

10g、茜草30g、大小蓟各30g、龙胆草10g、仙鹤草30g、地榆30g、侧柏炭30g、三七粉3g(冲服)。(2)脾虚型:证见面色晄白、倦怠疲惫、心悸、气短、食欲不振、腹痛便溏,舌淡苔薄白,脉沉细无力。治则:健脾益气,统摄止血。方药:补中益气汤合黄土汤加减。药用党参15g、白术15g、黄芪10g、阿胶10g、炒山药30g、炮姜炭10g、黄芩炭24g、灶心土90g、三七粉3g(冲服)。(3)血瘀型:证见胸胁疼痛,固定不移,倦怠乏力,突然呕血,舌质暗有瘀点或瘀斑,苔薄,脉涩。治则:行气活血、益气摄血。方药:血府逐瘀汤合四物汤加味。药用当归12g、川芎9g、香附10g、枳壳10g、桃仁10g、蒲黄10g、元胡10g、白芍10g、党参15g、白术10g、甘草6g、茜草30g、小蓟30g、云茯苓30g、三七粉3g(冲服)。单方:(1)血余炭、地榆炭、柿饼炭、三七粉、白芨粉等量,共为细末,每日3次,10~15g/次冲服;(2)三七粉30g、白芨30g、煅花蕊石30g、浙贝母30g、煅龙牡各30g、炒蒲黄15g、血余炭30g,共为细末,每日3次,每次3g冲服。在以上中药治疗的同时,应积极作好大出血抢救准备:①有休克表现者,积极进行抗休克治疗;②患者精神紧张者,给鲁米那0.05~0.1g肌注,或安定注射液10mg肌注,必要时

4~6h后重复1次;(3)输血:出血严重,收缩压低于12kpa,若原有高血压低于原来血压50%以上者,脉搏超过120次/min,血红蛋白低于6~8g,应立即输血300~600ml,根据具体情况可再继续更多或减量输液维持血压在13.33kpa。输血1000ml应给10%葡萄糖酸钙10ml。(4)输液:有脱水时,静滴滴注5~10%葡萄糖液及5%糖水各1000ml,如血容量不足,休克持续存在,可静脉滴注低分子右旋糖酐500ml,并注意调整电解质平衡,及时纠正酸中毒。(5)止血:中药:鲜侧柏叶60g、藕节120g、白芨30g、仙鹤草60g、紫珠草60g煎服。三七粉3g,或云南白药0.5g,或血余炭10g,冲服。西药以下处方可供选用或合用:安络血5~10mg,肌注,每4~6h1次。止血敏250~500mg肌肉或静脉注射,每日2~3次。止血芳酸0.1~0.4g加入5%葡萄糖液1000ml中,静滴,维持量每小时1g。维生素K缺乏者用维生素K10mg,肌肉注射,2~3次/日。脑垂体后叶素10u,加5%葡萄糖200ml,30~60min滴完,必要时2~4h重复1次。一昼夜可连续滴入30~40u。气囊压迫法合并止血药局部应用:当胃囊充气完毕后嘱患者1次吞服三七粉3g或白芨粉3g以止血。

临床经验交流

中西医结合治疗职业性 铬鼻病61例

山东石油化学职业病防治研究所(山东 250002)

所梅芳 彭俊兰 吴振明 高明

长春中医学院中医研究所 王维兰

职业性铬鼻病系指含铬的粉尘或铬酸雾刺激、腐蚀鼻粘膜,致使局部组织发生病理损害的一种发病率很高的职业病。1988~1989年我们用自制的复方除铬液和复方双草膏对61例不脱离生产岗位的铬鼻病患者治疗,收到较好疗效,现报告如下。

临床资料

依据国家制定的“职业性铬鼻病诊断标准及处理原则”进行诊断(见《中华人民共和国国家标准》,北京:中国标准出版社,1987:1)。除有明确的职业性铬接触史外,患者有流涕、鼻塞、鼻衄、鼻干燥灼痛、嗅觉减退等症状,鼻粘膜充血、肿胀、干燥或鼻粘膜萎缩

等体征,凡有以下鼻部体征之一者则可诊断为铬鼻病。(1)鼻中隔粘膜糜烂;(2)鼻中隔粘膜溃疡;(3)鼻中隔软骨部穿孔。

对符合以上诊断标准的61例随机分为两组:中药配合西药治疗组(治疗组)32例,西药常规治疗组(对照组)29例。两组患者的工龄、年龄、性别、病情、吸烟率基本相似。两组患者在同一生产环境中作业。其余患者按治疗组用药方法治疗。全部患者均在不脱离生产情况下用药。

治疗方法

一、药物:治疗组用药:(1)复方除铬液,以维生素C为主要成份,配制成无刺激性稳定性较好的水溶液。(2)复方双草膏,由紫草、黄连、甘草、当归、白芷、麻油等经提取有效成份制成膏剂。对照组用药:5%溶菌酶油剂,基质为液体石蜡。

二、治疗方法:受治对象在治疗前两周内不接受任何药物治疗。治疗组在患者上班前用生理盐水清洗鼻腔,然后将复方双草膏涂在鼻粘膜患处。下班洗澡

后用复方除铬液清洗鼻腔，再将复方双草膏涂在鼻粘膜患处。对照组患者上班前用生理盐水清洗鼻腔，然后将5%溶菌酶油剂涂在鼻粘膜患处。班后用药方法与班前相同。

三、观察方法：按上述方法用药，10日为1疗程，连续观察3个疗程，对全部受治者逐项记录治疗前后的自觉症状、检查所见和药物副作用。随机取样，测定10名患者在用复方除铬液清洗前后时鼻中隔黎氏区粘膜表面所附着的含铬量。此处为铬鼻病好发部位。所用仪器：Spectraspan V型中阶梯光栅直读光谱仪。

结 果

一、疗效判定标准：(1)近期临床痊愈：自觉症状消失，鼻中隔及鼻甲粘膜糜烂或溃疡面愈合，充血消失，粘膜表面光泽正常（粉红色、湿润、光滑）。(2)有效：症状基本消失或基本改善，鼻粘膜糜烂或溃疡面积缩小1/2以上，粘膜充血减轻。(3)无效：未达到上述两项指标者。

二、观察结果：(1)经治疗后无论治疗组还是对照组患者的自觉症状和体征均有不同程度的改善。治疗组近期痊愈率为65.63%，总有效率93.75%，对照组分别为17.24%和68.91%。经统计学处理，两组痊愈率 $\chi^2=14.56$, $P<0.005$ ，两组总有效率 $\chi^2=6.32$, $P<0.05$ 。两组有显著性差异。(2)用复方除铬液清洗鼻腔后鼻粘膜表面附着的铬含量平均为 $146.05\pm 187.28\text{ ppm/cm}^2$ ，清洗前为 $397.81\pm 344.12\text{ ppm/cm}^2$ ；清洗后明显低于清洗前含量($t=2.874$, $P<0.05$)。(3)全部病例在治疗期间未见明显毒副作用。

讨 论 铬鼻病的发病机理主要是含铬化合物直接对鼻粘膜的损害。铬酐、铬酸、铬酸盐、重铬酸盐，具有强氧化、强腐蚀作用，可致鼻粘膜糜烂、溃疡，乃至鼻中隔软骨部穿孔。糜烂、溃疡创面可继发感染，铬化合物亦有致敏作用。复方除铬液具有以下功效：(1)清除附着在鼻粘膜上的铬化合物。(2)使残存在鼻粘膜上的六价铬还原成三价铬，三价铬不易吸收，毒性明显降低。(3)具有促进细胞新生作用。复方双草膏是中药复方制剂，经临床应用，未见毒副作用。在中医古书中尚未见到铬鼻病记载，但从本病病情和发病机理来看，应视为火邪之毒滞留于鼻腔，致使鼻腔肌腐、血瘀，表现鼻粘膜充血、肿胀、糜烂、溃疡，自觉鼻痛、鼻痒，鼻衄，久之热气攻里，导致阴火上炎，耗津，出现鼻干、鼻粘膜萎缩等。治疗应从解毒、脱敏、消肿止痛、祛腐生肌、清热凉血、养阴润燥、通窍入手。复方双草膏中的紫草、黄

连解毒清热凉血，现代药理学研究证明，紫草、黄连具有抗菌消炎作用。甘草清热解毒，有效成份脱敏，促进细胞再生和组织修复作用。紫草、黄连、甘草均有增强免疫功能作用。当归活血散瘀，消肿止痛、祛腐生肌。白芷消肿止痛、开窍。麻油养阴润燥，生肌止痛。临床观察用药后症状随即减轻，一般5~7天鼻粘膜病变范围开始或明显缩小，充血减轻，趋向愈合。治愈天数最短7天，最长23天，平均为12.4天。对鼻中隔穿孔无明显疗效。

复方除铬液和复方双草膏稳定性好，刺激性小，使用方便，疗效确切，无毒副作用。

(门金龙、王积水、张士怀、张怡如、段佩洁、于秀芹、姜义生、戴勋、于文军等同志参加了部份工作，谨谢)

提毒祛腐法治疗食管胃吻合口瘘并发慢性脓胸

南京中医学院附属医院外科(南京 210029)

潘立群

慢性脓胸的一般处理原则是行手术治疗以消灭脓腔。但此类手术创伤较大，往往不能为食管胃吻合口瘘患者所接受，而常规换药又极难奏效，为此作者曾试用中药提毒祛腐剂治愈3例，报告如下。

临床资料 3例均为男性。年龄分别为52、55、61岁。食管癌根治、食管胃弓上吻合术2例，贲门癌根治、食管胃弓下吻合术1例。均经肋床左侧剖胸。临床所见：均为慢性脓胸沿原肋床切口线外穿，窦道形成引流不畅。经抗生素液冲洗、吸引等治疗无效。脓胸无负压存在。体重分别为42、45、54kg。实验室检查：血红蛋白分别为5.5、5.7、6.8g%，肺功能均在正常范围，全胸片示包裹性脓胸范围分别为 3×6 、 4×7 、 $5\times 7\text{ cm}$ 。

治疗方法

一、药线制备：取市售熟石膏、升丹以1:1浓度配制即为五五丹，以9:1浓度配制即为九一丹，均研极细末置棕色瓶内避光备用。探查脓胸窦道的走向深度后，取市售绵纸裁成长方形，先搓捏成细长条再对折交叉搓紧即成麻花形纸捻，应挺直有韧性。要求其周径与窦道内径相一致，其长度应比脓胸窦道的深度略长1~2cm，高压消毒备用。换药时先以医用凡士林薄薄地涂于纸捻上（尾端1~2cm不涂），再均匀地蘸取五五丹或九一丹即为药线。

换药：将硅胶管沿窦道插入脓腔内，外接水封瓶，确认无负压存在后拔除硅胶管再以五五丹药线沿