

临

床

报

道

五加苍耳降糖方治疗 2 型糖尿病 70 例

北京联合大学(100075)

孙 燕 峰

北京市和平里医院

仲 英

糖尿病属中医消渴病范畴。我们自 2003 年 2 月~2004 年 11 月,自拟五加苍耳降糖方治疗 2 型糖尿病 70 例,取得可靠疗效,现整理如下。

1 临床资料

我们收集了 90 例 2 型糖尿病患者,均来自门诊。诊断符合 1999 年世界卫生组织(WHO)确定的标准,并符合中医辨证湿浊内蕴的证型。将初诊患者随机分为中药组和对照组(二甲双胍组),各 20 例。为便于统计,将复诊患者中已经服用降糖西药后,血糖控制不佳者归为第 3 组,共 50 例。中药组和第 3 组服五加苍耳降糖方,与对照组进行治疗前后的比较。患有严重脏器功能障碍者不在本观察选入之列。

中药组 20 例,男 11 例,女 9 例;对照组 20 例,男女各 10 例。第 3 组男 27 例,女 23 例。3 组中,年龄 42~76 岁,平均 57.2 岁。病程 6 月~10 年,平均 3.1 年。中药组与对照组年龄、病程及治疗前空腹血糖(FBG)、血清胰岛素(FINS)等差异均无显著性。3 组患者治疗前后,检查 FBG、FINS、餐后 2 小时血糖、糖化血红蛋白、血脂、进行胰岛素敏感指数计算(ISI)。治疗 8 周,判定治疗结果。

2 治疗方法

2.1 治疗组:中药组中的患者,用五加苍耳降糖方。其基本方:五加皮 15g,苍耳子 10g,茯苓 15g,白术 10g,陈皮 6g,黄精 10g,生甘草 3g,三七粉 3g(分冲)。水煎服每日 1 剂。加减用药:肺胃热盛加生石膏、知母;气虚加生黄芪、太子参;阴虚加生地、玉竹、白芍;脾肾阳虚加杜仲、肉桂;血瘀明显者加丹参、水蛭等。

2.2 对照组:口服二甲双胍,每次 0.25g,每日 3 次。

2.3 第 3 组:服用原西药不变,加用五加苍耳降糖方,加减方法同中药组。以上均 8 周为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:参照《糖尿病中医分期辨证及疗效评定》。临床缓解:空腹血糖 $<6.1\text{mmol/L}$,餐后 2 小时血糖 $<8.3\text{mmol/L}$,糖化血红蛋白 $<6\%$;血脂正常。好转:主要症状有所改善,空腹血糖 $<7.8\text{mmol/L}$,餐后 2 小时血糖 $<10.8\text{mmol/L}$,糖化血红蛋白 $<8\%$,血脂有所改善。无效:各项化验指标均无改善。其中治疗前后分别检测空腹 FINS,(微粒子酶免疫分析法 MEIA)。采用李光伟法计算 ISI,比较 3 组治疗结果。

3.2 治疗结果:中药组临床缓解 7 例,好转 11 例,无效 2 例,

总有效 90%;对照组临床缓解 7 例,好转 10 例,无效 3 例,总有效率 85%;第 3 组临床缓解 10 例,好转 33 例,无效 7 例,总有效率 86%。3 组总有效率无明显差异($P>0.05$)。3 组 FBG、FINS、ISI 治疗前后比较均有较大的改善($P<0.05$)。但治疗组间比较差异无显著性($P>0.05$),仅第 3 组 ISI 治疗后改善趋势较为明显。

4 讨论

此类病证中,湿邪内生使三焦气化失常,进而使脾肺肾功能失调,导致消渴。所以治疗此类证型,当以化湿为先,根据具体证候,酌情加清热益阴、活血化瘀、健脾益气补肾。方中五加皮去湿利尿,强筋骨,现代研究该药有抗疲劳、调整血压;苍耳子去风湿,活血通气。茯苓、白术、陈皮健脾理气去湿;黄精补中益五脏,助筋骨除风湿;三七活血化瘀。临证中通过以祛湿健脾为主,结合辨证,兼以敛阴活血等方法,治疗 2 型糖尿病的胰岛素抵抗取得较好效果。

眼针联合醒脑开窍针刺法对 34 例 脑梗死偏瘫患者患肢功能的影响

广州中医药大学第二附属医院针灸科(510120)

樊 莉 陈秀华 蒙吕荣

符文彬 朱晓平 文 幸

眼针疗法自 20 世纪 70 年代发明以来治疗脑梗死的临床疗效已被肯定,石学敏院士创立的石氏醒脑开窍针刺法临床应用也逐渐广泛,但二者联合应用有无协同和优势互补的作用尚未见有临床文献报道,因此,我们运用 Brunnstrom 六阶段评估法作评定,观察对比在药物与康复治疗基础上,眼针联合石氏醒脑开窍针刺法对脑梗死偏瘫功能的影响。

1 临床资料

1.1 病例来源:65 例病人均为 2002 年 1 月~2004 年 12 月于广州中医药大学第二附属医院针灸病房住院患者,男性 35 例,女性 30 例,平均年龄 65.2 岁,平均病程 20.2 天。

1.2 诊断标准:符合 1995 年全国第 4 次脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》中《动脉粥样硬化性血栓性脑梗死》诊断标准。

1.3 分组:采用简单随机方法,根据患者入院顺序,随机分为 2 组,眼针联合石氏醒脑开窍针刺组(简称治疗组)34 例,对照组 31 例。两组间年龄、性别、病程、病变部位及大小作统计学处理无明显差异。

2 治疗方法

两组均静脉滴注复方丹参注射液 30ml,每日 1 次,共 14 次,同时针对每位偏瘫患者的不同情况,个体化地为其设计一套合理的康复训练方案,注重肢位的设计、肌肉力量与协调训练、关节协调运动训练、精细动作练习、平衡训练及步行训练

等,并进行对症处理(控制血压、血脂、血糖等),禁用营养神经药、扩张血管、抗凝、降纤、溶栓等治疗。

治疗组在此基础上加用眼针和石氏醒脑开窍针刺法,先行醒脑开窍针刺法,再行眼针。(1)石氏醒脑开窍针刺法:操作方法参照石学敏《石氏中风单元疗法》。主穴:双侧内关,直刺 0.5~1.0 寸,提插捻转泻法 1 分钟;人中,向鼻中隔方向斜刺 0.3~0.5 寸,雀啄刺法,以眼球湿润或流泪为度;患侧三阴交,沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45°角斜刺,深 1~1.5 寸,提插补法,以患侧下肢抽动 3 次为度。副穴:极泉下 2 寸,提插泻法,以患侧手动 3 次为度;尺泽,提插泻法;以手动 3 次为度;委中,仰卧位直腿抬高取穴,深 1~1.5 寸,提插泻法,以下肢抽动 3 次为度。均取患侧,不留针。配穴:手指握固不能屈伸者加合谷;足内翻者加丘墟透照海。(2)眼针:取患肢侧上焦区、下焦区,定位及操作方法参照相关文献。自眼眶缘外 0.5cm 处刺入穴位,深达眼眶骨膜为度,每隔 5 分钟均匀上下刮擦针柄运针 1 次,每次 1 分钟,留针 25 分钟,期间令患者做主动(或被动)患肢活动。每日针 1 次,每周针 6 次,4 周为 1 个疗程,共针 24 次。

疗效观察指标:以 Brunnstrom6 阶段评估法评估偏瘫,以 Barthel 指数评估日常活动能力。Brunnstrom6 阶段评估:Ⅰ弛缓、无反射。Ⅱ共同动作或其成分的出现,开始出现痉挛。Ⅲ可随意引起共同动作或他们的一些成分,痉挛达顶点。Ⅳ脱离基本的共同动作,痉挛开始减弱。Ⅴ开始有分离的活动,痉挛明显减弱。Ⅵ共同动作大致正常,痉挛轻微。上下肢功能恢复达到Ⅳ阶段为疗效显著。

3 治疗结果

两组治疗前偏瘫上、下肢 Brunnstrom 活动功能评价比较无明显差异($P>0.05$),具有可比性。治疗组治疗前偏瘫上肢功能达到Ⅳ阶段的为 14.7%,治疗后升高到 67.6%,差异有显著性($P<0.01$);对照组由 12.9%升高到 38.7%,差异有显著性($P<0.05$);两组比较,治疗组优于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。治疗组治疗前偏瘫下肢功能达到Ⅳ阶段的为 17.6%,治疗后升高到 79.4%,差异有显著性($P<0.01$);对照组由 25.8%升高到 54.8%,差异有显著性($P<0.05$);两组比较,治疗组疗效优于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。两组治疗前后患者日常活动能力(ADL)变化比较:治疗组治疗前后 Barthel 指数分别为(40.10±18.57)、(77.97±27.01);对照组分别为(42.23±22.36)、(64.68±19.14)。两组与本组治疗前比较,差异均有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$),两组治疗后比较差异亦有显著性($P<0.05$),治疗组疗效为优。

4 讨论

我们临床观察结果可看出,在单纯药物、康复治疗脑梗死的基础上,加用针刺后疗效更加显著。临床实践表明,眼针疗法在患者配伍主动或被动活动患肢的情况下,具有较好的即刻改善瘫痪功能的效应,某些患者针 1 次即可行走,眼针时令患者主动或被动活动患肢可以调畅气血、激发患肢残存功能,这与现代康复医学的神经促通技术中利用感觉输入、联合反应、协同运动等诱发肢体主动运动、促进脑功能重塑及代偿相一致。石氏醒脑开窍针刺法实质上有神经干刺激治疗的机理,可以即

刻达到患肢被动活动的目的,此时再使用眼针,则可以加强刺激、刺激低级中枢来唤醒高级中枢,优势互补以激发更大疗效。我们临床实践表明,针灸治疗脑梗死越早运用疗效越好,可能与其极早结合机体早期康复信息、促进脑功能重建有关。

定坤丹治疗青春期原发性痛经 30 例

河南省郑州市第五人民医院(450053)

赵卫萍 范树军 高云秀

痛经指妇女经期或行经前后,出现周期性小腹疼痛、坠胀,程度较重。西医治疗原发性痛经多采用对症治疗,副作用大。我院采用定坤丹治疗原发性痛经,效果良好。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:观察对象均为我院妇科门诊病例。按就诊顺序随机分为治疗组与对照组。治疗组 30 例,年龄 14~28 岁,平均 17.6 岁;病程 3 个月~13 年,平均 3.2 年;对照组 30 例,年龄 14~30 岁,平均 18.2 岁;病程 2 个月~15 年,平均 4.1 年,症状较重者 5 例。两组在年龄、病程等方面差异均无显著性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准:所有患者均符合人民卫生出版社《妇产科学》以及国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中所制定的标准。临床特点为:(1)多发生于青春期少女,并且多在出潮后 6~12 个月发病;(2)疼痛的性质为小腹冷痛,喜暖喜按,月经色暗有血块,苔多白腻,脉沉紧;(3)疼痛多从月经来潮后或来潮前 12 小时开始,行经第一天疼痛最剧烈,疼痛程度不一,持续 2~3 日;(4)有痛经病史;(5)经妇科检查或 B 超检查可排除器质性病变。

1.3 痛经程度评分标准:参考孙传兴《临床疾病诊断依据治愈好转标准》、王净、龙俊杰《中医临床病症诊断疗效标准》、张玉珍《新编中医妇产科学》标准拟定。经前及其前后小腹疼痛计 5 分(基础分),腹痛难忍计 1 分,腹痛明显计 0.5 分,坐卧不宁计 1 分,休克计 2 分,面色苍白计 0.5 分,冷汗淋漓计 1 分,四肢厥冷计 1 分,需卧床休息计 1 分,影响工作计 1 分,用一般止痛措施不能缓解计 0.5 分,伴腰骶疼痛计 0.5 分,伴恶心、呕吐计 0.5 分,伴肛门坠胀计 0.5 分,伴大便次数增多计 0.5 分,疼痛在 1 天内计 0.5 分,疼痛每增加 1 天均计 0.5 分。重度:积分在 14 分以上;中度:积分在 8~13.5 分以上;轻度:积分在 8 分以下。

2 治疗方法

治疗组口服定坤丹(由山西广誉国药有限公司生产)。药物组方:人参、鹿茸、番红花、鸡血藤膏、白芍、香附、茺蔚子、延胡索、五灵脂、茯苓、砂仁、杜仲、干姜、川牛膝、三七、当归、红花、白术、枸杞子、炙甘草、川芎、熟地黄、阿胶、益母草、柴胡、乌药、肉桂、细辛、鹿角霜、黄芩。蜜丸,每丸重 10.8g。每天 2 次,每次半丸。自经前 2 天开始服用,6 天为 1 个疗程,连用 3 个月。对照组用消炎痛 50mg,每日 3 次,自经起第一天开始服用,6 天为 1 个疗程,连用 3 个月。治疗期间停用其他药物。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:痊愈:服药后积分为 0 分,经期腹痛及其他症