

表8 用药前后各组心房调搏指标变化 (ms, $\bar{x} \pm Sx$)

组 别	SNRT				SACT			
	模型前	模型后	给药后即刻	停药2h	模型前	模型后	给药后即刻	停药2h
参仙 5 倍	362.00 ± 17.18	1542.00 $\pm 141.09\Delta$	791.33 $\pm 75.38\Delta\Delta$	1044.00 ± 139.52	34.00 ± 4.08	128.00 $\pm 23.12\Delta$	51.33 $\pm 6.24\Delta$	66.00 $\pm 9.94^*$
参仙 10 倍	400.7 ± 18.86	1654.67 $\pm 336.93\Delta$	644.67 $\pm 57.96\Delta\Delta$	848.67 $\pm 154.31^*$	38.33 ± 3.26	167.67 $\pm 45.06\Delta$	55.20 $\pm 6.01\Delta$	66.53 $\pm 10.90^{**}$
参仙 15 倍	354.67 ± 14.79	1542.00 $\pm 218.39\Delta$	602.67 $\pm 24.97\Delta\Delta$	673.33 $\pm 56.84^{**}$	40.00 ± 2.67	129.67 $\pm 23.03\Delta$	45.67 $\pm 5.95\Delta$	55.00 $\pm 11.05^{**}$
阿托品	402.00 ± 14.32	1214.00 $\pm 136.95\Delta$	1357.67 ± 166.12	1330.0 ± 149.78	37.7 ± 1.93	115.53 $\pm 17.94\Delta$	148.7 ± 40.05	185.73 ± 42.40
葡萄糖	392.67 ± 16.52	1342.67 $\pm 77.87\Delta$	1410.00 ± 179.23	1300.00 ± 289.41	40.47 ± 2.33	126.80 $\pm 24.12\Delta$	179.27 ± 44.07	160.23 ± 43.00

注: 与药后即刻比较, $^*P < 0.05$, $^{**}P < 0.01$; 与模型后比较, $\Delta P < 0.01$, $\Delta\Delta P < 0.001$; 与模型前比较, $\Delta P < 0.001$

心律。而阿托品组及葡萄糖组则无此作用。这可能是通过改善窦房结功能, 使窦房结的起搏频率增快, 从而抑制次级节律点的活动而发挥作用的。

3. 改善窦房结的自律性: 参仙升脉液 3 个组治疗前 4 例有窦性静止, 治疗后全部消失。而阿托品组及葡萄糖组无此作用。心房内调搏证明, 该药可明显缩短 SNRT, 使窦房结的自律性增强, 且 10 倍量及 15 倍量组 SNRT 改善更为明显。而 2 个对照组不但不能使 SACT 改善, 相反还有所延长。

4. 增强窦房传导机能: 参仙升脉液 3 个组均可使 SACT 缩短, 提示该药可增强窦房结的传导性, 而两个对照组则无此作用。

5. 非阿托品样作用: 阿托品为 M 胆碱阻滞剂, 可抑制心脏的迷走神经, 使心率增加, 实验发现阿托品组并不能改善窦房结功能, 而参仙升脉液 3 个组均可明显改善窦房结功能, 这说明参仙升脉液的作用不同于阿托品, 可能是直接作用于窦房结或者兴奋 β 受体, 还有待进一步研究。

二、关于病态窦房结综合征的动物模型

目前对实验性病态窦房结综合征的系统研究尚不多见。个别报道用冷冻、压碎、钳夹、福尔马林注射等方法⁽⁴⁾, 还有窦房结动脉结扎法⁽⁵⁾等。但这些方法往往因实验技术难度较大, 重复性也不理想, 同时均需用大的动物, 价格昂贵, 故难以用于大量实用性研究。然而甲醛外敷窦房结区法简便实用, 易于掌握。所憾以往用此法研制的模型⁽⁶⁾与临床尚有一定距离,

重复性较差。为此我们在这方面做了一些探索, 研制了一个金属小圈(环), 用来选择并固定窦房结区, 使损伤每次固定在一定范围, 提高了模型的重复性, 同时改小纱布外敷法为擦镜纸外敷, 并限定纸片大小, 这就便于控制损伤程度。用此法造成的模型, 其心电图表现及电生理参数均与临床相符。通过改进, 此模型可靠性、稳定性均有所提高, 具有一定实用价值。

实验表明, 参仙升脉液对急性病窦综合征有明显作用, 这也为中医药治疗急性病窦或阿斯综合征等危急重症, 提供了有益的思路及新的方法。

参 考 文 献

1. Mandel W, et al. Evaluation of sino-atrial node function in man by overdrive suppression. Circulation 1971; 44:59.
2. Narula OS, et al. A new method for measurement of sinoatrial conduction time. Circulation 1978; 58: 706.
3. 颜正华, 等. 中药学. 北京中医学院编印(内部教材) 1979:274.
4. Ishikawa S, et al. Experimental studies on sick sinus syndrome relationship of extent of right atrial lesions to subsidiary pacemaker shift and its function. Am Heart 1983; 105:593.
5. 葛郁芝, 等. 病态窦房结综合征实验研究. 中华心血管病杂志 1986; 4:193.
6. 王炳银, 等. 非侵入性电生理测定在判断窦房结功能中的价值. 中华内科杂志 1984; 6:324.

简 讯 山东省中西医结合学会医学影像学专业委员会成立暨首届学术交流会于 1991 年 8 月 27~30 日在济南市召开。大会选举夏宝枢为主任委员, 刘裕珪、刘传玺为副主任委员, 周祝谦、李晋波为秘书。大会还特邀了中国中西医结合医学影像学专业委员会副主任恽敏教授、鲍淑德主任作专题报告。本次会议共收到全省各地推荐的论文 70 余篇, 较系统地反应了我省中西医结合医学影像学近几年来研究成果和经验。

(周祝谦)

· 经验交流 ·

分型论治III期血栓闭塞性脉管炎 115 例体会

广东省潮州医院(广东 515600) 黎 镜

血栓闭塞性脉管炎又名贝尔格氏病, 属于中医学的“脱疽”、“脱骨疽”、“十指零落”等范畴, 具有病程长、疗效差、复发率高、疼痛难忍之特点, 故有顽痛之称。目前西医对本病尚无较理想的治疗药物。笔者应用中医药治疗 115 例, 疗效颇为满意。现报告如下。

资料与方法

一、一般资料: 本组诊断标准均参照1985年7月南京脉管炎临床研究会所制定的标准。115例中男106例, 女9例, 发病年龄17~68岁, 以20~45岁者居多, 占84.39%。病程最短者4个月, 最长者18年, 其中, <1年者43例, 1~5年者50例, 5+~10年者12例, >10年者10例。发病部位: 病在下肢者82例(其中双下肢者9例), 病在上肢者24例(其中双上肢者4例), 上下肢同时发病者9例。

二、分型与分级: 根据本病的临床症状及体征结合中医四诊, 分为虚寒、瘀滞、湿热、热毒四型, 每证型按中医辨证分为I、II、III级: 虚寒型I级13例, II级10例, III级5例, 共28例; 瘀滞型I级28例, II级16例, III级8例, 共52例; 湿热型I级15例, II级8例, III级3例, 共26例; 热毒型I级2例, II级4例, III级3例, 共9例。

三、脉炎汤与松桐膏的组方及用法: (1) 脉炎汤: 忍冬藤60~120g 当归40~60g 玄参60~90g 党参30g 蜈蚣10~15条 川牛膝30g 鸡血藤30~60g 紫丹参30~90g 石斛30g 白术30g 桃仁15g 红花15g 甘草30g 鹿角霜30~60g, 水煎3次取药液混和; 制松香末3.5g 全蝎末2.4g 水蛭末3g 金线白花蛇1条(研末), 混匀, 装在“0”号胶囊内, 分成3份, 用汤药分早、中、晚送服。(2) 松桐膏: 松香研为极细末, 加入适量生桐油调为糊状, 瓶装备用。敷药前先用10%食盐水将溃疡面洗净, 小心去除腐肉死骨, 然后将松桐膏敷满溃疡面, 纱布包扎, 每日换药1次。

四、分型治疗

1. 虚寒型

I级: 形体消瘦, 面色无华, 患肢疼痛麻木, 喜暖畏寒, 趾(指)苍白, 触之发凉, 趾(指)甲增厚或脱

落, 溃疡局限, 无或只有少许分泌物, 舌质多黯淡, 苔薄白, 脉细弱或细迟。治以温散寒邪, 通络止痛。处方: 脉炎汤加制附子30~90g(先煎), 麻黄15g, 白芥子30g, 龟版30g。

II级: I级症状加重, 疼痛转为持续性, 入夜尤甚, 坏死组织扩展至趾蹠或指掌关节, 溃疡面分泌物清稀, 腰酸膝软, 小便清长, 舌淡青, 脉沉细。治以温肾扶阳, 通络止痛。处方: 在I级方药基础上加熟地30g, 巴戟25g, 鹿茸末6g(分3次吞服)。

III级: II级症状加重, 患肢肌肉萎缩, 皮肤枯槁, 色呈暗红, 坏死至趾骨以上, 甚至全下肢, 伤口白腐, 触之冰凉, 大便溏薄, 食欲不振, 精神萎靡, 舌质红, 苔薄白, 脉沉细数。治以益气健脾, 温肾补髓, 活血通络。处方: 在II级方药基础上加生北芪60~120g, 茯苓25g, 生鸡内金20g, 肉桂15~20g, 海马15g。

2. 瘀滞型

I级: 肢体麻木, 畏寒, 肿胀, 皮色灰暗或发绀, 溃疡多呈干性坏死, 痛如针刺, 入夜更甚, 沿浅表静脉出现紫色结节, 此起彼伏。舌质紫暗, 苔薄白, 脉沉细涩。治以活血化瘀, 解毒散结, 通络止痛。处方: 脉炎汤加蒲公英90g, 赤芍40g, 路路通30g, 白僵蚕25g, 壁虎6条(焙黄研末, 分3次吞服)。

II级: I级症状加重, 汗毛脱落, 肌肉萎缩, 溃疡经久不愈。舌质紫暗或有瘀斑, 脉沉涩。治以益气, 化瘀, 消肿, 生肌。处方: 在I级方药基础上加太子参40g, 田七末12g(分3次吞服), 珍珠末1g(分3次吞服)。若久病阳气虚衰, 又当益气温阳, 上方加入北芪、制附子、桂枝、紫河车等。

III级: II级症状加重, 肢体肿胀明显, 皮色紫暗, 伤口腐烂, 色泽暗淡。舌无苔或薄白, 脉细涩或细数。治以化瘀通络, 解毒散结, 祛腐生肌。处方: 在II级方药基础上加炮山甲30g, 皂刺20g, 象牙屑12g(研末分3次吞服)。

3. 湿热型

I级: 患肢发凉, 肿胀, 酸困沉痛, 溃疡面有脓性分泌物, 其味异臭, 若为干性坏死, 则肢端皱缩呈紫黑色。舌质红, 苔黄腻, 脉弦数或滑数。治以清热

利湿，活血通络。处方：脉炎汤加土茯苓90~120g，赤小豆30g，宣木瓜60g，制地龙30g。

II级：I级症状加重，患肢发红，趾(指)溃烂坏死已扩展到趾蹼至足背或指掌关节以上。若继发感染，则伤口腐烂延开，或腐骨外露，分泌物较多，恶臭难闻。舌质红绛，苔淡薄或黄腻，脉沉数。治以清热化湿，通络止痛，去腐生肌。在I级方药基础上加黄柏30g，苍术30g，象牙屑15g(研末分3次吞服)。若感染严重，伤口腐肉绽开，则上方加金银花120g，珍珠末1.5g(分3次吞服)。

III级：II级症状加重，患肢局部灼热，皮肤糜烂，伤口黑腐或灰暗，腐烂逐渐向周围和深部蔓延，多呈湿性坏疽，常伴有浅表游走性静脉炎。舌苔黄腻或白腻，脉滑数。治以清化湿毒，化腐散结。处方：在II级方药基础上加乌龟1只(重约250g，以金钱龟最佳)，六神丸30粒(分3次吞服)，土茯苓加至200g。

4. 热毒型

I级：患肢皮色暗红而肿，趾(指)发黑肿胀，浸润蔓延，五趾(指)相传，多呈干性坏死，剧痛难忍，或伴有发热口渴，咽干口苦，舌质红，苔黄腻或黄厚，脉滑数或洪大。治以清热，解毒，养阴，通络。处方：脉炎汤加蒲公英90g，板蓝根30g，杭白芍40g，制鳖甲40g，制马钱子末1.5g(分3次吞服)。

II级：I级症状加重，患肢肿势蔓延，色如熟枣，溃疡从趾(指)延及足背或指掌以上，脓性分泌物较多，自觉局部发热，多伴有浅表游走性静脉炎，可出现发热，烦躁，小便短赤，大便干燥。舌质红绛，苔黄燥或黄腻，脉洪数。治以清热解毒，益气养阴，通络止痛。在I级方药基础上加金银花120g，紫花地丁30g，太子参60g，炮甲珠30g。

III级：II级症状加重，患肢浮肿，皮色暗，界限不清，出现高热寒战，谵语神昏。舌苔黄燥或黑燥，脉弦数或滑数。此证气血凝滞，火毒结聚，脉络闭塞，此时若误治或失治，致火毒走散于营血，内攻脏腑，可出现危急证候。治以清化瘀毒，凉血活血，散瘀通络。处方：在II级方药基础上加大生地40g，赤芍40g，壁虎6条(焙黄研末，分3次吞服)，西洋参15g(另炖，兑入)，玄参加至120g，忍冬藤加至160g。

结 果

一、疗效标准：参照1985年7月南京脉管炎临床研究交流会议疗效标准，痊愈：主要临床症状消失，创面愈合，恢复原工作或改换轻工种，患肢远端缺血表现消失或明显改善，能步行1km以上无不适感，1

年内无复发者。显效：创面基本愈合，患肢远端缺血明显改善，但久站(1h以上)远行(1km以上)患肢酸胀乏力，需休息片刻后方能再行者。

二、治疗结果：本组115例中，治愈109例，治愈率为94.78%，显效6例，显效率为5.22%，总有效率100%。在治愈109例中，属虚寒型I级13例，II级9例，III级4例，治愈率为92.86%；瘀滞型I级28例，II级16例，III级8例，治愈率为100%，湿热型I级15例，II级6例，III级2例，治愈率为88.46%；热毒型I级2例，II级3例，III级3例，治愈率为88.89%。显效6例中，属虚寒型II级1例，III级1例；湿热型II级2例，III级1例；热毒型II级1例。显效病例均为年龄超过45岁，病程5年以上体质虚弱者。本组病例服药最短时间为1.5个月，最长为11个月，其中属虚寒型最短服药时间为1.5个月，最长为10.5个月，平均为6个月；瘀滞型最短服药时间为3.5个月，最长为8个月，平均5.5个月；湿热型最短服药时间为5个月，最长为10个月，平均为8个月；热毒型最短服药时间为6.5个月，最长为11个月，平均为9.5个月。本组病例以瘀滞型最多(52/115)，但疗效最佳(痊愈100%)，疗程最短(平均为5.5个月)。对治愈的50例进行1~2年随访，虚寒型I级1例在治愈后10个月复发，瘀滞型II级1例在治愈后21个月复发，复发2例仍用内服脉炎汤为基本方合外敷松桐膏治愈。

讨 论

中医认为脉管炎的主要临床表现是热毒和血瘀为患，故热毒和血瘀存在于脉管炎各型各期之中。临床实践表明，脉炎汤方中的药量可根据病情酌情增减，但不要轻易削减方中药味，要始终坚持“清”与“通”的治疗法则，清其热毒，通其瘀滞，热毒清除，瘀滞疏通，气血运行复常，肢体得气血濡养，溃疡自愈。脉管炎发展到III期，久病体弱明显，热毒血瘀交阻于脉络，常剂甚难获效，故用药时要注重大剂量。一般每味药均宜在30g以上。实践证明，在辨证准确选药对症的基础上加重剂量，对于迅速控制病势发展，促进闭塞的血管复通，缩短治疗时间和提高疗效有着十分重要的临床意义。

III期脉管炎均有较严重的溃疡坏死，采用标本并治，内外兼施的方案，在内服药的同时，创面的处理也很重要。松桐膏具有消炎杀菌，去腐生肌、活血止痛的良好作用。本组病例从始至终都外敷松桐膏，直至创面完全愈合为止。

健心汤为主治疗急性心肌梗塞 200 例观察

山东省济宁市第一人民医院(山东 272111)

孟昭全 赵云龙 焦 华 刘俊宾

1982年6月~1989年5月,我们将400例住院急性心肌梗塞(AMI)患者随机分组,以单数病例用中药健心汤治疗,偶数病例给以极化液治疗作为对照组。结果发现健心汤组较对照组病死率明显下降。总结如下。

临 床 资 料

一、一般资料:400例患者均符合1979年WHO冠心病诊断标准。其中男274例,女126例,年龄最小32岁,最大83岁,50岁以上312例,占78%。发病至入院时间:<6h 125例;6~24h 243例;24+~48h 24例; >48h者8例。两组比较无明显差异。

二、心肌梗塞(MI)的部位,两组均以前壁(包括广泛前壁、前间壁)及下壁为最多,其次是再发及两处以上者。两组对比,广泛前壁MI及两处以上MI健心汤组多于极化液组。见表1。

表1 两组梗塞部位的比较 (例)

组别	前壁	前间壁	前侧壁	广泛前壁	高侧壁	下壁	正后壁	心内下膜	小灶	两处以上	再梗塞
健心汤	35	26	5	22	1	48	1	7	1	38	16
极化液	33	39	3	17	4	41	3	10	0	32	18

三、主要并发症:心源性休克、心衰及各类心律失常,健心汤组均多于极化液组。血脂(胆固醇、甘油三酯、 β -脂蛋白)升高及高血压均占60%以上,两组无明显差异。

治 疗 方 法

一、健心汤组:(1)方药组成:黄芪24g 党参12g 黄精15g 麦冬15g 丹参20g 川芎12g 赤芍12g 郁金12g 葛根15g 仙灵脾9g。入院后即煎服,每日1剂,2周为一疗程,休息2天后重复下一疗程。(2)辨证加减:休克加制附子12g 五味子12g 人参5g,去党参;心律失常加炙甘草6g 苦参15g 阿胶9g;胸痛者加瓜蒌15g 薤白12g;恶心呕吐加半夏12g 竹茹10g 生姜5g;腹胀便秘加生大黄6~9g 大腹皮9g;烦躁失眠者加远志9g 夜交

藤12g。

二、极化液组:即10%葡萄糖500ml,10%氯化钾10ml,胰岛素12u静脉滴注,每日1次,2周为一疗程。同时口服消心痛10mg及心痛定10mg,6~8h一次;血脂增高者加用降血脂药物。

三、两组患者入院时心衰明显者加用扩血管药及强心药,休克严重时加用多巴胺及阿拉明,出现频繁室性早搏及室性心动过速时用利多卡因配合治疗观察。

结 果

一、病死率:接受健心汤治疗的200例患者中185例恢复,死亡15例,病死率7.5%。本组恢复的病例中平均住院天数21天。服用中药后大多数症状消失快,精神及体力恢复亦较快。对照组200例中,恢复173例,死亡27例,病死率13.5%,平均住院天数为27天。

二、心源性休克(休克):健心汤组入院时发生休克19例,治疗中发生10例,死亡2例。极化液组入院时发生休克10例,治疗中发生休克18例,死亡6例。健心汤组治疗中发生休克及死亡与极化液组发生情况比较,经统计学处理, $P>0.05$,差异不显著。但临床观察认为,健心汤在配合西药协同治疗中对抗休克似有一定的防治作用。见表2。

表2 两组休克及心衰的发生和死亡情况比较 (例)

组别	程度	休 克			心 衰		
		入院时	治疗中	死亡	入院时	治疗中	死亡
健心汤	轻	8	0	0	32	5	0
	中	6	3	0	38	6	0
	重	5	7	2	17	0	4
极化液	轻	3	4	0	27	10	0
	中	4	6	0	29	13	0
	重	3	8	6	15	12	8

三、心力衰竭(心衰):健心汤组入院时发生心衰87例,治疗中发生11例,死亡4例;对照组入院时发生心衰71例,治疗中发生35例,死亡8例。对照组在治疗中心衰发病率高于健心汤组,经统计学处理,

$P < 0.001$, 差异非常显著。对照组心衰病死率与健心汤组比较, $P > 0.05$, 差异不显著。但临床观察, 对照组病死率似高于健心汤组。认为AMI患者输入极化液可能加重心脏负担, 诱发或加重心衰。而健心汤在配合西药的治疗中, 对心衰亦有一定的防治作用。见表2。

四、心律失常: 两组心律失常发生情况, 健心汤组入院时为150例, 高于对照组的100例, 而治疗中心律失常(包括新发生)健心汤组37例, 低于对照组65例, $P < 0.001$, 差异非常显著。因此认为健心汤在西药配合下对心律失常的防治亦有一定疗效, 见表3。

表3 两组常见心律失常发生情况比较 (例)

组别	房室 早	房颤 或 房扑	阵发 室速	窦房 阻滞	房室 传导 阻滞	室颤	室搏 骤停	阵发 性室 上速	合计 (%)
健心汤									
治前	32	77	8	12	3	17	0	1	75
治后	5	23	0	2	0	4	1	2	18.5
极化液									
治前	28	43	8	8	2	11	0	0	50
治后	12	31	4	5	1	6	2	4	32.5

五、其他: 健心汤治疗后, 在血脂(胆固醇、甘油三酯、 β -脂蛋白)增高的病例中有80%明显下降, 其中以甘油三酯下降幅度最显著。对照组有20%血脂(同上)轻度下降, 且对照组在治疗过程中有6例发生脑梗塞, 而健心汤组无1例发生。说明健心汤具有降低血脂, 改善血液粘稠度, 预防血栓形成的作用。

六、死亡原因: 健心汤组总死亡例数为15例, 其中死于休克2例, 心衰4例, 心室颤动1例, 心搏骤停2例, 其他原因死亡6例。对照组死亡27例, 其中休克4例, 心衰8例, 心室颤动2例, 心搏骤停4例, 其他原因死亡者9例。由此看出, 对照组总死亡例数(27例)高于健心汤组(15例)。

讨 论

急性心肌梗塞由“气滞血瘀”或“痰饮瘀血”所导致的胸痛、胸闷属于邪实, 从全身证候来看, 是脏腑虚

损。其本质为气虚、阴虚为本, 血瘀为标, 贯穿于心肌梗塞的始终。故我们制定了“益气养阴”、“活血化瘀”、“通阳宣痹”标本并治的法则, 以黄芪、党参、黄精、麦冬、丹参、赤芍、川芎、郁金、葛根为基本方剂的“健心汤”。为了便于观察疗效, 设极化液治疗为主者作对照组。从本方的功用来说, 黄芪、党参具有补气、固脱扶阳及增强心脏功能的作用, 在对抗休克及心衰方面, 有一定作用。黄精有补中益气、养阴生津的功用; 丹参有活血化瘀、养血安神的功效; 赤芍有活血、止痛、解痉挛作用; 郁金、川芎、葛根能理气活血, 祛瘀止痛; 仙灵脾温补肾阳。

中药实验研究证明, 活血化瘀药物(丹参、赤芍、川芎、葛根等)具有增加冠状动脉血流量, 减少血管张力, 改善微循环及明显抗低压缺氧作用, 从而防治了部分心律失常的发生, 可降低血脂, 改善血液粘稠度, 同时具有降低血小板聚集性, 增强纤维蛋白溶解活性, 防止心肌小血管内血小板聚集, 预防血栓形成或心肌损伤以及缩小心肌梗塞范围之功效。葛根有明显扩张冠状动脉作用。川芎治疗心绞痛有较好的疗效。麦冬对实验小白鼠在低压缺氧条件下能明显提高其耐受缺氧能力。因冠心病多有肾阳虚表现, 给予温肾阳药, 常能较好地改善症状, 故加用仙灵脾。

急性心肌梗塞服用健心汤治疗, 可提高治愈率, 并能防治休克、心衰和心律失常, 降低血脂, 改善血液粘稠度, 预防血栓形成的发生。对降低病死率均有一定作用。特别对心源性休克早期及心衰不适于应用极化液(限制输液量)时, 用健心汤有良好效果。极化液可促进心肌葡萄糖摄取和代谢, 使钾离子进入细胞内, 恢复其正常的极化状态和正常的应激性, 以利心脏的正常收缩, 减少心律失常的发生。对AMI伴有低血容量休克时, 最有使用价值。我们观察, 健心汤应用后症状缓解迅速, 多数服后感舒适, 无不良反应, 故对精神及体力恢复, 缩短病程, 均有一定作用, 对基层医院尤有使用价值。

(本文部分统计资料由我院资料室张树彬副主任技师协助, 顺致谢忱)

• 简讯 •

由刘恒均创办的巨鹿县民办痔瘡专科学校, 6年来已举办学习班49期。该校以对痔瘡等肛肠疾患独特的医疗技术受到了国内外学者的广泛欢迎。现该校生源广布国内外, 多次受到有关部门的奖励, 国内外许多新闻单位对此作了专题报道。该校现继续招生, 主要学习内、外、混合痔, 肛裂, 肛瘘, 直肠息肉, 脱肛病的治疗技术, 方法简便, 患者痛苦小, 无并发症及后遗症, 65%患者可以不做手术。校方与学员签订教学协议, 聘请著名专家授课。凡工作5年以上的医生均可报名, 经与该校联系批准后方可入学。联系地址: 055250 河北省巨鹿县城内贸易街肛肠病研究会。联系人: 刘恒均。