

身俯伏于床上,在背部两侧背俞功能带(指位于胸 1 棘突到骶 4 棘突下缘之间脊柱旁开 2.5 寸范围内的带状区域)^[2],进行闪罐,待背部皮肤充血潮红后,在背俞功能带单侧脾俞、肝俞、心俞附近寻找敏感点,然后用规格为 2.1mm 的三棱针刺穴放血,再拔罐,10 分钟后起罐。两种疗法交替进行,每日 1 次,共治疗 6 周。

2.2 对照组

患者俯伏于床上,在背部两侧背俞功能带进行闪罐,待背部皮肤充血潮红后,在背俞功能带单侧脾俞、肝俞、心俞附近寻找敏感点,然后用规格为 2.1mm 的三棱针刺穴放血,再拔罐 10 分钟后起罐。两侧交替进行,每日 1 次,共治疗 6 周。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

按汉密尔顿抑郁量表(HAMD)疗效评定标准积分<8 分,临床症状消失或明显改善为显效;积分降至 8~20 分,临床症状大部分改善为有效;积分>20 分,临床症状大部分无缓解为无效。量表在治疗前 4 周及 8 周各评定 1 次。

3.2 治疗结果

治疗组 30 例,显效 23 例,有效 6 例,无效 1 例,总有效率为 96.7%;对照组 30 例,分别为 15 例、11 例、4 例、86.7%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 典型病例

林某某,女,39 岁,2006 年 5 月 23 日初诊。主诉:精神抑郁,情绪低落 3 个月,加重 7 天。既往抑郁性神经症病史 3 个月余;经我院精神科确诊为抑郁性神经症,现症:精神抑郁,情绪低落,头后及上肢乏力,胸胁胀闷,暖气频频,纳呆,心悸,月经不调,小便色黄,大便 3 日未行,舌红苔黄,脉沉。取穴足三里、神门、太冲和耳神门、耳心穴、耳肝穴,配合背俞功能带闪罐加敏感点刺血拔罐,治疗 2 周后,患者临床症状基本消失,精神、情绪都得到了明显的改善。6 周后无不适症状。

5 讨论

抑郁性神经症属中医学郁证的范畴,高立山老师的镇静六穴,主要是通过和胃、养心、清肺而达到镇静安神的效用,临床多用于心脾两虚或血虚或阳亢或内热而引起的内风证、神志病、心悸等,用于本病在疏肝调肝的方面稍显不足。笔者改良为去迎香,加太冲,取穴太冲、足三里、神门,加耳部 3 穴,配合背俞功能带,则治标又治本;其中太冲、五行属土,属肝之原穴,平肝泄热,疏肝养血;足三里健脾和胃,为气血生化之源,防止肝病传脾;神门为心经原穴,五输穴之一,能宁心安神,清心凉血,治疗心悸失眠,健忘;耳神穴补虚宁,肺配合耳心穴,共达疏肝健脾、养心宁肺之功。背俞功能带疗法能够发挥整体双向调节作用,可调整机体脏腑、气血、经络的阴阳平衡,调畅情志,扶正祛邪。

参考文献

- [1]中华医学会精神科学会,南京医科大学脑科医院.CCMD-2-R 中国精神疾病分类方案与诊断标准[S].南京:东南大学出版社,1995:81-82.
- [2]崔承斌.从背俞穴与夹脊穴的关系论背俞功能带[J].中国针灸,2005,25(7):483.

补气活血通络法配合头针疗法治疗慢性溃疡性结肠炎 50 例

韩淑凯 张红昌 孙文革 董进友

(河北省望都县中医院胃肠病专科,072450)

慢性溃疡性结肠炎是一种原因不明的直肠和结肠黏膜及黏膜下层炎症性疾病,以腹泻、黏液性脓血便为特征。我们依据中医络病学说,从中医整体观念出发,采用补气活血通络法配合头针疗法治疗慢性溃疡性结肠炎,取得较好临床疗效,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例共 170 例,均为 2000 年 1 月~2007 年 10 月望都县中医院门诊及住院患者。采用随机分组法分组,分为针药组、中药组、头针组和对照组 4 组,其中针药组 50 例,男 37 例,女 13 例;年龄 20~69 岁,平均(40.73±8.1)岁;病程 2.3~7.6 年,平均(4.2±1.2)年。中药组 40 例,男 21 例,女 19 例;年龄 22~67 岁,平均(41.25±7.4)岁;病程 2.4~7.3 年,平均(3.9±2.1)年。头针组 40 例,男 23 例,女 17 例;年龄 20~65 岁,平均(42.64±6.9)岁;病程 2.2~7.9 年,平均(3.9±2.3)年。对照组 40 例,男 25 例,女 15 例;年龄 19~67 岁,平均(38.73±7.5)岁;病程 2.2~7.4 年,平均(4.1±1.7)年。4 组患者性别、年龄、病程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 年太原全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会标准:具有典型的临床表现,纤维结肠镜或 X 线钡餐检查至少有一项特征性改变,并可除外细菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病、肠结核、克隆病、放射性肠炎等原因明确的结肠炎症。临床症状不典型,但有典型肠镜或 X 线钡餐检查表现,手术切除或病理标本可见本病的大体或组织学特点。选择中度慢性溃疡性结肠炎患者,排除合并心、肝、肾功能不全及合并局部狭窄、肠梗阻等严重并发症者。

2 治疗方法

①中药组:给予自拟补气活血通络方,方药组成:水蛭 9g,三七 10g,黄芪 20g,党参 15g,山药 10g,白术 10g,茯苓 9g,肉豆蔻 10g,地榆炭 10g,薏苡仁 10g,木香 15g,升麻 5g,甘草 6g,将上述药物加水 1000ml,浸泡 30 分钟后,用自动煎药机煎煮取汁 400ml,去渣,再浓缩至 200ml,每袋 100ml,早晚各服 1 袋。②头针组:根据大脑皮层的功能定位,选取头针胃区(相当于颞叶在头皮上的投影,从瞳孔直上的发际处为起点,向上引平行于前后正中线 2cm 长的直线)和头针肠区(位于生殖区下缘向下引 2cm 与前后正中线平行的线)。针刺方法:选用直径 0.40mm,40~75mm 长的毫针,针与头皮呈 30°快速将针刺入皮下。当针达到帽状腱膜下层时,指下感到阻力减小,此时继续刺入 0.5~1 寸,捻转不提插,每分钟捻转 200 次以上,持续 2~3 分钟,每次留针 5~10 分钟,每日 1 次。③针药组:口服中药同时行头针疗法,方法同以上 2 组。④对照组:每次给予柳氮磺胺吡啶(上海三维制药有限公司生产,国药准字 H31020450,0.25g/片)2.0g,口服,每日 3 次。上述 4 组均连续治疗 4 周后观察其临床疗效及治疗后 1 年内复发次数及复发率。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

4 组均于治疗前及治疗后 4 周、6~8 周时复查内镜评估疗效。治愈:症状消失,内镜等检查肠黏膜恢复正常。显效:症状基本消失,肠黏膜轻度炎症或部分假息肉形成。有效:症状减轻,内镜检查好转。无效:症状及内镜等检查均无改善。

3.2 4 组临床疗效比较

针药组 50 例,治愈 33 例,显效 5 例,有效 8 例,无效 4 例,总有效率为 92%;中药组 40 例,治愈 9 例,显效 5 例,有效 4 例,无效 22 例,总有效率为 45%;头针组 40 例,治愈 6 例,显效 4 例,有效 7 例,无效 23 例,总有效率为 42.5%;对照组 40 例,治愈 7 例,显效 10 例,有效 4 例,无效 19 例,总有效率为 52.5%。4 组临床疗效比较,针药组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.3 复发情况

复发病例中症状较治疗前均有所减轻。针药组有效 46 例中,1 年后复发 3 例,复发(2.85 ± 1.1)次,复发率为 6.5%;中药组有效 18 例中,1 年后复发 7 例,复发(4.85 ± 2.1)次,复发率为 38.9%;头针组有效 17 例中,1 年后复发 8 例,复发(4.91 ± 2.4)次,复发率为 47.1%;对照组有效 21 例中,1 年后复发 7 例,复发(4.63 ± 2.2)次,复发率为 33.3%。针药组复发率及复发次数与其余 3 组比较明显下降,差异有统计学意义($P < 0.05$),其余 3 组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨论

中医学认为,本病多由于先天禀赋不足,或感受外邪,饮食所伤,七情不和或脏腑虚弱等,导致脾胃损伤,湿热疫毒蕴结肠中,气血与之相搏结,肠道传导失司。“久病入络,久病必瘀”,血瘀至肠,腑气壅塞,肠络受伤,脉络瘀阻,血腐肉败而致。据其临床表现,我们将慢性溃疡性结肠炎的病机辨为痰血互结,瘀阻肠络。络脉的病机又有“易滞易瘀”、“易入难出”的特点,往往导致本病容易复发,“络以通为用”,故治疗宜采取补气通络、活血化瘀法。本方以水蛭、三七活血化瘀通络为君,水蛭破血逐瘀,《医学衷中参西录》谓其:“但破瘀血不伤新血”。三七养血止血,化瘀而不伤血,行瘀血而敛新血。”;辅以黄芪、党参、山药补气养阴,白术、茯苓健脾益气,地榆炭收敛止泻,薏苡仁、肉豆蔻除湿止泻,木香、升麻调理气机以止痛。现代药理研究表明,党参、白术、黄芪、三七可调节机体免疫功能,促进肠道组织细胞再生,消除黏膜溃疡,并能有效的降低慢性溃疡性结肠炎的复发率,减少复发次数。

根据中医经络理论,头部乃脏腑和经络之气汇聚之处,施针头部可贯穿顶、额、颞三区,跨越督脉及足太阳、足少阳三条阳经,而三条阳经从头到足,纵贯全身,具有通调一身阳气的功能。头针治疗则能直接刺激诸阳之会,调动五脏六腑之精气,促进胃肠功能恢复。我们选用头针胃区和头针肠区,结合传统经络腧穴的作用,在头部特定刺激区内沿皮针刺,通过经络的疏导作用,加强脾胃功能,扶助正气,祛除体内邪气,以调节脾胃功能。“经脉所过,主治所及”,通过针刺,促进血液循环,改善局部微循环,促进炎症消退,减轻组织水肿,达到镇痛消炎、改善和防止肠黏膜的水肿和坏死。

针刺合并中药治疗脑卒中后遗症期抑郁症 25 例

张良登^{1,2} 何庆勇¹ 张月¹ 张吉²

(1. 中国中医科学院广安门医院内三科, 100053;

2. 北京中医药大学)

脑卒中后抑郁(PSD)为脑血管病临床常见的并发症与后遗症之一。临床常表现为情绪低落、兴趣缺乏、失眠健忘、食欲下降、悲观烦躁、周身疲乏、人格消极等症状,属于 PSD 的范畴。抑郁症的产生与发展,与脑卒中后遗症的发生直接相关,影响患者神经功能和认知功能的持续恢复,给患者的中后期康复带来明显的不利,而且是导致脑卒中后遗症期并发症高发及死亡率增加的一个重要因素。目前 PSD 作为治疗学单位越来越受到重视^[1],本观察以针刺合并中药治疗脑卒中后遗症期抑郁症,并与单纯针刺治疗脑卒中后遗症期抑郁症进行比较,旨在探讨针药并用在治疗脑卒中后遗症期抑郁症的疗效。现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

①脑卒中的诊断符合 1995 年第四届全国脑血管疾病会议制定的诊断标准^[2],并经头颅 CT 或 MRI 确诊为脑梗死或脑出血,病程均为半年以上,诊断并确诊为脑卒中后遗症期;②符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版(CCMD-3)抑郁症诊断标准^[3];③汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分 ≥ 18 分^[4]。

1.2 一般资料

2005 年 11 月~2008 年 6 月在北京中医药大学国医堂门诊治疗的 50 例中风后遗症期抑郁症患者为研究对象。采用随机数字表按 1:1 比例随机分为针刺合并中药治疗组与针刺对照组各 25 例。治疗组 25 例患者中,单纯脑缺血后遗症 14 例;混合型 11 例。其中男 9 例,女 16 例;年龄 26~77 岁,平均(56.72 ± 15.35)岁;脑卒中发病至入组时病程为 7~15 个月,平均(11.20 ± 2.48)个月;HAMD 评分平均(14.84 ± 5.07)分。对照组 25 例患者中,单纯脑缺血后遗症 16 例;单纯脑出血后遗症 1 例;混合型 8 例。其中男 13 例,女 12 例;年龄 32~86 岁,平均(58.56 ± 14.02)岁;脑卒中发病至入组时病程为 7~16 个月,平均(10.00 ± 2.60)个月;HAMD 评分平均(15.08 ± 4.34)分。2 组患者在性别、年龄、文化程度、病程、脑卒中后遗症类型、HAMD 评分方面均经统计学分析,差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①中药:以重调肝肾,解郁开窍为治则;采用自拟 PSD 解郁方,组成如下:柴胡 12g,炙黄芪 15g,党参 12g,川牛膝 12g,生地黄、熟地黄各 12g,制香附 12g,郁金 12g,清半夏 10g,生龙骨、生牡蛎各 30g(先煎),茯苓、茯神各 12g,赤芍、白芍各 9g,当归 12g,炒酸枣仁 12g,炙甘草 6g。煎服方法:中药加水约 200ml,温水泡 30min,武火煎煮至沸腾、文火煎煮 20min,复煎加水 200ml,武火煎煮约 25min,将两煎混合后,分 2 次早晚温服,每日 1 剂,1 个月为 1 个疗程。②针刺取穴及操作方法同针刺对照组。