

组:在药物治疗基础上加电针和吸氧治疗。电针选穴:头部取健侧运动区、足运感区;语言障碍者,加健侧语言二区。上肢取曲池、内关、合谷;下肢取阳陵泉、三阴交、太冲;用毫针刺入,捻转得气后,接 G6805 电针治疗仪,用连续波型,频率 100~140 次/min 之间,留针 20min,10 次为 1 个疗程。针刺同时给予患者高流量吸氧 4~6 L/min,吸氧时间为 30min,疗程与针刺相同。两组共治疗 3 个疗程后进行疗效评定。

## 结果

1 疗效标准 疗效评定依据全国第 4 届脑血管病学术会议通过的“脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准”(中国实用内科杂志 1997;17(5):313)。基本痊愈:功能缺损评分减少 90%~100%,病残程度为 0 级。显著进步:功能缺损评分减少 46%~89%,病残程度为 1~3 级。进步:功能缺损评分减少 18%~45%。无变化:功能缺损评分减少 18%以下。

2 结果 治疗组 82 例,基本痊愈 25 例,显著进步 38 例,进步 8 例,无变化 11 例,总有效率为 87%;对照组 82 例,基本痊愈 6 例,显著进步 40 例,进步 21 例,无变化 15 例,总有效率为 82%。经 *Ridit* 分析,治疗组疗效优于对照组 ( $P < 0.05$ )。脑梗塞病程与电针、吸氧疗效比较,急性期 30 例,基本痊愈 20 例,显著进步 10 例,恢复期 32 例,基本痊愈 5 例,显著进步 23 例,进步 4 例;后遗症期 20 例,显著进步 5 例,进步 4 例;无变化 11 例。经 *Ridit* 分析,以急性期为优,恢复期次之,后遗症期较差。以上结果表明,病程愈短,疗效愈高。

讨论 脑梗塞是老年人的一种常见病,属中医“中风”范畴,随着 CT、MRI 的问世,对脑梗塞的诊断水平明显提高,但临床药物治疗效果仍不甚理想。针刺可以直接扩张血管,增加缺血区氧和血液的供应,发挥即刻的脑组织保护作用,也可以调节血液流变学、微循环组织电生理及生化指标的异常,间接改善缺血区氧和能量的代谢,使脑细胞的功能和形态的损害减轻。针刺同时吸入大流量氧,可使血液中的氧含量增加,可提高脑组织氧张力,增加组织内氧的弥散速度与氧的有效弥散半径,有助于改善缺氧,打断脑损伤后的恶性循环,加快了脑细胞生长。

(收稿 2001-11-28 修回 2001-12-28)

## 超声引导下注射消痔灵治疗 肝血管瘤 42 例

河北省唐山市中医院肝胆外科(河北 063000)

李 华

肝血管瘤是肝脏最常见的良性肿瘤,手术治疗创伤大,并发症多。我科自 1998 年 3 月以来,借鉴消痔灵治疗体表血管瘤的成功经验,探索在超声引导下经皮、经肝向瘤内直接注射消痔灵治疗肝血管瘤,疗效满意,现报告如下。

临床资料 所有患者均经 B 超、CT 检查确诊为肝血管瘤。其中男 14 例,女 28 例,年龄 23~68 岁,平均 41.1 岁;有症状者 27 例,主要表现为上腹胀痛;无症状、查体发现者 15 例。单发 33 例,多发 9 例。肝右叶 27 例,35 个肿瘤;肝左叶 13 例,13 个肿瘤,左右两叶 2 例,5 个肿瘤。瘤体直径均 > 4cm,最大

16.5cm×14cm,最小 4.1cm×4cm。

治疗方法 取消痔灵液(由五倍子和明矾为主制成的水溶性注射剂,主要成分为硫酸铝钾和鞣酸,还有甘油、低分子右旋糖酐和三氯叔丁醇,北京第四制药厂生产)以 2:1 之比例与 2%利多卡因混合备用。根据 B 超和 CT 提供的肿瘤部位,采取仰卧或侧卧位,选择体表距肿瘤间隔正常肝组织最短部位为穿刺途径。穿刺区域皮肤常规消毒铺无菌巾,用无菌探头确定穿刺点,穿刺引导虚线恰好通过病变部位为宜。用 0.5%利多卡因经穿刺点局麻至腹膜,将 22G 肝穿刺沿 B 超穿刺引导虚线刺入肿瘤内,并抽出瘤内新鲜血液。然后将消痔灵与利多卡因的混合液在荧光屏监视下缓慢注入血管瘤血管内,并使其均匀弥散,瘤体较大时可多点注射,注药量按肿瘤直径 3ml/cm。注药后将穿刺针尖退出肿瘤,在肝组织内停留 3min,分段拔出穿刺针,用无菌纱布敷盖针眼。7~10 天注射 1 次,4~5 次为 1 个疗程。每例疗程结束后,定期用超声测量瘤体变化,测量时采取同一部位瘤体两个垂直最大径相乘积表示,再计算出与原瘤相比缩小的百分比。

## 结果

1 疗效标准 注射治疗 4~5 次后,瘤体在 3 个月以内全部消失,随访无复发者为痊愈;瘤体在 3 个月内未能全部消失,瘤体缩小 > 80%,随访无增大现象者为基本治愈;瘤体缩小 50%~80%,随访无增大现象者为有效;连续治疗 7 次以上,瘤体仍不见缩小者为无效。

2 结果 42 例中,10 例(16 个肿瘤)痊愈;19 例(23 个肿瘤)基本痊愈;11 例(12 个肿瘤)有效;2 例(2 个肿瘤)无效。在治疗过程中观察到,第 1 次治疗时,穿刺针进入瘤体内可顺利抽出血液,注药 1~2 次后瘤体内血液吸出明显减少,缩小幅度大的肿瘤不易吸出血液。超声图像显示,治疗前瘤体内可见大小不等的无回声反射区,其间伴有许多强回声带相互交错网状,瘤体边界清楚,包膜完整,形状较规则。治疗后缩小的肿瘤内部网状结构不清楚,回声增强且不均匀,边界欠清晰;完全消失的肿瘤多数显示无明显的肿瘤痕迹,部分病例则表现为原肿瘤部位呈片状强回声区,形状不规则,无明显肿瘤形态。

3 不良反应 8 例出现发热,体温最高达 38.5℃,持续 2 天后渐恢复正常;2 例患者退针后瞬间,出现短暂、一过性局部灼痛;1 例患者感胸闷,上腹部灼热不适、呕吐。主要为消痔灵沿针道反溢刺激腹膜所致。消痔灵反溢与退针过快有关,按分段退针可显著减少疼痛的发生。对症处理后数小时内缓解,24h 内恢复正常,检测肝功能无异常。所有病例均无出血、胆瘘及其他严重并发症出现。

讨论 肝血管瘤是肝脏常见的良性肿瘤,包括毛细血管瘤和海绵状血管瘤,后者可不断增大而出现出血、坏死,其治疗方法有外科手术切除、肝动脉栓塞等,但创伤较大,且并发症较多。消痔灵注射液是一种血管收敛剂,具有致炎、止血、抑菌、止痛等作用,可使小血管闭塞,组织粘连。低浓度(2:1)血管瘤内多点注射,使血管内皮细胞变性、坏死、纤维化,瘤体萎缩、消失。我科首次采用消痔灵注射液对肝血管瘤进行局部注射治疗研究,通过 42 例治疗观察,有效率达 95.24%,治愈和基本治愈率

为 69.05% ,无明显毒副反应和并发症。超声引导下瘤体内注入消痔灵注射液治疗肝血管瘤方法简单、安全,是治疗肝血管瘤的一种较为理想的新方法。

(收稿 2001-09-20 修回 2001-12-21)

## 正清风痛宁治疗原发性纤维肌痛综合征的临床观察

山东潍坊医学院附属青州医院(山东 262500)

刘建中 刘艳芳 刘建俊

原发性纤维肌痛综合征(FS)是一种常见的非关节性风湿病,临床上主要表现为骨骼肌肉系统多处疼痛与发僵及在特殊部位有多个压痛点,并且常伴睡眠障碍,严重影响患者的生活质量与身心健康。该病目前治疗手段不多,也无特效的治疗药物,但多数学者认为三环类抗抑郁药物是理想的治疗药物,我院采用正清风痛宁与三环类抗抑郁药物多虑平对比治疗 FS 64 例,现报告如下。

临床资料 64 例 FS 系我院 1997 年 8 月~2000 年 10 月门诊及住院患者,均符合 1990 年美国风湿病协会制定的纤维肌痛综合征分类诊断标准[中华风湿病学杂志 1998;(2):64]。随机分为 2 组,正清风痛宁组 34 例,男 7 例,女 27 例,年龄 24~48 岁,平均(31.0±4.3)岁,病程 0.5~6 年,平均(2.0±0.5)年;多虑平组 30 例,男 4 例,女 26 例,年龄 21~51 岁,平均(30.0±4.5)岁,病程 8 个月~5 年,平均(2.0±0.8)年。2 组患者性别、年龄、病程、自觉症状评价[包括疼痛、睡眠障碍、疲劳程度、晨僵 4 项,每项从无到重度分别计 0~3 分,正清风痛宁组(9.82±2.13)分,多虑平组(9.23±1.89)分]、压痛评价[所有压痛点压痛计分的总和,每一压痛点压痛程度从无到重度压痛分别计 0~3 分,正清风痛宁组(32.43±4.56)分,多虑平组(31.74±3.19)分]经统计学处理差异无显著性( $P>0.05$ )。

治疗方法 正清风痛宁组:口服正清风痛宁片(盐酸青藤碱,每片 20mg,白云山正清制药股份有限公司生产,批号:950501)40mg/次,3 次/日,如无不良反应,3 天后改为 60mg/次,3 次/日;多虑平组:口服多虑平(每片 25mg,太仓制药厂生产,批号 970325)25mg,每晚 1 次。2 组均配合安慰等心理疗法及运动疗法和理疗。治疗前后随诊观察(1)自觉症状(包括疼痛、睡眠障碍、疲劳程度、晨僵)(2)压痛情况(包括压痛点数目和压痛程度)。同时治疗前后分别化验血、尿常规及肝、肾功能。治疗 2 个月后进行疗效评价。采用  $\chi^2$  检验。

结果 (1)疗效判断标准 治愈:自觉症状消失,无压痛;显效:自觉症状评价和压痛评价均好转 $\geq 50\%$ 。有效:自觉症状评价和压痛评价 2 项或其中 1 项好转 $< 50\%$ ,但 $\geq 25\%$ 。无效:自觉症状评价和压痛评价 2 项或其中 1 项好转 $< 25\%$ ,或无好转。(2)疗效 治愈率、显效率、有效率、无效率正清风痛宁组分别为 14.7%(5/34 例)、32.4%(11/34 例)、44.1%(15/34 例)、8.8%(3/34 例),而多虑平组分别为 10.0%(3/30 例)、30.0%(9/30 例)、36.7%(11/30 例)、23.3%(7/30 例)。两组总有效率比较,正清风痛宁组(91.2%)明显高于多虑平组(76.7%),差

异有显著性( $\chi^2=4.542, P<0.05$ )。(3)副反应:正清风痛宁组出现 2 例,其中皮疹 1 例,恶心 1 例;多虑平组出现 6 例,其中嗜睡 3 例,头昏 2 例,便秘 1 例。两组副反应发生率正清风痛宁组(5.9%)明显低于多虑平组(20.0%)( $\chi^2=3.943, P<0.05$ )。正清风痛宁组出现的副反应经服扑尔敏后症状消失,未影响继续治疗,而多虑平组因副反应停药 5 例,停药率 16.7%,也显著高于正清风痛宁组( $P<0.05$ )。血、尿常规及肝、肾功能两组治疗前后均无变化。

讨论 FS 是一种特发性疾病,发病机制不清,有文献报道与睡眠障碍、神经递质分泌异常及免疫紊乱有关,目前治疗方法不多,也无特效药物,治疗主要靠理疗、镇静、抗抑郁及心理治疗来改善症状,但效果多不理想。正清风痛宁是从中药青藤藤中提取有效成分,经现代加工精制而成的一种纯中药制剂,其化学结构与吗啡相似,经药效研究证实有明显的抗炎、镇痛、免疫抑制及镇静作用,且无成瘾性。有作者报道正清风痛宁治疗 FS 有较好疗效,我院采用正清风痛宁治疗 FS 34 例,总有效率 91.2%,与目前临床上常用的治疗药物多虑平比较,要显著高于多虑平组,而副反应要明显低于多虑平组,未出现因副反应而停药现象。以上结果表明,正清风痛宁治疗 FS 疗效显著、副作用少,是一种理想的治疗药物,值得在临床上推广应用。

(收稿 2001-11-01 修回 2001-12-24)

## 清肺祛脂方治疗寻常痤疮 240 例

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院(上海 200437)

张明 李斌 周敏 周蓉

痤疮是一种毛囊、皮脂腺的慢性炎症,好发于面部、胸及背部,表现为粉刺、炎性丘疹、脓疱、结节、囊肿、疤痕等多种损害。中医称之为“粉刺”。近年来,笔者根据著名老中医夏涵教授几十年临床经验,采用清肺祛脂方治疗痤疮 240 例,并与服用泰尔丝的西药组 110 例比较,现将结果报告如下。

### 资料与方法

1 临床资料 根据《现代皮肤病学》(杨国亮,王侠生主编,上海:上海医科大学出版社,1995:735—736)确诊。350 例均为门诊患者,采用单纯随机法随机分为治疗组 240 例,对照组 110 例,其中治疗组男性 154 例,女性 86 例;年龄 14~46 岁,平均 26.8 岁,病程 4~22 个月,平均 18 个月。对照组男性 76 例,女性 34 例,年龄 13~42 岁,平均 26.5 岁,病程 5~20 个月,平均 17 个月。两组一般资料比较,差异无显著性( $P>0.05$ )。

2 治疗方法 治疗组内服清肺祛脂方(组成:枇杷叶 12g,桑叶 10g,黄芩 10g,白花蛇舌草 30g,山楂 15g,女贞子 12g,甘草 6g 等,由上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院药剂科提供成品制剂,每毫升含生药 2g),每次 30ml,1 日 2 次口服,共服 8 周。对照组内服泰尔丝(异维 A 酸胶丸,每粒 10mg,由上海延安制药厂生产),先每次 10mg,1 日 3 次口服,连服 4 周,然后每次 10mg,1 日 2 次口服,连服 4 周。服药期间停止服用其他任何治疗痤疮的药物。两组均以 2 周为 1 个疗程,全部病例服药 4 个疗程判断疗效,包括记录损害个数(白头、黑头、炎性丘