

芽性鼓膜炎34例，急性外耳道炎23例，外耳湿疹6例，耳廓冻疮3例。均为门诊患者。年龄12~65岁。

治疗方法

药剂制备：将甘草切片盛于容器中，倒入75%酒精，以浸没甘草为度，2周后将甘草压榨取液并过滤，所剩药渣可两度浸泡2周，再榨取得棕褐色溶液，两次溶液相混即得甘草酊，分装小瓶待用，不必加防腐剂可长期存放。

使用方法：鼻前庭炎、外耳湿疹和耳廓冻疮均以甘草酊涂布红肿处，1日3次。急性外耳道炎及肉芽性鼓膜炎在治疗前均以卷棉子清洁外耳道，必要时用3%双氧水洗耳，然后用甘草酊滴耳，1日3次。5~7天为1疗程。

疗效观察 以局部红肿疼痛，分泌物及皮损消失，或听力恢复正常为痊愈；上述炎症病变减轻为好转；治疗前后无改变或加重者为无效。结果：鼻前庭炎42例，痊愈39例，好转2例，无效1例；肉芽性鼓膜炎34例，痊愈29例，好转3例，无效2例；急性外耳道炎23例，痊愈20例，好转3例；外耳湿疹6例，痊愈5例，好转1例；耳廓冻疮3例，痊愈、好转、无效各1例。治愈率为87.04%，有效率为97.22%。

典型病例

例1 张某某，男，16岁。右耳痛，流脓2天，听力有减退。检查：右外耳道口红肿，有脓，清洁后见外耳道皮肤红肿、有糜烂，鼓膜完整无穿孔。诊断急性外耳道炎，用3%双氧水清洁，用甘草酊1日涂3次，第2天疼痛明显减轻，3天后疼痛消失，外耳道红肿消退，听力恢复正常。

例2 王某某，女，29岁，左耳流脓20天，近日听力减退。检查：左外耳道有多量存脓，以3%双氧水清洁后见鼓膜充血，后下有大片色鲜红的肉芽组织。诊断肉芽性鼓膜炎，用甘草酊1日滴3次。3天后复查，外耳道略湿无存脓，鼓膜充血减轻，7天后鼓膜肉芽处附薄痂，继续用药而痊愈，随访外耳道、鼓膜及听力均正常。

讨论 《本草纲目》载：“诸药中甘草为君，治七十二种乳石毒，解一百二十种草木毒，调和众药有功。”生甘草可治痛疽疮疡。现代研究发现甘草有肾上腺皮质激素样作用，能显著增强和延长可的松作用。一般认为其有效成分为甘草次酸，小剂量使用能起到AGTH作用。

甘草酊系75%酒精浸制而成，不须消毒处理即可应用，并不必加用防腐剂亦可长期存放而不失效。唯因酒精刺激，在急性炎症时使用，部分患者诉有疼

痛，然而酒精易于挥发，故疼痛时间很短暂，一般均能忍受。

本文除有5例肉芽性鼓膜炎治疗时间较长，并曾用15%硝酸银烧灼后再滴用甘草酊得以痊愈，其他病例均未用其他药物治疗，最长治疗时间为20天，一般为5~7天。

甘草货源充足，价格低廉，甘草酊制备容易，疗效良好，值得临床推广应用。

中西医结合治疗痛风性关节炎9例报告

广州中医学院附属医院(广州 510405)

史志云

我科自1989年6月至1990年9月，以中西医结合方法治疗痛风性关节炎患者9例，取得一些成效，现报告如下。

临床资料 按照1977年美国风湿病协会的诊断标准的9项拟诊条件，本组患者至少具备5项以上，平均7.0项。均为住院患者，男性6例，女性3例。年龄在54~65岁之间，平均59.1岁。病程：短者1个月，长者20年，平均8.8年。9例患者中，侵犯第一跖趾关节5例，侵犯膝关节7例，踝关节4例，趾关节4例，肘关节3例，腕关节2例，手指关节2例。有痛风结节者3例。血清尿酸全部高于正常，最低428.3 $\mu\text{mol/L}$ ，最高707.8 $\mu\text{mol/L}$ ，平均556.7 $\mu\text{mol/L}$ （我院附院正常值为 $<356.9\mu\text{mol/L}$ ）。9例中有3例发热，合并胆囊炎、胆石症2例。抗链球菌溶血素“O”试验、类风湿因子试验全部为阴性。

治疗方法 基本方以四妙散加味：黄柏、白花蛇各10g，秦艽、苍术各12g，川木瓜、白芍、怀牛膝各15g，桂枝8g，桑枝、苡仁各30g，甘草6g。加减法：气虚者去黄柏、苡仁，加黄芪25g，党参20g，白术12g；血虚者去黄柏、苡仁，加川芎10g，鸡血藤30g，当归10g；关节红肿痛甚者，加姜黄、乳香、没药各10g；血瘀者去白芍，加丹参15g，桃仁10g，红花6g；湿重者加川草薢12g，泽泻12g；热重者加青蒿6g（后下），银花12g；大便秘结者加大黄10g（后下）；上肢关节痛甚者，加羌活10g，威灵仙12g；下肢关节痛甚者，加防己12g，并加重桂枝用量至12g。每日1剂，清水煎服。同时使用下列药物煎汤薰洗：生草川乌、生南星、生半夏、艾叶各30g，生附子15g。关节红肿热痛甚者，可加乳香、没药各15g。每日1剂外洗。关节红肿热痛甚者，亦可外敷双柏散（广州中医

学院验方，由大黄、薄荷、黄柏、泽兰、侧柏叶组成，共研细末，广州中医学院附院生产）本组病例除内服、外洗中药外，常配合服用别嘌呤醇，每次0.1g，每日3次。

疗效观察 疗效标准按全军总后勤部卫生部制定的临床疾病疗效标准（《临床疾病诊断依据治愈好转标准》，人民军医出版社，1987年版）判定。结果治愈4例，好转5例。治疗前后血尿酸、红细胞沉降率、白细胞计数指标变化，见附表。

附表 治疗前后各项指标变化 ($\bar{x} \pm S$)

	血尿酸 ($\mu\text{mol/L}$)	红细胞沉降率 (mm/h)	白细胞数 ($10^9/\text{L}$)
治疗前	556.73 $\pm$ 101.12	78.38 $\pm$ 43.09	9.68 $\pm$ 5.89
治疗后	234.57 $\pm$ 109.44	58.13 $\pm$ 35.05	6.79 $\pm$ 1.94
P 值	<0.01	<0.05	>0.05

讨论 中医学认为痛风性关节炎的病因为外感风、寒、湿、热之邪，或过食膏粱厚味，致湿热内蕴。正邪交争，或久郁化热，而成血热；或邪气久留，损伤气血；或凝滞为痰，阻滞经络。其病机为外邪留滞肌肉关节，致气血不畅，经络不利，营卫不行，不通则痛，引起局部肌肉关节疼痛或红肿，久则可致气血虚损，血热致瘀，痰瘀滞结，络道阻塞，引起关节肿大、畸形及僵硬、功能障碍等。因此，本组病例所采用基本方以清热除湿、调和营卫、通络止痛为治则。方中黄柏、苍术、苡仁、怀牛膝四药为四妙散，具有清热除湿、通利关节作用；桂枝、白芍、甘草具有调和营卫、解热、抗炎、镇痛作用；白花蛇、秦艽、桑枝、川木瓜具有祛风通络止痛作用。同时，必须根据病情变化酌情加减用药。别嘌呤醇能阻抑黄嘌呤氧化酶，使次黄嘌呤及黄嘌呤不能转化为尿酸，生成氧嘌呤等较易溶的中间代谢产物而排出，可使血尿酸浓度迅速下降，尿酸排量也明显降低。配合中医综合治疗，如外洗、外敷、针灸等，往往收效更快。从治疗结果分析，治疗后血尿酸下降至正常值，红细胞沉降率也有明显下降，在统计学上都有非常显著或显著意义。笔者认为痛风性关节炎，采用中西医结合治疗，无论在降低血尿酸、消除关节红肿疼痛等方面，都具有协同作用。

对于痛风患者，无论治疗阶段还是出院后巩固疗效时期，均应注意配合饮食疗法，避免进食高嘌呤的食物，如动物内脏、骨髓、海味等。有的患者往往因关节、肌肉疼痛，而以骨类煲汤饮用，谓以形补形，

殊不知骨类（特别是脊骨）含丰富骨髓，往往加重病情。平时宜多饮开水，也可用车前草30g、玉米须30g、苡仁30g煲水代茶，频频饮用，以利尿酸排出，配合治疗。

白及枳实散加痢特灵治疗 消化性溃疡60例疗效观察

辽宁省锦州铁路中心医院内科(辽宁 121001)

白 炎

我院于1986年5月~1988年4月用自制中药白及枳实散加痢特灵治疗消化性溃疡60例，近期及远期疗效均比较满意，现报告如下。

临床资料 收治180例患者均经内窥镜检查确诊为活动性溃疡。其中十二指肠球部溃疡124例，胃溃疡56例。将患者随机分为3组：(1)痢特灵组(60例)，其中十二指肠球部溃疡50例，胃溃疡10例，男52例，女8例；年龄16~65岁，平均35.71岁；病程1年以内者20例，1~5年25例，5年以上15例；溃疡面积50mm²以内35例，50~100mm²20例，100~200mm²5例。(2)白及枳实散组(白枳散组)60例：十二指肠球部溃疡48例，胃溃疡12例，男51例，女9例；年龄15~63岁，平均34.80岁；病程1年以内14例，1~5年27例，5年以上9例；溃疡面积50mm²以内35例，50~100mm²18例，100~200mm²7例。(3)白及枳实散加痢特灵(痢白组)组60例：十二指肠球部溃疡44例，胃溃疡16例，男49例，女11例；年龄16~68岁，平均36.16岁，病程1年以内者21例，1~5年29例，5年以上10例；溃疡面积50mm²以内者32例，50~100mm²者21例，100~200mm²者7例。三组性别、年龄及病程差别无显著性(P>0.05)。

治疗方法 全部患者均住院治疗，戒酒少吸烟，疗程前后分别做血尿便常规、肝肾功能及心电图等检查，每周记录症状、体征及不良反应，疗程结束3日内由原内窥镜医师用原镜复查胃镜。痢特灵组：痢特灵0.1g，1日3次餐后口服。白枳散组：用医院自制白及枳实散5.0g，每日3次餐前温水冲服。痢白组：痢特灵0.1g，1日3次餐后口服；白枳散5.0g，每日3次餐前温水冲服。三组疗程均为4周。服药其间均不用任何其它药物。

疗效观察

一、疗效评定标准 (1)根据内窥镜检查判定疗效：白苔消失，溃疡愈合或留瘢痕为愈合；溃疡面积