

[1] 朱春生, 黄小红, 崔菊, 等. 中药坐浴用于肛瘘术后镇痛的研究[J]. 山西医药杂志, 2015, 44(17): 2054-2055.

[2] 赵炳会, 刘国涛, 王焕伶. 坐浴方治疗高位复杂性肛瘘术疗效观察[J]. 陕西中医, 2013, 34(11): 1523-1524.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 243-244.

[4] 边贤, 边英新, 赵庆茹, 等. 混合痔术后肛缘水肿的原因及防治[J]. 结直肠肛门外科, 2013, 19(4): 249-251.

[5] 陈白波. 中医对肛瘘的认识和治疗[J]. 医学信息, 2011, 24(3): 194-1195.

[6] 陈伟, 郑雪平. 肛瘘的中西医病因病机(理)研究概况[J]. 中医临床, 2018, 30(5): 978-980.

[7] 邹德柱, 李萍. 肛瘘术后外用中药治疗的研究进展[J]. 中医药信息, 2016, 33(3): 129-130.

(修回日期: 2019-02-15)

刺络放血联合揞针治疗中风后肢体麻木的疗效观察

高 锋^{1,2}, 王 芹^{1,2}

¹ 湖北省中医院针灸科·湖北 武汉 430061

² 湖北省中医药研究院·湖北 武汉 430074

肢体麻木是一种感觉障碍,也是常见的中风后遗症之一,常规西医治疗往往难以获得满意疗效。自 2016 年 2 月—2017 年 9 月笔者采用刺络放血联合揞针治疗中风后肢体麻木,疗效明显,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 72 例患者均来自湖北省中医院针灸科住院部,其中男 37 例,女 35 例;年龄 45~64 岁;病程 3~16 个月。按就诊顺序随机分为两组:观察组和对照组各 36 例。经统计学处理,两组患者在年龄、性别、病程等方面相比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),两组具有可比性,见表 1。

表 1 两组中风后肢体麻木患者一般资料比较

组别	例数	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	性别(例)		病程 ($\bar{x} \pm s$, 月)
			男	女	
对照组	36	49.4 ± 4.3	18	18	13 ± 4.5
观察组	36	47.8 ± 5.6	19	17	12.5 ± 4

1.2 纳入标准 1) 依据 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[1], 临床诊断为脑梗死或脑出血并经头颅 CT 或 MRI 证实; 2) 存在肢体麻木或感觉减退, 可伴有捆缚感、蚁行感或感觉过敏; 3) 意识清楚, 生命体征平稳, 无严重肝、肾、呼吸、血液及内分泌疾病者; 4) 能配合治疗, 并排除明显神经官能症及精神病患者。

2 方法

2.1 治疗方法 基础治疗: 观察组与对照组患者均接受常

规药物治疗及康复训练, 根据患者的病情选择抗血小板聚集、调脂、稳定斑块、调控血压、血糖及营养神经、改善脑循环等药物, 并据病情予以偏瘫肢体功能训练、吞咽及言语功能训练等康复治疗。对照组: 采用刺络放血疗法。①取穴: 上肢麻木者, 取患肢十宣穴, 下肢麻木者, 取患肢气端穴。②操作: 碘伏常规消毒后, 以三棱针点刺出血, 每穴 3~5 滴。

观察组: 采用刺络放血联合揞针埋刺。刺络放血疗法同对照组。揞针埋刺: ①取穴: 双侧曲池、合谷、血海、足三里、丰隆、太冲, 上肢麻木者加取患肢侧八邪及麻木明显处阿是穴 3~5 个, 下肢麻木者加取患肢侧八风及麻木明显处阿是穴 3~5 个。②操作: 选用清铃牌 0.2 mm × 1.5 mm 揞针, 常规消毒, 将揞针贴埋于上述穴位固定留置, 并嘱患者每隔 3~4 h 按压揞针 1 min, 并鼓励患者埋针期间加强患肢活动。隔日更换揞针。刺络放血、揞针贴刺均隔日 1 次, 3 次为 1 个疗程, 疗程间休息 2 d, 4 个疗程后统计疗效。

2.2 患肢感觉障碍积分评定 评定方法参照周智梁^[2]改进 Fugl-Mayer 及 Lindmark 评价法, 依照《感觉障碍评定积分表》, 积分最低 0 分, 最高 42 分, 其中浅感觉最高积分 20 分, 本体觉最高 16 分, 皮层觉最高 6 分, 最低积分均为 0 分。

2.3 疗效标准 参照文献[2]疗效标准: 痊愈: 治疗后感觉障碍评分较治疗前提高至少 25 分, 治疗后总评分 ≥ 40 分; 若为单项感觉障碍, 则治疗后评分至少达到其最高积分的 90%; 同时患者麻木消失。显效: 治疗后积分至少提高 15 分, 同时总积分不足 40 分; 单项感觉障碍者治疗后积分则至少达到其最高积分的 70%; 同时患者症状较前明显改善。有效: 治疗后积分至少提高 5 分; 单项感觉障碍者治疗后积分至少达到最高积分 50%; 同时麻木症状较前有一定程度减轻。无效: 治疗后积分提高不足 5 分; 单项感觉障碍者治疗后其积分不足最高积分 50%, 同时麻木症状无明显变化。

2.4 统计方法 采用 SPSS15.0 统计软件进行数据分析, 等级资料采用秩和检验, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者疗效比较 见表 2。两组患者疗效比较, $P < 0.05$, 有显著性差异, 观察组疗效优于对照组。

表 2 两组患者疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	36	6	12	12	6	83.3
观察组	36	11	15	8	2	94.4 [△]

注: 经秩和检验, $\Delta P = 0.037 < 0.05$

3.2 两组患者治疗前后感觉障碍积分比较 见表 3。两组患者治疗前症状积分无统计学差异; 治疗后积分与治疗前比较, 均有显著改善($P < 0.01$), 提示刺络放血及其联合揞针埋刺对于中风后肢体麻木均有良好疗效。两组治疗后积分比较有显著性差异($P < 0.05$), 提示刺络放血联合揞针疗效更优。

4 讨论

中风后肢体麻木, 相对于中风偏瘫而言, 临床恢复较为

通讯作者: 王芹, E-mail: 499100016@qq.com

表 3 两组患者治疗前后感觉障碍积分的比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
对照组	36	26.56 ± 3.37	36.04 ± 8.68**	9.83 ± 5.84
观察组	36	27.38 ± 3.24	39.56 ± 5.17 Δ **	12.06 ± 2.23 Δ

注: *t* 检验; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

缓慢, 病程长者多久治不愈。《金匱要略·中风历节病脉症并治》云“邪在于络, 肌肤不仁”加之“久病入络”。本病多为痰湿、瘀血阻滞络脉, 治疗常以祛瘀通络为法。刺络放血为临床治疗本病的常用方法。针刺络脉, 可以实现气血渗灌, 达到调和营卫, 疏通络脉的目的^[3]。放血疗法可刺激体内经气运行, 发挥祛瘀生新、通经活络的功用^[4]。十宣、气端穴位于肢体的末端, 该部位有末梢神经感受器及末梢血管分布, 进行针刺放血, 可直接作用于末梢神经, 改善动静脉血流, 增加末梢供血^[5], 并调节离子平衡, 使静脉和淋巴的回流得以改善, 从而缓解肢体麻木^[5]。取曲池、合谷、血海、足三里、丰隆、太冲及八邪、八风、阿是穴进行揲针埋刺, 可化痰除湿、活血通络, 同时不间断的埋针可对穴位产生持续而稳定的刺激, 埋针期间患者加强患肢活动; 如此针刺与肢体活动相结合, 促进气血运行, 增强活血通络功效, 配合刺络放血, 达到行气活血、祛瘀化痰通络目的, 从而改善肢体麻木症状。本法简便、有效, 值得临床进一步研究应用。

参考文献

[1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-379.
 [2] 周智梁, 杨家荣. 刺血疗法治疗脑血管疾病偏身感觉障碍疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2004, 23(5): 6-7.
 [3] 刘华, 刘仲杰, 施土生. 刺络放血法治疗中风偏瘫麻木症疗效观察[J]. 中国针灸, 2006, 26(5): 337-338.
 [4] 徐贞杰, 刘奕, 向连, 等. 放血疗法配合肌注腺苷钴胺治疗脑卒中后肢体麻木临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(1): 11-13.
 [5] 张继庆. 十宣放血治疗中风后手指功能障碍 60 例[J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(3): 30-31.
 [6] 张国妮, 徐耀琳. 刺络放血联合黛力新治疗中风后麻木症的疗效观察[J]. 中国民间疗法, 2016, 24(10): 70.

(收稿日期: 2018-05-07)

泻心安胃汤联合三联疗法治疗 Hp 相关性消化性溃疡 49 例

杨钱章

(余姚市红十字医院·浙江 余姚 315452)

消化性溃疡(PU)是在消化内科比较常见的且发病率较高的疾病, 主要发生在胃和十二指肠的慢性溃疡。秋冬和冬春之交为高发季节, 男性患病率高于女性, 多发于中老年。PU 发病机理比较复杂, 酸性胃液对黏膜的消化作用是形成

溃疡的基本因素之一, 另一个重要因素是幽门螺杆菌(Helicobacter pylori, Hp) 感染^[1-2], 70% ~ 85% 的胃溃疡以及 95% 以上的十二指肠溃疡与 Hp 感染有关^[3]。因此, 根除 Hp 可以促进溃疡的愈合, 减少复发成为目前治疗主要方向与手段。治疗 Hp 相关性消化性溃疡传统上多采用西医三联疗法, 虽然有一定的治疗效果, 但存在耐药率不断提高, 停药后复发等问题^[4]。然而中医药在治疗消化性溃疡的方面积累了丰富的经验, 且副作用少, 能有效预防胃溃疡的复发, 中西医结合治疗成为 PU 的常用有效手段^[5]。笔者运用泻心安胃汤联合三联疗法治疗消化性溃疡合并 Hp 感染的患者取得了良好的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 12 月—2017 年 12 月本院收治的 98 例消化性溃疡(十二指肠球部溃疡、胃溃疡)合并 Hp 感染患者。本次研究经过医院伦理委员会批准。所有患者经过确诊, 均符合 Hp 合并消化性溃疡诊断标准^[5], 中医辨证为寒热错杂证^[5]。将 98 例患者按随机数字表法随机分成两组, 观察组和对照组, 每组 49 例。观察组中有男性 26 例, 女性 23 例; 年龄 21 ~ 60 岁, 平均年龄(45.3 ± 10.2) 岁; 病程最短 3 个月, 最长 11 年, 平均(5.1 ± 0.2) 年; 其中有十二指肠溃疡 18 例, 胃溃疡 31 例。对照组中有男性 27 例, 女性 22 例; 年龄 22 ~ 59 岁, 平均年龄(45.7 ± 10.5) 岁, 病程为最短 2 个月, 最长 12 年, 平均(5.8 ± 0.4) 年, 其中有十二指肠溃疡 21 例, 胃溃疡 28 例。两组患者基线资料(病程、性别、年龄、发病部位) 著差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 1) 均经胃镜检查确诊为活动期消化性溃疡; 中医辨证为寒热错杂证; 2) 溃疡直径 3 ~ 20 mm; 3) ¹⁴C 呼气试验查 HP 均为阳性; 4) 1 个月内未应用过制酸、抗菌等药物治疗者; 5) 患者本人知情同意并签署相关文件。

1.3 排除标准 1) 对本次应用药物有过敏史患者; 2) 活动性出血及穿孔的患者; 3) 胃部手术史患者; 4) 有严重心、肝、肾等脏腑功能不全患者; 5) 有严重精神疾病患者; 6) 哺乳和妊娠期妇女。

2 方法

2.1 治疗方法 对照组患者采用西药三联治疗方法, 使用药物为阿莫西林 + 兰索拉唑 + 克拉霉素治疗, 阿莫西林(国药准字 H44024970, 珠海联邦制药股份有限公司) 0.5 g 日 2 次餐后口服; 克拉霉素(国药准字 H20031041, 江苏恒瑞医药股份有限公司) 0.25 g 日 2 次餐后口服; 兰索拉唑(湖南华纳大药厂有限公司, 国药准字 H20084414), 每日两次, 每次 15 mg, 餐前半小时服用。患者均连续服用 2 周后, 继续服用奥兰索拉唑 15 mg 1 次/d, 用药 2 周。观察组在对照组治疗的基础上加用泻心安胃汤治疗, 泻心安胃汤组方包括法半夏 15 g、黄芩 10 g、黄连 10 g、干姜 10 g、柴胡 15 g、白芍 20 g、延胡索 15 g、乌贼骨 30 g、蒲公英 30 g、白术 10 g、茯苓 10 g、白及 10 g、枳实 15 g, 并随症加减, 每天 1 剂, 水煎取汁 150 mL, 早晚各 1 次温服, 2 周为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。

治疗期间各组不得再服用其他与治疗胃肠道疾病相关