

能穿过的小孔), 10 号丝线 60cm, 以上器械浸泡在 75% 酒精内消毒。

2 手术方法 用 0.5% 地卡因棉球, 夹泪点处 5mm 常规消毒, 用泪囊扩张器充分扩张泪小点; 用庆大霉素 4 万 u、地塞米松 2mg 加生理盐水 5ml 冲洗泪道。按泪道探通方法, 选 1 号探针通泪道, 防止形成假道, 按泪道冲洗法向泪道注入 0.5% 地卡因 0.3ml, 3~5min 后将穿有 0 号线的探针涂上抗生素眼膏探入泪道约 40mm 长, 用额镜窥下鼻甲下, 见探针及丝线, 用钩针钩出丝线环拉向鼻孔外, 将 10 号丝线置入该线环内呈双股, 涂上抗生素眼膏, 同探针一并轻轻拉出泪小点外, 剪去 0 号线环, 将 10 号线两端(泪点端和鼻孔端打结于面部)剪除余线, 术毕。

3 术后处理 (1)术眼点抗生素眼药水, 每天 4 次, 睡前涂抗生素眼膏 1 次。(2)术眼侧鼻腔滴 1% 庆大霉素液, 每天 3 次, 连用 2 周。(3)肌肉注射广谱抗生素 5~7 天。(4)中药用竹叶泻经汤: 黄连、黄芩、栀子、大黄、赤芍、茯苓、泽泻各 6g, 柴胡、决明子、车前子、竹叶各 9g, 升麻、羌活、炙甘草各 3g; 每天 1 剂, 水煎分 2 次服, 连用 3 天; 如有胃病不能服者, 可用该中药先熏后湿热敷患眼, 每次 30min, 每天 2 次。(5)7 天后复诊时检查活动线环, 用庆大霉素 4 万 u、地塞米松 5mg 加生理盐水 4ml 冲洗泪道, 7 天 1 次, 待泪道冲洗通畅, 泪囊周围皮肤颜色正常, 瘘管闭合, 流泪消失后分别在 40~60 天冲洗泪道通畅, 拆线, 也可延长带线时间。

结 果

1 疗效标准 拆线观察 1 年以上, 自觉溢泪、流脓消失, 泪囊局部未发生红、肿、破溃流脓, 泪道冲洗通畅为治愈。自觉迎风流泪, 泪道冲洗不通畅, 但无泪囊局部红、肿为好转。溢泪、溢脓, 泪囊局部红、肿, 不定时破溃、流脓为无效。

2 疗效 对 32 例(32 眼)随访观察 1~16.5 年, 带线时间 40~150 天, 治愈 30 眼(96.8%), 2 眼在拆线后流泪, 冲洗无脓, 也无泪囊局部红、肿、破溃流脓, 以鼻泪管再次阻塞, 探通后穿线 40 天治愈, 无 1 例复发。

3 术后并发症 (1)穿线后少部分患者因不注意眼部卫生可出现暂时性结膜炎。(2)个别患者穿线后泪小点有轻度扩张, 几天后即可恢复正常。

讨 论 泪囊瘘管是因鼻泪管阻塞, 以致细菌或沙眼病毒在泪囊内繁殖而引起化脓, 使泪囊前壁破溃流脓。治疗原则为解除鼻泪管病理性阻塞, 恢复泪道系统正常排泄功能, 以达到根治泪道病为目的。根据中医辨证, 选用了竹叶泻经汤, 方中黄连、黄芩、栀子、大黄清热泻火、燥湿、解毒、消炎, 对杆菌、球菌有较强的抑制作用; 柴胡、升麻、羌活、赤芍、决明子疏散风热, 散郁火; 赤芍活血散结; 茯苓、泽泻、车前子、竹叶清热利湿; 炙甘草调胃、和中、消炎, 使泪囊周围炎性肿胀迅速消散, 从而提高了手术治愈率, 给患者解除了痛苦, 且缩短了手术时间, 减轻了患者的经济负担。本法的优点: (1)解除了鼻泪管阻塞, 使脓泪细菌顺线流出, 抗生素眼药水随泪液一同流入泪道, 使炎症消退, 泪道畅通。(2)改良穿线术一次不成功者可行第二次穿线。(3)该手术不开刀、不住院, 操作简单, 大大减轻了患者的痛苦和经济负

担, 术后当天可照常工作。

(收稿: 1999-06-18 修回: 1999-12-20)

中西医结合治疗心肌梗死后 再发心绞痛 82 例

天津市第二医院(天津 300141)

马桂兰 王国缙

1992 年 10 月~1997 年 12 月, 我们采用中西医结合治疗心肌梗死后再次发心绞痛 82 例, 并与单用西药治疗的 80 例作对照观察, 现报告如下。

临床资料 急性心肌梗死(AMI)均符合 1979 年国际心脏病学会议及 WHO 临床命名及诊断标准的住院患者, 所有患者于心肌梗死发生后两周内再次发作心绞痛并未接受介入治疗。162 例患者随机分为两组。治疗组 82 例, 男 49 例, 女 33 例; 年龄 32~85 岁, 平均 58.8 岁; AMI 病程 1~16 天, 平均 5.4 天; 再发心绞痛 3~18h, 平均 5.7h。对照组 80 例, 男 47 例, 女 33 例; 年龄 30~86 岁, 平均 57.2 岁; AMI 病程 3~15 天, 平均 6.2 天; 再发心绞痛 2~12h, 平均 4.4h。梗死部位(治疗组与对照组): 前壁(包括前间壁、前侧壁)46 例、43 例, 下壁(包括正后壁)32 例、34 例; 前壁加下壁 4 例、3 例。梗死面积依据 12 导联心电图 QRS 记分估计(总分值 32 分), 治疗组与对照组分别为(14.2±5.6)分和(14.8±4.5)分。两组并发急性肺水肿 12 例、9 例, 心源性休克 4 例、2 例; 合并高脂血症 26 例、23 例, 高纤维蛋白原血症 18 例、17 例; 有高血压病史 27 例、22 例, 糖尿病 14 例、16 例。两组患者资料比较无显著性差异。

治疗方法 两组均给予低分子肝素(速避凝)0.3~0.4mg, 普通肝素钠 50~100mg, 每天 2 次皮下注射或静脉滴注, 连续 1 周, 维持凝血时间延长至原来 2 倍。高纤维蛋白原血症者均静脉滴注降纤酶 10u/d, 连续 3 天; 部分患者(两组各 10 例)静脉滴注尿激酶 20~50u/d, 3~5 天。所有患者每天均静脉滴注硝酸甘油、极化液或爱维治; 口服阿司匹林 100~300mg; 酌情给予 β 受体阻滞剂, 血管紧张素转化酶抑制剂、降脂药等, 并积极治疗并发症及合并症。

治疗组根据辨证分型同时加服中药。痰热夹瘀型(48 例), 以温胆汤加减: 半夏、陈皮、茯苓、竹茹、枳实、石菖蒲、郁金、天竺黄、川芎、柴胡各 10g, 桃仁 20g, 桔梗 15g, 川黄连、蜈蚣各 6g, 葛根 30g。气阴两虚夹瘀型(34 例), 治疗当以补气养阴, 活血化瘀, 以生脉散、血府逐瘀汤加减: 太子参 15g, 桃仁 20g, 麦冬、五味子、石菖蒲、郁金、乌梢蛇、赤芍、元胡、柴胡、川芎、桔梗、山萸肉各 10g。均每天 1 剂水煎服, 10 天为 1 个疗程, 治疗 3~4 个疗程。观察临床症状、心电图、血脂、血流变学等指标, 出院后专科门诊随访。两组均长期服硝酸酯类、阿司匹林、倍他乐克等药。治疗组加复方丹参、冠心苏合丸等。随访 1 年。

统计学方法: 采用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效评定标准 显效: 心绞痛发作及硝酸甘油消耗量减少 80% 以上; 心电图符合 AMI 恢复期演变, S-T 段抬高恢复重

基线。有效:心绞痛发作及硝酸甘油消耗量减少达 50%,但不足 80%;心电图符合 AMI 恢复期改变, S-T 段抬高下降 50%。无效:心绞痛缓解不明显,心电图符合 AMI 演变。恶化:心绞痛频发或持续时间延长,心电图 S-T 段抬高反复加重或梗死面积延伸及发生再梗死。

2 两组疗效 见表 1。治疗组显效率和总有效率均优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者疗效比较 [例(%)]

组别例数	显效	有效	无效	恶化	总有效
治疗 82	47(57.3)*	25(30.5)	6(7.3)	4(4.9)	72(87.8)*
对照 80	33(41.3)	26(32.5)	12(15.1)	9(11.3)	59(73.8)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3 1 年内心肌梗死面积延伸和再发梗死者治疗组 3 例(3.6%),对照组 7 例(8.75%);死亡:治疗组 2 例(2.4%),对照组 5 例(6.2%)。两组血脂、血液流变学测定结果差别无显著性(数据略)。

体会 心肌梗死后心绞痛是 AMI 常见并发症,其发生提示部分未坏死心肌仍处于严重缺血状态,很可能发生梗死延伸或再发梗死,此时必须尽快缓解心肌缺血,挽救濒临死亡心肌,保护泵功能,预防猝死。当前最迅速有效措施是介入治疗,但临床尚无条件普遍开展该疗法。西药治疗以溶栓抗凝、抗血小板聚集、降纤、扩张冠状动脉,以及减轻心脏负荷,降低心肌耗氧为主要治则,但临床上仍有不少心绞痛缓解不满意。中医学认为脉络瘀阻为冠心病心绞痛病理特征,应以活血化瘀为主,同时注重辨证施治。加服中药不但加强了抗凝、抗血小板聚集和扩血管、增加冠脉流量的作用,且还有滋阴、补气、扶正固本作用。近年来中药药理研究认为太子参、麦冬、川芎嗪等药还有清除氧自由基,降低脂质过氧化物,防护心肌缺血再灌注损伤及提高 SOD 活力的作用,更好地保护了心肌。故笔者认为,中西医结合治疗心肌梗死后再次心绞痛有更好的疗效。

(收稿:1999-01-22 第 2 次修回:1999-12-30)

痛风宁 I 号治疗急性痛风性关节炎 126 例

成都市中西医结合医院(成都 610016) 陈云凤

成都中医药大学 扈晓宇 彭介寿

1997 年 10 月~1998 年 4 月,我们运用痛风宁 I 号治疗急性痛风性关节炎患者 126 例,并与单用西药治疗的 64 例作对照观察,现报道如下。

临床资料

1 诊断标准 参照 1977 年美国风湿病协会制定的痛风性关节炎诊断标准和《中药新药治疗痛风的临床研究指导原则》有关急性关节炎的诊断标准。

2 一般资料 190 例均系成都中医药大学附属医院确诊患者,按 2:1 随机分为两组。治疗组 126 例,住院 36 例,门诊 90 例;男 114 例,女 12 例;年龄 18~65 岁,平均(55.5±11.9)岁;病程 2.0~14.5 年,平均(8.2±6.2)年。对照组 64 例,住院 25

例,门诊 39 例;男 58 例,女 6 例;年龄 18~65 岁,平均(53.8±13.0)岁;病程 2.0~14 年,平均(8.3±5.9)年。中医辨证分型(治疗组、对照组):寒湿证分别为 50 例、23 例;湿热证分别为 32 例、21 例;湿郁证分别为 44 例、20 例。两组资料基本一致($P>0.05$)。

方 法

1 治疗方法 治疗组用痛风宁 I 号(由吴茱萸、淫羊藿、木瓜、白芷、土茯苓、苍术组成,按 1:2:2:2:3:2 的剂量比例,由成都中医药大学附属医院制剂室制成口服液,每毫升含生药 1.5g,批号:970618),每次 20ml 口服,1 天 3 次,连服 2 周。对照组先予消炎痛肠溶片,每次 25mg,每天 3 次口服,症状消失后停药,继以痛风立仙(德国产)50mg,每天 1 次口服,连服 2 周。治疗期间两组患者均未使用影响疗效的其他药物和治法。

2 观察指标

2.1 疗效观察 (1)综合疗效标准:治疗前满分 18 分。采用尼莫地平法,即(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分×100%。(2)临床控制:5 天内≥90%;显效:7 天内≥80%;有效:疗程结束时≥70%;无效:疗程结束时<70%。(3)主要临床症状:关节红、肿、热、痛的分级标准:关节红(略红 1 分,鲜红 2 分,暗红 3 分)、肿(轻度 2 分,显著 4 分,高度 6 分)、热(轻度 1 分,明显 2 分,灼热 3 分)、痛(轻度 2 分,明显 4 分,剧烈 6 分)。(4)对血尿酸水平的影响。(5)治疗组不同中医证型疗效比较。(6)随访:1 年后对两组患者随访,考察远期疗效。

2.2 统计学方法 采用 SPSS 8.0 统计软件包作统计学处理,计量资料用 t 、 u 检验,计数资料用 χ^2 检验或 Ridit 法分析。

结 果

1 综合疗效比较(治疗组、对照组) 临床控制分别为 34 例(27.0%)、13 例(20.3%),显效分别为 58 例(46.0%)、24 例(37.5%),有效分别为 24 例(19.1%)、15 例(23.4%),无效分别为 10 例(7.9%)、12 例(18.8%);愈显率分别为 73.0%、57.8%;总有效率分别为 92.1%、81.3%。经 Ridit 检验,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。

2 两组患者治疗前后主要症状改善情况比较 见表 1。治疗后两组患者关节症状积分值均比治疗前下降($P<0.01$);治疗组对关节红、肿两症的改善明显优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后主要关节症状积分值比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	红	肿	热	痛
治疗 治前	2.3±0.9	3.9±1.5	2.2±0.8	4.3±1.2
(126) 治后	0.7±0.5* [△]	1.0±0.5* [△]	0.7±0.5*	1.2±1.0*
对照 治前	2.1±1.0	4.2±1.5	2.0±0.9	4.1±1.5
(64) 治后	0.9±0.7*	1.2±0.7*	0.8±0.6*	1.5±1.2*

注:与本组治前比较,* $P<0.01$;与对照组治后比较,[△] $P<0.05$;
()内为例数

3 两组患者治疗前后血尿酸($\mu\text{mol/L}$)测定结果 治疗组治疗前为 518.1±137.7,治疗后为 409.3±123.0($P<0.01$);对照组治疗前为 511.5±145.8,治疗后为 396.6±127.2($P<0.01$)。治疗后两组比较无显著性差异。

4 中医证型疗效 治疗组寒湿、湿热、湿郁证临床控制分