

临 床 报 道

温针灸治疗缺血期下肢动脉硬化闭塞症 98例

天津中医药大学第一附属医院 (300193)

康 红 千

下肢动脉硬化闭塞症多见于老年男性,严重影响患者的生活质量,笔者于 2002~ 2006年间采用温针灸法治疗此病缺血期患者,取得显著疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准: (1)症状:患肢怕冷、麻木、疼痛、间歇性跛行、静息痛。(2)体征:患肢皮色苍白、皮温降低、不同程度营养障碍,足背动脉或胫动脉搏动减弱或消失。(3)检查:下肢动脉血管彩色超声显示:血管壁存在不同程度的广泛不规则狭窄和闭塞。

1.2 排除标准: (1)肢体严重缺血致坏疽、溃疡者。(2)急性下肢动脉闭塞症、血栓闭塞性脉管炎、多发性大动脉炎者。(3)严重心、肝、肺、肾、脑器质性损害,严重感染,恶性肿瘤者。

1.3 一般资料:本组 98例患者均来自门诊,其中男性 59例,女性 39例;年龄 45~ 73岁;单侧下肢患病者 72例,双侧下肢患病者 26例;病程 3个月~ 4年余。其中伴有高血压病者 81例,糖尿病者 32例,高脂血症者 61例,高黏血症者 73例,冠心病者 63例。

2 治疗方法

2.1 取穴:环跳、委中、血海、梁丘、足三里、阴陵泉、三阴交、太溪、解溪、八风。

2.2 操作:首先令患者侧卧位,取患肢环跳穴直刺 2~ 3寸,施提插泻法,使针感向足部放射 1~ 2次为度,快针不留针;再令患者仰卧,直腿抬高患肢,取委中穴直刺 0.5~ 1寸提插泻法,使针感向足部放射 1~ 2次为度,快针不留针;血海、梁丘、足三里、三阴交、阴陵泉、太溪均直刺 1~ 1.5寸,施提插补法;解溪、八风直刺 0.5~ 1寸,施平补平泻。针刺后,在针尾处插 2cm长的艾条,由底部点燃施灸(艾灸与皮肤间垫锡纸片以免烫伤皮肤)待艾条燃尽,针体温热感消失后起针即可。每日治疗 1次,15次为 1个疗程,两个疗程后统计疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:痊愈:患肢疼痛、怕冷、麻木症状消失,皮色皮温恢复正常,足背动脉、胫动脉搏动正常,步履活动自如。好转:患肢疼痛、怕冷、麻木症状基本消失,但步履活动不能持久。无效:治疗前后症状无明显变化。

3.2 治疗结果: (1)总体疗效: 98例患者中治愈 48例 (48.98%),好转 39例 (39.79%),无效 11例 (11.23%),总有

效率 88.77%。(2)治疗前后患者下肢血流参数比较:治疗前后患者股动脉管径分别为 (0.48 ± 0.11) cm (0.55 ± 0.21) cm,胫动脉管径分别为 (0.44 ± 0.20) cm (0.52 ± 0.12) cm,足背动脉管径分别为 (0.23 ± 0.01) cm (0.29 ± 0.23) cm;治疗前后患者股动脉峰值流速分别为 (50.2 ± 7.12) cm/s (72.3 ± 8.12) cm/s,胫动脉峰值流速分别为 (45.32 ± 4.31) cm/s (61.23 ± 4.11) cm/s,足背动脉峰值流速分别为 (35.14 ± 4.45) cm/s (31.24 ± 4.21) cm/s;治疗前后患者股动脉血流量分别为 (16.86 ± 1.80) ml/m (24.68 ± 1.72) ml/m,胫动脉血流量分别为 (9.24 ± 1.51) ml/m (16.32 ± 1.43) ml/m,足背动脉血流量分别为 (2.23 ± 0.14) ml/m (3.14 ± 0.20) ml/m。结果显示,治疗前后下肢血流参数比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),提示治疗后下肢动脉硬化闭塞症患者下肢动脉内径增大,血流量增加,血流速度加快。

4 讨论

本病属于中医“脉痹”范畴,其病因病机为年老体衰,脾肾阳气不足,不能温养四肢,复感寒湿之邪,则气滞寒凝血瘀,经络阻滞,不通则痛,四肢经脉气血不充,失于温煦濡养,则皮肉筋脉枯槁不荣发为本病。如《杂病源流犀烛·诸痹源流》云:“痹者,闭也。三气杂至,壅蔽经络,气血不行,不能随时祛散,故久而为痹。”针刺环跳、委中可活血通络,足三里、阴陵泉、三阴交分属脾胃经,温针灸之可健脾胃,温脾阳。温针灸太溪可温补肾阳,与血海、梁丘、解溪、八风诸穴相合,针后加灸可达到标本兼治,共奏温经散寒,活血化瘀,通络止痛之功。

现代医学认为,下肢动脉硬化闭塞症为动脉粥样硬化病变引起的慢性动脉闭塞,使下肢发生缺血性改变,高血压、高脂血症、高黏血症、糖尿病、吸烟是动脉粥样硬化的主要致病因素。针刺可改善血液动力学、凝血 4项指标,改善血管高凝状态,并调节血管活性因子的释放,改善血管内皮功能,扩张血管,改善血流速度,加快血液循环,具有活血化瘀的功能。

中药外敷“风眼”治疗痹证 100例

河北省衡水市中医院 (053000)

孙国锋 陈同生 安福巨

牛久旺 胡凤臻 曹清慧

河北省衡水市哈励逊国际和平医院

魏 兰 双

河北省深县深州镇医院

屈 梦 宇

痹证是临床常见病,多发病。中医学认为,痹证指风寒湿邪侵袭机体,导致经络闭阻不通,气血运行不畅,而引起的以肌肉

和关节酸痛、麻木、屈伸不利甚至关节肿大变形为主的一系列证候群。我们在长期临床实践中观察到,风寒湿邪侵袭机体在每个部位都有一集中入口,谓之“风眼”,由此用药容易吸收,可提高疗效,并可缩短疗程。因其通过透皮吸收,作用直接并能避免胃肠道刺激,且平时注意固护“风眼”,还能起到预防的作用。

1 临床资料

随机选取 200例风寒湿痹证患者,均来自衡水市中医院门诊。其中男 121例,女 79例;年龄 15~ 75岁;颈肩部症状明显者 60例,腰部症状明显者 80例,膝部症状明显者 60例;急性发作 60例,慢性 140例。按部位随机分两组观察,治疗组、对照组各 100例。

2 治疗方法

治疗组: (1)药物制备: 黄芪、白术、防风、当归、川芎、乳香、没药、羌活、独活、细辛、甘草等。将上药烘干研末,过筛,混匀。调入医用凡士林,储瓶备用。(2)“风眼”的选择: 依病变部位不同选择相应的“风眼”。头部: 百会、太阳、风池。腰背: 风门、大椎、至阳、腰阳关、腰眼。胸部: 膻中、大包。腹部: 中脘、关元。上肢: 肩髃、肩井、手三里、腕关节、指指关节。下肢: 环跳、伏兔、风市、膝眼、鹤顶、丰隆、承山、踝关节、涌泉。(3)操作: 先将治疗部位的“风眼”揉按 2分钟,然后将外用药取适量外敷于“风眼”上,再用“风湿膏”覆盖并固定,10~ 12小时取下,隔日 1次,5~ 7次为 1个疗程,疗程间隔 10~ 15天。

对照组: 口服尪痹冲剂,每次 1袋,每日 3次;扶他林局部外擦,每日 2次。10天为 1个疗程。两组病例治疗 1次后及 1个疗程后对比观察。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准: 痊愈: 肌肉和关节酸痛、麻木、重着、屈伸不利消失。好转: 临床症状改善,遇风寒湿侵袭症状加重。无效: 临床症状、体征无改善。

3.2 两组患者治疗 1次后疗效比较: 治疗组肩部症状明显者 30例,其中痊愈 10例,好转 19例,无效 1例,总有效率为 96.7%;对照组 30例,分别为 8例、18例、4例及 86.7%。治疗组腰部症状明显者 40例,其中痊愈 22例,好转 18例,无效 0例,总有效率为 100%;对照组 40例,分别为 15例、20例、5例及 87.5%。治疗组膝部症状明显者 30例,其中痊愈 12例,好转 15例,无效 3例,总有效率为 90%;对照组 30例,分别为 10例、15例、5例及 83.3%。

3.3 两组患者治疗 1个疗程后疗效比较: 肩部症状明显者,治疗组总有效率为 96.7%,对照组总有效率为 93.3%;腰部症状明显者治疗组总有效率为 100%,对照组为 95%;膝部症状明显者,治疗组总有效率为 93.3%,对照组为 90%。

临床观察发现,病程短,疗效好;年龄小者效果佳;部位固定者比游走者效果好;通过对比,“风眼”敷药疗效略高于口服中药疗法,且避免了胃肠道刺激及肝肾损伤。

4 讨论

中药外敷方中黄芪、白术、防风可疏风固表,当归、川芎养血和营,羌活、独活散一身之风湿,细辛搜潜伏之风湿外出,乳香、没药活血伸筋定痛,甘草缓急止痛,调诸药。如此配伍,既

能搜伏邪,又能散游邪,扶正固表。达到风湿去,正气复的目的。另外可告知患者,敷药后局部出现持久性热感为正常反应;敷药时间不宜过长;如局部出现起疱、脱皮,一般无需特殊处理,5~ 7天可自行痊愈,疱大者刺破并涂碘酊即可。

中西医结合治疗脑分水岭梗死 60例

河南省太康县公疗医院 (461400)

穆 齐 金

分水岭梗死 (CWI),又称边缘带梗死、终端带梗死、低血流梗死、非区域梗死等,是指相邻两条动脉供血区边缘带局限性缺血造成的梗死,多发生于脑内大血管供血区边缘带或基底节区深穿小动脉供血区边缘带,约占全部脑梗死的 10%。笔者自 2002年 2月~ 2006年 2月,以中西医结合方法治疗急性 CWI 梗死 60例,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

本组 60例均为我院内科住院 CWI患者,男性 41例,女性 19例;年龄 31~ 70岁,平均 63岁;全部为急性起病,发病至入院在 48小时之内,经脑 CT或 MRI扫描确诊为 CWI。除外出血性脑血管病、昏迷患者,伴有严重心、肝、肾功能障碍者,有出血倾向者,房颤及严重痴呆和精神障碍等。

全部病例按照 1995年全国第四届脑血管疾病会议制定的脑卒中患者神经功能缺损程度评分,最高为 45分,最低为 0分,轻度功能缺损者 0~ 15分,15例;中度 16~ 30分,36例;重度 31~ 45分,9例。

2 治疗方法

生理盐水 250ml加黄芪注射液 30ml 复方丹参注射液 20ml;生理盐水 250ml加丁咯地尔 100mg;生理盐水 250ml加胞二磷胆碱 0.75g ATP40mg 辅酶 A100U,每日 1次,静脉滴注,连用 21天;同时根据病情给予降血压、降血糖药物及对症治疗、功能锻炼等。

3 治疗结果

3.1 疗效标准: 根据治疗 21天后患者神经功能缺损程度评分判断疗效。(1)基本痊愈: 神经功能缺损程度评分减少 91%~ 100%,病残程度 0级;(2)显著进步: 神经功能缺损程度评分减少 < 91%而 > 45%,病残程度 1~ 3级;(3)进步: 神经功能缺损程度评分减少 18%~ 45%;(4)无变化: 神经功能缺损程度评分减少或增加 < 17%;(5)恶化: 神经功能缺损程度评分增加 > 17%;比较患者治疗前后血液流变学指标及神经功能缺损评分程度。

3.2 总体疗效: 基本痊愈 45例,显著进步 8例,进步 3例,无变化 3例,恶化 1例,总有效率为 93.3%。

3.3 治疗前后患者血液学变化比较: 患者治疗后全血黏度高切、全血黏度低切、红细胞压积、红细胞聚集指数、红细胞刚性指数、纤维蛋白原均值与治疗前比较均有明显改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3.4 治疗前后患者神经功能缺损评分比较: 治疗前神经功能缺损评分为 (18.37± 10.19)分,治疗后为 (9.87± 6.47)分,治疗后与治疗前比较有显著改善 ($P < 0.01$)。