

针刺联合青蒿素类药物治疗非洲地区疟疾 34例临床观察

刘玉强 黄运生

(1.解放军第273医院传染结核科,新疆库尔勒841000; 2.新疆军区总医院中医科,新疆乌鲁木齐840000)

摘要 目的:观察针刺联合青蒿素类药物治疗非洲刚果(金)地区维和人员疟疾的疗效。方法:选取2015年9月~2016年9月期间在刚果(金)执行维和任务的68例疟疾患者作为研究对象,采用随机数字表法将其分为治疗组、对照组各34例,治疗组采用针刺联合青蒿素类药物,对照组采用青蒿素类药物,观察2组疗效。结果:治疗后,治疗组及对照组外周血厚/薄涂片(疟原虫)检测均转阴,治愈率均为100%。治疗组临床症状改善情况、血液检测指标恢复正常时间及疟原虫转阴时间优于对照组($P<0.05$)。结论:青蒿素及其衍生物治疗刚果(金)地区疟疾疗效确切,治愈率高,是抗疟治疗的主要药物。在青蒿素类药物基础上加用针刺可明显改善患者临床症状,缩短各项生化指标复常时间及疟原虫清除时间。

关键词 疟疾 针刺疗法 青蒿素

中图分类号 R531.305

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)06-0049-02

非洲地区传染病横行,疟疾是其中流行最猖獗、波及面最广、危害最大的传染性寄生虫病,全世界85%以上的疟疾患者在非洲,每年死于疟疾者达120万人^[1]。自我国学者屠呦呦所领导的团队在中药青蒿中提取出青蒿素用于治疗疟疾以来,挽救了无数疟疾患者的生命,造福了全球数以亿计的疟疾病患。笔者于2015年9月至2016年9月作为联合国驻刚果(金)稳定团中国二级医院的医师执行维和医疗任务,应用针刺联合青蒿素类药物治疗疟疾34例,并设青蒿素类药物组34例作对照,收效良好,现报告如下。

1 一般资料

所选取的68例系在刚果(金)执行任务期间中国二级医院所收治的疟疾患者,均为执行维和

任务的各国军人及联合国雇员,分别来自巴基斯坦、孟加拉国、埃及、乌拉圭、法国、中国及刚果(金)等国。所有患者均符合临床疟疾诊断标准^[2]。采用随机数字表法将患者分为治疗组、对照组。治疗组34例:男22例,女12例;年龄20~55岁,平均年龄(37.35±18.11)岁;病程5~9d,平均病程6.4d;典型型疟疾12例,黄疸肝炎型疟疾10例,胃肠型疟疾9例,脑型疟疾3例。对照组34例:男20例,女14例;年龄19~57岁,平均年龄(38.68±18.53)岁;病程4.5~10d,平均病程6.9d;典型型疟疾14例,黄疸肝炎型疟疾9例,胃肠型疟疾10例,脑型疟疾1例。2组患者在性别、年龄、病程及临床分型方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

三诊(7月13日):服药3剂后患儿鼻衄之症已解,守本法加入健脾养阴之品以扶其正。

随诊半年无复发。

按:鼻出血是儿科的常见病,属中医“鼻衄”之范畴,多与肺、肝、脾三脏,肺主鼻,开窍于鼻,今肺郁生热,肺气壅塞,气机不畅,迫热于鼻,而成鼻衄;小儿肝常有余,肺热移热于肝,肝旺扰及心神,则烦躁、夜睡不宁;肺热下移大肠,则大便干结。治以泻白散清泻肺中郁热,环钗石斛助清内热,夏枯草、白芍清肝柔肝,灯芯草、川牛膝引火下行,丹皮、白茅

根、藕节凉血止血,山楂、白芍有酸收止血之效。全方共奏清热凉血止血之功,药证相符,故获良效。二诊时患儿鼻衄已减,减白芍,入仙鹤草加强收敛止血之力。

第一作者:徐雯(1960—),女,本科学历,主任中医师,研究方向为儿童性早熟、儿科杂病。xuwen-laoshi@sina.com

收稿日期:2017-03-05

编辑:吴宁

2 治疗方法

2.1 对照组 采用青蒿素类药物(蒿甲醚或青蒿琥酯)治疗:(1)蒿甲醚(昆明制药集团股份有限公司)肌肉注射,首剂 160mg,其后 80mg/d,连用 4~5d;(2)青蒿琥酯(桂林南药股份有限公司)静脉注射,首剂 120mg,其后 60mg/d,连用 5d。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上联合针刺治疗。取穴:大椎,合谷,风池,中脘,天枢,间使,后溪,足临泣。依据临床表现不同配穴如下:典型型配曲池;黄疸型肝炎型配阿是穴及局部穴;胃肠型配足三里;脑型配人中、内关、三阴交;高热不退者予十宣穴放血。所有穴位均用泻法,5d 为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)临床指标:发热、头痛、恶心呕吐、腹痛腹泻、意识不清症状的消失天数;(2)实验室指标:于治疗开始后第 2 天起每日晨起检测血常规,主要观察血红蛋白(HGB)、白细胞(WBC)、血小板(PLT)、谷草转氨酶(AST)、谷丙转氨酶(ALT)、总胆红素(TBIL)、外周血疟原虫涂片。

3.2 统计学方法 所有数据采用 SPSS 17.0 软件进行统计和分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 结果

3.3.1 2 组患者临床症状改善情况比较 见表 1。

3.3.2 2 组患者实验室检测指标复常时间比较 见表 2。

表 1 治疗组、对照组患者临床症状改善情况比较($\bar{x} \pm s$) d

组别	发热		头痛		恶心呕吐		腹痛腹泻		意识不清	
	例数	消失天数	例数	消失天数	例数	消失天数	例数	消失天数	例数	消失天数
治疗组	34	2.5±0.3 [▲]	16	2.1±0.6 [▲]	10	2.2±0.4 [▲]	8	2.2±0.3 [▲]	3	1.8±0.3 [▲]
对照组	34	3.1±0.4	18	3.8±0.7	11	4.3±0.6	9	3.4±0.3	4	2.6±0.6

注:▲与对照组比较, $P < 0.05$ 。

表 2 治疗组、对照组患者实验室检测指标复常时间比较($\bar{x} \pm s$) d

组别	例数	ALT	AST	TBIL	HGB	PLT	疟原虫
治疗组	34	5.1±1.3d [▲]	5.3±0.7d [▲]	5.0±0.6d [▲]	5.6±1.4d [▲]	2.2±0.3d [▲]	3.0±0.8d [▲]
对照组	34	7.1±1.4d	7.3±1.5d	6.8±0.7d	6.3±1.3d	3.4±0.4d	5.0±0.6d

注:▲与对照组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

WHO 文件中明确指出,以青蒿素及其衍生物为基础的联合药物治疗现已被推荐为恶性疟疾最佳治疗方案。迄今为止,89 个国家已采纳以青蒿素为基础的联合药物治疗各型疟疾。本文报告所收治的各型疟疾患者 68 例,均采用蒿甲醚或青蒿琥酯为基础的抗疟联合治疗方案,其中 34 例辅

以针刺疗法,68 例均治愈出院,疟原虫清除率 100%。

针刺治疗是中医学对国际抗疟联盟的又一重大贡献。从中医角度来讲,疟疾是由于虚弱之体感受疟邪、山岚瘴气、疫疠之邪引起的机体体作性寒战、发热、汗出、头痛、烦渴等为主要表征的虫媒传染病。根据患者临床表现、寒热轻重及发作间隔时间,判断疟邪之深浅、疟发之部位及患者正气之强弱。风温、时行感冒、淋病的初起或早期症状与疟疾表征相似,临床主要考虑与此类疾病进行鉴别^[3]。截疟祛邪是针灸治疗疟疾的基本治疗原则,截疟是防止疟疾复发的根本措施,实证以祛邪截疟为主,虚证以扶正补虚为主。针刺常用穴位有大椎、合谷、曲池、风池、中脘、天枢、间使、后溪、足临泣等,发作前 2~3h 针刺,以泻法为主,每日 1 次^[4]。大椎乃手足三阳与督脉之会,针刺有驱除体内邪气、提高人体正气、宣通诸阳经经气之功用;合谷乃手阳明经之原穴,能清热解表、和胃利咽,在治疗感冒型与胃肠型疟疾中均可采用;曲池为治疗一切热病之要穴,能散风清热;风池为手足少阳与阳维之会,能清热解表息风;中脘为胃之募穴,天枢为大肠之募穴,两穴合用和胃健脾,通降腑气,升降气机,配足阳明合穴足三里,加强和胃健脾升降气机的作用;人中、内关、三阴交配合,为现代针灸治疗中风的主穴,有醒脑开窍的作用,可用于脑型疟的治疗;大椎刺络拔罐可通阳解热毒,为解高热之妙法;十宣放血为古之经验法,能开窍醒脑,泄热镇痉,对于疟疾其他类型伴高热抽搐症状者,均可采用。

参考文献

- [1] 詹世明.非洲面临疟疾严重威胁[J].西亚非洲,2008(10):68.
- [2] 陈灏珠,林果为.实用内科学[M].13 版.北京:人民卫生出版社,2009:714.
- [3] 周仲瑛,蔡淦,张洪斌.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2004:196.
- [4] 华华,吴洁,张丽梅.经方拾零[J].中国中医基础医学杂志,2010,16(2):175.

第一作者:刘玉强(1982—),男,本科学历,主治医师,从事传染病临床工作。

通讯作者:黄运生,中医学博士,副主任医师。
hnhys2004@163.com

收稿日期:2016-10-30

编辑:华由王沁凯