

周围神经病变的方法明显优于现代医学用 B 族维生素治疗。

针灸治疗肾透析伴抑郁症患者 39 例

辽宁省朝阳市第二医院神经内科(122000)

董卓渊 范艳平 杨家凯

近两年来,我们用针刺疗法治疗肾透析伴抑郁症患者 39 例,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD) 测量肾透析且确诊为抑郁症的患者,共入选 78 例。将入组患者随机分为针灸组 and 对照组。针灸组 39 例,男性 37 例,女性 2 例;平均年龄 62 岁,抑郁症平均病程(59.5±5.4) 天。对照组 39 例,男性 34 例,女性 5 例;平均年龄 60 岁,抑郁症平均病程(61.5±4.2) 天。两组临床资料具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

两组均行肾透析治疗、心理治疗,合并或并发其他疾病时应用相关常规治疗,如两组失眠时均应用安定。针灸组加用针灸,针灸取天谷八阵穴(天谷即百会穴,天谷八阵穴是以百会为中心,从百会到左右旁开 1 寸、2 寸、3 寸处为半径画圆圈形成八阵穴,每圈共 8 个穴位,穴位与穴位间距离相等,从内向外依次为内、中、外三组八阵穴)。每天轮流选用 2 组八阵穴。取 28 号 1 寸毫针刺入穴位,用泻法,得气后留针 30 分钟,每 10 分钟行针 1 次,每周治疗,6 次为 1 个疗程,休息 1 天再进行第 2 个疗程,共治疗 4 周。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准

治疗 4 周后以 HAMD 减分率计算。痊愈:HAMD 减分率 $\geq 75\%$;显著进步:HAMD 减分率 $\geq 50\%$ 而 $<75\%$;进步:HAMD 减分率 $\geq 30\%$ 而 $<50\%$;无效:HAMD 减分率 $<30\%$ 。减分率:减分率=(治疗前分数-治疗后分数)/治疗后分数 $\times 100\%$ 。肾功能安全性判定:治疗前后检查患者尿常规、血肌酐和尿素氮。

3.2 两组治疗前后 HAMD 分数变化比较

两组经过 4 周的治疗 HAMD 分值均有下降。针灸组由治疗前的 20.2 分降至 6.1 分,治疗前后比较,差异有显著性意义($P<0.01$);对照组由治疗前的 20.4 分降至 15.3 分,治疗前后比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。

3.3 两组治疗 4 周后疗效比较

针灸组 39 例,痊愈 11 例,显效进步 15 例,进步 5 例,无效 8 例,总有效率为 79.5%;对照组 39 例,分别为 1 例,2 例,4 例,32 例,17.9%。两组有效率比较,针灸组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

3.4 两组治疗前后临床指标变化比较

两组治疗后尿蛋白、血肌酐、尿素氮指标均有下降,与治疗前比较差异均有显著性意义($P<0.05$),治疗后组间比较,各项指标差异无显著性意义($P>0.05$)。

4 讨论

抑郁症是一种常见的精神疾患,近年来,躯体疾病伴发抑郁症越来越受到人们的重视,肾透析患者往往易伴发抑郁症。

目前抗抑郁药物种类较多,但每种抗抑郁药均需在体内达到一定血药浓度才能发挥作用,一般需 15~30 天才能达到有效血药浓度,而肾透析后血药浓度下降,以致抗抑郁药对肾透析患者很难发挥作用。

天谷八阵位于头部,头部是脏腑经络气血汇聚之处,百会穴是“三阳五会”,其周围的内、中、外八阵则贯穿多经多穴。在此处针刺,有一针多效之功效,一方面有醒脑开窍的近端效应,另一方面又有疏肝理气,活血通络,补肝益肾等远端效果。

中西医结合治疗肾移植后巨细胞病毒肺炎 26 例

无津市第一中心医院(300192)

孙元莹 王今达

湖南中医药大学

赵新广

北京中医药大学东方医院

王暴魁

黑龙江中医药大学

姜德友

肾移植后患者长期大量服用免疫抑制剂,造成微生态失调,免疫力极度低下,感染是最常见并发症,占肾移植患者死亡原因的首位,其中肺部感染最常见靶器官。肾移植后肺炎感染早期以间断性发热为主要症状,病原学上常见巨细胞病毒感染,由于免疫力低下,微生态失调,病情恶化迅速,早期即出现严重低氧血症和成人呼吸窘迫综合征,治疗不当,可迅速出现呼吸衰竭、肺纤维化,短期内导致死亡。从某中意义上讲,肾移植术后肺炎感染患者的免疫状态与获得性免疫缺陷病患者相似,而其临床表现、发病过程以及预后转归又与严重呼吸综合征有相同之处。因此,肾移植后巨细胞病毒肺炎的有效治疗对于肾移植患者的预后尤为重要。我们以中西医结合疗法治疗本病,疗效满意,介绍如下。

1 临床资料

46 例患者均为在天津市第一中心医院移植中心行肾移植术后患者,其中男性 32 例,女性 14 例;年龄 24~61 岁;发病时间为术后 2~10 个月。术后均长期大量服用环孢素 A、硫唑嘌呤、骁悉、泼尼松或甲强龙三联抗排斥用药。按随机表分为治疗组 26 例和对照组 20 例。治疗组男性 18 例,女 8 例;平均(43.5±6.22) 岁;发病时间平均为肾移植术后(4.27±1.35) 个月;其中轻度感染 3 例,中度感染 12 例,重度感染 11 例。对照组男性 14 例,女性 6 例;平均(42.6±5.44) 岁;发病时间平均为肾移植术后(4.13±1.28) 个月,轻度感染 2 例,中度感染 10 例,重度感染 8 例。两组患者在性别、年龄、发病时间、感染轻重程度、有无并发症方面差异不显著($P>0.05$),具有可比性。患者临床表现共同特点为发热、呼吸困难、胸闷气短、初起热势并不甚高,一般在 38℃ 左右,呼吸困难并不明显;随着感染加重,体温升至 39℃ 以上,常规退热药无效,呼吸困难进行性加重,出现严重低氧血症,血气分析氧分压 28~63 mmHg,吸氧状态下血氧饱和度 71%~95%。咳嗽、咳痰多不明显,肺部听诊也无特别明显干湿

啰音。患者表现为大热,大渴引饮,头痛干呕,甚则谵语神昏,或伴有狂躁,四肢抽搐,吐血衄血,舌质红绛,脉沉细而数或沉数,或浮大而数。血常规显示白细胞($3.3 \sim 9.7$) $\times 10^9/L$,中性粒细胞 $0.3 \sim 0.95$,淋巴细胞 $0.25 \sim 0.67$ 。X 线胸片显示,初期双肺呈毛玻璃样改变明显,大片状阴影并不常见。肝功能一般无异常,肾功能可有一过性肌酐升高,随着感染逐渐控制,无须特殊处置,可自行恢复。尿常规变化不明显,偶可见尿白细胞(LEU)($\pm \sim ++$);尿潜血(BLD)($\pm \sim ++$);尿酮体(KET)($\pm \sim ++$),随着体温逐渐恢复正常,可自行消失。主要根据病原学诊断,检测血清巨细胞病毒(CMV)和抗原(PP-65),以及病毒复制(CMV-DNA)试验以确诊。

2 治疗方法

两组均给予:(1)持续高流量吸氧,对症及支持疗法。(2)抗巨细胞病毒感染:每次更昔洛韦 250mg、膦甲酸钠 1280mg,静脉滴注,每日 2 次。(3)低氧血症及呼吸困难明显可静脉给予大剂量甲强龙,每次 80mg,每日 2 次,或甲强龙每次 500mg,每日 1 次,连用 3 天。同时相应调整免疫抑制剂用量。(4)严重呼吸困难患者可用无创呼吸机辅助呼吸。治疗组在此基础上口服中药,清瘟败毒饮加减,组成:生石膏 50g,生地黄 20g,水牛角 15g,生栀子 15g,桔梗 10g,黄芩 25g,知母 15g,赤芍 20g,连翘 30g,牡丹皮 15g,丹参 20g,杏仁 15g,葶苈子 30g,莱菔子 30g,全瓜蒌 30g。水煎,每日 1 剂,早晚温服。随症加减:咳嗽明显加姜半夏 15g,胆南星 20g;大便秘结加大黄 5~10g,当归 10~15g,或番泻叶 15g 代茶饮;腹胀加厚朴 15g,枳实 15g;尿少浮肿加白花蛇舌草 30g,蒲公英 30g,紫花地丁 25g。在进行上述治疗同时,密切监测移植肾功能变化。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

痊愈:临床症状消失,CMV 抗原检测阴性;好转:临床症状减轻,外周血 CMV 抗原检测阳性,白细胞数降低;无效:临床症状未减轻,甚至加重或死亡,外周血 CMV 抗原检测阳性,白细胞计数无变化或增加。

3.2 治疗结果

经过 17~39 天的住院治疗,治疗组 26 例,21 例症状完全消失,X 线胸片、血常规及血气分析恢复正常,痊愈出院。3 例症状基本消失,但略活动后则胸闷气短明显,休息后自行缓解,血常规正常,X 线胸片显示有肺纤维化存在,血气分析示氧分压略低于正常;2 例患者因肺纤维化过重,治疗无效而死亡;总有效率 92.3%。对照组 20 例,痊愈 9 例,好转 4 例,死亡 7 例,总有效率 65.0%,两组疗效比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

4 讨论

清瘟败毒饮出自《疫疹一得》,主治瘟疫热毒,气血两燔。方中生石膏大寒,清热泻火,专清肺经之热,配知母清热泻火、滋阴润燥为清气分热之要药;水牛角、生地黄、赤芍、牡丹皮 4 药配伍即成清营凉血代表方犀角地黄汤,清热解毒、活血散瘀。黄芩清热燥湿,泻火解毒,专治肺热;栀子泻火解毒,凉血散瘀;桔梗宣肺祛痰,利气宽胸;连翘清热解毒,玄参清热凉血,解毒养阴。丹参活血祛瘀,凉血消痈,杏仁止咳平喘润肺,葶苈子泻肺平喘;莱菔子降气化痰,全瓜蒌清肺化痰;肺与大肠相表里,杏仁、

葶苈子、全瓜蒌润肠通便,使肺之热邪从大肠出。诸药配伍,共奏清热凉血泻火化瘀之功。本病为急危重症,必须用大剂重剂,截断病势,方能取效,经过临床观察,疗效满意。

芒针深刺下关穴治疗三叉神经痛 46 例

贵阳中医学院第二附属医院(550003)

彭丽辉 黄贵英

贵阳市第二人民医院

陈 剑 明

原发性三叉神经痛,是指三叉神经分布区域内反复发作的阵发性、短暂的烧灼样、刀割样疼痛,不伴三叉神经功能破坏表现的病症。由于其疼痛剧烈,病因不明,严重影响患者的生活质量,常规针刺治疗虽有一定效果,但短时间内易复发。为寻找一种简单安全有效的治疗方法,我们自 2000 年 3 月~2005 年 10 月,采用芒针深刺下关穴的方法治疗原发性三叉神经痛 46 例,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组选取的 91 例均来自贵州中医学院第二附属医院门诊和住院的患者,按就诊时顺序,随机分为治疗组和对照组。其中治疗组 46 例,女性 28 例,男性 18 例;年龄 36~72 岁;病程 1 个月~22 年;对照组 45 例,女性 26 例,男性 19 例;年龄 34~73 岁;病程 2 个月~21 年。经统计学处理,两组在性别、年龄、病程等方面的差异均无显著性意义($P > 0.05$)。

诊断标准:参照贝政平主编《3200 个内科疾病诊断标准》制订:(1)面或额部持续数秒到 2 分钟以内的发作性疼痛;(2)疼痛有以下特点:疼痛多为单侧,限于三叉神经分布区的一支或一支以上;疼痛无预兆,具有突然、剧烈、表浅、刀割或烧灼的性质;疼痛多由触发区域(又称扳机点)开始,或者由某些日常活动,如进食、说话、洗脸或刷牙引起;在两次发作的间隙期患者完全正常。(3)无阳性体征,即没有神经系统的任何缺损表现。(4)每个患者的发作具有刻板性。(5)需要时应由病史、体检、特殊检查排除其他引起面部疼痛的原因。

2 治疗方法

2.1 对照组

患者取平卧位或侧卧位,取患侧下关、四白、颊车、太阳、合谷,局部皮肤常规消毒后,采用 0.30mm $\times$ 40mm 的无菌针灸针进行针刺,得气后施以平补平泻手法,使患者局部有酸胀感,留针 30 分钟,每 10 分钟施平补平泻手法 1 次,每日针刺 1 次,10 次为 1 个疗程,间隔两天后行下一个疗程。

2.2 治疗组

患者体位及取穴同对照组。下关穴采用芒针深刺法针刺,即局部皮肤常规消毒后,取 0.30mm $\times$ 75mm 的无菌针灸针深刺下关穴,深度 2.5~3 寸,徐徐进针,得气后施以平补平泻手法,同样使患者局部有酸胀感,每隔 10 分钟行针 1 次、留针 30 分钟、每日 1 次,10 次为 1 个疗程,疗程及疗程间隔时间均同对照组,余穴操作方法和疗程同对照组。

两组患者均治疗 2 个疗程后进行疗效评价。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

临床治愈:疼痛及相关症状完全消失,随访 1 年无复发;显