

效:疼痛及相关症状消失,有复发,但复发间隔明显延长;有效:疼痛及相关症状减轻,有复发,但复发间隔明显延长;无效:疼痛及相关症状无改善。

3.2 治疗结果

两组疗效比较:治疗组 46例,临床治愈 31例,显效 12例,有效 3例,无效 0例,临床治愈率为 67.4%,总有效率为 100%;对照组 45例,分别为 19例、17例、9例、42.2%、100%。两组总有效率差异无显著性意义($P>0.05$),临床治愈率差异有显著性意义($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

两组治愈病例疗程时间比较:治疗组临床治愈 31例,第 1 疗程治愈 20例,第 2 疗程治愈 8例,第 3 疗程治愈 3例;对照组临床治愈 19例,分别为 3例、5例、11例,治疗组疗程较对照组明显缩短($P<0.05$)。

4 讨论

三叉神经痛是临床常见的神经系统疾病。现有研究表明,从症状学的角度来说,三叉神经痛的发生可能与三叉神经通路或特定部位的骨或软组织结构出现某种程度的损伤,刺激或嵌压了相邻的神经组织有关。神经纤维局部因机械压迫或局部缺血,可使神经发生脱髓鞘改变,致神经传导功能受损,当神经根受挤压或发炎时,来自正常神经末梢感受器的传入神经电活动被阻断,可引起该神经根涉及范围的疼痛,或在一些非损害性刺激的作用下产生痛觉。

芒针深刺,既能治疗短针所能治疗的疾病,又能弥补短针的不足,如《灵枢·九针十二原》指出:“九针之名,各不同形,……八曰长针,长七寸”,“长针者,锋利身薄,可以取远痹”。即可以疏通机体深层的血脉、经络,治疗顽症痼疾。芒针是由古代九针之一的长针演变而来。因芒针深刺不仅可沟通浅表的经别,同时还可沟通深部的经别而产生良好的针刺感应,从而使患者随即产生舒适之感,病痛顿失,此乃“气至病所”。本深刺法,即传统针刺加芒针深刺,一方面使穴位深部的各类感受器得以兴奋,刺激信息沿着各类神经纤维传到中枢神经,激活了与内源性痛觉调制系统有关的结构和中枢神经递质系统,使伤害性刺激受到抑制;另一方面,针刺阻断了痛觉冲动的产生、传递和感知,改善了受损局部的微循环,促进局部组织的代谢,使受损神经得以修复,从而取得了满意疗效。通过本组观察,对照组以传统针刺法治疗,虽取得一定的临床疗效,但治疗组芒针深刺更能体现中医治病求本的辨证思路,缩短了疗程,减少患者痛苦,疗效明显优于对照组。

加味瓜蒌薤白半夏汤重用清半夏 治疗高脂血症 100例

河北省邯郸市中医院 (056001)

王玲玲 张鹏凌 赵自冰 王红霞 王小丽

河北省邯郸市中心医院

刘延杰

高脂血症是中老年人常见病、多发病,是引起动脉粥样硬化、冠心病、脑血管病的主要危险因素之一,是冠心病、脑血管病发生发展的病理基础,研究有效纠正脂肪代谢紊乱的疗法,

对防治心脑血管疾病有重要的临床意义,我们以燥湿化痰为大法,以瓜蒌薤白半夏汤重用清半夏治疗高脂血症疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

150例均为邯郸市中医院住院及门诊患者。治疗组 100例,男性 57例,女性 43例;年龄 37~70岁,平均 51.3岁;病程 6个月~25年;其中单纯高脂血症者 41例,伴高血压病者 22例,伴脂肪肝者 3例,伴冠心病者 15例,伴脑动脉硬化者 12例;伴中风史及后遗症者 7例。对照组 50例,男性 30例,女性 20例;年龄 40~69岁,平均 52.1岁;病程 1~20年;其中单纯高脂血症者 20例,伴高血压病者 12例,伴脂肪肝者 2例,伴冠心病者 9例,伴脑动脉硬化者 4例,伴中风及后遗症者 3例。两组年龄、性别及治疗前血脂水平,差异无统计学意义,有可比性($P>0.05$)。

参照《中药新药临床研究指导原则》制订相关标准,即血清胆固醇(TC) $\geq 5.72\text{mmol/L}$,甘油三酯(TG) $\geq 1.70\text{mmol/L}$,或高密度载脂蛋白胆固醇(HDL-C)男 $<1.04\text{mmol/L}$,女 $<1.17\text{mmol/L}$ 。排除糖尿病、甲状腺功能减退、肝胆胰腺疾病、肾脏疾病、口服避孕药等继发高脂血症者。

2 治疗方法

治疗组:自拟加味瓜蒌薤白半夏汤组成:瓜蒌 20g,清半夏 20g,生山楂 30g,何首乌 30g,泽泻 30g,茯苓 10g,薤白 12g,党参 10g,川芎 10g,丹参 10g,白术 15g,陈皮 10g,甘草 10g,水蛭 10g,黄芪 30g。水煎服,每日 1 剂,取汁 200ml,早晚各服 1 次,1 个月为 1 个疗程,连服 2 个疗程。对照组:服用脂必妥片(成都地奥九泓制药厂生产),每次 3 片,每天 3 次,饭后温开水送服,1 个月为 1 个疗程,连服 2 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

参照卫生部 1995 年制定的《中药新药临床研究指导原则》,显效:血脂各项指标达到以下任何一项者:TC 下降 $\geq 20\%$,TG 下降 $\geq 40\%$,HDL-C 上升 $\geq 0.26\text{mmol/L}$;有效:达到以下任何 1 项者:TC 下降 $\geq 10\% \sim 19\%$,TG 下降 $\geq 20\% \sim 39\%$,HDL-C 上升 $0.10 \sim 0.25\text{mmol/L}$;无效:未达到有效标准者。

3.2 两组治疗后临床疗效比较

治疗组 100 例,显效 76 例,有效 22 例,无效 2 例,总有效率为 98%;对照组 50 例,分别为 26 例、15 例、9 例,82%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后血脂水平变化比较

治疗组治疗后 TG、TC 水平均下降,差异有显著性($P<0.05$),对照组治疗前后 TG、TC 水平比较,差异无显著性($P>0.05$)。治疗组降脂作用优于对照组。

3.4 两组治疗前后血液流变学指标变化比较

治疗组治疗前后血液流变学指标全血高切黏度、全血低切黏度、血浆高切黏度、红细胞压积、纤维蛋白原 5 项中除红细胞压积外差异均有显著性意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$),对照组治疗前后血液流变学指标差异均无显著性意义($P>0.05$)。

4 讨论

高脂血症属中医学“眩晕”、“痰湿”、“浊阻”等范畴,中医学认为,血脂为膏脂之属,其代谢有赖于脏腑的气化作用,与脾之运化、肝之疏泄、肾之气化关系密切。明·张景岳曰:“痰之化无

不在脾,痰之本无不在肾”。因多恣食肥甘厚味,加之平时较少运动,脾失健运不能运湿布津,肝失疏泄,气机不利,升降失司。以致水谷肥甘之品无以化生气血精微而聚湿生痰,津从浊化为膏,凝而为脂,痰浊过盛,混于血中,使血液黏度增高。而脾胃失常,肝肾阴虚,精血不足,经脉失养是病之根源,即痰浊内阻、气血瘀滞为病之标,脾胃失常、肝肾阴虚为病之本。本病主要病机为脾虚痰湿瘀血阻滞,故治疗上应益气化痰以助脾运,活血化瘀以利津液布化,滋补肝肾以杜绝痰生成之源。

加味瓜蒌薤白半夏汤中重用清半夏燥湿化痰;黄芪益气健脾;何首乌补益肝肾,益精血以固本;茯苓健脾除湿且专入脾胃,兼入心肾,色白入肺,上渗脾肺之湿,下伐肝肾之邪;泽泻祛湿利水化浊;川芎、丹参、水蛭、生山楂活血化瘀,开郁行结;全方共奏益气健脾,补益肝肾,祛湿浊,活血化瘀之功效。

调周中药方治疗无排卵性不孕 182例

广西中医学院附属瑞康医院妇科 (530011)

罗志娟

广西中医学院 2004级研究生

詹杰

广西中医学院 2004级中西医结合专业

吴媛媛

不孕症是妇科临床的常见病,其致病原因较为复杂,其中由于卵巢排卵功能障碍所致不孕症在临床较多见,约占不孕患者的 28%~30%。患者表现为婚后多年不孕,基础体温双相或单相,B超定期检查见卵泡生成,不见破裂排卵,或者无卵泡生成。我们从 2000年 5月~2005年 5月将 335例不孕症患者随机分为中药治疗组(治疗组)和西药对照组(对照组),治疗组采用系列调周中药方周期治疗取得满意效果,现介绍如下。

1 临床资料

治疗病例均为门诊患者,治疗组 182例,对照组 153例。其中治疗组原发不孕者 60例,继发不孕者 122例;平均年龄 31岁;病史 2~10年。对照组原发不孕者 51例,继发不孕者 102例;平均年龄 33岁;病史 2~10年。

诊断依据:(1)连续测基础体温 3个月,均为单相;(2)宫颈黏液涂片检查在整个月经周期无椭圆小体出现,黏液质稀薄,拉丝度短;(3)连续 B超监测,卵泡直径 <15mm,无排卵现象;(4)输卵管通液术或输卵管造影及其他检查排除器质性病变;(5)男方性功能及精液检查正常。

病例纳入标准:(1)凡婚后有正常性生活未避孕,同居两年未孕者;(2)男方精液检查及性功能测定正常者;(3)通过输卵管通液试验或输卵管造影及其他方法排除女方生殖系统器质性病变者;(4)B超监测卵泡不增大或长至一定阶段不破裂,宫颈黏液质稀,拉丝度短,子宫内膜呈增生期变化。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

治疗组按月经周期(卵泡期、排卵期、黄体期、行经期)给药。卵泡期为阴长阳弱期,肾虚精亏,血海空虚,BBT低相,常常

有卵泡发育不良,卵泡期长,阴道脱落细胞学检查角化细胞指数低下。患者多表现为腰膝酸软,体倦乏力,面色灰暗,性欲低下。自拟调经 1号方:菟丝子 30g,熟地黄 10g,女贞子 10g,枸杞子 10g,当归 10g,川芎 10g,白芍 10g,甘草 3g,于月经干净后服 4~6剂,加减:偏肾阴虚加旱莲 10g,偏血虚加何首乌 10g,偏阳虚加覆盆子 10g。诸药配伍具有补肝肾滋养阴血作用,以使阴精恢复和滋长,藏精气而不泄,促使卵泡发育成熟,子宫内膜生长。排卵期为重阴转阳期,此时阴精蓄积充足,阴液满溢,阳性躁动,只待化生。患者表现为白带透明,量多,情绪兴奋,下腹可有隐痛不适,宫颈黏液出现羊齿状结晶。本期重点是补肾活血,因势利导,促发排卵。自拟调经 2号方:菟丝子 20g,川芎 12g,当归 12g,红花 10g,丹参 10g,仙茅 10g,淫羊藿 10g,枳壳 10g,桃仁 10g,甘草 3g。如卵泡长至 18~20mm,则加用穿破石 30g,穿山甲 10g,促使卵泡破裂。全方共奏补肾活血,促进排卵之功效,在排卵前期服 3剂。黄体期为阴已转阳,血海渐为满盈,胞宫经血待泄,多有腰酸等症状。本期治疗重点为温补肾阳,益气养血,促使黄体成熟,为胎孕或下次月经来潮奠定物质基础。自拟调经 3号方:菟丝子 20g,桑寄生 20g,熟地黄 10g,续断 10g,黄芪 10g,党参 10g,仙茅 10g,淫羊藿 10g,覆盆子 10g,何首乌 10g,甘草 3g。诸药合用共奏温补肾阳,滋补肾阴,益气养血之效,从而使黄体成熟,胞宫温暖受孕。行经期为重阳转阴阶段,若没有怀孕,则以调经 4号方活血化瘀为主。自拟调经 4号方:桃仁 10g,红花 10g,当归 10g,川芎 10g,牛膝 10g,泽兰 10g,路路通 10g,王不留行 10g,枳壳 12g,甘草 3g。若未受孕,按月经周期重复用药,3个月经周期为 1个疗程。对照组从月经的第 5天开始服用克罗米芬 50mg,每日 1片,连服 5天,连用 3个月经周期。

于月经周期第 9天起行 B超监测卵泡。卵泡直径 >6mm,每 2~3日 B超检查 1次,卵泡直径 ≥16mm 应每日 1次,监测子宫内膜增长、卵泡发育情况及有无排卵。当卵泡长至 20mm×20mm 估计不能破裂时可 1次肌肉注射绒毛膜促性腺激素(HCG) 5000U,以促进卵泡破裂。连续 3个月经周期监测基础体温,以确定是否排卵,并在确定排卵日后指导性生活以增加受孕率。

3 治疗结果

3.1 两组疗效比较

治疗组 182例,排卵 123例(67.6%),妊娠 111例(61.0%),流产 11例(6.0%),异位妊娠 2例(1.1%);对照组 153例,分别为 92例(60.1%),59例(38.6%),19例(12.4%),5例(3.3%),治疗组妊娠率明显高于对照组($P < 0.01$)。

3.2 两组治疗对患者卵泡生长发育的影响

治疗组 182例,治疗后卵泡发育不良 47例,未破卵泡黄素化综合征(LUFS) 12例,卵泡过度刺激综合征 0例,其它 123例;对照组分别为 31例,30例,1例,9例,其中 LUFS 的发生率治疗组明显低于对照组($P < 0.01$)。

3.3 两组患者卵泡自然破裂排卵例数比较

治疗组 182例,注射 HCG 后,卵泡自然破裂排卵 20例,对照组 153例,卵泡自然破裂排卵 57例,对照组明显高于治疗组($P < 0.01$)。

3.4 两组基础体温变化比较