

深结缔组织中,而且呼吸道黏膜免疫系统中存在大量的T淋巴细胞,起到免疫诱导和免疫应答的作用,从免疫学角度而言,呼吸道在结构上为一开放系统,在功能上具有完善的非特异性免疫机制和特异性免疫应答,是人体与外界环境适应并保护自我的重要门户。结构上和功能上的特点使得肺脏成为HIV可能攻击的主要器官,从对HIV/AIDS患者的临床表现分析来看,乏力占50%以上,咳嗽、胸痛等症状分别超过30%,不少中医专家亦从大量的临床实践中提出艾滋病侵犯脏腑以肺、脾、肾为主,以气、阴两虚为本,以痰浊、瘀血、热毒为标。中医理论认为,肺为华盖,为娇脏,易受外邪侵袭,在长期临床实践中总结出“温邪上受,首先犯肺”,而该病又是慢性病毒感染,日久必损伤气、阴,因此我们通过对HIV感染者肺部影响特征的小结,一方面从影像学上证实了肺脏是HIV早期侵犯的器官,另一方面提出HIV感染无症状患者病位在肺、从肺论治的假说,以补肺气、养肺阴为治疗原则对感染者进行早期干预,从而保护感染者的免疫功能。

## 浅刺法治疗中风偏瘫42例

浙江省东阳市人民医院巍山分院针灸科(322109)

俞 国 桥

脑卒中所致的偏瘫,不仅给患者的生活质量带来了严重的影响,同时给家庭、社会造成了沉重的负担。发挥中医优势,探索针灸治疗偏瘫的有效疗效,使偏瘫患者得以良好的功能康复,是针灸临床工作者密切关注的问题。笔者于2003年2月~2004年12月间采用浅刺法治疗中风偏瘫42例取得了理想的疗效,并于常规针刺治疗40例作对照观察,现总结如下。

### 1 临床资料

82例均来自本院门诊和住院病例中病情稳定后转针灸科康复治疗的脑梗死和脑出血患者。全部病例经头颅CT或MRI确诊,符合1996年1月国家中医药管理局脑病急诊协作组公布的《中风病诊断标准》。按门诊序号随机分为两组。治疗组42例,其中男性26例,女性16例;年龄55~75岁;病程3周~3个月23例,3~6个月15例,6个月以上4例;脑出血16例,脑梗死26例。对照组40例,其中男23例,女17例;年龄58~72岁;病程3周~3个月19例,3~6个月19例,6个月以上2例;脑出血12例,脑梗死28例。两组在性别、年龄、病程、病性等基本情况经统计学处理,差异无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性。有严重心、肺、肾疾病及感染性患者不纳入观察范围。

### 2 治疗方法

#### 2.1 治疗组

(1)取穴:四肢均取患侧腧穴,而头部腧穴健、患侧轮换取用。头部取通天、承光;上肢取肩贞、小海、四渎、支正、后溪;下肢取承扶、合阳、承山、昆仑、阳陵泉。(2)体位:取卧位,分别在患侧腋、膝、踝下垫一小棉枕头。(3)针刺方法:嘱患者全身放松,消除紧张情绪,穴位常规消毒,取 $0.3\text{mm}\times 25\text{mm}$ 一次性无菌针灸针,用指切进针法进针浅刺约 $5\sim 10\text{mm}$ ,行针缓慢、均匀,小幅度地提插捻转约半分钟,不论得气与否,均轮换选取头、上肢、下肢3对腧穴,接G6805-2型电针治疗仪,频率约0.5

$\sim 0.8\text{Hz}$ ,强度以肢体能引起轻微的收缩为度,宁弱不强,时间约30分钟。隔日治疗1次,10次为1个疗程,休息10天后再开始第2个疗程。2个疗程结束后进行疗效观察。(4)功能锻炼:针刺结束后指导患者进行功能锻炼,每天2~4次,包括肢位的摆放。需要注意的是,在肢体功能锻炼时一定要因人而异,循序渐进,关节活动的强度、幅度不能过强过大,避免造成误用综合征和过用综合征。

#### 2.2 对照组

其取穴、体位、疗程、功能锻炼均同治疗组,所不同的是 $0.3\text{mm}\times (40\sim 60)\text{mm}$ 的一次性无菌针灸针,按常规针刺深度进针直刺,行缓慢均匀地提插捻转,至患者有酸、胀、麻、重等到得气感为度,然后接G6805-2电针治疗仪,频率约 $0.5\sim 0.8\text{Hz}$ ,强度以患者能忍受为度,时间30分钟。

### 3 治疗结果

#### 3.1 疗效评定标准

采用全国第四次脑血管会议(1995)的标准评定。评定的依据是:(1)神经功能缺损积分变化。(2)患者总的生活能力状态(评定时的病残程度),0级:能恢复工作或操持家务,或恢复到病前状态;1级:生活处理,独立生活,部分工作;2级:基本独立生活,小部分需人帮助;3级:部分生活活动可处理,大部分需人帮助;4级:可站立行走,但需人随时照料;5级:卧床,能坐,各项生活需人照料;6级:卧床,有部分意识活动,可喂食;7级:植物状态。基本痊愈:功能缺损评分减少 $91\%\sim 100\%$ ,病残程度为0级。显著进步:功能缺损评分减少 $46\%\sim 90\%$ ,病残程度为1~3级。进步:功能缺损评分减少 $18\%\sim 45\%$ 。无变化:功能缺损评分减少 $<18\%$ 。

#### 3.2 治疗结果

治疗组42例,基本痊愈13例,显效21例,进步6例,无效2例,总有效率为95.24%;对照组40例,分别为7例、16例、13例、4例、90%。结果显示,治疗组的愈显率明显优于对照组,两组疗效比较,经 $\chi^2$ 检验,差异具有显著性意义( $P<0.05$ )。

### 4 典型病例

陈某,男性,66岁,退休工人。2003年10月25日初诊。主诉:左侧肢体活动障碍1个月余。患者于1个月前,晨起小便时突然站立不稳,左侧下肢酸软乏力,行走不便,至下午3时许病情加重,上肢也觉麻木,活动欠灵,遂送当地人民医院诊治。头颅CT示:“右基底节区脑梗死”建议住院治疗。3周后病情日趋好转,血压稳定,但左侧肢体活动障碍如前,转针灸康复治疗。现症:左侧肢体偏瘫,关节拘急,屈伸不利,得温拘急可缓,遇寒则加重。下肢在床上略能移动,但不能下床起步。上肢肩部稍活动,但不能伸肘伸指。形体略胖,头昏头重,大便先干后溏,小便清长。腰膝酸楚,舌淡红略胖,边有齿痕、瘀点、苔根白腻,脉沉细而涩。查:精神萎靡,语言尚利,上肢肌力2级,下肢肌力3级,肌张力增高,膝腱反射亢进。血压:146/86mmHg。证属痰瘀阻滞,阳气不得宣发,肢体、筋脉失其温煦濡养。采用治疗组的方法进行取穴、针刺,并指导患者进行功能锻炼。1个疗程结束后患者肢体功能明显好转,在有人守护下可自立起步行走,上肢能伸肘伸指。依前法共治疗2个疗程,下肢功能基本恢复正常,且无

膝关节僵直、足内翻等现象。上肢能握拳但不能持久。半年后随访,精神良好,生活自理,并能做一些轻微的家务。

## 5 讨论

笔者在临床中发现,采用常规针刺深度治疗中风偏瘫,较易引起患肢肌肉的跳动和收缩,在采用电针后这种现象常常间断出现,针后患肢关节拘急挛缩感觉明显,甚则有加重之势。而采用浅刺法这种现象即消失,患者患肢肌肉关节有松懈舒适之感,这是因为浅刺法能调和卫气,使“卫气和则分肉解利”之故。因此,笔者认为,浅刺法治疗中风偏瘫能有效地防止和缓解患者关节肌肉的拘急挛缩,这是取得良效的一个重要方面。此外,浅刺法取穴轻巧灵活且穴位数量少而精,否则不但不能振奋卫气,反而有损卫阳,导致患肢肌肉关节的疼痛酸重、拘急抽搐。诚如《素问·刺要论》所说的“刺有浅深,各致其理”,“浅深不得,反为大贼。”太阳经主人体一生之表,经气运行较为表浅,故取太阳经穴则更易激发卫气,振奋卫阳。这是笔者治疗中风偏瘫以取太阳经穴为主的一个原因,同时也是获得快捷良效的一个方面。

# 中药坐浴治疗肛瘘术后患者85例

湖北省中医院肛肠科(430061)

林爱珍 吴汉泉 杨德群

我们自2003年以来,对肛瘘术后患者采用中药坐浴,疗效满意。现将结果报告如下。

## 1 临床资料

我们对2003年1月~2006年10月在湖北省中医院肛肠科住院的160例肛瘘患者,采用随机的方法分组,单日住院的为治疗组,双日住院的为对照组。治疗组85例,男性52例,女性33例,年龄 $(37.8 \pm 7.6)$ 岁,病程5个月~11.8年,平均 $(4.2 \pm 3.4)$ 年。对照组75例,男44例,女31例,年龄 $(37.3 \pm 7.8)$ 岁,病程3个月~12年,平均 $(4.3 \pm 3.9)$ 年。两组患者在年龄、性别、病程等方面经统计学处理差异无显著性意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。160例患者诊断均符合1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》。

## 2 治疗方法

硬膜外麻醉或骶管麻醉。取侧卧位,病侧在下,局部消毒,铺无菌巾。低位肛瘘采用一次性切开术;高位肛瘘采用挂线术。挂线者10天左右橡皮筋脱落,若术后2周仍不能自行脱落者,可剪除残留在挂线内的组织。术后当天控制大便1天,酌情应用敏感抗生素3~5天。治疗组用中药(五倍子20g,蒲公英10g,苦参10g,黄柏20g,马齿苋30g,大黄10g,茜草10g,槐角10g)煎汤1000ml,先熏后洗,水温适宜时坐浴15~20分钟,然后换药,每日1~2次。对照组用1‰高锰酸钾溶液1000ml等温熏洗坐浴,然后换药,每日1~2次。观察两组患者指标,观察创面出血、水肿、分泌物、疼痛程度及创口愈合时间。

## 3 治疗结果

### 3.1 创面出血、水肿、分泌物评分标准

创面无出血为0分,创面少许渗血为1分,创面便时滴血,便后停止为2分,创面便时滴血多为3分,便后减少;创面无水肿为0分,创面轻度水肿为1分,创面水肿明显,坐浴缓解为2分,创面水肿重,需手术切除为3分;创面无分泌物为0分,创面分泌物量少,创面新鲜为1分,创面分泌物量较多,创面有炎性肉芽为2分,创面分泌物量多,创面不新鲜为3分。

### 3.2 两组创面疼痛评分比较

疼痛积分0~10分,随疼痛程度依次增加。无痛为0分;需口服止痛药能缓解者为5分;口服止痛药不缓解,需肌注止痛药为10分,由患者自行打分。治疗组1~4分者38例,5~7分者27例,8~9分者20例,平均积分 $(5.7 \pm 1.8)$ 分;对照组1~4分者23例,5~7分者32例,8~9分者25例,平均积分 $(7.7 \pm 1.9)$ 分。两组比较,治疗组疗效积分明显低于对照组( $P < 0.05$ )。

### 3.3 两组创面愈合时间比较

治疗组13~36天,平均 $(22.1 \pm 2.3)$ 天;对照组愈合时间17~41天,平均 $(24.2 \pm 2.6)$ 天。两组比较,治疗组创面愈合时间明显少于对照组( $P < 0.05$ )。

### 3.4 两组创面水肿、出血、分泌物评分比较

治疗组创面水肿、出血、分泌物评分分别为 $(1.6 \pm 0.4)$ 分、 $(1.7 \pm 0.6)$ 分、 $(2.1 \pm 0.3)$ 分,对照组分别为 $(1.8 \pm 0.5)$ 分、 $(2.0 \pm 0.5)$ 分、 $(2.5 \pm 0.6)$ 分,治疗组评分明显低于对照组( $P < 0.05$ )。

## 4 讨论

肛瘘术后因需敞开创口,充分引流,并通过创口换药清除管壁腐败组织,使创口愈合,同时又因创口开放,粪便和橡皮筋的刺激及肠内细菌所致的创口炎症、水肿等因素的影响,存在着创口愈合时间长,创面易感染、疼痛、渗液等缺点。另外,创口在愈合过程中,由于外口周围肉芽组织生长过快,易致创口假性粘合(桥形愈合);引流不畅还可以引发新的支管。西药目前虽然有贝复济、依济复、金因肽等表皮生长因子,但对加速创口愈合尚缺乏行之有效的方法。我科自拟坐浴方术后坐浴,通过中药借助热力的作用,刺激肛门局部皮肤,皮下血管扩张,促进血液和淋巴循环,改善新陈代谢。还可以消肿散瘀、清热解毒、祛腐生肌、消炎止痛,从而加速创口愈合。方中五倍子消肿止痛,黄柏清热燥湿,蒲公英、苍术、赤芍、马齿苋、大黄清热解毒,槐角凉血止血,茜草行血止血。现代药理研究表明,马齿苋所含的维生素A样物质能促进溃疡愈合,而且对血管有显著收缩作用,并对大肠杆菌、痢疾杆菌等有抑菌作用;大黄有降低毛细血管壁通透性和改善脆性,减少创面体液外渗的作用,有明显的止血作用,使凝血时间缩短;茜草能促进血液凝固,对凝血活酶、凝血酶、纤维蛋白形成有促进作用;槐角对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌有抗菌作用,能降低毛细血管壁通透性,槐角苷也能促进血液凝固;黄柏对多种痢疾杆菌、大肠杆菌有不同程度的抑制作用,对多芽胞厌氧菌有抗菌作用,黄柏素可使炎症局部血管收缩,减少局部充血或渗出。以上中药协调可达到减少出血及分泌物,减轻水肿,缩短愈合时间的作用。此外,治疗组疼痛明显减轻,中药熏洗、坐浴通过清热解毒、活血化瘀、消肿止痛而达到了良好的止痛效果。