

抑激汤能较好地提高肠易激综合征患者的免疫水平,降低肠道敏感性,可协同西药消除或改善症状,疗效相对稳定,对西药治疗 IBS 有良好的协同效应。

芪苈山萸心衰方治疗慢性心力衰竭 102 例

湖北省宜昌市中医院心内科(443003)

刘育英 张继红

2000 年 1 月~2007 年 2 月,我们运用中西医结合的方法治疗慢性心力衰竭 102 例,并与单用西药治疗的 100 例对照,取得显著疗效,现报道如下。

1 临床资料

所有病例均为我院住院患者,符合《实用内科学》中关于慢性心力衰竭的诊断标准,根据 NYHA 进行心功能分级。按住院先后顺序随机分为两组。治疗组 102 例,男 62 例,女 40 例;年龄 46~80 岁,平均 68 岁;病程 1~19 年,平均 4.9 年;原发病:冠心病 27 例,高血压型心脏病 32 例,风湿性心脏病 14 例,扩张性心脏病 10 例,肺原性心脏病 14 例,病毒性心肌炎 5 例。对照组 100 例,男 62 例,女 38 例;年龄 46.5~80.6 岁,平均 66.5 岁;病程 1.8~17.5 年,平均 4.5 年;原发病:冠心病 29 例,高血压型心脏病 37 例,风湿性心脏病 10 例,扩张性心脏病 6 例,肺原性心脏病 13 例,病毒性心肌炎 5 例。两组在年龄、性别、病程和病情程度上差异无显著性意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

两组常规运用洋地黄、利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)等西药治疗。治疗组加用中药芪苈山萸心衰方(自拟方),方药如下:黄芪 30g,葶苈子 15g,山茱萸 20g,北五加皮 10g,大枣 20g,桂枝 15g,煅龙骨、煅牡蛎各 15g,丹参 20g。加减:气虚明显者重用黄芪;瘀血重者加用川芎、赤芍;痰湿重者加用陈皮、竹茹;浮肿为主者重用葶苈子,加泽泻。上方加水 1000ml 煎取 600ml,分 3 次温服,连用 4 周为 1 个疗程。根据心力衰竭治疗后的临床症状、心功能改善情况判断临床疗效,询问用药过程中出现的不良反应。以彩色多普勒超声心动图测量左室射血分数(EF)、每分钟心排血量(CO)、心脏指数(CI)。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

根据陈明哲主编《心脏病学》关于慢性心力衰竭治疗的疗效判定标准。显效:能达到完全缓解,心功能改善 2 级以上;有效:能达到部分缓解,心功能改善 1 级以上;无效:心功能改善不足 1 级,症状、体征无改善或加重。

3.2 临床疗效

治疗组 102 例,显效 33 例,有效 49 例,无效 20 例,总有效率为 80.4%;对照组 100 例,分别为 20 例、33 例、47 例、53%,两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前、后心功能变化比较

治疗组 102 例,治疗前、后 EF 分别为 $(50.8 \pm 0.9)\%$ 、 $(59.5 \pm 7.8)\%$;对照组分别为 $(50.1 \pm 6.6)\%$ 、 $(54.5 \pm 7.0)\%$ 。治疗组治疗前、后 CO 分别为 (3.62 ± 0.33) L/分钟、 (4.32 ± 0.18)

L/分钟;对照组分别为 (3.58 ± 0.28) L/分钟、 (3.88 ± 0.82) L/分钟。治疗组治疗前、后 CI 分别为 (2.98 ± 0.57) 、 (3.43 ± 0.71) ;对照组分别为 (2.93 ± 0.55) 、 (2.92 ± 0.71) 。与治疗前比较,治疗组 3 项指标均有明显改善($P<0.05$),而对照组改善不明显($P>0.05$)。

4 讨论

心力衰竭中医归属心悸、怔忡、水肿、痰饮等范畴。心力衰竭病位在心,主要与脾肾有关,其病机多为阳气亏虚、痰瘀内阻。常按虚实主次缓急兼顾同治,一则益气温阳行水以治心力衰竭,二则化痰祛瘀以利血脉。阳虚虽多以心阳虚、血脉凝滞为主,但其本多源于元阳亏虚。肾阳亏虚、命门火弱,不能温煦心阳,寒邪侵其虚处,客其心脉,则引发心痛。应以温阳益气散寒、活血通脉止痛立法,尤其注重温补心肾之阳。治疗心力衰竭应补心气,温心阳。方中黄芪、山茱萸、桂枝益气生阳,以温补心肾之阳,为方中之要药;配葶苈子、北五加皮泻肺利水;龙骨、牡蛎重镇安神定悸;大枣养胃生津,丹参活血通络。诸药合用,共奏益气活血、利尿消肿之功。

阴极电针治疗顽固性面神经麻痹 30 例

中国中医科学院广安门医院针灸科(100053)

叶永铭 王蕊 黄石奎 杨涛

特发性面神经麻痹是周围神经病变中的常见病,85%的患者预后良好,仍有 15%~20% 功能恢复不全。我科自 2004 年,对 60 例 3 个月后仍以面瘫为主要表现的周围性面神经炎患者,随机分为阴极远端穴位刺激治疗组 30 例,阳极远端穴位刺激 30 例,使用不透光的随机分组信封隐藏,治疗 4 周进行随机对照研究,报告如下。

1 临床资料

1.1 病例来源

所有纳入的特发性面神经麻痹病例均为中国中医科学院广安门医院针灸科 2004 年 10 月~2008 年 3 月的门诊或住院病例,共完成 60 例。阴极治疗组 30 例,阳极对照组 30 例。年龄、身高、性别两组差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。面神经总评分、各项功能评分值分布两组比较差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。电生理学检查比较:面神经 M 波动作电位可见多个未引出项,进行非参数检验,两组的潜伏期中额耳前、耳后、唇耳前、耳后、额肌和上唇方肌的轻收缩运动单位时限引出项和未引出项分布差异均无显著性意义($P>0.05$),其引出项均值对比两组差异均无显著性意义($P>0.05$)。额、上唇方肌重收缩进行秩检验,两组具有可比性。

1.2 纳入标准

符合诊断标准的特发性面神经麻痹,包括 Bell 氏麻痹和 Hent 综合征;电生理可见以下表现:面神经 M 波潜伏期延长(≥ 3.6 ms)或肌电图包括额肌、上唇方肌的最大募集电位、轻收缩运动单位时限(≥ 6.9 ms)为神经源性损害表现。且病程 ≥ 3 月。年龄 ≥ 14 岁, <75 岁。志愿参加本课题研究。

1.3 排除标准

因细菌感染、外伤、肿瘤等原因所致周围性面神经麻痹。年龄 <14 岁或 >75 岁者。有出血倾向,严重心脏、肝肾疾病和认

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经分支再生,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内感;(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