

4 讨论

推拍弯腰法为中国中医科学院首席研究员孙树椿所继承的宫廷手法之一,其推拍的手法,可使患者腰部突然前屈,从而牵拉腰背肌及筋膜,一是可整复骨关节错缝移位,二是可活血消肿,舒筋解痉止痛。结合现代医学与生物力学原理分析,韧带、关节囊具有正常的弹性、韧性,手法容易使嵌顿或错位的小关节复位。纠正失常的骨关节而恢复正常的内平衡,解除软组织痉挛,改善局部血运,促进组织新陈代谢,使脊柱的内外生理平衡恢复,则其功能亦随之恢

复。因此,用推拍弯腰法治疗腰骶关节扭伤,能获得立竿见影的效果。

参考文献

[1]国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 201-203.
[2]孙树椿. 实用推拿手法彩色图谱[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1988: 40.
[3]井上俊一. 腰痛治疗成绩判定基准[M]. 日本整形外科学会杂志, 1986, 60: 391-394.

(收稿日期: 2011-03-16; 修回日期: 2011-05-10)

[编辑: 黄 健]

大黄芒硝内服治疗高血压脑出血患者中枢性高热 30 例

陶文强^{1*} 舒 鑫² 方海云¹ 李 常³ 李尹凤¹

(1. 广州中医药大学附属北碚区中医院 ICU 科, 重庆市北碚区碚峡路 93 号, 400700;
2. 重庆市合川区人民医院骨科 3. 广州中医药大学附属北碚区中医院城南分院呼吸内科)

* 通讯作者: taowenqiang198423@126.com, 13527395702

[关键词] 脑出血; 高热; 高血压; 大黄; 芒硝

高血压脑出血(HICH)患者并发中枢性高热是较常见的危重征象之一, 主要因丘脑下部散热中枢受损所致, 是脑卒中“中性症状”的一种表现, 严重影响预后。近年来我们用大黄、芒硝内服治疗高血压脑出血中枢性高热患者, 现报告如下。

1 临床资料

本研究患者来源于 2009 年 6 月至 2010 年 12 月广州中医药大学附属北碚区中医院重症监护室(ICU)、脑病专科和重庆市合川区人民医院神经内科。急性脑出血患者分为治疗组和对照组, 每组各 30 例, 共 60 例。脑出血中医诊断参照《中风病诊疗规范》, 西医诊断参照《各类脑血管疾病的诊断要点》^[1], 高血压病诊断参照 1999 年 WHO/ISH 的定义和分级标准(意识状态 5 级分级)^[2]。①年龄 45~72 岁, ②发病时间在 0~3h; ③符合相关诊断标准, 并经头颅 CT、MRI 检查确诊; ④出血部位在基底节、脑叶或破入脑室系统, 并有不同程度昏迷及高热(>39℃); ⑤脑叶出血量<30ml, 基底节

区出血量<30ml, 小脑出血量<10ml, 脑干出血量<5ml, 未行相关手术治疗院内生存者。⑥中医辨证属中风—中脏腑(阳闭)、风火痰瘀内闭者。⑦排除伴有或同时存在基础感染及隐性感染病史如慢性支气管炎、尿路感染等。两组基线资料情况见表 1。两组患者的性别、年龄、病程、血压、出血部位、手术治疗等方面差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

所有患者送院后立即行头颅 CT 检查明确诊断, 经出血量判断及综合病情评定, 并经家属同意, 均行内科保守治疗: 生命征监测、保持呼吸道通畅、降低颅内压、营养神经、控制血压、预防感染、抗应激性溃疡、维持水电解质平衡、营养支持等。对照组高热期间单纯使用安定针剂解热, 同时减少衣被。治疗组于入院 24h 后常规给予生大黄 10g, 加清洁用水 150ml, 微波炉高温煎制 2min, 去渣, 芒硝 10g 冲兑, 分 3 份, 鼻饲或口服。两组患者均不再给予其他清热、解热类中西药物。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别 (男/女)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (h, $\bar{x} \pm s$)	高血压 (mmHg)	基底节 (例)	脑室 (例)	其他 (例)
治疗组	30	18/12	55.35 $\pm$ 3.86	2.4 $\pm$ 0.23	165 $\pm$ 5.61	20	5	5
对照组	30	16/14	55.58 $\pm$ 3.67	2.2 $\pm$ 0.21	163 $\pm$ 6.17	18	7	5

3 疗效观察

3.1 两组降温效果比较

表 2 示,治疗组较对照组 3 日体温恢复率高,体温恢复时间短,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组降温效果比较

组别	例数	3 日体温恢复率(%)	体温恢复时间(d, $\bar{x}\pm s$)
对照组	30	86.67(26/30)	2.71 $\pm$ 1.05
治疗组	30	96.67(29/30)*	2.16 $\pm$ 0.81**

注:与对照组同项目比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

3.2 两组治疗前后神经功能缺损评分(NDS)、日常生活活动能力评分(ADL)比较

表 4 示,治疗后两组内比较,NDS、ADL 评分均有降低,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗后组间比较,治疗组 NDS、ADL 评分均较对照组降低明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组 NDS、ADL 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	NDS	ADL
治疗组	入院第 2d	30	66.51 $\pm$ 1.70	63.91 $\pm$ 1.75
	入院第 5d	30	12.29 $\pm$ 4.65** Δ	17.58 $\pm$ 4.38** Δ
对照组	入院第 2d	30	66.37 $\pm$ 7.54	65.75 $\pm$ 7.26
	入院第 5d	30	25.73 $\pm$ 4.30**	32.05 $\pm$ 4.12*

注:与本组入院第 2d 比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组入院第 5d 比较, $\Delta P<0.05$

4 讨论

大黄味苦、性寒,归胃、大肠、脾、肝经,走气分,

兼入血分。具有攻下导滞、泻火解毒、祛瘀止血。主要成分为大黄蒽醌,包括多种结合和游离蒽醌,现代药理研究证明,其具有泻下、抗病原微生物、中枢退热、止血、抗胃溃疡、减轻肾功能衰竭患者氮质血症等多种功效。芒硝味苦、咸,性寒,归胃、大肠经。具有泻热通便、软坚,消肿之功效,主要成分为含水硫酸钠及其他微量矿物成分,用于阳明腑实证时常与 大黄相须为用。

危重症可导致胃肠黏膜水肿、糜烂和溃疡形成,使肠壁血管通透性增加,加之胃肠营养障碍,胃肠蠕动减弱或消失,肠道细菌和毒素排除障碍,肠道菌群紊乱及胃肠道免疫屏障减弱,形成应激性胃肠黏膜病变和中毒性肠麻痹,大便及应激性溃疡引起的出血在胃肠道内存积,有毒物质被吸收入体内,产生中毒性发热、多器官功能衰竭。大黄能促进胃肠道电活动,促进肠蠕动,清除肠内腐败物质和毒素,改善肠微循环,增加组织灌流量,促进胃肠道新陈代谢和肠道营养的恢复,起到保护胃肠黏膜的作用。

参考文献

[1]中华神经学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.
[2]史玉泉.实用神经病学[M].2 版.上海:上海科学技术出版社,1994:5.

(收稿日期:2011-03-25;修回日期:2011-05-19)

[编辑:黄 健]

加味六藤水陆蛇仙汤治疗糖尿病下肢
动脉闭塞症初期患者 32 例

薛 莉* 陈 宏 康 涛 指导:张智龙

天津市中医药研究院附属医院针灸科,天津市红桥区北马路 354 号,300120)

* 通讯作者:xueli711@hotmail.com,15022052757

[关键词] 加味六藤水陆蛇仙汤;糖尿病下肢动脉硬化闭塞症;中医药疗法

我们运用加味六藤水陆蛇仙汤治疗糖尿病下肢动脉闭塞症初期患者 32 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

2 型糖尿病按照 1999 年 WHO 糖尿病专家委员会确定的诊断标准^[1],糖尿病下肢动脉闭塞症初期参照 2002 年中国中西医结合学会周围血管病专

业委员会修订的诊断标准^[2]。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准;患者年龄 40~70 岁;签署知情同意书者。

1.3 排除标准

年龄在 30 岁以下或 80 岁以上,妊娠或哺乳者;糖尿病下肢动脉闭塞症 3 期者;有心功能衰竭,心绞痛;近期有心肌梗死者;肝肾功能不全者;有糖尿病酮症酸中毒者;伴有传染病、中毒性疾病及精神病患者;下肢深静脉栓塞或合并肺栓塞者;双下肢合并有