

重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组97.8%，对照组82.6%，2组比较，差异有显著性意义( $P < 0.05$ )，观察组治疗效果明显高于对照组。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

| 组别  | n  | 显效       | 有效       | 无效      | 总有效                   |
|-----|----|----------|----------|---------|-----------------------|
| 观察组 | 46 | 32(69.6) | 13(28.3) | 1(2.2)  | 45(97.8) <sup>①</sup> |
| 对照组 | 46 | 21(45.7) | 17(37.0) | 8(17.4) | 38(82.6)              |

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后生存质量量表评分比较 见表2。2组治疗后生存质量量表评分均有改善，与治疗前比较，差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )；治疗后2组评分比较，差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组治疗前后生存质量量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

| 组别  | n  | 治疗前          | 治疗后                        |
|-----|----|--------------|----------------------------|
| 观察组 | 46 | 46.35 ± 2.12 | 94.36 ± 5.24 <sup>①②</sup> |
| 对照组 | 46 | 46.37 ± 2.15 | 76.45 ± 4.68 <sup>①</sup>  |

与本组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，

② $P < 0.05$

## 5 讨论

高血压性脑出血是高血压比较严重的并发症之一，其发生人群主要集中于中老年人群，其中男性的发生率略高于女性<sup>[5]</sup>。高血压性脑出血一般发生于患者活动时或者情绪激动时、用力排便时，该病起病较急，常常在短时间内其病情就可以发展到高峰，其临床表现因患者的出血部位、出血量的不同而不同，但主要为剧烈的头痛、恶心、呕吐等，病情比较严重的患者可能出现呼吸衰竭，脉搏减慢，血压升高等症状<sup>[6]</sup>。

中医学认为，本病发病机制是由于肝阳亢盛，风动化火，血溢成瘀而成。因此治疗原则以活血化瘀，行气活血为主。天麻钩藤饮中方中天麻性温，治疗头晕目眩、肢体麻木，有助阳气，通血脉的作用；栀子能够凉血解毒，清利湿热，具有降压的作用；夏枯草苦寒主入肝经，能够清热泻火，与蒲公英联用可以活血化瘀，消肿止痛；石决明、桑寄生能够平肝熄风；而黄芩清热燥湿、泻火解毒的功效，除此以外黄芩还有比较好的抗菌效果；三七粉、益母草、夜交藤、竹茹等药物具有行气活

血、舒筋通络、除烦止呕的作用。诸药合用达到降压、镇静、清热、化痰、止呕的效果，经过研究表明，天麻钩藤饮能够调节人体植物神经功能，长期使用能够改善患者的临床症状。由于血压的升高或者波动过大会加重患者的出血症状，降压过快又会导致有效脑灌不足，因此合理的降血压才是治疗成功的关键点<sup>[7]</sup>。而天麻钩藤饮正是通过改善患者自身血管的舒张功能，从根本上改善患者的神经功能，真正起到调节血压的目的。在本次研究中观察组患者给予天麻钩藤饮加减治疗，对照组患者给西医常规治疗，通过研究可以发现，观察组患者的治疗效果明显高于对照组患者，且生活质量评分也明显高于对照组，说明天麻钩藤饮加减治疗高血压脑出血的疗效显著，能够提高患者的生活质量，从根本上改善患者的临床症状，促进患者康复。

## [参考文献]

- [1] 陆彦春, 叶尚聪, 段进成, 等. 承气汤联合天麻钩藤饮治疗高血压脑出血40例[J]. 陕西中医, 2011, 32(6): 686-687.
- [2] 李彦春. 天麻钩藤饮在轻度高血压中应用分析[J]. 医学理论与实践, 2014, 12(16): 2153-2154.
- [3] Antonio Ruvolo, Valentina Mercurio, Valeria Fazio, et al. Efficacy and safety of valsartan plus hydrochlorothiazide for high blood pressure[J]. World Journal of Cardiology, 2010, 5: 125-130.
- [4] 于跃龙, 朱景哲. 中西医结合治疗高血压脑出血350例临床疗效分析[J]. 中国医药指南, 2011, 9(35): 169-171.
- [5] 张国印, 杨东威, 杨澄宇, 等. 中药治疗脑出血急性期高血压[J]. 湖北中医杂志, 2010, 21(11): 515.
- [6] 蔡昌龙, 李明月, 邢之华, 等. 天麻钩藤饮对肝阳上亢型高血压病患者血浆SOD、MDA的影响[J]. 实用医学杂志, 2010, 21(3): 321-322.
- [7] 谭海彦, 朱莉, 邢之华, 等. 天麻钩藤饮改善高血压患者内皮功能的机理研究[J]. 山东医药, 2010, 45(1): 12-13.

(责任编辑: 马力)

· 书讯 · 欢迎购买《新中医》杂志合订本。合订本便于收藏，易于查阅，最有益于读者。1996年每套53元，1997年、1998年每套各55元，1999年、2000年每套各67元，2001年、2002年、2003年、2004年每套各88元，2005年、2006年每套各110元，2007年、2008年每套各130元，2009年、2010年每套各150元，2011年每套200元，2012年、2013年每套各230元（均含邮费）。欲购者请汇款至广州市番禺区广州大学城环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科（邮政编码：510006），并在汇款单附言栏注明书名、套数。

大便稍干而排便间隔时间在72h以内,其他症状大部分消失。有效:排便间隔时间缩短1天,或便质干结改善,其他症状均有好转。无效:便秘及其它症状均无改善。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组93.33%,对照组73.33%,2组比较,差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。治疗组疗效优于对照组。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

| 组别  | n  | 临床治愈      | 显效        | 有效       | 无效        | 总有效       |
|-----|----|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| 治疗组 | 45 | 20(44.44) | 15(33.33) | 7(15.56) | 3(6.67)   | 42(93.33) |
| 对照组 | 45 | 11(24.44) | 14(31.11) | 8(17.78) | 12(26.67) | 33(73.33) |

4.3 2组患者治疗前后生活质量评分比较 见表2。2组治疗后躯体不适、心理社会不适、担心和焦虑、满意度评分与总分均改善,与治疗前比较,差异均有显著性意义( $P < 0.05$ );治疗组的躯体不适、心理社会不适、担心和焦虑、满意度评分与总分治疗后均低于对照组,差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组患者治疗前后生活质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

| 组别  | 时间  | 躯体不适                     | 心理社会不适                   | 担心和焦虑                    | 满意度                      | 总分                       |
|-----|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 2.64±0.23                | 1.08±0.08                | 2.67±0.31                | 3.41±0.25                | 2.33±0.17                |
|     | 治疗后 | 1.81±0.17 <sup>1/2</sup> | 0.73±0.03 <sup>1/2</sup> | 1.59±0.21 <sup>1/2</sup> | 2.51±0.27 <sup>1/2</sup> | 1.51±0.14 <sup>1/2</sup> |
| 对照组 | 治疗前 | 2.61±0.24                | 1.06±0.08                | 2.68±0.34                | 3.51±0.26                | 2.35±0.18                |
|     | 治疗后 | 2.21±0.18 <sup>1</sup>   | 0.94±0.04 <sup>1</sup>   | 2.03±0.25 <sup>1</sup>   | 3.05±0.27 <sup>1</sup>   | 1.88±0.17 <sup>1</sup>   |

与治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

## 5 讨论

顽固性便秘属于临床中较为常见的功能性排便紊乱病症,与患者的遗传因素、饮食习惯以及不良的排便习惯有密切联系<sup>[6]</sup>。顽固性便秘发病率较高,极易引发习惯性排便障碍、肛裂等并发症,降低生活质量。西药治疗易产生药物依赖性,对患者的机体造成严重的副作用<sup>[6]</sup>。中医学认为食物进入胃中,通过脾胃的运化,吸收其精华,剩余糟粕,由大肠进行传送。由于患者肠胃积热,津液耗伤,体质虚弱、气血不足以及饮食不规律等因素,造成了大便干结,排出困难。顽固性便秘属于

功能性便秘,粪便滞留是其主要原因。中医治疗顽固性便秘应该以润肠、通便为原则。麻仁汤可以有效缓解患者临床症状,改善患儿肠道功能,对于胃肠动力减弱者则可以加快胃排空以及肠道蠕动,促进粪便的排出。该方中的麻子仁质润多脂,可有效促进肠道蠕动,有助于排便。大枣性温,味道甘甜,具有补脾益气与养血安神的效果,可以有效治疗脾虚食少以及乏力等疾病。决明子与当归可以有效疏通经络,调养脏腑,补益气血,纠正失衡,达到润肠疗效;葛根味甘性凉,可有效提升脾胃清阳之气,消食行滞,排气通便;炙甘草具有益气作用,有效补充患者损失掉的能量,促进消化,提升患者食欲;生地黄可以有效增加肠黏膜分泌作用而润肠通便;何首乌具有泻火解毒,润肠通便的作用。

本观察结果显示,治疗组总有效率93.33%高于对照组73.33%,差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。治疗组躯体不适、心理社会不适、担心和焦虑、满意度、总分治疗水平低于对照组差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。提示顽固性便秘加服加味麻仁汤的治疗效果显著。笔者认为,临床上对于便秘患者的治疗,建议采用中西医结合治疗,可有效缓解临床症状,提高患者生活质量,临床疗效优于单纯西药。

## 【参考文献】

- [1] 张立委,肖慧荣. 逍遥丸合麻仁丸加减治疗功能性便秘临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2012, 12(1): 66-67.
- [2] 张素卿,李小慧. 麻子仁丸加味治疗老年功能性便秘40例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2012, 28(6): 35-36.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [5] 王天麟,韩俊泉,曲鹏飞,等. 老年性便秘的中医认识和中西医结合治疗[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2013, 1(4): 482-484.

(责任编辑: 马力)

· 书讯 · 中西医结合系列教材已出版,《新中医》编辑部代售的有: 中西医结合病理生理学(42元), 中西医结合诊断学(59元), 中西医结合外科学(58元), 中西医结合妇产科学(60元), 中西医结合儿科学(46元), 中西医结合骨伤科学(52元), 中西医结合眼科学(46元), 中西医结合耳鼻喉口腔科科学(46元), 中西医结合护理学(44元), 中西医结合临床科研方法学(29元)。需购买者请汇款(含邮资)至广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科,并在汇款单附言栏注明书名、册数。邮政编码: 510006, 电话: (020)39354129。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

| 组别  | n  | 治愈        | 显效      | 有效       | 无效       | 总有效率(%)            |
|-----|----|-----------|---------|----------|----------|--------------------|
| 观察组 | 45 | 38(84.44) | 3(6.67) | 2(4.44)  | 2(4.44)  | 95.56 <sup>①</sup> |
| 对照组 | 43 | 24(55.81) | 4(9.30) | 6(13.95) | 9(20.93) | 79.07              |

与对照组比较, ① $P < 0.05$

上表现为无症状泌尿生殖道感染, 因宫颈的特殊解剖位置, 若诊治不及时或不正确, 容易导致感染上行至子宫、输卵管, 引起盆腔感染的不良后果, 产道传染可引起新生儿沙眼衣原体结膜炎和肺炎, 对生育造成诸多影响, 进而引起不孕不育。

克拉霉素属大环内酯类抗生素, 其作用是通过阻碍细胞核蛋白50S亚基连结, 抑制蛋白合成而起到抗菌作用, 该药对衣原体、支原体有很好的抗菌活性, 目前往往作为治疗非淋球菌性尿道炎的首选药物, 但滥用抗生素造成药物疗效下降和耐药现象明显; 在临床治疗该类疾患用单一抗生素无效时, 应采取有效的综合治疗或联合用药方案, 积极寻求联合用药, 发挥各种疗法的协同作用, 尽量缩短疗程, 减少复发, 提升疗效<sup>[1]</sup>。

三金片是由金樱根、羊开口、菝葜、积雪草、金沙藤组成的中药制剂, 其中羊开口疏肝理气、除烦利尿、活血杀虫, 对各种原因导致的感染疗效确切; 金樱根补肾固精、祛痰火、利湿热, 药理研究结果表明, 其根、茎的提取物既能抑制支原体的繁殖, 又可增强机体免疫力<sup>[2]</sup>; 积雪草消肿解毒、清湿热, 药理研究结果显示, 从积雪草中提取的积雪草总苷既能消除外感病虫的生存环境, 又对支原体有抑制清除作用<sup>[3]</sup>; 菝葜祛风

利湿、解毒消痛, 药理研究结果表明, 其有较好的抑菌和抑制支原体生存作用<sup>[4]</sup>; 金沙藤清热解毒、利水通淋。上述药材合用, 共同达到清热解毒、利湿通淋的功效<sup>[5]</sup>。因而笔者选择克拉霉素胶囊与三金片联合使用治疗该病, 本临床观察结果显示, 观察组临床疗效优于对照组( $P < 0.05$ ), 提示联合用药效果确切, 而笔者在临床观察实践中也体会到, 在积极采用药物治疗的同时也应注意加强综合护理, 包括按时用药、合理用药、健康教育等。克拉霉素胶囊与三金片联合使用, 方便易行, 适宜在基层医院应用。

## [参考文献]

- [1] 刘杰敏. 克拉霉素治疗非淋球菌性尿道炎的临床疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6(13): 56-57.
- [2] 谭年秀, 王嵩, 江振霖, 等. 金樱根、茎提取物的抗炎、解热作用对比研究[J]. 中国现代中药, 2012, 14(9): 19-22.
- [3] 李大宁. 积雪草总苷的提取研究工艺综述[J]. 北方药学, 2013, 10(1): 42.
- [4] 钱芳芳, 张长林. 菝葜化学成分与药理作用的研究进展[J]. 药学研究, 2013, 32(4): 229-231.
- [5] 李金梅. 三金片配合中药治疗女性下生殖道解脲支原体感染80例[J]. 光明中医, 2014, 29(2): 384-385.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

·书讯·《消化科专病中医临床诊治》由人民卫生出版社出版。本书根据消化内科临床特点, 选择中医诊疗有优势、有特色的专病14种, 即反流性食管炎、消化性溃疡病、慢性胃炎、上消化道出血、慢性腹泻、慢性功能性便秘、肠易激综合征、胆石症和急性胰腺炎, 其中大多数疾病为疑难病。每种疾病均按概述、病因病机、临床表现、实验室和其他辅助检查、诊断要点、预后与转归、预防与调理、现代研究、名医专家论坛、评述、古籍精选等项目进行全面阐述。其中治疗部分着重指出中西医临床辨病、辨证、治法、用药思维与原则, 采用中医综合疗法, 中西医结合, 治疗方法多样, 突出实用实效, 可操作性强。难点与对策、经验与体会为本书精华所在, 旨在抓住每一疾病在诊断与治疗上的难点, 并结合作者多年临床所得指出相应的对策, 同时也总结了作者多年临床所得指出相应的对策, 同时也总结了作者诊治疾病的经验与用药体会, 作为诊疗时的参考。现代研究部分综述了国内外对每一疾病的研究现状, 名医专家经验方、医案精选与名医专家经验两个有理论、有实践、有思路、有方法, 旨在为读者提供信息、拓宽思路、指导临床。本书内容丰富实用, 疗效确切, 贴切临床, 突出中医优势, 反映中医特色, 具有较强的临床指导性, 是一部不可多得的临床参考书, 可供中医、中西医结合内科临床、教学与科研人员参考, 也可作为消化科培养专科专病技术人才的辅导读物。每册定价46元。需要者请汇款到广州市番禺区广州大学城环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科收, 邮政编码510006, 电话020-39354129。

情复杂,目前尚缺乏阻断和改变重症急性胰腺炎本身炎症发展过程的特异性治疗方法和手段<sup>6</sup>,目前以内科治疗为主的多种综合措施进行救治。

本组内服方中以大黄、芒硝、芦荟、枳实、厚朴、木香通腑泻热、行气消滞;茵陈清热利湿、退黄;白芍柔肝止痛;车前草、金钱草清热利湿;法半夏、肿节风消肿散结;川楝子疏肝行气止痛;丹参凉血活血散瘀;甘草解毒。全方共奏通腑泻热、利湿解毒、行气消滞、活血止痛之功。外敷方中大黄泻火凉血、芒硝泻热软坚、清火消肿;黄柏清热解暑;法半夏消痞散结;红藤活血通络、败毒散瘀。诸药合用,共奏泻火解毒、通络散结之功。治疗后观察组腹痛、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间及首次排便时间均短于对照组,提示了中药内服和外敷能改善患者肠麻痹,促进胃肠功能的恢复;观察组ARDS、MODS发生率均低于对照组,也提示了中医药的联合应用,可控制ARDS、MODS的发生,控制了SAP病情发展、恶化。

肠黏膜屏障的破坏,甚至肠道衰竭在SAP的发病当中起着非常重要的作用;细菌迁移引起继发感染,使得内毒素迅速进入体循环而将白细胞激活后释放出大量炎症介质,促进多器官功能衰竭的发生,造成SAP的二次打击,“白细胞过度激活”导致炎症因子瀑布样级联效应,引发SIRS和多器官功能衰竭<sup>7-8</sup>。因此,尽早使肠道功能得以恢复,减轻炎症损伤是救治SAP患者的重要措施。本组资料显示治疗后观察组D-乳酸、DAO低于对照组,提示中药内服、外敷对SAP肠道黏膜屏障功具有一定的保护功能;而治疗后观察组IL-6、TNF-α水平低于对照组,提示中药干预有助于减轻全身炎症反应,减轻炎症所致肠黏膜损伤。这些机制均是有利于控制SAP病情发展、恶化的。

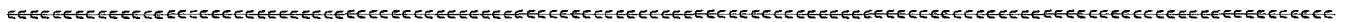
综上,在西医常规综合治疗的基础上,采用中药内服、外敷辅助治疗SAP能保护肠道黏膜屏障功,减轻全身炎症反应,

降低了ARDS、MODS的发生率,改善了患者肠麻痹,控制了病情发展、恶化,这对于SAP救治有利的。中药胃管注入及外敷,临床均由护理人员进行操作,熟练掌握操作技巧,对本病的治疗有一定的促进作用。

[参考文献]

- [1] 舒道,董京文,杨海峰,等.通腑清胰方辅助治疗重症胰腺炎的疗效及对肠黏膜屏障功能的保护作用[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(21):280-284.
- [2] 郑晓华,冷凯,曾鹏飞.清胰承气汤内服结合双柏散结散外敷治疗重症急性胰腺炎40例[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(20):281-284.
- [3] 中华医学会外科分会胰腺外科学组.重症急性胰腺炎诊治指南[J].中华外科杂志,2007,45(11):727.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J].中华中医药杂志,2013,28(6):1826-1831.
- [5] 中国中西医结合普通外科专业委员会.重症急性胰腺炎中西医结合诊治常规(草案)[J].中国中西医结合外科杂志,2007,13(3):232-239.
- [6] 朱生樑,黄天生,王高峰.重症急性胰腺炎中医辨证治疗现状与展望[J].时珍国医国药,2008,19(11):2811-2812.
- [7] 张红雷.重症急性胰腺炎并发肠黏膜屏障功能障碍的研究进展[J].现代医药卫生,2012,28(5):728-730.
- [8] 孙备,董承刚,王刚,等.重症急性胰腺炎死亡的高危因素分析[J].中华外科杂志,2007,45(23):1619-1621.

(责任编辑:冯天保)



·书讯·1.《中医临床常见症状术语规范》由广州中医药大学黎敬波教授主编,中国医药科技出版社出版。临床中要提高临床诊断效率,保障治疗水平的发挥,就必须从全面收集和准确分析症状入手。该书系统整理了临床常见症状2000余条,对常见症状术语进行了解释和规范,本书能对临床医师合理、准确使用症状术语提供帮助,也可以供中医科学研究和学生参考。每本15元(含包装邮寄费),欲购者请汇款至广州市番禺区广州大学城环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科,邮政编码:510006,并在汇款单附言栏注明书名、数量。

2.《〈内经〉临证温课与辅导》由广州中医药大学黎敬波教授编著,人民卫生出版社出版。本书针对目前中医经典教学与临床实践相脱节的问题,力图贴近临床,深度挖掘《内经》临证思想,以指导解决临床实际问题。本书的特点是精简、实用和归真,书中引用原文较广泛,是对本科学习经文的扩展,书中对原文的解释尽量精简,点到即止。全书与疾病及诊治的相关内容较多,分析解释也尽量做到联系实际,实用与归真并重是本书的特点。每本35元(含包装邮寄费),欲购者请汇款至广州市番禺区广州大学城环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科,邮政编码:510006。

### 3 结果

10 个样本, 在同一切片均可在注射部位见大量肌纤维增生, 未见局部组织坏死及炎症反应。未注射部位未见组织结构改变。见图 1。

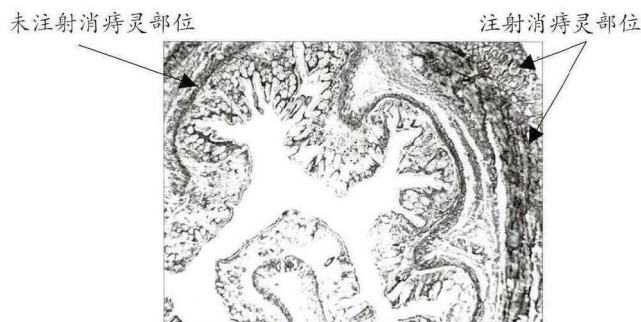


图1

### 4 讨论

PPH 通过切除部分直肠黏膜及钉合机械作用起到肛垫悬吊固化和阻断痔动脉血管作用, 但其并发症也逐渐显现, 引起重视<sup>[2]</sup>。2008 年本院课题组提出采用消痔灵替换 PPH 行肛垫悬吊固化术治疗重度混合痔, 临床实践证明疗效确切可靠, 操作简单、廉价, 临床结果显示消痔灵具有明显的提升肛垫的效果<sup>[3]</sup>。但消痔灵肛垫悬吊固化作用机理不清楚。本实验结果提示消痔灵是通过刺激局部肌纤维增生, 提高周围肌纤维收缩力来起到肛垫悬吊固化作用的, 这种对直肠黏膜的刺激作用改变

了局部生理组织特性, 增强了肌纤维提升作用, 所以更具有持久性, 消痔灵的这种特性也为消痔灵治疗直肠黏膜脱垂提供了实验研究支持。本实验结果还提示了注射消痔灵原液不会造成组织坏死及物理炎症, 不属于坏死剂, 使用安全可靠, 为临床治疗内痔使用原液提供了实验研究支持。有研究结果显示消痔灵对全身肝肾功能及凝血系统没有影响<sup>[4]</sup>, 证明消痔灵局限于局部作用, 较为安全。消痔灵肛垫悬吊固化的药理作用与 PPH 单纯的物理作用是痔疮肛垫学说的具体临床运用。

### [参考文献]

- [1] Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure [M]. Proceeding of 6th World Congress of Endoscopic Surgery, 1998: 777-784.
- [2] 杨向东, 龚文敬. PPH 手术并发症的回顾性调查[J]. 结直肠肛门外科, 2008, 14(1): 58-61.
- [3] 何琳, 谢景泉, 陈春雷, 等. 国产吻合器行痔上黏膜环切术并发症及应用价值[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2005, 11(4): 270-272.
- [4] 蔡砚豪, 赖济环. 消痔灵行肛垫悬吊固化术治疗 41 例重度混合痔[J]. 中华胃肠外科杂志, 2011, 14(3): 220.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

·书讯·《血液科专病中医临床诊治》由人民卫生出版社出版。本书立足中医临床, 侧重治疗, 突出实用, 对血液专科部分疾病的中医临床诊断治疗的经验及其研究成果进行认真总结, 以现代医学病名为纲, 收载临床常见、具有中医药优势、疗效较好的血液及造血系统疾病, 如缺血性贫血、溶血性贫血、巨幼细胞性贫血、再生障碍性贫血、急性白血病、慢性白血病等共计 13 种, 每个疾病分概述、病因病机、临床表现、实验室和其他辅助检查、诊断要点、鉴别诊断、治疗、难点与对策、经验与体会、现代研究、评述等内容介绍。本书特点之一为立足中医临床, 侧重对治疗方法和经验的全面深入总结, 即在明确西医诊断基础上介绍确实有效的中医、中西医结合及西医的综合治疗方法和经验, 既突出中医药特色与优势, 又不回避中西医结合及西医的长处, 比较客观地反映了当前血液专科的中医临床实际, 且内容丰富, 临证治疗思路清晰, 实用价值高。特色之二是本书的可读性强, 为集中体现作者的临证经验和处理棘手问题的水平及独到见解, 特在难点与对策、经验与体会中总结了作者多年临床的经验; 为开阔读者临证思路, 特汇集了中医血液专科前辈、专家们临床实践的精华, 在医案精选、名医专家论坛栏目详细介绍给读者, 以期能提高广大临床工作者的诊疗水平。因此, 本书为一部深入总结该专科临床医疗和研究成果的高级参考读物, 可供中医、中西医结合临床、教学、科研工作者学习参考, 也可作为血液科培训专科专病技术人才的辅导读物。每册定价 58 元。需要者请汇款到广州市番禺区广州大学城外环东路 232 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科收, 邮政编码 510006, 电话 020-39354129。

两者疗程不一致;其中温阳健脾法降低FBG有差异( $P=0.23$ ,  $I^2=29\%$ ),原因可能是1项研究<sup>[9]</sup>的结局指标不完整。总体漏斗图显示左右两侧的点估计值分布不对称,说明发表偏倚可能性大。中医健脾法联合西药降低T2DM患者P2hBG方面优于对照组。其中温阳健脾法降低P2hBG差异性较大( $P=0.07$ ,  $I^2=69\%$ ),原因可能是1项研究<sup>[9]</sup>的结局指标不完整。总体漏斗图显示左右两侧的点估计值分布不对称,说明发表偏倚可能性大,2项研究<sup>[9,11]</sup>位于漏斗图底部,说明其样本量小。中医健脾法联合西药降低T2DM患者HbA1c方面优于对照组。中医健脾法联合西药降低HbA1c,组间比较有明显差异性( $P=0.03$ ,  $I^2=71.5\%$ ),原因可能不同疗程所致。中医健脾法联合西药提高T2DM患者总有效率方面优于对照组。

总体而言,由于疗效标准不统一,纳入研究存在高度选择性偏倚和实施偏倚的可能,尚无足够证据表明各个具体中医治法基础上的中药联合西药对T2DM患者干预效果,在降低FBG、P2hBG、HbA1c和提高总有效率方面优于对照组。今后的相关研究应借鉴流行病学和循证医学思想,做好样本量估算,采用随机分组并做好分配隐藏,尽量采用盲法研究,合理、有效选择对照组,制定严格、科学的纳入和排除标准,给予充足的随访时间,并在发表文献中对上述问题详细描述,以便客观、准确、全面地评价中医治法的临床疗效,为临床实践提供可靠的证据。

#### [参考文献]

- [1] 仝小林,倪青,魏军平,等.糖尿病中医诊疗标准[J].世界中西医结合杂志,2011,6(6):540-547.
- [2] World Health Organization. Definition, Diagnosis, and Classification of Diabetes Mellitus and its Complica-

tions. Report of a WHO consultation. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus [M]. Geneva: World Health Organization, 1999: 58-59.

- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [4] 李花民,李建武.补肾健脾法配合常规西药治疗2型糖尿病的临床疗效及对血糖和血液流变学的影响[J].河北中医,2011,33(9):1341-1342,1427.
- [5] 李壮,侯宇辉.疏肝健脾法治疗2型糖尿病30例[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(2):23-25.
- [6] 苏明.疏肝健脾法治疗肝郁脾虚型2型糖尿病120例[J].深圳中西医结合杂志,2009,19(6):384-385.
- [7] 韩斌,曾淑云.温阳健脾法联合西药治疗2型糖尿病胰岛素抵抗阳虚证的疗效观察[J].中国当代医药,2012,19(36):101-102.
- [8] 阮永队,陈红梅,莫冰泉,等.中医温阳健脾法与降糖药合用治疗2型糖尿病胰岛素抵抗阳虚患者70例[J].广州中医药大学学报,2007,24(3):184-187.
- [9] 王光明,王志高.益肾健脾法治疗2型糖尿病胰岛素抵抗的临床研究[J].甘肃中医,2009,22(4):25-26.
- [10] 陆勇刚.补脾益气生津法治疗2型糖尿病临床研究[J].中华中医药学刊,2014,32(5):1246-1248.
- [11] 陈勇.中西医结合治疗2型糖尿病临床研究[J].中国保健营养:中旬刊,2014(5):2856-2857.
- [12] 张世军.中西医结合治疗糖尿病60例临床疗效观察[J].糖尿病新世界,2014(7):24-25.

(责任编辑:骆欢欢)

·书讯·《外科专病中医临床诊治》由人民卫生出版社出版。本书共收外科疾病16种。包括急性乳腺炎、乳腺导管扩张症、乳腺增生病、血栓闭塞性脉管炎、动脉硬化闭塞症、糖尿病足、小腿慢性溃疡、褥疮、颈痛、毒蛇咬伤、粘连性肠梗阻、直肠脱垂、肛痿、混合痔,均为具有中医治疗优势的疾病。内容从整体性与实用性出发,各病均按概述、病因病机、临床表现、实验室和其他辅助检查、诊断要点、鉴别诊断、治疗、医案精选、难点与对策、经验与体会、预后与转归、预防与调理、现代研究、名医专家论坛、评述、古籍精选等栏目阐述,并根据不同疾病各有侧重。全书共约60万字,主要供中、高级医务工作者参考。每册定价41元。需要者请汇款到广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科收,邮政编码510006,电话020-39354129。