

清肝解毒法为主治疗化学毒物引起 肝脏损害31例的体会

上海市劳动卫生职业病研究所 姜宜孙

化学毒物在生产条件下主要由呼吸道或皮肤进入人体,某些毒物由于化学结构的特性引起肝脏损害。我们在西药治疗的同时,着重中医辨证治疗化学毒物引起急、慢性肝脏损害,取得较好效果,报告如下。

临床资料

一、一般情况

本组接触15种有机、无机类化学毒物引起肝脏损害共31例。男26例,女5例。

急性中毒常发生于生产性事故,由吸入气体或烟雾而得。接触时间最短仅2~3分钟,最长4天。计有呼吸道吸入的溴甲烷2例;铊3例(包括误入口2例);砷化氢2例;肼、对氯苯乙腈、羰基镍混合气各1例,从皮肤吸收的苯胺类3例,以及二甲基甲酰胺灌肠1例,铅3例(包括口服含铅中药2例)。共17例。

慢性中毒多数为操作工,少数是长期从事化学实验室研究人员。接触工龄自8个月~27年不等(半数在5年以下)。计有接触三硝基甲苯粉末3例;有机氟裂解气3例;硝基苯及其化合物液体5例;三氯化锑、四氯化碳、环己烷各1例。共14例。

二、临床表现及实验室检查

1. 急性中毒性肝损:起病急骤。吸入毒物后常出现头昏,胸闷,呛咳,或干呕,全身乏力,继后食欲不振,腹胀,严重者数天内逐渐出现黄疸,持续腹胀严重者出现腹水征。砷化氢中毒时出现畏寒发热,尿频急以及尿色深褐、巩膜轻度黄染、皮下出血点等轻度溶血现象。从皮肤吸收的苯胺类毒物一般先现高铁血

红蛋白血症,继后出现溶血性贫血、黄疸、肝脏损害。本组17例急性中毒性肝脏损害患者SGPT自60~480单位(正常值40单位以下)不等;5例黄疸指数在21~101单位之间;4例伴三项浊絮试验、 γ 球蛋白同时升高;2例有腹水征;1例轻度皮下出血。

2. 慢性中毒性肝损:长期小量接触毒物,一般有头昏、疲乏无力、食欲不振、肝区不舒等症状。本组14例慢性中毒性肝脏损害患者呈单项SGPT升高4例;单项浊絮试验或 γ 球蛋白升高者3例;SGPT、浊絮试验、 γ 球蛋白同时升高者7例。11例SGPT在55~254单位不等,超过100单位7例。 γ 球蛋白升高10例中超过29%者5例。14例在明确化学毒物引起肝脏损害时无一例HBsAg呈现阳性者。

治疗方法

一、中医辨证分型与治疗

1. 湿浊型:本型接触毒物后短期内出现头昏乏力,上腹部胀满,肝区不舒,纳食不佳,或巩膜黄染,或全身皮肤发黄。舌质红,苔白厚腻。SGPT一般升高,有黄疸者伴黄疸指数同时升高。辨证属毒邪壅滞,发为湿浊或黄疸湿浊,治宜清肝解毒,利湿退黄。方取茵陈蒿汤加减。药用茵陈(60~100克)、蒲公英、小蓟草、大黄(按病情、体质选用生大黄或制大黄,导毒下行)、败酱草、连翘、地锦草、黄柏等。腹胀严重,口服汤剂有困难时可静脉滴注茵栀黄注射液。

2. 肝郁型:本型病情较湿浊型轻缓,浊絮

试验或SGPT常呈单项指标升高。临床症状除肝脏隐痛外,常伴头晕乏力,泛恶噎气,食欲减退。舌尖红,苔白滑或薄黄腻。证属毒邪入侵,肝郁不达,治以清肝解毒,舒肝降浊。取田基黄、虎杖、岗稔根、柴胡、青皮、黄芩、丹参、平地木等为主药;成药可选田基黄注射液、垂盆草糖浆、越鞠丸等辨证应用。

3. 脾虚湿浊型:本型常迁延数年不愈,浊絮试验或 γ 球蛋白常同时或交替升高。证见疲乏无力,面色萎黄,食欲尚可,食后轻度腹胀,大便增多或虚胖便溏。舌淡或胖,苔薄腻或后半偏腻。辨证属脾虚湿浊。治以清肝解毒,健脾化湿。药用太子参、黄芪、茯苓、白术、平地木、茵陈、制大黄(小量)、岗稔根、黄芩、苡仁根、泽泻、田基黄等辨证加减。

4. 肝瘀湿浊型:肝损日久,肝功差(ZnTT >20 单位, γ 球蛋白 $>29\%$,白/球蛋白比例倒置)。证见倦怠无力,面色黯滞,虚浮作肿,胁胀肝痛,或有牙衄、肝掌、蜘蛛痣。舌红偏绛,苔腻口苦,或根部黄腻。辨证属肝郁瘀积,湿浊不清,正虚邪恋,治以清肝活血,健脾化浊。常选当归、丹参、红花、泽漆、莪术等活血化瘀;太子参、沙参、黄芪、白术、枳椇子、胡黄连、泽泻、黄芩诸味健脾化湿。

二、西药治疗

苯胺类溶血性毒物急性中毒时应用还原剂美蓝及时解毒。金属类中毒根据尿中金属排出量考虑选用金属络合剂排泄金属。为预防脑、肺水肿发生,宜常规短期应用吸氧、肾上腺皮质激素、能量合剂以及必要抗菌素等相应药物。对由亲肝毒物引起者予足量的护肝药物;对重症肝损患者对症处理,积极抢救。

治疗结果

参考1983年郑州会议病毒性肝炎的疗效标准结合毒物性肝脏损害特点,制订疗效如下:(1)治愈:临床症状消失,肝功能恢复正常,随访3年以上无反复者。(2)基本治愈:临床症状基本消失,检查肝功能示单项浊絮指标略高于正常;或临床症状消失,肝功能恢复正

常,但随访时间未满3年者。(3)好转:有轻度神衰症状,絮浊试验和 γ 球蛋白指标略高于正常,仍需继续休息者。(4)无效:临床症状、肝功能均无好转或反增剧甚至死亡。

按照上述疗效标准统计,本组急性中毒性肝损17例,平均疗程114.8天,治疗后获治愈12例,基本治愈2例,好转1例,无效2例。慢性中毒性肝损14例,平均疗程143.1天,治疗后获治愈4例,基本治愈4例,无效6例。其中中医辨证分型与疗效的关系见附表。

附表 化学毒物引起肝脏损害31例的疗效分析

疗 效	急性中毒性肝损 (17例)			慢性中毒性肝损(14例)			
	湿浊	肝郁	脾虚 湿浊	湿浊	肝郁	脾虚 湿浊	肝瘀 湿浊
治 愈	10	1	1	1	1	2	0
基本治愈	2	0	0	0	1	2	1
好 转	1	0	0	0	0	0	0
无 效	0	2	0	0	2	0	4*
合 计	13	3	1	1	4	4	5

* 其中2例死亡,2例在1980年后呈HBsAg阳性。

本组无效8例,除2例肝硬化合并感染死亡外,6例为七十年代前应用疏肝理气法治疗的病例。其中由硝基苯引起的肝损2例,经多年治疗无效,八十年代检查HBsAg呈阳性反应,显然合并感染病毒性肝炎。

体 会

毒物引起肝脏损害的临床表现,一类以全身或其他系统症状为主兼肝脏损害,肝脏轻度肿大、压痛,SGPT升高,无黄疸,经治疗恢复顺利,如溴甲烷、三氟苯乙烯、铅等引起的肝脏损害可归属此类。另一类以肝脏损害为主,有肝脏肿大、疼痛和胃肠道障碍症状,或出现黄疸及腹水征,肝脏损害较重,同时伴有其他系统中毒症状,其恢复较病毒性肝炎缓慢,轻者逾月,长者迁延数年,但预后尚好。如砷、砒、锑、四氯化碳、硝基苯类化合物引起的肝脏损害均可归属此类。当急性中毒时为预防或治疗其他系统损伤短期应用肾上腺皮质激素,间用清肝解毒中药,使重症肝损抢救成

功, 顺利康复, 停用激素未见反跳, 随访3~13年疗效满意。

七十年代前, 我们对毒物引起的肝损, 从“肝郁气滞”辨证, 治以疏肝理气, 益肝扶脾, 疗效不显, 6例中仅2例加用“清肝解毒”后取效。七十年代后, 结合审因论治, 轻者属毒邪入侵, 肝失疏泄, 治按“木郁达之”, 达毒外泄, 予清肝解毒, 疏肝降浊法; 重者属毒邪壅滞, 湿浊瘀阻, 治以清化湿浊, 导毒下行, 经用清肝解毒法为主治疗后疗效较前有了明显提高。根据我们的临床经验, 只要有“湿浊”表现者, 均可用大黄治疗, 即使肝功能反复多年不正常者, 亦可小量长期应用, “六腑以通为补”, 可以达到巩固疗效的目的。如由四氯化碳、三氯化锑引起的慢性肝损各1例, 10余年来反复住院5~7次, 均于末次住院时, 单用中药清肝解毒, 嗣后又以含小剂量大黄的清麟丸或木香槟榔丸服用1~2年, 随访至1986年均无复

发。

近年药理研究认为大黄有抗菌消炎、活血止痛、健胃利胆、利尿降压、止血、预防感染等作用^(1,2)。有报告用单味大黄静滴治疗重症肝炎获抑制病情、防止转重效果, 其退黄与激素组疗效相似, 且无出血、感染、反跳等副作用⁽³⁾。亦有用大黄治疗尿毒症, 降低氮质血症, 获促进毒素排泄、改善肾功能报告^(4,5)。这些研究资料对职业中毒领域中某些目前尚少特殊解毒剂的毒物引起肝、肾损害时, 是否能用“清热解毒”的大黄制剂以协助毒物排泄或缓解毒性, 减少器质性损害, 值得临床参考。

参 考 文 献

- (1) 陈琼华: 新医药学杂志(5):34, 1974。
- (2) 洪筱坤等: 上海中医药杂志(6):48, 1984。
- (3) 北京传染病院: 医学研究通讯(6):27, 1978。
- (4) 哈尔滨医科大学附属第一医院: 浙江中医杂志(5):212, 1982。
- (5) 郭平东等: 上海中医药杂志(8):46, 1985。

补肺生肌汤对自发性气胸的疗效观察

中国人民解放军第262医院 张会川 孙宏

近来我们以自拟补肺生肌汤治疗2例自发性气胸的患者, 肺被压缩均大于60%, 治疗效果满意, 现报告如下。

例一: 刘××, 男性, 23岁, 住院号1954。1986年3月29日入院。近2年胸闷胸痛发憋反复发作, 诊断为自发性气胸, 均经住院抽气治疗, 症状消失后出院。3月26日活动后突然左胸痛, 胸闷气短发憋, 无咳嗽咯痰, 无低热盗汗。胸透, 左肺组织被压缩90%, 诊断为自发性气胸。体检: 气管右偏, 左胸廓饱满, 肋间隙增宽, 语颤减低, 叩诊鼓音, 呼吸音消失, 心界右移, 呼吸18次/分, 心率76次/分。入院后经卧床休息、抽气、抗感染等能暂时好转, 被压缩的肺组织可全部或大部分膨胀, 但多于胸腔气体被吸收时或残存少量气体时复发。入院4个多月复发11次, 先后17次抽气, 始终不能愈合。基于上述情况, 笔者认为本病气虚为本, 宜采用益气补肺生肌之法, 遂治之以补肺生肌汤(生芪、白芨、生熟地、百合、元参、丹参、连翘)。

投方后患者感到胸部舒适, 抽气后残气(肺压缩50%)! 在10天内全部吸收, 观察4周末再复发。出院后随访4个月身体情况良好。

例二: 葛××, 女性, 40岁, 住院号22044。因右侧胸痛2天于1986年10月4日入院。10月2日患者无明显诱因突然右胸痛, 吸气时疼痛加重伴咳嗽, 平卧时咳嗽增剧, 为刺激性干咳, 胸部轻微发憋。无慢性咳嗽、结核病史。体检: 气管轻度左移, 左上肺叩诊过清音, 呼吸音消失, 呼吸22次/分, 胸片示右肺组织被压缩65%。诊断为自发性气胸。入院后经抽气治疗, 效果不理想而改服中药。患者胸痛, 气短发憋, 咳嗽, 舌质淡苔薄白, 脉沉细无力。证属肺气阴两虚, 治宜益气补肺, 止咳化痰。以补肺生肌汤加川贝、桔梗加强宣肺止咳化痰之力, 服4剂后胸闷气短咳嗽发憋明显好转, 胸透右肺被压缩35%, 原方加红花、赤芍, 继进9剂后, 患者无任何不适感, 胸透示心肺膈未见异常, 痊愈出院。