

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)抗巨细胞病毒治疗: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。本病为危急重症,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 and 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×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×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

效:疼痛及相关症状消失,有复发,但复发间隔明显延长;有效:疼痛及相关症状减轻,有复发,但复发间隔明显延长;无效:疼痛及相关症状无改善。

3.2 治疗结果

两组疗效比较:治疗组46例,临床治愈31例,显效12例,有效3例,无效0例,临床治愈率为67.4%,总有效率为100%;对照组45例,分别为19例、17例、9例、42.2%、100%。两组总有效率差异无显著性意义( $P>0.05$ ),临床治愈率差异有显著性意义( $P<0.05$ ),治疗组疗效优于对照组。

两组治愈病例疗程时间比较:治疗组临床治愈31例,第1疗程治愈20例,第2疗程治愈8例,第3疗程治愈3例;对照组临床治愈19例,分别为3例、5例、11例,治疗组疗程较对照明显缩短( $P<0.05$ )。

4 讨论

三叉神经痛是临床常见的神经系统疾病。现有研究表明,从症状学的角度来说,三叉神经痛的发生可能与三叉神经通路或特定部位的骨或软组织结构出现某种程度的损伤,刺激或嵌压了相邻的神经组织有关。神经纤维局部因机械压迫或局部缺血,可使神经发生脱髓鞘改变,致神经传导功能受损,当神经根受挤压或发炎时,来自正常神经末梢感受器的传入神经电活动被阻断,可引起该神经根涉及范围的疼痛,或在一些非损害性刺激的作用下产生痛觉。

芒针深刺,既能治疗短针所能治疗的疾病,又能弥补短针的不足,如《灵枢·九针十二原》指出:“九针之名,各不同形,……八曰长针,长七寸”,“长针者,锋利身薄,可以取远痹”。即可以疏通机体深层的血脉、经络,治疗顽症痼疾。芒针是由古代九针之一的长针演变而来。因芒针深刺不仅可沟通浅表的经别,同时还可沟通深部的经别而产生良好的针刺感应,从而使患者随即产生舒适之感,病痛顿失,此乃“气至病所”。本深刺法,即传统针刺加芒针深刺,一方面使穴位深部的各类感受器得以兴奋,刺激信息沿着各类神经纤维传到中枢神经,激活了与内源性痛觉调制系统有关的结构和中枢神经递质系统,使伤害性刺激受到抑制;另一方面,针刺阻断了痛觉冲动的产生、传递和感知,改善了受损局部的微循环,促进局部组织的代谢,使受损神经得以修复,从而取得了满意疗效。通过本组观察,对照组以传统针刺法治疗,虽取得一定的临床疗效,但治疗组芒针深刺更能体现中医治病求本的辨证思路,缩短了疗程,减少患者痛苦,疗效明显优于对照组。

加味瓜蒌薤白半夏汤重用清半夏  
治疗高脂血症 100 例

河北省邯郸市中医院(056001)

王玲玲 张鹏凌 赵自冰 王红霞 王小丽

河北省邯郸市中心医院

刘延杰

高脂血症是中老年人常见病、多发病,是引起动脉粥样硬化、冠心病、脑血管病的主要危险因素之一,是冠心病、脑血管病发生发展的病理基础,研究有效纠正脂肪代谢紊乱的疗法,

对防治心脑血管疾病有重要的临床意义,我们以燥湿化痰为大法,以瓜蒌薤白半夏汤重用清半夏治疗高脂血症疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

150例均为邯郸市中医院住院及门诊患者。治疗组100例,男性57例,女性43例;年龄37~70岁,平均51.3岁;病程6个月~25年;其中单纯高脂血症者41例,伴高血压病者22例,伴脂肪肝者3例,伴冠心病者15例,伴脑动脉硬化者12例;伴中风史及后遗症者7例。对照组50例,男性30例,女性20例;年龄40~69岁,平均52.1岁;病程1~20年;其中单纯高脂血症者20例,伴高血压病者12例,伴脂肪肝者2例,伴冠心病者9例,伴脑动脉硬化者4例,伴中风及后遗症者3例。两组年龄、性别及治疗前血脂水平,差异无统计学意义,有可比性( $P>0.05$ )。

参照《中药新药临床研究指导原则》制订相关标准,即血清胆固醇(TC) $\geq 5.72\text{mmol/L}$ ,甘油三酯(TG) $\geq 1.70\text{mmol/L}$ ,或高密度载脂蛋白胆固醇(HDL-C)男 $< 1.04\text{mmol/L}$ ,女 $< 1.17\text{mmol/L}$ 。排除糖尿病、甲状腺功能减退、肝胆胰腺疾病、肾脏疾病,口服避孕药等继发高脂血症者。

2 治疗方法

治疗组:自拟加味瓜蒌薤白半夏汤组成:瓜蒌20g,清半夏20g,生山楂30g,何首乌30g,泽泻30g,茯苓10g,薤白12g,党参10g,川芎10g,丹参10g。白术15g,陈皮10g,甘草10g,水蛭10g,黄芪30g。水煎服,每日1剂,取汁200ml,早晚各服1次,1个月为1个疗程,连服2个疗程。对照组:服用脂必妥片(成都地奥九泓制药厂生产),每次3片,每天3次,饭后温开水送服,1个月为1个疗程,连服2个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

参照卫生部1995年制定的《中药新药临床研究指导原则》,显效:血脂各项指标达到以下任何一项者:TC下降 $\geq 20\%$ ,TG下降 $\geq 40\%$ ,HDL-C上升 $\geq 0.26\text{mmol/L}$ ;有效:达到以下任何1项者:TC下降 $\geq 10\%\sim 19\%$ ,TG下降 $\geq 20\%\sim 39\%$ ,HDL-C上升 $0.10\sim 0.25\text{mmol/L}$ ;无效:未达到有效标准者。

3.2 两组治疗后临床疗效比较

治疗组100例,显效76例,有效22例,无效2例,总有效率为98%;对照组50例,分别为26例、15例、9例,82%。治疗组疗效明显优于对照组( $P<0.05$ )。

3.3 两组治疗前后血脂水平变化比较

治疗组治疗后TC、TG水平均下降,差异有显著性( $P<0.05$ ),对照组治疗前后TC、TG水平比较,差异无显著性( $P>0.05$ )。治疗组降脂作用优于对照组。

3.4 两组治疗前后血液流变学指标变化比较

治疗组治疗前后血液流变学指标全血高切黏度、全血低切黏度、血浆高切黏度、红细胞压积、纤维蛋白原5项中除红细胞压积外差异均有显著性意义( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),对照组治疗前后血液流变学指标差异均无显著性意义( $P>0.05$ )。

4 讨论

高脂血症属中医学“眩晕”、“痰湿”、“浊阻”等范畴,中医学认为,血脂为膏脂之属,其代谢有赖于脏腑的气化作用,与脾之运化,肝之疏泄,肾之气化关系密切。明·张景岳曰:“痰之化无