

· 临床报道 ·

脑梗通汤治疗缺血性中风 80 例

广西壮族自治区桂平市中医院(537200)

陈世新 郑勇文 李可文 黄耀俊 谢升春

我们于 2006 年 4 月~2007 年 12 月,以补阳还五汤加减组成脑梗通汤,治疗气虚血瘀型缺血性中风,疗效满意,报告如下。

1 临床资料

160 例均为 2006 年 4 月~2007 年 12 月本院门诊及住院患者,符合 1995 年第四届全国脑血管病学术会议修订的诊断标准,并经头颅 CT 或 MRI 检查确诊,均属病程在 2 周~6 个月以内的恢复期。病情分型按照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制订的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》进行评分,以 0~15 分为轻型,16~30 分为中型,31~45 分为重型。随机分为两组。治疗组 80 例,男 48 例,女 32 例;年龄 48~87 岁,平均(65±6.53)岁;其中基底节区梗死 56 例,脑叶梗死 12 例,小脑梗死 6 例,脑干梗死 6 例;伴高血压病 18 例,冠心病 8 例,糖尿病 7 例;轻型 24 例,中型 36 例,重型 20 例;病程 2 周~6 个月,平均(30.00±0.23)天。对照组 80 例,男 52 例,女 28 例;年龄 45~89 岁,平均(62±5.86)岁;其中基底节区梗死 54 例,脑叶梗死 14 例,小脑梗死 8 例,脑干梗死 4 例;伴高血压病 16 例,冠心病 7 例,糖尿病 6 例;轻型 22 例,中型 40 例,重型 18 例;病程 2 周~6 个月,平均(30.00±0.17)天。两组在性别、年龄、病情程度等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。中风病中医诊断及辨证诊断标准,采用《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》。脑血栓形成西医诊断标准参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制订的《各类脑血管疾病诊断要点》。

2 治疗方法

两组患者均进行西医常规治疗,有高血压、糖尿病等疾病者,均给予相应的药物。治疗组在常规西医治疗基础上,加用脑梗通汤,药用:黄芪 30~120g,当归 10g,川芎 10g,丹参 10g,红花 10g,灯盏花 10g,夏天无 10g,地龙 10g,水蛭 5g,水煎,取汁 300ml,每日分 2 次口服。血压偏高眩晕者加钩藤、石决明、三七花;口眼歪斜加白附、僵蚕、全蝎;血虚便秘加肉苁蓉、火麻仁;言语不利加石菖蒲、远志、郁金;偏瘫肢体日久不愈加全蝎、蜈蚣、炮穿山甲。对照组采用常规西医治疗,不用任何中药或中成药。两组疗程均为 2~8 周。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

两组均治疗 4 周后进行疗效评定。参考陈清棠《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准及临床疗效评分标准》拟定疗效标准。基本治愈:神经功能缺损程度评分减少 91%~100%;病残程度 0 级;显著进步:神经功能缺损程度评分减少 46%~90%,病残程度 1~3 级;进步:神经功能缺损程度评分减少 18%

~45%;无变化:神经功能缺损程度评分减少或增加<18%。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 80 例,基本治愈 31 例,显著进步 27 例,进步 15 例,无效 7 例,总有效率为 91.25%;对照组 80 例,分别为 19 例、16 例、26 例、19 例、76.25%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 两组治疗前后神经功能缺损程度评分比较

治疗组治疗前后神经功能缺损评分分别为(15.12±3.48)分、(11.23±3.36)分,对照组分别为(14.87±3.21)分、(11.36±2.98)分。两组治疗后神经功能缺损程度评分均低于治疗前($P<0.01$ 或 $P<0.05$),与对照组比较,治疗组治疗后神经功能缺损程度评分明显低于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

气虚血瘀是缺血性中风主要发病机理。由于年老体弱,气血亏损,气虚血行无力致血流不畅,瘀滞脉络,脑部清窍失养形成本病。治以补气活血、祛瘀通络。脑梗通汤主要用于因虚致瘀的中风,方中黄芪益气;川芎、丹参、红花、灯盏花、夏天无、水蛭活血祛瘀;当归补血活血,地龙活血通络。其中川芎为血中气药,既活血又行气,又善祛除脑络瘀滞;水蛭专入血分,善于搜剔瘀血,为祛瘀生新的佳品。现代药理研究证实,黄芪具有明显的扩张血管,降血压,降血脂,抗凝血,增进末梢血液循环,增强机体免疫力的作用,当归、川芎、水蛭、丹参等能够抑制血小板聚集,增强纤维蛋白的溶解,降低血液黏稠度,降低血脂,扩张周围血管,增加脑血流量,改善微循环,提高大脑耐缺氧能力,具有很强的抗栓溶栓作用。方中丹参是一种防治缺血性中风有效而安全的药物。灯盏花素常规用于治疗各种脑血管病所致瘫痪。水蛭治疗缺血性中风临床上能取得较好疗效。夏天无近年试用于高血压病及脑血管疾患所致的瘫痪有较好效果。以上诸药组成脑梗通汤,补气活血通经络,抗栓溶栓,力专效宏。

中西医结合保留灌肠治疗 溃疡性结肠炎 60 例

北京市昌平区中医医院消化科(102200)

叶 萍

溃疡性结肠炎(UC)是一种原因不明与自身免疫有关的发生于直肠与结肠黏膜、黏膜下层的慢性非特异性炎症性疾病。临床以腹泻、腹痛、黏液血便、易复发为特征。目前多采用柳氮磺胺吡啶(SASP)加糖皮质激素(GCS)口服和灌肠治疗,但其疗效尚不满意。笔者 2004 年 1 月~2007 年 9 月运用中西医结合治疗的方法治疗 UC,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2004 年 1 月~2007 年 9 月,在我院就诊的 120 例 UC

患者,随机分为两组,治疗组 60 例,男 34 例,女 26 例;年龄 20~60 岁;病程 3 个月~19 年,其中 5 个月~1 年 22 例,1~5 年 26 例,5~10 年 12 例。对照组 60 例,男 32 例,女 28 例;年龄 19~60 岁;病程 6 个月~11 年,其中 6 个月~1 年 24 例,1~5 年 22 例,5~11 年 14 例。两组患者年龄、性别、病程、临床表现和结肠镜下炎症程度及范围差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照 1993 年全国慢性非感染性肠道疾病学术研究会《溃疡性结肠炎的诊断与疗效标准》,本组病例均经结肠镜确诊为溃疡性结肠炎。临床表现:腹痛、腹泻、肠鸣、大便习惯及性状改变,或腹泻或便秘或两者交替发作,大便次数增多,夹带黏液或少许鲜血。肠镜检查受累结肠黏膜呈现多发性浅表溃疡、充血、水肿、糜烂或覆盖有脓性分泌物。排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病、肠结核、结肠癌等疾病。

2 治疗方法

2.1 一般治疗

全部病例治疗期间应予易消化、少纤维和高维生素清淡饮食,禁食生冷油腻辛辣腌熏等刺激性食物。避风寒,勿劳累,病情严重者及时补液等对症治疗。

2.2 药物治疗

治疗组:在口服柳氮磺胺吡啶每次 1g,每日 4 次的基础上,自拟消溃愈肠汤,处方:白头翁 30g,葛根 20g,黄连 10g,黄芩 10g,秦皮 10g,甘草 10g,木香 10g,陈皮 15g,薏苡仁 15g,茯苓 10g,败酱草 15g。加减:里急后重甚者加白芍、木香;出血明显者加地榆炭、茜草;气虚明显者加黄芪;腹泻次数多者加肉豆蔻、车前子;腹痛甚者加乌药、延胡索。将上述中药常规水煎取汁 200ml,每天 1 剂,早晚分服;同时自拟中药灌肠方(白头翁 20g,黄连 20g,黄柏 20g,白及 20g,白芍 20g,地榆炭 20g,茜草 20g,蒲公英 20g),将上述中药水煎取汁 100ml,便后睡前,保留灌肠,每晚 1 次。取左侧膝胸位,肛管插入 15cm 左右,药温 40~42℃,以患者舒适为宜,药液灌入速度不宜过快,避免压力增大损伤肠黏膜,灌后腿伸直,臀部垫高约 10cm,左侧卧、平卧、右侧卧各 5 分钟,再平卧入睡。对照组:口服柳氮磺胺吡啶每次 1g,每日 4 次。两组病例均用药 14 天为 1 个疗程,连用 3 个疗程后,复查结肠镜,统计疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效判断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》判断疗效。近期治愈:临床症状消失,结肠镜检查黏膜病变消失;显效:临床症状明显减轻,结肠镜检查黏膜病变较治疗前康复愈合>60%。有效:临床症状有所减轻,结肠镜检查黏膜病变较治疗前康复愈合>30%但≤60%;无效:临床症状及结肠镜检查较治疗前均无明显改变。

3.2 结果

治疗组 60 例,近期治愈 18 例,显效 20 例,有效 20 例,无效 2 例,总有效率为 96.7%;对照组 60 例,分别为 12 例、18 例、22 例、8 例、86.7%,两组比较,治疗组疗效明显优于对照组,差异

有显著性意义($P<0.05$)。

4 讨论

中医认为,该病本为脾虚,标为湿热内蕴,气机郁滞,本虚标实,虚实夹杂,故治疗当以清热祛湿,凉血止血为主,辅以健脾益气,标本兼顾。消溃愈肠汤中重用白头翁、葛根清热解毒,升阳举陷,凉血止血为君药;黄柏、黄芩、黄连清热燥湿,厚肠止利,秦皮清热解毒,燥湿固肠,助君药化湿、祛浊,解毒清肠;陈皮、茯苓、薏苡仁益气健脾,使脾健运,清气升,浊气化,泻自止,上药同为臣药。木香理气消痞;败酱草清热解毒,消痈排脓,祛腐生新为佐药。生草甘缓和中,调和诸药为使药。众药合用,共奏清热化湿健脾止泻之功。灌肠方中白头翁、黄连、黄柏清肠化湿,解毒消肿;白及、茜草、地榆炭凉血泄热,收敛止血;蒲公英清热解毒;诸药合用,保留灌肠直达病所,使肠腔内达到有效浓度,起到清热解毒、祛腐生肌,凉血止血,通腑止泻之功。研究表明,直肠黏膜有很强的吸收能力,50%~70%的药物可从直肠中、下静脉绕过肝脏而进入大循环,避免了消化液中酸碱和酶的影响,同时局部黏膜吸收的血药浓度远高于口服吸收浓度,而且起效快,作用时间长。

调补三焦法治疗成人反复 呼吸道感染 40 例

成都中医药大学 2007 级硕士研究生(610072)

许 勇

成人反复呼吸道感染是指年龄超过 18 岁的患者在单位时间内呼吸道感染反复发作超过一定次数的临床综合征。成年人反复呼吸道感染临床多见,反复呼吸道感染易并发慢性鼻窦炎、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病等。笔者 2003~2007 年,从调补三焦立法,应用巴中玉屏散防治本病,取得良好疗效,现报道如下。

1 临床资料

病例均为成都中医药大学附属医院门诊患者,共 80 例,随机分为两组。试验组 40 例,男 22 例,女 18 例;年龄 18~72 岁;病程 2 年~35 年。对照组 40 例,男 23 例,女 17 例;年龄 19~70 岁;病程 1 年~30 年。两组临床资料比较,差异无显著性($P>0.05$)。

参照儿童反复呼吸道感染的相关条件制定诊断标准,必须具备以下两条:(1)符合 1987 年《全国小儿呼吸道疾病学术会议纪要》中相关诊断标准;(2)排除可以引起成年人继发性反复呼吸道感染的多种疾病:肺癌、肺结核、肺不张、支气管扩张、矽肺、先天性心脏病、低摄入性营养不良。

2 治疗方法

2.1 治疗组

自拟经验方巴中玉屏散,组成:淫羊藿 100g,巴戟天 100g,黄精 150g,五味子 100g,黄芪 180g,党参 150g,白术 180g,柴胡 60g,防风 100g,紫河车 100g,陈皮 30g,炙甘草 30g,虚寒体质加制附子 60g,甚者加鹿茸 30g;体瘦舌红加沙参 60g,石斛 60g;易化火生疔者加生栀子 30g。上药共置于微波炉中烘干,粉碎备