

2.2 对照组

每次口服弥可保0.5mg,每日3次。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

显效:自觉肢体麻木疼痛等症状消失,MNCV恢复正常或增加 $\geq 5\text{m/s}$ 。有效:自觉肢体麻木疼痛等症状明显好转,MNCV增加 $\geq 3\text{m/s}$ 但 $< 5\text{m/s}$ 。无效:肢体麻木疼痛等症状无明显变化,MNCV增加 $< 3\text{m/s}$ 或无变化。

3.2 两组疗效比较

治疗组32例,显效14例,有效16例,无效2例,显效率为43.8%,总有效率为93.8%;对照组24例,分别为6例、12例、6例、25%、75%。两组显效率比较,治疗组明显为优($P<0.01$)。

3.3 两组症状改善比较

治疗组在疼痛、腱反射减弱改善方面明显优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.4 两组治疗前后MNCV和SNCV比较

由肌电图科室专职人员对腓总神经MNCV和SNCV进行测定,选择治疗前和3个月治疗后为测量时点,结果表明,治疗前两组神经传导速度差异无统计学意义,治疗3个月后,治疗组MNCV、SNCV明显高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨论

根据DPN临床表现归属“消渴”并发“痹证”、“痿证”范畴。概因消渴日久,耗阴损气,瘀血阻络而致。治宜温经通脉,活血化瘀。研究表明,针刺能调整中枢神经系统,改善代谢,促进血液循环,降低血液黏度,增加神经供血供氧,使受损神经的结构和功能恢复,并影响胰岛素、甲状腺素、肾上腺素等分泌,有利于糖代谢紊乱的纠正并控制血糖。此外,针刺可使胰岛素水平升高,胰岛素靶细胞受体功能增强,加强胰岛素对糖元的合成代谢及氧化酵解和组织利用的功能。艾灸产生的近红外辐射能深入肌体组织,被组织活性物质吸收,加快新陈代谢。有研究表明,艾灸能诱导内源性神经生长因子(NGF),增快传导速度,营养神经轴突及髓鞘,修复受损的神经。针灸脾俞、足三里能健脾益胃,以助气血生化之源;胰俞可使胰岛素分泌反应提前,改善机体的耐糖功能;后溪、外关、三阴交、环跳、阳陵泉等穴针刺可通经活络,行气活血。弥可保为维生素B₁₂的衍生物,参与体内核酸、蛋白质、磷脂的生物合成,使髓鞘形成和突触再生,修复受损的神经纤维,提高传导速度。穴位注射疗法除了针刺疗法的作用外,还有药物的化学刺激和药物作用参与其中,在一定的时间内药液滞留于穴内,使针刺感应得以发挥和延续。

重灸法配合间歇导尿治疗脊髓损伤后神经源性膀胱功能障碍38例

冯晓东 任亚锋 韦大文 刘承梅

(河南中医学院第一附属医院,450000)
脊髓损伤(SCI)后神经源性膀胱造成的膀胱功能障碍可导致泌尿系统感染、结石、肾积水、肾功能不全乃至肾功能衰竭,

是导致死亡的主要原因之一。近年来,我们采用重灸法配合间歇导尿(IC)法治疗SCI后神经源性膀胱患者38例,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

自2005年5月~2007年5月,选择河南中医学院第一附属医院康复中心病房SCI神经源性膀胱功能障碍患者76例,随机分为治疗组和对照组,各38例。年龄14~67岁。其中治疗组男19例,女19例;年龄40岁以下11例,40~60岁18例,60岁以上9例。对照组男20例,女18例;年龄40岁以下11例,40~60岁16例,60岁以上11例。治疗组发病1个月以内14例,1个月~3个月13例,6个月以上11例;对照组发病1个月以内15例,1个月~3个月14例,6个月以上9例。发病特征:治疗组排尿不能29例;排尿困难,残余尿量增多9例。对照组排尿不能28例;排尿困难,残余尿量增多10例。两组一般资料,经 χ^2 检验差异无显著性,具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 基础治疗

两组均参照南登昆主编的《康复医学》及常规导尿技术,采用国际公认治疗神经源性膀胱功能障碍的间歇导尿法。具体操作步骤如下。

①限制每日液体摄入量:控制每日液体摄入量在1000~2000ml,避免不规则饮水。方法:早、中、晚各饮水400ml,包括饮食水分,两餐间饮水200ml,晚上8点以后尽量不要再饮水,使膀胱有规律地充盈。②导尿的时间和次数:一般情况每6小时导尿1次,每次尿量不超过400~500ml;膀胱内压不得超过40cmH₂O,残余尿量小于250ml时应改为每8小时导尿1次;残余尿量小于200ml每日导尿2次;残余尿量小于150ml每日导尿1次;残余尿量低于100ml时,可以根据情况停止记录。③膀胱功能训练:刺激逼尿肌排尿反射的触发点促使排尿。叩击耻骨上部,挤压患者敏感地区。如摩擦大腿内侧,牵拉肛门括约肌等,以促使出现自发排尿反射,激发膀胱,逼迫尿肌反射性收缩和外括约肌松弛。

2.2 中医重灸疗法

取穴:百会、关元、命门、足三里、阴陵泉、八髎等。方法:采用温和灸,无烟及有烟灸条均可,每穴灸至皮肤潮红,以不起泡为度。每日上午1次,治疗6天,休息1天,以42天为1个疗程。两组间歇导尿治疗每日均进行,治疗组在以上治疗的基础上加中医重灸疗法。

3 疗效观察

3.1 疗效观察指标

①治疗后残余尿量 $< 100\text{ml}$ 例数;②治疗后膀胱容量300~400ml例数;③治疗前后尿中白细胞阳性例数;④治疗后达到膀胱功能平衡状态例数。

3.2 疗效评定标准

临床痊愈:达到膀胱功能平衡状态(泌尿系感染无或轻度,残余尿量小于100ml,无尿失禁情况发生)。显效:残余尿量减少,尿中无白细胞。无效:病情变化不明显或无变化。

3.3 两组临床疗效比较

76例患者中,治疗组38例,临床痊愈30例,显效7例,无效

1 例,有效率 97.3%;对照组 38 例,临床痊愈 18 例,显效 12 例,无效 8 例,有效率 78.9%。经统计学分析差异有显著性 ($P < 0.05$),治疗组疗效明显优于对照组。

3.4 两组治疗前后残余尿量变化比较

治疗组与对照组治疗前残余尿量比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性;治疗组与对照组治疗前、后残余尿量的比较,有统计学意义 ($P < 0.05$),表明治疗组和对对照组均有明显减少残余尿量的作用。但两组间疗效比较差异有显著性 ($P < 0.05$),表明前者疗效明显优于后者。

3.5 治疗前后尿中白细胞阳性例数比较

治疗组治疗前后尿中白细胞阳性例数分别为 36 例、9 例;对照组分别是 34 例、10 例。两组治疗后比较差异无显著性 ($P > 0.05$)。

4 讨论

脊髓损伤后神经源性膀胱功能障碍可归属为中医学“癃闭”范畴。癃闭的发病大多与肺、脾、肾有密切关系。肾阳亏虚,制化无权,则小便点滴不出;肺脾气虚,布津无力,宣肃失调,水湿不化,肾阳虚与肺脾气虚同时存在。治疗宜温阳健脾,宣开肺气,导尿下行。采用中医重灸配合间歇导尿法治疗,取穴百会、关元、命门、足三里等,促使恢复膀胱的正常生理功能。其中关元为足三阴经和任脉交会穴,为人体元气之根,三焦之气机出入之处,补之可固摄下元,命门穴是肾脏先天真元之气通达出入之门户,关元、命门相配,可加强补肾益气作用。足三里为足阳明经合穴,有健脾强壮之功,阴陵泉为足太阴经合穴,可健脾益气。百会穴,又名三阳五会,能通阳化气行水,主治小便不利。诸穴合用使三焦气化有权,膀胱开阖有度,可明显改善膀胱感觉缺失,有利于膀胱排空及膀胱功能平衡状态的建立,该疗法配合间歇导尿术互相补充,经临床实践表明,疗效确切,效果显著,方法简便,经济价廉。

IC 治疗 SCI 后神经源性膀胱是国际公认的最新治疗方法,研究表明,IC 可明显减少泌尿系统感染的机会,是目前应用较为广泛的治疗手段,但其对于治疗后期残余尿量增多尚无明确疗效,常常有半数患者最终遗留残余尿量增多这一症状,仍需每日导尿一次或数次,达不到膀胱功能平衡状态的标准,我们在长期的临床研究中,根据中医脏腑经络、阴阳气血的辨证关系,采用整体治疗与局部治疗相结合的方法,解决了 IC 也不能为广大患者最终解决问题。

双歧三联活菌片联合中药治疗糖尿病性腹泻 30 例

冯 平

(青海省西宁市第一人民医院内分泌科,810000)

糖尿病性腹泻 (DE) 是糖尿病患者常见并发症之一,临床约 20% 的糖尿病患者有腹泻症状,一旦发生则为顽固性、间断性腹泻。我科于 2007 年 1~5 月期间,以双歧三联活菌片 (金双歧) 联合中药治疗糖尿病腹泻 50 例,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

本组 50 例患者均有糖尿病史,伴有不同程度的腹泻、腹胀、乏力、不思饮食,大便日行 3~7 次。将此组病例随机分为两组,治疗组 30 例,男 20 例,女 10 例;年龄 46~74 岁,平均 60.56 岁;病程 4 个月~10 年,平均 2.6 年。对照组 20 例,男 9 例,女 11 例;年龄 40~70 岁,平均 58.18 岁;病程 2 个月~6 年,平均 2.4 年。两组患者一般资料的构成情况差异无显著性 ($P > 0.05$)。全部病例排除肠道感染、结肠疾病及甲状腺等疾病。

2 治疗方法

两组均按统一治疗标准控制血糖,包括饮食控制、运动疗法、口服降糖药或皮下注射胰岛素等治疗。治疗组给予中药基本方,组成:党参、炒白术、炒山药、补骨脂各 15g,益智仁 12g,薏苡仁 30g,炒黄芩 6g,马齿苋 18g,木香 9g。腹痛者加白芍 15g;泻下大便夹泡沫者加防风 6g。每日 1 剂,同时每次加服双歧三联活菌片 1.0g,每日 3 次,连服 10 天。对照组每次用易蒙停 4mg,每日 3 次,连服 5 天;丽珠肠乐 2 粒,每日 2 次,连服 10 天。严重脂肪泻者每次加用左氧氟沙星片 0.2g,每日 3 次,连服 5 天。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》。治愈:大便正常,每天 < 2 次,其他症状消失,临床检验正常,随访 1 个月无腹泻发生;好转:大便次数明显减少,其他症状改善;无效:大便次数每天 > 5 次,其他症状未见改善。

3.2 治疗结果

两组临床疗效比较:治疗组 30 例,治愈 16 例,好转 11 例,无效 3 例,总有效率 90%。对照组 20 例,治愈 5 例,好转 10 例,无效 5 例,总有效率 75%。2 组比较,治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。

两组治疗前后血糖比较:治疗组治疗前血糖 (15.30 ± 3.20) mmol/L,治疗后为 (6.70 ± 2.06) mmol/L;对照组治疗前血糖 (14.80 ± 3.80) mmol/L,治疗后为 (9.65 ± 2.20) mmol/L。两组治疗后组间比较,治疗组降糖效果明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

本病中医属消渴、泄泻范畴,患者常伴有脘痞腹胀,不思饮食,体倦乏力,故认为消渴、泄泻与脾胃受损有关,一般脾虚湿盛是导致本病发生的主要因素。消渴患者饮食不节,过食肥甘,损伤脾胃;或治疗不当,过用寒凉及苦寒药物损伤脾胃;或久病缠绵均能致脾胃虚损运化失常而致泄泻,故以益气健脾为法。胃主受纳,脾主运化,脾胃正常的功能活动必须依赖肝的疏泄,肾的温煦推动与肠腑的传导,相互作用而共同完成,因致病因素不同常见寒热错杂,虚实相兼,起病之始往往在脾,久则伤肾,外邪乘虚而入,内邪由虚而生,又常兼夹肠中湿热、湿滞或湿盛邪实,故方中用党参、白术、山药健脾益气,补骨脂、益智仁、肉桂温肾固肠,薏苡仁、黄芩、木香、马齿苋祛湿导滞清热。全方健脾补肾共进,使滞去肠和泻止。在临床中观察到,DE 患者以中西医结合治,能起到事半功倍的疗效,可有效减少患者痛苦,提高生活质量。