

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, 辛香炙博而致脾胃损伤, 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 急诊就诊。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 $> 5mm$, 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 $< 2mm$, 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。

注意事项:(1)术中压迫止血,如出血止血凝块不能形成,可用少量生肌膏保护缺损创面,不用凡士林纱布覆盖,以免影响药效。(2)换药时应仔细询问病情及浸泡情况,耐心指导,常规消毒皮肤,轻柔清洁药痂,不清洗创面血凝块及渗出的纤维蛋白。首次换药后不再用凡士林纱布,包扎敷料要疏松,两层纱布即可。(3)每剂煎液可用 9 次,但每次浸泡前应煮沸,待药液温度降到 40℃ 时即可浸泡。

(收稿:1996—10—14 修回:1997—04—02)

中西医结合治疗大骨节病 38 例

内蒙古莫力达瓦旗中蒙医院(内蒙古 162850)

朝洛 吴海鹏

自 1991~1995 年采用中西医结合方法治疗大骨节病 38 例,与同期单纯西药治疗 21 例进行对照观察,取得了较好疗效,现报告如下。

临床资料 59 例患者均在病区生活 6 个月以上,经 X 线检查,符合《实用内科学》大骨节病诊断标准(上海医科大学《实用内科学》编辑委员会,第 9 版,北京:人民卫生出版社,1993:2016)。中西医结合组(结合组)38 例,男 26 例,女 12 例,年龄 8~16 岁,平均 12 岁。Ⅰ度 8 例,Ⅱ度 27 例,Ⅲ度 3 例。病程 1~6 年,平均 3.1 年。单纯西药组(西药组)21 例中,男 15 例,女 6 例,年龄 8~15 岁,平均年龄 11 岁。Ⅰ度 3 例,Ⅱ度 14 例,Ⅲ度 4 例。病程 1~4 年,平均 2.3 年。

治疗方法 西药组:亚硒酸钠片 1~2mg,每周 1 次,硫酸镁片 1g,每日 3 次,维生素 C 0.1g,每日 3 次,乳酸钙片 1g,每日 3 次,维生素 D₃ 注射液 60 万 u 肌肉注射,每 2 周 1 次,共 3 个月。结合组:西药治疗同前。中药治以益气健脾、滋补肝肾、活血化瘀、宣痹通络。方用身通逐瘀汤加减:黄芪 30g 白术 10g 薏苡仁 10g 熟地 30g 枸杞子 15g 补骨脂 15g 当归 15g 川芎 10g 桃仁 10g 红花 10g 五灵脂 10g 没药 10g 牛膝 15g 地龙 10g 羌活 10g 秦艽 10g 桂枝 5g 伸筋草 10g 木瓜 10g 络石藤 10g,水煎服每日 1 剂,服 7 日停 1 日,共服 1 个月。再按上述比例制成粉剂,每日 30g 分 2 次冲服,服 2 个月。

结果 疗效标准:治疗 6 个月根据 X 线片并结合临床症状综合判定。治愈:临床症状消失。X 线片干骺端凹陷及密度增高影象消失,仅留部分横骨梁,且有新的平整的先期钙化带形成;骨端囊样变消失,关节面清晰整齐。好转:临床症状基本消失。X 线片干骺端原硬化凹陷不正常影象密度减低,凹陷变浅且较前

整齐;原凹陷不正常影象密度虽继续增高,但范围不扩大。骨端不整硬化较前整齐,密度正常;原凹陷变小变浅;凹陷略大于原范围,但边缘明显硬化;原缺损处出现致密阴影;原有囊样变缩小或囊之大小不变而周围明显硬化,或囊中出现致密阴影。无效:临床症状减轻,但干骺端原单纯凹陷继续加宽加深;原硬化凹陷影象病变范围不扩大,但密度继续增高加宽;原硬化凹陷密度无改变,但病变范围扩大且看不到新的临床钙化带出现;干骺端出现新的病变。骨端囊样变扩大,原凹陷继续加深或新凹陷硬化不整继续出现。病变部位范围及轻重程度与原片无差异。结果:结合组 38 例治愈 12 例,好转 23 例,无效 3 例,总有效率 92.1%。西药组 21 例治愈 5 例,好转 12 例,无效 4 例,总有效率 80.9%。两组总有效率比较有显著差异($P<0.05$)。

体会 结合组与西药组比较,症状缓解快、疗效高。但其治愈和好转的患者与西药组一样皆为第Ⅰ度和第Ⅱ度的患者,对第Ⅲ度患者治疗效果不佳。提示对大骨节病应加强预防的力度,并应加大普查面,以便早期发现早期治疗。

(收稿:1996—10—21 修回:1997—04—06)

中西医结合治疗脑血管疾病 30 例

山西省中医药研究院(太原 030012) 柏晋梅

自 1995 年 2 月~1996 年 5 月,我们用中药制剂川芎嗪注射液、西药脑复康注射液,治疗脑血管疾病 30 例,收到满意效果,现报告如下。

临床资料 以中华医学会第二次全国脑血管会议第三次修订《内科疾病诊断标准》(第 1 版,上海:上海科技教育出版社,1991:397)为诊断依据。

本组患者均经脑 CT 检查,共 58 例,中西药治疗组 30 例,男 21 例,女 9 例;年龄 50~78 岁,平均 64.23 岁;病程 2 个月~3 年,平均 1.11 年;其中 19 例在院外接受过西药治疗;脑动脉硬化症 9 例,脑血栓形成 5 例,腔隙性脑梗塞 8 例,脑软化 4 例,脑萎缩 4 例。中医辨证分型[参照《实用中医脑病学》(第 1 版,北京:学苑出版社,1993:615)]:脉络瘀阻证(头痛头晕,面色稍白,舌强语蹇,肢体瘫痪,窍络失灵,口角歪斜,舌质紫暗或有瘀斑,苔黄,脉弦数)12 例,气阴两虚证(脉络瘀阻证加肢软无力或偏枯不用,肢体麻木,舌淡,苔薄白,脉细或虚弱)18 例。对照组 28 例,男 20 例,女 8 例;年龄 52~75 岁,平均年龄 65.8 岁;病程 3 个月~3