

的范围、毛发稀疏程度、色泽、油脂分泌情况等。

2.2 治疗结果 见表 1。

表 1 2 组治疗结果比较						例
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	10	13	8	4	31*
对照组	30	3	8	7	12	18

注：治疗组总有效率优于对照组， $P<0.05$ 。

3 讨论

斑秃是一种损害容颜的疾病，尤其是重型斑秃往往给患者带来极大的心理压力。随着人民生活水平日益提高，对本病的治疗已引起广泛的重视。很多证据表明斑秃是一个组织限制性的自身免疫性疾病，机体免疫功能的紊乱是其发病的主要原因，与精神神经因素、血管舒缩功能、遗传、内分泌失调等有关^[2]。皮质类固醇激素全身治疗对本病有比较确切疗效，但其临床运用却有争议，原因在于斑秃只是一个损害容颜的疾病，激素的长期、全身应用难以避免各种各样副作用的发生。有学者在本病治疗上改以激素局部封闭治疗，但此疗法在秃发区面积大于头皮面积 50%且处于活动期时，疗效明显降低^[4]。部分病例封闭治疗后非但头发未长出，并见有头皮萎缩副作用。我科经多年的努力，逐渐形成了以综合治疗为主的中医特色医疗优势。我科学术带头人禩国维^[4]教授认为肝肾不足，血虚不能上荣，以致毛孔开张，风邪乘虚而入，风胜血燥；或肝气郁结，气机不畅，乃致气滞血瘀，发失所养为斑秃的主要病因。禩教授通过长期的临床实践发现，斑秃尽管中医辨证分型复杂多样，但临床特别是重型斑秃患者仍以肝肾亏虚证多见，补益肝肾、疏风通络、养血活血等为本病的主要治则，临床结合中药外涂、外洗、针灸等方法有利本病疗效的提高^[5]，并为此研制了益发序列口服液、益发外用酊等。本研究表明，对肝肾不足型重型斑秃患者，综合治疗组与对照组 2 组疗效差异有显著性意义。可能不同作用机制的药物与疗法联合应用在斑秃治疗中有协同作用，综合治疗对提

高本病治愈率、缩短疗程等方面有着重要意义。

脱发综合疗法中梅花针合 TDP 神灯照射疗法可疏通经络，运行气血，改善斑秃区血液循环；足三里穴位注射法可健脾胃，益气血生化之源，使气血充盛，经络通畅，毛发得以濡养，是脱发诊治中药物疗法的补充；益发外用酊是我院生产的系列生发剂之一，内含人参叶、川椒、黄芪、红花等成分，实验研究表明，该类制剂外用能扩张家兔真皮浅层毛细血管，增加血流量，改善局部微循环，加强毛囊营养，促进毛发生长和再生，临床应用取得了比较满意疗效^[6]；益发外用酊外搽运用生姜片摩擦外搽可加强局部吸收，并提高局部头皮组织的浓度，从而提高益发外用酊生发效能。难治性毛发病不仅是局部代谢紊乱的表现，同时亦是机体全身内分泌功能失调的具体体现，治疗上以内外结合的疗法，可调节机体免疫功能，提高本病治愈率。益发口服液中，制首乌、女贞子、菟丝子、桑椹子补益肝肾，填精养血，乌发生发；黄芪、白术、山楂益肺气、健脾胃，补后天生发之源，兼防补品之滋腻；蒲公英、崩大碗、丹参清热凉血，养血活血，血精互化以利毛发生长。全方合用滋而不腻，温而不燥，清补兼用。本疗法既重视整体观念，又重视局部搽药及针灸等的综合治疗，在生发方面有着比较确切的疗效，值得临床推广。

参考文献

[1]张景政.长压定、强的松治疗重型斑秃对比观察[J].临床皮肤科杂志,1990(6):299
[2]陈炜.斑秃病因的研究进展[J].国外医学·皮肤性病学分册,2001,27(1):16~19
[3]陈达灿, 禩国维.皮肤性病专科专病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2000.301
[4] 禩国维.皮肤性病中医治疗全书[M].广州 :广东科技出版社,1998.126
[5]范瑞强, 禩国维.中西医结合治疗皮肤病性病[M].广州 :广东科技出版社,1996.321

(收稿日期:2003-05-14)

中西医结合治疗非淋菌性宫颈炎 36 例

吴瑞芳

(江西省上饶市人民医院 上饶 334000)

关键词:非淋菌性宫颈炎;中西医结合治疗法

中图分类号:R 978.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2003)06-0022-02

非淋菌性宫颈炎(简称 NSGI)由性接触传播。我们采用中西医结合治疗,收到满意的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般情况 观察病例 68 例,其中年龄最小 18 岁,最大 48 岁,平均年龄 31 岁;病程最短 3d,最长 1 年,平均 3 个月。随机分成 2 组,治疗组 36 例,对照组 32 例。

1.2 诊断标准 参照《皮肤性病学》^[1],患者有非婚性接触史或配偶感染史;临床表现为带下量增多、色白或黄,质清稀如水或粘稠,气腥秽;宫颈充血,水肿。实验室检查:宫颈粘液

分泌物,在油镜下平均每视野多形核细胞 5 个,而排除淋球菌感染即可作出诊断。

2 治疗方法

2.1 治疗组 内服方以健脾疏肝、清热利湿法为主,基本方:山药 12g,苍术 9g,黄柏 6g,车前子 12g,芡实 12g,白果 5g,虎杖 12g,柴胡 6g,黑荆芥 6g,白芍 12g,陈皮 6g,甘草 3g。根据临床症状酌情加减。每天 1 剂,水煎分 2 次服。外洗方以清热利湿杀虫为主,基本方:黄柏 15g,土茯苓 25g,蚤休 15g,蒲公英 25g,蛇床子 15g,苦参 15g。每天 1 剂,煎水冲阴道,每日

洗 2 次。同时服用氟喹酸 0.2g, 每日 2 次。

2.2 对照组 氟喹酸 0.2g, 每日 2 次。2 组均 14 d 为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》和《皮肤病学》。治愈: 阴道分泌物之量、色、气味、质均恢复正常, 诸症消失; 宫颈分泌物涂片在油镜下检查每视野多形核细胞 4 个。好转: 阴道分泌物之量、色、气味、质及诸症减轻。未愈: 带下诸症无变化。

3.2 治疗结果 治疗组治愈 29 例, 好转 4 例, 未愈 3 例, 治愈率 80.5%, 总有效率 91.6%; 对照组治愈 16 例, 好转 7 例, 未愈 9 例, 治愈率 50%, 总有效率 71.8%。2 组治愈率、总有效率比较, 差异有极显著性意义, $P < 0.01$ 。

3 典型病例

郑某某, 女, 30 岁, 已婚, 2002 年 10 月 10 日就诊。带下量增多月余。患者诉 2 个月前有不洁性交际, 近 1 个月带下量渐增多, 绵绵不断有异味, 外阴轻度瘙痒; 近日恶心纳少, 腰酸神倦, 大便溏薄; 月经量、色、质正常。曾在乡医院静脉滴注头孢类药物, 并用洁尔阴冲洗外阴 1 周, 症状无明显改善。舌淡胖、苔黄腻, 脉濡数。妇检: 外阴潮红, 阴道粘膜肿胀, 白带显多、色淡黄、质清稀如水, 气腥秽; 宫颈充血、水肿; 子宫大小正常, 活动度尚好; 双侧附件无明显压痛。用阴道拭子入宫颈内旋转停留取分泌物涂片检查, 诊断为非淋菌性宫颈炎。证属脾虚湿困, 湿热下注。治宜健脾消热, 利湿, 止痒, 给予中药内服基本方, 每日 1 剂, 煎水分早、晚服。同时用中药外洗方, 日 1 剂煎水 500mL 阴道冲洗, 每日 2 次。并口服氟喹酸 0.2g, 每日 2 次。治疗期间避免房事, 禁腥辣酒。用药 2 周, 诸症消失, 停药 1 周后, 宫颈分泌物涂片检查阴性, 至今未发。

4 讨论

NSGI 的病原体有多种, 其中主要有衣原体、支原体, 少数有滴虫、念珠菌和疱疹病毒及肠道杆菌、链球菌等。因 NSGI 的潜伏期为 1~3 周, 衣原体的繁殖周期为 48~72h, 故治疗疗程一般需 1~2 周。而西医大多单纯选用大环内酯类、

奎诺酮类及四环素类药物, 抗生素应用疗程长、易引起菌群失调, 不规范治疗还易引起耐药性, 目前已有衣原体对四环素、红霉素等药的耐药报道^[1]。由于引起 NSGI 的病原体的复杂性, 而西药针对性相对较强, 抗生素的长期联合应用定会产生一系列的毒副作用而延误病情。疾病缠绵难愈, 患者心里压力大, 易引发性病恐惧症。

非淋菌性宫颈炎除宫颈充血、水肿外, 主要自觉症状为白带增多。中医归属于“带下病”。“夫带下俱是湿症”, 在病机上主要是外感、内虚, 表现为虚实夹杂, 本虚标实。脾虚生湿, 肝经郁热, 湿热下注, 伤及任、带, 以致带脉失约, 任脉不固而形成本病。由于患者多由素体虚弱, 房事不洁, 秽浊之邪侵入, 故初起症状轻微, 阴道分泌物少, 多为稀薄粘液状。病初起为脾虚外感生湿, 病久肝气郁结, 郁而化热, 肝犯脾土, 脾土不能运化湿热之气, 湿热下注, 则带下色黄。

内服方中苍术、黄柏燥湿健脾, 车前子利水除湿, 虎杖清热利湿, 山药、芡实健脾益肾又能补任脉之虚, 白果固涩止带引药入任脉之中。《女科经论》引缪仲淳语: “白带多是脾虚, 肝气郁则脾受伤……法当开提肝气补助脾元。”而 NSGI 患者多情志抑郁, 肝气郁结, 故选用柴胡、白芍、陈皮舒肝解郁, 理气升阳。

外洗方中多种中药对病原体有杀灭作用, 据报道单用中药治疗可使衣原体或支原体转阴^[2]。蚤休研粉, 外撒于宫颈周围及宫颈内治疗衣原体有确切疗效^[3]。

现代药理研究证明黄柏、虎杖、苍术、蚤休、苦参、土茯苓、蒲公英等药具有不同程度的抗细菌、抗病毒和真菌作用。

在实践中我们运用中药内服、外洗, 配合少量针对衣原体、支原体作用较强的氟喹酸, 对患者加以心理疏导, 取得了显著疗效。

参考文献

[1]吴志华. 皮肤病学[M]第 3 版. 广州: 广东大众出版社, 1997. 153
[2]王复兴. 中药治疗解脲支原体、沙眼衣原体阳性不孕 20 例[J]. 新中医, 1999, 31(4): 40
[3]叶燕萍. 中药蚤休治疗衣原体女性生殖道感染的研究[J]. 中国医药学报, 2001, 16(5): 16~21

(收稿日期: 2003 - 07 - 29)

弥可保针穴位注射治疗难治性面神经麻痹 128 例

何兴伟¹ 黄小彬² 周珊玲¹ 康秋荣³

(1 江西中医学院附属医院 330006; 2 江西省南昌市第一医院 南昌 330008;

3 江西省遂川县中医院 遂川 343900)

关键词: 难治性面神经麻痹; 弥可保针; 穴位注射

中图分类号: R 745.1²

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2003)06-0023-01

特发性面神经麻痹是指原因不明、急性发病的单侧周围神经麻痹。现代中医临床多采用针刺配合激素、扩血管药物等综合治疗, 通常能取得较好的疗效^[1,2]。但临床仍有不少患者于患病 1 月后病情还未能得到改善 (本文称其为难治性面神经麻痹), 笔者近年来采用弥可保针穴位注射为主治疗, 取

得了较满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

本资料收治的 128 例患者, 住院病人 72 例, 门诊病人 56 例。其中男 70 例, 女 58 例; 发病年龄在 10~75 岁之间; 病程在 1~3 个月者 65 例, 3~6 个月者 36 例, 6 个月 (下转第 43 页)