

临

床

报

道

激光加中药治疗尖锐湿疣 41 例

大连大学医学院附属医院(116021)

于 静

我们于 2001 年 5 月~2002 年 11 月,对 41 例尖锐湿疣患者用激光加中药治疗并与单用激光治疗机治疗 41 例作对照,现报告如下。

1 临床资料

82 例均为门诊患者,年龄 18~58 岁。病程半个月~1 年,平均 4.5 个月。皮损典型,醋酸白试验为阳性。所有患者 1 个月内未接受过免疫治疗。将 82 例按数字表法分成 A、B 两组。A 组:已婚 20 例,未婚 21 例。合并淋病者 3 例,滴虫性阴道炎 4 例,霉菌性阴道炎 2 例,3 者共占 21.95%,有不洁性交史者 27 例,占 65.9%。B 组:已婚 18 例,未婚 23 例,合并淋病者 5 例,滴虫性阴道炎 2 例,霉菌性阴道炎 4 例,3 者共占 26.8%。有不洁性交史者占 50%。病变形态:早期为针尖大或粟粒大红色粒疹逐渐增大融合成乳头状、菜花状或鸡冠状。大者 2cm×2cm×1.5cm,表面粉红色或污秽色,湿润,性质柔软,脆,易出血,有的呈糜烂状。

2 治疗方法

应用长春中吉光电公司生产的多功能二氧化碳激光机,激光波长 10.6μm。(1)手术方法:患者取膀胱截石位,常规消毒病变部位,2%的利多卡因局部浸润麻醉,用聚焦法将光斑对准疣体,距病变约 1cm 处做点状扫描或切割,自外缘始由浅入深,使病变迅速气化。(2)术后处理:A 组用消毒干纱布覆盖创面,次日始用中药熏洗,每日 2 次,每次 15 分钟,然后撒布青黛粉,共 4 日。中药方剂:金银花、白花蛇舌草、黄柏、板蓝根各 30g,苦参 20g 加水 2000ml,煎至 1500ml。B 组单用激光治疗,未做处理。所有患者每周复诊 1 次,随访 3 个月,观察疗效及复发情况。

3 治疗结果

疗效判定标准:治愈:疣体全部消退,随访 3 个月无复发。复发:治疗部位及其临近部位的新发损害或醋酸白试验阳性均视为复发。以此标准判断,A 组治愈 38 例(92.7%),B 组治愈 28 例(68.3%)。复发率 A 组 31.7%,B 组 7.3%。经统计学处理差异有显著性($P<0.01$)。

4 讨论

以往人们单纯采用激光、冷冻、药物腐蚀等方式去除尖锐湿疣疣体,其复发率高。我们采用 CO₂ 激光加中药熏洗外敷治疗,使组织凝结、烧灼、炭化或气化去除疣体,抑制皮损处残留病毒的增殖,复发率明显降低。中医学理论认为,本病系湿毒之

邪所侵。湿毒下犯阴器,湿阻日久生热,湿热凝聚肌肤而生疣。以清热除湿、行气、活血、软坚解毒、杀虫导滞中药液局部熏洗外敷,抑制人乳头瘤病毒(HPV)的亚临床感染,因为亚临床感染是复发的基础。从而抑制尖锐湿疣的复发。

人乳头瘤病毒感染日益受到重视。被认为是宫颈癌的主要原因之一。宫颈癌的发生被认为与高危型人乳头瘤病毒的感染有关。有学者认为,各型 HPV 均可引起良性上皮增生,而有一些与恶性肿瘤有关。故抑制 HPV 的亚临床感染又可防止癌变。笔者认为,中药加激光联合治疗尖锐湿疣值得临床推广,及早彻底清除 HPV 感染对预防宫颈癌发生有重要意义。

少腹逐瘀汤配合针灸治疗痛经 65 例

广州市中医医院妇科(510130)

张晓华 方如丹

痛经一症是妇科常见病,临床上常以止痛对症处理为主,存在治标不治本、经行复发的弊病,严重影响妇女的工作和生活。我科自 2002 年 4 月~2003 年 6 月采用少腹逐瘀汤口服配合针灸特定穴位治疗原发性痛经 65 例,并以临床上常用的消炎痛口服作对比,现将结果报告如下。

1 临床资料

130 例痛经患者均为我院门诊及急诊病例,年龄 13~38 岁,病程 3 个月~12 年,疼痛持续时间 12 小时~8 天,轻度痛经 42 例,中度 49 例,重度 39 例。并经中医辨证为寒凝血瘀证为主,或夹杂有气血亏虚、肝肾不足之证。排除标准:(1)130 例均经妇科检查及 B 超检查排除了子宫内异症、盆腔炎、子宫肿瘤及内生殖器异常等器质性病变;(2)妊娠期妇女;(3)合并心血管、肝、肾和造血系统严重原发疾病、精神病患者;(4)不按规定治疗,无法判断疗效者。按计算器数字随机分为治疗组 65 例,对照组 65 例。

2 治疗方法

治疗组:(1)口服少腹逐瘀汤(由当归 15g,赤芍 15g,川芎 6g,没药 9g,延胡索 9g,五灵脂 9g,生蒲黄 9g,小茴香 3g,干姜 6g,肉桂 3g 等组成),呕吐剧加砂仁 5g,吴茱萸 6g;乳房、双胁胀痛加川楝子 9g,香附 12g;经水难下加益母草 15g;腰痛甚加杜仲 10g,续断 10g,去没药避免攻逐过度伤正。每日 1 剂,经前 3 天开始服,连服 7 天,连续服用 3 个月经周期。(2)针灸治疗:穴位处方:气海、中极、足三里(双)、三阴交(双)、子宫穴。操作:经常规消毒,用 26 号 2 寸毫针在上述穴位进针约 1 寸左右,行平补平泻手法,出现针感后,将艾绒搓成团,裹于针柄上点燃,灸 3~5 壮(约 30 分钟)后出针,经前 3 天开始治疗,每日 1 次,7

天为 1 个疗程,连续针灸 3 个月经周期。对照组:以消炎痛片口服,每次 25mg,每天 3 次,饭后半小时服,经前 3 天开始服,连服 7 天,连续 3 个月经周期。两组均停药后观察 3 个月经周期,然后统计疗效。

3 治疗结果

3.1 治疗标准:参考国家中医药管理局《中医内外科病证诊断疗效标准》拟定如下标准。痊愈:疼痛消失,停药后经连续 3 个月经周期未复发者;好转:连续 3 次疼痛减轻者;无效:疼痛未见改善。

3.2 两组临床疗效比较:治疗组 65 例,痊愈 30 例,好转 32 例,无效 3 例,总有效率为 95.38%;对照组 65 例,痊愈 25 例,好转 30 例,无效 10 例,总有效率为 84.62%。两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

3.3 两组治疗前后子宫动脉血流 PI、RI 变化比较:治疗组 RI 值治疗前后分别为 0.72 ± 0.09 、 0.82 ± 0.08 ,PI 值分别为 1.54 ± 0.31 、 1.21 ± 0.30 ,治疗前后比较差异均有显著性($P < 0.05$)。对照组 RI 值治疗前后分别为 0.70 ± 0.07 、 0.71 ± 0.06 ,PI 值分别为 1.56 ± 0.33 、 1.55 ± 0.25 ,治疗前后比较差异无显著性($P > 0.05$)。

4 讨论

少腹逐瘀汤原载清代王清任《医林改错》一书。析其方义,方以当归、赤芍、川芎为主药,取其活血祛瘀、养血调经之功,辅以五灵脂、生蒲黄(失笑散)、延胡索、没药,其中五灵脂、蒲黄通利血脉、祛瘀止痛,进而可推陈致新,没药散结气、通血滞、消肿定痛、祛腐生肌,延胡索为气中血药,善行活血,气行则血行,通则不痛,为止痛良药。四药相配,共奏散结定痛、祛瘀生新之功,而佐以肉桂、干姜、小茴香,辛热善行、温经散寒、振奋脾胃阳气,通达中下二焦,鼓舞气血运行。实验结果表明,少腹逐瘀汤能使患者全血粘度、血浆粘度、血浆纤维蛋白原测定值都较治疗前明显下降,与治疗前比较,差异有显著性($P < 0.01$),说明本方有明显改变血液流变学作用。因痛经与冲任、肾等经脉有关,病机为气血运行不畅,故取气海、中极调理冲任、补益精血的作用;三阴交为足太阴脾经腧穴,又为足三阴经交会穴,具有补肾理气、活血化瘀之效;足三里是多气多血足阳明胃经之经穴,具有补益气血、调理经气之功;子宫穴为痛经的病位穴。针刺能疏通经脉、行气活血,艾灸能温散寒邪、活血祛瘀、祛风止痛,采用温针灸法,可以达到温经通络、活血祛瘀、调理冲任、补肾与防病保健的作用。

解痉抑激汤治疗肠易激综合征 50 例

河北省沧州市人民医院(061000)

薄元恺 张金宝

我们结合现代医学对肠易激综合征(IBS)的病因病机进行研究,运用辨病辨证相结合的方法,自拟解痉抑激汤治疗 IBS 疗效理想,现将临床初步观察结果报告如下。

1 临床资料

入选病例为 2002 年 8 月~2003 年 8 月在我院门诊就诊的 IBS 患者 92 例。所有患者严格按照罗马 I 标准进行诊断,均行

血常规、尿常规、便常规、便培养、血生化、腹部 B 超、结肠镜检查或钡剂灌肠检查以除外器质性病变。患者随机分为治疗组和对照组。治疗组 50 例,男性 20 例,女性 30 例,年龄 20~72 岁,平均 38.8 ± 1.65 岁,病程 1.5~21 年,平均病程 4.8 ± 1.52 年,其中腹泻型 38 例,便秘型 8 例,交替型 4 例。对照组 42 例,男性 18 例,女性 24 例,年龄 19~68 岁,平均 41.3 ± 1.7 岁,病程 2~15 年,平均病程 4.6 ± 1.48 年,其中腹泻型 34 例,便秘型 6 例,交替型 2 例。两组在年龄、性别、病程、病情方面比较差异无显著性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

治疗组用解痉抑激汤加减,主方由炒乌梅、炒白芍、白术、炙甘草、柴胡、枳壳、陈皮、木香、防风、延胡索组成。腹泻型加茯苓、薏苡仁;便秘型加麻仁、槟榔。每日 1 剂,水煎取汁约 300ml,分早晚 2 次服用。对照组口服舒丽启能(天津田边制药有限公司),每次 200mg,每日 3 次,温开水送服。在观察期间,停用影响胃肠功能的其他药物,避免刺激性饮食,均以 2 周为 1 个疗程,每周复诊 1 次,记录病情变化。根据临床经验治疗 1 个疗程后疗效基本稳定,治疗 2 个疗程疗效更巩固,无效病例多不能治疗第 2 疗程,所以主要观察研究治疗 1 个疗程的近期疗效和有效者治疗 2 个疗程随访后 28 天的远期疗效,将治疗 1 个疗程后无效病例定为近期无效病例,将随访无效病例和治疗 1 个疗程无效病例合计为远期无效病例。

3 治疗结果

3.1 症状判定标准:参照上海中医药大学附属龙华医院等制定的评分标准,对腹痛、腹胀、大便频率、大便形状、排便异常等症状按严重程度评分。0 分:无症状;1 分:偶有症状,或每天出现症状 1~2 次,症状轻微;2 分:每天出现症状 3~5 次,症状较重,但尚能忍受;3 分:每天出现症状 5 次以上,症状严重,难以忍受,影响正常活动或必须服药。

3.2 疗效判定标准:疗效指数=(治疗前症状积分和-治疗后症状积分和)/治疗前症状积分和 $\times 100\%$ 。临床治愈:疗效指数 $\geq 90\%$;显效:疗效指数 $\geq 60\%$ 而 $< 90\%$;有效:疗效指数 $\geq 30\%$ 而 $< 60\%$;无效:疗效指数 $< 30\%$ 。

3.3 治疗后 14 天疗效比较:治疗组 50 例,临床治愈 29 例,显效 12 例,有效 7 例,无效 2 例,有效率 96%;对照组治疗 42 例,临床治愈 11 例,显效 18 例,有效 8 例,无效 5 例,有效率 88.1%。两组疗效比较,差异有显著性($P < 0.01$)。

3.4 治疗组治疗后 14 天与随访后 28 天疗效比较:随访后 28 天临床治愈 25 例,显效 13 例,有效 7 例,有效率 90%,降为无效 3 例,加前无效 2 例,治疗无效患者合计 5 例(10%),与治疗 14 天比较,经 *Ridit* 检验,差异无显著性($P > 0.05$)。

3.5 治疗组腹泻型和便秘型疗效比较:治疗后 14 天,腹泻型 38 例,临床治愈 22 例,显效 9 例,有效 5 例,无效 2 例,总有效率 94.7%;便秘型 8 例,临床治愈 4 例,显效 2 例,有效 1 例,无效 1 例,总有效率 87.5%。

3.6 不良反应:在服药 1 周内,治疗组患者出现腹痛加重 3 例、腹胀加重 5 例,多在服药后 1~2 小时发生,时间短暂,频度低,随着继续服药后症状减轻,未见其它不良反应。