

疗程。

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》中的综合疗效评定标准,治愈:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症消失,妇科检查基本正常,理化检查正常。证候、体征积分和减少 $\geq 95\%$ 。停药1个月内未复发。显效:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症状消失或明显减轻,妇科检查及理化检查明显改善。证候、体征积分和减少 $\geq 70\%$ 但 $< 95\%$ 。有效:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症状减轻,妇科检查及理化检查有所改善。证候、体征积分和减少 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$ 。无效:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症无减轻或有加重,妇科检查及理化检查较前无改善或有加重。证候、体征积分和减少 $< 30\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组45例,治愈25例,显效10例,有效8例,无效2例,总有效率为95.6%;对照组45例,分别为10例、15例、12例、8例、82.2%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.3 两组治疗前后中医证候积分比较

治疗组治疗前后中医证候积分分别为(21.84 ± 5.16)分、(4.48 ± 3.09)分;对照组分别为(20.97 ± 5.72)分、(6.13 ± 3.21)分。两组治疗后比较,治疗组疗效明显为优($P < 0.05$)。

3.4 两组治疗前、后妇科检查及B超变化情况比较

治疗组治疗前子宫压痛45例,治疗后8例;对照组分别为45例、22例。治疗组治疗前单侧或双侧附件压痛增厚45例;治疗后10例;对照组分别为45例、23例。治疗组治疗前附件包块15例、治疗后5例;对照组分别为16例、13例。治疗组治疗前盆腔积液25例,治疗后7例;对照组分别为24例、15例。两组治疗后比较,治疗组疗效明显为优($P < 0.05$)。

4 讨论

对于慢性盆腔炎的治疗,扶正是治愈此病的重要环节,治疗原则以清热利湿,活血化瘀,益气健脾补肾为主。清热调血汤加减方中黄连、红藤、栀子清热解毒;薏苡仁、败酱草清利湿热,解毒排脓;当归、桃仁、红花、莪术、川芎活血散瘀;香附、延胡索行气止痛,气行血活,湿热之邪自无留滞之所;牡丹皮、生地黄清血分之热;黄芪、白术、续断益气健脾补肾。临床还应根据症状辨证选加药物,以增强治疗的针对性。

中药保留灌肠是一种迅速高效的给药途径,既能促进局部血液循环,缓解痉挛,改善组织营养,减少炎症渗出,抑制结缔组织增生,促进包块吸收。还可防止或减少药物在肝脏被破坏,直达病所,增加局部药物的浓度,使药物的生物利用度得到充分发挥。

本组患者在中药口服及保留灌肠治疗过程中,结合西药盆腔注射治疗。庆大霉素为广谱抗生素,对抗杆菌效果较好;甲硝唑对厌氧菌有杀灭作用;地塞米松可抑制毛细血管和纤维母细胞的增生,延缓肉芽组织的生成,防止粘连及瘢痕形成;糜蛋白酶也可减轻粘连促进炎症吸收;利多卡因可减轻盆腔注药过程中患者疼痛等不适。盆腔注药为局部用药,可使病变组织周围药物浓度很高,直接作用于病变组织,渗透到纤维化的包块组织内,杀灭细菌,减轻粘连,促进炎症吸收。

电针治疗颈源性头痛 31 例

浙江省嵊州市中医院(312400)

求 晓 恩

近年来,笔者采用电针治疗颈椎病引起的头痛收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例61例,均来自针灸门诊患者,按就诊顺序随机分成电针治疗组和针刺对照组。治疗组31例,男13例,女18例;年龄23~54岁,平均(41.23 ± 7.06)岁;病程0.5个月~4年。对照组30例,男16例,女14例;年龄20~51岁,平均(40.56 ± 6.27)岁;病程2个月~3年。两组患者年龄、性别、病程、病情等方面差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

颈椎病所致的颈源性头痛,是因颈椎骨质增生,正常位置发生改变,肌肉、韧带、关节囊等软组织损伤,继发无菌性炎症、粘连,导致刺激、压迫、牵拉头颈部神经而致痛,主要表现为后枕部疼痛,常为两侧性,并向头顶部放射,常伴头部“紧箍”感,性质以胀、重、痛为主,并经脑电图或头颅CT、MRI等检查,排除其他类型头痛和颅内器质性病变。

2 治疗方法

2.1 治疗组

取穴:颈项交接处阿是穴(左右各一穴),双侧风池、太阳穴;操作:以一侧风池、阿是穴为一组,双侧太阳穴为一组。操作:患者俯卧位,穴位处常规消毒后,选用一次性无菌针灸针,规格为 $0.30\text{mm} \times 40\text{mm}$,依据患者胖瘦把握进针深度,一般直刺25mm,缓慢进针,得气后留针。用SDZ-II型电子针疗仪在每组穴上接上电针,使用连续波,频率100Hz,强度以患者可忍受为限,持续时间30分钟,每日1次,5次为1个疗程,休息2天继续第2个疗程。

2.2 对照组

取穴:颈夹脊,双侧风池、太阳穴。操作:患者俯卧位,穴位处常规消毒,用 $0.30\text{mm} \times 40\text{mm}$ 一次性无菌针灸针,缓慢进针后,行提插捻转平补平泻,得气后留针30分钟,每日1次,5次为1个疗程,休息2天后继续第2个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

(1)头痛程度的测定:采用目前国内外常用的视觉模拟评分法(VAS)。(2)镇痛效果的评价:采用视觉模拟评分加权值予以评估。 $\text{VAS 加权值} = (\text{治疗前VAS评分} - \text{治疗后VAS评分}) / \text{治疗前VAS评分} \times 100\%$ 。临床治愈:VAS加权值 $\geq 75\%$;显效:VAS加权值在50%~74%;有效:VAS加权值在25%~49%;无效:VAS加权值 $< 25\%$ 。

3.2 治疗结果

治疗组31例,临床治愈26例,显效2例,好转1例,无效2例,总有效率为93.5%;对照组30例,分别为17例、6例、3例、4

例、86.7%。两组比较,治疗组临床治愈率明显优于对照组($P<0.05$)。两组总有效率比较差异无显著性($P>0.05$)。

4 讨论

颈源性头痛以往命名较多,如肌紧张性头痛、颈性偏头痛、枕神经痛等,近来才被国际头痛研究会所公认。其临床多表现为枕部、耳后部、耳下部闷胀或酸痛感,后渐渐出现疼痛,可扩散致前额、颞部、顶部、颈部或全头皆痛。

笔者认为,正气不足,气血阴阳虚损为本病发病基础,外感、内伤、劳损为其发病诱因,导致经气不畅、壅滞不通、闭阻气机,发为疼痛。历代大多数医家治疗本病以阳经穴为主,强调手足太阳经筋的病损与疾病发生有关。因此,选用颈项交接处阿是穴、风池穴,以疏通经络,并通过针法及电针增强针感以缓解痉挛,松解粘连,活血止痛。太阳穴为经外奇穴,位于目外眦后1寸,为少阳经筋循行之处,主治偏正头痛。以上穴位同用,使上下经脉气血流畅,加强周围组织的血液循环,促进炎症、水肿的吸收,加速损伤组织的修复,使“痛则不通,通则不痛”。另一方面,用常规手法行针刺,虽有一定的止痛效果,但电针可以在较长时间内保持同一波形、同一强度、同一频率,刺激量大,对调节神经系统,促进血液循环,炎症、水肿的吸收效果好。因病例较少,尚待进一步观察。

清利瘀结法治疗痛风性肾病 36 例

浙江省嘉兴市中医医院(314001)

陈茂盛 吴宇红 徐 业
王 捷 李 翔 赵 俊

痛风性肾病,又称为高尿酸性肾病,是由于尿酸盐在血中浓度呈过饱和状态时沉积于肾脏而引起肾损害。近年来高尿酸血症肾病患病率有逐年升高趋势。自2005年以来,我们在临床上采用清利瘀结法治疗痛风性肾病36例,取得了较好的疗效,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

在我院门诊和病房选择痛风性肾病患者71例,随机分为两组:治疗组36例,其中男28例,女8例;平均年龄(45.6 ± 5.7)岁;平均病程(7.52 ± 5.8)年;合并高血压者16例,合并糖尿病患者12例,合并高脂血症者14例。对照组35例,其中男28例,女7例;平均年龄(46.2 ± 6.2)岁;平均病程(7.14 ± 5.9)年;合并高血压者16例,合并糖尿病患者12例,合并高脂血症者14例。两组患者在性别、年龄、病程、合并症等方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

参考《中药新药临床研究指导原则》及美国风湿病协会1977年诊断标准,制订如下标准:(1)具有原发性高尿酸血症(男 $>416\mu\text{mol/L}$,女 $>357\mu\text{mol/L}$),并除外其他肾脏病,血液病,肿瘤放疗、化疗或噻嗪类利尿剂等所致的继发性高尿酸血症;(2)至少有下列肾脏损害之一者:蛋白尿、血尿、肾功能减退,泌尿系结石(其肾脏损害应排除其他病因)。

2 治疗方法

两组均给予常规治疗方法,包括低嘌呤饮食、饮水量每日2000ml以上、碱化尿液、治疗合并症等。对照组在上述治疗基础上,予以促尿酸排泄药痛风利仙,或联合应用尿酸合成抑制剂别嘌醇。治疗组在对照组治疗基础上,予以清利瘀结方剂,药物组成:牛膝15g,黄柏12g,苍术15g,薏苡仁20g,土茯苓20g,草薢15g,地龙12g,桃仁12g,红花12g,泽兰15g,车前子15g(包煎)等。治疗8周为1个观察周期。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参考卫生部《中药新药临床研究指导原则》拟定。显效:症状与体征消失,血肌酐降至 $159\mu\text{mol/L}$,血尿素氮降至 $7.1\mu\text{mol/L}$ 、血尿酸降至 $360\mu\text{mol/L}$ 以下,24小时尿蛋白定量下降1/2以上,尿 $\alpha\text{-MG}$ 降至正常。好转:症状与体征显著减轻,血尿酸降至 $420\mu\text{mol/L}$ 以下,24小时尿蛋白定量 $<1\text{g}$,尿 $\alpha\text{-MG}$ 基本降至正常。无效:症状与体征无明显改善或加重,实验室检测指标未能达到好转标准。

3.2 疗效结果

治疗组36例,显效19例,好转13例,无效4例,总有效率为88.9%;对照组35例,显效13例,好转12例,无效10例,总有效率为71.4%。两组疗效比较差异有显著性($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

3.2 治疗前后两组生化指标比较

结果显示,两组治疗前后各项观察指标自身比较,经统计学处理差异有显著性($P<0.01$);治疗组与对照组治疗后各项生化指标比较,24小时尿蛋白有统计学差异($P<0.05$),治疗组在提高内生肌酐清除率(CCr)、降低血清肌酐(SCr)、 $\alpha\text{-MG}$ 、24小时尿蛋白等生化指标方面优于对照组。

4 讨论

我们在临床上观察到,湿热瘀结是痛风性肾病的基本病机,贯穿于疾病的不同时期,只是在某个病理阶段有所侧重而已,法当清热、利湿、活血、化瘀、通络诸法合用,谓之清利瘀结法,以此为法遣方用药,在此基础上配合西医常规治疗,在缓解痛风性肾病症状、改善其相关生化指标等方面取得了较好疗效。该组方以四妙散清利湿热为主,配合桃仁、红花活血通络之品,可谓正对痛风病基本病理病机。四妙散功能健脾渗湿,通利关节,现代临床多用于湿热型关节病变。其主药苍术,味辛、苦,性温,归脾、胃经,芳香燥烈,内可化湿浊之郁,外能散风湿之邪,故能燥湿健脾,祛风除湿,凡湿邪为病,不论表里上下,皆可应用。《药品化义》云:“黄柏,味苦入骨,是以降火能自顶至踵”。方中与苍术相须为用,共奏清热利湿之功。薏苡仁,性凉,味甘、淡,健脾渗湿,除痹止泻。《神农本草经》谓:“主筋急拘挛,不可屈伸,风湿痹,下气”。牛膝,苦、酸、平,入肝、肾经,补肝肾,强筋骨,逐瘀通经,引血下行。《滇南本草》云:“止筋骨疼,强筋舒筋,止腰膝酸麻”。因久病入络,血脉瘀阻,临证加用桃仁、红花、地龙等活血之品以加强疗效。我们将中医的清利瘀结法结合西医基础治疗用于痛风性肾病,具有疗效确切、持久、副作用少等特点,与单纯西医治疗组相比有统计学差异。

[编辑:黄 健]