

多发脓肿 3 例,胆源性肝脓肿 16 例,肝囊肿并感染所致脓肿 3 例,肠源性感染 3 例,不明来源者 4 例,合并Ⅱ型糖尿病患者 8 例,脓肿直径(B超)4cm×4cm~12cm×11cm,12 例细菌培养阳性,其余为阴性,细菌种类为大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、大肠埃希氏菌。对照组 10 例,男 4 例,女 6 例,年龄 30~68 岁。病程 7~23 天,平均 13 天。脓肿位于肝右叶者 8 例,肝左叶者 2 例。均为单发脓肿,胆源性肝脓肿 8 例,肠源性感染 2 例,脓肿直径(B超)5cm×5cm~10cm×9cm,7 例细菌培养阳性,其余为阴性,细菌种类为大肠杆菌、金黄色葡萄球菌。

治疗方法

两组均采用引流和抗生素治疗,治疗组并配合中药治疗。

1 引流 患者平卧或左侧卧位,B超定位穿刺点。脓肿位于右肝者,为便于留置导管,多选在腋中线第 7~8 肋间。将套管针置入穿刺探头的引槽内,在 B 超监视下,从皮肤定点处刺入,按预定的角度和深度进针,进入脓肿后从套管针内拔出针芯,用 20ml 注射器接外套管抽吸之,有脓液吸出,将外套管继续推送,达脓肿底部,尽可能将脓液吸尽。然后用生理盐水 500ml 加庆大霉素 16 万 U 及 0.5% 甲硝唑 100ml 交替低压冲洗脓腔至回抽液基本清晰,于脓腔内注入庆大霉素 8 万 U,0.5% 甲硝唑 10ml,用套管塞塞住套管口,将外套管用缝线固定在皮肤上,接无菌引流袋,每天用生理盐水和抗生素冲洗脓腔,在 B 超监测下调整引流管的位置,一般待体温下降、外周血白细胞正常、导管无脓液引出、B 超复查肝脓肿消失或明显缩小,拔出引流管,疗程一般 5~13 天,平均 8 天。

2 抗生素治疗 诊断明确后即开始静脉用抗生素,选用头孢类或喹诺酮类、甲硝唑,然后根据细菌培养结果调整抗生素种类,引流后继续静脉使用抗生素 3~5 天。

3 中药治疗 治则:泻火解毒,托里透脓。方药:黄连解毒汤合大柴胡汤加减:黄连 15g 黄芩 15g 黄柏 15g 栀子 15g 柴胡 20g 大黄 10g 枳实 15g 赤芍 10g 半夏 10g 败酱草 10g 蒲公英 10g,确诊后开始服用,每日 1 剂,水煎,分 2 次服,停用抗生素后继续服用(在门诊)至痊愈。一般用 15~20 天。

4 统计学处理 采用 *t* 检验。

结果 治愈标准:症状、体征消失,血象正常,脓腔消失或脓腔长径<3cm,B 超显示杂乱回声区(纤维化结果)。36 例肝脓肿患者全部治愈出院,治疗组体温、WBC 在 4 天内恢复正常,对照组体温、WBC 在 6

天内恢复正常。均无出血、胆漏、胆道感染等并发症。治疗组 26 例,疗程 7~25 天,其中 7 天 2 例,8 天 3 例,9 天 6 例,10 天 5 例,12 天 2 例,16 天 4 例,18 天 2 例,20 天 1 例,25 天 1 例。术后 1、3、6 个月复查 B 超,未见复发病例。对照组 10 例,疗程 10~28 天,其中 10 天 1 例,12 天 2 例,15 天 3 例,18 天 2 例,24 天 1 例,28 天 1 例。两组治愈天数比较,差异有显著性($P < 0.05$)。

讨论 肝脓肿有多种治疗方法可供选择,开腹手术引流因创伤大,已逐渐少用。肝穿刺抽脓常需多次进行,无疑增加发生并发症的机会,肝脓肿穿刺置管引流及抗生素冲洗脓腔,仅需 1 次操作,行脓肿内置管引流时,穿刺针进入脓腔后,外套管仍可继续行进,管头端为钝性,无损伤肝脏引起出血的危险。B 超可清楚监视导管深度,当导管插至脓腔底部时可抽尽脓液,经反复多次注入抗生素有助局部感染的控制,治疗组疗程中配合使用中药,可显著减少全身静脉用抗生素量,缩短住院时间(中药可门诊服用),节省医疗费用。中医学认为本病由于肝经湿热火毒蕴结,肝脏气血壅滞,热盛肉腐,化肉为脓而致。应予泻火解毒,托里透脓。故选用黄连解毒汤合大柴胡汤加减。现代研究表明本组所用中药,具有抑菌或杀菌,增强机体和局部网状内皮系统防御能力的作用,不易产生耐药性,实践证明疗效满意。

(收稿:2003-11-18 修回:2004-02-22)

单味血竭粉治疗癌性溃疡 患者 108 例疗效观察

河南省平顶山市第二人民医院(河南 467000)

段玉龙 范向辉 何宏涛 丁照黎

体表恶性肿瘤溃破形成顽固性溃疡,临床难以治愈。我们自 1996 年 8 月—2002 年 12 月应用单味血竭粉外敷、内服治疗癌性溃疡 108 例,取得满意疗效,现报道如下。

临床资料 确诊癌性溃疡患者 108 例,男性 49 例,女性 59 例,年龄 28~70 岁。病种分布:乳腺癌术后胸壁复发 48 例,皮肤基底细胞癌术后复发溃疡 4 例,舌癌舌根部溃疡 3 例,中线性恶性肉芽肿上腭溃疡 2 例,硬腭鳞癌 3 例,口咽癌口底溃疡 5 例,会阴皮肤鳞癌 7 例,阴茎癌术后复发 2 例,腹股沟转移癌 17 例,胸壁肿瘤 5 例,腋窝淋巴结转移溃破 12 例。溃疡情况:有脓苔附着者 106 例,有活动性出血者 27 例,有血性渗出者 89 例。溃疡处活检均有癌细胞发现。溃疡

面积: $1\text{cm} \times 2\text{cm} \sim 12\text{cm} \times 14\text{cm}$, 溃疡面积中位数为 $5\text{cm} \times 7\text{cm}$ 。溃疡中心深度: 粘膜下层至深肌层底部。溃疡史 1~30 个月, 中位数为 3.6 个月。溃疡疼痛: 轻度疼痛 18 例, 中度疼痛 61 例, 重度疼痛 29 例。肿瘤自发溃破者 77 例, 放疗后溃破者 31 例。

治疗方法

1 彻底清洗溃疡面, 去除坏死附着物, 充分暴露溃疡面, 把血竭粉用 75% 酒精调成糊状, 置于干纱布上外敷溃疡面并加压包扎, 每日换药 1 次, 同时每日 3 次, 每次 2g 口服。活动性出血严重者先做局部血管结扎等外科处理再做同上治疗。治疗时间 2~8 周不等。

2 未作化疗者做同步化疗。

3 对体质差、营养不良者加强营养支持治疗。

结果

1 外敷药当天疼痛开始缓解, 血性渗出减少。1 周后部分患者疼痛明显缓解, 出血明显减少, 血性渗出基本控制, 脓苔渐减少。2 周后见新鲜肉芽组织生长, 疼痛基本缓解。4 周后溃疡面被肉芽组织充填, 溃疡面缩小, 溃疡底变浅。6 周后全部患者溃疡面均有新鲜肉芽组织生长, 溃疡全部愈合者 20 例, 溃疡面积缩小 $>50\%$ 者 46 例, 溃疡面积缩小 $30\% \sim 50\%$ 者 18 例, 溃疡面积缩小 $20\% \sim 30\%$ 者 15 例, 溃疡面积缩小 $<20\%$ 者 9 例。疼痛完全缓解率 40.7% ($44/108$ 例), 疼痛缓解总有效率 85.2% ($92/108$ 例)。

2 全部病例均未见不良反应。

讨论 血竭粉是以龙血树脂为原料经科学加工而成的纯中药制剂, 其主要成分为甾体皂甙和植物防卫素。植物防卫素的抗菌防腐作用已为实验室和临床所证实。甾体也叫类固醇, 它能降低毛细血管通透性、减少巨抗原、稳定溶酶体膜、抑制前列腺素及其前身花生四烯酸, 并在近期内促进肉芽组织生长, 使较小的溃疡面愈合, 较大的溃疡面缩小变浅, 说明血竭粉不仅具有消炎止痛、止血生肌的功能, 同时也具有杀伤癌细胞、抑制癌细胞浸润的功效, 具有较强的双向调节功效。血竭应用于癌性溃疡尚属初探, 由于病例较少, 尚难作出肯定解释, 不过在目前尚没有哪一种方法能治愈癌性溃疡的情况下, 利用血竭外敷、内服治疗, 值得临床推广并作进一步研究。

(收稿: 2003-02-12 修回: 2003-06-16)

中药熏浴治疗外阴湿疹疗效观察

河北医科大学第三医院妇科 (石家庄 050051)

杜建层 蒋玉清

笔者对 1995—2000 年门诊就诊的外阴湿疹患者,

用中药熏浴治疗, 收到了较好的疗效, 并与派瑞松外用治疗者进行对照观察, 现报道如下。

临床资料 参照《实用中西医结合妇科学》(王爱芹, 曹慧娟主编. 北京: 北京出版社, 1996: 336) 制定的外阴湿疹的诊断标准。确诊为外阴湿疹患者 60 例, 其中急性湿疹 34 例, 慢性湿疹 26 例。患者的病变表现为: 大小阴唇及阴阜部皮肤瘙痒、红斑、潮湿伴皮肤色素减低、渗出及结痂、糜烂、皮疹、皲裂、皮肤增厚。将 60 例患者按随机数字表法分为两组。A 组 30 例, 年龄 $12 \sim 70$ 岁, 平均 (29.0 ± 13.1) 岁, 病程 2 个月~2 年, 平均 (11.2 ± 5.2) 个月, 其中急性湿疹 18 例, 慢性湿疹 12 例。B 组 30 例, 年龄 $10 \sim 65$ 岁, 平均 (28.0 ± 15.2) 岁, 病程 3 天~2.5 年, 平均 (10.7 ± 4.3) 个月, 其中急性湿疹 16 例, 慢性湿疹 14 例。两组病例年龄、病程及病情之间差异均无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

治疗方法 A 组外用中药: 苦参 15g 地肤子 30g 蛇床子 30g 黄柏 15g 川椒 15g 蒲公英 10g 白藓皮 15g 明矾 20g, 水煎去渣后先熏蒸外阴, 至水温适宜时将外阴部置于药液中浸泡坐浴 25min, 早晚各 1 次。B 组用派瑞松霜 (西安杨森制药有限公司生产, 含 1% 硝酸益康唑和 0.1% 曲安奈德), 早晚各 1 次, 涂于病灶处。两组均 7 天为 1 个疗程, 共用药 2 个疗程后进行疗效评估。

结果

1 疗效判定标准 参考文献标准 [于青云. 中药外用治疗外阴湿疹 60 例. 中国中西医结合杂志 1998; 18(4): 250]。治愈: 病损全部消退, 瘙痒症状消失; 显效: 病损消退 50% 以上, 瘙痒症状明显减轻; 有效: 病损消退 25% 以上, 瘙痒症状减轻; 无效: 病损消退不足 25% , 瘙痒症状无减轻。

2 疗效 A 组治愈 28 例 (93.3%), 显效 2 例 (6.7%), 总有效率为 100% 。B 组治愈 13 例 (43.3%), 显效 8 例 (26.7%), 有效 5 例 (16.7%), 无效 4 例 (13.3%), 总有效率 86.7% 。两组治愈率比较差异有显著性 ($\chi^2 = 17.33, P < 0.01$)。A 组: 第 1 疗程急性湿疹与慢性湿疹的治愈率两者比较 ($61.1\% \text{ vs } 16.7\%$) 差异有显著性 ($\chi^2 = 5.79, P < 0.05$)。

讨论 中医学认为湿疹为风、热、湿邪入侵肌肤所致。笔者所用中药方剂具有清热、燥湿、杀虫止痒、祛腐生肌之功效, 并采用了熏浴的方法, 加快了中药性能的发挥, 熏浴能促进局部血液循环及新陈代谢, 促进中药局部吸收, 发挥抗菌、消炎、消肿、止痒、祛腐生肌的效能, 使炎症吸收消散, 清洁并减少病灶的渗出物,