

程 2~29 年,平均(5.7±3.9)年;初发型 5 例,慢性持续型 15 例,慢性复发型 60 例;轻度 39 例,中度 40 例,重度 1 例。

2 治疗方法

治疗组口服自制健脾灵片(院内制剂,组成:黄芪、党参、白术、儿茶、乌梅炭、白芍、木香、黄连、延胡索、防风、甘草等),每次 8 片(每片含生药 0.75g),每日服 3 次。对照组服参苓白术散,每次 1 袋,每日 3 次。两组均每晚用苦参桃花汤 100ml(含苦参、桃花等),加锡类散 2 支、1%奴夫卡因 10ml 保留灌肠,每晚 1 次。两组均 30d 为 1 个疗程,连用 3 个疗程,疗程结束时复查电子结肠镜。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

按 1993 年太原全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会和 1992 年临汾全国中西医结合消化学术会议制定的标准判定^[2]。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 85 例,治愈 64 例,显效 15 例,好转 5 例,无效 1 例,愈显率为 92.9%,总有效率为 98.8%;对照组 80 例,分别为 44 例、18 例、11 例、7 例、77.5%、91.25%。两组比较,治疗组愈显率明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 治疗前后生化指标变化比较

结果显示,两组患者 D-木糖排泄率、胰功肽指标和唾液淀粉酶活性均明显低于正常水平,经治疗后 3 项指标均有显著增加,但以治疗组改善更为明显($P<0.05$)。

3.4 两组治疗前后非特异性细胞免疫指标变化比较

结果显示,两组患者 3 项细胞免疫指标均明显低于正常人,经治疗后,治疗组活性 E-玫瑰花试验(Ea-RFC)、人体淋巴细胞(LTR)和总 E-玫瑰花试验(Et-RFC)已接近正常;对照组虽有显著增高,但较正常组差异仍有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

健脾灵片中黄芪、党参、白术三味健脾扶土为君;以白芍、木香、延胡索、防风四味疏肝抑木为臣;白芍缓急止痛,乌梅炭收敛止泻,儿茶敛疮生肌,黄连清肠解毒,以上四味共为佐药,甘草为使,共奏健脾扶土,疏肝抑木之功,并配合苦参桃花合剂保留灌肠,使清肠解毒,生肌敛疮之药直达病所。经 85 例治疗 3 个月疗效分析,健脾抑肝清肠组疗效较单纯健脾益气组的治愈率高 20.3%($P<0.01$),其对小肠吸收功能、胰腺外分泌功能、唾液淀粉酶活性和细胞免疫指标的调节作用也明显优于单纯健脾组。

参考文献

- [1]全国消化病学术会议.慢性非特异性溃疡性结肠炎诊断标准.实用内科杂志,1982,2(2):73.
- [2]陈治水,危北海,陈泽民,等.慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准[J].中国中西医结合杂志,1994,14(4):239.

中西医结合治疗脑梗死 32 例

王旭东 喜新 朱向阳 季炜鹏 郭正刚

(南通大学第二附属医院中医科、神经内科、针灸科,226001)

2006 年 4 月~2008 年 10 月我们采用中西医结合疗法治

疗脑梗死 32 例,疗效满意。现分析总结如下。

1 临床资料

入选者均为我院脑梗死住院患者,共 64 例,以偏瘫伴或不伴口眼歪斜、语言不清晰为特征,均无意识障碍;经详细询问病史、神经系统检查及头颅 CT 或 MRI 证实;无严重心、肺、肝、肾等重大疾病;全部符合全国第四届脑血管会议所订的诊断标准^[1]。随机分为两组。治疗组 32 例,男 21 例,女 11 例;年龄 56~85 岁,平均 70.5 岁;均在发病 1 周内入院;既往有高血压病史 23 例,冠心病 8 例,糖尿病 5 例,颈椎病 9 例,高脂血症 5 例;男 20 例,女 12 例;年龄 53~81 岁,平均 70.1 岁;既往有高血压病史 24 例,冠心病 10 例,糖尿病 7 例,颈椎病 8 例,高脂血症 5 例。对照组 32 例,两组在性别、年龄、临床表现、既往病史及头颅 CT 或 MRI 检查等方面差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组

给予西医综合治疗措施,包括控制血压、血糖、调节血脂、防治脑水肿、改善脑循环,防治并发症、对症支持治疗及早期康复治疗等。

2.2 治疗组

除予上述治疗外,①根据中医辨证分型,参考国家中药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[2]治疗。肝肾阴亏,肝阳上亢型(16 例):治法:滋阴潜阳,熄风通络。方以天麻钩藤饮加减,药用:天麻 12g,钩藤 12g,石决明 30g(先煎),生龙骨 30g,生牡蛎 30g,珍珠母 30g,龟甲 18g,玄参 12g,生地黄 12g,白芍 10g,栀子 10g,牛膝 15g 等。风痰瘀血,痹阻脉络型(9 例):治法:祛风化痰,活血通络。方以大秦艽汤合温胆汤加减,药用:秦艽 10g,羌活 10g,独活 10g,白芍 10g,当归 10g,川芎 10g,白术 10g,茯苓 10g,半夏 10g,胆南星 10g,石菖蒲 10g,郁金 10g,远志 5g,全蝎 5g,炮穿山甲 5g 等。气虚血瘀型(7 例):治法:益气活血,化瘀通络。方以补阳还五汤加减,药用:生黄芪 30g,当归 10g,川芎 15g,赤芍 10g,桃仁 10g,红花 6g,地龙 12g,白术 10g,茯苓 10g,桑枝 15g,木瓜 30g,鸡血藤 30g,炮穿山甲 5g 等。中药煎剂每日 1 剂,水煎 2 次,共 400ml,早晚分服。②肝肾阴亏,肝阳上亢型加用疏血通注射液(牡丹江友博药业有限责任公司,国药准字 Z20010100)6ml 加 0.9%氯化钠注射液 250ml,静脉滴注,每日 1 次。③风痰瘀血,痹阻脉络型加用冻干血栓通(广西梧州制药集团股份有限公司,国药准字 Z20025652)150mg 加 0.9%氯化钠注射液 250ml,静脉滴注,每日 1 次。④气虚血瘀型加用黄芪注射液(正大青春宝药业有限公司,国药准字 Z33020179)20ml 加 0.9%氯化钠注射液 250ml,静脉滴注,每日 1 次。⑤针灸推拿治疗,每日 1 次。两组治疗均以 2 周为 1 个疗程,疗程结束后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

参照全国第四次脑血管病学术会议通过的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[3]制定。基本痊愈:病残程度 0 级,分数降低 $\geq 90\%$ (能恢复工作或操持家务)。显效:病残程度 1~3 级,分数减少 46%~89%(部分自理,大部分需人照顾)。有效:功能缺损评分减少 18%~45%。无效:功能缺损评分减少不足 17%,卧床病例,病残 5 级以上。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 32 例,基本痊愈 8 例,显效 14 例,有效 8 例,无效 2 例,愈显率为 68.8%,总有效率为 93.8%;对照组 32 例,分别为 5 例、6 例、13 例、8 例、34.4%、75%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

4 讨论

我们在对脑梗死患者采用西医治疗的同时,遵循中医整体观念、辨证施治的原则,参照《中医病证诊断疗效标准》^[2],分别采取滋阴潜阳、熄风通络;祛风化痰、活血通络;益气养血、化瘀通络等中医治疗方法。并随症加减用药,充分体现了中医学个体化治疗的特点。我们在临床治疗脑梗死的过程中,掌握中药注射剂成分及药理作用的同时,亦重视它的中药功效及寒热性质,在中医辨证分型基础上,注意选择性使用。

参考文献

- [1] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [2] 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: 24.
- [3] 全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.

补阳还五汤治疗脑梗死急性期 30 例

曾启全 孙智锋 陈强松 周波 陈慧

(广西壮族自治区合浦县中医院, 536100)

我们于 2007 年 1 月~2009 年 1 月运用补阳还五汤治疗脑梗死急性期患者取得满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

纳入的 60 例均为我院门诊及住院患者, 西医诊断标准参照全国第四次脑血管病学术会议制定的诊断标准。中医诊断标准参照国家中医药管理局脑病急症协作组修定的《中风病辨证诊断标准》, 辨证属于气虚血瘀型。按就诊的先后顺序随机分为治疗组与对照组, 每组 30 例。治疗组 30 例, 男 16 例, 女 14 例; 平均年龄 (56.2 ± 11.3) 岁; 对照组 30 例, 男 17 例, 女 13 例; 平均年龄 (56.0 ± 12.2) 岁, 经统计学处理, 两组患者在性别、年龄、血液流变学指标、血清过氧化脂质(LPO)和超氧化物歧化酶(SOD)水平等方面差异均无显著性($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

①同时符合中西医缺血性中风诊断标准, 中医辨证属于气虚血瘀型; ②发病 72h 内, 年龄 45~75 岁; ③经头颅 CT 或 MRI 证实为脑梗死。

1.3 排除标准

①中风病恢复期、后遗症期; ②短暂性脑缺血发作; ③经证实有脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、脑梗死合并脑出血、风湿性心脏病或冠心病及其他心脏病合并房颤, 引起脑栓塞者; ④45 岁以下和 75 岁以上患者及妊娠或哺乳期妇女; ⑤入病即脑疝形成, 合并有心、肺、肝、肾等脏器及造血系统等严重原发性疾病; ⑥有卒中病史且遗留有后遗症者; ⑦急性期行尿激酶溶栓治疗者。

2 治疗方法

治疗组予以口服或鼻饲补阳还五汤(生黄芪 30g, 桃仁 10g, 红花 10g, 当归 10g, 川芎 12g, 赤芍 15g, 地龙 15g)每日 1 剂, 水煎分早晚 2 次口服, 15~20 天为 1 个疗程, 治疗 1 个疗程后评定疗效。对照组予以丹参注射液 30ml 溶于 250ml 生理盐水中静脉滴注, 每日 1 次, 辅以阿司匹林肠溶片 50mg 口服或鼻饲, 每日 2 次, 15~20 天为 1 个疗程, 治疗 1 个疗程。

两组在治疗期间其他处理方法(降颅压、降血压、降血糖、支持对症治疗)均相同。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照全国第四次脑血管病学术会议制定标准。临床痊愈: 中医临床症状/体征消失或基本消失, 证候积分减少 $>95\%$; 显效: 中医临床症状、体征明显改善, 证候积分减少 $>70\%$ 但 $\leq 95\%$; 有效: 中医临床症状、体征明显改善, 证候积分减少 $>30\%$ 但 $\leq 70\%$ 。无效: 中医临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少 $\leq 30\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 30 例, 临床痊愈 22 例, 显效 5 例, 有效 2 例, 无效 1 例, 愈显率为 90%, 总有效率为 96.7%; 对照组 30 例, 分别为 9 例、10 例、6 例、5 例、63.3%、83.3%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后血液流变学指标变化比较

两组治疗后全血高切、全血低切、红细胞压积、红细胞聚集指数、红细胞刚性指数、红细胞变形指数、全血还原黏度 7 项较治疗前均有明显改善, 其中治疗后治疗组红细胞聚集指数、全血还原黏度的改善明显优于对照组($P<0.01$)。

3.4 两组患者治疗前后血清 LPO 和 SOD 水平变化比较

治疗组 30 例, 治疗前后 LPO 均值分别为 (5.15 ± 0.82) nmol/L、 (4.01 ± 0.50) nmol/L; 对照组 30 例, 分别为 (5.13 ± 0.80) nmol/L、 (5.05 ± 0.74) nmol/L。治疗组 30 例, 治疗前后 SOD 均值分别为 (70.12 ± 12.03) NU/ml、 (111.12 ± 13.75) NU/ml; 对照组 30 例, 分别为 (70.00 ± 13.22) NU/ml、 (73.05 ± 13.79) NU/ml。治疗组两项指标改善均有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨论

本病在中医学属“中风”范畴。病机为上盛下虚, 风火相煽, 痰浊壅盛, 瘀血内阻。目前中医药在治疗该病方面显示出明显优势^[1-2]。脑梗死急性期痰瘀消退与否, 与病情的转变及预后密切相关。我们在多年临床中运用补阳还五汤治疗脑梗死急性期患者取得满意疗效, 方中重用黄芪补脾胃之元气, 令气旺血行, 瘀去络通, 为君药。当归长于活血, 且有化瘀而不伤血之妙, 桃仁助当归尾活血祛瘀, 地龙通经活络, 其配伍特点为大量补气药与少量活血药相配, 使亏顺之气得以补还, 因虚致瘀之血得以行走, 气旺则血行, 活血而不伤正, 共奏补气活血通络之功。

参考文献

- [1] 王朝霞, 方习红, 王鹏. 祛痰化瘀胶囊治疗瘀阻络型脑梗死急性期 100 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7