

压增高等情况变化所致。②经颅多普勒(TCD)提示脑血流速增快:大脑中动脉血流速度(VMCA) $>120\text{cm/s}$ 和(或) VMCA/颈内动脉(VICA) ≥ 3 。

1.3 纳入标准

①符合“脑血管痉挛”诊断标准。②为急性颅脑损伤的患者,格拉斯哥昏迷指数(GCS)评分3~12分。③患者年龄15~60岁。④开始接受治疗距受伤72h以内。

2 治疗方法

2.2 治疗组

①醒脑开窍针刺法:主穴取内关(双)、人中、三阴交(患侧);副穴取极泉(患侧)、尺泽(患侧)、委中(患侧)。对于针刺人中日久不能耐受疼痛者,可用上星、百会、印堂替代人中或交替使用;吞咽障碍配风池(双)、聆风(双)、完骨(双);眩晕配天柱(双);手指屈伸障碍加患侧合谷;语言不利加金津、玉液点刺放血;足内翻加丘墟透照海;肝阳上亢加太冲;风痰上扰加丰隆、风池;肝肾阴虚加太溪;气虚血瘀者加气海。操作:选用华佗牌0.35mm $\times$ 40mm毫针,先刺双侧内关,直刺1.65 $\times$ 3.30cm,采用提插捻转结合的泻法,施手法1min;继刺人中,向鼻中隔方向斜刺0.99~1.65cm,采用雀啄手法(泻法),以流泪或眼球湿润为度;再刺三阴交,沿胫骨内侧缘与皮肤呈45°角斜刺,进针3.30~4.95cm,采用提插补法,针感传至足趾,下肢出现不能自控的运动,以患肢抽动3次为度。极泉,于腋窝中央下2寸的心经上取穴(避开腋毛),术者用手固定患肢肘关节,使其外展,直刺进针3.30~4.95cm,用提插泻法,患者有手麻胀并抽动的感觉,以患肢抽动3次为度。尺泽,令患肢屈肘120°;术者用手托住其腕关节,直刺进针3.30cm,用提插泻法,针感从肘关节传到手指或前臂自动外旋,以3次为度。委中,令患者仰卧,抬起其患肢取穴,术者用左手握住患肢踝关节,以术者肘部顶住患肢膝关节,刺入穴位后,针尖向外15°,进针3.30cm,用提插泻法,以下肢抽动3次为度。

2.2 对照组

主要采取依指征手术清除颅内血肿、脱水降低颅内压、止血、抗生素预防感染、应用激素、支持及对症处理等常规治疗。

3 疗效观察

3.1 观察指标

治疗前后经TCD检查,检测双侧VMCA、VICA的血流速度。

3.2 治疗结果

治疗组30例,治疗前后VMCA均值分别为(152.10 $\pm$ 33.90) cm/s、(102.31 $\pm$ 39.12) cm/s,对照组30例,分别为(148.26 $\pm$ 31.96) cm/s、(124.09 $\pm$ 45.10) cm/s。治疗组治疗前后VICA均值分别为(145.91 $\pm$ 24.19) cm/s、(89.03 $\pm$ 25.08) cm/s,对照组分别为(149.32 $\pm$ 25.70) cm/s、(115.00 $\pm$ 20.47) cm/s。两组与本组治疗前比较,均值均有明显改善($P < 0.01$),两组治疗后组间比较,治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

颅脑外伤后继发性脑缺血是增加颅脑伤患者残死率的主要原因之一^[2]。中医认为,创伤性脑血管痉挛是因跌倒撞击、闪挫损伤髓海、瘀血内停、脉络不通而形成。针灸治疗以活血去瘀、调气行血、醒脑开窍为原则。有关针刺用于治疗创伤性脑血管痉挛的临床报道较少。

基础研究表明,“醒脑开窍”针法的作用环节为促进血及脑组织一氧化氮(NO)合成,提高NO含量,改善微血管自律运动,改善微循环;提高超氧化物歧化酶活性,降低过氧化脂质含量,从而减轻脑组织氧化损伤;减少钙离子细胞内流,改善脑组织钙离子的超负荷;良性调节中枢神经递质的异常代谢,减轻脑细胞的坏死或凋亡。

参考文献

- [1]石学敏.醒脑开窍针刺法治疗脑卒中[J].中国临床康复,2003,7(7):1058-1059.
- [2]江基尧,朱诚主编.现代颅脑损伤学[M].上海:第二军医大学出版社,1999:119.

利肺汤配合力尔凡治疗恶性胸腔积液36例

贾彦焘 陈军 陈亮 贾英杰 田菲 张丽丽
(天津中医药大学第一附属医院肿瘤科,300193)

我们从1999年12月~2007年5月,采用中心静脉导管胸腔引流后,胸腔内注射力尔凡,同时服用中药利肺汤治疗恶性胸腔积液,取得一定的疗效,报告如下。

1 临床资料

本组66例,其中男性37例,女性29例;年龄41~76岁。病例均经组织学或细胞学确诊,均为肺癌,其中腺癌51例,鳞癌11例,小细胞肺癌4例。胸腔积液经胸部X线片及B超检查证实,均为中等量以上积液,单侧积液60例,双侧积液6例;伴心包积液2例。随机分为治疗组36例和对照组30例,两组性别、年龄、病理和临床分期差异无显著性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组

以B超定位选择穿刺点,一般选腋中线或腋后线第7肋间或第8肋间,局部麻醉后,用中心静脉穿刺导管针刺,沿导丝送导管进入胸腔,留置长度10~15cm,局部固定后,联接一次性使用引流袋,要求无菌、密闭性好,在常压下引流,患者随身携带引流袋,让胸腔积液自然流出。控制流出速度,观察患者呼吸及心率,以患者无明显不适为宜,避免回心血量急剧增加和纵隔摆动,一般每天引流液约800~1500ml,引流同时,嘱患者咳嗽,以利被积液压迫的肺组织张开。通常2~3天尽可能将胸腔积液引流尽。引流后查B超,证实无积液或仅有少量积液时,予生理盐水20ml+力尔凡20mg注入胸腔内。嘱患者变换体位,以利药液与胸膜接触。

2.2 治疗组

同时服用利肺汤,泻肺化痰利水。组成:葶苈子15g,桑白皮15g,大枣30g,紫苏子15g,泽兰15g,牛膝30g,甘草10g,每日1剂,1个月为1个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

治疗前后行胸部X线片或B超检查,观察胸水量的变化,评价参考WHO规定的标准:完全缓解(CR):胸腔积液消失并至少维持4周以上;部分缓解(PR):胸腔积液显著减少超过1/2并维持4周以上;无效(NC):未达上述指标者。同时观察治疗前后患者Karnofsky评分变化情况。同时观察不良反应。

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α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α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分量法进行疗效评价^[1]。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 ($P < 0.01$)。