

知功能障碍患者,不能耐受电针治疗的患者。非志愿参加本课题研究者。

2 方法

2.1 治疗方法

选穴:阳白,地仓,完骨,颊车。阴极治疗组:阳白,地仓为远端加阴极,完骨,颊车为近端加阳极;阳极对照组:阳白,地仓为远端加阳极,完骨,颊车为近端加阴极;针刺方法:选用华佗牌 25mm×0.30mm、40mm×0.30mm、75mm×0.30mm 针灸针,患者卧位或坐位,穴位皮肤常规消毒。阳白、地仓、完骨、颊车:25mm 毫针,斜刺入 0.5 寸;每次留针 20 分钟,每日 1 次,每周治疗 5 天,休息两天。疗程 4 周。

2.2 观察指标

面神经临床评分和起效时间:临床评分提高 1 分的时间:由专人于术前术后进行面神经临床评分;采用日本面神经学会的 10 区 3 等级评分法,分别为静止、蹙额、瞬目、轻闭眼、用力闭眼,患侧闭眼,动鼻翼,示齿,吹哨,口呈一字 10 项功能,两侧无明显差别 4 分,患侧肌张力与运动减弱 2 分,患侧肌张力与运动丧失 0 分,共 40 分。

术前观察面神经 M 波潜伏期、额肌上唇方肌的肌电状态。

2.3 统计学方法

使用 SPSS11.1 统计分析软件,统计内容包括临床评分、起效时间、针对统计分析指标的不同,分别采用 *t* 检验、秩和检验、卡方检验等方法。

3 结果

3.1 疗后面神经临床评分比较

术后治疗组临床总评分为(16.89±2.12)分,与术前(2.52±1.23)分相比,差异有显著性($P<0.01$);对照组临床总评分为(10.71±1.73)分与术前(3.71±1.24)分相比,差异有显著性($P<0.01$);术后组间对比差异有显著性($P<0.05$);术后与术前总评分差值两组对比差异有显著性($P<0.01$),面神经起效时间治疗组起效时间(12.37±2.75)天与对照组(23.79±4.17)天,对比差异有显著性($P<0.05$)。说明治疗组对面神经临床症状改善优于对照组。

疗后面神经临床各项评分:静止、蹙额、瞬目、轻闭眼,用力闭眼,患侧闭眼,动鼻翼,示齿,吹哨,口呈一字各项治疗前后评分变化比较:术后治疗组 10 项功能评分分值分布变化与术前对比差异有显著性($P<0.01$),对照组中静止、蹙额、示齿分值分布变化与术前对比差异有显著性($P<0.01$),瞬目、用力闭眼、吹哨分值分布变化与术前对比差异有显著性($P<0.05$),轻闭眼、患侧闭眼、动鼻翼、口呈一字差异无显著性($P>0.05$)。组间对比,第 4 周蹙额治疗组与对照组相比差异有显著性($P<0.01$),第 4 周静止、轻闭眼用力闭眼、动鼻翼示齿与对照组相比差异有显著性($P<0.05$)。说明治疗组较对照组能更好促进面神经对表情肌再支配,从而改善临床症状。

4 讨论

特发性面神经麻痹是临床常见病、多发病。对于已发生轴索变性的神经其支配的表情肌功能恢复缓慢而不完全,且由于神经再生时未能沿原有路径生长和支配肌肉,易发生联动和痉挛。本研究所选穴中,阳白穴位于额肌中,为足阳明、少阳、阳维

经脉交会穴,布有面神经外侧支;完骨穴位于耳后,为足太阳、少阳交会穴,深处为茎乳突孔;地仓位于口轮匝肌中,为足阳明经穴,布有面神经颊支;颊车在咬肌中,为足阳明经穴,布有面神经下颌支,本研究中以阳白、地仓位面神经的远端,完骨、颊车为近端,阴极电针刺激面神经远端穴位,可激发通畅经气,促进肌肉弛张功能,同时刺激了穴位所在的神分支再生,使其再支配表情肌功能改善。

清肛煎灌肠治疗肛隐窝炎 60 例

山东省聊城市第二人民医院肛肠科(252601)

巩树研 田文明 翟薇

肛隐窝炎是指肛窦、肛门瓣发生的急性炎症,又称肛窦炎。其临床表现为:肛门刺痛下坠、潮湿瘙痒、肛门灼热不适、里急后重及异物嵌入肛内感,特别是慢性肛隐窝炎,由于反复发作,迁延不愈,给患者带来一定的精神负担。本病的治疗方法是口服消炎药或手术切开患病的肛隐窝。手术治疗痛苦大,费用高,患者难以接受。我们近 2 年来用清肛煎灌肠对 60 例肛隐窝炎进行治疗观察,同时与 60 例阿莫灵治疗组作对照,现总结报告如下。

1 临床资料

参考国家中医药管理局实施的《中国肛肠科病证诊断疗效标准》制定诊断标准:(1) 肛门疼痛下坠,大便时疼痛加重,平时肛门内灼热不适、潮湿瘙痒,里急后重或异物嵌入肛门感;(2) 指诊:肛门齿状线区附近压痛明显,肛门镜检查可见充血水肿有破损的肛窦,用隐窝钩探察,充血肛窦疼痛敏感;(3) 发病常与饮食不节、过食醇酒厚味、辛辣炙煿、湿热下注肛部或肠燥便秘、破损染毒等因素有关;(4) 经口服药治疗无效且反复发作。随机选择 2004 年 6 月~2006 年 6 月间在我院门诊就诊的患者,凡符合上述诊断标准经同意配合临床观察者,随机编号,对症治疗。治疗组 60 例,男 47 例,女 13 例;年龄 17~64 岁,平均(39±7.5)岁;病程 2~19 年,平均(6±2.1)年。对照组 60 例,男 49 例,女 11 例;年龄 19~58 岁,平均(38±6.9)岁;病程 2~16 年,平均(5±2.3)年。两组均在肛门镜直视下检查。炎症情况及部位:一处炎症者治疗组 48 例,对照组 46 例;多处炎症者治疗组 27 例,对照组 25 例。肛窦充血水肿,治疗组 46 例,对照组 42 例;肛窦有破损者,治疗组 6 例,对照组 5 例;肛门疼痛或坠胀,治疗组 43 例,对照组 42 例;肛门潮湿或肛门瘙痒者,治疗组 30 例,对照组 34 例;肛内灼热不适,里急后重者,治疗组 24 例,对照组 22 例。如将肛门部位分为前、后、左、右,肛窦炎在两侧者,治疗组 31 例,对照组 28 例;仅在右侧者,治疗组 7 例,对照组 9 例;仅在前或后者,治疗组 6 例,对照组 8 例。合并内痔或外痔及混合痔者治疗组 35 例,对照组 38 例,两组临床资料比较差异无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

治疗组用清肛煎(自拟),该药由金银花 30g,连翘 15g,黄柏 15g,大黄 10g,乳香 15g,延胡索 15g,黄柏 15g,大黄 10g,牡丹皮 20g 组成。上方水煎成 500ml,早晚 2 次灌肠,每次 30~50ml,肛内保留 20 分钟,10 天为 1 个疗程,共 3 个疗程。对照组阿莫灵口服,每次 0.5g,每日 3 次,10 天为 1 个疗程,共 3 个

疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

参照国家中医药管理局实施的《中医肛肠科病证诊断疗效标准》。(1)痊愈:主症全部消除,指诊病变部位齿状线区压痛基本消失,肛门镜检查肛窦充血、水肿、破损恢复正常;显效:主症全部消除,指诊病变部位齿状线区压痛基本消失,肛门镜检查肛窦仍有轻度充血;无效:主症无改善,指诊与镜检同治疗前,无明显变化。

3.2 治疗结果

治疗组痊愈 43 例,显效 14 例,无效 3 例,总有效率为 95%;对照组痊愈 24 例,显效 13 例,无效 23 例,总有效率为 61.7%。两组比较,治疗组总有效率明显高于对照组。经统计学处理,差异有显著性意义($P < 0.01$)。

4 讨论

中医学认为,本病主要是因湿热下注,导致肛门局部气血瘀滞所致。治疗上采用具有清热祛湿、活血止痛等作用的药物。清肛煎灌肠对肛隐窝炎的治疗就遵循了这一原则,其表现为增强黏膜保护作用,对炎症的吸收功能及抗复发作用。由于肛隐窝感染部位亦是内痔、外痔的好发部位,所以肛隐窝炎患者伴有内痔或外痔者较多,单纯抗生素治疗的疗效并不十分理想。清肛煎方中金银花、连翘清热、解毒、消肿;乳香、延胡索活血、行气、止痛,黄柏、大黄除热、利湿;炉甘石解毒、收湿、防腐、保护创面并有良好生肌收口之效,从而达到活血、止痛、清热、除湿之目的。以上 7 味中药合用保留灌肠,可使药力直接被肠黏膜吸收,使药物直达病所,较内服药见效快,较手术疗法简单、痛苦少、节约费用,患者容易接受。

强壮灵合剂防治小儿反复呼吸道感染临床观察

辽宁省大连市儿童医院中医科(116012)

王绍洁 崔振泽 黄 燕 矫承媛

任乃杰 周力音 孙小迪

反复呼吸道感染(RRTI,简称复感)是儿科的常见病、多发病,尤其常见于 3~4 岁的儿童。据统计,本病发病率约占 6 岁以下儿童的 10%,发病率高,往往反复迁延,严重威胁着广大儿童的身心健康。RRTI 是一种非常复杂的病症,与诸方面原因关系密切,其中免疫功能异常是引起患儿反复呼吸道感染的重要因素,治疗本病常规使用免疫调节剂,如转移因子、胸腺肽,免疫球蛋白、左旋咪唑等,有一定效果。中医防治本病有丰富的理论和经验,故更有优势。我院研制的强壮灵合剂(玉屏风合剂),在防治反复呼吸道感染、调节免疫功能方面有较明显的效果。现将观察结果报告如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准

按 1987 年成都召开全国小儿呼吸道疾病学术会议制订的《反复呼吸道感染诊断标准》。0~2 岁每年上呼吸道感染(URI)

7 次,下呼吸道感染(LRI)3 次;3~5 岁 URI 6 次,LRI 2 次;6~14 岁 URI 5 次,LRI 2 次。URI 第 2 次距第 1 次至少 7 天以上,若 URI 次数不够,可加 LRI 次数,反之不成立。排除标准:除原发性免疫缺陷病和先天性呼吸道畸形,心、肝、肾等疾病;观察前 3 个月未接受过免疫增强或抑制剂治疗。

1.2 病例选择及分组

选择符合上述标准的门诊及住院患儿 200 例,随机分为治疗组、对照组各 100 例,治疗组中男 62 例,女 38 例;1~3 岁 20 例,4~7 岁 49 例,>7 岁 31 例,平均(4.8±2.41)岁;病程 1~8 年,平均(2.56±1.81)年;幼时母乳喂养 13 例,人工喂养 20 例,混合喂养 67 例。对照组中男 59 例,女 41 例;1~3 岁 28 例,4~7 岁 55 例,>7 岁 17 例,平均(4.96±2.89)岁;病程 1~7 年,平均(2.77±1.67)年;幼时母乳喂养 18 例,人工喂养 13 例,混合喂养 69 例。两组临床资料比较,差异无显著性($P > 0.05$)。两组病例中均有不同程度多汗、厌食、便秘、消瘦、身高增长缓慢等特点。

2 治疗方法

治疗组单纯采用中药玉屏风合剂治疗(由本院制剂室制备,每毫升合生药 1.5g),1~3 岁每次 10ml,4~7 岁每次 15ml,>7 岁每次 20ml,每日 2 次,3 个月为 1 个疗程,服药期间如出现上感发热,暂停服药,待病情恢复再继续服药。对照组:单纯采用转移因子口服液口服(长春精优药业有限公司生产),每次 10ml,每日 1 次,3 个月为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 病情分级

(1)发病次数:0 级:无发病;Ⅰ级:平均月发病<1 次;Ⅱ级:平均月发病 1~2 次;Ⅲ级:平均月发病>2 次。(2)病程:Ⅰ级:每次发病<5 天;Ⅱ级:每次发病 5~10 天;Ⅲ级:每次发病>10 天。(3)病种:Ⅰ级:上感;Ⅱ级:支气管炎;Ⅲ级:肺炎

3.2 疗效评定条件

(1)服药后不再发病或发病次数减少 1 级以上;(2)服药后病程缩短 1 级以上;(3)服药后病种减轻 1 级以上;(4)用药后免疫指标恢复正常或明显改善。

3.3 疗效标准

显效:具备以上评定条件 4 项中任何 3 项;有效:具备上述 4 项中任何 1~2 项;无效:上述 4 项均无改变。

3.4 两组临床疗效比较

治疗组 100 例,显效 84 例,有效 13 例,无效 3 例,显效率 84%,有效率为 97%;对照组 100 例,分别为 47 例、6 例、47 例、47%、53%。两组疗效比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

4 讨论

中医学认为,肺主一身之气,主皮毛,有护卫机体抗拒外邪的作用;脾为后天之本,气血生化之源,《金匱要略》有“四季脾旺不受邪”的论点,故肺脾之气代表人体之正气。现代研究也证明,肺脾气虚与免疫功能息息相关。《内经》曰:“邪之所凑,其气必虚”其气即指肺脾之气。因此,肺脾之虚是本病的根本,培土生金法为治疗本病的基本原则。玉屏风合剂以黄芪为主药,在玉屏风散方中加用黄精等扶正气、健脾胃、固肌表之品,在此基