

炎。中西组 30 例, 年龄 17~53 岁, 平均 35 岁; 病程 0.5~5 年; 伴不洁性交史 22 例, 淋菌性尿道炎 4 例; 中医辨证分型: 气滞血瘀型 9 例, 湿热蕴结型 5 例, 阴虚火旺型 4 例, 肾阳虚损型 12 例。两组病例的年龄、病程、临床症状均有可比性。

治疗方法 对照组: 采用抗生素联合治疗, 氨苄青霉素 6g 加 0.9% 生理盐水 400ml, 分 2 次静脉滴注; 四环素 0.5g, 每日 4 次口服; 消炎痛 25mg, 每日 3 次口服, 2 周为 1 个疗程。中西组: 先锋霉素 V 3g 加注射用水 50ml, 尿道灌注保留 30~40min, 1 次/2d, 4 周为 1 个疗程。口服汤药: 猪苓 15g 茯苓 12g 桂枝 10g 当归 10g 丹参 15g 桃仁 10g 泽泻 10g 益母草 20g 白茅根 30g, 水煎服, 每日 1 剂, 4 周为 1 个疗程。辨证加减: 气滞血瘀者加赤芍 10g、丹皮 10g、川芎 10g、郁金 15g、路路通 20g; 前列腺体硬节者加皂刺 15g、三棱 10g、莪术 10g; 湿热蕴结者去桂枝、益母草, 加蒲公英 30g、虎杖 15g、木通 10g、黄柏 10g、白花蛇舌草 30g、牛膝 15g; 阴虚火旺者去桂枝、泽泻、益母草, 加菟丝子 15g、麦冬 15g、沙苑子 15g、生地 15g; 肾阳虚损者去桃仁、泽泻, 加熟地 15g、山茱萸 10g、山药 15g、附子 10g。两组治疗 3 个疗程评定疗效。

结果 (1) 疗效标准: 治愈: 自觉症状消失, 前列腺触诊正常或改善; 定位分段尿试验正常, 前列腺液涂片染色正常, 细菌培养阴性。好转: 症状改善, 前列腺触痛减轻, 前列腺液镜检白细胞 < 5 个/HP。无效: 症状、体征无改变。(2) 结果: 对照组 30 例治愈 15 例 (50.0%), 好转 10 例 (33.3%), 无效 5 例 (16.7%), 总有效率 83.3%。中西组 30 例治愈 18 例 (60.0%), 好转 11 例 (36.7%), 无效 1 例 (3.3%), 总有效率 96.7%。两组总有效率比较, 有显著性差异 ($P < 0.01$)。

体会 慢性前列腺炎属中医学“精浊”范畴。多由湿热、瘀滞等病邪入肾虚之体而致病, 自拟利湿化瘀汤以利湿通滞, 活血化瘀为治则, 分型论治, 以清热利湿, 清热解毒, 活血化瘀, 益肾补气而治之。现代药理研究表明, 这些中药有利尿抑菌, 对抗细菌内外毒素, 改善组织微循环及增强免疫功能等作用。配合先锋霉素 V 尿道直接保留给药, 克服了全身用药时前列腺包膜的屏障作用, 增加抗菌药物浓度, 而且局部药物浓度不受肝肾功能的影响等特点。中西医结合用药不但有抗菌的协同作用, 而且较好的发挥了中西药的特点, 故治疗作用显著。

(收稿: 1996—04—09 修回: 1997—03—12)

中西医结合治疗白塞病 32 例

中国医科大学第一临床学院(沈阳 110001)

侯 平 鲁 静 赵丽娟

1991 年 9 月~1996 年 9 月, 我科采用中西医结合方法治疗白塞病, 收到良好疗效, 现报告如下。

临床资料 全部病例均系我院门诊及住院患者, 诊断标准均符合 1989 年白塞病国际分类标准(蒋明等主编. 风湿病学. 北京: 科学出版社, 1995: 1230)。将 62 例白塞病患者随机分为治疗组和对照组。治疗组共 32 例, 其中男 15 例, 女 17 例, 年龄 22~56 岁, 平均 34.3 ± 18.2 岁; 病程 6 个月~12 年, 平均 4.2 ± 3.7 年; 口腔溃疡 32 例, 外阴溃疡 22 例, 针刺反应阳性 24 例, 结节性红斑 28 例, 假性毛囊炎 23 例。对照组 30 例, 其中男 14 例, 女 16 例, 年龄 24~62 岁, 平均 36.1 ± 20.4 岁, 病程 8 个月~11 年, 平均 4.0 ± 4.3 年。口腔溃疡 30 例, 外阴溃疡 19 例, 针刺反应阳性 23 例, 结节性红斑 24 例, 假性毛囊炎 21 例。

治疗方法 治疗组: 甲氨喋呤 20mg 加生理盐水 250ml, 每周 1 次静脉滴注, 同时用雷公藤多甙片 20mg, 每日 3 次口服; 通塞脉片(南京中医学院制药厂生产, 由当归、牛膝、玄参、甘草、金银花制成, 每片重 0.35g) 10 片, 每日 3 次口服。对照组仅用甲氨喋呤, 用法与治疗组相同。治疗 2 周、4 周、8 周时分别观察口腔溃疡、外阴溃疡、针刺反应、结节性红斑、假性毛囊炎等临床表现改善情况, 并于第 8 周后检测外周血小板数, 同时检测血沉(ESR)、C-反应蛋白(CRP)、 α_2 -球蛋白(α_2 -G)、 γ -球蛋白(γ -G)、免疫球蛋白(Ig)及补体 C_3 , 与治疗前对比, 统计学方法用卡方检验。

结 果

1 治疗后两组临床症状比较 治疗 2 周后口腔溃疡愈合、外阴溃疡愈合、针刺反应转阴、结节性红斑治愈及假性毛囊炎治愈, 治疗组分别为 22/32 例、18/22 例、16/24 例、19/28 例及 20/23 例, 对照组分别为 6/30 例、3/19 例、4/23 例、4/24 例及 2/21 例, 两组比较, 有显著性差异 (P 均 < 0.05), 治疗组疗效优于对照组。

2 治疗前后两组免疫指标比较 治疗组中, α_2 -G、 γ -G、免疫球蛋白 IgG 和 IgM 及补体 C_3 均比治疗前有改善 ($P < 0.01$), 而对照组中 γ -G、IgG 和 IgM 及补体 C_3 与治疗前比较, 无明显改善 ($P > 0.05$)。

3 治疗前后两组外周血小板计数比较 用药前,

治疗组外周血小板高于 $300 \times 10^9/L$ 者 28 例, 对照组为 25 例; 治疗 2 周后, 治疗组有 20 例降至正常范围, 而对照组仅有 4 例降至正常范围 ($P < 0.01$); 用药 4 周后, 治疗组有 27 例降至正常范围, 对照组仅有 7 例降至正常 ($P < 0.01$)。

讨 论 白塞病一般以口腔、生殖器、皮肤及眼部症状为特征表现, 尤其是反复地口腔溃疡最为常见。白塞病是一种累及多系统、多脏器的周身性疾病, 其基本病理变化为血管炎。西医认为其发病与免疫失调有关, 目前无特效的治疗方法, 主要应用糖皮质激素及免疫抑制剂控制病情, 但因糖皮质激素副作用大且停药后易复发, 因而临床医生正致力于寻求一种安全有效的治疗方案。中医中药治疗白塞病正是被探讨的治疗方法之一。

中医对白塞病病因及发病机理的见解, 多认为与感受湿热毒邪有关, 其诱因可由于久卧潮湿之地, 湿毒侵袭皮肤, 蕴久化热结于腑脏; 或由于过食甘肥厚味, 辛香炙烤而致脾胃损伤, 酿成脾胃湿热; 或由于情绪紧张, 忧思郁虑, 致肝郁气滞, 疏泻失常而造成肝胆湿热, 均可影响及心。治疗组应用中西医结合方法治疗白塞病, 加用雷公藤多甙片及通塞脉片, 与对照组比较, 临床症状明显改善, 有关免疫指标恢复正常, 均优于对照组。中医文献记载, 雷公藤味苦有大毒, 能杀虫, 具有消炎、解毒、祛风湿之功效。近年研究表明雷公藤尚有免疫调节、抗炎、抗肿瘤等多种药理作用。通塞脉片系选用当归、玄参、牛膝、金银花及甘草等中药精制而成的糖衣片, 具有补气血、养阴清热、活血化瘀、通调脉络等功能, 诸药合用而达到治疗目的。

甲氨喋呤可引起白细胞减少和肝功能损害, 本研究发现有 4 例白细胞减少, 2 例因肝功能受损而服用保肝药物。雷公藤多甙片可致月经减少或停经, 本组有 2 例月经减少, 但停药后恢复正常。

(收稿: 1996—10—21 修回: 1997—04—10)

浸泡再生法治疗手指末端 缺损伤 1520 例

山东省青岛市立医院(山东 266011)

王明明 丁华丽 祝迎宪 刘远征 李淑惠

我们自 1980 年 6 月~1994 年 11 月临床应用浸泡再生法治疗手指末端缺损伤 1520 例, 疗效满意, 现报告如下。

临床资料 1520 例患者, 男 1072 例, 女 448 例, 年龄 6~70 岁, 平均 32.6 岁; 其中 3 指以上缺损伤者

64 例, 2 指者 283 例, 1 指者 1173 例。患者均为伤后 1~13h 急症就诊。伤指末端出现不同程度出血、肿胀、剧痛等症。X 线片示伤指骨末端骨折, 组织缺损。

治疗方法 方药组成: 再生 I 号: 金银花 30g 地丁 30g 蒲公英 30g 防风 15g 当归 15g 白芷 15g 贝母 10g 花粉 15g 乳香 6g 没药 6g 大黄 12g 芒硝 30g。再生 II 号: 上方加川芎 10g, 红花 15g, 血竭 6g, 儿茶 10g。上药经本院药剂科中药制剂室加工配制浓缩煎剂, 每剂 500ml。方法: 1520 例患者受伤入院后均立即清创, 其步骤包括刷洗、清创和冲洗, 将伤口内被污染和失去活力的组织、异物等清除干净, 尽可能减少组织反应和诱发感染的各种因素, 术中压迫止血、血凝块保护裸露创面, 然后覆盖凡士林纱布, 敷料包扎。

伤后第 8 天内(血凝块形成期), 将包扎的伤指放入 40℃ 的再生 I 号煎剂中浸泡 0.5h, 取出自然晾干, 每天 3 次, 次日首次换药除去凡士林纱布, 以后每 3 天换药 1 次; 伤后第 9~21 天(再生期), 改用再生 II 号, 方法同 I 号; 伤后第 22 天~痊愈(愈合期), 仍采用再生 II 号浸泡, 如上皮生长延迟, 可在创面撒适量珍珠粉再包扎浸泡。

结 果 疗效标准: 优: 创面愈合, 再生组织 $> 5\text{mm}$, 功能、外观及感觉正常或接近正常。良: 创面愈合, 再生组织 2~5mm, 功能、外观及感觉接近正常或稍差。有效: 创面愈合, 再生组织 $< 2\text{mm}$, 但功能、外观及感觉有一项差者。无效: 创面感染长期不愈而改为手术等方法治愈者, 废用指。结果: 本组 1520 例, 疗程 12~36 天, 平均 27 天。优 472 例(31.05%), 良 638 例(41.97%), 有效 410 例(26.97%), 无效 0 例; 总有效率 100%。对 436 例(优 138 例, 良 163 例, 有效 135 例)患者进行 1 年随访, 优 122 例(27.98%), 良 201 例(46.10%), 有效 113 例(25.91%)。

体 会 本组 1520 例患者均为外伤, 破肉伤骨, 易外感毒邪, 再生 I 号功效清热解毒, 消肿止痛, 舒筋活血, 防腐祛风。再生 II 号在 I 号基础上加用川芎、红花、血竭, 其功效接骨生肌, 长肉再生。(1)再生 I、II 号抗感染能力强, 经我院体外抑菌试验有强烈抑菌能力, 能抑制多种致病菌。1520 例中除部分早期清创应用抗生素外, 浸泡期间均未使用抗生素。(2)浸泡再生法止痛效果好, 创面开放再生期随着纤维蛋白渗出增多, 煨脓长肉, 使伤指再生, 从而避免截短致残或瘢痕挛缩等并发症发生。(3)浸泡再生法是在中医药基础上与西医手外科相结合, 经过多年来临床实践临床疗效满意, 且并发症少, 方法简单, 便于推广。