

云：“痛风者，大率因血热已沸腾，其后涉冷水或立湿地，……热血得寒，汗浊凝滞，所以作痛。”方中以四妙散为主加味，以薏苡仁、泽泻、草薢淡渗利湿，苍术燥湿健脾，黄柏、牛膝、防己祛湿泄浊，车前子、猪苓化湿利尿排毒，忍冬藤、蒲公英、紫花地丁、土茯苓清热解毒，当归、川芎、红花活血化瘀，地龙清热利尿，栀子泻火解毒。延胡索理气止痛，穿山甲活血通络止痛，服延胡索、穿山甲粉更有利于药物成分的吸收，提高止痛疗效。黄柏入肾经，燥骨间之湿，系治痿之要药。牛膝、防己引血下行而利关节，据现代药理研究证明，土茯苓、草薢有降低血尿酸的作用，黄柏、土茯苓能增加尿量，促进尿酸排泄，可迅速减轻痛风性关节炎患者之症状。

利胆活血方对梗阻性黄疸术后患者细胞因子的影响

江苏省中医院(210029)

孙海舰 指导:朱永康

自2007年5月~2008年2月,我们将利胆活血方应用于梗阻性黄疸患者术后的早期治疗,观察该方对梗阻性黄疸术后细胞因子的影响,现报告如下。

1 临床资料

收集江苏省中医院普外科2007年5月~2008年2月收治的梗阻性黄疸患者16例,病种均为胆囊结石、胆总管结石。将观察病例根据手术时间先后随机分为试验组和对照组,其中试验组8例,对照组8例;男性患者7例、女性患者9例,年龄35~80岁,平均61.88岁,各组的年龄、性别经统计学分析差异无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

15例结石梗阻患者手术方式均为胆囊切除加胆总管切开取石加T管引流术或胆总管切开取石加T管引流术,1例梗阻性黄疸患者手术方式为EST加网篮取石术。两组术后均予常规抗感染、护肝、抑酸、支持等治疗。试验组在常规治疗方案的基础上自术后第3天起至术后第7天予自拟利胆活血方,每日1剂口服,方剂组成:茵陈10g,栀子10g,制大黄6g,郁金10g,丹参10g,赤芍10g,虎杖10g,当归10g,黄芪10g,生地黄10g,麦冬10g,水煎至200ml,每日1剂,每日2次(煎剂由江苏省中医院药剂科制备)。

两组观察对象均于术前、术后第1、3、7天空腹抽取外周静脉血观察血浆内皮素(ET)、白介素-2R(IL-2R)、白介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)的变化。ET采用解放军总医院科技开发中心放免所提供的放免试剂盒,用放射免疫法检测。IL-2R、IL-6、TNF- α 采用上海森雄科技实业有限公司的试剂盒,用酶联免疫法(ELISA)检测。

3 疗效观察

3.1 两组血浆ET浓度变化比较

结果发现,试验组ET术后1天升高,术后3天开始下降,术后7天明显低于术后1天水平($P<0.05$),并且低于术前水平。而对照组ET水平术后1天升高,术后3天开始下降,但术后7天仍高于手术前水平,与同组术后1天相比差异无统计学意义。试验组在术后7天ET明显低于对照组水平($P<0.05$),差异有

统计学意义。

3.2 两组血浆IL-2R、IL-6、TNF- α 浓度变化比较

结果发现,试验组IL-2R、IL-6、TNF- α 术后1天升高,术后3天开始下降,术后7天明显低于术后1天水平,并且低于或接近术前水平。而对照组IL-2R、IL-6、TNF- α 水平术后1天升高,术后3天开始下降,但术后7天仍高于手术前水平。试验组在术后7天IL-6明显低于术后1天水平($P<0.05$),差异有统计学意义,其余组内、组间对照无统计学意义($P>0.05$)。

4 讨论

梗阻性黄疸其术后常伴有感染、胃肠道出血、伤口不愈合、肝肾功能衰竭等严重并发症,而原因尚不完全清楚。目前西医围手术期治疗主要包括纠正水电解质及酸碱平衡紊乱、纠正凝血机制障碍、营养支持、控制内毒素血症对机体的影响、使用有效抗生素、保护肝肾功能、给予抑酸剂预防消化道出血等,对于如何抑制梗阻性黄疸时主要炎症细胞因子的释放方面仍处于实验阶段。

利胆活血方以利胆祛湿,活血通腑,佐以益气养阴为治法,茵陈、栀子、制大黄、郁金利胆祛湿以退黄,通过降低血清结合胆红素和总胆红素浓度,恢复肝细胞功能,减轻肝细胞损伤,改善胆红素代谢障碍,从而保护肝功能降低梗阻性黄疸术后并发症率和病死率;制大黄、郁金、丹参、赤芍、虎杖、当归活血祛瘀,能改善微循环,降低血液黏滞度,纠正血液动力学紊乱,从而直接或间接地保护肾脏功能;大黄通腑泻热可发挥其降解内毒素、减少机体吸收内毒素作用,减少肠源性内毒素移位发生,干预炎症细胞因子释放,从而减缓或防止梗阻性黄疸的各种并发症的发生。

鼻敏口服液治疗变应性鼻炎60例

湖北民族学院医学院附属医院(445000)

姜锦林 陈普艳 谭君武 赵晓琴 王当今

变应性鼻炎(AR)又称过敏性鼻炎,是一种发生在鼻黏膜的变态反应性疾病,发病率较高。西药主要使用抗组胺药、类固醇激素等治疗,有一定疗效,但有一定的副作用,且远期疗效不理想。近几年,我们应用鼻敏口服液治疗AR 60例,取得了较好疗效,现将结果报告如下。

1 临床资料

所有病例均来自我院2005年10月~2007年10月中医科门诊及耳鼻咽喉科门诊可随访患者,均符合1997年海口会议制定的《变应性鼻炎诊断标准及疗效评定标准》:有个人过敏病史(部分有家族过敏性疾病史);发作期有典型的症状和体征;变应原皮肤实验有粉尘螨 $\geq$ (++) ;特异性IgE抗体检测粉尘螨阳性;总记分均在6分以上。共观察120例,按就诊顺序随机分为两组。治疗组60例,男32例,女28例;平均年龄(31.56 $\pm$ 10.42)岁;平均病程(1.82 $\pm$ 1.31)年。对照组60例,男31例,女29例;平均年龄(32.34 $\pm$ 9.46)岁;平均病程(1.64 $\pm$ 1.28)年。两组一般资料差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组口服鼻敏口服液(由我院制剂室提供。主要由黄芪、

鹅不食草、炒苍耳子、辛夷、五味子、藿香、甘草、防风等组成), 每次 30ml, 每日 3 次。对照组选用盐酸西替利嗪片, 每次 10mg, 每日 1 次, 温开水送服。两组均以 30 天为 1 个疗程, 疗程结束时检查实验室指标, 进行疗效比较, 并随访有效病例停药 6 个月后的复发情况。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

按 1997 年海口会议制定的《变应性鼻炎诊断标准及疗效评定标准》, 以症状分级计分和体征分级计分来评定疗效。根据治疗前、后症状和体征计分的总和, 改善的百分率按下列公式评定变应性鼻炎的疗效: (治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分 $\times 100\%$; $\geq 51\%$ 为显效, $50\% \sim 21\%$ 为有效, $< 21\%$ 为无效。

3.2 两组治疗前后症状体征积分比较

治疗组治疗前症状体征积分为 (11.62 $\pm$ 1.16) 分, 治疗后为 (5.22 $\pm$ 1.56) 分; 对照组治疗前症状体征积分为 (11.86 $\pm$ 1.47) 分, 治疗后为 (7.68 $\pm$ 1.75) 分; 两组症状体征积分治疗后比较, 经 *t* 检验, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。

3.3 两组疗效比较

治疗组 60 例, 显效 40 例, 有效 14 例, 无效 6 例, 总有效率为 90%; 对照组 60 例, 分别为 27 例、15 例、18 例、70%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.4 两组有效病例停药 6 个月后复发情况

治疗组 54 例中, 复发 8 例, 复发率 14.8%; 对照组 42 例中, 复发 19 例, 复发率 45.2%。两组复发率比较, 差异有显著性 ($P < 0.01$)。

4 讨论

变应性鼻炎属于中医“鼻鼽”范畴, 乃肺、脾、肾三脏虚损, 风、寒、湿邪乘虚外袭, 邪犯鼻窍, 邪正相搏, 津液停聚, 壅塞鼻窍所致, 中医治疗该病主要在于益气固表、调理肺卫或调理脾胃、培土生金。鼻敏口服液中药黄芪大补脾肺之气, 实卫固表, 防风走表祛风并御风寒, 两药同用, 取玉屏风散益气固表之意, 且黄芪有增强免疫之功; 鹅不食草通窍散寒、祛风利湿、散瘀消肿, 研究表明, 鹅不食草能有效的阻断组胺从肥大细胞的释放; 苍耳子、辛夷疏风通窍, 且辛夷能拮抗组胺和乙酰胆碱, 具有良好的抗过敏作用; 五味子收敛肺气; 藿香疏风解表化湿; 甘草调和诸药, 且黄芪、甘草能激发患者肾上腺皮质功能, 而增强抗炎作用, 诸药相伍, 收效甚佳。

中西医结合治疗慢性盆腔炎 45 例

广西壮族自治区桂林市中西医结合医院妇产科 (541004)

余序华 唐锦清 郑 力

慢性盆腔炎是妇科常见病, 该病病程长, 恢复慢, 易反复发, 单纯西药治疗效果不甚满意。我院采用中西药三联法治疗慢性盆腔炎, 疗效显著, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部病例均为 2006 年 5 月 ~ 2008 年 5 月在我院妇科门诊

及住院的慢性盆腔炎患者, 共 90 例, 随机分为治疗组和对照组, 每组 45 例。治疗组: 年龄 20 ~ 48 岁, 平均 (34.7 $\pm$ 8.4) 岁; 病程 3 个月 ~ 11 年, 平均 (3.6 $\pm$ 2.1) 年; 病情轻度 9 例, 中度 28 例, 重度 8 例。对照组: 年龄 19 ~ 47 岁, 平均 (34.3 $\pm$ 9.1) 岁; 病程 3 个月 ~ 10.5 年, 平均 (3.4 $\pm$ 2.2) 年; 病情轻度 8 例, 中度 28 例, 重度 9 例。两组在年龄、病程、病情轻重上差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 西医诊断标准

参照《妇产科学》中慢性盆腔炎的诊断标准: (1) 多有急性盆腔炎病史。(2) 下腹一侧或两侧坠胀, 隐痛或腰骶部酸痛, 常在劳累、经期或性交后加剧。(3) 白带增多。(4) 月经不调。(5) 不孕。(6) 必备体征: 子宫活动受限或粘连固定伴有压痛; 附件区索状增粗或片状增厚或包块, 压痛。(7) B 超可探及输卵管增粗、积液, 或盆腔炎性包块。(8) 腹腔镜检查确定子宫、输卵管粘连病灶或盆腔炎性包块形成。(9) 阴道或子宫颈管分泌物涂片检查或培养可有异常或检出病原体。

1.3 中医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》中的标准并进行症状分级量化: 主症: 下腹疼痛, 腰骶胀痛, 带下量多, 色黄, 气臭。次症: 神疲乏力, 低热起伏, 月经不调, 经行腹痛加重。体征: 子宫活动受限; 子宫压痛; 附件增粗压痛; 附件包块, 压痛; 宫骶韧带增粗, 触痛。各症状及体征均分为轻、中、重, 主症分别计 2, 4, 6 分; 次症计 1, 2, 3 分; 体征计 2, 4, 6 分。病情分度: 综合证候, 体征积分, 以涵盖总分 (72 分) 的比例分级, 轻度 < 24 分, 中度 24 ~ 48 分, 重度 > 48 分。

2 治疗方法

2.1 治疗组

包括中药口服, 中药保留灌肠, 同时西药盆腔注射治疗。(1) 口服清热调血汤加减: 当归 8g, 川芎 6g, 生地黄 9g, 黄连 6g, 香附 15g, 桃仁 8g, 红花 8g, 莪术 8g, 延胡索 15g, 牡丹皮 8g, 败酱草 15g, 红藤 15g, 薏苡仁 15g, 栀子 8g, 黄芪 15g, 白术 15g, 续断 15g。若正值经期, 兼见经量增多, 经期延长者, 上方去当归、川芎、红花, 加槐花 10g, 地榆 10g, 马齿苋 10g。兼腹痛剧者, 加木香 10g, 大腹皮 10g, 每日 1 剂, 水煎分 2 次口服。10 天为 1 个疗程, 连用 3 个疗程。(2) 中药保留灌肠: 黄芪 30g, 川芎 20g, 当归 20g, 赤芍 15g, 三棱 15g, 莪术 15g, 乳香 10g, 没药 10g, 皂角刺 10g, 白花蛇舌草 10g。浓煎至 100ml, 药温在 37℃ ~ 40℃, 以导管插入肛门内 10 ~ 20cm, 每晚排便后灌肠, 次日排出, 月经干净 3 ~ 7 天用药, 10 天为 1 个疗程, 连用 3 个疗程。(3) 西药盆腔注射: 用留置针行后穹窿穿刺, 以 50ml 针管抽取生理盐水 20ml, 加庆大霉素 8 万 U, 加地塞米松 10mg, 加糜蛋白酶 4000U, 加 2% 利多卡因 2ml, 将针管接到留置针上, 将药液缓慢注入盆腔, 同法再注入 0.5% 甲硝唑注射液 50ml, 于患者月经干净 3 ~ 7 天开始, 隔日 1 次, 每月 5 次为 1 个疗程, 连用 3 个疗程。

2.2 对照组

经期采用头孢噻肟钠 3.0g 加入 0.9% 生理盐水 250ml, 0.5% 甲硝唑注射液 100ml, 每日 2 次, 7 日为 1 个疗程, 连用 3 个