

(双)、天枢(双)、外陵(双)、水道(双)。配穴:双侧章门、日月、三阴交。患者取仰卧位。先在主穴中选出 4 个穴位(以脐为中点,上下左右各象限均应有 1 穴为佳),常规消毒后,使用华佗牌 30 号 1 寸不锈钢毫针先针刺脐上穴位。采用苍龟探穴法进行针刺:先将针进至地部,复将针提至天部,以拇指、食指扳倒针身,依照先上后下、自左而右的次序斜刺进针,变换针尖方向。向每一方向针刺都必须由浅入深,分三部徐徐而进,待针刺得到新的感应时,则退至穴位浅层,然后改换方向,依上法再刺。手法完毕后,出针(不需留针)再行针刺下一穴位(按照脐左、右、下的顺序)。待 4 个主穴的苍龟探穴针刺法全部完毕后,再消毒其他穴位,用华佗牌 30 号 1.5 寸不锈钢毫针,按照常规进行针刺,手法刺激得气后反复轻插重提,大幅度高频率捻转,产生较强的针感后,将 G-6805 II 型电针仪接于腹部脂肪较为肥厚穴位处的针柄上,采用连续波,强度以患者耐受为度。配穴采用华佗牌 30 号 1 寸不锈钢毫针,按照常规针刺,平补平泻法。留针 30 分钟。起针后,用 4 号火罐在腹部和大腿处拔罐,留罐期间,嘱患者自行摇晃腹部火罐罐底,带动肌肉的运动,10 分钟后起罐。取耳穴饥点、渴点、口、胃、脾、内分泌、神门、大肠、脑点,脱敏胶布剪成 5mm×5mm,中间放王不留行籽,贴上述穴位。每次贴一侧,两耳交替贴压。嘱患者每日按压至少 3 次,每次均按至耳朵发热为止。每周治疗 3 次,10 次为 1 个疗程。治疗 1 个疗程后,如果效果不佳,则继续治疗第 2 个疗程。

治疗期间,患者应限制淀粉类食物的摄入量,提倡高纤维素饮食;适当增加运动量以增加热量消耗,减少脂肪积聚。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:根据 1989 年全国第二届肥胖症会议修订的标准,以体重下降至标准体重为临床治愈;体重下降 $>5\text{kg}$,体脂下降 $>5\%$ 为显效;体重下降 $3\sim 5\text{kg}$,体脂下降 $>2\%$ 为有效;体重下降 $<3\text{kg}$ 为无效。

3.2 治疗结果:40 例患者,经过 1~2 个疗程治疗后,显效 28 例,占 70%;有效 9 例,占 22.5%;无效 3 例,占 7.5%;总有效率 92.5%。1 个疗程治疗后体重减轻最多 9.7kg,最少 1.2kg,平均 5.15kg。腹围缩减平均为 2.3cm。治疗前有 25 例患者血脂(TC、TG)高于正常值,治疗后有 19 例患者血脂恢复正常;治疗前 9 例患者血糖高于正常,治疗后 5 例血糖恢复正常;治疗前有 11 例经 B 超诊断为脂肪肝,治疗后 10 例复查未查出脂肪肝。

苍龟探穴针刺法始见于《金针赋》:“苍龟探穴,如入土之象,一退三进,钻剔四方。”该针法属于平补平泻法,有较强的行气作用,原本适用于治疗顽麻冷痹、瘫痪痿软、肢体麻木、症瘕积聚等一切气滞血瘀症。但由于该手法进针的深浅层次不同,针刺方向上更具有多样性,应用于腹部穴位时,可直接破坏皮下脂肪细胞,加速脂肪细胞的分解。因此,可将该法用于治疗肥胖症。使用 1 寸针可以使操作灵活、快捷;因为行针时针体完全在脂肪层,故患者无明显的疼痛等不适感。腹部是脂肪堆积最多的部位,因此选取腹部穴位应用该法往往特别有效。中医学认为本病的病机为脾胃失和,脾虚胃盛,痰湿壅滞,所以临床选用足太阴脾经和足阳明胃经及任脉的腹部腧穴为主穴,以达健

脾和胃、化痰利湿之效。配合胆经募穴日月、脾经募穴章门、足三阴之交会穴三阴交,可起到疏肝利胆、行气、健脾和胃之效。针刺结束后在腹部拔罐并摇罐底也可起到破坏脂肪细胞,加速脂肪细胞分解的作用。

稳心颗粒配合倍他乐克治疗冠心病 快速心律失常 64 例

四川省绵阳市第二人民医院内科(621000)

尹琼 李薇

近两年来,我院应用步长稳心颗粒与倍他乐克联用治疗冠心病快速心律失常 64 例,并与单用倍他乐克治疗的 32 例作临床疗效对照,现总结如下。

1 临床资料

选择我院内科 2003 年 1 月~2004 年 11 月门诊住院患者 96 例。参照 WHO 缺血性心脏病的命名诊断标准,心电图、动态心电图均诊断为冠心病快速心律失常的患者,随机分为两组,观察组 64 例,其中男 40 例,女 24 例,年龄 53~75 岁,平均 (56 ± 4) 岁;合并房早 35 例(阵发性房颤 5 例、阵发性房速 7 例),室早 20 例,窦速 9 例。对照组 32 例,其中男 20 例,女 12 例,年龄 50~73 岁,平均 (54 ± 4) 岁;合并房早 18 例(阵发性房颤 2 例、阵发性房速 3 例),室早 10 例,窦速 4 例。排除哮喘、严重肺部疾病、急性心衰,心率 <60 次/分、I 度以上传导阻滞。两组在性别、年龄、心律失常类型及合并症方面经统计学处理,差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

除按冠心病的常规治疗外,停药所有抗心律失常药,观察组步长稳心颗粒每次 9g,每日 3 次,倍他乐克每日 25mg,分两次口服,有效后减量或停倍他乐克,疗程 4 周;对照组予倍他乐克每日 25mg,有效后减量至 12.5mg,分两次口服,疗程 4 周,治疗前后进行心电图、动态心电图、血脂、血流量变检查并判定疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效判断标准:参照 1985 年修订的全国中西医结合防治冠心病及心律失常疗效标准,1988 年《美国心脏病学杂志》温特斯等制定的心律失常疗效标准,症状等级分无(-)、轻(+)、中(++)、重(+++)。(1)症状疗效:显效:症状消失或明显改善,症状等级下降(++)及以上;有效:症状改善,症状等级下降(+);无效:症状无改善或加重,症状等级无下降或增加者。(2)心电图、动态心电图疗效:显效:早搏次数消失或明显减少,较原来早搏次数减少 $\geq 75\%$;24 小时无早搏或小于 10 个/小时,早搏次数 24 小时较治疗前下降 $\geq 50\%$ 。有效:早搏次数较原来减少 50%~75%;早搏次数 24 小时较治疗前下降 $\geq 30\%$ 。无效:早搏次数无改变或较前增多者,24 小时早搏次数无改变或增多者。

3.2 结果:(1)两组症状疗效比较:观察组 64 例,显效 51 例,有效 10 例,无效 3 例,总有效率为 95.32%;对照组 32 例,显效 11 例,有效 13 例,无效 8 例,总有效率为 75%。两组比较差异

有显著性($P < 0.05$)。(2)两组心电图改善比较:观察组 64 例,显效 50 例,有效 10 例,无效 4 例,总有效率为 93.75%;对照组 32 例,显效 12 例,有效 12 例,无效 8 例,总有效率为 75%。两组比较差异有显著性($P < 0.05$),观察组疗效为优。

1 讨论

快速心律失常尤其是房性或室性早搏、阵发性室上性心动过速或房颤是冠心病常见的并发症。研究表明,大剂量服用 β 受体阻滞剂可使心率减慢,导致心律失常发生,我国患者耐受性低,应从最小剂量开始,因此应用西药抗心律失常在老年疾病中受到很大限制。而步长稳心颗粒是治疗心律失常的中药新药,以党参、黄精、三七、甘松、琥珀为主药,有益气养阴、理气化痰、宁心复脉、活血利水之功,使心阴得充、气血流畅、心悸诸症自除。冠心病心律失常由冠状动脉供血不足,微循环障碍引起。药理学研究表明,党参有强心作用,甘松有抗心律失常作用,琥珀有活血化痰、扩张冠状动脉、增加冠脉血流量、改善微循环作用,抵制钠内流,亦可增加钾外流,延长动作电位时间,从而发挥抗心律失常作用。

三种疗法对视网膜色素变性患者 视功能改善的影响

中国中医研究院眼科医院(100040)

魏忠燕 胡世兴 指导:唐由之 庄曾渊

视网膜色素变性(RP)是一组以视网膜感光细胞和色素上皮进行性功能障碍为特征的遗传性视网膜变性疾病,是常见的不可逆致盲性眼病之一。在我国,其发病率呈上升趋势。为进一步探索 RP 的确切疗法,中国中医研究院眼科医院多年来长期从事该病的临床治疗学研究,仅 1997 年 1 月~2001 年 12 月就有 445 例 RP 患者住院治疗。本文对有相对完整记录的病例中收集了分别采用 3 种不同方法治疗的 18 例进行研究,现报告如下。

1 临床资料

收集 1997 年 1 月~2001 年 12 月我院收治的 RP 病例 48 例(96 只眼),其中男性 27 例,女性 21 例;年龄 6~69 岁,平均 28.9 岁。随机分为甲、乙、丙 3 组。全部病例符合如下诊断标准:(1)夜盲;(2)视野缩小,早期环状暗点,并随病情逐渐向内外两侧扩大,晚期呈 10° 以内管状视野,进而影响黄斑,中心视力减退可致失明;(3)视网膜血管显著变细,早期在赤道部散布骨细胞样色素,随病情进展,视盘呈蜡黄色,色素向周边部和后极部扩展,可覆盖于视网膜血管上,视网膜呈青灰色,可透见硬化的脉络膜血管;(4)视网膜电图 a 波、b 波振幅降低,峰时延迟,以致消失呈熄灭型;(5)常有家族史。同时除外眼异常及 RP 以外的其他影响视力的疾病。

2 治疗方法

甲组采用维生素 A 加葛根素加中药;乙组采用维生素 A 加葛根素加中药加针灸;丙组采用维生素 A 加葛根素治疗。具体治疗方法如下:(1)维生素 A 胶丸 2.5 万 U 口服,每日 1 次;(2)葛根素注射液 300mg,以 0.9%氯化钠注射液 250ml 稀释。

静脉滴注,每日 1 次,14 天为 1 个疗程,间隔 3 天,再行第 2 个疗程治疗。(3)中药治疗由同一专家诊治,以益气活血方(组成:黄芪、当归、枸杞子、丹参等)加减。(4)乙组患者由同一专家行针灸治疗。取穴:太阳、球后、上明、风池、睛明、承泣、养老、手三里、足三里、足光明、三阴交。每次局部取穴 1~2 对,远端配用两个穴位,针刺得气后留针 30 分钟,5 天为 1 个疗程,间隔 2 天,再针第 2 个疗程。全部病例连续治疗 48 天。入院时由专人采用国际标准视力表及 OCTOPUS 视野计行视力及 85° 视野检查。3 个疗程后由同一人复查视力及视野。

3 治疗结果

3.1 3 组患者治疗前后视力变化比较:统计学分析表明,甲、乙两组治疗后视力分别为 (0.3719 ± 0.3116) 、 (0.1744 ± 0.1370) ,与治疗前的 (0.2713 ± 0.2367) 、 (0.1216 ± 0.0866) 比较,差异均有显著性($P < 0.05$);丙组部分患者治疗后视力有所提高,但治疗前后视力变化差异无显著性。甲组治疗前后视力变化差值 (0.1069 ± 0.1570) 和乙组治疗前后视力变化差值 (0.0528 ± 0.0782) 比较($P > 0.05$),差异无显著性。

3.2 3 组患者治疗前后视野平均敏感度变化比较:统计学分析表明,甲、乙两组治疗后视野平均敏感度(MS)分别为 (11.9750 ± 7.5673) 、 (12.4156 ± 8.5042) ,与治疗前的 (10.2344 ± 6.7323) 、 (11.3656 ± 7.8946) 比较,差异均有显著性($P < 0.05$)。丙组部分患者治疗后视野平均敏感度有所改善,但治疗前后视野平均敏感度差异无显著性。甲组治疗前后视野平均敏感度变化差值 (1.7406 ± 4.7652) 和乙组治疗前后视野平均敏感度变化差值 (1.0500 ± 2.3751) 比较($P > 0.05$),差异无显著性。

4 讨论

RP 是眼科最常见的遗传性视网膜疾病,中医认为其多由先天禀赋不足,肝肾亏损,脾阳虚衰等致阳气不升,精血不荣,目失温养,神光衰微而致。病久脉道瘀塞,气血不得流通,则目窍萎闭,遂致失明。益气活血方剂中黄芪补气升阳,益气活血;当归补血活血;枸杞子益精补肾,养肝明目;丹参养血活血祛瘀。诸药合用,共奏补益肝肾,益气活血之效。但其药理学作用机制有待进一步研究证实。

视网膜光损伤在 RP 发病过程中可能起重要作用,是 RP 遗传缺陷表达的重要影响因素。有文献指出,当人体缺乏维生素 A 时,游离视蛋白含量的增加会持续激活光传导过程,导致光感受器的各种异常。因此,维生素 A 缺乏可能是致病的原因之一。但长期应用大剂量的维生素 A 可致慢性中毒,鉴于此,采用其治疗 RP 需谨慎,待进一步观察探讨。

针灸治疗是利用针刺疗法,刺激腧穴,疏通经络,调理气血,扶正祛邪,从而达到治疗眼病的目的。但是,本研究中针灸治疗并未显著改善 RP 患者的视功能,这可能与疗程较短、穴位选择和刺激强度等因素有关。

需要说明的是,我们对 3 组患者均使用了葛根素注射液,目的是为了改善视网膜微循环、促进新陈代谢、改善视网膜缺氧状态,使处于功能抑制状态的神经元重新兴奋,以增强临床疗效。