

查 肝大,近场回声密集增强,远场回声衰减;(6)肝穿刺活检:肝细胞脂肪变性大于 $1/3$;(7)戒酒后肝脏缩小,超声检查脂肪肝变图像改善。其中达到(1)、(2)、(4)、(5)即可做出临床诊断。两组病例在年龄、性别及病程方面差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

治疗方法 治疗组:口服祛脂护肝冲剂(由虎杖、黄芩、郁金、茵陈蒿、何首乌、泽泻、白芍、丹参 8 味中药组成,按 3:1:1:1.5:1:1:1:3 比例水煮浓缩、烘干制颗粒装袋,每袋 10g,每克含生药量 9g,本院制剂室制备),每次 10g,每日 3 次。对照组:服用非诺贝特(每片 0.1g,广州威尔曼药业生产),每次 0.1g,每日 3 次。两组疗程均为 1 个月。凡经确诊患者均于治疗前 7 日始忌酒并停服其他药物,治疗前 1 日晚上不进高脂饮食,次日晨空腹抽取静脉血查肝功能、血脂,并做血、尿常规检查,同时固定操作人员应用德国西门子小狮王黑白 B 超仪(探头频率为 3.5MHz),常规探查肝脏,肝脏 B 超积分参照《超声医学》制定,分 0~3 分计分。疗程结束后上述检查重复 1 次。服药其间临床症状及体征每周记录 1 次,不良反应随时记录。组间百分率比较采用 χ^2 检验,组间均数比较用方差分析 t 检验。

结 果

1 疗效标准 治愈 症状及体征消失,B 超检查肝脏形态及实质恢复正常, γ -GT 正常,血脂正常;有效 症状、体征好转,B 超积分至少有 3 项指标每项比治疗前下降 1 分或 1 分以上, γ -GT、血脂正常或好转;无效 未达到好转标准或加重者。

2 疗效 治疗组 100 例中治愈 60 例,有效 32 例,无效 8 例,总有效率为 92.0%。对照组 30 例中治愈 10 例,有效 10 例,无效 10 例,总有效率为 66.7%,两组总有效率比较,差异有显著性($\chi^2 = 10.9, P < 0.01$)。

3 两组治疗前后 γ -GT 测定结果比较 见表 1。 γ -GT 治疗组治疗后与治疗前及对照组治疗后比较,差异均有显著性($P < 0.01$)。

表 1 两组治疗前后 γ -GT 测定结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	异常例数		γ -GT(U/L)
治疗	35	治疗前	96.0 $\pm$ 12.3
		治疗后	31.0 $\pm$ 6.4 * Δ
对照	12	治疗前	89.0 $\pm$ 10.7
		治疗后	58.0 $\pm$ 7.6 *

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

4 两组治疗前后血脂变化比较 见表 2。两组患者治疗后血脂均有明显下降($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后血脂变化比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	TC	TG	LDL-C	HDL-C
治疗	6.60 $\pm$ 1.12	3.32 $\pm$ 1.22	3.86 $\pm$ 0.76	0.82 $\pm$ 0.16
(100)	5.64 $\pm$ 0.86 *	2.46 $\pm$ 0.86 *	2.86 $\pm$ 0.70 *	1.74 $\pm$ 0.24 *
对照	6.58 $\pm$ 0.97	3.34 $\pm$ 1.28	3.68 $\pm$ 0.78	0.86 $\pm$ 0.18
(30)	5.49 $\pm$ 0.82 *	2.34 $\pm$ 0.88 *	2.88 $\pm$ 0.66 *	1.68 $\pm$ 0.18 *

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;()内数据为例数

5 不良反应 治疗后两组均未发现明显的不良反应。

讨 论 中医学认为,酒精性脂肪肝其形成之主因为长期

饮酒无度及过食肥甘厚味。酒为大热有毒之品,嗜酒日久,热毒内生,可损及脾胃,伤及肝胆。祛脂护肝冲剂选用虎杖来清泄中焦瘀滞,选用善于走散通行、活血化瘀之丹参来祛除肝经之瘀结,配以郁金既能活血,又能行气解郁;黄芩、茵陈蒿可增加本方清热燥湿解毒之功;另选用泽泻利水化浊,增加补肝血、敛肝阴之何首乌、白芍,以防利湿伤阴耗血之弊。诸药相配,共奏清热解酒、祛瘀化痰之功效。

现代医学认为,酒精性脂肪肝的形成,主要因为:(1)脂质在肝内氧化减少;(2)肝内甘油三酯合成增加;(3)外周脂肪动员和肝利用循环脂肪增加;(4)肝脂蛋白的释放减少。现临床上常用的治疗酒精性脂肪肝的药物有血脂调节药、胆碱、维生素 B 族和维生素 E 等,均缺乏特异性,且不良反应和局限性较大,远非理想。而本观察效果显示,中药祛脂护肝冲剂能祛除肝脂,保护肝功能,明显改善临床症状和体征,体现了中医药治疗酒精性脂肪肝的优势,有进一步研究的价值。

(收稿 2002-01-17 修回 2002-05-21)

中西医结合治疗食道异物的效果观察

广西北海市人民医院耳鼻喉科(广西 536000)

刘雄光

1990 年 1 月~2000 年 1 月,我们将因鱼刺所致的食道异物而来院就诊的 300 例患者,随机分成 3 组,采用中药、西药、中西医结合 3 种不同的方法进行治疗,现报告如下。

临床资料 300 例患者按就诊先后,分成 A、B、C 3 组,每组 100 例,A 组男性 57 例,女性 43 例,年龄 9~88 岁,其中 9~18 岁为 21 例,18~60 岁为 43 例,60 岁以上为 36 例,平均(42.1 $\pm$ 17.9)岁,病程 0.5~24h,平均(3.0 $\pm$ 5.2)h。B 组男性 62 例,女性 38 例,年龄 11~78 岁,其中 11~18 岁为 16 例,19~60 岁为 46 例,60 岁以上为 38 例;平均(36.5 $\pm$ 19.8)岁,病程 0.5~24h,平均(2.8 $\pm$ 6.2)h。C 组男性 63 例,女性 37 例;年龄 10~81 岁,其中 10~18 岁为 23 例,19~60 岁 37 例,60 岁以上为 40 例,平均(38.7 $\pm$ 16.7)岁,病程 0.5~24h,平均(2.6 $\pm$ 4.6)h。以上大部分患者鱼刺卡喉后未做任何处理而就诊,少数在家曾服用过食用醋无效而就诊。所有患者均有吃鱼类史,吃鱼时即觉鱼刺卡喉,觉颈段或胸骨后疼痛,进食时疼痛加剧,随时间推移,上述症状加重,食道吞棉钡透视阳性。异物停留位置:A 组位于食道第一狭窄 78 例,第二狭窄 16 例,第三狭窄 6 例;B 组分别依次为 81 例、17 例及 2 例;C 组分别依次为 83 例、8 例及 9 例。3 组停留位置比较差异无显著性。

治疗方法 A 组(采用中西医结合治疗方法):用阿托品 0.5mg 皮下注射,安定 10mg 肌肉注射,同时口服中药汤剂 200ml(威灵仙 30g,乌梅 15g,先加水 200ml 慢火煎 20min 剩 150ml 汤剂后盛入容器中,然后把其药渣再加水 100ml,慢火煎 20min 剩 50ml 后,把药汤倒入原药液混和),慢慢吞服。30min 后在 X 光监视下吞棉钡 1~3 次(即第 1 次吞棉钡时异物未能咽下,则再吞第 2、3 次);B 组(采用西药治疗):用上述西药加

吞棉钡 C 组(采用中药治疗):服上述中药加吞棉钡,各药用量、用法同 A 组。

结果 治愈标准 经上述中药或西药治疗后,患者自觉症状消失,吞棉钡透视为阴性。A 组治愈 82 例;B 组治愈 62 例;C 组治愈 36 例。经统计学处理,A 组较 B 组效果好($\chi^2=8.95, P<0.01$);而 B 组与 C 组比较差异也有显著性($\chi^2=12.50, P<0.01$)。各组中鱼刺不能咽下者,A 组 18 例,位于第一狭窄 16 例,第二狭窄 1 例,第三狭窄 1 例;B 组 38 例,分别依次为 33 例、3 例及 2 例;C 组 64 例,分别为 61 例、2 例及 1 例。全部进行食道镜取出术,均获成功。全部患者在咽下异物或手术后 2 天内给予口服复方新诺明或氟哌酸胶囊和强的松预防感染,本组患者均无严重并发症发生。

讨论 鱼刺细长尖利,进吃鱼类不慎极易刺插于食道壁上而造成食道异物,正因为鱼刺这种特性和食道壁粘膜上皱襞等原因,刺插于食道壁上的鱼刺,当进行食道镜检查时往往不易察看,有些还因进食道镜时,由于挤压作用把鱼刺更深地插入食道壁而造成漏诊或误诊,继而出现颈部或纵膈脓肿等严重并发症。而我们所采用的中西医结合方法治疗鱼刺性食道异物,具有痛苦小、无并发症、安全有效等优点,患者易接受。笔者认为,食道异物患者因食道受异物刺激,剧烈的痛苦而致精神紧张,用阿托品可达到解痉止痛,配以安定具有镇静、消除紧张的作用,结合中药威灵仙和乌梅,前者含有白头翁素或白头翁醇,有解热镇痛麻醉之功效,后者含有酸质、枸橼酸、苹果酸,对革兰氏阴性杆菌有抑制作用,使局部伤口得以收敛愈合,与威灵仙合用,共奏软化鱼骨之功效,并借助棉钡的挂靠和重力作用使食道鱼刺顺势脱落。通过胃肠道而排出体外。

(收稿 2001-08-29 修回 2002-03-15)

中西医结合治疗小儿喘息性 支气管炎的临床观察

山东省济宁市第一人民医院(山东 272111)

徐文

喘息性支气管炎(喘支)是儿科常见病。研究表明,慢性呼吸道疾病有神经内分泌功能失调,表现为副交感神经亢进及下丘脑—垂体—肾上腺皮质系统功能减低。本研究通过观察小青龙汤和六君子汤交替使用治疗喘支及其对患儿血浆皮质醇水平的影响,初步探讨了中药治疗喘支的作用机制。

资料与方法

1 临床资料 全部病例共 72 例,均来自 1997~1999 年门诊喘支患儿,诊断标准依据《实用儿科学》(吴瑞平等主编,第 6 版,北京:人民卫生出版社,1996:1137—1138),随机分为治疗组 40 例,男 28 例,女 12 例,年龄 6 个月~3 岁,平均 2.1 岁;发作频度每年 (5.0 ± 1.5) 次;病程为 (8.0 ± 3.0) 天。对照组 32 例,男 22 例,女 10 例,年龄 6 个月~3 岁,平均 2.05 岁;发作频度为每年 (4.8 ± 1.5) 次;病程为 (7.9 ± 2.5) 天。健康对照组 30 名来自儿童保健门诊,男 20 名,女 10 名,年龄 6 个月~3 岁。

2 治疗方法 发病期 两组均常规治疗,给予口服阿莫西

林(每天 50mg/kg,分 3 次服),舒喘灵(每次 1.2mg,每天 2 次)及本院自配的祛痰合剂(内含 10% 远志酊及 2% 杏仁水,每次 5ml,每天 3 次)。喘鸣严重者,给予口服强的松,每天 1mg/kg,共 3~5 天。治疗组除常规治疗外,加服小青龙汤。方剂如下:麻黄 3~5g 桂枝 6g 干姜 3g 细辛 2~3g 五味子 6g 白芍 6g 半夏 6g 甘草 3g,每天 1 剂。水煎后分 2 次服,至咳嗽症状和肺部体征消失,改为缓解期治疗。缓解期:治疗组服用六君子汤。方剂如下 党参 9g 白术 6g 茯苓 6g 甘草 4.5g 陈皮 6g 半夏 6g 生姜 6g 大枣 3 枚,每天 1 剂,水煎后分 2 次服,每周服 2 天,疗程 1 年。如有复发,治疗组改为小青龙汤加常规治疗。对照组口服左旋咪唑(每天 2.5mg/kg,分 2 次服,每周服 2 天,停 5 天,疗程 1 年)加常规治疗。

3 观察项目 痊愈时间 以咳嗽症状及肺部体征消失定为痊愈,观察 2 组痊愈时间。复发频度 痊愈 1 周后再出现咳嗽症状为复发。治疗前及 1 年后均于上午 8 时采血,测定血浆皮质醇(放免法,测试仪采用西安 262 厂 FJ-2011 型,试剂由北京北方生物技术研究所提供)。

4 统计学方法 组间比较采用 *t* 检验。

结果

1 各组痊愈时间及复发频度比较 治疗组痊愈时间明显缩短,治疗组为 (4.0 ± 2.0) 天,对照组 (7.5 ± 2.5) 天;复发频度 治疗组为 (2.5 ± 0.5) 次/年,对照组 (4.5 ± 1.0) 次/年,两组比较,差异均有显著性($P<0.01$)。

2 各组治疗前后血浆皮质醇水平变化比较 见表 1。治疗前两组患儿血浆皮质醇无明显差异,但均低于健康对照组($P<0.01$)。治疗后治疗组与治疗前及对照组治疗后比较,差异均有显著性($P<0.01$)。

表 1 各组患儿治疗前后血浆皮质醇水平变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血浆皮质醇(nmol/L)	
		治疗前	治疗后
治疗	40	100.3±23.4▲	148.8±30.5*△
对照	32	101.7±20.8▲	120.8±23.6*
健康对照	30	178.5±58.6	—

注 与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与健康对照组比较,▲ $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.01$

讨论

喘支是婴幼儿时期有喘息表现的下呼吸道感染,该病常在 4~5 岁后随着呼吸道感染的减少以及粘膜过敏性的降低而痊愈。中医学认为小儿喘息之证源自内外两方面的因素。外因为外邪侵袭,以风寒犯肺最多。内因为脾肺气虚,痰邪内伏。治则为“发则散邪为主,未发则补脾为主”。发病期给予小青龙汤解表散寒,温肺化饮。缓解期用六君子汤,健脾补中、祛痰利湿。本资料显示小青龙汤和六君子汤交替服用可使喘支痊愈时间缩短,复发频度下降,肾上腺皮质功能提高。后者提示中药在防止喘支复发中,提高下丘脑—垂体—肾上腺皮质系统兴奋性可能是其作用机制之一。

(收稿 2002-03-03 修回 2002-05-21)