

性($P < 0.05 \sim 0.01$)。(2)疗效与年龄的关系: 14~45岁组64例, 显效42例, 占65.63%; 46~60岁组14例, 显效14例, 占100%, 差异有高度显著性($P < 0.01$)。(3)疗效与婚姻的关系: 已婚60例, 显效39例, 占65.00%; 未婚18例, 显效17例, 占94.44%, 差异有显著性($P < 0.05$)。(4)疗效与病程的关系: 病程7天~1年者28例, 显效27例, 占96.43%; 病程>1年者50例, 显效29例, 占58.00%, 差异有高度显著性($P < 0.001$)。(5)疗效与疗程的关系: 治疗1个疗程者43例, 显效24例, 占55.81%; 治疗2个疗程者35例, 显效32例, 占91.43%, 差异有高度显著性($P < 0.001$)。

讨论

当归六黄汤是李东垣治疗血中有热、卫气不固而自汗盗汗的处方。笔者认为, 白塞氏病的病情虽变化多端, 但基本病机亦是阴虚火旺、血中郁热与卫气不固。治疗该病的关键乃是免疫调节因素, 应以不同阶段不同辨证特点加减药物来调节免疫功能。当归六黄汤本身就是一种双向免疫调节剂。方中当归、熟地、黄芪都可增强免疫功能; 生地、黄芩、黄连、黄柏都可抑制免疫功能。不同证型的显效率有别, 可能与增强及抑制免疫的药物比例不同有关。显效率与年龄的关系, 提示该病可能与卵巢内分泌功能有关。

(收稿: 1994-12-05 修回: 1995-04-11)

降脂 I 号及 II 号方治疗 高脂血症的比较观察

上海医科大学附属华山医院(上海 200040)

王文健 吴波水 沈国光

自1991年8月~1994年2月, 我们对化浊祛瘀药物及其加黄芪后组成的方药对高脂血症患者血清脂质和载脂蛋白的影响作了对比观察。现将结果报告如下。

临床资料

共观察98例患者, 其血脂水平至少符合下列1项改变: (1)胆固醇(TC) $> 5.69 \text{ mmol/L}$ 。(2)甘油三酯(TG) $> 1.81 \text{ mmol/L}$ 。98例中合并冠心病6例, 高血压病18例, 糖尿病3例, 慢性支气管炎6例。随机分为2组: I组46例, 男21例, 女25例, 年龄42~68岁, 平均 56.8 ± 8.7 岁; 单纯TC增高者18例, 单纯TG增高者12例, TC、TG均高者16例; 46例中有7例高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C) $< 0.9 \text{ mmol/L}$ 。II组52例, 男24例, 女28

例, 年龄40~67岁, 平均 55.9 ± 9.2 岁; 单纯TC增高者22例, TG增高者16例, TC、TG均高者14例; 52例中有9例HDL-C $< 0.9 \text{ mmol/L}$ 。两组在年龄、性别、治疗前的各项血脂水平及各种合并症之间均无显著差异。

治疗方法

I组服用自拟降脂I号方, 由荷叶10g 生蒲黄10g 青箱子15g 大黄5g 片姜黄10g 九节菖蒲10g 全瓜蒌10g组成, 每日1剂水煎, 分2次服, 连服8周为1个疗程; II组服用降脂II号方, 系在降脂I号方基础上增加黄芪15g, 服法及疗程与I组相同, 两组患者自治疗前10天起即停服各类降脂药物。I组有8例、II组有7例患者完成了2个疗程, 其余均为1个疗程, 治疗前、后分别测定血清脂质和载脂蛋白水平。

统计学处理: 计数资料用卡方处理, 计量资料治疗前后比较用自身t检验。

结果

1 疗效评定标准 (1)显效: 达以下1项者: TC、TG有1项转为正常; 或TC值下降1/5或以上, 或TG下降2/5或以上; 或HDL-C上升 $\geq 0.26 \text{ mmol/L}$ 。(2)有效: TC降幅大于1/10而小于1/5; 或TG降幅大于1/5而小于2/5; 或HDL-C增长值超过0.10 mmol/L而不到0.26 mmol/L。(3)无效: 未达上述标准或反恶化者。

2 临床疗效 治疗后I组46例中显效13例(28.3%), 有效23例(50.0%), 无效10例, 总有效率78.3%; II组52例中显效18例(34.6%), 有效25例(48.1%), 无效9例, 总有效率82.7%。两组的总有效率无明显差异。

3 两组治疗前后血脂改变 经降脂治疗后, 两组的TC、TG较治疗前均有下降。治疗前后分别为TC: I组(34例) $7.18 \pm 1.23 \text{ mmol/L}$ ($\bar{x} \pm S$, 下同)、 $5.97 \pm 1.40 \text{ mmol/L}$, $P < 0.01$; II组(36例) $7.29 \pm 1.21 \text{ mmol/L}$ 、 $5.95 \pm 1.32 \text{ mmol/L}$, $P < 0.01$ 。TG: I组(28例) $3.52 \pm 1.29 \text{ mmol/L}$ 、 $2.53 \pm 1.14 \text{ mmol/L}$, $P < 0.01$; II组(30例) $3.45 \pm 1.18 \text{ mmol/L}$ 、 $2.35 \pm 1.07 \text{ mmol/L}$, $P < 0.01$ 。两组的HDL-C均有所上升; I组(7例) $0.78 \pm 0.27 \text{ mmol/L}$ 、 $0.82 \pm 0.44 \text{ mmol/L}$, $P > 0.05$; II组(9例) $0.77 \pm 0.26 \text{ mmol/L}$ 、 $0.87 \pm 0.22 \text{ mmol/L}$, $P < 0.05$ 。

4 治疗前后载脂蛋白改变 治疗后I组的Apo A、Apo B及Apo A/Apo B比值较治疗前均无明显

变化。II组治疗后的 Apo A 也无显著改变；但 Apo B 从治前的 91 ± 19 mg/dl 降至治后的 81 ± 23 mg/dl，Apo A/Apo B 比值从 1.16 ± 0.36 升至 1.42 ± 0.48 ，两者均有显著的统计学差异 ($P < 0.05$)。

讨论

本研究结果显示，化浊祛瘀的降脂 I 号与增加了益气药黄芪的降脂 II 号虽然在总疗效上较为接近，但在对血脂水平和载脂蛋白的作用方面，两方的影响有所不同。降脂 I 号仅能降低 TC 和 TG，而降脂 II 号除了降低 TC 和 TG 外，还能明显提高 HDL-C，降低 Apo B；从而升高 Apo A/Apo B 比值，表明加入益气药黄芪加强对本虚的治疗后能增强化痰祛浊方药对高脂血症患者的调脂作用，尤其是加强对载脂蛋白的调整作用。这一结果提示，载脂蛋白的失调与气虚证之间可能有一定联系，气虚生化乏源，功能不足，不能有效地清除体内过多脂质，加用黄芪起了益气促进代谢的作用；现代研究证实黄芪还有直接减少内源性胆固醇生成的作用，这可能是降脂 II 号比 I 号有更显著的调脂作用的另一个原因。

(收稿：1994—08—22 修回：1995—04—10)

自制红升丹配合清创引流 治疗四肢开放性损伤合并 感染 62 例

山西省忻州地区医院(山西 034000)

张殿玺

笔者自 1986 年 5 月~1990 年 10 月采用自制红升丹配合清创、引流法治疗四肢开放性感染 62 例，取得满意疗效。现报告如下。

临床资料

本组 62 例，男 53 例，女 9 例；年龄 7~63 岁(平均 33.4 岁)；致伤原因：车祸 28 例，机器辗挫伤 7 例，砸伤 11 例，挤压伤 9 例，跌伤 5 例，刀砍伤 2 例。损伤种类：开放性骨折 57 例(其中上肢骨折 32 例，下肢骨折 25 例)，开放脱位 2 例，广泛剥脱伤 3 例；感染发生：入院时创口已感染 29 例(其中 14 例已形成骨感染)，伤后 8~48 h 入院清创合并感染 27 例；<8 h 入院经清创缝合合并感染 6 例。深部感染 34 例，软组织感染 28 例。

治疗方法

(1)清创：已感染和经初期处理发生感染者，均进行重新彻底清创。(2)置管冲洗引流：深部感染者，经清创，保留内固定物，置管持续冲洗引流。选用 4 mm 内径塑料管或硅胶管，在感染伤口上、下两端正常组织上置孔，将管一端剪 2~3 个侧孔置入病灶，根据引流液来调节冲洗速度。冲洗液为 1000 ml 生理盐水加 20 万 u 庆大霉素。2 周后拔除引流。(3)伤口用药：对所有炎性、青紫肿胀、呈腐肉样的伤口，形成窦道和骨感染者，均用自制的红升丹直接涂敷或制成红升丹药捻，放入窦道和感染的骨质，使药捻直达病灶。每天放置 1~2 次。放置引流者，待引流后用药。红升丹由汞(Hg)、火硝(KNO_3)、明矾(即硫酸钾铝 $\text{KAl}(\text{SO}_4)_2 \cdot 12 \text{H}_2\text{O}$)按 15:21:24 比例升化成分剂。(4)62 例患者均自入院时起，用复方丹参注射液(上海新岗制药厂，每支 2 ml，含丹参、降香各 2 mg)每日 2 ml。静脉滴注。

结果

感染控制，炎性水肿消退，伤口愈合 46 例(74.2%)，平均愈合时间 24 天；慢性骨髓炎，伤口残留窦道，延迟愈合 13 例(21.0%)，平均愈合时间 41 天；骨髓炎，骨不愈合 2 例；开放性骨折并坏死性筋膜炎 1 例。重用红升丹闭合伤口 53 例(85.5%)；游离植皮 5 例(8.1%)；皮瓣肌皮瓣移植 4 例(6.5%)；愈合病例中 39 例得到 0.5~3.5 年随访，骨折全部愈合，感染无复发。

讨论

开放性损伤术后早期合并感染者，应及早手术，敞开引流，清除所有的坏死软组织及内固定物下和髓腔坏死组织，保留内固定物，放置塑料管有效灌注冲洗引流，争取在 1 周内冲洗引流液转清，避免感染脓汁蔓延，侵蚀骨折端，形成骨髓炎。红升丹有强力的杀菌作用，可排除脓液、坏死组织及死骨，促进肉芽组织生长，但不损害正常组织细胞，所以具有提毒拔脓，去腐生肌的作用。临床应用红升丹后，药捻上吸附有大量脓苔，脓性分泌物由稠变稀明显减少，周围组织水肿消退，由青紫转红润，肉芽组织生长迅速，触之易出血。经细菌培养，凡红升丹涂敷、填塞之处无菌生长，故而愈合较快。

(收稿：1994—12—20 修回：1995—04—19)