忌食生冷、海鲜。治疗组在西药治疗的基础上,同时加用中药“止哮汤”。方剂组成:地龙 6~15g 露蜂房 5~10g 川芎 6~15g 白鲜皮 6~15g 僵蚕 5~10g 射干 5~10g 黄芩 8~15g 鱼腥草 10~20g 苏子 8~15g 刘寄奴 5~10g 黄芪 8~15g。加减法:发热者加金银花 6~10g,气虚明显加党参 5~10g,汗多加五味子 2~4g,水煎服,每天 1 剂,疗程亦为 7 天。

3 观察项目 (1)两组患儿临床疗效比较;(2)肺功能:一秒钟用力呼气容积(FEV₁)和最大呼气峰流速(PEF)。

4 统计学方法 疗效比较,采用 Ridit 检验;肺功能比较,组内比较,采用配对样本 *t* 检验,组间比较,采用组内治疗前后差值的独立样本 *t* 检验。

结果

1 疗效标准 依据 1998 年全国儿科哮喘防治协作组修订“儿童哮喘防治常规(试行)”的标准制定。临床控制:哮喘症状完全缓解,即使偶有轻度发作不需用药即可缓解。FEV₁(或 PEF)增加量 >35%,或治疗后 FEV₁(或 PEF)≥80% 预计值。PEF 昼夜波动率 <20%;显效:哮喘发作较治疗前明显减轻,FEV₁(或 PEF)增加量 25%~35%,或治疗后 FEV₁(或 PEF)达到预计值的 60%~79%。PEF 昼夜波动率 <20%。仍需要糖皮质激素或支气管舒张剂;好转:哮喘症状有所减轻,FEV₁(或 PEF)增加量 15%~24%,仍需用糖皮质激素和(或)支气管舒张剂。无效:临床症状和 FEV₁(或 PEF)测定值无改善或反而加重。

2 治疗结果 治疗组临床控制 21 例,显效 12 例,好转 8 例,无效 1 例;对照组临床控制 11 例,显效 17 例,好转 13 例,无效 1 例。两组比较,经 Ridit 检验,差异有显著性($u = 1.9983, P < 0.05$),治疗组优于对照组。

3 两组治疗前后肺功能变化(FEV₁ 和 PEF)比较 治疗前两组独立样本 *t* 检验,均有可比性(FEV₁: $t = 0.40, P > 0.2$, PEF: $t = 0.17, P > 0.2$)。两组治疗后与治疗前比较,差异均有显著性($P < 0.01$)。治疗组优于对照组(FEV₁: $t = 2.38, P < 0.05$; PEF: $t = 2.41, P < 0.05$),见表 1。

讨论 小儿肝常有余,脾常不足。肺为脾之子,脾之不足,一则气血生化无源,肺气亦虚,二则脾虚不运,聚湿生痰而形成痰积。《直指方》云:“气有一息之不通,则血有一息之不行”。哮喘发作之时,痰随气升,气因痰阻,气机郁滞,血因之而瘀,又由于痰瘀互生,痰阻经脉,血行不畅,加重了血瘀,瘀阻于肺,水津不布而

表 1 两组治疗前后肺功能变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FEV ₁ (L)	PEF(L/s)
治疗	42 治前	1.06 ± 0.34	2.20 ± 0.80
	治后	1.28 ± 0.42*	2.67 ± 0.98*
	差值	0.22 ± 0.08 [△]	0.47 ± 0.18 [△]
对照	42 治前	1.09 ± 0.35	2.17 ± 0.83
	治后	1.26 ± 0.45*	2.54 ± 1.11*
	差值	0.17 ± 0.11	0.37 ± 0.20

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组差值比较,[△] $P < 0.05$ 成痰,加重了痰积。形成了气虚、血瘀、痰积的病机。气虚为哮喘之发病与哮喘之发作的病理基础。血瘀、痰积为哮喘发作的主要病理表现。

鉴于以上病因病机,我们认为哮喘发作应采用中西医结合治疗,在西药抗炎解痉平喘抗感染的基础上,根据中医急则治其标的理论,在哮喘发作期重在活血化瘀、理气除痰,佐以益气。中药“止哮汤”为名老中医王烈教授的经验方“小儿止哮汤”中去侧柏叶加鱼腥草、黄芪而成,方中地龙、露蜂房攻瘀散血,刘寄奴、射干破瘀祛瘀,川芎理气活血。苏子、僵蚕化痰除积。又由于小儿肝常有余,脾常不足,脾不足则易生湿,聚湿而成痰,肝常余则痰多从热化,故方中黄芩、鱼腥草、白鲜皮清热祛湿而达到清除痰积之目的。佐以黄芪补益肺气,标本兼顾。诸药配合共奏畅旺血行、消散瘀滞、消除痰积、补益肺气之效,从而消除血瘀气壅痰阻气虚的病理改变。瘀去痰清,则肺得宣降,肺虚得补,则能主治节,哮喘各症自平。

现代医学对小儿哮喘急性发作,治疗上一般用抗炎、抗敏、抗痉挛等方法。而本方所用药物,鱼腥草、白鲜皮、黄芩具抗感染及脱敏作用,地龙、露蜂房等能缓解气管痉挛。苏子、僵蚕等能缓解哮喘发作时气喘痰壅;黄芪能提高机体免疫功能,增强气道黏膜的抗感染能力。活血化瘀药物可不同程度改善心肺功能,消除肺部炎症,减轻肺部水肿和渗出,因而加快了症状的缓解。在西药治疗的基础上,加用中药治疗,起到了协同的作用,从而提高哮喘的临床疗效。

(收稿:2004-07-21 修回:2004-08-30)

泽桂癸爽胶囊联合盐酸坦索罗辛 治疗前列腺增生症 27 例

贵阳中医学院第二附属医院(贵阳 550003)

王波 来卫东

贵州省息峰县人民医院 余文才

2003 年 1 月—2004 年 5 月,我们采用泽桂癸爽胶囊联合高选择性的 α₁A 受体阻滞剂盐酸坦索罗辛治疗 27 例有症状的前列腺增生(BPH)患者,对其疗效进行评估,现报告如下。

资料与方法

1 一般资料 27 例患者, 主诉均有下尿路症状, 依据尿动力学检查排除非梗阻性逼尿肌损害和非梗阻性逼尿肌不稳定患者, 参考《现代前列腺病学》(顾方六主编. 北京: 人民军医出版社, 2002: 89—144) 有关 BPH 的诊断标准, 确诊为 BPH, 年龄 54~87 岁, 平均(67.0±7.1)岁; 病程 1~19 年, 平均(8.7±2.4)年。所有患者在治疗前 1 个月均未进行(药物及物理)治疗, 27 例患者治疗前均行国际前列腺症状评分(IPSS)(WHO 推荐的美国泌尿协会制定的症状评估法)及前列腺体积(Pvol)检查, 并检测剩余尿量(Ru)、最大尿流率(MFR)。

2 治疗方法 泽桂癭爽胶囊(主要组成泽兰、皂角刺、肉桂等, 每粒 0.44g, 由连云港正大天晴制药有限公司生产)2 粒口服, 每日 3 次, 连服 1 个月。盐酸坦索罗辛缓释胶囊(哈乐, 每粒 0.2mg, 由日本山之内制药有限公司生产)1 粒口服, 每晚 1 次, 连服 1 个月。治疗期间停服其他治疗 BPH 药物和可能影响排尿的药物。

3 观察项目和检测方法 27 例患者临床治疗 1 个月后采用前述 IPSS 标准评定患者的症状积分; 采用经腹 B 超测定 Pvol 及 Ru; 采用尿流率计测定患者的 MFR。

4 统计学方法 采用 *t* 检验。

结果

1 治疗前后 IPSS、Pvol、Ru 及 MFR 的变化比较见表 1。治疗前后 IPSS 的变化比较差异有显著性($t=3.12, P<0.01$), 平均降低 58.78%; 治疗前后前列腺体积缩小不明显($P>0.05$); Ru 较治疗前明显减少($t=4.19, P<0.01$), 平均减少 69.98%; MFR 较治疗前有明显增加($t=2.91, P<0.01$), 平均提高

40.52%。

表 1 27 例 BPH 患者治疗前后 IPSS、Pvol、Ru 及 MFR 变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	IPSS(分)	Pvol(ml)	Ru(ml)	MFR(ml/s)
治疗前	22.61±7.14	45.7±6.8	47.53±8.71	9.1±2.6
治疗后	9.32±4.31*	41.9±7.4	14.27±6.57*	15.3±4.7*

注: 与治疗前比较, * $P<0.01$

2 不良反应 在本次临床观察病例中未发现明显不良反应。

讨论 BPH 所致的膀胱出口的梗阻, 主要是由两部分因素组成。一是机械性梗阻, 即增生的前列腺组织对尿道施加的机械阻力; 二是动力性梗阻, 它产生于前列腺基质、前列腺包膜及膀胱颈部平滑肌的张力。因而 BPH 的治疗目的是减轻或解除梗阻, 以缓解临床症状。现代医学研究证明, 前列腺的增生是内分泌功能减退、失调所致。中医学认为, 增生的前列腺组织与血瘀有关。因而采取攻补兼施的治法是中医治疗 BPH 的特点。泽桂癭爽胶囊中的肉桂温肾阳化气行水, 泽兰祛瘀散结兼有利水的作用, 皂角刺活血化痰消癥散结。现代药理学研究证实泽桂癭爽胶囊能抑制丙酸睾酮所致家兔和大、小鼠的前列腺增生, 缩小前列腺体积, 减少残余尿量, 减轻上皮细胞增生。

现代医学研究证明, 前列腺平滑肌组织中 α_1 受体以 α_1A 亚型为主。当交感神经兴奋时, 前列腺尿道部的平滑肌收缩, 尿道压升高, 加大尿流阻力, 造成膀胱出口的动力性梗阻。哈乐是高选择性的 α_1A 受体阻滞剂, 通过减少前列腺尿道部平滑肌的张力, 缓解排尿困难等症状, 由于哈乐的高选择性, 它最大限度地减少了 α_1 受体阻滞剂在心血管等方面的副反应。

(收稿: 2004-07-12 修回: 2004-09-08)

第四届全国口腔中西医结合学术会议纪要

由中华口腔医学会批准, 口腔中西医结合学组主办, 温州医学院口腔医学院承办的第四届全国口腔中西医结合学术会议于 2004 年 5 月 28—30 日在浙江省温州市召开。

来自全国各地与会代表 60 余人, 并特邀 5 位日本齿科东洋医学学会学者参加。本次会议收到论文 100 余篇, 其中大会交流论文 30 余篇, 大会特邀徐治鸿教授作“口腔中西医结合的目前状况与今后展望”; 周曾同教授作“口腔黏膜癌前病变的中药实验研究”; 日本齿科东洋医学学会会长冈村兴一博士作“日本齿科的东洋医学”的专题发言。另外还邀请于世风教授作“口腔黏膜病的免疫病理研究”; 徐岩英教授作“口腔念珠菌的现状与展望”, 华红副教授作“舍格伦综合征国内外研究现状”的专题发言。会议论文及专题报告涵盖了口腔内科、口腔外科、口腔修复、正畸等临床学科, 内容涉及口腔黏膜病、牙周疾病、颌面部炎症、颌面神经疾病、涎腺疾病等诸多疾病的临床研究及实验研究, 并对一些中药的方剂及其有效成分如五倍子、绿茶、苦参、槐油烯等进行了基础研究, 会议展示了近年来口腔中西医结合研究的成就和进展。

与会代表一致认为, 虽然口腔中西医结合工作面临种种困难, 但中西医结合方向必须坚持。实践证明, 中西医结合治疗口腔黏膜病具有某些西医不可替代的优势, 而且得到国内外学者的重视和肯定, 我们有责任将口腔中西医结合事业发扬光大, 不断开拓创新, 做出新的贡献。

(徐治鸿)