

治的特点把本病分为四种不同的证候群,配合相应的方药进行临床观察治疗。

本组疗效之所以显著,我们认为一是突出了中医辨证论治的特点,二是辨证准确,三是选方配药合理而获捷效。

(收稿:1997-04-11 修回:1997-09-17)

老鸛草合剂治疗急性咽炎的疗效观察

昆明医学院第一附属医院(云南 650032)

魏群德 纳冬荃 纳志云 李海林

赵淮 徐静 杨永德

多年来,云南民间有人用中草药老鸛草治疗咽炎发热,为了解其疗效,我们于 1996 年 10 月~1997 年 3 月对 45 例急性咽炎患儿用老鸛草合剂治疗,并与常规青霉素静脉滴注对照,现将观察结果报告如下。

临床资料 凡西医诊断急性咽炎并符合中医辨证外感风热证或肺胃实热证,年龄 0.5~14 岁,病程<3 天,未用过抗生素治疗者列为观察对象。不包括伴有重度营养不良或严重全身疾病,或经观察证实为麻疹、猩红热等急性传染病者。本研究共收集病例 75 例。治疗组 45 例,年龄 1~13 岁,平均 (3.58 ± 2.48) 岁;病程 2~96h,平均 (42.98 ± 24.85) h;对照组 30 例,年龄 0.5~12 岁,平均 (4.32 ± 3.01) 岁,病程 2~96h,平均 (46.20 ± 31.37) h,两组临床资料比较, $P>0.05$ 。

治疗方法 全部病例按 3:2 的比例随机分为两组。治疗组 45 例,口服老鸛草合剂(每毫升含老鸛草生药 1g,由本课题组用昆明产老鸛草煎煮浓缩制成),3 岁以下 5ml,3~8 岁 10ml,8~14 岁 15ml,1 日 3 次,同时静脉滴注葡萄糖生理维持液适量作为安慰剂。对照组 30 例,静脉滴注青霉素 10~15 万 $u \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$ (哈尔滨制药厂出品,批号 960751)。两组中体温 $>39^{\circ}C$ 者临时给予冰袋物理降温,伴高热惊厥者给镇静剂止痉,不用退热药及其他药物。

结果 两组均全部治愈。两组中伴发热者分别为 44 例和 28 例,经上述处理后 48h 体温降至正常者治疗组 35 例(79.5%),对照组 20 例(71.4%);96h 两组所有病例体温均恢复正常,经统计学处理无明显差异($P>0.05$)。两组全部病例均于用药 48h 内体温下降,5 日内症状体征消失,达到痊愈标准。其治愈时间比较亦无显著性差异($P>0.05$)。

治疗组于服药前及服药 2~4 天后复查血、尿、便常规、心电图 45 例,肝肾功能 22 例,免疫球蛋白 9 例与服药前自身对比,均无异常改变,临床观察亦未见不良反应,表明服用老鸛草 $1 \sim 2g \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$ 是安全的。

讨论 据药典载老鸛草有祛风湿,活络功能,主要用于肢体关节麻木疼痛,本研究用老鸛草合剂治疗急性咽炎中医辨证为外感风热证或肺胃实热证患儿确有效。其药理机制考虑与该药的抑菌抗病毒作用有关,文献曾报道该药全草煎剂在试管内对卡他球菌、金黄色葡萄球菌、弗氏痢疾杆菌、 β 链球菌、肺炎双球菌等有明显抑菌作用,通过鸡胚对流感病毒有一定抑制作用。笔者用本品做体内外抑菌实验,发现对甲型溶血性链球菌、肺炎双球菌中度敏感,对金黄色葡萄球菌敏感,对肺炎双球菌感染小鼠有明显的治疗作用,与文献报道及本次临床观察结果一致。老鸛草全国分布广泛,故笔者认为有深入开发研究的价值。

(收稿:1997-07-28 修回:1997-09-30)

中西医结合治疗面神经炎 30 例

贵州遵义医学院附属医院(贵州 563003)

吴岳洲

自 1991 年 5 月~1996 年 5 月,我们对 30 例急性面神经炎患者采用中西医结合方法治疗,疗效较好,现报告如下。

临床资料 诊断标准:全部病例为急性起病的周围性面瘫,排除继发性面神经麻痹的病因:格林-巴利综合征、中耳炎并发的面神经炎、脑干病变、桥脑小脑角肿瘤等。分为 3 组,中西医结合治疗组 30 例,男性 18 例,女性 12 例,年龄 19~55 岁,平均 33.2 岁;病程 3~7 天,平均 4.4 天。西药组 30 例,男性 16 例,女性 14 例;年龄 16~51 岁,平均 29.8 岁;病程 2~6 天,平均 3.6 天。中药组 30 例,男性 16 例,女性 14 例;年龄 17~50 岁,平均 30.2 岁;病程 1~5 天,平均 3.4 天。3 组病例在年龄、病程上无明显差异。

治疗方法 西药组:口服强的松 80mg,晨起 1 次顿服,每隔 3 天减 10mg,24 天后 5mg 服 4 天;同时每天 1 次肌肉注射维生素 B_1 100mg、维生素 B_{12} 0.1mg,4 周为 1 个疗程。中药组采用自拟方:生地 12g 当归 15g 独活 10g 防风 10g 珍珠母 30g 钩藤 15g 白附子 5g 煎汤并全蝎末 1g 冲服,痰涎多者加半夏 10g、制南星 5g,每天 1 剂,疗程 4 周。中西医结合组除同样服相同剂量的强的松,肌肉注射维生素 B_1 和 B_{12} 外,同时服用与中药组相同的中药,疗程 4 周。3 组分别在治疗 2、3 和 4 周末评定疗效。

结果 疗效标准:痊愈:症状与体征消失,表情肌功能恢复;好转:症状与体征部分消失,表情肌功能部分恢复;无效:症状体征无改变,表情肌活动未恢复。

结果:中西医结合组 2 周末痊愈 25 例占 83.33%;

3 周末痊愈 3 例占 10%; 4 周末痊愈 2 例占 6.66%, 痊愈率 100%。中药组 2 周末痊愈 13 例占 43.33%; 3 周末痊愈 1 例占 3.33%; 4 周末痊愈 3 例占 10.00%, 总痊愈率为 56.66%; 7 例好转占 23.33%, 总有效率为 80%; 6 例无效占 20.00%。西药组 2 周末痊愈 15 例占 50.00%; 3 周末痊愈 2 例占 6.66%, 4 周末痊愈 2 例占 6.66%, 总痊愈率为 63.33%; 7 例好转占 23.26%, 4 例无效占 13.33%, 总有效率为 86.66%。

上述结果表明中西医结合组的疗效显著优于中药组和西药组 ($P < 0.01$)。西药组总有效率略高于中药组, 但两者无显著性差异 ($P > 0.05$)。

讨 论 面神经炎是茎乳突孔内急性非化脓性面神经炎。部分患者因局部受风寒而起病, 故通常认为可能是局部营养神经的血管发生痉挛, 导致该神经组织缺血、水肿、受压而致病。急性期常采用皮质激素和 B 族维生素治疗。中医学认为, 面神经麻痹系中风所致, 因身体亏虚, 生活不慎, 烦劳体倦, 致精血衰耗, 气血不足, 风寒乘虚入侵经络, 面神经因受风寒刺激而发病, 系风痰中络, 筋络拘急, 宜养血祛风, 化痰通络。本组中药方中生地、当归滋阴养血, 独活、防风祛风通络, 珍珠母、钩藤平肝熄风, 白附子祛风痰, 全蝎解风毒, 合成养血祛风, 化痰解痉的方剂。痰涎多加半夏、制南星以化痰止痉。根据中医“治风先治血、血行风自灭”的理论, 本方具有调和气血之功, 结合皮质激素的抗炎和 B 族维生素营养神经作用, 改善了神经组织的缺血、水肿和压迫, 促进了神经功能的恢复。

(收稿: 1997-06-23 修回: 1997-09-23)

中西医结合治疗甲沟炎 583 例

河北医科大学第三医院(石家庄 050051)

刘敬辉 张杏梅 郭跃先 王秀丽

甲沟炎是手、足常见的感染性疾病之一。自 1985 年 3 月~1995 年 6 月采用中西医结合的方法治疗甲沟炎 583 例, 疗效较好, 报告如下。

临床资料 本组男 301 例, 女 282 例。年龄 0.5~72 岁, 平均 32.7 岁。发病部位: 手部 457 例, 拇、食指多见, 4 例患者两手多指同时患病, 是由于咬指或吮指所致; 足部 126 例, 多发病于拇趾。病情: 早期甲沟炎 137 例, 化脓性甲沟炎 341 例, 拇趾嵌甲继发甲沟炎伴有炎性肉芽肿 105 例, 患者病程 4~16 周, 平均 8 周。

治疗方法 (1) 早期甲沟炎局部仅有红肿热痛的症状, 只需外敷如意金黄膏(以下简称金黄膏), 隔日换

药 1 次, 一般 2 次即愈。(2) 化脓性甲沟炎切开排脓加外敷金黄膏。切开时不需麻醉, 用 11 号尖刀沿患侧甲缘与甲皱褶处, 轻轻划开排除脓液, 不必放置引流条, 外敷金黄膏即可。一般 1~3 次可愈。若外敷药物 3 次未愈者, 可用抗生素药液浸泡换药(多用洁霉素 0.6g 加生理盐水 30~50ml), 一般浸泡 1~2 次则愈。对伴有甲下积脓者, 需拔除甲板, 用 3% 双氧水、生理盐水冲洗干净后上抗生素纱条, 以无菌纱布包扎。(3) 嵌甲继发甲沟炎伴有炎性肉芽肿患者, 采用嵌甲根治术: 常规消毒行趾神经阻滞麻醉, 扎橡皮条止血带(一般不超过 30min), 在患侧甲侧、后皱襞交接处做斜形切口与后皱襞延长线呈 45° 夹角, 切口长约 0.6cm, 在患侧距甲侧皱襞 0.3cm 处, 将甲板纵行剪开达甲根部, 拔出部分甲板。然后用鼠齿钳掀起后皱襞皮瓣, 暴露嵌甲部的甲母细胞, 该组织在甲床呈银白色, 用锐刀切除, 最后刮除炎性肉芽及坏死组织, 用 3% 双氧水、生理盐水冲洗干净, 创面填塞抗生素纱布(多用氯霉素、先锋 V), 外面放凡士林纱条 2 层, 最后用无菌纱布加压包扎以防渗血。3 天换药 1 次, 一般换药 3 次即愈。

结 果 治愈率为 100%。对 105 例嵌甲继发甲沟炎患者术后 0.5~2 年随访, 未再复发。

讨 论 化脓性甲沟炎如何切开排脓, 各家说法不一。多数主张纵行切开患侧甲皱襞, 放置橡皮条引流; 也有人主张将后皱襞切开掀起放橡皮条引流。近来文献报道用火针或手术做洞式排脓放五五丹药捻。以上所述各种方法痛苦大, 需要指神经阻滞麻醉。而笔者之方法损伤小, 简单易行, 可免除麻醉之苦。当然这一方法必须配合金黄膏外敷, 才能达到理想的效果。嵌甲继发甲沟炎的治疗, 临床往往只重视换药, 由于嵌甲的根本原因未解除, 虽多方努力而无效果。亦有的医生只做简单的拔甲术, 虽然短期可愈, 几个月后新生的甲板又出现嵌甲, 往往再继发甲沟炎。这类病例占本资料 35%。据此, 我们施行嵌甲根治术, 切除嵌甲处的甲母细胞, 达到一劳永逸之目的。文献也曾介绍了嵌甲的治疗方法: 拇趾甲旁软组织切除术或部分甲板及甲旁软组织切除术; 两侧嵌甲伴有甲沟炎做甲床彻底切除术并截除末节趾骨。我们认为这些方法不太恰当。原因是嵌甲常继发甲沟炎, 如做甲旁软组织切除缝合术感染问题很难避免, 另外如两侧嵌甲只需拔出两侧甲板(一般 0.3cm)或拔除甲板切除嵌甲处的甲母细胞, 可达到满意的治疗目的, 没有必要彻底切除甲床, 更不必切除其末节趾骨。

(收稿: 1997-07-06 修回: 1997-10-04)