

泻疗效标准制定。①临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;②显效:症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;③有效:症状体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;④无效:症状体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $\leq 30\%$ 。

2.4 统计学处理

采用 SPSS 11.0 统计软件进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

3 结果

表 1 4 组患者治疗前后临床症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	大便泄泻	腹痛腹胀	矢气频频	不欲饮食	疲劳懒言	失眠健忘
针药组	治疗前	50	5.06 $\pm$ 2.08	4.36 $\pm$ 1.89	3.98 $\pm$ 2.65	2.15 $\pm$ 2.02	3.54 $\pm$ 2.21	3.88 $\pm$ 2.43
	治疗后	50	2.98 $\pm$ 2.13 ^{#*}	1.88 $\pm$ 1.01 ^{#*}	1.97 $\pm$ 1.03 ^{#*}	1.10 $\pm$ 0.75 ^{#*}	1.25 $\pm$ 1.07 ^{#*}	1.42 $\pm$ 1.21 ^{#*}
头针组	治疗前	34	5.06 $\pm$ 2.09	4.24 $\pm$ 2.01	3.85 $\pm$ 2.50	2.27 $\pm$ 2.14	3.41 $\pm$ 2.18	4.00 $\pm$ 2.54
	治疗后	34	3.06 $\pm$ 2.14 [#]	2.51 $\pm$ 2.24 [#]	2.33 $\pm$ 2.05 [#]	2.02 $\pm$ 1.81	3.18 $\pm$ 2.05	3.79 $\pm$ 2.46
中药组	治疗前	36	5.11 $\pm$ 2.01	4.58 $\pm$ 1.69	3.83 $\pm$ 2.45	2.27 $\pm$ 2.14	3.86 $\pm$ 2.25	4.13 $\pm$ 2.39
	治疗后	36	2.46 $\pm$ 2.18 [#]	2.61 $\pm$ 2.02 [#]	3.05 $\pm$ 2.11	1.23 $\pm$ 1.05 [#]	1.32 $\pm$ 1.01 [#]	2.82 $\pm$ 2.13 [#]
对照组	治疗前	50	5.03 $\pm$ 2.16	4.31 $\pm$ 1.63	4.75 $\pm$ 2.45	2.22 $\pm$ 2.15	3.64 $\pm$ 2.17	3.94 $\pm$ 2.46
	治疗后	50	3.04 $\pm$ 2.10 [#]	2.29 $\pm$ 2.02 [#]	2.03 $\pm$ 2.01 [#]	1.84 $\pm$ 2.25	3.41 $\pm$ 2.37	1.64 $\pm$ 1.29 [#]

注:与本组治疗前比较, # $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, * $P < 0.05$

4 讨论

肠易激综合征在中医医籍中则无系统的专门论述,《难经·五十七难》:“泄凡有五,其名不同,有胃泄,有脾泄,有大肠泄,有小肠泄,有大瘕泄,……大肠泄者,食已窘迫,大便色白,肠鸣切痛”,其描述与腹泻型肠易激综合征相似。大肠受纳传导脾胃下输的糟粕,吸收津液,一旦为内外因素所伤,则可见泄泻或便秘、腹痛等相关病症的发生。依据肠易激综合征的发生主要与情志失调,思虑劳倦等因素有关,脾气虚弱、肝木克土是导致本病发生的重要内因,精神抑郁为其重要诱因,饮食不调为发病的重要环节。久病必瘀、化湿宜用风药学说理论为指导用药,在柴胡、白术、益母草、三七、葛根、防风为基础方辨证加减,认识到活血化瘀(益母草、三七)和祛风化湿(葛根、防风)药物在治疗肠易激综合征中的作用。依据国际标准化头穴取穴方案,通过针刺胃肠区,泻其有余,补其不足,对胃经肠经辨病辨证相结合,腹痛是胃肠经气血壅塞,经络不通的表现,采取泻法,《灵枢·刺节真邪》:“用针者,必先察其经络虚实……经上实下虚而不通者,必有横络

3.1 4 组患者临床疗效比较

中药组 36 例中,临床痊愈 18 例,显效 6 例,有效 8 例,无效 4 例,总有效率 88.8%;头针组 34 例中临床痊愈 15 例,显效 9 例,有效 6 例,无效 4 例,总有效率 88.2%;针药组 50 例中,临床痊愈 36 例,显效 8 例,有效 3 例,无效 3 例,总有效率 94.0%;西药组 50 例中临床痊愈 31 例,显效 8 例,有效 2 例,无效 9 例,总有效率 82.0%。

3.2 4 组患者治疗前后临床症状积分比较

盛加于大经,令之不通。视而泻之,此所谓解结也。”解结就是疏通经脉,使脉道通利,气血流畅。头针疗法就是根据证候的属性调节阴阳的偏盛偏衰,使机体恢复生理功能。主要调节手段是通过手法的选择,泻其有余,补其不足,采取泻法或补法,使胃肠道的运化而不藏恢复相对平衡的功能状态。针药结合,中药行气解郁、疏肝健脾,活血化瘀,祛风化湿,脑肠同治,提高疗效。肠易激综合征患者往往病程较长,情绪低落、紧张、焦虑,头针针刺缓解腹痛、腹胀症状较药物明显,中药巩固疗效,缓解患者精神紧张、焦虑状态,疗效确切。两种方法联合应用,提高了疗效,降低了复发,值得进一步探索研究。

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,2002:140-143.
- [2]刘新光. 肠易激综合征与罗马Ⅲ诊断标准[J]. 胃肠病学, 2006,11(12):736-738.

* 河北省望都县中医院胃肠病专科(072450)

针药合治小儿高热惊厥的临床观察及护理体会

陈亚平*

高热惊厥是儿科常见急症之一,发病率为 3%~5%,来势凶猛,其中 1/3 患儿易复发,须及时采取有效措施才能使病情逆转。笔者自 1998 年起采取针刺配合药物治疗高热惊厥患儿 73 例,现介绍如下。

1 临床资料

(本组 73 例患儿中,男 43 例,女 30 例,年龄 5 个月~14 岁;体温 $< 38.5^{\circ}\text{C}$ 者 5 例(约占 7%), $< 40^{\circ}\text{C}$ 者 60 例

(约占 83%), $> 40^{\circ}\text{C}$ 者 8 例(约占 10%)。多因感受外邪,入里化热,热极生风所致。且均符合小儿高热惊厥的有关诊断标准。

2 治疗方法

发作时立即针刺人中、合谷、涌泉穴,用泻法强刺激(2 岁以下患儿可点穴法,重手法点揉或指弹穴法)同时遵医嘱予鲁米那(5~8mg/kg),肌肉注射;或安定(0.2

~0.3mg/kg)肌肉注射或静推,复发者重复针刺,惊厥停止后留针 30min;症状缓解后可选用牛黄镇惊丸、救急散、小儿牛黄散等中成药治疗。

3 护理方法

3.1 保持呼吸道通畅

将患儿安置在环境安静、光线柔和的病房内,取头侧平卧位,解开衣领和腰带,并清除口鼻分泌物,发作时忌家长搂抱、按压或摇动患儿。然后用裹有纱布的压舌板放于患儿上下磨牙之间,必要时用舌钳将舌拉出,防止舌后坠引起窒息;如缺氧或呼吸有困难,可根据病情予氧气吸入。

3.2 物理降温

高热时头部予冰枕,全身大动脉处置冰袋或予醇浴、温水浴,室内通风等物理降温处理。注意体温骤降或降温后出汗过多易引起虚脱,一般体温以降至 38~38.5℃ 为宜。

3.3 保证营养

给予高蛋白、高热量、高维生素易消化的流质或半流质饮食。禁食含脂肪高的厚味食物,发作时禁食。告知家长不喂水,待病情缓解后再喂中药或静脉补液。

3.4 注意安全,加强防护

患儿床旁加床档以防坠床,对抽搐肢体进行保护或适当约束,防止外伤。

3.5 口腔皮肤保护

每日清洗口腔两次,保持皮肤清洁干燥,并及时更换衣服、被单,以此预防皮肤感染及褥疮的发生。

3.6 观察记录

加强巡视,监视神态、瞳孔及其他生命体征的变化,并详细记录抽搐发作的次数、持续时间、临床表现等,及时发现抽搐先兆。

4 结果

本组 73 例均痊愈出院。其中止痉时间 7~48s,平均止痉时间 18s。随访后发现复发 3 例,其复发率为 2.6%。

5 讨论

小儿高热惊厥起病急,是中医儿科“痧、痘、惊、疳”四大要症之一。小儿脏腑娇嫩,外邪入内化热,蕴久生火生痰,闭阻清窍,引动肝风导致惊厥发作。发作时可引起脑细胞缺氧,甚至产生脑水肿,呼吸衰竭而危及生命。惊厥发生的次数越多,继发癫痫及智力低下等严重后果的可能性就越大^[1],因此,临床上迅速控制惊厥是抢救的关键。人中属督脉经穴,具有回阳救逆、开窍泄热之功;配以合谷、涌泉穴,以此共奏清热熄风,镇惊开窍之功。笔者多年的临床经验证明,针刺配以药物治疗本病,既克服了单纯用药或单纯针刺易复发的缺点,又能够在复发时重复多次使用,避免了重复作用镇静剂而出现抑制呼吸和积蓄中毒的弊端,使用安全有效。

参考文献

- [1]谢基立. 小儿惊厥巧用抗惊厥药[J]. 中国农村医学, 1994, 22(4):33.

* 湖南省衡东县医院(421400)

针刺联合西比灵治疗偏头痛 80 例

沈 静*

偏头痛是临床常见疾病,容易反复发作,我科自 2004~2009 年采用针刺联合西比灵胶囊治疗偏头痛 40 例,并与单用西比灵胶囊治疗的 40 例进行对照观察,现报告如下。

1 临床资料

共 80 例偏头痛病例,全部为我科住院患者,所有病例均符合 1998 年国际偏头痛会议制定的诊断标准^[1]。其中男性 39 例,女性 41 例,年龄 18~62 岁,平均 37 岁。随机分为治疗组 40 例,对照组 40 例,排除脑内器质性疾病,五官科疾病,高血压病,孕妇,哺乳期患者;两组间年龄、性别、病程、疼痛程度及发作频率均无统计学差异。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组:针刺:风池、头维、太阳、阿是穴;患者取坐位或卧位,穴位局部常规消毒,用 28 号 1.5 寸毫针刺,风池穴向鼻尖方向斜刺 0.8~1.2 寸,头维、太阳、阿是穴沿皮横刺,平补平泻,得气为度,留针 30min,间隔 10min 行针 1 次,每天 1 次;西比灵胶囊 5mg,每晚 1 次。

对照组:西比灵胶囊(盐酸氟桂利嗪胶囊,西安杨森

制药有限公司)5mg,每晚 1 次。

2.2 观察指标及方法

治疗前及治疗后第 2、4 周末分别记录患者的每周头痛发作次数、每次发作持续时间(h)和头痛程度,同时记录患者的不良反应情况,两组治疗期间停用其他镇痛药物。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

临床痊愈:头痛及伴随症状消失。显效:疼痛强度减轻 2 级,伴随症状减轻。有效:疼痛程度减轻 1 级,或发作间隔时间延长,头痛持续时间缩短。无效:疼痛强度减轻不足 1 级,或头痛加重,持续时间延长。

3.2 结果

表 1 两组患者疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	18(45.0)*	10(25.0)	6(15.0)	6(15.0)*	34(85.0)*
对照组	40	9(22.5)	12(30.0)	5(12.5)	14(35.0)	26(65.0)

注:与对照组比较,* $P<0.05$