

芩柴抗毒合剂对小儿 EB 病毒感染传染性单核细胞增多症气营两燔型的作用分析

毕颖怀¹ 鄢素琪² 江治霞²

(1. 湖北中医药大学, 湖北 武汉 430065; 2. 武汉市儿童医院中西医结合科, 湖北 武汉 430016)

【摘要】 目的 观察自拟芩柴抗毒合剂治疗小儿 EB 病毒(EBV)感染传染性单核细胞增多症(IM)的临床疗效及作用机制。方法 采用前瞻性研究方法,选择武汉市儿童医院收治的西医诊断为 EBV 感染 IM,且中医辨证为气营两燔型的患儿 120 例,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组 60 例。对照组患儿给予常规治疗,疗程 7~10 d;观察组患儿在常规治疗基础上给予芩柴抗毒合剂(组成:黄芩 10 g,柴胡 10 g,青蒿 10 g,连翘 20 g,牛蒡子 10 g,赤芍 10 g,桂枝 6 g,牡丹皮 10 g,鳖甲 10 g,板蓝根 20 g,陈皮 10 g,甘草 10 g)口服,每日 1 剂,疗程 7~10 d。观察两组患儿临床疗效、临床症状和体征恢复情况及白细胞计数(WBC)、外周血异型淋巴细胞比例、丙氨酸转氨酶(ALT)等指标恢复至正常的时间,并观察中医症状积分的变化和不良反应。结果 观察组总有效率明显高于对照组[93.33%(56/60)比 76.67%(46/60), $P<0.05$],观察组发热持续时间($d: 6.9 \pm 2.3$ 比 7.7 ± 3.4)、体温恢复正常时间($d: 2.9 \pm 1.4$ 比 4.8 ± 1.7)、咽峡炎痊愈时间($d: 7.2 \pm 3.3$ 比 8.0 ± 3.2)、淋巴结缩小时间($d: 6.6 \pm 2.1$ 比 10.2 ± 2.0)、肝脏回缩至正常时间($d: 7.8 \pm 1.7$ 比 9.6 ± 2.0)、WBC 恢复正常时间($d: 7.22 \pm 1.78$ 比 10.67 ± 1.97)、异型淋巴细胞比例恢复正常时间($d: 7.24 \pm 1.86$ 比 11.15 ± 1.65)、ALT 恢复正常时间($d: 8.44 \pm 1.83$ 比 11.43 ± 2.65)均较对照组明显缩短(均 $P<0.05$)。两组患儿治疗过程中均无不良反应发生。结论 芩柴抗毒合剂治疗小儿 EBV 感染传染性 IM 气营两燔型,能有效改善 IM 患儿的临床症状,有助于肝脾肿大早期回缩,能促进外周血异型淋巴细胞比例等检验指标及时恢复至正常。

【关键词】 芩柴抗毒合剂; EB 病毒感染; 传染性单核细胞增多症; 气营两燔型

An analysis on clinical efficacy of Qinchai Kangdu mixture for treatment of infantile EB virus infectious mononucleosis with flaring heat in Qifen and Yingfen Bi Yinghuai*, Yan Suqi, Jiang Zhixia. *Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan 430065, Hubei, China

Corresponding author: Yan Suqi, Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine of Wuhan Children Hospital, Wuhan 430016, Hubei, China, Email: yansuqi@sina.com

【Abstract】 Objective To observe the clinical efficacy of self made Qinchai Kangdu mixture for treatment of infantile EB virus (EBV) infectious mononucleosis and explore its potential mechanism. **Methods** A prospective study was conducted. One hundred and twenty children with pediatric EBV infectious mononucleosis and traditional Chinese medicine (TCM) syndrome of flaring heat in Qifen and Yingfen in Wuhan Children Hospital were randomly divided into observation group and control group (each, 60 cases). Conventional western medical treatment was given to the two groups for 7–10 days; the observation group was additionally given Qinchai Kangdu mixture which included the following ingredients: *Scutellariae Radix* 10 g, *Bupleuri Radix* 10 g, *Artemisiae Annuae Herba* 10 g, *Forsythiae Fructus* 20 g, *Arctii Fructus* 10 g, *Paeoniae Radix Rubra* 10 g, *Cinnamomi Ramulus* 6 g, *Moutan Cortex* 10 g, *Trionycis Carapax* 10 g, *Isatidis Radix* 20 g, *Citri Reticulatae Pericarpium* 10 g, *Glycyrrhizae Radix* 10 g, orally, once daily for 7–10 days. The times of returning to normal for clinical symptoms and signs, white blood cell count (WBC), peripheral blood abnormal lymphocyte ratio and the level of alanine aminotransferase (ALT) were observed in the two groups. And the clinical efficacy, changes in score of TCM syndrome and adverse reactions were also investigated in the two groups. **Results** The total effective rate in the observation group was significantly higher than that in the control group [93.33% (56/60) vs. 76.67% (46/60), $P < 0.05$]. In observation group, the duration of fever (days: 6.9 ± 2.3 vs. 7.7 ± 3.4), and the recovery times to normal for body temperature (days: 2.9 ± 1.4 vs. 4.8 ± 1.7), angina (days: 7.2 ± 3.3 vs. 8.0 ± 3.2), lymph node reduction in size (days: 6.6 ± 2.1 vs. 10.2 ± 2.0), enlarged liver bounce back in size (days: 7.8 ± 1.7 vs. 9.6 ± 2.0), WBC (days: 7.22 ± 1.78 vs. 10.67 ± 1.97), peripheral blood abnormal lymphocyte ratio (days: 7.24 ± 1.86 vs. 11.15 ± 1.65), and ALT (days: 8.44 ± 1.83 vs. 11.43 ± 2.65) were all significantly shorter than those in the control group (all $P < 0.05$). No adverse reactions occurred in the therapeutic course in the two groups. **Conclusions** Qinchai Kangdu mixture can effectively improve the clinical symptoms of infantile EBV infectious mononucleosis with TCM syndrome of flaring heat in Qifen and Yingfen. The mixture may also promote the enlarged liver and spleen to contract in size at early stage and peripheral blood abnormal lymphocyte ratio and other laboratory indexes return to normal in time.

【Key words】 Qinchai Kangdu mixture; EB virus infection; Infectious mononucleosis; Traditional Chinese medicine syndrome of flaring heat in Qifen and Yingfen

传染性单核细胞增多症(IM)是一种单核/巨噬细胞系统急性增生性传染病,病程常具有自限性。病原主要为EB病毒(EBV)感染所致,小儿期常见。目前病毒的耐药性呈逐年上升趋势,在国外大约有50%的患儿因EBV感染而引起IM,近年来国内有上升的趋势^[1]。EBV主要感染淋巴细胞的B淋巴细胞,继之引起T细胞的强烈反应,形成外周血中可见的异常淋巴细胞,也就是活化的抑制性T细胞(即细胞毒性效应细胞),从而诱发全身炎症反应综合征(SIRS)。部分患儿病程中可出现循环、呼吸、神经及代谢等多系统受累并发症,若不及时治疗,病死率高达93.2%^[2]。目前临床上缺乏有针对性的治疗药物,现采用的阿昔洛韦、更昔洛韦、利巴韦林(病毒唑)及干扰素等治疗IM并不能有效缩短患者病程^[3]。从2012年2月至2014年2月,武汉市儿童医院中西医结合科对诊断为EBV感染IM,中医辨证为气营两燔型的60例住院患儿,采用自拟中药芩柴抗毒合剂口服治疗,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准:参照诸福堂主编的《实用儿科学》中关于IM的临床诊断标准^[4]:①临床症状至少3项阳性:发热、咽炎、扁桃体炎;颈部淋巴结肿大(1 cm以上);肝脏肿大(4岁以下,肋中线>2 cm,4岁以上,肋下可触及)、脾脏肿大(可触及);②下列实验室检查同时满足2条:抗EBV-衣壳抗原(CA)-IgM抗体和EBV-CA-IgG抗体阳性,且抗EBV-核抗原(NA)-IgG抗体阴性;抗EBV-CA-IgM抗体阴性,但抗EBV-CA-IgG抗体阳性,且为低亲和力抗体;嗜异凝集抗体阳性;外周血异型淋巴细胞比例≥0.10。

1.1.2 中医辨证气营两燔型分型诊断:参照《中医儿科学》中的IM诊断^[5],证见:壮热烦渴,咽喉红肿疼痛,乳蛾肿大,甚至溃烂,口臭便秘,面红唇赤,皮疹显露,瘰疬,肋下痞块,舌质红,苔黄糙,脉洪数。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准:①符合西医IM诊断标准;②符合中医分型为气营两燔型;③患儿家长知情同意,并坚持喂药;④无严重的心、脑、肾及循环系统、神经系统损害。

1.2.2 排除标准:①符合西医IM的诊断标准,中

医辨证分型不属于气营两燔型;②有更昔洛韦禁忌证;③非EBV感染引起的IM;④不能按规定用药,或资料不全等影响疗效和安全性判断;⑤病程中出现脾破裂。

1.3 一般资料:选择2012年2月至2014年2月武汉市儿童医院中西医结合科的住院患儿120例,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组60例。观察组中男性40例,女性20例;年龄1~11岁,其中1~2岁10例,3~7岁42例,8~11岁8例。对照组中男性42例,女性18例;年龄1~11岁,其中1~2岁8例,3~7岁37例,8~11岁15例。两组性别、年龄、临床症状差异均无统计学意义($P > 0.05$;表1),有可比性。

表1 各组患儿一般情况、临床症状比较

组别	例数 (例)	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)
		男性	女性	
对照组	60	42	18	3.8 ± 2.5
观察组	60	40	20	3.5 ± 2.2

组别	例数 (例)	不同临床症状患者数(例)				
		发热	咽峡炎	淋巴结肿大	肝脏肿大	脾脏肿大
对照组	60	60	60	59	52	45
观察组	60	60	60	58	50	46

本研究符合医学伦理学标准,并经医院伦理委员会批准,取得患儿家属知情同意。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组:予以降温(不用阿司匹林)、休息、营养等对症处理。更昔洛韦静脉滴注(静滴)抗病毒、肌肉注射干扰素,疗程7~10 d;肝功能不良者护肝治疗;合并细菌感染者按病原学结果应用针对性抗菌药物(不用氨苄青霉素);脾肿大者应避免剧烈运动,防止腹部外伤,体检时宜轻柔。

1.4.2 观察组:在对照组基础上加用本院自制中药芩柴抗毒合剂口服。芩柴抗毒合剂组成:黄芩10 g,柴胡10 g,青蒿10 g,连翘20 g,牛蒡子10 g,牡丹皮10 g,赤芍10 g,桂枝6 g,鳖甲10 g,板蓝根20 g,陈皮10 g,甘草10 g,加水600 mL,水煎2次,浓缩至100 mL,每日1剂,分3~4口服,疗程7~10 d。

1.5 观察指标

1.5.1 安全性指标:①观察给药前后血压、呼吸、

心率等生命体征。② 检测给药前后血、尿、大便常规。③ 心电图、肾功能〔尿素氮(BUN)、肌酐(Cr)〕。④ 不良事件。

1.5.2 疗效性指标:每天观察患儿体温、咽部症状、肝脾及淋巴结情况;每 3 d 复查 1 次血常规(含变异淋巴细胞计数);每周复查 1 次肝功能、肝脾彩色超声;脾脏肿大者出院后,每半个月复查 1 次肝脾彩色超声。

1.5.3 临床症状和体征积分方法:参照中药新药临床研究指导原则和主症赋分方案,症状和体征按轻重程度 4 级分类:① 发热:无记 0 分;体温 > 37.5 ~ 38.5 °C,记 1 分;体温 38.5 ~ 39.5 °C,记 2 分;体温 > 39.5 °C,记 3 分。② 咽峡炎:无记 0 分;咽部充血红肿、扁桃体 I 度肿大记 1 分;咽部充血红肿、扁桃体 II 度肿大记 2 分;咽部充血红肿、扁桃体 III 度肿大记 3 分。③ 浅表淋巴结肿大:无记 0 分;颈部淋巴结肿大记 1 分;颈部、腋下浅表淋巴结肿大记 2 分;颈部、腋下、腹股沟淋巴结均触及肿大记 3 分。④ 肝脏肿大:无记 0 分;肝脏肋下 ≤ 1 cm 记 1 分;肝脏肋下 1 ~ 3 cm 记 2 分;肝脏肋下 ≥ 3 cm 记 3 分。⑤ 脾脏肿大:无记 0 分;脾脏肋下 ≤ 1 cm 记 1 分;脾脏肋下 1 ~ 3 cm 记 2 分;脾脏肋下 ≥ 3 cm 记 3 分。两组治疗前症状和体征总积分比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$;表 2),具有可比性。

1.6 疗效判定标准:① 显效:症状积分减少率 ≥ 70%;用药 24 h 内体温开始下降,3 d 内体温恢复正常,肝脏、淋巴结缩小(< 1.0 cm),1 周内脾脏开始缩小,第 6 天复查外周血异型淋巴细胞比例 < 0.05。② 好转:症状积分减少率 50% ~ 70%;用药后 3 d 体温开始下降,5 d 内体温恢复正常,肝脏、淋巴结缩小,1 周后脾脏略有缩小,第 6 d 复查外周血异型淋巴细胞好转。③ 无效:症状无改善或加重,症状

积分减少率 < 50%,5 d 后体温仍未达正常,肝脏、淋巴结无缩小或继续增大,1 周后脾脏无缩小,第 6 天复查外周血异型淋巴细胞比例无减少或增加。症状积分减少率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。

1.7 统计学方法:使用 SPSS 19.0 软件处理数据,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以例数表示,采用 χ^2 检验,两组临床疗效比较采用 Ridit 分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床症状和体征恢复情况比较(表 3):观察组治疗后发热、体温恢复正常、咽峡炎痊愈、淋巴结缩小、肝脏回缩至正常时间均较对照组明显缩短($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

2.2 临床症状和体征总积分比较(表 3):治疗后,两治疗组临床症状和体征总积分均较治疗前明显降低,以观察组的降低更显著,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。

2.3 两组主要实验室指标比较(表 4):观察组治疗后白细胞计数(WBC)、异型淋巴细胞比例、丙氨酸转氨酶(ALT)恢复至正常时间均较对照组明显缩短($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

表 4 两组主要实验检查指标恢复正常时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	WBC(d)	异型淋巴细胞比例(d)	ALT(d)
对照组	60	10.67 ± 1.97	11.15 ± 1.65	11.43 ± 2.65
观察组	60	7.22 ± 1.78 ^a	7.24 ± 1.86 ^b	8.44 ± 1.83 ^b

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$

2.4 临床疗效比较(表 5):治疗后,观察组临床显效率与总有效率均明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 两组患儿治疗前症状和体征积分比较

组别	例数(例)	发热例数(例)				咽峡炎例数(例)				浅表淋巴结肿大例数(例)				肝脏肿大例数(例)				脾脏肿大例数(例)			
		0分	1分	2分	3分	0分	1分	2分	3分	0分	1分	2分	3分	0分	1分	2分	3分	0分	1分	2分	3分
对照组	60	0	28	18	14	0	18	26	16	1	16	35	8	8	26	18	8	15	25	15	5
观察组	60	0	28	20	12	0	18	28	14	2	20	30	8	10	24	16	10	14	23	17	6

表 3 两组患儿治疗后临床症状和体征恢复时间及治疗后症状和体征总积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	发热持续时间(d)	临床症状和体征恢复时间(d)				症状和体征总积分(分)	
			体温恢复正常	咽峡炎痊愈	淋巴结缩小	肝脏回缩至正常	治疗前	治疗后
对照组	60	7.7 ± 3.4	4.8 ± 1.7	8.0 ± 3.2	10.2 ± 2.0	9.6 ± 2.0	8.04 ± 3.52	5.67 ± 3.40
观察组	60	6.9 ± 2.3 ^a	2.9 ± 1.4 ^b	7.2 ± 3.3 ^a	6.6 ± 2.1 ^b	7.8 ± 1.7 ^b	8.22 ± 3.76	4.13 ± 2.35 ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$

表 5 两组临床疗效比较

组别	例数 (例)	临床疗效 [例 (%)]			总有效率 [% (例)]
		显效	好转	无效	
对照组	60	40 (66.67)	6 (10.00)	14 (23.3)	76.67 (46)
观察组	60	42 (70.00) ^a	14 (23.33) ^a	4 (6.7)	93.33 (56) ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

2.5 安全性指标:治疗前后两组心电图、血、尿、便常规检查,肾功能均无异常变化,亦无特殊不良事件发生。

3 讨论

3.1 芩柴抗毒合剂的组方原则:IM 在古籍中并没有记载,但其有发热、烂乳蛾的临床表现,全身浅表淋巴结肿大、肝脾肿大、皮疹的体征,可属中医温病范畴,按卫、气、营、血传变规律。小儿为纯阳之体,脏腑娇嫩,易感受外来温毒时邪。温毒时邪从口鼻、皮毛而入,首先侵犯肺胃,结聚于咽喉,此阶段以卫分病变为主。温毒为阳邪,易化热伤津,故出现发热,且易出现高热;温毒化热化火,结聚于咽喉,熏灼咽喉,引起咽喉肿痛,甚至化腐成脓。病邪传变,邪毒传入营分,气营两燔。热灼津液而炼成痰,痰热瘀血互结则成瘰疬、肋下痞块。可见 IM 气营两燔型病因病机为感受温热邪毒疫证。温热邪毒侵犯肺卫,结于咽喉,流注经络,发为瘰疬。痰热互结,热瘀肝胆,肋下痞块。瘀滞经络,伤及营血,发为本病。

芩柴抗毒合剂组方是在《东垣试效仿》普济消毒饮的基础上加减而成。普济消毒饮主治风热疫毒上攻头面,具有清热解毒、疏风散邪之功效,方中重用黄芩清热泻火,祛上焦头面热毒为君;牛蒡子、连翘辛凉疏散头面风热为臣;板蓝根有加强清热解毒的功效;陈皮理气疏壅,散邪热郁结为佐药,本方沿用。气营两燔型为气营同病,故本方中改用柴胡,与黄芩共为君药,取其发散毒邪,引诸药上承的作用;加用青蒿、桂枝、赤芍,取青蒿清热透络,桂枝透营达卫,赤芍凉血活血化瘀的功效;牡丹皮清营透热养阴,鳖甲滋阴散结,与板蓝根、陈皮共为佐药;甘草利咽,调和诸药为使药。诸药合用,共奏解毒泄热清营,透邪凉血化瘀之功效。全方符合“君、臣、佐、使”的组方原则,无配伍禁忌。

3.2 芩柴抗毒合剂治疗 IM 气营两燔型的作用分析:IM 为外感温热邪毒疫之症,具有热、毒、痰、瘀互结的病理特点。气营两燔型是 EBV 感染 IM 的极期,气营同病,初期可清热泻火,转入营分宜透气;久则伤阴,热及血分,必须凉血散血。芩柴抗毒合剂

中黄芩、柴胡共为君药,清热泻火,发散毒邪。黄芩得柴胡可上行以清毒热,柴胡配黄芩则升中有降,可防柴胡升发太过。研究证实:汉黄芩素作为黄芩的主要活性成分之一,具有较强的抗炎、抗氧化作用^[6];柴胡可降低 ALT 活性,促进受损肝细胞向正常转化^[7],增强白细胞吞噬功能,促进淋巴细胞转化^[8];连翘主治温病初起,痈肿疮毒,痰核瘰疬,其性透解肌,轻宣透邪,使初入营分之邪热转出气分而解^[9]。《本草经疏》曰:“牛蒡子为散风除热解毒之要药,辛能散结,苦能泄热,可用于散结气、利咽膈、去皮肤风、通十二经络。”青蒿苦寒,为清热凉血退蒸之良药,可清热透络,引邪外出。赤芍凉血活血化瘀,桂枝辛甘而温,透营达卫,赤芍与桂枝合用,还可调和营卫,助君药清热解毒透邪散结。研究报道,连翘有抗内毒素、抗炎、抗病毒、保肝利尿、解热镇痛及调节炎症因子等作用,连翘中的蒽醌类提取物还可以抑制毒力逆转录酶的活性^[10-12]。青蒿的主要药理作用有抗菌、清热解毒。研究发现,青蒿素不但对体液免疫有明显的抑制作用,还对细胞免疫有促进作用,有免疫调节作用^[13]。EBV 是双链 RNA 病毒,赤芍可能从基因转录水平抑制损伤后的内膜及外膜胶原增生^[14]。久热伤阴,牡丹皮清营透热以养阴,助青蒿清透阴分伏热,使火退阴自生。鳖甲滋阴散结,与青蒿同用,透热而不伤阴,养阴而不恋邪,共同达到解毒泄热清营、透邪凉血化瘀的功效。研究报道:鳖甲能抑制结缔组织增生,起到消散肿块、软化肝脾的作用,并能提高淋巴细胞的转化率,延长抗体存在的时间,增强免疫功能的作用^[15];板蓝根甘寒,能加强清热解毒的作用;与青蒿合用,有协同退热作用;陈皮所含的挥发油有利于胃肠积气的排泄,促进胃酸分泌,有助于消化,并有防止出血、抗炎和调节肠胃功能的作用^[16]。

3.3 小儿 IM 在气营两燔型中运用凉血化瘀药物的依据及讨论:气营两燔型是 IM 的主要证型。临床上由于感邪性质及小儿体质的特殊性,使得本病在小儿与成人中有不同的特点,主要表现为卫分证短暂或缺如,起病阶段即易见气营两燔,热瘀肝胆。此时采用普济消毒饮为基础方,清热解毒,疏散风热疫毒。正如清代医家费伯雄在《医方论》说:“此方清热解毒、祛疫毒之气,最为精当”。气营两燔型为气营同病虽属实证,但叶天士在《温热论》中描述“温邪伤受,首先犯肺,逆传心包”。卫分证失治或误治,易直接进入营血分,可出现壮热烦渴、斑疹隐隐或衄血、尿血等营血分症状。EBV 感染 IM 气营两燔

型患儿入院时大多有肝脾肿大,斑疹隐隐,已存气血两燔的征兆。入血就恐耗血动血,直须凉血散血,在运用清热药物时,应及时运用凉血化瘀药物。早在 80 年代末就有药理学研究表明:中药活血化瘀药对免疫功能具有双重调节作用,通过调节免疫等作用达到抗感染、抗炎的目的^[17];活血化瘀药还具有调节血液流变学,抑制血小板聚集,调节止血与纤溶过程^[18];活血化瘀药与清热解毒药合用可加强清热解毒药的非特异性抗感染作用,抑制机体细胞免疫,使 T 淋巴细胞的广泛毒性效应被抑制,以减轻多器官的损害^[19]。在本研究所观察的 120 例患儿中,入院时肝脏肿大 102 例,脾脏肿大 91 例,治疗后,观察组肝脏脾脏回缩至正常时间较对照组缩短。表明,芩柴抗毒合剂联合西药治疗小儿 IM 气营两燔型,能够缩短 IM 患儿治疗周期和使用更昔洛韦的疗程;在气营两燔时,运用凉血活血化瘀药有助于肝脾肿大早期回缩,降低脾破裂的风险。

参考文献

[1] Eligio P, Delia R, Valeria G. EBV Chronic Infections [J]. *Mediterr J Hematol Infect Dis*, 2010, 2(1): e2010022.
 [2] Henter JJ, Horne A, Arico M, et al. HLH-2004: Diagnostic and therapeutic guidelines for hemophagocytic lymphohistiocytosis [J]. *Pediatr Blood Cancer*, 2007, 48(2): 124-131.
 [3] 贾勃,周玲,杨跃煌. 传染性单核细胞增多症 121 例[J]. *中华传染病杂志*, 2001, 19(2): 122.
 [4] 胡亚美,江载芳. 诸福堂实用儿科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2012: 816-821

[5] 马融,韩新民. 中医儿科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2012: 197-198.
 [6] 梁冰,梁海乾,战丽,等. 汉黄芩素及其抑制物细胞周期蛋白依赖性激酶 1 对人脑胶质瘤干细胞作用机制的研究[J]. *中国中西医结合急救杂志*, 2013, 20(3): 142-145.
 [7] 贾程之. 降脂平肝汤对非酒精性脂肪性肝病降脂保肝作用的临床观察[J]. *中国中西医结合急救杂志*, 2012, 19(1): 26-28.
 [8] 沈映君. 中药药理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000: 200-234.
 [9] 董幼琪,董继业. 董氏儿科[M]. 北京:中国中医药出版社, 2013: 385.
 [10] 简永耀,靳龙文. 连翘的化学成分及药理学研究[J]. *淮海医药*, 2009, 27(4): 349-350.
 [11] 李双,王东强,李志军. 连翘药理作用小议[J]. *西部中医药*, 2012, 25(1): 52-54.
 [12] 刘琪,王建国,马彦平,等. 疏风宣肺和解表清里方药对流感病毒性肺炎小鼠 Toll 样受体通路影响的研究[J]. *中华危重病急救医学*, 2014, 26(5): 321-324.
 [13] 胡媛. 青蒿研究进展[J]. *海峡药学*, 2010, 22(11): 4-7.
 [14] 朱慧民,石涵,樊锦秀,等. 赤芍对颈动脉球囊损伤术后兔血管内膜增生的干预作用研究[J]. *中国中西医结合急救杂志*, 2008, 15(6): 332-337.
 [15] 高学敏. 中药学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002: 562.
 [16] 郭建红,陈灏,杨盛泉,等. 陈夏四君子汤促进重症患者胃肠功能恢复的临床疗效观察[J]. *中国危重病急救医学*, 2012, 24(11): 674-676.
 [17] 卢伟,陈德明,吕启圣,等. 活血化瘀法为主治疗传染性单核细胞增多症 27 例[J]. *中西医结合杂志*, 1989, 9(4): 233.
 [18] 王秀玲,魏江磊,俞邨. 早期运用活血化瘀法治疗出血性中风[J]. *中国中西医结合急救杂志*, 2014, 21(2): 131-133.
 [19] 刘力戈,阎田玉. 热毒净治疗传染性单核细胞增多症 46 例[J]. *中医杂志*, 1993, 34(11): 669-670.

(收稿日期:2014-09-15)
(本文编辑:李银平)

• 书讯 •

《急诊内科手册》第 2 版由人民卫生出版社出版发行

南方医科大学附属深圳宝安医院急诊医学科张文武教授组织主编的《急诊内科手册》第 2 版由人民卫生出版社出版发行,全国各地新华书店均有售,定价:53.0 元/本。

《急诊内科手册》是一部急诊内科学方面的工具书,共 16 章约 83 万字。分别叙述了常见内科急症症状的诊断思路与处理原则,休克、多器官功能障碍综合征、急性中毒、水电解质与酸碱平衡失调,内科各系统疾病急诊的诊断与治疗措施等,并较详细地介绍了内科常用急救诊疗技术。内容丰富,资料新颖,实用性强,是急诊医师、内科医师和社区医师必备的工具书,并可作为急诊医学教学和进修的参考读物。



《腹部心肺复苏学》由人民军医出版社出版发行

武警总医院急救医学中心主任王立祥教授主编的《腹部心肺复苏学》由人民军医出版社出版发行,全国各地新华书店均有售,定价:198.0 元/本,购书服务电话:4006-120-160。

《腹部心肺复苏学》是国内外第一部系统阐述腹部心肺复苏(CPR)的大型专著。第一篇全面论述了腹部心肺复苏 CPR 的概念、范畴、特征与途径,深度解析了腹部 CPR 的解剖生理基础以及“腹泵”等参与复苏的“多泵机制”原理,着重诠释了腹部提压 CPR 的研究与转化。第二篇系统归纳总结了腹部 CPR 的实验研究结果与临床实践案例。第三篇深刻揭示了 CPR 研究的现状、技术及趋势,从整合医学的全新理念出发,揭示腹部心肺复苏的内在规律。本书内容翔实,科学性强,对于从事临床医学与基础医学的医界同仁具有重要的阅读价值。

