

前胡、川贝母止咳、化痰、清热、润肺,橘红、半夏理气宽中、燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结,全蝎、预知子疏肝理气、活血通络止痛、攻毒散结、利尿,茯苓利水渗湿、健脾宁心,石见穿、莪术具有抗肿瘤作用^[6],为佐药;同时方中还另加甘草、桔梗等,能够对各种药材的药性进行调和,促进药物发挥最大的药效;各种药物的科学配伍,能够对患者的自身微循环进行明显改善,并有较强的抑制肿瘤增殖的作用,同时还能减少肿瘤转移,加快肿瘤细胞凋亡^[7]。由于化疗药物对患者的正常细胞也有毒性作用,所以化疗后患者常常产生骨髓抑制、神经毒性等不良反应,本研究选用的中药方剂在抗肿瘤的同时还能有效抑制和缓解患者化疗产生的毒副作用,改善患者生存质量。

本研究结果显示,研究组的总有效率为 91.8% 明显高于对照组 67.3%, 差异有统计学意义, $P < 0.05$; 研究组患者的不良反应发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。本研究结果与许多

文献的结果基本相符, 表明中药肺癌方联合化疗对肺癌患者的治疗效果显著, 安全性好。综上所述, 中药肺癌方联合化疗对肺癌患者的治疗充分体现了中医辨证思想, 临床效果显著, 且不良反应少。

参考文献

- [1]钱磊.痰瘀阻肺型肺癌应用葶苈大枣泻肺汤合导痰汤与化疗治疗的效果研究[J].中药药理与临床,2015,31(1):348-350
- [2]刘桂莲.观察葶苈大枣泻肺汤合导痰汤联合化疗治疗痰瘀阻肺型肺癌的临床疗效[J].解放军预防医学杂志,2016,34(S2):58-59
- [3]尹继旺.葶苈大枣泻肺汤合导痰汤联合化疗治疗痰瘀阻肺型肺癌[J].中国实验方剂学杂志 2013,19(16):331-335
- [4]李文举.葶苈大枣泻肺汤合导痰汤联合化疗治疗痰瘀阻肺型肺癌 20 例的疗效观察[J].中医临床研究,2014,6(30):131-133
- [5]杨帆.葶苈大枣泻肺汤合导痰汤联合化疗治疗痰瘀阻肺型肺癌的临床研究[J].中医临床研究,2016,8(6):139-140
- [6]Harred JF,Knight AR,McIntyre JS.Inventors.Dowchemical company, assignee eXpoXidationprocess[J].USPatent 3,2012,3(17):1927-1904
- [7]杨燕.观察葶苈大枣泻肺汤合导痰汤(简称肺癌方)联合化疗治疗痰瘀阻肺型肺癌的临床疗效[J].医药前沿,2015,5(18):300-301

(收稿日期: 2017-05-04)

针药联合中医定向透药疗法治疗风痰阻络型脑卒中的疗效及对血液高凝状态影响

陶家茂 杨万同

(湖北省天门市中医院 天门 431700)

摘要:目的:探讨针药联合中医定向透药疗法治疗风痰阻络型缺血性脑卒中的疗效及对患者血液高凝状态的影响。方法:将 2012 年 12 月~2017 年 3 月因风痰阻络型缺血性脑卒中于我院治疗的 80 例患者纳入研究并随机分组,对照组 40 例采用西医常规治疗,观察组 40 例联合针灸及中医定向透药疗法,14 d 为 1 个疗程。比较治疗前后血清凝血酶原时间(PT)、D-二聚体(D-D)、纤维蛋白原(Fib)等凝血功能及神经功能(NIHSS 评分)指标改善情况,比较临床疗效差异。结果:两组患者治疗后 PT 升高,D-D、Fib 降低,观察组改善更显著, $P < 0.05$; 两组患者治疗后 NIHSS 评分减低,观察组更低, $P < 0.05$; 对照组总有效率为 75.00%(30/40),观察组为 97.50%(39/40),差异显著, $P < 0.05$ 。结论:针药联合中医定向透药疗法治疗风痰阻络型缺血性脑卒中效果显著,可有效改善高凝状态,促进神经功能的恢复,值得推广。

关键词:缺血性脑卒中;风痰阻络型;血液高凝状态;针灸;中医定向透药疗法

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.026

缺血性脑卒中是一种以脑血管阻塞为基础病变,导致其供血区脑组织缺血缺氧并肿胀坏死,表现为突然跌扑、肢体偏瘫、半身不遂、口舌歪斜等症状的脑血管疾病。缺血性脑卒中有较高的死亡率及致残率,在老龄化背景下已成为威胁我国老年人身心健康的重要原因。受各地医疗水平发展及溶栓时间窗限制,部分患者并不能得到及时治疗,此时通过内科保守治疗以改善预后显得非常必要。抗凝、抗血小板聚集、抗氧化、抗炎及调脂等药联合应用是本病的常规治疗手段,各因素均与血液高凝状态关系密切,而后者是影响治疗效果的重要因素^[1]。本研究联合针灸及中医定向透药疗法效果显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2012 年 12 月~2017 年 3 月因风痰阻络型缺血性脑卒中于我院治疗的 80 例患者纳入研究,随机数据表法分为观察组与对照组各 40 例。对照组男 25 例,女 15 例;年龄 49~71 岁,平均年龄 (60.26 ± 7.69) 岁;病程 6~12 h,平均病程 (8.90 ± 2.06) h;基础病:糖尿病 19 例,高血压 17 例,高脂血症 23 例;发病类型:大面积梗死 11 例,局灶型梗死 24 例,脑干梗死 5 例。观察组男 24 例,女 16 例;年龄 50~73 岁,平均年龄 (59.72 ± 8.05) 岁;病程 7~13 h,平均病程 (8.73 ± 2.12) h;基础病:糖尿病 17 例,高血压 18 例,高脂血症 22 例;发病类型:大

面积梗死 12 例,局灶型梗死 23 例,脑干梗死 5 例。两组一般情况无显著差异, $P>0.05$ 。

1.2 选择标准 诊断标准^[2]: (1) 脑动脉硬化病史, 发病 1~2 d 内意识轻度障碍; (2) 有椎 - 基底动脉系统和(或)颈内动脉系统症状体征; (3) 经 MRI 或 CT 发现脑部缺血灶。中医证型^[3]为主证: 失语或言语謇涩、半身不遂、口舌歪斜、偏身麻木; 兼证: 眩晕、饮水发呛、目偏不瞬、胸闷痰多、舌红苔白厚腻、脉弦滑。纳入标准: (1) 确诊缺血性脑卒中, 要求内科保守治疗并知情同意者; (2) 经医学伦理会审核者; (3) 风痰阻络者。排除标准: (1) 过敏体质者; (2) 肝肾功能或凝血功能障碍者; (3) 晕针史者; (4) 合并脑出血者。

1.3 治疗方法 对照组: 采用常规西医治疗, 予心电监护、吸氧、保持呼吸道通畅。药物予阿司匹林肠溶片 100 mg, 1 次/d; 奥拉格雷氯化钠注射液 100 ml 静滴, 2 次/d; 瑞舒伐他汀 10 mg, 每晚 1 次口服。并根据基础病及并发症行相应药物干预, 病情稳定后尽早进行康复训练。观察组: 针灸联合中医定向透药疗法治疗, 方由天麻、鸡血藤、竹茹、钩藤(后下)各 15 g, 红花、法半夏、地龙、僵蚕、丹参、胆南星、陈皮各 10 g, 全蝎、甘草各 6 g 等药物组成, 并随证加减。中药房提供并代煎, 1 剂/d, 每剂药煎煮取汁 200 ml, 药汁浸透电极片后备用。采用 NPD-4AS 型药物离子导入仪, 将电极贴片紧贴于患侧曲池、环

跳、足三里、手三里、三阴交等穴位处, 调节温度及输出强度, 以患者耐受为标准, 20 min/次。针灸取双侧内关、合谷、水沟, 患侧曲池、委中、三阴交、丰隆为主穴, 并随证加减用穴, 委中、内关、三阴交、水沟四个穴位用开窍醒神针法, 丰隆、合谷常规泻法, 其余穴位采用平补平泻法, 针刺深度及角度参照《针灸学》教材, 以“得气”为度, 留针 30 min, 治疗 5 d 休息 2 d, 两组均 14 d 为 1 个疗程。

1.4 观察指标 比较治疗前后血清 PT、D-D、Fib 等凝血功能改善情况, 清晨空腹采集肘静脉血, Stago Compact 全自动血凝仪 (法国 STAGO 公司) 测定; 比较两组 NIHSS 评分情况, 由美国国立卫生研究所制定; 比较临床疗效差异, 依据 NIHSS 评分降幅而定, 治愈: 降幅不低于 91%; 显效: <91% 以下, 但不低于 46%; 有效: <46% 以下, 但不低于 18%; 无效: <17%^[4]。

1.5 统计学方法 SPSS19.0 统计分析, 本研究血液流变学指标、NIHSS 评分等均为计量资料, 以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 均双侧检验, 符合正态分布, t 检验。采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血液流变学指标 治疗前指标无显著差异, $P>0.05$; 治疗后, 两组患者 PT 升高, D-D、Fib 等指标降低, 观察组改善更显著, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组血液流变学指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	PT(s)		D-D($\mu\text{g/ml}$)		Fib(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	9.48 $\pm$ 0.82	10.92 $\pm$ 0.74*	1.96 $\pm$ 0.47	1.42 $\pm$ 0.40*	3.65 $\pm$ 0.85	3.06 $\pm$ 0.69*
观察组	40	9.31 $\pm$ 0.86	13.15 $\pm$ 0.64*	1.94 $\pm$ 0.50	0.89 $\pm$ 0.27*	3.71 $\pm$ 0.89	2.37 $\pm$ 0.48*
t		0.409	17.482	0.506	39.374	0.613	28.597
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比较, * $P<0.05$ 。

2.2 NIHSS 评分情况 治疗前评分无显著差异, $P>0.05$; 治疗后各时间点 NIHSS 评分较前逐渐降低, $P<0.05$; 治疗后观察组各时间 NIHSS 评分更低, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组 NIHSS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 7 d 后	治疗 14 d 后
对照组	40	23.42 $\pm$ 3.70	19.26 $\pm$ 3.23*	13.08 $\pm$ 2.45**
观察组	40	23.63 $\pm$ 3.50	14.28 $\pm$ 3.24*	9.26 $\pm$ 1.87**
t		0.409	12.492	25.827
P		>0.05	<0.05	<0.05

注: 与治疗前比较, * $P<0.05$; 与治疗 7 d 后比, ** $P<0.05$ 。

2.3 临床疗效 对照组总有效率为 75.00%, 观察组总有效率为 97.50%, 两组比较, $\chi^2=8.538$, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较 [例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	14 (35.00)	11 (27.50)	5 (12.50)	10 (25.00)	30 (75.00)
观察组	40	20 (50.00)	12 (30.00)	7 (17.50)	1 (2.50)	39 (97.50)

3 讨论

本病病机复杂, 目前认为与吸烟、高血压及血脂异常等因素关系密切。对于急性期患者而言, 抗血小板聚集、调脂、抗炎、抗凝等药物的应用在促进血管再通方面起到了重要作用, 但不良反应大且单纯应用疗效并不理想。本病属中医“中风”范畴, 体虚为本, 风、痰、瘀等病理产物蓄积为标。患者嗜食肥甘厚味, 痰浊困阻血管脉络, 风痰上扰清窍, 故而神志不清、突然昏仆, 脑络受损则肢体偏瘫。气虚则血流推动无力, 痰浊困阻又可影响血流通过, 加之急性期脑部血流不畅, 最终形成痰瘀并存的局面。治疗当以祛风化痰、化瘀开窍为法。

缺血性脑卒中患者血液处于高凝状态, 表现为 D-D、Fib 水平升高, 此与中医“瘀血”理论相符合^[5]。中医定向透药疗法将热磁技术、中频仿生按摩治疗

技术、中频药物导入技术等巧妙结合,是临床常用的中医外治法。将药物贴固定在手三里、足三里、曲池、环跳、三阴交等穴位,可促使药物中有效成分渗透入穴位处皮肤,起到药穴联合的效果^[6]。方中地龙、僵蚕、全蝎均有熄风止痉作用;法半夏、陈皮燥湿化痰;胆南星、竹茹清热化痰;天麻、钩藤平肝潜阳、熄风止痉;红花、鸡血藤合用补血活血;瘀血郁久化热可见出血,丹参性偏寒,化瘀的同时还可预防避免邪热入里;甘草调和药性,全方共奏祛风化痰、化瘀开窍功效。李时珍则认为脑是“元神之府”,强调了肢体功能障碍从脑论治的重要性。委中、内关、三阴交、水沟是治疗本病的必用穴,具有醒脑之功,我们采用开窍醒脑针法,对于脑卒中有较好的疗效。研究发现,“开窍醒脑针法”可有效改善脑卒中患者的血循环、增加脑血流量、促进缺血灶侧支循环的建立^[7]。丰隆具有化痰功效;曲池平肝潜阳、熄风止痉,合谷、曲池属“马丹阳十二穴”配穴法,多应用于上肢偏瘫。治疗过程中,我们还根据偏瘫部位对穴位进行加减,将循经取穴、特定穴、远近配合、局部取穴等方法相结合,从而将针灸功效发挥到最佳水平。本研究观察

组总有效率高达 97.50%,明显高于对照组。高凝状态方面,患者 PT、D-D、Fib 等指标均改善,但观察组改善更显著。本研究证实了针灸联合中医定向透药疗法治疗风痰阻络型脑卒中在改善高凝状态方面的优势,很可能是通过降低炎症因子水平、调整血管内皮功能、抗氧化应激等作用实现的,可在日后的研究予以证实。

参考文献

- [1]谢骏,莫德林,李董男.中西医结合治疗腔隙性脑梗死研究进展[J].现代中西医结合杂志,2014,23(11):1249-1252
- [2]王薇薇,王新德.第六届全国脑血管病学术会议纪要[J].中华神经科杂志,2004,37(4):346-348
- [3]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.201
- [4]周岚,梅晓云.中药复方促周围神经再生的研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(16):209-211,215
- [5]宋欣,蒋丽萍,李林萌,等.血浆 APTT、FIB、D-二聚体和 hs-CRP 检测在脑梗死患者中的临床意义[J].中国现代医生,2014,52(3):65-67
- [6]李淑玲,唐霞珠,熊佳.中医定向透药疗法联合康复训练对脑卒中患者肢体功能恢复效果的研究[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(19):109-111
- [7]张曦,王世娟,王恩龙.运用石学敏“醒脑开窍”针法治疗中风的研究[J].实用中医内科杂志,2013,26(4):22-23

(收稿日期:2017-06-19)

龙胆参麦止痉汤治疗带状疱疹后遗神经痛 32 例

孙清己

(福建省宁德市中医院 宁德 352000)

摘要:目的:观察龙胆参麦止痉汤治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效。方法:将我院 2016 年 8 月~2017 年 5 月辨证为肝经湿热、气阴两虚、气滞血瘀型的 64 例带状疱疹后遗神经痛患者,按随机数字法分为治疗组与对照组各 32 例。对照组予以西药治疗,治疗组在对照组的基础上加用龙胆参麦止痉汤治疗,两组均以 2 周为 1 个疗程,治疗 2 个疗程,对比两组临床疗效。结果:总有效率治疗组为(84.4%)明显优于对照组(62.5%),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:龙胆参麦止痉汤治疗肝经湿热、气阴两虚、气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛疗效显著。

关键词:带状疱疹后遗神经痛;肝经湿热;气阴两虚;气滞血瘀;龙胆参麦止痉汤

中图分类号:R752.12

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.027

带状疱疹后遗神经痛 (Postherpetic Neuralgia, PHN) 是带状疱疹最常见的并发症。随着年龄的增长并发神经痛的发病率明显增高,因其疼痛剧烈且顽固,严重影响患者的睡眠及生活质量,甚至于患者因长期疼痛难以缓解,重度抑郁而有自杀倾向^[1]。西医方面的治疗措施主要为综合治疗,包括以下方法:全身用药(抗惊厥药、三环类抗抑郁药、阿片类镇痛药)、外用药物、神经阻滞、心理干预、手术治疗等^[2]。虽然目前西医有以上众多的治疗方法,但是仍有很大一部分患者疼痛长期难以完全缓解,且完全靠西医西药治疗,副作用大,长期使用易损害肝肾功能,致其无法继续服药,因此中医中药全程干预治疗,不仅可以使缓解疼痛的疗效加强、减少西药用量、减轻

西药毒副作用,而且无明显肝肾功能损害等副作用,患者耐受性好。本研究运用龙胆参麦止痉汤治疗带状疱疹后遗神经痛,取得较好的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 8 月~2017 年 5 月我院门诊及住院的 PHN 患者 64 例,采用随机数字法分为治疗组和对照组各 32 例,两组一般资料比较见表 1。两组在年龄、性别、病程上,经统计学处理差别无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	男(例)	女(例)	年龄(岁)	病程(个月)
治疗组	32	16	16	56.82±12.13	5.93±2.31
对照组	32	17	15	57.43±10.36	6.02±2.26