

为了提高患者的生活能力和生活质量,降低致残率,1999 年 5 月~2001 年 5 月,我们采用早期综合康复治疗急性脑梗塞患者 60 例,现将结果报告如下。

临床资料

1 病例选择 120 例急性脑梗塞患者均为我院住院患者,均有不同程度肢体瘫痪。诊断标准符合 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议制定的诊断标准,并经头颅 CT 或 MRI 证实,以基底节区梗塞为主,均于发病 12~48h 入院,未进行溶栓治疗。

2 一般资料 按简单随机化原则抽签分为两组。治疗组 60 例,男 34 例,女 26 例,年龄 58~75 岁,平均(66.5±10.6)岁;神经功能缺损评分(分)36.63±4.78。对照组 60 例,男 38 例,女 22 例,年龄 54~78 岁,平均(65.3±10.5)岁,神经功能缺损评分(分)35.93±3.99,两组患者资料经统计学处理差异均无显著性(P>0.05),具有可比性。

方法

1 治疗方法 入院后两组均予以甘露醇(脱水降颅压)、低分子右旋糖苷、复方丹参注射液常规剂量静脉滴注及降压、预防并发症等治疗。治疗组同时加用综合康复治疗(1)肢体康复训练方法:即按中国康复中心培训的脑血管病急性期康复治疗措施进行康复治疗。(2)中医辨证治疗:气虚血瘀型(27 例)治则益气活血,方用补阳还五汤为主,加用丹参、三七、水蛭等。肝肾阴虚为主(33 例)者,以滋补肝肾,方药选杜仲、桑寄生、牛膝、生地、熟地、鳖甲、元参、龟版等;并随症加减,每天 1 剂,水煎服。(3)针刺(选用头针):以病灶侧运动区、感觉区及足运感区为主选穴,斜刺入皮下约 1 寸,快速进针,捻针 200 次/min,连续 3min,间隔 10min 1 次,共 3 次,快速出针,每天针刺 1 次,疗程为 30 天。

2 康复功能评定 肢体运动功能评定采用简易 Fugl-Meyer 运动功能积分法(FMA)。日常生活活动能力(ADL)的评定采用 Barthel 指数,两组分别于治疗前及治疗后 1 个月、3 个月各评定 1 次。

3 统计学方法 采用 t 检验。

结果 两组患者治疗前及治疗后不同时间肢体运动功能评定结果见表 1。Barthel 指数、FMA 积分治疗前两组间差异无显著性,治疗组治疗后 1、3 个月与治疗前比较差异有显著性(P<0.05),且优于同期对照组(P<0.01);对照组仅治疗后 3 个月较治疗前差异有显著性(P<0.05)。

表 1 两组患者治疗前后不同时间肢体运动功能评定结果比较 (x̄±s)

组别	例数	Barthel 指数	FMA 积分(分)
治疗	60 治疗前	40.33±19.46	31.48±24.17
	治疗 1 个月	75.57±28.17**△	56.93±15.06**△
	治疗 3 个月	84.17±21.13**△	67.19±26.63**△
对照	60 治疗前	41.24±20.37	32.27±15.37
	治疗 1 个月	56.24±15.63	42.39±21.06
	治疗 3 个月	68.12±15.63*	51.12±23.68*

注:与本组治疗前比较,\*P<0.05,\*\*P<0.01;与对照组同期比较,△P<0.01

讨论 中医学认为中风的病理关键是本虚标实,以肝肾亏虚、气血不足为本,风火痰湿壅盛、气血瘀阻为标。临床根据其本虚标实之缓急轻重辨证施治,通过调整患者整体功能,促进偏瘫的恢复。针灸治疗是公认有效的治疗方法,头为诸阳之会,十二经别的脉气皆上注于头面,针刺病灶侧头部运动区、感觉区、足运动区,能起到疏通经络气血,调和阴阳,激活多种神经冲动,从而促进神经功能恢复,通过以上综合治疗,患者的 FMA 及 Brathel 评分明显提高,说明早期综合康复治疗对急性脑梗塞中偏瘫的预后起着重要的作用。

我们体会对急性脑梗塞患者康复治疗开始的时间越早,功能恢复越快,致残率越低,早期综合康复治疗能更大程度的改善患者的运动功能,提高患者的生活自理能力,是目前治疗脑血管病最有效的方法之一,且方法简单、实用,易于临床推广。

(收稿 2001-08-29 修回 2001-11-22)

### 中西医结合治疗胆囊炎 100 例

解放军军 211 医院(哈尔滨 150080)

王常勇 宋民兰 薛亚萍 韩金江 陶玉滨

1996 年 3 月~1999 年 3 月,我们采用中西医结合的方法治疗胆囊炎 100 例,并与常规西药治疗的 100 例作对照,现报告如下。

临床资料 全部病例均为门诊患者,诊断标准均符合《诊断学大辞典》(杨志寅主编,北京:华夏出版社,1993:978)中关于胆囊炎的诊断标准,并按就诊先后顺序分为两组。治疗组 100 例,男 64 例,女 36 例,年龄 21~74 岁,平均 42.5 岁,病程 1 个月~15 年,平均 2.6 年,慢性者 58 例,急性者 42 例;其中急性者中伴发热 36 例;合并结石者 20 例,合并息肉者 22 例;实验室检查:WBC<10×10<sup>9</sup>/L 58 例(10~15)×10<sup>9</sup>/L 30 例(15+~20)×10<sup>9</sup>/L 12 例。对照组 100 例,男 61 例,女 39 例,年龄 23~71 岁,平均 43.6 岁;病程 1 个月~13 年,平均 2.1 年;慢性者 61 例,急性者 39 例,急性者中伴发热 38 例;合并结石者 21 例,合并息肉者 18 例;实验室检查:WBC<10×10<sup>9</sup>/L 61 例(10~15)×10<sup>9</sup>/L 29 例(15+~20)×10<sup>9</sup>/L 10 例。两组均有右肋痛,部分向后背和右肩部放射,Murphy 征均阳性,超声显示胆囊壁增厚或毛糙,胆汁透声度差等改变。中医辨证多为肝郁脾虚或肝胆湿热,其中治疗组肝郁脾虚型 64 例,肝胆湿热型 36 例;对照组肝郁脾虚型 62 例,肝胆湿热型 38 例。两组资料比较,差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 两组患者在治疗期间均应用头孢唑啉钠注射液 5.0g,加入 0.9% 生理盐水 250ml 中静脉滴注,每天 1 次,连续 15 天。治疗组同时应用清胆消毒饮(基本方):大黄 30~50g,柴胡 15g,白芍 25g,郁金 15g,枳实 15g,黄芩 15g,茯苓 15g,白术 15g,元胡 10g,木香 10g(后下),丹参 20g,黄柏 15g,生甘草 10g。随证加减:高热加生石膏 50g,金银花、连翘各 15g,黄疸加茵陈 50g,泽泻 20g;胁痛甚重用白芍(50g),加川楝子 15g;恶心呕吐加竹茹、半夏各 10g;腹胀、消化不良加厚朴、陈皮各 10g;伴有胆囊或胆管结石者,加金钱草 50g,海金沙 30g,每天 1

剂 早晚分服 疗程为 15 天。对照组同时应用利胆素片(山东中医药大学实验药厂生产,每片含羟甲基烟酰胺 0.25g)每次 0.5g,每天 3 次口服 疗程为 15 天。以上两组在治疗期间禁止饮酒 忌食鸡蛋、油煎油炸食物。

### 结果

1 疗效标准 参照《中药新药治疗胆囊炎的临床研究指导原则》进行评定。

2 疗效 治疗组 100 例 临床治愈 42 例(其中急性 20 例,慢性 22 例) 显效 36 例(急性 19 例,慢性 17 例) 有效 17 例(急性 3 例,慢性 14 例) 无效 5 例(均为慢性) 总有效率为 95.0%。对照组 100 例 临床治愈 26 例(其中急性 14 例,慢性 12 例) 显效 35 例(急性 16 例,慢性 19 例) 有效 21 例(急性 9 例,慢性 12 例) 无效 18 例(均为慢性者) 总有效率为 82.0%。两组经统计学分析 总有效率、治愈率及显效率差异均有显著性( $\chi^2 = 7.07, P < 0.02$ ;  $\chi^2 = 5.01, P < 0.05$ ;  $\chi^2 = 6.04, P < 0.01$ ) 治疗组的疗效优于对照组。0.5 年后对两组治愈者随访 治疗组无复发 对照组复发 7 例。

讨论 胆囊炎为临床多发、常见疾病 发病原因多因饮食不节 酗酒暴食 劳倦过度 情志不舒所致。中医学属于胁痛、胁胀之范畴 以肝郁脾虚 肝胆瘀滞多见 急性发作时可表现为肝胆湿热。依此 我们采用疏肝健脾 清胆化痰 行气止痛之法 方中重用大黄以通下泻火 柴胡、枳实理气解郁 升清降浊 郁金、黄芩、黄柏清肝胆湿热 化痰散热 丹参活血化痰 通络行滞 茯苓、白术运湿健脾 白芍、甘草柔肝缓急 合元胡、木香以行气止痛 诸药合之 润燥相宜 刚柔相济 以达清利肝胆 健脾益气之功效。同时配合西药抗菌消炎 发挥中西药的协同作用 标本兼治 取得满意疗效 充分体现了中西医结合整体治疗的优势。

(收稿 2001-04-04 修回 2001-11-28)

## 参芪扶正注射液辅助治疗腹泻 主导型肠易激综合征 20 例

河南省平顶山第一人民医院(河南 467000) 李华茹

中山医科大学附属第一医院 何 瑶

2001 年 1~6 月 我们采用参芪扶正注射液辅助治疗腹泻主导型肠易激综合征( IBS) 20 例 并与西药维生素和能量合剂治疗的 20 例作对照 现报告如下。

### 临床资料

1 病例选择 入选病例均符合有关文献( Gut 1999; 45 ( Suppl II ): 43—47) 诊断标准 : 即在过去 12 个月中 至少有 12 周( 时间不需连续) 出现腹部不适或腹痛 并有下列 3 点中之 2 点 ( 1) 腹痛或不适 排便后可缓解。( 2) 腹痛或不适发作时伴有大便频率的改变。( 3) 腹痛或不适发作时伴有大便性状的改变。所有入选病例均经肠镜、B 超、全消化道钡餐等检查 排除了器质性疾病及代谢性疾病。

2 一般资料 按入院顺序随机分为两组 治疗组 20 例 万方数据

男 8 例 女 12 例 年龄 20~54 岁 平均( 30.0 ± 3.3) 岁 病程 1.5~20 年 平均( 8.4 ± 2.8) 年 腹痛 18 例 腹泻( 烂便或水样便) 17 例 腹胀 15 例 粘液便 15 例 排便不尽感 15 例 排便紧迫感 13 例 病情程度 轻度( 大便次数 < 3 次/d 症状能耐受 不影响日常生活和工作) 8 例 中度( 大便次数 3~6 次/d 症状不能耐受 对日常生活及工作有一定影响) 15 例 重度( 大便次数 > 6 次/d 症状不能耐受 严重影响日常生活及工作) 2 例。对照组 20 例 男 8 例 女 12 例 年龄 22~52 岁 平均( 31.5 ± 3.6) 岁 病程 1.5~22 年 平均( 8.1 ± 3.1) 年 腹痛 17 例 腹泻 16 例 腹胀 16 例 粘液便 11 例 排便不尽感 15 例 排便紧迫感 14 例 病情程度 轻度 4 例 中度 13 例 重度 3 例。两组患者一般资料比较差异无显著性(  $P > 0.05$  )。

### 方法

1 治疗方法 两组均给予维生素及能量合剂( 西药种类、剂量及用法均一致) 静脉滴注 治疗组同时加用参芪扶正注射液( 由丽珠集团利民制药厂生产 每瓶 250ml 内含党参、黄芪生药各 10g) 250ml 静脉滴注 每天 1 次 两组疗程均为 14 天 停药后随访 3 个月评定疗效。治疗及随访期间两组患者均停用其他药物。

2 观察指标 治疗前后症状及三大常规、肝肾功能、血电解质及血脂的变化。

3 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验。

### 结果

1 疗效评定 治愈 症状全部消失 并随访 3 个月无复发者 有效 : 症状部分缓解或随访 3 个月有复发者 无效 : 未达到有效标准者。

2 两组疗效 治疗组 20 例 治愈 10 例( 50% ) 有效 7 例 无效 3 例 总有效率为 85%。对照组 20 例 治愈 3 例( 15% ) 有效 6 例 无效 11 例。总有效率为 45%。两组治愈率与总效率比较差异均有显著性(  $\chi^2 = 4.10, \chi^2 = 3.96$  均  $P < 0.05$  )。

3 单一症状疗效 腹痛、腹胀、腹泻缓解治疗组分别为 12 例、11 例、12 例 对照组分别为 5 例、6 例、5 例 两组比较差异均有显著性(  $P < 0.05$  )。

4 副作用 两组治疗过程中均无明显不适反应 且治疗前后查三大常规、肝肾功能、血电解质及血脂均无异常。

讨论 本病在中医属泄泻及便秘范畴。中医学认为泄泻乃脾虚湿胜 便秘乃大肠传导功能失常。参芪扶正注射液是由党参、黄芪两味药物组成的注射液 方中党参能益气生津 调节脾胃 黄芪能健脾补气 升阳举陷 固表利尿 有效调节肠功能。两药性味归经一致 功效基本相同 两者相加 起到君臣佐、相使的作用。可补脾益气、扶正固本 有效改善气血两虚、便溏、便秘、乏力、自汗、少气懒言、头晕、失眠等症状。采用静脉给药 起效快 作用完全。与传统的中药口服吸收不全、起效慢相比 更具优势。尤其对腹泻脱水者 尚能补充血容量 疗效更著 且无毒副作用 提示参芪扶正注射液在治疗 IBS 中安全有效。

(收稿 2001-09-12 修回 2001-12-05)