

3.3 两组临床疗效比较

针刺组80例,治愈28例,显效17例,有效28例,无效7例,总有效率为91.23%。药物组80例,分别为16例、16例、32例、16例、80%。针刺组痊愈率、总有效率均明显优于药物组($P<0.05$)。

4 讨论

我们认为,督脉总督一身之阳,腰骶经气主要影响足太阳、足少阳两经,阻碍后出现相应下肢的阳气不能温煦的凉麻、疼痛、畏寒等症,而表现为足太阳膀胱经型、足少阳胆经型及上述两经混合型。故按其影响督脉及足阳经与督脉相贯属的部位不同,循经辨证分别出现督脉与足太阳膀胱经合病、督脉与足少阳胆经合病、督脉与足太阳膀胱经、足少阳胆经三经合病的症状表现。故针刺督脉、足太阳及足少阳经的穴位,能疏通闭阻之经气,从而起到宣痹通经止痛的作用。临床针刺时,经穴以肘膝以下为其根本,故本组针刺取穴均以原穴、合穴为主,如委中、阳陵泉、京骨、丘墟、太冲穴,配伍局部取穴及相应病变部位夹脊穴,再次验证了标本根结理论和特定穴在治疗中的重要性。

参考文献

[1] 庄子齐,王敦建.症状体征量化评分法评价腰椎间盘突出症的临床疗效[J].辽宁中医杂志,2005,32(12):1225-1226.

电针配合西医综合疗法 治疗突发性耳聋28例

邱玲¹ 谢芳² 张吉¹ 张敏¹ 郑旭²

(1.成都市中西医结合医院疼痛科,610041;

2.成都中医药大学)

突发性耳聋是指突然发生的原因不明的感音神经性听力损失,是临床常见病、耳科急症,临床常采用西药治疗,为了更好的疗效,我们采用电针配合西医综合疗法治疗本病,并进行临床随机观察,其结果令人满意,现报道如下。

1 临床资料

病例来源于2007年6月~2008年2月在成都市中西医结合医院疼痛科及五官科就诊的符合1997年中国耳鼻咽喉科学会提出的《突发性耳聋诊断依据》的患者。将其随机(查随机数字表)分为治疗组和对照组,每组各30例。按方案完成观察58例,脱落2例,为治疗组病例(自行中断治疗)。治疗组28例,男6例,女22例;平均年龄(43 ± 14)岁;平均病程(4.5 ± 1.95)天。对照组30例,男10例,女20例;平均年龄(43 ± 13)岁;平均病程(7 ± 5.25)天。两组在性别、年龄、病程、耳堵和眩晕症状等方面经统计学处理差异无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①取穴:主穴:耳门、听宫、听会、翳风、中渚、侠溪(视具体情况,耳门、听宫、听会每次轮流选用1~2穴);配穴:风邪外犯加风池、外关、合谷;肝火上炎加太溪、太冲、角孙;肝阳上亢加率谷、足临泣;气滞血瘀加血海、太冲;气血亏虚加气海、足三里。②操作方法:患者取坐位,取穴部位局部皮肤常规消毒,针具选用规格为 $0.25\text{mm}\times 40\text{mm}$ 的一次性针灸针以指切进针法进针,留针20min。其中,耳门、听宫、听会、翳风穴张口时进针,

约0.5~1寸,平补平泻手法,胀感直达耳心;风池穴向鼻尖方向进针0.8~1.2寸,行泄法。其余穴位按常规进针,得气后太溪、太冲、率谷施泻法,气海、足三里、血海施补法。③电针:选用苏州医疗用品厂有限公司生产的华佗牌SDZ-II型电子针疗仪,采用疏密波。耳门、听宫、听会三穴交替选择二穴作为一组电针穴位,交替使用电针正负极;翳风与配穴中的一头颈部临近穴位一起作为一组电针穴位,翳风为电针负极。强度以穴位周围皮肤轻度抖动,患者耐受为度。④西医综合疗法治疗:冠心宁注射液20ml静脉滴注,每日1次;刺五加注射液100ml静脉滴注,每日1次;维生素B₁100mg肌肉注射;维生素B₁₂1000μg肌肉注射;高压氧采用2个大气压,每次治疗2小时,每日1次;急性期加用强的松40~60mg,每日1次,连续治疗10~14天。

2.2 对照组

采用西医综合疗法同治疗组。针刺和西医综合疗法均每天1次,10次为1个疗程,治疗2个疗程。

3 疗效观察

3.1 症状积分标准

根据《中华人民共和国中医药行业标准·耳鼻喉科诊断疗效标准》和本病的常见症状,自拟症状评分表对其症状进行量化:使用0、2、4、6四个等级表示症状的严重程度,0表示没有相关症状,2表示偶有或轻度存在相关症状,4表示常出现症状或中度严重,6表示一直存在或症状严重。

3.2 疗效标准

参照《中华人民共和国中医药行业标准·耳鼻喉科诊断疗效标准》中突发性耳聋的疗效评定,临床痊愈:0.25~4kHz各频率听阈恢复至正常,或达健耳水平,或达此侧患病前水平;显效:上述频率平均听力提高30dB以上;有效:上述频率平均听力提高15~30dB;无效:上述频率平均听力改善不足15dB。

3.3 两组治疗不同阶段耳堵、眩晕症状积分改善情况比较

结果表明,两组症状积分治疗后较治疗前均有显著性改善($P<0.05$),随访时积分较治疗后差异无显著性($P>0.05$),说明电针配合西医综合疗法和单纯西医综合疗法对本病症状的缓解均有作用,且疗效持久稳定。治疗2个疗程后组间比较差异有显著性($P<0.05$)。

3.4 两组治疗前后电测听改善情况比较

两组在250Hz、500Hz和1kHz水平听力治疗前后比较,差异均有显著性($P<0.05$),组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),提示两组在250Hz、500Hz和1kHz水平听力均有改善;2kHz水平治疗组治疗前后听力比较差异有显著性($P<0.05$)。对照组治疗前后比较差异无显著性,提示治疗组在2kHz水平听力改善优于对照组;4kHz水平两组治疗前后比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

3.5 两组临床疗效比较

治疗组28例,治愈7例,好转5例,有效4例,无效12例,总有效率为57.14%;对照组30例,分别为9例、8例、2例、11例、63.3%。两组疗效比较,差异无显著性($P>0.05$)。

4 讨论

本病的治疗,以手足少阳经和手太阳经为主,手足少阳经脉“从耳后入耳,出于耳前”,手太阳经脉“却入耳中”,耳门、听宫和听会是耳周穴位,又是手足少阳经与手太阳经要穴,针刺

可疏通瘀滞之经气,行气活血、宣通耳络。同时,其局部分布有颞浅动、静脉,有耳颞神经、面神经、耳大神经等,针刺这些穴位,不仅改善耳部的血液循环,还增加神经敏感性,提高内耳听觉灵敏度;中渚穴为少阳经经穴,也是治耳要穴,可疏调少阳经气,泻三焦邪热,开窍益聪。

潜阳化瘀方治疗视网膜静脉阻塞60例

李波 李传琛

(湖南中医药大学第一附属医院眼科,410007)

视网膜静脉阻塞(RVO)是以静脉迂曲扩张,视网膜出血、水肿、渗出等为主要眼底表现,发病急、病程长、视力损害严重,是仅次于糖尿病视网膜病变的第二大致盲性视网膜血管病。西医采取针对病因治疗、抗凝和溶栓等治疗。中医药治疗本病具有一定的优势,多年来,我们运用经验方——潜阳化瘀方治疗本病有一定疗效。从2006年3月~2008年6月,治疗观察60例,现报告如下。

1 临床资料

60例均为2006年3月~2008年6月在我院就诊的视网膜静脉阻塞患者,其中男33例,女27例;年龄51~83岁,平均64.23岁;病程1天~1年,平均2.08个月;其中视网膜静脉分支阻塞43例,视网膜中央静脉阻塞17例;缺血型47例,非缺血型13例;伴有高血压病者27例,伴有糖尿病患者16例,伴有动脉硬化者35例,伴有高血脂者41例。

诊断标准:疾病诊断标准参考《眼科学》及《中华眼科学》制定^[1,2];视力多有明显下降;年龄多在50岁以上;眼底改变分非缺血型与缺血型。①非缺血型:各分支静脉扩张,迂曲较轻,各象限视网膜有点状及火焰状出血,可有轻度的视盘水肿及黄斑水肿,视力下降不显著。荧光造影显示视网膜循环时间延长,毛细血管渗漏,少有无灌注区。②缺血型:各象限明显的出血和水肿,静脉显著扩张,常见棉绒斑。荧光造影显示有广泛的毛细血管无灌注区。辨证分型用肝阳上亢型辨证标准,肝阳上亢辨证标准参考《中医病证诊断疗效标准》及《中医眼科学》制定:①视力突降。②头晕耳鸣。③面热潮红。④失眠多梦。⑤烦躁易怒。⑥舌红少苔,脉弦细。具备3项以上。

2 治疗方法

患者停用其他药物,用潜阳化瘀方治疗。本方由钩藤10g,生石决明15g,白蒺藜10g,菊花10g,丹参15g,葛根12g,川牛膝10g,三七粉3g(冲服),益母草15g,茯苓15g,甘草3g等组成。病程短者加生地、牡丹皮以凉血止血;病程长者加女贞子、墨旱莲以滋阴止血;视网膜伴有水肿者加车前子、白茅根以利水消肿;黄斑有水肿者加泽兰叶以活血消肿;头痛口苦者加夏枯草以凉肝清火;头昏耳鸣者加牡蛎以潜阳止鸣。每日1剂,水煎,分两次温服。连服3个月。

3 疗效观察

3.1 疗效判断标准

①视力疗效标准:视力检测采用标准对数视力表计,视力在0.1以下者,每增进0.02算1行。显效:视力提高3行及其以上;有效:视力提高2行;无效:视力提高1行或无提高或减退。②眼底出血疗效标准:观察视网膜出血情况,眼底镜下以PD大小计算其面积,眼底荧光素血管造影以遮蔽荧光范围计算其面

积。显效:眼底出血面积吸收80%以上;有效:眼底出血面积吸收30%以上;无效:眼底出血面积吸收30%以内。③症状疗效标准:将视物昏朦,头晕耳鸣,眼干涩,腰膝酸软,舌质红,无苔或少苔,脉细弱或细数等肝肾阴虚症状,分轻度(+),中度(++),重度(+++)和极重度(++++)4级,分别计1、2、3、4分,症状消失计0分。经治疗后根据积分法判定症状疗效,即:疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。显效:治疗后中医临床症状明显改善,症状积分较治疗前减少≥80%以上;有效:治疗后中医临床症状有所改善,症状积分较治疗前减少35%~79%;无效:治疗后中医临床症状无改善,症状积分较治疗前减少<35%。

3.2 视力疗效

显效17例,有效29例,无效14例,其中2例视力下降。总有效率76.67%。

3.3 眼底出血疗效

治疗前后比较,潜阳化瘀方在一定程度上促进了RVO患者眼底出血的吸收,差异具有显著性($P<0.05$)。显效22例,有效28例,无效10例,总有效率83.34%。

3.4 症状疗效

治疗前后比较,潜阳化瘀方在一定程度上改善RVO患者的肝阳上亢证候积分,差异具有显著性($P<0.05$)。显效24例,有效26例,无效10例,总有效率83.33%。

3.5 治疗前后血脂检查比较

与治疗前比较,能在一定程度上改善了RVO患者血脂,差异具有显著性($P<0.05$)。

3.6 治疗前后血液动力学指标检查比较

与治疗前比较,能在一定程度上改善RVO患者的血液动力学指标,差异具有显著性差异($P<0.05$)。

4 讨论

视网膜静脉阻塞视力急剧下降者属中医学“暴盲”,如视力影响较轻者,又可称为“视瞻昏渺”。老年人的生理病理特点以阴常不足阳常有余为主,由于肝肾阴亏,不能与阳相配,最易出现肝阳偏亢的病症,如血压增高,血管变硬,动脉变细,血流缓慢,血液黏稠度增加,血脂含量增高等,这些直接影响视网膜的供血状况,造成视网膜缺氧,阻碍微循环。当静脉阻塞正在出血时应以潜阳止血活血化瘀为主,自拟潜阳化瘀方。方中钩藤、生石决明平肝潜阳为君药。白蒺藜、菊花协君药潜阳;其中白蒺藜可促进出血和渗出的吸收。川牛膝既能平肝,又能引血下行;丹参活血化瘀,扩张血管,降低血管阻力,改善血液流变,减少毛细血管通透性,增加外周血流量,从而改善微循环;益母草活血利水化瘀;葛根中葛根素能促进血小板解聚、降低血小板活性、降低血管阻力,改善视网膜微循环,三七粉既能止血,又能活血,寓活中有止,止中有活之意。以上均为臣药。茯苓治以清肝利水明目为佐药。甘草调和诸药为使药。诸药合之,共奏平肝潜阳,活血化瘀之功。

参考文献

[1]惠延年主编.眼科学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2001:148.

[2]李凤鸣主编.中华眼科学(中册)[M].2版.北京:人民卫生出版社,2005:2081-2083.

[编辑:黄健]