

金黄膏外敷与硫酸镁湿敷治疗静脉炎 Meta 分析

沈月华, 李晓华, 曹岐新

浙江中医药大学附属湖州中医院, 浙江 湖州 313000

[关键词] 静脉炎; 金黄膏; 硫酸镁; Meta 分析

[中图分类号] R543.6 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 04-0218-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.086

静脉炎是静脉输液过程中最常见的并发症, 静脉炎的发生是由于长期输注高浓度、刺激性较强的药液, 或静脉留置针留置时间过长, 引起局部静脉壁发生化学性反应; 也可因输液过程中未严格执行无菌操作, 导致局部静脉感染^[1]。静脉炎表现为沿静脉走向出现局部组织的红肿热痛, 静脉血管变硬呈条索状, 有时伴发热等全身症状。目前临床上治疗的方法很多, 如硫酸镁湿敷、金黄膏外敷等, 都取得了良好的疗效, 但对其的系统评价未见报道。笔者检索金黄膏和硫酸镁治疗静脉炎的已发表的文献, 比较金黄膏外敷与硫酸镁湿敷治疗静脉炎的效果, 并对其进行质量评价及 Meta 分析, 以更好地指导临床。

1 资料与方法

1.1 资料来源 中文检索词为: 金黄膏; 硫酸镁; 静脉炎。检索中国知网数据库、维普全文数据库、万方数据库中建库至今已发表的相关文献, 各个数据库交叉检索, 以免遗漏。

1.2 入选研究文献的筛选

1.2.1 纳入标准 ①金黄膏外敷或硫酸镁湿敷治疗静脉炎已发表的临床研究文献; ②随机对照研究, 治疗组以金黄膏外敷, 对照组以硫酸镁湿敷; ③研究文献有相应的诊断标准和疗效标准。

1.2.2 排除标准 ①动物实验、综述文献、个案报道、经验报道; ②未进行随机分组的试验; ③有 2 个或 2 个以上对照组。符合以上任意一项均予以排除。

1.3 资料提取和文献的质量评价 所有资料由 2 名评价员独立提取, 意见不一致时通过讨论解决, 或向相关专家咨询解决。采用 Jadad 评分量表进行评价, 最终筛选出的文献纳入本项研究进入 Meta 分析。得分 ≥ 3 分为较高质量的文献, 得分 < 3 分为低质量的文献, 只纳入 Jadad 评分 ≥ 1 分的文献进行严格的质量评价。

1.4 统计学方法 采用 RevMan 5.2 软件分析数据。统计学异质性采用 Q 统计量的 I^2 检验来分析, 双侧 $I^2 \leq 50\%$ 认为各研究间不存在明显的统计学异质性, 采用固定效应模型合并分析; 如果 $I^2 > 50\%$, 认为各研究间存在异质性, 分析其异质性的来源, 如果异质性来源于统计学, 此时采用随机效应模型合并分析。并计算合并分析的相对危险度 OR 和 95% CI。

2 结果

2.1 文献检索结果 经过检索, 严格依据纳入和排除标准进行文献筛选, 进一步仔细阅读摘要及全文最终 12 篇文献纳入研究。

2.2 纳入研究文献的基本特征和质量评价 最终纳入 12 篇文献的基本特征(见表 1)。合计 1 047 例患者, 其中试验组 526 例, 对照组 521 例。采用 Jadad 的 3 项 5 分制质量评价量表, 文献质量评价结果: 11 篇文献为 1 分; 1 篇为 2 分文献。

2.3 总有效率的 Meta 分析 将 12 篇文献研究总体异质性检验 $I^2=67\%$, 采用随机效应模型, Meta 分析结果显示, 合并效应量 OR 值为 8.03, 95% CI

[收稿日期] 2013-11-28

[作者简介] 沈月华 (1977-), 女, 主管护师, 主要从事护理临床工作以及循证医学工作。

表 1 纳入研究文献的基本特征

第一作者	发表时间	试验组 干预	对照组 干预	研究人数		有效例数		结局指标
				试验组	对照组	试验组	对照组	
刘永梅 ^[2]	2010	金黄膏	硫酸镁	30	30	30	26	临床疗效
周红 ^[3]	2007	金黄膏	硫酸镁	40	40	38	27	临床疗效
张密香 ^[4]	2013	金黄膏	硫酸镁	80	80	80	65	临床疗效
张金花 ^[5]	2010	金黄膏	硫酸镁	25	25	24	18	临床疗效
李治 ^[6]	2011	金黄膏	硫酸镁	30	30	29	22	临床疗效
王世华 ^[7]	2007	金黄膏	硫酸镁	34	34	31	18	临床疗效
王建萍 ^[8]	2012	金黄膏	硫酸镁	34	28	34	27	临床疗效
路玲 ^[9]	2011	金黄膏	硫酸镁	82	82	54	57	临床疗效
邵晨东 ^[10]	2011	金黄膏	硫酸镁	30	30	29	22	临床疗效
郑秋红 ^[11]	2009	金黄膏	硫酸镁	30	30	30	18	临床疗效
钟小玲 ^[12]	2011	金黄膏	硫酸镁	81	80	81	76	临床疗效
马会敏 ^[13]	2008	金黄膏	硫酸镁	30	32	29	23	临床疗效

(3.04~21.20)。金黄膏外敷治疗静脉炎试验组的总有效率优于对照组，差异有非常显著性意义[总体效应检验 $Z=4.21$, $P < 0.0001$](见图 1)。

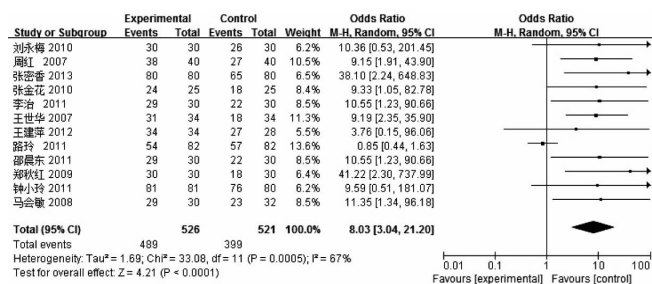


图 1 金黄膏外敷与硫酸镁湿敷治疗静脉炎总有效率的森林图

3 讨论

静脉炎的发生不仅增加了患者的痛苦，也同时增加了护理人员静脉穿刺的难度，有时甚至容易引发医患之间矛盾。静脉炎在预防与护理中，首先，应严格执行无菌技术，输注前严格消毒皮肤，预防感染。其次，合理使用静脉，穿刺前仔细选择血管极为重要^[14]。对已经发生静脉炎的患者，须选用合适的药物对其进行治疗，以减轻患者的疼痛以及不适，提高患者对战胜疾病的信心和生活质量。

金黄膏出自《医宗金鉴》，由大黄、黄柏、姜黄、白芷、天南星、陈皮、苍术、厚朴、天花粉、甘草 10 味中药组成，该方中大黄、黄柏、天花粉清热解毒；白芷活血止痛；陈皮、苍术、厚朴行气化湿，与大黄、黄柏燥湿配伍，可增强祛湿之功效；姜黄行气活血；天南星散结消肿止痛；甘草调和诸药。金黄膏

具有清热解毒、消肿止痛、行气活血、化湿祛痰之功效。它能促进局部血液循环，减轻静脉血管内皮损伤，这是金黄膏治疗静脉炎的基础。

在文献检索时，发现大量本次研究文献无统一的疗效标准，多采用自拟评分指标，故本研究以总有效率作为评价指标进行 Meta 分析。本研究发现金黄膏治疗静脉炎的试验组总有效率明显高于硫酸镁治疗静脉炎的对照组，具有良好的临床疗效；同时中药的局部外敷应用也会存在一定的药物副反应，但本研究中入选的 12 篇文献中没有 1 篇对其进行安全性评价，这是本研究的局限所在。其次，本研究还存在以下不足：文献方法学质量较低，纳入研究文献均提及随机分组，但未具体说明如何随机分组和随机方案的隐藏，均未提及盲法的使用，对于样本失访与剔除情况和是否使用意向性处理分析也未提及；纳入研究仅限于中文文献，可能导致语言偏倚；文献中的样本量低小；这些都在一定程度上降低了结论的可靠性。因此，这一结论需要更多大样本、多中心、双盲、随机对照的高质量临床研究来验证。

[参考文献]

- [1] 曹洁, 谢培杰. 应用多磺酸粘多糖乳膏防治静脉炎的护理进展[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(8): 988- 990.
- [2] 刘永梅. 金黄膏外敷治疗静脉炎 30 例[J]. 中国中医急诊, 2010, 19(8): 1424- 1425.
- [3] 周红, 祝继荣. 金黄膏外敷治疗化疗性静脉炎的疗效观察[J]. 公共卫生与预防医学, 2007, 18(4): 54.

- [4] 张密香. 金黄膏外敷治疗留置针所致静脉炎疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2013, 42(2): 165- 166.
- [5] 张金花, 张合惠, 陈华秀. 金黄膏外敷治疗静脉炎临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2010, 32(9): 32- 33.
- [6] 李治, 艾明瑞, 左洪荣. 金黄膏外敷治疗化疗性静脉炎的临床观察[J]. 光明中医, 2013, 28(3): 485- 486.
- [7] 王世华. 应用金黄膏外敷治疗留置针所致静脉炎的疗效观察[J]. 四川中医, 2007, 25(5): 65- 66.
- [8] 王建萍, 田建萍, 洪玉芬. 金黄膏预防及治疗静脉炎的护理体会[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(10): 2055- 2056.
- [9] 路玲. 金黄膏外敷治疗化疗性静脉炎的疗效观察[J]. 中国社区医师: 医学版, 2011, 13(14): 155- 156.
- [10] 邵晨东. 金黄膏外敷治疗化疗性静脉炎 30 例[J]. 陕西中医学院学报, 2011, 34(1): 49- 50.
- [11] 郑秋红, 张航. 金黄膏外敷治疗前列地尔注射液致静脉炎的效果观察[J]. 中国中医急症, 2009, 18(3): 496.
- [12] 钟小玲, 梁惠霞, 楚伟英, 等. 金黄膏外敷治疗静脉炎护理研究及效果评价[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(7): 219- 220.
- [13] 马会敏, 贾喜花. 金黄膏外敷治疗化疗性静脉炎的护理观察[J]. 河北中医, 2008, 30(10): 1101- 1102.
- [14] 杜彦丽, 刘晶, 蒋菁梅, 等. 化疗药物性静脉炎的预防与护理[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(26): 3152- 3153.

(责任编辑: 马力)

针刺结合康复训练对卒中后吞咽障碍影响的临床研究进展

金敏娟

金华市中医医院针推康复科, 浙江 金华 321017

[关键词] 脑卒中; 吞咽障碍; 针刺; 康复训练

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 0256- 7415 (2014) 04- 0220- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.087

脑卒中是一种突然起病的脑血液循环障碍性疾病, 患者常伴有严重的双侧皮层或皮质延髓束的上运动神经元损伤, 引发不同程度的吞咽障碍、构音障碍和伸舌不能等临床症状^[1]。针刺结合康复训练对于卒中后伴吞咽障碍有着很好的疗效, 为此, 笔者对相关文献进行了总结, 旨在加强对卒中后伴吞咽障碍患者的救治, 最大限度地促进患者吞咽功能的恢复。

1 卒中后吞咽障碍的病理特征与发病原因

卒中后吞咽障碍是一个典型的疑难杂症, 归属于中医学中风、暗痲、喉痹的范畴, 是由咽喉开闭失调所致。本病的病根在脑, 病症在咽喉, 病机是气虚、风、火、痰、瘀引发的脏腑功能紊乱, 患者气血逆

乱、痰瘀互结、痹阻脉络、瘀血阻滞, 导致神志不清, 无法自主吞咽^[2]。吞咽功能是多个水平和层次互相配合的复杂生理活动, 任何一个水平或层次的损伤都有可能破坏整个调节网络, 引发吞咽困难^[3]。

2 针刺治疗

针刺对于卒中后吞咽障碍的治疗效果已经在临床上得到了明确的验证, 但此前学界缺乏一个广泛认可的标准化治疗方案, 疗效评价的标准也各有差异。随着《中风假性球麻痹针灸临床实践指南》于 2011 年的制定, 针灸治疗卒中后吞咽障碍的方案才逐步走向正规。目前针灸治疗的针法很多, 主要有: ①任督通调针法, ②解语利窍针法, ③冲脉理论针法, ④醒神

[收稿日期] 2013-11-21

[作者简介] 金敏娟 (1971-), 女, 主治医师, 研究方向: 颈肩腰腿痛及中风康复。