

1.2 诊断标准:参照王玉来《中西医结合临床神经病学》(中国中医药出版社 1998 年 1 月出版)有关标准。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:A 组(治疗组):(1)一叶秋碱穴位注射,取一叶秋碱注射液 4mg(1ml),用 1ml 一次性注射器抽取备用;选穴分上、中、下 3 组,上组选阳白、丝竹空、太阳,中组选颧髎^①、下关、翳风,下组选地仓、牵正、颊车;自上而下,每日选患侧穴 1 组,用 0.5%碘伏皮肤消毒,用 4 号注射器针头按需要穴位直刺或斜刺 0.5 寸,得气后,回抽无血液,推入药液 0.3ml,每日 1 次。(2)牵正散(白附子 2g,全蝎 2g,僵蚕 2g)加味内服。鼻塞恶寒者加荆芥 1g、防风 1g;咳嗽加前胡 1g、杏仁 1g;胸闷胃胀加紫苏叶 1g、制香附 1g;体虚面黄加黄芪 1g,白术 1g。上药研细末,每日 1 剂,分 2 次用温黄酒(或温白糖水)吞服,或装胶囊服用。B 组(针灸加中药对照组):(1)针灸选穴为 A 组加合谷穴,按针灸常规操作,得气后,接电针治疗仪,每次 30 分钟,每日 1 次。(2)中药主方、加减基本同 A 组,但药量主方各改为 5g,加减药量各改为 10g,水煎,每日 1 剂,分 2 次服。C 组(西药对照组):(1)口服强的松片 10~20mg,每日 3 次,1 周后改为 5mg,每日 3 次,继用 1 周;无环鸟苷片 0.2g,每日 3 次,连用 10 天;(2)维生素 B₁注射液 100mg 加维生素 B₁₂注射液 0.5mg,肌注,每日 1 次;一叶秋碱注射液 8mg,肌注,每日 1 次。以后 C 组按照原维生素 B₁加维生素 B₁₂和一叶秋碱肌注用法,每日 1 次。3 组均 20 天为 1 个疗程,休息 5 天后进行第 2 个疗程。A 组以 2 个疗程、B、C 组以 4 个疗程为 1 个对照期,并随访 6 个月~1 年。

2.2 症状观察方法:自选闭眼、鼓腮、露齿 3 个动作指标,以毫米为单位,每 3 天测量记录 1 次。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:参照《中医病证诊断疗效标准》并细化。治愈:症状及体征消失,闭眼、鼓腮、露齿动作完全对称正常。好转:症状及体征好转,闭眼、鼓腮、露齿动作有所改善。未愈:症状及体征无变化。

3.2 疗效比较:(1)治愈、好转、未愈、总有效率分别是:A 组 80 例、0 例、1 例、98.8%;B 组 32 例、6 例、2 例、80%;C 组 29 例、8 例、3 例、72.5%。A 组与 B、C 组差异有显著性($P<0.01$);(2)平均治愈时间:A、B、C 组分别为 23.7 天、48.6 天、63.4 天。A 组与 B、C 组差异有显著性($P<0.01$)。

4 讨论

面神经炎是临床多发病,属中医“中经络”、“面瘫”范畴。不完全性面神经炎后遗症发生率 6%,完全性可达 29%。目前中医、针灸、西医虽然都有疗效,但往往取效慢,治愈率低,后遗症发生率高。我们采用一叶秋碱穴位注射联合牵正散加味内服,具有以下优点:(1)用注射针取代针灸针,对穴位注射刺激。(2)西药一叶秋碱注射液为中枢神经兴奋药,穴位注射,可对穴位进行持久的刺激,既有西药的药效,又增强了针灸的疗效。(3)中药牵正散加味可祛风化痰、通络止痉,是治疗“中经络”之名方,加荆芥、防风、紫苏叶等增加了祛风驱邪之效力。除个别患者后期穴位注射处因药物吸收不良局部出现轻度肿胀外,无其他副作用。

减味六磨汤恢复腹部手术后肠道功能 30 例

广东省中医院外一科(510120)

邹 瞭 南

广州中医药大学附属南海妇儿儿童医院

谭 子 健

腹部手术可使胃肠道功能受抑制,致使肠道内的气体和内容物积滞造成腹胀、腹痛、恶心、呕吐、厌食等并发症。我们于 2003 年 10 月~2005 年 10 月选择 60 例腹部手术后患者,随机分为减味六磨汤组与对照组,作对比观察,现报告如下。

1 临床资料

60 例均为硬膜外麻醉下腹部手术患者,按入院顺序随机分为两组。减味六磨汤组 30 例,男 19 例,女 11 例,年龄 12~77 岁,平均 45.2 岁;其中阑尾切除术 16 例,胆囊切除术 9 例,肠粘连松解术 2 例,肠切除肠吻合术 2 例,脾切除术 1 例。对照组 30 例,男 21 例,女 9 例,年龄 13~76 岁,平均 44.5 岁;其中阑尾切除术 14 例,胆囊切除术 10 例,肠粘连松解术 2 例,肠切除肠吻合术 3 例,脾切除术 1 例。两组年龄、麻醉方法、病种、手术时间经统计学处理差异无显著性,具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

两组患者在胃肠功能恢复前均禁食、输液、抗感染、维持水电解质及酸碱平衡。减味六磨汤组于手术后 6 小时口服或经胃管注入减味六磨汤[木香、枳壳、乌药、槟榔各 15g,大黄 10g(后下),加水 600ml 煎浓缩至 200ml],每次 100ml,每日 2 次,至肠蠕动恢复、肛门排气;对照组术后不采用任何辅助措施,让肠功能自然恢复。

3 治疗结果

从患者手术结束开始计算观察时间。减味六磨汤组肠鸣音恢复时间为 10~29 小时,平均 16 小时,肛门排气时间为 12~36 小时,平均 21 小时,其中术后 ≤ 24 小时肛门排气 19 例(63%);对照组肠鸣音恢复时间为 18~64 小时,平均 47 小时,肛门排气时间为 21~78 小时,平均 62 小时,其中术后 ≤ 24 小时肛门排气 2 例(7%)。两组疗效经统计学处理,差异有显著性($P<0.01$)。术后随访至 2006 年 3 月,减味六磨汤组无一例发生粘连性肠梗阻,对照组有 2 例发生粘连性肠梗阻。

4 讨论

六磨汤见于《世医得效方》,由大黄、木香、枳壳、乌药、槟榔、沉香等组成,有行气导滞、消胀止痛、通腑导下之功效。六磨汤中大黄通腑导滞,木香理气和中止痛,枳壳行气宽中导滞,乌药行气温里止痛,槟榔行气消积,沉香温里行气,全方行气之力较著,故去价昂之沉香而不影响其行气之力。现代研究表明,大黄具有兴奋和抑制胃肠的双重作用,其兴奋作用的一个途径是其成分番泻苷由小肠吸收后经肝脏转化为苷元,再刺激胃壁神经丛而引起大肠蠕动,同时一部分以原型或苷元随血转运到大肠,刺激黏膜下神经丛和更深部肌肉神经丛等,使肠运动亢进;木香能使离体兔肠蠕动幅度和肠肌张力明显增强,所含的生物碱、内酯及去内酯油对豚鼠小肠平滑肌有明显解痉作用,并能对抗乙酰胆碱、组胺、氯化钡引起的肠肌痉挛;枳壳能使动物胃

肠消化间期复合机电周期缩短,增强胃肠平滑肌张力和运动功能,使蠕动加强而有节律,促进排便;乌药使兔离体小肠紧张性降低,有拮抗乙酰胆碱的收缩效应,从而帮助排气、排便;槟榔有拟胆碱作用,能增强肠蠕动,利于排便,同时使消化液分泌旺盛,帮助食物消化吸收,食欲增加。

“醒脑开窍”针刺法治疗中风病 750 例

天津中医学院第一附属医院(300193)

郭琳 石学敏

中风病的发生往往是多种致病因素共同作用的结果,其病机复杂,证候变化多样。在以往的报道中,有关不同部位脑卒中的文献较多,而对于不同病位侧研究的文献较少。因此,我们对各病位侧的差异进行了研究。

1 临床资料

750 例中风病例系有完整资料的我院 2001 年住院患者,其中男性 467 例,女性 283 例,左侧中风 248 例(33.1%),右侧中风 225 例(30%),双侧中风 230 例(30.7%),其他 46 例(6.1%),缺省 1 例(0.1%)。

临床诊断标准及疗效标准:按照国家中医药管理局脑病急症协作组 1996 年制定的中风病诊断与疗效评定标准(试行)并经 CT 或 MRI 诊断证实者。根据全国第四届脑血管病学术会议通过的治疗前后症状评分,将严重程度分为轻型、中型、重型 3 级,治疗结果分级为临床治愈、显著进步、进步、无变化、加重、死亡 6 级。

2 治疗方法

以“醒脑开窍”针刺法治疗为主,同时根据病情需要,辅以降颅压、抗感染、降血糖、降血压之西药及支持疗法等。有手术指征的脑出血患者,采用手术和针刺及药物相结合治疗,对于各种并发症配用相应的药物及针刺方法。治疗原则:醒脑开窍,滋补肝肾,疏通经络。操作方法:先刺双侧内关,直刺 0.5~1 寸,采用捻转提插结合泻法,施手法 1 分钟;继刺人中,向鼻中隔方向斜刺 0.3~0.5 寸,用重雀啄法,至眼球湿润或流泪为度;再刺三阴交,沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45 度角斜刺,进针 1~1.5 寸,用提插补法,使患侧下肢抽动 3 次为度;委中,卧位直腿抬高取穴,直刺 0.5~1 寸,施提插泻法,使患侧下肢抽动 3 次为度。极泉,原穴沿经下移 1 寸,避开腋毛,直刺 1~1.5 寸,用提插泻法,以患侧上肢抽动 3 次为度;尺泽,屈肘成 120 度角,直刺 1 寸,用提插泻法,以患侧上肢抽动 3 次为度。

3 治疗结果

3.1 患者病残程度、严重程度及针刺疗效差异比较:左侧患者 248 例,其中轻型 96 例、中型 105 例、重型 47 例;右侧患者 225 例,3 型分别为 109 例、93 例、23 例;双侧患者 230 例,3 型分别为 133 例、67 例、30 例。左侧 248 例,其中临床治愈 48 例,显著进步 120 例,进步 41 例,无变化 18 例,加重 7 例,死亡 14 例;右侧 225 例,分别为 62 例、114 例、16 例、18 例、5 例、10 例;双侧 230 例,分别为 84 例、104 例、20 例、11 例、6 例、5 例。结果表明,左侧、右侧及双侧中风患者在严重程度、针刺疗效、病残程度上差异均有显著性($P < 0.01$)。无论是严重程度,或是病残程度,均是双侧最轻,右侧居中,左侧最重。针刺疗效则是双侧最

好,右侧次之,左侧最差。

3.2 中风年龄及治疗前后神经功能缺损程度评分差异比较:左侧患者平均年龄为(64.07 ± 11.83)岁,右侧为(61.36 ± 12.33)岁,双侧为(66.93 ± 9.88)岁;左侧治疗前后神经功能评分分别为(19.90 ± 10.88)分、(12.57 ± 11.47)分,右侧分别为(17.47 ± 10.30)分、(9.97 ± 10.99)分,双侧分别为(15.90 ± 11.92)分、(8.77 ± 11.06)分。左侧、右侧、双侧中风患者在年龄上差异有显著性($P < 0.01$),双侧患病者年龄大于左侧患病者年龄,右侧患病者年龄最小。不同病位侧患者神经功能缺损程度评分在治疗前后差异均有显著性($P < 0.01$),左侧患病者评分在治疗前后均最高,双侧患病者评分在治疗前后均最低,右侧患病者评分居中。

3.3 中风性质、病灶性质差异比较:左侧、右侧、双侧中风患者在中风性质上差异有显著性($P < 0.01$)。双侧中风患者以梗死性居多,出血性及混合性较少。在出血性中风中,单侧明显多于双侧。3 组患者混合性中风所占比例较小。在病灶性质上,3 组患者差异亦有显著性($P < 0.01$)。局灶性病灶中,单侧多于双侧,而多灶、腔隙灶中,双侧明显多于单侧,大灶、蛛网膜下腔出血等单侧多于双侧。

4 讨论

从中风性质、病灶性质可以为不同病位侧病情严重程度有所差异提供参考依据。本文中统计表明双侧中风患者的年龄大于单侧中风患者,左侧中风患者的年龄大于右侧中风患者,不同病位侧中风患者住院时所处病程中,双侧处于急性期者明显多于单侧,右侧多于左侧。而在后遗症期中风患者中,左侧所占比例较多,右侧次之,双侧较少。说明中风患者住院时,双侧发病患者多处于急性期,恢复期次之,后遗症期较少,单侧发病患者亦是如此,只是在比例上急性期较双侧少,后遗症期较双侧多。可能是因为双侧中风患者病情轻或多次发病,已对中风病的治疗较为熟悉、了解,故后遗症期住院者较少。

头针体针并用治疗中风偏瘫恢复期 36 例

北京中医药大学 2005 级博士研究生(100029)

郑香春

长春中医学院附属医院针灸科(130021)

王大明 刘虹

头针与体针相结合治疗中风是一种卓有成效的治疗方法,可以较好地恢复患者偏瘫肢体的运动功能,帮助患者提高日常生活能力,改善生存质量。

1 临床资料

全部 36 例中风患者为吉林省中医院 2003 年 1 月~2004 年 12 月间的住院病例,均经头颅 CT 扫描或 MRI 检查证实。其中男性 21 例,女性 15 例;平均年龄 59.45 岁(32~75 岁);病程(2.30 ± 1.30)个月;脑梗死 25 例,脑出血 11 例;按脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准评定,轻型 6 例,中型 26 例,重型 4 例;采用简化 Fugl-Meyer 运动功能评分法评定,Ⅰ级 6 例,Ⅱ级 19 例,Ⅲ级 9 例,Ⅳ级 2 例;参照 Barthel 指数评定分级标准Ⅰ级 6 例,Ⅱ级 18 例,Ⅲ级 10 例,Ⅳ级 2 例。