

予全生白术散健脾利水,五苓散温阳化气,通利膀胱。此时患者已有生化妊娠,桂枝汤本应慎用,但此时非桂枝无以助膀胱气化,故用桂枝 6g 温阳化气,泽泻、茯苓、通草、车前子利水,大腹皮、陈皮除胀行水,白术健脾,生姜皮温阳消肿。药后小便通利,尿量恢复正常,未再治疗。直至 10 天后出现胎动不安,方来求治。此时小便虽利,但脾虚未复,故腹水未消,且又出现肾虚冲任不固,予安奠二天汤补益脾肾,固冲安胎,并重用黄芪益气健脾利水,阿胶养血止血,陈皮、砂仁和胃醒脾,茯苓利水,后又加入香附疏肝理气,并停用西药,治疗得当,取得满意疗效。

宁泌泰治疗泌尿系多重耐药菌感染 29 例

湖南省岳阳市第一人民医院(414000)

张国富 袁正泉 张 馥 范星球

2002 年 10 月~2003 年 6 月对我院泌尿系多重耐药菌感染患者 56 例随机分组,将宁泌泰与抗生素治疗本病进行临床观察比较,现报告如下。

1 临床资料

本组 56 例,男 11 例,女 12 例,年龄 14~76 岁,平均 38 岁。全部病例均有不同程度的泌尿、生殖系统感染症状,实验室检查阳性结果及细菌学诊断(尿或前列腺液培养加药敏试验)显示为多重耐药菌感染。其中临床诊断为细菌性前列腺炎 37 例,膀胱、尿道炎 10 例,肾盂肾炎 3 例,下尿路感染合并附睾炎 4 例,复杂性下尿路感染 2 例。全部病例在我院门诊就医前均使用过多种抗生素治疗。

2 治疗方法

采用多中心、开放、对照临床研究。患者入选后随机分为两组。治疗组:给予贵阳新天药业有限责任公司生产的宁泌泰胶囊,每粒 0.38g,每次 1 粒,每天 3 次,2~4 周。对照组:根据细菌培养加药敏试验结果选用 2 种敏感抗生素,2~3 周。并同时

3 治疗结果

3.1 疗效判断标准:按 1993 年卫生部颁发的《抗菌药物临床研究指导原则》,进行 4 级评定。痊愈:临床症状、体征、实验室及病原菌检查均恢复正常。显效:病情明显好转,但上述 4 项中有 1 项未完全恢复正常。进步:有所好转。无效:用药 72 小时后病情无明显进步或有所加重。痊愈加显效为有效。

3.2 细菌学疗效判断标准:按消除、假定消除、未消除及再感染 4 级评定。消除:停药后 3 天所取标本未发现原有致病菌。假定消除:治疗前分离到病原菌,治疗后患者症状明显改善或消失,但未能再次采集到微生物标本作细菌培养。未消除:治疗后病原菌持续存在。再感染:治疗后分离到新的致病菌,并有临床症状,需要继续治疗。

3.3 两组疗效比较:治疗组 29 例,痊愈 11 例,显效 6 例,进步 6 例,无效 6 例;对照组 27 例,痊愈 14 例,显效 7 例,进步 3 例,无效 3 例。治疗组与对照组有效率分别为 58.62%(17/29),77.78%(21/27)。两组间差异无显著性($P>0.05$)。

3.4 两组细菌清除率比较:治疗组与对照组细菌清除率(含假定清除率)分别为 71.43%(20/28)和 67.86%(19/28)。两组间差异无显著性($P>0.05$)。再感染率治疗组和对照组分别为 0(0/28),14.29%(4/28)。

3.5 两组毒、副反应及费用比较:治疗组应用宁泌泰胶囊口服 2 周后有 1 例出现上腹不适、轻度恶心,对照组应用相应抗生素后有 3 例出现不同程度的胃肠道反应,2 例肝功能损害。另有 4 例再感染。治疗组 2~4 周费用为 173~374 元,人均费用为 267 元。对照组为 126~1862 元,人均费用为 1253 元。

4 讨论

宁泌泰组方中,四季红(头花蓼)、连翘、三颗针和芙蓉叶均有清热解毒、消肿散结、泻火解毒功能。现代药理研究发现,上述药物具有较强的抑制金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、变形杆菌等细菌的抗菌活性。同时连翘和三颗针有一定的抗病毒作用。因此,上述药物合用有较强的广谱抗微生物作用。白茅根在发挥抗炎作用的同时,能降低血管通透性。仙鹤草含少量维生素,促进凝血,增加血小板。三棵针在抗炎的同时松弛平滑肌。因此,宁泌泰在治疗泌尿、生殖系统多种病原体感染的同时,能减轻或消除血尿、尿频、尿急等症状。

中西医结合治疗分泌性中耳炎 98 例

河南省周口市中医院(466000)

王 晓 燕

近年来我科采用中西医结合治疗分泌性中耳炎 98 例,取得较为满意的疗效。现报告如下。

1 临床资料

患者均为门诊病例,98 例(排除鼻及鼻咽部新生物、萎缩性鼻炎及小儿腺样体肥大患者)中,单耳 58 例,双耳发病 40 例,共 138 耳。男 52 例,女 46 例,年龄 6~75 岁,平均 36 岁;病程 1 周~2 年,平均 35 天。主要症状:成人均述有不同程度的耳闷、堵塞感、自声增强、听力下降、时有耳鸣。较小儿多因其父母发现其反应迟钝来诊。局部检查:鼓膜早期多呈淡红色,多内陷,失去光泽,活动度差。经鼓膜切开,吸出淡黄色液体者 110 耳,白粘稠分泌物者 20 耳,呈胶冻样分泌物者 8 耳。纯音听阈测试(丹麦产 AD-226 听力计)为传导性聋。听力曲线平坦型 70 例、高频听力损害 28 例。声阻抗测试(丹麦产 AZ-26 型)曲线:B 形曲线 86 耳,C 型曲线 52 耳。上述全部病例均诊断明确,符合《耳鼻喉科诊断学》中的诊断标准。

2 治疗方法

布南氏液行鼓膜表面麻醉 5 分钟,75% 的酒精消毒外耳道,于鼓膜紧张部前下象限行鼓膜切开后,用吸引器吸出鼓室积液,从切口处,用一细导管向鼓室内导入低流量纯氧 10~15 分钟。每周 1 次。口服我院制药厂自制中成药利湿通窍丸(由连翘、牛蒡子、紫花地丁、柴胡、木通、路路通、细辛、石菖蒲等组成)每次 6g,每天 3 次。1 个月为 1 个疗程。同时配合 1% 呋麻液滴鼻,每日 3 次。酌情使用抗生素。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:治愈:耳鸣、耳闷胀感消失,鼓膜颜色恢复正

常,活动度好,纯音测试平均阈值 $\leq 20\text{dBHL}$ 。随访1年无复发者。阻抗检查:鼓室曲线为A型。好转:耳鸣、耳闷胀感明显减轻,鼓膜颜色接近正常,活动度改善,但仍有少量积液或负压,或1年内有复发者,或听力损害超过 20dBHL 。无效:症状和体征同治疗前比较无明显改善。

3.2 结果:138耳中,痊愈103耳,好转27耳,无效8耳,有效率为94%。全部病例均随访1年以上。

4 讨论

中医文献中无本病病名,一般都归类于耳胀、耳闭和耳聋中。认为本病系因感受风邪,挟寒挟热挟湿,循经上犯结于耳窍,以致耳窍经气痞塞不宣。鉴此,治疗上行鼓膜切开,用吸器抽出鼓室积液,导入氧气以改善中耳腔气压及提高氧含量,同时符合咽鼓管的生理引流方向,可有助于恢复咽鼓管粘膜皱襞单向活瓣作用和纤毛上皮的功能。配以中药连翘、牛蒡子、紫花地丁、柴胡、木通、路路通、细辛、石菖蒲等共奏行气活血,清热利湿通窍之功。

活血化痰汤治疗肺血栓栓塞症24例

山东省单县中心医院呼吸科(274300)

谢孔缓

肺血栓栓塞症(PTE)是呼吸科常见病之一,病情重,预后差,临床上目前缺少成熟的诊治常规。笔者自2001年6月~2003年6月在西医综合治疗基础上,配合自拟活血化痰汤治疗PTE24例,并与单纯西药治疗24例作对照,疗效显著,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:选择中医辨证为痰浊壅肺、瘀血阻络型非大面积PTE48例,随机分为治疗组和对照组。治疗组24例,男17例,女7例。年龄41~74岁,平均 54.7 ± 7.2 岁。病程6小时~7天,平均 3.5 ± 0.6 天。合并有下肢静脉血栓16例,慢性阻塞性肺气肿13例,Ⅰ型呼吸衰竭13例,Ⅱ型呼吸衰竭2例。对照组24例,男18例,女6例。年龄42~75岁,平均 55.3 ± 7.1 岁。病程6小时~7.3天,平均 3.4 ± 0.7 天。合并下肢静脉血栓15例,慢性阻塞性肺气肿14例,Ⅰ型呼吸衰竭12例,Ⅱ型呼吸衰竭3例。两组在性别、年龄、病程、原发病等方面经统计学分析差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准:参照中华医学会呼吸病学分会制定的《PTE诊断与治疗指南(草案)》。以呼吸困难或气短、紫绀、胸痛、咯血、双下肢不对称肿胀为主症,肺CT或肺MRI单叶或双叶低密度充盈缺损。大面积PTE或资料不全影响疗效判定者不纳入观察之列,排除肺炎、液气胸、肺部肿瘤等肺部疾病。

1.3 辨证依据:(1)咳嗽咳痰、色白量多、憋闷喘促、不耐劳累。(2)胸痛气短、唇指(趾)青紫;(3)舌质暗红或兼瘀斑瘀点,舌下静脉迂曲紫暗,苔白或腻,脉沉细。(4)有慢性阻塞性肺气肿或双下肢不对称肿胀病史。符合上述条件即辨证为痰浊壅肺、瘀血阻络。

2 治疗方法

两组均进行低流量持续吸氧,保持呼吸道通畅,呼吸衰竭

者予以无创呼吸机通气。常规抗感染,抗凝或溶栓以及解痉平喘治疗,应用抗生素、肝素或尿激酶、喘定、沐舒坦等。治疗组在此基础上加用活血化痰汤:当归10g,川芎12g,赤芍18g,丹参30g,红花10g,地龙10g,半夏10g,浙贝母9g(捣碎),葶苈子9g,瓜蒌18g,黄芩10g,紫苏子10g。发热者加金银花24g,黄芩12g;胸痛者加延胡索15g;咯血者加三七6g,白及12g;气虚者加黄芪30g,党参15g。水煎服,每日1剂,7天为1个疗程,连续治疗3个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效判定:显效:动脉血氧分压升高 $>20\%$,症状体征积分下降 $>2/3$ 。有效:动脉血氧分压升高 $>10\%$ 以上,而 $<20\%$,症状体征积分下降 $1/3\sim 2/3$ 。无效:动脉血氧分压升高 $<10\%$ 以下,症状体征积分 $<1/3$,或病情恶化死亡。

3.2 两组临床疗效比较:治疗组:显效13例,有效8例,无效3例,总有效率87.50%。对照组:显效11例,有效7例,无效6例,总有效率75.00%。两组总疗效比较治疗组优于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后血气分析、血液流变学指标变化比较:治疗组治疗前后 PaO_2 值分别为 $6.46\pm 1.12\text{kPa}$ 、 $9.69\pm 1.11\text{kPa}$,对照组分别为 $6.43\pm 1.14\text{kPa}$ 、 $8.71\pm 1.19\text{kPa}$;治疗组治疗前后 PaCO_2 值分别为 $9.23\pm 1.48\text{kPa}$ 、 $5.61\pm 1.43\text{kPa}$,对照组分别为 $8.98\pm 1.49\text{kPa}$ 、 $6.65\pm 2.23\text{kPa}$ 。两组治疗前后比较差异有显著性($P<0.01$),治疗后组间比较差异亦有显著性,治疗组优于对照组($P<0.05$)。两组血浆比粘度、全血比粘度治疗前后比较差异均有显著性($P<0.01$),治疗后组间比较差异亦有显著性($P<0.05$),治疗组为优(资料略)。

4 讨论

PTE多为来自静脉系统或右心的血栓阻塞肺动脉或分支所致疾病,任何可以导致静脉血液瘀滞、静脉系统内皮损伤和血液高凝状态的因素均可诱发或加重PTE。本病多属中医“肺胀”范畴,由于长期慢性咳嗽气逆,致使肺失宣降,津液不得宣布聚积成痰,客居于肺和下肢劳力过度,筋脉损伤,瘀血停滞,气血运行不畅,复因外邪引动,痰瘀互结,阻遏肺脉而发病。

本方用宣肺化痰,活血通络的组方原则。活血化痰汤方中半夏燥湿化痰、消痰止血。浙贝母化痰止咳、清热散结。瓜蒌利气宽胸、润肺化痰。葶苈子泻肺平喘、利水消肿。苏子降气消痰、止咳平喘。赤芍清热凉血、活血散结。川芎活血化痰、行气导滞。丹参活血祛瘀、活血消痈。当归活血补血止痛。红花活血祛瘀通经。地龙通络平喘。诸药合用共奏活血化痰、宣肺除痹之功。

现代药理研究证实,半夏、瓜蒌、浙贝母等化痰之品可降低全血粘度,抑制细胞聚集,改善红细胞变形功能,以及抗脂质过氧化,提高抗氧化酶活性。丹参、赤芍等活血之品可扩张血管,改善血液粘稠度,抑制血栓烷 A_2 合成酶的活性,减少 TXA_2 ,从而达到改善肺循环的作用。研究表明,本方具有改善血液粘度、纠正肺动脉高压、增加肺循环、促进肺功能恢复的作用。临床研究显示,本方不仅有效改善临床症状、体征,且能干预血液流变学及血气分析指标变化。临床总有效率为87.50%,明显优于对照组,且无明显不良反应,值得临床推广应用。