

胜则燥或痒。湿性粘腻重浊,湿胜则生水疱或糜烂,有利于毒侵或虫淫。燥邪易伤津耗血,津血不足,不仅生风或化热,亦能令肌肤失养,使皮损更趋增厚、枯槁,进而皲裂。鉴于该病由风湿虫淫热毒交互客于皮毛而然,故选用由辛能散风、润肤,苦能杀虫解毒、燥湿泄浊的藜芦、大风子、藿香、川椒、生百部、苦参与清泄湿热、解毒散瘀的生大黄及燥湿杀虫、解毒止痒的枯矾组成的藜风散外用,正切中病机。之所以用醋调者,既可增强上述诸药的药效,又能加速透皮吸收。

结果表明,该药对手足癣致病菌即皮肤浅部真菌有一定的抑制和杀灭作用。另外,常穿清洁、干燥、透气性能较好的鞋袜,避免接触他人已被真菌污染的手套、毛巾、脚盆等用具,无疑将会有效地预防本病于未然。

(收稿:1998-02-23 修回:1998-06-03)

中西医结合治疗天疱疮 及类天疱疮

青岛市中医医院(山东 266012)

韩鲁闽 赵延璋

自 1994 年 6 月~1997 年 6 月,我们采用中西医结合治疗天疱疮及类天疱疮 16 例,取得满意疗效,现报告如下。

临床资料 16 例中住院患者 12 例,门诊患者 4 例,诊断均符合《皮肤病学》(杨国亮主编,上海:上海医科大学出版社,1992:469—521)标准,10 例患者经病理诊断。16 例中男性 14 例,女性 2 例,年龄 42~70 岁,平均 54 岁,其中天疱疮 10 例,类天疱疮 6 例。按中医辨证分为两型:(1)热毒心火炽盛型:患者发病急,水疱迅扩或增多,溃流黄水挟血丝,糜烂面鲜红,身热口渴,便干溲赤,舌赤或绛,苔黄厚,脉弦数。(2)脾虚湿热蕴结型:患者疱皮湿烂成片,或结痂较厚不易脱落,溃流清黄水,疱疹周围色黄或白,口渴不欲饮,倦怠无力,腹胀便溏,舌质淡红,苔黄厚腻,脉弦滑。

治疗方法 热毒心火炽盛型患者处方用黄连解毒汤加减:黄连 10g 栀子 12g 黄芩 12g 黄柏 12g 薏苡仁 20g 蝉衣 12g 红藤 15g 土茯苓 15g 生地 30g 滑石 30g 地肤子 30g 苦参 12g 苍术 20g。脾虚湿热蕴结型患者处方用茵陈赤小豆汤加减:茵陈 30g 赤小豆 30g 泽泻 10g 防己 12g 黄柏 12g 栀子 12g 苍术 12g 白术 12g 土茯苓 30g 赤芍 10g 苦参 15g 防风 12g 小胡麻 15g。疱皮较厚不易脱落者加用外洗药。处方:艾叶 20g 荆芥 15g 防风 15g 蜂房 30g 黄柏 20g 大黄 20g 苦参 15g 白癣皮 20g

地肤子 30g 马齿苋 30g 金银花 45g。水煎,每日洗 1~2 次,一般温水为宜,洗至疱皮脱落后停用。16 例患者均采用内外同治法,内服中药每日 1 剂,分 2 次口服,并配合强的松 10mg,每日 3 次口服,其中 10 例重症患者用地塞米松 10mg 加入葡萄糖盐水中静脉滴注,每日 1 次,连用 1~2 周后逐渐减量,改为口服,维持量(每次口服 10mg,每日 3 次)治疗约 2~4 个月,逐渐减量至停药,均以 15 日为 1 个疗程,共治疗 1~3 个月。

结果 (1)疗效评定标准:按国家中医药管理局颁发《中医病症诊断疗效标准》。痊愈:皮疹全部消退,无疱疹再生。好转:皮疹消退 30% 以上,偶有新疹发生。无效:皮疹消退不足 30%,新疹不断发生。(2)结果:痊愈 10 例(2 个疗程 2 例,3、4 个疗程各 3 例,5 个疗程 2 例),好转 4 例,均为 6 个疗程,无效 2 例。

讨论 天疱疮及类天疱疮是皮肤科一种顽疾,中医学认为此病是由心火脾湿,兼感风热暑湿之邪,熏蒸肌肤而成。西医治疗除用大量激素外,无特效药物,长期服用激素除给患者带来诸多副作用外,还有停药后出现反跳且加重病情之弊端。我们基于中医辨证原则,采用清热解毒泻火的黄连、栀子、黄芩、红藤等消炎提高其抗感染力;采用清热利湿的茵陈、赤小豆、苍术、白术、土茯苓等消肿达到其利尿、排泻毒素作用;采用养血疏风的当归、防风、蝉衣、牛蒡子等止痒增强其消退疱疹作用。外洗药具有疏风、利湿、清热之用途。中西药结合,内外同治共奏清热解毒泻火、健脾利湿、祛风止痒之功效。

(收稿:1998-02-27 修回:1998-05-29)

祛毒汤治疗痔疮肿痛 100 例

中国中医研究院广安门医院肛肠科(北京 100053)

王彩秀 樊雅莉

痔肿痛是因内痔或外痔肿胀,患者自觉局部疼痛的一种症状,可见于炎性外痔、血栓外痔、内痔脱出嵌顿等疾病,临床比较常见。我院于 1992 年 12 月~1995 年 11 月期间采用祛毒汤坐浴熏洗治疗本症,取得了满意疗效,现总结如下。

临床资料 本组 100 例患者,均为我院门诊患者,其中男性 64 例,女性 36 例;年龄 18~70 岁,平均 42.29 ± 14.67 岁。炎性外痔 35 例,血栓外痔 53 例,内痔脱出嵌顿 12 例,均符合国家中医药管理局(中华人民共和国行业标准,1995:131—132)有关诊断标准。

治疗方法 药物组成:瓦松、马齿苋、甘草各 15g,五倍子、川椒、防风、苍术、枳壳、侧柏叶、葱白各 9g,朴硝 10g。用法:上药加水 800ml,入砂锅或搪瓷盆内煮沸

10min, 取汁。患者蹲位, 先用热气熏蒸肛门局部。水温达 40℃ 时, 坐浴 10~20min。每天早、晚各 1 次, 7 天为 1 个疗程。治疗期间不用其他药物。

结 果 疗效判断标准: 显效: 治疗 7 天后症状和体征消失, 血栓吸收。有效: 治疗 7 天后自觉症状消失, 嵌顿内痔回纳, 血栓软化。无效: 治疗 7 天后症状无明显改善。结果: 显效 92 例占 92%, 有效 5 例占 5%, 无效 3 例占 3%, 总有效率为 97%。

讨 论 痔肿痛的发生, 中医学认为是由于饮食不节, 导致湿热内生, 下注魄门, 阻遏气机, 气血失调, 脉络瘀滞而致。祛毒汤最早见于《医宗金鉴》, 本方重用瓦松、马齿苋、甘草三味。瓦松味酸苦, 性凉, 具清热解毒、利湿消肿之功, 为治疗痔肿痛的专药, 马齿苋协同瓦松, 加强清热利湿之功。配以生甘草, 既取其解毒之功, 又兼温和之性, 攻邪而不伤正。在此基础上, 配以苍术、防风燥湿健脾, 枳壳、川椒行气活血散瘀, 五倍子、侧柏叶止血, 朴硝软坚消肿, 使湿热得解, 瘀血得散, 脉络通畅而痊愈。现代药理学研究表明, 五倍子、侧柏叶对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、痢疾杆菌等有明显的抑制作用, 可见从西医学角度而言, 本方还有抗感染的作用。

(收稿: 1998-03-27 修回: 1998-06-10)

黄芪注射液合并小剂量尿激酶 治疗不稳定性心绞痛 56 例

山东省聊城地区第二医院(山东 252600)

钟尹元 孙廷芹 周杰忠 陈 立

1996 年 5 月~1997 年 3 月, 我们用黄芪注射液合并小剂量尿激酶治疗 56 例冠心病不稳定性心绞痛取得较好疗效, 现报告如下。

临床资料 106 例住院患者, 均符合冠心病不稳定性心绞痛的诊断标准(J Am Coll Cardiol 1995; 26: 313), 且于入院前胸痛发作次数增多, 而在入院前 24h 内休息时亦有胸痛发作或近 1 周内胸痛发作间歇期 < 48h。所有患者排除应用溶栓剂和抗凝剂的禁忌症, 同时排除中重度充血性心衰、长期服用华法令(抗凝剂)及明显肝肾功能损害者。按入院的单日或双日随机分为黄芪组和对照组, 前者 56 例(男 33 例, 女 23 例), 年龄 37~69 岁(平均 48 ± 11 岁), 病程 0.5~15 年(平均 4.7 ± 3.3 年); 后者 50 例(男 35 例, 女 15 例); 年龄 39~70 岁(平均 49 ± 12 岁), 病程 0.4~14 年(平均 4.5 ± 3.9 年)。两组病情及病程基本相同。

治疗方法 所有 106 例入选患者均接受静脉给予

肝素 6250 IU 和硝酸甘油 2.5~5mg, 每日 1 次, 同时静脉给予小剂量尿激酶 10~30 万 u, 每日 1 次, 连用 7~10 日。黄芪组患者还接受静脉注射黄芪注射液 20ml (2ml 相当于生药黄芪 4g, 成都地奥公司生产, 批号 960415), 每日 1 次, 连用 10 日; 对照组不用黄芪注射液。

观察指标:

1 统计分析入院前 1 周和治疗结束后 1 周心绞痛发作次数、疼痛强度及持续时间记分。自拟记分法分为: “0”分: 无症状和 ST-T 改变; “1”分: 轻微胸痛但无 ST-T 改变; “2”分: 胸痛持续时间 ≤ 5 min, 但无明显 ST-T 改变; “3”分: 胸痛持续时间 ≤ 5 min, 伴有胸闷或恶心, 胸痛发作时有 ST-T 改变; “4”分: 胸痛持续 5~10min 伴有烦躁, 发作期可见 ST-T 缺血性改变; “5”分: 严重的胸痛持续 10~20min, 并有濒死感和极度烦躁不安, 发作期可见缺血性 ST-T 改变。当计时时, 所有患者每天都有 1 个分数; 当在 1 天内有数次发作时, 计算最严重的一次。

2 心电图监测 入院时记录标准 12 导联心电图, 住院期间每天记录至少 1 次完整的 12 导联心电图。ST 段的偏移以 J 点后 0.06s 处测量(Am J Cardiol 1996; 77: 1237)。对每 1 份心电图, 相同导联上测量 5 个波形求其平均值, 再计算 12 导联(除 aNR 外)ST 段下移的和($\Sigma ST \downarrow$)和 T 波倒置的和($\Sigma T \downarrow$)。

统计学方法: 两组间及组内平均数的比较用 t 检验。

结 果

1 对不稳定性心绞痛发作频率的影响 黄芪组和对照组入院前 1 周胸痛发作次数分别为 3.1 ± 1.1 次/日和 3.0 ± 1.0 次/日, 治疗结束后 1 周分别为 0.3 ± 0.5 次/日和 1.1 ± 0.7 次/日, 两组治疗前后比较, $P < 0.01$ 和 $P < 0.05$, 治疗后两组间对应值比较, $P < 0.05$ 。说明两组治疗后心绞痛发作频率都比治疗前明显减少, 而黄芪组比对照组更显著。

2 对心绞痛持续时间和疼痛强度记分的影响 黄芪组和对照组入院前 1 周平均每日疼痛发作强度和持续时间记分分别为 1.55 ± 0.46 分/日和 1.77 ± 0.37 分/日, 治疗结束后 1 周分别为 0.07 ± 0.07 分/日和 0.15 ± 0.10 分/日, 两组治疗前后比较, $P < 0.05$ 和 $P < 0.01$, 治疗后两组间对应值比较, $P < 0.05$, 说明两组用药后心绞痛发作强度和持续时间都有明显减少, 而黄芪组的作用更明显。

3 对心电图 ΣST 的影响 黄芪组和对照组入院时心电图 ΣST 分别为 -0.34 ± 0.12 mV ($n = 32$) 和 $-$