

流信号颜色,一般假腔内血流信号暗淡,流速缓慢,真腔血流信号颜色鲜艳,流速快^[4]。部分患者可显示主动脉夹层动脉瘤的入口和再入口,最常见的入口部位为主动脉瓣上 5cm 处和左锁骨下动脉起源处的主动脉弓,再入口多为主动脉的远端,髂动脉为最常见部位^[5]。此组病例中,只检出 2 例破口,检出率较低,与早期对破口检出认识不足、患者和条件受限、操作技术不熟有关。

超声诊断主动脉夹层动脉瘤须注意以下几个问题:(1) 对临床怀疑或检查中发现的主动脉夹层动脉瘤,无论是哪一段,都应对主动脉全程进行全面扫查,并注意其分支情况,以便更好地分型。经胸检查受肺气影响,观察全段胸降主动脉受限,尤其是对降主动脉的远端,为提高降主动脉的显示率,在实际操作中,我们在左室长轴上显示左房后方的降主动脉短轴,然后转动探头约 45° 近右室流出道长轴时,于左房室后方显示降主动脉长轴,这样可较大范围观察降主动脉。同时经食道超声检查降主动脉可弥补经胸检查的不足,其敏感性和特异性分别高达 90%和 98%^[6]。(2)对怀疑主动脉夹层动脉瘤检查时对主动脉要纵横扫查,两个切面均得以证实,方可确诊。不要单凭一个切面进行诊断,要注意与主动脉腔内的伪像鉴别,特别是升主动脉扩张不合并主动脉夹层的患者,经食道探测时,升主动脉腔内有时可见一横置的带状回声反射,其活动方向幅度及走向均与主动脉后壁完全一致,此回声并非真正的撕裂内膜反射,系主动脉后壁的二次反射所引起的。(3)观察假腔内有无附壁血栓,如急性期患者假腔中已有血栓形成,特别是随访发现血栓形成范围越来越大,则表明患者预后较好。有时主动脉夹层假腔中充满血栓并与撕裂的内膜融合为一体,其声像图与单纯主动脉瘤伴附壁血栓形成类似,鉴别要点为:撕裂的内膜常伴有钙化,此时常可发现

内膜钙化向主动脉中心移位,位于血栓表面,而主动脉瘤伴血栓形成时,钙化的内膜无中心移位,位于血栓的基底部。(4)观察主动脉夹层动脉瘤有无液性暗区,有无主动脉破裂形成的假性动脉瘤。(5)对 DeBakey I 型及 II 型患者,应评价其左心室功能,并注意观察有无主动脉瓣返流及心包积液情况。

本组病例中有 5 例漏诊,主要漏诊原因可能是:(1) 经胸超声检查因肺气影响观察全段胸降主动脉受限,尤其是对胸主动脉远端显示率更差,我们通过增加在左室长轴上显示左房后方的降主动脉的切面,可以有助于更大范围地观察胸降主动脉。如有条件应同时采用经食道超声检查以弥补经胸检查的不足,减少漏诊。(2)患者体形肥胖,超声显像质量较差,对急性主动脉夹层内膜撕裂回声显示不清,造成漏诊。(3)其中 1 例因主动脉夹层腔内充满血栓,与撕裂的内膜融合为一体,而误诊为单纯主动脉瘤伴附壁血栓形成。

彩色多普勒超声检查较其他影像学检查有快捷、操作简单、无创及可重复观察等优点,有助于对诊断和明确治疗方案的信息及时、迅速地获取,对指导治疗具有重要价值。对急性主动脉夹层动脉瘤患者不能承受或无条件做其他检查时,超声检查更具有优势,成为目前夹层动脉瘤最简便易行的首选诊断方法,适用于广大基层医院常规筛选性检查。

参考文献

[1]陈志松,王忠明,马静,等.急性经胸超声心动图对主动脉夹层动脉瘤的诊断价值[J].中国超声诊断杂志,2006,7(6):407
[2]张贵灿.现代超声心动图学[M].福州:福建科学技术出版社,2003.207
[3]李治安.临床超声影像学[M].北京:人民卫生出版社,2003.54-63
[4]王建瑾,由春媛,杨大庆.主动脉夹层的超声与其他影像诊断的比较[J].临床超声医学杂志,2006,8(5):300
[5]王新房.超声心动图学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2000.488
[6]姜颖.彩色多普勒超声诊断主动脉夹层动脉瘤的应用[J].中国超声医学杂志,2003,19(5):40-42

(收稿日期:2009-06-03)

养阴清热汤治疗鼻咽癌放疗后干燥性鼻咽炎疗效观察

朱继先

(江苏省靖江市中医院 靖江 214500)

关键词:养阴清热汤;鼻咽癌放疗后;干燥性鼻咽炎;中西医结合疗法

中图分类号:R 739.63

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)06-0074-01

我科 2001~2008 年采用中西医结合治疗鼻咽癌放疗后干燥性鼻咽炎患者 40 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 70 例均为 2001 年以来门诊完整

资料患者,鼻咽癌放疗后 1 周~1 个月就诊,根据临床表现、鼻内窥镜鼻咽检查及咽部检查诊断为鼻咽癌放疗后干燥性鼻咽炎。随机分为治疗组 40 例和对照组 30 例。治疗组男 32 例,女 8 例,年龄 43~80 岁;对照组男 24 例,女 6 例,年龄(下转第 78 页)

乳突肌和肩胛提肌损伤较为常见,这与两者的解剖与功能有关。胸锁乳突肌起于胸骨体及锁骨头胸部,止于乳突及枕骨上项线,作用是一侧收缩使头转向对侧,两侧收缩使头后仰。经常扭转颈部、经常突然转头、睡眠姿势不良、颈部扭转斜置,而牵拉损伤胸锁乳突肌,造成局部代谢障碍而水肿,代谢物未及时排出而刺激肌腱造成肌腱部疼痛,进而引起肌肉痉挛,形成恶性循环,最终影响颈部的功能活动。查体时可见:(1)颈部旋转活动受限,颈部僵硬。(2)被动做头部旋转或颈部过伸活动,引起胸锁乳突肌疼痛和痉挛。(3)在胸锁乳突肌起止处压痛明显。X 线检查可有颈椎曲度改变,颈椎后缘骨质增生,钩椎关节增生等。采用小针刀治疗可以迅速解除痉挛的胸锁乳突肌,消除压痛点,再给予手法治疗松弛肌肉可达到治愈的目的。肩胛提肌起于上位 4 个颈椎横突后结节,止于肩胛骨的内上角及脊柱缘的一部分。其作用是为上提肩胛骨并使其转向内上方,另外肩胛提肌与菱形肌在肩胛骨的内上角交叉重叠,是损伤的好发部位,当头颈部在非正常位置下工作或睡眠时,一部分肌肉处于持续牵拉和紧

张状态,以至肌肉、肌腱拉伤,加上寒冷的侵袭,则容易产生肩胛提肌损伤,从而引起颈部疼痛和功能阻碍。查体时可见:(1)一侧颈肩部疼痛,可放射到同侧头痛。(2)在肩胛骨内侧缘上部及肩胛骨上角有压痛。(3)或在上 4 个颈椎横突后结节处有压痛。(4)上肢后伸,使肩胛骨上提或内旋,引起疼痛加剧。X 线检查,部分患者可见颈椎曲度改变、骨质增生。采用痛点注射^[9]可对压痛点病灶进行机械性破坏,其中包括对压痛点的高度过敏的神经末梢的破坏。经过对落枕患者的长期诊疗,作者认为将落枕时损伤的肌肉群具体分析定位,并根据不同的肌肉群损伤来分别采用小针刀、痛点注射、手法治疗,可明显提高治疗效果及缩短病程。

参考文献

[1]朱汉章.小针刀疗法[M].北京:中国中医药出版社,2001.127-129
[2]冯金升.落枕的手法治疗[J].颈腰痛杂志,2004,25(6):453-454
[3]史可任.颈腰关节疼痛及注射疗法[M].北京:人民军医出版,2001. 26-30
[4]孙呈祥.软组织损伤治疗学[M].上海:上海中医学院出版社,1988. 93-94
[5]吴文豹.人体软组织损伤学[M].南宁:广西科学技术出版社,2000. 37-38

(收稿日期:2009-06-11)

(上接第 74 页)40~80 岁。两组性别、年龄比较差异无显著意义($P>0.05$),具可比性。

1.2 临床表现 所有患者就诊时均随身携带水壶,频频求饮以解口干。鼻内镜检查鼻咽部黏膜充血、肿胀、干燥,大多伪膜存留或痂皮,咽部检查示咽部黏膜充血、干燥,咽后壁黏膜干亮,舌红而干。

1.3 治疗方法 两组患者均口服维生素 B₆ 20mg、维生素 B₁₂10mg、维生素 C 200mg,每天 3 次;维生素 E 100 mg,每日 2 次。鼻咽部检查伪膜或痂皮较多者,辅以庆大霉素 8 万 U、地塞米松 5 mg、 α -糜蛋白酶 4 000IU 加入 0.9%生理盐水 250mL 中行鼻咽冲洗,每日 1 次。治疗组结合中药治疗,采用自拟养阴清热汤口服,方药:生地 15g、沙参 15g、玄参 10g、麦冬 10g、薄荷 10g、黄芩 10g、双花 10g、丹参 10g、甘草 5g;每日 1 剂,水煎 2 次,各取汁 200mL 混匀,装入茶杯代茶频饮。2 个月后根据鼻咽部检查和表现评定疗效。

1.4 疗效标准 痊愈:鼻内窥镜检查鼻咽部无痂皮,咽部黏膜红润,无咽部干痛感;好转:鼻咽部无痂皮,咽部黏膜红润,偶有口干,需每天 1~2 次饮水;无效:鼻咽部仍需定期清除痂皮,咽部黏膜充血、干燥,需经常饮水以润。

1.5 结果 见表 1。两组总有效率经统计学处理,

有显著差异, $P<0.01$ 。

表 1 两组疗效比较 例

	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	40	16	22	2	95.0
对照组	30	7	16	7	76.7

2 讨论

目前鼻咽癌的治疗主要以放疗为主,疗效肯定,但放疗的副损伤一直困扰临床,放疗中放射线可致鼻咽部、咽部正常黏膜腺损伤,出现相应部位黏膜肿胀,分泌物、伪膜滞留,以及癌细胞的分解代谢,增加体内热毒废物的瘀积,在后续治疗中服用维生素 B₆、B₁₂、C、E 虽可加速黏膜上皮生长,逐渐修复炎症损伤,但疗效欠佳。中医学认为,放射是一种“火热毒邪”,作用于机体导致热毒炽盛,伤津耗气,临床表现口干、咽痛、吞咽困难等一派阴虚内热之象。中医辨证当属阴虚肺燥、热毒内积,治疗宜养阴润肺、清热生津。自拟养阴清热汤方中生地、沙参、玄参、麦冬养阴清热,纠正津液耗损;双花、黄芩、薄荷清肺利咽,疗咽部溃烂肿痛;丹参抗凝增加微循环,改善缺氧,促进损伤修复,减轻炎症反应。本研究表明,中西医结合治疗鼻咽癌放疗后干燥性鼻咽炎疗效明显优于对照组,疗效满意,值得临床推广和应用。

(收稿日期:2009-06-30)