

外,我们还根据病情对非手术或择期手术的患者采用中医中药治疗,收到良好的效果。按中医理论辨证施治原则随症加减。其中重用大黄,取其具有攻下,清热解毒,活血祛瘀之功效;用金黄散外敷,具有清热解毒,消肿止痛之功效。辨证取穴,对调整胃肠道功能,解痉、止痛、止呕、抗感染,减少胰腺分泌具有一定作用。对于有严重致命性并发症的胰腺假囊肿,应急诊行手术治疗。但在通常情况下,主张在囊肿形成后3个月手术为好,这样可使囊壁比较坚厚,利于手术,因此择期手术患者在手术前采取中西医结合治疗,能为手术创造良好的条件。

(收稿:1995-11-24 修回:1996-04-14)

中西医结合治疗白内障术后 角膜内皮水肿 19 例

浙江省遂昌县中医医院眼科(浙江 323300) 周爱娟

1993年3月~1995年12月,我们用中西医结合方法治疗白内障术后并发角膜内皮水肿患者19例,疗效显著,现报告如下。

临床资料 38例(38眼)患者均为在我院行晶体囊外摘除加人工晶体植入手术后病例,其中男17例,女21例;年龄41~93岁,平均74岁;右眼20例,左眼18例。38例患者随机分为对照组和治疗组,每组19例。对照组术后均有不同程度的视物模糊,其中伴畏光、流泪5例,伴眼胀者3例;裂隙灯检查见:角膜内皮均有不同程度水肿,水肿达基质层者3例。治疗组亦有不同程度的视物模糊,其中畏光、流泪6例,伴眼胀者3例;裂隙灯检查见:角膜内皮均有不同程度水肿,水肿达基质层者4例;发病时间均为术后1~7天,平均3.4天。

治疗方法 对照组予地塞米松注射液5~10mg,庆大霉素16万u加入5%葡萄糖溶液500ml中静脉滴注,每天1次,3~5天后停用,改为强的松片口服,用量及用药时间视前房混浊情况而定;口服乙酰唑胺片0.25~0.5g,每天2次,视眼压情况减量或停用;局部滴用激素眼液和抗生素眼液等;同时常规量口服维生素E,呋喃硫胺片,三磷酸腺苷等。治疗组在上述治疗基础上,加服益气养血、活血通络、利水消肿之中药,基本方为:生黄芪30g 明党参15g 茯苓15g 炒白术10g 全当归10g 白芍12g 川芎10g 桃仁6g 红花4g 丹参30g 柴胡10g 琥珀末2g 茺蔚子10g;阴虚者加石斛、麦冬等;兼湿热者去当归、白芍,加黄芩、龙胆草、栀子、夏枯草等。每天1剂,分2次内服。

结果 治愈标准 自觉视物较前清楚,畏光、流泪,眼胀等症状消失;裂隙灯检查见:角膜透明,水肿完全消退者。结果两组均治愈。治愈时间:对照组为3~15天,平均7.37天;治疗组为3~9天,平均4.89天;治疗组治愈天数明显少于对照组($t=2.27$, $P<0.05$)。治愈后随访0.5~2年,38例患者角膜均透明,无角膜云翳等后遗症。

体会 白内障术后并发角膜内皮水肿的原因很多。中医学认为,目以血为本,眼部手术必伤气血,致血流滞缓,脉络瘀阻,组织水肿。治疗可从益气养血、活血通络、利水消肿着手。方中之黄芪、党参、茯苓、白术等益气健脾、利水消肿;当归、白芍、川芎、桃仁、红花、丹参等补血、和血、活血;川芎为血中之气药,加柴胡疏肝理气,达到补而不滞,气行则血行之功;琥珀末活血化瘀、利水消肿;茺蔚子益气活血。中西药合用,起到加速水肿的吸收作用。

(收稿:1996-02-02 修回:1996-06-25)

中西医结合治疗急性期流行性 乙型脑炎 206 例

贵州省黔东南州医院(贵州 562400)

徐理芬 伍素英 季科夫

1985年~1995年,我院采用中西医结合治疗急性期流行性乙型脑炎206例,并与常规西医方法治疗104例作对照观察,疗效满意,现报告如下。

临床资料 所有患者均按王季午主编《传染病学》(第2版,上海:上海科学技术出版社,1979:264~265)诊断及分型标准确诊。随机分为两组。对照组104例,男64例,女40例;年龄6个月~14岁,平均6.5岁;病程7~30天,平均14天;临床分型:轻型4例,中型44例,重型54例,极重型2例;脑脊液:外观清亮,白细胞 $(0.05\sim0.45)\times10^9/L$;平均 $0.25\times10^9/L$,中性40%~65%,平均52%;淋巴35%~60%,平均47%;蛋白0.2~0.6g/L;平均0.4g/L,糖、氯化物均正常。

中西组206例,男120例,女86例;年龄6个月~14岁,平均5岁;病程6~22天,平均10天。临床分型:轻型2例,中型96例,重型104例,极重型4例;脑脊液:外观清亮,白细胞 $(0.05\sim0.5)\times10^9/L$,平均 $0.28\times10^9/L$;中性45%~70%,平均58%;淋巴30%~55%,平均42%;蛋白0.2~0.6g/L,平均0.4g/L,糖、氯化物均正常。

治疗方法 (1)对照组,高热以物理降温为主;

冰敷,酒精擦浴等,药物降温每日选用氢化考的松或地塞米松 0.3~0.5 mg/kg,复方氯丙嗪 1 mg/kg;抽搐选用止惊剂(安定、鲁米那钠等),配合脱水,降颅压,给氧,确保呼吸道通畅。应用能量合剂,脑活素,抗菌素预防感染,12 例使用病毒唑。(2)中西组,在上述西药治疗的基础上,于入院当时即口服安宫牛黄丸(贵阳中药厂生产),每丸 3 g,每次 1.5 g,每天 2 次。羚羊角粉(南通中药厂生产)每次 0.3 g,每天 2 次,不能口服者则鼻饲,连用 5~7 天。

结果 (1)疗效标准:临床症状和体征消失,生活能完全自理,无后遗症为痊愈;临床症状和体征基本恢复正常,部分生活能够自理,遗留较轻后遗症为显效;临床症状和体征部分恢复正常,但生活不能自理,后遗症较重为有效;病情恶化或死亡为无效。(2)结果:中西组痊愈 191 例(92.72%),显效 8 例(3.88%),有效 2 例(0.97%),无效 5 例(2.43%),总有效率为 97.57%;平均退热时间为 2.6 ± 1.7 天;平均意识障碍恢复天数为 4.10 ± 1.81 天;平均治愈时间为 10.5 ± 3.7 天;留有后遗症 7 例(3.4%)。对照组痊愈 76 例(73.08%),显效 7 例(6.73%),有效 5 例(4.81%),无效 16 例(15.38%),总有效率为 84.62%;平均退热时间为 3.8 ± 2.4 天;平均意识障碍恢复天数为 5.96 ± 2.10 天;平均治愈时间为 14.6 ± 3.4 天;留有后遗症 13 例(12.50%)。两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。

讨论 本病是乙脑病毒所致的传染病,患者单纯用西医疗法不甚理想。我们根据中医“暑温生热”、“暑湿生痰”、“暑热生风”的病机,加用安宫牛黄丸和羚羊角粉加强清热解毒,醒脑开窍的功效。安宫牛黄丸方中黄芩、黄连、栀子清热泻火抗病毒;牛黄、犀角、朱砂、珍珠、金箔凉血清营,安神镇惊,合之可退高热,缓解抽搐;麝香,冰片开窍醒脑;雄黄,郁金祛除痰涎,合之可使昏迷苏醒;所加羚羊角粉亦为清热息风止痉之妙品,可增强安宫牛黄丸的药力。经本组临床对比观察,中西组治疗乙脑总有效率、退热时间、治愈时间、病死率等方面疗效均优于西医组,且方便、安全,值得临床推广应用。

(收稿:1995-10-13 修回:1996-07-25)

益气活血方对慢性肝炎患者 血清蛋白水平的影响

湖北中医学院附属医院(湖北 430061) 李 平

湖北省黄石市中医院 赵 蕾

近几年以来,我们应用益气活血方治疗慢性肝炎

血清蛋白异常的患者,疗效满意,现报告如下。

临床资料 按 1990 年上海全国病毒性肝炎会议修订的诊断标准选择慢性肝炎血清蛋白异常(白蛋白(A) < 38 g/L,球蛋白(G) > 30 g/L, γ -球蛋白 $> 20\%$)的病例 188 例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 116 例,男 82 例,女 34 例;年龄 18~68 岁,平均 41.5 岁;病程 2~20 年,平均 4.52 年;慢性迁延性肝炎(简称慢迁肝)24 例,慢性活动性肝炎(简称慢活肝)61 例,肝硬化 31 例;HBsAg 阳性 102 例,抗 HCV 阳性 14 例;ALT 异常(> 30 u/L)74 例, γ -球蛋白异常 46 例, A 异常 79 例, G 异常 88 例;胁痛 92 例,纳呆 71 例,乏力 79 例,腹胀 67 例,肝大 68 例,脾大 45 例,腹水 14 例。对照组 72 例,男 55 例,女 17 例;年龄 16~65 岁,平均 39.5 岁;病程 3~22 年,平均 3.89 年;慢迁肝 12 例,慢活肝 44 例,肝硬化 16 例;HBsAg 阳性 61 例,抗 HCV 阳性 11 例;ALT 异常 45 例, γ -球蛋白异常 27 例, A 异常 45 例, G 异常 60 例,胁痛 50 例,纳呆 40 例,乏力 48 例,腹胀 42 例,肝大 40 例,脾大 25 例,腹水 9 例;两组资料比较无显著性差异。

治疗方法 治疗组采用益气活血基本方:黄芪、黄精、丹参、鳖甲、赤芍各 30 g,当归 15 g,人参 10 g,三七末 4 g(另冲服)。随证加减:肝郁气结加柴胡、佛手、香附;纳呆加薏仁、山楂;腹胀加枳壳、厚朴;郁热加栀子、黄芩;胁痛加失笑散、青皮;浮肿、腹水加车前草、大腹皮、防己;黄疸加茵陈、虎杖。每日 1 剂水煎服,3 个月为 1 个疗程。对照组采用支链氨基酸 250 ml、能量合剂(10%葡萄糖 500 ml 中加入 ATP 40 mg、辅酶 A 100 u、维生素 C 3 g、10%氯化钾 10 ml)静脉滴注,每日 1 次,3 个月为 1 个疗程。两组治疗 1 个月 ALT 下降 $< 20\%$ 酌加齐墩果酸片、甘草甜素片;浮肿、腹水加安体舒通、双氢克尿塞。均不使用人血白蛋白或血浆。中途病情确需使用者视为无效病例。

结果 (1)疗效评定标准 显效: A 上升及 G 下降幅 ≥ 5 g/L,并达正常值, γ -球蛋白下降幅 $\geq 5\%$, ALT 恢复正常;症状消失。有效: A 上升及 G 下降幅 < 5 g/L, γ -球蛋白下降幅 $< 5\%$, ALT 下降率 $> 20\%$,未达正常值,症状改善。无效:未达到有效标准。(2)结果:治疗组显效 46 例(39.66%),有效 55 例(47.41%),无效 15 例(12.93%),总有效率 87.07%。对照组显效 12 例(16.67%),有效 26 例(36.11%),无效 34 例(47.22%),总有效率 52.78%;两组显效及总有效率比较均有非常显著差