

痊愈: 症状、体征、实验室检查(外周血白细胞)3次均恢复正常,疗效指数(n) $\geq 90\%$ 。显效: 病情明显好转,但上述3项中有1项未完全恢复正常, $70\% \leq n < 90\%$ 。有效: 用药后病情有所好转,但不够明显, $30\% \leq n < 70\%$ 。无效: 用药后病情无明显进步或有加重者, $n < 30\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

80例患者除9例(治疗组4例,对照组5例)因中途中断治疗转出ICU外,其余71例均住ICU用药超过2个疗程。治疗组36例,痊愈4例,显效1例,有效1例,无效1例,愈显率为44.4%,总有效率为72.2%;对照组35例,分别为4例、8例、3例、20例,20.0%、42.9%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

益气养阴类药物有较强的抗内毒素作用,主要是通过激活网状内皮吞噬系统,能明显提高机体对静脉攻击致死性内毒素的能力;通里攻下类方药可以保护肠道屏障功能,减少MODS肠源性内毒素血症和肠源性细菌移位;同时还能降低炎症介质C反应蛋白含量,减轻急性腹膜炎患者术后的炎症反应及组织损害;并能有效抑制TNF- α 、IL-6等促炎因子的过度分泌,下调抗炎介质IL-10、PGE的产生,促进Th1细胞漂移和HLA-DR表达的上升,有利于免疫平衡的恢复;活血化淤药在一定程度上能提高机体细胞抗氧化酶的活性,降低脂质过氧化,从而阻止炎症反应进一步发展。

参考文献

[1] 中华医学会急诊医学分会危重病专家委员会,中国中西医结合学会急救医学专业委员会.脓毒症的定义、诊断标准、中医证候诊断要点及说明(草案)[J].中华急诊医学杂志,2007,16(8):797.

肠瑞灌肠剂治疗热毒伤络型放射性直肠炎33例

杨丽芳¹ 王晞星² 刘丽坤² 李宜放²

(1.山西省太原市中医医院,030009; 2.山西省中医医院)

肠瑞灌肠剂是山西省著名肿瘤专家王晞星主任医师治疗放射性直肠炎(热毒伤络型)的经验效方,具有清热解毒、祛腐生肌、凉血止血之功效,我们运用肠瑞灌肠剂治疗放射性直肠炎常见热毒伤络型33例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取2008年1月~2009年12月在山西省中医药研究院肿瘤科就诊的符合纳入标准的门诊患者63例,均为宫颈癌放疗后患者,采用随机、平行对照的试验设计方法,随机分为两组,治疗组33例,平均年龄(47.33 $\pm$ 15.02)岁;病程 ≤ 6 个月2例,6个月<病程 ≤ 2 年2例,病程>2年4例;急性期2例,慢性期3例;病情轻度2例,中度2例,重度8例;肠镜黏膜分级分布Ⅱ级12例,Ⅱ级2例,Ⅲ级1例;治疗前中医症状平均总积分为(22.67 $\pm$ 5.62)分。对照组30例,平均年龄(46.10 $\pm$ 14.31)岁;病程 ≤ 6 个月4例,6个月<病程 ≤ 2 年23例,病程>2年3例;急性期4例,慢性期2例;病情轻度2例,中度23例,重度5例;肠镜黏膜分级分布Ⅱ级10例,Ⅱ级19例,Ⅲ级1例;治疗前中医症状平均总积分为(22.63

± 6.34)分。两组患者在年龄、病程、病情、肠镜黏膜分级、治疗前中医症状平均总积分等方面比较无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 西医诊断标准

根据中华人民共和国卫生部《放射性直肠炎诊断标准》(GBZ111-2002)进行诊断分型。

1.3 中医辨证标准

因放射性直肠炎与中医“痢疾”临床表现有许多相似之处,故参照《中医内科学》(第7版)确定热毒伤络型诊断标准:①主症:黏液血便,腹痛,里急后重,稀便或便秘,肛门灼痛坠痛;②次症:口干口苦,尿赤,舌红或暗红或有瘀斑瘀点,苔薄黄或黄燥,脉滑数或细涩;③分级量化标准:按无、轻、中、重表示。主症每项无为0分,轻为2分,中为4分,重为6分;次症每项无为0分,轻为1分,中为2分,重为3分;证候总积分 ≤ 12 分为轻度,12分<证候总积分 ≤ 24 分为中度,24分<证候总积分 ≤ 36 分为重度。

1.4 纳入标准

①符合放射性直肠炎西医诊断标准;②中医辨证为热毒伤络型;③年龄18~75岁;④患者KPS评分 ≥ 60 分,预期寿命>3个月。

1.5 排除标准

①急性感染性直肠炎,放疗前已有直肠炎及直肠炎伴有原发癌浸润未控制或复发者;②合并心、肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发性疾病及精神病患者;③对治疗药物过敏者;④未按规定用药无法判定疗效或资料不全影响疗效和安全性判断者。

2 治疗方法

治疗组用肠瑞灌肠剂(地榆30g,仙鹤草15g,三七6g,白及30g,阿胶12g,大黄10g,儿茶6g),由山西省中医医院制剂室制备,150ml/瓶。对照组用庆大霉素混合液(生理盐水150ml,庆大霉素16万U,地塞米松10mg,2%利多卡因4ml,思密达6g)。患者每晚睡前排空大小便取左侧卧位,双腿弯曲,药液温度为36~40℃,连接输液管,末端接无菌肛管并涂液体石蜡,操作技术要求精细、轻柔,肛管要求径细、光滑、多涂润滑剂,肛管插入10~15cm即可,滴入时间控制在10min左右,术毕嘱患者俯卧位1~2h,以使药液充分接触直肠前壁,4周为1个疗程,患者每周随诊1次,直至疗程结束。注意事项:用药前清洗肛门,保持清洁、干燥,宜进高热量、高蛋白、高脂肪、维生素含量丰富的饮食,少量多餐,保证营养素的摄入,避免辛辣刺激性食物及粗纤维食物。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

总有效率评定标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]制定:临床痊愈:临床症状消失,纤维结肠镜检查直肠黏膜基本恢复正常;显效:大部分症状明显好转或缓解,纤维结肠镜检查直肠黏膜轻度水肿,局部充血,但糜烂、溃疡基本消失;有效:全身症状好转,纤维结肠镜检查见直肠黏膜糜烂、溃疡减少;无效:临床症状、纤维结肠镜检查无改善。肠镜黏膜病变疗效评定标准参照《中药新药临床研究指导原则》制定:临床痊愈:肠镜检查黏膜病变分级为Ⅰ级;显效:肠镜检查黏膜病变分级恢复程度达Ⅱ级以上;有效:肠镜检查黏膜病变分级恢复程度达Ⅲ级以上;无效:肠镜检查黏膜病变未得到改善,甚至加重者。中医证

候疗效评定标准参照《中药新药临床研究指导原则》积分法制定:临床痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 但 $< 95\%$;有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$;无效:中医临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $< 30\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 33例,临床痊愈 4例,显效 10例,有效 16例,无效 3例,总有效率为 90.91%;对照组 30例,分别为 1例、3例、16例、10例、66.67%。治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。

3.3 两组治疗前后中医证候疗效比较

治疗组 33例,临床痊愈 4例,显效 14例,有效 12例,无效 3例,总有效率为 90.91%;对照组 30例,分别为 1例、6例、17例、6例、80%。治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。

3.4 两组治疗前后肠镜黏膜病变疗效比较

治疗组 33例中,临床痊愈 12例,显效 0例,有效 17例,无效 4例,总有效率为 87.9%;对照组 30例,分别为 7例、0例、12例、11例、63.3%。治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

肠端灌肠剂方中地榆性寒苦降,味酸收敛,归大肠经,有凉血止血、解毒敛疮之功,寒性清降大肠热毒,且凉血止血,苦能燥湿,酸能收涩止血,收敛疮面,故为君药。三七味甘、微苦,性温,具有化瘀止血、活血定痛之功效,集止血、化瘀于一身,配合收涩止血之品,有“止血不留瘀”之特长;儿茶味苦、涩,性凉,具有收涩敛疮、生肌止血之功效,两药加强君药止血之力,同时弥补其祛腐生肌之不足,共为臣药。白及苦、甘、涩,微寒,具有收敛止血、消肿生肌之效,寒凉入血泻热,为清收之品,涩中有散,补中有破,又有祛腐、逐瘀、生新之效,为收敛止血之良药;仙鹤草味苦、涩,性平,功擅收敛止血,阿胶味甘,性平,具有补血止血之功效,与三七相配祛瘀生新,使新血生、血行畅,于养血中行血以祛瘀,具有“化瘀不伤正”之特长;大黄味苦,性寒,归大肠经,具有泻下攻积、清热泻火解毒、活血化瘀之功效。

参考文献

- [1] 郑筱蓓. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129.

银质针配合舒筋通络中药序贯疗法对顽固性关节疼痛及生存质量的影响

于文江¹ 彭丽岚²

(1. 山东省烟台市毓璜顶医院, 264000;

2. 中国人民解放军济南军区烟台疗养院理疗科)

近年来,我们用热银质针配合舒筋通络中药序贯疗法治疗顽固性关节疼痛,收到较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

选取 1997年 8月~ 2008年 6月间在山东省烟台毓璜顶医院门诊和住院治疗的顽固性关节疼痛的类风湿关节炎(RA)、强直性脊柱炎(AS)患者 338例,均经 X线摄片、血沉、类风湿因子、C反应蛋白、抗链“O”、血常规、心电图检查,如具备①安静时心电图有 ST段下移或 T波倒置;②缺血型 ST段下移出现

典型心绞痛频繁发作时;③缺血型 ST段下移见于多个导联(5个);④ $ST-T \geq -0.04mm$;⑤严重心律失常,其中一项以上应先内科治疗改善后,再进行施治。剔除骨折、结核、肿瘤等所致疼痛。将 338例患者随机分组,对照组 169例中,男性 6例,女性 108例;年龄 16~ 73岁;病程 6个月~ 38年。热银质针组(治疗组) 169例中,男性 67例,女性 102例;年龄 19~ 75岁;病程 6个月~ 36年。两组患者性别、年龄、病种、病程等方面差异无统计学意义($P < 0.05$),具有可比性。

诊断标准: RA AS依据 1987年美国风湿病学会,第 51届风湿病学会修订的顽固性关节疼痛的标准^[1]。①同一关节疼痛持续 3个月以上;②疼痛常在夜间或晨起时加重影响睡眠;③疼痛伴有明显晨僵感;④关节疼痛剧烈,服用一种以上非甾体类抗炎止痛药连续 1个月以上不能缓解;⑤因疼痛使关节活动受限制。符合①、③、⑤即可确诊,仅有②或③则不足以确诊,同时②、③、④亦可明确诊断。若①~⑤条同时出现则可确诊。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①密集型热银质针治疗:按针刺部位采取仰卧或侧卧位,确定病变区域的压痛点群及针刺范围,常规消毒皮肤后对每个针刺点,用 2%利多卡因局部麻醉皮肤及皮下组织。银质针消毒后选择长度合适针型,对准深层病变垂直或斜刺进针,直达肌肉或筋膜等在骨骼上的附着点(压痛点)或病变关节滑膜敏感痛点为针刺正确的标志。应避开血管及神经,视病变组织范围而定(密集型针刺即大约 $1cm \times 1cm$ 压痛点群针刺 2~ 3穴),一般颈椎 30~ 40针、腰骶部 100~ 150针、肘部 20~ 70针、膝关节 16~ 8针、腕踝关节 20~ 5针。针刺完毕留针时,在银针柄末端插入 2~ 2.5cm艾球,点燃加热约 16~ 20min燃尽,将针拔出,局部压迫 5min,消毒包扎 24h。对多病变部位可同时治疗,同一部位范围较大可分次治疗,需要间隔 7~ 10d。一般治疗 1次即可^[2]。

②药物治疗:采用诸痹灵(国药准字 Z2023117)系列中成药,主要由鹿角胶、天麻、白花蛇、乌梢蛇、全蝎、穿山甲、红花等 80余味中草药组成,具有祛风散寒、除湿通络功效,主治风寒湿痹、关节疼痛等症。服诸痹灵片 2~ 3片/次, 2~ 3次/d;诸痹灵胶囊 3~ 6粒/次, 2~ 3次/d;诸痹灵药酒 10~ 20ml/次, 2~ 3次/d;3个月为 1个疗程,连续 2~ 4个疗程。③功能训练:根据患者病情拟订个性化运动处方指导进行,姿势和伸展性练习,关节运动操(如 ROM训练, ADL训练)。④心理康复:包括心理疏导给予同情、安慰,消除悲观情绪,树立康复重返社会提高生活质量信心,介绍康复知识和治疗目的。

2.2 对照组

药物治疗配合功能训练方法及疗程均与治疗组相同。

2.3 观察指标及评定方法

疼痛程度评分:采用视觉模拟评分(VAS)^[2],其中重度疼痛: 7~ 10分,中度疼痛: 4~ 6分,轻度疼痛: 1~ 3分,无痛: 0分。生存质量(QOL)的评定:用 WHO生存质量(SF-36)评估生命质量。

3 疗效观察

两组患者治疗前后相比,疼痛程度和生存质量均有不同程度的改善($P < 0.05$, $P < 0.01$)。两组治疗后比较,治疗组 VAS与 QOL评分明显优于对照组($P < 0.05$)。长期随访治疗组疼痛