

3.3 两组患者消化功能恢复情况比较

表 1 示, 治疗组患者肛门排气、排便、胃管拔除及饮食恢复时间明显早于对照组, 住院时间也明显短于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4 讨论

术后粘连性肠梗阻多因腹部手术后的腹腔粘连所引起, 发生率为 90%~100%。近年来随着腹部手术的增多, 粘连性肠梗阻发病率也不断增加, 目前腹腔粘连的发生机理尚不完全清楚, 对粘连性肠梗阻的预防和治疗也无特效方法。现代外科学试用多种方法防止粘连发生, 如应用高渗盐水灌洗腹腔, 清除纤维素沉积; 多种抗凝剂, 防止纤维素沉积; 用肾上腺皮质激素及抗炎药物, 抑制纤维增生等, 均未获得理想效果。目前一般采用持续胃肠减压、维持水、电解质平衡、使用抗生素及肠外营养支持等常规保守治疗, 效果并不理想, 且有时需要再次进行手术治疗。

中医学认为, 粘连性肠梗阻属“腹痛”、“关格”、“肠结”范畴。其病机在于瘀血留滞肠道, 通降失调。多由气滞、血瘀、食积、寒凝、热蕴、湿阻、虫积等病理因素造成。腹部手术后可引起脏腑功能失调, 气机升降不畅, 致肠内容物不能正常运行, 从而出现肠梗阻, 以痞、满、燥、实为主证。“肠为传化之府”, 以通为用, 以降为顺, 故通里攻下为治疗本病的大法。我们选用大承气汤加味治疗本病, 方中大黄味苦性寒,

长于泻下攻积, 能荡涤肠胃邪热积滞; 芒硝咸寒泻热, 软坚润燥, 能更好地发挥泻热荡积、推陈致新的作用。枳实味苦微寒, 行气导滞除痞; 厚朴味苦性温, 除满消胀。赤芍味苦性微寒, 有清热凉血、祛瘀止痛之功效; 桃仁味苦性甘平, 可活血化瘀、润肠通便; (炒) 莱菔子味苦性甘平, 长于消食除胀。全方在大承气汤的基础上加上赤芍、桃仁和 (炒) 莱菔子, 配伍严谨, 符合中医辨证治疗, 具有润肠通便、通里攻下、软坚散结之功, 可使肠道气滞得通, 气逆得降, 痞消瘀化, 诸症得除。采用大承气汤加味治疗术后粘连性肠梗阻, 患者腹痛、腹胀症状明显减轻, 肛门排气排便时间提前, 肠梗阻症状解除。说明应用大承气汤加味治疗术后粘连性肠梗阻安全有效, 疗效显著。

参考文献

- [1] 蒋爱民. 自拟肠结通治疗术后粘连性肠梗阻 60 例[J]. 中医杂志, 2008, 49(8): 718-719.
- [2] 曾莉, 钱海华, 赵群男, 等. 活血通腑方治疗术后粘连性肠梗阻 56 例临床观察[J]. 南京中医药大学学报, 2010, 26(3): 178-180.
- [3] 吴阶平, 裘法祖, 黄家驷. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1075-1076.
- [4] 吕云福, 邹声泉, 詹文华. 肠梗阻诊断治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 547.

(收稿日期: 2011-12-05; 修回日期: 2012-01-25)

[编辑: 崔京艳]

电针对血管性痴呆患者认知功能及行为能力的影响

石景洋* 张彦丽 唐学敏

南阳理工学院, 河南省南阳市长江路 80 号, 473004)

* 通讯作者: sjy901512@163.com, 13838730127

[关键词] 电针; 血管性痴呆; 呆病

血管性痴呆 (VD) 是脑血管病变所致的痴呆, 其临床表现包括认知功能障碍及相关脑血管病的神经功能障碍两个方面。VD 的临床特点是痴呆可突然发生、阶梯式进展、波动性、有卒中史等。65 岁以上人群中痴呆的患病率约为 5%, 其中, 阿尔茨海默病 (AD) 约占 50%, VD 约占 20%, AD 合并 VD 约占 10%~20%^[1]。近年来, VD 发病率有逐渐升高的趋势。VD 目前尚无特效疗法, 主要以二级预防及控制危险因素为主。我们自 2008 年 1 月至 2010 年

1 月采用电针法治疗 VD 60 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察对象为 2008 年 1 月至 2010 年 1 月在南阳针灸新疗法研究所就诊的 60 例患者, 经诊断为 VD 纳入研究。按照随机数字表将其分为观察组和对照组, 每组各 30 例。观察组中, 男 17 例, 女 13 例; 平均年龄 (67.8±8.5) 岁; 平均病程 (3.6±2.8) 年; 文盲 4 例, 小学 10 例, 中学以上 16 例。对照组中, 男 16 例, 女 14 例; 平均年龄 (66.3±8.0) 岁; 平均病程

(3.5 ± 2.9) 年;文盲 3 例,小学 8 例,中学以上 19 例。两组年龄、性别、教育程度、病程、观察指标积分等经统计学处理,差异无统计学意义($P > 0.05$),均具有可比性。

1.2 诊断标准

全部病例均符合 2002 年中华医学会神经病学分会 VD 诊断标准^[2]。

1.3 纳入标准

①符合西医 VD 的诊断标准。②痴呆的发病在脑血管病发病后 3 个月以上,且认知功能的损害呈突发性或阶梯性,症状持续 3 个月。③根据 MMSE 量表,属于轻度及中度痴呆患者。④患者对研究人员的观察和评价应有良好的依从性。

1.4 排除标准

①重度 VD 患者。②合并心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,以及其他脏器功能不全。③因头部损伤患有认知障碍的患者。④患有某些疾病干扰认知功能的评价,其中包括嗜酒、吸毒或其他精神性药物滥用者。⑤患者病情危重,难以对治疗的有效性和安全性作出确切评价者。

2 治疗方法

2.1 对照组

对照组服用尼莫地平片(天津市中央药业有限公司生产;每片 30mg),每次 1 片,每日 3 次;同时服用银杏叶片(浙江康恩贝制药股份有限公司生产;每片含总黄酮醇苷 9.6mg,萜类内酯 2.4mg),每次 2 片,每日 3 次。

2.2 观察组

①取穴:按照《头皮针穴名国际标准化方案》额中线(MS1)、顶中线(MS5)、顶颞前斜线(MS6)、顶颞后斜线(MS7),体针取印堂、太溪、悬钟、风池、肝俞、肾俞、足三里、合谷、太冲、三阴交穴。②针具选择:用 2 寸华佗牌毫针(江苏华佗针具厂生产,直径 0.25mm)。电针选择:用 G-6805 电针仪(上海医用仪器厂生产),按说明操作规程操作。③操作:头针:患者取坐位或卧位,75%酒精常规消毒,针尖与头皮呈 30°,快速刺入头皮下,当针尖抵达帽状腱膜下层时,指下阻力减小,使针与头皮平行,沿刺激线刺入 3cm。体针:患者取卧位,75%酒精常规消毒,针尖与皮肤呈 90°,迅速刺进皮下,深 1~1.5 寸。得气后,接通电针仪,疏密波,频率 80~100 次/min,强度以患者能够耐受为度,留针 30min,每日 1 次。10 天为 1 个疗程,疗程中间休息 3 天,6 个疗程后统计

疗效。

3 疗效观察

共有 54 例患者完成试验,6 例脱落或剔除,其中观察组 2 例,对照组 4 例。其中观察组脱落 2 例,1 例因晕针拒绝继续治疗,1 例出现再次中风;对照组脱落 4 例,2 例因出现糖尿病并发症转院治疗,1 例因心脏病转院治疗,1 例依从性差被剔除。

3.1 两组治疗前后 MMSE 评分比较

表 1 示,观察组简易精神状态量表(MMSE)评分改善明显优于对照组($P < 0.01$)。

表 1 两组治疗前后 MMSE 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后	治疗前后差值
观察组	16.55 ± 4.50(30)	23.63 ± 4.55(28)*	7.28 ± 2.30 [△]
对照组	17.18 ± 3.55(30)	21.23 ± 3.01(26)*	4.06 ± 1.87

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;两组治疗前后差值比较, $\Delta P < 0.01$;表中括号内为病例数

3.2 两组治疗前后 BBS、ADL 总评分比较

表 2 示,观察组痴呆行为量表(BBS)、日常生活功能水平量表(ADL)总评分改善明显优于对照组($P < 0.01$)。

表 2 两组治疗前后 BBS、ADL 总评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	BBS	ADL
观察组	治疗前	30	20.21 ± 5.55	45.30 ± 5.62
	治疗后	28	14.35 ± 4.20*	34.75 ± 2.40*
	治疗前后差值		5.90 ± 3.46 [△]	11.01 ± 2.10 [△]
对照组	治疗前	30	20.36 ± 4.51	45.18 ± 4.60
	治疗后	28	16.60 ± 4.05*	38.90 ± 2.55*
	治疗前后差值		2.75 ± 2.20	6.28 ± 3.45

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;两组治疗前后差值比较, $\Delta P < 0.01$

4 讨论

VD 属中医学的呆病范畴。临床主要表现为认知功能障碍和执行功能下降,处理能力的迟钝,记忆轻度损伤,多数患者生活不能自理,甚至不能抵御伤害。历代医家已认识到本病病位在脑,并认为肾虚、肝郁、痰浊、气虚血瘀为导致痴呆的原因。《灵枢·调经论》云:“血并于下,气并于上,乱而善忘”;《灵枢·海论》云:“髓海有余,则轻劲多力,自过其度;髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒,目无所见,懈怠安卧”;《医学心悟》云:“肾主智,肾虚则智不足”;《圣济总录》指出:“健忘之病,本于心虚,血气衰少,精神昏愤,故志动乱而多忘也”;清代陈士铎则认为,本病主要因“痰”而生,并提出“开郁逐痰、健胃通气”、“治呆无奇法,治痰即治呆”之治法。

脑为元神之府,印堂为奇穴,是治疗痴呆、健忘的验穴,可调理脑神;太溪为肾经原穴,滋补肾阴;悬钟为八会穴之髓会,补脑髓不足;风池为足少阳胆经和阳维脉的交会穴,有醒脑开窍、明目益聪、宣畅少阳经气的功效;所取背俞肝俞、肾俞具有滋补肝肾虚实,养血益精,补髓填精,培元固本;足三里为足阳明胃经之合穴,健运中州,培补后天之本,以益气行血;合谷为手阳明大肠经的原穴,配肝经原穴太冲,活血通络;三阴交为足三阴经之交会穴,调理肝、脾、肾三

脏,养血活血,化痰通络。头针、体针结合既调理大脑皮层功能,又使整体与局部并重,既醒脑开窍,又益气活血、疏通经络。

参考文献

- [1] 吴江. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 7.
- [2] 中华医学会神经病学分会. 血管性痴呆诊断标准草案[J]. 中华神经杂志, 2002, 35(4): 246.

(收稿日期: 2011-12-28; 修回日期: 2012-01-06)

[编辑: 黄 健]

中西医结合四联疗法治疗溃疡性结肠炎 30 例

黄付春* 汪建平

漯河医学高等专科学校第三附属医院, 河南省漯河市大学路 148 号, 462002

* 通讯作者: huangfuchun123@163.com, 13803953009

[关键词] 中西医结合; 非特异性溃疡性结肠炎; 四联疗法

非特异性溃疡性结肠炎(UC)是一种病因不明、主要侵犯结肠、直肠黏膜和黏膜下层的炎症, 不足 10% 者病变可累及末端回肠^[1]。该病病程缓慢, 轻重不一, 常反复发作, 临床表现为腹泻、黏液脓血便、腹痛。具有病程长、易反复发作的特点。我们采用中西医结合四联疗法治疗溃疡性结肠炎 30 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照 1993 年全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会制定的 UC 诊断标准^[2]。

1.2 一般资料

选取 2006 年 9 月至 2010 年 12 月在我医院就诊的 60 例 UC 患者为研究对象。均有不同程度的腹痛、腹泻、脓血便、黏液便或血便, 纳差乏力等症状。经电子结肠镜检查、病理活检、大便细菌培养, 排除肿瘤及其他肠道疾病。60 例病例随机分为中医辨证内服中药汤剂配合灌肠治疗组(以下称治疗组)30 例, 西药治疗(口服配合灌肠)对照组 30 例。治疗组中男 17 例, 女 13 例; 年龄 19~55 岁, 平均 30~3 岁; 病程 3 个月~9 年, 平均 5.5 年。对照组中男 18 例, 女 12 例; 年龄 16~57 岁, 平均 34 岁; 病程 5 个月~8 年, 平均 6 年。两组临床资料具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①口服中药: 辨证分型为大肠湿热型(9 例): 方用葛根芩连汤加减。如发热较著者, 可加柴胡、金银花、连翘; 如湿邪偏重, 宜酌加藿香、佩兰、苍术、厚朴、薏苡仁; 伴恶心呕吐者, 可加竹茹、陈皮、半夏; 大便下血者, 可用地榆、槐花以凉血止血。热毒壅盛型(2 例): 方用白头翁汤合黄连解毒汤加减。如热毒侵入营血、高热神昏谵语者, 可加用紫雪散或安宫牛黄丸以清解热毒、开窍安神; 若高热、抽搐痉厥者加用紫雪散、全蝎、钩藤以清热熄风镇痉; 如呕吐频繁, 胃阴耗伤, 舌红绛而干, 则可酌加西洋参、麦冬、石斛以扶阴养胃。寒湿凝滞型(6 例): 方用胃苓汤加减。如兼恶寒身痛、发热无汗、脉浮等表证者, 可合用荆防败毒散或藿香正气散以疏表解肌; 若寒邪偏盛、泄下清稀如水样, 腹痛肠鸣者, 将桂枝改为肉桂, 加乌药和高良姜以温化寒湿; 若小便不利者加猪苓。脾虚湿困型(8 例): 方用参苓白术散加减。如腹胀中满, 气滞湿阻症状明显者, 去方中炙甘草加大腹皮以理气化湿宽中; 有停食者加山楂、麦芽、神曲; 若湿蕴化热, 舌苔黄腻者, 加黄芩和滑石以清利湿热; 如腹痛而冷者, 上方加干姜以温运脾阳。脾肾阳虚型(5 例): 方用四神丸合附子理中丸加减。肾阳虚偏重者, 重用(制)附子、肉桂、补骨脂; 滑脱不禁, 舌苔无滞腻者, 加罂粟壳、诃子、赤石脂和石榴皮等; 如腹痛加狗脊和菟丝子; 若久泻不愈, 由阳及阴, 脾肾阴虚