

龙芪汤配合中药导入治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕疗效观察

吕玉凤

(广东省湛江市霞山骨伤科医院 湛江 524003)

关键词: 眩晕; 椎 - 基底动脉供血不足; 中医药疗法; 龙芪汤; 中药离子导入

中图分类号: R 743

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)02- 0019-02

笔者自 2000 年以来观察自拟龙芪汤配合中药离子导入治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕 53 例, 取得满意结果。现报道如下:

1 临床资料

全部病例为门诊患者, 均符合诊断标准^[1], 并经颅多普勒 (TCD) 确诊。治疗 53 例, 男 23 例, 女 30 例; 年龄最小 45 岁, 最大 75 岁, 平均 58 岁; 病程最长 15 年, 最短 1 周; 其中合并脑动脉硬化 12 例, 颈椎病 13 例, 高血压病 4 例, 高脂血症 8 例, 天合并症 16 例。病变程度轻度 (发作时眩晕轻微, 每月 2~3 次, 持续时间 <1h, 不影响生活和工作) 14 例; 中度 (发作时眩晕严重, 每月 3~6 次, 持续时间 1~3h, 不影响生活和工作) 23 例; 重度 (发作时眩晕严重, 每月发作 >6 次, 持续时间 >3h, 不能坚持生活和工作, 甚至需卧床休息) 16 例。凡颅内肿瘤、脑血管意外不纳入观察对象。高血压者以控制血压正常为度。

2 治疗方法

2.1 中药治疗 自拟龙芪汤, 药物组成: 黄芪 60g, 地龙 15g, 丹参 30g, 赤芍 15g, 茯苓 10g, 天麻 15g, 炙甘草 6g。兼肝肾虚加枸杞子 10g, 头痛加葛根 30g、白芷 10g, 恶心呕吐加藿香 10g, 痰浊内蕴加胆南星 10g、法半夏 10g、天竺黄 10g, 失眠多梦加柏子仁、酸枣仁各 10g, 肝阳亢盛加菊花 10g、石决明 30g, 肾阴虚加何首乌 15g、女贞子 10g, 气虚甚加党参 30g、当归 10g。每天 1 剂, 水煮分 2 次服, 连服 10d 为 1 个疗程。

2.2 中药离子导入法 药物由桃仁 30g、红花 6g、乳香 30g、没药 30g、赤芍 50g、延胡 30g、法夏 20g、丹参 30g、川芎 20g、藁本 30g、黄芪 60g 组成。用 1 500mL 升水煎成 500mL 备用。采用 DZY-B 型骨质增生治疗仪, 操作时将所需中药汁加热成 40℃左右, 用制备好一定大小的棉布垫浸透药液并沥尽水分, 紧贴颈椎两侧, 左右各 1 块药垫, 药垫背面插入电胶板, 上面覆塑料布, 压上沙袋, 接通电源, 电流调节由小到大, 以患者能忍受为宜。每次 25min, 每天 1 次, 连续 10d 为 1 个疗程; 疗程间隔 3~7d。治疗 2 个疗程随访观察, 2 个月后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈: 眩晕及伴发症状和体征消失, 检查椎

- 基底动脉供血正常, 2 个月内不复发; 显效: 眩晕程度, 持续时间均有明显改善, 伴发症状及体征多数消失, 检查椎 - 基底动脉供血明显好转, 2 个月内发病比原来下降一半以上; 好转: 眩晕程度减轻, 持续时间缩短, 伴发症状及体征部分消失, 检查椎 - 基底动脉供血改善, 2 个月内发病次数减少 1/3; 无效: 眩晕及伴发症状和体征无改善或改善不到 1/3, 检查椎 - 基底动脉供血无改善。

3.2 治疗结果 治疗 53 例, 治愈 13 例, 显效 18 例, 有效 16 例, 无效 6 例, 显效率 58.5%, 总有效率 88.7%。

4 典型病例

患者陈某, 女, 45 岁, 2003 年 9 月就诊。头晕恶心呕吐反复发作 2 年余, 加重 2 周。患者 2 年来, 时发头晕, 1 月数次, 每次发作历时短暂, 数秒至数分钟不等。曾经颅多普勒超声示: 椎 - 基底动脉供血不足。并予西比灵、潘生丁、川芎嗪片等, 其效不显, 近 2 周因操劳过度, 眩晕发作频繁, 最多日达 3~4 次, 持续时间也较前延长, 感觉乏力, 动则甚, 劳累加重。查体: 形体偏胖, 神情痛苦面容, 面色苍白, 生命体征及心肺正常, 舌淡苔白, 脉弱。证属气虚挟瘀, 痰阻经络。治则补气活血, 化痰通络。用龙芪汤加味。处方: 黄芪 60g、地龙 15g、赤芍 15g、法半夏 10g、天麻 15g、丹参 30g、茯苓 15g、葛根 30g、炙甘草 6g。每日 1 剂水煎服, 配合中药离子导入治疗。治疗 10d 基本痊愈, 后又治疗 1 个疗程, 随访至今无复发。

5 讨论

椎 - 基底动脉供血不足性眩晕, 多见于中老年人, 眩晕发作表现多与头位有关, 发作短暂, 伴有颈部不适或僵直, 甚则恶心呕吐, 神倦耳鸣, 失眠多梦等, 多合并脑动脉硬化、高血压、高血脂、颈椎病。笔者认为椎 - 基底动脉供血不足性眩晕, 多属本虚标实。由于年老肾精不能化生元气, 元气虚衰, 鼓动无力, 血行不畅, 脉络瘀阻, 血液不能上奉养脑而致。故在治疗上以补气活血通络为原则, 采用大量补气药物。方中重用黄芪大补元气, 使气旺促血行, 祛瘀而不伤正; 地龙性走窜, 取其通络以行血之力; 丹参、赤芍活血通络, 促使血液循环; 天麻、茯苓止晕。

中药离子导入是在电流的作用下, 提高组织膜和细胞膜的通透性, 使药物分子通过药物浓度梯度的扩散作用, 经皮

[3]高波廷, 史庭慧, 卜碧涛, 等. 东菱精纯克栓酶治疗脑梗塞的疗效及机理探讨[J]. 中国新药杂志, 1996, 5(3):194

[4]朱国行. 脑梗塞的溶栓治疗[J]. 国外医学·神经病学神经外科学分册, 1995, 22(2): 55

[5]Izumi Y, Tsuda Y, Ichihara SI, et al. Effects of defibrillation on hemorheology cerebral blood flow velocity and CO₂ reactivity during hypocapnia subjects[J]. Stroke, 1996, 27:1 328~1 332

中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻(附 35 例报告)

李明忠 邓清 耿恒 黄强 任组海 田夫
(湖北省荆州市第一人民医院普一外科 荆州 434000)

摘要 :目的 :探讨中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻的疗效。方法 :回顾性分析 35 例腹部手术后早期炎性肠梗阻中西医结合治疗的情况。结果 :35 例腹部手术后早期炎性肠梗阻均经胃肠减压、用生长抑素、全胃肠外营养支持以及中药健脾养胃、行气活血、润肠通便等治疗而痊愈。缓解时间 3~21d ,平均 9.2d。结论 :术后早期炎性肠梗阻采用中西医结合治疗是确切有效的治疗手段。

关键词 :炎性肠梗阻 ;术后早期 ;中西医结合疗法 ;大承气汤 ;胃管注入 ;胃肠减压 ;抗生素
中图分类号 :R656.1 **文献标识码** :B **文献编号** :1671-4040(2005)02- 0020-02

肠梗阻是腹部手术后常见的并发症,其中术后早期炎性肠梗阻约占 20%^[1],是腹部手术后短时间内(2 周左右)发生的一种常见的特殊类型肠梗阻,处理不当会引起多发性肠痿、重症感染等严重并发症。我们从 1999 年 1 月~2004 年 5 月共收治术后早期炎性肠梗阻 35 例,均采用中西医结合治疗方法治愈,取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例男 16 例,女 19 例;年龄 14 岁~76 岁,平均年龄 45 岁;其中腹部手术 1 次者 21 例,2 次手术 9 例,3 次手术以上(最多手术为 5 次)者为 5 例;发病前手术类型:急性阑尾炎 7 例,小肠切除 6 例,剖腹探查 6 例,胃癌根治术 5 例,胃十二指肠溃疡胃大部切除术 2 例,结、直肠癌根治术 3 例,妇科手术 3 例,肝胆手术 2 例,脾切除 1 例。

1.2 诊断标准 (1)有近期腹部手术史,尤其是反复手术;(2)有明显肠梗阻表现,但腹胀、呕吐重于腹痛;(3)查体发现腹部质地较坚韧,压痛明显;(4)腹部立位 X 线平片有液平面,或腹腔积液、积气,或肠袢成团;(5)腹部 CT 表现为病变区域肠壁水肿增厚,边界不清,没有高度扩张的肠管;(6)排除机械性肠梗阻和麻痹性肠梗阻^[2]。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 (1)禁饮食和胃肠减压;(2)纠正水、电解质紊乱和酸碱平衡失调;(3)胃肠外营养支持;(4)适当使用生长抑素以及糖皮质激素;(5)使用适宜的抗生素。

2.2 中药治疗 复方大承气汤加减:党参、焦白术各 15g,炒莱菔子、厚朴各 30g,桃仁、赤芍、枳壳各 10g,三棱、莪术各 6g,大黄 15g(后下),加水煎成 300mL,由胃管注入,1 次注入 100mL,注入后胃管关闭 2~3h,1d3 次,并随症加减。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈:肛门恢复每日排气排便;24h 鼻胃管引流液 <400mL,不含胆汁,可拔除胃管;腹胀消失,肠鸣音恢复正常;腹部柔软,坚韧感消失,无压痛;恢复饮食后梗阻症

状不再出现^[2]。无效:用药后仍腹胀或者腹胀进一步加重,肛门排气排便未恢复。

3.2 结果 35 例均保守治疗痊愈,最短时间 3d,最长时间 21d,平均 9.2d,全部病例未发生肠梗阻加重的情况。

4 讨论

术后早期炎性肠梗阻发生在腹部手术后早期,由于长时间的肠管暴露,广泛的粘连分离或肠排列等手术操作,腹膜炎、腹腔积血积液或坏死组织和异物的刺激等均可引起肠壁的炎症反应。局部组织充血、水肿、纤维蛋白渗出和肠管粘连,导致肠麻痹、粘连和不通畅,形成一种机械性与动力性同时存在的肠梗阻^[1]。炎症造成的肠蠕动减弱是术后早期炎性肠梗阻的主要原因,其次是肠壁水肿引起的肠腔阻塞,并无明确的梗阻部位,多发生于术后 3~7d,往往已排气、排便、进食后再出现肠梗阻,且症状逐渐加重,以腹胀为主,但很少造成绞窄性肠梗阻。过去未认识此病时,均以急性肠梗阻行二次手术,术中往往发现腹腔内广泛粘连,有时呈板块状无法分离,强行分离易造成多处小肠破裂,不得不将多处小肠切除,保留的肠段往往很少,造成肠痿和短肠综合征等严重并发症。基于上述情况,术后早期炎性肠梗阻不宜手术治疗。

术后早期炎性肠梗阻单纯西医保守治疗疗程较长,国外统计治愈时间为约 17d,朱维铭报道 73 例中治愈 72 例,平均治愈时间 26.4d^[3]。本组 35 例术后早期炎性肠梗阻行中西医结合治疗,我们采用胃肠减压、胃肠外营养支持、静脉滴注生长抑素、早期短期使用肾上腺皮质激素基础上加用中医药治疗。根据术后早期炎性肠梗阻的原因是肠壁水肿、肠管广泛创伤或粘连、肠蠕动减弱或消失,甚至造成肠腔狭窄或梗阻,我们将其辨证为脾胃气虚、肠腑不通、瘀血内停。方用党参,焦白术大补脾胃之气,恢复肠道动力;桃仁、赤芍、三棱、莪术药物活血化瘀,修复肠壁受损创面,促进肠壁水肿消退及腹腔炎性渗出的吸收,尤其是蛋白性物质的吸收^[4];枳壳、厚朴、炒莱菔子行气破结,消痞除满,促进肠蠕动的恢复;大黄泻热

组织的组织间隙与细胞间隙较多地进入体内。这种疗法透入体内的主要是分子形成药物分子堆而发挥作用。颈部是头部血液供给必经之处,故通过治疗仪运用乳香、没药、桃仁、红花、赤芍、延胡、丹参等活血祛瘀通络,川芎、藁本引药上升,使药物从颈部导入,上行于椎 - 基底、头部,改善血液循环,减少血液粘稠度,扩张血管,恢复气血动力及血管壁的弹性,加快

血液流速。内外合治,使气血充足,脉络通畅,瘀血祛除,椎 - 基底动脉供血改善,是临床上治疗眩晕的有效方法。

参考文献

[1]殷凤礼.西医内科学基础[M].上海:上海科学技术出版社,1990., 418