

耳),中度聋 8 例(8 耳),轻度聋 2 例(2 耳);听力曲线上升型 4 耳,下降型 37 耳,平坦型 9 耳,岛型 3 耳,不规则型 2 耳。西医组 45 例(47 耳),男 31 例(33 耳),女 14 例(14 耳);年龄 19~68 岁,平均 41.7 岁;病程 1 天~3 个月,平均 13.2 天;伴耳鸣 35 例,伴眩晕 16 例,伴恶心呕吐 13 例;深度聋 10 例(10 耳),重度聋 25 例(27 耳),中度聋 9 例(9 耳),轻度聋 1 例(1 耳);听力曲线上升型 6 耳,下降型 31 耳,平坦型 7 耳,岛型 2 耳,不规则型 1 耳。两组资料比较无显著性差异。

治疗方法 西医组用低分子右旋糖酐 500ml,辅酶 A100u, ATP40mg,地塞米松 10mg,生理盐水 250ml,蝥蛇抗栓酶 0.5u, 每天 1 次,静脉滴注。高压氧每天 1 次。肌肉注射维生素 B₁100mg, B₁₂500μg, 每天 1 次,7 天为 1 个疗程,一般需 2 个疗程。中西组在西医组治疗的同时,另加服中药(柴胡、丹参、龙胆草、钩藤各 20mg,半夏、党参、当归、菖蒲各 10g,川芎、黄柏、菊花、夏枯草各 15g,泽泻、葛根、香附各 30g),每天 1 剂,水煎服,1 周为 1 个疗程,连服 15 天。

结 果

1 疗效标准 痊愈:听力恢复至正常水平,眩晕消失,耳鸣减轻或消失。显效:听力提高 30dB 以上。有效:听力提高 15dB 以上。无效:听力无改善或提高不足 15dB。

2 结果 中西组 52 例(55 耳),痊愈 18 例(19 耳,占 34.5%),其中轻度聋 2 例,中度聋 6 例,重度聋 7 例,深度聋 3 例;显效 13 例(14 耳,占 23.6%),其中中度聋 2 例,重度聋 9 例,深度聋 2 例;有效 14 例(15 耳,占 27.3%),其中重度聋 13 例,深度聋 1 例;无效 7 例(7 耳,占 12.7%),其中重度聋 3 例,深度聋 4 例;总有效率 87.3%。西医组 45 例(47 耳),痊愈 8 例(8 耳,占 17.0%),其中轻度聋 1 例,中度聋 6 例,重度聋 1 例;显效 10 例(10 耳,占 21.3%),其中中度聋 3 例,重度聋 5 例,深度聋 2 例;有效 10 例(11 耳,占 23.4%),其中重度聋 9 例,深度聋 1 例;无效 17 例(18 耳,占 38.3%),其中重度聋 10 例,深度聋 7 例;总有效率 61.7%。两组痊愈率及总有效率比较有显著性差异($P<0.05$)。

体 会 中医学认为突聋的发生与肝、胆、心、三焦经脉有关。肝藏精,肝肾同源,肝肾阴虚,肝阳上亢,气血厥于耳而发突聋;心主血脉,其别络于耳。若心气不足,鼓动无力,则血易瘀滞于脉络,耳之脉络被阻,而发突聋。肝与胆相表里,其经脉循环于耳中,肝胆喜调达,若肝胆失于调达,以致气滞血瘀,阻于耳之脉络,而发突聋。我们认为气滞血瘀引起的突聋较为常见,耳之血瘀,则气无以行之,而听失聪,耳之气滞,则血不能自施,而听失聪。故治疗上则宜行气活血,祛瘀通窍。本中药方柴胡具有透表泄热,疏肝解郁之功;丹参等活血祛瘀,养血安神;当归补血活血;菖蒲开窍宁神,化湿和中;党参补中益气;川芎活血行气;香附疏肝理气;夏枯草清肝降火;黄柏清热燥湿、滋阴降火;钩藤、菊花等具有清肝窍、平肝、明目之功效。诸药合用,共奏清肝泻火、理气化痰、通窍聪耳之功效。本文结果表明,中西医结合治疗突发性聋具有提高疗效的优点。

(收稿:1998-06-18 修回:1998-09-28)

中西医结合治疗反流性食管炎 70 例

四川省资中县陈家医院(四川 641222)

段 磊 段 苒

1993 年 2 月~1997 年 6 月,我们运用中西医结合治疗反流性食管炎 70 例,取得了较好的疗效,现总结如下。

临床资料 全部患者均为门诊病例,参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》(北京:人民军医出版社,1987:116)有关标准。临床以有烧心、反胃为主要症状,并经食道钡餐检查而确诊。109 例患者随机(按 2:1)分为两组。治疗组 70 例,男 26 例,女 44 例;年龄 20~62 岁,平均 39 岁;病程 1 个月~4 年,平均 1.9 年;病情程度:轻度 41 例,中度 18 例,重度 11 例;有胃部手术史 21 例。对照组 39 例,男 14 例,女 25 例;年龄 21~62 岁,平均 38 岁;病程 1 个月~4 年,平均 1.7 年;病情程度:轻度 21 例,中度 11 例,重度 7 例;有胃部手术史 13 例。两组资料无显著性差异。

治疗方法 两组患者均在低脂、少食多餐、忌食刺激物、调摄精神心理状态的基础上进行治疗。治疗组用中药三白汤(基本方:白及 10g 白芍 12g 白术 15g 旋复花 15g 半夏 12g 黄连 8g 柴胡 15g 元胡 10g 茯苓 12g 甘草 4g)每日 1 剂,水煎服;西药用多潘立酮片 10mg,每日 3 次,餐前口服;雷尼替丁胶囊 300mg,每晚睡前 0.5h 口服。对照组只用治疗组中的中药治疗,两组观察疗程为 4 周。治疗中观察记录每周两次症状体征,疗程结束后食道钡餐复查,并随访 0.5 年。

结 果 (1)疗效标准参照上述文献有关标准。症状体征消失,食道钡餐复查粘膜正常为治愈;症状体征缓解,食道钡餐复查粘膜有改善为显效;症状体征无改善,食道钡餐复查粘膜无变化为无效。(2)结果:治疗组 70 例,治愈 23 例(32.9%),显效 41 例(58.6%),无效 6 例(8.6%),总有效率为 91.4%。对照组 39 例,治愈 9 例(23.1%),显效 21 例(53.8%),无效 9 例(23.1%),总有效率为 76.9%。治疗过程中两组各有 2 例因并发食管狭窄而转入外科治疗,在此均归为无效。(3)随访 0.5 年中治疗组有 2 例(3.1%)复发,对照组有 2 例(6.7%)复发。经统计学处理治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。

体 会 中医学认为,胃的功能对食管影响极为密切,而脾胃互为表里,共同维护腑气通顺;肝主气机之疏泄,若肝气郁结、犯胃等也将影响到脾胃,故治宜疏肝健脾,和胃降逆。三白汤方中白芍、元胡止痛;白及止血抑菌;白术、茯苓健脾除湿;旋复花理气降逆,使之胃气下引;半夏止呕吐并和胃降逆;黄连消痞满并有杀菌作用;柴胡疏肝气,甘草调和诸药,全方合用共奏疏肝健脾,和胃降逆之功。但由于单用中药,其制酸作用较弱,故用 H₂ 受体拮抗剂——雷尼替丁,其能有效抑制组胺、五肽胃泌素等刺激所引起的胃酸分泌,有效降低胃酸和胃酶的活性,减轻食道的损害;多潘立酮能促进食管蠕动,增强食管下端扩约肌的张力,加强胃的排空。中西医结合治疗反流性食管炎相得益彰,疗效较单用中药好。

(收稿:1998-05-06 修回:1998-10-10)