

1 临床资料

1.1 一般资料

收集本科 3年 100例胃痛食积型患者,男性 60例,女性 40例。年龄 3~83岁。病程 3个月~30年。幼儿占 36%,老年人占 23%,有基础病(有胃病者)占 41%,饮食不节占 32%,其他病因占 27%。26例经过胃镜检查,60例经过大便镜检。

1.2 临床表现

本病是胃痛食积型,幼儿以厌食多见,成年人以胃脘胀不适,纳呆,暖腐、大便多数稀溏或不成型,舌苔白厚腻脉滑。

2 治疗方法

主方:山楂 5~30g 神曲 5~30g 法半夏 3~15g 茯苓 10~30g 陈皮 3~30g 连翘 3~20g 莱菔子 3~15g 根据药量加水,水煎服,1剂服两天,每天服 3次,每次服 100ml,小儿酌情减量。连服 3~5天。有胀气可加枳实 3~15g 槟榔 5~20g 有大便秘结者可加黄连 2~15g 黄芩 3~20g 体质壮实者可加大黄 3~10g 有脾虚者可加路党参 5~30g 白术 10~30g 山药 5~20g 甘草 3~15g 血虚加当归 5~15g 川芎 3~10g 阿胶 3~10g 枸杞子 3~15g 五味子 2~10g 酸枣仁 5~15g 茯神 5~15g 根

据年龄大小病情轻重定剂量,煎法、服法同上。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

治愈:症状大部分消失,半年至 1年内不复发,相应的主要理化检查基本恢复正常或明显好转。显效:主要症状消失,半年至 1年不复发,相应的主要理化检查好转。有效:主要症状基本消失,半年至 1年内虽有发作,但疼痛程度减轻,持续时间缩短,相应的主要理化检查改变不大。无效:主要症状无变化,相应的主要理化检查无改变。

3.2 治疗结果

治愈 32例,有效 56例,无效 12例,总有效率 88%。

4 讨论

胃痛属中医“胃脘痛”、“痞满”范畴。胃痛食积型病因清楚,病情不复杂,病程有长有短,病情可多变化,还与其他胃病相混杂。笔者从中医理论和中医古籍中获得启发,采用消食和胃,消食兼理气,健脾补气,清热通便,补血,治疗厌食、不食,特别是小儿食积症有一定的治疗效果。

* 四川省石棉县中医院 (625400)

辨证治疗血小板减少性紫癜 36例

何 成 云 *

血小板减少性紫癜是指血液中血小板数量减少,引起皮肤、黏膜出血,严重者内脏亦有出血。其临床症状表现为自发性的皮肤瘀点、瘀斑,黏膜和内脏出血,血小板减少及出血时间延长等。西医治疗血小板减少性紫癜以激素为主,如强的松,也采用免疫抑制剂等治疗,严重时输全血和血小板。中医治疗以凉血解毒活血为大法,兼顾益气养阴。从髓入手,全身治疗,使病症好转,人体恢复正常生理机能。髓乃“奇恒之腑”,其生理功能是充养脑髓,滋养骨骼,化生血液,治疗则损其有余而补不足,修复已造成的器官损害,使病症好转,形成新的人体状态。本病属于中医“发斑”、“血证”范畴,由于热毒炽盛,气不摄血,致迫血妄行;或肝实脾虚,肝木凌土,脾不统血而引发该病。病情长久不愈会导致脾肾阳虚或肝肾阴虚。治疗方法:清肝扶脾,滋阴降火,益气养血。笔者在中医辨证指导下选用方药治疗血小板减少性紫癜 36例,收到良好的效果,现总结如下。

1 一般资料

病例均来自本院门诊,年龄 5~56岁,平均 14岁;男性 17例,女性 19例,病程 3天~5年。症状:皮肤青紫,不对称,鼻衄,齿衄,吐血,咳血,伤口出血难止,或妇女月经过多,舌质紫黯,舌苔薄白,脉象弦数或虚大无力。体

征:查体有皮肤青紫,或皮下出血点,血常规可见血小板减少。

2 治疗方法

①知柏地黄丸:知母 12g 黄柏 12g 生地黄 15g 牡丹皮 15g 山药 15g 猪苓 12g 茯苓 15g 山茱萸 15g 白茅根 15g 功能与主治:滋阴补肾,凉血止血。用于血小板减少性紫癜等。主要用于治疗各种出血性疾病。它可以提高机体免疫力,改善骨髓造血功能,改善血管通透性、增加血管弹性,能有效阻止皮肤及各器官出血的发生。

②生地黄汤:生地黄 15g 牡丹皮 15g 赤芍 15g 墨旱莲 10g 甘草 6g 侧柏叶 10g 玄参 15g 功效与主治:养阴清热,凉血止血。出血性疾病:过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、血小板减少症、再生障碍性贫血、白血病、血友病、鼻衄、吐血、咳血。

3 疗效标准

治愈:症状消失,回访 3年未见复发,血小板正常。有效:症状减轻,血反恢复正常,停药后又作。无效:服药 1个疗程后(10天)症状,体重不减。

4 结果

肝肾阴虚、血热迫血妄行 17例,治愈 12例,好转 3例,无效 2例;血热迫血外溢 19例,治愈 11例,好转 5例,

无效 3例,总有效率 86.3%。

5 讨论

本病属于中医的血证范畴,多因外感或内伤,引起气、血、津液的运行失常,输布失变,生成不足,亏损过多,从而导致的一类病证。正常情况下,血行于脉中,在气的作用下,循环往复,阴阳平衡,供给人体营养。如果阴阳平衡被打破,血不潜心经,自九窍排出体外,或渗溢于肌肤则为本病。《灵枢·百病始生》说“卒然多食饮则肠满,起居不节,用力过度,则络脉伤,阳络伤则血外溢,血外溢则衄血,阴络伤则血内溢,血内溢则后血”;《景岳全书·血证》云:“血动之由,惟火惟气耳”,多与气血有关。在脏则多与肝、脾、肾、心、肺有关。肝藏血,肝脏受损,则肝不藏血,脾统血脾的功能受损,则血不循常道,发为出血;肾主骨,生髓,肾不主骨,则髓无或生,骨髓不充,心主

血脉,心不主血脉,则血病也,肺主气,通调水道,肺不主气,则通调水道的功能受损,血为液体,靠气的推动作用而运行,气虚则血虚,气滞则血瘀。本文以肾虚火旺(滋阴补肾,凉血止血)和血热妄行两型辨治。肾阴亏虚,虚火内炽,灼伤血络,则当滋阴补肾,凉血止血为主,知柏地黄汤加白茅根、墨旱莲、小蓟、藕节凉血泻火,滋阴补肾,止血。血热妄行则邪热壅盛,迫血妄行,血出于肌肤之间,故见紫斑,若热毒极盛,损伤多处血络,可见血衄、齿衄、便血、尿血等,笔者就两型临床观察 36例,收到良好的效果,今借刊一角,以供同道参考,不妥之处还望提出,以便提高。

* 云南省砚山县中医医院 (663100)

中西医结合治疗卒中后抑郁症 28例

何 乾 超 *

卒中后抑郁症 (PSD)是发生在卒中后的一种包括多种精神症状和躯体症状的复杂情感性精神障碍疾病,是脑血管疾病常见的重要的并发症之一,具有较高的发病率。抑郁症的存在常严重影响患者的生活质量及神经功能的恢复。临床给予及时诊断和干预治疗,可减少致残率,提高生活质量,促进脑卒中的康复进程^[1]。笔者应用中西医结合的方法治疗卒中后抑郁症取得了较好的临床效果,现报道如下。

1 临床资料

选取 2008年 1月~2009年 2月在我院神经内科住院的脑卒中后并发抑郁症的患者 49例为研究对象,所有病例均符合 1995年全国第四届脑血管病会议提出的脑卒中诊断标准,均经头颅 CT或 MR证实。年龄 35~75岁。所有患者在接受药物治疗前汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)评分 ≥ 18 分。未服用过抗抑郁药。意识清楚,智能正常,能配合完成抑郁量表的评定,无严重心、肝、肾疾病病史,无精神疾病史及癫痫病史,排除老年良性记忆减退,老年性痴呆和神经衰弱。随机分为治疗组和对照组,治疗组 28例,男 17例,女 11例;平均年龄 67.3岁;平均病程 2.5个月;其中轻度 7例,中度 8例,重度 3例。对照组 21例,男 11例,女 10例;平均年龄 66.7岁;平均病程 2.8个月;其中轻度 14例,中度 5例,重度 2例。两组在年龄、性别、病程、疾病严重程度等方面差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

两组均按脑卒中予常规治疗。对照组:盐酸帕罗西汀片 (天津中美史克制药有限公司,批准文号:

H10950043) 20mg口服,1天 1次。治疗组:在对照组基础上,结合中医辨证施治,肝郁脾虚型用六郁汤加减;肝郁血瘀型用桃红四物汤加味;心脾两虚型用归脾汤加减;脾肾阳虚型用赞育丹加减。中药每日 1剂,水煎服。

2.2 观测指标

分别于治疗前及治疗 4周进行两次评定,采用 HAMD量表评定抑郁程度。临床疗效根据《临床疾病诊断依据治疗好转标准》,分为显效、有效、无效 3级。临床治愈:显效: HAMD评分变化 $>75\%$;有效: HAMD评分变化在 $50\% \sim 75\%$;无效: HAMD评分变化 $<50\%$ 。

3 结果

对照组显效 11例 (52.4%),有效 3例 (14.3%),无效 7例 (33.3%),总有效率 66.7%;治疗组显效 20例 (71.4%),有效 5例 (17.9%),无效 3例 (10.7%),总有效率 89.3%,经统计学处理差异有显著性 ($P<0.05$)。

4 讨论

脑卒中后发生抑郁,与患者的性别、年龄、文化水平、经济条件、病理解剖等有着密切的关系。患者的年龄大,病情重,病程长,性格内向,文化水平低,经济条件差,与家人不和,病灶在左侧半球的中风患者,抑郁症发生率较高^[2]。

中医认为,卒中后抑郁是继发于脑卒中之后的一种情志异常疾患,其发病与情志因素密切相关,日久必会影响气血正常运行,导致脏腑功能失常。其病理变化主要是气郁、血瘀、正虚。脑卒中后突如其来的生理功能障碍使患者产生忧愁、思虑、恼怒情绪,影响肝的疏泄功能,使肝失条达,气机郁结。肝病及脾,脾失健运,日久必虚。而患者无论是出血性脑卒中还是缺血性脑卒中,瘀血都