

# 纠治亚健康与“治未病”

## Treating second healthy and prevention

张刚<sup>1</sup> 孙永章<sup>2</sup>

(1.北京安信醇实生物技术研究院,北京,100063; 2.中华中医药学会学术部,北京,100029)

中图分类号: R212 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0001-03 证型: GBA

**【摘要】**“治未病”是中医学的重要思想,亚健康是“健康”和“疾病”动态的变化的中间状态。本文对“治未病”及亚健康含义进行了深入阐述,探讨了亚健康、未病与体质的关系以及亚健康心身干预的原则,最后论述了如何借助中医辨证,来调整亚健康状态。

**【关键词】** 治未病; 亚健康; 辨证

**【Abstract】** Prevention is an important ment of Chinese traditional medicine and second healthy is the middle condition dynamic changed between health and disease. This text expounds the significance of prevention and second healthy. Approaching the relationship of second healthy, prognosis disease and constitution and the principle of interfering in spirit and body to second healthy. At last, the article discusses how to draw assistance from differentiation of symptoms and signs to adjust second healthy.

**【Keywords】** prevention; second healthy; differentiation of symptoms and signs

“治未病”是中医学的重要思想,它最早见于《内经》。历代医家对此不断有所发挥,形成了颇为完整的治未病学术体系。亚健康则是现代提出的概念,近来,人们热衷于亚健康研究,两者之间的关系,值得深究。

### 1 “治未病”的多重含义

归纳历代中医学家的“未病”概念,是个较笼统的大概念。具体分析,它有两重含义:一是尚无病,此时的“治未病”,目的是为了养生强体,预防疾病发生;二是已病(或潜在的,病尚未被感知的)者,此时“治未病”,为的是有病早治;也包括有疾病尚发展到某些阶段,以阻止已病加重、变笃,或防止进一步发展。与现代所说的亚健康关系密切的主要是第一层含义——尚无病,此时之所以需要“治未病”,为的是防范疾病的发生,提高健康水平。

第一层含义的“未病”,还可作深入解析:结合古代经典文献,此“未病”至少可分解出“平人”“未病之病”两个属概念。所谓“平人”,源自《内经》,所谓的“阴阳平和”之人——个体不仅没有疾病,而且内在脏腑气血功能有序,心身机能协调,个体与自然社会环境(人与天)的适应与和谐。“平人”就是今天所说的健康者。

第二层含义上的“未病”,是已病状态下的“未病”,身体已经有了偏差,或“病虽未发”,征兆已见;或仅停留在某一脏(某一阶段),并未累及下一阶段(他病未发)。前一意义上的“未病”,如《素问·刺热篇》所言:“肝热病者,左颊先赤;心热病者,颜先赤;……病虽未发,见赤色者刺之,名曰治未病”。后一意义上的“未病”,如《难经·七十七难》与《伤寒论》所言:“所谓治未病者,见肝之病,则知肝当传之与脾,故

先实其脾气,无一令得受肝之邪,故曰治未病焉。”这也是叶天士“先安未受邪之地”的旨趣所在。很显然,这些不是亚健康所涉及的对象,它是亚临床所关心。

### 2 “未病之病”与“欲病之病”

唐代孙思邈《千金要方》中提出了“欲病”之说:“古人善为医者,上医医未病之病,中医医欲病之病,下医医已病之病”。这个“未病之病”者,已不是一般意义上的“平人”,而是潜在有可能生病的“未病”之人。很显然,这个“未病之病”概念具有重要的理论意义,它是现代亚健康概念的滥觞,也是构成今天所见的亚健康者之主体。

需重视的是,在两大“未病”之间,孙思邈又提出了“欲病之病”的概念。这是可能或将要(欲)生病,但目前尚未表现为病态,称其为“亚临床”、“前临床”更妥。它与前面的“病虽未发”,“病而未发”一样,只是处于疾病发展的前后不同阶段。这是需要提醒当事人注意,积极寻求临床医学明确诊断,努力加以防治的。

进一步分析:孙思邈所说的欲病之病,指“凡人有不少苦似不如平常,即须早道,若隐忍不治,希望自差,须臾之间,以成痼疾”。此时,外在的不适等症表现并不明显,仅仅是“苦似不如平常”,不足以据此诊断为某一种疾病。但如果勉强忍受,不进行调理,自认为可以自愈,过不了很久,就发展为顽固之疾。

可见,中医学的“未病”是一个大概念,既包括“平人”、“未病之病”的尚无病者;也包括已病者。尚无病与已病者中间还有一个“欲病之病”过渡。这些,构成了中医学对整个健康(平人)与已病之间交界性状态的完整认识。它是今天亚健康研究历史依据

和逻辑起点，并囊括了如今一、二、三级预防的核心思想，值得充分重视。

### 3 亚健康、未病与体质

涉及亚健康、治未病，就不能不涉及体质问题。所谓“体质”，可以界定为人群中的个体在其生长、发育过程中，所形成的形态、结构、机能和代谢等方面相对稳定的特殊性。生理上它表现为在机能、代谢，以及对外界刺激反应等方面的个体差异性；病理上表现为个体对某些病因和疾病的易感性或易罹患性；以及疾病转变转归中的某种倾向性。”可以简单地看做个体的“生理特性”。随着研究的深入，人们逐渐明确：目前已了解的大多数疾病的发生发展，与体质特点有着密不可分的关系，不同体质存在着一定的易罹患特点——某些体质类型与某些疾病之间有着相对的亲和性；它有助于我们通过体质辨识与纠治来防范或减缓某些疾病的发生发展过程。但是体质与各种具体疾病发生发展之间的确切关系人们还了解很少，尚无法明晰它们之间的内在联系。许多情况下，体质的演变与大多数疾病的发生发展机理，呈现出纵横相交的阡陌关系，并没有一种明确的趋同性。

辨识体质是亚健康纠治中的重要一环。然而，要有效地“治未病”，或纠正亚健康，还必须考虑在辨体质类别并作出纠治的基础上，再加上辨亚健康的类型及表现（这些表现很可能与潜在疾病的发展趋势有关）。这很象中医临床上须辨证加上辨病才能更有效地治疗疾病一样。而辨识及纠治体质，在治未病及纠正亚健康中的主要作用是改善与提高对象的生存质量，减少疾病、虚弱或不适的发生。要有效降低常见疾病的发生率，重点在于研究未病（亚健康）状态下常见疾病的发生发展病机与规律，并从心身综合角度作出纠治。只有这样，才能真正做到防病治病于未然。

总之，治未病、体质、亚健康都是重要的理论概念，都体现了先进的防重于治的理念，但三者涉及的并非等同概念。对它们作出明确的区分，对于更好地理解各自所包含的科学内涵，并贯彻到日常医疗保健和心身综合呵护中，具有重要意义。

### 4 亚健康的概念及其意义

“健康”、“疾病”和“亚健康”是人类生命活动过程中所客观存在的三阶段：“健康”和“疾病”属两端，“亚健康”属动态变化的中间状态，是前述两者之间的一个区间。研究表明：从亚健康到健康，以及从亚健康到疾病的变动是双向的，且大多是可逆的；亚健康是现代临床许多常见病的萌发、孕育阶段，也可以看作是“亚临床”前期。及时纠正亚健康状态，可以截断它们移行到这些疾病的途径。

公众健康已成为左右国家经济发展，影响未来生产要素竞争力的一个决定性因素。资料表明，处于职业巅峰期的人群受到心脑血管和肿瘤等疾病侵袭的危险性越来越大。这些疾病的发生，大部分与不良生活方式有关。这些患者的早期，大多经历过一个自我已经体验到了的“亚健康”状态时期。本来它们是可以预防的，或至少让其延缓出现的——只要在亚健康阶段采取合理措施。但由于全民健康意识与预防观念不强，没有在亚健康阶段采取必要的防范措施，才最终发展成比较严重的疾患。因此，必须强调：慢性疾病的防治应从日常生活做起，从健康教育和亚健康的干预开始。有研究提示：冠心病的一级预防，即危险因素干预，就和亚健康的干预休戚相关。目前冠心病的早期危险因素已比较明确。其中，高血压、高胆固醇及吸烟被认为是最主要的3大危险因素。这些都和生活方式关系密切，没有出现临床症状时，大多表现为可逆的亚健康状态，对此积极加以干预，是可以预防或减缓其病理进程的。其次，流行病学研究表明，通过对亚健康状态综合干预，不仅可以降低心脑血管疾病、代谢类疾病及肿瘤等生活方式疾病的发生率，提高全民健康水平和健康意识；而且，通过改变不良生活方式，掌握科学保健常识等，也有助于降低其他各种疾病，包括传染性疾病的发生率，大大节约医药卫生资源，显著提高全民的生活质量。

对亚健康进行心身综合干预将有助于改善当今医学只顾治病，忽略重要的病前状态防范之不足，从而提高“大医学”在民众“大健康”维护中的积极作用。

### 5 亚健康心身干预的原则

亚健康涉及范围广泛，其干预涉及到诸如行为、心理、运动、饮食、健康教育等多方面，同时还需借助中医理论为指导的状态调整方法和手段。

5.1 开展健康教育，传播健康文化，培养全民健康意识，提高整体健康水平：随着现代医学模式的改变，健康教育已是卫生保健的一个重要组成部分，它对患者的康复、生存质量乃至全民的健康素质的提高都有着重要的现实意义。

健康文化，主要包括生命相关科学的理论、健康观念和 health 意识等方面，即与健康 and 生命相关的知识和态度，其核心是健康价值观念。

健康意识是人们对疾病和健康的认知水平和认识程度，更是人们为防治疾病、增进健康而采取行动的自觉程度，它是现代意识的重要组成部分。它体现在人们对待疾病与健康的态度上。例如，有些人不是死于疾病，而是死于无知。比如，谁都知道吸烟有害健康，但一些人照吸不误。看来，知道了很重要，但做

到了更为重要!因此,人们不可高估健康教育的效果,惟有上升到健康文化高度,全面提高健康意识,才是正确的。因为教育是种过程,文化才是结果、是目标;文化可塑造或改变人的生活方式。但同时教育是种行为,通过教育可形成文化、塑造文化、改变文化。总之,需要通过健康教育的手段,使之形成健康观念,进而内化为健康行为,从而有效提升全民整体健康水平。

**5.2 塑造健康的行为生活方式:**据世界卫生组织报告,全球人类死因中因不良的行为生活方式所引起的疾病占 60%,其中发达国家高达 70%~80%,发展中国家也达到 50%~60%,在我国,在心血管疾病中不良生活方式与生物因素的比例为 45.7%:29.0%;脑血管疾病为 43.3%:36.0%;恶性肿瘤为 43.6%:45.9%,这三类疾病占全部死因的 67.7%;可见,不良的行为生活方式对人健康的危害巨大。鉴此,1992 年世界卫生组织在《维多利亚宣言》中明确提出健康的四大基石——合理饮食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡。美国疾病控制中心 1996 年报告中指出,健康四大基石使美国人的预期寿命延长了 10 年。可见,建立健康的行为生活方式是预防慢性疾病的核

心。研究表明:采取持续而全面的健康行为措施对消除亚健康、恢复身心健康具有显著效果。调查揭示:导致亚健康的因素与不良生活方式、工作压力大、时间长、心情不愉快有很大关系。因此,保持轻松健康心态,避免长时期的过度疲劳,化解压力,合理工作是预防与控制亚健康状态的重要措施;合理运动,科学健身,以运动处方指导人们健康锻炼,方能达到增进健康的目的;生活节奏加快,情志失调及心理压力过大,超过了机体的调节能力,是导致亚健康发生的主要原因,调节情志既是防止亚健康发生的重要条件,也是促使亚健康状态向健康状态转化的重要方法。总之,坚持健康的行为生活方式是预防亚健康状态的发生,增进和保护健康的必由之路。

**5.3 进行积极有效的心理调整:**亚健康是现代社会的产物,研究表明精神心理因素是造成亚健康的主要原因之一,现代生活节奏的加快,来自生活、工作、学习、社会等各方面压力日益沉重;激烈的社会竞争、使人的价值观念随之改变,心理应激明显增多等都与亚健康不无关系。

从亚健康状态的主要表现来看,焦虑、抑郁、工作不适应、失眠等均与精神心理因素有关。这一类亚健康者需要及时有效的心理调试,进行心理“按摩”以缓解和消除心理障碍,重新达到心理平衡,以防进

入病理状态。正如洪韶光教授所说:“心理平衡的作用超过一切保健措施的总和。只要注意调节心理平衡,你就掌握了健康的金钥匙”。诚如诸多研究已表明的那样——过度紧张和压力容易引起心血管病、恶性肿瘤、胃肠功能紊乱和机体免疫力低下等。因此,适时缓解过度的紧张和压力,是调整亚健康的关键。

**5.4 以中医理论为指导,作出状态调整:**人的正常生理状态,是全身各器官组织相互协调和统一的综合表现。“正常人”是一个比较复杂而难以作出确切定义的概念,从“状态”角度来说,可以认为“没有明显的自觉或检查的临床症状和体征”的个体就是正常人。而在病理范畴中“状态”指的是以生理机能失调为主,但又常伴有不同程度的全身功能失调状况,也就是一种综合的病理偏差,它通常不是一种单一的病理情况(有点类似于综合症概念)。比如,疲劳状态、虚弱状态等都是常见的亚健康状态,它们往往包含有多种疾病前兆之可能。当这类亚健康状态积累到一定程度时,便转化或发展为某些疾病。反之,若采取措施,积极给予干预,则大多可以回归健康。由此看来,“状态调整”对于亚健康的干预有着积极的、重要的意义。

同时,状态调整也正是中医学的优势所在。一些中药其实并不是针对某种具体疾病治疗的,它们的疗效是通过有效地调整和改善人的某种病理状态。比如,熟知的人参、黄芪等,很难说它们能确切治疗某一具体疾病,但它们能通过改善人的气虚状态、疲劳状态而用于许多病症的有效治疗之中。因此,对于今天所言的亚健康的干预,完全可以在结合一级预防的思想指导下,更多的参合以中医理论为指导的状态调整。

## 6 借助中医辨证,调整亚健康状态

借助中医调整亚健康状态,其核心的一点就是对“状态”辨证论治。例如“疲劳状态”,既可见于气虚的,又可见气血两虚的,还可见痰湿内阻的,或者肝郁的。有效的干预,就应在中医相关理论指导下,进行辨析、施治。当然,根据我们的经验,亚健康状态毕竟不是“病”,因此,我们很少纯用汤剂治疗,而更主张以辨证基础上适身定制的丸药,温和而持久地加以纠正。因为:“丸则缓也”,“汤”则“荡”也。对此,已比较成熟,不作展开。

此外,中医学在长期的临床实践中总结出了调摄情志、适度劳逸、合理饮食、谨慎起居等养生调摄之术,形成了食疗、针灸、推拿、气功、导引、内外药物治疗等多种状态调适方法,有一定的效果,故在亚健康状态干预中都可选择性加以运用。

编号: E-100330190 (修回: 2010-03-20)

# 镇肝熄风汤治疗帕金森病的临床观察

## Clinical observation on agitans paralysis treated by Liver-Wind Suppressing decoction

张利平

(郑州市中医院, 河南 郑州, 450052)

中图分类号: R742 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0004-02 证型: GAB

**【摘要】** 目的: 探讨镇肝熄风汤对帕金森病的治疗作用。方法: 治疗组口服镇肝熄风汤和美多巴、对照组口服美多巴, 两组相对照。结果: 临床疗效评定: 治疗组临床痊愈 3 例、明显进步 9 例、进步 14 例, 总有效率 92.86%; 对照组临床痊愈 1 例、明显进步 5 例、进步 14 例, 总有效率 71.43%; 两组差别具有显著意义( $P < 0.05$ ), 治疗组临床疗效高于对照组。中医证候疗效评定: 治疗组临床痊愈 2 例、显效 8 例、有效 17 例, 总有效率 96.43%; 对照组临床痊愈 1 例、显效 5 例、有效 16 例, 总有效率 78.57%; 两组差别具有显著意义( $P < 0.05$ ), 治疗组在改善中医临床疗效方面高于对照组。结论: 镇肝熄风汤联用美多巴能明显改善肝肾阴虚型帕金森病患者的临床症状, 提高患者生活能力, 与单用美多巴治疗帕金森病相比具有增效作用。

**【关键词】** 帕金森病; 肝肾阴虚型; 镇肝熄风汤

**【Abstract】** Objective: To approach therapeutic action on agitans paralysis treated by Liver-Wind Suppressing Decoction. Methods: treatment group take Liver-Wind Suppressing Decoction and madopar orally comparing the control group take madopar orally. Results: To evaluate clinical curative effect: treatment group heal 3 cases, advance obviously 9 cases, advance 14 cases, the total effective rate is 92.86%. Control group heal 1 case, advance obviously 5 cases, advance 14 cases, the total effective rate is 71.43%. The two sets has significant sense on difference( $P < 0.05$ ). Clinical curative effect of treatment group is super than control group. To evaluate symptom curative effect of TCM: treatment group heal 2 cases, excellence 8 cases, utility 17 cases, the total effective rate is 96.43%; Control group heal 1 case, excellence 5 cases, utility 16 cases, the total effective rate is 78.57%. The two sets has significant sense on difference( $P < 0.05$ ). Clinical curative effect of treatment group is super than control group. Conclusion: Liver-Wind Suppressing Decoction combined with madopar could improve Parkinsonian with hepatic and renal yin deficiency and the curative effect is better than madopar.

**【Key words】** agitans paralysis; hepatic and renal yin deficiency; Liver-Wind Suppressing Decoction

帕金森病(PD)是一种中老年人常见的中枢神经系统变性疾病, 临床主要表现为静止性震颤、肌张力增高、运动迟缓、姿势反射障碍及植物神经功能紊乱等症状。美多巴是治疗帕金森病药物中的“金标准”, 但“蜜月期”短暂, 且毒副作用明显。采用中西医结合方法, 辨证和辨病相结合, 可以增强西药的治疗效果, 减轻其毒副作用。我们在 2006 年 5 月~2009 年 5 月, 以镇肝熄风汤联用美多巴治疗帕金森病 28 例, 并与单用美多巴组 28 例对照, 观察中西医疗效, 现将结果报道如下:

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

所有病例均来自郑州市中医院脑病科门诊及住院病人中, 年龄在 40 岁~70 岁之间, 既符合西医诊断标准, 又符合中医证候诊断标准。入选病例 56 例(男 37 例, 女 19 例), 设对照组 28 例, 治疗组 28 例。其

中治疗组男 18 例, 女 10 例; 平均年龄  $61.90 \pm 6.80$  岁; 平均病程  $3.74 \pm 1.62$  年。对照组男 19 例, 女 9 例; 平均年龄  $60.43 \pm 8.09$  岁; 平均病程  $3.35 \pm 1.65$  年, 具有可比性。

1.2 诊断标准: 西医诊断标准按 1984 年在重庆召开的全国锥体外系疾病讨论会有关 PD 的诊断标准。中医诊断标准根据 1992 年第二届中华中医学学会老年医学会制定的《中医老年颤证诊断和疗效评定标准》制订。辨证为肝肾阴虚型。

### 2 治疗方法

对照组单用美多巴(上海罗氏公司生产, 国药准字: Z10940067, 规格: 250mg/片), 剂量随病情及个体差异而定; 治疗组除服用美多巴外, 加服镇肝熄风汤(怀牛膝 30g、生赭石 30g、生龙骨 15g、生牡蛎 15g、生龟板 15g、生杭芍 15g、玄参 15g、天冬 15g、川楝子 6g、生麦芽 6g、茵陈 6g、甘草 6g 等)。每日 1 剂,

水煎服 2 次, 疗程均为 3 个月。肝火偏盛, 焦虑心烦, 加龙胆草、夏枯草; 痰多者加竹沥、天竺黄以清热化痰; 肾阴不足, 虚火上扰, 眩晕耳鸣者, 加知母、黄柏、牡丹皮; 心烦失眠, 加炒枣仁、柏子仁、丹参养血补心安神; 颤动不止, 加僵蚕、全蝎, 增强熄风活络止颤之力。

### 3 临床疗效判定依据

#### 3.1 西医疗效判定标准

根据 UPDRS 评分求出疗效进步率。

评定方法为尼莫地平法。(疗效进步率  $\geq 95\%$  为基本痊愈,  $\geq 70\%$  为显效,  $\geq 20\%$  为有效,  $\leq 20\%$  为无效。)

#### 3.2 中医老年颤证疗效评定标准

评定方法为尼莫地平法。(中医临床症状、体征消

表 1 两组西医疗效比较表

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	有效 (%)
治疗组	28	3	9	14	2	92.86
对照组	28	1	5	14	8	71.43

注: 两组比较  $P < 0.05$ , 经卡方检验, 两组差别具有显著意义, 治疗组临床疗效高于对照组。

#### 5.2 中医老年颤证疗效评定如下

表 2 两组中医老年颤证疗效比较表

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	有效 (%)
治疗组	28	2	8	17	1	96.43
对照组	28	1	5	16	6	78.57

注: 两组比较  $P < 0.05$ , 经卡方检验, 两组差别具有显著意义, 治疗组在改善中医临床疗效方面高于对照组。

## 6 讨论

帕金森病属于中医“颤证”范畴。本病的基本病机为肝风内动, 筋脉失养。其病理性质总属本虚标实。本为气血阴阳亏虚, 其中以阴津精血亏虚为主; 标为风火痰瘀。其病位在脑, 与肝肾关系密切。

故治疗上多急则治标或标本同治。非一味补益肝肾而不祛邪。同时, 老年人的特点是体虚不能峻补, 宜多用和缓平淡之品或中病即止, 待标急之证缓解时, 则治其本, 用扶正固本或攻补兼施之法。在治标时, 坚持“治痰勿忘治瘀, 治瘀应当活血”的原则。在颤证的诊治中尤其注意痰瘀互结问题。

本方中怀牛膝归肝肾之经, 重用以引药下行, 并有补益肝肾之效, 为君药。代赭石和龙骨、牡蛎相配, 降逆潜阳, 镇熄肝风, 是为臣药。龟板、玄参、天冬、白芍滋养阴液, 以制阳亢; 川楝子、生麦芽、茵陈三味, 配合君药清泄肝阳之余, 条达肝气之郁滞, 有利于肝阳之平降镇潜; 甘草调和诸药, 与麦芽相配, 并能和胃调中, 防止金石类药物障胃之弊, 均为佐使药。诸药合用, 为镇肝熄风之良剂。

本临床观察证明宜采用中西医结合的方法治疗帕金森病, 以期运用中医药整体辨证、调理气血之效, 缓西药诸多之副作用; 通过西药迅速、直接作用于病

变部位之长, 补中药起效较慢之短, 防止因病情演变迅速而药效不及导致加重。PD 早期使用中医药治疗, 可推迟多巴胺类制剂的使用时间; 而在 PD 的中晚期, 使用多巴胺类制剂同时应用中医药, 可以减少多巴胺类制剂的用量, 减轻西药的不良反应, 从而延长多巴胺类制剂的使用时间, 并可在一定程度上解决西药的不良反应及对药物的耐受性而不能坚持服药的问题, 总体上起到减毒增效的作用。

## 4 统计学处理

所得数据用 SPSS13.0 统计分析软件处理。计量资料所有数据以均数 ( $\bar{x}$ )  $\pm$  标准差 (s) 表示, 符合正态分布的数据, 组间比较采用独立样本  $t$  检验, 组内比较采用配对  $t$  检验; 不符合正态分布的计量资料采用 Mann-Whitney  $u$  检验、等级资料采用秩和检验。

## 5 结果

### 5.1 西医疗效评定如下

变部位之长, 补中药起效较慢之短, 防止因病情演变迅速而药效不及导致加重。PD 早期使用中医药治疗, 可推迟多巴胺类制剂的使用时间; 而在 PD 的中晚期, 使用多巴胺类制剂同时应用中医药, 可以减少多巴胺类制剂的用量, 减轻西药的不良反应, 从而延长多巴胺类制剂的使用时间, 并可在一定程度上解决西药的不良反应及对药物的耐受性而不能坚持服药的问题, 总体上起到减毒增效的作用。

### 参考文献:

- [1] 王维治, 罗祖明. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 203-205
- [2] 周厚广, 鲍远程. 中医药治疗帕金森病的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管杂志, 2004, 2(10): 593
- [3] 童琦燕. 王安康治疗帕金森病经验[J]. 湖南中医杂志, 2005, 21(5): 28
- [4] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 508-511
- [5] 隆呈祥. 中医老年颤证诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医学院学报, 1992, 15(4): 39
- [6] 沈伟, 袁灿兴. 滋补肝肾中药治疗帕金森病运动功能波动的临床观察[J]. 黑龙江中医药, 2006, (3): 7-9

### 作者简介:

张利平, 38 岁, 女, 毕业于河南中医学院, 主治医师, 工作于郑州市中医院。

编号: E-10022526 (修回: 2010-03-22)

# 浅议“胃不和则卧不安”

## Discussion on *Dysfunction of stomach so lying anxiety*

陈修保

(山东中医药大学基础医学院, 山东 济南, 250000)

中图分类号: R22 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0006-02

**【摘要】**“胃不和则卧不安”,语出《素问·逆调论》。现多将之作为“失眠”的一个病机。本文结合《内经》对脾胃生理、睡眠机理、“胃不和则卧不安”浅浅加以分析。

**【关键词】**脾胃; 睡眠; 胃不和; 卧不安

“胃不和则卧不安”出自《素问·逆调论》。胃者,水谷之海,主受纳腐熟水谷,与脾同居中焦。胃脾关系密切:气机升降相因,功能纳运相依,生理特性燥湿相济,足太阴经与足阳明经相互络属。脾胃生理功能的正常与否和睡眠有密切联系。

### 1 语句溯源

《素问·调逆论》:“……不得卧……是足阳明之逆也。足三阳者下行,今逆而上行……阳明者,胃脉也。胃者,五脏之海,其气亦下行。阳明逆,不得从其道,故不得卧也。《下经》曰:胃不和则卧不安。”

黄帝问岐伯“不得卧”缘由,岐伯解释:“阳明逆,不得从其道”。阳明者,胃脉,属于足三阳脉,其气以下行为顺。而今阳明胃脉反其下行之道,却而上逆,气机失畅,故不得安卧。又引《下经》“胃不和则卧不安”总结概述。

### 2 胃的生理

学生以为,“胃不和则卧不安”之“胃”,非仅指六腑之“胃”,而有“中焦”的意思,包含六腑之胃和五脏之脾。脾与胃有密切的联系,气机升降相因,生理功能纳运相依,生理特性燥湿相济,经络循行上足太阴经与足阳明经相互络属。《素问·五脏别论》:“脾胃者,仓禀之官,五味出焉。”便将脾胃以“仓禀”而称。

#### 2.1 生理功能

脾与胃,同属中焦,被称为“气血化生之源”、“后天之本”。胃主受纳水谷腐熟水谷,喜湿恶燥;脾主运化水谷输布精微,喜燥恶湿。《素问·经脉别论》:“食气入胃,散精于肝,淫气于筋。食气入胃,浊气归心,淫精于脉。……饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精……”“仓禀之官”、“中焦如沔”,是对中焦脾胃脏腑生理功能的较好概括。《素问·六节脏象论》:“五

味入口,藏于肠胃,味有所藏,以养五气,气和而生,津液相成,神乃自生。”进食的水谷经由脾胃受纳腐熟,化成水谷精微,化生营卫气血,经运化输布,滋润五脏六腑,灌溉七窍百骸,营养全身。《素问·玉机真脏论》:“五脏者,皆秉气于胃。胃者,五脏之本也。”

#### 2.2 气机升降

《素问·六微旨大论》:“出入废,则神机化灭;升降息,则气立孤危。故非出入,无以生长壮老已;非升降,无以生长化生藏。是以升降出入,无器不有。”中焦脾胃生理功能也依赖气机通畅、升降相宜。

胃,六腑之一,以通为用,以降为顺。脾属五脏,其气主升,升发清阳,举升内脏。脾胃相合,一升一降,相反相成,共成中焦气机斡旋。脾胃同居中州,脾气主升,胃气主降,是气机上下通降的枢纽。胃主降,肺气肃降得通,心火下趋亦行;脾主升,肝气疏泄得利,肾水上奉有沿。气机升降相贯,如环无端。

### 3 卧的机理

《说文解字》:“卧,伏也。从人臣,取其伏也。”引申为:趴着、躺着。正常情况下,夜晚躺卧安眠,“夜半而(阴阳)大会,万民皆卧”。张介宾:“不安,反复不宁之谓。”“卧不安”即为安卧不宁、失眠之意。

正常的睡眠与机体阴阳盛衰、营卫气血循行、五脏生理功能等因素相关。《类经》:“卫气昼行于阳,夜行于阴。行阳则寤,行阴则寐,此其常也。”寤寐取决于卫气的循行:白天卫气循行于阳,阳主动,表现为醒寤;夜晚卫气由阳入于阴,阴主静,表现为眠寐。正常睡眠需要五脏六腑生理功能相互协调,五脏六腑各司其职,气血阴阳充足,心神安宁,寤寐有时。

### 4 胃不和则卧不安

“卧不安”的原因有许多:饮食停滞,情志失和,(下转 8 页)

## 典型承气汤证治验

### Examination on typical syndromes of decoction Cheng Qi

吴绍雄<sup>1</sup> 吴树铎<sup>2</sup> 杨凯钿<sup>3</sup> 龙勇朝<sup>4</sup>

(1.潮州市中医医院, 广东 潮州, 521000; 2.广东省中医院, 广东 广州, 510000;  
3.广州大学门诊部, 广东 广州, 510006; 4.广东省潮州卫生学校, 广东 潮州, 521000)

中图分类号: R289.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0007-02 证型: GD

承气汤证, 目前尚未有明晰的命名和统一的诊断标准, 但它却是临床上客观存在的症候群, 笔者认为该证应是指由各种不同因素引起的便秘患者中, 具有承气汤见证者。临床时有该证病例, 施治恰当, 疗效颇佳。笔者于 2007 年 1 月接治一例典型的承气汤证, 现将治疗过程报告如下:

#### 1 临床病例及治疗方法

患者甲, 入院日期: 2006 年 12 月 29 日。

主诉: 反复腹胀、腹痛、便秘 3 月余, 加重十余天。

现病史: 患者近 3 个月来无明显原因出现腹胀、腹痛, 以下腹部为主。大便秘结, 数天排便一次, 且需使用开塞露, 便结成块, 量少, 无血性和粘液。近十余日来腹痛加剧, 呈阵发性绞痛, 近十多日无排便, 自服通便药物及开塞露仍大便不出。无尿频、尿急、尿痛, 小便清, 无肢体抽搐和小便失禁, 无浮肿, 近几个月来有挑食习惯, 少摄果蔬, 体重无明显变化。

体格检查: T37.1℃, P92 次/分, R20 次/分, 神志清, 精神疲, 消瘦, 心肺(-), 腹胀, 下腹部可见肠型, 无蠕动波, 皮肤正常, 下腹压痛(+), 无反跳痛, 肝脾肋下未扪及, 肠鸣音亢进。身高 164CM, 体重 32KG。

既往史、家庭史均无任何异常, 否认有药敏史。

血常规: WBC16.0G/L, RBC4.73T/L,  
HGB12.3G/L, PLT403G/L。

月经史: 16 (3~5/28~29) 2006.11.08, 现已 40 多天未。

直肠镜检查: 直肠肛门口 10CM 粪便堵塞

诊断: 不完全性肠梗阻(巨结肠同缘病)

入院后先后用生理盐水、肥皂水、石蜡油灌肠, 口服蓖麻油, 只排出少量粪水, 症状无明显好转, 且出现恶心、呕吐胃内容物, 加上禁食或少量流质饮食, 体重减轻至 30.5kg。

2007 年 1 月 10 日, 中医会诊: 症见消瘦, 烦躁, 腹胀, 恶心呕吐, 口干舌燥, 目中不了了, 睛不和, 不恶寒, 反恶热, 虽为数九天, 仍不欲盖厚被, 手足喜伸出被外, 舌苔焦黄干, 脉沉细实, 大便经灌肠后只排出少量粪水, 肠镜检查显示有大量粪石存在直肠, 下腹部仍可见肠型, 按之硬等。

证候分析: 腹部痞满, 不恶寒, 反恶热, 是阳邪入里化热。腹部见肠型, 按之硬, 虽经灌肠, 只排少量粪水, 粪石存于直肠, 不喜盖厚被, 手足喜凉, 是实热与积滞壅积于肠胃之阳明腑实证。热盛伤阴, 故口干舌燥, 目中不了了, 睛不和。脉沉实, 烦躁、腹胀、恶心呕吐, 皆为热积肠胃所致。消瘦, 脉细乃素体阴虚与邪热灼阴之象, 然权衡偏倚, 肠中实热积滞为主要矛盾。

辨证: 阳明腑实证

治则: 急下存阴

处方: 大承气汤

用药: 大黄 15g, 厚朴 12g, 枳实 12g, 芒硝 6g, 一帖。

方解: 方中大黄苦寒泄热通便, 荡涤肠胃, 是为主药, 量用至 15 克, 芒硝咸寒泻热、软坚润燥为辅药, 虑其味咸难咽, 恶心呕吐, 只用 6 克。厚朴、枳实行气散结, 消痞除满, 助黄、硝加速积滞排泄, 然一味苦寒, 恐其格拒, 反佐姜汁数滴使胃气和降而易受纳, 并于药先予竹茹姜盐糖水少许顺胃气。且药分二次服(先三分之一, 待半小时后不见呕哕再服三分之二)。药后一时许啜稀粥一小碗以助胃行气。

服药约三小时许, 矢气始作, 翌日早晨解下粪石数枚, 原方芒硝加至 9 克, 再进一剂, 当天下午解下大量粪便。

次诊: 上症悉减, 唯口干咽干, 舌苔已渐退, 而舌质红渐显, 仍久病伤阴, 下腹仍有胀痛。需乘胜追击彻底排清燥屎, 但“若欲通之, 必先充之”, 阴液亏

损与燥屎未尽两者俱重，法宜增液通便泄热，增液承气汤当为首选之剂。

处方：元参 18g、麦冬 15g、生地 15g、大黄 6g、芒硝 4.5g。

二剂，服后大便通畅，精神爽快，口干口渴减，胃纳渐佳，嘱予软食，细化果蔬，休药三天，怡其津液自然恢复。

三诊：腑实之证俱已消失，大便二天一行，复查血常规：WBC9.1G/L，RBC4.25T/L，HGB11.9G/L，PLT365G/L。但消瘦，声低气怯，四肢乏力，舌质淡苔白，脉细软无力，乃因久病及药石所致气阴两伤，建议出院居家调养。予补中益气汤加滋阴之品十帖，后以归脾汤善其后，并嘱其注意生活调摄，早睡早起，定时大便，适当粗食多食蔬菜，适度运动等。

三个月后随访，无所言苦，病后首次来月经，体重 37kg。三年后随访，面润气爽，大便再也未发生秘结现象，月经正常并已参加工作一年半，体重增至 43kg。

## 2 体会

2.1 本证邪热内结症状的同时，又有明显的消瘦、脉细等阴虚见症，笔者循“热泄阴自回”之理，有所舍弃，单刀直入，急下存阴，独泻功擅。如顾此必定失

彼，邪气不净，阴液难救，真阴益伤，本病案的后果也证实此选择是正确的。该证病程的闭经，是“无源则无流”之故，源足则经溢。补中、归脾调体也育经，故鱸魚与熊掌兼得。

2.2 重症病例，特别是住院病人，适当的时机，中医介入对于病情的改善有意想不到的效果。本病例适当适时使用中药通便，使住院十多天在短短的几天内治愈出院，说明临床上如能抓住中医辨证要点，从众多的症状中分析其主要病因，提纲挈领，作出恰如其分的诊断，对症下药，可有事半功倍之效。

2.3 似应对承气汤证的病名明晰化，即以具有“痞、满、燥、实”之阳明热结证，且使用大小承气汤、调胃承气汤、增液承气汤等有效的病证，将其诊断、治疗、疗效标准化，以指导业医者在临床中对症下药。

2.4 “便秘”为临床常见症状，现代生活节奏加快，人们饮食习惯的改变，锻炼意识薄弱，情绪紧张等是导致本病发生的原因。但通便方法不当、药品滥用也是造成该病日益增多的因素。而保持良好的心态，合理饮食，适度运动，戒烟节酒是避免和减少便秘，治疗便秘的最有效基础治疗。

编号：E-10022504（修回：2010-03-18）

（上接 6 页）

劳伤心脾，体虚失养……邪气干扰，机体阴阳平衡失调，阴阳失和，心神不安。《灵枢·邪客》：“今厥气客于五脏六腑，则卫气独行于外，行于阳，不得入于阴。行于阳则阳气盛，阳气盛则阳跷满，不复入于阴，阴虚，故目不瞑。”

4.1 气血生化无源，心不得养，神不得安《素问·六节脏象论》：“五味入口，藏于肠胃，味有所藏，以养五气，气和而生，津液相成，神乃自生。”睡眠的前提是心神安宁，心神依赖脾胃化生水谷精微的充养。气血充沛，心神得养，寤寐有时。脾胃的纳运出现异常，气血无源生化，阴血不足，心神失荣，不得安卧。

《灵枢·营卫生会》：“中焦亦并胃中……泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于肺脉，乃化而为血，以奉全身……”气血化源不足，五脏六腑生理功能都会出现异常，导致心脾两虚、心肾不交等病证，“卧不安”。即有：“壮者……老者之气血衰，其肌肉枯，气道涩，五藏之气相搏，其营气衰少，而卫气内乏，故昼不精而夜不瞑。”

4.2 气机升降失调，阴阳失和，斡旋失司：机体正常生理功能依赖营卫气机运行调畅。《灵枢·营卫生会》：

“人受气于谷……其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十而复大会。阴阳相贯，如环无端。”脾胃是气机升降的枢纽，脾胃气机不和，升降紊乱，影响到全身气机的通畅。

胃主降浊，通降下行；脾气主升，上举清阳。脾胃气机升降协调，方可阴阳相贯。脾胃气机升降紊乱，胃气通降下行失常，脾气升举清阳无道，上气不得下，下气不得上：胃不降，肺气肃降不行，心火下趋无路；脾不升，肝气疏泄不利，肾水上奉无缘。气机上下失通，斡旋无力。导致中焦气机停滞、肺气肃降不通而上逆为喘、肝气疏泄不利而滞结成郁、心肾亦不得正常交通等病证，扰乱营卫气血循行，阴阳失和，心神不宁，“卧不安”。

## 5 结语

仁者见仁，智者见智。“胃不和则卧不安”，不同的角度，不同的收获。《内经》的博大精深之处，也许就在这里。

## 参考文献：

[1] 山东中医学院.黄帝内经素问校释[M].人民卫生出版社,1982.5

编号：L10031101（修回：2010-03-19）



## 建立口腔负压治疗痔疮 50 例临床观察

### Clinical observation on 50 cases of haemorrhoids treated by oral cavity negative pressure

甄 诚<sup>1</sup> 吴冬姐<sup>2</sup> 魏璐婉<sup>1</sup> 王淑云<sup>1</sup> 李贵宝<sup>1</sup> 丁兆习<sup>1</sup> 刘执玉<sup>1</sup>

(1.山东大学医学院, 山东 济南, 250012; 2.济南市中医医院, 山东 济南, 250012)

中图分类号: R266 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0009-04 证型: BGD

**【摘要】** 目的: 探讨建立口腔负压治疗痔疮疗效及其机理。方法: 将 100 例痔疮患者随机分为 2 组, 治疗组采用“人体经络-血-淋巴激活仪”治疗, 对照组用马应龙麝香痔疮膏治疗, 经治疗观察 7 天后, 两组症状体征变化。结果: 在治疗 7 天后治疗组总体疗效优于对照组, 有显著性差异 ( $P < 0.05$ ); 治疗组与对照组比较, 在消除水肿、坠胀方面均有极显著性差异 ( $P < 0.01$ ), 在止痛, 止血, 减轻脱垂, 改善痔区黏膜充血方面差异显著 ( $P < 0.05$ )。以上结果表明应用“人体经络-血-淋巴激活仪”可明显提高治疗痔疮症状总疗效。结论: “人体经络-血-淋巴激活仪”用于痔疮治疗有显著疗效, 在消除水肿、缓解坠胀感、止痛、止血、减轻脱垂、改善痔区黏膜充血方面优于马应龙麝香痔疮膏。

**【关键词】** “人体经络-血-淋巴激活仪”; 马应龙麝香痔疮膏; 痔疮

**【Abstract】** Objective: Explore curative effect of negative pressure established in the oral cavity for treating haemorrhoids and its mechanism. Methods: to divide randomly 100 cases haemorrhoids patients into 2 groups, treatment group and control group. The equipment of stimulating meridians- blood-lymph was employed and the control group was treated with MAYINGLONG haemorrhoids mastic. Results: The changes in symptom and objective sign after 7 days. there is significant difference in total curative effect after 7 days treatment ( $P < 0.05$ ); The treatment group comparison to Control group, there is extreme significant difference in eliminating edema and relieving the feeling of fall and expand ( $P < 0.01$ ), there is significant difference in relieving pain, stop bleeding, relieving proctocentesis and improving mucosa hyperemia hemorrhoidal zone. ( $P < 0.05$ ). The result show that The equipment of stimulating meridians-blood-lymph elevate obviously total curative effect in treating haemorrhoids. Conclusion: there is obvious curative effect in treated haemorrhoids by The equipment of stimulating meridians-blood-lymph. It is superior to MAYINGLONG haemorrhoids mastic in eliminating edema and relieving the feeling of fall and expand, relieving pain, stop bleeding, relieving proctocentesis and improving mucosa hyperemia hemorrhoidal zone.

**【Key Words】** The equipment of stimulating meridians-blood-lymph; haemorrhoids

痔的肛门水肿、坠胀、疼痛、出血等症状都给患者造成相当大的痛苦, 尤其肛门疼痛、致使很多痔疮患者产生严重畏惧心理, 重者影响工作。水肿常常增加手术的难度, 长期的大量的出血可以导致贫血的发生。如何迅速消除或缓解这些症状, 西医普遍采用 1:5000 PP 液温水坐浴的方法, 中医多采用马应龙麝香痔疮膏肛内注射的方法。然而这些方法对于消除水肿、缓解坠胀、止痛、止血效果都不够明显, 多数病人达不到满意的疗效, 某些病人常常不得不进行手术治疗。最近我们采用“人体经络-血-淋巴激活仪”<sup>[1-3]</sup>, 用于痔疮治疗取得了显著疗效, 在消除水肿、

缓解坠胀、止痛、止血方面优于马应龙麝香痔疮膏, 效果满意, 深受患者欢迎, 现报告如下。

#### 1 资料与方法

##### 1.1 病员分组

共观察 80 例痔疮患者, 纳入病例均符合国家中医药管理局编著的《中医肛肠科病症诊断标准》, 将纳入病例随机分为 2 组: 治疗组 50 例, 男 37 例, 女 13 例, 年龄最大者 72 岁, 最小者 18 岁, 以 30~60 岁最多; 病程最短者 3 天, 最长者 13 年; 其中混合痔 10 例 (含环状混合痔 4 例), 内痔 12 例 (含三期内痔 6 例), 使用“人体经络-血-淋巴激活仪”治疗。对照

组 30 例，男 19 例，女 11 例；年龄最大 73 岁，最小 20 岁，以 30~60 岁最多；病程最短者 4 天，最长者 15 年；其中混合痔 9 例（含环状混合痔 3 例），内痔 11 例（含三期内痔 6 例），使用马应龙麝香痔疮膏治疗。两组患者性别、年龄、病情基本相似，具有可比性，采用单盲法观察。

1.2 资料分析：主要分析研究对象的性别、年龄、症状、体征情况（见表 1-3）。

表 1 两组患者性别构成比较 (n=例数)

组别	治疗组 (n=50)		对照组 (n=30)	
	例数	%	例数	%
男	37	74.00**	19	63.30**
女	13	26.00	11	36.70

注：男女两组性别构成经  $\chi^2$  检验，\*\* $P<0.01$ ，呈非常显著性差异。

表 2 两组患者年龄构成比较 (n=例数)

年龄	治疗组 (n=50)		对照组 (n=30)	
	例数	%	例数	%
<20 岁	3	6.00	2	4
21~40	32	64.00**	30	60.00**
41~60	14	28.00**	15	30.00**
>61 岁	1	2.00	3	6.00

注：两组平均年龄经  $t$  检验表明青壮年发病率显著高，\*\* $P>0.01$

表 3 两组临床症状与体征发生率比较 (n=例数)

项目	治疗组 (n=50)		对照组 (n=30)	
	例数	%	例数	%
水肿	45	90.00	30	100
坠胀	50	100	30	100
疼痛	49	98.00	26	86.70
出血	23	46.00	16	53.30
痔核脱垂	21	42.00	18	60.00

注：两组症状比较经统计学处理  $F$  检验： $P>0.05$ ，无统计学意义

### 1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组：采用《人体经络—血—淋巴激活仪》（济南世康医疗设备有限公司生产，型号；产品型号：SK-6618，专利号：200620088329.9）。

治疗原理：本设备具有调整人体腔内压力，增加腔内压力梯度差，最终使胸腔负压加大，也就是中心静脉压降低。这种腔内压力梯度的改变，导致人体经络—淋巴—血液的流体动力学改变，使微循环床代谢加快，特别是患病区域供氧能力增加，激活淋巴系统的免疫、清洁、修复三大功能。产生如下效应：

- 1.3.1.1 增强人体免疫能力。
- 1.3.1.2 加强代谢废物清除。
- 1.3.1.3 改善微循环内环境。
- 1.3.1.4 促进损伤细胞修复。
- 1.3.1.5 活血散瘀、消肿止痛。

用法：将《人体经络-血-淋巴激活仪》的硅胶嘴放入病人口中，调整设备施加脉冲式口腔压力维持在

0.04±0.002 之间。每位病人每日治疗一次，每次 20 分钟，7 次为一个疗程。

### 1.3.2 对照组

药物：马应龙麝香痔疮膏，采用武汉马应龙药业集团股份有限公司 国药准字 Z42021920，组成：麝香、牛黄、珍珠、琥珀、硼砂、冰片、炉甘石。功效：清热解毒止血，去腐生肌。用于痔疮肿痛出血。

用法及用量：每支 15ml，每日 1 次，每次 5ml，肛内注射。

### 1.4 诊断依据<sup>[4]</sup>

#### 1.4.1 内痔诊断依据

1.4.1.1 便血，色鲜红。

1.4.1.2 伴有肿物脱出肛外，便后可自行复位或不能自行复位。

1.4.1.3 肛门镜检查：齿线上方粘膜隆起。

#### 1.4.2 混合痔的诊断依据

1.4.2.1 便血及肛门部肿物，可有肛门坠胀、异物感或疼痛。

1.4.2.2 可伴有局部分泌物或瘙痒。

1.4.2.3 肛门镜检查：肛管内齿线上下同一方位出现肿物（齿线下亦可为赘皮）。

1.5 观察指标及疗效评价标准：参照《中药（新药）临床研究指导原则》拟定。主要观察两组的临床症状与体征、肛门镜检查情况。两组治疗前后各记录 1 次。为了使临床疗效判断更准确，将主要症状和体征根据其轻重程度进行量化，评定分值，判断疗效临床观察表评分如下：

1.5.1 水肿：0 分：肛缘皮肤柔软，无异常高突；2 分：肛缘皮肤光亮水肿，尚柔软；4 分：肛缘皮肤光亮水肿，局部红肿、变硬；6 分：除具上述症状外，部分皮肤糜烂、坏死。

1.5.2 肛门坠胀：0 分：无肛门坠胀或治疗后消失；2 分：肛内胀满感，便前明显，便后消失；4 分：肛内胀满感明显，伴下坠不适，便后不缓解；6 分：肛内胀满感较重，便意频频，欲便不解。

1.5.3 便血：0 分：无便血或治疗后便血消失；2 分：便时出血较少或手纸染血；4 分：便时或便后出鲜血，点滴而下；6 分：便鲜血，量较多，出血呈喷射状。

1.5.4 肛门疼痛：0 分：无肛门疼痛或治疗后疼痛消失；2 分：疼痛较轻，不需服镇痛药；4 分：疼痛较重。需服用止痛片类镇痛药；6 分：疼痛难以忍受，需服曲马多类镇痛药。

#### 1.5.5 痔核脱垂

0 分：无肿物脱出或治疗后消失；2 分：便后肿物脱出肛外，能自行复位；4 分：排便或增大腹压时肿

物脱出, 需休息后或手托复位; 6 分: 脱出肿物发生嵌顿, 不能复位。

### 1.5.6 肛镜观察

0 分: 痔区粘膜无充血、无隆起; 2 分: 痔区粘膜轻度充血、隆起, 其中 1 个痔核直径 $<1\text{cm}$ ; 4 分: 痔区粘膜明显充血, 色暗红, 痔体中度隆起, 其中 1 个痔核直径 $1\sim 2\text{cm}$ ; 6 分: 痔区粘膜充血严重, 部分或广泛糜烂, 痔体重度隆起, 其中 1 个痔核直径 $>2\text{cm}$ 。

疗效标准: 按尼莫地平公式计算治疗指数 ( $n$ )。

$n = (\text{疗前评分和} - \text{疗后评分和}) / \text{疗前评分和} \times 100\%$ 。

1.6 总疗效评价方法: 全国高等中医药教材《中医外科学》第六版及 1995 年国家中医药管理局颁布的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》, 结合本病的证候特点, 将痔病纳入观察

1.6.1 痊愈: 症状消失, 痔核消失或全部萎缩, 治疗指数为 100%。

1.6.2 有效: 症状改善, 脱出痔块消除, 肛门功能恢复正常, 治疗指数 $<100\%$ , 但 $>75\%$ 。

1.6.3 有效: 症状改善, 脱出痔块缩小, 治疗指数 $<75\%$ , 但 $\geq 25\%$ 。

1.6.4 无效: 症状和体征均无变化, 治疗指数 $<25\%$ 。

### 1.7 统计学方法

主要采用 PEMS3.1 统计软件进行分析。有关检验给出的检验统计量及其对应的  $P$  值, 用双侧检验, 以  $P \leq 0.05$  为有统计学意义。所有计量资料用均数 $\pm$ 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 先进行方差齐性检验, 方差齐则组内采用配对比较的  $t$  检验, 组间采用二样本比较的  $t$  检验; 方差不齐则采用配对秩和检验, 组间采用二样本比较的秩和检验。计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

疗效观察结果见表 4, 5, 6, 7, 8。

表 4 两组总疗效比较 ( $n = \text{例数}$ )

组别	例数	痊愈%	显效%	有效%	无效%	总有效率%
治疗组	50	16	12	21	1	98.00**
对照组	30	3	9	10	8	73.30

由表 4:  $**P < 0.01$ , 总有效率均有显著性差异。可以认为两种方法的检验结果不同, “激活人体血—淋巴设备” 治疗痔疮总有效率明显优于对照组, 具有极显著性差异。

表 5 两组治疗前后痔疮水肿症状观察指标评分的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

观察指标	治疗组		对照组	
	治疗前评分	治疗后评分	治疗前评分	治疗后评分
水肿	3.21 $\pm$ 1.53	0.49 $\pm$ 0.24**	2.87 $\pm$ 1.69	1.72 $\pm$ 0.73

由表 5:  $**P < 0.01$ , 可以认为两种方法的检验结果不同, “激活人体血—淋巴设备” 治疗痔疮水肿症状

有效率明显优于对照组, 具有极显著性差异。

表 6 两组治疗前后痔疮坠胀症状观察指标评分的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

观察指标	治疗组		对照组	
	治疗前评分	治疗后评分	治疗前评分	治疗后评分
坠胀	3.84 $\pm$ 1.04	1.21 $\pm$ 0.44**	3.86 $\pm$ 1.15	2.60 $\pm$ 0.55

由表 6 显示  $**P < 0.01$ , 可以认为两种方法的检验结果不同, “激活人体血—淋巴设备” 治疗痔疮坠胀症状有效率明显优于对照组, 具有极显著性差异。

表 7 两组治疗前后痔疮出血症状观察指标评分的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

观察指标	治疗组		对照组	
	治疗前评分	治疗后评分	治疗前评分	治疗后评分
出血	3.53 $\pm$ 1.53	0.53 $\pm$ 0.32**	3.21 $\pm$ 1.46	0.98 $\pm$ 0.45

由表 7:  $**P < 0.05$ , 可以认为两种方法的检验结果不同, “激活人体血—淋巴设备” 治疗痔疮出血症状有效率明显优于对照组, 具有显著性差异。

表 8 两组治疗前后痔疮疼痛症状观察指标评分的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

观察指标	治疗组		对照组	
	治疗前评分	治疗后评分	治疗前评分	治疗后评分
疼痛	4.26 $\pm$ 1.23	0.84 $\pm$ 0.24**	3.95 $\pm$ 1.82	1.42 $\pm$ 0.51

由表 8:  $**P < 0.05$ , 可以认为两种方法的检验结果不同, “激活人体血—淋巴设备” 治疗痔疮疼痛症状有效率明显优于对照组, 具有显著性差异。

表 9 两组治疗前后痔疮脱垂症状观察指标评分的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

观察指标	治疗组		对照组	
	治疗前评分	治疗后评分	治疗前评分	治疗后评分
脱垂	2.65 $\pm$ 1.12	0.46 $\pm$ 0.38**	2.58 $\pm$ 1.05	0.58 $\pm$ 0.47

由表 9:  $**P < 0.05$ , 可以认为两种方法的检验结果不同, “激活人体血—淋巴设备” 治疗痔疮脱垂症状有效率明显优于对照组, 具有显著性差异。

表 10 两组治疗前后肛镜观察内痔观察指标评分的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

观察指标	治疗组		对照组	
	治疗前评分	治疗后评分	治疗前评分	治疗后评分
肛镜 观察内痔	3.60 $\pm$ 1.02	1.81 $\pm$ 0.42*	3.51 $\pm$ 0.57	2.12 $\pm$ 0.96

由表 10:  $P < 0.05$ , 可以认为两种方法的检验结果不同, “激活人体血—淋巴设备” 改善痔区黏膜充血体积的有效率明显优于对照组, 具有显著性差异。

## 3 讨论

### 3.1 病因病机的讨论

#### 3.1.1 中医论痔的病因病机

饮食不节: 《素问》云: “风客淫气, 精乃亡, 邪伤肝也。因而饱食, 筋脉横解, 肠澼为痔” [3]。提出在肝伤虚损的前提下, 饮食不节与痔发生的关系; 并指出筋弛脉纵而为痔, 这与现代部分学者的肛垫内肌

断裂松弛学说及静脉曲张学说可能有相似之处。《疮疡经验全书》具体指出：“饮食不节，醉饱无时，恣食肥腻。胡椒辛辣，炙博醪酒，禽兽异物，任情醉饱……乃生五痔”。饮食过饱，过多食用肥腻炙博的肉类，易生湿积热；大量饮用烈酒及辣椒、胡椒、姜、葱、蒜、肉桂等热性调味品，可刺激肛门直肠黏膜，使之充血灼痛，所以古人认为痔的发生与饮食有密切关系。

久泻、久痢、久咳：《备急千金要方》曰：“久下不止，多生此病。”《医宗金鉴》<sup>[6]</sup>亦曰：“有久泻久痢而生痔者”，“久病咳嗽而后生痔者”。因久痢、久泻使脾气亏耗，运化失健湿浊内生。久咳伤肺，肺与大肠相表里，最后导致大肠之气不足，于是气血流注，湿浊聚于肛门而为痔。

久坐久行，负重远行：久坐久站使气血不和，负重远行则耗气而虚，均使气血、邪毒瘀积于肛门。

妊娠及月经失调：妇人因经后伤冷，月事伤风，余血心经、血流于大肠，则生痔”的论说，《黄帝内经》<sup>[5]</sup>指出：“痔者皆因脏腑本虚，外伤风湿，内疽热毒，醉饮交接，多欲自戕，以致气血下坠，结聚肛门，宿滞不散，而冲突为痔者。”

《诸病源候论》曰：“忍大便不出，久为气痔。”窦汉卿指出：“恣意耽看，久忍大便，逐致阴阳不合，关格壅塞，风热下冲，乃生五痔。”历代医家都认为便秘是发生痔的病因之一，因长期便秘，粪便蓄积直肠，可使周围血行受阻，瘀积成痔。

### 3.1.2 西医对痔的发病机理探讨

静脉曲张学说认为痔是有肛管黏膜下静脉曲张所致。根据门静脉及其属支无静脉瓣的解剖学特点，指出痔静脉曲张与人的直立位受液体静力压的作用有关，超限度的腹内压增高是成痔的重要因素<sup>[6]</sup>。有人认为痔是一种勃起组织化生而成，痔的本质是血管瘤。还有肛管狭窄学说者认为纤维带收缩造成肛管狭窄，致使粪便通过时括约肌不能完全松弛，粪便只能在压力下被挤出，因而痔静脉丛在纤维带与粪块之间受到挤压，引起充血扩张而成痔。也有作者肛垫下移学说强调若肛垫上方直肠黏膜下支持组织破坏导致肛垫下移或脱出即成痔病<sup>[7-9]</sup>。

### 3.2 结论

本研究结果显示治疗 7 天后治疗组总体疗效优于对照组，有显著性差异 ( $P < 0.05$ )；治疗组与对照组比较，在消除水肿、坠胀方面均有极显著性差异

( $P < 0.01$ )，在止痛，止血方面差异显著 ( $P < 0.05$ )。表明应用《人体经络一血一淋巴激活仪》可明显提高治疗痔疮症状总有疗效率。分析其机制主要是充分利

用肛门直肠这个淋巴和血液循环最丰富和发达的交通枢纽。而“人体经络一血一淋巴激活仪”通过体腔内的腔隙压力梯度变化，经络一淋巴一血液流体动力学改变，正负压调控，找到了激活人体经络一血一淋巴系统和加强血一淋巴回流动力的方法，由此大大增强经络一血一淋巴循环，改善微循环床的氧供，促进了血液回流。这是由于肛周部位淋巴一门静脉一体静脉的交合处，腔隙压力梯度的变化，促进淋巴回流，改善局部微环境，使痔体萎缩；它还可以提高人体自身的免疫功能和康复效率<sup>[10-11]</sup>。

通过临床试用，证实《人体经络一血一淋巴激活仪》是以中、西医基础理论为指导，调整内分泌、促进新陈代谢、提高机体免疫功能；增强淋巴效能与效力，改善血液一淋巴微循环。其效能完全达到了上述中西医结合治疗疾病的前沿技术，疗效显著。有提高机体免疫、清洁、修复等功能；能消炎止痛、活血化瘀、散结消肿；可达到理想的治疗效果；并免除了痔疮治疗中服用过多药物的副作用。并免除了痔疮手术中患者的疼痛，做到了无创伤、无痛、无介入、无辐射的绿色治疗方式。

### 参考文献：

[1] Zhiyu Liu Luwan Wei: Importance of research to stimulate the effectiveness and efficiency of lymphatic system. US Chinese Journal of Lymphology and Oncology, 2006, Vol.5(2):49-50

[2] Yunhai Fang, Yuxiang He, Zhiyu Liu: Negative pressure in pharyngo-oral cavity can treat lymphedema and related disorders, Medical Hypotheses (2008) 70, 886-887

[3] 姜世英, 刘嵘, 刘执玉. 当代负压医疗机理探讨[J]. 科学研究月刊, 美国教育科技出版社, 香港新闻出版社, 总第 53 期: 2009, 7: 101-110

[4] 胡伯虎, 李宁汉. 实用痔瘘学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1988

[6] 吴阶平, 裘法祖. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1988: 1163

[7] 痔临床诊治指南(草案)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8-7

[8] 姜春英. 三木痔速愈药盒治疗痔疮的临床研究[J]. 山东中医药大学学报, 2005, 7: 274

[9] 张东铭. 痔病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 60

[10] 刘执玉. 激发淋巴系统效能与效率研究的重要性[J]. 解剖学杂志, 29 vpl. 29 Suppl. 46

[11] 刘执玉. 淋巴的基础与临床[M]. 科学技术出版社, 2003: 324-331

### 作者简介：

丁兆习，博士，副教授。  
刘执玉，教授，博导。

### 基金项目：

山东省自然科学基金课题，编号：2008ZRA01001  
编号：E-100331901（修回：2010-03-19）

# 中医辨证治疗老年肺炎 60 例临床观察

## Clinical observation on 60 cases of gerontism pneumonia treated by differentiation of symptoms and signs of TCM

高 英

(长春市绿园区中医院, 吉林 长春, 130062)

中图分类号: R563.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0013-02 证型: GI

**【摘要】** 肺炎是老年人常见的呼吸系统疾病, 属中医风温、冬温。本文通过对 60 例老年肺炎患者的临床治疗进行系统观察, 经过相关的统计学分析, 得出以下结论: 中医辨证治疗老年肺炎的有效率高达 83.3%, 明显高于对照组, 中医药在治疗该病上有确切的临床意义。

**【关键词】** 中医辨证; 老年肺炎; 临床观察

**【Abstract】** pneumonia is the frequent disease of respiratory system for the aged which belongs to anemogenous febrile disease, winter febrile syndrome of TCM. This text make systematic observation on clinical treatment of 60 cases of gerontism pneumonia, and through dependent statistics analysis arrive at this conclusion: effective power of differentiation of symptoms and signs of TCM to treat gerontism pneumonia reach 83.3% which is higher than control group obviously. TCM has clinical significance on treating this disease.

**【Key words】** differentiation of symptoms and signs of TCM; gerontism pneumonia; clinical observation

肺内感染是老年人的常见病, 特别是在体质差和伴有其他疾病时更易发生, 严重时可导致老年人多脏器功能衰竭, 具有起病急、变化快、死亡率高的特点, 为严重威胁老年人生命的疾病之一。同时, 由于老年人生理功能老化, 脏腑功能衰退, 阴阳气血虚衰, 常有多种宿疾, 故在病程中多以虚为主, 而出现正虚邪实见证, 其临床表现形式多样化, 症状多不典型, 而以兼挟症、寒热错杂证居多。因此对老年肺炎的治疗不能局限于风寒束肺或风热犯肺, 应抓住老年人多脏器虚损的特点, 以辨病和辨证施治相结合, 扶正祛邪, 并以病人的元气恢复, 病症痊愈或完全缓解。为探讨其更加有效的辨证论治方法, 笔者收集了本院自 2007 年至 2009 年收治的老年肺炎患者, 对其进行了系统的临床观察, 并对该结论进行了初步分析。

### 1 对象与方法

#### 1.1 病例选择标准

①患者年龄大于或等于 60 岁; ②起病较急、寒战、发热、咳嗽、气促、咯白或黄粘痰或铁锈色痰等症状; 肺部体征有患侧呼吸运动减弱, 呼吸音减低或闻及湿性罗音, 大片实变时可见局部叩浊音, 语颤增强, 可闻及支气管呼吸音或湿性罗音; ③治疗前均经胸部 X 线证实肺部炎性改变; ④血常规显示白细胞增多, 中性粒细胞比例增高和核左移现象; ⑤痰培养分离出致病菌。

符合上述 5 项中①、②项及③~⑤项中之一项者列为观察对象, 不符合上述标准者均不纳入选择范围。

#### 1.2 一般临床资料

此 60 例患者均来源于本院, 其中男 34 例, 女 26 例。平均年龄为 65.2 岁。疾病诱因因为感冒 24 例, 受寒 13 例, 淋雨 11 例, 过劳 2 例。嗜烟 25 例, 饮酒 20 例。基础疾病有慢性气管炎 20 例, 胃、12 指肠球溃疡 5 例, 肝病 4 例, 高血压 28 例, 冠心病 20 例、肾炎 2 例, 糖尿病 5 例。合并两种疾病者 6 例。

#### 1.3 病情分级标准

轻型: 一般情况较好, 低热或不发热, 轻微咳嗽或不咳嗽, 咯痰量在 10~50mL 之间, 喘轻微或不喘, 肺部实变体征及湿罗音范围小, 胸部 X 线示轻度炎性改变, 无并发症。

中型: 一般情况尚可, 中等度发热, 咳嗽较多, 昼夜咯痰量在 51~100mL 之间, 或伴较明显喘息, 肺部实变体征或湿罗音范围较大, 胸部 X 线示炎性浸润较明显, 无并发症或并发症微。

重型: 一般情况较差, 高热或体温不升, 咳嗽频繁或阵咳, 影响工作及睡眠, 昼夜咯痰量 100mL 以上, 或喘息不能平卧, 肺部实变体征或湿罗音范围大, 胸部 X 线示大片炎性改变, 发症多, 且较重。

#### 1.4 治疗方法

将以上 60 例患者随机分为两组, 每组 30 例, 并

经统计学分析,其两组患者在性别、年龄、病情、兼证等方面均无显著差别。治疗组给予中医辨证论治治疗。辨证施治

### 1.4.1 风热犯肺

证见发热微恶风寒,咳嗽少痰,头痛口微渴,胸痛,舌尖红苔薄苔或薄黄,脉浮数。治以疏风清热,宣肺化痰。方用银翘散加减:银花、连翘、芦根、杏仁、桔梗、前胡、薄荷、荆芥穗、鱼腥草等。

### 1.4.2 热毒壅肺

证见高热烦躁,咳喘胸痛,或痰中带血,便干溲赤,舌红苔黄,脉数。治以清热解毒,宣肺平喘。方用麻杏甘石汤加味:麻黄、杏仁、生石膏、甘草、知母、芦根、鱼腥草等。

### 1.4.3 痰热阻肺

证见发热胸痛,咳嗽黄痰,胸闷憋气,恶心呕吐,舌红苔黄腻,脉弦滑或弦数。治以清热祛湿,化痰止咳。方用篙芬清胆汤加减:青篙、黄芩、陈皮、半夏、竹茹、杏仁、瓜蒌等。

### 1.4.4 热毒内陷

证见高热烦躁,呼吸急促,神志欠清,时有谵语,甚至昏迷抽搐,舌绛无苔,脉细数。治以清营解毒,清心开窍。方用清营汤合清宫汤加减。水牛角、连翘、玄参、生地、黄连、麦冬、菖蒲、远志、银花等。

### 1.4.5 肺阴亏虚

证见干咳无痰,午后低热,口咽干燥,气短乏力,手足心热,舌红无苔,脉沉细数。治以滋阴益气,润肺止咳,方用生脉散加味:太子参、麦冬、五味子、沙参、川贝、杏仁、天花粉等。对出现咳嗽气喘,体温下降,面色苍白,汗出不止,四肢逆冷,脉微欲绝的阳气欲脱证,需急用参附汤加味,以益气固脱,回阳救逆,并加用西药积极抢救。

对照组给予西药头孢噻肟钠(东北制药总厂),具体用药用量相见其药品说明书。两组疗程均为2周。

### 1.5 疗效评定标准<sup>[1]</sup>

治愈:临床症状消失,体征消失,体温恢复正常,停药72h后不再升高,胸片、血常规、痰培养等客观指标均恢复正常;

显效:病情明显改善,但症状、体征、实验室检查及病原学检查中有1项未达正常指标;

好转:用药72h后病情有好转,但病情控制不理想,需加用其它抗菌药物才能控制者;

无效:用药72h后病情无明显好转或病情加重者。治愈和显效计为有效。

1.6 统计方法:计数资料用卡方检验,组间疗效比较用等级序值法。

## 2 结果与分析

### 2.1 总疗效结果

组别	n	治愈	显效	好转	无效	有效率
治疗组	30	17	8	3	2	83.3%
对照组	30	9	11	3	7	66.6%

注:经统计学分析治疗组疗效明显优于对照组。

### 2.2 主要症候消失情况

组别	n	发热	咳嗽	血常规异常	胸片异常
治疗组	治疗前	30	12	21	20
	治疗后	30	0	1	3
对照组	治疗前	30	11	22	19
	治疗后	30	2	5	6

注:经卡方检验,治疗组的症状改善情况明显优于对照组。

2.3 不良反应:2组均未发生明显不良反应及明显肝、肾功能损害和血细胞下降。

## 3 讨论

中医对肺炎的治疗是“治本求源攻咳喘”,咳喘的病因是“痰、火、瘀、寒和热”,与肺、脾、肾三脏的关系最为密切。多病邪内侵,合并症发作是老年肺炎特点<sup>[2]</sup>。年高虚弱,人老体弱,免疫功能减弱,抵抗力降低,易感受外邪,也易内传,甚至引起阳气欲脱之证。并且基础疾病、合并症多,使病情复杂,治疗困难。故对老年肺炎治疗应及时,辨证要准确,还要兼顾其它疾病,重症应给予中西医结合治疗,且需配合支持疗法及加强护理。根据病情特点变通用药符合辨证原则。①本病属温病范畴,温病忌汗,故不宜用过辛温之品,以免伤阴助热;②老年人年老体弱,邪犯肺卫时,旨在引邪外出,应慎用苦寒药物,防止邪留不解,好伐正气;③大便燥结者,注意清里通下,肺与大肠表里,腑气一通,则肺热下行,且能排除毒热同时又不可苦寒太过;④温邪易耗津伤液,可酌情在清解之中加生津育阴之品,以提高疗效;⑤因老年人病情较复杂,应重视基础疾病及合并症的治疗。

增强体质避免体虚受邪是预防老年人肺炎的有效方法。平时注意身体锻炼,适当体力活动以增强体质,提高机体的抗病能力。同时还应保持情绪稳定,精神愉快,避免恼怒则气流畅,使阴阳平衡,维持机体正常防御功能。必要时应戒除烟酒,消除烟雾对肺的刺激,因为烟酒皆为辛热之品,久用过用则生内热,易感外邪而发病。适应天时,防止淋雨受寒,防止感冒以减少肺炎发生。

### 参考文献:

[1]赵谢兰,彭捷,刘魏,等.哌拉西林/他唑巴坦治疗血液病合并感染的疗效观察[J].中华医院感染学,2003,13(8):780

[2]赵绍琴.中医杂志[J].1985,26(10):6

# 葎草通淋煎治疗泌尿系感染的疗效观察

## Clinical research of using kanamugura stranguria relieving decoctum in treatment of urinary tract infection

黄桂华<sup>1</sup> 于金英<sup>1</sup> 王剑发<sup>2</sup>

(1.德州学院, 山东 德州, 253023;

2.德州学院德州市医学科学研究所, 山东 德州, 253023)

中图分类号: R691.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0015-02 证型: IDG

**【摘要】** 目的: 观察葎草通淋煎剂治疗泌尿系感染下焦湿热型淋证的疗效。方法: 将门诊病人分为治疗组 66 例, 给予葎草通淋煎口服; 对照组 58 例, 给予三金片口服, 均观察治疗前后中医湿热症状, 检查尿白细胞, 2 周为一疗程。结果: 治疗组总有效率 92.4%, 未见明显不良反应; 对照组总有效率 79.3%, 两组比较有显著性差异 ( $P < 0.05$ )。结论: 疗效确切, 无毒副作用, 对泌尿系感染具有良好的治疗作用。

**【关键词】** 泌尿系感染; 淋证; 葎草通淋煎

**【Abstract】** To investigate and study the clinical effect of using kanamugura stranguria relieving decoctum treating urinary tract infection. The outpatients with urinary tract infection were randomly divided into treatment group of 66 patients and control group of 58 patients, the observation period was two weeks. Results: The total validity of the treatment group are 92.4%, there was not the obvious untoward effect; The total validity of the control group are 79.3%. There was significant difference in two groups ( $P < 0.05$ ).

**【Key words】** Urinary tract infection; Gonorrhoea; Kanamugura stranguria relieving decoctum

2003~2006 年间, 我们利用当地药材资源自拟葎草通淋煎剂, 对下焦湿热型泌尿系感染进行观察治疗, 取得显著疗效, 现报道如下:

### 1 临床资料

本组 124 例均为门诊选择病人。随机分设为治疗组和对照组。治疗组 66 例, 女 39 例, 男 27 例; 年龄 20~56 岁; 病程最短 2 天, 最长 2 个月, 其中 7 例对喹诺酮类产生抗药性。病种为急性膀胱炎 12 例, 急性尿道炎 9 例, 急性肾盂肾炎 6 例, 慢性肾盂肾炎急性发作 38 例; 对照组 58 例, 女 32 例, 男 26 例; 年龄 19~62 岁; 病程最短 3 天, 最长 2 个月, 其中 5 例对喹诺酮类药物不敏感, 病种为急性膀胱炎 11 例, 急性尿道炎 7 例, 急性肾盂肾炎 5 例, 慢性肾盂肾炎急性发作 35 例。两组病例经统计学处理无显著性差异 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

中医湿热型淋证辨证标准: 主证: ①不同程度小便短数, 淋漓涩痛, 尿色黄赤; ②尿频, 少腹拘急, 或伴腰痛; 次证: ①呕恶; ②寒热; ③口苦, 或便秘; ④舌尖溃烂, 舌红, 苔薄黄, 或苔白腻, 或舌淡, 苔

薄黄白相兼, 脉滑数, 或弦滑。具备以上主证或次证中的一项, 即可诊断。急性肾盂肾炎: 寒颤、发热、腰背痛及尿痛、尿频, 尿中白细胞增多, 尿细菌阳性。

慢性肾盂肾炎: 肾盂肾炎迁延不愈, 病程超过半年。

### 2 诊断标准

参照《实用中西医结合诊断治疗学》<sup>[1]</sup>并符合《临床疾病诊断依据好转治愈标准》<sup>[2]</sup>中, 有关泌尿系感染, 急、慢性肾盂肾炎及中医湿热型淋证诊断标准制定。

### 3 治疗方法

治疗组 66 例, 口服葎草通淋煎。组成: 葎草 30~40g, 白茅根、车前子各 10g、蒲公英、虎杖各 15g, 为 1 剂。医院制剂室自动煎药机水煎包装, 每剂 125ml × 3, 每日 1 剂, 分 3 次, 病位在下, 主以饭前服用, 2 周为 1 疗程。

对照组 58 例, 口服三金片 (由桂林三金药业股份有限公司出品), 每次 6 片, 3 次/d, 2 周为 1 疗程。

两组病人治疗期间均不用其他治疗方法及药物。

#### 4 观察项目

观察治疗前后中医湿热症状，检查尿白细胞。安全性指标可查肝、肾功能，血常规，心电图。

#### 5 疗效标准

根据《实用中西医结合诊断治疗学》<sup>[1]</sup>，亦符合《临床疾病诊断依据好转治愈标准》<sup>[2]</sup>所定疗效标准判定疗效。治愈：疗程完毕后临床症状消失，尿常规

正常；显效：临床症状消失或不完全消失，尿常规正常或白细胞≤5（每高倍视野）；有效：临床症状改善，白细胞3+→+，或+→±；无效：临床症状改善不明显，尿常规无改善。

#### 6 治疗结果

6.1 两组临床疗效比较，以临床症状的有无为标准，见表1。

表1 两组临床疗效对比

	n	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	66	31	17	13	5	92.4%
对照组	58	21	11	14	12	79.3%

注：与对照组相比：P<0.05。

#### 6.2 治疗前后尿常规比较，见表2。

表2 治疗前后尿常规比较

	n		蛋白尿	RBC	WBC(+)	RBC	WBC(+)	WBC(+)
治疗组	66	治前		15		18		33
		治后		0		1		4
对照组	58	治前		12		15		31
		治后		3		3		6

注：治疗组治疗前后比较 P<0.05 与对照组治疗后比较 P>0.05。

#### 7 讨论

泌尿系感染是指病原体在尿中生长繁殖，侵犯尿道黏膜组织所致之炎症，是临床常见的肾内科病症。不同年龄组男女的发病率不一，成年女性约20%~35%一生中曾患过此病<sup>[3]</sup>。虽然现代医学对本病的治疗有了较快发展，但本病发病率、复发率并未随着抗生素的发展而降低。本病相当于中医淋证的范畴，而淋证之名，首见于《内经》，有“淋”、“淋洩”、“淋满”等病证，临床是以小便频急、淋漓不尽、尿道涩痛、小腹拘急或痛引腰腹为主要特征，其病机历代医家早有论述，如《证治准绳》云：“淋病必热盛生湿，湿盛则水液混浊凝结为淋。”《丹溪心法》认为“淋有五，皆属于热。”隋·巢元方也说“诸淋者，由肾虚而膀胱热也”。从诸多医家的论述知本病实为湿热疫毒之气，下注膀胱，而致膀胱失约，气化不利发为淋病，说明湿热蕴结是根本病因，其病位在肾和膀胱。方中萹草，别名拉拉秧、割人藤，为桑科植物萹草之全草，《本草正义》认为其“苦寒泄降，主湿热壅塞之实证。”《唐本草》云其“主五淋，利小便”；白茅根甘寒，利水导热下行，更能清热凉血止血，《滇南本草》云其“善治血淋，利小便。”《别录》说其“下五淋，除客热在肠胃”；车前子甘寒，《本草经疏》言“入肾肝小肠膀胱经。”“专去肾之邪水。”《医学启源》云“主小便不通，导小肠中热。”《日华子本草》亦云其“通小便淋涩”，实为清热利水之功；蒲公英味苦甘寒，有清热解毒利尿散结之妙，《滇南本草》言其“止小便血，主五淋癰

闭，利膀胱”；虎杖，别名苦杖，具苦平之性味，《本草纲目》记载：“许学士《本事方》：治男妇诸般淋疾”，《滇南本草》言其“利小便，走经络，治五淋白浊”；以上诸药合用，共筑清热解毒，利湿通淋之功，实为驱散湿热蕴邪之猛剂。《本草纲目》又言白茅根“主劳伤虚羸，补中益气”，萹草“润三焦，消五谷，益五脏”，公英“乌须发，壮筋骨”，《医林纂要》还认为虎杖“坚肾，强阳益精，壮筋骨，增气力”，故本剂在攻邪之中又寓补而不必顾虑伤正。临床观察表明，应用萹草通淋煎治疗组总有效率达92.4%，湿热症状的改善也明显的优于对照组，与对照组治疗前后的症状、体征、尿常规检验对比有着显著性的差异。通过实验室观察多项化验指标，也证实安全性指标无异常改变，说明本剂组方合理，疗效确切，无毒副作用，对泌尿系感染具有良好的治疗作用。体现了中医中药简、便、验、廉的优势，值得在基层推广使用。

#### 参考文献：

- [1]陈贵廷,杨树澍.实用中西医结合诊断治疗学[M].北京:中国医药科技出版社,1991:538-539
- [2]孙传兴.临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].北京:人民军医出版社,1998:136-137,324
- [3]陈灏珠.实用内科学[M].第10版.北京:人民卫生出版社,1998:1842

#### 作者简介：

黄桂华(1962-),女,山东临邑人,本科学历,德州学院高级讲师,从事教学工作26年。

编号: E-100332190 (修回: 2010-03-21)



# 自拟溃疡汤治疗消化性溃疡 39 例

## Treating 39 cases of peptic ulcer with self-ulcer decoction

谷建平

(锦州市中医院, 辽宁 锦州, 121013)

中图分类号: R656.6+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0017-01 证型: IGDA

**【摘要】** 目的: 观察自拟溃疡汤治疗消化性溃疡的疗效。方法: 将消化性溃疡患者 78 例, 随机分成治疗组和对照组 39 例。对照组采用西医常规治疗, 治疗组以自拟溃疡汤为基础辨证加减, 口服汤剂用药。结果: 治疗组有效率 92.3%, 优于对照组 66.7%, 两组有显著性差异 ( $P < 0.01$ )。结论: 自拟溃疡汤在治疗消化性溃疡中疗效肯定。

**【关键词】** 消化性溃疡; 自拟溃疡汤

自 2005 年 3 月~2009 年 2 月笔者应用自拟溃疡汤治疗消化性溃疡, 获得较好疗效, 结果报道如下:

### 1 临床资料

共观察 78 例, 均参照《慢性胃炎中西医结合诊断辨证和疗效标准》<sup>[1]</sup>中有关消化性溃疡的诊断标准拟定。临床表现有脘痛腹胀、食欲不振、暖气吞酸嘈杂或疼痛多有节律性。①慢性过程, 周期性发作, ②节律性疼痛等症状。胃镜下 (主要发生在胃及十二指肠球部) 及 X 线钡餐检查, 全部病例均排除占位性病变。年龄 21~72 岁, 平均 (45±25) 岁, 病程 9 个月~8 年, 随机分为治疗组 39 例, 对照组 39 例。2 组性别, 年龄、病程等方面资料经统计学处理, 差异均无显著性意义, ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 2 治疗方法

#### 2.1 治疗组

采用自拟溃疡汤治疗。药物组成: 香附 15g、苍术 15g、川芎 15g、神曲 15g、桅子 15g、公英 15g、海螵蛸 15g、大贝 15g、党参 15g、陈皮 15g、白术 15g、半夏 15g。加减: 肋胀痛者, 加枳壳 15g、青皮 15g、郁金 15g; 大便秘结者加大黄 15g; 胃热明显者加连翘 15g、黄连 15g; 胃阴不足加沙参、石斛; 中焦虚寒去桅子加生姜、吴萸。每日 1 剂, 水煎 2 次, 取 400ml, 分 2 次服, 4 周为 1 疗程。

#### 2.2 对照组

口服雷尼替丁, 每次 150mg, 每日 2 次, 早晚空腹服; 阿莫西林, 每日三次, 餐前半小时口服。4 周为 1 个疗程。

### 3 疗效观察

#### 3.1 疗效标准

参照《慢性胃炎中西医结合诊断辨证和疗效标准》<sup>[1]</sup>中有关消化性溃疡的诊断标准拟定。治愈: 临床症

状全消, 胃镜检查或钡餐透视基本正常, 症状积分及胃镜积分为 0 分。显效: 临床主要症状大部分消失或明显好转, 胃镜检查溃疡面减少并缩小, 治疗后症状积分比治疗前降低  $> 2/3$ 。有效: 临床主要症状疗效部分消失或好转, 胃镜检查溃疡面缩小, 治疗症状积分及胃镜积分比治疗前降低  $> 1/3$  但  $< 2/3$ 。无效: 治疗前后主要症状及胃镜检查无变化或加重。

#### 3.2 2 组临床疗效比较

治疗组 39 例, 治愈 17 例, 显效 12 例, 有效 7 例, 无效 3 例。总有效率 92.3%; 对照组 39 例, 治愈 5 例, 显效 11 例, 有效 10 例, 无效 13 例, 总有效率 66.7%。2 组显效率, 总有效率比较, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ )。提示治疗组疗效明显优于对照组。

### 4 讨论

消化性溃疡, 属于中医胃痛范畴。究其原因: 一是脾胃虚弱, 情志所伤, 忧思恼怒, 肝气横逆犯胃, 胃失和降。二是饮食所作, 饥饱无常, 损伤脾胃, 脾不运化, 胃气不降, 气机阻滞。尤以肝失疏泄, 最为密切。正如《沈氏尊生书·胃痛》所说: “胃痛, 邪于胃脘病也……唯肝气相乘为尤甚, 以木性暴, 且正克也。”方中香附、苍术、川芎、桅子、神曲此五味乃越鞠丸方, 为通治六郁之剂, 着重于行气解郁, 气行则血行, 气畅则痰大诸郁自解, 闷痛可除; 海螵蛸、大贝有制酸止痛, 收饮止血之效, 可促进溃疡面愈合; 党参、白术, 健脾益气; 半夏、陈皮燥湿和中。诸药合用, 标本兼治, 有行气解郁, 健脾和胃, 制酸止痛, 收饮止血之功。

#### 参考文献:

[1] 中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊断辨证和疗效标准[J]. 中国中西医结合杂志, 1990, 10(5): 319

编号: EA-100317187 (修回: 2010-03-19)

# 利湿疏肝法治疗急性无黄疸型肝炎 60 例

## A study on treatment of 60 cases of acute non-icteric hepatitis by resolving dampness and soothing the liver

董怀文 孙金鑫

(山东省高密市人民医院, 山东 高密, 261500)

中图分类号: R 575.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0018-01 证型: IGD

近年来对入院的 60 例急性无黄疸型肝炎以中药疏肝利湿法为主治疗, 与常规西药治疗组 40 例比较, 疗效良好。现总结如下。

### 1 临床资料

100 例病人中男 68 例, 女 32 例; 年龄 12~67 岁, 平均年龄 32 岁。病程 3~15 天, 平均 9 天。其中甲型肝炎 33 例, 乙型肝炎 27 例, 丙型肝炎 2 例, 戊型肝炎 38 例。100 例病人均符合 2000 年西安第六届全国传染病与寄生虫病学术会议制定的病毒性肝炎诊断标准: 既往无肝炎病史, 有明确的肝炎病人密切接触史, 皮肤巩膜无黄染, 近期出现的持续几天以上的无其他原因可解释的上消化道症状, 如乏力、纳差、恶心、呕吐、厌油、肝区疼痛、肝脾肿大、肝区叩击痛等。谷丙转氨酶 (ALT) 在 200~4325U/L 之间。随机分为两组, 两组性别、年龄、病程、实验室检查相似, 具有可比性。

### 2 治疗方法

治疗组 60 例, 以自拟中药方加减: 茵陈、白茅根、丹参各 30g, 土茯苓、车前子、公英、醋柴胡、郁金、白芍、党参、白术、云苓各 15g, 连翘、生草各 10g。并根据病情辨证加减, 腹胀明显者加厚朴、砂仁; 恶心呕吐者加藿香、竹茹; 纳差者加焦三仙; 发热者加黄芩; 便秘者加苍术、薏苡仁; 肝区疼痛者加川楝子; 肝脾肿大者加夏枯草、玄参。水煎服, 每日 1 剂。共煎 300ml。分早晚两次服 (由我院中药房统一煎送)。西药按常规给予甘草酸二铵、还原型谷胱甘肽、苦参碱等药物治疗。

对照组 40 例, 不用中药, 西药与治疗组相同。

### 3 治疗结果

3.1 疗效判定标准: 痊愈: 症状体征消失, ALT 恢复正常。好转: 症状体征好转, ALT 下降超过原来 50%。无效: 症状体征未见好转, ALT 下降未超过原来的 50%, 甚至加重者。

3.2 结果: 治疗组痊愈 53 例, 好转 5 例, 无效 2 例。总有效率 96.7%。对照组痊愈 17 例, 有效 9 例, 无效 14 例, 总有效率 65%。经统计学处理  $P < 0.05$ , 具有显著意义。

### 4 讨论

急性无黄疸型肝炎属于祖国医学“胁痛”、“郁证”“集聚”等范畴。其病理机制乃因平素脾胃虚弱, 外感湿热之邪, 阻滞气机, 肝失疏泄, 湿热蕴结在里, 困遏脾胃。据此笔者在西药常规治疗的基础上施以中药治疗重在清利湿热, 疏肝健脾, 兼顾活血。方中茵陈、土茯苓、公英、连翘、白茅根、生甘草清热利湿解毒; 醋柴胡、郁金、白芍、党参、白术、云苓疏肝健脾和胃, 这也体现了祖国医学“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”的治疗原则。

本病的病理改变主要为肝细胞的炎性坏死和纤维组织增生, 造成肝内微循环的障碍, 与中医所说“血瘀证”相符。我们在组方中重用丹参以活血化瘀, 改善微循环障碍, 微循环的改善有利于肝功能的恢复。全方以祛邪为主, 兼顾扶正活血, 配合西药常规疗法, 故疗效良好。

### 作者简介:

董怀文 (1964-), 男, 1988 年毕业于山东中医药大学, 副主任医师, 从事肝病的中西医结合治疗工作。在二十余年的临床实践中, 摸索出一整套治疗肝炎、肝硬化的系列方剂, 且疗效显著。

编号: E-100331456 (修回: 2010-03-19)

# 半夏泻心汤合痛泻要方治疗溃疡性结肠炎疗效观察

## Curative effect observation of pinelliae decoction of purging stomach-fire combined with tongxieyao fang for colitis gravis

屈建春

(四川巴中市中心医院, 四川 巴中, 616000)

中图分类号: R574.62 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0019-02 证型: IDG

**【摘要】** 目的: 观察半夏泻心汤合痛泻要方治疗慢性溃疡性结肠炎的疗效。方法: 用西医的检查方法, 用中药半夏泻心汤合痛泻要方辨证加减治疗慢性溃疡性结肠炎 68 例。结果: 临床有效 64 例, 总有效率 94%。结论: 该方辨证加减对慢性溃疡性结肠炎具有较好的治疗作用。

**【关键词】** 溃疡性结肠炎; 中医药治疗; 半夏泻心汤合痛泻要方; 寒热并用; 攻补兼施; 调理肝脾

**【Abstract】** Objective Observing the curative effect of pinelliae decoction of purging Stomach-Fire combined with TongXieYaoFang for Colitis gravis. Method To treat colitis gravis 68 cases by pinelliae decoction for purging Stomach-Fire combined with TongXieYaoFang and inspecting methods in western methods. Results Utility in clinical are 64 cases and total effective rate is 94%. Conclusion Differentiation of symptoms and signs to treat chronic ulcerative colitis possess therapeutic action by the prescription.

**【Key words】** colitis gravis; treat of traditional Chinese medicine; Pinelliae Decoction for Purging Stomach-Fire combined with TongXieYaoFang; simultaneous application of chilling-fevering therapy; simultaneous application of purging-tonifying therapy; regulate liver and spleen

溃疡性结肠炎是一种原因不明的直肠和结肠的炎症性疾病。属于祖国医学的“久泻”“休息痢”范畴。临床以腹痛、腹泻和粘液便或脓血便反复发作, 迁延难愈为特点。笔者自 2003 年起用半夏泻心汤合痛泻要方加减治疗本病 68 例, 疗效显著, 现介绍如下:

### 1 临床资料

本组 68 例中, 男 37 例, 女 31 例, 年龄最小 22 岁, 最大 68 岁, 平均 38.25 岁。病情最短 3 个月, 最长 13 年。均通过临床症状, 结合大便镜检及结肠镜检确诊。

### 2 治疗方法

半夏泻心汤合痛泻要方药物组成: 当参、白术、白芍各 15 克, 半夏、黄芩、干姜、防风、陈皮各 12 克, 黄连、炙甘草各 6 克。加减: 气虚甚加黄芪 20 克; 湿热甚者加银花、败酱草; 脓血便加白头翁、地榆; 腹痛重者加台乌、木香; 结肠镜检示肠道溃疡面积大或溃疡较多者加乌贼骨、百芩, 各 15 克; 肾虚加肉桂, 补骨脂各 12 克; 久泻不止加肉豆寇、乌梅各 10 克。水煎服, 每日一剂, 分 3 次服, 10 天为一疗程。

### 3 疗效观察

3.1 疗效标准: 治愈: 临床症状消失, 结肠镜检查示肠粘膜病变明显好转; 好转: 临床症状明显减轻, 结肠镜检查示粘膜病变明显好转; 无效: 临床症状及结肠镜检粘膜无明显变化。

3.2 疗效: 服用 3~6 个疗程, 结果治愈 29 例, 好转 35 例, 无效 4 例, 总效率为 94%。

### 4 病案举例

患者甲, 患溃疡性结肠炎 3 年余。中西医多方医治无效。前因工作中与他人发生口角, 生气时出现腹痛、腹胀、腹泻加重、大便挟有粘液, 时有脓血便。结肠镜检查示: 结肠粘膜多发糜烂性溃疡, 周围充血水肿。西医诊断: 慢性溃疡性结肠炎。用西药治疗病情好转, 但不久复发。诊见反复解粘液样便, 每日 4~6 次, 伴腹痛、腹胀、肠鸣、泻后痛减、头晕乏力、纳差腰酸、面色少华, 舌淡、舌边有齿印、脉细滑。辨证结合辨病, 为湿热恋肠、脾肾亏虚、肝气乘脾。治宜清热燥湿, 健脾温肾、疏肝止泻、用半夏泻心汤合痛泻药方加肉桂、肉豆寇、黄芪、木香、薏苡仁, 5 剂腹痛、腹胀、腹泻大有好转, 大便成形、每日 1~2

(下接 22 页)

# 清热利湿法治疗 III 型前列腺炎临床观察

## Clinical observation of prostatitis IIIA treated by integration of clearing-heat and damp elimination therapy

宋焱鑫<sup>1</sup> 李宏军<sup>2</sup>

(1.洛阳市妇女儿童医疗保健中心生殖医学研究所, 河南 洛阳, 471000;

2.北京协和医院, 北京, 100730)

中图分类号: R697+.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0020-03 证型: IGD

**【摘要】**目的: 观察清热利湿法治疗慢性前列腺炎(III A类)的疗效。方法: 将68例慢性前列腺炎(III A类)患者随机分为对照组(64例)、治疗组(76例)两组。对照组采用前列康片治疗, 治疗组应用经验方清热利湿法治疗, 观察两组患者临床疗效及NIH-CPSI评分、EPS检查(WBC计数、卵磷脂小体)。结果: 治疗组对慢性前列腺炎NIH-CPSI评分及EPS检查总有效率比较, 差异有显著性。两组症状的疗效比较显示治疗组在改善患者会阴不适、小腹痛、阴茎痛、睾丸痛、性功能方面明显优于对照组, 但对改善患者尿频、尿不尽感方面两组比较差异无显著性。结论: 清热利湿法治疗慢性前列腺炎(III A类)有较好疗效。

**【关键词】** III型前列腺炎; 清热利湿; 中药方剂

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical therapeutic effect on prostatitis III treated by the integration of clearing-heat and damp elimination therapy. Methods: 68 cases of chronic prostatitis were randomized into control group (23 cases) and treatment group (45 cases). In control group, qianliekang tablet was administered. In treatment group, the empirical prescription was used for clear away damp and heat. The clinical efficacy, NIH-CPSI score and EPS examination (WBC count and small particle of lecithin, SPL) were observed. Results: there was a significant difference between the treatment group and the control group of chronic prostatitis NIH-CPSI total score and EPS test efficient. The treatment group showed much better improvement in patients with perineal discomfort, a small abdominal pain, penile pain, testicular pain, and sexual function, but less with urinary frequency, urinary different flu. Conclusion: The integration of clearing - heat and damp elimination therapy is effective in treatment of chronic prostatitis IIIA.

**【Key words】** chronic prostatitis III; heat clearing and damp elimination; Chinese medicinal formulae

前列腺炎是成年男性的常见疾病, 50岁以下的成年男性患病率较高, 前列腺炎患者约占泌尿外科门诊患者的8%~25%。慢性前列腺炎已经成为影响男性身心健康的常见病及难治病。笔者应用清热利湿法治疗慢性前列腺炎(III A类), 取得较好疗效, 现报道如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 诊断及纳入标准

诊断参照卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>及美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)评分标准<sup>[2]</sup>。基本诊断标准为前列腺按摩液(EPS)常规镜检白细胞(WBC) >10个/HP、细菌培养阴性, 另外有下列三项中的两项: ①尿路刺激症状: 尿频、尿急、尿痛、尿不尽、尿道滴

白; ②疼痛症状: 腰骶、会阴、小腹、睾丸等部位疼痛或不适; ③性功能异常: 早泄、阴茎勃起功能障碍、性欲减退。

#### 1.2 排除标准

急、慢性细菌性前列腺炎、良性前列腺增生、尿道狭窄、前列腺癌、输尿管结石、精索静脉曲张等疾病及合并有心、脑、肝和造血系统等严重原发性疾病; 过敏体质, 多种药物过敏者; 两周内采用其他治疗前列腺疾病的药物, 包括抗生素、受体阻滞剂、中药制剂等; 无法合作者, 如精神病患者。

1.3 一般资料: 所有病例来源于自2007年3月~2009年2月来本院泌尿外科的就诊患者。随机分为两组, 治疗组76例, 年龄19~48岁, 病程8个月~10年;

对照组 64 例, 年龄 19~52 岁, 病程 8 个月~12 年。两组患者年龄、病程经比较差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

### 2.1 治疗组

服用中药湿热清汤剂 (白花蛇舌草、败酱草、红藤、虎杖、萆薢各 20g, 蒲公英 15g, 黄柏 10g, 薏苡仁 30g), 每日一剂, 连续水煎两次, 两次滤液相混合约 400ml, 200ml/次早晚温服。连续服用一个月。

2.2 对照组: 口服前列康片 (浙江康恩贝有限公司生产), 每次 3 片, 每日 3 次, 疗程为 1 个月。两组治疗前后均进行 NIH-CPSI 评估、前列腺液及肝、肾功能和血、尿常规检查。

表 1 两组治疗结果的比较 (%)

组别	例数 (n)	治愈	显效	有效	无效
对照组	64	12	14	15	23
治疗组	76	28	20	20	8

注: 总有效率=治愈率+显效率+有效率, 两组有效率比较  $P<0.05$ 。

两组症状的疗效比较见表 2。

表 2 两组常见症状的疗效比较

组别	时间	尿频	尿不尽	会阴不适	小腹痛	阴茎痛	睾丸痛	阴茎勃起功能
对照组	治疗前	52	32	59	32	38	35	52
	治疗后	20	10	30	18	25	12	18
治疗组	治疗前	74	53	75	45	52	47	68
	治疗后	30	15	10	2	5	5	8
<i>P</i>		0.513	0.792	0.049*	0.026*	0.014*	0.037*	0.029*

注:  $P<0.05$ 。

治疗组在改善患者会阴不适、小腹痛、阴茎痛、睾丸痛、阴茎勃起功能方面明显优于对照组; 对改善患者尿频、尿不尽感方面两组比较差异无显著性。所有患者服药后均未有明显不良反应。治疗前后血、尿常规及肝、肾功能无异常。

## 4 讨论

慢性非细菌性前列腺炎是男性泌尿生殖系统的常见病、多发病, 在治疗上比较棘手。由于前列腺解剖位置特殊, 药物不易在前列腺达到有效浓度, 再加上微生物的耐药愈来愈烈, 使得病情复杂, 缠绵难治<sup>[3]</sup>。随着近年来研究的不断深入, 逐渐认识到慢性前列腺炎不是一种单纯的疾病, 而是具有各自特异表现的一类综合征<sup>[4]</sup>。美国国立卫生研究院 (NIH) 提出的分类标准将前列腺炎分为 I、II、III (包括 IIIA 和 IIIB)、IV 类。其中 IIIA 类为炎症性慢性盆痛综合征, 临床较为多见, 主要表现为会阴部不适, 阴茎、睾丸、小腹疼痛, 尿频, 尿急, 尿痛, 尿不尽感及性功能减退等多种症状的综合征。其病因及发病机制目前尚不甚明确, 多数学者认为与病原体感染、尿道阻力增高、自身免疫反应、化学因素及神经肌肉因素等有关<sup>[5]</sup>; 中医认为其病因一为嗜食烟、酒、辛辣、肥

## 3 治疗结果

参照《中药新药临床研究指导原则》及美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数 (NIH-CPSI) 的评分及 EPS 中 WBC 计数作为疗效判定的标准。治愈: NIH-CPSI 评分减少 95% 以上, EPS 镜检连续两次正常; 显效: NIH-CPSI 评分减少 60%~94%, EPS 镜检 WBC 减少  $\geq 60\%$ ; 有效: NIH-CPSI 评分减少 30%~59%, EPS 镜检 WBC 减少  $\geq 30\%$ ; 无效: NIH-CPSI 评分减少  $< 30\%$ , EPS 镜检 WBC 减少  $< 30\%$ 。

两组治疗结果见表 1, 治疗组总有效率为 89.48%, 对照组总有效率为 64.07%, 两组总有效率比较, 差异有显著性。

甘厚味, 损伤脾胃, 酿生湿热, 流注下焦; 二为房事不节, 直接染毒, 湿热毒邪逆行, 留驻下焦; 三为社会和环境因素, 传媒刺激等影响, 性欲得不到正常疏泄, 频繁手淫, 房事不节, 忍精不泄, 致前列腺反复充血, 败精瘀阻精室, 蕴久酿毒, 阻于经络; 或情志不畅, 郁怒伤肝, 肝气失于疏泄, 久则血行不畅而致气血凝滞, 加重湿热毒邪形成。《素问·太阴阳明论》曰: “伤于湿者, 下先受之。”《证治准绳·淋》亦云: “初起之热邪不一, 其因皆得传于膀胱而成淋。”就诊患者往往伴有心烦、口舌生疮、尿黄而秽臭等症状, 实为热毒内蕴之象。治疗应清肝利胆, 除湿泄热, 使湿去热清, 肝胆通利。本病病位在下焦膀胱及精室, 湿热、气滞、血瘀日久耗伤正气<sup>[6]</sup>。因此, 本病病机关键为湿热、气滞、血瘀和气虚。综合有关本病的大量文献, 不论是辨证施治, 还是专方加减, 在中医理、法层面的基本判断上是相似的<sup>[7-10]</sup>。

目前慢性前列腺炎的疗效不显著, 其根本原因在于病因多样、病机复杂。实践证明, 以清热解毒利湿法治疗 IIIA 型前列腺炎, 能减少前列腺炎细胞浸润, 减轻腺泡腺管水肿, 防止纤维组织增生, 从而缓解疼痛及尿路刺激症状<sup>[11]</sup>。本研究以湿热清为主方, 方中

败酱草、蒲公英、白花舌蛇草、红藤清热解毒、消痈排脓；黄柏、虎杖清热利湿；萹藤分清降浊；薏苡仁利水渗湿、清热解毒。诸药合用，共奏清热解毒、利湿通淋之功<sup>[12]</sup>。因湿性重浊，病势缠绵，热久羁不解，郁而不去，常致脉络痹阻发为血瘀；久病伤及脾肾，又常见伴有神疲乏力、小便无力，腰酸腿软等气虚、肾虚症候。故可在清热解毒利湿的基础上辅予活血化瘀、益气、补肾之品。现代药理研究证实，白花蛇舌草、败酱草、蒲公英具有广谱抗菌作用及或抗病毒作用，能抑制或杀灭病原微生物性反应，改善临床症状；虎杖可刺激网状内皮系统，增强吞噬细胞的吞噬能力；败酱草具有显著利尿、抑菌作用；薏苡仁具有消除炎症病灶、提高免疫功能、促进组织修复等作用<sup>[13]</sup>；红藤具有抗炎、利尿、镇静作用<sup>[14]</sup>；黄柏的有效成分是小聚碱类生物碱，它具有抑制细菌生长、抑制环氧化酶-2 转录活性、阻断炎症介质形成、减少组织间炎性细胞浸润以及  $\alpha 1$  受体阻滞剂的作用，因此能消除前列腺充血水肿以减轻尿道阻力，使前列腺液白细胞数目减少、卵磷脂小体增加以促进前列腺功能恢复<sup>[15]</sup>。

综上所述，应用清热利湿法是治疗III前列腺炎的重要途径，配合充分的前列腺液引流能提高治疗成效。

**参考文献：**

[1]郑筱英.中药新药临床研究指导原则[M].第1版.北京:中国医药科技出版社,2002,168  
 [2]LITW IN SM, MCNAUGHTON2COLL INS M, FOWLER FJ,et al.The NIH chronic p rostatitis symp tom index (N IH2CPSI): Development and validation of a new outcomes measure[J].Urol, 1999,162: 369-375  
 [3]陈昭英.清热通淋胶囊治疗湿热型慢性前列腺炎疗效观察[J].实用临床医药杂志,2006,10(4):75-76

[4]NICKEL JC, N IGRO M, VAL IQUETTE L, etal. Diagnosis and treatment of p rostatitis in Canada [J].Urology,1998,52:797-802  
 [5]NICKEL JC. Prostatitis: Evolving management strategies[J].Urol Clin North Am,1999,26:737-751  
 [6]周强,李兰群,李日庆.慢性前列腺炎证治中存在的问题与对策[J].中华中医药杂志,2007,22(1):52-53  
 [7]贾金铭,马卫国.中西医结合治疗慢性前列腺炎的思路[J].中华男科杂志,2005,11(8):563-565  
 [8]张敏建,郭军.疏肝理气法治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床研究[J].中华男科学,2002,8(1):76-78  
 [9]李兰群,周强.慢性前列腺炎临床研究探讨[J].中国医药学报,2003,18(3):173-174  
 [10]谢辉,杨亦荣.前列腺痛患者情绪障碍的分析及治疗[J].临床泌尿外科,2002,17(6):286-288  
 [11]郭军.前列止痛方治疗慢性非细菌性前列腺炎(湿热瘀滞证) 152 例临床观察[J].中国中医药科技,2002,9(5):305-306  
 [12]黄清春.八正散颗粒剂治疗湿热型慢性前列腺炎 30 例分析[J].中医药学刊,2003,21(2):307  
 [13]黄彩云.自拟清浊化痰汤治疗湿热夹瘀型慢性前列腺炎 40 例临床观察[J].中医药导报,2008,14(1):39-40  
 [14]顾文忠,龚,顾勇刚,等.复方前列清汤治疗慢性前列腺炎临床研究[J].实用中医药杂志,2006,22(8):519-520  
 [15]李海洲,易振生,金益强.莲丹汤治疗慢性前列腺炎的临床研究[J].湖南中医药大学学报,2007,27(2):66-6

**作者简介：**

宋焱鑫，双本科，副主任医师，洛阳市妇女儿童医疗保健中心，洛阳市生殖医学研究所副所长。

李宏军，医学博士，主任医师，北京协和医院。

编号：E-100332198（修回：2010-03-17）

（上接 19 页）

次。效不更方，再投原方 7 剂。诸症消失。后以本方为基础加减治疗一月余，并嘱其节饮食，调情志、随访半年，病未复发。

**5 体 会**

溃疡性肠炎多有急性泄泻病史，很大一部分患者因急性腹泻治疗不当，或误用抗生素，或用过苦寒燥湿清热，或素体脾肾亏虚，加之性情急躁，致湿热未尽，脾肾又虚，肝气乘脾，从而形成虚实并见，寒热错杂，肝脾不调的复杂证候。半夏泻心汤合痛泻要方加减清热燥湿，健脾温中（或补肾），疏肝止泻，方中黄连、黄芩、清热燥湿，半夏、干姜燥湿温中，党参、白术、炙甘草健脾益气、防风、白芍、陈皮疏肝理脾，并针对病机随证加减，守方服用，因此获效显著。

另外，对慢性溃疡性结肠炎的治疗要注意以下几

点：一是慎用抗生素，以免造成肠道菌群失调，使疾病迁延难愈。二是注意调理情志，有研究认为，本病的发生与个体特征，情志心理因素有密切关系。《素问举痛论》指出：“怒则气逆，甚则呕血及飧泄”。因此，要求患者保持心情舒畅，精神愉快，情绪稳定。三是注意饮食卫生、不过饥过饱、禁食辛辣之品。同时还要告诉患者，本病是慢性疾病，病情较长，容易反复，要鼓励病人树立起治愈疾病的信心。以上均为促进本病治愈的重要因素。

**参考文献：**

[1]楚更五.溃疡性结肠炎与个性及心理因素的研究[J].浙江中医杂志,2000,25(11):501-503  
 [2]龙家俊,等.温中清肠汤治疗特发性结肠炎 53 例疗效观察[J].浙江中医杂志,1999,34(1):10

编号：E-9123140（修回：2010-03-01）

# 中西医结合治疗皮脂腺囊肿 伴感染继发带状疱疹 1 例

## Treating 1 case of sebaceous cyst associated with infection secondary to herpes zoster in the integrative medicine

寸鹏飞<sup>1</sup> 李春霄<sup>2</sup> 霍艳丹<sup>1</sup> 杜 磊<sup>1</sup>

(1.成都中医药大学, 四川 成都, 610075;

2.成都中医药大学附属医院, 四川 成都, 610072)

中图分类号: R730.269 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0023-02 证型: BDI

**【摘要】** 位于背部正中中线上的皮脂腺囊肿, 感染后患处皮肤上继发带状疱疹, 发病部位特殊且病灶重叠, 临床较为罕见。本例采用中西医结合治疗, 疗效满意, 可资临床借鉴。

**【关键词】** 皮脂腺囊肿; 带状疱疹; 留顶敷; 补血解毒汤

### 1 病例简介

患者甲, 男, 51 岁, 以“背部肿块 1 年, 红肿 1 月, 疼痛 5 天, 红斑、水疱 3 天”于 2009 年 12 月 8 日入院。1 年前, 患者于背部正中线上约第八椎体下缘处发现一花生粒大小肿块, 因无自觉症状, 未予处理; 1 月前, 患处红肿, 未予重视; 5 天前出现患处疼痛; 3 天前, 肿块上出现明显红斑、上覆簇集性丘疹、水疱, 来我院门诊就诊收住入院。既往史无特殊。入院查体: 体型偏胖, 各系统检查无特殊, 舌红苔黄腻, 脉弦。专科检查: 背部正中线上约以第八胸椎下缘为中心见一约 9cm×10cm 类圆形肿块, 与皮肤粘连, 基底活动佳, 中央质稍软有波动感及压痛, 边界质硬, 散漫不清, 肿块上见约 7cm×9cm 红斑, 上覆绿豆至花生粒大小簇集性丘疹、水疱, 部分破溃, 可见渗液, 局部有触痛, 皮温升高。辅助检查: 血白细胞计数正常; 甘油三酯偏高。中医诊断: ①蛇串疮 (湿热毒蕴证); ②疔。西医诊断: ①带状疱疹; ②皮脂腺囊肿伴感染。

### 2 治疗经过

入院后予 6 天阿昔洛韦 0.5g/d、苦碟子注射液 40mL/d 静滴, VitB10.1g/d、VitB120.5mg/d 肌注, 早 8 点顿服强的松 30mg; 每日肿块处先以阿米卡星洗剂外喷, 然后带状疱疹皮损处留顶调涂二味拔毒散以拔毒消肿、收湿敛疮, 周围避开水疱外敷香连金黄散 (院内制剂) 清热解毒、消肿止痛; 中医辨证为湿热毒蕴证, 治以清热除湿解毒, 方选龙胆泻肝汤加减 (银花

藤、丹参、薏苡仁各 30g, 生地、炒栀子、黄芩、路路通、车前草各 15g, 当归、橘络各 10g, 龙胆草、甘草、制乳香各 6g), 2 天后患者红斑颜色变淡, 肿块范围有所缩小, 水疱干燥结痂, 舌淡苔薄白腻, 脉滑, 辨证为脾虚湿困证, 治以健脾除湿, 托毒消肿, 方选托里消毒饮加减 (黄芪、南沙参、土茯苓各 30g, 银花、连翘、丹参、鸡血藤各 20g, 皂刺、葛根、路路通各 15g, 桔梗、郁金各 10g)。6 天后水疱、丘疹消退, 肿块范围缩小, 约为 5cm×5cm, 中央有 2cm×3cm 明显波动感, 顶端两处米粒大小溃口, 流出少许脓血性分泌物, 即日急查凝血全套无异常, 于 12 月 15 日局麻下行脓肿切开引流术, 引流出脓血性粘稠分泌物约 20mL, 内含大量豆腐渣样物质及白色囊壁, 探查脓腔约 2cm×3cm×3cm, 术后查患者舌红苔黄, 脉弦数, 辨证为热毒蕴肤证, 治以清热解毒, 养血和营, 方选补血解毒汤加减 (生黄芪、山药、金荞麦各 30g, 银花藤、重楼、鸡血藤各 20g, 当归、连翘、黄柏、甘草、桔梗各 10g) 治疗, 且每日以稀碘伏纱条填塞脓腔, 外以香连金黄散留顶敷, 患者背部肿硬范围及脓腔逐日缩小, 于冬至日食羊肉后病情反复, 脓腔内复又积脓约 2ml, 告知患者忌食辛辣发物, 治疗同前, 10 日后肿块完全消散, 脓腔愈合, 痊愈出院。

### 3 讨论

本例两种不同疾病先后发病, 发病部位特殊, 病灶重叠, 其特殊性及其发病机制探讨; 带状疱疹皮疹通常发于身体单侧沿神经走向呈带状分 (下转 25 页)

## “冬病夏治”穴位贴敷法治疗哮喘的机理探讨

### A mechanism study on asthma with point application

### therapy of treating winter disease in summer

焦丽杰

(昆明市中医医院, 云南 昆明, 650011)

中图分类号: R562.2+5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0024-02 证型: GDIBA

支气管哮喘多因正气虚弱、宿痰内伏, 易感受风寒等外邪而诱发, 其好发于秋冬季, 属中医“冬病”之范畴。“冬病夏治”是指在夏季“三伏天”, 使用一些有效的医疗手段及刺激方法, 在此类疾病的缓解期进行提前预防和治疗, 以达到调节人体的气血、阴阳平衡, 增强机体抗御病邪侵袭的能力, 以减轻其在秋冬寒冷季节发作时的病情, 并促进其康复的一种中医特殊疗法。这种治疗方法充分体现了中医学的整体观念和“天人合一”的生态医学观以及“上工治未病”的预防观。

肺、脾、肾三脏不足, 痰饮、瘀血留伏是哮喘发病的内在因素, 气候转变, 寒温失调是哮喘发病的重要诱因。痰饮、寒邪皆属阴, 属寒, 且哮喘多在冬季发作, 因此哮喘多属“冬病”。此类患者多存在“虚弱”、“宿根”二因, 一旦外邪诱发, 往往形成“虚中夹实”、“实中夹虚”、“阴阳交错”、“脏腑为病”等错综复杂的病情。治疗哮喘应在“清中带补、寒温相并、急则治本、缓则治标、标本兼治”等法则的基础上, 配合预防调摄才能达到长久缓解的目的。

两千多年前的《黄帝内经·素问》在养生方面就提出了“春夏养阳、秋冬养阴”的观点。春夏养阳, 即顺其阳气生发之势而养之。夏天(尤其是农历的三伏天)是一年当中阳气最旺盛的时候, 也是调养人体阳气的最佳时机, 此时实施“春夏养阳”之法, 可助人体虚弱的阳气得到调养恢复、使气盛血旺, 以利驱除深伏体内的寒湿痰瘀等阴邪, 使患者在秋冬寒冷之时抗病能力得到增强。“冬病夏治”穴位贴敷疗法源于针灸的“伏针伏灸”理论, 有人又称之为“天灸”。根据“冬病夏治”的原理, 中医采用在夏季三伏之时, 在一些特定穴位处贴敷药物的外治法, 使药物中辛温散寒、扶正祛邪之剂通过刺激经络、穴位、皮肤部位等而作用于内脏, 以恢复机体阴阳平衡, 调节免疫力, 由外而内治疗哮喘。早在秦代就有外用药物治疗哮喘的记载, 此后历代均有发展, 而清代《张氏医通》所

载“夏日三伏中, 用白芥子涂发”对后世的影响较大, 许多治疗哮喘的贴敷疗法药物的运用多是在此基础上的进一步发挥。

我们可以从以下几个方面来探讨“冬病夏治”的机理: ①从阴阳五行学说的理论而言: 阴阳互根, 阳消阴长。张介宾曰: “夫阴根于阳, 阳根于阴, 阴以阳生, 阳以阴长。所以圣人春夏则养阳, 以为秋冬之计也, 秋冬则养阴, 以为春夏之地, 皆所以从根也。今人有春夏不能养阳者, 每因风凉生冷, 伤此阳气……”。以阴阳虚盛而论, 春夏阳盛于外而虚于内, 宜养其内虚之阳; 秋冬阴盛于外而虚于内, 宜养其内虚之阴。春夏养阳, 是为秋冬养阴做准备; 秋冬养阴是为春夏养阳奠定基础, 故善治病者, 当顺其时令。《素问·六节脏象论》云: “春胜长夏, 长夏胜冬, 冬胜夏, 夏胜秋, 秋胜春。”胜即克, 冬病夏治, 也是运用了“长夏胜冬”的五行克制关系; ②从气候变化的规律而言: 一年的气候特点是春温、夏热、长夏湿、秋燥、冬寒。自然界中四时五气还有“太过”与“不及”及四时不正之气的情况存在。太过与不及、四时不正之气皆可成为致病因素, 使人体受其伤害。《素问·脉要精微论》云: “四时之病, 以其胜治之愈也。”在一年的气候变化中“冬至”与“夏至”是阴阳转化的两个转折点。从冬至开始, 阳气逐渐复生, 阴气开始消退; 从夏至之后, 阴气开始复生, 阳气逐渐消退。气候由立春后温暖而夏至后炎热, 乃是阴气渐消、阳气渐长发展至极盛的现象, 故称春夏为阳。春天阳气开始升散之时, 万物生长, 人体的阳气也开始升发, 腠理开泄。到了夏季阳气更盛, 腠理大开, 阳气更易外泻而不足, 此时若阳气虚弱, 则邪气就易乘虚而袭。哮喘属“冬病”, 病机以阳气不足为基础, 当冬至来临, 哮喘病人的体质也处于阴盛阳衰的状况, 这时最易受寒而发病。故抓住长夏三伏天至秋分之时, 补足卫外的阳气, 通过药物的影响调动人体的阳气以驱散阴邪, 促使人体达到阴阳平衡, 在秋冬季可防御寒邪, 而防止哮喘的发



作；③从现代研究而言：目前国内许多医院开展的“冬病夏治”外敷疗法在治疗支气管哮喘临床研究方面取得了许多新进展。现代研究证实，药物或者其他介质的刺激作用于皮肤，通过其压力、温度、化学、痛觉等感受器，经由神经将这种冲动传到大脑皮层相应功能区域并形成一个新的兴奋灶，遗留下痕迹反射，调整了相应神经的兴奋与抑制过程，进而改变丘脑—垂体—肾上腺皮质系统的机能状态，再通过神经、体液、内分泌的调节来抑制哮喘过程。此外，药物透过皮肤由血管淋巴管吸收后，进而达体内，可以激活机体免疫系统，而产生全身性的药物作用。如有研究表明天灸能降低哮喘患者血清总 IgE 至健康人水平。哮喘患者天灸后免疫球蛋白 IgA、IgG、淋巴细胞转化率有不同程度提高，嗜酸粒细胞数下降，尿 17 羟、17 酮均有改善，表明穴位贴敷疗法能促进肾上腺皮质功能，提高细胞免疫和体液免疫功能。<sup>[1]</sup>庞氏等观察到慢支、哮喘患者天灸后，全血粘度显著下降，T 细胞酯酶、Th 显著升高，提示天灸可以活血化瘀，并能增强机体免疫能力。有研究显示，穴位贴敷疗法可兴奋  $\beta$  肾上腺素能受体或抑制  $\alpha$  肾上腺素能及胆碱能受体，使腺苷酸环化酶生成增多，导致 cAMP 生成增多，cAMP 能使蛋白激酶 A 活化，抑制脱颗粒，因而减轻炎症介质所引起的慢性炎症反应。<sup>[2]</sup>穴位贴敷还可以影响与

哮喘发病有关的细胞因子，如减少 IL-4、IL-13 水平，提高 IL-10 水平，研究发现，IL-10 具有很强的炎症抑制作用。<sup>[3]</sup>部分研究证明，穴位敷贴能调整大脑皮层和植物神经系统的功能，改善机体反应性，降低机体过敏状态。

哮喘病既是常见病、难治病，又属心身疾病，在常规治疗的基础上配合“冬病夏治”的外治法，可以显著地提高临床疗效，延长疾病的缓解期，以促进康复。由中药制成的外用药，无化学合成药物，无需口服，其选择性和针对性较强，且血中药物浓度甚微，从而可避免口服或静脉等全身用药方式所带来的对肝及其他器官的毒副作用，且不易产生药物依赖性，安全可靠、经济实用，简便易行，费用低廉，并可做到防治结合，实为较佳的绿色疗法，值得临床运用和推广。

#### 参考文献：

- [1]董征.消喘膏治疗喘息的初步研究[J].中国免疫学杂志,1985,1(2):32
- [2]庞存生.支气管哮喘冬病夏治 474 例临床观察[J].甘肃中医学院学报,1999,16(3):32-34
- [3]陆伟珍.中药穴位贴敷对哮喘病人细胞因子 IL-4,IL-10,IL-13 的影响[J].辽宁中医,2007,34(2):129-130

编号：E-100332170（修回：2010-03-24）

（上接 23 页）布，有时在中线对侧可因横过对侧的神经小分支受累而有少数皮疹，本例皮疹呈类圆形分布，发于背部正中线上，且重叠于皮脂腺囊肿感染后患处皮肤之上，临床较为罕见。分析本例可能因皮脂腺囊肿感染后，局部大量炎症介质聚集，激活既往感染后潜伏于脊髓后根神经节中的水痘-带状疱疹病毒，而感染灶处皮肤免疫力降低，且离脊神经较近，使得病毒趋向于侵犯感染灶处神经节而在其上皮肤产生特征性皮损。目前认为特异性细胞免疫机制可能是病毒再激活和发生播散的主要原因，亦可因外伤、过劳、各种感染等诱发<sup>[1]</sup>，而水痘-带状疱疹病毒是否更趋向于侵犯感染灶处神经节，尚需进一步观察研究。

治疗上，本例入院时，“未溃以疏托解毒为主”，予龙胆泻肝汤加减以期毒散肿消，2 天后因患者不耐寒凉，伤及中阳，舌脉皆是脾虚湿困之象，改以托里消毒饮加减健脾除湿、活血行气、托毒消肿、通络止痛，患者病情即步入坦途，提示临床疮疡患者需始终顾护脾胃，不可过用寒凉，否则，“多致气血冰凝，脾胃伤败，使疮毒不得外发，必致内攻，凡此症往往不救者多矣。”<sup>[2]</sup>术后“已溃以托补元气为主”，然本例舌脉仍为一派热像，显然余毒未清，予补血解毒汤加

减养血和营，清解余毒。本例因肿势散漫无明显硬块且已化脓，始终以香连金黄散留顶外敷，以收束毒邪使之成脓易溃，溃后截其余毒，消肿止痛。稀碘伏纱条即聚维酮碘溶液以生理盐水稀释后充分浸润的纱条，用之填塞脓腔，具有杀菌、干燥创面、促进愈合等作用。两者配合应用于疮疡溃后，优点是简便廉效，缩短换药时间及伤口愈合时间，缺点是禁用于碘过敏者。

本例根据患者病情转归，先后行消、托、补三大外科内治原则，并且始终以香连金黄散留顶外敷，辅以西医对症治疗，溃后配合稀碘伏纱条填塞脓腔，收效满意，为临床提供有益借鉴。尤其值得一提的是，补血解毒汤是我院已故骨外科名宿罗禹田教授的经验方，“本方一切疮疡溃后均宜，功能清解余毒，调和营卫，去腐生肌。”<sup>[3]</sup>值得推广应用。

#### 参考文献：

- [1]赵辨.临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2001:300-301
- [2]陈实功.外科正宗[M].北京:中国中医药出版社,2002:14
- [3]罗禹田,艾儒棣,宋根信.中医外科临证集要[M].成都:四川科学技术出版社,1987:84

编号：EA-10012780（修回：2010-03-19）

# 膝关节骨性关节炎的中医药诊疗探讨

## Approach on diagnosing and treating of

## TCM about articular genu osteoarthritis

寇全春

(山东省苍山县中医医院, 山东 临沂, 277700)

中图分类号: R684.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0026-03 证型: IGD

**【摘要】** 目的: 分析临床上骨关节炎病人的临床病症的特点, X 线表现, 结合祖国医学现代医学对膝关节骨性关节炎的认识, 探讨膝关节骨性关节炎中医药治疗方法及注意事项。结果: 通过临床观察分析, 膝关节骨性关节炎多为肥胖女性, 年龄多在 45 岁以上, 应用独特的手法及自治中药外洗结合与病人良好配合的治疗方案, 治疗病人数百例, 总有效率 89%。结论: 膝关节骨性关节炎是一种退行性病变, 治疗时要向患者说明医患配合的重要性, 取得病人充分配合并应用手法及中医药结合的方法综合治理才能取得良好效果。

**【关键词】** 骨性关节炎; 中医药治疗

**【Abstract】** Objective: To analyze clinical signed characteristic and appearance of X line of osteoarthritis patients, and combined with cognition TCM to treat osteoarthritis. Approaching treating method and announcements of TCM to osteoarthritis. Results: through clinical observation and analysis, we find much of the patients of articular genu osteoarthritis are obesity women and older than 45. We combined distinct chirismus and washout with TCM and good matching of patients cured hundreds cases, total effective rate is 89%. Conclusion: Articular genu osteoarthritis is a degenerative disease. To explain the significance of combination of doctor and patients, and using the method of combining distinct chirismus and washout with TCM and good matching of patients to get favourable effect.

**【Key words】** osteoarthritis; treated by TCM

膝关节骨性关节炎又称关节病、肥大性关节炎、退化性关节炎、老年性骨关节病, 由于关节行性改变、关节软骨被破坏、膝关节周围软组织退变而致的慢性关节炎<sup>[1]</sup>。

### 1 病因

#### 1.1 祖国医学认为肝肾亏虚, 肝肾同源

骨枯髓减筋膜干就可以发生, “腰脊不举, 足不任身, 筋急而挛”的骨痿筋痿证。《内经·痿证》中有“肾气热则腰脊不举, 骨枯而髓减发为骨痿”, “肝气热则胆泄口苦、筋膜干, 筋膜干则筋急而挛, 发为筋痿”的论述, 这里肾气热可理解为肾亏, 骨枯髓减可理解为骨质疏松。肝气热可理解为肝阴亏虚, 筋膜干可理解为关节内和周围软组织退变, 因肝气热精血亏少, 软骨筋膜失去濡润滋养的病理现象。这同现实临床见到的膝关节骨性关节炎病人多为中老年人与肝肾亏虚、骨质疏松和骨关节内外软组织退变症状是一致的。

#### 1.2 风寒湿邪感受病症反复发作, 日久不愈

临床上常见患者因受凉、受风而发病的病史和患

者膝关节怕风怕冷的症状。这和日常生活和周围环境有关, 《内经·痹论》说“食饮居处, 为其病本”, 亦同肾虚生内湿有关。

1.3 劳损: 劳损是指运行劳损也可理解长时间劳损。这时最容易引起关节软骨和周围软骨组织的损伤, 产生“大热而渴, 渴则阳气内伐”的情况, 如果长时间的不到改变, 就会产生病理变化, 即所谓“内伐则热舍于肾, 肾者水藏, 今水不胜火, 遇骨枯而髓虚, 足不任身, 发为骨痿”(《内经·痿论》语)。临床上常见于有过度使用膝关节病史的人易患膝关节骨关节炎, 如运动员等。中医伤科认为“过力积劳, 内部酸痛”是膝内伤筋的原因之一。

#### 1.4 现代医学对膝关节炎病因发病机制认识

膝骨关节炎的致病因素不是单一的。胶原蛋白、蛋白多糖、软骨细胞、软骨、滑膜等的变化, 均可影响其它成分, 因此关节软骨退行性变的发病形成也是多种多样的, 包括, A 年龄: 本患病率随年龄增加而增高, B 外伤、体力劳动, 运动和过度使用, 可引

起膝骨关节病患率增加。其它还有肥胖、遗传等。

骨关节病的发病与软骨的破坏和修复有关。由于机械力分布失衡或负荷过度引起软骨磨损,或者软骨细胞代谢异常损伤的软骨细胞释放溶酶体和胶原蛋白酶等酶类,使胶原蛋白的网络断裂、网络中的蛋白多糖降解,软骨因失去均一性,发生水肿,弹性降低,其物理化学性质发生改变<sup>[2]</sup>。

## 2 症状体征检查

2.1 症状:多为 45 岁以上中年或老年病人,以女性居多,起病缓慢且常无全身症状,通常双侧膝关节发病也可单侧或交替发病,以疼痛为常见症。早期疼痛较轻,多在活动时发生,休息后缓解,后期则休息时也痛,且常有夜间痛。疼痛性质为轻至中度钝痛,病情严重时加重,出现撕裂样或针刺样疼痛。开始时疼痛多为轻度、间歇性,以后逐渐加重呈持续性,最后发生活动受限。

### 2.2 体征

膝骨关节炎病常见体征为关节肿大,触痛、活动响声、畸形和功能障碍。

关节肿大可因滑膜渗出和骨赘形成所致,局部触痛多因无菌性炎症,尤其是滑膜炎所致。关节活动有“咔嚓”声音,在检查时经常可见,这是因受累的软骨、增生的滑膜和周围软组织阻碍关节运动所致,一般不伴有疼痛,但是外伤后这种阻碍膝关节运动的组织会充血、肿胀发生炎性反应并发生疼痛。后期膝关节可发生膝内翻,关节功能紊乱、挛缩、姿态异常、废用性肌萎缩。随着病情发展,膝关节活动范围明显减少,膝关节不能完全伸直或屈曲,不能主动下蹲及久行。

## 3 临床检查

### 3.1 早期

仅为髌骨下极压痛和髌骨内外缘轻压痛,股四头肌抗阻力试验阳性,髌股关节摩擦试验阳性,髌骨活动度正常,膝关节主、被动活动度正常。

3.2 髌骨因边缘压痛点增多,髌下脂肪垫压痛、胫股内侧关节和/或外侧关节间隙压痛、膝关节后侧腓肠肌止点等处亦可出现压痛。髌股关节摩擦试验阳性膝关节被动屈曲正常,但不能主动完全下蹲。

### 3.3 后期

膝下脂肪垫增厚,关节肥大变形,肥胖女性多见。关节压痛点增多加重,主动下蹲明显受限,髌骨关节摩擦明显增强,并引起疼痛,膝后亦有广泛压痛。

### 3.4 X 线表现

早期 X 线无明显变化,中期可见胫骨髁间棘变尖髌骨边缘、股骨边缘出现轻度增生,关节软骨下骨逐

渐硬化,关节间隙逐渐狭窄。后期,关节间隙狭窄,软骨下骨质硬化,关节边缘变尖,有骨赘成。

## 4 中医辨证论治

### 4.1 认为有以下几种情况造成

①气血不足筋骨失养;②过力积劳膝内伤筋;③肝肾阴亏,筋挛骨松;④脾肾阳虚,寒湿阻络;⑤气滞血瘀湿热内阻。

### 4.2 治疗

用①放松手法;②按揉痛点;③推动髌骨;④研磨髌骨;⑤复位手法;⑥提肘手法;⑦屈膝手法。

其总过程:找到膝关节所有痛点并诊断膝关节炎类型轻重,放松手法点揉所有痛点,研磨髌骨,半月板、滑膜,髌骨下脂肪垫复位手法,提膝手法、屈膝手法,放松手法。每周 1~2 次,5 周为一疗程。

### 4.3 内外用药

外用药如有膝关节热、肿、红、痛者可用外敷消肿散,无明显肿胀用四肢洗方(舒筋活血洗剂)外洗。内服药视病情而定如辨证属气血不足筋骨失养者用八珍汤或十全大补汤、扶气丹;辨证属过力积劳,膝内伤筋者用疲劳身痛汤生血补髓汤;辨证属肝肾阴亏筋挛骨松者,用健步虎潜丸,补肾壮筋汤或六味地黄丸;辨证属脾肾阳虚,寒湿阻络者用黑虎丹、大活络丹等;气滞血瘀湿热内阻者四物汤止痛汤加黄连解毒汤治疗。

### 4.4 导引

指导病人做辅助活动以助疗效。如股四头肌导引,推拉按摩导引,按摩髌骨、跪膝导引、拉膝导引等<sup>[3]</sup>。

**5 我院门诊治疗数百例膝骨性关节炎患者,疗效肯定,根据《中医病证诊断疗效标准》及现有资料统计显效率为 89%。**

## 6 小结

膝骨性关节炎是一种退行性骨关节病,它的发生同人体的衰老有关,医者要向患者说明自我保养和导引锻炼的重要性,三分治疗三分养,只有充分调动起患者的积极性,该病才能较快缓解并维持较长时间不发作。治疗时要辨证论治,急则治其标,缓则治其本。手法时要找到病变所在。

寻找痛点,治疗所有痛点,这样才能立竿见影。当出现膝关节肿胀,浮髌征阳性时不宜做重手法,可用药物内服外敷治疗。当有半月板、滑膜、脂肪垫、游离体嵌顿时先要解除嵌顿再做手法。如有严重的膝关节内外翻畸形、关节间隙严重狭窄的病人,保守治疗仅能缓解症状,不能解决病因,宜手术治疗。

## 参考文献:

[1]王和鸣.骨科学[M].北京科学技术出版社,887-891

# 升降散治疗呼吸道感染 36 例疗效观察

## Observation on curative effects on 36 cases of respiratory infection treated by Shengjiang powder

孟庆涛

(淄博市第七医院, 山东 淄博, 255000)

中图分类号: R575.7 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0028-01 证型: IDG

升降散乃清名医杨栗山所创, 笔者自 1994~2004 年运用此方加减治疗呼吸道感染 36 例, 效果满意, 现报道如下:

### 1 临床资料

36 例患者中男性 15 例, 女性 21 例, 年龄最小 2 岁, 最大的 36 岁, 病程最长者长达月余, 最短者 2 天, 伴有高烧者 5 例, 扁桃体肿大者 16 例, 治愈时间最长者 8 天, 最短者 3 天, 平均治愈天数 5.5 天。

### 2 治疗方法

基本方: 僵蚕、蝉蜕、片姜黄、大黄。

加减方: 伴高烧兼少阳证者加柴胡、黄芩、荆防、苏叶、豆豉、连翘、薄荷。伴咽疼者加连翘、大贝、薄荷、牛子、射干、桔梗、甘草等。兼风寒者国苏叶、杏仁、前胡、芥穗等。单纯咳嗽者加半夏、黄连、川贝等。

### 3 治疗结果

疗效标准: 治愈: 临床症状全部消失。有效: 症状显著减轻。无效: 自觉症状较治疗前无好转。

结果: 治愈 30 例 (90.91%), 有效 1 例 (3.03%), 无效 2 例 (6.06%), 总有效率 (93.94%)。

### 4 典型病例

患者甲, 患儿高烧一天, 体温 39 度、咳嗽有痰鸣音。检查: 咽部后壁及两侧扁桃体颜色呈紫红色, 扁桃体 1 度肿大、舌质淡、苔薄黄、左手指纹紫中带赤。辨证: 肺胃蕴热上熏, 复感温热之邪所致。治法: 外以辛凉解表, 内清肺胃蕴热。以升降散加减。

处方: 僵蚕 3 克, 蝉蜕 3 克、片姜黄 3 克、大黄 1.5 克、连翘 6 克、芥穗 3 克、豆豉 3 克、桅子 1.5 克、薄荷 4 克、黄芩 3 克、柴胡 6 克。

服一剂烧退热止, 5 剂咳嗽亦愈。

### 5 讨论

本方主要用于温邪犯肺所致咳嗽, 对伴有扁桃体红肿、高烧者效果较好。方中僵蚕、蝉蜕升阳中之清阳, 化痰止咳, 现代药理研究有抗过敏作用, 对气管痉挛有解痉作用。片姜黄、大黄降阴中之浊阴、通腑气, 腑气得通, 则肺气易降。综观全方, 升降三焦气机, 升者升, 降者降。现代药理证明, 片姜黄, 挥发油有明显去痰止咳及预防哮喘发作的作用<sup>[1]</sup>。

### 参考文献:

[1]李诚秀,等.片姜黄挥发油对呼吸道作用的研究[J].中国中药杂志,1998, 23(10):624-625

编号: E-10020346 (修回: 2010-03-23)

[2]王少山,张世华.骨病中西医结合诊疗学[M].北京:中国中医药出版社, 2002:347

[3]师彬,朱培灵.手法为主治疗膝骨性关节炎 157 例疗效观察.按摩与导引 [J].2006,3(22):15-16

### 作者简介:

寇全春 (1969-), 男, 汉族, 山东省临沂苍山人, 1991 年山东中医药大学骨伤系毕业, 曾在临沂市人民医院骨科进修 1 年、解放军总医院骨科进修 1 年、89 医院进修等, 现任骨科主任、副院长、副主任医师。曾出版著作 1 部、发表专业 10 余篇、获科技进步奖多项。名老中医带徒 (已出师)。

编号: E-10023410 (修回: 2010-03-18)

# 中西医结合治疗慢性肾盂肾炎临床观察

## Clinical observation on treating CPN in the integrative medicine

高 华 徐晓英

(广东省农垦中心医院, 广东 湛江, 524002)

中图分类号: R692.7 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0029-02 证型: DBG

**【摘要】** 目的: 临床观察中西医结合治疗对慢性肾盂肾炎(CPN)的疗效。方法: 将110例患者随机分为治疗组、对照组, 分别接受中药汤剂及抗菌素治疗, 观测相关免疫学及肾功能指标变化。结果: CPN病人经中西医结合治疗各项指标有明显改善, 差异显著。结论: 中西医结合治疗不仅能够明显改善CPN患者的临床症状而且能够调节其免疫功能。

**【关键词】** 中西医结合治疗; 慢性肾盂肾炎; 免疫功能

慢性肾盂肾炎(CPN)是由细菌感染引起的慢性肾盂和肾实质炎症, 好发于女性, 尤其是老年妇女患病率较高, 具有反复发作、迁延不愈的特点。因此深入探索本病的防治, 具有重要临床意义。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

所有病例选自2005年7月~2009年7月在本院诊治的CPN患者110例, 诊断符合第二届全国肾脏病学术会议通过的CPN诊断标准<sup>[1]</sup>。入选病例随机分为治疗组和对照组, 治疗组57例, 男13例, 女44例, 年龄19~69岁, 平均40.6岁; 对照组53例, 男12例, 女41例, 年龄21~66岁, 平均40.5岁; 两组在性别、年龄及病程上无明显差异。

#### 1.2 治疗方法

对照组: 低剂量抑菌治疗, 在复发时按药敏选择用药, 主要选用青霉素、头孢菌素、喹诺酮类、氨基甙类抗生素, 视患者具体情况单用或联合用药。疗程为4周。

治疗组: 抗生素用法同对照组, 同时给予六味地黄汤加减治疗, 基本方: 熟地黄、山萸肉、山药、枸杞子、菟丝子、泽兰、赤芍、泽泻、川牛膝、土茯苓、

车前子; 阳虚甚加附子、肉桂; 阴虚甚加玄参、知母; 湿热甚加蒲公英、薏苡仁; 血尿甚加白茅根、小蓟; 腰痛甚加狗脊、杜仲。每日一剂, 水煎分两次服。

#### 1.3 观察指标

观察治疗前后尿 $\beta 2$ 微球蛋白(尿 $\beta 2$ -MG)、血 $\beta 2$ 微球蛋白(血 $\beta 2$ -MG)、内生肌酐清除率(CCr)、补体C3、免疫球蛋白IgA、IgG、IgM的变化情况。

#### 1.4 统计学方法

计量资料采用 $t$ 检验, 计数资料用 $\chi^2$ 检验。

1.5 疗效判断标准: 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>。痊愈: 临床症状、体征消失或基本消失, 尿常规正常或接近正常, 尿菌阴性; 有效: 临床症状、体征减轻, 尿常规显著改善, 尿培养偶有阳性; 无效: 症状及尿检改善不明显, 尿菌定量检查仍阳性, 或于第2、6周复查时尿菌为阳性, 且为同一菌种。

## 2 结果

表1 两组患者临床疗效及复发情况比较(例)

组别	<i>n</i>	痊愈	有效	无效
治疗组	57*	37*	13*	7*
对照组	53	23	18	12

注: 与对照组比较, \* $P < 0.01$ 。

表2 两组患者治疗前后肾功能比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	<i>n</i>	CCr (mL/min)	尿 $\beta 2$ -MG (ug/L)	血 $\beta 2$ -MG (ug/L)
治疗组	治疗前	57	66.7 $\pm$ 15.2	238.7 $\pm$ 38.5	2467.7 $\pm$ 418.5
	治疗后	57	86.8 $\pm$ 30.2**	140.5 $\pm$ 23.5***	1713.3 $\pm$ 308.3***
对照组	治疗前	53	66.3 $\pm$ 13.2	226.4 $\pm$ 39.8	2378.7 $\pm$ 429.8
	治疗后	53	55.5 $\pm$ 10.8	290.1 $\pm$ 25.4	2798.4 $\pm$ 472.5

(下转 32 页)

# 中医辨证治疗强直性脊柱炎 60 例临床观察

## Combination of Chinese and Western medicine treatment of ankylosing spondylitis clinical observation of 60 cases

柳 柳

(沈阳市骨科医院, 辽宁 沈阳, 110044)

中图分类号: R681.51 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0030-03 证型: IGD

**【摘要】** 目的: 探索中西医结合治疗强直性脊柱炎的疗效。方法: 对明确诊断为强直性脊柱炎患者 60 例, 随机分为治疗组 30 例, 对照组 30 例, 均采用激素、非甾体抗炎药、柳氮磺吡啶肠溶片 (SASP) 和甲氨喋呤片 (MTX) 联合口服, 抗炎、免疫调节为基础治疗, 治疗组风湿活动期加用中药汤剂祛风除湿, 舒筋活络; 稳定期采用补肝肾、强筋骨, 健脾祛湿, 逐瘀化痰通督的方法。结果: 治疗组总有效率 93.3%, 对照组总有效率 63.3%, 经检验两组疗效比较差异有显著意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 中西医结合是治疗强直性脊柱炎的一种有效方法。

**【关键词】** 中西医结合; 强直性脊柱炎; 临床观察

**【Abstract】** Objective: To explore the combination of Chinese and Western medicine efficacy of the treatment of ankylosing spondylitis. Methods: a clear diagnosis of 60 patients with ankylosing spondylitis, 30 cases were randomly divided into treatment group and control group of 30 patients were using hormones, non-steroidal anti-inflammatory drugs, sulfasalazine enteric-coated tablets (SASP), and A ammonia MTX tablets (MTX) combined oral, anti-inflammatory, immune regulation-based therapy, the treatment group with active rheumatoid plus with herbal decoction Qufengchushi, Shujin rolling; stable phase use compensatory liver and kidney, strengthening the bones, spleen Qushi, ZhuyuHuatan pass the Governor's approach. Results: The total effective rate was 93.3% in the control group, the total efficiency of 63.3%, after testing efficacy difference between the two groups was significant ( $P < 0.01$ ). Conclusion: The combination of Chinese and Western medicine treatment of ankylosing spondylitis in an effective way.

**【Key words】** Chinese and Western medicine with the clinical observation of ankylosing spondylitis

强直性脊柱炎 (ankylosing spondylitis, AS) 是一种病因未明, 以侵犯脊柱和骶髂关节为主, 并可累及周围关节的慢性进行性自身免疫性疾病, 是一种血清阴性关节病。其特征性病理变化为肌腱、韧带附着点炎症。主要侵犯骶髂关节、脊柱骨突、脊柱旁软组织及外周关节, 并可伴发关节外表现。严重者可发生脊柱畸形和关节强直。甚至出现柱状腰、驼背、鹅颈等。病情进一步发展, 导致脊柱融合, 其发病率高, 易致残, 已成为风湿类疾病的一大难题。因其发病机制目前仍不是很明确, 因此国内外尚缺乏根本性的治疗方法<sup>[1]</sup>。我科自 2000 年采用中西医结合内服药物治疗强直性脊柱炎取得了良好的疗效, 现报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

强直性脊柱炎患者 60 例, 随机分为治疗组和对照组各 30 例。其中治疗组, 男 27 例, 女 3 例; 年龄 18~

43 岁, 病程 6 个月~29 年, 有家族遗传病史 12 例, HLA-B27 阳性者 27 例, 血沉增快者 28 例, 伴有轻度贫血、血小板增高者 20 例, 虹膜炎者 6 例, X 线表现骶髂关节炎: II 级 19 例, III 级 5 例, IV 级 2 例。对照组, 男 26 例, 女 4 例, 年龄 19~47 岁, 病程 9 个月~24 年, 有家族遗传病史 8 例, 血沉增快者 28 例, HLA-B27 阳性者 24 例, 虹膜炎者 2 例, 伴有轻度贫血、血小板增高者 21 例, X 线表现骶髂关节炎: II 级 20 例, III 级 4 例, IV 级 1 例。两组病例在性别、年龄、病情分级及病程分布上比较, 无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 诊断标准

所有病例均符合美国风湿病协会 (ARA) 1984 年纽约诊断标准<sup>[2]</sup>: ①腰椎在前屈、侧弯、后伸 3 个方向皆受限; ②腰椎或腰背部有疼痛或疼痛史 3 个月以上; ③胸部扩张受限, 取第四肋间隙水平测量, 扩张

<2.5cm。双侧 3~4 级骶髂关节炎加上述诊断标准中任何 1 项，或单侧 3~4 级或双侧 2~3 级骶髂关节炎加第 1 项或第 2、3 项诊断标准均列为入选病例。并具有下列活动性指标：晨僵>30min；因疼痛、僵硬而影响睡眠；外周关节炎；ESR>30mm/h；CRP>20mg/L；IgA>39g/L；脊柱痛；正常呼吸时胸痛或颈活动时疼痛或僵硬；昼或夜间双臀痛。中医诊断标准参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>。

## 2 治疗方法

2.1 基础治疗用西药疗法。两组均采用激素、非甾体抗炎药、柳氮磺吡啶肠溶片（SASP）和甲氨蝶呤片（MTX）。激素从小剂量开始使用，一般用于较重病人急性期。非甾体抗炎药选用西乐葆，每次 200mg，每天 1 次，疼痛减轻后停药；MTX7.5~15mg，每周 1 次；SASP 从小剂量开始，第 1 周为 0.5g，每日 3 次口服，第 2 周为 0.75g，每日 3 次口服，第 3 周为 1.0g，每日 3 次口服，稳定期以每天 1.5g 维持治疗。1 个月为 1 个疗程。

2.2 治疗组在口服西药的基础治疗上加用中药内服治疗：活动期以祛风除湿、活血通络、消肿止痛为目的。方用强脊 1 号，药物组成：乌蛇 15g，鸡血藤 20g，桑枝 30g，豨莶草 20g，木瓜 15g，赤芍 15g，川芎 15g，

表 1 两组临床疗效比较表

组别	n	显效	有效	无效	有效率 (%)
治疗组	30	23	5	2	93.3*
对照组	30	9	10	11	63.3

注：与对照组相比<sup>\*</sup>P<0.05。

## 4 讨论

强直性脊柱炎(AS)是一种血清阴性脊柱关节病，病变主要位于骶髂关节和脊柱各小关节，可伴有典型的关节外病变。并常出现椎间盘纤维环及其附近相关韧带的钙化，晚期重症病人可发生脊柱的骨性强直，病程中可伴下肢大关节的不对称性肿胀，足跟痛，甚至出现股骨头坏死，可同时伴发虹膜炎、葡萄膜炎等眼部病变、主动脉瓣关闭不全、以及肺尖纤维化等脏器受累。本病通常出现在青壮年，发病年龄多在 15 岁~30 岁<sup>[5]</sup>。其致病原因至今尚不清楚。目前认为其发病机制与遗传、细菌感染、免疫学异常等因素有关。流行病学调查发现 HLA-B27 在本病的发病中起着关键性作用，分子模拟学说认为 AS 与肠道细菌感染有关。西医目前强调抗炎及免疫抑制治疗，非甾体抗炎药、柳氮磺吡啶和甲氨蝶呤是目前公认的常规治疗用药，但这些药物长期使用易引起胃肠道、血液学及其他系统并发症，患者依从性差。而中医在治疗上历史悠久，经验丰富。把中药与西药结合起来治疗 AS，

当归 15g，防风 12g，红花 15g，羌活 10g，独活 10g，青风藤 15g，土茯苓 20g，蜂房 15g，苏木 10g，薏苡仁 9g。2 日 1 剂，水煎，分 4 次服。待风祛湿除、肿消络通后，转入稳定期时，治以补肾通督，活血化瘀。方用强脊 2 号，药物组成：鹿角胶、淫羊藿各 30g，狗脊、熟地、杜仲、当归、菟丝子、怀牛膝各 15g，穿山甲、元胡、白芍、红花、姜黄、桑寄生各 10g，川芎 6g，甘草 3g。1 剂/d，水煎 400ml，分早晚 2 次服。1 个月为 1 个疗程。

2.3 统计学方法：采用  $\chi^2$  检验， $P<0.01$  为差异有显著意义。

## 3 疗效判定标准与结果

3.1 疗效判定标准：根据文献<sup>[4]</sup>：显效：全部症状消失或主要症状消除，关节功能基本恢复，能参加正常工作和劳动，血沉、C 反应蛋白恢复正常；有效：主要症状基本消除，主要关节功能基本恢复或明显进步，生活不能自理转为能够自理，或者失去工作和劳动能力转为劳动和工作能力有所恢复，血沉降低，C 反应蛋白恢复正常或降低；无效：和治疗前相比较，各方面均无进步。

3.2 结果：治疗组 30 例，经过 3 个月治疗后按有关标准评定，结果显效 23 例，有效 5 例，无效 2 例，有效率 93.3%。结果比较见表 1。

发挥中医中药的优势，利用其综合调节作用的优越性，起到调节免疫功能、抗炎、镇痛的作用，在有效的治疗剂量范围内减少了西药的剂量，疗效增加而副作用减轻，使西药更顺利完成疗程，从而达到治疗的目的。

中医认为本病属传统医学肾痹、骨痹范畴，本病部位在督脉，可兼损髓、膝、肘、肩关节，病机属肾虚寒凝，痰滞督脉。其记载首见于《素问·痹论》中：“骨痹不已，复感于邪，内舍于肾……肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头。”《金匱要略·历节》等都有与本病极为相似。笔者认为：肾虚为本病发生的根本原因，根本病机为正气亏虚、精血不足、风、寒、湿、热之邪内侵所致。先天禀赋不足，肾虚精亏，督脉失养，又感受风寒湿邪或风湿热邪，留滞经脉，壅滞不通，日久产生瘀血痰浊，痹阻于脊柱、胯、膝、踝等关节处，而致关节肿胀，屈伸不利，最终导致脊柱的“竹节样”改变。在活动期主要以风湿痹阻为主，而见关节肿痛、腰部活动不利等症，临床用自拟方药强脊 1 号，药用乌蛇、蜂房、豨莶草、羌活、独活、防

风、青风藤、桑枝，土茯苓、薏苡仁、木瓜祛风除湿，舒筋活络；同时采用鸡血藤、当归、川芎、红花、赤芍，苏木养血活血，扶助正气，兼活血消肿止痛；稳定期以肝、肾、脾虚为主，兼痰浊瘀血，故治以补肝肾、强筋骨，健脾祛湿，逐瘀化痰通督为主，应用自拟方药强脊 2 号，药用熟地、当归、川芎、白芍四物汤养血痛和血，鹿角胶、淫羊藿、怀牛膝、杜仲、狗脊、桑寄生、菟丝子温肾填精，强壮筋骨；红花、川芎、片姜黄、元胡、穿山甲活血散瘀，化痰通络止痛，对晚期出现韧带钙化、骨质增生有明显改善作用。

现代药理研究证明<sup>[6]</sup>，桑枝、土茯苓、薏苡仁、木瓜等清热利湿药对革兰氏阳性菌、阴性菌及病毒都有一定抑制作用，抑制 B 细胞产生抗体，增强细胞免疫功能，抑制炎症的渗出、坏死，减少纤维粘连，这对于清除 AS 的感染诱因，恢复亢进的体液免疫以及减少炎症细胞的浸润、肉芽组织形成以及韧带钙化、阻止病情进展大有裨益。当归、元胡、丹参、牛膝等活血化瘀中药具有扩张血管、改善微循环障碍、抑制成纤维细胞增殖、降低血黏度，调节机体免疫功能、解除炎症过程红肿热痛症状的作用。

通过临床观察发现，中西药联合应用可提高疗效，

减少副作用，尤其适用早期治疗及长期维持治疗，早期发现、合理治疗，加上适宜的功能锻炼，如游泳、体操等减轻或预防脊柱及关节的畸形和强直，减少致残率，对强直性脊柱炎的预后有着非常重要的意义。

**参考文献:**

[1]杨克勤.脊柱疾患的临床与研究[M].北京:北京出版社,1993:564-565  
 [2]VAN DER LINDEN S, VALKENBURG H A, CATS A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria[J]. Arthritis Rheum,1984,27:361,368  
 [3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:201,202  
 [4]施桂英.关节炎概要[M].北京:中国医药科技出版社,2000:2  
 [5]张俊莉,赵峰,陈爱琳.独活寄生汤加减治疗强直性脊柱炎 58 例[J].陕西中医,2005,26 (6):498  
 [6]朱少荣.痹通合剂治疗早期湿热型强直性脊柱炎临床观察[J].甘肃中医学院学报,2006,23(2):648

**作者简介:**

柳椰 (1971-), 男, 沈阳市人, 医学硕士, 主要从事创伤骨科临床工作。

编号: E-100332190 (修回: 2010-03-21)

(上接 29 页)

注: 与本组治疗前比较, <sup>▲</sup>P<0.05, <sup>▲▲</sup>P<0.01; 与对照组治疗后比较, <sup>\*</sup>P<0.05, <sup>\*\*</sup>P<0.01 (下同)。

**表 3 两组患者治疗前后免疫功能变化比较 (x̄ ± s)**

组别	时间	n	C3 (IU/mL)	IgA (mg/L)	IgG (mg/L)	IgM (mg/L)
治疗组	治疗前	57	0.218±0.006	87.3±12.8	85.3±14.6	136.5±31.3
	治疗后	57	0.284±0.008 <sup>▲▲</sup>	123.1±20.4 <sup>▲▲</sup>	126.7±22.4 <sup>▲▲</sup>	241.6±43.8 <sup>▲▲▲▲</sup>
对照组	治疗前	53	0.207±0.005	88.2±14.6	87.2±14.8	139.4±23.8
	治疗后	53	0.263±0.008 <sup>▲</sup>	100.9±17.8 <sup>▲</sup>	101.4±16.9 <sup>▲</sup>	154.5±28.7 <sup>▲</sup>

**3 讨论**

CPN 是一种发病率及复发率高的疾病，其反复发作可引起肾小管萎缩，肾间质纤维化，肾组织瘢痕形成，最终导致慢性肾衰。目前流行病学研究发现在 CPN 病程中，常有局部或全身免疫反应的参与<sup>[3-4]</sup>。

CPN 属于中医“淋证”、“腰痛”范畴，病机为正虚邪实，正虚多为肾精不足，邪实多为湿热、瘀血等，治疗以攻补兼施为治疗大法。中药基方功能补肾活血、清热利湿。方中熟地黄、山茱萸、山药、菟丝子、枸杞子益肾填精；泽兰、赤芍、川牛膝活血化瘀；泽泻、车前子、土茯苓利湿通淋。

本观察结果显示 CPN 患者治疗前血清免疫球蛋白 IgA、IgM、IgG 及补体 C3、肾功能 CCR 水平明显低于正常值,尿 β 2-MG、血 β 2-MG 明显高于正常值; 治疗组与对照组治疗后结果对比、治疗组治疗前后结

果对比均显示: 尿 β 2-MG、血 β 2-MG 降低, CCR 以及 C3、IgA、IgG、IgM 水平提高, 其各项指标值都有明显改善, 差异显著。中西医结合治疗不仅能够明显改善患者的临床症状而且能够调节 CPN 患者的免疫功能, 不失为治疗 CPN 的有效方法。

**参考文献:**

[1]王钢.现代中医肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,2003:419-449  
 [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:95  
 [3]孙建实.慢性肾盂肾炎的免疫病理学机制的实验研究[J].中国中西医结合肾病杂志,2001,2(6):315-317  
 [4]李莲华,程世平.益肾康颗粒防治慢性肾盂肾炎的临床免疫学研究[J].中国药房,2008,19(24):1898-1900

编号: EA-100310168 (修回: 2010-03-19)



# 中西医结合治疗类风湿关节炎 30 例

## Treating 30 cases of RA in the integrative medicine

温志芳

(内蒙古奈曼旗人民医院, 内蒙古 奈曼旗, 028300)

中图分类号: R593.22 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0033-02 证型: DGI

【关键词】 类风湿关节炎; 中西医结合

类风湿关节炎(RA)是一种以关节和关节周围组织的非感染性炎症为主的全身性自身免疫性疾病。如果累及其他脏器,可引起心包炎、心肌炎、间质性肺炎、肾淀粉样变以及眼部疾患(如巩膜炎,虹膜炎),还可并发血管炎以及末梢神经损害等,因此又称类风湿病。其关节症状特点为关节腔滑膜发生炎症,渗液,细胞增殖,血管翳(肉芽肿)形成,软骨及骨组织破坏,最后关节强直,关节功能丧失。任何年龄均可发病,以25~55岁最常见,女性发病率高于男性,男女发病率之比约1/3.5。本病属于中医“痹证”,多由于人体正气不足,气血不盛,腠理疏松,致使风、寒、湿三气而和为痹。近年来,笔者汇通中西,以中西医结合法治该病30例,效果满意,现报道如下:

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

30例病人均为门诊治疗,其中男性一例,55岁。其余均为女性,年龄从35岁到65岁,其中一例较重,四肢关节均变形,病程最短半年,最长5年。

#### 1.2 治疗方法

采取中西医结合法治。西医疗法:柳氮磺吡啶片,起始量要小,第一周早、中、晚各一片;第二周早两片,中、晚各一片;第三周早两片,中午一片,晚两片;第四周,早、中、晚各两片,以后即按此量服用,服用一个月时查肝功能。正清风痛宁片,一次2至4片,一天三次口服。中医疗法:自拟类风湿方,黄芪30g,秦艽15g,防己15g,青风藤30g,海风藤30g,桃仁15g,红花15g,川牛膝15g,泽泻15g,羌活30g,桂枝10g,生地10g,制川乌先下6g,穿山甲先下10g,蜈蚣3条,老鹤草30g,泽兰30g,穿山龙30g,薏苡仁30g,土鳖虫15g,威灵仙15g,三七粉冲服6g,生甘草10g,元胡20g。随症加减:颈肩痛者加葛根;晨僵较甚者加蜂房(炙)、全蝎、鸡血藤、白僵蚕;双下肢冷痛者加制附子、肉桂、仙灵脾、仙

茅;血沉快者加土茯苓、虎仗。一般四周为一疗程。

**2 治疗结果:**本组30例,三个疗程后完全缓解10例,六个疗程后显效19例,无效1例,总有效率96.66%。

### 3 典型病例

患者甲,女,家务,59岁,于2009年3月29日来风湿科治疗,症见:双手指关节肿胀、疼痛,晨僵,双髋部疼痛,颈肩、双膝关节足踝、足掌趾关节均痛,尤其夜间加重,患者非常痛苦。患者自诉2008年3月份即诊断为类风湿关节炎,但未引起重视,偶尔口服止痛药(用药不详),现症状加重一个月,院外服用十余剂汤药未见缓解,遂慕名就诊于我科,诊断为类风湿关节炎,中医辨证属“痹证”。处方:口服正清风痛宁片,一次二片,一日三次;柳氮磺吡啶片,从小剂量开始,早、中、晚各一片,每周加一片,四周后一次二片,一日三次。中药处方:黄芪30g,秦艽15g,防己15g,青风藤30g,海风藤30g,桃仁15g,红花15g,川牛膝15g,地龙15g,羌活30g,桂枝10g,生地10g,制川乌先下6g,穿山甲先下10g,蜈蚣3条,老鹤草30g,泽兰30g,穿山龙30g,豨莶草30g,全蝎6g,土鳖虫15g,威灵仙15g,三七粉冲服6g,生甘草10g,元胡20g。四剂水煎服,一剂服三次,一日两次,(早饭前,晚饭后)共服六天,同时嘱患者注意保暖,保持心情舒畅,忌食面食、茶水、生冷食物,勿过劳。2009年4月6日二诊,患者自诉诸关节疼痛略有减轻,但双手晨僵加重,余无不适。原方加入蜂房15g,桑枝20g,再进四剂。其后随证加减,一个疗程后症状减轻,一个半疗程后症状消失,遂停服饮片,将3月29日方以3倍量挫料药一剂,水泛为丸,早晚饭后各服9g以资巩固,其余药照常服用。并坚持定期随访,2010年1月电话联络得知,诸药停服近4个月,未见反复。

(下转35页)

# 清肝明目合剂治疗

## 葡萄膜炎并发白内障术后反应观察

### Reaction observation on treating uveitis after cataract surgery with liver eyesight mixture

吴子镜 廖炳光 王 宏 李芳梅

(绵阳市中医院眼科分院, 四川 绵阳, 621000)

中图分类号: R77 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0034-02 证型: BDI

**【摘要】**目的: 探讨葡萄膜炎并发白内障术后反应的中医治疗效果。方法: 在葡萄膜炎并发白内障术后常规点药的的基础上, 比较口服清肝明目合剂和消炎痛片对术后反应的疗效。结果: 清肝明目合剂治疗组效果优于消炎痛片对照组。结论: 清肝明目合剂口服治疗葡萄膜炎并发白内障术后反应效果好、副作用少。

**【关键词】** 葡萄膜炎并发白内障手术; 术后反应; 清肝明目合剂

葡萄膜炎是一类常见的致盲眼病, 多发于青壮年, 社会危害大; 炎症反复发作或慢性化, 造成房水改变, 影响晶状体代谢, 从而引起白内障, 渐重而最终完全失明<sup>[1]</sup>。因晶状体混浊而失明的葡萄膜炎并发白内障, 可望通过手术的方法改善视力, 但白内障手术会对虹膜等眼组织造成损伤, 从而诱发或加重葡萄膜炎炎症反应, 其发生率为 100%, 如不及时处理, 将严重影响手术效果。临床一般应用皮质类固醇、前列腺素抑制剂及散瞳剂控制<sup>[2]</sup>。中医药是我们伟大的宝库, 我院一直致力于中医药的开发应用, 自 2004 年 5 月~2010 年 1 月应用清肝明目合剂(川药制字 Z20070452 100ml×瓶×10 元, 我院内制剂)于葡萄膜炎并发白内障手术后炎性反应的治疗, 观察 50 例(55 只眼), 取得了显著效果。现报告如下:

#### 1 临床资料

共 100 例(110 只眼), 均来源于我科 2004 年 5 月~2009 年 5 月间葡萄膜炎并发白内障小切口囊外摘除联合人工晶体植入术的患者。随机分为治疗组和对照两组, 每组 50 例。治疗组男 32 例, 女 18 例, 平均年龄 43.5 岁; 对照组男 33 例, 女 17 例, 平均年龄 42.6 岁。两组年龄最大 63 岁, 最小 22 岁; 手术时间均在急性葡萄膜炎治疗好转半年后进行; 经统计学检验, 两组患者在性别、年龄等方面无统计学差异, 具有可比性; 手术均由本人主刀完成。

#### 2 治疗方法

所有病员手术后 2 小时起: 典必舒滴眼液滴眼, Q2h; 双氯芬酸钠眼液滴眼, Tid; 复方托吡卡胺滴眼

液活动瞳孔, 每天 2 次。

对照组于手术后当天起服用消炎痛肠溶片 25mg, 每天 3 次, 饭后半小时服; 治疗组服用清肝明目合剂(决明子、石决明、青箱子、蒲公英、栀子、大黄、南沙参、赤芍、败酱草、木贼、麦芽等), 20ml, 每天 3 次, 饭后半小时服。

两组均每天行视力、裂隙灯显微镜检查各二次; 一周后评定疗效。

#### 3 结果

##### 3.1 疗效标准

显效: 睫状充血、结膜充血轻微, 角膜透明, 角膜后沉着物(+), 房水闪光(+); 有效: 睫状充血、结膜充血(+), 角膜轻微纹状水肿, 角膜后沉着物(++), 房水闪光(++); 无效: 睫状充血明显(++), 结膜充血明显, 角膜欠清, 纹状水肿(+++), 角膜后沉着物(+++), 房水闪光(+++)及以上, 或人工晶体前膜形成。

##### 3.2 结果

治疗组 50 例中显效 43 例, 有效 7 例。对照组 50 例中显效 38 例, 有效 12 例。治疗组临床疗效明显优于对照组。

#### 4 讨论

白内障摘除及人工晶体植入术是目前葡萄膜炎并发白内障患者复明的唯一手段, 但手术本身的局部机械性创伤及体质对创伤的应激性反应等, 都将给术眼造成不同程度的非特异性炎症反应, 主要包括结膜充血、角膜水肿、急性葡萄膜炎、人工晶体前表面渗出

沉着物甚至形成前膜等病症；对这些反应，如不加以有效及时地预防和控制，就可能引起严重的后果<sup>[3]</sup>。也有在炎症消退一段时间后突然出现急性葡萄膜炎，称为迟发性葡萄膜炎。其原因是多方面的，首先是手术创伤性的炎症反应：表现为血—房水屏障的破坏，房水中蛋白浓度升高，出现房水细胞，以及睫状体充血和角膜水肿等改变；其次是与晶体和人工晶体相关的炎症反应，如人工晶体对角膜内皮、虹膜长期刺激所造成的机械损伤和手术过程中晶体蛋白的释放和残存所引起的葡萄膜炎；人工晶体对眼内组织的刺激还引起人工晶体表面的异物性炎症反应，参与这种炎症反应的细胞主要是巨噬细胞，另外还有成纤维细胞、类上皮细胞等等，在这种细胞性炎症反应的基础上可形成人工晶体前膜，往往严重影响患者视力，甚者失明<sup>[4]</sup>；当然还有本身的基础病葡萄膜炎因素。手术中可能的细菌感染等也能导致术后炎症反应<sup>[5]</sup>。

本病一般采用局部或全身应用皮质激素、抗生素、非甾体类消炎药及散瞳剂等治疗。激素及非甾体类消炎药治疗虽能有效控制术后炎症反应，但其副反应，常常使一些合并有糖尿病、高血压、消化道溃疡等患者不宜全身使用；而局部较长时间滴用激素，也会造成眼压升高、角膜上皮脱落及手术伤口愈合延迟等副反应<sup>[6-7]</sup>。因此，寻找一种既能替代激素、且安全有效的药物，是眼科医生所期盼的。

我们认为白内障人工晶体植入术后炎症的发生，从根本上来讲还是由手术所造成的目珠局部脉络的损伤所引起。根据中医学理论，本病属中医“瞳神紧小”范畴，与眼部损伤、脏腑功能失调及外邪内侵有关。手术创伤，目中脉络受损，必然导致气血瘀滞，而术后早期症状多为畏光、流泪及眼痛，表现为肝经风热

症状，即“外伤引动肝热，外伤多有瘀滞”<sup>[8]</sup>。因而，治宜祛风清肝明目，行气活血化瘀。清肝明目合剂中决明子、青葙子、蒲公英、栀子、大黄等清肝明目，祛风清热，现代药理证实，具有抗菌、消炎作用；决明子、南沙参、赤芍、麦芽等清肝行气、活血化瘀，现代药理证实，是通过提高或调节机体免疫功能，改善微循环，促进炎症病变的吸取<sup>[9]</sup>。诸药合用，能加快眼部血液和房水循环，使前房的炎症消退，渗出物吸收。通过两组疗效比较可知，对照组疗效不如治疗组。经临床验证，清肝明目合剂对尽快消除白内障的术后反应，促进水肿与渗出液的吸收，减轻症状，缩短疗程，收到良好效果。经 5 年多的观察，无激素的副作用，胃肠反应远比消炎痛少而轻，且使用方便，经济实惠，值得推广使用。

#### 参考文献：

- [1]赵堪兴,杨培增.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2008,171,174
- [2]李凤鸣.眼科全书[M].北京:人民卫生出版社,1996,1665-1672
- [3]王桂红,郝小波,唐忠鲁等.抗炎 I 号方对白内障术后治疗作用的研究[J].河北中医,2004,26(10):778
- [4]王蓉,钟瑞英.障炎宁治疗白内障术后炎症反应 40 例[J].山西中医学院学报,2006,7(3):35
- [5]郭海科.白内障超声乳化与人工晶体植入术[M].郑州:河南医科大学出版社,2000:173-185
- [6]刘家琦.实用眼科学[M].北京:人民卫生出版社,1984.314
- [7]陈新谦,金有豫.新编药理学[M].北京:人民卫生出版社,1998.424
- [8]王明芳.谈眼外伤的中医辨证规律[J].中西医结合眼科杂志,1990,8(1):46
- [9]黄泰康.常用中药成分与药理手册[M].北京:中医药科技出版社,1999:892-893,1166-1167,1713-1715,1325-1329,253-311,1352-1353,1003-1015,937

编号：L10031001（修回：2010-03-19）

（上接 33 页）

#### 4 体会

正清风痛宁具有抗炎，利尿，调节 T.B 淋巴细胞，调节血清免疫球蛋白 IgG、IgA 含量下降，C3 补体上升，降低血 RF 滴度，改善病情活动性指标 ESR，起免疫调节作用，且治疗安全性较高<sup>[1]</sup>。柳氮磺吡啶片是慢作用抗风湿药，该药能减轻局部炎症和晨僵，可使血沉和 C-反应蛋白下降，并可减缓滑膜的破坏。本品一般从小剂量开始，逐渐递增至每日 2~3g。用药后 1~2 个月可起效。中药祛风散寒，除湿通络，尤其泽兰、泽泻、白僵蚕、鸡血藤、薏苡仁五药合用可迅速减轻晨僵及关节肿胀；三七粉与元胡配伍止痛效佳，基本不用非甾体抗炎药，中药止痛效果欠佳者，可酌情服用此类药，治疗中定期检查肝功能，肾功能及血

常规，肝功能异常者仅两例，余正常。

类风湿关节炎是一种既有体液免疫异常又有细胞免疫异常的自身免疫性疾病，同时它还是一种与遗传因素有关的免疫调节性疾病，在中医范畴属于“痹证”中的“尪痹”。当前临床上治疗类风湿关节炎的药物可谓种类繁多，然而通过临床观察，单用中药治疗或单用西药治疗都效果不佳，唯有中西药合用效果显著，缩短治疗周期而且毒副作用小，病人用药依存性好，从而取得更好的疗效。

#### 参考文献：

- [1]林宗莲,高福祥,王新昌,黄继勇.正清风痛宁治疗类风湿关节炎肾损害的临床观察[J].内蒙古中医药,2009,28(1):1-2

编号：EA-100315184（修回：2010-03-19）

# 中西医结合治疗肠易激综合征 30 例疗效观察

## Observation on curative effect 30 cases on irritable bowel syndrome treated by combination of TCM with Western medicine

吴世才 郑振经

(徐闻县中医医院, 广东 徐闻, 524100)

中图分类号: R574 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0036-02 证型: GDI

**【摘要】** 目的: 观察中西医结合治疗肠易激综合征的临床疗效。方法: 将 60 例患者随机分为 2 组各 30 例, 治疗组给予中药合并西药常规治疗, 对照组单用西药常规治疗, 疗程均为 1 个月。结果: 治疗总有效率治疗组为 96.67%, 对照组为 80.00%, 二组比较, 差异有显著性意义 ( $P<0.05$ )。临床主要症状疗效总有效率治疗组在腹泻、腹痛、腹胀等均较对照组提高, 二组比较, 差异有显著性意义 ( $P<0.05$ )。结论: 中西医结合治疗肠易激综合征疗效优于单纯西药常规治疗。

**【关键词】** 肠易激综合征; 中西医结合疗法; 加味痛泻要方

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical curative effect on irritable bowel syndrome treated by combination of TCM with Western medicine. Methods: 60 cases patients were divided equally into 2 groups. Treatment group treated by TCM and western medicine of conventional therapy and control group and treated by western medicine of conventional therapy. The course of treatment is one month. Results: The total effective rate is 96.67% while the control group is 80.00%. To compare the two groups, the difference is significant ( $P<0.05$ ). The total effective rate of cardinal symptom of treatment group is higher than control group, the difference is significant ( $P<0.05$ ). Conclusion: treatment of combination of TCM with Western medicine is better than simple use conventional therapy of western medicine.

**【Key words】** irritable bowel syndrome; treatment of combination of TCM with Western medicine; additional Tongxieyaofang

肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 是一种慢性肠道运动功能紊乱性疾病, 主要表现为腹痛和排便异常, 缺乏形态学、微生物学和生化学异常。本病临床上常见, 确切病因尚不清楚, 可能的诱因有: 情绪紧张、环境改变、精神异常 (抑郁、焦虑)、食物过敏、肠道感染后等。近年来, 笔者应用中西医结合治疗 IBS 取得较好疗效, 结果报道如下:

### 1 临床资料

1.1 诊断标准, 参照 2003 年《肠易激综合征中西医结合诊治方案》(草案)<sup>[1]</sup> 诊断标准。

### 1.2 一般资料

观察病例为本院 2007 年 10 月至 2009 年 10 月门诊患者, 共 60 例, 将其随机分为二组。治疗组 30 例, 男 18 例, 女 12 例; 年龄 23~68 岁, 平均 (38.3±10.37) 岁; 病程 2~22 年, 平均 (6.21±4.37) 年。对照组 30 例, 男 14 例, 女 16 例; 年龄 24~63 岁, 平均 (37.5

±10.63) 岁; 病程 2~24 年, 平均 (5.91±5.25) 年。二组性别、年龄、病程等一般情况比较, 差异无显著性意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。全部病例均有腹痛、腹泻等腹部不适症状, 所有病例均经大便常规、细菌培养、结肠镜检查、潜血试验及血常规检查。

### 2 治疗方法

#### 2.1 治疗组

采用加味痛泻要方<sup>[2]</sup>合并西药常规治疗。基本方: 炒白术 18g、白芍、素馨花各 15g、陈皮、木香、佛手各 10g、防风、甘草各 6g。加减: 肝郁脾虚型加党参 20g、枳实 10g; 寒热夹杂型加干姜 8g、黄连 6g; 脾胃虚弱型加黄芪 30g、党参 20g、煨肉豆蔻 10g。用水适量, 先浸泡 30 分钟, 再煎煮 30 分钟, 每剂煎两次, 将两次药液混合, 每日一剂, 分两次温服, 西药给予维溴铵 (得舒特)、多潘立酮、洛派丁胺 (易蒙停) 及抗抑郁、抗焦虑药常规治疗。(下转 42 页)

## 骨科病房压疮的预防

### The Prevention of pressured sores in Orthopedic Ward

熊小玲 扬丽明

(江西省樟树市中医院, 江西 樟树, 331200)

中图分类号: R63 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0037-02 证型: IG

**【摘要】** 目的: 探讨压疮预防措施对骨科卧床患者的作用。方法: 对 2007 年 1 月至 12 月收治的 800 例骨折卧床患者应用全面的压疮预防措施, 与 2006 年同期的 700 例患者进行比较。结果: 采用压疮措施后, 压疮发生率由 2.57% 降至 0.25%。结论: 压疮预防措施能有效减少压疮发生。

**【关键词】** 骨科; 压疮; 预防

**【Abstract】** Aims: To investigate the effect of preventive measure to pressure sores in Orthopedic Ward. Methods: Conduct preventive measures on 800 patients during 2007, compared with 700 patients without preventive measures in 2006. Result: the incidence rate of pressures sores reduced from 2.57% to 0.25%. Conclusion: Preventive measures can greatly reduce the occurrence of pressure sores.

**【Keywords】** orthopedics; pressure sores; prevention

江西省樟树市中医院是一个以骨科为主的综合性医院, 每年骨科患者中 60% 是需要卧床的下肢骨折及胸腰椎骨折患者。为了探讨骨科卧床患者压疮的预防措施, 减少患者的住院时间和医疗费用, 提高患者的生活质量, 我科于 2007 年 1 月至 2008 年 12 月期间, 对 800 例骨折卧床患者运用以护士长、责任护士为主, 病人及家属共同参与的方法, 采取相应的压疮预防措施, 取得了满意的效果。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料: 收集 2005 年 1 月~2006 年 12 月下肢及胸腰椎骨折患者 700 例列为传统组, 其中男 490 例, 女 210 例; 年龄为 3~92 岁, 平均年龄 47.5 岁。均采用传统的方法预防压疮, 压疮发生 18 例。收集 2007 年 1 月~2008 年 12 月 800 例列为观察组, 其中男 560 例, 女 240 例, 年龄为 2~94, 平均年龄 48 岁, 压疮发生 2 例。观察组运用护士长、责任护士为主、病人及家属共同参与的方法采取预防压疮的措施。

#### 1.2 具体措施

##### 1.2.1 护士长方面

1.2.1.1 制定病房管理目标: 力争使科内可控压疮发生率为零, 并使其责任到人, 把此目标作为年终考评护士业绩的因素之一。国内大多认为压疮完全可以预防, 院内压疮发生的标准为零<sup>[1]</sup>, 除不允许翻身的特殊患者外一律不得发生压疮, 带压疮入院者不准扩大。

1.2.1.2 定期组织护士培训: 有研究<sup>[2]</sup>显示, 护士的压

疮防治相关知识相当缺乏, 护士压疮防治相关知识方面的教育有待加强。护士长定期组织护士进行预防压疮知识的学习, 讲解压疮的预防措施。对新来护士严格做好岗前培训, 进一步强调骨科病房压疮预防的重要性。

1.2.1.3 建立严格的交接班制度: 除一般的病情交班外, 骨科病房特别是要做好皮肤交班, 责任到人, 交班前出现的问题由交班者负责, 交班后出现的问题由接班者负责。

1.2.1.4 进行护理查房: 通过护理查房对护理诊断、护理措施与效果的集体评价, 系统地检验护理程序的实施, 及时评价护士的工作情况, 检测护士解决问题的能力。特殊病人给予具体指导: 下肢骨折牵引以及其它不能翻身的患者, 指导挺胸抬臀或挺腹抬臀的减压动作预防压疮。胸腰椎骨折患者, 强调定时翻身的重要性。

##### 1.2.2 护士方面

1.2.2.1 责任到人, 我们采取的方法是, 责任护士对所管的病人实行 8 小时上班, 24 小时负责。从入院开始积极评估易患因素, 量身制定压疮防范措施, 做到心中有数。严格执行交接班制度, 特别是病人的皮肤交班。

1.2.2.2 减轻局部压力: 压力是影响压疮的最重要因素, 70mmHg 的压力持续 2h 就可能引起不可逆的细  
(下转 39 页)

# 尚德俊诊疗闭塞性动脉硬化症经验应用体会

## Utilized comprehension on experience of arteriosclerosis obliterans treated by ShangDejun

杜丽苹 李彦州 温志国

(洛阳市中心医院, 河南 洛阳, 471009)

中图分类号: R543 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0038-02 证型: BGIA

【关键词】 闭塞性动脉硬化症; 尚德俊; 临床经验; 体会

【Key words】 arteriosclerosis obliterans; ShangDejun; clinical experience; comprehension

尚德俊教授是我国著名的周围血管疾病专家, 诊治闭塞性动脉硬化症积累了丰富的临床经验, 取得了显著的临床疗效。现谈一下我们应用尚老诊治闭塞性动脉硬化症经验的体会。

### 1 期型合参辨病与辨证相结合

诊断闭塞性动脉硬化症, 尚老主张辨病与辨证相结合, 期型合参。临证时首先辨病, 早期明确诊断, 了解疾病的演变过程和发展规律, 然后在辨病的基础上, 重视中医辨证, 审因论治, 临床分期与辨证分型相结合, 使辨证论治具有针对性, 从而使现代医学的辨病整体化与中国传统医学的辨证微观化向更深发展, 以病为纲, 病证合参, 充实临床诊断的完整性和治疗的全面性。

### 2 整体辨证与局部辨证相结合

整体辨证与局部辨证相结合是尚老临证时的又一特点。四诊合参, 整体辨证, 在此基础上结合患肢局部的情况, 如有无红肿、溃疡或坏疽, 疮面分泌物的性质及气味, 皮肤颜色、温度的改变等, 进行局部辨证。临床中整体辨证与局部辨证的有机结合使辨证更准确, 更切合疾病本身的发病机制, 是临床治疗取得更好疗效的前提。

### 3 宏观辨证与微观辨证相结合

尚老临证时强调四诊合参, 以中医学的宏观辨证为基础, 同时又充分应用现代科学新知识、新技术, 根据微循环、血液流变学、血流动力学、血管功能、彩色超声多普勒、血管造影、CT血管成像、病理切片等多指标的微观检测, 并将其纳入闭塞性动脉硬化症的诊断依据, 进行微观辨证, 实现了闭塞性动脉硬化症的宏观辨证和微观辨证的统一, 为活血化瘀法的临床运用提供了客观依据。

### 4 临床治疗首重气血

气血理论是中医学的理论基础, 血行于脉内, 赖气之推动而循行周身。本病患者多为中老年人, 表现为瘀阻而体弱气虚(气虚血瘀), 尚老将活血法与补气法配合应用, 以补其不足, 攻其瘀滞, 攻补兼施, 目的在于消除瘀阻, 疏通血脉, 调和气血。《景岳全书》认为“气虚而血滞”, “气弱而不行者”。活血法与补气法联合应用, 使元气健旺, 促进血液循环, 扩张周围血管, 改善机体免疫功能, 可以提高活血化瘀法的疗效, 能够达到消瘀血而不伤正气。因此, 尚老治疗闭塞性动脉硬化症极其重视气与血的关系, 临床应用中应重视益气、行气、调气治疗, 气血并治, 抓住这一点我们方能取得良好的疗效。

### 5 “异病同治, 同病异治”

尚老认为, 血脉瘀滞、经络阻塞是周围血管疾病血瘀症的总病机, 故治疗原则是活血化瘀。闭塞性动脉硬化症是一种血瘀性疾病, 其主要病理改变是血瘀, 病理上的共性, 故可用活血化瘀法治疗, 即“异病同证, 异病同治”。但闭塞性动脉硬化症的发展阶段不同, 证候各异, 治疗上亦有差别, 故要灵活应用“活血十法”, 即“同病异证, 同病异治”。因此, 我们应用活血化瘀治疗闭塞性动脉硬化症时, 应当灵活运用“活血十法”, 充分发挥中医辨证论治的优势。

### 6 着眼“通”法

血脉瘀滞、经络阻塞是闭塞性动脉硬化症的病机。人体血脉以通为用, 闭塞不通则百病出。尚老认为“通”法有广义和狭义之分, 温通、通下谓之通, 调和气血可使之通, 清热利湿则利于通。因此, 临床中我们要始终抓住“血脉不通”的病机, 把“通”法贯穿于治疗过程的始终。临床运用过程中适当加入虫类药物如地龙、全虫、土鳖虫, 能更好的提高疗效。

### 7 强调中西医结合整体疗法综合治疗

尚老治疗闭塞性动脉硬化症，主张药物治疗与手术治疗、介入治疗相结合。强调辨证论治内服中药，选用适当的外治疗法，配合活血化瘀中成药制剂及西药静脉点滴、穴位注射、动脉注射等多种疗法，可以增强活血化瘀的作用，更好的改善血液循环及微循环。根据患者病情的特点，选用适当的血流重建术或介入治疗技术，对于挽救缺血坏死的肢体有积极有效的作用。尤其是介入术后的患者，中医中药对防止术后血管的再狭窄、闭塞有积极的预防作用，提高了临床疗效，减少了致残率。对于严重肢体坏疽者，在改善血液循环的基础上实施截肢手术，可降低截肢平面，提高切口愈合率。因此，我们在治疗闭塞性动脉硬化症时，应坚持中西医结合整体疗法综合治疗，这是我们取得良好疗效的关键。

## 8 “未病先防，已病防变”

(上接 37 页)

胞变化<sup>[3]</sup>。所以对于卧床患者，在病情许可的前提下，每 2h 协助翻身一次，避免 90 度翻身，应保持床铺与身体呈 45 度，背部垫一软枕，使一部分重心落在软枕上，另一部分落在臀大肌上，避免了压迫粗隆部的骨突出。

1.2.2.3 为患者做细致的心理护理和健康教育，指导患者和家属评估发生压疮的危险因素，教育患者采取多种方法避免压疮的发生。指导下肢骨折不能翻身的患者习得自我防压疮的技巧：患者双肘置身旁贴床，健侧下肢膝关节弯曲，足底贴床，同时向下用力，腰部收缩向上用力挺起并抬臀，持续 2~3min，4~5 次/d。受压部位使用分隔式气垫，夏天使用凉液垫。

### 1.2.3 患者及家属方面

1.2.3.1 消除心理压力，积极评估压疮易患因素，配合护士做好压疮预防工作。保持床单位平整，清洁、干燥，无渣屑，二便后及时擦净。

1.2.3.2 病情许可定时翻身，在搬动患者时注意身体各部分的位置，避免拖拉扯患者。夏天使用凉液垫的患者，家属要定时给更换，以防使用过久局部温度升高。

### 1.2.3.3 饮食方面

营养不良是导致压疮的内因之一，因此家属要根据病情为患者准备合理的膳食，以减少压疮的发生。

## 2 结果

传统组和观察组压疮发生情况比较见表 1。

表 1 传统组和观察组压疮发生情况比较

组别	病例数 (n)	压疮发生例数 (m)	压疮发生率 (m/n)
传统组	700	18	2.57%
观察组	800	2	0.25%

尚老认为防治闭塞性动脉硬化症应做到“未病先防，已病防变”，“防患于未然”，这是临床提高疗效的关键。随着饮食结构和生活方式的改变及社会老龄化，闭塞性动脉硬化症发病率日益增高，多数病变早期无证可辨或无临床症状和体征，因此可以通过化验和检查，发现隐匿性血瘀症的存在，做到早期诊断，早期防治；对于已病患者，要积极治疗原发病，如高血压、冠心病外，要防止各种并发症的发生，充分发挥中西医两种治疗方式的优势，互相补充，取长补短，坚持中西医结合整体疗法综合治疗，进而提高闭塞性动脉硬化症的临床诊疗水平。

### 基金项目：

国家“十一五”科技支撑计划-“名老中医临床经验、学术思想研究”  
(2007BA110B02 - 11)

编号：E-10033910（修回：2010-03-16）

注：经  $\chi^2$  检验 2 组发生率比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。

## 3 讨论

3.1 结果分析应用以护士长、责任护士为主，病人及家属共同参与的方法预防压疮，有效地降低了骨科病房压疮的发生率。降低了医疗费用，提高了基础护理质量。减少了护理差错，提高了患者的满意度，密切了护患关系。

3.2 压疮发生的原因主要有 4 种因素：压力、剪切力、摩擦力、潮湿。其首要因素是压力，定时翻身减轻受压部位的压力是预防压疮最重要的措施。对于不能随便翻身和改变体位的骨折患者，只能通过定时抬臀，间隙性解除压迫来达到预防压疮的目的。

3.3 护士长通过制定目标、和培训护士以及查房时的具体指导，增强了护士的责任心，提高了护士防患压疮的知识。护士通过对患者入院评估，制定压疮预防措施，以及对患者进行心理护理和健康教育工作，加强了护患沟通，使患者和家属在住院期间获得了防病治病知识，对于出院患者压疮的防患也起到了很好的作用。

### 参考文献：

[1]林菊英.医院护理管理学[M].人民卫生出版社,1989:122

[2]谢小燕,刘雪琴.对护士压疮防治相关知识现状的调查[J].中华护理杂志,2005,40(1):67-68

[3]黄济宁.压疮护理进展[S].国外医学,护理学分册,1986,5(2):69

### 作者简介：

熊小玲，大专，主管护师，江西省樟树市中医医院。

编号：E-10034012（修回：2010-03-22）

# 安宫牛黄丸结合高压氧 治疗重型颅脑损伤的研究概况

## A review on treating severe traumatic brain injury with Angong Niuhuang pills plus HBO

董文尧<sup>1</sup> 尚姗姗<sup>2</sup> 李先强<sup>1</sup> 焉兆利<sup>1</sup> 宋振宇<sup>2</sup> 张毅<sup>2</sup>

(1.山东省中医院, 山东 济南, 250011; 2.山东中医药大学基础医学院, 山东 济南, 250014)

中图分类号: R651.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0040-03 证型: ABDI

**【摘要】** 概述了安宫牛黄丸和高压氧联合应用治疗重型颅脑损伤的实验与临床研究进展。

**【关键词】** 安宫牛黄丸; 高压氧; 重型颅脑损伤; 综述

安宫牛黄丸源于清·吴鞠通的《温病条辨》<sup>[1]</sup>, 是中医治疗高热症的“温病三宝”之一, 是凉开的代表方剂。后世医家对此方甚为重视, 评价、研究和应用都相当广泛。安宫牛黄丸作为中医急救药, 在治疗重型颅脑损伤中对中枢性发热不仅起到了降温解热、镇静安神之效, 其豁痰开窍醒神之功也促进了神志清醒及中枢神经系统功能的恢复; 而高压氧治疗在改善病灶区脑细胞缺氧状态、减轻脑水肿、降低颅内压方面起到积极作用<sup>[2]</sup>。安宫牛黄丸结合高压氧治疗重型颅脑损伤堪称中西医结合之典范, 本文就此做一综述。

### 1 安宫牛黄丸

#### 1.1 功效

安宫牛黄丸有“芳香化秽浊而利诸窍、咸寒保肾水而安心体、苦寒通火腑而泻心用”之功。具有明显的清热解毒、降温止惊、豁痰开窍醒神之作用。主治邪热内陷心包证, 由牛黄、犀角、黄连、黄芩、生栀子、朱砂、珍珠、麝香、冰片、明雄黄、郁金、金箔 12 味药组成, 是热入心包、神昏窍闭之危症的抢救药品。

#### 1.2 实验研究

安宫牛黄丸对各种原因引起的昏迷均具有较好的复苏作用<sup>[3]</sup>。高峻钰等<sup>[4]</sup>使用 c-fos 原癌基因表达产物免疫组化标记方法, 观察安宫牛黄丸对大鼠中枢神经元的活化作用, 结果显示该药可能通过激活脑干网状上行激活系统、边缘系统、神经内分泌系统及与情绪、意识等有关的下丘脑等中枢起作用, 而且对皮层神经原可能还有直接的作用。黄玉芳等<sup>[5]</sup>在观察安宫牛黄

丸对家兔实验性脑水肿的影响时, 发现该药能降低脑脊液及脑组织 LDH 活性, 能使 SDH、ATP 酶趋于增强, 能降低水肿脑组织含水量和伊文思蓝染色的范围及程度, 提示该药对脑组织的保护作用即可能是安宫牛黄丸开窍醒脑作用的原理之一。现代药理研究表明, 该药可保护血脑屏障, 降低毛细血管通透性, 提高脑组织对缺血、缺氧的耐受性, 从而保护脑组织<sup>[6]</sup>。

#### 1.3 临床研究

王冲等<sup>[7]</sup>用安宫牛黄丸治疗重度颅脑损伤患者 69 例, 均取得了很好疗效。治疗结果表明, 使用安宫牛黄丸可使病人昏迷、高热、抽搐、惊厥症状明显减轻, 促进患者清醒。高秀芝等<sup>[8]</sup>将 90 例重型脑外伤病人分成两组, 每组 45 人, 一组单用传统西医药方法治疗, 另一组并用安宫牛黄丸治疗, 观察伤后早期和 3 个月的效果。结果表明并用安宫牛黄丸组疗效优于单纯西医药组。王志芳<sup>[9]</sup>将 76 例颅脑损伤和脑卒中病人随机分为治疗组 (38 例) 与对照组 (38 例), 治疗组于正规西医治疗基础上加用鼻饲安宫牛黄丸, 每次 3g, 1~2 次/日, 对照组采取单纯西医治疗。得出结论: 安宫牛黄丸在控制体温和抽搐及改善神志方面有较好疗效。周杰<sup>[6]</sup>和王少锦<sup>[10]</sup>等研究表明: 伤后或手术后在常规西医治疗基础上另予安宫牛黄丸治疗重型颅脑损伤患者, 可以显著提高其 1 周清醒率, 更好地改善患者意识障碍、体温和去脑强直状态, 明显减少重度残疾和持续植物状态的发生。

### 2 高压氧

#### 2.1 主要机制



HBO 治疗通过提高血氧张力,增加机体的血氧含量和血氧有效弥散距离<sup>[11]</sup>。距离,使得有氧代谢旺盛,ATP 生成增加,改善脑细胞的代谢,从而促进侧枝循环的建立,减轻脑细胞炎性反应的程度,并能降低颅内压,控制颅脑损伤后内源性毒性产物的生成<sup>[12]</sup>。这不仅保护了颅脑损伤后的脑细胞,而且还由于减少自由基产生,稳定细胞膜,增加细胞膜的稳定性,抑制外伤后炎症反应,有利于休眠细胞复活和神经功能恢复<sup>[13]</sup>。

## 2.2 实验研究

1994 年李静等<sup>[14]</sup>首先利用家兔制作了急性颅脑损伤模型,发现 HBO 治疗可加快动物的神志恢复、减轻脑水肿、抑制自由基的产生,从而降低病死率。1996 年王强等<sup>[15]</sup>应用 BM-III 型撞击机制作大鼠闭合性颅脑损伤模型,于伤后 24h 测定脑组织的含水量、血液和脑组织的丙二醛含量,结果发现 HBO 治疗可减轻脑水肿、抑制自由基的生成。2000 年 TINIANOW 等<sup>[16]</sup>建立了真正意义上的颅脑损伤动物模型,结果实验组的脑损伤体积明显小于对照组。2001 年 SUKOFF<sup>[17]</sup>通过实验研究,推断 HBO 改善重型颅脑损伤的主要途径是增加脑组织的有氧代谢、降低颅内压和减轻脑水肿等。屈鸣麒等<sup>[18]</sup>通过检测细胞凋亡发现 HBO 观察组的大鼠脑挫伤灶周边 TUNEL 阳性细胞数较外伤组明显减少,表示高压氧对颅脑损伤的治疗作用与其抑制神经细胞凋亡有关。金哲等<sup>[19]</sup>的研究表明,颅脑损伤的大鼠存在神经元凋亡增加的现象,HBO 通过下调环氧化酶 2 的表达从而减少神经元凋亡的发生。

## 2.3 临床研究

林忠豪等<sup>[20]</sup>在探讨高压氧对中、重型颅脑损伤的康复效果时,得出结论:高压氧是中、重型颅脑损伤较好的康复方法。姜红田等<sup>[21]</sup>回顾性分析 42 例重型颅脑损伤患者的临床资料,观察高压氧配合治疗的临床疗效,结论为:高压氧综合治疗重型颅脑损伤有助于昏迷患者意识恢复,提高临床治愈率,降低死亡率,改善患者生命质量。向海斌等<sup>[22]</sup>探讨早期高压氧治疗对重型颅脑损伤并发症的预防作用,得出结论:早期 HBO 治疗对重度颅脑损伤常见的肺部感染、上消化道出血、肾功能损害等并发症的发生有显著的预防作用。李晓卫<sup>[23]</sup>通过 360 例患者探讨高压氧治疗中、重型颅脑损伤与并发应激性溃疡出血的相关性及治疗时机对预后的影响,发现高压氧治疗疗效明显,伤后 7~14d 开始为宜,虽然应激性溃疡出血发生率增加,但不影响高压氧治疗的效果。高压氧治疗对重型颅脑损伤术后膨出的脑组织可起到缓和和机械复位的作用<sup>[24]</sup>。总之,高压氧能加快重型颅脑损伤的临床恢复及改善预

后<sup>[25]</sup>。

## 3 安宫牛黄丸和高压氧联合应用治疗重型颅脑损伤

张桂湘等<sup>[26]</sup>回顾性分析了 256 例重型颅脑损伤应用安宫牛黄丸结合高压氧治疗的疗效及预后。256 例重型颅脑损伤长期昏迷患者的临床资料表明,经过安宫牛黄丸结合高压氧促醒治疗后,有 161 例患者恢复意识,其中大部分患者在昏迷 3 个月内苏醒。资料进一步分析表明,长期昏迷的患者能否苏醒,取决于患者是否有原发脑干损伤、脑疝、伤情、年龄等多种因素。

## 4 安宫牛黄丸和高压氧联合应用治疗重型颅脑损伤结论及展望

综上所述,应用安宫牛黄丸结合高压氧治疗重型颅脑损伤,可明显提高临床治疗效果。笔者可以确信,安宫牛黄丸和高压氧的联合应用在重型颅脑损伤的治疗中有着广泛的应用前景。

## 参考文献:

- [1]李丹,李秀明,周宁.安宫牛黄丸的药理作用及临床新应用[J].海军医学杂志,2007,28(2):179-181
- [2]向海斌,傅敏,张陆弟,赵晖.早期高压氧治疗对重型颅脑损伤常见并发症的预防作用[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2009,16(3):164-166
- [3]王金华,叶祖光.安宫牛黄丸研究现状[J].中国中药杂志,2004,29(2):119
- [4]高峻钰,刘少君,张静等.安宫牛黄丸对大鼠中枢神经元的活化作用[J].中国中医基础医学杂志,1998,4(3):30-32
- [5]黄玉芳,郑都年,何原惠等.安宫牛黄丸对脑水肿家兔脑内酶的影响[P].南京中医学院学报,1991,7(2):92-94
- [6]周杰,徐蔚,董涛,郭佳.中西医结合治疗重型颅脑损伤 68 例[J].中国煤炭工业医学杂志,2006,9(10):1099
- [7]王冲,刘新年,王彦夫等.安宫牛黄丸治疗重度颅脑损伤体会[M].中国中医急症,1998,7(1):22
- [8]高秀芝,刘泰国,沈列.安宫牛黄丸药理与临床研究[J].
- [9]王志芳.安宫牛黄丸在颅脑损伤及脑卒中病人中应用 76 例总结[J].中华临床医学研究杂志,2007,13(22):319-3194
- [10]王少锦,齐岚平,田新乐.安宫牛黄丸在脑弥漫性轴索损伤中的应用[J].中成药,2006,28(3):376-378
- [11]陈莉萍,毛雅君,杨震,等.高压氧对颅脑损伤的治疗观察[J].临床军医杂志,2003,31(5):111
- [12]房广才.临床高压氧医学[M].北京:华文出版社,1995:292-293
- [13]许一平,高翔.高压氧治疗重型颅脑损伤 89 例疗效观察[J].山东医药,2009,49(21):98
- [14]李静,万积成,吴建中等.高压氧对实验性颅脑损伤和脑水肿的影响[J].中华神经外科杂志,1994,10(5):266-268
- [15]王强,王湘渝,张香菊等.高压氧对大鼠颅脑损伤和脑水肿的影响[J].中华航海医学杂志,1996,3(3):134-137

[16] TINIANOWCL, TINIANOWTK, WILCOXM. Effects of hyperbaric oxygen on focal brain contusions[J]. Biomed Sic Instrum, 2000, 36(1): 275-281

[17] SUKOFFMH. Effects of hyperbaric oxygenation J. Neurosurg, 2001, 95(3): 544-546

[18] 屈鸣麒, 杨涛, 苏芳忠等. 高压氧对颅脑损伤后神经细胞凋亡及 caspase-3 表达的影响[J]. 中华创伤杂志, 2004, 20(10): 613-614

[19] 金哲, 张志军, 白洋. 早期应用高压氧治疗对颅脑损伤大鼠神经元凋亡的干预及环氧化酶 2 表达的变化[J]. 中国临床康复, 2006, 10(38): 97-99

[20] 林忠豪, 陈清华, 冯志强. 高压氧对中重型颅脑损伤的康复效果[M]. 临床军医杂志, 2008, 36(2): 255-256

[21] 向海斌, 傅敏, 张陆弟, 赵晖. 早期高压氧治疗对重型颅脑损伤常见并发症的预防作用[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2009, 16(3): 164-166

[22] 李晓卫. 中重型颅脑损伤高压氧治疗的时机选择[J]. 中国临床医学, 2008, 15(1): 22-24

[23] 张建民, 颜士卫, 陈军. 重型颅脑损伤术后脑膨出的原因和治疗[J]. 临床神经外科杂志, 2007, 3(3): 127

[24] 姜红田, 左治强. 高压氧配合治疗重型颅脑损伤 42 例[J]. 海南医学院学报, 2009, 15(4): 370-371

[25] Wade DT, Johnston C. The Permanent vegetative state: practical guidance on diagnosis and management. BmJ, 2006, 319(7213): 841-844

[26] 张桂湘, 牛立堂, 朱金华, 刘常权. 安宫牛黄丸结合高压氧治疗重型颅脑损伤 256 例临床疗效观察[J]. 华北煤炭医学院学报, 2009, 11(4): 521-522

编号: E-100326100 (修回: 2010-03-19)

(上接 36 页)

2.2 对照组: 单独采用维溴铵、洛派丁胺等常规对症治疗。

### 3 统计学方法

计数资料采用  $\chi^2$  检验, 计量资料采用  $t$  检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

#### 4.1 疗效标准

参照 2003 年《肠易激综合征中西医结合诊治方案》(草案)<sup>[1]</sup>拟定。治愈: 腹痛、腹胀、腹泻、症状消失, 大便成型或次数正常, 半年内无复发。显效:

临床症状明显好转, 大便次数及性状基本正常。有效: 临床症状改善。无效: 临床症状未见明显好转或加重。

4.2 二组临床疗效比较, 治疗组治愈 26 例, 有效 3 例, 无效 1 例, 总有效率 96.67%。对照组治愈 17 例, 有效 7 例, 无效 6 例, 总有效率为 80.00%。2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。

4.3 二组主要症状疗效比较: 见表 1。临床症状总有效率治疗组在腹泻、腹痛、腹胀等项目均较对照组高, 二组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。

表 1 二组主要症状疗效比较, 例 (%)

组别	症状	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	腹泻	30	23(76.67)	3(10.00)	4(13.33)	0	100
	腹痛	30	27(90.00)	2(6.67)	1(3.33)	0	100
	腹胀	30	23(76.67)	2(6.67)	4(13.33)	1(3.33)	196.97
	腹泻	30	12(40.00)	7(23.33)	6(20.00)	5(16.67)	82.33
对照组	腹痛	30	18(60.00)	2(6.67)	4(13.33)	6(20.00)	80.00
	腹胀	30	16(53.33)	2(6.67)	7(23.33)	5(16.67)	82.33

注: 与对照组比较,  $P < 0.05$ 。

### 5 讨论

肠易激综合征属于中医学腹痛、泄泻等范畴。有研究认为<sup>[3]</sup>, 肠易激综合征的发病与生理、心理因素有密切相关, 其诱因可能有情绪紧张, 环境因素、精神异常(抑郁、焦虑)等。在治疗上, 西药主要做对症处理: 腹痛者予维溴铵, 为选择性作用于胃肠道的钙离子拮抗剂; 腹胀、便秘者予促胃动力药, 如多潘立酮等, 腹泻者予止泻药, 如洛哌丁胺。但通过临床观察, 以上治疗均存在疗效不明显或易复发现象。中医认为, 肝主疏泄, 脾主运化, 本症多因情志不舒, 或肝强、脾弱, 肝木侮土致脾土运化失常所致。疏肝理脾法能从心理精神因素和饮食调整方面去综合治疗本病。方中白芍柔肝缓急止痛, 白术健脾补中, 祛湿止泻同为主药; 陈皮理气和中, 防风辛香温润, 散肝

舒脾。上方能补脾土而泻肝木, 再配合木香、佛手增强理气之功, 素馨花疏肝解郁调理情志, 白芍、甘草缓急止痛。全方组方严谨, 配合西药常规治疗, 更能有效地改善肠易激综合征的临床症状, 比单独运用西药治疗疗效更佳。

#### 参考文献:

[1] 陈治水. 肠易激综合征中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(3): 282

[2] 陈立加. 加味痛泻要方治疗肠易激综合征 32 例[J]. 新中医, 1998, 30(6): 48

[3] 李延清, 杨云生, 陈建. 肠易激综合征[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2005: 162

#### 作者简介:

吴世才 (1967-), 男, 主治医师, 主要从事中医内科临床工作。

编号: E-100340123 (修回: 2010-03-23)

# 复方丹参滴丸治疗冠心病 合并 2 型糖尿病的临床研究

## Clinical research on combining coronary heart disease and type 2 diabetes mellitus treated by complex danshen drop pills

赵然尊 石 蓓 许官学 王冬梅 沈长银  
(贵州省遵义医学院附属医院, 贵州 遵义, 563003)

中图分类号: R255.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0043-03 证型: DBG

**【摘要】**目的: 观察复方丹参滴丸应用对冠心病合并 2 型糖尿病患者血液流变学及血清一氧化氮、内皮素水平变化的影响, 探讨复方丹参滴丸的临床应用价值。方法: 选择确诊冠心病合并 2 型糖尿病患者 54 例, 随机分为治疗组 ( $n=34$ ) 和对照组 ( $n=20$ ), 所有患者均进行冠心病药物治疗、糖尿病饮食控制和药物治疗, 治疗组在常规治疗基础上加用复方丹参滴丸口服, 检测并分析两组患者血液流变学指标和血清一氧化氮、内皮素水平变化。结果: ①复方丹参滴丸应用后, 治疗组低切全血粘度、全血还原粘度及卡松粘度显著低于治疗前水平 ( $P<0.05$ ), 亦低于对照组水平; ②两组患者治疗后一氧化氮水平均升高, 但治疗组升高更明显, 且高于对照组, 具有统计学差异。结论: 冠心病合并 2 型糖尿病患者应用复方丹参滴丸可明显改善血液流变学指标, 升高血浆一氧化氮水平, 具有血管内皮保护作用。

**【关键词】** 冠心病; 2 型糖尿病; 血液流变学; 一氧化氮

**【Abstract】** Objective: To observe the effect of Complex Danshen Drop Pills (CDDP) on haemorheology and the serum Nitric Oxide (NO) and Endothelin (ET) in the patients with combining coronary heart disease (CHD) and Type 2 diabetes mellitus (T2DM) and clinical application of CDDP. Methods: 54 patients with combining CHD and T2DM were randomly divided into CDDP group ( $n=34$ ) and control group ( $n=20$ ). All patients were received the routine therapy of CHD and T2DM, but the patients in CDDP group were also taken orally CDDP. Haemorheology and the level of serum NO and ET were detected in both groups. Results: ① Low shear blood viscosity (LSBV), whole blood reduced viscosity (WBRV) and Casson viscosity were lower after taking orally CDDP than before ( $P<0.05$ ) in CDDP group, also lower than that in control group. ② the level of serum NO increased in both groups after the therapy of CDDP, and was obviously higher in the CDDP group than that in the control group. Conclusion: Clinical application of CDDP can improve haemorheology and increase the level of serum NO in patients with combing CHD and T2DM, which may protect vascular endothelium function.

**【Key Words】** Coronary Heart Disease(CHD); Type 2 diabetes mellitus(T2DM); haemorheology; Nitric Oxide(NO)

近年来研究表明, 内皮功能异常与多种心血管疾病的发生发展密切相关<sup>[1]</sup>, 因此有关内皮功能保护的研究成为热点。复方丹参滴丸对单纯冠心病的研究较多, 但对合并糖尿病研究较少。本研究同时观察冠心病合并 2 型糖尿病患者血液流变学、血清一氧化氮 (NO) 和内皮素 (ET) 水平变化以及复方丹参滴丸对其的影响, 为复方丹参滴丸的临床应用积累临床资

料。

### 1 资料与方法

#### 1.1 研究对象

选择 2007 年 1 月至 2007 年 12 月于我科住院的确诊冠心病合并糖尿病患者 54 例, 其中男性 37 例, 女性 17 例, 年龄 46~73 岁 (平均  $59\pm 6.2$  岁)。所有患者均经冠状动脉造影检查确诊冠心病, 并根据 1999

年 WHO 糖尿病诊断和分类标准进行诊断和临床分型, 然后分为治疗组 (n=34) 和对照组 (n=20)。

### 1.2 治疗方法

所有患者均进行冠心病药物治疗、糖尿病饮食控制和药物治疗, 治疗组在常规治疗基础上加用复方丹参滴丸 10 丸/次, 每日 3 次, 疗程为 3 个月。

### 1.3 监测指标

所有受试者均作空腹血糖 (FPG, 氧化法)、75g 葡萄糖负荷后 2h 血糖, 糖化血红蛋白 A<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>, 微注法)、空腹胰岛素水平 (放射免疫法)、血液流变学。

ET (放射免疫法) 测定: 抽取静脉血 2ml, 注入含 10% 乙二胺四乙酸 (EDTA) 二钠 30 μl 和抑肽酶 40 μl 的试管中, 用力摇匀, 4℃、3000r/min 离心 10min, 分离血浆, 置 -80℃ 冰箱保存。集中测定前, 使样本置于冷水中复融, 再次在 4℃、3000r/min 离心 5min, 取上清液, 按内皮素放免盒说明书进行操作。

NO: 按晶美生物工程有限公司提供的 NO 试剂盒说明书进行操作。

同时测定血清甘油三酯 (TG)、总胆固醇 (TC)、高密度脂蛋白-胆固醇 (HDL-C) 浓度、低密度脂蛋白-胆固醇 (LDL-C) 浓度、载脂蛋白 B (ApoB)、尿素 (UA) 和游离脂肪酸 (FFA) 等。

### 1.4 统计学处理

计数资料以均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计量资料以百分率表示, 采用  $\chi^2$  检验, 利用统计学软件 SPSS 14.0 对结果进行统计学分析, P<0.05 为具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 治疗前后血脂、FFA 及 UA 比较

治疗组的 TC、HDL-C、LDL-C、ApoB、FFA、UA 均与对照组无显著差异 (P<0.05), TG 显著低于治疗前水平 (P<0.05) (见表 1)。

表 1 治疗前后血脂、FFA 及 UA 比较 ( $\bar{x} \pm S$ )

项目	治疗组 (n=34)		对照组 (n=34)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TC (mmol/L)	5.79±0.65	5.51±0.69	5.82±0.71	5.37±0.63
TG (mmol/L)	2.52±0.76	2.26±0.63*	2.48±0.79	2.44±0.71
HDL-C (mmol/L)	1.15±0.45	1.22±0.46	1.12±0.47	1.22±0.44
LDL-C (mmol/L)	2.78±0.70	2.57±0.66	2.78±0.74	2.58±0.66
ApoB (g/L)	0.96±0.29	0.87±0.27	0.98±0.25	0.88±0.26
FFA (mmol/L)	0.65±0.22	0.58±0.17	0.65±0.21	0.61±0.29
UA (μmol/L)	302.0±61.0	291.0±75	301.0±61.0	299.0±64.0

注: 与治疗前相比, \*P<0.05。

### 2.2 两组患者治疗前后血液流变学指标的分析比较

治疗组治疗后的低切全血粘度、全血还原粘度及

卡松粘度显著低于治疗前水平 (P<0.05), 亦低于对照组治疗后 (P<0.05) (表 2)。

表 2 两组患者治疗前后血液流变学指标比较 ( $\bar{x} \pm S$ )

项目	治疗组 (n=83)		对照组 (n=77)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
全血粘度高切 200/s (mPa·s)	4.79±0.52	4.23±0.46*	4.95±1.48	4.69±0.99*
全血粘度中切 30/s (mPa·s)	5.89±0.72	5.08±0.57*	5.67±0.43	5.79±0.82*
全血粘度低切 3/s (mPa·s)	11.05±1.12	8.08±1.02* <sup>△</sup>	11.87±1.43	9.56±1.38*
全血还原粘度 (mPa·s)	8.75±0.69	6.29±0.30* <sup>△</sup>	8.29±0.75	7.91±0.94
红细胞刚性指数	6.80±0.41	5.91±0.44	6.12±0.43	6.56±0.47
红细胞聚集指数	3.12±0.79	2.06±0.41	3.11±0.99	2.46±0.48
卡松粘度 (mPa·s)	1.98±0.16	1.09±0.15* <sup>△</sup>	1.79±0.21	1.88±0.25*
卡松屈服应力 (Pa)	10.08±0.68	9.92±0.70	9.95±0.71	9.88±0.88

注: \* 与治疗前相比, P<0.05; <sup>△</sup>与对照组相比, P<0.05。

表 3 两组治疗前后 NO、ET 的比较

项目	NO (nmol/ml)	ET (pg/ml)
----	--------------	------------

	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组 (n=83)	23.18±8.91	35.45±7.69* <sup>△</sup>	84.31±26.89	74.98±24.67*
对照组 (n=77)	23.41±9.01	28.98±8.71*	85.09±25.29	79.09±20.69*

注: \* 与治疗前相比,  $P<0.05$ ;  $\Delta$ 与对照组相比,  $P<0.05$

### 2.3 治疗前后 ET、NO 水平比较

两组患者治疗后 NO 水平均有升高, 并达到统计学意义, 但复方丹参滴丸治疗组 NO 水平升高更明显, 且与对照组相比, 仍具有统计学差异。同样, 治疗后两组 ET 水平显著低于治疗前水平 ( $P<0.05$ ), 而两组间比较则没有差异, 但治疗组 ET 水平下降趋势更明显。见表 3。

## 3 讨论

近年来基础与临床研究表明, 血管内皮功能失调是诸多心血管疾病发生、发展的始动因子, 已报道冠心病合并糖尿病患者内皮功能损伤更明显、更严重<sup>[2]</sup>, 且更易导致血栓形成和心血管事件发生<sup>[3-4]</sup>。因此, 重视保护和改善血管内皮功能在冠心病合并糖尿病治疗中具有极其重要意义。

内皮细胞产生的缩血管因子和舒血管因子之间的平衡, 是内皮细胞功能正常标志, 内皮功能障碍即失去了这种平衡, 其中最主要的是内皮依赖性血管舒张功能异常。其评价方法包括: NO 水平测定、缩血管因子水平检测、内皮细胞表达的抗凝/促凝因子检测等。其中 ET 是血管内皮细胞合成的主要缩血管因子, NO 是内皮细胞产生的主要血管舒张因子, 内皮损伤时, 血浆 ET 水平升高和 (或) NO 水平下降时, 二者比例失衡可导致血管舒张功能异常<sup>[5-6]</sup>。本研究发现, 两组患者治疗后 NO 水平均有升高, 并达到统计学意义, 但复方丹参滴丸治疗组 NO 水平升高更明显, 且与对照组相比, 仍具有统计学差异。同样, 治疗后两组 ET 水平显著低于治疗前水平 ( $P<0.05$ ), 而两组间比较则没有差异, 但治疗组 ET 水平下降趋势更明显, 提示, 复方丹参滴丸可在常规治疗基础, 进一步提高冠心病合并糖尿病患者的血浆 NO 水平, 降低 ET 水平, 从而发挥保护血管内皮功能。这与国内王奇等研究结果一致<sup>[7]</sup>。

冠心病合并糖尿病患者常伴有高脂血症和血液流变学异常。本研究发现, 常规治疗基础上加服复方丹

参滴丸的治疗组, 其治疗后的低切全血粘度、全血还原粘度及卡松粘度显著低于治疗前水平 ( $P<0.05$ ), 亦低于对照组治疗后 ( $P<0.05$ ), 提示, 复方丹参滴丸具有降低血液粘度, 改善血流动力学作用<sup>[8]</sup>。此外, 本研究还发现, 复方丹参滴丸具有一定的降低甘油三酯作用。

复方丹参滴丸由丹参、三七、冰片组成, 现代药理研究证明, 其能清除氧自由基、减少脂质过氧化物、降低血脂, 抑制炎症反应, 同时其有效成分丹参素可直接通过调节血管内皮细胞 ET-1mRNA 的表达水平, 控制内皮素的产生与分泌, 提高血中 NO 的浓度, 保护血管内皮功能。因此, 对冠心病合并 2 型糖尿病患者, 在常规治疗的基础上加用复方丹参滴丸, 值得临床推广应用。

### 参考文献:

- [1]Vita JA, Keaney JF. Endothelial function: a barometer of cardiovascular risk. *Circulation*, 2002, 106:640-642
- [2]Koga H, Sugiyama S, Kugiyama K, et al, Elevated levels of VE-cadherin positive endothelial microparticles in patients with type 2 diabetes mellitus and coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*, 2005, 45: 1622-1630
- [3]Colwell JA, Nesto RW. The platelet in diabetes: focus on prevention of ischemic events. *Diabetes Care*, 2003, 26: 2181-2188
- [4]Biondi-Zoccai GG, Abbate A, Liuzzo G, et al. Atherothrombosis, inflammation, and diabetes. *J Am Coll Cardiol*, 2003, 41:1071-1077
- [5]Schechter AN, Gladwin MT. Hemoglobin and the paracrine and endocrine function of nitric oxide. *N Eng J Med*, 2003, 348: 1483-1485
- [6]Forstermann U, Munzel T. Endothelial nitric oxide synthase in vascular disease: from marvel to menace. *Circulation*, 2006, 113: 1708-1714
- [7]王奇,楼正家.复方丹参滴丸干预冠心病胰岛素抵抗及对血管内皮功能的影响[J].中国中医药科技,2007,14(6): 452-453
- [8]周淑兰.复方丹参滴丸对老年冠心病心绞痛患者血流动力学的影响[J].中医药临床杂志,2006,18(5): 474-475

编号: E-10035120 (修回: 2010-03-20)

## 32 例脑出血病人的临床护理体会

### Clinical caring experienle for

### 32 cases of brain hemorrhage patients

茅塘

(内蒙古锡林郭勒盟蒙医研究所, 内蒙古 锡林郭勒, 026000)

中图分类号: R743.34 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0046-01

【关键词】 脑出血; 临床护理; 体会

【Key words】 brain hemorrhage; clinical care; comprehension

脑出血是指小动脉、静脉破裂等原因引起的脑实质性出血, 又称脑溢血, 是一种急性破坏性大、病死率极高的脑血管病。我院内科自 2005 年 4 月~2008 年底, 共收治脑出血病人 32 例。入院后通过病情观察和护理, 采用防止再出血、预防并发症等治护手段, 大大减少了临床死亡率, 收到了良好效果, 现将总结体会报告如下。

#### 1 临床资料

1.1 一般资料: 共 32 例脑出血患者中男性 17 例、女性 15 例、年龄 30~85 之间, 均经过头颅 CT 确诊为脑出血病人, 其中 26 例住院期间未再出血, 自主出院 3 例, 其余均好转出院, 4 例死亡。治愈好转率 78.13%, 死亡率 21.87%。

1.2 临床表现: 32 例病例接诊表现有不同症状, 有头痛呕吐, 伴有意识障碍, 不同程度的肢体瘫痪, 不同程度的言语障碍等。

1.3 疾病诱因: 32 例中活动时发病 26 例, 安静时发病 6 例。有高血压病史 24 例, 梗死并出血 3 例, 其它 5 例。脑出血病死率, 致残率高, 并发症多, 因此除治疗外, 护理就觉的十分重要了。

#### 2 临床护理体会

2.1 急性期治疗护理: 首先在 24 小时内密切注意病人意识状态、瞳孔大小、对光反应、血压、脉搏、呼吸的诸多变化。

2.1.1 意识的观察护理: 意识表示大脑皮层的机能状态, 是观察判断病情的一个重要指征。

2.1.2 瞳孔的观察护理: 瞳孔是中枢神经系统疾病监护的重要指征之一, 对瞳孔的检查有利血肿定位, 是诊断脑病的依据之一。如意识障碍加深, 瞳孔先缩小后散大, 血压增高, 脉搏变慢, 呼吸不规则, 应考虑出血不止, 若一侧瞳孔进行性散大, 光反应迟钝, 并伴有剧烈头痛、烦躁不安、频繁呕吐、血压波动、呼吸

不规则, 则为脑病的症状。

2.1.3 呼吸观察护理: 为了保持呼吸道通畅, 应使病人头偏向一侧, 以防呕吐物进入气管内引起窒息及吸入性肺炎等。

2.1.4 血压、脉搏的观察护理: 血压过高会造成再出血现象, 过底会引起供血不足, 脑组织缺氧、脑水肿加重, 应密切监测血压的变动, 这时就要用降压药物控制血压的大幅度波动。

2.1.5 体温的观察护理: 体温应每 4 小时测一次, 防止体温过高。如体温过高应及时采取降温措施。

#### 3 预防并发症的发生

3.1 口腔护理: 要对病人每天, 用生理盐水或 2%~3% 的硼酸水溶液清洁口腔 2 次, 特别是昏迷病人防止口腔内细菌或真菌感染。老年病人有假牙应取下清洗, 嘴唇干裂者可涂些蜡油或植物油等。

3.2 皮肤护理: 床褥要保持平整、清洁、干燥, 定时帮助病人翻身, 按摩褥疮的好发部位, 骨隆突处应放衬垫, 搬动病人时要将病人搬离床面, 不要拖拉以防皮肤擦伤等。

#### 4 心理治疗与护理

脑出血病人多存在不同程度的心理障碍, 所以病人在治疗与护理过程中, 最好要有良好的环境, 给予热情的服务和疾病知识的宣传, 加强护患交流等。消除病人心理障碍, 使其对疾病有正确的认识。增强战胜疾病的信心, 使其心情舒畅, 以乐观自信的心态配合治疗与护理, 有利于疾病的早日康复。

总之对脑出血病人精心治疗及良好的护理, 使其树立战胜疾病的信心的同时, 还要求我们护理人员要有良好的职业道德, 精湛的业务技能和扎实的专业知识, 而且在工作实践中不断探索新的技术, 提高自身素质, 提倡人性化服务, 以更好地为病人服务。

编号: E-10033812 (修回: 2010-03-15)

# 生脉益气汤治疗心肌缺血 32 例临床观察

## Clinical observation on treating 32 cases

## of myocardial ischemia with shengmai yiqi decoction

郭政书

(河北省邯郸市第三医院, 河北 邯郸, 056001)

中图分类号: R322.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0047-01 证型: BDG

**【关键词】** 心肌缺血; 生脉益气汤

心肌缺血是指严重心肌无力, 活动后头晕, 心慌, 气短, 乏力, 重者引起心绞痛, 休克。笔者自 2003 年 3 月~2008 年 12 月, 运用生脉益气汤加减治疗严重心肌缺血 32 例, 收效较好, 现报道如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本组 32 例, 男 19 例, 女 13 例, 年龄最小 31 岁, 最大 72 岁, 其中风湿性关节炎 8 例, 高血压动脉硬化 15 例, 慢性甲状腺机能亢进 2 例, 其他慢性消耗性疾病 7 例, 病程 1~2 年 9 例, 2~3 年 12 例, 3 年以上 11 例。全部病例诊断标准均参照心电图报告结果, 以上病人均采用生脉益气汤加减给予治疗。

1.2 临床表现: 胸闷, 心慌, 气短, 全身乏力, 口干, 口唇紫暗。舌质淡或紫暗, 脉沉细无力或结代。

#### 1.3 治疗方法

主方: 给予生脉益气汤, 药物组成: 党参 20 克、麦冬 15 克、五味子 15 克、黄芪 30 克、当归 20 克、生地 15 克、川芎 15 克、白芍 10 克、甘草 10 克临床运用, 根据患者具体症状随症加减, 水煎早晚分两次服, 10 天为一疗程。

#### 1.4 疗效标准

治愈: 临床症状基本消失, 心电图恢复正常。

好转: 临床症状减轻, 心电图明显好转。

无效: 临床症状不明显。

### 2 结果

本组 32 例; 治愈 15 例, 好转 17 例, 总有效率 100%。

### 3 典型病例

患者甲, 女性, 69 岁, 就诊日期, 2008 年 6 月 5 日, 本人自述原有冠心病史, 五年前又因患乳腺癌施行手术, 随后即经常感到头晕, 心慌, 气短乏力, 口干, 经当地给予西药对症治疗数日不见好转, 故来我院治疗, 根据本人介绍病情, 结合笔者关脉查症, 并结合心电图报告显示, S~T 段低平, T 波倒置, 等诊断为严重心肌缺血, 证属: 气血两虚治宜气血双补, 方选生脉益气汤加减: 党参 20 克、麦冬 15 克、五味子 15 克、黄芪 30 克、当归 20 克、生地 15 克、川芎 15 克、白术 12 克、白芍 10 克、甘草 10 克水煎早晚分两次服, 连服 10 天, 服药十天后二诊, 本人自述心慌气短口干症状明显好转, 本人要求继续服药, 原方继给 10 付, 十天后病人前来复诊, 病人很高兴的说, 我的病好了, 心慌气短不见了, 也有劲了, 根据患者介绍及查脉验证, 效果的确很好, 原继服 10 付, 病人自觉症状全部消失, 复查心电图报告显示, 心电图各导联波段正常。

### 4 讨论

心肌缺血是心内科一种常见病症, 属气血两虚, 无力鼓动心血运行, 而导各脏器经络血脉受阻, 而出现相应症状, 气为血之帅, 血为气之母, 气行血则行, 气淤血则凝, 所以, 治疗本病笔者将采用气血双补, 以达到药到病除的目的。方选生脉益气汤加减, 方中, 党参、黄芪、麦冬、五味子, 益气养心, 生津复脉。当归, 白术、白芍、生地、川芎、枳壳养血活血, 甘草调和诸药。笔者多年来运用该方治疗数十例心肌缺血患者, 收效较好。故加以整理, 供同行参考。

编号: EA-100310165 (修回: 2010-03-17)

## 四君子汤合丹参饮加减治疗

### 不稳定心绞痛 64 例临床疗效观察

# Clinical curative effects observation on 64 cases unstable angina treated by Decoction of Four Mild Drugs and salvia miltiorrhiza yin

武重阳 赵英强 孙兰军

(天津中医药大学第二附属医院, 天津, 300150)

中图分类号: R541.42 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0048-03 证型: BGI

**【摘要】** 目的: 观察益气健脾、活血化瘀方药配伍治疗不稳定型心绞痛的临床疗效。方法: 采用随机的方法将 120 例患者分为治疗组 (64 例), 对照组 (60 例)。对照组给予常规西药治疗, 治疗组在西药治疗的基础上加服四君子汤合丹参饮。结果: 四君子汤合丹参饮可以明显改善脾虚血瘀型冠心病患者的心绞痛症状, 有效率 84.38%, 心电图有效率为 64%, 有效降低总胆固醇、甘油三酯。结论: 以四君子汤合丹参饮为基础方的益气健脾, 活血止痛法能在一定程度上有效改善不稳定心绞痛的临床症状、调节血脂。

**【关键词】** 四君子汤; 丹参饮; 不稳定心绞痛

**【Abstract】** Objective: To observe clinical curative effect on unstable angina pectoris treated by medicine of nourishing qi to invigorate spleen and promoting blood flow. Methods: divide the 120 cases into management group and control group random. control group treated by Western medicine of common practice while treatment group treated by Western medicine, Decoction of Four Mild Drugs and salvia miltiorrhiza yin. Results: Decoction of Four Mild Drugs and salvia miltiorrhiza yin could improve stenocardia symptom of coronary artery disease with splenic asthenia blood stasis type. The effective power is 84.38%, the electrocardiogram effective power is 64%, and it can cut down the cholesterol total and triglyceride utility. Conclusion: The method based on Decoction of Four Mild Drugs and salvia miltiorrhiza yin can improve clinical symptom and adjust blood fat of unstable angina to some extent.

**【Key words】** Decoction of Four Mild Drugs; salvia miltiorrhiza yin; unstable angina

四君子汤来源于宋代的《和剂局方》，由人参、白术、茯苓、炙甘草组成，具有益气健脾的功效，临床上对于西医诊为慢性胃肠炎、贫血、胃肠功能紊乱、过敏性结肠炎、小儿消化不良等而属脾胃虚弱，中气不足者，均可用此方治疗。丹参饮来自《时方歌括》卷下，主治心痛、胃脘诸痛。不稳定型心绞痛是动脉粥样斑块破裂，伴有不同程度的破溃表面的血栓形成及远端小血管栓塞所致的一组临床症候群，其发病机制类似于急性心肌梗死，是严重的、具有极大潜在危险性的疾病，临床中应予以重视，笔者在临床中合用二方，随证加减治疗冠心病不稳定心绞痛，取得了较好的疗效。

#### 1 资料与方法

##### 1.1 一般资料

选取 2007 年 7 月至 2009 年 9 月期间的住院治疗

患者，随机分为两组，治疗组 64 例，男 28 例，女 36 例，年龄在年龄最小 40 岁，最大 70 岁，平均年龄是 57.46 岁；对照组 60 例，男 23 例，女 37 例，年龄最小 40 岁，最大 70 岁，平均年龄 56.86 岁，病程最长 28 年，最短 1 年，两组年龄、性别、病程比较，统计学检验无显著性差异 ( $P < 0.05$ )。

##### 1.2 诊断标准

所有病例符合 WHO 的关于缺血性心脏病的命名和诊断标准，并参照中华医学会心血管病分会 2000 年颁布的《不稳定性心绞痛诊断和治疗建议》中的诊断标准<sup>[1]</sup>，排除急性心肌梗死，心肝肾功能不全、等严重原发性疾病、严重瓣膜性心脏病、慢性阻塞性肺疾病、严重心律失常（快速房颤、房扑、阵发性室速等）以及其它严重伴随疾病患者。心绞痛分级均符合 Braunwald 分级标准<sup>[2]</sup>。



### 1.3 治疗方法

两组患者根据病情均常规给予硝酸酯类、抗凝治疗、 $\beta$ 受体阻滞剂、钙拮抗剂、他汀类等,14天为一疗程,治疗组在常规西药治疗的基础上口服以四君子汤合丹参饮为基础加减的汤剂,基本方:党参 12g,白术 15g,茯苓 12g,炙甘草 9g,丹参 15g,檀香 10g,砂仁 12g,加减:兼见胸闷、痰多、身重等可加用瓜蒌 20g,陈皮 15g,半夏 12g,兼见畏寒、少气乏力可加用黄芪 20g,制附子 12g,肉桂 10g,对胸痛较重,失眠健忘、舌质暗而有瘀点瘀斑的血瘀明显的可加强活血行气的力量,酌加郁金 12g、桃仁 10g、红花 12g、泽兰 10g,柴胡 15g,伴有大便秘结的可用大黄 5g、赤芍 12g,何首乌 30g,头晕头痛的可加用天麻 12g、怀牛膝 30g。服药方法:每日 1 剂,水煎 300mL,分早、晚 2 次口服,14 天为一疗程。

1.4 观察指标:治疗前后观察血、心率、心绞痛疗效、心电图疗效、血脂变化。

表 1 心绞痛疗效分析

组别	例数	显效 n (%)	有效 (%)	无效 (%)	总有效率 (%)
治疗组	64	31 (48.44)	23 (35.94)	10 (15.63)	54 (84.38)
对照组	60	27 (45)	20 (33.33)	13 (21.67)	47 (78.33)

注:两组总有效率比较  $P < 0.05$ 。

### 2.2.2 心电图疗效

表 2 心电图有效性分析

组别	例数	显效 n (%)	有效 (%)	无效 (%)	总有效率 (%)
治疗组	64	20 (31.25)	21 (32.81)	23 (35.94)	41 (64)
对照组	60	14 (23.33)	17 (28.33)	29 (48.33)	31 (51.67)

注:两组总有效率比较  $P < 0.05$ 。

### 2.2.3 血脂疗效分析

表 治疗前后血脂变化分析 ( $\bar{x} \pm s$ , mmol/L)

组别	例数		TC	TG	HDL	LDL	VLDL
治疗组	64	治疗前	6.37 $\pm$ 0.70 <sup>*</sup>	3.20 $\pm$ 2.30 <sup>*</sup>	0.67 $\pm$ 0.15	4.39 $\pm$ 0.50	1.29 $\pm$ 0.28 <sup>*</sup>
		治疗后	5.82 $\pm$ 1.10 <sup>#</sup>	2.36 $\pm$ 0.90 <sup>#</sup>	0.79 $\pm$ 0.05	3.92 $\pm$ 0.67	1.06 $\pm$ 0.45 <sup>#</sup>
对照组	60	治疗前	6.26 $\pm$ 0.52	2.81 $\pm$ 1.44	0.72 $\pm$ 0.07	4.55 $\pm$ 0.72	1.56 $\pm$ 0.83
		治疗后	5.96 $\pm$ 1.05	2.65 $\pm$ 1.36	0.71 $\pm$ 0.06	4.12 $\pm$ 0.56	1.42 $\pm$ 0.87

注:治疗组\*与#比较无统计学差异,  $P < 0.05$ ; 对照组治疗前与治疗后无统计学差异,  $P > 0.05$ 。

## 3 讨论

不稳定性心绞痛属中医学胸痹、真心痛的范畴,本病多为本虚标实,本虚为阴阳气血的亏虚,标实为气滞、血瘀、痰浊、寒凝,亦可交互为患而出现心脉不通,心血瘀阻的病症,以气虚血瘀多见。不稳定心绞痛同急性心肌梗死及心脏性猝死均属于急性冠脉综合症,它们是以冠状动脉粥样硬化斑块破裂或糜烂,继发完全或不完全闭塞性血栓形成为病理基础的一组临床综合征其中,在休息时有不稳定心绞痛发作的患者发生恶性心脏事件率最高,故应对不稳定心绞痛的

### 1.5 统计方法

采用 SPSS 13.0 软件包,计量资料采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为有统计学意义。

## 2 疗效观察

### 2.1 疗效标准

按《中药新药治疗冠心病心绞痛临床研究指导原则》中的疾病疗效判定标准和主要检测指标的疗效判定标准进行。①心绞痛疗效标准:显效:心绞痛发作次数减少 $>80\%$ ,心绞痛分级改善 2 级;有效:心绞痛发作次数减少 $50\% \sim 80\%$ ,心绞痛分级改善 1 级;无效:心绞痛发作次数减少 $<50\%$ ,心绞痛分级不变或恶化;②心电图疗效标准:显效:恢复到正常范围心电图;有效:缺血性 S-T 段回升 $0.05\text{mv}$ 以上,主要导联 T 波变浅 $>25\%$ ,或 T 波由平坦变为直立;无效:治疗前后心电图无明显变化。

### 2.2 结果

#### 2.2.1 心绞痛疗效

治疗组心绞痛疗效显著,与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组心绞痛发作次数减少 $>80\%$ ,心绞痛分级改善 2 级;有效:心绞痛发作次数减少 $50\% \sim 80\%$ ,心绞痛分级改善 1 级;无效:心绞痛发作次数减少 $<50\%$ ,心绞痛分级不变或恶化。

心电图疗效:治疗组心电图疗效显著,与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组恢复到正常范围心电图;有效:缺血性 S-T 段回升 $0.05\text{mv}$ 以上,主要导联 T 波变浅 $>25\%$ ,或 T 波由平坦变为直立;无效:治疗前后心电图无明显变化。

血脂变化:治疗组血脂变化显著,与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组 TC、TG、HDL、LDL、VLDL 均显著降低,与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

治疗应予以足够的重视。

随着生活方式的变化、饮食结构的变化,导致了心血管疾病发病率的上升。脾胃的主要功能是受纳及运化水谷,升清降浊是其功能的具体表现,主要体现在胃肠道的消化吸收功能,还包括内分泌、免疫、植物神经、能量代谢及运动等多系统的功能在内。脾胃系统虚损,不仅生痰,也可致瘀,笔者认为脾胃内伤是冠心病重要的病理基础,其中脾虚证为基础的病理变化更为重要。脾为五脏生理病理之枢纽,脾气虚则诸脏(下转 52 页)

# 以中医养生理论为指导

## 改善脑卒中患者 ADL 能力的研究

### TCM theory as guidance to improve the ability of ADL in patients with stroke

穆欣 宋长红 刘玉玲

(黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨, 150040)

中图分类号: R743.34 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0050-03 证型: AGB

**【摘要】** 目的: 探讨依据中医养生理论制定的护理措施对于改善脑卒中患者日常生活活动能力 (ADL 能力) 的作用。方法: 将 60 例住院脑卒中患者随机分为观察组和对照组各 30 例, 观察组实施依据中医养生理论制定的护理措施, 对照组实施神经内科常规护理, 两组均采用同一指标对患者进行护理前后 ADL 能力评定。结果: 干预后观察组各项指标较对照组明显提高 ( $P<0.01$ )。结论: 依据中医养生理论制定的护理措施能明显改善患者的 ADL 能力。

**【关键词】** 脑卒中; 中医养生理论; ADL 能力

脑卒中是中老年人常见病和多发病, 已经成为影响公众健康的重大问题。近年来随着脑卒中诊断治疗水平的提高, 死亡率有所下降, 但其后遗症发生率仍很高。在存活者中, 约 60%~80% 遗留不同程度的功能障碍, 其中 15% 的患者日常生活不能自理, 给家庭和社会带来沉重负担<sup>[1]</sup>。ADL 能力改善是脑卒中患者衡量功能恢复的重要指标。也是康复治疗的最重要目标<sup>[2]</sup>。我们通过运用依据中医养生理论制定的护理措施, 显著提高了脑卒中患者康复效果, 最大程度的促进脑卒中患者运动功能恢复, 提高其日常生活活动能力 (ADL 能力), 减轻家庭及社会的沉重负担, 收到良好效果, 现将结果报告如下:

#### 1 研究对象

选择 2009 年 1~10 月在我院神经内科住院的脑卒中患者 60 例。入选标准: ①患者头部 CT 或 MRI 证实, 全部符合 1995 年全国脑血管病学术会议脑卒中诊断标准。②病程在急性期发病后 1~3 个月, 病情稳定伴有肢体运动功能障碍或具有脑卒中偏瘫步态。③无严重精神意识障碍, 无其它限制活动的合并症。④年龄 50~75 岁。性别不限, 排除轻型和重型病例。采用抽签法, 奇数到观察组, 偶数到对照组。观察组和对照组一般资料无显著性差异 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

#### 2 方法

##### 2.1 人员培训

本研究开展初期, 对全科护士进一步强化中医护理知识, 如中医基础理论、中医诊断学、中医内科学、

生活起居、情志护理、饮食调护、常用腧穴的作用、针灸和按摩手法等学习, 并制订统一的实施方案、评价标准和评价时间。

##### 2.2 护理方法

对照组实施神经内科常规护理, 观察组在常规护理的基础上实施依据中医养生理论制定的护理措施, 具体如下:

##### 2.2.1 调摄情志, 内守精神

祖国医学养生理论注重调节精神。脑卒中患者因偏瘫、失语等后遗症, 生活不能完全自理, 不少患者会有悲观、易怒、暴躁或抑郁、焦虑等不同表现的心理健康障碍。在这种情况下, 我们要积极进行心理疏导, 稳定病人情绪。常用的方法有: ①以情抑情法: 中医根据情志与五脏之间存在的阴阳五行生克原理, 用互相制约、互相克制的情志来转移和干扰原来对机体有害的情志, 借以达到协调情志的目的。如, 喜伤心者, 以恐胜之; 思伤脾者, 以怒胜之; 悲伤心者, 以喜胜之; 恐伤肾者, 以思胜之; 怒伤肝者, 以悲胜之等。②移情法: 即通过一定的方法和措施改变人的情绪和意志, 以解脱不良情绪的刺激。此种方法很多, 应根据不同人的心理、环境和条件, 采取不同的灵活措施。③暗示法: 暗示不仅影响人的心理与行为, 而且能够影响人体的生理机能。一般多采用语言暗示, 也可采用手势、表情或采用暗示性药物及其他暗号等。④开导法: 以解释、鼓励、安慰、劝勉的方法解除其思想顾虑, 提高战胜病痛的信心, 从而配合治疗, 促进康

复。⑤节制法：古人说：“欲有情，情有节，至人修养以止欲，故不过行其情也。”通过节制、调和情感，防止七情过激，从而达到心理上平衡的目的。⑥疏导法：疏导法很多，或找朋友解闷聊愁，或大哭一场等等。

### 2.2.2 调理饮食，以适为度

健康、平衡的饮食也是养生的必备因素。①饮食调理：脑卒中患者的饮食宜清淡、低脂、富营养，多食蔬菜水果，戒烟酒。急性期以清淡为主，如莲子粥、山药粥、银耳大枣粥以及水果汁、蔬菜汁，忌食葱蒜等辛辣食物；恢复期食用补益气血、滋养肝肾的食物，如蛋类、奶类、瘦肉、动物肝脏等，忌食酒类、油腻厚味食物。②促进吞咽功能的恢复。叩齿法：牙齿功能对人的健康影响很大，要健脾胃必须保护好牙齿。古代养生学家介绍“清晨叩齿三百过者，永不动摇”。具体作法是：摒除杂念，全身放松，口唇轻闭，然后上下牙齿有节律地互相轻轻叩击。咽唾法：此法是晨起漱口之后，宁神闭口，先叩齿 36 次，然后咬紧牙齿，用舌在口腔中四下搅动，不拘次数，以津液满口为度，再分次缓缓咽下。

### 2.2.3 起居有常，顺应四时

规律的生活，顺应自然界变化法则，顺应季节气候也是中医养生理论的重要内容。对于脑卒中的病人应①顺应四季制定睡眠时间，春夏季要夜卧早起，秋季要早卧早起，冬季要早卧晚起。<sup>[3]</sup>②保持居室安静，根据病情适当控制探视人员及时间，避免多言对患者情绪的影响；③护士在处置时应做到“四轻”，避免噪音。④每天定时开窗通风，保持室内空气新鲜，凉爽，避免阳光直射。

### 2.2.4 动静兼养，肢体康复

动静兼施是中医养生的规矩。对于脑卒中患者来说适当活动和被动运动是促进肢体康复的有效措施。急性期预防关节挛缩及废用性萎缩 ①保持关节功能位 避免上肢屈曲、下肢伸展、足下垂内翻的模式。②床上被动运动 每天活动各关节 2~3 次，每次 5~10 遍。患者意识清醒后鼓励用健肢帮助患肢做被动运动，做双手交叉上举训练 ③定期变换体位，凡不能自行翻身患者每 2 小时翻身 1 次，可取平卧位，侧卧位 ④每天按摩患肢 2~3 次，依照先轻后重、由浅而深、由慢而快的原则。能下床活动的病人，护士协助病人锻炼走路，从迈第一步起循序渐进，同时做好保护措施，注意安全，这样可促进血脉通畅防止肌萎缩，使肌肤筋脉得以濡养，恢复其功能。

### 2.2.5 针刺经络，穴位按摩

经络穴位养生理论是运用针刺、按摩等方法，刺激经络、穴位，以激发经气，达到调和气血、旺盛代

谢、通利经络、增进人体健康等目的的一种养生方法。

<sup>[4]</sup>①对于脑卒中患者采取以下针刺疗法：每日 1 次每周 5 次，2 周为 1 个疗程，2 个疗程后评定疗效。第 1 疗程：以醒脑开窍理气活血为主，重用背俞穴以利躯干力量恢复。头部取百会、四神聪、印堂、太阳，平刺捻转手法进针；体针取健侧和患侧肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、风市、阳陵泉、足三里、解溪，直刺，提插法，健侧补，患侧泻。背俞穴取肾俞、大肠俞、大椎，直刺，平补平泻，留针 30min。第 2 疗程：以疏通经络、提高肢体功能为主。头针取运动区和感觉区，手法同第 1 疗程；体针取穴同第 1 疗程，只取患侧，加电针，断续波，强度以患者能耐受为宜，留针 30min。②当患者生命体征平稳后即开始行穴位按摩。按摩方法以点按穴位为主，对患侧上、下肢分别选择相关穴位进行按摩，如上肢的风池、肩井、尺泽、曲池、内关、合谷，下肢的髌关、伏兔、梁丘、阳陵泉、足三里、承山、悬钟三阴交、昆仑、解溪、太冲、涌泉，依次按摩，每穴按压 2~3 min，每日 2 次。

### 2.2.6 气功调摄

通过排除杂念，意守丹田（脐下 1.5 寸的气海穴）和调息入静的方法，用意引导“内气”沿一定的经络路线循行，以调整阴阳，保全真气，健神强身。气功分静功和动功。静功并非静止，乃是人体机能活动中的一种特殊运动状态，即所谓“外静内动”。“外静”只是在特定条件下进行锻炼的一种手段，如以呼吸锻炼为主的吐纳法、以意念存想为主的禅定法和自我按摩为主的导引法。动功即五禽戏、太极拳、八段锦之类的运动，这些练功方法，亦很注重内气的活动，注重调神、养性、练气、保精，并配合柔和的肢体活动，故亦是调神摄生的好方法，同时可促进患者肢体功能的恢复。

2.3 评价方法：ADL 能力评定采用修订的 Barthel 指数，满分为 100 分，按其依赖程度分为：100 分独立，75~95 分轻度依赖，50~70 分中度依赖，25~45 分重度依赖，0~20 分完全依赖。两组均在入选时和护理干预后各评定一次。

2.4 统计学分析：应用 SPSS 统计软件进行统计学处理，资料正态分布进行  $t$  检验。

## 3 结果

两样本  $t$  检验结果显示，两组患者在一般资料及 ADL 各方面得分无差异的情况下，经过不同干预后，ADL 总分及大小便、修饰、用厕、吃饭、转移、活动、上下楼梯九方面得分比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$  或  $P < 0.05$ )，而在洗澡方面比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具体情况见表 1。

表1 60例脑卒中患者试验后ADL得分的比较(分;  $\bar{x} \pm s$ )

项 目	观察组	对照组	t	P
大 便	9.50±1.53	8.17±2.45	2.53	<0.05
小 便	9.17±1.90	7.17±2.52	3.47	<0.01
修 饰	4.83±0.91	3.83±2.15	2.34	<0.05
用 厕	8.17±2.45	6.33±2.25	3.02	<0.01
吃 饭	8.83±2.15	7.00±2.82	2.83	<0.01
转 移	10.17±3.08	7.50±2.54	3.66	<0.01
活 动	9.33±3.14	7.17±2.52	2.95	<0.01
穿 衣	7.83±2.52	5.33±2.60	3.78	<0.01
上楼梯	7.00±2.49	5.50±2.40	2.37	<0.05
洗 澡	2.83±2.52	2.33±2.54	0.77	>0.05
总 分	77.67±5.37	60.33±8.19	9.69	<0.01

### 4 讨 论

中医养生理论,是在中医理论指导下,研究人类的生命规律,寻找增强生命活力和预防疾病的方法,同时探索衰老的机理,以及延缓衰老、延年益寿的原则与方法的系统理论,中医养生是中国传统文化的瑰宝。

脑卒中在中国古代的文献中没有记载,现代医家根据其表现的症状将其归属于中医的“中风病”范畴。祖国医学以其独特有效的方法,在中风病的治疗上起着积极的作用。中医养生理论将病人视为天人合一的有机整体,依据中医养生理论制定的护理措施,不但注意有形身体的锻炼保养,更注意心灵的修炼调养,对脑卒中病人进行系统的、科学的护理。

从表1中可以看出:以中医养生理论为指导制定的护理措施对于改善脑卒中病人ADL能力中的大小

便、修饰、用厕、吃饭、转移、活动、上下楼梯等九方面效果非常明显,只有在洗澡方面效果不明显。本研究表明,以中医养生理论为指导制定的护理措施能够很好的改善脑卒中病人的ADL能力,促进病人早日康复。

### 参考文献:

[1]李雅琴.脑卒中偏瘫患者健康知识水平的调查分析[J].中华护理杂志,2004,39(8):578  
 [2]Smith DS.Clark MS.and in activitiescompetence performance of rehabilitation from daily living patients following stroke[J]. DisabilRehabil. 1995.1:15-23  
 [3]中医养生法则初探[J].中国中医基础医学杂志,1999,5(8):7  
 [4]邓大学,中医养生八法[J],2002,14(6),531

编号: EA-100313174 (修回: 2010-03-19)

(上接49页)之气无源,亦应之而虚,所以脾胃发生病理改变的主要反应是纳运升降异常。纳运升降失常可以导致痰浊、瘀血的滞留,闭塞阳气,气血生化无源,最终导致心脉不通。四君子汤是治疗脾胃气虚的代表方,能够提高脾虚证大鼠产生细胞因子的能力,从而达到健脾益气调整机体的免疫功能的作用<sup>[3]</sup>。丹参饮善治瘀血内阻于心、胃的一切病症,心与脾胃关系密切,心为脾之母,脾为心之子,脾胃与心经气相通,《灵枢·经脉》篇曰:“脾足太阴之脉……其支者,复从胃,别上膈,注心中。”。现代药理研究,健脾益气药能促进胃肠消化吸收功能,可以调节脂质代谢而减轻血管压力,还可改善脂质过氧化损伤以减轻内膜损伤、脂质沉积,从而阻止动脉粥样硬化的产生<sup>[4]</sup>。现代药理学研究已经证实调脾类药物如人参、黄芪、茯苓、白术、山楂、半夏等具有扩张冠状动脉血管、降低血脂、增强心肌收缩力的作用。特别是人参,其有效成分人参皂苷能促进心肌细胞DNA合成与更新,改善心肌能量代谢,减少并清除氧自由基,扩张冠状

动脉,改善血液循环,使心肌耗氧量指数明显下降,笔者在临床中以调理脾胃为基础,兼以养心、祛瘀、化痰、温阳等方法治疗不稳定心绞痛,不仅可以有效改善临床症状,而且对一些实验室指标也有明显的调节作用。

### 参考文献:

[1]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定心绞痛诊断和治疗建议[J].中华心血管病杂志,2000,28(6):409  
 [2]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,2002:68-73  
 [3]魏彦明.实验性脾虚证大鼠免疫细胞因子变化及四君子汤对其影响[J].畜牧兽医学报,2001,32(6):530-534  
 [4]陈晓红,蔡定芳,沈自尹,等.健脾益气对神经内分泌免疫网络影响的实验研究[J].中国中医基础医学杂志,1996,2(5):26-29

### 作者简介:

武重阳,内蒙古包头市人,女,主治医师,医学博士,主要从事心血管病的中医药防治。

编号: E-10033416 (修回: 2010-03-18)

# 安神定悸汤配合西药治疗室性早搏临床观察

## Clinical observation on treating VPB with Soothe the nerves will palpitate decoction plus foreign medicine

宁玲 余洋

(云南省澄江县中医院, 云南 澄江, 652500)

中图分类号: R322.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0053-02 证型: BDG

**【摘要】** 笔者依据中医学理论为指导, 并结合个人认识和临床所得, 采用自拟安神定悸汤, 配合抗心律失常西药治疗室性早搏(治疗组), 并与单纯使用抗心律失常西药(对照组)比较, 通过观察, 治疗组疗效明显优于对照组( $P < 0.05$ )。治疗期间除个别患者偶有轻度白昼嗜睡外, 未见明显毒副作用。

**【关键字】** 室性早搏; 安神定悸汤; 中医药治疗

室性早搏, 即室性期前收缩, 是一种临床上较为常见的心律失常, 多见于冠心病, 心肌病, 风湿性心瓣膜病与二尖瓣脱垂等患者, 也可因电解质紊乱, 精神不安, 过量烟、酒所致。患者以心慌悸动不安为主要临床表现, 属于中医“心悸”证范畴。笔者近年来采用自拟安神定悸汤配合西药治疗该病, 取得满意疗效, 现总结如下, 以供同仁参考。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

本组观察病例为 2008 年 2 月至 2009 年 12 月来本院就诊的门诊患者, 共 56 例, 随机分为两组。治疗组 32 例, 男 19 例, 女 13 例; 年龄 32~68 岁, 平均年龄 44.6 岁; 病程平均 6.42 个月; 原发病因冠心病 10 例, 心肌病 2 例, 高血压 8 例, 植物神经功能紊乱 6 例, 其他原因 6 例。对照组 24 例, 男 15 例, 女 9 例; 年龄 35~70 岁, 平均年龄 43.5 岁; 病程平均 6.15 个月; 原发病因冠心病 6 例, 心肌病 1 例, 高血压 6 例, 植物神经功能紊乱 5 例, 其他原因 6 例。两组间差异无显著性 ( $P > 0.05$ )。

#### 1.2 诊断标准

参照国家中医药管理局 1995 年 1 月颁布实施的《中医病证诊断疗效标准》关于心悸的诊断标准<sup>[1]</sup>, 即临床上以心跳异常, 自觉心慌悸动不安为主要表现, 或伴胸闷不适, 心烦寐差, 头昏; 或伴心胸疼痛, 动则喘促, 脉结代。选择<sup>[2]</sup>①有心悸、胸闷、胸痛症状, 心电图证实有室性早搏, 部分病例 24h 动态心电图示: 室性早搏  $\geq 8000$  次/24h, 病程持续 1 个月以上; ②近期无吸烟、过度劳累、情绪波动、饮浓茶及服用可致

心律失常的药物; ③电解质检验无异常。排除: 有多种中草药过敏体质者, 急性传染病、急性心肌梗死、严重心力衰竭、第 2 度 II 型及以上房室传导阻滞、窦性心动过缓、重度肺部疾病、肿瘤患者、休克、肝肾等脏器功能损伤、年老体弱者。

### 2 治疗方法

2.1 安神定悸汤组成: 珍珠母 30g (先煎), 茯神 15g, 太子参 30g, 炒枣仁 20g, 煅龙骨 20g (先煎), 炙远志 10g, 苦参 10g, 炒柏子仁 15g, 丹参 12g, 炙甘草 6g。

#### 2.2 治疗方法

治疗组选用安神定悸汤, 随证加减: 心阴不足甚者加玄参 15g, 麦冬 12g; 胸痛者加延胡索 12g, 郁金 10g; 气虚甚者改太子参为人参 6g; 胸闷甚者加瓜蒌壳 15g, 薤白 10g; 失眠多梦甚者加合欢皮 20g, 夜交藤 15g。每日 1 剂, 水煎 2 次, 分别取汁 200ml, 混合调匀, 分 3 次服用, 同时加用酒石酸美托洛尔 12.5mg 口服, 每天 2 次。对照组选用酒石酸美托洛尔 12.5mg 口服, 每天 2 次。治疗期间, 均停用其它治疗方法, 并嘱患者避风寒、调情志、慎劳作、忌烟酒。

#### 2.3 观察方法

要求患者至少 3 天复诊 1 次, 每次心脏听诊时间不少于 5 分钟, 记录早搏次数, 并用数字模拟方法, 由患者治疗前、后根据自觉主要症状变化程度标记后予以记分。两组病例均治疗 1 个月后判断治疗结果, 并进行心电图检查, 部分病例(根据患者经济情况选择)做 24h 动态心电图检查。

(下转 55 页)

# 消痤疮颗粒剂治疗寻常痤疮 60 例临床观察

## Clinical observation on treating 60 cases of acne vulgaris with xiaocuo drink granule

丁建国

(湖南中医药高等专科学校附一医院, 湖南 涿州, 412000)

中图分类号: R758.73+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0054-02 证型: BDI

自 2007 年 6 月至 2008 年 6 月, 笔者采用免煎中药消痤疮颗粒剂治疗寻常痤疮 60 例, 并且与中药消痤疮煎剂治疗寻常痤疮 50 例进行疗效比较, 效果满意, 报告如下:

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

两组 110 例均为我院皮肤科痤疮专病门诊病例, 随机分为两组, 治疗组 60 例, 男 22 例, 女 38 例, 年龄 14~45 岁, 病程 2 月~5 年, 病情分级: I 度 20 例, II 度 25 例, III 度 10 例, IV 度 5 例; 辨证分型: 肺热火旺型 20 例, 热毒型 30 例, 脾胃积热型 10 例, 痰凝血瘀型 4 例, 冲任不调型 6 例。对照组 50 例中, 男 20 例, 女 30 例, 年龄 13~45 岁, 病程 2 月~5 年, 病情分级: I 度 15 例, II 度 21 例, III 度 10 例, IV 度 4 例; 辨证分型: 肺热火旺型 14 例, 热毒型 24 例, 脾胃积热型 6 例, 痰凝血瘀型 2 例, 冲任不调型 4 例。两组一般资料经统计学处理, 差异无显著性( $P>0.05$ )。

#### 1.2 诊断标准

参考《中医病证诊断疗效标准》及赵辨主编《临床皮肤病学》拟定。颜面部及上胸背部黑头、白头粉刺, 炎性丘疹, 浅表脓疱, 结节或囊肿, 面部油腻, 并按痤疮病型分类法将痤疮分为 I~IV 度。中医辨证分型参照李彪主编《新编中医外科学》拟定。

### 2 治疗方法

#### 2.1 治疗组

消痤疮免煎颗粒剂(三九医药生产, 每味药为小包装颗粒)口服, 每日一剂, 分两次服, 药物组成: 金银花 10g, 连翘 10g, 蒲公英 15g, 野菊花 10g, 生地黄 10g, 赤芍 10g, 女贞子 10g, 旱莲草 10g, 桑白皮 10g, 白花蛇舌草 15g, 丹参 10g, 山楂 10g, 甘草 3g。将以上每味颗粒药均置于 200 毫升水杯中, 开水冲服, 分两次服。

#### 2.2 对照组

消痤疮煎剂(药物组成及剂量与颗粒剂完全一致, 由医院煎药室煎药机煎煮打包为每剂两包, 每包 150 毫升)口服, 每日一剂, 分两次服。

两组均以一周为一疗程。治疗期间均不使用其他药物及治疗方法, 嘱患者禁食油炸、辛辣刺激食品。

### 3 疗效观察

3.1 观察方法: 每周观察一次, 4 周后统计疗效。

#### 3.2 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》拟定。治愈: 皮损消退 95% 以上, 自觉症状消失; 显效: 皮损消退 70% 以上, 症状明显减轻; 有效: 皮损消退 30% 以上, 症状明显减轻; 无效: 皮损消退小于 30%, 症状无变化。

3.3 不良反应: 两组均无不良反应。

#### 3.4 治疗结果

表 1 两组治疗结果及疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	60	34	20	3	3	95
对照组	50	30	16	2	2	96

注: 与对照组比较两组总有效率无显著性差异,  $P>0.05$ 。

表 2 两组治疗时间与疗效比较

疗程	N	1	2	3	4
治疗组	60	7	15	40	57
对照组	50	7	16	33	48

注: 与对照组比较两组疗程与疗效无显著性差异,  $P>0.05$ 。

### 4 讨论

痤疮是青少年及中青年的常见病和多发病, 对患者的学习生活工作都有很大的影响, 其致病因素多种, 病因病机复杂。中医学认为痤疮是因为患者素体肾阴不足, 相火偏旺, 加之饮食失调, 恣食辛辣肥甘厚味之品, 或冲任不调, 肺胃火热上蒸头面, 复感毒邪所致。消痤疮是笔者总结近 20 年之经验方, 本方药组成

中既有补肾养阴,治病之本的女贞子、旱莲草、生地黄,又有治标的清热解毒之金银花、连翘、蒲公英等,配合活血化瘀、修复皮损的丹参、赤芍、山楂等,具有清热解毒、滋肾养阴、活血化瘀、标本兼治的功效,在多年临床应用中,疗效显著。由于现代社会生活节奏加快,中药煎剂不能满足大多数病人希望简便实用的要求。免煎颗粒剂不仅保留了原生药材的有效成分,而且应用及时方便,通过两组疗效比较显示:中药免煎颗粒剂和传统煎剂治疗痤疮的疗效及疗程没有显著

性差异,三九医药的中药免煎颗粒剂具有疗效确切,方便实用,值得推广应用。

### 参考文献:

- [1]赵辨.临床皮肤病学[J].江苏科学技术出版社,2001,936  
[2]李彪,龚景林.新编中医外科学[J].人民军医出版社,1999,548  
[3]丁建国,刘培明,吴帮国等.消痤疮袋泡剂治疗痤疮 90 例临床观察[J].湖南中医杂志,2005,21(5):36

编号:EA-100310165(修回:2010-03-17)

(上接 53 页)

## 3 治疗结果

### 3.1 疗效判定

依据《中医病证诊断疗效标准》关于心悸的疗效判定标准<sup>[1]</sup>,分为治愈、好转、未愈三级判断,并结合主要症状记分情况进行评价。治愈:临床症状消失,心电图等检查恢复正常,治疗后主症记分=0;好转:临床症状缓解或发作间隙时间延长,心电图检查有明显改善,治疗后主症记分与治疗前比较减少30%以上;未愈:临床症状及心电图检查等无明显改善,治疗后主症记分与治疗前比较减少<30%。

### 3.2 治疗结果比较

治疗组:治愈 13 例(40.6%),好转 14 例(43.8%),未愈 5 例(15.6%),总有效率为 84.4%。对照组:治愈 5 例(20.8%),好转 11 例(45.8%),未愈 8 例(33.4%),总有效率为 66.7%。经统计学处理,两组治愈率、总有效率差异有显著性( $P<0.05$ ),说明治疗组疗效优于对照组。

## 4 典型病例

患者甲,男,58岁,因“心慌胸闷,悸动不安近1年”,于2009年3月20日来诊,既往有冠心病病史2年,高血压病史6年,自诉近1年前,因家庭事故,辄发心慌胸闷、悸动不安,少寐多梦,易惊易躁,先后到多家医院求治,病情时轻时重。刻诊见:心慌胸闷,心悸不安,伴少寐多梦,易惊易躁,气短乏力,舌淡苔薄白,脉弦、结代。心电图查示:①窦性心律;②频发室性早搏;③II度房室传导阻滞;④部分导联ST段改变。24h动态心电图检查示:室性早搏1255次/24h。笔者四诊合参,辨其为心虚胆怯、心阴不足之心悸,投以安神定悸汤加玄参15g,麦冬12g,每天1剂,水煎服,并配合酒石酸美托洛尔12.5mg,每天2次口服。嘱患者避风寒、调情志、慎劳作,忌烟酒,并3天复诊1次。治疗期间,病情渐进减轻,至24

天后,诸症消失,临床主症记分为0,复查心电图示:①窦性心律;②部分导联ST改变。24h动态心电图检查仅发现室性早搏67次/24h。该患者随访近1年,诸恙问安。

## 5 讨论

室性早搏,即室性期前收缩,属中医学“心悸”证范畴,包括惊悸和怔忡,是病人自觉心中悸动,惊动不安的一种病证。早在《素问·举痛论篇》就有“惊则心无所倚,神无所归,虑无所定,故气乱矣”的记载。中医学认为心悸的形成常与心虚胆怯,心血不足,心阴衰弱,水饮内停,瘀血阻络等因素有关。笔者认为室性早搏属心虚胆怯,心阴不足者居多,故以此立法,自拟安神定悸汤治之。方中珍珠母、茯神镇心安神、宁心健脾;太子参、炙甘草补气生津,益气养心;炒枣仁、炒柏子仁、炙远志宁心安神、定悸;煅龙骨镇悸安神;苦参除热清心;丹参活血凉血、安神,诸药合用共奏安神定悸、益气生津之功。另现代药理实验提示:珍珠母、苦参有抑制异位心律,抗心律失常等作用;太子参有正性肌力,增强冠状动脉血流量,改善心肌代谢,抗心律失常等作用;丹参有扩张冠状动脉,改善心肌缺血作用。

通过本组病例的疗效观察,安神定悸汤,依据中医学理论,合理组方,伍用适当,并配合抗心律失常西药治疗室性早搏疗效明显优于单纯使用抗心律失常西药。治疗期间除个别患者偶有轻度白昼嗜睡外,未见明显毒副反应。

### 参考文献:

- [1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准(第一版)[M].南京:南京大学出版社,1994:19  
[2]中华人民共和国卫生部药政司.中药新药临床研究指导原则(第一辑)[M].北京:中医药出版社,1993:57-58

编号:EA-100312173(修回:2010-03-19)

# “黑白同病、黑白同治”治疗白癜风新理论

## Latest theory of treating leucoderma as *black and white comorbidity, black and white treated identically*

成爱华 韩梅海

(华海白癜风医院, 山东 滨州, 256600)

中图分类号: R758.41 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0056-04 证型: IGD

【关键词】 黑白同病; 黑白同治; 白癜风; 理论

【Key words】 black and white comorbidity; black and white treated identically; leucoderma; theory

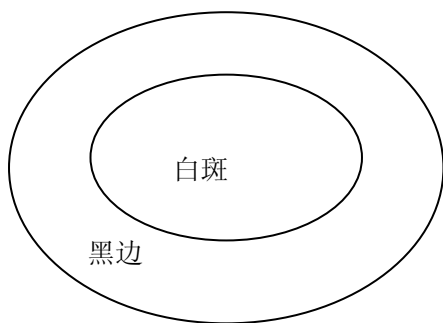
白癜风又称白蚀症, 是以皮肤出现局限性白色斑片, 逐渐扩大蔓延为主要临床表现的皮肤病。此病虽不痛不痒, 但侵蚀着患者健康的肌肤和心灵, 严重损害人的容貌, 挫伤人的精神, 影响其生活、工作、婚姻和社交, 是世界性难治病之一。

进入二十一世纪, 随着工业化进程加剧, 环境污染日益严重, 医源性、药源性疾病激增等多种因素, 都促使白癜风发病率逐年提高。

目前, 国内外对白癜风的研究各有侧重, 但均缺乏系统性和全面性, 治疗的药品也很少, 且临床效果较差, 于是, 治愈白癜风便成为国内外医学界为之奋斗的共同目标之一。

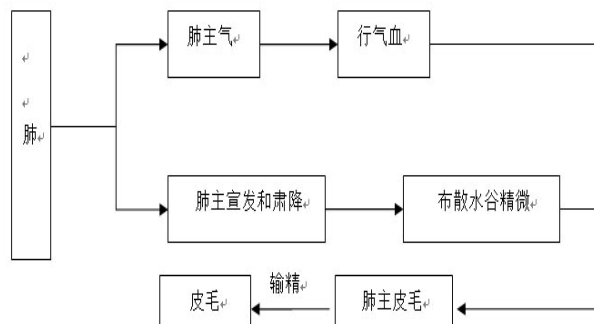
### 1 黑白同病

我们根据祖国医学五行脏腑学说, 从肺入手, 对白癜风的病因病机及治疗方法进行了系统地分析和研究, 对白癜风的理论有了不同于传统的认识。创造性地提出了“黑白同病、黑白同治”的新理论, 认为白癜风不仅是局部的色素脱失, 也是白斑周围或其它部位色素增多病, 即黑白同病。在临床上, 注重双向调节, 做到黑白同治。



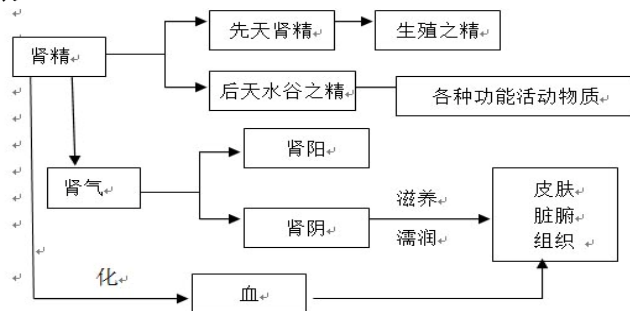
肺与皮肤有密切的关系, 肺气宣发, 输精于皮毛, 肺气将卫气、津液和水谷精微布散至体表, 以温养和

润泽皮毛。风邪致病多从皮毛腠理而入, 风邪搏于皮肤之间, 必然直接影响肺的正常生理功能。风邪外袭皮毛, 则肺失宣发, 皮毛得不到卫气、津液滋养, 而出现白斑。



肾藏精, 肾具有贮藏精气的作用, 精能化血, 精血旺盛, 则皮毛润泽; 肾为人体阴阳之根, 除能藏精外, 还能把精微物质供给全身脏腑、肌肤等各处, 所以皮毛的生理功能除与肺直接相关外, 也与肾脏密切相关, 肾的生理功能发生变化, 使其所主色显现, 黑色出现。

肾藏精, 肾具有贮藏精气的作用, 肾精为生命之根。



根据五行学说, 五行五脏生克制化共同构成一个



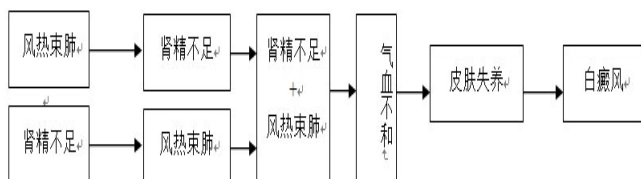
协调统一的整体。肺为母，肾为子，肺肾为母子相生关系。肺肾的生理关系密切，病理变化则相互影响。肺肾两脏一方发生病理变化，则另一方也会发生病理变化。肺属金主白色，肾属水主黑色，肺病传子则肺肾双病，导致不但皮肤出现白斑，变白，而且其周围或其它部位色素加深，变黑，即“白黑同病”，也就是“肺肾同病”，或肾病犯母也可导致肾肺双病，即“黑白同病”，也就是“肾肺同病”。

## 2 黑白同治

外感风邪，肺失宣发，应祛风宣肺；先天不足或久病不愈，肾精耗损，应滋补肾精，肺肾功能正常，则白斑消退，白色变黑；白斑周围深色及其余变黑皮肤变浅，即黑色变白，做到“黑白同治”，也就是“肺肾同治”。

2.1 辨病施治：白癜风的发生、发展与变化与肺、肾两脏密切相关，肺主白色，肾主黑色，只有肺肾两脏功能正常，才能消除患者皮肤黑白反差，做到治静、治好、治美，还患者一个美丽的肤色。故“肺失宣发、肝肾不足”为白癜风发病的基本病机，以“疏风宣肺、补益肝肾”为基本的治疗原则。

### 2.1.1 白癜风发生、发展路线



### 2.1.2 白癜风病三种情况

#### 2.1.2.1 风热束肺

特点：春季多发生或发展

症状：白斑以头面部发展迅速，多为圆形、白斑润泽。初发者局部皮肤常有痒感，白斑颜色浅淡，边缘不清、舌质红、苔薄白，脉浮数。

治法：辛凉解表，疏风清热

方药：

- 银翘散加减。

- 常用药：白芷、桔梗、薄荷、连翘、荆芥穗、甘草。

- 黑素再生液 X 号。

#### 2.1.2.2 肾精不足（肝肾不足）

肝藏血，肾藏精。精和血存在相互转化关系。精能生血，血能化精，经血相互滋生，相互转化，成为精血同源，亦称肝肾同源。若肾精亏损，可导致肝血不足；肝血不足，亦可导致肾精亏损。

肺生白色，肾主黑色，病程日久，母病传子，肾精亏损，精不能化血，而出现肝肾不足，气血虚弱，

不能滋养皮肤而使病情加重，白斑边缘皮肤色暗，变黑。

症状：病程较长，局限或泛发，发展缓慢或稳定，或有家族史。脱色明显，边界清楚，斑内毛发亦多变白。或兼有头昏眼花，耳鸣，腰腿酸软，舌淡或红，苔少，脉细数。

治疗：滋肝补肾，养血祛风

方药：

- 一贯煎合四物汤加减。

- 常用药：女贞子、沙苑子、墨旱莲、覆盆子、枸杞子、生熟地、何首乌、黑芝麻、赤白芍、当归、沙参、川芎、蒺藜。

- 黑素再生液 X 号。

### 2.1.2.3 气血不和

白癜风发病往往与虚、瘀、风、湿有关，这些均可导致气血失和，肌肤失养以致酝酿成本病。

症状：局限于头、面、颈、四肢泛发全身。病期长短不一。白斑色淡、边缘模糊，发展缓慢，无自觉症状或有微痒，或兼有神疲乏力、面色胱白、手足不温、舌淡苔薄，脉细。

治法：调和气虚，疏散风邪

方药：

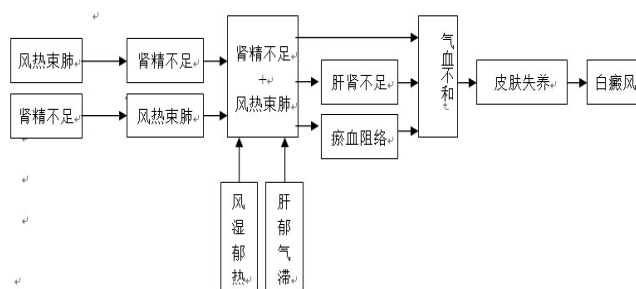
- 四物汤加减。

- 常用药：生地、熟地、当归、赤芍、川芎、浮萍、姜黄、制首乌。

- 黑素再生液 X 号。

## 2.2 辨证施治：白癜风病与肺肾两脏的功能变化密切相关，治疗时，在辨病的基础上，即注重疏风宣肺，补益肝肾，同时又要依据临床症候如皮损特点、颜色、范围、部位、新久、自觉症、发病季节、舌脉象等方面加以分析，进行辨证施治。若与情志有关，当佐以疏肝解郁法；若瘀血阻络，当佐以活血通络法；见湿象，当佐以祛湿法。

### 2.2.1 白癜风发生、发展路线



### 2.2.2 白癜风病三种症候

#### 2.2.2.1 风湿郁热

感受风湿之邪，或久居潮湿之地，湿邪日久化热。

湿热阻滞，气机不畅，气血不和，肌肤失养，白斑面积扩大。热多于湿者，白斑发展变较快。

特点：夏暑季节多发生或发展。

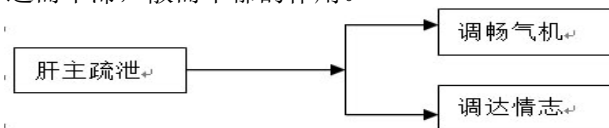
症状：局部皮肤可有丘疹、瘙痒。疹若被抓破，便出现白斑。斑形多不规则、面积较大，发展较快。湿热阻滞中上焦者，白斑多分布在头面、颈项两侧、胸背两侧、上肢等；湿热阻滞下焦者，白斑多分布于腰胯、小腹、下肢、外阴、肛周等处，白斑多对称。

治法：清利湿热，调和气血。

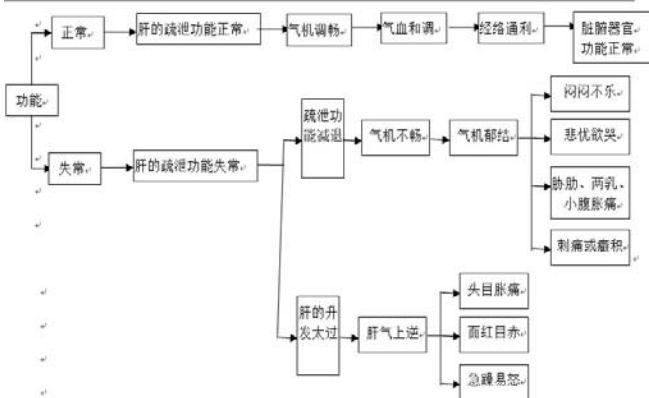
方药：

- 葶藶渗湿汤加减。
- 常用药：葶藶、赤芍、白芍、白芷、苦参、土茯苓、栀子。
- 黑素再生液 X 号。

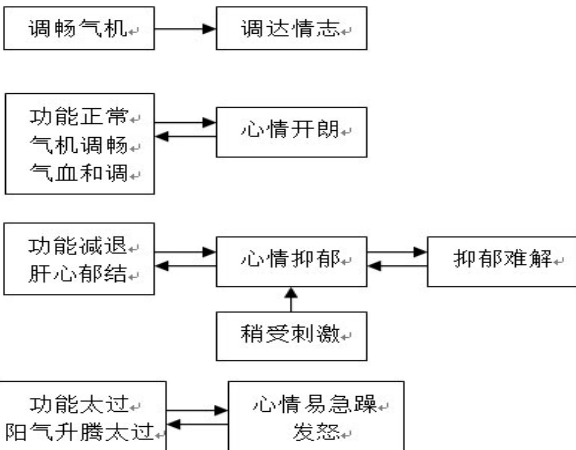
2.2.2.2 肝郁气滞：肝主疏泄；疏即疏通；泄即发泄、升发。肝主疏泄，是指肝具有保持全身气机疏通畅达，通而不滞，散而不郁的作用。



气机：即气的升降机运动。肝主升、主动、主散的生理特性，是气机疏通、畅达、升发的重要基础。



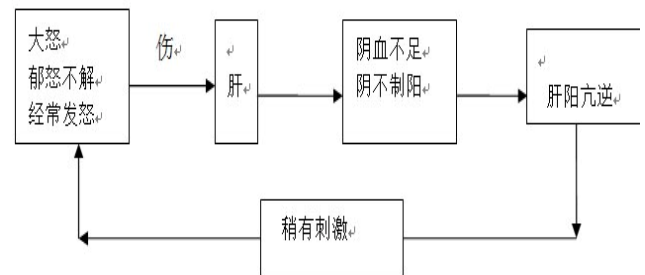
调情达志：



肝在志为怒

怒：是一种情志变化，它是在一定限度内的情绪发泄，对维持机体的生理平衡有重要的意义。

肝在志为怒



肝主疏泄，性喜条达通畅，气运无阴。因于各种情绪因素所致肝气郁滞，必使肝失疏泄，气机不畅，气血不和，精微物质不能达于皮毛，而发或加重白癜风。

特点：多见于女性。

症状：无明显好发部位，发展缓慢，脱色斑时暗时明，可伴胸肋胀满、性急易怒或忧郁，月经不调，乳房结块。苔薄润、脉多密细。

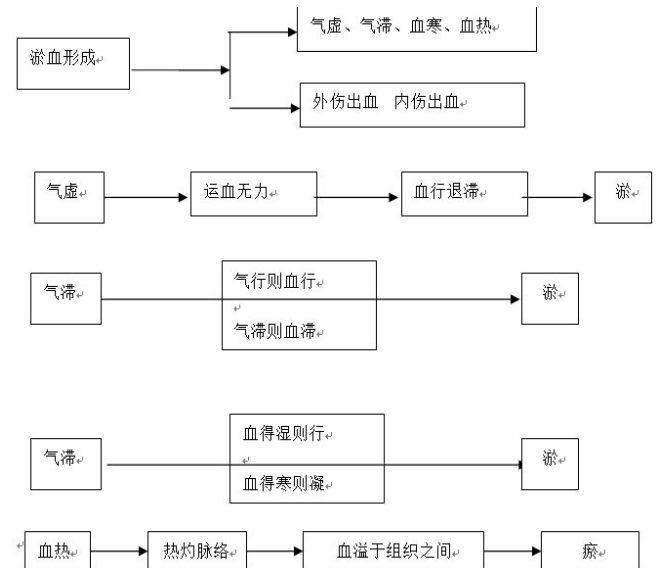
治疗：疏肝解郁，活血祛风。

方药：

- 逍遥散加减。
- 常见药：柴胡、郁金、当归、白芍、防风、刺蒺藜、熟地。
- 黑素再生液 X 号，加减。

2.2.2.3 瘀血阻络

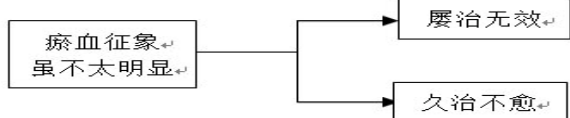
瘀血：淤：积，不能活动。淤血：血液停积。



临床：

2.2.2.3.1 凡有瘀血特征者：紫绀、面部口唇、爪甲青紫。舌质紫暗（瘀点瘀斑），脉细涩沿弦或结代。面色黧黑，肌肤甲错，皮肤紫癜等。

2.2.2.3.2 外伤、出血



2.2.2.3.3 理论：“初病在经，久病入络”；“初病在气，久病入血”；“气滞必血瘀”。

瘀血可来自于气滞，湿阻寒凝，炽热劫津，以及外伤等因素，或久病入络。瘀血阻络，气血运行不畅，气血失和，肌肤失养，发生或加重白癜风。瘀血造成的白斑较固定，界限清楚，一般属于稳定期。

症状：病程日久，局限或泛发，多不对称。发展缓慢，可稳定不愈。脱色明显，边界清楚，斑内毛发可变白。舌紫暗或有瘀点，或舌脉曲张。眼结膜血管粗而弯曲，脉涩。

治法：活血化瘀，祛风通络

方药：

•通窍活血汤加减。

•常用药：赤芍、川芎、桃仁、红花、鲜姜、老葱根、红枣、麝香（绢包后下）。

•黑素再生液 X 号

### 3 讨论

#### 3.1 风热束肺型

##### 3.1.1 症状

病的初期可见发热、恶寒、鼻塞、流涕、咳嗽、口渴、咽喉红肿疼痛，舌质红、苔薄白、脉浮数等。

白斑以头面部为主，发生发展迅速，多为圆形、白斑润泽。初春季节多发，初发者局部皮肤可先发痒，在抓破后结痂部位，便形成白斑。初发的白斑颜色浅淡，边缘不清，白斑浅薄。

##### 3.1.2 病机

肺开窍于鼻，下连咽喉及气道，合称肺系。故鼻为肺之外窍，咽喉为肺卫之门户。肺除司呼吸，主一身之气外，还主宣发和肃降，以及外合皮毛。

外邪自皮毛或口鼻而入，卫阳被郁遏则发热，同时，失于温煦则恶寒。外邪束表袭肺，肺系必然受累。其中口渴、咽红肿热痛、舌质红、脉数等，均为热邪所致。苔薄白，脉浮为邪在表。

外邪搏于肌表，肺卫之气难以滋养皮毛，故肺所主之白色，失于柔润含蓄及隐而不露之状，而使白色完全显露，形成白斑。

风邪为阳邪，阳邪具有升发，向上、向外的特点。风邪主动，善行而数变。《素问·太阴阳明论》中说：

“伤于风者，上先受之”。故白斑以头面部为主，且发

展迅速，此起彼伏，风串皮络，故皮肤发痒。

病乃初起，正气尚足，故白斑仍可润泽，白斑色浅淡，边界不清，浅薄。

##### 3.1.3 小结

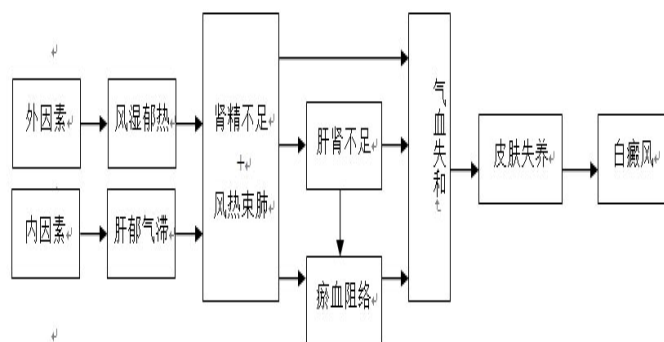
本类型往往在白癜风发病初期，发病急，持续时间长，而临床上大多数患者在这一阶段由于对白癜风知识的缺乏而没有去看医生，所以临床上较少见。

#### 3.2 气血不和型

白癜风与虚、瘀、风、湿有关，这些均可导致气血失和，肌肤失养而成白斑。故气血不和应作为总的病因病机，而调和气血也应成为总的治疗原则，所以气血不和型应并入其它类型中去，而不应单列一项。

#### 3.3 结论

综合上述，临床上成人应有四种类型：风湿郁热型、肝郁气滞型、肝肾不足型、瘀血阻络型。辨病结合辨证，分为进展期和稳定期 2 个阶段，形成之相对应的四个主要证型。进展期表现为风湿郁热证、肝郁气滞证，稳定期表现为肝肾不足证、瘀血阻络证。儿童常表现为脾胃虚弱。治疗上进展期以驱邪为主，疏风清热利湿，疏肝解郁；稳定期以滋补肝、活血化瘀为主，根据部位选择相应引经药。



#### 参考文献：

- [1]杨国亮,王侠生,等.皮肤病学[M].上海:上海医科大学出版社,1991
- [2]Braun-fatco O, Plewing G, Wloff HH, et al. Dermatology 3rd ed, Berlin: springerVerlag, 1991:702
- [3]Naughton CK, Eisinger M, Bystyn J-C.J Exp Med, 1983,158:246
- [4]Naughton GK, Mahaffey M, Bystry J-C.Proc Exp Biol Med, 1986,181:423
- [5]朱光斗.疏肝解郁、活血祛风法治疗白癜风探讨[J].中医杂志,1981,22(2):30-32
- [6]刘承煌.皮肤病理生理学[M].北京:中国医药科技出版社,1991
- [7]朱铁君.白癜风 650 例临床研究[J].临床皮肤科杂志,1987,16:2400
- [8]Burch PRG, Rowell NR, Acta Derm Venerol, 1965;45:366

编号：E-100331271（修回：2010-03-19）

# 阿魏酸钠治疗 2 型糖尿病合并脑梗塞 50 例

## Effect of sodium ferulate on type 2 diabetes combined with cerebral infarction in 50 cases

玄绪丽

(山东省枣庄市市中区人民医院, 山东 枣庄, 277100)

中图分类号: R743.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0060-02 证型: DBGI

**【摘要】** 目的: 观察阿魏酸钠治疗 2 型糖尿病合并脑梗塞的临床疗效。方法: 符合 2 型糖尿病 (2DM) 合并脑梗塞诊断标准的患者 85 例随机分为治疗组 50 例和对照组 35 例, 在常规治疗的基础上, 治疗组加用阿魏酸钠 0.3g/日静滴; 对照组加用丹参注射液 20ml/日静脉滴注, 疗程均为 14 天。结果: 治疗组有效率 94%, 对照组有效率 74.3%。两组间疗效比较差异有显著性 ( $P < 0.01$ )。结论: 阿魏酸钠注射液治疗 2 型糖尿病合并脑梗塞具有良好的治疗效果, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 2 型糖尿病; 急性脑梗塞; 阿魏酸钠; 内皮素; 临床疗效

2 型糖尿病 (2DM) 合并脑梗塞是糖尿病病死、致残的主要原因之一, 幸存者多留有神志、肢体、语言障碍, 严重影响患者的生活质量及寿命; 笔者在常规治疗的基础上加用阿魏酸钠静滴, 并与常规治疗 35 例作对照, 取得满意疗效, 现报告如下:

### 1 临床资料

2 型糖尿病 (根据 1997 年美国糖尿病协会糖尿病诊断标准), 急性脑梗塞诊断按照 1995 年全国第四届脑血管学术会议制定的诊断标准, 均经颅脑 CT 或 MRI 证实; 排除出血性脑血管病, 并无治疗药物禁忌症。按病案号单、双数分为两组。治疗组 50 例, 男 28 例, 女 22 例, 年龄 46~78 岁, 平均 61.5±9.7 岁; 病程 2~24h, 平均 12.6h, 梗塞部位: 内囊基底节区 28 例, 小脑 6 例, 大脑 16 例; 梗塞面积 1.5cm×1.2cm~3.8cm×2.7cm, 平均 2.1cm×1.6cm。对照组 35 例, 男 18 例、女 17 例, 年龄 53~76 岁, 平均 61.4±8.7 岁; 病程 2~24h, 平均 13.2h; 梗塞部位: 内囊基底节区 24 例, 小脑 2 例, 大脑 9 例; 梗塞面积 1.5cm×1.1cm~3.7cm×2.8cm, 平均 2.2cm×1.5cm。两组患者资料比较差异无显著性, 具有可比性。

### 2 治疗方法

两组均常规用药 (包括降糖、降颅内水肿, 脑保护剂等), 中药辨证分型治疗: ①风痰侵袭入络型, 治宜涤痰开窍, 熄风通络法, 方用涤痰汤合星蒺承气汤加减: 胆南星 9 克、浙半夏 12 克、全瓜蒌 15 克、枳

实 12 克、白僵蚕 9 克、石菖蒲 12 克、陈皮 9 克、茯苓 12 克、制大黄 12 克等; ②肝肾阴亏, 风阳上扰型: 治宜镇肝熄风, 育阴潜阳法, 方用镇肝熄风汤加减: 羚羊粉 0.6 克分蚕、川牛膝 15 克、代赭石 30 克、生龙骨 15 克、生牡蛎 30 克、杭白芍 15 克、地龙 10 克等; ③淤血阻络型: 治宜化淤通络法, 方用三虫二甲散加减: 白僵蚕 9 克、地鳖虫 12 克、炮红甲 15 克、鳖甲 15 克、全蝎 6 克、地龙 12 克等。治疗组加用阿魏酸钠 (重庆华森制药有限公司生产规格 0.1g/支) 0.3g 溶于 0.9% 生理盐水 250ml 静滴, 每天 1 次, 14 天为一疗程; 对照组加用丹参注射液 (上海第一制药厂生产, 每支 3g/2ml), 20ml 加入 0.9% 生理盐水 250ml, 每天 1 次, 静脉滴注, 疗程 14 天。

统计学方法: 采用  $\chi^2$  检验和  $t$  检验

### 3 结果

#### 3.1 疗效标准

疗效评定依据全国第 4 届脑血管病学术会议通过的“脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准” (中国实用内科杂志)。基本痊愈: 功能缺损评分减少 90%~100%, 病残程度为 0 级。显著进步: 功能缺损评分减少 46%~89%, 病残程度为 1~3 级。进步: 功能缺损评分减少 18%~45%。无变化: 功能缺损评分减少 18% 以下。

3.2 疗效: 治疗组 50 例, 基本痊愈 6 例, 显效 31 例, 有效 10 例, 无效 3 例, 总有效率 94%; 对照组 35 例,

基本治愈 1 例, 显效 12 例, 有效 3 例、无效 9 例, 总有效率 74.3%, 总有效率治疗组明显优于对照组 ( $P < 0.01$ )。

3.3 两组患者治疗前后神经功能缺损积分值结果: 见表 1。

治疗后治疗组神经功能缺损积分值与治疗前比较差异有显著性 ( $P < 0.01$ ), 而对照组治疗后与治疗前比较无显著差异 ( $P > 0.05$ )。

表 1 两组患者治疗前后神经功能缺损积分值比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗	50	21.21 ± 7.13	4.78 ± 3.62
对照	35	15.73 ± 6.12	11.62 ± 5.31

注: 与本组治疗前比较, \* $P < 0.01$ 。

3.4 副反应与随访结果: 两组均无明显的毒副反应。疗程 (14 天) 结束后随访 1~2 个月, 均无复发及严重并发症。

#### 4 讨论

近年随着生活水平提高, 2DM 病人逐渐增多, 糖尿病是脑卒中的主要危险因素之一。据报道, 2DM 病人脑梗塞的发病率较无糖尿病患者多 2~4 倍, 且以多发性脑梗塞为多见, 与糖尿病心脏病和糖尿病肾病成为糖尿病患者死亡的三大主要原因。糖尿病合并脑梗塞, 属于祖国医学“消渴”、“中风”范畴, 消渴病的基本病机为阴津亏耗, 燥热偏盛, 煎熬津液, 津血同源, 津亏则血少, 津不载血, 不能循经畅行, 引起血液粘滞浓稠而致淤, 即所谓“阴虚血滞”。消证日久, 燥热炽盛, 不仅伤津, 更可耗气, 气虚则无力推动血行而致瘀血内阻, 故其本质是因虚致瘀。瘀血阻络脉络不通而发为本病。由于阴虚火旺, 久病淤血形成, 燥热之邪炼液成痰; 或肝肾阴虚, 阴虚阳亢, 淤血风痰阻于脑脉, 窒塞经络, 神机不利, 蒙蔽清窍, 发为中风。明·戴思恭在《证治要诀·消渴》中谓: “三消久之, 精血即亏损, 或目无所见, 或手足偏废, 如风疾”。糖尿病患者普遍存在淤血症, 是导致多种并发症的病理基础。

现代医学认为, 2DM 病人均有高胰岛素血症及胰岛素抵抗, 高胰岛素血症可直接影响动脉内的脂肪代谢, 刺激动脉壁平滑肌增生, 促进动脉硬化形成。长期高血糖的糖毒性和游离脂肪酸的危害, 其蛋白质非酶糖基化及氧化过程必加剧, 多元醇通路被激活, 蛋

白质游离氨基不可逆的反应产生糖基化终末产物 AGE, AGE 积聚引起相邻细胞激活, 单核与巨嗜细胞均有 AGE 的特殊受体, 激活后使细胞释放肿瘤坏死因子、胰岛素样生长因子、白细胞介素-1, 这些因子可刺激内皮细胞增生; AGE 蛋白同样影响血液中的物质向血管壁的粘附和渗透; AGE 能与低密度脂蛋白、免疫球蛋白等半衰期短的蛋白质的共价结合, 使它们持续作用于血管壁细胞, 刺激血管内皮细胞增生, 内膜基底变厚, 管腔狭窄。此外, 糖尿病患者有血液成份、血流动力学的改变, 存在血小板粘附性增加, 红细胞变形能力降低。在以上诸多因素作用下, 糖尿病患者血管内皮细胞受损, 血粘度增高, 血流缓慢, 血液亢进, 使脑灌注降低, 最终导致脑梗塞的发生。糖尿病患者血流变的改变也是中医淤血症的客观指标。急性脑梗塞的病灶由中心坏死区及周围缺血半暗区组成, 坏死区由于完全性缺血导致脑细胞死亡, 但缺血半暗区仍存在侧支循环可获得部分血液供应, 尚有大量可存活神经元, 如果血流迅速恢复, 使脑代谢改善, 损伤仍然可逆, 神经细胞可存活并恢复功能。因此, 使缺血半暗区迅速恢复血流, 增加脑供血是治疗 2DM 急性脑梗塞的关键<sup>[1]</sup>。现代药理研究表明, 阿魏酸钠是内皮素非肽类拮抗剂, 含有酚羟基和苯烯结构, 具有保护血管内皮, 降低内皮素, 增强内皮细胞功能, 清除自由基, 调节血管舒缩, 抑制血小板活性功能, 从而增强脑血流量, 改善脑循环<sup>[2]</sup>; 促进中心坏死区及周围半暗带代谢的改善, 从而改善缺血神经细胞的生存环境, 加速神经功能恢复, 故阿魏酸钠有很好的活血化淤功能。

以上结果提示, 阿魏酸钠治疗 2DM 急性脑梗塞安全、高效, 未见毒副反应, 值得推广。

#### 参考文献:

- [1]徐朝辉,等.脑苷肌肽联合阿魏酸钠治疗脑梗塞的临床观察[J].中华临床新医学,2005,5(10):880
- [2]刘乐,等.阿魏酸钠治疗脑梗死 67 例疗效观察[J].社区医学杂志,2005,3(5):16

#### 作者简介:

玄绪丽 (1965-), 女, 1989 年毕业于山东中医药大学中医系获学士学位, 山东省枣庄市市中区人民医院——主任, 副主任医师。

编号: E-10033761 (修回: 2010-03-16)

# 复元保肾汤治疗早期糖尿病肾病临床观察

## Clinical observation on treating EDN

## with recovery and kidneys decoction

郝连付<sup>1</sup> 王海燕<sup>2</sup>

(1.怀柔镇社区卫生服务中心, 北京 怀柔, 101400;

2.怀柔区中医医院, 北京 怀柔, 101400)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0062-02 证型: DGB

**【摘要】** 目的: 观察复元补肾汤治疗早期糖尿病肾病的临床疗效。方法: 98 例早期 DN 患者随机分为治疗组和对照组。治疗组 50 例, 对照组 48 例, 两组患者均予饮食、运动及控制血糖、血压等常规治疗。在此基础上, 治疗组加服复元补肾汤, 每日一剂, 对照组加服盐酸贝那普利 10mg, 每日 1 次。30 日为 1 个疗程, 连用 3 个疗程。观察两组治疗后尿蛋白定量、血肌酐的变化以及临床疗效。结果: 治疗组、对照组治疗前与治疗后比较尿蛋白定量、血肌酐值降低 ( $P<0.01$ ); 治疗组与对照组治疗后比较 ( $P<0.05$ )。结论: 复元保肾汤治疗早期糖尿病肾病安全有效。

**【关键词】** 复元保肾汤; 糖尿病肾病; 临床观察

糖尿病肾病 (DN) 是糖尿病常见的微血管并发症之一, 也是糖尿病患者死亡的主要原因之一。DN 起病隐匿, 早期临床表现多不明显, 一旦发展到临床阶段, 其病理和功能障碍则不可逆转, 最终形成终末期肾病。现代医学对 DN 采取控制血糖、控制血压、纠正脂质代谢异常、减少胰岛素抵抗、应用血管紧张素转换酶抑制剂减少蛋白尿等治疗, 虽然有一定疗效, 但不能防止其进展。祖国医学在延缓及防止 DN 的发展方面具有重要意义。我们应用复元补肾汤治疗早期糖尿病肾病 48 例, 疗效显著。现报告如下:

### 1 临床资料与方法

#### 1.1 一般资料

所有病例均选自本院 2005 年 9 月~2008 年 8 月门诊及住院患者, 98 例患者随机分为 2 组。治疗组 50 例: 男 28 例, 女 22 例; 年龄 40~72 岁, 平均年龄 58.61 岁; 病程 6~19 年。对照组 48 例: 男 26 例, 女 22 例; 年龄 42~70 岁; 平均年龄 57.26 岁, 病程 6~21 年。两组一般资料经统计学分析无显著性差异 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 诊断标准

糖尿病 (DM) 诊断标准按照 1997 年美国糖尿病协会诊断标准。DN 诊断按照 Mogensen 诊断标准分期全部患者均处于 III、IV 期 DN 阶段: 24h 尿蛋白定

量  $>30\text{mg}$ , 血肌酐在  $133\sim300\ \mu\text{mol/L}$ 。

#### 1.3 病例排除标准

经严格检查排除药物性肾损害、高血压性肾损害, 排除急、慢性肾炎、尿路感染及严重心脏、肿瘤和剧烈运动所致的肾损害, 排除妊娠和哺乳期妇女。

### 2 治疗与观察方法

#### 2.1 治疗方法

两组均给予糖尿病健康教育、饮食控制 (低脂、低盐饮食, 优质蛋白的摄入量为  $0.5\sim0.8\text{g/kg}\cdot\text{d}$ ) 和适当运动。所有病例常规使用胰岛素或口服降糖药控制血糖, 使空腹血糖  $<7\text{mmol/L}$ , 餐后 2h 血糖  $<8\text{mmol/L}$ 。

2.1.1 对照组在常规西药治疗的基础上口服盐酸贝那普利 10mg, 1 次/d。

2.1.2 治疗组在常规西药治疗的基础上服用复元保肾汤

方药: 黄芪 45g、生地 15g、山药 15g、山萸肉 10g、泽泻 20g、泽兰 10g、益母草 15g、鬼箭羽 10g、大黄 10g、地龙 15g、芡实 15g、甘草 10g。上方加水煎服, 头煎取汁 150ml, 二煎取汁 150ml, 两煎混合, 分两次口服, 每日 1 剂。治疗 3 个月后评价疗效。

#### 2.2 疗效判定标准

参照卫生部 1993 年制定发布的“中药新药临床研究指导原则”中疗效判定标准<sup>[1]</sup>。显效: 临床症状减

轻或消失, 24h 尿蛋白定量减少 50%以上; 有效: 临床症状减轻或基本消失, 24h 尿蛋白定量减少 25%以上; 无效: 不符合显效和有效判断条件者。

### 2.3 统计学处理

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	50	31 (62)	17 (34)	2 (4)	48 (96)*
对照组	48	26 (54)	10 (21)	12 (25)	36 (75)

注: \*与对照组比较:  $P < 0.01$

3.2 治疗组、对照组治疗前与治疗组比较尿蛋白定量、血肌酐值降低 ( $P < 0.01$ ), 治疗组与对照组治疗后比较

表 2 两组治疗前后尿蛋白、血肌酐比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	尿蛋白 (mg)	血肌酐 ( $\mu\text{mol/L}$ )
治疗组	50	治疗前 $149 \pm 28$	治疗前 $262 \pm 60.2$
		治疗后 $55 \pm 30^{*\Delta}$	治疗后 $140 \pm 53.2^{*\Delta}$
对照组	48	治疗前 $146 \pm 30$	治疗前 $258 \pm 67.4$
		治疗后 $98 \pm 32^*$	治疗后 $202 \pm 60.5^*$

注: \*本组治疗前后比较: ( $P < 0.01$ ),  $\Delta$ 治疗组与对照组治疗后比较 ( $P < 0.05$ )

3.3 不良反应: 治疗组未见不良反应, 对照组有刺激性咳嗽不良反应, 症状轻, 未脱离观察。

## 4 讨论

糖尿病肾病 (DN) 是糖尿病常见的严重并发症之一, 随着糖尿病发病率的增高, DN 的发病率也逐年上升, 目前已成为终末期肾病的重要病因。现代医学研究, 糖尿病微循环障碍及凝血机制异常, 肾血流速度减慢, 血液高凝状态促进肾小球基底膜增厚, 通透性增加, 毛细血管狭窄及硬化等改变。糖尿病肾病的发生, 是血动力学改变、遗传、环境因素以及代谢异常共同作用的结果, 且多与高血压、微血管、大血管病变共存。其主要病理变化是早期高滤过、高灌注所致肾脏肥大、肾小球基底膜增厚和以肾小球系膜区为主的细胞外基质积累, 导致的肾小球结节样或弥漫性硬化<sup>[2-3]</sup>。ACEI 类药物目前已成为延缓 DN 进展的临床第一线用药, 具有降压及非血压依赖的降尿蛋白作用, 已知在 DN 早期 ACEI 可有效防止从微量尿蛋白发展到蛋白尿, ACEI 除能通过降压减少尿蛋白保护肾脏外, 还能通过减少肾小球细胞外基质的蓄积, 拮抗肾小球硬化及减少肾间质纤维化延缓肾损害进展, 可显著减少尿蛋白的排泄量, 这是由于改善了血流动力学或直接影响肾小球基底膜所致。应用 ACEI 可以阻断 DN 进一步损害。DN 属于中医“消渴”、“水

所有数据应用 SPSS 11.0 软件进行统计, 采用  $t$  检验, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,  $P < 0.05$  为有统计学意义。

## 3 观察结果

3.1 两组临床疗效观察结果, 见表 1。

( $P < 0.05$ )。见表 2。

肿”、“尿浊”、“关格”的范畴。因消渴阴虚燥热, 日久耗气伤津, 阴损及阳, 终成阴阳两虚, 肺脾肾诸脏俱损, 气滞血瘀, 脉络瘀阻而发变证。“久病及肾”、“久病入络”, 我们认为肾虚瘀血伤络是 DN 的主要病机。以补气益肾活血通络为治疗原则, 拟复原保肾汤早期糖尿病肾病。方以黄芪为主药, 补气升阳, 利水消肿, 补而不滞, 利于祛邪。现代研究, 黄芪有明显的利尿作用, 能降尿蛋白, 调节血糖。降低血小板粘附力。生地养阴生津, 补而不滞, 为补肾之要药。山药补肾气, 滋肾阴。山萸补肾助阳。泽泻利水消肿, 现代研究增加尿量, 增加尿素和氯化物排泄。益母草、泽兰活血祛瘀消肿。大黄、鬼见羽、地龙活血祛瘀通络。芡实甘涩收敛, 益肾固精, 现代研究有减少尿蛋白作用。甘草调和诸药。诸药合用, 攻补兼施, 扶正祛邪, 取得较好临床效果。且无过敏、肝肾损伤副作用, 易于被患者接受。其作用机制值得进一步探讨。

## 参考文献:

- [1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 181-238
- [2] 王海燕. 肾脏病学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996
- [3] 林善铤. 糖尿病肾病发病机制的研究进展[J]. 中华内科杂志, 2001, 40(11): 782-783

编号: EA-100310165 (修回: 2010-03-19)

# 大黄和药用碳片两步灌肠对早、中期慢性肾衰疗效的影响

## Influence on two stages of rhubarb and pieces of carbon used to medicine in chronicity renal failure at early and intermediate stage

郝素琴 邓宝华 王敦庚

(江苏省金坛市中医医院, 江苏 金坛, 213200)

中图分类号: R692.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0064-02 证型: DGBA

**【摘要】** 目的: 采用大黄和药用碳片两步灌肠法治疗早、中期慢性肾衰病人。方法: 对 67 名病人分为治疗组、对照一组、对照二组进中药保留灌肠。结论: 此法操作方便, 而且病人易于接受, 从而提高疗效。

**【Abstract】** Objective: Adopt two stages of rhubarb and pieces of carbon used to medicine to treat chronicity renal failure at early and intermediate stage. Methods: 67 cases patients were divided into treatment group, control group one and control group two treated by retention enema of TCM. Conclusion: This method handl convenient and can be accept easily by patients, and elevate curative effect.

慢性肾功能衰竭 (CRF) 是发生在各种慢性肾脏疾病后期的一种临床病症, 它是以肾功能减退、代谢产物潴留、水、电解质、酸碱平衡失调为主要表现。自上世纪 70 年代以来。由于透析、移植等治疗手段的发展, 慢性肾功能衰竭的疗效有显著提高, 病人的生命得以延续。然而, 透析、移植均不是用来治疗早、中期慢性肾衰的首选方案, 而且费用昂贵、肾源不足及较多并发症等问题, 目前尚无法普及。为此, 我们对住院的早、中期慢性肾衰病人进行大黄和药用碳片两步灌肠取得了较好的疗效。并对此进行了比较, 现报告如下。

### 1 一般资料

67 例均为住院的早、中期肾衰病人, 将近 67 例病人用随机法分为治疗组 32 例, 对照组 35 例; 治疗组中男 20 例, 女 12 例; 年龄 22~65 岁, 平均 36 岁; 对照组中男 22 例, 女 13 例, 年龄 25~68 岁, 平均 38 岁; 早期肾衰病人 26 例, 中期肾衰病人 41 例。两组病人的性别、年龄及入院时的血肌酐、尿素氮、内生肌酐清除率。经统计学处理差异无显著性 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

### 2 治疗方法

治疗组: 上午给予大黄粉 20 克保留灌肠, 用 100ml, 生理盐水稀释, 温度为 38~40°C, 插入深度为 30ml, 缓慢推注, 时间不少于 10 分钟, 保留 1 小时以上。下午给予药用碳片同法保留灌肠。

对照一组: 单独用大黄粉保留灌肠, 方法同治疗

组, 每日只给予一次灌肠。十天为一疗程。

对照二组: 单独用药用碳片保留灌肠, 每日只给予一次灌肠。十天为一疗程。

灌肠前首先排空大便, 灌肠时均采用左侧卧位。

### 3 治疗结果

#### 3.1 疗效判定标准

3.1.1 显效: 临床症状基本消失血肌酐、尿素氮降至正常范围或比原数值下降 50% 以上者。

3.1.2 有效: 临床症状明显缓解, 血肌酐下降 85umol/L 以上, 尿素氮下降 3.5mmol/L 以上者。

3.1.3 无效: 临床各观察指标无明显改善者。

3.2 治疗效果: 本组 67 例病人, 使用大黄粉和药用碳片两步灌肠法后, 三组治疗后的效果

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
治疗组	32	17	9	6	53.1%
对照一组	19	6	5	8	31.5%
对照二组	16	4	6	6	25%

分析: 治疗组与对照一组,  $\chi^2=5.5$ ,  $P<0.05$ , 有显著差异; 治疗组与对照二组  $\chi^2=5.61$ ,  $P<0.05$ , 有显著疗效, 对照一组与对照二组之间无显著差异。

3.2.1 操作前护理: 向患者说明治疗目的/方法及注意事项, 使患者对自己的病情及治疗心中有数, 以取得患者的配合。并嘱患者排空大小便, 经减轻腹压, 保持肠道清洁。使药液广泛分布于肠道。有利于粘膜吸收。

3.2.2 操作中护理: ①灌肠液温度适宜, (下转 66 页)



# 汗下吐三法在小儿哮喘急性发作期中的临证应用

## Clinical application on children with acute asthma period by han next spit three methods

李建保 田金娜

(成都中医药大学附属医院, 四川 成都, 610075)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0065-02 证型: AGI

【摘要】 本文阐释了汗、下、吐三法的概念, 并为其在小儿哮喘急性发作期的临证应用进行了理论探讨。

【关键词】 哮喘; 汗法; 下法; 吐法

小儿哮喘是当今世界十分关注的公共健康问题, 也是儿童时期最常见的慢性呼吸道疾病, 其累计患病数已居小儿非感染性疾病之首。小儿哮喘急性发作期以咳嗽, 喘促气急, 喉间哮鸣, 甚则呼吸困难, 张口抬肩, 摇身撷肚为主要临床表现, 具有发病急, 病情重, 反复发作的特征。当前, 对于哮喘急性发作期的中医药治疗仍是临床难点, 本文力图从“祛邪”的角度探讨汗、下、吐三法在哮喘急性发作期的临床应用。

### 1 汗法

汗法属于中医治疗八法之一。《素问·阴阳别论》曰:“阳加于阴谓之汗”, 汗液是阳气蒸化阴精化生而成, 是人体津液滋润皮毛孔窍的一种生理物质, 也是人体废液排泄、祛除病邪的一种媒介。所谓汗法就是通过发汗, 疏解腠理、宣通肺卫, 以驱邪外出的治疗方法。《素问·阴阳应象大论》指出:“其有邪者, 渍形以为汗。其在皮者, 汗而发之。”汗法主要应用于哮喘急性发作期伴有表证者。

中医认为哮喘的发作责之于内有痰饮夙根留伏, 外受邪气引动而发。临床实践表明小儿感受外邪以六淫为主, 其中尤以风邪多见。风为百病之长, 属于阳邪, 易袭阳位, 善行而数变。《素问·太阴阳明论》指出:“故犯贼风虚邪者, 阳受之”, 《素问·阴阳应象大论》曰:“风胜则动”。基于此有学者认为哮喘有突然发作, 伴咽痒、鼻痒及皮肤瘙痒的表现, 属中医“风”的现象, “风盛痰阻, 气道挛急”是本病的主要病理机制, 风盛是其主要因素, 痰壅气道、肺管不利是其病理结果<sup>[1-2]</sup>。而《伤寒论》第 35 条亦指出:“太阳病, 头痛发热, 身疼腰痛, 骨节疼痛, 恶风无汗而喘者, 麻黄汤主之”。故此, 在哮喘急性发作期伴表证者主张首用“汗法”, 以达“宣肺发表, 祛风解痉”之治疗目的。

现代中药药理学研究亦表明, 麻黄、桂枝、苏叶、荆芥、辛夷、细辛、薄荷、蝉蜕等常用解表药或其提取物具有止咳平喘和抗过敏作用, 能够不同程度的解

除支气管平滑肌痉挛, 减少腺体分泌, 抑制炎症介质释放, 同时具有镇静、抗炎、抗病原微生物以及改善皮肤血液循环, 增加汗腺分泌、解热等作用。

汗法在临证应用中需兼顾小儿“稚阴稚阳”的生理特点, 对于患儿机体阴津不足, 不能充汗之源者, 如“淋家”、“衄家”、“亡血家”、“汗家”、“大下之后者”、“失小便者”等情况, 禁汗; 气虚而腠理失司者, 慎汗; 里证不伴表证者, 亦不宜汗。

### 2 下法

下法亦属八法之一。原意是指通过荡涤肠胃, 泻下大便和积水, 使停滞于肠胃之宿食、燥便、实热、冷积、淤血、痰结、水饮等从下而出以解除患病的一种方法, 首见于《内经》。《素问·至真要大论》曰:“其下者引而竭之”, “中满者泻之于内”, “其实者, 散而泻之”为下法的重要理论依据。其后历代医家亦重视攻下一法, 张仲景《伤寒论》113 方, 其中泻下方有 18 首, 如大、小承气汤类; 元代张子和更以善用下法而著名, 推广和扩大了本法的应用和范围。如《儒门事亲》指出:“下之攻病, 人所恶闻也, 然积聚陈莖于中, 留结寒热于内, 留之则是耶, 逐之则是耶, 《内经》一书, 唯从气血通流为贵, 世俗庸工惟以闭塞为贵, 又止知下之为泄, 又岂知《内经》之所谓下者。乃所谓补也。陈莖去苑而胃肠洁症尽而荣卫昌, 不补之中有真补存焉。”由此可见, 下法之中实际上包括了通、泻、降、利等诸法。下法主要适用于哮喘急性发作期痰涎壅盛, 或伴中焦腑实证的急、重症患者。

肺与大肠通过经络相互络属, 互为表里, 《灵枢·本输》谓:“肺合大肠”, “大肠者, 传导之官”。故此, 肺气肃降, 则大肠传导如常, 粪便排出通畅; 反之, 若大肠积滞不通, 也能影响肺气之肃降而致喘咳胸满, 或使哮喘原有的症状加剧。汉张仲景运用大承气汤治疗邪热搏结大肠, 致腑气不降而致肺气上逆之喘息患者, 如《伤寒论》第 244 条言:“病人小便不利, 大便乍难乍易, 时有微热, 喘冒不能卧, 有燥屎者也”, 宜

大承气汤。现代药理研究认为运用大承气汤通腑泻下，能减轻气道炎症、改善微循环、抑制免疫变态反应，改善患者低下的免疫功能状态，消除诱导气道高反应性进一步加重的内毒素及细胞因子，从而配合其他药物缓解哮喘发作。在缓解期，适当通腑泻下保持大便通畅，能在一定程度上预防哮喘的发作，并可兼顾发病起始阶段的治疗<sup>[3]</sup>。

在临证中，使用下法需兼顾小儿“稚阴稚阳”、“胃小且脆”，脏腑娇嫩，不耐攻伐的生理特点，需“中病即止”，或“衰其大半而止”，过则易耗津伤液，损伤正气，并当确是里实证方能用之。

### 3 吐法

吐法属于中医治疗八法之一，是指通过涌吐的方法，使停留在咽喉、胸膈、胃脘的痰涎、宿食或毒物从口中吐出的一种治法。《素问·至真要大论》曰：“其在高者，引而越之”；王冰谓：“上盛不已，吐而夺之”，是吐法的重要理论依据。吐法主要是针对上部有形实邪而立的一种治疗方法，凡是痰涎壅塞在咽喉，或顽痰蓄积胸膈，或宿食停滞在胃脘，都可及时用吐法使之壅吐而出。故此，哮喘急性发作期痰涎壅盛，喘促气急，甚则摇身擗肚不能平卧之危重症患者，可考虑用之。

对于吐法的理论及应用，历代医家及著作都有所发展。《神农本草经》有瓜蒂、藜芦、常山等催吐药的记载。采用药力峻猛的药物，可致剧烈涌吐，方如三

圣散、稀涎散等；采用药力较为平和，吐势平缓的药物可致缓吐，方如瓜蒂散、独圣散等，甚至采用白米饮、热面羹、盐水等。

此外，吐法是一种作用比较剧烈的祛邪方法，而涌吐药物亦多为峻猛之品，临床使用中，当根据患儿不同年龄、体质以及病情轻重，采用不同的操作方法。如病情较重，患儿体质强者，可取一次大吐而治；病情缓者、体质弱者，可取多次缓吐治疗。本法临床使用不当，或过用则易耗伤正气，故当遵循张子和所主的“先宜少进，不涌旋加”，“中病则止”的基本原则，运用吐法疗疾的患儿，吐后应注意调摄。

综上所述，在哮喘急性发作期以“邪实”为主要病理关键，中医治疗当首重祛邪。在临证过程中，针对病因病机，辨证使用“汗下吐”三法能够迅速达到祛邪目标，而实（痰）邪去，三焦气机通畅，脏腑调和，则咳喘平矣，是中医“急则治其标”的重要体现，对于提高临床疗效，具有积极意义。

### 参考文献：

[1]王泽山,吕彩虹.双龙汤治疗发作期支气管哮喘 31 例[M].青岛医药卫生, 2003,35(1):51-55

[2]沈敏,阎璐,张薇芳.平喘抗炎胶囊治疗支气管哮喘疗效观察[J].中国中医药信息杂志,2004,11(9):814-816

[3]王鹏.通腑泻下法在哮喘治疗中的意义[J].湖北中医杂志,2003,25(4):19-20

编号：EA-100303150（修回：2010-03-18）

（上接 64 页）药液温度控制在 38~40℃，温度过高易损伤肠粘膜，温度过低则使肠道蠕动加快，易引起腹痛；②用 14 号一次性普通导尿管代替肛管，以减轻对肛门的刺激，且管径细，药液流入速度慢，不会因药液的刺激引起排便感；③灌肠时患者左侧卧位，臀部抬高 20cm，药液液面距肛门 30cm 插管深度应在 30~35cm，使用权药液直达乙状结肠中段，操作毕转为右侧位，利于药液在肠道保留与吸收；④操作时动作轻柔，遇有阻力时可轻轻转动肛管，嘱患者深呼吸。缓慢插入，以免损伤肠粘膜。

3.2.3 灌肠后护理：①密切观察患者的生命体征、神志、面色、大便的颜色及形状，如有异常，及时通知医生，采取措施；②中药灌肠治疗期间，患者饮食应以清淡为主。忌食生冷、油腻、不易消化及刺激性食物；③加强基础护理，保持局部皮肤清洁干燥，勤换内裤，保持单元整洁，使患者舒适，防止并发症。

### 4 讨论

目前临床上大多使用单方或多种药物联合进行保留灌肠，往往达不到最佳效果，而采用两步灌肠。大

黄并非只是通腑、泻浊、排毒作用，更主要是通过吸收而产生全身作用，因大黄有改善内环境不平衡，改善肾小球免疫系统，消除分子中毒性物质作用。碳片有吸附作用，进一步吸收肠道内的毒素。

临床观察证实，在给早、中期慢性肾衰病人行中药保留灌肠时，适当地增加插入深度，可以明显延长药液保留时间，收到良好的灌肠效果。因直肠长度为 12~15cm，乙状结肠为 40~45cm，在正常情况下肛门内外括约肌处于相互协调的状态，从而允许气体排出而防止大便及液体溢漏。另外，要生理状态下，除排便前和排便时以外，直肠这一段总是空的，只有当粪块和液体从乙状结肠进入直肠时，排便反射才会出现，而本治疗组将肛管插入深度增至 30cm，其肛管所达位置则乙状结肠中段，这样能使药液在单位时间内流入直肠的量明显减少，从而使药液易于保留，并使其在肠内存留时间明显延长，增加了药物的吸收，从而收到理想的临床治疗效果。此法操作方便，而且病人易于接受，从而提高疗效。

编号：E-10034710（修回：2010-03-23）

# 浅谈气机升降异常与代谢综合征的关系

## To discuss the relationship between activities of qi hoisting anomal and metabolism symptom complex

杨培丽

(云南省昆明市呈贡县中医院, 云南 昆明, 650500)

中图分类号: R589 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0067-02 证型: GDA

随着社会的发展进步、人民生活水平的提高, 以及各种激烈的竞争、工作及生活压力大, 肥胖的人越来越多。与之相伴而来的相关疾病严重影响人类的健康, 给社会造成了严重的经济负担和社会负担。防治这些疾病是当今卫生组织的一个重点。代谢综合征是以胰岛素抵抗为中心的一组症候群, 包括了中心性肥胖、高胰岛素血症、糖尿病和糖耐量减低、高血压、血脂异常、微量白蛋白尿、高尿酸血症等一系列代谢紊乱症候。由于代谢综合征中每一种成分都是心血管病的危险因素, 它们的联合作用更强, 所以有人将代谢综合征称为“死亡四重奏”(中心性肥胖、高血糖、高甘油三指和高血压)。中医没有与之相对应的病名, 多从消渴、眩晕、胸痹、痰饮等来分治。笔者从气机升降异常来探讨代谢综合征的病机。

### 1 元气是形成人体的物质基础

《黄帝内经》一书受战国时期“精气学说”的影响, 认为生命是本身是由物质性的气所组成的, 生命的活动就是气的运动。《素问生气通天论篇第三》黄帝曰: 夫自古通天者, 生之本, 本于阴阳……阳气者, 若天与日, 失其所, 则折寿而不彰……岐伯曰: 阴者, 藏精而起也; 阳者卫外而为故也……凡阴阳之要, 阳乃固。两者不和, 若春无秋, 若冬无夏。因而和之, 是为圣度……阴平阳秘, 精神乃治; 阴阳离决, 精气乃绝。《素问经注节解·卷一》注: “生气者何? 生生之气, 阳气也……生阳之气, 本于阴精, 互相资益, 已明阴阳之气, 皆为生气。”庄子认为: “人之生, 气之聚也, 聚则为生, 散则为死……故曰天下一气于征中一气耳。”东汉哲学家王充认为天地和自然界的万物都是由元气构成的, 元气是自然界原始的物质基础, 是构成万物的一种统一的物质元素。在《论衡·自然》: “天地合气, 万物自生”。<sup>[1]</sup>人是万物之一, 故人是由于元气凝聚所构成。

### 2 气的升降出入构成生命活动

人的生命活动, 就是构成人体气的生命力表现, 因而人体物质代谢的生理活动被称为“气化”。如《素问·六微旨大论》: “出入废则神机化灭, 升降息则气立孤危。故非出入, 则无以生长壮老已; 非升降, 则无以生长化收藏。是以升降出入, 无器不有。故器者生化之宇, 器散则分之, 生化息矣”。万物如果没有气的升降出入运动, 生命就不存在了。

气以阴阳两种不同属性来表现。气的运动有一定规律。《素问·阴阳应象大论篇第五》: “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。”《素问·六微旨大论》说: “升已而降, 降者为天; 降已而升, 升者为地。天气下降, 气流于地; 地气上升, 气腾于天, 故高下相召, 升降相应, 而变作矣”。因为日月运行有一定的分野纪度和规律, 因而促使天地气的升降运动, 形成气候的季节性变化。一年四季形成一个运动, 一年一年周而复始。

人生存在宇宙中, 故而受宇宙阴阳之气的升降出入影响。民国医家彭子益在《圆运动的古中医学》说: “阳性上澎, 阴性下压; 阳性直上, 阴性直下。阴阳交合, 发生爰力, 彼此相随, 遂成一个圆运动。阳性动, 阴性静, 静则沉, 动则浮, 由静而动则升, 由动而静则降, 升降浮沉一周, 则生中气。中气者, 生物之生命也……人秉造化阴阳圆运动之大气以有生, 人的个体即造化个体的遗传。”故曰: 人身一小宇宙……大乘大气的五行而生脏腑。大气的五行, 是融合的, 分析不开的, 人身亦然。五行融合, 中气之事。造化的个体的中气, 在地面之际, 而分布于整个造化之间; 人身的中气, 在胸下、脐上之际, 而分布于整个人身之间。中气如轴, 四维如轮, 轴运轮行, 轮运轴灵。轴则旋转于内, 轮则升降于外, 此中医的生理也。中医的病理, 只是轴不旋转, 轮不升降而已。”<sup>[2]</sup>

### 3 中气失于旋转、气机升降失常致代谢综合征

(下转 70 页)

# 中西医结合治疗镇静

## 催眠药依赖性失眠症的临床观察

### Dependent Insomnia of Sedative-hypnotics

### Treated with Integrated Traditional and Western Medicine

黄永春 邓润全 邵继红 贺 弋

(广西北海市卫生学校附属医院, 广西 北海, 536100)

中图分类号: R256.23 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0068-03 证型: AGB

**【摘要】** 目的: 研究戒断安神合剂和苯海拉明治疗镇静催眠药依赖性失眠症的临床疗效。方法: 将 70 例患者随机分为治疗组和对照组, 治疗组每日 09:00 和 19:00 时分别口服戒断安神合剂 200ml, 睡前 30min 口服苯海拉明 25~50mg; 对照组口服安神补心丸, 每次 15 粒 (2g), 日 3 次, 睡前 30min 口服地西洋 5~10mg。两组分别于治疗前后 1w、2w、3w 和 4w 用匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 量表评定临床疗效。结果: 治疗后 1w、2w、3w 和 4w 两组与治疗前比较 PSQI 分有显著性差异 ( $P<0.01$ ); 治疗 4w 后两组间显效和总效率比较有显著性差异 ( $P<0.01$ )。结论: 戒断安神合剂和苯海拉明治疗镇静催眠药依赖性失眠症有较好疗效。

**【关键词】** 镇静催眠药依赖性失眠; 戒断安神合剂; 苯海拉明

**【Abstract】** Objective: To study curative effect of dependent insomnia of sedative- hypnotics treated with abstinent mixture of tranquilization and diphenhydramine. Methods: 70 cases were randomly divided into 35 cases treated groups and 35 cases control groups, in treated groups take orally respectively abstinent mixture of tranquilization about 200ml at 09:00, 19:00 and diphenhydramine before sleep 30min. In the control groups take orally 2 gram of anshen buxin pills, every time, th day was 3 times, 5-10 gram of diazepam before sleep 30min. Curative Effects were evaluated by means of scales for Pittsburgh sleep quality index (PSQI) in the two groups. Results: scores of PSQI after 1w、2w 3w and 4w significantly was better ( $P<0.05$ ) than that of before the treated in the two groups. Total: effective rate and significant rate showed significant difference after 4w in the two groups. Conclusion dependent insomnia of sedative-hypnotics treated with abstinent mixture of tranquilization and diphenhydramine was a better methods.

**【Key words】** dependent insomnia of sedative-hypnotics; abstinent mixture of tranquilization; diphenhydramine

苯二氮类药物 (benzodiazepinedrugs, BZD) 是临床常用的镇静催眠药, 经临床验证此类药物起效快、作用强, 用于失眠症及焦虑性神经症疗效肯定。但该药副作用也较多, 如依赖性、耐药性、成瘾性、停药后反跳性失眠、记忆损害等, 这些副反应尤其是药物依赖及戒断症状, 使病人难以从根本上摆脱失眠的困扰, 回复正常生理性睡眠。我们采用中西医结合治疗苯二氮类药物戒断症状患者 70 例, 现将疗效观察报告如下。

#### 1 资料与方法

1.1 对象: 病例来源于 2007 年 10 月~2008 年 10 月, 我院门诊病人。

#### 1.2 入组标准

①符合《睡眠障碍国际分类-诊断和编码手册》<sup>[1]</sup>

失眠症诊断标准, 因长期失眠服用苯二氮类药物而引起药物依赖, 停药后出现严重失眠等戒断症状患者;

②按随机数字表法将 70 例患者 1:1 分配到治疗组和对照组各 35 例 (两组患者不知分组内情)。两组病例治疗前匹兹堡睡眠质量指数 (Pittsburgh sleep quality index, PSQI) 量表<sup>[2]</sup>分平均大于 7 分。其中治疗组 35 例, 男 17 例, 女 18 例。年龄范围: 17~50 岁, 平均  $37.80 \pm 11.48$  岁。对照组 35 例, 男 18 例, 女 17 例。年龄范围: 18~51 岁, 平均  $38.12 \pm 12.19$  岁。平均病史最短 92 天, 最长 3 年, 平均 1.6 年。均有 2 个月以上服用苯二氮类药物史, 包括地西洋、氯硝西洋、阿普唑仑、艾司唑仑 (舒乐安定)、三唑仑等。两组年龄、性别、病情等均无显著性差异 ( $P>0.05$ )。

#### 1.3 治疗方法

两组在采用药物治疗前, 先进行心理、睡眠行为治疗, 纠正患者不良睡眠行为, 减轻思想负担, 增加体育锻炼, 进行心理暗示, 用中西医结合方法就能完全治好失眠, 而且对镇静药物依赖性的戒断治疗具有很好的治疗效果, 并将这种治疗方法贯穿治疗全过程。治疗组每日在 9:00 和 19:00 时分别口服戒断安神合剂 200ml, 戒断安神合剂[酸枣仁(生、炒各半)、白芍、郁金、萱草花、甘草按比例配好, 水煎 2 次后去渣, 浓缩成戒断安神合剂, 使每 100ml 含酸枣仁 7g、白芍 6g、萱草花 5g、郁金 4g、甘草 3g]。睡前 30min 口服苯海拉明 25~50mg; 对照组口服安神补心丸, 每次 15 粒(2g), 日 3 次, 睡前 30min 口服地西洋 5~10mg。两组连续服药四周为一疗程, 服药期间, 对服安眠药有依赖者, 采取递减方法, 逐步停药。

#### 1.4 观察方法

采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表于治疗前、

表 1 两组治疗前后 PSQI 分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	治疗前		治疗后			
		1w	2w	3w	4w	
治疗组 (n=35)	16.40±4.23	11.00±2.45 <sup>△△</sup>	9.70±1.44 <sup>△△</sup>	7.60±1.25 <sup>△△</sup>	5.50±1.20 <sup>△△</sup>	
对照组 (n=35)	16.50±3.98	11.10±2.06 <sup>△△</sup>	9.80±1.92 <sup>△△</sup>	7.70±1.36 <sup>△△</sup>	5.60±1.30 <sup>△△</sup>	

注: 与治疗前比较, <sup>△</sup>P<0.05, <sup>△△</sup>P<0.01。

由表 1 可以看出, 治疗后 1w、2w、3w 和 4w 治疗组和对照组与治疗前比较 PSQI 分有显著性差异 ( $P<0.01$ ), 治疗组与对照组组间比较无差异 ( $P>0.05$ )。治疗后 1w、2w、3w 和 4w 治疗组与对照

表 2 两组患者治疗四周后的疗效比较[n (%)]

n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组 35	29 (82.86) **	4 (11.43)	2 (5.71)	94.29*
对照组 35	15 (42.86)	14 (40.00)	6 (17.14)	82.86

由表 2 可以看出, 治疗组与对照组间显效和总效率比较差异有显著性 ( $P<0.01$  和  $P<0.05$ )。

2.3 随访复发: 治疗结束后 2 周随访并详细记录复发情况, 调查治疗组显效、有效患者中, 29 例 (82.86%) 全部停用地西洋, 未见停用镇静药的戒断症状, 4 例 (11.43%) 地西洋用量减少。4 例地西洋用量减少和 2 例无效患者中, 对戒断安神合剂治疗失眠存在不同程度的怀疑态度和对苯海拉明有些副作用; 对照组显效、有效患者中 13 例 (37.14%) 全部停用西药, 16 例 (45.71%) 地西洋用量减少。

### 3 讨论

戒断安神合剂具有疏肝安寐、抗抑郁、解毒扶正的功效, 方中酸枣仁为祖国医学传统镇静催眠主药, 入心肝经, 能补养心肝之阴血, 而有安神定魂之效, 属滋养性安神之品, 是治疗血虚烦躁不眠之要药。《金贵要略·血痹虚劳病》有“虚劳虚烦不得眠, 酸枣仁

治疗后第 1w、2w、3w、4w 测试, 评定疗效。该量表由十三个项目构成, 可划分为主观睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、早醒、睡眠深度、催眠药物应用和日间功能障碍 9 个成份, 每个成份按 0、1、2 级评定, PSQI 分范围为 0~18, PSQI 分>7 睡眠质量差, ≤7 睡眠质量好, 累计各成份得分为睡眠状况总分, 分值越高表示睡眠质量越差。

1.5 疗效判定标准: 显效: 入睡时间小于 30min, 睡眠时间延长 2 小时以上, 自我感受良好, PSQI 分≤7; 有效: 入睡时间在 30~45min 间, 睡眠时间延长大于 1 小时, 主观感受明显好转, PSQI 分减分率>30%; 无效: 入睡时间超过 45min 分钟, 睡眠时间延长小于 1 小时, 主观感受未见好转, PSQI 分减分率<25%。

1.6 统计方法: 应用 SPSS10.0 统计学软件进行  $\chi^2$  检验。

### 2 结果

2.1 两组治疗前后 PSQI 分比较, 见表 1

组组间比较无差异 ( $P>0.05$ )。治疗组治疗 1w、2w、3w 和 4w 后周间比较 3w 间 PSQI 分均有差异 ( $P<0.05$ )。

2.2 两组患者治疗四周后的疗效比较, 见表 2。

汤主之”。近年来大量的临床实践证明, 单用酸枣仁或以酸枣仁为主组成的复方治疗失眠和安眠药物依赖性和成瘾性具有非常显著的效果<sup>[3]</sup>。研究证明酸枣仁有明显的镇静作用是酸枣仁总生物碱通过降低脑内单胺类神经递质而实现的<sup>[4]</sup>; 白芍入肝经, 疏肝柔肝、养血敛阴; 郁金行气化痰、清心解郁、醒脑开窍; 萱草花根据《本草纲目》记载, 具有“宽胸隔、安五脏、安寐解郁, 清热养心”的作用。萱草花也有良好的镇静安眠作用<sup>[5]</sup>; 甘草具有补脾益气、清热解毒、缓急止痛、调和诸药之功效。现代医学也证明: 白芍<sup>[6]</sup>郁金<sup>[7]</sup>在动物实验有抗抑郁作用; 甘草也有镇静催眠作用<sup>[8]</sup>, 小剂量甘草素、甘草次酸等具有糖皮质激素(可的松)样作用, 能提高机体的内分泌和免疫调节能力, 起到扶正的治疗作用。甘草中甘草昔是抗抑郁有效成分; 苯海拉明是组胺 H1 受体拮抗剂, 中枢神经系统有镇静催眠效应, 可缩短入睡时间、减少眠后觉醒,

是目前镇静催眠药领域最推荐的老药新用方法<sup>[9]</sup>。

在 BZD 依赖及戒断的治疗中对安眠药有依赖者，采取安眠药递减方法和心理支持疗法是极其重要的，要将这种治疗方法贯穿治疗全过程。

综上所述，戒断安神合剂和苯海拉明结合治疗镇静药依赖型失眠方法简单、方便、疗效可靠，久服无不良反应，也不会成瘾，且停药后基本无反复，是较为理想的治疗方法。

**参考文献：**

[1]America Academy of Sleep Medicine,eds.International classification of Sleepdisorder: diagnostic and coding manual[J].2nded.Westchester:American Academy of Sleep Medicine,2005.1-3

[2]张作记.行为医学量表手册[S].中国行为医学科学,2001,特刊:104-106

[3]赵宪荣,刘国,刘志香等.热浸酸枣仁戒断治疗安眠药物依赖性成瘾 42 例[J].中国药师,2005,8(11):945-946

[4]张家俊,陈文为.中药酸枣仁,龙齿,石菖蒲对小鼠脑组织单胺类神经递质及其代谢物含量的影响[J].北京中医药大学学报,1995,18(6):64-66

[5]王翘楚.萱草花治疗失眠的临床及实验研究[J].上海中医药杂志,1993,27(6):42-44

[6]杨士友,黄世福,孙备等.白芍解郁颗粒对小鼠抑郁模型的影响[J].安徽医药,2004, 8(2): 87-88

[7]马行,库宝善,徐英等.复方郁金胶囊抗抑郁抗焦虑的作用[J].中国临床康复,2006,10(5):56-58

[8]金丽容.甘草的镇静催眠作用[J].宁夏医学院学报,1993,15(4):305-307

[9]黄志力,曲卫敏感.组胺 H1 受体觉醒调节机制的研究进展[M].北京:2006 年中国睡眠研究会第四届学术年会论文汇编,2006:30-31

**作者简介：**

黄永春 (1962-), 男, 广东医学院毕业, 主治医师, 从事中医内科教学与临床研究。

编号：EA-100203103（修回：2010-03-19）

（上接 67 页）

代谢综合征以腰腹肥胖为主要特征，外观其所在位置，正是人身中气胸下，脐上之际。《素问·经脉别论篇第二十一》：“食气入胃，散精于肝，淫气于筋。食气入胃，浊气归心，淫精于脉脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛，毛脉合精，行气于府，府精神明，留于四肢……饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行”。饮食入胃后，经脾胃的运化、转输，把精微运到其余脏腑，再周身四肢百骸。如果①饮食长期过量，则“饮食自倍，肠胃乃伤。”②缺乏运动：由于脾主四肢，脾病则人懈怠，不愿多动，四肢运动过少，反过来也会影响脾胃的功能。《素问太阴阳明论篇第二十九》帝曰：“脾病而四支不用何也？”岐伯曰：四支皆秉气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得秉也。今脾病，不能为胃行其津液，四支不得秉水谷气，气日以衰，脉骨皆无气以生，故不用焉。”四肢运动少，则脾胃气机运化不畅。③社会竞争激烈、工作压力大等，致精神紧张、压抑而致肝木疏泄失常，木旺克脾土；以上多种因素致脾胃运化失职，中轴失于旋转，四轮不能正常升降，精微不运，化生为痰浊，停聚在体内，尤其以腹部为主。因为胸下、脐上正好是中气所在部位，“有诸内必行诸多，”故看腹中肥胖，即知脾胃失运。轴不转，轮不升降。脾胃失职，水谷不化精微，一方面造成虚损，如可见神倦、乏力；脾土虚不能生金，则气短；金虚不能降，相火不潜藏，金不生水，则肾水不足、命门火衰，可见腰膝酸软、耳鸣、头晕、畏寒怕冷；肾水不升，则口干；肾虚失

封藏，则可见尿频，小便多致消渴；肾水不足则肝木不生，肝木不生则木气不升，致心君火不足，心血不能正常化生，心失所养，故见心悸、胸痛；肝木不升，则郁而生风，肝风上扰神明，则头痛、头昏、眩晕；另一方面造成痰湿停聚，痰湿既是病理产物，生成之后又可作为致病因素，它无处不到，可造成脏腑、经络的多种病变。在代谢综合征中最直观可见的是腹部肥胖，甚全身肥胖。现代研究认为，痰湿与代谢综合征相关。李惠林等<sup>[3]</sup>认为代谢综合征患痰湿内蕴辨证与 BMI、血清瘦素、FINS、HOMA-IR、SBP 之间有直接相应关系，代谢综合征患者出现的高体重指数、高瘦素高胰岛素、高胰岛素抵抗指数可能是痰湿内蕴辨证的客观依据之一。

综上所述，代谢综合征的中医病机，是中气失调致机体气机升降失常所引起，痰湿、瘀浊是病理产物，这些病理产物停聚在机体内进一步影响脏腑的功能，最终形成一个恶性循环危害机体。中医治疗要抓住中焦脾胃这个轴心，使其能够正常运转，同时也是要让其它的脏腑功能正常，这样气机才能正常升降。机体才能达到平衡状态。

**参考文献：**

[1]程士德主编.高等中医药院校教学参考丛书内经[M].2 版,北京:人民卫生出版社,2006:1

[2]彭子益主著.圆运动的古中医学[M].北京:学院出版社,2007:6

[3]李惠林,张志玲,等.代谢综合征患者痰湿内蕴证与现代医学指标的相关性[J].中医杂志,2007,48(12):1108-1110

编号：E-10020347（修回：2010-03-21）

# 火针治疗瘙痒性皮肤病的临床疗效观察

## Clinical effective observation on treating pruritus by fire needle

刘毅 王津 唐海燕 刁庆春

(重庆市中西医结合医院, 四川 重庆, 400010)

中图分类号: R245.31 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0071-02 证型: BDI

**【摘要】**目的: 观察并评价火针治疗瘙痒性皮肤病的临床疗效及安全性。方法: 收集火针治疗瘙痒性皮肤病的临床随机对照试验。结果: 治疗 8 小时, 治疗组总有效率为 100%, 对照组总有效率为 63.64%。治疗 7 天, 治疗组总有效率为 21.27%, 对照组总有效率为 81.82%。治疗 28 天, 治疗组总有效率为 66.18%, 对照组总有效率为 81.82%。治疗过程中, 治疗组共有 2 例出现不良反应, 对症处理后症状消失。结论: 火针在治疗 8 小时后有明显止痒效果, 与对照组相比有着显著差异。随着治疗时间的延长, 火针止痒的后续治疗效果逐渐下降。但多个疗程治疗后, 火针止痒效果逐渐提升, 止痒效果与对照组相比无明显差异。但其止痒机理需进一步探讨。

**【关键词】** 火针; 皮肤病; 瘙痒

瘙痒是多种皮肤病的主要症状, 也是影响患者生存质量的重要因素之一。严重的瘙痒可以影响患者的睡眠、饮食等正常行为活动, 还可以导致高血压、冠心病等基础疾病的加重。瘙痒和搔抓形成反复的恶性循环模式, 造成皮肤病的进行性加重。瘙痒的机制比较复杂, 目前现代医学未能完全阐明。临床上常用的止痒制剂对于顽固性瘙痒的皮肤病有着起效慢、疗效短暂的缺点。我们在临床实践中应用火针疗法, 对于顽固性瘙痒性皮肤病的治疗取得较满意的疗效。现将结果报告如下:

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

例患者随机分为治疗组和对照组。治疗组 22 例, 男 8 例, 女 14 例; 年龄最小 30 岁, 最大 77 岁, 平均 51 岁; 病程最短 20 天, 最长 10 年; 慢性湿疹 13 例, 痒疹 7 例, 汗疱疹 1 例, 皮肤瘙痒症 1 例。对照组 22 例, 男 3 例, 女 19 例; 年龄最小 22 岁, 最大 72 岁, 平均 44 岁。病程最短 3 天, 最长 65 天; 慢性湿疹 15 例、痒疹 4 例、皮肤瘙痒症 2 例、银屑病 1 例。两组患者在性别、年龄、病情和病程方面基本相似, 差异无显著性意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 疗效评价标准

根据主诉瘙痒程度伴皮损症状分级 0~5 级线性评分。随着数字的增加, 瘙痒程度不断加大。0: 无瘙痒; 1 级: 有瘙痒感但可忍受, 不影响生活、睡眠, 皮肤无抓痕不需用外用止痒药; 2 级: 轻度瘙痒但可以忍受, 生活正常, 轻度干扰睡眠, 皮肤可有或无抓痕, 有时需用外用止痒药; 3 级: 中度瘙痒, 瘙痒明

显, 但能忍受, 生活可正常, 干扰睡眠, 皮肤有明显抓痕, 有新发皮损, 需用外用止痒药, 服用抗组胺止痒药; 4 级: 重度瘙痒, 不能忍受, 不能睡眠, 影响工作、生活, 皮肤有较深抓痕或血性抓痕, 皮损加重, 可伴发其他症状, 除需用外用止痒药、服用抗组胺止痒药, 还需肌内或静脉用药; 5 级: 剧烈瘙痒: 无法忍受、睡眠受严重干扰而不能入睡, 皮肤出现血性抓痕, 皮损加重, 并伴发其他症状, 影响正常生活、工作, 需用外用止痒药、服用抗组胺止痒药, 肌注或静脉用药。治疗指数 (%) = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分  $\times 100\%$ <sup>[1]</sup>。疗效判定标准: 痊愈为治疗指数为 100%; 显效为  $60\% \leq$  治疗指数  $< 100\%$ ; 有效为  $20\% \leq$  治疗指数  $< 60\%$ ; 无效为治疗指数  $< 20\%$ , 总有效率为痊愈加显效加好转。

### 2 治疗方法

42 例患者随机分为治疗组与对照组。均选取肥厚、苔癣化、瘙痒明显的节结、斑块为治疗部位。治疗组使用火针治疗。具体操作方法为: 患者取卧位, 医者坐于患者近旁, 充分暴露皮损部位, 选好进针点。左手持酒精灯, 尽可能接近施术部位, 右手拇、食、中指持针柄, 置针于火焰烧至发白。烧针后右手持针迅速垂直刺入皮损内, 迅速拔出, 不做留针。每针深度控制在 5mm 内。每针间隔 0.5cm。出针后, 消毒干棉球轻按针孔, 严禁揉搓, 以防出血。火针治疗后不要搔抓点刺处; 点刺处 24h 内不要沾水, 以局部红晕完全消失为度; 不要污染局部; 如局部微红, 则为火针后正常反应。7 天 1 次, 连续 4 次。对照组采用艾洛松 (先灵宝雅公司生产) 外涂, 每日两次。两组患

者分别于治疗 8 小时、7 天、28 天后观察结果。

### 3 结果与分析

#### 3.1 疗效分析

不同疗程两组疗效分别见表 I ~ III。

表 I 治疗 8 小时两组疗效对比[例 (%) ]

组别	痊愈	显效	好转	无效	总有效
治疗组 (n=22)	21 (95.45)	1 (4.54)	0	0	22 (100)
对照组 (n=22)	2 (9.09)	5 (22.73)	7 (31.82)	8 (36.36)	14 (63.64)

注: 与对照组相比, P<0.01。

表 II 治疗 7 天两组疗效对比[例 (%) ]

组别	痊愈	显效	好转	无效	总有效
治疗组 (n=22)	2 (9.09)	1 (4.54)	3 (13.64)	16 (72.73)	6 (27.27)
对照组 (n=22)	2 (9.09)	7 (31.82)	9 (40.91)	4 (18.18)	18 (81.82)

注: 与对照组相比, P<0.01。

表 III 治疗 28 天两组疗效对比[例 (%) ]

组别	痊愈	显效	好转	无效	总有效
治疗组 (n=22)	2 (9.09)	8 (36.36)	5 (22.73)	7 (31.82)	15 (68.18)
对照组 (n=22)	3 (13.64)	8 (36.36)	7 (31.82)	4 (18.18)	18 (81.82)

注: 与对照组相比, P>0.05。

#### 3.2 安全性分析

治疗中未发现明显的副反应。

3.2.1 局部反应: 火针点刺后, 局部会出现轻微的肿胀及灼热感, 经封孔处理后, 均在 30min 消失。未发现因治疗导致的疤痕形成。

3.2.2 不良反应: 治疗过程, 共有 2 例出现持续针孔红晕, 主要因针孔护理不当及不慎沾水引起, 经抗感染治疗后, 症状消失。

### 4 讨论

瘙痒是皮肤病的主要症状之一, 其发生的具体机理目前不是十分明确。国内外研究表明, 介导瘙痒的受体位于真皮乳头及表皮的无髓 C 纤维游离神经末梢上。多种介质在瘙痒中发挥重要的作用, 如: 组胺、神经肽、乙酰胆碱等<sup>[2]</sup>。目前控制瘙痒的措施主要有: ①非特异性抗瘙痒治疗, 如保湿、减少出汗、催眠、自我训练等; ②特异性抗瘙痒治疗, 以服用抗组织胺药物为主。尽管针对患者瘙痒存在多种治疗方法, 但是目前仍然没有特异的治疗办法。

从我们临床观察的结果可以见到, 火针在治疗 8 小时后有明显止痒效果, 与对照组相比有着显著差异。但随着治疗时间的延长, 火针止痒的后续治疗效果逐渐下降, 从治疗 7 天后的观察中可见其治疗效果和对照组比有显著差异。火针属于创伤疗法, 患者局部皮损有一个结痂修复的过程, 所以其治疗疗程只能是 7 天一次。由于不能反复治疗, 所以也导致火针疗法在 7 天之内疗效逐渐下降。但随着多个疗程治疗, 火针止痒效果逐渐提升, 从治疗 28 天的观察可见火针的止痒效果与艾络松对照组相比无明显差异, 有效率达到 68.18%。同时据我们临床观察, 随着皮损多次结痂脱

落, 多数患者皮损明显变薄, 这也是此疗法的优势之一。但是火针作为创伤疗法确实有增加局部感染的危险, 也是临床需要注意的。

火针疗法是用特制的针具经加热烧红后, 刺入人体的特定腧穴或部位, 从而达到治疗目的的一种针灸方法。据以往的报导, 火针多用于内科疾病, 如高血压、失眠、腹泻等<sup>[3]</sup>。近年也有应用于皮肤科的报导, 但是以带状疱疹、扁平疣、痤疮的临床观察居多<sup>[4-5]</sup>, 其止痒效果观察较少也未有研究者进行系统疗效评价。及机理无观察无研究。据相关研究报导, 火针作用机理可能涉及精神因子、大脑皮层第二兴奋灶等多种原因<sup>[6]</sup>。但此研究有助于解释火针的速效止痒效果, 但是尚不能解释火针的 8 小时后续止痒效果。所以火针止痒的机理还需要进一步探讨。

#### 参考文献:

[1] 中华人民共和国卫生部. 中药(新药)临床研究指导原则[S]. 北京: 中国科学技术医药出版社, 1997: 99-100

[2] 刘苏俊, 许爱娥, 等. 皮肤源性瘙痒的发病机制和治疗[J]. 国外医学皮肤病学分册, 2005, 31(1): 21-23

[3] 路易斯, 胡军, 等. 火针的临床应用近况[J]. 针灸临床杂志, 1997, 13(8): 49-54

[4] 蓝天飞, 陈希锋, 等. 火针疗法在皮肤科中的应用[J]. 中医外治杂志, 2007, 16(3): 50-51

[5] 黄蜀, 张建伟, 等. 火针疗法治疗痤疮 1068 例临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2008, 27(2): -13

[6] 张小霞, 吴之焜, 等. 火针疗法治病机理初探[J]. 北京中医, 2009, 26(9): 576-578

#### 作者简介:

刘毅 (1972-), 副主任医师, 研究方向: 中医药治疗瘙痒性皮肤病。  
编号: EA-100310165 (修回: 2010-03-17)



## 浅谈针灸治疗中风失语症

### Discussion on treating stroke aphasia by acupuncture

杨会堂 陆 艳

(施甸县人民医院, 保山 施甸, 678200)

中图分类号: R743.34 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0073-01 证型: AGBD

【关键词】 针灸; 中风; 失语症

中风是我国一种发病率高, 致残率高的常见疾病之一, 在中风患者中约 1/3 的患者存在不同程度的失语, 这要求我们在治疗中风后遗症时, 必须对失语症的治疗予以足够的重视。中风失语症是因为大脑半球器质性损害导致的语言接收理解和组织表达能力丧失或受损等功能障碍的一种综合征, 它包括失语, 即不能言, 语言蹇涩, 舌强, 相当于现代医学之运动性失语, 完全性失语, 尚包括部分假性球麻痹所致的声音嘶哑, 言语模糊症状, 予现代医学意义上的失语有显著差别。

#### 1 一般资料

于 2005 年~2009 年我院 143 例中风失语患者中, 男 78 例, 女 65 例, 年龄 43~74 岁, 平均 67 岁, 病程 1 天于半年, 平均 1 月, 本组病例年龄、性别、病程、病情分布情况等均无显著差异 ( $P>0.05$ )。

#### 2 治疗穴位选取与配穴方法

##### 2.1 体针

在采用西医治疗的同时, 予醒神通窍针刺法, 主穴用三阴交、通里、百会、廉泉, 再辨证配穴神昏针水沟、内关、痰浊壅盛针丰隆, 瘀血甚针血海、肝俞、肝阳上亢针太冲, 气虚针中脘、足三里、肾虚针肾俞、太溪。

##### 2.2 舌针

重点针刺舌体或周围穴位, 以金津、玉液为主穴 (在口腔内, 当舌系带两侧静脉上)。

##### 2.3 头针

取优势半球语言诸区, 根据失语症的类型选取相应的语言区。完全性失语, 取语言 I、II、III 区; 以口语表达障碍为主, 取语言 I、II 区; 以听理解障碍为主者, 取语言 I、III 区, 并结合头颅 CT 所示病灶在头皮的相应投射区围针。

##### 2.4 疗效标准

痊愈: 自觉症状消除, 言语清晰, 舌体转动灵活。

有效: 自觉症状好转, 能言语, 欠流畅, 清晰。

无效: 治疗前后无显改变。

##### 2.5 结果

用上述治疗方法配合言语功能训练治疗 1~5 疗程 143 例患者中, 68 例治愈, 治愈率为 47.6%; 64 例有效, 有效率为 44.8%, 其中有 6 人因不能坚持在未完成 1 个疗程就放弃针灸治疗, 有 5 人因病情加重而死亡, 总有效率为 92.3%。

#### 3 讨论

针灸治疗中风失语症的机制目前尚未有定论, 但就舌针、头针而言, 又各有其作用, 体针针刺后, 改善机体内蕴血瘀的病理状态, 疏经通络, 改善病变部位气血不足的状况, 使其语言功能恢复, 达到治疗的目的, 直接针刺体穴, 可改变大脑皮质语言功能原来的抑制状态, 局部刺激能够沟通回路, 形成条件反射, 对引起语言中枢变性的细胞进行调节, 对周围未受损的在脑皮质功能进行弥补和代偿, 从而改善语言功能。间接针刺舌体, 刺激通过舌咽、迷走、舌下神经反射传入延髓相应神经核, 调节这些神经的功能, 并进一步投射到更高的中枢以至皮层, 从而促进构音、吞咽和舌肌运动功能得到恢复。

头针直接作用于神经中枢的机制包括: 通皮质—丘脑—皮层的调节, 使特异性传导系统和非特异性的传导系统达到相至平衡, 重建语言活动的神经环路; 迅速建立脑血和侧支循环, 促进了损害部位的血流量增加, 脑循环不全得到改善; 激活了语言中枢功能低下的神经细胞, 增加了神经纤维的数量, 促进和加强脑功能, 经过综合治疗能改善患者的生存质量。

编号: EA-100206110 (修回: 2010-03-18)

# 针灸治疗过敏性鼻炎典型病例报道

## Report of typical case on hypersensitive rhinitis treated by acupuncture and moxibustion

殷玉英<sup>1</sup> 张庆哲<sup>2</sup>

(1.河北省保定市满城县医院, 河北 保定, 072100; 2.河北医科大学附属医院, 河北 石家庄, 050031)

中图分类号: R765.21 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0074-01 证型: IG

【关键词】 针灸; 子午流注; 过敏性鼻炎

【Key Words】 acupuncture and moxibustion; ziwuliuzhu; hypersensitive rhinitis

过敏性鼻炎是一种吸入外界过敏原而引起的, 以鼻痒、鼻塞、打喷嚏、流清涕为主症的疾病。是鼻腔粘膜的变应性疾病。并可引起多种并发症。防止过敏性鼻炎的关键, 不是阻挡过敏原进入机体, 而是通过改善、纠正、调节机体过敏体质, 改善免疫机能, 消除致病因素再次侵入机体的病理过程。进而从根本上阻断过敏性鼻炎的发生。笔者灵活运用子午留住针法, 根据患者脏腑经络气血的盈盛衰退, 应时开穴用针, 取得良好效果。现将典型病例报道如下。

患者甲, 2009年4月5日上午8时初诊。患者患过敏性鼻炎20余年, 时常鼻痒、流清涕、打喷嚏。三个月前突然症状加重, 喷嚏连续不间断, 鼻塞也加重, 需张口呼吸, 晚上睡着了也会憋醒, 影响生活和休息, 不能正常工作。三个月期间试过多种治疗方法, 但疗效欠佳。曾先后四次冷冻治疗, 每次都是临时缓解, 好转一周后就又复发, 复发后症状如前。患者苦不堪

言。初诊时为庚辰日辰时, 先针商阳、阳溪开穴, 再针迎香。每10分钟行针一次, 平补平泻。行针一次后患者自觉鼻塞明显减轻, 留针期间未打喷嚏。留针30分钟后起针。四月六日(辛巳日戌时)先针内廷开穴, 再针迎香、印堂、合谷。手法同前。四月七日(壬午日戌时)先针曲池开穴, 再针迎香、印堂、合谷。手法同前。经三次针治后, 患者打喷嚏次数明显减少, 鼻塞减轻, 晚上睡觉不再憋醒, 能休息好了, 信心大增。以后依法日针一次, 继续治疗10次后, 患者鼻塞症状基本缓解, 打喷嚏明显减轻, 只有在从户外回屋里是打几个喷嚏。休息一天后, 继续依法治疗第二个疗程。经两个疗程治疗, 患者鼻塞、打喷嚏、症状完全缓解, 流清涕明显减轻, 能正常工作和休息。又继续依法治疗一个疗程。经三个疗程治疗患者痊愈。随访至今八个月未复发, 称疗效神奇。

编号: E-10033691 (修回: 2010-03-17)

### 《本草纲目》《黄帝内经》入选世界记忆亚太名录

本报讯 国家中医药管理局日前对外宣布, 中国内地申报的《本草纲目》和《黄帝内经》两部中医药古籍顺利入选《世界记忆亚太地区名录》。此举对于进一步在世界范围内提高对中医药历史文化、科学价值的认识, 扩大中医药的国际影响具有深远意义。

联合国教科文组织1992年发起了“世界记忆工程”, 并设立了《世界记忆名录》, 关注包括手稿、任何介质的珍贵档案以及口述历史记录等文献遗产。《世界记忆亚太地区名录》评审委员会对两部中医药典籍给予了较高评价, 他们认为《本草纲目》代表着当时东亚地区最为先进的科学思想, “是该地区科学史领域最珍贵的参考书目。”而《黄帝内经》也被认为是“一部极其珍贵的文献, 值得被列入名录。”

据知, 本次入选的《本草纲目》为1593年金陵版, 为现存所有版本的祖本, 内容涉及医学、植物学、动物学、矿物学、化学等领域。此次入选的《黄帝内经》版本是1339年由胡氏古林书堂印制的, 是现存最早、最好的版本, 其理论体系和医疗模式至今仍被现代医学广泛借鉴。

(王泽议//中国医药报)

## 针灸治疗呃逆的体会

### Experience for treating hiccup by acupuncture

黄志斌

(江西省新余市分宜县人民医院, 江西 新余, 336600)

中图分类号: R256.31 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0075-01 证型: GDA

呃逆, 虽属小恙, 但临床遇之者众。有嗜食生冷物者, 有心情不佳肝气乘逆脾胃者, 有病后体虚, 或胃大部分多余者, 虽轻重不一, 症状各异, 要收立竿见影之效, 非针灸莫属。

典型病例: 患者甲, 门诊以呃逆收内科住院。刻下: 患者呃声频频, 且连续十四次以上方可有一小停, 顿经西药冬眼灵, 安定阿托品等治疗, 收效罔然。因呃逆频频, 夜不能寐, 持续已二天二晚, 患者呈急性痛苦面容, 经针灸医风(双), 足三里(双), 内关(双)行泻法, 并嘱患者调整呼吸, 或闭气, 或加大呼吸频率和弧度。医者两母指压患者眼球, 不到 2 分钟, 患者呃逆止住, 晚上, 因喝冷开水, 复发之, 行上述手法, 复收其效。

典型例二: 患者乙, 职工, 因行胃切除手术。当晚, 呃声频频, 因禁食, 故用药亦不敢孟浪行事, 呃逆从晚上 3 点到 4 点多未止, 家属非常着急, 因呃逆使手术伤门一阵阵虽剧疼痛, 乃呼余前往, 针内关(双), 足三里(双), 翳风(双), 收效若神。

呃逆, 虽属小恙, 但碰上体质较差, 脾气不好, 性格内向的患者亦难收针到病除之效, 据临床浅得: 无论何种类型的患者, 内关、足三里、翳风是不可少的至穴。《四总穴歌》云: “心胸内关应”。《栏江赋》

云: “胸中之病内关担”。同时, 内关属于厥阴心经的络穴, 又为八脉交会穴一通阴脉, 故针刺可收双重调节作用。足三里为胃经的合穴, 前贤曰“合治内腑”, 故针刺可降逆止呕。本文所要强调的是医风穴, 它是祖父的经验穴, 用之, 每收奇效。祖父不明其理, 教科书亦无医风治呃逆的处方, 查翳风为手少阳三焦经之俞穴, 有疏调三焦之气的功能。《灵枢, 经脉篇》关于经的主病中的“主气所生病……”的论述, 所以, 针医风是通过疏调三焦之气而达到治愈的目的。又据《解剖学》发现医风穴, 表皮除有耳大神经, 颈从神经分布外, 深层还有膈神经通过, 而呃逆, 西医认为是膈肌痉挛所致, 而针刺医风穴, 却可以舒张膈肌, 故收效若神。

此外, 治疗呃逆一病, 有轻有重, 至于轻者, 或刺鼻取嚏, 或突然给以惊恐, 或闭气不令出入, 亦可收效。但是, 一经碰上重者, 呃逆不止, 持续几天, 严重影响睡眠者, 或手术后(骨切除, 妇产科手术等)呃逆引起手术后伤口呈收缩性疼痛, 又不能入时给药治疗者, 行针灸治疗, 简洁, 方便, 副作用少, 收效显著, 可广而用之。

编号: EA-100305153 (修回: 2010-03-18)

## 阿尔茨海默病家族史者脑部更易出现病变

据新华社讯 美国一项最新研究成果显示, 具有阿尔茨海默病家族史的人, 其脑部更容易出现淀粉样蛋白。该成果将有望用于这一疾病的早期诊断, 从而获得最佳治疗效果。这项研究成果刊登在近日出版的美国。

美国纽约大学等机构的研究人员利用正电子发射断层扫描技术, 以及名为“匹兹堡化合物 B”的显像剂对 42 名平均 65 岁的人进行了脑部扫描。其中 28 人的父母一方曾患阿尔茨海默病, 另外 14 人则没有家族史。“匹兹堡化合物 B”能结合在脑组织中的淀粉样蛋白上。在脑部未出现淀粉样蛋白的患者中, 该化合物在 30~60 分钟内就会被血流冲洗排出大脑; 而在出现病变的患者中, 该化合物停留时间较长, 利用正电子发射断层扫描很容易发现病变。

研究结果显示, 有阿尔茨海默病家族史者的脑部出现淀粉样蛋白斑块的平均几率比无家族史者高出 20%, 其中母亲曾患病者几率更高。

(//新华社讯)

# 中医经络研究的设想

## Presumption on meridian of traditional Chinese medicine

张雯景

(广东 珠海, 519070)

中图分类号: R224.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0076-02

**【摘要】** 经络学说是中医基础理论的一部分, 指导临床诊断和治疗。笔者在多年从事针灸、推拿、中药治病的过程中, 感觉到人体内的薄膜是一个有主干, 也有分枝, 分布全身的网络状结构。这与中医对经络的描述较为相似。所以笔者猜想人体内的薄膜就是经络, 或者说经络就在薄膜之上。

**【关键词】** 经络研究; 薄膜; 气; 能量

**【Abstract】** Meridian doctrine is moiety of rational of TCM, guide clinical diagnosis and treatment.I feel the film in our body is a lattice structure which has bole and offset through the process of acupuncture, manipulation and treat diseases by TCM.This fact is similar with the describe of meridian.So I conjecture the film in our body is meridian or meridian is in the film.

**【Key words】** research on meridian; film; gas;energy

经络学说是重要的中医基础理论部分, 广泛的应用于中药治疗、针灸、推拿、刺络等中医临床治疗实践中。经络在人体内具有以下特点:

- ①确定性。也就是说确实实存在;
- ②准确性。经络的走向, 从起始到末端在人体内有准确的位置;
- ③重要性。经络在人体的生理功能中是非常重要的, 同时在人体有病之后, 按经络治疗也是非常有效的。

但是在现代人体解剖学中, 经络有没有一个实体结构? 它的功能按现代医学来讲应是什么? 这是多年以年, 人们不断地探讨而又迷惑不解的一个问题。我的假想是:

**1 经络就是人体内的薄膜, 这些薄膜遍布人体各个部位, 有深有浅, 有主有次, 有主干也有分支。主干粗、厚, 坚韧; 分支细、薄, 脆弱, 内络脏腑, 外达肢节。这似乎与经络的分布较为一致。**

首先我们从现代医学的人体解剖学来看待这一问题。现代人体解剖学似乎没有专门对体内广泛分布的多条、多片、多层的薄膜进行专门论述, 只把它当作器官和组织的保护层和隔离层来看待。我只看过普通的人体解剖学, 没有接触过当今最尖端的现代人体解剖学。但我向医学专家请教过这一问题。我问现代人体解剖学有没有对人体内的薄膜进行过系统的论述? 他说: 没有。我又问, 现代人体解剖学有没有对人体内的薄膜的整体结构(比如说是网状结构还是纤维结构等)和细胞的结构(如大小、形状等)进行过论述没有? 他说: 没有。如果真是这样, 这就为我们

研究人体内的薄膜留下的一个较大的空间。我们可以把薄膜假定为经络进行研究。

其次我们从中医经络学说的角度来讨论这一问题。经络有十二经脉, 应属主脉; 十二经筋是四肢和躯干的支脉; 十二经别是内入脏腑, 上行头颈的支脉; 奇经八脉各有循行路径; 十五络脉在体表循行, 是主脉横出的支脉; 十五络脉又分支出为数众多的孙络。此外, 各经脉在表层还有相应的皮部。经络的主脉、支脉等象一个网状结构, 遍布人体全身。

经络是一个虚拟性的描述, 还是具有实体结构? 这是人们长期以来的的疑问, 也是现代医学不承认人体内有经络的问题。这也正是我们提出假想, 薄膜就是经络的研究的基点。

### 2 经络的主要功能

人体生理学, 生物化学对于营养物质转化的表述是: 在酶的作用下, 由大分子有机质转化为小分子有机质, 由小分子有机质氧化成水和二氧化碳并释放出能量。人体内的 ADP 结合这个能量而转化成含有能量的 ATP, ATP 再转化为 ADP, 释放出人体生命活动需要的能量。可谓科学而又详尽! 但是能量在人体内的传递是定向的, 所以必须要有一个“通道”, 这个“通道”应是一个遍布全身各个系统的器官和组织的网状结构。所以我们就假定: 传递能量的“通道”就是经络。经络恰恰就具有这样一些特征。

人体生命活动需要的能量, 在人体内转化、传输、(下转 81 页)

# 自拟《三虫纠偏汤》合并针灸治疗面神经麻痹

## Self-designed *SanChongJiuPian* decoction

## plus acupuncture treating Bell's palsy

欧剑云

(富阳市环山乡社区卫生服务中心, 浙江 富阳, 311408)

中图分类号: R745.1+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0077-02 证型: GBIA

【关键词】 面神经麻痹; 中经络; 三虫纠偏汤; 针灸疗法

【Key words】 Bell's palsy; apoplexy involving both collateral and meridian; SanChongJiuPian soup; acupuncture and moxibustion therapy

面神经麻痹, 发病急骤, 是以面部表情肌群运动功能障碍为主要特征的一种常见疾病, 表现为一侧或两侧面部表情肌瘫痪, 口眼歪斜, 并伴有口涎, 泪水不能自控而外溢。它是一种常见病、多发病, 不受年龄限制, 患者面部往往连最基本的抬眉、闭眼、鼓嘴等动作都无法完成。笔者临床运用自拟《三虫纠偏汤》合并针灸治疗该病, 疗效满意, 兹就其临证经验简介如下:

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

收治 23 例患者均为门诊病例, 其中男性 13 例, 女性 10 例, 年龄 20~69 岁, 平均 45 岁。病程最短 10 天, 最长 3 个月。

#### 1.2 治疗方法

##### 1.2.1 自拟《三虫纠偏汤》药物组成

全蝎 6g (研粉分 2 次吞)、蜈蚣 2 条 (研粉分 2 次吞)、僵蚕 12g、白附子 10g、双钩藤 15g (后下)、生白芍 15g, 防风 10g。

1.2.2 加减运用: 病程较长的上方交替酌加当归 15g、川芎 10g、菊花 10g、生地 15g、蔓荆子 15g、僵蚕病程长的可加量至 30g。

一日一剂, 水煎分 2 次服用, 10 天为一个疗程, 服药期间配合针灸。在取穴方面, 大多选用攒竹、瞳子髎、迎香、人中、承浆、地仓、颊车、翳风、合谷、外关、阳陵泉等, 欲想取得满意效果, 必须注意, 治疗时机至关重要: 针灸要及时, 而且愈早疗效愈好, 后遗症愈少; 反之则差, 后遗症多; 穴位加减必须适当: 外关、阳陵泉两穴在耳后有自觉痛或压痛时, 针之效果佳, 否则, 此二穴不可取。当口干、舌部感觉

异常或麻木时, 应针刺金津、玉液、廉泉。为了防止和治疗面部肌肉萎缩, 宜健脾益气生肌强筋, 可选取足三里、三阴交; 针灸方法贵在适宜: 就针法而言, 急性期与恢复期, 面部诸穴宜卧针透刺, 如瞳子髎透太阳、迎香透地仓、人中透地仓、承浆透地仓、地仓透颊车等, 注意透刺的深度非常重要, 若太浅透在皮内, 进针困难, 患者感觉疼痛; 太深刺入肌肉内则容易损伤表情肌纤维, 所以, 透刺时针应在皮下为宜。1 次/日, 10 次为一个疗程。治疗过程中, 面部除应尽量免受风寒外, 尚需用手按摩揉搓面部肌肉相配合, 并注意保持良好的心情, 保证充足的睡眠, 适当进行体育锻炼, 可以进一步提高疗效。

#### 1.3 治疗效果和典型病案

1.3.1 经治疗 23 例全部治愈, 病程长短与治疗效果及疗程成正比。

##### 1.3.2 典型病例

患者甲, 患者平常身体健康, 于 7 天前清晨起发现口眼向右歪斜, 左目不能完全闭合, 自觉左面部麻木, 伸舌进食不利, 诊脉弦细, 苔色如常, 治拟祛风通络纠偏, 三虫纠偏汤加减。并用针灸, 取穴: 攒竹、瞳子髎、迎香、人中、承浆、地仓、合谷、颊车、阳陵泉等治疗 10 天, 病情日渐好转, 继续治疗一周, 口眼歪斜诸症已复正常, 未留后遗症。

患者乙, 患者口眼歪斜, 二目不能闭合已 3 月余。发病前后去 XX 人民医院治疗, 经服中药、针灸、理疗等治疗, 病情未见好转。初起口眼歪向右侧, 一月后病情加重, 左侧面肌麻木, 右目亦不能闭合, 泪涎不能自控, 言语不清, 伸舌不利, 纳差乏力, 大便干 (下转 79 页)

# 经硬膜外骶孔推注药物 与牵引治疗腰椎间盘突出症

## Through Epidural sacral foramen inject medicine and draught to treat lubar intervertebral disc protrusion

王书宽

(河南省洛阳市针灸推拿学校附属医院, 河南 洛阳, 471003)

中图分类号: R681.5+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0078-02 证型: AGI

**【摘要】**目的: 硬膜外骶骨裂孔推注曲安舒松混合液, 术后同时给予腰椎牵引手法正复治疗难治型腰椎间盘突出症。方法: L<sub>4-5</sub>及多节段椎间盘突出选择硬膜外, L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>椎间盘突出选择骶骨裂孔, 于手术室侧卧位穿刺成功后, 推注曲安舒松混合液, 术后同时给予牵引手法正复及正脊。结果: 263例难治型腰椎间盘突出症治疗效果满意。结论: 经硬膜外骶骨裂孔推注曲安舒松混合液, 术后同时给予腰椎牵引手法正复, 是治疗难治型腰椎间盘突出症有效方法。

**【关键词】** 硬膜外骶骨裂孔; 推注; 牵引; 椎间盘突出

**【Abstract】** Objective: Through Epidural sacral foramen inject Triamcinolone Acetonide and combined with lumbar traction to treat lubar intervertebral disc protrusion. Methods: L<sub>4-5</sub> and multitude intervertebral disk hernia, we chose Epidural to inject while L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>, we chose sacral foramen, and inject Triamcinolone Acetonidev after nyxis at lateral decubitus in operating room, and then draft. Results: The therapeutic efficacy of 263 cases of lubar intervertebral disc protrusion are satisfaction. Conclusion: Through Epidural sacral foramen inject medicine and draught to treat lubar intervertebral disc protrusion are modus operandi.

**【Key words】** Epidural sacral foramen; inject; draught; lubar intervertebral disc protrusion

我院自2004年1月~2005年12月对263例腰椎间盘突出症患者经手法推拿、药物治疗一周后效果不佳, 采用硬膜外、骶骨裂孔推注曲安舒松混合液, 术后同时给予腰椎牵引, 手法正复, 治疗难治型腰椎间盘突出症效果良好。现报告如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料: 本组263例, 男148例, 女115例, 年龄30~40岁, 78例; 41~50岁136例。病程最短14天, 最长9年。

1.2 症状体征: 本组263例均有腰痛或下肢放射性疼痛, 其中伴足踝部麻木159例, 咳嗽时下肢放射性疼痛213例, 椎旁压痛235例, 直腿抬高试验阳性208例, 下肢痛觉减退162例, 肌力减退138例。

1.3 影像及肌电图检查: 本组263例腰椎正侧位X线片示: 腰椎生理曲度变浅108例, 反弓32例, 脊柱腰椎段侧凸124例, 椎间隙变窄206例。CT片示: 腰椎间盘突出均有不同程度突出, L<sub>4-5</sub>节段突出者143例,

L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>节段突出者69例, 多节段51例, 旁侧型突出197例, 中央型66例。肌电图示: 根性神经性损伤57例。

### 2 治疗方法

2.1 硬膜外、骶骨裂孔推注: L<sub>4-5</sub>及多节段椎间盘突出选择硬膜外推注, 在手术室取患侧屈曲卧位, 常规消毒、铺巾, 予L<sub>4-5</sub>或L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>处局麻下行硬膜外穿刺, 穿刺成功后, 缓慢推注2%利多卡因4ml、曲安舒松25mg(2ml)、维生素B<sub>12</sub>1.0mg(2ml)、生理盐水22ml、混合液约30ml。L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>椎间盘突出选择骶骨裂孔, 普通注射器针头穿刺成功后推注上述混合液。拔针后无菌纱布覆盖针孔, 观察10分钟无异常, 推入牵引室牵引。

2.2 牵引疗法与推拿: 患者俯卧于腰椎牵引床上, 上胸部垫枕, 胸带固定胸部, 双踝垫软绵垫固定于弹簧秤拉力器上, 踝部垫枕, 手动拉力器拉力于50~70kg(病人能够耐受为度), 手法端提腰部、震压腰部正复

正脊,维持牵引重量(30~40kg),持续15分钟,缓慢去除牵引,术后送回病房,卧硬板床休息48h,定时翻身,大小便在床上,第三天床上活动,同时开始轻手法推拿腰部缓解治疗,第四天后可开始适量下床活动,正常推拿治疗。

### 3 评定标准

优:腰腿疼痛症状消失、活动自如。

良:腰腿疼痛症状消失、下肢有轻微不适症状,活动无明显影响。

差:腰腿疼痛症状改善、活动好转、直腿抬高试验 $>30^{\circ}$ 、 $<60^{\circ}$ 。

无效:腰腿疼痛症状、体征无改善。

### 4 结果

本组263例,住院时间2~6周,平均4周,优176例,良64例,差15例,无效8例手术治疗。经3个月~2年随访,复发7例,5例经上述治疗治愈,2例手术。

### 5 讨论

5.1 腰椎间盘突出症是由于后纵韧带发育较薄、髓核后移,随年龄的增长椎间盘退行性变,腰椎周围肌筋膜、韧带弹性降低,椎间隙压力增高,加之外力作用,使纤维环部分或全部断裂,髓核易向椎管内突出,压迫神经根或硬膜囊,使神经根产生无菌性炎症,引起腰痛、腿痛、足踝部麻木等症状和体征。治疗上通常先保守治疗,保守治疗无效后考虑手术。通常85%以上经保守治疗均能治愈,我院住院病人通常采用推拿、牵引、药物等综合治疗,硬膜外骶骨裂孔推注曲安舒

松混合液,术后同时给予腰椎牵引正复为难治型腰椎间盘突出症患者治疗方法。其原理是硬膜外推注利多卡因、曲安舒松、维生素B<sub>12</sub>、生理盐水混合液直达突出椎间盘及压迫神经根处,起到冲击、分解粘连、消除炎症、止痛、营养、松弛腰部肌筋膜、韧带紧张度,降低椎间压力,缓解突出椎间盘对神经根、硬膜囊压迫,术后同时给予腰部牵引、手法正复,使椎间隙负压增高,加之外力作用,使突出椎间盘环纳或改变突出物与神经根受压位置关系,解除神经根及硬膜囊压迫,从而解除病人临床症状及体征,达到良好的治疗效果。

5.2 适应症及禁忌症:①诊断明确;②正规推拿、药物治疗一周无效;③不伴马尾神经压迫症状;④排除椎管内肿瘤及巨大型椎间盘脱出;⑤局部皮肤有炎症禁忌;⑥术前常规检查,排除糖尿病、心、肝、肾重要病变。

5.3 注意事项:①术前说明术中及术后可能会出现的问题,告知签字;②严格适应症;③严格无菌操作,避免误入血管及蛛网膜下腔;④推注药物过程中密切观察病情变化;⑤牵引力量及手法正到位,切记暴力;⑥牵引后保持休息,定时翻身。

#### 参考文献:

- [1]黄运华,刘伟,李永红.激素局封或硬膜外注射治疗腰腿疼痛严重并发症[J].颈腰痛杂志,1995,16(2):117
- [2]张盖.骶管阻滞,棘间韧带阻滞配合骨盆牵引治疗腰椎间盘突出症38例[J].颈腰痛杂志,2006,27(4):291

编号: E-10011302 (修回: 2010-03-24)

(上接77页)

燥,血压正常,脉弦细,舌红少苔。治拟滋阴熄风纠偏为主,三虫纠偏汤加减。

细生地10g、全蝎6g、蜈蚣2条、僵蚕30g、制军6g、当归12g、白附子6g、菊花10g拾剂。并用针灸,取穴:攒竹、瞳子髎、迎香、人中、承浆、地仓、合谷、颊车、阳陵泉、外关、三阴交、足三里等,配合火罐按摩。治疗10天后脸颊麻木减轻,泪涎能自控,右目已能闭合。前方加减服药并施以针灸20余天而痊愈,随访半年未复发。

### 2 体会

面神经麻痹,病因未明,一般认为病毒感染,风寒侵袭和自主神经功能不稳等继发因素引起的面神经营养血管痉挛,使面神经在狭窄的骨质管内因缺血、水肿而受压发病。中医则属于“中风,口眼歪斜”。俗称“歪嘴风”,究其病因为风中经络。大多为面部络脉感受风邪致使络脉功能受损,故见眼睑不能闭合,口

角歪向健侧,说话漏风,口角流涎等症,笔者抓住“风邪”为其主要矛盾,选用祛风活络走窜力较强的“三虫”为主药,用于临床,每每获效。“全蝎”又叫“全虫”,其尾叫“蝎尾”,功力胜于虫体,味辛,性平有小毒,入肝经,善治诸风掉眩及惊痫抽搐,临床应用广泛,为肝经祛风定惊之要药;蜈蚣味辛,性微温有小毒,入肝经,其功效为走窜力最速,内而脏腑,外而经络。凡气血凝聚之处,皆能开之。“尤善搜风,内治肝风萌动,外治经络中风。口眼歪斜手足麻木。”取其祛风和络之功效;僵蚕味咸而性平,入肝、心、脾、肺四经,有祛风、化痰、活络通经之功效。尤其是病程较长的口眼歪斜,临床上每每加倍用之;白附子、双钩藤、防风诸药用于增强祛风,宣通血脉;生白芍柔肝缓制,共奏祛风通络,缓制纠偏之功效。

编号: E-100330345 (修回: 2010-03-21)

# 皮肤牵引甩肩疗法治疗

## 肱骨外科颈外展型骨折疗效观察

### A effective observation on treating outreach surgical neck of humerus fracture by Rejection shoulder skin traction therapy

关朝亮

(江门白石正骨医院, 广东 江门, 529030)

中图分类号: R274.11 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0080-02 证型: GBIA

**【摘要】** 目的: 分析皮肤牵引甩肩疗法治疗肱骨外科颈外展型骨折临床的疗效。方法: 对 75 例肱骨外科颈外展型骨折在临床中应用皮肤牵引甩肩疗法治疗, 过程中持续练功, 结合中药外敷。结果: 75 例患者均于 3~6 周达到临床愈合标准, 平均随访 3 个月, 根据 Neer 评定系统<sup>[1]</sup>优良率达 93%。结论: 皮肤牵引甩肩疗法治疗肱骨外科颈外展型骨折是一种简便有效的方法。

**【关键词】** 肱骨外科颈骨折; 外展型; 皮肤牵引; 甩肩疗法

**【Abstract】** The skin hauling flings the shoulder therapy treatment humerus surgical department neck to abduct the bone fracture curative effect to observe Guan Chaoliang the Jiangmen white stone bonesetting hospital orthopedics abstract: Goal: The analysis skin hauling flings the shoulder therapy treatment humerus surgical department neck to abduct the bone fracture clinical curative effect.Method: Abducts the bone fracture in clinically to 75 example humerus surgical department neck to fling the shoulder therapy treatment using the skin hauling, in the process continues to exercise martial arts, the union Chinese native medicine externally applies. Finally: 75 example patients in 3~6 week achieved the clinical cicatrization standard, makes a follow-up visit equally for 3 months, fine rate reaches 93% according to Neer evaluation system<sup>[1]</sup>.Conclusion: The skin hauling flings the shoulder therapy treatment humerus surgical department neck to abduct the bone fracture is one simple effective method.

**【Key words】** humerus surgical department neck bone fracture; Abducts; Skin hauling; Flings the shoulder therapy skin hauling

皮肤牵引甩肩疗法是一种治疗肱骨外科颈外展型骨折的简便而有效的方法<sup>[2]</sup>, 笔者在临床中应用此方法治疗肱骨外科颈骨折 75 例均获得较为满意的疗效。

#### 1 临床资料

##### 1.1 一般资料

本组病例男 59 例, 女 16 例, 年龄最大 75 岁, 最小 19 岁。平均 41 岁。受伤原因: 跌伤 38 例, 车祸伤 15 例, 其他伤共 23 例, 骨折类型: 全部为外展型, 其中合并肩关节脱位 3 例。所有病例均随访, 平均随访 3 个月。

##### 1.2 治疗方法

皮肤牵引: 患肢备皮, 患者坐在方凳上, 嘱伤员用患手握住 2kg 的重量, 开始时由医生帮助握好, 然

后由伤员缓慢地伸直患侧肘关节, 直至能单独握住此重量为止。此时伤员即可感到疼痛已缓解。医者将约 8cm 宽胶布长条两头中分约 10cm, 自伤侧上肢肩峰贴至桡侧指端以下, 然后经过一扩张板再经尺侧向上粘贴于腋下。粘毕, 用纱布绷带将胶布从肩至肘下包缠起来, 要松紧适度。太紧, 影响血液循环。太松, 胶布易脱落。扩张板上悬挂 2kg 重量的秤砣产生了两个明显的效果: ①疼痛缓解病人感到舒适; ②伤肢同时处于对牵引有利的中立位。

甩肩疗法: 皮牵引做好后即嘱伤员做主动活动锻炼。首先嘱患者扶床边, 使上半身略向伤侧倾斜, 使伤肢开始在矢状面做前后摆动的动作。2~3 天后伤员上半身略向前倾, 然后使伤肢在额状面做左右摆动的



活动。从 3~4 天开始还要使伤肢做画圈的动作。甩肩时鼓励患者伤肢完全放松, 尽量做摆动动作。走路时伤肢作小幅度自然摆臂。牵引和摆动使骨折周围肌肉舒缩, 骨折能达到逐渐自动复位。本组病人均在皮牵引后即开始锻炼, 甩肩次数由少到多并逐渐增大活动幅度, 在甩肩的同时做肘腕手指的屈伸活动。夜间睡眠时, 可行中立位前屈 30° 做床边牵引。一周内定期复查 X 线片, 以调整秤砣重量。其中合并肩关节脱位者先行关节脱位手法复位, 再行皮肤牵引甩肩疗法, 秤砣重量控制在 3kg 以内。全程应用本院自制跌打镇痛膏(早期)及关节止痛膏(中后期)外敷。

## 2 治疗结果

本组病人 75 例, 骨折均于 3~6 周达到临床愈合标准。临床愈合时间平均 4 周(其标准采用全国天津骨科会议规定的标准)。所有患者经 3 个月以上随访, 肩关节功能恢复根据 Neer 评定系统标准: 优秀: 60 例, 满意: 9 例, 不满意: 6 例, 优良率达 93%。

## 3 讨论

本组 75 例肱骨外科颈骨折病人均为外展型。合并肩关节脱位者先行关节脱位手法复位, 再行皮肤牵引甩肩疗法。采用皮肤牵引甩肩疗法治疗过程简便, 不需要麻醉和复杂的固定, 最大限度的降低伤病员身体

和精神负担。特别是对老年伤员更是如此<sup>[3]</sup>。此外, 对肥胖的、有心脏病的、肺气肿的伤员更有利<sup>[4]</sup>。本法把治疗骨折的三大基本原则巧妙地结合在一起<sup>[5]</sup>。经治疗后主动活动锻炼在后当天即可开始, 这对保证早期离床和肩关节功能恢复极为有利。由于骨折周围的肌肉交替舒张和适度的活动锻炼有利防止深静脉血栓形成, 骨折能达到逐渐自动复位。促进骨折早期愈合。可缩短住院时间或可在家庭病房治疗、门诊观察。皮牵引甩肩治疗 3 天后拍穿胸位 X 线片。如发现前成角可辅以手法矫正, 继续皮牵引甩肩<sup>[6]</sup>。

## 参考文献:

- [1]刘志雄.骨科常用诊断分类方法和功能结果评定标准[M].北京:北京科学技术出版社,2005:282
- [2]陶舜.骨伤科诊疗进展[M].天津:天津医科大学出版社,1986:4
- [3]邱荣标.手法复位夹板外固定治疗肱骨外科颈骨折[J].长春中医药大学学报,2009,25(3)
- [4]宋今词.甩肩法配合中药治疗老年肱骨外科颈骨折[J].中国医药导报,2009,6(16)
- [5]代长泉.手法复位甩肩法治疗肱骨外科颈骨折疗效观察[J].中外健康文摘,2009,6(10)
- [6]崔树平.手法复位外固定治疗肱骨外科颈骨折[J].中医正骨,2008,20(11)

编号: E-10022525 (修回: 2010-03-19)

(上接 76 页)

释放有其特定的方式,我们暂称它为“生物能量”。我们假设这个能量就是中医所说的“气”。经络除了输布这个后天形成的“气”(能量)以外,还要输布先天和后天共同形成的真气。真气是人体生命活动的高级层次。真气的功能可以理解为它有“高级神经系统的某些功能”,同时还有“信息”、“能量”等概念。真气与后天之气关系密切,但不完全相同,后天之气涵养真气。

另外,人体的生命活动还会产生生物电,所以经络还具有传输生物电的功能。

以上的论述仅仅是个假想,要经过多次实验才能得到证明。而我自己没有进行实验的条件。多年搞中医的过程中,这个问题常常萦绕在心,所以不嫌其想法之拙劣,只为得一吐为快。

科学上的发现、发明有两个途径,一个是先提出论题,然后经过反复实验,最后得出结论。这个结论还要别人能操作,能重复实验,才是成果,才能得到承认。这当然是最可靠的科研方法。第二个途径是暂时没有实验条件,只能先提出猜想、假想,而由后来人实验、论证。其结论无非是对与错,结果无非是成

与败。但无论是成与败,对科技创新,科学进步都是有益的。即是失败了,人们可以得到经验和教训,或许还可以找出新的路子。

科技创新是非常严肃的。科学是老老实实的学问,来不得半点虚伪和马虎。在六十年代有人宣布他发现了人体经络。当时正值中国文革初期,中央人民广播电台都广播了这一新闻。但当各国学者叫他重复实验时,他搞不出来了。这个笑话闹了近半个世纪。搞科学研究失败了,这没有错。错就错在不该将失败的东西,或许是不成熟的东西当作成果公布于世。前事不忘,后事之师。

那么怎样对这个假想进行实验研究呢?

A、一定要有一个测定生物能量和生物电的仪器,才能实验,才能演示。目前医疗器械市场上有在人体体表测定经络的仪器。这可以作为雏形来进行研究。

B、经络的研究要在活体上进行,对可供实验用的动物进行活体解剖实验是完全可以的。

## 作者简介:

张雯景(1943-),男,文化程度:大学;职称:中医师;民间中医。

编号: E-10022527 (修回: 2010-03-19)

# 磨除酸蚀法在氟斑牙修复中的应用

## Application of the method of stripping etching on recovery of dental fluorosis

刘希德

(德州联合医院, 山东 德州, 253010)

中图分类号: R 78 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0082-02

氟斑牙是牙齿发育时期人体摄入氟元素量过高引起的特殊性牙釉质发育不全, 是一种要引起牙齿变色, 牙实质缺损的地方性疾病。其发病机理是碱性磷酸酶可以水解多种磷酸脂, 在骨、牙代谢中提供充分无机磷, 作为骨盐形成的原因。当氟浓度增高时, 要抑制碱性磷酸酶的活力, 而造成釉质发育不良、矿化不全和骨质变脆等骨骼疾患。结果是柱间质矿化不良和釉柱的过度矿化。这种情况在表层的釉质更显著: 表层釉质含氟量是深层釉质的 10 倍左右。所以氟牙症表层釉质呈多孔性, 易于吸附外来色素, 如锰、铁化合物而产生氟斑。重型氟牙症的微孔量可高达 10%~25%, 位于釉柱间, 并沿横纹分布。如果这种多孔性所占的体积大, 釉质表面就会塌陷, 形成窝状釉质发育不全。在美容修复学中, 对中、重度氟斑牙多采用烤瓷贴片、烤瓷牙、光敏树脂贴面等方法美容修复, 在修复中存在着去除大量的牙体组织、咬合受限、咬合力降低, 牙体强度降低等缺点, 特别是着色较轻的、无牙体缺损的氟斑牙更加不适用。我们自 2001 年~2005 年采用磨除酸蚀法治疗修复轻度氟斑牙 76 例 476 颗牙齿, 经 4 年随访, 效果较好, 现总结如下:

### 1 临床资料

#### 1.1 适应症

①年龄 18 岁以上; ②Dean 氟斑牙分类轻度以下级别, 无牙体组织缺损的, 即轻度、很轻、可疑三种; ③Dean 氟斑牙分类中度但对色泽要求较低的病人。

#### 1.2 材料

酸蚀剂采用 35%~50% 磷酸, 杜拉菲勒釉质粘合剂、登士柏光固化机, 细沙和精细金刚砂车针。

### 2 临床操作

#### 2.1 洁治患牙

2.2 选择精细的尖形金刚石牙钻, 在保持湿润条件下将牙齿唇面均匀磨除染色层约 0.1~0.2mm。注意牙齿外型, 近远中面至邻接点, 切勿破坏邻接关系, 不

宜在着色斑块区加深而留下凹痕。保持充足的冷却水量并且用间断磨除法, 以免产热损伤牙髓组织。金刚砂牙钻粒度越细越好, 以减少牙面粗糙度。

2.3 牙体预备完成后用净水在一定的压力下冲洗牙面。

2.4 患牙隔湿, 龈缘涂凡士林以保护牙龈组织。

2.5 用 95% 酒精擦试牙面去除牙面的有机质, 无油气干燥牙面, 35%~50% 磷酸酸蚀牙面 2 分钟, 净水冲洗干净, 无油气吹干牙面, 均匀涂布粘合剂, 无油气吹匀, 光固化机固化照射 40 秒 (牙面较大时可分区照射), 用 95% 酒精拭去牙面的厌氧层。

2.6 用抛光膏磨光牙齿。

2.7 嘱病人勿食用含强染色剂的食物, 禁忌吸烟。

### 3 结果

经 4 年随访, 除 6 例 38 颗牙因吸烟造成染色, 其余都对修复治疗表示满意, 吸烟染色病人给予抛光、漂色后也很满意。

### 4 临床体会

4.1 据资料显示, 氟牙症色素位置表浅, 而且又属外源性染色——为锰或铁的化合物, 色素在釉质外层最深, 向内层逐渐变浅甚至不着色, 故用磨除色素加酸蚀、漂白法效果良好。虽然表层损失约 0.1mm~0.2mm, 但釉质损失后, 露出的脱矿表面可由粘合剂渗入牙体组织间隙内固化后保护牙体组织, 而且牙体组织可自然再矿化。

4.2 磨除酸蚀法的重要步骤是牙体预备, 必须选用精细的金刚砂车针, 在湿润的条件下, 间断磨除牙体表面组织以减少对牙髓组织的刺激。在牙龈缘应采用斜面磨除法, 深入龈沟 0.1~0.2mm 但不可损伤附着龈、不可形成肩台以免刺激牙周组织。近远中面至邻接点, 切勿破坏邻接关系。一定要保证牙体组织外形的完整、协调及形态的美观要求。

4.3 据资料显示, 我国地方性氟病流行 19 个省市, 受 (下转 85 页)

# 腰椎间盘突出症术后并发症的研究

## A study on after lumbar discectomy complications

李明平

(武汉市第十三医院, 湖北 武汉, 430100)

中图分类号: R274 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0083-03 证型: ADI

**【摘要】** 目的: 探讨腰椎间盘突出症患者手术的临床症状以及可能出现的并发症, 分析其发生原因, 寻找有效的改良措施。方法: 对我院 2005 年 9 月~2009 年 3 月间经手术治疗的腰椎间盘突出症 148 例患者因术后出现不同类例的并发症, 分别为椎间盘再突出者 6 例, 下肢静脉血栓形成 2 例, 椎间盘炎 14 例, 马尾神经损伤 4 例, 腰椎不稳 6 例, 椎管内血肿形成 4 例。所有患者均再次住院治疗, 其中 23 例患者再次手术, 术后恢复情况良好。结论: 腰椎间盘突出症为慢性损伤性疾病, 术后发生不同类型的不良反应, 因素众多, 包括: 手术方式、术前准备、术中操作, 以及患者自身体质, 伴发其他内科疾病(如糖尿病, 高血压病等)。术前准备充分, 选择合适的手术方式以及术中操作细致, 积极预防和治疗其他慢性疾病是减少并发症发生的有效措施。

**【关键词】** 腰椎间盘突出症; 手术后并发症

**【key words】** Lumbar intervertebral disc protrusion; Postoperative complications

腰椎间盘突出症属慢性损伤性疾病, 由于纤维环破裂, 椎管狭窄, 致使神经根受压, 造成腰痛和下肢疼痛, 且症状反复发作, 严重影响患者的工作和生活。越来越多的患者选择手术治疗, 以期达到根治腰椎病的目的。但由于某些原因, 使部分腰椎间盘突出症患者术后出现了不同类型的并发症, 故疗效欠佳, 症状仍反复发作。我们对腰椎间盘突出症患者行手术治疗后出现的 36 例并发症患者进行了回顾性分析, 寻找其发病原因, 探讨研究如何预防和治疗并发症, 现报道如下:

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

收集我院 2005 年 9 月~2009 年 3 月间因患腰椎间盘突出症而住院治疗的病例 148 例, 手术方式采取单侧侧方性椎间盘突出行单侧“L”型椎板开窗术 54

例; 中央型突出者行双侧“L”型椎板开窗术 27 例; 后路小切口开窗髓核摘除及椎管减压术 67 例。术后出现并发症者 36 例, (发生率为 24.33%)。其中, 女性病例 28 例, 年龄 42~67 岁, 平均(48.75±3.049)岁; 男性病例 8 例, 年龄 46~73 岁, 平均(54.33±4.276)岁。所以患者均再次住院治疗, 其中 23 例患者行再次手术治疗, 恢复情况良好。

1.2 入选标准: ①曾经行 CT 影像学证实为腰椎间盘突出症者; ②主要表现为术后仍反复发作腰腿痛和下肢麻木甚至大小便功能障碍; ③已经行腰椎间盘突出症手术治疗者; ④术后行内科保守治疗以及腰背肌和下肢功能锻炼 3 个月以上, 症状仍反复发作; ⑤入院后, 经核磁共振(MR)检查证实为腰椎间盘突出症术后并发症。

1.3 手术后并发症分类(见表 1)

表 1 腰椎间盘突出症手术后并发症分类

类别	例数 (n)	发生时间 (m)	发生率 (%)	P 值
椎间盘再突出	6	1~3	16.67	0.0986
下肢静脉血栓形成	2	<1	5.56	0.0837
椎间盘炎	14	1~4	38.89	0.0841
马尾神经损伤	4	<1	11.11	0.0874
腰椎不稳	6	3~5	16.67	0.0963
椎管内血肿形成	4	1~2	11.11	0.0882

注:  $P>0.05$ , 差异无统计学意义

1.4 统计学处理：应用统计软件包 SPSS10.0 处理，量化资料进行  $\chi^2$  处理，t 检验，单因素方差分析。 $P < 0.01$ ，则差异显著有统计学意义。

## 2 结果

2.1 我们对 36 例腰椎间盘突出症手术后出现的不同类型的并发症进行统计学分析。所有术后并发症患者于

术后 1~5 个月出现腰痛进行性加重，其中 4 例因马尾神经损伤而导致大小便功能障碍。通过核磁共振 MR 显像技术，分析其病症部位及特征，证实了各种并发症的类型。分析其原因，主要有髓核摘除术不完全，病变椎间隙定值错误，手术操作不细致，椎管内异物存留，神经根粘连，椎管内血肿形成等。（见表 2）

表 2 腰椎间盘突出症术后并发症的发生统计学分析 ( $\bar{x} \pm s$ )

原因并发症	髓核摘除不完全	病变椎间隙定值错误	手术操作不细致	椎管内异物存留	神经根粘连	椎管内血肿形成	P 值
椎间盘再突出	31.24±0.09	37.17±0.03	28.75±0.07	23.07±0.07	27.17±0.05	11.87±0.92	0.0047
下肢静脉血栓形成	27.13±0.14	28.18±0.17	28.34±0.19	17.77±0.53	29.83±0.57	29.88±0.29	0.0069
马尾神经损伤	34.83±0.18	25.15±0.16	36.49±0.94	26.48±0.69	26.67±0.03	21.19±0.07	0.0047
腰椎不稳	38.16±0.07	29.39±0.41	18.46±0.81	23.14±0.14	24.18±0.92	23.47±0.08	0.0081
椎管内血肿形成	21.17±0.04	11.38±0.07	23.19±0.08	19.52±0.57	25.76±0.08	18.76±0.51	0.0079

注： $P < 0.01$ ，各项参数比较，差异显著有统计学意义。

结果显示，腰椎间盘突出症手术后并发症的发生有众多因素，主要的有髓核摘除不完全，病变椎间隙定值错误，手术操作不细致，椎管内异物存留，神经根粘连，椎管内血肿形成等。而髓核摘除不完全以及手术操作不仔细为最主要的原因。这说明术者对腰椎局部解剖结构没有全面掌握，手术操作技术欠熟练，术中无菌观念不强，手术流程不规范等有关。对此，我们对 36 例并发症患者均进行了补救措施。

### 2.2 治疗措施

对于术后椎间盘再突出者，全部由髓核摘除不彻底所致，我们采取量化切除术，由正常椎管外组织渐次向病变部位暴露。术中尽可能减少神经根和硬脊膜的损伤，仅摘除再突出的椎间盘组织。再次手术椎间盘摘除率为 97.32%，治疗效果良好。下肢静脉血栓形成 2 例，使用尿激酶溶栓治疗，辅以肝素，肠溶阿司匹林以及复方丹参注射液，穿胸活血化瘀等治疗，配合下肢抬高，定时定期下肢功能锻炼等手段。2 例患者经 B 超检查显示血管再通。椎管内血肿形成者 4 例，经清除血肿，止血以及再手术后椎管内负压引流，配合有效抗生素治疗 2 周。治愈率 92.71%。椎间盘炎患者 14 例，经保守治疗（卧床休息 1 个月，静滴抗生素 2 周）11 例，另 3 例行椎管内冲洗和病灶清除，1 个月后，患者腰痛症状基本消除，CT 影像学检查病变部位骨性融合，临床治愈率 91.68%。马尾神经损伤 4 例，行神经断离吻合术。术后改良率 53.74%。腰椎不稳病例 6 例，均行腰椎后路短节段椎弓根钉内固定。再次术后病变好转率为 81.67%。分析原因，再次手术者，如果系腰椎间盘因素，疗效较好，但如果为瘢痕增生，或神经根粘连，神经根损伤等造成的并发症，则疗效不理想。

## 3 讨论

腰椎间盘突出症属一常见病，多发病，临床症状主要为腰腿痛伴下肢麻木，手术治疗正越来越为广大患者所接受，但有少数患者手术后可能出现再发腰腿痛或下肢麻木，甚至出现大小便失禁等，则要考虑术后出现并发症的可能。此时应行核磁共振影像学检查或脊髓血管造影检查，见硬膜囊受压，或显示椎间盘再突出，或髓核摘除不彻底，以及椎管内过多瘢痕形成。可证实术后并发症的发生。主要原因为变性髓核摘除不彻底，或手术操作不细致所造成。预防措施在于术中充分暴露神经根及脱出的椎间盘髓核组织，彻底摘除髓核病变组织，手术操作力求稳，不留残腔，术后椎间隙应冲洗充分、彻底。

如果患者术后腰腿痛进行性加重，伴下肢麻木，甚至出现大小便失禁，阳痿等，须考虑并发了椎间盘炎，腰椎不稳，神经根或马尾神经损伤等。

椎间盘炎的发生属椎间隙细菌性或化学性炎症，主要原因为手术室净化不良，术者无菌观念不强或椎间隙残留异物等。患者主要表现为：①术后突发腰腿痛；②疼痛向骶部、腹股沟区及下肢放射；③MR 检查发现椎间盘及其周围炎症水肿，椎体上下缘破坏等。对这类并发症的预防关键在于提高术者无菌观念，手术室内加强净化清洁处理以及术中和术后使用有效抗生素，严格卧床休息，坚固的外固定支架维持 3~4 个月。我院对 14 例再发的椎间盘炎患者行有效的内科保守治疗以及积极的病灶再清除，及时控制了病情的发展，改善了患者的生活质量。

如患者出现术后 2~3 天的肛周感觉减退，切口肿胀，肛门坠胀感，甚或大小便失禁等，可能并发椎管内血肿形成，分析其原因可能为术中操作不当，损伤了椎前静脉丛，止血不彻底等。处理方法是棉垫加压止血或电凝止血，术后用止血药加伤口内负压引流

等。

术后马尾神经损伤为比较严重的腰椎间盘突出手术后并发症，主要原因为椎间盘神经根严重粘连，摘除椎间盘时造成马尾神经损伤所致，其次为神经根变异。患者主要变现为术后下肢麻木，肌力下降，腱反射减弱，严重时大小便失禁，阳痿等。4 例马尾神经损伤者，3 例为神经根完全断裂，1 例为不完全断裂。再次手术行神经断离吻合术，改良率仅为 53.74%。患者术后肢体伴功能恢复情况及排便状况均不能完全满意。对此类并发症关键在于预防，主要是术中操作仔细，避免神经根的损伤。

腰椎间盘突出症。手术治疗，可以极大程度的切除病变组织，有效地解除病人的临床症状，提高患者的生活质量，但作为医疗人员，应本着高度的责任心

和同情心，依靠精湛的医疗技术，为病人缓解痛楚的同时，最大限度地减少腰椎间盘突出症的手术后并发症的发生。这是我们对腰椎间盘突出症术后并发症进行研究的主要目的。

#### 参考文献：

- [1]张伯勋,卢世璧,朱盛修等.腰椎间盘突出症术后疗效欠佳的原因分析[J].中华骨科杂志,1981,1:83-85
- [2]杨惠林,唐元骝,朱国良等.胸腰椎骨折经椎弓根固定治疗中的失误和并发症分析[J].中华骨科杂志,1996,16:356-359
- [3]郭钧,陈仲强,椎间盘源性下肢痛的发病机制[J].中华骨科杂志,2003,9,23(9):541-543
- [4]胡有谷,主编.腰椎间盘突出症,军工版[J].北京:人民卫生出版社,1999.80

编号：EA-100228143（修回：2010-03-18）

（上接 82 页）

害人群数量较大，其中大部分是轻度氟斑牙病人。采用磨除酸蚀法治疗。既可以满足病人的美观要求，又基本不损伤牙体组织，不影响牙齿功能，而且较其他方法有着快捷、简便、安全、费用低、易推广等特点。

#### 参考文献：

- [1]郑麟蕃,张震康主编.实用口腔科学[M].人民卫生出版社,1995 年第一版

58,792

- [2]晓明振主编.口腔内科学[M],辽宁科学技术出版社,1999,6 第一版,46,136
- [3]刘希德.光固化复合树脂临床应用研究[J].中华实用中西医结合杂志,2004, VOL4.17,NO.19

编号：E-10020349（修回：2010-03-16）

## 美国国会众议院通过最终版本医改法案

据新华社华盛顿 3 月 21 日电 美国国会众议院 21 日以 220 票对 211 票的结果通过“预算协调”议案，完成医改立法“两步走”中的第二步。至此，最终版本医改法案已在众议院获得通过。

投票结果显示，众议院所有共和党议员无一例外地对“预算协调”议案投出反对票。在全部 253 名民主党众议员中，33 人投了反对票。

按照计划，众议院医改立法主要分“两步走”：首先就参议院医改法案进行投票，然后再表决“预算协调”议案，即众议院民主党人针对参议院法案提出的修改议案。早些时候，众议院以 219 票对 212 票的结果通过参议院医改法案。

参议院定于下周就“预算协调”议案进行投票。如果通过，那么参议院医改法案与“预算协调”法案将分别提交总统签署并成为法律。若参议院未能通过“预算协调”议案，则参议院医改法案将在总统签署后成为法律。这对于众议院民主党人乃至美国的国会政治将是沉重打击，由此引发的参众两院之间的不信任将使国会未来推动新的立法时遭遇更大阻力。

最终版本医改法案将使目前 3200 万没有医疗保险的美国人获保，从而使全美医保覆盖率从 85% 升至 95% 左右。同时，法案在生效后第一个 10 年内有望使美国政府预算赤字减少 1380 亿美元，在第二个 10 年内减少约 1.2 万亿美元。法案在生效后第一个 10 年内将耗资 9400 亿美元。

（杜 静 王丰丰//新华社）

# 腰骶移行椎与腰腿疼痛的关系

## Relationship between lumbosacral transitional vertebra and waist leg pain

王恩斌<sup>1</sup> 聂潘荣<sup>2</sup> 罗杰<sup>1</sup> 贾浩梅<sup>1</sup> 苏明华<sup>1</sup> 李毓银<sup>1</sup>

(1.云南省保山市中医医院, 云南 保山, 678000; 2.云南省保山市人民医院, 云南 保山, 678000)

中图分类号: R681.5+7 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0086-02 证型: IAGD

**【摘要】** 目的: 腰骶移行椎在临床上较多见, 掌握其与腰腿疼痛存在的关系以利临床诊治。方法: 自2003年1月到2009年6月我们对436例腰腿疼痛病人中的242例有腰骶移行椎病例临床诊治过程中得到体会。结果: 242例腰腿疼痛伴有腰骶移行椎的诊治过程得出其两者的关系。结论: 腰骶移行椎潜在很多因素致腰腿疼痛。

**【关键词】** 腰骶移行椎; 腰腿疼痛

**【Abstract】** Objective: Lumbosacral transitional vertebrae in clinical more, see and grasp the waist leg pain and the relationship that exists to facilitate the clinical diagnosis and treatment. Methods: From January 2003 to June 2009 of 436 cases of pain in waist and legs of the 242 cases of patients with lumbosacral vertebrae during the process of clinical diagnosis and treatment of patients experinule. Results: from the waist leg pain, 242 cases of lumbosacral transitional vertebrae associated with the patients diagnosis and treatment of the relationship between draw its. Conclusion: Lumbosacral transitional vertebra caused by a number of factors underlyine the waist leg pain.

**【Key words】** lumbosacral transitional vertebrae; waist leg pain

腰骶移行椎在临床骨科中较多见, 尤其与腰腿疼痛有密切关系。我们自2003年1月~2009年6月对436例腰腿疼痛病人观察发现有242例有腰骶移行椎。占腰腿疼痛中的55%。说明腰骶移行椎与腰腿疼痛有着密切关系, 在临床上是个不可忽视的重要因素。

### 1 临床资料与方法

#### 1.1 一般资料

242例腰骶移行椎病人中男性158例, 女性84例; 36岁~50岁有146例, 50岁~60岁有53例, 60岁以上有43例; 合并腰椎间盘突出有51例, 合并椎体滑脱有16例。腰部疼痛病人57例, 下肢疼痛或麻木79例, 腰腿疼痛的有106例, 所有病人都行X光片和CT检查, 所的结果按目前Castellvi方法分类。

#### 1.2 治疗方法

1.2.1 保守治疗: 大部分病人我们采用保守治疗, 给予手法推拿按摩、针灸、牵引、中药和神经营养剂治疗, 效果满意。

1.2.2 手术治疗: 对有腰椎间盘突出较重, 神经根和硬膜囊受压严重, 或合并有椎体滑脱, 我们均采用手术治疗, 解除神经根和硬膜囊受压和椎体不稳定因素, 治疗效果满意。

### 2 结果

对存在有242例腰骶移行椎的病人, 经过认真分

析和讨论, 采用保守和手术治疗后, 效果满意, 从而得到宝贵经验。

### 3 讨论

3.1 腰骶移行椎的分型: 根据Castellvil (1984年) 标准, 腰骶移行椎分为4型: I型, 横突发育异常, 肥大呈三角形, 宽度大于19mm, 又分为Ia (单侧) 和Ib (双侧) 两个亚型; II型, 不完全性腰(骶)化, 横突肥大, 似骶骨翼, 与骶骨相接, 形成关节样结构, 又分为IIa (单侧) 和IIb (双侧) 两个亚型; III型: 完全腰(骶)化, 横突与骶骨形成骨性融合, 又分为IIIa (单侧) 和IIIb (双侧) 两个亚型; IV型(混合型), 双侧横突肥大, 一侧与骶骨相接呈II型表现, 另一侧与骶骨形成骨性融合, 呈III型表现<sup>[1]</sup>。

#### 3.2 腰骶移行椎的的影像学检查

人体脊柱是由26块脊椎骨合成, 其总数是不变的, 当发现有腰骶移行椎的时候必需要行胸椎X线片检查, 以排除胸腰移行椎的存在, 进行X光正侧位片检查的同时也要进行CT椎间盘或椎体CT三维重建检查, 了解有无椎间盘突出和是否有椎体滑脱程度, 这样能全面掌握移行椎与骶骨形成假关节还是骨性融合, 以便更好地确定治疗方案。

#### 3.3 腰骶移行椎的力学改变

人类通过上千万年的进化到直立行走, 对人体直

接起负重作用的骨骼系统,尤其是脊柱已经适应了应力作用,当出现腰骶移行椎的时候则会发生相应的生物力学改变,腰椎骶化一定程度上可增加下腰椎和骶椎的稳定性,但是相应地增加了腰3和腰4的负荷;骶椎腰化致腰椎数目多出一个,使受力位置发生了改变,增加了腰椎的不稳定因素。两种情况均易使腰骶部劳损和加剧椎体的退变;另外腰骶移行椎的出现使下关节突明显小于上关节突,方向呈冠状位与正常下关节突的方向不同,从而导致下关节突很少或几乎不向下传导应力,由椎间盘、椎体及肥大的横突向下传导应力,这种异常的应力传导方式导致此类病人易出现腰腿疼痛,椎间盘的负荷加重亦是导致椎间盘突出原因之一。

### 3.4 腰骶移行椎与椎间盘突出症的关系

在临床上椎间盘突出症是腰腿疼痛的主要病因之一,腰骶移行椎是导致椎间盘突出症的主要原因;国内外对椎间盘突出症病人中有腰骶移行椎的发生率报道不一,Wigh<sup>[2]</sup>报道中为21%,Luoma<sup>[3]</sup>等报道中为30%,王东来<sup>[4]</sup>等报道移行椎占移行椎手术患者的51.3%;在腰骶移行椎中除椎间盘负荷加大,导致髓核弹性型向外突出,另外横突中一侧肥大,另一侧正常导致腰骶关节两侧地不对称,特别是I型和II型一旦存在不稳定因素时常形成向一侧成角的保护性姿势,使脊柱的稳定性发生了改变,导致椎间盘的负荷增加,亦是导致椎间盘突出重要因素;骶椎腰化时,腰椎数目的增多使其力学发生改变,从而减弱了下腰椎的稳定性,同样增加了椎间盘突出的几率,在椎间盘突出合并腰骶移行椎病人中,几乎所有椎间盘突出均发生在移行椎的上一个间隙,这说明移行椎与骶椎之间的稳定性大于上一个间隙。

3.5 腰骶移行椎与椎体滑脱:椎体滑脱多见于骶椎腰化,在骶椎腰化时,腰椎力学的改变髂腰韧带在腰4上较薄弱,假关节的形成等几种因素,使下腰椎的稳定性降低,从而导致椎体易滑脱,上下关节突经常摩擦亦是腰腿疼痛的主要因素。

### 3.6 腰骶移行椎的致病因素

腰骶移行椎在腰腿疼痛是一个重要因素,单侧腰椎骶化较双侧者导致的腰腿疼痛更为多见,且疼痛剧烈,因一侧的运动较另一侧的增加,可迅速导致创伤性关节炎,如同侧较为固定而相应增加了对侧的运动时对侧疼痛;长期摩擦将会导致小关节骨赘形成,引起侧隐窝狭窄,神经出口变窄,出现神经卡压情况,使神经支配区的部位疼痛、麻木;1917年Bertolotti<sup>[5]</sup>首先描述了腰骶移行椎认为腰腿疼痛不适与移行椎有

关,虽然目前不适用了,但对后来的研究起到了重要作用。到2004年Pekindil<sup>[6]</sup>研究腰骶移行椎疼痛来源,通过对28例病人(20岁~60岁)进行骨扫描,得99单质子发射CT检查,结果在移行椎假关节处出现局部增加的浓聚,说明此处代谢增强,从而推测出痛源来自移行椎;在I型和II型中或伴有椎体滑脱时会出现脊柱稳定性的失调,这种失调会导致脊柱内结构及其周围的肌肉、血管和神经受到牵拉和挤压的刺激,根据刺激部位的不同,则出现不同的临床症状<sup>[7]</sup>,最多见的仍然是腰腿疼痛。

### 3.7 有腰骶移行椎的腰腿疼痛的治疗

合并有腰骶移行椎腰腿疼痛的病人,绝大多数采用保守治疗,行正规的腰背操功能锻炼以增强腰背肌的力量,使其增加腰骶椎的稳定性,佩带腰围,给予中医传统的手法按摩、针灸、中药熏蒸,根据中医辨证施治给予中药口服治疗,同时嘱病人养成良好的行走和睡觉姿势,治疗后能达到满意效果。少部分病人症状较重,影响工作和生活不能自理者,此类病人多见于椎间盘突出较重、侧隐窝较狭窄、或者椎体滑脱较者,导致神经根或硬膜囊受压较重,根据不同的情况采取相应的手术治疗,如摘除椎间盘、椎管扩大术、侧隐窝扩大、椎弓根钉内固定术等以解除受压情况和椎体的不稳定因素,同样能达到满意的治疗效果。

我们只要正确掌握腰骶移行椎的各种分型,得出其内在的结构特点,分析其力学的改变,对上下椎体以及椎间盘和周围组织影响,不难得出正确的治疗方案。

### 参考文献:

- [1]吴介平,钟世镇,郭世拔,等.骨科临床解剖学[M].2002:2-189
- [2]Wish.RE,Anthony,HFJr,Transitional lumbosacral disc.Probability of herniation[J].Spine,1981,6(2):168-171
- [3]Luomak,VehmasT,Raininko R,et al.Lumbosacral transitional vertebra, relation to disc degeneration and low back pain [J].spine,2004,29:200-205
- [4]王东来,黄土中,乐林山.腰骶移行椎与椎间盘突出症的关系的探讨[J].中国脊柱脊髓杂志,1992,2:110-113
- [5]Bertolotti M.Contibuto alla Conoscenza deivizidi differenzione regionale del rachidecon special riguardo all assimilazione sacrale della V.Lombare[J].Radiol Med, 1917,4(2):113-114
- [6]Pekindil G,Sarikaya A, Pekindil Y, et al. Lumbosacral transitional vertebral artulation:evaluation by planar and SPECT bone Scintigraphy[J].Nuclear Medicin Communcation,2004,25(1):29-37
- [7]屈留新.手法治疗阔筋膜张肌损伤致腰腿腿探讨的临床研究[J].中国骨伤, 2004,17(12):721

编号: E-9122316 (修回: 2010-03-20)

# 老年性股骨颈骨折术后的护理体会

## Nursing experience for after senile femoral neck fracture surgery

吴继琼

(澄江县中医院, 云南 澄江, 652500)

中图分类号: R274 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0088-02

**【摘要】**老年性股骨颈骨折采用手术内固定后, 因受年龄、体质、耐受力等因素的影响, 愈合较慢, 且易发生并发症。因此, 采取综合性的护理方法, 准确实施护理措施, 对疾病的痊愈和转归有着重要的意义。

**【关键词】**老年性; 股骨颈骨折; 术后护理; 体会

股骨颈骨折是指股骨下端至股骨颈基底部之间的骨折, 多数发生在老年人, 由于老年人骨质疏松导致骨质量下降, 当遭受轻微扭伤暴力即可发生骨折, 间接暴力亦会导致股骨颈发生骨折。按照 X 线摄片分为外展型和内收型, 有不同预后。外展型为稳定骨折, 骨折移位较少或呈嵌入骨折, 多数能愈合。而内收型骨折为不稳定骨折, 骨折后多数移位较大, 局部血运破坏较大, 易造成骨折愈合困难, 甚至不愈合, 治疗一般采用持续牵引固定或手术内固定。我院骨外科 2005 年至 2008 年共收治老年性股骨颈骨折手术患者 13 例, 现报道如下。

### 1 临床资料

我院骨外科 2005 年至 2008 年共收治老年性股骨颈骨折手术患者 13 例。其中男性 5 例, 女性 8 例, 年龄 68~74 岁, 平均年龄 71.3 岁。

### 2 护理措施

#### 2.1 一般护理

##### 2.1.1 病情观察

老年患者生理机能退化, 发生股骨颈骨折后常合并内脏器官的损害。可诱发或加重心脏病、高血压、糖尿病, 发生脑血管意外等。所以应加强病情观察, 尤其是夜间, 由于夜晚阳气衰微、阴气偏盛, 因此夜间对此类病人应加强生命体征的观察, 不可麻痹大意, 以防内科并发症的发生。

##### 2.1.2 疼痛的护理

了解引起疼痛的原因, 做好病因治疗, 采取预防性给药、定时给药及技术性镇痛等护理并观察疗效, 及时调整护理方案。

##### 2.1.3 生活护理

老年人股骨颈骨折术后, 由于长期卧床, 下肢活

动受限, 而且年龄较大, 生活自理有一定的困难, 我们针对这些问题, 加强晨、晚间护理, 协助病人床上大小便、协助日常漱口、洗脸、洗脚、翻身、冲洗会阴等, 被污染的被服及时更换, 保持病室安静和空气流通, 使病人清洁舒适。

##### 2.1.4 心理护理

孤独、失落、抑郁、悲观是老年人常见的心理反应。由于社会角色的改变以及疾病的影响, 如骨折术后导致长期卧床, 活动受限, 生活无法自理, 需依赖他人, 成为家人的负担。因而, 有些老年人要求出院或拒绝治疗。老年患者一般都盼望亲人来访, 护士要提醒家人多来看望, 例如带一些老年人喜欢吃的食物; 对丧偶或无子女的老年患者, 护士应倍加关心, 不要直呼叫床号、姓名, 应以长辈尊称, 让患者感到亲切, 人格受到尊重; 老年患者一般都有不同程度的健忘、耳聋和眼花, 护士要勤快、细致、耐心, 周到; 老年患者的生活方式刻板, 看问题也有些固执, 除治疗饮食的需要外, 要尽量照顾他们的饮食习惯; 尽量创造安静、舒适的环境, 鼓励做一些力所能及的活动, 以促进机体早日康复。

##### 2.1.5 饮食护理

饮食营养与增强机体抗感染能力以及对创伤骨折的修复等有着密切的关系。老年患者股骨颈骨折术后初期, 因切口疼痛剧烈或发热, 肠蠕动减弱而不思饮食, 因此此期饮食宜清淡、易消化, 如蔬菜、鱼汤、水果等, 勿过食油腻、生冷之品, 以防发生便秘、腹胀。待病情恢复, 食欲增加, 脾胃功能正常时, 可逐步进食瘦肉, 鸡汤、动物肝脏之类, 以补充更多的维生素 A/D、钙及蛋白质。手术后期, 可多食营养丰富的滋补食品, 促进骨痂生长。



## 2.2 并发症的护理

### 2.2.1 防止压疮

老年患者股骨颈骨折术后，由于卧床时间较长，易造成受压部位发生压疮。因此，责任护士应加强预防压疮措施的落实。保持床单元及局部皮肤的清洁、干燥，在骨突起部位垫棉垫或悬空，每 1~2h 翻身轻叩背 1 次，用红花酒精（红花 15g，75 酒精 500ml 浸泡 1 周）定时按摩皮肤受压部位，对酒精过敏者，用热毛巾敷后涂润滑剂按摩。夜间定时帮患者翻身，更换体位。病人及家属应修剪指甲防止划伤皮肤。

### 2.2.2 防止泌尿系感染及便秘

鼓励患者多喝水，每日应摄入约 2000ml 以上的水分，增加排尿量，清洁尿道，如有导尿管应 2 次/d 会阴部护理和膀胱冲洗以预防泌尿系感染。长期卧床会使消化功能发生改变，肠蠕动减慢，易发生便秘。应调节饮食，多吃含纤维素多的食物、蔬菜和水果，保持 1~2d 排便 1 次，如果 3d 以上未解大便，可给缓泻剂。教会患者在床上使用便盆排尿、排便。

### 2.2.3 预防肺部感染

老年股骨颈骨折术后，由于卧床时间长，指导患者进行全身活动非常重要。如扩胸、深呼吸、用力咳嗽等，护士及家属给予叩背，以改善呼吸功能，防止坠积性肺炎发生。

### 2.2.4 预防深静脉栓塞

术后的患者由于体位限制，活动少，血液回流不畅，以及手术中的失血，血液浓缩，易引起静脉血栓形成，造成深静脉栓塞。术后保持伤口引流管通畅，避免血液淤积；避免在下肢同一侧反复穿刺，尽量避免在患侧进行静脉穿刺输液及静脉注射刺激性药物；术后给予低分子右旋糖酐以防止血小板聚集，改善微循环。如下肢深静脉血栓形成，忌做按摩，膝关节不能主动屈曲，以防止血栓脱落引起肺及其他器官栓塞。

### 2.2.5 防止切口感染

术前准备要充分，特别是手术部位及会阴部的皮肤要清洁，汗毛清理干净。术后要应用足量有效的抗生素并注意保持切口敷料清洁、干燥，换药要严格无菌操作。保持负压引流通畅并防止引流管脱落，避免引流管挤压、扭曲、倒流等，同时还要严密观察负压引流液的颜色、性质、引流量，发现异常及时报告医

生。

## 3 功能锻炼

帮助及指导患者功能锻炼是骨折治疗和护理的重要环节之一。成功的手术，如果没有积极、正确、合理的功能锻炼，会影响手术效果，所以术后应及时向患者宣传功能锻炼计划，并落实各项措施。最大限度地恢复伤肢的功能，减少并发症的发生。原则是以促进骨折愈合，恢复机体固有的生理功能为目的，必须在医护人员的指导和帮助下，依据患者不同的伤情特点、内固定种类和全身情况选择个体化的康复训练方法直至患者功能恢复。

3.1 术后 1~2 周，功能锻炼主要以按摩周围肌肉，尤其是大腿部肌肉为主，按摩力度以不引起伤处不适感为适宜。宜平静卧床休养。不可侧卧，不可内收患肢。

3.2 术后 2~4 周，功能锻炼主要是小范围的腿部活动，应该从轻从缓，肌肉按摩应该照样进行，踝关节、膝关节活动应该展开，但是以小范围运动为主，不要牵扯到髋关节。

3.3 术后 5 周以上，功能锻炼应该逐渐进行股四头肌收缩训练和踝、足趾的活动，避免静脉血栓的形成，同时可以进行拄拐活动。等内固定取出之后，应该增加髋关节灵活度和腿部肌力的负荷性训练。

## 4 讨论

随着老龄化社会的到来及交通事故的不断增多，股骨颈骨折发生率将随之增高，老年人由于反应能力差，骨质疏松、股骨颈脆弱、髋关节周围肌群退变，不能有效抵消髋部有害引力，如走路滑倒、床上跌下、下肢突然扭转，甚至无明显外伤时都可发生骨折。由于该部位特殊、病程长、卧床时间长、并发症多，对护理要求很高，难度较大。我们通过上述护理方法，我院老年性股骨颈骨折术后患者在住院期间无感染，各种并发症发生率低，大多数老年患者可以恢复自主生活能力，通过我们的努力提高了护理质量，加快了患者的康复。

### 参考文献：

- [1]曹伟新.外科护理学.第3版[M].北京:人民卫生出版社,2006
- [2]娄湘红,杨晓霞.实用骨科护理学[M]北京:科学出版社,2006:33-57

编号：EA-100305158（修回：2010-03-18）

# 王法昌运用周期疗法治疗妇科病经验

## Experience of WANG Fa-chang

### treating gynaecopathia by cycle treatment

郑祖峰

(山东省枣庄市中医医院, 山东 枣庄, 277100)

中图分类号: R71 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0090-02 证型: BG

**【关键词】** 妇科病; 月周期; 年周期; 王法昌; 老中医经验

**【Key words】** gynaecopathia; circalunar rhythm; annual cycle; WANG Fa-chang; experience of old doctor of TCM

吾师王法昌主任医师, 山东省名中医, 临床近 50 载, 学验具丰, 尤精于妇科。认为妇人以血为本, 妇人较男子气血周期性生物节律变化明显, 表现为以月经及排卵的月周期(拟称为经卵周期)变化为主, 穿插以子宫孕育受精卵及分娩复旧的年周期(10 月妊娠及 2 月产褥复元约 1 年, 故称为年周期, 拟称为孕卵周期)变化为次, 二者均以胞宫气血虚实消长、瘀去新生的循环往复变化为内涵。临床以祛瘀生新为大法, 通过调整经卵周期和孕卵周期的周期节律及其相互转化治疗妇科疾病, 每获良效。兹将是法治验举例简述如次。

#### 1 治疗不孕症—调整经卵周期转入孕卵周期

患者甲, 2003 年 3 月 6 日初诊。主诉结婚 6 年同居未避孕而一直未孕。男方多次检查未见异常。患者月经史 163~426 60d, 末次月经 2003 年 3 月 5 日, 延期 20 余天来潮, 量少色暗有块, 行经少腹胀痛, 舌质暗, 脉沉涩。妇科及 B 超检查生殖系统发育无异常。曾于省、地级多家医院就诊, 诊为排卵障碍性不孕。王师认为证属经血淤滞, 肝肾不足, 冲任失调。治以经期破瘀通经、祛瘀生新, 经后补肝肾、调冲任。经期方选桃红四物汤合下淤血汤加减, 药用: 桃仁 10g, 赤芍 10g, 红花 10g, 当归 10g, 川芎 10g, 大黄 8g, 土鳖虫 8g, 乌药 10g, 香附 10g。水煎服, 日 1 剂。自经期第一天开始服, 连服 2 剂; 经净后方选毓麟珠加减, 药用: 菟丝子 20g, 鹿角霜 10g, 紫石英 10g, 人参 10g, (另炖) 当归 10g, 川芎 10g, 白芍 10g, 茯苓 10g, 白术 10g, 川花椒 1.5g, 甘草 10g, 六味地黄丸 3g。水煎服, 日 1 剂, 经净即服, 连服 6 剂, 配合基础体温测定。二诊于 2003 年 4 月 8 日, 经潮即来诊,

经期基本复常, 痛经减, 基础体温呈双相改变, 提示已有排卵, 继以上法调理, 并嘱其夫妻于大致排卵期同房。5 月 17 日二诊, 月经又延期 10 余天未潮, 查尿妊娠试验 (+)。2004 年 2 月 28 日顺产一男婴。

按: 不孕症患者多伴有月经不调及排卵障碍, 王师认为与经卵周期紊乱密切相关。“宿血积于胞中, 新血不能成孕”(《医宗金鉴》)是其主要病机。治以顺其气血盈亏周期, 乘其行经之机, 借其下血之势, 大下宿积瘀血, 荡涤胞宫, 祛瘀生新, 调畅冲任, 使经卵周期复常, 把握排卵期同房, 故能受精成孕。正如《女科正宗》所云“男精壮而女经调, 有子之道也。”结合现代医学理论可认为经期大下瘀血, 一者功同彻底清宫, 祛除宫腔残存异物, 改善子宫内膜的基础水平, 促使其良好发育, 便于孕卵着床; 二者大下瘀血可反馈性调节生殖内分泌, 促使排卵, 调整月经周期。

#### 2 治疗药物流产后阴道出血不止——调整孕卵周期转入经卵周期

患者乙, 2004 年 1 月 18 日初诊。主诉药物流产后阴道流血淋漓不止 1 月余, 量少色黑有块, 腹痛隐隐。妇科 B 超示宫内有 1.8cm×2.0cm 异常回声。诊为不全流产, 蜕膜组织残留。治以破血逐瘀生新。方选生化汤合宫外孕 II 号方加减, 药用: 桃仁 10g, 丹参 10g, 赤芍 10g, 三棱 10g, 莪(é)术 10g, 川芎 10g, 当归 10g, 炮姜 10g, 水煎服, 日 1 剂, 注意观察, 胎垢下药即止。患者服 2 剂后即下一大血块, 复查妇科 B 超示子宫内异常回声消失。更服生化汤合八珍汤以善其后, 病愈。

按: 药物流产, 近年来以其简便、创伤小、患者(下转 101 页)

## 中医辨证论治绝经期综合征

### Determination of treatment based in pathogenesis obtained through differentiation of symptoms and signs the menopausal syndrome

胡晓丽

(自贡市自流井区中医院, 四川 自贡, 643000)

中图分类号: R271.116 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0091-03 证型: BGA

**【摘要】** 绝经期综合征是妇女在绝经前后雌激素水平波动或下降所致的一系列疾病和症状。笔者根据现代医学临床的科学分型, 运用中医辨证论治从一个侧面揭示了祖国医学在保健治疗绝经期综合征的显著功效。

**【关键词】** 辨证论治; 绝经期综合征

**【Abstract】** Menopausal syndrome is a series of diseases and symptom caused by estrin level fluctuate or descend at the stage of menopause to femme. I accord to clinical modern medicine typing reveal significant significant of TCM on health care and treating menopausal syndrome.

**【Key words】** determination of treatment based in pathogenesis obtained through differentiation of symptoms and signs; menopausal syndrome

绝经期综合征, 以往称为更年期综合征, 是指妇女在绝经前后卵巢分泌的雌激素水平波动或下降所致的以自主神经系统功能紊乱为主, 伴有神经心理症状的一组症候群, 以及低雌激素水平的相关疾病, 症状。笔者在实践中运用中医辨证论治该病疗效好, 现总结如下:

#### 1 自主神经系统功能紊乱伴神经心理症状的症候群

##### 1.1 精神神经症状

据统计绝经期妇女精神神经症状发生率为 58%。其中: 抑郁 78%, 淡漠 65%, 激动 72%, 失眠 52%。

##### 1.1.1 兴奋型

表现为情绪烦躁, 易激动, 失眠, 头痛, 注意力不集中, 多言多语, 大声哭闹等神经质症状。临床见情绪激动, 狂燥不安, 面红目赤, 舌质红, 苔黄厚, 脉弦数者, 为肝经实火, 热扰神明。治以清泻肝火, 宁心安神, 方用龙胆泻肝汤加味(龙胆草、栀子、黄芩、当归、生地、柴胡、木通、泽泻、车前仁、远志、郁金、茯神、石菖蒲、大黄)。若见心烦不眠, 惊悸不安, 呕吐呃逆者, 为胆胃不和, 痰热内扰, 治以清热化痰, 镇惊安神, 方用黄连温胆汤加味(黄连, 茯苓、陈皮、法夏、竹茹、枳实、甘草、远志、枣仁、龙骨、牡蛎)。

##### 1.1.2 抑郁型

表现为烦躁, 焦虑, 内心不安, 甚至惊慌恐惧, 记忆力减退, 缺乏自信, 行动迟缓, 严重者对外界冷

谈, 丧失情绪反应, 甚至发展成严重的抑郁性神经官能症。临床见精神抑郁, 情绪不宁, 善太息, 咽中不适, 如有物梗阻, 咯之不出, 咽之不下者, 为肝气郁结, 治以疏肝理气解郁, 方用柴胡疏肝散加味(柴胡、香附、枳壳、陈皮、川芎、白芍、甘草、麦芽、郁金、厚朴、法夏、旋复花、代赭石)。若见惊慌恐惧, 神疲乏力、懒言少气或精神恍惚, 喜悲伤欲哭, 脉弦细者, 为肝郁脾湿, 治以疏肝解郁, 健脾除湿, 方用逍遥散合甘麦大枣汤(当归、白芍、柴胡、白术、茯苓、薄荷、甘草、淮小麦、大枣)。若见忧思善虑, 心悸胆怯, 健忘少寐, 表情淡漠, 面色不华, 舌质淡, 脉细弱者, 为心脾亏损, 治以健脾养心, 益气补血, 方用归脾汤加味(黄芪、党参、白术、茯神、酸枣仁、桂圆肉、木香、炙甘草、当归、远志、大枣、郁金、合欢花)。

##### 1.2 血管舒缩症状

潮红、潮热是绝经期妇女的特征性症状。患者头部面颊阵发性烘热, 五心烦热, 汗出, 或伴有头晕, 耳鸣, 腰膝酸疼等。曾有报道 50.9% 的绝经期妇女有血管舒缩症状, 82% 的患者此症状持续 1 年左右, 有的还能持续到绝经后五年。属中医之阴虚内热证, 阴精亏损于下, 阳气浮越于上, 故见头面烘热, 汗出, 五心烦热。治以养阴清热, 潜阳降送, 方用知柏地黄汤加味(知母、黄柏、山茱萸、淮山药、丹皮、生地、茯苓、泽泻、白薇、地骨皮、青蒿、龟板、龙骨、牡蛎)。若伴头晕, 耳鸣, 腰膝酸软加天麻, 钩藤、桑寄

生。

### 1.3 心血管症状。

1.3.1 28%绝经期妇女有假性心绞痛、胸闷、心悸等症状，发生常受精神因素影响，症状多，体征少，心功能良好，心电图，心功能，24小时动态心电图监测属正常生理范围。临床见胸闷疼痛，时作时止、心悸气短，遇劳则甚，舌质淡，脉结代者，为气阴两伤，血行不畅，气滞血瘀。治以益气养阴，活血通络，方用生脉散合炙甘草汤加味（人参、麦冬、五味子、炙甘草、桂枝、阿胶、生地、火麻仁、麦芽、大枣、丹参、郁金，川芎、五灵脂）。若胸部憋闷，两胁胀痛，情绪不宁，脉弦者，为肝气郁滞、胸阳痹阻。治以疏肝解郁，宣通心阳。方用逍遥散合栝楼薤白半夏汤加味（当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、甘草、瓜蒌、薤白、半夏、川芎、丹参、郁金、玄胡）。

### 1.3.2 15.2%的绝经期妇女出现轻度高血压

特点为收缩压升高，舒张压不高，阵发性发作。临床多见头昏，耳鸣、目眩，心烦少寐，舌质红，脉弦细，为肝肾阴虚，风阳上扰。治以滋阴潜阳、镇肝熄风，方用镇肝熄风汤加减（白芍、玄参、天冬、龟板、龙骨、牡蛎、牛夕、天麻、钩藤、菊花、夏枯草）。

## 2 低雌激素水平的相关疾病

### 2.1 月经紊乱

主要指月经周期紊乱，经期长短不一，经量时多时少，为无排卵功血的表现。临床见月经周期提前，经量增多，色淡、质稀、或经期延长，小腹空坠，舌质淡，脉细弱，为中气虚弱，冲任不固。治以补气摄血调经，方用补中益气汤加减（黄芪、党参、白术、甘草、升麻、柴胡、陈皮、白芍、阿胶、益母草、仙鹤草）。若见经期提前，量多、色红、质稠、或淋漓不断，或伴手足心热，舌质红、脉细数，为阴虚内热，热扰血海，迫血妄行。治以养阴清热，调经止血，方用两地汤合二至丸加味（生地、玄参、麦冬、白芍、地骨皮、阿胶、女贞子、旱莲草、益母草、仙鹤草）。若见月经明显减少，经期缩短不足两天，胸胁乳房胀痛，脉弦，为肝气郁结，气滞血瘀，治以疏肝理气，活血行瘀，方用血府逐瘀汤加味（当归、白芍、川芎、生地、柴胡、牛夕、枳壳、桃红、红花、甘草、郁金）。若见月经量少、色淡、质薄，或闭经数月，伴腰背酸软、小腹冷、夜尿多，为肾气亏损，精血不足。治以补肾养血调经，方用归肾丸加味（枸杞、杜仲、山茱萸、当归、熟地、山药、茯苓、鸡血藤、龟胶）。

### 2.2 外阴及阴道萎缩

外阴及阴道萎缩时易发生外阴瘙痒，性交疼痛，老年性阴道炎等症状。临床见阴道干涩，灼热瘙痒难

忍，带下量少色黄，甚则血样，为肝肾不足，精血亏虚。治以调补肝肾，方用五子衍宗丸合知柏地黄汤加减（菟丝子、枸杞、覆盆子、山茱萸、淮山药、生地、丹皮、茯苓、知母、黄柏、地肤子、蛇麻子）。

2.3 膀胱及尿道症状，当雌激素缺乏时，部份妇女可发生膀胱及尿道粘膜萎缩所致的症状，如萎缩性膀胱炎，尿道炎等。临床见尿频，或尿有余沥不尽，小腹坠胀，夜尿增多，面色苍白，脉沉细无力，为中气下陷，气不统津。治以补中益气摄津液，补肾固精缩小便，方用补中益气汤合缩泉丸（党参、黄芪、升麻、柴胡、白术、当归、甘草、淮山药、益智仁、台乌）。若见反复出现尿频，尿痛，尿急或尿血，色淡红等泌尿道感染者，为肾阴亏虚，虚火内炽。治以滋阴清热，利尿止血，方用知柏地黄汤加味（山茱萸、淮山药、生地、丹皮、茯苓、泽泻、知母、黄柏、金钱草、茅根、桃红、仙鹤草、黄芪）。

## 3 病案举例

3.1 患者甲，一年多来，月经紊乱，或二月一潮，或三月一至，经来量少，色淡，经期1~2天，腰膝酸软，形寒肢冷，精神疲惫，夜尿多，舌质淡，苔白、脉沉细。辨证为肾气亏损，精血不足。治以温补肾气，养血调经。处方：山茱萸 15g、热地 15g、淮山药 15g、菟丝子 12g、杜仲 12g、枸杞 15g、茯苓 12g、当归 15g、鸡血藤 15g、鹿胶 12g、龟胶 12g、黄芪 20g。服药四剂精神好转，腰膝酸软，形寒肢冷，夜尿多等症明显改善。原方加川芎 12g、牛夕 10g，增强养血调经之效。再服药三剂，月经来潮，经期四天、量、色、质，恢复正常，余症消除。

3.2 患者乙，半年来时感头面阵发性潮热，汗出，心烦，少寐，耳鸣，经期提前1周左右，量多，色红，舌质红，脉细数。辨证为肝肾阴虚，阳气浮越，治以养阴清热。处方：知母 12g、黄柏 10g、山茱萸 15g、淮山药 15g、生地 15g、丹皮 12g、茯苓 12g、龙骨 30g、牡蛎 30g、地骨皮 12g、白薇 12g、钩藤 15g，服药二剂头面潮热发作频率减少，头晕，耳鸣，心烦消除，睡眠安宁，继后月经来潮，量，色，质，舌脉正常。原方去地骨皮 12g、钩藤 15g、加女贞子 15g、旱莲草 12g，增强滋补肝肾，以善其后，再予六味地黄丸，调养数日痊愈。

## 4 讨论

### 4.1 绝经期以往称为更年期

1994年6月14日世界卫生组织，人类生殖特别规划委员会在日内瓦召开有关90年代绝经研究进展工作会议提出废除“更年期”这一术语，改为围绝经（下转99页）

## 桂枝茯苓丸妇科验案举隅

### Experience for treating gynecopathy with Guizhi Fuling pills

刘荣香<sup>1</sup> 张秀丽<sup>2</sup> 邵新兴<sup>2</sup>

(1.河北景县计划生育技术服务站, 河北 景县, 053500;

2.河北省景县卫生局, 河北 景县, 053500)

中图分类号: R271.9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0093-02

桂枝茯苓丸出自张仲景《金匱要略》。方由桂枝、茯苓、桃仁、丹皮、芍药所组成。主治“妇人宿有癥病, 经断未及三月, 而得漏下不止。”方取其祛瘀化癥之功, 用于妇科临床疗效满意。兹举数例验案,

#### 1 更年期综合征

患者甲, 48 岁, 工人, 2005 年 7 月 8 日初诊。有高血压病史, 血压经常波动在 200~230/100~120 毫米汞柱之间。2004 年 11 月始月经不规则, 时而一至, 经行量多或少。诊为更年期综合征。经妇科用激素等药治疗未效。性情急躁。眩晕、头痛且胀, 甚则不能行走, 心悸失眠, 腰痛及右下腹牵引作痛, 按之脐下有肿物, 压疼, 脉沉实。此属瘀血内阻, 经脉不畅。治宜活血化瘀, 畅通经脉。投以桂枝茯苓丸加味。处方: 桃仁 10g、红花 10g、元胡 10g、赤芍 12g、大黄 10g、桂枝 3g、茯苓 12g、丹皮 10g、香附 12g。药进七剂, 血压降至 150/90 毫米汞柱, 腹部肿物及压疼减半。故守原方, 略有增减, 共服 53 剂, 诸证日趋好转, 并用成药更年康调理善后, 遂告痊愈。

#### 2 痛经

患者乙, 26 岁, 农民。2004 年 7 月 9 日就诊。婚后 4 年痛经不愈。经期小腹刺痛难忍, 行经前三天即感小腹坠胀疼痛, 绵绵不休。妇科诊为“双侧输卵管炎”。舌质微黯, 脉弦涩。此属瘀血内阻, 经脉失养。治宜活血化瘀, 养血调经。方用桂枝茯苓丸加味。处方: 桂枝 5g、当归 15g、丹参 15g、茯苓 12g、桃仁 10g、赤芍 10g、制乳香 10g、制没药 10g、香附 12g、丹皮 10g, 药进 3 剂痛减, 6 剂痛止诸证消失。后月经隔 30 日来潮, 色正红有小块, 其疼甚微, 舌质紫脉弦滑。遂守原方继服五剂, 9 月 27 日经妇科检查已孕。

#### 3 绝育后腹痛

患者丙, 31 岁, 农民。2006 年 5 月 29 日初诊。术后 23 天小腹疼痛, 其疼每与情志波动有关, 自感全身不适, 胸闷暖气饮食欠佳, 下腹部疼痛走窜不定, 舌质黯淡脉弦细。此属肝郁气滞, 瘀血内阻。治宜疏

肝理气, 活血化瘀。方用桂枝茯苓丸加味。处方: 柴胡 6g、郁金 10g、桃仁 10g、白芍 12g、当归 10g、茯苓 15g、桂枝 3g、香附 12g、丹皮 10g、山楂 20g。药进一剂, 诸证大减, 又进二剂, 诸证悉除。

#### 4 乳腺肿物

患者丁, 41 岁, 农民。2004 年 3 月 9 日初诊。半年前发现左乳房上方感觉疼痛, 触之有杏核大小肿物。外科诊为乳腺囊性增生病, 劝其手术治疗。为因患者体质受限, 无法手术。现患者焦虑心烦, 夜寐不安, 胃纳不佳, 右侧又相继出现肿物, 后经人介绍邀余诊治。当时触之发现双侧乳房有累累成串之桃核大肿物, 数月来越长越大, 予以试投桂枝茯苓丸加味。处方: 桂枝 3g、茯苓 12g、桃仁 12g、赤芍 10g、炮山甲 6g、丹皮 10g、白蒺藜 10g、夏枯草 15g、薏米 20g、桔梗 6g。水煎日一剂。服之第四天肿物迅速缩小, 十天后消尽, 追访两年未见复发。

#### 5 瘀血发热

患者戊, 31 岁, 教师。2007 年 6 月 19 日初诊。近一年来经常低热, 其热经常波动在 37.4℃~38.3℃ 之间, 以午后夜间为甚, 胃纳欠佳, 食后胀满, 时有暖气, 身体消瘦, 右肋时觉刺痛; 疼处固定不移, 月经周期正常, 唯行经时腹痛难忍, 血块颇多, 舌黯紫脉沉弦。此属瘀血内阻, 营卫气血运行不畅所致。治宜活血化瘀, 调畅气血。方用桂枝茯苓丸加味。处方: 桃仁 10g、元胡 15g、郁金 10g、白芍 12g、山楂 15g、桂枝 8g、茯苓 12g、丹皮 12g、川楝子 10g、党参 10g 药进三剂, 低热已退大半, 体温 37.2℃, 精神转佳, 纳食渐增, 但右肋仍觉疼痛, 效不更方, 继服 6 剂, 诸证皆平, 年后随访, 低热未起, 身体健康。

#### 6 不孕症

患者己, 25 岁, 教师, 2004 年 9 月 27 日初诊, 婚后 4 年, 夫妻同居, 尚未怀孕。查男方精液无异常。月经史 17 岁初潮量中等, 色暗红质稠血块多, 月经前及 (下转 97 页)









---

(上接 93 页)

行经时小腹疼痛，尚能忍受，经前乳房胀痛，平常觉左侧小腹痛，并有灼热感，白带不多，舌质黯红脉沉细涩。今年 2 月取内膜报告：“呈增殖子宫内膜”测静息基础体温：单项型改变。输卵管液报告：“通而不畅”西医诊断：原发性不孕；左侧附件炎；宫颈糜烂 1 度。中医辨证：肝郁气滞血瘀。治则：排卵前，

理气活血通络。排卵后，疏肝理气，滋阴补肾。方药：先用桂枝茯苓丸酌加香附、丹参、败酱草、蒲公英、失笑散、路路通。后用六味地黄加鹿含草、巴戟天、骨碎补、丹参、郁金、玫瑰花治疗 5 个月后，BBP 呈双相改变，于 2005 年 12 月足月顺产一女婴。

编号：EA-100219126（修回：2010-03-18）

# 少腹康颗粒薄层色谱法的鉴别研究

## Research on appreciation of thin-layer chromatography of Shao fu kang grains

张爱银<sup>1</sup> 欧阳松山<sup>2</sup>

(1.汉川市人民医院, 湖北 汉川, 431600;

2.汉川市中医医院, 湖北 汉川, 431600)

中图分类号: R289.03 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0098-02

**【摘要】** 目的: 建立少腹康颗粒的质量标准。方法: 采用薄层色谱法鉴别黄芪、大黄、延胡索; 结果: 鉴别专属性良好。结论: 该方法结果准确、重现性好, 可用于该制剂的质量控制。

**【关键词】** 少腹康颗粒; 薄层色谱; 鉴别研究

**【Abstract】** Objective: To set up quality criteria of ShaoFuKang grain. Methods: Adopting thin-layer chromatography detect milkvetch root, rhubarb and corydalis. Results: Specificity of appreciation is well. Conclusion: This method has accurate result and good reproducibility,can be used to control quality.

**【Key words】** ShaoFuKang grains; thin-layer chromatography; appreciation research

少腹康颗粒是笔者所在医院研制的医院制剂(成果证号: EK080669)。该制剂由黄芪、当归、白芍、川芎、丹参、大血藤、没药、五灵脂、延胡索、赤芍、蒲公英、泽兰叶、大黄等十三味药物组成。具有益气补血、活血祛瘀、行气止痛、清热解毒等功效。主要用于慢性盆腔炎的治疗。为有效控制成品质量,我们对成品中黄芪、大黄、延胡索进行了薄层色谱鉴别,为建立完整的质量标准提供了依据。

### 1 仪器与试药

KQ-100DE 数控超声波清洗器(40KHz, 昆山市超声仪器有限公司), AL204 电子天平瑞士梅特勒, 硅胶 G 薄层板: 自制, 规格 10×20cm, 所用试剂均为分析纯。黄芪甲苷(110739-200613), 大黄酚(110739-200613), 延胡索乙素(110742-200415)均由中国药品生物制品检定所提供, 甲醇和乙腈为色谱纯, 其他试剂均为分析纯, 水为超纯水。少腹康颗粒(批号: 090905、090907、090910、090911、090912)及阴性制剂由汉川市中医医院制剂室提供, 规格每袋 20g (相当于总药材 27g)。

### 2 方法与结果

#### 2.1 TLC 定性鉴别<sup>[1]</sup>

##### 2.1.1 黄芪

将本品适量研成粉末, 取 10g 加甲醇 40ml, 置

50℃超声处理 30min, 滤过, 滤液蒸干, 残渣加水 40ml 使溶解, 用水饱和的正丁醇提取 2 次, 每次 30ml, 合并正丁醇液; 用氨试液洗涤 2 次, 每次 30ml; 弃去氨水液, 将正丁醇液蒸至约 2~3ml 时加中性氧化铝

(100~200 目) 3g, 拌匀继续蒸干, 用 40% 甲醇 50ml 分数次洗涤, 合并 40% 甲醇液, 滤过, 蒸干, 残渣加甲醇 0.5ml 使溶解, 作为供试品溶液。另取黄芪甲苷对照品, 加甲醇制成每 1ml 含 1mg 的溶液, 作为对照品溶液。照薄层色谱法《中华人民共和国药典》2005 年版(附录 VI B) 试验, 吸取上述两种溶液各 5 μl, 分别点于同一硅胶 G 薄层板上, 以三氯甲烷-甲醇-水(13:7:2)的下层溶液为展开剂, 展开, 取出, 晾干, 喷以 10% 硫酸乙醇溶液, 在 105℃加热至斑点显色清晰。供试品色谱中, 在与对照品色谱相应的位置上, 日光下显相同的棕褐色斑点, 紫外光灯(365nm)下显相同的橙黄色荧光斑点(见图 1)。

2.1.2 大黄: 取本品 3g, 加水 20ml, 适当加热使溶解, 加盐酸 2ml, 水浴加热 30 分钟, 立即冷却, 用乙醚振荡提取 2 次, 每次 20ml, 合并乙醚液, 蒸干, 残渣加乙酸乙酯 1ml 使溶解, 作为供试品溶液。再取大黄酚对照品, 加甲醇制成每 1ml 含 1mg 的溶液, 作为对照品溶液。照薄层色谱法《中华人民共和国药典》2005 年版(附录 VI B) 试验, 吸取上述两种溶液各 10 μl,

分别点于同一硅胶 G 薄层板上,以石油醚(30~60℃)-乙酸乙酯-甲酸(15:5:1)的上层溶液为展开剂,展开,取出,晾干,置紫外光灯(365nm)下检视。供试品色谱中,在与对照品色谱相应的位置上,显相同的橙色荧光斑点;置氨蒸气中熏后,日光下检视,斑点变成红色(见图2)。

### 2.1.3 延胡索<sup>[2]</sup>

取本品 10g,加水 50ml,适当加热使溶解,放冷后加浓氨试液 1.5ml 调至碱性,用乙醚振摇提取 2 次,每次 50ml,合并乙醚液,蒸干,残渣加甲醇 0.5ml 使

溶解,作为供试品溶液。另取延胡索乙素对照品,加甲醇制成每 1ml 含 0.5mg 的溶液,作为对照品溶液。照薄层色谱法《中华人民共和国药典》2005 年版(附录 VI B)试验,吸取供试品溶液 10 $\mu$ l、对照品溶液 5 $\mu$ l,分别点于同一用 1%氢氧化钠溶液制备的硅胶 G 薄层板上,以甲苯-丙酮(9:2)为展开剂,展开,取出,晾干,置碘缸中约 5 分钟熏至斑点显色清晰后取出,挥尽板上吸附的碘后,置紫外光灯(365nm)下检视。供试品色谱中,在与对照药材和对照品色谱相应的位置上,显相同的黄色荧光斑点(见图3)。

图 1 样品中黄芪甲苷薄层色谱图



1 2 3 4

1、3 样品 2、4 黄芪甲苷

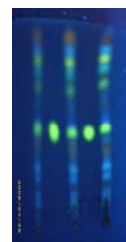
图 2 样品中大黄酚薄层色谱图



1 2 3 4

1、3、样品 2、4 黄芪甲苷

图 3 延胡索乙素薄层析色谱图



1 2 3 4 5

1.3.5 样品 2.4 延胡索乙素对照液

### 3 讨论

本制剂中黄芪、大黄、延胡索的 TLC 鉴别实验显示,阴性无干扰,方法具有专属性。其他几味药材因阴性干扰,缺乏专属性,暂未能鉴别。本研究结果可用于该制剂的质量控制。

### 参考文献:

[1]国家药典委员会.中华人民共和国药典[S].一部,北京:化学工业出版社,2000:306

[2]林彩,刘松青,王章阳,等.百斑颗粒的薄层色谱鉴别[J].中国药业,2004,13(2):45

编号: E-10031137 (修回: 2010-03-16)

(上接 92 页)

期综合征,以统一认识,促进研究工作进一步发展。中医对妇女绝经期综合征,历代医家无系统论述,临床治疗多散在各家医籍当中。中医高等医药院校教材《中医妇科学》中有“绝经前后诸症”一篇,从肾阴虚,肾阳虚辨证论治较为粗旷。笔者参照《实用妇科学》(第 2 版)中“绝经期综合征”的临床分类运用中医理论进行辨证论治更能覆盖全貌,疗效尚好。

4.2 中医理论认为人体生命的活动,主要是脏腑,气血,经络的活动,妇女在生理上有月经、胎孕、产育、哺乳等生理特点,而血是月经、养胎、哺乳的重要物质基础,故有“妇女以血为本”之说。血者,心主血,脾统血,肺运血,肝藏血,肾藏精养血。在绝经期肝肾亏损,冲任虚衰,精血不足,脏腑功能失调,因人而异出现一系列证候群,或偏于肝,偏于肾,偏于脾,偏于肺,偏于心,临证时以气血本血,五脏为中心辨证论治,就能执简驭繁。脾胃为气血生化之源,脾胃

之精,自能下注于肾,肾精充盈则肝木得以涵养,不至肝风内动,扰乱神明,出现兴奋,抑郁等精神神经症状,故临床上应十分重视调理绝经期妇女的脾胃功能。

4.3 绝经期是女性生殖内分泌发生重大变化的转折之一,即由生育旺盛的性成熟过渡老年期的一段岁月,是妇女一生中的重要时期,因此,如何更好地保健呵护妇女渡过绝经期,是医务工作者的神圣职责。一要根据临床表现辨证论治,二要注意加强心理治疗,给绝经期妇女精神鼓励,宣传科学知识,以积极的、健康的心态陶冶情操,安排好自己的生活,从而面对疾病,面对人生。

### 参考文献:

[1]张惜阴.实用妇科学[M].北京:人民卫生出版社,2007:845-849

[2]罗元恺.中医妇科学[M].上海:上海科学技术出版社,1986

编号: E-10022518 (修回: 2010-03-23)

# 葛根素的临床应用进展

## A review on the clinical application of Puerarin

孙桂红

(江苏省南京市大厂中西医结合医院, 江苏 南京, 210044)

中图分类号: R282.71 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0100-02

**【摘要】** 葛根素对治疗冠心病、心绞痛、心肌梗塞、糖尿病肾病、视网膜中央静脉阻塞、突发性耳聋等有实用性价值, 本文对葛根素注射液的临床应用进展状况作一概述, 为临床应用该药提供参考。

**【关键词】** 葛根素; 冠心病; 心绞痛; 心肌梗塞; 脑梗死; 糖尿病肾病; 视网膜中央静脉阻塞; 突发性耳聋

葛根是豆科植物野葛或甘葛藤的干燥根, 性凉, 味甘、辛, 具有解表退热, 生津, 透疹, 升阳止泻的功效。葛根素是野葛或甘葛藤根中提取的黄酮苷, 化学名为 8-beta-D-葡萄糖吡喃糖-4, 7-二羟基异黄酮, 分子式为 C<sub>21</sub>H<sub>20</sub>O<sub>9</sub>, 分子量为 416<sup>[1]</sup>。葛根素的主要功效活血化瘀、通经活络, 对脑血管及心血管有通痹解结之效。现代药理研究表明, 葛根素为血管扩张药, 具有扩张冠状动脉和脑血管、降低心肌耗氧量、改善微循环、抗血小板聚集、降低血液黏稠度等作用, 葛根素临床上常用于治疗高血压病、冠心病、心绞痛、心肌梗塞等心血管疾病, 近年来, 随着对葛根素研究的不断深入, 其临床应用不断拓展, 本文就其临床应用作一概述。

### 1 治疗冠心病、心绞痛、心肌梗塞

冠心病是一种由冠状动脉器质性(动脉粥样硬化或动力性血管痉挛)狭窄或阻塞引起的心肌缺血缺氧(心绞痛)或心肌坏死(心肌梗塞)的心脏病, 亦称缺血性心脏病。葛根素能明显扩张冠脉血管, 改善心脏缺血区的血流, 改善缺血再灌注引起的心功能损害, 提高心肌细胞耐缺血、缺氧的功能。徐燕<sup>[2]</sup>应用葛根素治疗冠心病、心绞痛患者 45 例, 治疗方法: 观察组使用葛根素注射液 400mg 加入 5 葡萄糖注射液 250ml 中, 静脉点滴; 对照组采用复方极化液 250ml 静脉滴注, 均每天一次, 14d 为 1 疗程。结果: 观察组 45 例中显效 15 例, 有效 23 例, 无效 7 例。总有效率 84.4%, 对照组显效 8 例, 有效 16 例, 无效 21 例, 总有效率 53.3%, 提示葛根素能较好改善冠心病、心绞痛患者临床症状, 及时解除痛苦。

### 2 治疗急性脑梗死

急性脑梗死的治疗方法各异, 多以活血化瘀、降

低血黏度、改善脑缺血、扩张血管、抗凝、溶栓等治疗方法为主。但抗凝、溶栓治疗有严格的适应症, 且可出现出血等不良反应, 临床应用受到限制, 葛根素不但能扩张脑血管、降低脑血管阻力、增加脑血流量, 改善微循环, 还可降低血小板聚集、降低血液黏度, 治疗脑梗死。阿勒腾<sup>[3]</sup>应用葛根素治疗 45 例急性脑梗死病人, 方法将 90 例急性脑梗塞患者随机分为 2 组, 治疗组 45 例, 予葛根素注射液 400mg 静滴, 1 次/d, 14 天为 1 个疗程。对照组 45 例, 予复方丹参注射液 250ml 静滴, 1 次/d, 连用 14 天。于治疗前、治疗后 1, 2, 3 周对两组神经功能缺损及生活能力进行评定。结果治疗组治疗前后神经功能缺损评分减少 7.09

( $P < 0.01$ ), 生活能力提高 1.50 等级 ( $P < 0.01$ )。两组总有效率差异有显著性 ( $P < 0.01$ )。结果显示, 葛根素注射液治疗急性脑梗塞疗效显著。

### 3 治疗糖尿病肾病

糖尿病肾病又称糖尿病性肾小球硬化症, 为糖尿病特有的肾脏并发症, 是导致终末期肾病的最常见原因, 其患病率有逐年上升趋势, 其发病机理尚未完全清楚, 可能与代谢异常、血液动力学障碍有关, 目前西医尚无较为理想的治疗方法, 而中医药在西医常规治疗基础上对糖尿病肾病的治疗已取得了较好的疗效。陈刚<sup>[4]</sup>应用葛根素治疗糖尿病肾病 40 例, 方法将 80 例糖尿病肾病患者随机分为 2 组, 对照组在饮食、运动基础上给予胰岛素或(和)口服降糖药物治疗, 而治疗组在常规基础上给予葛根素 400mg 加入 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 一天一次, 静脉点滴, 15 天为一疗程。结果显示, 应用葛根素治疗的患者治疗前后尿白蛋白、24 小时尿总蛋白、血糖、糖化血红蛋白均明显下降, 说明葛根素治疗糖尿病肾病有较好的疗效。

#### 4 视网膜中央静脉阻塞

视网膜中央静脉阻塞较视网膜中央动脉阻塞常见。阻塞部位多位于视盘筛板区或筛板后区的视网膜中央静脉的主干。本病的发病机理复杂,目前尚不完全清楚。多数作者认为由动脉供血不足、静脉管壁损害、血泪流变改变及血流动力学改变等多种因素相互影响而成。葛根素能降低血液黏稠度,并有抑制凝血及血小板凝集作用,使外周血管扩张,改善微循环和局部代谢,有利于组织的修复,促进毛细血管中血流速度加快,使血流变学趋于正常。晏英<sup>[5]</sup>应用葛根素治疗视网膜中央静脉阻塞 36 例,方法为将葛根素 400mg 加入 5% 葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注,一天一次,经过 15 天的治疗,结果显示,痊愈 41.66%,显效 36.11%,好转 16.66%,无效 5.57%,总有效率 94.43%。说明葛根素治疗视网膜中央静脉阻塞疗程短,疗效高,方法简便,无不良反应。

#### 5 突发性耳聋

突发性耳聋是耳鼻咽喉科的常见急症之一,目前临床上对该病的治疗方法及药物很多,但疗效均不确切,有学者认为,突发性耳聋是由于全血黏度增高,体内凝血、抗凝与纤维蛋白溶解三大系统的平衡发生了改变,引起内耳微循环功能不良,耳蜗血流灌注量下降,致使组织细胞肿胀、内耳血管内皮细胞损害,甚至内耳微血管血栓形成。葛根素具有增加脑血管流量及外周血流量、抑制血小板凝集、抗凝血及促进纤维蛋白溶解等作用,从而降低血液黏稠度、改善微循

环,进一步改善内耳微循环障碍,促使受损耳蜗毛细血管和蜗神经细胞功能的恢复。何慧明<sup>[6]</sup>等应用葛根素治疗突发性耳聋 25 例,方法:常规以 1% 利多卡因加维生素 B<sub>12</sub> 500 μg 星状神经阻滞,一天一次,治疗组在此基础上加用葛根素 200mg 加入 0.9% 氯化钠注射液 250ml 中静脉滴注,一天一次,10 天为一疗程,结果显示,治疗组痊愈 17 例,显效 5 例,好转 1 例,无效 2 例,总有效率 92%,说明葛根素治疗突发性耳聋有效。

尚有其他关于葛根素可用于治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕、慢性呼吸衰竭,溶血性黄疸等报道,葛根素的临床应用前景还有待进一步挖掘。同时在临床应用上还要注意其偶尔出现的不良反应,做到安全、合理、有效地利用葛根这一中药资源。

#### 参考文献

- [1]王筠默.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社出版,2004
- [2]徐燕.葛根素治疗冠心病心绞痛 45 例疗效观察[J].包头医学院学报,2006,22(2):162-163
- [3]阿勒藤.葛根素治疗急性脑梗死 45 例[J].中华中西医杂志,2008,9(5):414
- [4]陈刚.葛根素治疗糖尿病肾病 40 例疗效观察[J].实用糖尿病杂志,2007,3(4):60-61
- [5]晏英.葛根素治疗视网膜中央静脉阻塞 36 例疗效观察[J].中国实用医刊,2005,32(5):62
- [6]何慧明.葛根素治疗突发性耳聋 25 例[J].实用中西医结合临床杂志,2004,4(3):88

编号: EA-100310165 (修回: 2010-03-19)

(上接 90 页)

易于接受而被临床广泛应用,但药物流产尚存在流产不全以及流产后阴道出血不止的副作用。王师认为药物流产系人为攻伐孕胎,由于个体差异,冲任虚实不一,药力或太过或不及,或瘀滞不去,胎垢残留,或过伤冲任,宫缩乏力,均可致瘀血内停,新血不生,血不归经而下血不止。该患者即是药力攻伐不及而致不全流产,瘀滞不去而流血不止,治以破血逐瘀、荡涤胞宫,瘀去新生而后稍事调补,则血止元复。

#### 3 讨论

吾师认为女子以肝为先天,肝藏血主疏泄,肝血疏泄失常,瘀血不去、新血不生乃是妇科疾病的主要病机,与妇人冲任气血循环往复的周期紊乱密切相关。祛瘀生新大法正是顺其自然周期,气血疏泄时顺势攻逐瘀滞、荡涤宿积,气血渐长时调补冲任,瘀去而新生,自然调整其生物节律,以达周期自调之目的。临床以此法为主治疗不孕症、痛经、崩漏、经行前后诸症等均收显效。柴丽娜采用群体调研、心理测定、临

床实验研究证实妇科血瘀证与妇人心理生理特点密切相关,认为女性内心体验迂曲萦绕、感情隐涩曲折、阳虚体质是其内在因素<sup>[1]</sup>。李玮以动物实验研究活血通经中药对卵巢和子宫功能的影响及作用机制表明,活血通经化瘀中药具有调节生殖内分泌的功能<sup>[2]</sup>。两者分别从生理和药理角度为祛瘀生新大法治疗妇科疾病提供了科学依据。

#### 参考文献:

- [1]柴丽娜.关于妇科血瘀证发病机理的研究[J].中医杂志,1997, (2):102
- [2]李玮.活血通经中药对卵巢和子宫功能的影响及其作用机制[J].中国中西医结合杂志,1992,(3):165

#### 作者简介:

郑祖峰(1970-),男,山东平邑人,副主任医师。93年毕业于山东中医药大学,中医本科,一直从事中医妇科及男科临床工作,擅长不孕不育症的诊疗。

编号: E-10020345 (修回: 2010-03-22)

# 丹参对实验糖尿病大鼠粘附分子和坐骨神经的影响

## Influence of Salvia on sciatic nerve

## and the level of ICAM-1 in STZ-induced diabetic rats

姚 鹏<sup>1</sup> 赵丽霞<sup>2</sup> 王 哲<sup>3</sup>

(1.武警济南消防医院, 山东 济南, 250021;

2.山东省医学高等专科学校, 山东 济南, 250002; 3.山东省立医院, 山东 济南, 250100)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0102-04 证型: DGBI

**【摘要】** 目的: 研究丹参对糖尿病大鼠体内两种粘附分子 - 细胞间粘附分子-1 (ICAM-1) 和 P-选择素 (P-selectin) 表达的影响和对坐骨神经超微结构及传导速度的影响; 方法: 将 SD 大鼠随机分正常、糖尿病和丹参 3 组, 测定各组血糖、糖化血红蛋白、单个核细胞表面 ICAM-1 和血小板表面 P-selectin 表达水平; 观察坐骨神经超微结构及测定其传导速度。结果: 丹参能够明显降低单个核细胞表面 ICAM-1 的表达 (丹参=35.10% ± 5.16 vs DM=65.66% ± 11.10,  $P < 0.05$ ), 但对血小板 P-selectin 的表达影响不明显。坐骨神经超微结构的病理变化明显改善, 传导速度明显加快 (丹参=39.50m/s ± 4.07 vs DM=19.76m/s ± 3.21,  $P < 0.05$ ); 而且 ICAM-1 表达的下降与坐骨神经传导速度及超微结构的病理变化明显改善存在显著的相关性。结论: 丹参能降低糖尿病大鼠体内 ICAM-1 水平, 并改善了糖尿病引起的坐骨神经病理和传导速度的功能变化。

**【关键词】** 粘附分子; 糖尿病神经病变; 丹参

**【Abstract】** Objectives: To study the level of ICAM-1 on the surface of mononuclear cell and P-selectin on the platelet in the STZ-induced Diabetic rats and the effect on the ultrastructure and conductive velocity of Sciatic nerve by salvia miltiorrhiza bge treatment. Methods The SD rats were randomly divided into three groups: normal control、diabetes control、salvia miltiorrhiza bge. Sciatic nerve conductive velocity、Blood glucose、HbA1c、the level of ICAM-1 on the surface of mononuclear cell and P-selectin on the platelet were examined, ultrastructure of sciatic nerve were observed. Results Salvia miltiorrhiza beg increased sciatic nerve conductive velocity significantly (DM=19.76m/s ± 3.21 vs Salvia miltiorrhiza beg=39.50m/s ± 4.07,  $P < 0.05$ ), improved ultrastructure of sciatic nerve pathological changes, decreased the level of ICAM-1 on the surface of mononuclear cells (Salvia miltiorrhiza beg=35.10% ± 5.16 vs DM=65.66% ± 11.10,  $P < 0.05$ ) on Diabetic rats, but had no significant effect on P-selectin on the surface of platelets. Conclusion The study suggests that salvia miltiorrhiza bge can improve pathological changes of Sciatic nerve as well as decreasing expression of ICAM-1 in DM-rats, and delay the development of diabetic neuropathy.

**【Key words】** Adhesion molecules; diabetic neuropathy; Salvia miltiorrhiza

丹参是一种常用的中药, 中医认为, 其味苦性微寒, 具有活血通经、祛瘀止痛、清心除烦、凉血消痈等作用, 适用于血淤、血热、血淤兼热或血热兼淤所致的各种病证; 已有众多研究表明它含有各种丹参酮和丹参素, 能够有效的降低细胞表面粘附分子的表达。细胞间粘附分子-1 (ICAM-1) 和 P-选择素 (P-selectin) 是两种重要的粘附分子, 它们特别是 ICAM-1 在糖尿病神经病变的发生发展起了重要的作用。因此我们用丹参对糖尿病模型大鼠进行试验性治疗, 来研究丹参对 ICAM-1 和 P-selectin 这两种粘附分子表达的影响,

观察坐骨神经超微结构的病理变化和其传导速度的改变。我们的研究表明丹参能够降低 ICAM-1 的表达并改善糖尿病坐骨神经病变, 这为我们将丹参用于防治糖尿病神经并发症提供了试验依据。

### 1 材料与方法

#### 1.1 动物和材料

##### 1.1.1 动物模型及分组处理

雄性 Sprang Dawley (SD) 大鼠购于山东省卫生防疫站动物中心, 体重 200~230g。制模前随机选择 8 只为正常对照组, 其余大鼠给予 STZ 70mg•kg<sup>-1</sup> 腹腔

注射，正常对照组大鼠在相同条件下腹腔注射等量柠檬酸钠缓冲液，72 小时后测血糖  $\geq 16.7\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$  者为造模成功。成模大鼠随机分为糖尿病 ( $n=10$ ) 和丹参 ( $n=10$ ) 2 组。丹参组每只大鼠分别按  $3\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$  灌胃，其余组给予等量蒸馏水灌胃，自由饮食，实验期间有部分大鼠死亡。8 周后糖尿病对照组剩余 8 只，丹参组剩余 9 只。

### 1.1.2 试剂

链脲佐菌素(STZ)(美国 sigma 公司);丹参(*Salvia miltiorrhiza* Bge): 准确称量后，水煎过滤，浓缩至每毫升 0.5g; 异硫氰酸荧光素 (FIFC) 标记的小鼠抗大鼠 ICAM-1、P-selectin 单克隆抗体及鼠抗人 IgG 多克隆抗体 (法国国际免疫公司)。

### 1.2 实验方法

1.2.1 测定血糖: 每周断尾取血，以微量血糖仪 (美国 LIFESCAN) 测血糖浓度。

1.2.2 测定糖化血红蛋白 (HbA<sub>1c</sub>): 8 周后断尾取血，用糖化血红蛋白仪 (美国 Bayer 公司 DCA2000) 测定。

1.2.3 测定大鼠单个核细胞表面抗原 ICAM-1、血小板表面抗原 P-selectin: 大鼠麻醉后心脏取血 1.0ml, 2% EDTA 0.1ml 抗凝，分离单个核细胞，制备富血小板悬液，流式细胞仪 (美国 BECTON, DICKINSON) 测定细胞表面的荧光强度。

### 1.2.4 坐股神经传导速度测定

充分暴露坐股神经约 2~3cm, 刺激电极置于坐股神经的近端，输出电极置于远端，刺激宽度 0.3ms, 延时 1ms, 刺激间隔 900ms, 刺激强度 2~3V, 用电刺激器按以上数据进行刺激，由刺激电极输入刺激信号，输出电极接收动作电位的信号，然后传入四导生理记录仪，扫描速度为 1ms/cm, 记录动作电位的幅度 5mv/cm; 测量两个电极间的距离，为神经传导的距离 (s)。记录仪上从刺激到出现动作电位时的距离为传导上述距离所需的时间 (t), 坐股神经的传导速度为  $V=s/t$ 。

### 1.2.5 超微结构的观察

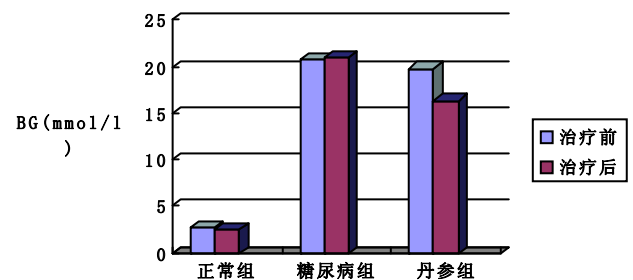
新鲜组织用 3% 戊二醛固定后，再用 1% 锇酸进行后固定，EPON812 进行包埋、半薄定位、超薄切片，铅铀染色，在透射电镜 (JEM-1200EX, Japan) 下观察。

### 1.3 统计方法

使用 SAS 6.12 统计软件分析，数据以均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，采用自身对照 *t* 检验分析治疗前后血糖的变化；用方差分析及 *Q* 检验分析组间差异。使用相关性分析判断粘附分子表达降低与坐骨神经传导速度增加的关系。

## 2 结果

### 2.1 各组大鼠血糖浓度的变化 (见图 1)



	治疗前血糖	治疗后血糖
正常对照组	2.73	2.59
糖尿病组	20.86	20.91
胰岛素组	21.17	4.97
丹参组	18.92	16.38

#### 丹参治疗后血糖与糖尿病组无明显差异

可以看出试验糖尿病大鼠的模型是完全成功的；经丹参治疗 2 月后血糖无明显改善，经统计学计算丹参对血糖的影响不大。 ( $P=0.87$ )

### 2.2 糖化血红蛋白的测定 (见表 1)

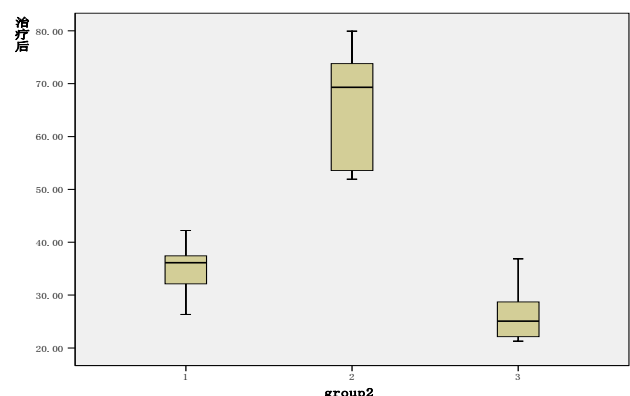
表 1 丹参治疗后对糖尿病大鼠 HbA<sub>1c</sub> 的影响 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	HbA <sub>1c</sub> (%)	<i>P</i> (与糖尿病组比较)
糖尿病组	8.638 $\pm$ 1.407	
丹参组	8.775 $\pm$ 1.197	=0.836

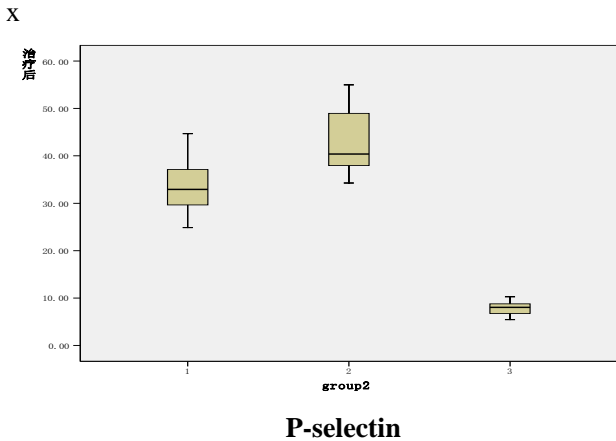
试验结果表明，与对照组糖尿病大鼠相比，丹参治疗 2 个月后对 HbA<sub>1c</sub> 没有显著的影响。 ( $P=0.84$ )。

### 2.3 单个核细胞表面 ICAM-1、血小板表面 P-selectin 值的测定 (图 2)。(①: 丹参组; ②: 糖尿病组; ③: 正常组)

图 2 丹参治疗后对糖尿病大鼠单个核细胞表面 ICAM-1、血小板表面 P-selectin 的影响 ( $\bar{x} \pm s$ ) (①: 丹参组; ②: 糖尿病组; ③: 正常组)



#### ICAM-1



从数据分析可以看出，糖尿病组单个核细胞表面 ICAM-1、血小板表面 P-SELECTIN 的表达明显增高；经丹参治疗两月后单个核细胞表面 ICAM-1 的表达显著降低；而对 P-SELECTIN 的表达无明显影响。

2.4 坐骨神经传导速度的变化 (表 2)

从结果可以看到，与糖尿病大鼠相比，丹参治疗明显的逆转了坐骨神经传导速度的下降 ( $P=0$ )，与正常对照组没有明显的差别 ( $P=0.16$ )。

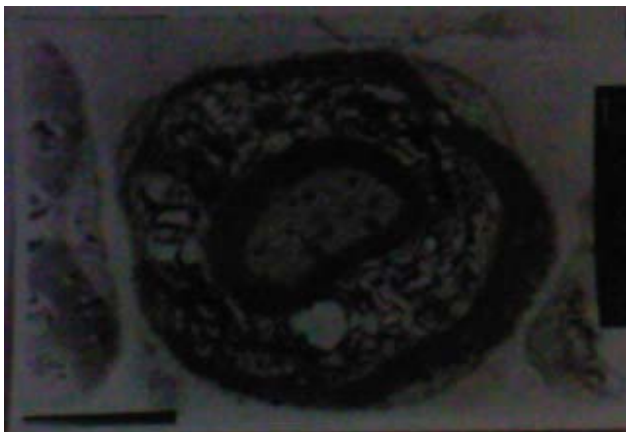
表 2 治疗后各组神经传导速度的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	$\bar{x} \pm s$ (m/s)
正常组	44.03 ± 7.66*
糖尿病组	19.76 ± 3.21
丹参组	39.50 ± 4.07*

注：\*表示与糖尿病对照组比较  $P$  值 < 0.05。

图 3 坐骨神经超微结构

A 正常对照组



正常组大鼠的坐骨神经纤维形态规整，髓鞘板层呈同心圆状排列，轴突内神经微丝和神经微管排列整齐，沿神经纤维走向纵向排列，雪旺细胞线粒体形态正常。

2.5 ICAM-1 和 P-selectin 表达变化与神经传导速度变化的相关性分析

当我们将这三个变量进行相关性分析时，ICAM-1

和 P-selectin 表达变化与神经传导速度变化都存在着明显的负相关性。为了研究 ICAM-1 和 P-selectin 表达变化谁对神经传导速度影响更大，我们又采用了偏相关分析：当控制 ICAM-1 的变化时，P-selectin 与神经传导速度变化的相关性就不存在了 ( $r = -0.11, P = 0.61$ )；但是如果我们控制 P-selectin 的变化，ICAM-1 与神经传导速度变化的负相关性仍然存在 ( $r = -0.691, P = 0$ )。这表明，尽管 ICAM-1 与 P-selectin 的表达变化和神经传导速度变化均有关联，但是 ICAM-1 对神经传导速度变化的影响意义更大。

2.6 坐骨神经超微结构的观察 (图 3)

图 3 坐骨神经超微结构

B 糖尿病组



可见髓鞘板层分离，分离处失去层状结构，排列紊乱，轴突变细，神经微丝排列紊乱，呈方向不一的斜线状，血旺细胞线粒体肿胀。

图 3 坐骨神经超微结构

C 丹参组



髓鞘轻度皱缩，板层呈同心圆状排列，极少部分板层疏松 ( $\times 4000$  倍)

正常组大鼠的坐骨神经纤维形态规整，髓鞘板层呈同心圆状排列，轴突内神经微丝和神经微管排列整齐，沿神经纤维走向纵向排列，血旺细胞线粒体形态正常。糖尿病组大鼠的坐骨神经纤维可见髓鞘板层分离，分离处失去层状结构，轴突变细，呈方向不一的



斜线状, 血旺细胞线粒体肿胀。而丹参组的髓鞘仅轻度皱缩, 板层仍然呈同心圆状排列, 只有极少部分板层疏松, 神经微丝排列紊乱明显减轻; 说明丹参能够部分逆转坐骨神经病理改变, 从而改善坐骨神经功能。

### 3 讨论

粘附分子是一类具有多种生物功能的受体型跨膜糖蛋白, 能介导细胞粘附、趋化、淋巴细胞回巢等作用, 参与炎症反应, 在机体的生理和病理过程中发挥重要作用, 特别是与血管功能和血管内皮异常有密切关系。而血管的功能异常改变在糖尿病各种并发症包括神经病变中起着重要的作用。Copepy LJ<sup>[1]</sup>等的研究报告 STZ 诱导的糖尿病大鼠血管功能病变早于神经传导速度的异常, 血管功能的改善对于减轻神经病变是至关重要的; Jude EB<sup>[2]</sup>等的研究表明糖尿病伴神经病变患者血浆中的可溶性 P-selectin (sP-selectin) 和 sICAM-1 的水平明显高于无神经病变者, 而且 sP-selectin 和 sICAM-1 的表达水平随腓神经传导速度的减慢而增高明显, 与腓神经传导速度的降低显著相关, sP-selectin 明显升高的病人五年后腓神经传导速度均减慢 3m/s 以上, sP-selectin 与糖尿病神经病变患病危险显著相关。而且即使病人血糖得到了良好的控制, 也难以改善腓神经传导速度减慢的趋势。因此粘附分子 ICAM-1、P-selectin 在糖尿病的外周神经病变的发生、发展中起了重要的作用。丹参 (*Salvia miltiorrhiza* Bge) 有活血祛瘀、养血安神的功能。丹参提取液化学成分主要分为两部分: 一为脂溶性多种丹参酮, 一为水溶性原儿茶酚醛和儿茶酚的衍生物——丹参素, 二者均有扩张收缩的微动脉, 加速血流, 抗血栓形成, 抗血小板聚集、粘附及促进纤维蛋白降解作用<sup>[6]</sup>。

本实验中, 经丹参治疗的大鼠 ICAM-1 表达明显降低, 同时, 坐骨神经超微结构的病理改变明显改善, 传导速度也明显加快, 说明丹参可在降粘附分子的同时从形态和功能上来逆转糖尿病神经病变。影响黏附分子的因素有许多, Vlassara<sup>[3]</sup>发现糖基化终末产物 (AGEs) 能诱导 ICAM-1 的表达, 用 AGE 受体抗体或 N-乙酰-L-半胱氨酸进行干预后, ICAM-1 的表达明显下降, 表明了 ICAM-1 的表达是以 AGE-RAGE 诱导的氧化为中心介导产生的。李文静等研究表明<sup>[4]</sup>, 丹参是一有效的糖化抑制剂, 而这种抑制作用对不同氨基酸组成的蛋白质有明显的选择性。本实验中, 糖化血红蛋白虽未明显降低, 但丹参可能抑制某些其他蛋白质的糖化而使总糖基化终末产物水平降低进而降

低 ICAM-1; 另外, S Devaraj<sup>[5]</sup>等认为修饰后的尤其是糖化、氧化 LDL 或许是动脉硬化过程中内皮细胞激活的重要原因, 从而产生大量黏附分子。有研究表明<sup>[6]</sup>, 经丹参注射液治疗动脉粥样硬化大鼠, 其血管壁 ICAM-1 蛋白及 mRNA 的表达显著降低, 同时也降低甘油三酯和总胆固醇的水平。故认为丹参可抑制动脉粥样硬化大鼠血脂及 ICAM-1 蛋白及 mRNA 的表达。从以上研究结果分析丹参改善糖尿病大鼠神经病变的机制与降低黏附分子, 改善营养神经的血管功能有关。

结果分析丹参对血糖没有明显影响, 说明降低粘附分子的表达不是通过对血糖的影响而作用的。丹参治疗和预防糖尿病神经病变的机制可能与降低部分粘附分子的作用有关, 而与血糖降低并无直接关系。我们的研究表明丹参具有降低糖尿病大鼠体内 ICAM-1 表达的作用, 并可能至少通过这一途径来改善糖尿病大鼠并发的神经病变, 但是这一作用所涉及的具体信号途径和机制仍不明确, 还需一系列的基础研究加以完善和证明。另外, AMs 的种类还很多, 如在发生糖尿病神经病变的神经轴突及血旺细胞中神经黏附分子 (NCAM) 的表达也明显升高, 说明在糖尿病神经病变中黏附分子不仅有间接作用, 也可能直接参与这一过程。丹参对这些 AMs 是否起作用还需进一步研究。

### 参考文献:

- [1]Copepy LJ, Davidson EP, Dunlap JA et al. Slowing of motor nerve conduction velocity in streptozotocin-induced diabetic rats is preceded by impaired vasodilation in arterioles that overlie the sciatic nerve. *Int J Exp Diabetes Res* 2000;1(2):131-43
- [2]Jude EB, Abbott CA, Young MJ, et al. The potential role of cell adhesion molecules in the pathogenesis of diabetic neuropathy. *Diabetologia*, 1998; 41 (3): 330-6
- [3]Vlassara H, Fuh H, Donnelly T, et al. Advanced glycation endproducts promote adhesion molecule (rCAM-1, ICAM-1) expression and atheroma formation the normal rabbits *Mol Med*, 1995, 1:447-56
- [4]李文静, 顾建新, 等. 丹参对体外葡萄糖与蛋白质非酶结合的影响[J]. 上海医科大学报. 1998; 25(2):133-135
- [5]S Devaraj, I Jialal, et al. Low-density lipoprotein postsecretory modification, monocyte function, and circulating adhesion. *Molecules in type 2 diabetic patients with and without macrovascular complications. Proc Natl Acad Sci USA*, 1992, 89:12043-7
- [6]张梅, 温进坤, 孙辉臣, 等. 丹参注射液对动脉粥样硬化大鼠血脂及细胞间粘附分子-1 表达的影响[J]. 中国病理生理杂志, 2004, 20(10):1871-1873

编号: E-9123142 (修回: 2010-03-17)

# 当归四逆汤的耐缺氧作用提取工艺优选

## Danggui Sini Decoction to optimize the extraction process

任 燕<sup>1</sup> 孙宇章<sup>2</sup> 罗 飞<sup>1</sup>

(1.贵州大学, 贵州 贵阳, 550025;

2.北京医药集团中国医药研究开发中心, 北京, 102206)

中图分类号: R282.71 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0106-02

**【摘要】** 目的: 研究溶剂浓度、溶剂倍量、提取时间和提取温度对当归四逆汤复方提取的影响, 并通过药理实验筛选出最佳提取工艺。方法: 设计乙醇浓度、溶剂倍量、提取时间和提取温度 4 个因素的正交实验, 以药理实验缺氧耐受性为指标。结果: 小鼠的缺氧耐受性实验结果显示: 小鼠存活时间以第 6 组最长, 其次为第 2、第 4 第 3 组, 存活时间最短的是第 8 组。结论: 当归四逆汤的最佳提取工艺为以 4 倍量 70% 乙醇回流提取 2 小时。

**【关键词】** 当归四逆汤复方; 正交实验; 缺氧耐受性实验

**【Abstract】** Objective: To investigate the flux concentration, times the volume of solvent, extraction time and extraction temperature on extraction of Danggui Sini Decoction compound the impact of, and pharmacological experiments in mice were selected to do the best extraction process. Method: Consider the ethanol concentration, times the volume of solvent, extraction time and extraction temperature of four orthogonal experimental design factors, through the hypoxic tolerance of the mouse experiment, the data recording and analysis of experimental results obtained. Result: Hypoxia tolerance in mice experimental observation: the first group:10.07±1.25min Second group: 11.57±1.36min Third group: 11.12±1.43min fourth group: 11±1.34min fifth group: 10.87±1.02min sixth group: 14.67±0.72min seventh group: 10.35±1.25min eighth group: 9.23±1.07min ninth group: 9.93±0.87min. Conclusion: Danggui Sini Decoction extraction process for the best 4 times to 70% ethanol extraction for 2 hours.

**【Keywords】** Danggui Sini Decoction compound; orthogonal experiments; hypoxia tolerance test

当归四逆汤出自张仲景之《伤寒论·厥阴篇》, 本方以桂枝汤去生姜, 倍大枣, 加当归、通草、细辛组成。方中当归甘温, 养血和血; 桂枝辛温, 温经散寒, 温通血脉, 为君药。细辛温经散寒, 助桂枝温通血脉; 白芍养血和营, 助当归补益营血, 共为臣药。通草通经脉, 以畅血行; 大枣、甘草, 益气健脾养血, 共为佐药。重用大枣, 既合归、芍以补营血, 又防桂枝、细辛燥烈太过, 伤及阴血。甘草兼调药性而为使药。全方共奏温经散寒, 养血通脉之效。目前还没有关于该方在胸痹方面的药理研究, 因此笔者将该方的提取工艺作实验性研究, 为进一步研究该方在胸痹方面的药理作用作准备。

### 1 实验材料与试剂

#### 1.1 实验材料

实验材料为当归、桂枝、芍药、细辛、甘草、通草、大枣, 购于贵州省贵阳市药材公司中药饮片厂。

#### 1.2 实验仪器

旋转蒸发器(RE-52A型, 上海亚荣生化仪器厂); 电热干燥箱(WMK-02型, 湖北省黄石市医疗器械厂); 数显恒温水浴锅(HH-S2S型, 金坛市环保仪器厂); 电子台秤(SL202型, 上海民桥精密科学仪器有限公司);

循环水式多用真空泵(SHZ-C型, 巩义市予华仪器有限责任公司); 0.25kg 手提式高速中药粉碎机(DFT-250, 温岭市林大机械有限公司); 回流提取装置一套、1ml 注射器、灌胃针头、250ml 广口瓶、鼠笼(9套)、秒表、50ml 容量瓶。

1.3 实验试剂: 无水乙醇(重庆川江化学试剂厂); 蒸馏水, (贵州大学生化所制备); 凡士林。

1.4 实验动物: 昆明种小白鼠(贵阳医学院动物中心)。

### 2 实验方法与结果

#### 2.1 实验前处理

将购买的药材用粉碎机分别进行适当粉碎待用(应为粗粉)。用无水乙醇分别配制 60%、70%、80% 的乙醇待用。

2.2 正交实验设计: 实验采用  $L_9(3^4)$  正交表进行提取条件优选, 选用乙醇浓度、溶剂倍量、提取时间和提取温度 4 个因素, 选择 3 个水平, 见表 1。

表 1 正交实验因素水平表

实验号	乙醇浓度	溶剂倍量	温度	提取时间
1	60%	4	60℃	1h
2	60%	5	70℃	1.5h
3	60%	6	80℃	2h
4	70%	5	80℃	1h
5	70%	6	60℃	1.5h
6	70%	4	70℃	2h
7	80%	6	70℃	1h
8	80%	4	80℃	1.5h

2.3 提取工艺过程: 称取前面准备好的药材当归四逆汤复方处方的量各半约 20.0g ( $\pm 2.0$ g) 共 9 份, 分别按  $L_9(3^4)$  正交表进行回流提取实验, 提取完毕后趁热减压过滤, 在旋转蒸发器上浓缩至 10ml 左右, 最后用蒸馏水稀释定容至 50ml 置于安瓿瓶中, 其浓度为 0.368g/ml, 在冰柜中保存待用。

#### 2.4 实验方法

2.4.1 小白鼠分组: 取昆明种小白鼠 90 只, 雄性, 重量为  $23 \pm 2$ g, 分为 9 组各 10 只, 编号、称重。

2.4.2 实验动物的给药量  $\times 10$ , 人的用量约为 55g, 则小白鼠的给药量约为 9.2g (生药材)/Kg, 本实验的给药量为 10g/Kg。小白鼠的一般给药量为 0.4ml~0.6ml/20g, 最大灌胃量可为 0.8ml。故前面提取定容至 50ml 由此得来。灌胃量按小鼠的体重最终确定。

2.4.3 缺氧耐受性实验: 取小鼠 54 只, 称重、标记, 随机分为 9 组。灌胃给药, 一天一次, 连续 7 天, 末次给药 30min 后开始实验。将小鼠放入广口瓶内(每瓶放一只小鼠), 用凡士林涂抹瓶口盖严, 使之不漏气, 立即用秒表计时, 以呼吸停止为指标, 观察小鼠存活的时间, 并做好记录。

2.4.4 实验结果, 见表 2。

表 2 各组小白鼠的存活时间 (单位/min  $n=10$ ,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	存活时间
1	10.05 $\pm$ 0.95
2	11.37 $\pm$ 1.13
3	10.95 $\pm$ 1.17
4	11.01 $\pm$ 1.16
5	10.72 $\pm$ 0.83
6	14.57 $\pm$ 0.65 <sup>***▲▲▲☆☆◇◇◇□□□</sup>
7	10.15 $\pm$ 1.07 <sup>□</sup>

8 9.29  $\pm$  0.87<sup>▲▲▲☆☆◇◇</sup>  
9 9.95  $\pm$  0.75<sup>▲\*</sup>

注: 与第一组比较: \* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ , \*\*\* $P < 0.001$ ; 与第二组比较: ▲ $P < 0.05$ , ▲▲ $P < 0.01$ , ▲▲▲ $P < 0.001$ ; 与第三组比较: ☆ $P < 0.05$ , ☆☆ $P < 0.01$ , ☆☆☆ $P < 0.001$ ; 与第四组比较: ◇ $P < 0.05$ , ◇◇ $P < 0.01$ , ◇◇◇ $P < 0.001$ ; 与第五组比较: □ $P < 0.05$ , □□ $P < 0.01$ , □□□ $P < 0.001$ 。

结果显示: 各试验小鼠存活时间以第 6 组最长, 为  $14.57 \pm 0.65$ min, 其次为第 2、第 4 第 3 组, 存活时间分别为  $11.37 \pm 1.13$ min、 $11.01 \pm 1.16$ min 和  $10.95 \pm 1.17$ min, 存活时间最短的是第 8 组, 为  $9.23 \pm 1.07$ min; 与第 1 组、第 2 组、第 3 组、第 4 组和第 5 组相比, 第 6 组有显著差异 ( $P < 0.001$ ), 第 8 组明显差异 ( $P < 0.01$ )。因此, 第 6 组提取物的小鼠存活时间最长, 当归四逆汤的最佳提取工艺为: 在 70℃ 时, 用 4 倍量 70% 乙醇回流提取 2 小时。

### 3 讨论

当归四逆汤的现代药理研究较少报道。黄氏<sup>[1]</sup>用水煎醇沉后的药液探讨了其温通血脉作用; 黄芳、窦昌贵等研究了本方水提液的口服效果<sup>[2-3]</sup>, 发现药理研究结果与当归四逆汤的传统功效相吻合, 并为本方现代临床应用提供了依据。冠心病属于祖国医学“胸痹”“心痛”的范畴。其发病的基本病机为本虚标实。从本病的形成发展来看, 本虚标实为其基本病理特点。本虚, 多因禀赋不足, 或久病、年老体衰, 致心之气血阴阳虚损, 特别是心气虚和心阳虚, 无力鼓舞气血, 充养心脉。标实者, 多系高粱厚味, 七情内伤, 劳逸失度, 致气滞、血瘀、痰浊、热结, 尤其是痰瘀互结, 阻遏胸阳、痹阻心络而致心痛。在其病理衍变中, 本虚是基础, 标实是发病的条件, 本虚又以气虚为主, 标实则血瘀为主。心脉痹阻不通是病变的根本, 而改善机体的耐缺氧能力是预防和治疗冠心病的有效途径之一。因此, 本实验利用小鼠的耐缺氧能力来优选提取工艺, 为进一步研究该方在抗心肌缺血方面的药理作用作准备。

#### 参考文献:

- [1]黄敬辉,李秀挺,周良等.从循环及微循环方面探讨当归四逆汤的温通血脉作用[J].白云医药信息,1997,(6):6
- [2]黄芳,黄罗生,成俊等.当归四逆汤活血化瘀作用的实验研究[J].中国实验方剂学杂志,1999,5(5):31
- [3]窦昌贵,成俊,黄芳等.当归四逆汤镇痛抗炎作用的实验研究[J].中国实验方剂学杂志,1999,5(5):38

编号: L10031002 (修回: 2010-03-19)

# 中药胆胃宁对大鼠长期毒性试验的研究

## Investigation on long-term toxicity test of Danweining to rat

刘永霞

(江苏南通市通州中医院, 江苏 南通, 226300)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0108-02

**【摘要】** 目的: 探讨长期服用中药胆胃宁的安全性。方法: 将 40 只 SD 大鼠随机分为对照组及胆胃宁低、中、高剂量组共 4 组, 胆胃宁低、中、高剂量组分别予胆胃宁 1ml、2ml、4ml 灌胃, 对照组给予 2ml 生理盐水灌胃, 每日一次, 用药周期 120 天, 观察给药期间大鼠的一般状况和体质量的增长、血常规、凝血时间、部分血生化指标及组织器官等方面的变化。结果: 4 组大鼠一般状况未见明显差异, 体质量的增长、血常规、凝血时间、部分血生化指标及组织结构等也均未见明显异常 ( $P>0.05$ )。结论: 中药胆胃宁无明显毒副反应, 临床长期服用较为安全。

**【关键词】** 毒理学; 胆胃宁; 大鼠

**【Abstract】** Objective: To approach safety of taking Danweining for long-term. Methods: Deviding the 40 rats trabant into 4 groups, control group, Danweining groups with low, middland high dose. Lavaging the Danweining groups with low, middland high dose with 1ml, 2ml, 4ml while the control group lavaged with 2ml isotonic Na chloride, once per day, and cycle time is 120 days. To observe the variation of common condition, quality, blood routine, clotting time, part blood biochemical indicator and tissue and organs of these rats. Results: There has not been obviously difference between the 4 groups( $P>0.05$ ).Conclusion: Danweining has not poison and adverse reaction and can be taken for long-term safely.

**【Key words】** toxicology; Danweining; rat

胆胃宁是在古方大柴胡汤的基础上加减而成, 临床主要用于治疗急慢性胃炎、胃溃疡等。大量的临床研究及动物实验业已证明<sup>[1-2]</sup>, 胆胃宁对急慢性胃炎、胃溃疡具有良好疗效。为了观察长期应用胆胃宁后对机体产生的毒副作用, 我们依据卫生部《中药新药研究指南》和《新药审批办法》, 对其进行了长期毒性试验, 为临床应用该药的安全性提供实验依据。

### 1 对象与方法

#### 1.1 实验动物

选择健康近交系 Sprague Dawley (SD) 大鼠共 40 只, 雌雄各半, 体重 180~200g, 由南通大学医学院动物场提供, 许可证编号: SYXK(苏) 20002-0022。

#### 1.2 来源

胆胃宁组方: 炒柴胡 10g、炒黄芩 10g、炒枳壳 10g、法半夏 10g、制军 8g、杭白芍 15g、广郁金 12g、广木香 10g (后下)、川厚朴 10g、炒白术 10g、粉甘草 3g, 加水煎至 100ml。汤药由南通市通州中医院制

剂室提供, 制剂批文 2001-04-128。

#### 1.3 试验方法

将 40 只大鼠随机分为 4 组, 每组 10 只, 雌雄各半, 分别为对照组, 胆胃宁 1ml 组 (低剂量组)、胆胃宁 2ml 组 (中剂量组) 和胆胃宁 4ml 组 (高剂量组), 使用灌胃给药方法, 每日一次, 用药周期 120 天, 对照组给予 2ml 生理盐水。

#### 1.4 观察指标

给药期间, 每周称大鼠体质量 1 次。给药期满后, 股动脉取血, 用玻片法测定凝血时间 (CT), 血常规 (BRT), 血小板计数 (PLT), 以及测定门冬氨酸氨基转移酶 (AST), 丙氨酸氨基转移酶 (ALT), 血清尿素氮 (BUN)、肌酐 (Cr) 及总胆固醇 (TC), 并进行尸检。

### 2 结果

#### 2.1 胆胃宁对大鼠一般状况和生长的影响

4 组大鼠的活动、外观、食欲、体质量增长情况比较, 差异无显著性 ( $P>0.05$ )。

## 2.2 胆胃宁对大鼠血常规、白细胞分类、血小板计数和凝血时间的影响

4 组大鼠红细胞计数、血红蛋白、白细胞计数及分类、血小板计数和凝血时间比较, 差异均无显著性 ( $P>0.05$ )。见表 1, 表 2。

## 2.3 胆胃宁对大鼠血液生化指标的影响

表 1 长期胆胃宁灌胃对 4 组大鼠血常规、凝血时间的影响 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	RBC ( $\times 10^{12}/l$ )	WBC ( $\times 10^9/l$ )	PLT ( $\times 10^9/l$ ) Hb	Hb ( $g \cdot L^{-1}$ )	CT (t/s)
对照组	7.37 $\pm$ 0.31	12.51 $\pm$ 1.56	613.10 $\pm$ 88.11	14.39 $\pm$ 0.43	45.01 $\pm$ 23.10
低剂量组	7.34 $\pm$ 0.34	12.44 $\pm$ 1.45	610.09 $\pm$ 56.43	15.91 $\pm$ 0.55	38.32 $\pm$ 18.48
中剂量组	7.31 $\pm$ 0.29	12.41 $\pm$ 1.51	605.37 $\pm$ 72.10	15.89 $\pm$ 0.59	41.20 $\pm$ 21.14
高剂量组	7.33 $\pm$ 0.30	13.04 $\pm$ 1.48	634.67 $\pm$ 42.61	16.02 $\pm$ 0.48	42.11 $\pm$ 22.88

表 2 长期胆胃宁灌胃对 4 组大鼠白细胞分类的影响 (% ,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	中性粒细胞	淋巴细胞	嗜酸性粒细胞	嗜碱性粒细胞
对照组	12.54 $\pm$ 8.91	84.01 $\pm$ 10.60	0.70 $\pm$ 0.81	0.50 $\pm$ 0.49
低剂量组	12.81 $\pm$ 7.83	84.91 $\pm$ 7.82	0.44 $\pm$ 0.53	0.81 $\pm$ 1.01
中剂量组	11.89 $\pm$ 7.99	87.80 $\pm$ 4.91	0.49 $\pm$ 0.53	1.10 $\pm$ 0.73
高剂量组	12.91 $\pm$ 5.80	83.56 $\pm$ 7.63	0.59 $\pm$ 0.50	1.03 $\pm$ 0.82

表 3 长期胆胃宁灌胃对 4 组大鼠部分血生化指标的影响 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	ALT ( $umol \cdot s^{-1}/s$ )	AST ( $umol \cdot s^{-1}/s$ )	Cr ( $mmol/l$ )	BUN ( $mmol/l$ )	TC ( $mmol/l$ )
对照组	1.43 $\pm$ 0.33	0.66 $\pm$ 0.16	0.17 $\pm$ 0.04	6.91 $\pm$ 0.43	2.45 $\pm$ 0.16
低剂量组	1.09 $\pm$ 0.38	0.45 $\pm$ 0.17	0.17 $\pm$ 0.02	7.02 $\pm$ 0.61	2.03 $\pm$ 0.21
中剂量组	1.21 $\pm$ 0.39	0.51 $\pm$ 0.17	0.19 $\pm$ 0.01	7.22 $\pm$ 0.49	2.39 $\pm$ 0.20
高剂量组	1.11 $\pm$ 0.35	0.49 $\pm$ 0.14	0.19 $\pm$ 0.02	7.15 $\pm$ 0.55	2.43 $\pm$ 0.19

## 3 讨论

长期以来, 人们大多片面的认为中草药等植物药来自自然、天然无害, 却忽视其存在潜在毒性。由于中草药的有效成分多不够清楚, 现已发现有数十种中草药制剂能引起肝肾等重要脏器损害<sup>[3]</sup>。因此在临床实践中, 临床医生进行公众教育、注意中草药潜在的毒副作用至关重要, 尤其是要避免肝肾病患者使用已报道的可能损害肝肾的中草药或其他植物药。为了检验药物的毒性, 国家卫生部制定了规范化标准, 以期临床使用的安全性提供保障。本实验结果表明, 经 120 天用药观察, 胆胃宁高、中、低各剂量组大鼠的一般情况、体质量增长、血常规、凝血时间、部分血

4 组大鼠 AST、ALT、BUN、Cr 和 TC 比较, 差异均无显著性 ( $P>0.05$ )。见表 3。

## 2.4 病理学检查结果

给药 120 天后, 4 组大鼠在肉眼及显微镜下均未发现心、肺、肝、肾、脑、胃肠等重要脏器组织有炎症、出血、组织粘连以及特异性毒性反应。

生化指标等检查结果, 与对照组比较, 均未见明显异常, 提示该药为毒性较低的中药复方制剂, 临床长期使用安全可靠, 值得临床推广应用。

## 参考文献:

- [1]顾庆华, 邵荣世, 罗佩英, 等. 胆胃宁颗粒剂治疗胆汁反流性胃炎的临床研究[J]. 中医药学刊, 2004, 22(11): 2040-2042
- [2]刘永霞, 倪润洲, 肖明兵, 等. 胆胃宁对大鼠乙醇性胃粘膜损伤保护作用的实验研究[J]. 南通医学院学报, 2009, 29(1): 5-7
- [3]陈成伟, 姜丽静. 草药和植物的肝脏毒性[M]. 临床肝脏病学, 上海: 上海科学技术出版社, 2004: 528-537

编号: E-10020340 (修回: 2010-03-18)

# 中药配方颗粒使膏方的制作更简便

## Chinese medicinal granules to make easier the production of cream party

李素君 杨菲菲

(三门峡市中医院, 河南 三门, 472000)

中图分类号: R282.71 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0110-01

**【摘要】** 膏方是中医治疗学的一个重要组成部分, 具有调节免疫、增强人体免疫功能的作用。中药配方颗粒是以中药饮片为原料, 经现代工业提取、浓缩、干燥、制粒等工序精制而成的颗粒剂, 既保留了中药饮片的药性药效, 又无需煎煮, 易于调剂、使用方便、质量可控, 是一种安全、可控、高效、方便的现代中药汤剂。笔者根据自身工作经验并参阅相关文献, 现就中药配方颗粒对传统补膏方法的改进进行比较评价。

**【关键词】** 膏方; 补膏; 中药配方颗粒; 制作

膏方, 也叫膏剂或膏滋, 是具有高级营养滋补和治疗预防综合作用的中成药。主要是补虚扶弱、抗衰延年、防病治病、纠正亚健康等<sup>[1]</sup>。俗话说“冬令进补, 来年打虎”, 意思是说冬季采取补方进补, 有利于把精华物质储存在体内, 来春就可以不生病或少生病。现代人由于工作疲劳、压力大, 多有睡眠不好等亚健康问题, 越来越多的人开始服用补膏。冬令进补已渐成为人们养生保健的新时尚。

补膏的传统做法十分繁琐: 先将药材浸泡, 然后三次煎煮取汁, 沉淀后反复滤过, 最后才煎煮浓缩成为稠膏状, 整个制膏过程约需十几个小时<sup>[2]</sup>。因其制作的繁琐性, 故多数人都是请医院制剂室或药店代为制膏<sup>[3]</sup>。

现代科学技术的发展, 使传统中药饮片发展为单味中药配方颗粒, 又叫免煎中药饮片, 是以传统中药饮片为原料, 经现代制药技术提取、浓缩、分离、干燥、制粒、包装精制而成的纯中药产品, 因此它既保持了原中药饮片的全部特征, 又具有不需要煎煮、直接冲服, 成分完全、携带保存方便等许多优点<sup>[4]</sup>。因其避免了煎煮中药所带来的种种麻烦, 故越来越受到人们的欢迎。

采用中药配方颗粒, 可使补膏的制作一步化和简单化, 大大简化了传统制膏的过程<sup>[5]</sup>, 完全可以自己在家熬膏收膏。下面介绍一下中药配方颗粒制作补膏

的方法。先将中药免煎颗粒和打碎的阿胶全部倒入锅内, 视中药量加白开水, 一般多在 800~1500ml, 冲化后上火烧, 烧开后加冰糖, 边倒边搅, 混匀后文火共煮 0.5~1 小时, 不断用铲搅拌, 直至扯拉成旗或滴水成珠 (将膏汁滴入清水中凝结成珠而不散), 趁热倒入消毒好的罐 (瓷罐或砂罐) 内, 放置一小时左右, 如有蜂蜜此时倒入搅匀, 放凉后盖盖放置阴凉处 (冰箱冷藏更佳), 备用食用。需要注意的是, 熬药的锅不能用铁、铝锅, 可选用不锈钢锅或砂锅, 收膏煮服时须将锅盖打开, 使水分蒸发, 成膏入罐放凉后再盖盖, 切不可让锅盖的水落在膏面上, 否则过几天就会出现霉点。每次取膏服用时注意无菌操作, 不使补膏污染发霉即可。

笔者采用中药配方颗粒为患者熬制膏方已有十几年, 受到了广大患者的好评, 现将此方法告诉大家, 希望更多的患者早日康复。

### 参考文献:

- [1] 孙彩华, 钱松洋. 中医膏方的组成与制作[J]. 传统医药, 2009, 18(22): 72-73
- [2] 沈庆法, 沈峥嵘. 中医膏方[M]. 上海: 上海科技文献出版社, 2004. 1~38
- [3] 潘鸿贞, 黄秋云, 赵蕾. 浅谈膏方制作[J]. 海峡药学, 2009, 21(8): 29-30
- [4] 陈达娅, 李仁秋, 叶晓芳. 浅谈中药配方颗粒与饮片的使用比较[J]. 湖北中医杂志, 2008, 30(8): 62
- [5] 顾艳. 浅谈中药配方颗粒的特点[J]. 中国当代医学, 2006, 5(20): 125-126

编号: EA-100310165 (修回: 2010-03-17)

## 浅谈学习“医案”的重要性

### On the importance of studying case record

刘守杰 王金亮 侯红霞

(平遥县中医院, 山西 平遥, 031100)

中图分类号: R2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0111-02

【关键词】 医案; 辨证; 经验; 治疗; 方药

【Key words】 case record; differentiation of symptoms and signs; experience; therapy; prescription

祖国医学是一个伟大宝库,“医案”是宝库中璀璨的明珠,其始于西汉淳于意之《诊籍》,后历代医家多有“医案”传世,加之诸子百家流派纷呈,百家争鸣,医案内容更加丰富。前人“医案”是祖国医学的宝贵遗产,学习研讨医案更好地学习前人经验,是中医成才的必由之路,对于继承,创新,弘扬祖国医学有很重要的现实意义。

#### 1 学习医案加深对中医学理法方药的理解

中医的优势在临床,辨证施治是中医的精髓,认真研讨医案,可从中感悟前人的经验及思维方式,2009年4月余参加“山西省优秀中医临床人才培训班”对各位名老中医的医案学习深有体会,如名老中医白兆芝眩晕头痛案:患者甲,女,1971年6月30日初诊,于三天前突然头晕耳鸣,伴恶心呕吐,西医诊断为梅尼埃病,服西药不效,要求中医治疗,症见头痛欲仆,不欲睁眼,视物转动,如坐车船,恶心呕吐,心烦口苦,不思饮食,便结溲黄,舌质红,苔黄腻,脉弦滑数,证属肝胆郁热,风痰上逆,胃失和降,腑气不通,治宜疏利肝胆,平肝清热,化痰和胃,通腑降逆,方用大柴胡汤加龙胆草、郁金、珍珠母、竹茹、菖蒲、胆南星、木通、甘草,两剂后,头晕大减,恶心呕吐消失,饮食增加,继用前方去大黄、胆南星、木通加生地、麦冬、菊花、钩藤又服药数剂,痊愈。

这一医案,初诊记录既简明,又周密,并且叙述治疗经过,最后结论是肝胆郁热,风痰上逆,胃失和降,腑气不通,其中头晕欲仆,恶心呕吐,心烦口苦,便结溲黄,舌质红苔黄腻,脉弦滑数是辨证要点,其治疗之法以“非大将不能去大敌”之意。立方大柴胡汤加减,全案理法方药一气呵成。理:肝胆郁热,风痰上逆,胃失和降,腑气不通,法:疏利肝胆,平肝清热,化痰和胃,通腑降逆,方:大柴胡汤加减:药:平肝清热药加化痰和胃药加通腑泻下药。其医理明了,

治则方药得体故疗效显著。读后使人对中医辨证理法方药的思维的形成大有裨益。

#### 2 提高临床辨证施治的水平

谈及辨证施治,实际上并不像教科书上讲的那么容易,一般讲典型之证易辨,复杂之证难辨,脉证相符之证易辨,脉证不符之证难辨,辨证之时应谨守病机,抓主要症候,由此及彼,由表入里,去伪存真,这些特征,往往在读医案中得以提高,如《古今医案》例:一妇产后,经行不止,或红或淡,病逾八月,面色黄白,性躁,头眩脚软,医用参芪补药。病益加,用止涩药不效,诊之“右脉濡弱无力,左脉略洪而快”治以凉血之剂以生地、白芍、白术各一钱,黄芩、阿胶、归身各八分,陈皮、香附、川芎、椿根皮、茯苓各六分,柴胡、甘草各五分煎服二十余剂而愈。

此症日久血下不止,粗看似属气不摄血,但观其脉右脉虚而左脉实,左脉洪而快属血热之证,其乃细微之处见真知,故投以凉血之剂而愈。细读此类医案就可以起到提高辨证水平的作用。

#### 3 学习各个医家的独特经验

历代医家名医辈出,各有千秋,其独特的临床经验,往往从医案中表现出来,如:山西省名老中医侯振民案例:①患者乙,发热40℃半月有余,治疗无效,且渴不多饮,二便自调,舌淡苔黄,发热恶风,脉浮缓,时有汗出,辨为太阳中风症,营卫失和,桂枝汤三剂而愈;②一小儿尿频,伴小便急痛,为泌尿系感染,伴恶寒自汗,舌红苔白脉数,经用中西药效不佳。用桂枝汤三剂而愈;③患者丙,12岁,2月来排尿时常晕厥,3~5分钟苏醒,醒后倦怠无力,诊为排尿性晕厥,神清面红,舌红苔薄白脉缓。此乃阴阳之气不能终结,桂枝汤三剂而愈。以上案例可以学到侯老先生应用桂枝汤的独特经验。这三个案例如孤立看待,看不出名堂,若联系起来看则可发现其很有特点。①

发热、恶风、脉浮缓、汗出；②自汗、脉缓；③脉缓、病史长、倦怠无力，均有营卫不和病机，故效如桴鼓。

#### 4 发现独特的治疗方药

认真研读古今多种医案，往往可以收到非常之益，特别是对某些疾病独特的方药。去年一日在家谈到家父一则医案：患者丁，女，48岁，月经淋漓20余日不止，量时多时少，曾服胶艾四物汤加减，补中益气汤加减未果，血下淡红仍延日不止，即投以古拜散，药：芥穗炭三钱，开水冲服，每日一剂，服药三剂而愈。案例中只有一味芥穗炭，可见芥穗炭确有引血归经止血之良效。余在以后临床中对出血不止者常在方

内加用芥穗炭一味，效果甚佳。

学习医案，要实事求是地继承，医案中也有不真实者，夸大疗效。抬高自己者有之，玩弄辞藻者有之，有的用药很偏，这些都应引起注意，我们学习医案，应独立思考，“师其法而不泥其方”，学习前人的临床经验，用药特点，思维方式，不断充实自己的临床水平，更好地为人民健康服务！

#### 作者简介：

刘守杰（1964-），男，主治医师，平遥县中医院，山西省优秀中医临床人才培训班学员。

编号：E-9122423（修回：2010-03-20）

## 《中医临床研究》杂志 2010年征订 欢迎订阅 欢迎投稿

国家新闻出版总署批准创办《中医临床研究》杂志，国内统一连续出版物刊号为：CN11-5895/R，国际刊号ISSN 1674-7860，半月刊，大16开，国内外公开发行，由中国科学技术协会主管，中华中医药学会主办，出版单位为《中医临床研究》编辑部。办刊宗旨及业务范围：传承和弘扬我国民族中医药传统，以中医基本理论为框架，面向临床，面向普及实用，汇总中医临床经验，报道国内外中医临床研究成果，促进中医临床学术交流，为中医现代化提供多层次、全方位的学术研究平台，推动中医药事业发展。

中医为本，西医为用，中西医并重，医药并重，医疗保健并重，预防及治未病并重，基础医学与临床研究并重。欢迎中西医学、卫生预防、临床医技等各类相关论文及稿件，欢迎投稿（鼓励电子邮件投稿 zy@cjocm.cn），欢迎订阅！（本订单回执复印有效）

### 订 单 回 执

订书单位		联系人	
详细地址			
刊名	《中医临床研究》杂志	发行价	15元/期 360元/套 全年24期
		订数	套
合计金额	万 仟 佰	拾 元	
汇款日期	年 月 日	汇款方式	邮局

订书单位		联系人	
详细地址			
刊名	《中医临床研究》杂志	发行价	15元/期 360元/套 全年24期
		订数	套
合计金额	万 仟 佰	拾 元	
汇款日期	年 月 日	汇款方式	邮局

#### 《中医临床研究》杂志

主 管：中国科学技术协会  
主 办：中华中医药学会

电 话：010-59431886

通讯地址：北京市昌平区 102218-59 信箱

邮 编：102218 电子信箱：zy@cjocm.cn



# 手术室器械与仪器的管理

## Management of equipments and instruments in operating rooms

刘 洁

(大连市第四人民医院, 辽宁 大连, 116031)

中图分类号: R472.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0113-01

【关键词】器械; 仪器; 管理

近年来, 随着现代医学的迅速发展, 新手术、新技术、新业务的广泛开展和应用, 各种精密和贵重器械的不断引进, 这对手术室的器械与仪器的管理提出了更高的要求。手术室是贵重器械、仪器高度集中的部门。器械仪器完好无损、功能正常, 是手术顺利进行, 提高设备使用效益的必要保证。对此我们制定了一套完整的管理模式, 取得了令人满意的效果, 现介绍如下:

### 1 检索文献归纳出器械、仪器管理中可能出现的问题

使用混乱, 操作不熟练, 程序错误, 造成设备仪器自动控制程序混乱或损坏, 使用保管不当, 缩短设备仪器使用寿命, 发生故障得不到及时排除和维修, 以上问题直接影响手术正常进行和经济效益的提高, 间接影响医疗技术水平的发挥。杜绝这些问题, 保障器械、仪器安全使用成为我们实施器械、仪器专项管理的具体目标。

### 2 组织管理

结合临床实际情况, 建立比较完整的管理系统。

#### 2.1 组织与制度

成立由主管护师担任组长, 护师若干名组成的管理小组, 承担对器械、仪器的专项管理, 包括使用、维修及保养。

总则规定了建立账卡档案、培训考核、专人负责、定期检查保养、损坏赔偿规定等内容。附则包括成套器械、仪器投入手术室管理流程, 器械、仪器投入手术使用流程、仪器的一般规程, 假体及植入物的保管、设备强制度等专业知识。

#### 2.2 组织学习

组织全体护理人员及相关医师学习器械、仪器的管理制度和使用保养知识, 以便使用时准确无误地操作, 保证手术顺利进行。

#### 2.3 质量控制

建立质量控制小组, 由护士长督导, 通过日常管

理, 质量控制员抽检, 使用者交接时互相检查, 以保证管理有序。定期由专职人员与操作人员按照质量标准分别检查维修。重点是: 仪器运转声音有无异常, 开机后有无异味, 零件有无松动、移位, 地线连接是否完好, 电源线、插座有无损坏等。

结果: 经过以上的器械与仪器管理, 效果很好, 多年来遵循使用规律, 按照以上管理措施满足临床各科使用需求, 无违章操作所致的损坏, 无使用不当所致的医疗护理缺陷。

### 3 体会

#### 3.1 学习相关知识是基础

器械、仪器的使用属于专项技术, 有其特殊规律。只有通过详细阅读使用说明书, 了解其基本构造和性能, 熟悉功能及操作程序, 使用者、管理者才能有的放矢地用好管好器械仪器。

#### 3.2 建立规章制度是依据

规章制度是管理的依据和准则, 目的是通过明确工作职责、程序、要求来正确处理相互关系, 提高责任感, 消除混乱现象, 建立良好工作秩序, 达到规范化管理。规章制度是器械、仪器安全高效运行的保障, 是提高医疗水平, 保证手术安全顺利进行的前提。

#### 3.3 实施质量控制是保证

通过质量控制, 实现了器械、仪器管理制度化、规范化、程序化。加强护理人员对器械、仪器使用、管理, 提高其操作技能, 减少了由于操作不当引起的故障及仪器损坏比率, 强化护理人员责任心。

#### 3.4 多科协作为依托

多科协作包括以下 3 个方面: 一是使用者、配合者和管理者之间的合作; 二是手术室护理人员与维修人员之间的合作; 三是手术室护理人员与经管科人员之间的合作。多科协作有利于实现工作顺畅进行, 效益稳步提高, 节约国家卫生资源, 降低医疗成本, 提高医院的社会效益和经济效益为最终效果。

编号: EA-100310165 (修回: 2010-03-17)

# 外科手术前病人的心理护理

## Mental nursing on patients before surgical intervention

马桂玲

(青海省海北州第二人民医院, 青海 海北州, 810300)

中图分类号: R749.055 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0114-01

手术是临床常用的外科治疗方法之一,对缓解患者伤痛和治愈病症有着不可替代的作用,但手术无论大小对患者躯体都有创伤,加之患者对手术缺乏了解,怀疑手术效果,担心术中疼痛,缺乏信心等,在手术前这一短暂而特定时期,难免出现各种不同的心理、行为变化。

### 1 手术病人术前常见的心理问题

#### 1.1 焦虑

术前焦虑是个人的一种模糊不适感,其来源是非特异性和未知的<sup>[1]</sup>与环境陌生,对疾病认知缺乏,对手术知识及术后效果不了解以及需要未得到满足(如无亲人陪伴)等有关,患者可表现为出汗、颤抖、不稳定的声音和注意力不集中,情绪比较悲伤、忧虑,比较多疑、失眠、来回走动、自我修饰程度下降等。

#### 1.2 恐惧

是个人处于一种已被证实与明确来源有关的恐怖状态<sup>[1]</sup>,与危及生命的大手术有关(如脾破裂、大出血等),手术、麻醉创伤性检查及监护等有关,如急腹症发病急、病情重、环境刺激、死亡等等,患者表现为恐慌,心神不安,哭泣,感到孤立无助,活动能力减退等。

#### 1.3 紧张

是个体承受多方面的压力所呈现的一种状态。与手术,环境刺激、疾病认知和愈后不确定有直接关系,患者可有多汗、心率增快,精神亢奋等。

### 2 心理护理

2.1 病人入院后,热情接待病人,与病人交流沟通,使病人尽快熟悉环境,病房应保持安静、整洁、舒适,使病人有一个愉悦的心情。

2.2 对病人出现的各种心理问题表示理解,同情,鼓励病人说出心中的感受,可将一些减压的方法教给病人

①松弛紧张情绪的方法:看书、听音乐、默数数,与人交流,抚慰等;②告诉病人麻醉,手术的大致方式,过程,会出现什么样的感受,训练病人如何应付,可减轻焦虑,恐惧和消除不良反应等;③邀请情绪乐观,恢复较好的类似手术后病人介绍手术,治疗的配合经验,以分散注意力,减轻来自疾病的压力;④指导病人学习身心放松的方法,如做深呼吸。

2.3 发挥家庭支持作用,消除病人的心理顾虑,使病人明白对家人的重要性。

2.4 以精湛的医术赢得病人的信任,对病人的合理要求给予满足。

### 3 讨论

针对手术前病人的主要护理问题,采取恰当的心理护理措施加以解决,确保了手术得以顺利进行,大大缓解了病人的不良心理,同时也拉近了护患间的距离,在良好的护患氛围中,我们可以更好地开展护理工作,促进患者康复。

#### 参考文献:

[1]田勇泉,蒋冬梅.病人标准护理计划外科分册[S].

编号: E-10020343 (修回: 2010-03-21)

# St.George's 呼吸疾病问卷评价 慢性咳喘患者生活质量的价值

## St.George's breathing disease questionnaire appreciate the value of life quality of chronic cough and dyspnea patient

张晓丹 张颖

(上海市同仁医院, 上海, 200050)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0115-03

**【摘要】** 目的: 应用 St.George's 呼吸疾病问卷, 进行慢性咳喘患者冬病夏治方面的临床研究, 探讨 St.George's 呼吸疾病问卷评价慢性咳喘患者生活质量的价值。方法: 将慢性咳喘患者(慢性支气管炎及支气管哮喘患者)随机分为冬病夏治组与对照组, 两组均给与 St.George's 呼吸疾病问卷调查, 冬病夏治组予中药敷贴结合穴位注射, 对照组常规西医规范治疗。结果: ①冬病夏治组治疗前后一年问卷评分比较  $P < 0.01$ , 即冬病夏治组治疗前后有显著性差异; ②冬病夏治组与对照组治疗前后评分差值比较, 采用半定量积分法  $P < 0.05$ , 即冬病夏治组与对照组治疗前后有显著性差异; ③冬病夏治组与对照组治疗前后有效率比较, 冬病夏治组有效率 70.4%, 对照组有效率 48.1%, 经卡方检验后,  $P > 0.05$ , 故尚不能认为两组患者有效率的差异有统计学意义。此组检验有待样本量增加后继续分析。结论: St.George's 呼吸疾病问卷在评价慢性咳喘患者生活质量方面有着积极的价值; 冬病夏治能够有效改善慢性咳喘患者的临床症状, 提高生活质量, 冬病夏治体现了中医简、便、验、廉独特优势, 具有良好的社会效益和推广前景。

**【关键词】** St.George's 呼吸疾病问卷; 冬病夏治; 慢性咳喘

**【Abstract】** Objective: This paper makes clinical investigation on treatment of wintertime diseases in summer of chronic cough and asthma by St.George's respiratory disease questionnaire, discuss the value and effect of St.George's respiratory disease questionnaire on life quality of chronic cough and asthma patients. Methods: Randomly divide chronic patient of cough and asthma into two groups: the first group is treatment of wintertime diseases in summer, the second group is comparison. Two groups both are surveyed by St.George's respiratory disease questionnaire, the first group is treated by Zhongyaofutie and point injection, and the second is treated by routine western therapy. Result: ①After one year, treatment of wintertime diseases in summer group has obvious effect ( $P < 0.1$ ); ②Two groups have obvious dissimilarity ( $P < 0.05$ ); ③Effective ratio of first group is 70.4% and comparison group is 48.1% ( $P > 0.05$ ), that means Effective ratio of this two groups have no statistical meanings and need further investigation. Conclusion: St.George's respirometric disease questionnaire has great value on life quality evaluation of chronic cough and asthma patients; Treatment of wintertime diseases in summer can effectively lighten symptom and improve life quality and has extensively foreground and it is very promising.

**【Key words】** St.George's respiratory disease questionnaire; treatment of wintertime diseases in summer; chronic cough and asthma

随着社会老龄化程度提高和其他疾病死亡率的降低, 中老年人群中, 慢性呼吸系统疾病患病率日益增高, 慢性咳喘(慢性支气管炎、支气管哮喘)对健康的影响巨大, 这些患者的生活质量问题显得尤为严重。然而由于对慢性咳喘的控制未达到共识, 使得临床医生在管理中感到困惑。为寻找评价控制的理想方法, 近年来, 欧美一些专家相继设计了一些调查问卷。临床实践表明这些问卷对于慢性咳喘患者的病情及疗效

的评估起到了积极的作用, 具有较好的实用性和可行性, 是一项有效、简便的检测方法。

### 1 St.George's 呼吸疾病问卷概况

St.George's 呼吸疾病问卷是目前呼吸疾病中应用最广泛的生活质量问卷, 是由 Jones 1991 年首先提出, 问卷形式是自我评定性的, 采用自我答题、会谈和电话采访形式进行评分, 目前通用的问卷形式共有 50 道问题, 分为 3 部分: 症状 (symptoms)、活动能力

(mobility)、疾病对日常生活影响 (impacts), 我们剔除了其中一些不太符合我国文化背景的问题, 浓缩成有关症状 (symptoms)、活动能力 (mobility)、疾病对日常生活影响 (impacts) 16 个问题, 采用加权平均方法计算, 即每一个问题根据严重的等级得出不同的权重 (weights), 问题越严重, 权重越高, 分值越大, 反之亦然, 如无影响则计“0”分。16 个问题分别得出其分值, 经过处理得出最后分值。第一部分 6 题, 按病情轻重从 0 分到 4 分; 第二部分 9 题, 从疾病对生活的影响从 1 分到 9 分不等。

## 2 “冬病夏治”防治慢性咳嗽的理论研究

中医“治未病”思想最早见于《黄帝内经》, 其“上工不治已病, 治未病”, “治其未生、治其未成、治其未发、治其未传、瘥后防复”的理论一直是中医学重要的理论基础之一。天人相应是中医认识自然、生理病理的基本方法, 治未病是中医预防保健的重要特征和优势。依据天人相应和治未病的思想, 中医临床提出“冬病夏治”预防慢性咳嗽这一中医治疗方法。

“冬病夏治”是中国传统医学对冬季好发及受寒加重、证属阳虚阴寒内盛的疾病, 在三伏天或夏至~秋分进行施治, 以达到扶正固本驱邪目的。此治疗方法能广泛应用于某些疾病的预防和治疗, 显著改善某些慢性疾病的症状, 减少冬季发病次数, 甚至使疾病痊愈。

慢性咳嗽多于冬季反复发作或明显加重, 治疗缠绵难愈, 十分棘手。中医认为起病机特点一是由于外感风寒之邪或邪气潜伏于肺, 使肺气失宣, 通调水道失司, 水液失于输布, 从而导致痰饮内停, 而成“寒饮”宿根; 二是由于阳气不足所致, 因肾阳为一身阳气之根本, 因此, 肾阳虚则全身阳气俱衰, 卫外失固, 易感外邪; 此外, 痰饮为阴邪, 易伤脾阳, 日久则脾阳亦渐衰, 终成痰饮伏肺, 脾肾阳虚之证, 从而导致咳嗽病经久难愈, 每遇冬季时令“六淫”中之寒邪, 病情则迅速复发或加重。可见痰饮留伏, 阳气不足是发病的内因, 气候转变、寒温失调是发病的诱因。

《内经》云:“春夏养阳, 秋冬养阴, 逆之则灾害生, 从之则苛疾不起”, 治疗“必先岁气, 勿伐天和”。慢性咳嗽虽发于冬季, 但冬天主“藏”, 万物伏藏, 邪气内敛, 药物难于直达病所; 天寒地冻, 阳气易伐, 培补难于奏功。夏季主“长”, 万物长养, 气温升高, 人体内阳气通达, 气血充沛, 有驱邪外出之机, 此时用药邪气易祛, 阳气易于培补。所谓治疗顺应天时, 疗效事半功倍。

中药穴位敷贴是通过穴位对穴位的良性刺激使药物持续作用于机体, 激发了大脑皮质对植物神经的调节,

药物吸收后可改善各组织的功能活动, 大多数患者经治疗后体质有不同程度的改善, 增强了免疫功能。穴位是经络之气交会输注的部位, 三伏天人体腠理开, 此时进行穴位敷贴有利于气血流通, 并促使药物随穴入经络归脏腑。穴位注射加强了针、穴、药的协同作用, 增强了针感, 延长了作用时间, 提高了疗效。

## 3 冬病夏治课题研究情况

### 3.1 调查取样方法

在中医科及呼吸科就诊的慢性咳嗽(慢性支气管炎、支气管哮喘)患者中随机分组, 设置冬病夏治组, 对照组两组。对照组在 6 月~9 月给予中药敷贴结合穴位注射治疗, 对照组西医常规规范治疗。两组患者分别在治疗前完成一份 St.George's 呼吸疾病问卷, 回答治疗前一年内的生活状态以及发病情况。在治疗后一年再完成一份 St.George's 呼吸疾病问卷, 回答治疗后一年内的生活状态以及发病情况。

### 3.2 冬病夏治防治慢性咳嗽 37 例临床研究

冬病夏治组完成 37 例, 其中男 17 例, 女 20 例, 最大年龄 85 岁, 最小 39 岁, 平均年龄 69.5±11.1 岁, 其中支气管哮喘 10 例, 慢性支气管炎 27 例; 对照组完成 35 例, 男 22 例, 女 13 例, 最大年龄 89 岁, 最小 42 岁, 平均年龄 73.1±10.4 岁, 其中支气管哮喘 13 例, 慢性支气管炎 22 例。两组患者一般资料经统计学研究, 差异无显著性,  $P>0.05$ , 即两组患者在治疗前一般资料无显著性差异。

#### 3.2.1 冬病夏治组与对照组治疗前后症状评分比较

表 1 冬病夏治组与对照组治疗前后症状评分比较表

	治疗前	治疗后
冬病夏治组	40.9±10.3	31.4±10.8
对照组	45.1±16.5	44.5±12.2

注: 两组治疗前症状评分比较  $P>0.05$ ; 冬病夏治组治疗前后一年问卷评分比较  $P<0.01$ ; 对照组治疗前后一年问卷评分比较  $P>0.05$ , 即冬病夏治组治疗前后有显著性差异。

#### 3.2.2 冬病夏治组与对照组治疗前后评分差值比较

表 2 冬病夏治组与对照组治疗前后评分差值比较表

	显效	有效	无效
冬病夏治组	10	16	11
对照组	3	14	18

注: 采用半定量积分法, 用治疗前后症状、体征总积分值变化的百分率进行判断, 即(治疗前总积分值-治疗后总积分值)/治疗前总积分值×100%, 40%及以上为显效, 5%~40%为有效, 5%及以下者为无效。冬病夏治组与对照组进行 Ridit 分析, 结果  $P<0.05$ , 即冬病夏治组与对照组治疗前后有显著性差异。

#### 3.2.3 冬病夏治组与对照组治疗前后有效率比较

(下转 118 页)

# 病案现代化管理方法的研究

## Study on medical record modern management methods

欧曙玲

(广东省深圳市第二人民医院, 广东 深圳, 518000)

中图分类号: R197.323 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0117-02

**【摘要】** 从建章建制、医护人员病案培训、监管流程以及电子病案建立等方面探讨病案现代化管理方法的实施, 为不断提高病案管理质量提供可参考依据。

**【关键词】** 病案; 现代化; 管理方法

病案是患者就诊时医生对患者病情的观察、诊断及治疗方法的记录。可以直观记录患者入院后病情发展情况、诊断和救治情况, 较为客观记录患者入院接受医疗的全部过程。病案为临床提供珍贵的医疗档案和可供参考信息, 同时也是医院处理医疗纠纷、医疗保险以及伤残评定的依据和必要条件。病案是医疗纠纷举证责任倒置中重要环节之一, 对评定医生诊疗水平、医院和科室整体水平有着非常重要的意义<sup>[1]</sup>。为紧跟医疗制度改革以及医疗服务质量提高的步伐, 病历的管理要体现现代化, 医院医疗管理工作应将病案管理作为重要工作来执行。本文对病案现代化管理进行深入探讨, 以期对病案的管理提出可供参考意见。

### 1 建立健全规章制度

根据我国《医疗机构病历管理规定》和《医院病案评定标准》严格规范医生行为, 建立健全各项规章制度, 制定患者住院病案检查评分标准, 统一全院病案书写格式, 结合各科诊疗特点规范病案书写具体内容, 严格界定病案书写资质。做到有章可循, 有据可查。院级领导对病案管理工作的重视是各项管理工作实施的必要条件, 强化病案管理标准, 狠抓病案质量和终末病案质量, 才能提高病案在医疗质量、诊断水平、教学与科研, 为医疗纠纷提供依据和凭证, 保证各项工作顺利进行。

### 2 加强医护人员管理和培训

#### 2.1 加强法制意识

定期集中培训, 组织医护人员学习《医疗机构病历管理规定》和《医院病案评定标准》, 增强法制观念和意识, 聘请专家讲解医疗事故鉴定规程和方法, 明确病案重要性和必要性, 增强医护人员对病案的重视, 在实际工作中认真处理病案。要求每一位医护人员树

立强烈的责任心和严谨、细致的作风, 防止不必要错误和失误发生。

#### 2.2 基本功培训

强化医院人员的基本功培训, 分期分批对医护人员进行病案质量培训, 培训内容包括《医疗机构病历管理规定》和《医院病案评定标准》, 以及我院病案管理制度。培训人员包括新进人员、进修人员等, 使他们掌握统一的医疗文书书写规范, 了解病案书写中容易出现错误和缺陷、病案管理制度和标准要求, 提高基础素质和病案书写水平。定期进行基本知识考核, 统一标准, 组织新老医护人员交流技能, 将考核与医护人员业绩挂钩, 充分激发医护人员提高基本功的积极性。对于常见问题, 有针对性地对不同级别医护人员进行病案质量培训。

### 3 病案质量控制

对我院病案采取随机抽查, 监控病案质量, 包括患者入院与出院情况, 病案书写整洁与内涵正确与否, 是否合理用药, 三级查房。强调合理用药、合理检、合理治疗, 严格执行抗生素及生物制品使用规范。注重常规化验及专科检查的齐全, 对待特殊治疗方案事前要讨论分析。注重手术前后讨论、疑难病例讨论及会诊、死亡病例讨论等, 对疑难病例的诊治、手术内容进行充分、认真的讨论论证, 并在病历中认真做好记录。治疗过程观察、检查及治疗后均要有小结, 并在病案中反映。对病案时效性、诊断正确性、治疗合理性、护理准确性进行监控, 注重信息的反馈, 保重医护工作的顺利进行。

建立健全病案分级控制<sup>[2]</sup>, 首先科室一级监考, 由科主任、责任医生、护士长对科内每份病案进行自查, 及时发现问题及时解决。由医务科牵头进行二级

监控, 定期或随机抽查各科室病案及检查临床各核心制度的执行情况, 并借助电子病案检查及分析系统, 严格要求医护人员病案质量, 督促改善及提高。由病案科工作人员进行三级监控, 在病案整理、装订、存档, 以及建立电子病案过程中, 及时发现病案存在问题, 即时与医护人员沟通联系, 现时修正归档。聘请我志愿资深专家进行四级监控, 对病案质量和完整性进行审查, 严格把关。最后由病案委员会实施五级病案质量监控, 对各科室进行不定期的病案质量审查, 公布审查结果, 总结经验, 不断提高。

#### 4 归档病案质量控制

对全院病案实施归档病案抽查制度, 每月1次, 将抽查病案分成若干部分, 分别由各组专家审查, 汇总结果, 及时公布检查结果, 做到院内公布, 重点问题及时通报, 责任到人, 做到惩前毖后。

#### 5 电子病案建立

信息现代化促进电子病案的建立, 做好病案科工作人员的培训, 做好电子病案是录入与平台管理。病案录入包括疾病信息和病史。基本信息用于记录患者自然情况, 便于治疗中和随访的跟踪调查, 包括姓名、

出生日期、机关、职业, 病案号, 地址, 入院途径、时间、入院科室以及入院情况等。病史则记录患者发病情况以及医护人员诊断治疗情况, 包括患者的主诉、既往病史、现病史, 家族史, 个人生活习惯等。

对于病案管理流程上, 要注重严格把关<sup>[3]</sup>。首先建立病案管理评定制度以及相应完善的规章制度, 培训医护人员, 掌握病案熟悉规范, 对病案实行五级监控制度, 及时发现及时总结, 注重信息反馈, 及时纠正病案处理不当之处, 将病案管理与信息技术、网络技术的高度结合, 体现病案管理的现代化。

#### 参考文献:

- [1]谢红丽.加强病案质量管理提高医疗质量[J].现代医院,2005,5(1):76
- [2]吴玉萍,漫丽.病历质量四级控制是病案质量监控的重要保证[J].中国病案,2005,6(1):18-19
- [3]崔梅花,席家宁,焦杨等.环节病历检查存在的问题及对策[J].西部医学,2008,20(3):1662-663

#### 作者简介:

欧曙玲 (1958- ), 女, 广东, 研究方向: 病案管理。

编号: CH-10031704 (修回: 2010-03-19)

(上接 116 页)

表4 冬病夏治组与对照组治疗前后有效率比较表

组别	有效	无效	合计	有效率 (%)
冬病夏治组	26 (22.10)	11 (14.90)	37	70.3
对照组	17 (20.90)	18 (14.10)	35	48.6
合计	43	29	72	59.7

注: 冬病夏治组与对照组治疗前后有效率比较  $\chi^2=3.52 < 3.84$ , 即  $P > 0.05$ , 故尚不能认为两组患者有效率的差异有统计学意义。尽管贴敷组有效率 70.4%, 对照组有效率 48.1%, 经卡方检验后,  $P > 0.05$ , 故尚不能认为两组患者有效率的差异有统计学意义。此组检验有待样本量增加后继续分析。

经过一年冬病夏治后, 冬病夏治组症状、活动能力、疾病对日常生活影响好于对照组, 两组间存在显著性差异, 揭示冬病夏治在防治咳喘上有潜在优势。随着中医“治未病”研究的深入开展和顺利实施, 必将凸现中医优势, 减少国家医疗保健费用的巨大增长。冬病夏治防治慢性咳喘持续进展的成功进行, 体现了中医简、便、验、廉独特优势, 具有良好的社会效益和推广前景。

#### 4 分析与结论

由于本课题目前完成病例数较少, St.George's 呼吸疾病问卷的作用还没有完全发挥出来。除了对总的问卷评分作一下比较以外, 还可以对问卷中的细项做一下比较与分析。比如问卷中设置了“在过去一年中, 你的胸肺疾病发作过多少次是令你觉得严重或很不舒服的”其中有五个选项, 进一步研究可以做一下卡方检验, 进行一下年发作频次的比较。又比如“你觉得最严重的那一次胸肺疾病发作持续了多久”, 五个选项也可以做一下卡方检验, 对发作时间做一下比较。St. George's 呼吸疾病问卷还有其他优势有待发掘。

总之, St.George's 呼吸疾病问卷是通过询问者(医生)管理, 病人自我完成的问卷, 此问卷对治疗很敏感, 问卷一定水平的改变即有临床明显改。St.George's 呼吸疾病问卷是对慢性咳喘患者进行的可靠的、有效的和灵敏的评价, 为病情和临床治疗效果的判断提供一项实用的评价指标。

编号: E-10011301 (修回: 2010-03-22)

# 循证护理预防全麻恢复期患者躁动的应用研究

## Application study on evidence-based nursing prevention general anesthesia recovery in patients with restless

赵超男

(浙江省诸暨市人民医院, 浙江 诸暨, 311800)

中图分类号: R614.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0119-03

**【摘要】** 目的: 研究应用循证护理预防全麻恢复期患者躁动的效果。方法: 将 1164 例全麻病例随机分为观察组和对照组各 582 例, 对照组采用常规护理方法, 观察组采用循证护理方法, 实施躁动的护理干预, 观察比较两组全麻恢复期患者躁动发生率。结果: 观察组全麻恢复期躁动发生率明显低于对照组。结论: 循证护理在预防麻醉恢复期病人中的应用较常规护理有效降低了躁动发生率, 促进了护理质量的提高。

**【关键词】** 全麻恢复期; 躁动; 循证护理

**【Abstract】** Objective: To investigate the effect of evidence-based nursing on mitigating the emergence agitation of patient during recovery period of general anaesthesia. Methods: the 1164 patients were divided equally into 2 groups, one for normal nursing and another for evidence-based nursing. The rate of the emergence agitation were compared between the two groups. Results: The rate of the emergence agitation was obviously lower for the patients of evidence-based nursing. Conclusion: The rate of emergence agitation of patient is reduced during recovery period of general anaesthesia when evidence-based nursing is used. The quality of Recovery of general anaesthesia is raised

**【Key words】** Recovery Period of General Anaesthesia; Emergence Agitation; Evidence-based Nursing

循证护理 (Evidence-based nursing, EBN) 是指护士慎重, 准确和明智地应用当前所能获得的最好研究证据, 结合护理专业技能和多年临床经验, 同时考虑患者的实际情况和愿望, 制定以病人为中心整体护理措施<sup>[1]</sup>。循证护理的恰当应用提高对护理服务质量有重要意义。恢复期躁动是全麻常见的术后并发症, 对病人的安全及术后生理功能的恢复影响较大, 全麻术后躁动的发病机制非常复杂, 是多种因素共同作用的结果。为提高护理质量并为全麻术后躁动问题临床护理提供实证我院于 2007 年 9 月至 2009 年 11 月对 582 例全麻病人实施了循证护理, 取得了良好的效果, 现报道如下:

### 1 一般资料

全麻手术病人 1164 例, 随机分为观察组和对照组。其中, 观察组采用循证护理方式而对对照组普通护理方式。观察组 582 例, 其中男性 385 例, 女性 197 例, 年龄 14~78 岁, 平均 56.27 岁; 对照组 582 例, 其中男性 376 例, 女性 206 例, 年龄 12~28 岁, 平均 57.17 岁。两组患者在年龄、性别、文化程度手术质量、手术种类上差异无显著性 ( $P>0.05$ )。

### 2 方法

#### 2.1 观察组

观察组采用循证护理方法, 实施躁动的护理干预, 具体方法如下:

##### 2.1.1 明确全麻恢复期发生躁动的原因

主要通过计算机文献检索方法查询核心期刊数据库如中国期刊网 (CNKIKW)、中文科技期刊全文数据库 (VIP) 等寻求解决问题的实证, 检索发现全麻恢复期躁动的原因有: ①术前的心理应激, 术前对手术及麻醉的过度担忧、焦虑和恐惧等而引起以全麻恢复期躁动为主要症状的非特异性防御反应。②传统的手术体位忽视了生理功能改变和患者舒适度等问题; 其不仅易导致患者皮肤、神经、血管、肌肉的损伤, 而且影响患者的呼吸系统、循环功能系统和神经系统; 最终其容易导致机体组织器官血流及血液分布的改变、气体交换障碍和颅内压增高等临床症状<sup>[2]</sup>。体位对病人的生理机能的影响不能得到有效代偿时也会引起麻醉恢复期躁动。③切口疼痛是恢复期躁动的主要原因, 同时躁动也加重了切口疼痛。④尿道刺激也是诱发躁动的重要原因。由于病人尤其是男性病人尿道分布有丰富的感觉神经末梢, 尿管刺激使病人有强烈的尿频、尿急感而发生躁动。⑤低血糖和口渴也会诱

发恢复期躁动。临床上由于较长时间的禁食禁饮常常会造成患者发生脱水及低血糖，另外术前应用阿托品等抗胆碱药品也是引起口干的重要原因<sup>[3]</sup>。⑥全麻苏醒时的躁动与麻醉药的作用及麻醉药物在体内残留有关。当患者意识的恢复早于肌力的恢复时肌松药残留可导致患者严重的焦虑和躁动<sup>[4]</sup>。

### 2.1.2 应用最佳证据，指导护理实践

循证护理即以有价值的、可信的科学研究结果为证据。寻找实证并应用实证以对病人实施最佳的护理。它包含了 3 个要素：①可利用的最适宜的护理研究依据；②护理人员的个人技能和临床经验；③病人的实际情况、价值观和愿望。最佳实证与临床专业知识及临床经验相结合，将认为可靠而又适用于患者的最佳证据，在取得患者的同意后应用于患者，制订以患者为中心的护理计划和方案。

除应用经验护理模式实施的常规护理措施外，循证护理注重护理的方式和措施：①首先做好术前访视，向全麻患者做好解释和沟通。了解患者的性格特征和心理状况并就手术效果、手术疼痛程度、疾病性质、患者的陪护需求、愈后情况、是否保留脏器等病人最关心的问题与病人进行有效沟通，以合理的解释、善意的劝导、真诚的抚慰来解除病人术前焦虑、担心、恐惧等情绪；从而避免病人心理失衡。②我院手术室自 2005 年起参考并借鉴德国手术体位培训专家的宝贵经验，在手术室实施标准手术体位，实施舒适护理；并且淘汰了传统的海绵垫和沙袋，改用具有良好的柔韧性、抗压性、生物学特征的啫喱垫<sup>[5]</sup>，最大限度地减少了体位改变对患者生理的影响，降低了麻醉恢复期躁动的发生率。③术后及时使用镇痛泵，根据病情评估病人的疼痛的等级并遵医嘱给予静脉注射曲马多、适量芬太尼和凯纷等；同时密切监测患者的生命体征和用药反应，适当加大氧流量并鼓励患者深吸。④2005 年来使用丁卡因或利多卡因胶浆行表面麻醉下在麻醉前置入导尿管，因胶浆制剂既有麻醉镇痛作用又有可松弛括约肌、解除尿道痉挛作用，患者的无痛效果更好并减少了对尿道黏膜的损伤概率<sup>[6]</sup>。应用丁卡因胶浆于麻醉前清醒时导尿，使患者提前适应应激原的刺激并通过操作前的沟通解释，提高患者耐受尿管的心理阈值和降低应激水平，即使患者苏醒期有躁动迹象，只要及时给予适当的安慰提醒，患者也易于接受和配合从而降低躁动的发生。⑤避免长时间禁食禁饮。临床上由于较长时间的禁食禁饮常常会造成患者脱水及低血糖的发生。为了防止发生脱水、低血糖等并发症，我院自 2005 年起缩短手术前禁食禁饮时间，采用禁食 6 小时、禁饮 2 小时，既保持胃肠道空

虚又不至于引起低血糖<sup>[7]</sup>。另外，经过和病房医生和麻醉师的讨论不再统一化地强调术前常规应用阿托品等抗胆碱药，在保证安全的情况下尽量减少痛苦。⑥因肌松药残留所致躁动的患者多呈腹式呼吸，呼吸浅、急促而无力并伴有抽搐样挣扎，表情紧张痛苦。这种情况下护士应立刻汇报麻醉医生并协助打开患者的气道，给予面罩加压供氧，及时运用肌松拮抗剂，鼓励病人做有序呼吸，同时备好插管急救物品。观察组有 3 例患者术中肌松药残留，拔管后入麻醉复苏室，入室时病人呼之有反应，氧饱和度 97%到 98%，3 到 5 分钟后观察到病人四肢有抽搐样挣扎，面部表情紧张，呼吸频率快而急，幅度浅，为腹式抽搐样，氧饱和度降至 89%到 93%。护士立即托起病人的下颌打开气道，面罩加压大流量供氧，同时根据医嘱用新斯的明 1mg+阿托品 0.5mg 进行静脉注射，5 到 10 分钟后病人氧饱和度达 99%到 100%，呼吸平稳通畅，自觉无胸闷，60 分钟后安返病房。

### 2.2 对照组

采用常规护理方法，实施麻醉恢复期躁动的护理干预。

### 2.3 统计学方法

观察两组患者全麻恢复期中躁动的发生情况，数据资料应用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  有统计学意义

## 3 结果

观察组和对照组两组全麻恢复期患者躁动发生情况比较见表 1，观察组全麻恢复期躁动发生率明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 1 两组全麻恢复期患者躁动发生情况

组别	未发生躁动例数	发生躁动例数	患者躁动发生率 (%)
观察组	536	46	7.9
对照组	443	139	23.9

注：与对照组相比， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

## 4 体会

本组研究发现，应用实证护理 (EBN) 预防全麻后躁动，显著优于应用常规的护理方法 ( $P < 0.05$ )，提示 EBN 在预防全麻恢复期患者躁动中的应用，使护理活动由被动变主动，促使护士对全麻恢复期患者躁动的原因及护理干预积极主动查阅文献，并通过讨论，制定出最佳护理方案，有效地降低了全麻后躁动的发生，提高了手术的成功率和病人的安全性，取得了良好效果，促进了护理质量的提高。

### 参考文献：

[1]陈宏林,朱昌来,王晓莉,吴娟,季爱云.循证护理证据的检索策略[J],护士进修杂志,2007,07

(下转 122 页)



# 足浴疗法促进体外循环内心直视术后 患者早期体温恢复的有效性研究

## Research on availability of body temperature recover earlier period of patient after open heart surgery with extracorporeal circulation advanced by foot bath

周玉红 李淑娟 林兰英 冯玉明 梁晓芹  
(山东省高唐县人民医院, 山东 高唐, 252800)

中图分类号: R541 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 06-0121-02 证型: GBA

**【摘要】** 目的: 探讨足浴疗法对体外循环内心直视术后患者早期体温恢复的临床有效性。方法: 将 60 例入选病例随机分为实验组和对照组, 每组 30 例, 实验组将体外循环内心直视术后的患者从手术室返回 ICU 后, 双足放入温热水中 20mm~30mm, 对照组采用传统的保温方法, 对低体温患者予以四肢保暖及输液加热, 观察患者体温恢复时间, 比较体温上升时间并进行临床分析。结果: 实验组体温上升效果显著优于对照组, 实验组患者体温并发症显著减少。结论: 足浴对体外循环内心直视手术患者早期体温恢复有效, 值得在临床上应用。

**【关键词】** 足浴; 体外循环内心直视; 体温恢复

**【Abstract】** Objective: To approach availability of body temperature recover earlier period of patient after open heart surgery with extracorporeal circulation advanced by foot bath. Methods: 60 cases patients were divided random and equally into experiment group and control group. Experiment group put their feet into warm water 20mm-30mm after open heart surgery with extracorporeal circulation and control group adopt orthodox method. To keep body warm and transfuse warm to hypothermia patients. To compare rise time of body temperature and carry out clinical analysis. Results: The consequence is the effect of rise time of body temperature of experiment group significant outweigh control group. Conclusion: Foot bath is effect for open heart surgery with extracorporeal circulation.

**【Key words】** foot bath; open heart surgery with extracorporeal circulation; body temperature recover

低体温体外循环是心脏外科的一项重要技术, 低体温是指体温小于  $36^{\circ}\text{C}$ <sup>[1]</sup> 术后低体温不仅使患者面色苍白, 四肢湿冷, 竖毛肌收缩, 而且低体温使机体免疫功能降低, 使术后切口感染率增多, 生命体征不同程度地偏离正常轨道。所以我们应对体外循环术后低体温患者予以积极的体温干预。为了总结经验, 我们对 2 种低体温护理干预进行观察, 研究并比较应用足浴疗法比常规保温法的有效性, 现报道如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

对 2007 年 9 月~2009 年 8 月入住本院的心外科患者进行观察, 共入选 60 例, 其中男 35 例, 女 25 例, 年龄 24~71 岁, 平均 38.4 岁, 室间隔缺损 20 例,

主动脉关闭不合并二尖瓣反流 10 例, 三尖瓣成形术 20 例, 冠状动脉搭桥术 10 例, 均选择入手术室在体外循环内心直视下行手术, 术后予机械通气, 有创血压检测, 输液, 输血等治疗, 入选的 60 例患者随机分为 2 组, 即双足温热水浸浴组 (实验组) 和常规处理组 (对照组) 每组 30 例, 2 组在性别年龄病种构成, 心功能分级程度方面差异无统计意义,  $P>0.005$ 。

#### 1.2 方法

常规组 30 例手术前 30mm 利用热水袋, 棉被等加温措施将床辅暖热, 患者手术完毕回 ICU 病房后, 将空调系统室温调至  $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ , 将热水袋用毛巾包裹足底及液体下, 四肢分别戴上保暖套直至患者体温恢复至正常。实验组则在常规组的基础上, 患者回病

房生命体征趋于平稳后,将患者两腘窝处各垫一软枕,将双腿与床面大约成90度,根据医嘱将患者两脚置于40℃恒温水浴容器内,使水面刚好浸没双足至踝骨为宜,20~30mm后,擦干双脚,分别截止保暖套,继续保温。

### 1.3 观察方法

患者体外循环心内直视手术后,床位安置好,立

表1 结果,2组应用效果比较

	例数	体温上升正常(例)	体温上升恢复至36℃时间	体温反跳升高(例)
实验组	30	26	<2h	4
对照组	30	20	>2h	10

注:  $\chi^2=0.84$ ,  $\chi^2<3.84$ ,  $P<0.05$  实验组与对照组相比,差异有显著行意义。

## 2 讨论

2.1 体外循环心内直视术后低体温,易造成机体代谢功能和凝血机制的改变,影响术后病人的康复。造成体外循环后低体温的因素的有:①年龄、婴幼儿、体温调节能力不完善,手术过程中较易散发热量;②整个手术过程中患者躯体暴露或在体外循环过程中降温,如果复温时间不够;③关键的整个过程也会使病人体温下降;④转运ICU过程中也可因周围温度降低而散发热量;⑤大量输入环境温度低的液体或血液,可导致机体温度下降<sup>[2]</sup>。另外有文献报道全身麻醉也会影响体温调节,增加周围的血管扩张,引起低体温<sup>[3]</sup>。

### 2.2 实验结果讨论

中心体温的稳定是对于保证人体正常代谢及各种生理机能的稳定有重要意义<sup>[4]</sup>。现在越来越多的人开始并重视对体外循环心内直视术后患者早期低体温的干预。我们知道脚在人体中距心脏最远,如果脚部循环产生障碍,很容易导致血液循环不畅,双足温热水浸泡法,可使足部的血液循环顺畅,促进全身血液循环,加速机体部陈代谢,使机体正常运转。我们在实验组正是利用了这个原理。传统的低体温法是将人体置于温暖的环境下加上四肢及全身保暖,等待体温

即将测量导线探头插于直肠内,距肛门6cm左右,观察即刻体温,接心电监护仪观察记录心律、心率、呼吸、血压,以后每15观察记录1次,直至体温恢复正常,观察记录采用单盲法。

### 1.4 数据处理

统计分析采用SPSS13.0软件进行检验,  $P<0.05$ ,为差异有统计统计学意义。

自然恢复至正常。而这种自然恢复至正常体温的例数,术后早期体温反跳升高的比例也在增加,而实验组采用的温热水足浴疗法,是将双足直接与温热水接触,加快了患者末梢循环,恢复至正常的速度,又缩短了由于长时间低温对心脏意外事件的发生率,同时也降低了心动过速的发生率<sup>[5]</sup>,从而大大增加了患者的舒适度,前提是患者入手术室时,向麻醉师及巡回护士交待手术前尽量不在双下肢进行静脉穿刺。至于在对双足热水浴疗法加上对足部反射区按摩对体温恢复有多大影响,有待进一步研究。

### 参考文献:

- [1]杭燕南.当代麻醉学[M].上海:上海科学技术出版社,2002:1176-1179
- [2]谢荣.现代麻醉学[M].北京:科学出版社,1998:391-390
- [3]张淑月,朱君宇,彭延增,等.术中低体温对患者麻醉恢复的影响及护理干预[J].中华护理杂志,2003,38(3):177
- [4]谢小玲,王小红,祝妍华.术中保温干预对婴幼儿凝血功能及出血量的影响[J].护理学杂志,2005,12
- [5]龙村.体外循环[A].北京:人民军区出版社,2004:35-36

### 作者简介:

周玉红,女,主管护师,本科,长期从事ICU护理工作。  
李淑娟,女,主管护师,本科,长期从事心胸外科临床护理管理工作。  
编号: E-10022533 (修回: 2010-03-23)

(上接 120 页)

- [2]朱丹,周力.手术室护理学[M].北京:人民卫生出版社,2008,118
- [3]邓立琴.全麻术后躁动 225 例分析[J].实用医学杂志,2006,02:34-35
- [4]戴娟华,张月琴,顾观今.全麻苏醒期病人躁动原因分析及护理干预[J].护理与康复,2004,3(1):14-15
- [5]朱丹,周力.手术室护理学[M].北京:人民卫生出版社,2008,120
- [6]周俐伶.复方利多卡因乳膏用于无痛导尿管后减轻尿道刺激征 38 例[J].重

- 庆医学,2009 38(13):1615-1616
  - [7]熊利泽.术前禁饮食的新观点[J].国外医学麻醉与复苏分册,1992,13(3):181
- 作者简介:**  
赵超男(1971-),本科学历, 主管护师, 中级职称, 浙江省诸暨市人民医院, 长期从事手术室护理工作。  
编号: E-100326102 (修回: 2010-03-19)