

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, HBeAg 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, HBeAg 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 HBeAg、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 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 U/L 者。治疗结束时, ALT 和 AST 升高的病例, 随着 HBV-DNA 和 HBeAg 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 HBeAg 和 HBV-DNA 仍为阳性者发生了血清转换, HBeAg 和 HBV-DNA 转为阴性, 并出现血清 Anti-HBe 阳性。治疗组 HBeAg 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 HBeAg 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, 反使不良反应增加, 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 35~38℃, 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	肠镜下检查		
					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

表 2 两组治疗前后结肠粘膜病理组织学改变比较 (例)

组别	例数	结肠炎症	隐性脓肿	溃疡	杯状细胞减少
治疗	128	治疗前	128	107	119
		治疗后	17*	8*	7**
对照	76	治疗前	76	63	69
		治疗后	23	20	12

注:与对照组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

治疗关键。肠愈 I 号冲剂补气健脾,清热化湿,活血和络。其中黄芪、党参、白术益气健脾,托毒生肌,黄连、秦皮、苦参、生薏苡仁清热化湿,解毒消肿,莪术、延胡索活血化瘀,祛腐生肌,防风、葛根祛风升清止泻,木香行气导滞,白芍、甘草缓急止痛,仙鹤草、诃子收敛止血、涩肠止泻,桔梗、诃子一散一涩,补中寓疏,配合祛瘀散灌肠,活血祛腐,托疮生肌是局部治疗的关键,可起到直接治疗作用,加速溃疡愈合。本研究结果提示,肠愈 I 号冲剂合祛瘀散治疗组治愈率及总有效率均优于对照组,不仅改善了临床症状,而且也改善了肠镜粘膜及病理组织学指标,疗效确切,且无毒副反应,是一种安全有效的中药新制剂。

(收稿 2001-11-01 修回 2002-02-19)

中西医结合治疗羊膜腔感染综合征 40 例

河北医科大学第二医院(石家庄 050000)
赵 红 张灵芝 常雅茹 李秀珍

羊膜腔感染综合征(IAIS)是导致孕妇和围产儿死亡的主要原因。1997 年 1 月~2001 年 6 月,我院用中西医结合疗法治疗羊膜腔感染综合征 40 例,疗效较好。现报告如下。

临床资料 80 例患者均因胎膜早破或发热、难产等处理困难,由基层医院转来。诊断标准参照 Gibbs 等(1991)对 IAI 的临床定义,制定诊断标准如下:在胎膜早破的基础上,宫内分泌物细菌培养阳性或符合下列 4 项中的 2 项皆可确诊。(1)孕妇体温 $>37.8^{\circ}\text{C}$;(2)末梢血白细胞计数 $>15\times 10^9/\text{L}$ 或有明显左移;(3)子宫有压痛;(4)孕妇心率 >100 次/min,胎心率 >160 次/min。采用单盲随机法分成中西医结合治疗组(治疗组)和对照组,治疗组 40 例,孕 35~43 周,平均 39.5 周;第 1 胎 27 例,第 2 胎 11 例,3 胎以上 2 例;破膜时间 12h~12h 50min 5 例,13~24h 8 例,25~48h 15 例,49~72h 9 例, $>73\text{h}$ 3 例;不消毒阴道检查 19 例,其余 21 例均有 4 次以上肛查及 2 次阴道检查。对照组 40 例,孕 34~43 周,平均 39.7 周,第 1 胎 29 例,第 2 胎 10 例,3 胎以上 1 例;破膜时间 12h~12h 50min 6 例,13~24h 11 例,25~48h 14 例,49~72h 6 例, $>73\text{h}$ 3 例,不消毒阴道检查 17 例,其余 23 例均有 4 次以上肛查及 2 次阴道检查。两组临床资料经统计学检验差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 两组患者均根据宫内分泌物和药敏试验选用抗生素静脉给药,并急行剖宫产术,术后 24h(均已排气)治疗组服凉血清宫汤,药物组成:柴胡 15g 黄芩 10g 金银花 30g 蒲公英 20g 白花蛇舌草 15g 生地 15g 玄参 12g 丹皮 10g 当归 12g 生甘草 6g,每日 1 剂,水煎服,早晚各 1 次。宫内分泌物为脓性者,加败酱草 15g 黄柏 10g 薏苡仁 30g;宫旁有

包块加夏枯草 15g 赤芍 10g 川芎 10g 炮山甲 10g,腹胀、食欲不振加砂仁 6g 鸡内金 10g 炒白术 10g 炒枳壳 12g 木香 10g。两组均以 7 日为 1 个疗程,观察体温开始下降时间(以体温下降 0.5°C 为开始退热时间),体温及白细胞恢复正常时间。统计学方法采用 t 检验。

结 果 两组患者的胎儿均存活。体温开始下降时间:治疗组为 $(65\pm 9)\text{h}$,对照组为 $(80\pm 11)\text{h}$,治疗组短于对照组($t=2.47$, $P<0.05$);体温恢复正常时间:治疗组为 $(79\pm 14)\text{h}$,对照组为 $(99\pm 17)\text{h}$,治疗组明显短于对照组($t=3.08$, $P<0.01$);白细胞恢复正常时间:治疗组为 $(98\pm 25)\text{h}$,对照组为 $(124\pm 42)\text{h}$,两组比较,治疗组也明显短于对照组($t=6.01$, $P<0.01$)。

讨 论 羊膜腔感染综合征是妊娠期由于胎膜早破、细菌性阴道病等使病原微生物进入羊膜腔引起羊水、胎膜(羊膜、绒毛膜、蜕膜)、胎盘的感染。可引起新生儿感染,母体可并发菌血症,进而伴有中毒性休克,甚至发展为弥散性血管内凝血,在产褥期还可诱发宫旁结缔组织炎,进而引起盆腔腹膜炎、盆腔脓肿、栓塞性静脉炎。本病属于中医学“妊娠发热”或“产后发热”范畴,由于分娩、产伤、出血,元气受损,邪毒乘虚侵入胞中,正邪交争而致。治疗应扶正祛邪,清热凉血解毒。凉血清宫汤中柴胡和解退热,金银花、蒲公英、白花蛇舌草、黄芩清热解毒祛邪,生地、丹皮、玄参凉血滋阴,当归养血扶正,生甘草清热解、缓和药性。现代药理研究证实:柴胡具有明显的解热、镇静、镇痛作用,金银花、蒲公英、白花蛇舌草、黄芩能抑制多种细菌生长,增强单核巨噬细胞系统的吞噬功能,生地可增强机体的免疫功能,丹皮、玄参具有抗炎、抗菌、解热降温作用;当归也具有抗炎及免疫调节作用。因此中西医结合治疗不但能有效地抑制或杀灭多种细菌,而且通过调动机体的免疫力共同完成抗感染的作用。

(收稿 2001-12-12 修回 2002-02-26)

中药安喘舒片防治儿童哮喘 200 例

解放军第四五四医院中医科(南京 210002)
张丽玲 梁 卫
南京中医药大学 方泰惠

1995 年 10 月~1999 年 10 月,笔者采用中药安喘舒片治疗 200 例哮喘患儿,并进行随访。现将其结果报告如下。

临床资料 400 例哮喘患儿,随机分为两组。治疗组 200 例,男 126 例,女 74 例,年龄 ≥ 3 岁者 153 例, <3 岁者 47 例,病程 <1 年者 38 例,病程 1~3 年者 132 例,病程 >3 年者 30 例。对照组 200 例,男 118 例,女 82 例,年龄 ≥ 3 岁者 159 例, <3 岁者 41 例,病程 <1 年者 41 例,病程 1~3 年者 126 例,病程 >3 年者 33 例。经统计学处理差异无显著性($P>0.05$)。诊断标准:根据文献《中华结核和呼吸杂志 1993;16(哮喘增刊):5》标准,及参照“中药新药治疗哮喘证的临床研究指导原则”中属中医辨证的缓解期的肺虚型。