

管病学术会议制定的诊断标准,并经头颅 CT 确诊,随机分为两组。治疗组 44 例中,男 24 例,女 20 例;年龄 38~80 岁,平均 51.2 岁;病程 (65.1±6.3) 小时;CT 定位,病灶位于基底节区 29 例,额叶 2 例,颞叶 4 例,顶叶 5 例,放射冠 4 例;病情分型属轻型 13 例,中型 21 例,重型 10 例。对照组 36 例中男 21 例,女 15 例;年龄 36~79 岁,平均 52.6 岁;病程 (64.7±5.9) 小时,梗死灶位于基底节区 23 例,顶叶 3 例,额叶 2 例,颞叶 3 例,放射冠 5 例;轻型 10 例,中型 19 例,重型 7 例。经统计学处理,两组性别、年龄、病程、梗死程度等比较差异无显著性意义 ($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

对照组采用西医常规治疗。脑水肿者以甘露醇 125ml 静脉滴注,每日 2 次,连续用药 3~7 天,静脉滴注中性液体 (内加维生素 B₆、维生素 C、胞二磷胆碱、胰岛素等),口服维脑路通、维生素 E、肠溶阿司匹林片等,有并发高血压、糖尿病者给予相应治疗。

治疗组在常规西医治疗基础上加用同悦注射液 (山西泰盛制药有限公司生产,主要成分:丹参、川芎) 20ml 加入生理盐水 250ml 静脉滴注。每日 1 次,10 天为 1 个疗程,连续用 2 个疗程。

3 疗效标准

参照《卒中患者临床神经功能缺损评分标准》[中华神经科杂志,1996,29(6):381~383]制定,以神经功能缺损积分值的减少和病残程度为依据,基本痊愈:神经功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度为 0 级;显著进步:神经功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度为 1~3 级;进步:神经功能缺损评分减少 18%~45%;无变化:神经功能缺损评分减少 18%以下;恶化:功能缺损和病残程度评分无减少或升高。

4 治疗结果

4.1 两组临床疗效比较

治疗组 44 例,基本痊愈 7 例,显著进步 19 例,进步 13 例,无变化 4 例,恶化 1 例,总有效率 88.6%。对照组 36 例,基本痊愈 4 例,显著进步 9 例,进步 18 例,无变化 4 例,恶化 1 例,总有效率 86.1%。总有效率比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

4.2 两组治疗前后神经功能缺损程度评分比较

治疗组治疗前为 (18.3±7.2) 分,治疗后 (10.2±6.8) 分,平均减少 (8.1±4.2) 分。对照组治疗前 (17.6±7.9) 分,治疗后 (11.7±7.1) 分,平均减少 (5.9±4.6) 分。两组治疗后均较治疗前缺损评分显著降低 ($P<0.01$),治疗组平均减分值与对照组比较,差异有显著性意义 ($P<0.05$)。

4.3 两组治疗前后血液流变学变化

对照组:全血比黏度低切 (mPa·s) 治疗后 (11.14±2.15) 较治疗前 (12.26±2.43) 改善 ($P<0.05$);全血比黏度高切 (mPa·s) 治疗后 (7.83±1.46) 较治疗前 (8.61±1.51) 改善 ($P<0.05$);血浆黏度 (mPa·s) 治疗后 (1.17±0.26) 较治疗前 (1.79±0.28) 显著改善 ($P<0.01$);血细胞比容 (%) 治疗后 (50.75±5.15) 较治疗前 (53.01±5.74) 改善不明显;纤维蛋白原 (g/L) 治疗后 (3.22±0.67) 较治疗前 (3.59±0.74) 改善 ($P<0.05$)。

治疗组:全血比黏度低切 (mPa·s) 治疗后 (10.13±2.41) 较

治疗前 (12.10±2.71) 明显改善 ($P<0.01$);全血比黏度高切 (mPa·s) 治疗后 (7.08±0.92) 较治疗前 (8.15±1.62) 亦明显改善 ($P<0.01$),且改善优于对照组 ($P<0.01$);血浆黏度 (mPa·s) 治疗后 (1.74±0.25) 较治疗前 (1.89±0.29) 改善 ($P<0.05$);血细胞比容 (%) 治疗后 (47.06±4.37) 较治疗前 (52.88±5.69) 改善 ($P<0.01$);纤维蛋白原 (g/L) 治疗后 (3.09±0.53) 较治疗前 (3.73±0.82) 改善。

5 讨论

急性脑梗死主要发病机理是由于动脉硬化,血液黏稠度增加,血栓形成,使血管腔变窄或闭塞,局部脑组织缺血、缺氧、充血、水肿、变性、坏死,主要临床表现为头晕,行走不稳,半身麻木无力或障碍及口角歪斜,言语不清,失语、流涎、呛食呛水,吞咽困难,反应迟钝。治疗原则主要是及时应用脱水剂,以清除脑水肿,扩张脑血管,降低血液黏稠度,溶栓及促进侧支循环建立。

脑梗死属中医中风病的缺血性中风范畴,历代医家对中风病的病机认识不同,但归纳起来,不外虚、火、风、痰、瘀及气。此六端在一定条件下,互相影响,相互作用而发病,其中肝肾阴虚,经血亏损至肝阳上亢,肝风内动挟痰上扰与瘀结,元气亏损,气虚无力推动血液运化而瘀滞,气虚血瘀肝阳上亢,化痰生风,痰瘀交结阻抑气血运行致脑梗死。临床证型多属气滞血瘀型,在治疗上应以活血化瘀行气为基础。同悦注射液是由具有活血化瘀功效的丹参及“血中气药”川芎二药提炼而成。不仅起到扩张脑血管增加脑部血流量的作用,而且加速了微循环,减轻脑缺氧、缺血所致脑组织脂质过氧化物提高,保护脑缺血再灌注损伤。同时具有抑制血小板聚集,可调节各种血管活性物质的释放,扩张微血管,改善微循环,降低红细胞聚集性,从而降低血液黏度。观察结果也表明,同悦注射液显著改善血液流变学中全血比黏度、血浆黏度、血细胞比容等,结合常规西医治疗,能明显提高临床疗效,降低肢残率,优于单纯西医治疗。

参附汤治疗病态窦房结综合征 46 例

广东省深圳市福田区中医院 (518034)

赖忠民 周 晓 游天国 王 静 麦少云

病态窦房结综合征 (SSS) 对人们健康的危害日趋明显,除植入永久起搏器外,西医尚缺少有效的药物治疗,本研究采用中医经方参附汤治疗 SSS,疗效明显,报告如下。

1 临床资料

92 例患者均符合 SSS 诊断标准 [黄峻编著《心脏传导系统疾病》南京:东南大学出版社,1993]。随机分为两组:治疗组 46 例,男性 23 例,女性 23 例,年龄 19~65 岁,平均 49.5 岁;对照组 46 例,男性 23 例,女性 23 例,年龄 17~68 岁,平均 48.1 岁。

2 治疗方法

治疗组 46 例服参附汤,对照组 46 例服安慰剂,两组服药均为 30 天。参附汤:红参 9g,附子 9g,麻黄 6g,浸泡 12 小时,加水煎煮半小时,取液 200ml 早晚饭前半小时各服 100ml 安慰剂:为有色无害溶液,如上法服用。

3 治疗结果

3.1 疗效评价标准

应用食道心房调搏技术于治疗前、治疗后 1 天测定窦房结功能。①窦房结恢复时间 (SNRT) 测定: S₁S₂分级递增刺激, 每次增加 20 次/分, 最长 S₁P 间期即为 SNRT, 正常值 < 1450 ms。

②窦房传导时间 (SACT) 测定: S₁S₂程序期前刺激, 以步长 5 ms 反扫或正扫, 直到 II 区效应出现。(A₂-A₃)-(A₁-A₁) 即为 SACT, 正常值 < 120 ms。

3.2 两组治疗前后窦房结功能变化比较

治疗组 SNRT 治疗前后分别为 2500 ms、1570 ms, SNCT 分别为 358 ms、141 ms; 对照组 SNRT 分别为 2493 ms、2472 ms, SNCT 分别为 361 ms、319 ms。治疗组治疗前后比较有明显改善 ($P < 0.05$), 而对照组改善不明显 ($P > 0.05$)。

3.3 两组临床疗效比较

治疗组 46 例, 显效 9 例, 有效 31 例, 无效 6 例, 总有效率为 86.96%; 对照组分别为 0 例、7 例、39 例、15.2%。治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

病态窦房结综合征是由于窦房结或其周围组织的器质性病变, 导致窦房结冲动形成障碍和冲动传出障碍而产生心律失常 (以窦性心动过缓、窦房传导阻滞及窦性停搏为主)。西药阿托品、异丙肾上腺素等主要用于心动过缓的药物通常诱发和加剧心动过速, 副作用大, 难以长期服用。

对 SSS 患者的检查和治疗, 大多采用心脏起搏器植入和心内导管技术, 近年国内用中医药治疗 SSS 的研究较多, 本研究方中红参、附子为君药, 其性甘温, 补气助阳, 臣以麻黄辛温行散, 使血充盈于脉。全方配伍, 共奏益气回阳、活血复脉之功。中药现代药理学研究证实, 人参有效成分为人参皂苷, 能促进儿茶酚胺释放似肾上腺素, 具强心、收缩血管作用。附子提取去甲乌药碱, 对抗乌头碱所致的缓慢性心律失常, 人参附子合用, 能使希氏束心电图 A-H 间期缩短, 心率增快。麻黄中 80% 为左旋麻黄碱, 能激动肾上腺受体, 增加心输出量。以上三味药合用, 能增强心脏收缩力, 增快脉搏率, 同时, 改善窦房结血液供应, 从病因上治疗 SSS。本研究采以食道心房调搏检验, 检测窦房结恢复时间和窦房传导时间为疗效标准, 较为客观地评价参附汤的疗效。为 SSS 患者寻找了较为满意的治疗方法, 为中医药临床实验规范化、科学化积累经验。

人类免疫缺陷病毒无症状感染者肺部影像学的改变与中医辨证论治

中国中医科学院广安门医院艾滋病研究室 (100053)

薛柳华 危剑安 宋春鑫
陈宇霞 周伟 金燕

艾滋病是人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染人体所引起的获得性免疫缺陷综合征 (AIDS), 以免疫系统损害和机会性感染为主要特征。肺部机会感染是 HIV/AIDS 的主要合并症, 可以发生在 HIV 感染的整个过程中, HIV 感染早期呼吸道症状与

正常人群中常见的疾病一样, 如发生急性支气管炎、上呼吸道感染和细菌性肺炎等, 在疾病的晚期, 可由多种病因引起, 常见的有病毒、细菌、原虫和真菌等。HIV 感染无症状期一般持续 6~8 年, 在此期间, HIV 在感染者体内不断复制, 免疫系统受损, CD₄⁺T 淋巴细胞计数不断下降, 而对此期患者目前尚无有效药物治疗, 发挥中医药“治未病”的思想, 通过对无症状期患者进行中药干预正是中医药辨证论治的优势所在。本文收集了 65 例 HIV 感染者的资料, 对其临床特点、T 细胞亚群计数、病毒载量和肺部 X 线表现进行分析, 并对 HIV 感染者肺部影像特征进行小结, 进一步探讨中医对 HIV 感染无症状期患者的辨证论治特点。

1 资料与方法

65 例 HIV 感染者, 其中男性 36 例, 女性 29 例, 年龄 29~60 岁, 64 例感染途径为有偿供血, 1 例为异性性传播。所以病例均经过 HIV 抗体检测和 WB 确认实验, T 淋巴细胞计数采用 BD 公司的 FACSCalibur 流式细胞仪进行检测, HIV 病毒载量采用 Bio Rad 公司的 PCR 扩增仪进行测定。肺部 X 线检查胸部正位片。

2 结果

2.1 临床表现

65 例患者的一般情况可, 均不伴有机会性感染, 未进行抗病毒治疗, 肺部听诊无干湿啰音, 常见的症状有乏力、纳差等。

2.2 实验室检查

患者外周血中 CD₄⁺T 淋巴细胞计数 5 例 $\geq 500/\mu\text{l}$, 60 例 200~499/ μl , 病毒载量的分布为 2023~195725 copies/ml, 其中 Log 值在 3.0~4.0 之间的有 29 例, 4.1~5.0 之间的有 29 例, > 5.0 的有 7 例。结果显示, 随着病毒载量的上升, 胸部影像学出现异常的病例数明显增加。

2.3 胸部影像学表现

12 例 (18%) 患者的双肺清晰, 未见异常; 53 例 (82%) 表现出双肺纹理增强, 以中下肺为主, 其中 1 例肺炎不排除, 1 例支气管周围炎不排除。

3 讨论

HIV 侵入人体后表现为一种慢病毒感染的过程, CD₄⁺T 淋巴细胞为其主要攻击的靶细胞, 从而造成免疫功能低下以及一系列的机会性感染, 肺部感染是 AIDS 患者的主要感染部位, 常见的有卡氏肺孢子虫肺炎、肺结核、肺曲霉菌病等, 这些机会性感染又往往是 AIDS 的主要致死原因。本研究收集的 65 例 HIV 感染者的 CD₄⁺T 淋巴细胞计数均大于 200/ μl , 不伴有机会性感染, 其中 53 例的胸部影像表现为肺纹理增强, 以中下肺为主, 占全部研究病例的 80% 以上, 其中 5 例 CD₄⁺T 淋巴细胞计数大于 500/ μl 的患者已经表现出肺纹理的增强, 说明在 HIV 感染早期的无症状患者中肺组织已经发生了改变, 并且随着病毒载量的上升肺部影像异常率亦有上升趋势。病毒载量大于 5.0 的病例数较少, 有 7 例。

呼吸系统的基本功能是由外环境吸收氧气并排出机体产生的二氧化碳等代谢产物。肺内有丰富的淋巴组织, 可分为淋巴管丛和淋巴样组织结构, 其中淋巴管丛分布在整个肺脏浅、