

治疗急性黄疸型肝炎三个 中药方案的临床观察

湖北省武汉市第七医院 肖新华

对急性黄疸型肝炎的治疗,目前尚无特效方法,但在减轻症状、加速黄疸消退、缩短疗程等方面,各种治疗方案和治疗方法都有一定差异。我院于1980年5月至1982年5月共收治344例该病患者,分别采用三种中药方案治疗。本文对具有可比性的232例作了治疗前后黄疸指数、转氨酶(GPT)及疗程的比较,现介绍如下:

一般资料

本文病例均按1978年杭州病毒性肝炎会议的诊断标准确诊。就诊时黄疸指数、血清总胆红素、GPT均异常。所有病例分以下三组进行治疗。

糖浆剂组:共157例,其中男99例,女58例;平均年龄 25.8 ± 0.4 岁;平均病程 8.9 ± 0.2 天。

汤剂组:共56例,其中男40例,女16例;平均年龄 27.7 ± 1.9 岁;平均病程 11.2 ± 1.9 天。

混合治疗组:共19例,其中男13例,女6例;平均年龄 23.8 ± 2.3 岁;平均病程 9.4 ± 1.8 天。

上述三组患者性别、年龄、病程基本一致;治疗前的黄疸指数、GPT三组患者也基本一致。

治疗方法

糖浆剂组:给予清热利湿、舒肝和胃、行气活血的糖浆剂。处方:茵陈3公斤,败酱草2公斤,金钱草1.5公斤,大黄1.5公斤,黄

柏1.5公斤,黄芩2公斤,丹参2公斤,厚朴1.5公斤,木香1公斤,法半夏3公斤,白术1.5公斤,柴胡1.5公斤。上药于夹层锅内煎煮3次,合并滤液,除其沉淀,浓缩后加蔗糖60%,制成25000毫升糖浆剂。每100毫升中含原生药88克,蔗糖60克。每日3次,每次50毫升。

汤剂组:给予清热利湿、补气健脾的汤剂。基本方:茵陈、败酱草、黄柏、黄芩、党参、黄芪、白术、山药等。湿热重可加黄连;便秘去山药加大黄;脾为湿困者加苍术;气虚加太子参。上药水煎2次,合并滤液为300~400毫升,一日分2~3次服完。

混合治疗组:本组根据患者病情的变化分别或相间给予糖浆剂、汤剂治疗,即黄疸指数高、临床症状突出时给予糖浆剂治疗;黄疸指数较高、临床症状不明显时,给予汤剂治疗;临床上遇患者病情不稳定时,同时或间歇给予上述二种方案治疗,或因糖浆剂暂缺给予汤剂治疗等。

疗效分析

一、总治疗效果

三组232例,痊愈201例(86.6%),好转28例(12.1%),无效3例(1.3%)。总有效率为98.7%。表1示,糖浆剂组、混合组疗效均高于汤剂组,经统计学处理,组间均无显著性差异($P > 0.05$)。

二、黄疸指数恢复情况

表2示,治疗后三组患者黄疸指数恢复情况基本一致,糖浆剂组黄疸指数恢复正常率比

表 1 三组患者总治疗结果比较

分 组	例数	痊愈例数(%)	有效例数(%)	无效例数(%)
糖浆剂组	157	140(89.2)	16(10.2)	1(0.6)
汤剂组	56	44(78.6)	10(17.9)	2(3.6)
混合组	19	17(89.5)	2(10.5)	
合 计	232	201(86.6)	28(12.1)	3(1.3)

表 2 治疗后三组患者黄疸指数恢复情况

分 组	例数	复常例数(%)	有效例数(%)	无效例数(%)
糖浆剂组	152	140(92.1)	11(7.2)	1(0.7)
汤剂组	54	47(87.0)	5(9.3)	2(3.7)
混合组	19	17(89.5)	2(10.5)	
合 计	225	204(90.7)	18(8.0)	3(1.3)

其它两组稍高,但无显著性差异($P>0.05$)。表3示,治疗前后三组患者黄疸指数无显著性差异($P>0.05$),但糖浆剂组的疗程明显短于汤剂组和混合组(P 均 <0.01)。

表 3 三组患者黄疸指数及疗程的比较

分 组	例数	治疗前(单位)	治疗后(单位)	疗 程(天)
糖浆剂组	152	24.9±17.89	5.4±2.10	18.2±9.87
汤剂组	54	29.5±7.18	6.1±3.93	27.2±18.96*
混合组	19	28.6±11.47	5.9±1.78	28.6±11.47*

注:表中数据为均值±标准差(表5同)

*与糖浆剂组比较,经方差分析处理 $P<0.05$

三、GPT 恢复情况

表4示,治疗后GPT恢复正常率,糖浆剂组、混合组均高于汤剂组,但经 χ^2 检验,无显著性差异($P>0.05$)。表5示,治疗前三组GPT均值无显著性差异($P>0.05$),治疗后糖浆剂组、混合组GPT虽低于汤剂组,但无显著性差异($P>0.05$)。糖浆剂组GPT疗

表 4 治疗后三组患者的GPT值恢复情况

分 组	例数	复常例数(%)	有效例数(%)	无效例数(%)
糖浆剂组	157	141(89.8)	15(9.6)	1(0.6)
汤剂组	56	44(78.6)	10(17.9)	2(3.6)
混合组	19	17(89.5)	2(10.5)	
合 计	232	202(87.1)	27(11.6)	3(1.3)

表 5 三组患者GPT值及疗程的比较

分 组	例数	治疗前(单位)	治疗后(单位)	疗 程(天)
糖浆剂组	157	382±51.8	81±55.7	24.3±10.03
汤剂组	56	369±51.9	98±32.2	38.5±16.22*
混合组	19	339±96.6	71±35.5	32.0±14.36* [△]

*与糖浆剂组比较,经方差分析处理 $P<0.01$

[△]与汤剂组比较,经方差分析处理 $P<0.01$

程明显短于汤剂组和混合组(P 均 <0.01),混合组疗程明显短于汤剂组($P<0.01$)。

讨 论

以上观察表明,三种治疗方案对急性黄疸型肝炎均有较好的疗效,但由于各组治疗法则、方药不完全相同,虽治愈率基本一致,但治疗时间有显著性差异。现分别讨论如下:

一、遵古训,治黄必须清利湿热

急性黄疸型肝炎,按其病因、病机和症候属于“阳黄”范畴。阳黄产生的病因病机多因时邪所感,表郁不达,体内水湿不能经汗或小便排除,水湿久郁热化,熏蒸肝胆,迫胆汁不循其道而上侵眼目,外溢肌肤出现“黄疸”。针对这一病机病理,三个治疗方案中均用清热化湿利胆的茵陈蒿汤为主化裁治疗,药证相符,所以在临床上均能收到良好的疗效。

二、退黄疸,补气扶脾邪恋难祛

在急性黄疸型肝炎的病程中,很多病例有湿困中州、运化失常的症候,如食少、纳呆、脘闷、腹胀、大便不实等。《金匱要略》有言“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,其意指肝病初期,脾胃证未见时,应注意扶脾健中,御木侮土,止其传变。但如本病已出现黄疸,湿热较重,症候繁多,此时加健脾补气中药治疗是不妥的。从三个方案的观察来看,兼服补气健脾之品的汤剂,其对黄疸指数、GPT恢复所需疗程均比糖浆剂组明显延长。

三、求速效,利湿须调理气血

从我院观察的病例来看,本病绝大多数患者,初期存在恶心呕吐、脘腹胀满、胁下胀痛等肝脾气机不畅的病理表现,对此,在糖浆剂

中选中了调理肝脾、疏畅气机的木香、厚朴等中药。有些人认为黄疸型肝炎有瘀血阻滞的病理现象,如《张氏医通》指出“诸黄虽多湿热,经脉久病,不无瘀血阻滞也”,故于糖浆剂中加了活血行瘀的丹参等药物。此方药主辅分明,配

伍恰当,疗效满意,疗程也大幅度缩短。

在本次观察中,有的治疗方案中病例较少,因此临床上对急性黄疸型肝炎的辨证施治还需进一步研究其病理、病机、治疗、转归等,选择更妥切的方药,以期提高治疗效果。

老年人顽固性呃逆辨证一得

南京中医学院附属医院内科 高治平

呃逆,古称“哕”。临症表现为气逆上冲,喉间呃呃作声,或间断,或连续,甚至昼夜不息,患者气不接续,痛苦异常。呃逆之产生,多由胃气上逆所致,且涉诸脏腑,如肝气之郁结,致横逆犯胃;肝肾之阴不足,致阴火上冲或脾肾衰败,虚气上逆;膈上有痰,闭塞肺气,肺胃不和,致气机逆乱。老年人患呃逆,多属兼证,尤其于久病、重病中得之,当“观五脏有余不足,六腑强弱,形之盛衰,以此参伍,决死生之分”《素问·脉要精微论》。故治疗通察整体,知常衡变,补不足,损有余,为辨治之大要。临证之际,尤须关注肺与大肠、肝与胃这一纵一横之病理变化及其影响气机升降之内在联系。爰引一例,以说明之:

孙××,男,72岁,住院号53498。

患者于1980年春患中风(右侧颈内动脉血栓形成),后遗偏瘫。最近一月间阵作咳嗽,痰白量多,喉间痰嘶,神智时清时蒙。体检:左侧肢体呈挛性瘫痪,口角右喎,伸舌偏向左侧,瞳孔等圆,光反射存在。心律规整,主动脉第二音大于肺动脉第二音,血压150/90毫米汞柱,肺底闻及干湿罗音,肝脾无肿大,左膝反射亢进,巴氏征阳性。舌质干、光红无苔,脉弦滑。住院初期以清化痰热治疗为主,尔后予养阴清肺、活血通络法则,方药随证选裁,并配合针灸,病情几经反复而渐臻稳定,但肢体功能未见明显进步。1982年3月底起犯呃逆,频呃不止,日夜不息,针、药及手法治疗均乏效。实验室检查:白血细胞11300/立方毫米,中性80%,淋巴17%,嗜酸性1%,单核2%。卧位胸片:右中下肺支气管周围炎症。

4月4日,呃逆频发持续,寐中亦作呃不止,呃声响亮,面颧升赤,咳嗽痰稠,胃脘胀气,大便需借助通导,舌质红,苔黄糙,脉细弦,辨证属阴虚兼夹痰火,肺胃之气上逆。治以养阴清热,降气化痰。处方:南沙参、北沙参、麦冬、石斛、桑白皮各12克,芦根30克,半夏、枇杷叶各10克,橘皮、竹茹、黄

芩各6克,代赭石20克,全瓜蒌15克。

上方服两剂,病情变化不大,但睡熟呃止,醒来复作。三次用开塞露灌肠均未排便,后抠出粪便约150克。原方加沉香3克、生军6克后入,作增水行舟之意。

4月7日,服药一剂,自动排便极多,呃逆发作已稀少,夜间偶有一二声,咳嗽明显减轻,胃脘按之柔软。舌淡红,苔少,脉软弦。腑气得通,痰热渐去,前方去生军,续服一剂。因患者性躁善怒,胃脘隐痛不舒,另给乌芍散(海螵蛸、白芍、炙甘草)3克,一日三次,以和中缓急。

4月13日,呃停三天,今又见发作。胃痛得止,但仍觉痞胀,夜寐不宁。舌红,苔中根黄糙。病久阴亏之体,肠腑积滞,宿垢未尽,仍予养阴利膈,顺气通腑。处方:南沙参、北沙参、麦冬、石斛各12克,芦根30克,橘皮、竹茹、生军(后下)各6克,代赭石20克,半夏10克,全瓜蒌15克,沉香3克。

服药两剂,大便畅通,黄糙苔尽去,夜间安睡,呃逆未再发作。此后如法调理二十余日,呃逆未作,稳定出院。

按:患者高龄,中风之后病情反复且多变,久病之体又犯呃逆。究其致呃原因,其一,虚体受邪,外邪犯肺,膈上生痰,阻遏肺气,肺胃违和,气不顺降;其二,久病阴津虚亏,大肠津液不足,变化受阻,复因肺气郁逆,更使大肠腑气滞结,腹胀便秘,浊气不得下泄,上逆犯胃。治疗在于清肃肺气,化痰利膈,用沙参、麦冬、石斛、芦根润养肺胃之阴而顾及阴虚之本质;黄芩、桑皮、瓜蒌清化痰热,以利膈宽胸;再以沉香、大黄顺气通腑,疏通大肠积留;半夏、陈皮、竹茹、代赭石和胃降逆,抑其上逆之气。情绪激动,急躁易怒为患者肝木横逆,肝胃不和表现,予乌芍散和胃气,缓肝急。原因既明,断非属虚脱之呃,随证施治,竟半月乃愈。