

表 2 两组治疗前后结肠粘膜病理组织学改变比较 (例)

组别	例数	结肠炎症	隐性脓肿	溃疡	杯状细胞减少
治疗	128	治疗前	128	107	119
		治疗后	17*	8*	7**
对照	76	治疗前	76	63	69
		治疗后	23	20	12

注:与对照组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

治疗关键。肠愈 I 号冲剂补气健脾,清热化湿,活血和络。其中黄芪、党参、白术益气健脾,托毒生肌,黄连、秦皮、苦参、生薏苡仁清热化湿,解毒消肿,莪术、延胡索活血化瘀,祛腐生肌,防风、葛根祛风升清止泻,木香行气导滞,白芍、甘草缓急止痛,仙鹤草、诃子收敛止血、涩肠止泻,桔梗、诃子一散一涩,补中寓疏,配合祛瘀散灌肠,活血祛腐,托疮生肌是局部治疗的关键,可起到直接治疗作用,加速溃疡愈合。本研究结果提示,肠愈 I 号冲剂合祛瘀散治疗组治愈率及总有效率均优于对照组,不仅改善了临床症状,而且也改善了肠镜粘膜及病理组织学指标,疗效确切,且无毒副反应,是一种安全有效的中药新制剂。

(收稿 2001-11-01 修回 2002-02-19)

中西医结合治疗羊膜腔感染综合征 40 例

河北医科大学第二医院(石家庄 050000)
赵 红 张灵芝 常雅茹 李秀珍

羊膜腔感染综合征(IAIS)是导致孕妇和围产儿死亡的主要原因。1997 年 1 月~2001 年 6 月,我院用中西医结合疗法治疗羊膜腔感染综合征 40 例,疗效较好。现报告如下。

临床资料 80 例患者均因胎膜早破或发热、难产等处理困难,由基层医院转来。诊断标准参照 Gibbs 等(1991)对 IAI 的临床定义,制定诊断标准如下:在胎膜早破的基础上,宫内分泌物细菌培养阳性或符合下列 4 项中的 2 项皆可确诊。(1)孕妇体温 $>37.8^{\circ}\text{C}$;(2)末梢血白细胞计数 $>15\times 10^9/\text{L}$ 或有明显左移;(3)子宫有压痛;(4)孕妇心率 >100 次/min,胎心率 >160 次/min。采用单盲随机法分成中西医结合治疗组(治疗组)和对照组,治疗组 40 例,孕 35~43 周,平均 39.5 周;第 1 胎 27 例,第 2 胎 11 例,3 胎以上 2 例;破膜时间 12h~12h 50min 5 例,13~24h 8 例,25~48h 15 例,49~72h 9 例, $>73\text{h}$ 3 例;不消毒阴道检查 19 例,其余 21 例均有 4 次以上肛查及 2 次阴道检查。对照组 40 例,孕 34~43 周,平均 39.7 周,第 1 胎 29 例,第 2 胎 10 例,3 胎以上 1 例;破膜时间 12h~12h 50min 6 例,13~24h 11 例,25~48h 14 例,49~72h 6 例, $>73\text{h}$ 3 例,不消毒阴道检查 17 例,其余 23 例均有 4 次以上肛查及 2 次阴道检查。两组临床资料经统计学检验差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 两组患者均根据宫内分泌物和药敏试验选用抗生素静脉给药,并急行剖宫产术,术后 24h(均已排气)治疗组服凉血清宫汤,药物组成:柴胡 15g 黄芩 10g 金银花 30g 蒲公英 20g 白花蛇舌草 15g 生地 15g 玄参 12g 丹皮 10g 当归 12g 生甘草 6g,每日 1 剂,水煎服,早晚各 1 次。宫内分泌物为脓性者,加败酱草 15g 黄柏 10g 薏苡仁 30g;宫旁有

包块加夏枯草 15g 赤芍 10g 川芎 10g 炮山甲 10g,腹胀、食欲不振加砂仁 6g 鸡内金 10g 炒白术 10g 炒枳壳 12g 木香 10g。两组均以 7 日为 1 个疗程,观察体温开始下降时间(以体温下降 0.5°C 为开始退热时间),体温及白细胞恢复正常时间。统计学方法采用 t 检验。

结 果 两组患者的胎儿均存活。体温开始下降时间:治疗组为 $(65\pm 9)\text{h}$,对照组为 $(80\pm 11)\text{h}$,治疗组短于对照组($t=2.47, P<0.05$);体温恢复正常时间:治疗组为 $(79\pm 14)\text{h}$,对照组为 $(99\pm 17)\text{h}$,治疗组明显短于对照组($t=3.08, P<0.01$);白细胞恢复正常时间:治疗组为 $(98\pm 25)\text{h}$,对照组为 $(124\pm 42)\text{h}$,两组比较,治疗组也明显短于对照组($t=6.01, P<0.01$)。

讨 论 羊膜腔感染综合征是妊娠期由于胎膜早破、细菌性阴道病等使病原微生物进入羊膜腔引起羊水、胎膜(羊膜、绒毛膜、蜕膜)、胎盘的感染。可引起新生儿感染,母体可并发菌血症,进而伴有中毒性休克,甚至发展为弥散性血管内凝血,在产褥期还可诱发宫旁结缔组织炎,进而引起盆腔腹膜炎、盆腔脓肿、栓塞性静脉炎。本病属于中医学“妊娠发热”或“产后发热”范畴,由于分娩、产伤、出血,元气受损,邪毒乘虚侵入胞中,正邪交争而致。治疗应扶正祛邪,清热凉血解毒。凉血清宫汤中柴胡和解退热,金银花、蒲公英、白花蛇舌草、黄芩清热解毒祛邪,生地、丹皮、玄参凉血滋阴,当归养血扶正,生甘草清热解、缓和药性。现代药理研究证实:柴胡具有明显的解热、镇静、镇痛作用,金银花、蒲公英、白花蛇舌草、黄芩能抑制多种细菌生长,增强单核巨噬细胞系统的吞噬功能,生地可增强机体的免疫功能,丹皮、玄参具有抗炎、抗菌、解热降温作用;当归也具有抗炎及免疫调节作用。因此中西医结合治疗不但能有效地抑制或杀灭多种细菌,而且通过调动机体的免疫力共同完成抗感染的作用。

(收稿 2001-12-12 修回 2002-02-26)

中药安喘舒片防治儿童哮喘 200 例

解放军第四五四医院中医科(南京 210002)
张丽玲 梁 卫
南京中医药大学 方泰惠

1995 年 10 月~1999 年 10 月,笔者采用中药安喘舒片治疗 200 例哮喘患儿,并进行随访。现将其结果报告如下。

临床资料 400 例哮喘患儿,随机分为两组。治疗组 200 例,男 126 例,女 74 例,年龄 ≥ 3 岁者 153 例, <3 岁者 47 例,病程 <1 年者 38 例,病程 1~3 年者 132 例,病程 >3 年者 30 例。对照组 200 例,男 118 例,女 82 例,年龄 ≥ 3 岁者 159 例, <3 岁者 41 例,病程 <1 年者 41 例,病程 1~3 年者 126 例,病程 >3 年者 33 例。经统计学处理差异无显著性($P>0.05$)。诊断标准:根据文献《中华结核和呼吸杂志 1993;16(哮喘增刊):5》标准,及参照“中药新药治疗哮喘的临床研究指导原则”中属中医辨证的缓解期的肺虚型。

治疗方法 治疗组:用安喘舒片治疗,主要由黄芪 12g 防风 10g 党参 10g 淮山药 12g 补骨脂 10g 当归 6g 茯苓 12g 乌梅 6g 麦冬 10g 等组成,每片含生药 0.3g,由本院中药厂生产,一般服 2~4 片,每日 3 次。<1 岁患儿服 1 片,2~3 岁服 1 $\frac{1}{2}$ ~2 片,4~5 岁服 2 $\frac{1}{2}$ ~3 片,>6 岁服 3 $\frac{1}{2}$ ~4 片。对照组:用固本片治疗,一般服 1~2 $\frac{1}{2}$ 片,每日 3 次。<1 岁患儿服 $\frac{1}{3}$ 片,2~3 岁患儿服 $\frac{1}{2}$ ~1 片,4~5 岁患儿服 1 $\frac{1}{3}$ ~1 $\frac{2}{3}$ 片,>6 岁患儿服 2~2 $\frac{1}{2}$ 片。两组均适用于急性控制后的缓解期患儿,3 个月为 1 个疗程。

结果 (1)疗效评定标准 按照“中药新药治疗哮喘的临床研究指导原则”中的远期疗效判断标准。临床治愈:不需任何平喘药物,保持无症状 1 年以上者。显效:偶用平喘药物而缓解喘息者。有效:喘息症状有所减轻,但时常仍需药物治疗者,或缓解期延长,发作次数减少,发作时间缩短者。无效:症状无改善。(2)疗效 治疗组临床治愈 78 例,显效 71 例,有效 36 例,无效 15 例,愈显率 74.5%;对照组临床治愈 56 例,显效 69 例,有效 47 例,无效 28 例,愈显率 62.5%。两组疗效比较,差异有显著性($\chi^2=9.029, P<0.05$)。

讨论 儿童哮喘的发病原因多为小儿脏腑娇嫩,正气不足,表卫不固,过敏源侵入所致,故以扶正固本,抗复发为治疗大法。我们研制的安喘舒片是以固本培元,扶正祛邪,抗过敏为主的中药组成,具有防治儿童哮喘的作用。通过临床 10 余年观察,对未发病者防患于未然,对已发病者杜渐防微,为儿童哮喘病的防治起到了积极的作用。

(收稿 2001-01-10 修回 2002-02-19)

香菊片为主治疗慢性鼻窦炎 78 例

江苏省徐州市第一人民医院(江苏 221002)

汪和平 常宁

1998 年 12 月~2000 年 6 月,笔者应用香菊片加西药常规疗法治疗慢性鼻窦炎 78 例,现对其疗效分析报告如下。

临床资料 选自我院能坚持门诊治疗和随访 6 个月以上的患者 148 例,其临床表现:鼻塞、粘、脓性鼻漏,头昏、头痛,嗅觉及记忆力减退。中鼻道、嗅沟有脓性分泌物,中鼻甲息肉样变。鼻窦 X 线摄片及 CT 检查:窦腔密度增高、粘膜增厚,窦口鼻道复合体(OMC)阻塞,中鼻甲气化等。根据病史、鼻腔检查、鼻窦 X 线、CT 检查,依照《耳鼻咽喉科诊断学》(郑中立,北京:人民卫生出版社,1989:256)诊断标准,确诊为慢性鼻窦炎。采用随机数字表法分为两组。治疗组 78 例,男 40 例,女 38 例,年龄 8~65 岁,平均 27.5 岁,病程 6~36 个月,平均 15 个月;中鼻甲息肉样变 8 例,上颌窦及筛窦炎 61 例,额窦炎 6 例,全鼻窦炎 11 例,伴中鼻甲球状部气化 2 例,OMC 阻塞 11 例。对照组 70 例,男 38 例,女 32 例,年龄 7~68 岁,平均 28 岁,病程 5~36 个月,平均 14 个月;中鼻甲息肉样变 9 例,上颌窦及筛窦炎 56 例,额窦炎 5 例,全鼻窦炎 9 例,伴中鼻甲球状部、垂直板部气化各

1 例,OMC 阻塞 9 例。两组病例的性别、年龄、病程及病变范围均无明显差异,具有可比性。

治疗方法 两组病例有鼻腔干燥、结痂者用复方薄荷油滴鼻;鼻塞重、鼻甲肿大者,滴 0.5% 或 1% 麻黄素;喷嚏、鼻塞者,将地塞米松 5mg 加入麻黄素液 10ml 中滴鼻,并服扑尔敏或息斯敏等药。全部病例在治疗期间一般不用抗生素。在此基础上,治疗组口服香菊片(陕西香菊制药有限公司生产,批号:981024,主要成分:化香树果序、夏枯草、野菊花、辛夷、防风、黄芪、甘草等 0.3g×36 片/盒)0.9g,每天 3 次,20 天为 1 个疗程;对照组服用鼻渊舒口服液(成都华神制药厂生产,批号:990105,主要成分:辛夷、苍耳、黄芪、细辛、柴胡等,10ml×6 支/盒)10ml,每天 3 次,20 天为 1 个疗程;两组的儿童酌情减量。2 个疗程未愈者,改用其他方法治疗。

结果 疗效标准参考《临床疾病诊断依据治愈好转标准》(中国人民解放军总后勤部卫生部,北京:人民军医出版社,1991:1079)。治愈:自觉症状消失,鼻通气,鼻腔检查无粘脓涕,鼻窦 X 线检查正常,6 个月以上无复发;显效:症状基本消失,鼻通气良好,鼻道内有少许粘涕,鼻窦 X 线检查窦腔粘膜稍模糊;有效:症状减轻,鼻粘脓涕减少,有时鼻塞,鼻窦 X 线检查较前无明显改善;无效:症状及检查与治疗前相同。治疗组服 1 个疗程者 49 例,服 2 个疗程者 29 例。其中治愈 39 例(50.0%),显效 24 例(30.8%),有效 8 例(10.2%),无效 7 例(9.0%),总有效率为 91.0%。对照组服 1 个疗程者 52 例,服 2 个疗程者 18 例。其中治愈 41 例(58.6%),显效 15 例(21.4%),有效 8 例(11.4%),无效 6 例(8.6%),总有效率为 91.4%。两组总有效率比较差异无显著性($\chi^2=1.78, P>0.05$)。治疗组患者服药期间无一例出现不良反应。

讨论 香菊片主要功效是辛散祛风、清热通窍,对各型鼻渊悉主之。化香树果序、夏枯草、野菊花诸药清热解毒、活血消肿。化香树果序、辛夷、防风诸药性辛温通窍,然易耗气伤津,与夏枯草、野菊花同用则可去性存用。黄芪可固护脾胃而防夏枯草、野菊花诸药之苦寒败胃,其托毒排脓之力卓著,脓排则鼻窍自通;与防风相须而用并佐以甘草可收补气、抗病毒及缓和药性之功。

(收稿 2001-12-10 修回 2002-02-28)

参附注射液治疗慢性室性早搏疗效观察

江西医学院第二附属医院心内科(南昌 330006)

李菊香 王铅珍 袁芝芬 苏海

1998 年 5 月~2000 年 10 月,笔者采用参附注射液治疗基础心率较慢伴频发室性早搏患者 25 例,取得满意疗效。现报告如下。

临床资料 25 例均于我院住院治疗,经动态心电图诊断为频发室性早搏。其中男 15 例,女 10 例,年龄 33~62 岁,平均(48±13)岁。病程<1 个月 10 例,2~6 个月 8 例,7~12 个月 7 例。其中高血压心脏病 4 例,冠心病 3 例,窦房结功能低下 7