

失或基本消失,证候积分减少≥95%;显效:症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%;有效:症状、体征均有好转,证候积分减少≥30%;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少<30%。

1.6 统计学方法 应用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析,计量资料用 ($\bar{X} \pm S$) 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 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 治疗组总有效率为 90.00%,对照组为 65.00%,两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例 (%)						
组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	40	11 (27.50)	7 (17.50)	8 (20.00)	14 (35.00)	65.00
实验组	40	21 (52.50)	8 (20.00)	7 (17.50)	4 (10.00)	90.00*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者中医证候比较 见表 2。

表 2 两组患者中医证候积分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分					
组别	时间	n	主症	次症	总分
实验组	治疗前	40	34.60± 9.70	20.22± 5.66	54.82± 14.60
	治疗后	40	7.37± 5.94*	4.78± 4.06*	12.15± 9.53*
对照组	治疗前	40	34.57± 8.45	19.23± 4.68	53.80± 12.47
	治疗后	40	11.23± 7.55	7.14± 5.32	18.37± 13.79

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

特发性血小板减少性紫癜起病急、病情重、病程

伏立康唑静脉序贯口服治疗血液病合并侵袭性真菌感染

赖文鸿 杨烨 李海亮
(赣南医学院第一附属医院 江西赣州 341000)

关键词:真菌感染;伏立康唑;病原学;影像学;静脉滴注

中图分类号:R519

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.11.043

血液病为造血疾病的一种,以贫血、出血、发热为主要特征^[1]。真菌分为多种类型,临床中致病真菌包括浅部真菌和深部真菌,其中深部真菌能侵犯人的组织和内脏,导致周身真菌感染^[2]。真菌感染在患者承受其他疾病折磨的同时,使患者疼痛加剧,严重影响患者正常生活质量,导致身体抗感染能力严重下降。血液病患者发生真菌感染的几率较高,诊断困难,死亡率较高。及时诊断是改善血液病合并侵袭性真菌感染及降低死亡率的关键^[3]。本研究对本院收治的患者采用伏立康唑静脉滴注治疗,观察其疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2012 年 2 月~2014 年 2 月期间收治的血液病合并侵袭性真菌感染患者 40 例,男 26 例,女 14 例;年龄 20~79 岁,平均年龄 49.5 岁;白血病 12 例,多发性骨髓瘤 16 例,恶性淋巴瘤 12 例。其中 21 例患者因使用其他药物产生耐

长,容易产生紧张、恐惧、焦虑、悲观、失望等心理^[5]。本临床观察采用归脾汤加减治疗,归脾汤是由党参、黄芪、当归、龙眼肉、白术、茯神、远志、石菖蒲、木香、焦山楂、枣仁、炙甘草组成。方中党参、黄芪、白术、甘草甘温补气健脾,以资后天;当归辛甘温,养肝而生血;茯神、枣仁、龙眼肉甘平,养心安神;木香理气醒脾,养心与益脾并进;炙甘草甘平,补脾益气。全方通过整体调理,恢复人体正气,资助后天以益脾气,从而达到治疗的目的。本临床观察通过收集的临床病例,观察归脾汤的临床疗效,结果显示实验组总有效率与对照组比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。说明归脾汤在治疗特发性血小板减少性紫癜中疗效显著,值得进一步推广应用。

参考文献

[1]Ferlay J,Shin HR,Bray F,et al.Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008[J].Int J Cancer,2010,127(12):2 893-2 917
[2]王志慧,窦晶晶.仙连升板汤治疗慢性特发性血小板减少性紫癜 30 例[J].河南中医,2007,27(3):47-48
[3]张之南,沈悌.血液病诊断及疗效标准[M].第 3 版.北京:科学出版社,2008.172-173
[4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.180-184
[5]郝淑荣,宫振翠.原发性血小板减少性紫癜的护理[J].中国中医急诊,2005,14(6):596-597

(收稿日期:2014-06-27)

药性改用伏立康唑。所有患者均依据 WHO 的侵袭性真菌感染的影像学诊断标准确诊,排除患有其他疾病可能性。

1.2 治疗方法 40 例患者均予伏立康唑(国药准字 H20058963)静注,初始剂量为 400 mg/d,2 次/d,间隔 12 h,第 2 天起 200 mg/d。静脉注射治疗有效后,给予伏立康唑片口服序贯治疗,2 次/d,200 mg/d。治疗期间对患者体温、呼吸道症状及体征进行观察,及时送检。所有患者在治疗过程中需定期检查肝功、肾功、血常规、心电图等,记录治疗过程中有无出现皮疹、恶心、腹泻等不良反应以及轻重程度。

1.3 疗效判定标准 显效:患者感染症状消失,恢复良好。有效:患者感染症状基本消失。无效:患者症状没有得到改善或无变化^[4]。

2 结果

2.1 真菌感染治愈率与死亡率 40 例患者中,治愈 26 例,治愈率为 65.0%,无效 6 例,死亡 8 例,死

亡率为 20.0%。

2.2 感染部位以及临床特点 真菌感染部位以肺部感染居多,为 24 例(60.0%),泌尿系统感染 3 例(7.5%),消化系统感染 4 例(10.0%),中枢神经感染 2 例(5.0%),其他患者感染部位不确定。

2.3 影像学检查 24 例肺部感染患者的肺部影像均有改变,其中毛玻璃改变 3 例(12.5%),胸腔积液 2 例(8.3%),多发性高密度小结节影 8 例(33.3%),空洞 5(20.8%),弥漫性粟粒影 6 例(25.0%)。

2.4 不良反应 治疗后,40 例患者中 11 例患者出现肝功能损害,经治疗后有所好转。2 例患者出现视觉模糊,3 例患者出现皮疹。所有患者均无肾功能损害。

3 讨论

近些年,真菌感染的发病率逐年增加,严重影响患者的正常生活,使患者生活质量下降,承受巨大痛苦。血液病患者发生真菌感染的几率最高,且诊断困难,死亡率较高^[9]。及时诊断是改善血液病合并侵袭性真菌感染及降低死亡率的关键。伏立康唑是抑制真菌的常用药物,尤其针对念球菌属抗菌作用更

强,针对其他致病真菌也具有杀菌作用,且在治疗过程中不产生耐药性,具有较高的安全性,其治疗血液病合并侵袭性真菌感染的临床效果显著^[9]。本研究结果亦显示采用伏立康唑的杀菌效果良好、不良反应较小、临床安全性较高,且治疗过程中所有患者均配合良好,临床表现正常,无患者因不能耐药和不良反应而退出治疗。综上所述,伏立康唑作为新型抗菌药物,可减轻患者痛苦,提高患者生活质量,值得临床广泛应用。

参考文献

[1]章瑜,俞康,朱海燕,等.伏立康唑治疗血液病合并侵袭性真菌感染 38 例[J].实用医学杂志,2010,26(7):1 213-1 215
[2]兰光辉.伏立康唑治疗恶性血液病合并侵袭性真菌感染 28 例临床分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2010,31(14):2 248-2 250
[3]刘晓,秦兰,李巍,等.血液病合并侵袭性真菌感染应用伏立康唑治疗的临床分析[J].中国实用医药,2013,8(33):149-150
[4]赵朴,薛阿利,冯爱梅,等.伏立康唑治疗恶性血液病患者合并侵袭性真菌感染临床疗效分析[J].中华医院感染学杂志,2012,22(22):5 115-5 117
[5]王智,冯金萍,陆时运,等.伏立康唑静脉序贯口服治疗血液病患者合并侵袭性真菌感染的疗效[J].中国全科医学,2011,14(8):899-902
[6]沈莉菁,陈芳源,肖菲,等.伏立康唑治疗血液病合并侵袭性真菌感染 23 例[J].中国感染与化疗杂志,2010,10(13):216-219

(收稿日期:2014-04-06)

蒋小敏教授痛风性关节炎的辨治经验介绍

胡子毅^{1,2} 叶菁^{1,2}

(1 南京中医药大学 南京 210046;2 江西中医药大学附属医院 南昌 330006)

关键词:痛风性关节炎;蒋小敏;名医经验

中图分类号:R684.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.044

蒋小敏教授系国家级名中医,江西中医药大学附属医院主任医师,第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医风湿杂病的临床医疗与临床研究工作近 30 年,积累了丰富的临床经验和理论心得。近年来,痛风性关节炎患者日渐增多,蒋老师治疗该病多获殊效,笔者有幸随诊,现总结如下。

1 病机强调脾运失调,肾之气化开阖障碍,湿浊排泄不畅

现代医学认为,痛风性关节炎是由于遗传性或获得性病因导致嘌呤代谢障碍和血清尿酸持续升高,尿酸盐在关节及关节周围组织以结晶形式沉积所引起的炎症反应。治疗以抗炎、促进尿酸排出和抑制尿酸形成为原则。中医学中对痛风的认识由来已久,普遍将其归为“痹症、历节、脚气、痛风、痰火毒”范畴。元代朱丹溪在其《格致余论》最先明确提出“痛风”的病名:“痛风者,四肢百节走痛,方书谓之白虎历节风证是也。”李东垣指出:“痛风者多属血虚,然

后寒热得以侵之。”对于本病病因病机,医家大多认为与湿热瘀毒有关。蒋师认为痛风性关节炎的发病机制既有饮食不节、风寒湿外袭之诱因,又有先天禀赋异常、脾运虚弱、肾之气化失常的内因。病理改变为湿浊之邪留滞脏腑,阻滞气机,导致气机升降失调,尿浊排泄不利,浊瘀留滞经络、关节,郁而化热而发病。早期急性痛风性关节炎阶段主要因邪毒闭阻经络而发骨节剧痛,或兼夹痰凝变生痛风结节,久之,痰浊瘀腐则见溃流脂浊,痰瘀胶固,以致僵肿畸形,由于郁闭之邪最易化热,其症又多兼热象,如湿浊蕴热,煎熬尿液,可见石淋尿血;浊毒久稽,损伤脾胃,寒热错杂,壅塞三焦,而有关格险恶之证。此浊毒之邪非受自于外,而主生于内,多由于素体阳盛,脾肾功能失调,复因饮食不节,嗜酒肥甘,或劳倦过度,情志过极,脾失健运,肝失疏泄,聚湿生痰,血滞为瘀,酿生浊毒。湿热瘀毒外则流注经络关节,内则流注脏腑。本病以脾肾失调、脏腑蕴热为本,以湿热痰瘀浊毒为标。因此,痛风性关节炎与六淫外邪无直接