

冬 9g, 当归 9g, 丹参 9g, 桃仁 9g, 地骨皮 9g, 三棱 9g, 莪术 9g, 木香 6g, 枳壳 9g, 炙甘草 9g, 连服 3 个月, 血红蛋白稳定在 80g/L 左右, 一般情况尚好。

按: 慢性粒细胞性白血病伴骨髓纤维化, 使病情更趋复杂, 脾脏巨大是本病的特征, 临床上常见虚实夹杂, 热结血瘀之证。治疗当攻补兼施, 扶正祛邪。当归龙荟丸配合养血补气之剂, 攻中有补, 祛瘀生新, 使脾脏缩小, 症状改善。

4 体会

当归龙荟丸由当归、龙胆草、栀子、黄连、黄柏、黄芩、大黄、芦荟、青黛、木香、麝香组成。其中龙胆草、芦荟、栀子、青黛清肝泻火; 黄连、黄柏、黄芩、大黄清三焦之热; 火旺易致血虚, 故复用当归以养血; 火旺则神明受扰, 故以麝香芳香开窍; 酌加木香通行气滞为佐。全方配伍严谨, 攻中有补, 以攻为主, 对骨髓增殖症能减轻症状, 缓解病情。

穴位封闭法治疗后天性动眼神经麻痹 13 例

河南中医学院第一附属医院 (450000)

张 跃 红

后天性动眼神经麻痹是以突发性上眼睑下垂为主症, 并伴有眼位偏斜和眼球运动障碍, 甚至瞳孔散大, 光反射迟钝的临床常见眼科疾病。临床上治疗颇为棘手, 我科自 1991 年以来, 用穴位封闭方法, 配合中西药物治疗后天性动眼神经麻痹, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 13 例均为后天性动眼神经麻痹, 其中男性 9 例, 女性 4 例, 均为单侧发病。年龄 16~62 岁, 平均 46.5 岁。其中外伤 5 例, 脑血栓 3 例, 糖尿病 2 例, 高血压 1 例, 不明原因 2 例。病程 1 个月以内 3 例, 6 个月以内 5 例, 6 个月以上 5 例。对 13 例患者进行全面检查, 排除眶内、颅内肿瘤, 以免延误病情。

诊断标准: (1) 眶内及眶周围炎症性病变, 或有外伤史、眶内肿瘤、眶上裂综合征等病史及体征; (2) 动眼神经支配的一条或数条眼外肌运动受限; (3) 如患者病侧有一定视力时, 则有头晕、复视等症状; (4) 日久可出现代偿头位。

2 治疗方法

2.1 选穴: 上直肌穴、内直肌穴、下直肌穴、半球后穴。上直肌穴位于上眶缘中点的眼眶与眼球之间, 下直肌穴位于下眶缘中点的眼眶与眼球之间, 内直肌穴位于内眦角上两分的眼眶与眼球之间, 半球后穴位于肌圆锥内。

2.2 注射方法: 患者取仰卧位, 穴位局部消毒, 用一次性注射器 5 号针头抽药, 垂直刺入穴位 8~20mm。待有酸麻胀感时回抽无血再慢慢注入药物, 拔针后针孔用酒精棉球压迫固定以防渗血。

2.3 注射药物: 654-2、维生素 B₁、维生素 B₁₂ 注射液各 1ml, 利多卡因注射液少许混合。上、内、下直肌穴分别注射 0.5ml, 其余全部球后注射。

2.4 配合中药: 僵蚕 9g, 全蝎 9g, 白芥子 9g, 丹参 30g, 生地黄 15g, 当归 10g, 赤芍 10g, 防风 10g, 荆芥 10g, 地龙 10g, 川芎

15g, 陈皮 10g, 每日 1 剂, 分两次煎服。高血压阴虚阳亢者加钩藤 30g, 决明子 18g, 夏枯草 30g; 糖尿病除内科控制血糖外, 上方去川芎, 加黄精 10g, 山药 30g, 葛根 30g。隔日 1 次, 10 次为 1 个疗程。一般治疗 1~3 个疗程, 1 个疗程结束后休息 3~5 天再进行下一个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准: 治愈: 眼位正, 眼球运动自如, 复视消失。好转: 患眼偏斜度减轻, 复视象距离缩小, 眼球运动受限部分恢复。未愈: 眼位仍偏斜, 程度无好转, 症状未减轻。

3.2 治疗结果: 13 例患者中治愈 7 例, 好转 5 例, 无效 1 例, 总有效率 92.31%。疗程 1 个月内 3 例, 2~3 个月内 9 例, 3 个月以上 1 例。

4 讨论

后天性动眼神经麻痹的主要症状是上睑下垂、外斜视、复视等, 不仅影响患者的容貌, 而且引起视力障碍, 给患者心理和生活都带来很大痛苦。有报道认为, 除晚期手术外, 目前尚无肯定有效的药物疗法。

穴位封闭是中医的治疗方法, 药物通过腧穴疏通经络, 运行气血, 增强局部的血液循环, 改善和增强其营养代谢, 营养神经。扩张血管的混合药液注射到穴位后除针刺作用外, 药物的滞留还可直接刺激局部穴位, 强化针刺效果, 从而加速恢复眼肌的运动功能, 以达到治愈目的。《诸病源候论》称动眼神经麻痹为眦目, 描述为: 目是脏腑血气之精华, 若血气虚, 其皮缓纵, 垂复于目, 则不能开, 此呼眦目。本组病例用牵正散合四物汤为基本方。牵正散散风热、驱风邪、定惊痫。四物汤养血气、扶正固本, 共奏息风活络、养血化瘀之效。

白及防治肝介入术后呕吐 30 例

山东大学齐鲁医院 (250012)

杨 竟

恶心呕吐是肝癌肝动脉化疗栓塞术后常见的症状之一, 影响患者的康复。临床上常于术前、术后用胃复安或恩丹西酮。胃复安效果不理想, 恩丹西酮效果较好, 但价格较贵。白及有收敛止血、消肿生肌之功效, 历代用于肺、胃出血。《中医杂志》曾报道将其用于化疗、放疗引起的食道炎, 效果良好, 受其启发, 自 1997 年 4 月~2001 年 5 月, 我们对肝介入术者, 于术前、术后口服白及防治术后恶心呕吐, 取得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

60 例次患者均为经腹部 CT 确诊, 并需行肝介入术的住院病例, 其中男 39 例, 女 21 例; 年龄 27~72 岁, 平均 51.5 岁; 第 1 次 19 例, 第 2 次 22 例; 第 3 次 12 例; 第 4 次 5 例; 第 5 次 2 例。随机分成 2 组: 治疗组、对照组各 30 例次, 两组治疗前性别、年龄、介入所用化疗药物、介入次数经均衡性检验差异无显著性 ($P>0.05$)。

2 治疗方法

常用化疗药物: 5 氟尿嘧啶 (5-Fu 1000mg), 丝裂霉素 (MMC 10mg), 顺铂 (CDDP 100mg), 阿霉素类 (THP 10mg), 选用 3 种。止呕药物: 治疗组于术前 1 天口服白及 30g, 水煎液, 每

日1剂,分3次空腹服用,连服4天。方法:待药稍凉(36℃左右),嘱患者空腹卧床左侧位、右侧位、平卧、俯卧各咽药数口。对照组于术中用化疗药物前注入恩丹西酮8mg,术后第2天口服恩丹西酮4mg,每日2次,连服3天。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:参照中药新药临床研究指导原则中对止呕的标准分为4种情况。完全缓解:无呕吐;部分缓解:1日内呕吐1~2次;轻度缓解:1日内呕吐3~5次;无效:1日内呕吐6次以上。

3.2 两组疗效比较:治疗组完全缓解23例(76.67%),部分缓解3例(10.00%),轻度缓解4例(13.33%),无效0例。对照组完全缓解21例(70.00%),部分缓解2例(6.67%),轻度缓解5例(16.67%),无效2例(6.67%)。治疗组有效率(完全缓解率+部分缓解率)为86.67%,对照组有效率为76.67%,两组结果经统计学处理差异无显著性($P>0.05$),说明白及和恩丹西酮防治肝介入术后恶心呕吐效果均较好。

4 典型病例

薛某某,男,72岁,右肋隐痛3个月,腹部CT示:(1)肝左叶内侧段肝癌并肝内多发性转移,肝硬化;(2)脾大;(3)腹水(少量)。入院行肝介入治疗(住院号499554),5-Fu 1000mg、THP 10mg、MMC 4mg经肝动脉注入,将6mgMMC与5mg乙碘油乳化后行瘤灶栓塞,注入化疗药物前先注入恩丹西酮8mg,术后第2天口服恩丹西酮4mg,每日2次,患者呕吐明显,1日内呕吐6次以上,一直持续3天。3个月后第2次肝介入时,于介入前1天空腹口服白及水煎液,连服4天,患者术后未出现恶心呕吐反应。第3次肝介入未服白及,术后又出现明显恶心呕吐反应。第4次肝介入又服用白及,术后未出现恶心呕吐反应。

5 讨论

肝介入术后的恶心呕吐有3方面的原因:(1)因膈肌痉挛引起。膈下动脉常作为肝脏的一个侧支参与肝脏供血,尤其是接近膈肌生长的肝癌,膈下动脉常参与肿瘤供血并与癌血管形成吻合支,在进行肝癌化疗栓塞过程中,碘油化疗药混合物可能经吻合支血管逆流流入膈下动脉,形成一种刺激,引起膈神经兴奋导致膈肌痉挛;(2)食道胃粘膜充血、水肿。化疗栓塞药物对癌细胞杀伤的同时,也损伤正常细胞,尤其是代谢活跃的细胞,反应更敏感,食道、胃粘膜细胞就是这类细胞,内镜下可见食道胃粘膜充血、水肿;(3)肿瘤化疗药物可致胃肠道及延髓的呕吐区释放5-羟色胺(5-HT₃),激活5-HT₃受体,引起反射性恶心呕吐。白及苦、甘、涩,微寒,归肺、肝、胃经。有收敛止血、消肿生肌之功效。肝经入内,挟着胃旁,属于肝,联络胆,向上通过横膈,分布于肋肋,沿着喉咙后面,进入鼻咽部。白及入肝、胃经,味苦,苦能降泄,降逆止呕,故能有效解除膈肌痉挛而止呕;味涩,涩能收敛,收敛消肿,质胶粘,有良好的吸附及成膜作用,使药物直接作用于食道、胃粘膜,故能直接较持久减轻食道、胃粘膜的充血、水肿而达到止呕作用。恩丹西酮是一种5-HT₃拮抗剂,通过外周和中枢神经元5-HT₃受体发挥止呕作用。故白及和恩丹西酮都能防治肝癌肝动脉化疗栓塞术后的恶心呕吐,

但白及价格便宜,仅为恩丹西酮的百分之一,且服用方便,应大力推广。

参苓白术散治疗肾移植术后 低环孢素A血浓度1例

广州中医药大学附属医院血液净化肾移植中心(510405)

刘 洲 关丽华

理想的环孢素A(CSA)血浓度治疗窗既可达到免疫抑制预防排斥,又可减少CSA引起的肝、肾毒性作用。而CSA的有效治疗窗个体差异非常大。我们采用中药参苓白术散治疗肾移植术后低环孢素A血浓度1例,疗效显著。现报道如下。

钟某,女性,28岁,体重55kg。因慢性肾炎10年,导致慢性肾功能衰竭,维持血透6个月于1999年4月在我院行同种异体肾移植术。术后尿量理想。常规三联疗法预防排斥:术中、术后第1、2、3天分别静脉滴注甲基强的松龙500mg,第4天静脉滴注甲基强的松龙250mg,以后改用口服强的松片30mg/日,术后用赛斯平胶囊(CSA)每日3mg/kg,并根据血肌酐(Scr)值调整CSA用量,术后第4天Scr降至180μmol/L,赛斯平用量为每日7mg/kg,术后第2天加服骁悉片500mg,1日3次,术后第8天采用荧光偏振法(下同),测血CSA谷值浓度为87.43ng/L,即将CSA调至每日8mg/kg,第12天患者出现发热,体温38℃,四肢关节疼痛,尿量减少至1500ml/日,移植肾区胀痛,Scr升至250μmol/L,急查血CSA谷值浓度为92.56ng/L,彩超示移植肾体积增大,血供丰富,三级血管阻力指数均增高。考虑并发急性排斥反应,予常规甲基强的松龙注射液冲击治疗,冲击后3天尿量增加,症状减轻,Scr降至149μmol/L。继续常规三联抗排斥,并加服合心爽片30mg,1日3次。第20天测CSA谷值浓度98.96ng/L,峰值浓度490.96ng/L。肝功能及血浆蛋白均正常。次日将赛斯平胶囊改为每日新山地明胶囊8mg/kg。改药后第4天再次测血CSA谷值浓度122.78ng/L,峰值浓度506.25ng/L,Scr108μmol/L。要求出院。出院后要求门诊服中药改善低CSA血浓度。症见患者神疲懒言,面色不华,腹胀,纳食不馨,大便时有溏薄,舌质淡红,有齿印,苔白微腻,脉滑。辨证为脾气虚弱。处方参苓白术散加减:太子参20g,茯苓15g,白术12g,怀山药15g,枳壳12g,焦山楂15g,砂仁9g(后下),陈皮9g,甘草5g。共7剂。每日1剂,加水煎至300ml,分早、晚服。药后7天,患者面色改善,胃纳佳,腹胀消失,大便调。舌、脉如常。测血CSA谷值浓度234.25ng/L,CSA峰值浓度815.45ng/L。继续守上方7剂巩固疗效。门诊观察10个月,患者血CSA谷值浓度均在正常治疗窗范围。

文献未发现有中药升高CSA血浓度的报道,本个案初步尝试用中药调整CSA的血浓度。察其四诊为一派脾气虚弱之象,经用健脾益气之参苓白术散加减治疗获效。已证实口服CSA后主要在小肠上段吸收,若肠道吸收功能障碍,势必影响到理想的CSA血浓度治疗窗。参苓白术散具有健脾益气之功,对改善肠道的吸收功能有较好疗效。分析本例病人主要是参苓白术散通过改善肠道对CSA的吸收作用而达到升高CSA血浓度的。