

表 1 两组患者治疗后临床疗效比较 [例]

| 组别  | 例数 | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|-----|----|----|----|----|----|------|
| 治疗组 | 30 | 2  | 14 | 11 | 3  | 90%  |
| 对照组 | 20 | 1  | 9  | 6  | 4  | 80%  |

2.2 两组患者治疗前后椎基底动脉平均血流速度比较

两组治疗后分别与本组治疗前比较有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗组治疗后与对照组治疗后相比有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

3 讨论

椎基底动脉短暂缺血性眩晕, 是目前眩晕病中最常见的一种疾病。引起椎基底动脉缺血性眩晕的原因很多, 供血不足、高脂血症及动脉硬化使血管腔变窄致供血不足等均可以引起眩晕。在临床上常以扩张脑血管、改善血流供应、抗凝血和降低血液黏稠度等方法进

行综合性治疗。脉平片是由银杏叶提取物、何首乌、当归、维生素 G 芦丁组成的复方制剂。其中银杏叶提取物可扩张脑血管、改善血流供应, 增加脑血流量, 降低脑血管阻力, 并能改善脑缺血、缺氧, 减轻脑水肿和脑供血不足造成的高级脑功能活动障碍。纳洛酮通过竞争性拮抗内源性阿片肽受体, 对细胞膜有稳定作用, 能抑制花生四烯酸代谢, 促进 SOD 生成, 阻止脂质过氧化; 增加脑组织血流量, 减少脑缺血时间, 改善脑组织的能量供应; 降低脑组织缺血再灌注损伤后的过氧化物等自由基的产生等, 并能增加内源性脑保护因子的活性而达到神经保护的作用。临床研究证明, 脉平片和纳洛酮联合治疗椎基底动脉缺血性眩晕在治疗总有效率和椎基底动脉平均血流速度方面疗效优于单用纳洛酮组, 具有广阔的应用前景。

\* 山东省莱州市三山岛街道西中心卫生院 (261417)

散寒祛湿中药治疗寒湿痹阻型腰肌劳损 60例

吴 启 富\*

慢性腰肌劳损又称功能性腰痛, 因急性腰部扭伤后未能及时合理治疗, 或长期积累性损伤, 或因寒湿侵袭腰部, 致腰部肌肉及其附着点筋膜、甚或骨膜的慢性损伤性炎症, 以腰痛发作与缓解反复交替, 活动功能受限为特征, 病程长, 迁延难愈, 严重影响患者生活质量。我们应用腰痛宁胶囊治疗寒湿痹阻兼瘀血型腰肌劳损 60 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>, 临床症状: 腰部疼痛, 休息时减轻。体征: 腰部压痛多位于棘突两旁骶棘肌部位, 髂骨嵴后部或骶骨后面腰背肌上点处, 触摸时觉腰肌弹性较差或出现腰肌僵硬无弹性, 局部有条索状改变; 或腰肌萎软, 呈细索状, 压痛不剧, 腰部活动范围无明显障碍。辅助检查: 腰椎正侧位 X 线片排除骨性病变, CT 或 MRI 检查排除腰椎间盘突出症, 尿液及肾、膀胱、输尿管、前列腺 B 超检查排除肾、膀胱、输尿管、前列腺等病变。中医辨证属寒湿痹阻兼瘀血型腰痛<sup>[2]</sup>: 腰部疼痛, 局部畏寒, 得暖则舒, 麻木重着, 或局部刺痛, 或有外伤史, 舌胖或紫黯, 舌苔白腻, 脉沉弦或脉涩。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: 符合腰肌劳损中医病证诊断标准; 符合腰肌劳损中医症候分类诊断标准; 年龄 40~65 岁; 近 1 个月内未用同类药物或采取其它治疗方法者。

排除标准: 合并严重心、脑、肾疾患及其他影响该研究的疾病; 准备妊娠、妊娠或哺乳期妇女; 长期服用镇痛药或其他影响疗效药物者。

1.3 一般资料

选择符合纳入标准的病例 120 例。按就诊先后顺序随机分成治疗组与对照组各 60 例。治疗组 60 例, 男 36 例, 女 24 例; 年龄 40~62 岁, 平均 48.6 岁; 病程 4 个月~3.4 年, 平均 12.6 个月; 双侧腰痛者 42 例, 单侧腰痛者 18 例。对照组 60 例, 男 39 例, 女 21 例; 年龄 40~65 岁, 平均 49.2 岁, 病程 3 个月~3.2 年, 平均 12.3 个月; 双侧腰痛者 40 例, 单侧腰痛者 20 例。两组患者性别、年龄、病程比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组口服腰痛宁胶囊 (承德颈复康药业集团有限公司生产), 每次 4 粒, 每日 1 次, 黄酒兑少量温开水, 睡前半小时服; 对照组口服吲哚美辛片, 每次 25mg, 每日 3 次。两组疗程均为 4 周。

## 2.2 疗效判定标准

2.2.1 腰痛疗效标准<sup>[2]</sup> 临床控制:治疗后腰痛完全消失,不影响活动及工作,治疗前后积分差值为0;显效:治疗后腰痛近乎消失,仅劳累或天气变化时有轻度疼痛,功能恢复,不影响日常工作,治疗前后积分差值 $\geq 66.67\%$ , $< 100\%$ ;有效:治疗后腰痛有减轻或改善,但病情不稳定,停药后有复发,治疗前后积分差值 $\geq 33.33\%$ , $< 66.67\%$ ;无效:治疗后疼痛与治疗前相比无改善,甚或加重,治疗前后积分差值 $< 33.33\%$ 。

2.2.2 治疗前后证候评分情况 临床控制:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$ ;显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ , $< 95\%$ ;有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ , $< 70\%$ ;无效:中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足30%。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

## 2.3 统计学分析

采用 SPSS 11.0 进行数据处理,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用  $t$  检验;计数资料比较采用  $\chi^2$  检验。

## 3 结果

### 3.1 两组患者治疗后临床疗效比较

表 1 示,治疗后两组临床疗效比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),治疗组优于对照组。

表 1 两组患者治疗后临床疗效比较 [例(%)]

| 组别  | 临床控制      | 显效        | 有效        | 无效       | 总有效       |
|-----|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 治疗组 | 24(40.00) | 26(43.33) | 8(13.33)  | 2(3.33)  | 58(96.67) |
| 对照组 | 13(21.67) | 20(33.33) | 19(31.67) | 8(13.33) | 52(86.67) |

### 3.2 两组患者治疗后中医症候疗效比较

表 2 示,治疗后两组中医症候疗效比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),治疗组优于对照组。

表 2 两组患者中医症候疗效比较 [例(%)]

| 组别  | 临床控制      | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效       |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 治疗组 | 22(36.67) | 25(41.67) | 10(16.67) | 3(5.00)   | 57(95.00) |
| 对照组 | 12(20.00) | 16(26.67) | 18(30.00) | 14(23.33) | 46(76.67) |

### 3.3 两组患者治疗后症状体征评分比较

表 3 两组患者治疗后症状体征评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 腰部疼痛            | 腰部压痛            | 酸胀不适            | 冷痛沉重            | 腰部功能            |
|-----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 治疗组 | 0.46 $\pm$ 0.32 | 0.41 $\pm$ 0.30 | 0.35 $\pm$ 0.28 | 0.37 $\pm$ 0.30 | 0.42 $\pm$ 0.33 |
| 对照组 | 0.95 $\pm$ 0.37 | 0.84 $\pm$ 0.35 | 0.82 $\pm$ 0.32 | 0.75 $\pm$ 0.31 | 0.74 $\pm$ 0.36 |
| $t$ | 7.759           | 7.225           | 8.562           | 6.823           | 5.076           |

治疗后两组各症状体征评分比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),治疗组优于对照组。

## 3.4 不良反应

治疗组恶心 2 例、呕吐 1 例、头痛 1 例、头晕 1 例,不良反应发生率 8.33%;对照组消化不良 4 例、恶心反酸 3 例、胃烧灼感 2 例、胃痛 1 例、头痛 2 例、头晕 1 例,不良反应发生率 27.26%。两组不良反应发生率比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组均未作特殊处理,继续用药后逐渐消失,未发现其他不良反应。

## 4 讨论

慢性腰肌劳损多因久坐、久立、弯腰,或长期体力负担过重,或因治疗不当、失治、误治所致。属中医“痹证”、“腰痛”等范畴。《景岳全书·腰痛》曰:“腰痛证凡悠悠戚戚,屡发不止者,肾之虚也;遇阴雨天或者久坐痛而重者,湿也;遇诸寒而痛,或喜暖而恶寒者寒也。”故慢性腰痛与肾虚及风寒湿邪侵袭、气血瘀阻经络的关系最为密切。治疗寒湿痹阻兼瘀血型慢性腰肌劳损当以散寒除湿、活血化瘀、通络止痛。

腰痛宁胶囊由马钱子粉(调制)、土鳖虫、川牛膝、甘草、麻黄、乳香、没药、全蝎、僵蚕、苍术组成。方中牛膝补肝肾,强筋骨,健腰膝,利血脉,引药入肝肾经,盖腰为肾之府,故本品为治腰痛之良药;乳香行气以活血兼能伸筋,通经舒络而止痛,没药散瘀而活血,消肿定痛,三药合用,活血通经、壮骨强腰、消肿止痛,共为君药;土鳖虫破血逐瘀,通经止痛,接骨续筋,马钱子、全蝎、白僵蚕通络散结,消肿止痛,四药合用,辅助君药活血通经、散结消肿、活络止痛,共为臣药;麻黄祛风散寒,又以其温通之性而除痹痛,苍术祛风散寒除湿,善治痹证,二药散外邪止痹痛,共为佐药;甘草缓急止痛,调和药性,使药和胃调中,防燥热之药伤胃,又能解毒,以制约马钱子毒性,可谓一药多用,是为使药。诸药合用,共奏活血通经、疏散寒邪、消肿止痛之功效。现代医学亦证实<sup>[4]</sup>:腰痛宁胶囊中所含的单体多糖成分有类激素样作用,具有很强的镇痛、抗炎、抗风湿作用;多肽神经毒素成分有神经阻断剂作用,可以改善局部微循环,缓解肿胀疼痛;番木鳖碱(土的宁)成分对中枢神经有兴奋作用,对感觉神经末梢有麻痹作用,可以兴奋脊髓的反射机能,并能提高大脑皮质感觉中枢的机能;促脱皮甾酮成分具有蛋白同化作用,可促进蛋白质合成,肌细胞生长,增强韧带弹性,改善韧带增厚变脆现象。总之,腰痛宁胶囊对物理、化学、电刺激等因素所致的疼痛反应有明显的抑制作用,能显著改善腰部神经血管肌肉功能状态,消除局部炎症,改善局部血液循环,

增加局部供氧量及促进组织新陈代谢,消除神经根及周围组织炎性反应,解除或缓解肌肉痉挛,改善周围血管牵张,降低肌张力,排除炎性介质,从而松解压迫,调和气血、舒筋活络、滑利关节、提高痛阈值,达到抗炎、消肿、镇痛之目的。

本研究中治疗组与对照组相比,治疗组临床疗效时间、中医证候疗效为优( $P < 0.01$ ),症状体征评分改善程度更显著( $P < 0.01$ ),不良反应少( $P < 0.01$ )。临床观察结果表明:腰痛宁胶囊治疗寒湿痹阻兼瘀血型慢性腰肌劳损,作用迅速,疗效显著,安全度高。

参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994, 200.

[2] 刘松山, 何隆, 秦红鸣, 等. 腰息痛胶囊治疗寒湿痹阻兼瘀血症腰痛(腰椎肥大性脊椎炎、腰肌劳损)临床观察 [J]. 中药药理与临床, 2002, 18(1): 45- 46.

[3] 赵先彬, 吕发明. 柔筋补脾法治疗腰肌劳损临床研究 [J]. 新疆中医, 2008, 26(3): 42- 43.

[4] 葛玉杰, 杨晓存, 李来秀. 腰痛宁胶囊治疗腰腿痛 80 例分析 [J]. 河南职工医学院学报, 2008, 20(4): 376- 377.

\* 四川省华蓥市保健院 (638600)

# 黄芪注射液穴位注射治疗心绞痛 27例

郭爱娣\* 虞金龙\*

心绞痛为常见的冠心病,常反复发作,中医学对心绞痛的治疗有独特优势。中药黄芪具有补中益气功效,现代实验研究证实,黄芪有抗病毒和免疫调节作用<sup>[1]</sup>。笔者采用黄芪注射液足三里穴位注射治疗心绞痛,取得较好疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2009 年 5 月~ 2010 年 8 月在本院门诊和社区家庭病床的冠心病心绞痛患者 27 例。其中男 15 例,女 12 例;年龄 45~ 78 岁,平均 67.4 岁;病程 1 个月~ 2 年,平均 9.7 个月。按 1987 年 WHO 诊断标准<sup>[2]</sup>,心功能 II 级,心电图或动态心电图示心肌缺血,心脏超声无异常,均排除其他疾病。

### 1.2 方法

患者口服麝香保心丸,每日 3 次,每次 2 粒,停用其他硝酸酯制剂、 $\beta$ 受体阻滞剂、钙通道阻滞剂、冠状动脉扩张剂。取足三里穴直刺,推黄芪注射液(上海禾丰制药有限公司生产),每周 2 次,每次双侧各 5ml,疗程为 2 个月。局部皮肤消毒后,使用 10ml 一次性无菌注射器(上海康德莱企业发展集团有限公司),刺入穴位,并上下提插,有酸、麻、胀重感后回抽,若无回血,即由深至浅,分层注射。观察记录治疗前后胸闷、胸痛、心慌和气急等症状、体征的变化。

### 1.3 疗效标准

诊断依据参照国家中医药管理局 1994 年发布《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>标准拟定。显效:症状在治疗过程中消失,随访无复发者。有效:症状在治疗过程中

大部分症状消失。好转:症状在治疗过程中略有改善。无效:症状在治疗过程中无明显改善或加重。

## 2 治疗效果

27 例心绞痛患者,治疗后显效 10 例占 37.04%,有效 8 例占 29.63%,好转 5 例占 18.52%,无效 4 例占 14.81%,总有效率为 85.19%。其中心前区刺痛者 14 例,治疗后显效 5 例占 35.71%,有效 4 例占 28.57%,好转 3 例占 21.43%,无效 2 例占 14.28%;心前区绞痛 8 例,有效 3 例占 37.50%,好转 3 例占 37.50%,无效 2 例占 25.00%;心慌胸闷 27 例,显效 10 例占 37.04%,有效 8 例占 29.63%,好转 5 例占 18.52%,无效 4 例占 14.81%。

## 3 讨论

中医学认为,胸居上焦,内藏心肺,心主血脉,肺主诸气。若胸中阳气痹阻,则脉络不通,瘀血停滞,或风热壅肺,闭塞气机,均可导致胸闷、胸痛、心慌和气急等症状出现。治疗取足三里以足阳明腧穴有强身保健的作用,配合药液具有针刺作用,还充分发挥药效,兴奋穴位神经末梢,通过神经、体液的调节,达到疏通经络、增强机体免疫力。从药理学来看<sup>[4]</sup>,黄芪能补益肺气,健脾固阳,改善机体能量代谢调节机体的免疫功能,具有强心作用,使心脏收缩振幅增大,排血量增加。有利于调节和维持心肌氧化代谢及能量的供需平衡,消除左心肥厚的诱发因素。本研究结果表明,用黄芪注射液足三里穴位注射治疗心绞痛能有效改善临床症状,且使用方便,疗程短,值得临床应用。

## 参考文献