独应用中药治疗其起效缓慢，若联合阿司匹林、美托洛尔以及单硝酸异山梨酯等西药治疗，能很好地发挥协同效果，提高治疗疗效；而且无药物不良反应，是一种有效且安全的治疗方式[6]。研究受各种原因影响，还未细致分析治疗疗效，有待再行研究。综上所述，心脉瘀阻型冠心病心绞痛患者行活血定痛汤复合西药治疗不仅能改善心功能与血液流变学情况，而且还能降低血脂水平，值得推广。

参考文献

[1]宋祥和,董金华,李文彩,等.冠心病心绞痛心血瘀阻证采用血府逐瘀汤联合西药治疗的临床疗效探讨[J].中医临床研究,2015,7(36):113-115
[2]刘开明.血府逐瘀汤联合西药治疗心血瘀阻型冠心病心绞痛的临床疗效[J].中国处方药,2016,14(2):91-92
[3]李芸,马育鹏.血栓心脉宁治疗心血瘀阻型冠心病稳定型心绞痛 90 例疗效观察[J].甘肃医药,2014,33(7):537-539
[4]李志强,常红娟.丹香冠心注射液联合杏灵分散片治疗心脉瘀阻型冠心病心绞痛[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(12):281-284
[5]唐梅森,黄政德,向忠军,等.加味丹参饮联合西药治疗冠心病心绞痛心血瘀阻证 68 例疗效观察[J].中医杂志,2015,56(5):395-397
[6]苏继朝.观察活血定痛汤联合西药治疗心脉瘀阻型冠心病心绞痛的疗效[J].中西医结合心血管病杂志,2015,3(8):142-143

（收稿日期：2016-08-17）

益肾健脾疏肝活络法联合热敏灸对乙型肝炎病毒相关性肾炎患者血清 Cys-c 的影响 *

李庆珍　宋卫国　武雯雯
（江西中医药大学附属医院　南昌 330006）

摘要：目的：运用益肾健脾疏肝活络法联合热敏灸治疗乙型肝炎病毒相关性肾炎（HBV-GN），观察血清胱抑素 C（Cys-c）的变化，判断治疗的效果。方法：选取经肾活检明确诊断为乙肝相关性肾炎患者 80 例，采用随机双盲法分为治疗组 42 例与对照组 38 例。治疗组给予益肾健脾疏肝活络法联合热敏灸治疗，对照组给予肾复康片及洛汀新片（ACEI）、双密达莫片治疗。观察两组治疗前后 24 h 尿蛋白定量、血肌酐、血 Cys-c 的变化。结果：治疗组总有效率高于对照组（$P<0.05$）。两组治疗后 24 hUP、Cys-c 均下降，但治疗组明显低于对照组（$P<0.05$）；SCr 比较无显著性差异（$P>0.05$）。结论：益肾健脾疏肝活络法联合热敏灸能有效降低 HBV-GN 患者尿蛋白、血清 Cys-c 水平，血清 Cys-c 是反应早期患者的肾损害的重要指标之一。

关键词：乙型肝炎相关性肾炎；益肾健脾疏肝活络法；热敏灸；血清 Cys-c
中图分类号：R692.3　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.08.008

乙型肝炎病毒相关性肾炎（HBV associated Glomerulonephritis，HBV-GN）是乙肝病毒（Hepatitis B Virus，HBV）感染后的一种主要肝外病变，为常见继发性肾病之一，不仅难治，且易复发，严重时可致肝肾功能衰竭，威胁患者生命。目前我国乙型肝炎患者高达 10%，其中 HBV-GN 的发病率约 6.8%~20.0%[1]。目前主要以抗病毒、免疫抑制治疗为主，但因其副作用明显，临床运用受到限制。因此，寻找新的治疗方法显得尤为重要，灸法是我国传统的中医外治法之一，具有补脾肾、助运化、通经络、利三焦等广泛治疗作用。我们运用中药联合艾灸治疗 HBV-GN，临床副作用小，效果明显。现报告如下：

1　资料与方法

1.1　*一般资料*　选取我院 2014 年 5 月 ~2016 年 5 月收治的经肾活检明确诊断为乙肝相关性肾炎患者 80 例作为研究对象，其中男 44 例，女 36 例；年龄 18~65 岁，并排除狼疮性肾炎。

1.2　*诊断标准*　西医诊断标准：按照《乙型肝炎病毒相关性肾炎座谈会纪要》中乙型肝炎病毒相关性肾炎的诊断标准[2]：血清乙型肝炎病毒抗原阳性；尿蛋白阳性；肾组织切片中找到 HBV 抗原或 HBV-DNA。中医诊断标准：参照第二次全国肾脏病专题学术会议拟定的辨证分型标准，证属脾肾亏虚、湿瘀内阻型。症候特点：腰酸乏力，精神不振，颜面及双下肢浮肿，纳差，腹胀，胸胁满闷，口干口苦，大便稀，小便短少，舌质淡或暗，苔薄黄腻，脉细弦。

1.3　*治疗方法*　治疗组采用中药益肾健脾疏肝活络汤联合热敏灸治疗。益肾健脾疏肝活络汤药物组成：炙黄芪 30 g、生地 10 g、淮山 20 g、山茱萸 10 g、茯苓 15 g、泽兰 10 g、田基黄 20 g、贯众 20 g、白花蛇舌草 20 g、鸟不宿 30 g、鬼箭羽 20 g、柴胡 10 g、虎杖 20 g、陈皮 10 g、川芎 10 g、水蛭 6 g、红景天 6 g。随症加减：湿热重者加茵陈 15 g、焦栀子 10 g；气阴两虚加太子参 30 g、麦冬 20 g、五味子 6 g；脾肾阳虚加仙茅 15 g、仙灵脾 15 g、党参 30 g；肝肾阴虚加女贞子 15 g、旱莲草 15 g。热敏灸：选穴足三里、阳陵泉、阴陵泉、肝俞、肾俞、脾俞。操作方法：（1）热敏化腧穴的选定：用艾条在足三里、阳陵泉、阴陵泉、肝俞、肾俞、脾俞周围进行热敏化探索，应用回旋法、雀啄法、温和灸法等手法进行探查，当患者出现透热、或扩

* 基金项目：江西省卫计委中医药科研课题（编号：2014B020）

热、或传热、或酸胀等灸感反应时，此特定体表部位即为热敏穴。(2) 艾灸方法：选用本院自制艾条，对热敏化腧穴施灸：先行回旋灸 3 min 温热局部气血，继以雀啄法 2 min 加强敏化，循经往返灸 2 min 激发经气，再施以温和灸发动感传、开通经络，灸至感传消失。(3) 1 次 /d，每次治疗约 30 min。对照组采用肾炎复康片（国药准字 Z10940034）5 片 / 次，3 次 /d；洛汀新片[（ACEI）北京辉瑞制药公司，每片 10 mg]10 mg，1 次 /d；双密达莫片 2 片 / 次，3 次 /d。两组均治疗 2 个疗程，30 d 为 1 个疗程。

1.4 观察指标 (1) 常规指标：血常规、大便常规、尿常规、肝肾功能、HBV-DNA；(2) 疗效指标：24 h 尿蛋白定量（UP）、血肌酐（SCr）、血清胱抑素 C[（Cys-c），免疫透射比浊法测定]。

1.5 疗效评定标准 参照中华医学会肾脏病专业委员会拟定的乙型肝炎病毒相关性肾炎疗效判断标准[3]：显效：临床症状明显减轻，症候积分减少≥30%，24 h 尿蛋白定量减少≥30%；有效：临床症状减轻，症候积分减少≥20%，24 h 尿蛋白定量减少≥20%；无效：临床症状无改善，症候积分减少≤10%，24 h 尿蛋白定量减少≤10%。

1.6 统计学分析 所有资料采用 SPSS13.0 软件包统计处理，计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，用 t 检验；计数资料用 χ^2 检验，$P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组总有效率高于对照组（$P<0.05$）。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	显效（例）	有效（例）	无效（例）	总有效率（%）
治疗组	42	8	26	8	80.95*
对照组	38	5	17	16	57.89

注：与对照组比较，*$P<0.05$。

2.2 两组治疗前后 24 hUP、SCr、Cys-c 水平比较 两组治疗后 24 hUP、Cys-c 均下降，但治疗组明显低于对照组（$P<0.05$）；SCr 比较无显著性差异（$P>0.05$）。见表 2。

表 2 两组治疗前后 24 hUP、SCr、Cys-c 水平比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	n		24 hUP（g/L）	SCr（μmol/L）	Cys-c（mg/L）
治疗组	42	治疗前	3.26± 2.13	89.53± 21.61	1.82± 0.87
		治疗后	0.96± 0.65*	80.82± 19.37	0.97± 0.24*
对照组	38	治疗前	3.83± 2.26	90.52± 20.31	1.78± 0.79
		治疗后	1.96± 1.13	81.57± 18.81	1.14± 0.45

注：与对照组治疗后比较，*$P<0.05$。

3 讨论

HBV-GN 为继发性肾病之一，多无特异性的表现，有症状者主要表现为肾炎或肾病综合征等，可伴有高血压、水肿，严重者出现肾功能衰竭。目前对 HBV-GN 的治疗多种多样，但尚无统一和肯定的治疗方法和方案。西医以单纯抗病毒治疗效果不理想，激素和免疫抑制剂治疗亦多无效且会延迟中和抗体产生并促进 HBV 复制加重病情。

中医对 HBV-GN 无记载，一般认为归属于“水肿、尿血”范畴，其病机主要由于乙肝邪毒深入机体血分，滞于肝体同湿热之邪相结形成瘀毒而下注于肾，伤及肾之络脉而出现血尿、蛋血尿、水肿等症，属本虚标实之证，本虚主要表现为肝郁脾虚、脾肾虚损、肝肾阴虚，邪实则以湿、瘀、毒为主。根据中医学理论和临床经验，自拟益肾健脾疏肝方[4]，全方扶正以利于抗邪而出，防止内生毒邪的进一步损害。解毒以祛除外来和内生的毒邪，恢复肌体营卫和谐，气血调畅的整体环境，提高机体免疫力。灸法是中医外治法之一，《灵枢》云：“针所不为，灸之所宜。”《本草》有曰：“艾叶苦辛，生温，熟热，纯阳之性，能回垂绝之阳，通十二经，走三阴，理气血，逐寒湿，……以之灸火，能透诸经而除百病”，说明艾绒具有广泛的治疗作用。现代医学研究表明，艾灸可调整机体各系统脏器的机能，增强特异性和非特异性免疫功能，从而提高机体整体免疫能力。根据疾病的病机，选取足三里、阳陵泉、阴陵泉、肝俞、脾俞、肾俞，为各经脉之主穴、腧穴，具有燥化湿气、理脾胃、疏肝胆、清湿热、通络等功效[5]。

胱抑素 C（Cys-C）为非碱性糖基蛋白，体内有核细胞均能产生，在机体的产生率十分稳定，不受性别、体重、血容量、机体是否有发热、炎症等影响。且几乎完全从肾脏排泄，其比肌酐清除率测定的肾小球滤过率（GRF）更为灵敏，并且代表的性质和意义基本相同，是反映 GFR 变化的理想内源性标记物，特别是在肾功能仅轻度减退时，血 Cys-C 的敏感性远优于血肌酐[6]。近来，国外研究团队有关 Cys-C 与肝肾综合征的研究中也获得类似结果，因此，对于肝脏疾病患者肾脏功能检测方面，广泛应用 Cys-C 可以起到积极的作用[7]。

本研究结果显示，治疗组总有效率高于对照组（$P<0.05$）。两组治疗后 24 hUP、Cys-c 均下降，但治疗组明显低于对照组（$P<0.05$）；SCr 比较无显著性差异（$P>0.05$）。说明本研究治疗方法能明显降低尿蛋白，改善肾功能。总之，本疗法运用中医药内服联合热敏灸治疗 HBV-GN 是一种有效的治疗方案，进一步发挥中医学的整体疗效优势，可作为临床治疗的一种思路。但由于样本量小，时间短，其有效性和

安全性尚需要随机、长程、大样本对照研究来证实。

参考文献

[1]姚源璋,王晓清.肾脏病诊治[M].上海:上海科学技术出版社,2006.107-108
[2]中华内科杂志编委会.乙型肝炎病毒相关性肾炎座谈会纪要[J].中华内科杂志,1990,29(9):519-521
[3]杜鹃,丁国华.乙肝病毒相关性肾炎的诊断和治疗[J].临床内科杂志,2010,27(9):588-590
[4]喻闽凤.赵纪生治疗乙型肝炎病毒相关肾炎的经验[J].江西中医药,2010,41(8):31-32
[5]谢锡亮.谢锡亮灸法[M].北京:人民军医出版社,2007.1
[6]Madero M,Sarnak MJ,Stevens LA.Serum cystatin C as a marker of glomerular filtration rate [J].Curr Opin Nephrol Hypertens,2006,15(6):610-616
[7]Taub PR,Borden KC,Fard A,et al.Role of biomarkers in the diagnosis and prognosis of acute kidney injury in patients with cardiorenal syndrome[J].Expert Rev Cardiovaac Ther,2012,10(5):657-667

（收稿日期：2016-07-06）

颞肌贴敷术联合高灌注疗法防治继发性脑梗死的效果分析

彭俊隆
（广东省揭西县人民医院神经外科　揭西 515400）

摘要：目的：探讨颞肌贴敷术联合高灌注疗法在防治重度颅脑损伤术后继发脑梗死的临床疗效。方法：选取 2012 年 5 月～2015 年 5 月于我院收治的重度颅脑损伤患者 60 例，随机分为实验组（颞肌贴敷术联合高灌注疗法）和对照组（去大骨瓣减压术后常规治疗），每组 30 例，治疗出院后继续随访至外伤后 6 个月。结果：实验组术后继发脑梗死患者比率和死亡率明显低于对照组，实验组术后继发脑梗死恢复平均时间较对照组明显缩短。按照格拉斯哥预后评分（GOS 评分）判断预后得知，实验组生存质量明显优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。结论：颞肌贴敷术联合高灌注疗法在防治重度颅脑损伤术后继发脑梗死效果显著，值得临床上推广和应用。

关键词：颞肌贴敷术；高灌注疗法；继发性脑梗死；重度颅脑损伤

中图分类号：R743.33　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.08.009

随着社会经济快速发展，人们社会活动趋于多元化，交通事故、高空坠落等高能量创伤造成重度颅脑损伤频频发生。重度颅脑损伤病情凶险、进展迅速、并发症多、致残率和致死率高，而重度颅脑损伤术后继发脑梗死是重度颅脑损伤的严重并发症之一，也是致残、致死的重要原因[1]。近年来，神经外科不断探索更合理、更有效的治疗方案，以挽救患者生命、保障预后、提高生存质量。本研究采用常规去大骨瓣减压术同时行颞肌贴敷术，术后联合高灌注疗法防治重度颅脑损伤术后继发脑梗死，取得较好的临床疗效。现报道如下：

1　资料与方法

1.1　*一般资料*　选取 2012 年 5 月～2015 年 5 月我院收治的重度颅脑损伤患者 60 例，均经头颅 CT 确诊，且均有手术指征，排除严重复合伤、严重高血压和多脏器功能不全患者。60 例患者均在外伤后及时就诊，随机分为实验组和对照组。实验组 30 例，男 19 例，女 11 例，平均年龄为（32.4± 4.5）岁，双侧瞳孔正常 11 例、一侧瞳孔散大 15 例、双侧瞳孔散大 4 例。对照组 30 例，男 18 例，女 12 例，平均年龄为（33.6± 4.1）岁，双侧瞳孔正常 11 例、一侧瞳孔散大 16 例、双侧瞳孔散大 3 例。两组患者一般资料比较没有显著性差异，具有可比性（$P>0.05$）。

1.2　*治疗方法*　两组患者入院后均给予止血、脱水降颅压、制酸、营养脑细胞、补充电解质等常规治疗，做好术前准备，在气内麻下实施去大骨瓣减压 + 血肿清除术。手术切口开始于颧弓上耳屏前 1 cm（注意尽量保留颞浅动脉主干），经耳廓上方向后上方呈弧形延伸至顶骨正中矢状线旁，然后沿矢状线向前至额部发际下，提起头皮，在头皮与颞肌间疏松组织处分离，再游离颞肌，注意保护颞深动脉，同时尽量较少用电刀烧灼颞肌，保护颞肌血运，然后在额骨颧突后方钻第一孔，在额结节下尽量靠近中线钻第二孔，耳前尽量靠颞底钻第三孔，顶部在切口内距矢状线 4~5 cm 处钻 2~3 孔，再沿孔锯开，将颧突后方额骨及部分蝶骨咬除，以达到充分减压，骨窗大小 9~10 cm× 10~12 cm，弧形剪开硬脑膜，清除血肿及失活脑组织，并彻底止血。实验组彻底止血后将颞肌贴敷于脑组织表面，边缘与硬脑膜缝合，达到减张缝合效果[2-3]，术后在常规降低颅压、尼莫地平解除脑血管痉挛、营养脑细胞、预防感染和并发症发生、留置胃管营养支持等治疗同时补足有效血容量，使用小剂量多巴胺持续泵注[4-5]（多巴胺 100 mg+ 生理盐水 40 ml，以 2 ml/h 速度泵注，速度根据血压调整），保持中心静脉压＞6 cm H_2O[6]、收缩压较基础血压平均上升 20 mm Hg[4-5]、心率＜120 次 /min[6]，24 h 持续高灌注治疗 1 周。对照组清除血肿后取颞肌筋膜或人工脑膜与硬脑膜行减张缝合，术后常规治疗。病情相对稳定后均行高压氧治疗。术后 1 d 和术后 1 周复查头颅 CT 观察是否继发脑梗死，1 周后定期复查头颅 CT 观察脑梗死恢复所需时间，出院后继续随访至外伤后 6 个月综合评估患者的生存质量。