

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

状消失,连续3个月经周期未见复发者;显效:腹痛明显减轻,其他症状消失或减轻,治疗后积分降至治疗前1/2以下者;有效:腹痛减轻,其他症状好转,治疗后积分降至治疗前1/3以下者;无效:腹痛及其他症状未见改善者。

3.2 两组患者治疗前后总体疗效比较:治疗组30例,痊愈9例,显效10例,有效9例,无效2例,总有效率为93.3%;对照组30例,痊愈0例,显效17例,有效9例,无效4例,总有效率为86.67%。两组比较差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 两组患者远期疗效比较:随访半年,治疗组30例中,痊愈9例,显效9例,有效9例,总有效率90.0%;对照组30例中,显效14例,有效6例,总有效率66.67%。经统计学分析,两组远期疗效差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

中医学认为,经水为血所化,而又随气运行。若气血充沛,气顺血和,则经血畅通,即无痛经的感觉。若气血不足,或气滞血瘀或寒凝血瘀等使气血涩滞不畅,不通则痛。临床上以寒凝血瘀型为多见。定坤丹中含人参、鹿茸、当归、红花、白术、阿胶等可补养气血调经;益母草、红花、三七等可活血祛瘀,调经止痛;鹿茸、杜仲补肝肾,肉桂、细辛可温经散寒;五灵脂可改善细胞变形能力,可抑制血小板聚集;香附、川牛膝可抑制子宫收缩,减低平滑肌张力,使循环血中PGF_{2a}含量下降;桂枝对子宫有特异性充血作用。诸药组合,具有补益气血,调经止痛,疏瘀、祛寒、平肝益肾之功效。治疗青春期原发性痛经的总体疗效与西药相当,而远期疗效比较差异有显著性($P<0.05$)。

桃红四物汤治疗儿童过敏性紫癜36例

河南省安阳市妇幼保健院(455000)

杨丽荣

近年来,我们用桃红四物汤治疗儿童过敏性紫癜36例,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

36例患者,男26例,女10例;年龄3.5~14岁者30例,15~20岁者6例,平均年龄9岁9个月;单纯皮肤型6例,混合型30例(其中合并肾脏损害者19例,合并肠套叠手术者1例)。全部病例均符合2001年WHO所制定的过敏性紫癜诊断标准,临床表现有皮肤紫癜,腹痛、关节疼痛,血尿、蛋白尿,毛细血管脆性试验半数以上为阳性,尿常规检查示血尿、蛋白尿或管型尿,血小板计数及凝血时间正常。

2 治疗方法

全部病例采用中药治疗,个别凝血时间低于正常、血小板数值明显增高的重症患者,加用肝素抗凝治疗,腹痛伴有消化道出血或蛋白尿较重者酌情加用肾上腺皮质激素。中药以桃红四物汤为基础,药用桃仁6g,红花4g,当归12g,川芎8g,生地黄15g,赤芍10g。根据不同临床表现而随症加减。热盛者加紫草、徐长卿、栀子、水牛角以清热凉血;阴虚者加茜草、墨旱莲、女贞子以滋阴清热凉血;气虚者加黄芪、党参以补气健脾;腹痛者加白芍、甘草以缓急止痛;关节肿痛者加鸡血藤、川牛膝、桑枝、威灵仙等活血通络之药;皮肤紫癜者加白鲜皮、蝉蜕、防风等祛风

之品;瘀血较重者加三棱、莪术、水蛭以活血破瘀。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:15天为1个疗程,疗程结束后评定疗效,判定标准如下:痊愈:临床紫癜消失,无其它伴随症状,实验室指标正常或接近正常。好转:皮肤紫癜明显减少,全身症状减轻,实验室指标明显改善。无效:经2个以上疗程治疗,皮肤紫癜、全身症状及实验室检查无明显改善。

3.2 治疗结果:本组36例,除1例因肾脏损伤较重尿检无明显改善外,余35例,痊愈22例,好转13例(均合并有肾脏损伤,尿红细胞未消失),总有效率97%,痊愈率61.1%。结果显示,紫癜和舌质紫暗的发生率最高,36例患者有不同程度的紫癜,30例有舌质紫暗,而且临床观察发现重症患者可见舌质脉络迂曲紫暗;便血与血尿的发生率较文献报道均略高;而腹痛的发生率较关节痛略低,与文献报道不一。另外,临床观察还发现,其它部位的出血与病情呈正相关。有无肾脏损伤是决定其预后的主要因素,19例合并有肾脏损伤的患者,仅有5例在短期内尿检恢复正常,13例尿检虽有好转但未完全恢复正常。过敏性紫癜患儿试管法凝血时间普遍缩短,血小板计数普遍偏高。治疗后血小板计数有所下降,纤维蛋白原普遍下降。

4 讨论

本病的成因,多由于感觉外邪,热毒内蕴,损伤血络;或气虚失统,血不归经;或瘀血阻络,血液不循常道而溢出脉外。因此,血瘀是本病的关键。瘀血不除,血不循经又可导致多部位反复出血;瘀血阻络,血运受阻,不通则痛,致关节肿胀疼痛;闭阻肾络,致使肾封藏失职,开阖失司,精微泄漏,出现血尿、蛋白尿。所以治之当以“去菀陈莖”为原则,立活血化瘀之法,使瘀血去,新血生。选方中桃仁、红花、川芎行气化瘀止痛;赤芍、生地、黄芩清热凉血、活血化瘀;当归养血活血。诸药合用,共奏活血化瘀、清热凉血之功。

中西医结合治疗重症胰腺炎34例

山东大学医学院济南市中心医院消化内科(250013)

汪素文 杨秀成

重症胰腺炎(SAP)是一种病情凶险,病情发展迅速,病死率较高的疾病。随着人们生活水平的提高及饮食习惯的改变,急性重症胰腺炎的发病率呈上升趋势。随着全身性炎症反应综合征(SIRS)及肠道细菌易位等理论的提出,使我们对SAP的发病机制有了进一步的认识,在此基础上采用中西医结合的方法进行的治疗对于该病的发展及预后有良好的疗效。

1 临床资料

参照2002年3月曼谷世界胃肠病大会制订的SAP诊断标准,其中应用中西医结合治疗的病例为治疗组,单纯应用西药治疗的为对照组。治疗组34例,男性18例,女性16例,年龄20~82岁,平均年龄41岁;对照组40例,男性22例,女性18例,年龄26~76岁,平均年龄39岁。

2 治疗方法

对照组采用常规西药治疗,禁食及胃肠减压,治疗用抑制CCK及胰酶释放剂奥曲肽0.6mg加入5%葡萄糖注射液