

ICD-10 第 V 章初级保障版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 76)。(3) 排除精神分裂症、强迫症。(4) 采用 Zung 抑郁自评量表 (SDS) 评分及计分标准(汪向东, 心理卫生评定量表手册. 中国心理卫生杂志 1993;(增刊): 160)。测定被试患者, 由专人进行。

**治疗方法** 治疗组选用丹栀逍遥汤加减。基本药物组成为柴胡 10g 白芍 12g 当归 12g 茯苓 20g 炒白术 10g 丹皮 12g 栀子 10g 广郁金 12g 石菖蒲 10g 枳壳 10g 生龙骨 30g(先煎) 生牡蛎 30g(先煎) 远志 12g 炒枣仁 30g 浮小麦 30g 炙甘草 10g 大枣 5 枚。药物加减 兼有血瘀加川芎 12g, 丹参 20~30g, 痰湿重加陈皮 10g, 半夏 10g, 兼有口干、心烦急躁等阴虚火旺症候者加用百合 30g, 知母 10g 等; 气虚者去栀子, 加太子参 15g, 便秘者加火麻仁 10g, 或制大黄 10g。每日 1 剂 水煎服, 日服 2 次, 治疗 6 周为 1 个疗程。对照组患者给予百优解 20mg/片, 美国礼来公司制造, 礼来苏州制药有限公司分装, 批号: 101141 20~40mg, 每日晨服 1 次, 6 周为 1 个疗程。两组均在治疗 6 周后评定疗效。

**结果 疗效标准** 以 SDS 治疗前后降分率判断疗效, 降分率 = (治疗前评分 - 治疗后评分) / 治疗前评分 × 100%。SDS 总分下降率 ≥ 50% 为显效, ≥ 30% 为有效, < 30% 为无效。

治疗组和对照组治疗前 SDS 评分分别为 61.12 ± 8.42、64.22 ± 11.73, 两组间比较差异无显著性 ( $t = 1.20, P > 0.05$ ); 治疗后分别为 42.56 ± 7.74、47.70 ± 9.40, 两组间比较, 差异有显著性 ( $t = 2.34, P < 0.05$ )。

治疗组 34 例, 显效 13 例 (38.24%), 有效 16 例 (47.06%), 无效 5 例 (14.71%), 总有效率为 85.29%; 对照组 27 例, 显效 7 例 (25.93%), 有效 15 例 (55.56%), 无效 5 例 (18.52%), 总有效率为 81.48%。两组间总有效率比较, 差异无显著性 ( $\chi^2 = 0.16, P > 0.05$ )。

治疗组患者无 1 例发生副作用; 对照组为 6 例 (22.22%), 其中厌食和明显心慌而拒药各 1 例, 恶心 2 例, 双下肢软弱无力 1 例, 困倦 1 例。两组间副作用发生率比较差异有显著性 ( $\chi^2 = 8.38, P < 0.01$ )。

**讨论** 抑郁症为常见病, 以女性发病多见。百优解是目前提倡使用的新一代 5-羟色胺再摄取抑制剂的代表药, 为副作用小, 安全性好的药物, 但仍存在 10%~15% 的副作用[认识抑郁障碍. 新概念医学 2000; 1(1): 3]。中医学称抑郁症为郁症, 多由七情所伤, 气机郁滞所致, 以肝、心和脾受累为主。治当疏肝理气为主, 酌以养血柔肝、清热除烦, 丹栀逍遥汤恰中病机。方中柴胡疏肝解郁, 助肝疏泄条达; 白芍、当归养血柔肝解郁, 保护和辅助肝的功能; 炒白术、茯苓健脾除湿, 使运化有权, 气血有源。丹皮泻血中伏火, 山栀泻三焦之火, 清热除烦, 使肝郁所化之火得除。大枣、甘草甘缓和中。方中加入枳壳、广郁金行气活血化瘀助肝解郁; 浮小麦、炒枣仁养心安神; 生龙骨、生牡蛎镇惊宁心安神; 石菖蒲、远志交通心肾, 醒神开窍化痰。全方共奏疏肝解郁, 清热除烦, 健脾益心, 安神定志之效。本组结果表明丹栀逍遥汤加减对抑郁症确有治疗作用, 疗效和百优解相当或略佳, 且安全性更好, 有较好的应用前景。本资料两组显效率均偏

低, 考虑可能与中药药效相对缓慢, 百优解的抗抑郁作用也较传统的三环类和四环类抗抑郁剂作用为缓, 有待今后进一步研究。

(收稿 2001-02-02 修回 2001-06-01)

## 中西医结合治疗跖疣 64 例

辽宁省朝阳市中心医院(辽宁 122000)

董兵

1998 年 2 月~2000 年 12 月, 我科采用肌肉注射斯奇康配合中药浸泡治疗跖疣 64 例, 取得较好疗效, 现报告如下。

**临床资料** 116 例均为门诊患者, 符合跖疣诊断标准(赵辨. 临床皮肤病学. 第 2 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 1989: 267)。随机分为两组, 治疗组 64 例, 其中男 39 例, 女 25 例; 年龄 14~65 岁, 平均 31.3 岁; 病程 2 个月~6 年, 平均 11 个月。对照组 52 例, 其中男 30 例, 女 22 例, 年龄 16~58 岁, 平均 32.8 岁, 病程 15 天~8 年, 平均 12.6 个月。皮损好发于跖骨、足跟及趾间受压处, 数目单发至十几个不等, 有明显触压痛, 部分患者曾行冷冻、激光等治疗方法无效。两组一般资料比较, 差异无显著性, 具有可比性。

**治疗方法** 治疗组斯奇康注射液(湖南九芝堂股份有限公司生产, 由多糖、RNA、DNA 等多种具有免疫活性的物质组成) 1ml 肌肉注射, 隔日 1 次, 4 周为 1 个疗程。同时用中药马齿苋 50g, 香附、木贼、红花、板蓝根各 30g, 生薏苡仁 50g, 当归、赤芍各 20g, 桃仁 15g, 明矾 15g, 加水 1500ml 煎成 1000ml, 趁热浸泡双足(以可耐受、不造成烫伤为标准), 浸泡时间 30min, 每日 1 次, 10 次为 1 个疗程, 共 3 个疗程。对照组聚肌胞 2mg, 肌肉注射, 每 2 日 1 次, 复方维甲酸乳膏(重庆华邦制药有限公司生产) 外用, 早晚各 1 次, 均 4 周为 1 个疗程。每 2 周观察 1 次疗效及药物不良反应, 治疗结束时, 根据用药前后症状和皮疹改善情况判定疗效。统计学方法, 采用  $\chi^2$  检验。

### 结果

1 疗效判定标准 痊愈为自觉症状消失, 疣体全部脱落; 显效为症状明显减轻, 疣体消退 > 75%; 有效为症状减轻, 疣体消退 > 50%; 无效为症状未减轻, 疣体消退 < 50% 或无变化。总有效率以痊愈加显效计。

2 治疗结果 治疗组 64 例, 痊愈 53 例 (82.8%), 显效 6 例 (9.4%), 有效 3 例 (4.7%), 无效 2 例 (3.1%), 总有效率 92.2%。对照组 52 例, 痊愈 19 例 (36.5%), 显效 11 例 (21.2%), 有效 9 例 (17.3%), 无效 13 例 (25.0%), 总有效率 57.7%。两组治愈率和总有效率比较, 差异均有显著性 (均  $P < 0.01$ )。

3 不良反应 治疗组 4 例轻度发热, 对照组 5 例局部灼热感, 轻度脱皮, 均未中断治疗。

**讨论** 跖疣是由乳头瘤病毒引起的表皮良性赘生物, 大部分患者常伴有细胞免疫功能降低。斯奇康注射液能有效激活巨噬细胞和 T 淋巴细胞, 增强其吞噬功能和捕获抗原物质能力, 促进 T 细胞增殖和分化速度, 释放大量的淋巴因子, 提高机体免疫功能。中医学认为跖疣是由于气滞血瘀, 热毒聚结所致, 治

宜活血软坚,化痰消痞。方中马齿苋、板蓝根、木贼、生薏苡仁清热解毒,当归、赤芍、红花、桃仁活血化痰、软坚散痞,明矾解毒杀虫。中西药配合,疗效令人满意。

(收稿 2001-03-04 修回 2001-06-05)

## 尖针挑刺—湿润烧伤膏无纺布贴片 修补鼓膜穿孔

河南省南阳市第一人民医院(河南 473010)

赵保晔

对于长期不愈的慢性鼓膜穿孔须行手术治疗,恢复鼓膜完整性,以提高听力和防止中耳感染。我院自 1998 年以来,应用尖针挑刺—湿润烧伤膏无纺布贴片法修补鼓膜穿孔 97 例(108 耳),效果满意,现报告如下。

临床资料 本组病例 97 例(108 耳),其中慢性单纯性中耳炎 61 例(70 耳),外伤性鼓膜穿孔 36 例(38 耳)。男 56 例,女 41 例,年龄 14~55 岁,平均 31.5 岁,病程 1 个月~20 年。均为鼓膜紧张部穿孔,穿孔周缘均有鼓膜残留。用带有标尺的手术显微镜测量其穿孔的大小。其中大穿孔(>3.5mm)51 耳,中穿孔(2.5~3.5mm)35 耳,小穿孔(<2.5mm)22 例。对中耳炎病例经颞骨 CT 扫描或 X 线照片,排除骨疡型中耳炎,用耳滴药法显示咽鼓管功能正常。全组病例纯音测听平均气导听阈(0.5kHz,1kHz,2kHz)损失为(35.3±5.8)dBHL,平均气骨导差(26.4±5.5)dBHL。

治疗方法 用 0.05% 络合碘行外耳道皮肤消毒, Bonain's 液棉片贴敷于穿孔周围残留鼓膜表面麻醉 10min 后取出,在手术显微镜下用尖针沿穿孔缘多点穿刺,并剔取愈合圈,用 1mm 角针经穿孔新创缘刺入,剥开穿孔缘外 1mm 之鼓膜上皮层,咬尽上皮,暴露纤维层,形成渗血创面。将备用的灭菌无纺布贴片修剪成稍大于新挑刺的新鲜创面,然后再涂上一层湿润烧伤膏(北京光明中医烧伤创疡研究所研制生产,主要成分:β-谷甾醇、黄芩武、小檗碱)贴在穿孔处。外耳道口置一无菌棉球防止污染。术后禁止擤鼻鼓气,每 1~2 周取出贴片检查 1 次,观察创面肉芽生长情况,若未愈合须用针刺创面至新鲜渗血,再贴湿润烧伤膏无纺布贴片,直至愈合。

结果 97 例(108 耳)中,106 耳鼓膜全层愈合。愈合处鼓膜厚度与正常相仿,未遗留明显痕迹。2 耳中耳炎鼓膜大穿孔直径>5mm,经 5 次贴补后仍未愈合,收住院行颞筋膜修补。针刺—湿润烧伤膏无纺布贴片法无一耳发生鼓膜创面感染,鼓膜穿孔愈合时间为 7~84 天,平均为 35 天。针刺贴补 1~2 次愈合 36 耳,3~4 次愈合 51 耳,5~6 次愈合 19 耳,平均贴补 3.1 次。治疗后平均气导听阈提高(23.5±4.5)dBHL,与治疗前相比,差异有显著性(P<0.01)。本组病例随访 6~18 个月。愈合后的鼓膜形态和听力保持良好。仅 1 例患者术后 1 年中耳炎复发,鼓膜再次穿孔,经消炎治疗后,再次贴补,穿孔愈合。

讨论 慢性鼓膜穿孔长期不愈的原因是由于穿孔后鼓膜各层组织细胞生长速度不同所致,外层表皮细胞生长速度较快,越过穿孔边缘与内层粘膜上皮相连,阻碍了穿孔愈合(易星,

汪吉宝,刘世英.表皮生长因子促进鼓膜愈合的临床研究.临床耳鼻喉科杂志 1996;10(4):211—212)。本组病例 108 耳,应用湿润烧伤膏无纺布贴片修补穿孔愈合 106 耳,成功率为 98.1%。2 耳失败,原因主要与鼓膜穿孔大,残余鼓膜存在钙化、萎缩、血循环差等有关,鼓膜修补期间中耳炎的复发也是失败的又一原因。针刺—湿润烧伤膏无纺布贴片法修补鼓膜穿孔具有以下优点(1)门诊治疗,不影响患者工作,费用亦较低。(2)针刺刺激法较化学烧灼法优越,已经证实:三氯醋酸烧灼影响鼓膜愈合,与针刺刺激相比其愈合时间长,刺激次数多,再生速度慢(倪关森.三氯醋酸烧灼影响鼓膜愈合.上海第二医科大学学报 1999;19(2):144—146)。相比较而言机械刺激是最有效的方法。(3)湿润烧伤膏既有抗感染作用,对创面又有较强的亲和力,能保持创面生理性湿润,改善局部微循环,创造上皮生长条件,促进穿孔愈合。(4)传统贴片多应用蒜衣、鸡蛋内衣或纸片,由于致密不透水,局部稍有渗出,贴片即易滑动脱位,棉片虽透水透气,但厚度不匀,表面不光滑。无纺布广泛应用于一次性手术衣帽、口罩等,作为贴片用于刺激法鼓膜修补,它具有厚度适宜,软硬适当,表面光滑,耐化学品腐蚀、透水、透气、无毒、抗菌等特点,非常适合做鼓膜修补贴片,临床应用效果满意。

(收稿 2000-10-06 修回 2001-02-03)

## 中西医结合治疗慢性鼻窦炎 178 例疗效观察

青岛市海慈医疗集团海慈医院(山东青岛 266033)

毛承深 胡娟

1997 年 5 月~1999 年 6 月,笔者采用中西医结合方法治疗慢性化脓性鼻窦炎 178 例,疗效较好,现总结报告如下。

临床资料 366 例慢性鼻窦炎患者,随机分为两组。西医治疗组 188 例,其中男 118 例,女 70 例,年龄 12~56 岁,平均(32.35±11.61)岁;中西医结合治疗组 178 例,其中男 110 例,女 68 例,年龄 13~53 岁,平均(33.89±11.41)岁。所有病例病程 3~20 年;主要症状为流脓涕、鼻塞、头疼,部分患者有耳闷、嗅觉减退等症状;鼻腔检查:鼻腔及中鼻道有脓性分泌物,下鼻甲肿大,中鼻甲肿胀或息肉样变,其中合并鼻息肉 39 例,复发性鼻息肉 7 例,X 线鼻窦拍片或 CT 检查示上颌窦粘膜肥厚,密度增高或有液面,上颌窦穿刺有脓性分泌物冲出。

治疗方法 全部病例鼻腔均使用 1% 呋麻滴鼻液 10ml,加庆大霉素 4 万 u、地塞米松 2.5mg 滴鼻,每次 2~3 滴,每日 3~5 次。

西医治疗组 根据患者情况,给予鼻窦负压置换,上颌窦穿刺冲洗,下鼻甲肥大者给予部分切除或微波治疗,有鼻息肉者在鼻腔内窥镜下摘除息肉,采用 Messerklinger 术式,切除钩突,咬除筛泡,开放筛漏斗,去除窦口病变,充分开放上颌窦自然开口,对中鼻甲息肉样变者行中甲外侧部分切除,将保留的内侧面粘膜向外覆盖于残留部分中鼻甲骨上,重建中鼻甲,术后,根据病情选用适当的抗生素和吉诺通(强力稀化粘素,德国保时佳大药厂生产)治疗。中西医结合治疗组:按上述手术或微波治疗术