

切除术 8 例,胃、十二指肠穿孔修补术 6 例,输卵管结扎术 2 例,肠外伤术后 1 例;病程:24 小时以内者 35 例,24~48 小时者 19 例,48 小时以上者 6 例,平均(15.72±6.34)小时。对照组中男 38 例,女 22 例;年龄 12~68 岁,平均(42.13±9.6)岁;腹部手术史:阑尾切除 20 例,胃肠切除 13 例,脾切除 12 例,胆囊切除 9 例,胃、十二指肠穿孔修补术 3 例,腹股沟嵌顿性疝气修补术 2 例,子宫全切除 1 例;病程:24 小时以内者 38 例,24~48 小时者 19 例,48 小时以上者 3 例,平均(15.68±6.12)小时。两组性别、年龄、病程等差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照吴在德主编《外科学》(第五版)制定。(1)患者多有腹部手术、创伤或感染等病史;(2)阵发性腹痛、腹胀及肛门排气排便停止;(3)检查腹部可见肠型和蠕动波,腹壁柔软,轻压痛,肠鸣音亢进,闻及气过水声或金属音;(4)早期化验检查无明显异常改变,进一步发展可出现水电解质紊乱和酸碱平衡失调;(5)立位腹部X线平片在梗阻发生4~6小时后可显示肠襻胀气和阶梯状液气平面;(6)排除绞窄性肠梗阻。

2 治疗方法

两组均行禁食、胃肠减压,补充水、电解质,维持酸碱平衡,应用抗生素等治疗。治疗组同时给予自拟肠结通汤,每日1剂,加水煎成200ml,分2次口服;或由胃管注入,一般一次注入100ml,注入后夹管2~3小时,每日2次。处方:黄芪20g,西洋参10g,怀山药20g,白术15g,神曲10g,茯苓15g,白及10g,皂角刺10g,金银花15g,白花蛇舌草20g,薄荷10g,藿香10g,草豆蔻10g,砂仁10g,赤芍6g,延胡索10g,枳壳10g,当归10g,木香6g,甘草6g。两组均以5天为1个疗程,1个疗程后判定疗效。治疗期间密切观察患者症状和体征改变情况,一旦发生绞窄性肠梗阻,须及时转手术治疗。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

根据治疗后患者的症状、体征及有关理化检查分为:(1)临床治愈:消化功能完全恢复,进半流质饮食3天无不适,随访3个月无复发;(2)好转:腹痛缓解,无呕吐,腹部稍胀,已有肛门排气排便;(3)无效:症状体征未见改善,甚至加重,腹部X线透视仍见肠腔积液、肠管扩张及液气平面,转手术治疗。

3.2 结果

治疗组60例中,临床治愈38例,好转17例,无效5例;临床治愈率、总有效率分别为63.3%、91.7%。对照组60例中,分别为22例,24例,14例,36.7%、76.7%。两组比较差异有显著性($P<0.05$),治疗组疗效明显优于对照组。

治疗组在24小时内排便者21例,24~48小时者26例,48小时以上者8例;第1次排便时间平均为(19.5±7.3)小时。对照组在24小时内排便者10例,24~48小时者12例,48小时以上者24例;第1次排便时间平均为(32.7±8.4)小时,两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

随着腹部手术的广泛开展,粘连性肠梗阻发病率有增高的趋势。其病理表现为各种刺激造成纤维蛋白原渗出,引起纤维

素粘连,导致纤维细胞增生日久机化成结缔组织性粘连。中医学认为,“肠为传化之府”,以通降下行为顺。腹部手术可致肠腑经络受损,气机结滞,气血瘀滞,肠道闭塞,腑气不通,肠道传导失司,水饮停滞,正常通降功能失调,从而出现痛、胀、吐、闭等症。根据“腑病以通为补,六腑以通为用”的原则,临床常投攻逐通利之品,采用通里攻下,行气止痛,活血化瘀为治疗大法。但我们临证体会到,粘连性肠梗阻患者因病程缠绵,反复发作,临床多见纳差、腹胀、肢倦乏力等脾胃气虚的表现,实属虚实夹杂之证,治宜攻补兼施。肠结通汤中木香、枳壳、薄荷行气消痞;延胡索、赤芍、当归、白及、皂角刺活血化瘀、行气导滞可改善肠道局部组织缺血状况,促进微循环,有利于松懈粘连,消除梗阻。黄芪、西洋参、怀山药、茯苓、白术、神曲、甘草等补中益气,健脾消食;藿香、草豆蔻、砂仁芳香化湿;因粘连性肠梗阻患者多有感染迹象,符合中医“郁久化热”的理论,故用清热解毒的金银花、白花蛇舌草以抗菌消炎。

通痹药袋外熨治疗神经根型
颈椎病 61 例

山东省济宁市骨伤医院(272100)

周 美 玲

山东省济宁电力医院

林 启 河

神经根型颈椎病发病率约占颈椎病的50%~60%。近年来,我们用自制通痹药袋治疗该型颈椎病,取得了较满意的疗效。为进一步观察中药外熨法对神经根型颈椎病的治疗效果,我们自2000年1月~2006年1月选择98例神经根型颈椎病患者,按随机原则分为两组,以TDP灯照颈加颈椎牵引为对照组进行治疗和观察,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

98例患者中,男60例,女38例;年龄29~60岁,平均(41±2)岁;病程1~6个月,平均(2±1)个月。临床表现主要为疼痛者58例,麻木者41例,棘突旁压痛者79例,压顶试验阳性者64例,臂丛神经牵拉试验阳性者61例。按随机原则分为试验组和对照组,两组间性别、年龄和病程分布等资料比较,差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

神经根型颈椎病的诊断参照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》及1992年10月在青岛市举行的第二届颈椎病专题座谈会拟定的标准。

1.3 纳入标准

符合神经根型颈椎病的诊断标准,并同意接受通痹药袋外熨法治疗者。

1.4 排除标准

年龄在18岁以下或65岁以上,妊娠或哺乳期妇女,过敏体质或对本药过敏者;颈肋、斜角肌综合征、颈椎有骨折、脱位、结核、肿瘤、感染等;胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、风湿病等;合并有心血管、脑血管、肝肾和造血

系统等严重原发性疾病,精神病患者;颈肩部有皮损者。

2 治疗方法

2.1 通痹药袋的制备

川芎 20g,红花 20g,桂枝 20g,淫羊藿 20g,苍术 20g,细辛 20g,羌活 20g,独活 20g,白芷 30g,艾叶 20g,花椒 20g,透骨草 20g,伸筋草 20g,荆芥 20g,防风 20g。用适量温水将上药拌潮润加 100ml 白酒拌匀,分装于两个大小适宜的布袋内备用。

2.2 试验组

(1) 通痹药袋外熨颈部:取一备好的药袋放入锅中蒸热,取出后放患者颈肩部外熨,同时将另一药袋放入锅中蒸,如此交替使用,外熨 30 分钟,每剂使用 2 次,次日晚再用上述同样的方法操作外熨患处。(2) 颌枕牵引:患者坐位,根据不同患者取颈前屈 10~20°,重量 5~10kg,每次 20 分钟。以上治疗每天 1 次,12 次为 1 个疗程。

2.3 对照组

(1) 采用 TDP 灯照颈:使用重庆巴山仪器厂生产的电磁波治疗器(型号:CQ-29,频率:50Hz,功率:250W),预热 15 分钟后,灯距 30~40cm,直射颈部,热度舒适为宜,每次 30 分钟;(2) 颌枕牵引:方法同上。以上治疗每日 1 次,12 次为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

治愈:神经根性疼痛、麻木症状消失,压顶和臂丛神经牵拉试验阴性,颈部 X 线片示生理曲度正常或改善。好转:神经根性疼痛、麻木症状好转,压顶和臂丛神经牵拉试验有时可为阳性结果,颈部 X 线检查生理曲度改善或无改变。无效:经治疗症状无缓解或治疗后症状加重。

3.2 两组疗效比较

两组患者均于 2 个疗程后,按上述标准进行疗效评定,试验组 61 例,治愈 29 例,好转 28 例,无效 4 例,总有效率 93.44%,对照组 37 例,分别为 16 例、15 例、6 例、83.78%,试验组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.3 两组症状、体征评分结果比较

试验组在疼痛、麻木、棘旁压痛、臂丛神经牵拉试验、压顶试验自身计分差值的改善与对照组比较,差异有显著性($P < 0.01$),疗效明显优于对照组。

3.4 两组影像学检查结果

(1) 在对改善颈椎生理曲度的影响方面,治疗前试验组中共有 55 例出现生理曲度变直、反张等异常,治疗后共有 44 例恢复正常,有效率为 80%;对照组共有 32 例出现颈椎生理曲度变直、反张等异常,治疗后共有 19 例恢复正常,有效率为 59.37%,两组差异有显著性意义($P < 0.05$)。(2) 在对椎间孔、椎间隙的宽窄度的影响方面,试验组 61 例中,治疗后有 29 例椎间孔、椎间隙的宽窄度发生改变,有效率为 47.54%;对照组 37 例中,治疗后有 9 例椎间孔、椎间隙的宽窄度发生改变,有效率为 24.32%,两组差异有显著性意义($P < 0.05$)。(3) 在对钩椎骨质增生的影响方面,两组在治疗前、后均无变化。

4 讨论

神经根型颈椎病因增生直接压迫,或增生对周围软组织过度刺激而引起局部损伤性炎症和粘连而压迫神经,故表现为

麻木和疼痛。不同的压迫部位表现出不同位置的感觉活动障碍。中医学对颈椎病早有认识,属“痹证”的范畴,多因肝肾亏虚、气血不足、腠理空虚,风寒湿邪乘虚而入,或痰饮瘀血凝滞颈部经脉,以致气血闭阻,气机不畅,不通则痛,筋失所养则痹,则痿。因而对神经根型颈椎病的治疗当以温经散寒,除湿通络、祛瘀止痛为原则。通痹药袋诸药具有遇热易挥发、穿透力强、易于被吸收等优点。现代药理研究表明,上述药物多具有抗炎、镇痛、局部解痉作用。

中西医结合治疗原发性肾病综合征 25 例

河北省保定恒兴中西医结合医院(071051)

丁素银 肖广显 马顺英

陈益昀主任中医师从医 50 余载,是全国第二、第三批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,现将陈老中西医结合治疗 25 例原发性肾病综合征病例资料加以整理介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

49 例均为 2005 年 7 月~2006 年 7 月本院门诊及住院的原发性肾病综合征患者,按就诊顺序随机分为两组。治疗组 25 例,男 15 例,女 10 例;年龄 31~65 岁,平均 46.3 岁;病程 6 个月~5 年,平均 2.3 年;24 小时尿蛋白定量均值为 4.7g,伴血尿 8 例,高血压 13 例,严重水肿合并胸水、腹水 6 例,不同程度的肾功能不全 3 例;初发 9 例,复发 16 例;16 例曾有激素或细胞毒性药物治疗史。对照组 24 例,男 13 例,女 11 例;年龄 26~67 岁,平均 48.9 岁;病程 7.2 个月~6.5 年,平均 2.5 年;24 小时尿蛋白定量均值为 4.6g,伴有血尿 9 例,高血压 11 例,严重水肿合并胸水、腹水 5 例,不同程度肾功能不全者 4 例;初发 11 例,复发 13 例;13 例曾有过激素或细胞毒性药物治疗史。两组的年龄、性别、临床症状、病程差异均无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

(1) 西医诊断标准:24 小时尿蛋白 $\geq 3.5g$,血浆白蛋白 $\leq 30g/L$,并有高度水肿、高脂血症,其中前 2 项为必备,后 2 项可或缺。(2) 中医辨证标准:①脾肾阳虚型:面色㿔白,形寒肢冷,肢体或全身浮肿明显,可伴有胸、腹水,小便少,神疲纳呆,腰膝酸软,大便溏,舌淡、苔白腻或薄白,脉沉细。②脾肾气虚型:四肢轻度水肿或全身水肿,气少乏力,神疲,易患感冒,纳呆腹胀,腰酸,尿少,舌淡胖或边有齿印、苔白腻,脉无力。③阴虚湿热型:面部及下肢浮肿,怕热汗出,五心烦热,心悸失眠,口苦口干,小便短涩,大便干结,舌红、苔薄黄腻,脉弦细数。④瘀水交阻型:面色黧黑,唇舌肌肤有瘀点或瘀斑,或腰痛如刺,固定不移,或血管栓塞,肢体出现肿痛,脉弦或涩。⑤风邪外袭兼寒型:水肿复发或加重,伴恶寒较重,头痛肢酸,鼻塞流涕,喉痒咳嗽,舌苔薄白而润,脉浮紧。⑥风邪外袭兼热型:水肿复发或加重,伴恶寒发热,咳嗽痰黏,口干咽痛,尿赤,舌边尖红、舌苔薄白微黄,脉浮数。

Copyright © 2008 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2 治疗方法

两组均给予相同的综合治疗,治疗组加用中医辨证施治。