

表 1 两组治疗前后血流速度的比较 (cm/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	LVA			RVA			VBA		
			Vp	Vd	Vm	Vp	Vd	Vm	Vp	Vd	Vm
椎针	100	疗前	68.37±12.12	33.94±6.50	31.36±9.32	67.25±9.83	33.34±6.73	50.55±7.39	79.28±6.46	38.60±7.57	59.22±9.16
		疗后	55.76±9.87** $\triangle$	25.26±4.94**	40.72±7.01** $\triangle$	55.12±7.71** $\triangle$	24.70±4.12** $\triangle$	40.15±3.75** $\triangle$	67.30±10.91** $\triangle$	29.85±5.81**	48.55±7.51** $\triangle$
针刺	50	疗前	68.92±14.93	32.76±5.91	50.02±8.71	65.94±8.58	31.88±9.22	49.04±9.25	75.58±21.95	37.12±9.13	57.24±23.19
		疗后	63.32±12.25*	27.74±15.41*	45.28±10.28*	60.36±12.20*	17.40±6.33*	43.82±8.72*	71.36±12.40	31.52±6.80*	52.30±23.07*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与针刺组治疗后比较, $\triangle P<0.05$, $\triangle\triangle P<0.01$ 。治疗后左右椎动脉、基底动脉的 Vp、Vd 及 Vm 均有下降,与治疗前比较,差异均有显著性($P<0.05$, $P<0.01$);但针刺组 VBA Vp 差异无显著性($P>0.05$)。两组治疗后,左侧椎动脉 Vp 及 Vm 变化差异有显著性($P<0.01$, $P<0.05$),而 Vd 变化差异无显著性($P>0.05$);右侧椎动脉 Vp、Vd、Vm 差异均有显著性($P<0.05$);VBA Vp、Vm 差异亦有显著性($P<0.01$, $P<0.05$),而 Vd 差异无显著性($P>0.05$)。提示椎针疗法在改善椎—基底动脉收缩峰及平均血流速度方面疗效明显优于针刺组,而改善舒张末血流速度方面两组疗效差异无显著性。

讨 论

椎针疗法是集针灸、点穴与按摩为一体的自然疗法,具有无创痛、无晕针、无折针、无交叉感染、无脏器损伤,患者无恐惧感的优点。其疗效与手法、刺激量及刺激范围密切相关。由于捶击手法重、冲压刺激强,滑摩与旋揉范围广而全,可同时涉及几条经络及若干穴位,治疗时往往能气至病所,针感传导十分明显,针感反应以热、麻、酸、胀、微痛为主,其虽有微痛感,但患者反映这种痛感与舒适感同在,且施术完毕,则立即感眩晕及头痛减轻,头眼爽亮、颈项轻松。

椎动脉型颈椎病以眩晕、头痛为主症,属中医学“眩晕”、“头痛”及“项痹”范畴,其发病与内耳血液循环障碍有关,供应内耳血液的内听动脉是基底动脉的一个细长分支,因此改善该动脉的血液循环障碍对治疗椎动脉型颈椎病十分重要,通过椎针治疗,颈项部皮肤出现潮红、温热感,说明该疗法具有振奋阳气、通调督脉,使气行则血行,从而推动血液运行,起到温通经脉,

活血通络的作用。

现代医学认为椎动脉型颈椎病的发病机理可归纳为:(1)颈椎间盘退化变薄,椎动脉和颈椎的平衡关系破坏;(2)颈椎骨赘、继发小关节移位或增生压迫椎动脉,或风寒侵袭,外伤劳累造成颈肩周围组织的无菌性炎症,刺激颈部交感神经,导致椎—基底动脉痉挛;(3)椎动脉本身的硬化、管径变小。三者造成椎—基底动脉系统缺血而发生眩晕、头痛,听视觉障碍、运动及共济障碍等一系列症候群。临床通过 TCD 检测发现,椎动脉型颈椎病患者普遍存在一侧或双侧椎动脉或基底动脉痉挛情况。椎针疗法是一种机械刺激疗法,此种刺激深入到病灶,不仅能调整椎动脉周围组织的应力平衡,恢复骨组织的正常位置,而且能松解椎动脉周围由于无菌性炎症所致粘连或挛缩的软组织,恢复体内动态平衡,减轻牵拉、挤压神经血管症状,起到缓解或消除血管痉挛,扩张血管,改善血液循环的作用。根据生物电原理,在病灶区将机械能转变成热能,使椎动脉及周围小血管扩张,同时这种机械刺激对神经末梢的强刺激可使局部组织活动能力增强,血液及淋巴循环加快,从而改善椎—基底动脉缺血状态,使眩晕、头痛等缺血症候群得以缓解或消除。

参 考 文 献

1 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准——中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社,1994:186.

State Administration of TCM. Standard of traditional Chinese medicine administering authority of China——Criteria of diagnostic efficacy on Syndrome of traditional Chinese medicine. Nanjing: Nanjing University Press,1994:186.

(收稿:2004-09-15 修回:2004-11-25)

大黄、三七粉治疗肾综合征出血热腔道出血的疗效观察

付德才 于春艳

摘要 目的 研究中药大黄、三七粉对肾综合征出血热腔道出血的治疗作用。**方法** 将临床诊断为肾综合征出血热伴腔道出血患者 60 例随机分为 2 组。治疗组 31 例,予大黄 3g、三七 2g,研成细末混匀,每日 3~4 次口服,对照组 29 例,予止血敏 2g,每日 1 次静脉滴注。**结果** 治疗组痊愈 17 例,显效 5 例,有效 6 例,

作者单位:牡丹江医学院附属红旗医院(黑龙江 157011)
通讯作者:付德才,Tel:0453-6586684,E-mail:liu8264888@263.net

愈显率为 70.97%, 总有效率 90.32%; 对照组痊愈 10 例, 显效 3 例, 有效 6 例, 愈显率为 44.83%, 总有效率 65.52%。两组比较, 差异有显著性 ($P < 0.05$, $P < 0.01$); 治疗组平均止血时间为 (2.32 ± 0.82) h, 血小板计数为 $(8.84 \pm 1.13) \times 10^9/L$ 及血小板聚集率明显提高, 与对照组 [分别为 (4.15 ± 0.69) h, $(6.22 \pm 0.89) \times 10^9/L$] 比较, 差异均有显著性 ($P < 0.01$)。结论 大黄、三七粉有促进血管收缩, 缩短出血时间及止血作用, 可增加血小板数量, 提高血小板聚集功能。

关键词 大黄; 三七; 肾综合征出血热; 腔道出血

Observation on Therapeutic Effect of Rhubarb and Sanchi Powder in Treating Patients with Hemorrhagic Fever in Nephrotic Syndrome Complicated with Digestive Tract Bleeding FU De-cai and YU Chun-yan *Department of Infectious Diseases, Hongqi Hospital Affiliated to Mudanjiang Medical College, Heilongjiang (157011)*

Abstract Objective To observe the therapeutic effect of rhubarb and Sanchi Powder (RSP) in treating patients with hemorrhagic fever in nephrotic syndrome (NS) complicated with digestive tract bleeding. **Methods** Sixty patients clinically diagnosed as hemorrhagic fever in NS complicated with digestive tract bleeding were randomized into 2 groups. Fine ground rhubarb (3g) and SP (2g) were given orally to the patients in the treated group 3-4 times daily. Dicynonum (2g) was given by intravenously dripping to the patients in the control group. **Results** In the treated group, 17 patients were cured, 5 markedly effective and 6 effective, with the markedly effective rate of 70.97% and the total effective rate of 90.32%. The corresponding number in the control group was 10, 3, 6, 44.83% and 65.52%, respectively, significant difference was shown in comparison between the two groups ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The average hemostatic time was (2.32 ± 0.82) h, the platelet count was $(8.84 \pm 1.13) \times 10^9/L$, and the platelet aggregation rate was obviously improved in the treated group, which were significantly different to those in the control group [(4.15 ± 0.69) h, $(6.22 \pm 0.89) \times 10^9/L$, respectively, $P < 0.01$]. **Conclusion** RSP has the action of promoting vasoconstriction, shortening the bleeding time and blood arresting, it can increase the platelet count and improve the platelet aggregation.

Key words rhubarb; sanchi; hemorrhagic fever in nephrotic syndrome; digestive tract bleeding

肾综合征出血热 (hemorrhagic fever with renal syndrome, HFRS) 是由汉坦病毒及其诱发的免疫反应共同引起, 基本病变部位是全身的小血管, 血小板的损伤亦是出血的重要因素, 表现为血小板数目的减少和功能障碍。HFRS 患者腔道出血是在肾功能衰竭致内环境严重紊乱基础上, 加之血小板数量减少和功能障碍, 肝素等代谢物质增加共同诱发和加强了出血的发生。本观察主要应用大黄、三七粉治疗 HFRS 出血症患者, 现报告如下。

资料与方法

1 临床资料 60 例 HFRS 患者, 均为经特异性抗体检测证实为汉坦病毒 (EHFV) IgM 阳性。符合 1987 年卫生部制定的《流行性出血热防治方案》(试行) 诊断标准^[1]。其中治疗组男 23 例, 女性 8 例; 年龄 22~65 岁, 平均 (38.2 ± 0.8) 岁; 病程 2~14 天, 平均 (8.3 ± 0.2) 天; 消化道出血总量 500~2000ml; 合并 DIC 10 例; 平均血小板计数 $(5.65 \pm 1.42) \times 10^9/L$; 血

小板聚集功能: 1min 凝集率 $(8.6 \pm 1.6)\%$, 5min 凝集率 $(16.9 \pm 0.9)\%$, 最大凝集率 $(19.4 \pm 1.5)\%$ 。对照组男 21 例, 女 8 例; 年龄 21~65 岁, 平均 (37.3 ± 1.2) 岁; 病程 3~15 天, 平均 (8.0 ± 0.3) 天; 消化道出血总量 500~2000ml; 合并 DIC 7 例; 平均血小板计数 $(5.21 \pm 1.64) \times 10^9/L$; 血小板聚集功能: 1min 凝集率 $(9.3 \pm 1.2)\%$, 5min 凝集率 $(17.1 \pm 0.8)\%$, 最大凝集率 $(19.2 \pm 1.3)\%$ 。两组患者性别、年龄、出血量、DIC 分布、平均血小板计数、血小板聚集功能比较及消化道出血情况比较, 经 χ^2 检验, 差异均无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法 全部患者均绝对卧床休息, 适当补液, Hb $< 70g/L$ 的患者可输血; 出血期给予无渣流质饮食。如有感染可对症处理。试验组每次予大黄 3g、三七粉 2g, 研细末口服, 每日 3 次, 出血停止后改为每日 2 次; 对照组采用止血敏 (常州康普药业有限公司, 批号 020906) 2.0g, 每日 1 次静脉滴注。两组患者均静脉滴注法莫替丁 (哈药集团三精加滨药业有限公司,

批号 020808)20mg, 每日 1 次。

动态观察患者的生命体征变化及实验室指标: 血小板计数, 大便潜血实验, 出血时间, 血小板聚集功能。

3 统计学方法 采用 χ^2 检验及方差分析。

结 果

1 疗效评定标准 痊愈: 1 周内呕血或黑便停止, 大便潜血试验连续 3 天阴性; 出血伴随症状明显改善; 显效: 1 周内呕血或黑便停止, 连续 3 天大便潜血实验(+); 出血伴随症状改善; 有效: 1 周内出血减少, 大便潜血实验由强阳性转为(++); 出血伴随症状略有改善; 无效: 经治 1 周, 出血不止, 重度出血经治疗 24h 后无好转甚至加重; 出血伴随症状无改善或加重。

2 出血停止判断标准 未再呕血/黑便; 血压稳定(收缩压 > 12kPa, 舒张压 > 8kPa, 脉压差 > 4kPa); 静卧脉搏 < 90 次/min; 肠鸣音 < 5 次/min。

3 两组疗效比较 治疗组痊愈 17 例, 显效 5 例, 有效 6 例, 无效 3 例, 愈显率为 70.97%, 总有效率 90.32%; 对照组痊愈 10 例, 显效 3 例, 有效 6 例, 无效 10 例, 愈显率为 44.83%, 总有效率为 65.52%。经 χ^2 检验, 两组愈显率及总有效率比较, 差异均有显著性 ($\chi^2_{愈显} = 4.21, \chi^2_{总有效} = 5.43, P < 0.05$)。

4 治疗 24h 后两组 DIC 分布情况 治疗组治疗前 10 例, 治疗后 4 例, 对照组治疗前 7 例, 治疗后 10 例, 两组比较, 差异均有显著性 ($P < 0.05$)。

5 两组平均止血时间比较 治疗组平均止血时间为 (2.32 ± 0.82) h, 明显少于对照组 [(4.15 ± 0.69) h], 差异有显著性 ($P < 0.01$)。

6 两组治疗前后血小板计数及血小板聚集功能比较 见表 1。两组治疗后血小板计数及血小板聚集功能均明显优于对照组 ($P < 0.01$)。

表 1 两组患者治疗前后血小板计数及血小板聚集功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别例数时间		血小板凝集率(%)			血小板计数 ($\times 10^9/L$)
		1min	5min	最大	
治疗 31	治前	8.6 $\pm$ 1.6	16.9 $\pm$ 0.9	19.4 $\pm$ 1.5	5.65 $\pm$ 1.42
	治后	17.4 $\pm$ 1.2 *	39.6 $\pm$ 1.8 *	44.3 $\pm$ 1.4 *	8.84 $\pm$ 1.13 *
对照 29	治前	9.3 $\pm$ 1.2	17.1 $\pm$ 0.8	19.2 $\pm$ 1.3	5.21 $\pm$ 1.64
	治后	12.3 $\pm$ 1.2 *	24.1 $\pm$ 1.2 *	28.5 $\pm$ 1.2 *	6.22 $\pm$ 0.89 *

注: 与本组治疗前比较, ^{*} $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, [△] $P < 0.01$

讨 论

肾综合征出血热为自然疫源性疾病, 出血是肾综合征出血热主要症状之一。消化道出血是该病的主要

死亡原因, 一方面是消化道黏膜的弥漫性渗出; 另一方面是由于急性肾功能衰竭, 内环境严重失衡, 应激而导致的消化道溃疡出血, 后者出血量较大。其与一般意义上的消化道溃疡出血不同, 单纯的抑酸、止血难以应对复杂的病变环境。大黄、三七作为常用的中草药, 其具有泻腑、通经、止血、化瘀、降浊等功效。

近年大黄、三七被广泛用于临床止血, 止血不留瘀是两药的共同特点。现代研究认为, 大黄止血的有效成分为蒽醌类衍生物和鞣质, 蒽醌类衍生物能促进血小板生成, 显著增加纤维蛋白原, 缩短凝血时间, 并使毛细血管致密, 改善脆性而起止血作用^[2]; 大黄鞣质分水解型和缩合型, 没食子酸和 α -儿茶素是这两类鞣质的单体^[3], 大黄止血有效部位(水溶醇溶部位)使局部血管收缩及缩短出血时间, 还能抑制胃蛋白酶的活性, 利于胃黏膜屏障的建立而控制出血。没食子酸与 α -儿茶素都能使血小板的聚集性及黏附力增高, 促进了血小板的黏附和聚集功能, 有利于血小板血栓的形成, 并能使抗凝血酶Ⅲ的活力降低而促进血液凝固, 同时没食子酸还能增高 α_2 -MG(α_2 -巨球蛋白)的含量, 降低纤溶活性, 促进血液凝固^[4]。另外, 大黄还有降低血中尿素氮及抑制血管紧张素转换酶的作用^[5], 此作用有利于 HFRS 患者改善毒血症状, 增加脏器血供。三七的止血成分主要是三七素, 实验证明三七和参三七注射液都能使血小板产生伪足、聚集、变形等黏性变形运动, 并使血小板膜破损, 部分溶解及脱颗粒反应, 这些超微结构的改变与凝血酶对血小板作用的超微结构改变相似, 从而推断, 三七能诱导血小板释放花生四烯酸、ADP、血小板因子Ⅲ和钙离子等止血活性物质, 最终表现为促凝作用^[6]。

参 考 文 献

1 流行性出血热防治方案(试行). 中华传染病杂志 1988; 6(3):188—192.

The preventive projects of epidemic hemorrhagic fever (trial). Chin J Infect Dis 1988; 6(3):188—192.

2 陈 丝, 林 平. 小剂量生大黄粉治疗消化道出血的研究. 医药导报 1997; 16:280.

Chen S, Lin P. Research of small dose of raw rhubarb powder used to trent digestive hemorrhage. Herald Med 1997; 16:280.

3 汪文君. 大黄药理机制研究. 中药通报 1986; 11:3.

Wang WJ. Research of pharmacological mechanism of rhubarb. Tradit Chin Med Mag 1986; 11:3.

4 杜上鉴. 中药大黄止血机制研究. 中成药 1983; 29.

Du SJ. Research of hemostasis mechanism of rhubarb. Chin Tradit Patent Med 1983; 29.

5 寇壬花. 大黄治疗心血管疾病的药理学研究浅识. 中医药学刊 2003;21(10):1692.

Guan RH. Knowledge of pharmacological study on rhubarb in treating cardiovascular disease. Chin Arch Chin Med 2003;21(10):1692.

6 郑虎占,董泽宏,余靖主编. 中药现代研究与应用. 北京:学苑出版社,1997:224—383,419—439.

Zheng HZ,Dong ZH,She J,editors. Modern research and application of traditional Chinese medicine (Vol 15). Beijing: Academy Press,1997:224—383,419—439.

(收稿:2004-09-01 修回:2005-06-02)

通腑逐瘀法对肝硬化患者血浆内毒素及 TNF-α 的影响

张友祥

2003 年 8 月—2004 年 12 月,笔者根据中医学理论,观察通腑逐瘀法对肝硬化患者血浆内毒素及 TNF-α 的影响。现将结果报道如下。

资料与方法

1 临床资料 共收集我院住院肝硬化患者 92 例,诊断参照 2000 中华医学会(西安)会议修订的《病毒性肝炎防治方案》中有关肝硬化诊断标准[中华传染病杂志 2001;19(1):56]且血浆内毒素≥10μg/ml。对伴有上消化道出血、反复感染、合并肝癌、严重肝性脑病及有其他重要器官衰竭、使用抗生素、杜秘克及其类似药物治疗者则予以剔除。所有患者采用随机数字表分成两组。治疗组 48 例中,男 28 例,女 20 例;平均年龄(43.4±19.3)岁;平均病程(16.6±9.4)年;入院时伴肝性脑病 I 度者 32 例,II 度者 16 例;伴酒精性肝硬化患者 2 例,乙肝后肝硬化患者 46 例。对照组 44 例中,男 27 例,女 17 例;平均年龄(47.9±15.8)岁;平均病程(20.3±11.7)年;入院时伴肝性脑病 I 度者 31 例,II 度者 13 例;乙肝后肝硬化患者 44 例。两组间性别、年龄、病程差异无显著性,有可比性。

2 治疗方法 在常规保肝降酶退黄基础上(还原性谷胱甘肽 1.2g,静脉滴注,每天 1 次,甘利欣 150mg,静脉滴注,每天 1 次)治疗组加用以下中药:大黄 10g(后下) 丹参 15g 穿心莲 15g,水煎,分早、中、晚 3 次温服,每天 1 剂。对照组加用培非康胶囊(上海信谊药业有限公司生产,每粒 210mg)2 粒,每天 3 次,以保持大便 2~3 次为度,疗程均为 30 天。所有病例治疗前及治疗后每隔 1 周测定血浆内毒素定量(偶氮试剂法)和 TNF-α 水平(酶联免疫吸附法),所有标本均由我院检验科专人

检测。

3 统计学方法 所有数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,应用 SPSS 10.0 统计软件进行 *t* 检验。

结果

两组患者治疗后血浆内毒素及 TNF-α 较治疗前水平均有明显下降,且治疗组优于对照组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者治疗前后血浆内毒素及 TNF-α 的变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	内毒素(μg/ml)	TNF-α(μg/ml)
对照	44	治疗前	13.12±3.44	34.17±9.44
		治疗后	9.22±2.18*	33.24±9.08*
治疗	48	治疗前	15.36±3.01	39.23±11.33
		治疗后	6.12±1.87*△	17.59±5.24*△

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P < 0.05$

讨论

近年研究表明,某些通腑泻下、活血化瘀中药有较好的抗内毒素效应,通腑既可促进肠道蠕动,加速毒素排泄;逐瘀又可改善肠道瘀血水肿。因此我们以通腑逐瘀法(由生大黄、丹参、穿心莲组成)用于防治肠源性内毒素血症。其中大黄有较强的泻下通便、荡涤胃肠积滞及活血祛瘀作用。丹参有效成分为丹参酮,能降低肠源性内毒素血症的 TNF-α 水平,穿心莲能清热解毒、燥湿消肿,其有效成分为穿心莲内酯,对 G 杆菌有一定的抑制作用,还能增强人体白细胞对细菌的吞噬。

本结果表明,通腑逐瘀法在降低肝硬化患者肠源性内毒素及 TNF-α 方面疗效优于微生态制剂培非康胶囊,提示该法有一定的降低血浆内毒素及 TNF-α 水平的作用。

(收稿:2005-01-26 修回:2005-06-01)

作者单位:上海市公共卫生中心中西医结合科(上海 201508)
Tel:021-37990333,E-mail:zhangyx515@163.com