

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 PV S40例,促醒率 66.7%,总有效 55例,总有效率为 91.7%。PV S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 PV S患者,脑组织的可塑性强,促醒效果好。

4 讨论

PV S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 PV S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 PV S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,改善脑细胞的供氧,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($P< 0.05$),

表明西药对胃食管反流病患者各种症状虽有改善,但效果不及清热化瘀汤治疗改善明显。

3.3 两组治疗前后 VIP SP 含量变化比较

结果显示,治疗后两组 VIP 含量均呈下降趋势,但观察组下降明显,且接近常值水平,与对照组比较,有显著性差异 ($P < 0.05$);治疗后两组 SP 含量均呈上升趋势,但观察组明显上升,且接近常值水平,与对照组比较,差异有显著性 ($P < 0.05$)。表明清热化瘀汤可通过调节兴奋性和抑制性胃肠肽的分布而达到治疗胃食管反流病目的。

4 讨论

胃食管反流病是临床上常见的消化道动力障碍性疾病。根据其临床表现,本病当属中医学“胃痛”、“反胃”、“噎膈”、“吐酸”、“嘈杂”等范畴。胃失和降、胃气上逆是本病基本病机,肝气郁结、瘀血内阻是发病关键,故其治疗应贯穿理气、化痰、清热、活血于病程始终。

清热化瘀汤以蒲公英清热解毒、丹参活血化瘀为主,莪术、三七粉共奏活血化瘀之效,辅以竹茹清热化痰、枳实化痰消积、玫瑰花行气解郁、莱菔子降气化痰、大黄清热泻火、茯苓健脾补中、桑螵蛸固涩止酸。全方清热化瘀、行气化痰、切中病机。SP 与 VIP 作为胃肠运动调节中一对重要的兴奋性和抑制性胃肠肽,在胃肠道中有广泛分布,二者含量失衡与本病发生关系密切。治疗后,患者临床症状明显改善,检测血浆 VIP 含量明显下降,SP 含量明显上升,且均接近常值水平,表明清热化瘀汤可调节兴奋性和抑制性胃肠肽的分布达到增强胃肠平滑肌的收缩,调节胃肠运动功能。

骨增合剂治疗膝骨性关节炎 31 例

南京中医药大学附属常州中医医院风湿科 (213003)

周定华 周正球 吴 灵 金 艳

骨关节炎 (OA) 是一种增龄性退行性关节疾患,是中老年人群的常见疾病,属于中医的“骨痹”范畴,本病病因未明,多数认为与衰老、创伤、炎症、肥胖、代谢障碍和遗传等因素有关。我们采用中药“骨增合剂”治疗膝骨性关节炎 62 例,疗效满意,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断及纳入标准

西医诊断标准参照 1995 年美国风湿病学会 (ACR) 制定的标准。膝关节 OA 有膝痛及膝 X 线片提示有骨赘,并伴下述任 1 条者。(1) 年龄 > 38 岁。(2) 受累膝僵硬 < 30 分钟。(3) 有骨摩擦音。中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》,符合肝肾不足、寒湿痹阻证型,症见腰腿疼痛,腰膝酸软,遇寒加重,遇热减轻,双肢冷痛,肢体困重、麻木,行走困难,肌肉瘦削,舌淡、苔白,脉沉细或弦滑。

1.2 排除标准

排除标准: (1) 溃疡病及胃肠出血疾患。(2) 孕妇及哺乳期妇女。(3) 合并心、肝、肾等重要脏器疾患的患者。(4) 3 个月内接受非甾类药物及激素治疗的患者。

1.3 一般资料

所有 62 例均系我科 2006 年 12 月~ 2008 年 1 月门诊及住院患者。随机分为两组,治疗组 31 例,其中女 19 例,男 12 例;年龄 45~ 76 岁,平均 (50.2 ± 9.8) 岁;病程 4 个月~ 9 年,平均 (4.9 ± 3.8) 年。对照组 31 例,其中女 20 例,男 11 例;年龄 44~ 76 岁,平均 (51.1 ± 10.2) 岁;病程 5 个月~ 10 年,平均 (5.0 ± 4.1) 年。两组一般情况经统计学分析差异无显著性 ($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组以骨增合剂 (本院制剂) 治疗,由熟地黄、补骨脂、淫羊藿、桑寄生、续断、狗脊、白芍、葛根、木瓜、乳香、没药、牛膝、威灵仙、皂角刺、延胡索等药物组成,每次 30ml,每天 2 次口服;对照组口服盐酸氨基葡萄糖胶囊 (由香港奥美制药厂生产,批号 CH20040016),每次 0.75g,每日 2 次,两组疗程均为 6 周。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参考《中药新药临床研究指导原则》制定:显效:临床症状基本消失,治疗后改善指数 $> 70\%$;有效:临床症状明显缓解,治疗后改善指数 $50\% \sim 70\%$;好转:临床症状有改善,治疗后改善指数 $30\% \sim 49\%$;无效:临床症状无改善,治疗后改善指数 $< 30\%$ 。

3.2 治疗结果

治疗组 31 例,显效 12 例,有效 11 例,好转 6 例,无效 2 例,总有效率为 93.5%;对照组 31 例,分别为 8 例、9 例、7 例、7 例、77.4%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.3 不良反应

治疗组无明显不良反应,对照组有 5 例分别出现胃脘痛、纳差、恶心等不良反应,大多采用餐中或餐后服药后好转,有 1 例采用餐前加服硫糖铝片后好转,两组肝肾功能均未见异常。

4 讨论

OA 是中老年最常见的骨关节疾病,据报道 65 岁以上发病率高达 $70\% \sim 90\%$ 。本病在中医属“骨痹”范畴。《素问·痹论》云“风寒湿三气杂至,合而为痹也”。现代医学对 OA 一般采用镇痛剂和非甾体抗炎药等对症治疗。近年对膝关节 OA 采用关节腔注射软骨保护剂“施沛特”等也取得一定疗效,但因费用昂贵,难以在基层推广。我科自行研制的骨增合剂,方中熟地黄、补骨脂、淫羊藿益肾温阳、填精生髓;桑寄生、续断、狗脊补肾健骨;白芍、木瓜、葛根柔筋活血、缓急止痛;独活、威灵仙、皂角刺祛风化湿、涤痰通络;乳香、没药、牛膝化痰消肿止痛;延胡索理气助血行。诸药共奏补肝肾、强筋骨、化寒湿、行瘀滞、止痹痛之效。以往实验研究表明,补肾活血中药能改善骨内血流动力学状态,促进骨关节软骨细胞 DNA 胶原和蛋白多糖的合成,使软骨细胞增殖和凋亡指数随时间延长,减轻或延缓关节软骨退变的发生和发展,对已有明显退变的关节软骨难以修复,但可减缓其病变进一步加重,对发生过程中的软骨具有一定的保护作用,说明补肾活血中药不仅具有治疗 OA 作用外,还具有预防 OA 发病的作用。

[编辑:黄健]