

针刺养阴通络法治疗糖尿病性脑梗死临床疗效观察

王玲¹ 刘筱慧²

(1 广东省深圳市中医院 深圳; 2 广东省深圳市福田区中医院 深圳 518033)

摘要 :目的 :观察针刺养阴通络法治疗糖尿病性脑梗死的临床疗效。方法 :选择糖尿病性脑梗塞患者 70 例 ,随机分成 2 组。在基础治疗的同时 ,治疗组给予针刺养阴通络法治疗 ,对照组给予口服补阳还五汤汤药。观察 2 组治疗前后临床疗效、神经功能缺损程度评分。结果 :总有效率治疗组为 86.11% ,对照组为 55.88% 2 组总有效率比较 ,差异有非常显著性意义($P<0.01$) 2 组治疗后神经功能缺损程度评分比较有非常显著意义($P<0.01$)。结论 :针刺养阴通络法治疗糖尿病性脑梗死有显著疗效。

关键词 :针刺疗法 ;养阴通络法 ;糖尿病脑梗死

中图分类号 :R 587.2

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2004)04-0009-02

糖尿病性脑梗死为糖尿病慢性并发症之一,是好发于中老年的常见病,笔者临床采用针刺养阴通络法治疗糖尿病性脑梗死取得满意效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 全部观察病例均经头颅 CT 或 MR 检查确诊并符合糖尿病脑梗死诊断标准者,共 70 例,随机分成 2 组。治疗组 36 例,男 16 例,女 20 例;年龄 38~79 岁,平均 67 岁;糖尿病病程 5~19 年,平均 12 年;基底节区梗死 30 例,小脑 1 例,脑干 2 例,脑叶 3 例;大面积梗死 2 例,多发腔梗 28 例,单发腔梗 6 例。对照组 34 例,男 16 例,女 18 例;年龄 40~77 岁,平均 66 岁;糖尿病病程 7~18 年,平均 12.5 年;基底节区梗死 29 例,小脑 1 例,脑干 2 例,脑叶 2 例;大面积梗死 2 例,多发腔梗 27 例,单发腔梗 5 例。2 组病例脑梗死病程、梗死面积、梗死部位、临床神经功能缺损评分起点积分及

分型分布相似,经统计学处理,无显著性差异 ($P>0.05$)。

1.2 病例选择 (1) 诊断标准:同时符合糖尿病及脑梗死诊断标准,糖尿病诊断采用 1999 年世界卫生组织 (WHO) 制定的诊断标准^[1]。脑梗死诊断采用 1995 年第四届全国脑血管病学术会议通过的标准^[2]。(2) 纳入标准:年龄在 35 岁以上;符合上述诊断标准的糖尿病性脑梗塞患者;中风中经络患者或有神志昏蒙但较轻者;糖尿病性脑梗死发病 72h 内入院,且发病后未经过治疗的患者。(3) 排除标准:出血性中風患者、短暂性脑缺血患者及混合性中風患者;中風中脏患者;妊娠及哺乳期妇女;合并有心、肝、肾等严重原发性疾病;精神病患者。

2 治疗方法

2 组患者均在降糖、脱水、支持疗法及扩张血管等治疗的基础上,再进行相应治疗,2 组基础治疗尽量保持一致。

=====

表 2 中医证候总积分变化比较($\bar{x}$ 依序)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	15.46依.84	2.73依.74
对照组	15.13依.75	6.59依.27

注:自身比较, $P<0.01$; 治疗组与对照组治疗后比较, $P<0.01$ 。

4 讨论

伤寒是由伤寒杆菌引起的急性肠道传染病,多于夏秋季节发病,临床主要表现为持续高热、腹部不适、头重、玫瑰疹、肝脾肿大、相对缓脉等。目前西药多以氟喹诺酮类药物为主治疗,取得了明显效果,减少了肠出血、肠穿孔等并发症,但近几年伤寒耐药者不断增加^[3]。

本病中医属于“湿温”范畴,主要病机为湿热之邪内阻。整个发病过程中,有湿在先,由湿化热,因此治疗中必须祛湿,或用芳香化湿或是健脾祛湿或用淡渗利湿,以达祛湿而清热的目的^[3]。

三仁汤出自吴鞠通《温病条辨》,治疗湿温初起,邪气逗留气分之证。药用杏仁苦辛,轻开肺气以化湿邪;白蔻仁苦辛,芳香行气化湿;苡米甘淡,渗利湿热;半夏、厚朴燥湿;滑石、通草、竹叶渗湿清热利尿,使湿热之邪从小便而出。全方合用宣上、畅中、渗下,以治弥漫之湿,湿祛热清,诸症自解。据现代药理研究:杏仁、厚朴对伤寒杆菌有较强的抑杀作用。

西药氟嗟酸为氟喹诺酮类抗生素,对伤寒杆菌有较强的抑杀作用,治疗伤寒,效果较好。但我们在临床治疗过程中发现伤寒经西药治疗后,体温能逐渐下降,恢复正常,但对一些如头重、腹胀、口腻等症状改善不明显。而同时配合中药治疗,能明显改善症状。本研究以三仁汤联合氟嗟酸治疗伤寒表明:治疗组体温恢复正常时间 (3.38依.76) d,明显短于对照组 (4.97依.31) d ($P<0.05$);在中医证候总积分改善上,治疗组明显优于对照组 ($P<0.01$);在对各症状改善上,治疗组与对照组对发热、头重、表情淡漠差异无显著性意义 ($P>0.05$),而对脘腹胀闷、肢体倦怠、口淡口腻、食欲不振、舌质红、苔黄腻方面,治疗组明显优于对照组 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。因此在西药治疗基础上加用中药治疗伤寒能提高疗效,明显改善症状。

参考文献

[1]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,1997.373
[2]谭新洪,黄震东.现代内科治疗学[M].广州:广东科技出版社,1997.27
[3]赵绍琴,胡定邦,刘景源.温病纵横[M].北京:人民卫生出版社,1982.214

(收稿日期: 2004 - 03- 01)

2.1 治疗组 在基础治疗的同时采用针刺养阴通络法,选取双侧阴经腧穴。上肢:极泉、尺泽、内关。下肢:血海、三阴交、太溪、太冲。针极泉、尺泽、内关时针尖顺经脉循行向下斜刺,刺极泉穴时,在腋动脉旁刺入,行缓慢提插捻转手法使针感传达到手指末端后即出针,按紧针孔;刺尺泽、内关穴时手法同前,逐渐使针感达手指末端即停止行针;刺血海、三阴交、太溪、太冲穴时,针尖顺经脉循行,朝上斜刺入,手法同前,血海穴针感向膝关节布散并向膝下传导;三阴交、太溪穴针感向踝关节布散并向足背传导;太冲穴针感向足趾尖传导。诸穴留针 30min, 15min 时按上行行针 1 次;缓慢出针,出针后紧按针孔。每日 1 次,连续治疗 30d。

2.2 对照组 在基础治疗的同时予口服中药补阳还五汤,即:黄芪 30g,赤芍 15g,川芎 15g,当归 15g,地龙 15g,桃仁 10g,红花 10g,每日 1 剂,分 2 次早晚煎服,连续服用 30d。2 组均以 4 周为 1 疗程,分别于治疗前与 4 周后进行评分,以观察 2 组临床疗效、神经功能缺损评分及临床症状积分。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 按 1995 年第四届全国脑血管病学术会议通过的脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准^[1],基本治愈:功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度 0 级;显著进步:功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度 1~3 级;进步:功能缺损评分减少 18%~45%;无变化:功能缺损评分减少或增加在 18%以内;恶化:功能缺损评分增加 18%以上,包括死亡。

3.2 治疗结果

3.2.1 2 组临床疗效比较 见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较						例(%)
组别	n	基本治愈	显著进步	进步	无变化	恶化
治疗组	36	6(16.67%)	11(30.56%)	14(38.89%)	3 (8.33%)	2(5.56%)
对照组	34	3(8.82%)	6 (17.65%)	10(29.41%)	12(35.29%)	3(8.82%)

经统计学处理,治疗组总有效率为 86.11%,对照组总有效率为 55.88%,2 组总有效率比较,经 Ridit 分析 ($P<0.01$),差异有非常显著性意义,治疗组疗效明显优于对照组。

3.2.2 2 组治疗后患者临床神经功能缺损程度评分积分比较 见表 2。

表 2 2 组治疗后患者临床神经功能缺损程度评分积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前积分	治疗后积分
治疗组	36	20.98 $\pm$ 7.73	7.76 $\pm$ 8.89
对照组	34	21.41 $\pm$ 8.86	13.92 $\pm$ 6.65

经统计学处理(t 检验),2 组治疗后患者临床神经功能缺损程度评分积分比较, $P<0.01$,差异有非常显著性意义。

4 讨论

笔者根据糖尿病性脑梗塞的病因病机特点,临床运用辨证选穴,采用针刺“养阴通络”法治疗。取极泉、尺泽、内关、血海、三阴交、太溪、太冲,本组腧穴均为阴经腧穴,具有调理阴经经气及所属脏腑功能的作用。其中极泉穴为心经始穴,有益心阴,清烦热,通经脉的作用;尺泽穴为肺经合穴,性属水,能养肺阴,通经脉;内关穴为八脉交会穴通于阴维,阴维系于足三阴并合于任脉,可育阴潜阳,内关又为心包络穴,别走手太阳而舒经通络;血海穴属脾经腧穴,为阴血汇聚之处,能养阴活血,祛瘀通脉;三阴交为足三阴交会穴,有滋补肝肾、养阴益气、健脾和胃等作用;太溪穴为肾经原穴,可滋阴补肾,填精益髓;太冲穴为肝经原穴和输穴,可疏肝养肝。诸穴配合并采用相应针刺手法,既可养阴补虚,又活血通络,故治疗糖尿病脑梗塞取得较好疗效。

本研究结果表明,以针刺养阴通络治疗糖尿病性脑梗塞有较好疗效。其疗效机理可能与针刺养阴通络能增高局部缺血性脑区的葡萄糖代谢,改善脑梗死患者局部脑细胞能量代谢,促进脑功能恢复以及改善血脂代谢、血液流变学、胰岛素抵抗等有关,至于其确切的疗效机制,有待今后临床进一步研究探讨。

参考文献

[1]钱荣立. 关于糖尿病的新诊断标准与分型[J]. 中国糖尿病杂志, 2000,8 (1): 5
[2]中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996,29 (6): 379
[3]脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996,29 (6): 381

(收稿日期 2004 - 06 - 12)

(上接第 4 页)作用。同时,腹压的减轻使肾动脉的压力减轻,肾血流量相应得到增加,肾小球滤过率增加,并减轻对肾小球旁器的刺激,使肾素 - 血管紧张素 - 醛固酮系统(RAAS)分泌减少^[3],均有利于尿量及尿钠排队量增加。还有报道由于血流动力学及内分泌的变化,机体内环境的紊乱状态如稀释性低钠也可得到纠正^[4]。此外腹压的减轻、腹水白蛋白浓度升高,淋巴系统对白蛋白顺应性吸收增加,而使血清白蛋白比较显著的增加。阻断了恶性循环,对预防肝肾综合征有一定作用。另据张金龙等^[5]报道,对于肝硬化顽固性感染性腹水的治疗,在用此技术基础上在加用多巴胺、速尿联合腹腔注射并注意全身营养支持及抗生素应用,取得良好效果。特别对于短期内腹水迅速剧增的患者,通过腹水浓缩回输可迅速缓解症状,为下一步的治疗争取了时间。腹水超滤

浓缩回输系统为无菌封闭式操作,操作简单、安全、有效,是目前对顽固性腹水比较有效的治疗方法,值得临床广泛应用。

参考文献

[1]李虹义.肝硬化难治性腹水的诊断[J].临床荟萃,1998,12(4): 147 ~ 148
[2]贡齐铁.对排放腹水的再认识[J]. 临床荟萃,1994,9(1): 15~17
[3]贾树人.肝硬化难治性腹水浓缩回输腹腔的疗效观察[J]四川医学,1992,13(6): 335~336
[4]姜慧卿,姚希贤,刘宏群,等.自身腹水回输对肝硬化患者血浆心钠素和肾素的影响[J]中华内科杂志,1991,30(10): 622~624
[5]张金龙,黄志刚,黄国生,等.腹水浓缩超滤回输治疗肝硬化顽固性腹水 42 例[J]中华传染病杂志 2003,21(4): 294 ~ 295

(收稿日期 2004 - 06 - 07)