

用于临床治疗急、慢性单纯性咽炎患者 100 例,疗效满意。现报告如下。

临床资料 急、慢性单纯性咽炎患者 200 例,均按《实用耳鼻喉科学》(黄选兆,汪吉宝主编.北京:人民卫生出版社,1998:355,359)诊断标准,急性单纯性咽炎为咽粘膜、粘膜下组织的急性炎症,排除其他全身疾病。慢性单纯性咽炎为咽粘膜、粘膜下组织的慢性炎症,咽部充血,咽侧索条索状淋巴滤泡增生及咽部粘膜增厚或干燥、变薄,包括咽后壁有干痂,排除其他疾病引起的咽部病变。按就诊先后顺序随机分为两组:服用中药组 100 例,其中急性单纯性咽炎 48 例,男性 26 例,女性 22 例,年龄 20~60 岁,平均 39 岁,病程 3~7 天,平均 5 天;慢性单纯性咽炎 52 例,男性 30 例,女性 22 例,年龄 21~62 岁,平均 40 岁,病程 8 天~2 年,平均 1 年。对照组 100 例,急性单纯性咽炎 40 例,其中男性 21 例,女性 19 例,年龄 20~60 岁,平均 40 岁,病程 3~7 天,平均 4.5 天;慢性单纯性咽炎 60 例,男性 31 例,女性 29 例,年龄 20~58 岁,平均 38 岁,病程 8 天~2 年,平均 8 个月。两组资料比较差异均无显著性。

治疗方法 中药组:用清热滋阴方治疗,不服用其他药物。药物组成:板蓝根 10~15g 连翘 10~15g 银花 10~15g 黄芩 9~12g 生地 9~12g 麦冬 10~15g 玄参 10~15g 桔梗 6~10g 生甘草 3~6g 蝉蜕 10~15g 薄荷 6~10g 牛蒡子 10~12g。每天 1 剂,水煎取汁 200ml,每天分 2 次服用,5 天为 1 个疗程。个别患者可出现大便稀薄,故肠胃虚寒者不宜服用,本组观察中出现一例轻度腹泻患者,停服中药,立即好转。大便秘结、口干、舌燥,可加入蒲公英 6~10g,胸闷、咽部有阻塞感者,可加入郁金 6~9g。对照组:咽部每 3h 涂用 1 次 2% 碘甘油制剂,含服华素片或利巴韦林含片,每次 1~2 片,并服用维生素 B₂。5 天为 1 个疗程。两组急性单纯性咽炎观察 1 个疗程,慢性单纯性咽炎观察 1~3 个疗程。服用药物期间,忌食生冷、辛辣、煎炸食物,注意口腔卫生。

结果

1 疗效标准 疗效判断参照《实用耳鼻喉科学》。急性单纯性咽炎:显效:用药 3 天后,咽部舒畅,急性粘膜充血消失,粘膜色泽恢复正常。有效:用药 5 天,咽部粘膜充血好转,咽部粘膜趋于正常,咽部不适症状减轻。无效:用药 7 天后,仍未见症状缓解。慢性单纯性咽炎:显效:用药 5 天后,咽部粘膜充血消失,粘膜逐渐红润,咽部舒畅。有效:用药 10 天后,咽部粘膜充血好转,咽部粘膜趋于正常,咽部舒适。无效:用药 10 天后,症状未见缓解。

2 疗效 中药组:急性单纯性咽炎 48 例中,显效 32 例(66.7%),有效 13 例(27.1%),无效 3 例(6.3%),总有效率为 93.8%;慢性单纯性咽炎 52 例中,显效 40 例(76.9%),有效 10 例(19.2%),无效 2 例(3.8%),总有效率为 96.2%。对照组:急性单纯性咽炎 40 例中,显效 23 例(57.5%),有效 9 例(22.5%),无效 8 例(20.0%),总有效率 80.0%;慢性单纯性咽炎 60 例中,显效 21 例(35.0%),有效 23 例(38.3%),无效 16 例(26.7%),总有效率为 73.3%。经 χ^2 检验,急性单纯性咽炎两组疗效差异有显著性($P < 0.01$),慢性单纯性咽炎两组疗效

比较,差异亦有显著性($P < 0.05$)。中药组不论急性单纯性咽炎,还是慢性单纯性咽炎,疗效均优于对照组。

讨论 急慢性单纯性咽炎为咽粘膜及粘膜下组织的急慢性炎症。中医学认为急性单纯性咽炎多因风热袭于咽喉,引起肺胃积热蕴积于喉;慢性单纯性咽炎则多因阴虚肺燥,虚热内生,邪气久羁导致气血运行不畅,升降不利,水液停留而为痰,痰火结于咽喉发病。方中板蓝根、银花、连翘入肺经,清热解毒,现代药理研究证明有抗炎、抗病毒、抗结核,增强毛细血管弹性作用,为主药。麦冬、玄参、生地、黄芩均能清热泻火解毒,且对肺炎双球菌、溶血性链球菌、葡萄球菌、百日咳杆菌等均具有不同程度的抑菌作用。麦冬可润肺、止咳、益胃生津,为咽喉病专用药。薄荷、牛蒡子均属祛风解热药,有消咽喉肿胀作用,药理研究提示,牛蒡子对金黄色葡萄球菌有显著的抗菌作用。桔梗可止痒、止咳,因其含有皂甙,能反射性使支气管、口腔粘膜分泌物增加,稀释并排除痰液,宣肺利咽又可止咳祛痰。甘草益气补中调诸药,能抗过敏和调节免疫机制,诸药合用,达到泻火利咽、滋阴生津。本方治疗急性单纯性咽炎、慢性单纯性咽炎,临床疗效明显,用药过程中,均无不良反应,安全性高,具有临床应用价值,值得推广。

(收稿:2002-06-22 修回:2002-08-26)

冠心通脉散加减治疗冠心病心绞痛 35 例

河南省漯河市第三人民医院(河南 462001)

吕红敏

1998 年 2 月—2000 年 12 月,笔者采用自拟冠心通脉散加减治疗冠心病心绞痛 35 例,与西医常规治疗的 35 例做对照,现总结如下。

临床资料 参照 1979 年 WHO 制定的《缺血性心脏病的命名及诊断标准》选择心内科及住院部就诊的冠心病心绞痛患者 70 例,按就诊先后顺序随机分成治疗组和对照组。治疗组 35 例,男 28 例,女 7 例,年龄 40~72 岁,平均(58.45±6.78)岁,病程 3 个月~8.6 年,平均(36.1±13.0)个月,其中稳定型心绞痛 13 例,不稳定型心绞痛 22 例;对照组 35 例,男 25 例,女 10 例,年龄 42~70 岁,平均(59.34±5.02)岁,病程 2 个月~9.1 年,平均(35.8±13.6)个月,其中稳定型心绞痛 11 例,不稳定型心绞痛 24 例。两组患者临床均见膈中及胸膈疼痛,时作时止,持续时间有数分钟至十几分钟不等,发作次数最多每天近 10 次,重者时见面色苍白,四肢厥冷,唇甲青紫,舌质淡红,苔白少津,或舌质紫暗有瘀斑,脉微细或结代。所选两组患者在发病年龄、性别、心绞痛发作次数、持续时间、常规心电图 ST-T 变化等方面的差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 两组患者均常规给予硝酸酯类(硝酸甘油片剂含服,0.3~0.6mg/次,1 h 内可多次应用)、阿司匹林及 β 受体阻滞剂口服,极化液静脉滴注,连用 2 周为 1 个疗程。治疗组辅助以自拟冠心通脉散加减治疗,药物组成:党参 24g 当归 10g 丹参 30g 生地 10g 麦冬 12g 龙眼肉 15g 赤芍 10g 白芍

10g 栝蒌 30g 五味子 10g 炙甘草 10g 桂枝 10g, 上药研末口服, 1 日 3 次, 每次 9g。辨证若为肝郁气滞、肝阳上亢而血压高者, 去党参、栝蒌, 桂枝减半, 加生龙骨 30g、生牡蛎 30g、牛膝 12g 以潜阳引血下行; 气虚闷痛加黄芪 30g、绞股蓝 15g; 气滞闷痛者, 加香附 12g、枳实 12g; 便溏者, 加炒白术 10g、山药 15g; 脉见结或代者, 倍用生脉散; 刺痛甚者, 加桃仁 10g、红花 6g、赤芍加量至 15g; 若面色苍白, 四肢厥冷者, 加人参 30g(两次冲服)、附子 9g。

记录每日心绞痛发作次数, 硝酸甘油用量及副反应。用药前后做常规 12 导联心电图及 24h 动态心电图(DCG)检查。根据 DCG 计算 24h 心肌缺血发作次数, 缺血持续时间及缺血总负荷[缺血时间(min)·ST 段压低数(mm)], DCG 诊断心肌缺血标准采用“1×1×1”, 即 ST 段水平型、下斜型压低: 幅度 ≥ 1 mm、持续时间 ≥ 1 min、并与前次缺血性发作间隔至少 ≥ 1 min。

结 果

1 疗效标准 按照 1979 年中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会评定标准及 1997 年上海会议制定的冠心病、心绞痛及心电图疗效评定标准进行评定。

2 心绞痛疗效 治疗组显效 18 例, 有效 13 例, 无效 4 例, 总有效率 88.6%; 对照组显效 15 例, 有效 11 例, 无效 9 例, 总有效率 74.3%, 治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。

3 心电图改变 治疗组显效 8 例, 有效 16 例, 无效 11 例, 总有效率 68.6%; 对照组显效 5 例, 有效 12 例, 无效 18 例, 总有效率 48.6%, 治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 两组治疗前后心绞痛发作次数、持续时间及心肌缺血总负荷测定结果比较 见表 1。两组患者治疗后 24h 心绞痛发作次数、缺血持续时间、缺血总负荷均有所下降, 但治疗组下降明显高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后心绞痛发作次数、缺血持续时间及缺血总负荷比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	发作次数/24h	持续时间(min)	缺血总负荷(min·mm)
治疗 治疗前	5.7 $\pm$ 1.2	12.12 $\pm$ 4.03	59.12 $\pm$ 18.34
(35) 治疗后	1.8 $\pm$ 1.1 ^{*△△}	3.76 $\pm$ 1.7 ^{*△}	16.52 $\pm$ 8.09 ^{*△△}
对照 治疗前	5.4 $\pm$ 1.6	11.34 $\pm$ 4.16	58.62 $\pm$ 6.54
(23) 治疗后	2.5 $\pm$ 1.3 [*]	6.58 $\pm$ 4.36 [*]	26.46 $\pm$ 3.83 [*]

注: 与本组治疗前比较, ^{*} $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, [△] $P < 0.05$, ^{△△} $P < 0.01$; () 内数据为例数

讨 论 冠心病心绞痛中医学认为属“本虚标实, 气虚血瘀”, 特别是中、老年人, 肾气渐衰, 阳虚不能鼓舞五脏之阳, 致心气不足或心阳不振; 阴虚不能滋养五脏之阴, 致心阴内耗, 心阴亏损, 心阳不振, 气血运行不畅, 导致气滞血瘀, 心阳失运, 心脉阻滞。治疗以《素问·痹论》“心痹者, 脉不通”为机要, 在调补心阳与心阴的同时, 以温通血脉活瘀为主, 心脉通畅, 血流充足, 心肌得以润养, 诸证自然缓解。冠心通脉散根据以上特点, 选用具有益气养阴, 温通心络, 扩冠活血抗凝之品, 方中人参大补元气, 益心助运; 党参、当归、生地、麦冬甘温与甘寒相伍, 以补心气心阴之不足; 龙眼肉、五味子以甘酸之味, 温补心血安神安悸, 收敛心气之涣散; 桂枝、甘草(配人参)之辛甘温以温心阳通脉, 补心

阳而不燥; 丹参、赤芍、白芍协桂枝以活血通脉化瘀, 和营止痛; 栝蒌宽胸下气, 以开胸痹; 胸闷痰多、便秘者, 加薤白, 栝蒌加量, 以开胸化痰; 面色苍白, 四肢厥冷者, 重用党参、附子, 以大补心阳, 诸药合用, 共奏补心气, 养心血, 温通心络, 活血止痛之效。

结果显示, 本方具有扩张冠状动脉, 改善心肌细胞缺血、缺氧, 保护缺血心肌细胞损伤作用。本方临证按虚实、主次、缓急而兼顾同治, 疗效显著, 无明显不良反应及毒副反应, 值得临床推广应用。

(收稿: 2002-03-22 修回: 2002-06-10)

疏润任脉法治疗非细菌性前列腺炎临床观察

河北省中医院(石家庄 050011)

李 波 江立军 柴 娟

慢性非细菌性前列腺炎(chronic non-bacterial prostatitis, GNBPI)属中医“精浊”范畴。笔者根据前列腺位于任脉的循行部位, 及结合前列腺胚胎发育时与苗勒氏管(Müller)的密切关系, 采用疏润任脉法治疗 CNBP 取得良好疗效, 现报告如下。

临床资料 本组 63 例 CNBP 均为我院男性科 2001 年 9 月—2002 年 6 月门诊患者。随机分为治疗组 33 例, 年龄 20~41 岁, 平均(28.6 $\pm$ 5.1)岁, 病程 0.5~36.0 个月, 平均(6.4 $\pm$ 8.1)个月; 对照组 30 例, 年龄 21~40 岁, 平均(28.3 $\pm$ 5.1)岁, 病程 0.5~37 个月, 平均(6.5 $\pm$ 7.9)个月。两组的年龄、病程比较, 差异无显著性($P > 0.05$), 全部患者取前列腺液(EPS)做镜检及细菌培养。培养阴性者为入选病例, 全部病例符合国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中“精浊”的诊断标准。

治疗方法 全部患者停用其他药物。治疗组采用疏润任脉法, 主要药物有龟板 10g 紫苑 30g 菟丝子 20g 归尾 15g 虎杖 30g 全蝎 3g 白薇 15g 地肤子 20g 等; 对照组采用活血利湿法, 主要药物有穿山甲 10g 丹参 20g 赤芍 15g 泽兰 20g 王不留行 20g 蒲公英 20g 萆薢 15g 等。每日 1 剂, 水煎后分 2 次服, 共服药 4 周。治疗前后采用美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)量化症状积分, 并观察治疗前后 EPS 中 WBC 及 pH 值的变化。

统计学方法: 采用 t 检验和 χ^2 检验。

结 果

1 疗效标准 参考国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》(南京: 南京科学出版社, 1994: 50)。治愈: 症状消失, 镜检正常; 有效: 症状及体征改善, 镜检好转; 无效: 症状、体征及镜检无改善。

2 两组疗效比较 治疗组治愈 20 例(60.6%), 有效 12 例(36.4%), 无效 1 例(3.0%); 对照组治愈 9 例(30.0%), 有效 18 例(60.0%), 无效 3 例(10.0%)。经卡方检验, 治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

3 两组治疗前后 NIH-CPSI 积分及 EPS 中 WBC、pH 值比较 见表 1。两组治疗前比较差异无显著性($P > 0.05$), 服药 4 周后治疗组明显低于对照组($P < 0.05$)。