

## · 基层园地 ·

### 中西医结合治疗乳腺增生症 134 例

江苏省常州市第一人民医院乳房外科(江苏 213003)

赵春英

目前对乳腺增生症的治疗尚无理想的方法。笔者用中西医结合治疗乳腺增生症 134 例,疗效较好,现报告如下。

#### 资料与方法

1 诊断标准 本组病例均经体检和红外线检测确诊。分期参照《现代实用乳房疾病诊疗学》王钟富、郑州:河南科学技术出版社,2000:378—379)评定:I 期为小叶增生期,II 期为纤维腺病期,III 期为纤维化期。所有病例在 0.5 年内无药物服用史,凡不符合上述标准的均排除。

2 临床资料 1999 年 5 月~2000 年 2 月在我科治疗的符合上述标准的女性患者 268 例,按随机数字表随机分成两组,治疗组 134 例,年龄 18~53 岁,平均(43.0±9.8)岁,病程 5 个月~17 年,平均(5.5±3.0)年,其中 I 期 30 例,II 期 68 例,III 期 36 例。对照组 134 例,年龄 17~50 岁,平均(41.0±11.6)岁,病程 2 个月~15 年,平均(5.2±5.0)年,其中 I 期 35 例,II 期 70 例,III 期 29 例。

3 治疗方法 治疗组(1)小金丹(主要成分:草乌,木鳖子,五灵脂,麝香,没药等,成都永康制药有限公司生产)0.9g 口服,每日 3 次(2)逍遥丸(主要成分:柴胡,白芍,当归,茯苓,白术等,河南宛西制药厂生产)8 丸口服,每日 3 次(3)血府逐瘀口服液(主要成分:红花,桃仁,牛膝等,吉林敖东药业股份有限公司生产)10ml 口服,每日 3 次(4)三苯氧胺(芬兰进口,批号:YBF21A)10mg 口服,每日 2 次。以上药物连服 2 个月。对照组以三苯氧胺 10mg 口服,每日 2 次,连服 2 个月。

#### 结果

疗效标准根据《乳腺癌综合诊疗学》李佩文,邹丽琰,北京:中国中医药出版社,1999:627)标准拟定。治愈:肿块和疼痛消失;显效:肿块缩小 2/3,疼痛基本消失;有效:肿块缩小 1/3,疼痛减轻;无效:肿块及疼痛程度不变或加重。全组病例均以体检和红外线检测评价。结果:治疗组治愈 53 例,显效 40 例,有效 33 例,无效 8 例,总有效率 94.03%;对照组治愈 38 例,显效 30 例,有效 43 例,无效 23 例,总有效率 82.84%。两组总有效率比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。1 年后两组治愈患者随访:治疗组复发 8 例(15.1%),对照组复发 20 例(52.6%),两组复发率比较差异有显著性( $\chi^2 = 7.54, P < 0.01$ )。

#### 讨论

乳腺增生症是妇女最常见的疾病,现代医学认为该病是由于卵巢分泌功能失调,雌激素相对增多,作用于靶器官上的受体所引起的一系列改变。因而西医常用与雌激素竞争受体的三苯氧胺治疗本病。对照组有效率 82.84%,但复发率 52.6%,可能与三苯氧胺只能阻断激素的作用环节,不能调节

激素的分泌有关。治疗组遵循中医学理论,该病的病机主要是气滞、血瘀、痰凝。因此同时加用逍遥丸以疏肝解郁,血府逐瘀口服液以活血化瘀止痛,小金丹以软坚散结消肿,疗效有显著提高,复发率明显下降。从现代药理学的角度分析,上述药物中所含的温阳药能提高卵泡期的激素分泌,调节雌二醇和孕酮的比值,疏肝理气,活血化瘀,软坚散结的药物能改善全身及局部组织的充血水肿,抑制单胺氧化酶的活力,抑制胶原纤维的合成,达到消肿止痛之功效。化湿去痰药含有丰富的碘,有助于刺激促黄体生成素的分泌,改善黄体功能,调节内分泌失调(李佩文,邹丽琰.乳腺癌综合诊疗学,北京:中国中医药出版社,1999:628)。以上证明,西医内分泌治疗和中药治疗相结合,治疗乳腺增生症疗效确切,方法简便,值得进一步研究。

(收稿 2001-06-20 修回 2001-10-22)

### 乌梅丸加减治疗糖尿病性胃轻瘫 40 例

广西柳城县人民医院(广西 545200)

邹世昌

1993 年 6 月~2000 年 6 月,笔者采用乌梅丸加减煎服治疗糖尿病性胃轻瘫(DGP),并设吗丁啉治疗作对照,同时通过用药前后胃排空时间的测定,初步探讨乌梅丸的临床疗效。

#### 资料与方法

1 临床资料 本组 80 例均属 2 型糖尿病患者,均符合 1985 年 WHO 提出的糖尿病诊断标准,并符合 DGP 诊断标准:(1)糖尿病病程 5 年以上(2)餐后饱胀、恶心、厌食、上腹不适;(3)胃部饱满,振水声阳性(4)X 线钡餐检查胃蠕动收缩力减弱,排空迟缓(5)无溃疡及幽门梗阻。有明显重要器官并发症者除外。80 例 DGP 患者随机分为两组。治疗组 40 例,男 18 例,女 22 例,年龄 42~77 岁,平均(52.5±5.8)岁,病程 7~18 年,平均(11.2±2.1)年,空腹血糖(9.9±3.7)mmol/L,治疗前症状积分 58.9±11.9。对照组 40 例,男 19 例,女 21 例,年龄 41~76 岁,平均(52.9±6.2)岁,病程 7~17 年,平均(11.3±2.2)年,空腹血糖(9.8±4.2)mmol/L,治疗前症状积分 59.1±11.8。两组病例资料具有可比性。

2 治疗方法 治疗组采用乌梅丸加减煎汤口服:党参 18g,当归 10g,桂枝 10g,乌梅 10g,黄柏 10g,川椒 4g,黄连 4g,干姜 6g,细辛 6g,附子 12g。并随症加减:舌红、苔黄,口苦者加大黄连用量;舌淡、苔白者加大干姜用量;大便稀软,苔厚腻者加半夏 12g;腹胀者加枳壳 12g。每日 1 剂,水煎 2 次共 400ml,分 2 次餐前服。对照组口服吗丁啉,每日 3 次,每次 20mg,餐前 30min 服用。两组病例均给予胰岛素强化治疗,使空腹血糖控制在 7.8mmol/L 以下,餐后 2h 血糖控制在 10.0mmol/L 以下。两组疗程均为 4 周,1 个疗程结束后评定疗效及副作用发生情况,并随访 6 个月。

3 观察项目及方法 (1)疗效指数:观察餐后饱胀、恶心、呕吐、厌食、上腹不适等临床症状,采用记分法(自拟),根据轻、中、重分别记 5、10、15 分,症状消失用 0 表示。计算治疗前后症状总积分,然后采用尼莫地平法计算疗效指数(治疗前症状