

通络以及醒脑开窍等功效,不但可以有效纠正脑部自由基代谢紊乱,还能降低脑细胞耗氧量。参麦注射液可以益气固脱,养阴生津,生脉,现代药理研究表明,该药可以扩张脑血管,有效保护脑组织,而且还可以减轻缺血/再灌注损伤,保护脑细胞及血脑屏障的完整性,具有较强的破血散瘀之功^[9-10]。

本研究结果显示,观察组临床疗效愈显率、ESS 评分和 Barthel 指数均高于对照组($P < 0.05$),表明了中西医结合救治急性脑梗死具有十分显著的疗效,可明显改善患者的脑神经功能与日常生活能力,缓解临床不适症状,大大提高生活质量,促进预后。此外,本研究在治疗后 3 天对患者进行针刺和康复治疗,针刺能够改善脑血液循环,增加脑血流量,减轻脑组织损害,同时对卒中后高血黏度等血液流变情况能产生非常有效的治疗作用,可降低血脂,改善脑微循环,及时建立病灶处的侧枝循环,从而有助于肢体功能的恢复、临床症状的改善。近年来,康复训练在脑梗死后的临床治疗应用广泛。早期、科学、合理的康复训练能提高中枢神经系统的可塑性,挖掘损伤修复的潜力,促使神经末端突触再生,克服残疾所造成的障碍,最大限度地恢复运动功能,降低致残率,提高患者的生活质量。该综合疗法值得在临床推广。

[参考文献]

[1] 梁华峰,王宏,张云霞,等.阿替普酶治疗急性脑梗死的临床疗效及安全性[J].当代医学,2011,17(16):144-145.

[2] 张小红,陈亮,薛雪峰,等.中西医结合治疗急性脑梗死 42 例观察[J].实用中医药杂志,2014,30(4):305-306.

[3] 刘洪涛.丁苯酞胶囊治疗急性脑梗死后认知功能损害患者 62 例临床观察[J].中国民族民间医药,2014,12(7):54-55.

[4] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.

[5] 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.

[6] 梁建,刘国华,李水桥,等.红花黄色素联合依达拉奉治疗急性脑梗死临床观察[J].西部中医药,2014,27(3):105-107.

[7] 吕莉,王志芳,呼延良.阿司匹林联合辛伐他汀治疗急性脑梗死的临床疗效及对血液流变学的影响[J].世界最新医学信息文摘:电子版,2014,14(3):85-86.

[8] 赵焕敏.低分子肝素钙联合丹红注射液治疗急性脑梗死疗效观察[J].临床合理用药,2014,7(4A):57-58.

[9] 鲍世英.银杏达莫注射液联合拜阿司匹林治疗急性脑梗死的疗效观察[J].临床合理用药,2014,7(3C):146,148.

[10] 李宜真.中西医结合治疗急性脑梗死 84 例临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(23):73-74.

(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。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率 90.0%，对照组 40.0%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	60	10(16.7)	13(21.7)	31(51.6)	6(10.0)	90.0 ^①
对照组	60	2(3.3)	2(3.3)	20(33.4)	36(60.0)	40.0

与对照组比较，^① $P < 0.01$

4.3 2 组患者白细胞计数、症状改善时间比较 见表 2。观察组治疗后白细胞计数低于对照组($P < 0.05$)。且观察组体温起效时间、退热开始时间、痊愈时间均短于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组患者白细胞计数、症状改善时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	白细胞计数($\times 10^9/L$)	退热开始时间(h)	退热时间(h)	痊愈时间(h)
观察组	4.24 \pm 0.55 ^①	12.91 \pm 2.10 ^①	13.81 \pm 12.01 ^①	52.74 \pm 15.48 ^①
对照组	7.89 \pm 0.82	21.18 \pm 8.22	15.86 \pm 10.60	57.24 \pm 19.69

与对照组比较，^① $P < 0.05$

5 讨论

呼吸道感染在中医学属于虚证、风寒证、感冒的范畴，证候表现以风热为主，多以温热病论治。叶天士有云：“温邪上受，首犯肺，肺主气。”温病大家吴鞠通也有论述：“温病者，始于上交，在手太阴。”手太阴居于上焦，属肺经，上焦出于胃，咽于上，贯穿膈部，布于胸中，行走于腋下，循太阴^⑥。受外邪入侵，均有恶寒、鼻塞、发热、喷嚏、咽痛、涕浊等症候特点。中医学认为风燥犯表，累及肺部，促肺气上逆，致津液受损，肺失滋养，遂干咳。因而在治疗方面需遵循清热解毒、化痰止咳、润肺通便、生津止渴的原则。本组研究采用自拟四叶桑菊汤治疗观察组患者，方中菊花、桑叶可疏散风热，桑叶经走肺络，止咳清肺，薄荷辛凉，与菊花、桑叶产生协同作用，共祛上焦风热^⑦。桔梗、苦杏仁则宣肺止咳，毛冬青则发挥清热解毒之功效，枇杷叶则属常规化痰止咳药物，连翘则清热透表，诸药合用，可降逆和胃，平喘止咳，清热宣肺。药理学研究证实，龙胆叶性淡、甘、平，可润肺通便，化痰解

毒。枇杷叶则富含乌索酸、皂苷、鞣质、维生素、苦杏仁苷等成分，水煎服可起到显著的抗菌效果。人参叶寒、性味甘苦，入胃、肺经，可清肺润肺。热为外邪入侵，阳邪为表，必损阴耗津，诸药同用，则可发挥药物协同作用，同时抗多种病毒，中和体内毒素，解热镇痛，优化患者机体免疫力，以改善其临床症状表现。本研究中，观察组患者在常规治疗的基础上加用四叶桑菊汤治疗，结果显示，观察组总有效率达 90.0%，且患者白细胞计数基本恢复正常，其体温变化、退热时间均短于对照组，也进一步证实，在呼吸道感染患者的临床治疗中，采用中药四叶桑菊汤治疗方案，可改善患者的临床症状，发挥止咳镇痛，清热解毒的功效，提高患者机体的免疫能力，降低其白细胞计数水平，稳定患者的临床体征，缩短治疗时间，值得推广应用。

【参考文献】

- [1] 肖勇, 孙建宇, 黄宏杰, 等. 四叶桑菊汤辅助治疗呼吸道感染的疗效分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(6): 1400-1402.
- [2] 孔凡玉. 补脾益肺法治疗小儿反复呼吸道感染 80 例[J]. 陕西中医, 2013, 32(10): 1348-1349.
- [3] 董燕. 桂枝加厚朴杏仁汤对小儿上呼吸道感染的疗效分析[J]. 临床肺科杂志, 2013, 18(4): 643-644.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 张望, 于河, 刘铁钢, 等. 银莱汤对食积复合流感病毒感染小鼠免疫功能的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2014, 37(8): 543-547.
- [7] 王聪. 史锁芳教授治疗急性病毒性上呼吸道感染发热的经验[J]. 吉林中医药, 2011, 31(2): 103-104.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

· 书讯 · 《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。

是骨质疏松症的主要病机。脾为后天之本，气血生化之源，肾精依赖脾精的滋养才源源不断得以补充。另外，若脾不运化，脾精不足，会使肾精乏源或肾精亏虚，骨骼失养，则骨骼脆弱无力，必致骨质疏松症的发生。故脾虚也是本病的重要病因。同时，在肾虚与血脉不通的情况下，可使骨质疏松进一步发展。由此笔者认为，补肾壮骨、健脾益气、活血通络是中医药治疗骨质疏松症的基本原则。有学者研究认为，PMOP 应当是一种以肾虚为本的肝脾肾多脏腑、风寒湿虚瘀多病因共同导致的疾病；肾虚为本，脾虚为因，肝失条达、肝血亏虚以及瘀血阻络都是 PMOP 的主要病因病机^[5]。中医药治疗此症多以补肾为主，取得了较好疗效。有研究认为，一些补肾中药具有调节下丘脑 - 垂体 - 卵巢轴的功能，有效防治骨质疏松症，在保护绝经后妇女身心健康方面发挥整体调节作用。不少有效方药已制成胶囊等^[6]便于长期服用的剂型，更能适应本病的特点。

有研究发现，针刺足三里、关元等穴不仅能增强胃肠的吸收功能，促进蛋白质、微量元素(如钙、磷、镁、锌等营养物质)的吸收，而且还有提高性激素的水平、增强人体免疫力等作用。笔者通过长期的临床观察，虽然口服补肾中药能获得较好疗效，但是补肾中药口服的生物利用度较低，因而临床疗效不尽如人意。研究表明，针刺既能对垂体分泌的促性腺激素产生抑制作用，又能促使肾上腺及外周组织中中性激素的合成转化，提高血中雌二醇的水平^[7]，对改善绝经后女性生殖内分泌环境，防治 PMOP 具有重要意义。众所周知，针灸的作用在于促进内在功能及内源性物质的调动，即针灸的作用途径是刺激人体的自我调节机制，而不是外源性物质、能量的补充。这说明针灸疗效是建立在人体自我调整机制的前提下，这既是优点，又是其局限所在。故要进一步提高疗效，应配合其它疗法，目前，临床上探索较多的是针药结合。妇女绝经后处于“天癸竭”为中医学界所公认，现代医学认为机体处于雌激素急剧降低的状态，二者的观点要相似之处——即绝经后妇女的

机能状态是低的^[8-9]。

本试验中，试验组总有效率高于对照组，提示艾灸与药物结合治疗 PMOP 疗效显著，灸药结合有多成分、多靶点、协同增效、配伍安全的特点，对治疗 PMOP 有独特优势。

[参考文献]

[1] 高丽萍, 林求诚, 王和鸣. 绝经后骨质疏松症的中西医危险因素调查研究[J]. 福建中医学院学报, 2007, 17(4): 13- 15.

[2] 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.

[3] 张伯礼. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 60- 65.

[4] 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.

[5] 高小明, 常虹, 李紫慕, 等. 绝经后骨质疏松症的中医病因病机研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2006, 25(5): 60- 61.

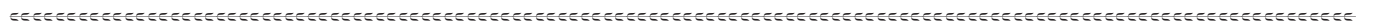
[6] 丑钢, 余祖光, 周俊, 等. 强骨胶囊治疗骨质疏松症的临床疗效观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2007, 15(9): 65.

[7] 罗为民, 符诗聪, 杜宁. 健脾补肾法结合针刺防治绝经后骨质疏松症的量学研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 11(2): 1- 3.

[8] 魏之玉, 张洪, 朱振铎, 等. 196 例原发性骨质疏松症辨证分析[J]. 山东中医学院学报, 1996, 20(1): 30- 31.

[9] 农泽宁, 赵利华, 韦良玉, 等. 补肝肾健脾针灸法防治原发性骨质疏松症及骨量减少的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(8): 1575.

(责任编辑: 冯天保)



· 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、2014 年每套各 230 元（均含邮费）。欲购者请汇款至广州市番禺区大学城外环东路 232 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科（邮政编码：510006），并在汇款单附言栏注明书名、套数。

时间均显著短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

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	65	40(61.54)	20(30.77)	5(7.69)	60(92.31) ^①
对照组	65	35(53.85)	15(23.08)	15(23.08)	50(76.92)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

表 2 2 组肛门首次排气、排便时间及腹痛腹胀

缓解时间比较($\bar{x} \pm s$) h

组别	n	肛门首次排气时间	首次排便时间	腹痛腹胀缓解时间
观察组	65	9.27 \pm 2.38 ^①	16.53 \pm 4.17 ^①	18.52 \pm 3.23 ^①
对照组	65	15.31 \pm 2.42	26.44 \pm 4.21	32.08 \pm 3.23

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

近年来, 随着腰椎骨折术后腹痛腹胀患者数量的逐年增加, 其发病机理及治疗成为研究的热点。现代医学认为, 腰椎骨折患者极易并发腹痛腹胀的原因主要有以下几个方面: ①疾病因素。临床中, 腰椎骨折多由外力所致, 腹膜后有血肿形成, 使位于脊柱前方的交感神经纤维和脊柱两侧的交感神经节受到刺激, 引起控制肠道的神经功能发生紊乱, 导致胃肠道收缩, 推进、蠕动明显减弱, 最终使患者发生腹痛腹胀。②心理因素。腰椎骨折发生后, 手术带来的刺激、换药导致的疼痛以及较长时间治疗对生活造成的不便, 加之对治疗费用的担心和以后工作的影响及术后恢复情况等, 都增加了患者的心理压力, 患者的精神受到较大冲击, 进而引起内分泌功能、机体神经功能的紊乱, 使患者出现腹痛腹胀。③手术因素。腰椎骨折发生后, 绝大多数患者均会接受手术治疗, 手术时多选择腰椎前侧或前外侧入路, 手术过程对腹膜及胃肠道的干扰较大; 同时由于麻醉的影响, 患者的胃肠功能会出现一定时间的紊乱, 加之术后镇痛泵的使用, 也加剧了胃肠功能的紊乱, 进而引起患者腹痛腹胀。④生活习惯因素。腰椎骨折患者接受手术后,

需绝对卧床休息较长时间, 排尿、排便均使用便器, 部分患者由于不能适应排便、排尿方式的改变, 患者的排便、排尿反射受到抑制而导致腹痛腹胀发生。手术后, 部分患者由于不能正确选择食物, 误食含糖饮料、豆奶、牛奶等易产气食物, 导致患者腹痛腹胀, 同时过早饮食也易引起患者腹痛腹胀^[3-4]。

中医学认为, 腰椎骨折术后患者发生腹痛腹胀的主要原因为气机升降失宜, 气机不畅, 其主要治疗原则为通腑理气除胀。吴茱萸味辛苦, 有较好的止痛行气作用。因此, 本研究将吴茱萸与粗盐炒热合用, 具有止痛温中、通腑行气之功。热敷可以改善局部营养, 缓解组织粘连, 加快血液循环, 促进炎症吸收, 加强肠道蠕动。通过脐部吴茱萸热敷腹部, 可达到疏通气血经络, 恢复胃肠功能, 加强肠蠕动, 减轻腹痛腹胀的效果。

本研究中, 观察组疗效较对照组更好($P < 0.05$), 肛门首次排气时间、首次排便时间以及腹痛腹胀缓解时间均更短($P < 0.05$), 表明了中药吴茱萸外敷对改善腹痛腹胀疗效肯定, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 黄月娟, 何芬琴, 谢浩洋, 等. 中药敷贴配合坎离砂热熨神阙穴治疗胸腰椎骨折腹胀 37 例[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(4): 429- 430.
- [2] 蔡回霞. 创伤性胸腰椎骨折患者 94 例腹胀原因分析及护理体会[J]. 贵州医药, 2013, 37(5): 478- 479.
- [3] 张文霞. 胸腰椎骨折保守治疗 19 例腹胀原因分析与护理对策[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(4): 3748.
- [4] 陆彩萍, 唐宝萍, 苏洁静, 等. 系统化护理对防治腰椎骨折患者腹胀的临床效果分析[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(7): 1332- 1334.

(责任编辑: 冯天保)

· 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、直结肠垂、肛瘘、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。

儿难以接受,有时可引起患儿反射性呕吐。本研究对开辟中药新的给药途径,研制适用于婴幼儿外感发热的安全、高效、快速、简便的外用剂型和方法提供了依据。

本研究用方为临床应用多年的经验方,方中以青蒿、薄荷为君药。青蒿,苦、微辛、寒,入胆经。善于清骨中之热。《纲目》言其“治疟疾寒热”。《本草新编》谓青蒿“专解骨蒸劳热,尤能泄暑热之火,泄火热而又不耗气血,用之佐气血之药,大建奇功”,且“不独退骨中之火,即肌肤之火未尝不共泻之也,故阴虚而又感邪者,最宜用耳^[1]。薄荷辛、凉。入肝、肺经,宣散风热,清利头目。《唐本草》谓其“主贼风,发汗”。《医学衷中参西录》曰:“薄荷味辛,气清郁香窜,性平。其力能内透筋骨,外达肌表,宣通脏腑,贯穿经络,服之能透发凉汗,为温病宜寒解者之要药。”并指出“温病发汗用薄荷,犹伤寒发汗用麻黄也”。

中药药物灌肠治疗特点鲜明,由于肠黏膜吸收药物充分,且吸收后不经过肝脏而直接进入大循环,避免了药物的首过效应,同时又可避免上消化道酸碱度及酶对药物吸收的影响,因此,具有起效快、副作用小等优点。同时,按摩可达到疏通经络,促进血液循环,改善微循环从而使体温下降的作用。

《厘正按摩要术》引周于蕃言:清天河水“以水治火,取清凉退热之意”。主要用于治疗热性疾病,治疗感冒发热,头痛,恶风,微汗出,咽痛等外感风热之候。《推拿三字经》有“天河水,遍身热,多推良”之说。《幼科推拿秘书》谓清天河水“取凉退热,并治林疳昏睡,一切火证俱妙”^[2]。

大椎属督脉与手足三阳经的交会穴,纯阳主表,具有清热散风、理气降逆的作用。督脉为诸阳之海,按摩督脉的大椎具有调节阳气的作用,表证时寒邪郁遏肌表,卫阳拂郁,故大椎可以解郁通阳而解表。另外,出于足太阳膀胱经与督脉并行于脊背,且相交于大椎,而足太阳膀胱经主一身之表,故大椎可以祛风解表,散太阳经邪,从而达到退热作用^[4-5]。

临床观察显示,两种治疗方式有机结合对年幼儿降温和效果尤佳,本研究观察 6 月到 14 岁外感发热患儿,从结果分

析,笔者认为,年龄幼小者,起效时间较快,体温不易反跳,持续时间较长,其机理可能是婴幼儿对刺激反射性作用于体温调节中枢较为敏感,尤其是散热中枢,使末梢血管扩张,毛孔开放,汗腺分泌增加,而体温下降;采用直肠给药途径,既避免肝脏首过效应对药物疗效的影响,又克服小儿服药不易的困难。并且可以解决儿科临床上常见的无法用药的局面如拒打针及口服“呕吐不能服药”多次用退热药后仍有发热等,可与患儿边逗玩边进行,方法独特,操作不难,又无需担心药物副作用,是一种比较理想的小儿退热方法,容易被患儿及家长接受。

单纯的按摩和灌肠治疗,疗法单一,起效缓慢,维持时间较短,而将两者的优势相结合,发挥各自的特点,辨证和辨病相结合,具有立竿见影的效果。本研究结果提示,青荷液灌肠联合穴位按摩治疗小儿外感发热退热,总有效率达 97.5%,尤适宜于上呼吸道感染、急性扁桃体炎、急性支气管炎、支气管肺炎等疾患引起的轻中度发热患儿,在应用过程中未发现任何毒副反应,家长、患儿均乐于接受,尤适宜在基层医院应用。

[参考文献]

- [1] 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,1994:77.
- [2] 汪永红,时毓民,沈惟堂,等. 中医退热微型灌剂治疗小儿感冒发热临床观察[J]. 上海中医杂志,1994,10:28.
- [3] 刘宏波. 热可清灌肠治疗小儿外感发热临床分析[J]. 中医外治杂志,1998,7(1):10-11.
- [4] 董新民,董泉声,先茂全,等. 按摩的散热作用及其与穴位感受器的关系[J]. 四川中医,2002,20(6):22-25.
- [5] 张素芳. 中国小儿推拿学[M]. 上海:上海中医学院出版社,1992:72-73,152-153.

(责任编辑:刘淑婷)

·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齿科学(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 3 各组对 ISHikawa 细胞增殖抑制作用比较

组别	浓度	孔数	OD 平均值	抑制率(%)	IC ₅₀ 值
空白组	0	8	0.03	-	
对照组	0	8	0.72	-	-
	24.2	8	0.61	15.9	
	48.4	8	0.43	42.0 ^①	
夏枯草(mg/mL)	60.5	8	0.21	73.9 ^②	48.017
	84.7	8	0.09	91.3 ^②	
	121.0	8	0.06	95.7 ^②	
	0.04	8	0.60	17.4	
	0.16	8	0.41	44.9 ^②	
阿霉素(μ g/mL)	0.63	8	0.26	66.7 ^②	0.255
	2.50	8	0.06	95.7 ^②	
	9.86	8	0.05	97.1 ^②	

与对照组比较, ①P<0.05, ②P<0.01

现性好, 灵敏度高, 且经济适用等优点。目前已广泛应用于抗肿瘤药物活性的筛选、一些生物活性因子的活性检测、细胞毒性试验等^[8]。实验研究表明, 夏枯草对肺癌细胞、胃癌细胞 SGC-7901、淋巴瘤细胞 Raji、食管癌 Eca-109 细胞等具有一定的抑制作用^[9]。其中李军等^[10]报道夏枯草可以有效的激活 P53 蛋白、抑制 Bcl-2 蛋白的表达, 促使淋巴瘤细胞 Raji 的凋亡。本文采用 MTT 法研究了夏枯草粗提物对 Jurkat 细胞、A-549 细胞增殖的影响、同时首次研究了夏枯草粗提物对 ISHikawa 细胞增殖生长的影响, 结果显示与对照组比较, 夏枯草对 Jurkat、A-549、ISHikawa 3 种肿瘤细胞均有一定的抑制作用, 其 IC₅₀ 值分别为 59.628 mg/mL、53.917 mg/mL、48.017 mg/mL, 且一定浓度范围内, 药物对 3 种肿瘤细胞的抑制率呈现剂量依赖性。通过对夏枯草体外抗肿瘤细胞活性进行初步筛选, 为该药材抗癌机制深入研究及临床用药奠定

了基础。

[参考文献]

[1] 梁杰康, 张琳, 严晓明. HPLC- ECI- MS/MS 鉴定夏枯草的主要化学成分[J]. 中国中医药, 2013, 11(14): 153- 154.

[2] 张明智, 郑晓珂, 刘宏民, 等. 夏枯草提取物体外诱导 EL-4 细胞凋亡的实验研究[J]. 江苏中医药, 2008, 40(4): 80- 83.

[3] 郑学芝, 郑学海, 李佳, 等. 夏枯草提取物对人食管癌 Eca-109 细胞增殖和凋亡的影响[J]. 中国食物与营养, 2012, 18(9): 74- 73.

[4] 张明智, 张可杰, 王庆端, 等. 夏枯草对淋巴瘤细胞增殖的影响[J]. 医药论坛杂志, 2007, 28(1): 54- 55.

[5] 许松日, 金光, 李文, 等. 夏枯草醇提取物对正常大鼠离体胸主动脉环的舒张作用[J]. 四川中医, 2010, 28(4): 52- 53.

[6] 张丽丹, 苏洁, 吕圭源, 等. 夏枯草的药理研究与临床应用[J]. 海峡药学, 2011, 23(5): 143- 145.

[7] 张淼, 董宝婧, 苗芳, 等. 夏枯草提取物的抗氧化活性[J]. 草业科学, 2012, 29(9): 1477- 1481.

[8] 贾晓斌, 封亮, 陈彦, 等. 夏枯草肺癌化学预防物质基础研究思路与方法[J]. 中草药, 2009, 40(2): 316- 318.

[9] 李艳丽. 夏枯草水提取物对自发性高血压大鼠降压作用的研究[J]. 中外医学研究, 2012, 10(30): 147.

[10] 李军, 杨慧玲. 夏枯草诱导人淋巴瘤 Raji 细胞凋亡及其机制[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(13): 2528- 2529.

(责任编辑: 骆欢欢)

=====

· 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、评述等项内容介绍。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; 为开阅读者临证思路, 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。

肝气郁结为主。炎症发作时，炎性充血水肿、纤维化以及硬结形成压迫患者尿道，导致尿液排出不畅通，甚至出现尿液返流现象。患者在排尿时会对局部造成刺激，加重尿道疼痛，伴随发生小便淋漓不尽症状。非甾体抗炎药可以有效改善患者的临床症状，清除活性氧成分，减轻炎症，缓解患者疼痛。目前，西药治疗慢性前列腺炎患者具有一定程度的临床疗效，但对患者机体产生较大的副作用。中药汤剂，行气止痛，温中补虚，有效缓解慢性前列腺炎患者的临床症状，抑制并发症的发生，促进血液循环，使气血通畅，有效改善患者的会阴、少腹以及腰骶等部位疼痛，充分体现出了中医学上的“通则不痛”原则^[3]。该方子中的黄芪具有较强的补气作用，可以有效改善患者的贫血状况，升发阳气，疏肝解郁，增加并调节患者机体内免疫功能，促进干扰素系统，提高抗体的抗病能力。黄芪还可以有效抑制细菌、病毒，降低血小板的粘附力，减少微血栓的形成，改善患者泌尿系统的微循环^[4]。葛根具有甘凉性，融入患者的肝胃后，有效提升脾胃清阳之气，补养肝血。炙甘草具有消炎止痛，疏肝理气，活血通络止痛之功效^[5]。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。茯苓含有较多的糖分，具有抗菌，抗病毒的效果，促进患者细胞免疫与体液免疫，提高患者的抗病能力。患者应配合护理进行温服中药，积极配合临床治疗。护理人员应及时与患者进行沟通交流，排除患者忧愁，建立良好护患关系。合理膳食，忌生冷、油腻、辛辣的食物，尽量避免烟酒。

本研究通过对 80 例慢性前列腺炎患者的临床资料进行回顾性分析，分别比较中西医护理两种治疗方法对前列腺炎的治

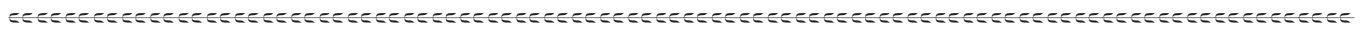
疗效率及治疗价值，同时分析两种治疗方法的临床治疗特征。结果提示在慢性前列腺炎的临床治疗中中西医药联合护理的治疗效果显著性高于单纯的西药，具有更高的临床应用价值，这一结果和相关文献报道的数据相一致。因此，我们认为，临床上对于前列腺患者的治疗，建议采用中西药结合护理，缓解患者的临床症状，提高疾病的临床治疗效率。

综上所述，中西医结合护理治疗慢性前列腺炎具有显著的临床疗效，全面有效治疗前列腺，减少并发症的发生，提高患者的生活质量，减轻疼痛，安全性较高，值得在临床中进一步推广与使用。

[参考文献]

[1] Litwin MS, Mevaughto—Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure[J]. J Urol, 1999, 162(2): 369- 375.
 [2] 莫曾南. 中国慢性前列腺炎的流行病学特征[J]. 中华男科学杂志, 2012, 7(20): 24- 35.
 [3] 杨锦霞, 郑爱珍, 苏燕, 等. 综合性护理干预对慢性前列腺炎患者治疗依从性、心理状态及疗效的影响[J]. 中国现代医生, 2014, 52(2): 96- 98.
 [4] 施春梅. 综合性护理措施对前列腺炎患者治疗依从性的干预效果[J]. 医学理论与实践, 2014, 7(12): 961.
 [5] 陆新颜. 保列治治疗慢性前列腺炎 56 例的护理干预效果[J]. 中国药业, 2013, 22(9): 120- 121.

(责任编辑: 刘淑婷)



·书讯·《〈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（含包装邮费），欲购者请汇款至广州市番禺区大学城外环东路 232 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科，邮政编码：510006。