

2.1 治疗组

选穴:选取面部瘫痪肌肉肌腹部的穴位阳白、太阳、瞳子髎、颊车、地仓、夹水沟、夹承浆、颧髎。急性期有耳后乳突部疼痛者可选刺翳风、风池、口歪较甚加下关,远端取穴选取对侧合谷。使用苏州医疗用品厂有限公司生产的华佗牌一次性无菌针灸针,规格 0.28mm×50mm。操作方法:常规消毒皮肤,取患侧阳白向内下、外下方串针刺,针体串行额肌、皱眉肌;太阳向内下、瞳子髎向内下方串针刺,针体串行颧肌、上唇方肌、眼轮匝肌;颧髎向内下刺,串行颧肌和颊肌;颊车向内上、地仓向外下串针刺,串行笑肌、三角肌等;夹水沟(水沟旁开 0.5寸)、夹承浆(承浆旁开 0.5寸)分别向患侧水平串刺,串行口轮匝肌、颧肌以及颊肌、下唇方肌、三角肌;下关、风池、对侧合谷直刺。急性期有耳后乳突部疼痛者可选刺翳风。串刺法,针体均应串行于肌层,不能太浅仅行于皮下,也不能太深直达肌肉下层。针体方向与肌肉纤维走行成 40°~60°夹角,不能与肌束平行,犹如串糖葫芦一样用毫针串联起更多肌束纤维,进针 1~2寸,手法采用平补平泻。行小幅度捻转手法,手法宜轻柔,微有酸胀提紧感即可,不必剧烈刺激产生强烈放电感甚至引起面肌抽搐。

针刺得气后加用常州英迪电子医疗器械有限公司生产的英迪牌 KWD-808I 型脉冲针灸治疗仪。根据病情选阳白、太阳、颧髎、地仓、颊车、夹水沟、夹承浆等穴加电针 2~3组,疏密波,频率为 20次/min,强度以面部肌肉产生轻度有节律的抽动为宜,行针 20min。

2.2 对照组

选用 0.30mm×50mm 毫针,选取上述相同穴位,直刺、斜刺或平刺。进针 0.5~1寸,手法采用平补平泻,电针方法同上。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

疗效评定参照第五次国际面神经外科专题研讨会推荐的《H-B面神经功能评价分级系统》。痊愈:面部所有区域正常。显效:仔细观察可看出轻微的功能减弱。可能有轻微的联带运动,面部静止时对称,张力正常,上额运动中等,眼部轻用力,可完全闭合,口轻微不对称。有效:有明显的功能减弱,但双侧无损害性不对称,可观察到并不严重的联带运动,挛缩和(或)半侧面部痉挛,面部静止时张力正常,上额运动微弱,眼用力可完全闭合,口明显不对称。无效:面部静止时不对称,上额无运动,眼不能完全闭合,口仅有轻微运动。分别于开始治疗时和疗程结束时记录 H-B面神经功能评定分级情况。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 48例,痊愈 37例,显效 9例,有效 2例,无效 0例,愈显率为 95.8%,总有效率为 100%;对照组 47例,分别为 22例、14例、8例、3例、76.6%、93.6%。两组疗效比较,治疗组愈显率明显高于对照组($P < 0.05$)。

3.3 两组痊愈例数好转、显效、痊愈时间对比

结果显示,治疗组痊愈病例在好转时间、显效时间、痊愈时间上,较对照组明显缩短,两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。

3.4 两组治疗后 H-B面神经功能分级情况比较

结果显示,治疗后两组比较,差异具有显著性意义($P < 0.05$),串刺法组提高面神经功能的程度明显优于对照组。

4 讨论

串刺法不同于以往的针刺手法,它是一种规范、精确、系统

全面、立意新颖的针刺手法。其主要特点在于:①规范精确:串刺针法在进针部位、针刺方向、串行深度等各个方面都有严格规范、明确统一的规定,避免了针刺过程中的随意性,操作方法简便、明了。具有很强的可操作性,更规范、更精确。②有效治疗面积大:毫针按照一定的角度串行于患病肌肉的肌纤维之间,使毫针最大限度串联瘫痪肌纤维,针刺作用通过毫针以扇形面积辐射,大大增加了针刺治疗的有效面积,提高治疗效果,尤其对细小而复杂的肌群,疗效全面而独特。③疗效优:本法见效快,疗程短,效果明显,在起效时间、显效时间及治愈时间上较传统手法均有明显优势,平均缩短 5~10天。④创伤小:串刺针法手法轻柔,针刺穴位少。不强刺激神经主干,避免神经主干损伤,减少后遗症的发生。

参考文献

[1] 侯熙德.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,1997:80.

益气通腑逐瘀方灌肠治疗脓毒症 36例

鲁召欣¹ 张雷² 姜志明³ 张明³
徐拥庆³ 李涛³ 解建³

(1.山东省青岛市海慈医疗集团急诊科,250014;

2.山东省临朐县人民医院重症医学科;

3.山东省千佛山医院重症医学科)

脓毒症是指由感染引起的全身炎症反应综合征(SIRS),是烧伤、严重创伤、休克、大手术后常见的并发症,可进一步发展为急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、多器官功能障碍综合征(MODS)。我们于 2008年 6月~2009年 6月采用益气通腑逐瘀方灌肠联合西医常规疗法治疗脓毒症患者 36例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2008年 6月~2009年 10月就诊于山东省千佛山医院 ICU 的脓毒症患者 80例,随机分为两组。治疗组 40例,男 24例,女 16例;平均年龄(56±12)岁;APACHE-II 评分为(18±3)分。对照组 40例,男 23例,女 17例;平均年龄(54±10)岁;APACHE-II 评分为(17±3)分。两组患者性别、年龄、APACHE-II 评分等无统计学差异,具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

参照 2007年中华医学会急诊医学分会危重病专家委员会、中国中西医结合学会急救医学专业委员会制定的《脓毒症的定义、诊断标准、中医证候诊断要点及说明》^[1]。

2 治疗方法

治疗组与对照组均给予敏感抗生素控制感染;吸氧保证氧供,病情需要者给予机械通气;血压降低者应用血管活性药物,中心静脉持续泵入维持血压;肠内外营养支持等常规治疗。治疗组在此基础上用益气通腑逐瘀方灌肠治疗。益气通腑逐瘀方药物由山东中医药大学第一附属医院提供,组成:黄芪 30g,生地 15g,桃仁 15g,大黄 9g(后下),枳实 15g,丹参 15g,当归 15g,赤芍 9g,牡丹皮 9g,川芎 9g,红花 9g。水煎浓缩,每毫升含生药 0.5g,灌肠 3ml/kg,每日 2次;对照组在此基础上用煎药用水灌肠,3ml/kg,每日 2次,两组均 7d 为 1个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

痊愈: 症状、体征、实验室检查(外周血白细胞)3次均恢复正常,疗效指数(n) $\geq 90\%$ 。显效: 病情明显好转,但上述3项中有1项未完全恢复正常, $70\% \leq n < 90\%$ 。有效: 用药后病情有所好转,但不够明显, $30\% \leq n < 70\%$ 。无效: 用药后病情无明显进步或有加重者, $n < 30\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

80例患者除9例(治疗组4例,对照组5例)因中途中断治疗转出ICU外,其余71例均住ICU用药超过2个疗程。治疗组36例,痊愈4例,显效1例,有效1例,无效1例,愈显率为44.4%,总有效率为72.2%;对照组35例,分别为4例、8例、3例、20例,20.0%、42.9%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

益气养阴类药物有较强的抗内毒素作用,主要是通过激活网状内皮吞噬系统,能明显提高机体对静脉攻击致死性内毒素的能力;通里攻下类方药可以保护肠道屏障功能,减少MODS肠源性内毒素血症和肠源性细菌移位;同时还能降低炎症介质C反应蛋白含量,减轻急性腹症脓毒症患者术后的炎症反应及组织损害;并能有效抑制TNF- α 、IL-6等促炎因子的过度分泌,下调抗炎介质IL-10、PGE的产生,促进Th1细胞漂移和HLA-DR表达的上升,有利于免疫平衡的恢复;活血化瘀药在一定程度上能提高机体细胞抗氧化酶的活性,降低脂质过氧化,从而阻止炎症反应进一步发展。

参考文献

[1] 中华医学会急诊医学分会危重病专家委员会,中国中西医结合学会急救医学专业委员会.脓毒症的定义、诊断标准、中医证候诊断要点及说明(草案)[J].中华急诊医学杂志,2007,16(8): 797.

肠瑞灌肠剂治疗热毒伤络型放射性直肠炎33例

杨丽芳¹ 王晞星² 刘丽坤² 李宜放²

(1.山西省太原市中医医院,030009; 2.山西省中医医院)

肠瑞灌肠剂是山西省著名肿瘤专家王晞星主任医师治疗放射性直肠炎(热毒伤络型)的经验效方,具有清热解暑、祛腐生肌、凉血止血之功效,我们运用肠瑞灌肠剂治疗放射性直肠炎常见热毒伤络型33例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取2008年1月~2009年12月在山西省中医药研究院肿瘤科就诊的符合纳入标准的门诊患者63例,均为宫颈癌放疗后患者,采用随机、平行对照的试验设计方法,随机分为两组,治疗组33例,平均年龄(47.33 $\pm$ 15.02)岁;病程 ≤ 6 个月2例,6个月<病程 ≤ 2 年2例,病程>2年4例;急性期2例,慢性期3例;病情轻度2例,中度2例,重度8例;肠镜黏膜分级分布Ⅱ级12例,Ⅱ级2例,Ⅲ级1例;治疗前中医症状平均总积分为(22.67 $\pm$ 5.62)分。对照组30例,平均年龄(46.10 $\pm$ 14.31)岁;病程 ≤ 6 个月4例,6个月<病程 ≤ 2 年2例,病程>2年3例;急性期4例,慢性期2例;病情轻度2例,中度2例,重度5例;肠镜黏膜分级分布Ⅱ级10例,Ⅱ级1例,Ⅲ级1例;治疗前中医症状平均总积分为(22.63

± 6.34)分。两组患者在年龄、病程、病情、肠镜黏膜分级、治疗前中医症状平均总积分等方面比较无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 西医诊断标准

根据中华人民共和国卫生部《放射性直肠炎诊断标准》(GBZ111-2002)进行诊断分型。

1.3 中医辨证标准

因放射性直肠炎与中医“痢疾”临床表现有许多相似之处,故参照《中医内科学》(第7版)确定热毒伤络型诊断标准:①主症:黏液血便,腹痛,里急后重,稀便或便秘,肛门灼痛坠痛;②次症:口干口苦,尿赤,舌红或暗红或有瘀斑瘀点,苔薄黄或黄燥,脉滑数或细涩;③分级量化标准:按无、轻、中、重表示。主症每项无为0分,轻为2分,中为4分,重为6分;次症每项无为0分,轻为1分,中为2分,重为3分;证候总积分 ≤ 12 分为轻度,12分<证候总积分 ≤ 24 分为中度,24分<证候总积分 ≤ 36 分为重度。

1.4 纳入标准

①符合放射性直肠炎西医诊断标准;②中医辨证为热毒伤络型;③年龄18~75岁;④患者KPS评分 ≥ 60 分,预期寿命>3个月。

1.5 排除标准

①急性感染性直肠炎,放疗前已有直肠炎及直肠炎伴有原发癌浸润未控制或复发者;②合并心、肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发性疾病及精神病患者;③对治疗药物过敏者;④未按规定用药无法判定疗效或资料不全影响疗效和安全性判断者。

2 治疗方法

治疗组用肠瑞灌肠剂(地榆30g,仙鹤草15g,三七6g,白及30g,阿胶12g,大黄10g,儿茶6g),由山西省中医医院制剂室制备,150ml/瓶。对照组用庆大霉素混合液(生理盐水150ml,庆大霉素16万U,地塞米松10mg,2%利多卡因4ml,思密达6g)。患者每晚睡前排空大小便取左侧卧位,双腿弯曲,药液温度为36~40℃,连接输液管,末端接无菌肛管并涂液体石蜡,操作技术要求精细、轻柔,肛管要求径细、光滑、多涂润滑剂,肛管插入10~15cm即可,滴入时间控制在10min左右,术毕嘱患者俯卧位1~2h,以使药液充分接触直肠前壁,4周为1个疗程,患者每周随诊1次,直至疗程结束。注意事项:用药前清洗肛门,保持清洁、干燥,宜进高热量、高蛋白、高脂肪、维生素含量丰富的饮食,少量多餐,保证营养素的摄入,避免辛辣刺激性食物及粗纤维食物。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

总有效率评定标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]制定:临床痊愈:临床症状消失,纤维结肠镜检查直肠黏膜基本恢复正常;显效:大部分症状明显好转或缓解,纤维结肠镜检查直肠黏膜轻度水肿,局部充血,但糜烂、溃疡基本消失;有效:全身症状好转,纤维结肠镜检查见直肠黏膜糜烂、溃疡减少;无效:临床症状、纤维结肠镜检查无改善。肠镜黏膜病变疗效评定标准参照《中药新药临床研究指导原则》制定:临床痊愈:肠镜检查黏膜病变分级为Ⅰ级;显效:肠镜检查黏膜病变分级恢复程度达Ⅱ级以上;有效:肠镜检查黏膜病变分级恢复程度达Ⅲ级以上;无效:肠镜检查黏膜病变未得到改善,甚至加重者。中医证