

临床报道 ·

养阴益气通降汤治疗 糖尿病胃轻瘫 32 例

河北省清河县第二医院 (054800)

随 子 云

糖尿病胃轻瘫 (DGP) 是糖尿病常见的慢性并发症, 据统计, 糖尿病患者合并胃轻瘫者约占糖尿病患者的 50% 以上, 它不但影响营养物质的消化和吸收, 也使患者血糖难以控制, 致使糖尿病诸多并发症发生。我们采用养阴益气通降汤治疗 DGP 32 例, 并检测了治疗前后 DGP 患者胃排空率, 取得了较好的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

选择 2005 年 2 月 ~ 2006 年 9 月本院门诊和住院的 2 型糖尿病患者 62 例, 其中男性 35 例, 女性 27 例, 年龄 34 ~ 72 岁, 平均 53 岁。病程 5 ~ 17 年, 平均 (11 ± 2) 年。DGP 诊断标准如下: (1) 糖尿病病程 ≥ 5 年; (2) 有早饱、腹胀、恶心、呕吐、嗳气、腹胀等消化不良症状, 且持续 4 周以上; (3) 胃排空检测: 胃排空明显延迟; (4) 经 B 超、胃镜或上消化道造影以及生化检查, 除外消化系统器质性病变及肝肾功能不全、电解质紊乱、糖尿病酮症酸中毒等。以上病例随机分为治疗组 32 例, 对照组 30 例, 两组患者年龄、性别、病程、平均血糖水平、胃排空情况等资料差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。受试前 1 周停用任何影响消化道运动功能的药物。

2 治疗方法

治疗组 32 例用中药治疗, 中药处方: 太子参 15g, 黄芪 15g, 白术 15g, 麦冬 15g, 乌梅 15g, 百合 15g, 白芍 10g, 当归 10g, 川芎 10g, 桃仁 15g, 半夏 10g, 枳实 15g, 厚朴 15g, 陈皮 12g, 石菖蒲 15g, 郁金 15g, 焦三仙各 30g, 鸡内金 15g。以上中药由本院制剂室制成煎剂, 每剂 150ml × 2 袋, 每日 2 次, 每次 150ml, 分别于早晚餐后 2 个小时服用。对照组 30 例: 吗丁啉片 (西安扬森制药有限公司) 每次 10mg, 每日 3 次, 饭前半小时服用。疗程 4 周。治疗前后分别检测胃排空率。

胃排空试验: (1) 试验前禁食, 禁水, 禁烟 10 小时; (2) 早晨 8 点进食标准餐, 在 15 分钟内进食完毕, 随即服用装有 10 根小钡条的胶囊 (由西安扬森制药有限公司提供); (3) 标准餐进食后 6 小时予腹部透视, 不清晰者摄卧位腹部平片 1 张, 同时计数存留胃内钡条个数; (4) 计算 6 小时胃排空率, 计算公式: 胃排空率 = (10 - 胃内存留个数) / 10 × 100%; (5) 胃排空延迟标准: 服标准餐后 6 小时, 年龄 < 60 岁胃排空率低于 90%, 年龄 ≥ 60 岁胃排空率低于 80%。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

显效: 所有症状完全消失, 胃排空检测正常, 半年内无复发; 有效: 症状明显缓解或完全消失, 胃排空检测正常或排空率提高 > 30%, 但半年内复发; 无效: 症状无明显改善, 胃排空率

提高 ≤ 30%。

3.2 治疗结果

治疗组 32 例, 显效 21 例, 有效 9 例, 无效 2 例, 总有效率为 93.75%; 对照组 30 例, 分别为 15 例、8 例、7 例、76.67%。治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

本病为糖尿病消化道的慢性并发症, 其特点是胃扩张、胃平滑肌收缩无力、胃蠕动减弱、胃排空延迟, 临床表现为早饱、恶心、嗳气、腹胀、反复性呕吐、纳差、重则不能进食等症状。现代医学认为, 糖尿病胃轻瘫的发病与自主神经病变、高血糖、胃肠激素分泌紊乱、微循环障碍有关。胃、幽门、十二指肠动力异常, 是本病发病的病理基础。西药主要给予促动力药, 如吗丁啉、胃复安、西沙必利等, 但治疗效果不理想。中医学认为, 本病属“胃胀”、“呕吐”、“痞满”范畴, 其病机为: 消渴病患者先天禀赋不足, 后天摄生失养, 阴虚燥热, 壮火食气, 且久服药物伤及脾胃, 使气血生化不足, 气虚鼓动无力, 血行缓慢, 日久瘀阻脉络导致血瘀。笔者认为, 本病为本虚标实, 虚实夹杂。气滞、食积、血瘀都是因为气虚、阴亏、脾胃虚弱所致。太子参、麦冬、百合、乌梅滋阴生津; 黄芪、白术健脾益气; 陈皮、瓜蒌、半夏、枳实、厚朴开痞散结、通降胃气, 与鸡内金、焦三仙同用, 以消食导滞, 增加营养物质的消化和吸收; 石菖蒲能促进消化液分泌, 抑制胃肠的异常活动, 嗳气者可重用; 桃仁、郁金、当归、白芍、川芎养血和血, 行气通络。诸药合用共奏养阴益气、健脾和胃、通腑降逆、活血化瘀之功, 标本兼顾, 治疗糖尿病胃轻瘫具有满意的疗效。

烧山火手法治疗原发性痛经 76 例

河南省三门峡市中心医院 (472000)

陈 仲 新

原发性痛经是指在有排卵周期中伴随月经而来的周期性下腹疼痛, 是女性常见疾病之一, 多见于 15 ~ 25 岁及初潮 6 个月 ~ 2 年内的女性, 严重时影响工作和生活。笔者从 2002 年 5 月 ~ 2006 年 8 月运用烧山火手法针刺治疗原发性痛经 76 例, 取得了较好的效果, 现将结果报告如下。

1 临床资料

152 例均为本院门诊就诊病例, 按就诊顺序随机分为治疗组 76 例, 对照组 76 例。治疗组中年龄 14 ~ 26 岁, 平均 20 岁; 病程 2 个月 ~ 3 年, 平均 2.14 年。对照组中年龄 13 ~ 27 岁, 平均 21 岁; 病程 5 个月 ~ 4 年, 平均 2.95 年。两组年龄、病程经统计学处理, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗组重度 15 例, 中度 40 例, 轻度 21 例, 平均积分 (10.85 ± 3.75) 分; 对照组重度 16 例, 中度 42 例, 轻度 18 例, 平均积分 (11.09 ± 3.94) 分。两组疼痛程度积分比较经统计学处理, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。参照乐杰《妇产科学》诊断标准拟定, 凡在经期或经期前后 (1 周内) 出现下腹部疼痛, 并伴随月经周期发作, 连续 3 次以上, 而经妇科检查 (B 超检查及已婚者妇科检查、未婚者行

肛门指诊检查)排除生殖系统器质性病变,确定为原发性痛经。经检查证实由盆腔炎、子宫内膜异位症、子宫肌瘤所致的痛经者;合并心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病患者;不符合纳入标准,未按规定治疗,无法判断疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者,均予以排除。

痛经程度评定标准:经期及其前后小腹疼痛为5分,腹痛难忍为1分,腹痛明显为0.5分,坐卧不宁为1分,休克为2分,面色苍白为0.5分,冷汗淋漓为1分,四肢厥冷为1分,需卧床休息为1分,影响工作学习为1分,一般止痛措施不缓解为1分,一般止痛措施疼痛暂缓为0.5分,伴腰部酸痛为0.5分,伴恶心呕吐为0.5分,伴肛门坠胀为0.5分,疼痛在1天以内为0.5分(疼痛每增加1天0.5分)。疼痛程度分级:重度积分 >14 分,中度积分 $8\sim14$ 分,轻度积分 <8 分。

2 治疗方法

治疗组取穴:关元、三阴交(双侧)、地机(双侧)。操作:患者排空小便,仰卧位,用 $0.25\text{mm}\times40\text{mm}$ 毫针,用指切进针法进针,直刺 $20\sim30\text{mm}$,令患者自然地鼻吸口呼,随其呼气时,将针刺入浅层,得气后,重插轻提,连续9次;再将针刺入中层,重插轻提,连续9次;其后将针刺入深层,重插轻提,连续9次;然后将针1次提到皮下,产生热感即止。如针下未产生热感,可随患者呼气时,再施前法,一般不超过3次。手法操作完毕后,留针30分钟,待针下松弛时,待患者呼气时,将针快速拔出,疾按针孔。于月经来潮前7天开始治疗,月经来潮第1天止,每天治疗1次,连续治疗3个月经周期。治疗期间停用任何止痛药物。

对照组取穴同治疗组。采用指切进针法,直刺 $20\sim30\text{mm}$,得气后,行提插平补平泻法,每穴行针5秒,留针30分钟。治疗时间同治疗组。两组均于3个月经周期后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

治愈:腹痛及其他症状消失,积分恢复至0分,停止治疗3个月经周期未复发;显效:治疗后积分降至治疗前的 $1/2$ 以下,腹痛明显减轻,其余症状消失或减轻,不服止痛药能坚持工作;有效:治疗后积分降至治疗前的 $1/2\sim3/4$,腹痛减轻,其余症状好转,服止痛药能坚持工作;无效:腹痛及其他症状无改变。

3.2 治疗结果

(1)两组疗效比较:治疗组76例,痊愈37例,显效24例,有效12例,无效3例,总有效率为96.05%;对照组76例,分别为23例、25例、14例、14例、81.58%,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。(2)痛经程度积分情况比较:治疗组治疗前积分(10.85 ± 4.23)分,治疗后(2.36 ± 1.62)分;对照组治疗前(11.09 ± 3.92)分,治疗后(5.47 ± 2.86)分。两组治疗后积分比较治疗组明显低于对照组($P<0.01$)。

4 讨论

中医学认为,原发性痛经多由情志所伤,六淫为害,导致冲任气血不畅或冲任气血虚损以至“不通而痛”或“不荣而痛”。临床治疗当以行气活血、温通经脉、补益肝肾、调和气血为法。关元为任脉在下腹部的经穴,又为足三阴经与任脉的交会穴,有暖下焦、温养冲任的作用;三阴交为足太阴脾经之穴,又是肝、脾、肾三阴经之交会穴,可调理气血,调补肝肾;地机为足太阴

脾经之郄穴,可疏调脾经气血,诸穴相配可达气血充足,胞脉得养,冲任自调,疼痛而止。烧山火手法是复式针刺手法之一,《针灸大成·三衢杨氏补泻》中说:“烧山火,能除寒,三进一退热涌涌。”《金针赋》中也说此法“除寒之有准”。指出按此法操作,可以产生明显的温热及扶正作用。烧山火为温补性手法,可使阳气入内,使患者局部或全身出现温热感。益气温阳,散寒通络,调和气血而达止痛之功。通过临床观察表明,对本病的治疗,烧山火手法作用明显优于单式手法。

血府逐瘀汤治疗蛛网膜下腔出血26例

山东省蓬莱市中医医院(265600)

燕明宗 李君梅

蛛网膜下腔出血(SAH)是指颅内血管破裂后,血液流入蛛网膜下腔,临床表现以急骤起病的剧烈头痛、呕吐、意识障碍、脑膜刺激征和血性脑脊液为特征。血管痉挛、脑积水及再出血是SAH的三大死因,在常规西医治疗的基础上,应用脑脊液置换术,结合中药治疗SAH,加速了头痛症状的缓解,减少了脑积水和脑血管痉挛的发生,同时未增加再出血的发生,现报告如下。

1 临床资料

全部病例均为2005年6月~2007年7月山东省蓬莱市中医医院收治的SAH患者,随机分为两组,治疗组26例,男性14例,女性12例;平均年龄(50.4 ± 8.5)岁;疾病严重程度轻度11例,中度9例,重度6例。对照组26例,男性15例,女性11例;平均年龄(51.8 ± 8.1)岁;疾病严重程度轻度10例,中度10例,重度6例。两组临床资料有可比性($P>0.05$)。

所有患者诊断为符合中华医学会第4届脑血管病会议SAH诊断标准(经头颅CT及腰椎穿刺证实)。

2 治疗方法

两组患者入院后绝对卧床,保持安静和大便通畅,接受常规治疗,包括降颅压、抗纤溶、镇静止痛、预防处理并发症等,同时予以脑脊液置换术治疗。对于治疗组患者,在上述治疗的基础上,加用血府逐瘀汤口服,不能口服药物的有意识障碍患者则给予鼻饲。

3 疗效观察

3.1 疗效评定

治疗4周后,参照中华医学会第4届全国脑血管病会议制定的临床疗效判定标准进行疗效判定,分为痊愈、有效、无效、死亡4级:(1)痊愈:头痛完全缓解,脑膜刺激征转阴,脑脊液恢复正常,无脑血管痉挛、脑积水及再出血等并发症;(2)有效:头痛明显减轻,颈项稍有强直,脑脊液接近正常;(3)无效:头痛、呕吐、颈项强直无明显减轻;(4)死亡。

3.2 治疗结果

(1)两组头痛持续时间比较:治疗组26例,治疗后头痛持续时间为(7.92 ± 1.65)天;对照组26例,治疗后头痛持续时间为(9.19 ± 1.72)天。治疗组疗效优于对照组($P<0.01$)。(2)两组再出血、脑血管痉挛、脑积水发生率比较:治疗组26例,治疗后再出血发生1例(3.85%),脑血管痉挛发生2例(7.69%),脑积水发生1例(3.85%);对照组26例,分别为1例(3.85%)、8例