

4 讨论

小儿反复呼吸道感染是指 1 年内上呼吸道感染或下呼吸道感染次数频繁,超过一定范围的呼吸道感染。其形成因素较为复杂,多为先天性因素或机体免疫功能低下,或微量元素和维生素缺乏,或喂养失当,以及遗传、护理、居住环境等多种因素综合作用的结果^[5]。

中医认为,小儿脏腑娇嫩,形气未充,脾胃功能虚弱,如喂养不当,极易损伤脾胃,运化失常,难以化生水谷精微滋养五脏六腑、固护肌表,抵抗病邪,故气候稍变,肺先受之,而发生反复呼吸道感染。有研究认为,脾胃功能正常与否会直接影响气道黏膜的免疫水平^[6]。因此,对小儿反复呼吸道感染患儿尤要注意保护脾胃功能,脾胃为后天之本,气血生化之源,脾胃运化健全,既有利于祛邪助康复;又有益于防复感,所谓“正气存内,邪不可干”。

自拟方中以黄芪补气升阳、益卫固表,“主……补虚,小儿百病”(《本经》);党参补中益气、健脾养肺,“力能补脾养胃,润肺生津,健运中气,本与人参不甚相远。尤其可贵者,则健脾运而不燥,滋胃阴而不湿,润肺而不犯寒凉,养血而不偏滋腻,鼓舞清阳,振动中气,而无刚燥之弊。”(《本草正义》);白术补脾益气固表、燥湿利水逐痰饮;石斛养阴清热、益胃,“主伤中,除痹,下气,补五脏虚劳羸瘦,强阴,久服厚肠胃。”(《本经》);茯苓健脾补中、利水渗湿;木瓜健脾化湿、消食和胃;山楂消食化积健胃;陈皮行气健脾、化痰降逆;甘草益气补中、祛痰止咳、调和诸药。感风寒者复加炙麻黄、防风、杏仁、姜半夏以散寒温肺化痰;感风热者复加桑叶、野菊花、连翘、芦根、南沙参以疏散风热、清肺化痰。如此,气充表固、脾胃健和、痰化积消,运化有常、正气内盛,邪自不复感。本文结果显示,观察组患儿总有效率为 90.0%,对照组总有效率为 63.3%,观察组患儿治疗的总有效率显著高于对照组($P < 0.05$);血清免疫蛋白 Ig G、Ig A 及 Ig M 水平治疗后明显提高;说明中西医结合治疗小儿反复呼吸道感染的疗效显著优于常规西医治疗,且可提高非特异性免疫功能。

参考文献

[1] 李雪梅,任继欣,王旭东,等.中西医结合治疗小儿反复呼吸道感染疗效观察[J].陕西中医,2013,34(4):393-394.

[2] 王辉,赵占景,陈银山,等.中西医结合治疗小儿反复呼吸道感染 60 例临床观察[J].河北中医,2013,35(1):75-76.

[3] 吴文先,程艳波.中西医结合治疗小儿反复呼吸道感染的预后分析[J].中国实用医药,2012,7(12):187-188.

[4] 中华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会.反复呼吸道感染的临床概念和处理原则[J].中华儿科杂志,2008,46(2):108-110.

[5] 朱南方,李小苹,李小蓉.小儿反复呼吸道感染发病机制的研究概况[J].中医药信息,2002,19(3):15-18.

[6] 张新富.中西医结合治疗小儿反复呼吸道感染有效性及安全性分析[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(20):4005-4005,4008.

(修回日期:2019-02-23)

通讯作者:胡丙成,E-mail:dr-h@163.com

督灸治疗阳虚血瘀型 子宫肌瘤的临床观察

蔡绍杰

(黑龙江省中医药科学院 2016 级硕士研究生·黑龙江 哈尔滨 150036)

胡丙成,白妍,苏云海,王梅

(黑龙江省中医药科学院·黑龙江 哈尔滨 150036)

子宫肌瘤是女性生殖器官常见的良性肿瘤,育龄妇女的发病率约为 20.0%~25%^[1],40~50 岁女性的发病率最高,极少数的子宫肌瘤恶变成肉瘤,约占子宫肌瘤的 0.5%^[2]。子宫肌瘤的确切病因尚未明了,其发病机制可能与遗传易感性、性激素水平和干细胞功能失调有关。高危因素为年龄 > 40 岁、初潮年龄小、未生育、晚育、肥胖、多囊卵巢综合征、激素补充治疗、黑色人种及子宫肌瘤家族史等,这些因素均与子宫肌瘤的发病风险增加密切相关^[3]。米非司酮是西医治疗子宫肌瘤的常用药物,该药可以改善患者贫血状况和缩小肌瘤体积,但是应用米非司酮期间患者可能会出现停经及潮热出汗、头痛、头晕、恶心、呕吐、乏力、乳房胀等不适症状,可能会导致患者子宫内膜的增生,部分患者可出现轻度抗糖皮质激素效应伴随血清皮质醇的波动。目前尚未见督灸治疗子宫肌瘤的临床报道。导师胡丙成教授善用督灸调理诸多证属阳虚型疾病,现对督灸治疗阳虚血瘀型子宫肌瘤患者进的病例进行整理,总结报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2017 年 6 月—2018 年 8 月黑龙江省中医药科学院南岗分院针灸三科门诊及病房收治的子宫肌瘤患者 60 例,均经妇科双合诊检查及 B 超检查确诊。将 60 例患者按随机数字表法随机分成 2 组。观察组(督灸治疗组)30 例,年龄最小 26 岁,最大 48 岁,中位年龄 32.4 岁;病程 3~34 个月,中位病程 28.6 个月。对照组(西药米非司酮组)30 例;年龄最小 23 岁,最大 46 岁,中位年龄 34.6 岁;病程 4~36 个月,中位病程 28.3 个月。经统计学处理两组患者一般资料具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《妇产科学》^[1]关于子宫肌瘤的诊断标准。妇科检查:子宫增大,表面不规则单个或多个结节状突起。腹部常规 B 超检查:子宫增大,轮廓变形,可探及单个或多个中强回声光团,包膜尚清晰;月经正常或有改变,如经期延长、经期量多、周期缩短。中医诊断标准参照张玉珍主编《中医妇科学》^[4]辨证为阳虚血瘀型。

1.3 纳入标准 1) 年龄 23~48 岁;2) 病程 3~36 个月;3) 接受治疗前 3 个月均无激素类药物治疗史;4) 肝肾功能检查正常;5) 经妇科检查和彩色多普勒超声证实的子宫肌瘤患者;6) 有明显的月经流量增加、经期延长、贫血、下腹痛或压

迫症状;7) 肌瘤直径小于 5 cm 者;8) 中医辨证为阳虚血瘀型。

1.4 排除标准 1) 妇科 B 超或 CT 或妇科检查不能确定肿瘤性质或被诊断为其他妇科肿瘤;2) 心、肝、肾和造血系统严重原发性疾病患者;3) 妊娠或哺乳期妇女;4) 前 3 个月使用过性激素类药物者;5) 精神疾病患者;6) 对督灸材料过敏者;7) 有米非司酮禁忌证;8) 符合手术指征的患者。

2 方法

2.1 治疗方法

观察组患者在月经结束后的第 1 天接受督灸治疗。裸背俯卧于治疗床上,大椎穴至腰俞穴的督脉端,医者用拇指指甲沿脊柱(督脉)凸处按压“+”字痕迹;75%酒精棉球自上而下沿脊柱常规消毒 3 遍;沿脊柱凸部“+”字痕迹涂抹姜汁并均匀撒督灸粉(由肉桂 10 g、丁香 10 g、附子 6 g、桂枝 10 g、干姜 10 g、鸡血藤 15 g、牛膝 10 g 等组成,粉碎过 100 目筛),使之呈线条状;将桑皮纸敷盖在督灸粉上,姜泥铺在桑皮纸中央,压实,泥底宽 5 cm、高 2 cm、顶宽 4 cm,在姜泥上置三棱锥形艾炷或均匀铺敷艾绒,点燃艾炷或艾绒的上、中、下 3 处;烧透第一炷换第二炷,点燃上、中、下及四分之一处;燃毕换第三炷,点法同第一炷,任其自然自灭;灸完 3 壮后取下姜泥,用毛巾轻轻擦净灸后淤泥及艾灰。每次治疗 40 ~ 60 min,每周治疗 2 次。对照组患者于月经来潮第 1 ~ 2 天开始,每晚睡前服用米非司酮(北京紫竹药业有限公司;批准文号:H20010633) 10 mg。两组均连续治疗 3 个月。在治疗期间嘱患者宜饮食清淡,禁止性生活。

2.2 疗效标准

痊愈:临床症状及体征均消失,B 超及妇科检查肌瘤完全消失;显效:临床症状及体征均消失,肌瘤体积缩小 1/2;有效:临床症状及体征好转,但瘤体缩小不足 1/3;无效:临床症状及体征无改善,肌瘤体积无变化或继续增大^[5]。

2.3 观察指标

1) 子宫及肌瘤体积测定: B 超测定子宫、瘤体三维经线半径 a、b、c,用公式 $V = 4a \cdot b \cdot c/3$ 计算体积^[6],对多发性肌瘤计算最大肌瘤体积代表结果。2) 血清性激素水平测定: 治疗前后于月经周期第 5 ~ 7 天抽取晨起空腹静脉血,使用放射免疫分析方法(RIA 试剂盒:武汉赛培生物科技有限公司)测定两组患者的卵泡雌激素(FSH)、黄体生成素(LH)、雌激素(E_2)、孕酮(P)水平。3) 安全性观察: 观察两组患者在接受治疗的过程中是否出现不良反应,并检测患者肝肾功能。4) 随访: 停止治疗 3 个月后,对两组患者随访。

2.4 统计学方法

所有数据采用 SPSS22.0 软件进行统计学分析,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,比较用 t 检验,方差不齐时采用 t 检验或 Wilcoxon 秩和检验;等级资料用秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验。所有的假设检验均采用双侧检验,以 $P \leq 0.05$ 为有统计学意义。

3 结果

3.1 2 组子宫肌瘤患者临床疗效比较 观察组疗效优于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

3.2 2 组子宫肌瘤患者治疗前后子宫体积及子宫肌瘤体积的变化 两组患者治疗后子宫及子宫肌瘤体积均较前缩小,观察组子宫体积和最大肌瘤体积变化优于对照组,差异具有显著性($P < 0.01$),见表 2。

表 1 2 组患者临床疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	30	1	18	2	9	70.0
观察组	30	3	23	1	3	90.0 [#]

注:与对照组比较 $\#P < 0.05$

表 2 2 组子宫肌瘤患者治疗前后子宫体积及子宫肌瘤体积的比较($\bar{x} \pm s, \mu\text{m}^3$)

组别	例数	子宫体积		最大肌瘤体积	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	308.22 ± 23.42	270.18 ± 18.62 [*]	90.25 ± 4.86	65.78 ± 14.58 [*]
观察组	30	306.18 ± 29.26	218.62 ± 18.83 ^{**#}	92.31 ± 11.21	51.18 ± 10.82 ^{**#}

注:与本组治疗前比较 $*P < 0.05, **P < 0.01$;与对照组治疗后比较 $\#P < 0.05, \##P < 0.01$

3.3 2 组子宫肌瘤患者治疗前后血清性激素水平变化比较 见表 3。

表 3 2 组子宫肌瘤患者治疗前后血清性激素水平的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FSH(U/L)	LH(U/L)	E_2 (pmol/L)	P(nmol/L)
对照组 (30 例)	治疗前	25.19 ± 2.17	18.92 ± 3.62	23.33 ± 3.47	32.18 ± 2.81
	治疗后	20.64 ± 4.58 [*]	17.82 ± 6.48	20.84 ± 5.13 [*]	28.13 ± 2.32 [*]
观察组 (30 例)	治疗前	23.18 ± 3.24	19.89 ± 3.16	23.27 ± 2.31	31.35 ± 3.39
	治疗后	17.01 ± 2.12 [#]	16.07 ± 2.23 [#]	18.05 ± 1.59 [#]	23.38 ± 1.96 [#]

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

3.4 2 组子宫肌瘤患者治疗期间安全性观察 对照组 30 例患者中出现轻微头晕 2 例,恶心 4 例,腹痛 2 例,闭经 1 例;治疗期间肝、肾功能检查均正常。观察组 30 例患者中,未见不良反应,治疗期间肝、肾功能检查均正常。

3.5 2 组子宫肌瘤患者 3 个月随访情况 停止治疗 3 个月,对两组患者进行随访,B 超复查。观察组失访 1 例,28 例患者临床症状消失,25 例患者停止治疗后 20 ~ 40 d 恢复月经,有 3 例患者肌瘤体积增大至治疗前体积。对照组失访 3 例,10 例临床症状消失,12 例患者停止治疗后 20 ~ 40 d 恢复月经,2 例出现月经过多,子宫肌瘤均有不同程度增大。

4 讨论

子宫肌瘤属于中医“积聚”“癥瘕”范畴,多由患者素体肾之阴阳失调,复因经产不慎,外感六淫之邪,邪气与瘀血相搏结,血脉凝涩不行;或妇人郁怒忧思,情志不遂,气机郁结不畅,气聚血凝,积而成癥瘕积聚;属虚实夹杂之证,病程缠绵难愈。研究显示血瘀证型占子宫肌瘤患者中医证候的 82%^[7],活血化瘀药物为临床常用治疗药物。岑康远^[8]对岭南地区子宫肌瘤患者进行体质调查结果显示以阳虚质居多,占 25.37%;其他地区虽未见有关方面调查,考虑气候因素可能阳虚型患者占比或更高。阴阳失衡,阳消阴长,阳虚则温煦气化失常,水液则停滞成痰浊,血液则停滞成瘀血,瘀血痰浊蕴结日久则成癥化积而为癥瘕。有学者认为子宫肌瘤为阳虚阴盛所致,阳虚阴瘀为其病机本质^[9]。因此治疗

不可一味活血化瘀,当扶阳助阳,使阳长阴消,以达化瘤之目的。

督脉为奇经八脉之一,督领一身之阳气,阳气为生命活动的原动力,阴阳互根互生,此消彼长,“阳化气,阴成形”;艾灸督脉可以沟通阴阳,协调诸经,通过温阳化气以消聚集之阴邪,达到消癥散结之效,使机体恢复至阴平阳秘状态。有研究显示督灸对于阳虚、血瘀体质具有良好的干预效果^[10-11]。督灸粉中肉桂、丁香、附子、桂枝、干姜均乃温热之品,可行气血、通经脉、化瘀滞;鸡血藤、牛膝活血化瘀、调经止痛;诸药共奏温阳通经、散瘀消癥之效。众药相合,增强督灸之温阳活血散瘀之功;衬隔物姜泥为督灸介质,辛温发散,更助其温通之力。遵“外治之法即内治之法”的原则,将经脉、腧穴、艾灸、药物熔于一体,使得上述药物在艾灸温热之力作用下,通过皮肤直接吸收,避免长期口服用药对患者胃肠刺激和患者对针刺的恐惧心理。数者相合,使药借灸势,灸助药力,相互为用,使各因素的作用得以充分发挥,以增其效。

本文临床应用结果显示,督灸组临床疗效明显优于米非司酮对照组,尤以远期疗效显著;B超检查提示子宫和肌瘤体积均明显缩小,血清性激素水平明显下降,与治疗前及对照组治疗后比较,差异均具有统计学意义($P < 0.05$),且未见不良反应发生。提示督灸治疗阳虚血瘀型子宫肌瘤患者疗效确切肯定,对性激素紊乱具有调节作用,且安全无毒副作用,患者乐于接受;宜于进一步推广应用。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社:2000:325.

[2] 马丽,谢淑武,朱焰,等. 子宫肌瘤相关研究进展[J]. 生殖与避孕 2007 27(10):679-683 687.

[3] 子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组. 子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志,2017,52(12):793.

[4] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京:人民卫生出版社:2007:234.

[5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:230.

[6] 曾春英,顾美黄宏英. 促性腺激素释放激素激动剂与米非司酮治疗子宫肌瘤的临床对照研究[J]. 中华妇产科杂志,1998,33(8):490-492.

[7] 司富春,李山霞. 近 30 年临床 UM 中医证型和用药规律分析[J]. 世界中西医结合杂志 2009 4(1):45.

[8] 岑康远. 岭南地区子宫肌瘤中医体质与证候的相关性研究[D]. 广州:广州中医药大学,2014.

[9] 李晓平,夏桂成. 夏桂成治疗子宫肌瘤的新理论新思路[J]. 江苏中医药 2011 43(5):12-13.

[10] 黄辉. 督灸对血瘀体质干预作用的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2012.

[11] 李小亚,韦丹. 督脉灸调理阳虚体质临床心得[J]. 中医外治杂志 2017 26(6):61-62.

(修回日期:2018-02-15)

基金项目:浙江省中医药科研基金计划(2015ZB068)

肺金生方对慢性阻塞性肺疾病患者临床参数及血清 hs-CRP、ALB 指标的影响

徐艳虹

(杭州市上城区望江街道社区卫生服务中心·浙江 杭州 310002)

陈滨海

(浙江省新华医院肿瘤科·浙江 杭州 310005)

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以上皮增生、气道黏膜肥厚、临床表现部分可逆的气流阻塞为主要病理特征的慢性肺病。其主要病因为吸烟^[1],其次为空气污染和呼吸道感染。临床上由于 COPD 患者经常自发持续恶化或不可避免的反复感染,导致该病死亡率居高不下^[2]。流行病学调查显示至 2020 年 COPD 将位居世界疾病经济负担的第 5 位。在我国,COPD 患病率占 40 岁以上人群的 8.2%^[3];因此寻找合理的救治措施尤为重要。中医药治疗具有一定的优势,取得了较好疗效^[4]。本文观察了肺金生方对 COPD 患者临床参数及血清超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)、血清白蛋白(ALB)指标的影响,以评价该方对 COPD 患者的治疗作用,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2016 年 1 月—2018 年 1 月于本院确诊并进行治疗的 COPD 患者共 80 例。依照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 40 例。2 组患者基线资料均均衡可比。见表 1。

表 1 2 组患者一般资料

组别	例数	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	性别(例) (男/女)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 月)
对照组	40	66.12 ± 3.56	26/14	18.32 ± 4.89
观察组	40	67.38 ± 4.78	29/11	17.45 ± 5.01

1.2 诊断标准 依据中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组颁布的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)》^[5] 诊断标准。

1.3 纳入标准 1)符合 COPD 诊断标准;2)年龄 60~85 岁;3)患者临床表现为慢性进行性呼吸困难、咳嗽、咳痰、气流受限、胸闷、喘息等;4)FEV1/FVC 大于 50%者;5)无严重心、脑、血液系统、消化系统疾病且肝功能正常者;6)无过敏感性疾病者;7)签署知情同意书者。

1.4 排除标准 1)活动性肺结核、肺癌、支气管扩张、尘肺及其他限制性通气功能障碍患者;2)其他严重的各系统疾病、代谢疾病及肿瘤患者;3)不愿意配合和完全不能交流的患者。

2 方法

2.1 治疗方法 对照组给予常规治疗(包括吸氧、抗感染、