2.2　统计学处理　采用 SPSS11.0 统计软件进行 t 检验。

表 3　治疗前后对比的 t 检验结果

		A 组	B 组	C 组	D 组
肝纤维化指标	t 值	0.75	5.99	6.12	5.24
	P 值	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注：除 A 组外，其余各组治疗前后均有差异，说明鳖甲煎丸和大黄䗪虫丸均起到治疗效果。

表 4　治疗后组间对比的 t 检验结果

组别		A 组/B 组	A 组/C 组	A 组/D 组	B 组/C 组	B 组/D 组	C 组/D 组
肝纤维化指标	t 值	4.64	4.95	7.59	0.66	3.34	3.25
	P 值	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05
血流动力学指标	t 值	3.21	3.57	5.12	0.68	4.22	4.34
	P 值	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注：A 组治疗后与其余各组均有差别，说明鳖甲煎丸和大黄䗪虫丸均起到治疗效果。B、C 组无差别，说明鳖甲煎丸治疗和大黄䗪虫丸治疗无差别；B、D 组和 C、D 组有差别，说明联合组治疗效果优于单独使用鳖甲煎丸或大黄䗪虫丸。

2.3　不良反应　所有的病例均未出现明显的不良反应。

3　讨论

肝纤维化是在肝炎病毒或其他致病因子持续作用下导致肝硬化发生之前的一个中间病理阶段，是肝脏中胶原蛋白等细胞外基质（ECM）的增生与降解失衡，进而导致肝内纤维结缔组织异常沉积的病理过程。病理证实，慢性肝炎肝纤维化的发生率为 59.36%，肝纤维化 25%~40%发展成肝硬化[1]。肝活检是诊断肝纤维化的金标准，但因其创伤性和危险性难以常规普及，病人的依从性差与存在取材局限性也是另一方面。血清肝纤维化指标与肝组织纤维化图像之间具有良好的相关性，检测两者可以间接反应肝纤维化的程度[2,3]。已故国际知名学者 popper 教授曾强调指出：谁能阻止或延缓肝纤维化的发生，谁就将治愈大多数慢性肝病，因此，慢性肝病的治疗实质就是阻止肝纤维化的治疗。抗肝纤维化的研究已成为肝病研究中的热点课题，其中尤以中医药抗肝纤维化治疗所显示出的多靶点作用更为引人注目。

邪毒未尽，气滞血瘀，肝血瘀阻是慢性肝病肝纤维化的最基本病机，肝血瘀阻是肝纤维化的本质。现代医学研究表明，血瘀证存在于慢性肝病的整个病理过程，与肝纤维化过程密切相关，活血化瘀药物有确切的抗肝损害和抗肝纤维化作用[4]。

鳖甲煎丸出自中医经典《金匮要略》，为治“疟母”的主方，本方寒热并用，攻补兼施，具有扶正祛邪、消瘀化积之功。方中鳖甲滋阴清热，软坚散结为君药；䗪虫、蜂窝、赤硝、蜣螂、桃仁、丹皮、芍药、大黄化瘀通滞；柴胡、桂枝、半夏、厚朴调理气机；人参、阿胶补气养血。大黄䗪虫丸同样出自中医经典《金匮要略》，具有活血破瘀、软坚散结、缓中补虚的功效。大黄、桃仁、虻虫、水蛭、蛴螬搜络活血，地黄、芍药养血润燥，杏仁理气，黄芩清郁热，甘草、白蜜益气和中。本研究表明，鳖甲煎丸与大黄䗪虫丸均可使肝纤维化指标（透明质酸、层粘连蛋白、Ⅳ型胶原、Ⅲ前胶原胺端肽）下降，血流动力学指标（门静脉内径、门静脉平均血流速度、脾静脉内径、脾静脉平均血流速度）改善，两药联合使用效果更加明显。

鳖甲煎丸的抗肝纤维化作用在病理学上可见炎性细胞浸润减少，纤维隔变细或消失，部分伸展至肝小叶内的纤维隔消退[5]。大黄䗪虫丸具有改善肝脏血液循环，回缩肝脾功能，促进结缔组织吸收并抑制其增生，还可对肝内沉积的免疫复合物有清除作用，从而达到增强免疫功能，使病理程度减轻[6]。两种药物作用于肝纤维化过程中的不同靶点，显示了联合用药的优势。

参考文献

[1]中华医学会传染与寄生虫分会,肝脏病学分会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝脏病杂志，2000，8(6)：324~329
[2]赵根成，王玉忠，李芳.慢性肝炎肝纤维化程度与 B 超探测门静脉、脾静脉内径与脾厚径的探讨 [J]. 中西医结合肝病杂志，2001，11(1)：36
[3]谢仕斌，姚集鲁，郑荣琴，等.血清纤维化指标水平与肝组织纤维图象分析的关系[J].中华肝脏病杂志，2000，8(4)：203~205
[4]唐智後，茹清静，张振鄂，等.肝血瘀阻与肝纤维化关系的临床研究[J].中国中西医结合杂志，1997，17(2)：81
[5]赵治友，姚其敏，钟庆平，等.中药鳖甲煎丸抗肝纤维化作用的临床研究[J].中西医结合肝病杂志，2000，11(3)：136
[6]陈树森，杜杰.大黄䗪虫丸临床及药理研究近况[J].国医论坛，1996,11(3)：46

（收稿日期：2005-11-08）

米非司酮加米索联用导致严重过敏性皮炎 1 例

李黎
（广东省珠海三灶计划生育服务所　珠海 519040）

关键词：过敏性皮炎；米非司酮；米索；过敏反应
中图分类号：R 969.3　　文献标识码：B　　**文献编号**：1671-4040(2006)02-0002-01

米非司酮与米索联合应用已广泛用于临床以终止早孕，是安全、可靠、有效的，但有少数人可出现过敏反应，因此在用药前应详细询问病史及过敏史，严格掌握药物流产的禁忌症和适应症。服药前必须详细告知服药者可能出现的各种副作用，并及时随诊。一旦出现过敏反应、大出血及其他异常情况，应及时就地抢救和治疗，以求最大限度地保护服务对象的身心健康。现将米非司酮加米索联用引起的严重过敏性皮炎 1 例报告如下：

患者 30 岁，G_2P_1，停经 60d 来诊。妇科检查和 B 超提示：子宫约孕 9 周大小，血、尿常规检查无异常。给予米非司酮口服，25mg/12h，共 6 次，第四天顿服米索 0.6mg。服米索 20min 后出现全身皮肤搔痒，并逐渐出现大小不等的暗红色斑疹，以四肢甚，伴有畏寒，体温 38.5℃，在行全身体检时发现患者右肩部 8cm× 5cm 范围皮肤隆起，呈苍白色，（下转第 40 页）

分病例可见胰腺表面轻度充血水肿；(2) 急性重型水肿型胰腺炎：多数可见胰腺表面充血、水肿，胰腺肿胀呈白色，表面小叶纹理消失，用腹腔镜器械触及时可感到胰腺弹性消失、变硬，有的病例还可见到胰腺及周围组织表面有白色或浅黄色点状皂化，合并有腹膜的炎症及周围组织充血、腹腔渗出液较混浊；(3) 急性出血坏死性胰腺炎：腹腔镜下常见到大量暗红色血性渗出液，吸净后，可见胃肠道扩张、充血、水肿及蠕动消失或减弱，大、小网膜和肠系膜上可见白色或浅黄色的皂化点，剪开胃结肠韧带，将胃向上牵开后可见有大量血性渗出液，甚至为稀薄的脓液由小网膜囊内溢出，将其吸净后，即于横结肠系膜根部的上方找到胰膜。胰膜呈弥漫性肿胀，其表面为淡红色，或有很多出血点或大片出血，甚至整个胰腺呈紫黑色，有的可见胰周脓肿。当腹腔镜下确诊为急性重型水肿型胰腺炎，腹水为中等度以上时，可在腹腔镜下胰腺头部及尾部各置一乳胶管引流，再行积极的内科保守治疗。当腹腔镜下诊断为急性出血坏死性胰腺炎，尚无坏死组织感染的早期病例，可在腹腔镜下行胰包切开后采用腹腔灌洗疗法，也可不切开胰腺包膜，分别于胃网膜孔和下腹腔留置引流管行腹腔灌洗。上述方法主要适用于酒精性胰腺炎，而对梗阻性、胆源性胰腺炎应同时对胆道行外科处理。

2.6 *肠梗阻与肠缺血*　腹腔镜用于此类疾病的诊断需考虑建立气腹的安全性，这主要是由于腹腔内常有粘连的存在，及梗阻肠袢的充盈扩张，易致穿刺损伤。整个胃肠道的探查需从屈氏韧带至回盲部及结肠全段，采用 hand to hand 或 hand over hand 手法[3]，逐段检查完成梗阻或缺血段的定位，相应肠段壁的颜色，浆膜的光泽，肠蠕动可发生不同程度的改变。在可疑的病例，对显像系统清晰度要求较高，有报道主张直接目测，结果并不理想。Matern 等[4]建议，借助多普勒超声、激光超声、同位素扫描、肠壁血氧测定、分光光度计等，特别是后者的应用，可提高诊断的敏感性。Siutzkin 等[5]报到，肠梗阻或肠缺血诊治后，腹壁留置 2 个封闭的套管，术后根据病情变化，间断观察 72h，明确有无继发或因手术切除肠段不够所致的缺血、坏死，采用此方法，可尽量保留正常肠段，防止短肠综合征的出现。本组 3 例均为粘连性肠梗阻，松解粘连后，解除了梗阻，治愈出院。

2.7 *憩室炎和肠系膜淋巴结炎*　憩室炎严重时，局部可见充血、水肿、纤维粘连，可行镜下局部肠段切除、吻合。肠系膜淋巴结肿大时，而未发现相应肠段的病变，可诊断为急性肠系膜淋巴结炎。

2.8 *妇科急腹症*　腹腔镜技术诊断的确诊率较高，在子宫调位器的协助下，可以观察到子宫、输卵管和卵巢的全貌。附件的急性炎症，可见 输卵管充血、水肿、粘连，重者可见积脓；单纯性卵巢囊肿为蓝白色，表面光滑、壁薄，囊内为清水样；巧克力囊肿为紫红色，壁厚。上述两种囊肿均可发生蒂扭转，镜下见局部充血、水肿或坏死，如发生破裂出血，子宫、直肠凹内有积液或积血；宫外孕镜下为盆腔内积血，吸净后可见胚囊。本组宫外孕 5 例，卵巢囊肿蒂扭转 2 例，输卵管积脓 1 例，确诊后均经腹腔镜手术处理后治愈。

3　值得注意的几个问题

3.1　腹腔镜检查是一种有创诊断，有一定的并发症率，如腹腔内脏器官、血管的损伤等。

3.2　本检查存在一定盲区，如深部的肝脓肿、空腔脏器的粘膜病变，常需借助其它检查手段作出诊断，对非特异性腹痛诊断应慎重，以免延误治疗。

3.3　腹腔镜检查的同时可以完成部分疾病的治疗，但不能勉强。Chung 等[6]在常规的诊治有效性分析中认为，其确诊率与剖腹探查相同，而治疗的成功率因疾病的种类不同而异，急性胆囊炎、阑尾炎、盆腔炎症、卵巢疾病成功率几乎 100%，肠梗阻、溃疡穿孔、肠缺血成功率约 33%，憩室穿孔、急性胰腺炎合并脓肿形成，最好行剖腹术。腹腔镜用于急腹症的诊断，能提供一些其他检查不能获取的诊断信息，同时完成部分疾病的治疗，其应用前景无疑是乐观的。

参考文献

[1]Steinman M,Dasilva LE,Coelho IJ,et al.Hemodynamic effects of CO_{22} pneumoperitoneum in an experimental model of hemorrhagic shock due to retioperiyoueal hematoma[J].Surg Endosc,1998,12:416~420

[2]Greif WM,Forse RA.Hemodynamic effects of the lapaioscopic pneumoperitoneum during sepsis in a porcine endotoxic shock model [J].Ann Surg,1998,227:474~480

[3]陈训如，罗丁，毛静熙.腹腔镜手术的并发症与对策[M].昆明：云南科技出版社，1997.204~205

[4]Matern U,Haberstroh,Saman A,et al.Emergency liaparoscopy: Technical support for the laparoscopic diagnosis ofintestinal ischemia[J].Surg Endosc,1996,10：883~887

[5]Slutzkin S,Halpern Z,Negri M.The lapaioscopic second look for ischemic bowel disease[J].Surg Endosc,1996,10：729~731

[6]Chung RS,diaz JJ,Chari V.Efficacg of rouine laparoscopy for acute abdomen[J] .Surg Endosc,1998，12：219~222

（收稿日期：2005-09-12）

（上接第 2 页）发硬，布满密集粟米大小的丘疹，无渗液，肿胀区域中心凹陷似火山口状，基底部皮肤红、肿、热、触痛明显，并向周围扩展，颈部及右腋窝下淋巴肿大。追问病史，服第 2 片米非司酮后，肩部皮肤即出现刺痒，继之发生皮损且日趋严重。继往未发现药物过敏史，但有花粉过敏史。诊为过敏性皮炎，即肌注异丙嗪 25mg，静滴地塞米松 20mg 及维生素 C，同时静脉滴注青霉素钠盐治疗感染，0.5h 后，皮肤斑疹逐渐消失。服米索后 1h 完整排出胎囊及胎芽。7d 后皮肤肿胀及疼痛基本消退，半月后皮肤恢复正常。

讨论：本例较为严重的过敏性皮炎系由口服米非司酮与米索引起。米非司酮与米索联合用于终止早孕，安全、可靠、有效，但有少数人可出现过敏反应，因此用药前应详细询问病史及过敏史，严格掌握药物流产的禁忌症和适应症，服药前必须详细告知服药者可能出现的各种副作用，严密跟踪随访。一旦出现过敏反应、大出血及其他异常情况，应即时就地抢救和治疗，以求最大限度地保护服务对象的身心健康。本例患者虽未提供药物过敏史，但其有花粉过敏史，提示存在过敏体质，但由于服药前未能详细了解病史及过敏史，导致服药后出现严重过敏反应，应吸取教训。

（收稿日期：2005-08-09）