

上)42例,未愈(皮损消退不足30%)8例,总有效率87.1%。

4 典型病例

蒋某,女,48岁,2007年3月2日初诊。患足背湿疹3年,局部皮肤粗糙肥厚,色暗红伴丘疹,入夜瘙痒明显,舌暗红苔薄白,脉细弦。证属血虚风燥,治拟养血活血,祛风止痒。予:桃仁9g,红花6g,川芎10g,熟地12g,白芍12g,荆芥10g,防风6g,乌梢蛇10g,白鲜皮12g,地肤子10g,生甘草5g,夜交藤20g。水煎服,每日1剂,分2次口服。7剂后瘙痒有所减轻,续服上方7剂。瘙痒明显减轻,上方加减调服35天,症状消失,皮损消退,随访半

年,未见复发。

5 体会

慢性湿疹属中医“湿疮”范畴,其病机因血虚生风化燥,血瘀肌肤失养而成。病久入络,久病必瘀,瘀血阻络,肌肤失养而致肌肤甲错,故皮损表现浸润肥厚,苔藓样变。笔者以《医宗金鉴》的荆防四物汤为主方治疗,该方当归、熟地、白芍、川芎养血活血,荆芥、防风祛风止痒,诸药合用,补中有通,补而不滞,配合丹参、桃仁、红花加强活血祛瘀之功,使瘀去新生,达到祛风止痒的作用,甘草调和诸药。诸药合用,共奏养血活血、祛风止痒之功。

中西医结合治疗消化性溃疡 64 例

★ 熊跃 (江西省南昌市中西医结合医院 南昌 330003)

关键词:中西医结合疗法;消化性溃疡

消化性溃疡是临床上消化系统的常见病、多发病,易反复发作,复发率高。笔者以中医理论为指导,并结合现代医学临床研究,采用中西药结合每周交替治疗消化性溃疡,取得了较好疗效,且复发率低,现总结如下:

1 临床资料

110例均为门诊和住院患者,均经纤维胃镜确诊为消化性溃疡,其中男68例、女42例;胃溃疡42例、十二指肠球部溃疡68例,其中复合型溃疡18例,巨大溃疡4例;年龄16~75岁,平均年龄45.5岁,以25~45岁发病率最高,占88%;病程3个月~15年。110例随机分为治疗组64例和对照组46例,两组患者在年龄、性别、病情等方面无显著差异,具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 第1周采用纯西药口服:雷尼替丁胶囊0.15g,早晚各服1次;阿莫西林胶囊0.5g,每日1次;硫糖铝片1.0g,每日3次,饭前嚼服。第二周用中药,每日1剂,水煎两服。基本方为:黄芪12g,党参12g,白芍12g,桂枝6g,炙甘草5g,白及10g,煅瓦楞12g,木香6g等。第3周重复第1周西药,第4周重复第2周中药,这样交替进行,共服12周为一个疗程。

2.2 对照组 单纯服用上述西药,疗程同为12周。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈:临床症状及体征消失,胃镜检查溃疡消失或疤痕形成;有效:临床症状及体征明显改善,溃疡面明显缩小;无效:临床症状及体征无明显改善,溃疡面无明显缩小。

3.2 治疗结果 见表1、2。

表1 两组疗效比较

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)	P值
治疗组	64	54	6	4	93.75	<0.05
对照组	46	32	2	12	73.91	

表2 两组复发情况比较

组别	n	1月内复发	6个月内复发	10个月内复发
治疗组	64	5	2	3
对照组	46	7	6	4

注:两组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

消化性溃疡属中医学胃脘痛范畴,究其病因多与情志不畅、饮食不节有关。西医则认为主要与幽门螺杆菌、胃酸及胃蛋白酶有关。中医对消化性溃疡的整体辨证是中气虚,“溃疡”只是一个局部表现。治疗以补中益气为主,方中黄芪托表生机;党参补中益气,生津养血;白芍及收敛止血,消肿生肌,去腐生新;白芍、甘草柔肝和胃,缓急止痛,调和诸药;木香行气止痛,温中和胃;桂枝温中散寒;煅瓦楞善治嘈杂吞酸。本方健脾益气,调和脾胃,敛疮止痛,可改善溃疡局部血液循环及组织营养状况,恢复脾胃纳化与升降之能。

笔者第1周采用西药治疗,即雷尼替丁、阿莫西林、硫糖铝三药连用,互相协同,发挥其抑制胃酸分泌、中和胃酸和抑制HP生长作用;第2周采用中药治疗,具有消炎、制酸、止痛的功效,同时可改善局部微循环、促进新陈代谢和增强人体免疫功能,通过

每周中西药交替治疗(标本兼治),可有效避免药物耐药性及副作用,充分发挥中西药的长处,降低了溃疡的复发率,疗效显著优于纯西药组,且经济廉价,值得推荐。

中西医结合治疗慢性盆腔炎 65 例

★ 朱建香¹ 郑宋明² (1. 浙江省龙泉市龙渊镇中心卫生院宏山分院 龙泉 323700; 2. 浙江省丽水市人民医院 丽水 323000)

关键词: 中西医结合疗法;慢性盆腔炎

慢性盆腔炎是女性内生殖器及其周围的结缔组织盆腔腹膜发生炎症,为妇科临床中最常见、较难根治的疾病,常可导致不孕、异位妊娠、慢性盆腔痛等病证,单一用抗生素治疗有一定的效果,但易导致耐药和不良反应,笔者通过中西医结合方法治疗 65 例慢性盆腔炎取得了满意的疗效,现将结果报导如下。

1 临床资料

共选择慢性盆腔炎患者 127 例,病例均来自本院 2008 年 1 月~2008 年 10 月妇科门诊,诊断符合《中药新药临床研究指导原则》标准^[1],中医诊断符合《中医妇科学》中有关内容^[2]。按随机原则,1:1 配比,分为治疗组和对照组,其中治疗组 65 例,年龄 21~52 岁,平均(30.7±11.6)岁;病程 5 个月~6 年,平均 2.9 年。对照组 62 例,年龄 23~54 岁,平均(30.8±10.8)岁;病程 6 个月~5 年,平均 3.1 年。2 组在年龄、诊断、病程、并发症等方面差异均无显著性,具有可比性。

2 治疗方法

2 组均用青霉素类、头孢类、喹诺酮类加甲硝唑等静脉滴注常规支持治疗,治疗组在此基础上加用中药:柴胡 10 g,赤芍 15 g,丹皮 10 g,丹参 15 g,香附 10 g,延胡索 10 g,乳香 6 g,没药 6 g,当归 10 g,桃仁 10 g,川楝子 10 g,红藤 30 g,薏苡仁 30 g,败酱草 30 g。每天 1 剂,水煎两服。2 组治疗时间均为 1 个月。

3 结果

3.1 疗效标准^[1] (1)痊愈:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等消失,妇科检查及理化检查正常。证候体征积分和减少 $\geq 95\%$,停药 1 个月内未复发;(2)显

效:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症状消失或明显减轻,妇科检查及理化检查明显改善,证候体征积分和减少 $\geq 70\%$, $< 95\%$;(3)有效:治疗后下腹疼痛及腰骶胀痛等症状减轻,妇科检查及理化检查有所改善,证候体征积分和减少 $\geq 30\%$, $< 70\%$;(4)无效:治疗后无改善,证候体征积分和减少 $< 30\%$ 。

3.2 临床疗效 2 组治疗后临床疗效比较差异有显著性($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组治疗后临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	P 值
治疗组	65	13	25	17	10	84.61	<0.05
对照组	62	6	21	13	22	64.51	

3.3 证候体征 2 组治疗后证候体征积分和比较差异有显著性($P < 0.01$)。治疗组疗效显著高于对照组,见表 2。

表 2 2 组治疗后证候体征积分和比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	P 值
治疗组	65	17.82±2.98	5.02±3.25	<0.01
对照组	62	18.82±3.13	9.13±4.29	

4 讨论

慢性盆腔炎可局限于一个部位,也可累及整个盆腔脏器及腹膜。病理改变包括子宫内膜炎、子宫肌炎、输卵管卵巢炎、盆腔结缔组织炎及盆腔腹膜炎,其中以输卵管卵巢炎最为常见^[1]。中医属于妇人腹痛、带下病等范畴。中医认为:慢性盆腔炎为感受湿热毒邪,热毒入侵,湿热壅滞,胞宫冲任气血不畅,不通则腹痛;湿邪蕴蒸,营卫不和则发热;湿热下注则带下;湿热与毒邪互结,气分凝结积聚,触之成形;积聚日久,气血瘀滞,结成症瘕。根据本文观察结果表明,慢性盆腔炎符合中医“湿热蕴结”、“气