

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: S₁S₁分级递增刺激, 每次增加20次/分, 最长 S₁-P 间期即为 SNRT, 正常值 < 1450ms。(2) 窦房传导时间(SACT)测定: S₁S₂程序期前刺激, 以步长5ms 反扫或正扫, 直到 II 区效应出现。(A₂ - A₃) - (A₁ - A₁)/2即为 SACT, 正常值 < 120ms。

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2500ms、1570ms, SNCT 分别为358ms、141ms; 对照组 SNRT 分别为2493ms、2472ms, SNCT 分别为361ms、319ms。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 ≥ 500/μl, 60例 200~499/μl, 病毒载量的分布为2023~195725copies/ml, 其中 Log 值在3.0~4.0/ml 之间的有29例, 4.1~5.0/ml 之间的有29例, >5.0/ml 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例肺炎不除外, 1例支气管周围炎不除外。

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/ml 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、

深结缔组织中,而且呼吸道黏膜免疫系统中存在大量的T淋巴细胞,起到免疫诱导和免疫应答的作用,从免疫学角度而言,呼吸道在结构上为一开放系统,在功能上具有完善的非特异性免疫机制和特异性免疫应答,是人体与外界环境适应并保护自我的重要门户。结构上和功能上的特点使得肺脏成为HIV可能攻击的主要器官,从对HIV/AIDS患者的临床表现分析来看,乏力占50%以上,咳嗽、胸痛等症状分别超过30%,不少中医专家亦从大量的临床实践中提出艾滋病侵犯脏腑以肺、脾、肾为主,以气、阴两虚为本,以痰浊、瘀血、热毒为标。中医理论认为,肺为华盖,为娇脏,易受外邪侵袭,在长期临床实践中总结出“温邪上受,首先犯肺”,而该病又是慢性病毒感染,日久必损伤气、阴,因此我们通过对HIV感染者肺部影响特征的小结,一方面从影像学上证实了肺脏是HIV早期侵犯的器官,另一方面提出HIV感染无症状患者病位在肺、从肺论治的假说,以补肺气、养肺阴为治疗原则对感染者进行早期干预,从而保护感染者的免疫功能。

浅刺法治疗中风偏瘫42例

浙江省东阳市人民医院巍山分院针灸科(322109)

俞国桥

脑卒中所致的偏瘫,不仅给患者的生活质量带来了严重的影响,同时给家庭、社会造成了沉重的负担。发挥中医优势,探索针灸治疗偏瘫的有效疗效,使偏瘫患者得以良好的功能康复,是针灸临床工作者密切关注的问题。笔者于2003年2月~2004年12月间采用浅刺法治疗中风偏瘫42例取得了理想的疗效,并于常规针刺治疗40例作对照观察,现总结如下。

1 临床资料

82例均来自本院门诊和住院病例中病情稳定后转针灸科康复治疗的脑梗死和脑出血患者。全部病例经头颅CT或MRI确诊,符合1996年1月国家中医药管理局脑病急诊协作组公布的《中风病诊断标准》。按门诊序号随机分为两组。治疗组42例,其中男性26例,女性16例;年龄55~75岁;病程3周~3个月23例,3~6个月15例,6个月以上4例;脑出血16例,脑梗死26例。对照组40例,其中男23例,女17例;年龄58~72岁;病程3周~3个月19例,3~6个月19例,6个月以上2例;脑出血12例,脑梗死28例。两组在性别、年龄、病程、病性等基本情况经统计学处理,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。有严重心、肺、肾疾病及感染性患者不纳入观察范围。

2 治疗方法

2.1 治疗组

(1)取穴:四肢均取患侧腧穴,而头部腧穴健、患侧轮换取用。头部取通天、承光;上肢取肩贞、小海、四渎、支正、后溪;下肢取承扶、合阳、承山、昆仑、阳陵泉。(2)体位:取卧位,分别在患侧腋、膝、踝下垫一小棉枕头。(3)针刺方法:嘱患者全身放松,消除紧张情绪,穴位常规消毒,取 $0.3\text{mm}\times 25\text{mm}$ 一次性无菌针灸针,用指切进针法进针浅刺约 $5\sim 10\text{mm}$,行针缓慢、均匀,小幅度地提插捻转约半分钟,不论得气与否,均轮换选取头、上肢、下肢3对腧穴,接G6805-2型电针治疗仪,频率约0.5

$\sim 0.8\text{Hz}$,强度以肢体能引起轻微的收缩为度,宁弱不强,时间约30分钟。隔日治疗1次,10次为1个疗程,休息10天后再开始第2个疗程。2个疗程结束后进行疗效观察。(4)功能锻炼:针术结束后指导患者进行功能锻炼,每天2~4次,包括肢位的摆放。需要注意的是,在肢体功能锻炼时一定要因人而异,循序渐进,关节活动的强度、幅度不能过强过大,避免造成误用综合征和过用综合征。

2.2 对照组

其取穴、体位、疗程、功能锻炼均同治疗组,所不同是 $0.3\text{mm}\times (40\sim 60)\text{mm}$ 的一次性无菌针灸针,按常规针刺深度进针直刺,行缓慢均匀地提插捻转,至患者有酸、胀、麻、重等到得气感为度,然后接G6805-2型电针治疗仪,频率约 $0.5\sim 0.8\text{Hz}$,强度以患者能忍受为度,时间30分钟。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

采用全国第四次脑血管会议(1995)的标准评定。评定的依据是:(1)神经功能缺损积分变化。(2)患者总的生活能力状态(评定时的病残程度),0级:能恢复工作或操持家务,或恢复到病前状态;1级:生活处理,独立生活,部分工作;2级:基本独立生活,小部分需人帮助;3级:部分生活活动可处理,大部分需人帮助;4级:可站立行走,但需人随时照料;5级:卧床,能坐,各项生活需人照料;6级:卧床,有部分意识活动,可喂食;7级:植物状态。基本痊愈:功能缺损评分减少 $91\%\sim 100\%$,病残程度为0级。显著进步:功能缺损评分减少 $46\%\sim 90\%$,病残程度为1~3级。进步:功能缺损评分减少 $18\%\sim 45\%$ 。无变化:功能缺损评分减少 $<18\%$ 。

3.2 治疗结果

治疗组42例,基本痊愈13例,显效21例,进步6例,无效2例,总有效率为95.24%;对照组40例,分别为7例、16例、13例、4例、90%。结果显示,治疗组的愈显率明显优于对照组,两组疗效比较,经 χ^2 检验,差异具有显著性意义($P<0.05$)。

4 典型病例

陈某,男性,66岁,退休工人。2003年10月25日初诊。主诉:左侧肢体活动障碍1个月余。患者于1个月前,晨起小便时突然站立不稳,左侧下肢酸软乏力,行走不便,至下午3时许病情加重,上肢也觉麻木,活动欠灵,遂送当地人民医院诊治。头颅CT示:“右基底节区脑梗死”建议住院治疗。3周后病情日趋好转,血压稳定,但左侧肢体活动障碍如前,转针灸康复治疗。现症:左侧肢体偏瘫,关节拘急,屈伸不利,得温拘急可缓,遇寒则加重。下肢在床上略能移动,但不能下床起步。上肢肩部稍活动,但不能伸肘伸指。形体略胖,头昏头重,大便先干后溏,小便清长。腰膝酸楚,舌淡红略胖,边有齿痕、瘀点、苔根白腻,脉沉细而涩。查:精神萎靡,语言尚利,上肢肌力2级,下肢肌力3级,肌张力增高,膝腱反射亢进。血压:146/86mmHg。证属痰瘀阻滞,阳气不得宣发,肢体、筋脉失其温煦濡养。采用治疗组的方法进行取穴、针刺,并指导患者进行功能锻炼。1个疗程结束后患者肢体功能明显好转,在有人守护下可自立起步行走,上肢能伸肘伸指。依前法共治疗2个疗程,下肢功能基本恢复正常,且无