

治疗方法 中西组用 1 ml 皮试注射器接 5 号针头行鼓膜穿刺, 抽吸中耳腔内液体后, 注入 0.1% α -糜蛋白酶 1 ml, 7 天抽注 1 次为 1 疗程。同时服祛风化痰通窍汤(羌活 6 g 川芎 6 g 白芷 6 g 前胡 6 g 大贝母 10 g 制半夏 6 g 菖蒲 3 g 生甘草 3 g)。鼻塞流涕加苍耳子、辛夷、薄荷。邪毒炽盛加银花、连翘、黄芩、板蓝根。耳内闭塞加升麻、柴胡、葛根, 路路通。肺脾两虚加黄芪、党参、白术、山药。脾肾阳虚加制附片、鹿角片、补骨脂、仙灵脾。每日 1 剂, 水煎后早、晚饭后温服, 每 7 日为 1 个疗程。对照组: 用鼓膜穿刺抽液并注入 α -糜蛋白酶, 配合 1% 麻黄素, 1 日 2 次滴鼻, 螺旋霉素每次 0.2 g 口服, 1 日 3 次。疗程同中西组。

结果 (1) 疗效标准 显效: 治疗两个疗程, 耳内闭塞感消除, 听力恢复正常, 耳内无积液抽出。有效: 治疗两个疗程以上, 耳内闭塞感减轻, 听力提高, 耳内有极少量液体抽出。无效: 两个疗程以上, 症状与体征无变化。(2) 结果 中西组: 25 例显效 20 例(20 耳), 占 80%; 有效 4 例(5 耳), 占 16%; 无效 1 例(2 耳), 占 4%, 总有效率 96%。对照组: 25 例显效 14 例(14 耳), 占 56%; 有效 6 例(6 耳), 占 24%; 无效 5 例(6 耳), 占 20%, 总有效率 80%。经统计学检验, 中西组显效率高于对照组($P < 0.05$)。

体会 渗出性中耳炎的病因、病理比较复杂。西医一般采用鼓膜穿刺抽液并注入 α -糜蛋白酶以降低分泌物的粘稠度, 促进渗出物的扩散和吸收, 以达到治疗该病的目的。中医认为该病属“耳闭”、“耳聋”范畴。多由邪毒外袭, 肺气闭郁, 气机宣降失调, 痰浊内生, 阻塞耳窍所致。故治疗除了采用鼓膜穿刺抽液外, 更应标本兼治。自拟祛风化痰通窍汤方中羌活、川芎、白芷、前胡祛风散邪, 宣畅气机, 活血通窍。大贝母、制半夏、菖蒲除痰达泄, 通阳开闭。路路通、甘草行气通络, 解毒利窍。诸药合用具有驱邪除痰, 开通耳窍之功。故服祛风化痰通窍汤配合鼓膜穿刺, 中西医结合, 相辅相成, 标本兼治, 达到异曲同工之妙用。

(收稿: 1994-11-25 修回: 1995-03-10)

以十枣汤为主治疗重症流行性出血热少尿期肾功能衰竭 33 例

山东济宁市传染病医院 (山东 272131)

袁毓梅 王保瑞 邢 聪 李兆宏 董恩澍

根据中医理论, 借鉴十枣汤峻泻攻逐作用, 辅以西

医综合治疗措施, 治疗重症流行性出血热(EHF)少尿期肾功能衰竭(肾衰)患者 33 例, 并与单用西医治疗的 30 例为对照观察, 现报告如下。

临床资料 选择本院 1991 年 9 月~1993 年 9 月住院重症 EHF 少尿期患者 63 例, 均符合卫生部 1989 年颁发的《流行性出血热防治方案》诊断标准, 抗 EHF-IgM 均阳性。随机分为治疗组, 对照组。治疗组 33 例, 男 30 例, 女 3 例; 年龄 22 岁~65 岁, 平均 37.5 岁。入院时病程 4~10 天, 平均 5.8 天; 对照组 30 例, 男 25 例, 女 5 例; 年龄 21~56 岁, 平均 36.3 岁。入院时病程 4~10 天, 平均 6.3 天。治疗组及对照组发热、少尿两期重叠分别为 6 例、5 例; 发热、低血压、少尿三期重叠者分别为 2 例、1 例; 重型分别为 28 例、27 例, 危重型分别为 5 例、3 例, 发热分别为 18 例、16 例, 纳差 30 例、27 例, 恶心 32 例、29 例, 呕吐 21 例、14 例, 头痛腰痛 30 例、27 例, 眼眶痛 21 例、18 例, 颜面、颈部、前胸潮红为 21 例、20 例, 球结膜水肿 30 例、26 例, 少尿 30 例、28 例, 无尿 3 例、2 例, 低血压 2 例、1 例, 心衰 5 例、2 例, 皮肤粘膜广泛出血 18 例、15 例, 消化道出血 12 例、8 例。实验室检查: 血小板分别为 $(35 \sim 87) \times 10^9/L$ 及 $(42 \sim 89) \times 10^9/L$; 尿蛋白均为 +++~++++; BUN 分别为 36~68 mmol/L 及 28~53 mmol/L; Cr 分别为 260~884 mmol/L、246~760 mmol/L。两组临床资料具有可比性。

治疗方法

1 两组患者均采用控制输液量, 稳定内环境, 综合利尿以减轻高血容量综合征、肺水肿及高血压脑病, 口服甘露醇导泻等综合常规治疗措施。

2 治疗组在上述对症治疗的基础上全部用中药十枣汤: 大戟、芫花、甘遂各等份研细末, 视病情轻重每次 1~2.5 g, 用大枣 10 枚水煎冲服, 每日 1 次。大便秘结不通, 口舌干燥, 热结阴亏者(15 例)加服增液承气汤加味方: 玄参 30 g, 生地黄、麦门冬各 25 g, 大黄 9 g, 芒硝 5 g, 人参 6 g。每日 1 剂, 煎至 400 ml, 分两次服, 并随症加减: 发热者加石膏、金银花、连翘; 其中有 5 例出现心衰肺水肿兼肾阳衰者在加味方的基础上人参增至 30 g, 加葶苈子、附子。2 例血瘀较重者加桃仁、赤芍、丹参。十枣汤用至多尿期停用。33 例患者中服十枣汤 3 剂者 5 例, 4~6 剂者 28 例, 7 剂者 2 例。呕吐不能服药者, 先用镇静止吐药, 再服中药。对照组只用上述西医对症治疗, 不用中药。

结果 疗效判定标准 治愈: 每日尿量>3000 ml, 尿毒症症状、体征消失, BUN、Cr 恢复正常。有效: 每日尿量 2000~3000 ml, 尿毒症症状、体征好转, BUN、Cr 未再升高或稍有下降。无效: 尿量无变化, 体征无好转, BUN、Cr 持续不降。

治疗组治愈 30 例(90.9%), 好转 2 例, 死亡 1 例, 总有效率为 97%; 对照组治愈 20 例(66.7%), 好转 2 例, 无效 5 例, 死亡 3 例, 总有效率为 73.3%。主要症状体征消失天数治疗组明显短于对照组(P 均 <0.01), 其中头痛腰痛治疗组及对照组分别为 2.9、3.9 天, 颜面、颈部、前胸潮红分别为 3、4.7 天, 恶心 2.4、4.5 天, 呕吐 1.9、3.6 天, 球结膜水肿 3.1、5 天, 少尿 1.9、3.3 天。血小板复常时间分别为 4.1 天、4.9 天, 尿蛋白转阴性分别为 7.1 天、10.3 天, BUN 转为正常分别为 8.9 天、12.1 天, Cr 下降至正常分别为 11.2 天、14.5 天。

体会 十枣汤为中药传统方剂, 具有峻下逐水之功, 主治悬饮、实水。有人认为 EHF 少尿期表现为悬饮实水为主要病机, 应以峻剂攻逐, 故选用本方。十枣汤中甘遂善行经, 逐水湿, 大戟善泄脏腑水湿, 芫花善消胸胁伏饮痰癖, 3 药合用其逐水饮, 除积聚, 消肿满之功甚著。另以大枣之甘, 益气护胃, 并能缓和诸药峻烈及毒性。因病重而体虚邪实, 故配用增液承气汤加味, 重用大参以顾护正气, 避免峻泻气脱; 方中大黄有泻下作用, 可减少氨基氮从肠道吸收, 减轻尿毒症症状, 人参能使氮质血症减轻, 尿蛋白减少, 再配合西医综合治疗, 故治疗组肾功能复常天数明显短于对照组, 因而临床上取得了较为满意的治疗效果。

(收稿: 1994-09-02 修回: 1995-01-25)

通络止眩汤治疗椎—基底动脉 缺血性眩晕 58 例

山西省临汾市第一人民医院(山西 041000) 蒋 森
山西省安泽县人民医院 王印奎
山西中医学院 蒋芳莉

从 1987 年 6 月~1994 年 4 月底, 我们以自拟的“通络止眩汤”治疗椎—基底动脉缺血性眩晕属暂时性脑缺血(TIAs)58 例, 疗效较好, 现报告如下。

临床资料 本文共观察 79 例, 临床表现均为: 当头部转动至某一方位时, 突然发生阵发性眩晕, 伴肢体、面部运动或感觉障碍, 同向视野内视力丧失、复视、共济失调、构音障碍、恶心呕吐, 但无耳鸣耳聋, 每次发作数秒至数分钟。随机分为两组。治疗组

58 例, 男 32 例, 女 26 例; 年龄 46~62 岁, 平均 54 岁; 病程 1 个月~5 年。超声多谱勒或脑血流图检查均示椎—基底动脉缺血。X 线片或 CT 扫描示颈椎骨质增生者 54 例, 伴高血压者 29 例, 血脂增高者 24 例, 动脉硬化者 28 例, 冠心病频发室性早搏者 4 例。对照组 21 例, 男 12 例, 女 9 例; 年龄 44~60 岁, 平均 53 岁。病程 1 个月~3 年。超声多谱勒或脑血流图检查均示椎—基底动脉缺血。X 线片或 CT 扫描示颈椎骨质增生者 20 例。伴高血压者 15 例, 血脂增高者 15 例, 动脉硬化者 17 例。

治疗方法 治疗组用通络止眩汤(由丹参、葛根、鹿含草各 30 g, 川芎、赤芍、自然铜、穿山龙各 15 g, 红花、全蝎、制南星各 6~12 g, 蜈蚣 1~2 条组成), 每日 1 剂, 水煎 2 次早晚分服。凡颈椎骨质增生或于气候变化时发作次数增多者加汉防己、秦艽; 血脂增高、动脉硬化者加生蒲黄、生山楂、生首乌; 高血压者加天麻、钩藤; 合并冠心病频发室性早搏者加三七、苦参。对照组用桂益嗉 50 mg、潘生丁 50 mg、尼卡地平 40 mg、阿斯匹林 50 mg, 均为每日 3 次。血脂增高者加烟酸肌醇酯或安妥明; 高血压者加消心痛; 发作时酌加安定。两组疗程均为 45 天。为巩固和提高疗效, 治疗组在疗程结束后, 按原方药物比例, 制成散剂, 每服 9 g, 每日 3 次, 连服 1~2 月。

结果 疗效判定: 临床治愈: 疗程结束后, 眩晕及其伴发症状、体征全部消失, 超声多谱勒或脑血流图示椎—基底动脉供血恢复正常, 0.5 年内未复发者; 显效: 疗程结束后, 眩晕消失, 其他症状、体征基本消失, 椎—基底动脉供血明显改善, 或已达到临床治愈标准而随访不足 0.5 年或在 0.5 年内复发者; 有效: 眩晕程度减轻, 发作次数减少 50% 以上, 其他症状有所改善者; 无效: 未达有效标准者。

疗效分析: 治疗组与对照组临床治愈分别为 21 例(36.2%)、5 例(23.8%), 显效分别为 25 例(43.1%)、6 例(28.6%), 有效分别为 7 例(12.1%)、6 例(28.6%), 无效为 5 例(8.6%)、4 例(19.1%), 总有效率分别为 91.4%、80.9%; 两组疗效比较, 治疗组明显优于对照组($P<0.01$)。治疗后椎—基底动脉缺血恢复正常, 治疗组(46 例/58 例)明显优于对照组(10 例/21 例), $P<0.01$ 。治疗后血脂恢复正常, 治疗组(19 例/24 例)明显优于对照组(6 例/15 例) $P<0.05$ 。治疗后血压恢复正常, 治疗组为 15 例/29 例, 对照组为 10 例/15 例, 两组比较无显著差异($P>0.05$)。