

- [25] Kang TS, Vrabec JT, Gidding SN, et al. Facial Nerve Grading Systems (1985~2002): Beyond the House-Brackmann Scale. *Otology & Neurology*, 2002, 23(5): 767~771.
- [26] Van Swearingen JM, Brach JS. The Facial Disability Index: reliability and validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system. *Phys Ther*, 1996, 76(12): 1288~1298.
- [27] 吴芳, 杨万章, 陈传煌, 等. 面瘫分级评定量表的信度与效度研究初探. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2006, 4(11): 984~985.

- [28] 苏俊波, 骆文龙. 电生理学检测贝尔麻痹及术中监测面神经功能的研究进展. *重庆医学*, 2003, 32(3): 377~379.
- [29] 李瑛, 梁繁荣, 余曙光, 等. 面瘫患者面神经电图和瞬目反射的应用比较. *临床神经电生理学杂志*, 2006, 15(1): 12~14.
- [30] 李瑛, 梁繁荣, 余曙光, 等. 面神经分支运动传导检测评估颊支和颞支运动传导功能恢复的差异. *中国临床康复*, 2006, 10(38): 52~54.

(收稿日期: 2007-03-15; 修回日期: 2007-07-15)

[编辑: 李 巍]

中药联合胸膜固定术治疗恶性胸腔积液 30 例

龚 伟

(江苏省江阴市中医院, 江阴市人民东路 130 号, 214400)

我院对确诊的 60 例晚期肺癌患者采用随机分组研究, 采用胸膜固定术结合中药内服治疗恶性胸腔积液 30 例, 疗效较好, 现报告如下。

1 临床资料

所选病例均为 2005 年 7 月~2007 年 12 月本院住院患者, 共 60 例。患者均符合《现代肺癌诊断与治疗》诊断标准: (1) 患者明显胸闷, 呼吸困难, 紫绀, 不能平卧; (2) 纤维支气管镜活检或痰、胸腔积液细胞学检查等组织细胞学确诊为原发性或转移性支气管肺癌; (3) X 线胸片、CT 或 B 超证实有大量胸腔积液。胸水测量采用后肋计算法, 经胸部 X 线摄片与 B 超定位确诊积液在第 10 肋以下者为少量 (<500ml)、超过第 8 肋者为大量 (>1000ml), 介于两者之间为中量 (500~1000ml), 本组病例, 大量积液者 38 例, 中量积液者 14 例, 少量积液者 8 例。治疗组 30 例中, 男 16 例, 女 14 例; 年龄 40~72 岁, 平均 (63.12±6.25) 岁; 对照组 30 例中, 男 13 例, 女 17 例; 年龄 43~70 岁, 平均 (62.38±6.15) 岁, 两组性别、年龄、胸腔积液量、肺癌类型等方面差异均无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

对照组所有患者行胸膜固定术, 术前常规检查血常规、心电图、胸部 X 线摄片。患者取健侧卧位, 常规消毒、麻醉后, 根据积液量, 分别在腋中线第 5、第 6、第 7 肋间隙肋骨上缘, 做一皮肤小切口, 钝性分离胸壁组织直至胸膜。用穿刺套管针刺入胸膜腔, 拔出套管针芯, 空气可自由进出胸膜腔, 肺组织进一步萎陷, 插入硬质胸腔镜观察, 在胸腔镜引导下做第 2 切口, 且为操作孔、经操作孔插入吸引导管将积液抽吸干净, 并通过钝性分离、电切等方法尽量松解粘连, 使胸膜充分暴露。将 2% 利多卡因 10ml 注入胸膜腔, 用特制的喷雾器将医用灭菌滑石粉均匀地喷在胸膜面, 约 3g, 喷撒满意后在胸腔镜监视下安置引流管夹管 2 小时, 嘱患者每 10~20 分钟变动体位 1 次, 尽可能使药物均匀分布在胸膜面。2 小时后放开夹管, 继续行胸膜腔闭式引流, X 线摄片证实, 肺完全复张且 24 小时胸腔积液引流量 <50ml, 无肺不张时拔管。治疗组除行胸膜固定术及全身化疗外, 同时给予内服温阳利水、宣肺平喘之汤剂 (制附子 10g, 半夏 15g, 炒白术 15g, 桂枝 10g, 茯苓 12g, 薤白 9g, 桑白皮 9g, 生姜皮

6g, 紫苏子 9g, 木防己 9g, 厚朴 9g, 白花蛇舌草 30g, 大枣 6 枚, 甘草 6g), 并随症加减。胸痛甚者酌加郁金、延胡索、白芍等; 气促甚者酌加青皮、槟榔、旋覆花、五味子; 发热者酌加连翘、鱼腥草、黄芩; 血性胸腔积液者加仙鹤草、侧柏叶; 食少加鸡内金、焦三仙。每日 1 剂, 水煎 2 次, 分早、晚服, 连服 4 周为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

按 1978 年国内制定标准, 完全缓解 (CR): 胸腔积液完全消失, 持续 4 周以上; 部分缓解 (PR): 胸腔积液吸收超过或等于 50%, 持续 4 周以上; 稳定 (S): 胸腔积液吸收不足 50%, 持续 4 周以上; 恶化 (PD): 胸腔积液无变化或增加。术后两个月摄 X 线正位片肋膈角变钝为轻度肥厚, 平膈肌为中度肥厚, 超过膈肌顶部为重度肥厚。

3.2 两组近期疗效比较

治疗组 30 例, CR 15 例, PR 8 例, S 4 例, PD 3 例, 总有效率为 76.7%; 对照组 30 例, 分别为 5 例、6 例、14 例、5 例、36.7%。治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.01$)。

3.3 两组治疗后胸膜肥厚程度比较

治疗组 30 例, 治疗后轻度 21 例, 中度 6 例, 重度 3 例; 对照组 30 例, 分别为 7 例、12 例、11 例。治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.01$)。

4 讨论

中医治疗癌性胸腔积液以“温脾阳以利水湿, 宣肺气以散饮邪”为主治大法。此法尤其适用于因癌症日久复经放、化疗后, 且伴有癌性胸腔积液者。方中制附子、桂枝、白术、茯苓等能温阳益气行水, 以利水饮从膀胱而出。半夏燥湿化痰, 降逆止呕, 消痞散结; 薤白、桑白皮、紫苏子宣肺理气逐饮; 木防己、厚朴、芳香化湿利水; 生姜皮利水消肿止呕; 白花蛇舌草清热解毒、利尿消肿, 共奏温阳、宣肺、消饮、逐水之效; 大枣、白术、甘草重在扶正。从对恶性胸腔积液的疗效看, 治疗组优于对照组, 笔者认为, 本临床观察提示, 治疗恶性胸腔积液在胸膜固定的基础上, 佐以中药扶正抗癌, 保肺逐饮, 温阳化湿, 随症加减组方治疗, 不但可以提高有效率, 且能明显改善生活质量。

(收稿日期: 2008-02-14)

[编辑: 黄 健]

联系方式: hhb8620120@163.com, (0510) 86703888