

而取得较好疗效,在治疗期间未出现不良反应,用药安全,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]王秀花,侯霖,冯云.老年性痴呆的发病相关性研究进展[J].中国初级卫生保健,2006,20(10):71-72.
- [2]许贤豪.神经免疫学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2000:327-333.
- [3]傅仁杰.老年痴呆的诊断、辨证分型及疗效评定标准[J].中医杂志,1999,32(2):56.
- [4]贾晓光,杨莉,王果平.老年性痴呆(AD)发病机制与治疗药物研究进展[J].新疆中医药,2008,26(5):62-64.

- [5]王松.银杏叶提取物治疗老年性痴呆临床药理学研究简况[J].安庆医学,2000,21(4):196.
- [6]黎俊华,张骏.脉平片对脑梗死患者病后功能康复的临床观察[J].中国中医药信息杂志,2006,13(5):61-62.
- [7]谢玲,杨凌红,李晓惠.当归药理作用研究进展[J].中医药研究,2000,16(6):56-58.
- [8]杨秀伟.何首乌醇提物对易老化小鼠肝脏和脑单胺氧化酶活性的影响[J].中国中药杂志,1996,21(1):48-49.

* 浙江省杭州市第一人民医院中医科(310006)

中药保留灌肠治疗颈椎病 15 例

王 继 超*

生活中,由于长时间地伏案工作,不良姿势的阅读或年老体弱生理退变等因素引起颈椎的劳损或外伤,以致颈椎间盘突出、骨质增生,出现颈肩酸痛、头痛头晕等颈椎综合征,严重影响了人们的身心健康,妨碍了正常工作。临床中由于部分患者患有胃炎、溃疡病或合并心脑血管疾病长时间服用阿司匹林等刺激胃黏膜的药物,口服颈复康颗粒后出现恶心呕吐,腹痛腹胀加重等胃肠道反应,从而中断了颈椎病的治疗,笔者采用颈复康颗粒保留灌肠治疗颈椎病 15 例,现报告如下。

1 一般资料

15 例颈椎病患者均经 X 线摄片检查及临床确诊,其中男 8 例,女 7 例,年龄 45~73 岁,合并胃溃疡者 6 例,合并冠心病者 5 例,合并脑梗塞且长期服用阿司匹

林等抗凝抗血小板药物者 4 例。

2 治疗方法

选用颈复康颗粒(承德颈复康药业集团有限公司生产)10 袋,每袋 5 克,用沸水 300ml 溶化后充分搅拌均匀,待水温降到 39~42℃ 导入灌肠器内灌肠,保留 2h,每日 1 次,10 次为 1 个疗程。

3 结果

15 例患者,未出现恶心呕吐、腹痛腹胀等胃肠道反应及其他不适症状,且颈椎症状明显改善。

通过颈复康颗粒保留灌肠治疗颈椎病,既充分发挥了其治疗颈椎病的疗效,又避免了胃肠道不良反应。

* 河北省兴隆县孤山子镇卫生院(067300)

针灸配合中药治疗脑梗死 82 例

徐 耀 智*

脑梗死(infarction of the brain)是由于脑动脉粥样硬化,血管内膜损伤使脑动脉管腔狭窄,进而因多种因素使局部血栓形成,使动脉狭窄加重或完全闭塞,导致脑组织缺血、缺氧、坏死,引起神经功能障碍的一种脑血管病。脑梗死是临床常见疾病,其致死率及病死率均较高,脑梗死所致的后遗症不仅影响患者自身生活质量,而且还增加了患者家庭与社会的负担。我科将 2008 年 10 月~2010 年 10 月运用针灸配合中药治疗脑梗死患者 82 例,现分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

150 例脑梗死患者,均为急性发病期至一年的病例,随机分为针药治疗组和常规治疗组。针药治疗组 82 例,男 45 例,女 37 例,年龄 43~81 岁,平均 64 岁;左半边偏瘫者 43 例,右半边偏瘫 39 例;肌力 0 级者 59 例,肌力 1 级者 13 例,肌力 1 级以上者 10 例。常规治疗组 68 例,男 41 例,女 27 例,年龄 51~79 岁,平均 66 岁;左半边偏瘫者 36 例,右半边偏瘫者 32 例;肌力 0 级者 46 例,肌力 1 级者 11 例,肌力 1 级以上者 11 例。两组患者在性别、年龄及病情等方面均无统计学差异($P > 0.05$),

具有可比性。

1.2 治疗方法

常规治疗组根据病情给予常规疗法,包括刺五加注射液、丹参注射液、脑蛋白水解物注射液及阿斯匹林肠溶片治疗。针药治疗组在此基础上给予针灸、中药联合治疗。针刺治疗:主穴:肩髃、臂臑、曲池、支沟、内关、合谷、殷门、足三里、阴陵泉、三阴交、解溪、商丘、行间;加减:肝阳上亢加太冲、太溪;风痰阻络加风池、丰隆;痰热腑实加内庭、丰隆;气虚血瘀加气海、血海;阴虚风动加太溪、风池;语言蹇涩加廉泉、通里、哑门;口角歪斜、吞咽困难、流涎加地仓、颊车、承浆;头晕加风池、完骨、天柱;手指屈伸不利加中渚、外劳宫;足内翻加绝骨、照海;足外翻加中封、太溪;足下垂加解溪、胫上。针刺方法:常规针刺,得气后留针30min,每5min捻针1次。每日1次。同时服用补阳还五汤合六味地黄汤加减,每日1剂。药物组成:黄芪30g,当归15g,桃仁15g,红花12g,赤芍15g,川芎15g,地龙15g,山药15g,山茱萸15g,生地黄15g,泽泻15g,牡丹皮15g,茯苓15g,全蝎6g,僵蚕10g,甘草6g。风痰阻络加天麻10g、胆南星10g、竹茹10g。肝阳上亢加石决明30g、珍珠母30g先煎;伴语言不利者加石菖蒲9g,远志9g;伴大便秘结者加火麻仁12g,杏仁12g;伴腰膝酸软者加续断、杜仲、桑寄生;伴头晕头痛者加夏枯草、钩藤。

2 结果

2.1 疗效评价标准

采用临床疗效模糊评价法根据治疗后患者主要症状改善情况进行模糊判定。分为基本治愈、显效、有效、无效。基本治愈:肌力达到Ⅳ级或Ⅴ级,生活可自理,语言较流利者。显效:肌力提高2级或2级以上而又未达到基本治愈标准者。有效:肌力提高1级。无效:肌力治疗前后无明显改善或无变化。

2.2 两组临床疗效比较

针药治疗组82例,基本治愈36例,显效37例,有效14例,无效5例,总有效率为93.90%;常规治疗组68例,基本治愈21例,显效21例,有效13例,无效9例,总有效率为86.76%。两组经统计学处理,总有效率有统计学差异($P < 0.05$),说明针药治疗脑梗死明显优于常规治疗。

3 典型病例

黄某,男,63岁,农民,随州安居人,因突发右半身麻木、乏力,活动不利伴语言蹇涩、头晕、纳差前来就诊。查体示:神清,精神差,双侧瞳孔等大等圆,对光反

射灵敏,鼻唇沟变浅,口角右歪,颈软,双肺呼吸音清,无明显干湿性啰音,心界正常,心律整齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,腹平软,肝脾肋下未及,双下肢不肿,右侧肌力1级,巴氏征(-)。舌质红苔黄脉细涩。入院后查头颅CT示:双侧基底节脑梗死。诊断:脑梗死(中风)。辨证属气虚血瘀、肝肾阴虚。处方:黄芪30g,当归15g,桃仁15g,红花12g,赤芍15g,川芎15g,地龙15g,山药15g,山茱萸15g,生地黄15g,泽泻15g,牡丹皮15g,茯苓15g,全蝎6g,僵蚕10g,石菖蒲9g,远志9g,水煎服,日1剂。针灸:主穴取廉泉、承浆,另取患侧地仓、颊车、通里、肩髃、臂臑、曲池、支沟、内关、合谷、殷门、足三里、阴陵泉、三阴交、解溪、商丘、行间;针刺得气后,留针30min,每5min捻针1次。每天1次。15天后患者语言较前清晰流利,精神好,右半身较前有力,右侧上下肌力均达Ⅳ级,基本痊愈。

4 讨论

脑梗死的发生、发展过程是脏腑功能失调、阴阳平衡遭到破坏、气血功能失常而产生的风、火、痰、瘀等病理产物,阻碍血液运行,血瘀为中风病本质。“风火痰瘀”也是中风病的因素:①风即内、外风之别,是由于肝肾阴精亏耗,阴亏于下、风动于上而产生。中风后,因痰浊、瘀血内阻,瘫肢失用,营卫失于正常功能,机体失去抵御外邪之能力,致“虚而受邪”,气血不得畅行而致肿胀疼痛。②痰瘀痹阻经脉是其重要的发病机理。因瘀血阻碍津液敷布,而易致痰生。③火主要为内生之火,心肝之火。发病机理为肝、肾、心三经阴阳失去平衡,阴虚于下、阳亢于上,使气血向上冲逆犯脑,震扰脑络所致。④虚主要为气虚、阴虚。六味地黄丸是以治疗肝肾阴虚为主,兼祛虚热内扰。生地黄、山药、山茱萸滋补肝肾为主,适当配伍清虚热、泻湿浊之品如牡丹皮、泽泻、茯苓。方中重用熟地黄滋阴补肾,填精益髓,为君药;臣以山茱萸补养肝肾,并能涩精,取“肝肾同源”之意;山药补益脾阴,亦能固肾。三药配合,是为“三补”;佐以泽泻利湿而泄肾浊,并能减熟地黄之滋腻;茯苓淡渗脾湿,并助山药之健运;牡丹皮清泄虚热,并制山茱萸之温涩,三药称为“三泻”。正合治疗中风病肝肾阴精亏耗,阴亏于下、风动于上的本质。针灸可以疏通经气,活血通络,对偏瘫患者的肢体功能恢复有明显作用。因此针药治疗脑梗死优于常规治疗。

* 湖北省随州市中医院针灸理疗科(441300)