

柏 10g 土茯苓 30g 生地 10g 丹参 15g 赤芍 10g 泽兰 10g 菟藟子 10g 黄芪 15g 枸杞子 15g 紫石英 15g。随症加减：气虚加党参 15g，白术 15g；血虚加当归 10g，熟地 15g；血瘀加三棱 10g，莪术 10g；血热加金银花 10g，野菊花 10g，白花蛇舌草 15g；肾虚加桑寄生 15g，杜仲 10g，川断 10g。每日 1 剂，水煎服 2 次。另加服强的松 5mg，每日 2 次。对照组：强的松 5mg，每日 3 次。3 个月为 1 个疗程，1 个疗程后复查 ASAb。

结 果

1 疗效标准 痊愈：血清 ASAb 转为阴性并妊娠；有效：血清 ASAb 转为阴性；无效：血清 ASAb 仍为阳性。

2 治疗结果 治疗组 26 例中，痊愈 10 例 (38.46%)，有效 11 例 (42.31%)，无效 5 例 (19.23%)，总有效率 80.77%；对照组 10 例中，痊愈 1 例 (10.00%)，有效 4 例 (40.00%)，无效 5 例 (50.00%)，总有效率 50%。两组总有效率比较，经 Ridit 分析，治疗组的疗效明显优于对照组 ($P < 0.01$)。

讨 论 中医学无免疫性不孕的病名，根据临床表现，本病主要病机是热毒或湿热内蕴，气机郁滞，瘀血内生，以致气血失调，冲任损伤，则胎孕难成。治宜清热活血，益气补冲任，自拟消抗助孕汤，方中土茯苓、生地、黄柏凉血解毒，可消除炎症感染因子，避免刺激免疫系统，而抑制 ASAb 的产生；丹参、赤芍、菟藟子、泽兰活血化瘀，可消除血中抗原，防止免疫复合物的产生，同时对沉积的抗原抗体有促进吸收和消除作用。黄芪、枸杞子、紫石英益肾气补冲任，冲为血海，任主胞胎，肾主生殖，冲任得补，肾精充足，卵泡成熟精卵结合，胎孕可成矣。

男方须同时检查 ASAb。因在临证中发现约 40%~50% 的男方 ASAb 检查亦为阳性，故免疫性不孕的男女双方须同时治疗。在治疗过程中坚持同房时使用避孕套，避免精子抗原对女方的刺激，从而阻断免疫反应，待复查 ASAb 转阴性后，才不需使用避孕套。同时指导患者测基础体温，掌握排卵期同房，可提高受孕率。

(收稿：2001-06-20 修回：2001-09-28)

复方丹参注射液联合甘利欣治疗慢性乙型肝炎 106 例

陕西省澄城县医院内二科(陕西 715200) 王炳坤

1999 年 5 月~2000 年 9 月，我院应用复方丹参联合甘利欣治疗病毒性慢性乙型肝炎 106 例，取得良好疗效。总结报告如下。

临床资料 212 例慢性乙型肝炎患者，均符合 1995 年全国肝炎会议修订的诊断标准。随机分为两组。治疗组和对照组各 106 例。治疗组，男 67 例，女 39 例；年龄 15~72 岁，平均 37.1 岁。对照组男 71 例，女 35 例；年龄 13~69 岁，平均 39.2 岁。

治疗方法 治疗组：复方丹参注射液(北京第四制药厂生产)16~20ml 加入 5% 或 10% 葡萄糖注射液 250ml 内静脉滴注，每日 1 次；甘利欣(连云港正大天晴制药厂生产)150~200mg 加入 5% 或 10% 葡萄糖 250ml 内静脉滴注，每日 1 次。疗程 30~45 天。对照组：甘利欣 150~200mg 加入 5% 或 10% 葡萄糖注射液 250ml 内静脉滴注，每日 1 次，疗程 30~45 天。

两组均辅用肌酐、维生素 C 等护肝药物，疗程相同。

两组治疗前均检查肝功(ALT、AST、TBiL、A/G)及乙肝血清标志物，治疗期间每两周检查肝功 1 次(ELISA 法)。用药期间观察记录临床症状体征变化及用药不良反应。

结 果

1 疗效标准 显效：TBiL、ALT、AST 降至正常，停药后随访 2 个月无反跳。有效：TBiL、ALT、AST 下降或至正常，停药后反跳，再次用药有效。无效：TBiL、ALT、AST 无下降，或升高。

2 结果 治疗组显效 35 例 (33.02%)，有效 61 例 (57.55%)，无效 10 例 (9.43%)，总有效率 90.57%。对照组显效 23 例 (21.70%)，有效 64 例 (60.38%)，无效 19 例 (17.92%)，总有效率 82.08%。两组显效率比较，差异有显著性 ($P < 0.05$)。

3 肝功能变化 两组治疗后 ALT、AST 和 TBiL 与治疗前比较差异均有显著性 ($P < 0.01$)，治疗组治疗后 TBiL 与对照组比较，差异有显著性 ($P < 0.01$)。在临床症状及体征方面，肝区疼痛消失、肝脾肿大缩小，治疗组均优于对照组 ($P < 0.01$)。

表 1 两组治疗前后肝功能变化比较 ($\mu\text{mol/L}$, $\bar{x} \pm s$)

组别例数	ALT	AST	TBiL
治疗 106 治前	181.00 $\pm$ 41.40	101.21 $\pm$ 30.54	108.56 $\pm$ 56.70
治后	57.31 $\pm$ 20.03*	40.15 $\pm$ 19.31*	20.18 $\pm$ 8.92* [△]
对照 106 治前	179.16 $\pm$ 50.37	112.34 $\pm$ 29.84	104.28 $\pm$ 34.30
治后	64.37 $\pm$ 23.09*	49.30 $\pm$ 21.20*	38.20 $\pm$ 10.76*

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，[△] $P < 0.01$

4 副作用及不良反应 治疗期间对照组有 3 例患者出现轻度头痛、头昏，未影响治疗，未出现恶心、呕吐、腹泻，未见水钠潴留，外周血象、心电图及肾功能等未出现异常。

讨 论 甘利欣是强力宁的换代产品，成分是甘草酸二胺，具有肾上腺皮质激素的作用，有抗炎、保护肝细胞膜、促进胆红质代谢及改善肝功能的作用，对慢性乙型肝炎降低其 ALT、TBiL 疗效可靠。丹参的动物实验证明：它能明显减轻肝细胞坏死，防止脂肪肝，促进肝细胞再生，抗脂质氧化，改善肝、脾脏血液循环和抑制纤维化，防治免疫性肝纤维化。中医学认为慢性乙型肝炎常有肝郁气滞、瘀血阻络。复方丹参注射液与甘利欣联合应用，不但对降低 ALT、AST 作用明显，反跳减少，尤其对 TBiL 的降低疗效更为明显 ($P < 0.01$)。

(收稿：2001-04-11 修回：2001-10-15)

中西医结合治疗急性胆囊炎 56 例

河南省商丘市中心医院内科(河南 476000)

蒋玉侠 王友杰

河南省亚翔集团职工医院 张起蒙 陈殿军

1996 年 1 月~2001 年 1 月，我科采用中西医结合方法治疗急性胆囊炎患者 56 例，疗效较好，现报道如下。

临床资料 106 例急性胆囊炎患者。病程 3~8 天，平均 5 天。随机分为 2 组，治疗组 56 例，其中男 30 例，女 26 例；年龄 21~68 岁，平均 (42.3 $\pm$ 4.6) 岁。对照组 50 例，男 27 例，女 23

例;年龄 19~68 岁,平均(40.7±5.4)岁。入院时 106 例患者均不同程度表现为右上腹剧烈绞痛,阵发性加剧,并向右肩背部放射,吃油腻食物常为腹痛诱发因素,患者恶心、呕吐、发热,体温常>38℃,一般无寒战。右上腹有明显压痛,肌紧张或墨非氏(Murphy)征阳性,少数可扪及肿大的胆囊,当炎症波及胆管时,可伴有不同程度的黄疸。全部病例均经 B 超检查,实验室检查白细胞计数及中性粒细胞显著升高,支持急性胆囊炎的诊断。两组患者性别、年龄、临床表现及辅助检查经统计学处理差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

治疗方法 所有患者均静脉滴注氨苄青霉素 5.0~8.0g,丁胺卡地霉素 0.4~0.6g,替硝唑 0.5~1.0g,每天 1 次,7~14 天为 1 个疗程。治疗组 56 例,在西药治疗的基础上,加服中药汤剂。根据中医辨证分型:(1)肝胆实热型,症见右上腹痛、皖闷、恶心、呕吐、周身灼热,舌苔淡黄或黄腻,脉弦数。治宜清热解毒,疏肝利胆,理气止痛。方选清胆 I 号,药物组成:金钱草 60g 大黄(后下)15g 黄芩 10g 虎杖 15g 连翘 15g 元胡 15g 郁金 10g 茵陈 30g 太子参 15g 甘草 10g 川楝子 10g。(2)气滞血瘀型:症见上腹或两肋隐痛不适,食欲不振或食后腹胀,口干舌燥,舌质红、质暗或有瘀斑,苔黄燥少津,脉细涩,身热不甚。治以活血化瘀,理气健脾,利肝解毒。方选清胆 II 号,药物组成:白芍 10g 赤芍 15g 乌药 10g 元胡 10g 桃仁 10g 鸡内金(冲服)16g 炒山楂 10g 金钱草 40g 白术 15g 黄连 10g 大黄 10g。以上两方均为 1 日量,水煎后每日服两次。重者每天 2 剂,7~14 天为 1 个疗程。

统计学方法采用 t 检验。

结 果

1 疗效标准 治愈:症状体征消失,白细胞、中性粒细胞恢复正常范围,辅助检查阳性征消失;好转:临床症状、体征大部分消失或主要症状显著减轻;无效:临床症状无明显变化。

2 治疗结果 治疗组治愈 54 例,好转 2 例,治愈率为 96.4%。对照组治愈 30 例,好转 20 例,治愈率为 60%。治疗组与对照组在临床症状和体征消失、白细胞恢复正常方面差异有显著性($P<0.01$),见表 1。

表 1 两组患者症状体征、黄疸消失及白细胞恢复正常时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	症状体征消失时间	白细胞恢复时间	黄疸消失时间
治疗	56	5.5±0.5*	5.0±1.0*	4.5±0.5*
对照	50	7.8±0.6	9.0±1.2	6.0±1.1

注:与对照组比较,* $P<0.01$

讨 论 西医认为急性胆囊炎的主要致病菌有大肠杆菌(57%)、绿脓杆菌、变形杆菌、厌氧菌、金黄色葡萄球菌等,多为混合感染。采用敏感抗生素是治疗的关键。但是以上革兰氏阳性菌会分泌大量的外毒素,革兰氏阴性菌体被抗生素杀灭裂解后会释放大量的内毒素,释放入血可引起寒战、高热甚至中毒性休克等。对于这些毒素西药没有特效的药物,而中药大黄、黄芩、板蓝根、茵陈、栀子、柴胡等清热解毒之品,有抗毒解毒,降低患者体温的功效,可减少毒血症的各种并发症发生。中医学认为急性胆囊炎多由饮食不节损伤肝脾,肝气失疏,致湿热熏蒸肝

胆、气滞不通所致。故用大黄、黄芩、虎杖等清热解毒、攻里通下,用金钱草、茵陈、郁金、柴胡利胆疏肝、理气化瘀,诸药合用,使脏腑气机得以疏利,实热之邪得解而泄,患者的整体症状及胃肠功能得以改善。中西医结合治疗急性胆囊炎的疗效更好。

(收稿:2001-06-18 修回:2001-09-20)

川芎嗪对新生儿缺氧缺血性脑病脑组织的保护作用

武汉大学中南医院儿科(武汉 430071)

朱 芮 王晓榕 邹典定

新生儿缺氧缺血性脑病是围产期窒息而导致的脑损害,其发病机制复杂,目前尚无有效的特异治疗方法,本研究观察了川芎嗪对脑组织的保护作用,以探讨其临床应用价值。

资料与方法

1 临床资料 60 例新生儿缺氧缺血性脑病(HIE)系我科 1996 年 2 月~2000 年 6 月间的住院患儿,随机分两组:Ⅰ组 30 例,男 17 例,女 13 例,轻度 4 例,中度 17 例,重度 9 例;Ⅱ组 30 例,男 18 例,女 12 例,轻度 5 例,中度 16 例,重度 9 例,两组基本情况相似,有可比性,所有病例均符合 HIE 诊断标准[韩玉昆,虞人杰,卜定方.新生儿缺氧缺血性脑病临床诊断依据和分度.中华儿科杂志 1990;28(1):31]。以 30 名正常新生儿作为健康对照组,男 16 名,女 14 名。

2 治疗方法 两组均给予支持疗法,控制惊厥,治疗脑水肿等。Ⅰ组同时加川芎嗪注射液(无锡市第七制药厂)2~4mg·kg⁻¹·d⁻¹于生理盐水 50ml 中静脉滴注,疗程 10 天。

3 观察指标及方法 (1)Ⅰ、Ⅱ组治疗前后取静脉血测血清肌酸激酶同功酶 B(CK-BB)。(2)新生儿行为神经测定(NANB):采用 NANB 20 项评分法(鲍秀兰,虞人杰,李着算,等.中国 12 城市正常新生儿 20 项行为神经评价.中华儿科杂志 1990;28:160)对生后 14 天 HIE 患儿测定,由受训专人评定。

4 统计学方法 采用 t 检验。

结 果

1 各组 CK-BB 测定结果比较 见表 1。治疗前Ⅰ、Ⅱ组血清 CK-BB 较健康组明显增高($t_1=7.78$, $t_2=8.08$, 均 $P<0.01$);治疗前Ⅰ、Ⅱ组差异无显著性($t=0.05$, $P>0.05$);两组治疗前后差异有显著性($t_1=7.99$, $t_2=2.60$, $P<0.01$)。治疗后Ⅰ组较Ⅱ组下降更明显($t=4.66$, $P<0.01$),且恢复到正常范围。

2 NBNA 评分 Ⅰ组为(39.51±1.18)分,Ⅱ组为(35.55±3.92)分,Ⅰ组明显高于Ⅱ组($t=4.00$, $P<0.01$)。

表 1 3 组 CK-BB 比较 (IU/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CK-BB
Ⅰ	30	治前 213.34±82.23*
		治后 81.65±32.29 [△]
Ⅱ	30	治前 224.44±83.31*
		治后 164.30±89.81 ^{△▲}
健康	30	80.65±38.92

注:与健康组比较,* $P<0.01$;与本组治疗前比较,[△] $P<0.01$;与Ⅰ组治疗后比较,[▲] $P<0.01$