

疼痛分级降低≥5 分,卡氏评分提高≥20 分。有效:中位生存期位于 15~19.9 个月;或疼痛分级降低 2~4.9 分,卡氏评分提高 10~19.9 分。无效:中位生存期<15 个月;或疼痛分级降低<2 分,卡氏评分提高<10 分。

2.2 治疗结果 治疗组中位生存期为 (16.63±6.35)个月,与对照组的(12.84± 4.55)个月比较有极其显著性意义, $P<0.01$;治疗组疼痛分级降低分,与对照组比较有极其显著性意义, $P<0.01$;治疗组卡氏评分提高分与对照组有极其显著性意义, $P<0.01$ 。治疗组总有效率为 72%,对照组总有效率为 42%,两组比较有极其显著性意义, $P<0.01$ 。见表 1、表 2。

表 1 两组中位生存期、卡氏评分、疼痛分级比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	中位生存期(个月)	卡氏评分提高(分)	疼痛分级降低(分)
治疗组	50	16.63± 6.35*	13.20± 6.32*	2.98± 1.79*
对照组	50	12.84± 4.55	10.16± 5.04	1.84± 1.61
t		5.955	3.217	3.875
P		0.000	0.002	0.000

注:与对照组比较,* $P<0.01$ 。

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	50	10(20.0) [#]	26(52.0) [#]	14(28.0) [*]	36(72.0) [*]
对照组	50	3(6.0)	18(36.0)	29(58.0)	21(42.0)
χ^2		4.332	6.614	-9.180	18.360
P		0.037	0.013	0.002	0.000

注:与对照组比较,* $P<0.05$,[#] $P<0.01$ 。

3 讨论

临床工作证明,肿瘤患者的精神状态与肿瘤发

病、转归有显著相关性。中西医治疗康复方法有很多,以往的研究显示,晚期肿瘤患者经过抗抑郁治疗后患者的免疫功能有明显改善,生存期延长^[1],中医药治疗晚期大肠癌的原则,益气扶正是主要的方法^[2]。晚期肠癌的治疗,以往中医药的研究主要以汤药为主^[3]。

本课题的设计基于以往的研究,采用开郁的心理疗法,利用肿瘤疗效与心理状态呈明显相关性的原理,结合益气清毒的中医理论,在运用常规治疗的同时,对肿瘤患者加用中医的功疗、话疗、花疗、乐疗、群疗等开郁益气清毒法,开其抑郁,舒其忧心,益其正气,清其癌毒,从而提高机体免疫系统的功能,补益人体正气,激活抗癌基因,从而提高机体各系统的功能,保证各脏腑功能的正常运转,以求全面调节身体内环境和平衡,降低肿瘤对人体的危害。开郁疗法是通过开畅心胸,除却郁闷,调节情绪,针对肿瘤的病因病机,益气清毒,从而达到延长晚期肠癌生存期,提高患者最后时期的综合生活质量。本课题研究显示,开郁疗法对晚期大肠癌患者生存期的延长和生活质量的改善有显著性意义。

参考文献

[1]万春,杨晖,樊国云,等.开郁抑瘤法延长晚期胃癌患者生存期的疗效评价[J].实用中西医结合临床,2014,14(2):5-6
[2]孙佳.王瑞平.王瑞平治疗晚期大肠癌的经验[J].江苏中医药,2014,46(2):17-18
[3]吕仙梅,郑坚,朱莹杰,等.中药干预治疗对晚期大肠癌生存期的影响[J].现代肿瘤医学,2012,20(9):1911-1915

(收稿日期:2015-04-20)

电针合并奥氮平治疗精神分裂症激越状态对照研究

陈敏敏 徐洋

(广东省广州市精神病医院 广州 510370)

摘要:目的:观察电针合并奥氮平治疗精神分裂症激越状态临床疗效。方法:将 62 例精神分裂症患者随机分为治疗组与对照组各 31 例,两组均接受奥氮平治疗,治疗组在此基础上加用电针治疗,疗程均为 7 d。分别用精神病阳性症状评定量表(SAPS)中第 23 项对两组患者治疗前后进行评分。结果:两组临床疗效比较,差异有显著性意义($P<0.05$),治疗组疗效较好。通过两组治疗期不同时间减分率比较,提示治疗组起效快,且疗效稳定,两者比较差异有显著性($P<0.01$)。结论:电针合并抗精神病药物奥氮平治疗精神分裂症患者激越状态是一种切实可行的治疗手段,且安全可靠,无明显不良反应。

关键词:精神分裂症;激越状态;电针;奥氮平

中图分类号:R749.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.09.018

精神分裂症的激越状态是精神科的常见急症,患者处于这种状态下,被疾病所控制,极度错乱,不能自理生活,拒食、嘈杂、自伤、毁物、攻击别人及做一些想也想不到的事^[1]。这类患者护理难度很大,对患者自己、工作人员及整个病房的安全都会带来潜

在威胁,大部分的医疗事故,都发生在患者的这种状态下^[2]。快速安全地控制患者的激越状态,关乎降低医疗风险、减少护理量及病房秩序,如何提高对精神疾病激越状态的治疗技术是临床急需解决的问题,但这又是个棘手的问题,部分原因是因为用于控制

激越的抗精神病药副作用一般都很大,起效要较长时间。此外,对不同的患者及病情需选用不同的治疗方案并根据病情进行调整难度大,需要很高的技巧。近年来,我院对部分患者采用电针合谷、内关两个穴位合并抗精神病药奥氮平控制精神病患者的激越状态,取得了较好的疗效,简单方便,副作用较少,为临床治疗精神病患者激越状态提供了一种新的治疗手段。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取 2013 年 2 月~2014 年 8 月在广州市精神病医院住院的精神分裂症患者 62 例。用随机数字表法分为治疗组与对照组各 31 例。治疗组男 18 例,女 13 例;平均年龄(23.3± 7.4)岁;精神病阳性症状评定量表 SAPS 单项评分为(4.02± 0.83)分。对照组男 17 例,女 14 例;平均年龄(25.14± 6.7)岁;精神病阳性症状评定量表单项评分为(3.90± 0.79)分。两组在性别、年龄、病情、精神病阳性症状评定量表单项评分等方面比较均无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)符合 CCMD-4 精神分裂症诊断标准,精神病阳性症状评定量表(SAPS)中第 23 项,攻击和激越行为为中度以上(≥ 3 分)的患者;(2)意识清楚;(3)既往无脑器质性疾病;(4)年龄 < 35 岁;(5)患者及家属均知情并同意^[3]。

1.3 排除标准 (1)有其他严重躯体疾病;(2)2 周内用抗精神病治疗者;(3)既往有精神疾病及严重智力障碍;(4)由精神活性物质和非成瘾物质所致激越者。

1.4 治疗方法

1.4.1 抗精神病药使用 治疗组和对照组均使用抗精神病药物奥氮平,根据患者的病情及承受力,用量为 10~20 mg,口服治疗。

1.4.2 电针方法 治疗组加用电针治疗,每天治疗 1 次,选取同侧合谷、内关穴,次日选对侧,每日轮换,直刺 1 寸,得气后联上一对电极,每次 1 h,电量以患者耐受为限,频率 45 Hz,连续波形。采用 6805-11 型电针机。

1.4.3 观察方法和时间 每天采用 SAPS 中第 23 项对两组患者进行评定。SAPS 激越因子分 1 分或以下评定为激越缓解。以天数为单位,记录两组患者激越状态缓解所需时间。两组患者的治疗和观察时间均为 7 d。

1.5 数据分析 采用 SPSS20.0 统计软件包进行数据分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检

验。 $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗组激越状态缓解 22 例,显效 5 例,进步 2 例,无效 2 例,总有效率为 93.5%。对照组激越状态缓解 12 例,显效 3 例,进步 3 例,无效 13 例,总有效率为 58.1%。两组总有效率差异显著($\chi^2=25.74, P<0.01$),治疗组总有效率显著高于对照组。

2.2 SAPS 单项评分减分率比较 治疗前,治疗组 SAPS 单项评分为(4.02± 0.83)分,对照组 SAPS 单项评分为(3.90± 0.79)分。治疗 2 d 后治疗组和对照组单项评分 SPAS 单项评分分别为(1.03± 0.99)分和(1.93± 1.45)分。两组 SAPS 单项评分治疗前差异不显著,治疗 2 d 后差异开始显著($P<0.01$)。治疗组和对照组治疗 2 d、4 d 和 6 d 后,SAPS 单项评分减分率分别为 74.4%、73.9%、74.3%和 20.7%、49.4%、50.6%。治疗组治疗 3 d 后明显显效(减分率 50%为显效,25%为有效),且疗效稳定,而对照组治疗 5 d 后才有明显疗效,两组比较差异有显著性 ($P<0.01$)。两组患者缓解时间分布比较,见表 1。

表 1 两组在不同治疗天数缓解例数比较(例)								
组别	n	1 d	2 d	3 d	4 d	5 d	6 d	7 d
治疗组	31	0	3	10	6	1	2	0
对照组	31	0	0	1	2	5	1	3

3 讨论

精神分裂症是功能失调性疾病,精神分裂症的激越成因,有学者认为与多个神经递质(去甲肾上腺素、组胺、GABA、5-HT、多巴胺)作用失衡相关,特别是与五羟色胺、内啡肽系统失衡有关^[4]。电针治疗可影响中枢神经介质的传递,调整 5-HT、去甲肾上腺素、环磷酸腺苷、乙酰胆碱代谢过程,对激越治疗产生作用^[5-6]。激越行为属中医“癫狂”范畴中的“狂症”,为实证。治则取泻法:合谷穴为阳明经穴,阳明经为多气多血之经,且手足阳明经均为上行头面,按经脉所过,主治所及之原则,内关为手厥阴心包经,八脉交会穴,宁心安神,治神志病。取此两穴可以泻火醒窍、安神定惊、平衡阴阳。电针泻法刺激两穴一方面可以促进处于病理状态下的机体向阴阳平衡转化,以期恢复到“阴平阳秘”的正常生理状态,达到扶正祛邪、防治疾病的目的。合谷、内关两个穴位是针刺麻醉的经典穴位,且穴位位于手臂,对于激越患者,固定容易。若穴位在头部及躯干,固定起来不容易。本研究治疗组总有效率为 93.5%,与文献报道一致,表明电针合并抗精神病药物奥氮平治疗精神分

裂症患者激越状态是一种切实可行的治疗手段,且安全可靠,无明显不良反应。

参考文献

[1]罗和春,沈渔邨,贾云奎,等.电针治疗 133 例抑郁症患者临床疗效观察[J].中西医结合杂志,1988,8(2):77-81
[2]陈勇明,庞天鉴.激越精神病人的处理[J].中原精神病学杂志,2001,7(3):189
[3]冯秀芹,刘炎革.头皮区电针治疗精神分裂症幻听 34 例临床疗效

观察[J].北京中医,1994,13(2):36-37
[4]叶银珍,王坚,罗维肖.泻法电针加穴位注射治疗急性激越行为的疗效观察[J].四川精神卫生,2000,13(3):205-206
[5]Hankin CS,Bronstone A,Koran LM.Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment[J].J Psychiatr Pract,2011,17(3):170-185
[6]Mavrogiorgou P,Brũ ne M,Juckel G.The management of psychiatric emergencies[J].Dtsch Arztebl Int,2011,108(13):222-230
(收稿日期: 2015-04-21)

自拟平痤汤治疗痤疮的临床研究

刘秀琴 郭信

(河南省黄河三门峡医院 三门峡 472000)

摘要:目的:观察自拟平痤汤治疗痤疮的临床疗效。方法:选取在我院门诊治疗的痤疮患者 80 例,随机分为治疗组(40 例)和对照组(40 例),治疗组给予自拟平痤汤口服,200 ml/次,2 次/d;对照组给予美满霉素,2 次/d,50 mg/次,同时外搽阿达帕林凝胶,1 次/晚,0.1 g/次,30 d 为 1 个疗程,分别于治疗前后统计患者症状积分,计算治疗总有效率。结果:治疗组总有效率高于对照组, $P<0.05$,有显著性差异;治疗组皮损消退率高于对照组, $P<0.05$,有显著性差异。结论:自拟平痤汤治疗痤疮具有较好的疗效。
关键词:痤疮;平痤汤;临床疗效
中图分类号:R758.733 **文献标识码:**B **doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2015.09.019

痤疮是皮肤科最常见的一种毛囊皮脂腺慢性炎症性疾病,多发于青少年,男性多于女性,以粉刺、丘疹、结节、脓疱为主要特征,好发部位为颜面及胸背部。目前认为痤疮的发病机制主要与脂质分泌过多、毛囊皮脂腺导管堵塞、细菌感染、炎症反应以及外用化妆品使用不当等诸多因素密切相关。目前西医治疗主要以维甲酸类药物、抗生素、皮质类固醇激素、性激素或者维生素类药物为主,虽然取得了一定疗效,但存在副作用多、容易反复等局限。相对而言,中医治疗痤疮的手段更加丰富,中医认为,本病主要与内热炽盛、外受风邪有关。临床上一分为阴虚内热、肺胃湿热、瘀热痰结和冲任不调 4 个证型。治疗方面通过调节脏腑功能,疏通经络气血,从而达到标本兼治,减轻副作用,减少复发。我院采用自拟平痤汤治疗痤疮取得了一定的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 4 月~2014 年 4 月在我院门诊治疗的符合痤疮诊断标准、纳入标准的患者 80 例作为研究对象,其中男 48 例,女 32 例;年龄 15~32 岁,平均年龄(23.96± 9.81)岁;病程 0.5~5 年,平均病程 3 年。随机分为治疗组(40 例)和对照组(40 例),治疗组男 25 例,女 17 例,平均年龄(24.53± 8.62)岁;对照组男 23 例,女 15 例,平均年龄(23.38± 8.43)岁。两组患者年龄、性别、皮损程度等比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。
1.2 研究方法 治疗组给予我院自拟平痤汤口服,

处方为白花蛇舌草 30 g、连翘 10 g、夏枯草 15 g、益母草 30 g、黄芩 10 g、白蒺藜 30 g,肺热炽盛者加用生石膏 30 g、浙贝 10 g;肝火偏盛者加用茵陈 30 g、虎杖 15 g;瘀血内阻者加用丹参 30 g、山楂 30 g;便秘者加用桃仁 10 g、大黄 10 g。使用本院煎药机,每付煎成 400 ml,并使用真空塑料袋分装为 200 ml/袋,早晚各服 1 袋。对照组口服美满霉素,2 次/d,50 mg/次,同时外搽阿达帕林凝胶,1 次/晚,0.1 g/次,30 d 为 1 个疗程。分别于治疗前及治疗后观察患者皮疹数量及消退情况,计算症状积分及皮损积分情况。在治疗期间注意控制饮食,避免进食生冷刺激油腻饮食,忌用手挤压或滥用化妆品。
1.3 统计学分析 采用 SPSS17.0 分析软件进行统计学分析。计数资料采用 χ^2 检验;计量资料采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有显著性; $P>0.05$ 为差异无显著性。
2 疗效观察
2.1 临床疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制定。通过统计治疗前后症状积分,采用尼莫地平法计算疗效指数。疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]× 100%。临床痊愈:皮损消退,或仅遗留少许色素沉着,症状消失,疗效指数减少≥95%;显效:皮损大部分消退,症状明显减轻,疗效指数减少≥70%;有效:皮损部分消退,症状改善,疗效指数减少≥50%;无效:皮损消退不明显,或临床症状反见恶化,疗效指数减少<50%。