

22 例(36.7%)有效 22 例(36.7%)无效 16 例(26.7%)总有效率 73.4%。

2.2 两组治疗前后 TCD 测定结果 见表 2。

表 2 两组治疗前后 TCD 结果比较($\bar{x} \pm s$)

	n	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	60	66.3 ± 6.2	57.4 ± 4.8 * Δ	1.17 ± 0.28	0.86 ± 0.44 * * Δ Δ
对照组	60	64.8 ± 4.6	62.8 ± 7.7	1.21 ± 0.14	1.18 ± 0.36

观察组间比较 * $P < 0.05$ * * $P < 0.01$; 与对照组比较 Δ $P < 0.05$ 。

3 讨论

血管性痴呆是以脑动脉粥样硬化和多发性脑梗死为病理基础,存在明显的局部脑灌注不足和血流动力学障碍。使局部脑氧摄取率和局部脑耗氧量得到不同程度下降,从而导致大脑脑组织循环代谢障碍,促使了痴呆的出现和发展,实验证明,葛根素,能明显增加脑血流量,扩张脑膜微动脉,改善脑的微循环还能增强血流动力学,增加脑耗氧量及其葡萄糖摄取量。脑复康是 γ -氨基酸衍生物,可直接作用于大脑皮层,具有激活保护和修复神经细胞的作用,能提高学习能力,

推迟缺氧性记忆障碍产生,提高大脑对葡萄糖的利用率和能量储备,改善大脑功能,对中枢作用选择性强,提高认知功能。从二者药物的作用机理来看,具有协同作用,从理论上可以认为两药联用能够改善血管性痴呆病人的认知功能。本文研究亦发现两组病人治疗后 HDS 评分均有明显的改善($P < 0.05$)。

但葛根素、脑复康联合组改善明显优于单用脑复康组($P < 0.05$)。TCD 结果显示,脑复康对 MCA 的 VW 值影响不大,而葛根素却能适度降低 VM 值,同时降低 PI 值($P < 0.05$),从而降低血管阻力,增加脑灌注,这样使脑复康更能进入大脑脑组织细胞中,促其功能得到恢复,使脑细胞功能得到改善,提高认知能力。这亦表明“联合治疗”对血管性痴呆确实具有治疗作用,明显延缓病程,提高患者生存质量,笔者认为此方法药物价廉,使用方便,效果好,值得基层医院推广使用。

健脾祛湿,温化痰浊法治疗头晕 46 例

★ 李林根 (浙江省东阳市横店集团医院中医科 东阳 322118)

关键词:头晕;健脾祛湿;温化痰浊

头晕一证是可由多种疾病引起的一种症状,笔者 2003 ~ 2007 年运用中医健脾祛湿,温化痰浊法治疗头晕 46 例,疗效满意,报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 46 例均为门诊病例。女性 29 例,男性 17 例;13 ~ 20 岁 2 例,21 ~ 35 岁 5 例,36 ~ 50 岁 10 例,51 ~ 82 岁 29 例;病程 2 天 ~ 3 年,其中 1 ~ 30 天 20 例,31 ~ 12 月 19 例,13 月 ~ 3 年 7 例;原发性 35 例,继发性 11 例。

1.2 治疗方法 证属脾虚失运,痰浊内生,清阳不升。表现为头晕,痰多色白清稀,伴胸闷乏力,纳差,口淡,舌淡、苔白腻,脉滑迟。治拟健脾祛湿,温化痰浊,方用苓桂术甘汤合半夏白术天麻汤加味。方药组成:茯苓 12 g,黄芪 12 g,首乌 12 g,桂枝 10 g,炒白术 10 g,小茴香 10 g,姜半夏 15 g,天麻 15 g,陈皮 9 g,甘草 9 g。前额部疼痛加白芷,川芎,防风;两太阳

穴胀痛,心烦易躁去桂枝加蔓荆子,杭菊,石决明。上药 1 日 1 剂,加水早晚煎服,连服 5 剂,10 天为一疗程。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照《中医病症诊断疗效标准》:治愈:头晕等症全部消失,连续 3 个月未见复发;有效:头晕减轻;无效:头晕等症无改善。

2.2 治疗效果 服药 1 ~ 5 个疗程治愈 37 例,治愈率 80.4%;有效 5 例,有效率 10.9%;无效 4 例,无效率 8.7%。

3 体会

朱丹溪曰:“无痰不作眩,当以治痰为主,而兼用他药。”脾主运化,脾虚失运,湿聚则痰生,痰浊上扰清窍,清阳不得舒展,则眩晕头痛时作。张仲景云:“病痰饮者,当以温药和之。”选苓桂术甘汤合半夏白术天麻汤加减以健脾祛湿,温化痰浊,使脾健痰消,气机复常,则头晕诸症可愈。

中西医结合治疗胃十二指肠溃疡 80 例

★ 杨福高 程秋革 (浙江省永康市江南街道卫生院内科 永康 321300)

关键词:胃十二指肠溃疡;中西医结合疗法

胃十二指肠溃疡是全球性常见病,约占总人口的 10%,以中年人发病最为多见,严重影响了工作效率和生活质量。笔者自 2004 年 1 月 ~ 2008 年 4 月采用自拟参柴益胃汤配伍奥美拉唑胶囊、必诺胶囊治疗胃十二指肠溃疡 80 例,取得明显效果,与单纯使用西药治有明显差异,现报告如下:

1 临床资料

门诊工作中随机选择愿意同时使用中西医结合治疗的

病人 80 例为治疗组,不愿意服用中药而单纯服用西药的对照组病人 60 例。全部病例经胃镜检查并作 HP 检查和病理切片证实为胃十二指肠溃疡,其中 58 例伴有 HP 污染。治疗组中男 42 例,女 38 例,年龄 22 ~ 68 岁。对照组男 33 例,女 27 例,年龄 25 ~ 65 岁。病程 3 ~ 5 年。

2 治疗方法

2.1 治疗组 基本方药:党参 15 g,柴胡 15 g,枳实 15 g,茯

芩 15 g, 白术 15 g, 黄连 5 g, 白及 15 g, 海螵蛸 30 g, 赤芍 15 g, 甘草 10 g。随症加减: 胃脘嘈杂灼热加蒲公英 20 g, 恶心吐酸水加法半夏 15 g, 腹胀加厚朴 15 g, 暖气加苏叶 10 g, 气虚加黄芪 30 g, 胃脘冷痛加干姜 5 g, 食少纳呆加砂仁 6 g 或神曲 10 g, 水煎服每日 1 剂, 分 2 次服用, 于每日早晚饭前 1 小时服用。同时配伍奥美拉唑胶囊 20 mg 每天 2 次, 必诺胶囊 0.3 g, 每天 4 次, HP 阳性者同时服克拉霉素片 0.25 g 每天 2 次, 餐前半小时服用。1 个月为一疗程。

2.2 对照组 单纯服用奥美拉唑, 必诺胶囊, 有 HP 阳性加克拉霉素片, 服法同上, 有腹胀者加服多潘立酮片, 1 个月为一疗程。

3 治疗结果

1 个疗程结束后胃镜复查统计结果治疗组 80 例, 临床治愈(溃疡消失, 水肿糜烂消退, 临床症状消失)64 例; 显效(溃疡基本消失, 仍有局部轻度红肿, 临床症状基本消失)8 例; 有效(溃疡病灶缩小 $\geq 50\%$, 临床症状减轻)6 例; 无效(溃疡病灶缩小 $< 50\%$, 临床症状无改善)2 例, 总有效率 97.5%, 对照组 60 例, 相应为 36、8、8、8 例, 86.7%。两组经卡方检验, $P < 0.05$ 。

4 讨论

胃十二指肠溃疡是消化性溃疡的主要疾病, 属中医学的“胃脘痛,”因感受寒邪、饮食不节、情志失调所致, 因饮食、情

志、劳倦、寒湿等伤及脾胃, 或因脾胃本身气虚运化无力等, 以致饮食积滞, 湿浊困脾, 形成本虚标实或虚中夹实。其虚在脾为本, 其实在胃为标。临床上分实证的寒邪客胃, 饮食停滞、肝气犯胃、瘀血停滞和虚证的脾胃虚寒、胃阴不足。因此临床治疗时应针对脾胃病的特点以辨证为主, 辨证相结合。

参柴益胃汤正是针对上述脾胃生理与病理特点而设。方中党参、茯苓、白术、甘草甘温益气健脾为主药。柴胡、枳实、赤芍调理气机、化瘀行滞为辅药。通过使用甘温益气药恢复脾胃生化气血运化水谷之功。从而增强细胞活性, 增强机体免疫功能, 改善胃肠功能, 促进药物吸收, 改善全身情况, 促进溃疡愈合。另外甘草还具有吸附胃酸保护胃粘膜、解痉、镇静、抑菌作用, 柴胡疏肝理气散结, 枳实宽中下气调整胃肠蠕动、宽中行滞, 海螵蛸收敛止血, 白及化瘀生新保护胃粘膜, 黄连苦寒清热, 抗菌消炎, 抑制 HP。

奥美拉唑对各种原因引起的胃酸分泌具有强而持久的抑制作用。必诺形成弥散性的保护层覆盖于溃疡面上, 阻止胃酸、酶及食物对溃疡的侵袭。克拉霉素具有较强的杀灭 HP 作用。西药治疗作用快、短、易复发; 中药治疗作用慢而长、复发率低, 中西医结合治疗胃十二指肠溃疡, 双管齐下, 优势互补, 相得益彰, 疗效满意。

补阳还五汤治疗上肢周围神经损伤修复后 41 例

★ 李大伟¹ 张春霞² (1. 天津中医药大学 2006 级硕士研究生 天津 300193; 2. 解放军二七二医院 天津 300020)

关键词: 补阳还五汤; 四肢周围神经损伤; 修复

周围神经损伤指周围神经干或其分支受到外界直接或间接力量作用而发生的损伤^[1]。是临床上较常见的早期并发症之一, 四肢开放性损伤伴有周围神经损伤的发病率约为 5%, 修复后功能完全恢复者仅占 10% ~ 25%^[2], 尽管应用精细的显微外科修复技术, 或使用药物和神经生长因子促进神经再生, 但仍不尽理想, 严重影响肢体功能。笔者运用中药治疗上肢周围神经开放性完全损伤修复术后 41 例, 取得满意疗效, 现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 41 例, 均为 2005 年 2 月 ~ 2008 年 2 月本院急诊收治上肢周围神经开放性完全损伤 I 期修复术后患者。随访时间 1 ~ 3 年。41 例患者中, 男 29 例, 女 12 例; 年龄 5 ~ 60 岁, 平均 35 岁; 锐性伤 26 例, 钝性伤 15 例; 伤后至手术时间 1 ~ 9 小时; 桡神经损伤 14 例(上臂中下段 8 例, 前臂中上 6 例), 正中神经损伤 16 例(腕 11 例, 前臂 5 例), 尺神经损伤 11 例(腕及前臂下段 9 例, 肘部 2 例)。

1.2 治疗方法: 以补阳还五汤为主, 药用黄芪 60 g, 当归、赤芍、川芎各 15 g, 红花、桃仁、地龙各 10 g。早期实者加酒大黄、穿山甲; 后期虚者加鸡血藤、党参、地黄、枸杞子、何首乌等。自术后第 2 日起, 日 1 剂, 早晚各服 1 次, 10 日为一疗程。最长服用 25 个疗程, 平均 10 个疗程。

2 结果

2.1 疗效标准 参照英国医学院神经外伤学会的神经感

觉、运动评价标准评定其疗效等级。优: M4 S3 以上; 良: M3 S3; 中: M2 S2; 差: S1M1 以下。

2.2 治疗结果 按上述标准评定, 结果优 17 例, 良 16 例, 中 5 例, 差 3 例, 优良率 80%。

3 讨论

随着现代交通业、建筑业、手工业的发展, 周围神经开放性损伤越来越多。显微外科技术的发展, 为损伤神经修复再生及功能恢复提供了良好的基础, 但周围神经损伤后, 复杂的病理变化过程制约着损伤神经的功能恢复。主要可归结为以下两点: 一是神经纤维再生缓慢, 二是失神经支配肌肉变性萎缩纤维化, 即使将来神经能再生, 其功能恢复仍不理想^[3]。

促进周围神经再生因子的研究近年来非常活跃。以往的多项研究表明, 周围神经再生所需的微环境不是单一因子的作用, 而是多因子、多因素联合作用的生物共济环。从这个意义上讲, 有效的中药复方制剂在促进神经再生时, 可能会提供更多、比例更接近神经生理需求的生长活性因子的环境^[4]。综合国内对补阳还五汤等中药方剂促进神经恢复的研究成果, 其主要表现在以下方面: (1) 改善局部环境, 促进神经轴突的再生和传导功能的恢复; (2) 改善肌肉营养, 抑制肌萎缩及促进已萎缩肌肉的恢复; (3) 改善全身营养状态, 间接改善肌肉与神经营养。

参考文献