

为 1 个疗程。A、B 两组病例疗程结束后间歇 3~5 天, 再进行下一个疗程治疗, 接受治疗满 3 个疗程后判定疗效。统计学方法: 采用 χ^2 检验。

结果 疗效判定依《临床疾病诊断治愈好转标准》为据进行。A 组 180 例治愈 79 例, 好转 73 例, 无效 28 例, 治愈率 43.9%, 总有效率 84.4%。B 组 180 例治愈 98 例, 好转 76 例, 无效 6 例; 治愈率 54.4%, 总有效率 96.7%。A、B 两组比较, 差异有显著性, B 组明显优于 A 组 ($\chi^2 = 15.84, P < 0.01$)。毒副反应: 部分患者应用山莨菪碱后出现口干和一过性排尿困难。1999~2001 年随访临床治愈出院患者两组各 60 例, A 组 3~6 个月复发 20 例, 9~12 个月复发 9 例, 复发率 48.3%; B 组 3~6 个月复发 15 例, 9~12 个月复发 8 例, 复发率 38.3%。复发者二次住院治疗, 无效病例用其他方法治疗。

讨论 血栓闭塞性脉管炎 (TAO), 系一种非动脉硬化、阶段性炎症、阻塞性周围血管疾病之一, 其病因尚未明确。主要病理表现为中、小动、静脉的非感染性的全层炎症, 广泛的内皮细胞和成纤维细胞增生及淋巴细胞浸润。该病治疗较困难 (目前欧美、亚洲复发率为 33%~60%, III 期病例截肢率为 6%), 因为动脉阻塞在肢体远端, 侧枝循环建立较难。治疗目的在于控制病变活动, 促使侧枝循环建立, 改善肢体血液循环, 减轻组织因缺血而引起的损伤程度 (吴阶平, 裘发祖. 黄家驷外科学. 中册. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 852—860)。治疗原则是解痉、解聚、抗凝、扩张血管、稀释血液、活血化瘀、止痛。满意的疗效取决于合理选药、规范治疗。A 组病例选用山莨菪碱注射液, 该药能解除血管痉挛, 改善微循环。1965 年国内首先用于临床, 合低分子右旋糖酐每日或隔日一次患侧股动脉注射治疗脉管炎, 取得了良好的效果 [实用外科杂志 1986; 6(6): 308]。维脑路通注射液有防止血管通透性异常升高, 抑制红细胞和血小板凝集, 改善微循环等作用, 常用于闭塞性脑血管病、血栓性静脉炎。B 组病例选用复方丹参注射液静脉滴注, 该药具有活血化瘀、理气开窍的功能; 有扩张血管、增进血流量的作用。川芎嗪注射液能抑制血栓素 A_2 合成, 促进血管内皮细胞合成前列环素并加强抗血小板凝聚、扩张动脉, 改善组织和血管微循环, 阻滞钙通道, 减少钙离子内流, 减少氧自由基和脂质过氧化等作用。两组病例用药不同 (一中一西), 单独静脉给药与静脉和动脉 (局部) 联合给药 (途径不同), 疗效相差显著, 显示中西药并用、静脉给药和动脉注射联合, 能获得较满意的疗效。

(收稿: 2002-04-15 修回: 2002-07-10)

空气补偿法清除术配合中药治疗 顽固性肝性胸水 24 例

解放军 150 中心医院 (河南洛阳 471031)

张建设 申纪轩 赵和平

我们自 1993 年~2001 年 4 月采用空气补偿法一次性清除胸水并胸膜粘连术, 与中药慢肝福联合治疗肝硬化顽固性肝性胸水 24 例, 并与同期 22 例作对照观察。现将结果报告如下。

临床资料 本组 46 例患者均符合 1990 年 5 月上海第六届全国病毒性肝炎防治会议制定的肝硬化诊断标准 [中华内科杂志 1991; 30(1): 3]。排除标准: (1) 肝硬化患者首次出现肝性胸水者; (2) 虽然具有肝硬化, 但胸水常规、生化、细胞培养、鲎试验及细胞病理学检验为非漏出液或具有可查的其他因素 (如结核性、结缔组织疾病、多发性浆膜炎、肾病综合征、Meigs 综合征、肺癌等) 则不列为本组病例。全部病例均系于术前胸水检验为漏出液者, 随入院顺序随机抽样分为两组, 观察组 24 例, 男 18 例, 女 6 例, 年龄 36~67 岁, 平均 (48.9 ± 10.4) 岁; 并发胸水 2~12 个月, 平均 (4.9 ± 2.1) 个月; 因胸水住院 2~7 次, 平均 (3.3 ± 1.4) 次。对照组 22 例, 男 16 例, 女 6 例, 年龄 40~62 岁, 平均 (46.6 ± 7.3) 岁; 并发胸水 4~10 个月, 平均 (5.3 ± 1.7) 个月; 因胸水住院 2~5 次, 平均 (2.6 ± 1.2) 次。两组 t 检验 ($P > 0.05$), 具有可比性。

治疗方法 在护肝、支持、对症等常规治疗的同时, 行空气补偿法一次性清除胸水浓缩静脉回输, 并胸膜粘连术。按胸穿术常规进行胸穿, 于肩胛线 B 超定位胸水最低点的上一肋间进针; 每抽出胸水 1000ml 后, 胸腔注入经 75% 酒精过滤氧气 200~250ml。抽出胸水随即导入超滤机 (天津净美设备厂制造 HAUF-B 型超滤机) 闭路循环系统浓缩到胸水总量的 1/2~1/3 经静脉回输。在抽净胸水后胸腔注射 1% 利多卡因 20ml, 缓慢变换体位; 10min 后注入四环素 0.5g 加 0.9% 氯化钠注射液 20ml (后改为 50% 葡萄糖 40ml), 拔针包扎。观察组于术后即联用中药慢肝福 (河南省秦岭制药厂), 由丹参、当归、郁金、桃仁、廬虫、青皮、枳实、沉香、广木香、藿香、鳖甲、龟板、牡蛎、三棱、车前子、茯苓、泽泻、生大黄、黄芪、沙参、麦冬、三七粉、乌贼骨、白术、生地等药制成蜜丸, 每粒 9g, 每次 2 粒, 每天 2 次; 每 3 个月为 1 个疗程, 视病情用药 2~4 个疗程。术后 24h 观测脉搏、呼吸、血压; 术后 1 个月观察胸腔残留液吸收时间及气胸消失时间; 以后每 6 个月随访 1 次, 观察胸水有否复发。

统计学方法: 采用 t 检验, u 检验。

结果 治疗组与对照组平均抽出胸水量分别为 (2630 ± 352) ml, (2380 ± 590) ml, 两组比较, 差异无显著性 ($t = 0.558, P > 0.05$); 注气量分别为: (510 ± 66) ml, (450 ± 94) ml, 两组比较, 差异无显著性 ($t = 1.177, P > 0.05$)。术中及术后无并发症。术后呼吸困难改善, 脉搏及血压保持稳定; 无胸水回输后不良反应。胸腔残留液吸收时间, 观察组与对照组分别为: (9 ± 4.2) 天和 (12 ± 3.8) 天。两组比较, 差异有显著性 ($t = 2.532, P < 0.05$)。气胸消失时间, 观察组与对照组分别为: (3.1 ± 1.1) 周和 (3.4 ± 0.9) 周, 两组比较, 差异无显著性 ($t = 1.0068, P > 0.05$)。随访: 0.5 年内对照组失访 1 例, 两组各因肝昏迷、上消化道出血死亡 2 例。分别于术后第 6、12、18、24 个月随访, 两组因肝昏迷、上消化道出血或和感染各死亡 4 例。存活者中观察组胸水复发分别为: 0、1、2、2 例, 对照组为 0、2、3、5 例。1 年稳定率和 2 年稳定率观察组分别为 94.44% (17/18)、72.22% (13/18); 对照组为 86.66% (13/15)、33.33% (5/15); 两组 1 年稳定率比较, 差异无显著性 ($u = 0.76, P > 0.05$), 2 年稳定率比较, 差异有显著性 ($u = 0.22, P < 0.05$)。

讨 论 研究发现,肝性胸水的发生机制与胸膜毛细血管病变及静脉压升高,而胶体渗透压降低;胸膜淋巴回流障碍及膈肌解剖学缺陷等因素有关。但各因素均需通过胸膜实现其效应,因此增强胸膜屏障作用是治疗该症的主要途径。空气补偿法在于能一次性清除胸水奠定安全基础,即避免因迅速解除胸水而出现纵隔摆动引起心血管病变,并提供良好的药物作用界面,进而使药物充分接触胸膜这一重要目的得以实现。四环素的水溶液呈明显酸性(pH2.0~3.5)可引起胸膜的无菌性炎症,破坏胸膜间皮细胞,促使胸膜粘连和纤维化,从而使胸水不再漏出。既突破了胸水排放量的传统规定,又使浓缩回输成为可行,同时避免了大量蛋白丢失。胸膜粘连术的副反应有低热和胸痛,前者多在 1 周内消失,后者则以利多卡因予以对抗,因此疼痛较轻,且多在 1 天内消失。在此基础上为提高远期疗效,防止肝硬化再次活动与加重,对观察组同时联用中药慢肝福。随访结果显示 2 年稳定率与对照组比较差异显著。提示,中药在提高该症远期疗效中的重要作用。

中医将该症归属于饮证范畴,乃因肝木燥热,囚热致瘀,瘀热滞于血脉,津液输布障碍,聚饮于胸肋。且肝脏朝肃,朝会百脉,久病势必影响五脏六腑。现代医学也揭示了胸膜腔的病理改变与肝病密切相关。而中药慢肝福的方药中君、臣、佐、使配伍合理,从整体入手,治肝为主,标本兼顾;既改善病理变化,又调理生理机能。在这一中西医结合中,空气补偿一次清除胸水并胸膜粘连术为中药的治本和调理全身机能赢得了时间,后者为长期稳定病情发挥着重要作用。因此,两者结合可扬长避短,具有较高的临床应用价值。

(收稿:2002-05-12 修回:2002-07-18)

自体表皮移植联合中药治疗 白癜风的临床研究

河南大学男科学研究所(河南开封 475001)

张 军 马远方 白慧玲 赵粤萍
许国强 杜耀武

白癜风是一种后天性色素脱失的皮肤病,我国人群患病率约在 1%~2%。1990~1996 年我们采用自制中药白癩丸治疗白癜风,有效率达 88.6%。1996 年开始采用自体表皮移植治疗白癜风,也取得了一定疗效,但移植后的新生色素向周围扩展面积有限,患者需多次进行植皮。近期我们采用白癩丸联合自体表皮移植治疗白癜风,取得了很好疗效,既减少了移植表皮的次数,又减轻了患者的痛苦,现报告于下。

临床资料 64 例白癜风(根据病史及临床表现确诊)患者均来自河南大学男科学研究所专家门诊、河南大学淮河医院及开封市第一人民医院皮肤科,我们将 64 例患者随机分为两组,治疗组 33 例,男 7 例,女 26 例;年龄 9~63 岁;病程 4 个月~27 年;局限型 14 例,节段型 9 例,肢端型 6 例,泛发型 4 例。对照组 31 例,男 8 例,女 23 例;年龄 9~65 岁;病程 3 个月~28 年;局限型 14 例,节段型 10 例,肢端型 4 例,泛发型 3 例。患者行植皮术时,均处于稳定期。两组病例年龄、病程、型别等相似,

具有可比性。

治疗方法 两组均采用 YW-II 型负压治疗仪进行自体表皮移植,对患者的白斑区及供皮区(腹部皮肤)均用负压吸疱,压力调至 0.06kPa,维持 30~60min,待水疱出现后,在无菌条件下,弃白斑区水疱壁,完整剪下供皮区水疱壁,平整地贴于白斑区表皮剥离面上,敷油纱布后包扎 1 周,以植皮片存活、无感染、无水肿者 1 年后随访,观察皮片存活及新生色素扩展情况。治疗组加服中药白癩丸(由生地 10g 熟地 10g 补骨脂 5g 何首乌 10g 丹参 10g 白蒺藜 10g 旱莲草 10g 黄芪 10g 白术 10g 鸡血藤 10g 等组成,河南大学制药厂生产),口服,每天 2 次,每次 30 粒,从表皮移植前 1 个月至移植后 6 个月。统计学方法采用 χ^2 检验。

结 果 (1)疗效判定标准:优:植皮片存活,新生色素面积扩大 50% 以上;良:植皮片存活,新生色素面积扩大 50% 以内;中:植皮片存活,新生色素面积无变化;差:未见色素或白斑扩大。(2)两组疗效比较:见表 1。治疗组共移植皮片 233 片,总有效率为 94.42%;对照组移植 210 片,总有效率 72.85%,两组疗效比较差异有显著性($\chi^2=7.64, P<0.01$)。其中节段型患者,治疗组有效率为 96.55%,对照组为 77.61%,两组总有效率比较,差异有显著性($\chi^2=9.49, P<0.01$)。肢端型患者,治疗组有效率为 89.74%,对照组为 56.52%,两组总有效率比较差异有显著性($\chi^2=9.13, P<0.01$)。

治疗过程中发现,患者年龄愈小,病程愈短,病变范围愈小,疗效愈好;性别与疗效无明显差异。局限型、节段型患者疗效最好,疗效最差的是肢端型患者。

表 1 两组治疗白癜风的疗效观察 (皮片数)

组别	例数	移植皮片数	优	良	中	差	总有效率(%)
治疗	33	233	108	112	11	2	94.42*
对照	31	210	61	92	52	5	72.86

注:与对照组比较,* $P<0.01$

讨 论 用自体表皮移植法使白斑处得到色素,是目前治疗白癜风的一种方法,移植区色素细胞成活率达 95%,约 3~6 个月后色素加深,并向外周扩展。但也有报道,植皮 3~6 个月后,新生色素将消失 45% 左右。从我们随访观察中也发现,新生色素向周围扩展面积有限。本组治疗病例表明,植皮术联合口服中药白癩丸有助于新生色素的生长和扩展,提高了白癜风的治愈率。治疗过程中,疗效最差的是双手、双足趾趾关节末端处,可能与末梢血液循环、皮肤新陈代谢较差有一定关系。

中医学认为,白癜风是因肝肾不足、血虚风乘、气血失和致血不养肤而成,故疏肝解郁、活血祛风、调理肝肾是我们治疗白癜风的基本原则。中药白癩丸组方中生地、补骨脂、白蒺藜、何首乌、旱莲草,可疏风除湿、解表散寒,将风湿之邪从皮肤腠理驱除,丹参、黄芪、白术、熟地、鸡血藤等可补气活血、温补肾阳、调气血,促进新生色素的生长和扩展,临床应用证实,自体表皮移植联合中药是治疗白癜风的一种较理想的方法。

(收稿:2002-06-20 修回:2002-07-15)