

211.31, 治疗后分别为 158.83±49.63、99.06±34.31、574.96±272.12, 经统计学处理无显著性差异 ($P>0.05$)。

四、疗效评定: 显效者症状好转, 空腹血糖 $<120\text{mg/dl}$ 和/或治疗后血糖下降值 $>50\text{mg/dl}$; 有效者症状好转, 空腹血糖 $<150\text{mg/dl}$ 和/或治疗后血糖下降值 $>30\text{mg/dl}$; 无效者空腹血糖 $>200\text{mg/dl}$ 和/或治疗后血糖下降变化不大。本组显效 13 例, 有效 21 例, 无效 14 例, 总有效率 70.83% (治疗前有 5 例空腹血糖 $<120\text{mg/dl}$ 未计入疗效统计内)。

五、I 型组 6 例加服降糖合剂后 3 例原胰岛素治疗量分别从每日 48u、70u、30u 减少至 36u、48u、19u。II 型组有 10 例加服降糖合剂后 D860 剂量较前减少, 血糖均有下降。

讨 论

本病以虚(气虚、阴虚)为主。病之初起或以“三消”症状明显者主要表现为阴虚和燥热两个方面。阴虚为本, 引起燥热, 治以养阴清热为主。病久则由阴及阳, 脾、肾受损失司, 气阴两虚为主, 治疗当以益

气养阴为本兼补脾胃。成年糖尿病者“三消”证候多不显著或“三消”证兼而有之, 主次不甚分明, 因此从“三消”辨证分型治疗较难普遍应用。临床上以气阴两虚为本的原则治以益气养阴, 健脾补肾为主可较普遍的适用于本病, 尤其对轻、中型糖尿病及老年者。

本组病例中, 老年为多 (>50 岁占 66%), 病程也较长, 临床上“三多”症状均不显著, 以乏力、头晕、胸闷气短、视力减退、夜尿增加为主诉, 脉象细为主, 苔薄白、舌质红或淡红, 伴有齿痕提示气阴两虚、脾肾亏损为主的证候, 长期以胰岛素或口服降糖药治疗, 症状改善及血糖下降欠佳, 经加服中药降糖合剂, 通过益气养阴、健脾补肾的调理, 患者症状改善, 血糖普遍下降, 总有效率达 70.83%。其中部分病例在服降糖合剂后停药或减少原西药剂量仍获得疗效, 提示中药降糖合剂具有一定的降糖作用, 与胰岛素及口服降糖药合用似有协同降糖作用。

中医对糖尿病的认识和治疗有其独特的理论和丰富经验, 实践证明中医治疗糖尿病确实有效, 中西医结合治疗糖尿病较单纯西药治疗为好。

综合措施抢救急性重型病毒性肝炎 1 例

解放军 106 医院 周天仇

潘××, 男, 19 岁, 未婚, 战士, 病案号 96821。1986 年 1 月 10 日因腹胀、纳差、厌油、恶心呕吐、乏力、尿黄一周入院。两月前有肝炎患者接触史, 无肝炎病史。检查: 神清, 巩膜和全身皮肤明显黄染, 无蜘蛛痣, 肝掌和出血点。心肺正常。腹平软, 肝脾肋下未触及, 肝上界右锁骨中线第五肋间, 无移动性浊音。血清总胆红素 (TSB) 12mg/dl , GPT 594u, GOT 539u, A/G 4.8/2.2g/dl, 血清前白蛋白 6.1mg/dl 。初诊病毒性肝炎, 急性重症黄疸型。

入院后病情急骤恶化, 呕吐频繁, 饮水即吐。第 5 天由躁动进入昏迷状态。肝臭明显, 黄疸加深, 肝浊音界进行性缩小, 入院第 7、8 天在右锁骨中线上难以叩出肝浊音界, 体温升高达 39.4°C (腋下), 呕血一次约 450ml, 血压下降 ($90/70\text{mmHg}$)。头向右侧不自主摆动, 持续 24 小时。TSB 20mg/dl , 凝血酶原时间 120s (对照 13s), A/G 3.3/4g/dl, 血氨 $75\mu\text{g/dl}$, 甲胎蛋白 1326ng/ml 。

入院后给维生素、葡萄糖、门冬氨酸钾镁液等药物治疗, 随着病情的恶化, 给予胰高血糖素 1mg 、胰岛素 10u (G—I 疗法) 及支链氨基酸 250ml 静滴, 每日 1

~2 次; 东莨菪碱 0.6mg 静脉注射, 1 次/6~8h。患者呕血后即静脉输入低分子右旋糖酐 500ml 、鲜血 400ml 、20% 白蛋白 50ml ; 插入胃管吸出胃内积血、注入去甲肾上腺素生理盐水; 静脉注入甲氧咪胍、止血环酸等止血剂。

经治疗第 8 天患者逐渐苏醒, 2 天后神志恢复正常, 但仍恶心呕吐频繁, 经常吐出咖啡样液体, 一次量可达 400ml , 反复鼻衄, 9 日未解大便, 黄疸持续加深, TSB 为 27mg/dl 。于入院第 10 天给予生大黄 20g 水煎服, 11 小时后大便 5 次, 排出柏油样便约 800g , 以后每日生大黄 40g 煎服, 日大便 3~5 次, 量 400g 左右, 共服 30 天。入院第 13 天凝血酶原时间明显缩短, 以后逐渐恢复正常, 呕吐亦同时缓解。随着病情好转, 肝脏逐渐增大, 入院第 17 天肋下可及 1.5cm , 上界第五肋间, 3 月 7 日肝肋下 0.5cm , 脾不大, 肝功能及各项生化指标全正常, 多次检测 HBsAg 及抗-HBs IgM 阴性。于 3 月 31 日痊愈出院。1986 年 11 月随访一切正常。

体会: 本例急性重型病毒性肝炎患者, 经 G—I 疗法、支链氨基酸、东莨菪碱和大黄等 (下转 365 页)

治哮喘灵治疗小儿哮喘107例临床观察

长春中医学院附属医院 王 烈 刘兴德 倪国成

为研制治疗小儿哮喘(支气管哮喘)安全有效的新方药,我科小儿哮喘专科组,自1984年以来,在吉林省东丰县制药厂和吉林省中医中药研究院等单位的协助下,应用治哮喘灵对小儿哮喘 107 例进行临床观察,收到显著效果,有关资料介绍于下。

临床资料

本组 107 例来源于小儿哮喘专科门诊,均为典型的支气管哮喘患儿。其中男性68例,女性39例。年龄最小者 5 岁占34例, 6 岁11例, 7 岁 9 例, 8 岁 5 例, 9 岁18例,10 岁10例,11 岁以上 20 例。病程短者 6 个月,长者 12 年。诱因:因寒冷而致者 87 例,伤热 2 例,饮食不当 6 例,特殊异味 6 例,情志失调 1 例,过度疲劳 2 例,不明者 3 例。有关病史调查:100 例均有两次以上发作史;家族中三代之内患有哮喘、过敏性鼻炎、湿疹等疾病者29例;对青霉素过敏反应试验阳性者32例;全部病例各有中药、西药等治疗史。临床表现皆以哮喘为主证,多数伴有咳嗽、痰壅证候。体格检查:肺部听诊均可闻及哮鸣音;舌苔以薄白为主,其次为薄黄或白厚苔,脉象均数而有力;X 线胸透80例,有肺纹理增强者18例。血常规检查,除30例白细胞偏高, 4 例嗜酸细胞增多外,余皆为正常。

治疗方法和结果

本组107例均服治哮喘灵,方药组成:地龙 5g 麻黄2.5g 苏子1.5g 射干 2g 侧柏叶 2g 黄芩 2g 白藜皮 1g 刘寄奴 1g 甘草 1g 苦参 1g 细辛 1g 平贝母 2g 僵蚕 1.5g 桔红 1g 冰片 0.05g。经科学方法,浓缩制成糖衣 100 片,每片重 0.1g (内含生药相当于 0.25g)。该剂具有止哮喘平喘、镇咳化痰等作用。用法:一日 3 次口服, 3 岁以内每次2~4片, 4~6 岁 4~6 片, 6~12 岁 6~8 片, 12 岁以上 8~10 片。10日为一疗程,一般以一疗程为度。

结果:近期治愈(哮喘及肺部哮鸣音均消失): 69 例 (64.5%)。显效(哮喘及肺部哮鸣音减半): 22 例 (20.6%)。有效(症状好转): 12 例 (11.2%)。无效(病情不见好转): 4 例 (3.7%)。总有效率为 96.3%。在获愈的病例中,哮喘缓解快者于服药后 2 小时,平均

不足一日。

药理实验

小儿治哮喘灵与生理盐水对照进行药理实验。结果,对组织胺加乙酰胆碱所致豚鼠哮喘作用的影响证明,对照组哮喘发生率为100%;给药组哮喘发生率为0%。两组差异显著($P < 0.05$)。实验说明治哮喘灵具有十分明显的止哮喘平喘作用。其次对二氧化硫致小鼠咳嗽作用的影响;对小鼠酚红排泄作用的影响;对小鼠戊巴比妥钠睡眠时间的影响;对小鼠自发活动的影响;对大鼠细菌致热作用的影响实验,均取得明显的镇咳、祛痰、镇静、解热作用。动物的急性和亚急性毒理实验,结果证明,给药组和对照组比较无明显差异。说明治哮喘灵安全无毒。

讨 论

小儿哮喘发作阶段甚为痛苦,临床多以解除支气管痉挛和清除呼吸道分泌物为治疗之标。中医将其归为痰阻气道、肺失宣降的病理改变,哮喘发作时并有邪实肺盛、气机不畅、血瘀痰聚的证情。本组方药应用麻黄、黄芩、射干、白藜皮、苦参等清热宣肺;苏子降气平喘;侧柏叶、平贝母、僵蚕、桔红镇咳化痰;细辛温肺化饮;地龙、刘寄奴通络活血;甘草调和诸药;冰片增强本方止哮喘平喘、镇咳化痰之功。鉴于小儿哮喘发作多实热,而治哮喘灵性虽偏凉,但其中麻黄、细辛性温,故对寒热诸证可广为应用。临床实践及药理实验都证明其效显著。治疗中尚未见有不良的毒副反应。

(上接364页)

治疗痊愈。前三项治疗在于改善微循环,抗肝坏死、肝昏迷,促进肝细胞再生。大黄具有泻下、利胆、利尿、止血、抗菌等作用。本例共用生大黄 1200g 左右,通过泻下促进了肠腔积血的排出,既可防治肝昏迷发生,又有利于黄疸的消退,改善肝功能、增加食欲,同时对促进凝血、预防感染也起到良好作用。