

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;颈肩部位症状明显者 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:肩俞、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,然后将外用药物取适量外敷于“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,调和诸药。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($P < 0.01$)。

4 讨论

临床上黄芪注射液和复方丹参注射液配伍已广泛应用于治疗心脑血管疾病,二药按 3:1 比例配伍,为益气活血方药的代表。现代医学实验证明,黄芪注射液能明显增强心肌收缩力,扩张血管,增加脑灌注,稳定平均动脉压,增强红细胞变形能力,降低红细胞聚集性,改善血液流变性,降低血浆黏度、血浆纤维蛋白原含量,抑制红细胞、血小板聚集,改善异常的血液流变学指标,并能清除体内氧自由基,提高大脑对缺血缺氧的耐受力、减少因缺血缺氧对脑细胞造成的损害。复方丹参注射液主要含有丹参酮和黄檀素,能改善异常血液流变学指标,有扩张血管,改善微循环,抑制血小板聚集等功能。丁咯地尔是一种新型的血管活性剂,可抑制 α 肾上腺素受体,相对兴奋 β 肾上腺素受体,还具有非特异性和轻微钙拮抗作用,并且抑制血小板聚集,提高红细胞变形能力,降低血黏度,从而改善微循环,增加脑血流量,与一般血管扩张药不同的是,其仅有效增加缺血区域的灌注量,缺血越严重的区域,血液供应量增加得越多,而正常区域无明显改变。胞二磷胆碱等具有抗氧化、稳定细胞膜和促进神经细胞恢复作用。

寿胎丸治疗抗心磷脂抗体阳性致反复自然流产 42 例

黑龙江中医药大学(150040)

杨东霞 马宝璋 曲 凡

黑龙江中医药大学附属第一医院

马 文 光

反复自然流产(RSA)是临床经常遇到且极为棘手的问题。近年来自身抗体与 RSA 的关系日益受到人们的重视,研究表明,RSA 与自身抗体有关。抗心磷脂抗体(ACA)是一种以血小板和内皮细胞膜上带负电荷的心磷脂作为靶抗原的自身抗体,是孕早期自然流产、孕中期和晚期宫内胎儿死亡的危险因素。传统治疗以免疫抑制剂联合抗凝疗法为主,但存在着诸多弊端。我们采用马宝璋教授经验方寿胎丸治疗该病,取得了良好的疗效,现介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:将 2000 年 3 月~2005 年 8 月在黑龙江中医药大学附属第一医院妇科门诊就诊并符合纳入标准的 62 例女性患者随机分为两组。其中寿胎丸组 42 例。年龄 24~35 岁,平均 27.1 岁;流产 3 次或 3 次以上者 22 例,流产 2 次者 20 例;阴道淋漓出血 3~25 天;妊娠时间 7~14 周。B 超报告早孕,胎儿存活,其中 28 例报告宫内或胎盘下积血;对照组 20 例,年龄 23~40 岁,平均 28.3 岁;流产 3 次以下者 9 例,习惯性流产 11 例;阴道淋漓出血 2~21 天;妊娠时间 7~13.2 周。B 超报告早孕,胎儿存活,其中 16 例报告宫内或胎盘下积血。两组一般资料比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

1.2 诊断依据:均有孕早期自然流产史,流产后检查流产原因时发现 ACA 阳性,同时需排除子宫畸形、内分泌失调、弓形虫、巨细胞病毒、风疹病毒、单纯疱疹病毒、解脲支原体、沙眼衣原体等感染及夫妻双方染色体和 ABO 血型不合所致的流产。

2 治疗方法

2.1 治疗方法:中药组口服寿胎丸(药物组成:菟丝子 20g,续断 20g,杜仲 20g,丹参 10g,当归 15g,芍药 10g,熟地黄 15g,阿胶 15g,黄芪 30g,党参 10g,白术 15g,大枣 10g,砂仁 10g,将上药随症加减后水煎浓缩至 200ml),每日 2 次;对照组口服阿司匹林,75mg/d;肌肉注射人免疫球蛋白,每 4 周 1 次,每次 300mg;绒毛膜促性腺激素(HCG)3000~5000U 肌肉注射,每日或隔日 1 次。上述药物用至孕 90 天停药。用药期间采用半定量方法检查尿 HCG,每周 1~2 次,以观察胎儿是否继续发育。两组患者均连续治疗 20 天为 1 个疗程,20 天复查 ACA 1 次。

2.2 检测方法:静脉采血,分离血清,-20℃ 冻存待测。采用酶联免疫吸附法试剂盒测定 ACA。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:治疗后阴道出血停止,妊娠至足月分娩(妊娠成功),其间 ACA 正常(连续 2 次以上)为痊愈;服药后阴道出血停止,妊娠达 28 周以上,其间 ACA 转阳后经治疗转阴,后又转阳,B 超显示宫内活胎为显效;服药后阴道出血停止,妊娠达 20 周以上,其间 ACA 转阳经治疗未转阴,B 超显示宫内活胎为有效;阴道出血不止或量增加,妊娠 18 周以下,ACA 转阳经治疗无效,B 超显示宫内死胎为无效。

3.2 两组总体疗效比较:寿胎丸组 42 例,痊愈 10 例,显效 16 例,有效 10 例,无效 6 例,总有效率为 85.7%;对照组 20 例,分别为 4 例、6 例、5 例及 75%。两组比较差异有显著性意义($P<0.05$),寿胎丸组疗效为优。

3.3 两组 ACA 转阴疗程比较:寿胎丸组 42 例,第 1 疗程转阴 10 例,第 2 疗程转阴 21 例,第 3 疗程转阴 11 例;对照组 20 例,分别为 2 例、13 例、5 例。两组比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

4 讨论

ACA 在不明原因 RSA 患者的发病中起重要作用,但其确切机制尚不清楚。目前一般认为,ACA 引起血栓形成,并致胎盘梗塞,胎盘供血不足,或因 ACA 与胎盘磷脂发生反应以致胎盘发育不全,而导致 RSA 的发生。近来研究认为,ACA 可抑制滋养细胞功能,导致胚泡植入受损及蜕膜损害而致流产。据文献报道,对 ACA 阳性的 RSA 患者在妊娠期给予免疫抑制剂及抗凝治疗可降低患者血中 ACA 水平,有助于维持正常的妊娠过程。但长期应用联合抗凝药物治疗可引起血糖升高、骨质疏松、感染、血小板减少,产生出血倾向等诸多副反应。中医学认为,本病是由肾虚、脾虚、血瘀所致。肾气盛,天癸至,任脉通,太冲脉盛,精气溢泻,两精相合,方能构成胎孕,故肾气的强弱是胎元能否巩固的关键。肾虚冲任失固、脾虚冲任失养、血瘀冲任失畅均可导致胎元不固,产生滑胎。故补肾健脾,养血活血是治疗本证的关键。方中菟丝子、续断、杜仲补肾壮腰,固冲系胎;丹参、当归、芍药养血活血;熟地黄、阿胶补肾阴益精血,从而达到补肾安胎的功效;黄芪、党参、白术、大枣益气健脾;砂仁温胃降逆,理气调中,安胎止呕并防止熟地黄、阿胶之滋腻太过。全方肾、肝、脾、气血同治,以益冲任之本。现代药理学证明,菟丝子使卵巢雌激素、黄体生成素受体数目增加,有利于妊娠的正常