

元胡。在服中药的同时，内服乙烯雌酚1mg，一日三次。

治疗结果 痊愈(症状、体征消失)99例(83.6%)；好转(乳房胀痛减轻、硬块软而缩小)13例(11%)；无效(原有症状不变)6例(5%)。

典型病例 洋××，男，28岁，药剂师。双侧乳房增大，胀痛三个月。西医治疗无效后来诊，检查：双乳房增大如鸡卵，中等硬度，不活动，压痛。舌红、苔白、脉紫，经用上述方剂，水煎服，一日一剂，共服15剂，并配合乙烯雌酚治疗，自觉症状明显好转，肿胀消失，硬块缩小，又继续服至19剂，硬块完全消失，乳房形状恢复正常，三年后随访未复发。

体会 中医学认为本病是由于肝郁气滞血瘀，阻滞足厥阴肝经脉络所致，故用柴胡、白芍、香附，以疏肝理气。而以白术、云苓健脾以助肝经气机通达；同时又根据中医学气行则血行，气滞则血瘀之理，以丹参、鸡血藤活血化瘀。对肿胀疼，取元胡理气止痛，并通过引经活血药王不留行的作用，配合使用，共奏疏肝理气活血止痛之功效。我们体会，早期用中西药结合治疗效果最好，尤其早期者，配合乙烯雌酚内服，更能促进疾病痊愈。

中西医结合治疗乳房囊性增生病 130例疗效分析

上海市金山县人民医院外科

金庆丰 秦剑翀

我院自1972年1月至1983年12月，采用中西医结合治疗乳房囊性增生病130例，效果满意，报告如下。

临床资料 本组130例，年龄16~52岁，平均34.5岁，其中31~40岁74例，占56.9%；已婚86例，占66.2%；治疗前月经基本正常103例(79.2%)；病程5天至10+年不等，以3个月至1年为最多，达83例(63.8%)；130例中，有乳房疼痛者97例(74.6%)，经前或经期疼痛加剧73例，占有乳房疼痛97例的75.3%。肿块的活动度均较大，与皮肤及胸大肌无粘连。本组130例经活组织检查证实58例(44.6%)，其余72例(55.4%)则根据病史和体征作出诊断。

分型与治疗 我们根据患者的临床表现，将本病分为三型，并按分型辨证给方药

1. 肿块无痛型：乳房肿块无痛，患者多疑为癌肿

而就诊，行活组织检查，报告为乳房小叶增生。治则：健脾行气活血，软坚散结。处方：当归10g 甘草10g 穿山甲20g 皂刺10g 乳香6g 莪术6g 茯苓10~15g。

2. 肿块常痛型：乳房肿块常有疼痛，一般较轻，与月经无关，肿块的结节感不明显。治则：活血散瘀，消结止痛。处方：穿山甲15g 皂刺10g 三棱6g 没药6g 枳壳10g 玄胡索10g 王不留行10g 甘草15g 生地15g 茯苓15g。

3. 经行块痛型：乳房肿块疼痛，经前或经期加剧。亦可平时无痛，而在经前或经期出现疼痛，一般较轻，肿块常较大，结节感明显。治则：理气疏中，软坚温通散结。处方：当归、银花、甘草、枳壳、王不留行各15g，玄参15~30g，香附、桂枝、皂刺、乳香、没药、玄胡索各10g，穿山甲20g，茯苓10~20g 生地15~30g。

中药服法：上述三种处方的服法，均为每日1剂，水煎，分两次服。2周为一疗程，停药3~5天，可再服。如治疗好转后再复发者，亦可再用。

本组有9例曾用男性激素，每日15~25mg，口服或肌注，历时3~28天。

结果 本组病例的疗效标准分为三级。优良：疼痛消失，肿块消失或变软，有显著缩小；好转：疼痛减轻，肿块变软，但无明显缩小；无效：疼痛不减轻，肿块无改变。本组病例服中药天数自2~60天不等，平均每例服药21天。130例的治疗结果，优良63例(48.5%)，好转65例(50%)，无效2例(1.5%)。

讨论 我们认为中西医结合治疗乳房囊性增生病有如下优点：(1)采用本法治疗的病例很少复发，即使复发，症状亦较轻，且仍可再用本法治疗。(2)本法可使该病的肿块变软、缩小或消失，有助于癌肿的及早发现和治疗。(3)本法适用范围较广，除妊娠病例外一般均适用。目前多认为本病是乳腺癌的前期病变，其发生率自3~50%不等。因此，患本病者应重视随诊，如肿块再出现，增大或变硬者，应警惕恶变可能。

中西医结合治疗胃肠术后 外瘻2例报告

广东省海康县人民医院外科 陈大桃

我院自1983年以来，采用中西医结合方法治愈2例胃肠道术后外瘻病人，现报告如下。

例1 刘××,男,53岁,住院号 90724,1983年2月17日入院。拟诊胃溃疡穿孔、急性弥漫性腹膜炎而行剖腹探查术。术中见胃小弯侧近贲门部溃疡约5×6cm和胰腺广泛紧密粘连,中间有0.5×0.8cm大小之穿孔,腹腔约有1000ml脓液,重度贫血,限于当时条件仅行穿孔修补术。术后第9天下午患者突然呕出暗红色胃内容物约800~1000ml,血压60/40mmHg。诊断为胃穿孔修补术后大出血,失血性休克,经输血、输液等抗休克治疗后,即行胃大部切除胃空肠吻合术(Moynihan氏法),术后第5天腹壁切口上端裂开约2×3cm,每天从瘻口流出约500~600ml液体,口服美蓝证实为胃瘻。经禁食、输液、应用抗生素及支持疗法,局部进行引流,时逾半月,伤口渗液依旧,后采用凡士林纱布填塞,均无效而用中药糊剂治疗(白芨2g 大黄10g 三七1g 黄芩1g共研成粉末,用米汤或冷开水调成糊状)。每次14g,日服3次,连服4天,病情迅速好转,瘻口渗液减至日约50~100ml,大便通畅,连服12天,瘻管完全闭合,伤口痊愈。为巩固疗效,继续服用上述中药糊剂21天至出院。出院后随访1年8个月,伤口愈合良好,能从事各种农业劳动。

例2 郑×,男,34岁,住院号 92568,1983年5月2日入院。因十二指肠球部溃疡、幽门梗阻拟行胃大部切除术(BillrothⅡ式)。术中见溃疡疤痕约3×4cm和周围组织广泛粘连,无法切除而以Bancroft氏法封闭十二指肠残端。术后第6天,出现残端瘻并发急性弥漫性腹膜炎,再次剖腹,见十二指肠残端坏死,粘膜外翻。置管十二指肠瘻引流,每天流出液体500~700ml,3周后拔除引流管,瘻口依旧渗液,日约300~400ml,虽经消炎、支持疗法、换药等治疗,瘻口始终未愈,瘻液不断,患者日渐衰竭,随即用上述中药糊剂治疗,每次14g,日服3次,分泌物逐日减少至日约40~100ml,大便日约2次,便质稀烂,服药至第18天,瘻口愈合,痊愈出院后继续服中药糊剂半个月,随访1年7个月,伤口愈合良好。

体会 胃肠术后外瘻一旦出现,来势凶险,病情重笃,如未及时诊治,常危及生命,本2例采用中西医结合治疗,疗效较为理想,这充分说明中西医结合治疗的优越性。中药作用机制尚未明了,远在60年代傅培彬等采用中药白芨粉治疗胃、十二指肠溃疡穿孔,获得成功,认为其主要作用机制在于白芨能藉其高度的粘性在胃内形成一定厚度的胶状膜,从而使穿孔堵塞,我们通过2例治疗观察到胃肠吻合口瘻疗效较十二指肠残端瘻理想,这可能由于胃肠吻合口瘻其

解剖上的特点较十二指肠残端瘻更易产生机械性堵塞而使瘻孔闭合。方中大黄据近代药理研究,有较强抑制多种细菌作用。荡涤积热,通便,疏通肠道,消除腹胀,减轻腹腔压力,有利瘻孔愈合。作用机制是否在于此,有待今后探讨。

中西医结合治疗肩关节周围炎70例报告

电子工业部甘肃秦安407职工医院 贾隆兴

1980~1985年4月,我们采用中西医结合治疗肩关节周围炎70例,疗效较为满意,报告如下。

一般资料 本组70例,随机分为二组,一组采用西药加陈氏蠲痹汤治疗(治疗组)计35例,另一组单纯西药治疗(对照组)计35例。二组病情基本相似。70例中,男22例,女48例;左肩患者17例,右肩患者53例;50岁以上者43例,50岁以下者27例;病程1月~2年,全部患者均有不同程度畏寒症状及上举、后伸、内收、外展活动受限。

治疗方法 对照组:(1)消炎痛25mg,日服三次。两周为一疗程。(2)10%普鲁卡因10mg,地塞米松2~4mg,维生素B₁₂ 0.2mg,痛点封闭。隔日一次,5~7次为一疗程。治疗组:除以上西药外,服陈氏蠲痹汤加减:羌活、独活、桂心、秦艽、川芎、海风藤、乳香、桑枝、当归各9g,木香、炙甘草各6g,水煎服,日一剂,分二次温服。7天为一疗程,一般不超过2个疗程。寒甚者加白花蛇或乌梢蛇、川乌、草乌各6g,风甚者加防风、威灵仙各6g;湿甚者加薏米仁15~30g,苍术9g,稀莖草9g,晚蚕砂6g;患臂屈伸不利加伸筋草10g;气虚加党参、黄芪各9g;若肩无汗、畏寒重、脉紧、苔白者加麻黄6g;不宜峻汗者重用芍药,濡养肩背部之筋膜肌肉加葛根9g;活血通络止痛加鸡血藤9g,松节12g,全蝎3g;解川乌之毒可加生姜。两组于用药同时,配合功能锻炼。即俯身上臂前、后、内、外摇动法,俯身画圈法等。

疗效判定 痊愈:功能活动恢复正常,症状均消失。好转:功能活动有所恢复,症状均明显减轻。无效:功能活动及症状均未减轻。

治疗结果 对照组:痊愈14例,好转14例,无效7例。治疗组:痊愈31例,好转3例,无效1例。比较二组总有效率:治疗组34/35占97.14%,对照组28/35,占80%, $X^2=5.08$, $P<0.05$,有显著性差异。