

临床报道 ·

腹针治疗颈性眩晕30例

浙江省嵊州市中医院(312400)

求晓恩 周红波

颈性眩晕是目前临床上的一种多发病、常见病。近年来随着人们生活方式和工作性质的改变及节奏的加快,其发病率有上升及发病低龄化的趋势。腹针疗法是一种新的针灸疗法,本法具有操作简便易行,安全无痛,疗效确切等特征。我们用腹针治疗颈性眩晕,收到较好疗效,现介绍如下。

1 临床资料

全部观察病例60例,均来自浙江省嵊州市中医院针灸门诊患者,按就诊顺序随机分成两组,即腹针治疗组和电针对照组。治疗组30例,男13例,女17例;年龄28~72岁,平均50.6岁;病程1个月~10年。对照组30例,男16例,女14例;年龄30~70岁,平均52.2岁;病程2周~12年。两组患者年龄、性别、病程、病情差异均无显著性意义,具有可比性($P>0.05$)。

诊断标准:(1)临床特征:颈性眩晕,或有猝倒史,有头晕或头痛、耳鸣、恶心或呕吐,视物不清等症状。(2)旋颈试验阳性。(3)颈椎X线或CT或MRI示颈椎生理曲度改变、椎体失稳或骨质增生,钩椎关节增生,椎间孔或椎管变窄。(4)经颅多普勒超声显示椎—基底动脉血流动力学异常。

2 治疗方法

2.1 治疗组

取穴:中脘、下脘、气海、关元、商曲(双)、滑肉门(双)、气旁穴(双)。操作:采用一次性使用无菌针灸针,规格:0.25mm×40mm,腹部进针时避开血管,施术要轻、缓。一般只捻转不提插或轻捻转、慢提插的手法。根据病程长短决定针刺深浅,病程短浅刺,病程长深刺。

2.2 对照组

取穴:颈夹脊、风池(双)、手三里(双)。操作:使用与治疗组同样的针具,得气后接华佗牌SDZ-II型电子针仪,用连续脉冲波,电流以患者适宜为度。

两组均留针30分钟,每日1次,5次为1个疗程,疗程间休息2天,4个疗程结束后统计疗效。

3 治疗结果

3.1 临床症状分级标准

参照《中药新药临床研究指导原则》“中药新药治疗眩晕的临床研究指导原则”中“眩晕轻重分级标准”,将症状分级计分。(1)头晕或头痛:重度计3分(头晕或头痛频繁发作,影响工作和睡眠);中度计2分(介于重度和轻度之间);轻度计1分(偶然出现头晕或头痛,不影响正常生活和工作);无计0分。(2)耳鸣:重度计3分(耳鸣持续发作,影响工作和睡眠);中度计2分(介于重度和轻度之间);轻度计1分(偶然出现耳鸣,不影响正常生活和工作);无计0分。(3)恶心和呕吐:重度计3分(恶心和呕吐频繁

发作,影响工作和睡眠);中度计2分(介于重度和轻度之间);轻度计1分(偶然出现恶心和呕吐,不影响正常生活和工作);无计0分。

3.2 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》中“眩晕”的疗效标准拟定,临床痊愈:改善率≥90%;显效:改善率<90%而≥75%;有效:改善率<75%而≥30%;无效:改善率<30%。改善率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%。

3.3 治疗结果

两组患者临床疗效比较:治疗组30例,临床痊愈11例,显效16例,有效2例,无效1例,愈显率为90%;对照组30例,分别为7例、13例、8例、2例、66.7%。两组疗效比较,治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。

两组痊愈患者疗程比较:治疗组临床痊愈11例,平均2.3个疗程,对照组临床痊愈7例,平均3.4个疗程,两组比较,治疗组疗程明显少于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

颈性眩晕是指颈椎及有关软组织(关节囊、韧带、神经血管、肌肉等)发生器质性或功能性变化所引起的眩晕及一系列神经症状。《灵枢·海论》说:“脑为髓之海”,“髓海有余,则轻劲多力,自过其度;髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒,目无所见,懈怠安卧。”肾藏精生髓,肾精亏耗,髓海不足,上下俱虚,发为眩晕。《灵枢·口问》载:“故上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣;头为之苦倾,目为之眩。”脾胃虚弱,不能运化水谷以生气血,以致气血两虚,气虚清阳不展,血虚脑失所养,发为眩晕。中医认为颈性眩晕与脾肾两虚相关。腹针是以脏腑、经络为基础,以中医理论为指导,以整体观念辨证施治为核心,通过针刺腹部穴位调节脏腑、经络及相关部位治疗全身疾病的一种新的针灸疗法。腹腔内集中了人体许多重要的内脏器官,人体的正常生理活动都靠这些脏器的正常运行得以维持,同时腹部还分布着许多经脉,为周身输布气血津液,内联外达提供了广泛途径,故腹部存在着一个以神阙为中心,与全身气血运行相关,形成于胚胎时期的调控系统。腹针,中脘、下脘健脾,气海、关元培肾固本,有补脾肾的功能;商曲在腹部全息图中与颈部相对应;滑肉门为阳明经的经穴,是脏腑之气向上半身布散的妙穴;气旁穴为足少阴肾经的经穴,有加强补肾之功。诸穴合用具有补脾肾,疏经通络作用。

中西医结合治疗急性脑梗死44例

山西省阳高县人民医院(038100)

景 昕

笔者于2002年1月~2005年12月,中西医结合治疗急性脑梗死44例,取得较好的临床疗效,报告如下。
<http://www.cnki.net>

1 临床资料

共观察80例住院患者,符合1995年中华医学会第四次脑血

管病学术会议制定的诊断标准,并经头颅 CT 确诊,随机分为两组。治疗组44例中,男24例,女20例;年龄38~80岁,平均51.2岁;病程(65.1±6.3)小时;CT 定位,病灶位于基底节区29例,额叶2例,颞叶4例,顶叶5例,放射冠4例;病情分型属轻型13例,中型21例,重型10例。对照组36例中男21例,女15例;年龄36~79岁,平均52.6岁;病程(64.7±5.9)小时,梗死灶位于基底节区23例,顶叶3例,额叶2例,颞叶3例,放射冠5例;轻型10例,中型19例,重型7例。经统计学处理,两组性别、年龄、病程、梗死程度等比较差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

对照组采用西医常规治疗。脑水肿者以甘露醇125ml 静脉滴注,每日2次,连续用药3~7天,静脉滴注中性液体(内加维生素B₆、维生素C、胞二磷胆碱、胰岛素等),口服维脑路通、维生素E、肠溶阿司匹林片等,有并发高血压、糖尿病者给予相应治疗。

治疗组在常规西医治疗基础上加用同悦注射液(山西泰盛制药有限公司生产,主要成分:丹参、川芎)20ml 加入生理盐水250ml 静脉滴注。每日1次,10天为1个疗程,连续用2个疗程。

3 疗效标准

参照《卒中患者临床神经功能缺损评分标准》[中华神经科杂志,1996,29(6):381~383]制定,以神经功能缺损积分值的减少和病残程度为依据,基本痊愈:神经功能缺损评分减少91%~100%,病残程度为0级;显著进步:神经功能缺损评分减少46%~90%,病残程度为1~3级;进步:神经功能缺损评分减少18%~45%;无变化:神经功能缺损评分减少18%以下;恶化:功能缺损和病残程度评分无减少或升高。

4 治疗结果

4.1 两组临床疗效比较

治疗组44例,基本痊愈7例,显著进步19例,进步13例,无变化4例,恶化1例,总有效率88.6%。对照组36例,基本痊愈4例,显著进步9例,进步18例,无变化4例,恶化1例,总有效率86.1%。总有效率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4.2 两组治疗前后神经功能缺损程度评分比较

治疗组治疗前为(18.3±7.2)分,治疗后(10.2±6.8)分,平均减少(8.1±4.2)分。对照组治疗前(17.6±7.9)分,治疗后(11.7±7.1)分,平均减少(5.9±4.6)分。两组治疗后均较治疗前缺损评分显著降低($P < 0.01$),治疗组平均减分值与对照组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

4.3 两组治疗前后血液流变学变化

对照组:全血比黏度低切(mPa·s)治疗后(11.14±2.15)较治疗前(12.26±2.43)改善($P < 0.05$);全血比黏度高切(mPa·s)治疗后(7.83±1.46)较治疗前(8.61±1.51)改善($P < 0.05$);血浆黏度(mPa·s)治疗后(1.17±0.26)较治疗前(1.79±0.28)显著改善($P < 0.01$);血细胞比容(%)治疗后(50.75±5.15)较治疗前(53.01±5.74)改善不明显;纤维蛋白原(g/L)治疗后(3.22±0.67)较治疗前(3.59±0.74)改善($P < 0.05$)。

治疗组:全血比黏度低切(mPa·s)治疗后(10.13±2.41)较

治疗前(12.10±2.71)明显改善($P < 0.01$);全血比黏度高切(mPa·s)治疗后(7.08±0.92)较治疗前(8.15±1.62)亦明显改善($P < 0.01$),且改善优于对照组($P < 0.01$);血浆黏度(mPa·s)治疗后(1.74±0.25)较治疗前(1.89±0.29)改善($P < 0.05$);血细胞比容(%)治疗后(47.06±4.37)较治疗前(52.88±5.69)改善($P < 0.01$);纤维蛋白原(g/L)治疗后(3.09±0.53)较治疗前(3.73±0.82)改善。

5 讨论

急性脑梗死主要发病机理是由于动脉硬化,血液黏稠度增加,血栓形成,使血管腔变窄或闭塞,局部脑组织缺血、缺氧、充血、水肿、变性、坏死,主要临床表现为头晕,行走不稳,半身麻木无力或障碍及口角歪斜,言语不清,失语、流涎、呛食呛水,吞咽困难,反应迟钝。治疗原则主要是及时应用脱水剂,以清除脑水肿,扩张脑血管,降低血液黏稠度,溶栓及促进侧支循环建立。

脑梗死属中医中风病的缺血性中风范畴,历代医家对中风病的病机认识不同,但归纳起来,不外虚、火、风、痰、瘀及气。此六端在一定条件下,互相影响,相互作用而发病,其中肝肾阴虚,经血亏损至肝阳上亢,肝风内动挟痰上扰与瘀结,元气亏损,气虚无力推动血液运化而瘀滞,气虚血瘀肝阳上亢,化痰生风,痰瘀交结阻抑气血运行致脑梗死。临床证型多属气滞血瘀型,在治疗上应以活血化瘀行气为基础。同悦注射液是由具有活血化瘀功效的丹参及“血中气药”川芎二药提炼而成。不仅起到扩张脑血管增加脑部血流量的作用,而且加速了微循环,减轻脑缺氧、缺血所致脑组织脂质过氧化物提高,保护脑缺血再灌注损伤。同时具有抑制血小板聚集,可调节各种血管活性物质的释放,扩张微血管,改善微循环,降低红细胞聚集性,从而降低血液黏度。观察结果也表明,同悦注射液显著改善血液流变学中全血比黏度、血浆黏度、血细胞比容等,结合常规西医治疗,能明显提高临床疗效,降低肢残率,优于单纯西医治疗。

参附汤治疗病态窦房结综合征46例

广东省深圳市福田区中医院(518034)

赖忠民 周 晓 游天国 王 静 麦少云

病态窦房结综合征(SSS)对人们健康的危害日趋明显,除植入永久起搏器外,西医尚缺少有效的药物治疗,本研究采用中医经方参附汤治疗SSS,疗效明显,报告如下。

1 临床资料

92例患者均符合SSS诊断标准(黄峻编著《心脏传导系统疾病》南京:东南大学出版社,1993)。随机分为两组:治疗组46例,男性25例,女性21例,年龄19~65岁,平均49.5岁;对照组46例,男性23例,女性23例,年龄17~68岁,平均48.1岁。

2 治疗方法

治疗组46例服参附汤,对照组46例服安慰剂,两组服药均为30天。参附汤:红参9g,附子9g,麻黄6g,浸泡12小时,加水煎煮半小时,取液200ml,早晚饭前半小时各服100ml。安慰剂:为有色无害溶液,如上法服用。