

用 7 号针头抽 2% 利多卡因 2ml 作局部麻醉,以 30°角进针,针穿过骶尾韧带阻力消失,有落空感,经回抽及负压测定,确认抵达骶管无疑时,将药液注入 5ml,观察如无明显不良反应,即可全部注入。拔出针头,用创可贴覆盖针孔,嘱患者俯卧休息。30min 后改为仰卧位去枕。7 天注射 1 次,3 次为 1 个疗程。

2.2 床头牵引

患者平卧硬板床,抬高床尾增加上身与硬板床的阻力,头低脚高,利用上身与骨盆牵引带形成对抗牵引。牵引重量每侧为 6~16kg,每次 30min,每天 2 次,14 天为 1 个疗程。

2.3 推拿按摩

①按揉法:患者俯卧于床上,术者立其身旁,以双手拇指自患者背部沿脊柱两侧足太阳膀胱经自上而下进行按揉 3 次。②滚法:术者于背部足太阳膀胱经和督脉,自上而下施行滚法至下肢承山穴以下 3 次。③斜扳法:患者侧卧位,患侧在上,健肢伸直,患肢屈曲放于其上,腰部放松,术者立于患者背后,一手推臀,一手扳肩,两手相对用力,使上身旋后,骨盆旋前至最大范围时,瞬间发力作一定稳定的推扳动作,此时往往可以听到一声清脆的弹响声。④按压法:用两手掌根部重叠下按腰部,从腰部至骶部按压 3 次,力量要适中,不宜过大或过猛,频率快而稳。⑤打击法:用双手掌侧交替击打腰部,使其肌肉放松,术毕。

2.4 药物治疗

20% 甘露醇 125ml,10% 葡萄糖注射液 500ml+维生素 C 2.0g+维生素 B₆ 0.1g+地塞米松 5mg+三磷酸腺苷 40mg,5% 葡萄糖 250ml+丹参注射液 20ml,5% 葡萄糖 250ml+甲钴胺注射液 500ug,静脉滴注,每天 1 次,7 天为 1 个疗程。同时口服布洛芬缓释片 0.2g,2 次/日,扶阴透骨片或气阴养骨片 4 片,3 次/日(肝肾亏虚者),独一味胶囊 3 粒,3 次/日(气滞血瘀者),甲钴胺分散片 1 片,3 次/日。

2.5 功能锻炼

后期要练习五点支撑、背伸每天 6~20 次,双腿交替行直腿抬高运动,每天 40 次,逐步锻炼至抬高 70°以上及佩戴腰围下床活动。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

根据 Nakai 评分标准,优:症状和体征完全消失,恢复原工作。良:症状和体征基本消失,劳累后偶有腰痛或下肢酸胀感,恢复原工作。可:症状和体征明显改善,遗

留轻度腰痛或下肢不适,减轻工作或活动。差:症状和体征无明显改善,不能从事正常工作和生活。

3.2 疗效评定结果

本组 230 例行上述疗效标准评定,优 176 例,良 38 例,可 13 例,差 3 例,总有效率 98.6%。

4 讨论

由于腰椎间盘突出受外力、劳损或自身的退行性病变致纤维环破裂,髓核突出,对硬膜囊或神经根产生机械性压迫,同时压迫椎管内血管导致循环障碍,受刺激的神经根和硬膜囊出现炎症反应,水肿充血渗出引起临床症状和体征。如何消除或减少硬膜囊和神经根的刺激,改变周围环境是治疗该病的目的。我们采用全身疗法及局部用药双管齐下的方法:①应用骶管注射直接作用于硬膜囊及神经根,以少量的利多卡因能够迅速止痛减轻患者的痛苦;康宁克通 A、地塞米松为糖皮质激素类药物,可抗炎、抗渗出、减轻水肿;654-2 能够解除血管痉挛改善循环;维生素 B₆、B₁₂、甲钴胺注射液能营养神经,促进神经功能的恢复;加生理盐水共达 35ml,有研究表明硬膜外腔是一个仅有 100ml 容量的潜在间隙,从骶管裂孔注射 30~35ml 以上药液就能向上扩散到 L4/5、L5/S1 节段,35ml 的液体总量形成的加压作用在一定程度上能够松解神经粘连。②通过牵引解除肌肉痉挛,使椎间隙内产生负压有利于椎间盘的还纳。③推拿按摩以揉、滚法、压法等使肌肉完全放松,增强局部的血液循环、疏通经络,促进炎症的吸收;斜扳法能够改善硬膜囊、神经根、突出的椎间盘及韧带等之间的关系,解除压迫、粘连及纠正小关节紊乱;按压法使椎间隙瞬间产生负压有利突出物的还纳,还可纠正残余的小关节紊乱;击打法可以解除患者斜扳手法后的肌肉紧张。④因压迫或刺激致硬膜囊和神经根充血、水肿、渗出及炎症形成,故用 20% 甘露醇、葡萄糖注射液、地塞米松、三磷酸腺苷、丹参注射液、甲钴胺注射液等全身用药,具有消除水肿、营养神经、改善血循环,促进炎症吸收的作用。⑤扶阴透骨片、气阴养骨片具补肝肾、强筋骨的作用,独一味胶囊则有活血止痛通络的作用。⑥后期加强练习五点支撑背伸及直腿抬高可增强腰背肌的力量,缩短疗程,也可有效地预防疼痛的复发。

我们认为,治疗期间应绝对卧床是治疗该病的基础,骶管注射、牵引、药物、推拿按摩是治疗手段,加上后期功能锻炼能够起到标本兼治的治疗效果。

* 广东省河源市中医医院(517000)

补脾止泻汤治疗肠易激综合征腹泻型 60 例

马 群¹ 马 健² 马 山¹

肠易激综合征(IBS)是一种肠功能紊乱性疾病,临床表现多为腹痛、腹胀、腹泻、便秘等。属中医“腹痛”、“泄泻”、“便秘”等范畴。本病虽然不是器质性病变,但反复

发作、缠绵难愈,大大降低了人们的生活质量。在临床实践中,我们发现患者大多有慢性胃炎,用中药汤剂治疗肠易激综合征腹泻同时兼治胃炎,取得良好疗效,现报道如

下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集本院 2007 年 8 月~2009 年 8 月 IBS 腹泻型门诊治疗患者,随机分为治疗组及对照组。治疗组 60 例,男 22 例,女 38 例,平均年龄 (51.3 ± 16.6) 岁;对照组 60 例,男 25 例,女 35 例,平均年龄 (50.2 ± 17.1) 岁。两组病程 2 个月~20 年。两组患者的一般资料经对比差异均无统计学意义($P < 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照国际罗马 III 标准及《中医消化病诊疗指南》关于 IBS 腹泻为主型的诊断标准,经理化检查排除引起排便习惯改变的器质性疾病。

2 治疗方法

治疗组以自拟补脾止泻汤(蒲公英 30g,白花蛇舌草 15g,黄芪 30g,党参 15g,炒白术 10g,肉桂 10g,干姜 10g,半夏 10g,片姜黄 10g,茯苓 12g,陈皮 10g,山药 30g,炒扁豆 30g,砂仁 5g,丁香 6g,肉豆蔻 10g,赤石脂 30g,丹参 30g,川芎 10g,甘草 6g)为基础方,偏肝郁者加白芍 15g、防风 12g、木香 10g、枳壳 10g;脾肾阳虚者加乌梅 15g、黄连 6g、川椒 6g、细辛 3g、补骨脂 12g、炮附子 10g;脾胃湿热者加黄芩 10g、黄连 6g、石榴皮 15g、乌梅 15g、炮附子 10g、当归 10g、川椒 6g、细辛 3g。每日 1 剂,水煎分 3 次混匀后分 3 次口服,连服 4 周为 1 个疗程。对照组采用匹维溴胺 50mg,每日 3 次,思密达每次 3g,每日 3 次,米雅每次 80mg,每日 3 次。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中医消化病诊疗指南》腹泻为主型 IBS,临床痊愈:临床症状、体征消失。显效:大便正常,腹痛与其他症状消失,短期无复发。有效:大便次数减少,腹痛与其他症状减轻。无效:症状未见改善。

3.2 治疗结果

治疗组临床痊愈 25 例,显效 22 例,有效 10 例,无效 3 例,总有效率 95.0%。对照组 60 例分别为 15 例、16

例、15 例、14 例,总有效率 76.7%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

IBS 腹泻型属于胃肠功能紊乱性疾病,不同于感染性腹泻和吸收不良综合征,又名“过敏性结肠炎”、“神经性结肠炎”、“激惹结肠”等。虽然腹泻,但不影响肠道吸收,患者往往并无体重下降、消瘦表现,个别患者反而肥胖,但大多伴有慢性胃炎。该病多由内伤情志,外感六淫,调养不当或禀赋不足等原因导致肝气郁滞,疏泄不利,肝脾不和,脾胃运化无权,升降失调,湿浊阻滞,肠道气机不畅,传导失司而发病。早期多属实证,女性多因郁怒伤肝,致肝郁气滞;男性多因饮食劳倦或内伤情志损伤脾胃。日久正气渐亏,发展为肝郁脾虚甚至脾肾阳虚等证。我们以参苓白术散为基础进行加味,四君平补脾胃之气,配以扁豆、薏苡仁、山药辅助白术、砂仁既可健脾,又能渗湿而止泻;黄芪补中益气,陈皮理气,二药提升下陷阳气,以求升清降浊,脾胃和调;肉桂、干姜、半夏、片姜黄、丁香、肉豆蔻温中行气,涩肠止泻;赤石脂涩肠止泻力强,蒲公英、白花蛇舌草清热解毒、消炎,川芎、丹参活血祛瘀、行气止痛,增加胃黏膜血流量,消除胃黏膜慢性炎症。若兼肝郁者痛泻药方(白术、白芍、防风、木香、枳壳)加味散肝疏脾、祛湿止泻;若脾肾阳虚者配以四神丸(乌梅、黄连、川椒、细辛、补骨脂、炮附子)加减,以温肾健脾,固涩止泻;脾胃湿热、寒热错杂、久泻不止者加乌梅丸(乌梅、黄芩、黄连、炮附子、当归、川椒、细辛、石榴皮)以清热燥湿,涩肠止泻。服药治疗同时还应注意情志、饮食、所处环境、生活规律的调节。西医对 IBS 尚缺乏特异性治疗,且容易复发,而中医药在此病的治疗上既能缓解肠道平滑肌痉挛,抑制肠道运动亢进状态,又能对抑制状态的肠道增加动力;对肠道吸收分泌功能也有双向调节作用,疗效好而且复发少,有着明显的优势。

1 中国人民解放军济南军区青岛第二疗养院(266071);

2 中国人民解放军 401 医院

益肾清淋方配合西药治疗Ⅲ型前列腺炎 65 例临床观察

尹国良* 熊前荣* 肖翠云* 朱庆伟* 张剑波* 刘新美*

慢性非细菌性前列腺炎/慢性盆底疼痛综合征(CAP/CPPS)是美国国立卫生研究院(NIH)所提出的前列腺炎分类方法中的Ⅲ型,是中青年男性常见病,约占慢性前列腺炎的 90%~95%^[1]。本病的致病因素复杂,病程长,易反复发作。临床上治疗方法虽多,但效果均不甚理想。我们自 2007 年 3 月~2009 年 3 月采用益肾清淋方配合坦索罗辛治疗 CAP/CPPS 患者 65 例,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男科门诊患者 123 例,年龄 19~50 岁,平均 32.5

岁,病程 3 个月~5 年,已婚 87 例,未婚 36 例。根据 NIH 的慢性前列腺炎症状评分(CPSI),9 分以下为轻度;10~18 分为中度;19 分以上为重度。本组 123 例,其中中度 57 例,重度 66 例,症状评分 10~36 分,平均 23.6 分。前列腺炎液检查 WBC $7 \sim 29$ 个/HP(平均 18.3 个/HP),全部观察病例经前列腺炎液细菌培养(4 杯法)均为阴性。利用随机数字表将符合纳入标准的病例随机分成治疗组 65 例,对照组 58 例。治疗组与对照组年龄、婚姻状况、病程、病情程度、症状积分、前列腺炎白细胞计数(EPS-WBC)均无统计学差异($P > 0.05$)。