

临

床

报

道

合谷刺治疗中风后假性球麻痹 35 例

江苏省徐州市中医院针灸科(221009)

王 雷 朱广军

假性球麻痹是中风后的常见并发症。较之中风后肢体功能障碍恢复更加困难。并因吞咽困难导致严重的营养不良、反复发作的吸入性肺炎、甚至窒息,直接影响中风病的预后。在临床实践中采用合谷刺法治疗中风后假性球麻痹,取得一定疗效,本文总结如下。

1 临床资料

35 例均为住院患者,男性 27 例,女性 8 例;年龄 42~83 岁,平均发病年龄 65.43 岁,病程 8 小时~143 天,其中病程在 1 周之内 12 例,1 周~1 个月 16 例,病程超过 1 个月者 7 例。全部病例均经头颅 CT 或 MRI 检查确诊为脑血管病。其中腔隙性梗塞 8 例,脑血栓形成 22 例,脑栓塞 2 例,脑出血 1 例,混合性中风 2 例。其中主要病灶在基底节区的 16 例,内囊区 12 例,脑叶 5 例,中脑 2 例。首次发病 8 例,第 2 次发病 17 例,中风 2 次以上 10 例,鼻饲插管者 12 例。

诊断标准:根据 1986 年中华医学会第二次全国脑血管学术会议制订的各类脑血管病诊断要点及 CT、MRI 检查确诊为中风病,并伴见吞咽障碍,饮水呛咳,下颌反射亢进,咽反射存在者。

2 治疗方法

以行气化痰,通络开窍为治疗大法。选穴廉泉、风池、人迎、水突、新设。操作方法:风池:针尖朝向鼻尖直刺 2 寸,施行快速捻转震颤手法,得气后再将针轻提至皮下,分别朝向对侧眼内眦方向和下颌方向行合谷刺法,以产生酸胀走行感为佳。廉泉:在舌骨上缘凹陷处直刺进针 2 寸,行提插捻转手法,得气后将针提至皮下,分别朝向金津、玉液做合谷刺。人迎:在甲状软骨上缘外侧,胸锁乳突肌前缘取穴。押手将颈动脉向外推开,紧贴甲状软骨进针,针尖略向外倾斜,直刺 0.6 寸,并向上,向下探刺,以意鸡足。水突:在甲状软骨下缘外侧,胸锁乳突肌前缘取穴。避开动脉紧贴甲状软骨进针,直刺 0.4 寸,得气后再稍向上,向下探刺,以意鸡足。新设:在风池穴直下,项后发际下 1.5 寸,约当第四颈椎横突端取穴。直刺 2 寸,得气后再分别向下颌方向,喉结方向做合谷刺。针刺上组穴位,留针 40 分钟。5 次为 1 个疗程,休息 2 天,共进行 4 个疗程。

3 治疗结果

疗效评定标准:假性球麻痹临床的主要特征是吞咽障碍、语言障碍、构音障碍。考虑到语言障碍的恢复率涉到的病灶部位、言语训练、受教育程度等不可测因素较多,我们以临床容易

观察的直接影响疾病预后的吞咽功能作为假性球麻痹疗效评定的观测指标。人的吞咽功能正常与否,除了吞咽动作能否顺利完成,还和完成的时间有关。我们设计了 40ml 饮水试验来测试患者的饮水功能。根据患者饮用 40ml 净水所需时间(20~300 秒)和发生呛咳的频度(1~9 次)分别评分(10~0 分),以两者的乘积作为吞咽功能评定的综合指标。即:吞咽功能指数=饮水时间得分×呛咳频度得分。

痊愈:吞咽功能指数≥80。显效:吞咽功能指数提高≥40 分,进步:吞咽功能指数提高≥20 分。恶化:吞咽功能指数减少。结果痊愈 12 例,显效 15 例,进步 7 例,无效 1 例,恶化 0 例。

4 讨论

“合谷刺者,左右鸡足,针于分肉之间,以取肌痹,应脾气”,“重者鸡足取之”(《灵枢·卫气失常》)。以往合谷刺仅局限于在肌肉丰厚的穴位上使用。实际上合谷刺更适用于痹之重者,中风后的吞咽困难也属于喉痹之范畴。咽喉肌肉麻痹也应归属肌痹,故适用合谷刺法。在选穴的思路采取中西医结合的办法。经脉所过,主治所及。循行至咽喉的主要经脉有任脉、足阳明脉和足少阴脉。足阳明脉循喉咙,络脉上络头顶和诸经之气,下络咽喉,经别循咽。主病中即有喉痹。取足阳明脉的人迎、水突二穴一是局部取穴,并应脾胃之气,二是在解剖上人迎、水突穴下布有舌下神经和迷走神经的喉上神经支和喉下神经支,支配环甲肌、咽下缩肌及所有的喉肌。吞咽的反射中枢在延髓,传出神经纤维为迷走神经,咽缩肌有顺序的从上向下收缩,迫使食物由咽部到食道。任脉的廉泉经气直通咽喉,下有舌下神经分布,是吞咽反射的传入神经纤维。通过对上述穴位的刺激,可重建反射弧,促进吞咽功能的恢复。

中西医结合治疗格林—巴利综合征 46 例

安徽省凤阳县第一人民医院(233100)

王 遐 年

格林—巴利综合征又称急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病,该病主要病变是周围神经广泛的炎症性脱髓鞘,国内 1982 年调查本患病率为 9.5/10 万人。本病无特异性治疗方法,在多年的临床实践中,笔者采用中西医结合的治疗方法治疗该病 46 例,取得较为理想的效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:46 例患者男 32 例,女 14 例;年龄 16~48 岁,平均 24.6 岁;以青壮年多见,约占 70%;四季均有发病,以夏秋季为多,6~10 月份发病数约占全年发病数的 75%;半数以上发病前 1~4 周有上呼吸道或消化道感染症状,起病较急,多数症状逐渐加重,1~2 周达高峰,少数在 3~4 周达高峰,80%以

上病人以双下肢无力为首发症状。

1.2 症状及体征:肢体运动障碍以双下肢无力为主要症状,46 例患者中有 32 例以双下肢无力为主要症状而就诊,肌力 0~Ⅳ级,双侧对称,弛缓性瘫痪,腱反射减弱或消失,病理反射阴性,9 例患者不同程度地累及呼吸肌,4 例患者累及面神经,2 例患者累及舌咽及迷走神经,出现呼吸困难、面瘫及声音嘶哑、吞咽困难、咽反射消失、呛咳等症状。有肢体麻木感、蚁走感 27 例,手套、袜子型感觉减退 18 例,1 例无感觉障碍,有的患者伴肌肉酸痛,以腓肠肌酸痛明显。植物神经功能障碍表现不明显,部分患者出现周身出汗、皮肤潮红,或出现少汗,肢端皮肤干燥。

1.3 辅助检查:46 例患者腰穿 37 次,其中在发病 2~3 周腰穿 31 次,23 例脑脊液出现典型的蛋白-细胞分离现象,5 例脑脊液无异常改变。46 例患者全部做心电图检查,其中 6 例有轻度心肌劳损,2 例有窦性心动过速,5 例有窦性心律不齐,余心电图无异常。14 例有肌电图资料,其中 7 例见到典型的纤颤电位,14 例诱发肌电图均见运动神经和感觉神经传导速度明显降低。

1.4 诊断依据:根据《1200 个国内外最新的内科诊断标准》并排除了脊髓炎、末梢神经炎、周期性麻痹、脊髓灰质炎等做出诊断。

2 治疗方法

2.1 中医治疗:采用中药黄芪桂枝五物汤煎服,并辅以针灸、按摩、理疗等方法。黄芪桂枝五物汤基本方的药物组成:黄芪 60g,当归 15g,桂枝 12g,白芍 12g,生姜 9g,大枣 6 枚,水煎早晚分服,每日 1 剂,1 个月为 1 个疗程,可治疗 1~3 个疗程评价疗效。

2.2 西医治疗:抗生素、维生素、激素及对症支持治疗,治疗前查肝肾功能、电解质、血糖。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:参照《常见疾病临床诊断和疗效标准》,将疗效定为 4 级。临床治愈:症状消失,肢体功能恢复;显效:症状改善,肢体功能恢复;好转:症状改善,但有不同程度的后遗症;无效:症状无改善,肢体功能未恢复。

3.2 治疗结果:临床治愈 33 例(71.74%);显效 12 例(25.09%);好转 1 例(3.17%),总有效率 100%。服药过程中未见明显不良反应,治疗后均复查肝肾功能、血糖、电解质等未见明显异常,治疗后心电图检查,原先 6 例有轻度心肌劳损的病人中有 4 例恢复正常,2 例窦性心动过速的患者心电图也恢复正常,其余病例治疗前后心电图无明显改变。

4 讨论

格林-巴利综合征主要病变是周围神经广泛的炎症性脱髓鞘,也常损害脑神经,目前被认为是一种自身免疫性疾病,临床上无特异性治疗方法,西医主要是用激素、维生素、抗生素及对症支持治疗,临床疗效不尽人意。该病属中医学血痹范畴,《素问·五藏生成篇》云:“肝受血而能视,足受血而能步,掌受血而能握,指受血而能摄。”血痹则可出现四肢麻木、手足活动不利等症。血痹可因寒邪侵袭人体所致,人身气血津液之所以运行不息、畅通无阻,全凭一身阳和之气温煦其间,如阴寒偏盛,阳气不能振奋,则气血凝结阻滞,气机收敛,筋脉肌肉拘引,

关节屈伸不利。黄芪桂枝五物汤以桂枝壮气行阳,佐以生姜增强桂枝温通血脉,散寒除痹作用,加黄芪益气固表,以芍药入营理血,姜枣以和上焦荣卫,协力驱风,则病原拔,而所入微邪亦为强弩之末矣。《金匱要略方论本义》云:五物而荣卫兼理,且表荣卫,里胃阳亦兼理矣,推之中风于皮肤、肌肉者,亦兼理矣,固不必多求他法也。

中医外治法治疗功能性消化不良 120 例

山东大学齐鲁医院(250012)

王 凯 范晓鹏

功能性消化不良是临床常见疾病,迄今无特效的药物治。我们用胃舒宁治疗功能性消化不良 120 例取得了良好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

随机分为治疗组 120 例和对照组 60 例,治疗组和对照组在各型中的分布分别为运动障碍样型 60 例,24 例,溃疡样型 19 例,14 例,反流样型 21 例,8 例,复合型 20 例,14 例。治疗组 120 例均为门诊患者,男 52 例,女 68 例,年龄 24~60 岁,平均 43.4 岁。对照组 60 例,男 24 例,女 36 例,年龄 25~60 岁,平均 44.6 岁。两组在各型例数分布、病程、病情等方面经统计学处理差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

诊断标准:参照罗马标准选择患者:持续性或反复性的上腹不适超过 7 个月,可包括下列症状的一项或数项:(1)餐后饱胀;(2)腹部胀气;(3)嗝气;(4)早饱(进正常食量未完即饱而弃食);(5)厌食;(6)恶心;(7)呕吐;(8)烧心;(9)胸骨后痛;(10)反胃。

2 治疗方法

治疗组均用胃舒宁(自拟方,专利号:ZL95110302.4),置于患者脐部,每 15 天更换 1 次,连续使用 30 天。胃舒宁由外带、药袋组成,药袋内药物由党参、白术、柴胡、川芎、丹参、苍术、厚朴、半夏、香附、陈皮、小茴香、砂仁组成,药物研末。药袋采用了透气性较好的无纺布或棉布缝制,既保证了药物分子的顺利扩散,又不使药物漏出。腰围带采用棉布缝制,其尺寸大小及松紧度根据患者腰围分 3 个规格,做到患者佩戴舒适。对照组用胃复安,每日 3 次,每次 10mg,在饭前半小时服用,连用 30 天。

3 治疗结果

疗效判断标准:治愈:经治疗全部症状消失;有效:经治疗症状减轻;无效:治疗后症状无减轻。治疗组 120 例中治愈 36 例(30%),有效 78 例(65%),无效 6 例(5%),总有效率为 95%。对照组 60 例中治愈 10 例(16.67%),有效 32 例(53.33%),无效 18 例(30%),总有效率为 70%。两组治愈率、总有效率比较有显著性差异($P<0.01$)。

4 讨论

胃舒宁具有疏肝理气,散寒止痛的作用。方中柴胡解郁行气,配党参、白术、半夏、砂仁、苍术健脾燥湿,配厚朴、陈皮、香附疏肝理气,配小茴香散寒止痛,配丹参、川芎活血化瘀,诸药共奏疏肝健脾,散寒止痛之功。脐部表皮角质层最薄,屏障功能最弱,药物分子容易穿透这个弱屏障区,进入血液循环,发挥药