

(2.0 ± 0.5) 分、(1.2 ± 0.5) 分。前2次指标改善程度治疗组明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.4 两组患者治疗前后 H_p 感染情况比较

治疗组治疗前 H_p 感染72例, 治疗后32例、转阴率为55.6%; 对照组分别为61例、38例、37.7%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

中医认为, CAG 与脾胃功能失调有关, 脾胃为“后天之本”, 脾胃虚弱, 情志不和, 饮食不节, 导致肝胃不和, 而肝胃不和和病理演变、转化过程中, 又可出现一系列病理变化。为此, 强调肝胃不和在萎缩性胃炎病理变化中的主导地位, 并贯穿于整个病理演变过程中, 在辨证论治时要抓住肝胃不和这一主要矛盾, 以疏肝理气和胃为主要治法, 在此基础上兼顾健脾活血、清热养阴, 才能切中病损关键, 临床上以健脾和胃理气的中药治疗常可取得满意的疗效^[1]。

和胃口服液以健脾和胃理气立法, 方中太子参、白术, 益气健脾; 柴胡、紫苏梗、木香、枳壳疏肝理气; 山楂、神曲、鸡内金消食和胃; 蒲公英清热抗 H_p 感染; 甘草缓急调和诸药, 全方共奏益气健脾、理气和胃之功效, 具有标本兼顾的特点。实验研究表明, 和胃口服液能有效逆转 CAG 大鼠胃黏膜腺体萎缩, 阻断 CAG 的发展, 并能调控 CAG 大鼠的胃黏膜细胞凋亡, 对萎缩性胃炎有较好的干预治疗作用。

参考文献

- [1] 傅志泉. 金亚城治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医杂志, 2005, 46(5): 335-336.
- [2] 中华医学会消化医学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[J]. 中华消化杂志, 2000, 2(3): 199-201.
- [3] 中华人民共和国卫生部制定发布. 中药新药临床研究指导原则[M]. 第二辑. 1993: 118-119.
- [4] 李益农, 肖树农, 张锦坤, 等. 慢性胃炎诊断标准[J]. 中华内科杂志, 1983, 22(5): 257-262.

温面散热敷乳突穴对面神经麻痹患者电生理的影响

戴其军¹ 瞿联霞¹ 柯 进¹ 吕学东²

(1. 江苏省海安县中医院, 226600;

2. 江苏省南通市瑞慈医院)

特发性面神经麻痹是茎乳孔内面神经非特异性炎症导致的周围性面瘫, 临床表现为口角歪斜, 伴(或不伴有)乳突区的疼痛^[1]。为了验证温面散对面神经麻痹患者的神经功能恢复的疗效, 我们采用了面神经电图(ENoG)检查, 进行对比分析。现总结如下。

1 临床资料

40例均为2007年12月~2008年10月的门诊患者, 其诊断符合王维治《神经病学》^[1]。按就诊时间依次编号, 奇数号为温面散治疗组, 偶数组为对照组。其中治疗组男11例, 女9例; 平均年龄为(51.4 ± 2.9)岁; 平均病程为(10.7 ± 2.3)天; 病位在左侧12例, 右侧8例; 其中高血压病19例, 2型糖尿病9例, 冠心病4例。对照组男10例, 女10例; 平均年龄为(49.4 ± 3.1)岁; 病程平均为(11.2 ± 1.9)天; 病在左侧10例, 右侧10例;

其中高血压病8例, 2型糖尿病11例, 冠心病6例。两组患者在性别, 年龄, 发病时间及病位等方面, 经统计学处理, 差异无显著性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 一般治疗

两组患者均给予维生素 B₁ 每次口服20mg, 每日3次; 地巴唑每次口服20mg, 每日3次; 维生素 B₁₂ 每次肌肉注射0.5mg, 每日1次; 泼尼松每次口服20mg, 每日3次及对症治疗。

2.2 治疗组

在上述治疗基础上, 加用温面散热敷患侧乳突穴, 每日1次, 1个月为1个疗程。温面散组成: 白附子200g, 僵蚕200g, 全蝎200g, 桂枝200g, 白芷200g, 黄酒200ml, 凡士林200g, 羊毛脂100g, 氮酮30ml。前五味药, 热风循环60℃烘干, 备用; 将白附子、桂枝、白芷粉碎成细粉, 过五号筛, 所得粉末与其余二味药混合粉碎成细粉, 过七号筛, 备用。黄酒、氮酮混匀, 调和上述药物粉末。凡士林、羊毛脂适量, 加热熔融, 与上述药物粉末混匀, 搅拌均匀至冷却, 即得。使用时, 先将患侧乳突穴处用酒精棉球擦洗, 后取生药5g, 均匀涂于纸胶布中央, 酒精灯加热贴于患侧乳突穴。

3 疗效观察

3.1 两组治疗前后 ENoG 变化比较

治疗组20例, 就诊时, 测电生理潜伏期为(4.21 ± 0.62)ms, 波幅为(0.45 ± 0.31)mV, M 波波幅差为31.5%; 1个月3项指标分别为(3.13 ± 0.47)ms, (1.66 ± 0.44)mV、45.3%。对照组20例就诊时3项指标分别为(4.13 ± 0.58)ms, (0.40 ± 0.28)mV、31.3%; 1个月3项指标分别为(3.76 ± 0.53)ms, (1.09 ± 0.52)mV、38.9%。两组比较, 治疗组改善程度明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.2 不良反应

仅极少部分患者出现局部色素沉着, 几天内基本能消失, 全部病例未出现过过敏反应。我们委托南京中医药大学进行了皮肤刺激性试验与毒性试验。试验根据温面散(相当于人用量的6倍)和赋形剂(60%乙醇)单次和多次于家兔完整皮肤和破损皮肤处给药, 肉眼未见皮肤红斑、水肿、色素沉着、出血点、皮肤粗糙或皮肤菲薄等情况, 提示温面散对皮肤基本无刺激性反应。同时温面散皮肤给药基本无急性毒性反应, 安全度较大。

4 讨论

面神经麻痹, 属于中医“口僻”之范畴, 是神经科常见病和多发病, 其病因为外伤、肿瘤、血管病变、病毒感染等, 面神经损伤部位可定位在核性瘫、桥脑、小脑瘫、面神经管内和面神经管外等^[2]。其病理改变是由于面神经在面神经管缺血、水肿、受压, 继而神经变性所致^[1]。中医辨证为风、寒、痰、瘀壅结, 阻遏经气, 面部经络肌肉失于濡养。治疗以温经散寒、祛风化痰、活血祛瘀为法。温面散中以桂枝为君, 通阳化气、温经散寒; 白附子辛温为臣, 走头面经络, 祛风化痰; 僵蚕、全蝎辛平为使, 祛风通络; 白芷辛温, 引药入经, 芳香走窜, 擅走头面经络。诸药为末, 借助酒之辛味、冰片之芳香, 更加透皮吸收剂, 加热贴敷乳突穴(面神经管出颅之处), 共奏温经化痰、祛风通络之功, 使风、寒、痰、瘀得祛, 症状自除。现代研究表明, 桂枝中含有桂皮醛等成分, 具有抗炎、扩张皮肤血管等作用, 白附子中含有 β 谷

甾醇,具有抗氧化和较强的抑制氧自由基的作用;僵蚕及全蝎中的蝎毒素等成分可改善微循环,对神经康复有促进作用,加之芳香气味、酒精及透皮吸收剂有助于药物吸收。总之温面散具有改善面神经血液循环,促进神经恢复等作用。

参考文献

[1]王维治.神经病学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2004:90-91.
[2]李常度,黄信勇,杨娟娟,等.面瘫神经损伤定位和治疗方法选择相关关系的临床随机对照研究[J].中国针灸,2004,24(1):7-9.

维血宁联合雄性激素治疗慢性再生障碍性贫血22例

田正良 高天平 姚松夏

(陕西中医学院内科学教研室,712064)

我们于2004年9月~2007年8月,运用维血宁口服液联合雄性激素、环孢菌素A,治疗慢性再生障碍性贫血(简称再障)共22例,并与西药常规治疗的20例进行了对比观察,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

42例全部为我院门诊或住院患者,按就诊顺序随机分为治疗组和对照组。治疗组22例,其中男14例,女8例;年龄12~54岁,平均32岁;病程4~25个月。对照组20例,男12例,女8例,年龄10~56岁,平均35岁;病程5~26个月。两组患者性别、年龄、病情等经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

所有病例均经血常规、网织红细胞计数、骨髓象、骨髓活检等确诊。诊断标准参照《血液病诊断及疗效标准》^[1]。

1.3 纳入及排除标准

符合慢性再生障碍性贫血的诊断标准,签署知情同意书者。排除其他具有贫血症状的血液病,如溶血性贫血等;排除合并心血管、肝、肾、脑等严重原发性疾病及精神病患者;妊娠或哺乳期妇女;排除慢性肾功能衰竭终末期或急性肾功能衰竭者;严重的重要脏器功能不全者及合并严重感染者。

2 治疗方法

对照组每次口服司坦唑醇胶囊(广西南宁制药厂生产,2mg/片,批准文号H45020728)2mg,每日3次;环孢菌素A(华北制药厂生产,25mg/片,批准文号H10960009)每次2~4mg,每日3次服用;常规使用肌苷片、肝泰乐。同时给予常规基础治疗,如发热有感染征象,视病情给予抗炎治疗。血红蛋白 $<50\text{g/L}$,给以输血,血小板 $<30\times 10^9/\text{L}$ 者输血小板。治疗组在对照组基础上给以中成药维血宁口服液(陕西中医学院制药厂生产,批号20044038,由仙鹤草、鸡血藤、虎杖、熟地黄、白芍、太子参、墨旱莲7味中药组成,比例为2:2:2:2:2:2:2,每毫升含生药1.06g),每次30ml,每日3次。

所有的病例均治疗6个月。治疗期间每2周查血红蛋白、白细胞、血小板1次。每个月查肝功能、肾功能1次,如出现肝功能损害,停药司坦唑醇胶囊、环孢菌素,给以保肝治疗,肝功能恢复正常后继续服药。3个月复查骨髓1次。所有患者随访24个月。治疗结束后评价血象变化情况,随访1年后评价整体疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《血液病诊断及疗效标准》^[1]中的疗效标准。基本治愈:贫血和出血症状消失,血红蛋白:男性 $\geq 120\text{g/L}$,女性 $\geq 100\text{g/L}$,白细胞 $\geq 4\times 10^9/\text{L}$,血小板 $\geq 80\times 10^9/\text{L}$ 。随访1年以上未复发;缓解:贫血和出血症状消失,血红蛋白:男性 $\geq 120\text{g/L}$,女性 $\geq 100\text{g/L}$,白细胞 $\geq 3.5\times 10^9/\text{L}$,血小板也有一定程度增加,随访3个月病情稳定或继续进步;明显进步:贫血和出血症状明显好转,血红蛋白较治疗前增长30g/L,并能维持3个月。符合以上3项疗效标准者,均应3个月内不输血;无效:经治疗后,症状、血象未达明显进步标准者。

3.2 两组患者治疗前及治疗后6个月后血象变化

结果表明,治疗后两组患者均较治疗前有明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组治疗后与对照组治疗后比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组疗效优于对照组。

3.3 两组总体疗效比较

治疗组22例,基本治愈9例,缓解6例,明显进步4例,无效3例,总有效率86.4%。对照组20例,分别为1例、4例、5例、10例、50%,两组总有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

3.4 不良反应

治疗组3例初服维血宁出现轻度胃部不适、恶心等反应,继续服药,3天后症状消失。肝、肾功能均未见明显异常。对照组6例出现丙氨酸氨基转移酶轻度升高,1例出现轻度隐性黄疸。

4 讨论

再障是由多种原因引起骨髓造血干细胞、造血微环境损伤及免疫功能异常导致的骨髓造血功能衰竭。西药治疗以雄性激素为主,或加免疫抑制剂环孢菌素A等,治愈率及缓解率低。依据其临床表现慢性再障属于中医“虚劳”、“血证”等范围。中医认为,肾藏精,精生髓,髓生血。脾为气血生化之源,久劳伤肾,肾精不足,脾气虚弱,不能化生气血,则见贫血。血为阴,阴血亏损,虚热内生,故见发热,迫血妄行,则见皮肤黏膜出血。故慢性再障多出现脾肾阴虚或血虚内热证候,治则以健脾益肾、凉血止血为法。方中熟地黄、生地黄、白芍补肾滋阴以生血,太子参健脾益气以摄血,仙鹤草、墨旱莲凉血止血,鸡血藤补血活血,虎杖清热解毒。诸药合用,补肾健脾、益气滋阴、凉血止血。现代药理学认为,补肾药物具有促进造血干、祖细胞的生长,提高多能造血干细胞(CFU-S)、粒细胞集落形成单位(CFU-G)、红系集落形成单位(CFU-E)的产率,从而提高治疗效果^[2]。

参考文献

[1]张之南主编.血液病诊断及疗效标准[M].2版,北京:科学出版社,1998:33.
[2]储榆林.再生障碍性贫血几种常用治疗药物评价[J].临床血液学杂志,2000,13(3):139-140.

[编辑:黄健]