

热抑菌、乳香、没药活血定痛、消肿生肌。偏寒加桂枝、党参温补中焦。偏湿热加黄连清热燥湿抑菌，共同组成有护胃健脾、清热抗菌、生肌敛疮的作用。中药组对 HP 的清除率、根除率明显优于对照组。对溃疡病及浅表性胃炎治愈均明显优于对照组。胃脘疼痛的消除及伴随症状的缓解率均优于对照组，而且疗程短。1 年后胃脘痛的复发率治疗组也明显低于对照组。

本结果表明，健胃清幽汤有较强清除 HP 作用。能有效的改变胃、十二指肠的致病因素，为胃及十二指肠粘膜的炎症、溃疡创面愈合的有利条件。在整体调理下治愈的胃、十二指肠粘膜组织具有较强的抗再损伤的能力，从而降低复发率。因此笔者认为健胃清幽汤是比较理想的治疗幽门螺杆菌阳性的浅表性胃炎、溃疡病的组方。

(收稿: 1995—08—07 修回: 1996—02—05)

中西医结合治疗溃疡性 结肠炎 64 例

安徽省五河县肛肠病研究所(安徽 233300)

邓泽潭 刘观文 郭鸣祥 吕有华
陈华东 王学莉

溃疡性结肠炎是一种原因不明的消化系统顽症，中医称“肠澼”、“泄泻”。近几年来，我们采用中西医结合方法治疗溃疡性结肠炎 64 例，收到良好效果，现报道如下。

临床资料 本组 120 例，患者均有持续或反复发作，腹痛腹泻，粘液脓血便。以内窥镜检查肠粘膜有充血、水肿、糜烂和溃疡面。符合 1992 年 9 月在山西临汾四届会议上制定的溃疡性结肠炎(CUC)诊断标准。并根据临床情况，将所有病例随机分为治疗组和对照组。

治疗组 64 例中，男 38 例，女 26 例，年龄 19~49 岁，平均 28.0 岁；病程 3 个月~13 年，平均 3.16 年，<1 年 16 例，1~5 年 23 例，5~10 年 15 例，>10 年 10 例。对照组 56 例中男 33 例，女 23 例，年龄 20~50 岁，平均 28.7 岁；病程 4 个月~13 年，平均 3.25 年，<1 年 13 例，1~5 年 21 例，5~10 年 14 例，>10 年 8 例。其中治疗组内窥镜检查 58 例，18 例肠粘膜有散在性溃疡面，23 例肠粘膜有轻度糜烂，17 例肠粘膜充血水肿。对照组内窥镜检查 56 例，17 例肠粘膜有散在性溃疡面，25 例肠粘膜有轻度糜烂，14 例肠粘膜充血水肿。两组患者一般情况，临床症状以及内窥镜检查的情况进行比较，均

无显著差异($P>0.05$)，说明两组有可比性。

治疗方法 治疗组根据中医分型辨证，采用自制的肠澼康胶丸。药物组成：白术 2g 黄芪 2g 补骨脂、白头翁、银花炭、赤芍、木香、乌梅肉、五倍子、儿茶各 1g，研末装入 10 粒于 1 号胶丸内，每日分 2 次服；同时每晚睡前肛内塞入柳氮磺胺嘧啶栓 1 枚(山西省药物研究所制)，30 天为 1 个疗程。对照组只使用柳氮磺胺嘧啶栓，每晚睡前肛内塞入 1 枚，30 天为 1 个疗程。两组均治疗 60 天后评定疗效。

结果 通过上述两组治疗后复查，治疗组 64 例中，55 例进行了肠镜复查，近期痊愈(临床主要症状消失，肠镜复查肠粘膜恢复正常)50 例，占 78.1%，好转(临床主要症状改善，肠镜复查肠粘膜程度达一级以上)12 例，占 18.8%，无效(达不到有效标准)2 例，占 3.1%，总有效率 96.9%。对照组 56 例中，55 例肠镜复查肠粘膜恢复正常 40 例，占 71.4%，好转 10 例，占 17.9%，无效 6 例，占 10.7%，总有效率 89.3%。两组疗效总有效率比较，有显著性差异($P<0.01$)，说明中西医结合治疗溃疡性结肠炎较之单纯西药疗效好。中西医结合组 64 例中有 3 例出现头晕、纳差，对照组 58 例有 8 例出现。说明中西医结合组副作用较轻。

讨论 溃疡性结肠炎属中医学所说的“泄泻”、“下利”、“肠澼”范畴。其主因为感受外邪、脾肾虚损，导致脾阳不振、大肠滑而不固。久而化瘀成痼，乃致此病，故立治则为温补脾肾，活血调气，清热解毒、固涩止泻。方中白术、黄芪、补骨脂健脾温肾，赤芍、木香活血调气，白头翁、银花清热解毒消痼，乌梅、五倍子、儿茶固涩止泻生肌。

现代医学认为该病由细菌感染，自身免疫失调，肠内粘膜血管壁纤维增厚血循环不畅等有关，故在服用中药的同时加用柳氮磺胺嘧啶栓通过直肠给药，即能使病灶直接吸收，又能减轻该药对肝脏的毒副作用。同时加木香、赤芍能改善粘膜血循环，黄芪、白术、补骨脂以增强免疫功能。

(收稿: 1995—07—10 修回: 1996—02—05)

中西医结合治疗小儿迁延性、 慢性肺炎 50 例

福建省惠安县医院(福建 362100) 黄国平

笔者自 1989 年始，应用自拟的麻芩芪术汤联合抗生素治疗小儿迁延性、慢性肺炎 50 例，并进行对照观察，现报告如下。

临床资料 (1)诊断标准：小儿迁延性、慢性肺

肺炎的诊断按 1987 年卫生部制定的小儿肺炎防治方案中迁延性、慢性肺炎的诊断标准〔中华儿科杂志 1987; 25(1): 47—48〕。(2)本组 100 例均为本院儿科住院患儿, 经 X 线胸片检查后确诊为迁延性、慢性肺炎患儿, 随机分为两组。中西药组 50 例, 男 37 例, 女 13 例; 年龄 5 个月~12 岁, 平均 3.85 ± 3.43 岁, 其中 ≤ 2 岁 21 例; 气喘 15 例, 发热 18 例, 营养不良 14 例, 佝偻病 9 例, 迁延性肺炎 41 例, 慢性肺炎 9 例。西药组 50 例, 男 34 例, 女 16 例; 年龄 6 个月~12 岁, 平均 4.08 ± 3.35 岁, 其中 ≤ 2 岁 18 例; 气喘 18 例, 发热 14 例, 营养不良 11 例, 佝偻病 7 例, 迁延性肺炎 44 例, 慢性肺炎 6 例。全部病例均有咳嗽, 肺部罗音, X 线胸片均表现为点、斑、片状阴影; 治疗前均检查外周血象, 59 例检查血清免疫球蛋白。入院前平均病程中西药组 2.99 ± 2.05 个月, 西药组 2.83 ± 2.30 个月; 血白细胞总数: 中西药组 $(11.18 \pm 4.38) \times 10^9/L$, 西药组 $(11.22 \pm 3.26) \times 10^9/L$ 。两组资料比较无显著差异 (P 均 > 0.05)。具有可比性。

治疗方法 西药组用 2 种以上抗生素联合治疗 (多数用青霉素、氨苄青霉素、红霉素、庆大霉素、头孢唑啉、丁氨卡那霉素等) 及对症治疗。中西药组在西药组治疗基础上加用自拟的麻芩芪术汤治疗。方药: 麻黄 5g 黄芩 10g 黄芪 12g 白术 6g 柴胡 6g 苏叶 6g 杏仁 6g 厚朴 5g 防风 5g 甘草 5g。用量及用法: <1 岁每日 $1/3 \sim 1/2$ 剂, $1 \sim 3$ 岁每日 $1/2 \sim 2/3$ 剂, $3 \sim 6$ 岁每日 $2/3 \sim 1$ 剂。水煎分 3~4 次口服。肺热者加生石膏 20g; 兼有便秘者加制大黄 5g, 去白术; 痰浊喉鸣者加葶苈子、皂角子各 5g; 干咳无痰者加白果 10g 百部 6g 天花粉 10g; 汗多易惊者加牡蛎 10g 龙骨 10g; 纳差者加焦三仙各 6g; 肺阴虚者加南沙参 10g; 气虚者加红参 (或高丽参) 3g。两组疗程均为 15 天。

结果 (1)疗效标准: 按宋善俊主编的《临床医师手册儿科分册》(1991: 36—37) 中肺炎的疗效标准。(2)结果: 中西药组 50 例中痊愈 29 例 (58%), 好转 15 例 (30%), 无效 6 例 (12%), 总有效率 88%。西药组痊愈 19 例 (38%), 好转 13 例 (26%), 无效 18 例 (36%), 总有效率 64%。两组总有效率比较差异非常显著 ($\chi^2 = 7.895$, $P < 0.01$)。中西药组和西药组治疗后咳嗽消失分别为 11.04 ± 3.22 、 14.22 ± 4.24 天 ($\bar{x} \pm S$, 下同), $t = 4.223$, $P < 0.01$; 气喘消失分别为 3.33 ± 1.12 、 4.61 ± 1.79 天, $t = 2.401$, $P < 0.05$; 罗音消失分别为 10.82 ± 3.47 、 $12.84 \pm$

2.98 天, $t = 2.650$, $P < 0.01$; 退热分别为 2.22 ± 1.99 、 3.32 ± 1.96 天, $t = 1.564$, $P > 0.05$; X 线病灶吸收分别为 11.34 ± 3.05 、 13.5 ± 2.76 天, $t = 3.161$, $P < 0.01$; 治愈平均天数分别为 11.73 ± 3.36 、 14.28 ± 3.12 天, $t = 3.357$, $P < 0.01$ 。中西药组除退热外, 咳嗽消失、气喘消失, 罗音消失, X 线病灶吸收及治愈所用天数均较西药组少。(3)免疫指标: 经治疗 10 天后复查免疫指标。两组治疗前后免疫指标见附表。

附表 两组治疗前后免疫指标比较 (g/L, $\bar{x} \pm S$)

组别	例数	IgG	IgA	IgM
中西药	31	治前 7.66 ± 3.17	0.76 ± 0.22	1.07 ± 0.29
		治后 $9.75 \pm 3.61^{*\Delta}$	$0.93 \pm 0.22^{**\Delta\Delta}$	1.09 ± 0.31
西药	28	治前 7.63 ± 2.11	0.75 ± 0.16	1.01 ± 0.26
		治后 8.03 ± 1.77	0.78 ± 0.16	1.02 ± 0.28

注: 与本组治前比较, $*P < 0.05$, $**P < 0.01$; 与西药组治后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$

讨论 小儿气血未充, 脏腑柔弱, 卫阳不固; 易感外邪。感邪之后, 或调治不宜, 失于宣达, 邪郁痰滞, 肺失清肃; 或体虚邪恋, 气阴两伤, 脾肺具虚, 致疾患迁延难愈, 此乃小儿迁延性、慢性肺炎之原因。治疗一面要宣肺透邪治其标, 使外邪祛而正自安; 一面要扶正补虚固其本, 令正气复而外邪毋能再犯, 则顽痼可渐愈。故自拟麻芩芪术汤一方, 取麻黄宣肺降逆利水, 配以杏仁肃肺降气止咳, 厚朴宽膈通腑降浊; 取黄芩清里热, 泄邪于内, 伍以麻黄、苏叶、柴胡、防风疏散外邪, 和调表里, 达邪外出; 佐以黄芪、白术补气健脾, 益卫固表而令邪不可干; 甘草调和诸药。全方具有宣肺透邪, 化痰宁咳, 兼以补气健脾, 益卫固表之功效。

西医认为本病除小儿呼吸道解剖、生理特点外, 与小儿免疫功能低下, 耐药细菌或混合细菌的感染等有密切关系 (临床儿科杂志 1994; 12(3): 186—187)。故选择有效的抗菌素及增强机体的抵抗力对治疗本病至关重要。方中黄芩、厚朴、麻黄、柴胡、黄芪等具有广谱抑菌和抑制病毒的作用; 麻黄、黄芩、甘草、柴胡、苏叶具有抗变态反应, 调整机体免疫机制的作用; 黄芪、白术、防风具有提高机体免疫功能, 增强网状内皮系统吞噬能力, 能促进人体白细胞的干扰素诱生能力。经 50 例治疗观察, 结果表明, 中西药组不仅疗效明显优于西药组, 而且治疗后血清 IgG、IgA 较治疗前及西药组均有明显提高。说明该方剂联合抗生素治疗本病, 既能有效地发挥抗菌作用, 又能提高机体的体液免疫功能, 增强机体的抗病能力, 显示了该方剂与抗生素具有协同作用, 以及

整体调节作用。

(收稿: 1995-11-07 修回: 1996-01-31)

中西医结合治疗急性心肌梗塞 50 例

江苏省阜宁县中医院(江苏 224400)

钱康源 田作造

江苏省阜宁县人民医院 高钧亮

1985 年 2 月~1994 年 8 月, 我们采用中西医结合方法治疗急性心肌梗塞, 取得了满意的疗效。现报告如下。

临床资料 99 例均系住院患者, 全部符合《实用内科学》关于心肌梗塞的诊断标准(戴志英. 实用内科学, 第 8 版, 北京: 人民卫生出版社, 1990: 1114)。随机分为中西医结合治疗组(治疗组)与西药对照组(对照组)。治疗组 50 例, 男 37 例, 女 13 例。年龄 36~73 岁, 平均 48.5 ± 11.7 岁。病程 20~70 天, 平均 30 天。合并心律失常 20 例, 左心衰竭 10 例, 心源性休克 4 例。对照组 49 例, 男 36 例, 女 13 例; 年龄 35~72 岁。平均 47.5 ± 12.1 岁。病程 24~75 天, 平均 35 天。合并心律失常 20 例, 左心衰竭 9 例, 心源性休克 3 例。两组患者皆有心肌酶升高, 心电图有典型的 S-T 段抬高或有 Q 波的急性心肌梗塞心电图演变过程。两组临床资料无统计学差异, 具有可比性。

治疗方法 对照组用西药常规治疗: 吸氧、心电图监测; 口服阿斯匹林、静脉滴注极化液: 10% 氯化钾 1.5 g、普通胰岛素 10 u 加入 10% 葡萄糖液 500 ml 中, 每天 1~2 次, 7~14 天为 1 个疗程。镇静止痛用杜冷丁 50~100 mg 肌肉注射或吗啡 5~10 mg 皮下注射, 每 4~6 h 可重复应用。室性心律失常用利多卡因 50~100 mg 静脉注射(如无效, 5~10 min 后可重复, 控制后用利多卡因静脉滴注); 房室传导阻滞用阿托品。治疗休克: 补充血容量, 可静脉滴注低分子右旋糖酐或 10% 葡萄糖液; 应用血管活性药物, 可用多巴胺 10~30 mg 加入 5% 葡萄糖 100 ml 中静脉滴注, 也可加入多巴酚丁胺 20~25 mg, 或间羟胺 10~30 mg, 或酚妥拉明 10 mg; 纠正酸中毒可用 5% 碳酸氢钠静脉滴注, 参照二氧化碳结合力测定结果来调节用量, 纠正电解质失常时, 特别要注意对低血钾、低血氯的纠正; 治疗心力衰竭: 左心衰竭以应用吗啡或杜冷丁和利尿剂为主, 亦可选用血管扩张剂或多巴酚丁胺治疗, 洋地黄类药物在心肌梗塞发生后 1 h 内禁用, 24 h 内慎用; 右心室梗塞患者利尿剂

应慎用。10~20 天为 1 个疗程。治疗组在西药治疗基础上合用中药、针刺及耳针治疗。中药基本方为补阳还五汤合参附汤加味: 黄芪 50 g 川芎 15 g 当归 15 g 丹参 30 g 赤芍 10 g 白芍 10 g 桃仁 10 g 红花 10 g 地龙 10 g 黄精 10 g 红参 10 g 附子 6 g (先煎)。阴虚加生地、麦冬各 10 g; 阳虚时红参、附子各加至 15 g; 阴阳两虚加麦冬、五味子各 10 g, 生龙骨、生牡蛎各 30 g; 便秘加大黄 10 g (后下); 胸痛剧烈加全蝎 6 g, 蜈蚣 3 条; 房性早搏加龙眼肉 10 g; 室性早搏加苦参 30 g。每日 1 剂, 水煎服, 7 天为 1 个疗程。不用该方时用复方丹参注射液(2 ml/支, 上海市第一制药厂生产)12~20 ml 加入 5% 葡萄糖 500 ml 静脉滴注, 每日 1 次, 根据病情可用 1~2 周; 对休克、低血压倾向者, 用参麦注射液(10 ml/支, 含人参 1 g, 麦冬 1 g, 杭州第二中药厂生产)10~30 ml 加低分子右旋糖酐 500 ml 静脉滴注至血压回升稳定。针刺法采用按压至阳、内关、膻中, 用于心绞痛发作时, 治疗组均用了耳针法, 绿豆或王不留行籽以胶布贴压耳穴心、胃, 用于整个疗程。两组均 2 周为 1 个疗程, 一般应用 1~2 个疗程。

结果 疗效标准: 治愈: 症状消失, 心电图恢复正常, 实验室检查及心功能正常; 好转: 症状基本消失, 心电图仍有缺血性改变, 心律失常基本消失, 心功能恢复至 II 级; 无效: 用药后症状无明显缓解。结果: 治疗组 50 例, 治愈 36 例, 好转 11 例, 无效 2 例, 死亡 1 例。治愈率 72.0%, 总有效率 94.0%; 对照组 49 例, 治愈 17 例, 好转 18 例, 无效 7 例, 死亡 7 例, 治愈率 34.7%, 总有效率 71.4%。采用卡方检验对两组进行比较, 治愈率、总有效率均有显著性差异($P < 0.01$)。

讨论 急性心肌梗塞属中医“真心痛”, 病机多为气虚血瘀、阳虚血瘀, 治疗关键是活血化瘀、益气温阳。补阳还五汤善益气活血, 参附汤长益气温阳, 故两方合用能取得较好的疗效。

根据现代科学研究, 中药的某些特殊作用可能是取得较好疗效的重要原因。如红参、黄芪、附子具有强心作用, 能增强心肌收缩力, 配合活血化瘀的丹参、赤芍, 能明显增加心输出量及冠状动脉血流量。川芎与丹参同用有降低血小板粘附性与选择地降低血小板聚集性的作用。白芍、丹参具有抑制冠状动脉痉挛、扩张冠状动脉、增加冠状动脉流量, 提高心肌的耐氧能力。复方丹参注射液具有类似钙拮抗剂硝苯吡啶缓解冠状动脉平滑肌痉挛的作用, 通过扩张冠状动脉, 增加冠状动脉的流量、改善微循环、加速血流