

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 CR 11 例, PR 21 例, NC 4 例, 总有效率 (CR + PR) 88.9%。对照组 CR 7 例, PR 18 例, NC 5 例, 总有效率 (CR + PR) 83.3%。两组总有效率比较差异有显著性 ( $P < 0.05$ )。Karnofsky 评分比较: 治疗组上升 20 分以上者 19 例 (52.8%), 对照组上升 20 分以上 14 例 (46.7%), 两组比较差异有显著性 ( $P < 0.05$ )。

3.3 不良反应

两组主要不良反应为发热, 治疗组 11 例 (30.6%), 对照组 10 例 (33.3%), 差异无显著性 ( $P > 0.05$ ), 经对症处理缓解。所有病例均无骨髓抑制, 无明显心、肝、肾功能损害。

4 讨论

恶性胸腔积液属于中医“悬饮”范畴, 其病机是肺气郁闭, 瘀血阻滞, 水饮内停。利肺汤中葶苈子、紫苏子、桑白皮宣肺利水, 泽兰、牛膝活血利水, 共奏泻肺化痰利水之效。力尔凡是从  $\alpha$  溶血性链球菌株 ZA-1 经深层发酵提取的, 分子量为 70kD 的高溶血性链球菌素 S 复合物 (SLS) 和  $\alpha$  甘露聚糖多肽类物质, 是一种改良的新型链球菌制剂, 它具有直接杀死癌细胞和免疫增强作用, 是治疗恶性胸腔积液常用药物。

## 循经辨证针刺治疗腰椎间盘突出症 80 例

董玉喜 彭冬青 张玉娇

(北京市昌平区中医医院, 102200)

我们自 2006 年 1 月 ~ 2008 年 4 月, 用循经辨证针刺治疗腰椎间盘突出症 80 例, 取得了满意的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

入选共 160 例, 均来自 2006 年 1 月 ~ 2008 年 4 月北京市昌平区中医医院针灸科门诊患者, 均经过 CT 或 MRI 诊断明确。参照随机数字表法, 将来自我院的腰椎间盘突出症患者, 按照 A、B 循环顺序, 以就诊时间先后随机分组, 将 A 患者纳入针刺组, B 患者纳入药物组, 最终得到针刺组 80 例, 药物组 80 例。突出节段: L3~L4 椎间盘突出 16 例; L4~L5 椎间盘突出 42 例; L5~S1 椎间盘突出 28 例; L3~L4、L4~L5 同时有椎间盘突出 32 例; L4~L5、L5~S1 同时有椎间盘突出 30 例; L3~S1 全部有椎间盘突出 12 例。针刺组男 36 例, 女 44 例; 年龄 21~83 岁, 平均 (52 ± 8.8) 岁; 病程 5 天 ~ 8 年; 腰骶部疼痛 19 例, 伴单侧下肢疼痛 37 例, 伴双侧下肢疼痛 11 例, 单纯下肢疼痛 13 例。药物组男 31 例, 女 49 例; 年龄 24~79 岁, 平均 (53 ± 8.2) 岁; 病程 3 天 ~ 9 年; 腰骶部疼痛 17 例, 伴单侧下肢疼痛 39 例, 伴双侧下肢疼痛 14 例, 单纯下肢疼痛 10 例。两组患者性别、年龄、病程、病情功能分级等经统计学处理, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

根据 1995 年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》腰椎间盘突出症的诊断标准: ①有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史, 大部分患者在发病前有慢性腰痛史。②常发生于中老年人。③腰痛向臀部及下肢放射, 腹压增加 (如咳嗽、喷嚏) 时疼痛加重。④脊柱侧弯, 腰椎生理弧度消失, 病变部位椎旁有压痛, 并向下肢放射, 腰活动受限。⑤下肢受累神经支配区有感觉过敏

或迟钝, 病程长者可出现肌肉萎缩, 直腿抬高试验阳性, 膝、跟腱反射减弱或消失, 拇指背伸力减弱。⑥CT 检查可显示椎间盘突出部位及程度。符合以上诊断标准, 尤以③、④、⑤、⑥为基本依据, 其他两项可协助诊断。

循经辨证诊断: 按疼痛症状循经辨证分为: ①督脉、足太阳膀胱经型: 腰痛及疼痛沿大腿后面、腘窝、小腿后面至足跟部。②督脉、足少阳胆经型: 腰痛及疼痛从臀部沿大腿外侧、小腿外侧至足背外侧部。③混合型: 腰痛及疼痛的部位在足太阳、足少阳两经的循行线。针刺组中督脉、足太阳膀胱经型 30 例, 督脉、足少阳胆经型 38 例, 混合型 12 例。药物组中督脉、足太阳膀胱经型 33 例, 督脉、足少阳胆经型 33 例, 混合型 14 例。

2 治疗方法

2.1 针刺组

督脉、足太阳膀胱经型选穴: 患者俯卧位, L4~L5、L5~S1 夹脊穴或压痛点、秩边、承扶、委中、委阳、承山、昆仑、京骨穴。

督脉、足少阳胆经型选穴: 患者侧卧位, 患侧朝上, L3~L4、L4~L5 夹脊穴或压痛点、环跳、风市、阳陵泉、足三里、悬钟、丘墟、太冲穴。

混合型选穴: 患者俯卧位, L3~L4、L4~L5、L5~S1 夹脊穴, 其余穴位按疼痛部位选择, 属足太阳经循行部位则取秩边、委中、承山、昆仑、京骨穴, 属足少阳经循行部位则取风市、阳陵泉、悬钟、丘墟穴。

操作: 按以上辨证归经选穴, 针刺时根据穴位所在部位肌肉的厚薄, 选择适当长度的毫针。患者采取健侧卧位或俯卧位, 解松腰带。扎针时严格按照由腰部向脚、由上至下的顺序进行, 针刺环跳、秩边穴时针感要求向下扩散到脚, 依次再针刺委中或阳陵泉、承山或悬钟穴。留针期间用北京产 WS-101C 周林频谱仪照射腰部。每次留针 30min, 15min 行针 1 次。每周 5 次, 3 周为 1 个疗程, 所有患者均针刺 1 个疗程后评定疗效。

2.2 药物组

采用口服腰痛宁胶囊治疗 (5 粒, 1 次/日, 由承德中药集团提供, 批号: 20000920), 3 周为 1 个疗程, 1 个疗程后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

按庄子齐等的症状体征生活质量计量化法进行疗效评价<sup>[1]</sup>。量化评分项目合计 60 分, 称为“可能全分”。评分得分为“实得总分”, 最后以患者的积分 (即积分 = 实得总分/可能全分 × 100%) 表示病情及功能状况, 百分率愈高功能愈差, 病情愈重, 即 0~20% 表示正常或轻度功能减退, 定为功能 V 级; 21%~40% 表示轻、中度功能减退, 定为功能 IV 级; 41%~60% 表示重度功能减退, 定为功能 III 级; 61%~80% 表示丧失活动能力, 定为功能 II 级; 81%~100% 表示卧床不起, 定为功能 I 级。疗效评价标准为治疗后功能定级达 V 级者为治愈; 进步 2 级以上为显效; 功能进步 1 级为有效; 没有进步为无效。

3.2 两组治疗前后功能评级变化比较

针刺组 80 例, 治疗前 V 级 0 例, IV 级 17 例, III 级 31 例, II 级 29 例, I 级 3 例; 治疗后分别为 28 例、37 例、8 例、4 例、3 例。药物组 80 例, 治疗前各级例数分别为 0 例、13 例、28 例、34 例、5 例; 治疗后分别为 16 例、38 例、13 例、8 例、5 例。两组治疗后与治疗前比较, 疗效均有明显提高 ( $P < 0.01$ )。

### 3.3 两组临床疗效比较

针刺组80例,治愈28例,显效17例,有效28例,无效7例,总有效率为91.23%。药物组80例,分别为16例、16例、32例、16例、80%。针刺组痊愈率、总有效率均明显优于药物组( $P < 0.05$ )。

### 4 讨论

我们认为,督脉总督一身之阳,腰骶经气主要影响足太阳、足少阳两经,阻碍后出现相应下肢的阳气不能温煦的凉麻、疼痛、畏寒等症,而表现为足太阳膀胱经型、足少阳胆经型及上述两经混合型。故按其影响督脉及足阳经与督脉相贯属的部位不同,循经辨证分别出现督脉与足太阳膀胱经合病、督脉与足少阳胆经合病、督脉与足太阳膀胱经、足少阳胆经三经合病的症状表现。故针刺督脉、足太阳及足少阳经脉的穴位,能疏通闭阻之经气,从而起到宣痹通经止痛的作用。临床针刺时,经穴以肘膝以下为其根本,故本组针刺取穴均以原穴、合穴为主,如委中、阳陵泉、京骨、丘墟、太冲穴,配伍局部取穴及相应病变部位夹脊穴,再次验证了标本根结理论和特定穴在治疗中的重要性。

### 参考文献

[1]庄子齐,王敦建.症状体征量化评分法评价腰椎间盘突出症的临床疗效[J].辽宁中医杂志,2005,32(12):1225-1226.

## 电针配合西医综合疗法 治疗突发性耳聋28例

邱玲<sup>1</sup> 谢芳<sup>2</sup> 张吉<sup>1</sup> 张敏<sup>1</sup> 郑旭<sup>2</sup>

(1.成都市中西医结合医院疼痛科,610041;

2.成都中医药大学)

突发性耳聋是指突然发生的原因不明的感音神经性听力损失,是临床常见病、耳科急症,临床常采用西药治疗,为了更好的疗效,我们采用电针配合西医综合疗法治疗本病,并进行临床随机观察,其结果令人满意,现报道如下。

### 1 临床资料

病例来源于2007年6月~2008年2月在成都市中西医结合医院疼痛科及五官科就诊的符合1997年中国耳鼻咽喉科学会提出的《突发性耳聋诊断依据》的患者。将其随机(查随机数字表)分为治疗组和对照组,每组各30例。按方案完成观察58例,脱落2例,为治疗组病例(自行中断治疗)。治疗组28例,男6例,女22例;平均年龄( $43 \pm 14$ )岁;平均病程( $4.5 \pm 1.95$ )天。对照组30例,男10例,女20例;平均年龄( $43 \pm 13$ )岁;平均病程( $7 \pm 5.25$ )天。两组在性别、年龄、病程、耳堵和眩晕症状等方面经统计学处理差异无显著性( $P > 0.05$ )。

### 2 治疗方法

#### 2.1 治疗组

①取穴:主穴:耳门、听宫、听会、翳风、中渚、侠溪(视具体情况,耳门、听宫、听会每次轮流选用1~2穴);配穴:风邪外犯加风池、外关、合谷;肝火上炎加太溪、太冲、角孙;肝阳上亢加率谷、足临泣;气滞血瘀加血海、太冲;气血亏虚加气海、足三里。②操作方法:患者取坐位,取穴部位局部皮肤常规消毒,针具选用规格为 $0.25\text{mm} \times 40\text{mm}$ 的一次性针灸针以指切进针法进针,留针20min。其中,耳门、听宫、听会、翳风穴张口时进针,

约0.5~1寸,平补平泻手法,胀感直达耳心;风池穴向鼻尖方向进针0.8~1.2寸,行泄法。其余穴位按常规进针,得气后太溪、太冲、率谷施泻法,气海、足三里、血海施补法。③电针:选用苏州医疗用品厂有限公司生产的华佗牌SDZ-II型电子针疗仪,采用疏密波。耳门、听宫、听会三穴交替选择二穴作为一组电针穴位,交替使用电针正负极;翳风与配穴中的一头颈部临近穴位一起作为一组电针穴位,翳风为电针负极。强度以穴位周围皮肤轻度抖动,患者耐受为度。④西医综合疗法治疗:冠心宁注射液20ml静脉滴注,每日1次;刺五加注射液100ml静脉滴注,每日1次;维生素B<sub>1</sub>100mg肌肉注射;维生素B<sub>12</sub>1000μg肌肉注射;高压氧采用2个大气压,每次治疗2小时,每日1次;急性期加用强的松40~60mg,每日1次,连续治疗10~14天。

#### 2.2 对照组

采用西医综合疗法同治疗组。针刺和西医综合疗法均每天1次,10次为1个疗程,治疗2个疗程。

### 3 疗效观察

#### 3.1 症状积分标准

根据《中华人民共和国中医药行业标准·耳鼻喉科诊断疗效标准》和本病的常见症状,自拟症状评分表对其症状进行量化:使用0、2、4、6四个等级表示症状的严重程度,0表示没有相关症状,2表示偶有或轻度存在相关症状,4表示常出现症状或中度严重,6表示一直存在或症状严重。

#### 3.2 疗效标准

参照《中华人民共和国中医药行业标准·耳鼻喉科诊断疗效标准》中突发性耳聋的疗效评定,临床痊愈:0.25~4kHz各频率听阈恢复至正常,或达健耳水平,或达此侧患病前水平;显效:上述频率平均听力提高30dB以上;有效:上述频率平均听力提高15~30dB;无效:上述频率平均听力改善不足15dB。

#### 3.3 两组治疗不同阶段耳堵、眩晕症状积分改善情况比较

结果表明,两组症状积分治疗后较治疗前均有显著性改善( $P < 0.05$ ),随访时积分较治疗后差异无显著性( $P > 0.05$ ),说明电针配合西医综合疗法和单纯西医综合疗法对本病症状的缓解均有作用,且疗效持久稳定。治疗2个疗程后组间比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。

#### 3.4 两组治疗前后电测听改善情况比较

两组在250Hz、500Hz和1kHz水平听力治疗前后比较,差异均有显著性( $P < 0.05$ ),组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),提示两组在250Hz、500Hz和1kHz水平听力均有改善;2kHz水平治疗组治疗前后听力比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。对照组治疗前后比较差异无显著性,提示治疗组在2kHz水平听力改善优于对照组;4kHz水平两组治疗前后比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

#### 3.5 两组临床疗效比较

治疗组28例,治愈7例,好转5例,有效4例,无效12例,总有效率为57.14%;对照组30例,分别为9例、8例、2例、11例、63.3%。两组疗效比较,差异无显著性( $P > 0.05$ )。

### 4 讨论

本病的治疗,以手少阳经和手太阳经为主,手足少阳经脉“从耳后入耳,出于耳前”,手太阳经脉“却入耳中”,耳门、听宫和听会是耳周穴位,又是手足少阳经与手太阳经要穴,针刺