DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.02.038

后比 T/D 0.17±0.31为佳[3]。Podrid 指出[4]，心功能不全时，由于前、后负荷增加，心室腔扩大和室壁应力升高，心肌氧耗量也增加。另外心肌受损后发生心肌纤维化，因而改变了心肌的电生理特性，由于心肌细胞纤维牵拉，可以缩短动作电位2、3位相，心肌细胞膜不应期短，4期除极增强，自律性升高，易诱发室性心律失常，所以证明心脏构形改变是参与室性心律失常发生的重要因素之一。

3.2 *左室功能不良对室性心律失常发生的影响*

左室功能不良与室性心律失常发生的关系日益受到重视[1,3,4]。本文 CVA 和 NCVA 组，二者比较，EF 和 FS 二组差别显著，心功能Ⅳ级者二组有显著差别，CO 二组无差别，本组心功能主要为收缩功能的改变，衡量左室收缩功能，常用指标 EF 和 FS，有的作者认为 EF 比左室舒张末压更为敏感，在左心尚未扩大时，EF 值已有中度下降，表明在慢性心肌缺血时，心肌收缩不协调，左室收缩能力减弱，EF 和 FS 值减低更为明显。Cohn 认为 EF 值下降伴随有心室收缩末期容量增大，心脏后负荷和室壁应力增加，使心室腔进一步扩张和肥厚，影响心肌电生理特性，而诱发室性心律失常。据 Branderburg 报告81例室性心律失常的病人，按 Lown 分组分为二组，一组（Ⅲ～Ⅴ级，EF＜0.4，另一组0～Ⅰ级，EF＞0.4），前者易发生心性猝死，认为 EF＋室早级数二项指标可以作为预测病情预后的指标，所以心功能不全与室性心律失常二者有互为因果的关系。故我们认为在治疗心衰过程中要密切监护伴随室性心律失常的发生，并予及时处理，以降低心衰死亡率。

关键词 心律失常；心功能不全

中图法分类号 R541.7

参考文献

1 Bigger JT, Schuster EH, Bulkley BH. The relationships among ventricular arrhythmias, left ventriular dysfunction, and mortality in 2 years after myocardial infarction. Cirulation,1984;69:250

2 Kopecky SI, Gersh BJ. Dilated Cardiomyopathy and myocarditis: natural history etiology, clinical manifestation and management. Current Probl Cardiol,1987;7:583～586

3 Benjamin I, Fleiss JL, Kleijer R et al. Cardiac hyertrophy in idiopathic dilated cardiomyopathy. A Clinicopathologic Study Ciralation,1981;64:442

4 Podrid PJ, Fogel RI, Fuchs TT. Ventricular arrhythmia in Congestive failure. AM J Cardiol,1992;69(18):82G

（收稿:1995-01-04;修回:1995-03-23）

针刺加服药物治疗癫痫100例

Treatment of 100 cases of epilepsy with acupuncture plus drugs

徐 明 （第三军医大学新桥医院针灸科）630037
徐长城 （河北省廊坊市52809部队门诊部）102800

癫痫是临床常见病。1989年6月至1994年6月我们采用体针、耳穴贴压或运用 DCL－3型多功能肿瘤探诊仪进行耳穴电刺激，并且口服中西药，治疗癫痫100例，疗效满意，现报导如下。

1 临床资料

癫痫患者100例，男60例，女40例。年龄最小者3个月2例，1周岁3例，7～15岁51例，16～19岁12例，20～40岁30例，年龄最大者69岁2例。随机分为三组。Ⅰ组38例，Ⅱ组40例，Ⅲ组22例。各组的癫痫类型及其例数见下表。

附表 100例癫痫患者按组分类例数

组别	总例数	婴儿痉挛症	大发作	局限性发作	失神小发作	精神运动性发作
Ⅰ组	38	1	12	11	8	6
Ⅱ组	40	1	10	10	10	9
Ⅲ组	22	1	11	8	1	1
总计	100	3	33	29	19	16

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2 治疗方法

2.1 Ⅰ组

体针、耳穴贴压加服癫痫宁Ⅰ号(系由苯妥英钠、苯巴比妥、谷维素等装入胶囊而成)治疗:

(1)体针:选用百会、丰隆、立静(位于哑门与风池连线中点下一寸二分至一寸五分)。每日针刺一次,留针30 min,小儿不留针。10次为一疗程,休息7 d,再行第二疗程,3疗程后停针,改为耳穴贴压。癫痫发作时速刺人中、后溪(双),施泻法。神志不清刺人中、合谷、足三里,平补平泻。

(2)耳穴贴压:选用心、脾、肝、肾、神门、皮质下。左右耳穴交替贴压,5日一换,连续4周,后停压穴,只服药。

(3)口服癫痫宁Ⅰ号,成人每次服1粒,日服3次,小儿根据年龄酌减。

2.2 Ⅱ组

体针、耳穴贴压和服药同Ⅰ组,再加服癫痫宁Ⅱ号(系由中药全蝎、朱砂等配制装入胶囊而成。癫痫宁Ⅱ号成人每次服1粒,日服3次,小儿酌减。

2.3 Ⅲ组

体针、耳穴同Ⅰ组并换癫痫宁Ⅰ号为Ⅱ号,改耳穴贴压为耳穴电刺激。

耳穴电刺激治疗时每次选2～3个耳穴,先用DCL－3型多功能肿瘤探诊仪检测定准所选之穴,并以龙胆紫水点作标记,再将探诊仪电极插头插入治疗插孔,令患者将手握极握紧。医者用右手将探棒头端对准标记略施按压,左手将电源开关自上而下缓慢调节,电流量调至患者耳部出现可以忍耐的麻感或刺痛感,两耳交替,每穴刺激5 min,每天治疗一次,10次为一疗程,间隔1周,再行第二疗程,连续治疗3～4疗程后,停止电刺激,只服癫痫宁Ⅱ号。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

治疗后一年内未复发者为疗效显著;发作次数明显减少,发作症状减轻,发作时间缩短为好转;治疗后病情无明显变化,发作次数如故,为无效。

3.2 治疗效果

Ⅰ组,疗效显著32例(84.21%),好转4例(10.53%),无效2例(5.26%)。Ⅱ组40例全部疗效显著。Ⅲ组,疗效显著21例(95.45%),无效1例(4.55%)。从治疗结果来看,Ⅱ组、Ⅲ组的疗效显著率均高于Ⅰ组。Ⅰ组与Ⅱ组比较,经统计学处理 $\chi^2=6.842$, $P<0.01$,二者相差非常显著。Ⅰ组发作控制时间最短7 d,最长半年,癫痫发作控制平均时间19.81 d,Ⅱ组发作控制最短2 d,最长15 d,癫痫发作控制平均7.13 d。Ⅲ组资料不全,发作控制时间未统计。

4 典型病例

许某,男,1周岁。反复发作性点头7个月。患儿于出生后5个月发现突然短促、连续点头动作,每次发作约数十秒,一日发作数次或数十次不等。伴见口唇青紫,面色苍白,出汗。经某医学院神经科检查脑电图后,诊断为"婴儿痉挛症",服用安定等药疗效不佳。查体:发育正常,营养一般,神志清楚,表情淡漠,反应较迟钝,检查欠合作。头颅无畸形。肱二头肌腱、膝腱反射正常存在,巴彬斯基氏征、克尼格氏征均未引出。发作时脑电图呈高峰节律紊乱、多棘波、慢波。诊断:婴儿痉挛症。治疗:按Ⅱ组综合方法治疗,。口服癫痫宁Ⅰ、Ⅱ号,每次服成人量的1/6,日服3次。2 d后痉挛未再发作,又经4周巩固治疗,嘱继续服药半年至1年,一年后随访未见复发。

5 讨论

癫痫是由于大脑神经元群暂时性过度放电所引起的一种发作性脑功能紊乱综合征。既往临床多用苯妥英钠治疗,我们以此为主制成癫痫宁Ⅰ号。临床应用疗效较好,但控制癫痫经过时间长。癫痫宁Ⅱ号是根据祖国医学理论,豁痰开窍,安神,熄风的治则,以全蝎朱砂为主药制成。朱砂有毒,其主要成份为硫化汞,每日用量0.3～0.5 g,内服不宜过量,也不可持续服用,以免引起慢性汞中毒。但由于癫痫患者必须长期服药,为了慎重起见,我们用量较小,并视病情间断服癫痫宁Ⅱ号,Ⅱ号每粒含朱砂0.1 g,另加赤小豆0.15 g以预防汞中毒[1]。本组患者从临床观察看尚未发现明显的副作用。

通过100例癫痫患者的疗效观察,发现癫痫宁Ⅰ号,对大发作和局限性发作效果好,对失神小发作和精神运动性发作效果次之;癫痫宁Ⅱ号对大发作、局限性发作、失神小发作和精神运动性发作,均有较好的控制作用,较Ⅰ号作用快,二药合用则疗效更显著。为了巩固疗效,无论用癫痫宁Ⅰ号或Ⅱ号,都应至少服药一年,癫痫发作被控制后,可根据临床或脑电图随访情况适当减药,然后逐渐停药。

祖国医学认为,风阳痰浊蒙闭心窍,流窜经络是造成癫痫发作的基本病理因素[2]。督脉为诸阳经之海[3],百会系督脉之穴,为诸阳之会,针刺该穴,可以平肝熄风,开窍宁神,发作得以缓解。加刺丰隆,调理脾胃,豁痰化浊。辅以立静穴镇静安神。上述三穴组方合理,故能取得较好的疗效。

Ⅰ、Ⅱ组比较相差非常显著,说明二者在针刺、耳穴贴压的相同治疗下,加服中、西药,其疗效比只加用西药为好。这一经验可供同仁参考。本组100例患者的总有效率为97%,略高于王氏[4](85.62%)。

关键词 癫痫;针刺;耳穴贴压;药物

中图法分类号 R742.1

参考文献

1 杨芬明,曾利纯,编著.实用毒性中药学.北京:科学技术文献

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

出版社，1992：131～134
2 张伯臾，董建华，周仲英等. 中医内科学. 上海：上海科学技术出版社，1989：129
3 黑龙江省祖国医药研究所校释. 针灸大成校释. 北京：人民卫生出版社，1990：968
4 王继真. 穴位埋线加服小剂量抗癫痫药治疗癫痫626例. 中国针灸，1989；9(1)：6

(收稿：1995-02-06；修回：1995-03-23)

肝硬化 RAAS 代谢变化与肾功能关系的研究

The relationship between RAAS metabolism and renal function in hepatocirrhosis

陈文生　周子成　刘为纹　(第三军医大学西南医院消化科) 630038

本研究旨在探讨肝硬化患者血浆肾素－血管紧张素－醛固酮系统(Renin－Angiotensin－Aldosterone System，RAAS)的代谢变化，及其与肾有效血浆流量(ERPF)、肌酐清除率(Ccr)和肾钠潴留的关系，为肝硬化腹水发生机理及临床治疗提供理论依据。

1 材料与方法

1.1 研究对象

选择临床确诊的肝炎后肝硬化近期无并发症患者44例，根据临床体征及肝功能减退程度分为：(1)肝硬化失代偿组(DC)27例，均有腹水，男19例，女8例，年龄44.7岁(21～67岁)；(2)肝硬化代偿组(CC)17例，均无腹水，男15例，女2例，年龄44.0岁(29～65岁)；(3)健康对照组(NC)16例，年龄48.0岁(22～74岁)。

受试者在实验前5天停用一切影响水盐代谢及血管活性药物，包括利尿剂、皮质激素、非甾类抗炎药等，进食低盐饮食。

1.2 检测指标

1.2.1 血浆肾素活性(PRA)、血管紧张素Ⅰ(AⅠ)、醛固酮(ALD)：均采用放免法测定。药盒由北方免疫试剂研究所提供。

1.2.2 ERPF：按 Tauxe 等[1]的方法，采用指数曲线拟合公式计算。

指数曲线拟合公式 $=F_{max}[1-e^{-\alpha(V-Vlag)}]$

$F_{max}=1126.20$　$\alpha=0.0080$　$Vlag=7.8$　V＝注入计数/血浆计数

1.2.3 Ccr 及24 h 尿钠定量(UNaV/24 h)：按本院常规方法测定。

2 结果

2.1 肾功能指标检测结果(见表1)

表1 肝硬化患者及对照组 ERPF、Ccr、UNaV/24 h 测定结果

	DC 组($n=27$)	CC 组($n=17$)	NC 组($n=16$)
ERPF(ml/min)	328.304±97.410※△	407.166±89.325	421.626±142.157
Ccr(ml/min)	51.992±18.297※△	91.576±10.871※	102.162±8.194
UNaV(mmol/24 h)	53.556±40.850※△	124.324±67.859	138.556±58.086

※：$P<0.01$，与 NC 组比较；△：$P<0.01$，与 CC 组比较

表1显示：DC 组 ERPF、Ccr、UNaV/24 h 低于 CC 组及 NC 组，差异均非常显著($P<0.01$)；CC 组 Ccr 低于 NC 组，差异亦非常显著($P<0.01$)，但 ERPF、UNaV/24 h 在二组间无显著性差异($P>0.05$)。说明肝硬化失代偿患者ERPF、Ccr、UNaV/24 h 均明显下降。

2.2 血浆 RAAS 测定结果(见表2)

表2 肝硬化患者及对照组 RAAS 测定结果

	DC 组($n=27$)	CC 组($n=17$)	NC 组($n=16$)
PRA(ng/ml·h)	1.545±1.859※△	0.339±0.428	0.299±0.252
AⅠ(pg/ml)	145.688±107.395※△	44.991±25.903	54.353±33.813
ALD(pg/ml)	198.151±137.035	114.861±53.772	150.701±65.400

※：$P<0.01$，与 NC 组比较；△：$P<0.01$，与 CC 组比较

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net