

面愈合达到 2/3 以上, 症状消失, 菌培养转阴; 有效: 创面愈合 1/3 以上, 症状减轻; 无效: 创面愈合不足 1/3。不良反应按下列 5 级标准判断, 记录其与所试验药物的关系: 肯定有关、可能有关、可能无关、肯定无关、无法判定, 把肯定有关与可能有关病例列入不良反应统计。

4.2 3 组临床疗效比较 见表 1。从治疗 1 周开始, 3 组临床疗效比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。治疗组与对照 A 组疗效均优于对照 B 组。

表 1 3 组临床疗效比较

组别	时间	n	例			
			临床痊愈	有效	显效	无效
治疗组		28	2	15	10	1
对照 A 组	治疗 1 周	25	1	14	8	2
对照 B 组		28	0	11	9	8
治疗组		28	9	17	2	0
对照 A 组	治疗 2 周	25	5	14	5	1
对照 B 组		28	3	13	7	5
治疗组		28	16	9	3	0
对照 A 组	治疗 3 周	25	9	12	4	0
对照 B 组		28	8	10	6	4

4.3 安全性评价 夏星驳骨油纱外敷治疗感染创面, 未发生不良反应, 对局部无明显刺激性, 无发热皮疹等过敏病例。桃红四物汤内服和凡士林纱布外敷治疗期间均未发生不良反应。

5 讨论

慢性溃疡病是老年骨科的多发病。多继发于糖尿病, 骨盆髌部骨折长期卧床, 虚弱, 血管闭塞等疾病, 也是骨外科治疗的一大难题, 西医疗除全身应用抗生素及清创换药外尚无更好的方法, 利用中药外敷并配合中药内服, 可明显促进溃疡面的愈合、收口及止痛。夏星驳骨油纱由驳骨草、煨狗骨、地龙、土鳖虫、续断、自然铜、骨碎补、三七、延胡索、当归等按矿物药、动物药、植物药比例搭配组成, 具有活血化瘀, 消肿止痛, 祛腐生肌的功效。其中煨狗骨、自然铜、地龙均是被实验证实了具有明显促进伤口愈合作用。目前认为影响创面难

愈合的因素主要有以下几个方面: 褥疮等局部受压, 周围动脉粥样硬化引起的局部血液循环受阻, 微循环内血栓形成, 细胞外水肿, 恶性循环, 组织的血氧供给进一步下降。长期创面外露, 细菌聚集: 细菌能产生多种毒素, 积聚伤口周围, 破坏上皮组织的正常再生。夏星驳骨油纱有明显的抑菌作用, 可能的作用机制为半夏天南星等散结、祛湿药物局部靶向破坏细菌的毒性, 同时驳骨草、当归活血化瘀中药改善局部血运, 然而分子生物学层面的作用机制需要进一步研究。贫血及低蛋白血症同时存在, 抗感染力和机体免疫功能下降: 如果同时存在贫血、低蛋白, 创面的感染机会增大, 白细胞趋化性发生障碍, 从而影响创面的愈合。有实验研究表明, 活血化瘀药龙血竭有促进糖尿病皮肤溃疡面愈合的功效。

夏星驳骨油纱可能的作用机制: 内含大量活血化瘀药物, 促进肉芽组织增殖, 可能与调控生长因子促进成纤维细胞、血管内皮细胞、上皮细胞向伤口周围移动^[4]有关, 有利于感染伤口的新陈代谢, 提供伤口愈合所需的营养成分, 从而提高伤口抗感染力和增强机体免疫功能。同时含有天南星、半夏等软坚散结药物, 可以促进创面软化, 使上皮修复更加柔软而不容易形成瘢痕, 愈合时间明显缩短。夏星驳骨油纱属于湿性敷料, 覆盖密闭创面, 肉芽组织修复需要湿润的环境, 渗出液抑制局部细菌繁殖, 促进肉芽及上皮新生的良性循环。综合以上原因, 本研究认为, 桃红四物汤合夏星驳骨油纱治疗感染创面的整体疗效优于单纯应用夏星驳骨油纱, 明显优于应用凡士林纱布。夏星驳骨油纱调控创面修复是多途径、多靶点、多层次的, 同时内服外敷, 药物合用, 相互补充, 有利于创面愈合, 又不破坏正常组织的修复环境, 促进难愈性创面的愈合, 且无明显不良反应。

[参考文献]

- [1] 王正国. 创伤修复的分子生物学研究[J]. 中华创伤杂志, 2000, 16(6): 326-327.

(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机场路 12 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科收, 邮政编码 510405, 电话 020-36585482。

表 1 3 组患者输卵管通畅度比较 条

组别	条数	治愈	有效	无效	总有效率(%)
A 组	55	8	19	28	49.1
B 组	60	6	23	31	48.3
C 组	58	15	35	8	86.2

与 C 组比较, ① $P < 0.05$

4.2 3 组患者妊娠情况比较 见表 2。妊娠率 A 组为 5.0%，B 组 7.5%，C 组 17.5%。C 组妊娠率明显高于 A 组和 B 组，差异均有显著性意义($P < 0.05$)；A、B 2 组间比较，差异无显著性意义($P > 0.05$)。

表 2 3 组患者妊娠情况比较 例

组别	n	宫内妊娠	宫外妊娠	总妊娠数	宫内妊娠率(%)
A 组	40	2	5	7	5.0
B 组	40	3	4	7	7.5
C 组	40	7	0	7	17.5

与 C 组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

输卵管不通是不孕症的主要原因，约占女性不孕的三分之一。输卵管的正常功能是摄取卵子、运输精子、把受精卵运送至子宫宫腔，因此任何导致输卵管不通或者功能性障碍的因素都会导致不孕^②。导致输卵管性不孕症的病因主要包括：慢性输卵管炎：输卵管炎症是妇科常见病，会引起输卵管肥大，输卵管和盆腔组织粘连以及输卵管积水积脓，从而造成不孕；子宫内异位症：子宫内异位会引起输卵管蠕动功能障碍或者闭塞，从而影响输卵管的运输功能，成为输卵管性不孕症的一个重要因素；性传播疾病：性传播疾病会引起沙眼衣原体、淋球菌等感染，导致输卵管性不孕症；其他因素：其他因素包括有外伤、先天性等因素^③。

输卵管性不孕症的治疗，主要有外科手术、输卵管插管通液术以及中医药治疗等方法，其中输卵管插管通液术仍然是目前治疗该病的首选方法^④。该种方式是利用机械作用，通过直接将液体注入输卵管腔内，可以分离黏连的输卵管、消除组织水肿，使药物能够直接到达病处发挥消炎作用^⑤。本观察中所

使用的 α 糜蛋白酶具有分解肽链的作用，从而可以软化组织，溶解纤维，消除粘连组织；地塞米松则具有抗炎以及抑制纤维母细胞增生的作用，从而促进炎症因子的吸收，减少组织粘连；庆大霉素则发挥抗感染的作用^⑥。目前，比较常用的是宫腹腔镜联合输卵管插管通液术。根据临床观察，这种方式的通液术使输卵管的通畅率达到 70% 以上，其成功率比之前所应用的单纯宫腔镜下插管要高，具有较好的临床效果。中医学认为，输卵管性不孕症具有血瘀证的特点，其分型虽有肝郁血瘀、肾虚血瘀、气虚血瘀、气滞血瘀、脾虚血瘀、湿热阻络等不同，但治疗中总离不开化瘀通络法。通络助孕方中当归、鸡血藤活血补血，并防止活血之力过强而伤血；红藤、三七、赤芍、丹参、乳香、没药等通络利水、活血化瘀；木香、乳香能够使脉络通畅、瘀血得行；黄芪、党参补中益气，以助血行；甘草调和诸药。诸药合用，共达补气、活血、化瘀之功效，针对本病血瘀病机，故能收到较好疗效。

本临床观察表明，采用通络助孕方内服配合输卵管通液术治疗输卵管性不孕症，妊娠率为 17.5%，效果要明显优于单纯中药内服和单纯输卵管通液术(均 $P < 0.05$)。提示中西医结合方法可以提高患者受孕率，值得临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 3 辑[S]. 1993: 276-279.
- [2] 姚立丽. 腹腔镜在输卵管性不孕症诊疗中的应用[J]. 现代诊断与治疗, 2011, 22(1): 49-50.
- [3] 张燕, 陈晶晶. “通管助孕汤”治疗输卵管性不孕症 56 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2011, 43(3): 49-51.
- [4] 李菲菲, 匡继林, 尹一兰. 中西医结合治疗输卵管阻塞性不孕的临床研究[J]. 中医药导报, 2010, 16(8): 23.
- [5] 苟文丽. 妇产科手册[M]. 北京: 科学出版社, 2008: 172.
- [6] 高洁. 中西医结合治疗输卵管阻塞性不孕症 15 例疗效观察[J]. 中国民康医学, 2011, 23(4): 447.

(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 年每套各 230 元 (均含邮费)。欲购者请汇款至广州市机场路 12 号大院广州中医药大学《新中医》编辑部发行科 (邮政编码: 510405)，并在汇款单附言栏注明书名、套数。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	30	16	12	2	93.3
对照组	30	10	11	9	70.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后中医证候评分比较 见表 2。治疗后 2 组中医证候评分均较治疗前明显升高, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$); 治疗组中医证候评分升高较对照组更显著($P < 0.01$)。

表 2 2 组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	30	41.3 ± 4.9	58.6 ± 2.6
对照组	30	41.2 ± 4.7	53.4 ± 3.5

与同组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

小儿消化不良性腹泻是一种以粪便性状改变及大便次数增多为主要特点的消化道综合征, 发病率仅次于急性呼吸道感染, 多见于 2 岁以下幼儿, 是阻碍小儿生长发育、造成营养不良的主要原因^⑥。现代医学认为, 小儿脾胃功能发育尚未健全, 消化能力较弱, 极易被乳食所伤而导致消化不良, 进而发生消化不良性腹泻。小儿长期腹泻易造成营养不良, 严重者甚至影响小儿生长发育、智力及身心健康。

小儿消化不良性腹泻属于中医学虚劳、泄泻、注下等范畴。中医学理论认为, 小儿脾胃功能较弱, 临床多由于小儿饮食冷热不适、不洁净引起脾运不畅, 故而出现消化不良性腹泻。笔者应用双歧杆菌四联活菌片联合参苓白术散加减治疗, 收到较好疗效。双歧杆菌四联活菌片含有人体正常菌群, 即保加利亚乳杆菌、嗜热链球菌活菌及长双歧杆菌, 其作用机制为与其它厌氧菌共同占据肠黏膜表面, 进而在肠道内形成一个稳定的生物屏障, 阻止病菌的入侵与植入; 并可产生醋酸及乳酸降低肠道内 pH, 从而抑制致病菌的生长, 恢复肠道菌群的平衡环境, 重建人体肠道内正常微生态系统而调整肠道菌群以达到止泻作用^{⑦-⑧}。中药治疗以补益脾胃、化湿止泄为治则, 方

中人参、白术、茯苓、甘草为四君子汤, 功能健脾益气; 山药、扁豆、莲子补脾渗湿止泻; 砂仁和胃醒脾; 桔梗宣肺益气, 载药上行。诸药合用, 共奏健脾益气、和胃渗湿止泄之功。研究证实, 参苓白术散可有效调节胃肠运动, 双向调节肠管平滑肌收功能; 另外还能提高胃蛋白酶活性, 增加脾虚小鼠胃主细胞内髓鞘粒含量, 进而促进脾虚动物上皮细胞绒毛的生长, 增强胃肠消化功能^⑨。

观察结果表明, 观察组临床疗效及中医证候评分明显优于对照组, 提示采用中西医结合治疗小儿消化不良性腹泻有助于改善临床症状及体征, 疗效显著, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 伍春花. 酪酸梭菌活菌散合醒脾养儿颗粒治疗小儿消化不良性腹泻 50 例临床疗效观察[J]. 中国民族民间医药, 2013, 19(1): 24.
- [2] 魏远芳, 古新江. 中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻[J]. 中国社区医师, 2012, 21(14): 228.
- [3] 方鹤松. 中国腹泻病诊断治疗方案[J]. 中国实用儿科杂志, 1998, 13(6): 381.
- [4] 汪受传. 中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 120-121.
- [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: 139-142.
- [6] 何静. 中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻的疗效观察[J]. 求医问药, 2013, 11(11): 318-319.
- [7] 白普勋. 联合用药治疗小儿消化不良性腹泻 50 例临床观察[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(1): 43.
- [8] 王高翔. 肠胃康颗粒联合西药治疗小儿消化不良性腹泻 30 例疗效观察[J]. 甘肃中医学院学报, 2013, 30(1): 21-22.
- [9] 陈小龙, 钟荣光, 张洁贞, 等. 三联疗法联合参苓白术散治疗慢性糜烂性胃炎临床观察[J]. 新中医, 2014, 46(2): 64-66.

(责任编辑: 冯天保)

· 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机场路 12 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科收, 邮政编码 510405, 电话 020-36585482。

表 1 2 组治疗前后各项指标情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	GI		PD(mm)		AL(mm)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	2.78±0.45	2.07±0.27	5.35±0.57	4.87±0.49	6.78±1.12	6.25±1.14
观察组	2.76±0.43	1.09±0.25	5.32±0.58	2.61±0.48	6.75±1.09	6.06±1.15

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

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。总有效率观察组 98.7%，高于对照组的总有效率(78.0%)，差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表 2 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	改善	无效	总有效[例(%)]
对照组	300	89	145	66	234(78.0)
观察组	300	261	35	4	296(98.7)

与对照组比较, ① $P < 0.01$

5 讨论

牙周炎是口腔科常见的一种慢性感染性牙周疾病，微生物(细菌)是引发牙周支持组织炎症的始动因子。无论是哪种类型的 CAP，龈上洁治术、龈下根面平整术等机械方法清除牙面上菌斑和牙石，是牙周治疗的基础。但是因牙周袋形态以及口腔中牙体解剖结构复杂，单纯采用牙周基础治疗的方法只能达到去除牙根面牙石以及牙菌斑的效果，无法有效清除深部牙周袋内细菌，需在刮治基础上予药物治疗以彻底清除细菌。牙周病药物治疗主要有全身用药和局部用药 2 种治疗方法，但全身用药的不良反通常较为严重，局部用药有药物浓度低、不易产生耐药菌株等优点，越来越受到临床肯定。以往临床常规采用复方碘甘油治疗，虽其药物刺激性小，能起到一定程度的收敛、杀菌效果，但由于碘甘油是一种液态剂型，很难在牙周袋内停留较长时间，药物浓度和时间保持不够理想，导致受炎症损伤的牙周袋底部很难重新建立起上皮附着。

中医学理论认为，牙龈红肿疼痛是胃有积热的表现，热循足阳明经上攻形成牙周炎。牙痛牵引导致患者头疼、面颊发热、牙根腐烂等，均为火热攻窜所致。清热消炎固齿缓释软膏的药物组成为黄芩、黄连、黄柏、野菊花、丹参、金银花、三

七、薄荷、连翘、椒目等，黄芩、黄连、黄柏三药联用清热燥湿、泻火解毒之功显著。现代药理学研究表明，黄芩、黄连、黄柏具有抗菌、抗炎以及镇痛的作用，亦可有效清除氧自由基，可拮抗多种细菌毒素，还对网状内皮系统吞噬功能具有促进作用。金银花、连翘、野菊花清热解毒，不但抗菌谱广，而且可直接摧毁内毒素^[4]。丹参活血祛瘀，通经止痛，对组织修复与再生具有促进作用^[5]。三七活血止血、消肿定痛，椒目温中止痛、止痒，薄荷疏散风热、引药归经。本研究观察组采用清热消炎固齿缓释软膏治疗 CAP，结果显示，观察组治疗 3 周后 GI、PD、AL 改善程度均优于对照组($P < 0.05$)，总有效率高于对照组($P < 0.01$)。提示清热消炎缓释软膏局部用药，在抑制牙周细菌、减少牙周袋深度以及附着水平、消除牙周炎症等方面作用显著。

综上所述，清热消炎固齿缓释软膏局部用药辅助治疗 CAP 疗效显著，值得临床推广。

[参考文献]

- 王艳丽, 冯希平. 一种香精油漱口水抑制菌斑和牙龈炎症作用的研究[J]. 口腔医学, 2008, 28(1): 38-36, 45.
- 赵炎龙, 包泳初, 陈庆华. 牙周病局部治疗药物及其新制剂临床应用进展[J]. 世界临床药物, 2009, 30(6): 370-373.
- Shetty S, Bose A, Sridharan S, et al. A clinico-biochemical evaluation of the role of a herbal (Ayurvedic) immunomodulator in chronic periodontal disease: a pilot study [J]. Oral Health Dent Manag, 2013, 12(2): 95-104.
- 邹碧, 邹萍, 张惠乐. 中药清热消炎固齿缓释剂治疗慢性牙周炎的临床观察[J]. 中国医院药学杂志, 2010, 30(8): 676-678.
- 李伟, 胡红梅, 秦翠, 等. 冠心病与慢性牙周炎相关性的系统评价[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(20): 4955-4957.

(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机场路 12 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科收，邮政编码 510405，电话 020-36585482。

- 铂对人非小细胞肺癌 A549 细胞 HSP70 及耐药基因的影响[J]. 全科医学临床与教育, 2011, 9(1): 38-41.
- [9] 李学涛, 谭静净, 喻荣平, 等. 中药逆转抗肿瘤药物多药耐药性研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(1): 155-159.
- [10] 姚成才, 涂远荣, 杜好信, 等. 榄香烯乳剂对肺癌 A549/DDP 细胞株耐药逆转作用及其机制[J]. 现代肿瘤医学, 2013, 21(12): 2670-2673.
- [11] 胡军, 赵瑾瑶, 杨佩满. β -榄香烯乳剂逆转多药耐药细胞株 MCF-7/ADM 对阿霉素耐药性研究[J]. 中国微生态学杂志, 2002, 14(4): 214-215.
- [12] 胡军, 赵瑾瑶, 金伟, 等. 雄黄与 β -榄香烯联合用药逆转 MCF-7/ADM 细胞对阿霉素耐药性的研究[J]. 解剖学报, 2007, 38(6): 704-707.
- [13] 李雯, 董岩, 王玲, 等. β -榄香烯对 MCF-7/ADM 细胞株中乳腺癌干细胞作用的初步研究[J]. 临床肿瘤学杂志, 2013, 18(8): 683-687.
- [14] 秦叔逵, 龚新雷. 晚期胃癌化疗的现状和新进展[J]. 临床肿瘤学杂志, 2006, 11(9): 641-652.
- [15] 张晔, 宋娜, 刘云鹏, 等. β -榄香烯逆转胃癌细胞株阿霉素耐药性的作用及机制研究[J]. 中国医科大学学报, 2011, 40(11): 968-971.
- [16] 王利, 魏品康, 秦志丰, 等. 榄香烯对耐药胃癌细胞的逆转实验研究[J]. 成都中医药大学学报, 2005, 28(2): 51-53.
- [17] 陈杰. 莪术油含药血清逆转胃癌 SGC7901/CDDP 多药耐药的研究[C]// 中华中医药学会脾胃病分会第二十四次全国脾胃病学术交流会会议论文集汇编. 2012.
- [18] 诸琦. β -榄香烯对胃癌多药耐药的影响机制研究[C]// 2010 中国医师协会中西医结合医师大会摘要集. 2010.
- [19] 张晔, 曲秀娟, 刘云鹏, 等. β -榄香烯增强柔红霉素杀伤人类白血病细胞的作用及机制[J]. 西安交通大学学报: 医学版, 2011, 32(6): 664-667.
- [20] 赵瑾瑶, 杨佩满, 邵淑娟. 榄香烯对多药耐药人红白血病细胞株的影响[J]. 大连医科大学学报, 2006, 28(3): 184-186.
- [21] 郝立宏, 赵瑾瑶, 丁艳芳, 等. β -榄香烯逆转 K562/ADM 细胞 MDR 机制的探讨[J]. 中国肿瘤临床, 2005, 32(10): 548-550.
- [22] 郝立宏, 赵瑾瑶, 高船舟, 等. β -榄香烯对 K562/阿霉素细胞多药耐药性的逆转及其对 P-gp 糖蛋白表达的影响[J]. 解剖学报, 2006, 37(1): 48-51.
- [23] 王贤. 榄香烯乳对人骨肉瘤细胞系(MG-63)多药耐药的逆转及其相关机制的体外实验研究[D]. 长沙: 中南大学, 2008.
- [24] 黄生祥. 榄香烯乳对人骨肉瘤细胞系(MG-63)多药耐药的逆转及与谷胱甘肽 S-转移酶- π (GST- π)表达关系的体外研究[D]. 长沙: 中南大学, 2009.
- [25] 谢杰. 榄香烯抑制 MG-63 人成骨肉瘤细胞产生多药耐药性体外实验研究[D]. 长沙: 中南大学, 2006.
- [26] 朱夏, 吴朝阳, 林建华. 活血中药配合化疗治疗耐药骨肉瘤的体外实验研究[J]. 光明中医, 2011, 26(11): 2220-2221.
- [27] 陈春美, 杨卫忠, 王春华, 等. 榄香烯对人脑胶质瘤 U251/ADM 耐药细胞株多药耐药性的逆转作用[J]. 中华实验外科杂志, 2006, 23(4): 601-603.
- [28] 高海德, 张佩禹, 赵荣宇, 等. 榄香烯对小鼠瘤株 Hca-A2/p 化疗的影响[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2006, 13(7): 492-494.
- [29] 邹大伟, 巴静, 吉阳涛, 等. 榄香烯联合化疗治疗荷瘤小鼠[J]. 世界华人消化杂志, 2007, 15(27): 2931-2933.

(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: 中西医结合诊断学(59 元), 中西医结合外科学(58 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)至广州市机场路 12 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: 510405, 电话: (020)36585482。

上方用酸枣仁 15 g, 加五味子、焦栀子各 6 g。继服 7 剂。三诊: 每晚睡眠 5 h 左右, 诸症减轻。去黄连, 加佩兰 6 g。再服 10 剂善后, 随访 3 月无复发。

按: 毒, 邪气蕴结不解之谓。王永炎指出, 毒系脏腑功能和气血运行失常, 使体内的生理病理产物不能及时排出, 蕴积体内过多而生成^[1]。在隐匿型冠心病的发展过程中, 气血运行失常, 痰瘀搏结, 化湿生热成毒。因此, 治疗应以清热化湿、解毒通脉为主。

3 和气宽胸, 益血养阴

疾病进一步恶化, 由于气滞、血瘀、湿聚, 而致热毒内蕴, 心气郁结, 气虚则影响津液的生成而造成津亏, 血和津均可因气虚而不足, 阴血不足, 血液运行艰涩, 从而导致心脉运行不畅。气虚无以温煦推动, 血必因之而凝滞瘀阻, 发为胸痹。此处之和, 多重于“补”, 治以和气宽胸, 益血养阴。如治祝某某, 男, 70 岁。患者 1 周前突感头晕、四肢乏力、全身不适。于当地社区医院静脉滴注丹参酮 7 天, 症状无明显好转。诊见: 口干、耳鸣、腰膝酸软, 小便黄, 舌淡红、苔薄白, 脉沉细。既往高血压病史。心电图检查示: 左前分支传导阻滞。颈部血管彩超提示: 双侧颈内动脉粥样斑块形成。西药予常规口服立普妥、阿司匹林。中药治以和气宽胸, 益血养阴。方以生脉散加减。处方: 太子参、丹参、白芍、山楂、枸杞子、瓜蒌、黄精各 15 g, 黄芪 30 g, 红花、何首乌、当归、山麦冬、甘草各 10 g, 桃仁、五味子、远志、川芎各 6 g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎, 分 2 次服。二诊: 头晕、乏力稍好转, 仍感口干, 腰膝酸软。上方加玄参 10 g, 女贞子、生地黄、旱莲草各 15 g。继服 10 剂, 诸症悉除。

按: 《难经·十四难》谓: “损其心者, 调其营卫。”气为血之帅, 为气之母。气虚无以行血, 以致血脉闭阻; 阴虚则无以生气, 导致气虚进一步加重。而本病病程迁延难愈, 气虚则血行无力, 以致“久病多瘀”。因而在此阶段, 在应用补心气、

养心血之品的基础上, 佐以化瘀通脉之品, 可获奇效。

4 温和阳气, 利水通脉

疾病后期, 心气瘀阻, 失于升降, 则肾气失调; 心阳不足, 则肾阳亏虚, 心肾失济, 心无肾之滋润则火炽, 肾无心火之温煦则水寒。此处之和, 须倚以“温”, 治以温和阳气, 利水通脉。如治孙某某, 男, 90 岁。既往患者高血压病 3 级(极高危)、2 型糖尿病、冠心病、慢性肾功能不全、喉癌术后等病史, 长期口服降压、降糖、护心、抗肿瘤类西药。近 1 周来出现双下肢中度水肿, 伴乏力, 食欲减退, 思睡。加用利尿剂后症状改善不明显。诊见: 双下肢中度水肿, 食欲减退, 乏力, 畏寒, 肢体欠温, 舌淡胖、苔白腻, 脉沉迟。治以温和阳气, 利水通脉。方以右归饮加减。处方: 熟附子 9 g, 补骨脂、枸杞子、淫羊藿、薤白、赤芍、瓜蒌、甘草各 10 g, 山药、泽兰、丹参各 15 g, 陈皮、当归、猪苓各 12 g, 车前子 20 g, 山茱萸、法半夏各 6 g, 鹿角胶(烊化) 5 g, 肉桂 3 g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎, 分 3 次服。二诊: 患者下肢水肿稍好转, 仍感畏寒、乏力, 食欲不振。上方肉桂用量改为 9 g, 加黄连 3 g, 黄芪 30 g, 山楂 15 g。继服 10 剂, 下肢无明显水肿, 诸症皆瘥。

按: 疾病后期, 患者表现为心肾阳虚、心失温养, 推动无力, 心脉瘀阻, 肾阳不足, 气化无力, 水不化气, 瘀血水饮阻滞血脉的本虚标实证^[1]。此时以心肾阳虚为本, 瘀血、水饮为标。故立振奋阳气、利水通脉之法, 益气温阳为强心之本, 活血通脉、利水消肿为治病之标。

[参考文献]

- [1] 李运伦. 毒邪的源流及其分类诠释[J]. 中医药学刊, 2001, 18(1): 44-45.

(责任编辑: 冯天保)

·书讯·《肝炎验方 250 首》由广东科技出版社出版。该书收集了公开发行的中医药刊物上治疗各种类型肝炎的验方, 适合临床医生、肝炎患者阅读。该书由《新中医》编辑部代售, 每册定价 15 元(含邮寄费)。需要者可汇款至广州市机场路 12 号大院广州中医药大学《新中医》编辑部发行科, 邮政编码: 510405, 并在汇款单附言栏注明书名、册数。