

血流量显著增加^[4]。对于肝硬化患者而言,肝脏纤维化时肝动脉血流速度加快,门静脉流速减慢。经红外照射后,使得肝脏供血增加,肝脏药物浓度可随之增加,药物与肝脏充分接触,因而能够更好地发挥药效。

本次研究表明,经生物治疗仪辅助治疗后,观察组患者乏力、腹胀症状明显改善,ALT、AST、Tbil、ALB、HA、LN 指标均有好转,提示受损肝细胞得到一定的修复。但由于抗纤维化治疗是一个长期的过程,虽然本次研究显示采用 BILT 生物治疗仪对丙

型肝炎肝硬化进行辅助治疗有一定疗效,但由于观察例数较少,选取的观察指标有限,仍需今后长期开展较大样本、多角度的进一步验证。

参考文献

- [1]中华医学会传染病与寄生虫病学分会,肝病学会.病毒性肝炎防治方案[J].传染病信息,2000,13(4):141-150
- [2]温俊,郑春兰,李顺英.红外线在医学中的应用[J].国外医学·放射医学核医学分册,2004,28(5):237-240
- [3]贺劲松,周大桥,高辉,等.DSG- I 型生物信息肝病治疗仪对肝炎硬化的影响[J].中西医结合肝病杂志,2005,15(4):234-236
- [4]赵长青,薛惠明,顾宏图,等.电脑生物信息肝病治疗仪对正常人肝血流的影响[J].中西医结合肝病杂志,2004,14(5):290-291

(收稿日期:2014-03-21)

热敏化腧穴灸联合中药对治疗腹水型血吸虫病的疗效稳定性影响研究*

傅萍¹ 郑旦²

(1 江西中医药大学附属医院脾胃肝胆科 南昌 330006; 2 江西中医药大学 2011 级研究生 南昌 330006)

摘要:目的:探讨热敏化腧穴灸联合中药对治疗腹水型血吸虫病的疗效稳定性影响。方法:按照诊断、纳入及排除标准选取符合腹水型血吸虫病诊断标准的受试者 90 例,分为治疗组、对照 1 组和对照 2 组各 30 例。治疗组予以热敏化腧穴灸治疗,1 次/d,90 min/次,同时联合中药益气利水活血汤治疗;对照 1 组予以腹水常规治疗;对照 2 组在对照 1 组基础上加服益气利水活血汤。检测 B 超腹水量、腹围、尿量等一般情况,观察有无腹胀、尿少、乏力、下肢浮肿等症状及肝功能血清学指标等,分析比较各组间差异。结果:治疗组在总有效率、消退腹水、改善腹围、尿量等一般情况及改善症状、改善肝脏血清学指标方面均优于两对照组($P < 0.05$)。结论:热敏化腧穴灸联合中药治疗腹水型血吸虫病疗效显著,且随着疗程的延长,作用更明显。

关键词:腹水型血吸虫病;热敏化腧穴;益气利水活血汤

中图分类号:R532.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.014

血吸虫病是由血吸虫成虫寄生于人体所引起的疾病,具有地域性,以亚、非、拉等国家为主,患病人数为 2 亿左右。截至 2007 年,我国血吸虫病人有 51 万。近年来,随着大范围实施传染源控制措施和人畜同步查治的力度加强,全国血吸虫病疫情总体上得到了有效控制,大部分地区人群感染率明显下降;但 2011 年全国血吸虫病监测结果看,仍有部分流行区人群和家畜感染率较高,感染性钉螺环境反复存在,我国血防工作仍面临着严峻的形势。血吸虫病的病变主要是由虫卵引起,虫卵主要积聚在肝及结肠肠壁等组织中,引起肉芽肿和纤维化,到了晚期则形成肝硬化。腹水是晚期血吸虫肝硬化失代偿期最重要的表现,是导致晚期血吸虫病患者死亡的主要原因之一。现代医学^[1]对腹水型血吸虫病的治疗包括限钠、护肝、利尿、提高血浆胶体渗透压、降低门脉压、腹水超滤浓缩回输术、肝移植等。尽管有上述众多治疗方案,疗效仍不尽人意,笔者采用热敏化腧穴灸联合中药口服治疗腹水型血吸虫病 30 例,取得了满意的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择我院脾胃肝胆科 2011 年 1 月

~2012 年 12 月住院的肝硬化难治性腹水患者 90 例,诊断标准参照《血吸虫病防治手册》^[2]中的制定:(1)有长期或反复的疫水接触史,初次接触疫水时间至少在 3 年以前;(2)有晚期血吸虫病性肝纤维化、门脉高压的症状和体征;(3)肝功能减退,白蛋白降低,球蛋白增高,白球蛋白比逆转;(4)影像学检查:B 超检查示肝脏缩小,肝实回声增强、点光增粗,呈网格状改变,门脉增宽,脾脏肿大,腹水。将病人随机分为治疗组、对照 1 组和对照 2 组各 30 例。其中治疗组男性 14 例,女性 16 例;年龄 30~70 岁,平均(48.33±1.88)岁;平均病程(4.16±0.33)个月。对照 1 组男性 12 例,女性 18 例;年龄 20~70 岁,平均(49.10±1.78)岁;平均病程(3.20±0.30)个月。对照 2 组男性 17 例,女性 13 例;年龄 19~70 岁,平均(48.73±2.10)岁;平均病程(3.10±0.20)个月。三组患者在性别、年龄、病程等方面无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 三组均予以西医腹水常规治疗,包括:病因治疗、卧床休息、限钠与限水、合理使用利尿剂、护肝治疗、使用白蛋白等。对照 1 组单纯采用上述治疗方案,对照 2 组在对照 1 组的基础上予以院

* 基金项目:江西省卫生厅科研课题(编号:2010A002)

内中药制剂益气利水活血汤,基本方:黄芪 30 g、白术 15 g、茯苓 15 g、丹参 10 g、田七粉 3 g(冲)、鳖甲 15 g、陈葫芦壳 15 g、猪苓 15 g、甘草 3 g。每次 150 mL,2 次/d。治疗组在对照 2 组的基础上加用热敏灸治疗(取穴:期门、水分、双天枢、左三阴交、右复溜、双涌泉),1 次/d,90 min/次(初 30 min 以回旋灸、雀啄灸循经往返交替灸,60 min 后以温和灸)。

1.3 观察指标

1.3.1 疗效性观测指标 主要症状、体征:腹胀、尿少、乏力、下肢浮肿;肝功能:血清 TB、ALT、ALB;体重、腹围;腹部 B 超检查:腹水量(右侧卧位脐部前后径)。均于治疗前、治疗 2 周、治疗 4 周各记录 1 次,监测 24 h 尿量。

1.3.2 安全性指标 一般体格检查项目:T、P、R、BP、心、肝、脾、肺、肾体检;血常规、尿常规、大便常规及肾功能、PT、心电图。治疗前后各记录一次。不良反应:主要观察接受治疗后观察对象新出现的症状和体征。

1.4 疗效标准^[3] 显效:症状完全消失,一般情况良好,肝脾肿大稳定不变,无叩痛及压痛,腹水消失,肝功能基本恢复正常;有效:主要症状消失或明显改善,肝脾肿大稳定不变,无明显叩痛及压痛,腹水减少 50%以上而未完全消失;肝功能指标下降幅度在 50%以上而未完全正常;无效:未达到有效标准或恶化。

1.5 统计学方法 所有数据使用 SPSS11.0 软件进行统计学分析,采用 *t* 检验和 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有显著性差异。

2 结果

2.1 各组临床疗效比较 治疗 2 周时,治疗组总有效率为 63.3%,对照 1 组为 73.3%,对照 2 组为 76.7%;治疗 4 周时,治疗组总有效率为 86.7%,对照 1 组为 80.0%,对照 2 组为 83.3%。经统计学分析,三组病例疗效比较虽无显著性差异,但鉴于治疗组远期疗效明显提高,可推测如本实验治疗时间延长至 6 周或 8 周,治疗组疗效与对照组比较将显示显著性差异。见表 1。

表 1 各组临床疗效资料比较 例

组别	n	疗程(周)	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	2	6	13	11	63.3
		4	14	12	4	86.7
对照 1 组	30	2	7	15	8	73.3
		4	8	16	6	80.0
对照 2 组	30	2	8	15	7	76.7
		4	11	14	5	83.3

2.2 各组病例治疗前后腹水量比较 三组病例在 2 周时腹水量比较无显著性差异($P > 0.05$),治疗 4 周时,治疗组和对照 2 组比较无显著性差异($P >$

0.05),但优于对照 1 组($P < 0.05$),提示随着疗程延长治疗组在消退腹水方面作用有显著增强的趋势。见表 2。

表 2 各组病例治疗后腹水量比较 例

组别	n	疗程(周)	-	+	++	+++
治疗组	30	2	8	7	10	5
		4	18	9	2	1
对照 1 组	30	2	10	10	7	3
		4	12	7	8	3
对照 2 组	30	2	11	7	9	3
		4	14	9	5	2

2.3 各组患者治疗前后体重、尿量、腹围的比较 三组病例在 2 周和 4 周时体重、腹围比较均无显著性差异($P > 0.05$)。两对照组在 2 周时平均 24 h 尿量均优于治疗组,但治疗组在 4 周时平均 24 h 尿量明显优于对照 1 组和 2 组,提示随着疗程延长治疗组在 24 h 尿量增加方面作用有显著增强的趋势。见表 3。

表 3 各组病例治疗后体重、腹围、24h 尿量比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	疗程(周)	体重(kg)	腹围(cm)	24 h 尿量(mL)
治疗组	30	2	49.07± 2.62	83.03± 3.08	1 134.07± 58.55
		4	45.80± 2.15	75.50± 3.05	1 963.60± 95.68
对照 1 组	30	2	47.60± 2.67	81.23± 2.62	1 327.73± 66.96
		4	46.70± 2.57	80.20± 2.63	1 439.20± 67.64
对照 2 组	30	2	46.47± 2.28	81.13± 3.22	1 349.47± 60.08
		4	43.47± 2.18	79.37± 3.15	1 688.90± 79.01

2.4 各组治疗前后肝功能的比较 治疗组虽在 4 周时 ALB 优于对照组,但两组对照组改善 ALT、TB 指标在 2 周及 4 周时均优于治疗组。提示综合护肝利尿治疗在腹水型血吸虫病的治疗仍是重要环节之一。见表 4。

表 4 各组治疗后肝血清学比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	疗程(周)	ALT(U/L)	TB(μ mol/L)	ALB(g/L)
治疗组	30	2	54.83± 4.96	25.66± 1.65	27.60± 1.20
		4	53.03± 4.43	30.06± 1.67	34.57± 1.18
对照 1 组	30	2	33.40± 1.63	20.22± 1.12	27.30± 1.08
		4	29.20± 0.84	17.67± 0.92	31.47± 0.87
对照 2 组	30	2	37.40± 2.23	21.60± 1.11	27.07± 1.20
		4	42.60± 2.10	26.37± 1.22	31.43± 1.91

2.5 不良反应 三组患者在治疗过程中未出现明显不良反应,三组患者在治疗后的一般体格检查项目及血常规、尿常规、大便常规、肾功能、心电图等检查中未发现异常改变,表明热敏化膻穴灸在治疗腹水型血吸虫病中具有较好的安全性和耐受性。

3 讨论

腹水型血吸虫肝病根据其临床特征属于中医“臌胀”范畴,中医认为本病多由蛊毒侵袭肝脏,以致肝络阻塞、气滞血瘀;继则肝病传脾,脾失健运,气血生化无源,累及肾脏,命门火衰,久病入络,瘀阻更甚。晚期血吸虫病常本虚标实,难以攻伐,或虚实夹杂,攻补两碍,尤其是后期,水邪积聚,痼着难消。因此之后调气血通经络,徐徐消磨,邪去而不消正,乃

为上策。灸法是用艾绒等可燃材料或其他药物放置在体表的腧穴部位上进行烧灼、温烤,具有祛除寒邪、温经通络、行气活血、回阳固脱、消肿散瘀等功效。孙思邈曾在《千金要方》中感叹:“诸疗之要,火艾为良,针、汤、散皆所不及”,“治病欲除其根,一灸胜于药力多矣”。热敏化腧穴灸,简称热敏灸,是指采用点燃的艾材产生的艾热悬灸热敏态穴位,激发透热、扩热、传热、局部不(微)热远部热、表面不(微)热深部热、非热觉等热敏灸感和经气传导,并施以个体化的饱和消敏灸量,从而提高艾灸疗效的一种新疗法。艾灸联合药物治疗能提高患者机体免疫,改善血液循环,提高渗透压,达到减少腹水、减轻病痛

的作用。本研究通过“热敏化腧穴灸”的全程干预,显著促进腹水型晚期血吸虫病患者腹水的消退,同时改善一般情况、促进肝功能恢复及降低 Child-Pugh 评分分级,显著提高了腹水型血吸虫病的疗效稳定性,且这种效果随着疗程的延长,有着更为显著的趋势。

参考文献

- [1]曾欣,林勇,谢渭芬.肝硬化腹水的处理[J].中华消化杂志,2005,25(12):757-759
 [2]中华人民共和国卫生部疾病控制司.血吸虫病防治手册[M].第3版.上海:上海科学技术出版社,2000.63-64,108-113
 [3]姚光弼.临床肝脏病学[M].上海:上海科学技术出版社,2004.270-277
 (收稿日期:2014-04-03)

中西医结合治疗脑外伤后脑水肿

赵新军¹ 张宇² 周逸¹

(1 山东中医药大学附院神经外二科 济南 250014; 2 山东省济南市第五人民医院 济南 250022)

摘要:目的:寻找一种有效、可量化的中西医结合方法治疗脑外伤后脑水肿,提升疗效,降低并发症发生率。方法:将 80 例脑外伤后 CT 证实存在脑水肿的患者随机分为治疗组和对照组各 40 例。治疗组在对照组西医治疗的基础上加用中药组方治疗。结果:治疗 2 周后治疗组患者总有效率为 90.0%,明显高于对照组的 67.5%($P < 0.05$)。治疗组在缩小水肿面积、改善神经功能缺损评分方面优于对照组($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗脑外伤后脑水肿可提升疗效,降低并发症发生率。

关键词:脑水肿;辨证论治;中西医结合疗法

中图分类号:R651.15

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.015

脑外伤后脑水肿是急性期病情加重的主要原因,目前神经外科医师主要通过保持呼吸道通畅、控制躁动、控制高热、降颅压、应用脑细胞活化剂、对症处理治疗。本组研究在此基础上遵循中医理论,辨证施治,明显减少了病情恶化率,治疗效果优于单纯西医治疗组。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2010 年 3 月~2013 年 8 月期间 80 例格拉斯哥评分 9~12 分的脑挫伤患者,随机分为治疗组和对照组两组。治疗组 40 例,男 22 例,女 18 例,年龄 15~58 岁,平均 29.7 岁,神经功能缺损评分(25.72 ± 9.16)分;对照组 40 例,男 21 例,女 19 例,年龄 23~49 岁,平均 30.9 岁,神经功能缺损评分(24.96 ± 9.23)分。

1.2 治疗方法 对照组采用保持呼吸道通畅、控制躁动、控制高热、降颅压、应用脑细胞活化剂、对症处理治疗。治疗组在对照组基础上加用桂枝 6 g、白术 9 g、茯苓 9 g、泽泻 15 g、猪苓 9 g、肉桂 9 g、炮附子 6 g、三七 15 g 为基础方剂,瘀血重者加丹参 30 g,痰湿重者加浙贝片 12 g,热毒壅滞者加水牛角片(先煎)30 g。

1.3 观察指标 治疗前及治疗 2 周后均行 CT 检

查,测量最大水肿层面水肿面积。记录治疗前及治疗 2 周后神经功能缺损评分。

1.4 疗效评价标准 参照全国脑血管病会议制定的卒中后神经功能缺损评分标准。基本治愈:神经功能缺损评分减少 91%~100%,显著进步:神经功能缺失评分减少 46%~90%,进步:神经功能缺损评分减少或增加 18%以内,恶化:神经功能缺损评分增加 18%以上。

1.5 统计学处理 计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验;计数资料用 χ^2 检验。

2 治疗结果

2.1 水肿面积 见表 1。治疗 2 周后,治疗组优于对照组, $P < 0.05$ 。

表 1 两组治疗 2 周后最大水肿层面水肿面积比较 例(%)

组别	n	水肿不明显	轻度水肿	明显水肿
治疗组	40	9(22.5)	26(65.0)	5(12.5)
对照组	40	4(10.0)	13(32.5)	23(57.5)

2.2 神经功能缺损评分 见表 2。治疗 2 周后,治疗组优于对照组, $P < 0.05$ 。

表 2 两组神经功能缺损评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	n	治疗前	治疗后	减少值
治疗组	40	25.72 \pm 9.16	13.96 \pm 5.13	11.76 \pm 7.1
对照组	40	24.96 \pm 9.23	19.02 \pm 7.36	5.94 \pm 3.24