

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。