

# 中医临床研究

Clinical Journal of Chinese Medicine

**主管** 中国科学技术协会  
**主办** 中华中医药学会  
(北京市朝阳区樱花园东街)

**Governing Unit:** China Association for Science and Technology  
**Organizer:** China Association of Chinese Medicine

**编委会主任** 李俊德  
**主编** 王仰宗  
**副主编** 孙永章 王志杰  
**责任编辑** 段苏婷

**Editorial Board Director:** LI Jun-de  
**Chief Editor:** WANG Yang-zong  
**Vice Chief Editor:** SUN Yong-zhang, WANG Zhi-jie  
**Editor in Duty:** DUAN Su-ting

**编辑** 中医临床研究编辑部  
**出版** 中医临床研究编辑部  
**印刷** 昌平百善印刷厂  
**国内发行** 北京报刊发行局  
**国际发行** 中国国际图书贸易总公司  
**定价** 每册 15 元, 全年 360 元

**Editing:** Editorial Department of CJOCM  
**Publishing:** Editorial Department of CJOCM  
**Printing:** Beijing Baishan Printing House  
**Domestic Distributor:** Beijing Newspapers Distributing Center  
**International Distributor:** China International Book Trading Cor.  
**Pricing:** 15 yuan per copy, 360 yuan per year

**中国标准连续出版物刊号:**  $\frac{\text{CN11-5895/R}}{\text{ISSN1674-7860}}$

**China Authorized Number:**  $\frac{\text{CN11-5895/R}}{\text{ISSN 1674-7860}}$

## 《中医临床研究》编辑部

**编辑部 网址** www.cjocm.cn  
**编辑部 地址** 北京市昌平区咨询产  
业科技文化创业园  
**办公室 电话** 010-85463620

## Editorial Department of CJOCM

Editorial department website site: www.cjocm.cn  
Office Address: Beijing Changping Zixun Chanye Keji Wenhua  
Hi-tech Industrial Park  
Office Telephone Number: 010-85463620

**编辑室 电话** 010-59431886  
**编辑室 电邮** zy@cjocm.cn

**Editorial Telephone Number:** 010-59431886  
**Editorial E-mail:** zy@cjocm.cn

## 编辑部通信地址:

102218  
北京市昌平区 102218-59 信箱  
中医临床研究 收

## Editorial Corresponding Address:

Post Box 102218-59, Beijing  
102218  
China

## 声明

除非特别声明, 本刊刊出的所有文章不代表本刊编委会以及本刊相关单位的观点; 本刊有权以其他方式出版论文。对文章所载药物剂量和使用方式不承担任何责任。关于作者论文版权, 如有任何版权要求, 请作者及相关人特别标注, 并签署声明。(试行)

## Editorial Statement:

The editorial department has the right to revise the manuscripts. Once authors agree to publish, the copyrights of articles will belong to the journal. All articles published do not reflect the opinions of editors, unless this is clearly specified. The Editorial Department is not responsible for the dosage and usage mode in the articles.

期刊基本参数: CN115895/R \* 2009 \* f \* A \* 136 \* zh \* P \* ¥15.00 \* 5000 \* 66 \* 2010-15

中国核心期刊(遴选)数据库收录期刊 万方数据库全文收录期刊 中文生物医学期刊文献数据库 中文科技期刊数据库(全文版)

## 从古代文献探讨子宫内膜异位症的病因病机

### To investigate the pathogenesis of endometriosis based on ancient literature

任志珍 赵瑞华

(中国中医科学院广安门医院, 北京, 100053)

中图分类号: R339.2+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0001-02

**【摘要】** 子宫内膜异位症是指具有生长功能的子宫内膜组织, 出现在子宫腔被覆黏膜以外的身体其他部位所引起的病变, 常见有三大临床症状: 盆腔痛、月经不调、不孕。历代医家对痛经、不孕、癥瘕等的病因病机进行了详细的论述, 这些病症论述, 从多角度、多层次方面反映了本病的病因病机特点, 对后世临证多有启迪。

**【关键词】** 古文献; 子宫内膜异位症; 病因病机

**【Abstract】** Endometriosis is a endometrium with the growth function, that is pathological changes caused by other parts of the body, there are three common clinical symptoms: Pelvic pain, irregular menstruation, infertility. Ancient physicians were discussed in detail on the pathogenesis of dysmenorrhea, infertility, pelvic mass, the discussion of disease was reflects on the pathogenesis of this disease based on aspects of multi-angle, multi-level.

**【Keywords】** Ancient literature; Endometriosis; Pathogenesis

子宫内膜异位症(简称内异症)是指具有生长功能的子宫内膜组织, 出现在子宫腔被覆黏膜以外的身体其他部位所引起的病变, 常见有三大临床症状: 盆腔痛、月经不调、不孕。中医虽无子宫内膜异位症的病名记载, 但其症状及体征可属在“痛经”、“癥瘕”、“月经不调”、“不孕”“逆经痛”<sup>[1]</sup>等范畴<sup>[2]</sup>。古代医学典籍中有不少相似本病的记载, 对其病因、病机、诊治等均有论述。如隋代巢元方《诸病源候论》中所述:“……为血瘕之聚, 令人腰痛不可以俯仰, 横骨下有结气, 牢如石, 少腹里急苦痛, 深达腰腹, 下牵阴里”。这些病症论述, 从多角度、多层次方面反映了本病的病因病机特点, 对后世临证多有启迪。

#### 1 病因

关于内异症, 中医认为其病位在冲任、胞宫, 变化在气血, 故凡能引起冲任、胞宫气血运行不畅或失于濡润的因素, 均可导致该病的发生。

《金匱要略方论·妇人杂病脉证并治》最早记载了痛经的产生:“带下, 经水不利, 少腹满痛, 经一月再见”。《景岳全书·妇人规》将痛经的病因进行了总结:“经行腹痛, 证有虚实。实者或因寒滞, 或因血滞, 或因气滞, 或因热滞。虚者有因血虚, 有因气虚”。《古方汇精》早已认识房劳不慎亦引起痛经。诚如“凡闺女在室行经, 并无疼痛。及出嫁后, 忽患痛经, 渐至滋蔓, 服药罔效。此乃少年新娘, 男女不知禁忌, 或经将来时, 或行经未净, 遂尔交媾, 震动血海之络, 损伤冲任, 以致瘀滞凝结, 每致行经, 断难流畅, 是以作疼, 名曰逆经痛。患此难以受孕”。

早在隋代《诸病源候论·妇人杂病诸候》就提到:“妇人挟疾无子, 皆由劳伤血气, 冷热不调, 而受风寒客于子宫, 致使胞内生病, 或月经涩闭, 或崩血带下, 致阴阳之气不和, 经血之行乖候, 故无子也”。可见此时的医家已认识到正气亏虚加之风寒之邪侵袭胞宫, 冲任、胞宫功能受损, 月水不利或不通, 难以摄精成孕。此外《诸病源候论》还认为饮食不节以致积聚影响气血调和而致不孕, 如其所云:“积之生皆因饮食不节, 当风取冷过度; 其子脏劳伤者, 积气结搏于子脏, 致阴阳血气不调和, 故病结积而无子”。《竹林妇科证治》亦详述指出癥瘕积聚、气滞血瘀可致不孕。“有血瘕气瘕, 子脏不收, 月水不通者, 皆真阴之病也。夫真阴既痛, 则阴血不足者不能育胎, 阴气不足者不能摄胎”。从其论述可以看出多种因素所致瘀血阻滞, 经水失调, 积于胞中, 则精难纳入, 故难以受孕。

《严氏济生方·妇人门·血瘕证治》将经产的因素突显出来, 意识到经产是导致妇人癥瘕的重要因素, 诚如所云:“惟妇人血瘕为病异于丈夫, 其所以异者, 非独关于饮食不节而已, 多因产后劳动太早, 喜怒不调, 脏虚受寒, 或月水往来, 取冷过度……皆能成血瘕也”。此外情志失调也是妇人癥瘕产生的重要因素。《古今医鉴·求嗣》中所言:“凡妇人无子, 多因七情所伤, 致使血衰气盛, 经水不调, 或前或后, 或多或少, 或色淡如水, 或紫如血块, 或崩漏带下, 或肚腹疼痛, 或子宫虚冷, 不能受孕”。景岳对妇人癥瘕病因的论述相对全面:“瘀血留滞成瘕, 唯妇人有之, 其证则由经期, 或由产后, 凡内伤生冷, 或外受风寒, 或恚怒伤肝, 气逆而血留, 或忧思伤脾, 气虚而血滞, 或积劳积弱, 气弱而不行, 总由血动之时, 余血未净, 而一有所逆, 则留滞日积, 而渐以成瘕矣”。经产不慎、

脏腑虚弱、外邪侵袭、饮食失节、情志失调等多种因素均可引起癥瘕，但各种因素并不是单独作用的，往往是相互影响，互为因果的<sup>[1]</sup>。

## 2 病机

纵观历代医家对本病的零散论述，均离不开“瘀血阻滞胞宫、冲任<sup>[4]</sup>”的病机特点。“瘀血”是产生此病症状和体征的关键，亦是其病理实质。瘀血阻滞是子宫内异位症的基本病机，或气滞血瘀，或寒凝血瘀，或痰湿壅滞，或气血虚弱等。

### 2.1 气滞血瘀

血液的环流不息，主要依赖于气的推动，气为血帅，血随气行。若气机运行失常，气滞血瘀，瘀血积于胞中，或令胞脉阻滞，则易致痛经、不孕、癥瘕之类。《女科指南》指出：“妇人忧、思、忿、怒。忧思过度则气凝，气凝则血亦凝；忿怒已甚则气结，气血凝结则涩而不流”。《慎斋遗书》云：“癥瘕积聚，并起于气，故有气积气聚之说。然癥瘕属血病者，气聚而后血凝也”。朱丹溪亦在临床中发现气滞血瘀易引起不孕，如其所言：“经水将来作痛者，血实也，一云气滞。临行时，腰痛腹痛，乃是郁滞有瘀血。血瘀气滞，经水失调，积于胞中，则精难纳入，故难以受孕”。明代张璐也同样重视不孕的重要病机-气滞血瘀。如《张氏医通·妇人门》云：“妇人立身以来全不产，及断乳后十年、二十年不产，此胞门不净，中有瘀积结滞也”。

### 2.2 寒凝血瘀

寒为阴邪，其性收引，血为阴类，喜温而恶寒，寒则血凝不能流。《灵枢·水胀》云：“石瘕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，衄以留止”，明确指出癥瘕是由寒气凝滞，瘀血阻脉而成，病在血分。同时寒凝血瘀也是痛经的重要病机。正如《诸病源候论·月水不利候》云：“风冷客于经络，搏于血气，血得冷则壅滞，故令月水来不宜利也”。《妇人大全良方·卷之一》记载：“寒气客于血室，血凝不行，绪积血为气所冲，新血与故血相搏所以发痛”。《傅青主女科·调经》在“经水将来脐下先疼痛”中云：“寒湿乃邪气也，妇人有冲任之脉居于下焦……经水由二经而外出，而寒湿满二经而内乱，两相争而作疼痛”。《千金要方》中也在不孕的病机中提到了寒邪，如“带下无子，皆是冷风寒气，或产后未满百日，胞络恶血未尽，便利于悬固上，及久坐湿寒入胞里，结在小腹牢痛，为之积聚”。

### 2.3 气血虚弱

《景岳全书·妇人规》认为：“凡妇人经行作痛，挟虚者多，全实者少。”体弱久病，或化源不足使气机虚弱，气虚无力行血或统摄无权，影响冲任，经血不畅，瘀阻胞宫而致月经病。《诸病源候论》指出“妇人月水来腹痛者，由劳伤血气，以致体虚受风冷之气客于胞络，损伤冲任之脉”。说明经来腹痛的发生是以气血虚弱为本，外邪乘机侵犯胞络，损伤冲任，致瘀

血留滞而发病。同时，《诸病源候论》肯定了气血虚损还是癥瘕的重要影响因素。“疝瘕之病，由饮食不节，寒温不调，气血劳伤，脏腑虚弱。”《太平圣惠方》亦提到气血劳伤是癥瘕积聚的重要病机，如其所云：“夫妇人积年血瘕块者……此皆因气血劳伤，月水往来，经络否涩，恶血不除，结聚所生也。”此外后世很多医家也都提到气血虚弱是胞脉失养，则不能成孕的重要因素之一，《格致余论·受胎论》云：“阳精之施也，阴血能摄之，精成其子，血成其胞，胎孕乃成，今妇人无子者，本由血少不足以摄精。”

### 2.4 痰湿壅滞

肥人多痰多湿，痰湿壅滞，阻滞气机，壅塞胞脉，可以导致痰湿不孕。正如《医宗金鉴·妇科心法要诀》所言：“女子不孕之故，由伤其任、冲也……或由体盛痰多，脂膜壅塞胞中而不孕。”《丹溪治法心要·卷七》亦云：“肥者不孕，因躯脂闭塞子宫，而至经事不行……”。《血证论》指出：“癥者，常聚不散，血多气少，气不胜血故不散，或纯是血质，或血中裹水，或血积既久亦能化为痰水”。《丹溪心法·痰》云：“痰挟瘀血，遂成窠囊。”《女科经纶》总结前人经验，考虑痰湿壅滞亦可影响到癥瘕形成。如“痞气之中，未尝无饮，而血凝食瘕之内，未尝无痰，则痰食血，未有不因气病而后形病。故消积之中，兼行气消痰消瘕之药为是”。

综上所述，历代医家对痛经、不孕、癥瘕等的病因病机进行了详细的论述，病因分虚实两端，虚者包括：血虚、气虚、脏腑虚弱等，实者有：饮食不节、房劳不慎、情志因素、外邪侵袭等。病机分为气滞血瘀、寒凝血瘀、气血虚弱、痰湿壅滞等，这些论述为现代临床提供了极其丰富的理论指导，同时也为子宫内异位症的诊断及中医证型的判别，起到了重要的指导作用。我们还需进一步汲取古代文献的精华，结合现代医学，深入探讨子宫内异位症的病因病机特点。

## 参考文献：

- [1]王东梅.“逆经痛”析[J].山东中医药大学学报,2000,24(3):181
- [2]王荣幸,王香桂.医家对子宫内异位症的认识[J].中国实用中药,2007,2(23):69
- [3]马东.妇人癥瘕证治的古代文献研究[D].山东:山东中医药大学,2008:10-12
- [4]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2002:132

## 作者简介：

任志珍，女，中国中医科学院广安门医院硕士研究生。

赵瑞华（通讯作者），女，中国中医科学院广安门医院，主任医师。

## 项目编号：

十一五国家科技支撑计划课题：2006BAI04A17。

编号：ER-10051404（修回：2010-08-03）

## 宣肺理气针药结合治疗功能性便秘的临床研究

## A clinical study on treating functional constipation by Xuanfei Liqi with acupuncture plus medicine

张卫董倩

(福建省厦门市中医院, 福建 厦门, 361009)

中图分类号: R256.35 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0003-02 证型: GDI

**【摘要】** 目的: 观察宣肺理气针药结合治疗功能性便秘的临床疗效。方法: 将 70 例功能性便秘患者随机分为宣肺理气治疗组与常规治疗对照组, 宣肺理气治疗组在对照组取穴的基础上针刺加用尺泽、太渊, 中药加用杏仁、桔梗宣肺理气, 经 3 个疗程治疗后与治疗结束后 3 个月分别观察两组患者疗效。结果: 宣肺理气治疗组患者短期疗效与长期疗效均显著优于常规治疗组 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。结论: 宣肺理气疗法可从气机运行与水液输布等方面改善肺脏功能, 通过进一步协调肺与大肠功能之间的平衡, 从而在根本上增强大肠通降能力, 达到治疗目的。

**【关键词】** 功能性便秘; 宣肺理气; 针药结合

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical effects of treating functional constipation by XuanfeiLiqi with acupuncture plus medicine. Methods: Choose 70 cases of functional constipation patients randomly divided into Xuanfei Liqi in treatment group and conventional therapy in control group. We have observed the effects of these two groups after 3 courses of treatment and 3 months after the treatment. Result: short-term effects and Long-term effects in treatment group is better than the control ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ). Conclusion: The Xuanfei Liqi therapy of acupuncture combined with medication could improve the function of Lung from activities of Qi and distribution of water, harmonize the balance between Lung and Large intestine, and increase the movement of Large intestine.

**【Keyword】** Functional constipation; Xuanfei Liqi; Acupuncture plus medication

功能性便秘是一种功能性肠病, 表现为持续困难的、不频繁的或不完全的排便感。人口统计学显示, 便秘症状在人群中的发生率超过 27%<sup>[1]</sup>。

便秘可发生于任何年龄阶段患者, 发病率随年龄上升而增加<sup>[2]</sup>。虽然, 本病不会对人体造成严重损害, 但便秘常给人带来一定的痛苦和精神负担, 给患者生活质量造成严重影响。以往治疗便秘多从调理脾胃角度治疗, 但患者长期疗效往往不理想。我们通过宣肺理气法采用针药结合治疗功能性便秘患者例, 取得了较好的疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

全部 70 例患者均为 2007 年 12 月~2009 年 12 月在我科就诊的功能性便秘患者, 根据随机数字表随机分为治疗组与对照组, 每组各 35 例。治疗组年龄 19~71 岁, 平均 50.2 岁; 病程最短 5 年, 最长 40 年, 平均 12 年。对照组年龄 21 岁~68 岁, 平均 49.8 岁; 病程最短 4 年, 最长 38 年, 平均 11.8 年。两组患者年龄与病程构成经统计分析无显著差异 (均  $P > 0.05$ )。

### 1.2 诊断标准

根据罗马委员会颁布的罗马 III 诊断标准<sup>[3]</sup>。

#### 1.2.1 必须包括以下 2 点或 2 点以上

①至少有 25% 的排便感到费力; ②至少有 25% 的排便为块状或硬便; ③至少有 25% 的有排便不尽感; ④至少有 25% 的排便时有肛门直肠梗阻感/阻塞感; ⑤至少有 25% 的排便时需要以手法辅助 (如手指帮助排便、盆底支持); ⑥每周排便 < 3 次。

#### 1.2.2 如果不使用轻泻药时几乎无松散便

#### 1.2.3 没有足够的证据诊断 IBS

诊断前症状出现至少 6 个月, 近 3 个月症状符合以上标准。

### 1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准; ②无严重的影响治疗的器质性疾病和神经、精神疾病者; ③治疗期间未服用影响本治疗的药物。

### 1.4 排除标准

①合并有严重的影响治疗的器质性疾病和神经、精神疾病者; ②治疗期间服用其他影响本治疗的药物; ③未能按规定要求治疗者。

## 2 治疗方法

### 2.1 治疗组

取穴: 足三里、上巨墟、天枢、尺泽、太渊; 操作方法: 选用 25 号 1.5 寸针灸针治疗, 得气后足三里、太渊采用补法, 上巨墟、天枢、尺泽行平补平泻, 中等量刺激, 留针 20 分钟, 每 5 分钟行针 1 次, 1 次/d, 6 日为 1 疗程, 休息 1 天后进行下一疗程, 共进行 3 个疗程治疗。中药: 杏仁 6g, 桔梗 8g, 党参 15g, 茯苓 15g, 枳实 10g, 厚朴 8g, 生地黄 15g, 当归 15g, 肉苁蓉 10g, 生姜 5g, 大枣 3 枚, 1 剂/d, 6 日为 1 疗程, 休息 1 天后进行下一疗程。治疗结束后与 3 月后观察疗效。

### 2.2 对照组

针刺取穴: 足三里、上巨墟、天枢; 操作方法、疗程同治疗组。中药在治疗组中药基础上去除杏仁与桔梗, 服法与疗程相同。治疗结束后与 3 月后观察疗效。

## 3 疗效观察

### 3.1 疗效标准

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>。

治愈：2天内排便1次，便质转润，排便通畅，短期不复发；显效：2日以内排便1次，便质软润，排便欠畅，伴随症状解除。好转：3天内排便1次，便质转润，排便欠畅；无效：症状无改善。

### 3.2 统计学处理

采用卡方检验，SPSS11.0软件进行分析处理。

## 4 结果

疗效比较，见表1，表2

**表1 两组患者短期疗效比较**

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	有效率
治疗组	35	16	14	4	1	97.14%*
对照组	35	9	15	7	4	88.57%

注：\* $P<0.05$ 。

**表2 两组患者长期疗效比较**

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	有效率
治疗组	35	13	15	5	2	94.29%**
对照组	35	6	13	8	8	77.14%

注：\*\* $P<0.01$ 。

从两表中可以看出经统计学分析两组患者不论在短期疗效，还是在长期疗效方面均有显著的差异，治疗组疗效显著优于对照组，特别是长期疗效方面治疗组更具有疗效优势。

## 5 讨论

虽然，便秘从表象上看属于消化系统病症，病位在大肠，但从其发病机制上研究则与许多脏腑有关，除了人们常常提及的脾胃以外，笔者认为在五脏之中肺功能的失调与本病症关系最为密切。

从脏腑关系角度分析。肺为五脏之一，大肠属六腑之列，二者互为表里，《灵枢·本输》将这种关系称之为“肺合大肠”。《灵枢·经脉》“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈属肺”；“大肠手阳明之脉，起于大指次指之端……上出于柱骨之会上，下出缺盆，络肺，下膈属大肠”。由此可知，二者经脉互相络属，其经脉分别联络与之相应络属的脏腑，从而构成表里相合关系，这也正是“肺合大肠”的生理学基础，从而构成了肺与大肠在生理上相互联系、相互配合、相互为用、相辅相成的特殊关系。肺不但与大肠相表里，而且从手太阴肺经经脉的循行途径也可以看出，本经脉还联系到了“中焦、胃口”等这些脾胃消化系统的重要器官，这些都决定了肺在便秘等消化病症中的重要作用。这种生理上的紧密联系具体表现在以下机能方面。

肺为相傅之官，肺主气，为全身气机运行的枢纽。张锡纯在《医学衷中参西录》指出：“人之一身，皆气所撑悬也。此气在下焦为元气，在中焦为中气，在上焦为大气。”肺气失常，则大肠运行无力，使糟粕停于肠道过久而成为秘结。《医经精义·脏腑之官》说：“大肠之所以能传导者，以其为肺之腑。肺气下达，故能传导。”这种生理上相互合作的协调关系，表现在肺居上焦，其气宣降，肺气正常的宣降则有利于大肠的传导，帮助大肠排泄大便、保持腑气通畅的功能正常；大肠位居下焦，其腑气通畅，排泄大便的功能正常，则有利于肺气的宣降，使呼吸保持深沉平稳。反之，在病理情况下，如果肺宣降功能失

常，则导致肠腑传导功能减弱，从而引起大便排泄不畅，产生便秘。如《慎斋遗书·阴阳脏腑》所论：“浊气在上，则填塞肺气，肺不能行下降之令，故大便闭”。因此开宣肺气，使肺气得以正常的宣发肃降，才能维持大肠的通降功能，保证大便得以顺利排出。《医经精义》点明“理大便必须调肺气也”。故柯韵伯《伤寒来苏集》中说：“诸病皆因于气，秽物之不去，由气之不顺也。”

肺为水之上源，通调水道，参与水液代谢，而大肠亦参与水液代谢，能吸收食物中之水分，使大便成形。《素问·经脉别论》曰：“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，合于四时五脏，阴阳揆度以为常也。”表明肺的宣发肃降不仅能使水液运行的道路通畅，而且在维持机体水液代谢平衡中发挥着重要的调节作用。如果肺通调水道功能正常，水液可以正常输布全身，大肠内水分含量正常则大便通畅，反之则会引发水液输布异常，从而导致腹泻或大便秘结。故张景岳在《类经·十二经病》论述到：“大肠与肺相表里，肺主气，而津液由于气化，故凡大肠之或泻或秘，皆津液所生病也”。陈士铎《石室密录》云：“大便秘结者，人以为大肠燥甚，谁知是肺气燥乎？肺燥则清肃之气不能下行于大肠，而肾经之水，仅足以自顾，又何能旁流以润溪涧哉？”充分阐明肺燥不行清肃之令可致便秘的理论。故《血证论·便闭》云：“肺与大肠相表里，肺遗热于大肠则便结，肺津不润则便结，肺气不降则便结。”这些均表明肺在大肠功能失调中所扮演的重要作用。因此，历代医家对于便秘之治，亦多考虑肺与大肠的表里关系，在通便泻下之时适当加以宣降肺气之药，使肺的宣降通畅，则津液得下，大便自通。

因此，本次研究针药结合在常规选取胃与大肠的下合穴足三里、上巨墟，大肠的募穴天枢，及中药调畅胃肠功能，促进肠腑传导功能的基础上，再加用肺经的合穴尺泽与原穴太渊与杏仁、桔梗调理肺脏功能，增强肺的宣发肃降能力，增加肺与大肠在气机运行及水液输布方面的协调，从脏腑两方面标本兼治，因而能够取得较为理想的长期疗效。中医临床强调治病求本，也就是要求我们根据疾病产生的本质，从根本上纠正紊乱的脏腑功能，而不仅仅是着眼于病位所在，这样才能取得良好的长期疗效。

### 参考文献：

- [1]李岩.功能性便秘与精神心理因素[J].中国实用内科杂志,2004,24(4):195-196
- [2]王崇文,谢勇.慢性便秘的诊断与治疗[J].中华消化杂志,2004,24(1):41
- [3]罗马委员会.功能性胃肠病罗马III诊断标准[S].胃肠病学,2006;11(12):761-765
- [4]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:11

### 作者简介：

张卫，男，医学博士、博士后，厦门市中医院副主任医师，福建中医药大学副教授、硕士研究生导师。

### 项目编号

厦门市科技局社会发展项目资助，批号：3502z20064006。

编号：EA-1005198764（修回：2010-08-11）

## 中医治疗肝硬化腹水的临床研究

## A clinical study on treating cirrhosis ascites in TCM therapy

胡 爽

(四川省眉山市人民医院, 四川 眉山, 620000)

**中图分类号:** R657.3+1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 15-0005-02 **证型:** IBD

**【摘要】**目的: 消除病因。方法: 注重中药补气养血以扶正; 健脾滋阴以固本; 清热利湿以去邪; 活血化瘀以软坚。结果: 改善肝内微循环机能, 适当增强肝细胞再生, 调整全身免疫细统, 阻断恶性循环。结论: 使由失代偿期转为代偿期, 预防和治疗各种并发症(感染、呕血、便血、腹水、肝昏迷等)

**【关键词】** 中医治疗; 肝硬化腹水; 临床研究

**【Abstract】** Objective: To eliminate the cause of a diseases. Methods: To emphasize traditional Chinese medicine to invigorate vital energy support blood to strengthening body resistance, invigorate the spleen increase Yin to solid foundation, promoting blood flow softening hard mass. Results: To improve microcirculation function in the liver, reinforce liver cell regeneration appropriately, to regulate eneral immune system, to obstruct vicious cycle. Conclusion: The broken compensation transfer to compensation in order to prevent beforehand and treat various kinds of complication (infection, haematemesis, hemaefecia, abdominal dropsy and coma hepaticum).

**【Keywords】** TCM therapy; Cirrhosis abdominal dropsy; Clinical study

肝硬化以及肝硬化腹水是慢性肝炎发展的必然结果, 多年以来, 认为本病是不能治愈的。根据临床医学会统计, 病后一到三年内, 约有半数以上的病人死亡, 对病人的威胁十分严重。据文献报道, 早期肝纤维化在消除病因后, 有重吸收的可能, 如果发生解剖学上典型的肝硬化, 即便除去病因, 仍然是不可逆转的, 这就使得人们对于肝硬化以及肝硬化腹水的预后十分悲观。中国医药学已有数千年的历史, 当人们发生疾病的时候, 就会根据自己或前人的体验, 利用这些天然物质来治疗或预防疾病, 经过长期的反复实践, 某些天然物质就变成了防治疾病的药物, 故有“医食同源”之说。现结合中医药学对这一难治性疾病作出下面具体的阐述。

肝硬化分隐匿期和代偿期, 有临床症状和肝功能损害时, 表明进入失代偿期。失代偿期肝硬化的治疗, 目前仍以休息、营养和保肝为主。中医上虽未谈到肝硬化这个病名, 但据中医文献多包括在黄疸病和臌胀病中。两千年前的《内经·水胀篇》中记载: “腹胀者皆大, 大与腹胀等也, 色苍黄, 腹筋起, 此其候也”。这就表明肝硬化腹水伴有黄疸和腹壁静脉怒张的典型表现。前人治疗无腹水的肝硬化, 多强调寓攻于补。也就是强调补脾以固本, 清热以荡邪。对肝脾肿大提倡用活血软坚之剂。如今, 随着科学技术的不断发展, 在总结前人的基础上, 结合自己的临床实践, 总结了一套肝硬化的病理特点是: “肝脾肾俱损, 血脉瘀阻; 气血水运化失调; 三焦失司; 水泛络伤”。

如今在前人活血化瘀方剂的基础上形成了强肝软坚汤。根据肝硬化的早期、中期、晚期, 结合中医的八纲辨证与脏腑辨证, 分为六型。按型依强肝软坚汤基本主方(当归、白芍、丹参、郁金、黄芪、丹皮、栀子、白术、茯苓、生地、鳖甲、茵陈), 演化成相应的六个处方。依照“辨病、辨证、主方加减”的原则治疗。对腹水病人, 强调卧床休息。要求低盐或无盐并富有蛋白质的饮食。禁酒, 忌辛辣、薯类和粗硬食品。

在基本主方演化成六型主方的运用中, 既包括清热、疏肝、

活血、化瘀、软坚、行气、通络、利湿、利胆; 又包括补气、养血、健脾、和胃、滋阴、补肾。寓攻于补, 攻补兼施。现就依据六型, 结合临床作一具体分析。可以归结为:

### 1 肝瘀热蕴型

辨病: ①多为早期肝硬化活动型。②浊、絮反应和/或 GPT 多明显增高。③肝、脾肿大且硬。④可有隐性或显性黄疸。

主证: ①面色黄晦而形实。②面、胸、手等处可见赤缕或蜘蛛痣。③口干苦、尿黄赤多有异臭。④胁下多有胀痛。⑤舌紫暗, 可见瘀斑, 苔黄白厚腻或黄燥粗干。⑥脉弦滑数、弦涩有力或沉弦有力。

用方: 强肝软坚汤 1 号: 当归 9~15g, 白芍 9~15g, 丹参 15~30g, 郁金 9~15g, 败酱草 15~30g, 栀子 6~12g, 丹皮 6~12g, 鳖甲 15~30g, 生地 9~15g, 白术 6~12g, 茯苓 9~15g, 黄芪 15~30g, 山楂 9~30g, 茵陈 9~30g。

加减: 食少纳呆酌加白蔻仁、砂仁、佩兰、藿香等。腹胀满酌加香附、木香、枳壳或炒莱菔子等。便溏去当归、生地, 酌加苍术、芡实、诃子、党参、煨肉豆蔻等。明显乏力、腰酸软时, 酌加太子参或枸杞子等。胁痛酌加柴胡、元胡、片姜黄、川楝子等。

### 2 脾虚气虚型

辨病: ①病程较长, 多有长期营养不良或消化、吸收障碍的特点。②肝、脾多肿大且硬。③肝功能主要为浊、絮反应增高, GPT 正常或稍高, 白蛋白常低。④常见肝掌、蜘蛛痣、贫血或浮肿。

主证: ①体瘦肢乏, 少气懒言。②食少纳呆, 腹胀便溏, 喜热食, 口干不欲饮。③胁下隐痛。④舌质淡或舌边有齿痕。苔薄白或白腻。⑤脉沉细无力。

用方: 强肝软坚汤 2 号: 当归 6~12g, 白芍 9~15g, 丹参 15~30g, 郁金 6~12g, 黄芪 15~30g, 党参 9~15g, 苍术 9~15g, 茯苓 9~15g, 山药 15~30g, 黄精 9~15g, 肉豆蔻 6~

9g, 炙鳖甲 9~15g, 木香 6~12g, 茵陈 6~12g。

加减: ①便溏日久者暂去当归或改土炒当归, 酌加芡实、扁豆、诃子、干姜或马齿苋、破故纸等。②实少酌加炒三仙或砂仁、蔻仁等。③腹胀酌加厚朴、大腹皮等。④浮肿酌加车前子、苡米、猪苓、泽泻等。⑤失眠多梦酌加炒枣仁、夜交藤或珀粉等。

### 3 血瘀络阻型

辨病: ①多有食道静脉曲张或上消化道出血。②肝质硬, 常触及硬节。萎缩者则多触不到肝脏。③脾多明显肿大并脾功能亢进。④大量呕血、便血后, 常出现贫血或腹水。

主证: ①面色晦暗或有红斑赤缕。②无失血者多实, 有失血者多虚。③胁下痞块, 胀痛、刺痛。④腹胀纳呆, 口干尿黄。⑤鼻衄或血斑。⑥舌质紫暗或见瘀斑, 舌苔微黄或燥涩少津。

7. 脉沉弦或弦涩有力。

用方: 强肝软坚汤 3 号: 当归 9~15g, 赤芍 9~15g, 丹参 15~30g, 郁金 9~15g, 小蓟 15~30g, 太子参 9~15g, 生地 9~15g, 鸡血藤 15~30g, 鳖甲 15~30g, 炮山甲 6~12g, 丹皮 6~12g, 桃仁 3~9g, 砂仁 3~9g, 茵陈 9~15g。

加减: 出血酌加参三七、血余炭、藕节炭、栀子炭、大黄炭等。脾功能亢进酌加熟地黄、阿胶、鹿角胶、制首乌、紫河车等。脾肿大酌加马鞭草、海藻、凌霄花。

### 4 肝肾阴虚型

辨病: ①多为肝硬化中期或向晚期过渡型。多因治疗不当或长期消化、吸收不良。②临床多以代谢、内分泌、植物神经功能失调为主征。③肝多肿大质硬边锐。

主证: ①体瘦身倦, 头晕目眩。②心悸失眠, 腰酸腿软, 肝区隐痛, 五心烦热。③遗精、月经失调。④食少、腹胀、口干、牙、鼻出血。⑤舌质红绛, 舌苔光净发红或舌苔剥落。⑥脉弦细数。

用方: 强肝软坚汤 4 号: 当归 9~15g, 白芍 9~15g, 丹参 15~30g, 郁金 9~15g, 沙参 9~15g, 麦冬 9~15g, 生地 9~15g, 枸杞子 9~24g, 丹皮 9~12g, 鳖甲 15~30g, 楮实子 9~15g, 黄芪 9~15g, 砂仁 3~6g, 茵陈 9~18g。

加减: 失眠多梦酌加炒枣仁、合欢花、夜交藤、琥珀粉等。腰背酸软者酌加川断、桑寄生、女贞子、狗脊等。浮肿或腹水时酌加茯苓皮、车前子、半边莲等。手足心热可酌加地骨皮、知母、元参、白薇、银柴胡、浮小麦等。

### 5 气水捕滞型

辨病: ①本型属肝硬化晚期, 多为初发腹水。②可见腹壁静脉怒张。③多有脾大、脾功能亢进及出血倾向。

主证: ①体虽瘦而形未衰。②腹胀如鼓, 形如蛙腹。③气水膨满, 饮食难下, 大便不利, 小便短赤。④舌质紫红, 苔黄白腻或干涩少津。脉弦数或弦大。

用方: 强肝软坚汤 5 号: 当归 9~15g, 白芍 9~15g, 丹参 15~30g, 郁金 6~12g, 车前子 30~45g, 茯苓皮 15~30g, 半边莲 15~30g, 白茅根 30~45g, 枳壳 6~12g, 砂仁 6~9g, 鳖甲 15~30g, 白术 9~15g, 黄芪 9~15g, 茵陈 9~15g。

加减: 腹水、气胀严重者应加大利尿药量, 并酌加大腹皮、抽葫芦、汉防己、猪苓等, 以及炒莱菔子、木香、沉香等。恶

心酌加竹茹、代赭石、半夏等。贫血或血清白蛋白减低酌加阿胶、鸡血藤、紫河车、黄精、制首乌等。

### 6 阴虚水膨型

辨病: ①本型多为腹水经久不退或多次复发。以虚弱、黄疸、腹水、胀气为主征。②黄疸多为轻度或中度, 消退较难。③常属久用利尿剂无效或造成电解质紊乱者。④肝脏多因萎缩或腹水而触不到, 脾多肿大。⑤A/G 多倒置。⑥可能有低热、出血或夜盲。

主证: ①面色黧黑或黄污, 形体瘦弱, 少气乏力。②气水膨满, 屁隔难通。③大便不利, 小便短赤。④口干唇燥, 手足烦热。⑤舌红少津, 舌苔光剥。⑥脉沉细数, 沉微无力。

用方: 强肝软坚汤 6 号: 当归 6~12g, 白芍 6~12g, 丹参 9~20g, 郁金 6~12g, 北沙参 9~20g, 麦冬 9~15g, 半边莲 15~30g, 车前子 30~45g, 白茅根 30~60g, 鳖甲 15~30g, 砂仁 3~6g, 阿胶 3~9g, 紫河车 3~6g。

加减: 上方中车前子要装包煎; 鳖甲要先煎一小时; 砂仁要后下煎 10 分钟; 阿胶要另烊化服; 紫河车要研磨成粉冲服。行气酌加炒莱菔子、炒枳实、生姜皮、沉香末(冲服)、香椽皮等。利水酌加抽葫芦、玉米须、腹水草等。健脾开胃酌加苍术、白术、茯苓、白蔻仁、莲子肉、鸡内金等。

### 7 疗效标准

基本治愈: 症状消失或已不明显, 黄疸、腹水完全消退, 肝脾大小恢复正常或明显回缩变软, 肝功能恢复正常两次以上, 愈后随访三个月以上不复发者。

显效: 症状基本消失, 黄疸、腹水完全消失, 肝脾不同程度的回缩变软或稳定不变。肝功恢复到接近正常(TTT8 单位以下, GPT150 单位以下)或虽恢复正常, 但于三个月内又轻度异常。

好转: 症状好转, 黄疸、腹水明显消失或好转, 肝脾征轻度好转或不变, 从而肝功转好。

无效: 症状、体征、肝功均无明显好转或进一步恶化者。

通过综上所述, 在运用六型方剂时, 首先要辨清虚实寒热, 邪正盛衰, 使攻邪不致伤正, 扶正不致留邪; 既要防虚之误, 又要防实之弊。其次要注意“治肝之病, 当先实脾”的原则, 保证脾胃的健运, 以使水谷之精微得以运输同化为气血精液, 从而扶正达邪。再就是对腹水型的治疗, 本着“急则治其标”的原则, 着重先除腹水。消腹水主要是在主方基础上, 施以行气利水, 健脾利水、滋阴利水或活血化瘀利水等。因此对于肝硬化腹水的治疗, 还应把握住病机的转变、证型的转化, 在确定病因后, 结合主方基础上加减, 按照认真辨病、辨证的观点灵活用药, 缓慢调治。待肝功能恢复正常后, 仍需服用一段时间, 以利于疗效更加巩固。

### 参考文献:

[1]韩经囊,李凤阁.强肝汤治疗肝硬化腹水分型诊治[J].中华医学杂志,1979,59(4):208

[2]江英志.百病效验方[M].福建科学技术出版社,2003:10

## 活血通络止痛膏治疗软组织损伤的临床研究

## A clinical study on treating soft tissue injury with Huoxue Tongluo Zhitong paste

王黎明 谭庆远 邱冠军 曲洪雪 张伟东  
(烟台市中医医院, 山东 烟台, 264000)

中图分类号: R274.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0007-02 证型: BDGI

**【摘要】** 目的: 探讨活血通络止痛膏治疗软组织损伤的临床疗效。方法: 选取 60 例软组织损伤病例, 按随机分组原则, 分为两组, 实验组 (活血通络止痛膏) 30 例, 对照组 (扶他林软膏) 30 例, 连续治疗 10 天, 进行疼痛、压痛、肿胀、功能活动比较。结果: 实验组优良率为 86.7%, 其中治愈 5 例, 显效 21 例, 有效 3 例, 无效 1 例, 对照组优良率为 56.7%, 其中治愈 3 例, 显效 14 例, 有效 11 例, 无效 2 例。结论: 活血通络止痛膏治疗软组织损伤疗效显著。

**【关键词】** 软组织损伤; 活血通络止痛膏; 临床

**【Abstract】** Objective: To investigate the clinical effect of treating soft tissue injury with Huoxue Tongluo Zhitong paste. Method: Sixty subjects were randomly divided into two groups: experimental group and control group, the curative effect was observed and analyzed. Result: In experimental group, 5 cases were cured, 21 cases were apparently improved, 3 cases were improved and 1 case were failed. In control group, 3 cases were cured, 14 cases were apparently improved, 11 cases were improved, 2 cases were failed. The total effective rate was 86.7% in observation group and 56.7% in control group. Conclusion: This paste has good effect on soft tissue injury.

**【Keywords】** Soft tissue injury; Huoxue Tongluo Zhitong paste; Clinical

软组织损伤是临床的常见病, 本院自 2009 年 3 月~2010 年 6 月应用活血通络止痛膏治疗软组织损伤 60 例, 取得一定疗效, 现报告如下。

## 1 临床资料

选取自 2009 年 3 月至 2010 年 3 月在我院骨科门诊及病房符合软组织损伤诊断标准的患者 60 例, 60 例病人按随机分组原则, 分为实验组和对照组, 实验组 30 例, 男 18 例, 女 12 例, 年龄 20~63 岁, 对照组 30 例, 男 16 例, 女 14 例, 年龄 18~65 岁, 两组病例治疗前在瘀斑面积、疼痛、压痛、肿胀、功能障碍方面进行比较, 经统计学处理, 差异无显著性临床意义 (见表 1), 两组病例资料具有可比性。

## 2 诊断标准

### 2.1 西医诊断标准

#### 2.1.1 急性软组织损伤

①有明显外伤史, 疼痛剧烈, 局部迅速肿胀, 肢体活动功能障碍; ②伤处压痛明显, 可出现局部青紫瘀血斑, 严重者可出现皮下血肿, 波动征阳性; ③损伤后 2 周以内; ④X 线检查排除骨折、脱位及骨病, 皮肤保持完整者。

#### 2.1.2 慢性软组织损伤

①有慢性损伤史和好发年龄; ②劳损部位的肿胀、疼痛、压痛; ③关节或临近关节部位活动受限; ④相关试验检查呈阳性。

### 2.2 中医症候标准

(气滞血瘀型) 主症: 因外伤或劳损而发病, 多发生于损伤早期, 局部肿胀、刺痛、痛有定处, 出现青紫瘀血斑, 关节活动受限。次症: 口干、便秘、失眠, 舌质紫暗或有瘀斑, 脉

弦涩。

## 3 治疗方法

### 3.1 实验组

活血通络止痛膏, 由烟台市中医医院制剂, 清洁患部皮肤, 局部外涂, 每日 3 次, 14 天为 1 疗程。

### 3.2 对照组

扶他林乳膏 (北京诺华制药有限公司生产), 按说明书, 清洁患部皮肤, 局部外涂, 每日 3 次, 14 天为 1 疗程。

## 4 评分标准

参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>中的症状分级制定量化标准, 各主要症状和体征根据严重程度分别赋予 1、2、3 分。1 分最轻, 3 分最严重。治疗前后积分值之差显示了症状和体征改善程度, 差值越大, 改善程度越明显。

## 5 疗效标准

参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>中的疗效标准制定: ①治愈: 疼痛、肿胀、瘀斑等症状、体征积分减少 $\geq 95\%$ , 关节活动正常; ②显效: 疼痛、肿胀、瘀斑等症状、体征积分减少 $< 95\%$ , 关节活动不受限; ③有效: 疼痛、肿胀、瘀斑等症状、体征积分减少 $\geq 30\%$ ,  $< 70\%$ , 关节活动改善; ④无效: 疼痛、肿胀、瘀斑等症状、体征积分减少 $< 30\%$ , 关节活动无变化。

## 6 统计方法

用 SPSS13.0 处理数据。

## 7 结果

7.1 两组治疗前瘀斑面积、疼痛、压痛、肿胀、功能障碍分值比较



表1 两组治疗前症状、体征分值比较

组别	例数	瘀斑面积	疼痛	压痛	肿胀	功能障碍
实验组	30	2.13±0.63 <sup>[1]</sup>	2.10±0.66 <sup>[1]</sup>	2.13±0.63 <sup>[1]</sup>	2.20±0.61 <sup>[1]</sup>	2.10±0.66 <sup>[1]</sup>
对照组	30	2.20±0.66	2.17±0.59	2.20±0.66	2.30±0.65	2.30±0.65
P		0.665	0.513	0.665	0.893	0.237

注：与对照组相比， $P>0.05$ 。

由表1可以看出，实验组与对照组在治疗前4项观察指标上均无显著性差异。

表2 两组治疗后症状、体征分值差值比较

组别	例数	瘀斑面积	疼痛	压痛	肿胀	功能障碍
实验组	30	1.20±0.48 <sup>[1]</sup>	1.10±0.31 <sup>[1]</sup>	1.13±0.35 <sup>[1]</sup>	1.13±0.35 <sup>[1]</sup>	1.63±0.56 <sup>[2]</sup>
对照组	30	1.43±0.50	1.63±0.49	1.40±0.50	1.37±0.49	1.76±0.68
P		0.035	0	0.021	0.038	0.49

注：与对照组相比，<sup>[1]</sup> $P<0.05$ ，<sup>[2]</sup> $P>0.05$ 。

由表2可以看出，实验组与对照组在治疗后4项观察指标（瘀斑面积、疼痛、压痛、肿胀）上均有显著性差异，但在

7.2 两组治疗后瘀斑面积、疼痛、压痛、肿胀、功能障碍分值差值比较

功能障碍方面对比无差异。

表3 两组临床疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	优良率
实验组	30	5 (16.7)	21 (70)	3 (10)	1 (3.3)	86.70%
对照组	30	3 (10)	14 (46.7)	11 (36.7)	2 (6.6)	56.70%

注：经 Ridt 分析， $P=0.042<0.05$ ，提示实验组临床疗效高于对照组。

## 8 讨论

软组织损伤是骨伤科的常见疾病，归属于“筋伤”范畴，一般包括肌肉、肌腱、韧带筋膜和关节囊等软组织的损伤。外伤后经脉受损，离经之血瘀滞于筋肉之间，阻滞脉络、瘀肿作痛。故局部肿胀、疼痛、压痛；瘀血化热则局部红肿发热；气血凝滞、筋脉失其濡润则活动受限。主症为损伤部位肿痛及功能障碍，《普济方·折伤门》曰：“若因伤折，内动筋络，血行之道不得宣通，瘀结不散，则为肿为痛，治亦除去恶瘀，使气血流通，则可原也。”故本病治疗当以行血消肿止痛或清热消肿止痛为首务。现代医学认为，软组织损伤后局部毛细血管破裂，血液循环破坏，血管通透性增加，水、电解质和血浆蛋白渗入组织间隙。同时中性粒细胞和单核细胞从血管逸出，进入组织间隙。受伤局部有疼痛、肿胀、青紫等临床表现<sup>[2]</sup>，血管内液渗到组织间隙后，引起血液的高黏、高凝、高浓等血液流变学的改变，而组织的闭合性创伤造成的无菌炎症，使组织细胞缺血缺氧，更是加重了组织细胞的变性坏死，使瘀血加重。

活血通络止痛膏是我院在大量临床实践的基础上，总结中药制剂软膏经验制成，具有无刺激、过敏少、透气性好等优点，可涂、可贴，吸收性好，方药以治血瘀为中心指导理论，由威灵仙、红花、乳香、川芎、丹皮等药物为君药，具有化瘀、通络、凉血的功效，红花活血化瘀、威灵仙既能活血，亦可通经活络，引诸药达病所，《本草正义》所云：“威灵仙以走窜消克为能事，积湿停痰，血凝气滞，诸实易之。”威灵仙中含有的威灵仙总皂苷具有较强的消炎止痛作用<sup>[3]</sup>，肖洪彬等<sup>[4]</sup>研究表明红花可降低纤维蛋白原的含量，乳香具有镇痛、消炎、升高白细胞的作用，并能加速炎症渗出排泄，促进伤口愈合，没药对多种真菌具有抑制作用<sup>[5]</sup>，栀子、黄柏、南星、半夏清热解毒、燥湿散结，共为臣药，黄柏除湿清热，解毒散结，为治疗红热肿痛的要药<sup>[6]</sup>，栀子苦寒泻火除烦，清热利湿，凉血解毒，

对外伤性肿痛有消肿止痛的作用<sup>[7]</sup>，白芷、骨碎补、细辛、白芥子等药物为方中佐药，消肿散结、兼行血脉，透骨草、伸筋草等为使药，引诸药直达病所，诸药合用，改善了受伤部位微循环灌注，降低毛细血管通透性，消除创伤性炎症而达到消肿、止痛的目的，促进局部的新陈代谢而达到“通则不痛”的功效，体现了中医“外治之理即内治之理，外治之药即内治之药”的理论。本次研究我们通过进行规范的临床对比观察发现，活血通络止痛膏对软组织损伤的瘀斑、疼痛、压痛、肿胀症状疗效明显，优于扶他林乳膏，在对功能障碍症状改善方面二者无显著性差异，总体疗效表明活血通络止痛膏对软组织损伤具有明显的临床疗效。

## 参考文献：

- [1]郑筱萸.中药新药研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:342-345
- [2]吴在德.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:491-492
- [3]徐先祥,夏伦祝,戴敏.威灵仙总皂苷抗炎症镇痛作用研究[J].中药药理与临床,2005,21(4):35
- [4]肖洪彬,赵艳明,王海.桃仁,红花配伍对慢性血瘀模型大鼠血液流变学的影响[J].中医药信息,2005,22(4):75-76
- [5]高学敏.中药学[M].北京:中国中医院出版社,2002:370-372
- [6]郑怀贤,刘纬俊,张希彬.运动创伤学[M].成都:四川人民出版社,1992:96-104
- [7]武建国.中药三黄散治疗口腔溃疡[J].现代中西医结合杂志,1996,5(2):66

## 作者简介：

王黎明 (1962-), 男, 通讯作者, 本科, 研究方向: 四肢关节创伤, 山东省烟台市中医医院副主任医师。

谭庆远, 本科, 山东省烟台市中医医院副主任医师。

邱冠军, 硕士研究生, 山东省烟台市中医医院住院医师。

曲红雪, 硕士研究生, 山东省烟台市中医医院住院医师。

张伟东, 本科, 山东省烟台市中医医院主治医师。

编号: EA-1005288794 (修回: 2010-08-03)

## 中医针灸防治胆结石的研究近况

## Recent study on treating gallstones by TCM acupuncture

陶静<sup>1</sup> 康明非<sup>2</sup>

(1.云南中医学院临床医学院, 云南 昆明, 650011;

2.江西中医学院, 江西 南昌, 330006)

中图分类号: R575.6+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0009-03 证型: GDI

**【摘要】** 综合分析近年来中医针灸防治胆结石疾病的临床研究和相关实验研究, 结合研究报道, 针灸治疗肝胆结石有着广阔的前景。

**【关键词】** 中医针灸; 胆结石; 临床和实验研究; 综述

**【Abstract】** In the present article, the authors review development of clinical studies and laboratorial studies on TCM acupuncture treatment and prevention of gallstone disease in recent 10 years, and introduce their views on the prospective development of TCM acupuncture treatment of gallstone disease.

**【Keywords】** TCM acupuncture; Gallstone disease; Clinical and experimental researches; Review

胆结石是胆囊结石、胆总管结石、肝内胆管结石的总称, 是我国的常见病、多发病之一, 它严重影响着人们的身体健康、工作和学习。急性期由于胆囊或胆总管平滑肌弛张及痉挛, 企图将胆石排出而发生胆绞痛, 表现为右上腹疼痛, 并放射至右肩胛处或右肩部; 静止期结石常在中上腹或右上腹产生憋闷感。近年来随着人们生活水平的不断提高、人口的老龄化、饮食结构的改变和医疗检查手段的不断完善, 被检出患有此病的人也越来越多, 发病率有逐年上升的趋势。同时胆结石类型也发生了改变, 由胆管胆色素结石向胆囊胆固醇结石变迁, 并且有明显的地区差异。目前多采用手术和各种途径(溶石、碎石、取石等)相结合的综合治疗措施。但手术往往是风险大、损伤大、病人难以接受, 而保守治疗的效果则不太确定且副作用较大, 而针灸治疗则可避免这些弊端。近年来, 人们再一次将研究的目光转向了祖国传统医学, 国内近年来用中医针灸防治胆结石的研究情况综述如下:

## 1 临床研究

### 1.1 艾灸

翟光墨<sup>[1]</sup>用微烟灸疗器灸治结合耳穴压丸治疗 31 例胆石症: 微烟灸疗器灸取穴: 日月、期门、肝俞、胆俞、胃俞(均取右侧), 体弱者加足三里。每日两次(11~13 时, 19~21 时)施灸 4 小时, 1 个月为一疗程。配合耳穴压丸取穴: 胰胆、肝、十二指肠、胃、脾三焦、口、交感、大肠、肩、外耳、耳迷根、皮质下。每穴按压 81 下, 每日 3 次, 3 日后更换两耳交替, 疗程同上。结果: 一疗程后, 症状消失, 自淘大便发现结石并经 B 超检查未见结石者 9 例占 29%, 症状明显缓解, 发现结石随访一年未复发者 15 例占 48.4%, 发现少量结石, 症状缓解, 一年内偶有轻微发作(继续上法治疗仍然有效) 7 例, 排石总有效率为 100%。吴清明、王煜等<sup>[2]</sup>研究奇经梅花磁针灸综合疗法治疗胆结石 56 例: 按奇经梅花磁针灸综合疗法选取治疗穴位

和反映点, 本组 56 例患者经 3 个疗程治疗后, 痊愈 39 例, 显效 12 例, 有效 4 例, 无效 1 例, 总有效率 98.2%。

### 1.2 体针

王振龙<sup>[3]</sup>采用针刺胆俞穴和日月穴为主治疗胆石症 62 例。62 例中男 9 例, 女 53 例, 尤以 45 岁左右中年肥胖妇女患者居多; 病程最短 3 个月, 最长 3 年; 治疗后开始排石时间最短 3 天, 最长 50 天。主穴取右侧胆俞穴、日月穴, 配穴取右侧阳陵泉、丘墟、太冲。上述穴位 1 日针刺 1 次, 每 15min 行针 1 次, 留针 45min, 治疗 10 次为 1 个疗程。治疗结果: 62 例患者经针刺治疗后, 痊愈 22 例, 占 35%; 有效 32 例, 占 52%; 无效 8 例, 占 13%; 总有效率为 87%。王志强等<sup>[4]</sup>自 1998~2000 年在 2 年的时间内, 用针刺方法治疗胆石症, 共 28 例。治疗为针期门、日月、阳陵泉用泻法, 以清胆利胆, 恶心呕吐配内关用泻法以降逆止呕, 发热配曲池、丘墟用泻法以清热利胆, 疼痛连及背部配膈俞、肝俞、胆俞用泻法疏肝理气, 腹痛便秘配中院、天枢、足三里用泻法以通调胃肠, 每次留针 30~40min, 每天 1 次, 10 次为 1 疗程。本组 28 例中基本痊愈 17 例, 占 60.72%; 显效 8 例, 占 28.57%; 无效 3 例, 占 10.71%, 总有效率 89.29%。

### 1.3 耳针治疗

王其样等<sup>[5]</sup>耳压神门、肝胆、交感、肠胃、三焦、皮质下, 治疗胆囊炎、胆结石 200 例, 痊愈 90 例, 症状改善 104 例, 无效 6 例。保庭玉<sup>[6]</sup>用耳穴压迫排石的方法, 治疗胆石症 216 例。取穴以肝、胆、胰、胃、大肠、小肠、三焦为基本穴位, 疼痛甚者加神门、交感、腹外穴; 纳呆、食少加腹、脾、口、食道穴。进餐后 15min 进行按压, 每籽按压约 2min, 隔 2 天换籽 1 次。治疗期间, 必须保证一餐进食猪蹄。治疗结果为近期治愈 44 例, 显效 96 例, 有效 52 例, 无效 24 例, 总有效率为 87.4%。丁莲蒂<sup>[7]</sup>运用耳压疗法治疗胆石症 125 例, 取穴为首选肝、胆二穴, 配以脾经、胃经等穴。在症状缓解期进行治

疗, 1月为1疗程, 隔日1次, 每日自行按压数次, 两耳轮换, 饭后30min左右尤需加强按压, 不得少于20min, 经治疗后, 有110例排出结石, 总有效率为88.8%, 显效及近期治愈率为14.4%。其中16例结石明显减少, 排石超过1/2; 另外2例结石完全排空, 有1例在治疗中急性发作即转外科治疗。

#### 1.4 体针与耳针

龚传美等<sup>[8]</sup>用体针和耳针治疗胆石症60例。主穴选用胆俞。配穴体: 速效穴(位于章门与期门之间, 相当于膈前线第十至十一肋间隙压痛点)、脾俞、胆囊穴(双侧); 耳: 胰胆、迷根。治疗结果: 60例中, 显效50例, 好转10例, 有效率100%。何业理<sup>[9]</sup>采用针刺为主治疗胆结石50例。体针取穴以肝俞、胆俞、日月为主穴, 阳陵泉、阴陵泉、胆囊点、太冲为辅穴。耳针取肝、胆、神门、内分泌、交感、耳迷根为主穴, 以脾、胃、大肠、肾上腺、耳尖为辅穴。体针以7次为1个疗程, 耳针以10天为1个疗程。治疗结果: 80例患者中, 痊愈15例, 占18.75%; 好转62例, 占77.5%; 无效3例, 占3.7%。总有效率为96.3%。苏稼夫<sup>[10]</sup>耳压肝胆、神门、胃、三焦的耳背对应点, 配合体针肝俞胆俞、日月、期门、胆囊穴, 配合脂餐, 治疗肝胆结石300例, 排石率91.67%, 排净率17.33%, 好转率74.33%, 对照组(单纯耳压)67例, 排石率80.60%, 排净率14.92%, 好转率65.88%。

#### 1.5 穴位疗法及其它

徐为群等<sup>[11]</sup>以阿托品穴位注射同侧阳陵泉、胆囊穴、足三里、阿是穴, 治疗结石性疼痛25例(肝胆结石18例), 疼痛缓解, 疗效满意。唐修斌等<sup>[12]</sup>采用内服舒肝利胆汤及阳陵泉穴注0.90%氯化钠, 治疗慢性胆囊炎, 胆石症145例, 并设口服中西药对照组。结果: 治疗组总有效率96.20%, 对照组仅为62%。宗良玉<sup>[13]</sup>以中药外敷穴位, 配合磁电治疗胆结石64例。将正极置于胆区, 负极置于肝俞及胆俞, 通电30min, 17次为1疗程, 经6疗程治疗, 全部病例临床症状均消失。剂晋等<sup>[14]</sup>采用气功导引(肝胆两经为主)及点穴(肝胆及脾胃经穴与结石部位), 治疗肝胆结石72例, 经3~15次治疗, 有效63例占87.5%。

#### 1.6 针药结合

祝定泉等<sup>[15]</sup>针刺华佗夹脊之胆穴, 施泻法, 内服小柴胡汤加金钱草为基本方, 治疗肝胆结石31例, 治愈20例, 有效率90%。罗玉林<sup>[16]</sup>针刺胆俞、日月, 配穴: 肝俞、期门或脾俞, 章门, 施泻法, 结合内服金钱草汤及运动, 治疗结石38例, 总有效率97%。李德峰等<sup>[17]</sup>耳压肝胆、胃、三焦、神门等穴, 加服金石散, 配合脂餐, 治疗胆结石110例, 治愈率83%, 总有效率95%。魏柏秦<sup>[18]</sup>耳压督1~5、任1、4、5、胰胆及其背面加强点、排石点等, 配合脂餐及食黑木耳, 另服中药自拟方, 治疗胆石症106例, 总有效率98.10%。吕惠方等<sup>[19]</sup>采用自拟排石汤内服, 配合耳穴变阻点电冲击治疗胆石症346例, 总有效率93.10%, 治愈率4.10%, 排石率79.50%。

## 2 实验研究

### 2.1 对胆道功能的调节

王宏业等<sup>[20]</sup>通过B超观察到, 耳压使增厚的胆囊壁变薄, 内膜面光滑; 使胆汁透声度清晰, 结石亮度增强, 声影清楚,

结石排列改变。向胆囊移动; 使下移的胆囊上移1.5cm, 向胆囊窝复位, 说明耳压有促进胆囊向正常逆转的作用。龚传美等<sup>[21]</sup>在B超下观察了体针、耳针并施对胆囊功能失调病人的胆囊运动情况, 并设药物对照组。结果表明, 实验组针刺后脂餐试验较针刺前胆囊平均缩小面积提高, 二者相比有非常显著的差异( $P<0.01$ )。针刺后胆囊运动功能改善的例数也有显著性增加( $P<0.01$ ); 实验组痊愈率比对照组显著增多( $P<0.01$ )提示针刺对胆囊运动功能具明显调整作用, 对减轻胆道内压、防止胆汁潴留和细菌感染, 防止结石形成有重要意义, 同时有利于排石。

### 2.2 对神经体液的调节

有研究表明, 胆囊的收缩与排空主要受交感和迷走神经的支配。分布于肝胆的植物神经束自胸段 $T_6\sim T_9$ 脊髓, 而胆俞、日月经穴正好处于该节段的脊神经分布区, 刺激该处穴位可使植物神经系统高度兴奋, 并通过支配内脏的传出神经直接使胆囊收缩, 奥狄氏括约肌舒张; 同时迷走神经兴奋还可通过释放乙酰胆碱, 作用于肝细胞而增加胆汁分泌。进而引起胆囊收缩, 结石排出<sup>[22]</sup>。傅肇明<sup>[23]</sup>的试验结果从形态学上揭示: 耳压也具有增强迷走神经活动, 使交感神经处于相对抑制状态的作用, 并确能提高迷走神经核乙酰胆碱酯酶的活性。促进胆汁分泌, 胆囊收缩, 以利排石。但是不排除体液因素或经络在胆汁分泌、胆囊收缩中的重要作用。宋开源<sup>[24]</sup>发现在脂餐基础上耳压刺激可显著提高CCK含量, 因而认为耳压有可能通过神经一体液途径, 以促进胆汁分泌及胆囊收缩。贲卉等<sup>[25]</sup>的研究亦得到类似结论, 认为耳针具有使大鼠胆汁分泌增加的作用, 其机制可通过迷走神经兴奋直接作用于肝细胞, 亦可通过十二指肠释放的物质(胃泌素、促胰液素等)而发挥作用。孙庆伟等<sup>[26]</sup>通过B超观察到电刺激耳穴能引起胆囊明显收缩。并且这一作用可被阿托品所阻断, 提示可能通过迷走神经和M-受体实现的。

目前, 现代医学治疗胆石症的方法主要有手术疗法和非手术疗法两大类, 并且临床上能取得一定的疗效。但这两种方法均有一定的局限性, 如适应范围狭窄、药物副作用较大或者费用较高等问题。结合研究报道, 针灸治疗肝胆结石有着广阔的前景。

## 3 结论

3.1 针灸对于本病有着一定的良性调整作用, 不论对肝胆的生理的影响, 还是对肝胆结石的病理调整作用, 其基本效应均为促进各类指标趋势正常, 不能排除针灸还有可能在我们尚未涉及或其它未知的环节上亦起着良性调整作用, 这对于扭转病势、促进康复是十分有益的。

3.2 针灸治疗由于其本身的特点, 着重于疾病的整体治疗, 可能对人体的生物代谢、免疫机制等均有一定的调整作用, 而这对于改善病变状态下的机体的内外环境, 促进病理修复是有帮助的。

### 参考文献:

- [1] 翟光墨. 微烟灸疗法结合耳穴压丸治31例胆石症临床报道[J]. 云南中医中药杂志, 1996, 6(17): 54-55
- [2] 吴清明, 王煜. 奇经梅花磁针灸综合疗法治疗胆结石56例疗效观察[J]. 中

- 华现代内科学杂志,2005,3(2):261-262
- [3]王振龙.针刺治疗胆石症 62 例[J].山西中医,1994,10(3):37-38
- [4]王志强.针刺治疗胆石症 28 例[J].针灸临床杂志,2001,17(10):18
- [5]王其祥.耳穴贴压配合诊断治疗机治疗胆肾结石 2436 例[J].新中医,1997,29(4):29
- [6]保庭玉.耳穴治疗胆石症 216 例临床观察[J].成都中医药大学学报,1998,21(3):33
- [7]丁莲蒂.耳压疗法治疗胆石症 125 例临床观察[J].中国中医急症,1995,4(3):122
- [8]龚传美.体针,耳针结合对胆绞痛 60 例的临床观察与实验研究[J].中国中医急症,1996,5(2):72
- [9]何业理.针刺为主治疗胆结石 80 例体会[J].针灸临床杂志,1994,10(5):39-40
- [10]苏稼夫.耳压配合体针治疗胆系结石 300 例[J].江苏中医,1994,15(10):27
- [11]徐为群等.阿托品穴位注射治疗结石性疼痛 25 例[J].安徽中医学院学报,1995,14(2):50
- [12]唐修斌等.舒肝利胆汤穴位疗法治疗慢性胆囊炎[J].胆结石实用中西医结合杂志,1994,7(2):103
- [13]赵国强等.胆结石碎石后低频电刺激穴位促进排石观察[J].中华理疗杂志,1993,16(2):86
- [14]刘晋等.导引点穴治疗后经络感传变化与排肝胆结石疗效关系的初探[J].中西医结合肝病杂志,1996,6(1):40
- [15]祝定泉等.针刺胆穴配合中药治疗肝胆结石 31 例[J].浙江中医学院学报,1996,20(4):44
- [16]罗玉林.针刺为主治疗胆结石 38 例[J].上海针灸杂志,1995,14(6):252
- [17]李德峰等.耳压疗法加服金石散治疗胆结 110 例[J].中医外治杂志,1997,6(4):27
- [18]魏伯秦.耳压及中药治疗胆石症 106 例[J].陕西中医,1989,10(3):129
- [19]吕惠芳等.中药排石汤结合耳穴变阻点电冲击治疗胆石症 346 例疗效观察[J].北京中医,1989,1(1):19
- [20]王宏业等.耳压对胆囊收缩功能影响和排石作用的机理探讨[J].中国针灸,1988,8(4):35
- [21]龚传美.体针耳针并用对胆囊运动功能调整的临床研究[J].中国针灸,1996,16(1):1
- [22]谭德福等.胆穴刺血抑制豚鼠胆系结石的实验研究[J].中国中医药科技,1996,3(3):5
- [23]博肇明等.耳穴压丸对乙酰胆碱脂酶活性影响[J].成都中医学院学报,1991,14(2):36
- [24]宋开源等.耳穴压丸法对胆结石患者血清胆囊收缩肽含量的影响[J].中国医药学报,1992,7(2):13
- [25]贲卉等.耳一体穴电针对大鼠胆汁分泌的影响其体液调节机制的研究[J].中国针灸,1997,17(1):39
- [26]孙庆伟等.电脉冲刺激耳穴对胆囊收缩功能的影响[J].上海针灸杂志,1991,10(3):10

编号: E-10061250 (修回: 2010-08-11)

中药标准化战略与产学研合作发展论坛举行

## 中药两大标准委员会正式运作

中国中药标准化战略与产学研合作发展论坛及全国中药标准化技术委员会和全国中药材种子(种苗)标准化技术委员会第一次工作会 8 月 6 日在武汉举行,标志着我国中药标准化工作全面推开。

据了解,两个标准化技术委员会是中药行业第一次成立的专门的标准化技术组织,是中药领域内从事国家标准制修订工作的技术组织,不仅负责中药领域的国家标准化技术工作,而且在国家标准委的领导下承担有关国际标准化工作,是未来中药领域标准化工作的组织者和引领者。两个标准化技术委员会的秘书处承担单位中国中药协会和中国中医科学院中药研究所,作为行业颇具影响力的团体和国家级科研机构,一直致力于中药标准化工作,开展了中药名词术语、中药材检测方法、中药炮制规范等领域的标准研究制定工作,积累了丰富的经验,取得了大量的成果。

分别担任两个标准化技术委员会主任委员的黄璐琦在论坛上就道地药材标准的构建作了专题报告。

专家指出,中药界的有识之士都应共同来关心和支持中药标准化工作。加强产学研合作参与中药行业标准的制定,提高我国中药在国际上的竞争力。

会上,全国中药标准化技术委员会、全国中药材种子(种苗)标准化技术委员会、中国中西医结合学会中药专业委员会与广州医药集团有限公司达成全面合作战略伙伴关系,并在会议期间举行了签字仪式。

两个标准化技术委员会 2010 年工作会议也同期举行,分别对标委会的章程、秘书处的工作细则、标准体系框架、中长期发展计划等内容进行了讨论。据悉,中药质量与资源保护领域最为紧迫的技术标准、中药材种质资源、优良品种、新品种方面相关标准,将为两个标准化技术委员会近期工作目标。

(张东风//中国中医药报)

## 原发性痛经中医治疗研究进展

### A study progress on treating PD in TCM

李凤文

(山东省邹城市妇幼保健院, 山东 邹城, 273500)

中图分类号: R271.11+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0012-03 证型: BDGI

**【摘要】** 原发性痛经的治疗较为棘手, 本文总结了几种治疗方法, 有经方加减治疗、辨证分型治疗、经验方治疗、固定成方治疗、针灸治疗、外治法, 对原发性痛经近年来的研究进展进行综述。

**【关键词】** 原发性痛经; 中医治疗; 进展

**【Abstract】** The treatment of primary dysmenorrhea is troublesome. This text summarizes several therapy methods such as classical prescription modified, differentiation of symptoms and signs for classification of syndrome, empirical formula, fixed formula, acupuncture therapy, external treatment, and summarizes research advancement of PD these years.

**【Keywords】** Primary dysmenorrhea; TCM; Progress

痛经(Dysmenorrhea)是指经期或经行前后, 出现周期性小腹疼痛, 或痛引腰骶, 甚则剧痛晕厥, 亦称经行腹痛。现代医学分为原发性痛经(Primary dysmenorrhea, PD)和继发性痛经。PD是指生殖器官无明显器质性病变者, 又称功能性痛经。在我国妇女中, PD的发病率为33%左右, 青春期女性约有50%发生。本病的治疗较为棘手, 现代医学缺乏有效治疗措施。中医中药对PD的研究日益深入, 现就近年来的研究进展综述如下:

#### 1 经方加减治疗

庞卫等<sup>[1]</sup>用少腹逐瘀汤(炒小茴香、炮姜、制乳香、制没药各6g, 延胡索15g, 当归、白芍、川芎、蒲黄(包)、五灵脂(包)各12g, 甘草6g)治疗原发性痛经30例, 若痛经剧烈伴恶心呕吐者加吴茱萸、半夏各6g, 若伴小腹冷痛者加艾叶6g, 若伴口渴发热者加栀子6g, 连翘9g。总有效率97%。

徐基乔<sup>[2]</sup>采用牡丹散加减(葛根30g, 菟丝子20g, 白芍15g, 牡丹皮、川牛膝、桃仁、香附、当归、白术各10g, 肉桂、延胡索、炙甘草、小茴香各5g)治疗原发性痛经30例, 肾气亏损型加山茱萸10g, 怀山药15g; 气血虚弱型加黄芪20g, 大枣3枚; 气滞血瘀型加醋柴胡5g, 姜黄10g; 寒凝血瘀型加焦苍术10g, 附子3g。服用方法: 于经期前3d开始服用, 文火煎煮, 每次100ml, 每日2次, 连服7剂为1个疗程, 连服3个月经周期(3个疗程)。有效率分别为90.0%, 与对照组比较, 差异有显著性( $P<0.05$ )。

缪乔<sup>[3]</sup>用桃红四物汤加味(桃仁8~10g, 红花、当归各8g, 熟地、蒲黄各15g, 五灵脂、川楝子、延胡索各10g, 丹参15g, 香附10g)治疗原发性痛经临床疗效观察, 疼痛伴经量多挟血瘀者加三七5g, 茜草15g, 花蕊石30g; 伴血虚者加党参、白术各15g; 伴寒凝者加肉桂4g, 乌药10g, 小茴香6g。总有效率96.6%。

王萍等<sup>[4]</sup>采用经前5天开始口服四物汤合失笑散加减治疗, 总有效率为98%。

唐永红<sup>[5]</sup>用补中益气汤加味(黄芪、白芍各15g, 白术、葛根、香附、蒲黄、五灵脂、当归各10g, 党参30g, 升麻、木香(后下)、砂仁各8g, 柴胡、枳壳、陈皮、炙甘草各6g, 肉桂4g)治疗痛经40例, 总有效率95%。

张莉莉等<sup>[6]</sup>用温经汤加减(党参6~9g, 当归9g, 川芎6~9g, 芍药6g, 吴茱萸9g, 牡丹皮6g, 延胡索4g, 怀牛膝6g, 生姜6g, 半夏6g, 甘草6g)治疗寒凝血瘀型痛经56例, 若腹胀加乌药, 小腹冷痛喜温甚者加肉桂、去生姜加炮姜, 恶心呕吐、腹泻加草寇、陈皮, 寒重腹冷身痛腰酸、四肢不温加附子、艾叶、小茴香, 傍晚发热、手心烦热加阿胶、麦冬。总有效率100%。

#### 2 辨证分型治疗

寇惠英<sup>[7]</sup>采用调经止痛汤(丹参、元胡、川芎、白芍、红花、甘草)治疗92例, 分气滞血瘀、寒凝血瘀、血热挟瘀、气血亏虚、肾虚等5型随证加减, 总有效率93.4%, 认为疏肝理气、活血调经法是治疗痛经的有效方法。

丁树栋等<sup>[8]</sup>分4型治疗: 寒凝血瘀型(桂枝、干姜、小茴香、当归、川芎、赤芍、红花、桃仁、乌药、香附、延胡索、甘草); 气血两虚型(人参、白术、黄芪、黄精、茯苓、当归、川芎、柴胡、香附、枳壳、甘草); 气滞血瘀型(柴胡、枳实、青皮、香附、川楝子、白术、茯苓、赤芍、当归、丹皮、栀子、益母草、甘草); 肝肾阴损型(熟地、山茱萸、白芍、枸杞子、女贞子、旱莲草、益母草、香附、当归、肉桂、甘草); 治疗156例, 总有效率96.79%。

张树琴等<sup>[9]</sup>分3型治疗: 气滞血瘀型用自拟痛经方(当归、川芎、香附、赤芍、红花、丹参、延胡索、泽兰、生蒲黄、五灵脂、枳壳、益母草), 寒湿凝滞型用艾附暖宫汤加减(陈艾

叶、制香附、炒当归、川续断、吴茱萸、川芎、白芍、官桂、小茴香、益母草、川楝子、红花), 气血虚弱型用八珍益母汤加减(熟地、党参、当归、茯苓、白芍、川断、白术、黄芪、川芎、炙甘草、益母草), 总有效率 95.83%。

### 3 经验方治疗

刘金星<sup>[10]</sup>自拟经痛消方(熟地黄、当归、白芍、川芎、制延胡索、制乳香、制没药、酒五灵脂、生蒲黄、川牛膝、制香附、枳壳、桂枝、炙甘草), 治疗寒凝血瘀型原发性痛经 40 例, 总有效率 92.5%。

薛华<sup>[11]</sup>自拟益肾调气血方药组成: 鹿角霜、巴戟天、熟地、当归、川芎、香附、乌药、艾叶、益母草、赤芍, 日 1 剂, 水煎 2~3 次分服, 经前 1 周开始服用连服 7 天。经过 3 个疗程治疗 56 例患者, 总有效率 91%。

吴萍<sup>[12]</sup>自拟痛经汤(乌药 15g, 香附 20g, 延胡索 15g, 当归 15g, 川芎 15g, 五灵脂 15g, 白芍 20g, 蒲黄 10g, 炮姜 10g, 甘草 10g) 治疗原发性痛经 60 例, 寒凝血瘀型加吴茱萸 15g, 肉桂 10g; 气血虚弱型去蒲黄、五灵脂、乌药, 加人参 20g, 黄芪 30g, 鸡血藤 20g; 肝肾不足型去延胡索、乌药、蒲黄、五灵脂, 加山茱萸 20g, 山药 20g, 阿胶 15g; 湿热下注型去炮姜、乌药, 加丹皮 15g, 生地 20g, 薏苡仁 15g。总有效率 96.67%。

苏颖<sup>[13]</sup>自拟止痛化瘀汤(当归、川芎、五灵脂、蒲黄、延胡索、香附、乌药、甘草各 10g, 熟地 15g, 白芍、牛膝、益母草各 30g) 治疗原发性痛经 45 例。偏寒者加小茴香 10g, 肉桂 6g; 血瘀者加三棱 10g, 莪术 10g; 兼湿热者加红藤 15g, 败酱草 20g。总有效率 93.3%。

彭宪镇<sup>[14]</sup>自拟活血疏肝祛痛汤(丹参、川芎、延胡索各 18g, 当归、白芍各 20g, 香附、柴胡、枳壳各 16g, 茯苓 13g, 炙甘草 6g) 治疗原发性痛经 132 例。若大便溏薄, 食少乏力者加党参 18g, 陈皮 13g, 神曲 15g; 若舌红苔黄, 心烦口渴者加栀子 18g, 丹皮 16g; 若带下黄稠, 苔黄腻者加黄连 6g, 黄柏 15g; 腰酸耳鸣, 四肢无力者加山茱萸 15g, 巴戟天 16g; 气血虚者加黄芪 19g, 熟地 21g; 小腹冷痛者加肉桂 8g, 附子 10g; 痛处固定, 经色紫黯有块者加蒲黄 12g, 五灵脂 10g; 恶心、呕吐者加木香 9g, 藿香 8g; 白带增多者加金樱子 10g; 月经过多者加地榆 10g, 血余炭 9g; 痛如针刺, 剧烈难忍者加桃仁 15g, 丹参 16g。总有效率 97%。

### 4 固定成方治疗

通过改良剂型, 采用有效的方剂制成成药, 在治疗原发性痛经方面亦取得了很大发展。

赵纯<sup>[15]</sup>用化瘀通经胶囊(当归, 赤芍, 川芎, 枳壳, 香附, 川牛膝, 桃仁, 红花, 小茴香, 五灵脂, 桂枝, 乌药, 延胡索, 制乳香, 制没药) 治疗原发性痛经 318 例, 总有效率 95%。治疗组的临床疗效明显优于西药对照组(解痉镇痛剂)和中成药组(妇科调经片、月月舒冲剂)。

蒙文炳<sup>[16]</sup>用红花牌血府逐瘀胶囊(天津宏仁堂药业公司生产) 治疗原发性痛经 40 例, 总有效率 95%。

李莉等<sup>[17]</sup>用月痛安胶囊(吉林省明星制药有限公司, 研制

批号 20050101) 治疗原发性痛经 25 例, 总有效率 84%。通过对子宫平滑肌的解痉作用, 并使子宫内膜中 PGF<sub>2α</sub> 含量恢复正常水平, 改变血液流变状态达到镇痛作用。

### 5 针灸治疗

郑兆俭<sup>[18]</sup>针刺治疗原发性痛经 210 例, 治疗组气滞血瘀型取太冲、三阴交、气海; 寒湿凝滞型取气海、三阴交、合谷、归来; 气血亏虚型取关元、气海、三阴交、足三里、太溪。治疗 3 个月经周期后, 治疗组明显优于对照组 ( $P<0.05$ )。

赵会玲等<sup>[19]</sup>针灸治疗原发性青春期痛经, 取穴至阴、中极、三阴交, 气滞者加太冲, 腹胀者加天枢, 全部穴位均用捻转泻法留针 30min, 左右侧穴位交替使用, 总有效率 96%。

郭长青<sup>[20]</sup>取地机穴治疗痛经 53 例, 从痛经发作当天开始, 连续治疗 3 个月经周期。治愈 41 例, 总有效率 100%。

潘兴芳<sup>[21]</sup>于患者经前 7d 开始温和灸子宫 I 穴(中极旁开 3 寸)和子宫 II 穴(中极旁开 1.5 寸)艾灸, 治疗 30 例, 总有效率 80%。

段颖华<sup>[22]</sup>治疗组 30 例选取耳穴内生殖器、内分泌、肝、肾为主穴。经前 3d 针刺, 两耳交替, 至月经第 3 天停止。3 个疗程后经比较疗效, 治疗组明显优于对照组 ( $P<0.01$ )。

### 6 外治法

郑洁莉等<sup>[23]</sup>以化瘀行气为止痛大法, 选用延胡索、香附、木香等 13 味中药, 采用超细粉碎技术, 加工成止痛药袋, 治疗气滞血瘀型痛经 90 例, 46.67% 10min 内可止痛; 44.44% 30min 内可止痛, 总有效率达 91.10%。连续治疗 3 个月痊愈率为 33.33%, 总有效率为 88.89%。

施振东等<sup>[24]</sup>根据中医“通则不痛、不通则痛”的原理, 治疗当以舒经通络止痛为主, 用斑蝥 20g, 白芥子 20g, 研末和匀, 以 50% 二甲基亚砷调成软膏状。取麦粒大小状软膏, 置于 2cm×3cm 大小的胶布中心, 贴于中极或关元穴(两穴交替使用), 3h 后揭去药膏, 稍后即可出现约 0.5cm~1cm 大小的水泡。2~3 天后干瘪结痂。一般不留疤痕。每于月经前 5 天贴第 1 次, 月经始行或觉小腹痛时贴第 2 次, 3 个月为 1 疗程, 总有效率为 94.7%。

李仲平<sup>[25]</sup>用中药敷脐疗法治疗原发性痛经 60 例, 总有效率 80%。董芬<sup>[26]</sup>取香附、月季花、啤酒花、牛膝、当归各 100g, 共研细末, 加醋调为糊状, 治疗原发性痛经 52 例, 总有效率为 96%。白族药暖脐袋<sup>[27]</sup>治疗原发性寒性痛经: 暖脐袋组成及制法: 取艾叶、黄芩、干姜、五味子各等份, 硫磺 1/5 等份, 分别冲粉, 灭菌, 用白绵布缝成 10cm×10cm 小布袋, 每袋装上药 30g, 封口备用。用法: 取生姜适量绞取姜汁 10mL, 浸湿在暖脐袋上, 把暖脐袋贴敷在神阙穴, 上盖 12cm×12cm 大小塑料薄膜片, 再用绷带固定稳妥, 每日睡前敷上, 晨起解下, 次晚复加姜汁如法贴敷, 每 5 日换 1 袋药。亦取得了良好效果。

综上所述, 目前中医在治疗原发性痛经的研究方面取得了较大的进展。临床上, 本病的病机多责之于邪气内伏或精血素亏; 病性为本虚标实、虚实夹杂, 以实为主, 实邪则以“气滞、血瘀、寒凝、热结”比较突出; 治疗上多以“通则不痛”、“荣则不痛”为基本治疗原则; 治疗方法亦不断创新, 并且取得了

良好效果。但是,目前还存在很多不足之处。首先,缺乏统一的诊断标准,甚至有将继发性痛经与原发性痛经混淆的现象,有待进一步规范;其次,对本病病因病机的认识缺乏统一观点,认识上尚存在一定的片面性;另外,对疾病的疗效判定亦需进一步规范,特别是对客观化、量化指标的选择方面需进一步探索;在研究上缺乏多中心、大样本、随机对照实验。今后应重点从以上几个方面进一步研究探索。

#### 参考文献:

- [1]庞卫,曲建娜,董丽娟等.少府逐瘀汤治疗痛经 30 例[J].辽宁中医学院学报,2005,7(1):48-49
- [2]徐基乔,牡丹散加减治疗原发性痛经 30 例[J].安徽中医学院学报,2009,28(3):21-22
- [3]缪乔.桃红四物汤加味治疗原发性痛经临床观察[J].中医药学刊,2006,24(10):1926
- [4]王萍,张兰柱.四物汤合失笑散加减治疗原发性痛经 66 例[J].现代中西医结合杂志,2004,13(17):2287
- [5]唐永红.补中益气汤加味治疗痛经 40 例[J].新中医,2006,38(9):67
- [6]张莉莉,张艳伟.温经汤加减治疗寒凝血瘀性痛经 56 例[J].河南中医,2005,25(2):16
- [7]寇惠英.调经止痛汤治疗原发性痛经 92 例[J].陕西中医,1999,20(5):205
- [8]丁树栋,管恩兰.辨证治疗原发性痛经 156 例[J].光明中医,2006,21(10):58-59
- [9]张淑琴,李锦鹏等.辨证治疗痛经 96 例[J].陕西中医,2005,26(5):396-397
- [10]刘金星,张莉莉.经痛消方治疗寒凝血瘀型原发性痛经 40 例[J].山东中医药大学学报,2010,34(1):46-47
- [11]薛华.益肾调气血法治疗原发性痛经 56 例[J].中华实用中西医结合杂志,2003,3(16):1757
- [12]吴萍.自拟痛经汤治疗原发性痛经 60 例[J].北京中医,2005,4(4):222-223
- [13]苏颖.止痛化瘀汤治疗原发性痛经 45 例[J].陕西中医,2005,26(5):398
- [14]彭宪镇.活血疏肝祛痛汤治疗原发性痛经 132 例[J].陕西中医,2006,27(6):675-677
- [15]赵纯.化瘀通经胶囊治疗原发性痛经 318 例临床疗效观察[J].中医药管理杂志,2006,14(10):67-68
- [16]蒙文炳.血府逐瘀胶囊治疗原发性痛经 40 例分析[J].北京中医,2005,24(4):255
- [17]李莉.月痛安胶囊治疗原发性痛经的临床观察[J].湖北中医杂志,2007,29(1):37-38
- [18]郑兆俭.针灸治疗原发性痛经疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2006,16(2):78
- [19]赵会玲等.针灸治疗原发性青春期痛经[J].现代中西医结合杂志,2006,15(17):237
- [20]郭长青,马惠芳.分别针刺地机,三阴交,中极穴治疗痛经 113 例疗效对比观察[J].北京中医药大学学报,2003,10(2):40
- [21]潘兴芳,黎波.艾灸子宫 I 穴,子宫 II 穴治疗原发性痛经 30 例[J].上海针灸杂志,2004,28(8):27
- [22]段颖华,李艳慧.耳针治疗原发性痛经的疗效及其对血清 PGE2 影响的观察[J].浙江中医杂志,2007,4(23):168-169
- [23]郑洁莉,陈小平.止痛带治疗原发性痛经 90 例疗效观察[J].湖南中医杂志,2004,20(5):15
- [24]施振东,施亚平.发泡疗法治疗原发性痛经 38 例临床观察[J].江苏中医药,2002,23(12):29
- [25]李仲平,张永鹏.中药敷脐疗法治疗原发性痛经 60 例[J].陕西中医,2005,26(5):400-401
- [26]董芬.复方香附贴剂贴敷治疗原发性痛经[J].山西中医,2007,23(1):79
- [27]史奇恒.白族药暖脐袋治疗原发性寒性痛经 60 例[J].中国民族医药杂志,2002,12(2):8

编号: E-10061239 (修回: 2010-08-13)

## 研究人员发现甲流病毒适应人体原因

新华社华盛顿 8 月 5 日电,一个由美国和日本等国科学家组成的研究小组 5 日报告说,他们发现甲型 H1N1 流感病毒能适应人体并高效复制的原因。

一般情况下,流感病毒要实现从宿主细胞进入包括人在内的哺乳动物体内并进行有效复制,其 PB2 蛋白质的特定位置上需要存在两种氨基酸-赖氨酸和天冬酰胺酸。长期以来,研究人员并未在甲流病毒 PB2 蛋白质的这一特定位置上发现这两种氨基酸,因此对甲型 H1N1 流感能在人际间传播感到费解。

研究小组发现,甲流病毒是过去 90 年中出现的 4 种禽流感和猪流感病毒“杂交”的产物,它甚至还包含 1918 年西班牙流感病毒的部分残余,其赖氨酸存在于 PB2 蛋白质的另一特殊位置。甲流病毒的这种特殊结构使其能很好地适应人体细胞,从而在人体内有效复制。

研究人员表示,这一发现为预测将来的流感大流行提供了另一可用的遗传标记。这一研究成果发表在最新一期美国《公共科学图书馆·病原体》杂志上。

(任海军//健康报)

## “捻转补泻”手法刍议

An analysis of *Nianzhuan Buxie* method郭耀光<sup>1</sup> 胡卡明<sup>2</sup> 胡纪可<sup>1</sup> 赖 婕<sup>1</sup> 陈建名<sup>1</sup>

(1.成都中医药大学, 四川 成都, 610072;

2.四川省中医医院, 四川 成都, 610072)

中图分类号: R245 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0015-02

**【摘要】** “捻转补泻”手法是针刺补泻手法中常用手法,但其具体的实施存在很多争议。笔者根据《内经》《难经》的论述结合“迎随补泻”来探讨“捻转补泻”手法。

**【关键词】** 捻转补泻; 针刺; 补泻手法

**【Abstract】** *Nianzhuan Buxie* method is a common needling method, but there are many arguments about this method. This article analysis “Nianzhuan Buxie” method according to the statement of *Neijing* and *Nanjing* combine with investigate “Nianzhuan Buxie” method by *Yingsui Buxie*.

**【Keywords】** *Nianzhuan Buxie*; Acupuncture; Reinforcing and reducing methods

针刺补泻手法是针灸临床治疗中的一个重要环节,“捻转补泻”手法是针刺补泻手法中常用手法,同时也是争议最激烈的一种手法。因“捻转补泻”手法在《内经》中的记载较为简单。

历史上诸多针灸家对“捻转补泻”提出了自己的见解,分别以一拇、食指捻转方向;针体左右捻转的方向;穴位在人体左右等来定义“捻转补泻”。

笔者认为“捻转补泻”是迎随补泻法的延伸。根据《难经·七十二难》文中曰:“所谓迎随者,知荣卫之流行,经脉之往来也,随其逆顺而取之,故曰迎随。”以及《灵枢·九针十二原》篇曰:“往者为逆。来者为顺,明知逆顺,正行无间。迎而夺之,恶得无虚,追而济之,恶得无实,迎之随之,以意和之,针道毕矣。”

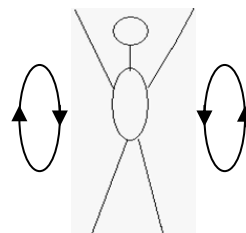
可以推知“捻转补泻”法只要顺着经脉流注的方向“捻转”行针,就能明其“补泻”了。因此首先阐述十二经脉和任督二脉的流注图,根据经脉的流注方向再加以“迎随补泻”之法可定“捻转补泻”。

### 1 从《内经》中看十二经脉流注图

“手三阴经从胸走至手,手三阳经从手走至头,足三阳经从头走至足,足三阴经从足走至腹。”这是内经中对十二经脉流注的叙述。

笔者假设一人面对面的与笔者相对站立,当此人把双手高高举起,双手掌向内相对时,以左侧手足三阴三阳经为例,手三阴经从胸走至手,手三阳经从手走至头,足三阳经从头走至足,足三阴经从足走至腹,它们就形成了周流不息的环形。同样道理,右侧的手足三阴三阳经也形成了环形。此时,笔者可以看到此人的左右两侧的十二经脉形成了两个环形,并且,人身左侧的十二经脉的流注是顺时针循环的,而右侧的十二经脉的流注是逆时针循环的(见图一)。同时可以看出手足三条阴

经向下流注,而手足三条阳经向上流注。

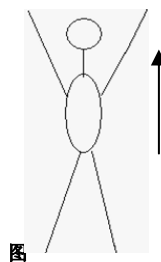


图一 人体正面图

### 2 任督二脉的流注

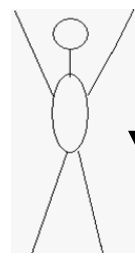
《灵枢·营气篇》曰“故气从太阴出,注手阳明……上行至肝,从肝上注肺,上循喉咙,入颞颥之窍,究于畜门。其支别者,上额循颠下项中,循脊入骶,是督脉也,络阴器,上过毛中,入脐中,上循腹里,入缺盆,下注肺中,复出太阴。”这说明督脉是从巅顶向下流注,至尾闾,经阴器而通任脉上行,然后再回流注入肺经。

因此,任脉从上向下流注,督脉从下向上流注(见图二、三)。这样不难发现任督二脉与十二经脉形成以无端的环形,并且同为阴经向上流注,阳经向下流注。



图二

图二 人体正面图



图三 人体背面图

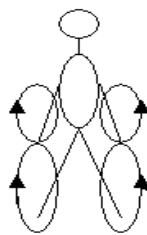


### 3 讨论

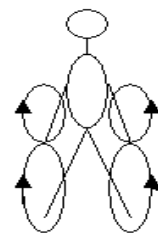
以上的论述阐明了任督二脉和十二经的流注方向,再根据“迎随补泻法”捻转方向顺着经脉流注方向为补法,捻转方向逆着经脉流注方向为泻法。但在实际临床工作中,患者并不是高举双手的站立位,患者或坐位或卧位,而施术者面对患者的正面或面对患者的背面,这给操作者实施“捻转补泻法”带来了困难。

笔者认为,当患者双手放于躯体两侧平躺于治疗床上,施术者立于患者的一侧面对患者,患者的右侧十二经脉分别形成上下两个顺时针的圆,而患者的左侧十二经脉分别形成上下两个逆时针的圆(见图四)。施术者这时只要双手操作捻转针柄,当两手拇指同时向上捻转针柄即为泻法,反之当两手拇指同时向下捻转针柄即为补法。当患者俯卧于治疗床上,其十二经脉流注于患者仰卧于治疗床上相同(见图五),施术者立于患者一侧,双手施术同上即可行捻转补泻。而任都二脉施术者用任意一只手即可操作,任脉拇指向上为补,拇指向下为泻;督脉拇指向下为补,拇指向上为泻。至此人身十二经脉和任都

二脉腧穴的“捻转补泻”法阐述完毕,由于笔者水平所限难免存在不足,希望医界同仁批评指正,共同探索其方法,更好的为患者服务。



图四 人体正面图



图五 人体背面图

#### 参考文献:

[1] 针灸大成校释[M].北京:人民卫生出版社,1995:8

[2] 灵枢经校释[M].北京:人民卫生出版社,1995:11

编号: E-10061241 (修回: 2010-08-09)

## 中医药疗法让患者免除开腹之苦

现代化的中医院是中西医诊疗实力兼备的综合性医院。近年来,黑龙江中医药大学附属第一医院普外二科王宽宇教授在力求手术技术精益求精的同时,采用多种中医药疗法,让一些患者免除了开腹之苦。

### 中药栓剂治疗胰腺炎

王宽宇认为,胰腺炎中医病机为湿热蕴结、气滞血瘀两大方面,因此,他主张以“通里泻热、行气化瘀”为基本法则,临床给予中药栓剂治疗。剂型的改变既符合胰腺炎对禁食水的要求,又通过直肠的高效吸收,使药物充分发挥疗效,改善肠蠕动,恢复胃肠功能,促进炎症及坏死组织的消散,降低白细胞、止痛、恢复淀粉酶及缩短病程等,有效减轻了腹胀、腹痛、呕吐等症,这些是单纯西医疗法所不能及的。

### 独创“排气栓”

#### 防治肠粘连和肠梗阻

王宽宇从“活血化瘀、通里攻下”的原则出发,独创出由多种草药组成的“排气栓”,其中,枳实、厚朴、川楝子等药物有行气功效,气为血之帅,气行则血行;大黄通里泻下,活血祛瘀;桃仁配大黄活血祛瘀。诸药合用,共同促进了术后胃肠功能的恢复,加速了排气排便。剂型的改变适应了此类疾病禁食水的要求,直肠给药吸收充分,有效防治了肠粘连和肠梗阻。

### 清热解毒方剂

#### 祛除阑尾周围脓肿

阑尾周围脓肿属于中医学“肠痈”的范畴,大多因急性阑尾炎延误治疗,阑尾化脓、坏疽、穿孔后自体大网膜及四周肠袢包裹局限而形成的右下腹脓肿,是普外科常见的急腹症之一。王宽宇根据其肠道气血瘀滞,蕴湿生热,瘀滞化热,热积不散,热盛肉腐,败血浊气壅遏,酿而成脓的病机,开具了以“清热解毒,活血化瘀”为主的中药处方,方用桃仁、红藤、蒲公英、败酱、丹皮、赤芍、双花、连翘等药物,彻底祛除湿热及瘀滞,使气畅、血行、病除,达到了不用开刀一样能治愈的目的。

### 胆囊结石同样可以不手术

随着不良饮食习惯的增加,无症状的胆囊小结石,尤其是胆囊胆固醇结晶沉积、胆固醇结晶性假息肉的检出率逐年增多。该院普外二科对这类病人采用溶、排石结合的中西药物治疗,已获得较高的治愈率。

其中的中药治疗,王宽宇以清热通下、疏肝利胆为法,选择茵陈蒿汤加减运用。茵陈苦寒能直捣肝胆湿热,栀子清热泻火;大黄苦寒泄热,荡涤胃肠;金钱草、鸡内金排石溶石。多味中药相互协同的结果,起到了清热利胆排石的作用,对胆囊小结石有着良好的预后效果。

(衣晓峰 李小莲//中国中医药报)

## 小针刀治疗肱骨外上髁炎的临床观察

## Clinical observation on treating humeral epicondylitis by knife acupuncture

刘光奇

(四川省彭州市中医医院, 四川 彭州, 611930)

中图分类号: R323.7+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0017-01 证型: IDBG

**【摘要】** 目的: 用小针刀剥离法治疗肱骨外上髁炎。方法: 通过与传统针灸进行比较, 观察小针刀治疗肱骨外上髁炎的疗效。结果: 组间疗效显著差异, 治疗组疗效明显优于对照组。结论: 小针刀剥离治疗肱骨外上髁炎疗效显著, 是一种非常值得推广的治疗方法。

**【关键词】** 小针刀; 剥离法; 肱骨外上髁炎

**【Abstract】** Objective: To treat humeral epicondylitis of knife acupuncture. Methods: By compare with acupuncture, to observe the effect on treating humeral epicondylitis of knife acupuncture. Result: Difference of effect have significant, effects of treatment group is better than control group. Conclusion: To treat humeral epicondylitis of knife acupuncture have significant.

**【Keywords】** Knife acupuncture; Dissection; Humeral epicondylitis

2008年11月~2009年12月, 我院采用小针刀剥离法治疗肱骨外上髁炎60例。与传统针灸治疗肱骨外上髁炎45例进行对比, 术后给予25mg强的松龙和120mg普鲁卡因封闭一次治疗, 疗效显著。现报告如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

105例随机分组, 治疗组60例, 对照组45例。年龄: 20岁~70岁, 病例选择均符合肱骨外上髁炎的诊断标准。病程: 15天~3年, 其中男39例, 女66例。

### 1.2 治疗方法

#### 1.2.1 治疗组

患者取坐位, 将肘关节屈曲90°平放于治疗桌面上, 肱骨外上髁炎常规消毒后, 使小针刀刀口线和伸腕肌纤维走向平行刺入肱骨外上髁皮下, 使针体和桌面垂直, 先用纵行疏通剥离法后, 再用切开剥离法, 觉得锐边已刮平, 然后, 使针身与桌面呈45°角左右, 用横行铲剥法, 使刀口紧贴骨面, 剥离开骨周围软组织粘连, 再疏通一下伸腕肌、伸指总肌、旋后肌肌腱, 出针。压迫针孔, 待不出血后, 当即用25mg强的松龙和120mg普鲁卡因在肱骨外上髁周围封闭一次。

#### 1.2.2 对照组

患者均取坐位, 常规消毒后针刺, 肘髻、曲池、尺泽、手五里、手三里、外关及肱骨外上髁周围的阿是穴, 针刺30分钟后, 加以艾灸悬灸、雀啄灸肱骨外上髁处的阿是穴20分钟, 完后配以扶他林, 虎力散胶囊以消炎止痛, 疏通经络, 每日两次。

## 2 结果

### 2.1 疗效标准

治愈: 症状消失, 肘关节活动正常;

好转: 症状改善, 肘关节旋转活动轻度受限;

无效: 症状无改善, 仍然疼痛, 肘关节活动受限。

### 2.2 结果

治疗组治愈50例, 占83.3%, 好转8例, 占13.3%, 无效2例, 占3.3%。对比组治愈20例, 占44.4%, 好转20例, 占44.4%, 无效5例, 占11.1%。两组疗效经统计学处理, 差异有统计学意义( $P<0.01$ )。

## 3 讨论

肱骨外上髁炎是一种常见病, 多发病, 特别好发于经常旋转前臂、伸屈肘关节工作式运动的人, 大多是由累积性劳损引起伸腕肌、伸总指肌、悬后肌附着点处几件, 内部轻度撕裂, 和局部轻微出血、机化, 在自我修复过程中, 结疤痕产生了粘连, 挤压该处的神经血管束, 引起的疼痛。过去该病被认为是无菌性炎症引起的综合症候群, 传统采用针灸、推拿配合中西药以消炎止痛、舒筋活血。

近年来, 随着微创医学的蓬勃发展, 许多传统中医的微型器械及微创方法又激发起大家的兴趣, 小针刀疗法是朱汉章教授发明并经过几十年的理论与临床实践, 在医学领域中逐步形成的一门崭新学科, 它将针刺疗法的针与手术疗法的刀合为一体, 具有针刺与刀的双重功能, 在伤科疾病中疗效确切, 是一种非常值得推广的治疗方法。

### 参考文献:

[1]朱汉章.小针刀疗法[M].北京:中国中医药出版社,1992:6

编号: EA-1005248781 (修回: 2010-08-09)

## 十宣穴点刺治愈一例重症格林-巴利综合征

### Treating 1 case of severe guillain-barre syndrome by pricking Shixuan point

吴新胜

(甘肃省甘谷县中医院, 甘肃 天水, 741200)

中图分类号: R745.1+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2010)15-0018-01 证型: IBD

**【摘要】** 急性感染性多发性神经根神经炎是目前临床上比较棘手的一种疑难重症。本文通过穴位点刺放血配合西医药物治疗, 达到了良好的效果。本疗法操作简便, 见效迅速, 疗效可靠, 费用低廉, 还可以弥补现代医学的不足, 为该疑难病的治疗提供了新的治疗途径。

**【关键词】** 格林-巴利综合征; 十宣穴点刺; 呼吸肌麻痹

**【Abstract】** Acute infection with multiple nerve root neuritis is a kind of difficult with severe in clinical treatment now. This paper through acupuncture plus western drugs, achieve good results. The treatment is simple, effective rapid, effective and reliable, low-cost, and make up for lack of modern medicine, provide a new therapeutic approach for difficult disease. The therapy to facilitate clinical application.

**【Keywords】** Guillain-Barre syndrome; Acupuncturing the Shixuan Xue point; Respiratory muscle paralysis

急性感染性多发性神经根神经炎是目前临床上比较棘手的一种疑难重症。本人从医治疗中收治疗疑难重症比较多, 但成功治疗急性感染性多发性神经根神经炎病人一例却体会颇深, 认为方法值得推介, 并以此与同行探讨。

#### 1 治疗方法

患者于 2003 年 1 月被收治, 当时属于急性危急重症病人。治疗过程用穴位点刺放血结合西药点滴成功救治并治愈。

##### 1.1 穴位点刺放血治疗

取穴: 十宣、气端。方法: 上述穴位常规消毒后, 用消过毒的三棱针先从十宣穴开始, 从大拇指依次点刺放血, 再从气端穴, 依次从足拇指依次开始点刺放血, 每个穴位每次点刺放血量为一滴, 每日一次。

##### 1.2 西药治疗

所用药物: 5%的葡萄糖 250ml, 地塞米松 20mg; 0.9%的生理盐水 250ml, 脑神经生长素注射液 5mg; 低分子右旋糖酐 500ml, 微脑路通 0.4g, 三磷酸腺苷 40mg, 辅酶 A100U, 10%的氯化钾 10ml, 胞二磷胆碱 0.75g; 0.9%的盐水 250ml, 头孢曲松钠 3g, 病毒唑 0.5g。

#### 2 病例特征

患者甲, 男, 36 岁, 籍贯甘肃, 在外地务工。患者以急性感染性多神经炎于 2003 年 1 月 7 日下午 3 点收住。一周前曾患上呼吸道感染在内蒙古当地治疗, 用药不详。一天前返回甘肃, 在列车途中觉双下肢走路出现跛行, 易跌倒, 伴四肢无力, 肌肉酸痛, 感觉病情在不断加重, 由于担心瘫痪, 早晨在某医院做相关检查和化验。10 点多, 病情进一步加重, 突然双下肢呈迟缓性瘫痪, 继而扩展到双上肢, 说话声音低微, 咳嗽无力, 呼吸困难, 饮水发呛, 渐进性呼吸困难, 颈软无抵抗。

体格检查: 神志清楚, 体温 37.5 度, 呼吸 28 次, 节律规整, 脉搏 105 次, 血压 110/75mmHg, 咳嗽无力, 声音低微, 口唇无绀, 肋间肌与膈肌呼吸运动减弱, 呈 I 度呼吸肌麻痹, 心音纯正, 节律齐, 各瓣膜区未闻及杂音, 腹软肝脾未触及, 神经系统检查提示, 延髓麻痹, 双上下肢对称性迟缓性瘫痪,

肌力 I 度, 双膝反射消失, 双肱二、三头肌反射明显减弱, 腹壁反射消失, 提睾反射消失, 巴彬斯基阴性。全身深、浅感觉无异常, 无脑膜刺激征。

收住后, 立即按上述西药点滴治疗, 傍晚 7 时进行穴位点刺放血治疗, 大约半小时后发现右手中指稍有抽动现象, 点滴完已深夜 12 点, 此时上下肢已能开始活动, 约一点半一切功能恢复正常, 行动自如, 按上述方法巩固治疗(其中地塞米松递减至维持量)一周, 停止上述治疗, 随访至今未复发。

#### 3 体会

急性感染性多发性神经根神经炎又名格林-巴利综合征, 本病一旦出现呼吸肌麻痹就是一种严重的危急重症, 对患者生命威胁极大, 因此, 及时、正确、有效的治疗极为重要。本病是一种由病毒感染所致的变态反应性疾病, 本人认为及早应用激素治疗是十分合理和必要的, 因激素能减轻炎症引起的脊神经及颅神经根水肿, 使患者顺利度过急性期。促神经代谢药物的及早应用可以尽快地恢复神经功能, 适量的应用消炎药物可以有效地控制感染, 是防止感染进一步加重的一个重要措施。另外, 本疗法又应用了穴位点刺放血治疗, 可起到醒神开窍, 疏通经络, 活血化瘀的作用, 通过经络的调节使失元之气得以迅速恢复, 从而起到了抗御病邪和治疗的作用。

祖国中医学博大精深, 前人总结和积累的丰富经验为治疗疑难杂症提供了依据, 配合一定的西医疗方法, 往往能达到事半功倍的效果。本疗法操作简便, 见效迅速, 疗效可靠, 费用低廉, 还可以弥补现代医学的不足, 为该疑难病的治疗提供了新的治疗途径。笔者认为, 本疗法便于临床应用, 值得推广。

#### 参考文献:

- [1]姚景莉. 神经内科[M]. 复旦大学出版社, 上海: 上海医科大学出版社, 2001, 9(2): 69-70
- [2]罗永芬. 腧穴学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000, 5(5): 239-240
- [3]宋心华. 全国危急重症抢救经验集[M]. 湖南: 湖南科学技术出版社, 1988, 2(2): 198-206

编号: EA-1005278789 (修回: 2010-08-12)

## 中风针灸介入时机探讨

## Investigating the intervention time of stroke by acupuncture

刘颖<sup>1</sup> 王纯丽<sup>2</sup>

(1.山东中医药大学, 山东 济南, 250011; 2.山东省中医院, 山东 济南, 250011)

**中图分类号:** R255.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 15-0019-01 **证型:** ADI

**【摘要】** 中风病早期配合头针疗法,可以改善大脑局部血液循环,消除脑水肿,调节大脑神经细胞的兴奋性,阻止病情继续发展,提高神经系统自我修复和代偿能力,促进病变部位侧支循环的建立,加速自然恢复过程,缩短病程,并为功能恢复打下良好的基础。

**【关键词】** 中风; 针灸; 介入时机

**【Abstract】** To treat stroke by acupuncture can improve the brain blood circulation, eliminate the cerebral edema, adjust the excitability of brain cells, prevent the development of the disease, improve the self-repair and compensatory ability, promote the establishment of collateral circulation lesions, accelerate the recovery process of natural, shorten the course of disease, and to lay a good foundation for functional recovery.

**【Keywords】** Stroke; Acupuncture; Intervention time

中风病早期不失时机地针刺治疗,尤其是配合头针疗法,可以改善大脑局部血液循环,消除脑水肿,调节大脑神经细胞的兴奋性,阻止病情继续发展,提高神经系统自我修复和代偿能力,促进病变部位侧支循环的建立,加速自然恢复过程,缩短病程,并为功能恢复打下良好的基础。陶加平认为针灸康复治疗早期介入不仅有助于药物治疗效果,而且针灸感传作用“促通”神经系统,启用隐蔽功能,从而促进患肢功能恢复,有效地预防废用、误用综合征及肩手综合征的发生<sup>[1]</sup>。张临洪等在中风失语症的研究中也提出无论出血或梗塞,如等待脑水肿或出血完全吸收(一般需3~6周)再行治疗有可能使语言中枢功能低下的神经细胞丧失活力,代偿受限而贻误治疗时机,所以尽早治疗为佳<sup>[2]</sup>。

### 1 缺血性中风的针灸时机

许多报道认为,针灸治疗缺血性中风越早越好。王爱国等在对偏瘫患者的观察中,经分析24小时之内即开始针刺组较脑水肿消退后(发病1周至2周内)开始针刺组在运动功能及ADL(日常生活能力)的恢复上,前者明显优于后者( $P<0.01$ )。可以认为针刺治疗早期介入有着一定的价值<sup>[3]</sup>。石学敏等在临床广泛应用醒脑开窍针法治疗中风病的观察中发现,10天之内组的治愈率与稳定期(11~20天)、恢复期(21~120天)、后遗症期(120天以后)3组比较,存在着显著性或极显著性差异,10天之内的3组间以及后3组之间均无显著性差异,但治愈率随病程的延长呈递减趋势,表明早期治疗为中风康复的关键<sup>[4]</sup>。

### 2 出血性中风的针灸时机

传统认为出血性中风急性期应避免一切刺激(包括针灸),目前大多数学者对此持否定态度。针灸临床实践显示出血性中风急性期进行针灸治疗是可行的,并且疗效比较显著。李艾君等在临床工作中,及早地对中风患者配合针刺治疗,明显地收到了良好的疗效。特别是一些危重昏迷的病人,选择适宜的穴

位进行针刺治疗,可达到促醒的效果,及早地使生命体征趋于平稳,使病人安全地渡过危险期及进展期,可达到缩小病变范围,控制病情进展的目的。在中风发生时及早进行针刺治疗,并不会使病情加重,反而能控制病情,降低致残率<sup>[5]</sup>。东贵荣等采用头穴针刺治疗急性出血性中风,疗效明显优于常规西药组及血肿碎吸组,颅脑CT也显示针刺组血肿吸收快,周围水肿也很快消失,未见针刺后再度出血的病例<sup>[6]</sup>。刘孔江阐述了针刺应当早期介入中风重症监护病房(intensivecareunit, ICU)中的必要性,其根据是针刺治疗能够保护脑细胞,调节脑部供血,治疗缺血性和出血性等脑血管病,并能及时处理卒中并发症和合并症<sup>[7]</sup>。可见,对于中风患者针灸康复治疗介入的时间不论病人是否度过昏迷期,只要生命体征稳定最好宜早期针灸康复治疗。当然,中风病急性期针灸治疗中尤其是出血性中风,应注意观察生命体征的稳定性、合理选择刺激量、防止并发症的发生,避免引起病情加重。

### 参考文献:

- [1]陶加平. 针灸疗法在中风病人早期康复的临床疗效观察[J]. 江西中医药, 2001, 32(5): 39
- [2]张临洪, 闻立斗, 张征等. 头针治疗急性脑血管病失语症疗效的研究[J]. 中国针灸, 1993, 13(3): 6
- [3]王爱国, 王振华. 早期针刺治疗脑卒中偏瘫 168 例康复疗效分析[J]. 中国针灸, 1997, 17(9): 537
- [4]石学敏, 李军, 阎莉等. 针刺治疗中风病的临床观察[J]. 上海针灸杂志, 1992, (4): 4
- [5]李艾君, 黄宗卫. 针刺时机对中风康复的影响[J]. 四川医学, 2001, 22(4): 391
- [6]东贵荣, 张宣, 李丹等. 头穴针刺急性高血压性脑出血的临床对比研究[J]. 中国针灸, 1994, 14(3): 13
- [7]刘孔江. 针刺在中风 ICU 中的早期干预和思路[J]. 中国针灸, 2003, 23(10): 615

编号: ER-10051800 (修回: 2010-08-03)

## 大椎穴合谷刺为主治疗颈源性头痛 160 例临床观察

### Clinical observation on treating 160

### cases of cervicogenic headache by acupuncture

刘来明 程 晖 刘 鹏

(甘肃省庄浪县中医院, 甘肃 平凉, 744600)

中图分类号: R441.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0020-01 证型: ADI

**【摘要】** 目的: 观察大椎穴合谷刺为主对颈源性头痛的治疗效果。方法: 160 例病人随机进行针刺治疗, 穴位取大椎, 风池等穴。结果: 针刺能够很好的缓解颈源性头痛, 该方法治疗简单, 方便。

**【关键词】** 大椎; 合谷刺; 颈源性头痛

**【Abstract】** Objective: To observe effects of treating cervicogenic headache by acupuncture. Methods: 160 patients randomly take acupuncture therapy, Point choose Dazhui, Fengchi. Result: Treating cervicogenic by acupuncture has a good effect.

**【Keywords】** Dazhui; Hegu thorn; Cervicogenic headache

随着生活节奏的加快, 长时间伏案工作以及使用电脑, 驾车, 用高枕睡软床等诸多因素, 都是人长时间保持单一姿势, 肌肉韧带疲劳, 从而加速了颈椎, 腰椎疾病的发生, 同时, 饮食结构的改变及体重的增加, 也会促使疾病的发生。为此颈源性头痛是临床常见病, 多发病, 临床容易发生误诊或误治。而且单纯药物治疗效果往往不佳, 2004 年以来, 我们采用大椎合谷刺为主治疗该类患者 160 例, 现报告如下。

#### 1 资料

##### 1.1 一般资料

160 例患者为门诊或住院患者, 30 岁以下 24 例, 60 岁以上 38 例, 其余 98 例, 病史 2 月至 10 年。

##### 1.2 临床表现

患者均有后枕部疼痛, 跳痛, 或者麻木, 有时迫及头顶, 前额, 眼眶等部位, 有紧缩, 压迫等感觉, 有的患者可出现一侧耳后, 乳突, 颞部疼痛不适。压之舒服, 多因气候变化, 情绪紧张, 感冒, 长时间低头等因素, 而使症状加重, 极个别病人有颈部外伤史, 查体, 特征性表现为在枕大、小神经穿出肌肉、筋膜处, 斜方肌, 胸锁乳突肌等处有固定性压痛点, 并向枕顶部或者颈臂部放射, 部分患者在头顶部, 颞部可有大小不等的压痛点, X 线片可见颈部项韧带钙化, 寰枕间隙变小, 张口位可见寰齿关节左右间隙不等。X 线片或者 CT 可同时排除颈椎结核, 肿瘤, 椎间盘等病变。

#### 2 方法

##### 2.1 治疗方法

主穴: 大椎, 风池。

配穴: 阿是穴, 太阳。

患者取俯卧坐位, 大椎穴位采用 30 号毫针, 采用垂直进针得气后, 让患者深呼吸, 然后将针尖提至皮下成 20 度角度, 向上, 向下, 向左, 向右各透刺三次, 再将针体至皮下垂直进针得气后, 行针 5 分钟, 然后留针 10 分钟出针。余穴均采用

平补平泻法。留针 20 分钟, 间隔每五分钟行针一次, 一日一次, 6 次为一疗程。休息一天后进行下一疗程。

##### 2.2 疗效标准

依据国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》拟定, ①治愈: 疼痛及伴随症状消失, 随访不再复发; ②有效: 疼痛及伴随症状均减轻, 偶发作, 但程度较治疗前减轻; ③无效: 疼痛及伴随症状治疗后均无任何变化。

#### 3 治疗结果

160 例患者中, 治疗两个疗程后, 进行临床观察: 治愈 137 例, 占 85.6%; 有效 18 例, 占 11.3%; 无效 5 例, 占 3.1%。从上述统计结果可以得出大椎穴合谷刺为主, 治疗颈源性头痛有着明显的临床疗效。

#### 4 讨论

头痛是临床上常见的多发病, 而颈源性头痛在临床上往往被误诊, 误治。该概念自 1983 年由 Sjansiad 等<sup>[1]</sup>提出后逐渐受到神经科及骨科界的接受与重视。国内王小标<sup>[2]</sup>从解剖中观察到, 在病理状态下, 枕大神经痛和动静脉行走在一个增厚的结缔组织鞘内, 并与周围粘连。

颈椎病在中医属于“痹证”范畴, 大椎穴属督脉, 为颈项之门户, 气血经络皆由此而过, 且督脉为阳经之海。针刺大椎可调整阴阳, 活血化瘀, 祛瘀通络。能振奋督脉之气, 使阳气上达清窍以养神, 散布四肢以养筋肉, 合谷刺刺激力强, 有疏通经络, 解痉止痛之功, 从而达到“通则不痛”之效。从结果来看, 大椎穴合谷刺法为主能有效的缓解颈源性头痛。

#### 参考文献:

[1]Sjaastad.O,SanateC.HovdahlH,otal.Cervicogenic headache,Anhwpohthesis[J].Cephalalgia,1983,3:249-256

[2]王小标,苗华.枕大神经痛的解剖学研究[J].颈腰痛杂志,1993,1(14):43-44

## 临床选用经络的探析

## Investigating and analysis of the use of the meridian in clinical

赵 丽

(行唐县中医院, 河北 石家庄, 050600)

**中图分类号:** R224 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 15-0021-01

**【摘要】** 经络和穴位既沟通内外联络肢体, 又运行气血营养周身、防御疾病, 所以经络的作用不仅是治“已病”, 更能治“未病”。通过调理经络和穴位, 保持人体各个脏腑功能的平衡、协调, 使气血畅通, “经气盛则邪气不入”, 从而提高对外来疾病的抵抗力。

**【关键词】** 临床; 经络; 探析

**【Abstract】** Meridians and acupoints either communicate internal and external liaison body, or running blood and nutrition whole body, defense disease, so effects of not only treat *disease*, but also treat *disease in the future*. To recuperate meridians and acupoints, keep balance, coordination of the various functions of human organs, for blood flow, *after vigorous gas evil does not come into*, increase resistance to exotic diseases.

**【Keywords】** Clinical; Meridians; Investigating and analysis

中医是传统文化中的国粹, 经络和穴位堪称人体内的金矿脉, 它内属脏腑外络于肢节, 沟通于脏腑与体表之间, 将人体脏腑组织器官联系成为一个有机的整体。它既沟通内外联络肢体, 又运行气血营养周身、防御疾病, 所以经络的作用不仅是治“已病”, 更能治“未病”, 通过调理经络和穴位, 保持人体各个脏腑功能的平衡、协调, 使气血畅通, “经气盛则邪气不入”, 从而提高对外来疾病的抵抗力。

由于经络与人体脏腑的络属关系, 疾病的发生发展与经络关系十分密切。如外邪侵袭肌表, 初见发热恶寒症, 由于肺合皮毛, 外邪循经内舍于肺, 继而出现咳嗽、喘促、胸闷等; 经络也是脏腑之间、脏腑与体表组织器官之间病变相互影响的渠道, 如: 心移热于小肠、肝病影响到胃等; 内脏疾病也可通过经络反应到体表, 如: 肝胆疾病出现胸部疼痛等。张仲景在《黄帝内经》的基础上发展了经络学说, 认为人体的疾病是通过“太阳-阳明-少阳-太阴-少阴-厥阴”这样的通路从体外向体内传输的; 《伤寒论》中的六经辨证也体现了经络与疾病辨证治疗的密切关系; 现代研究亦有“经络是神经进化的遗迹”的说法。都说明经络是病邪传注的途径, 又能反应人体的病理变化, 与疾病发展和治疗的关系密切。

临床治疗按照疾病所属的经络不同, 根据药物的归经选择用药。如: 风寒感冒病在太阳用麻黄汤来治, 阳明腹实证用大承气汤来治, 旨在麻黄汤与大承气汤中的药物归经在太阳及阳明经。这一点在针灸临床更为突出, 如: 中风偏瘫治萎独取阳明(足阳明胃经); 慢性胃炎溃疡、胃下垂等胃肠疾病, 临床主要选取脾胃经的穴位; 妇科疾病首选足太阴脾经; 阳明经太阳经头痛取本经穴, 《四总穴歌》中“肚腹三里留, 腰背委中求, 头项寻列缺, 面口合谷收”就是依照经络走行选取穴位的, 充分说明了经络在疾病治疗中的导向作用, 因此经络的选取应本着治疗患病经络的原则。

经络有一定的循行部位和脏腑络属, 脏腑之间又存在互为

表里的关系, 病变在内外脏腑之间可相互影响和转化, 所以临床选取穴位除选用本经穴位外, 还选用表里经穴位, 如胃病选用脾经穴位, 肝病选用胆经穴位, 肺病选用大肠经穴位, 体现了表里配伍的原则, 因此经络的选取应本着表里经同治的原则。

人体全身穴位众多, 临床如何依据病证选择穴位, 就像如何辨证开具中药处方一样, 应辨证施治并遵照配伍原则确定处方, 无论任何疾病, 究其根源, 不外阴阳失和, 故针灸穴位配伍应本乎阴阳。因此, 临证配穴, 除要考虑经脉的本经循行、相关脉象、所主病候、别络所属、经筋皮部, 及经脉之间的表里联系之外, 应着重注意选择经脉的阴阳所属与疾病阴阳失调的关系。如病证属肝肾阴虚, 主要选取肝肾经(属阴经)穴位, 同时选取阳经膀胱经穴位(肝俞、肾俞)以阳中求阴; 因此经络的选取应本着调和阴阳的原则。

任、督两脉是躯干部经脉的纲维, 总括一身阴阳, 华佗夹脊穴是内脏神经分布之处, 治疗内脏疾病有独到之功, 而其疗效及针刺的安全性, 又较背俞穴为优。如: 肝胆脾胃疾病治疗除选取相应的经穴及背俞穴外, 还选用与背俞穴同水平的夹脊穴; 妇科病证除选用脾肾经穴外, 还选用总括人体之阴的任脉穴位; 阳虚病证除选用脏腑经脉外, 还选取总括人体之阳的督脉穴位。因此, 经络的选取应本着局部治疗与整体调理相结合的原则。

总之, 临床合理选取经络是治好疾病的第一步, 是基础, 是关键, 就像我们想到目的地选择道路一样, 如果方向错了, 任怎么努力也不能到达, 可见临床选取经络的重要性, 针灸临床“离穴不离经”的理论更充分说明选取经络是至关重要的。经络是临床说明病理变化, 指导辨证归经和针灸治疗的重要依据, 故《灵枢·经脉》说: “经脉者, 所以决生死, 处百病, 调虚实, 不可不通。”

编号: EA-100504729 (修回: 2010-08-04)

## 独穴深刺配合口腔刺激对脑血管意外吞咽障碍临床研究

### Clinical study on treating dysphagia by deeply stabbing single holes plus oral stimulation

陈庆华

(枣庄市中医医院, 山东 枣庄, 277100)

中图分类号: R255.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0022-02 证型: BGD

**【摘要】**目的: 观察廉泉穴深刺配合冰制棉球口腔刺激对脑血管意外患者吞咽障碍的疗效。方法: 选取脑血管意外, 洼田饮水试验吞咽障碍达3级以上的患者120例, 随机分成治疗组和对照组各60例, 两组均以神经内科常规治疗, 治疗组在常规治疗的基础上, 取廉泉穴深刺, 冰制生理盐水棉球口腔内刺激, 于两疗程后进行功能评定, 比较两组疗效。结果: 治疗组有效率95%, 对照组有效率63.3%。两组比较差异有统计学意义,  $P < 0.01$ 。结论: 脑血管意外吞咽障碍患者, 经深刺廉泉穴及冰制生理盐水棉球口腔刺激, 能明显改善吞咽功能, 提高患者生活质量。

**【关键词】** 廉泉穴深刺; 口腔刺激; 吞咽障碍; 疗效

**【Abstract】** Objective: To observe the effect of treating dysphagia by deep stab of Lianquan hole plus oral stimulation. Method: To choose 120 cases of cerebrovascular accident and dysphagia in patients with up to three or more and randomly divided into 60 cases of treatment groups and 60 cases of control groups and treating them by neurology, to treat treatment group by deeply stabbing Lianquan hole and oral stimulation with ices saline based on conventional treatment, to compare the effect of two groups. Results: The effective rate of treatment group was 95%, control group was 63.3%. There was significant difference between the two comparative groups,  $P < 0.01$ . Conclusion: Treating dysphagia by deep stab of Lianquan hole plus oral stimulation can improve the swallowing function and the quality of life of patients.

**【Keywords】** Lianquan hole; Oral stimulation; Dysphagia; Effective

脑血管意外属祖国医学脑卒中范畴, 包括脑出血、脑梗塞, 其急性期, 吞咽障碍发生率很高, 约占40%~50%<sup>[1]</sup>, 严重影响患者的生活质量, 并可引起多种并发症, 如吸入性肺炎、窒息、营养不良等。为改善脑血管意外导致吞咽障碍患者的预后, 我们于2005年2月~2009年11月对60例患者进行了深刺廉泉穴配合冰制生理盐水棉球口腔内刺激, 并与对照组做比较, 现报告如下:

#### 1 临床资料

##### 1.1 一般资料

所选120例病人均为脑血管意外吞咽障碍在本院神经内科住院治疗的患者, 均依据全国第四次脑血管会议诊断标准<sup>[2]</sup>, 经颅脑CT或MRI检查明确诊断为脑卒中, 采用洼田饮水实验<sup>[3]</sup>吞咽障碍达3级以上, 病程在一个月内的患者。随机抽样法分为治疗组和对照组, 其中治疗组60例, 男33例, 女27例, 年龄51~83岁; 对照组60例, 男37例, 女23例, 年龄48~81岁。

##### 1.2 治疗方法

两组病人在急性期均按照神经内科治疗脑卒中的治疗方案给予脱水降颅压、调控血压、改善脑代谢等常规药物治疗和护理。

治疗组治疗: 患者意识恢复, 生命体征平稳后, 开始治疗组治疗:

①患者取坐位, 或仰卧位, 取廉泉穴, 用30号2寸毫针徐徐向舌根方向斜刺0.5~1寸, 局部酸胀或针下沉紧感后, 退针至皮下, 再向左右两侧斜刺1~1.5寸, 待咽部有麻胀感时停止入针, 不能表述针感的患者, 以医者感到针下有徐和或沉紧的感觉, 用震颤手法加强针感, 每5min行针一次, 20min后起针。

②医者以止血钳夹取冰制生理盐水棉球(0℃), 先湿润患者上下唇, 然后缓缓进入口腔, 擦拭口腔两侧及舌体上下的分泌物和残留食物, 轻压舌体前1/3处, 并快速震颤5秒钟, 换作轻柔的手法轻轻刺激软腭及咽后壁, 待患者适应后重压舌根部, 至患者作出咳嗽动作或产生呕吐动作为宜, 取出棉球, 擦拭口唇周围使清洁干爽。以上治疗每日1次, 10d为一疗程, 两疗程后进行吞咽功能评定。

##### 1.3 疗效观察

治愈: 吞咽障碍消失, 洼田饮水实验评定1级;

有效: 吞咽障碍明显改善, 洼田饮水实验评定2级;

无效: 吞咽障碍改善不显著, 洼田饮水实验评定3级以上。

##### 1.4 统计学方法, 用卡方检验

## 2 结果

显著意义。

两组疗效见表1, 两组有效率比较,  $P < 0.01$ , 差异有非常

表1 治疗两疗程后疗效比较, 例 (%)

组别	例数	治愈	有效	无效	有效率
治疗组	$n=60$	27 (45)	30 (50)	3 (5)	95
对照组	$n=60$	2 (3.3)	36 (60)	22 (36.6)	63.3

注: 两组有效率比较, 均  $P < 0.01$ 。

## 3 讨论

现代医学认为, 脑血管意外后出现吞咽障碍主要是延髓吞咽中枢受损引起的延髓麻痹或双侧皮质脑干束受损引起的假性球麻痹吞咽困难, 及舌咽迷走和舌下神经的核性或核下性损害产生真性球麻痹吞咽困难。廉泉穴位于人体的颈部, 在结喉上方, 舌骨上缘凹陷处, 其解剖位置在甲状软骨和舌骨之间, 深部为会厌, 下方为喉门, 有舌下神经、舌咽神经及舌咽神经分支, 针刺此处, 可起到刺激舌咽神经、舌下神经、调节植物神经功能和激发与吞咽有关反射的再建立作用; 冰制棉球口腔内刺激, 可以刺激肌群使咽部肌肉收缩, 防止咽部肌群发生废用性萎缩, 而重压舌根引起呕吐动作又能反射性刺激中枢神经使神经细胞再生及功能重组, 激发吞咽反射, 恢复咽后壁的感觉功能, 从而改善吞咽功能。

祖国医学认为, 吞咽障碍属“喉痹”范畴, 因风阳上扰, 气血逆乱, 痰瘀痹阻, 致舌咽气机闭塞不通而为病。廉泉穴又名本池穴、舌本穴, 为阴经交汇穴之一, 心开窍于舌, 舌为心之苗, 为脾之外候, 手少阴之别系舌本, 足少阴之脉挟舌本, 足厥阴之脉络舌本, 足太阴之脉连舌本, 散舌下, 以上可得出,

诸脏通过其交会穴之一廉泉穴与舌联系密切, 针刺廉泉穴, 可以调节心、脾、肺、肝等诸脏功能, 使五脏调和, 气机平衡, 舌咽经脉通畅, 柔软灵活; 《针灸资生经》云: “廉泉主舌下肿难言, 舌纵涎出, ……上气, 呕沫, 舌根缩急, 下食难”; 口腔内有唇里 (位于口腔前庭部, 下唇内侧, 正中线上)、聚泉 (舌面上中央处)、金津玉液 (舌下系带左右两侧的静脉上) 等穴位, 以冰制棉球按压、震颤等方法刺激诸穴, 与针刺廉泉穴相结合, 可使舌体得以精血濡养, 舌咽部脉络通畅, 使运动灵活自如而达到改善吞咽功能的作用。

注: 本论文为科研课题, 已获 2009 年山东省枣庄市科技进步二等奖。

### 参考文献:

- [1]王茂斌.神经康复学[M].北京:人民卫生出版社,2009:284
- [2]全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中国实用内科杂志,1997,17(5):312-315
- [3]黄学英.常见疾病康复学[M].北京:国中医药出版社,2006:451

编号: ER-10051406 (修回: 2010-08-03)

## 第十二届中国科协年会 22 会场

### “中医药在重大公共卫生事件中的地位和作用论坛” 征文通知

由中国科协、福建省人民政府共同主办的第十二届中国科协年会将于 2010 年 11 月 1-3 日在福州市举办。由中华中医药学会、福建中医药大学承办, 福州伟达中医肿瘤医院协办的“中医药在重大公共卫生事件中的地位和作用论坛”为第 22 分会场, 届时将有国家领导人和各领域科技领袖出席。现征集大会论文, 凡经审稿录用的论文将同时刊登在第十二届中国科协年会《论文集》。

征文内容:

- 1、中医药在防治重大传染性疾病中的应用, 特别是防治甲型 H1N1 流感、艾滋病、抗击非典等重大公共卫生事件中的作用和成果;
- 2、中医药在防治重大慢性疾病中的应用, 特别是心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病及重大心理疾患和行为问题的三级预防成果;
- 3、其他相关内容。

联系人: 李劲松 于宏伟: (010) 64271946 64210760 (传真)

庄乾竹 康宁: (010) 84257895 64214947 (传真)

详细内容请登陆中华中医药学会网站 [www.cacm.org.cn](http://www.cacm.org.cn) 下载。



## 滞针透刺结合头部按摩治疗失眠 45 例

### Treating 45 cases of insomnia by Zhizhen Touci plus head massage

田财兴 蔡梦阳 张锡三 李共信

(白银市中西医结合医院, 甘肃 白银, 730900)

中图分类号: R256.23 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0024-02 证型: AGD

**【摘要】**目的: 观察滞针透刺结合头部按摩治疗失眠的临床疗效。方法: 应用滞针透刺结合头部按摩治疗失眠患者 45 例。结果: 痊愈 30 例, 显效 8 例, 有效 4 例, 总有效率为 93.3%。结论: 滞针透刺结合头部按摩治疗失眠具有较好的临床疗效。

**【关键词】**失眠; 滞针透刺; 按摩

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical effect of treating insomnia by Zhizhen Touci plus head massage. Methods: To treat 45 cases of insomnia patient by Zhizhen Touci plus head massage. Results: 30 patients recovered and 8 cases, 4 cases, the total effective rate was 93.3%. Conclusion: Treating insomnia by Zhizhen Touci plus head massage has good curative effect.

**【Keywords】** Insomnia; Zhizhen Touci; Massage

失眠是一种患者主观上感觉睡眠不足, 进入睡眠困难和维持睡眠状态异常, 主要指睡眠的始发和睡眠的持续状态发生障碍。现代中医学有的成为“不寐”, 有的称为“失眠”, 应该统一称为失眠, 与现代医学相同<sup>[1]</sup>。

现代西医学治疗失眠主要服用苯二氮卓类(BZD)等镇静安眠药和心理疗法, 虽然具有一定临床疗效, 但长期服用易产生成瘾性、耐药性、呼吸抑制、白天残留药物作用等毒副作用, 心理疗法临治疗效果不是很稳定, 影响其治疗效果的因素比较多。

笔者在临床工作中采用滞针透刺结合头部按摩治疗该病, 取得了较好的临床疗效, 现报道如下。

#### 1 临床资料

##### 1.1 一般资料

病源均为 2007 年 5 月至 2010 年 5 月来我科就诊的门诊和住院病人。经其他科治疗效果不满意者, 病程最长者 10 年, 最短者 3 个月, 年龄最小者 16 岁, 最大者 60 岁。

##### 1.2 诊断标准

诊断标准均符合中华医学会精神科分会编制的《中国精神病学分类与诊断标准》(CCMD2-R)中有关失眠症的诊断标准制定:

①几乎以睡眠障碍为唯一症状, 其他症状均继发于失眠, 包括入睡困难、睡眠不深、多梦、早醒、醒后不易入睡、醒后不适、疲乏白天困倦;

②上述睡眠障碍每周至少发生 3 次, 并持续 1 个月以上;

③失眠引起显著的苦恼或一部分精神障碍症状, 活动效率下降或妨碍社会功能;

④不是任何一种躯体疾病或精神疾病。

#### 2 治疗方法

采用头部穴位滞针透刺结合头部按摩的方法进行治疗。每

日一次, 7 次一疗程, 中间休息 2~3 天。共治 3 个疗程, 观察疗效。

##### 2.1 针刺方法

采用头部穴位滞针透刺加体针针刺结合的方法。

###### 2.1.1 取穴

百会透四神聪、风池、攒竹、太阳、内关、合谷、三阴交、照海、神门。

###### 2.1.2 操作方法

采用 0.38×40mm 毫针。透刺者从百会进针, 向四神聪方向透刺, 捻转产生滞针, 然后快速捻转提插, 操作 1 分钟, 使患者局部有温热舒适感, 依次透刺, 最后留针百会, 其余穴位均采用手法进针, 得气后行捻转平补平泻法, 留针 40 分钟。

##### 2.2 头部按摩方法

患者采用仰卧位, 施术者坐于患者头顶部。分别用掌根、拇指摩擦、按揉前额及眼眶; 用拇指分推、按揉眉弓; 双手拇指交替从印堂、攒竹、鱼腰、丝竹空点揉至后神聪、两侧四神聪、百会、完骨穴; 双手提擦头部皮肤; 点揉太阳、风池、睛明、攒竹、鱼腰、四白、瞳子髎等穴; 以上手法以患者有温热感、舒适感为度。

#### 3 结果

##### 3.1 临床疗效标准

采用 1993 年国家卫生部《中药新药临床研究指导原则》指定的临床症状标准进行判定。

临床痊愈: 睡眠时间恢复正常或夜间睡眠时间在 6 小时以上, 睡眠深沉, 醒后精神充沛;

显效: 睡眠明显好转, 睡眠时间增加 3 小时以上, 睡眠深度增加(睡眠时间增加至 6 小时, 有时不足 6 小时, 但自觉症状减轻);

有效: 症状减轻, 睡眠时间较前增加不足 3 小时;

无效：治疗后失眠无明显改善或反加重者。

### 3.2 治疗结果

45例中，痊愈30例，占66.7%；显效8例，占17.8%；有效4例，占8.9%；治疗一疗程痊愈者15例，占33.3%；治疗两疗程痊愈者12例，占26.7%；治疗三疗程痊愈者3例，占6.7%；总有效率93.3%。

### 4 体会

失眠症大多都是以睡眠障碍为唯一临床症状，其他症状常继发于失眠。失眠中医称之为“不寐”，病机主要是阴阳失调。有证据<sup>[2]</sup>证明，睡眠的功能调节主要集中定位于一群中枢神经系统神经元，与脑内神经递质的动态变化有关。针灸能根据症状的属性来调节阴阳的偏胜偏衰，使机体归于“阴平阳秘”，恢复其正常生理功能<sup>[3]</sup>《灵枢·根结》说：“用针之要在于调和阴阳，调阳于阴，精气乃光，合行与气，使神内藏。”百会为三阳五会，可安神定志，四神聪可健脑安神，百会向四神聪透刺可疏通诸经气、调和阴阳。滞针捻转提插能够增强针感。神门、照海、合谷、内关、三阴交为调营卫、平阴阳、治疗失

眠的常用穴，风池、攒竹、太阳疏通头部经气，诸穴共用，可调阴阳、安心神。头部按摩可改善头部血液循环，增强神经元能量代谢，调节了大脑内神经递质的变化，激活了神经的睡眠功能，缓解病人的精神紧张及恐惧心理，增加困倦程度，达到治疗失眠的目的。上述结果表明，本法治疗失眠疗效显著，值得临床推广使用。

### 参考文献：

- [1]刘艳骄,高荣林.中医睡眠学[M].北京:人民卫生出版社,2003:349
- [2]刘林芳,刘斌,臧培林.保神开郁冲剂影响失眠鼠中枢递质的研究[J].辽宁中医杂志,2000,27(2):92
- [3]李灵峰,卢建华.针刺为主治疗顽固性失眠的疗效观察[J].浙江中医药大学学报,2007,31(5):611

### 作者简介：

田财兴(1972-),男,主治医师,从事针灸按摩临床工作。

编号: ER-10071600(修回: 2010-08-03)

## 《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

### 《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

## 颈部推拿为主治疗耳鸣 36 例临床报告

### Clinical report on treating 36 cases of tinnitus by neck massage

宋永忠

(江苏省铜山县中医院, 江苏 徐州, 221116)

中图分类号: R246.81 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0026-02 证型: ADI

**【摘要】** 为了研究颈部推拿对耳鸣的效果, 以颈部推拿为主治疗耳鸣。通过分析患者的临床资料和疗效, 采用推拿和辨证加减的方法, 在临床应用广泛, 效果显著。

**【关键词】** 颈部; 灵敏点; 宗脉

**【Abstract】** To study effects of neck massage to tinnitus, treating tinnitus by neck massage. To analyze clinical data and efficacy of patient, taking massage and modified syndrome way, the effects were significant in clinical application.

**【Keywords】** Neck; Sensitive points; Pulse

耳鸣是指无外界声音刺激, 患者却主观听到持续声响。是临床上常见症状之一。也是治疗难题, 各科治疗方法有效率均较低。推拿治疗耳鸣历史悠久, 尚不失一种可行的治疗方法。本人在推拿治疗耳鸣病人的过程中, 发现许多耳鸣患者, 同时颈部亦酸痛不适, 对颈部推拿治疗后, 耳鸣亦消失, 疗效较好。故对 2007 年以来此类病例, 36 例总结分析, 报告如下:

#### 1 一般资料

本组 36 例中, 均以耳鸣为主要症状, 多数伴有颈部酸痛, 亦有颈部无任何不适症状的。但在颈部都可以找到明显压痛点, 甚至敏感点, 即按摩该点后耳鸣症状立即减轻。

本组中以门诊患者为主, 其中男 14 例, 女 22 例, 年龄最大 82 岁, 最小 40 岁。耳鸣时间最长 2 年, 最短 1 周。1 侧耳鸣者 23 例, 双侧耳鸣者 13 例。持续性耳鸣者 19 例, 间隙性耳鸣者 17 例, 高音调耳鸣者 20 例, 低音调耳鸣者 16 例。伴有头晕者 15 例, 伴有听力下降者 18 例。此组病例均排除了外伤、急性炎症、中毒、肿瘤等病因。

#### 2 治疗方法

2.1 患者坐位, 医者立于一侧 (耳鸣侧), 用滚法在颈肩部放松治疗。手法宜轻柔。

2.2 四指推法或拿揉法沿颈椎两侧治疗。重点在颈椎横突线上, 尤其是上段。患者有明显酸痛感, 并寻找敏感压痛点。多在颈 2~颈 4 两侧, 并重点按揉此点。

2.3 按揉风池、完骨、医风、耳和髻、耳门、听宫、听会、下关穴。沿耳后手少阳三焦经推耳后曲线。

2.4 推弓穴, 拇指推法, 单侧自上而下, 每分钟约 30 次。

2.5 颈椎斜扳法, 整复后小关节错位。动作要缓和协调, 不可强调响声。

2.6 按揉耳眼, 医者两手掌按住耳眼, 作轻度缓慢的按揉治疗。使掌心有被吸住感。

2.7 按揉神庭、百会, 拿五经、拿肩井。

#### 3 辨证加减

风热上扰: 多重点拿揉风池, 拿上肢重点按曲池、合谷等。痰浊中阻: 按揉胸骨、摩腹揉脐, 推下腹, 按揉丰隆穴。肝阳上亢: 推太阳、推背脊 (自上而下)。按揉肝俞、胆俞, 按揉小腿内侧, 揉太冲、行间等。脾胃虚弱: 加揉足三里、三阴交、脾俞、胃俞、三焦俞。肝肾亏虚: 点按百会, 分推枕后。点揉肾俞、命门、水泉, 横擦腰部, 直擦八髻, 以透热为度。

治疗后告知患者注意事项以配合治疗: ①起居调摄: 注意休息, 有充足的睡眠, 加强体育锻炼。②饮食调节: 少盐, 宜清淡, 多食水果、蔬菜、瘦肉、豆类, 戒除烟酒, 忌食辛辣肥厚、浓茶等刺激性物品。③舒畅情志: 解除忧虑、恐惧、消极悲观情绪。避免外界不良刺激, 以免七情受影响, 使病情反复发作。④本病病程较长, 且易反复, 治疗需要有信心和耐心。

#### 4 疗效观察

本组观察的均为门诊病人, 治疗 1~3 个疗程, 每疗程 10 天。治愈标准: 耳鸣消失, 听力恢复, 随诊 1 年不复发。显效: 耳鸣消失, 听力恢复, 但不久又复发。有效: 耳鸣减轻, 很快又复发, 反复不愈。无效: 治疗前后无明显改变。

#### 5 治疗结果

一个疗程治愈者 7 例, 均为 55 岁以下, 且为突发性耳聋的患者。三个疗程治愈者 15 例。显效 7 例。有效 6 例。无效 1 例。总有效率 97%。

#### 6 典型病例

患者甲, 女 56 岁, 退休教师。2008 年 2 月 4 日就诊, 诉右侧耳鸣 1 月余, 并逐渐加重。患者有多年颈椎病史, 时有颈部酸痛不适感。1 月前开始耳鸣, 为高音调, 静止时甚。低头时加重, 怕高音刺激, 影响睡眠。有轻度头晕, 舌淡红, 苔少, 脉细数。查体: 颈椎右侧压痛, 尤以颈 2 横突后缘压痛明显。按揉此处后, 患者耳鸣立即减轻。颈前屈时加重, 转头试验阳

性。中医诊断：耳鸣。证属肝肾阴虚，虚阳上亢。按上法治疗，并加颈椎牵引。1个疗程后症状明显减轻，2个疗程后症状完全消失。随诊1年未复发。

体会：耳鸣为中老年人好发，女性多于男性。其女性患者于月经不调，绝经期耳鸣易加重。由多种原因引起，发病机理尚不清楚。一般认为由于听感受器及其传导通路病理刺激所致的主观性耳鸣，高音调耳鸣提示为感音器病变。低音调耳鸣则提示传导通路病变。另有中枢性及听神经性耳鸣。多数患者有听力减退及头晕等症状。本人认为耳鸣虽为耳结构内部病变刺激所致。其血供主要来自颈外动脉及椎动脉。部分神经来自颈部，如耳大神经、面神经的一些分支。颈部的某些病变会导致耳部组织血流不足与神经支配异常，进一步造成耳内结构的水肿与坏死。同样通过颈部按摩可改善其血液供应及神经功能。从而缓解或治愈耳鸣。本人在推拿治疗颈椎病时，时常有耳鸣症状消失。2007年开始，针对耳鸣为主症的患者，重点在颈部检查发现在很多患者颈部可以找到敏感点。这些点多数在血管

上及神经出口处。随后把治疗耳鸣的重点放在敏感点和整个颈椎上。使疗效得到明显的提高。

中医认为：耳鸣为多种原因引起的耳窍闭塞。只有精气充足，气血旺盛，髓海充盈，阴阳平衡才能耳聪目明。而颈部为诸阳经脉所会之处。首先是督脉上输于脑，为阳脉之海，督领全身阳气。其损伤会使全身阳气皆受损伤。髓海空虚，发为耳鸣。足少阳经，下耳后，入耳中，出走耳前。手少阳经一支上耳角，一支入耳中，出耳前。其经病动则耳聋，混混沌沌。足少阳经，从巅顶入脑，其支至耳上角。手太阳经从缺盆循颈入耳中。足阳明经，上耳前。手阳明经之络脉入耳，合于宗脉。经络学认为耳中为手、足少阳、手太阳脉所总会（宗脉），又与其他三条阳脉及督脉相关联。而诸经脉皆循行于颈部，故颈部不同部位损伤会造成不同经脉损伤最终引起耳鸣。另一方面，无论哪条阳经损伤所致耳鸣，也可从颈部治疗入手，并循经取穴而达到治疗效果。

编号：EA-100428714（修回：2010-08-04）

## 吃水果的八字原则

### 新鲜 时令 多种 适量

今年40出头的张先生，血糖一直不大稳定。连日来天气燥热，气温始终在35℃左右徘徊，他就买了个大西瓜，一口气吃掉了多半个，想不到解暑降温的同时，竟然出现了头晕目眩、身体不适等症状，去医院检查时发现，原来因吃西瓜过多，西瓜汁中含糖量太高，引发了他的血糖上升、尿糖增多，糖尿病的典型表现也随之出现。对此，黑龙江省营养学会常务理事，哈尔滨医科大学附属第一医院博士生导师、内科教授王桂照提醒大家，水果味道虽然鲜美，但不宜食用过量，吃水果也有“雷区”和“误区”。

#### 水果味美过食无益

王桂照说，水果因其诱人的颜色、芳香的气味、酸甜的口味，深得人们的喜爱。同时，水果本身含有大量的人体必需的维生素，以及矿物质、膳食纤维等而深受消费者青睐。但是不是水果营养成分高，多吃就对人有好处呢？其实不然，比如，苹果中含有糖分和钾盐，吃多了使心脏负荷加重，像冠心病、心肌梗死、肾炎之类的患者就不宜多吃；柑橘性凉，胃、肠、肾、肺功能虚寒的老人不可多吃，以免诱发腹痛、腰膝酸软等症状；梨含糖较多，糖尿病患者吃多了会引起血糖升高；柿子含有单宁和柿胶酚，胃肠不好或便秘的人应少吃，否则容易形成柿石；就菠萝来说，因其含有某种蛋白酶，一些人食用后会引引起过敏反应，食用前最好用盐水浸泡以破坏蛋白酶成分，如患有胃溃疡、胃肠病和凝血功能障碍者，还是不吃这种水果为好。

#### 水果不能代替正餐

王桂照指出，年轻人喜欢用水果代替正餐，而仅靠水果减肥是不可取的，此类方法可能会有些减肥效果，但人体本身需多达50种营养物质，光吃水果是远远满足不了的，缺乏蛋白质、缺少人体必需的脂肪酸和碳水化合物，时间长了势必造成营养匮乏，甚至引起某些疾病。

#### 水果不能代替蔬菜

中老年人喜欢用水果代替蔬菜，而光靠水果补充维生素也是不正确的，尽管水果富含丰富的维生素，但其含量远低于蔬菜，就维生素C的含量来说，廉价的白菜、菠菜要比苹果、桃、梨等果品高出10倍左右，而辣椒甚至高达近20倍。正常的吃法是：每顿吃蔬菜，每天吃水果。另外，迷信进口水果和反季节水果也是不可取的，“洋水果”多远渡重洋，旅途中有效成分开始降解，其表面的防腐剂、激素、石蜡、树胶等物质也对人体不利。反季水果则大量使用催熟剂，质量、口感都不高。

#### 食用水果遵循八字原则

王桂照建议说，食用水果应遵循八字原则，即：新鲜、时令、多种、适量。新鲜的水果口感好，维生素C丢失少，能最大限度地获取水果中的营养物质；平常要多吃当季的水果，这些水果自然成熟，营养丰富且价格便宜；如今健康饮食的原则之一就是“多样”，吃水果也要多样化，不要偏食一种水果，以促进营养均衡；最后就是要适量，水果虽好，食之应有度，水果含糖比蔬菜多，过量食用会使人发胖，某些水果对特定人群的健康也会产生威胁。

（衣晓峰 董宇翔//中国中医药报）

## 复方地黄消痔软膏治疗痔疮比较性研究

### A comparative study on treating haemorrhoids

### by complex prescription Dihuang Xiaozhi paste

陈宏<sup>1</sup> 欧阳桂芬<sup>1</sup> 欧阳松山<sup>2</sup>

(1.湖北省汉川市血吸虫病诊疗专科医院, 湖北 汉川, 431600;

2.湖北省汉川市中医医院, 湖北 汉川, 431600)

中图分类号: R657.1+8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0028-02 证型: IDGA

**【摘要】**目的: 观察复方地黄消痔软膏治疗痔疮的疗效。方法: 80例患者随机分为治疗组和对照组, 比较治疗前后便血、肛门疼痛、脱出、水肿、瘙痒等疗效。结果: 治疗组总有效率为97.5%, 对照组总有效率为87.5%, 两组疗效比较有显著性差异 ( $P<0.01$ ); 治疗组治疗前后症状比较, 便血、肛门疼痛、脱出、水肿、瘙痒症状积分显著降低 ( $P<0.01$ ); 治疗组治疗后较对照组治疗后相比, 便血、肛门疼痛、脱出、水肿、瘙痒症状积分显著降低 ( $P<0.05$ ); 未见不良反应。结论: 复方地黄消痔软膏是治疗各类痔疮安全有效的药物。

**【关键词】** 地黄消痔软膏; 痔疮; 比较性研究

**【Abstract】** Objective: To observe the curative effect on treating haemorrhoids by complex prescription Dihuang Xiaozhi paste. Methods: 80 cases patients were divided randomly into treatment group and control group. comparing the curative effect of hemafecia, anus pain, exodus; oedema; pruritus before and after the treatment. Results: Total effective rate of treatment group is 97.5% and the control group is 87.5%, comparison of curative effect for the two sets is significant difference ( $P<0.01$ ). Symptom integral of treatment group degrade significantly and lower than control group, no adverse effect. Conclusion: Complex prescription Dihuang Xiaozhi paste is safety and effective to treat haemorrhoids.

**【Keywords】** Dihuang Xiaozhi paste; Haemorrhoids; Comparative research

#### 1 一般资料

所有病例均来自2009年7月义诊期间, 符合诊断标准的病例, 自愿用药者。治疗组40例, 男19例, 女21例; 年龄26~55岁, 平均 $37.32\pm 12.65$ 。内痔21例, 外痔13例, 混合痔6例; 对照组40例, 男21例, 女19例; 年龄23~58岁, 平均 $33.12\pm 11.35$ 。内痔25例, 外痔11例, 混合痔4例。

##### 1.1 纳入标准

所有病例符合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·中医肛肠科病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>, 签署知情同意书。

##### 1.2 排除标准

结缔组织外痔; 妊娠及哺乳期妇女; 患有严重的心、脑、肝、肾等重要器官疾病、精神疾病患者; 患有肛痿、脱肛、直肠息肉、肛乳头瘤, 结肠炎等其它肛肠疾病; 符合上述诊断标准但需手术治疗者。

#### 2 治疗方法与结果

##### 2.1 治疗方法

治疗组: 患者签署知情同意书后, 免费提供由湖北鼎龙制生产的复方地黄消痔软膏两支, 规格: 10g/支, 批号: 080513。

清洗肛周后将药膏适量均匀涂擦患处, 每日三次, 10d为一个疗程, 根据病情治疗1~2个疗程。

对照组: 外用马应龙麝香痔疮膏, 规格: 10g/支。用法、用量、疗程同治疗组。

##### 2.2 结果与分析

###### 2.2.1 观察指标

观察治疗前后便血、肛门疼痛、脱出、水肿、瘙痒的变化, 并按以下标准记分。①便血: a 无便血: 0分; b 排便时偶有手纸带血: 2分; c 排便时滴血, 便后出血可自行停止: 4分; d 每排便时出血, 呈喷射状: 6分。②肛门疼痛: a 无疼痛: 0分; b 排便时偶感疼痛: 2分; c 疼痛呈间歇性, 可以耐受: 4分; d 持续性疼痛, 需服镇痛药: 6分。③水肿: a 无水肿: 0分; b 水肿仅限一处, 水肿组织 $\leq 1\text{cm}$ : 2分; c 水肿一处或多处, 症状较轻, 水肿组织 $>1\text{cm}$ 或 $\leq 2\text{cm}$ : 4分; d 水肿一处或多处, 症状较重, 水肿组织 $>2\text{cm}$ : 6分。④瘙痒: a 无瘙痒: 0分; b 偶有瘙痒, 不影响日常生活: 2分; c 瘙痒明显, 经常搔抓, 影响日常生活: 4分; d 瘙痒较重, 严重影响日常生活, 并出现湿疹: 6分。⑤脱出: a 无脱出: 0分; b 脱出可自行回纳: 2分; c 脱出不能自行回纳, 需手法回纳: 4分; d 痔核嵌顿, 不能回纳: 6分。

### 2.2.2 疗效判定标准

参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医肛肠科病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>。①治愈：无便血、脱出等症状，痔核消失或完全萎缩；②显效：无便血、脱出等症状，痔核缩小或萎缩为原来的1/3。③有效：便后有少量便血或偶有便血，伴痔核轻度脱出。痔核缩小或萎缩为原来的2/3。④无效：症状和体征无改善或加重。

### 2.2.3 计算积分

总积分=(用药前积分-用药后积分)/用药前积分×100%;

显效：积分比≥70%；好转：30%≤积分比<70%；无效：积分比<30%；

### 2.2.4 统计学方法

数据采用 SPSS13.0 进行统计分析，计量资料采用 *t* 检验，等级资料采用 Ridit 分析。

## 2.3 结果

### 2.3.1 两组疗效的比较（见表1）

治疗组有效率为 97.5%，对照组有效率为 87.5%，经  $\chi^2$  检验  $\chi^2=2.88$ ,  $P<0.05$  两组疗效相比，差异有显著性意义。

**表1 两组疗效比较**

分组	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率
治疗组	40	13 (32.5%)	18 (45%)	8 (20%)	1 (2.5%)	97.50%
对照组	40	3 (7.5%)	6 (15%)	26 (65%)	5 (12.5%)	87.50%

### 2.3.2 内痔、外痔、混合痔的疗效比较见表2

**表2 复方地黄消痔软膏治疗内痔、外痔、混合痔的疗效比较**

分组	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率
内痔	21	4	11	3	0	98.20%
外痔	13	3	7	1	0	96.42%
混合痔	6	0	8	1	1	91.67%
合计	40	7	26	5	1	97.50%

### 2.3.3 两组治疗前后症状积分的比较见表3

**表3 两组治疗前后症状积分分析 (n=40,  $\bar{x} \pm s$ )**

临床	治疗组			对照组		
	疗前	疗后	<i>t</i>	疗前	疗后	<i>t</i>
便血	4	0.75	14.58	3.7	1.13	11.22
水肿	1.85	0.68	5.26	2.3	0.9	5.91
脱出	1.6	0.8	4.28	2	1.15	5.37
疼痛	2.08	0.25	5.5	2.45	0.83	6.25
瘙痒	2.85	0.7	8.56	3.2	0.93	9.76

## 3 讨论

中医认为，痔疮的发生，主要是因饮食不节、感受外邪、久病久坐久行、情志失调、妊娠等因素导致湿热内生，湿热下注，气血瘀滞，筋脉横解而成痔。其病机主要是经脉气血瘀滞<sup>[3]</sup>，而临床表现多为实证、热证、瘀证，且重在局部表现而全身症状较轻或无。因此，采用局部治疗往往即可达到治疗目的，而在生理上肛门皮肤腠理疏松，气血运行丰富。因此，采用中药外治治疗本病，通过药物的渗透和皮肤的吸收等作用，使药物直达病所而产生疏通腠理、解毒消肿、消毒杀菌、清洁伤口、活血通络、行气止痛、祛风燥湿、杀虫止痒等功效。

根据中医理论，以清热解毒，活血化瘀，消肿止痛为法。复方地黄消痔软膏由七味中药组成。方中地锦草性味辛，平。归肝、大肠经；大黄性味苦，寒。入胃、大肠、肝经；梔子性味苦，寒。入心、肝、肺、胃经。均具凉血止血，清热解毒之

功。外用可治痔疮毒肿痛，共为君药；银杏叶、三七性味多苦寒，归肺、胃、大肠经，具有清热解毒、泻火凉血，又有祛瘀消肿止痛之功，对水肿、疼痛有较好的缓解作用为臣；佐以冰片散郁热、消肿痛。甘草调和诸药为使。诸药合用，共奏止血凉血，清热解毒、除湿敛疮、消肿止痛之功，并可标本兼治。

通过对 80 例临床病例观察，治疗组有效率为 97.5%，对照组有效率为 87.5%，两组疗效相比，差异有显著性意义 ( $P<0.01$ )，说明治疗组疗效显著优于对照组；痔宁洗剂对痔疮有明显的治疗作用。在改善临床症状方面，治疗组治疗后较治疗前相比，便血、肛门疼痛、脱出、水肿、瘙痒症状积分显著降低 ( $P<0.01$ )，说明复方地黄消痔软膏能明显改善痔疮症状，起到消肿、止痛、止血作用。该软膏制剂对治疗内痔、混合痔和外痔疗效无差异，表明该制剂适合各类痔疮的治疗。

编号：E-10061237（修回：2010-08-11）

## 中药不良反应及预防措施

### Adverse reactions and precautions of TCM

郑彩云

(焦作市第二人民医院, 河南 焦作, 454001)

中图分类号: R228 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0030-02

**【摘要】** 随着公众安全用药意识的普遍提升和中药新剂型的研制及使用, 有关中药安全性的问题也日益受到重视。本文概述了近年来中药不良反应的现状, 分析了其产生及影响因素, 并提出防治原则, 对于充分发挥中药及其制剂的治疗与保健作用, 降低不良反应的发生有一定指导作用。

**【关键词】** 中药; 不良反应; 引发因素; 预防措施

**【Abstract】** Common improve of public safety and drug awareness and develop and use of new form of Chinese medicine, Chinese medicine security issues are increasing attention. This article overview status quo of medicine side effects in recent years, analyze produce and influencing factors, and propose control principle, to full play the role of treatment and care of Chinese medicine and preparation, occur of reduce the adverse reaction have some guidance

**【Keywords】** TCM; Adverse reactions; Trigger factor; Preventive measures

中药在我国具有悠久的临床使用历史, 人们普遍认为中药药性平和服用安全、无毒副作用, 可长期服用, 有病治病, 无病健身, 其实这都是一些片面、错误的认识。随着公众安全用药意识的普遍提升和中药新剂型的研制及使用, 有关中药安全性的问题也日益受到重视。从 20 世纪发生在比利时的“马兜铃酸事件”、日本“小柴胡事件”、新加坡“小檗碱事件”到国内 2008 年“刺五加注射液”、“茵栀黄注射液”等中药安全性事件, 从深层次分析上述事件的影响因素, 为保证临床用药的安全性, 提高人们对中药不良反应的广泛认识, 本文就中药不良反应的概念、引发因素及预防措施等综述如下:

#### 1 中药不良反应的概念

任何药物都存在着两重性, 一方面具有预防、诊断、治疗疾病作用, 另一方面也存在不良反应。“药品不良反应”是指“合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的或意外的有害反应”<sup>[1]</sup>。其内容包括副作用、毒性作用、后遗效应、过敏反应、继发反应、特异性遗传因素等。药物的不良反应, 是由药物本身所固有或因不合理用药所引起的, 中药也不例外。引发不良反应的中药, 既可以是中药饮片, 也可以是中成药。

#### 2 中药不良反应的引发因素

2.1 超剂量、超疗程使用: 有些人误认为中药均无毒或毒性甚小, 长期使用或超过说明书剂量使用, 是引起中药不良反应的因素。牛黄解毒片是治疗火热内盛咽喉肿痛、牙龈肿痛、口舌生疮及目赤肿痛的良好药, 如长期大量服用可引起慢性砷中毒<sup>[2]</sup>; 国家药品不良反应监测中心对有关双黄连注射剂所致严重病例报告分析提示, 18%的病例报告为超说明书剂量用药; 另有 2%的病例采用的用药途径为非说明书推荐用法(如双黄连注射液口服)。

2.2 辨证不准: 从如何做到中药临床合理使用这一环节来讲, 辨证论治是中医学理论的精髓, 即通过望、闻、问、切四诊合参, 运用气血津液、八纲辨证等病证结合进行诊断, 只有辨证

辨病精确得当, 遣方用药合理, 才能药到病除, 确保疗效; 临床因辨证失准, 寒热错投, 攻补倒置, 而引起不良反应或药源性疾病的案例时有发生。如用黄连、黄芩、黄柏和大黄组成的复方来治疗实热型细菌感染, 符合“热者寒之”这一中医基本治则。但同是细菌感染, 若为虚寒证, 还用此方治疗, 不仅疗效不佳, 还会出现中毒症状。究其原因, 此中药复方是被当作西药的抗菌消炎药使用, 违背了中医学理论<sup>[3]</sup>。

2.3 中药的品种与质量: 如中药材品种、产地、采收、加工、农药残余量不符合规定及炮制不当等问题, 均影响饮片质量, 进而导致中药不良反应。我国药用资源丰富, 地域广阔, 药材来源复杂, 存在同名异物、异物同名、品种混乱等现象, 中药因品种混乱引起的中毒事件已不少见。例如山豆根在我国南北地区用药习惯不同, 品种也不同, 北方习用防己科蝙蝠葛植物(北豆根), 《药典》记载有小毒, 用量为 3~9g; 南方习用豆科植物柔枝槐的根(广豆根), 《药典》记载有小毒(苦寒有毒), 一般用量为 3~6g, 如用量在 15g 以上就有毒性作用; 20 世纪 70 年代北方某地区因发生流感而误将南方调入的广豆根当做北豆根入药, 制成感冒汤、感冒片, 结果发生 200 多人集体中毒, 并有死亡病例发生<sup>[4]</sup>。中药注射剂质量不完全符合要求, 包括含有有害物质、植物蛋白、致热源、污染等因素, 或制剂生产工艺不稳定, 质控不严格也可以引起不良反应。

2.4 个体差异: 有些药物不良反应是由个体差异所致。过敏体质是引起中药不良反应的重要因素。在用药前要注意询问患者是否有过敏史。此外, 年龄、性别等情况的差异, 如婴幼儿因肝肾功能发育不全, 老年人因肾功能衰退, 对某些药物易发生中毒反应, 对于孕期、经期妇女, 更要慎用中药, 以防不测。

2.5 中成药间的配伍不当: 几种中成药合理地联用在临床上能收到较好的治疗效果。但也需引起重视。如治疗风湿寒痹症的大活络丹含有附子, 止咳化痰药物川贝枇杷露、蛇胆川贝液、通宣理肺丸等分别含有川贝、半夏等, 而附子与川贝、半夏属“十八反”, 为配伍禁忌, 若它们合用, 有可能产生不良反应。

几种功效相似的中成药联用在临床中极为常见,而其中大多有一味或几味药是相同的,联用无疑增加了同味药物的剂量,同时也造成了毒性成分的蓄积,增加了不良反应的发生率。如朱砂安神丸与天王补心丹的合用,其中含有的朱砂用量增加,使毒性成分蓄积,更增加了患者中毒或发生不良反应的危险性。

2.6 中西药不合理联合使用:中西药联合应用较为普遍,也常出现不合理的合用,导致不良事件的发生。如安神补心胶囊中含有的朱砂不能和化学药中的溴化物及碘化物同用,因为朱砂与其形成氯化汞、碘化汞导致药源性肠炎;当归、银杏、丹参可增加法华林的出血倾向,龙骨、牡蛎与洋地黄同用易发生心律失常。

2.7 煎煮方法不当:中药汤剂的煎制方法有许多特殊的讲究,如煎药容器的选择、煎药时间的长短、加水量的多少、药物先下后下、文火武火等,如煎煮方法不当,不仅影响疗效而且可能产生毒性。如乌头、附子等,先煎、久煎才能达到减毒或去毒的目的;薄荷、荆芥等若煎煮时间过长则会因有效成分挥发而影响疗效。

### 3 中药不良反应概况

国内文献报道,1915年~1990年<sup>[5]</sup>,有460种中药及其制剂引起了2788例不良反应。1990年~1994年<sup>[6]</sup>增至518种,引发不良反应2748例。而实际发生的不良反应例数远比报道的要多。同西药相比,中药的不良反应用要小的多,但由于中药所含的化学成分复杂,影响其质量的因素繁多,加之中医药人员整体素质不高,对所发生的不良反应不能作出科学的解释,就无法使更多的人正确使用中药。有人曾对80年代国内中药不良反应作统计分析<sup>[7]</sup>,列于前三位的分别是洋金花、乌头类和雷公藤,原因多系用量过大、用法不当,甚至连能解百毒的甘草也因使用不当引起了一系列不良反应<sup>[8]</sup>。随着中草药注射液的广泛应用,引起过敏反应的报道也逐渐增多。有一组临床资料统计分析表明,中药引起过敏性休克占54.04%,病死率19.54%,尤以静注、肌注引起者最多,其中静脉注射引起的过敏反应具有反应快、症状严重的特点<sup>[9]</sup>。

### 4 中药不良反应的预防措施

4.1 加强管理:政府管理部门除了制定法律法规提高药品质量,严格规范药品说明书的管理,避免因商业利益回避不良反应、禁忌等警示性内容,大力宣传药品不良反应相关知识,提高全民的安全性意识。要大力宣传中药知识,如正确煎煮中药方法、服用方法及某些特殊药物的副作用的表现等内容。对于采用中西药物联合治疗的病人,要特别交代清楚服用方法和注意事项。

4.2 规范品种,依法炮制:统一质量标准,提高中成药的质量规范品种,统一药名,减少同名异物和异物同名现象,逐步实现中药质量标准化,以主要成分或可控性成分评定中药材质量,在中药的种植、采收、炮制、储藏中严把质量关,避免出现假劣药现象,减少不良反应。临床炮制是中医药学中的一门古老的制药技术,中药炮制的主要意义之一就是减毒作用。

4.3 合理用药:中药是在中医药理论指导下,用于防病治病的药物。违背中医药学理论使用中药,不但达不到防病、治病的目的,反而会有害健康。那些不按中医药理论盲目使用中药而产生的不良反应,纯粹是滥用中药的结果。药师应熟悉中药的

性能效用,指导医师和患者合理用药,医师应运用中医辨证论治的方法,对病证作出正确诊断,并熟知药物的性能效用,尤其是不良反应,综合考虑年龄、性别、体质等因素,选择合适药物,适当配伍,制定合理的用药方案,以求减毒增效。中西药联用时,一定要避免药物间不良相互作用,使用中药应在把握好剂量的同时,兼顾疗程,服药时间不宜过长,服药不宜过量,如此才能达到有益无害的治疗目的。

4.4 运用现代科学技术,提高中药制剂的水平:中成药的各种剂型均有发生不良反应的报道,但以中药注射剂引起的较常见,特别是过敏反应的出现比较迅速、严重。这可能是因为注射剂直接注入人体,不经过肝脏,较其他剂型易发生不良反应,而且中药注射剂组成较复杂,有效、无效成分不清楚,引起不良反应的成分更不清楚。中药注射剂的制备过程复杂,时间比较长,可能在制备过程中生产条件控制不严而产生引起不良反应的成分。因此,要加强中药注射剂有效成分和提取工艺的研究,尽可能去粗取精;加强中药注射剂制备工艺条件的控制,加强中药注射剂质量标准的研究,以保证制剂的稳定性和安全性。

4.5 加强监测:必须正视中药不良反应的存在,及时反馈中药不良反应信息,减少漏报率。中药不良反应的原因复杂多样,唯有建立完善的不良反应监测体系和逐级申报、管理和分析系统,加强对中药不良反应的监测、监护,才能有效地解决这个问题。首先,要提高药剂人员、医护人员对中药不良反应的认识,使其相互配合,及时准确地收集资料进行系统分析,为临床医生用药提供咨询服务,指导临床合理用药。其次,要建立中药不良反应数据库,尤其是药典所载中药的不良的反应要形成完善而系统的数据库。同时,要利用各种预防、诊断和分析手段,充分调动中医药人员(尤其是老中医)和患者(或监护人)对于中药不良反应的识别和防卫能力,形成及时报告不良反应的习惯,做到事前防卫、事后分析,并在此基础上作决策分析,如此才能将中药不良反应降低到最低限度。同时,要大力加强中药毒性监测,开展中药毒性研究,建立相关中药毒性监测网络。

### 参考文献:

- [1]药品不良反应报告和监测管理办法(局令第7号)[EB/OL].国家食品药品监督管理局,2004-3-4
- [2]郭集军,潘金城.长期大量服用牛黄解毒片致慢性砷中毒及黑皮病1例报告[J].中国职业医学,2003,30(2):71
- [3]岳凤生.中药中毒报道的思考[J].中国中药杂志,1998,23(2):114-117
- [4]李炳新.北豆根作山豆根药用的调查[J].中国中药杂志,1998,23(6):335
- [5]杜东升.我国1915年~1990年中药不良反应概况[J].中国中药杂志,1992,17(7):435-438
- [6]郭世民.试论中药不良反应的现状与预防[J].云南中医中药杂志,1996,17(5):58-60
- [7]唐镜波.80年代国内传统药毒副作用的报道分析[J].中国药学杂志,1995,30(11):689-691
- [8]李钟.几种常用补益中药的不良反应[J].湖南中医药导报,1997,3(1):47-48
- [9]岳凤生.中药中毒报道的思考[J].中国中药杂志,1998,23(2):114-117



## 单味中药配方颗粒与中药饮片的使用对比

### Application comparison between TCM granules and TCM medicine

孔 刚<sup>1</sup> 王学燕<sup>1</sup> 郭翠兰<sup>2</sup> 李承明<sup>2</sup>

(1.山东省章丘市中医医院, 山东 章丘, 250200;

2.山东省章丘市圣井街道卫生院, 山东 章丘, 250220)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0032-02

**【摘要】** 本文从性状与规格、有效成分及疗效、配方及使用以及携带保存等四个方面对单味中药配方颗粒与中药饮片之间进行了对比, 得出了单味中药配方颗粒的优点及不足之处。文章最后总结: 单味中药配方颗粒的应用会有更大的舞台。

**【关键词】** 单味中药配方颗粒; 中药饮片; 对比

**【Abstract】** Contrasting the properties and specifications, active ingredients and efficacy, formulation and using and carry save of between chinese medicine granules and TCM, to obtain the advantages and shortcomings of chinese medicine granules. Article concludes: The application of chinese medicine granules will has a greater stage.

**【Keywords】** Chinese medicine granules; TCM; Contrast

#### 1 单味中药配方颗粒的产生背景

汤剂是祖国传统医药学的主要用药途径之一, 它因具有随症加减、灵活组方、易于吸收起效等特点, 一直沿用至今, 为中华民族的繁衍昌盛做出了巨大贡献。但因调配、携带、煎煮、久置易于发霉变质、汤液味苦、量大等缺点, 越来越难以适应现代化社会快节奏的生活方式和临床应用的需要。为了保持汤剂的优势、克服汤剂的不足, 单味中药配方颗粒应运而生, 并迅速发展。单味中药配方颗粒俗称免煎中药, 是以炮制合格的中药饮片为原料, 根据各类药材的不同特性, 参照传统煎煮方法, 利用现代化的生产工艺全成分提取、浓缩、干燥、制粒而成的供医生配方使用的中药颗粒剂。

#### 2 两者的比较

##### 2.1 性状与规格

单味中药配方颗粒为极细的颗粒状。是原药材经过现代化的生产工艺制粒而成。其规格根据中药不同的入药部位及所含成分的不同, 按常用量以每袋不同等量分装而成。如金钱草、公英、地丁等每袋为 2.5g, 相当于原药材 15g; 砂仁、甘草等每袋为 1g, 相当于原药材 3g; 一些矿物类如石膏、龙骨等每袋为 1g, 相当于原药材 30g。中药饮片因来源、植物入药部位及炮制方法的不同, 其饮片的性状各不相同, 如根茎、果实种子、金草类、矿物、动物类药材形状各异。

中药饮片的规格是质量优劣的重要指标, 根据《中国药典》、《山东省中药炮制规范》等标准, 对药材规格都做了具体规定。

##### 2.2 有效成分及疗效

单味中药配方颗粒的每一味药根据原材料已知的有效成分(生物碱、甙类、挥发油、蛋白质、黄酮、酶类)及药材性状规格, 分别采取不同的提取方法, 保证原药材所含的有效成分含量。自单味中药配方颗粒上市以来, 大量研究表明单味中药配方颗粒是单味原生药饮片浸出物的 1~3 倍, 有效成分溶

率高。浙江省中医院以两种剂型的配方银翘散治疗感冒风热症 210 例, 结果显示, 中药配方颗粒治疗风热感冒显效率为 67.7%, 总有效率 95%, 与传统饮片对照组疗效相似, 差异性不显著; 而对发热恶寒、头痛、咽痛等症的疗效比较, 有显著性差异 ( $P < 0.01$ ), 中药配方颗粒疗效优于中药饮片。

##### 2.3 配方及使用

单味中药配方颗粒经过科学方法提取有效成分, 然后制成颗粒, 调配方便、卫生、快捷。使用时将常规一日量的每一袋药倒入容器中, 先用少量温水浸泡 1~2 分钟, 再用适量温开水冲化, 调匀后密封 2~3 分钟待充分溶解后分二次服用。

中药饮片在使用前需先浸泡半小时左右, 根据药材的特性采用先煎、后下、包煎等特殊处理后, 先武火后文火, 煎煮、煎汁沥出后分二次服用。

##### 2.4 携带保存

中药配方颗粒经科学处理, 服用时不用煎煮, 只需按处方以开水冲服即可。由于体积小、重量轻、携带方便、服用方便, 最适合旅途出差服用或工作繁忙无时间煎煮的病人服用。急诊病人随取随服。由于其用铝塑铝袋复合膜包装, 不易吸潮, 避免中药贮藏、保管不当带来走油、变色、虫蛀、霉变等质量问题, 减少了污染, 方便保管。

中药饮片体积大、携带储存都不方便, 对贮运环境要求较高, 个别品种保管不当, 有发霉、变质、走油、串味、变色等问题, 影响药物的疗效。

#### 3 小结

单味中药配方颗粒与中药饮片相比具有以下特点: ①单味中药配方颗粒经现代化制药技术提取, 不用煎煮, 直接冲服, 疗效确切, 携带服用方便。②单位中药配方颗粒卫生、安全、防潮、防蛀、保质期长、质量稳定。③单位中药配方颗粒分袋包装, 每一袋注明药名、重量、生产及有效期, 调配准确、方便, 避免了传统中药饮片的不足之处。④为临床中医医生提供 (下转 34 页)

## 大枣的临床应用

## Clinical application of jujube

张广明

(宜川县食品药品监督管理局, 陕西 延安, 716200)

**中图分类号: R228 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0033-02**

**【摘要】**随着大枣生产基地的不断扩大,人们对大枣的开发利用越来越广泛,中医中药界也越来越重视大枣对人体的保健治疗作用。笔者通过对连续吃大枣的病人观察,发现其健康恢复比单纯吃维生素药剂快3倍以上。红枣所含有的环磷酸腺苷,是人体细胞能量代谢的必需成分,能够增强肌力、消除疲劳、扩张血管、增加心肌收缩力、改善心肌营养,对防治心血管系统疾病有良好的作用;中医中药理论认为,红枣具有补虚益气、养血安神、健脾和胃等作用,是脾胃虚弱、气血不足、倦怠无力、失眠多梦等患者良好的保健营养品。红枣对慢性肝炎、肝硬化、贫血、过敏性紫癜等病症有较好疗效;红枣含有三萜类化合物及环磷酸腺苷,有较强的抗癌、抗过敏作用。本文就一些临床慢性病病人的长期使用大枣而得到康复的做法,进行整理供患者参考。

**【关键词】** 大枣; 临床应用; 中医

**【Abstract】** With continuously expand of jujube producing base, jujube was developed by people more and more widely, health and treatment of human body by jujube more and more attention in the chinese medicine industry. Observe on patients of continuous eat jujube, discover health recovery of ate jujube is more than three times faster the ate vitamin pharmacy. Jujube CAMP of contains, was essential ingredients of energy metabolism of human cells, can be increase muscle strength, eliminate fatigue, vasodilating, increase in myocardial contractile force, improving myocardial nutrition, prevention cardiovascular diseases has a good effect with jujube; The TCM theory, jujube have effects of Buxu Yiqi, Yangxue Anshen, Jianpi Hewei, was good health nutrition and food of Piwei Xuruo, Qixue Buzu, Juandai Wuli, Shimian Duomeng in patients. Treating disease of chronic hepatitis, cirrhosis, anemia, allergic purpura has a good effect; Jujube contain triterpenoids and cyclic adenosine monophosphate, have effects of stronger anti-cancer, anti-allergic. In this article methods of long-term used jujube and get rehabilitation in clinical patients, to collate information for patients reference.

**【Keywords】** Jujube; Clinical application; TCM

大枣为鼠李科植物枣 *Ziziphus jujuba* Mill, var, *inermis* (Bu-nge) Rehd, 的成熟果实。性温味甘, 补益中气、养血安神、缓和药性。主要成分有蛋白质、脂肪、糖、钙、磷、铁、镁及维生素 A、维生素 C、维生素 B<sub>1</sub>、维生素 B<sub>2</sub>、维生素 P, 此外还含有胡萝卜素等。

近年来医药学研究发现, 它含有环磷酸腺苷的物质, 具有扩张血管、抗过敏作用。同时还具有增强心肌收缩力, 改善心肌营养的作用。富含的三萜类化合物和二磷酸腺苷。三萜类化合物大都具有抑制癌细胞的功能。

大枣在临床上是一味极其普通的中药, 主要用来缓和药性, 调和诸药。近年来因其营养十分丰富, 食用美味可口, 广泛被人们重视, 民间有“天天吃红枣, 一生不显老”之说。在我们医药界越来越多的认为大枣不仅是人们喜爱的果品, 《本草新编》中说:“大枣有“通九窍, 和百药, 养肺胃, 益气, 润心肺, 生津, 助诸经, 补五脏。惟中满及热疾忌食, 齿疼并风疾禁尝”。

随着人们日益对生活质量的要求, 我们利用它的滋补脾胃、养血安神、治病强身功能。创造很多食疗好方法。比如, 产妇食用红枣, 能补中益气、养血安神, 加速机体复原; 老年体弱者食用红枣, 能增强体质, 延缓衰老; 尤其是一些从事脑力劳动的人及神经衰弱者, 用大枣煮汤代茶, 能安心守神, 增进食欲。素有茶癖的人, 晚间过饮, 难免辗转不眠, 若每晚以大枣煎汤代茶, 可免除失眠之苦。春秋季节, 乍寒乍暖, 在大枣中加几片桑叶煎汤代茶, 可预防伤风感冒; 夏令炎热, 大枣荷叶同煮可利气消暑; 冬日严寒, 红枣汤加生姜红糖, 可驱

寒暖胃。

药理研究发现大枣有免疫抑制作用: 对特异性反应性疾病能抑制抗体的产生。大枣醇提物可能对反应性抗体有抑制作用, 而对非反应性抗体不产生抑制作用。还有其他作用: 大枣中的黄酮双葡萄糖苷 A, 药理实验证明有镇静、催眠和降压作用, 大枣有增加白血球内 cAMP 的作用。最近报道大枣有抑制癌细胞的增殖作用。

最近报道大枣有抑制癌细胞的增殖作用。下面我向大家介绍几种临床上有关大枣治疗疾病的方法。这些做法病人即乐于接受, 疗效也很好, 群众反响很大, 方便实惠。

### 1 益气补血

用大枣 20 枚, 鸡蛋 1 个, 红糖 30g, 水炖服, 每日 1 次, 适用于产后调养, 有益气补血之功效。红枣有补中益气, 养血安神之功效。红枣中的高维生素含量, 对人体毛细血管有健全的作用。

### 2 防治失眠

用鲜大枣 1000g, 洗净去核取肉捣烂, 加适量水用火煎, 过滤取汁, 混入 500g 蜂蜜, 于火上调匀取成枣膏, 装瓶备用。每次服 15ml, 每日 2 次, 连续服完, 可防治失眠。

### 3 补虚养血

大枣 10 枚, 黑木耳 15g, 冰糖适量放入汤盆内, 加入适量清水上笼蒸约 1 小时即成。每日早、晚餐后各服一次, 可以补

虚养血。用于治疗血虚面色苍白、心慌心惊及贫血。无病者食之，可起到养血强壮的保健作用。经常服食，可以驻颜祛斑、健美丰肌，并用于治疗面部黑斑、形瘦。注意湿痰及积滞者不宜多食。

#### 4 补血调经，活血止痛，润肠通便

当归 15g，大枣 50g，白糖 20g，粳米 50g。先将当归用温水浸泡片刻，加水 200g，先煎浓汁 100g，去渣取汁，与粳米、大枣和白糖一同加水适量，煮至成粥。每日早晚温热服用，10 日为 1 个疗程。此粥具有补血调经，活血止痛，润肠通便的功能，用于治疗气血不足、月经不调、闭经痛经、血虚头痛、眩晕及便秘等症。

#### 5 补肝肾、益精血、通便、解毒

何首乌粉 25g，大枣 50g，冰糖 15g，粳米 50g。先将粳米、红枣一同入锅，熬煮成粥。待粥半熟时加入何首乌粉，边煮边搅匀，至粥粘稠即成，再加入冰糖调味。此粥有补肝肾、益精血、通便、解毒等功效，用于治疗肝肾两虚、精血不足所致的头昏眼花、失眠健忘、梦遗滑精等症，老年性高血压、血管硬化患者久服还可延年益寿。

#### 6 补中益气、养血补血

大枣 30 个，元参 30g，乌梅 6 个，杞子 15g，加水 2000g 煮沸 20 分钟后加入适量冰糖，煎至微稠，待稍凉后用容器装之备用。一般每次 2 汤匙，每日 2 次。此膏可补中益气、养血补血，用于治疗体虚、脾胃弱或手术之后的调养。

#### 7 滋补肝肾、养血止血

鲜旱莲草 50g，大枣 20 枚。一同放入锅中，加水适量，焗汤，熟后去渣，饮汤吃枣。此汤具有滋补肝肾、养血止血的功效，用于治疗胃十二指肠球部溃疡出血、失血性贫血等。

#### 8 养心气、补心血、降压降脂、消暑解毒

鲜银杏叶 30g，红枣 20g，绿豆 60g，白糖适量。将银杏叶洗净切碎后入沙锅，加水 100g，用小火煮沸，20 分钟后去渣取汁，再将浸泡片刻的大枣和绿豆一起倒入沙锅内，加白糖，

煮至绿豆酥烂为止。有养心气、补心血、降压降脂、消暑解毒的功效，用于治疗高血压和冠心病患者服用。

#### 9 补脾、养血、健胃、安神、解郁

生姜 500g，大枣 250g，盐 100g，甘草 150g，丁香 25g，沉香 25g。共捣成粗末和匀备用。每次 15~25g，清晨煎服或泡水代茶饮，每日数次。具有补脾、养血、健胃、安神、解郁之功效，久服令人容颜白嫩、皮肤细滑、皱纹减少。

#### 10 健脾补血、清肝明目

大枣 50g，粳米 100g，菊花 15g，一同放入锅内加清水适量，煮至浓稠时，放入适量红糖调味食用。具有健脾补血、清肝明目之功效；长期食用可使面部肤色红润，起到保健防病的作用。

#### 11 润肺健脾、止咳、补五脏、疗虚损

大枣 50g，水发黑木耳 100g，白糖适量。将大枣去核，一同放入锅中加清水适量煮至大枣、木耳烂熟，放入白糖调味即可食用。具有润肺健脾、止咳、补五脏、疗虚损的作用，常食能使面色红润、青春焕发，此汤尤益于女性。

#### 12 养心神、清湿毒、健脾胃

大枣 20g，薏仁米 20g，白果 15g（去壳除衣），桂圆肉 10g，一同放入锅内同煮 40 分钟，再加上煮熟去壳的鹌鹑蛋 6 只，煮上半小时，加入适量红糖或冰糖食之。具有养心神、清湿毒、健脾胃之功效。常食可使皮肤少生暗疮、粉刺、扁平疣等，使皮肤滋润嫩滑、光洁白净。

总之，大枣即平日供食用的红枣，性质平和，是适用于老年人的安全、有效的药物。大枣益气生津，尤可治疗老年人气血液不足，补脾和胃及治疗老年人胃虚食少，脾弱便溏。故大枣对老年健身和延缓衰老有一定作用。大枣的现代药理研究表明具增加白血球内的 cAMP 的作用，具有抗变态反应、保肝、增加肌力、镇静、催眠和降压的作用。

编号：ER-10051700（修回：2010-08-02）

（上接 32 页）

了标准化、客观化的治疗手段，不论用于基础研究还是临床观察，其科研的可信度、疗效的稳定性都有保证。

但是单味中药配方颗粒亦有不足之处：①单味中药配方颗粒忽略中药混煎与单煎的问题，汤剂配伍依据君、臣、佐、使原则，药物存在相生相克的作用，混煎后可增加治疗范围并降低药物的毒副作用。单味中药配方颗粒是每味药材单煎后再混合使用，由于饮片起效的成分较繁杂，现在的科学技术还无法全部了解药物成分混后的作用机理，因此单味中药配方颗粒提取的只是已认知的药物成分，大量的未知成分尚待人们进一步深入研究。②单味中药配方颗粒为颗粒状或粉末状，单从性状方面难以鉴别。

作为中医药现代化的项目之一，中药配方颗粒的发展有利

于中医药事业的发展及中医药科学化的进程。随着科学技术的不断发展，单味中药配方颗粒的用药缺点也将会逐渐被人们所攻克，快节奏的生活方式也将为单味中药配方颗粒的应用提供更大的舞台。

#### 参考文献：

- [1]蒋雪嫣,王青华,刘玲.单味中药配方颗粒与中药饮片的对比[J].中草药,2006,37(6):958
- [2]杨忠英.浅谈“中药配方颗粒”与中药汤剂[J].中国医学理论与实践,2002(8):1104

编号：ER-10052101（修回：2010-08-03）

## 仙鹤草颗粒在中医儿科的药理作用和临床应用

Pharmacology and clinical application  
of agrimony particles in TCM pediatrics

钟瑜 杨学惠 杨国汉

(重庆市第三军医大学第三附属大坪医院, 重庆, 400042)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0035-02

【摘要】 仙鹤草颗粒临床上有广泛的用途, 本文主要论述此药在中医儿科方面的应用。

【关键词】 仙鹤草颗粒; 中医儿科; 药理作用; 临床应用

【Abstract】 Agrimony particles are widely used clinically, this article mainly discusses the application of the drug in TCM pediatrics.

【Keywords】 Agrimony particles; TCM Pediatrics; Pharmacology effect; Clinical effect

仙鹤草颗粒在临床上应用广泛, 内、外、妇、儿科均有所涉及, 本文着重阐述仙鹤草颗粒在中医儿科的应用。仙鹤草, 又名龙芽草、山昆菜、瓜香菜, 是蔷薇科多年生草本植物龙芽草的嫩茎叶, 生于山坡、草地、路旁, 全国各地均有分布, 每年春天采幼苗或嫩茎叶食用。仙鹤草性平, 味微苦辛, 无毒, 入肺、肝、脾经, 具有止血健胃之功效, 可治疗咯血、尿血、赤白痢疾、劳伤脱力、痲肿、跌打损伤出血等病症。《滇南本草》记载“龙芽草能止血, 消炎健胃<sup>[1]</sup>”。《本草纲目拾遗》谓仙鹤草“消宿食, 散中满, 下气, 其味苦, 燥湿增食, 散满”。仙鹤草颗粒则是将仙鹤草的全体成份提取, 浓缩, 干燥, 制粒而成。

## 1 仙鹤草颗粒的药理作用

## 1.1 增强免疫功能

仙鹤草颗粒剂对荷瘤小鼠脾自然杀伤(NK)细胞活性有明显增强作用, 说明其对荷瘤机体非特异性免疫, 尤其对肿瘤的免疫监视可能有增强作用, 同时还能增强荷瘤机体红细胞免疫粘附肿瘤细胞能力, 提高血清中红细胞免疫促进因子活性和降低抑制作用因子活性<sup>[2]</sup>(动物许可证编号: 003591141A02000-01)。

## 1.2 止血

《生草药性备要》记载仙鹤草“理跌打伤, 止血”。实验证明, 仙鹤草颗粒粗制浸膏有增加血小板, 促进血液凝固作用<sup>[3]</sup>。仙鹤草的水煎醇沉淀有明显的抗体外血栓作用, 是一味活血止血药。

## 1.3 杀虫

仙鹤草颗粒对体内外血吸虫均有杀灭作用。对幼小猪绦虫有杀灭作用, 且能抑制或杀灭莫氏绦虫, 其机理可能是持久地抑制虫体的细胞代谢, 切断其能量供给<sup>[4]</sup>。仙鹤草颗粒对猪绦虫有兴奋作用, 甚至使虫体出现痉挛。

## 1.4 抗菌、抗炎作用

仙鹤草颗粒水提液体外实验: 对结核杆菌有抑制作用, 热水及乙醇浸液在试管内对枯草杆菌及金黄色葡萄球菌有一定的抑制作用, 对大肠杆菌福氏痢疾杆菌、伤寒杆菌有抑制作用<sup>[5]</sup>。

## 1.5 抗病毒

仙鹤草颗粒乙醇提出物具有抗病毒作用, 从欧洲龙芽草中分离出大量鞣质、维生素 K、酚性甙以及一此抗病毒化合物<sup>[6]</sup>。

## 1.6 抗肿瘤

近代药理实验表明, 通过对癌细胞培养液和正常细胞培养液中注入仙鹤草颗粒(500 $\mu$ g/ml)连续 6d, 仙鹤草颗粒可杀死 100%的癌细胞, 而正常细胞未受损害, 故可以治疗各种癌症。仙鹤草颗粒的醇溶性成分, 使癌细胞分裂减少, 退变坏死严重, 胞浆呈网状或空泡状, 严重者致核破裂和核固缩, 多聚核蛋白体解聚等<sup>[7]</sup>。

## 1.7 治疗糖尿病作用

药理实验证明仙鹤草颗粒可以促进胰岛素释放和类似胰岛素的降血糖作用。

## 2 临床应用

## 2.1 治小儿感冒

《福建中草药》记本品苦、微辛、微温, 功能疏风宣肺, 本品在补益之中尚有透邪之力, 用本品单味浓煎加红糖可治虚人感冒, 还可用于小儿外感发热, 效果良好。

## 2.2 治小儿腹泻

仙鹤草颗粒和四君子汤合用可治小儿腹泻, 仙鹤草颗粒收敛固涩以温中, 四君子汤健脾分利, 脾运得健, 各行其道, 水津四布, 泄泻自止。

## 2.3 治小儿盗汗

仙鹤草颗粒 2 包、大枣 3 枚、白术 1 包治疗小儿盗汗, 仙鹤草颗粒补虚收敛固涩而止汗, 大枣、白术补气养血以资汗源, 维护正气。

## 2.4 治小儿湿疹

仙鹤草颗粒 4 包, 研末, 滑石粉 4 包, 浸入麻油 150g, 24 小时后, 置火上加热搅拌均匀, 沸后 5 分钟冷却, 装瓶备用。每天用温水洗患处, 再涂搽本油膏<sup>[8]</sup>。

## 2.5 治小儿过敏性紫癜

小儿过敏性紫癜因血热妄行, 血不循常道而泛溢于外, 仙鹤草颗粒为收敛止血药, 且止血不留瘀, 无止瘀滞脉络之弊, 仙鹤草颗粒与清热解毒药合用, 能治血热妄行症。

(下转 37 页)

## 灯盏花素合降糖胰生胶囊

### 治疗 2 型糖尿病血脂紊乱疗效观察

#### Effective observation on treating dyslipidemia in type 2

#### diabetes with breviscapine plus Jiangtang Yisheng capsule

马宇鹏 李 越 朱惠兰

(甘肃省张掖市中医院, 甘肃 张掖, 734000)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0036-02 证型: DGB

**【摘要】**目的: 探讨运用灯盏花素注射液合降糖胰生胶囊治疗 2 型糖尿病血脂紊乱的疗效。方法: 观察组选用灯盏花素注射液 20mg 加入 0.9% 生理盐水注射液 250ml 静滴, 每日一次, 2 周为一个疗程。并同时口服降糖胰生胶囊 4 粒, 每日三次。对照组在控制饮食和达美康治疗的基础上, 应用脂必妥, 每次 3 粒, 每日 3 次。疗程均为 4 周。结果: 治疗组总有效率 93.3%, 对照组总有效率 65.0%。结论: 使用本办法能够明显提高疗效, 是治疗糖尿病合并血脂紊乱的一种有效和可靠的治疗方法。

**【关键词】** 灯盏花素; 降糖胰生胶囊; 2 型糖尿病; 血脂紊乱; 疗效观察

**【Abstract】** Objective: To investigate the effect treating dyslipidemia in 2 types diabetes with breviscapine plus Jiangtang Yisheng capsule. Methods: In observation group selected to join Breviscapine injection saline intravenous injection 20mg 250ml 0.9% once a day for two weeks as a course. While oral hypoglycemic pancreatic capsule 4, three times daily. Control group, the control diet and gliclazide treatment based on the application Zhibituo 3 capsules each time, 3 times a day. For 4 weeks. Results: The total effective rate was 93.3%, control group was 65.0%. Conclusion: The use of this approach can significantly improve the efficacy of treatment of diabetic blood fat confuseda is an effective and reliable treatment.

**【Keywords】** Breviscapine; Jiangtang Yisheng capsule; 2 types diabetes; Blood fat confuseda; Effective observation

我科自 2007 年 2 月至 2010 年 3 月运用灯盏花素注射液合降糖胰生胶囊治疗 2 型糖尿病血脂紊乱 180 例, 现将结果报道如下。

#### 1 资料与方法

##### 1.1 临床资料

240 例为我院门诊及住院病例, 观察组 180 例, 男 93 例, 女 87 例, 年龄最大 65 岁, 最小 35 岁, 平均  $48.2 \pm 2.1$  岁, 病程最长 13 年, 最短 2 年, 平均  $5.2 \pm 0.4$  年。对照组 60 例, 男 29 例, 女 31 例, 年龄最大 63 岁, 最小 42 岁, 平均  $47.8 \pm 2.0$  岁, 病程最长 13 年, 最短 3 年, 平均  $5.1 \pm 0.7$  年。

两组的性别、年龄、病程等经统计学处理无显著差异, 具有可比性。

##### 1.2 诊断标准

西医诊断符合 1995 年 WHO 的糖尿病诊断标准和 1995 年中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》中的血脂紊乱的诊断标准, 中医辨证标准参照 1989 年中华人民共和国卫生部药政局制定发布的新药(中药)治疗糖尿病(消渴病)临床研究的技术指导原则和 1989 年血瘀证研究国际会议血瘀证诊断参考标准<sup>[1]</sup>。

##### 1.3 治疗方法

两组均给予控制饮食, 对照组给予达美康控制血糖。

观察组在控制饮食和达美康治疗的基础上, 应用脂必妥,

每粒 0.35g, 每次 3 粒, 每日 3 次, 疗程均为 4 周。

观察组选用灯盏花素注射液 20mg 加入 0.9% 生理盐水注射液 250ml 静滴, 每日一次, 2 周为一个疗程。并同时口服降糖胰生胶囊 4 粒, 每日三次, 4 周为一个疗程。

##### 1.4 疗效标准<sup>[2]</sup>

临床痊愈: 临床症状、体征消失, 实验室各项检查恢复正常; 显效: 临床症状、体征基本消失, 血脂检测达到以下任 1 项者: TC 下降  $\geq 20\%$ , TG 下降  $\geq 40\%$ , HDL-C 上升  $\geq 0.26\text{mmol/L}$  ( $10\text{mg/dl}$ ), TC-HDL-C/HDL-C 下降  $\geq 20\%$ ; 有效: 血脂检测达到以下任 1 项者: TC  $\geq 10\%$  但  $< 20\%$ , TG 下降  $\geq 20\%$  但  $< 40\%$ , HDL-C 上升  $\geq 0.140\text{mmol/L}$  ( $4\text{mg/dl}$ ) 但  $< 0.26\text{mmol/L}$  ( $10\text{mg/dl}$ ), TC-HDL-C/HDL-C 下降  $\geq 10\%$  但  $< 20\%$ ; 无效: 治疗后症状、体征与血脂检测无明显改善者。

##### 1.5 统计学方法

采用 SPSS10.0 统计分析软件进行统计学处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较采用  $t$  检验, 计数资料用率 (%) 表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗前后空腹血糖、餐后 2h 血糖均明显下降, 与对照组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 结果见表 1。

2.2 两组治疗前后 TC、TG、LDL-C 均明显下降, HDL-C 明显升高, 与对照组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 结果见表 2。

表1 两组患者治疗前后血糖值比较 (mmol/L,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	观察组			对照组		
	n	治疗前	治疗后	n	治疗前	治疗后
空腹血糖	180	10.2±1.8	8.7±1.4 <sup>①②</sup>	60	10.3±1.8	8.8±1.2 <sup>①</sup>
餐后2h血糖	180	13.3±2.9	10.8±2.7 <sup>①②</sup>	60	13.4±3.2	10.5±2.4 <sup>①</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>①</sup> $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较<sup>②</sup> $P>0.05$ 。

### 2.3 两组疗效比较

观察组临床痊愈46例,显效60例,有效62例,无效12例,总有效率93.3%;

对照组临床痊愈6例,显效9例,有效24例,无效21例,总有效率65.0%,观察组与对照组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 两组治疗前后血脂值比较 (mmol/L,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	观察组			对照组		
	n	治疗前	治疗后	n	治疗前	治疗后
TG	180	2.8±1.2	1.6±0.9 <sup>①③</sup>	60	2.8±1.3	2.1±0.8 <sup>②</sup>
TC	180	6.6±1.7	5.0±1.5 <sup>①③</sup>	60	6.7±0.7	5.9±1.2 <sup>②</sup>
HDL-C	180	1.0±0.3	1.3±0.2 <sup>①③</sup>	60	0.9±0.3	1.2±0.3 <sup>②</sup>
LDL-C	180	4.1±0.6	3.0±1.0 <sup>①③</sup>	60	4.1±0.6	3.5±0.6 <sup>②</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>①</sup> $P<0.01$ ,<sup>②</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>③</sup> $P<0.05$ 。

## 3 讨论

糖尿病血脂紊乱是在气阴两虚的基础上发展而来,属中医“痰浊”、“瘀血”范畴。

灯盏花素注射液是由菊科植物短葶飞蓬及灯盏花中提取的黄酮类有效成分灯盏花素制成的新型中药,其性温,味辛、微苦,既可活血化瘀,又能除湿化痰,擅清体内留滞之痰浊、瘀血而使脉络畅通,故治疗属气阴两虚痰证与痰浊阻遏证者效佳。

降糖胰生胶囊(人参,生地,黄芪,山药,黄连,水蛭组成)主要功效为益气养阴、健脾除湿、活血化瘀,具有降低血糖、改善糖耐量,促进胰岛素释放和肝糖原、肌糖原的合成,并可降低血浆胰高血糖素的含量,另外,对糖尿病合并高脂模型大鼠有明显的调脂作用,并能改善血液的流变性<sup>[3]</sup>。2型糖尿病患者常合并血脂紊乱,单纯控制血糖不能完全消除糖尿病患者发生冠心病等心血管并发症,因此在控制血糖的同时,必

须进行调脂治疗。

### 参考文献:

- [1]血瘀证研究国际会议.血瘀证诊断参考标准[J].中西医结合杂志,1989,9(2):111-112
- [2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:人民卫生出版社,1993:215
- [3]马宇鹏.中药降糖胰生胶囊对实验性糖尿病动物模型的影响[J].第四军医大学学报,2006,27(13):1160-1162

### 作者简介:

马宇鹏(1964-),男,中西医结合副主任医师,研究方向:主要从事糖尿病慢性并发症临床防治工作。

编号: E-10061243 (修回: 2010-08-09)

(上接35页)

### 2.6 治小儿腮腺炎

患者甲,男,6岁,患腮腺炎3天,红肿疼痛,肿块较硬,取仙鹤草颗粒鲜品7~10包,加红糖适量,口服3次,每次兑服100ml,两天后告知,疼痛明显减轻,肿块缩小。

### 2.7 治小儿疳积

仙鹤草颗粒3包,大枣5枚,瘦猪肉100g,兑服,每日一剂,治小儿疳积效好<sup>[9]</sup>。小儿疳积为小儿体质虚弱,进食不运,脾胃积滞,面黄肌瘦,唯腹独大,用仙鹤草补益正气,散中满、下气,能取得较好的临床效果。仙鹤草属草本植物,其药源丰富,用途广泛,单用或复方配伍应用均可,只要辨证准确,灵活运用,就能取得应手之效,不啻为草药佳品。

### 参考文献:

- [1]牛国强.止血抗癌仙鹤草[J].养生保健中药,2001,1(1):23

- [2]李宝文,刘丽梅,王丽杰.仙鹤草对小鼠体液免疫的研究[J].辽宁药物与临床,2002,5(增刊):11-13
- [3]赵莹,刘全平,李平亚.仙鹤草化学成分及药理研究进展[J].特产研究,2001,1(2):20-23
- [4]尤纪表,乐文菊,梅静艳.仙鹤草酚对体外培养的日本血吸虫的影响[J].药理学学报,1982,17(9):663
- [5]陈良盛,林国英.仙鹤草的临床应用进展[J].新疆中医药,1988,(3)46-50
- [6]沈阳药学院.仙鹤草新用举隅[J].中草药通讯,1974,(5):10
- [7]潘毅生,袁瑞香,黄克俊.仙鹤草抗肿瘤的实验研究[J].药学通报,1983,18(7):50
- [8]吕桂兰.仙鹤草新用[J].药苑漫步,2000,(3):8
- [9]李毓.仙鹤草祛顽疾[J].国际医药卫生导报,2000,6(Z1):32

编号: ER-10062200 (修回: 2010-08-03)

## 清金养营法联合病因治疗鼻

### 后滴漏综合征的临床疗效观察

#### Clinical effective observation on treating

#### PNDs by Qingjin Yangying therapy plus pathogen

滕 磊 寻满湘 金伟国

(上海市嘉定区中医医院, 上海, 201800)

中图分类号: R322.3+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0038-02 证型: IDBG

**【摘要】** 目的: 观察清金养营法联合病因治疗变应性鼻炎引起的鼻后滴漏综合征的临床疗效。方法: 将 160 例变应性鼻炎引起的鼻后滴漏综合征患者随机分为治疗组 (80 例) 和对照组 (80 例), 前者采用清金百部汤免煎颗粒冲服联合对照组用药, 后者盐酸西替利嗪片口服, 加用酮替芬滴鼻, 疗程 2 周, 观察治疗后两组的临床疗效。结果: 对变应性鼻炎的治疗效果, 治疗组总有效率为 95.00%, 对照组为 92.50%, 两组差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。对鼻后滴漏综合征的治疗效果, 治疗组总有效率为 93.75%, 对照组为 77.50%, 两组差异有显著性意义 ( $P<0.01$ ), 结论: 清金养营法联合病因治疗变应性鼻炎引起的鼻后滴漏综合征疗效明显, 是治疗鼻后滴漏综合征的理想方法。

**【关键词】** 清金养营法; 清金百部汤; 鼻后滴漏综合征; 鼻炎; 变应性; 常年性

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical effect of treating PNDs by Qingjin Yangying therapy plus pathogen. Methods: 160 patients with Postnasal Drip Syndrome caused by Allergic Rhinitis were randomly divided into two groups 80 cases treated with Qingjin Baibu decoction combined with the drugs which used in control group as treatment group and 80 cases treated with chemical drugs as control group. The therapies were all lasted for two weeks for the patients in the two groups. The therapeutic effects were then evaluated by the end of therapy, with a comparison between the two groups, based on the improvement of symptoms and signs. Results: The total effective rates were 95.00% and 92.50% for treatment group and control group ( $P>0.05$ ). The total effective rates of Postnasal Drip Syndrome were 93.75% and 77.50% for treatment group and control group by the end of therapeutic course, with very significant differences ( $P<0.01$ ). Conclusions: Treating PNDs by Qingjin Yangying therapy plus pathogen has a good effect.

**【Keywords】** Qingjin Yangying; Qingjin baibu decoction; Postnasal Drip Syndrome; Rhinitis allergic; Perennial

鼻后滴漏综合征 (Postnasal Drip Syndrome, PNDs) 是指由于鼻部疾病引起分泌物倒流鼻后和咽喉部, 甚至反流入声门或气管, 导致以咳嗽为主要表现的综合征。其病因繁多, 给临床治疗带来了一定的难度。其中, 变应性鼻炎 (AR) 是临床上的常见病, 也是引起 PNDs 的常见病因。

中华医学会呼吸病学分会制定的《咳嗽的诊断与治疗指南 (草案)》(2006 年)<sup>[1]</sup> 建议通过病因治疗达到治疗目的, 但临床上发现, 单纯通过病因治疗有时尚不能改善 PNDs 的症状和体征, 笔者应用清金养营法联合病因治疗 AR 引起的 PNDs 80 例, 现总结如下。

#### 1 临床资料

##### 1.1 一般资料

观察我科 2008 年 7 月~2009 年 12 月的门诊病例, 常年性变应性鼻炎引起的 PNDs 共 160 例纳入治疗研究, PNDs 引起的咳嗽均在 8 周以上, 排除合并鼻息肉、鼻中隔偏曲等患者。

随机分为清金养营法联合病因治疗组和对照组, 每组各 80 例。

其中治疗组男性 31 例, 女性 49 例; 年龄 22~54 岁, 平均  $38.26 \pm 6.27$  岁。

对照组男性 37 例, 女性 43 例, 年龄 21~57 岁, 平均  $37.11 \pm 6.24$  岁, 经  $t$  检验,  $P>0.05$  两组性别、年龄构成统计学比较无差异。

治疗开始前 2 周停用其他一切治疗。

##### 1.2 诊断标准

AR 诊断标准参照 2004 年兰州会议标准<sup>[2]</sup>; PNDs 诊断标准参照《咳嗽的诊断与治疗指南 (草案)》<sup>[1]</sup>。

##### 1.3 疗效标准

AR 参照以上诊断标准计分评定; PNDs 参照相应标准<sup>[1-3]</sup> 评定。

##### 1.4 统计学方法

借助 SPSS V13.0 软件, 以  $P=0.05$  为检验标准, 统计描述中计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示, 计量资料采用独立样本  $t$  检验。两

组间疗效比较采用 Ridit 检验。

## 2 治疗方法

治疗组：对照组用药加用清金百部汤（《理虚元鉴》），清金百部汤用中药免煎颗粒，规格批号相同，水冲服，每日2次，连用2周。

清金百部汤组成：桔梗 6g，玄参 12g，川贝 9g，百部 9g，生地 12g，麦冬 9g，丹皮 9g，白芍 9g，生甘草 3g，地骨皮 6g，灯心草 2.5g。

对照组：盐酸西替利嗪片 10mg，每日1次睡前口服，同时用酮替芬滴鼻液滴鼻，每日2次，连用2周。

表2 两组 PNDs 疗效比较

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	37	29	9	5	93.75
对照组	21	22	19	18	77.5

注：经 Ridit 检验， $u=3.77>2.58$ ， $P<0.01$ 。

对 AR 的治疗效果，两组差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ) (表1)。对 PNDs 的治疗效果分析，两组差异有显著性意义 ( $P<0.01$ ) (表2)，治疗组的疗效明显优于对照组。

## 4 讨论

PNDs 是引起慢性咳嗽的主要病因之一，约 22.0%~57.6%<sup>[4]</sup>，目前推荐的治疗方案是病因治疗，PNDs 经病因治疗后往往症状、体征能有一定程度的改善，近来还有报道一种隐性 PNDs<sup>[5]</sup>，指少数咳嗽患者并没有 PNDs 的上呼吸道的症状和体征，也没有慢性鼻-鼻窦炎等的病史，但抗组胺药治疗有效。但是由于引起病因繁多，仍然给治疗带来了一定的困难。目前还有观点认为用上气道咳嗽综合征来表达更准确<sup>[6]</sup>，但仍未统一，本文对此不做讨论，故仍采用鼻后滴漏综合征称谓。

《理虚元鉴》系明末医家汪绮石所撰。其学术思想上承《黄帝内经》，又博采诸家之长，尤擅于诊治虚劳，然而《理虚元鉴》的学术思想又不局限于虚劳，如对虚证的治疗，“三本二统”是其主要的学术思想，证之于临床，对虚劳以外的阴虚阳虚辨证治疗依然疗效显著。

AR 的病机为正气不足、卫表不固，风邪、寒邪侵袭所致。对于引起鼻后滴漏综合征的患者来说，若风寒之邪乘虚而入，则“风寒入肺，化为火邪，邪火与内火交灼，则肺金愈伤，而咳嗽因之不止”（《理虚元鉴·劳嗽初治论》）。PNDs 的临床表现主要为阵发性或持续性咳嗽，多数患者伴有鼻内分泌物后流，咽部不适、发痒，经常清嗓，以及有咽部异物感、咽部发堵或“浆糊黏着咽喉”的感觉。这与阴虚劳嗽的症状极其相似。临床上也发现 PNDs 的患者多伴有面红唇赤、口渴饮冷、精神不倦、二便不利、舌苔干黄或少苔等、脉象细数等一系列阴虚征象。《理虚元鉴·心肾不交》：“虚劳初起，多由心肾不交，或一念之烦，其火翕然上逆，天旌摇摇，精离深邃。……其因心肾不交，心火炎而乘金，天突急而作痒，咯不出，咽不下，喉

## 3 结果

3.1 AR 治疗结果 (见表 1)

表1 两组 AR 疗效比较

组别	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	47	29	4	95
对照组	39	35	6	92.5

注：经 Ridit 检验， $u=1.30<1.96$ ， $P>0.05$ 。

3.2 PNDs 治疗结果 (见表 2)

中如有破絮粘塞之状，此劳嗽已成之症也。”治疗原则，清金、调脾、补肾是三部曲，《理虚元鉴·治虚三本》：“一曰清金保肺，……一曰培土调中，……一曰金行清化”。《理虚元鉴·治虚二统》：“阴虚为本者，其治之有统，统于肺也。”因此，根据临床表现、《理虚元鉴》对于阴虚治疗的学术思想，清金养营法治疗鼻后滴漏综合征有据可依。

清金百部汤是《理虚元鉴》中治疗虚劳久嗽的方剂，组方用药以清润为主，以复肺金清肃之能，防止苦寒降火，反致有碍中土。移治于 PNDs，本文资料显示临床疗效满意，对于 AR 的治疗效果，两组差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。对 PNDs 治疗组明显优于对照组 ( $P<0.01$ )。可见，清金养营法联合病因治疗的综合治疗方法是治疗 PNDs 的理想方药，在目前 PNDs 的治法繁多、疗效有待提高的情况下，疗效卓越的中医药疗法值得重视。

## 参考文献：

- [1]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(草案)[J].诊断学理论与实践,2006,5(2):187-192
- [2]中华医学会耳鼻咽喉科分会.变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(3):166-167
- [3]陈国丰,曹济航.中西医结合治疗鼻后滴漏综合征的临床观察[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2006,14(4):230-231
- [4]Haque RA,Usmani OS,Barnes PJ.Chronic idiopathic cough:a discrete clinical entity?[J].Chest,2005,127:1710-1713
- [5]Holmes RL,Fadden CT.Evaluation of the patient with chronic cough[J].Am Farm Physician,2004,69:2159-2166
- [6]Pratter MR. Overview of common causes of chronic cough:ACCP evidence-based clinical practice guidelines[J].Chest,2006,129:59S-62S

编号：EA-1005258783（修回：2010-08-13）



## 中药促排卵汤治疗排卵障碍性不孕的比较性研究

### A comparative study on ovulation

### decoction in treating ovulation failure barrenness

刘道芳

(汉川市妇幼保健院, 湖北 汉川, 431600)

中图分类号: R271.14 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0040-02 证型: AGD

**【摘要】** 目的: 观察促排卵汤治疗排卵障碍性不孕症的疗效。方法: 将 60 例患者分成两组, 治疗组 30 例, 对照组 30 例。治疗组以促排卵汤为主, 随证加减, 对照组用克罗米芬治疗。结果: 治疗组治愈率为 46.67%, 总有效率为 86.67%, 对照组治愈率为 26.67%, 有效率为 80.00%。两组疗效对比有显著差异 ( $P < 0.01$ )。结论: 促排卵汤与用克罗米芬治疗排卵障碍性不孕症对比疗效显著。

**【关键词】** 促排卵汤; 排卵障碍; 不孕症; 比较性研究

**【Abstract】** Objective: To observe the curative effect of ovulation decoction in treating ovulation failure barrenness. Methods: 60 cases were divided into two groups. The treatment group for 30 cases, the control group for 30 cases. In treatment group by ovulation decoction with modifications and control group with clomifene. Results: The cure rate of treatment group was 46.67% and total effective rate was 86.67%, while the control group are 26.67% and 80.00%. The contrast difference is significance ( $P < 0.01$ ). Conclusion: Ovulation decoction in treating ovulation failure barrenness has a good effect.

**【Keywords】** Ovulation decoction; Ovulation failure; Barrenness; Compared research

排卵障碍是导致女性不孕的主要原因之一, 约占 25%~40%<sup>[1]</sup>。笔者采用促排卵汤治疗排卵障碍性不孕 30 例, 取得较好疗效, 现报道如下。

#### 1 临床资料

60 例不孕症患者均为本院门诊病例, 排除输卵管与子宫器质性病变, 男方不孕因素。符合中华人民共和国卫生部制定的该病西医诊断标准<sup>[2]</sup>。B 超监测卵泡, 卵泡最大直径  $\leq 16\text{mm}$ 。不再增大, 自行萎缩, 或超过 25mm 以上仍不排卵。按随机数字表法将患者分为两组, 治疗组 30 例, 对照组 30 例。治疗组平均年龄 26.2 岁, 不孕时间 3~5 年, 原发不孕 21 例, 继发不孕 9 例。对照组平均年龄 29 岁, 不孕时间 3~4.5 年, 原发不孕 14 例, 继发不孕 6 例, 两组资料比较差异无显著性 ( $P > 0.05$ )。

#### 2 治疗方法

##### 2.1 治疗组

于月经周期第 5 天开始服促排卵汤 1 号方 8 剂 (菟丝子 10g, 覆盆子 12g, 枸杞子 15g, 生熟地各 10g, 山萸肉 10g,

黄芪 18g, 当归 10g, 巴戟天 10g, 山药 15g, 枳壳 12g, 鸡血藤 20g, 女贞子 10g, 罗勒 20g。伴性欲低下加仙茅 10g); 继续服促排卵汤 2 号方 10 剂 (黄芪 18g, 当归 10g, 菟丝子 10g, 覆盆子 10g, 枸杞子 15g, 熟地 10g, 泽兰 6g, 紫河车 15g, 益母草 10g, 郁金 6g, 白芍 10g, 肉苁蓉 10g, 罗勒 20g, 山萸肉 10g。伴性欲低下加仙茅 10g)。每日一副水煎服分 3 次服。3 个月经周期为 1 个疗程。

##### 2.2 对照组

于月经周期第 5~9 天, 服克罗米芬 50mg/d。

#### 3 疗效观察

##### 3.1 疗效标准

参照文献<sup>[2]</sup>进行疗效评定, 有排卵且妊娠为治愈; 查宫颈粘液涂片有典型羊齿植物状结晶, 基础体温呈双相, B 超监测有排卵未妊娠为有效; B 超监测无卵泡发育为无效。

##### 3.2 治疗结果

两组疗效比较结果见表 1。

表 1 两组疗效比较 (n=例)

组别	n	治愈		好转		无效		总有效率
		n	%	n	%	n	%	
治疗组	30	14	46.67	12	40	4	13.33	86.67
对照组	30	8	26.67	6	53.33	6	20	80

注: 两组疗效比较, 经 Ridit 分析  $u=3.0644$ ,  $P < 0.01$ , 说明治疗组疗效优于对照组。

3.3 两组血清性激素含量变化见表2。

#### 3.4 病案举例

患者甲，女，26岁，因婚后3年未孕于2007年3月就诊，月经14天。量中等，色淡夹有血块，伴腰膝酸软，神疲，舌质淡暗，苔薄白，脉沉细。曾于门诊妇科检查子宫，附件正常，输卵管通液术提示，输卵管道通畅，曾B超监测排卵，卵泡12mm；并服用过克罗米芬连用3周期，均未受孕。中医诊断，肾虚挟淤，淤血内阻。服中药促排卵汤1号方和2号方，经治疗两个疗程，于2008年9月顺产一女婴。

#### 4 讨论

古人云：“求子之道，男子贵清心寡欲以养其精，女子贵平心定意以养其血。”而女子特殊经孕胎产的生理现象，均以肾为本，以血为用。肾为先天之本，与生殖有密切关系，与月经的冲任密切相关。正如《素问·上古天真论》中提出“女子七岁肾气盛，齿更发长，二七而天癸至。任脉通，太冲旺盛，月事以时下，阴阳合故有子……”肾气充盛，是生育的基础，肾气盛，天癸才能产生，任脉通且旺盛才能生子，如肾气不足，可引起排卵功能失调，导致不孕的发生。

历代不孕症的治疗多从肾治，立方用药以固精养血调经为主，故有“调经种子”、“种子之法，即在于调经之中”之说。女子肾气旺盛，精血充盈，“两神相搏，和而成形”，方能种子。现代医学中的卵巢功能不全或子宫发育不良皆属于肾虚，各类妇科炎症所致输卵管阻塞性不孕多以气滞血瘀为主要病因。针对其肾虚血瘀的病机，模拟妇女月经周期的生理改变而于不同的阶段采用不同的方药，以调整“肾-天癸-冲任-胞宫”之间机能的平衡，根据病因病机进行辨证论治。

卵泡期（月经周期5~11d）为阴长阳弱期。肾虚精亏，血海空虚，BBT低相，常常有卵泡发育不良，卵泡期长，阴道脱

落细胞学检查角化细胞指数低下。患者多表现为腰膝酸软，体倦乏力，面色灰暗，性欲低下。

1号方：菟丝子、覆盆子、枸杞子、生熟地、山萸肉、黄芪、当归、巴戟天、山药、枳壳、鸡血藤、女贞子、罗勒，伴性欲低下加仙茅10g；诸药配伍具有补肝肾滋养阴血作用，以使阴精恢复和滋长，藏精气而不泄，促使卵泡发育成熟，子宫内膜生长。

排卵期（月经周期12~16d）为重阴转阳期。此时阴精蓄积充足，阴液满溢，阳性躁动，只待化生。患者表现为白带透明，量多清晰，情绪兴奋，小腹可有隐痛不适，宫颈黏液出现羊齿状结晶。本期重点是补肾活血，因势利导，促发排卵。2号方：黄芪18g，当归10g，菟丝子10g，覆盆子10g，枸杞子15g，熟地10g，泽兰6g，紫河车15g，益母草10g，郁金6g，白芍10g，肉苁蓉10g，罗勒20g，山萸肉10g，伴性欲低下加仙茅10g。诸药配伍具有补肾活血、促进排卵之功效。

全方共奏补肾活血、促进排卵、温补肾阳、滋补肾阴、益气养血之效，从而使黄体成熟，胞宫温暖受孕。

现代药理研究证明<sup>[3]</sup>，补肾中药具有内分泌激素样作用，能够使下丘脑-垂体-卵巢轴的调节功能得以改善，在补肾的基础上加用活血药又能改善循环，增加卵巢血流量，从而诱发排卵及促黄体发育。两方合用，即可激发卵巢功能，增强性腺受体对激素的敏感性，促进卵巢功能，又能使胞宫温暖受孕。克罗米芬是促排卵的常用药，它促排卵率高，但妊娠率低，它可使宫颈粘液变得少而粘稠，不利于精子通过，且它还影响子宫内膜的发育，从而影响胚胎种植<sup>[4]</sup>。所以中药补肾化淤在于改善机体的内环境。使机体达到阴阳平衡，气血充沛，脏腑功能协调。从而促使排卵功能，因此使用中药治疗比使用克罗米芬治疗排卵功能障碍有其明显优势。

表2 两组治疗前后血清性激素含量变化

组别		LH	FSH	PRL	E <sub>2</sub>	P	T
		(miv/ml)	(miv/ml)	(ng/ml)	(pg/ml)	(ng/ml)	(ng/dl)
治疗组	治疗前	18.1±29.5	8.7±3.1	57.1±40.9	64.1±72.0	6.9±9.8	106.1±41.9
	治疗后	75.1±73.9	12.9±5.3	21.3±12.1	193.1±218.7	15.9±12.1	78.9±43.1
对照组	治疗前	18.3±29.1	8.5±3.3	57.1±41.1	65.1±72.0	7.2±10.1	107.1±41.9
	治疗后	75.1±74.9	13.1±5.0	21.1±12.5	193.1	16.1±12.2	79.5±43.3
正常育龄组		12.3±12.2	8.8±4.4	-	59.6±34.3	-	79.1±35.7

可见两组患者LH及FSH与正常育龄组比较均有显著性差异（ $P<0.05$ ）。治疗组和对照组治疗前后LH、FSH、PRL比较均有非常显著性差异（ $P<0.01$ ），而P、E<sub>2</sub>比较均有显著性差异（ $P<0.05$ ），T无显著性变化（ $P>0.05$ ）。两组患者治疗后，血清性激素6项指标比较均无明显差异（ $P>0.05$ ），中药对血清性素的影响同西医疗法相似。

#### 参考文献：

[1]程泾.妇科疑难病现代中医诊断与治疗[M].北京:人民卫生出版社,2003:

823-829

[2]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:人民卫生出版社,1993:276

[3]杨丽云.补肾活血汤治疗卵巢功能失调性不孕症的临床观察[J].中西医结合学报,2004,2(2):139

[4]黄月玲.中药补肾化淤汤治疗排卵障碍性不孕32例[J].时珍国医国药,2007,18(9):2237

## 中药穴位贴敷辅助治疗儿童支气管哮喘的观察

### Observation on treating bronchial asthma in children by acupoint sticking

石丹梅 陈贤丽

(广西中医学院第一附属医院, 广西 南宁, 530023)

中图分类号: R562.2+5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0042-02 证型: GDA

**【摘要】** 目的: 观察中药穴位贴敷辅助治疗儿童支气管哮喘的效果。方法: 将 320 例患儿随机分为观察组和对照组, 对照组给以常规治疗, 即吸入性布地奈德混悬液+沙丁胺醇雾化溶液+吸入用异丙托溴铵溶液雾化治疗。观察组在给予常规治疗的基础上加用中药穴位贴敷。结果: 观察组控显率为 74.68%、总有效率为 91.56%, 对照组控显率为 38.00%、总有效率为 62.00%。观察组疗效优于对照组。结论: 中药穴位贴敷治疗儿童支气管哮喘具有较好的辅助作用, 并且费用低廉、简便易行、疗效确切、安全可靠等优点, 在临床上值得推广和应用。

**【关键词】** 中药穴位贴敷; 儿童支气管哮喘; 护理

**【Abstract】** Objective: To observe effects of treating bronchial asthma in children by acupoint sticking. Method: To divide 320 patients into observation group and control group, control group use conventional treatment, inhalation budesonide+salbutamol solution+ipratropium bromide inhalation solution with a spray treatment. Observation group based on the use of conventional treatment plus point sticking. Result: Control group were observed rate of 74.68%, total effective rate was 91.56%, control was the control group was 38.00%, total effective rate was 62.00%. Observation group was than better control group. Conclusion: Treating bronchial asthma in children by acupoint sticking has a good supporting role, low-cost, simple, effective and safe and reliable, the effects were significant in the clinical application.

**【Keywords】** Acupoint sticking; Bronchial asthma in children; Nursing

支气管哮喘是一种由多种细胞(嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T 淋巴细胞、中性粒细胞等)和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病, 是小儿时期较常见的呼吸道变态反应性疾病。其症状反复发作, 对患儿的身心健康与生长发育影响极大, 因此儿童支气管哮喘的防治非常重要。近年来我们在哮喘的防治与护理工作中取得了良好的效果, 现报告如下。

#### 1 资料与方法

##### 1.1 临床资料

320 例均为 2004 年 3 月至 2009 年 3 月在我院儿科门诊治疗的轻、中度哮喘患儿, 诊断指标参照全国儿科哮喘防治协作组修订的《儿童哮喘防治常规》<sup>[1]</sup>, 其中男 151 例, 女 169 例; 年龄 2~6 岁 177 例, 7~12 岁 143 例; 病程 6 个月~8 年。排除病例: ①对贴敷药过敏者; ②不遵医嘱乱用药者; ③不可避免接触过敏源者; ④合并全身性严重内外科疾病及心脏病、肺结核、肺炎活动期者; ⑤不能坚持治疗及合作者。采用随机对照法分为对照组 154 例和治疗组 150 例, 其中有 16 例因出现上述情形被排除。

##### 1.2 治疗方法

1.2.1 对照组: 给予常规治疗, 即吸入用布地奈德混悬液+吸入用沙丁胺醇雾化溶液+吸入用异丙托溴铵溶液雾化治疗。根据小儿的不同年龄段选择不同剂量的药物。吸入用布地奈德混悬液 1mg/2ml 支 (AstraZeneca Pty Ltd) 一次 0.5mg~0.1mg, 一天两次。吸入用沙丁胺醇雾化溶液 5mg/ml (葛兰素史克) <4

岁一次 0.25ml, 4~8 岁一次 0.5ml, 8~12 岁一次 0.75ml, >12 岁一次 1ml, 一天两次。吸入用异丙托溴铵溶液 2ml/μg (勃林格格翰药业有限公司) <4 岁一次 0.5ml, 4~8 岁一次 1ml, 8~12 岁一次 1ml, >12 岁一次 2ml, 一天两次。

1.2.2 观察组: 在给予常规治疗的基础上加用中药穴位贴敷。取穴: 膻中、天突、大椎、定喘(双)、肺俞(双)。贴敷药物: 麻黄、白芥子、元胡、细辛、百部按重量 2:2:1:1:1 的比例配制, 将药物共碾成细末, 用生姜汁调和成稠膏状备用。操作方法: 患儿取坐位或俯卧位, 暴露所选穴位, 定好穴位后先在穴位上按揉大约 2~3 分钟, 将中药膏做成 2×2cm 大小的药饼分别摊在 6×7cm 的无菌敷料上贴于穴位, 每日一次, 每次 2~6h。疗程为 7 天。

##### 1.3 疗效评定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>和《儿童哮喘防治常规》制定。

临床痊愈: 喘息、气促、胸闷或咳嗽症状基本消失, 肺部哮鸣音消失, PEFR 增加量>35%, 或 PEFR≥80%预计值, PEFR 昼夜波动<20%。

显效: 喘息、气促、胸闷或咳嗽症状明显好转, PEFR 增加量为 25%~35%, 或 PEFR 达到预计值 60%~80%, PEFR 昼夜波动<20%。

好转: 喘息、气促、胸闷或咳嗽症状有所减轻, PEFR 增加量为 15%~25%。

无效: 临床症状和 PEFR 测定值无改善。

## 2 统计学处理

数据统计采用 SPSS16.0 统计分析软件, 计数资料采用卡方检验。

表1 两组患儿一般情况比较

组别	例数 (n)	性别		年龄	病程
		男	女		
观察组	154	73	81	6.81±3.237	3.24±2.079
对照组	150	67	83	7.22±3.322	3.60±1.951

注: 两组患儿性别、年龄、病程经卡方检验  $P>0.05$ , 均无显著差异, 具有可比性。

两组患儿经 1 个疗程的治疗与护理, 观察组总有效率为 95.10%, 对照组总有效率为 75.37%。观察组疗效优于对照组,

## 3 结果

两组患儿治疗前一般情况比较, 见表 1。

见表 2。

表2 两组疗效比较

组别	例数	临床痊愈	显著疗效	好转	无效	总有效率 (%)
观察组	154	77	38	26	13	91.56
对照组	150	25	32	36	57	62

注: 两组患儿疗效经统计学检验  $\chi^2=37.46$ ,  $P<0.01$  有显著性意义。

## 4 护理

### 4.1 一般护理

环境要安静、舒适, 室内通风透光, 护士准备好用物; 做好患儿的心理工作, 向患儿及家属讲明治疗的方法、目的、疗效, 应注意的事项, 使患儿消除不安和怀疑, 增加治病信心; 贴前清洁皮肤, 将皮肤擦净晾干; 患严重皮肤病、过敏体质或皮肤有疮、疖、损伤者忌贴; 详细询问病史, 以往治疗护理的状况。

### 4.2 贴敷护理

药物要现配现用, 贴时避开骨头隆突处, 使得药物易于吸收, 可以提高疗效及安全性; 敷贴期间应注意观察患儿皮肤情况, 有少数患儿贴后 2~4 小时左右有贴敷局部痒、热等感觉, 严重者可提前取下药贴, 若无不适可至 6 小时; 如果患儿出现皮肤红肿热痛、水疱等情况, 严重者要及时到医院就诊; 贴后不要进行剧烈运动, 避免出汗过多, 造成药物脱落或移动; 药物取下后宜使用温水清洁皮肤。

### 4.3 营养饮食

患儿在贴敷治疗期间, 禁食生冷, 辛辣刺激, 肥、甘、厚味, 海鲜等食物。患儿饮食应清淡富含营养, 多吃蔬菜、水果及易消化的食物。

## 5 讨论

中药贴敷法早在《内经》中就有记载, 是将中药和经络腧穴的特殊功能结合起来, 使药物透过特异的腧穴吸收、循行至病所, 发挥作用的疗法。中药穴位给药可避免肝脏首过效应和胃肠干扰, 可减少患者个体差异, 持续有效地发挥药效, 且一旦出现不良反应可随时中止给药。更为重要的是, 经络本身

的作用与药效的叠加, 即经络由药物的刺激而产生的调节脏腑功能, 类似针灸、按摩等治疗方法的作用; 同时药物由经络吸收运输而能充分发挥甚至放大其作用, 故药物穴位贴敷法是药物与经络互相激发、互相协调、互相放大的疗法。穴位贴敷所用的药物性辛、温热, 有发散风寒、祛痰利气、温肺化痰、止咳之功用。所选药物中麻黄乃肺经专药, 有发汗、平喘、利水的作用; 细辛祛风散寒、温肺化饮; 白芥子温肺化痰; 元胡辛散温通、活血行气止痛; 百部为止咳良药。所取腧穴属任督脉、膀胱经与经外奇穴。任脉膻中、天突, 有降气平喘作用, 主治咳嗽、气喘; 督脉大椎能解表散寒, 升发阳气, 御邪外出; 足太阳膀胱经之肺俞有宣肺止咳平喘的作用, 药敷其穴可加强其作用; 经外奇穴定喘, 对脏腑具有相对特异性, 主治哮喘, 咳嗽, 慢性肺部疾病。在穴位上行中药贴敷, 使之走经入络, 扰病外出, 达到止咳平喘、提高免疫力的目的。中药穴位贴敷治疗儿童支气管哮喘具有较好的辅助作用, 提高了临床疗效, 并且具有费用低廉、简便易行、疗效确切、安全可靠等优点, 在临床上值得推广和应用。

### 参考文献:

- [1]全国儿科哮喘防治协作组.儿童哮喘防治常规[J].中国实用儿科杂志,1999,14(8):503
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:77

### 作者简介:

石丹梅 (1982-), 女, 壮族, 广西南宁人, 护师, 从事小儿哮喘临床护理工作。

编号: EA-100506731 (修回: 2010-08-05)

## 前列利关汤治疗前列腺炎

### Treating prostatitis with Qianlie Liguan decoction

吕发强

(四川省德阳市中江县中医医院, 四川 德阳, 618100)

中图分类号: R697+.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0044-01 证型: IDBG

**【摘要】** 目的: 观察自拟前列利关汤治疗前列腺炎的临床疗效。方法: 用前列利关汤加减治疗, 使其清热散结、利关通淋。结果: 症状消失, 未复发。结论: 前列利关汤治疗前列腺炎效果显著, 值得推广。

**【关键词】** 前列利关汤; 前列腺炎; 清热散结; 利关通淋

**【Abstract】** Objective: To observe clinical effect on treating prostatitis with Qianlie Liguan decoction. Methods: To treating it with Qianlie Liguan decoction, made it to Qingre Sanjie, Liguan Tonglin. Result: The disappearance of symptom, without recurrence. Conclusion: To treat prostatitis with Qianlie Liguan decoction has a good effect.

**【Keywords】** Qianlie Liguan decoction; Prostatitis; Qingre Sanjie; Liguan Tonglin

笔者临近三十年, 自拟前列利关汤治疗前列腺炎每获良效。谨述如下:

#### 1 临床资料

组成: 马鞭草、金钱草、萹蓄各 30g, 茯苓、王不留行、丹参各 20g, 苦参、黄柏、木通 15g, 桂枝 10g, 甘草 5g。

用法: 将药置于罐中, 水出药面约 2cm, 浸泡 30 分钟后, 煮沸 15 分钟取汁, 再加水如前, 煮沸 20 分钟取汁, 两汁混均分三次服, 每日一剂。建议使用煎药机煎取药汁。

主治: 急、慢性前列腺炎。临床症见: 尿频, 尿痛, 排尿不畅或有烧灼感, 尿后余沥不尽, 排尿终末或用力大便时尿道口有滴白现象, 晨起时尿道口有黏性分泌物, 腰骶部、会阴部、小腹部、腹股沟、睾丸或精索、龟头等疼痛, 性功能减退或伴有不育, 或有失眠多梦、乏力等。直肠指检: 前列腺大小正常, 或轻度增大、压痛, 表面软硬不均匀或可触及结节。前列腺液 (EPS) 检查: 白细胞 > 10/HP, 卵磷脂小体减少等<sup>[1]</sup>。

#### 2 方解及加减

本方以马鞭草、金钱草、萹蓄、苦参、黄柏、木通清热除湿、利尿通淋; 茯苓、桂枝运脾化气、通调水道; 丹参、王不留行活血散结、行滞利关; 甘草调和诸药。诸药合用共奏清热散结、利关通淋的作用。若尿频、尿急、尿道灼热、尿黄者加竹叶 20g, 生地 15g, 去桂枝; 少腹、会阴、睾丸胀痛明显者加橘核、荔枝核、元胡各 15g; 腰骶疼痛者加杜仲、续断各 15g; 伴有失眠、遗精者加煅龙骨、煅牡蛎各 30g, 五味子 15g; 若前列腺肥大、质地偏硬或高低不平有硬结者加三棱、莪术各 15g, 穿山甲 10g; 前列腺液中脓细胞较多者加金银花、蒲公英、败酱草各 30g; 淤血明显者加红花 10g, 桃仁 15g。热甚、大便秘结者加大黄 10g, 去茯苓、桂枝。

#### 3 案例

患者甲, 男, 37 岁。2008 年 8 月初诊: 少腹不适、尿痛灼热、尿道口间或滴白 6 个月, 加重 3 天。曾在他院治疗疗效欠佳, 要求服用中药治疗。刻诊: 少腹不适, 尿痛灼热、余沥不尽、尿道口间或滴白, 会阴胀痛, 性欲减退, 舌红苔黄腻, 脉滑数。B 超: 前列腺不大; 肛门指检: 质稍硬, 压痛明显;

前列腺液检查: 白细胞 (16 个/HP), 卵磷脂小体 (+)。诊断: 慢性前列腺炎。治法: 清热散结、利关通淋。方用: 前列利关汤加败酱草、夏枯草各 30g, 橘核 15g。水煎服, 日 1 剂。7 天后, 患者明显症减轻, 继用上方出入治疗 1 月余, 自觉症状消失, 前列腺压痛阴性, 前列腺液检查: 卵磷脂小体 (+++), 白细胞 1~2 个/HP。随访至今未复发。

#### 4 按语

前列腺炎属中医“淋证”、“精浊”等范畴。由于前列腺解剖结构的特殊性, 多种抗菌药物很难弥散入前列腺上皮的类脂质被膜内<sup>[1]</sup>, 以达有效治疗浓度。因此, 疗效不佳, 易形成慢性前列腺炎。其发病率较高, 常见于青壮年男性; 主要表现为尿路、生殖系统炎症症状, 或伴疼痛、精神抑郁等。一般分为细菌性和非细菌性炎症, 临床表现复杂, 症状多不典型。笔者根据中医学理论<sup>[2-3]</sup>及临证体会, 认为本病多由邪气侵入或因失治, 致败精阻窍, 生湿化热, 湿热久羁, 遂至脉络淤阻, 或因房事不节, 耗伤气精, 以致气化失权, 阻滞精室脉络而发病。湿热、淤滞、肝郁是本病的主要病理, 但临床虚实错杂, 以湿热、淤滞者多见。据此, 立“清热散结、利关通淋”为法, 设“前列利关汤”治疗前列腺炎。据现代药理研究, 本方药物大多除具有抗菌消炎外还有改善微循环<sup>[4-5]</sup>, 解除前列腺腺管梗阻, 排除分泌物淤积, 利于炎症吸收的作用; 同时又能抑制和改善增生的病变, 使之恢复正常功能。本方组成, 验之临床, 药对病机, 故能获效。

另外, 在治疗过程中若配合前列腺按摩、药物坐浴或适当调节性生活, 以达到改变局部血循环、促进腺管的通畅、炎症的吸收, 会进一步提高临床疗效。

#### 参考文献:

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 682-683
- [2] 顾伯康. 中医外科学 [M]. 上海: 上海科技出版社, 1986: 192-193
- [3] 张伯臾. 中医内科学 [M]. 上海: 上海科技出版社, 1985: 233-244
- [4] 戴克敏等. 常用中药的药理和应用 [M]. 江苏: 江苏科学技术出版社, 1981
- [5] 刘继林, 张重部, 陈先难. 中医学 [M]. 成都: 四川人民出版社, 1979

编号: EA-1005278786 (修回: 2010-08-11)

## 妊娠中期频繁宫缩一例报道

## A report on trimester frequent contractions

赵运果

(河北涉县计划生育服务站, 河北 邯郸, 056400)

**中图分类号:** R714.1+2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 15-0045-01

**【摘要】** 为了研究中医辨证治疗宫缩的临床疗效, 通过分析患者资料, 采用中药治疗妊娠中期频繁宫缩。中医辨证治疗宫缩疗效好, 见效快。

**【关键词】** 妊娠中期宫缩; 中药; 报道

**【Abstract】** In order to study clinical effects of treating trimester frequent contractions in TCM, by analyze data of patient, taking TCM treating trimester frequent contractions. TCM in differentiation treating contractions has a good effect.

**【Keywords】** Trimester frequent contractions; TCM; Report

## 1 资料

患者甲, 女, 27岁, 涉县人, 2008年8月16日来诊。主因频繁宫缩伴腰酸、腹坠一月余来诊, 无腹痛及阴道出血。B超显示: 宫内胎儿发育正常。平素月经基本规律, 16岁来经, 周期30~35天, 经期3~5天, 经量适中, 色淡红, 常有经后腰腹困疼感, 末次月经2008年3月20日。孕1产0, 2006年孕9<sup>2</sup>周, 自然流产不全给予清宫术。本次停经8<sup>2</sup>周, 阴道少量出血, 在当地医院诊断为先兆流产, 给予黄体酮和绒毛膜促性腺激素保胎治疗(剂量不详), 出血停止。孕16<sup>3</sup>周, 出现频繁宫缩, 日10~30多次, 伴腰酸腹坠, 卧床休息未见好转, 随住院静点硫酸镁治疗7天, 用药期间, 宫缩次数明显减少, 出院停药不久又出现上述症状, 往返住院三次。孕21周再次出现上述症状, 较前加重, 每日20次以上, 持续时间20~60秒, 腰酸腹下坠感加重, 随来我院就诊要求中医安胎治疗。诊得患者, 面色暗淡, 神疲乏力, 精神欠佳, 舌淡苔白, 脉沉细滑, 重按无力。辨证: 肾虚兼气血虚弱。治则: 固肾安胎, 益气养血。方药: 寿胎丸加减组成: 菟丝子、桑寄生、杜仲、川断各12g, 黄芪20g, 白术15g, 灸甘草6g, 熟地15g, 当归15g, 白芍15g, 阿胶10g, 陈皮9g, 砂仁5g, 予10剂, 一日一剂水煎服。嘱患者解除思想顾虑, 采取左侧卧位卧床休息, 足够营养, 避免引起子宫收缩的刺激因素, 如性交、便秘、腹泻, 重复阴道检查, 如有异常, 随时来诊。10日后复诊, 腰酸腹坠症状减轻, 宫缩次数减至5~10次/日, 持续时间缩短, 一般不足30秒, 咽微干、舌红苔白、脉滑数, 诊得患者有里热燥伤阴之势, 故将初诊方剂去黄芪20g, 熟地15g, 加太子参15g, 黄芩15g, 予10剂, 隔日一剂。服完药来诊, 见患者面色红润, 精神状态佳, 偶有宫缩, 腰酸腹坠感明显减轻, 休息后好转。B超显示: 宫内胎儿发育正常。予二诊方剂, 嘱患者一周二剂, 服至孕8月无异常停药, 适当活动。随访于孕39<sup>2</sup>周顺产一男婴, 体重4.3kg, 母子健康。

## 2 讨论

随着妊娠进展与胎儿长大, 胎儿需氧和营养物质不断增加, 孕妇负担越来越重。由于妊娠期内分泌的变化、神经介质的释放、机械性刺激使妊娠稳态失衡, 子宫变得比平时敏感, 微弱刺激就会引起不规则无痛性收缩。自妊娠12~14周起,

孕妇会感到腹部坠胀, 子宫变硬有收缩的感觉。其特点为稀发、不规律和不对称, 尽管其幅度及频率随妊娠进展而逐渐增加, 可以直到妊娠晚期, 但宫缩时宫腔内压力通常在5~25cmHg, 持续时间不足30秒, 这种无痛性宫缩称为Braxton Hicks收缩<sup>[1]</sup>。无痛性子宫收缩出现时间的早晚、次数的多少, 是孕妇自身分泌的催产素与子宫敏感性有关。在妊娠37周后适量的无痛性宫缩是有益的, 随着妊娠月分增加, 无痛性宫缩会逐渐增多, 尤其是在行走、运动、疲劳、晚间更明显, 这些不适稍作休息便会自行缓解, 这也是分娩的先兆, 但是在孕早、中期出现频繁宫缩, 并伴有严重腰酸、腹下坠感, 就会使子宫胎盘血流灌注下降, 影响胎儿的发育, 进一步发展可能造成流产或早产。应查明原因, 积极进行治疗, 才有可能保证孕妇正常妊娠至分娩。

中医认为, 本病发生主要是冲任不固, 不能摄血养胎所致。因为胞络系于肾, 肾虚则冲任不固, 胎失所系; 气以载胎, 血以养胎, 气血虚弱, 濡养不足, 胎气不固。冲任之气固, 则胎有所载, 元有所养, 其胎便可正常生长发育。本患者素体肾虚兼气血虚弱, 又有流产史, 致肾气耗伤, 该患者症状体征系肾虚无力系胎, 气血虚弱无力载胎养胎, 以致胎动不安。中药寿胎丸是补肾安胎养血剂, 本方具有抑制子宫平滑肌收缩, 使假孕大鼠LH、孕酮水平升高, 提示有促黄体功能, 促进子宫发育作用, 单味中药分别进行研究中表明, 黄芩, 川断, 白芍有抑制子宫收缩, 尤其黄芩具有雌激素作用具有抗PGF<sub>2a</sub>收缩子宫作用; 菟丝子, 黄芩具有具雌激素样活性, 促进子宫生长发育<sup>[2]</sup>。方中菟丝子, 桑寄生, 续断, 杜仲固肾安胎; 黄芪, 白术, 灸甘草补脾益气; 阿胶, 当归, 熟地, 芍药养血和血; 佐砂仁, 陈皮理气和胃安胎, 使熟地, 阿胶补而不滞; 黄芩与白术相配, 具有清热安胎之功。诸药配伍, 共收固肾安胎, 补气养血之功。本方切中病机, 辨证施治, 对症下药, 又能兼顾它症, 见效快, 疗效好, 是中医治病求本理论在临床的具体应用。

## 参考文献:

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 37-38

[2] 俞瑾. 实用中西医结合妇产科学[M]. 北京: 北京医科大学, 中国协和医科大学联合出版社, 1997: 133

编号: ER-100520235 (修回: 2010-08-03)

## 直肠原发性恶性黑色素瘤 1 例临床病理分析

### A clinical pathology analysis of treating primary malignant melanoma of the rectum

张晚鱼

(河北省涉县医院, 河北 邯郸, 056400)

中图分类号: R735.3+7 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0046-01 证型: IAD

**【摘要】** 恶性黑色素瘤(简称恶黑)是起源于鳞状上皮基底层黑色素母细胞的恶性肿瘤,好发于皮肤和粘膜。为了研究直肠原发性恶性黑色素瘤的临床病理,分析患者资料鉴别诊断,发现肿物必须进行活检病理检查。

**【关键词】** 直肠肿瘤; 恶性黑色素瘤; 病理特点; 免疫组化

**【Abstract】** Malignant melanoma (abbreviation: Evil black) was cancer from bottom of the basal squamous melanin mother cell, occurs in skin and mucous membranes. In order to study clinical pathology on treating primary malignant melanoma of rectum, analyze data of patients with differential diagnosis, the tumor was discovered must be pathology of biopsy.

**【Keywords】** Rectal cancer; Malignant melanoma; Pathological features; Immunohistochemistry

#### 1 案例

患者甲,男,55岁,主因发现大便带血,表面有粘液样脓性分泌物4天,来院行直肠指诊(胸膝位):进指5cm处于7点至11点方向可触及一肿物,质中,无压痛,表面欠光滑,边界不清,固定。双侧腹股沟未触及肿大淋巴结。后行结肠镜检查示:直肠息肉,性质待查?咬检送病理。镜检:瘤细胞呈圆形或多角形,胞浆丰富,嗜酸性,细颗粒状;核大,畸形,泡状,核仁显著,嗜酸性居中,单核、双核或多核,核多偏位或居中,似印戒细胞样单个散在,呈腺腔样、条索状或三五成群散在分布于细纤维血管束间,腺腔样但无基底膜,部分瘤细胞浆中可见棕褐色色素颗粒,核分裂易见。免疫组化:Vim、HMB45、Mart 阳性,CK 弱阳性。病理诊断:直肠恶性黑色素瘤。一周后在冀医四院于2009年10月20日在全麻下行麦氏术,术中见无腹水,无肝脏转移,肿瘤位于直肠,大小约4cm×3cm×2cm。术后病理回报:直肠恶性黑色素瘤侵及浅肌层,上残:-,淋巴结:直肠上0/1,系膜根0/1转移。患者既往冠心病史10余年,糖尿病史3年,其余体格检查一般情况好,全身及肛门齿状线附近未见黑色素痣及肿物。

#### 2 讨论

恶性黑色素瘤(简称恶黑)是起源于鳞状上皮基底层黑色素母细胞的恶性肿瘤,好发于皮肤和粘膜。原发性肛管直肠恶黑(malignant melanoma)是一种比较少见,预后不良的恶性肿瘤,约占全部大肠恶性肿瘤的0.1%~2%<sup>[1]</sup>。其主要发生于肛管齿状线以下区域或肛门外缘由鳞状上皮覆盖的部位,据国外某些统计,黑色素瘤发生于肛门者较发生于肛管内肛门直肠交界处者为多见,前者占肛门原发性恶性肿瘤的5%左右,而后者仅占该处恶性肿瘤的0.25%<sup>[2]</sup>。该例发生于齿状线上黏膜腺上皮实属罕见。大多数学者认为直肠下端的恶黑均为肛管恶黑沿黏膜下层向上扩散而来,然而该患齿状线附近以下未见黑色素痣及肿物表现。笔者认为关于内胚层来源的腺上皮是否能发生恶黑及发生原理有待进一步统计及研究。

肛管直肠恶黑病理形态类似皮肤恶黑<sup>[3]</sup>,瘤细胞呈双向分化,以梭形或上皮样为主,核大,异型性明显,核仁显著,嗜酸性,核分裂不一,胞浆以嗜酸性为主,内含数量不一的棕褐色黑色素颗粒,诊断恶黑明确可靠。若胞浆中缺乏黑色素则需免疫组化测定:HMB45或melan-A二种单克隆抗体能特异地监测来源于皮肤兰痣、交界痣、恶黑组织中存在的黑色素相关抗原,而呈阳性表达。鉴别诊断主要与以下进行鉴别:

①神经内分泌癌:主要依靠免疫组化测定神经内分泌激素包括CGA、Syn及NSE呈阳性表达,而不表达HMB45、melanA或S-100。

②低分化腺癌:免疫组化CK、EMA呈阳性表达,而HMB45、melanA或S-100阴性可藉以区分。

直肠恶黑大体多呈息肉状,易误诊为“直肠息肉”。其症状有便血、局部肿块、大便习惯改变、疼痛等,发病原因可能与良性黑痣史、HIV感染、紫外线照射等有关。

肛管直肠恶黑是一种少见的高度恶性肿瘤,预后很差,5年存活率5%~10%,主要常经淋巴管转移至腹股沟淋巴结及经血道转移至肝脏。若肿瘤早期发现,体积较小,最大直径小于10mm,厚度小于2mm,及时手术,则预后较好。早期诊断主要依赖对45~80岁的高危发病人群进行常规直肠指检,发现肿物必须进行活检病理检查。

#### 参考文献:

- [1]戴显伟.外科学.直肠肛管疾病[M].北京:人民卫生出版社,2005:367
- [2]何传盛,李悦平.外科病理学(上册)肛管及肛门疾病[M].湖北:科学技术出版社,1999:187
- [3]虞积耀,崔全才.世界卫生组织肿瘤分类及诊断标准系列:消化系统肿瘤病理学和遗传学[M].北京:人民卫生出版社,2006:175-178

#### 作者简介:

张晚鱼(1972-),女,大学本科,河北省涉县医院主治医师,擅长妇科肿瘤及消化道肿瘤的临床病理学研究。

编号: ER-100521236 (修回: 2010-08-02)

## CT 定位微创引流术配合中医药治疗高血压脑出血

## Treating hypertensive intracerebral hemorrhage by

## CT localization of minimally invasive drainage plus TCM

王树山 田兴军 管清亮 孙志栋 刘国栋 王曰军 黄若愚

(山东诸城中医医院, 山东 潍坊, 262200)

**中图分类号:** R743.34 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 15-0047-01 **证型:** BDGI

**【摘要】** 目的: 观察 YL-1 型颅内血肿粉碎穿刺针在治疗高血压性脑出血中的疗效。方法: 头颅 CT 立体定位后。选取合适 YL-1 型颅内血肿粉碎穿刺针, 抽洗、冲洗血肿, CT 复查跟踪观察。结果: 本法简单实用, 疗效确切。患者清醒较快, 具有不加重原有神经功能损害的优点。配合中医药治疗, 取得了较好的疗效。结论: CT 定位微创引流术配合中医药治疗高血压脑出血疗效可靠。

**【关键词】** 微创颅内血肿清除术; 脑出血; 高血压; 中医药

**【Abstract】** Objective: To observe effects of treating hypertensive intracerebral hemorrhage by CT localization of minimally invasive drainage plus TCM. Methods: Taking CT radiograph after localization. The selection of the appropriate length YL-1 type diabetes intracranial hematoma smashing puncture washes, flushing hematoma, tracing CT review, then extubation. Results: the effect of this law, a simple and useful, indeed. Patients with sober faster, have not increased with the original neurological impairment of benefits. During the rehabilitation treatment with medicine. Conclusion: Treating hypertensive intracerebral hemorrhage by CT localization of minimally invasive drainage plus TCM, and TCM therapy has a good effect.

**【Keywords】** Intracranial hematoma; Cerebral hemorrhage; Hypertension; Chinese medicine

高血压性脑出血约占脑血管疾病的 1/3, 我科自 1999 年以来应用 YL-1 型碎吸针 CT 定位下血肿穿刺碎吸引流, 同时注入尿激酶, 配合中医药治疗取得了比较满意的效果, 现总结如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料: 本组患者 41 例, 男 28 例, 女 13 例; 发病年龄 40~75 岁, 平均 57 岁; 均有高血压病史 3~30 年, 平均 9.6 年; 入院时临床分型<sup>[1]</sup>: I 型(级) 12 例, II 型(级) 11 例, III 型(级) 10 例。血肿量 30~40ml 16 例, 41~60ml 14 例, 61~80ml 9 例, 80ml 以上 2 例。

1.2 治疗方法: 头颅 CT 立体定位, 标记出外侧裂的体表投影, 避开颅内主要功能区和外侧裂血管, 局麻下选择合适长度的穿刺针进行穿刺, 放入钝圆头针芯并推至血肿腔, 拔出针芯, 陈旧性血液流出, 拧上盖帽, 在侧管连接注射器抽吸液态部分, 压力不要过大。若血肿大部分为血凝块, 则先抽吸液态血液, 再向血肿腔内注入尿激酶 2~4 万  $\mu$ , 夹闭引流管 3~4h 后开放引流。每日冲洗 2~4 次。根据 CT 复查血肿量的情况拔除穿刺针, 一般留置时间 3~5d。

1.3 综合治疗: 术后适当应用脱水剂、止血药、脑细胞活化剂, 抗生素, 昏迷痰液鼻饲饮食及中药, 维持水电解质平衡, 预防褥疮等。

1.4 中医治疗: 采用化痰, 行瘀通络, 药用黄芪 30g, 天麻 10g, 川芎 10g, 桃仁 10g, 红花 12g, 当归 30g, 天麻 10g, 川芎 10g, 桃仁 10g, 红花 12g, 归尾 10g, 赤芍 10g, 地龙 10g, 全虫 5g, 蜈蚣 1 条, 僵蚕 15g, 白附子 9g, 郁金 15g, 菖蒲 15g, 远志 9g, 牛膝 20g, 寄生 15g 等, 若头晕、头痛, 面赤属肝阳上亢者, 加钩藤 15g, 石决明 15g, 夏枯草 15g 等, 咽干口燥者加天花粉 12g, 天冬 15g。另外随症针灸、推拿、理疗、按摩,

加强语言、肢体功能锻炼等治疗方法。

### 2 结果

定位准确率达 90%。引流术后, 平均引流量为 25~70ml/d, 颅内血肿均有不同程度的逐渐缩小。最快者 3 天内拔管。绝大多数于 5 天拔管。

### 3 讨论

高血压性脑出血是脑卒中最严重的类型之一, 研究表明高血压脑出血大多在 6h 后出血停止并在血肿周围形成水肿。血肿压迫时间越长周围脑组织不可逆损害越严重, 脑水肿、颅内压增高和脑疝形成是致死的主要原因<sup>[2]</sup>, 若能在脑出血 7h 内清除血肿, 就可能迅速解除脑组织压迫, 从而有效保护脑功能。不是所有高血压脑出血患者都适合微创抽吸术, 特重型患者, 出血量大, 可迅速出现脑疝还是常规开颅清除血肿并去骨瓣减压为宜。

本疗法在局麻下进行, 操作简便, 定位准确, 创伤小, 经过多次冲洗, 避免了一次性清除血肿造成血肿压力骤降, 诱发再出血, 尤其对于年老、体弱、心肺功能差、不能耐受全麻手术的患者更显示出其优越性。再加上中医中药治疗, 达到事半功倍的治疗效果。笔者认为, 应结合发病时间、病人凝血功能、出血部位、出血量、施术者对该技术的熟练程度而选择不同的手术方式, 制定出个体化治疗方案, 进一步降低死亡率及致残程度。

### 参考文献:

[1] 黄如训, 苏镇培, 曾进胜. 脑出血的分型分期治疗[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1999, 25(3): 190

[2] 王维治. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 148

编号: EA-100531798 (修回: 2010-08-06)



## 育阴潜阳活血通络法治疗脑梗死 35 例临床研究

### A clinical study on treating 35 cases of infarction by Yuyin Qianyang Huoxue Tongluo therapy

汤效群 朱兰飞 顾庆波 张学武

(安徽蚌埠市第二人民医院, 安徽 蚌埠, 233000)

中图分类号: R743.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0048-02 证型: BGD

**【摘要】** 目的: 探讨育阴潜阳、活血通络法治疗脑梗死临床疗效与机制。方法: 70 例患者随机分为治疗组与对照组, 观察临床疗效及血脂的变化。结果: 治疗组 35 例, 愈显率为 68.5%, 总有效率为 91.42%。对照组 35 例, 愈显率为 45.71%, 总有效率为 74.28%。差异有显著性 ( $P < 0.05$ )。结论: 育阴潜阳、活血通络法治疗组疗效明显优于对照组。本法还具有良好的调脂作用, 其疗效可能与该法具有明显的抗血栓形成、改善微循环、抗脑缺血、保护脑神经细胞作用有关。

**【关键词】** 育阴潜阳; 活血通络; 脑梗死

**【Abstract】** Objective: To investigate clinical effects of treating infarction by Yuyin Qianyang Huoxue Tongluo therapy. Methods: 70 patients randomly divide into treatment group and control group, observe the change of clinical effective and lipid. Result: The treatment group for 35 cases, cure rate for 68.5%, the total rate for 91.42%. Control for 35 cases, care rate for 45.71%, the total rate for 74.28%. Have a significant difference ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Effects of Yuyin Qianyang, Huoxue Tongluo methods in treatment group is better than control group. Have good effects of lipid.

**【Keywords】** Yuyin Qianyang; Huoxue Tongluo; Infarction

我们于 2007 年 3 月~2009 年 1 月, 以育阴潜阳、活血通络法治疗阴虚阳亢型脑梗死患者 35 例, 取得良好效果, 同时设对照组进行疗效对比观察, 现总结报告如下:

#### 1 临床资料

##### 1.1 一般资料

入选者均为我院神经内科住院患者, 发病时间均在一周以内, 共 70 例。以偏瘫伴或不伴口眼歪斜、语言不利等为主要临床表现, 无意识障碍, 经详细询问病史、神经系统检查及头颅 CT 或 MRI 证实, 无严重心肺肝肾等重大疾病, 随机分为治疗组与对照组。

治疗组 35 例, 男 18 例、女 17 例, 年龄为 42 岁~78 岁之间。伴有高血脂症 21 例, 高血压病 15 例, 冠心病 10 例, 糖尿病 8 例。

对照组 35 例, 男 19 例、女 16 例, 年龄为 43 岁~76 岁之间, 伴有高血脂症 20 例, 高血压病 16 例, 冠心病 9 例, 糖尿病 7 例。

两组年龄、性别、病理、临床表现、合并症等方面无显著性差异, 具有可比性 ( $P > 0.05$ )。

##### 1.2 诊断治疗及辨证标准

西医诊断标准符合 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的标准<sup>[1]</sup>, 中医辨证分型参考《中风病诊断与疗效评定标准 (试行)》<sup>[2]</sup>辨证属于阴虚阳亢型患者。

#### 2 方法

##### 2.1 治疗方法

对照组采用西医常规治疗, 拜阿司匹林 100mg, 口服每日一次, 抗血小板凝集, 入院 24 小时内血压高于正常患者予以降压药依那普利或氨氯地平口服、以控制血压, 空腹血糖宜控制在 5~9mmol/L 之间。同时予以辛伐他汀每晚 20mg 口服以调节血脂、稳定动脉粥样斑块, 伴颅内高压者予以 20%甘露醇静滴, 每日一次以减轻脑压, 依达拉奉 30mg, 每日静滴一次, 清除自由基、保护脑细胞、并指导早期肢体功能康复训练。治疗组在此基础上加用育阴潜阳、活血通络法。

采用自拟方: 天麻、地龙、怀牛膝、赤白芍、红花各 10g, 鸡血藤、钩藤各 15g, 石决明、葛根各 20g, 每日一剂, 将一剂中药采用北京东华牌中药煎药机煎成 160ml 两袋服用, 早晚饭后各服一袋, 另配合针灸, 每日一次, 以患侧肢体为主, 上肢: 肩髃、肩髃、曲池、手三里、支沟、外关、合谷, 下肢: 环跳、殷门、委中、阳陵泉、足三里、丰隆、三阴交、太溪、太冲, 选择任意 4 个穴位作电针刺激、采用 6805 电针治疗仪, 疏密波。强度以肢体轻微震颤, 病人能耐受为度, 每次 20 分钟。

两组均为 2 周为一疗程, 疗程结束后评定疗效。

##### 2.2 疗效观察

疗效标准参照全国第四次脑血管病学术会议通过的《脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准》<sup>[3]</sup>制定。

基本痊愈：病残程度 0 级，分数降低  $\geq 90\%$ ；

显著进步：病残程度 1~3 级，分数降低 46%~89%；

进步：缺损评分减少 18%~45%；

无变化：缺损评分减少不足 17%，治疗总有效率为基本痊愈+显著进步+进步之和。

### 2.3 统计学方法

计数资料采用  $\chi^2$  检验。

表 1 治疗组与对照组疗效比较

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	总有效率
治疗组	35	9	15	8	3	91.42
对照组	35	5	11	10	9	74.28

### 3.2 两组血脂疗效比较

血脂疗效标准参照 1995 年 7 月卫生部《中药新药临床研究指导原则（试行）》的标准治疗组 21 例，总有效 19 例，总有效率为 90.42%，对照组 20 例，总有效 12 例，总有效率为 60%。治疗组降脂疗效明显优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

## 4 讨论

脑梗死随着人们生活水平提高、老龄化增速、生活节奏加快，发病率迅速增高，且致残率高，严重影响患者的生活质量和身心健康。

我们在西医治疗基础上加用中医辨证施治，发现其效果远比单用西医治疗为优，有不少学者都认为中医药在治疗本病方面已经显示出明显优势<sup>[4-5]</sup>。

我们在临床上依据中医辨证结合本病特点，对阴虚阳亢型患者采用育阴潜阳、活血通络法治疗收到明显效果，方中取天麻、钩藤、石决明平肝潜阳，白芍敛阴平肝；怀牛膝、鸡血藤、赤芍、红花，活血通络；地龙平肝熄风通络；葛根清热生津；诸药合用共奏其功，再施以针刺促进肢体功能康复，因而收到满意疗效。

现代药理实验证实：天麻素具有减轻神经元损伤程度，保护脑神经细胞作用。钩藤亦有类似作用，地龙，天麻，钩藤，红花，鸡血藤，还有明显的抗血栓形成，改善微循环、抗脑缺血等作用<sup>[6]</sup>。

近年实验研究证实，针刺三阴交、丰隆等穴具有降低脑损害程度、促进缺血损伤的神经元恢复作用<sup>[7]</sup>。针刺还能使患者血管扩张、血流速度加快，脑血流增加、明显改善脑部供血情况，促进病灶侧大脑组织细胞的恢复<sup>[8]</sup>。

另外早期积极正确的针灸康复治疗，将使 80% 的脑卒中患

## 3 结果

### 3.1 治疗结果

治疗组 35 例，愈显率为 68.5%，总有效率为 91.42%。

对照组 35 例，愈显率为 45.71%，总有效率为 74.28%。

治疗组愈显率及总有效率方面均优于对照组，具显著性差异。（ $P < 0.05$ ）见表 1。

者功能得到明显改善<sup>[9]</sup>。这些都为本法治疗提供了可靠的理论依据和实验依据。本法亦有很好的调脂作用，从而说明本法在治疗本病同时，还能降低和减少本病发病的危险因素。此外还要重视中药、针灸的协同作用。

我们认为中药加用针灸是本病首选及最佳治疗手段，活血通络法则贯穿本病治疗始终，是在中医辨证基础上必须配合的治法。

总之，本方法治疗脑梗死具有较高的临床运用和推广价值，值得临床进一步研究。

### 参考文献：

- [1] 中华神经科学会. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379
- [2] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[S]. 北京中医药大学, 1996, 19(1): 50-60
- [3] 全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383
- [4] 王朝霞, 方习红, 王鹏. 祛痰化痰胶囊治疗痰瘀阻络型脑梗死急性期 100 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(4): 408-411
- [5] 杨克立, 黎立芬, 杨小恒等. 活血通络汤治疗脑梗死急性期 316 例疗效观察[J]. 中国中医急诊, 2008, 17(1): 13-14
- [6] 侯家玉. 中药药理学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 149-166, 190-194
- [7] 任秀君, 马惠芬, 王晓宁等. 电针对高血脂合并脑缺血大鼠血脂及神经生长因子影响的实验研究[J]. 针刺研究, 2007, 32(1): 24-26
- [8] 钟奇, 马瑞林. 针刺对缺血性脑血管病患者脑血流量的影响[J]. 辽宁中医杂志, 1991, 12(80): 23-26
- [9] 夏淑义. 针灸治疗脑卒中痉挛性偏瘫进展[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(9): 791-792

编号：ER-10071201（修回：2010-08-03）

## 《中医临床研究》征稿通知

为贯彻落实《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》国发[2009]22 号，进一步扶持和促进中医药事业发展，经国家新闻出版总署批准，由中国科学技术协会主管、中华中医药学会主办的《中医临床研究》杂志（CN11-5895/R；ISSN1674-7860）正式创刊；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、组稿；欢迎各级卫生系统党政机关、医疗机构、卫生院校、图书馆、从业人员订阅 2010 年《中医临床研究》杂志。

## 中西医结合治疗小儿腹泻疗效观察

### Effective observation on treating infantile diarrhea in the integrative medicine

盘美贞

(广西壮族自治区钟山县中医医院, 广西 贺州, 542600)

**中图分类号:** R442.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 15-0050-02 **证型:** GDI

**【摘要】** 目的: 分析中西医结合治疗小儿腹泻的临床疗效。方法: 选择 2008 年 3 月~2010 年 3 月在我院住院治疗的 76 例小儿腹泻患者, 将患者随机分为观察组和对照组, 观察组 39 例采用中西医结合治疗, 对照组 37 例单用西医治疗, 比较两组疗效, 住院时间和疗程。结果: 差异均有统计学意义 ( $P<0.01$ ), 观察组疗效及住院时间和疗程均优于对照组。结论: 采用中西医结合的方法治疗小儿腹泻, 能够将中西医优势互补, 比单用西药治疗具有更好的疗效。

**【关键词】** 小儿腹泻; 中西医结合; 临床疗效

**【Abstract】** Objective: To analyze clinical effects of treating infantile diarrhea in the integrative medicine. Methods: To choose from March 2008~March 2010 the 76 patients infantile diarrhea, patients randomly divided into observation group and control group, taking the integrative medicine in the 39 cases of observation group, taking the western medicine therapy in the 37 cases of control group, compare effects and time of two groups. Result: Difference has significant ( $P<0.01$ ), effects and time in the observation group is better than control group. Conclusion: Treating infantile diarrhea in the integrative medicine is better than western medicine therapy, has a good effect.

**【Keywords】** Infantile diarrhea; The integrative medicine; Clinical effective

小儿腹泻是一组由多病原、多因素引起的以大便次数增多和大便性状改变为特点的小儿常见病, 临床以大便稀薄, 形如蛋花汤样。多见于 2 岁内的婴幼儿<sup>[1]</sup>, 是造成小儿营养不良、生长发育障碍乃至死亡的主要疾病之一。我院用中西医结合的方法治疗小儿腹泻患者, 并与西医治疗作了对比, 取得满意效果, 现报道如下。

#### 1 资料与方法

##### 1.1 病例

为 2008 年 3 月~2010 年 3 月在我院住院治疗的 76 例小儿腹泻患者, 其中男 41 例, 女 35 例, 年龄 6~40 个月, 平均 20 个月, 病程 2~18d, 临床表现为大便次数多, 每日 10 次左右, 稀水样便, 黄色或黄绿色, 混有少量黏液奶瓣或不消化食物, 多有轻度脱水、发热, 大便常规检查红细胞、白细胞在 15 个以下, 均符合“中国腹泻病诊断治疗方案”的诊断标准<sup>[2]</sup>。

1.2 将患者随机分为两组, 即观察组 39 例和对照组 37 例; 观察组用中西医结合治疗, 对照组单用西医治疗, 两组年龄、性别、病程等一般资料差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

##### 1.3 对照组

采用调整饮食, 禁食 6~12h; 轻度脱水患者口服补液盐 (ORS), 思密达口服治疗, 中重度脱水者静脉补液, 纠正脱水和电解质紊乱; 高热伴粘液便者予头孢类抗菌素等药物治疗, 呕吐、腹胀、烦躁不安者给予对症处理。

##### 1.4 观察组

在对照组治疗的基础上予中药脐敷加艾灸, 具体操作为: 取中药丁香 9g, 五倍子 12g, 石榴皮 20g, 肉桂 10g 分别粉碎为极细末, 和匀备用。每次取 5~7g, 加陈醋适量调成糊状, 涂敷脐部, 伤湿膏固定, 日换 1 次, 5 次为 1 疗程。同时在脐部予艾灸每天一次, 每次约 20 分钟, 使脐部皮肤微红。

##### 1.5 数据处理与统计分析

将所得数据进行统计学处理和分析, 定量资料比较用  $t$  检验, 定性资料比较用  $\chi^2$  检验,  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

#### 2 结果

##### 2.1 采用以下标准

显效: 治疗 72h 内大便性状及次数恢复正常, 全身症状消失; 有效: 治疗 72h 时大便性状次数明显好转及全身症状明显改善; 无效: 治疗 72h 时大便性状次数及全身症状均无好转甚至恶化<sup>[3]</sup>。两组比较结果如表 1。

表 1 两种不同治疗方法的效果比较

组别	例数	显效	率	有效	率	无效	率
对照组	37	15	40.5	13	35.1	9	24
观察组	39	24	61.5	13	33.3	2	5.2

注:  $\chi^2=6.84$ ,  $P<0.01$ 。(下转 53 页)

## 益气化瘀法治疗冠心病心绞痛气虚血瘀型的临床观察

## Clinical observation on treating coronary heart disease with Qixu Xueyu type by Yiqi Huayu method

褚宝强

(北京市大兴区安定镇中心卫生院, 北京, 102607)

中图分类号: R541.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0051-03 证型: BDG

**【摘要】** 目的: 探讨中医益气化瘀法治疗冠心病心绞痛气虚血瘀型的治疗效果。方法: 选择 85 例冠心病心绞痛患者随机分为治疗组与对照组, 治疗组 45 例, 对照组 40 例, 治疗组口服自拟益气化瘀通痹汤, 对照组口服脑心痛胶囊, 两组疗程均为两个月。结果: 治疗组心绞痛症状改善总有效率 95.6%, 明显优于对照组 85.0% ( $P<0.01$ )。治疗组心电图改善总有效率 68.9%, 优于对照组 52.5% ( $P<0.01$ )。治疗组硝酸甘油停减率 92.9%, 优于对照组 75.0% ( $P<0.01$ )。治疗组中医证候改善明显优于对照组。结论: 益气化瘀法能明显改善冠心病辨证属气虚血瘀心绞痛的症状、心电图和血脂指标。

**【关键词】** 益气化瘀; 气虚血瘀; 冠心病心绞痛; 益气化瘀通痹汤。

**【Abstract】** Objective: To investigate effects of treating coronary heart disease angina with Qixu Xueyu type by Yiqi Huayu method. Methods: Choose 85 patients with coronary heart disease randomly divide into treatment group and control group, 45 cases of treatment group, 40 cases of control group, oral the self Yiqi Huayubi decoction in treatment group, oral brain capsule in control group, two treatment for 2 months. Result: Improve of angina symptom the total for 95.6% in treatment group, and is better than the control group 85.0% ( $P<0.01$ ). Improve of ECG the total for 68.9% in treatment group, and is better than the control group 52.5% ( $P<0.01$ ). Nitroglycerin the stop cut rate for 92.9%, is better than the control group 75.0% ( $P<0.01$ ). Treating the disease by TCM in treatment group is better than control group. Conclusion: Treating coronary heart disease angina with Qixu Xueyu type by Yiqi Huayu method has a good effect.

**【Keywords】** Yiqi Huayu; Qixu Xueyu; Coronary heart disease angina; Yiqi Huayu Tongbi decoction

冠心病是随着人类社会进步与人民生活改善而出现一个发展中国家的慢性流行病。近年来是我国目前成人心脏病住院和死亡的主要原因。其发病率与死亡率呈明显上升趋势。减少冠心病心绞痛发作, 改善冠心病预后, 是广大基层社区卫生工作者的重要任务之一。笔者对 120 例中老年冠心病心绞痛患者, 进行临床对照观察, 研究中医益气化瘀法的治疗效果。报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

所选病例均为 2007 年 10 月~2009 年 4 月我院中医内科门诊病例, 共 85 例。随机分为两组, 治疗组 45 例, 男 32 例, 女 13 例, 年龄 50~68 岁, 平均 (60.10±5.13) 岁, 病程 1~13 年, 年均 (6.83±4.24) 年; 对照组 40 例, 男 28 例, 女 12 例, 年龄 51~69 岁, 平均 (61.22±4.17) 岁, 病程 1~15 年, 平均 (6.49±4.29) 年。两组患者性别、年龄、病程方面, 经统计学处理差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ) 具有可比性。

### 1.2 诊断标准

#### 1.2.1 西医诊断标准

选择符合 1979 年国际心脏病学会和协会及 WHO 临床命名标准化联合专题组报告的《缺血性心脏病的命名及诊断标准》及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》<sup>[1]</sup>中关于不稳定性心绞痛的诊断, 病情程度属轻中度心绞痛, 年龄在 50~70 岁之间。

#### 1.2.2 中医诊断标准

中医辨证属气虚血瘀型胸痹患者为观察对象。参照《中医新药治疗冠心病心绞痛的临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>。

#### 1.3 排除标准

妊娠或哺乳期妇女, 过敏体质者, 冠心病心肌梗死, 2 级以上高血压, 严重肝肾功能不全者。

## 2 治疗与观察方法

### 2.1 治疗方法

#### 2.1.1 治疗组

自拟益气化瘀通痹汤, 生黄芪 40g, 葛根 30g, 桑寄生 25g, 丹参 30g, 红花 12g, 水蛭 6g, 全虫 3g, 三七粉 (分冲) 3g, 川芎 9g, 降香 5g, 羌活 7g, 菊花 7g, 生山楂 20g, 荷叶 20g, 每日一剂, 水煎 400ml, 分 2 次温服, 疗程 2 个月。

#### 2.1.2 对照组

脑心痛胶囊 (陕西步长制药有限公司生产, 国药准字 Z20025001, 4×12 粒/板/盒) 4 粒, 3 次/天, 饭后服。疗程 2 个月。

两组患者心绞痛发作时均舌下含服硝酸甘油片 (北京益民药业有限公司生产, 国药准字 H11021022, 0.5mg×24 片/盒)。

### 2.2 观察指标

#### 2.2.1 疗效性观察

心绞痛症状、心电图、硝酸甘油停减率、血脂、中医证候。其中中医证候积分法参照《中药新药治疗冠心病心绞痛的临床

研究指导原则》中证候分级量化表拟定<sup>[2]</sup>。

### 2.2.2 安全性观察指标

血、尿、便常规，肝、肾功能。

### 2.3 统计学方法

计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 Ridit 分析和  $t$  检验。

## 3 疗效观察

### 3.1 疗效评定标准

参照《中医心病诊断疗效标准与用药规范》<sup>[3]</sup>制定。

#### 3.1.1 心绞痛症状及中医证候疗效评定标准

显效：疼痛消失或基本消失，症状明显改善，积分减少  $\geq 70\%$ 。

有效：疼痛明显减轻，症状有所改善，积分减少  $\geq 30\%$ 。

无效：疼痛基本与治疗前相同，症状无明显改善，甚或加重，证候积分减少  $< 30\%$ 。

加重：治疗后比治疗前疼痛加重，症状积分增加。

#### 3.1.2 心电图疗效判定标准

显效：静息心电图恢复正常或大致正常。

有效：缺血性 ST 下降治疗后回升 0.05mv 以上，但未正常，主要导联倒置 T 波变浅达 25% 以上，或 T 波由平坦转为直立，房室或室内传导阻滞改善。

无效：心电图与治疗前基本相同。

加重：静息心电图 ST 较治疗前下降 0.05mv，主要导联倒置 T 波加深  $\geq 25\%$ ，或直立 T 波转为平坦，或平坦 T 波变为倒置，以及出现异位心律，房室传导阻滞或室内传导阻滞。

### 3.2 治疗结果

#### 3.2.1 两组心绞痛症状疗效比较

结果示治疗组疗效优于对照组。见表 1。

表 1 两组心绞痛症状疗效比较【例 (%)】

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	45	17 (37.8)	26 (57.8)	2 (4.4)	(95.6)
对照组	40	12 (30.0)	22 (55.0)	6 (15.0)	(85)

注：两组疗效比较  $P < 0.01$ 。

#### 3.2.2 两组心电图疗效比较

结果示治疗组心电图改善情况优于对照组。见表 2。

表 2 两组心电图疗效比较【例 (%)】

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	45	9 (20.0)	22 (48.9)	14 (31.1)	(68.9)
对照组	40	7 (17.5)	14 (35.0)	19 (47.5)	(52.5)

注：两组疗效比较  $P < 0.01$ 。

#### 3.2.3 两组硝酸甘油停减率及用量变化情况比较：见表 3。

表 3 硝酸甘油用量男变化情况 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	14	13.68 $\pm$ 2.25	2.10 $\pm$ 0.85 <sup>**</sup>
对照组	12	13.48 $\pm$ 2.20	5.96 $\pm$ 1.58 <sup>*</sup>

注：硝酸甘油用量 (片/W)。与本组治疗前比较<sup>\*</sup> $P < 0.01$ ，与对照组治疗比较<sup>\*\*</sup> $P < 0.01$ 。

疗效开始时，治疗组有 14 例，对照组有 12 例患者不能停用硝酸甘油。疗程结束后，治疗组停用 10 例 (71.4%)，减半 3 例 (21.4%)，不能停用 1 例 (7.2%)。

对照组停用 4 例 (33.3%)，减半 5 例 (41.7%)，不能停用 3 例 (25.0%)。停减率治疗组 (92.9%) 明显优于对照组 (75.0%)，

$P < 0.01$ 。

#### 3.2.4 两组治疗前后血脂改善情况比较

结果表明，除治疗组胆固醇治疗后有明显降低外 ( $P < 0.01$ )，其他各项治疗均有所改善，但无明显差异 ( $P > 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组治疗前后血脂改善情况 ( $\bar{x} \pm s$ ) (mmol/L)

组别	n	胆固醇	甘油三脂	高密度脂蛋白
治疗组	治疗前 45	5.56 $\pm$ 1.82	1.80 $\pm$ 0.91	1.31 $\pm$ 0.63
	治疗后 45	4.80 $\pm$ 1.36 <sup>**</sup>	1.57 $\pm$ 0.72 <sup>*</sup>	1.44 $\pm$ 0.56 <sup>*</sup>
对照组	治疗前 40	5.58 $\pm$ 1.42	1.93 $\pm$ 0.86	1.16 $\pm$ 0.70
	治疗后 40	5.02 $\pm$ 1.28 <sup>**</sup>	1.68 $\pm$ 0.76 <sup>**</sup>	1.27 $\pm$ 0.63 <sup>**</sup>

注：自身前后对比，<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ，<sup>\*\*</sup> $P < 0.01$ ，两组治疗前后对比<sup>\*</sup> $P > 0.05$ 。

### 3.2.5 安全性检测

两组治疗后检测血、尿、大便常规及肝、肾功能均未见异常,亦未出现明显不良反应。

## 4 讨论

冠心病心绞痛属于中医的“胸痹”“真心痛”范畴。中医学认为人体是一个有机整体,五脏六腑相互维系,达到“阴平阳秘”即“脏腑调和,阴阳平衡,周身通泰”。冠心病心绞痛之病位在心,与肝、脾、肾关系密切。致病因素与心、脾、肾亏虚为主。心气不足,气血运行不畅,血瘀阻滞心之脉络不通有关,总属气血失调。

正气亏虚是致病的根本,脏气亏虚是发病的基础,《金匱要略》云:“阳微阴弦”,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。邪实是发病的重要因素。《素问痹论》曰:“心痹者,脉不通也。”而气虚是引起血瘀的常见原因。《医林改错》中说:“元气即虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”。《素问·阴阳应象大论》云:“年四十而阴气自半也!”孙思邈《千金要方》言:“人五十以后,阳气日衰,损与日增,心力减退也”。均揭示了正气虚度,因虚致瘀的病机,正虚以气虚为主,邪实首推血瘀。名老中医廖家楨周次请非常重视冠心病“气虚血瘀”的病机变化,并认为“气虚血瘀”为冠心病的根本规律。说明了“气虚血瘀”贯穿了冠心病心绞痛的始终。

胸痹心痛是一个较长时间的“气虚血瘀”过程,根据其痛与不痛的症状分析,也只是其气血阴阳失调的不同程度而已。然其“气虚血瘀”的病理基础依然存在,贯穿疾病发生的全过程。正是在这一理论指导下,笔者自拟“益气化瘀通痹汤”治疗“气虚血瘀”型冠心病心绞痛,从而减少冠心病的危险因

素及心绞痛的发作与发生。方中,生黄芪,补益心肺脾之气。葛根,升发脾之阳气。桑寄生,补益肾气。三药合之,益气以助血行,助心气以行血脉,取“气为血帅,气行则血行”之义,为君药。丹参,活血化瘀,通心包之络。红花,活血化瘀止痛。水蛭,活血通络,为入络活血之佳品。全虫,解痉通络,乃搜风通络止痉之佳品。三七,活血化瘀止痛。川芎,行气活血止痛为血中之气药。降香,入络通窍,化瘀止痛。诸药合用,有化瘀通络,活血止痛之功,为臣药。羌活,升太阳经与督脉之阳气。菊花,轻清走上,畅利壅塞,宣通气机。二药合之有疏风通络,解痉止挛之功。再与全虫相配,增大其疏风解痉止痛之功。生山楂,活血消积,与水蛭,三七与葛根配用,即加大其化瘀之力,又有调脂活血之功。荷叶,升清降浊,与葛根配用,即升发脾阳之气又可降浊而调血脂。此四药共为佐使之品。诸药合参,共收益气化瘀、解痉止痛、活血调脂之功效。

总之,益气化瘀法治疗冠心病心绞痛“气虚血瘀”型的疗效可靠,副作用极少,体现了中医治疗“心”病,即针对病因辨证,又注重整体观念以及考虑病人体的治疗方法,具有独特的效果和优势,为治疗“气虚血瘀”型冠心病心绞痛的有效方剂。

### 参考文献:

- [1]中华医学会心血管分会.中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定性心绞痛诊断和治疗建议[J].中华心血管病杂志,2000,28(6):409-412
- [2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:68-69

编号: ER-10052400 (修回: 2010-08-09)

(上接 50 页)

观察组总有效率为 94.8% (37/39); 对照组总有效率为 75.6% (28/37)。两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组疗效要优于对照组。

### 2.2 观察组

患者平均住院时间为 5.4d, 平均疗程为 38h, 对照组患者平均住院时间为 9.4d, 平均疗程为 59.7h, 两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组患者住院时间和疗程均少于对照组。

## 3 讨论

### 3.1 中医认为此病属于“泄泻”范畴

小儿脏腑娇嫩, 内脏精气未充, 全而不壮, 易感外邪或内伤饮食, 损伤脾胃以致脾胃不足, 水谷精微不化, 混杂而下, 异走大肠而致腹泻, 故脾胃受损, 功能失调是小儿腹泻的根本病机<sup>[5]</sup>。

### 3.2 敷脐乃祖国医学传统方法

脐, 名叫“神阙”。此穴被认为是经络之总枢, 经气之汇海, 能司管人体诸经百脉, 能起到调节各脏腑生理活动的作用。因脐局部皮肤薄弱, 无皮下脂肪, 脐下双侧有腹壁下动脉和下

静脉及毛细血管网, 故药物易于穿透、弥散而被吸收。从脐部给药有利于药物归经, 药效得以循经直达病所。

### 3.3 采用中药

丁香, 五倍子, 石榴皮, 肉桂外敷神阙穴, 其效能温阳固脱, 健运脾胃。丁香辛温归脾胃经, 能温暖脾胃。五倍子有涩肠, 解毒的功效。石榴皮有收敛作用。肉桂辛甘大热, 补肾阳暖脾胃。

### 3.4 温灸

通过热原理与中草药艾的穿作用起到温中散寒、清热利湿, 疏肝健脾, 消食导滞及温补脾胃, 回阳固脱。同时通过艾炙热力作用可促进敷脐中药的吸收, 止泻效果更加显著。

### 3.5 结果表明

采用中西医结合的方法, 能够将中西医优势互补, 比单用西药治疗具有更好的疗效, 而且住院时间和疗程较短。

### 参考文献:

- [1]胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:1199

编号: ER-10051002 (修回: 2010-08-01)

## 安年汤治疗围绝经期综合症临床分析

### Clinical analysis of treating menopausal syndrome with Annian decoction

黄志略

(广西防城港市中医院, 广西 防城港, 538021)

中图分类号: R271.11+6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2010)15-0054-02

**【摘要】**目的: 观察安年康治疗围绝经期综合症的疗效。方法: 治疗组 82 例给予安年康 100ml, 口服, 2 次/d, 对照组 37 例患者给予更年安 4 片, 3 次/d, 口服, 3 个月为一疗程。结果: 采用 Kupperman 评分法评分, 治疗组总有效率 95.02%, 与对照组比较有显著性差异 ( $P<0.05$ ) 血清雌二醇浓度有所上升, FSH 有所下降。结论: 安年汤治疗围绝经期综合症疗效显著, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 安年汤; 围绝经期综合症; 临床分析

**【Abstract】** Objective: To observe the effect of treating menopausal syndrome with Annian decoction. Methods: To treat 82 cases of treatment groups with 100ml Anniankang, orally, 2 times/d, to treat 37 cases of control groups with 4 Geng'an-nian, 3 times/d, orally, 3 months is a course of treatment. Results: To score by Kupperman, the total effective rate of treatment group was 95.02%, compared with the control group there were significant differences ( $P<0.05$ ), the serum estradiol levels is ascendant, FSH decreased. Conclusion: Treating menopausal syndrome with Annian decoction ges a significant effect.

**【Keywords】** Annian decoction; Menopausal Syndrome; Clinical analysis

围绝经期综合症是绝经前后由于性激素减少所导致的一系列躯体及精神心理症状<sup>[1]</sup>。目前国际上广泛使用激素补充疗法 (HRT), 补充激素已成为提高妇女绝经后生活质量的重要措施, 但应用激素有较多禁忌症。HRT 的主要危险是增加子宫内膜癌的发生率, HRT 与乳腺癌的关系尚有争议<sup>[2]</sup>。我院从 2008 年 1 月~2009 年 1 月应用安年汤, 治疗围绝经期综合症取得非常满意的疗效效果现介绍如下:

#### 1 临床资料与方法

##### 1.1 一般资料

选择本院门诊 82 例更年期综合症患者, 其中最大年龄 60 岁, 最小年龄 45 岁。平均年龄 50 岁。其中主要症状为潮热出汗、失眠、情绪不稳定、焦躁、感觉异常、眩晕、头痛、皮肤蚁行感、性生活困难等。诊断标准: 自然闭经 6 个月~2 年以内 40 岁以上的女性; 有明显的更年期症状; 血中雌二醇 ( $E_2$ ) 明显降低, 促卵泡激素 (FSH) 和促黄体水平明显升高; 用药前 3 个月未使用过雌激素类药物。

##### 1.2 治疗方法

治疗组 82 例患者给予安年汤 (广西防城港市中医院制剂室提供) 100ml, 口服, 2 次/d, 连服 3 个月为 1 疗程, 对照组 37 例患者给予更年安 4 片, 3 次/d, 口服。服药期间不同时服用其他治疗更年期综合症药物。(安年汤的组成: 熟地 20g, 枸杞子 20g, 菟丝子 30g, 白术 15g, 当归 15g, 川芎 10g, 白芍 20g, 仙灵脾 15g, 巴戟天 15g, 山茱萸 20g, 五味子 15g, 生地龙骨 30g, 生牡蛎 30g)。

##### 1.3 疗效观察

###### 1.3.1 观察项目

①更年期症状评分采用 Kupperman 改良记分法, 治疗前及

治疗后每月记录一次。

②血 FSH、 $E_2$  治疗前后各测量 1 次。

###### 1.3.2 疗效判定

治愈: 总评分下降  $\geq 95\%$ ; 显效: 总评分下降  $\geq 70\%$ ,  $<95\%$ ; 有效: 总评分下降  $\geq 30\%$ ,  $<70\%$ 。无效: 总评分下降  $<30\%$ 。

#### 2 结果

根据 Kupperman 评分分析结果显示: 治疗组治愈 22 例, 占 32.35%; 显效 43 例, 占 63.26%; 有效 13 例, 占 15.86%, 无效 4 例, 占 4.88%。总有效率为 95.02%。对照组治愈 5 例, 占 13.51%; 显效 11 例, 占 29.73%; 有效 11 例, 占 29.73%; 无效 10 例, 占 27.03%, 结果见表 1。两组治疗前后性激素水平变化比较见表 2。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	82	78	4	95.02 <sup>*</sup>
对照组	37	30	7	73.97

注: \*与对照组比较,  $P<0.05$ 。

表 2 两组治疗前后性激素水平变化比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	FSH (Mu/ml)	$E_2$ (pg/ml)
治疗组	48	治疗前	58.25 $\pm$ 18.23
		治疗后	53.18 $\pm$ 15.37
对照组	19	治疗前	57.26 $\pm$ 19.74
		治疗后	55.56 $\pm$ 23.68

注: \*与对照组比较,  $P>0.05$ 。

(下转 56 页)

## 血府逐瘀汤加减治疗血管神经性头痛疗效观察

Effective observation on treating  
vascular headache with Xuefu Zhuyu decoction

裴有福

(青海省化隆县昂思多中心卫生院, 青海 海东, 810903)

中图分类号: R441.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0055-02 证型: AGD

**【摘要】**目的: 观察应用血府逐瘀汤加减治疗血管神经性头痛的临床疗效。方法: 将我院门诊确诊为血管神经性头痛患者66例随机分为两组, 其中治疗组34例, 采用血府逐瘀汤加减治疗; 对照组32例, 采用氟桂利嗪, 谷维素, 维生素B<sub>1</sub>治疗。10天为1个疗程, 服药2疗程后判定疗效。结果: 治疗组34例患者临床痊愈9例, 显效17, 有效5例, 无效3例, 总有效率91%; 对照组32例患者临床痊愈6例, 显效8例, 有效10, 无效8例, 总有效率75%。两组临床比较有非常显著性差异 ( $P<0.01$ )。结论: 血府逐瘀汤加减治疗血管神经性头痛疗效确切, 效果良好, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 血管神经性头痛; 血府逐瘀汤; 辨证论治

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical effect of treating vascular headache with Xuefu Zhuyu decoction. Methods: 60 cases of vascular headache were randomly divided into two groups, to treat 34 cases of treatment groups with Xuefu Zhuyu decoction; to treat 32 cases of control groups with flunarizine, oryzanol, vitamin B<sub>1</sub>. 10 days are a course of treatment, to determine the effect after 2 course of treatment. Results: 34 cases of treatment groups, 9 were cured, 17 were marked, 5 were effective, 3 were invalid, the total effective rate was 91%; 32 cases of control groups, 6 were cured, 8 were marked, 10 were effective, 8 were invalid, the total effective rate was 75%. The clinical comparing of two groups have significant difference ( $P<0.01$ ). Conclusion: Treating vascular headache with Xuefu Zhuyu decoction gets a good result.

**【Keywords】** Vascular headache; Xuefu Zhuyu decoction; Treatment in differentiation

血管神经性头痛是颅脑血管舒缩功能障碍及大脑皮层功能失调为主要特点的临床综合征。主要表现为一侧头部搏动性疼痛, 多伴有恶心呕吐, 往往反复发作或两侧交替发作, 呈周期性、发作性、剧烈性、搏动性疼痛<sup>[1]</sup>。该病程缠绵, 治疗困难, 经久不愈。血管神经性头痛, 据其临床表现符合中医之“头痛”、“头风”、“脑风”、“血瘀证”等证的范畴。笔者认为, 该病患者往往病程日久, 且临床上多伴有血瘀证的症状表现, 此即所谓久病入络, 久痛必瘀之故。近年来笔者应用血府逐瘀汤加减治疗血管神经性头痛取得了良好的效果, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

两组66例患者均为我院门诊病人。治疗组34例中, 男14例, 女20例; 年龄最大65岁, 最小15岁; 病程2年以上者22例, 2年以下者12例。对照组32例中, 男15例, 女17例; 年龄最大67岁, 最小16岁; 病程2年以上21例, 2年以下11例。两组性别、年龄、病程等资料比较均无显著性差异 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 诊断标准

按照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》拟定<sup>[2]</sup>。临床表现: 发作时头痛甚, 头痛的性质多为跳痛、刺痛、胀痛、昏痛、隐痛, 或头痛如裂等, 并伴有血管搏动性头痛, 或左或右, 或全头痛, 或眼眶痛, 伴畏寒、呕吐等不适症

状, 数天1次或1天数次, 持续时间为数小时、数天或数周, 多因劳累、情绪变化、失眠、月经来潮及多种情志刺激而诱发。且经颅多普勒超声(TCD)和脑血流图检查提示: “脑血管痉挛”及“脑动脉供血不足”。西医诊断参照1996年索爱琴主编的《神经内科急症》诊断标准。

## 2 方法

### 2.1 对照组方法

给与常规口服西药治疗, 每次氟桂利嗪10mg, 每日2次; 谷维素片20mg, 每日3次; 维生素B<sub>1</sub>片10mg, 每日3次。10天为1个疗程, 2个疗程后判定疗效。

### 2.2 治疗组方法

给与中药血府逐瘀汤加减治疗。方药组成: 红花10g, 当归15g, 生地20g, 牛膝20g, 枳壳10g, 桃仁12g, 赤芍10g, 川芎15g, 桔梗10g, 柴胡15g, 甘草10g。随症加减: 若气虚神疲者加黄芪30g, 太子参15g<sup>[3]</sup>; 失眠多梦者加炒枣仁15g, 远志15g; 头胀目赤者加双花10g, 钩藤15g, 夏枯草15g, 石决明30g; 挟痰者加胆南星5g, 天竺黄5g; 恶心呕吐, 属寒性者, 加姜半夏10g, 吴茱萸5g, 属热性者, 加竹茹15g, 代赭石30g; 食欲不振者加焦山楂15g, 鸡内金15g; 痛连巅顶者加藜本10g, 细辛5g; 后头痛加羌活10g; 左侧痛甚者加梔子15g, 黄芩10g; 右侧痛甚者加独活10g, 细辛5g; 若久病入络痛甚者加全蝎5g, 蜈蚣1条, 细辛5g<sup>[4]</sup>。用法: 水煎2次共取汁



300ml, 1日三次, 每次100ml, 饭后半小时服, 1剂/d。10天为1个疗程, 2个疗程后判定疗效。

### 2.3 疗效判定标准

痊愈: 头痛症状消失, 经脑血流图或经颅彩色多普勒检查恢复正常。显效: 头痛等症状明显减轻, 发作次数、疼痛程度明显减轻。有效: 头痛症状减轻。无效: 头痛等症状不减轻, 反而加重者<sup>[5]</sup>。

### 2.4 统计方法

采用SPSS12.0进行数据统计。两组疗效比较采用 $\chi^2$ 检验, 以 $P<0.05$ 有意义。

## 3 结果

2组患者2个疗程后通过随访评定疗效, 结果见表1。治疗组总有效率91%, 对照组总有效率75%, 两组比较, 经统计学处理, 具有非常显著性差异( $P<0.01$ )。

表1 两组疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	34	9	17	5	3	91
对照组	32	6	8	10	8	75

注:  $\chi^2=73.7$ ,  $P<0.01$ 。

## 4 讨论

血管神经性头痛是一种内科常见病、多发病, 多数学者认为它与遗传因素、脑的兴奋性异常、扩展性皮质抑制失常以及一些生化因素(如5-羟色胺、兴奋性氨基酸、一氧化氮等)及相关中枢神经疼痛处理通路的功能异常有关<sup>[6]</sup>。由于颅内神经调节功能失常, 血管舒缩功能紊乱, 导致血行障碍, 累及痛觉纤维神经而引起头痛。许多实验证明, 血管神经性头痛患者的血小板比正常人更易聚集, 血小板聚集后能释放5-HT、ADP、组胺、肾上腺素、去甲肾上腺素、花生四烯酸(AA)及血栓烷A<sub>2</sub>(TXA<sub>2</sub>)等物质, 这些物质又能进一步促进血小板聚集。这样交叉作用产生的大量儿茶酚胺、AA及TXA<sub>2</sub>, 有强力收

缩血管及减少脑血流作用, 从而导致下丘脑、间脑的兴奋阈下降而引起头痛发作。

依据中医“不通则痛”, “久病入络”的理论, 及血管神经性头痛的临床见症, 可见本病的病机是血行瘀滞, 气血不畅。因此, 在临证辨治时, 我们注重从瘀入手, 辨证施治, 灵活加减, 用药上以加减血府逐瘀汤为基础方。方中取当归养血活血; 桃仁、红花、川芎、赤芍活血化瘀止痛; 牛膝祛瘀血通血脉, 引血下行; 生地凉血清热, 当归养血活血, 二者合用能养阴润燥, 能使瘀祛而不伤阴血; 柴胡疏肝解郁, 升达清阳, 桔梗开提肺气, 二者并用, 为其舟楫载药上行, 直达头目; 枳壳理气且能降气, 与桔梗并用一升一降, 使气行则血行。全方的配伍特点是既行血分瘀滞, 又解气分郁结, 活血而不耗血, 祛瘀又能生新。合而用之, 使气行瘀去, 则头痛可愈。临床中再根据患者个体症状辩证加减, 从而更好的达到改善症状, 增强头痛治疗效果的目。

从上述2组病例临床痊愈数和总有效率比较来看, 血府逐瘀汤加减治疗疗效明显优于使用西药, 且疗效确切, 效果良好, 值得临床推广和应用。

### 参考文献:

- [1]郑诚东, 蒋建章, 刘梅仕. 临床神经病学[M]. 哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 2002: 58-60
- [2]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 22-23
- [3]程怀庆. 益气化痰汤治疗血管神经性头痛 65例[J]. 四川中医, 1997, 15(12): 21
- [4]刘燕平. 论头痛的分经诊治[J]. 江西中医药, 2004, 35(3): 12-13
- [5]孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[S]. 北京: 人民军医出版社, 1998: 135
- [6]黄祖春, 晏勇. 偏头痛发病机制的研究进展[S]. 中华医学杂志, 2000, 80(2): 157

编号: Y-10071601 (修回: 2010-08-03)

(上接54页)

## 3 讨论

西医认为围绝经期综合症主要为卵巢功能减退, 卵泡数目下降, 导致下丘脑-垂体-性腺轴内分泌紊乱引起更年期代谢变化和临床的症状<sup>[3]</sup>。祖国医学对围绝经期综合症早有探讨, 《素问·上古天真论》云: “七七任脉虚, 太冲脉衰少, 天葵竭, 地道不通。”此认为, 女子七七, 肾气渐衰, 冲任亏损, 天葵将绝, 精气不足, 阴阳失于平衡, 出现肾阴部足, 阳失潜藏, 或肾阳虚衰, 经脉失于温养, 发生肾阴阳偏胜、偏衰现象, 从而导致脏腑功能失调。围绝经期综合症是绝经前后妇女肾气渐衰, 经血日趋不足, 使阴阳失衡, 脏腑气血功能失调出现的一系列脏腑功能紊乱症候。治疗以补肾填精为主, 健脾益气, 滋养肝血为辅, 佐以活血化瘀。安年汤中熟地、枸杞子、菟丝子、白术、茯苓、当归、川芎、自芍、仙灵脾、巴戟天、山茱萸、

五味子、生地龙骨、生牡蛎具有补精益气、养血安神、温补肝肾、改善神经-内分泌功能。服用3个月后所有患者全部症状明显改善, 总有效率达95.02%, Kupperman评分下降, 血中E<sub>2</sub>水平上升, FSH水平下降, 可见安年汤能有效治疗更年期综合症的各种症状, 提高了绝经期妇女的生活质量, 是治疗更年期综合症的理想药物。

### 参考文献:

- [1]乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民出版社, 2005: 345-350
- [2]程国均, 刘建立. 绝经后妇女雌激素替代治疗[J]. 中华妇产科杂志, 1995, 30(2): 123-124
- [3]桑改利, 鲍燕琴, 李馨等. 中西医结合治疗更年期综合症 60例[J]. 陕西中医, 2001, 6(22): 337-337

编号: ER-10051400 (修回: 2010-08-03)

## 耳穴压籽疗法促进阑尾炎术后排气的疗效观察

## Clinical observation on treating exhaust after appendectomy by ear point seed pressing therapy

姜桂云 王东梅 郭 闯

(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: R656.8 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0057-02 证型: IDBG

**【摘要】** 目的: 探讨耳穴压籽与常规护理相比, 哪种措施更能促进术后排气。方法: 将阑尾炎行手术治疗的患者, 随机的分为试验组和对照组, 试验组给予耳穴压籽和术后护理常规, 对照组术后常规护理。结果: 试验组的术后排气时间明显早于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 耳穴压籽疗法增强肠蠕动, 促进术后排气, 及早进食, 增加营养。

**【关键词】** 耳穴压籽; 阑尾炎; 疗效观察

**【Abstract】** Objective: To investigate the compare of ear point seed pressing and general care, what measures can be enhanced after surgery the exhaust. Methods: Choose exhaust patient after appendectomy; were randomly divided into experimental group and control group, taking ear point seed pressing and general care in the experimental group, taking general care after surgery in the control group. Result: Exhaust time after surgery in the experimental group is better than the control group ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Ear point seed pressing therapy can be increased peristalsis, promoting exhaust after surgery, early feeding, and increase nutrient.

**【Keywords】** Ear point seed pressing; Exhaust; Clinical observation

阑尾炎是外科的常见病, 多发病, 临床上常有右下腹部疼痛、体温升高、呕吐和中性粒细胞增多等表现。治疗上多采取手术治疗。术后能不能进食, 排气是一个重要的观察指标。研究表明目前促进术后排气的方法有:

①术后早期肌注新斯的明, 或足三里穴位注射。

②术后早期被动或主动活动。

③术后次日中药灌肠, 出现肠蠕动后由少到多中药口服, 以出现轻微腹泻为度, 连用 3~6 日, 务必保持其每天至少一次排便。

上述方法的核心目的就是促进肠道蠕动, 在未形成粘连带之前恢复肠管排便排气, 另外汤药也有减少腹腔渗出, 抗炎, 减轻毒素吸收, 改善肠壁循环, 扶正祛邪的作用。耳穴压籽是中医院院的特色治疗, 简单易行, 主要是以中医经络学说理论为指导, 通过刺激耳穴, 有效的促进排气, 消除患者的腹胀和其他不适, 笔者现将本科室耳穴压籽促进术后排气的疗效报道如下。

## 1 一般资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究选择黑龙江中医药大学附属第一医院从 2009 年 1 月到 2010 年 1 月期间普外科病房的 60 例患者, 均符合阑尾炎手术的指征, 并行手术治疗。两组病例一般资料和病情比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗上, 术前准备, 麻醉方式和术式相同。术后均给予消炎, 止血, 补液治疗。可见两组具有可比性。

### 1.2 方法

将 60 例阑尾炎术后的患者按入院的先后顺序随机的分为两组, 试验组和对照组均 30 例, 试验组给予耳穴压籽和常规护理, 对照组常规护理。

### 1.3 耳穴压籽的操作方法

#### 1.3.1 物品准备

王不留行籽, 胶布 (0.5×0.5), 耳穴贴压板, 小刀, 镊子, 酒精, 棉球。

#### 1.3.2 取穴

三角窝区: 神门; 对耳轮下脚; 交感; 耳甲艇区: 大肠, 阑尾, 胃; 消化道区: 十二指肠。

#### 1.3.3 操作方法

探查穴位→消毒和脱脂→贴压穴位→按压穴位。

##### 1.3.3.1 评估患者当前的症状

临床表现和既往史, 取穴部位的局部皮肤情况; 对疼痛的耐受程度; 女性患者的经带产史。

##### 1.3.3.2 核对医嘱所列腧穴, 局部消毒

##### 1.3.3.3 探查耳穴阳性反应点 (观察法, 按压法)

临床上按压法较多见, 在病变相应部位, 用镊子尖端轻轻按压, 寻找压痛点 (当压到敏感点时, 患者有眨眼, 皱眉, 呼痛, 躲闪等反应)

##### 1.3.3.4 一手固定耳廓, 另一手持镊子将黏有王不留行籽的胶布固定于所选部位上。

##### 1.3.3.5 按压

手法正确, 进行压迫刺激, 患者有得气感觉。

##### 1.3.3.6 观察

(下转 59 页)

## 中药敷贴在小儿静脉输注红霉素致胃肠道反应中的应用

### Application of TCM dressing in tract induced intravenous erythromycin in children gastrointestinal reaction

谷晓玲

(天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

中图分类号: R28 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2010)15-0058-02

**【摘要】** 目的: 探讨中药敷贴在小儿静脉输注红霉素时所发生胃肠道反应中的应用。方法: 将60例红霉素治疗过程中发生胃肠道反应的患儿, 采用随机分组的方法分为两组。实验组在相应穴位给予中药敷贴敷, 对照组采用热水袋热敷。结果: 实验组患儿胃肠道反应的缓解明显优于对照组。结论: 中药敷贴技术可有效缓解小儿在静脉输注红霉素时所发生胃肠道反应, 既减轻了患儿痛苦, 又使患儿能坚持治疗, 保证了治疗效果。

**【关键词】** 中药敷贴; 小儿; 红霉素; 胃肠道反应; 应用

**【Abstract】** Objective: To investigate Application of TCM dressing in tract induced intravenous erythromycin in children gastrointestinal reaction. Methods: 60 patients were divided into control group and experiment group equally. Experiment group were supplied traditional Chinese medicine application on corresponding acupoints, control group were supplied hot water bottle to have hliasma. Results: The therapeutic efficacy of experiment group is better than control group. Conclusion: Traditional Chinese medicine application can anesis gastrointestinal tract reaction utility when phleboclysis erycin for infants ensure therapeutic efficacy.

**【Keywords】** TCM dressing; Child; Erycin; Gastrointestinal reaction; Application

中药敷贴技术目前在各系统疾病中较为广泛应用。尤其应用在儿科, 操作简单, 患儿不会产生恐惧感, 提高了治疗质量。本技术是将中药敷贴贴于神阙、中脘、足三里穴位, 具有温中散寒、顺气止痛、解毒散结的功效。

#### 1 目前中药敷贴在儿科的应用

##### 1.1 消化系统

可增强脾胃功能, 疏通经络, 调和阴阳, 驱邪安正以治疗腹泻、积滞、厌食、腹胀。

##### 1.2 泌尿系统

本系统疾病常有外邪侵袭、湿热下注、气滞血瘀、脾肾亏虚, 先天禀赋不足或后天失养, 脾、肾、膀胱功能失调所致, 中药敷贴可治疗尿频, 遗尿。

##### 1.3 呼吸系统

针对小儿痰饮内伏, 湿邪犯肺, 肺气失宣等特点治疗小儿哮喘, 肺炎。

##### 1.4 其它

应用补脾助运, 益气摄涎法治疗流涎; 此外还可治疗小儿口疮、夜啼、汗症等。

#### 2 小儿输注红霉素致胃肠道反应的护理现状

经文献查阅, 针对红霉素药物所致胃肠道反应的治疗, 国内报道有654-2<sup>[1]</sup>、西米替丁<sup>[2]</sup>加入红霉素液体中、硝苯地平口服+VitK加入红霉素液体中、口服思密达等蒙脱石<sup>[3]</sup>类药物的方法。静脉给药难免某些患儿有临床用药禁忌, 且药物之间的

交叉作用会产生一些不良反应; 而口服给药, 年龄较小的患儿难以接受。

所以, 上述方法有一定效果, 但不够理想。中药敷贴缓解胃肠道反应的文献有见报道, 而中药敷贴同时敷于神阙、中脘、足三里穴位者尚未见报道。

#### 3 病例资料来源

我科2007年8月至2008年2月住院及门诊输液患儿本身无胃肠道症状, 输注红霉素时发生胃肠道反应者, 随机分为两组。两组患儿的操作均为3名经过培训的护士完成, 以排除操作中的差异。

#### 4 操作方法

##### 4.1 药物制备方法

将胡椒、川楝子、桔矾、乌药、元胡药物研末, 香油200g熬开, 放入黄腊50g, 化后离火, 1~2分钟后将药面60g放入锅内搅拌, 放入冷水盆顺时针不停搅拌, 拌匀成膏, 装罐备用。

##### 4.2 方法

##### 4.2.1 实验组

暴露贴药部位, 注意保暖。暴露贴药穴位, 清洁皮肤。将配好的药物贴剪去膏药周边四角, 加适量葱汁调匀涂于药物帖中间贴于选定穴位。

##### 4.2.2 对照组

将热水袋灌入热水隔衣置于腹部, 温度以患儿感觉舒适为

宜。

#### 4.2.3 患儿体位

采取仰卧位或半坐位，以患儿舒适为度。

4.2.4 在患儿使用敷贴过程中，护理人员要勤巡视，贴敷药物时要固定牢固，以防药物脱落；用药过程中应注意：①婴幼儿皮肤娇嫩，要注意皮肤情况。②揭去药物时要清洁皮肤，并注意观察局部皮肤有无过敏、皮疹、水疱等现象。③治疗过程中温度适宜，寒冷季节注意保暖。

4.2.5 采用自行设计问卷，评分的方法向家属进行满意度调查。很满意为5分；较满意为4分；一般为3分；不太满意为2分；很不满意为1分。

### 5 效果评定与结果

#### 5.1 评定标准

患儿胃肠道反应完全消失。

#### 5.2 结果

两组患儿经过护理后胃肠道反应完全缓解率比较见表1；家属满意度调查结果见表2。

表1 两组患儿胃肠道反应缓解率比较

分组	n	缓解例数	缓解率(%)
对照组	30	10	33.3
实验组	30	60	18

注：实验组胃肠道反应缓解率为60%，明显优于对照组。

表2 家属满意度调查结果

分组	n	很满意	较满意	一般满意	不太满意	很不满意
对照组	30	11	4	6	5	4
实验组	30	21	5	2	2	0

注： $\chi^2=10.52$ ， $P<0.05$ 。

### 6 讨论

中药敷贴技术操作简单，对患儿无伤害，使患儿易于接受，不会产生恐惧感，大大提高了治疗效果。通过患儿家属满意度调查，中药敷贴技术的家属满意度明显高于热敷组。

#### 参考文献：

[1]陈冰.654-2注射液消除小儿红霉素致胃肠道反应55例疗效观察[J].中华临床医学研究杂志,2006,12(21):2920

[2]石来军.西米替丁减少红霉素副作用的临床观察[J].临床研究,2006,4(9):25

[3]赵凤珍,尹丽娟.蒙脱石减少红霉素副作用的临床观察[J].中国综合临床,2006,22(10):871

#### 作者简介：

谷晓玲，本科，主管护师；天津中医药大学第一附属医院。

编号：E-10061232（修回：2010-08-03）

（上接57页）

询问患者有无不适感。

#### 1.3.3.7 整理床单位

洗手，记录。

1.3.3.8 告知患者自行按压每次1~2分钟，每次按压2~3次，以加强疗效，夏天可留置1~3天，冬天留置7~10天。

#### 1.3.3.9 贴压耳穴应注意防水，以免脱落

夏天易出汗，贴压耳穴不宜过多，时间不宜过长，以防胶布潮湿或皮肤感染。如对胶布过敏者，可用粘合纸代之。耳廓皮肤有炎症或冻伤者不宜采用。

### 2 疗效判断

两组术后排气时间的比较。

表1 两组术后排气时间的比较

组别	例数	2~24h	24h~36h	36~48h	>48h
试验组	30	14	12	3	1
对照组	30	6	10	5	9

### 3 讨论

借助耳廓进行诊治疾病和预防保健，在中国有着悠久的历史，它是我国医疗宝库中的重要组成部分，属“针灸学”范畴。耳穴压籽通过刺激耳穴，经“联系带”传递刺激信息所产生的双向调节效应，使通往病灶的经络之气血畅通，以推动、驱散病灶中瘀滞之气血，扶正祛邪，调整脏腑，通过一系列复杂的调节过程，使人体的阴阳平衡得以恢复，促进各项生理功能恢复到平衡状态，以达到预防和治疗疾病的目的。这种疗法简便易行。祖国医学认为，三角窝区的神门穴主要的治疗患者术后的不寐，神经衰弱。对耳轮下脚的交感穴主要是缓解痉挛，止疼的目的。耳甲艇区的大肠，阑尾，胃穴和消化道区的十二指肠穴主要是促进肠蠕动，减轻腹胀，促进术后排气。我科室结合阑尾炎术后的临床表现和患者的不适，结合中医辨证，选取了以上的穴位，达到促进舒适和及早排气的目的。通过经络作用于脏腑，以收清热润肠、行气导滞、益气养血。

编号：EA-100621846（修回：2010-08-06）

## 中药内服外敷综合治疗女性黄褐斑

### Comprehensive treating women

### chloasma by oral and external application of TCM

吴茜玉

(广东省中山市阜沙镇人民医院, 广东 中山, 528434)

中图分类号: R758.4+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0060-02 证型: DGB

**【摘要】** 目的: 观察中药治疗黄褐斑的临床疗效和安全性。方法: 将 88 例女性黄褐斑患者分为治疗组 45 例及对照组 43 例, 治疗组内服中药, 外涂中药制剂; 对照组口服维生素 E、维生素 C 并外用 3% 氢醌霜, 观察临床疗效。结果: 治疗组 45 例患者痊愈 17 例 (37.7%), 显效 13 例 (28.9%), 好转 10 例, 无效 5 例, 总有效率 66.7%; 对照组 43 例患者痊愈 8 例 (18.6%), 显效 10 例 (23.3%), 好转 15 例, 无效 10 例, 2 组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 中药内服外敷治疗黄褐斑临床疗效观察显著, 较常规方法疗效好、价格低廉, 值得临床推广。

**【关键词】** 黄褐斑; 中医中药; 综合治疗

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical effect and security of treating chloasma with TCM. Methods: To divide 80 cases patients with chloasma into 45 cases of treatment group and 43 cases of control group, to treat the treatment group with TCM plus TCM preparation; To treat the control group with VE, VC plus 3% hydroquinone cream, to observe clinical effect. Result: 45 cases patients of treatment group have 17 cases of cured (37.7%), 13 cases of markedly (28.9%), 10 cases of improved, 5 cases of invalid, the total effective rate is 66.7%; 45 cases patients of control group have 8 cases of cured (18.6%), 10 cases of markedly (23.3%), 15 cases of improved, 10 cases of invalid; Difference have significant meaning ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Clinical effective observation on treating chloasma by oral and external application of TCM has a good effect.

**【Keywords】** Chloasma; TCM; Comprehensive treatment

黄褐斑是一种临床常见的慢性皮肤色素代谢障碍性病, 本病多见于女性, 其病因较为复杂, 目前西医治疗黄褐斑尚无特效药物, 效不理想, 中医药治疗黄褐斑愈来愈受到重视。国内部分者为探讨中医药治疗黄褐斑的机制进行了较多的实验研究但在这方面的研究中, 总体上单味中药研究较多, 中药综合治疗研究较少。笔者归纳总结了近 5 年来社区门诊 88 例女性黄褐斑病例, 采用中药内服外敷综合治疗, 疗效显著。

#### 1 资料与方法

1.1 黄褐斑患者 88 例中, 均为女性, 年龄 20~54 岁, 平均年龄 39 岁, 病程半年至 8 年。其中 2~3 年患者占 68.1%。

#### 1.2 临床症状

皮疹表现为大小不等、形态各异、深浅不定的斑片, 有散在的, 融合成片或条状。主要分布在面颊两侧或口周或额头。皮损境界清楚, 不肿胀、无脱落, 表面光滑, 不碍手。

#### 1.3 发病原因

产后黄褐斑半年以上不消退者 35 例, 月经不调 32 例, 化妆品刺激影响 8 例, 肝、胆疾病患者 2 例, 病因不明者 11 例。

#### 1.4 治疗方法

88 例患者分为两组:

治疗组 45 例, 用两种疗法同时进行: ①内服药: 四物汤加桃仁、红花、仙灵脾、菟丝子、僵虫、柴胡、制香附、甘草。②外用药: 生白术 30g、白芷 15g、桃仁 15g (或者桃花)、白醋 200ml。用法: 内服中药每日 1 剂, 每日 3 次, 每次 200~

300ml。外用药: 将诸外用药打碎纳醋中密封, 每天振荡 1 次, 1 周后开始搽用。洁面后蘸取药汁少许搽于有斑皮肤上, 轻轻拍打至吸收, 每日 2 次。

对照组 43 例, 口服 VitE 100mg 每日两次, VitC 300mg, 每日三次, 外用 3% 氢醌霜, 二十天一疗程, 共三个疗程。

#### 1.5 疗效标准参照文献<sup>[1]</sup>制定

基本治愈: 肉眼视色斑面积消退 > 90%, 颜色基本消失; 显效: 肉眼视色斑面积消退 > 60%, 颜色明显变淡、变浅; 好转: 肉眼视色斑面积消退 > 30%, 颜色变淡、变浅; 无效: 肉眼视色斑面积消退 < 30%, 颜色变化不明显。有效率以痊愈加显效计算。

## 2 结果 (表 1)

表 1 2 组疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	有效率 (%)
治疗组	45	17	13	10	5	66.7
对照组	43	8	10	15	10	41.9

注: 两组痊愈率比较 ( $\chi^2 = 3.974, P < 0.05$ ) 和总有效率比较 ( $\chi^2 = 5.457, P < 0.05$ ) 差异差异有显著性。

## 3 讨论

黄褐斑病因多, 以女性多见, 目前无特效疗法。中医认为黄褐斑属于“黎黑斑”、“黎黑汗斑”范畴<sup>[2-3]</sup>。多由肾虚不足,

气血不调或淤血。故宜滋阴补肾,调和气血,活血化瘀为原则。本研究主要针对女性患者,特别从女性生理特点整体出发,辨证施治。辨证时则要注意以下几个方面:一是要分清患者体质的阴阳。凡形体消瘦、性急神燥、舌红脉数者属阴虚,凡形体肥胖、神疲懒言、舌胖脉迟者属阳虚。二是要辨别年龄、经产、病程、辨兼夹。第一,年龄分为青春期、生育期及更年期三个阶段。青春期,肾气未充,多因临月经血室开放、血海沸腾之际,或者汗出当风、或贪凉而致血滞络瘀。生育期,这个时期血虚多气郁多。如生产前后将息不善,致血虚气郁滞则易生斑且不宜消。更年期,多属于肝郁肾虚。这个时期的患者尤其要注意情绪的调节。在给予药物治疗的同时更要注重心理调试。第二,经产。多伴见月经不调如闭经、不孕不育、痛经、月经先期、月经后期等,则治疗以调经为主。孕期面若蒙尘,多见于肝郁火旺之体,胎气郁结、内热更甚而致瘀热交搏,治以益肾清肝为大法。另外,月经结束后1周、月经中期1周、月经前1周及月经期间用药的主次及药量的轻重都要有变化。第三,病程。病程短、色素深骤然而致,则以瘀为主;病程长面若蒙尘,渐积渐生者,以虚为主。第四,辨兼夹。因体质各异,则感邪不同故要辨兼夹。如心肝火旺、肝肾阴虚、肝脾不和及肺脾气虚,同时还有易夹痰、湿、郁、寒、火及风之不同。

笔者在治疗组治疗策略上从妇女生理特点出发,以四物汤为主方补肝肾营血、调冲任。肝脾精血充盈、冲任调畅,则血络自有载药之资。方中桃仁红花,功擅活血化瘀,为攻瘀之润剂;仙灵脾补肾阳而不燥;菟丝子补肾益精;僵蚕为虫蚁之品,祛风化痰,善搜络邪而走头面,《本经》载其能“灭黑黯,令人而色好”;柴胡、香附疏肝理气,尤其是制香附为血中气药,气行则血络调畅,而瘀滞除。再加以白芷、生白术及白醋均有祛黑斑润色泽之功效,桃仁有化瘀祛斑作用,而且现代医学研究也显示:酪氨酸酶是黑素产生过程中重要的催化剂,抑制其活性则可以控制黑素的产生,白芷、生白术可抑制酪氨酸酶的作用及其参加酶促反应<sup>[4]</sup>,从而达到美白祛斑的作用。因此两方合用达到标本兼治的目的,因此取得良好的治疗效果。

#### 参考文献:

- [1]黄霏丽,余靖.中医美容学[M].北京:人民卫生出版社,2004:200-208
- [2]安家丰,张梵.张志礼皮肤病医案选萃[M].北京:人民出版社,2009:227-228
- [3]顾泊华.实用中医外科学[M].上海:上海科学技术出版社,1998:530-531
- [4]赵永耀.中医美容学[M].北京:人民卫生出版社,2005,175

编号:EA-1005228778(修回:2010-08-06)

## 舒筋活血祛痛膏治疗劳损性颈肩痛的临床观察

### Clinical observation on treating neck and

### shoulder pain with Shujin Huoxue Qutong pasty

胡沛<sup>1</sup> 胡怀军<sup>2</sup> 王智勇<sup>1</sup>

(1.河南洛阳正骨医院,河南 洛阳,471000;

2.洛阳市第二中医院,河南 洛阳,471003)

中图分类号:R323.1 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)15-0061-02 证型:AGD

**【摘要】**目的:探讨舒筋活血祛痛膏治疗劳损性颈肩痛的临床疗效。方法:66例患者分为治疗组和对照组,治疗组采用舒筋活血祛痛膏,对照组采用六通筋骨康贴。结果:治疗组的疗效明显优于对照组( $P<0.05$ ),且治愈率也高于对照组。结论:舒筋活血祛痛膏对劳损性颈肩痛有很好的治疗作用。

**【关键词】**舒筋活血祛痛膏;劳损性颈肩痛;临床观察

**【Abstract】**Objective: To investigate clinical effects of treating neck and shoulder pain with Shujin Huoxue Qutong pasty. Methods: 66 patients divide into treatment group and control group, taking Shujin Huoxue Qutong pasty in treatment group, taking Liutong Jingukang paste in control group. Result: Effects in treatment group is better than the control group ( $P<0.05$ ), care rate is better than the control group too. Conclusion: Treating neck and shoulder pain with Shujin Huoxue Qutong pasty has a good effect.

**【Keywords】** Shujin Huoxue Qutong pasty; Neck and shoulder pain; Clinical observe

颈肩部软组织劳损是引起颈肩痛的常见原因,可导致脊柱关节损伤,加速椎间盘退变,发生小关节紊乱,形成颈椎病及颈肩综合征。劳损是颈椎病的早期阶段,宜早期治疗。我们自2005年4月至2007年6月用舒筋活血祛痛膏治疗颈肩部劳损性软组织损伤66例,并设立对照组进行对照观察,现将结果

报道如下。

#### 1 一般资料与诊断依据

##### 1.1 一般资料

本组男性41例,女性25例,病程最短3个月,最长19

年。平均 3.01 年。年龄最小 18 岁，最大 78 岁。平均 44.3 岁。对照组 46 例，其中男性 27 例，女性 19 例，病程最短 1 个月，最长 15 年。平均 2.92 年。年龄最小 19 岁，最大 72 岁。平均 45.9 岁。两组在性别、年龄、病程等方面，经统计学处理无显著性差异，具有可比性。

## 1.2 诊断依据

1.2.1 多数有长期低头工作、侧屈头颈不良姿势、或有颈部扭伤史。

1.2.2 颈肩部有酸胀疼痛。活动时常有牵扯不适感，疼痛可向上肢、头、胸背放射。但与神经节段分布多不一致。有的尚有眩晕、耳鸣、恶心、心率紊乱等表现。

1.2.3 颈肩部可有明显的压痛点及软组织劳损性条索和硬结。痛点大多在肌肉附着处及两肌交界和相互交错的位置。按压痛点能引出类似的放射痛。触摸到肌痉挛及软组织劳损性条索、硬块和结节，项韧带剥离与棘突偏歪等。

1.2.4 无神经根受累征象。

1.2.5 X 线片可见颈椎生理曲度变直，椎间隙变窄，椎体缘骨质增生及韧带钙化等。无异常表现者也不少见。

## 1.3 排除标准

- ①年龄小于 18 周岁者。
- ②严重心肝肾功能不全者。
- ③糖尿病、高热、有出血症状者。
- ④高度过敏体质或不能完成疗程者。
- ⑤其它过敏等不适应症者。

## 2 治疗方法

治疗组：外用舒筋活血祛痛膏（由本院制剂科制，内含当归，三七，制乳香，制没药，冰片，生地等药材），清洁皮肤，

揭去防粘层，贴于患处，每帖贴一天。

对照组：外用六通筋骨康贴（由山东笑康生物科技有限公司生产，内含红花，川芎，附子，制川乌等药材），清洁皮肤，将理疗贴揭开，将小袋中的固定剂均匀地涂在粉剂袋上，贴敷于患处，

## 3 观察指标

观察期间停用其它外治方法与止痛药物。

疼痛程度：参照麦吉尔氏疼痛表述方法，分为 5 级记分。轻微疼痛记 1 分，引起不适的疼痛记 2 分，有窘迫感的疼痛记 3 分，严重疼痛的记 4 分，不可忍受的剧痛记 5 分。

疼痛特点：结合与中医辨证中的有关描述，如痛有定处，喜热恶寒等，有者记 1 分，无者记 0 分。

伴随症状：根据中医辨证分型伴随症状的显著程度分为三级。轻度记 1 分，中度记 2 分，重度记 3 分。

## 4 治疗结果

### 4.1 疗效标准

痊愈：疼痛及其它症状消失，活动恢复正常。

显效：疼痛减少 2 分以上，或疼痛减少 1 分以上，伴随症状分数平均减少 1.5 分以上，活动明显改善。

有效：疼痛减少 1 分以上，或伴随症状分数平均值减少 0.5 分以上，活动较前改善。

无效：疼痛及症状均无改变。

### 4.2 结果

由 wilcoxon 秩和检验可知，治疗组的疗效明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）。且治愈率也高于对照组。结果见表 1。

表 1 治疗后两组疗效的比较

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	治愈率
治疗组	66	2	51	9	4	93.94%
对照组	46	4	19	18	5	89.13%

注： $n=1154$ ， $P < 0.05$ 。

## 5 讨论

颈肩部在日常生活中，要完成静力学和动力学的双重负担，即维持头颈正常姿态和适应多种动作的变化，很多工作需要采取“头前屈”，两上肢在外展 90 度以下的范围内活动，这是一个非常理性体位，时间过久，就失去了平衡，不能保护肌肉、软组织的正常生理状态。由于颈肩关节结构活动度大、稳定性差，故需要强健的肌肉和韧带来保护，一旦肌肉和韧带失去协调，就会引起各种损伤，由此产生肌肉、韧带、血管神经的挤压，代谢物的积聚，炎症物质的产生及水肿粘连等，促使颈肩疼痛的加剧。

中医认为软组织损伤后，由于经脉受阻，气血运行不畅，“不通则痛”。舒筋活血祛痛膏由当归，三七，红花，乳香，没药，生地，大黄，连翘等二十多味中药组成，具有活血化瘀、

舒筋通络、祛风除湿、消肿止痛的作用。

方中当归，三七为君药，活血散瘀、消肿止痛。大黄、连翘逐瘀通络，消肿散结。自然铜，乳香，红花活血止痛、续筋接骨。

全方诸药用氧化锌橡皮硬膏为载体，贴于局部，发挥治疗作用。能使药物紧密接触皮肤，防止干燥，使药物成分不易挥发，保持药效持久，改善局部血液循环，增强经络调节作用，加强药物的穿皮通络透骨作用。进一步更好的发挥药物有效成分的治疗作用。

试验结果显示，治疗组与对照组比较治疗结果差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），治愈率明显高于对照药物。说明舒筋活血祛痛膏对劳损性颈肩痛有很好的治疗作用。

编号：ER-100429100（修回：2010-08-02）

## 中医治疗小儿湿疹的临床疗效观察

## Clinical effective observation on treating children with eczema in TCM

范华 颜艳 曾田青

(广西贵港市中西医结合骨科医院, 广西 贵港, 537100)

中图分类号: R758.23 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0063-02 证型: DGB

**【摘要】** 目的: 观察中医治疗小儿湿疹的临床疗效。方法: 将80例小儿湿疹患者分为急性湿疹和慢性湿疹, 采用中药内服外洗治疗, 疗程4周。观察治疗患者瘙痒程度, 皮损等变化及不良反应情况。结果: 治愈率66.25%, 总有效率85%。结论: 证实中医治疗小儿湿疹具有确切的临床疗效。

**【关键词】** 中医; 治疗; 小儿湿疹

**【Abstract】** Objective: To observe clinical effects of treating children with eczema in TCM. Method: 80 cases of children with eczema were divided into acute and chronic eczema, taking Chinese herbs and washing, treatment is 4 weeks. Observe changes and adverse reactions of degree of patients with pruritus, lesions and so on. Result: Cure rate of 66.25%, the total effective of 85%. Conclusion: Confirm clinical effect of treating children with eczema is true.

**【Keywords】** TCM; Treating; Children with eczema

## 1 资料与方法

我科从2006年4月~2008年10月对门诊80例小儿湿疹患者进行中医治疗观察, 疗效满意, 现报告如下。

## 1.1 一般资料

本组患者80例, 男39例, 女41例, 年龄2岁~12岁。所有病例均符合湿疹的诊断标准<sup>[1]</sup>。凡治疗前1个月内服用及外用皮质类固醇激素及肝肾功能不全者不列入本观察范围。

## 1.2 中医分型治疗

1.2.1 急性湿疹: 皮肤潮红、红斑、水疱、糜烂、流滋, 甚黄水淋漓, 伴奇痒, 寝食不安, 大便干, 小便黄赤, 舌质红, 苔腻。证属湿热风邪蕴于肌肤, 留恋不解。治宜清热化湿。疏风止痒为主。自拟方: 生地10g, 紫草10g, 荷叶6g, 防风6g, 败酱草12g, 地肤子10g, 1剂/d, 水煎, 分早、晚服。

1.2.2 慢性湿疹: 急性期后, 反复发作, 病期超过6个月, 长达数年。皮肤粗糙肥厚或苔藓样变, 搔痒屑, 口干不欲饮, 舌质红, 苔白, 脉细成弦细, 证属久病耗血, 血虚生风化燥, 风燥瘀结。治宜养血, 祛风为主, 佐以利湿。自拟方: 当归10g, 生地15g, 玉竹10g, 白芍15g, 茯苓10g, 地肤子10g, 1剂/d, 水煎, 分早、晚服。

1.2.3 方药加减, 小儿湿疹以面部为主者加蝉衣、菊花; 躯干、

四肢为主者加若参、黄柏; 痒剧者加白鲜皮; 湿疹反复发作, 痒剧者加贯众; 纳差者加山楂、布渣叶、山药。

## 1.3 中药外洗

急性湿疹药用大黄20g, 地榆20g, 千里光20g, 野菊花20g, 苦参20g, 黄柏20g, 慢性湿疹加皂刺20g, 三棱20g。用法: 水煎冷湿敷患处, 20分钟/次, 3次/d。

疗程: 每周复诊, 并记录有关表格资料, 4周为1疗程, 疗程结束后观察治疗结果。

## 1.4 疗效评定标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》ZY/T001.19及卫生部1997年制定发布的《中药新药临床研究指导原则》(第三辑)进行评定。

治愈: 瘙痒消失, 皮损消退 $\geq 90\%$ ; 显效: 瘙痒症状明显减轻, 皮损消退 $\geq 70\%$ ; 有效: 瘙痒症状有所减轻, 皮损消退 $\geq 30\%$ ; 无效: 瘙痒症状无变化, 皮损消退 $< 30\%$ , 总有效率=(痊愈病例+显效病例/总病例数) $\times 100\%$ 。

## 2 结果

80例小儿湿疹患者经1疗程治疗后治愈率66.25%, 总有效85%。见表1

表1 治疗效果表(例)%

证型	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
急性湿疹	42	28 (66.67)	10 (23.81)	4 (9.52)	0	90.48
慢性湿疹	38	20 (52.63)	1 (2.63)	8 (25.05)	0	78.95

对治愈患者进行1个月的随访, 结果见表2。

表2 治愈随访表(例)%

随访例数	复发	未复发	复发率
80	8 (10.00)	72 (90.00)	10.8

注: 不良反应: 治疗过程中未见明显不良反应。



### 3 讨论

湿疹是一种由多种原因引起的迟发性变态反应性皮肤病,临床常见。中医统称为“湿毒疮”。病因是因饮食失节,脾运失职,外受风湿热之邪,内外相搏,乘于肌肤所致。如湿热久蕴,耗伤气血,肌肤失去濡养则形成慢性湿疹。

小儿湿疹的治疗,在用药的同时要注意去除病因,避免接触可能过敏物质,尽量保护患儿皮肤免受刺激是很重要的。在饮食方面宜清淡,易消化之食物为主。在组方用药时,急性湿疹以化湿清热,疏风止痒为主,慢性湿疹以养血、祛风、杀虫为主。中医认为小儿脾常不足,因此在基本方中加山楂、布渣叶化滞调中,以利消化。在基本方中加桑叶、蝉衣、菊花之类,能疏清上焦之风热,加黄柏、苦参导湿热下行。慢性湿疹病情顽固,瘙痒明显者,在养血祛风的基础上加入贯众等杀虫药可

收到很好的效果,其原理有待我们今后在临床工作中进一步探讨。中药药液湿敷有利以减少分泌物的刺激及预防皮肤感染,尤其是急性湿疹有渗出者,可明显缩短疗程。治疗中应时刻注意小儿是稚阴稚阳之体,不可过服苦寒清利之品,以防伐伤脾胃。通过本临床观察,提示中医药治疗小儿湿疹具有疗效高,副作用小,复发率低的优点,具有临床应用意义。缺点是服用不方便,有待我们进行剂型的改进。

#### 参考文献:

[1]赵辨,张振楷,倪容之等.临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2001:604

编号:EA-100531797(修回:2010-08-06)

## 补气活血化痰熄风法治疗慢性脑供血不足性眩晕的临床研究

### A clinical research on treating CCCI

### vertigo by Buqi Huoxue Huatan Xifeng method

李柱 倪进军

(河南省开封市中医院,河南 开封,475000)

中图分类号:R255.3 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)15-0064-02 证型:ADI

**【摘要】**目的:运用以补气活血、化痰熄风为治疗思想的自拟定眩汤对慢性脑供血不足性眩晕进行临床疗效观察研究。方法:将122例病人随机分为两组,治疗组则服用以补气活血、化痰熄风为治疗思想的自拟定眩汤;对照组以口服培他司汀片,脑复康片,曲克芦丁片。结果:治疗组有效率为95.47%,对照组有效率为66.7%,经统计学处理,两组差异有统计学意义( $P<0.01$ )。结论:补气活血、化痰熄风法能有效治疗脑供血不足性眩晕。

**【关键词】**慢性脑供血不足;补气活血;化痰熄风

**【Abstract】**Objective: To observe study on treating CCCI vertigo by Buqi Huoxue Huatan Xifeng method. Methods: 122 cases were divided into two groups. The treatment group takes Ding Xuan decoction orally while control group take Betahistine, piracetam and troxerutin orally. Results: In the treatment group the effective was 95.47%, the control group was 66.7%. There is statistical significance between two sets. ( $P<0.01$ ) Conclusion: The method of invigorate vital energy and promoting blood flow, dissipate phlegm and stopping endogenous wind can cure insufficiency of cerebral blood supply dizzy utility.

**【Keywords】** CCCI vertigo; Buqi Huoxue; Huatan Xifeng

近三年来,我们依照西医辨病与中医辨证相结合的治疗方法,选用以补气活血、化痰熄风为治疗思想的自拟定眩汤治疗慢性脑供血不足(CCCI)性眩晕65例,取得满意疗效,现报道如下:

#### 1 资料与方法

##### 1.1 一般资料

选择符合慢性脑供血不足(CCCI)诊断标准(分型为I型和II型)其主症为眩晕的门诊患者共122例。入选病例随机分为治疗组与对照组。治疗组65例,男24例,女41例;年龄45~65岁,平均57岁;病程最短6个月,最长4.5年,平均

2.1年。对照组57例,男19例,女38例;年龄46~73岁,平均59岁;病程最短6个月,最长4.4年,平均2.2年。两组均做头颅CT或MRI、脑血管彩超和心电图,排除心、脑有关疾病。两组患者性别、年龄、病程等经统计学处理无明显组间差异( $P>0.05$ )。

##### 1.2 近藤等(1996)诊断标准<sup>[1]</sup>

##### 1.2.1 慢性脑供血不足诊断标准

临床表现:①有头重、头晕、异麻等自觉症状。②有支持动脉硬化化的所见伴有高血压、眼底动脉硬化改变等有时可闻及脑灌流动脉的血管杂音。③未见脑的局灶神经体征。④行CT或MRI检查确认没有血管性的器质的脑病变。⑤排除由

于其他疾病导致的上述自觉症状。⑥年龄原则上大于 60 岁。  
⑦脑循环检查确认脑血流低下。⑧脑血管造影、颈部等认定脑灌流动脉有闭塞、狭窄病变。以上项目全部具备即可诊断为慢性脑供血不足，特别是①~⑤项为必备条件。

### 1.2.2 慢性脑供血不足的分型

I 型单纯慢性脑供血不足。

II 型慢性脑供血不足+脑实质改变 (CT 或 MRI 发现腔隙梗死)。

III 型脑实质改变 (脑梗死及腔隙梗死)+慢性脑供血不足。

### 1.3 主要症状和次要症状

主要症状: 头昏、头晕、头重, 症状缓慢而持久, 呈波动性消长; 次要症状: 心烦、失眠、耳鸣、记忆力减退、注意力不集中、头痛等。

### 1.4 治疗方法

治疗组: 选用以补气活血、化痰熄风为治疗思想的自拟定眩汤, 方药组成: 西洋参 10g, 黄芪 30g, 全虫 8g, 川芎 12g, 胆南星 6g, 天麻 12g, 葛根 15g, 陈皮 10g。痰湿甚者酌加半夏 10g; 痰热甚者酌加黄芩 10g, 竹茹 10g; 心悸失眠重者酌加

酸枣仁 30g, 夜交藤 40g; 每日 1 剂, 早晚煎服。

对照组: 培他司汀片 4~8mg, 每日 3 次口服; 脑复康片 0.4~0.8mg, 每日 3 次口服。曲克芦丁片 0.12mg, 每日 3 次口服。

两组患者均以 30 天为 1 疗程, 1 疗程结束后观察分析治疗效果。观察治疗期间患者服用的降压药、降血糖药物继续服用。治疗期间停用其他一切脑代谢促进剂、脑血管扩张剂和抑制血小板聚集功能的药物。

### 1.5 观察指标及疗效标准

治愈: 主症消失, 伴随症状消失或明显减轻; 显效: 主症明显减轻, 伴随症状明显减轻或减轻; 有效: 主症减轻, 伴随症状减轻; 无效: 主症及伴随症状无改善。

### 1.6 统计学处理

计数资料计算总有效率, 显著性检验采用  $\chi^2$  检验进行分析, 数据处理采用 SPSS13.0 版软件进行统计。

## 2 结果

### 2.1 两组疗效比较见表 1

表 1 慢性脑供血不足两组治疗结果比较

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
治疗组	65	23 (35.4)	39 (60.0)	3 (4.6)	62 (95.4)
对照组	57	10 (17.5)	28 (49.1)	19 (33.3)	38 (66.7)

注: 与对照组的疗效比较,  $\chi^2$  值=16.95,  $P<0.01$ 。

从表 1 看出: 治疗组总有效率 (治愈+有效) 为 95.4%, 对照组为 66.7%, 经统计学处理, 两组差异有统计学意义 ( $P<0.01$ )。

### 2.2 不良反应

两组病人均无明显不良反应, 在观察期间也未发现肝功能、肾功能、心电图、血常规、尿常规等异常。

## 3 讨论

目前研究认为, 慢性脑供血不足能够引起能量代谢障碍、葡萄糖利用减少、蛋白质合成异常、神经递质改变、脑白质损害和神经元缺失等, 进而导致脑功能损害, 其主要临床表现为头重、头晕, 常伴有失眠, 健忘等。中医药在治疗该病方面具有突出优势, 经查阅文献本病应属中医的“眩晕”范畴, 其辨证治疗各家论述颇多, 有治以补肾填精为主者<sup>[2]</sup>; 有以平肝潜阳、活血化瘀为主要治则者<sup>[3]</sup>。倪进军<sup>[4]</sup>从基础研究出发系统研究了慢性眩晕的中医症状和证候规律, 将脑供血不足引起慢性眩晕, 分为: 清气不升、痰浊壅盛和肝阳上亢三型进行治疗。通过对 220 例患者的分析发现: 清气不升型共 103 例, 占 46.8%; 痰浊壅盛型共 86 例, 占 39.1%; 肝阳上亢型仅有 31 例, 占 14.1%。该组清气不升和痰浊壅盛两型共计 189 例, 占总数的 85.9%, 因而提出中焦气虚、清气不升、清空失养是此类眩晕

的主要病机, 根据这一结果我们认为可将补气活血、化痰熄风作为慢性脑供血不足型眩晕的主要治则, 并自拟定眩汤自治。方中, 西洋参、黄芪补全身之气, 是为主药; 川芎、全虫、胆南星活血化瘀, 是为辅药; 更佐以天麻、葛根去清空之风; 陈皮引药上行, 是为使药。全方共凑补气活血、化痰熄风之效, 本组临床观察结果显示, 以补气活血、化痰熄风为治则的定眩汤治疗慢性脑供血不足疗效满意, 且只需在西医辨病的基础上即可直接应用, 因而便于临床推广。

### 参考文献:

- [1] 胡纪源. 慢性脑供血不足的诊断与治疗[J]. 安徽医学, 2002, 23(3): 7-8
- [2] 彭玉生, 王向涛. 自拟聪慧汤治疗慢性脑供血不足 50 例[J]. 四川中医, 2007, 25(6): 55-56
- [3] 陈国成, 刘燕婉, 韦淑敏, 陈湛豪, 梁志亮, 白丽丹. 平肝健脑汤治疗慢性脑供血不足 70 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4(3): 271-272
- [4] 倪进军. 颈性眩晕 220 例临床分析[J]. 中医研究, 2001, 14(3): 31-32

### 作者简介:

李柱 (1962-), 男, 副主任医师, 开封市中医院, 研究方向: 中医脑病。

编号: E-10061242 (修回: 2010-08-09)

## 银杏达莫注射液配合贴补治外伤性鼓膜穿孔疗效

### Effective of treating traumatic perforation of tympanic

### membrane by Yinxing Damo injection plus repair surgery

刘葛音<sup>1</sup> 刘艳芳<sup>2</sup>

(1.河南郑州市中心医院, 河南 郑州, 450007;

2.河南郑州国棉六厂职工医院, 河南 郑州, 450007)

中图分类号: R322.9+21 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0066-02 证型: IDBG

**【摘要】**目的: 银杏达莫注射液静滴配合鸡蛋膜贴补获得外伤性鼓膜穿孔疗效。方法: 136例(4.00mm>直径>1.5mm)外伤性鼓膜穿孔者, 随机分为治疗组(91例)和对照组(45例), 对照组采用干燥疗法, 治疗组采用银杏达莫注射液30ml加液静滴, qd, 共两周, 同时用鸡蛋膜贴补处理穿孔, 经过3个月时间, 对比两组治疗效果。结果: 治疗组穿孔愈合76耳(83.52%), 有效5耳(5.49%), 总有效81耳(90.11%); 对照组穿孔愈合24耳(53.33%), 有效4耳(8.89%), 总有效28耳(62.22%), 两组比较有统计学差异,  $P<0.05$ 。结论: 银杏达莫注射液配合鸡蛋膜贴补处理外伤性鼓膜穿孔, 会明显促进穿孔愈合。

**【关键词】** 银杏达莫; 鼓膜穿孔; 鼓膜外伤; 鸡蛋膜

**【Abstract】** Objective: The effect of treating traumatic perforation of tympanic membrane by Yinxing Damo plus repair surgery of egg membrane. Methods: 136 patients (4.00mm>diameter>1.5mm) in diameter, traumatic perforations randomly divided into the treatment group (91) and control group (45) by drying, the treatment group taking Yinxing Damo injection 30ml with liquid drip, static, two weeks, qd simultaneously with the egg membrane subsidize processing perforation, after 3 months time, the contrast between two groups therapeutic effect. Results: Treatment group perforation 76 ears (83.52%) healing, effective 5 ears (5.49%), the total effective 81 ears (90.11%), Control 53.33% ears (24 punched healing), 4 ears (8.89%), the total effective 28 ears (62.22%), two groups of comparisons are statistically significant ( $P<0.05$ ). Conclusion: Yinxing Damo injection with egg film with traumatic perforations, subsidize will significantly promote healing of perforation.

**【Keywords】** Yinxing Damo; Perforations; Eardrums trauma; Egg membrane

## 1 材料与方

### 1.1 病例选择

2008年7月至2009年10月我科接诊治疗外伤性鼓膜穿孔患者136例, 大穿孔者(耳内镜下用标定的直角针测量穿孔直径>4.00mm)排除在外(考虑手术途径解决), 136例中男性65例, 女性71例, 年龄17~55岁, 平均31.27岁; 受伤至就诊时间30min至20d; 左耳95例, 右耳41例; 136例均为传导性耳聋。

按入院时间先后顺序随机单盲对照法分为治疗组和对照组, 鸡蛋膜贴补治疗组91例, 鼓膜穿孔直径>1.5mm但<4.00mm, 语频区平均气骨导差(25.4±9.8)dB HL。对照组45例, 同样鼓膜穿孔直径>1.5mm但<4.00mm, 语频区平均气骨导差(23.6±9.3)dB HL。

### 1.2 治疗方法

银杏达莫注射液30ml加入葡萄糖液250ml, ivgtt, qd, 14天结束。使用鸡蛋膜行鼓膜贴补的具体操作: 先采用75%酒精行外耳道及鼓膜外侧的消毒, 在耳内镜下用浸有鼓膜麻醉剂的棉片, 贴敷鼓膜穿孔外侧行表麻(若鼓膜菲薄则改用1%地卡因棉片), 麻醉完成后: 对于穿孔边缘有残片或卷缘者, 用中耳手术器械直角针将残片回复原位; 对于穿孔边缘形成瘢痕

者, 穿孔缘部分予针挑拨离, 制成新鲜创缘; 制作植床区: 创缘上皮层内0.5~1.5mm可锐针刺拨上皮, 形成新的出血点, 相连则植床区完成; 大穿孔者, 鼓室内酌情放置依诺沙星明胶海绵颗粒支撑。将新鲜蛋膜紧附于蛋壳最内面的一层半透明膜置入70%酒精中浸泡5分钟, 生理盐水漂洗, 然后置于器皿上干燥, 裁略大于穿孔的膜片, 轻置穿孔位压贴固定。对照组鼓膜不作处理。根据患者情况, 有的给与必要的抗感染用药、禁耳内进水。操作完成以后, 半月复查一次, 必要时更换旦膜贴补物, 直至穿孔愈合。耳内镜下鼓膜未见穿孔, 声导抗为A型曲线记为穿孔愈合。

### 1.3 疗效判断

#### 1.3.1 疗效标准

痊愈: 穿孔完全愈合; 有效: 穿孔由原来的1.5mm~4.0mm之间缩小程度>1.0mm者; 无效: 穿孔基本原样, 缩小<1.0mm者。以穿孔完全愈合及有效耳数计算总有效率。

#### 1.3.2 统计学分析

两组计数资料用 $\chi^2$ 检验, 计量资料用 $t$ 检验。

## 2 结果

疗效比较如下:

三个月进行统计,治疗组穿孔愈合 76 耳 (83.52%),有效 5 耳 (5.49%),无效 10 耳 (10.99%),总有效 81 耳 (90.11%);对照组穿孔愈合 24 耳 (53.33%),有效 4 耳 (8.89%),无效 17 耳 (37.78%),总有效 28 耳 (62.22%),治疗组有效率高于对照组 (见表 1)。

表 1 治疗组和对照组疗效比较 (% , 耳)

组别	例数	愈合	有效	无效	有效率 (%)
治疗组	91	76	5	10	90.11
对照组	45	24	4	17	62.22

注:与对照组比  $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

鸡蛋膜是高度胶原化的纤维结缔组织,高倍镜下由致密的并与表面呈平行排列的纤维组织组成,抗原性弱,是一种良好

的天然生物敷料<sup>[1]</sup>。研究<sup>[2]</sup>表明,上皮组织的移行生长在鼓膜穿孔的愈合过程中起决定性作用。外伤性鼓膜穿孔常见鼓膜残片外翻或内卷,陈旧性穿孔则在愈合过程中由于缺乏支架,穿孔缘上皮生长活跃,造成了阻止穿孔缘被上皮封闭的瘢痕。对本文治疗组病例,医生不仅重视耳部修复需要的良好血供条件,同时重视对穿孔欲修复的具体操作,故获得了较好的临床疗效。本文操作简单,便于临床推广。

### 参考文献:

[1]高智仁.应用鸡蛋膜作为生物敷料治疗烧伤[J].中华外科杂志,1984,22(11):678

[2]楼正才.不同方法治疗外伤性鼓膜穿孔疗效评价[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2006,6(6):385-386

编号: ER-10062504 (修回: 2010-08-03)

## 加味补阳还五汤治疗老年冠心病心绞痛的临床观察

### Clinical observation on treating elderly coronary heart

### disease angina pectoris with Jiawei Buyang Huanwu decoction

王 瑶 张鹏飞

(河南中医学院, 河南 郑州, 450000)

中图分类号: R541.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0067-02 证型: BDG

**【摘要】**目的:观察加味补阳还五汤治疗老年冠心病心绞痛的疗效。方法:48 例患者按就诊顺序随机分为对照组和治疗组各 24 例,对照组给予常规抗心绞痛西药对症治疗,治疗组在对照组基础上联合加味补阳还五汤治疗。结果:治疗组疗效总有效率 91.67%,对照组为 83.33%。心绞痛的症状改善、心电图疗效,治疗组均好于对照组,差异均有显著意义 ( $P < 0.05$ )。结论:加味补阳还五汤治疗老年冠心病心绞痛有显著疗效。

**【关键词】**加味补阳还五汤;老年人;冠心病心绞痛;临床观察

**【Abstract】** Objective: To observe the effect of treating elderly coronary heart disease angina pectoris with Buyang Huanwu decoction. Methods: To divide 48 cases of patients into 24 cases of control group and 24 cases of treatment group, to treat it of control group with anti-angina medicine, treatment group based on the use of anti-angina medicine plus Jiawei Buyang Huanwu decoction. Result: The total effective of treatment group is 91.67%, the total effective of control group is 83.3%. Symptoms of improvement in angina and effect of ECG of treatment group is better than control group, difference have significant meaning ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Treating elderly coronary heart disease angina pectoris with Jiawei Buyang Huanwu decoction has a good effect.

**【Keywords】** Buyang Huanwu decoction; Elderly; Coronary heart disease angina pectoris; Clinical observation

冠心病心绞痛是老年人常见病、多发病,近年来发病率较高,严重危害老年人的健康。笔者自 2009 年 2 月至 2010 年 4 月,应用加味补阳还五汤联合西药治疗老年冠心病心绞痛,取得较好疗效,现报道如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 病例选取

本组病例选择均符合 1980 年第 1 届全国内科学术会议心血管专业组依据 WHO 所通过的冠心病、心绞痛诊断标准<sup>[1]</sup>。

中医辨证符合 2002 年版《中药新药治疗胸痹(冠心病心绞痛)的临床研究指导原则》中气虚血瘀证的辨证标准<sup>[2]</sup>。

#### 1.2 一般资料

符合病例选取的 48 例患者,均为本院门诊及住院病例,按就诊顺序随机分为对照组和治疗组。

对照组 24 例,男性 13 例,女性 11 例,年龄 62~76 岁,平均 69.33 岁,病程 2 个月~18 年;治疗组 24 例,男性 15 例,女性 9 例,年龄 61~78 岁,平均 71.63 岁;病程 3 个月~20 年。

两组资料经统计学分析无显著差异 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

### 1.3 观察指标

所有病例治疗前后常规查血常规、肝肾功能、血脂、血糖、电解质。观察两组用药前后临床症状变化, 心电图前后变化。

### 1.4 统计学方法

所有统计数用均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验,  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 治疗方法

### 2.1 对照组

常规给予西药治疗, 包含肠溶阿司匹林、他汀类、硝酸酯类、 $\beta$ 受体阻滞剂, 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 类药物, 心绞痛发作时硝酸甘油 0.5~1mg 舌下含化。

### 2.2 治疗组

在上述治疗的基础上联合加味补阳还五汤, 药用黄芪 40g, 赤芍 15g, 地龙 12g, 川芎 12g, 当归尾 15g, 桃仁 9g, 红花 9g, 丹参 15g, 淫羊藿 10g, 桂枝 10g, 党参 15g, 水煎服, 每日一剂, 早晚分服。两组疗程均为 4 周。治疗期间, 应保持充足的睡眠、清淡饮食、避免精神刺激。

## 3 疗效标准

均参照 2002 年《中药新药治疗冠心病心绞痛的临床指导原则》<sup>[2]</sup>。

### 3.1 心绞痛症状疗效标准

- 显效: 症状消失或基本消失;
- 有效: 疼痛发作次数、程度及持续时间明显减轻;
- 无效: 症状基本与治疗前相同。

### 3.2 心电图疗效判定标准

- 显效: 心电图恢复至“大致正常”或达到“正常心电图”;
- 有效: S-T 段的降低, 较治疗后回升 0.05mv 以上, 但未达正常水平;
- 无效: 心电图基本与治疗前相同。

## 4 治疗结果

### 4.1 两组心绞痛疗效比较

治疗组总有效率达 91.67% 高于对照组的 83.33%, 2 组比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组心绞痛疗效比较 (例)

组别	组数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	24	7	13	4	83.33
治疗组	24	10	12	2	91.67

### 4.2 两组心电图疗效比较

治疗组总有效率 87.50% 高于对照组的 70.83%, 2 组比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组心电图疗效比较 (例)

组别	组数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	24	4	13	7	70.83
治疗组	24	7	14	3	87.5

### 4.3 不良反应

治疗期间两组均未见明显不良反应, 治疗前后肝肾功能、血脂、血糖、电解质及血常规均无明显改变。

## 5 讨论

冠心病心绞痛是由于冠状动脉粥样硬化和冠状动脉功能性改变 (痉挛) 导致心肌暂时性缺血缺氧而引起的发作性胸痛或胸部不适为主要表现的临床综合征。属于中医“胸痹”、“心痛”等病证范畴。《素问·阴阳应象大论》说: “年六十, 气大衰, 九窍不利”, 加之劳倦内伤, 损及中州, 脾虚转输失职, 气血生化乏源, 无以养心, 或肾虚虚衰, 不能鼓舞五脏之阳, 累及于心。《平人气象论》说: 心气, 为“心脏血脉之气也”。若心气虚衰, 血气不和, 心脉痹阻, 不通则痛, 则发为心痛。因此, 可以认为气虚血瘀是冠心病心绞痛发生的根本原因。

补阳还五汤出自清代医家王清任《医林改错》, 为气虚血瘀证的代表方剂。加味补阳还五汤是在原方基础上加味而成, 方中以黄芪补益心气以固本, 使气旺则血行; 桃仁、红花、丹参、赤芍、当归尾活血化瘀止痛, 并养心; 地龙化瘀通络止痛; 川芎温通血脉, 活血行气散郁; 党参益气养血; 桂枝温通心阳; 淫羊藿温肾壮阳, 使元阳壮则心阳振, 诸药合用, 共奏益气温阳, 活血化瘀通络之功。现代研究也证明方中多种中药对冠心病心绞痛均有治疗作用。黄芪能扩张冠脉和降低外周血管阻力; 川芎及当归具有扩张冠脉, 增加冠脉血流量、降低心肌耗氧量, 扩张外周血管, 抑制血小板聚集及抗血栓作用; 地龙有降压作用; 桂枝有镇痛, 加强活血化瘀药的功效; 淫羊藿有降血脂、血压、血糖、增加冠脉血流量的作用。与西药合用, 中西药协调, 气旺血行, 以达到扩张冠状动脉, 缓解冠脉痉挛, 减少心肌耗氧, 抗凝, 降低血脂等多种作用。在这次观察中, 西医常规治疗基础上联合加味补阳还五汤治疗老年冠心病心绞痛疗效较单用西药更好, 且未见明显不良反应, 所以我们认为本方法治疗老年冠心病心绞痛是一种安全有效的方法。

### 参考文献:

- [1] 国际心脏病学会和协会及 WHO 命名标准化联合专题组. 缺血性心脏病命名及诊断标准[S]. 中华心血管病杂志, 1981, 9(1): 75-76
- [2] 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: 中国医药科技出版社, 2002: 68-73

### 作者简介:

王瑶 (1982-), 女, 山西省阳泉市, 研究方向: 中医药防治老年病的研究。

编号: EA-1005228777 (修回: 2010-08-06)

## 两种换药方法在深静脉置管中的效果观察

## Effective observation on two ways of dressing changes in deep venous catheter

林秀梅 樊桂娟

(广西梧州市工人医院, 广西 梧州, 543000)

中图分类号: R543.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0069-02 证型: BDI

**【摘要】** 目的: 观察两种换药方法在血透用深静脉置管穿刺部位减少感染, 延长带管时间。方法: 对 60 例深静脉置管采用两种不同换药方法进行观察比较。结果: 不同换药方法对置管伤口局部感染率及置管时间存在显著性差异。结论: 改进后的换药方法能够降低感染率, 延长置管时间。

**【关键词】** 中心静脉置管; 换药; 观察

**【Abstract】** Objective: To observe two ways of dressing changes in deep vein hemodialysis catheter puncture site to reduce infection, extension of time with management. Method: Taking two ways of dressing changes to observe and analyze for 60 cases of deep venous catheter. Result: Different ways of dressing changes have significant differences. Conclusion: The improved ways of dressing changes can reduce the infection rate, catheter time extension.

**【Keywords】** Central venous catheter; Dressing; Observation

随着血液透析技术的不断提高, 维持性血液透析患者存活期也逐渐延长。由于部分患者的血管条件差, 动静脉内瘘无法建立或者无法长期维持, 老年人心功能也不耐受内瘘手术等因素, 使这些患者的血管通路的建立和维持有一定困难。但是中心静脉穿刺置管所引起的导管感染是医院获得性感染的途径之一。中心静脉置管除了严格遵守无菌操作外, 掌握正确的换药方法、保持穿刺点和敷料的干燥, 能有效预防感染, 延长置管的时间。现对我院血液透析科 2008~2009 年中心静脉置管术后伤口换药与置管的关系进行探讨。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

中心静脉置管 60 例, 男 40 例, 女 20 例, 年龄 18~76 岁, 平均年龄 47 岁。原发病为慢性肾炎 28 例, 糖尿病肾病 16 例, 高血压肾病 10 例, 多囊肾肾病 6 例。置管时间, 最短 18 天, 最长留置管时间: <30 天 6 例, >30 天 54 例, 最短 15 天, 最长 250 天。其中颈内静脉穿刺置管 48 例, 锁骨下静脉穿刺置

管 12 例。将中心静脉置管的 60 例病号随机分为常规组和观察组。经检验两组病号的年龄、性别、病种、置管部位均无显著性差异。

### 1.2 方法

常规组: 采用传统的换药方法。即 0.5% 碘伏局部消毒, 予一次性 3L 敷料粘帖胶带固定, 每周换药 2 次。观察组: 采用改进的换药方法: 先予 0.5% 碘伏局部消毒伤口, 再用百多邦擦局部伤口, 一次性 3L 敷料粘帖胶带固定, 每周换药两次。

### 1.3 观察指标

每三日观察患者穿刺伤口局部改变, 0 度: 导管入口处皮肤没有任何变化; I 度: 导管入口处皮肤红肿直径小于 1cm; II 度: 导管入口处皮肤红肿直径大于 1cm; III 度: 导管入口处皮肤红肿且周围有分泌物<sup>[1]</sup>。

## 2 结果

两种换药方法对中心静脉置管的影响见表 1。两组平均置管时间、穿刺伤口局部改变有显著性差异 ( $P < 0.01$ )。

表 1 两种换药方法的比较

组别	例数	平均置管时间/天	穿刺伤口局部改变				合计
			0 度	I 度	II 度	III 度	
常规组	30	43 ± 8.62	114	112	114	92	1444
观察组	30	101 ± 15.61	499	303	187	73	
合计	60		603	415	301	165	

注:  $t = 17.82$ ,  $P < 0.01$ ;  $\chi^2 = 102.09$ ,  $P < 0.01$ 。

## 3 讨论

感染是深静脉插管血液透析的主要并发症之一, 同时也是透析患者仅次于心血管并发症的第二位死因, 死亡率为 15~38%<sup>[2]</sup>, 导管感染发生率高与护理质量密切相关。导管相关

感染包括穿刺口感染、皮下隧道感染和导管感染, 是影响血管通路的严重并发症, 局部感染者每日消毒换药, 管周皮肤涂以百多邦软膏<sup>[3]</sup>。同时使用无菌棉质敷贴, 此种敷贴透气好, 防止原塑料敷所致汗液刺激, 避免频繁更换敷料, 同时该敷贴粘

附性好,避免导管移动刺激创口而引起局部感染从而致全身血液感染<sup>[4]</sup>。百多帮软膏对与皮肤感染有关的各种革兰阳性球菌有很强的抗菌活性,对耐药金黄色葡萄球菌也很有效。对某些革兰阳性球菌有一定的抗菌作用。改进后的换药方法能够降低感染率,延长置管时间,所以比单用碘伏优。根据我们的经验,为延长置管时间、减少创口感染,应加强对伤口的观察。若发现伤口局部感染应及时增加伤口换药的次数。

两组的置管时间和伤口局部的变化均具有显著性差异( $P < 0.05$ ) 观察组的感染率低于常规组。常规组有1例继发全身感染而拔管,而在观察组偶有伤口局部III度感染者,经增加换药次数及应用抗生素后好转,无1例因发生全身感染而拔管,观察组30例中15例留置时间超过100天,最长为250天,平均144天,均因管道出现渗漏或暂停治疗而拔管。因而我们认为,

改进的换药方法较之传统方法具有优越性。

#### 参考文献:

- [1] 闫素英,胡长春,赵淑英等.肝硬化患者锁骨下静脉置管感染原因分析及预防[J].中华护理杂志,2002,9(9):687
- [2] 管保章.长期深静脉置管在血液透析中的应用[J].现代预防医学,2008,39(9):1756-1757
- [3] 符晓,朱笑萍,吴鸿等.中心静脉导管在血液透析中的应用[J].中国血液净化,2009,8(6):311
- [4] 高燕红.血液透析患者锁骨下双导管置管术后感染的预防及护理[J].实用护理杂志,2001,17(1):12-13

编号: EA-100603803 (修回: 2010-08-07)

## 健脾通窍汤在慢性鼻窦炎 II 型围手术期的应用

### Application of Jianpi Tongqiao decoction in type II chronic sinusitis perioperative

陈正辉

(邵东县中医院, 湖南 邵东, 422800)

中图分类号: R135.91 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0070-02 证型: IDBG

**【摘要】** 目的: 观察健脾通窍汤在慢性鼻窦炎 II 型围手术期的作用。方法: 将 56 例慢性鼻窦炎 II 型患者术前随机或征求本人意见分为两组, 治疗组术前术后配合口服健脾通窍汤治疗。对照组常规围手术期治疗, 随诊 6 个月。观察两组术后疗效。结果: 治疗组总有效率为 89.2%, 对照组总有效率为 53.0%, 两组临床疗效比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 应用健脾通窍汤能提高慢性鼻窦炎 II 型手术的临床疗效。

**【关键词】** 慢性鼻窦炎 II 型; 健脾通窍汤; 围手术期

**【Abstract】** Objective: To observe the effect of Jianpi Tongqiao decoction in type II chronic sinusitis Perioperative. Method: 56 cases of patients were divided into 2 groups with type II chronic sinusitis before surgery or seek view of patient, treatment group should plus Jianpi Tongqiao decoction before and after operation. The control group routine perioperative treatment, followed up for 6 months. Observe effect of 2 groups after surgery. Result: Treatment group of the total effective rate was 89.2%, Control group the total effective rate was 53.0%, clinical comparison of the two groups, the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Application of Jianpi Tongqiao decoction can improve clinical effects of type II chronic sinusitis surgery.

**【Keywords】** Type II chronic sinusitis; Spleen Tongqiao soup; Perioperative

慢性鼻窦炎 II 型是临床上常见的疾病。多年来, 针对慢性鼻窦炎、鼻息肉所采用的功能性鼻内镜鼻窦手术 (FESS) 及围手术期的综合治疗方法所取得的疗效确定。鼻窦炎的预后与多种因素有关, 而慢性鼻窦炎行功能性鼻内镜术后, 长期顽固性、难治性流涕是其并发症之一。我们自 2005 年 1 月~2009 年 10 月选取 56 例慢性鼻窦炎 II 型的患者, 通过对其中 28 例在围手术期应用中药治疗, 发现 FESS 围手术期采用中药治疗能减少复发、提高治愈率。现报道如下。

#### 1 一般资料

##### 1.1 病例来源

病例来源于邵东县中医院五官科 2005~2009 年慢性鼻窦炎 II 型住院病人 125 例, 按以上纳入、排除标准选择合格的受试对象 56 例, 男 31 例, 女 24 例; 年龄 18~64 岁。平均 45.2 岁, 病程 1~20 年。慢性鼻窦炎鼻息肉按照 1997 年海口标准分型分期, 全部病例为慢性鼻窦炎 II 型, 其中 I 期 21 例, 2 期 23 例, 3 期 13 例。全部病例依据《中医耳鼻咽喉科学》中医辨证标准进行辨证诊断为肺脾虚弱, 湿浊上犯型<sup>[1]</sup>。

##### 1.2 病例分组

将上述病例, 术前征求本人意见分为两组, 其中围手术期配合中药健脾通窍汤治疗 28 例 (简称治疗组); 采用西医手术恢复期的综合治疗 (抗生素, 地塞米松、抗过敏药及类固醇鼻

喷剂,鼻内镜下术腔的维护,术腔冲洗等)28例(简称对照组)。确诊为慢性鼻窦炎、鼻息肉。

## 2 研究方法

### 2.1 治疗方法

全部 56 例在局麻加安神镇痛麻醉下进行 FESS 手术。对鼻中隔偏曲影响手术或应行矫正者,先行鼻中隔矫正 21 例。对中、下鼻甲有息肉样变或过于肥大者,根据具体病情分别行双中鼻甲整复或部分切除术及双下鼻甲全程外移或低温等离子射频下鼻甲部分消融术 35 例。术毕两组均用膨胀海绵 2~4 条填塞止血。术后 36~48 小时后取出术腔膨胀海绵,常规鼻内镜下术腔的维护,术后 72d,时给予冲洗液冲洗术腔。全身给予抗生素 4~6 天,术后 5~10 天出院。其中治疗组:术前 3~6 天、术后 3~6 个月采用自拟中药汤剂健脾通窍汤内服,每日 1 剂,分早晚内服。其主要成分为:黄芪 30g,白术 15g,茯苓 30g,薏仁 30g,升麻 9g,白芍 15g,白芷 9g,花粉 15g,桔梗 10g,甘草 3g,陈皮 12g,砂仁 15g,苍耳子、辛夷各 10g、石菖蒲 9g。应用时随证加减:若涕液黄黏量多加银花、鱼腥草、败酱草、黄芩、前胡,伴有表证者加用连翘、薄荷,防风。对照组:采用西医围手术期的综合治疗:除常规术后鼻内镜下术腔的维护外,术前 3~5 天及术后前 3 天口服泼尼松 15mg,1 日 1 次,3 天后减为 5mg,6 天后停用;术前术后采用抗生素盐水术腔每日冲洗 2 次;术前及术后口服开瑞坦 10mg,1 日 1 次;局部用雷诺考特喷鼻剂喷鼻,每日 2 次,早晚各 1 次,每侧鼻孔 2 揿,坚持用药 3~6 个月。

### 2.2 观测指标

记录患者一般情况、全身及局部症状、专科检查情况及中医辨证(舌苔脉象)、影像学检查、按标准术前进行分型分期、术前术后鼻内镜下所见。疗效判定:术后 6 个月按疗效判定标准判定疗效。

### 2.3 疗效评定标准(以鼻内镜检查为主,见海口会议标准)<sup>[2]</sup>

治愈:局部及全身症状消失,内镜检查窦口开放良好,窦腔黏膜上皮化,无脓性分泌物,舌苔脉象改善明显;好转:局部及全身症状明显改善,内镜检查见窦腔黏膜部分区域水肿、肥厚或肉芽组织形成,有少量脓性分泌物,舌苔脉象改善;无效:局部及全身症状无改善,内镜检查见术腔黏粘连,窦口狭窄或闭锁,息肉形成,有脓性分泌物,舌苔脉象无改善。

## 3 统计学处理

所有数据采用统计软件 SPSS11.0 进行处理,计数资料采用卡方检验,比较两组组间差异。

## 4 结果

术后 6 个月治疗组与对照组疗效评价见表 1。

表 1 两组疗效比较 (n, %)

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率
治疗组	28	19 (67.8)	6 (21.4)	3 (10.8)	(25) 89.2
对照组	28	10 (28.0)	7 (25.0)	11 (47.9)	(17) 53.0

注:治愈率经统计学处理  $P < 0.05$ , 两组疗效差异有统计学意义,治疗组治愈率明显优于对照组。总有效率经统计学处理  $P < 0.05$ , 两组疗效差异有统计学意义,治疗组总有效率明显优于对照组。

两组患者术前均经鼻内镜检查、鼻窦 CT 扫描。术后病理切片

## 5 讨论

鼻窦炎为鼻窦黏膜的炎症,鼻炎为鼻腔黏膜的炎症,二者往往相互影响,因此,现在很多学者称鼻窦炎为鼻-鼻窦炎。病因繁多,其主要为细菌感染、变态反应、窦口鼻道复合体狭窄或阻塞三大因素,近十几年来鼻内镜在我国呈现快速发展趋势,确实解决了因窦口鼻道复合体病变所致鼻窦炎患者的大部分问题,对鼻窦炎患者的流涕、鼻塞、头痛、嗅觉减退、记忆力下降等诸多症状有明显疗效<sup>[3]</sup>。然术后常规使用激素和抗组胺药物虽可达到减少局部水肿、促进炎症吸收的作用,但应用中因其适应证、副作用和耐药性及相关因素的限制,尚无法达到令人满意的效果。

祖国医学认为:慢性鼻窦炎属中医“鼻渊”的范畴,以鼻流浊涕、量多不止为特征,病因病机为虚、实两类,实症多为肺经风热、脾胃湿热及胆府郁热,相当于急性鼻窦炎。虚症多为肺脾虚弱,湿浊上犯鼻窍,相当于慢性鼻窦炎,对于鼻窦炎鼻内镜术后患者,特别是术后长期流黏涕患者,中医辨证为肺脾虚弱,湿浊上犯型,患者见鼻涕白黏或黄稠,量多,全身伴有纳呆,头昏头沉,舌淡胖,苔白或腻,脉细弱;鼻腔检查见鼻腔黏膜苍白水肿或淡红,中鼻甲肿胀,筛窦腔黏膜水肿,中鼻甲、嗅沟或鼻底见黏性或脓性分泌物潴留。鼻居面中,属清阳之窍,有赖脾脏升清功能才能维持正常的生理功能。因脾气虚弱,健运失职,湿浊上犯,停滞鼻窍所致。脾主运化水谷、水液,主升清,人体正常分泌物的运行须靠脾的正常运化功能,升清降浊,维持鼻为清阳之窍的功能,若脾的功能失调,则清阳不升,浊涕不能排泄而发病。在临床工作中我们将整体辨证与局部辨证相结合、中医辨证与现代医学辨病相结合,应用健脾通窍汤治疗鼻窦炎围手术期,立意健脾升清,化浊通窍。笔者观察发现,治疗组患者手术时间短、出血量少,术后鼻及窦腔黏膜结痂脱痂、消肿消炎的过程早且状态稳定,患者自觉鼻塞、喷嚏、清涕、畏寒、恶风、易疲劳等症状改善明显;对照组患者尤其是全身症状体征表现明显的病例在术后鼻及窦腔,黏膜结痂脱痂过程慢,炎症及水肿易反复发作,全身症状体征无明显改变 ( $P < 0.05$ )。方中黄芪、白术、茯苓、薏仁补气健脾;苍耳子、辛夷、砂仁、陈皮芳香化浊,行气醒脾兼通窍;白芍、花粉燥湿;升麻升清。因此,健脾通窍汤应用于鼻窦炎围手术期可有效改善病人虚弱、运化失常的体质,激活和提高了病人的免疫系统,从而加快了患者的自愈能力,提高慢性鼻窦炎 II 型手术的临床疗效。

## 参考文献:

- [1]王士贞.中医耳鼻咽喉科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:132-133
- [2]中华医学会耳鼻咽喉科学分会,中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会.慢性鼻窦炎临床分型分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准(1997年海口)及变应性鼻炎诊断标准及疗效评定标准[S].中华耳鼻咽喉科杂志,1998,33(3):134
- [3]叶进,李源.综合治疗在慢性鼻及鼻窦炎黏膜炎症恢复中的作用[J].中国耳鼻咽喉-头颈外科,2006,13(1):25-27



## 新时代针灸医师应具备的能力

### Acupuncturists should have abilities in the new era

胡先峰

(安徽省六安市中医院, 安徽 六安, 237000)

中图分类号: R245 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0072-01

**【摘要】** 在现代医学快速发展的环境下, 新时代的针灸医师在传承经典的同时, 应该有什么样的知识结构和实际操作技能呢? 作者认为现代的针灸医师除了传承经典, 要把传统中医学与现代医学很好地有机结合起来, 充分吸收现代医学成果, 衷中参西, 将针灸学带到新的台阶, 更切实地为大众健康服务。撰本文以期抛砖引玉。

**【关键词】** 针灸; 中西医结合; 能力

**【Abstract】** With the rapid development of modern medical, what kind of knowledge structure and practical skills should new era acupuncturists have beside heritage classic? The author believe that it is important to combine the TCM firmly with modern medicine and fully absorb the results of modern medicine. This will certainly bring acupuncture and moxibustion to a higher level and service to the public health more effectively. This essay starts a discussion paper.

**【Keywords】** Acupuncture; In the intergrative medicine; Ability

随着人们越来越重视健康, 对现代医学知识有着或多或少的了解。在这全新的环境下, 历史传承下来的中医面临新的挑战。针灸疗法在中医现代化、国际化进程中逐渐崭露头角, 但在临床实际中, 新的环境对医师的能力提出新的要求。笔者在临床一线工作, 深感在 21 世纪的今天针灸医师很有必要进行知识和能力的整合, 与时俱进。在此交流以期共同提高。

#### 1 熟悉局部解剖并能自如操控针具

针灸教材中进针深度均以历史沿袭下来的深度尺寸为标准, 实际在胖人和瘦人是有很大出入的。产生针感的层次一般都在皮肤和各层深筋膜、鞘膜、骨膜等层面。现代的针灸医生应该明确的知道穴位下这些层次的解剖结构, 熟知穴位周围的重要血管、神经和组织器官, 医生必须清楚针尖所至的位置。唯一的标准应该是解剖深度, 这是不可以用统一的深度来标准的, 为了达到这个明白的深度把握, 没有亲自做过尸体解剖, 不细心体会针下的感觉, 是不可能做到的。针灸医生应该努力加强针刺操控的精准性。尤其在基层大量的针灸治疗, 在这针刺操控的精准性方面显露出较大的盲目性, 熟知解剖很多时候需要参照各种知识, 例如针尖刺过壁层胸膜可能会没有明显的阻挡感或脱空感, 这时需要借助肋骨的深度为参照。医院呼吸科胸腔穿刺术为胸背部的针刺能提供切实的帮助。另外, 无菌操作观念亟待提高, 尤其是针刀操作, 基层医院针具刀具消毒简单粗率甚至不消毒的现象仍有存在。

#### 2 熟知现代医学知识, 中西医学有机结合指导临床

如果说中医学发展相对很完善, 那么我们临床中是缺乏对其深入细致的挖掘与阐发的。例如面神经炎的早期针灸治疗, 临床中仍有争议, 有的人说早期针灸有害, 有的认为必须尽早针灸, 双方各举出一大串的例证。其实我们结合现代医学知识来阐发一下这个问题, 就迎刃而解。早期在面神经行路线上针刺显然有所不当。例如疮疡早期是不可以针砭的, 得等到正气回复, 大量中性粒细胞聚集到疮疡处吞噬并杀灭了病原微生物后才可以砭刺出脓。而循经远道取穴针灸治疗能很好的调节免

疫防御系统, 改善病变部位的微循环和组织代谢能力, 减轻炎症不利反应, 加快机体的修复。当病原微生物引起的面神经炎急性期过后, 邪退正复时就可以在病变局部针刺了。但要浅刺, 不要过病所, 这个深度自然也是因人而异, 所以总的来说, 针灸治疗面神经炎越早越好。要注意病变局部针刺的时机和深度, 尤其不能在病原微生物引起急性炎症的地方予以反复的针刺。医生在充分运用中医四诊的同时, 还要熟悉现代的临床辅助检查, 包括生化、微生物、细胞学检验, 以及影像、生物电、超声等检查方法, 更好的把握患者机体的生理病理状态, 为针灸治疗提供更有用的帮助和依据。

再如中风康复, 针灸在预防中风及中风康复方面卓有成效。大部分的中风康复有一个循序渐进的恢复过程, 在这个恢复过程中, 患者的原始反射基础上引导出的异常运动模式在什么时候都需要避免的, 要注意合适的体位、设计动作训练、日常起居活动方法, 以及患者感受到的刺激包括针灸、按摩、理疗等。只要这些动作或治疗引起的结果是异常运动模式的强化, 就应及时调整方式方法, 引导出正确的运动模式和“有用”的动作。例如患者在康复的早期出现上肢屈肌痉挛, 随着时间的推移, 患者会出现努力可以抓握但手指不能自主松开的现象, 这种努力所达到的抓握直接强化了屈肌痉挛, 抑制了伸肌的收缩。绝对不能在脱离严密的医学观察下练习抓握, 那正确的针灸治疗是可以在伸肌群的穴位上浅针, 同时仔细观察手指的反应, 如果见到某个手指突然因针刺诱导出现的伸展, 这一刺激无疑是有益的; 如果针刺引起抓握更甚, 就应避免。这整个康复过程中要不断抑制异常运动模式, 促进有用的肌肉收缩, 建立正常的运动模式, 针灸做的恰当, 能立即缓解痉挛, 立即促进弛缓肌肉收缩。

中医是古老历史传承下来的, 在现代医学环境里, 针灸中医师既要深入挖掘传统, 又要借鉴和融合现代医学知识, 为患者提供更好的服务。

编号: E-10061245 (修回: 2010-08-09)

## “产后中风”概念诠释

Explaining the concept of *postnatal stroke*

汤红丽 盘兰娇 王光彩

(南宁市第四人民医院, 广西 南宁, 530023)

中图分类号: R743.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0073-02 证型: ADI

**【摘要】** 产后中风因内虚而中风邪而发, 治疗以扶正祛邪, 表里兼顾为主。治疗以扶正祛邪, 表里兼顾为主, 辨证论治, 明确诊断, 提高本病的治愈率。

**【关键词】** 产后中风; 产后发热; 产后痉证; 中风病; 概念理解

**【Abstract】** Postnatal stroke was Neixu causing stroke. Taking Fuzheng Quxie therapy, and Biaoli Jiangu therapy, treating in differentiation. Different of clinical symptoms, and diagnosis of clear, improve the cure rate of the disease.

**【Keywords】** Postnatal stroke; Postpartum fever; Postpartum convulsion; Stroke; Conceptual understanding

“中风”, 中医理解为中于风, 即伤于风邪。《六因辨证》云: “风疾尤速, 贻害无穷”。风的病理特点, 为善行而数变, 风盛则动, 为百病之长, 巅顶之上惟风可到; 风邪为外感之邪, 中风具有发病急, 变化快, 见证多, 病情重等临床特点。在不同文献著作中, 各家对“产后中风”概念的理解各有不同, 现就个人临床体会加以诠释。

## 1 概念佐证及释疑

马宝璋<sup>[1]</sup>在教材《中医妇科学·产后病》篇中指出, 产后脏腑伤动, 百节空虚, 腠理不实, 卫表不固, 摄生稍有不慎更可发生各种产后疾病, 如“产后发热”、“产后痉证”等, 与诸多文献有“名异意同”之象。

### 1.1 一曰“产后发热”

“产后发热”指产褥期内, 高热寒战或发热持续不退, 并伴有其他症状者称之。相当于西医学之“产褥感染”。

《金匱要略·妇人产后病脉证治第二十一》篇论“产后中风”共两条。

第八条: “产后风续之数日不解, 头微痛, 恶寒, 时时有热, 心下闷, 干呕, 汗出, 虽久, 阳旦证续在耳, 可与阳旦汤 (即桂枝汤)”, 本条论述产后外感风邪的证治。产后气血俱虚, 腠理不固, 易招风寒侵袭, 正虚邪微, 正虚而不能驱邪外出, 邪微则淹延数十日而未入里, 卫在外与邪相争, 阳气浮动, 故时时有热, 仍表现为阳旦汤证 (太阳中风证), 始终未被解除, 可用阳旦汤 (桂枝汤) 解表祛邪, 调和营卫。张子强<sup>[2]</sup>报道, 临床应用桂枝汤随证加味治疗产后中风患者 26 例, 效果极佳, 可见这里的“产后中风”即所谓的产后发热。

第九条: “产后中风, 发热, 面正赤, 喘而头痛, 竹叶汤主之”, 本条所述以发热、头痛为表证, 其面正赤、喘为真阳上浮, 咳喘而气急, 虚热薰蒸。本病因产后气血两虚, 外感风邪、营卫失调而致。治以竹叶汤调和营卫, 行气补血, 祛风。

此两条中“产后中风”之证, 运用桂枝汤、竹叶汤治疗并见其疗效, 足以将其理解为产后发热之证。

### 1.2 二曰“产后痉证”

“产后痉证”指产褥期内, 突然项背强直, 四肢抽搐, 甚则口噤不开, 角弓反张者称之, 又称“产后发痉”、“产后痉风”。本病血虚型相当于西医学之“产后搐搦症”, 感染邪毒型相当于西医学之产后“破伤风”。

产后痉证始见于《金匱要略·妇人产后病脉证并治》篇, 谓“新产血虚, 多汗出。喜中风, 故令病痉。”隋朝巢元方主编《诸病源候论》指出本病乃“因产伤动血脉, 脏腑虚竭……荣卫虚伤, 风气得入五脏, 伤太阳之经, 复感寒湿, 寒搏于筋则发痉”。明代龚廷贤在《寿世保元》中论“产后中风, 切不可便作风治, 不可服小续命汤之类, 宜大补气血, 若中风口噤, 乃血虚而风入夹口, 筋得风则急, 故口噤也。若角弓反张, 乃体虚而风入於诸阳之经, 故独腰背挛急, 如角弓反张之状也, 治以气血双补, 祛风止痉, 表里兼顾, 用以归术保产汤去香附、干姜, 加秦艽、羌活, 又宜当归、荆芥各等分”。此为产后发痉, 因失血过多, 元气亏极, 或外邪相搏, 其形暴露于牙关紧急, 四肢劲强, 或腰背反张, 肢体抽搐。此“产后中风”即产后痉证。

杨绍明<sup>[3]</sup>报道祖传秘方治疗产后中风, 药物组成: 大血藤, 小血藤, 茜草根, 益母草, 马蹄金, 铲子球, 藤皮叶, 犁头草, 三月菖, 屋苞, 九节风, 枫木尖, 木通。主药占处方的四分之一或三分之一。根据所选药物, 治疗以祛风活血, 清热解痉之品居多, 推此“产后中风”乃产后痉证。

### 1.3 三曰“中风病”

张玉珍<sup>[4]</sup>在其主编的《新编中医妇科学》中诊断“产后痉证”时与“产后中风”相鉴别, 此“产后中风”即“中风病”。王永炎<sup>[5]</sup>在教材《中医内科学》中论述中风病, 本病指由于气血逆乱, 产生风、火、痰、瘀, 导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外。临床以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语蹇涩或不语、偏身麻木为主症。其临床表现与西医所称的脑血管病相似。

依据脑髓神机受损程度的不同及有无神识昏蒙的症状, 则

(下转 75 页)

## 性病孕产妇的心理问题及心理干预

## Psychological problems and psychological

## intervention of pregnant woman with venereal disease

莫炎锋

(广西医科大学第七附属医院, 广西 梧州, 543000)

中图分类号: R167 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0074-02 证型: GDA

**【摘要】** 目的: 分析患性病的孕产妇的心理状态, 为其心理疾病的防治提供依据。方法: 采取自编问卷调查, 一对一的提问, 了解性病孕产妇的主要心理问题并针对 120 例孕产妇不同的心理问题, 采取相应的心理支持、疏导。结果: 120 例住院期间合并性病的孕产妇, 她们能积极配合治疗, 身心都得到了康复。结论: 通过对合并性病的孕产妇心理护理, 建立良好的社会支持, 家庭成员关爱等护理干预, 以减轻患者的精神压力, 对母婴身心健康和控制疾病具有重要意义。

**【关键词】** 性感染; 孕产妇; 心理护理

**【Abstract】** Objective: To analyze the mentation of maternal suffering from STI, to provide the basis for prevention and treatment of mental illness. Methods: Taking auestionnaires, to understand the psychological problems of maternal suffering from STI and to psychologically support and ease 120 cases of maternal suffering from STI by treatment in differentiation. Results: 120 cases of maternal suffering from STI can actively cooperate with the treatment, body and mind have been recovered. Conclusion: By the psychological care of maternal suffering from STI, establishing a good social support, care of family members, based on that to mitigate the pressure of patient, it has important significance for health of maternal and child with control of disease

**【Keywords】** infection of sex; Maternal; Psychological care

性病是通过密切性接触及母婴垂直传播或污染物间传播的一组传染疾病。而性病又是一种特殊的疾病, 与道德、伦理、婚姻、甚至法律有着密切的关系, 它不仅给患者造成身体上痛苦, 甚至产生一系列特殊的心理问题<sup>[1]</sup>。

由于近年来孕产妇患性病的发生率逐年增高, 孕妇在妊娠期间分娩后体内激素水平会急剧变化, 故整个围产期产妇的情感会显得异常脆弱、敏感、更易在外界因素、社会的压力、亲人的表现、医务人员及周围环境、婴儿健康等因素影响下出现精神、心理障碍。<sup>[2]</sup>

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

被调查者为 2008 年 2 月~2009 年 12 月在我院产科住院的

合并性病的孕产妇共 120 例, 孕 28~41 周, 其中梅毒 60 例、淋病 10 例、尖锐湿疣 32 例、非淋菌性尿道炎 18 例。文化程度: 初中及以下 43 例、高中及以上 77 例。初产妇 86 例, 经产妇 34 例。

### 1.2 方法

采用自行设计的调查表, 调查者与被调查者进行直接交流, 在保护患者隐私的情况下, 采用一对一的问答, 并选择愿意配合调查工作且能正确表述自己感受的孕产妇。

## 2 心理状态调查

对于合并性病的孕产妇其心理变化更加复杂, 了解她们的心理状况, 加强心理护理使她们在孕期中保持最佳心理状态是护士重要职责, 也是提高护理质量的重要环节。

表 1 心理状况调查

例数	羞愧保密	焦虑恐惧	失望怀疑	消极无所谓	委屈怨恨
120	36 (30%)	48 (40%)	12 (10%)	6 (5%)	18 (15%)

## 3 心理分析

### 3.1 羞愧保密

由于社会观念的影响, 患者往往认为性病是难以启齿的, 不想让家人亲戚、朋友知道, 担心受到歧视, 影响以后的工作、生活。

### 3.2 焦虑恐惧

由于患者缺乏对性病的了解, 确认为性疾病后把自己当作

传染病患者, 害怕家人的责备, 担心性病传染给胎儿及性病治疗后对胎儿的影响, 从而加重孕产妇的焦虑, 恐惧的不良心理, 容易烦躁, 坐立不安, 失眠、食欲减退, 不知所措, 对治疗缺乏信心。

### 3.3 失望怀疑

此类患者占 10%, 其心理特征是寡言少语, 疑虑重重, 对检查结果反复追问, 对人、对事存有猜疑。

### 3.4 消极无所谓

认为自己得了不治之症,并影响到胎儿,对治疗失去信心,有放弃胎儿的想法,甚至自己也有轻生的念头。

### 3.5 委屈怨恨

自己什么时候患上的性病也不知道,在产检时才发现,而且了解到性病的传播途径后,被传染者情绪激动,一方面觉得很委屈,因为自己没有不良的生活作风,另一方面对丈夫的不忠而深恶痛绝。

## 4 心理干预

为使全面恢复患者身心健康在用药物治疗的同时融入心理护理。心理干预治疗是临床上最常见的心理治疗方法之一,及时的心理干预可解除患者存在的心理问题,使患者以良好的心理状态去面对现实,增加对医护人员的信任感,从而保证治疗的正常进行。首先,要考虑孕期的生理变化,各时期的心理特点和社会因素,在建立良好的医患关系的基础上,通过语言和非语言手段,利用心理学的理论和方法,预防和消除孕妇的不良情绪,促进孕妇的身心健康,从而促进胎儿的生长发育。

4.1 建立良好的医患关系,实施保护性治疗和护理措施,尊重患者的人格,不歧视、不评判,理解患者的心理处境。医生、护士询问病史时要让无关人员回避,未经患者许可,来访者询问病情一律不予正面回答。不把病人的病情当作谈笑资料。让患者保留自尊,还要尽可能采用专人治疗,人员固定取得患者信任。为患者保密使其感到真诚温暖,具有安全感和信任感,能对护理人员倾心相谈,说出心理话,从而积极配合治疗。

### 4.2 心理支持

采用同情、理解、劝导、支持、消除疑虑等交谈方式,帮助孕产妇改善心境,提高自信心,从而促进身心康复。调动患者积极性,做好自我心理调节,消除紧张、恐惧心理,并鼓励她们与其有密切性接触的丈夫同时检查和治疗,以防交叉感染,影响疗效。介绍性病的有关知识和传播途径,使其认识到只要坚决切断感染途径,坚持早期,正规的治疗,不但可以治愈,也可以阻断母婴传播,增加治疗信心。

4.3 运用心理学的原理和方法,来调整患者的不良情绪,纠正不当的应对方式。做好有关性病知识、心理卫生知识的宣传教育工作,让患者树立起健康的行为,建立起良好的道德观念和

培养良好的性格<sup>[3]</sup>同时也要做好患者家庭成员和社会成员的思想工作,取得他们的理解、安慰、支持,使患者更好地配合医生的治疗,使身体尽快康复。

4.4 社会家庭支持对于孕产妇围产期心理疾病的发病,治疗、预后、康复均有重要的影响,是影响孕产妇围产期心理病情变化的重要的因素。<sup>[4]</sup>护理人员以病人为中心,不仅需要做好疾病的护理,还要重视患者的心理护理及帮助处理好家庭、社会的关系。教育家庭应怎样配合医生治疗,减轻患者的心理压力、增强患者的信心和彻底治疗疾病的勇气,而不应鄙视、抛弃,减少歧视,增加宽容和理解,给予同情和关爱。做好出院指导,预防婴儿感冒,加强喂养。产妇注意休息,母婴按时随访,对新生儿建立儿童保健手册,进行0~3岁系统管理。

### 4.5 一般性心理护理和个性心理护理相结合

根据不同年龄,职业,学历孕产妇不同心理需求进行心理指导。告诉患者治疗过程中注意事项,家庭隔离及预防方法,强调规范治疗的重要性。对患者提出的有关性病问题做到耐心解释。护士要随时观察患者的心理活动,要多关心、多问候,让患者感觉到护理人员的重视和尊重,及时给予心理支持,进行心理疏导和帮助,遇患者出现不良情绪时,护士要以和蔼的态度、恰当的语言,引导和帮助患者消除烦恼,理顺情绪,增强其战胜疾病的信心。

要重视性病孕产妇的心理表现,针对不同的心理状态施以适当的心理疏导,将躯体治疗和心理治疗有机地结合起来,使患者的身心得到完全康复。将有助于预防或减少妊娠、分娩并发症发生,有助于降低围生儿窒息、死亡率,提高出生人口素质。

## 参考文献:

- [1]汪治廉.性医学,性病,优生[M].北京:北京科技出版,1994:4
- [2]袁浓根,赵苗青.孕妇产前心理状况调查[J].中国妇幼保健,2005,20(13):1682
- [3]杨海棠.性病患者心理调查与心理治疗浅谈[J].岭南皮肤病性病科杂志,1999,5(3):36-37
- [4]范玲,黄醒华.对孕产妇的心理评估干预[J].中华围产医学杂志,2001,4(3):58-59

编号:EA-1005248780(修回:2010-08-12)

(上接73页)

临床辨病辨证有中经络或中脏腑之分。卢静<sup>[6]</sup>报道针刺治疗产后中风(风中经络)一例,取穴:右风池、头维、肩髃、曲池、合谷。手法:平补平泻。随证加减一次,共治疗27次,痊愈出院。此例“产后中风”为我们常说的中医的中风病。

## 2 结语

综上所述,历代医家对“产后中风”病的认识各有偏颇,临床症状各有不同,但其皆发生于产后百脉空虚,气血俱去,多虚多瘀,筋脉失养之时,因内虚而中风邪而发,治疗以扶正祛邪,表里兼顾为主。如何正确理解它的真正含义,则需要从

临床症状多角度、多方位分析,辨证论治,明确诊断,提高本病的治愈率,保障产妇生活质量。

## 参考文献:

- [1]马宝璋.中医妇科学[M].上海:上海科学技术出版社,2000:185-191
- [2]张子强.桂枝汤加味治疗产后中风26例之体会[J].中国社区医师,2004,6(5):46
- [3]杨绍明.祖传秘方治疗产后中风[J].湖北中医杂志,2002,2(4):155
- [4]张玉珍.新编中医妇科学[M].北京:人民军医出版社,2001:554

编号:ER-10060902(修回:2010-08-05)

## 郁证与调法

## Depressed syndrome and regulation

赵文鹏 刘忠义

(河北省盐山县人民医院, 河北 沧州, 061300)

中图分类号: R749.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0076-02 证型: GDA

**【摘要】** 郁证可见于多种疾病, 本文突显辨证论治与整体观念的治疗特色, 对郁证的调理略陈管窥。**【关键词】** 郁证; 调法; 中医疗法**【Abstract】** Depressed syndrome can be found in many diseases. This article makes the treatment characteristics of treatment in differentiation and overall concept prominent, to state the conditioning of depressed syndrome**【Keywords】** Depressed syndrome; Regulation; TCM therapy

郁证是临床常见病证, 贯穿于多种疾病中, 大凡表现气机阻滞, 气血津液运行紊乱, 失其通畅调达者均属此类。调法是综合人体气血阴阳状况, 以及身心环境诸多因素, 而采取“以证辨治切中病机”的原则, 以消除异常失衡的病理状态它突显了辨证论治与整体观念的治疗特色, 本文拟“郁证与调法”略陈管窥。

“郁者, 抑而不伸之义”。既郁阻、积滞、蕴结不通的含义。郁是导致疾病的一种潜在因素, 郁之为病, 源自《内经》“木郁、火郁、土郁、金郁、水郁”五郁之说。它包涵了天地运行失常, 太过与不及对人体五脏之气机受病邪客忤及五脏气机郁滞而引发的诸多病症, 后世医家多有论述。隋·巢氏《诸病源候论·结气候篇》谓:“结气候者, 郁思所生也, 心有所存, 神有所止, 气留不行, 故结于内”。明确指出忧思导致气机郁结之论点。金·朱丹溪《丹溪心法·六郁篇》云:“气血冲和, 万病不生, 一有拂郁, 诸病生焉。故人身诸病, 多生于郁。”强调了气郁滞是导致诸多疾病的重要病理变化, 并提出六郁(气、血、火、食、湿、痰)之说。创立了六郁汤, 越鞠丸。从郁证病因病机角度开拓了郁证的理、法、方、药之先河。明·张景岳宗《素问·六元正纪大论》及《丹溪心法·六郁》之说, 就郁证的机因, 提出由情志, 外邪, 饮食等因素所致病, 郁病不单一由情志而起, 外之六淫亦可又为郁。如《景岳全书·郁证篇》曰:“凡五气之郁则诸病皆有, 此因病而郁也。至若情志之郁, 则总由乎心, 此因郁而病也”。明确指出了五气之郁称为“因病而郁”, 将情志所致之郁, 称为“因郁而病”。到了清·赵献可把郁证的概念缩小为七情之病的忧郁之郁。并指出:“《内经》五郁为五运之气所乘以致郁, 不必作忧郁之郁, 忧乃七情之病, 但忧亦在其中。”清·叶天士《临证指南医案·郁》所载病例, 均属情志之郁。并提出“郁则气滞, 气滞久必化热, 热则津液耗而不流, 升降之机失度, 初伤气分, 久延血分”的病机特点。近代医家论郁证多从七情内伤之郁立论。

郁证的临床表现大多隐晦内蓄, 迟留不发, 客观指标不显易见, 或自觉痛苦明显, 莫可言状, 多数病证迁延日久, 头绪纷乱, 虚实错杂, 寒热并见。最常见的症状, 如情绪易于波动,

急躁易怒, 忧思少欢, 心情郁闷; 或胸胁胀满, 脘闷纳呆、嗝气频频, 善叹息, 或喉中有异物感; 或心烦意乱, 心悸, 少寐多梦; 妇女月经不调, 乳房胀疼, 少腹坠胀痛等。其症状复杂多样, 不可胜举。

郁症, 既可是一个独立的病症, 又是多种疾病中的气机阻滞, 气血津液运行紊乱, 脏腑机能通畅调达失衡的病机概念。今就由郁为病而言, 无论“因病而郁”或“因郁而病”, 郁可贯穿其中。在内科杂病中, 不管是外感还是内伤, 由寒转热, 由湿温化热, 由实变虚, 虚实交错之转化, 其演变和归宿虽有不同, 但郁寓于其中, 故《内经》有“百病皆先于气”之说。郁与气二者有着互为因果的内在关系, 气滞首当其冲, 精、气、血、神均可受伤。郁之日久, 继而血瘀、痰结、湿浊、热毒、食积诸证可接踵而来, 其有形之症结均以显现。如气喘、咳嗽、气厥、气胀、气痛、气疝、气淋、脘腹痛、胁痛、积聚、眩晕、心悸、不寐、乳腺病、不孕证等, 其机因都包涵着“郁”的问题, 这正是郁的广义所在。

“调者, 理也, 和也。”调既调和之意, 是针对诸多疾病中错综复杂的症状, 权衡利弊, 采取较为全面的综合施治措施。就调法而言, 在具体治疗上应从证辨治, 审证求因, 准确病位, 细查病性, 方可切中病机, 合理用药, 才能圆机活法。《内经》曰:“谨察阴阳所在而调之, 以平为期……。知犯何逆, 随证治之”。调法特点, 在于立法的灵活性, 不同于“何病用何药”, 而针对病机而治之。如调阴阳, 调气血, 调升降; 扶正祛邪, 攻补兼施, 诸证并治, 寒热并施; 升清降浊, 越上引下, 因势利导等。其目的“阴平阳秘, 以平为期”。

“治郁宜调中”是历代医家所宗之法则, 脾胃为后天之本, 气血生化之源, 气机升降之枢纽, 若中枢气机不利则整体皆废。《医方集解》曰:“郁病多在中焦, 中焦脾胃也, 水各之海, 五脏六腑之主, 四脏一有一不平, 则中气不得和而皆郁矣。”《证治汇补》曰:“治郁之法, 多以调中为要者, 宜开发运动, 鼓舞中州, 则三阴三阳之邪, 不攻自解。”调法中都寓有舒肝的道理, 对治郁宜调中, 是指治郁调肝为主, 当以脾论治, 并非(下转 78 页)

## 中医说动脉粥样硬化

## Discussion on atherosclerosis in TCM

范维乾 张玉录 孙砚霞

(北京东四中医医院, 北京, 100007)

中图分类号: R322.1+21 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0077-02 证型: IDBG

**【摘要】** 中医的宏观理论中包容微观的分子细胞, 二十一世纪是中医学大步走向微观、走向现代自然科学的新时代! 本文仅以动脉粥样硬化为例, 证明中医理论不是脱离微观的纯宏观, 与现代科学沟通是它与生就有的本能。中医学的先进性、科学性、现代性居于世界领先地位, 中华文化之瑰宝中医学将以崭新面貌亮相登台, 傲立现代自然科学之林!

**【关键词】** 中医; 人体社会科学; 分子细胞; 动脉; 痰; 升降; 肺肝; 瘀阻

**【Abstract】** Inclusive the molecular cell of microcosmic in macro-theory of TCM, 21 century was new age of TCM step trend microcosmic, step trend modern natural! In order case for atherosclerosis, prove the TCM theory wasn't pure macro of divorce microcosmic, and modern science communication was instinct of them. Advanced, science, modernity of TCM for world leader.

**【Keywords】** TCM; Human and social sciences; Molecular cell; Artery; Sputum; Lifting; Lung liver; Stagnation

动脉粥样硬化(AS)是指动脉管壁增厚变硬, 失去弹性和管腔缩小的病变。脂质与糖类沉积, 从动脉内膜渐向动脉中层侵蚀, 继发出血、血栓、纤维增生和钙质沉积, 以致动脉管壁变硬变腔口径缩小。进而导致心脑血管等脏器缺血性病变。

祖先们没有现代科技手段, 但“八尺之士……其死可解剖而视之”, 用肉眼观察了皮肉筋骨血、心肝脾肺肾, 创造出了中医学。今天有了显微镜等等现代设备, 分子细胞一览无遗, 中医学应该从肉眼时代进入显微时代。古人云, 逢山开路, 遇水搭桥。鲁迅说路是人走出来的。从黄帝内经走了第一步, 从世纪之交开始了第二步, 中医学的“显微”时代, 向分子细胞领域进军的号角吹响了!

黄帝们说“心部于表, 肾治于里”“心肾为一身之大表里也”等等理论, 始终以两分观念分析人体, 将复杂地人体结构简化为两个层次, 登高而望远, 驾轻则就熟, 从而进军微观, 随心所欲, 茗茶品酒, 高歌猛进!

杯子盛水, 只有壁和水两层结构。鸡蛋、葡萄、细胞莫不如此。笔者称它们的“皮或壁”为皮膜, 皮膜容纳着水液。大而言之, 人体不过是皮膜系统容纳着水液而已。中医学最讲物质性, 不但承认生命的物质性, 进而对其占有时间空间的时空性总结为“容纳”。如人体的空间位置感属于容纳, 在血压忽高忽低时, 动脉容量盈亏时等等情况下, 会发生眩晕呕吐的胃气上逆现象, 就是容纳出现了问题。容纳后就要对容纳底物进行加工, 使之由“生”变“熟”, 由非己变自身, 因为非己物质是“身外之物”, 必先经过皮膜, 才能由外入内、由表进里。笔者称为肺胃合皮膜主容纳腐熟主表。这就是西方没有东方有, 中华人体科学的先进性和科学性!

肺胃合皮膜主容纳腐熟主表, 适用于分子细胞和组织脏器。比如肾上腺素来到了细胞, 虽然是自身组织产生的激素, 但对于细胞讲属于非己, 先被细胞膜(皮膜)的受体容纳, 进行识别, 决定是接受或排斥拒绝, 如是接受, 就由受体的酶系

统进行腐熟, 结果从肾上腺素中提炼出了信息, 将此信息传入细胞内, 再经过细胞内的容纳腐熟系统再加工, 最后这个信息才能发生它分解糖元为葡萄糖的效应。病毒细菌、食物要进入人体, 死亡衰老的自身细胞面临免疫细胞, 脂质等非血管壁自身结构的病理性物质进入血管壁, 都要经过肺胃之容纳识别腐熟过程或规律性。因此, 肺胃主表而可容纳腐熟是高度提炼的藏象语言, 适用于广泛的生命过程。

黄帝们说, 正气不虚, 病安从来? 从来都把疾病看成正邪两个层次去考量。张景岳说:“一来则一往, 一升则一降, 而造化之机正互藏为用者也”, 在动脉壁的硬化问题上, 不能只说脂质, 还有抗硬化的方面。血管壁和血液是两层结构, 血管壁皮膜容纳着血液。血液属于心肝脾和营分为里, 血管壁属于肾肺胃和卫分为表; 前者属于升, 后者属于降; 前者属于火和木, 后者属于水和金, 两者维持着动态平衡。

人体结构物质谓之精。蛋白质和脂质属于精。但其发生非正常的三变时, 就变成了痰邪。三变指变性、变形、变态。精是元气(生命原动力)载体, 元气有余则为热, 正常脂质为水谷精微, 超高血脂成为痰, 元气有余成为热, 成为痰热病邪。肺胃主皮膜, 喜润恶燥, 喜凉恶热, 喜通降恶上升, 故肺胃与痰热不两立, 肺胃强则痰脂化, 肺胃弱则脂质胜, 胜则入侵皮膜血管壁, 使之痰变为粥样硬化。

兹参考 Ross(1976)提出的 AS 斑块形成的损伤反应学说, 予以剖析。叶天士说温邪上受首先犯肺, 笔者称病邪外受, 首犯肺胃, 皮膜应之。血管壁的皮膜属于卫分, 是一层半透性屏障, 本身就具有防脂侵抗硬化功能, 关于这方面资料很少, 应该深入研究。它能释放抗增生效应的扩血管物质如一氧化氮(NO)。增生属于肝脾向上之阳热, 缩血管属于肝脾藏血统血的收升之气, 而抗增生和扩血管属于肺胃宣降、释血之气和容纳腐熟之气。

在高血压、糖尿病、吸烟、感染等内外因素对血管内皮的

慢性损伤下,致使肾亏肝旺,皮膜受损,肺胃肃降不及,受纳腐熟即抗血管壁损伤能力下降,如内皮合成分泌 NO 减少;同时心火肝热、血热血粘稠而内皮素释放增加(属于肝气收升的缩血管物质),内皮粘附因子的表达增加(属于热邪),内皮的抗血栓功能紊乱(属于肺胃释血,而血栓形成属于肝藏血)。在以上木火刑金的态势下,营强卫弱,肺胃皮膜失固而卫虚,脂蛋白和其它血浆成分对内皮的通透性增加而营热。

营热卫虚,脂质犯肺,首犯皮膜,血管痰变。血浆 LDL 乘内皮皮膜损伤之机,进入血管壁成为痰邪。如果肺胃受纳腐熟健全,则可腐熟而化之,但肺胃肃降、腐熟功能下降,即化痰不及,痰热蕴肺。

肺胃主腐熟,包括腐熟酶类和氧化作用,因此,可以说肺胃主氧化。《灵枢》说“胃热则消谷”,张聿青说:“胃为阳土,水谷至此,顷刻即消,吾身之一丹灶也”,肺胃氧化之热能消谷也能消“血肉皮膜”,但正常人体“一来则一往”,自有防范,称为肺胃之阴。在肺胃阴阳协调时的氧化过程“风平浪静”,不会出现热象。如果肺胃阴虚,或超氧化,就会成为病理性的肺胃阳明燥热,就会损伤自身皮膜。

营分在里,卫分在表,免疫系统的防御功能属于卫分,肺胃主卫分主免疫。巨噬细胞属于肺胃卫气,其吞噬、腐熟氧化功能属于肺胃“消谷”之热。但在营热卫虚、木火刑金情况下,肺胃燥热而腐熟氧化功能下降,脂蛋白进入皮膜后,与细胞外的基质物质蛋白多糖结合为痰湿病邪,增加了腐熟的难度。虽然血管内皮细胞、巨噬细胞都能氧化 LDL,反而吞而不化,炼精为痰,使之成为顽痰。如巨噬细胞虽然能吞噬 LDL,但氧化后的 LDL 能抗腐熟(能与巨噬细胞的清道夫受体结合,被一起吞入),吞而不化,愈吞愈多,吞噬细胞由于吞噬大量的脂质变成巨噬泡沫细胞,成为痰湿热三邪蕴肺,此邪藏于血管内皮之中,成为皮里膜外之痰的斑块,最难消除。

泡沫细胞愈积愈多,死亡后释放出痰湿热性脂质 LDL;还

释放出有腐蚀毒性的属于阳明胃热的水解酶;释放出阳明燥热性自由基;还释放出属于阳明胃热的促炎介质(如血小板源生长因子、成纤维细胞生长因子、肿瘤坏死因子、白介素、花生酸类等等),诸多因素相加为患,于是纤维斑块牢固结实,形体渐大,突出血管内壁;动脉痰变而变厚变硬,内径缩小,血流受阻。

《素问》说:“胃者六府之海,其气亦下行”“六府者,所以化水谷而行津液者也”,王孟英说:“胃为阳土,宜通宜降”,所以胃府即水谷津液流通场所,流通则谓之通降。动脉血管属于胃府,是血液的流通管道,流通则肺胃通降,阻滞则肺胃失降。AS 可以分为三个阶段,初期是脂质积累的痰变阶段,血管壁虽然痰变,痰湿热三邪胶结皮膜,但血管腔仍保持通畅,此期称为胃府痞满期,临床可以没有明显症状,或出现胸脘不适、痞塞满闷,临床多见于泻心汤证。中期阻塞血流,心脏长期慢性供血不足,以口唇青紫最多见,往往 30 岁就发生了,时有前胸后背的闪疼,已经进入瘀血阶段,宜理气化痰通脉、豁痰消积。后期则是心梗发生,要急诊抢救。此病现时较多且年轻化,属于富贵病,多伴有血糖血脂血压的三高,多数服用西药,不仅症状被掩盖,自以为无病健康,不肯就诊中医,而且脉象也不明显。但久候左关见洪滑,右脉多弦紧,乃肝旺及胃府脉道受阻之象。多年临床中,见右手脉弦浮且硬而无明显不适者,不解其意。今方明白是动脉硬化的慢性过程。右脉主降,象肺胃下行之气,象诸管道(包括血管、前列腺、子宫、二便、腰腿血脉)的通畅与否。弦乃阻滞之象,血脉欲行而有物堵之。以笔者所见,寒湿者五积散,麻黄附子细辛汤;湿热者半夏泻心汤导痰汤;瘀阻者柴胡桂枝汤逐瘀汤水蛭三棱等;痰重者白芥子,葶苈子,枳实,槟榔,山慈菇,鸡内金,半夏,瓜蒌等;阴血虚亏者龟鳖二甲归芍熟地等。

编号: ER-10060401 (修回: 2010-08-05)

(上接 76 页)

说郁证仅涉及气郁和脾胃一脏一腑,而是贵在使五脏气机协调,升除出入不悖,不重在攻补,而在乎于苦泻而不损胃气,用辛理气而不破气伤正,用滑润濡燥而无滋腻,用宣通而不握苗助长矣。调中之药宜轻灵,取其通达之性,借以通为用力,舒以平之。此谓医者构思灵巧,运用调法之妙矣。

张景岳谓:“天下之病,变态虽多,其本则一,天下之方,治法虽多,对症则一。”对治郁而言,切中病机,以顺应脏腑之属性,以和解虚实寒热错杂之邪,拯救坏逆之变,以平衡机体协调作用。譬如肝病而言,病因湿热,疫疠之邪入侵机体,蕴结于内,脾胃升降失司,湿热熏蒸肝胆所致。然湿有内外之分,内湿乃责之于脾,因脾虚失健,则产生湿邪于内,而影响运化。加之病毒之邪外侵,内外交合,蕴成湿热之征。肝受邪则郁而不达,湿阻中焦而不运,其治之以调,当以条达木郁入手,疏肝理气条达木郁,辅以畅调中州,转枢少阳,达到抑制木郁反克取胜,从而使邪去正安。又如不寐证,人之内伤忧郁

致病则为之多见,而郁又多缘于志虑不伸,气先为病,肝之受及又居于首,因为肝在五脏中既有生化调节之功,又有制约平衡之作用,一旦失常则气血不调,血脉淤滞生焉。《景岳全书·不寐篇》曰:“不寐证虽有不一,然虽知邪正二字则之矣。盖本属阴,神其主也。神安则寐,神不安则不寐。其所以不安者,一由邪气之扰,一由营气不足。有邪者多郁,无邪者多虚。”实则为郁,由郁而生火,火上扰心。郁久化热,热则伤阴,营阴被耗,虚则不营于心,又阴耗于下,不能上奉,水火不济,则心肾不交。由郁化热炼津成痰,魂魄被扰,诸多症候,虚实交错,皆因于郁。治之以调清肝开郁,神安则寐,治木证而诸郁之解。

#### 作者简介:

赵文鹏(1950-),男,主任医师,从事中医内科临床工作。

编号: E-10061240 (修回: 2010-08-02)

## 中西医结合治疗青春期功血 106 例临床观察

Clinical observation on treating 106 cases  
of puberty DUB in the integrative medicine

黄晓桃 罗彩娥 杨雅琴

(湖北省妇幼保健院, 湖北 武汉, 430071)

中图分类号: R271.11+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0079-02 证型: BDGI

**【摘要】** 目的: 观察妈富隆加自拟青春固崩止漏汤与单纯妈富隆治疗青春期功血的临床疗效。方法: 将 106 例青春期功血患者按就诊先后随机分为中西医结合治疗组和西药对照组, 2 组均治疗 3 个月为 1 个疗程, 将 2 组治疗的总有效率和止血时间进行比较。结果: 治疗组有效率为 96.22%, 对照组有效率为 83.01%, 两组总体疗效比较, 差异有显著性 ( $P < 0.05$ ); 治疗组止血时间较对照组明显缩短, 差异有显著性 ( $P < 0.05$ )。结论: 妈富隆结合自拟青春固崩止漏汤治疗青春期功血效果显著, 副作用少, 是一种安全、有效、副反应小的治疗方法。

**【关键词】** 青春期; 功血; 青春固崩止漏汤; 妈富隆

**【Abstract】** Objective: To investigate the effect of treating puberty DUB in the integrative medicine. Methods: 106 patients with adolescence dysfunctional uterine bleeding were randomly divided into treatment group and control group, 53 cases of each. The effect of hemostasis and adverse reactions between patients in two groups was compared. Results: There was significant difference of hemostatic efficiency between two groups that hemostatic efficiency was 96.22% of observation group and it was 83.01% of control group ( $P < 0.05$ ). Controlling bleeding time and complete hemostatic time of observation group was shorter than that of control group and there was significant difference between two groups ( $P < 0.05$ ). Conclusion: The therapeutic effects of Marvelon and Qingchun Gubeng Zhilou decoction for adolescence dysfunctional uterine bleeding is significantly superior to single Marvelon, and it has few side effects.

**【Key words】** Adolescence; Dysfunctional uterine bleeding; Qingchun Gubeng Zhilou decoction; Marvelon.

青春期功血是由于下丘脑-垂体-卵巢轴尚未成熟, 未能建立稳定的周期性调控机制所引起的一种月经失调性疾病, 表现为异常子宫出血、贫血, 严重者可出现休克。该病病程长, 易复发, 严重影响青春期少女的身心健康。合理的治疗不仅能维护青春期少女的身心健康, 而且能帮助建立生殖轴的正常功能。2006 年 8 月~2009 年 7 月, 我科在用妈富隆治疗的基础上, 联合自拟青春固崩止漏汤加减治疗青春期功血, 取得较好疗效, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

106 例患者诊断全部符合全国高等院校教材《妇产科学》<sup>[1]</sup>“功能失调性子宫出血”之诊断标准。均排除生殖系统器质性病变、血液病、肝肾疾患及使用雌孕激素禁忌证, 按就诊顺序随机分为中西医结合治疗组和西药对照组。治疗组 53 例中年龄 11~19 岁, 平均 15.3 岁; 对照组 53 例中年龄 12~20 岁, 平均 14.6 岁; 两组初潮年龄为 11~16 岁; 病程为 10d~3 年; 均合并不同程度的贫血, 平均血红蛋白值为  $(72.8 \pm 11.5)$  g/L。两组患者在年龄、初潮年龄、病程、血红蛋白值、B 超子宫内膜厚度等方面进行比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 有可比性。

### 1.2 治疗方法

西药组先予妈富隆口服第 1 周 3 片, 日 1 次, 第 2 周 2 片, 日 1 次, 第 3 周 1 片, 日 1 次, 共服用 2 盒停药待出血; 自出血第 5 天开始每晚服用 1 片, 连续服用 21 天; 停药 7 天接着服用第 2 周期连用 3 个周期, 并停药后观察 3 个月的月经情况<sup>[2]</sup>。中西医结合组在西药治疗的基础上, 加服自拟青春固崩止漏汤治疗。处方: 女贞子、旱莲草、桑叶、怀山药各 15g, 炒白芍、生地炭、茜草、血余炭各 12g, 煅牡蛎 30g, 三七粉 (吞服) 3g。每日 1 剂, 水煎, 分早、晚内服。自出血第 1 天开始, 连服 10 剂; 第 11 天起, 在原方的基础上改生地炭为熟地 10g, 加当归 12g, 丹参 12g, 菟丝子 15g, 川断 10g。再服 10 剂, 至下次月经来潮时再按原法服药。一般以 3 个月经周期为 1 疗程。停药后观察 3 个月的月经情况。

两组均根据患者具体病情给予支持和改善贫血治疗, 若血红蛋白  $< 60$ g/L 者则给予输浓缩红细胞治疗。

### 1.3 统计学方法

数据用 SPSS15.0 程序进行统计学处理。血红蛋白计量资料用均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 治疗前后采用  $t$  检验, 总有效率用相对数表示, 采用卡方检验, 以  $P < 0.05$  作为具有显著性差异的标准。

## 2 结果

### 2.1 疗效标准



参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>拟定。

治愈：控制出血后，连续3个月经周期、经期、血量均正常，自觉症状消失，血红蛋白100g/L以上，能恢复排卵，黄体期不少于12d。

显效：控制出血后，月经周期、血量基本正常，但经期仍较长（7~10d），自觉症状基本消失，血红蛋白在100g/L以上者。

有效：月经周期、经期及部分自觉症状得到明显改善，血

量减少，血红蛋白在80g/L以上者。

无效：以上各项均无改善者。

## 2.2 治疗结果（见表1、表2）

由表1可知，治疗组53例，治愈33例，显效13例，有效5例，无效2例，总有效率96.22%；

对照组53例，治愈23例，显效12例，有效9例，无效9例，总有效率83.01%。中西医结合治疗组总有效率高于西药对照组，两组总体疗效比较，差异有显著性（ $P<0.05$ ）。

表1 两组治疗结果比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	53	33	13	5	2	96.22%
对照组	53	23	12	9	9	83.01%

注：与对照组比较，\* $P<0.05$ 。

表2 两组有效病例中止血时间比较

组别	例数	<3天	4~7天	>7天
治疗组	53	39*	10	4
对照组	53	29	8	6

注：与对照组比较，\* $P<0.05$ 。

## 3 讨论

青春期功血是由于下丘脑-垂体-卵巢轴尚未成熟，未能建立稳定的周期性调控机制而导致的异常子宫出血，表现为出血量过多、出血持续时间过长和（或）间隔时间过短，可引起患者贫血、继发感染。青春期少女正处于生理与心理的急剧变化期，情绪多变，感情脆弱，发育不健全的下丘脑-垂体-卵巢轴更易受到内外环境的多因素影响<sup>[4]</sup>。因此，自月经初潮后建立规律月经周期常需经历1~2年，长则4~5年的不排卵月经，因此引起无排卵性功血。

祖国医学认为，青春期功血属“崩漏”范畴。《素问·上古天真论》谓“女子七岁，肾气盛，齿更发长，二七天癸至，太冲脉盛，月事以时下……”。由此可见，肾精是促进人体生长发育和生殖的物质，是促进月经产生的重要物质。此外，中医学认为卵子亦是生殖之精，卵子的发育成熟与肾精充盛密切相关，因此肾精滋长是排卵的基础，冲任经脉气血和畅是排卵的条件。青春期女子肾气初盛，天癸始熟，肾精未裕，气虚血弱，冲任虽始通而未固，不能制约经血而成为崩漏，故青春期功血多责之于肾虚。故治疗上当于补阴之中求止崩之法，从而调节月经期间的阴阳动态平衡。

考虑到单纯西药治疗功血存在副作用较大、复发率较高以及单纯中药治疗存在疗程较长等弊端<sup>[5]</sup>，本文中中西医结合疗法取西药止血、调整月经周期疗效较快之长，配合自拟青春固崩止漏汤减少西药的副作用、提高治愈率、降低复发率，采取出

血期以塞流止血为主，止血后仍贯穿澄源之法。方中二至丸滋肾养阴，桑叶清热养阴止血，怀山药健脾补肾，补后天以养先天，此四味药共为主药；生地炭、白芍滋阴养血止血，助主药发挥作用，为辅药；煅牡蛎收敛止血，血余炭固冲止血，三七、茜草化瘀止血以防血止留瘀。总之，中西医结合治疗青春期功血有相得益彰之效，是一种安全、有效、副反应小的治疗方法，值得临床推广应用。

## 参考文献：

- [1]乐杰.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:330-336
- [2]徐苓.功能失调性子宫出血的药物治疗[J].中国实用妇科与产科杂志,2004,20(4):99
- [3]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:中国医药科技出版社,1993:267
- [4]武红利,康文丽,高伟等.心理因素与青春期女性月经异常关系的研究[J].中国妇幼保健研究,2006,17(2):73-79
- [5]潘启明,朱怀珍,何东亮等.中西医结合治疗溃疡性结肠炎35例[J].中国中西医结合急救杂志,2008,(1):19

## 作者简介：

黄晓桃（1968-），女，汉族，武汉市人，医学博士，副主任医师，研究方向为中西医结合治疗月经病。

编号：E-10061248（修回：2010-08-12）

## 散偏汤加减治疗偏头疼 56 例

## Treating 56 cases of migraine with Sanpian decoction

林锦松 陈永忠

(福建省长乐市医院, 福建 长乐, 350200)

中图分类号: R747.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0081-01 证型: ADI

**【摘要】** 目的: 观察散偏汤加减治疗偏头痛的疗效。方法: 用单味中药配方颗粒剂散偏汤治疗, 并与传统中药饮片煎剂两种剂型进行比较。结果: 28 例治疗组中痊愈 24 例, 有效 3 例, 无效 1 例, 总有效率 96.4%; 对照组中痊愈 23 例, 有效 3 例, 无效 2 例, 总有效率 92.9%。结论: 散偏汤加减治疗偏头痛能收到良好的效果。

**【关键词】** 散偏汤; 加减治疗; 偏头痛

**【Abstract】** Objective: To observe the effect of treating migraine with Sanpian decoction. Methods: Used Sanpian decoction of single taste Chinese medicine formula granules to treat, and compared with two formulations of traditional Chinese medicine decoction. Results: 28 cases of treatment group, 24 patients were cured, 3 cases were effective, 1 patient was invalid, the total effective rate was 96.4%; in the control group, there were respectively 23 patients cured, 3 cases effective, 2 cases ineffective, the total effective rate was 92.9%. Conclusion: Treating migraine with Sanpian decoction gets a good results.

**【Keywords】** Sanpian decoction; Treatment; Migraine

偏头痛(血管神经性头痛)是一种血管舒缩功能异常及某些体液物质暂时性改变引起的疾病,以周期性发作的偏侧头痛为特点,部分患者发作之前可有畏光,眼前闪光、火花,继而视野缺损、暗点、偏盲或短暂失明;少数病人可出现偏身麻木、轻度偏瘫或言语障碍等脑功能短暂障碍的先兆。笔者自 2009 年 1 月份至 2009 年 12 月采用单味中药配方颗粒剂散偏汤治疗偏头疼,并与传统中药饮片煎剂两种剂型进行比较,疗效满意,现报告如下:

## 1 一般资料

本组 56 例均为门诊病人,随机分为治疗组和对照组各 28 例。治疗组中男性 10 例,女性 18 例,年龄最大 60 岁,最小者 25 岁,平均年龄 35 岁。病程半年至 10 年,平均 4 年。对照组中男性 11 例,女性 17 例,年龄最大者 55 岁,最小者 22 岁,平均年龄 33 岁,病程 3 个月至 12 年,平均 3 年。两组患者均行颅内多普勒血流图、头颅 CT 检查,排除高血压、颅内占位病变。两组资料经统计学处理无显著差异,具有可比性。

## 2 疗效方法

散偏汤组方:川芎 30g,白芍 10g,白芷 6g,白芥子 10g,香附 10g,郁李仁 10g,柴胡 10g,甘草 3g。热甚加黄芩 10g,栀子 10g;痰甚加半夏 10g,胆南星 6g;血瘀加桃仁 10g,红花 6g,丹参 15g;病久加搜风通络之地龙 10g,僵蚕 10g,蜈蚣 2 条;气虚加党参 15g,黄芪 15g;头晕加天麻 10g。

服法:治疗组采用深圳市三九现代中药有限公司生产的单味中药配方颗粒剂,用 300ml 温开水冲化,分 2 次服用,日一剂,二周为一个疗程。对照组:水煎 300ml,分 2 次服用,日一剂,二周一疗程,服药 3 个疗程。

## 3 疗效判定标准

参照国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效评定标准》。痊愈:症状体征完全消失,脑血流图恢复正常,半年内不复发。有效:症状体征明显好转,脑血流图有所改善,半年内有复发。无效:症状改善不明显,脑血流图无改善。

## 4 治疗结果

两组疗效比较见表 1 (例)。

表 1 两组疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	28	24	3	1	96.4
对照组	28	23	3	2	92.9

## 5 体会

偏头疼是临床常见病症,常反复发作。散偏汤出自《辨证录》,此方重用川芎,白芷为佐,使其辛窜走头,白芥子涤痰,香附行气,柴胡入少阳之经,使其直达病所,郁李仁、白芍性润,甘草和之,制其辛烈香窜。全方具有通经活络,行气止痛之功。现代药理研究川芎能增加脑血流量,减轻脑水肿,改善微循环,与中医“通则不痛”的理论相符合,所以临床疗效显著。深圳市三九现代中药有限公司生产的单味中药配方颗粒剂一改传统饮片煎药的麻烦,具有省时、省力、易携带、易保存等优点,且疗效确切,保存传统中药之灵活辨证施治的特点,易于被患者接收,是中医中药发展的一大进步,值得推广。

编号: ER-10062201 (修回: 2010-08-03)

## 中药外敷治疗慢性盆腔炎 60 例临床观察

### Clinical observation on treating 60 cases of chronic pelvic inflammatory disease by external application of TCM

林 华 沈 婧

(四川省德阳市第二人民医院, 四川 德阳, 618000)

中图分类号: R711.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0082-01 证型: IDBG

**【摘要】** 目的: 观察中药外敷和 TDP 照射结合治疗慢性盆腔炎的临床疗效。方法: 将 60 例慢性盆腔炎患者随机分为中药外敷(治疗组)与金鸡胶囊(对照组)各 30 例, 观察临床疗效。结果: 治疗组总有效率 93.33%, 明显高于对照组 76.67%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 中药外敷与 TDP 照射结合治疗慢性盆腔炎疗效显著, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 中药外敷; 慢性盆腔炎; 疗效观察

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical effect of treating chronic pelvic inflammatory disease by external application of TCM plus TDP irradiation. Method: 60 cases of chronic pelvic inflammatory disease were randomly divided into 30 cases of treatment group and 30 cases of control group, to observe the effect. Result: The total effective rate of treatment group was 93.33%, was higher than control group (76.67%), the difference has statistic significance ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Treating chronic pelvic inflammatory disease by external application of TCM plus TDP irradiation gets a good result.

**【Keywords】** External application of TCM; Chronic pelvic inflammatory disease; Effective observation

慢性盆腔炎是妇科常见病, 多发病, 具有病程长, 治疗率低, 复发率高的特点, 严重影响妇女的生活质量。我们近几年运用中药外敷与 TDP 照射结合治疗慢性盆腔炎 60 例, 取得了较好的临床疗效, 现总结如下。

#### 1 临床资料

##### 1.1 诊断标准

参照《中药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>诊疗标准及《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>中慢性盆腔炎的标准拟定。对慢性盆腔炎的主要症状、体征、病程进行量化评价: 子宫活动受限、压痛 5 分, 输卵管呈条索状、压痛 5 分, 附件增厚、压痛 5 分, 下腹部酸痛 3 分, 白带量多 1 分, 低热 1 分, 经期腹痛 1 分, 病程每增加 1 年加 0.5 分。

##### 1.2 一般资料

60 例病人均为我院中医妇科门诊就诊病人, 均符合慢性盆腔炎的诊断标准<sup>[3]</sup>。随机分为治疗组(中药外敷)和对照组(金鸡胶囊)。治疗组年龄 19~51 岁, 平均 28.3 岁, 病程 3 月~7 年, 平均 3.5 年; 对照组年龄 18~50 岁, 平均 27.8 岁, 病程 3 月~6.7 年, 平均 3.6 年。妇科检查: 60 例病人中子宫活动受限, 压痛 12 例; 输卵管呈条索状, 压痛 27 例; 子宫一侧或两侧片状增厚, 压痛 10 例; B 超盆腔包块 16 例。两组病人的年龄、病程、症状量化评分均无显著差异 ( $P > 0.05$ )。

#### 2 治疗方法

治疗组: 取消炎散 6g, 加醋调成乳液状, 平摊在纱布上, 敷于腹部皮肤, 用 TDP 灯照射 60 分钟, 十天为一疗程。消炎散方药组成: 青黛、芒硝各等分, 加冰片适量碾粉备用。对照组: 金鸡胶囊(广西灵峰药业有限公司生产)口服, 一次 4 粒, 一日 3 次。连服十天为一疗程。

#### 3 结果

##### 3.1 疗效评定标准

根据国家《中药新药治疗盆腔炎的临床研究指导原则》。痊愈: 临床症状消失, 量化评分 0; 显效: 临床症状明显减轻, 量化评分降低 2/3 以上; 好转: 临床症状减轻, 量化评分降低 1/3 以下; 无效: 治疗前后无变化。

##### 3.2 治疗结果

治疗组痊愈 11 例, 显效 12 例, 有效 5 例, 总有效率 93.33%; 对照组痊愈 8 例, 显效 9 例, 有效 6 例, 总有效率 76.67%。两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ) 见表 1。

表 1 两组疗效比较 (%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	30	11	12	5	2	93.33
对照组	30	8	9	6	7	76.67

注: 与对照组比较,  $P < 0.05$ 。

#### 4 讨论

中药外敷有效成分直接渗透到盆腔, 直接作用于炎性靶器官, 同时又避免了长期口服药物对人体的影响。中药外敷与 TDP 照射治疗慢性盆腔炎, 疗效显著, 副作用少, 简便、易行, 深受病人好评, 值得临床推广。

##### 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: 中国医药科技出版社, 1993: 251-254

[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993: 282

[3] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 317-318

## 加味道遥散加减治疗视瞻昏渺举隅

## Examples for treating Shizhan Hunmiao with Jiawei Xiaoyao San

陈梅

(重庆市巴南区中医院, 重庆, 401320)

**中图分类号: R339.14 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0083-01 证型:****【摘要】**目的: 探讨加味道遥散加减治疗视瞻昏渺的临床疗效。方法: 通过分析患者的资料, 采用方药加减辨证施治。结论: 加味道遥散治疗视瞻昏渺的临床效果显著。**【关键词】** 中医; 视瞻昏渺; 临床举隅**【Abstract】** Objective: To investigate clinical effects of treating Shizhan Hunmiao with Jiawei Xiaoyao San. Methods: By analyzing the data of patient, taking prescriptions in differentiation treating. Conclusion: Treating Shizhan Hunmiao with Jiawei Xiaoyao San has a good effect.**【Keywords】** TCM; Shizhan Hunmiao; Examples

视瞻昏渺是眼常见病多发病, 而以视力下降, 逐渐加重, 视物变形, 眼前暗影, 眼底黄斑病变为特点。常因情绪不定, 精神紧张, 肝肾阴虚, 急燥而发, 类似西医学之中心性视网膜脉络病变, 并用加味道遥散加减治疗此病效果较好。现报导如下。

### 1 药物组成

加味道遥散主方: 丹皮 10g, 枝子 15g, 柴胡 15g, 当归 15g, 白芍 15g, 白术 15g, 茯苓 15g, 炙甘草 6g。随证加减: 肝郁化火, 水湿上犯证加苡仁 30g, 猪苓 15g。脾虚气弱证减丹皮、枝子加黄芪 40g, 党参 30g。阴虚证加枸杞 15g, 女贞子 30g, 知母 15g, 熟地 20g。

### 2 病案举例

例一, 患者甲, 男, 42 岁, 下岗工人, 因下岗后心情不畅, 独自喝酒。一周前左眼视力下降, 视物模糊眼前暗影, 视物变形(视直如曲), 头晕肋痛, 胸闷食少, 口苦咽干, 舌边红, 苔薄黄, 脉数, 查: 右眼视力: 0.4, 试片无助, 外眼端好, 视神经乳头色界常, 黄斑区水肿, 有渗出物及色素沉着, 中心反光消失。诊为视瞻昏渺, 辨证为肝郁化火, 水湿上犯, 方用加味道遥散加味。丹皮 10g, 枝子 15g, 柴胡 15g, 白芍 15g, 白术 15g, 炙甘草 6g, 茯苓 15g, 苡仁 30g, 猪苓 15g, 水煎服, 一日一剂, 分三次服, 服十剂后, 右眼视力 1.0, 黄斑区水肿吸收, 中心反光可见, 随防一年, 未见不适。

本病例因下岗后心情不畅, 肝失条达, 肝郁化火, 肝郁乘脾, 脾失健运。故用加味道遥散清热疏肝, 加苡仁, 猪苓以增渗湿利水之功。

例二, 患者乙, 男, 48 岁, 教师, 因工作原因与同事发生争嘲, 不思食左眼视物模糊, 视物变形眼前暗影一月, 加重 10 天伴见面色苍白, 气短懒言, 肢软嗜睡, 纳少便溏, 舌淡, 苔白, 脉细。查: 左眼视力: 0.3, 试片无助, 黄斑区黄白色点状渗出物, 中心反光消失, 诊为视瞻昏渺, 辨证为, 脾虚气弱,

方用加味道遥散加减, 柴胡 15g, 当归 15g, 白芍 15g, 白术 15g, 茯苓 20g, 炙甘草 6g, 苡仁 30g, 黄芪 40g, 党参 30g, 水煎服, 一日一剂, 分三次服, 服五剂眼部症状变化不显, 再服十剂, 视力 0.6, 黄斑渗出减少, 中心反光可见且暗, 自觉症状明显减轻, 再服十剂诸症消失, 视力 1.0, 随防年, 无不适。

本病例因怒伤肝, 肝失疏泄, 脾运失健, 治宜疏肝解郁健脾益气, 故此时用加味道遥散去丹皮枝子, 重用苡仁黄芪党参健脾补气之功。

例三, 患者丙, 女, 65 岁, 工人, 平素心情不畅, 左眼视物模糊视物变形, 眼前暗影 20 余天, 急来我科诊治, 眼科查视力, 左眼 0.3, 右眼 1.2, 双外端好, 屈光介质透明, 视神经乳头正常左眼黄斑区点状渗出水肿(+ +), 中心反光消失, 实验室检查未见异常。且伴有轻度头晕, 耳鸣, 腰膝酸软, 口干舌红苔少, 脉细数, 辨证为肝肾阴虚, 加味道遥散加枸杞 15g, 女贞子 30g, 知母 15g, 熟地 20g, 水煎服, 一日一剂, 服药半月视力左眼 0.6, 加服十剂视力 0.7。随防半年无复发。

因患者年过六旬, 平素心情不畅日久肝肾阴虚, 治宜滋补肝肾, 故用加味道遥散加滋补肝肾的枸杞, 女贞子, 知母。熟地诸药合用具有滋补肝肾平肝明目的作用。

### 3 体会

视瞻昏渺, 由于黄斑区结构上的特点, 因黄斑区无直达血管存在, 中央凹的营养全靠脉络膜毛细血管供给, 一旦疾病发生, 可影响视力。本症祖国医学属水轮疾患, 在脏属肾, 此病多与肝肾有关, 肝开窍于目, 肝藏血, 受血能视万物, 由于情志不舒, 精华不能上荣于目而出现视物模糊, 脾主运化水液, 若脾气虚弱运化失司即会导致水湿内停, 聚而化热上攻于目造成黄斑区水肿渗出。此方中柴胡疏肝解郁, 当归, 白芍养血柔肝, 白术, 茯苓健脾渗湿, 丹皮, 枝子清肝郁之火, 炙甘草补中缓肝之急, 临床再以辨证加减, 自能起到疏肝健脾, 祛湿清热之功而效如桴鼓。

编号: ER-10070900 (修回: 2010-07-28)

## 血府逐瘀汤为主治疗慢性头痛 45 例疗效观察

### Effective observation on treating 45 cases

### of chronic headache with Xuefu Zhuyu decoction

吕 艳

(吉林油田总医院, 吉林 松原, 138000)

中图分类号: R441.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0084-01 证型: ADI

**【摘要】**慢性头痛, 中医辨证多属气滞血瘀用血府逐瘀汤治疗, 疗效显著。慢性头痛是临床常见病多发病, 多以血管性头痛和神经性头痛为主。患者表现为头痛缠绵难愈, 病势时轻时重, 平时头痛隐隐, 重时头痛如裂, 多伴失眠多梦, 烦躁易怒, 纳差, 笔者应用血府逐瘀汤治疗慢性头痛 45 例, 疗效满意。

**【关键词】**血府逐瘀汤; 头痛; 气滞血瘀

**【Abstract】**Chronic headache, TCM type differentiation belong in Qizhi Xueyu by Xuefu Zhuyu decoction therapy, has a good effect. Chronic headache was common disease in clinical, with vascular headache and Nervous headache neural mainly. Patient showing headache hard to be cured, usually faint headache, headache, such as cleft on serious, with insomnia more dreams, irritability, anorexia, treating 45 cases of chronic headache with Xuefu Zhuyu decoction has a good effect.

**【Keywords】**Xuefu Zhuyu decoction; Headache; Qizhi Xueyu

#### 1 临床资料

本组 45 例, 男 17 例, 女 28 例。最大年龄 61 岁, 最小年龄 17 岁。平均年龄 41 岁。病程最长 10 年, 最短 1 年。

#### 2 治疗方法

本组病例均为头痛, 特点是慢性反复发作, 痛处固定, 因为病程长, 中医辨证都具有气滞血瘀的表现, 故药用血府逐瘀汤以化瘀通络、行气止痛。方用: 桃仁 15g, 红花 10g, 当归 10g, 生地 12g, 枳壳 6g, 赤芍 12g, 柴胡 6g, 川芎 20g, 桂枝 10g, 牛膝 10g, 甘草 10g。如烦躁易怒明显+天麻, 钩藤, 并且牛膝加量; 神疲乏力明显+党参、黄芪; 腰膝酸软较重+熟地, 山药, 萸肉; 头晕、头重如裹+半夏、陈皮; 头痛如裂+全虫、蜈蚣。每日一剂, 10 天为一疗程。最长用药三疗程, 最短一个疗程。

#### 3 结果

疗效标准<sup>[2]</sup>: 治愈: 头痛发作控制, 随访一个月以上无复发。好转: 头痛发作次数减少或痛势减轻。无效: 头痛症状无好转。治疗结果: 治愈 36 例, 好转 6 例, 无效 3 例。总有效率 93.3%。

#### 4 典型病例

患者甲: 刘雪冬, 女, 52 岁。2007 年 8 月 26 日就诊。自诉头痛病史 10 年, 头痛呈阵发性, 每遇劳累、恼怒时头痛加重, 时有恶心、呕吐, 平时自觉头沉、像有东西勒着的感觉。伴失眠多梦。患者无高血压病史。查血压 110/70mmHg, 心肺听诊无异常。舌质红, 苔薄黄, 脉弦数。中医辨证属气血淤滞、兼肝阳上亢。方用血府逐瘀汤+天麻、钩藤, 一剂症状明显减轻, 连服十日头痛基本消失, 无头沉及勒着的感觉。为防止复发, 一个月后又服十剂, 头痛及伴随症状全部消失, 随访一年未复发。

#### 5 方药解析

桃仁: 辛散血瘀、苦泄血滞, 为破血祛瘀要药。红花: 辛散淤滞, 温通经脉, 活血通络, 祛瘀止痛。当归: 血中之要药,

既能补血, 又能活血, 用治一切血证。牛膝: 通利血脉, 引血下行。桂枝: 开肺气, 载药上行。川芎: 治疗头痛的要药, 对中枢神经有镇静作用, 可改善脑血管功能, 故有利于治疗头痛。生地: 清热泻火, 凉血消瘀, 使祛瘀而不伤阴。赤芍: 凉血、祛瘀止痛, 对淤血诸病, 功效尤佳。柴胡: 升举阳气, 疏肝解郁。甘草: 调和诸药。此方不仅行血分淤滞, 又能解气分之郁结, 活血而不耗血, 祛瘀又能生新, 合而用之, 使瘀去气行, 则诸证可愈。故用其治疗慢性头痛, 效果尤佳, 各位同仁不妨一试。

#### 6 讨论

头为“诸阳之会”、“清阳之府”, 五脏精华、六腑清阳之气, 皆上注于头。若六淫之邪外袭, 或直犯清空, 或循经络上干, 或痰浊瘀血、瘀阻脉络, 致使经气壅遏不行, 或气虚清阳不升, 或血虚经脉失养, 或肾阴不足, 肝阳偏亢, 或情志抑郁, 郁而化火, 均可导致头痛发生。其病因虽多, 均不出外感、内伤而为病。本文所论均为内伤头痛一类。“脑为髓海”主要依赖肝肾之精及脾胃运化水谷精微, 输布气血以濡养, 故内伤头痛其发病与肝脾肾三脏关系密切, 因于肝者, 或肝阴不足或肝阳偏亢; 因于脾者, 或脾虚生化无权, 气血亏虚, 气虚则清阳不升, 血虚则脑髓失养而致头痛, 或脾失健运, 痰浊内生, 以至清阳不升, 浊阴不降, 而成头痛; 因于肾者, 多由房劳过度, 耗损肾精, 以致髓海空虚, 或肾阳衰微, 寒多内生, 清阳之气不足, 或肾阴不足, 水不涵木, 风阳上扰而致头痛。凡头痛经久不愈, 其病如锥如刺者, 则因久病入络, 血瘀络阻之故, 故应用血府逐瘀汤屡试屡验。

#### 参考文献:

[1]李艳萍.血府逐瘀汤加减治疗偏头痛 64 例临床体会[J].中国中医急症, 2009,18(1):124-125

[2]左宣恭.加味血府逐瘀汤治疗偏头痛 64 例[J].河北中医学院学报,2008,23(4):63-64

编号: ER-100612827 (修回: 2010-08-02)

## 干细胞移植术治疗慢性下肢动脉闭塞性疾病 91 例研究报告

## Reporting study on treating 91 cases of chronic lower extremity arterial occlusive disease by surgery of stem cell transplantation

杜丽苹 李彦州 温志国

(河南省洛阳市中心医院, 河南 洛阳, 471009)

中图分类号: R543.6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2010)15-0085-01 证型: BGD

**【摘要】** 目的: 研究自体外周血干细胞移植术对慢性下肢动脉闭塞性疾病的治疗作用。方法: 对 91 例下肢动脉闭塞严重缺血患者应用外周血中的单个核细胞移植, 采用缺血肢体局部移植及患肢股动脉腔内移植两种方法治疗, 观察术前、术后临床症状、体征的变化。结果: 治疗后患肢皮温及疼痛有不同程度的改善, 踝肱比值较术前升高。结论: 自体干细胞移植术对改善慢性下肢动脉闭塞性疾病的临床症状有一定疗效。

**【关键词】** 自体外周血; 单个核细胞移植术; 下肢缺血

**【Abstract】** Objective: To research the therapeutic action of chronic lower extremity arterial occlusive diseases with autoallergic peripheral blood stem cell transplantation. Methods: Treated 91 cases with lower extremity arterial occlusive diseases by the methods of ischemic limbs transplant partly or affected limb lumen of arteria cruralis ingression and to observe clinical symptom and objective sign of preoperative and postoperative. Results: The affected extremity's skin temperature and pain had improved different extent after treatment and ratio of ankle and brachium had heightened than preoperative. Conclusion: Autoallergic peripheral blood stem cell transplantation could improve the clinical symptom of chronic lower extremity arterial occlusive diseases.

**【Keywords】** Autoallergic peripheral blood; Mononuclearcell transpl; Lower limb ischemia

我院于 2004 年 8 月~2008 年 10 月, 采用自体外周血干细胞(单个核细胞)移植术, 配合扩张血管类药物, 治疗慢性下肢动脉闭塞性疾病 91 例, 获得一定的疗效, 现报道如下。

### 1 临床资料

本组 91 例, 男 57 例, 女 34 例。年龄 38~78 岁, 平均 66 岁。该组患者均有间歇性跛行, 有静息痛者 9 例, 患肢冷感 67 例, 肢端麻木感 56 例。踝肱比值(Ankle-brachial index, ABI) 0~0.3 者 53 例, 0.31~0.6 者 38 例, 平均值为 0.34。双下肢者 45 例, 左下肢 17 例, 右下肢者 29 例。其中闭塞性动脉硬化症 73 例(伴糖尿病者 62 例), 血栓闭塞性脉管炎 18 例; 61 例足部有溃疡。20 例曾施行手术治疗效果欠佳, 其中动脉导管取栓术 10 例, 静脉动脉化术 3 例, 动脉内置管溶栓术 4 例, 介入球囊扩张术 3 例。91 例均经系统药物治疗, 效果不满意。

### 2 治疗方法

调动期: 术前 3~5 天患者应用重组人粒细胞集落刺激因子 150~300 $\mu$ g/d, 采集术当天化验血液白细胞达到 2~5 $\times 10^9$ /L。应用血细胞分离机, 分离出静脉血液内单个核细胞液约 80 ml。应用硬膜外麻醉, 治疗部位贴有刻度标记的护皮膜。用 1ml 注射器沿小腿缺血区纵行自上向下每隔 3cm 施行肌内注射, 每点注射量为 0.1~0.5ml。溃疡表面清疮后外敷干细胞液, 患肢股动脉未闭塞者均加用干细胞液及肝素钠 10~20ml 股动脉内注射或介入注入。术后常规应用抗生素 3~5 天, 黄芪注射液 20ml、香丹注射液 20ml 等药物静脉滴注 15 天。出院后口服血府逐瘀胶囊、复方丹参片等药物。

### 3 治疗结果

91 例患者术后肢体皮温较术前均有明显升高, ABI 值平均提高 0.2。9 例有静息痛者术后 1 周患肢疼痛较术前明显减轻; 61 例有溃疡者术后 4 周溃疡面积缩小。随访: 2 例术后 1 年患

肢远端组织出现干性坏疽。4 例患肢末端肤色由紫绀变为潮红。

### 4 讨论

4.1 慢性下肢动脉闭塞性疾病的外科治疗方法有血管转流手术和介入腔内治疗, 手术前提是需要有良好的流出道, 对于无流出道而下肢缺血严重者, 一直是血管外科临床治疗的难点, 常因缺乏有效的治疗方法, 患者发生足部溃疡或坏疽导致截肢。干细胞移植治疗下肢缺血性疾病是近年来出现的一项新技术, 可以促进血管新生改善下肢缺血状态, 为慢性下肢动脉闭塞性疾病提供了一种新的治疗方法。虽然其治疗作用难以达到血管转流或介入治疗明显增加患肢血流的效果, 但干细胞移植创伤小, 不会破坏侧支循环而加重肢体缺血。因此, 通过临床病例观察, 我们认为干细胞移植是一种安全、有效的治疗方法。

4.2 自体干细胞可以通过骨髓采集和外周血采集两种方法获得。骨髓采集量较大(300~500ml), 而该类疾病患者多为高龄, 一般状况较差, 大量骨髓采集存在一定风险与难度。外周血采集法具有收集简便、无需麻醉、安全性高、易于接受、感染和出血等并发症低等优点, 我们认为此方法更适于临床开展。国内外报道干细胞移植治疗下肢缺血性疾病多是经皮注入缺血部位的肌肉内, 我们尝试通过股动脉注射途径移植干细胞和介入下导管进入远端侧支后再注入干细胞液, 以期通过增加干细胞在移植部位的数量来提高疗效, 本组病例术后患肢疼痛、皮温均有所改善。

### 5 结语

自体干细胞移植是一项新开展的治疗技术, 尚有许多未知需要进一步认识。如移植的方法、数量和时机, 干细胞移植对机体是否有潜在危险和不利因素, 干细胞的分化能力会否随年龄的增长而降低等等, 这些问题有待今后进一步深入研究。

编号: E-10061244 (修回: 2010-08-09)

## 丹红注射液治疗慢性支气管炎 50 例疗效分析

## Effective analysis of treating 50 cases of chronic bronchitis with Danhong injection

潘久芝

(湖北省荆州市沙市区岑河中心卫生院, 湖北 荆州, 434010)

中图分类号: R562.2+1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0086-01 证型: GDA

**【摘要】** 目的: 观察丹红注射液治疗慢性支气管炎的临床疗效。方法: 50 例慢性支气管炎住院患者随机分为治疗组及对照组各 25 例, 两组患者均采用抗感染及对症治疗, 治疗组加用丹红注射液静脉滴注, 观察两组患者的临床症状及体征的改变。结果: 治疗组在主要临床症状和胸片改善时间等方面均短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 丹红注射液配合西药治疗慢性支气管炎疗效优于单纯使用西药治疗。

**【关键词】** 丹红注射液; 慢性支气管炎; 中西医结合

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical effect of treating chronic bronchitis with Danhong injection. Method: To divide 50 cases patients of chronic bronchitis into 25 cases of treatment group and 25 cases of control group, to treat them by anti-infective and Symptomatic treatment, treatment group based on the use of anti-infective and Symptomatic treatment plus intravenous drip of Danhong injection, to observe change of clinical symptoms and signs. Results: The improve the time of clinical symptoms and chest of treatment group is short than control group, difference have statistics significance between two groups ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Treat chronic bronchitis with Danhong injection plus in the western medicine is better than treatment of western medicine.

**【Keywords】** Danhong injection; Chronic bronchitis; The integrative medicine

慢性支气管炎是气道、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。其缓慢起病, 病程长, 反复急性发作而病情加重。本文了解丹红注射液治疗慢性支气管炎的临床疗效, 将加用丹红注射液的治疗组与对照组各 25 例进行了对比分析, 现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料: 50 例患者均符合 1979 年全国慢性支气管炎临床专业会议修订的慢性支气管炎临床诊断标准<sup>[1]</sup>, 按随机数字表法分组。其中治疗组 25 例, 男性 13 例, 女性 12 例, 年龄 20~51 (平均  $37.6 \pm 8.4$ ) 岁。对照组 25 例, 其中男性 11 例, 女性 14 例, 年龄 19~49 (平均  $37.9 \pm 6.8$ ) 岁。两组性别、年龄、病情经统计学检验差异无统计学意义。

1.2 治疗方法: 两组均给予头孢哌酮钠 4.0g 加入 0.9%氯化钠注射液 250ml 静滴, 每日 1 次。丹红注射液 (济南步长制药有限公司生产) 20mL 加入 5%葡萄糖注射液 250ml 中静脉输注, 每日 1 次。疗程均为 7 天。观察期内两组均不再加用其它抗生素, 体温  $> 38.5^{\circ}\text{C}$  时可临时给予物理降温, 同时根据病情使用低流量氧疗、平喘等治疗。

1.3 疗效标准: 临床治愈: 临床症状及体征全部消失, 外周血白细胞计数正常, 胸片示炎性病灶完全吸收。好转: 临床症状及体征部分消失或减轻, 外周血白细胞计数正常, 胸片显示炎性病灶基本吸收。无效: 治疗前后观察指标无变化。

1.4 统计学处理: 所有数据均采用 SPSS16.0 软件数据包处理, 治疗改善时间采用均数  $\pm$  标准差表示 ( $\bar{x} \pm s$ ), 其比较采用  $t$  检验, 有效率的比较采用  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  为有统计学差异。

## 2 结果

与对照组比较, 治疗组总有效率增加, 其临床疗效增强 (见表 1)。且咳嗽治愈天数、咳痰治愈天数、胸片炎症消失天数均减少 (见表 2)。

表 1 两组临床疗效比较

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率 (%)
治疗组	25	11	13	1	96
对照组	25	7	12	5	80

注: 两组比较为  $P < 0.05$ 。

表 2 两组主要临床症状和胸片改善时间比较

组别	例数	咳嗽治愈天数	咳痰治愈天数	胸片炎症消失天数
治疗组	25	$7.15 \pm 1.9$	$7.32 \pm 1.86$	$13.26 \pm 4.12$
对照组	25	$10.12 \pm 2.8$	$13.85 \pm 2.28$	$19.12 \pm 3.86$

注: 治愈天数比较均为  $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

丹红注射液主要成分为中药丹参、红花的提取物, 君药丹参苦寒清泄, 专入血分; 既善活血祛瘀、通经止痛, 又善清心凉血、除烦消痈。臣药红花辛散温通, 专入心肝血分。能活血而通调经脉, 散瘀而消癥止痛<sup>[2]</sup>, 使用后可以抑制血清肿瘤坏死因子、白细胞介素 6 等炎症介质的释放, 抑制机体的炎症反应<sup>[3]</sup>。本文研究表明使用丹红注射液后能提高疗效、改善症状和缩短住院时间, 值得临床推广。

## 参考文献:

- [1]慢性支气管炎临床诊断及疗效判断标准[S].中华结核和呼吸病杂志,1980,3(1):61  
 [2]张春玲.丹红注射液辅助治疗老年重度肺部感染 16 例[J].河南中医,2008,28(9):91-92  
 [3]丹红注射液在慢性阻塞性肺疾病急性发作期治疗中的应用[J].山东医药,2009,49(12):101

## 作者简介:

潘久芝 (1955-), 男, 汉, 湖北荆州人, 副主任医师, 毕业于湖北医学院医疗系, 研究方向为中西医结合。

编号: EA-1005228775 (修回: 2010-08-03)

## 豆豆飞胶囊治疗痤疮 70 例疗效观察

## Effective observation on treating 70 cases of acne vulgaris with Doudoufei capsule

郑德福

(黑龙江省红旗农场职工医院, 黑龙江 哈尔滨, 150000)

**中图分类号:** R758.73+3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 15-0087-02 **证型:** IDGA

**【摘要】** 目的: 观察豆豆飞胶囊治疗痤疮的疗效。方法: 100 例痤疮患者随机分为治疗组 70 例, 对照组 30 例。治疗组采用光洁牌豆豆飞胶囊治疗。对照组采用甲硝唑凝胶外涂治疗痤疮。结果: 治疗后治疗组临床治愈 59 例 (84%); 显效 7 例; 好转 4 例。对照组治愈 20 例 (67%); 显效 6 例; 好转 4 例。复方痤疮膏组明显优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

**【关键词】** 豆豆飞胶囊; 痤疮; 甲硝唑凝胶

**【Abstract】** Objective: To observe the effect of treating acne vulgaris with Doudoufei capsule. Method: 100 cases of acne vulgaris were randomly divided into 70 cases of treatment groups and 30 cases of control groups. To treat treatment group with Doudoufei capsule. To treat control group by externally applying metronidazole gel. Results: After treatment, 59 cases of treatment groups were cured (84%), 7 were marked, 4 were improved. 20 cases of control groups were cured (67%), 6 were marked, 4 were improved. Treatment group is better than control group.

**【Keywords】** Doudoufei capsule; Acne vulgaris; Metronidazole gel

痤疮 (acne vulgaris), 是一种多发于青春期男女的皮脂腺的慢性炎症性皮肤病。主要为发生于青年男女的面部及胸背部, 形成粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿等损害, 部分留有瘢痕。近年随着人们生活节奏加快、生活压力加大、环境污染加剧等, 本病发病呈上升趋势, 严重影响人们的形象及身心健康。治疗方面, 中药外用疗法还缺乏规范化的统一的治疗药物和方法。我们采用光洁牌豆豆飞胶囊治疗痤疮, 与甲硝唑凝胶外涂治疗痤疮对比, 观察疗效。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

100 例均为男性, 年龄 16~32 岁, 平均 24 岁。病程 1 周~5 年。丘疹性痤疮 54 例, 脓疱型痤疮 10 例, 囊肿性痤疮 6 例, 结节性痤疮 14 例, 萎缩性痤疮 16 例。随机分为痤疮组 70 例, 对照组 30 例, 两组年龄、病程、病情相近, 具有可比性。

### 1.2 标准

诊断标准: 诊断参照《临床皮肤病学》、《中华人民共和国中医药行业标准-中医皮肤科病证诊断疗效标准》: 具有典型的临床症状和体征, 皮损主要为累及颜面部的散在性黑头粉刺、炎性丘疹、脓疱、结节、囊肿, 确诊为痤疮者。

### 1.3 试验方法

治疗组: 光洁牌豆豆飞胶囊; 用法: 每日三次、饭后每次口服 6 粒。对照组: 患者取仰卧位, 先用温水清洁面部, 然后用国产普通型紫外线负离子喷雾治疗仪蒸面 10 分钟, 使面色潮红、毛孔张开; 再用 75% 酒精棉球消毒皮损, 用痤疮针清除面部痤疮内的皮脂栓及脓液, 清理完皮损后, 给予甲硝唑凝胶涂于面部。每周 1 次, 共 4 周 (4 个疗程)。

## 2 疗效评价及结果

### 2.1 疗效评价

参照中华人民共和国卫生部制定《中药 (新药) 临床研究指导原则》: 痊愈: 面部痤疮皮疹全部消失, 无新发皮疹出现, 仅留色素沉着; 显效: 痤疮皮疹消退 70% 以上, 炎症明显减轻, 无新皮疹出现; 有效: 痤疮皮疹明显消退 20%~70%, 有少量新皮疹出现; 无效: 痤疮皮疹明显消退 20%, 或仍有新皮疹出现。

### 2.2 结果

经 1~4 个疗程治疗后复方痤疮膏组临床治愈 (症状, 体征消失, 愈后不留痕迹) 59 例 (84%); 显效 (炎症性皮损明显减轻, 症状、体征基本消失, 愈后局部无明显痕迹) 7 例; 好转 (炎症性皮损较治疗前减轻, 部分吸收, 痕迹变小变淡) 4 例。对照组治愈 20 例 (67%); 显效 6 例; 好转 4 例。两组均无无效 (治疗前后炎症皮损无改善) 病例。两组治愈率相比, 复方痤疮膏组明显优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

痤疮属于中医的“肺风粉刺”、“酒刺”、“风刺”、“粉刺”等。主要发生于青年男女的面部及胸背部, 形成丘疹、脓疱、结节、囊肿等损害, 部分遗留有凹痕、瘢痕, 是皮肤科的常见和多发疾病。中医认为病因多为热邪偏盛, 严重者为血瘀痰结。现代医学认为, 痤疮是一种毛囊、皮脂腺的慢性炎症性皮肤病。其发生与化妆品阻塞毛孔, 影响皮脂腺分泌物的排出, 加之棒状杆菌的感染, 使皮脂腺导管发炎、毛囊口阻塞而引起的一系列临床症状。治疗方面: 中医目前多数医家以口服中药为主,



配以外用洗剂、熏蒸、湿敷、面膜、喷雾等综合治疗方法。本试验中,我们采用豆豆飞胶囊与甲硝唑凝胶外涂对比,4个疗程后,治疗组治愈59例(84%)明显高于对照组20例(67%),在参加评价的100例患者中,治疗组无不良反应发生,安全性好,无任何副作用。光洁牌豆豆飞胶囊主要成份:金银花、蒲公英、栀子、薏苡仁、乌梢蛇、鱼腥草、马齿苋、小蓟、山药、甘草等。现代药理研究证明:金银花有抗雄激素活性,又有温和的雌激素样活性;蒲公英对痤疮短棒菌属、金黄色葡萄菌、表皮葡萄球菌均有强烈的抑制作用;薏苡仁和蒲公英能抑制皮脂分泌。三者合用,可清热解毒、利湿消肿,有利于加速面部皮损炎症的吸收,脱脂除秽。粉刺针清理局部粉刺、丘疹和脓疱能预防皮肤炎症和减轻已发炎的程度,石膏倒膜在凝固中产生的热效应,加速皮肤的血液循环,促进外用药物的渗透吸收,从而在短期内达到消炎和修复皮损的目的,对缩短疗程、提高治愈率和有效率起到很大的作用。甲硝唑凝胶有抗厌氧菌作用,临床有报道此用于治疗炎症性痤疮,效果不错,但容易出

现副作用,如:瘙痒感、灼热、发红。痤疮净粉为外用纯中药制剂,通过药物作用于皮肤,治疗单纯痤疮I~II度疗效显著,对于肺经风热和脾胃湿热型,效果确切,明显优于西药,无副作用,应用方便,为配伍少、不着色、不过敏的新剂型药物,值得临床推广。

#### 参考文献:

- [1]虞瑞尧.痤疮诊治彩色图谱[M].北京:北京科技出版社,2002:32
- [2]赵辨.临床皮肤科学[M].南京:江苏科学技术出版社,1993:83
- [3]国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准-中医皮肤病病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1995:214-215
- [4]郑筱萸.中药(新药)临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:292-295
- [5]马伟欢,黄蕾,任建香等.痤疮的中医外治法述要[J].现代中医药,2007,27(2):60-61

编号: ER-10052704 (修回: 2010-08-03)

## 香山会议聚焦中医药基础研究

提出13个研究方向、6类研究方法

近日,由中国工程院推荐、香山科学会议主办、国家中医药管理局科技司和天津中医药大学联合承办,以“中医药基础研究发展战略”为主题的第379次香山科学会议学术讨论会在北京香山饭店召开。针对中医药面临的8个问题,专家们对今后中医药基础研究提出13个研究方向、6类研究方法。

来自全国30个单位的50多名专家、学者应邀参加会议,深入研讨了国内外中医药基础研究现状及前沿问题,明确了中医药基础研究方向,凝练了学科目标,促进了从事中医药基础研究学者之间的交流与合作。

专家一致认为,目前中医药主要存在8方面的问题:思维方法的僵化和创新性思路的匮乏;中医药复合型人才不足;缺乏具有中医药特色的临床评价标准;中医药标准化建设有待加强;对目前已取得的科研成果及其转化情况缺少系统分析;中医药国际化的危机意识淡薄;中药药效物质基础不清,作用机理不明;经络概念和穴位特异性尚存争议。

针对以上问题,专家们对今后的研究提出13个研究方向:基于临床疗效和临床问题,坚持中医药的原创性,开展病证方、方病证、证病方等相关系统研究;建立国际上认可的适合中医药自身特点的临床疗效评价标准,从术语证候规范化、疾病证候分类、中医药知识产权保护等方面推进中医药的标准化、国际化;选择确有临床疗效的慢性疾病中的优势病种,或组建多学科交叉的国际化大团队对中医基础理论及针灸、中药、方剂的作用机理进行深入研究;选用先进方法推进本草基因组、中药和方剂体内代谢的研究;中药药效分类理论、中药配伍禁忌系统的研究;中药的质量标准和质量控制的系统研究;濒危和珍稀中药品种的保护和替代研究;回归经典,把“经络”和“脉络”的研究分开,明确穴位的概念和内涵;选择远端取穴治疗脏腑疾病,进行穴位与非穴位的比较研究,并对国际上的负面观点做出回应;穴位效应与穴位配伍规律的生物学基础研究;建立中医药研究信息库,对成果转化情况进行常态、动态统计分析,以促进成果对中医药理论的丰富和发展,指导临床,提高疗效;凝练新的科学问题;建立中药化学成分库、组分子库、活性库、方剂库,同时建立符合国际标准的临床样本资源库;推进中医药基础学科的三级学科进一步分化。

会议还提出了中医药基础研究的研究方法:一是中医药思维模式的研究;二是基于临床提炼科学问题,围绕临床疗效展开基础研究;三是整合基础与临床研究优势,建立基础医学、药物研发与临床应用联合的研究模式,进行应用创新研究;四是重点开展具有临床应用潜力的基础研究,建立基础研究成果转化于临床诊疗应用技术的平台,促进成果转化;五是中医基础理论四种研究模式与方法:临床-总结-再临床-再总结;以临床疗效为基础,以特色疗法为载体,总结创新理论;以临床疗效为基础,以若干中药成方为载体,研究中药组方配伍理论;文献整理挖掘,提炼升华理论;六是通过回归经典,正本清源,实现对中医药临床科学问题的再认识。

据了解,香山科学会议是由科技部发起,在科技部和中国科学院的支持下于1993年创办,是我国科技界以探索科学前沿、促进知识创新为主要目标的高层次、跨学科、小规模、常设性学术会议。本次香山会议针对目前中医药基础研究取得的重要进展和存在问题,分析中医药现代研究可能的突破点,理清思路,凝练方向,为国家及各部委规划部署中医药基础研究提出建议,并引导全国多学科研究力量取得共识、形成合力,为推动中医药基础研究深入,揭示中医药理论的科学内涵奠定理论基础。

(曹永兴 孟静岩 阙湘苓//中国中医药报)

## 中西药联合治疗宫颈糜烂 60 例观察

## Observation on treating 60 cases of cervical erosion in the integrative medicine

姜燕

(贵州省黔西县育才社区卫生服务中心, 贵州 毕节, 551500)

中图分类号: R271.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0089-02 证型: IDGA

**【摘要】** 目的: 探讨湿润烧伤膏加氯霉素粉治疗宫颈糜烂的效果。方法: 60 例病人先排除宫颈癌, 用湿润烧伤膏加氯霉素粉放在宫颈糜烂局部, 一天一次, 6 天一疗程。结果: 60 例病人中, 一个疗程治愈 36 例 (轻度: 单纯型 26 例, 颗粒型 10 例) 占 60%; 2 个疗程治愈 15 例 (中度: 单纯型 10 例, 颗粒型 5 例) 占 25%; 3 个疗程治愈 9 例 (重度单纯型), 占 15%。随访半年有两例复发, 再治疗一疗程痊愈。结论: 湿润烧伤膏是多种中药制成的油性药膏, 具有去腐生肌、消炎和清热止痛的作用。氯霉素具有消炎作用, 粉末能与湿润烧伤膏粘在一起, 放在宫颈上, 不易脱落, 能充分发挥药效作用。此法治疗宫颈糜烂经济、安全、有效及副作用少, 是治疗宫颈糜烂的好方法。

**【关键词】** 湿润烧伤膏; 氯霉素; 宫颈糜烂

**【Abstract】** Objective: To investigate the effect of treating cervical erosion by the moist burns cream plus chloramphenicol powder. Method: 60 regular patients remove cervical cancer first, use moist to burn cream adding chloromycetin powder readjusting oneself to a certain extent in cervical erosion part, a day once, one courses of treatment of 6 days. Results: In the 60 patients, one course of treatment cures 36 regular (light degree: Simple type 26 examples, pellet type 10 examples) is 60%; 2 courses of treatment cure 15 (middle regular degree: Simple type 10 examples, pellet type 5 examples) is 25%; 3 courses of treatment cure 9 examples (serious simple type), account for 15%. The follow-up has liang of regular relapse for the half a year, recovery curing one course of treatment again. Conclusion: That the moist burns cream is the oiliness ointment that various traditional Chinese medicine is made into, has removing necrosis and promoting granulation, the effect allaying inflammation and clearing heat relieving pain. Chloromycetin has the effect allaying inflammation, powder can burn cream with the moist gluing together, readjust oneself to a certain extent on neck of uterus, no easy to come off, to be able to bring into full play pesticide effect effect. That are this follow and the side effect curing cervical erosion economic security, effective short, is the method curing cervical erosion regards.

**【Keywords】** The moist burns cream; Chloromycetin; Cervical erosion

宫颈糜烂是慢性宫颈炎的一种形式, 是因为宫颈感染或宫颈损伤所致。按炎症浸润深浅分单纯型、颗粒型、乳突型。按炎症浸润面积分为轻、中、重三度<sup>[1]</sup>。宫颈糜烂影响妇女的生活质量, 要减少宫颈糜烂的发生, 就要避免宫颈感染及宫颈损伤, 就要大力宣传有关妇科疾病的保健知识, 定期妇检, 发现宫颈糜烂就要治疗。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本组从 2002~2009 年共治疗 60 例门诊病人, 均为生育年龄妇女, 均为经产妇。其中 22~30 岁 15 例, 占 25%; 31~35 岁 18 例, 占 30%; 36~46 岁 27 例, 占 45%。

### 1.2 治疗方法

①用药前常规做宫颈刮片。排除早期宫颈癌, 常规做白带检查, 了解感染情况<sup>[2]</sup>。于月经干净 3 天后开始治疗。用药期间禁止性生活及盆浴。②治疗时, 先常规消毒外阴、阴道, 用干纱布或干棉球擦净宫颈。③将湿润烧伤膏挤放在压舌板上,

再将药膏放在宫颈糜烂局部, 然后将准备好的氯霉素粉放在另一块压舌板上, 将药粉放在有湿润烧伤膏的宫颈糜烂面上, 这样放药每天 1 次, 连续 6 天为一疗程。

## 2 结果

经过治疗, 60 例病人的宫颈颜色全部恢复正常, 表面光滑, 无触痛。治疗一个疗程治愈 36 例 (轻度: 单纯型 26 例, 颗粒型 10 例) 占 60%; 治疗 2 个疗程治愈 15 例 (中度: 单纯型 10 例, 颗粒型 5 例) 占 25%; 治疗 3 个疗程治愈 9 例, (均属重度单纯型) 占 15%。随访半年有 2 例复发, 再治疗一疗程痊愈。

## 3 讨论

### 3.1 治疗原理

湿润烧伤膏主要成分是黄连、黄芩、黄柏, 具有去腐生肌、消炎、清热止痛的作用, 油性、粘附性好。氯霉素具有消炎作用, 粉末能与湿润烧伤膏粘在一起, 放在宫颈上, 不易脱落, (下转 90 页)

## 李道丕副主任中医师辨治难治性眩晕的经验

### Clinical experience of doctor Li Dao-pi for treating refractory vertigo

米月欣 陈嘉志

(四川省遂宁市中医院, 四川 遂宁, 629000)

**中图分类号:** R255.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 15-0090-01 **证型:** ADI

**【摘要】** 眩晕是临床上较为常见的症状, 难治型眩晕主要有痰蒙清窍与阴寒上僭两种类型; 痰蒙清窍型主要使用按摩疏通头部经络的方法治疗; 阴寒上僭主要使用灸法治疗。

**【关键词】** 眩晕; 痰蒙清窍; 阴寒上僭

**【Abstract】** Vertigo was symptom of common in the clinical, refractory vertigo divided into Tanmeng Qingqiao and Yinhan Shang-jian; Treating Tanmeng Qingqiao type by head massage to clear the meridians; Treating Yinhan Shangjian type by moxibustion therapy.

**【Keywords】** Vertigo; Tanmeng Qingqiao; Yinhan Shangjian

眩晕为目眩头晕之意, 是临床上常见的症状, 在现代医学中包括内耳性眩晕/脑动脉硬化/颈椎病等疾病。眩晕的常规治疗包括西药镇静解痉。中医学一般将其分为肝阳上亢痰浊中阻肾精不足气血亏虚瘀血内阻等证型分型论治。目前常规中西医方法对于大部分眩晕来说效果尚可, 但对于一部分反复发作, 临床症状较重的病人却难以取得满意疗效。李道丕副主任中医师积累 20 余年临床经验, 认为难治性眩晕主要有痰蒙清窍与阴寒上僭两种类型, 按法施治, 效果尚能使人满意, 现详述如下。

#### 1 痰蒙清窍

痰蒙清窍一型除了眩晕的表现外最典型的症状/体征: 头部如被布裹者, 站立不稳, 舌苔厚腻寸脉微浮, 切诊头部皮肤有粘着感。此型重者可用瓜蒂散吐之, 轻者可用半夏白术天麻汤温化痰饮, 但前者力峻法险, 易伤正气, 后者力缓效弱难见速效。为此之际, 用推拿手法拿头部五经最为安全有效。

病例: 患者甲, 女, 53 岁, 因“反复眩晕 10 年”来诊。患者 10 年以来眩晕反复发作, 晚间尤甚, 难以入眠。在本市多家医院进行治疗效果不明显。四诊: 面色黄, 舌质淡苔厚腻, 脉象寸浮关弦尺弱, 切诊头顶部皮肤有粘着感。辨证为痰蒙清窍。治疗上在常规治疗基础上加用全身推拿着重拿头部五经,

一日一次。经过一次治疗后患者症状即明显改善, 一周后眩晕消失, 随访半年无复发。

#### 2 阴寒上僭

阴寒上僭型主要从舌脉上以鉴别, 典型舌脉为舌质胖大甚至有齿痕, 舌苔水滑, 脉象沉或沉紧寸部大于尺部, 尺部必有郁滞之象。治疗上总体用通阳降逆定眩为法, 效果尚可。

病例: 患者乙, 女, 42 岁, 因“眩晕一月”于 2010 年 2 月 25 日就诊。患者两月前因颈项部强痛来我院诊断为颈椎病, 给予针灸推拿牵引等治疗后, 疼痛缓解而出现眩晕, 经中西医结合治疗无效, 遂请李道丕副主任中医师诊治。刻见: 眩晕, 甚则恶心呕吐, 颈部活动则上述症状加重, 舌质嫩, 舌苔水滑, 脉象三部皆弦。辨证为阴寒上僭, 给予隔姜灸关元中脘百会各 20 壮, 口服真五汤加味, 一日一次。经过两次治疗后症状缓解, 随访至今无复发。

眩晕是临床上较为常见的症状, 有的很容易治疗, 有的却难以见效。中医治疗讲究辨证论治, 痰蒙清窍与阴寒上僭型均要在详细诊查的基础上才能确定, 前者主要用拿头部五经法治疗, 后者主要用灸法治疗。只要辨证准确, 操作恰当, 取效不难。

编号: ER-10051701 (修回: 2010-07-29)

(上接 89 页)

能充分发挥药效作用。

#### 3.2 治疗分析

宫颈糜烂的治疗一般有三种方法: ①物理治疗; ②药物治疗; ③宫颈锥型切除治疗。物理治疗术后均有阴道分泌物增多, 甚至有大量水样排液, 术后 1~2 周脱痂时, 可有出血, 造成逆行感染, 不好护理, 费用高、治疗时间长、病人不易接受。采用药物治疗优点很多, 副作用少, 不会出现流血、流水, 疗程短、经济、方便、安全、病人易接受, 所以宫颈糜烂尽量选

用药物局部治疗。

#### 参考文献:

[1]曹泽毅, 翁梨驹, 郎景和等. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 1208-1212

[2]邢淑敏, 许杭, 宋鸿剑等. 新编妇产科临床手册[M]. 北京: 金盾出版社, 1992: 22-27

编号: ER-10051409 (修回: 2010-08-03)

## 自拟降逆和胃汤治疗反流性食管炎 30 例疗效观察

## Effective observation on treating 30 cases of reflux esophagitis with Jiangni Hewei decoction

杜山鹏 王汝新 谭淑玲 张立萍  
(山东省威海市中医院, 山东 威海, 264200)

中图分类号: R322.4+3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0091-02 证型: IDGA

**【摘要】** 目的: 观察自拟降逆和胃汤治疗反流性食管炎的疗效。方法: 30 例反流性食管炎患者均采用降逆和胃汤水煎服, 日一剂, 1 个月为一疗程。结果: 本组治愈 26 例 (86.7%), 显效 3 例 (10%), 有效 2 例 (6.7%), 无无效病例。结论: 中药制剂降逆和胃汤治疗反流性食管炎有独特的优势, 疗效可靠, 无毒副作用。

**【关键词】** 降逆和胃汤; 反流性食管炎; 胃

**【Abstract】** Objective: To observe the effect of treating reflux esophagitis with Jiangni Hewei decoction. Method: To treat 30 cases of reflux esophagitis with Jiangni Hewei decoction, 1 mouth is a treatment. Results: Among 30 cases, 26 were cured (86.7%), 3 were marked (10%), 2 were effective (6.7%). Conclusion: Treating reflux esophagitis with Jiangni Hewei decoction gets a good result.

**【Keywords】** Jiangni Hewei decoction; Reflux esophagitis; Stomach

反流性食管炎 (以下简称 RE) 是一种胃食管反流病, 由胃和十二指肠内容物, 主要是酸性胃液或酸性胃液加胆汁反流至食管所引起的食管粘膜的炎症、糜烂、溃疡和纤维化等病变。临床上多伴有烧心、反酸、反胃、胸痛等症状, 可反复发作、迁延不愈, 严重影响了患者的生活质量。该病以往在西方国家十分常见, 但近年来我国发病率逐渐增高, 且发病率随年龄增加而增加, 已逐渐取代胃及十二指肠溃疡成为胃肠道的高发疾病。我院消化内科门诊于 2006~2008 年采用中药 (院内协定方, 命名为降逆和胃汤) 治疗 RE 患者 30 例, 取得较好疗效。现报告如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

全部病例均是我院消化内科 2006 年~2008 年门诊病人, 均经临床及胃镜检查确诊为 RE, 除外消化性溃疡、卓-艾综合症、上消化道恶性肿瘤及其它可致烧心、反酸、反胃、胸痛等症状的全身性疾病。共 30 例, 男 16 例, 女 14 例, 年龄 20~70 岁, 平均 41.5 岁, 病程 0.5 个月至 1 年, 1 周内未服用过抑酸药及其它影响胃肠功能的药物。临床表现烧心 28 例 (占 93.3%), 反酸 22 例 (占 73.3%), 反胃 6 例 (占 20%), 胸骨后疼痛 20 例 (占 66.7%), 咽部不适 20 例 (占 66.7%), 咳嗽 3 例 (占 10%)。

食管炎镜下分级 (采用洛杉矶分级法<sup>[1]</sup>): A 级 (一个或一个以上食管粘膜破损, 长径小于 5mm) 10 例 (占 33.3%), B 级 (一个或一个以上粘膜破损, 长径大于 5mm, 但没有融合性病变) 14 例 (占 46.7%), C 级 (粘膜破损有融合, 但小于 75% 的食管周径) 6 例 (占 20%), 无 D 级病例。

### 1.2 治疗方法

降逆和胃汤水煎服, 每日一剂, 1 个月为一疗程。组方:

半夏 10g, 党参 10g, 吴茱萸 5g, 干姜 10g, 茯苓 10g, 黄芩 10g, 黄连 10g, 代赭石 25g, 海螵蛸 15g, 枳壳 10g, 甘草 6g。肝气犯胃明显者加用柴胡、芍药, 胃阴不足者加用麦冬、沙参, 脾胃虚寒者加用九香虫。

## 2 结果

### 2.1 疗效判断标准

治愈: 临床症状消失, 内镜下食管粘膜病变消失 (组织学改变不计入内); 显效: 临床症状明显改善, 内镜下粘膜病变减轻 1~2 个级别; 有效: 临床症状改善, 内镜下粘膜病变有所减轻; 无效: 临床症状无改善, 内镜下粘膜病变无变化。

### 2.2 治疗结果

本组治愈 26 例 (86.7%), 显效 3 例 (10%), 有效 2 例 (6.7%), 无无效病例。服药后, 症状方面见效快, 平均 5±1 天。无明显不良反应, 治疗前后血常规、尿常规、肝功能、肾功能等指标均无变化。

## 3 讨论

RE 主要发病机制是抗反流防御机制 (食管下端括约肌功能降低、一过性食管括约肌松弛、食管对胃反流物廓清能力障碍、食管粘膜屏障功能损害等) 减弱和反流物对食管粘膜攻击的结果。其中, 胃酸对食管粘膜的损伤最为强烈, 故西药治疗该病多用中和及抑制胃酸分泌的药物如铝碳酸镁、H<sub>2</sub>受体拮抗剂 (H<sub>2</sub>RA)、质子泵受体抑制剂 (PPI) 等。因 PPI 能抑制基础与刺激后胃酸分泌, 故临床较多应用。但经该药治愈的病人停药后, 90% 可在 6 个月内复发, 因此需要长期维持治疗<sup>[2]</sup>。而长期抑酸治疗又有诱发萎缩性胃炎的倾向, 故探讨中医中药治疗有重要意义。从祖国传统医学的角度分析, 反流性食管炎的

(下转 93 页)

## 39例 Apgar 评分确诊新生儿窒息的复苏的临床分析

## Clinical analysis of diagnosing 39 cases of resuscitation after asphyxia of the newborn by Apgar score

刘 红

(湖北省中医药高等专科学校, 湖北 荆州, 434020)

**中图分类号: R364.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0092-02 证型: GBDI**

**【摘要】**目的: 分析 Apgar 评分确诊新生儿窒息病例的复苏措施的制定与执行效果。方法: 对 39 例新生儿 Apgar 评分情况、窒息原因、抢救过程进行回顾性分析。结果: 39 例患儿 Apgar 评分 4~7 分轻度窒息 32 例、0~3 分重度窒息 7 例, 其中 0 分 1 例。经过医护人员的积极治疗, 38 例抢救成功, 1 例死亡。结论: 新生儿重度窒息时复苏贵在迅速、准确、有效。新生儿窒息的发生与脐带、早产、产程异常、胎膜早破、妊高征等因素有关, 39 例患儿中脐带因素 30 例, 早产 4 例, 妊高征、胎膜早破各 2 例, 产程异常 1 例。

**【关键词】** Apgar 评分; 新生儿; 窒息; 复苏

**【Abstract】**Objective: To analyze formulate of recovery measures and effect of implementation of neonatal asphyxia by Apgar score. Methods: To analyze 39 cases of Apgar score of newborn, reason of asphyxia, process of rescue. Result: In 39 cases patient of Apgar score, 4~7 point for 32 cases of mild asphyxia, 0~3 point for 7 cases of severe asphyxia, 0 point for 1 case. After treatment, 38 cases of rescued, 1 case of death. Conclusion: When severe asphyxia of newborn, the recovery should to rapid, accurate, effect. The occurrence of asphyxia of the newborn and the umbilical cord, premature birth, birth process unusual, premature rupture of membranes, pregnancy induced hypertension related, in 30 cases of patients, 30 cases of cord factor, 4 cases of premature, 2 cases of PIH, 2 cases of premature rupture of membranes, 1 case of abnormal birth process.

**【Keywords】** Apgar score; Newborn; Asphyxia; Recovery

新生儿窒息 (Asphyxia of the newborn) 是指新生儿出生后 1 分钟内仅有心跳而无呼吸或未建立规则呼吸的缺氧状态, 这是最常见的新生儿危象, 也是导致新生儿死亡、脑瘫和智力低下的主要原因之一。

新生儿窒息多为胎儿宫内窘迫的延续, 而新生儿重度窒息会导致严重的神经系统后遗症, 也是产科新生儿死亡比例最高的常见病。因此及时有效地抢救窒息儿, 缩短窒息时间, 对改善新生儿预后极其重要。该院对新生儿窒息患儿采取医护同时配合抢救, 取得满意疗效, 现报告如下:

### 1 临床资料

资料来源是 2006 年 1 月~2009 年 12 月从我市第一医院剖

宫产娩出的 1565 例新生儿中的 39 例窒息儿。

诊断标准: 窒息的程度以 Apgar 评分法在新生儿出生后 1min、5min、10min 进行评分, 4~7 分为轻度窒息, 0~3 分为重度窒息。若出生后 1min 评分 8~10 分, 而数分钟后又降到 7 分以下者也属窒息, 近年主张加做脐血血气分析来综合判断<sup>[1]</sup>。这些婴儿的胎龄为 28~43 周, 出生时体质量为 2150~3650g。剖宫产前均有不同程度的宫内窘迫表现, 如胎心音>160 次/min 或<120 次/min, 胎动增加或减少。39 例中男 18 例, 女 21 例; 轻度窒息 32 例, 重度窒息 7 例 (死亡 1 例), 无 1 例后遗症。

### 2 本组 39 例新生儿窒息原因及 Apgar 评分列表 (见表 1)

**表 1 本组 39 例新生儿窒息原因及 Apgar 评分列表**

n (例)	脐带因素		早产		产程异常	胎膜早破	妊高征
	30 (76.9%)	4 (10.3%)	1 (2.6%)	2 (5.1%)	2 (5.1%)	2 (5.1%)	
Apgar 评分	0~3	4~7	0~3	4~7	0~3	0~3	0~3
评分分布 (例)	1	31	1	2	1	2	2

导致新生儿窒息的主要临床因素以脐带因素、早产、产程异常、胎膜早破、妊高征为主。结果脐带异常是导致胎儿宫内窘迫的主要原因; 产程异常、早产、胎膜早破、妊高征等均为新生儿窒息的高危因素。但各种临床因素分娩的病例中, 发生新生儿窒息的轻重情况则有所不同, 以妊高征、早产、产程异

常、胎膜早破发生窒息程度较重。

### 3 新生儿窒息的抢救关键

严格按规范的现代化复苏技术及复苏方案 A、B、C、D、E 五步骤进行<sup>[2]</sup>。即 A (Airway, 气道), 清理呼吸道, 保持呼

吸道通畅; B (Breathing, 呼吸), 建立并维持有效的呼吸功能; C (Circulation, 循环), 维持有效的血循环; D (Drug, 药物), 药物治疗; E (Evaluation, 评价), 复苏过程中和复苏后, 均应对新生儿进行评价和监护。

### 3.1 清除呼吸道内分泌物, 保持呼吸道通畅

这是新生儿娩出复苏后的第一步, 必须在 1min 内完成。胎头一旦娩出, 用手挤出口鼻中的分泌物, 胎体娩出, 立即用新生儿电动吸痰器接 12 号吸痰管吸引力 $<100\text{mmHg}$ , 吸出口、咽及鼻内黏液, 如有胎粪和血液存在, 在喉管直视下吸出, 尽可能将胎粪吸除干净, 每次吸引时间为 20s 如果有黏稠羊水和胎粪堵塞时, 在喉镜直视下用导管吸出, 声门口黏液或胎粪用棉签卷出。

### 3.2 气囊面罩加压给氧建立呼吸

先吸净口、喉部的羊水和黏液, 给氧时面罩必须紧贴患儿口鼻, 用指尖挤压气囊, 首次压力为  $30\sim 40\text{cmH}_2\text{O}$ , 然后为  $15\sim 20\text{cmH}_2\text{O}$ , 速率为  $40\sim 60$  次/min。气流量  $5\text{L}/\text{min}$ ; 气压为  $2.94\text{kPa}$ ; 氧浓度一般  $40\%\sim 60\%$  为宜, 严重者可用到  $100\%$ ; 频率为  $40$  次/min。如果经  $1\sim 2\text{min}$  正压给氧仍无自主呼吸, 或严重胎粪吸入者, 应立即行气管插管<sup>[3]</sup>, 用听诊器听诊, 双侧肺均有等强呼吸音, 示气管导管位置正确, 如胸廓起伏适度, 面色转红, 自主呼吸建立, 证明效果满意, 即停止加压给氧或拔管, 继以面罩给氧。

### 3.3 体外心脏按压维持有效血循环

建立有效的通气后还要保证充足的血液循环。如果已经有效人工通气且  $0.5\text{min}$  后心率 $<80$  次/min, 应立即做胸外心脏按压, 以保证充足的心搏出量。采取拇指法, 压胸骨体下  $1/3$  处, 频率为  $120/\text{分}$  (每压 3 次, 间接加压给氧 1 次) 压下的深度为  $1\sim 2\text{cm}$ 。本组重度窒息 7 例, 通过以上处理复苏成功 6 例, 失败 1 例。

### 3.4 复苏药物的应用

药物主要用于极重度窒息儿。经心脏按压, 如触不到股动脉搏动, 或心率仍 $<80$  次/min 或心率为 0 者, 可首选肾上腺素, 常用剂量为  $1:10000$  肾上腺素  $0.1\sim 0.3\text{ml}/\text{kg}$ , 静脉滴注或直接滴入气管内, 必要时可重复, 预期的效果是给药 30s 后心率增快 $>100$  次/min; 如果心率仍 $<100$  次/min,  $4\%$  碳酸氢钠纠酸、增加组织灌注量、应用血管活性药物, 抗生素等治疗<sup>[4]</sup>, 预防

并发症发生。

### 3.5 及时 Apgar 评分

复苏过程中, 每操作一步的同时, 均要评估患儿情况, 然后决定下一步操作。对于窒息严重, 新生儿情况较差者每  $5\sim 10\text{min}$  按上述标准再评, 直到总分 $>7$  分为止, 或在婴儿窒息内每  $2\sim 4\text{h}$  重评 1 次, 直到  $24\text{h}$ 。复苏过程中和复苏后, 对新生儿进行评估和监护工作的同时注意保暖。

## 4 结果

新生儿窒息是围产儿死亡的主要原因之一。通过临床观察, 从窒息开始到死亡只有  $13\sim 14$  分钟。而临床上突然严重的窒息可在 10 分钟内致死。如果复苏不得力或不及时, 即使婴儿存活, 但因长期缺氧仍可致永久的神经系统后遗症。

据有关资料统计, 重度窒息的新生儿随访后发现  $12\%$  有智力障碍, 且生后 20 分钟内无自主呼吸建立者将发生神经系统后遗症。因此除新生儿窒息复苏得力, 胎儿宫内窘迫也应早发现、早处理。因此, 胎儿娩出前无论预计婴儿出生是否正常, 都应做好吸痰器、氧气、气管插管、新生儿喉镜、急救药品、辐射台预热及温箱的准备。新生儿窒息的抢救成功最关键的是争分夺秒、准确无误, 熟练掌握每一项操作。评估贯穿整个复苏过程, 呼吸、心率、皮肤颜色是窒息复苏的三大指标, 并遵循评估 $\rightarrow$ 决策 $\rightarrow$ 措施 $\rightarrow$ 再评估 $\rightarrow$ 再决策 $\rightarrow$ 再措施程序, 如此循环往复, 直到完成复苏。复苏后严密观察病情、精心护理、积极治疗也是新生儿窒息复苏成功的保障。

### 参考文献:

- [1]李杨方, 故玫, 潘晓洁. 新生儿缺氧缺血性脑病预后分析[J]. 中国围产医学杂志, 2005, 3(3): 166
- [2]历鹞华, 水泉祥. 实用儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 166
- [3]张孝美. 新生儿窒息 174 例产科原因分析[J]. 重庆医学, 2008, 32(4): 423
- [4]李巨. 产科学理论与手术[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2007: 128

### 作者简介:

刘红 (1977-), 女, 汉族, 湖北荆州人, 讲师、主治医师, 学士, 单位: 湖北省中医药高等专科学校。

编号: EA-1005268784 (修回: 2010-08-04)

(上接 91 页)

病机总属脾胃虚弱, 肝气犯胃, 升降失常, 胃阴不足, 胃失和降, 胃气上逆引起发病, 脾胃升降失常引起返流。治宜疏肝健脾、辛开苦降、和胃降逆, 而降逆制酸贯穿于治疗始终。方中半夏、干姜、黄连、黄芩辛开苦降; 枳壳行气除痞; 海螵蛸制酸收涩; 党参健脾和胃; 代赭石重镇降逆。从现代药理研究而言, 该组方既能制酸, 减少胃酸分泌, 又能促进胃肠蠕动, 减少反流, 同时还能加强脾胃功能抑制该病复发。

综上, 中药制剂降逆和胃汤治疗反流性食管炎有独特的优势, 疗效可靠, 无毒副作用。我院研究还证明, 在服药后 6 个月、1 年再次随诊, 临床复发的病例较单纯西药治疗明显减少, 镜下观察食管粘膜基本无明显变化, 故该药还有长期抑制 RE

复发的作用, 值得深入研究推广。

### 参考文献:

- [1]陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009, 5: 373-374
- [2]陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005, 7: 1852

### 作者简介:

杜山鹏, 男, 医学硕士, 消化内科专业主治医师, 山东省威海市中医医院科长。

编号: ER-10051411 (修回: 2010-08-03)

## 中西医结合治疗 65 例糖尿病酮症酸中毒

## Treating 65 cases of diabetic ketoacidosis in the integrative medicine

郑 昆

(河南省直第三人民医院, 河南 郑州, 450006)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0094-02 证型: DGB

**【摘要】**目的: 探讨中西医结合治疗糖尿病酮症酸中毒的疗效。方法: 对糖尿病酮症酸中毒患者采用中西医结合方法治疗, 与单纯用西药组进行对比。结果: 治疗组 65 例, 治愈 40 例, 有效 18 例, 无效 7 例, 治愈率 61.5%, 总有效率 89.2%; 对照组 55 例, 治愈 24 例, 有效 16 例, 无效 15 例, 治愈率 43.6%, 总有效率 72.7%。两组比较治愈率及有效率有显著差异 ( $P < 0.01$ )。结论: 中西医结合治疗糖尿病酮症酸中毒能较快的降低血糖, 疗效显著, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 糖尿病酮症酸中毒; 中西医; 糖尿病

**【Abstract】** Objective: To investigate the effect of treating diabetic ketoacidosis in the integrative medicine. Method: To treat patients with diabetic ketoacidosis in the integrative medicine, contrast it with western medicine group. Results: 65 cases of treatment groups, 40 were cured, 18 were effective, 7 were invalid, the effective rate was 61.5%, the total effective rate was 89.2%; 55 cases of control groups, 24 were cured, 16 were effective, 15 were invalid, the effective rate was 43.6%, the total effective rate was 72.7%. The contrast between two groups of effective rate and total effective rate have significant difference ( $P < 0.01$ ). Conclusion: Treating diabetic ketoacidosis in the integrative medicine gets a good result.

**【Keywords】** Diabetic ketoacidosis; The integrative medicine; Diabetes

糖尿病酮症酸中毒 (DKA) 是由于相对或绝对缺乏胰岛素所引起的以高血糖、高酮血症和酸中毒为主要改变的临床综合征, 是糖尿病 (DM) 常见的急性并发症<sup>[1]</sup>。我院从 2004 年 6 月到 2009 年 3 月采用中西医结合治疗糖尿病酮症酸中毒患者 65 例, 并与单纯采用西医治疗进行对比, 现报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 临床资料

本组 DKA 患者 120 例, 男 67 例, 女 53 例; 年龄 18~79 岁, 平均 56.8±11.2 岁; T1 DM 9 例, T2 DM 49 例; 即往有糖尿病史 51 例, 无糖尿病史 7 例。均符合以下标准<sup>[2]</sup>: ①糖尿病症状+任意时间血浆葡萄糖水平  $\geq 11.1$  mmol/L; ②尿糖、尿酮体阳性; ③有酸中毒表现, 血气分析为代谢性酸中毒, 二氧化碳结合力 ( $\text{CO}_2\text{CP}$ )  $< 20$  mmol/L。

诱因: 各种感染 67 例; 停用或减少胰岛素及口服降糖药 21 例, 饮食不当或劳累 14 例, 急性脑血管疾病 11 例, 精神刺激 4 例。

临床表现: 均有不同程度呼吸深快、脱水等, 其中轻度 35 例, 中度 63 例, 重度 22 例; 低血容量性休克 31 例; 口干、多饮、多尿 39 例; 烦躁不安 54 例; 意识改变 42 例, 其中昏迷 21 例; 消化道症状 74 例, 其中腹痛 48 例。实验室检查: 血 pH 均  $< 7.35$ , 尿酮体 (++) 26 例, (+++) 45 例, (+++++) 49 例; 血糖 15~20 mmol/L 36 例, 21~29 mmol/L 62 例, 30~35 mmol/L 19 例,  $> 35$  mmol/L 3 例;  $\text{CO}_2\text{CP}$  在 15~20 mmol/L 56 例, 10~14 mmol/L 46 例,  $\leq 10$  mmol/L 18 例。随机分成两组,

治疗组 (中西医) 65 例, 对照组 (西医) 55 例, 两组患者年龄、性别发病程度等一般情况无差异, 具有统计学意义。

### 1.2 治疗方法

对照组应用小剂量速效胰岛素以 4~8 U/h 的滴速持续静滴。当血糖下降后, 改用 5% 葡萄糖液按 3~4g 葡萄糖与 1U 胰岛素的比例混合滴入, 直至酮体转阴; 同时配合补液、纠正电解质紊乱和酮症酸中毒、抗生素控制感染。

治疗组在此基础上加用中药治疗: 解毒化浊汤; 组成: 天花粉 10g, 生石膏 30g, 葛根 20g, 黄连 9g, 紫苏叶 10g, 石菖蒲 12g, 藿香 10g, 黄芩 10g。恶心呕吐者加竹茹 10g, 代赭石 30g; 腹泻者加苍术 10g, 白术 10g; 发热者加水牛角 30g, 牡丹皮 10g。用法: 中药配方免煎颗粒混合于杯中, 加沸水 300 mL 搅匀, 早、晚各 1 剂温服, 昏迷患者则留置胃管注药。在胰岛素静滴过程中参照血钾情况及尿量 (大于 40 ml/h) 适当补钾。当二氧化碳结合力低于 10 mmol/L, 予 5% 碳酸氢钠 80~100 ml 静点。有感染者应予抗生素治疗。治疗过程中意识清楚者, 鼓励多饮水。

### 1.3 疗效标准<sup>[3]</sup>

治愈: 临床症状、体征消失, 血浆  $\text{HCO}_3^-$ 、 $\text{CO}_2\text{CP}$  正常 ( $\text{HCO}_3^-$  22~27 mmol/L,  $\text{CO}_2\text{CP}$  22~31 mmol/L), 各种感染控制, 化验检查正常;

有效: 临床症状、体征基本消失, 血浆  $\text{HCO}_3^-$ 、 $\text{CO}_2\text{CP}$  升高, 但未至正常范围, 各种感染基本控制, 化验检查未至正常;

无效: 治疗前后病情及化验结果变化不明显。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS12.0 统计学软件进行分析, 计数资料采用卡方检验。

## 2 结果

治疗组 65 例, 治愈 40 例, 有效 18 例, 无效 7 例, 治愈率 61.5%, 总有效率 89.2%; 对照组 55 例, 治愈 24 例, 有效 16 例, 无效 15 例, 治愈率 43.6%, 总有效率 72.7%。两组比较治愈率及有效率有显著差异 ( $P < 0.01$ )。

## 3 讨论

DKA 是糖尿病的危急并发症, 常常合并胰岛素抵抗或反调节激素产生过多。反调节激素包括: 胰高血糖素、儿茶酚胺类、可的松、生长激素等。各种应激、感染、创伤、胃肠疾病等均可导致反调节激素增加, 以致肝、肾葡萄糖的产生增加, 外周对葡萄糖的利用受损, 脂肪分解作用增加, 大量生成丙酮酸、乙酰乙酸和  $\beta$ -羟丁酸, 产生高血糖、酮血症、血液的高渗透性, 最终导致酸中毒和脱水。感染仍是 DKA 发病最主要的诱因<sup>[4]</sup>, 停用降糖药、饮食不当、应激、医源性原因亦常见。临床表现以消化道症状、糖尿病“三多”症状加重及脱水较多见。但有部分的 DKA 患者无 DM 病史或症状不典型, 临床上容易误诊。就诊患者出现脱水并伴意识模糊或昏迷时, 尤其是老年人, 应考虑 DKA 的可能。部分 DKA 患者以腹痛为主诉就诊, 查体时有腹部压痛、反跳痛, 容易误诊为急腹症, 尤应注意鉴别。

糖尿病属于中医“消渴”的范畴。中医认为<sup>[5]</sup>, 消渴症阴虚为本, 燥热为标, 阴虚无力制阳, 则阳气燥动而生内热, 上

燔肺金则烦渴多饮; 中灼胃脾则胃热消谷而多食。糖尿病是由肺、胃、肾三脏热灼阴亏, 水谷转输失常所致的疾病。其基本病机是阴虚燥热, 阴虚为本, 燥热为标, 二者互为因果, 燥热甚则阴愈虚, 阴愈虚则燥热愈甚。病变脏腑在肺、脾、肾。三者之中可各有偏重, 互相影响。上焦肺燥阴虚, 津液失于输布, 则胃失濡润, 肾乏资助; 中焦胃热炽盛, 灼伤津液, 则上灼肺津, 下耗肾阴; 下焦肾阴不足, 虚火上炎肺胃, 致使肺燥、胃热、肾虚三焦同病。DKA 是消渴病阴津极度耗损而出现的危重证候, 治以清热养阴为主。方中天花粉、石膏、葛根养阴清热生津; 黄连、黄芩、紫苏叶清胃肠热毒; 石菖蒲、藿香化浊开窍, 诸药寒热并用, 阴阳并调, 使机体阴阳平衡, 水津得布, 则诸症自除。据临床观察在西医常规治疗的基础上加服中药解毒化浊汤, 能有效地缓解糖尿病酮症酸中毒症状, 缩短疗程, 避免引发心、脑、肾等脏器病变。

## 参考文献:

- [1] 王立强. 中西医结合治疗糖尿病酮症酸中毒 106 例分析[J]. 山东医药, 2008, 48(4):34-36
- [2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:856
- [3] 胡绍文, 郭瑞林. 实用糖尿病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002:125
- [4] 李桂生, 李朝晖. 血  $\beta$ -羟丁酸测定在糖尿病酮症酸中毒诊断中的应用[J]. 医学临床研究, 2007, 24(5):746-747
- [5] 黄皓月, 何晓红, 魏华. 糖尿病酮症酸中毒从湿热辨治[J]. 中国中医急症, 2008, 17(10):1467

编号: ER-10051410 (修回: 2010-08-03)

## 阳明胃喘

## Yangming Weichuan

韦袞政

(云南省中医医院, 云南 昆明, 650021)

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0095-02 证型: GDA

**【摘要】** 阳明胃喘是喘证的一个类型, 主要是由于胃腑的病变引起的喘促症状, 历代经书中都已提及, 现代教科书的喘证分类中少有此分型, 在经络生理中, 足阳明胃、手阳明大肠与肺相连, 在病理反应中互相影响, 该型引起喘证的病理机制与胃气上逆、膈气不通、经气逆乱、运气失调有关, 抓住喘的内在脏腑经络病变, 有助于提高喘证的辨证论治效果。

**【关键词】** 喘; 阳明; 胃

**【Abstract】** Yangming Weichuan is a type of asthma, it is asthma leaded to pathological changes of stomach belly, ancient classics have been mentioned, the asthma of modern textbooks don't have this classification, Zuyang Mingwei and Shouyang Mingda-chang connected with lung, they were affect each other in pathological reaction, the pathogenesis of asthma was associated with Weiqi Shangni, Feiqi Butong, Jingqi Niluan, Yunqi Shitiao, to seize the internal organs and meridians lesions of asthma is contribute to improve the effect of treatment in differentiation.

**【Keywords】** Asthma; Yangming; Stomach

喘也就是气喘, 是呼吸运动的一种感觉, 是多种疾病过程中的一个症状, 主要与肺、心、肾有关, 某些情况下与胃有关。

喘的程度有轻重, 严重的时候是呼吸频率增快, 甚至张口抬肩, 鼻翼扇动, 不能平卧的客观呼吸困难, 多见于心、肺、肾严重



疾病，与胃相关的气喘更多的时候是呼吸表浅、呼吸不畅的主观呼吸困难，常常是患者就诊的主要原因。《症因脉治·喘症论》指明了胃喘的特点：“诸经皆令人喘，而多在肺胃二家。喘而咳逆嗽痰者，肺也，喘而呕吐者，胃也。”<sup>[1]</sup>阳明在腑为胃，在经络为胃和大肠，阳明胃喘的机制考虑以下几方面。

### 1 胃气上逆

胃主受纳、腐熟水谷，以通降为顺，素体不足，饮食不节，情志不遂，久病未愈等，都可影响胃的腐熟、通降功能，出现水谷不化、气机逆乱，影响肺主气、司呼吸的功能，出现呼吸困难。在经络联系中，胃与肺相连通，“胃之大络，名曰虚里，贯鬲络肺”，胃的病变影响到肺的功能失调，《素问·逆调论》述及了包括哮喘在内的喘与阳明胃气上逆有关，书中论到：“帝曰：人有逆气不得卧而息有音者，有不得卧而息无音者，有起居如故息有音者，有得卧行而喘者，有不得卧不能行而喘者，有不得卧卧而喘者，皆何脏使然？愿闻其故。岐伯曰：不得卧而息有音者，是阳明之逆也，足三阳者下行，今逆而上行，故息有音也。阳明者，胃脉也，胃者，六腑之海，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，此之谓也。”<sup>[2]</sup>特别是胃火旺盛，火迫气逆、火气上冲则诱发加重喘促，正如《症因脉治·喘症论附诸贤论》曰：“火炎者，乍进乍退，得食稍减，食久仍喘，此胃中有实火，膈上有稠痰，得食压痰下痰火，喘即暂止。食已入胃，反助其火，喘仍大作”。并对于此种类型胃喘的治疗，述及了方药，如“脾胃之火上冲，宜清胃汤。”指明了胃气上逆之喘从胃论治。

### 2 腑气不通

肺与大肠相表里，大肠为传导之官，是胃降浊功能的延伸，同时与肺的肃降功能有关，在经络循行中，肺与大肠相连通，《灵枢·经脉第十》已有描述：“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠。”<sup>[3]</sup>早在《伤寒论》中就论述到在阳明热结旁流重症时的症状和治疗：“病人小便不利，大便乍难乍易，时有微热，喘冒不能平卧者，有燥屎也。宜大承气汤。”<sup>[4]</sup>其邪热上攻于肺，肺气不降而浊气上逆，故喘促难平。治疗以攻下实邪，汤涤浊物，才能邪去正安。如果脾胃虚弱，食积不化，腑气不通，传导失常，则胃失和降，肺失清肃，喘促加重，《症因脉治·内伤喘逆》云：“食积喘逆之症，胸满，胃痛腹痛，恶食饱闷，大便或结或溏，上气喘逆，喘呕暖气。”<sup>[4]</sup>腑气不通，秽浊不去，邪气内盛，气机阻滞，升降失调，有“大肠喘”之势，对于此证治疗只有通下腑气方能见效。

### 3 经气逆乱

十二经脉循环无端，外络于肢节，内属于脏腑，经气流行顺畅则脏腑功能旺盛，经气涩、滞、逆乱则变生百病。足阳明之脉，循喉入缺盆，下膈，其经气逆乱，则喘息咳嗽。《素问·厥论》云：“阳明厥逆，喘咳身热，善惊、衄、呕血。”同样，阳明经气逆乱严重时，会使喘促、烦闷加重，甚至死亡。《素问·阳明脉解》述：“帝曰：其恶人何也？岐伯曰：阳明厥则喘而惋，惋则恶人。帝曰：或喘而死者，或喘而生者，何也？

岐伯曰：厥逆连脏则死，连经则生。”都提出了阳明经气逆乱引起喘促的病理现象。

### 4 运气失调

人和自然相统一，自然界生物的生化收藏对人体产生相应的影响。五脏六腑关系中，如果运气调顺则脏腑调和，胃土和燥金相生互长，呼吸顺畅。庆云阁在《医学摘粹》论述五行生化关系中提出：“阳盛之家，肺金恒燥，太阴性湿，阳明性燥，燥湿调停，在乎中气，旺则辛金化气于湿土，而肺不伤燥。”<sup>[5]</sup>在五运六气的主客关系中，主气客气的异常胜复交变引起脏腑的功能失调，《素问·至真要大论》云：“阳明在泉，客胜则清气动下，少腹坚满，而数便泻。主胜则腰重腹痛，少腹生寒，下为鹜溏，则寒厥于肠，上冲胸中，甚则喘，不能久立。”指出了阳明燥金在泉之年，阳明燥金主令，胃土从令而化燥，胃喜润而恶燥，胃燥则气上冲胸，喘逆不安。

### 5 病案举例

患者甲，女，46岁，2008年12月8日就诊，主诉“气喘3月”。曾于多家医院就诊，曾行胸片、肺功能检查未见异常，曾服用“阿莫西林、氨茶碱、酮替芬”及中药等未见好转，症见气喘，吸气难入，呼气不畅，自觉呼吸困难，胸闷、憋气，喜太息，四肢不温，口干，口苦，夜寐不安，大便秘结，舌红干，苔薄白，脉细。诊断：喘证（胃气上逆），治则：益胃降逆，方用沙参麦冬汤加减，药物：沙参15g，麦冬15g，玉竹10g，石斛10g，柴胡15g，白芍15g，枳实15g，青皮15g，厚朴15g。三剂日一剂水煎服。12日复诊，诉气喘减轻八成，大便通畅，每日一次，口干、口苦、胸闷明显减轻，续以前方厚朴改为9g，五剂日一剂水煎服。

按：中年妇女，正气渐衰，肾气不足，脾气虚弱，胃阴亏虚，肺阴受损，故见气喘、吸气难入、呼气不畅的胃气上逆、肺失肃降症状；脾主四肢，气机逆乱，清阳不达四末故四肢不温；阴津不足，故见口干、大便秘结、舌红干等；肝失疏泄，肝气乘脾故见口苦、喜太息。沙参、麦冬、玉竹、石斛为益胃滋阴润肺的要药，四逆散为疏肝和胃降逆之剂，青皮、厚朴可降气、除满、平喘。本病本脏在胃，标脏在肺，病性为阴虚，因虚而逆，治病必求于本，故治胃为先，滋阴为要，标本兼顾，胃阴有长，胃气得顺，肺气方降，喘逆自平。

### 参考文献：

- [1]明·秦景明著.症因脉治[M].上海:上海科学技术出版社,1990:135-144
- [2]田代华整理.皇帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005:61-178
- [3]田代华,刘更生整理.灵枢经[M].北京:人民卫生出版社,2005:31
- [4]汉·张仲景撰.伤寒论[M].上海:上海科学技术出版社,1983:62
- [5]清·庆云阁著.医学摘粹[M].上海:上海科学技术出版社,1983:272

### 作者简介：

韦衮政(1964-),男,博士研究生,云南省中医医院副主任医师,研究方向:肺系疾病。

编号: ER1005-25(修回: 2010-08-03)

## 慢性硬膜下血肿 48 例分析

## Analysis of 48 cases of chronic subdural hematoma

张 群 马进红 陆治强 陈星强

(贵州省德江县人民医院, 贵州 铜仁, 565200)

**中图分类号:** R651.1+5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-7860 (2010) 15-0097-02 **证型:** BDGI**【摘要】** 目的: 分析颅骨钻孔冲洗引流对慢性硬膜下血肿的临床疗效。方法: 通过 CT 扫描头部, 采用颅骨钻孔冲洗引流释放血肿。结论: 引流去除血肿效果显著, 临床应用广泛。**【关键词】** 慢性硬膜下血肿; CT; 颅骨钻孔冲洗引流**【Abstract】** Objective: To analyze clinical effects of treating chronic subdural hematoma by skull drilling and wash drainage. Methods: Scanning head by CT, taking skull drilling and wash drainage release hematoma. Conclusion: Clearing hematoma by drainage has a good effect in clinical.**【Keywords】** Chronic subdural hematoma; CT; Skull drilling and wash drainage

慢性硬膜下血肿 (chronic subdural hematoma, GSDH) 临床上多见于中老年人, 以单侧发病居多, 我科 2005 年 1 月至 2009 年 8 月共收治慢性硬膜下血肿病人 48 例, 均行颅骨钻孔冲洗引流, 取得较好的治疗效果, 现回顾分析如下:

## 1 对象和方法

### 1.1 本组病例

男 30 例, 女 18 例, 年龄 56~85 岁, 平均年龄 65.6 岁, 发病时间为 20 天至 12 月, 平均病程为 35 天, 发病前的明确的外伤史 32 例, 无头部外伤史 16 例, 事件发生于发病前 20 天至 12 月, 单侧 42 例, 双侧 2 例, 临床表现: 慢性颅高压症状 (头昏、头痛、恶心) 42 例; 偏瘫、癫痫、言语含混例, 智力减退、抑郁、记忆力下降 38 例; 共济失调行走不稳 28 例。

### 1.2 辅助检查

全组病例首诊均行头颅 CT 检查, CT 影象表现为单侧或双侧大脑半球外颅骨内板下低密度、等密度和 (或) 稍高密度影, 常为新月形, 部分为梭形 (血肿体积相对较小), 一侧或两侧侧脑室均有受压征象, 中线结构有一定偏移, 12 例等密度中线结构无偏移。

### 1.3 治疗方法

本组患者均采用局麻+静脉强化下行双侧单孔、单侧单孔或双孔钻孔冲洗引流, 钻孔的部位根据影象资料确定, 多取血肿的后 3/5 处, 双孔者分别取血肿前后各 1/5 处, 切开头皮 3~4cm, 乳突牵开器牵开头皮, 暴露颅骨, 颅骨钻孔并将骨孔扩大呈直径约 1.5~2.0cm, “+”形切开发蓝硬脑膜和血肿包膜壁层, 双侧时同时“+”切开硬脑膜和血肿包膜壁层, 用脑棉堵于硬膜切口处, 缓缓释放硬膜下暗红色或棕褐色液体, 待液体压力减低后, 沿硬脑膜切口向血肿腔内置入 F10 或 F12 号硅胶引流管, 反复注入生理盐水于血肿腔内冲洗并调整管头方向, 至冲洗液清亮, 沿皮下隧道引出并固定引流管并向血肿腔内同时缓慢注入生理盐水排除腔内积气, 夹闭并固定引流管, 缝合头皮, 引流管外端接闭式引流袋。待引流液明显减少后夹闭引

流管复查头颅 CT, 根据影资料适当调整引流管位置, 改变患者体位以利于再引流, 术后约 3~5 天拔出引流管。

## 2 结果

本组病例术后临床症状 (头昏、头痛、恶心、抑郁、记忆力下降) 逐渐改善, 偏瘫、共济失调行走不稳全部改善, 治疗 2~3 周后痊愈出院, 术后随访半年。头颅 CT 提示未见血肿复发, 中线结构无偏移, 脑室系统未见受压征象。

## 3 讨论

慢性硬膜下血肿发生率约占颅内血肿的 10%, 其中双侧硬膜下血肿相对较少, 发生率仅为慢性硬膜下血肿的 14.8%<sup>[1]</sup>, 血肿好发于老年人, 大多 1~3 月前有轻微头部外伤史, 但容易被遗忘而否定。其发生原因一般认为是头部外伤的惯性力作用使脑组织与颅骨内板之间, 产生相对运动, 导致大脑皮层的桥静脉撕裂出血, 血液不断积聚于硬膜下腔; 此外, 血肿外膜与硬膜粘连处含有大量的新生毛细血管, 血肿腔内高浓度的纤维蛋白降解产物影响血管壁正常生理结构, 使血肿外膜中毛细血管不断出血, 血肿腔逐渐扩大<sup>[2]</sup>。本组病例中有确切头部外伤史 32 例, 慢性硬膜下血肿病程发展较慢, 临床表现不具特殊性, 多为常见的间隙性头昏、乏力、记忆力减退等, 且这一类表现在老年患者中常出现。这就容易导致该疾病的误诊, 因此对这一类病人要详细询问病史, 了解近期有无头部外伤, 细致的神经系统检查, 从中能否发现一点辅助诊断的线索。但是, 所检查均未发现阳性者, 也不能排除慢性硬膜下血肿的可能。头颅 CT 检查简单、便捷, 是诊断该类疾病的首选方法。CT 影像可清楚显示低密度、稍高密度、混杂密度的慢性硬膜下血肿的大小、部位、有无分隔, 脑室受压的情况。而对于等密度、中线结构无偏移、脑室受压不明显的患者, CT 检查容易导致漏诊, 需头颅 MRI 确诊。慢性硬膜下血肿一经诊断成立, 结合病人全身情况, 其手术方式首选颅骨钻孔冲洗引流术, 此手术创伤小、操作简便可靠、手术时间短, 本组病例均在局

麻+静脉强化的条件下施行手术,明显减少了呼吸系统、泌尿系统感染的可能性,有利于手术后的康复。钻孔的位置不一定选择平卧时水肿的最低点,尤其是涉及枕部在内的慢性硬膜下血肿,多取于血肿的后3/5处,术后通过体位的变化一样能起到充分引流的效果,另一方面还减少张力性气颅的发生。双侧慢性硬膜下血肿须同时双侧切开硬脑膜,缓缓释放血肿,使两侧的颅内压力处于一种态平衡,尽量冲洗掉腔内的纤维物质和纤维蛋白的降解产物,对于防止血肿的复发起到一定作用。术中注意保护蛛网膜,引流管管头要圆钝、柔软,避免蛛网膜破裂后血肿腔内残存物质进入蛛网膜下腔引起脑血管痉挛,产生新的局灶性体征,甚至危及生命。切口缝前要向血肿腔内注入生

理盐水排除颅内空气。术后不予脱水,静脉补充生理盐水每日约1000ml并口服脑复康片,术后3~5天复查头颅CT,根据影像资料适当调整引流管位置和患者体位,每日引流量小于10ml即拔管。余病人术后2月至半年复查CT,颅内积液、积气吸收,脑组织复张。因此,即使术后颅内残腔的一定的积液、积气,而患者术前症状明显减轻,也无新的神经系统阳性体征出现,则无需特殊处理。

#### 参考文献:

[1]王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2004:448-450

编号: ER-10051004 (修回: 2010-08-02)

## 中西医结合治疗(湿热型)慢性胃炎31例的临床疗效观察

### Observation of clinical effective on treating 31 cases of (hygropyrexia type) chronic gastritis in the integrative medicine

唐伟 朱文芳

(河南中医学院,河南 郑州,450008)

中图分类号: R573.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0098-02 证型: IDBG

**【摘要】**目的:观察清胃化湿汤加减治疗湿热型慢性胃炎的临床疗效。方法:将61例湿热型慢性胃炎患者随机分为两组,对照组30例予口服奥美拉唑肠溶胶囊治疗;治疗组31例在对照组治疗的基础上加服清胃化湿汤加减治疗。2组均以4周为1疗程;治疗后6月随访。结果:治疗组临床痊愈9例,显效11例,有效10例,无效1例,总有效率96.77%;对照组临床痊愈6例,显效9例,有效10例,无效5例,总有效率83.33%。治疗组疗效优于对照组( $P<0.05$ )。治疗后6月随访,治疗组复发率6.77%,对照组复发率28.00%。治疗组复发率低于对照组( $P<0.05$ )。结论:中西医结合治疗湿热型慢性胃炎疗效好,并能降低复发率。

**【关键词】**慢性胃炎;湿热;清胃化湿汤;中西医结合治疗

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical effect of treating hygropyrexia chronic gastritis with Qing-wei Hua-shi decoction. Method: 61 cases with chronic gastritis belonging to hygropyrexia syndrome were divided into two groups randomly. 30 cases in control group were treated by omeprazole. And 31 cases in treatment group were treated by Qing-wei Hua-shi decoction as well as above treating. The treatment course included 4 weeks. After six months recidivation of chronic gastritis were observed. Result: In treatment group 9 cases were cured, 11 cases were excellent, 10 cases were effective, and 1 cases were ineffective. The total effective rate was 96.77%. In control group 6 cases were cured, 9 cases were excellent, 10 cases were effective, and 5 cases were ineffective. The total effective rate was 83.33%. There was significant difference between the two groups ( $P<0.05$ ). In follow-up visit after 6 months recurrence rate was 6.77% in treatment group and 28.00% in control group. There was also significant difference between the two groups ( $P<0.05$ ). Conclusion: The effect of therapy of combination of TCM with western medicine is good on chronic gastritis belonging to hygropyrexia syndrome, and recurrence rate is low.

**【Keywords】** Chronic gastritis; Hygropyrexia; Qingwei Huashi decoction; The integrative medicine

2009年9月至2010年1月,笔者采用中西医结合疗法治疗湿热型慢性胃炎31例,取得较好疗效,现报道如下:

#### 1 临床资料

##### 1.1 病例选择

参照《内科学》<sup>[1]</sup>及《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>制定诊断标准:主要临床表现为胃脘痞满不适或伴有轻微胀痛,

暖气,泛酸,恶心呕吐,口干口苦,纳差,病情时轻时重。以上病例均于就诊1个月内做胃镜检查,主要病理特征有胃黏膜充血、水肿、红白相间,黏膜皱襞顶端浅样充血,黏液增多,黏膜有斑点状糜烂或出血,幽门口水肿或狭窄,并除外2周内有过抑酸、抗生素、铋剂治疗者,有严重心、肝、肾疾病及其他严重器质性病变者,对本研究药物过敏者,精神病患者。

##### 1.2 一般资料

61 例均为河南中医学院第一附属医院住院患者,随机分为 2 组。治疗组 31 例,男 15 例,女 16 例;年龄 24~88 岁,平均(54.49±18.53)岁;病程(3.1±3.9)年;慢性浅表性胃炎 28 例,其中伴糜烂 11 例;慢性萎缩性胃炎 3 例。对照组 30 例,男 13 例,女 17 例;年龄 20~96 岁,平均(54.20±17.43),慢性浅表性胃炎 27 例,其中伴糜烂 10 例;慢性萎缩性胃炎 4 例。两组资料经统计学处理,差异无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

### 2.1 对照组

予奥美拉唑肠溶胶囊(悦康药业集团有限公司生产,国药准字 H20056577),每次 20mg,每日 2 次口服,连续使用 4 周。

### 2.2 治疗组

在对照组治疗基础上,加服清胃化湿汤加减治疗。药用:

厚朴 10g, 陈皮 15g, 半夏 9g, 黄连 6g, 吴茱萸 1g, 槟榔 12g, 木香 9g, 连翘 15g, 芦根 15g, 草薢 12g, 生薏苡仁 20g, 知母 12g, 煅瓦楞子 15g, 炒卜子 12g。临证加减:脘胀痞满甚者加瓜蒌 9g;痛涉肋肋加柴胡 6g;胃脘灼热甚加黄连 3g;胃纳差加山楂 15g;便秘加大黄 6g。每日 1 剂,水煎取汁 400mL,分早晚 2 次空腹服,4 周为 1 疗程。疗程结束后分别于 1 月后、3 月后、6 月后随访,观察其复发情况。

## 3 疗效观察

### 3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>中的有关章节制定疗效评定标准:①临床治愈:症状、体征消失或基本消失;②显效:主要症状、体征明显改善;③有效:症状、体征均有好转;④无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重。

### 3.2 治疗结果见表 1, 表 2

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	31	9	11	10	1	96.77%
对照组	30	6	9	10	5	83.33%

注:治疗组疗效优于对照组( $P<0.05$ )。

表 2 两组复发情况比较

组别	n	1 月	3 月	6 月	6 个月总复发率
治疗组	30	0	1	1	6.77%
对照组	25	1	2	4	28.00%

注:治疗组、对照组分别随访 30 例、25 例;控制复发情况治疗组明显优于对照组( $P<0.05$ )。

## 4 讨论

慢性胃炎(CG)是临床上一种常见病,属中医学“胃脘痛”、“痞满”等范畴。本病多由饮食不节,情志所伤,劳逸失常,外邪侵袭(特别是 HP 的感染)等引起。近年来,伴随着社会的进步,人们的饮食结构及生活节奏也发生了变化,肥腻、甘滯、生食、冷饮、乳酪、酒水等进入现代家庭生活中,较之传统食品和习惯更易生湿滯。生活节奏的加快,行业竞争的激烈,人们精神生活复杂化情志不遂,木旺克土或肝郁木不疏土,也可使脾运失健,升降失调,内湿由生,蕴而化热;或外受湿热,内侵脾胃。章虚谷《医门棒喝》云:“胃为戊土属阳,脾为己土属阴,湿土之气,同类相召,故湿热之邪,始虽外受,终归脾胃也。”终致湿热阻于中焦,壅遏胃气而形成本病。治疗当以清胃化湿为主,辅以行气止痛,清胃化湿汤即据此拟定,方中黄连清热燥湿、尤长于清中焦邪热,吴茱萸降逆止呕止痛,厚朴可燥湿消痰,下气除满以上三药为君药有清热利湿之功效;陈皮性理气健脾,燥湿化痰,薏苡仁健脾渗湿,草薢化湿行气、温中止呕以上三药为臣药有芳香化浊和胃之功;知母清热泻火,连翘清热解毒,芦根清热泻火止呕,煅瓦楞子制酸止痛,以上五药为佐药以助清胃化湿、行气止痛;槟榔功能行气

利水,善行肠胃之气,消积导滯;木香行气止痛,炒卜子消食除胀,降逆化痰,下气而为使药,诸药合用共奏“清胃化湿、行气止痛”之功。

现代医学治疗本病一般选用抗酸药缓解症状,缺乏特效疗法,但长期应用抗酸药存在可能导致胃体胃炎在正常的速度下或加速发展等不良反应<sup>[3]</sup>;且控制复发不够理想。临床观察表明,中西医结合治法在改善症状、体征疗效明显优于单用西药治疗,控制复发方便也有着独特的优势。

## 参考文献:

- [1]叶任高,陆再兴.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:379-382
- [2]郑筱萸,任德权,曹文庄等.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,2002,5:124-138
- [3]甄承恩,杨晶,史斌.慢性胃炎的研究进展与思考[J].川亩床荟萃,2005,20(2):118-121

## 作者简介:

唐伟(1986-),男,汉,河南商丘人,河南中医学院 2008 级硕士研究生,以中医内科学(消化病)为主要研究方向。

编号: E-10061247 (修回: 2010-08-10)

## 中药活血通络法佐治糖尿病周围神经病变 52 例疗效观察

## Effective observation on treating 52 cases of diabetic

## peripheral neuropathy by TCM activating blood and collaterals

梁增坤 姚国周 郑红香

(郑州市中牟县中医院, 河南 郑州, 451450)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0100-03 证型: DGB

**【摘要】** 目的: 观察中药活血通络法佐治糖尿病周围神经病变(DPN)的疗效及安全性。方法: 100例DPN患者按随机数字表法分为两组, 两组均在血糖控制稳定后开始观察, 对照组52例给予甲钴胺注射液和丁咯地尔注射液静脉滴注, 1次/d; 观察组48例在对照组治疗基础上采用活血通络法(中药内服兼外敷), 2次/d。2组疗程均为30d。观察治疗前后临床症状、体征、运动神经传导速度(MNCV)及感觉神经传导速度(SNCV)等指标的改变。结果: 观察组总有效率显著高于对照组( $P<0.05$ ); 观察组的4项神经传导速度均显著高于对照组( $P$ 均 $<0.05$ )。两组治疗期间均无严重的不良反应。结论: 中药活血通络法佐治糖尿病周围神经病变安全有效, 中西医结合治疗有协同作用。

**【关键词】** 2型糖尿病; 糖尿病周围神经病变; 甲钴胺; 丁咯地尔; 中医药疗法

**【Abstract】** Objective: To observe the effect and security of treating diabetic peripheral neuropathy by TCM activating blood and collaterals (DPN). Methods: 100 patients with DPN were divided into two groups by random number table, both groups began to observe after the blood sugar had stabilized. Control group (48 cases) received intravenous infusion of Methylcobalamin Injection and Buflomedil injection, one time a day; Observation group (52 cases) were treated with activating blood and collaterals (oral and external application of Chinese Herbs) on the basis of the control group. The treatment course of 2 groups was 30 days. Before and after treatment, clinical symptoms, signs, motor nerve conduction velocity (MNCV) and sensory nerve conduction velocity (SNCV) and other indicators were observed. Results: The total effective rate of the observation group was significantly higher than the control group ( $P<0.05$ ); Four indicators of nerve conduction velocity were significantly higher than the observation group ( $P<0.05$ ). 2 groups were no serious adverse events during treatment. Conclusion: Treating diabetic peripheral neuropathy by TCM activating blood and collaterals is safe and effective, the intergative medicine has synergistic effect.

**【Keywords】** Type 2 diabetes; Diabetic peripheral neuropathy; Methylcobalamin; Buflomedil; TCM therapy

糖尿病周围神经病变(diabetic peripheral neuropathy, DPN)是糖尿病最常见的慢性并发症之一。国外研究发现, 在糖尿病发生之前的IGT阶段, 周围神经病变的发生率已经增高<sup>[1]</sup>。我国糖尿病患者DPN的发生率高达50%~60%<sup>[2]</sup>, 并随年龄增加和病程延长而增高。主要表现为四肢末端及躯干部麻木、疼痛、异样感, 严重者可见肌肉萎缩。近年研究表明, 它的发生与长期高血糖引起代谢紊乱、微血管病变和神经营养因子缺乏为主的多种因素有关<sup>[3]</sup>。发病机制复杂, 西医疗效不能令人满意。我院在常规西医用药的基础上应用中药活血通络法佐治DPN疗效满意, 现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2009年1月~2010年4月选择我院住院确诊的DPN患者100例, 诊断参照2006年美国ADA糖尿病诊断治疗标准<sup>[4]</sup>并补充如下: ①有糖尿病病史, 并伴有四肢或双下肢感觉异常, 感觉过敏, 包括疼痛、麻木、蚁行感、烧灼感、肢端发凉, 少数伴有无力等症状; ②神经系统检查有不同程度的浅感觉明显

减退, 肌张力减弱, 甚至肌萎缩, 踝反射、膝反射减弱或消失; ③神经电生理检查下肢运动神经传导速度(motor nerve conduction velocity, MNCV) $<45$ m/s, 感觉神经传导速度(sensory nerve conduction velocity, SNCV) $<40$ m/s; ④排除标准: 其他原因导致的周围神经系统病变, 对实验药物过敏者, 严重心、肝、肾功能异常者, 妊娠期糖尿病, 有出血倾向者, 未按规定用药, 或资料不全等影响疗效判断者。按随机数字表法分为两组, 观察组52例, 其中男31例, 女21例; 平均年龄(57.8±6.9)岁; 体质指数(BMI)(23±7)kg/m<sup>2</sup>; 2型糖尿病(T2DM)平均病程(14.7±8.5)年, DPN平均病程(6.9±4.5)年; 糖化血红蛋白(HbA<sub>1c</sub>)(9.85±1.82)%; 其中合并有冠心病27例、视网膜病变8例及糖尿病肾病5例。对照组48例, 其中男29例, 女19例; 平均年龄(58.0±6.7)岁; BMI(23±6)kg/m<sup>2</sup>; T2DM平均病程(15.2±8.4)年, DPN平均病程(7.3±4.3)年; HbA<sub>1c</sub>(9.79±1.78)%; 其中合并有冠心病24例、视网膜病变7例及糖尿病肾病5例。两组基线资料均衡, 差异无统计意义( $P<0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 治疗方法

全部病例均给予严格饮食控制,适当运动,根据血糖调整口服降糖药或胰岛素等,使血糖达到以下标准:空腹血糖控制在4.4~7.0mmol/L,餐后2h血糖控制在6.2~10.0mmol/L,HbA<sub>1c</sub><7.0%。待血糖稳定后开始观察,对照组给予甲钴胺注射液(弥可保,日本卫材制药有限公司,H20030671)500 $\mu$ g+生理盐水100ml静脉滴注,1次/d;盐酸丁咯地尔注射液0.10g(奥诺娅,江苏奥赛康药业有限公司,国药准字H20061165)+生理盐水250ml缓慢静脉滴注,1次/d。观察组在对照组治疗基础上给予以下治疗:①内服方益气活血通络汤,药物组成:黄芪30g,丹参30g,水蛭、桃仁、红花、当归、地龙各10g,川芎、首乌各15g,蜈蚣2条,僵蚕6g。1剂/d,水煎400ml分早晚2次口服。②外治方伸筋透骨汤,药物组成:伸筋草20g,透骨草30g,威灵仙、七叶莲、海风藤、川芎、独活、延胡索、木瓜各30g,丹参、红花、桃仁、赤芍各20g。水煎适量,待至温热不烫时洗泡患肢(避开皮肤破溃处),30min/次,2次/d,1剂/2d。治疗期间均停用其他治疗神经病变、解热镇痛等药物。两组疗程均为30d。

### 1.3 观测指标

两组治疗前及疗程结束后分别使用DISA1500型肌电图仪测定每例患者的正中神经、腓总神经的运动传导速度(MNCV)

表1 两组患者疗效比较【n(%)】

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	52	35 (67.3)	12 (23.1)	5 (9.6)	47 (90.4 <sup>#</sup> )
对照组	48	25 (52.1)	7 (14.6)	16 (33.3)	32 (66.7)

注:与对照组相比,<sup>#</sup>P<0.05。

### 2.2 神经传导速度比较

治疗前两组的4项神经传导速度比较均无显著性差异

和感觉神经传导速度(SNCV),并记录症状(疼痛、麻木、蚁走感、出汗、腹泻、排尿障碍)及体征(腱反射、深浅感觉)变化情况。监测血压,脉搏,血糖,HbA<sub>1c</sub>,肝、肾功能,血、尿常规及药物不良反应。

### 1.4 疗效判断标准<sup>[5]</sup>

显效:四肢感觉障碍、疼痛、麻木等症状消失,触觉、腱反射减退明显改善,肌电图示双下肢神经传导速度增加 $\geq$ 5m/s或恢复正常;

有效:四肢感觉障碍、疼痛、麻木等症状减轻,触觉、腱反射减退有所恢复,肌电图示双下肢神经传导速度较前增加但小于5m/s;

无效:症状、体征及周围神经传导速度无改善。

总有效率=(显效+有效)例数/总例数 $\times$ 100%。

### 1.5 统计学方法

计数资料以率表示,采用 $\chi^2$ 检验,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,并进行t检验,P<0.05为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 临床疗效比较

观察组总有效率显著高于对照组(P<0.05)。见表1。

(P>0.05);治疗后观察组的4项神经传导速度均显著高于对照组(P<0.05)。见表2。

表2 两组患者治疗前后神经传导速度比较( $\bar{x}\pm s$ , m/s)

组别	阶段	MNCV		SNCV	
		正中神经	腓总神经	正中神经	腓总神经
观察组 (n=52)	治疗前	41.26 $\pm$ 4.45	37.98 $\pm$ 4.86	37.95 $\pm$ 4.32	32.31 $\pm$ 4.02
	治疗后	52.34 $\pm$ 4.15 <sup>#</sup>	47.87 $\pm$ 4.90 <sup>#</sup>	44.84 $\pm$ 3.98 <sup>#</sup>	40.08 $\pm$ 3.98 <sup>#</sup>
对照组 (n=48)	治疗前	41.36 $\pm$ 4.55	38.10 $\pm$ 4.92	38.02 $\pm$ 4.29	32.48 $\pm$ 4.10
	治疗后	47.61 $\pm$ 4.86 <sup>†</sup>	41.12 $\pm$ 5.01	40.14 $\pm$ 4.04	34.63 $\pm$ 4.00

注:与治疗前相比,<sup>†</sup>P<0.05,与对照组相比,<sup>#</sup>P<0.05。

### 2.3 不良反应

观察组出现头晕1例,皮肤瘙痒1例;对照组头痛2例,恶心1例。2组不良反应症状较轻,未影响继续治疗。两组均无严重不良反应发生。两组不良反应发生率比较无显著差别。

## 3 讨论

糖尿病中医称“消渴”,而DPN则属中医“痹证”、“痿证”范畴。基本病机是由于消渴日久,耗伤肝肾之阴、气血不足,筋脉阻滞;或阴损及阳,寒凝血滞,气血不能通达四末,肌肉筋脉失于濡养所致。内服方活血通络汤活血化瘀、祛风通络,外治方伸筋透骨汤舒筋通络、化瘀止痛。方中黄芪能养阴健脾,

补气助阳,通调血脉,使气旺血行,瘀络通。正如《百药效用奇观》所曰:“黄芪长于补气,但也通调血脉,流行经络,逐瘀破微”;水蛭破血逐瘀、通经,地龙清热定惊、通络利尿;桃仁,红花,丹参,川芎活血化瘀通络;辅以首乌、当归养血活血;佐以蜈蚣、僵蚕活血祛风,通络止痛;黄芪益气行血,共奏活血、逐瘀、通经、活络之效。现代药理研究表明,黄芪抑制醛糖还原酶活性等功效,黄芪、水蛭、丹参、红花等药具有扩张血管、降低血粘度和血糖、血脂、抑制血小板粘附聚集、改善微循环及抗脂质过氧化等作用,同时增加四肢周围神经的供血与营养,促进损伤周围神经的修复,提高运动神经传导速度;川芎所含川芎嗪能抑制血管平滑肌收缩,增加肢体血流量,

降低外周血管阻力;赤芍、独活的有效成分有扩血管、抗血栓和镇痛作用;地龙主要含蚯蚓热碱、蚯蚓素、碱氨酸衍生物等多种氨基酸,能有效改善血流变学指标、保护血管内皮细胞,常用于高热神昏、惊厥抽搐、关节痹痛、肢体麻木、半身不遂;水蛭主要含蛋白质,此外尚含有肝素、抗血栓素等。以上诸药同用改善周围神经组织缺血缺氧状态、并促进受损神经组织功能恢复的作用。

两组患者均采用了西医疗,所用的丁咯地尔是 $\alpha$ 肾上腺素能受体阻断剂,与PGE1相同,它能扩张微血管,降低血管阻力,有效提高微循环灌注,同时它还能改善红细胞变形性,抑制血小板聚集,并有增氧功能和非特异性钙离子拮抗作用<sup>[6-7]</sup>。有研究发现丁咯地尔能改善2型糖尿病伴慢性缺氧的末梢动脉病患者的血流峰值和达峰时间,显著升高经皮氧分析,并明显增加红细胞变形性,从而有效地改善微循环。甲钴胺是一种内源性的辅酶B12,参与一碳单位循环,在由同型半胱氨酸合成蛋氨酸的转甲基反应过程中起重要作用,能促进轴突运输功能和轴突再生,能使延迟的神经突触传递和神经递质减少恢复正常,通过提高神经纤维兴奋性恢复终板电位诱导。故2组治疗后均有不同程度地改善。观察组显效率更高,神经传导速度加快更显著,疗效优于单纯的西医疗,且未发生严重不良反应。

综上所述在常规西医疗用药的基础上应用中药活血通络法

内外合治DPN安全有效,中西医结合治疗有协同作用。

#### 参考文献:

- [1]Smith AG, Singleton JR. Impaired glucose tolerance and neuropathy[J]. Neurologist,2008,14(1):239
- [2]陈红霞,张吉吉.糖尿病周围神经病变的病理生理机制的研究进展[J].国际内分泌代谢杂志,2007,27(4):47
- [3]常乐军.灯盏细辛联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变[J].中国实用神经疾病杂志,2007,10(9):120-122
- [4]American Diabetes Association.Standards of medical care in diabetes-2006. Diabetes Care,2006,29(Suppl 1):4-42
- [5]靖泽友,李华,黄伟.前列腺素E1脂微球载体联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变68例报道[J].重庆医学,2008,37(21):684-685
- [6]蒋世钊,张旭祥,朱崇昭等.丁咯地尔对早期糖尿病肾病的影响[J].实用糖尿病杂志,2007,3(3):20
- [7]王超峰,从莉萍,任连帮等.丁咯地尔联合复丹参治疗糖尿病周围神经病变的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2006,15(5):596-597

#### 作者简介:

梁增坤(1976-),男,本科毕业,学士学位,主治医师。研究方向:脑血管病。

编号:EA-1005098744(修回:2010-08-07)

## 苓桂术甘汤加味治疗慢性心力衰竭40例

### Treating 40 cases of chronic heart failure with Lingui Shugan decoction

魏敏

(山东省枣庄市中医医院,山东 枣庄,277101)

中图分类号:R541.6 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)15-0102-02 证型:AGD

**【摘要】**目的:观察苓桂术甘汤加味治疗慢性心力衰竭的临床疗效。方法:80例慢性心力衰竭患者随机分为两组,均予西医抗心衰常规治疗,治疗组加用苓桂术甘汤加味口服,治疗时间均为20天,比较两组临床疗效及心功能改善情况。结果:治疗组临床疗效及心功能改善情况优于对照组。结论:苓桂术甘汤加味治疗慢性心力衰竭在改善症状,提高生活质量和防止病情反复上具有优越性。

**【关键词】**慢性心力衰竭;苓桂术甘汤加味;抗心衰

**【Abstract】** Objective: To observe the clinical effect of treating chronic heart failure with Lingui Shugan decoction. Method: To divide 80 cases of chronic heart failure into two groups, to treat them by western medicine heart failure, treatment group based on the use of conventional western medicine plus Lingui Shugan decoction, treatment for 20 day, compare situation of clinical effective and improvement of cardiac function. Result: The effect of treatment group is better than control group. Conclusion: Improve symptoms of treating chronic heart failure with Lingui Shugan decoction, improve the quality of life and to prevent recurrent disease that has advantages.

**【Keywords】** Chronic heart failure; Lingui Shugan decoction; Heart failure

慢性心力衰竭为临床常见病症,是各种心脏疾病的严重阶段。

其主要特点是:呼吸困难,乏力,运动耐量下降及体液潴

留造成的肺淤血和外周水肿。

近年来,随着对心力衰竭发生发展机制的进一步研究,心衰的治疗也由传统的强心、利尿、扩血管,向新的标准治疗转

变,我科在新的治疗指南基础上加用苓桂术甘汤加味口服治疗40例,对减轻患者症状,改善心功能,提高生活质量效果显著。现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

选择2006年10月~2008年10月我科收治慢性心力衰竭患者80例,其中男性42例,女性37例,年龄58~82岁,冠状动脉粥样硬化性心脏病56例,肺源性心脏病12例,高血压心脏病9例,扩张型心脏病1例,风湿性心脏病2例。心力衰竭诊断根据临床症状,体征,超声心动图检查及胸片检查确诊,心功能分级按美国纽约心脏协会(NYHA)标准分级。随机分为两级,治疗组40例,心功能(NYHA)分级,II级6例,III级27例,IV级7例;对照组40例,心功能II级8例,III级26例,IV级6例。两组一般资料比较无显著性差异( $P>0.05$ )

### 1.2 治疗方法

两组病例住院观察期间均予充分休息,吸氧,合理饮食,给予同量的地高辛、血管紧张素转换酶抑制剂和 $\beta$ -受体阻滞剂治疗,依据水肿程度给予不同剂量利尿剂。治疗组加用苓桂术甘汤加味口服,基本方为:泽泻20g,茯苓20g,桂枝10g,白术15g,甘草6g,黄芪30g,党参30g。临证时随症加减,兼血瘀者加桃仁10g,红花5g,丹参15g,兼痰饮内阻者加葶苈子10g,桑白皮10g,川贝10g。兼肾阳虚者加附片6g,北五加皮5g,兼阴虚者加沙参15g,麦冬10g,五味子10g,伴阳气虚脱者加人参10g,附片10g,干姜10g,以回阳救逆。每日一剂,水煎取汁早晚分服,两组均治疗20天。

### 1.3 观察项目

观察心悸,气促,呼吸困难,咳嗽等症状改善情况;超声心动图检测给药前后左室射血分数(EF)值,治疗前后血,尿常规,肝肾功能及电解质。

### 1.4 疗效评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[1]</sup>评定疗效。

显效:治疗后临床主要症状和体征(胸闷、心慌、呼吸困难、腹胀、纳差、肺部啰音、水肿、肝肿大等)消失,心功能改善II级或恢复至I级。有效:治疗后心功能改善I级。无效:治疗后心功能无改善或加重者。

### 1.5 统计学处理

计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $\chi^2$ 检验和 $t$ 检验。

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效比较见表1

结果显示治疗组临床疗效优于对照组( $P<0.05$ )

表1 两组临床疗效比较  $n$  (%)

级别	$n$	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	18 (45.00)	18 (45.00)	4 (10.00)	36 (90.00) $\Delta$
对照组	40	14 (35.00)	19 (47.50)	7 (17.50)	33 (82.50)

注:与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。

### 2.2 两组治疗前后 EF 值比较 (见表2)

结果显示两组治疗后 EF 值均升高,与治疗前比较均有显著性差异( $P<0.05$ );治疗组 EF 值改善程度优于对照组( $P<0.05$ )。

表2 两组治疗前后 EF 值比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	$n$	治疗前	治疗后
治疗组	40	32.3 $\pm$ 2.7	43.1 $\pm$ 12.2 $^{*\Delta}$
对照组	40	33.8 $\pm$ 2.8	39.4 $\pm$ 9.5 $^*$

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

### 2.3 不良反应

全部病例均完成疗程,无中途停药者,均无不良反应。

## 3 讨论

慢性心力衰竭是各种器质性心脏病的终末阶段。临床主要表现为肺循环瘀血和心脏排出量降低所致的临床综合症。随着对慢性心力衰竭病理生理研究的深入,以及对“心室重塑是心力衰竭发生发展的机制”、“心力衰竭是神经内分泌的过度激活”认识的逐步深入,心力衰竭的治疗概念有了根本性的转变。血管紧张素转换酶抑制剂和 $\beta$ 受体阻滞剂长期应用能改善心肌的生物学功能,改善临床症状和心功能,提高生活质量,降低死亡和心血管事件的危险性。中医自古对类似心衰症候群的病因病机和治疗就有所认识,如《素问·痹论》:“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘”<sup>[2]</sup>的论述中,“心痹”就其表现而言,很类似风心病心衰。《素问·痹论》云:“夫不得卧,卧则喘者,是水气之客也”<sup>[3]</sup>,详细记载了此类疾病可有心悸、烦躁,呼吸困难,水肿等症。《金匱要略》中有:“心水者,其人身重(肿)而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”<sup>[4]</sup>。近代中医学将心衰归属于“心悸”,“水肿”,“喘证”,“心痹”等病范畴,对其病机的认识基本达成共识,属于本虚标实证,病位以心为本,与肺、脾、肝、肾关系密切。

苓桂术甘汤出自《伤寒论》,方中茯苓为君,补消兼行,补益心脾而淡渗水湿,利水之中寓通阳之意,桂枝通阳化气,化气之中而见利水之功,更用气温味甘兼苦辛之白术,甘能补中,苦能降逆,辛能散寒,更与苓桂为伍,则健脾利水之功更强,泽泻利水渗湿,使水饮下行,炙甘草健脾益气,以助运化而调和诸药。诸药合用,共奏温阳健脾、利水化饮之功,临证时随症加减,其效显著。

### 参考文献:

- [1] 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,2002:83-84
- [2] 黄帝内经素问·痹论[M].北京:人民卫生出版社,1998:620
- [3] 黄帝内经素问·痹论[M].北京:人民卫生出版社,1998:623
- [4] 金匱要略选读[M].上海:上海科学技术出版社,1994:98

### 作者简介:

魏敏,女,汉族,大学文化,现任枣庄市中医医院主治中医师。

编号:EA-1005198765(修回:2010-08-02)



## 自拟薏米合剂治疗慢性盆腔炎 50 例疗效观察

### Effective observation on treating 50 cases of chronic pelvic inflammatory disease with Yimi mixture

耿彩霞<sup>1</sup> 李金香<sup>2</sup>

(1.河北省临城县中医院, 河北 邢台, 054300; 2.馆陶县中医院, 河北 邯郸, 057750)

中图分类号: R711.33 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0104-02 证型: IDGA

**【摘要】** 慢性盆腔炎症多为急性盆腔炎治疗不彻底或体质差、病情迁延所致。西医对该病多采用抗生素治疗, 但疗效不甚满意。笔者自 2006 年 6 月~2009 年 6 月采用自拟薏米合剂治疗 50 例, 并与常规西药治疗 30 例对照观察。

**【关键词】** 慢性盆腔炎症; 自拟薏米合剂; 治疗

**【Abstract】** Chronic pelvic inflammatory disease caused by inadequate treatment of chronic pelvic inflammatory disease, poor physical and persistent disease. Western medicine treated it with antibiotic, but the effect was not quite satisfactory. The author treated 50 patients with Yimi mixture and controllably observed it with western medicine.

**【Keywords】** Chronic pelvic inflammatory disease; Yimi mixture; Treatment

#### 1 资料与方法

##### 1.1 一般资料

50 例患者均为本院门诊及住院患者, 随机分为两组, 其中治疗组 50 例, 年龄 22~35 岁 25 例, 36~45 岁 20 例, 46 岁以上 5 例; 病程最长 10 年, 最短 3 月; 对照组 30 例, 年龄 24~36 岁 15 例, 37~45 岁 10 例, 46 岁以上 5 例; 病程最长 12 年, 最短 4 月。2 组年龄与病程比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。其中, 人工流产术、药流术后 22 例, 剖宫产术后 15 例, 放、取环术后 11 例, 经期不注意个人卫生 2 例; B 超提示: 输卵管增粗者 25 例, 输卵管积水或后穹窿积液者 18 例, 盆腔包块者 7 例。

##### 1.2 诊断标准

中医参照《中医临床病症诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>, 西医诊断参照郑怀美《妇产科学》<sup>[2]</sup>中的标准, 采用妇检与 B 超相结合的诊断方法: ①有发病的原因, 有急性盆腔炎病史; ②下腹坠胀痛, 腰骶酸痛, 劳累、性交后或月经前后加重; ③白带多, 黄色或脓性; ④子宫压痛; ⑤一侧或双侧附件增厚或增粗, 呈条索状或扪及不活动的包块, 压痛; ⑥B 超检查: 附件区探及异常回声或不规则暗区, 或腊肠形暗区, 子宫直肠凹有积液。以上 6 项有 3 项以上即可诊断。

##### 1.3 中医辨证

根据临床表现, 我们将慢性盆腔炎分为血瘀型和湿热型。血瘀型: 腰骶部酸痛, 腹痛或胀痛、痛经, 带下量多、色黄或白质稀。舌质黯或淡黄, 苔薄白, 脉沉弦或沉而无力。湿热型: 腰酸, 腹痛下坠感, 带下量多, 色赤或黄质稠。舌质偏赤, 苔黄腻, 脉多弦数或弦细。

##### 1.4 治疗方法

###### 1.4.1 治疗组

薏米合剂加减。药物组成: 薏米 30g, 败酱草 30g, 丹参 20g, 赤芍 20g, 木香 12g, 夏枯草 30g, 元胡 10g。加减: 带下量多者加草薢 10g, 土茯苓 30g, 车前子 15g, 三棱 20g, 莪术 10g; 发热加银花 20g, 公英 15g; 下腹痛明显者加醋元胡 10g, 乳香 12g, 没药 12g (深圳三九现代中药配方颗粒), 每天一付开水冲服, 选择在月经干净后 3 天开始治疗, 每月 12 天, 3 个月为一疗程。

###### 1.4.2 对照组

甲硝唑 (山东齐都药业有限公司, 国药准字: H37025894), 每次 0.2g, 每天三次; 阿莫西林 (华北制药集团制剂有限公司, 国药准字: H13020726), 每次 0.5g, 每天三次。

###### 1.4.3 疗程

2 组均连续治疗 4 周为 1 个疗程, 治疗 1~2 个疗程。

###### 1.4.4 疗效标准

参照《中医临床病症诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>。治愈: 自觉症状消失。妇科检查阴性, B 超复查盆腔积液或包块消失; 显效: 自觉症状好转, 妇科检查附件压痛减轻, 炎症灶缩小, 增厚附件变薄, B 超示盆腔积液减少; 无效: 症状与体征无变化, B 超无变化。

#### 2 治疗结果

2 组临床疗效比较见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	50	16	21	9	6	92*
对照组	30	4	3	9	14	53

注: 与对照组比较, \* $P < 0.05$ 。

(下转 106 页)

## 晚期癌症患者生存质量与居家照护的相关性分析

## Analysis of survive quality and home care of patients with advanced cancer

黄银凤

(江苏省扬州市中医院社区服务中心, 江苏 扬州, 225002)

中图分类号: R246.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0105-02 证型: IAD

**【摘要】**目的: 探讨晚期癌症患者生存质量与居家照护的相关性。方法: 将 56 名患者采用欧洲癌症研究治疗组织 (EORTC) 的癌症患者生命质量核心问卷 3.0 (QLQ-C30)<sup>[1]</sup>, 对 56 名癌症患者进行问卷调查, 并实施居家照护。结果: 居家照护晚期癌症患者的生存质量明显提高。结论: 居家照护有助于提高晚期癌症患者的心理卫生水平和生命质量, 保证患者家属顺利度过哀伤阶段。

**【关键词】** 晚期癌症患者; 生存质量; 居家照护

**【Abstract】** Objective: To investigate the correlation on survive quality and home care with advanced cancer. Methods: Choose 56 patients take QLQ-C30 of EORTC, did a survey of questionnaire with 56 patients, and implementation of home care. Result: Home care the survive quality of advanced cancer patient was significantly improved. Conclusion: Home care can be improved the survive quality and home care of advanced cancer patient; ensure that family members of patients survive the grief stage.

**【Keywords】** Advanced cancer; Survive quality; Home care

生存质量是指个体对躯体、心理、社会各方面良好适应状态的主观评价<sup>[2]</sup>。随着医学模式由生物学转向生物-心理-社会医学模式, 人们对医学的认识正由单纯生物学观点, 扩大到心理学、社会学等学科范围。在疾病的护理过程中, 提高生存质量意义重大。居家照护是通过重视和改善生命质量来实现其对自己目前社会地位及生存状况达到较好的认识和满意度的一种姑息照护方式。本研究对晚期癌症患者的生存质量进行调查, 分析其影响因素, 以期为大力发展和完善居家照护服务提供参考。

## 1 资料与方法

## 1.1 一般资料

选择 2010 年 2 月我院家庭病房收治的晚期癌症患者 56 例, 其中男性 24 例, 女性 32 例, 平均年龄 62.8 岁, 其年龄、性别、服药种类、文化程度、经济状况等一般资料, 差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

## 1.2 方法

## 1.2.1 测量工具

欧洲癌症研究组织 (EORTC) 的癌症患者生命质量核心问卷 3.0 (QLQ-C30)。QLQ-C30 是国际上评价癌症患者生命质量的 1 个完整体系。王建平等<sup>[3]</sup>的研究证明其在中国癌症患者中是可行的。该核心问卷共有 30 个条目, 采用 Likert4 级评分, 原始得分为 1~4 分, 通过线性转换其得分为 0~100 分, 各功能维度得分越高表明该功能越好。症状或副作用维度得分越高, 表明该症状或副作用越严重。

## 1.2.2 资料收集与分析

由护理人员发放调查问卷, 患者或家属逐项认真填写。共发放 56 份, 收回 56 份有效问卷, 有效回收率 100%。运用 SPSS16.0 软件包进行数据整理和统计处理, 非正态资料采用中位数 (M) 表示, 及 Spearman 相关性分析。

## 2 结果

表 1 癌症患者 QLQ30 生存质量评分与 Norwegian 常模比较 (分, M)

组别	躯体功能	情绪功能	社会功能	疲倦	恶心呕吐	疼痛	失眠	食欲缺乏	便秘	腹泻
常模	89.9	82.8	85.8	28.8	4	20.4	20.4	7.4	10.7	9.4
癌症患者	63.5	67.5	57.7	42.9	24.9	32.8	34.8	70.6	32.8	53.7

表 2 癌症患者生存质量与家庭的 Spearman 相关性分析 (r)

生存质量	家庭功能	适应度	亲密度
躯体功能	-0.2	0.125	0.056
情绪功能	0.291*	0.265*	0.045
社会功能	-0.2	0.404**	0.291*
疼痛	-0.267*	0.106	-0.039
失眠	0.067	-0.261*	-0.19
经济困难	0.07	0.141	0.103

注: \* $P<0.05$ , \*\* $P<0.01$ 。

### 3 讨论

3.1 晚期癌症患者的生存质量差：晚期癌症患者是健康领域的弱势群体，他们的健康需求已不能依靠刻意延长生命来达成。剧烈的疼痛往往是晚期癌症患者主要的躯体感觉，晚期癌症患者中约有 60%~95% 经历疼痛，剧烈疼痛占 30%，中度和重度疼痛占 60%<sup>[4]</sup>，癌症患者疼痛可引发或加剧患者的抑郁、焦虑、失眠等症状，是影响患者生存质量的首要因素。也就是说，对这部分患者的治疗，并不是加速或缓解其死亡，而是以减少其痛苦，提高生活质量为目的。正确有效的止痛措施显得尤为重要，对疼痛的护理，不能仅局限于定时足量的给予镇痛剂，还可采用神经阻滞疗法，心理疗法，针灸和催眠等措施。对于晚期癌症临终患者提倡使患者“无痛死亡”，走完人生的终点。

3.2 居家照护扮演着完善晚期癌症患者基本需要的重要角色

疾病本身和各种治疗极其不良反应给患者的生活方式带来了极大的改变，同时也严重影响患者的生存质量。医护人员能向晚期癌症患者及其家庭成员提供及时、有效的家庭指导及家庭护理，因地制宜制定护理措施，并监督修正护理计划，如给予患者一个舒适的环境，帮助患者制定合理的作息计划，保证患者充足的睡眠和有效睡眠质量。晚期癌症患者由于患病时间长、体质虚弱、营养不良及活动受限，往往是褥疮的高危人群，护理人员会经常督促患者家属保持床铺、被褥、衣服、清洁、干燥、平整，注意保护骨隆突处，教会患者家属按摩受压部位的方法，促进血液循环，把褥疮消灭于萌芽状态。同时加强口腔护理，保持口腔的清洁卫生，皮肤黏膜的完整性，预防口腔感染的发生，维持躯体的舒适。温馨舒适的环境使患者能愉快的配合治疗，改善患者的心境，提高患者的生活质量。

3.3 家庭支持系统的潜能得到充分发挥：晚期癌症患者有由于患病状态和对疾病的恐惧以及治疗的经济压力，自我评价降低，人际交往减少，常常出现绝望和抑郁状态，对生活失去兴趣，消极对待，容易产生家庭社会关系紧张，及社会退缩等问题<sup>[5]</sup>。家庭成员是晚期癌症患者赖以提供情感支持的人。大多数家庭能为患者提供物质支持和精神支持，家庭成员间能相互爱护，相互支持彼此间情感沟通。居家照护可以给患者提供自由表达自己想法和感情的机会。给予他们关心、爱护、体贴、

照顾等心理和情感上的支持，有助于患者战胜负性情绪，摆脱无助和绝望状态，积极的情绪功能的提高，又能增强认知功能，患者得到更多的心理支持，也有利于社会功能的提高。亲人在身边无形中给患者一种温馨和安慰；亲生活上照顾、心理上的疏导，满足了患者的感情、亲情的需求，有利于患者生活质量的提高。

### 4 小结

癌症是严重危害人类健康和生命的一类疾病。居家照护以社区为基础，以家庭为单位，在熟悉的家庭环境下为晚期癌症患者提供躯体照护、心理抚慰和社会支持，可满足晚期癌症患者在家中接受照护和离世的愿望，保证患者家属顺利度过哀伤阶段，缓解医院床位紧张状况及保持照护的连续性，节约国家卫生费用的支出和优化医疗资源配置，从而达到消费层、实施层、决策层共赢的良好局面。居家照护不仅维护患者健康，更尊重患者生命与死亡的自主权，强调在照护团队、患者及其家属之间建立良好的合作关系，共同致力于帮助晚期癌症患者获得和维持最大可能的躯体、心理、社会和精神方面的良好生存质量。从而使临终患者人际关系满意度、睡眠质量满意度有所提高，生命质量得到明显提升。可见，随着临终关怀需求的日益增加和居家服务的不断完善，保证晚期癌症患者享有安全、可及、有效的居家姑息照护将逐渐成为我国社区卫生服务体系的重要组成部分。

### 参考文献：

- [1]郑良成,田辉荣,谢培增等.医学生生存质量评估[M].北京:军事科学出版社,2005:163
- [2]万崇华,郝元涛.与健康有关的生存质量的研究概况[J].中国康复医学杂志,2000,15(1):40-43
- [3]王建平,陈仲康,林文娟等.中国癌症病人生活质量的测定-EORTC,QLO-30在中国的试用[J].心理学报,2000,32(4):438-442
- [4]黄丽琴,梁肖连,黄映月.舒适护理在肿瘤病人中的运用[J].中华临床医学研究杂志,2005,11(1):88-89

编号：ER-10060400（修回：2010-08-03）

（上接 104 页）

由表 1 可见，2 组总有效率比较差异有统计学意义（\* $P < 0.05$ ），治疗组优于对照组。

### 3 讨论

慢性盆腔炎由急性盆腔炎治疗不彻底，或因各种妇科小手术操作不当，或无菌观念不强，寄生于阴道、宫颈的病原体上行感染进入盆腔而致病。病变主要局限于子宫、双侧附件、盆腔腹膜及子宫周围的结缔组织，由于长期慢性炎症刺激，纤维素渗出，纤维组织增生，子宫韧带变硬、挛缩，盆腔器官及周围结缔组织粘连变硬。盆腔炎多为混合感染，且多为需氧菌与厌氧菌的混合感染。大部分患者盆腔内仅有少量致病菌残存，所以抗生素不易吸收发挥作用。而中医中药对此却有很好疗效。

我们认为慢性盆腔炎是由于外邪侵入，淤积于胞中，以致

冲任、脏腑功能失常，气机不利，经络受阻，而导致腰腹痛、带下多、痛经等症状。根据临床观察，本证各型大多有不同程度的淤血及湿热，并以气滞血瘀症候尤为明显。目前现代医学尚无理想的治疗措施。薏米合剂选用具有行气活血化瘀，清热利湿解毒功效之中药，旨在降低毛细血管的通透性，减少炎性渗出，加速炎性包块的软化和吸收，同时预防结缔组织进一步增生，故能消除慢性炎症的症状和体征。

### 参考文献：

- [1]王净净.中医临床病症诊断疗效标准[S].湖南:长沙湖南科技出版社,1993:282
- [2]郑怀美.妇产科学[M].人民卫生出版社出版,1992

编号：ER-10052104（修回：2010-08-03）

## 医院感染现患率调查分析

## Survey analysis of infection prevalence rate in hospital

余小华 焦若萍 徐琳

(抚州市第一人民医院, 江西 抚州, 344000)

中图分类号: R459.3 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0107-02

**【摘要】** 目的: 了解医院感染现患率及其分布状况和特点。方法: 横断面调查, 采用床旁调查与病例调查相结合的方法, 对医院感染现患率数据进行统计分析。结果: 医院感染现患率 6.90%, 实查率 98.15%, 呼吸道感染是我院医院感染的主要部位, ICU科、内三科、内六科、外五科是医院感染的高危科室。结论: 加强高危科室的目标监测, 提高医院感染病原学送检率, 以达到控制医院感染的发生, 保障患者医疗安全。

**【关键词】** 医院感染; 现患率调查;

**【Abstract】** Objective: To understand the prevalence and characteristics and distribution of infection in hospital. Methods: cross-sectional of survey, taking methods of bedside survey plus case survey, to analyze the date of prevalence rate in hospital. Result: Prevalence rate for 6.90%, fact check rates for 98.15% in the hospital, respiratory tract infection was main site in my hospital infection, ICU Division, within the three subjects, in six subjects, five subjects outside was high-risk departments in our hospital. Conclusion: Strengthen the goal monitoring of high-risk departments, improve the submission rate of etiology of nosocomial infection, accordingly control the occurrence of hospital infection, and safeguard medical safety of patient.

**【Keywords】** Hospital infection; Survey of prevalence; Analysis

医院感染现患率调查是一种横断面调查, 主要用于摸清医院感染的分布状况及其特点, 以评估医院感染监测及控制措施是否行之有效。我院于 2009 年 08 月 11 日进行医院感染现患率调查。

## 1 资料与方法

### 1.1 调查对象

对 2009 年 08 月 11 日 00:00~24:00 所有住院患者进行调查, 但不包括当日新入院患者。

### 1.2 调查方法

采取床旁调查与住院病例调查相结合的方法, 由各科医院感染监控小组成员作为调查人员, 并在调查前进行集中培训, 从而保障了本次调查的质量。最后由专职人员统一收集个案调查表进行核对、统计及分析。

### 1.3 诊断标准

依据卫生部 2001 年颁布的《医院感染诊断标准(试行)》。

## 2 结果

### 2.1 一般情况

本次调查应查住院患者 649 例, 实际调查 637 例, 实查率 98.15%。医院感染中现患例数为 44 例, 医院感染现患率 6.90%。

### 2.2 各科室医院感染现患率

ICU 科感染最高为 25.96%, 其次内三科为 14.51%, 内六科 11.76% (见表 1)。

### 2.3 医院感染部位发布

医院感染部位以上呼吸道为主 14 例, 其次为下呼吸道 13

例, 表浅切口, 皮肤软组织感染各 4 例, 胃肠道感染 3 例 (见表 2)。

### 2.4 医院感染病原体监测

病原体送检 27 例, 培养病原体菌株 10 株, 其中革兰氏阴性杆菌 7 例, 革兰氏阳性球菌 1 株 (为耐药菌株), 真菌 2 株。

### 2.5 现患率与当月、当年医院感染率比较

当日现患率与当月医院感染率的差异无统计学意义。但与当年医院感染率的差异有统计学意义。(P<0.01) 见表 3。

## 3 讨论

3.1 本次现患率调查医院感染部位仍以呼吸道为主, 这与我院往年医院感染部位分布相符。

3.2 医院感染病例病原体送检率为 61.36%。阳性率较低, 为 37.04%, 这与标本的采集方法、时间有密切关系。阳性率中以革兰氏阴性杆菌为主, 占 70.00%, 这与国内曾报道引起医院感染的病原体以革兰氏阴性杆菌为主相一致<sup>[1]</sup>。

同时铜绿假单胞菌属、克雷伯菌属、表皮葡萄球菌这些条件致病菌, 已成为医院感染的主要病原菌。此类菌和真菌引起呼吸道感染的增加<sup>[2]</sup>应提示我院应加强耐药菌的监测, 合理使用抗生素。

### 3.3 医院感染的影响因素

我院医院感染率高的科室分别为 ICU (重症监护)、内三科 (肿瘤)、内六科 (感染科)、外五科 (脑外)。这些科室的患者均为感染的高危人群: 自身免疫功能低下、放化疗、慢性疾病、使用呼吸机、气管切开、长期使用广谱抗菌药物及住院时间长, 均增加了医院感染的机会<sup>[3]</sup>。

通过这次调查,了解到我院医院感染高危科室的分布状况,易感人群及危险因素。从而提示我院应进一步增强医务人员的医院感染意识,明确了医院感染的监控目标,针对医院感

染的流行特点及早进行干预和预防,完善医院感染控制制度和措施,合理使用抗生素。以控制医院感染的发生,提高临床医疗服务质量,保障患者医疗安全。

表1 科室医院感染现患率分布

科室	应查人数	实查人数	感染例数	现患率%
内一科	35	34	2	5.82
内二科	53	53	2	3.77
内三科	66	62	9	14.51
内五科	50	46	4	8.69
内六科	38	34	4	11.76
儿科	74	78	6	7.69
急诊	16	16	0	0
ICU	8	8	2	25.96
外一科	44	44	2	4.55
外二科	78	76	1	1.32
外三科	68	67	5	7.46
外五科	43	43	5	11.63
妇产科	32	32	2	6.25
五官科	44	44	0	0
合计	649	637	44	6.9

表2 感染部位分布构成比(%)

感染部位	例数	构成比
上呼吸道	14	31.82
下呼吸道	13	29.55
表浅切口	4	9.09
皮肤软组织	4	9.09
胃肠道	3	0.68
其它	3	0.68
血液	1	0.23
颅内感染	1	0.23
合计	44	100

表3 当月当年医院感染发生率(%)

时间	调查例数	感染例数	感染率	$\chi^2$ 值	P 值
2009年8月11日	637	44	6.9		
2009年8月	1526	65	4.25	5.89	
2009年	21686	521	2.4	46.47	<0.01

#### 参考文献:

[1]肖永红,王进,赵彩云等.2006-2007年细菌耐药监测[J].中华医院感染学杂志,2008,18(8):1051-1056

[2]邹文英,周敏,李华萍等.840例住院患者医院感染现患率调查与分析[J].中

华医院感染学杂志,2010,20(4):334-336

[3]刘振声,金大鹏,陈增辉.医院感染管理学[M].北京:军事医学科学出版社,2000:252

编号: ER-100512107 (修回: 2010-08-02)

## 中医对阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征治疗的研究现状

## A study on treating OSAHS in TCM

王翔

(海南省临高县人民医院, 海南 临高, 571800)

中图分类号: R332 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0109-02 证型: GDA

**【摘要】** 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (OSAHS) 是一种严重的睡眠呼吸障碍, 因患者夜间反复发生低氧血症、高碳酸血症和睡眠结构紊乱, 导致白天嗜睡、心脑血管并发症乃至多脏器损害, 严重影响患者生活质量和寿命。目前中医对 OSAHS 的治疗显示出了一定的优势。中医对 OSAHS 的治疗方法主要有中药治疗、针灸治疗、耳穴贴压、气功导引及中西医结合治疗。

**【关键词】** 中医; 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 研究

**【Abstract】** OSAHS is a severe sleep disordered breathing, because patient repeated hypoxemia and hypercapnia and sleep disordered structure in night, lead to daytime sleepiness, damage of cardiovascular and Pulmonary vascular complications and even multiple organ, seriously affected quality of life and life of patient. Treating OSAHS in TCM showed certain advantages.

**【Keywords】** TCM; OSAHS; Study

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (OSAHS) 是一种严重的睡眠呼吸障碍, 因患者夜间反复发生低氧血症、高碳酸血症和睡眠结构紊乱, 导致白天嗜睡、心脑血管并发症乃至多脏器损害, 严重影响患者生活质量和寿命。西医对 OSAHS 的治疗方法虽然比较多, 但到目前为止, 还没有一种可以完全治愈本病的有效方法。目前中医对 OSAHS 的治疗显示出了一定的优势。中医对 OSAHS 的治疗方法主要有中药治疗、针灸治疗、耳穴贴压、气功导引及中西医结合治疗。

## 1 中药治疗

中药是中医治病最主要的手段之一, 目前国内中药治疗 OSAHS 包括了辨证选方、专病专方、中成药的治疗等。

### 1.1 辨证选方

林琳等<sup>[1]</sup>把 OSAHS 分为三型: 湿盛者燥湿健脾, 方用平胃散; 脾虚者益气健脾, 方用六君子汤; 阳虚者温阳益气, 中阳不足者以附子理中丸为主方; 肾阳亏虚者以右归丸为主。

王永红等<sup>[2]</sup>把 OSAHS 分为四型论治: 脾虚湿阻型健脾益气, 化痰除湿, 方用香砂六君子汤、胃苓汤加减; 脾肾两虚型益气健脾, 温阳益肾, 方用四君子汤合肾气丸加减; 肝郁气滞型行气解郁, 活血化瘀, 方用越鞠丸合桃红四物汤加减; 胃热湿阻型治宜清热泄腑, 利湿化浊, 方用凉膈散合三仁汤加减。

骆仙芳等<sup>[3]</sup>分五型论治, 痰湿内阻、肺气壅滞者健脾化痰、顺气开窍, 方用二陈汤化痰; 痰浊壅塞、气滞血瘀者理气化痰、活血开窍, 方用涤痰汤合血府逐瘀汤加减; 肺脾肾亏、痰瘀交阻者益肾健脾、祛瘀除痰, 方用金水六君煎化痰; 心肺两虚者温心阳、益肺气、运神机, 方用麻黄附子细辛汤合参脉散加减; 肺肾亏虚者益肺肾、开神窍, 方用金匱肾气丸加味。

### 1.2 专病专方

名老中医罗泽伦认为 OSAHS 证属肺热壅郁, 血滞痰阻, 鼻窍不利, 所以治疗当清热化痰, 活血消瘀, 方用七味消毒饮

加味 (银花, 连翘, 蒲公英, 紫花地丁, 野菊花, 大青叶, 苍耳子, 辛夷花, 白芷, 薄荷, 三棱, 莪术, 桃仁, 石菖蒲, 制胆星, 藿香, 桑叶, 桑白皮, 黄芩) 治疗多例 OSAHS 患者, 均为痊愈并未见复发<sup>[4]</sup>。

粟俊等<sup>[5]</sup>对 54 名 OSAHS 患者随机分成 2 个组, 分别予中药黄连温胆汤和都可喜治疗。治疗 2 周后, 结果显示黄连温胆汤能明显改善 OSAHS 患者睡眠紊乱、胸闷、舌象等临床表现。复查 PSG 结果, 黄连温胆汤治疗后, 患者平均睡眠时间延长 47 分钟, 低通气总时间缩短 10 分钟, 90% 以下血氧饱和度总时间减少 15 分钟, 疗效明显优于都可喜治疗组。

俞新中<sup>[6]</sup>用苏子降气汤治疗睡眠呼吸暂停综合征 33 例, 有效率达 91%, 门诊病人均在半月内好转; 住院病人一般在 1 个月内左右好转出院, 俞氏认为苏子降气汤主治肾虚失摄、寒饮犯肺、痰涎壅盛等“上实下虚”之候, 其温肾纳气, 降气平喘, 化痰祛湿, 可改善通气功能, 有利本病症状缓解。

### 1.3 中成药的治疗

张炬等<sup>[7]</sup>利用鼾静口服液 (麻黄, 益母草, 桔梗, 生甘草等) 治疗 136 例 OSAHS 患者, 结果显示痊愈者占 75%, 显效者占 13.97%, 改善者占 8.08%, 无效者占 2.94%, 有效率为 97.05%。现代药理表明, 麻黄能舒张支气管平滑肌、兴奋呼吸中枢等; 益母草能兴奋呼吸中枢、改善微循环; 桔梗有化痰止咳、抗炎作用; 生甘草能止咳化痰并有抗炎作用, 因此认为该方具有呼吸中枢兴奋作用, 并有舒张支气管平滑肌, 改善换气功能和止咳化痰、消炎的功效, 治疗 OSAHS 常可获效。

### 1.4 中医药治法

王步青等<sup>[8]</sup>将本病分为理肺法、健脾法、补肾法、活血法。理肺法: 包括降气化痰、清宣肺气、润肺养阴、补肺益气等, 本病是以痰气交阻于喉间, 故常用宣肺降气、化痰除湿之法, 方用二陈汤加味, 病变日久, 方用补肺汤合沙参麦冬汤加减; 健脾法: 认为此类病多痰湿, 治疗以健脾、理气、化痰为主,

方用六君子汤化裁；补肾法：本病日久，可致肾虚，符合“久病及肾”的理论，临床上以阳虚偏重者用金匱肾气汤加减，阴虚偏重者以六味地黄汤化裁；活血法：本病痰瘀互结，活血化瘀在治疗中起着非常重要的作用，运用活血化瘀药物可改善微循环及血液的高凝状态，通过活血化瘀，既可以治疗瘀血症型，又可间接促进水液代谢。

杨玉萍<sup>[9]</sup>认为 OSAHS 的病机多为痰瘀热阻，气机不畅，用化痰祛瘀法治疗 OSAHS 10 例，10 例均为重度患者，其中 3 例病人在用药 2 天后胸闷憋醒控制，4 例病人在用药 3 天后胸闷憋醒消失，2 例病人在用药 4 天后胸闷憋醒消失，1 例病人在用药 5 天后胸闷憋醒消失，10 例病人均未再行其它方法治疗，随访 1 年，胸闷憋醒未再复发，嗜睡减轻，但打鼾仍然存在。由此认为，用化痰祛瘀法治疗 OSAHS 的夜间胸闷憋醒效果显著，对纠正 AHI 及夜间 SaO<sub>2</sub> 有一定疗效，能改善症候，延缓病情发展。

## 2 针刺治疗

刘桂玲等<sup>[10]</sup>用针刺方法治疗 16 例无器质病变睡眠呼吸暂停综合征，结果显效 4 例，有效 10 例，无效 2 例，取穴：百会、水沟、足三里、合谷、三阴交，配以关元、天枢、丰隆等穴，刘氏认为 OSAHS 与中医嗜睡、肥胖、呼吸不畅都属于痰湿壅盛、经络闭阻所致，故针刺以上穴位，可以健脾化湿、疏通经络，祛痰、利咽、通鼻窍而醒脑，以达到治疗效果。

陈弘等<sup>[11]</sup>认为嗜睡、肥胖、呼吸不畅多由痰湿壅盛、经络闭阻所致。针刺具有健脾化痰、疏通经络、调理气机等作用的穴位可以治疗 OSAHS。他们采用头针治疗本病 8 例。急性发作期遵“急则治其标”，缓解期遵“缓则治其本”的原则，取运动区、感觉区为穿刺点，每次留针约 20min，连续治疗 1~2 个疗程。急性期治疗后，8 例均恢复自主呼吸；缓解期治疗后，其中 5 例平均发作次数从每周 1~2 次降至每月 1~2 次，另 3 例治疗 2 个疗程后，1 年内未再发作。

黄铁群等<sup>[12]</sup>认为本病痰阻气机，气行不畅，而发为打鼾，盖脾为气血生化之源，治宜补脾健胃，调理气机，给予针刺治疗可选用膻中，内关，百会，四神聪，丰隆，太溪，廉泉等穴。每天用 7 个穴位，针刺 1 次，根据每天的病情变化而变换穴位，要求针感向上、下走串，大幅度提插，每次留针 15~30 分钟，疗程为 1 个月，当取得明显效果时还需巩固。同时配合控制饮食，增加活动量，针刺治疗该病的机制可能是两方面的因素：一是增加上气道某些肌肉的张力和抗疲劳能力；二是通过调节支配上气道的神经系统，使其保持开放，从而睡眠呼吸暂停减少或消失，达到治疗目的。

## 3 耳穴贴压

王晓红等<sup>[13]</sup>运用王不留行籽贴压耳穴，取穴神门、交感、皮质下、心、肺、脾、肾、垂前，每天按压 3~5 次，每次每穴按压 10~20 下，10 天为 1 个疗程，1 个疗程后评定疗效。结果显示：耳穴贴压治疗后与对照组比较，患者的胸憋闷、夜间憋醒、夜尿增多、嗜睡、头晕等临床症状明显改善，精神好转，尤其是胸憋闷、夜间憋醒、夜尿频繁改善更为明显，改善

率≥95%。治疗组 30 例中显效 17 例，有效 12 例，无效 1 例。对照组治疗前后临床症状无改善。结果表明耳穴贴压治疗能明显改善患者睡眠中的呼吸紊乱、呼吸暂停和低通气状况以及低氧血症，从而改善睡眠结构，提高患者的睡眠质量。耳穴疗法依据中医辨证论治原理，把患者看为一个有机整体，综合调理脏腑，提高脏腑功能，改善大脑皮层呼吸中枢的兴奋与抑制，从而加强患者的呼吸控制功能和咽部肌肉紧张性，从而使临床症状明显改善，呼吸紊乱、低通气和低氧血症得以纠正，睡眠质量得到改善。

## 4 气功导引按摩

侯书礼<sup>[14]</sup>认为打鼾是因为打鼾者在睡眠中鼻孔不畅通靠口腔呼吸的结果，所以采用中国吞津功，通过清通鼻孔，意念津液满口并吞咽，自然形成鼻吸鼻呼状态，在防止睡眠中打鼾方面有着很好的效果。

陈志荣<sup>[15]</sup>介绍了导引按摩功治疗鼾症效果满意，具体方法：取人迎，天突穴及咽喉意念三条线，运气到指，用点穴法和一指禅推法，往返点揉。每日练 1 次，1 个月为 1 个疗程。

另外，松静功、水潮功等也均可在一定程度上缓解打鼾的症状。

## 参考文献：

- [1]林琳,张振峰,许永安.睡眠呼吸暂停低通气综合征的中医诊治[J].四川中医,2005,23(10):22-23
- [2]王永红,李国翔,刘荣芹.浅析中药治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征[J].河北中医,2001,23(4):295
- [3]骆仙芳,王会仍.试述睡眠呼吸暂停综合征的辨证与治疗[J].浙江中医杂志,2003,38(11):490-491
- [4]陈佑林,李珊,赵阳红.名老中医罗泽伦经验方“七味消毒饮”治验数则[J].贵阳中医学院学报,2007,29(2):13-14
- [5]粟俊,李磊,钟力平.黄连温胆汤治疗睡眠低通气的临床研究[J].中国中医药信息杂志,2004,11(10):854-855
- [6]俞新中.苏子降气汤治疗睡眠呼吸暂停[J].浙江中医杂志,2007,42(2):68
- [7]张炬,曲巧敏,张凯瑞.鼾静通口服液治疗睡眠呼吸暂停综合征 136 例[J].河南中医,2001,21(1):59
- [8]王步青.辨证治疗睡眠呼吸暂停综合征[J].山西中医,2000,9(12):940
- [9]杨玉萍.化痰祛瘀法治疗睡眠呼吸暂停综合 10 例[J].江西中医药,2005,36(12):17
- [10]刘桂玲,相永梅.针刺治疗无器质病变睡眠呼吸暂停综合征 16 例[J].中国针灸,2000(7):392-393
- [11]陈弘.针刺治疗睡眠呼吸暂停综合征 8 例[J].甘肃中医学院学报,2000,17(1):38
- [12]黄铁群,林文华,张秀兰等.针刺治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征[J].中西医结合杂志,1991,3(5):306
- [13]王晓红,袁雅冬,王保法等.耳穴贴压治疗阻塞性睡眠呼吸暂停的临床研究[J].中国针灸,2003,23(7):386-388
- [14]侯书礼.打鼾的气功疗法[J].中国气功,1998,6(9):13
- [15]陈志荣.治鼾症[J].解放军健康,2000,3(3):36

编号：EA-100720909（修回：2010-08-04）

## 经络脏腑辨证临床应用体会

## The experience of clinical application for meridian organs

黄和马臣

(黑龙江省大庆市龙南医院, 黑龙江 大庆, 163453)

中图分类号: R224 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0111-02

**【摘要】** 经络是联系沟通体内脏腑与体表形体官窍的纽带, 经络系统作为人体的信息传导网络, 可感受来自人体内外环境中的各种信息, 并按其性质、特点、量度等传递到相应的脏腑组织和官窍肢节。脏腑病变通过经络所反应于体表相应的官窍和部位的各种症状和体征, 正是诊断治疗疾病的重要依据。本文例举 3 例具有特殊临床表现的病案, 说明经络脏腑辨证在诊断急危重症及疑难病中所具之重要意义。

**【关键词】** 经络学说; 脏腑学说; 中医辨证; 疾病诊断

**【Abstract】** Meridian is link of contact communication body organs and body surface in vivo official orifices, meridian Systems is signal transduction network of human body, it can feel all kinds of information from human internal and external environment, and passed to the appropriate organizations and officials awakened the segments organs bases on the nature, characteristics, measuring and so on. Visceral lesions through the meridian reaction in parts symptoms and signs of official orifices and the corresponding body surface, it is an important basis for diagnosis and treatment of disease. This article cite the cases of special clinical manifestation with 3 cases, description meridian syndrome differentiation has significance in intensive and difficult diagnosis of disease.

**【Keywords】** Meridian; Viscera; TCM; Disease diagnosis

经络辨证, 主要是根据《灵枢·经脉篇》所载十二经脉的病症及《难经·二十九难》所载奇经八脉的病症而加以概括。外邪既可通过经络传入脏腑, 内脏病变亦可循经络反映于体表, 因此, 根据病人体表某一部位所出现的疼痛等症状或体征, 则可明确辨别其为某经、某脏、某腑的病变。正如《灵枢·卫气篇》所说: “能别阴阳十二经者, 知病之所生”。

脏腑辨证, 是根据脏腑的生理功能和病理表现, 对疾病证候进行分析归纳, 借以推究病机, 判断病变的部位、性质、正邪盛衰情况的一种辨证方法。

在临床实践中, 有些疾病表现错综复杂, 有时某一症状或体征不仅不能反应出疾病的本质, 且往往可误导医生的诊查思路, 所以经络脏腑辨证及中西医结合的综合运用以便作出正确的疾病诊断愈具其重要性和必要性。兹将笔者运用经络脏腑辨证的一些临床体会叙述于下。

### 1 急性心肌梗死 (AMI) 呈左足跟痛属心气虚心血瘀辨

患者甲, 女, 46 岁, 以左足跟痛 6 小时就诊于外科门诊。否认足外伤史, 局部检查无红肿及损伤等阳性体征, X 线未发现异常, 诊断跟痛症, 考虑骨内压增高所致, 予止痛药口服不效。发病后 10 小时再诊于笔者, 视病人精神略紧张, 有气力疲倦之感, 细问病史, 诉略感胸闷不适。查舌红绛苔薄白, 舌底静脉迂曲扩张, 脉弦涩而弱。

中医辨证: 气虚心瘀。考虑病证所及之脏腑为肾、心、肝、脾。

首查心电图: II、III、avF 异常 Q 波, ST 段抬高; 继查血清心肌酶增高。诊断急性下壁心肌梗死。

经络具有对各种信息的接收、传递、变换等作用, 疾病证候的反应部位相关于经络循行之路线。该患者以足跟痛为主症, 似病在肾经, 然综合病人病情, 从脏腑学说分析, 亦有心、肝、脾病之可能, 但仅以足跟痛难以说明疾病情况, 更不能够作出疾病诊断。

病人足跟痛是否为内脏牵涉痛或放射痛? 由此深入, 《灵枢·经脉》言: “肾足少阴之脉, 起于小趾之下, 斜走足心, 出于然骨之下, 循内踝之后, 别入跟中, ……其支者, 从肺出, 络心, 注胸中”。心、脾、肝、肾诸脏, 多以心脏病变最是急危, 即予心电图检查。至此, 完成该病人之疾病诊断全部思维过程。

AMI 以足跟痛为主症者临床尚属少见, 以现代医学理论解释, 应属内脏的牵涉痛或放射痛。每一内脏病变时都有一较固定的皮肤牵涉痛区 (又称 Head 区), 牵涉痛的部位与病变器官常为同一或紧邻脊髓节段来的神经纤维所分布。心脏牵涉痛的区域在 C<sub>3-5</sub>、T<sub>1-8</sub> 节段, 左侧明显, 有时在两侧。如心绞痛一般位于胸骨后部, 可牵涉到心前区, 并放射到左肩、左臂 (尺侧), 或位于颈项或肩背部 (C<sub>3</sub>~T<sub>5</sub> 的支配部位), 有时, 痛发生在上腹部 (T<sub>6</sub>~T<sub>10</sub> 支配的部位) 或颌区 (三叉神经分部区)。关于牵涉痛的原理, 比较通用的一种学说为 “集中-易化学说”<sup>[1]</sup>。

但也有不符合神经节段支配规律者, 称之为习惯性牵涉痛, 故又提出闸门控制学说<sup>[2]</sup>, 而此学说亦难确切说明足跟痛与心脏病变的病理生理关系, 且病人亦往往叙说不清疼痛部位是否有过创伤或其它病理过程, 此种情况下, 在临床诊疗过程中, 中医经络脏腑学说的运用尤显其重要和可贵。



## 2 AMI 呈头痛头晕属阴虚血瘀痰热阻络辨

患者乙,男,38岁,聋哑人,手语(家人代诉)头痛头晕12小时,头痛以前额及头两侧部为主,未诉其它伴随症状,表情平静,行动自如,测血压130/90mmHg,查体未见阳性体征。舌红绛,舌苔薄腻略黄,脉左寸细涩,左关弦、右关滑。

中医辨证:痰热阻络,阴虚血瘀。考虑病证所及之脏腑为肝胆、心、脾胃,拟查心电图、头CT、肝胆脾B超、胃镜。

予首查心电图:V<sub>1-3</sub>异常Q波,ST段抬高;继查血清心肌酶增高。诊断急性前间壁心肌梗死。

症状不典型的AMI有以脑血液循环障碍为主要表现者,如头晕头痛、昏厥、突然意识丧失,甚至偏瘫、抽搐等。该患者以头痛头晕为主症,且症状轻,状态好,又无其它不适主诉,故一时难定其为心脏病变。考虑病位在心,主要根据脉象,且《灵枢·经脉》曰:“心手少阴之脉……,其支者,上挟咽,系目系”。可知心络脉脑,心气心血通于脑海,头部症状很可能是心脏病变之体现。心脑关系之密切,斯可证矣。

以上两例AMI病人,均属症状不典型者。由于体质因素,且病人对疼痛的描述常与其自身感受、心理因素,文化水平及表达能力有关,造成临床诊断的困难。临床AMI症状不典型者可表现为上腹痛、恶呕、呃逆、食管烧灼感、咽痛、牙痛以及上两例所表现的头痛头晕、足跟痛等。若其症状单一,有时确是无从考虑,故对一些原因不明,一时诊断不清的急性局部疼痛之病人,尤应慎重,务须查清局部疼痛与疼痛性疾病之关系,此时中医经络脏腑辨证或可正确引导诊查方向。

中医经络理论认为,分布于心脏的经络有17条之多,使心脏与肺、脾、肝、肾、胃、小肠、膀胱、胆、心包等脏腑之间组成直接的通路,由此可知AMI的临床主要表现亦可多样化,不可能仅限于教科书中之所描述者,对此,临床医师应予足够的重视。

## 3 肝癌呈头痛头晕属肝胆风热痰瘀交阻辨

患者丙,男,46岁,以头痛头晕4天而先后就诊于某市级医院神经内科及针灸科,头CT、脑电图及颈椎X线检查未见异常,经颅多普勒示动脉血流速度增快,测血压140/90mmHg,考虑“血管神经性头痛”,予米格来宁、奥力保克、镇脑宁等药口服,并针灸治疗,历时七天,疗效不甚满意,后经介绍就诊于笔者。病人头痛以头两侧、前额及巅顶部为主,头晕较轻,无其它明显伴随症状,外观身体较强壮。舌红绛,舌边微见瘀斑,舌苔黄白薄而稍腻,脉弦涩而略滑。

中医辨证:肝胆郁热、痰瘀交阻。考虑病证所及之脏腑为肝胆、脾胃、心,拟查心电图、肝胆脾胰B超及胃镜。B超提示肝内占位性病变,肝癌可能大,继查肝MRI,诊断肝癌。

《灵枢·经脉》言:“肝足厥阴之脉,起于大趾丛毛之际,上循……,挟胃,属肝,络胆,……连目系,上出额,与督脉

会于巅”。足少阳胆经在头部分布的区域较大,占颅部表面积<sup>[1]</sup>的2/3,主要在头颅两侧,其虽无直接分布于脑的记述,但实际上对脑有一定的影响。临床诊治,必审证求因,故须详查肝胆等以明确疾病诊断。

另外,无论从中医理论还是临床实践经验方面,凡中医辨证属痰瘀互结者,则提示病变时间较长且病变较为严重。笔者认为,此时应当详查,首先应除外器官组织的恶性病变。此类证型病人,笔者在临床中已查出肝癌、胃癌、肺癌者多例,足以令医者警觉。

《灵枢·海论》道:“夫十二经脉者,内属于脏腑,外络于肢节”。由于十二经脉及其分支纵横交错、入里出表、通上达下,联系了脏腑器官,奇经八脉沟通于十二经之间,经筋皮部联结了肢体肌肉皮肤,从而使人体各脏腑组织器官有机地联系起来。所以,经络不仅在人体生理功能上有重要作用,而且是临床上说明病理变化、指导辨证归经及中医治疗的重要理论依据,为历代医家所重视。虽然经络的客观存在具有普遍性,但经络现象在人群中表现的个体差异性却十分强烈。我国20个省市对6万人的普查,循经感传的阳性率仅约20%<sup>[3]</sup>。其他不同的样本用相同的方法调查,其结果基本一致,敏感型占1.3%,较敏感型占1.8%,稍敏感型占15.2%,合计为18.3%,不敏感型占81.7%<sup>[4]</sup>。这些统计资料或可说明内脏病变皮肤牵涉痛区的特异性。对此,现代医学亦提出了外周神经—分支理论<sup>[5]</sup>,但此理论对指导临床医师的诊查思路、分析推断病理原始部位、进而作出临床疾病诊断似意义不大,在这方面,笔者认为,中医经络脏腑学说却体现出了具有能够积极指导临床诊治的重要意义。

经络系统凭借上下内外、四通八达的信息传导网,可把局部的信息感传至全身,又能把整体的信息传导于某一局部,根据经脉循行的部位及所属脏腑的规律,对疾病症状和体征所出现的具体部位进行分析,作出推断,对指导临床实践具有积极重要的作用,正如《灵枢·经别》所说:“夫十二经脉者,人之所以生,病之所以成,人之所以治,病之所以起,学之所始,工之所止也”。

### 参考文献:

- [1]张立生等.现代疼痛学[M].石家庄.河北科学技术出版社,1999:337
- [2]张立生等.现代疼痛学[M].石家庄.河北科学技术出版社,1999:52
- [3]孙国杰.当代中外针灸[M].武汉.湖北科学技术出版社,1990:98
- [4]祝总驷.针灸经络生物物理学[M].北京.北京出版社,1989:158
- [5]张立生等.现代疼痛学[M].石家庄.河北科学技术出版社,1999:144

### 作者简介:

黄和,中西医结合副主任医师、副教授。研究方向:中西医结合风湿病、疼痛症及肝胃疾病。

编号:EA-100607817(修回:2010-08-06)

## 张景岳论便秘

## Zhang Jing-yue discussion on the constipation

范建国 王 博

(吴忠市卫生局, 宁夏 吴忠, 751100;)

中图分类号: R256.35 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0113-01 证型: GDI

**【摘要】** 便秘常由于排便规律改变所致, 患者描述排便次数减少, 是临床常见征状, 可见于各种年龄。这是由于大肠传导失常, 导致大便秘结, 排便周期延长。

**【关键词】** 便秘; 临床; 周期

**【Abstract】** Constipation often was caused by changes in the law as bowel, description of patients are reduce the frequency of defecation, it is common clinical symptoms, found in all ages. It is as Colon conduction disorders, lead to constipation, defecation cycle extension.

**【Keywords】** Constipation; Clinical; Cycle

便秘常由于排便规律改变所致, 患者描述排便次数减少, 是临床常见征状, 可见于各种年龄。这是由于大肠传导失常, 导致大便秘结, 排便周期延长; 或诉说要异常用力才完成排便, 此为粪质干结, 排出艰难; 或粪质不硬, 虽有便意, 但便而不畅的病证。

老年体弱者, 久病气阴俱伤的病人, 喜食辛辣, 胃火炽盛者, 好发便秘, 无明显季节性。其病位主要位于大肠, 虽为腑病, 然与其它脏腑、气血津液关系密切, 或因燥热内结, 或因气滞不行, 或因气虚传送无力, 血虚肠道干涩, 以及阴寒凝滞等, 凡是影响大肠的传导功能, 或引起糟粕传化失常的因素, 皆能导致各种不同性质的便秘。

便秘, 在中医历代文献中有诸多不同称谓。《黄帝内经·素问》称“后不利”和“大便难”<sup>[1]</sup>, 即是指此病而言。汉·张仲景《伤寒论》称“不大便”, 《金医要略》有“脾约”之名。唐·孙思邈《备急千金要方》中除提到“大便难”以外, 又有“大便不通”之称, 两种提法是为区别便秘轻重程度不同。宋·朱肱《活人书》载有“大便秘”, 此名即与现代中医界习惯上所称的“便秘”很接近。《丹溪心法》有“燥结”之称, 虞传《医学正传》称为“大便燥结”。清·沈金鳌《杂病源流犀烛》最早称为“便秘”, 沿用至今成为现代临床公认的病名。古籍中对便秘的称谓繁多, 有的篇名与书中的论述称谓也不相同, 称谓虽异, 终指便秘。

明·张介宾《景岳全书·秘结》曰:“凡下焦阳虚则阳气不行, 阳气不行则不能传送而阴凝于下, 此阳虚而阴结也<sup>[2]</sup>。”《伤寒论·辨脉法》分为阳结与阴结二类:“其脉浮而数, 能食, 不大便者, 此为实, 名曰阳结也。其脉沉而迟, 不能食, 身体重, 大便反硬, 名曰阴结也。”明代著名医家张景岳十分推崇这一分类方法, 《景岳全书·秘结》指出:“不知此证之当辨者惟二, 则曰阴结阳结而尽之矣。盖阳结者, 邪有余, 宜攻宜泻者也; 阴结者, 正气不足, 宜补宜滋者也。知斯二者, 即知秘结之纲领矣。”并提出:“有火者便是阳结, 无火者便是阴结。”以此

作为区别阴结、阳结之要点, 把阴结、阳结作为便秘辨证的纲领。尽管张景岳对此详加论述, 但阴结、阳结的分类法后世并未完全采用。

古代医家对于便秘的治疗是十分理性明智的, 对于攻下的适应证和禁忌证都进行了详细的论述。《景岳全书·秘结》对便秘禁忌的论述更为详尽:“秘结证, 凡属老人、虚人、阴脏人, 及产后、病后、多汗后, 或小水过多, 或亡血失血, 大吐大泻之后, 多有病为燥结者, 盖此非气血之亏, 即津液之耗。凡此之类, 皆须详察虚实, 不可轻用芒硝、大黄、巴豆、牵牛、芫花、大戟等药及承气、神芎等剂, 虽今日暂得通快, 而重虚其虚, 以致根本日竭, 则明日之结必将更甚, 愈无可用药矣。况虚弱之辈, 幸得后门坚固, 最是寿征, 虽有涩滞, 亦须缓治, 但以养阴等剂, 渐加调理, 则无有不润, 故病家、医家, 凡遇此类, 切不可性急, 欲速以自取其败而致悔无及也。”

《景岳全书·秘结》云:“凡下焦阳虚, 则阳气不行, 阳气不行, 则不能传送, 而阴凝于下, 此阳虚阴结也。”下焦阴虚能致精血枯燥, 精血枯燥则精液不到而脏腑干槁, 此阴虚阳结也。临床常见大便并不干结, 但排出困难, 腹中冷痛, 得热痛减, 腰膝冷痛, 四肢不温, 面色晄白, 小便清长, 舌质淡, 苔白, 脉沉迟无力。当属肾阳虚弱, 阴寒内生, 气化失常, 不能温润肠道, 大肠传导无力, 治法予温阳通便, 方选济川煎, 药用肉苁蓉温肾益精润肠, 当归养血润肠, 牛膝补肾而下行, 泽泻甘淡泻浊, 升麻升清阳以降浊, 枳壳宽肠下气。肾阳虚甚加肉桂温阳化气, 加核桃仁温阳润肠。

**参考文献:**

[1]黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1963:1

[2]张介宾(明).景岳全书[M].上海:上海科学技术出版社,1959:1

**作者简介:**

范建国 (1956-), 男, 宁夏人, 吴忠市卫生局, 主治医师。

编号: EA-1005168762 (修回: 2010-08-09)

## 临证处方用药量的分析

### Clinical analysis of using dosage of prescription

张慧霞<sup>1</sup> 赵鑫<sup>1</sup> 张广明<sup>2</sup>

(1.陕西省宜川县人民医院, 陕西 延安, 716200;

2.陕西省宜川县食品药品监督管理局, 陕西 延安, 716200)

中图分类号: R451 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0115-02

**【摘要】** 本文通过两位具有普遍代表性的两为大夫处方习惯用量的分析, 探讨了中药大剂量临床应用多以峻剂取胜, 现代临床报道及有关总结已广泛证实了这一点; 同时认为药物的超《中国药典》大剂量应用, 临床毒副作用增加。但由于传统的中药药性理论及方剂用量, 原则上很少论及规范的标准, 更多的是强调法度、组方结构、配伍方法、方制大小等, 如君、臣、佐、使、大、小、缓、急、偶、复等组方原则。提出当今部分处方组方法度不明, 不讲究药物间的配伍, 更多是按功效组方。因此, 药味增加, 处方混杂, 而由此引起的中药不良反应和药源性疾病的发生也越来越多这个带有普遍性的问题, 一直未能引起中医药界的足够重视, 对此缺乏比较系统的研究, 结果造成对中药超大剂量应用的安全性、科学性和实用性缺乏深刻的认识。希望通过更多的研究, 科学准确的, 规范的应用中药, 为人类造福。

**【关键词】** 中药处方; 用药计量; 分析

**【Abstract】** To analyze the two doctors of general representation, investigate the clinical application of TCM large dose, and this was widely confirmed by modern clinical reports and the summary; At the same time think the large dose application of medicine, increased of poison side effects in clinical. However, traditional chinese herbal medicine theory and prescription dosage; in principle, few addressed the standard of specification, more was emphasis on testimonies, recipe structure, compatibility method, square system of size, such as prescription principles of Jun, Chen, Cuo, Shi, Da, Xiao, Huan, Ji, Ou, Fu. Put forward the part prescription prescription Fadun unknown on current, didn't pay attention to compatibility between drugs, more was according effect to prescription. Therefore, increase of medicine; prescription mixed, the resulting the TCM adverse effects and the occurrence of drug-induced disease with more and more problem of universal, has not been caused by adequate attention in the medical sector, so lack of a more systematic study, the result was created the lack deep understanding with security, scientific and practical on large dose application of TCM.

**【Keywords】** Prescription medicine; Dosage of prescription; Analysis

近年来, 随着人们对用药安全性的重视, 中药用量的主观性和随意性受到了质疑, 笔者在对医疗机构的药品管理实施监督检查时, 顺便查看了一些大夫所开具的处方, 结果发现, 有两位在我们这里比较有名的中医大夫, 他们的用要剂量很有特点, 邓大夫的处方剂量普遍偏大, 而赵大夫的处方剂量普遍偏小, 但两位大夫都是群众非常信任的大夫, 病员都很多, 疗效都很好, 这种现象引起了我的反思, 中药处方用量应该怎样使用才能即安全, 又疗效好呢? 如何合理使用中药剂量, 才能保证用要安全有效呢? 这个问题会越来越的被人们关注。我也随即走访了他们。他们各有见地。

《中国药典》主要提供药物的用药规范和安全有效用量范围, 用量超过《中国药典》范围, 可能引起毒副作用。但是《医学衷中参西录》中专篇论及中药超大剂量应用的问题。他的基本观点是“用药以胜病为主, 不拘分量之多少”, 极力主张超大剂量应用中药, 并且在这方面具有丰富的临床经验。从古至今不乏有医家在治疗某些疾病时运用大剂量中药组方, 在相对安全的前提下, 取得了显著的临床疗效。清代医学家王清任发展了活血化瘀理论, 其治中风偏瘫诸症, 以益气活血为总的治则, 创补阴还五汤, 方中黄芪剂量用至四两, 其超大剂量应用

黄芪的经验至今对临床仍有借鉴意义。邓大夫认为: 大剂量用药有其自身的应用法度, 并非盲目莽撞、随心所欲, 而是有深刻的内涵的。古代名医李东垣从方剂配伍的角度, 提出处方中主药的剂量可超大。“为君者最多, 为臣者次之, 佐者又次之”, 其观点为后世处方中主药的超大剂量应用奠定了理论基础。而赵大夫则持不同意见认为: 大剂量用药, 就无法避免由此而引起的中药不良反应和药源性疾病的发生。对此我认为应该科学的应用处方剂量, 具体分析如下。

#### 1 大剂量应用会使毒副作用增大

近年来, 随着人们对用药安全性的重视, 中药用量的主观性和随意性受到了质疑, 尤其是对超大剂量的用药的有效性和安全性。

从中医理论角度出发, 每味中药临床用量的灵活性恰好是中医临床疗效之所在, 但总得有个“度”, 不能随心所欲, 无限偏大, 无法可依。《中国药典》中, 每位中药均有一个剂量范围, 在常规剂量下使用较安全, 不良反应很少, 如果超出《中国药典》规定的剂量, 一旦发生医疗方面的纠纷或医疗事故, 就要承担相应的法律责任, 经验或某份医案决定药量是不受法

律保护的。而现代人用药,剂量越来越大,远远超过《中国药典》规定的剂量,不良反应也相应增多。

## 2 大剂量应用与疗效不成正比

中药化学成分是中药药理效应的物质基础,其化学成分在煎煮过程中,随着内在的和外部的改变发生着一系列变化,各种化学成分的综合作用直接影响药物的效应。在实验中,研究者给予动物数倍于治疗量的中药并没有出现强于治疗量效应的现象发生。其一,可能是中药各种成分之间产生拮抗作用的结果,使药理活性降低,甚至消失。其二,可能是中药里的某种化学成分具有肝药酶诱导剂的作用,使药酶活性增加,加快其他化学成分的代谢,失去药理活性。其三,中药与大多数西药一样必须同机体的细胞某些受体结合,才能发生生物效应,结合的受体越多,产生的药理效应越大。但因受体数目有限,故有饱和性。

## 3 剂量大则煎煮,服用不便

剂量越大,煎煮时加水量必然增加,煎后药液就多患者服完大量煎液难受,否则影响治疗效果;传统的煎煮容器无法盛装如此多的药材,使得同一帖药要分两次煎煮,影响煎煮效果。

## 4 大剂量应用浪费药材

中药剂量大小使用应考虑:有效成分所占的百分比、有效成分溶出程度的百分比、煎煮药液总量的多少、服用药液总量及用药剂量等。因此如何提高溶出程度是提高药物实际吸收量的关键,一味依靠加大用药剂量来实现提高疗效的作法,既是对有限药物资源的浪费,也增加了患者的经济负担,更是缺乏

科学依据的。

## 5 大剂量应用人体质不耐受

从生理角度分析,不同人种以及同一人种不同个体对药物的反应有显著的差别,且环境的改变,对人体也有一定的影响。现代人由于生活节奏加快,工作压力大,且环境污染严重,辐射大等因素的影响,使得现代人的体质不耐受大剂量,因而临床上应注意个体差异,做到知常而又能达变,剂量恰如其分,即能愈病又不伤人。

综上所述,一方面中药大剂量临床应用多以峻剂取胜,现代临床报道及有关总结已广泛证实了这一点;另一方面药物的超《中国药典》大剂量应用,临床毒副作用增加。二者颇似矛盾,然而认真思考此问题,值得对比研究。

传统的中药药性理论及方剂用量,原则上很少论及规范的标准,更多的是强调法度、组方结构、配伍方法、方制大小等,如君、臣、佐、使、大、小、缓、急、偶、复等组方原则。而当今部分处方则组方法度不明,不讲究药物间的配伍,更多是按功效组方。因此,药味增加,处方混杂,加之超《中国药典》大剂量用药,就无法避免由此而引起的中药不良反应和药源性疾病的发生。

中药超大剂量应用是临床中药学中的一个带有普遍性的问题,但一直未能引起中医药界的足够重视,对此缺乏比较系统的研究,结果造成对中药超大剂量应用的安全性、科学性和实用性缺乏深刻的认识。因此,以“经方”作为切入点,研究中药处方剂量大小必将具有重要意义。

编号: ER-10060903 (修回: 2010-08-05)

# 王继先教授辨证施治股骨头坏死临床经验总结

To summarize the clinical experience of Wang Ji-xian

professor for treating in differentiation avascular necrosis

廖军<sup>1</sup> 王波<sup>2</sup>

(1.新疆医科大学, 新疆 乌鲁木齐, 830011;

2.新疆医科大学附属中医医院, 新疆 乌鲁木齐, 830000)

中图分类号: R364.2+6 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0114-02

**【摘要】** 股骨头缺血性坏死是由于各种原因所致的疾病,王继先教授运用内服外敷配合康复的方式治疗股骨头缺血性坏死取得了很好的疗效。

**【关键词】** 王继先; 股骨头缺血性坏死; 辨证施治

**【Abstract】** Avascular necrosis is a disease caused by various reasons, Wang Ji-xian professor treated avascular necrosis by oral and external application plus rehabilitation gets a good effect.

**【Keywords】** Wang Ji-xian; Avascular necrosis; Treatment in differentiation

王继先教授是新疆自治区中医院骨科专家,全国名老中医,从事临床工作50年,对疑难病的诊治具有非常丰富的临床经验。笔者跟随王老学习,现针对治疗股骨头缺血性坏死经验总结如下,同道共勉。

股骨头缺血性坏死(avascular necrosis of the femoral head)是由于各种原因所致的股骨头应力集中,超微结构破坏、骨小梁网架断裂、变性,骨吸收溶解或变异致使股骨头内“血管床”遭到挤压破坏、血流受阻、供血不足、骨内失养缺血等一

系列改变所致的疾病,可分为两大类:第一种是创伤性股骨头缺血性坏死,由于外力突然造成股骨头血运中断而造成的;第二种是非创伤性的股骨头缺血性坏死,其发病机制是缓慢渐进的过程。二种共同的特点都是股骨头血运的丧失,导致股骨头缺血坏死。股骨头坏死在治疗上现代医学针对中晚期实行手术治疗,多采用髓芯减压术,植骨术,血管移植术,髋关节融合术,人工关节置换术,但对于早期股骨头坏死,西医基本上无能为力,除了止痛药物减轻症状外,只能眼睁睁看着股骨头由早期病变到中晚期,最后不得已实行手术治疗。王继先教授根据其症状和体征可将此病归为中医“骨蚀”“骨痹”“骨痿”等范畴,针对股骨头坏死,辨证施治中医保守治疗,予以骨生汤内服治疗各种原因引起的股骨头缺血性坏死,尤其是股骨头坏死早中期治疗可获得满意疗效,中晚期患者坚持治疗,可有效改善症状,提高生活质量。

### 1 病机以气滞血瘀及肝肾亏虚为关键

中医无此名之说,但是根据其症状和体征可将此病归为中医“骨蚀”“骨痹”“骨痿”等范畴,中医对股骨头坏死的病因与临床表现与“瘀”“痹”“痿”证得表现相类似。凡跌打损伤其皮不破而内伤者,必有瘀血阻滞经络,气血运行障碍,壅塞不通而痛。若瘀血留滞体内不出,复感风寒,则气凝凝结,与瘀血相结变为痹痛,久而久之体虚无以濡养筋骨,成为痿证。

《黄帝内经》之《灵枢》曰:“骨有所损也,其最深者,内伤于骨,是为骨蚀,谓侵蚀及骨也”,又有《灵枢·刺节真邪第七十五》:“虚邪之于身也,寒与热相搏,久留而内著,寒胜其热,则骨痛肉……内伤骨为骨蚀”。《素问·宣明五气篇》曰:“久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉,久立伤骨,久行伤筋,是谓五劳所伤。”说明过度劳累也可引起气血筋骨肌肉的损伤。髋关节是全身关节的枢纽,瘀痹劳伤均易致病。从这些文献可见中医对股骨头坏死的病因及症状有相当的认识。

王老认为气血是人体生命活动的动力和源泉,是濡养全身筋骨的物质基础,气血相互资生,气行则血运,气滞则血不通,血不运则血瘀,瘀而气滞,气滞血瘀恶性循环导致全身筋骨无以濡养,久而久之,影响脏腑功能,又致肝肾功能亏虚,肝主筋,肾主骨,故气血瘀阻于脉络,经络不通则病痛,肝肾亏虚无以生筋骨,股骨头得不到温煦和濡养,久则症见“骨蚀”,病机总以气滞血瘀,肝肾亏虚为特征。

### 2 活血化瘀,补气养血,补益肝肾为治法核心

王老认为,对疑难杂症的治疗要正确把握祛邪与扶正的关系,在治疗股骨头坏死的大法上,祛邪首当其冲,扶正则是治法之关键。故本病的治疗要抓住气滞血瘀和肝肾亏虚这个病机不放,以活血化瘀,补气养血,补益肝肾为治疗原则,中医认为:“气行则血行,气滞则血瘀,血液循行,有赖于心气的推动,气血充盈旺盛,瘀血得以消散,筋骨得以生长”,故气滞血瘀导致股骨头无以血运来滋养,久之缺血坏死,故应先活血化瘀去瘀滞,而后气血运行,再补气养血,使气血丰蕴,有足够的营养物质来源再滋肝养肾,强筋健骨,生肌止痛,最终改善患肢血液供应,增加侧支循环,疏通股骨头营养血管,使坏死骨逐渐被吸收,形成新骨,修复股骨头。

### 3 口服中药,再生股骨头

王老根据数年临床实践经验,自拟骨生汤配合中药贴敷与康复锻炼治疗股骨头缺血性坏死,早中期疗效满意。骨生汤:熟地,山萸肉,鹿含草,白芍,牛膝,续断,骨碎补,金银花,山甲,丹参,丹皮,黄芪,当归,防己,地龙,茯苓,大枣等,此方口服三月为一疗程,到疗程评定疗效。方中以丹参,地龙等活血化瘀,通络止痛。黄芪,当归等药补气养血。再以熟地,山萸肉,茯苓,续断,山甲等补肝肾壮骨,益精添髓。中药贴敷由我院自创“黑药膏”为原料外敷于患髋上,TDP温热半小时,在维持4小时,即可,其目的通过外敷药物药力直渗患处,改善局部血液循环,提高局部组织对疼痛的耐受力,促进炎症吸收,缓解或消除症状,从而改善关节内理化环境,达到活血化瘀通络止痛之效并进而促进关节功能的恢复,疗程为一个半月,康复训练由患者自主完成,因患髋为承重关节,极易造成损伤,患者又因疼痛,被动停止患髋运动,久而久之造成患髋废用性改变,故患者每日需行相应的康复锻炼,以强筋健骨,每日仰卧位做患髋外展,屈曲,俯卧位行患髋后伸,具体方法:患髋外展40° 每组30个,每天可行6组,屈髋100°, 每组30个,每日6组,屈髋也可在坐位完成,仰卧位后伸患髋20°, 每组15个,每日6组,以上动作需缓慢、持续、连贯。

王老运用内服外敷配合康复的方式治疗股骨头缺血性坏死取得了很好的疗效,在此基础上王老又强调在治疗股骨头缺血性坏死期间生活饮食尤为重要,认为治疗本病口服中药时间内忌烟酒及油腻之品。以免影响疗效,耽误病情。

### 4 病案举例

患者甲,男,32岁,汉族,于2009年05月4日拄拐杖跛行来我院门诊就诊,症见,患者右下肢跛行,右手拄拐,神志清,精神欠震,自诉右髋部无明显诱因疼痛1年,1月前曾于新疆第一附属医院就诊,予以塞来西布口服,建议择期行髋关节置换术,患者口服药物疼痛有所减轻,但一停药物,右髋部再次疼痛且越来越重,口服药物半月余出现胃脘部疼痛不适症状,故为求治疗,来我院,入院查体,双侧髋关节,形态:大致正常;触诊压痛部位:双侧髋关节及双侧腹股沟区;放射痛:双侧臀部及腹股沟区。动诊:活动度:屈:90° 伸:-10° 旋转:尚可,伴钝痛;双髋4字试验(+);纵轴叩击疼痛可疑。量诊:左下肢较右侧短缩2cm,神经系统检查:感觉:正常。运动:左下肢肌力IV-,右下肢肌力IV+,左股直肌股内外侧肌萎缩。股骨头密度不均,有数个囊性变及骨硬化区,股骨头关节面不完整,不光滑,关节间隙不变窄,脉缓,舌质淡红,苔薄白。诊断“股骨头缺血性坏死”后王老予以骨生汤加减,患者口服2周,症状有所加重,考虑活血破血药物所至,继续服用骨生汤加减,3周患者疼痛症状改善,继续服用致3月,患者疼痛症状明显减轻,复查X片:骨小梁开始重建,后再服用半年,患髋疼痛消失功能恢复正常,无跛行及下肢短缩,复查X片:显示骨质坏死硬化消失,骨小梁排列整齐,骨骺线清晰。

以上是王继先教授多年治疗股骨头缺血性坏死的临床经验总结,同仁们共参。

编号:ER-10051407(修回:2010-08-03)

## 突出中医特色优势 加强学科品牌建设

## Prominent features advantages of TCM strengthen brand building of subject

张妍

(枣庄市中医医院, 山东 枣庄, 277101)

中图分类号: R2-03 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0117-02

**【摘要】** 近年来, 我院始终坚持以发挥中医药优势、突出学科特色、提高中医药学术水平和防病治病能力为根本, 大力开展中医学科建设, 医院重点中医学科品牌建设取得了初步成效。

**【关键词】** 中医; 学科; 特色

**【Abstract】** In recent years, my hospital always insist on play to strengths of chinese medicine, prominent features of subject, improve the academic standards of chinese medicine and ability to prevent and cure diseases, vigorously traditional discipline, hospitals focus on brand building chinese subjects preliminary results obtained.

**【Keywords】** In TCM; Subject; Features

枣庄市中医医院是国家中医药管理局评定的三级甲等中医综合医院。近年来, 我院始终坚持以发挥中医药优势、突出学科特色、提高中医药学术水平和防病治病能力为根本, 大力开展中医学科建设, 医院重点中医学科品牌建设取得了初步成效。

### 1 确定品牌建设目标, 强化学科管理

加强中医学科建设, 突出中医特色优势, 是提高中医院核心竞争力的必要手段。我院坚持以“突出中医特色, 发挥学科特长, 提高综合实力”为方向, 以名医带名科, 以名科为龙头, 走学科建设品牌建设之路, 不断提升医院核心竞争力。

1.1 在重点中医学科建设规划方面, 按照“学科建设是龙头, 人才培养是核心, 科学研究是关键, 经费投入是基础, 政策措施是保障”的建设思路, 努力建设起一批国家级、省市级重点学科, 以此带动全院整体医疗水平的提高, 满足人民群众日益增长的多样化、高水平医疗需求, 实现医院又好又快可持续发展。

1.2 在重点学科建设基本目标方面, 学科带头人确立、学科人才引进和培养基本完成, 人才梯队基本建立, 技术实力达到相应建设标准要求。

1.3 在重点中医学科建设措施方面

1.3.1 在组织管理上, 实行院长负责制, 成立以院长为组长的医院重点学科建设规划管理领导小组, 加强对重点学科建设的组织领导, 组织制订实施建设规划, 组织督导、检查及考核评估。分管院长靠上抓, 其他院领导和相关职能科室全力配合, 医务部负责学科建设日常工作, 研究解决学科建设工作中的主要问题。建立院内自我评估机制, 由重点学科领导小组成员每半年对学科建设情况进行检查, 切实解决建设过程中出现的困难及问题, 使建设任务保质保量完成。在建设中突出强调学术带头人的学术指导作用及学科带头人的领导作用, 赋予学科带头人在科室人事调动、科室管理、学科经费使用、设备购进等方面的权力, 使学科发展具有长期性, 保证可持续发展。

1.3.2 在经费管理上, 加大经费投入, 不断完善学科发展支撑平台, 同时制定学科经费管理制度, 学科经费专款专用, 由科室统一规划, 经费支出重点放在人才培养、设备购置、新技术引进、学术交流、进修学习、科研资助、书籍杂志订阅、发表论文等方面。

1.3.3 在信息管理上, 建立了学科图书室, 学科实行微机化管理模式。安装了网络宽带, 制作学科网页, 建立了本科的临床、科研、教学信息, 通过网络与全国知名学府、科研单位、医院进行学术交流。

### 2 发挥学科特长, 体现中医药治疗优势

我院在深化“两好一满意”活动中, 紧紧围绕充分发挥中医药特色优势这一核心, 引导各重点学科在建设过程中, 既注重学科建设的规模扩张, 更注重学科建设的特色发挥和临床疗效。鼓励各学科积极开发应用特色优势明显的中医非手术、非药物疗法, 同时借鉴现代医学发展的新技术、新成果, 形成独特的诊疗技术规范, 使中医学科的临床技术手段不断丰富、诊疗水平不断提高。

### 3 加强人才培养, 确保形成结构合理的学术梯队

医院把加强重点学科人才培养工作放在了加强品牌建设的重要战略地位, 采用各种途径和办法培养学科带头人与专业技术骨干, 建立了有利于学科发展的人员队伍。

3.1 根据不同年资分段实施, 对高年资中医师, 开展重温中医经典著作活动, 使中医知识更加渊博, 辨证思维升华提高, 达到培养名医名家的目标; 对青年医师, 进一步加强住院医师规范化培训的管理, 强化中医药特色内容的培训和考核, 鼓励青年医师参加省内师带徒结对培养, 加强中医辨证论治的思维训练, 熟练掌握中药功效主治和方剂组成配伍, 重点是巩固专业思想、夯实中医功底。同时有计划地选派中青年业务骨干到国内本学科水平领先的医疗单位进修深造、参加学术活动, 为学科的发展聚集后备力量, 提高解决本专业临床工作中复杂和疑

难问题能力。

3.2 注重学科带头人的培养。为学科带头人营造干事创业的环境,对学科带头人的晋升、聘任,在同等条件下优先的原则,必要时可低职高聘,在分配等方面予以政策上的倾斜。修订医院关于进修、培训的管理规定,对重点学科予以政策上的支持与倾斜。凡重点学科列入梯队培养的人员,同等条件下在晋升、聘任、进修、参加学术会议等方面享受优先的待遇,在进修时按医院选派的规定执行。学科内应进修而未及时申请进修的人员,再次申请进修时按科室选派或个人申请的待遇执行。进修回院的人员须在半年内开展与进修专业相关的新业务。

#### 4 突出中医特色,加大学科制剂的研用力度

加大学科制剂在临床上的使用力度,更好地突出中医特色,提高疗效,如肝病科、不孕不育科、肛肠科、呼吸内科的部分制剂,在临床治疗中都取得了较好的疗效。进一步加大对科室倾斜的力度,鼓励临床科室使用学科制剂;适当改良部分制剂的剂型,使其更容易让患者接受,便于推广;申请更多的学科制剂进入医保用药目录,减轻患者长期使用的负担,提高临床使用率。

编号:EA-100330217(修回:2010-08-03)

## 血浆置换联合血液滤过治疗肝性脑病的辨证施护

### Nursing in differentiation of treating hepatic encephalopathy by plasma exchange plus hemofiltration

张喜珍 石萍霞 陈丽慧

(江苏省无锡市传染病医院,江苏 无锡,214007)

中图分类号:R373.2 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2010)15-0118-02 证型:IBD

**【摘要】** 血浆置换联合连续性血液滤过治疗重型肝炎,能全面清除蛋白结合毒素和水溶性毒素,补充凝血因子等生物活性物质,实现优势互补,并预防脑水肿及多脏器功能不全综合征的发生,为重型肝炎肝衰竭患者带来了更多的生存率或等待供体接受肝移植的机会。高质量的护理要求,熟练的操作能力,严格的无菌观念,丰富的临床经验,并能及时发现问题,采取有效措施防治并发症。

**【关键词】** 血浆置换;血液滤过;肝性脑病;护理

**【Abstract】** Plasmapheresis combined with hemofiltration treating gravis type hepatitis could remove protein binding toxin and water solubility toxin overall, supply blood coagulation factor bioactive compound, prevent brain edema and multiple organ dysfunction syndrome, spell more survival rate or expect of donator for patients. The high-quality nursing requirement, expert performance ability, rigorous aseptic concept, affluent clinical experience, discover problem promptly and adopt utility measure to prevent and cure complication.

**【Keywords】** Plasmapheresis; Hemofiltration; Hepatic encephalopathy; Nursing

血浆置换之人工肝技术在临床中已较多的用于重型病毒性肝炎的治疗,并取得了一定的效果。但一些危重患者在血浆置换治疗后很快出现肝性脑病,病情进一步进展。

2006年7月~2010年5月,本院使用日本旭化成 Plasauto-IQ人工肝支持系统和德国百特 Aquarius血液净化机开展血浆置换(PE)联合连续性血液滤过(CVVH)治疗急慢性重型肝炎并发肝性脑病患者28例(共193例次),现将疗效和护理总结如下。

#### 1 对象与方法

##### 1.1 对象

本组患者的诊断符合2006年中华医学会感染病学分会和中华医学会肝病学会《肝衰竭诊疗指南》制定的诊断标准<sup>[1]</sup>。28例重型肝炎患者中,并发肝性脑病I期3例,II期6例,III期11例,IV期8例,男性20例,女性8例,年龄25~71岁。

##### 1.2 方法

在内科综合治疗的基础上加上PE联合CVVH治疗。首次治疗建立股静脉单针双腔留置术。PE使用IQ机,安装管路后,用肝素生理盐水冲洗管路系统,选择自动模式操作,血流速度80~100ml/min,血浆速度24~30ml/min,每次置换血浆总量2000~3000ml。PE完成后接着使用Aquarius机进行CVVH治疗,血滤器AV600S,预充管路同前,调节机器各项参数,置换液采用Port配方,现配现用,根据病情决定体液的超滤,血滤时间8~10小时,采用前后稀释法,比例3:1,置换液速度2000~4000ml/h。PE每周2~3次,CVVH每天1次,直至病人清醒为止。28例患者共治疗193次,其中PE58次,CVVH135次。治疗前认真查对血型及血浆质量,置换液配置中严格执行无菌操作,保证血浆及置换液无菌。

#### 2 结果

##### 2.1 临床转归

治疗后患者临床症状均有不同程度的改善,表现为球结膜

水肿减轻,神志改善,尿量增多,食欲增加,治疗后17例显效或好转,其中神志转清者7例,神志改善者10例,总有效率为60.71%。

## 2.2 人工肝治疗前后肝功能主要指标的变化

经人工肝治疗后患者总胆红素降低,胆碱酯酶、凝血酶原活动度提高,提示肝功能主要检测指标有明显改善,而白蛋白、前白蛋白、总胆汁酸无明显变化,球蛋白有下降,血氨下降。

## 3 护理

### 3.1 术前宣教

对患者及家属进行相关知识的宣教,使其有足够的心理准备接受治疗,取得患者或家属的支持和配合。

### 3.2 术前准备

术前常规测生命体征,当日检测肝功能、电解质、血氨、血常规等生化指标。有活动性出血,低血压、心衰等应暂缓联合治疗。备齐急救物品,留置深静脉导管。

### 3.3 术中护理

#### 3.3.1 低血压

治疗期间实施心电监护,体外循环的建立使有效血容量锐减,易发生血压下降,因此治疗开始阶段引血流速要慢,严密观察生命体征变化。本组6例术中血压下降,考虑与过敏有关,暂停治疗,予抗过敏治疗,补充林格式液或碳酸氢钠后血压稳定。

#### 3.3.2 变态反应及低钙血症

治疗过程中输入大量异体血浆,容易发生变态反应,而且冰冻血浆中含有的枸橼酸钠与患者体内的钙离子结合易导致低血钙。变态反应表现为发热、皮肤瘙痒及皮疹;出现颜面、口唇麻木及四肢抽搐为低钙血症的表现。严重的变态反应可导致休克,应立即停止治疗,使用肾上腺素等抢救,术前常规静注地塞米松5mg,术中及时补钙,可减少变态反应的发生,减轻低钙血症的症状。本组5例次发生变态反应,经处理后继续治疗。

#### 3.3.3 重型肝炎患者凝血因子合成障碍

抗凝剂的使用要个体化,首剂应根据患者凝血酶原时间与血小板数值而定,使用普通肝素或低分子肝素钙针。CVVH过程中,根据跨膜压(TMP)追加肝素或用生理盐水200ml冲管。机器各种参数的改变以及体外循环是否畅通,均能反应滤器的凝血状况。

#### 3.3.4 低温

超滤时大量液体置换可导致体温下降,可将置换液加温后使用<sup>[2]</sup>。室温调节在22~25度为宜。机器的加温调节至37~38度。

#### 3.3.5 准确记录24h出入量

根据个体设定目标脱水量,定时评估,将其控制在预定的范围内,以免短时间内正过于负,造成病情波动。及时、正确、客观的术中记录有利于医生了解治疗过程,判断预后,对预防医疗纠纷十分重要。

### 3.3.6 人工肝机器监测中

动静脉压力增高主要受管路阻塞、扭曲等因素影响。跨膜压短期内迅速增高,除观察滤器和动静脉壶是否有血凝块阻塞外,亦可能是置换液或废液的管路误夹。

### 3.4 留置导管的护理

重型肝炎患者抵抗力低下,且存在插管开放性创口,感染问题不容忽视。留管期间,导管由专人护理,密切观察患者体温及留置导管处情况。患者插管侧大腿避免过度屈曲,尽量避免呈90°角端坐,保持大小便通畅,防止排泄物污染创口,保持敷料清洁;隔日或每日换药一次,有污染时随时更换,渗血较多时可敷云南白药,在未拔管前不使用沙袋。每例次拔管后行导管尖端细菌培养,重视导管所致的感染。

## 4 讨论

人工肝的临床应用已为各种重型肝病的早期救治、肝衰竭患者晚期适当延长生命、争取时间肝移植等开拓出一条重要途径。血浆置换是国内应用最多最广泛的非生物型人工肝治疗方法,能够有效清除大分子蛋白结合毒素、补充凝血因子等生物活性物质,对早期重型肝炎患者的治疗起到一定作用;但单纯血浆置换对晚期重型肝炎患者的治疗作用有限,尤其使肝性脑病患者的意识恢复清醒率较低,甚至血浆置换后出现肝昏迷。

脑水肿是重型肝炎肝衰竭的严重并发症<sup>[3]</sup>,为影响重症肝炎患者生存的主要因素之一。肝性脑病患者还经常出现电解质和酸碱平衡紊乱<sup>[4]</sup>,使其病情更加复杂化。连续性血液滤过能清除细胞因子<sup>[5]</sup>等以中分子物质为主的水溶性毒素,并能维持水、电解质、酸碱平衡,从而有助于改善肝功能,减轻脑水肿、降低颅内压,辅助降温,提高肝性脑病患者的意识清醒率。血浆置换联合连续性血液滤过治疗重型肝炎,能全面清除蛋白结合毒素和水溶性毒素,补充凝血因子等生物活性物质,实现优势互补,并预防脑水肿及多脏器功能不全综合征的发生,为重型肝炎肝衰竭患者带来了更多的生存率或等待供体接受肝移植的机会。高质量的护理要求护士具有高度的责任心、熟练的操作能力、严格的无菌观念。丰富的临床经验,并能及时发现问题,采取有效措施防治并发症。

### 参考文献:

- [1]中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组.中华医学会肝病学会重型肝病与人工肝学组.肝衰竭诊疗指南[J].中华肝病杂志,2006,14(9):643
- [2]谢红浪.肾功能不全中的应用[M].连续性血液净化,2004,11:134
- [3]香瑶英.肝性脑病113例病因分析[J].中华肝病杂志,1999,7(3):148
- [4]赵世峰,沈洪.肝性脑病并发电解质和酸碱失衡的探讨[J].中国急救医学,2004,24(8):559-560
- [5]赵卫峰,甘建和,徐杰等.连续性肾脏替代治疗肝性脑病心寒重型肝炎的临床研究[J].中国危重病急救医学,2003,15(2):109-113

### 作者简介:

张喜珍(1964-),女,江苏省江阴市人,大专文化,主管护师。

编号: E-10061246(修回: 2010-08-09)



## 浅谈老年消渴患者的临床观察与对策

### Discussing the clinical observation and countermeasure on elderly diabetes patients

陈琼

(四川省威远县中医院, 四川 内江, 642450)

中图分类号: R587.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0120-02 证型: DGB

**【摘要】** 随着世界人口的老齡化, 老年消渴患者日益增多, 此病严重危害老年人的健康, 影响其生活质量。加强对消渴患者的辨证施护及社区护理干预, 可有效控制病情, 减少其并发症。提高患者生活质量的同时, 还可降低社会和糖尿病患者的经济负担。

**【关键词】** 老年; 消渴; 辨证施护; 社区护理干预

**【Abstract】** With aging of world population, diabetes of elderly patients was more and more, the disease serious harming health of old people, effect quality of life. Strengthen the nursing in syndrome differentiation and community nursing intervention of diabetes patients, can effectively control the disease, reduced the complications. Improve the quality of life of patients while also reducing social and economic burden of diabetes.

**【Keywords】** Elderly; Diabetes; Nursing in syndrome differentiation; Community nursing intervention

消渴是以多饮、多食、多尿、身体消瘦为特征, 病机主要在于阴虚燥热。近年来, 我科将消渴病分为肺热津伤型、胃热炽盛型、肾阴亏虚或阴阳两虚型进行辨证施护, 疗效显著。消渴在现代医学主要见于糖尿病, 随着人口老齡化, 老年消渴患者增多, 其慢性并发症发生率 18%~40%<sup>[1]</sup>。老年消渴包括 60 岁以后才发病或者是 60 岁以前发病而延续至 60 岁以后的老年患者。老年糖尿病严重危害老年人健康, 影响其生活质量, 加强对此病的护理, 可以减少或避免糖尿病急、慢性并发症的发生, 提高患者的生活质量<sup>[2]</sup>。21 世纪以来, 护理模式不断更新和进步, 多数患者不可能长期住院治疗, 需实施院外治疗与护理。因此, 在做好消渴病人住院期间辨证施护的同时家庭护理成为该病护理环节的重要组成部分。现就消渴病人的辨证施护及出院后社区护理干预谈点浅识。

#### 1 临床资料

我科 2006 年 6 月~2008 年 5 月共收治消渴患者 80 例, 男 47 例, 女 33 例, 年龄 65~90 岁, 平均 (68±5) 岁, 住院治疗 7~10 天, 社区护理干预 12 个月, 经过良好的治疗及精心护理, 通过调查结果显示: 血糖均维持在一个稳定的水平 (空腹血糖 4.4~6.7mmol/l), 无新的并发症的发生, 取得了较满意的效果。

#### 2 辨证施护

##### 2.1 肺热津伤型

表现为烦渴多饮, 口干舌燥, 尿频量多, 舌边尖红, 苔薄黄, 脉细数。治宜清热润肺, 生津止渴。辨证施护: ①消渴方加味、白虎加人参汤; ②保持病室清洁, 空气新鲜, 温度偏凉

爽; ③白茅根、地骨皮、金银花等煎汤代茶饮, 忌服各种含糖饮料、口服液及酒类; ④口渴者可针刺肺俞、少商、鱼际等。

##### 2.2 胃热炽盛型

表现为多食善饥, 形体消瘦, 大便秘结, 舌苔燥黄, 脉滑实有力。治宜清胃泻火, 养阴增液。辨证施护: ①玉女煎加味; ②饮食以清淡、易消化、营养丰富, 多食瘦肉、蛋类、牛奶、山药等养阴清热生津之品, 忌食肥甘厚味、辛辣刺激食物, 按规定进食仍感饥饿者, 可给予水煮蔬菜充饥, 决不允许随意添加食物; ③用鲜芦根、知母等煎水代茶饮, 大便秘结时用开塞露、甘油栓软化大便; ④多食可针刺胃俞、脾俞、中脘、足三里等。

##### 2.3 肾阴亏虚或阴阳两虚型

肾阴亏虚表现为尿频量多, 浑浊如脂膏或尿甜, 口干舌燥, 五心烦热, 舌红, 脉沉细数。治宜滋阴固肾。阴阳两虚型表现为小便频数, 混浊如膏, 甚至饮一溲一, 面色黧黑, 耳轮焦干, 腰膝酸软, 形寒畏冷, 阳痿不举, 舌淡苔白, 脉沉细无力。治宜温阳滋肾固摄。辨证施护: ①滋补肾阴六味地黄丸加味, 温补肾阳金匱肾气丸加味, 阴阳俱虚鹿茸丸加味; ②用枸杞子、鲜生地黄煎汤代茶饮; ③调理情志, 避免七情刺激及劳欲过度, 忌房事; ④加强饮食调理, 适当进食芡实、核桃、猪腰等补肾之品。

#### 3 社区护理干预

社区护理干预是护理工作的一个延续, 宗旨是帮助患者参与自我管理疾病、自我护理。社区护理干预措施如下:

##### 3.1 各种形式的健康教育

①在健康教育宣传栏、专版刊出糖尿病的相关知识。②制

作并发健康教育宣传卡片。③定期召开糖尿病患者健康知识专题讲座。④召集糖尿病患者座谈、交流会。⑤与患者面对面单独指导。⑥建立老年糖尿病患者健康档案, 专人管理, 实行家庭走访, 电话随访。

### 3.2 社区护理干预项目

3.2.1 饮食行为干预: 与患者共同制定合理的饮食表。饮食原则是在合理控制总热量的基础上合理分配碳水化合物、脂肪、蛋白质的摄入量。饮食宜清淡、低盐、低糖、低脂, 忌烟酒。肺热津伤以清淡饮食; 胃热炽盛以蔬菜、豆类或果胶等高纤维饮食; 肾阴亏虚以黑豆、动物肾等补肾之品; 合并肾损害者, 应少吃豆类等植物蛋白; 有水肿者以低盐饮食。

3.2.2 家庭行为干预: 家庭的支持对糖尿病患者的病情控制非常重要, 社区护士与患者的家庭成员经常沟通, 使家庭成员协助或督导患者的饮食、运动、用药及复查。

3.2.3 健康复查干预: 老年人反应能力差, 且长期的治疗让患

者产生懈怠情绪, 极易延误治疗, 护士需督导患者监测血糖, 定期到医院复诊, 确定治疗的有效性并根据病情及时调整治疗方案。

## 4 体会

做好老年消渴病人的辨证护理和社区护理干预, 能使病人实施正确的自我防护措施, 有效控制血糖水平, 降低并发症的发生率, 从而提高病人的生活质量, 降低社会和消渴患者的经济负担。

### 参考文献:

- [1] 国秀娣, 成琦. 老年糖尿病的护理[J]. 护士进修杂志, 1996, 11(8): 29  
[2] 刘振平, 陆菊明. 老年人糖尿病[J]. 中华老年医学杂志, 1997, 16(8): 249

编号: ER-10061101 (修回: 2010-08-03)

## 肺源性心脏病的临床观察

### Clinical observation on pulmonary heart disease

刘坤锐

(广东省河源市和平县下车镇下车中心卫生院, 广东 河源, 517225)

中图分类号: R541.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2010) 15-0121-02 证型: GBD

**【摘要】** 目的: 观察慢性肺源性心脏病的特点, 总结中医治疗经验, 为中医治疗慢性肺源性心脏病提供借鉴。方法: 选择我院近期收治的慢性肺心病患者 74 例, 分析其临床资料, 用血府逐瘀汤治疗。结果: 本组好转出院 63 例 (84.8%), 自动出院 2 例 (2.7%), 死亡 9 例 (12.2%), 其中死于心力衰竭 2 例, 呼吸衰竭 4 例, 全身衰竭 3 例, 住院天数 5~35 天。结论: 血府逐瘀汤标本兼治, 兼扶正祛邪, 共达泻肺平喘、抗菌消炎、活血化瘀、强心消肿之功。该方应用治疗慢性肺心病疗效显著, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 肺心病; 临床特点; 诊断; 治疗

**【Abstract】** Objective: To observe the feature of pulmonary heart disease, summarize the experience of TCM therapy, provide reference for treating chronic pulmonary heart disease in TCM. Methods: Choose 74 patients with chronic pulmonary heart disease; To analyze the date of clinical, taking Xuefu Zhuyu decoction therapy. Result: Discharged for 63 cases (84.8%) in the group, automatic discharged for 2 cases (2.7%), death for 9 cases (12.2%), them died among heart failure for 2 cases, respiratory failure for 4 cases, whole body exhaustion for 3 cases, hospital days for 5~35d. Result: Treating chronic pulmonary heary disease with Xuefu Zhuyu decoction has a good effect in clinical.

**【Keywords】** Pulmonary heart disease; Clinical features; Diagnosis; Treatment

肺源性心脏病(肺心病)系主要由于支气管、肺血管、肺脏及胸廓等器官发生的原发性或继发性病变引起肺动脉高压所致的心脏病, 是右心后负荷过重, 引起右心室代偿性肥厚、扩大, 甚至心力衰竭。中医认为, 肺心病的发生, 在于肺、心、脾、肾四脏功能失调。近年来, 我院中医科探讨了中药治疗肺心病的方法, 取得较好疗效。现将临床诊疗资料分析如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选择我院近期收治的慢性肺心病患者 74 例, 其中男 50 例,

女 24 例, 年龄为 35 岁~76 岁, 平均 59.5 岁, 其中大于 60 岁者有 48 例, 中青年 26 例。病例诊断均符合 1980 年全国肺心病会议制定的慢性肺心病诊断标准。患者原发疾病: 慢性支气管炎及慢性阻塞性肺气肿 51 例, 支气管哮喘 8 例, 支气管扩张 8 例, 肺结核 5 例, 胸廓畸形 2 例。

### 1.2 临床表现

多以咳嗽咳痰为主, 有发热 52 例, 紫绀 44 例, 呼吸困难 43 例, 意识障碍 11 例, 体检肺部啰音 74 例, 哮鸣音 32 例, 双下肢水肿 31 例, 颈静脉怒张 29 例, 肋下扪及肝肿大 18 例, 早搏 20 例, 黑便 1 例。患者中合并有冠心病 22 例, 心衰 32

例, 肾衰 4 例, 肺性脑病 2 例, 全身衰竭 5 例, 上消化道出血 1 例, 电解质紊乱 11 例。

### 1.3 实验室检查

电解质示低钠 38 例 (51.4%), 低钾 22 例 (30.1%), 低氯 23 例 (30.7%); 呼酸 18 例 (25.3%)。血气分析示一型呼吸衰竭 19 例, 二型呼吸衰竭 31 例。心电图检查: 心肌缺血 27 例, 右室肥大者 20 例, 右束支传导阻滞者 10 例, 心房纤颤 2 例。WBC $>10 \times 10^9/L$ 者 39 例, 中性粒细胞 $\geq 75\%$ , 27 例。

### 1.4 治疗方法

在原治疗基础上加血府逐瘀汤合生脉散, 处方: 太子参 20g, 麦冬 20g, 五味子 15g, 生地黄 15g, 柴胡 20g, 桃仁 20g, 红花 20g, 当归 30g, 枳壳 15g, 赤芍 20g, 川芎 15g, 桔梗 15g, 怀牛膝 20g, 蒲公英 50g, 紫花地丁 30g, 大青叶 20g, 金银花 30g, 连翘 30g。白花蛇舌草 50g, 丹参 20g, 杏仁 15g, 郁李仁 15g。水煎日一剂, 早晚温服。

## 2 结果

本组好转出院 63 例 (84.8%), 自动出院 2 例 (2.7%), 死亡 9 例 (12.2%), 其中死于心力衰竭 2 例, 呼吸衰竭 4 例, 全身衰竭 3 例, 住院天数 5~35 天。

## 3 讨论

慢性肺源性心脏病是由多种慢性肺系疾患后期转归而成, 病程缠绵, 缺血、缺氧严重, 治疗棘手, 且多反复发作加重, 病死率在 10%~15%, 但经积极治疗, 可以延长患者寿命, 减少并发症<sup>[1-2]</sup>。可归属于祖国医学的喘证、痰饮、肺胀等范畴。其起病在于肺, 肺主气, 久咳久喘。久哮, 气虚, 痰饮内停, 蕴结不能清肃下行, 加之以外邪寒冷内侵反复发作, 日久影响心脏, 心主血脉。由于气虚, 无力推动血脉运行, 加以痰湿内阻, 血脉不利。形成血瘀, 出现心力衰竭。与慢性肺心病长期低氧血症产生继发性红细胞增多, 血液粘稠度增加, 血液阻力增高之病机相符<sup>[3]</sup>。除咳喘外, 兼见短气, 心悸, 胸闷, 小便少。浮肿, 颊赤, 口后发组, 舌质紫暗, 脉沉涩等一系列气虚血瘀症状, 其病位以肺心为主, 与肝、脾、肾关系密切, 最终常累及于脑。故有“一源三歧”之说。一源即本病源于肺, 三歧既累及肺、心、脑。其病机为本虚标实, 气(阳)虚为本, 也可见阴虚与阴阳两虚, 气滞、血瘀、水饮、痰浊为标。

血府逐瘀汤为治疗瘀血内阻于胸部, 气机郁滞所致胸痛、胸闷的代表方剂。方中桃仁, 红花, 当归, 川芎, 赤芍, 生地黄活血祛瘀, 生地黄凉血清热, 合当归又能养阴润燥, 使瘀去而不伤阴血; 配以桔梗开宣肺气, 载药上行胸中, 使药至病所; 枳壳疏肝行气, 与桔梗相合。一升一阵, 开胸行气, 使气行则血行; 又有牛膝活血祛瘀, 通利血脉, 并引曲中的痰血下行; 柴胡疏肝解郁。升达清阳, 两药相配又是一升一仍, 调畅气机使气行则血行, 同时又可以增加活血祛瘀止痛之功。诸药相伍, 活血而不破血, 养血而不滞血, 气血并治, 升降适度, 方剂配伍恰合肺心病血瘀证的特点。用以治标实。生脉散以甘温配甘寒, 佐以酸收, 意在气阴两补。收敛心肺之气, 用以治本虚, 同时又可以防止活血化瘀药久服耗伤正气。两方相伍, 标本同

治, 临证时再结合病人具体情况, 随症加入清热化痰之品, 大多可获良效。本病为虚实夹杂, 本虚标实之证, 故治疗上尤其强调必须注意审度证候的虚实偏重, 抑或虚实并重, 而予补中寓攻, 攻中寓补。攻补兼施之法, 决不能一味浪补, 或一味猛攻, 总之以扶正而不碍邪, 驱邪而不伤正为要。

### 3.1 关于肺心病的补气问题

经过大量临床观察, 肺心病反复发作, 迁延难愈, 日久累及于脾, 子耗母气, 脾失健运, 则可导致肺脾两虚, 肺虚及肾, 肺不主气, 肾不纳气, 可导致气喘日益加重, 吸入困难, 呼吸短促难续等一系列气虚为主的表现。这时有的医生认为气虚为主要矛盾所在, 而大剂量应用益气升提之品, 诸如人参、黄芪之类。孰不知气虚仅为病机的一个方面, 肺心病为虚实夹杂之证, 其病机的关键为痰浊蕴结于肺而导致心血瘀阻, 虽然以气(阳)虚为本。但是血瘀、气滞、痰浊、水饮等一系列有形实邪阻滞于胸, 而出现胸闷、气短、气促等一系列气机不利的症状。此处的气机不利实在有别于单纯虚证, 临证时要从疾病的整体考虑, 深入分析病机、病性、病位, 不能仅仅着眼于某单一症状, 对于中药的功能用法禁忌, 更应该全面掌握。

### 3.2 关于肺心病心衰的问题

肺心病日久, 正气耗伤加剧, 往往出现心力衰竭。肺心病心衰可归属于中医“心水”的范畴。心水的主要临床表现为身肿少气, 不能平卧, 烦躁不宁, 心悸气短。从心水的临床表现来看, 与现代医学的充血性心力衰竭相似。心水一病, 病位在心, 病因为水, 心属火而恶水, 故水乘火位, 则导致心水诸症。心水病是阳气亏虚、瘀血阻滞、水湿停留的病变, 气、水、血三者密切相关。故古有“血不利则为水”、“水可病血”、“水围则阳弱”之说。心水的证治首先要辨别虚实, 心水为虚实夹杂之证, 治疗时应注意邪正关系, 权衡标本缓急。其次, 要辨别阴阳, 心水虽然以气虚阳虚为本, 但是由于阴阳互根, 所以疾病过程中常见到阳损的情况, 另外心水治疗如久服温阳之品, 也会出阴之弊。第三要辨瘀血, 心水病的各个阶段均伴有瘀血。如胸闷, 紫绀, 舌质暗有瘀点瘀斑, 颈静脉怒张, 心下坚大如盘等症, 应及时加入活血化瘀之品。第四要辨别是否累及于其他脏腑, 根据具体情况加用温肾、健脾、宣肺等方法, 因为肺主通调水道, 脾主运化水湿, 肾主二便、司开合。肺心病心衰的治疗, 利水消肿虽为治标之举, 但也是一个不可忽视的重要法则, 利水消肿药可以起到西药利尿剂的作用, 而无酸碱失衡、电解质紊乱之弊, 可以消除水肿, 减少肺血容量, 降低肺动脉压, 减轻心脏负荷。总之, 血府逐瘀汤标本兼治, 兼扶正祛邪, 共达泻肺平喘、抗菌消炎、活血化瘀、强心消肿之功。该方应用治疗慢性肺心病疗效显著, 值得临床推广应用。

### 参考文献:

- [1]刘慧云. 中医治疗慢性肺源性心脏病用药的探讨[J]. 医理论坛, 2007, 5(6): 82-83
- [2]叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 254-255
- [3]张威. 降低血粘度对慢性肺源性心脏病急性加重期疗效的影响[J]. 甘肃中医, 2007, 19(1): 28-29

编号: ER-10061107 (修回: 2010-08-05)