

例,女 9 例;年龄 46~63 岁,平均 55.21 岁;病程 1~4.2 年,平均 3.5 年。治疗组 38 例中合并高血压 13 例,高血脂 12 例,糖尿病 9 例,陈旧性心梗 4 例。对照组 20 例中合并高血压 7 例,高血脂 5 例,糖尿病 5 例,中风后遗症 3 例。两组均伴有不同程度的颈椎病,关节痛,腰肌劳损病。两组在年龄、病程和合并症方面具有可比性。

2 治疗方法 治疗组给予风痛宁(由盘龙七、扣子七、白毛七、九节梨、八里麻、重楼、红花、杜仲、当归等 30 多味中草药组成,西安柞水制药厂生产,批号为 940902)口服,每次 2 片,每日 3 次。对照组给复方丹参片(广州市花城制药厂生产,批号为 930305)口服,每次 2 粒,每日 3 次。疗效均为 4 周,治疗期间尽量不用其他抗凝和抗氧化剂。

3 观察指标 两组治疗前 1 周停用扩张血管药物,进行心电图、血、尿、大便、肝肾功能等相关常规的检测。每 2 周 1 次,疗程结束后,全部复查以上各项指标,根据中医辨证诊断标准^[2],主要记录心痛,心悸,胸闷,气短,舌诊,脉象的症状积分值,每一症状分轻、中、重 3 种程度,依次记为 1、2、3 分。严重而发作频繁者 3 分,其次 2 分,轻而间歇时间长者 1 分。

4 统计学处理 计量指标采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用 Ridit 检验。

结 果

1 临床疗效 按疗效评定标准[冠心病心绞痛疗效评定标准. 医学研究通讯 1979;(12):17-20]。治疗组显效 21 例(55%),有效 10 例(26%),无效 7 例(18%),总有效率 82%。对照组显效 7 例(35%),有效 5 例(25%),无效 8 例(40%),总有效率 60%。采用 Ridit 检验分析,治疗组 $r=0.4637$,对照组 $r=0.6723$, $P<0.001$ 。治疗组疗效高于对照组。

2 两组治疗前后症状积分及心电图 S-T 缺血疗效比较 见表 1。症状积分治疗组明显优于对照组,有显著性差异($P<0.01$)。心电图 ST 段缺血变化治疗组也明显优于对照组($P<0.01$)。

表 1 两组症状积分及心电图 ST 段缺血疗效比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	症状积分	心电图 ST 段	
			N-ST	Σ -ST(mm)
治疗	治前	8.74 $\pm$ 0.76	2.8 $\pm$ 1.9	2.0 $\pm$ 3.0
	治后	5.85 $\pm$ 0.61*	2.0 $\pm$ 1.9*	1.3 $\pm$ 1.8*
对照	治前	8.58 $\pm$ 0.65	1.3 $\pm$ 1.8	0.6 $\pm$ 0.5
	治后	6.45 $\pm$ 0.73	1.0 $\pm$ 0.8	0.5 $\pm$ 0.8

注:与对照组治后比较,* $P<0.01$

讨 论 风痛宁是由盘龙七、扣子七、白毛七、九节

梨、八里麻、重楼、红花、杜仲、当归等 30 多种中草药组成,具有活血化瘀,消肿止痛等功效。中医学认为冠心病心绞痛(胸痹)的病因机制是胸阳不振,气血受阻。故血瘀之候,不通则痛,单破则新血不生,纯补则瘀血不去。活血化瘀,宣痹止痛是本临床疗效的相关之处。

(收稿:1998-01-24 修回:1998-07-12)

黄连解毒汤加味治疗烧伤回吸期毒血症 21 例

安徽省芜湖市中医院烧伤科(安徽 241000) 黄树林

1995 年 1 月~1997 年 6 月,在用西药常规治疗同时,加服黄连解毒汤加味治疗烧伤回吸期毒血症 21 例,并与单纯西药治疗组对照,结果满意,报告如下。

临床资料 诊断标准:参考《烧伤治疗学》(黎鳌主编. 烧伤治疗学. 北京:人民卫生出版社,1995:257),烧伤面积(TBSA) $\geq 15\%$,伤后 3~5 天,体温每日 1 次以上高于 39℃。化验:WBC $>10 \times 10^9/L$,血培养阴性;四诊见:烦躁,纳差,口干,大便干结,小便黄赤,舌质绛红少津,苔黄厚,脉洪大而弦数者。共选择回收期毒血症 43 例,按入院先后顺序轮流分入治疗组和对照组。其中治疗组 21 例,男性 17 例,女性 4 例;年龄 17~60 岁,平均 40 岁;烧伤面积 15%~52%,平均 25.8 $\pm$ 9.5%,Ⅲ度创面占 8.1%。对照组 22 例,男性 20 例,女性 2 例;年龄 18~56 岁,平均 38.5 岁;烧伤面积 15%~56%,平均 24.3 $\pm$ 10.4%。Ⅲ度创面占 7.9%。

治疗方法 每日静脉输液量按:24h 输液量(ml)=烧伤面积(m²) $\times 100ml \times 24 + 10 - 20ml \times$ 体重(kg)计算,张力控制在 1/3~1/2,每日等渗盐水补充量不超过 1000ml,一般均含有一组能量合剂(含 10% 葡萄糖液 500ml)和复方氨基酸 500ml。根据创面细菌培养结果选择两种敏感抗生素联合应用,无明确报告时,常规选择青霉素族(如青霉素 G、苯唑青霉素)或头孢类(如先锋 V)与氨基类(如丁安卡那、妥布霉素)配伍使用。创面处理:浅Ⅱ度及部分深Ⅱ度创面采用包扎疗法;部分深Ⅱ度和Ⅲ度创面采用中药月石膏脱痂植皮方法。两组均采用以上治疗,治疗组另加服黄连解毒汤加味,方剂组成:黄连 10g 黄柏 10g 黄芩 10g 山栀 10g 金银花 12g 连翘 12g 大黄 6g。由本院中药房统一配方,水煎服,每日 1 剂,分 3 次服。

结 果

1 两组患者体温降至 38℃ 以下所需时间,治疗组为 2.5~5 天,平均为 3.2 $\pm$ 1.8 天,对照组 3.0~8.5 天,平均 5.3 $\pm$ 2.4 天,两组 t 检验, $P<0.05$ 。

2 两组治疗 5 天后主要症状改善情况比较 见表 1。治疗组主要症状改善情况优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗 5 天后主要症状改善情况比较 (例)

组别	烦躁	口干	纳差	大便干结	小便黄赤	舌红苔黄	脉洪数
治疗	治前	17	21	17	16	21	21
	治后	0*	5*	4*	3*	0*	5*
对照	治前	17	22	19	18	22	22
	治后	5	17	10	15	16	16

注:与对照组比较, * $P < 0.05$

讨 论 治疗组体温降至 38°C 以下所需时间明显短于对照组, 饮食、二便及舌脉象改善方面也明显好于对照组, 说明加服黄连解毒汤加味确有良好的缓解、减轻机体毒血症反应的作用。此证按照中医辨证, 当属热盛伤阴之正盛邪实之证。治则以清热解毒为主。故可用黄连解毒汤加金银花、连翘、大黄。方中: 黄连清心火、中焦之热, 黄芩清肺火, 泻上焦三热, 黄柏泻下焦之火, 栀子导热下行, 通泻三焦, 加入大黄, 通腑泻热, 金银花、连翘为疮家圣药, 用之可解烧伤(火疮)之毒, 诸药协同, 则热毒可清。临床观察结果显示疗效确切。

(收稿: 1998-01-24 修回: 1998-08-20)

红外热像技术在儿童哮喘分型中的应用

上海宝山区中医院(上海 201900)

杜昌华 王伏峰

为进一步探索红外热像技术在儿童哮喘病分型中的应用, 笔者于 1996 年 12 月~1997 年 6 月凭借现代高科技的 TY 医用红外热像仪对 50 例哮喘患儿和 50 例健康儿童进行甲状腺、大椎、指端的温度测定, 以冀从中找出规律, 为哮喘病分型提供客观数据。现将测定结果报告如下。

资料和方法

1 观察对象 50 例均为哮喘专科就诊的患儿。参考 1987 年全国小儿呼吸道疾病学术会议制定的儿童哮喘诊断标准[中华儿科杂志 1988;26(1):41-42], 排除结核菌感染等特殊疾病。其中男 29 例, 女 21 例, 年龄 3~7 岁; 反复哮喘 6 个月~1 年 5 例, 1^{+} ~2 年 12 例, 2^{+} ~3 年 7 例, >3 年 26 例; 临床分型: 寒哮 34 例, 热哮 16 例。对照组为宝山区机关幼儿园 50 名健康儿

童, 其中男 26 名, 女 24 名, 年龄 3~7 岁。对照组指无哮喘病史、中医电脑诊断系统检查喘点在正常范围(以排除咳嗽变异性哮喘)、受检时无上呼吸道感染、贫血及营养不良等儿童。

2 方法 采用上海天乙光电技术公司生产的 TY 医用红外热像仪, 测试甲状腺、大椎、指端的区域平均温度以观察哮喘儿童寒、热型及对照组的各部位温度变化。统计学处理采用 U 检验法。

结 果

3 组各部位温度测定结果比较: 见表 1。热哮组甲状腺、大椎与对照组比较, 明显升高 ($P < 0.01$); 寒哮组指端温度与对照组比较, 明显降低 ($P < 0.01$); 寒哮组各部位温度与热哮组比较, 有显著性差异 ($P < 0.01$); 热哮组与寒哮组甲状腺、大椎部位温度与本组指端温度比较有显著性差异 ($P < 0.01$)。

表 1 3 组各部位温度测定结果比较 ($^{\circ}\text{C}$, $\bar{x} \pm s$)

组别例数	甲状腺	大椎	指端
寒哮 34	$34.16 \pm 1.10^{\Delta\Delta}$	$33.59 \pm 1.23^{\Delta\Delta}$	$31.04 \pm 0.95^{* \Delta}$
热哮 16	$35.56 \pm 0.94^{* \Delta}$	$34.90 \pm 1.12^{* \Delta}$	32.99 ± 1.62
对照 50	34.07 ± 0.80	33.25 ± 0.84	32.58 ± 1.12

注:与对照组比较, * $P < 0.01$; 与热哮组比较, $\Delta P < 0.01$; 与本组指端比较, $\Delta P < 0.01$ 。

讨 论 寒哮患儿素体阳虚阴盛, 易受寒邪。四肢者, 诸阳之本, 因其阳气不足, 不能发挥其温煦形体及四肢的作用故见形寒肢冷。笔者根据红外热像技术应用的特点, 选择了四肢的凉温即指端为寒热分型的指标。大椎穴是督脉经穴, 又为手足三阳, 督脉七条经脉交会穴, 是治疗发热咳嗽的首选有效穴位。热哮患儿素体阳盛, 复因热痰内壅, 故选择大椎穴为鉴别本病寒热的指标。

甲状腺是新陈代谢的重要内分泌器官之一, 它的功能状况决定了人体的寒热, 中西医结合的研究成果揭示了寒热的喜恶与垂体-甲状腺轴的功能有关。根据红外热像技术在大量甲状腺功能疾病诊断的成功经验, 笔者选择甲状腺作为鉴别本病寒热的指标。对哮喘患儿各部分体温指标的观察将使我们儿童哮喘的分型有一个客观、定性、定量的指标, 还可作为治疗疗效的评价。有效的治疗可使哮喘患儿各部位体温发生相应变化, 如寒哮患儿指端温度的上升和热哮患儿甲状腺、大椎温度的下降, 据此可以作出治疗疗效的评价。

(收稿: 1997-08-11 修回: 1998-08-28)