具有可比性。

1.2 方法 两组在观察期间均按常规予以饮食、情志及腹部按摩等护理。在此基础上,对照组麻仁润肠丸 6 g,开水口服,早晚各 1 次,连续服用 10 d。观察组采用针灸,选穴为天枢、大肠俞、上巨虚、支沟、照海,每日 1 次,10 次为 1 个疗程。比较两组患者的疗效。

1.3 判定标准

1.3.1 症状计分标准 排便间隔超过自己习惯 1 d 为 1 分,间隔超过自己习惯 2 d 为 2 分,间隔超过自己习惯 3 d 为 3 分;便质先干后软为 1 分,大便干结为 2 分,大便干结如球或大便带血为 3 分;排便费力并伴有不适感或便意不尽感,偶有表现为 1 分,时有表现为 2 分,经常发生为 3 分;每次排便时间 10~20 min 为 1 分,21~30 min 为 2 分,30 min 以上为 3 分。

1.3.2 便秘疗效的标准^[3] 治疗后 10 d 按以上计分标准评判。显效:症候改善明显,计分降低 2/3 以上,保持 2 周以上。有效:症候改善,计分降低 1/2 以上。无效:症候改善,计分降低位超过 1/2。

1.4 统计学处理 数据采用秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结 果

两组患者临床治疗效果比较观察组总有效率为 94.4%,较对照组明显提高,见表 1。

表 1 两组患者疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	36	10(27.8)	24(66.7)	2(5.5)	34(94.4) ^a
对照组	36	7(19.4)	19(52.8)	10(27.8)	26(72.2)

注:与对照组比较,^a $P<0.01$ 。

3 讨 论

便秘是阿片类药物最常见的不良反应,发生率 90%~100%^[4]。阿片类药物引起便秘的主要原因是其与肠道阿片受体结合,使肠蠕动减慢,延迟了大便的排泄时间;水和电解质通过肠黏膜再吸收,使大便变干、变硬,导致便秘^[5]。临床大部分癌症患者为晚期癌症者,体质虚弱,久卧病床,易致便秘。

中医针灸是我国历代医家在长期医疗实践中,以阴阳、脏腑、腧穴、经络学说为依据,根据辨证,选取相关腧穴治疗疾病

的一种治疗方法。中医认为,阿片味辛、苦、酸、涩,性温、燥,有毒,气香走窜,入十二经,直接耗伤人体津液,加上脾胃生化之源不足,造成津液虚损,肠失濡润以致便秘。大部分癌痛患者为晚期癌症患者,在抗肿瘤治疗过程中,化疗均能灼伤阴液致阴血亏耗。故肿瘤患者晚期多表现为气血不足或气阴两虚。气虚则大肠传递无力,血虚阴虚则津枯肠燥,故阿片类药物引起的便秘多为虚秘。针灸疗法可疏通经络、调养脏腑、补益气血、纠正失衡,达到润肠通便作用,解决排便困难^[6]。中医认为便秘的病位在大肠,若大肠气机失调,津液不足,则传导失常,腑气不通,而形成便秘。故取足阳明胃经的天枢和足太阳膀胱经的大肠俞,再加下合穴上巨虚,“合治内腑”三穴共用,更能调通大肠腑气;配穴支沟和照海,支沟通三焦气机,三焦气顺则腑气通;照海养阴以增液行舟。腑气通则传导功能自可复常,结肠蠕动障碍得到改善,则便秘能够得到有效治疗。本研究结果显示针灸治疗阿片类药物引起的便秘效果显著,此方法操作简便、安全、无不良反应,能及时解除患者的痛苦,提高患者的生活质量,值得临床推广。

参考文献

[1] 史瑞君,杨国旺.中药穴位贴敷预防奥施康定所致便秘的临床观察[J].中华护理杂志,2011,46(8):827-828.

[2] 周仲瑛.中医内科[M].北京:中国中药出版社,2003:263.

[3] 危北海.中医脾胃学说应用研究[M].北京:北京出版社,1993.

[4] 徐波.肿瘤护理学[M].北京:人民卫生出版社,2008:103.

[5] 武峰,张慈安,桂牧微,等.舒秘胶囊治疗阿片类药物所致便秘 30 例疗效观察[J].中国中医药科技,2009,16(5):413-414.

[6] 刘硕,刘冰,李凌霞,等.针灸治疗老年性便秘 36 例临床观察[J].中国中医药科技,2009,16(2):83.

(收稿日期:2012-10-11 修回日期:2012-12-12)

• 临床研究 •

肝硬化患者凝血功能和血小板检测分析

林壮琼,张展青(广东省揭阳市人民医院检验科 522000)

【摘要】 目的 探讨肝硬化患者凝血指标-凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血酶原时间(APTT)、凝血酶时间(TT)、纤维蛋白原(FIB)和血小板(PLT)检测的临床意义。**方法** 采用 ACL-ADVANCE 全自动凝血仪检测 94 例肝硬化患者 PT、APTT、TT、FIB,采用 ABX-120 全自动血细胞分析仪检测 PLT,与健康对照组相比较。**结果** 肝硬化组 PT、APTT、TT 均较健康对照组显著延长,FIB 及 PLT 明显低于健康对照组($P<0.05$);且肝硬化合并出血组 PT、APTT、TT 高于无出血组,FIB 及 PLT 低于无出血组($P<0.05$)。**结论** 及时对肝硬化患者检测凝血功能及血小板有利于了解其肝功能损害程度,预防继发性出血,指导临床诊断。

【关键词】 肝硬化; 凝血酶原时间; 活化部分凝血酶原时间; 凝血酶时间; 纤维蛋白原; 血小板

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.08.038 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)08-0986-02

肝硬化是临床上常见的慢性肝病,早期可无临床症状,后期可出现肝功能减退,表现为造血系统的损害,如脾脏肿大伴

脾功能亢进时,血小板减少、凝血因子合成减少、凝血因子消耗过多、原发性纤维蛋白原溶解等,这些因素可导致肝硬化患者的出血倾向^[1]。本文通过对肝硬化患者凝血功能及血小板的联合检测,探讨其临床价值,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 94 例肝硬化患者均来自本院 2011 年 7 月至 2012 年 7 月住院患者,符合肝硬化诊断标准,其中男 49 例,女 45 例,年龄 32~73 岁,平均 47 岁。根据其是否出血分为肝硬化合并出血患者 37 例,无合并出血患者 57 例。健康对照组 50 例,为本院同期体检中心健康体检人员,排除肝胆疾病、血液病及心脑血管疾病,近两周内未使用任何药物。

1.2 仪器与试剂 ACL-ADVANCE 全自动凝血仪及原装配套试剂、质控品和标准品,ABX-120 全自动血细胞分析仪及原装配套试剂、质控品和校准品,LD-2A 型离心机。

1.3 样本处理 血小板分析及凝血功能样本均空腹采血。血小板分析样本采集 1~2 mL 静脉血至有乙二胺四乙酸二钾

(EDTA-K₂)抗凝剂的专用真空管,采集后立即充分混匀;凝血功能样本为准确采集 1.8 mL 静脉血于有 109 mmol/L 枸橼酸钠抗凝剂的专用真空管,采集后立即充分混匀,3 000 r/min 离心 10 min,取无脂血、无溶血的血浆进行检测,血小板及凝血功能的检测均在 2 h 内完成。

1.4 统计学处理 采用 SPSS12.0 软件进行统计学分析,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肝硬化组与健康对照组凝血功能及血小板数量差异 肝硬化组与健康对照组比较,PT、APTT 及 TT 明显延长,FIB 与 PLT 明显降低,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 肝硬化合并出血组与无出血组凝血功能及血小板数量差异 肝硬化合并出血组与无出血组比较,PT、APTT 及 TT 延长,FIB 与 PLT 降低,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 各组凝血功能及血小板数量测定结果($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	FIB(g/L)	PLT($\times 10^9/L$)
肝硬化组	94	20.3±5.4	48.9±8.2	23.4±3.7	1.9±0.5	81±25
健康对照组	50	11.7±1.4	30.1±5.1	15.6±1.4	2.9±0.8	194±38

表 2 肝硬化各组凝血功能及血小板数量测定结果($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	FIB(g/L)	PLT($\times 10^9/L$)
出血组	37	21.5±3.9	53.9±5.4	25.1±2.9	1.7±0.6	69±24
无出血组	57	16.8±2.9	44.5±4.6	21.8±2.1	2.1±0.5	87±27

3 讨论

肝硬化时,肝细胞充血水肿,纤维组织增生,肝细胞损伤坏死,蛋白质合成能力下降,凝血因子合成减少,清除组织凝血活酶和被激活纤溶因子的能力降低^[2-4];肝素酶合成障碍,肝素灭活能力下降,血中肝素含量升高;肝细胞严重损害后及门静脉高压症等原因导致维生素 K 的吸收障碍,使多种维生素 K 依赖性凝血因子转化成活性凝血因子的过程发生障碍^[5]。以上各种因素致使肝硬化患者凝血功能发生紊乱,凝血功能表现为 PT、APTT、TT 明显延长,而 FIB 明显降低^[6]。

血小板是具有酶和生理活性的细胞,在二期止血上,通过黏附聚集和释放凝血因子等功能起到重要的止血作用。肝硬化患者存在获得性血小板贮存池病,使血小板在体内发生释放反应,导致血小板衰竭。同时肝硬化患者由于门静脉高压,脾梗阻性充血而肿大,特别是晚期多发生脾功能亢进,单核-巨噬细胞系统大量吞噬和破坏血小板而使血小板明显减少。

综上所述,肝硬化患者随着肝功能损害程度的加重,其凝血功能障碍和血小板数量降低越来越明显,导致患者容易发生自发性出血和出血后难以凝固的现象^[7]。总之,联合检测肝硬化患者凝血功能和血小板,有助于判断其病情,对治疗和预后评估有重要指导意义。

[J]. 放射免疫学杂志,2008,21(5):456.

[2] 李媛媛. 肝硬化患者凝血指标的变化及临床意义[J]. 检验医学与临床,2008,5(20):1253-1254.
 [3] 熊将军. 肝病患者多项凝血指标检测结果分析[J]. 检验医学与临床,2011,8(19):2337-2338.
 [4] 鲁文育. 肝病患者凝血指标检测结果分析[J]. 中国现代医生,2012,50(29):84-85.
 [5] Negrev NN, Radev RZ, Velikova MS, et al. Effects of the hormones of the thyroid axis on the vitamin K-dependent plasma factors of blood coagulation (II, VII, IX, and X) [J]. Int J Immunopathol Pharmacol, 2008, 21(1): 221-226.
 [6] Bijak M, Saluk J, Ponczek MB, et al. Antithrombin effect of polyphenol-rich extracts from black chokeberry and grape seeds[J]. Phytother Res, 2013, 27(1): 71-76.
 [7] 李玉才. 肝硬化患者血小板参数和凝血指标变化与肝功能 Child-Pugh 分级的关系[J]. 山东医药, 2010, 50(35): 45-46.

(收稿日期:2012-10-12 修回日期:2012-12-20)

参考文献

[1] 齐子芳. CRP、CHE 测定肝炎后肝硬化患者的临床意义