

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($>3.5\text{mm}$)51 耳,中穿孔($2.5\sim 3.5\text{mm}$)35 耳,小穿孔($<2.5\text{mm}$)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($0.5\text{kHz}, 1\text{kHz}, 2\text{kHz}$)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 $>5\text{mm}$,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

后,服用防芷鼻炎片(浙江泰利森药业有限公司生产,主要组成:苍耳子、鹅不食草、白芷、防风、野菊花、旱莲草、白芍、胆南星、蒺藜、甘草等。含生药量 1.66g/片),每次口服 3~5 片,每日 3 次,7 日为 1 个疗程。

结果

1 疗效标准 按痊愈、显效、有效、无效 4 级评定。痊愈:自觉症状完全消失,鼻腔通气良好,鼻腔及鼻甲肿胀消退,鼻道无脓性分泌物,鼻窦 X 片或 CT 检查鼻窦正常;显效:自觉症状消失,鼻腔通气良好,鼻腔粘膜及鼻甲肿胀基本消退,鼻腔仅有少许粘性分泌物,鼻窦 X 片或 CT 检查鼻窦粘膜轻度肥厚;有效:自觉症状较治疗前有好转,鼻腔通气尚好,鼻腔及鼻甲粘膜肿胀有改善,鼻腔可见少许粘脓性分泌物,X 片或 CT 检查,上颌窦欠清晰,粘膜肥厚;无效:自觉症状及检查均无明显改善。

2 结果 西医治疗组 188 例,痊愈 55 例(29.26%),显效 75 例(39.89%),有效 30 例(15.96%),无效 28 例(14.89%),总有效率 85.11%;中西医结合治疗组 178 例,痊愈 83 例(46.63%),显效 68 例(38.20%),有效 27 例(15.17%),总有效率 100%。经 χ^2 检验,中西医结合治疗组与西医治疗组疗效比较,差异有显著性($P < 0.01$)。

讨论 慢性鼻窦炎多属中医学的“鼻渊”范畴,由于外感风寒或风热,使肺气失和,鼻窍不能通利而成,热毒留恋不清,反复发作,由于肺气虚,卫气失固,抵御外邪能力减弱,风寒乘虚入侵所致。宜以祛风通窍,清热消炎为主。防芷鼻炎片方中,苍耳子甘苦性温,温和疏达,苦以燥湿,甘缓不峻可祛风湿,通鼻窍;鹅不食草通鼻气,祛风痰;白芷祛风解表,消肿排脓,通鼻窍;三味鼻症要药,协同祛风通窍为主药。防风长于祛风,能解表邪,泻肺实,兼奏发散风寒与风热之效;野菊花疏风清热,消肿解毒,善治阳症脓肿;旱莲草凉血、止血,治鼻衄;胆南星清火化痰止痛;蒺藜、白芍、甘草散肝经风热,养血补阴。服用该药有利于鼻部手术后止血,促进手术后创面愈合,改善鼻粘膜纤毛功能。手术和微波去除肥大的下鼻甲,在内窥镜下摘除鼻息肉,去除窦口病变,改善了鼻腔通气功能,有利于鼻腔、鼻窦粘膜纤毛功能的恢复。病因调查发现约有 80% 患者受过敏因素的影响,味麻滴鼻液加庆大霉素、地塞米松滴鼻,在鼻腔内起到抗炎、抗过敏作用,减轻粘膜水肿。中西医结合疗法能调节机体功能,增强抗菌效果,有效地达到了治疗目的,此法值得推广。

(收稿 2001-04-01 修回 2001-06-07)

皲裂汤治疗手足皲裂症 42 例

浙江省杭州市第三人民医院皮肤科(杭州 310009) 朱惠军

1999 年 8 月~2001 年 3 月,笔者运用皲裂汤浸泡治疗手足皲裂症 42 例,并与 0.1% 维甲酸软膏治疗 23 例进行对照观察,取得较好疗效。现报告如下。

临床资料 治疗组 42 例,男 30 例,女 12 例;年龄 21~73 岁,平均 45.60 岁,病程 3 个月~12 年,平均 4.27 年;手足同时发病 16 例,单纯手或足发病 26 例。对照组 23 例,男 13 例,女 10 例,年龄 25~68 岁,平均 46.43 岁,病程 6 个月~10 年,平均 4.23 年;手足同时发病 8 例,单纯手或足发病 15 例。两组病例均符合文献[1]杨国亮主编.现代皮肤病学.上海:上海医科大学出版社,1996:498 中的有关诊断标准。两组在年龄、病程等方面大致相同,具有可比性($P > 0.05$)。

治疗方法 治疗组用皲裂汤浸泡手足皮损处。基本方组成:红花 20g,金银花 50g,地骨皮 50g,苍术 50g,桃仁 20g,丹皮 20g,苦参 30g,白术 30g,芦荟 20g。用法:上药用水煎 20min,取药液 500ml 浸泡手足皮损处,每次 20min,每日早晚各 1 次。对照组在皮损处常规应用 0.1% 维甲酸软膏外涂治疗,每日外涂 2 次。必要时封包。两组均连续治疗 7 日为 1 个疗程,治疗 1~2 个疗程后观察疗效。用药期间,避免使用碱性肥皂、洗洁精及汽油等物质。

结果 (1)疗效标准:参照国家中医药管理局《中华人民共和国中医药行业标准·中医皮肤科证诊断疗效标准》中的有关标准。治愈:皮疹完全消退;显效:皮疹消退 70% 以上;好转:皮疹消退 30% 以上;无效:皮疹消退不足 30%。(2)结果:治疗组治愈 12 例,显效 15 例,好转 10 例,无效 5 例,总有效率 88.1%。对照组治愈 4 例,显效 6 例,好转 5 例,无效 8 例,总有效率 65.2%。两组比较,差异有显著性($\chi^2 = 4.86, P < 0.05$)。

体会 手足皲裂症目前西医一般采用尿素脂、水杨酸、激素及维甲酸等软膏治疗,效果不太理想。中医学认为本病的发生系肌肤被风燥所逼,致血脉阻滞,肤失濡养,而逐渐枯槁,促成皲裂。笔者从风、燥、瘀入手,予皲裂汤浸泡治疗,疗效较好。方中红花、丹皮、地骨皮活血,苍术、苦参、金银花、白术祛风湿,芦荟、桃仁润燥,三管齐下而共奏疗效。

(收稿 2001-03-28 修回 2001-06-06)

《中国中医药信息杂志》由全国中医药科技信息工作委员会和中国中医研究院中医药信息研究所主办。本刊将充分发挥自身信息与学术紧密结合的优势,站在行业发展的前沿,依靠主办单位组织协调全国中医药科技信息工作、承办国家中医药管理局“政府网”和中国中医药信息网的职能,及时准确地分析报道国内外中医药学的新政策、新动态、新进展、新疗法、新成果、新技术、新发明等,是中医药界朋友获取信息、把握机遇、寻求合作的桥梁与捷径。本刊为月刊,大 16 开本,96 页,每册定价 10 元,全年 120 元。国内邮发代号 82-670,各地邮局均可订阅。国外总代理为中国国际图书贸易总公司,代号为 M4564。本刊地址:北京东直门内北新仓 18 号(100700),电话 010-64058131,010-64014411-3278。e-mail: lxx@cintcm.ac.cn