

复常的天数方面均明显优于对照组。BUN、Cr 恢复正常的天数两组无显著差异 见附表。

附表 两组单项观察指标比较 (天, $\bar{x} \pm S\bar{x}$)

组别	退热时间	PRO 转阴	PC 转常	SGPT 转常	BUN、Cr 转常
治疗	2.16±0.16*(68)	3.61±0.21*(73)	4.07±0.21*(60)	6.64±0.29*(44)	6.33±0.69(18)
对照	2.89±0.19 (52)	4.12±0.15 (64)	5.63±0.32 (41)	7.80±0.43 (30)	7.90±0.74 (10)

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$; ()内为例数

讨 论

EHF 属中医“温病”范畴, 归属于冬温、春温、伏暑等, EHF 病毒属温热或湿热疫毒, 其发病为外感疫毒之邪, 侵入机体, 伏行血脉, 分布三焦, 导致经络、脏腑、卫气营血的严重受损所致。EHF 除具一般温病之特点外, 尚具侵害脏腑多, 尤易伤肾以及伤络动血、变证繁多等特点。

中西医结合治疗 EHF 具有互补性和协同性。如在发热期, 由于全身毛细血管的损伤, 血浆大量外渗, 此时仅用中药, 不能较好维持机体内环境之平衡, 配合西医之液体疗法, 则效果良好; 对高热不退的患者, 若纯用西药退热, 不仅退热维持时间短, 而

且副作用较大, 若配合辨证服用清热解毒等中药, 就可明显减轻病毒血症, 缩短发热期; 在肾性少尿期, 利用中药通腑泻浊, 配合西药利尿剂等, 能明显减轻氮质血症, 促进肾功能恢复; 在多尿期, 西药无特殊治疗, 而服用滋肾缩尿之中药则可使多尿症状得以改善; 特别对于湿热中阻之证, 患者多脘闷不饥, 腹胀, 恶心, 纳呆, 西药对症治疗效果差, 而服用清热利湿, 芳香化浊之中药可显著改善消化道症状, 达到增进食欲、促进胃肠功能恢复的目的。实践证明, 中西医结合治疗 EHF, 有退热快、热程短、PRO 消失早、PC 回升快、SGPT 转常快等优点, 从而提高越期率, 缩短病程。

(收稿: 1994-10-12 修回: 1994-12-31)

中西医结合治疗颌面部急性炎症 182 例

邓玉玲 李文萍

颌面部急性炎症包括颌面部间隙感染、冠周炎、唇痈、急性淋巴结炎、急性腮腺炎及拔牙术后感染等。自 1980 年以来, 我们自拟加味消毒饮治疗 182 例该病患者, 效果良好, 现报道如下。

临床资料 本组 182 例均确诊为颌面部急性炎症。其中男 99 例, 女 83 例; 年龄 2~65 岁, 以 20~40 岁青壮年为多; 病程 < 3 天 44 例, 3~6 天 105 例, 7~10 天 19 例, 11~15 天 14 例。轻症 65 例, 重症 93 例, 脓毒血症 24 例。其中颌面部间隙感染 62 例, 冠周炎 38 例, 唇痈 26 例, 急性淋巴结炎 21 例, 急性腮腺炎 14 例, 拔牙术后感染 9 例, 其他 12 例。本病起病急, 病程短, 临床表现为局部红、肿、热、痛和受累器官功能障碍; 体温升高, 白细胞总数及中性粒细胞升高。轻症者局部病变轻微、局限, 其全身症状亦轻微或不明显。重症则局部肿胀严重, 范围大, 部位深, 体温高达 39℃ 以上, 甚至并发败血症、脓毒血症。

治疗方法 (1)中医疗法 自拟加味消毒饮: 金银花 30 g 蒲公英 20 g 野菊花 20 g 紫花地丁 20 g

连翘 20 g 赤芍 10 g 丹皮 10 g 煅牡蛎 30 g 浙贝母 12 g 玄参 10 g 桔梗 9 g 青黛 3 g 大黄 9 g。热甚加栀子、黄柏; 肿甚加蚤休、虎杖; 体虚加党参、黄芪。轻症每日 1 剂分 3 次服, 重症日煎 2 剂分服。(2)西医疗法 保持口腔清洁, 清除病灶; 对高热不退、毒血症状较重的重症, 肌肉注射赖氨比林, 静脉滴注抗生素, 纠正水电解质紊乱。

结 果 本组 182 例全部治愈(体温和白细胞恢复正常, 局部症状基本消失, 无功能障碍)。服药最少 3 剂, 最多 15 剂, 多数患者服药 5~8 剂后痊愈。

体 会 颌面部急性炎症属中医学疮疡范畴, 多属阳证、实证、热证。加味消毒饮中金银花, 野菊花清热解毒散结, 清气分热结; 蒲公英、紫花地丁清血分热结, 为痈疮疔毒之要药; 连翘、青黛清热解毒, 凉血消肿; 赤芍、丹皮凉血消痛散结; 玄参养阴清热消肿; 浙贝、牡蛎化痰软坚散结; 大黄泻热攻积, 解毒祛瘀; 桔梗载药直达病所, 诸药配伍使风热散, 内热清, 肿胀消, 湿痰化, 腑气通, 故用之辄能取效, 配合西药消炎散肿, 疗效较好。

(收稿: 1993-04-23 修回: 1994-07-09)