

脾之功效;人参可益气健脾、温补肾阳;附子的有效成分可起到升压、强心、抗缺氧、抗心肌缺血以及抗血栓与抗慢性心律失常的作用;白术补气健脾,熟地黄、麦冬滋阴养津,五味子、牛膝引药归肾,通泻水路。全方育阴化气、补气利水,心脾肾并补,交通心肾。

王丽萍^[5]等在研究中指出,对心肾阳虚型冠心病慢性心力衰竭患者采用全真一气汤联合西药治疗,疗效确切,可有效缓解患者临床症状,改善心功能。近年来,我院采用全真一气汤治疗心肾阳虚型冠心病慢性心力衰竭,获得了显著的疗效,且该治疗方案能够显著改善患者心功能,因此具有进一步研

究运用的价值。

参考文献

[1]张大程,毛利荣.中西医结合治疗冠心病慢性心力衰竭心肾阳虚型 80 例临床观察[J].河北中医,2010,32(6):866-867
[2]陈浪.中西医结合治疗心肾阳虚型冠心病慢性心衰 51 例临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2015,34(8):60-61
[3]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,2002.86
[4]中华医学会心血管病分会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):100
[5]王丽萍,郑海,唐海峰,等.全真一气汤联合西药治疗心肾阳虚型冠心病慢性心力衰竭临床观察 [J]. 上海中医药杂志,2014,48(12): 33-36

(收稿日期: 2015-11-26)

参附注射液治疗休克(厥脱证)38 例的临床观察

何木龙¹ 陈少军²

(1 广东省连州市中医院 连州 513400;2 广东省连州市西岸镇中心卫生院 连州 513400)

摘要:目的:观察参附注射液治疗休克的临床疗效。方法:将 78 例休克患者随机分成两组,对照组 40 例,采用西医综合疗法;治疗组 38 例,在对照组的基础上加用参附注射液治疗。结果:对照组的总有效率为 75.00%,临床治愈率为 22.50%;治疗组的总有效率为 86.84%,临床治愈率为 34.21%,两组比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:参附注射液治疗休克能提高总有效率和临床治愈率,临床疗效确切。

关键词:休克;厥脱证;参附注射液;临床观察

中图分类号:R541.64

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.008

休克是机体有效循环血容量减少,组织灌注不足,细胞代谢紊乱和功能受损的病理过程,它是一个由多病种病因引起的综合征。可导致人体微循环衰竭,炎症介质释放,多种脏器的继发性损害,临床死亡率很高^[1]。笔者使用参附注射液治疗多型休克疗效满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 月~2015 年 10 月在连州市中医院住院,诊断为休克患者共 78 例,随机分为对照组 40 例和治疗组 38 例。对照组男 23 例,女 17 例;年龄 31~79 岁,平均年龄为 (60.3 ± 9.1) 岁。治疗组男 22 例,女 16 例;年龄 30~77 岁,平均年龄为 (58.1 ± 7.4) 岁。两组患者年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 休克诊断标准:参照《实用内科学》^[2]:(1)有休克发生的病因。(2)意识异常。(3)脉搏快, >100 次/min,细或者不能触及。(4)四肢湿冷,胸骨部位皮肤指压阳性(压后再充盈时间 >2 s),皮肤花纹,黏膜苍白或发绀,尿量 <17 ml/h 或无尿。(5)收缩压 <80 mm Hg。(6)脉压差 <20 mm Hg。(7)

原有高血压者收缩压较原有水平下降 30%以上。凡符合(1),以及(2)、(3)、(4)中的两项,和(5)、(6)、(7)中的一项者,可以成立诊断。厥脱证中医诊断标准:依照中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》^[3]。以四肢厥冷、面色苍白、口唇紫绀、舌质暗红、脉细弱而数为主要症状。

1.3 治疗方法 对照组采用西医综合疗法:(1)紧急处理:平卧位或半坐卧位,下肢抬高 $15\sim 20^\circ$;保持呼吸道通畅和吸氧;保持病人安静,避免过多搬动;注意做好保温。(2)根据病情选用如下药物:补充血容量;纠正代谢性酸中毒和电解质紊乱;应用血管活性药物;抗菌素;肾上腺素;糖皮质激素;维持重要脏器功能。治疗组在对照组的基础上,加用参附注射液(国药准字:Z51020664)20 ml 加入 5%~10%葡萄糖注射液 20 ml 中,静脉缓慢注射,之后用参附注射液 50 ml 加入 5%~10%葡萄糖注射液 250 ml 中,以 20~60 滴/min 静脉点滴维持。

1.4 疗效标准 临床治愈:治疗后血压回升至正常,休克(厥脱)临床症状改善,病情稳定;显效:治疗后 3 h 之内血压有效回升,12 h 之内休克(厥脱)临床症状改善,24 h 之内病情稳定;有效:治疗后 3 h

之内血压有效回升,24 h 之内休克(厥脱)临床症状改善,48 h 之内病情稳定;无效:治疗后血压无回升,休克(厥脱)临床症状未改善,病情未稳定。血压有效回升是指收缩压较治疗前升高 ≥ 20 mm Hg。休克(厥脱)临床症状改善是指病人意识转清,肢端肤温回暖,脉搏有力,收缩压 >80 mm Hg,脉压差 >20 mm Hg,胸骨部位皮肤指压再充盈时间 <3 s,尿量 >30 ml/h。病情稳定是指停止用药后血压与症状均有稳定改善^[4]。

1.5 统计学处理 采用 Excel2003 软件对数据进行分析,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 *t* 检验;计数资料以百分比表示并采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 经过治疗后,对照组临床治愈率为 22.50%,总有效率为 75.00%;治疗组临床治愈率为 34.21%,总有效率为 86.84%,两组比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	38	13 (34.21)*	14 (36.84)	6 (15.79)	5 (13.16)	33 (86.84)*
对照组	40	9 (22.50)	13 (32.50)	8 (20.00)	10 (25.00)	30 (75.00)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 不良反应 两组患者在用药过程中均未发现胸闷、呕吐、寒战、皮疹等不良反应。

3 典型病例

3.1 病例 1 谢某,男,54 岁,2015 年 9 月 15 日 15:13 时入院(住院号 8272003),主诉:心前区闷痛半小时。入院时体查:神清,面色苍白,四肢温,血压 140/95 mm Hg,心率和脉搏 78 次/min,急查心肌酶学为阴性,复查二次心电图均示:急性下壁心肌梗死(超早期)。按心梗常规处理,于 17:05 时完成尿激酶静脉溶栓治疗,17:20 时患者出现嗜睡,全身大汗淋漓,四肢湿冷,体查:血压 78/58 mm Hg,心电监护仪显示心率 43~52 次/min,III度房室传导阻滞,脉搏细弱,考虑为心源性休克,溶栓后心律失常。立即用参附注射液 20 ml 加入 10%葡萄糖注射液 20 ml 中,静脉缓慢注射,用参附注射液 50 ml 加入 10%葡萄糖注射液 250 ml 中,以 40 滴/min 静脉点滴维持。20 min 后出汗明显减少,意识转清,心率和血压也逐渐回升,到 18:00 时测血压 98/68 mm Hg,心率和脉搏 68 次/min,恢复为窦性心律。之后生命体征一直正常,共住院 13 d 后痊愈出院。

3.2 病例 2 唐某,男,52 岁,2015 年 9 月 12 日,因“急性胃穿孔”在外科急诊行胃穿孔修补术后(住院

号 18419001),病情稳定,于 9 月 14 日 8:30 早上查房时,发现病人嗜睡,面色苍白,呼吸急促,全身大汗,皮肤湿冷,胃肠减压的负压引流瓶内见约 5 ml 红色胃液,体查:血压 74/56 mm Hg,心率和脉搏 126 次/min,呼吸 36 次/min,当时考虑为低血容量性休克(此病人 2 d 后才排出暗红色大便共约 1 200 g,可证实为急性消化道大出血并失血性休克的诊断),立即用参附注射液 20 ml 加入 5%葡萄糖注射液 20 ml 中,静脉缓慢注射,用参附注射液 50 ml 加入 5%葡萄糖注射液 250 ml 中,以 50 滴/min 静脉点滴维持,15 min 后汗出减少,意识好转,半小时后测血压 96/60 mm Hg,心率和脉搏 108 次/min,之后经制酸、补液、输红细胞等综合处理,住院期间未再出现休克,抢救成功。

4 讨论

中医学认为休克病人多表现为脉微细欲绝,四肢厥冷,呼吸微弱,为阳气暴脱之厥脱证^[5]。“参附汤”方名虽可见于多处中医古籍,但方中主药是人参与附子。人参具有大补元气、复脉固脱的功效;附子具有回阳救逆的功效,两药相配,共奏回阳、益气、固脱之功,故能用于治疗休克。在不同古籍中的“参附汤”组方中,人参与附子两药用量比例,和其它佐、使药物也不尽相同,因此,功效和主治的病证也不完全一样。参附注射液是由四川雅安制药厂、华西医科大学和成都市中医药研究所共同研制而成的一种中药复方注射剂,原方出自元代医学家危亦林所编撰《世医得效方》中的参附汤,此方是他家五代祖传的秘方,使用至今已经有七百余年历史^[6]。参附注射液的功能主治回阳救逆、益气固脱,主要用于阳气暴脱的厥脱证(各型休克等)。药物成份为红参及附片(黑顺片),每毫升注射液相当于生药:红参 0.1 g,附片 0.2 g。

现代药理学研究表明,参附注射液中的重要有效成分为人参皂甙和乌头类生物碱。人参皂甙具有双重调节患者血压作用,能够有效抑制心肌细胞膜三磷酸腺苷酶的生物活性,显著降低心肌耗氧量,提高心泵功能,具有保护心肌,改善心功能的积极作用^[7]。乌头类生物碱对 α 肾上腺受体具有兴奋作用,能提高心肌搏动幅度与频率,显著增加心肌收缩力,其对 β 肾上腺受体的亲和力还和异丙肾上腺素具有相类似功效,能起到温和升血压、稳血压、改善血液流变性的作用^[8]。

总之,参附注射液能起到强心、调节血压、改善微循环、提高机体适应性^[9]、提高组织细胞对缺血缺

氧的耐受性、清除氧自由基、防止内源性细菌以及内毒素攻击等作用,能防止休克向多脏器功能障碍综合征发展^[9],故能提高治疗休克的总有效率。综上所述,参附注射液在抗休克方面,疗效确切,副作用极少,临床医生在抢救各型休克(厥脱证)患者的过程中,可放心应用。

参考文献

[1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学 [M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.34-36
[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005.254
[3] 国家中医药管理局. 中医内科病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.203
[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, 2002.77-85
[5] 林闽加, 王胜林, 董耀荣. 参附注射液治疗休克临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(7): 1133
[6] 林棉缪, 英年, 黄志, 等. 参附注射液治疗休克 62 例临床观察[J]. 中药药理与临床, 1997, 13(5): 47
[7] 齐宏伟. 参附注射液对 50 例冠心病心绞痛发作临床治疗效果研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(3): 363
[8] 吴冬梅, 吴利军. 参附注射液对感染性休克患者血液动力学的影响[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(9): 696
[9] 冷万军, 马园. 参附注射液在急性有机磷农药中毒性休克治疗效果观察[J]. 宁夏医科大学学报, 2011, 33(5): 491
[10] 薛卫林, 韩广明, 胡晓飞, 等. 参附注射液治疗老年多器官功能障碍综合征的临床研究[J]. 中国中医急症, 2013, 22(8): 1393

(收稿日期: 2015-12-23)

火针刺络放血配合口服忍冬藤汤治疗痛风病 30 例疗效观察

杨西永

(江西省德兴市中医院针灸康复科 德兴 334200)

摘要:目的: 观察火针刺络放血配合口服忍冬藤汤治疗痛风病的疗效。方法: 将 60 例痛风病患者随机分为治疗组和对照组各 30 例, 治疗组采用火针刺络放血配合口服中药忍冬藤汤治疗, 对照组采用口服秋水仙碱片剂治疗, 观察两组疗效。结果: 治疗组的治愈率为 60.0%, 明显高于对照组的 36.7%, 且未出现不良反应。结论: 证明火针刺络放血配合口服忍冬藤汤疗法是治疗急性痛风病的有效方法, 且相较于口服秋水仙碱更加安全有效。

关键词: 痛风病; 火针; 刺络放血; 忍冬藤汤

中图分类号: R589.7

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.009

痛风是一组嘌呤代谢紊乱所致的慢性疾病。临床上以高尿酸血症伴痛风性急性关节炎反复发作、痛风石沉积、痛风性慢性关节炎和关节畸形、肾小球和肾小管等实质性病变和尿酸结石形成为特点。本病以中年人为最多见, 40~50 岁是发病的高峰。男性发病率多于女性, 男女之比例约为 20 : 1。近年来, 随着人们物质生活水平的提高、饮食结构和生活习惯的改变, 痛风的发病率呈逐年上升的趋势。

目前, 国内外治疗痛风病仍以秋水仙碱为首选, 但其毒副作用大, 不能长期应用。临床最常见的副作用即消化道反应, 病人服药后出现恶心、呕吐、食欲减退、腰部不舒适感以及腹泻等不良反应。此外还有研究表明秋水仙碱具有骨髓毒性, 可抑制造血功能, 亦可能造成肝肾功能损害、脱发、皮肤过敏、精神抑郁等不良后果。本文采用火针刺络放血配合口服中药忍冬藤汤疗法治疗痛风病, 并与口服西药秋水仙碱的临床疗效进行对比观察。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1~12 月德兴市中医院针灸康复科痛风病患者 60 例, 采用随机法分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组男性 28 例, 女性 2

例; 年龄 21~68 岁, 平均年龄 46 岁; 病程 3 d~5 年, 平均 3 年; 对照组男性 29 例, 女性 1 例; 年龄 25~71 岁, 平均年龄 48 岁; 病程 2 d~6 年, 平均 4 年; 所有患者的血尿酸均高于 428 $\mu\text{mol/L}$ 。两组患者年龄、性别、病程经统计学分析无显著差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医采用美国风湿病协会于 1997 年制定的痛风诊断标准, 包括以下九条: (1) 急性关节炎发作 1 次以上, 1 日内即达到发作高峰; (2) 急性关节炎局限于个别关节; (3) 整个关节呈暗红色; (4) 第一趾关节肿痛; (5) 单侧趾关节炎急性发作; (6) 有痛风石; (7) 高尿酸血症; (8) 非对称性关节肿痛; (9) 发作可自行中止。凡具备该规范 3 条以上, 并可除外继发性痛风者, 即可确诊^[1]。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 (1) 火针刺络放血疗法: 先用电磁波治疗仪照射患处局部, 使患处皮肤潮红, 组织充血, 浅表静脉怒张。医者用左手固定患者的患病关节, 右手持细火针, 选取患病关节上充盈、青紫或怒张的络脉, 或充血肿胀明显处, 或病变部位附近的相关腧穴, 将火针烧红后进行快速点刺, 要求点刺准确, 一