

以得气为度;气海、肾俞用提插补法;风池及C4~7夹脊穴温针灸,每次选4穴,捻转得气后在针柄上加艾炷温针灸,每穴连灸30min;百会雀啄灸,每次10min;列缺、太冲、血海、丰隆、阴陵泉用捻转泻法;晕听区连续两针刺入皮下,深度达帽状筋膜,捻转手法1min。每日1次,留针30min,10天为1个疗程。

2.2 对照组

每晚睡前口服西比灵(盐酸氟桂利嗪)10mg,每日1次。10天为1个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

痊愈:眩晕症状消失,恢复正常的生活或工作,2个月随访未复发;显效:眩晕症状基本消失或明显减轻,劳累后偶有发作;有效:眩晕症状部分消失或减轻,有时影响正常工作或生活;无效:眩晕症状无改善或病情加重^[1]。

3.2 两组临床疗效比较

温针灸组显效4例,有效21例,无效3例,总有效率89.3%;对照组显效4例,有效8例,无效14例,总有效率46.2%。;两组总有效率比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。

3.3 随访

治疗后嘱患者注意生活起居,避免体力和脑力过度劳累,加强体育锻炼,增强机体防机功能,同时注意血脂、血糖、血压调节,经随访2个月,温针灸组复发4例,复发率21.0%,对照组复发9例,复发率43.6%,两组复发率经 χ^2 检验,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨论

本组针刺百会为督脉之经穴,督脉行于脊里,上行入脑,从脊里分出属肾,故督脉与脑、脊髓、肾联系密切,经脉所过主治所及,取之能达到升清阳、醒神明的功效,使眩晕等症逐渐消退。在解剖上,百会穴在帽状筋膜中,有左右颞浅动、静脉及左右枕动、静脉吻合网,布有枕大神经及额神经分支。温灸百会穴可改善脑组织血液供应及脑血管弹性。风池、完骨、天柱的作用是补益脑髓。风池穴属足少阳胆经,是祛风要穴,又为手足少阳经与阳维脉之交会穴,既可调畅脑部脉络之气血运行,又能调整全身阴阳气血之平衡,使清阳之气上升入清窍。在解剖上,风池穴浅层有枕神经与枕动、静脉分支或属支,深层有椎动脉,两动脉分支在肌层和硬脑膜处相吻合。在风池穴运用温针灸可以通过对椎动、静脉神经丛的调节解除椎—基底动脉痉挛,从而改善椎基底动脉供血。头皮针的晕听区,位于大脑皮层,配太阳治疗眩晕有效。C4~7夹脊穴为局部取穴,从经络分布来看,颈夹脊为经外奇穴,位于足太阳膀胱经和督脉之间,是两经经气重叠之处,针之能起到调节两经的整合作用。从现代解剖学来看,颈夹脊穴位分布与颈脊神经节段关系密切。通过针刺能改善颈部的微循环状态,对毛细血管的通透性有调节作用,从而改善组织的缺血缺氧状态。有研究表明,针刺颈夹脊穴可以纠正颈椎病所致椎动脉血流动力学的紊乱,改善血流速度,提高脑血流量。艾灸有温经散寒、升阳举气之功效,使寒凝得热而散,气血得热而行,气至病所,促进局部的血液循环,缓解颈肌或血管痉挛,松解局部软组织粘连,纠正椎间关节紊乱等,从而恢复颈椎正常解剖关系和生物力学平衡。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京

大学出版社,1994:186.

清心醒脾方治疗腹泻型 肠易激综合征30例

岳妍 杨强 陈大权 张燕霞 刘向津

(天津中医药大学第一附属医院消化科,300193)

我们自2004年12月~2008年5月期间采用清心醒脾方治疗腹泻型肠易激综合征(D-IBS)30例,并初步对其作用机理进行探讨,现报告如下。

1 临床资料

依据《IBS 罗马Ⅱ诊断标准》,从本院消化科门诊及病房选择D-IBS肝郁乘脾证患者,观察总例数60例,随机分成两组,即治疗组30例及对照组30例。60例患者均符合泄泻(腹泻型IBS)的中、西医诊断标准。中医证候诊断标准:参照国家中医药管理局发布《中医病证诊断疗效标准》及国家技术监督局发布《中医临床诊疗术语证候部分》制订的肝郁乘脾证标准。治疗组男12例,女18例;年龄25~60岁,平均 (42.84 ± 16.31) 岁;病程2~5.5年,平均 (2.64 ± 0.83) 年;平均证候积分 (23.8 ± 2.74) 分。对照男13例,女17例;年龄23~61岁,平均 (43.72 ± 17.52) 岁;病程1~4年,平均 (2.41 ± 0.73) 年;平均证候积分 (23.7 ± 3.83) 分。两组治疗前在性别、年龄、病程、病情、中医证候积分及血清血管活性肠肽(VIP)、P物质(SP)含量等方面均衡性良好,两组间比较差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

两组患者在治疗前2周及治疗期间不使用影响胃肠动力的药物,不改变饮食习惯及生活习惯,治疗组服用清心醒脾方(藜藜12g,黄连9g,吴茱萸3g,佩兰9g,茯苓9g等,水煎300ml)。每次口服150ml,每日2次,对照组每次口服舒丽启能200mg,每日3次,连续服用20天。治疗前后两组患者均记录中医证候积分,部分患者空腹采血,分离血清,标本分装冻存待测。VIP、SP采用酶标法测定。

3 疗效观察

3.1 证候疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》制定。临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$ 。显效:症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 但 $<95\%$ 。有效:症状、体征均有改善,证候积分减少 $\geq 30\%$ 但 $<70\%$ 。无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $<30\%$ 。

3.2 两组证候疗效比较

治疗组30例,临床痊愈1例,显效2例,有效23例,无效4例,总有效率为86.7%;对照组30例,分别为0例、1例、16例、13例、56.7%。两组疗效比较,治疗组明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 两组治疗组治疗前后血VIP、SP值比较

治疗组治疗前后VIP均值分别为 (13.16 ± 2.81) pg/ml、 (10.30 ± 2.51) pg/ml、SP均值分别为 (11.42 ± 2.48) pg/ml、 (9.17 ± 1.73) pg/ml。对照组治疗前后VIP均值分别为 (13.49 ± 2.62) pg/ml、 (10.59 ± 2.53) pg/ml、SP均值分别为 (10.45 ± 1.81) pg/ml、 (8.66 ± 2.21) pg/ml。两组治疗前后VIP、SP均值均有明显改善($P<0.05$),两组治疗后比较差异均无显著性($P>0.05$)。

4 讨论

传统的治疗肝郁乘脾证的方法为疏肝健脾, 我们根据五行相克规律, 提出清心醒脾法, 清心即佐金、佐金即平肝、平肝即醒脾。在左金丸基础上加减化裁, 治疗 D-IBS 肝郁乘脾证取得满意疗效。左金丸原本为肝郁化火所致脘痞吞酸、呕吐嘈杂之证而设, 黄连清心火而达到泻肝火的目的。黄连, 苦寒, 归心、肝、胃、大肠经, 擅长清泻心经实火, 吴茱萸辛苦热, 归肝脾胃经, 既能温中散寒, 又善解肝经之郁滞, 有良好的止痛作用, 与黄连配伍防苦寒清泻太过, 寒热并用, 辛开苦降, 而达平肝的目的。本方改原方⁶ 藜配伍比例为3藜, 再配与疏肝祛风之蒺藜、芳香化湿之佩兰、淡渗利湿之茯苓等, 作用平和, 只要存在肝郁乘脾的表现, 即可使用。需强调的是本方中黄连与吴茱萸配伍并非治湿热泻, 亦非治虚寒泻, 而是肝郁乘脾之泄泻, 此法为治疗 D-IBS 肝郁乘脾证提供了另一思路。

沈骏等^[1]通过对 IBS 患者和正常人血浆 VIP 的检测, 发现腹泻型 IBS 患者血浆中 VIP 水平显著高于正常对照组, 提示 VIP 可能在不同环节参与 IBS 的发病, 腹泻型 IBS 的发生可能与 VIP 刺激肠黏膜分泌细胞分泌水和电解质有关。谢建群等^[2]发现, 应激后大鼠血浆和结肠组织中 SP 均有显著升高, 与应激后平滑肌收缩增强相一致。研究发现, 大剂量疏肝饮可以明显抑制应激后大鼠血浆和结肠组织中的 VIP 含量异常升高, 并与正常大鼠 VIP 含量水平一致。

参考文献

- [1] 沈骏, 诸琦, 袁耀宗, 等. 肠易激综合征患者血浆脑肠肽水平的变化[J]. 胃肠病学, 2005, 10(5): 290-292.
- [2] 谢建群, 郑昱, 吴大正, 等. 疏肝饮对腹泻型肠易激综合征大鼠血管活性肠肽和 P 物质的影响[J]. 上海中医药大学学报, 2004, 18(3): 36-39.

针刺治疗亚急性原发性高血压病30例

申鹏飞 指导: 石学敏

(天津中医药大学第一附属医院, 300193)

高血压亚急症是高血压病程中的一种特殊的临床现象, 指血压显著升高 ($\geq 180/120$ mmHg), 但不伴靶器官的损害, 美国“高血压预防、诊断、评价与治疗联合委员会第七次报告”(JNC7)^[1]认为, 本病病情危重, 病因复杂, 如不及把血压控制到安全水平, 则可导致严重的靶器官损害, 甚至危及生命。高血压亚急症目前治疗以口服降压药为主, 但存在疗效不稳定、剂量不容易控制等问题。以活血散风、平肝降逆为法则的针刺疗法, 是石学敏院士的重要临证经验之一, 我们将之用于治疗高血压亚急症获得显著的临床效应, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

根据 JNC7 对高血压亚急症的定义, 选择标准为原发性高血压患者, 血压 $\geq 180/120$ mmHg, 开始治疗时没有靶器官损害, 年龄在 40~70 岁之间; 排除继发性高血压患者及合并严重靶器官损害者, 排除合并其他严重心、脑、肾等疾病者。

1.2 一般资料

患者 60 例均为 2009 年 4~6 月天津中医药大学第一附属医院针灸科病房及急诊科患者, 血压 $\geq 180/120$ mmHg。均经本院

或者外院诊断为原发性高血压病。采用随机数字法分为针刺组和对照组。针刺组 30 例, 男 17 例, 女 13 例; 平均年龄 (50.60 ± 8.85) 岁; 平均病程 (4.73 ± 1.28) 年。对照组 30 例, 男 16 例, 女 14 例; 平均年龄 (51.13 ± 6.31) 岁; 平均病程 (4.67 ± 1.24) 年。两组患者在男女比例、平均年龄、病程等方面比较, 差异无显著性, 具有可比性 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组针刺治疗

①原则: 活血散风, 平肝降逆。②取穴: 人迎、合谷、太冲、曲池、足三里。③操作规范: 人迎: 直刺 1~1.5 寸, 见针体随动脉搏动而摆动, 施用捻转补法第二定义 1 min; 留针 30 min; 合谷、太冲: 均直刺 0.8~1 寸, 施用捻转泻法第一定义 1 min, 留针 30 min; 曲池、足三里: 直刺 1 寸, 施用捻转补法第一定义 1 min, 留针 30 min^[2]。

2.2 对照组药物治疗

1 次舌下含服硝苯地平 10 mg, 即刻。

2.3 观察方法

分别予治疗前, 治疗后 3 min、15 min、30 min、60 min、2 h、4 h、6 h 测量患者血压。

3 疗效观察

3.1 两组治疗前及治疗后各时段收缩压数值变化比较

针刺组 30 例, 针刺前, 针刺后 3 min、15 min、30 min、60 min、2 h、4 h、6 h 收缩压分别为 (209.37 ± 13.18) mmHg、(190.13 ± 15.03) mmHg、(145.35 ± 10.33) mmHg、(147.51 ± 11.47) mmHg、(144.32 ± 10.38) mmHg、(145.17 ± 12.80) mmHg、(143.42 ± 13.19) mmHg、(168.24 ± 15.52) mmHg。对照组 30 例, 分别为 (204.87 ± 19.12) mmHg、(199.30 ± 15.38) mmHg、(191.49 ± 13.47) mmHg、(188.32 ± 14.30) mmHg、(174.92 ± 14.34) mmHg、(163.86 ± 14.23) mmHg、(185.33 ± 14.39) mmHg、(198.73 ± 15.64) mmHg。针刺组针刺后 3 min~6 h 7 个时段收缩压均值与治疗前比较均有明显下降 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 对照组服药后 15 min~4 h 5 个时段收缩压均值与治疗前比较亦有明显下降 ($P < 0.05$)。组间比较针刺组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.2 两组治疗前及治疗后各时段舒张压变化比较

针刺组 30 例, 针刺前, 针刺后 3 min、15 min、30 min、60 min、2 h、4 h、6 h 舒张压均值分别为 (121.93 ± 10.21) mmHg、(103.80 ± 9.11) mmHg、(94.25 ± 7.03) mmHg、(92.81 ± 8.14) mmHg、(90.75 ± 8.08) mmHg、(91.29 ± 7.12) mmHg、(88.30 ± 6.09) mmHg、(93.02 ± 5.52) mmHg。对照组 30 例, 分别为 (124.77 ± 10.10) mmHg、(119.53 ± 10.06) mmHg、(104.07 ± 9.93) mmHg、(108.71 ± 10.30) mmHg、(98.56 ± 9.14) mmHg、(93.36 ± 8.50) mmHg、(105.36 ± 10.84) mmHg、(128.85 ± 11.04) mmHg。针刺后 3 min~6 h 7 个时段针刺组舒张压均值均有明显下降 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 对照组服药后 15 min~4 h 5 个时段舒张压均值亦有明显下降 ($P < 0.05$)。组间比较, 针刺组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

石学敏院士在深入研究古医籍基础上, 结合现代医学理论, 根据大量临床观察, 对中医“气海”理论以及“无虚不作眩, 无痰不作眩, 无风不作眩”进行了深刻的探索和思辨, 确立了以