

2 治疗方法

治疗组采用头针滞针法留针治疗。选取瘫痪肢体对侧头针运动区(左侧瘫痪选取右侧运动区,右侧瘫痪选取左侧运动区),常规消毒后,用 28 号 2 寸针与头皮呈 30°角进针,住院患者进针后行单向捻转造成人为滞针,每 30 分钟运针 3~5 次,6 小时后将针拔出,并压迫止血;门诊患者进针后行单向捻转造成人为滞针,不施手法,将针留置带回家,6 小时后由其家人将针拔出,并按压止血,治疗当天勿洗头。每天 1 次,10 次为 1 个疗程,完成 1 个疗程后休息 3 天再进行下 1 个疗程。对照组采用常规头针法治疗。选取瘫痪肢体对侧头针运动区(左侧瘫痪选取右侧运动区,右侧瘫痪选取左侧运动区),常规消毒后,用 28 号 2 寸针与头皮呈 30°角进针,透刺至帽状腱膜下,快速捻转 1 分钟后留针,每 10 分钟运针 1 次,30 分钟后将针拔出,并压迫止血,治疗当天勿洗头。每天 1 次,10 次为 1 个疗程,完成 1 个疗程后休息 3 天再进行下 1 个疗程。两组患者同时使用中西药常规治疗,高血压者酌情使用降压药,高血糖者辅用降血糖药,3 个疗程后评估疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准:基本痊愈:症状体征消失,基本能独立生活;显效:症状体征明显好转,瘫痪肢体肌力较治疗前增加 II 级以上;有效:症状体征有所好转,瘫痪肢体肌力较治疗前增加 I 级以上;无效:治疗前后症状体征无变化。

3.2 两组疗效比较:治疗组痊愈 42 例,显效 5 例,有效 3 例,治愈率为 81%,总有效率为 100%;对照组痊愈 32 例,显效 8 例,有效 3 例,无效 7 例,治愈率为 64%,总有效率为 86%。两组治愈率、总有效率差异均有显著性($P < 0.05$)。

4 讨论

“滞针”有时也是“得气”的一种表现。《标幽赋》曰:“轻滑慢而未来,沉涩紧而已至”;《针灸大成》曰:“气既至,则针有沉涩,似鱼吞钩”。这些虽是对“得气”的描述,但根据笔者在临床针刺操作过程中的体验,认为“沉涩紧”、“沉涩”、“似鱼吞钩”等感觉与“滞针”时的手下感觉有相同之处,应该含有“滞针”之义。《针灸大成》曰:“针如至深处,而进不能,退不能,其皮上四周起皱纹,其针如生在内,此乃气之极也”,“如针进无滞无胀,乃气虚也”。前一句所描述的得气现象与“滞针”时的表现是相同的,同时说明患者“气之极”;而后一句则说明若无“滞针”则表明患者“气虚”。这说明“滞针”不仅是“得气”的一种表现,而且可以判断患者气之虚实。另外,现代教科书中叙述一种催气的方法叫“留针候气”,而叙述“滞针”的原因时,“留针时间过长”也作为“滞针”的原因之一。为了“得气”而留针,留针时间过长则“滞针”,对于这种“滞针”,笔者发现此时患者并无疼痛等不良反应,也不影响临床疗效,这同样说明“滞针”也是一种“得气”的表现。“滞针”也是针刺治疗疾病的一种手法。把“滞针”作为一种手法是当代许多医家的常用手段,笔者也经常运用,尚未出现不良反应且疗效颇佳。滞针一直被认为是针刺的一种意外情况而强调予以避免,然而近来有人有意应用于临床顽固性疾病,且疗效颇佳,可能是由于滞针法能获得更为持久、更为强烈的刺激,使肌纤维和结缔组织紧密缠绕针身。因此,笔者认为,

行滞针法时,可对针刺穴位的组织造成轻微的破坏,导致穴位轻微的无菌性炎症和水肿,形成对穴位的一种持续刺激。

针刺风府穴治疗假性球麻痹 30 例

广西中医学院第一附属医院针灸科(530023)

庞勇 陈尚杰 周开斌 林周杰

假性球麻痹亦称假性延髓麻痹或中枢性延髓麻痹,是由于双侧皮质脑干束受损所致,多见于脑卒中后,表现为吞咽困难、饮水呛咳、构音障碍、情感异常等症。名老中医黄鼎坚教授治疗本病常在常规取穴基础上加刺风府穴,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:60 例病例均来源于本院针灸科、神经内科住院的脑卒中患者,随机分为两组。治疗组 30 例,男 18 例,女 12 例;年龄 40~50 岁 3 例,51~60 岁 13 例,61~70 岁 9 例,71~80 岁 5 例;病程 15 天~3 年,平均 10 个月 8 天;其中脑梗塞 21 例,脑出血 6 例。对照组 30 例,男 20 例,女 10 例;年龄 40~50 岁 2 例,51~60 岁 15 例,61~70 岁 10 例,71~80 岁 3 例;病程 10 天~3 年,平均 9 个月 15 天;其中脑梗塞 26 例,脑出血 1 例。两组患者性别、年龄、病程、神经功能缺损积分、独立生活自理能力(FIM)差异均无显著性,有可比性($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准和入选标准:具有饮水呛咳、吞咽困难主症,伴有构音、情感障碍,无舌肌萎缩,咽反射存在,下颌反射亢进,椎体束征阳性,CT 或 MRI 示脑干以上部位梗塞或出血。除外意识不清、全身营养状况极差、肿瘤、严重糖尿病患者。

2 治疗方法

治疗组针刺风府、风池、廉泉、通里。首先选好穴位,常规皮肤消毒后,先取正坐位针风府穴,慢速捻转分层进针法,针尖向咽喉方向刺入 1.0~1.3 寸,左手将针柄压向脑后,并扶持患者躺下;风池穴向喉结方向刺入 1~1.5 寸;廉泉向舌根慢速捻转直刺 1.0~1.5 寸,再分别以 45°角向两侧斜刺 1.0~1.5 寸,患者咽喉部有紧缩、吞咽感;通里直刺 0.5 寸,留针 30 分钟。对照组除不针刺风府穴外,其他都和治疗组相同。两组均每日治疗 1 次,周六、周日休息,15 次为 1 个疗程。若有脑水肿等均配合常规中西医疗法。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:痊愈:吞咽无障碍,发音清晰,饮水不呛;有效:吞咽、构音好转,饮水呛次明显减少;无效:无明显改善。

3.2 治疗结果:治疗组 30 例,治愈 13 例(43.3%),有效 15 例(50.0%),无效 2 例(6.7%);对照组 30 例,治愈 7 例(23.3%),有效 15 例(50.0%),无效 8 例(26.7%)。治疗组疗效明显优于对照组,差异有显著意义($P < 0.05$)。

4 讨论

假性球麻痹多见于脑血管疾病的并发症,现代医学对此无特殊有效的治疗方法。本病属中医学“中风”、“音哑”的范畴,是气血逆乱、瘀血与痰浊互结、闭塞不通所致。故调气活血,祛痰开窍为主要治疗原则。风池是足少阳胆经与阳维脉的交会穴,同时足少阳胆经又与循喉咙之后的足厥阴肝经相表里,针刺风

池可以调肝熄风,豁痰利咽;廉泉为任脉穴,为局部取穴;舌为心之窍,故配用心经之络穴通里;风府醒脑开窍;诸穴并用起到化痰通络,通咽利窍的作用。风府、风池和廉泉均在吞咽、迷走神经感觉纤维支配区域内,针刺产生的兴奋通过传入神经元到达上运动神经元,再将兴奋后冲动传至效应器(肌肉),使效应器发生的反应加强,恢复了大脑皮质对皮质脑干束的调节作用,即重建其吞咽功能,故能取得较好疗效。

补托解毒汤治疗多发性硬化 眼部病变 21 例

中国中医研究院眼科医院内科(100040)

常 珍 高健生

多发性硬化(MS)是中枢神经系统的一种脱髓鞘疾病,以缓解与复发反复出现为特点。与中医的视瞻昏渺、青盲、痿蹙等病证表现相似。我们采用自拟补托解毒汤加味治疗本病取得一定疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组病例为 1996~2001 年期间我院的住院患者,共 21 例,男性 3 例,女性 18 例。年龄 8~60 岁,中位数年龄 42.5 岁。发病年龄 20 岁以下者 3 例,21~50 岁者 14 例,50 岁以上者 4 例。病程 3 个月~38 年,平均 6.8 ± 8.7 年。急性 8 例,亚急性 4 例,缓慢起病 9 例。其中 20 例有缓解复发病史,复发 2~4 次 15 例,复发 5~8 次 5 例,1 例呈缓慢进展型。复发病变部位涉及视神经 18 例,脊髓 13 例,脑干 2 例,大脑 2 例。视力下降者 18 例,其中视力 0.1 以下 22 只眼,0.1~0.5 以下 9 只眼,0.5~1.0 以下 5 只眼。全部病例都有视神经萎缩,视乳头呈全部或部分苍白,双侧 16 例,单侧 5 例。行电视野检查者 14 例,28 只眼,仅有 1 只眼无视野损害;视野损害表现无规律性,周边损害 7 只眼,向心性缩小 5 只眼,残留透亮区或颞侧下部残留视岛各 4 只眼,管状视野 3 只眼,中心性暗点 2 只眼,生理盲点扩大、哑铃形视野缺损各 1 只眼。做视觉诱发电位(P-VEP/L-VEP)检查 15 例,30 只眼,均有潜伏期和/或振幅异常。

2 治疗方法

中医辨证分型以国家中医药管理局 1994 年 4 月 28 日发布的《中医病证诊断疗效标准》为依据,同时根据多发性硬化具有复发和缓解的特点,辨证与辨病相结合,用自拟补托解毒汤加味进行治疗。方药:生黄芪、炒白术、防风、金银花、蒲公英、紫草等。发热、口渴者加石膏、知母;视力减退、视野缺损者加柴胡、升麻、葛根;下肢不利或瘫痪者加牛膝、黄柏、生薏苡仁、狗脊、杜仲、鹿角胶等;肢体抽掣疼痛者加天麻、白芍、石菖蒲、僵蚕、蝉蜕、蜈蚣等。原服强的松者仍继续治疗,治疗中视病情逐渐减量。

3 治疗结果

3.1 视力疗效标准:0.1 以上视力用国际标准视力表检查,0.1 以下按黑蒙(无光感)、光感、手动、数指/ $<50\text{cm}$ 、0.02、0.04、0.06、0.08、0.1 每项为 1 级。视力在 0.1 以上者, ≥ 1.0 者为临床痊愈,视力改善 ≥ 4 行为显效,视力改善 ≥ 2 行为有效;0.1 以下视力每增进 ≥ 2 级为有效,每增进 ≥ 4 级者为显效。

3.2 总体疗效标准:基本痊愈:完全缓解,无自觉症状和体征;显效:基本缓解,无明显自觉症状,有轻度神经损伤体征;好转:部分缓解,自觉症状有改善,有神经损伤体征,并遗留不同程度的功能障碍;无效:症状和体征无改善,或恶化。

3.3 治疗结果:(1)总体疗效:基本痊愈 2 例,显效 7 例,好转 9 例,无效 3 例,总有效率 85.7%。(2)治疗前后视力改善情况:治疗后视力观察,0.1 以下 14 只眼,0.1~0.5 以下 8 只眼,0.5~1.0 以下 13 只眼,视力正常(1.0 以上)7 只眼。其中有 6 只眼摆脱了数指/ $<50\text{cm}$ 的低视力状态,恢复了基本的日常生活能力,11 只眼视力可维持简单工作。与治疗前视力比较有明显提高($P<0.01$)。视野观察,做视野 85° 者 4 例,8 只眼,平均视敏感度与治疗前比较有明显改善($P<0.01$);分别做视野 $30^\circ/5^\circ$ 者 2 例,4 只眼,治疗前后平均视敏感度无明显差异($P>0.05$)。做 P-VEP 检查者 6 例,12 只眼,与治疗前比较,潜伏时明显缩短($P<0.01$);振幅无改善($P>0.05$)。做 L-VEP 检查者 7 例,13 只眼(1 只眼因视力严重低下未检测),其中对 4 例 8 只眼进行了治疗前后疗效比较,潜伏时治疗前后比较无显著性差异($P>0.05$),治疗后振幅呈下降状态。(3)视神经病变复发次数、方式:本组 21 例中右眼复发 24 次,左眼 17 次,双眼同时 13 次。9 例随访期间有复发者 5 例,复发时的病情严重程度较未治疗前减轻,其复发总次数与治疗前比较明显减少($P<0.05$)。(4)治疗前后中枢神经系统功能障碍疗效观察:治疗后肢体肌力恢复表现为肌力损伤轻者好于损伤严重者,肢体麻木、共济失调、大小便功能障碍等恢复都比较好。

4 讨论

多发性硬化目前无特效疗法,西医在急性期或复发早期使用激素治疗,能缩短急性期发作期限,使缓解期提前出现,但对慢性期无效。另有免疫抑制类药物,可使病情复发次数减少,病情进展速度减慢,但毒副作用严重,不宜长期应用。

本病初发期具有急性起病的特点,以后呈现缓解与复发缓慢进行性加重的表现,与中医的新感毒邪发病、久则正虚邪留、虚实兼见的病机相似,因此,治疗上以扶正祛邪,标本兼顾为原则。以自拟补托解毒汤为主方治疗,方中以黄芪、白术、防风(玉屏风散)为主,扶正固表,又可抵御外邪,托邪外出;金银花、紫草、蒲公英消解毒邪,以此为基础方,以达到正气存内,邪不可干之效,防止新感、复发或延迟复发。

颗粒剂加氧气驱动雾化吸入治疗慢性 阻塞性肺病急性加重期 45 例

江苏省扬州市中医院(225009)

茆俊卿

慢性阻塞性肺疾病(COPD)患病率、死亡率高,属中医“喘证”、“肺胀”范畴,其病势缠绵,时轻时重,易感受外邪而反复发作,病情日趋加重。我们采用中药颗粒剂加氧气驱动雾化吸入等综合治疗 45 例 COPD 患者,在急性加重期取得了较好的疗效。现总结如下。

1 临床资料

本组病例均来自本院住院患者,符合《中华结核和呼吸杂