

于国内外针灸的临床及基础研究^[6]。电针治疗腰椎间盘突出症有其独特的疗效,电针使病变局部的肌肉受到规律脉冲电刺激,从而使肌肉组织得到松解,减轻神经根压迫^[7];电针还能改善腰椎局部的血液循环,加快组织细胞代谢,从而促进炎症物质的吸收和神经功能的恢复^[8];同时,电针刺激可以促进坐骨神经纤维的轴浆运输,改善神经根周围的水肿及营养障碍。此外,电针通过刺激某些穴位将激活脊髓中的脑啡肽和脑内的内啡肽系统,促进中枢释放止痛物质,能够有效缓解坐骨神经痛。

中医内病外治法源远流长,早在公元 2 世纪我国医学典籍《内经·素问》中就有记载,中医外治法结合经络腧穴,有其独到之处,中药敷贴大都采用穴位疗法,并取得较好的效果。研究表明,经穴对药物具有放大效应和外敏感性,经络系统类似低电阻的运行通路,药物贴敷于特殊经穴,能够迅速在相应组织器官产生较强的药理效应,起到单相或双相调节作用^[9]。定向药透疗法是一种将物理治疗与药物治疗效应融成一体的治疗技术,通过皮肤电针的定向作用,把活血化瘀、止痛通络的液态药物密封在皮肤表面并将其激活,使药物分子由皮肤定向透入深层组织,形成有效的治疗药场,电针刺激和药能的双重治

疗效应,增加局部组织的血流量,不但利于消除神经组织的瘀血水肿和无菌性炎症,而且为神经组织的修复提供了物质和环境^[10-11]。综上所述,采用电针配合定向药透治疗腰椎术后腰腿痛,适应范围广、并发症少,且有效率高、痛苦小,临床疗效较为确切,具有很好的应用前景。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,2010.185-186
[2]程永红.腰椎间盘突出症手术治疗研究进展[J].颈腰痛杂志,2011,32(6):459-462
[3]Chan CW,Peng P.Failed back surgery syndrome[J].Pain Med,2011,12(4):577-606
[4]浦波,胡侦明.腰背疼痛与神经肽 P 物质[J].中国脊柱脊髓杂志,2000,10(4):245-247
[5]何广新,曲延华.疼痛针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,1994.34-38
[6]洪海平,朱东勋,徐玉云,等.电针腰穴对改善腰椎间盘突出症腰椎功能的研究[J].针灸临床杂志,2013,29(10):31-33
[7]刘永辉,侯希敏.脉冲电刺激促进周围神经再生的应用[J].骨与关节损伤杂志,2000,15(5):342-343
[8]杨宗保,封迎帅,易受乡.电针环跳穴对腰椎间盘突出症坐骨神经损伤修复的实验研究[J].中华中医药杂志,2012,27(1):199-201
[9]徐立刚,梁佳树.穴位贴敷结合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症 68 例[J].中医外治杂志,2009,18(3):20-21
[10]刘斌,王红,韩俊泉,等.中药经皮给药及透皮吸收研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2012,18(6):641-643
[11]李瑞峰,谷福顺,郑昆仑,等.促进中药透皮吸收方法研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(12):215-217

(收稿日期:2016-07-23)

采用中西医结合治疗子宫腺肌病的疗效观察

韩凤英

(河南省郑县中医院妇科 郑县 467100)

摘要:目的:对中西医结合治疗子宫腺肌病(AD)患者的临床效果进行观察。方法:选取在我院治疗的 92 例 AD 患者,随机分为 A 组与 B 组,每组 46 例,对 B 组实行单纯西医治疗,对 A 组实行中西医结合治疗,对比分析两组患者的治疗效果、子宫缩小情况和不良反应的发生情况。结果:A 组的治疗总有效率 (82.61%) 高于 B 组 (56.52%);A 组的子宫缩小率 (89.13%) 高于 B 组 (67.39%);A 组的不良反应总发生率(6.52%)低于 B 组(21.74%),差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:对 AD 患者实行中西医结合治疗,可有效提升患者的治疗总有效率及子宫缩小率,并减少不良反应的发生,值得推广。

关键词:子宫腺肌病;中西医结合;疗效观察

中图分类号:R711.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.08.014

子宫腺肌病(AD)属于良性病变疾病,主要是因子宫内膜间质或内膜腺体对子宫肌层造成侵害,而造成的肌纤维增生所致,并且多发于中年经产妇。目前临床上主要以西医药物治疗该病,虽有一定疗效,但无法彻底根治,停止治疗后容易复发,疗效欠佳。目前,有研究表明中西医治疗 AD 患者可获得明显疗效,并且不良反应较少,缩宫效果显著^[1]。我院为进一步探究中西医结合疗法在 AD 的临床治疗中的应用效果,开展了相关研究。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 5 月~2016 年 5 月于

我院治疗的子宫腺肌病(AD)患者 92 例,随机分为 A 组与 B 组,每组 46 例。其中 A 组患者年龄 22~51 岁,平均年龄(38.45± 8.23)岁;病程 1~8 年,平均病程(3.61± 1.56)年;B 组患者年龄 21~50 岁,平均年龄(38.12± 7.73)岁;病程 1~9 年,平均病程(3.86± 1.76)年。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,存在可比性。

1.2 纳入标准 所有对象须经西医诊断为 AD,病程在 1~10 年之间,年龄在 21~51 岁范围内,既往身体健康,无重要脏器疾病,均须知情同意本研究治疗。

1.3 排除标准 (1)近期内服用过相关治疗药物的患者;(2)肝肾功能不全、盆腔恶性肿瘤等患者;(3)合并精神障碍、高脂血症、血栓性疾病患者;(4)对本研究药物过敏患者。

1.4 治疗方法 两组患者均在控制饮食、运动训练、养成良好生活习惯、注意卫生清洁等常规干预基础上采用不同的方案治疗。B 组:采用单纯西医治疗,给予患者孕三烯酮胶囊(国药准字 H19980020)口服,于患者月经来潮第 1 d 开始口服,停药 3 d 后开始第 2 次口服,2.5 mg/次,2 次/周,持续治疗 90 d。A 组:在 B 组的治疗基础上采用中西医结合治疗,中药为痛经 1 号药物,组方为:炮姜 6 g,土鳖虫 10 g,川牛膝 15 g,怀牛膝 15 g,牡丹皮 15 g,鸡血藤 30 g,丹参 30 g,当归 25 g,生甘草 15 g,泽兰 15 g,桂枝 12 g,大枣 15 g,川芎 15 g,白芍 25 g,桃仁 15 g,益母草 15 g。1 剂/d,水煎煮,分早晚 2 次口服,持续治疗 90 d。

1.5 观察指标 监测两组患者发生不良反应和子宫缩小情况,对比两组患者治疗后的效果。

1.6 疗效评定标准 治愈:治疗后患者各项体征及临床症状完全消退,月经周期恢复正常,并且子宫内膜厚度缩小程度大于 70%或基本恢复正常,同时子宫大小基本恢复正常;有效:治疗后患者各项体征及临床症状基本好转,并且子宫内膜厚度缩小程度为 30%~70%,子宫体积有所缩小;无效:治疗后患者各项体征及临床症状与治疗前相比无明显变化,月经周期不规律,并且子宫内膜厚度缩小程度在 30%以下,甚至子宫体积增大。治愈率+有效率=总有效率。阴道彩超检查判定子宫内膜厚度和子宫体积。

1.7 统计学处理 采用统计学软件 SPSS21.0 进行数据分析,计数资料以(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗效果比较 治疗后,A 组的总有效率较 B 组高,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的治疗效果比较[例(%)]					
组别	n	治愈	有效	无效	总有效
A 组	46	17(36.96)	21(45.65)	8(17.39)	38(82.61)
B 组	46	10(21.74)	16(34.78)	20(43.48)	26(56.52)
χ^2					7.40
P					0.01

2.2 两组患者的子宫缩小情况比较 治疗后,A 组患者的子宫缩小率较 B 组高,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者的子宫缩小情况比较[例(%)]					
组别	n	正常	有所缩小	无改变或增大	总缩小
A 组	46	17(36.96)	24(52.17)	5(10.87)	41(89.13)
B 组	46	11(23.91)	20(43.48)	15(32.61)	31(67.39)
χ^2					6.39
P					0.01

2.3 两组患者发生不良反应的情况比较 治疗期间,A 组患者的不良反应发生率较 B 组患者低,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者发生不良反应的情况比较[例(%)]						
组别	n	肝功能受损	多毛	体质量加大	痤疮	总发生
A 组	46	0(0.00)	0(0.00)	1(2.17)	2(4.35)	3(6.52)
B 组	46	2(4.35)	1(2.17)	3(6.52)	4(8.70)	10(21.74)
χ^2						4.39
P						0.04

3 讨论

近年来,有大量研究证实,生殖道感染、孕激素、遗传、子宫损伤及高雌激素血症等原因均可引发 AD,其中尤以雌激素、孕激素与 AD 的关系较为密切^[1]。还有研究表明,AD 是一种依赖雌激素而发生的疾病,主张使用激素类药物治疗,该类药物可有效抑制孕激素和雌激素的生成,或对相关病灶组织的正常生理功能产生阻滞,使患者雌激素水平降低,从而起到改善患者各项临床症状的作用^[2]。孕三烯酮是目前临床上治疗 AD 的较常见的药物,该药物是一种孕激素,能够对雌激素、孕激素活性产生较强的拮抗作用。但有相关研究指出,AD 患者长期服用孕三烯酮类药物后,会产生较大的副作用,容易引发痤疮、多毛、体质量加大等不良反应^[4]。

而在中医理论中,子宫腺肌病归于“癥瘕”、“痛经”等范畴,主要发生在胞宫部位,与肝脏及肾脏存在较大关联,血瘀是引发该病的主要因素,因此中医主要以通络止痛、活血化瘀疗法治疗该病^[5]。本研究采用痛经 1 号组方治疗 AD 患者,方中土鳖虫、丹参等具有较强的活血化瘀功效;甘草、白芍、益母草等可起到极佳的调经止痛作用;川牛膝能够引药下行,促进其他药物发挥药效,整组药物联合使用能够起到消癥止痛、疏肝理气、活血化瘀的作用^[6]。在西医临床研究发现,上述药物还可有效缓解患者血液循环阻滞,增强患者耐缺氧能力和机体免疫力,阻滞平滑肌收缩,预防血栓形成^[7]。

陈巍^[8]等的研究表明,中西医结合的治疗效果、子宫收缩情况均优于单纯西医治疗,不良反应少于单纯西医治疗。本研究结果显示,A 组的治疗总有效率、子宫缩小率均高于 B 组,不良反应总发生率低于 B 组,与陈巍等的研究结果相近。综上所述,对 AD 患者实行中西医结合治疗,可获得良好的疗效,

减少不良反应的发生,值得推广应用。

参考文献

[1]余香格,邢风琴,刘爱民.段素社中西医结合治疗子宫腺肌病痛经经验[J].河北中医,2013,35(10):1449-1450
[2]赛萍,方小青,欧萍.曲普瑞林联合腹腔镜治疗轻度子宫内膜异位症合并不孕疗效观察[J].中国药师,2014,17(6):995-997
[3]王明闯,张菲菲,王忠民.王忠民辨证治疗子宫肌腺病剧痛经验[J].中国中医急症,2014,23(12):2220-2222
[4]成臣,万贵平.补肾活血化瘀法在子宫腺肌症中的运用[J].现代中西

医结合杂志,2014,23(5):566-567
[5]张洪波.止痛化癥胶囊联合曲普瑞林治疗子宫腺肌病的疗效及安全性探讨[J].陕西中医,2016,37(1):19-20
[6]桂涛,黄美华,朱利,等.子宫腺肌病发病机制研究新进展[J].实用医学杂志,2015,31(16):2754-2756
[7]汪沙,段华,张颖,等.RhoA 及 Rho 激酶在子宫腺肌病患者子宫内膜-肌层交界区平滑肌细胞中的表达及其与痛经的关系[J].中华妇产科杂志,2013,48(12):911-915
[8]陈巍,周冰.中西医结合治疗子宫腺肌症疗效观察[J].四川中医,2015,33(8):121-122

(收稿日期: 2016-06-26)

猴耳环消炎颗粒治疗小儿细菌性肠炎 60 例

刘小莉¹ 刘琳^{2#} 文花¹

(1 江苏省句容市妇幼保健院 句容 212400; 2 江苏省中西医结合医院 南京 210028)

摘要:目的:探讨猴耳环消炎颗粒治疗小儿细菌性肠炎的临床效果。方法:选取 2014 年 2 月~2016 年 2 月收治的小儿细菌性肠炎患者 120 例,采用随机数字表法分为对照组和治疗组,每组 60 例。两组患儿年龄、性别、病程、病情等基本资料比较, $P>0.05$,无统计学差异。治疗组采用猴耳环消炎颗粒口服,对照组采用阿莫西林克拉维酸钾干混悬剂(7:1)口服,比较两组间差异。结果:治疗组总有效率 98.3%,对照组总有效率 95.0%,两组临床疗效比较,无显著统计学差异($P>0.05$),但大便次数、临床症状恢复时间,治疗组均优于对照组($P<0.05$),差异有统计学意义。结论:猴耳环消炎颗粒口服治疗小儿细菌性肠炎的疗效明显高于阿莫西林克拉维酸钾组,且安全性好,不良反应少,值得临床上推广应用。

关键词:猴耳环消炎颗粒;小儿细菌性肠炎;临床疗效

中图分类号:R725.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.08.015

小儿细菌性肠炎是我国婴幼儿常见的疾病之一,是腹泻病的一种类型,6 个月~2 岁婴幼儿发病率高。多由侵袭性细菌引起的肠炎,以大便次数增多和大便性状改变为特点的消化道综合征。临床表现为大便次数增多,大便呈黏液状,带脓血,有腥臭味,常伴恶心、呕吐、食欲不振,大便镜检有大量白细胞及数量不等的红细胞。粪便细菌培养可找到相应的致病菌^[1]。如不积极治疗可出现严重的中毒症状,如高热、意识改变,甚至感染性休克,是造成儿童营养不良、生长发育障碍甚至死亡的主要原因之一。临床上多采用抗生素治疗,耐药性及副作用也随之增多,如何尽快控制小儿细菌性肠炎炎症同时减轻药物的副反应,是儿科医生一直探讨的课题。本院儿科使用猴耳环消炎颗粒治疗小儿细菌性肠炎取得满意疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 2 月~2016 年 2 月句容市妇幼医院儿科收治的腹泻病患儿,均符合细菌性肠炎诊断标准^[2],年龄 5 个月~3 岁,其中男 69 例,女 51 例,采用随机数字表法分为对照组和治疗组,每组 60 例。治疗组男 31 例,女 29 例,年龄 5 个月~3 岁,平均年龄(1.9±1.1)岁,病程 2~4 d,平均病程(2.3±1.5) d,发热 45 例,无发热 15 例;对照组男 38 例,女 22 例,年龄 6 个月~3 岁,平均年龄

(1.1±2.2)岁,病程 2~4 d,平均病程(2.2±1.8) d,发热 42 例,无发热 18 例。患儿均解黏液便,甚至脓血便,部分伴恶心呕吐发热,大便常规均有白细胞,部分有红细胞。两组间年龄、性别、体重、腹泻次数、症状/体征、辅助检查、脱水程度等比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)诊断标准符合《诸福棠实用儿科学》7 版中细菌性肠炎的诊断标准^[3]; (2)年龄<7 岁; (3)大便常规镜检查有或无脓细胞、红细胞,白细胞≥10/HP; (4)未服用其他抗生素和微生态制剂; (5)与家属签订知情同意。

1.3 排除标准 (1)中重度脱水、中毒性肠麻痹、早期休克并发症的患儿; (2)患儿因呕吐或病情危重不能口服给药者; (3)由霍乱、病毒性肠炎引起的感染性腹泻者; (4)纳入前 72 h 内已应用其它抗生素药物或止泻剂者; (5)以往有头孢类抗生素过敏史者; (6)各种原因中断治疗者,失去随访者。

1.4 治疗方法 在一般治疗的基础上,治疗组用猴耳环消炎颗粒(6 g/包,国药准字 Z20050111)口服治疗,小儿 0~3 岁 1 次半包,3 次/d;对照组予阿莫西林克拉维酸钾干混悬剂(7:1)直接口服,或置适量温开水或牛奶中搅拌至完全溶解后服用,小儿 0~3 岁次 1 半包,3 次/d。

1.5 观察指标 采用门诊随诊或电话随诊的方式,

通讯作者:刘琳, E-mail: junhua418@126.com