

表 1 两组治疗后临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	近期治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	27	4(14.81)	7(25.93)	12(44.44)	4(14.82)	23(85.18)
治疗组	32	7(21.88)	8(25.00)	15(46.88)	2(6.24)	30(93.76)

3.3 两组中医症状积分比较

两组治疗后中医症状积分均有所下降;治疗组治疗后各项指标积分与治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);对照组治疗后乏力、心悸、气急积分与治疗前比较有统计学意义($P<0.05$)。与对照组治疗后相比,治疗组心悸、气急等症积分降低程度明显为优($P<0.05$)。

表 2 两组治疗前后中医症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

症状	对照组(27 例)		治疗组(27 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
乏力	2.68±0.84	1.54±0.85*	2.63±0.81	1.13±0.72**
心悸	1.80±0.72	0.67±0.45*	1.84±0.69	0.38±0.37**△
头晕	0.97±0.44	0.65±0.59	1.02±0.36	0.48±0.47*
胸闷	1.90±0.82	1.08±0.32	1.92±0.87	0.56±0.28*
气急	2.67±0.85	1.30±0.78*	2.72±0.79	1.04±0.84**△

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

3.4 不良反应

治疗前后两组血、尿、便常规,肝、肾功能、电解质、血糖等指标均无明显变化,对照组未出现不良反应病例。

4 讨论

我们认为,贫血性心脏病属于中医学“心悸”、

“虚劳”等疾病范畴。患者老年,体虚劳倦,气血亏虚,心失所养,发为本病。同时心气不足,推动无力,可导致血行不畅,日久则致心血瘀阻,所谓“因虚致瘀”。养心氏片由黄芪、人参、丹参、葛根、当归、地黄、淫羊藿、延胡索、山楂、炙甘草等 13 味中药组成,具有扶正固本、益气活血、行脉止悸的功效。其中黄芪、人参补心气,兼补气行血,气行则血行;淫羊藿益阳祛湿,药性温和,与黄芪、人参同用加强益气温阳之力;当归、丹参具活血作用,且当归、黄芪合用则补气养血,使气血相生;甘草益气复脉,治疗气虚血少,心悸自汗,脉结代等症。现代药理研究表明,黄芪、人参具有强心作用,使心肌携氧能力增加,心肌收缩力增强,对抗多种心肌缺血及缺血一再灌注模型所致损伤有明显保护作用;当归、丹参、延胡索、山楂、淫羊藿、葛根均可扩张冠状动脉,增加冠状动脉流量。养心氏片具有以下作用:营养心肌,改善心肌代谢,降低心肌氧耗;扩张冠状动脉,改善心脏血液供应;降低血液黏度,改善微循环。该方充分体现了益气活血、养心活心、治养结合的核心思想。本研究结果显示,对老年贫血性心脏病患者在常规治疗的基础上加用养心氏片可增强疗效,改善临床症状,提高患者的生活质量。同时该药安全性高,值得进一步研究。

参考文献

[1]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].2 版.北京:中国医药科技出版社,2002:77-85.

(收稿日期:2010-11-24;修回日期:2011-01-24)

[编辑:黄健]

热敏点灸结合电针治疗周围性面瘫 32 例

魏巍* 指导:杨君军

(广州中医药大学针灸推拿学院 2008 级硕士研究生,广东省广州市机场路 12 号,510405)

* 通讯作者:w-best.0412@163.com,15876546469

[关键词] 周围性面瘫;热敏灸;电针

热敏点灸是江西省中医院陈日新主任医师课题组经过多年实践,探索出的一种艾灸方法,全称为腧穴热敏化悬灸疗法,是以经络理论为指导,采用艾条温和灸体表热敏化穴,激发经络感传,促进经气运行,使气至病所,从而提高临床疗效的一项新的艾灸疗法,临床应用已取得很好的疗效。本研究运用此疗法结合电针治疗周围性面瘫,收到良好的疗效,现总

结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例患者均为门诊患者,按就诊顺序,查随机数字表,奇数为治疗组,偶数为对照组。其中治疗组 32 例,男 15 例,女 17 例;年龄 19~68 岁;病程 1~15 天。对照组 28 例,男 12 例,女 16 例;年龄 20~68 岁;病程 1~17 天。均为单侧面神经麻痹。经统计学检验,两组患者在年龄、性别、病程等方面差异无统计

学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准^[1]

参照 1994 年上海科学技术出版社的《实用神经病学》中面瘫的诊断标准, 诊断为周围性面神经麻痹。

1.3 纳入标准

①经诊断标准确诊为周围性面瘫的患者; ②首次发病, 年龄在 18~70 岁, 病程在 1 天~1 个月; ③知情同意, 依从性好, 按要求按疗程治疗者, 配合本课题研究。

1.4 排除标准

①因外伤、肿瘤压迫、代谢障碍或中毒等因素而导致的周围性面瘫; ②格林-巴利综合征、中耳炎、迷路炎、乳突炎、腮腺炎、肿瘤、下颌化脓性淋巴结炎、颅后窝的肿瘤或脑膜炎等引起的周围性面瘫及中枢性面瘫; ③其他心、脑、血管及糖尿病等疾病。

2 治疗方法

2.1 治疗组

热敏点灸结合电针: ①针刺方案: 取穴及操作: 主穴如阳白、四白、颧髎、地仓、颊车、翳风、合谷; 配穴如迎香、风池、水沟、承浆、曲池、足三里。诸穴实行沿皮浅刺法, 选用 30 号 1 寸毫针, 刺入深度不超过 0.5 寸, 得气后施以捻转手法, 平补平泻。7d 后加上 3 组电针。电针仪采用华佗牌 SDZ-II 型电针治疗仪, 选择连续波, 阳白(攒竹)与太阳一组, 下关与四白(迎香)一组, 地仓与颊车一组。留针 20min。每天 1 次, 7d 为 1 个疗程, 共治疗 4 个疗程。②热敏点灸: 热敏点的选择及操作: 患者针刺前, 在翳风、下关、颊车、牵正、地仓、颧髎、迎香、太阳、神阙、手三里、足三里等热敏点高发区域, 按下述步骤分别进行回旋、雀啄、往返、温和灸 4 步法施灸操作: 先行回旋灸 1min 温热局部气血, 继以雀啄灸 1min 加强敏化, 循经往返灸 1min 激发经气, 再施以温和灸发动感传、开通经络, 当患者感受到艾热发生透热、扩热、传热、局部不热远部热、表面不热深部热、或其他非热感觉, 如施灸部位或远离施灸部位产生酸、胀、压、重、痛、麻、冷等感觉时, 此点即为热敏敏化腧穴。患者针刺后, 在留针期间, 在上述热敏化腧穴中, 选取 2~3 穴, 行热敏点灸, 直至此穴灸至感传消失、皮肤灼热为止。一般从数分钟~1h 不等, 平均 20min/次。超过 20min 者, 出针后继续上述治疗, 直至完成此次热敏灸。余穴操作同此。热敏化现象轻重及变化可提示病情轻重、进退, 这对于治疗期间病情观察和疗效及预后的

估计都有很大参考价值; 热敏点具有时变特性, 即随着时间其部位和强度也发生变化, 疾病痊愈后, 腧穴热敏化出现率下降至 10% 左右, 故在面瘫治疗后期属正常现象。

2.2 对照组

针刺取穴及操作方法、电针用法、留针时间及疗程同治疗组; 治疗期间面部 TDP 局部照射。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照《临床常见疾病诊疗标准》^[2]制订: 临床痊愈: 面部表情自然, 眼裂能完全闭合, 鼻唇沟双侧对称, 口角无歪斜, 额纹完全恢复正常, 或症状、体征积分减少 $\geq 95\%$; 显效: 面部表情基本自然, 眼裂能闭合但不完全, 鼻唇沟变浅程度减轻但不对称, 口角基本无歪斜, 额纹恢复但不对称, 或症状、体征积分减少 $\geq 70\%$, 但 $< 95\%$; 有效: 面部表情不自然, 眼裂能闭合一半, 鼻唇沟变浅不对称, 口角略歪斜; 额纹尚未完全恢复, 或症状、体征积分减少 $\geq 35\%$, 但 $< 70\%$; 无效: 上述症状、体征无明显改善, 或积分减少 $< 35\%$ 。

3.2 两组疗效比较

表 1 示, 两组总有效率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 愈显率比较, 差异有统计学意义($P<0.05$), 治疗组明显为优。

表 1 两组患者疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	32	26	6	0	0	100	100
对照组	28	19	3	3	3	78.6	89.3

3.3 两组痊愈病例疗程比较

表 2 示, 两组痊愈病例疗程比较, 差异有统计意义($P<0.05$), 治疗组明显为优。

表 2 两组痊愈患者疗程比较(例)

组别	例数	第 1 疗程	第 2 疗程	第 3 疗程	第 4 疗程	平均疗程
治疗组	26	0	4	20	2	2.9
对照组	19	0	1	5	13	3.6

4 讨论

周围性面瘫, 亦称面神经麻痹、周围性面神经炎, 中医称为“口僻”。多由于素体虚弱, 禀赋不足或后天脾胃受损, 运化无权, 气血生化乏源, 气虚血少, 营卫失调, 腠理疏松, 脉络空虚, 风寒之邪上犯头面, 少阳、阳明经阻滞不畅, 气血运行滞涩, 经筋肌肉

失于濡养,弛纵不收而致。现代医学认为,面瘫的发病大多由茎乳突孔内的急性非化脓性面神经炎引起。艾灸可以调节和维持体内神经、内分泌、免疫平衡,增强机体抗病能力,增加机体免疫功能,在翳风、下关、颊车、牵正、地仓、颧髎、迎香、太阳、神阙、手三里、足三里等这些易出现热敏现象且与面瘫有着密切关系的穴位上实施灸疗,可标本兼治,达到中医所谓的“阴平阳秘”、“正气内存,邪不可干”的目的。电针具有温通脉络、祛风散寒之功,使邪气疏泄、气血通畅,经筋得以滋养。现代研究表明,电针灸能够解除血管平滑肌痉挛,改善微循环,促进新陈代谢,加

速病理产物的吸收,迅速消除炎症,从而消除水肿,缓解神经血管的受压,减轻炎症损害,恢复神经纤维的营养供应。二者结合应用,可明显提高周围性面瘫的疗效。

参考文献

- [1] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 86-92.
- [2] 陶天遵. 临床常见疾病诊疗标准[M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1993: 38.

(收稿日期: 2010-10-11; 修回日期: 2011-01-23)

[编辑: 黄健]

桂枝茯苓丸加味联合多沙唑啉治疗良性前列腺增生症患者下尿路症状 34 例

高健刚 孙小庆* 侯四川 白鑫 祝海

刘之俊 贾勇 翁博文 王奇 邱志奎

(青岛市市立医院东院泌尿外科, 山东省青岛市东海中路 5 号, 266071)

* 通讯作者: sunny466@163.com

[关键词] 中药; 多沙唑啉; 良性前列腺增生症; 下尿路症状

下尿路症状(LUTS)是排尿障碍的总称,良性前列腺增生症(BPH)是老年男性中引起LUTS最常见的疾病,对于50岁以上的男性来说,BPH伴随LUTS已经成为一种常见病^[1]。在BPH引起的LUTS中可分为储尿期症状(刺激症状)和排尿期症状(梗阻症状)。临床上常用的 α 受体阻滞剂对改善储尿期症状不甚满意。为此我们对良性前列腺增生下尿路症状患者进行中药与多沙唑啉联合治疗,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

符合入选标准的70例患者均来自本院2008年1月~2010年1月男科门诊。将70例患者随机分为治疗组和对照组,每组各35例。治疗组平均年龄为(64.50 ± 6.26)岁,平均病程(6.40 ± 2.69)年,国际前列腺评分(IPSS)评分为(14.35 ± 4.65)分,平均生活质量(QOL)评分为(4.81 ± 1.46)分,平均最大尿流率(Q_{max})为(12.32 ± 2.17) ml/min,平均血清血清前列腺特异性抗原(PSA)值为(2.30 ± 0.87) ng/ml;对照组各项资料分别为(65.40 ± 7.04)岁,

(6.09 ± 3.17)年, (15.84 ± 4.47)分, (4.72 ± 1.65)分, (12.74 ± 3.41) ml/min, (2.51 ± 0.73) ng/ml。两组患者年龄、病程、IPSS、QOL及 Q_{max} 检查,PSA等比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择标准

①年龄50~75岁。有良性前列腺增生下尿路症状的患者;②IPSS ≥ 13 分;③ $Q_{max} < 15$ ml/min;④血清PSA < 4 ng/ml, F/T > 0.16 ;⑤B超及直肠检查指征证实前列腺增生。

1.3 排除标准

①有严重的心、肺、肝、肾疾病或低血压患者;②直肠指检或PSA检测怀疑前列腺恶变;③有神经性膀胱炎、膀胱颈狭窄、尿道感染、膀胱肿瘤和前列腺炎;④过去1年曾有急性尿潴留(残余尿量 > 250 ml)、膀胱结石、反复泌尿系感染、较大的膀胱憩室;⑤有前列腺手术史;⑥有酗酒或药物滥用病史,因心理或情感障碍可能导致知情同意无效,或不能遵守试验方案要求者。

2 治疗方法

治疗组:口服中药汤剂,中药以经方桂枝茯苓丸加味,基本方药物组成:(炙)桂枝、牡丹皮、桃仁、水蛭、莪术各10g,赤芍、狗脊各15g,茯苓、黄芪、山药各