

例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 32 例,其中男 21 例,女 11 例;年龄 12h~3 岁,平均 6.6 个月;小儿肺炎并发心衰 17 例,新生儿窒息并发呼衰、心衰 5 例,急性腹泻伴脱水性休克并发心衰 4 例,先天性心脏病并发心衰 2 例,高热惊厥、颅内感染致心衰各 2 例;中医辨证分型偏属气阴不足型 20 例,心阳虚衰型 12 例;对照组 30 例,男 18 例,女 12 例,年龄 1 天~3 岁,平均 8 个月;小儿肺炎并发心衰 19 例,新生儿窒息并发呼衰、心衰 3 例,急性腹泻伴脱水性休克并发心衰 4 例,先天性心脏病并发心衰 2 例,颅内感染、中毒致心衰各 1 例。两组患儿病情轻重及性别、年龄等情况相近,具有可比性($P>0.05$)。

治疗方法 两组均给病因治疗及一般治疗,如吸氧、纠酸、镇静、抗感染等。治疗组在强心剂、利尿剂治疗基础上,气阴不足型采用参麦注射液(每支 10ml,含红参 1g,麦冬 1g。深圳南方制药厂,雅安三九药业有限公司生产,批号 1981 001552)、心阳虚衰型用参附注射液(每支 10ml,含红参 1g,附片 2g。深圳南方制药厂,雅安三九药业有限公司生产,批号 1985 003417),均为 5~20ml 加入 10% 葡萄糖注射液 30~50ml 中静脉滴注,具有阴阳两虚症状者参麦注射液和参附注射液同时用,每天 2~3 次,重症心衰每天 3~4 次。对照组除不用参麦、参附注射液外,其他均同治疗组。两组强心剂均选用西地兰,洋地黄化量为 <2 岁:0.03~0.04mg/kg, ≥ 2 岁:0.02~0.03mg/kg,首次用半量,加入 10% 葡萄糖注射液 10ml 缓慢静注,余量分 2 次,分别于首剂用后 6h、12h 给予;心衰仍未控制者,于达洋地黄化 12h 后继续给西地兰维持量治疗。两组均按用药后 12、24、48h 观察心衰纠正情况,及伴随症状改善情况。

结果 疗效评定标准:小儿急性心衰的治疗结果不易用化验指标及辅助检查来判定,我们根据心脏听诊,症状、体征改变情况进行评定。显效:精神明显好转,心率降至 140 次/min 以下(新生儿 <160 次/min),心音有力,呼吸平稳,缺氧征明显改善,尿量增多,24h 症状无反复;有效:心率下降,呼吸困难等症改善但未达显效标准;无效:症状、体征无改善,心衰反复加重。结果:用药 12h 后心衰改善情况比较,治疗组显效 14 例(43.8%),有效 13 例(40.6%),无效 5 例(15.6%);总效率 84.4%;对照组显效 6 例(20.0%),有效 11 例(36.7%),无效 13 例(43.3%);总有效率 56.7%。两组比较有显著性差异($\chi^2=5.17, P<0.05$)。用药 24h 后心衰纠正情况比较,治疗组显效 19 例(59.4%),有效 11 例(34.4%),无效 2 例(6.3%);总有效率 93.7%。对照组显效 9 例(30.0%),有效 13 例(43.3%),无效 8 例(26.7%);总有效率 73.3%。两组比较有显著性差异($\chi^2=5.03, P<0.05$)。平均心衰纠正时间(h, $\bar{x} \pm s$),治疗组为 17.18 ± 2.46 ,对照组为 22.75 ± 1.85 。两组比较有显著性差异($t=10.127, P<0.001$)。继续观察至 48h,除两组各 1 例心衰死亡(均为新生儿)外,治疗组心衰全部纠正,对照组仍有 5 例心衰未能纠正,继用强心剂维持量治疗并加用参麦或参附注射液后症状逐渐消失,心衰纠正。

用药 24h 后,治疗组患儿精神好转、呼吸平稳、心率降至正常、汗出减少、紫绀消失、尿量增多等,与对照组比较有显著性差异($P<0.01$)。因此对心衰患儿早期使用参麦或(和)参附注射

液可明显提高疗效,症状、体征明显改善。

讨论 小儿急性心衰时心肌缺血缺氧,心肌舒缩功能减退。参麦注射液中含有人参皂甙、麦冬皂甙等有效成分,可加速损伤心肌细胞的 DNA 复制和蛋白质合成,激活网状内皮系统,加速细菌内毒素和内源性毒物的清除;参附注射液中所含去甲乌药碱是 β 受体激动剂,能显著增加心肌收缩力,有改善微循环和末梢循环作用;所含人参皂甙可清除自由基,减轻缺血缺氧对心肌的损伤。二者均有益气固脱、养阴生津作用,使用方便,起效迅速。我们根据中医辨证分型使用参麦注射液及参附注射液纠正心衰,既可减少强心甙用量、减轻其毒副作用,又能缩短心衰纠正时间。

(收稿:1998-10-30 修回:1999-03-15)

中西医结合治疗小儿单纯性 肾病综合征 26 例

武汉市儿童医院(武汉 430016) 张 霞 彭兆麟

单纯性肾病综合征(简称肾病)是小儿肾脏病中较常见的疾病之一。笔者采用中西医结合治疗,取得了较为满意的疗效,现小结如下。

临床资料 本组病例按《中西医结合治疗小儿内科常见病》(彭兆麟主编,武汉:武汉出版社,1997:129—136)标准,随机收治患儿 52 例,按入院顺序分为中西医结合治疗组(治疗组)26 例,西药对照组(对照组)26 例。治疗组 26 例中男 21 例,女 5 例;年龄 <3 岁者 3 例,3~14 岁者 23 例;病程 1.5 个月~2.5 年。伴有重、中、轻度水肿者分别为 21、4 及 1 例;伴腹水者 4 例,伴阴囊、阴唇水肿者各 1 例。实验室检查:尿蛋白定性 $\geq + + +$,24h 尿蛋白定量为 3.25g;血清蛋白电泳白蛋白 51.72g/L,血清胆固醇 9.18mmol/L。对照组 26 例中男 20 例,女 6 例;年龄 <3 岁者 2 例,3~14 岁者 24 例;病程 1.5 个月~2.5 年。伴有重、中、轻度水肿者分别为 20、4 及 2 例,伴腹水者 3 例,伴阴囊水肿 1 例。实验室检查:尿蛋白定性 $\geq + + +$,24h 尿蛋白定量为 3.21g,血清蛋白电泳白蛋白 51.94g/L,血清胆固醇 8.22mmol/L。两组资料比较,无显著性差异($P>0.05$)。

治疗方法 (1)中药治疗:以温肾健脾化气利水为治则。基本方:黄芪、太子参、泽泻、大腹皮、山药、菟丝子,伴呼吸道感染者加桑白皮、麻黄、连翘,伴尿蛋白高者,重用生黄芪加芡实、薏苡仁;伴血尿者加旱莲草、白茅根;胆固醇高者加仙茅、山楂;腹水及双下肢、阴囊水肿者加猪苓、川牛膝;伴血液高凝状态时加丹参、当归、赤芍。每日 1 剂,每剂浓煎至 150~200ml,分 4 次或多次口服,中药治疗 6 周为 1 个疗程。(2)激素治疗:诱导缓解治疗用强的松每天 1~2mg/kg,分 3 次口服,应用 4 周;然后改为巩固阶段治疗,2~3mg/kg,隔日顿服,共 4 周;维持阶段治疗,将强的松每两周减量 5mg/次(婴幼儿每次减量 2.5mg,仍隔日顿服,至强的松隔日量每次 2.5mg/kg 时,再改为每 4 周减量 1 次(量同上)维持,总疗程 6~9 个月或更长。治疗组用激素加中药治疗,对照组单用激素治疗。

结 果

1 疗效评定标准 显效(完全缓解):临床症状、体征消失,尿蛋白阴性;血生化检查恢复正常;有效(部分缓解):临床症状、体征消失,尿蛋白减少;血生化恢复或接近正常;无效:与治疗前比较无改善或加重者。

2 疗效 治疗组 26 例显效 19 例(73%),有效 6 例(23%),无效 1 例(4%);总有效率 96%。对照组 26 例显效 17 例(65%),有效 6 例(23%),无效 3 例(12%);总有效率 88%。两组总有效率比较,无显著性差异($P>0.05$)。

3 两组治疗前后 24h 尿蛋白、血清蛋白电泳白蛋白及血清胆固醇含量比较 见表 1。治疗及对照组 24h 尿蛋白及血清蛋白电泳白蛋白治疗后与治疗前比较,有显著性差异($P<0.01$);两组治疗比较,无显著性差异($P>0.05$)。

表 1 两组治疗前后 24h 尿蛋白、血清蛋白电泳白蛋白及胆固醇比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	24h 尿蛋白 (g/24h)	例数	血清蛋白电泳白蛋白 (g/L)	例数	胆固醇 (mmol/L)
治疗 治前	26	4.22 ± 2.25	26	37.72 ± 10.44	26	9.18 ± 0.24
治后	26	0.45 ± 1.07*	15	51.94 ± 11.17*	15	8.89 ± 1.22
对照 治前	25	3.33 ± 2.21	26	38.01 ± 11.12	26	8.22 ± 2.06
治后	24	1.07 ± 1.14*	15	48.99 ± 7.36*	15	7.85 ± 1.75

注:与治疗前比较,* $P<0.01$

讨 论 中医学认为本病属中医“水肿”范畴,主要是脾、肺、肾三脏功能失去相互协调制约使体内水湿泛滥或水肿,久病则肺、脾、肾三脏俱虚,故其治则宜脾肾双补兼以利水消肿,肾病水肿虽主要由脏腑虚弱所致,但在水肿明显时笔者仍以驱邪治标为主,水邪退后,即用扶正之法,温补脾肾而治其本。部分患者因长期使用激素治疗可致柯兴氏综合征,故治疗时需同时滋补肝肾,育阴潜阳。结果显示,治疗组的总有效率略高于对照组,降低 24h 尿蛋白量,提高血清蛋白电泳白蛋白量亦略优于对照组。另外,治疗组的激素副作用如多食善饥,口干喜饮,自汗盗汗,大便干结等临床症状均不明显,而对照组则相当明显,提示中医药的健脾温肾兼以滋阴泻火之法,确实可减轻或消除激素的副作用,并能提高患儿的免疫力和预防感染。

(收稿:1999-01-08 修回:1999-03-12)

中药苦豆子治疗宫颈糜烂 75 例

河南省安阳市第三人民医院(河南 455000)

张和英 张雪芹 刘 慷 李宝芹 王彩玲

将中药苦豆子(*Sophora alopecuroides* L.)制成片剂、散剂,外用治疗宫颈糜烂 75 例,并与同期微波治疗 79 例进行对照观察,现将结果报告如下。

临床资料

1 宫颈糜烂的诊断标准 参考郑怀美主编的高等医学教材《妇产科学》(第 2 版,北京:人民卫生出版社,1987:266—267),借助阴道镜检查,可见宫颈外口鳞状上皮脱落,单层柱状上皮覆盖,糜烂面呈颗粒状的红色区,严重者可见腺上皮过度增

生,间质组织显著增生。根据糜烂面的增生程度和深浅可分单纯型、颗粒型、乳突型。根据糜烂面积大小可分三度:轻度指糜烂面占宫颈面积的 1/3 以下;中度指糜烂面占整个宫颈面积 1/3~2/3;重度指糜烂面占整个宫颈面积的 2/3 以上。合并阴道炎者,可见粘膜潮红、充血、出血、溃疡,内积异常白带,量多有异味,有自觉症状,化验可查出致病微生物及原虫。

2 资料 1996 年 1 月~1997 年 12 月间,我科门诊治疗宫颈糜烂患者共 154 例,其中苦豆子组(治疗组)75 例,年龄 20~50 岁,平均 35 岁;病程 1~15 年,平均 5 年。轻度 21 例,中度 25 例,重度 29 例。微波组(对照组)79 例,年龄 20~48 岁,平均 35 岁;病程 1~13 年,平均 5 年。轻度 19 例,中度 36 例,重度 24 例,两组均做宫颈刮片巴氏染色,宫颈分泌物细菌培养,以排除宫颈癌和查出致病菌。

治疗方法 苦豆子片剂、散剂均系自采自制,片剂每片 0.29g,每 2 片相当原生药 3.0g,散剂每 0.5g 相当原生药 2.5g。治疗组在月经干净 3~5 天开始治疗,将苦豆子片剂的 2 片或散剂的 0.5g,在直视下放到宫颈外口糜烂面处,以无菌棉球阻塞防其脱落,每天 1 次,5~7 次为 1 个疗程,合并阴道炎者可同时治疗;对照组采用国产 MTC-1 型多功能微波治疗仪常规治疗 1 次。术后 3 个月评定疗效,若合并阴道炎者先用药物治疗后再行微波治疗。

结 果

1 疗效评定 (1)宫颈糜烂疗效评定,痊愈:鳞状上皮再生重新覆盖糜烂面,宫颈变光滑,自觉症状消失;有效:重度糜烂转中度或轻度,中度糜烂转轻度;无效:治疗前后糜烂面积及深浅度无变化,自觉症状无改善。(2)合并阴道炎疗效评定,痊愈:自觉症状消失,异常白带色、量均转正常,阴道粘膜潮红充血、出血、溃疡面均消失,阴道粘膜色泽转正常,致病菌检查转阴性;有效:自觉症状减轻或消失,白带量减少,粘膜充血、出血、溃疡面较治疗前好转、分泌物化验阴性或不显著;无效:白带、粘膜及自觉症状无好转,甚至有加重现象,致病微生物化验仍为阳性。

2 结果 (1)宫颈糜烂治疗结果,苦豆子组治疗 1 个疗程后 3 个月复查,痊愈 70 例,有效 3 例,无效 2 例(1 例患糖尿病),1 个疗程治愈率 93.33%,总有效率 97.33%。微波组治疗后 3 个月复查,痊愈 76 例,有效 3 例,无效 0 例。一次性治愈率 96.20%,总有效率 100%。两组治愈率和总有效率比较,经统计学 χ^2 检验,无显著性差异($P>0.05$)。(2)不良反应:治疗过程中及治疗之后,苦豆子组无任何不良反应,微波组术后阴道流血率达 100%,腹痛出现率占 41.75%,还有出血、感染、复发等现象,两组不良反应经 χ^2 检验,有显著性差异($P<0.001$)。(3)合并阴道炎治疗结果,治疗组合并阴道炎 10 例,用药 3~5 次均痊愈,致病菌检查均转正常。

讨 论 苦豆子含有多种生物碱,其中苦参碱是治疗宫颈糜烂的有效成分,据雷载权、张廷模主编的《中华临床中药学》上卷(北京:人民卫生出版社,1998:458),苦参碱有消炎杀菌作用。经我们反复临床验证,苦豆子片剂、散剂外用有杀灭多种致病微生物的作用,如葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌、真菌、加德纳氏菌及滴虫等。另外对一些有典型宫颈糜烂而细菌学检查阴性者,