

3 远期随访结果 对两组临床治愈的病例进行 2~4 年随访。治疗组获访 23 例,失访 1 例,获访率 95.8%,复发 3 例,复发率 13.0%,其中室性早搏 1 例,室性心动过速 1 例,Ⅱ度房室传导阻滞 1 例。对照组获访 15 例,获访率 100%,复发 6 例,复发率 40.0%。其中室性早搏 1 例,室性心动过速 1 例,Ⅱ度房室传导阻滞 1 例,左束支传导阻滞 1 例,呈早期扩张型心肌病改变 1 例,死于顽固性充血性心力衰竭 1 例(随访第 3 年)。两组复发率及预后情况比较,经统计学处理有显著性差异($P < 0.05$)。提示治疗组复发率较对照组低,预后良好。

4 治愈例数与疗程之间的关系 治疗组 24 例,第 1 个疗程治愈 10 例(41.7%),第 2 个疗程治愈 8 例(33.3%),第 3 个疗程治愈 6 例(25.0%)。对照组 15 例,第 1~3 个疗程治愈例数依次为 2 例(13.3%),5 例(33.3%),8 例(53.4%)。两组不同疗程的治愈率比较,经统计学处理,均有显著性差异($P < 0.05$)。表明治疗组疗程短,治愈率高。

讨 论 病毒性心肌炎是由病毒引起的心肌细胞的变性坏死或间质性炎症。笔者临床观察到,该病发展到一定阶段,多出现心悸胸闷、气短乏力、手足心热、自汗盗汗、舌淡红、脉细数等气阴两虚证,此型占该病诊治率的 70% 以上,临床治疗中,抑制病毒复制,调节机体免疫功能,改善受损的心肌为重要的治疗原则。生脉散合归脾汤具有益气养阴,调节机体免疫功能,增强心肌收缩力,改善心功能;抗病毒,抑制病毒复制;活血化瘀,扩张小动脉,改善微循环。是治疗该病的有效途径之一。

(收稿:1998-09-11 修回:1998-12-20)

病灶清除术及中医药治疗溃疡型 颈淋巴结结核疗效观察

河南省新乡医学院第一附属医院(河南 453100)

邢宝春 张丽娟 顾生元

河南省卫辉市卫生学校 李加森

颈淋巴结结核比较常见,但疗效差,易复发。其中尤以溃疡型淋巴结结核为著。我院从 1989~1997 年应用病灶清除术及中医药治疗溃疡型颈淋巴结结核 183 例,效果满意。现报告如下。

临床资料 本组病例均来自我院门诊、住院患者,符合溃疡型颈淋巴结结核诊断标准(刘同伦主编.实用结核病学.沈阳:辽宁科学技术出版社,1987:503)。183 例患者中,男 76 例,女 107 例,年龄 13~56 岁,其中 21~40 岁 134 例,占 73.2%。病程 12~20 年,窦道深 1.5~10cm,数目 1~6 个,窦道门径 0.4~1.8cm,合并肺结核 29 例。局部肿胀面积最大 10cm×10cm,分泌物多呈灰白色稀薄脓液,夹絮状物。

治疗方法 183 例 188 次手术均选用局部麻醉。采用病灶清除术行窦道切开,刮勺搔刮至坏死或病变组织,暴露出新鲜创面。然后将水银、火硝、白矾各 30g,按常规炼丹(将火硝、白矾、水银共研细末,以不见星为度,入铁锅内,再将瓷碗一个盖合,用盐泥嵌塞缝口,以防泄气。碗上以盐泥全部封闭,盐泥上用湿青灰再覆盖一层,上压砖一块,防碗移动。文火、武火先后各烧

30min 后除去灰泥,揭开瓷碗,轻刮碗内红色或黄色升丹)加轻粉 10g 乳香 10g 煅石膏 30g 血竭 10g 冰片 7g 共为细面,用药捻粘药插入窦道,隔天换药 1 次,共 2 次。术前 1 月均采用 2SHRZ/9HRE 方案(链霉素每支 0.75g,每次 1 支,肌肉注射,每天 1 次;异烟肼每片 0.1g,3 片顿服;利福平每片 0.15g,3 片空腹顿服;吡嗪酰胺每片 0.25g,每次 2 片,每天 3 次口服。2 个月后,停用链霉素,改用异烟肼、利福平、乙胺丁醇各 3 片顿服,共 9 个月)抗痨治疗,术前 2 周,加用青霉素 10~15 万 $u \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$ (哈尔滨制药厂,每支 80 万 u,批号 960751)静脉滴注,共用 3 周。

结 果 疗效判定标准:治愈:窦道完全愈合,淋巴结消散,随访 1 年以上无复发或新发;有效:窦道愈合,淋巴结消散,随访 1 年以上有复发或新发;无效:窦道此愈彼溃,淋巴结融合成团块。结果:183 例全部治愈,窦道愈合时间为 16~36 天,平均 26 天,经 1~5 年随访无 1 例复发或新发。

讨 论 全身淋巴结均可发生结核,但以颈部最为常见,约占 80%~90%。若发生干酪样坏死,则液化形成寒性脓肿,脓肿破溃或切开引流,可形成经久不愈的窦道,除积极正确的全身化疗外,目前的手术治疗切除范围有限,不可能将结核病变组织彻底清除干净,极容易造成复发。结核性淋巴结肿大的治疗原则是将结核病变组织彻底清除干净,如有残留,虽有化疗作保障,仍可造成复发。颈部解剖复杂,切除范围越大手术风险愈大,我们采用病灶清除术,外用中药可以弥补其中不足,达到清除残留病灶的目的。方中升丹提脓祛腐,拔毒敛疮,使腐烂组织及脓液及早排出,对新肉不生的疮面尤为适用;轻粉攻毒杀虫,祛腐生肌,既杀死疮面的病菌,又使脓苔及早液化脱落;乳香消肿止痛,祛腐生肌,活血散瘀;血竭化瘀止血,敛疮生肌;煅石膏收敛,制分泌面渗液,阻碍坏死细胞及有害物质吸收。诸药合用,共奏祛腐生肌、活血消肿、收湿敛疮之功。本组 183 例,术后 1~5 年无复发。由此可见,中西医结合治疗溃疡型淋巴结结核较为有效、安全、迅速、价廉、简便,尤适用于基层医院。美中不足的是,切口皮肤愈合过程中形成的瘢痕不规则,影响美观,需进一步改进。

(收稿:1998-09-28 修回:1998-12-12)

宫必宁治疗宫颈糜烂的临床观察

湖北三峡学院(湖北 443003)

汪鉴植 叶 红

湖北省长阳土家族自治县中医院 朱联芳

宫颈糜烂是子宫颈炎最常见的病变,中医学认为此病多因湿热、毒邪互为搏结,湿邪乘虚而入,蕴而化热,伤及任、带脉所致,笔者根据清热解毒、祛腐生肌的治疗法则。由湖北省长阳土家族自治县中医院妇产科朱联芳副主任医师临床经验方制备宫必宁栓剂治疗宫颈糜烂,收效良好,并与妇炎灵进行对照观察,现将结果报告如下。

临床资料 从 1995 年 5 月~1997 年 5 月在湖北省长阳土家族自治县中医院观察治疗宫颈糜烂 316 例,所有患者均为门

诊收治的已婚妇女,随机分成两组。宫必宁组 156 例,年龄 23~46 岁,平均 32.8 岁,病程 3 个月~3 年,平均 27.5 个月;妇炎灵组 160 例,年龄 22~47 岁,平均 33.6 岁,病程 2 个月~3 年,平均 26.5 个月。所有患者经妇科门诊确诊,并经盆腔、宫颈刮片检查及阴道分泌物涂片,证实无宫颈癌变。根据高等医药院校教材《妇产科学》(郑怀美,北京:人民卫生出版社,1993:253)中的分类标准分为轻度糜烂、中度糜烂、重度糜烂。宫必宁组分别为 38、86、32 例,妇炎灵组分别为 40、90、30 例。

治疗方法 (1)药物:宫必宁由野菊花 10g 青叶胆 10g 香附 5g 白及 3g 组成,加水煮沸提取两次,滤液浓缩至 2:1 (2ml 相当于原生药 1g),加 95% 的乙醇至含醇量达 75% 放置 12h,过滤,滤液回收乙醇后浓缩至 1:10,以药用明胶为基质,按栓剂常规制备方法制备成栓剂,每粒重 3g,每粒相当于原生药 1g。妇炎灵:由紫珠叶、苦参、百部等组成,每粒 0.4g,浙江可立思安制药公司产品。(2)方法:两组上药前以 1:5000 的高锰酸钾或洁尔阴洗液冲洗干净阴道及宫颈分泌物,宫必宁组:将宫必宁栓置于宫颈处,每天 1 次,每次 1 粒,7 天为 1 个疗程,一般治疗 1~2 个疗程。妇炎灵组:将妇炎灵胶囊中药物置于消毒带线棉球上,置于宫颈处,每次 3 粒,90min 后取出棉球。每天 1 次,7 天为 1 个疗程,一般治疗 1~2 个疗程,上药期间禁止坐浴及性生活,治疗期间停用其他药物。

结果 (1)疗效标准:症状消失,妇科检查:宫颈光滑,糜烂消失,停药 1 年以上不复发为治愈;症状消失,宫颈光滑,1 年内有复发,但再次用药症状消失为显效;治疗前后症状无变化为无效。(2)结果:宫必宁组治愈 100 例,显效 40 例,无效 16 例,总有效率为 89.7%;妇炎灵组治愈 82 例,显效 52 例,无效 26 例,总有效率为 83.8%;经统计学分析,宫必宁组疗效优于妇炎灵组($P < 0.05$)。

讨论 清·叶天士《临证指南医案》指出“女子以肝为先天”,肝气郁结,横逆犯脾,运化失常,反聚而成湿,流经下焦,伤及任、带二脉而发为本病。方中野菊花、青叶胆入肝经,清利肝胆湿热、解毒,利用青叶胆利尿之功使湿热之气自小便而除;香附疏肝理气、止痛;白及味苦、涩,能收敛止血、消肿生肌,促进糜烂面愈合。四药合用,标本兼治,有效地提高了治愈率。在治疗中,笔者改传统燥湿为利湿之法,为本病的治疗提供一种新的尝试。宫必宁所用药材资源丰富,价廉易得,生产工艺简单,临床使用方便,无不良反应,极适合基层医院制备使用。

(收稿:1998-07-13 修回:1998-12-21)

脂肪肝的中医辨证分析

中国中医研究院西苑医院(北京 100091)

王江河 洪慧闻

随着我国饮食生活水平的不断提高,脂肪肝有日趋增多的倾向。我们就 1985~1997 年应用 B 超诊断脂肪肝 100 例患者的临床及中医辨证特点进行分析,以供同道参考。现报道如下。

临床资料 100 例患者均符合 B 超诊断脂肪肝的标准[临

床肝胆病杂志 1991;7(3):134];凡符合以下 1 个条件者即可。(1)肝脏回声弥漫增强;(2)肝肾回声对明显增强;(3)深部回声衰减;(4)肝内血管欠清晰。中医辨证分型标准参照 1992 年中国中医药学会肝病专业委员会制定的分型标准分为湿热中阻、肝郁脾虚、肝肾阴虚、瘀血阻络 4 型。100 例患者中湿热中阻 18 例,肝郁脾虚 66 例,肝肾阴虚 11 例,瘀血阻络 5 例。其中男性 67 例,女性 33 例;男女之比为 2:1,年龄 17~63 岁,平均 40.45 岁,其中 17~20 岁 2 例,21~30 岁 18 例,31~40 岁 31 例,41~50 岁 30 例,51~63 岁 19 例;病程 1 个月~20 年,平均 3.79 年,其中 <0.5 年 31 例,1~2 年 25 例,3~4 年 20 例,>5 年 24 例。

观察方法 采用 ALOKA-256 型超声诊断仪(3.5MHz 线阵探头,由日本生产),常规对肝脏进行不同断面的扫查。观察前采血进行血清学检查,计有肝功能检查:谷丙转氨酶(ALT),谷草转氨酶(AST)(采用改良金氏法);血脂检查:总胆固醇(TC),甘油三酯(TG),脂蛋白(β -lipoP)(采用比色法)。乙型肝炎病毒标志物检查:乙肝病毒表面抗原(HBsAg)(采用酶联法)等。

结果 100 例患者中 ALT 异常 60 例(60%),其中 ≤ 80 u 者 51 例(85%),>80u 者 9 例(15%)。查血脂三项者 78 例,其中 TC 异常者 16 例(20.5%),TG 异常者 35 例(44.9%), β -lipoP 异常者 33 例(42.3%)。HBsAg 阳性者 38 例(48.7%)。

100 例脂肪肝中医辨证分型情况 60 例 ALT 异常者中湿热中阻 11 例(18.3%),肝郁脾虚 39 例(65.0%),肝肾阴虚 6 例(10.0%),瘀血阻络 4 例(6.7%);40 例 ALT 正常者中湿热中阻 7 例(17.5%),肝郁脾虚 27 例(67.5%),肝肾阴虚 5 例(12.5%),瘀血阻络 1 例(2.5%)。各型在 ALT 正常与 ALT 异常分布相似,经统计学处理,无显著性差异($P > 0.05$)。

讨论 脂肪肝是一种代谢性疾病。可由肥胖、酒精中毒、病毒性肝炎、糖尿病及药物等原因引起。从本文 100 例患者年龄分布情况来看,青壮年居多,尤以 31~40 岁年龄段患者为多。这可能与青壮年饮酒及嗜食肥甘厚味机会较多有关。

从病程分布来看,病程在 0.5 年以内患者较多,这部分患者常无明显症状,未及时就诊,多由体检发现,往往在发现之后症状随之出现。故定期的 B 超检查是及早发现、及早治疗脂肪肝的重要手段之一。

从肝功能情况来看,有 60% 的患者 ALT 异常,其中又以低酶者(≤ 80 u)较多。这可能与脂肪肝时肝细胞浆中充满脂肪滴,造成肝细胞肿胀,细胞膜通透性增加有关。

中医学认为,脂肪肝是由于过食肥甘厚味,伤食碍胃,或久卧久坐,体丰痰盛,或七情内伤致肝疏泄失职,脾运化无权,水湿内停,痰浊内生,气滞血瘀而形成。从本文 100 例患者中医辨证分型来看,属肝郁脾虚型患者较多(占 65% 以上),肝肾阴虚,瘀血阻络患者较少,这与中医对脂肪肝的认识基本相符,为脂肪肝的中医治疗提供了较为客观的依据。

(收稿:1998-09-04 修回:1998-11-15)