

管以及毛细血管出现损伤,改变毛细血管的通透性,使大量的细胞以及蛋白质漏入胸膜间,破坏了胸膜与体液分泌的吸收平衡机制,导致胸腔内潴留液体^[4]。当胸水达到一定程度时,就会压迫肺部,抑制膈肌运动,还可能会出现纵隔移位的情况,如患者得不到及时的治疗,可能会有生命危险。西医治疗恶性胸腔积液的主要方法是向患者胸腔内注射化疗药物,而顺铂是目前治疗实体瘤最有效的广谱抗癌药物。恶性胸腔积液属于中医学“悬饮”范畴,本研究所用中药方中葶苈子下气平喘,半夏燥湿健脾,车前草通利小便,大枣调和中药。本研究结果显示,观察组采用中西医结合治疗,总有效率为 96.7%,对照组采用胸腔套管插管法闭式引流以及胸腔内常规治疗,

总有效率为 86.7%,两组差异具有统计学意义($P<0.05$),证明中西医结合治疗肺癌恶性胸腔积液效果较好。综上所述,中西医结合治疗肺癌恶性胸腔积液患者,能够有效提升治疗效果,改善患者生存质量,值得临床推广。

参考文献

[1]潘德键,周锡建,王东林,等.吉非替尼联合胸腔内化疗治疗伴恶性胸水的非小细胞肺癌的初步疗效观察[J].现代肿瘤医学,2008,16(6):964-967
[2]彭春芳,蒋萍,张蓉,等.不同剂量顺铂胸膜腔内注射治疗肺癌恶性胸水疗效观察[J].重庆医学,2006,35(2):157-158
[3]刘畅,张宏艳,贾志凌,等.榄香烯注射液联合顺铂胸腔注射治疗恶性胸水临床观察[J].现代中西医结合杂志,2011,20(12):1 496-1 497
[4]鲁德环,姬晓青,高巍,等.胸腔内注入顺铂联合爱迪注射液治疗恶性胸腔积液疗效比较[J].河南肿瘤学杂志,2005,18(3):179-180
(收稿日期:2014-03-21)

呼吸门控技术在原发性肝癌放射治疗中的应用

陈心得 孙雅洁 丁生苟
(江西省肿瘤医院放疗中心 南昌 330029)

关键词:原发性肝癌;放射疗法;呼吸门控技术;造形
中图分类号:R735.7 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.049

临床上中晚期肝癌病人,已失去手术机会,多采用三维适形放射治疗(3DCRT),调强放射治疗(IMRT)是近年发展起来的一种新精确放疗术,在此基础上,运用呼吸门控技术(ABC),能使部分原发性肝癌患者的肿瘤得到控制,最大限度减轻病人痛苦,尽可能减少肿瘤对呼吸运动的影响,使肿瘤中心得到较高剂量照射,同时有效保护周围正常组织^[1]。我院自 2007 年 8 月引进呼吸门控技术后,在不断摸索、学习的基础上,将该技术运用于原发性肝癌的放射治疗,取得较好疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 经病理组织学或细胞学检查,符合诊断标准且不能行手术切除的原发性肝癌患者,具有可测量的病灶(CT 病灶直径大于 2 cm)^[2],预计生存期大于 3 个月,年龄小于 60 岁。12 例原发性肝癌患者,均为男性,中位年龄 57.3 岁,均无远处转移,心肺功能正常。

1.2 方法

1.2.1 训练患者 向患者介绍呼吸门控装置的使用方法和需要配合的注意事项,再进行训练。训练按治疗摆位时候的体位进行,每次吸气前患者呼吸节律和呼吸幅度应平稳,反复训练,直至患者能顺利通过活瓣关闭所设定的阈值,以减少治疗总时间。具体方法:将带有活瓣吸导管放入病人口中咬紧,鼻夹夹住两鼻翼,防止漏气,利用导管控制患者呼吸。患

者看到自己的呼吸深度达到设定范围时,按下手中的控制按钮,活瓣将通气导管关闭,患者开始屏气,同时加速器开始出束治疗。1 次屏气时间设置为 30 s 左右,屏气结束后活瓣开放,患者恢复自由呼吸。也可以根据患者自身情况,或是观察显示屏上的呼吸相,通过手控开关来调节和控制呼吸气的状态。

1.2.2 模拟 CT 扫描 患者用真空垫体模固定体位,仰卧于扫描床上,手执呼吸器含于口中,夹上鼻夹,空气进出只通过呼吸门控。嘱患者深吸一口气屏住,启动系统使其维持屏气状态,用模拟 CT 扫描。同一位置同一条件下,患者呼吸节律和呼吸幅度平稳后自由呼吸,再闭气扫描 1 次,将 CT 和 MRI 图像输送到三维治疗设计系统,进行图像融合与重建,并由医生和物理师勾画靶区和重要器官,行剂量计算及优化,完成计划野的设计。经医生确认后,配合呼吸门控装置行放射治疗^[3]。

1.3 治疗结果

1.3.1 放疗过程 ABC 使用情况 12 例患者均完成 CT 模拟定位,行 ABC 放疗。治疗过程中,3 例出现鼻夹易滑脱,2 例呼吸控制困难,但仍能完成治疗计划;余下 7 例使用 ABC 设备的口含器和鼻夹顺利完成治疗。安装呼吸门控至治疗结束时间平均为 20 min,完成 1 次治疗所需屏气次数 5~7 次,每次呼吸控制时间 25~30 s。

1.3.2 电子射野影像装置(EPID)验证 运用 EPID

技术,摄取平静呼吸下放放疗验证图像,与用呼吸门控技术下的放疗图像验证,包括0位前野和90度侧野,和定位时计划好的定位参照图像作比较,测量相同解剖参考点到野边界之间的距离。校正后头脚、前后和左右方向上的摆位误差分别由5.0、3.9和2.9 mm降低到2.7、1.4和0.9 mm。

2 讨论

我院引进医科达公司生产的自主呼吸控制(active breathing control, ABC)系统以来,使用ABC装置之前,必须与病人沟通并行呼吸训练,确保病人配合顺利完成定位。整个治疗过程,由于初次使用ABC装置,很多操作技巧还没能掌握,病人每治疗一次总耗时间较长,其中鼻夹脱落次数较多,设置阈值内一次性完成的例数也较少。通过总结前2例病

人的经验,采取了一些改进措施。如:反复对病人进行呼吸训练,提高肺活量及适应能力,使其能在设定阈值内一次性完成放疗;如有楔形野或子野较多时,让病人休息后再行下一野的照射;鼻子纸巾包裹后再夹鼻夹,鼻夹位置适当,防止滑落。通过临床研究发现,使用门控技术后,肿瘤位移明显减少,治疗精度大大提高,正常肝组织受量明显减少,降低了放射性肝损伤发生率,提高了失去手术机会的原发性肝癌患者的生活质量。

参考文献

[1]蒋国梁.原发性肝癌治疗的新方法 - 三维适形放疗[J].癌症进展, 2006,4(4):279-283
[2]杨秉辉,丛文铭,周晓军,等.原发性肝癌规范化诊治专家共识[J].临床肿瘤学杂志,2009,14(3):259-269
[3]梁世雄,蒋国梁,朱小东,等.原发性肝癌三维适形放疗后放射性肝病的影响因素[J].中华放射肿瘤学杂志,2005,14(4):284-288
(收稿日期:2014-05-29)

热敏灸结合针刺治疗中风后抑郁症的临床疗效观察*

王招玲¹ 王黎玲² 蒋永萍³ 李冶武¹ 胡建平¹

(1 江西省中医药研究院 南昌 330046; 2 江西省泰和县计生服务站 泰和 343700; 3 江西省中医院 南昌 330006)

摘要:目的:观察热敏灸结合针刺治疗中风后抑郁症的临床疗效。方法:将100例中风后抑郁症患者随机分为治疗组和对照组。对照组给予西药治疗,治疗组在对照组基础上加热敏灸联合针刺治疗。结果:治疗组总有效率明显优于对照组(P<0.05)。结论:针刺加热敏灸治疗中风后抑郁症疗效显著,值得临床推广。
关键词:中风后抑郁症;热敏灸;针刺
中图分类号:R749.13 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.050

中风后抑郁是脑血管疾病常见的并发症之一,以持续性情感低落、兴趣减退为特征的心境障碍。主要表现为情绪低落,自责自罪,兴趣减低等,约15%的重度抑郁患者可伴有严重自杀倾向甚至自杀行为。严重影响患者的生活质量和中风后的康复,增加中风患者的死亡率,是一种发病率、致残率很高的疾病^[1],故对其治疗的研究日益受到重视。笔者采用热敏灸结合针刺治疗中风后抑郁症50例,取得显著疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 100例患者均来自江西省中医院热敏灸医院的门诊和病房,按简单随机法分为两组。治疗组50例,男30例,女20例,年龄45~66岁;对照组50例,男28例,女22例,年龄42~68岁。两组患者在性别、年龄、病程等方面经统计学处理,差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。
1.2 纳入标准 (1)全部病例均由CT或MRI头部扫描确诊。排除卒中后失语、痴呆、意识障碍及原脑部器质性疾病和精神病史者。(2)轻度抑郁或中度抑郁患者。(3)自愿接受治疗并签署知情同意书者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 给予氟西汀20 mg,每日早晨口服,连服6周。
1.3.2 治疗组 在对照组基础上加热敏灸联合针刺治疗。针刺取头穴:风府、风池、百会、四神聪、印堂;体穴:神门(双)、合谷(双)、太冲(双),以调神开窍、疏肝解郁。1.5寸毫针刺入,要求有重压样针感,得气后,均采用小幅度捻转补法,施术1 min,留针30 min,留针期间每隔10 min行针1次。热敏灸:手持艾条在距离针刺部位皮肤3 cm左右高度先施行回旋灸,再施行雀啄灸,接着沿经络循行往返匀速移动,最后施行温和灸,以患者局部无灼痛感为度。如果出现透热、扩热、传热、局部不热或微热远部热、表面不热或微热深部热、非热觉等灸感反应中的一种或几种,则表示该腧穴已发生热敏化^[2]。每次艾条灸时出现的热敏点不尽相同,找到热敏点后,灸数分钟至数十分钟直至上述诸多热敏现象消失,热感回缩至灸点,浅表皮肤仅有灼热感停灸。热敏灸与针刺结合,每日1次,10次为1个疗程,1个疗程后休息2 d,共治疗4个疗程。

* 基金项目:江西省卫生厅中医药科研计划课题(编号:2012A098)