

4 种类型。其中伤寒型是因感染了非伤寒沙门氏菌后,产生类似伤寒临床表现的一种证型。1997 年 12 月~1999 年 12 月,笔者应用中西医结合治疗伤寒型沙门氏菌病 26 例,疗效满意,现报告如下。

临床资料 46 例患者均符合《实用内科学》(戴自英主编,第 8 版,上海:人民卫生出版社,1986:139)关于伤寒型沙门氏菌感染的诊断标准,随机分为两组。治疗组 26 例,男 18 例,女 8 例;年龄 18~23 岁 15 例,24~30 岁 7 例,31~40 岁 4 例,平均(31.4±7.37)岁;病程 3~5 天。对照组 20 例,男 16 例,女 4 例;年龄 20~23 岁 13 例,24~30 岁 5 例,31~40 岁 2 例,平均(27.6±8.47)岁;病程 2~4 天。感染途径:来自同一流行地区治疗组 18 例,对照组 15 例;近日在外吃过蒸菜或未煮透食物者治疗组 5 例,对照组 3 例;无明显诱因治疗组 3 例,对照组 2 例。46 例患者均有发热(或高热),头胀痛,胸脘痞满,不思饮食,恶心呕吐;B 超检查提示:脾脏轻度肿大;血常规:白细胞 $<4 \times 10^9/L$;肝功能:谷丙转氨酶值均略有升高;肥达反应 O 凝集素 $\geq 1:80$ 。治疗组中血培养出甲型副伤寒杆菌 5 例,大便多日未行 16 例,解稀便 10 例,大便隐血 13 例。对照组中血培养出甲型副伤寒杆菌 6 例,大便多日未行 15 例,解稀便 5 例,大便隐血 16 例。两组患者性别、年龄、病程、病情比较无显著性差异,具有可比性($P>0.05$)。

治疗方法 治疗组:中药基本方参考《伤寒论》干姜黄芩黄连人参汤和白头翁汤加减:干姜 8g 黄连 8g 黄柏 12g 白头翁 15g 秦皮 15g 茯苓 15g 白术 12g 薏苡仁 15g 香附 12g 冬瓜仁 15g。随症加减:有恶寒发热表证加金银花、连翘、菊花;高热不退、谵语加知母、石膏(先煎)、栀子;呕吐明显者加旋复花、生代赭石(先下)、制半夏、竹茹;胸脘痞满加厚朴、枳实、焦三仙、槟榔;大便未解加生大黄、芒硝(后下),但应便解即停服。同时给予:乳酸左氧氟沙星注射液 100ml 静脉滴注,每天 2 次;氨苄青霉素 5.0g 加入 5% 的糖盐水中静脉滴注,每天 1 次。同时视病情予能量合剂或林格氏液静脉滴注,加强支持、对症处理。对照组:除不用中药治疗外,其余治疗同治疗组。两组均以 7 天为 1 个疗程,疗程结束后评定疗效。统计学方法采用 χ^2 检验。

结果

1 疗效评定标准 参考《临床常见疾病诊疗标准》(陶天遵主编,北京:北京医科大学出版社,1993:147—148)。临床痊愈:症状及体征消失,血、尿、粪便细菌培养沙门氏菌阴性,无并发症存在;有效:症状消失,脾肿大等部分体征尚未完全恢复,某些并发症尚未治愈,但明显减轻,血、尿、粪便细菌培养尚为阳性;无效:临床症状改善不明显或无变化。

2 临床疗效 治疗组 26 例,临床痊愈 22 例(84.6%),有效 3 例(11.5%),无效 1 例(3.8%),总有效率 96.2%。对照组 20 例,临床痊愈 4 例(20.0%),有效 10 例(50.0%),无效 6 例(30.0%),总有效率 70.0%。治疗组总有效率优于对照组($\chi^2=4.87, P<0.05$)。

讨论 中医学认为本病多属“腹痛”、“泄泻”等范畴。其成因可为误食馊腐不洁之物,或外感时邪致“热气留于小肠,肠中痛,瘴热焦渴而坚干不得出”,致湿热壅滞于中,气机失于调

畅,从而腑气通降不利。古人所谓“湿胜则濡泄”、“六腑以通为用”、“通则不痛”等论述,为本病治疗从利湿、分清湿热、调畅腑气提供了理论依据。方中以黄连、黄柏、白头翁、秦皮为主药,可清热解毒,分清湿热;佐干姜、茯苓、白术,主要作用是温运脾阳,健脾化湿,同时,防止苦寒过重伤中;香附可理气醒脾;薏苡仁、冬瓜仁则加强肠道湿热的清除。乳酸左氧氟沙星能对人体血浆中的沙门氏菌产生迅速的杀灭作用,已证实是治疗伤寒的有效药物。临床观察发现,对照组在静脉滴注乳酸左氧氟沙星后,易致恶心、呕吐、腹痛等症状发生,而治疗组则少见,表明中西医结合治疗可减轻药物副作用,缩短抗生素的临床使用时间。观察还发现:(1)对胸脘痞满,饮食不进者,治疗组在助消化振胃气方面优于对照组;(2)单用抗生素治疗,患者发热时间往往较长,而配合中药清热解毒药物治疗,既可加强抗菌作用,又可缩短发热时间;(3)对大便多日未解者,治疗组配合中药临时泻热通便,可使体温降至正常,夜间安卧,有助进食。

(收稿:1999-09-01 修回:2000-02-28)

加服中药治疗糖尿病单纯型 视网膜病变 32 例

陕西延安大学医学院附属医院(陕西 716000)

李社莉 李士新

1996 年 8 月~1999 年 9 月,笔者采用中药治疗糖尿病性视网膜病变 32 例,并与西药治疗 20 例进行比较,现报告如下。

临床资料 52 例糖尿病视网膜病变患者均符合 WHO 1985 年推荐的糖尿病诊断标准(WHO Study Group. Diabetes Mellitus. Technical Report Series 727, Geneva: 1985, 77)及第三届全国眼科学术会议制定的单纯型(I~III 期)分期标准[眼底病 1985;1(1):42],随机分为两组。治疗组 32 例,男 12 例,女 20 例;年龄 29~68 岁,平均 56 岁;糖尿病病程 6~22 年,平均 10.5 年;合并糖尿病肾病 26 例,合并神经病变 29 例;视网膜病变 60 只眼,其中 I 期 16 只眼,II 期 37 只眼,III 期 7 只眼。对照组 20 例,男 7 例,女 13 例;年龄 27~71 岁,平均 57.5 岁;糖尿病病程 5.8~21 年,平均 10.8 年;合并糖尿病肾病 14 例,合并神经病变 18 例;视网膜病变 38 只眼,其中 I 期 9 只眼,II 期 22 只眼,III 期 7 只眼。两组患者性别、年龄、病程、合并症等相似,具有可比性。

治疗方法 两组均实施严格糖尿病饮食,口服降糖药或用胰岛素控制血糖。治疗组予益气滋阴、清热化瘀中药,处方:太子参 20g 麦冬 10g 五味子 10g 黄芪 30g 炒白芍 30g 牡丹皮 10g 当归 10g 茯苓 12g 丹参 20g 枸杞子 15g 淮山药 15g 益母草 10g。口苦、烦躁、舌红等火盛者加夏枯草 10g,焦栀子 6g;五心烦热、舌苔花剥者加玄参 20g。每天 1 剂,水煎服。对照组予复方芦丁片(陕西咸阳第三制药厂生产),每次 2 片,每日 3 次;维生素 C,每次 0.2g,每天 3 次。两组疗程均为 3 个月。治疗期间每周查空腹及餐后 2h 血糖、糖化血清蛋白,同时查视力,用裂隙灯及眼底镜观察眼内变化。统计学方法:两组总疗效比较用 Ridit 分析,计量资料用 t 检验。

结 果

1 疗效评定标准 参考中药治疗糖尿病性视网膜病变疗效观察所定标准[中国中医眼科杂志 1995;5(1):11]。显效:视力由 0.01 提高到 0.1 以上或由 0.1 提高到 0.5 以上,眼底出血、水肿、渗出、微血管瘤中有 3 项以上减轻;有效:视力由 0.01 提高到 0.04 以上或由 0.1 提高到 0.2~0.4,眼底出血、水肿、渗出、微血管瘤有 1 项以上减轻;无效:视力和眼底改变低于有效标准。

2 临床疗效比较 治疗组 60 眼(32 例),显效 25 眼(41.7%),有效 30 眼(50.0%),无效 5 眼(8.3%),总有效率 91.7%;对照组 38 眼(20 例),显效 6 眼(15.8%),有效 14 眼(36.8%),无效 18 眼(47.4%),总有效率 52.7%。两组总疗效经 *Ridit* 分析,治疗组优于对照组($u=3.8841, P<0.01$)。

3 两组患者治疗前后空腹血糖、餐后 2h 血糖及糖化血清蛋白比较 见表 1。两组治疗后空腹血糖、餐后 2h 血糖及糖化血清蛋白与治疗前比较均明显下降($P<0.05$),两组治疗后各项指标比较无显著性差异($P>0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后空腹血糖、餐后 2h 血糖及糖化血清蛋白比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别例数	空腹血糖	餐后 2h 血糖	糖化血清蛋白
治疗 32 治疗前	8.30 $\pm$ 0.23	12.76 $\pm$ 0.41	2.65 $\pm$ 0.19
治疗后	6.70 $\pm$ 0.53*	9.80 $\pm$ 0.30*	1.88 $\pm$ 0.21*
对照 20 治疗前	8.45 $\pm$ 0.32	12.60 $\pm$ 0.12	2.68 $\pm$ 0.20
治疗后	6.90 $\pm$ 0.73*	10.00 $\pm$ 0.24*	1.93 $\pm$ 0.30*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$

讨 论 糖尿病性视网膜病变是糖尿病慢性微血管并发症之一。其发生机制可能与多元醇-肌醇代谢异常、蛋白质的非酶糖基化、自由基的作用、二酰基甘油-蛋白激酶 C 系统的活化及细胞因子的作用等因素有关,目前西医主要用导升明和激光治疗,疗效不甚理想。中医学理论认为本病多为气阴两虚、肝热血瘀,故方选太子参、黄芪、麦冬、白芍、五味子益气养阴;牡丹皮、益母草、丹参、当归清热凉血活血;枸杞子、淮山药、茯苓健脾补肾,共收补气滋阴、清热凉血活血之功。药理研究表明补气、滋阴、活血药可改善微循环,降低血液粘度及红细胞聚集,从而改善视网膜血供,另外还可通过改善胰岛素的分泌或对各种与糖代谢有关的酶的抑制或促进等作用来降低血糖。本临床观察表明,单纯控制血糖及服用芦丁、维生素 C,一部分患者视网膜病变也有好转,但加服中药可显著提高疗效,值得临床推广应用。

(收稿:1999-10-15 修回:2000-03-01)

鲜竹沥在胸部肿瘤手术后化痰助咳的疗效观察

浙江省人民医院(杭州 310014) 严 影

浙江省肿瘤医院 严福来

1989~1999 年,笔者对胸部肿瘤手术后患者 926 例使用鲜竹沥以化痰助咳,疗效满意,现报告如下。

临床资料 所有病例均为住院手术患者,按入院顺序随机

分为治疗 I 组、治疗 II 组和对照组。治疗 I 组 611 例,其中男 528 例,女 83 例;年龄 45~68 岁,平均 58 岁;食道癌 149 例,贲门癌 266 例,肺癌 196 例;术前有慢性支气管炎史 439 例;治疗 II 组 315 例,其中男 273 例,女 42 例;年龄 51~71 岁,平均 60 岁;食道癌 122 例,贲门癌 96 例,肺癌 97 例;术前有慢性支气管炎史 231 例;对照组 70 例,其中男 58 例,女 12 例;年龄 49~70 岁,平均 59 岁;食道癌 18 例,贲门癌 32 例,肺癌 20 例,术前有慢性支气管炎史 51 例。3 组在年龄、性别、手术种类及病程方面相似,具有可比性。所有患者均符合 1987 年国际抗癌联盟诊断分期标准,临床均表现为咳嗽、气粗、痰多质粘厚或稠黄,咯吐不爽或有热腥味,胸肋胀满,咳时引痛,舌质红,苔薄黄腻,脉滑数。凡不符合上述诊断标准及未切除肿瘤仅剖胸探查者均不入选在内。

治疗方法 治疗 I 组:口服鲜竹沥(杭州胡庆余堂制药厂生产,每支 20ml),每次 20ml,每日 3 次,同时用生理盐水 20ml 加入硫酸庆大霉素注射液 8 万 u 混合进行雾化吸入治疗,每天 2 次。治疗 II 组:口服鲜竹沥及雾化吸入(剂量、用法同治疗 I 组),同时口服稀化粘素胶囊(德国保时佳大药厂生产,每粒 300mg),每次 1 粒,每天 2~3 次。对照组:雾化吸入及口服稀化粘素胶囊同治疗 II 组,不服用鲜竹沥。服药时间为术前 2~3 天及术后围手术期;肺癌术后次日即服药,食管、贲门癌部分咳痰极难者(占 3%),术后第 2 天从胃管注入,多数患者于术后第 5 天拔除胃管后服用。10 天为 1 个疗程,观察 1~2 个疗程。观察患者临床症状和体征的变化,服药后 3 天及 1 个疗程后胸部 X 光摄片观察患者肺复张情况。统计学方法:计数资料采用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效评定标准 显效:服药后痰液变稀,为稀薄白色或淡黄色痰液,易咯出,十分轻松,即使创口疼痛,也易咳痰,肺复张佳,查体呼吸音清而响亮;有效:服药后痰液变稀易咯出,常需协助拍背咳痰,肺复张尚可,呼吸音稍低;无效:服药后仍痰稠难咳,肺复张不良,呼吸音低;肺癌患者个别因支气管袖式切除而咳痰仍困难。

2 结果 3 组临床疗效比较见表 1。治疗 I 组显效率与对照组比较,有显著性差异($\chi^2=6.73, P<0.01$);治疗 II 组显效率、总有效率与对照组比较,均有显著性差异($\chi^2=21.91, P<0.01$; $\chi^2=19.99, P<0.01$);治疗 II 组总有效率优于治疗 I 组($\chi^2=20.82, P<0.01$)。

表 1 3 组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗 I	611	225(36.82)*	257(42.06)	129(21.11)	482(78.89)
治疗 II	315	180(57.14)*	106(33.65)	29(9.21)	286(90.79) [△] *
对照	70	15(21.43)	34(48.57)	21(30.00)	49(70.00)

注:与对照组比较,* $P<0.01$;与治疗 I 组比较,[△] $P<0.01$

3 不良反应 服药期间患者无不良反应,服药前后进行心电图,肝、肾功能检查均无明显变化,未发现过敏反应。

讨 论 胸部肿瘤手术后,因创口疼痛及手术打击,抵抗力下降,体质虚弱,表现为呼吸浅促,容易缺氧,咯痰无力,从呼吸道排出废物困难;加上术后肺泡组织表面炎症充血水肿,气体交