

腭、舌肌、面肌运动障碍;(3)咽反射减弱或消失,软腭反射极弱;(4)锥体束征或表情淡漠、痴呆。并经头颅CT或MRI检查确诊。排除急性期,意识昏迷及严重心、肺、肝、肾功能不全者。

2 治疗方法

治疗组:(1)口服中药加味止痉散,方药组成:全蝎、桃仁、当归、白芍各10g,蜈蚣3条,黄芪、生地黄各15g。上药研碎成细粉,混匀,过筛备用。每次10g,每日2次,开水冲服,不能口服者给予鼻饲。(2)口针治疗:取神经区(位于上颌中切牙间牙龈上方口腔前庭黏膜处)、头颈部(位于下颌中切牙牙龈下方口腔前庭黏膜处)。选用0.5~1.5寸毫针,患者正坐,半张口,用纱布垫在患者上、下唇,以手指将两唇拉开,一般针尖与口腔黏膜呈15~30°角,刺入1寸左右,行轻微捻转手法,待患者感觉局部酸胀后留针15分钟。拔针时,一手用纱布裹捏住唇部,另一手拔针,以防疼痛、出血。口针针刺要严格消毒,防止口腔黏膜感染,进针动作宜较缓,防止出血。连续治疗10次为1个疗程,疗程间休息3天,再行下一个疗程。上述两种治法治疗3个疗程后统计疗效。

对照组:脑复康注射液4g,入5%葡萄糖注射液300ml,静脉滴注,每日1次。疗程同治疗组。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

以吞咽功能的改善评定疗效,将吞咽功能分为5级。0级:完全不能进食;1级:仅能勉强进流食,饮水不能,呛咳剧烈;2级:勉强进半流食,饮水常有呛咳;3级:进食各种食物稍有困难,饮水偶有呛咳;4级:饮食正常。疗效标准:显效:吞咽功能障碍恢复到4级;有效:吞咽功能提高1级,但未达到4级;无效:吞咽功能无变化或恶化。

3.2 治疗结果

治疗组显效51例,有效38例,无效6例,总有效率为93.6%。对照组显效37例,有效41例,无效17例,总有效率为82.1%。两组总有效率比较,差异有显著性意义($P < 0.01$),治疗组优于对照组。

4 体会

假性球麻痹是脑血管疾病的一种常见并发症,是神经内科常见的疑难重症,现代医学尚无疗效肯定的治疗方法。本病属中医学“中风”、“痉风”等范畴。《金匱要略·中风历节病脉证并治第五》载:“邪入于脏,舌即难言,口吐涎”。据其临床表现,我们将脑血管意外假性球麻痹的病机辨为痰血互结,瘀阻络脉,蒙蔽心窍。络脉的病机又有“易滞易瘀”、“易入难出”的特点,《灵枢·经脉》载:“经脉者,所以能决死生,处百病,调虚实,不可不通也”。现代学者亦认为“络以通为用”,故治疗宜采取补气通络,活血化瘀,祛风化痰法。加味止痉散以全蝎、蜈蚣祛风止痉、通络化痰,《本草求真》云:“全蝎,专入肝祛风,……口眼喎斜,语言謇涩,……皆外风内客,无不用之”;配伍当归、桃仁养血活血、化瘀通络;辅以黄芪、生地黄补气养阴,同时可以避免化燥伤阴。现代药理研究表明,全蝎、蜈蚣可以改善血液循环,增加脑血流量,恢复病损脑组织血液供应;改善脑电活动。同时,我

们配合口针疗法,因口为五脏六腑贯通之处,五脏六腑病变可通过口腔反映出来,通过针刺口腔黏膜特定穴位,可以激发人体经气,疏通经络,收到祛风除痰、活血化瘀的疗效,另外,神经区和头颈部位于口腔上、下牙龈处,分别归属于足阳明胃经和手阳明大肠经,通过针刺,可以调节胃肠功能,改善舌、软腭、咽喉、颜面咀嚼肌麻痹,增加组织器官对药物的吸收,从而提高临床疗效。本观察结果显示,补气通络,活血化瘀,熄风化痰的加味止痉散配合口针疗法治疗脑血管意外假性球麻痹疗效显著。

中药内服外敷治疗褥疮56例

河北医科大学第二医院中医外科(050000)

王晓媛 张雅兰 王自辉 段旭东

褥疮是长期卧床患者的常见症并发症之一,一旦形成溃疡就会愈合缓慢,甚至引起并发症。我们自2005年1月~2007年12月,采用血府逐瘀胶囊内服配合中药纱条外敷治疗褥疮取得良好的效果,现报道如下。

1 临床资料

选择2005年1月~2007年12月本院住院及门诊Ⅱ~Ⅳ度的褥疮患者。共79例,随机分为两组。治疗组56例,男30例,女26例;年龄49~80岁,平均(63.9±6.42)岁;Ⅱ度18例,Ⅲ度26例,Ⅳ度12例;褥疮病史8~75天,平均(22.5±4.9)天。对照组23例,男15例,女8例;年龄54~81岁,平均(66.0±6.6)岁;Ⅱ度15例,Ⅲ度6例,Ⅳ度2例;褥疮病史12~70天,平均(21.9±5.3)天。两组一般资料经统计学处理,差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

两组均根据患者具体情况进行全身综合治疗及局部受压组织的保护治疗。采取定时翻身、补充营养、高蛋白饮食、防止机体蛋白分解代谢大于合成代谢,使用保护用具等方法进行综合处理。侧卧位时最好倾斜30°;对预防褥疮较理想。根据细菌培养的结果,选用有效抗生素以控制局部感染。

治疗组在上述治疗的基础上,祛除创面腐烂坏死组织,待创面新鲜后,改用中药黄连纱条外敷煨脓长肉。黄连纱条制备:黄连、黄柏、姜黄、当归各15g,生地黄30g。将上药用香油煎枯,去除药渣,加黄蜡,微火化开,浸入无菌纱条。疮面清创消毒后将纱条敷于伤口表面,无菌纱布外盖,胶布固定。脓多时每日换药1次,脓少时隔日换药1次。每次口服血府逐瘀胶囊2.4g,每日3次。对照组清创消毒创面,有感染的溃疡面先用雷夫奴尔纱条外敷,创面新鲜后以凡士林纱条外用,无菌纱布外盖,胶布固定。每天换药1次。

3 疗效观察

3.1 肉芽生长情况

分别记录用药前,用药第20、40、50天溃疡面肉芽生长情况,参照王润秀等评价标准:疮面无肉芽生长为0分;有肉芽生长,面积<1/4为1分;肉芽面积>1/4, <1/2为2分;肉芽面积>1/2, <3/4为3分;肉芽面积≥3/4至覆盖整个疮面为4分。在各个时间点疮面肉芽分值减去用药前分值为本时间点得分。

3.2 疗效标准

治愈:疮面完全愈合;显效:疮面缩小 $>1/2$;有效:疮面缩小 $1/4\sim 1/2$;无效:疮面缩小 $<1/4$ 或扩大。

3.3 两组临床疗效比较

治疗组56例,治愈23例,显效18例,有效9例,无效6例,总有效率89.3%;对照组23例,分别为4例、5例、9例、5例、78.3%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.4 两组Ⅱ度褥疮治疗前后溃疡面积情况比较

两组Ⅱ度褥疮治疗20天后面积都有所缩小,与治疗前比较差异均有显著性,两组治疗后比较,差异有显著意义($P<0.01$),治疗组疗效明显优于对照组。

3.5 两组肉芽生长情况比较

第20、40、50天肉芽生长情况两组比较,差异均有显著性意义($P<0.05$),治疗组肉芽生长速度明显快于对照组。

4 讨论

中医学认为,褥疮属于气血运行不畅,日久血脉瘀塞,络脉闭阻,湿热外邪趁机侵入所致。治疗上内治应以活血化瘀为主,外治应以祛腐生肌为主。褥疮患者长期卧床,其多为气虚血瘀脉络瘀阻。血府逐瘀胶囊可活血祛瘀行气止痛。活血化瘀治法的作用原理即改善血液循环,调节代谢,促进组织修复,抗炎,调节免疫功能,对褥疮患者起到内外兼治的效果。

在疮面有脓时,应用外用中药祛腐生肌的方法将坏死组织清除,在疮面愈合的后期阶段,运用中药黄连纱条,经皮肤和疮面对药物的吸收,促进局部的气血通畅,增强防御能力,使疮面脓液增多,载邪外出,从而达到促进疮面生长的目的。西医换药的特点是清创较勤且频频清除分泌物。中药外敷可使局部毛细血管通透性增强,此时脓液中含有大量血浆内各种成分,如单核巨噬细胞、中性粒细胞、淋巴细胞、成纤维细胞等。中药外敷增加脓液渗出,从免疫学角度研究,它可以通过调整机体,增强机体抗病能力。中药内服外敷,使疮面肉芽加速生长,促进伤口愈合,疗效明显优于单纯西药治疗。

前列逐瘀汤联合微波治疗 Ⅲ型前列腺炎110例

鹤煤(集团)公司总医院(458000)

李喜顺

河南省安阳市肿瘤医院

洪永贵

根据1995年美国国立卫生研究院(NIH)前列腺炎分类法,慢性非细菌性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征(CPPS)属于Ⅲ型前列腺炎,占前列腺炎总数的90%~95%。患者主要的临床表现为盆腔区域的疼痛或不适,大多数患者药物治疗效果不佳,自2004年6月~2007年10月,我们采用中药前列逐瘀汤配合经直肠微波照射治疗CPPS,取得了一定的效果,现将结果报告如下。

1 临床资料

所有病例均来自我院男科门诊,选择年龄在18~50周岁之

间,经病史、体检及前列腺液检查符合诊断标准,并排除符合排除标准的病例。全部共215例,随机分为治疗组110例,平均年龄(35.3 ± 13.4)岁;病程3个月~12年,平均(4.8 ± 3.8)年;症状积分5~41分,平均(25.7 ± 6.4)分。对照组105例,平均年龄(34.8 ± 14.1)岁;病程6个月~11年,平均(4.7 ± 3.9)年;症状积分5~41分,平均(25.8 ± 6.6)分。经统计学处理,两组构成差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准:依据NIH CPPS诊断标准:病程 ≥ 3 个月,患者具有盆腔区域的疼痛或不适,伴随各种排尿和性生活方面症状,无反复发作为泌尿系统感染病史。

排除标准:(1)下尿路其他疾病:急性前列腺炎,前列腺增生,神经源性膀胱,尿道畸形、狭窄,泌尿系结石等;(2)以局部疼痛为主要表现的其他疾病:附睾炎、精索静脉曲张、腹股沟疝等;(3)肛门直肠疾病:痔疮、肛裂、肛瘘、直肠炎等;(4)合并严重的心脑血管疾病者;(5)其他无法配合治疗的疾病:如精神病、喹诺酮类药物过敏等。

2 治疗方法

治疗组采用自拟前列逐瘀汤治疗,方药组成:知母、黄柏各12g,草薢15g,篇蓄、泽泻各12g,延胡索、五灵脂各6g,当归12g,川芎、制乳香、制没药各9g,赤芍12g,蒲黄6g。每日1剂,水煎,分两次服。同时配合微波治疗,频率为2450MHz,治疗辐射器 $10\text{mm}\times 12\text{cm}$,治疗时用避孕套套住辐射器,外涂石蜡油,经肛门置入直肠内8~10cm,治疗功率13~17W,温度以患者感觉温热而不烫为度。每次治疗30分钟,每日1次,每周治疗5天休息2天。对照组给予左氧氟沙星片,每次0.2g,每日2次;盐酸特拉唑嗪片每次2mg,每晚睡前1小时服1次,必要时每次加用西咪替丁0.2g,每日3次,每次维生素B₆20mg,每日3次,口服。两组均连续治疗4周,患者治疗期间均禁酒,禁食辛辣刺激性食物,避免久坐、骑车,保持适度 and 规律的性生活。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照《中药新药治疗慢性前列腺炎(非特异性)的临床研究指导原则》制定。治愈:症状积分减少 $\geq 90\%$,触诊时前列腺压痛消失,质地变软或改善,前列腺液镜检白细胞数 ≤ 10 个/HP,并连续检查2次以上正常。显效:症状积分减少 $\geq 60\%$ 而 $< 90\%$,触诊前列腺正常或改善而 $< 60\%$,前列腺液镜检白细胞数仍 > 10 个/HP。有效:症状积分减少 $\geq 30\%$ 而 $< 90\%$,前列腺液镜检白细胞数较治疗前有好转。无效:症状积分减少 $< 30\%$,前列腺液镜检白细胞数较治疗前无改善。

3.2 结果

治疗组110例,其中完成治疗107例,治愈57例,显效26例,有效16例,无效8例,总有效率为92.5%;对照组105例,其中完成治疗102例,分别为29例、20例、20例、33例、67.6%,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 两组主要观察指标治疗前后比较

两组疼痛、排尿症状、生活质量影响评分,慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)、前列腺液常规中白细胞计数(EPS-WBC)治疗后较治疗前均有明显改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$),两组治疗后比较,治疗组改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。