

用。每次取药散 10g, 加红糖 20g, 用沸水冲泡 10 分钟后, 连渣喝下, 起床后与睡前各服 1 次, 疗程 2 个月。

2.2 对照组

卡介菌多糖核酸(湖南九芝堂斯奇生物制药有限公司生产, 0.5mg/支), 每次肌肉注射 0.5mg, 隔日 1 次, 每周 3 次, 疗程 2 个月。

感染期间, 两组均给予抗感染与对症治疗, 合并高血压病、高脂血症及冠心病者, 按常规使用降压药、降脂药及硝酸酯类药物。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照有关文献自拟。显效: 治疗后半年内发病次数较治疗前减少 2/3 以上, 或偶发呼吸道感染; 有效: 治疗后半年内发病次数较治疗前减少 1/2~2/3, 发病时症状减轻, 病程缩短; 无效: 治疗后半年内发病次数较治疗前减少不足 1/2, 发病时症状体征、病程无明显改善, 或病情恶化。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 40 例, 显效 27 例, 有效 12 例, 无效 1 例, 总有效率 97.5%。对照组 40 例, 显效 13 例, 有效 16 例, 无效 11 例, 总有效率 72.5%。两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

4 典型病例

张某, 男, 72 岁, 2003 年 10 月 5 日初诊。主诉: 反复鼻塞流涕, 头痛咳嗽 15 年。15 年来, 长期反复感冒, 几乎每月感冒 3~4 次, 稍受凉则头痛身痛, 鼻塞流涕, 咳嗽阵作, 乏力腹胀, 腹泻水样便, 每日 2~3 次, 严重时并发肺炎、发热寒颤, 大量咯痰, 气急胸闷, 呼吸困难, 精神萎靡, 多次住院治疗, 近 3 年又因脑梗死, 后遗左侧肢体瘫痪, 生活不能自理。刻诊: 畏寒严重, 纳少便溏, 舌苔白厚, 脉弦沉无力。处方: 巴中玉屏散原方加制附子 60g, 制粉, 早晚冲服 10g。1 个月后畏寒明显好转, 便溏消失, 体力增强, 2 个月后自觉体质明显改善。随访半年, 其间仅感冒 1 次, 精神食欲较前好转。

5 讨论

巴中玉屏散由巴戟天、淫羊藿、紫河车等补肾药, 合补中益气汤、玉屏风散化裁而成, 具有补益上中下焦之功, 虽调补三焦, 而尤重补肾; 上焦肺为气之大主, 中焦脾为后天之本, 但肺与脾都根源于肾, 肾居下焦, 主藏精主生殖, 为先天之本、元阴元阳之本, 故重点补肾; 且本方补益之外尚兼调理之能, 如, 兼疏郁化痰、兼调气升阳、兼驱散表邪、兼调和肝脾, 全方兼顾阴阳气血平衡, 阴中求阳, 若体瘦舌红加沙参、石斛则为阳中求阴, 药性平稳, 不燥不腻, 长期服用而不致偏颇。

电针加高压氧促醒持续植物状态 60 例

西安交通大学医学院第一附属医院康复中心针灸科(710061)

王忠华 邓景元

持续植物状态(PVS)是一种特殊的意识障碍, 指患者完全失去对自身及周围环境的认知, 有睡眠-觉醒周期, 下丘脑及脑干的自主功能完全或部分保存的一种临床状态。PVS 属于中

医学“神昏”、“尸厥”、“失神”等意识障碍范畴, 多因邪气上扰心脑或气血衰竭使心脑蒙蔽失荣而发病, 我们近年以来采取以电针加高压氧舱为主的综合疗法治疗 PVS, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

全部病例均为我院住院患者, 经 CT 及 MRI 检查证实。治疗病例 60 例, 其中男 36 例, 女 24 例; 年龄 5~72 岁, 平均 43 岁; 植物状态持续时间 32 天~8 个月, 其中 1~3 个月 28 例, 4~6 个月 21 例, 6 个月以上 11 例; 重症颅脑外伤手术者 35 例, 脑血管病 12 例(手术者 9 例), 脑炎 3 例, 一氧化碳中毒 10 例。按 Glasgow 昏迷量表计分, 7 分 16 例, 6 分 25 例, 5 分 11 例, 4 分 3 例, 3 分 5 例。

1.2 诊断标准

从临床特点出发制定出植物状态的诊断标准。(1) 认知功能丧失, 不能执行指令;(2) 保持自主呼吸和血压;(3) 有睡眠-觉醒周期;(4) 不能理解和表达语言;(5) 能自动睁眼或刺激下睁眼;(6) 可有无目的性的眼球跟踪运动;(7) 丘脑下部及脑干功能基本保存;(8) 满足以上 7 个条件持续达 1 个月以上者。

2 治疗方法

2.1 针刺取穴

(1) 头针: 额中线、顶中线、百会、四神聪。(2) 体针: 风府、哑门、水沟、曲池、内关、劳宫、十二井穴、合谷、廉三针、神门、涌泉、太溪、三阴交、足三里、阴陵泉。

2.2 针刺方法

(1) 头皮针: 局部常规消毒, 选用 30 号 1~1.5 寸毫针, 在上述穴位处快速进针, 刺入帽状腱膜下层深 0.5~1 寸后快速左右旋转针柄, 以针下有向内吸附的感觉为度, 连接 G6805 电疗仪, 用连续波, 刺激量在中、强程度, 眼观局部肌肉要有抽动, 通电 30 分钟后, 留针 2 个小时, 留针过程要隔 20 分钟捻转行针 1 次。每日 1 次, 10 次为 1 个疗程, 疗程间休息 5 天。(2) 体针: 风府、哑门向下颌方向与耳垂水平进针 1 寸(肥胖者可探 1.5 寸), 勿提插, 小幅度、高频率捻转 1 分钟, 不留针。水沟向鼻中隔方向刺入 0.5 寸左右, 采用雀啄刺法。以患者眼球湿润为度。廉三针刺入 1~1.5 寸, 大幅度、高频率捻转 1 分钟出针。十二井穴采取强刺激手法, 刺入后每穴左右捻转 1 分钟, 起针后如出血, 则不必急于压迫止血, 等出血量约达 1ml 后再用棉签按压、消毒。十二井穴两侧隔日轮换, 但心经、心包经每日必刺。其余诸穴均按常规针刺, 得气后行强刺激手法, 行针 1 分钟后, 按 G6805 电疗仪, 用疏密波中强度刺激, 每日 1 次, 体针可两侧交替, 10 次为 1 个疗程, 疗程间休息 5 天。

2.3 高压氧治疗

使用我院康复中心高压氧室 NE-90 III A 单人纯氧舱治疗, 患者更换全棉服后进舱, 关闭舱门, 直接加氧升压, 打开微量输入阀门进行加压, 开始升压速度缓慢, 舱内压力升至 0.02MPa 时进行洗舱换气, 稳定 2~3 分钟后继续升压, 25 分钟压力升至 0.2MPa 时, 打开排出阀, 进行通风换气, 每隔 20 分钟换气 1 次, 稳压 70 分钟后, 关闭输入阀, 打开排气阀, 减压至舱压表回零, 打开舱门治疗结束, 每次治疗 90 分钟, 每日 1 次, 10 次为 1

个疗程。

2.4 其他疗法

依患者病情变化情况,分别给予支持、调整神经代谢、抗感染及改善脑循环等治疗,还要配合语言呼唤及音乐刺激治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

根据 1996 年 4 月南京会议制定的《PVS 评分标准》判定疗效,昏迷程度按照《格拉斯哥昏迷量表》(GCS),基本痊愈:患者意识恢复,语言、认知及肢体运动功能明显改善,能不同程度重返社会(PVS 评分 ≥ 12 分);明显好转:PVS 评分提高 6~11 分,但仍 <12 分;好转:PVS 评分提高 1~5 分,但仍 <12 分;无效:治疗前后无变化或恶化或死亡。

3.2 治疗结果

本组 60 例患者经过 1~12 个疗程后,其中基本治愈 40 例,明显好转 12 例,有效 3 例,无效 5 例。结果显示,电针配合高压氧成功促醒 PVS 40 例,促醒率 66.7%,总有效 55 例,总有效率为 91.7%。PVS 的疗效与病程有很大关系,病程越长,疗效越差,故康复手段应早期介入,在生命体征基本稳定,神经学症状不再发展的情况下,尽管患者在重症监护室,也应早期促醒康复治疗,以争取治疗时机。年龄小的 PVS 患者,脑组织的可塑性强,促醒效果好。

4 讨论

PVS 主要是严重的颅脑外伤或严重的缺血缺氧性脑病或严重的脑血管病等所致,其发生机制主要为大脑半球白质、皮质、丘脑和中脑等神经元广泛变性、坏死,导致上行性网状激活系统功能受损,不能将身体各部分传来的信息传入大脑皮质,从而引起患者的意识障碍。以前认为持续性植物状态属不治之症,患者往往在短期内因严重压疮、肺部及尿路感染、营养不良等各种并发症而死亡。近年来随着国内外学者对大脑功能重组、神经可塑性理论的深入研究,认为神经系统的损伤是可以恢复的。研究表明,PVS 患者意识恢复的基础是神经的可塑性理论,如轴突的发芽,功能代偿和重塑、区域性功能重组等,经过积极的治疗,可以使受损不完全和一些功能丧失、但结构完整的神经元的活性和功能部分或完全恢复,因此,促醒治疗应积极、早期介入。

目前对于昏迷尤其是长期昏迷 PVS 患者多采用改善脑代谢、神经细胞营养、支持治疗以及防治各种并发症等综合治疗方法,尚无促醒 PVS 确切的治疗方法。国内多采用声、光、电等物理刺激手段,特别是针刺促醒治疗,在临床上取得一定的疗效。研究显示,电针具有醒脑开窍、改善大脑的血液循环,刺激处于“休眠”状态的神经细胞,激活脑干网状觉醒系统,解除大脑皮质的抑制状态,促使患者觉醒。促醒取穴上以头针,督脉经穴为要穴,重视十四经穴,特别是十二井穴,能醒脑开窍,益脑补髓,改善脑组织的血氧供给状态,且哑门又能治失语,配合廉三针,促使语言功能恢复。同时配合高压氧,可以增加脑血流量,提高血氧分压,加大血氧弥散范围,改善脑细胞的供血,促进部分处于可逆状态的受损脑细胞的功能恢复,激活脑干上行网状系统,提高其兴奋性,促进苏醒。这样两者在功效上起到互

补和加强,从而尽快减轻或消除患者的意识障碍,促进 PVS 患者的苏醒。另外,我们体会到电针、高压氧应早期介入,对促醒及后期的康复治疗更有利。因为早期介入可以及时地改善脑缺血、缺氧状态,促使其恢复正常的生理功能,缩短脑缺血时间,防止因缺血时间过长,而引起细胞水肿、坏死等一系列不可逆损伤。

清热化痰汤治疗老年胃食管反流病 80 例

湖北省郧阳医学院附属人民医院(442000)

徐剑刚 夏忠诚 高桂琴 李敬会 蔡莉莉

我们自 2004 年 5 月~2006 年 4 月用清热化痰汤治疗胃食管反流病,取得了显著疗效。为深入探讨其作用机理,我们观察了胃食管反流病患者治疗前后 P 物质(SP)及血管活性肠肽(VIP)含量的变化,现报告如下。

1 临床资料

160 例患者均为门诊及住院病例,随机分为两组。观察组 80 例,男 65 例,女 15 例;年龄 60~78 岁,平均为 65.6 岁;病程 2 个月~2 年,平均为 10 个月。对照组 80 例,男 64 例,女 16 例;年龄 60~77 岁,平均为 65.7 岁;病程 2 个月~2 年,平均为 9.5 个月。两组间性别、年龄、病程及治疗前临床资料差异无显著性($P > 0.05$),全部病例均符合胃食管反流病诊断标准。临床表现:反酸,反胃,反食,嗝气,烧心,胸痛,吞咽困难,咳嗽,哮喘及咽喉炎,咽部不适,异物感,棉团感或堵塞感。胃镜检查:采用洛杉矶分级法。正常:食管黏膜没有破损;A 级:1 个或 1 个以上食管黏膜破损,长径 ≤ 5 mm;B 级:1 个或 1 个以上食管黏膜破损,长径 >5 mm,但没有融合性病变;C 级:黏膜破损融合,但 $<75\%$ 的食管周径;D 级:黏膜破损融合,至少达到 75%的食管周径。

2 治疗方法

2.1 观察组

清热化痰汤治疗。组成:丹参 30g,蒲公英 30g,枳实 12g,竹茹 10g,玫瑰花 10g,莪术 12g,三七粉 6g(冲服),大黄 6g,茯苓 15g,莱菔子 15g,桑螵蛸 12g,甘草 6g。每日 1 剂,水煎分 2 次口服。20 日为 1 个疗程,间隔 5 日,治疗 2 个疗程评定疗效。

2.2 对照组

西药治疗。口服洛赛克 20mg,每日 2 次;莫沙必利 5mg,每日 3 次。共服 8 周后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 两组临床疗效比较

观察组 80 例,显效 34 例,好转 42 例,无效 4 例,总有效率为 95%;对照组 80 例,分别为 26 例、39 例、15 例、81.3%。经 χ^2 检验差异有显著性($P < 0.01$)。表明清热化痰汤治疗胃食管反流病的疗效明显好于单纯西药治疗。

3.2 两组治疗前后症状积分变化比较

治疗后两组症状积分较治疗前均明显降低($P < 0.05$),但观察组降低更明显,与对照组比较,差异有显著性($P < 0.05$),