

25 例, 显效 8 例 (32.0%), 有效 14 例 (56.0%), 无效 3 例 (12.0%), 总有效率 88.0%, 两组显效率比较有统计学差异 ($\chi^2 = 9.409, P < 0.01$)。

3 牙龈指数比较 治疗前治疗组牙龈指数为 2.77 ± 0.71 , 对照组为 2.82 ± 0.68 , 两组比较无显著性差异。治疗后两组患者牙龈指数均较治疗前明显减少 ($P < 0.01$), 但治疗组牙龈指数 (1.44 ± 0.42) 下降较对照组 (2.01 ± 0.54) 明显, 两组比较, 有显著性差异 ($P < 0.01$)。

讨论 冠周炎的主要治疗原则是局部冲洗, 改善临床症状。传统的冠周用药, 皆因口腔唾液、饮水和漱口的作用, 引起药物浓度下降和流失, 治疗效果差。蜂胶有轻微的麻醉镇痛作用和促进组织再生功能的作用 [中华口腔科杂志 1986, 4(21): 209]。蜂胶微溶于水, 遇水即形成小颗粒, 在口内停留时间长, 不易消失, 从而在局部形成较高的药物浓度, 有利于冠周炎的治疗和康复。

蜂胶有致过敏现象, 本组虽然尚未发现, 但有必要进一步观察。
(收稿: 1999-11-22 修回: 2000-03-05)

中西医结合治疗早期梅毒 42 例

中国人民解放军第 252 医院 (河北省保定 071000)

王砚宁 刘先锋 何 平

河北省保定市第一医院 张 郁

笔者自 1997 年以来采用中西医结合方法治疗早期梅毒患者 42 例, 收到了较好的临床学和血清学疗效, 现总结报告如下。

临床资料 确诊为早期梅毒 (赵 辨主编, 临床皮肤病学, 第 2 版, 南京: 江苏科学技术出版社, 1993: 421—432) 患者 68 例, 均为门诊病例, 经血清学检测梅毒螺旋体血凝试验 (TPHA)、快速血浆反应素试验 (RPR) 全部阳性, 随机分为两组。治疗组 42 例, 男 28 例, 女 14 例; 年龄 20~49 岁, 平均 32.7 岁; 一期 16 例, 主要表现为硬下疳及梅毒性横痃, 病程为硬下疳出现后 15~45 天, 平均 24 天; 血清 RPR 滴度 3 例 1:8, 8 例 1:16, 4 例 1:32, 1 例 1:64; 二期 24 例, 病程 3~18 个月, 平均 6.7 个月, 疹形多样, 斑疹 12 例, 丘疹 2 例, 丘疹鳞屑性 6 例, 扁平湿疣 4 例; 血清 RPR 滴度 2 例 1:16, 5 例 1:32, 12 例 1:64, 4 例 1:128, 1 例 1:256; 外生殖器硬下疳同时有全身铜红色斑疹 2 例, 血清 RPR 滴度 1:64、1:256 各 1 例。对照组 26 例, 男 19 例, 女 7 例, 年龄 17~44 岁, 平均 28.4 岁; 一期 11 例, 主要表现为硬下疳及梅毒性横痃, 病程为硬下疳出现后 10~30 天, 平均 22 天; 血清 RPR 滴度 2 例 1:8, 5 例 1:16, 4 例 1:32; 二期 15 例, 病程 3~14 个月, 平均 5.9 个月; 斑疹 3 例, 丘疹 1 例, 丘疹鳞屑性 8 例, 扁平湿疣 3 例; 血清 RPR 滴度 2 例 1:16, 4 例 1:32, 7 例 1:64, 2 例 1:128。两组性别、年龄、病程、分期、皮损程度、血清 RPR 滴度等无显著性差异, 具有可比性 ($P > 0.05$)。两组患者均排除再次感染。用其他药物和方法治疗者, 不列入观察。

治疗方法 两组患者均给予苄星青霉素 (江西东风药业股份有限公司生产) 240 万 u, 肌肉注射, 每周 1 次, 共 3 次。治疗

组同时加服清热排毒汤, 由土茯苓 30g 黄芪 20g 生薏仁 12g 茯苓 12g 金银花 9g 白术 9g 木通 6g 木瓜 6g 川芎 5g 大黄 4.5g 皂荚子 3g 等组成, 每日 1 剂, 水煎分 2 次服, 共 14 天。观察项目: 两组治疗前和治疗后 1、2、4、6、9 及 12 个月时分别进行血清 RPR 滴度检测; 治疗期间每周复诊 1 次, 观察和记录皮损消退情况。

结 果

1 疗效判定标准同前述文献。临床学治愈为患者 1 个月内无梅毒症状, 血清学反应 (非梅毒螺旋体抗体试验) 滴度下降 4 倍或 4 倍以上, 但不一定转阴; 血清学治愈为 1 年内临床症状消失, 血清学转阴; 血清学抵抗为 1 年内血清学未转阴或定量滴度未下降。

2 结果 两组患者一般用药后 2~3 天硬下疳即干燥, 缩小, 硬下疳均在 7~10 天内愈合。二期梅毒疹用药后 3~5 天, 颜色变暗, 扁平湿疣收敛, 14~45 天皮损全部消退。治疗组临床治愈 38 例 (90.5%), 对照组为 21 例 (80.8%), 两组比较无显著性差异 ($\chi^2 = 0.61, P > 0.05$)。治疗组 36 例 (85.7%)、对照组 16 例 (61.5%) 血清学转阴患者, 分别有 31、13 例经 1~2 年随访观察, 未见临床及血清学复发, 两组血清学治愈率比较有显著性差异 ($\chi^2 = 3.86, P < 0.05$)。两组血清学抵抗共 16 例, 均为二期梅毒患者。治疗组 6 例, RPR 滴度 1 例 1:2, 4 例 1:4, 1 例 1:8, 其中 1:8 者为一、二期同时存在患者, 治疗前 RPR 滴度 1:256, 另外 5 例 RPR 滴度也较治疗前下降 4 倍以上。对照组 10 例, RPR 滴度 2 例 1:2, 4 例 1:4, 4 例 1:8, 但均较治疗前滴度下降 4 倍或 4 倍以上。16 例血清学抵抗患者经 1 年观察, 均未见 RPR 滴度上升。两组治疗期间均未见明显不良反应。

讨论 中医学称梅毒为“疳疮”、“杨梅疮”, 系感染淫秽邪毒, 浸淫肌肤所致, 治宜除湿解毒, 养血通络。青霉素仍是目前的首选药物, 它对梅毒螺旋体高度敏感, 疗效迅速, 疗程短, 治疗方法简单, 但反映梅毒治疗效果的重要指标血清 RPR 滴度有时下降较慢、转阴时间较长, 平均 3~24 个月。患者多认为未彻底治愈, 精神压力较大, 常自行不合理应用多种抗生素。我们根据中医学理论, 自拟清热排毒汤以加强青霉素治疗效果, 结果表明清热排毒汤与青霉素联合应用有明显促进血清 RPR 转阴作用。

血清学抵抗多认为与治疗不规则, 体内仍有潜在活动性病变存在, 再次感染或患者体内免疫力持久有关, 在排除上述原因后应考虑药物是否在体内呈均态分布。清热排毒汤中木瓜、金银花苦寒解毒, 与土茯苓、生薏仁合用, 增强解毒攻效, 黄芪、川芎温阳益气, 与茯苓、白术健胃除湿为伍, 扶正祛邪, 调整机体免疫功能, 木瓜、大黄舒肝和胃、活血通络, 改善微循环, 皂荚子破积逐秽, 加强诸药效果, 与青霉素合用, 加强其体内抗菌作用和药物在体内的均态分布, 调整机体免疫功能, 从而使血清 RPR 转阴, 达到较为理想的梅毒临床学和血清学痊愈, 显示了中西医结合治疗早期梅毒的优越性。观察中发现, 血清学抵抗患者 16 例, 均为二期梅毒, 包括一、二期并存 1 例, 提示血清学反应持久与患病时间有关, 建议在临床观察中, 应加强梅毒血清学试验的质量控制和质量保证。

(收稿: 1999-12-29 修回: 2000-02-28)