

浅, 正常防卫功能破坏较轻, 自愈能力较强, 所以疗效差异不大。而深Ⅱ°、Ⅲ°烧伤, 组织正常结构、功能遭到严重损坏, 创面大量渗出, 容易继发感染, 而影响愈合。复方白芨涂膜剂能抑制创面渗出, 促进结痂形成, 并构成一层保护膜以预防和控制感染, 促进愈合。因而对烧伤创面, 特别是深Ⅱ°、Ⅲ°创面的早期处理, 是一种较满意的外用药, 尚未发现有副作用。

中药治疗 Shy-Drager 综合征5例

安徽中医学院附属医院(合肥 230031)

韩咏竹 胡纪原 任明山 杨任民

我们自1984年11月~1989年12月, 单独采用自拟生脉稳压汤治疗Shy-Drager综合征患者5例, 取得良好效果。报告如下。

例1 任某某, 男性, 59岁。站立时头晕、言语不清、小便淋漓、阳痿、无汗, 进行性加重4年余。体检: 表情呆板, 言语缓慢不清。面部皮脂溢出过多, 全身皮肤干燥无汗, 手、脚掌皮肤角化过度。站立后即刻出现晕厥。右上、下肢肌张力铅管样增高, 两上肢呈粗大混合性震颤。血压: 卧位28.6/14.3kPa, 立位6.5/3.9kPa, 心率: 立、卧位时均为80次/分。膀胱残余尿210ml, 膀胱测压为失张力膀胱。空腹血糖正常。心电图正常。颅脑CT扫描: 弥漫性脑萎缩。诊断Shy-Drager综合征。予以生脉稳压汤加双勾藤12g, 珍珠母20g, 车前草15g, 猪、茯苓各10g, 每日1剂, 水煎服。服药1周后, 站立时仅感头晕, 胸以上微汗, 卧位血压降至正常, 立位血压升至12.48/9.88kPa。经上方稍加减治疗1个月后, 可在扶持下行走。随访治疗2年余, 立位血压均在正常范围, 最高记录为15.6/10.66kPa。但小便淋漓、阳痿、肌僵直等无改善。

例2 刘某某, 男性, 56岁。站立时头晕、无汗、阳痿、小便淋漓进行性加重4年。体检: 表情呆板, 不能站立行走。全身皮肤干燥, 手、脚皮肤粗糙。四肢肌张力减低, 指鼻及跟膝胫试验不能完成, 四肢表现以远端为重的肌萎缩。四肢腱反射减低, 右Babinski征(+), 吸吮反射(+). 卧位血压20.8/13kPa, 心率74次/分; 立位血压8.32/6.5kPa, 心率76次/分。膀胱残余尿110ml, 膀胱测压为失张力膀胱。75g葡萄糖耐量试验示糖耐量减低。心电图正常。颅脑CT扫描: 弥漫性脑萎缩。诊断Shy-Drager综合征。予以生脉稳压汤加熟地20g, 枸杞子15g, 白术15g, 每日1剂, 水煎服。逐日测立位血压, 至第11天立位

血压升至14.3/9.1kPa, 站立时头晕消失, 在扶持下可缓慢行走。随访治疗已3年余, 立位血压仍维持在15.08~12.48/10.4~7.8kPa之间。

例3 时某某, 男性, 47岁。进行性头晕, 行走不稳, 小便淋漓, 阳痿3年。体检: 面容呆板, 言语不清, 全身皮肤干燥, 软腭抬举差, 咽反射迟钝。四肢肌张力齿轮样增高, 四肢混合性震颤, 腱反射亢进, 指鼻及跟膝胫试验不稳, 双侧Babinski征(+). 卧位血压19.5/17.3kPa, 心率88次/分; 立位血压8.84/7.8kPa, 心率92次/分。膀胱残余尿100ml。空腹血糖正常。心电图正常。诊断Shy-Drager综合征。予以生脉稳压汤每日1剂, 水煎服。1周后测血压, 卧位19.6/13kPa, 立位12.74/10.4kPa, 头晕明显减轻, 但其他症状无改善。

例4 方某某, 男性, 53岁。进行性小便淋漓, 阳痿, 手颤, 行走不灵活6年余。体检: 表情呆板, 帕金森综合征样步态, 四肢肌张力铅管样增高, 两上肢混合性震颤。卧位血压24.7/14.3kPa, 心率110次/分; 立位血压14.3/10.4kPa, 心率114次/分。膀胱残余尿400ml, 膀胱测压为失张力膀胱。空腹血糖正常。诊断Shy-Drager综合征。予以生脉稳压汤加双勾藤12g, 车前草15g, 泽泻10g, 每日1剂, 水煎服。治疗第3天测卧位血压22.62/14.3kPa, 立位血压15.6/10.4kPa, 3周后测卧位血压21.84/13.26kPa, 立位血压18.2/13kPa。小便淋漓、阳痿等均未见好转。

例5 史某某, 男性, 56岁。先后出现四肢僵硬, 颤抖, 头晕, 性欲减低, 大小便困难3年余。体检: 表情呆板, 口吃, 左上下肢肌张力齿轮样增高, 右上下肢肌张力铅管样增高, 两上肢混合性震颤。卧位血压17.16/10.4kPa, 心率80次/分; 立位血压10.66/8.32kPa, 心率90次/分。75g葡萄糖耐量试验减弱。心电图正常。诊断Shy-Drager综合征。予以生脉稳压汤加熟地30g, 每日1剂, 水煎服。第5天测卧位血压17.16/11.18kPa, 心率68次/分; 立位收缩压13.91kPa, 心率88次/分。经上方治疗月余未再发现直立性低血压而出院。

讨论

Shy-Drager综合征系中枢神经多系统变性疾病。本病的诊断标准为: (1)成年期隐袭起病, 进行性经过, 无家族遗传史。(2)早期出现直立性低血压, 出汗障碍, 排尿障碍及阳痿等自主神经功能衰竭的表现。(3)病程中发生小脑或/及锥体外系类震颤麻痹及橄榄桥脑小脑变性的症状体征。(4)除外可引起小脑、锥体外系及自主神经功能衰竭的其他疾病。迄今,

本病尚无满意的治疗方法。

中医学对本病无系统描述。作者根据患者的临床表现,认为本病系阴阳气衰,不能相互维系,进而损及五脏功能所致。自拟生脉稳压汤(西洋参 5g 麦冬 12g 五味子 5g 制附子 10g 黄精 20g 炙甘草 6g)随证加味,以图益气养阴壮阳及调节血压的功效,获得立位收缩压升高达 4~9.1kPa 的较好疗效。尤其对卧位高血压患者既可升高立位低血压,又可降低卧位高血压,且未发现任何副作用。药理研究也证实,生脉散能增强心脏收缩力,纠正休克状态。主药人参对血压有良好的双相调节作用。针对小便淋漓,作者在本方基础上,曾对例 1、例 2 并投肉桂、白术、干姜、茯苓、泽泻合原方中的附子以图温阳化气、健脾利尿之意,未见疗效。后去干姜、茯苓、泽泻而加用缩泉丸方(益智仁、乌药、山药)用于例 2,也无满意疗效。至于阳痿一症,5 例均予仙灵脾、巴戟天、熟地、枸杞子、鹿角胶等益肾壮阳之品,未获改善。

藏药治疗急性菌痢 202 例观察

西藏自治区人民医院传染科(拉萨 850000)

李红兵 姜美君 玉 珠

西藏自治区藏医院藏西结合科

白玛多吉 白玛卓嘎 格 桑

为了研究藏药对急性细菌性痢疾(以下简称“菌痢”)的疗效,我们于 1988 年 8 月~1989 年 9 月初步筛选了 4 种藏药对 202 例急性菌痢患者进行了治疗观察,并以西药治疗 177 例作为对照。结果如下。

资料及方法

患者共 379 例,随机分为藏药组 202 例,西药组 177 例。两组均系我科收治的确诊菌痢患者。藏药组年龄 3~65 岁,202 例中 2 例为重型菌痢,余均为普通型菌痢;西药组年龄 7 个月~60 岁,177 例中 1 例重型菌痢,余均为普通型菌痢。两组患者均在发病后 1~2 天内入院,接受过 2~3 次其他抗生素治疗者,藏药组与西药组分别为 2.0% 和 2.5%。病例的诊断分型按戴自英主编的《实用内科学》中细菌性痢疾一节所述规定(戴自英,第 8 版,北京:人民卫生出版社,1986:146)。

治疗方法:藏药组用药有五味黄连丸 60 粒/次(约 2g)、十三味渣鹏丸 4 粒/次、三十五味寒水石丸 3 粒/次、九味五灵脂丸 3 粒/次,4 种药均为藏医经

典方药。治疗按藏医学的辨证施治配伍使用,分早、中、晚服用。腹痛和里急后重者加用解痉剂;脱水病例根据脱水情况补充液体及电解质。西药组用药有痢特灵、庆大霉素、氯霉素、磺胺类药及黄连素,均以黄连素和其中一种联合应用。腹痛、里急后重、脱水情况处理同藏药组。

结 果

疗效判定:凡 7 日内临床症状消失,便常规正常,痢疾杆菌培养转阴为近期治愈,仅有上述部分指标符合者为好转。

藏药组、西药组近期治愈率分别为 65.3% 和 54.8%,好转率为 28.7% 和 40.1%。其近期治愈率以藏药组为优($P<0.05$)。

不同性别对藏药的敏感程度亦不同,女性两组近期治愈率为 37.6% 和 22.6%,以藏药组为优($P<0.01$)。

在年龄上 7 个月~15 岁组、15+~30 岁组、30+~50 岁组看,均以藏药组疗效好,两组的近期治愈率为 10.4% 和 2.3%、24.3% 和 11.3%、11.4% 和 3.4%,均以藏药组为优($P<0.01$)。>50 岁组也以藏药组治疗效果

好,两组近期治愈率分别为 8.4% 及 2.8% ($P<0.05$)。

讨 论

藏医称“菌痢”为肠痧疫症,是由于体力劳损,使身体的元气扩散,血机紊乱,诱发胆热传于小肠引起。其根据病理分为脏泻与腑泻。临床以病势轻重分为肠绞痛、肠转痛、肠鸣洞泄及肠阻四型。本组病例多数为腑泻、肠绞痛型早至中期。用药根据“热病寒治、寒病热治”;“急者治标、缓者治本”的原则,即保护腑津、诛灭赤巴火,束约肝漏,改变泻物颜色,断其流道。初期给予引药和温和药,使疾病不再继续扩散,起到束其脉口的作用,而后给予治标或治本的药物诛灭热症。

通过本组观察,女性及 50 岁以上的患者对藏药较西药敏感。这对孕妇、哺乳期妇女、老年性听力下降及老年肝肾功能不良的患者都有意义。临床上我们发现汉族也对藏药敏感,因病例少未单例统计。

藏药在本地药源丰富,无副作用,所以藏药治疗“菌痢”确很有价值。但藏药制剂量大,只有口服剂,不宜幼儿及危重患者使用,在此方面有待进一步发展。