

临 床 报 道

人参健心汤治疗冠状动脉血流重建术后冠心病 60 例

山东中医药大学附属医院内科(250011)

李 晓 丁书文 姜 萍

近10年来,随着冠状动脉介入治疗及冠状动脉搭桥技术的飞速发展,冠心病的治疗及预后进入了新的局面,但不能解决全部问题,仍有许多患者术后出现心绞痛和心功能下降,复查冠脉造影多显示为复杂病变,或血管基本通畅但显示弥漫性病变,或左室造影显示呈心肌运动度降低、心腔扩大等心肌病表现。近两年来,我们采用人参健心汤(胶囊)治疗冠脉血流重建术后患者60例,取得了较好效果,现报道如下。

1 临床资料

60例患者均来自山东中医药大学附属医院门诊和病房。男42例,女18例,年龄52~70岁,冠心病病程3~25年。支架置入术后36例,其中急诊冠脉支架置入术后5例,搭桥术后19例,支架置入合并搭桥术后5例。手术在省级医院以上实施者42例,地市级医院实施者18例。心肌梗死10例。高血压病史者30例,病程5~16年,高脂血症病史者35例,病程6~12年,糖尿病病史者36例,病程3~12年。采用药物控制后,目前均在正常范围。60例患者中,能出具详细冠脉造影资料者48例,其中3支病变者10例,两支病变者18例,单支血管完全闭塞者15例,造影报告提示弥漫性病变者26例,有侧支循环者8例。60例患者中,有8例复查术后冠脉造影,均未有支架内或桥血管狭窄,2例显示单支完全闭塞并有侧支循环形成,2例显示心腔扩大或心室运动度减低,4例显示弥漫性病变。60例患者自发性心绞痛8例,劳力性心绞痛19例,其中加拿大分级Ⅰ级7例,Ⅱ级8例,Ⅲ级4例;心功能分级(纽约分级)Ⅰ级8例,Ⅱ级35例,Ⅲ级15例,Ⅳ级2例。60例患者中,乏力55例,胸闷40例,胸痛27例,心慌40例,头晕30例,自汗30例,口干40例,心烦38例,纳差或腹胀27例,畏寒肢冷23例,下肢浮肿27例,口唇紫暗45例,舌暗或淡紫40例,苔水滑20例,苔黄或薄黄10例。

2 治疗方法

2.1 西医治疗:(1)术后常规治疗:氯吡格雷75mg,每日1次,阿司匹林100mg,每日1次,口服;(2)抗心绞痛治疗:鲁南欣康、倍它乐克、合心爽;降压、调脂、降糖药物均按以前剂量使用;必要时使用地高辛、双氢克尿噻。

2.2 中药治疗:人参健心汤由人参10g、黄芪30g、桂枝9g、白术15g、泽泻15g、丹参30g等组成。心绞痛明显者加用当归、川芎、延胡索、防风;口干者加用麦冬、五味子;下肢浮肿者加用益母草、葶苈子;畏寒肢冷者加用附子、肉桂;舌淡紫,口唇紫绀明显

者加用当归、川芎;心烦者加用茯苓等。以上方药常规水煎服,每日1剂,分两次温服,视病情服用1~2个月。人参健心胶囊(由本院制剂室按照汤剂组成制作)每次6粒,每日3次,服用3个月。

2.3 观察方法及指标:共治疗3个月,每月记录心绞痛发作情况,心功能变化,硝酸酯类药物、地高辛、利尿药物使用情况,中医症状变化等。

3 治疗结果

3.1 治疗前后心绞痛及心功能变化:治疗前自发性心绞痛8例,治疗后3例;治疗前劳力性心绞痛Ⅰ级7例、Ⅱ级8例、Ⅲ级4例,治疗后分别为6例、3例、0例;治疗前心功能分级Ⅰ级8例、Ⅱ级35例、Ⅲ级15例、Ⅳ级2例,治疗后分别为38例、18例、4例、0例。结果表明,治疗后心绞痛发作明显减少,心功能明显好转,心功能分级前后变化经卡方检验,差异有显著性($P<0.01$)。

3.2 治疗前后中医症状变化:治疗前乏力55例、胸闷40例、胸痛27例、心慌40例、头晕30例、纳差腹胀27例、口干40例、自汗30例、心烦38例、畏寒肢冷23例,治疗后分别为20例、15例、12例、10例、9例、2例、10例、15例、12例、6例。表明治疗后中医症状有明显改善。

3.3 治疗前后西药服用情况:治疗后均停用地高辛、双氢克尿噻等药物,抗心绞痛药物均减量。

4 讨论

人参健心汤(院内制剂)是我们多年使用的治疗冠心病胸痹心痛的方剂,方中人参、黄芪益气复元,桂枝通阳,泽泻利水,丹参活血,再根据阳虚、瘀血、水停的轻重不同加减,治疗冠脉血管重建术后冠心病取得较好疗效。治疗结果也显示,心绞痛、心功能均较治疗前有明显改善,乏力、自汗、胸闷等气虚、血瘀、阳虚、水停等中医症状明显好转。虽然由于冠脉病变无法定量表示,无法设置合理的对照组,但患者治疗前的药物已是常规治疗,并且基本足量,因此经自身对照,从临床症状疗效分析,仍能说明人参健心汤(胶囊)的治疗效果。

针灸治疗脑卒中后吞咽障碍 62 例

河北省邯郸市中医院脑血管科(056001)

李 莉

2001年12月~2004年12月,我们采用针灸疗法对脑卒中后吞咽障碍患者进行治疗,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择:93例均为住院患者。全部入选病例均行头颅CT或MRI检查及颈部血管彩色超声检查。确诊为脑梗死⁶⁹

例,脑出血24例,均符合1995年第四次全国脑血管病会议的诊断标准。排除:(1)意识不清者;(2)合并心、肝、肾、造血系统等严重原发疾病者及精神病患者;(3)未按规定进行计划治疗者及无法判定疗效或资料不全等影响疗效判定者;(4)颈部血管彩色超声提示有软斑存在者。

1.2 治疗分级:据洼田氏饮水试验,将吞咽功能状态分为5级。
Ⅰ级:能一次饮完30ml常温水,无呛咳、停顿;Ⅱ级:分两次饮完,无呛咳、停顿;Ⅲ级:能一次饮完,但有呛咳;Ⅳ级:即使分两次或两次以上饮完也有呛咳;Ⅴ级:屡屡呛咳,难以全部饮完。

1.3 一般资料:93例患者随机按2:1分成治疗组和对照组。治疗组62例,男性40例,女性22例;年龄43~75岁,平均(56±6.1)岁;脑梗死47例,脑出血15例;半球病变49例,脑干病变13例;Ⅱ级9例,Ⅲ级13例,Ⅳ级20例,Ⅴ级20例;病程7天~3.5个月;有两次以上(含两次)卒中发作者41例,首次卒中发作者21例。对照组31例,男性19例,女性12例;年龄45~76岁,平均(58±4.7)岁;脑梗死22例,脑出血9例;半球病变24例,脑干病变7例;Ⅱ级5例,Ⅲ级7例,Ⅳ级10例,Ⅴ级9例;病程6天~30个月;有两次以上(含两次)卒中发作者17例,首次卒中发作者14例。两组病例一般情况比较差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

两组患者中西医常规治疗及康复治疗一致,治疗组患者均在生命体征稳定、神经学症状不再发展后48小时、格拉斯哥昏迷评分(GCS) >8 时接受针灸治疗。(1)取穴:廉泉、翳风、脑户、风府、哑门。(2)操作方法:患者取侧卧位,取32号1.5寸毫针,分别针风府、哑门穴,均直刺0.5~1寸;再针脑户穴,平刺0.5~0.8寸,3穴均用呼吸补泻法之补法,停止运针后再用艾条行温和灸,每穴10分钟。留针30分钟后,按压针孔片刻起针。继而使患者取仰卧位,常规消毒后,用32号3寸毫针,取一侧翳风穴进针,向对侧乳突深刺1.5~2寸,少提插、多捻转,患者应有明显的酸、麻、重、胀感,绝大多数患者针感可放射至咽喉或舌根部,表示针刺深度与角度得当,两侧翳风穴可交替使用;再取廉泉穴,用30号2寸毫针徐徐直刺1~1.5寸,此时咽喉的疼痛部位若有麻胀感即停止入针,用震颤手法加强针感,得气后上两穴针柄接G6805型电针治疗仪,取疏密波,频率为22次/分钟,电流强度以患者耐受为度,每次30分钟。上述治疗每日1次,10次为1个疗程,间隔两天进行下一个疗程,3个疗程后评价疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:治疗后达1级为基本治愈;治疗后级别提高3级为显著进步;提高2级为进步;提高0级和1级为无变化;减低1级为恶化。

3.2 治疗结果:治疗组62例,基本治愈21例,显著进步31例,进步7例,无变化2例,恶化1例,死亡0例,总有效率为95.2%,基本治愈率为33.9%。对照组31例,基本治愈3例,显著进步10例,进步7例,无变化8例,恶化2例,死亡1例,总有效率为64.5%,基本治愈率为9.7%。两组疗效比较差异有显著性($P<0.01$)。

4 讨论

本病属于中医学“中风”、“痿痹”、“喉痹”范畴。吞咽困难系咽喉部肌肉麻痹所致,而肌肉麻痹乃因阳气虚弱或郁闭,不能温煦咽喉,邪袭喉络,机关不利而成病。故治疗本病应以助阳开窍为法。督脉为诸阳之都纲,故先温通督阳,其在项后哑门、风府、脑户穴处有分支入系舌本,故取此三穴施以针、灸,阳气温通后,麻痹肌肉的舒缩功能才能逐渐复常。针翳风穴治疗吞咽困难是根据脑穴的近治作用,治疗该穴所在部位及邻近组织、器官的局部病症。翳风穴位于乳突前下方平耳垂下缘凹陷中,属手少阳三焦经,在解剖上与8~12对脑神经关系密切;廉泉穴位于舌咽部,为阴维脉、任脉的交会穴,其深层有下颌神经肌支、舌下神经分布。以上两穴合用可以利舌通咽,疏调气机,从而促进吞咽功能的恢复,减少并发症的发生。

局部埋线搭桥修复皱纹38例

湖北中医学院B078信箱(430061)

齐 凤 军

局部埋线搭桥祛皱法是将外科手术所用的蛋白羊肠线植入皱纹局部,利用蛋白羊肠线对局部纹理进行搭桥修复的一种治疗方法。局部埋线搭桥法修复皱纹施术简单,疗效持久,临床应用广泛,因此发展较快。现将近年来局部埋线搭桥祛皱纹案例总结如下。

1 临床资料

用局部埋线搭桥法祛除女性患者鱼尾纹38例。年龄31~45岁者15例,46~60岁23例。单鱼尾纹19例,鱼尾纹和抬头纹12例,鱼尾纹合并川字纹7例。

2 治疗方法

2.1 埋线部位选择:鱼尾纹选择眼外角眶骨缘,鱼尾纹多者可埋2~3段,线与线距离0.5~1cm,外眼角下皱纹以眶下缘为埋线标准;外眼角上皱纹以眶上缘为埋线标准。抬头纹沿前额正中线、眉中线、眉尾线埋线,也可根据抬头皱纹多少决定埋线的多少和线距。川字纹以两眉头连线为标准,向上根据川字纹长短埋2~3段。

2.2 操作方法:令患者仰卧,暴露局部埋线部位,在局部画进针定位点,用碘酒消毒。用利多卡因在局部进行麻醉,接着将线根据需要截取不同长度,并将线用生理盐水浸泡,然后穿入准备好的套管针,一般在鱼尾纹线长以1.5~4cm为宜;在眼外眶下和眶上角线长1~2.5cm为宜;额部抬头纹要根据皱纹边缘距离确定线的长度,若皱纹间距大可以一条条皱纹搭桥,线长1cm左右即可;额部川字纹以川字纹边缘为线的长度,一般1~3cm。局部埋线搭桥后一定要保护针眼,两天不能沾水,以防止感染。一般埋线一次即可消除皱纹。

2.3 注意事项:部分患者对羊肠线有排斥反应,局部出现红肿,埋线出针后应用创可贴覆盖,针眼部位两天不能沾水,同时服抗生素,如阿莫仙,每天3次,连服7天即可。

3 治疗结果

38例患者局部埋线搭桥后埋线处皱纹即消除,刚开始部分患者在笑的时候还有一点细小纹理,属正常现象。随着线的吸