

次 25 分钟,每日 1 次,12 次为 1 个疗程

2.3 针刺

取穴: B 组均取穴风池、百会、颈 2~7 夹脊穴。取穴参照第 5 版高等医学院校教材《腧穴学》,针刺平补平泻,得气后,留针 30 分钟,每日 1 次,12 次为 1 个疗程。

A 组采用先理疗随后即行推拿治疗, B 组采用针刺方法治疗。两组均在 3 个疗程后判定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参考国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》进行评定。显效: 症状、体征消失, 功能恢复正常; 旋颈试验阴性; X 线颈椎摄片示, 颈椎有明显改善或恢复正常; 颅 TCD 检查, 椎-基底动脉血流正常。有效: 症状好转, 体征减轻, 功能基本恢复; 旋颈试验阴性; X 线颈椎拍片示, 颈椎有明显改善; 颅 TCD 检查, 椎-基底动脉供血好转。无效: 症状、体征及旋颈试验, X 线片、TCD 检查均无改善。不良现象: 经治疗后 CSA 患者症状加重, 出现晕针、滞针、血肿、脊髓和椎动脉损伤等情况。

3.2 治疗结果

A 组 39 例, 显效 29 例, 有效 8 例, 无效 2 例, 总有效率 94. 9%, 未出现不良现象; B 组 30 例, 显效 10 例, 有效 12 例, 无效 8 例 (其中有 6 例由于畏惧针刺疼痛中途退出治疗, 1 例出现晕针终止治疗), 总有效率 73. 3%。经统计学处理, A 组疗效明显优于 B 组 ($P < 0. 05$)。

4 讨论

CSA 系因颈椎退行性病变影响椎动脉对脑的供血而引起以眩晕为突出表现的病症, 是颈椎病常见类型。中医认为, CSA 属“眩晕”范畴。颈部劳损, 经络不畅, 清窍失养是其病理基础, 或感风寒湿, 气机阻滞, 血行受阻, 脑髓失养, 或阴虚阳亢, 上扰清窍, 至眩晕诸症乃发。

本推拿手法治疗该病的作用机理在于扩大椎间隙及椎间孔, 纠正椎间关节紊乱, 松解局部软组织粘连和痉挛, 恢复颈椎正常生理曲度, 使筋络顺接, 气血流畅, 达到疏通经络、理筋整复、荣养清窍而晕止的目的。取位头后仰可恢复颈椎生理曲度, 缓解椎动脉受压, 头晕症状可得以改善, 并可提高患者对手法的耐受度; 点揉风池、风府、完骨、天柱均为治疗眩晕的要穴, 新设为治疗颈椎病的特定穴, 风池、完骨为足少阳经穴, 百会属督脉, 为督脉与诸阳经及足厥阴之会, 三穴能调理肝胆之气机, 百会、风府为髓海之外在腧穴, 百会又能升提气血、充盈髓海, 故点揉诸穴既能治“髓海不足”, 又能止眩晕, 配以太阳通络止头痛, 四神聪安神, 以求标本兼治; 揉、滚颈屈伸肌群和颈旋转肌群及项韧带则能松解肌肉和韧带, 以解除其疲劳; 弹拨颈部肌肉则缓解颈椎曲度变化应激产生的肌肉痉挛及粘连, 促进局部血液循环; 拔伸时将颈椎提起, 使其首先恢复生理曲度, 继续拔伸则可减轻对椎动脉的压迫, 改善椎动脉血流。旋转拔伸则能调整椎体关节突和神经根与周围组织的关系, 缓解神经根受压所产生的症状。正常颈椎有 60~80° 的旋转范畴, 本法采用 <30° 的旋转度治疗时安全可靠。理疗作用在于其镇痛作用与促进局部血液循环作用。理疗后使局部皮肤温度升高, 毛细血管扩张, 加速血液循环, 放松痉挛的肌肉。在推拿前施予理疗以补充推

拿的镇痛不足, 理疗后的镇痛作用和痉挛肌肉的放松有利于推拿手法的实施和疗效的提高。因此, 两者配合优势互补, 相得益彰, 提高临床疗效。

甘草芍药汤化裁方治疗慢性胃炎 156 例

广西壮族自治区百色市人民医院 (533000)

黄子冬

慢性胃炎为临床常见消化系统疾病, 其发病率居各种胃病之首, 其病因尚未完全阐明。胃镜检出率 50% 以上。本病可分为慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎, 肥厚性胃炎多未能得到组织学证实, 故其名称很少使用。又按免疫状态, 出现自身抗体——抗壁细胞抗体 (PCA) 与否, 将萎缩性胃炎分为 A、B 两型。笔者使用甘草芍药汤化裁方结合西药治疗慢性胃炎取得较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例均为本院住院及门诊患者, 共 234 例, 随机分为 2 组。治疗组 156 例, 男 87 例, 女 69 例; 年龄 22~56 岁; 病程 7 个月~9 年。对照组 78 例, 男 44 例, 女 34 例; 年龄 23~57 岁; 病程 8 个月~9 年。两组资料经统计学处理, 无统计学意义, 具有可比性 ($P > 0. 05$)。

1.2 诊断标准

按照《中医内科学》以及《3200 个内科疾病诊断标准》关于本病的诊断标准: 有典型的上腹部灼热胀闷疼痛, 恶心呕吐, 暖气口苦, 嘈杂似饥, 纳呆, 不为碱性药物所缓解等临床症状; 胃镜下可见不同程度的胃黏膜粗糙, 并呈弥漫性充血、水肿、糜烂, 有黄色黏液附着, 或见中等量、少量胆汁自幽门反流入胃; 组织学改变有比较特征性的病理变化, 活检证实为慢性胃黏膜炎症性改变。所有病例均经纤维胃镜检查排除占位性病变。所有患者均有频发性和持续性胃腕部疼痛, 尤以餐后为甚, 灼热, 痞满, 暖气, 口苦, 恶心, 或呕逆苦水, 或吞酸嘈杂, 大便秘结等, 起病多与情志有关, 舌淡红, 苔白或黄, 脉滑细紧弦。

2 治疗方法

治疗组以甘草芍药汤化裁方治疗, 处方: 炙甘草 12g, 白芍 30g, 柴胡 10g, 炙黄芪 18g, 延胡索 18g, 煅瓦楞子 30g (先煎), 枳壳 12g, 吴茱萸 2g, 半夏 10g, 甘松 8g, 扁豆花 15g, 山药 25g, 随症加减, 水煎服, 每日 1 剂, 早、晚温服。对照组给予吗叮啉片, 每次 10mg, 每日 3 次, 饭前半小时口服; 奥美拉唑胶囊, 每次 20mg, 每日 2 次, 饭前半小时口服。2 组疗程均为 30 天, 疗程结束后复查胃镜。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《慢性胃炎中西医结合辨证和疗效标准》制定。近期临床治愈: 临床症状消失, 胃镜复查活动性炎症及黏膜充血、溃疡消失; 显效: 临床症状消失, 胃镜复查炎症好转, 疼痛胀闷消失; 有效: 临床症状减轻, 胃镜复查炎症有所减轻, 疼痛反酸减少; 无效: 临床症状无改变, 胃镜复查无变化。

3.2 两组主要症状改善情况比较

治疗组 156 例, 治疗前胃腕部疼痛 156 例, 治疗后 16 例, 有

效率为 89. 8% ;治疗前恶呕或反酸水 156 例 ,治疗后 24 例 ,有效率为 84. 6% ;治疗前胃脘嘈杂 110 例 ,治疗后 0 例 ,有效率为 100% ;治疗前胃脘胀满 104 例 ,治疗后 0 例 ,有效率为 100% 。对照组 4 组症状情况分别为 78 例、20 例、74. 4% ; 78 例、30 例、61. 5% ; 48 例、7 例、85. 4% ; 47 例、13 例、72. 3% 。治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0. 05$)

3. 3 两组疗效比较

治疗组 156 例 ,近期临床治愈 100 例 ,显效 20 例 ,有效 30 例 ,无效 6 例 ,总有效率为 96. 2% ;对照组 78 例 ,分别为 19 例、13 例、24 例、22 例、71. 8% 。治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0. 05$)

4 讨论

笔者针对慢性胃炎的病因病机 ,以甘草芍药汤化裁方疏肝、理气、和胃降逆、肝胃同治。方中柴胡疏肝、解郁、理气;白芍、甘草、延胡索酸甘化阴 ,缓急止痛 ,收敛胃气 ,调和肝脾 ,柔肝和胃止痛 ;半夏、枳壳行气和胃降逆 ;吴茱萸和胃降逆 ;炙黄芪补气健脾 ,既有助于降逆 ,又使药不过寒 ,而损伤脾胃 ;扁豆花、山药清热化湿 ,除烦止呕 ;煅瓦楞子质重性降 ,引胃气下行 ,收敛制酸 ,平肝止呕。诸药合用 ,共奏疏肝利胆、和胃降逆之功。动物实验表明 ,柴胡、枳壳能促进胃的排空和小肠的推进速度 ,可明显缓解慢性胃炎的症状。现代药理研究证实 ,白芍总苷双向调节免疫 ,抗炎抗病毒 ,与柴胡相配 ,可促进平滑肌收缩 ,增强幽门括约肌紧张度 ,加强十二指肠排空 ,防止十二指肠肠液的潴留。现代药理研究亦证实 ,柴胡具有抗菌、抗渗出、抗增生、保护胃黏膜、促进细胞再生的作用。甘草能增加胃的黏液合成 ,保护胃黏膜 ,减轻胆汁的损害 ,促进溃疡的愈合 ,煅瓦楞子可阻止胆汁反流入胃 ,并使胃中酸碱平衡恢复正常 ,对胃黏膜屏障起到了保护作用。吗丁啉为促进胃肠动力药 ,有促进胃排空而加速胆汁排泄作用。本研究表明 ,甘草芍药汤化裁方为治疗慢性胃炎的有效方剂之一 ,疗效优于单独应用吗丁啉、奥美拉唑。

穴位封闭治疗脑瘫患儿听力损失 55 例

郑州大学第三附属医院耳鼻喉科 (450052)
王 巍
郑州大学第三附属医院脑瘫科
王 军 朱登纳

为了进一步研究治疗脑瘫婴幼儿听力损失的方法 ,我们对患儿分组采取不同的治疗方法 ,治疗前后均给予脑干诱发电位检查进行听力的评估。治疗两个疗程之后行脑干诱发电位检查 ,对比结果 ,发现穴位封闭的治疗效果优于传统的药物治疗 ,但差异无显著性意义 ,现报告如下。

1 临床资料

自 2006 年 1 月 ~ 12 月我院脑瘫康复科确诊的脑瘫患儿 110 例。其中男 81 例 ,女 29 例 ,男女比例为 2. 78 : 1 ;年龄 3 ~ 12 个月 ,平均 5 个月。诊断标准和临床分型均按 1988 年“全国小儿脑瘫座谈会”制定的标准。随机根据听力损失程度将 110 例患儿按 1 : 1 比例分为治疗组 55 例 (穴位封闭组)和对照组 55 例 (传统药物治疗组)。两组一般资料对比 ,经统计学处理 ,差异无统计学意义 ($P > 0. 05$) ,具有可比性。

2 治疗方法

2. 1 取穴

取穴以全国高等中医院校第五版教材《针灸治疗学》为依据。头部以 Brodmann 分区和我院万国兰教授经验 ,并结合经络理论 ,将头部分为 49 个区。取其中晕听区、听记忆区、语言形成区、耳门、听宫、听会、翳风。

2. 2 治法

治疗组 : (1)针法 :晕听区、听记忆区、语言形成区采用平刺 ,皮下注药形成皮丘 ;耳门、听宫、听会和翳风采用直刺进针约 0. 5 寸。操作用 5ml 一次性注射器套 5 号针头 ,抽取药液后 ,穴位常规消毒 ,刺入上述穴位 ,抽吸无回血 ,缓缓注入药液 ,每穴注射 0. 5ml ,每周 3 次 ,10 次为 1 个疗程 ,约 23 天 ,两个疗程之间间隔 15 天。 (2)用药 :维生素 B₁ 800mg 维生素 B₁₂ 250mg ,加生理盐水 250ml 静脉滴注。对照组用脑活素 4ml ,加 100ml 生理盐水静脉滴注 ,每日 1 次 ,20 次为 1 个疗程 ,两个疗程之间间隔 15 天。

2. 3 脑干诱发电位 (ABR)测试

患儿处于隔音屏蔽室中 ,隔音室本底噪声 (nHL) ≤ 30dB 用 TDH-39 型声顺耳机给声 ,美国产 AUDIT-V 型电反应系统进行测试。 (1)判断标准 :观察指标为 I 、 III、V 波峰潜伏期 , I ~ III、III ~ V 及 I ~ V 波峰间期 , I 、V 波振幅 , V 波反应阈。以相同测试条件各年龄组正常值为标准 ,各指标大于 ($\bar{x} \pm s$) 以上为异常。 (2) ABR 回示结果 :① 90dB 以上未引出 V 波 ,为重度异常 ;② 60dB ~ 89dB 引出 V 波 ,为中度异常 ;③ 30dB ~ 59dB 引出 V 波 ,为轻度异常。④ 30dB 以下引出 V 波 ,为正常。

3 疗效观察

3. 1 疗效标准

每个疗程结束后复查脑干听觉诱发电位 ,连续观察两个疗程。显效 : ABR 听阈下降 ≥ 30dB ;有效 :听阈下降 < 30dB ;无效 : ABR 听阈无改变。

3. 2 两组临床疗效比较

治疗组 55 例 ,轻度患者 22 例中 ,显效 8 例 ,有效 11 例 ,无效 3 例 ,总有效率为 86. 4% ;中度患者 20 例 ,分别为 0 例、7 例、13 例、35% ;重度患者 13 例 ,分别为 0 例、1 例、12 例、7. 6% 。对照组 55 例 ,轻度患者 22 例中 ,显效 3 例 ,有效 9 例 ,无效 10 例 ,总有效率为 55. 5% ;中度患者 20 例 ,分别为 0 例、2 例、18 例、10% ;重度患者 13 例 ,分别为 0 例、0 例、13 例、0。两组临床疗效比较 ,治疗组疗效高于对照组 ,但差异无显著性 ($P > 0. 05$)

4 讨论

近年来不少研究证明 ,穴位注射结合经络、药物治疗 ,有清利头目、安神定眩之功。目前 ,穴位封闭对脑性瘫痪康复治疗受到重视 ,其效果是肯定的。晕听区位于大脑皮层的颞上回中部 ,为皮层听觉分析器。此区有支配和改善内耳迷路的淋巴循环之功能 ,刺激晕听区有利于改善内耳淋巴循环 ,缓解内耳末梢氧的供应 ,是头皮针治疗听力障碍的要穴。翳风、听宫、听会、耳门为治疗耳鸣、耳聋主穴 ,针刺耳周穴位可“直达病所” ,改善局部血液循环。听记忆区、语言形成区分别位于耳前、耳后区域 ,药物封闭此二区可刺激耳部广泛的神经末梢 ,促进脑电活动和神经递质的分泌。而维生素 B₆、B₁₂ 可以为神经组织的能量