

术分别为 6.8%、5.6%、3.5%、6.2%，对照组为 10.9%、33%、5.1%、9.3%，具有显著差异。

2.1.2 西苏格兰冠心病预防研究（WOSCOPS） 研究其收治 45~64 岁 6 595 名，无冠心病史，用普伐他汀 40mg/d 或安慰剂。随访 5 年，结果治疗组血清 TC 下降 20%，LDL-C 下降 26%，安慰剂组无变化。治疗组使冠心病事件发生率下降 5.5%，而安慰剂组为 7.9%；治疗使非致死性心梗危险性减低 31%，心血管死亡危险性减低 32%；LDL-C 下降 24%时危险性下降 45%；均有显著意义。

2.2 二级预防

2.2.1 斯堪地那维亚辛伐他汀存活试验（4S） 35~70 岁冠心病心绞痛或心梗病人 4 444 例，血清 TC 5.5~8.0mol/L，TG<2.5mol/L，随机双盲给辛伐他汀 20~40mg 或安慰剂，如 TC 不降至 3.5~5.2mmol/L 则剂量加至 40mg。随访 5.4 年，其结果治疗组 TC 下降 25%，TG 下降 10%，LDL-C 下降 35%，而 HDL-C 上升 8%；对照组变化微小。治疗组与对照组相比，冠心病事件下降 34%，冠脉手术或介入减少 37%，无事件生存增加 26%，总生存率增加 30%。

2.2.2 胆固醇与复发事件研究（CARE） 有心梗病人 4 159 例，有心梗史 3~20 个月，21~75 岁，血清 TC 240mg/dL、LDL-C 115~174mg/dL、TG<350mg/dL、LVEF>25%。随机双盲给普伐他汀 40mg/d 或安慰剂，随访 5 年。其结果 LDL-C、TC、TG 分别下降 28%、20%、14%，HDL-C 上升 5%；治疗组心血管死亡率、非致死性心梗发生率、冠脉介入、中风发生率、冠心病死亡及非致死性心梗发生率分别为 4.6%、6.5%、14.1%、2.6%、10.2%；对照组则分别为 5.7%、8.3%、18.8%、3.8%、13.2%；2 组具有非常显著区别，他汀类药物对血脂不高的冠心病也有一定效果。

2.2.3 缺血性疾病中普伐他汀长期干预试验（LIPID） 急性心梗及不稳定心绞痛 9 014 例，为 31~75 岁病人，其血清 TC 155~271mg/dL、TG<445mg/dL。给普伐他汀 40mg/d 或安慰剂，随访 6 年。其结果治疗组 TC 下降 18%，LDL-C 下降 25%，TG 下降 18%，心梗发生率、冠脉介入、冠脉搭桥率、冠心病死亡率、心血管死亡率分别为 7.45%、9.2%、4.7%、6.4%、

7.3%。而对照组分别为 10.3%、11.6%、5.6%、8.3%、9.6%；2 组均有显著差异。

2.2.4 中国冠心病二级预防研究（CCSPS） 被称为中国循证医学的破冰之旅的血脂康调整血脂对冠心病二级预防研究于 2004 年 6 月 20 日正式向全世界公布研究结果。血脂康是中药红曲精炼而成，是天然他汀，含洛伐他汀，观察 18~75 岁中国的男女心梗存活者 4 870 例，血清 TC 170~250mg/dL、TG≤400mg/dL，随访 3~6 年，平均 4 年，使用血脂康 0.6，Bid；或安慰剂。治疗组 TC、TG、LDL-C 分别下降 13.2%、15%、20.2%，HDL-C 上升 4.9%，而对照组无改变，2 组有显著差异。治疗使冠心病事件危险、次要事件危险、总死亡率危险、冠心病死亡率危险、急性心梗事件危险、PCI 或 CABG 需求分别降低 45.1%、31.1%、33%、31%、56%和 33.3%。

我科于 2003 年完成“辛伐他汀对血管紧张素 II（AngII）诱导内皮细胞 E-selectin 表达的影响”之课题，观察辛伐他汀对 AgII 诱导的人脐静脉内皮细胞 E-selectin 表达，结果发现辛伐他汀能明显抑制内皮细胞 E-selectin，减少单核细胞与内皮细胞间的粘附，说明他汀类药物拮抗 AngII 致炎症反应的调脂外作用。于 2004 年 7 月完成“AngII 对内皮细胞致凋亡效应及血脂康保护内皮细胞作用”，观察 AngII 对体外培养的人脐静脉内皮细胞增殖与凋亡的影响及血脂康对 AngII 此效应的干预作用。结果与对照组比较，不同浓度（10⁻⁷~10⁻⁴mol/L）的 AngII 均能抑制内皮细胞增殖（P<0.05），且其作用呈剂量依赖性；不同浓度（10⁻⁷~10⁻⁴mol/L）的 AngII 均可显著诱导内皮细胞凋亡（P<0.05），caspase-3 的活性在 AngII（10⁻⁴mol/L）作用后明显增加（P<0.01）；透射电镜下可见 AngII 诱导后内皮细胞呈明显凋亡改变，血脂康可抑制 AngII 所诱导的内皮细胞凋亡（P<0.05）。

3 结语

以上介绍几个研究说明他汀类药物使冠心病事件减少，其除调脂以外，尚有抗 AS 作用，有稳定斑块、改善内皮功能，抑制脂蛋白氧化修饰、抗炎、抑制血管平滑肌细胞的增殖与迁移。他汀类药物对于冠心病的防治工作有极其重要意义。

（收稿日期：2004-10-28）

开后窍以通前窍治疗倒经一得

罗中秋 罗晖

（江西省丰城市中医院 丰城 331100）

关键词：逆经；中医药疗法；调胃承气汤；病例报告

中图分类号：R 271.11⁴

文献标识码：B

文献编号：1671-4040(2004)01-0020-01

孙某，女，32 岁，农民，1999 年 3 月 16 日初诊。自述闭经 2 年余，届期而咯血或衄血，周余渐止。多次 X 线摄片检查，未见异常，后经本省某医院妇科通过活检，确诊为“肺部子宫内膜异位症”。迭进中、西药治疗无效，遂来我院中医科求治。诊见患者形体壮实，面红目赤，口苦咽干，少腹胀痛不适，大便干结，小便短赤，舌质红、苔黄燥而干，脉弦数有力。证属腑热气壅，腑气不通，气火上熏于肺，从而使肺失清肃，

血不得下行，反随气火上逆之倒经。盖肺与大肠二者经脉互为络属而构成表里关系，通大肠即所以泻肺热。经宜通腑泄热以肃肺气，俾腑气一通，肺气肃降则血得下行，吐衄自止，癸水便可行于常道。处方用调胃承气汤加味：生大黄（后下）20g，芒硝（兑服）12g，甘草 5g，知母、黄柏各 9g，桃仁 6g，红花 3g，桔梗 10g。每日 1 剂，水煎分 2 次温服。

二诊：5 剂后，大便得通，月事亦行，吐衄（下转第 37 页）

茵栀黄穴位注射治疗黄疸性乙型肝炎临床观察

苏婷婷 黄利华

(江苏省无锡市传染病医院 无锡 214000)

关键词:黄疸性乙型肝炎;中西医结合疗法;茵栀黄注射液;穴位注射;足三里穴;西利宾胺;苦黄注射液

中图分类号:R 512.6²

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01- 0037-01

临床上顽固性低黄疸一直是乙型病毒性肝炎的治疗难点。我院自 2003 年 4 月~2003 年 10 月,采用茵栀黄穴位注射治疗黄疸性乙型肝炎 32 例,发现能有效消退黄疸,改善肝功能。现报告如下:

1 材料和方法

1.1 病例选择 62 例黄疸性乙型肝炎患者均为我院住院病人,随机分为治疗组 32 例,男 27 例,女 5 例;年龄 19~59 岁,平均 34.5 岁;其中急性黄疸性乙型肝炎 7 例,慢性乙型肝炎伴黄疸者 25 例。对照组 30 例,男 26 例,女 4 例;年龄 18~60 岁,平均 35.3 岁;其中急性肝炎 6 例,慢性肝炎 24 例。诊断均符合 2000 年 9 月第 10 次全国病毒性肝病会议修订的诊断标准^[1]。经 *t* 检验,2 组无显著差异 (*P* > 0.05),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用常规护肝、退黄、对症支持治疗,口服西利宾胺、静脉注射苦黄注射液 30mL/d。治疗组除上述一般护肝措施外,加用茵栀黄(山西太行药业股份有限公司生产) 1mL 每天足三里穴位注射,10d 为 1 个疗程,共 4 个疗程。穴位注射使用 6 号针头,进针后提插捻转,待患者有酸麻胀感后回抽针芯,无回血后注入茵栀黄注射液 1mL。

1.3 血清学检测 肝功能:检测采用 OLYMPUS AU600 型全自动生化分析仪检测。

1.4 统计学处理 采用 *t* 检验。

2 结果

2.1 2 组患者治疗前后肝功能情况 见表 1。治疗前 2 组患者血清总胆红素水平差异无显著性,治疗后治疗组总胆红素指标改变情况与对照组比较,*t* = 7.31,差异有非常显著性 (*P* < 0.01)。

2.2 治疗组治疗前后自身比较 茵栀黄穴位注射组总胆红素显著降低,治疗前后差异有显著性,*t* = 21.44, *P* < 0.01。

2.3 在茵栀黄穴位注射组未发现出血、感染、运动障碍等副作用。

(上接第 20 页)未作,少腹胀痛大减,舌红转淡,脉弦数势趋缓。效不更方,原方续进 5 剂,药尽,诸症见瘥。再予知柏地黄丸 250g,每服 8g,日服 2 次,调理以巩固疗效。随访 4 年余,诸症未见复发,月经亦届期而至。

体会:倒经即逆经,前贤多责之肝经郁热或肺肾阴虚,灼伤血络,血随气升,迫血上逆而致吐衄。大凡治法,多以清肝润肺、凉血止血为主。然而对于腑热气壅所致者,只有先通其腑气以釜底抽薪,才能使肺复行肃降之令。故用调胃承气汤

表 1 2 组患者治疗前后肝功能比较 ($\bar{X} \pm S$)

<i>n</i>		ALT/U·L ⁻¹	BILT/ μ ·mol·L ⁻¹	A/G
治疗组	32	治疗前 131.75±49.83**	67.56±27.03	1.19±0.21
		治疗后 79.66±50.66#	16.04±4.59	1.26±0.17#
对照组	30	治疗前 138.45±51.36**	68.54±27.09	1.20±0.25
		治疗后 59.66±43.78	22.61±6.32	1.37±0.19

注:治疗前后比较,***P* < 0.01; 治疗后 2 组比较,**P* < 0.01,#*P* < 0.05。

3 讨论

乙型病毒性肝炎病机具有一定特点,其病因主要是外感湿热邪毒和饮食不当,但与劳倦体虚有关,病机变化主要为湿热疫毒蕴结肝脾,肝胆失疏,脾胃不健,气滞血瘀,络脉失和^[2]。关幼波认为肝病要害在脾胃,脾胃居中州,乃后天之本,气血之源,运湿之枢纽,治疗各型肝炎均应注意调理中州,使之湿热无藏身之处又无由以生^[3]。因此治疗黄疸性肝炎应从肝胆脾胃经选穴以清热除湿,疏肝利胆,理脾和胃,达退黄祛病之目的。治疗中我们取足三里穴位。足三里为足阳明胃经之穴,具有调整脾胃、和肠消滞、清热化湿、降逆利气、扶正培元作用。根据本组治疗临床观察,穴位注射在治疗黄疸性肝炎中对消退黄疸、降低 ALT 方面有肯定疗效。这与通过穴位治疗动员了全身内分泌系统及免疫系统、改善肝脏微循环及胆囊的收缩功能有关。本组临床结果提示茵栀黄穴位注射未发现不良反应,操作简便,安全易行,疗效明显,价格低廉,值得临床推广使用。

参考文献

[1]中华医学会肝病学分会,传染病与寄生虫病学会.病毒性肝炎防治方案[J].中华传染病杂志,2001,19(1): 56-62
[2]单兆伟.内科多发病中西医结合治疗[M].北京:人民卫生出版社,2003.263
[3]关幼波,关幼波临床经验选[M].北京人民卫生出版社,1979.23

(收稿日期: 2004 -06 -15)

推荡肠胃,泄其郁热,畅达气机为之主。方中大黄用量独重,且生用后下是突出其通腑泄热、清肺泻火、止血凝血作用。伍知母、黄柏泻无根之肾火,滋化源之阴液。稍佐桃仁、红花以活血润燥,引血下行。参入桔梗揭盖宣肺,改善宣发通气功能,以利清肃下降,使肺气得宣,腑气得通,则不开窍而窍自开,不通经而经自行矣。

(收稿日期: 2004 -10-15)