

珠黛散治疗化脓性中耳炎185例疗效观察

徐州市中医院(江苏 221009) 俞 军 徐 泳

化脓性中耳炎(以下简称脓耳)是耳科中最常见的疾病,好发于儿童。我院自1982年起,用珠黛散治疗急、慢性脓耳,收到了良好效果,现将资料完整的185例及与对照组对比情况总结如下。

临床资料

全部病例均按《中国医学百科全书·耳鼻咽喉科学分册》诊断标准确诊为急性化脓性中耳炎或慢性单纯型化脓性中耳炎,并将全部病例随机分为治疗组和对照组。

珠黛散治疗组185例中,急性脓耳82例,慢性脓耳103例。其中男性111例,女性74例。年龄<5岁62例,5~20岁68例,>20岁55例。病程<1年者123例,≥1年者62例。患耳为右侧者76例,左侧者88例,双侧者21例。

对照组178例中,急性脓耳80例,慢性脓耳98例。年龄<5岁58例,5~20岁69例,>20岁63例。其他一般情况与治疗组相似,有可比性。

治疗方法

治疗组用珠黛散治疗。珠黛散由我院制剂室提供。其组成为珍珠6g、硼砂300g、寒水石50g、青黛6g、冰片20g。制剂工艺为上药经炮制后,先将硼砂、寒水石、青黛研细粉,过120目筛,珍珠另研细粉兑入前药,再加冰片共研即成。用法:先用3%双氧水将患耳清洗干净,然后用直径约2~3mm的细管将米粒大小的珠黛散吹入患耳中,小儿用量酌减,每日3次,直至患耳中无分泌物后停用。如治疗4周仍无效,则改用它法。如兼有发热等全身症状时,加服龙胆泻肝丸或龙胆泻肝汤加减方,待全身症状消失后停用。

对照组用复方新霉素滴耳液治疗,每次滴药2滴,每日3次,滴药前处理与治疗组相同。如兼有全身症状者,加用麦迪霉素或青霉素等抗生素,待全身症状消失后停用。

结 果

一、疗效标准

1.急性脓耳:痊愈:用药4周内炎症消失,完全

干耳,鼓膜愈合;好转:用药4周内炎症控制,基本干耳或稍有潮湿,鼓膜穿孔未愈合;无效:用药4周后症状体征无明显变化。

2.慢性脓耳:显效:用药4周内炎症消失,完全干耳;好转:用药4周内基本干耳或分泌物明显减少;无效:症状体征无明显变化。

二、临床总疗效:治疗组中急性脓耳82例,痊愈54例,好转26例,无效2例,总有效率为97.6%;对照组中急性脓耳80例,痊愈17例,好转54例,无效9例,总有效率为88.75%。两组对比,经统计学处理(χ^2 检验,下同),总有效率有显著性差异($P<0.05$),治愈率有非常显著差异($P<0.01$)。治疗组中慢性脓耳103例,显效53例,好转43例,无效6例,总有效率为94.1%;对照组中慢性脓耳98例,显效15例,好转57例,无效26例,总有效率为73.5%。两组比较,无论是显效率还是总有效率均有非常显著差异($P<0.01$)。说明珠黛散治疗急慢性脓耳的疗效均明显优于复方新霉素滴耳液。

三、对5岁以下婴幼儿的疗效:通过观察,我们发现珠黛散用于治疗5岁以下婴幼儿急、慢性脓耳的疗效尤为突出。在所观察的62例中,急性脓耳38例,痊愈30例,好转8例;慢性脓耳24例,显效19例,好转4例,仅1例无效。而对照组5岁以下的患者共58例,其中急性脓耳37例,痊愈11例,好转23例,3例无效;慢性脓耳21例,显效4例,好转13例,无效4例。对两组急、慢性脓耳的总有效率、治愈率或显效率分别进行比较,均有非常显著差异($P<0.01$)。

四、有效病例的平均疗程:我们对两组中有效病例的用药时间进行了统计,珠黛散治疗组185例中,共177例有效,平均用药时间为 $11.78\pm0.59d$ ($\bar{x}\pm S$,下同);而对照组178例中143例有效,平均用药时间为 $14.53\pm5.15d$ 。两组比较,经统计学处理(t检验),有非常显著性差异($P<0.01$)。说明珠黛散治疗脓耳的疗效既快又好。

讨 论

中医用散剂吹耳治疗急、慢性脓耳有着悠久的历史,且验方众多,仅明代《普济方》中就有红棉散等53首吹药方剂。这些方药,品种繁多,疗效不一,令人

莫衷一是。为了寻求一个组方合理、疗效可靠的方剂，我们从众多的验方中筛选出珍珠等五味药组成珠黛散，并进行了系统的临床观察，证实此方对治疗急、慢性脓耳不论治愈率或显效率及总有效率，还是平均用药天数，均明显优于复方新霉素滴耳液，并无新霉素等氨基甙类抗生素对内耳的毒害作用，故其有推广价值。

中医认为脓耳乃湿热邪毒结聚耳窍所致，而珠黛散正是针对这一病机组方的。方中珍珠、硼砂有清热解毒、防腐生肌之功，冰片、寒水石、青黛有清热解毒收敛之效，合而用之，效专力宏。据现代药理分析，冰片、硼砂、青黛等药对脓耳常见的致病菌如链球菌、葡萄球菌、肺炎球菌、变形杆菌等有较强的抑制

作用，可促使中耳腔炎症消失，从而达到治疗目的。

虽然中药散剂吹耳治疗急、慢性脓耳有其一定的优越性，但也有人认为散剂吹入耳中，由于溶解度较低，药效不易发挥，且容易与分泌物凝结成块，阻塞外耳道，造成引流不畅。通过大量的临床实践，我们认为只要能够掌握正确的用法用量，即可避免这一弊病。我们的体会是：（1）每次用药前，一定要用双氧水将耳内清洗干净，然后用干棉签将外耳道擦干。（2）每次用药量不可太多，以鼓膜上及穿孔处薄薄一层药粉为宜。在所治疗的患者中，仅有3例小儿患者因其家长求愈心切，用药太多，造成外耳道阻塞，经清洗后按要求用药而治愈。故以上两点一定要向患者或家属交待清楚。

中西医结合治疗复杂性尿路感染

丹阳市人民医院内科(江苏 212300) 林翼金 毛和良* 睦旭东 李国荣*

笔者采用氟哌酸及补中益气汤加减法治疗复杂性尿路感染41例，收到较理想效果，现报告如下。

临床资料 41例均为1986年10月~1991年9月间资料完整的住院患者。符合1985年第二届全国肾脏病学术会议制订的慢性肾盂肾炎诊断标准〔中华肾脏病杂志 1985; 1(4):13〕，且均合并存在尿路结石、尿路梗阻、尿路畸形、膀胱输尿管返流等诸因素中的一种或两种。女:男为30:11，年龄25~57岁，平均年龄38.7岁，病程8~23个月。清洁中段尿培养阳性33例，其中大肠杆菌22例、葡萄球菌4例、绿脓杆菌3例、粪链球菌2例、肺炎球菌2例。41例随机分为3组：中西医结合组15例，中医组13例，西医组13例。3组年龄、性别、合并症及感染细菌类型无显著性差异。

治疗方法 （1）西医组：氟哌酸0.2g，3次/d，口服，共21d。（2）中医组：补中益气汤加减，每日1剂，上下午各服药1次，1月为1疗程。基本方：黄芪30g 党参15g 甘草5g 白术12g 升麻6g 柴胡6g 陈皮10g 当归10g。尿频、尿急、尿痛明显，伴发热者加金银花15g 连翘15g 蒲公英15g。伴血尿者加大小蓟15g 蒲公英10g。伴小便混浊不清者加川草薢10g 泽泻10g。伴午后低热、口渴等气阴两虚者均加生地12g 黄柏10g 知母10g。（3）中西医结合组：使用西药同时加服中药，中西药疗程分别同上两组。治疗前、治疗开始第1、2、4、6周分别查尿

常规、1h细胞排泄率、中段尿细菌培养，准确记录患者症状和体征好转及消失时间。

结果 疗效评定标准：（1）有效：用药后尿路刺激症状及全身症状消失，尿常规、1h细胞排泄率、尿细菌培养均正常，停药后每周复查尿常规及中段尿细菌培养1次，共6周，每次均正常。（2）无效：症状稍好或无好转，甚至加重，尿细菌培养仍然阳性。

二、结果：中西医结合组有效14例，无效1例，有效率93.3%；西医组有效7例，无效6例，有效率53.8%；中医组有效6例，无效7例，有效率46.2%。中西医结合组疗效明显好于西医组及中医组， P 均 <0.05 。中医组和西医组比较无显著性差异。

体会 复杂性尿路感染一般病程较长，临床虽经多种抗生素治疗，但仍反复发作，耐药菌株也在增多，其临床表现常见患者神疲乏力，面色萎黄、下腹坠胀等气虚下陷诸症，而尿频尿急等尿道刺激症状又不明显。因此笔者采用中医补益名剂补中益气汤加减配合喹诺酮类抗生素氟哌酸治疗此病，仔细观察了其疗效，并以单用补中益气汤加减及单用氟哌酸治疗作对照组。经统计学处理发现，以补中益气汤治疗及以氟哌酸治疗两组疗效无显著差异，而二者合用后疗效显著提高，说明二者有协同作用。复杂性尿路感染时，由于某种复杂因素的存在，机体免疫功能低下，表现为气虚下陷的症状，笔者认为用补中益气汤能从整体上增加机体的免疫功能，提高患者的抗病能力，间接加强氟哌酸的抗菌效果，从而取得较好疗效。