

眼底黄斑区中心凹反光消失,黄斑区水肿无减轻或加重)6眼。有效率 87.5%。

讨 论 引起黄斑囊样水肿的眼科疾病患者甚多,中医称本病“视瞻昏渺”。因气血失调,精气不能上荣于目所致。老年性白内障手术患者,年老局部血液循环较差,加之手术损伤脉络,气血运行更加不畅,终致睛珠气滞血瘀,水液内停。用桂枝茯苓汤为基础方加减治疗,方中桂枝温通血脉,茯苓渗利下行而益心脾之气,泽兰配合桂枝祛瘀通络,配合茯苓利水消肿,郁久多能化热,故用牡丹皮、赤芍化瘀血、清瘀热。诸药合用,共奏活血化瘀、健脾利水之效。因此,对于老年性白内障术后黄斑囊样水肿,配合中药桂枝茯苓汤治疗,确能提高疗效,缩短病程。

(收稿 2002-03-24 修回 2002-09-08)

新癬片配合西药治疗三叉神经痛的临床观察

重庆市第八人民医院(重庆 400015) 刘渝生

三叉神经痛是中老年常见的神经性疾患,以其剧烈的疼痛为特点,令患者十分痛苦。目前病因尚不明确,治疗方法也比较多。1996~2001年,笔者采用中药新癬片配合 25%硫酸镁加等量利多卡因神经孔注射相结合的方法,治疗三叉神经痛患者 76 例,疗效较为满意,现报告如下。

临床资料 76 例患者均依照《实用神经病学》[王维治主编,第 4 版,北京:人民卫生出版社,2001:79]确诊为本病,轻者洗脸、刷牙、说话时激发疼痛,重者如电击、针刺、刀割样剧痛,频繁发作,呈痛苦面容。其中男性 32 例,女性 44 例,年龄 47~69 岁,平均 48 岁,病程 9 个月~12 年。发病部位:右侧三叉神经痛 42 例,左侧 34 例;三叉神经上颌支疼痛 17 例,下颌支疼痛 12 例,上颌支下颌支同时罹患疼痛 47 例。76 例均接受过卡马西平治疗,3 例曾经射频治疗,2 例酒精注射均无效。

治疗方法 首先安慰患者,避免精神紧张,消除恐惧心理。硫酸镁加利多卡因神经孔注射疗法,先定位,确定哪一支为患者,先注射 2%利多卡因 0.5ml 后,再向神经孔内缓缓注入用 25%硫酸镁加等量 2%利多卡因混合液,三叉神经上颌支患者眶下孔注射混合液 0.5ml,进针深度约 0.2cm。必要时可加上齿槽后神经孔;下颌支罹患患者向下颌神经孔注射混合液 0.5ml,必要时向颏孔注射混合液 0.5ml,两支同时罹患患者,同时向相应的神经孔注射。一般每次硫酸镁混合液的注射量为 0.5~1ml,每周 2 次。同时口服中药新癬片,每天口服 3 次,每次 3 片。1 周为 1 个疗程,一般治疗 2 周。

结 果 痊愈(3 天后疼痛消失,刺激应激点无症状)46 例,占 61%,好转(1 周后疼痛明显减轻,频发次数明显减少,疼痛持续时间缩短,刺激应激点不敏感)30 例,占 39%。

讨 论 三叉神经痛,是一种原因未明的三叉神经分布区短暂的,反复发作性的剧痛,硫酸镁经神经孔注射给药后,能抑制神经系统的兴奋过程,出现镇痛,痛觉消失,起麻醉作用。

中医学认为,三叉神经痛属“风症”、“火症”、“瘀症”、“面

痛”范畴。大多由于思劳过度耗伤阴血、阴虚阳亢,血瘀外感风邪上犯于头面等所致。据此,笔者应用祛风通络,活血化瘀,泻火潜阳的新癬片治疗。方中九节茶性苦、平,具有清热祛风,活血通络之功;牛黄性苦、甘、凉,有清热泻火,镇静之功效;三七性甘、微苦、温,活血化瘀止痛,珍珠层粉性甘、咸、寒,有清热潜阳、安神定痛之功效。

笔者摸索着选用新癬片配合硫酸镁等药治疗三叉神经痛,标本兼治,疗效可靠,方法简便,药源丰富,不损伤正常组织,可在农村、基层推广应用。

(收稿 2002-03-22 修回 2002-09-17)

中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡的临床观察

河南中医学院第一附属医院(郑州 450000)

李春颖 李素娟

2001 年 1 月~2002 年 1 月,笔者采用中西医结合治疗幽门螺杆菌(PH)相关性消化性溃疡(PU)60 例,并与单纯西药治疗的 56 例进行对比观察,现报道如下。

临床资料 参照《中西医结合临床消化病学》[彭勃主编,北京:中国中医药出版社,1997:180—187]制定的 PU 诊断标准,116 例 HP 相关性 PU 患者均有较典型的临床表现(周期性与节律性的上腹疼痛,伴不同程度的泛酸、痞满、嗝气等,中医辨证多属气机不畅,脾虚失运,湿热蕴结,瘀血阻络等本虚标实之证),体征(上腹部压痛阳性等),并经胃镜证实为活动性 PU,同时胃窦部粘膜取活检 2 块,分别进行快速尿素酶试验及组织染色检测 HP 均为阳性,且排除恶性病变、梗阻、活动性出血及肝、肾等重要器官功能不全者,随机分为两组。治疗组 60 例,男 42 例,女 18 例,年龄 16~71 岁,平均 41.2 岁,病程 2 周~8 年,平均 2.1 年;十二指肠球部溃疡(DU)39 例,胃溃疡(GU)16 例,复合性溃疡(CU)5 例。对照组 56 例,男 39 例,女 17 例,年龄 16~69 岁,平均 40.8 岁,病程 2 周~9 年,平均 2.5 年;其中 DU 37 例,GU 14 例,CU 5 例。两组的性别、年龄及病程比较,差异无显著性($P>0.05$)。

治疗方法 治疗组:服用自拟除幽舒胃汤为主方,并随证加减,组方:党参 20g,白术 12g,茯苓 12g,枳壳 12g,厚朴 12g,白芍 12g,延胡索 12g,黄连 6g,黄芩 12g,蒲公英 15g,乌贼骨 20g,瓦楞子 20g,白及 15g,浙贝 12g,丹参 12g,甘草 3g,偏胃热、便干者加栀子 10g,大黄 3g,胃痛、痞满明显者加川楝子 6g、郁金 12g,胃寒、便溏者加干姜 9g、黄芪 15g,去黄连、黄芩。水煎服,每日 1 剂,分 2 次服用,连服 4 周,同时服德诺(每片 0.12g,广东迈特兴华公司生产)0.12g,每日 4 次,连服 4 周。对照组:服法莫替丁(每片 20mg,广东彼迪药业有限公司生产)20mg,每日 2 次,连服 4 周,德诺 0.12g,每日 4 次,连服 4 周,阿莫西林(每片 0.25g,哈药集团制药总厂)0.5g,每日 3 次,连服 2 周;甲硝唑(每片 0.2g,丹东市前进制药厂生产)0.2g,每日 3 次,连服 2 周。

4 周疗程结束后进行胃镜复查,胃镜为 Olympus GIF-XQ30

型,并再次活检。检测 HP 采用快速尿素酶试验,试剂盒由杭州临科生物技术有限公司生产,比较治疗前后检查结果,症状改善和不良反应发生情况。

统计学方法 采用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效标准 (1)症状疗效标准:按临床症状(包括上腹痛、泛酸、痞满和嗳气)消失、减轻及无改善分为显效、有效及无效。(2)HP 根除标准:两项检测方法均为阴性者为根除,一项或两项阳性者为未根除。(3)镜下溃疡愈合标准:内镜下溃疡呈现瘢痕期表现者为溃疡愈合,溃疡进入愈合期者为有效,镜下溃疡无改善者为无效。

2 疗效

2.1 临床症状改善情况 两组患者经过治疗,临床症状改善均较明显,其总有效率和泛酸、嗳气的显效率两组比较,差异无显著性($P>0.05$),但治疗组上腹痛及痞满的显效率显著高于对照组,差异有显著性($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组临床症状改善情况比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗					
上腹痛	57	41(71.9)*	14(24.6)	2(3.5)	55(96.5)
泛酸	46	19(41.3)	22(47.8)	5(10.9)	41(89.1)
痞满	32	22(68.8)*	9(28.1)	1(3.1)	31(96.9)
嗳气	31	13(41.9)	17(54.8)	1(3.2)	30(96.8)
对照					
上腹痛	53	23(43.4)	25(47.2)	5(9.4)	48(90.6)
泛酸	43	18(41.9)	20(46.5)	5(11.6)	38(88.4)
痞满	31	12(38.7)	15(48.4)	4(12.9)	27(87.1)
嗳气	29	12(41.4)	16(55.2)	1(3.4)	28(96.5)

注:与对照组同症状比较,* $P<0.05$

2.2 HP 根除率 治疗组 HP 根除率为 93.3%(56/60 例),对照组为 80.4%(45/56 例),两组比较,差异有显著性($\chi^2=4.3$, $P<0.05$)。

2.3 溃疡愈合情况 镜下溃疡愈合总有效率,治疗组为 95%(57/60 例),对照组为 82.1%(46/56 例),两组比较,差异有显著性($\chi^2=4.8$, $P<0.05$)。

2.4 不良反应发生率 治疗组为 1.7%(1/60 例),表现为恶心,对照组为 28.6%(16/56 例),其中恶心 10 例、头晕 4 例、瘙痒 2 例。治疗组不良发生率明显低于对照组。

讨 论 本病属于中医“胃脘痛”、“吞酸”、“痞满”等病范畴,辨证多属脾胃气虚、邪气侵犯、湿热蕴结、气机不畅、瘀血阻络等本虚标实之证,故治疗当以健脾益气、清热利湿、行气止痛、活血通络、标本兼顾为主要原则。本方选用党参、白术、茯苓健脾益气,去湿消肿;白芍、甘草、延胡索和中缓急止痛;乌贼骨、瓦楞子、浙贝护膜制酸敛疡;黄连、黄芩、蒲公英清热解毒,抗菌消炎,杀灭 HP;枳实、厚朴、丹参行气除痞消胀,活血化瘀通络;白及、甘草去腐生肌,促进溃疡愈合。配合西药德诺能显著提高机体杀灭 HP 和增强胃粘膜保护的能力。较单纯西药治疗具有 HP 根除率高、症状缓解好、溃疡愈合高、副反应发生率低、依从性好等优点,是治疗 HP 相关性 PU 较理想的方案,值得推广应用。

(收稿 2002-06-03 修回 2002-08-31)

万方数据

中药塌渍一号药液治疗 糖尿病足的临床观察

北京中医医院(北京 100010) 丁 毅 吕培文

糖尿病足又称糖尿病肢端坏疽,是糖尿病慢性致残性并发症。多合并肌腱筋膜的坏死,又因足部的解剖特点而使深部的坏死腐肉不易清除。古代中药塌渍法实为现代之中药泡洗。“泡”使中药持续作用于疮面;“洗”可清洁疮面并起到引流作用。疮面在泡洗中药的综合作用下达到腐化肌生的疗效。笔者于 2000 年 7 月~2001 年 11 月采用中药塌渍一号药液治疗糖尿病足 I~IV 级共 25 例,旨在探讨局部辨证外用中药在治疗腐肉未脱期糖尿病足中的重要意义。

临床资料 50 例均为住院患者。均符合 1995 年 10 月中华医学会糖尿病学会第一届全国糖尿病足学术会议讨论和意见之诊断(李仕明整理.糖尿病足(肢端坏疽)检查方法及诊断标准(草案).Chinese Journal of Diabetes 1996;4:2)。辨证分型标准参照《中华人民共和国中医药行业标准》及《中药新药临床研究指导原则》属腐肉未脱型。所有患者均伴有不同程度的心脑血管疾病、糖尿病肾病(13 例)。彩色多普勒超声显示所有患者均有不同程度的下肢动脉硬化。按照分层随机配对法分为治疗组 25 例,男 15 例,女 10 例,年龄 36~79 岁,平均(65.4±10.2)岁,病程 2~25 周,平均 11.2 周,临床分级:I 级 5 例,II 级 8 例,III 级 10 例,IV 级 2 例,糖尿病肾病 5 例。对照组 25 例,男 16 例,女 9 例,年龄 42~80 岁,平均(64.8±12.0)岁,病程 1.5~27 周,平均 11.8 周,临床分级:I 级 5 例,II 级 8 例,III 级 10 例,IV 级 2 例,糖尿病肾病 8 例。入院时疮面腐肉已脱者不在选择范围。入院时有严重全身感染者或严重全身疾患者,全身情况平稳后疮面情况符合者可纳入观察。

治疗方法 治疗组:首先通过清疮使疮面引流通畅,塌渍一号药液:败酱草 30g 马齿苋 30g 蒲公英 30g 黄柏 30g 苦参 30g 赤芍 30g 甘草 15g,诸药视疮面需要以能完全浸泡疮面为度,按比例煎成 1000~3000ml,水温为 35~40℃,泡洗疮面 30min,泡洗以药液在疮面上持续流动为宜,后清除漂浮于疮面的坏死组织或脓苔,附着较紧密的不强行清除。然后红粉膏纱条(本院制剂)换药。每日 1 次。对照组:疮面引流通畅后,1%艾利克溶液,泡洗疮面 30min,其他处理同治疗组。

两组患者均应用诺和灵 R 控制血糖。改善微循环应用复方丹参注射液 20ml 加入生理盐水 250ml 中静脉滴注,每日 1 次。口服中药以益气养阴、清热解毒为主,根据舌脉证的不同,分别加强活血通络、清热解毒、滋补肝肾、健脾利湿等法。疗程为 4 周,观察疮面坏死组织与脓苔消失情况,疮面肉芽情况,疮周炎性浸润带消退情况,疮面面积,疮面渗出情况。各项按不同表现分为轻、中、重度,分别计 1、2、3 分,计算疗效指数,采用 χ^2 检验。采用检测 C 反应蛋白、血糖、内皮素,治疗前以及每 2 周各测 1 次。采用 t 检验。

结 果

1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》拟定。临床痊愈:疮面完全愈合,疗效指数[疗效指数=(治疗前积分