

及寒湿引起的其他疼痛。2002年8月~2003年12月,我们对33例风湿性关节炎疼痛患者进行治疗,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准:入选病例均参照1987年美国风湿病协会制定的风湿性关节炎诊断标准,且病情处于活动期(疼痛);另参照1988年4月第一届全国中西医结合风湿类疾病学术会议修订的风湿病诊断标准,均为风寒湿性关节痛者。症见:肢体关节冷痛、沉重或肿胀,局部畏寒,皮色不红,触之不热,遇寒痛增,得热痛减,舌体胖,舌淡暗,苔白腻或白滑,脉弦紧或弦。

1.2 排除标准:未婚、未育者;虽为本病,但长期服用西药和其他药物者;妊娠或哺乳期妇女;对本药过敏者。

1.3 一般资料:63例患者中,男性28例,女性35例;40岁以下者18例,大于40岁者45例;住院病例17例,门诊病例46例。随机分为治疗组和对照组,其中治疗组33例,对照组30例,两组证型及一般情况均具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 用药方法:治疗组用巴斯特关节止痛膏外敷关节肌肉疼痛处,每日1贴,疗程7天;对照组用同厂按传统工艺制造的关节止痛膏外敷于关节肌肉疼痛处,每日1贴,7日为1个疗程。治疗期间停用其他治疗痹证的药物。

2.2 观察指标:(1)安全性观测:血、尿、大便常规化验,心电图、肝、肾功能检查;(2)疗效性观测:每天对关节、肌肉、筋骨等局部症状(包括疼痛程度、关节肿胀、肌肉状况、关节点数、关节功能等级等)进行评分。①疼痛程度:0分为无关节疼痛;1分为偶发隐痛;2分为疼痛较重,关节活动受限,影响工作;3分为关节不能大幅度活动,不能坚持工作。②关节肿胀:0分为无肿胀;1分为轻微肿胀;2分为明显肿胀;3分为严重肿胀。③肌肉状况:0分为无肌肉萎缩;1分为有肌肉萎缩。④关节点数:0分为无关节受累;1分为有1~3个关节受累;2分为有4~6个关节受累;3分为有6个以上关节受累。⑤关节功能分级:1分为可做各种活动;2分为中等强度受限疼痛,有一个或多个关节不适或活动受限,但能从事正常活动;3分为明显受限,生活可自理,但不能从事一般工作;4分为卧床或坐卧,生活不能自理。关节疼痛分级:I级(无疼痛)、II级(轻度疼痛,不影响工作及睡眠)、III级(中度疼痛,时轻时重,影响工作及睡眠)、IV级(重度疼痛,呈持续性,难以忍受,明显影响工作及睡眠)。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:临床治愈:症状全部消失,功能活动恢复正常,主要理化检查指标正常,积分改善 $\geq 85\%$;显效:全部症状消失或主要症状消失,关节功能基本恢复,能参加正常工作和劳动,理化检查指标基本正常,积分改善 $\geq 50\%$ 而 $<85\%$;有效:主要症状改善,主要关节功能基本恢复或有明显进步,生活基本能够自理,或者劳动和工作能力有所恢复,主要理化指标有所改善,积分改善 $\geq 20\%$ 而 $<50\%$;无效:和治疗前相比各方面均无进步,积分改善 $<20\%$ 。

3.2 疗效:治疗组33例,痊愈4例,显效21例,有效7例,无效1例,总有效率为96.97%;对照组30例,痊愈1例,显效10例,有效11例,无效8例,总有效率为73.30%。两组比较差异有显

著性($P<0.05$)。

4 讨论

巴斯特关节止痛膏具有直接作用于患部、方便实用的优点,避免了胃肠给药的副作用,对肝、肾功能和血液系统影响小。与其他传统外用膏药相比,本品具有见效快,使用方便,疗效确切,对皮肤无刺激性,黏性适中,长期使用无副作用等优点,广泛适用于各类外伤、劳损及风湿性关节痛的治疗。

深刺夹脊穴治疗腰椎间盘突出症 90 例

广州中医药大学第一附属医院推拿科(510405)

贾超 姜桂美

腰椎间盘突出症是引起腰腿痛的最常见原因之一,我们采用深刺夹脊穴治疗该病,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

90例符合纳入标准的患者均为2004年5月~2005年3月广州中医药大学第一附属医院针灸科所收治。其中男性50例,女性40例;年龄(41 ± 4.3)岁;病程7天~1年;椎间盘突出者30例,椎间盘突出者36例,椎间盘膨出者24例。入选病例均参照国家中医药管理局《中医病证诊断与疗效标准》中腰椎间盘突出症诊断标准,并做腰椎CT或MRI确诊。病例排除标准:(1)合并腰椎肿瘤、结核、骨折者;(2)其他原因引起的坐骨神经痛者;(3)严重心、肺、肾功能不全者;(4)髓核突出严重压迫马尾神经者。

2 治疗方法

(1)针刺:主穴:依次取腰椎间盘突出节段的上一椎至下一椎的夹脊穴(于椎体之间旁开1寸处取穴)。(2)配穴:依据下肢疼痛感觉的不同部位取穴,若少阳经出现疼痛,取环跳、风市、阳陵泉、丘墟、足临泣;太阳经出现疼痛,取秩边、承扶、委中、昆仑、申脉。(3)针刺方法:常规消毒后,选用苏州华佗医疗仪器厂出产的65mm 28号一次性毫针刺入夹脊穴,边刺边问患者感觉,以患者诉感下肢有放射麻木感或胀感为度,下肢配穴要求针刺有较强得气感,选用G6805II型电针仪,用于同侧夹脊穴、秩边或环跳、阳陵泉或委中。选用疏密波,强度以患者耐受为度,治疗30分钟。每日1次,每周5次,10次为1个疗程,2个疗程后观察疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:参照国家中医药管理局《中医病证诊断与疗效标准》中腰椎间盘突出症疗效标准。临床治愈:腰腿痛消失,直腿抬高试验 70° 以上,能恢复原工作;好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;无效:症状、体征无改善。采用日本矫形外科学会(JOA)的腰痛疾患治疗成绩评分量表,观察记录治疗前后的评分。

3.2 结果:90例患者中临床治愈60例(66.67%),好转28例(31.11%),无效2例(2.22%)。其中年龄大、肥胖、病程较长、CT结果显示髓核突出者疗效较差。90例患者中,腰痛疾患治疗成绩评分优者62例,良者20例,中者6例,差者2例。

4 讨论

夹脊穴在刺法上多主张直刺0.3~0.5寸,我们认为,针刺

夹脊穴应根据部位不同,深度不同,还要依据患者胖瘦而定,腰部可刺至 2.5 寸,以患者感觉下肢有放电或麻胀感为度。从现代解剖学角度看,夹脊穴恰好是脊神经所在之处,附近均有相应脊神经后支平行伴行,针刺夹脊穴时,不但可影响脊神经后支,还可影响脊神经前支,而前支与交感干相联系,故针刺夹脊穴与脊神经和交感神经有密切联系,并影响植物神经而调节内脏功能。

腰椎间盘突出症一般为腰椎间盘突出或髓核脱出,压迫脊神经根,产生炎症而致下腰痛伴下肢放射痛。针刺夹脊穴可以通督镇痛,现代研究也证明,电针夹脊穴可以抑制创伤痛诱发的 P 物质、单胺类物质,能够抑制脊髓的传导功能,从而起到镇痛作用。

中药配合西医综合疗法治疗 高血压性脑出血 30 例

河南省中医院脑病科(450002)

赵彦青 王伟民 王松龄

2000 年 7 月~2004 年 7 月,我们应用颅内血肿微创清除术、中药口服、早期康复及西医内科综合疗法,治疗高血压性脑出血 30 例,取得显著疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准:(1)符合 1995 年中华医学会全国第四届脑血管病学术会议制定的《各类脑血管疾病诊断要点》中高血压性脑出血诊断标准;(2)发生脑出血 72 小时内入院;(3)头颅 CT 证实基底节区出血 25~40ml;(4)年龄 40~70 岁;(5)生命体征较稳定;(6)根据斯基的纳维亚研究组标准,本研究所选病例均在 24~41 分,属中、重型患者。

1.2 中医诊断标准:按照国家中医药管理局脑病急症协作组 1995 年制订的《中风病中医诊断标准》。除外元神散脱型,选择风痰火亢、风火上扰、痰热腑实、痰湿蒙神、气虚血瘀、阴虚风动型的出血性中风患者。

1.3 一般资料:90 例患者随机分为综合疗法组、微创加内科组、单纯内科组,每组 30 例。各组年龄、性别、入院时神经功能缺损评分、伴发疾病评分、既往史评分、出血部位、平均血肿大小、平均血压等比较,差异均无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

综合疗法组:微创清除血肿、中药血肿消或中风防治灵、早期康复、内科治疗,颅内血肿微创清除术参照胡长林等主编的《颅内血肿微创清除技术规范治疗指南》,中医中药疗法于住院后 24 小时内应用。(1)风痰火亢、风火上扰、痰热腑实证之一者应用河南省中医院制剂室提供的血肿消。处方:三七 180g,大黄 100g,莪术 200g,川芎 200g,黄芩 120g,每支 10ml(含生药 15g)。成人每次 1 支,每天 3 次,口服,连用 28 天为 1 个疗程。(2)气虚血瘀、阴虚风动、风痰瘀阻、痰湿蒙神证之一者应用河南省中医院制剂室提供的中风防治灵。处方:太子参 300g,制何首乌 150g,水蛭 90g,大黄 100g,胆南星 60g,天麻 100g,决明子 160g,每瓶 100g(相当于生药 200g)。成人每次 6g,每天 3 次,口

服,连用 28 天为 1 个疗程。术后患者生命体征平稳 48 小时,格拉斯格(GCS)评分 >9 分,即可开始康复治疗,配合中医针灸、按摩、药浴等。西医内科治疗参照第 11 版《实用内科学》原发性脑出血中高血压性脑出血的内科治疗。微创清除加内科组:具体方法同上述疗法的有关部分,康复治疗同上。内科组:同以上两组的内科治疗与康复方法。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:治疗 28 天与治疗 90 天时,进行两次疗效评定。采用 1996 年全国第四届脑血管病学术会议制定的脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(改良爱丁堡-斯基的纳维亚研究组标准)。从 8 个方面进行评分,最高 45 分,最低 0 分;其中轻型 0~15 分,中型 16~30 分,重型 31~45 分。依据原积分减少百分比评定临床疗效:(1)基本痊愈:功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度为 0 级;(2)显著进步:功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度为 1~3 级;(3)进步:功能缺损评分减少 18%~45%;(4)无变化:功能缺损评分 $\pm 17\%$;(5)恶化:功能缺损评分增多 18%以上;(6)死亡。治疗 90 日时,依据临床卒中残疾量表,按照评出的总分确定患者的日常生活能力(ADL)缺陷程度,即残疾程度。0~20 分为极严重(完全依赖);21~41 分为严重(重度依赖);41~70 分为中度(中度依赖);71~95 分为轻度(轻度依赖);96~100 分为自理。

3.2 治疗 7 天时血肿吸收情况:综合疗法组治疗前血肿平均大小为 (28.16 ± 16.32) ml,治疗 7 天时为 (3.44 ± 3.82) ml,血肿吸收率为 $(96.07 \pm 3.42)\%$;微创加内科组 3 项指标分别为 (27.54 ± 16.28) ml、 (5.66 ± 3.96) ml 和 $(86.79 \pm 6.69)\%$;单纯内科组分别为 (26.77 ± 16.27) ml、 (13.83 ± 6.17) ml 和 $(57.88 \pm 8.78)\%$ 。3 组比较综合疗法组疗效优于微创加内科组,微创加内科组优于单纯内科组,差异有显著性。

3.3 治疗 14 日时临床疗效比较:综合疗法组 30 例,基本恢复 13 例,显效进步 5 例,进步 11 例,稍进步 0 例,恶化 1 例,基本痊愈率为 43.33%,总有效率为 96.67%;微创加内科组以上指标分别为 9 例、5 例、12 例、2 例、2 例、30%、88.33%;单纯内科组分别为 5 例、4 例、7 例、1 例、13 例、16.67%、53.33%。3 组比较,综合疗法组疗效明显为优($P<0.05$)。

3.4 治疗 28 日时神经功能缺损程度评定比较:综合疗法组基本痊愈率为 46.67%,总有效率为 83.33%;微创加内科组分别为 40%、80%;单纯内科组分别为 20%、43.33%。3 组比较,综合疗法组基本痊愈率明显为优($P<0.05$)。

3.5 治疗 90 日时生存患者 ADL 评定:综合疗法组 10 例,自理 80%,轻残 10%,中残 10%,重残 0,极重 0,致残率为 20%;微创加内科组 10 例,以上指标分别为 70%、20%、10%、0、0、30%;单纯内科组 10 例分别为 30%、30%、10%、20%、10%、70%。3 组比较,综合疗法组疗效明显为优。

4 讨论

高血压性脑出血属中医学中风范畴,瘀血、浊邪、热毒是其发病机,以破血化瘀、泄浊解毒开窍为治疗大法。我们在临床实践中,筛选出中药复方制成的血肿消口服液与中风防治灵,除可以促进血肿吸收、降低颅内压、促进神经功能恢复外,还能