

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

原道插入，尾端留在体外，盖以敷料。次日换药可见粗大稠厚之脓柱附着于药线上被引出，清洗后仍以同法插入药线。至引流通畅即可嘱患者咳嗽协助排脓。当脓液明显减少时可改用九一丹药线，直至排尽脓液再加压包扎1~2周，以闭合脓胸窦道。

三、使用本法距吻合口泄漏的时间分别为84、96、115天。疗程分别为35、41、47天。

结果 治愈标准：(1)肋床切口线凹陷，窦道闭合，局部无红肿渗液。(2)X线胸片：脓胸完全消失，心影气管无偏移。结果：本组3例均治愈出院。目前2例已分别存活2年和1年7个月，无脓胸复发。1例于出院后第5月死于癌复发、肺转移。

典型病例 患者男，52岁。病历号79800。因食管中下段癌术后并发吻合口瘘致左侧脓胸近3月而于1989年2月1日再次入院。入院时查见胸壁切口前缘有一炎性窦口溢脓，探针可向左后外上方深入约12cm。摄片示：左胸腔积液(4×7cm)，与左上吻合口附近一软组织致密影相通为包裹性脓胸。遂给予甲硝唑液冲洗，负压袋吸引及抗炎治疗1个月不效，故改用五五丹药线试治。10天后当拔出药线时可见灰白色稀脓流出，乃嘱患者咳嗽并沿切口线轻压胸壁即见多量稀脓溢出，量约50ml。如此持续4天脓液即逐日减少，至第17天改用九一丹药线，5天后稀脓、脓柱均消失，窦壁肉芽新鲜，胸透见左胸腔积液消失，即予原切口胸壁加压包扎。2周后见患侧胸壁沿原肋床切口线凹陷，范围约10×4cm，局部肤色正常。复查全胸片：左侧胸膜增厚，脓胸消失。患者恢复良好出院，至今未发。

讨论

一、提毒祛腐法是中医外科常用的外治疗法。使用的主要药物是升丹。正如高锦庭在《谦益斋外科医案》中所言：“升降二丹最为疡科圣药。升者春生之气，既可去腐而又生新”。五五丹、九一丹即是升丹的常用剂型。其有效成分主要是 HgO 和 $Hg(NO_3)_2$ ， Hg^{++} 能和细菌呼吸酶中的SH相结合而使之失活，因此具有强大的杀菌能力。此外， $Hg(NO_3)_2$ 尚可使病变组织的蛋白质发生凝固性坏死而脱落，同时又能刺激新生肉芽组织生长，从而达到祛腐生新的目的。而以药线插入脓胸窦道则更有引流的作用。本组3例之所以单用抗生素液冲洗吸引无效，就是因为包裹性脓胸的存在不能达到理想引流的结果。只是在五五丹药线腐蚀扩开了脓胸内瘘口及其纤维性间隔，改善了引流，清除了腐败组织之后，在原肋床切口的基础上加压包扎，才真正达到了消灭此种脓胸的目的。这对于已被

术后吻合口瘘严重消耗的食管贲门癌患者来说是一种易于接受的治疗方法，较之手术似更为稳妥。

二、胸膜纤维板包裹脓胸之后提毒祛腐剂就不可能损伤胸内脏器。因此作者以为本法的适应症应是慢性包裹性脓胸，急性期是为绝对禁忌。由于脓胸从急性期转入慢性期一般需8周左右，因此使用本法亦以急性期后的2~3月开始为宜，并需确认脓胸已无负压存在、X线胸片证实已经包裹后方可施术。至于此种脓胸的范围应是较小的，以肺呼吸运动无明显受限者为宜。

三、一般而言，由于胸膜纤维板的机化和引流的逐步通畅， Hg^{++} 被吸收的可能性甚微。因此使用本法是安全的。但如长期大剂量使用，则须注意预防汞中毒的发生。定期监测尿汞含量是行之有效的方法，否则将引起不良后果。

复宫灵 I、II号加减治疗 人流后闭经45例

空军福州医院中医科(福州 350002)

于素萍

一般资料 凡人流后出现闭经3个月以上为观察对象。本组45例，年龄19~42岁，平均31.1岁。初孕受术者18例，孕二次以上受术者27例，占60%。其中3个月内2次人流者3例。1年内3次人流者5例。术后闭经3~6月者32例，6个月以上者13例。部分病例曾应用雌孕激素、活血化瘀药治疗无效。所有患者孕酮撤血试验阴性。妇科检查：7例并发附件炎，13例并发宫颈炎。2例子宫偏小，其余正常。

治疗方法 药物组成：复宫灵I号：鹿角胶15g、紫河车10g、仙灵脾10g、紫石英15g、枸杞子10g、女贞子10g、首乌10g、杜仲15g、香附6g。复宫灵II号：益母草30g、茺蔚子10g、当归10g、丹参10g、牛膝15g、香附12g、枳壳9g、蒲通10g、仙灵脾10g、紫河车10g。随证加减：肾阴虚去紫石英，加旱莲15g、山萸6g、生地15g；肾阳虚加仙茅10g、肉苁蓉10g；气血两虚去紫石英加黄芪15g、鸡血藤15g、谷麦芽各15g；气滞血瘀加玫瑰花6g、红花6g、元胡10g。每日1剂，文火水煎分2次服。先服复宫灵I号18剂，再服复宫灵II号5剂，两方共服23剂为1个治疗周期。若月经来潮则于经期第5天继续下1周期用药，直至月经正常3周期方可停药。若无月经，7天后再进行下1周期治疗，直至用