水平下降 50%以上为明显降低, 下降幅度 20%~50%为中度降低, 下降幅度在 20%以下为轻度降低。

1.5 统计学方法 本研究所有数据均采用 SPSS19.0 统计软件进行数据统计, 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 计数资料采用%表示, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的近期治疗效果比较 观察组总有效率为 93.10%, 对照组总有效率为 65.52%, 两组总有效率比较有显著差异 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的近期治疗效果比较

组别	n	CR(例)	PR(例)	SD(例)	PD(例)	总有效率(%)
观察组	29	14	13	2	0	93.10*
对照组	29	12	7	6	4	65.52

注:与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者的血清 AFP 水平比较 观察组的血清 AFP 水平下降率为 86.21%, 对照组血清 AFP 水平下降率为 58.62%, 两组组间比较有显著差异 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的血清 AFP 水平比较

组别	n	明显降低(例)	中度降低(例)	轻度降低(例)	升高(例)	下降率(%)
观察组	29	8	11	6	4	86.21*
对照组	29	5	8	4	12	58.62

注:与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者的不良反应发生率比较 观察组中, 发生恶心、呕吐、食欲减退、轻度肝功能下降等不良反应共 2 例, 不良反应发生率为 6.90%; 对照组中, 发生上述不良反应症状共 3 例, 不良反应发生率

为 10.34%。经统计学分析, 两组组间比较无明显差异 ($P > 0.05$)。

3 讨论

综合治疗是中晚期肝癌的首选治疗方案, 单纯化疗栓塞或热疗均具有一定的局限性。介入热化疗栓塞术在中晚期肝癌治疗中的优越性主要体现在以下几方面: 首先, 介入热化疗栓塞术可促进供血微血管扩张, 增加肿瘤填充区域的紧密度, 提高机体细胞的免疫功能, 加速免疫细胞活性因子与细胞因子的合成。其次, 介入热化疗栓塞术可增加癌细胞膜的流动性, 增加细胞对药物的吸收速度和药物浓度, 从而获得较好的治疗效果。最后, 介入热化疗栓塞术可降低肿瘤耐药性发生率, 提高化疗的安全性和可靠性。

观察组总有效率、血清 AFP 水平下降率均高于对照组 ($P < 0.05$)。与相关研究结果相符^[1], 从结果中可以看出, 在中晚期肝癌的临床治疗中, 介入热化疗栓塞术的治疗效果更佳, 可改善患者的生活质量。综上所述, 介入热化疗栓塞术治疗中晚期肝癌的临床效果较为显著, 可改善患者近期的疾病症状, 具有安全性和有效性, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1]张贵军,孙勤学,龚夏珍,等.介入热化疗栓塞术治疗中晚期肝癌的临床应用分析[J].医学影像学杂志,2014,24(4):656-658
- [2]王保信,武振明,张锐,等.联合应用雷替曲塞及表柔比星经动脉化疗栓塞术治疗中晚期原发性肝癌的临床观察[J].临床肝胆病杂志,2015,31(5):725-728
- [3]韩克起,谢国群,陈洁,等.中药联合经动脉化疗栓塞术治疗中晚期肝癌临床疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2013,21(2):57-60

(收稿日期: 2015-08-14)

三联疗法治疗癔病性失声症临床研究

任应化

(河南省固始县中医院 固始 465200)

摘要:目的:观察三联疗法治疗癔病性失声症的临床疗效。方法:将 31 例癔病性失声症患者随机分为治疗组和对照组,治疗组采用暗示疗法,针刺廉泉穴及双侧合谷穴、内关穴和口服甘麦大枣汤合逍遥散加味治疗;对照组给予暗示治疗后口服多虑平和谷维素。结果:治疗组 21 例全部治愈,总有效率 100%,明显优于对照组的 60%,两组比较,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:三联疗法是治疗癔病性失声症的有效方法。

关键词: 癔病性失声症;暗示疗法;针刺;甘麦大枣汤合逍遥散加味

中图分类号: R749.73

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.12.030

癔病性失声症, 又称功能性失声症、精神性失声症等。中医学称之为“肝郁失音”, 属“郁证”范畴。本病多见于青壮年女性, 是癔病的喉部表现, 常发生在剧烈精神心理创伤以后, 表现为突然的发音障碍, 但无器质性疾病。笔者近年来采用三联疗法治疗癔病性失声症, 临床疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 1 月~2014 年 6 月我院耳鼻喉科门诊收治的 31 例癔病性失声症患者, 其中女 29 例, 男 2 例, 年龄 17~59 岁, 平均年龄 (35.32 ± 2.49) 岁, 病程 1~76 d, 平均病程 (6.0 ± 1.5) d。随机分为治疗组 21 例, 其中女 20 例, 男 1 例; 对

照组 10 例,女 9 例,男 1 例。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准 参照田勇泉等《耳鼻咽喉头颈外科学》^[1]及汪吉宝等《实用耳鼻咽喉头颈外科学》^[2]制定:(1)突然起病,有精神刺激史;(2)不能发音或只能发“嘘嘘”耳语声,无呼吸困难及咽喉部疼痛;(3)喉镜检查:双侧声带色泽形态正常,闭合受限呈轻度外展位,但咳嗽、发笑时声带闭合正常,发声时触诊甲状软骨板无声震动感;(4)无器质性病变;(5)伴见表情缄默、悲伤欲哭或烦躁易怒等精神症状。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 (1)暗示疗法:不表面麻醉,直接用压舌板或喉镜故意刺激患者咽壁造成患者不适,暗示其马上就能治愈,同时鼓励患者跟着医生学发“衣”音,随后大声读 1、2、3……等数字及简单词语,重复多次,大部分患者都能立即恢复正常发声;(2)针刺疗法:先针刺廉泉,向舌根方向斜刺 1.5 寸,采用强刺激泻法,留针 3 min,边运针边引导患者多说话,然后针刺双侧合谷、内关,直刺 1.5 寸,用捻转泻法强刺激,留针 15 min。1 次/d,连续治疗 3 d;(3)中药治疗:选用甘麦大枣汤合逍遥散加味(方药组成:炙甘草 12 g,浮小麦 30 g,大枣 6 枚,当归 9 g,白芍 12 g,柴胡 12 g,茯苓 9 g,薄荷 6 g,石菖蒲 9 g,香附 9 g,苏梗 9 g,生姜 3 片。随证加减:肝郁化火、咽干口苦、烦躁易怒者加丹皮、栀子;气短懒言、困倦乏力者加党参、黄芪;心脾血虚、健忘多梦、面色无华者加柏子仁、酸枣仁、熟地黄;胸闷痰多者加半夏、全瓜蒌),1 剂/d,水煎分 2 次温服,连服 5 d。

1.3.2 对照组 首先使用上述暗示疗法,后口服盐酸多虑平片 25 mg,谷维素片 20 mg, tid,连服 5 d。

1.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计学软件进行分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 疗效观察

2.1 疗效评定 治愈:语声正常,声门闭合完全,精神症状消失;好转:语声短暂恢复后又复失音,声门闭合仍有裂隙,伴随症状减轻;无效:持续失声,声带呈轻外展位,伴随症状持续或加重。

2.2 治疗结果 对照组治愈 6 例,治愈率 60%(未治愈的 4 例患者后采用“三联疗法”最终痊愈);治疗组 21 例全部治愈,治愈率 100%。治疗组的治愈率明显优于对照组, $P<0.05$ 。

3 讨论

癔病性失声症,临床并不少见,西医学认为其是

癔病在喉部的表现形式,是由于强烈的精神心理创伤导致大脑皮层的超限抑制,使喉部肌肉失去中枢神经的控制而导致失音。此类病人多伴体弱、神经质、心胸狭窄、多疑等,表现为精神心理创伤后突然的发音不能。中医学名之“肝郁失音”,属“郁证”范畴,早在《黄帝内经》中已有“瘖”的记载,并有“暴瘖”、“卒瘖”的病名。《景岳全书·卷 28》也有记载:“足厥阴之脉从肋上循喉咙,络舌本;手少阴心经上走喉咙,系舌本,故有肝主舌,心主言之说”,“惊恐愤郁卒然致瘖者,肝之病也。”笔者认为其病因是情志所伤,气机不调;病位在肝,与心脾相关^[3]。其病机为暴怒伤肝,情志不舒致肝气郁结或思虑伤心、心肝失养致肝失疏泄,声门开合不利而发病。

治疗本病最常用的是暗示疗法,方法多样,都是为了分散患者注意力,纠正大脑皮层的过度抑制,恢复其正常生理功能。虽多能迅速起效,但单用此法,有的患者易短期内再次发病。为了巩固疗效,笔者在临床上常常加用针药,以调理脏腑功能,防止复发。廉泉穴位于颈前正中舌骨上缘凹陷处,为阴维、任脉之会,能利喉舒舌,主治暴瘖;内关穴位于前臂掌侧正中腕横纹上二寸,为手厥阴心包经络穴,有宽胸醒脑,宁心安神之功;合谷穴位于手背,第二掌骨中点拇指侧,“面口合谷收”故本穴可以治疗言语不利之症。上述诸穴,取穴准确,操作方便,疗效满意。针刺用强刺激泻法能够兴奋大脑皮层,恢复中枢神经对喉肌的控制而失声得愈。因本病属肝郁所致,遵《素问·藏气法时论》中的“肝苦急,急时甘以缓之”和《证治汇补·郁证》中的“郁病,皆因气不周流,法当顺气为先”,选用甘麦大枣汤合逍遥散加味。甘麦大枣汤出自《金匮要略》,功能养心安神、和中缓急;逍遥散源自《太平惠民和剂局方》,有疏肝健脾、理气养血之功。两方合用使肝郁得解,心血得养,脾运得健^[4-5],再加香附、石菖蒲、苏梗等理气解郁,化痰开窍^[6],则失音自愈,诸症皆除。

癔病性失声症虽属暂时性的发声障碍,但亦有长期不愈的病例,本组有 1 例患者失音 2 个多月,多方治疗无效,严重影响患者及家人的日常生活和工作,日渐消瘦,竟卧床不起,后经笔者采用上述三联疗法治愈。据笔者观察,多数患者在精神创伤后的次日清晨起床后,发现不能说话,患者和家属都非常焦虑和紧张。在诊断该病时,除了结合精神创伤史及症状外,还务必详查喉部,排除喉炎、声带麻痹、喉肌弱症及肿瘤等器质性疾病。治疗上宜联用暗示、针刺和中药等多种治疗方法,以调理脏腑功能才能收到更满意的疗效。诊治患者时应认真负责,(下转第 62 页)

发症。本例究其病机乃风热之邪与内在水饮相合，饮热交阻，壅塞于肺，故上气咳喘，胸满气促，两目肿胀如脱；浮脉主表，亦主在上，滑脉主热，风热夹饮上逆，故脉浮滑有力。《金匱要略》云：“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈。”又云“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉大浮者，越婢加半夏汤主之。”王克穷主任医师指出：“其人喘，目如脱状”为辨证要点，形象的描述了肺气胀满，气壅于上，两目胀突的症状。本方麻黄用量大，配加石膏，意在于既可清热除烦化饮，又能防麻黄发散太过。纵观全方，以麻黄宣肺平喘，石膏清泻肺热，二者相配，辛凉清解、宣降肺气；生姜、半夏散饮降逆；甘草、大枣安中补脾。诸药合用，热邪得散，水饮得除，诸症悉除。

3 大柴胡汤治疗胰腺癌肝转移引发的黄疸

3.1 临床资料 冯某，女，69 岁。2015 年 3 月 21 日初诊。患者于 2015 年 3 月月初进食后出现上腹部持续疼痛，伴后背部及肩部放射痛，伴恶心、呕吐、呃逆、反酸，呕吐为胃内容物，3 月 10 日查腹部 CT 提示，胰头癌并肝多发转移。当时诊断为胰腺癌肝转移。2015 年 3 月 15 日出现目睛黄染，并进行性加重。2015 年 3 月 20 日查肝功能：谷丙转氨酶 121.1 U/L，谷草转氨酶 96 U/L，总胆红素 50.9 μmol/L，结合胆红素 47.7 μmol/L。刻下症见：目睛黄染，小便黄，肤黄不甚，右胁隐痛，胃脘胀痛，乏力，纳差，反酸，精神较差，大便秘结多日未行，舌淡红苔薄白腻，脉沉细。腹诊：腹力偏强，心下胃脘处按之则痛，右侧胸胁苦满。证属少阳阳明合病，治以和解少阳、内泻热结。方用大柴胡汤，处方：柴胡 125 g，大黄 30 g，

枳实 55 g，黄芩 45 g，生半夏 65 g，炒白芍 250 g，大枣 12 枚，炙甘草 60 g，生姜 75 g，2 剂，上药以水 4 500 ml，煎煮至 1 000 ml，去滓再煎至 500 ml，分温 3 服。2015 年 3 月 24 日二诊：复查肝功能提示：谷丙转氨酶 30 U/L，谷草转氨酶 30.8 U/L，总胆红素 12 μmol/L，结合胆红素 8.2 μmol/L，理化指标基本正常，目睛黄染及小便黄明显改善，心下胃脘处胀痛有所改善，原方有效，守方再进。2015 年 3 月 28 日三诊：目睛黄染及小便黄显著改善，稍感肝区隐痛不适，易大柴胡汤为小柴胡汤巩固治疗。目前患者病情稳定，定期随访中。

3.2 讨论 胰腺癌肝转移引发黄疸乃湿热疫毒、癌瘤继发于肝，而致肝气郁滞，疏泄不利，进而导致胆汁疏泄失常，胆液不循常道，外溢肌表，下注膀胱，而发为目黄、肤黄、小便黄。临证往往病症错杂，有时很难辨阴黄还是阳黄。王克穷主任医师指出：此时就需要观其脉证，知犯何逆，随证治之，有是证用是方，方能发挥中医之优势。《伤寒论》云：“按之心下满痛者，此为实也，当下之，宜大柴胡汤。”从本例看，患者出现右胁隐痛、心下胃脘部满痛、反酸，并有大便秘结之症状，说明少阳未解，并入阳明，有热结成实之象，治以和解少阳、内泻热结。综观全方，方中柴胡、黄芩和解少阳；大黄、枳实泻下热结里实，行气导滞；半夏、生姜和胃降逆止呕；大枣甘缓和中；芍药缓急止痛。诸药合用，共奏和解少阳、通下阳明里实之功。全方标本兼治，疏解通下共用，可收良效。

参考文献

[1]尹艳芬,周晋华.阿片类药物所致便秘的中西医治疗研究进展[J].光明中医,2014,29(10):2248-2251

(收稿日期: 2015-08-05)

(上接第 59 页)检查仔细周到,以取得患者的信任与配合,加强心理疏导,用通俗易懂的语言向患者解释本病原因,说明本病能迅速治愈,消除患者的思想压力,抚平心理创伤,使其树立治愈疾病的信心。异常的精神情志是影响人体健康和导致疾病发生的重要因素^[7-8],因此,精神情志的调摄对人体的健康状况有很大影响^[9]。由于癌病性失声症患者常有内向多疑、神经质等倾向,多继发于精神创伤,建议患者多参加一些适合自己的娱乐活动,保持心情舒畅,了解自己的性格倾向,增强自我调节能力,学会处理各种不愉快事情的方法,培养开朗乐观、心胸宽阔的性格。家属也应理解配合,给患者一个轻松愉悦和谐的生活环境,避免精神再度刺激。

参考文献

[1]田勇泉,韩东一,迟放鲁,等.耳鼻咽喉头颈外科学[M].第 8 版.北京:

人民卫生出版社,2013.211

[2]黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,1998.494-495

[3]张爱萍.甘麦大枣汤合逍遥散加味治疗乳腺癌伴抑郁症临床研究[J].中医学报,2011,26(8):910-911

[4]庞志英.甘麦大枣汤加减治疗脏躁 32 例[J].河南中医,2010,30(2):129

[5]甯春芳,贺登峰,张华军.甘麦大枣汤合逍遥散治疗脏躁验案 1 例[J].河北中医,2007,29(4):329

[6]任应化.加味越鞠丸治疗咽异感症 50 例[J].中医研究,2010,23(6):52-53

[7]许前磊,栗彦芳,蒋士卿.浅论“治未病”理论在现代医学中的应用及存在的问题[J].中医学报,2010,25(1):74-76

[8]陆秀兰.形神观与未病前病态辨识[J].中医药学刊,2004,22(5):944-945

[9]李荣堂.情志干预对慢性肾功能不全患者焦虑和抑郁程度影响[J].中医学报,2014,29(2):278-279

(收稿日期: 2015-09-11)