

术 B 超定位选择液平面最宽处为穿刺点,常规消毒铺洞巾,利多卡因逐层麻醉,穿刺进针后,引入柔软不锈钢导丝,退出穿刺针,引入静脉留置管,或剪去钢针的一次性输液器硅胶细管(直径 2mm),固定并连接输液管,与水封瓶相连,速度调节在 30~50ml/min 进行放液。留管时间以完全引流至胸水消失为止(经胸部摄片证实)。(3)每日在留置管近胸端注入雷米封 0.3g,地塞米松 10mg,尿激酶 10 万 u。(4)口服抗癆逐饮汤:百部 10g 百合 10g 生地 10g 白及 10g 柴胡 10g 赤芍 10g 白芍 10g 桃仁 10g 丹皮 10g 丹参 10g 黄芪 15g 炒白术 10g 猪苓 20g 茯苓 20g 葶苈子 20g 皂刺 15g 生甘草 5g。阴虚火旺者加知母 10g 银柴胡 10g 黄柏 10g 痰热盛者加黄芩 15g 全栝楼 15g 大贝母 15g 阳气虚者加人参 15g,阳气虚甚者加桂枝 10g。

常规治疗组:(1)化疗予 2S(E)HRZ/4HR 方案。(2)口服强的松 20~30mg/d,10 天后逐步减量。(3)中等量积液予每周抽液 2~3 次,每次抽液量小于 1000ml,有胸膜反应者停止抽液。

均住院治疗,胸水消退或量很少时出院,继续督导用药,抗癆时间总计 6 个月。

统计学方法 采用方差分析和 χ^2 检验。

结 果

(1)疗效判定标准:参照中华人民共和国卫生部 1996 年 8 月发布的《病种质量控制标准》。治愈:症状、体征消失,血沉正常,X 线检查胸腔积液完全吸收;好转:症状、体征消失,血沉正常或接近正常,X 线检查胸腔积液明显吸收或仅有少量积液。(2)结果 新法治疗组与常规治疗组的疗效、抽液总量及副反应比较,见表 1。退热时间、胸水消退时间及副反应,两组比较差异有显著性($P<0.01$)。

表 1 两组疗效及副反应比较

组别	治愈 (例)	好转 (例)	放液量 (ml)	退热 时间	胸水消 退时间	胸膜增包裹性 厚粘连 积液			肝功 异常	胃肠 反应
				(天)	(天)	(例)				
新法 治疗	60	8	2100±17	7.2±1.8	10.0±4.9	2	2	3		2
常规 治疗	50	18	2300±25	17.1±2.4*	28.0±3.4*	10*	11*	12*		

注:与新法治疗组比较,* $P<0.01$

讨 论 结核性渗出性胸膜炎是因结核杆菌损害胸膜所致,胸膜为单层扁平上皮构成的浆膜性生物膜,毛细血管淋巴管位于上皮下结缔组织中,结核杆菌使胸膜上皮细胞变性纤维化,在胸膜炎早期,胸膜充血水肿,渗液中纤维蛋白沉积于胸膜,影响毛细血管通透性,细胞碎片组织炎症,对淋巴管形成压迫,影响胸水重吸收,如不及时充分引流,那么,纤维蛋白沉着,广泛胸膜增厚和包裹性积液分隔在所难免。常规穿刺抽液量有限,胸水蓄积 如抽液量大,易发生纵膈移位,复张性肺水肿,钢针长时间刺激,易引起胸膜反应,钢针也可能刺破肺脏,形成气胸。常规药物治疗方案中,利福平能加速激素和雷米封的代谢,影响抗癆及减少胸水的渗出,有学者建议,停用利福平改用吡嗪酰胺。但我们认为利福平抗癆效果较好,在充分引流后胸腔内注入地塞米松、雷米封,局部浓度较高,既可减少全身副反应,又可绕过肝药酶代谢这一环,降低了肝脏损害及胃肠反应

发生率。在胸腔内注入尿激酶后,纤溶活动加强,降解纤维蛋白,裂解纤维分隔,降低了胸水粘稠性,有利于积液的充分引流,纤维素不易沉积,对局部凝血机制未见明显影响,而且使引流管堵塞大为减少。口服 654-2 可以改善微循环,降低毛细血管通透性,增强胸膜血流量,通过对磷脂酶 A2 的抑制作用而具有明显抗炎效果。一次性微创引流法,置入的是细硅胶管,而非钢针长时间刺激,具有微创痛苦小,可自由活动的优点。结核性渗出性胸膜炎作为感染性疾病,应该与脓胸一样,充分引流,常规治疗,胸水蓄积,延缓病程,胸水中药物浓度较低,难以发挥效力,微创一次性放液,胸腔内注入药物,药物浓度高,病程缩短,包裹性积液胸膜增厚粘连的发生率大大下降。放液的速度可精确控制,无一例发生纵膈移位、复张性肺水肿。一次性放液与多次穿刺抽液相比,大大减少了医源性胸腔内感染的机会。

抗癆逐饮汤有抗癆促胸水吸收,减少并发症和药物副反应之功效,方中白及、百部、生地养阴杀虫;黄芪、丹参、柴胡、白芍疏肝护肝,可减少抗癆药物的肝损害;赤芍、皂刺、丹皮、丹参活血化瘀,可减少纤维素渗出;黄芪、白术、茯苓健脾护胃;车前子、葶苈子、猪苓、茯苓利水逐饮。方中诸药均可调整免疫,进而缩短病程,减少并发症,随症加减更取良效。

(收稿 2001-07-28 修回 2002-02-10)

强力宁预治疗后加干扰素治疗慢性乙型病毒性肝炎的近期疗效观察

北京地坛医院(北京 100011) 刘 雅

1998 年 3 月~2001 年 6 月,笔者采用强力宁预治疗后加干扰素治疗慢性乙型病毒性肝炎 30 例,疗效较好,现将结果报告如下。

临床资料 所选病例均符合 1995 年全国传染病及寄生虫病学术会议制订的慢性乙型病毒性肝炎的诊断标准〔病毒性肝炎防治方案.中华传染病杂志 1995;13(4):241—247〕,临床诊断为慢性乙型肝炎。于治疗前连续两次以上血清检测 HBV 标记为 HBsAg、HBeAg、HBV-DNA(斑点法)和 Anti-HBe 均为阳性及 Anti-HBe 和 Anti-HBs 均为阴性。近 0.5 年未用过抗病毒及免疫调节药治疗者。并除外有心脏病、慢性肾病、糖尿病及酒精性肝病、自身免疫性肝炎。符合以上标准并完成治疗者 50 例,其中治疗组 30 例,男 24 例,女 6 例,年龄 22~45 岁,平均 30.7 岁,发现乙型肝炎病毒(HBV)感染史 1~16 年,平均 4.5 年。对照组 20 例,男 16 例,女 4 例,年龄 15~53 岁,平均 32.7 岁,发现 HBV 感染史 1~11 年,平均 3.6 年。两组病例的一般情况具有可比性。

治疗方法 治疗组用 20%强力宁注射液 100ml 加入 10%葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注,每日 1 次共 15 天,然后用干扰素 300 万 u 肌肉注射,每日 1 次,4 周后改为每周 3 次,共 12 周。对照组除了不用强力宁外,其他治疗同治疗组。两组患者除了一般保肝药外,均不用其他抗病毒药及免疫调节药。

治疗结束后观察血清 HBV 标记,包括 HBsAg、HBeAg、

HBV-DNA、Anti-HBc、Anti-HBe、Anti-HBs,肝功能等。

统计学处理 采用 χ^2 检验。

结 果

1 血清 HBV 标记变化 治疗组 30 例中,HBsAg 阴转 20 例(66.67%),HBV-DNA 阴转 23 例(76.67%),Anti-HBe 阳转 19 例(63.33%)。对照组 20 例中,HBsAg 阴转 9 例(45%),HBV-DNA 阴转 11 例(55%),Anti-HBe 阳转 11 例(55%),经统计学处理,治疗组与对照组之间血清 HBsAg、HBV-DNA 阴转率及 Anti-HBe 阳转率差异有显著性($P < 0.01$)。HBsAg、Anti-HBs 和 Anti-HBe 治疗前后无变化。

2 肝功能变化 治疗组有 19 例在治疗过程中 ALT 和 AST 2 倍以上升高,其中有 4 例 ALT $> 500 \text{ U/L}$,最高 1 例达 764 U/L 。对照组有 11 例 ALT 2 倍以上升高,但未发现 ALT $> 500 \text{ U/L}$ 者,治疗结束时,ALT 和 AST 升高的病例,随着 HBV-DNA 和 HBsAg 的转阴,ALT 和 AST 均下降或恢复正常。未发现血清胆红素升高病例。

3 随访结果 治疗组 17 例治疗结束 6 个月后随访检测血清 HBV 标志,发现有 3 例在治疗结束时 HBsAg 和 HBV-DNA 仍为阳性者发生了血清转换,HBsAg 和 HBV-DNA 转为阴性,并出现血清 Anti-HBe 阳性,治疗组 HBsAg 转阴率为 76.67% (23/30),HBV-DNA 转阴率为 86.67% (26/30)。Anti-HBe 转阴率为 73.33% (22/30),未发现 HBsAg 和 HBV-DNA 转阳病例。

讨 论 抗病毒治疗是治疗慢性乙型病毒性肝炎(CHB)的关键之一,目前干扰素是主要抗病毒药物,但常规治疗疗效仅为 40% 左右,而采用加大剂量延长疗程等方案并不能提高疗效,反使不良作用增加,加大经济负担。干扰素联合其他免疫药物治疗 CHB 以提高疗效是一个研究方向。强力宁为甘草酸单铵、L-半胱氨酸、甘氨酸配伍成的注射液,其主要作用机理为含有的甘草甜素有糖皮质激素样作用,而少有糖皮质激素副作用。本结果提示用强力宁预处理后加用干扰素治疗 CHB,可以明显提高抗病毒疗效。

(收稿 2001-11-22 修回 2002-02-08)

肠愈 I 号冲剂合祛瘀散治疗 溃疡性结肠炎 128 例

江苏省镇江市中医院(江苏 212003) 史亚祥

自 1993 年 2 月以来,笔者采用肠愈 I 号冲剂口服合祛瘀散灌肠治疗溃疡性结肠炎 128 例,并与柳氮磺胺吡啶(SASP)治疗作对照。现报告如下。

临床资料 所有病例均来自我院消化专科门诊及住院患者,随机分为两组。治疗组 128 例,男 70 例,女 58 例;年龄 17~69 岁,平均 33.5 岁;病程 0.6~20 年,平均 6.2 年;初发型 21 例,慢性复发型 75 例,慢性持续型 32 例;病情轻度 85 例,中度 29 例,重度 14 例。对照组 76 例,男性 41 例,女性 35 例;年龄 20~65 岁,平均 33.2 岁;病程 0.5~18 年,平均 5.9 年;初发型 12 例,慢性复发型 44 例,慢性持续型 20 例;病情轻度 50 例,中度 17 例,重度 9 例。两组一般资料差异无显著性($P > 0.05$),

具有可比性。诊断标准 根据全国慢性非感染肠道疾病学说研讨会上制定的溃疡性结肠炎诊断标准[中华消化杂志 1993;13(6):354],204 例溃疡性结肠炎患者均经纤维结肠镜确诊。排除并发急性结肠炎扩张或大量出血或结肠狭窄与肠梗阻者,妊娠哺乳期患者,合并肝、肾和造血系统严重疾病者。

治疗方法 治疗组 肠愈 I 号冲剂(由我院制剂室生产,药物组成 党参、黄芪、白术、生薏苡仁、黄连、秦皮、苦参、诃子、补骨脂、仙鹤草、莪术、延胡索、防风、葛根、木香、白芍、桔梗、甘草,每包含生药 26g),每次 26g,每日 3 次,温开水冲服。保留灌肠以祛瘀散(由我院制剂室提供,药物组成 地榆、苦参、黄柏、白及、五倍子、乳香、没药等,每包含生药 49g)49g,加水 500ml,浓缩 200ml,冷却至 $35 \sim 38^\circ\text{C}$,每晚睡前排空大便,保留灌肠 1h,灌肠时患者侧卧位,抬高臀部,用粗导尿管或 20~24 号灌肠管,缓慢插入约 25~30cm,滴入速度宜慢。

对照组 柳氮磺胺吡啶片剂(上海信谊制药厂生产,每片 0.25g)口服,每次 1g,每日 3 次。

疗程及禁忌 两组内服和保留灌肠连续 3 个月为 1 个疗程。治疗期间停用其他药物。饮食以柔软、易消化、富于营养为原则,保持情绪稳定,忌食牛乳、乳制品及油腻、生冷、辛辣等刺激性食物。治疗期间,每 1~2 周复诊,记录症状、体征改善情况,包括如腹痛、腹泻、粘液便、脓血便、里急后重、舌苔和脉象变化等。1 个疗程结束后复查肠镜、病理组织学检查。

结 果

1 疗效判定标准 按慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)[中国中西医结合杂志 1994;14(4):239]。

2 临床疗效 治疗组 128 例,治愈 82 例(64.06%),显效 24 例(18.75%),有效 17 例(13.28%),无效 5 例(3.91%),总有效率为 96.09%。对照组 76 例,依次为 32 例(42.11%)、12 例(15.79%)、11 例(14.47%)、21 例(27.63%)、72.37%。两组疗效比较,差异有显著性($P < 0.01$)。

3 两组治疗前后症状体征比较 见表 1。两组治疗后腹泻、粘液便、脓血便及肠镜检查均有不同程度改善,且两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。

表 1 两组治疗前后各症状及体征比较 (例)

组别		腹泻	粘液便	脓血便	肠镜检查		
					充血水肿	粘膜溃疡	粘膜糜烂
治疗	治前	128	120	65	128	113	26
	治后	22*	19*	5*	4*	5*	1*
对照	治前	76	71	37	76	64	19
	治后	32	28	9	20	17	5

注:与对照组比较,* $P < 0.01$

4 两组治疗前后肠粘膜病理组织学检查结果比较 见表 2。治疗组治疗后肠粘膜病理组织学改变均高于治疗前,与对照组比较,差异有显著性($P < 0.05$, $P < 0.01$)。

讨 论 慢性溃疡性结肠炎属中医的“泄泻”“痢疾”“便血”等范畴。中医学认为其病机为脾虚为本,湿热邪毒为标,瘀血阻络贯穿始终,而湿热邪毒蕴结,壅滞肠中,脉络失和,血败肉腐,内溃成疡是其病理变化,故扶正、清化、活血和络是