

安中医院针灸科及中国人民解放军第 88 医院中医科门诊,参照 1994 年国家中医药管理局制定的《中医病症诊断疗效标准》中的有关诊断标准确诊,按就诊先后顺序随机分成治疗组和对照组。治疗组 30 例,年龄 36~72 岁,平均 (58.75 ± 6.78) 岁,病程 9 个月~8.2 年,平均 (40.2 ± 12.1) 个月;对照组 30 例,年龄 37~70 岁,平均 (59.14 ± 5.02) 岁,病程 8 个月~9.1 年,平均 (39.8 ± 11.5) 个月。两组患者均有排尿不尽感,尿频,排尿中断,尿急,尿线细,排尿费力,夜尿次数增多等症状,直肠指诊前列腺增大,B 超检查确诊。两组患者年龄、病程比较差异无显著性($P>0.05$)。

治疗方法

治疗组 选穴:(1)中极、关元、气海,(2)次髎、中髎、下髎。操作:令患者仰卧,放松调息,选(1)组穴位,随呼气进针,调整针感,使放射至会阴部,然后分别在各针上插长 2 cm 左右的艾条施灸。艾条下端和皮肤间应事先隔以中间带小孔的硬纸壳,以防灰烬落下烫伤皮肤。30 min 后艾条燃尽,除去灰烬后起针。再令患者转俯卧位,以同法直刺上述(2)组穴位。每日 1 次,10 日为 1 个疗程,疗程间休息 2 日。

对照组 口服前列康片(浙江康恩贝制药股份有限公司生产,由植物花粉经加工提取制成的口服片剂,含有多氨基酸、酶、维生素及微量元素,每片含生药 0.5 g),1 次 3~4 片,1 日 3 次。疗程与治疗组相同。

两组在治疗期间均停用一切其他药物,禁房事,忌辛辣,避免受凉及劳累,尽量少骑自行车。增加营养,适当体育锻炼,保持心情舒畅。1 个月后统计疗效。

统计学处理 采用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效标准 参考中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》制定。临床痊愈:症状消失,EPS 检查连续 2 次以上 WBC 正常,肛腺体压痛消失,质地正常或接近正常,B 超检查大致正常。显效:症状基本消失,EPS 检查连续 2 次以上 WBC 值较前减少 $1/2$ 或 <15 个/HP,肛腺压痛及质地均有改善。有效:症状减轻,EPS 检查较前改善。无效:症状、体征及 EPS 检查无改善或加重。

2 两组疗效比较 治疗组临床痊愈 16 例(53.3%),显效 8 例(26.7%),有效 5 例(16.7%),无效 1 例(3.33%),总有效率 96.7%。对照组临床痊愈 8 例(26.7%),显效 9 例(30.0%),有效 7 例(23.3%),无效 6 例(20.0%),总有效率 80.0%。治疗组临床痊愈率、总有效率明显优于对照组,组间比较差异有显著性($P<0.05$, $P<0.01$)。

讨 论

慢性前列腺炎是前列腺长期慢性充血所造成的炎症,症状复杂,病程迁延,顽固难愈,容易复发,是造成男性不育、性功能障碍的重要原因。由于前列腺本身解剖、生理、病理的特殊性,药物不易渗透到腺体内,感染难以控制。

本病中医学辨证属于“尿浊”、“精浊”、“白浊”、“白淫”或“淋证”等范畴。瘀血阻络为其主要病机。治则当活血化瘀,通经活络,利湿通淋。中极、关元、气海位于腹部,次髎、中髎、下髎位于腰骶部,调整针刺方向及手法,使针感向会阴部放射,可直达病所,调理下焦,理气活血,通经止痛,使瘀阻消除、脉络通畅,通则不痛。气血遇寒则凝,得热则行,故在常规针刺的基础上加以艾灸,温通经脉,更助血行,效得益彰。中极为膀胱募穴,可通利膀胱气机,关元补肾培元,通利水道,气海大补元气,皆可行气活血,利湿通淋。而从现代医学角度,次髎、中髎、下髎为第 2~4 骶神经前支分出部位,并在盆腔与骶交感干的分支组成会阴神经,循行至坐骨直肠窝时,发出前列腺丛直接支配前列腺。针刺诸穴,通过调节作用,引起局部交感神经兴奋,副交感神经相对抑制,血管扩张,毛细血管网络增多,从而改善组织营养,修复病损组织器官,达到治疗目的。

本病易复发,故待症状消失后仍需巩固治疗一段时间。嘱患者注意休息,避免长时间骑车、骑马及久坐,忌食辛辣油腻刺激食物,少饮酒,节制房事,保持心情舒畅。还可以配合锻炼,做收腹提肛操:自主呼吸,吸气时收小腹缩肛门,呼气时放松,如此反复,以助疗效。

(收稿 2004-11-05 修回 2005-02-16)

中药膏配合放射治疗癌性骨转移疼痛 33 例疗效观察

山东省菏泽市立医院(山东 274031)

和劲光

我们通过应用局部外敷中药膏配合放射治疗癌性骨转移疼痛 33 例,疗效满意,现报告如下。

临床资料

2000 年 12 月—2004 年 3 月,我们共收治 66 例癌性骨转移患者,其中男 37 例,女 29 例。年龄 38~69 岁,平均 56.2 岁。所有患者均以骨痛为主要临床症状,且均经病理学、影像学及骨扫描证实,将其中 33 例患者应用中药膏配合放射治疗作为观察组,另外 33 例

患者应用单纯放射治疗作为对照组。观察组 33 例患者中,椎体转移 20 例,骨盆转移 6 例,股骨转移 2 例,其他部位转移 5 例;溶骨型 27 例,成骨型 1 例,混合型 5 例。对照组 33 例患者中,椎体转移 19 例,骨盆转移 6 例,股骨转移 4 例,其他部位转移 4 例;溶骨型 24 例,成骨型 2 例,混合型 7 例,两组临床资料比较差异无显著性。

治疗方法

1 中医疗法 观察组以中药膏外敷,中药膏配制:罂粟壳 10 g 延胡索 10 g 赤芍 15 g 白芍 15 g 红花 10 g 莪术 12 g 薏苡仁 30 g,水没煎煮,文火煎约 2 h,去渣后浓缩药液至约 20 ml,加冰片适量,制成膏状。不烫时涂在无皮损区,上覆压筋纸,每周 1 次。

2 放射治疗 两组均用直线加速器 X 线体外照射,每周 3 次,每次 350cGy(肿瘤组织量),共照射 4 周,照射总量 42Gy/12 次。

3 观察指标 (1)疼痛分级(按患者主诉),Ⅰ级:无痛;Ⅱ级:轻度,虽有痛感,但可以忍受,睡眠不受干扰,能正常生活;Ⅲ级:疼痛明显,不能忍受,要求止痛,睡眠受干扰;Ⅳ级:重度,剧烈疼痛,可伴有植物神经功能表现或被动体位,睡眠严重受干扰;Ⅴ级:极度,患者所能想象的最严重疼痛。(2)中药膏及放疗的不良反应。

自治疗时起共随访患者 0.5 年,并观察比较治疗 1 周、4 周后及治疗后 16 周的疗效,随访过程中无脱离病例。

统计学方法 采用 χ^2 检验。

结果

1 疗效评定标准 按文献(中国抗癌协会.新编常见恶性肿瘤诊治规范.北京:中国协和医科大学出版社,1999:968)标准。疼痛完全缓解(CR);部分缓解(PR);轻度缓解(MR);无效(NR)。

2 近期疗效 治疗 1 周后,观察组 CR 7 例,PR 10 例,MR 14 例,NR 2 例,有效率为 51.52%;对照组 MR 15 例,NR 18 例,两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。治疗 4 周后结束时,观察组 CR 24 例,PR 4 例,MR 5 例,有效率为 84.85%;对照组 CR 18 例,PR 3 例,MR 8 例,NR 4 例,有效率为 63.64%,两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

3 随访观察 (按患者复查时主诉)治疗结束后 16 周,对照组 33 例患者中,疼痛均无明显缓解;治疗组 33 例患者中,CR 3 例,PR 12 例,MR 8 例,NR 10 例。万方数据

4 不良反应 部分患者出现放射性皮肤反应,未经特殊处理,自然痊愈。无 1 例发生中药过敏反应。

讨论 癌性骨转移是原发于其他脏器的恶性肿瘤经血运或其他途径转移到骨组织的恶性肿瘤。其发生率为 30%~70%,以骨痛最常见。中医学认为:罂粟、延胡索、赤芍、白芍含有止痛物质,中药外用经皮吸收,就近作用于骨转移瘤局部,避免了口服经消化道吸收所遇到的多环节灭活作用,提高了疗效,达到止痛效果。赤芍、红花可活血,化瘀止痛。莪术、薏苡仁、冰片利水、渗湿、止痛。放疗止痛是通过 X 射线杀死癌细胞,使局部破坏减轻,从而达到止痛的目的。放疗初期,由于正常组织同样受到损伤,出现局部出血、水肿,加重了神经压迫,止痛效果不好。当与中药同用时,中药的止痛、利水、渗湿、活血化瘀的作用使肿瘤局部血流丰富,大大增加了乏氧细胞的含量,从而在一定程度上提高了放射敏感性,使局部控制率得到提高,其远期疗效也明显提高。总之,局部外用中药加体外放射治疗不良反应小,方法简单,治疗费用低,且本研究方法止痛见效快,远期效果好,是一种较有价值的方法,临床应用前景广阔。

(收稿 2004-10-27 修回 2005-02-08)

血塞通软胶囊治疗脑梗死

40 例疗效观察

河南省安阳市人民医院(河南 455000)

郭艳平 杨清成 张向东

2004 年 4—7 月,我们应用血塞通软胶囊辅助治疗脑梗死患者 40 例,并与同期应用尼莫地平治疗 40 例作对照,现报告如下。

临床资料

1 入选标准 (1)全部病例符合 1995 年全国第四届脑血管病会议上提出的脑梗死诊断标准。(2)经头颅 CT 检查确诊,排除了出血性脑卒中,并无治疗药物禁忌证。(3)均为突发偏身肢体活动障碍,触、痛觉障碍,伴有言语障碍,可进食口服药物。

2 一般资料 80 例患者均为我院神经内科住院患者,按随机数字表法随机分为两组,治疗组 40 例,男 22 例,女 18 例,年龄 52~80 岁,平均(67.8±3.5)岁。对照组 40 例,男 25 例,女 15 例,年龄 48~77 岁,平均(65.4±4.1)岁,两组开始治疗时间均为入院当天,两组之间的年龄、性别,治疗前神经功能缺损评分等方面差异无显著性,有可比性。