

38例,有效14例,无效0例,总治愈率为76%,总有效率为100%。

4 讨论

中医学认为本病的发生为素体内有心脾两虚,外感六淫燥火,导致心火脾热,湿从热化、熏蒸于口舌而成。急性期:症见口腔、舌黏膜溃烂、灼痛,口渴喜饮或渴不多饮,或咽喉红肿疼痛,常伴低热、烦躁不安,小便短赤或大便秘结不通等全身症状,脉象多滑数或弦数,舌质淡红或暗红,苔薄黄。苦湿之邪蕴于心经,日久化热,则烦躁不安、小便短赤、口渴喜饮;移热于小肠,口舌生疮磨烂;若脾经湿热壅滞,水湿无以运化则渴不多饮;浊气不降则大便秘结不通;浊气反升,浸润咽喉则红肿疼痛,浸润唇舌则溃疡;脉象滑数或弦数,舌质淡红或暗红,苔薄黄,皆为湿热内蕴之象。连术汤为著名老中医赵炯恒治疗复发性口腔炎经验方,方中黄连、胡黄连清热燥湿,泻火解毒,导热下行;苍术健脾燥湿;人中白、人中黄清热利咽,祛瘀止血;甘草调和诸药。笔者

考虑白塞氏病是由原因不明的细小血管炎为病理基础故再加用丹参、三七粉助人中白、人中黄活血祛瘀生新。全方共奏清热化湿、泻火解毒,去瘀去新、健脾扶中之功。便秘加大黄,苔腻加藿香、佩兰,低热加牡丹皮、知母,中气不足加黄芪、升麻等随证加减。锡类散清热降火止血,化腐解毒生新,直接修复病灶。总之,诸药内服外用、内应外合,共退病邪。临床缓解期:此期CRP、血象等实验检查指标恢复正常,临床症状与体征基本或完全消失。根据“急则治其表,缓则治其本”、“虚者补之,实者泻之”的中医治疗原则,根据“心开窍于舌”,“脾开窍于口”,脾之经脉“连舌本,散舌下”的理论,选用了穴位拔罐疗法。心俞、脾俞养心健脾,胃俞,足三里和胃祛湿。根据疾病“旦慧昼安夕加夜甚”的特点,晚上正虚邪胜,最易复发,故选择每晚睡前拔罐以达扶正祛邪的目的,使邪无可乘之机。

* 浙江省绍兴县兰亭镇社区卫生服务中心(312044)

祛风除湿法治疗颈椎病 96例临床观察

肖祖英*

颈椎病多发于40岁以上的中年人及老年人,是由于颈椎间盘退化导致上下椎体骨赘增生、压迫神经根、骨髓或影响椎动脉供血引起一系列症状的疾病。其诱因是轻微受伤或受风着凉等引起。笔者采用颈复康颗粒治疗颈椎病,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院门诊2008年3月~2010年3月158例患者,随机分为两组,治疗组96例,对照组62例,年龄36~89岁,其中治疗组男47例,女49例;对照组男21例,女41例,两组患者在年龄、性别、病程等方面无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参考广州中医药大学主编《中医诊断治疗学》。

1.3 治疗方法

治疗组:口服颈复康颗粒(承德颈复康药业集团有限公司生产)每日2次、每次2袋(10g),饭后服用,7天为1个疗程。服药期间结合理疗(牵引)、针灸,缓解后再服用3个疗程。对照组:服中药或单一理疗,针灸,7天为1个疗程。

1.4 疗效判断标准

神经根型:有效:牵拉或压头试验阴性,疼痛消失,颈、上肢活动不受限制;显效:牵拉或压头试验不明显,疼痛减轻,头颈活动尚受限制;无效:牵拉或压头试验阳性,疼痛头晕未减轻,颈、上肢活动受限。椎动脉型:有效:头痛头晕消失,头颈活动不受限制;显效:头痛头晕基本消失,头颈尚能活动,但受限制;无效:头痛头晕未减轻,头颈活动受限制。脊髓型:有效:肩颈部疼痛消失,四肢麻感消失,活动不受限制;显效:肩颈部疼痛减轻,活动受限制;无效:肩颈部疼痛未减轻,四肢活动受限。

2 结果

治疗组96例患者通过服用颈复康颗粒1个疗程结合合理牵引针灸1周,再加服颈复康颗粒3个疗程,总有效率为92%。对照组62例,经中药或理疗、针灸治疗有效率为76%。治疗组优于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

颈椎病是老年常见的颈部疾患,临床上分为3型,即神经根型(又称痹痛型)、椎动脉型(又称眩晕型)、脊髓型(又称瘫痪型)。颈复康颗粒是由《医宗金鉴》之桃仁四物汤去当归,加羌活、葛根、秦艽、威灵仙、苍术、丹参、(酒制)地龙、(制)乳香、(制)没药、黄芪、党参、石决

明、(煨)花蕊石、(炙)黄柏、(炒)王不留行、(酒制)土鳖虫等21味中药组成,功能活血通络、散风止痛。中医学认为“伤于风者,上必受之”,风性善动,游走不定,上游致颈椎引起颈部疼痛。湿为阴邪,黏滞而固着,故起病缓慢,病程较长,缠绵难愈,其性重浊,因湿邪困遏,阻滞气机的升降出入,清阳不升,故侵入上部,肩、颈、头则头重如裹,昏蒙眩晕,肩、颈、头部疼痛。风湿相合,郁遏卫表,侵袭颈椎而为病。方中以桃仁、红花、川芎、丹参、(制)乳香、(制)没药、地龙、(酒制)土鳖虫活血通络,配以(煨)花蕊石、(炒)王不留行化瘀通经,引药入

络而止痛;羌活引药上行,合秦艽、威灵仙祛风除湿通络而止痛;生石决明入肝肾二经,善治头目眩晕,有平肝熄风之效;地黄、党参、白芍补肾、益气、养血,黄芪补气固表又助葛根解肌升阳,以护颈椎之筋脉、肌表而达到御外的作用;黄柏入肾经,在内除燥湿之外,还防肾火太过;苍术入脾胃经,在方中与黄柏同有除燥祛湿协同作用外,还以防诸药伤胃,并达到健脾运化之功。

* 湖北省鄂州市第三医院(436001)

中西医结合防治冠脉支架术后再狭窄 50 例

梁小平*

本院心内科对 30 例接受 PCI 的冠心病患者服用脉平片防治再狭窄,效果满意,现报道如下。

1 临床资料

接受 PCI 的冠心病患者共 50 例,其中男 39 例,女 11 例,年龄 45~70 岁。将患者随机分为两组,治疗组 30 例,男 23 例,女 7 例;年龄(55.1 ± 9.7)岁;冠心病临床类型:心绞痛 15 例,急性心肌梗死(AMI) 7 例;靶血管分布:LAD 17 例,LCX 3 例,RC 8 例;狭窄率(91.2 ± 5.7)%;狭窄长度(11.5 ± 6.1)mm。对照组 20 例,男 16 例,女 4 例;年龄(56.1 ± 10.0)岁;冠心病临床类型:心绞痛 11 例,急性心肌梗死 5 例;靶血管分布:LAD 14 例,LCX 2 例,RC 6 例;狭窄率(89.4 ± 4.7)%;狭窄长度(12.2 ± 5.5)mm。两组患者在年龄、性别、病情等方面无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

所有患者在 PCI 术后 4h 拔除鞘管,低分子肝素 6000IU 每 12h 皮下注射 1 次,连用 5 天;氯吡格雷 75mg/d,连服 6 个月;阿司匹林 100mg/d。治疗组在前述治疗基础上加服脉平片(甘肃独一味生物制药股份有限公司生产)每次 4 片,每日 3 次,共用 6 个月。

2.2 观察项目

在治疗 6 个月后观察心绞痛、AMI、猝死等发作情况,复查超声心动图及冠状动脉造影。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 12.0 统计分析软件进行数据处理。计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检验。

3 结果

3.1 两组患者治疗后心绞痛、AMI 复发情况比较

治疗组心绞痛复发 3 例,AMI 再发 1 例;对照组心绞痛复发 5 例,AMI 再发 3 例,两组比较有统计学差异($P < 0.05$);两组患者均未发生心脏性猝死,超声心动图显示两组心功能均有改善,无统计学差异。

3.2 两组患者术后 6 个月冠脉造影比较

治疗组晚期管径丢失(0.44 ± 0.36)L/mm,管腔面积净获得(2.75 ± 1.31)A/mm,与对照组比较有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

介入疗法的应用是广大冠心病患者的福音,其临床疗效受到了广泛好评。但术后再狭窄的发生影响了远期疗效,限制了其广泛应用。中药的应用,为防治再狭窄提供了一个新的思路。中药可以从多个环节有效地预防再狭窄的发生。脉平片是由银杏叶提取物、何首乌、当归、维生素 C、芦丁组成的复方制剂。其中,银杏叶提取物(EGb)含有银杏黄酮、银杏内酯、白果内酯等有效成分。这些成分具有抗氧化、清除自由基、抗血小板异常聚集、降低血黏度、预防血栓形成的作用。因此,可以从多个环节预防再狭窄。本研究显示,术后治疗组心绞痛、AMI 发生率及术后 6 个月再狭窄发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。长期服用脉平片能降低冠脉支架术后再狭窄发生率。

* 陕西省榆林市第二医院胸心外科(719000)