

(30.8%)、6例(23.1%)。两组比较,脑血管痉挛、脑积水的发生率,差异有显著性意义($P<0.05$)。(3) 两组患者总体疗效比较:治疗组26例,痊愈12例,好转10例,无效3例,死亡1例,84.62%;对照组26例,分别为9例、10例、5例、2例、73.08%,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

4 讨论

SAH 属中医学“头痛”、“中风”等范畴,稽其所因,乃阳化风动,气血逆乱,上冲于脑,夹痰夹瘀,横窜经络,阻滞经络而成,其根本在于离经之血,瘀于脑府。治疗宜用活血化瘀之法。血府逐瘀汤是活血化瘀疗法中的一个常用方剂,载于清代王清任《医林改错》。血府逐瘀汤主治上焦瘀血、头痛、胸闷、呃逆等。方中当归、赤芍、川芎、桃仁、红花活血化瘀;牛膝祛瘀、通血脉,并引瘀血下行;柴胡疏肝解郁、升达清阳;桔梗、枳壳开胸引气,气行则血行;生地黄凉血清热,配当归养血润燥,使瘀祛而不伤阴;甘草缓急,通百脉以调和诸药。红花、桃仁、赤芍、川芎等活血化瘀,而桔梗主升,枳壳畅中,牛膝主下行,贯通上、中、下气血;再用当归、生地黄养血补血活血,加甘草和中,防止伤胃气。本方不仅行血分之瘀滞,又解气分之郁结,活血而不耗血,祛瘀而又能生新,合而用之,使气行瘀去,诸症可愈。全方配伍可改善循环,增加组织器官血流量,降低颅内压,对于急性SAH患者,有较好的治疗作用。

川芎茶调散治疗急、慢性鼻窦炎20例

甘肃省武威市凉州区中医医院(733000)

梁 斌 昌

2000年2月~2006年2月,笔者对在本院就诊的无鼻科手术指征的急、慢性鼻窦炎患者,在西医常规药物治疗基础上辨证加服中药汤剂川芎茶调散加减方治疗,收效良好,现将结果报道如下。

1 临床资料

36例患者符合《中医病证诊断疗效标准》。且经X线摄片提示鼻窦腔密度增高,窦内黏膜不同程度增厚,急性期白细胞总数和中性粒细胞百分比升高。患者病程3周~3年,均有头痛日久,痛连眉棱骨目眶、鼻塞、流黄浊涕,或者畏寒、发热、恶心等症状。鼻科检查:鼻黏膜充血水肿,鼻腔内有脓性分泌物。将36例患者随机分为两组,治疗组20例,男性8例,女性12例;年龄6~50岁,平均33岁;其中上颌窦炎13例,额窦炎5例,筛窦炎2例。对照组16例,男性7例,女性9例;年龄5~52岁,平均34岁;其中上颌窦炎11例,额窦炎4例,筛窦炎1例。2组患者年龄、性别、病情、病程等比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2组患者均按西医常规非手术治疗原则进行抗感染、局部用滴鼻药以改善鼻腔通气及对症处理等综合治疗。治疗组在此基础上辨证煎服川芎茶调散加减方,药物组成:川芎10g,白芷10g,细辛4g,菊花10g,防风8g,薄荷6g(后下),甘草6g。辨证加入桔梗6g,苍耳子4g,蔓荆子10g,蝉蜕6g,僵蚕10g;急性期加入金银花20g,黄芩10g;慢性者加入黄芪30g,当归15g,白术12g。儿童量依龄酌减。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

治愈:症状消失,X线鼻窦片示无异常;好转:症状明显改善,鼻腔检查见充血、黏膜肿胀等表现减轻,X线鼻窦摄片示有明显改善;未愈:症状、体征无改善,或不再来诊,或转鼻科手术治疗。

3.2 治疗结果

治疗组20例,治愈18例,好转2例,未愈0例,总有效率为100%;对照组16例,分别为3例、8例、5例、68.75%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

慢性鼻窦炎属中医学鼻渊范畴,新病者多由外邪侵入,或脏腑火炽,上炎鼻窍所致,类似现代医学急性鼻窦炎;久病者多因日久失治,脏腑虚损,鼻窍失养所致,多缠绵难愈,类似现代医学之慢性鼻窦炎。川芎茶调散原为外感风邪头痛所设,主治偏正头痛或巅顶头痛,伴恶寒发热、鼻塞目眩者。笔者对20例以头痛、鼻塞为主之急、慢性鼻窦炎患者辨证加减运用该方,配合西医常规非手术治疗,疗效显著。方中川芎善治少阳、厥阴经头痛,白芷、蔓荆子善治阳明经头痛,共为君药;细辛宣通开窍,并长于治少阴经头痛,菊花、薄荷、防风又善疏风解表,清利头目,苍耳子散风通窍,并能止头痛,为治鼻渊要药,均为臣药;僵蚕、蝉蜕疏风解痉止痛,桔梗化痰浊,且引药上行,使诸药达病所,甘草调和诸药,缓和风药燥性,共为佐使药。急性期金银花、黄芩清热解毒;慢性者,以黄芪、当归补气血,扶正祛邪,白术健脾益气,脾健而痰浊不生。

参芪通脉汤治疗中风偏瘫50例

河南省南阳理工学院张仲景国医学院(473083)

焦 河 玲

河南省南阳医学高等专科学校

唐 成 定

自2002年5月~2006年12月我们运用自拟参芪通脉汤治疗中风偏瘫50例,并与以维脑路通注射液治疗的50例做对比观察,取得了较好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

全部病例均符合1995年国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断及疗效评定标准》,并经头颅CT检查而确诊。主要表现为:半身不遂,言语不利,口眼歪斜,反应迟钝,肢体浮肿,腰膝酸软,舌质暗淡,舌苔白厚,脉沉细。随机分为两组,参芪通脉汤组(治疗组)50例,男性27例,女性23例,年龄46~70岁,平均66岁;病程8天~6个月,平均26天;其中脑血栓形成21例,脑栓塞19例,脑出血6例,蛛网膜下腔出血4例。维脑路通组(对照组)50例,男性26例,女性24例;年龄45~72岁,平均65岁;病程12天~7个月,平均28天;其中脑血栓形成20例,脑栓塞20例,脑出血7例。蛛网膜下腔出血3例。两组在性别、年龄、病程等方面比较,经统计学处理,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组用自拟参芪通脉汤治疗,药物组成:黄芪50g,白参

10g, 桃仁15g, 红花12g, 赤芍12g, 当归12g, 川芎12g, 白花蛇12g, 地龙12g, 牛膝9g, 葛根15g, 石菖蒲10g, 远志10g, 甘草9g。用法:加水煎取400ml, 早晚分服, 每日1剂, 10天为1个疗程。对照组每次维脑路通注射液400mg[国药准字H22026175, 詹姆斯—安迪制药(通化)有限公司出品]加入5%葡萄糖注射液250ml中静脉滴注, 每日1次, 10天为1个疗程。两组病例均观察2~3个疗程。颅压高者给予甘露醇等脱水降颅压, 高血压者给予控制血压, 两组均配合瘫痪肢体康复功能锻炼及针灸按摩, 均给予维生素E, 复合维生素B等辅助药物。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

基本治愈:临床症状、体征基本消失, 病残程度为0级, 肌力Ⅳ~Ⅴ级;显效:症状、体征明显改善, 生活基本自理, 肌力提高Ⅱ级以上;有效:症状、体征好转, 肌力提高Ⅰ级以上, 生活不能自理, 不能自行站立或步行;无效:症状、体征无明显改善。

3.2 治疗结果

治疗组50例, 基本治愈42例, 显效3例, 有效2例, 无效3例, 基本治愈率为84%, 总有效率为94%;对照组50例, 分别为32例、8例、3例、7例、64%、86%。两组比较, 治疗组基本治愈率明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

中风偏瘫多发于老年人。由于年老体弱, 正气不足, 脉络空虚, 邪气侵入而致气血运行不畅, 导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外, 脑髓神经受损而发病。血瘀脉络, 经脉失养, 故见肢体不用, 半身不遂, 口舌歪斜, 舌体不荣, 活动不利, 故舌强难言, 甚或不能言语, 中风病本为正虚, 标为血瘀。

参芪通脉汤是补阳还五汤加减而成。方中黄芪、白参味甘性温, 入脾肺二经, 可大补元气, 气旺而促血行, 祛瘀而不伤正;当归长于活血化瘀, 有祛瘀而不伤正之妙;川芎、赤芍、桃仁、红花、地龙能活血化瘀通络;白花蛇祛风通络;葛根解肌退热升阳, 且能较好缓解高血压患者的“项紧”症状;牛膝活血补血, 舒筋止痛, 补肝肾, 强筋骨, 引血下行;石菖蒲、远志醒脑开窍;甘草调和诸药。诸药配伍, 既可补气, 又可活血, 且不伤正, 补气而能行血, 用之可使气旺血行, 瘀去络通, 筋肉得养, 可广泛用于除痰热上扰型外的各种中风、中风后遗症所致的偏瘫、半身不遂、口舌歪斜以及其他原因引起的截瘫、单侧上肢或下肢痿软等。

针刺耳穴治疗顽固性呃逆45例

陕西省铜川市人民医院(727000)

阴晓健 林晓娟

呃逆是以气逆上冲, 喉间呃呃有声, 声短而频, 令人不能自制的病证, 按发作时间有持续性和偶然性之分, 按病因可分为单纯性和复杂性两类。呃逆发作呈节律性、阵发性、持续性、周期性特点, 如偶然发作常轻浅多可自愈。我们将呃逆持续48小时以上不愈者称为顽固性呃逆, 自2003年1月~2007年9月共用针刺耳穴治疗顽固性呃逆45例, 疗效显著, 现将结果报道如下。

1 临床资料

共78例患者, 45例为治疗组, 33例为对照组;其中住院40例, 门诊38例;男性53例, 女性25例, 年龄24~70岁, 平均41岁;

呃逆持续时间2天~3个月, 平均4.6天;其中胃炎及十二指肠溃疡26例, 急性肝炎4例, 慢性迁延性肝炎及肝硬化6例, 胃肠神经官能症2例, 脑梗死8例, 脑出血9例, 各种手术后12例, 各种癌症8例, 酒精中毒1例, 一氧化碳中毒2例, 两组治疗前病情、症状、病程等资料比较, 差异无显著性意义($P>0.05$), 具有可比性。呃逆诊断均参照中国中医药出版社出版的《中医内科学》[第6版]中呃逆标准进行确诊, 呃逆频率在6~40次/分钟。依病情分虚实二类。实证型:患者呃逆声高亢而短, 呃声频作, 或时发时止, 声响亦有力, 类似于鸣笛, 伴胸闷不行, 食纳亢进, 口臭, 心烦易怒, 舌质红、苔黄腻, 脉弦滑。实证又可分为胃火上冲、寒邪犯胃、肝胃不和、宿食停滞、气血郁滞5种证型。虚证型:患者呃逆声多低沉而长, 类似击鼓。呃声频率较快, 时有胸闷纳差, 胃脘胀满, 气短懒言, 病程相对较长, 患者呼吸多弱而无力, 常反复发作, 呃逆持续时间较长, 舌淡苔白、脉细。虚证又包括胃阴不足和脾胃阳虚两型。

2 治疗方法

两组患者均压双侧眶上神经。治疗组选耳中、胃、肝、膈、心、交感、神门等耳穴, 且在呃逆时进针。进针后根据病情辨证施治, 用捻转补泻法, 泻法宜深刺, 刺入耳穴皮下, 耳软骨, 以不刺透软骨为度, 留针40~50分钟, 留针期间捻转2~3次, 每次1~2分钟, 频率60次/分钟以上。虚证用补法, 补法宜浅刺, 刺入耳穴皮下, 触及软骨膜, 以不刺入软骨膜为度, 留针时间一般20~30分钟, 留针期间捻转2~3次, 频率30次/分钟左右, 一般先刺一耳, 若不效刺双耳, 一天连续针刺不超过2次。在捻转行针过程中患者耳部应有烧灼感, 个别有疼痛感, 留针期间有热胀感。对照组采用中医辨证治疗, 根据病情分虚实两类, 胃阴不足当以生津益胃止呃法治之, 方选益胃汤加减, 伴大便干燥加酒大黄或生大黄, 以滋阴通便引药下行降气止呃;如胃气大虚则用橘皮竹茹汤加减;脾胃阳虚则温补脾胃, 和气降逆, 方选理中丸为主方, 加用吴茱萸、柿蒂、丁香以平呃降逆, 另可并用灶心土过滤液, 以引药直达脾胃, 健脾温胃止呃;若体倦乏力, 乏力懒言, 脉虚者方选用补中益气汤。总之虚证宜温补, 药力要柔和平稳。实证胃火上冲宜清降泄热止呃, 方选竹叶石膏汤;若大便干燥便秘, 可选用小承气汤以通腑泄热;寒邪犯胃治疗应温中祛寒止呃, 方选丁香散加减, 若寒邪盛, 挟寒不化可加二陈汤、厚朴以化痰行气消滞;肝胃不和治疗应调和阴阳, 疏肝解郁, 方用小柴胡汤加川楝子、石菖蒲、郁金以理气通络;宿食停滞应消食导滞, 方用保和丸加减, 气血郁滞治疗应顺气降逆止呃, 方选五磨饮子加丁香、赭石以降逆止呃。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

治愈:针刺3次呃逆止, 两周内无复发;好转:针刺3次后呃逆程度减轻, 持续时间明显缩短, 或愈后2周内偶有复发;无效:针刺5次后呃逆症状无明显改善。

3.2 治疗结果

治疗组45例, 治愈40例, 好转4例, 无效1例, 总有效率为97.78%;对照组33例, 分别为18例、9例、6例、81.82%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

中医认为, 呃逆与上中二焦有关, 胃气以降为顺, 胃气上逆过度引起膈肌痉挛, 其病变部位在膈, 病机为胃失和降, 膈间气