

续表 1 2003~2009 年应征入伍青年 HBsAg 及 ALT 检查结果[n(%)]

年度	年度检测人数	HBsAg 阳性	ALT>40 U/L	HBsAg 阳性 ALT>40 U/L	HBsAg 阴性 ALT>40 U/L
2008 年(1) ^a	107	16(14.95)	11(10.28)	3(2.80)	8(7.48)
2008 年(2)	258	19(7.36) ^b	24(9.30)	5(1.94)	19(7.36)
2009 年	357	22(6.16)	30(8.40)	5(1.40)	25(7.00)
合计	1861	118(6.34)	134(7.20)	19(1.02)	115(6.18)

注:^a 为高校在校学生应征体检;^b 与 2008 年(1)HBsAg 阳性感染率比较, $\chi^2=11.828,P<0.05$ 。

表 2 市区与城乡应征入伍青年 HBsAg 阳性检查结果

年度	范围	总数	HBsAg 阳性(<i>n</i>)	HBsAg 阳性(%)
2003 年	市区	114	8	7.02
	城乡	60	2	3.33
2004 年	市区	105	5	4.76
	城乡	83	5	6.02
2005 年	市区	156	17	10.90
	城乡	120	7	5.83
2006 年	市区	110	4	3.64
	城乡	133	6	4.51
2007 年	市区	111	4	3.60
	城乡	147	3	2.04
2008 年	市区	119	7	5.88
	城乡	139	12	8.63
2009 年	市区	168	12	7.14
	城乡	189	10	5.29
合计	市区	883	57	6.46
	城乡	871	45	5.17 ^a

注:^a 与市区合计感染率比较, $t=1.163\ 9,P>0.05$ 。

3 讨 论

3.1 2003~2009 年泉州市丰泽区应征入伍青年 HBsAg 阳性率平均为 6.34%,这一阳性率远远低于有关文献报道的全国人群的平均水平(9.7%)^[1]。分析原因有两点,一是随着医疗卫生水平的提高,对乙型肝炎病毒的预防越加重视,使乙型肝炎病毒携带者有所下降;二是本院为定点终检单位,送检的青年均由以下乡镇、街道、社区经 HBsAg 胶体金法初步筛查,使 HBsAg 阳性率较低。

3.2 在 2008 年高校在校学生 HBsAg 阳性率为 14.95%,远高于其他应征社会青年的阳性率及历年来平均阳性率,其差异有统计学意义,达到并超过全国大学生 HBsAg 阳性率平均水平(10%)^[2]。分析原因一是高校在校生成体检未经初步筛查,二是可能与在校生成人的防范意识不强等有关,使得在校生成 HBsAg 阳性率较高。

3.3 HBsAg 阳性的 ALT 异常率在比 HBsAg 阴性检查者低,主要是因为乙型肝炎只是众多肝脏疾病中的一种。ALT 是肝功能的重要指标,其高低与肝细胞受损程度一致,不仅见于乙型肝炎病毒患者或携带者,还常见于其他类型的病毒性肝炎、药物性肝损害、肝癌、肝硬化、慢性肝炎、酒精性肝病及心肌梗死、脂肪肝、阻塞性黄疸及胆道炎性反应等。因此对于 ALT 异常者应提示进行复查及进一步的检查,明确病因,以及早诊治。

3.4 市区与城乡在 HBsAg 感染率上两者并无太大区别,两者差异无统计学意义。主要是现在两者在生活习惯、环境卫生、预防保健等各种方面并无区别,加上人员流动频率的加快,市区与城乡在 HBsAg 感染率上并无区别。

参考文献

[1] 张仁美.各地学生乙肝表面抗原携带情况综合报道[J].中国学校卫生,1992,13(4):221-222.
[2] 中华医学会肝病学分会、感染病学分会.慢性乙型肝炎防治指南[J].中华肝脏病杂志,2005,13(12):881-891.

(收稿日期:2011-02-26)

自拟排脓通窍汤治疗慢性鼻-鼻窦炎 81 例疗效观察

吴限远,文清泽,曾 玲(四川省安岳县中医医院 642350)

【关键词】 慢性鼻-鼻窦炎; 中药; 疗效
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)15-1917-02

慢性鼻-鼻窦炎是耳鼻喉科的一种常见病、多发病,属于中医学鼻渊的范畴。尽管目前对其治疗方法很多,但临床仍缺乏特效药物。经过多年临床探索和对文献的梳理研究,拟定出本科治疗慢性鼻-鼻窦炎的协定处方,并运用现代制剂技术制成合剂用于临床,以观察对慢性鼻-鼻窦炎的治疗作用。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2009 年 3 月至 2010 年 3 月就诊并确诊为慢性鼻-鼻窦炎的门诊患者 81 例。诊断标准:以上患者诊断均符合 1997 年海口会议制定的诊断标准^[1]。均依据症状体征结合鼻内窥镜检查、鼻窦 X 线片(限于条件将鼻窦 CT 改

为鼻窦 X 线片)诊断为慢性鼻-鼻窦炎患者。排除标准:排除肝功能障碍患者,凝血功能异常患者,未经控制的原发性高血压、糖尿病患者,妊娠及哺乳期妇女,有严重精神障碍或语言障碍患者。将所观察的患者按照就诊先后,采用平行对照设计。随机分为治疗组与对照组。其中治疗组 41 例,男 20 例,女 21 例,平均年龄为(35.3±5.8)岁。脓涕 41 例,头痛 31 例,鼻阻 40 例,嗅觉障碍 24 例。对照组 40 例,男 22 例,女 18 例,平均年龄为(36.2±6.1)岁。脓涕 39 例,头痛 32 例,鼻阻 39 例,嗅觉障碍 23 例。两组患者在性别、年龄、临床症状等方面差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组口服排脓通窍汤(药物组成:黄芪、金

银花、党参、蒲公英、瓜蒌、桔梗、丹参、浙贝母、茯苓、皂刺、白芷、地龙、白术、细辛等,由本院制剂室提供),每次 20 mL,每日 3 次。对照组口服鼻渊舒口服液[成都中医药大学华神制药厂生产,批号:川卫药准字(81)-505 号],每次 10 mL,每日 3 次。两组均治疗 15 d 后评定疗效。

1.3 临床疗效评定标准 参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中华人民共和国中医药行业标准·耳鼻喉科诊断疗效标准》。治愈:症状、体征消失,X 线鼻窦拍片无异常。好转:症状明显改善,鼻腔检查见充血、黏膜肿胀等表现减轻。X 线鼻窦摄片有明显改善。无效:症状和体征无改善。

1.4 统计学处理 采用统计学软件 SPSS13.0 对两组患者所得试验数据进行统计学分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者治疗后临床疗效评定结果见表 1。

表 1 两组患者临床疗效评定结果

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	41	23	14	4	90.2
对照组	40	18	12	10	75.0

注:两组患者总有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

慢性鼻-鼻窦炎属于中医学的鼻渊的范畴。中医学早在《内经》时代就有关于鼻渊的论述。如《素问·气厥论》说:“胆移热于脑,则辛頞鼻渊,鼻渊者,浊涕下不止也。”这指出了鼻渊的主要症状是流浊涕、鼻塞,由于急性鼻-鼻窦炎治疗失当或不及时,导致病情迁延而成慢性鼻-鼻窦炎,长期流脓涕或脓血涕,致气血大亏,不能托毒排脓外出,以至形成恶性循环。鼻渊患者常常诉受感冒,其实质亦是久患鼻渊,正气亏虚,卫表不固所致。作者认为当鼻渊导致气血不足时,对该病的转归主要有三种影响:一是气血虚而不能托毒外出,致使脓涕“下不止”;二是气血虚而脓毒不化,炎症久不消退,处于僵持状态,病程绵长;三是气血虚而卫表不固,致有反复感冒病史,更加剧病情的慢性过程。

重型血友病 A 的预防治疗

唐 丹(四川电力医院内科,成都 610021)

【关键词】 血友病 A; 预防; 治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.077 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)15-1918-03

血友病 A(hemophilia A)是人类最常见的遗传性凝血机制障碍性疾病,约占先天性出血性疾病的 85%,呈 X 染色体连锁隐性遗传。根据世界卫生组织(WHO)和世界血友病联盟(WHF)1990 年联合会议的报告,血友病 A 的发病率约为(15~20)/10 万人口,中国血友病 A 发病率约为(3~4)/10 万人口。血友病 A 按照Ⅷ因子缺损的程度分为轻、中、重型(表 1)。而在发展中国家,由于患者家庭经济状况的制约和凝血因子Ⅷ供应不足等因素的影响,重型血友病 A 患者往往在发生临床出血时才接受凝血因子Ⅷ替代治疗,即“按需治疗”(on-demand treatment),关节畸形发生率很高,严重影响患者的生活质量乃至寿命,给社会和家庭造成很大的压力。而西方发达国家从 20 世纪 60 年代就开始对重型血友病患者进行预防治疗,显著降低了患者的致畸率和致残率,改善了生存质量。从 1994 年起,WHF 和 WHO 等权威机构就开始推荐对重型血友

因此认为治疗该病,首先大补气血,扶正托里,固表生肌,再佐以活血化瘀,清热解毒,去腐排脓之品。治疗方法取于《医宗金鉴》托里透脓散,但师其法而不泥其方,用大剂党参、黄芪、白术、茯苓、丹参、皂刺等大补气血,扶正托里,养血生肌;佐以桔梗、瓜蒌、浙贝母、白芷、地龙等以化痰散结,排脓通窍;金银花、蒲公英等以解毒清热,去余毒而防脓涕再生。

组方特点:(1)方中重用黄芪益气固表,托毒外出,扶正祛邪两兼为本方君药。(2)皂刺和白芷配伍,皂刺透脓,白芷排脓。透脓是透发脓液,使毒邪移深就浅并使弥漫的黏膜肿胀趋于局限,从而达到排脓泄毒、肿痛消退的目的。而排脓是促进脓液排出,使脓液排出通畅、迅速,而达到早日收敛生肌的目的。(3)金银花、蒲公英和白芷、细辛配伍,寒温并用,解毒通窍。若见脓涕量多,毒邪炽盛,黏膜肿胀色红,鼻塞明显者,当用清热解毒的金银花、蒲公英等,但寒凉之品容易凉遏气机,有留邪之患,故合入辛温之白芷、细辛芳香通窍,使热毒清而邪不留。

纵观全方,组方严谨,配伍精当,临床疗效显著,但使用时仍当遵循辨证论治的原则,对于鼻渊急性期,表证明显者及体质壮实,虽久患鼻渊未见气血亏虚者,不可误用“透托”、“补托”之法,否则不但无益,反能滋长毒邪,犯“实实之戒”,而加剧病情,故方中黄芪一味药,凡湿热火毒炽盛之时,皆不宜使用本方^[2]。

参考文献

- [1] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会,中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会.慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1998,33(2):134.
- [2] 张绍峰,黄日一.浅论透脓与排脓[J].中医药信息,1995,3(1):38-39.

(收稿日期:2011-05-09)

病 A 患者进行预防治疗^[1-2]。

表 1 血友病 A 的临床分类

分类	临床表现
轻度(5%~30%的正常凝血因子活性)	在手术或严重损伤后会长时间出血不止,并不经常出血,除损伤外不出血。
中度(1%~5%的正常凝血因子活性)	可能在手术、严重损伤或口腔诊疗后长时间出血,可能 1 个月内会出血 1 次,没有明显创伤很少出血。
重度(<1%的正常凝血因子活性)	肌肉关节经常出血,每周出血 1~2 次,没有明显原因出血。