

冰敷,酒精擦浴等,药物降温每日选用氢化考的松或地塞米松 0.3~0.5 mg/kg,复方氯丙嗪 1 mg/kg;抽搐选用止惊剂(安定、鲁米那钠等),配合脱水,降颅压,给氧,确保呼吸道通畅。应用能量合剂,脑活素,抗菌素预防感染,12 例使用病毒唑。(2)中西组,在上述西药治疗的基础上,于入院当时即口服安宫牛黄丸(贵阳中药厂生产),每丸 3 g,每次 1.5 g,每天 2 次。羚羊角粉(南通中药厂生产)每次 0.3 g,每天 2 次,不能口服者则鼻饲,连用 5~7 天。

结果 (1)疗效标准:临床症状和体征消失,生活能完全自理,无后遗症为痊愈;临床症状和体征基本恢复正常,部分生活能够自理,遗留较轻后遗症为显效;临床症状和体征部分恢复正常,但生活不能自理,后遗症较重为有效;病情恶化或死亡为无效。(2)结果:中西组痊愈 191 例(92.72%),显效 8 例(3.88%),有效 2 例(0.97%),无效 5 例(2.43%),总有效率为 97.57%;平均退热时间为 2.6 ± 1.7 天;平均意识障碍恢复天数为 4.10 ± 1.81 天;平均治愈时间为 10.5 ± 3.7 天;留有后遗症 7 例(3.4%)。对照组痊愈 76 例(73.08%),显效 7 例(6.73%),有效 5 例(4.81%),无效 16 例(15.38%),总有效率为 84.62%;平均退热时间为 3.8 ± 2.4 天;平均意识障碍恢复天数为 5.96 ± 2.10 天;平均治愈时间为 14.6 ± 3.4 天;留有后遗症 13 例(12.50%)。两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。

讨论 本病是乙脑病毒所致的传染病,患者单纯用西医疗法不甚理想。我们根据中医“暑温生热”、“暑湿生痰”、“暑热生风”的病机,加用安宫牛黄丸和羚羊角粉加强清热解毒,醒脑开窍的功效。安宫牛黄丸方中黄芩、黄连、栀子清热泻火抗病毒;牛黄、犀角、朱砂、珍珠、金箔凉血清营,安神镇惊,合之可退高热,缓解抽搐;麝香,冰片开窍醒脑;雄黄,郁金祛除痰涎,合之可使昏迷苏醒;所加羚羊角粉亦为清热息风止痉之妙品,可增强安宫牛黄丸的药力。经本组临床对比观察,中西组治疗乙脑总有效率、退热时间、治愈时间、病死率等方面疗效均优于西医组,且方便、安全,值得临床推广应用。

(收稿:1995-10-13 修回:1996-07-25)

益气活血方对慢性肝炎患者 血清蛋白水平的影响

湖北中医学院附属医院(湖北 430061) 李 平

湖北省黄石市中医院 赵 蕾

近几年以来,我们应用益气活血方治疗慢性肝炎

血清蛋白异常的患者,疗效满意,现报告如下。

临床资料 按 1990 年上海全国病毒性肝炎会议修订的诊断标准选择慢性肝炎血清蛋白异常(白蛋白(A) < 38 g/L,球蛋白(G) > 30 g/L, γ -球蛋白 $> 20\%$)的病例 188 例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 116 例,男 82 例,女 34 例;年龄 18~68 岁,平均 41.5 岁;病程 2~20 年,平均 4.52 年;慢性迁延性肝炎(简称慢迁肝)24 例,慢性活动性肝炎(简称慢活肝)61 例,肝硬化 31 例;HBsAg 阳性 102 例,抗 HCV 阳性 14 例;ALT 异常(> 30 u/L)74 例, γ -球蛋白异常 46 例, A 异常 79 例, G 异常 88 例;胁痛 92 例,纳呆 71 例,乏力 79 例,腹胀 67 例,肝大 68 例,脾大 45 例,腹水 14 例。对照组 72 例,男 55 例,女 17 例;年龄 16~65 岁,平均 39.5 岁;病程 3~22 年,平均 3.89 年;慢迁肝 12 例,慢活肝 44 例,肝硬化 16 例;HBsAg 阳性 61 例,抗 HCV 阳性 11 例;ALT 异常 45 例, γ -球蛋白异常 27 例, A 异常 45 例, G 异常 60 例,胁痛 50 例,纳呆 40 例,乏力 48 例,腹胀 42 例,肝大 40 例,脾大 25 例,腹水 9 例;两组资料比较无显著性差异。

治疗方法 治疗组采用益气活血基本方:黄芪、黄精、丹参、鳖甲、赤芍各 30 g,当归 15 g,人参 10 g,三七末 4 g(另冲服)。随证加减:肝郁气结加柴胡、佛手、香附;纳呆加薏仁、山楂;腹胀加枳壳、厚朴;郁热加栀子、黄芩;胁痛加失笑散、青皮;浮肿、腹水加车前草、大腹皮、防己;黄疸加茵陈、虎杖。每日 1 剂水煎服,3 个月为 1 个疗程。对照组采用支链氨基酸 250 ml、能量合剂(10%葡萄糖 500 ml 中加入 ATP 40 mg、辅酶 A 100 u、维生素 C 3 g、10%氯化钾 10 ml)静脉滴注,每日 1 次,3 个月为 1 个疗程。两组治疗 1 个月 ALT 下降 $< 20\%$ 酌加齐墩果酸片、甘草甜素片;浮肿、腹水加安体舒通、双氢克尿塞。均不使用人血白蛋白或血浆。中途病情确需使用者视为无效病例。

结果 (1)疗效评定标准 显效: A 上升及 G 下降幅 ≥ 5 g/L,并达正常值, γ -球蛋白下降幅 $\geq 5\%$, ALT 恢复正常;症状消失。有效: A 上升及 G 下降幅 < 5 g/L, γ -球蛋白下降幅 $< 5\%$, ALT 下降率 $> 20\%$,未达正常值,症状改善。无效:未达到有效标准。(2)结果:治疗组显效 46 例(39.66%),有效 55 例(47.41%),无效 15 例(12.93%),总有效率 87.07%。对照组显效 12 例(16.67%),有效 26 例(36.11%),无效 34 例(47.22%),总有效率 52.78%;两组显效及总有效率比较均有非常显著差

别($P<0.01$); 治疗组治后 A、G、 γ -球蛋白水平明显改善, 与治前及对照组治后比较均有非常显著差别($P<0.05$, 见附表); 治疗组 ALT 复常率(56/74 例, 占 75.68%) 优于对照组(29/45 例, 占 64.44%), 两组各有 6 例加用降酶药, 复常率组间比较无统计学意义($P>0.05$)。两组的临床症状及体征均有明显改善, 但对 HBsAg、抗 HCV 影响不明显。

附表 两组患者治疗前后血清蛋白水平比较 ($\bar{x}\pm S$)

组别		A	G	γ -球蛋白 (%)
		(g/L)		
治疗	治前	38.2 $\pm$ 4.1	35.9 $\pm$ 4.1	28.2 $\pm$ 5.2
(116)	治后	44.8 $\pm$ 4.8* Δ	34.5 $\pm$ 5.1* Δ	24.2 $\pm$ 6.6* Δ
对照	治前	38.6 $\pm$ 5.4	34.5 $\pm$ 5.1	29.6 $\pm$ 7.0
(72)	治后	39.9 $\pm$ 5.0	33.9 $\pm$ 2.8	28.7 $\pm$ 6.9

注: 与本组治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组治后比较, $\Delta P<0.05$; () 内为例数

体会 慢性肝炎血清蛋白水平异常, 涉及到免疫功能失调, 肝细胞功能不全、肝纤维化形成及微循环障碍在内的复杂病理基础。单纯依靠补充氨基酸、能量合剂及人血蛋白制品不能持久性恢复血清蛋白水平及降低球蛋白含量, 而采用益气活血药为主随证加减, 作为改善蛋白水平的对策是建立在中医认识慢性肝炎具有病程缠绵、反复发作, 久病必虚必瘀特点的基础之上。现代医学实验证明: 人参中含蛋白质合成促进因子可促进肝脏合成蛋白; 黄芪、黄精能增强细胞免疫、促进淋巴细胞转化, 减少球蛋白生成; 丹参促进胶原纤维降解、吸收, 改善肝细胞缺血缺氧, 促进肝细胞再生; 三七含有三七皂甙能影响 DNA 及蛋白的合成。临床治疗观察证实益气活血药对改善蛋白异常的功效, 且无副作用, 克服补充白蛋白昂贵之弊。

(收稿: 1995-11-07 修回: 1996-02-10)

中西医结合治疗失眠症 68 例

安徽医科大学睡眠障碍研究室(合肥 230032)

朱国庆 张慧秀 王 敏 张景行

安徽医科大学第一附属医院 孔秀妮

1994 年 1 月~1995 年 3 月, 我们从门诊筛选出安定类药依赖型和非安定类药依赖型失眠症患者, 进行单纯中药和中西医结合治疗失眠症的疗效观察。

临床资料 134 例患者均符合失眠症的诊断标准(中国精神疾病分类方案与诊断标准, 第 2 版, 南京: 东南大学出版社, 1995: 48-52), 并排除重大躯体疾病和精神病史。患者随机分为中药组和中西医结合

组。中药组 66 例, 男 32 例, 女 34 例; 年龄 14~72 岁, 平均 37.4 岁; 病程 2 个月~35 年, 平均 7.3 年; 其中入睡困难为主者 62 例, 早醒为主者 4 例, 同时有入睡困难、多梦易醒和早醒者 43 例; 非药物依赖型 41 例, 药物依赖型 25 例。中西医结合组 68 例, 男 33 例, 女 35 例; 年龄 16~75 岁, 平均 38.1 岁; 病程 2 个月~40 年, 平均 6.7 年; 其中入睡困难为主者 63 例, 早醒为主者 5 例, 同时有入睡困难、多梦易醒和早醒者 48 例; 非药物依赖型 40 例, 药物依赖型 28 例。

治疗方法 中药组服安神散(由本院自制, 将珍珠母、夜交藤、合欢皮和丹参按 3:1:1:1 比例配制, 研为细末), 早晚各服 6 g; 中西医结合组早晨服安神散 6 g, 晚上服加有舒乐安定粉剂 0.5 mg 的安神散 6 g, 均为冲服。两组均治疗 1 个疗程(10 天)。

结果 (1) 疗效判定标准: 根据服药后 10 天内平均睡眠时间和临床症状改善情况判断疗效。显效: 每日平均睡眠时间达 6.5 h 以上, 临床症状基本消失; 好转: 每日平均睡眠时间不足 6.5 h, 但较治疗前平均延长 1 h 以上, 临床症状明显改善; 不能达到上述标准者为无效。(2) 疗效见附表 中西医结合组药物依赖型疗效与中药组药物依赖型相比, 有显著性差异($\chi^2=14.30$, $P<0.01$)。

附表 两组患者失眠症的疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	好转	无效	总有效
中药	66	25(37.9)	22(33.3)	19(28.8)	47(71.2)
非依赖型	41	21(51.2)* Δ	16(39.0)	4(9.8)* Δ	37(90.2)* Δ
依赖型	25	4(16.0)	6(24.0)	15(60.0)	10(40.0)
中西医结合	68	46(67.6)*	18(26.5)	4(5.9)*	64(94.1)*
非依赖型	40	31(77.5)	8(20.0)	1(2.5)	39(97.5)
依赖型	28	15(53.6)*	10(35.7)	3(10.7)*	25(89.3)*

注: 与中药组相对应型比较, * $P<0.01$; 与本组依赖型比较, $\Delta P<0.01$

体会 本研究观察到安神散对非药物依赖型患者疗效较好, 但对药物依赖型疗效较差。安神散辅以小剂量舒乐安定可使药物依赖型患者疗效显著提高, 似表明中药与舒乐安定间有协同作用, 这可能与小剂量舒乐安定可减轻安定类药的撤药反应有关。我们的结果亦提示中药辅以小剂量安定类药物可有效纠正安定类药依赖型患者的失眠。

(收稿: 1995-08-30 修回: 1996-07-29)