

中西医结合治疗梅尼埃病 27 例体会

徐明录 秦顺朵

(鹤壁职业技术学院医学院 河南鹤壁 458030)

摘要:目的:探讨梅尼埃病的中西医结合治疗方法。方法:对 27 例梅尼埃病患者进行中西医结合治疗的治疗观察,疗效分析。结果:27 例患者中,痊愈 18 例,有效 8 例,无效 1 例,总有效率为 96.3%。结论:中西医结合疗法对梅尼埃病副作用小,疗效显著,具有推广意义。

关键词:中西医结合疗法;梅尼埃病;眩晕;东莨菪碱;利多卡因;半夏白术天麻汤;天麻钩藤饮

中图分类号:R 764.33

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0073-02

梅尼埃病又称内耳眩晕病,主要症状为膜迷路积水所致的发作性眩晕、波动性听力减退、耳鸣,常常伴有恶心呕吐等胃肠道症状。本病发病率高,约占各类眩晕患者的 25%,好发于青壮年,男性及脑力劳动者发病率较高,本病属中医学“眩晕”范畴。2001~2006 年,笔者采用中西医结合治疗梅尼埃病 27 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 27 例中男 15 例,女 12 例;其中 20~29 岁者 2 例,30~39 岁者 4 例,40~49 岁者 12 例,50~59 岁者 9 例。

1.2 辨病依据 (1)反复发作的发作性眩晕。(2)眩晕发作时伴有耳鸣、听力减退,眩晕严重时可有恶心、呕吐等自主症状。(3)耳聋属感音性耳聋。(4)眩晕发作时,眼震为水平旋转型,眼震持续时间一般不超过 24h。(5)排除其他与眩晕有关的器质性疾病。(6)没有听神经以外的神经系统症状,或没有与其他与眩晕有关的中枢神经系统障碍。

1.3 辨证要点^[1]

1.3.1 痰浊中阻证 眩晕反复发作,伴有恶心,呕吐痰涎,耳鸣,听力减退,头重如裹,胸闷不舒,胃纳欠佳。舌淡,苔白腻,脉象弦滑。

1.3.2 肝阳上亢证 眩晕反复发作,伴有耳鸣,听力减退,眩晕发作多与情绪有关,平素急躁易怒,头昏头胀,面红耳赤,口苦咽干,胸胁胀满。舌红苔黄,脉象弦数。

1.3.3 肾精不足证 眩晕发作频繁,伴有严重耳鸣,听力减退,平素表现精神萎靡,腰膝酸软,心烦失眠,五心烦热。舌红苔少,脉沉细数。

1.3.4 气血亏虚证 眩晕时发,面色苍白,伴有耳鸣,听力减退,平素患者神疲嗜睡,表情淡漠,心悸气短,动则益甚。舌淡苔薄,脉细弱。

对于食管癌术前、术中、术后必须仔细检查,尤其是切缘部分,以免遗漏癌灶,而丧失根治机会。

从本组病例随访情况来看,多原发癌有别于转移癌,如果病期较早,手术彻底,病人仍可取得较长生存时间。本组 3 年生存率 38.5%(5/13),5 年生存率 22.2%(2/9),故我们主张积极采取根治性手术及配合其他的治疗。由于各种因素的制约,多发病灶术前、术中很少能完全诊断清楚,本组仅有 1 例术前经上消化道钡餐造影发现多个病灶,2 例手术中发现多个病灶,所以在不影响患者生存质量的情况下,食管切除应尽可能的长。我们认为手术方式宜采取三切口/二切口,

2 治疗方法

采用中西医结合方法。西药治疗:东莨菪碱、利多卡因、地塞米松和眩晕停联合用药^[2]。中医辨证论治:痰浊中阻证选用半夏白术天麻汤加減,肝阳上亢证选用天麻钩藤饮加減,肾精不足证选用杞菊地黄丸加減,气血亏虚证选用十全大补汤加減。每日 1 剂,水煎服,2 个月为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判断标准 治愈:眩晕及其他症状消失,停药后随访 1 年无复发。有效:眩晕及其伴随症状明显减轻,或主要症状消失,但停药后偶有发作,其发作频率、程度均较前改善。无效:服药 10 剂后,眩晕及其伴随症状无改善。

3.2 结果 27 例患者中,痊愈 18 例,有效 8 例,无效 1 例,总有效率为 96.3%。

4 典型病例

患者,女,55 岁,因旋转性头晕伴恶心、呕吐、耳鸣 3d,于 2006 年 2 月 1 日就诊。自述 3d 前无明显诱因,突然出现头晕如乘舟车,伴耳鸣、恶心、呕吐、食少纳呆、神疲乏力,舌质红、苔白,脉滑。查体:T 36℃,P 80 次/min,BP 120/80mmHg,R 20 次/min,双眼球水平眼震,颈软,无抵抗,心肺未见异常,四肢活动自如,生理反射存在,病理反射未引出。头颅 CT 示:平扫未见异常。电测听检查:感觉性耳聋,重振试验阳性。

诊断:西医诊断为梅尼埃病,中医诊断为眩晕(痰湿中阻证)。治疗:西药以东莨菪碱、利多卡因、地塞米松和眩晕停联合用药。东莨菪碱 0.3mg,肌肉注射,4h 1 次,共用 3 次;利多卡因 50mg 加入 5%葡萄糖注射液 500mL,静脉点滴,每日 1 次,连用 3d;地塞米松 5mg 加入 5%葡萄糖注射液 40mL,静脉注射,每日 1 次,连用 3d;眩晕停 25mg,每日 3 次,口服,共服 15d。辨证论治:治宜健脾祛湿,化痰熄风。予半夏白术天麻汤加減治疗^[3]:半夏 10g,白术 10g,天麻 10g,云苓 10g,苍术 10g,陈皮 10g,茯苓 10g,甘草 10g,大枣 10g,生姜 10g。连服 15d。随访 1 年,未见复发。食管大部分切除,区域淋巴结清扫、颈部食管胃吻合术,必要时可行结肠代食管术,以降低癌残端阳性率。临床资料证明,食管癌术后吻合口复发主要与切缘有关,距瘤缘 4cm 的残端阳性率在 5%以下,而达 8cm 的残端几乎无受侵。

参考文献

[1]Warran, Lucio,sevei.Multiple primarty malignamt tumors, Divison of Cancer research[J].Perugia, 1974: 28
[2]姚松朝.多发性食管癌及食管贲门多发性原发癌[J].胸心血管外科杂志,1978(3): 166
[3]邵令方,张毓德.食管外科学[M].石家庄:河北科技出版社,1987. 387

(收稿日期: 2006-07-04)

乌头碱中毒 12 例抢救体会

殷开军 吴勇

(湖北省武汉市江夏区第一人民医院 武汉 430200)

关键词:乌头;乌头碱中毒;抢救

中图分类号:R 155.32

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0074-02

乌头为毛茛科多年生草本植物,有祛风除寒、温经止痛的功效,常用来治疗风湿性关节炎、腰痛等。其主要成分为乌头碱,药性热味辛苦,有大毒,服用不当极易中毒,临床常可遇到此类中毒患者。我院近 2 年来共接诊了 12 例乌头碱中毒患者,均救治成功,现就这浅谈一下救治体会。

1 临床资料

本组 12 例乌头碱中毒患者,男性 7 例,女性 5 例,年龄 33~70 岁,平均 50 岁。其中生食中毒 4 例,饮用乌头泡酒中毒 8 例,除 1 例系误饮药酒致中毒外,其他均为治疗骨关节疼痛时服药过量。12 例患者均在 1~3h 内发病,均有不同程度的口舌及四肢发麻、头昏、恶心、呕吐、心悸、胸闷、呼吸困难等症状,其中有 2 例出现阵发性抽搐、短暂意识障碍,2 例出现血压下降,均为生食中毒者。所有患者心电图检查均有心律失常,其中窦性心动过缓偶发室早 3 例,心房纤颤 1 例,频发室早及室早二联律 5 例,多源室早 3 例(其中伴发短阵室速 1 例)。

2 治疗及结果

12 例患者均给予催吐、洗胃、输液、利尿、吸氧等处理,并予阿托品 0.5~1mg 静脉注射,4~6h 1 次,总量 2~6mg。同时行心电图检查及心电监护,在阿托品应用后仍有心律失常者(2 例室早二联律,1 例多源室早伴短阵室速)给予抗心律失常治疗。发生抽搐者予安定 10~20mg 静脉注射,血压下降者予升压药维持。上述症状多在 12~48h 消失。本组 12 例患者均治愈,未遗留后遗症。

3 讨论

3.1 乌头碱的特点、中毒机制和临床表现 乌头碱为一植物毒素,微溶于水,在消化道和皮肤破损处易吸收,主要从唾液和尿中排泄,其吸收和排泄均很迅速。口服 0.2mg 即可中毒,2~4mg 可致死,中毒表现主要为神经系统和心血管系统两方面,乌头碱首先兴奋和麻痹感觉神经和中枢神经,其次是兴奋和麻痹胆碱能神经和呼吸中枢,最后使血压下降,呼吸麻痹。其对迷走神经有强烈兴奋作用,使节后纤维释放大乙酰胆碱,从而降低和抑制窦房结的兴奋性,产生快速异位节律,如尖端扭转室速或室颤,严重心律失常是乌头碱中毒死亡的主要原因^[1]。心律失常的发生主要与激活 Na⁺ 通道,促进

5 体会

梅尼埃病乃由于自主神经功能失调引起迷路动脉痉挛,局部缺血、缺氧,血管通透性增高,内淋巴产生过盛并吸收障碍导致迷路水肿,内耳末梢器缺氧、变性,导致平衡失调,而出现眩晕、耳鸣、耳聋。中医学认为是由于肝脾肾功能失调,精气血亏少或风痰阻滞,蒙蔽清窍所致。在治疗时运用西药调节自主神经、扩张血管及应用少量利尿脱水剂,尽快缓解

Na⁺ 内流,加强细胞膜去极化有关。并且在大剂量情况下,兼有激活交感神经,促进内源性儿茶酚胺释放的作用^[2]。中毒后患者常表现为头昏、恶心、呕吐、胸闷、心悸、呼吸困难、手足发麻等症状。本组病例临床表现与此相符,且生食者症状较严重,可能与毒素含量较高有关。

3.2 诊断与治疗 根据患者确切的服药或饮用药酒病史及相关临床表现常可作出诊断。早期病人可行催吐、洗胃、导泻、补液、利尿、纠正水电解质和酸碱平衡失调等处理。使用阿托品能解除迷走神经对心脏的抑制作用,提高心脏正常起搏点的自律性,抑制异位起搏点,从而发挥抗心律失常作用。一般使用 0.5~1mg 静脉注射,4~6h 1 次,重者可适当增加剂量或缩短用药间隔时间。对于严重心律失常阿托品可能效果不佳,常需采用其他抗心律失常的方法,如使用利多卡因或胺碘酮,必要时电复律。此外,休克者可予升压药,同时还应加强呼吸方面的管理,呼吸抑制者可给予呼吸兴奋剂,必要时气管插管机械通气。我科 12 例均予阿托品静脉注射,9 例患者在治疗 2h 左右早搏明显减少并逐渐消失。2 例室早二联律和 1 例多源室早伴发短阵室速效果不佳,予利多卡因治疗后消失。本组病例未出现死亡者,可能与治疗较为及时以及病例数量有限有关。

3.3 预防 通常人们对中药的毒副作用认识不足,常常认为其毒副作用小,发生率和严重程度均低于西药,因而常有人为提高疗效,擅自加大药量,中毒后往往又由于缺乏认识而延误诊治,极易造成中毒死亡,因此应重视中药中毒。特别是对乌头碱中毒的患者,不论中毒程度轻重,不仅要采取常规的解毒治疗措施,而且必须进行心电监护,有条件者可进行血液过滤或血液透析治疗,加快毒素排泄。乌头碱中毒致心律失常发病后,病情变化快,即使用药也不一定能立即奏效,必须做好直流电除颤以及心、肺、脑复苏的准备,直至药物能控制心律失常。同时要加强对乌头类毒性中药的用药宣传教育,要严格掌握适应证。内服药一定要用炮制品,禁用生药,严格防止超量使用,防止滥用,如发生中毒一定要及时就医。

参考文献

[1]陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2005.临床症状,配合中医辨证施治,调整机体阴阳气血,调节自主神经功能,从而达到治疗效果。

参考文献

[1]段雪萍.中医药治疗梅尼埃病 14 例[J].中国临床医生,2005,33(12):42~43
[2]侯宗德.中西医结合方法与疑难病症治疗[M].北京:人民卫生出版社,2002.426~429
[3]李立荣.半夏白术天麻汤治疗梅尼埃病 60 例[J].中华中西医杂志,2004,5(8):67~68

(收稿日期: 2007-01-09)