

中西医结合分型治疗急性周围性面瘫 36 例

林荣娇

(福建省三明市中西医结合医院 三明 365001)

关键词:周围性面瘫;急性;中西医结合疗法;辨证施治;超短波

中图分类号:R 745.12

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)06-0028-02

周围性面瘫是临床常见病,针刺治疗具有确切疗效,但治愈率尚不理想。笔者自 2003~2005 年,采用中西医结合分型施治的方法治疗急性周围性面瘫 36 例,疗效满意。现将结果报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 68 例患者均来自我院门诊和病房,参照《临床神经病学》^[1]面神经炎诊断标准确诊为急性周围性面瘫。其中治疗组 36 例,女 20 例,男 16 例;年龄 18~65 岁,平均 31.5 岁;病程 1~7d;左侧 21 例,右侧 15 例。对照组 32 例,女 17 例,男 15 例;年龄 16~64 岁,平均 33.2 岁;病程 1~7d;左侧 19 例,右侧 13 例。两组间性别、年龄、病程、部位差异无显著意义($P>0.05$),有可比性。

1.2 分型方法

1.2.1 风寒型 多为晨起时突然一侧口眼喎斜,额纹减弱或消失,闭目露眼,鼻唇沟变浅,口角下移,流泪流涎,颊部存食,味觉减弱,舌淡红,苔薄白,脉缓。此型相当于单纯性面神经炎。

1.2.2 风热型 除了上型的表现外,还有耳周疼痛,舌前 2/3 味觉减退,听觉过敏,可伴咽干咽痛,舌红,苔薄黄,脉浮数。此型相当于贝尔(Bell)氏麻痹,是颈乳突孔内面神经管内神经受损。

1.2.3 肝胆湿热型 除有以上二型的症状外,还有耳内外及周围皮肤剧痛,可见疱疹,伴有患眼干涩、头晕等症,舌红,苔黄厚或腻,脉弦滑。此型相当于亨特(Hunt)综合征,系膝状神经节受损及岩大神经受累。

2 治疗方法

2.1 治疗组 根据不同分型施治。

2.1.1 风寒型 中医宜祛风散寒、养血通络。口服桂枝汤合牵正散加减:桂枝 9g、生麻黄 9g、羌活 9g、转或改变 PD 的病程进展,但通过科学合理的中西医结合治疗可以减轻 PD 症状,延缓病程的进展。

参考文献

[1]中华全国中医学会老年医学学会.中医老年颤证诊断和疗效评定标准[J].北京中医学院学报,1992,15(4):39-41

[2]Ly JD,Grubb D, Lawen R. The mitochondrial membrane potential in apoptosis;an update[J]. Apoptosis,2003,8:115-128

[3]Green DR,Kroemer G. The pathophy sipolohy of mitochondrial cell death[J].Science, 2004, 305(5684):626-629

防风 12g、当归 12g、川芎 6g、白芍 12g、僵蚕 6g、全蝎 6g、白附子 6g。前 5d 针灸取太阳、地仓、曲池、牵正、合谷等穴,5d 后针灸常规取穴:太阳、颧髎、牵正、地仓、合谷等,留针 15min^[2]。西医:病程前 5d 抗病毒药口服,局部超短波治疗,5d 后只用电脑中频提高肌力。

2.1.2 风热型 早查血常规,分清细菌性还是病毒性感染。及时治疗原发病:如乳突炎、牙龈炎、腮腺炎、中耳炎。中医治疗:患病前 7d 针灸取穴同上,加大椎、风门等。配合口服祛风清热、活血通络之牵正散合葛根汤加减:全蝎 6g、蜈蚣 3 条、白附子 6g、菊花 9g、葛根 12g、当归 12g、赤白芍各 12g 等。西医抗菌可选青霉素、红霉素、先锋霉素等药,抗病毒可用利巴韦林等,营养神经用脑苷肌肽、维生素 B₁₂ 等,局部超短波治疗 7d。

2.1.3 肝胆湿热型 中医宜局部针灸拔罐,尽早消退疱疹,疱疹消退后常规取穴治疗。并配合清利肝胆、活血通络之牵正散合龙胆泻肝汤加减:全蝎 12g、白附子 9g、僵蚕 15g、当归 12g、赤白芍各 12g、龙胆草 9g、黄芩 9g、柴胡 5g、茯苓 15g、牛膝 15g、菊花 9g、板蓝根 10g。西医尽早抗病毒、消炎消肿 10d,局部超短波治疗 10d。

2.2 对照组 32 例统一采用针灸常规取穴:太阳、颧髎、牵正、地仓、合谷等,留针 15min。局部配电脑中频,提高肌力。静滴或肌注青霉素或利巴韦林注射液,不分型。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈:双侧额纹、鼻唇沟恢复对称,皱眉与闭眼正常,鼓腮时口角不漏气,进食时齿颊间不滞留食物残渣,说笑时无口角歪斜,面部表情正常。好转:双侧额纹、鼻唇沟基本对称,眼闭合欠

[4]蒋雨平.临床神经病学[M].上海:上海医科大学出版社,1999.79

[5]王永炎.中医药治疗震颤麻痹综合征 35 例疗效观察[J].中医杂志,1986,27(8):22-23

[6]樊莹.周仲瑛治疗震颤麻痹的经验[J].中医杂志,1996,37(11):663-664

[7]陈建宗,陈晓莉,李军昌,等.培补肝肾法治疗帕金森病 40 例临床观察[J].中医药研究,1998,14(3):10-12

[8]周金黄,王筠默.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1986.39-40

(收稿日期:2009-06-24)

大黄治疗慢性乙型病毒性肝炎高胆红素血症疗效观察

程全红 陈川英 炉军

(江西省南昌市第九医院 南昌 330002)

摘要:目的:探讨大黄治疗慢性乙型肝炎轻度高胆红素血症的临床效果。方法:将 70 例慢性乙型肝炎轻度高胆红素血症患者,随机分为治疗组和对照组各 35 例。治疗组给予单味生大黄 30g,用水 400mL,煎至 200mL,上下午各服 100mL;对照组给予甘草酸二铵 150mg,tid,疗程 1 个月。结果:治疗组的治愈率明显优于对照组,有显著性差异($P=0.001$),治疗过程无明显毒副作用。结论:大黄治疗慢性乙型肝炎轻度高胆红素血症疗效明显优于甘草酸二铵,而且安全,无明显不良反应。

关键词:大黄;乙型肝炎;胆红素血症

中图分类号:R 512.62

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)06-0029-02

慢性乙型肝炎患者在肝炎恢复后,出现轻度黄疸持久不退,表现为仅血清总胆红素轻度升高,呈低水平波动,以间接胆红素升高为主,其他相关血生化指标(ALT、AST、GGT、ALP、ALB 等)均正常,B 超肝脏无肝硬化及肝内外胆管系统病变。常规保肝退黄治疗疗效不佳,严重影响了患者的生活质量,这类病人适合用中药治疗。大黄是我国传统中药材之一,属攻下药,历代有黄良、将军之称,功能为泻下攻积,清热泻火,凉血解毒,逐瘀通经。随着中医药的挖掘发展,发现大黄治疗急慢性肝炎有独特功效。现将 2006 年以来使用大黄治疗的慢性乙型肝炎轻度高胆红素血症的结果报告如下:

1 对象和方法

1.1 病例选择 选择我院 2006 年 10 月~2008 年 10 月门诊病人,共 70 例,男 51 例,女 19 例,年龄 18~48 岁,平均年龄 34.84 岁。临床诊断参照 2005 年中华医学会肝病学会、感染病学分会联合制定的《慢性乙型肝炎防治指南》^[1],诊断为慢性乙型肝炎,部分病例已用 1~3 年的抗病毒治疗,入组前已停药 6 个月以上,肝功能指标血清总胆红素(以间接胆红素为主)25~60 $\mu\text{mol/L}$,其他各项指标均正常,B 超检查无胆硬化及胆道改变,所有病例实,鼓腮时口角不漏气,进食时齿颊间不滞留食物残渣,笑时可见口角略不对称。无效:经治 2 个疗程后仍未达到上述指标。

1.2 治疗结果 见表 1。治疗组在治愈率、总有效率方面均优于对照组,经统计学处理,两组差异有显著性意义($P<0.05$),说明中西医结合分型施治可明显提高疗效。

表 1 两组面瘫患者疗效比较 例(%)

分组	分型	n	痊愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	风寒型	19	19(100)	0(0.0)	0(0.0)	100
	风热型	12	9(75.0)	3(25.0)	0(0.0)	100
	肝胆湿热型	5	3(60.0)	2(40.0)	0(0.0)	100
对照组		32	14(43.8)	15(46.9)	3(9.4)	90.6

4 讨论

急性周围性面瘫在教科书及中医疾病诊断标

HBV-DNA 阴性。并排除:(1)甲、丙、丁、戊型肝炎病毒重叠感染;(2)酒精性、药物性、自身免疫性肝炎以及溶血性疾病等,或伴有其他系统严重疾病(恶性肿瘤、严重心脏病、肾功能不全等)的患者;(3)孕妇及哺乳期妇女。随机分为治疗组和对照组各 35 例。治疗组男 24 例,女 11 例,年龄(34.1 \pm 9.1)岁,血清总胆红素(40.9 \pm 9.3) $\mu\text{mol/L}$;对照组男 27 例,女 8 例,年龄(32.6 \pm 6.7)岁,血清总胆红素(38.9 \pm 8.5) $\mu\text{mol/L}$;两组一般资料均具有可比性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 治疗组给予单味生大黄 30g,用水 400mL,煎至 200mL,上下午各服 100mL。大便控制在 3~4 次/d,如大便过多,可适当延长煎煮时间来减轻泻下作用。对照组给予甘草酸二铵 150mg,3 次/d。10d 查 1 次肝功能,总疗程均 1 个月。

1.3 疗效标准 采集治疗前及治疗后每 10 天患者的肝功能,主要以总胆红素水平判断疗效。总胆红素降至正常为治愈。

1.4 统计分析 使用 SPSS 13.0 软件进行统计分析,治愈率用 χ^2 检验,血清总胆红素下降率用独立样本 t 检验。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗组治愈率 71.4%,明显优于对照组中均无明确的分型施治标准,导致其中很多没有规范治疗,不了解病位深浅,不了解预后。明确定位、定性、定预后,增加患者的依从性,尽早治疗是提高疗效的关键。风寒型面瘫因病位浅、病情轻,治疗可单纯些;风热型面瘫因病位较深、病情较重,治疗一定要综合中西之长处才能取得好的效果;肝胆湿热型病位深、病情重,治疗更要及时有效,应多考虑患者的阴虚阳亢体质,适时扶正也很重要。

参考文献

- [1]陈清棠.临床神经病学[M].北京:北京科学技术出版社,2000.683-686
- [2]郭辉,刘庆华,吴幼存,等.现代中医临床学[M].北京:中国医药科技出版社,1998.279-280

(收稿日期:2009-06-03)