

过程,降低细胞对刺激的反应性,从而产生抗炎作用,其抗炎成分是甘草甜素和甘草次酸。临床实践证明,甘草与保泰松、可的松有协同的抗炎作用。甘草甜素具有抑制肥大细胞脱颗粒,从而减少组织胺释放的作用;也能抑制抗体生成,而表现免疫抑制作用。临床有人用于治疗过敏性紫癜5例,平均6.2天治愈,随访2~3个月未复发,当其与糖皮质激素同用可增强疗效。临床实践证明,甘草浸膏对麻黄碱、肾上腺素则有增敏作用,这可能是由于抑制皮质激素分解代谢,提高其血浓度,增强了“允许作用”的结果。在结核病的治疗中证实,应用抗痨药物的同时,并用甘草制剂,对长期经抗痨药物治疗效差或病情恶化的患者,能收到较好的疗效。

二、降低毒性或减少不良反应

甘草中提取的甘草酸与链霉素同用,能降低乃至消除后者对第八对脑神经的损害,使原来因链霉素毒性作用而不能继续使用者,有80%可以续用,且不影响链霉素的抗菌活性。

长期应用皮质激素的病人,往往停药时出现反跳现象,甘草可增强肾上腺皮质功能,减少病人对皮质激素的依赖现象及临床撤药时的反应,从而提高了机体内分泌调节能力。

甘草浸膏及甘草甜素对水合氯醛、土的宁、乌拉

坦、可卡因、苯砷、升汞的毒性有较明显的解毒作用;对印防己毒素、咖啡因、乙酰胆碱、毛果云香碱、烟碱、巴比妥类也有解毒作用。甘草甜素对河豚毒、蛇毒有解毒效力;对白喉毒素、破伤风毒素亦有对抗作用。甘草制剂配合抗癌药喜树碱、农吉利碱合用,可明显降低抗癌药的毒性,并增强其疗效,已受到临床的普遍重视。甘草甜素尚可对抗皂甙的溶血作用。

三、不良反应及疗效影响

甘草制剂具有皮质激素样作用,从而呈现钠水潴留及排钾效应,长期应用时更为明显,可引起水肿、高血压及低血钾,从而减弱利尿药和降压药的疗效,若与双氢克尿噻同用,不仅利尿作用减弱,且同时排钾,可引起严重低血钾;若与洋地黄类药物伍用,可诱发洋地黄中毒。甘草制剂的排钾和水钠潴留作用,对心衰病人显然是不利的。

参 考 文 献

1. 徐宗祥,等.治疗胃窦炎的新药——甘链片的制备及临床疗效.中国医院药学杂志1983; 3(10):9.
2. 沙静珠,等.胃丙胺片.药学通报1984; 19(12):19.
3. 王裕生,主编.中药药理与应用.第一版.北京:人民卫生出版社,1983:264—276.

临床经验交流

口服甘露醇软肝利水汤治疗 肝硬化腹水43例

四川省奉节县医院 谢明生

我们于1981年7月~1984年7月对43例肝硬化腹水患者用口服20%甘露醇、软肝利水汤治疗,疗效较好,总结如下。

临床资料 本组43例,男37例,女6例。年龄32~65岁,平均40.6岁。病程2~15年,平均7年。腹围98~114cm,平均108cm。诊断标准:(1)有肝炎病史或HBsAg阳性;(2)慢性肝病容,蜘蛛痣,肝掌及门脉高压症;(3)脾大;(4)大量腹水;(5)有明显肝功能损害(血胆红素 $>2\text{ mg/dl}$,硫酸锌浊度试验

$>12\text{u}$,谷丙转氨酶 $>40\text{u}$;血清蛋白电泳:白蛋白 $<50\%$, γ 球蛋白 $>20\%$,白/球蛋白比例倒置)。

治疗方法 隔日晨温服20%甘露醇200~250ml至腹水消失(腹水消退后如有腹胀可酌情间断服1~2次);同时服软肝利水汤:丹参、白茅根各60g,猪苓、茯苓各20g,木通、大腹皮、陈皮、莱菔子各10g,茵陈15g,木香6g,甘草3g。每日一剂,煎三次浓缩约取250ml,分早晚两次温服。同时配服肝泰乐、氯化钾1g,每日三次。37例曾加服双氢克尿噻、氨苯喋啶(或氨体舒通)3~5天。35例因腹水细胞数大于 $300/\text{mm}^3$ 或中性粒细胞大于50%,或利凡他试验阳性,常规注射青、庆大霉素10~15天。

观察方法 本组以自身对照试验方法进行观察。服药前先测血压、腹围,查血、尿、便、腹水常规。服药期间每天早晚各测一次腹围,记录尿量、大便量。

每周复查血、尿、便常规、电解质、二氧化碳结合力等，每4周左右复查肝功能、蛋白电泳等。

疗效标准及结果 疗效标准：治愈：自觉症状消失，黄疸、腹水消退；血胆红素 $\leq 1\text{mg/dl}$ ，硫酸锌浊度试验 $\leq 12\text{u}$ ，谷丙转氨酶 $< 40\text{u}$ ，血清蛋白电泳白蛋白和球蛋白恢复正常，停药后3个月内症状无反复者；显效：自觉症状缓解，黄疸、腹水消退，血胆红素 $\leq 1.5\text{mg/dl}$ ，硫酸锌浊度试验 $\leq 14\text{u}$ ，谷丙转氨酶 $\leq 40\text{u}$ ，白、球蛋白值接近正常，脾脏不同程度回缩变软，偶有腹胀、纳差，停药后有轻度反复；好转：临床症状减轻、腹水部分消退，胆红素 $> 1.5\text{mg/dl}$ 或硫酸锌浊度试验仍 $> 12\text{u}$ ，或谷丙转氨酶仍 $> 40\text{u}$ ；血清蛋白电泳白蛋白 $< 50\%$ ， γ 球蛋白 $> 20\%$ ；无效：症状无改善或恶化。结果：本组病例用药4~5周，临床治愈34例(79%)，显效6例(14.0%)，好转2例(4.7%)，无效1例(2.3%)。腹水消失时间平均28.9天，平均住院日35.4天。服药后5天内腹围缩小的程度尤为明显(5~15cm，平均7cm)，尿量在用药3天后明显增加(800~1800ml/天)，前三日大便量在1500~2000ml/天左右，个别患者仅解1~2次稀便。

体会 甘露醇为非吸收渗透性泻剂，口服后在肠腔内形成高渗透压，促使体内液体渗入肠腔，并阻止肠内液体的吸收，同时刺激肠粘膜使肠蠕动增加，有利于体内过多的液体、毒物排出。软肝利水汤从渗湿利水、利胆、理气、辅清热、祛瘀活血、宁心安神的治则出发，重用茅根加强了利水效果，本疗法见效快，易为患者所接受。

中西医结合治疗蝮蛇咬伤95例

江苏省南通市中医院外科 倪毓生

蝮蛇咬伤是夏秋季常见急性外伤病。我院自1980年4月至1982年10月收治95例，采用中西医结合治疗，疗效满意，报告如下。

一般资料 本组男48例，女47例，年龄以16~50岁居多，咬伤部位：下肢71例，上肢23例，臀部1例。咬伤至就诊时间，6小时以内46例，7~24小时38例，1~4天11例。患者均系蝮蛇咬伤，有典型牙痕、症状或见到蛇者。临床表现视力模糊45例，复视14例，眼睑下垂32例，颈项强痛22例，吞咽困难7例，胸闷气促34例，昏迷与自主呼吸停止3例。局部有不同程度的疼痛及瘀斑。肿胀超过腕或踝关节者57例，肘或

膝关节者18例，肩或髋关节者5例。44%伤口感染，出现蛋白尿26例，管型尿16例，隐血试验阳性12例。大便隐血试验阳性15例。血尿素氮与二氧化碳结合力异常者32例。谷丙转氨酶100~400u 25例。心电图有改变者32例。

治疗方法 按临床中毒程度不同症型，承季德胜老医师的经验，重点予以排毒和解毒。

一、轻型及部分中型病人。伤口局部处理如穿刺、扩创等。口服季德胜蛇药片(市售)，服法按说明书。1周为1疗程。局部肿势不甚(未超过腕或踝关节)者，无须穿刺。

二、重危病人(包括中毒程度估计重者)的治疗。

1. 局部处理：(1)穿刺扩创排毒：以急救处理不彻底，肿胀明显，伤后24小时内为宜。其法取“八邪”或“八风”穴，在常规消毒局麻下，先切开皮肤0.5cm或选用钝头银针直接刺入皮下约2cm。下垂患肢，按摩挤压。伤口应作纵形切开，深达皮下。取1%高锰酸钾溶液冲洗，每日2次。(2)以30%七叶一枝花酊涂擦患肢每日5~6次。

2. 全身治疗：(1)季德胜蛇药片10片1次，1日4次，首剂加倍，温开水送服，连服两个疗程。昏迷者用鼻饲法给药。(2)内服解毒通便，凉血祛风为主的基本方药：半边莲、白花蛇舌草各30g，银花、白菊花、生地各15g，赤芍、重楼、白芷各10g，木通5g，生军10g后下，玄明粉3~5g分冲，鲜带籽车前草两株洗净。每日1剂，水煎早晚分服。肝功能损害者重以解毒(配黄连解毒汤)。肾损害则似利尿通便为主(合小蓟饮子)。心脏损害兼顾益气生脉(加生脉散)。呼吸肌麻痹宜益气固脱(取独参汤)随症加减。(3)及时补充血容量，纠正酸中毒。早期应用利尿剂、促皮质激素。注意水与电解质平衡，选择对肾无损害的抗生素，合理使用呼吸兴奋剂，正确掌握气管切开和人工辅助呼吸等。

结果 诊断与分型标准，参考1971年9月全国蛇伤防治会议的《毒蛇伤情分级标准》。本组轻型52例，中型22例，重型9例，危重型12例。结果，因呼吸和肾功能衰竭死亡2例(占2.1%)。总有效率97.9%。平均住院为8.5天。

体会 蝮蛇咬伤的治疗关键是急救处理及时正确与否。早期注意保护肾功能，是防止急性肾衰的重要措施。肿胀、瘀斑明显，尿少或出现血红蛋白尿时，即服解毒利尿剂。据实验研究证明，半边莲含山梗菜碱，小蓟能使出血时间缩短，白茅根含糖及甘露醇等，使肾血流及滤过率增加。另外，木通、车前草、