

敏感区注射疗法治疗哮喘 持续状态 14 例

济南军区总医院呼吸内科

刘书盈 刘树芬

我们采用“敏感区”内“敏感点”及“反应物”注射疗法治疗哮喘持续状态患者14例，取得了显著疗效。

临床资料 14例患者中，男9例，女5例，年龄18~65岁，平均35.3岁；病史2~20年，平均6.7年。均为哮喘持续状态重度发作者。诊断均符合中华医学会呼吸病学分会制定的支气管哮喘诊断标准(1984)。其中内源型9例，外源型5例。发作持续时间多为24~48小时。门诊治疗8例，住院治疗6例。多数患者有院外不规律口服或喷雾用药治疗史，14例均经静脉用氨茶碱及皮质类固醇激素治疗1~2天(多用药1~2次)不缓解或略缓解。全部患者均有呼气性呼吸困难、咳嗽、痰不易咳出等症状；9例有濒死感；10例为白粘痰或泡沫痰、胶冻样痰块；3例黄痰；均无发热。体征：10例患者有端坐呼吸，呼吸急促，烦躁不安，大汗淋漓，三凹征阳性，鼻翼煽动，口唇紫绀，双肺通气过度，满布哮鸣音及痰鸣音；另外4例除无大汗淋漓及口唇紫绀体征外，其他体征与上述相同。3例合并感染者咳黄痰，肺部闻及细湿性啰音，所有病例无其他合并症。

方法与结果 哮喘患者发作时，多有背部(肩胛间区)板、胀、凉、痛等异常感觉，触之有肌紧张度高，皮肤温度低，有团块状或条索状突起(称反应物)。某些区域局部压之有酸、胀、痛、麻感(称敏感点)，压迫此点后患者感呼吸通畅、舒适，尤以持续或重度发作者为甚。我们先予背部按摩，按压(按摩)“敏感点”及“反应物”。按压后，患者即感通气舒畅，呼吸困难减轻，濒死感消失。随着按摩，情绪渐稳定。听诊示双肺哮鸣音及痰鸣音有不同程度减少。最明显的1例在按摩5分钟后肺部哮鸣音及痰鸣音完全消失，按摩2分钟后，即给予按压部位注射“四联针”(2%奴夫卡因2ml+氨茶碱0.125+地塞米松2.5mg+东莨菪碱0.1~0.2mg或654-2 5mg)，将药物在几个点上分别注射，进针推药前提拉针头要有麻胀感才能推药。

结果：症状完全缓解、肺哮鸣音及痰鸣音消失者12例，其中，起效时间在注射后2分钟内4例，5分钟内5例，10分钟内3例(其中1例仍有湿性啰音)；另外2例症状明显缓解，哮鸣音及痰鸣音明显减少，

但湿性啰音无变化，30分钟后仍有少许哮鸣音及痰鸣音，但症状基本缓解。副作用：有4例出现轻微口干、头晕、恶心、心悸症状，以5分钟时最明显，2例症状较明显，10分钟后咳出较多胶冻样痰块，随即症状缓解。一般在休息10~15分钟后副作用即消失。缓解维持时间：8例门诊治疗患者缓解后即院外口服药物维持。6例住院患者缓解后均服氨茶碱或舒喘灵等药物或静脉用药维持，除1例在3天后复发外，均未复发。复发者再次注射治疗仍能缓解。

讨论 敏感区的产生及注射治疗的反应机理尚不清楚。按照体表-内脏相关学说，敏感区的反应是由于体表-内脏反射的结果。肺与支气管病变反射性引起局部皮肤及皮下组织、肌肉组织发生异常变化及血管、神经的失调性改变。而局部注射药物及按摩亦可通过反射对内脏起相应作用。从经穴角度分析，敏感区内多俞穴(包括肺俞)及经外奇穴(如八华、六华、脊缝、夹脊、膏肓等)，其中诸多与肺有关。俞穴作为一种化学感受器或受体，具有能量转换及信息传递功能。它接受外来的物理能及化学能经由经络等途径传递信息至脏器而起作用。因此，由此用药作用迅速，用药量少，效果显著，副作用小，安全方便，简单易行，可反复注射。尤其适用于哮喘急性、重症发作及哮喘持续状态急需控制症状者，但对合并感染者效果略差。

晕得宁治疗美尼尔氏病330例

山东济宁市第一人民医院耳鼻喉科

董凤增 孔昭立 刘汝莲

1976~1988年，我们应用晕得宁治疗美尼尔氏病330例，疗效显著，现报告如下。

临床资料 本组330例中，男129例，女201例，男女之比为1:1.56；年龄7~77岁，其中21~50岁者260例，占78.7%。主要症状发生率：眩晕330例，占100%；耳鸣285例，占86.4%；耳聋191例，占57.9%；恶心273例，占82.7%；呕吐189例，占57.2%；失眠120例，占36.3%；眼震114例，占34.5%；耳闷132例，占40%；耳痛19例，占5.8%。前庭功能检查125例，其中双侧功能丧失5例，单侧功能丧失6例；一侧功能低下27例，双侧功能低下8例；前庭功能过敏5例，功能正常者74例。前庭功能消失和低下者占40.8%，功能正常者占59.2%。采用日本产Audiometer MT-3纯音听力检查仪，共检查听力56例，听力正常者24例，占42.8%；感音神经性耳聋者

32例,占57.2%。本组听力曲线以平坦型最多见。甘油试验(葛贤锡,等。甘油试验的临床意义。中华耳鼻喉科杂志 1984; 19(3):132)结果:阳性50例,占71.42%;阴性20例,占28.58%。为明确诊断,排除非美尼尔氏病引起的眩晕,可根据病情进行脑血流图、脑电图、血液流变性检查、CT检查以及颈椎和内听道拍片等检查。全部患者均符合美尼尔氏病的诊断标准(中国医学科学院首都医院。中华耳鼻喉科杂志 1984; 19(3):135)。

治疗方法 单用晕得宁片剂(白术12g 苍术10g 陈皮10g 半夏10g 泽泻10g 陈曲10g 茯苓10g 女贞子10g 甘草6g。取上药按中药片剂的制备工艺,压制成22片),每次5~7片,每日3次口服,6日为1疗程。

结果 疗效判断标准:(1)治愈:治疗后眩晕、耳鸣在短期内消失,听力基本恢复到发病前水平,自发性眼震(-),甘油试验(-)。(2)好转:眩晕、耳鸣、耳内胀满感等症状较前好转,恶心、呕吐消失,自发性眼震(-),甘油试验(±)。(3)无效:服药3天后,症状和体征无改善。结果:本组330例中,痊愈142例,占43%;好转181例,占54.8%;总有效率为97.9%。无效7例,占2.1%。疗程最短者3天,最长12天。其中2例因患萎缩性胃炎服药后引起腹部灼热感及腹痛,停药后症状消失。其它病例均无不良反应及并发症。

讨论 中医认为本病属痰湿,本方用白术、半夏为主药,燥湿运脾祛痰;陈皮为辅药,理气化痰,使其气顺利则痰降;以苍术燥湿,泽泻、女贞子、茯苓渗湿,甘草和中调和诸药为佐使。女贞子一味,经现代药理研究证明,含有三萜类物质,具有增强人体体液免疫功能及强心利尿作用。在本方中用此味药,具有明显的祛痰化浊作用。诸药合用,俾可使湿祛痰消,气机通畅,脾得健运,升清降浊,眩晕诸症随之而解,而达到病愈目的。故本方主要适应证为水湿停留,清阳不升之眩晕症。

柴黄合剂治疗小儿高热 153 例

苏州医学院附属儿童医院

张瑞宝 袁志昌 李智军 周星霞 蒋百康

急性高热在儿科十分常见,一般常规治疗效果不理想,在炎热季节不少患儿常因高热不降而反复就医。我们自1986年5月起试用中西医结合方法在门诊对本

症病例随机抽样分组进行疗效观察。现将有随访结果的153例分两组分析讨论如下。

临床资料 本组153例,男90例,女63例;平均年龄1.5岁,其中<1岁22例,1~3岁85例,>3岁46例。治疗组112例,其中男66例,女46例;<1岁17例,1~3岁63例,>3岁32例。对照组41例,其中,男24例,女17例;<1岁5例,1~3岁22例,>3岁14例。病因均为急性上呼吸道感染(URI)及疱疹性口腔炎,诊断均符合实用儿科学(诸福棠,第4版 1985:305)标准,其中URI 140例,口腔炎13例。主要症状:全部病例体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$,有卡他症状或伴口咽部疱疹等。体温 $\geq 40^{\circ}\text{C}$ 者占17.50%。治疗组平均 39.2°C , $\geq 40^{\circ}\text{C}$ 占20.54%;对照组平均 39.1°C , $\geq 40^{\circ}\text{C}$ 者占14.62%。血像:白细胞总数 $5 \times 10^9/\text{L} \sim 10 \times 10^9/\text{L}$ 者,治疗组占65%,对照组占64%;淋巴细胞 $\geq 50\%$ 者治疗组占60%,对照组占55%,提示符合病毒性感染。两组基本病情无明显差异($P > 0.05$)。

治疗方法 治疗组服柴黄合剂(柴胡1000g 大黄1000g 氯灭酸15g,糖适量,加水煎至1000ml),每次口服1~2ml/kg,每日3~4次;对照组用氯灭酸,每日25~50mg/kg,分3次口服。其他治疗如抗生素等两组相同,但均不用其他退热措施。

结果 疗效标准:显效:服药后1.5天内体温正常不再回升;有效:服药后1.5~2.0天内体温正常不回升;无效:服药后退热时间大于2天或退后再度回升。

结果:治疗组平均退热时间1.02天,显效98例,有效2例,无效12例;对照组平均退热1.99天,显效16例,有效15例,无效10例。最快退热时间:治疗组有2例服药2小时内退热,对照组仅1例服药后8小时退热。总有效率治疗组89.29%,对照组75.61%。两组各项指标比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

讨论 本组多数病例为卫分实热证,以病毒性感染所致者居多。我们意用大黄的泻热作用及柴胡的解热镇痛作用配合西药氯灭酸(抗风湿灵)组成柴黄合剂,以求得良效。该方先经毒性试验证明安全无毒,作抑菌试验证明对金葡菌、痢疾杆菌等有明显抑菌作用,临床经双盲对照观察153例,两组疗效有显著性差异($P < 0.05$),尤对伴有高热、神烦、便秘等实热证者疗效更佳。本合剂调制方便,但味苦易致呕吐,应进一步改革剂型扩大应用范围。