

外障眼病的基本方,该书认为外障眼病为风凝热积血滞而引发,治疗当除风散热、活血明目。笔者将该方验之于临床,在治疗盘状角膜炎中收效颇佳,现报告如下。

临床资料 本组共收集 1995~1999 年间在本院眼科门诊治疗的盘状角膜炎患者 61 例(69 眼)。其中直接发病 34 眼,继发于表层角膜炎 17 眼,继发于上呼吸道感染发热后 12 眼,继发于牙龈炎 3 眼,其他 3 眼。以《实用眼科学》(刘家琦主编,北京:人民卫生出版社,1984:272—273)。为诊断标准根据病变程度又分为轻、中、重 3 型,轻型:病程短,角膜基质水肿轻,范围小,仅局限于浅层或中层,不伴角膜上皮和葡萄膜反应;中型:角膜基质浅层和中层均水肿,上皮水肿粗糙,知觉消失,荧光素染色(Fe)阳性(+),或伴轻微葡萄膜反应,角膜后附着物(KP)阳性(+);重型:角膜全层水肿,范围广,上皮粗糙,知觉消失,Fe(+),狄氏膜皱褶,有明显的葡萄膜反应,KP(+),前房闪辉(+),病情迁延,反复发作。全部病例按就诊先后以 1:1 随机分为观察组和对照组。观察组 31 例(36 眼),男 20 例(21 眼),女 11 例(15 眼);年龄 15~54 岁,平均(40.7±6.3)岁;病程 3~75 天,平均(16.2±4.6)天;初发 15 例(18 眼),复发 16 例(18 眼);轻型 14 例(16 眼),中型 9 例(10 眼),重型 8 例(10 眼)。对照组 30 例(33 眼),男 18 例(19 眼),女 12 例(14 眼);年龄 16~56 岁,平均(40.1±7.2)岁;病程 5~80 天,平均(16.9±4.5)天;初发 13 例(14 眼),复发 17 例(19 眼);轻型 13 例(14 眼),中型 9 例(10 眼),重型 8 例(9 眼)。两组资料差异无显著性,有可比性。

治疗方法 对照组:局部用 0.1%阿昔洛韦眼药水,0.1%利福平眼药水滴眼,每日 6 次以上,0.1%地塞米松眼药水在最初治疗时每 2h 1 次,2~3 天后逐步递减,直至痊愈,口服维生素 A 胶丸 2.5 万 u,每天 1 次,维生素 C 片 0.2g,每天 3 次,维生素 B₂ 片 10mg,每天 3 次。观察组在以上治疗基础上加服中药金液汤治疗:荆芥 9g 防风 9g 薄荷 9g 蔓荆子 12g 赤芍 12g 柴胡 12g 黄芩 12g 黄柏 9g 连翘 9g 木贼 9g 知母 12g 桔梗 6g 独活 6g 前胡 6g,每天 1 剂,水煎服,7 天为 1 个疗程,服至角膜水肿消退后再维持 1 周。4 个疗程后评定疗效。

结 果

1 疗效标准 治愈:角膜上皮水肿消退,Fe(-),角膜中央基质层水肿及浸润消失,或遗留轻微瘢痕,KP 消失,或 KP 减少,颜色由灰白变为棕色,前房闪辉(-)。角膜刺激症状完全消失。好转:角膜上皮水肿消退,荧光素染色减轻,基质层水肿基本消退,或明显减轻,狄氏膜皱褶减轻,KP 减少,前房闪辉减轻或消失。角膜刺激症状减轻。无效:症状及体征无改善甚至加重。

2 临床疗效 观察组 36 眼治愈 24 眼(占 66.7%),好转 11 眼(占 30.6%),无效 1 眼(占 0.28%),总有效率为 97.2%。对照组 33 眼,治愈 13 眼(占 39.4%),好转 14 眼(占 42.4%),无效 6 眼(占 18.2%),总有效率为 81.8%。观察组疗效优于对照组($\chi^2=5.12, P<0.05$)。两组疗程比较:在治愈病例中,观察组 1~2 周治愈有 12 眼,2~3 周治愈有 12 眼。对照组分

别为 4 眼,9 眼。观察组优于对照组($\chi^2=9.45, P<0.05$)。

在治愈的 24 眼中,经 3 年随访,其中有 2 例分别在 1 年和 1.5 年后复发,经同样治疗很快痊愈,未再复发。

讨 论 盘状角膜炎 90%是由单纯疱疹病毒引起,少数由带状疱疹、流行性腮腺炎或水痘病毒引起。治疗主要有抗病毒和免疫疗法。

盘状角膜炎在中医属“混睛障”范畴,为外障眼病之一,多因肝经风热或肝胆热毒蕴蒸于目,热灼津液,瘀血凝滞引起。金液汤由前胡、桔梗、防风、荆芥、独活、赤芍、知母、薄荷、蔓荆子、柴胡、黄芩组成,具有疏风散热、活血化瘀之功。其中荆芥、防风、薄荷、蔓荆子、前胡、柴胡具有祛风散热之效,黄芩、知母能清热解毒,赤芍清热凉血、活血化瘀,桔梗引药上行,直达病所。笔者在原方基础上加用黄柏、连翘、木贼,以增强疏风清热明目之作用。本组临床观察中,观察组无论在疗效上还是在疗程上,都优于对照组,提示金液汤治疗盘状角膜炎有确切疗效。

(收稿:2000-05-08 修回:2000-07-12)

益气扶正法治疗白色念珠菌感染的疗效观察

江苏省中医院急诊科(南京 210029)

曹理璞 邹建东

随着广谱抗生素的广泛应用,各类需体内介入的新技术的开展,以及患病年龄增高等因素的变化,白色念珠菌感染逐步增多。我们从 1997 年 1 月~1999 年 5 月运用益气扶正剂结合大扶康治疗白色念珠菌感染,取得了良好疗效。

资料与方法

1 临床资料 从江苏省中医院急诊病房和 ICU 病房的患者中,选出入院后经痰、尿、便、咽拭子、口腔分泌物等培养,连续 3 次检出白色念珠菌的患者 69 例,随机分为中西医结合治疗组(治疗组)和西医治疗组(对照组)。治疗组 35 例中男 21 例,女 14 例,年龄 43~86 岁,平均(75.1±9.6)岁,病程 15~141 天,平均(31.2±13.6)天。对照组 34 例中男 19 例,女 15 例,年龄 47~90 岁,平均(76.4±10.1)岁,病程 18~157 天,平均(36.4±15.2)天。两组均涉及慢性阻塞性肺病、肝硬化、晚期肿瘤、脑中风、糖尿病等病种及长期机械通气,各类导管体内留置、广谱抗生素、激素等治疗手段。

2 治疗方法 对照组:大扶康(辉瑞制药有限公司生产的氟康唑 150mg 胶囊或 200mg 静脉注射液,批号 03—1997)口服,第 1 天 300mg,第 2 天起 150mg,每天 1 次。或大扶康静脉滴注,第 1 天 400mg,第 2 天起 200mg,每天 1 次,14 天为 1 个疗程。治疗组:在对照组治疗基础上加用中药益气扶正剂:党参 20g 黄芪 20g 白术 10g 淮山药 10g 茯苓 10g 生地 10g 当归 10g 黄精 10g 升麻 10g,水煎服,每天 1 剂,14 天为 1 个疗程,共服 1 个疗程。然后连续进行各类标本白色念珠菌培养。治疗前后查血 T 细胞活性花环试验(Ea)。方法:取静脉血,分离出淋巴细胞,与绵羊红细胞混合,在显微镜下,进行单个淋巴细胞及形成“玫瑰花”状细胞的分类计数,求出淋巴细

胞中 T 细胞的百分率。

结 果

1 疗效标准 以连续 3 次各类标本白色念珠菌培养阴性为转阴,培养阳性为无效。

2 治疗组 35 例中,转阴 30 例,无效 5 例,转阴率 85.7%。对照组 34 例中,转阴 28 例,无效 6 例,转阴率 82.4%。两组比较,差异无显著性($\chi^2 = 0.013, P > 0.05$)。

3 转阴时间,治疗组 7~14 天,平均 9.5 天,对照组 9~14 天,平均 13.1 天,治疗组明显短于对照组($u = 1.93, P < 0.05$)。

两组治疗前后 Ba 检测结果:治疗前,治疗组为(18.1 ± 2.1)%,对照组为(18.3 ± 2.3)%;治疗后,治疗组为(25.6 ± 3.2)%,对照组为(19.7 ± 2.9)%。治疗前两组数据差异无显著性($P > 0.05$);治疗后 Ba 值治疗组较对照组明显提高($t = 3.52, P < 0.05$)。

讨 论 白色念珠菌是一种条件致病菌,其致病与高龄、住院天数、各类导管体内留置、广谱抗生素、激素、免疫抑制剂、化疗药物的使用等有关。以上因素导致宿主防御力减弱,尤其是免疫能力受损,从而对白色念珠菌易感。因此提高患者免疫力是治疗白色念珠菌感染的重要环节。

临床上发现,白色念珠菌感染患者多为年老、久病之体,正气亏耗,脏腑虚衰,难以御邪。中医学认为“正气存内,邪不可干”,所以治疗以益气扶正为法。方中党参、黄芪、白术、茯苓、淮山药、黄精补气固本,生地、当归养血生津,升麻提升中气。其中党参、黄芪、茯苓、生地、升麻能促进淋巴细胞增殖,增强细胞免疫反应;党参、黄芪、白术能兴奋单核巨噬细胞系统。

由此可见益气扶正剂能增强机体免疫力,有力地支持抗生素杀灭白色念珠菌,缩短起效时间,提高临床疗效。

(收稿:2000-04-24 修回:2000-07-12)

慢蛾饮治疗慢性扁桃体炎的临床观察

四川省自贡市第三人民医院(四川 643020)

钟 渠

慢性扁桃体炎是临床上常见多发疾病,笔者采用自拟慢蛾饮治疗本病,取得较好的临床效果,现报告如下。

临床资料 本资料共 62 例,采用《中药新药治疗慢乳蛾的临床研究指导原则》(中华人民共和国卫生部,第三辑,北京:1997:158—159)中的诊断、分级及脾胃虚弱辨证标准选择,其中男性 30 例,女性 32 例;年龄 18~52 岁,平均 30 岁;病程 1.7~13 年;病情属轻度 20 例,中度 26 例,重度 16 例。

治疗方法 采用自拟慢蛾饮水煎服,药物组成:党参 20g 黄芪 20g 白术 15g 薏苡仁 15g 茯苓 10g 木香 10g 砂仁 10g 防风 10g 桔梗 10g 熟附子 5g。每天 1 剂,水煎 2 次,每次 30 min,两次滤液共 300 ml,分 3 次饭前服用,连续 30 天。

结 果

1 疗效判定标准 采用《中药新药治疗慢乳蛾的临床研

究指导原则》中的标准拟定。临床痊愈:症状、体征全部消失,随访 3 个月无急性发作;显效:症状、体征减轻 2/3 以上,2 个月内无急性发作;有效:症状、体征减轻 1/3 以上,2 个月内无急性发作;无效:未达有效标准。

2 治疗结果 62 例患者,临床痊愈 18 例(29.03%),显效 21 例(33.87%),有效 11 例(17.74%),无效 12 例(19.35%),总有效率 80.65%。

3 中医症状改善情况 慢蛾饮对咽痛不适、纳呆便溏、感风寒加重、喉核潮红、挤压有干酪样物及舌脉等症状的改善明显。

讨 论 慢性扁桃体炎属中医学“虚火乳蛾”范畴,因其病势缓慢,又称“慢乳蛾”,历代文献多从虚火立论,主要按肺肾阴虚施治,虽取得一定疗效,但临证仍有不少患者效果欠佳。《诸病源候论·卷三十》言“夫咽喉者,为脾胃之候”。可见咽喉与脾胃密切相关,且《外科正宗·卷六》认为“虚火之症,色淡微肿,……此因思虑过多,中气不足,脾气不能中护,虚火易至上炎”,并强调乃“虚火假症也”,宜“补中健脾”,因此脾胃虚弱、咽喉失养,是导致本病的重要原因,故笔者自拟慢蛾饮补益脾胃,药投党参益气为主药,辅以黄芪、白术、茯苓、薏苡仁补气健脾,复加木香、砂仁芳香醒脾,防风散肝舒脾,促中州运化,佐桔梗“利五脏肠胃,……疗咽喉痛”(《别录》),少加熟附子振奋脾阳,“善助参、芪成功”(《本草正》),全方共令脾胃和调,浊降清升,生化有源,诸症可除。

(收稿:1999-12-24 修回:2000-03-18)

中西医结合治疗丹毒 287 例疗效观察

北京市崇文区光明医院(北京 100061)

江 玲 张晓秋

我院自 1992 年 2 月~1997 年 8 月采用中西医结合治疗丹毒,在提高治愈率、控制复发方面取得了满意的临床效果并与单纯应用西医治疗做了对照观察,现报告如下。

临床资料 287 例为住院患者,均符合《黄家驷外科学》(第 4 版,北京人民卫生出版社,1986:101)丹毒诊断标准,将入选病例按治疗方法不同分为 A、B 两组。A 组(对照组)应用单纯西医治疗,共 142 例,男 72 例,女 70 例;年龄 36~76 岁,平均(41.0 ± 12.5)岁;病程 10~15 天,平均(13 ± 3)天。B 组(治疗组)应用中西医结合治疗,共 145 例,其中男 71 例,女 74 例;年龄 34~81 岁,平均(43.0 ± 13.4)岁;病程 10~15 天,平均(10 ± 2)天。

治疗方法 A 组:青霉素 G 钠 560 万 u 加入 5%葡萄糖注射液 500 ml 中,静脉滴注,1 天 2 次,连续用药 10~15 天,如仍留有局部症状可继续上述治疗 3~5 天(对青霉素过敏者可选用抗革兰氏阳性球菌类抗生素治疗如环丙沙星等),同时局部给予 50%硫酸镁湿热敷 10 天(如仍留有局部症状、体征者,可继续上述治疗 5 天)。B 组:在 A 组治疗基础上同时给予中药煎剂口服,基本方剂:生地 12g 黄柏 15g 苍术 12g 赤芍 12g 牡丹皮 10g 泽泻 15g 乌药 10g 元胡 12g 每天 1 剂,水