 护理工作中存在的不安全因素

1.1 护理人员的因素

1.1.1 责任心不强,缺乏良好的职业道德

护士自律性差,慎独精神不够,护士执行规章制度、操作流程不严,不认真履行岗位职责,不认真执行交接班制度、查对制度,不按护理级别巡视病房,护理差错事故的发生率也就

随之增加,给患者安全带来隐患。

1.1.2 护理文件记录缺陷

临床工作中存在记录不及时、漏记、错记、涂改、刮痕、医护记录不一致等情况,一旦发生医疗纠纷,容易使医院处于被动状态。

1.1.3 专业技术水平低

年轻护士多,学历低、职称低且专科护士未达标,导致专科知识缺乏,技术操作不熟练,临床经验欠缺,观察病情不到位,遇到抢救患者时就无程序,加之病员及家属对医院的希望值越来越高,对护理服务比较挑剔,就容易产生矛盾。

1.1.4 护患沟通能力差

部分护士缺乏沟通技巧和社会经验,沟通能力差,无暇顾及患者的心理变化和需求,不能很好回答患者提出的问题,让患者感觉医务人员无同情心,在医院无安全感,造成心理压力,

情绪紧张,对治疗失去信心,甚至放弃治疗,最终导致患者不满意和投诉。

1.2 患者因素

遇年老体弱患者,每当家属陪伴不尽心时,容易发生跌倒、压疮、管路脱落、外出走失、自杀、烫伤、误吸等危险。

1.3 其他因素

后勤支持系统工作不完善,地面潮湿、光滑,设备性能差,标本丢失,标本送检不及时,走廊加床过多等因素,导致患者不安全。

2 管理策略

2.1 强化护理管理

2.1.1 成立由护理部主任和护士长组成的质量管理小组,根据各项护理质量评价标准,定期对健康教育、基础护理、病房管理、护理文书作专项检查,并对检查结果分析反馈,限期整改。

2.1.2 护士长严把安全关,在全面落实“五小查”的基础上,加强特殊群体和特殊操作的跟踪督导,不定时随机抽查,如低年资护理人员核心制度掌握落实情况、危重症患者护理措施落实情况。做好护理人员的合理使用,弹性排班,调动工作积极性和主动性。

2.2 强化人力资源管理,提高整体素质

娴熟的专业操作技术是^[3]提高护理质量和患者满意度的重要环节。通过对护理人员分层“三基”培训、学习护理风险防范知识,增强了护理人员对细节护理重要性的认识,转变工作作风,树立慎独精神,强化质量意识,提高护理技术水平,完善技术细节,有效避免护理隐患,确保护理安全。

2.3 注重细节管理,严把护理环节关

根据医院各项工作制度,对护理工作标准进行细化,如患者入院后在规定时间内完成病区环境介绍;在对患者进行基础护理时,注意从细微处入手,适时发现患者病情的各种细微变化;给病人配液和输血时,认真落实双核对;交接班制度务必做到“三清、三接、三交”;开展治疗工作时一定严格执行“三查、七对、一注意”制度;要求急救药品及器材必须处于完好和备用状态,保证抢救工作及时到位等。这样可以有效避免由于“小细节”“小隐患”引起不良事件,提高护理质量,从根本上降低医疗纠纷发生率。

2.4 细化健康宣教

患者入院时护理人员通过对病情的全面评估,通过图片、宣传资料、功能指导、口头宣讲等形式,给予患者有针对性的具有中医专科特色的健康教育,增强患者的依从性,促进其尽快恢复健康。

2.5 加强高危患者特殊时段的细节护理

重视高危患者特殊时段护理中遇到的新问题,护理人员需积极通过业务学习、护理查房等,不断提高自己对危重症病人的观察和护理能力,及早发现高危患者的特殊情况及护理风险,主动细致地规避各类护理风险。

2.6 强化护理查房质量

护理部在每周1次的行政查房中对护理工作进行现场评价,及时发现反馈问题;组织护士长每月至少1次业务查房,对护理工作中发现的问题进行总结、讨论,寻找有效的解决方

案。

2.7 护理文书的细节化

重视护理文书书写质量,护理部每年组织一次护理文书书写培训,对新上岗护士岗前培训,提高书写水平,注重书写中的细节性语言,做到认真、客观、及时记录,“做所写的,写所做的”,避免写出来的官司。

2.8 纠正护士的错误注意技巧

护士在工作中出现的错误如属于共性问题,护士长在每周护士例会上指出,并强调改正方法。如属于个别问题,采用个别谈话的方式与护士共同分析原因,避免再次犯同样错误,交谈时注意语气。

3 效果

3.1 实施细节护理后,护理质量中健康教育、基础护理、病房管理、护理文书书写各项评分均较实施细节护理前有明显提高,差异均具有统计学意义($P < 0.05$);实施细节护理后患者满意度达到(96.24±2.48)分,与实施细节护理前(86.39±4.68)分相比,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 实施细节护理前后护理质量评分比较 (分)

时间	健康教育	病房管理	基础护理	护理文书书写
实施细节护理前	85.2±0.1	81.2±3.2	80.3±0.4	80.7±0.2
实施细节护理后	92.3±0.5	91.1±3.6	90.8±0.4	91.6±0.7

3.2 提高了护理质量,保证了护理安全

实施细节管理后,医院未出现较大的护理差错,差错发生率由2013年的0.2%下降到2014年的0.1%(见表2)。护理服务质量得到提高,病员的满意度有2013年的93.5%提高到97.3%;急救药品及器材完好率达到100.0%(见表3)。

表2 实施细节管理前后病人对护理服务满意度比较 (n, %)

项目	n	满意	满意率
实施前	980	916	93.5
实施后	1100	1090	99.1

表3 实施细节管理前后护理不良事件比较 (n, %)

项目	n	发生	发生率
实施前	21834	41	0.2
实施后	25141	26	0.1

4 结论

护理安全是医院管理的核心内容,加强护理细节管理,更新护理安全措施,增强护理人员的安全意识,使护理安全管理制度化、标准化、规范化,切实为患者提供安全、方便、放心、满意的护理服务是每一位护理管理者常抓不懈的永恒主题。

参考文献:

[1]刘启华,王玉玲,郑宜萍.以人为本的理念在护士长管理中的应用[J].中华护理杂志,2006,41(1):57.
 [2]廖容,王琼华.实施精细化管理提高服务质量[J].护理管理杂志,2005,5(3):58-59.
 [3]丁齐蕊,王菊吾.弘扬人文关怀精神,用心做好基础护理[J].护理研究,2005,19(9A):1766-1767.

中药临床研究中对照组选择存在的问题及对策

Problems and measures of the control group in the clinical research of Chinese Medicine

张丹丹

(河南中医学院第一附属医院, 河南 郑州, 450000)

中图分类号: R03 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0142-02

【摘要】设置对照组在中药临床研究中是至关重要的。但大量的临床研究也将对照组选择的难题逐渐突显了出来, 如对照不符合研究的实际要求、无法对研究的效果作出较为准确的判定及易引发偏倚问题等。尽管安慰剂对照的两大问题(即: 依从性及伦理学问题)至今都还未被解决, 但其依旧能够克服上述的几个难题, 获取到最符合现代医学定论的结果。因此, 为尽可能的提高中药临床研究的效果及准确性, 我们应当以伦理学为主要依据, 对安慰剂对照进行合理的选择。

【关键词】解决对策; 中药临床研究; 伦理学; 对照组

【Abstract】It is very important to set up the control group in clinical research of Traditional Chinese medicine. However, a large number of clinical studies have gradually faced with the challenges of the selection of the control group, for example: the control group failing to meet the actual requirements of the study and make a more accurate judgment of the effect of the study and even leading to the wrong direction. Although the two major problems of the placebo control (i.e, compliance and ethics) have not been resolved, they are still able to overcome some of the problems above, and to obtain the results of the most consistent with the conclusion of modern medicine. Therefore, in order to improve the effectiveness and accuracy of Chinese medicine clinical research, we should take the ethics as the main basis and to make a reasonable choice for the placebo.

【Keywords】Strategies; Clinical research of Chinese medicine; Ethics; Control group

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.070

1 分析中药临床研究中对照组选择的问题

1.1 阳性对照药的选择方面

1.1.1 无法准确评估药效

20世纪90年代末, 国家药品监督管理局向社会颁布了“新药审批办法”一文。该文件虽明确规定:“新药的2期临床实验, 以随机盲法对照为主; 3期临床实验, 以随机对照为主。”但早在该文件颁发之前, 因与中药临床研究相关的法制、历史条件及管理机制都不完善, 使得药典及已经颁布的相关标准中收录的部分中药, 未存在有对照、随机及盲法等类型的临床研究。所以, 对于这部分中药来说, 其药效与安全性都还存在着相当大的疑问。若将其应用在等效性或者是非劣性实验的对照药选择中, 那我们将难以对这些药物的用药效果作出准确的判定。这样一来, 也就大大降低了临床研究结果的准确性。

1.1.2 把化学药物当作对照药存在着较大的缺陷

众所周知, 中医学体系的构建主要是以“辨证论治”及“整体观念”为主要依据的。前者直观的体现出了中医学对临床治疗及病理规律进行认识的水平, 可展现出中医在临床医学上所呈现出来的优势与特色。而其所提倡的“辨证”, 也是中医诊断与治疗的必要条件。虽然, 中医与西医学的目的均在于“治病救人”, 但它们的诊治原理及用药机制却是大不相同的。从用药机制上看, 西药并不只是通过针对疾病所表现出来的某个

“证”, 而起到治病效果的。若我们利用这种用药机制, 来对中药的药效进行判定, 那么由此得出的结果将不具备较高的说服力。

1.1.3 易引发偏倚

若实验以等效性或者是非劣效性为主, 那么参与整个实验的人都将认为: 不论阳性药物被划入哪一组, 研究所接受的药物都为有效物, 进而较易引发偏倚问题, 使得两组药物用药效果的差别性出现了人为缩小的现象。

1.2 安慰剂对照方面

虽然, 安慰剂具有较多的功效, 例如: 镇痛及抗抑郁等, 且其在许多疾病的临床治疗当中, 也起着有效缓解患者临床症状的作用, 比如: 咳嗽、高血压、神经衰弱、消化性溃疡、感冒、心脏病、晕船、焦虑、花粉症、心绞痛、哮喘以及血管舒缩功能紊乱等。但其在中药临床研究的对照组选择中, 依旧存在着比较多的问题。而其中最为主要的一个问题, 则是伦理学问题。

当实验选取的药物并未被判定为有效物之时, 将安慰剂作为对照药, 可有效解决伦理问题。可当药物被判定为有效物, 且其也为受试人员带去了益处, 将安慰剂作为对照药, 将会更进一步的突显出伦理问题。因此, 站在伦理学的角度去进行分析, 可将安慰剂的选择局限在四个方面上, 即: ①临床诊断证

实无需再接受药物治疗的患者。②患有慢性疼痛类疾病的患者，能于治疗的间歇期内，给予其一定剂量的安慰剂。③开展临床实验时，未出现有其他类型的有效物。④患有精神忧郁类疾病，且病情较轻的患者。

2 剖析对照组选择问题的解决措施

2.1 阳性对照药方面

2.1.1 结合临床研究的目的是与要求，把中医学理论作为主要依据，找寻医学上公认，且还具备较高可比性及经大量随机对照盲法实验被判定为有效物的中药，作为临床研究的对照药。

2.1.2 对临床研究的内容及对照组的选择药物进行全面的审核，以判定其是否遵循了重复以及对照等原则，保障实验的科学性与真实性。

2.1.3 为进一步提高研究结果的准确性，可在伦理学及实验条件的基础之上，增设一个安慰剂对照组。

2.2 灵活运用安慰剂

2.2.1 全面落实受试人员的相关工作

在保障下述三个条件的前提之下，对安慰剂进行更为灵活的运用。①满足伦理学所提出的各种要求；②具有较高的依从性；③需将研究的所有内容详细的告知受试人员，并取得受试人员的同意。

2.2.2 将安慰剂与其他类型的药物进行科学的配伍

为能彻底解决伦理学问题，可在临床研究当中，加入另一种标准治疗药物。而这样的一种实验，也被业内人士称之为：“安慰剂+标准治疗”实验。它的目的是判定实验药物与标准治疗药物这两者之间对疾病所起到的共同作用。

现将以“糖尿病视网膜病变实验”为例，对其作出简单的说明：①标准治疗药物的选择：格列本脲。其作用为：对血糖进行控制；②对照药组的选择：安慰剂+格列本脲。③实验药组的选择：实验药+格列本脲。通过观察与剖析两组药物对视

网膜病变所起到的作用，得出本次实验的最终结果。

2.2.3 ADD-ON 研究。

若实验证实某种标准治疗具备显著降低病死率及复发率的作用，使得受试人员在该标准治疗的作用之下得到了一定的益处，那么安慰剂对照实验的设计方案就应当设计成为：每一位受试人员均可接受此种类型的标准治疗法，即实验组的选择为实验药物，对照组的选择为安慰剂。

以“恶性肿瘤的临床研究实验”为例：①标准治疗法：放疗亦或者是化疗；②实验组的选择为：实验药物。③对照组的选择为：安慰剂。对比分析两组对恶性肿瘤患者的生存质量所起到的改善作用，判定实验药物的疗效。

3 结论

综上所述，对照组选择问题的出现，不仅会在一定程度上降低中药临床研究结果的准确性，同时也会让研究变得无章可循。因此，面对目前依旧还存在着众多对照组选择问题，我们应当采取针对性较高的措施，对其作出有效的处理。这样，才能让我国的中药临床研究实验更加的符合中医学以及伦理学要求。与此同时，也可达到显著提高实验依从性的这一目的。

参考文献：

- [1]毕京峰,段俊国,刘曾敏,等.中药临床研究中对照组选择存在的问题及对策[J].中国新药与临床杂志,2008,27(2):153-155.
- [2]王永炎,张启明.象思维与中医辨证的相关性[J].自然杂志,2011,33(3):133-136.
- [3]王晓敏,田勇泉.安慰剂对照试验的伦理辩护[J].伦理学研究,2013(2):124-127.
- [4]武桥,高励,徐朝义,等.安慰剂镇痛的相关研究及探讨[J].中华神经科杂志,2015,48(5):420-422.

编辑：赵聪 编号：EB-15081705F（修回：2015-09-10）

欢迎订阅 2015 年 《中医临床研究》杂志

中华中医药学会系列杂志

欢迎英文稿件 欢迎订阅

《中医临床研究》杂志是由中国科学技术协会主管，中华中医药学会主办，经国家新闻出版总署批准，国内外公开发行的国家级学术期刊；国内统一刊号为 CN11-5895/R，国际标准连续出版号：ISSN 1674-7860，2014 年已变更为旬刊，大 16 本，148 页，国内外公开发行，定价每册 15 元。邮发代号：80-108，国外代号：TP7039。 欢迎投稿 欢迎订阅

本刊发表文章已被“中国核心期刊（遴选）数据库”、“中国期刊全文数据库”、“中文科技期刊数据库”全文收录期刊，并全文录入“万方数据-数字化期刊群”电子版。

本刊旨在中西医基础上，以中医为主体，中西医并重，促进中华医学事业和中医临床研究的发展和提高。

通讯地址：北京 5803 信箱 《中医临床研究》总编室

邮政编码：102211

联系电话：010-59420369 投稿 E-mail:cccjcm@163.com QQ:1258405809

网 址：www.cccjcm.com

欢迎投稿

欢迎订阅

体质辨识信息在体检健康教育中的应用及分析

An analysis of the information of Physical identification in medical health education

刘雪松

(吉林中西医结合医院, 吉林 吉林, 132011)

中图分类号: R241 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0144-02

【摘要】目的: 探讨不同体质人员的健康教育方法, 体质辨识的健康信息对护理宣教工作的影响。方法: 依据体质信息, 针对不同体质人员的心理特征、发病倾向、外界适应能力三个方面表现的特点从饮食、运动、情志、起居等方面采取个性化健康教育。结果: 通过开展有针对性的健康教育, 健康教育知晓率和护理服务满意度均有显著提升。结论: 在体检人群中利用体质辨识信息进行健康教育, 更有利于提高健康教育效果。

【关键词】 护理; 健康教育; 体质辨识; 体检

【Abstract】 Objective: To investigate the health education method for different physical health personnel, and the influence of health information on nursing education. Methods: According to the constitution and the psychological characteristics of different constitution of personnel, morbidity tendency and external adaptation with individualized health education. Results: Health education and nursing service satisfaction were significantly improved with targeted health education. Conclusion: Physical identification information can help health education.

【Keywords】 Nursing; Health education; Health identification; Physical examination

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.071

《内经》: “人之生也, 有刚有柔, 有弱有强, 有短有长, 有阴有阳”, 中医认为人的体质各异, 这主要是由于先天禀赋和后天获得不同所致, 体质是人体发生疾病的内在依据, 不同的体质决定着发病规律、病变特点、疾病发展和转归亦不同。利用不同的体质信息进行个性化的健康宣教符合中医天人合一的整体观念、辨证施护观念和治未病观念。我院对 2013 年 4 月—2015 年 4 月进行健康体检的 47020 例体检者分别进行常规健康教育和利用体质辨识信息而采用个性化健康教育, 取得了不同的护理效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2013 年 4 月—2015 年 4 月进行健康体检的 47020 名体检者作为本次研究的对象。采用随机数表法将 47020 名体检者平均分成观察组和对照组。观察组体检者 23510 例, 男性 13330 例, 女性 10180 例, 年龄 20~95 岁。对照组 23510 例, 男性 13330 例, 女性 10180 例, 年龄 21~94 岁。经统计学检验, 两组体检者的性别构成和年龄结构无明显差异, 具有统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

针对对照组的 23510 例体检者, 护理人员进行常规的健康教育, 包括健康饮食宣教、运动方法介绍、自我保健方法和常见疾病防护知识。针对观察组的 23510 例体检者, 护理人员依据体质辨识医生提供的体质信息, 在常规健康教育基础上, 针

对不同体质人员的心理特征、发病倾向、外界适应能力三个方面表现的特点从饮食、运动、情志、起居等方面采取个性化健康教育。

1.2.1 湿热体质

湿热体质人员湿热内蕴, 容易心烦急躁, 易患疮疖、黄疸、热淋等病, 对夏末秋初湿热气候, 湿重或气温偏高环境较难适应。护理人员指导体检者饮食宜多食赤小豆、绿豆、芹菜、黄瓜、藕等甘寒、甘平之品。少食羊肉、韭菜、生姜、辣椒、胡椒、花椒等甘温滋腻及火锅、烹炸、烧烤等辛温助热的食物。盛夏暑湿较重的季节, 减少户外活动的时, 避免熬夜, 避免居住在低洼潮湿的地方。适宜做大强度、大运动量的锻炼, 如中长跑、游泳、爬山等。

1.2.2 气虚体质

气虚体质人员元气不足, 易疲乏、气短、自汗, 性格内向, 易患感冒、内脏下垂等病, 病后康复缓慢, 不耐受风、寒、暑、湿邪。护理人员指导体检者饮食宜多食具有益气健脾作用的食物, 如黄豆、白扁豆、鸡肉、香菇、大枣、桂圆、蜂蜜等。少食槟榔、生萝卜等耗气之品。避免熬夜, 适当午睡。避免劳动或激烈运动时出汗受风。常按足三里穴位。适宜做一些柔缓的运动, 如散步、打太极拳、做操等, 并持之以恒。

1.2.3 阴虚体质

阴虚质人员阴液亏少, 口燥咽干, 手足心热, 性情急躁, 外向好动, 活泼。易患虚劳、失精、不寐等病。感邪易从热化。

耐冬不耐夏。不耐受暑、热、燥邪。护理人员指导体检者饮食宜多食瘦猪肉、鸭肉、甲鱼、绿豆、冬瓜等甘凉滋润之品。少食羊肉、韭菜、辣椒、葵花子、煎炸烧烤等性温燥烈之品。避免熬夜、剧烈运动和在高温酷暑下工作。适宜做有氧运动。

1.2.4 阳虚体质

阳虚体质人员阳气不足,以畏寒怕冷、手足不温,性格多沉静、内向,易患痰饮、肿胀、泄泻等病;耐夏不耐冬;易感风、寒、湿邪等。护理人员指导体检者饮食宜多食牛肉、羊肉、韭菜、生姜等温阳之品。少食梨、西瓜、荸荠等生冷寒凉食物,少饮绿茶。冬天不赤脚穿拖鞋,夏天空调不开得过低。艾灸督脉。适宜做舒缓柔和的运动。

1.2.5 血瘀体质

血瘀体质人员血行不畅,肤色晦暗、舌质紫黯,易烦,健忘。易患癥瘕及痛证、血证等。不耐受寒邪,易患痛经、冠心病、脑卒中等疾病。护理人员指导体检者饮食宜多食山楂、醋、玫瑰花、金橘等具有活血、散结、行气、疏肝解郁作用的食物。少食肥肉等滋腻之品。生活规律,不过于安逸。可进行一些有助于促进气血运行的运动项目,如各种舞蹈、步行健身法、徒手健身操等。

1.2.6 气郁体质

气郁体质人员气机郁滞,以神情抑郁、忧虑脆弱等气郁表现为主要特征。性格内向不稳定、敏感多虑。易患脏躁、梅核气及郁证。对精神刺激适应能力较差;不适应阴雨天气。易患抑郁症、失眠、更年期综合征、经前紧张综合征等疾病。护理人员指导体检者饮食宜多食黄花菜、海带、山楂、玫瑰花等具有行气、解郁、消食、醒神作用的食物。建议气郁体质者不要总待在家里,应尽量增加户外活动,多参加群众性的体育运动项目,如打球、跳舞、下棋等。

1.2.7 痰湿体质

痰湿体质人员痰湿凝聚,形体肥胖、腹部肥满、口黏苔腻。性格偏温和、稳重,多善于忍耐。对梅雨季节及湿重环境适应能力差。易患冠心病、高血压、高脂血症、糖尿病、肥胖、代谢综合征等疾病。护理人员指导体检者饮食以清淡为主,可多食海带、冬瓜等。少食煎炸、烧烤之品,或甜、黏、油腻的食物,如炸鸡腿、肥肉、黄油等。居住环境不宜潮湿。长期坚持运动锻炼,如散步、慢跑等。

1.2.8 特禀体质

特禀体质人员先天失常,对外界环境适应能力差,如过敏体质者对易致敏季节适应能力差,易引发宿疾。护理人员指导体检者饮食上应以清淡、均衡为主,宜食用扶助正气、固护肌表的食物。发病时少吃荞麦(含致敏物质荞麦荧光素)、虾、

蟹、酒、辣椒等辛辣之品以及腥膻发物及含致敏物质的食物。居室通风,保持空气清新。积极锻炼身体,提高抵抗力。

1.2.9 平和体质

平和体质人员脏腑阴阳气血趋于均衡稳定。护理人员指导体检者日常养生应采取中庸之道,饮食不过饱、也不过饥、不过冷、也不过热,多吃五谷杂粮、蔬菜瓜果,少食过于油腻及辛辣之物。适度体育锻炼,劳逸结合,起居顺应四时阴阳,保持清静立志、开朗乐观、心理平衡。平时注重调养,防止偏颇和病理体质的出现。

1.3 统计学处理

应用 SPSS21.0 统计分析软件分析数据,对照组与观察组之间的差异以 $P < 0.05$ 表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组体检者各项观察指标对比

观察组 23510 例体检者,健康教育知晓 21629 例,知晓率 92.0%;对照组 23510 例体检者,健康教育知晓 18808 例,知晓率 80.0%。组间差异显著 ($P < 0.05$)。

2.2 两组体检者护理满意度对比

观察组 23510 例体检者,护理服务满意 23251 例,满意度 98.9%;对照组 23510 例体检者,护理服务满意 21464 例,护理服务满意度 91.3%。组间差异显著 ($P < 0.05$)。

3 讨论

结合本次研究结果,与 23510 例接受常规健康教育的对照组体检者相比,23510 例利用体质辨识信息采取个性化宣教的体检者在健康知识掌握、疾病防治知识掌握、保健知识掌握程度明显偏高,对护理服务的依从性更高,对护理服务的满意度更为理想。因此,在体检人群中进行健康宣教时,利用中医体检辨识提供的相关信息有针对性的进行相应健康知识,使体检者能够正确的认识自身体质存在的偏颇,有预见性的进行相关疾病的防治,根据不同体质进行饮食、运动、情志、起居调理,提高了体检者的自我保健能力。

参考文献:

- [1]张素秋,梁芳,孟思璠,等.中医健康教育实践研究进展[J].中国护理管理,2015,15(5):516-518.
- [2]徐东娥.中医特色的优质护理服务实践[J].中国护理管理,2013,13(6):36-38.

编辑:赵聪 编号:EB-15092112F (修回:2015-09-28)

谈多巴酚丁胺超声心动图负荷试验临床应用

Discussion on Clinical application of dobutamine stress echocardiography test

吕兰竹¹ 苏荣斌² 周月英³

(1. 佛山市顺德区桂洲医院, 广东 佛山, 528305; 2. 肇庆市第一人民医院, 广东 肇庆, 526000;

3. 佛山市顺德区桂洲医院, 广东 佛山, 528305;)

中图分类号: R540.45

文献标识码: A

文章编号: 1674-7860 (2015) 30-0146-02

【摘要】目的: 研究并探讨多巴酚丁胺超声心动图负荷试验对冠心病的诊断价值。方法: 选取 2013 年 10 月—2014 年 10 月收治的 36 例疑似冠心病患者作为研究对象, 对这 36 例患者进行多巴酚丁胺超声心动图负荷试验, 分析试验检测的结果, 并与平板运动心电图负荷试验的结果进行对比分析。将多巴酚丁胺超声心动图负荷试验的结果数据设置为观察组, 将平板运动心电图负荷试验的结果数据设置为对照组。结果: 观察组的敏感性、准确度均明显高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 多巴酚丁胺超声心动图负荷试验用于冠心病的临床诊断中, 其检测结果较为可靠, 诊断准确性较高, 可被广泛应用于冠心病的临床诊断中。

【关键词】多巴酚丁胺超声心动图负荷试验; 冠心病; 诊断

【Abstract】Objective: To study and explore the diagnostic value of ultrasound Beckoning dobutamine stress test in patients with coronary heart disease. Methods: From October 2013 to October 2013 were 36 cases of suspected coronary heart disease patients as the research object, of the 36 cases of patients of dobutamine echocardiography echocardiography testing, analysis of test results and with treadmill exercise electrocardiogram stress test results were compared and analyzed. The dobutamine echocardiography cardiac load test results data set as the observation group, the results of treadmill exercise electrocardiogram stress test data is set as the control group. Results: The sensitivity and accuracy of the observation group were significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Dobutamine echocardiography map load test for coronary heart disease clinical diagnosis in, the detection result is more reliable, higher diagnostic accuracy, is widely used in the clinical diagnosis of coronary heart disease (CHD).

【Keywords】Ultrasonic Beckoning dobutamine stress test; Coronary heart disease; Diagnosis

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2015.30.072

近年来,随着生活节奏的加快,冠心病的发病率呈上升趋势。冠心病发作时骤急,病情恶化快,死亡率较高,对人们的生活和工作造成了严重的影响^[1]。因此,对冠心病做到尽早诊断、尽早治疗,具有十分重要的意义。近年来,多巴酚丁胺超声心动图负荷试验被众多临床研究者认为是安全可靠的诊断方法,且逐渐被应用于冠心病的临床诊断中^[2]。本次研究选取 36 例疑似冠心病的患者作为研究对象,对这 36 例患者分别进行多巴酚丁胺超声心动图负荷试验和平板运动心电图负荷试验,并以冠状动脉造影的检测结果作为诊断的金标准,以探讨多巴酚丁胺超声心动图负荷试验对冠心病的诊断价值。现报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

选取 2013 年 10 月—2014 年 10 月收治的 36 例疑似冠心病患者作为研究对象,男性 21 例,女性 15 例,年龄 42~67 岁,平均年龄 (45.2±11.7) 岁。所有参与研究的患者在进行检测前 72 h 内均停止服用任何心血管药物。

1.2 方法

使用的仪器为:德国西门子公司生产的 SC2000 彩色多普勒超声检查仪,探头频率为 2.5~3.5 MHz。德国西门子公司生

产的 440S 型平板心电图机。输液泵为 BaxterFlo-Gard 6201 型。36 例患者均进行平板运动心电图负荷试验。冠心病诊断阳性标准为:患者在运动过程中或运动结束后,其心电图的 ST 波段出现水平下降或倾斜型的下降,下降幅度超过 0.1 MV;运动过程中发生心绞痛。由两位具有诊断经验的医师根据心电图形结果进行分析,并作出诊断。将这组诊断数据作为对照组。

在不同日期对患者进行多巴酚丁胺超声心动图负荷试验。通过输液泵将多巴酚丁胺注射液注入至患者的体内,初始输注量为 5 μg/kg/min,之后每隔 3 min 增加 1 次输注量,每次增加 5 μg/kg/min,直至输注量增加至 30 μg/kg/min。将这组诊断数据作为观察组。

患者采取左侧卧位,在静卧 5 min 后,取患者的胸骨旁长轴切面、乳头肌短轴切面、心尖两腔切面、心尖四腔切面。所有患者的超声诊断结果均进行录像存储。每例患者均由两名具有诊断经验的医师进行独立检测,并在脱机后进行分析。

所有患者均进行冠状动脉造影。冠心病,即患者的冠状动脉的直径变窄超过 50%;如未发生狭窄,即为正常^[3]。以冠状动脉造影的结果作为金标准。

1.3 心功能分级标准

采用美国纽约心脏病学会 1994 年制定的 NYHA 心功能分级标准^[4]: I 级,患者心功能受损,但不影响日常活动,无心

悸、心绞痛等症状；II级，患者的体力活动轻微受限，休息时无症状，剧烈活动时会出现心悸、心绞痛、呼吸困难等症状；III级，患者的体力活动明显受限，日常活动时会出现心悸、心绞痛、呼吸困难等症状；IV级，患者无法从事体力活动，休息时有心力衰竭症状，活动时心衰加重。

1.4 统计学方法

将各项研究数据录入到 SPSS17.0 统计学软件中进行统计学处理，采用 χ^2 检验，使用 (n,%) 表示。当 $P < 0.05$ 时，差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 检查结果

这 36 例患者经过冠状动脉造影，22 例患者被确诊为冠心病，14 例患者为正常患者，将其分别作为冠心病组和正常组，见表 1。

表 1 检查结果 (n)

冠状动脉造影	对照组			观察组		
	阳性	阴性	合计	阳性	阴性	合计
冠心病组	3	19	22	20	2	22
正常组	1	13	14	3	11	14

2.2 两种方法的诊断价值对比

观察组的敏感性、准确度均明显高于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两种方法的诊断价值对比 (%)

组别	敏感性	特异性	准确度
对照组	3/22 (13.6)	13/14 (92.9)	16/36 (44.4)
观察组	20/22 (90.9)	11/14 (78.6)	31/36 (86.1)
χ^2	26.3271	1.1667	13.7872
P	0.000	0.280	0.000

2.3 两种诊断方法对不同分级冠心病的检出情况

对照组中，共检出 3 例冠心病患者，其中心功能 III 级 1 例，心功能 IV 级 2 例；观察组中，共检出 20 例冠心病患者，其中心功能 I 级 1 例，心功能 II 级 3 例，心功能 III 级 7 例，心功能 IV 级 9 例。

3 讨论

多巴酚丁胺是一种交感神经胺类药物，其由人工合成，半衰期较短，可以作为分级负荷药物，被应用于负荷试验中，取得了较为理想的效果^[5]。多巴酚丁胺是一种肾上腺素 α 、 β 受体激动剂，其变力作用极强，且具有一定的变时作用。多巴酚丁胺能够减轻血管周围的阻力，使心输出血量增加^[6]。小剂量的多巴酚丁胺应用时，通常不会对患者的心脏造成影响，心率并不会加快，且通常不会引发心肌缺血^[7]。多巴酚丁胺使用剂量增加时，其可能会使患者的心率和动脉压增高，增大心肌耗氧量，使心肌发生缺血反应，导致室壁运动出现阶段性的异常。发生缺血的心肌室壁的增厚减慢，而未发生缺血的心肌室壁的增厚则加快，在超声心动图中能够较为清晰、直观地显示^[8]。本次研究中被确诊为冠心病的患者共有 22 例，有 2 例患者的多巴酚丁胺超声心动图负荷试验结果为阴性，这可能和患者的

冠状动脉病变程度较轻且患者冠状动脉侧支循环较为丰富有关。正常组中，有 3 例患者的多巴酚丁胺超声心动图负荷试验结果为阳性，说明其为假阳性，这可能和患者为隐性冠心病有关，或患者的冠状动脉出现痉挛。另外，对照组共检出心功能 III 级 1 例，心功能 IV 级 2 例；观察组共检出心功能 I 级 1 例，心功能 II 级 3 例，心功能 III 级 7 例，心功能 IV 级 9 例。这说明，多巴酚丁胺超声心动图负荷试验能够对心功能受损进行准确的显示，而平板运动心电图负荷试验仅能对较为严重的心功能受损进行显示，这主要是因为多巴酚丁胺超声心动图负荷试验中加入多巴酚丁胺，发生缺血的心肌室壁的增厚减慢，而未发生缺血的心肌室壁的增厚则加快，能够提高心电图负荷的精准性。

有关研究表明，平板运动心电图负荷试验的诊断敏感度为 68%，特异度为 71%，指出平板运动心电图负荷试验诊断冠心病的结果不够可靠^[9]。另有研究报道称，多巴酚丁胺超声心动图负荷试验诊断冠心病比平板运动心电图负荷试验更加可靠^[10]。本次研究中，多巴酚丁胺超声心动图负荷试验的敏感度和准确度均明显高于平板运动心电图负荷试验，与相关报道一致。但两者的特异度不存在明显的差异，这可能和本次研究选取的病例过少有关。

综上所述，多巴酚丁胺超声心动图负荷试验用于冠心病的临床诊断中，其检测结果较为可靠，诊断准确性较高，可被广泛应用于冠心病的临床诊断中。

参考文献:

- [1]徐勇,刘峻松,智光,等.实时三维多巴酚丁胺超声心动图负荷试验评估冠心病的临床观察[J].中华医学杂志,2012,92(39):2747-2751.
- [2]常超,信栓力,朱元州,等.多巴酚丁胺负荷超声与平板运动心电图诊断冠心病的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(1):19-20.
- [3]肖福全.谈多巴酚丁胺超声心动图负荷试验诊断冠心病的临床应用[J].中医临床研究,2014,29(15):30-31.
- [4]周年伟,潘翠珍.多巴酚丁胺负荷超声心动图在心脏再同步化治疗过程中的研究进展[J].中华临床医师杂志(电子版),2014,9(3):546-549.
- [5]王刚强.小剂量多巴酚丁胺心电图负荷试验与超声心动图负荷试验在冠心病诊断中的临床对比分析[J].中国医师进修杂志,2012,35(4):16-18.
- [6]张妮,何青,汪芳,等.多巴酚丁胺负荷超声心动图结合组织多普勒应变率成像技术诊断老年人冠心病的研究[J].中国心血管杂志,2011,16(6):414-417.
- [7]杨青苗,王国宏,边红,等.多巴酚丁胺负荷超声心动图检测病变冠状动脉的临床研究[J].山西医科大学学报,2015,57(1):1172-1176.
- [8]毕小军,邓又斌,Cyprien MBA MBA,等.多巴酚丁胺负荷超声心动图结合心肌灌注造影早期诊断冠心病的价值[J].中华超声影像学杂志,2011,20(8):652-655.
- [9]卢岷,王志刚,冉海涛,等.多巴酚丁胺负荷二维应变评价心肌存活性的研究[J].中国超声医学杂志,2011,27(11):964-966,973.
- [10]常超,信栓力,李长清,等.小剂量多巴酚丁胺负荷超声结合心肌背向散射评价存活心肌[J].中国医药导报,2011,08(35):102-103,108.

编辑:赵聪 编号:EB-15082007F (修回:2015-09-10)

科技期刊阿拉伯数字及汉字数字的用法

Numerical method of using of science and technology books and periodicals Arabic numerals and Chinese characters

1 应使用阿拉伯数字的场合

总的原则是：凡可以使用阿拉伯数字，而且在很得体的地方，均应使用阿拉伯数字。在科技期刊中，主要用于以下场合。

1.1 公元世纪、年代、年、月、日、时刻 如：20 世纪 90 年代，1998-02-15，18:06:25。

1.2 物理量量值 如：1m(1 米)，30V (30 伏)。

1.3 非物理量的量词（技术单位）前面的数字 如：插了 1 根管子。

1.4 技术的数字 如：90%，500 余。

1.5 元件、仪器型号、样品编号、标准代号及其他序号 如：第 8 天。

1.6 文后参考文献（古籍除外）著录中的数字。

2 应使用汉字数字的场合

2.1 固定词语中作语素的数字 如：三氧化二铁，十二指肠，第一作者。

2.2 相邻 2 个数字并列连用表示的概数 连用的 2 个数字使用汉字且之间不得加顿号“、”，如：一两千米，七八十岁。

2.3 带有“几”字的数字表示的概数 如：十几，几十万分之一。

2.4 中国及世界各国，各民族的非公历纪年 如：九月九日重阳节，民国三十五年。

2.5 含有月日简称表示事件、节日和其他特定含义的词组 如：“一·二八”事变，五四运动。

3 表格的使用

3.1 表格的规范化

表格是记录数据或事物分类等的一种表达方式，具有简洁、清晰、准确的特点，逻辑性和对比性也很强，因而让表格在科技书刊和其他文献中被广泛采用，但是有的作者所提供的表格往往不合适或不规范，先将本刊有关规范介绍一下。

3.2 表格的精选

一篇文章不是表格越多越好，而是要根据其必要性进行精选。如果用一两句话即可说明的内容就不必列表格，如果采用多组数据表说明同一现象，造成了表格本身的重复，应选择一组最准确、最有说服力的表格，而将重复的表格删除；如果方案叙述与图、表相重复，也应该只保留三者中最适合的表示方式，这样才能使文章简洁、精炼。

3.3 表格的设计要求

表格设计应该科学、明确、简洁、具有自明性、重点突出、表达规范。

3.4 表格形式的选取

目前推荐使用三线表（是卡线表经简化和改造而成），通

常一个表只有三条线，即顶线、底线和栏目线，“三线表”由此而得名。其中顶线和底线为粗线，栏目线为细线，必要时可加辅助线。

3.5 三线表的规范格式

表序和标题：表序即表格的序号，一篇论文中如果只有 1 个表格，则表序编为“表 1”。表题即表格的名称，应准确得体（能确切反映表格的特定内容），应简短精炼。

项目栏：指表格顶线与栏目线之间的部分，栏目是该栏的名称，反映了表身中该栏信息的特征或属性。

表身：三线表内底线以上、栏目线以下的部分叫做表身，是表格的主体。表身内的数字一般不带单位，百分数也不带百分号，均归并在栏目中。表身中不应有空项，如确实是无数字的栏，应区别情况对待，在标注中简要说明，不能轻易写“0”或画“-”线等，因“-”可代表阴性反应，“0”代表实测结果为零。

标注：必要时，应将表格中的符号、标记、代码、以及需要署名的事项。以最简练的文字，横排与表题下作为标注也可附注于表下。

4 医学论文书写中的有关规定

本刊将实行国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定，作者书写有关统计学符号时注意一下规范：①样本的算术平均数用英文小写 x ，不用大写 X ，也不用 Mean 或 M ；②标准差用英文小写 s ，不用 SD ；③标准误用英文小写 s_x ，不用写 SE ；④ t 检验用英文小写；⑤ F 检验用英文大写 F ；⑥卡方检验用希文小写 χ^2 ；⑦关系数用英文小写 r ；⑧自由度用希文小写 u ；⑨样本数用英文小写 n ；⑩概率用英文大写 P ；以上符号 x 、 s 、 t 、 F 、 X 、 r 、 u 、 n 、 P 均为斜体。

计量单位采用国务院 1984 年 2 月颁布的《中华人民共和国法定计量单位》，并以单位符号表示，计量单位与单位符号按 1887 年中华医学会编辑出版部编辑的《法定计量单位在医学上的应用》一书。单位符号中表示相除的斜线不能多于一条，后用负指数的形式表示，如 mg/kg/d 应写成 $\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 。在叙述中，应采用法定计量单位数值，不常用的计量单位，在首次出现时，注明新旧单位的换算系数，如 $1\text{kPa}=7.5\text{mmHg}$ 。

小数点前或后若超过 4 位数字时，实行三位分节法（用半个阿拉伯数字符的小间隔分开），如“1, 605.794, 3”应写成“1 605.794 3”，但年份、页数、部队番号、仪表型号、标准号等不用三位分节法。

参考文献按引用的先后顺序排列于文末，并于文内引用处方角码注明。论文稿一般在 10 条以内，综述稿 10 条以内。参考文献中的作者，1~3 名者全部列出，3 名以上者只列前 3 名，后加“，等”。详见参考文献标注规范。