

临床报道

英楡生肌方治疗消化性溃疡46例

刘启泉¹ 杨卓杰² 张晓利² 杨威涛² 曹鹏飞²
(1. 河北省中医院消化内科, 050017; 2. 河北医科大学)

消化性溃疡属于常见病、多发病, 它是以长期性、周期性、节律性的上腹痛为临床表现, 病情易反复发作。我们在临床实践中运用英楡生肌方治疗消化性溃疡⁴⁰例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

88例均为湖北省中医院门诊患者, 经电子胃镜确诊为消化性溃疡活动期。采用随机数字表法把患者随机分为两组。治疗组46例, 男30例, 女16例; 年龄(26~57)岁; 平均(39.96±8.27)岁, 病程6个月~15年, 平均(8.65±6.53)年。对照组42例, 男26例, 女16例; 年龄28~60岁, 平均(40.45±7.87)岁; 病程5个月~14年, 平均(8.79±2.29)年。两组患者性别、年龄、病程经统计学处理, 差异无显著性, 具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]标准。

1.3 纳入标准

①符合消化性溃疡诊断标准和中医证候诊断标准; ②治疗前行胃镜检查证实为溃疡活动期。

1.4 排除标准

内窥镜证实为溃疡合并重异型增生者、消化道出血及幽门梗阻; 有特殊原因的胃及十二指肠溃疡, 如胃泌素瘤、肝硬化等; 酗酒或过敏体质不宜做药物试验观察者; 合并有心血管、肝肾和造血系统等严重原发性疾病及精神病患者。

2 治疗方法

治疗组予英楡生肌方治疗。药物组成: 柴胡10g, 黄芩6g, 八月札12g, 仙鹤草20g, 陈皮15g, 枳实20g, 砂仁10g, 佩兰10g, 茯苓20g, 香附20g, 荔枝核30g, 蒲公英30g, 地楡20g, 白花蛇舌草20g, 延胡索20g, 白芍30g, (炒) 莱菔子15g, 莪术6g, 半夏12g, 三七粉2g, 香茶菜15g。每日1剂, 每次400ml, 分早晚两次服用。对照组口服奥美拉唑胶囊20mg, 每日2次; 阿莫西林分散片, 每次0.5g, 每日2次; 替硝唑胶囊0.5g, 每日2次; 阿莫西林分散片和替硝唑胶囊服用1周后停用, 然后继续服用奥美拉唑胶囊5周, 每次20mg, 每日1次。两组疗程均为6周。

3 疗效观察

3.1 疗效标准^[1]

痊愈: 临床症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 95\%$, 胃镜检查示溃疡及周围炎症均消失; 显效: 临床症状、体征明显改善, 证候积分减少 $\geq 70\%$ 但 $<95\%$, 胃镜检查示溃疡消失, 但仍有炎症; 有效: 临床症状、体征均有好转, 证候积分减少 $\geq 30\%$ 但 $<70\%$; 无效: 临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少 $<30\%$, 且胃镜检查示溃疡面缩小 $<50\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组46例, 痊愈20例, 显效15例, 有效7例, 无效4例, 总效率为91.3%; 对照组42例, 分别为14例、10例、6例、12例、71.42%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组胃镜检查溃疡愈合情况比较

治疗组46例, 痊愈30例, 显效8例, 有效5例, 无效3例, 总效率为93.48%; 对照组42例, 分别为42例、20例、9例、5例、8例、80.95%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.4 两组临床症状改善情况比较

两组症状积分治疗前后自身比较, 差异有显著性意义($P<0.05$), 治疗后两组间比较差异有显著性意义($P<0.05$), 治疗组明显优于对照组。

4 讨论

英楡生肌方中地楡味苦、微寒, 甘酸无毒, 具有凉血止血、解毒敛疮的作用; 蒲公英味苦甘、性寒, 长于清热解毒、消肿散结。柴胡味辛散苦降, 功在通阳解郁和胃; 黄芩味苦、寒, 功在清热燥湿、泻火解毒, 共奏疏泄肝胃郁热的作用。八月札、莪术、枳实、荔枝核疏肝理气消痞, 香附、三七行气止痛、活血消肿生肌; 砂仁、佩兰、茯苓、陈皮、半夏健脾化湿理气; 白芍、延胡索柔肝缓急止痛; (炒) 莱菔子消食化痰; 香茶菜、白花蛇舌草、蒲公英清热解毒; 仙鹤草可收敛止血, 促进溃疡愈合。

参考文献

[1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 155.

串刺法配合电针治疗面神经麻痹48例

王 斌

(天津市人民医院, 300121)

笔者参阅文献报道, 结合个人临床经验, 自创“串刺法”, 用于治疗面神经麻痹, 现报道如下。

1 一般资料

全部病例来自2004~2009年我院针灸科门诊及神经内科住院病例。依据《神经病学》^[1]中有关面神经麻痹的诊断标准诊断, 95例患者均有不同程度的患侧额纹消失, 眼睑闭合不全, 鼻唇沟变浅, 口角歪向健侧, 蹙额、皱眉、闭眼、提唇、露齿、鼓腮不能, 漱口漏水, 进食时食物滞留于齿颊之间, 部分患者伴有患侧耳后乳突部疼痛, 舌前2/3味觉消失等, 发病前常有受寒、受凉、吹风史, 急性或亚急性起病。排除其他原因所致之周围性面瘫, 如核性瘫、手术损伤、腮腺病变等。按就诊时间随机分为治疗组与对照组, 治疗组48例, 其中男27例, 女21例; 年龄19~74岁, 平均40.1岁; 病程1~27天, 平均6.7天。对照组47例, 其中男25例, 女22例, 年龄21~68岁, 平均39.6岁; 病程1~26天, 平均7.0天。两组患者在性别、年龄、病程及病情轻重程度上比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组

选穴:选取面部瘫痪肌肉肌腹部的穴位阳白、太阳、瞳子髎、颊车、地仓、夹水沟、夹承浆、颧髎。急性期有耳后乳突部疼痛者可选刺翳风、风池,口歪较甚加下关,远端取穴选取对侧合谷。使用苏州医疗用品厂有限公司生产的华佗牌一次性无菌针灸针,规格0.28mm×50mm。操作方法:常规消毒皮肤,取患侧阳白向内下、外下方串针刺,针体串行额肌、皱眉肌;太阳向内下、瞳子髎向内下方串针刺,针体串行颧肌、上唇方肌、眼轮匝肌;颧髎向内下刺,串行颧肌和颊肌;颊车向内上、地仓向外下串针刺,串行笑肌、三角肌等;夹水沟(水沟旁开0.5寸)、夹承浆(承浆旁开0.5寸)分别向患侧水平串刺,串行口轮匝肌、颧肌以及颊肌、下唇方肌、三角肌;下关、风池、对侧合谷直刺。急性期有耳后乳突部疼痛者可选刺翳风。串刺法,针体均应串行于肌层,不能太浅仅行于皮下,也不能太深直达肌肉下层。针体方向与肌肉纤维走行成40°~60°夹角,不能与肌束平行,犹如串糖葫芦一样用毫针串联起更多肌束纤维,进针1~2寸,手法采用平补平泻。行小幅度捻转手法,手法宜轻柔,微有酸胀提紧感即可,不必剧烈刺激产生强烈放电感甚至引起面肌抽搐。

针刺得气后加用常州英迪电子医疗器械有限公司生产的英迪牌KWD-808-I型脉冲针灸治疗仪。根据病情选阳白、太阳、颧髎、地仓、颊车、夹水沟、夹承浆等穴加电针2~3组,疏密波,频率为20次/min,强度以面部肌肉产生轻度有节律的抽动为宜,行针20min。

2.2 对照组

选用0.30mm×50mm毫针,选取上述相同穴位,直刺、斜刺或平刺。进针0.5~1寸,手法采用平补平泻,电针方法同上。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

疗效评定参照第五次国际面神经外科专题研讨会推荐的《H-B面神经功能评价分级系统》。痊愈:面部所有区域正常。显效:仔细观察可看出轻微的功能减弱。可能有轻微的联带运动,面部静止时对称,张力正常,上额运动中等,眼部轻用力,可完全闭合,口轻微不对称。有效:有明显的功能减弱,但双侧无损害性不对称,可观察到并不严重的联带运动,挛缩和(或)半侧面部痉挛,面部静止时张力正常,上额运动微弱,眼用力可完全闭合,口明显不对称。无效:面部静止时不对称,上额无运动,眼不能完全闭合,口仅有轻微运动。分别于开始治疗时和疗程结束时记录H-B面神经功能评定分级情况。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组48例,痊愈37例,显效9例,有效2例,无效0例,愈显率为95.8%,总有效率为100%;对照组47例,分别为22例、14例、8例、3例、76.6%、93.6%。两组疗效比较,治疗组愈显率明显高于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组痊愈例数好转、显效、痊愈时间对比

结果显示,治疗组痊愈病例在好转时间、显效时间、痊愈时间上,较对照组明显缩短,两组比较差异有显著性($P<0.01$)。

3.4 两组治疗后H-B面神经功能分级情况比较

结果显示,治疗后两组比较,差异具有显著性意义($P<0.05$),串刺法组提高面神经功能的程度明显优于对照组。

4 讨论

串刺法不同于以往的针刺手法,它是一种规范精确、系统

全面、立意新颖的针刺手法。其主要特点在于:①规范精确:串刺针法在进针部位、针刺方向、串行深度等各个方面都有严格规范、明确统一的规定,避免了针刺过程中的随意性,操作方法简便、明了。具有很强的可操作性,更规范、更精确。②有效治疗面积大:毫针按照一定的角度串行于患病肌肉的肌纤维之间,使毫针最大限度串联瘫痪肌纤维,针刺作用通过毫针以扇形面积辐射,大大增加了针刺治疗的有效面积,提高治疗效果,尤其对细小而复杂的肌群,疗效全面而独特。③疗效优:本法见效快,疗程短,效果明显,在起效时间、显效时间及治愈时间上较传统手法均有明显优势,平均缩短5~10天。④创伤小:串刺针法手法轻柔,针刺穴位少。不强烈刺激神经主干,避免神经主干损伤,减少后遗症的发生。

参考文献

[1]侯熙德.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,1997:80.

益气通腑逐瘀方灌肠治疗脓毒症36例

鲁召欣¹ 张雷² 姜志明³ 张明³
徐拥庆³ 李涛³ 解建³

(1. 山东省青岛市海慈医疗集团急诊科, 250014;

2. 山东省临朐县人民医院重症医学科;

3. 山东省千佛山医院重症医学科)

脓毒症是指由感染引起的全身炎症反应综合征(SIRS),是烧伤、严重创伤、休克、大手术后常见的并发症,可进一步发展为急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、多器官功能障碍综合征(MODS)。我们于2008年6月~2009年6月采用益气通腑逐瘀方灌肠联合西医常规疗法治疗脓毒症患者36例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2008年6月~2009年10月就诊于山东省千佛山医院ICU的脓毒症患者80例,随机分为两组。治疗组40例,男24例,女16例;平均年龄(56±12)岁;APPAC-AE II评分为(18±3)分。对照组40例,男23例,女17例;平均年龄(54±10)岁;APPACHE II评分为(17±37)分。两组患者性别、年龄、APPACHE II评分等无统计学差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

参照2007年中华医学会急诊医学分会危重病专家委员会、中国中西医结合学会急救医学专业委员会制定的《脓毒症的定义、诊断标准、中医证候诊断要点及说明》^[1]。

2 治疗方法

治疗组与对照组均给予敏感抗生素控制感染;吸氧保证氧供,病情需要者给予机械通气;血压降低者应用血管活性药物,中心静脉持续泵入维持血压;肠内外营养支持等常规治疗。治疗组在此基础上用益气通腑逐瘀方灌肠治疗。益气通腑逐瘀方药物由山东中医药大学第一附属医院提供,组成:黄芪30g,生地黄15g,桃仁15g,大黄9g(后下),枳实15g,丹参15g,当归15g,赤芍9g,牡丹皮9g,川芎9g,红花9g。水煎浓缩,每毫升含生药0.5g,灌肠3ml/kg,每日2次;对照组在此基础上用煎药用水灌肠13ml/kg,每日2次,两组均为1个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准