

临床报道

非肝实质坏死性慢性重型肝炎的中西医结合治疗

贺江平* 汪承柏*

摘要 55例非肝实质坏死性慢性重型肝炎。共同证型为血瘀,采用活血化瘀及凉血解毒、益气养阴治法及输入白蛋白、促肝细胞生长素等支持和对症疗法以治疗。结果:显效43例(78.2%),好转4例(7.3%),总有效率85.5%。属于胆红素代谢障碍者37例,显效27例(73.0%),好转3例(8.1%),总有效率81.1%。属于内毒素血症18例,总有效率94.4%。55例中死亡6例,无效2例。采用以中医辨证论治为主,辅以西医支持治疗,可改善病人预后。

主题词 肝炎,病毒性,人/中西医结合疗法 肝炎,慢性活动性/中西医结合疗法

我们在“七五”期间牵头承担全军“中西医结合治疗慢性重型肝炎”攻关专题,总有效率42.6%^[1]。总结中发现部分病例,临床上完全符合慢性重型肝炎(慢重肝)诊断标准,而肝脏病理却无大块或亚大块肝细胞坏死。对这些病例进一步分析,找出了由慢性肝炎演变为慢重肝的10种诱因,其中胆红素代谢障碍及内毒素血症是诸因素中的重要因素。我们针对这两种因素,以中医证治为主,辅以基础疗法,共治疗55例,现总结如下。

1 资料和方法

1.1 病例来源:1990~1996年临床符合慢重肝诊断标准的住院病人,共55例,男48例,女7例;年龄22~57岁,平均年龄41.25岁。有下述情况之一者,未列入统计范围:肝脏病理证实有大块或亚大块肝细胞坏死;治疗不满2周者;因各种原因无法口服中药者;入院时凝血酶原活动度(PA)<40%,用维生素K₁治疗5~7天后升至40%以上者。

1.2 病程:47例有明确的慢性肝炎病史,病史6月~14年,平均为3.97年,8例病史不详。从急性发作至住院7~180天,平均39.04天。

1.3 诊断:根据临床症状、体征、生化(丙氨酸转氨酶、谷氨酸转氨酶、血清胆红素、白蛋白/球蛋白、PA)、尿胆红素、肝脏病理确诊为慢重肝。其中乙型肝炎49例,乙型、丙型肝炎重叠感染4例,甲型、乙型肝炎重叠感染2例。肝脏病理诊断10例,其中慢性肝炎中型3例,重型7例。PA为14.4%~36.9%,平均 $28.8 \pm 6.69\%$ 。总胆红素(TBiL)为189~881 $\mu\text{mol/L}$,平均388.6 $\mu\text{mol/L}$ 。合并腹水54例。最后根据PA、TBiL、腹水量及难治性并发症等综合判断,确诊慢重肝早、中、晚期分别为27、25及3例。

1.4 胆红素代谢障碍:以结合性胆红素/总胆红素(D/T)比例和尿胆红素定性判断胆红素代谢情况。D/T $\geq 60\%$ 、尿胆红素定性强阳性(+++~+++++)者为胆红素排泄障碍,9例;D/T<60%、尿胆红素定性阴性或弱阳性(±~++)者为胆红素结合障碍,28例;共37例。

1.5 发热:住院后并发原发性腹膜炎5例,合并肺部感染1例,治疗后感染消失,但仍有午后持续低热。长期午后低热11例,经各种检查未发现感染灶,亦未用抗生素。

2 治疗方法

中医证型:按中医辨证标准^[2],55例均有面色晦暗、赤缕红丝、两胁刺痛、肝脾肿大、蟹爪纹、肝掌、舌质紫暗或有瘀斑、脉沉细数,妇女有行经腹痛、经色暗或有血块等血瘀见症3项以上,故其共同证型为血瘀。另有午后潮热、心悸失眠、神疲肢软、咽燥口干、两目黯黑,部分病例有头汗出,身无汗等特殊见症^[3]。

治则方药:单纯血瘀型,以凉血活血之赤芍

* 中国人民解放军第302医院,北京丰台路26号
(100039)

收稿日期:1997-02-28

100~150g,桃仁 30g,红花 30g 等为主药。有午后潮热者,以凉血解毒、益气养阴之赤芍、银花、穿心莲、黄芪、丹参等为主药。若有气虚血虚见症者加黄芪、当归;因黄疸有皮肤瘙痒者加紫草 30~60g;有便干或见肝热者加瓜蒌 30g;若见口渴者加葛根 30g。均随证加减。

全部病例适当静脉输入血白蛋白、促肝细胞生长素、六合氨基酸等。有感染、电解质紊乱、肝性脑病、大量腹水等并发症时分别加用相应西药治疗。

3 结果分析

参照陈氏等疗效判断标准^[4],55 例中显效 43 例(78.2%),好转 4 例(7.3%),无效 2 例(3.6%),死亡 6 例(10.9%)。总有效率 85.5%。早期死亡 2 例、中期死亡 4 例。

3.1 胆红素代谢障碍疗效分析:胆红素结合障碍共 28 例,治疗前 D/T 比例为 37%~59%,平均 52.7%。17 例治疗 4~69 天,平均 12.5 天(17 例中 69 天 1 例,10 天以内 11 例,11~20 天以内 5 例)。D/T 比例>60%,TBiL 降至 85μmol/L 以下;6 例 D/T 比例虽未升至 60%以上,但 TBiL 均降至 85.5μmol/L 以下。另 5 例中 2 例死于肝硬化消化道大出血,3 例死于肝性脑病、脑水肿。胆红素排泄障碍共 9 例,7 例治疗 38~145 天,平均 87.28 天,TBiL 正常 3 例,TBiL 48~62(平均 55.75±6.13)μmol/L 4 例。死于肝性脑病 1 例,无效 1 例。

表 1 TBiL 值与疗效的关系

TBiL (μmol/L)	例数	显效	好转	无效	死亡
172~342	27	22	3	1	1
343~513	15	13	1	0	1
514~684	11	7	0	1	3
>684	2	1	0	0	1

综上所述,属于胆红素代谢障碍者共 37 例,显效 27 例,好转 3 例,无效 1 例,死亡 6 例,总有效率 81.1%。

3.2 内毒素血症共 18 例,显效 16 例,有效 1 例,无效 1 例。

3.3 TBiL 值与疗效的关系:从表 1 看出,随 TBiL 增高,无效及死亡病例显著增加。

3.4 PA 值与疗效的关系:从表 2 看出随 PA 的降低,无效及死亡病例显著增加。

表 2 PA 值与疗效的关系

PA(%)	例数	显效	好转	无效	死亡
39~30	27	22	3	1	1
29~20	19	14	1	0	4
<20	9	7	0	1	1

4 讨论

慢重肝的预后受多种因素影响。病情分期、TBiL 值、PA 值及发生难治性并发症等均可影响病人的预后。陈氏等曾报道上述三项因素对慢重肝早期病死率的影响,本文 55 例病死率的影响均低于陈氏等的报道。究其原因有二,一是陈氏等总结的病例,包括有大块和亚大块肝细胞坏死,这种病例病死率高;二是我们针对由于胆红素代谢障碍及内毒素血症两种重要因素诱发的非肝实质坏死性慢重肝,采取相应治疗措施,因而降低了病死率。

胆红素代谢障碍包括胆红素结合障碍和排泄障碍。血清胆红素必须在肝细胞内结合为双葡萄糖胆红素,才能经胆道和肾脏排泄。胆红素结合过程需要尿核苷二磷酸葡萄糖醛酸转换酶,此酶仅存在于肝细胞内质网微粒体中,若长期高胆红素血症,可使胆酸,特别是石胆酸沉积于肝细胞内,而抑制酶的活性,使胆红素难以结合,此时血清中以非结合性胆红素为主,D/T 比例<60%,尿胆红素阴性或含量极低。影响胆红素排泄的因素很多,如肝内严重炎症,毛细胆管、细胆管形态及功能受损,胆汁粘稠,胆汁反流,胆栓及肝内泥沙样结石形成,血栓素 B₂ (TXB₂)增多等均可使胆红素发生排泄障碍^[5]。我们的临床实践证明,赤芍、桃仁、红花等活血化瘀、行气破血之品均有激活酶的活性,改善肝内炎症,疏通胆道,抑制 TXB₂ 产生的作用而有利于黄疸消退^[5]。故本文 37 例胆红素代谢障碍,总有效率达到 81.1%。

慢重肝因肝脏对内毒素的灭活功能衰减,

故内毒素血症发生率为100%。本病内毒素血症进展缓慢,中毒症状较轻,不同于急性革兰氏阴性细菌感染的内毒素血症,也不同于中医的温病及阳明腑实证等急性热性病。慢重肝内毒素入血,导致血分热毒,加之本病系慢性病,以血瘀为共同证型,瘀久化热,暗伤营血,故又有气阴两虚,临床表现为日晡潮热,《素问·调经论》曰:“阴虚则内热”,《杂病广要·内因类》曰:“有潮热者,当审其虚实”。此证属于里证,有虚有实。血分热毒为实,气阴不足为虚,故以凉血解毒、益气养阴为治,收效甚佳。18例中17例达到了显效和有效,无一例死亡。

值得说明的是,临床上对慢重肝发热的诊断目前还存在一些误解,一见有发热,不论是否有感染灶存在,都用抗生素治疗,若发热持久不退,则多种抗生素并用,以致大量革兰氏阴性细

菌(主要是大肠杆菌)受到杀灭而产生大量的内毒素,致使病情日渐恶化。所以对于慢重肝有潮热而未找到确切细菌感染证据者,临床上不宜滥用抗生素。应该按照内毒素血症采用凉血解毒、益气养阴为主的中西医结合治疗,方可改善病人的预后。

5 参考文献

- 1 汪承柏,等. 中西医结合治疗慢性乙型重型肝炎122例观察. 中国中西医结合杂志 1992;12(4): 203.
- 2 中国中医药学会内科专业委员会. 病毒性肝炎辨证标准(试行). 中医杂志 1992;33(5): 295.
- 3 汪承柏,等. 慢性高黄疸肝炎特殊见症——头汗出124例治疗报告. 中医杂志 1996;37(9): 539.
- 4 陈菊梅,等. 中西医结合治疗慢性重型肝炎的临床研究. 中西医结合肝病杂志 1992;2(1): 1.
- 5 汪承柏主编. 中西医结合诊治重度黄疸肝炎. 北京:中国中医药出版社 1994.

宣肺益气法治愈妊娠肾积水1例

俞 凤 英*

妊娠肾积水一是由于妊娠期增大的子宫在骨盆入口处压迫输尿管,引起输尿管部位阻塞,肾脏积水;二是由于妊娠期卵巢静脉增粗压迫,从而引起梗阻积水。因发生于妊娠期,故难治棘手。现就吴士彦老师用中医宣肺益气法治愈妊娠肾积水伴输尿管扩张1例,介绍如下:

患者朱某某,女性,24岁。1985年10月31日初诊。怀孕6月余,旬日来少腹腰围胀痛如坠,拒按,终日欲尿状,尿出热涩,点滴不利,伴有喉痒咳呛,咳引痰出,带下如注,寒热往来,头昏胀痛,胸闷烦躁,噫呃常太息,大便干燥,苔黄糙腻根较厚边围白腻,脉浮滑。外院B超检查:右肾积水,右侧输尿管下段梗阻,上段扩张,曾在某医院泌尿科予消炎治疗效果不显。辨证:此属肺气不足,不能通调水道,脾气虚弱,胎元下压,膀胱气化不利,少阳不疏,带脉受困,最易坠胎。急投宣肺益气,和解少阳,安胎保胎之品。处方:桔梗10g,炒牛蒡10g,柴胡10g,前胡10g,炙甘草6g,炒白芍18g,炒黄芩10g,川黄连4g,生黄芪30g,化橘红10g,姜半夏12g,炒归身10g,桑寄生10g,2剂。

11月2日二诊:前方投服,少腹腰围胀痛已和,尿出渐利,呛咳已不甚,少阳证状好转,大便昨通,尚感腰酸,苔转稍黄边腻,脉小滑带数。此属肺气宣畅能通调水道,膀胱气化渐利,原方有效,仍守出入。处方:桔梗10g,炒牛蒡10g,炒黄芩10g,炒白芍18g,生黄芪30g,炙甘草6g,炙升麻10g,桑寄生10g,炒陈皮10g,炒归身10g,炒杜仲10g,4剂。

11月5日三诊:咳止便调,洩出畅通,纳食渐增,带下不多,腰酸不甚,苔薄腻,脉小弦滑有力。疾病纠缠后期属脾肺气弱、肾气不足,治拟和中益气,滋肾安胎。处方:炒白术10g,炒柴胡10g,炒归身10g,炒杜仲10g,炒党参10g,炒黄芪30g,炙升麻10g,炒陈皮10g,炒川断10g,炙甘草6g,桑寄生10g,金樱子15g,5剂。

患者三诊后B超复查基本正常,一直上班工作至临产,于1986年1月27日足月顺产一男孩,产后母子平安。

吴士彦老师是我省著名老中医,此病案老师区别于见水逐水,头痛医头,在用药上没有一味攻逐、淡渗之品,而重用桔梗配黄芪宣肺益气,达到通调水道,小便自利之目的,其用意之一防其损胎坠胎,用意之二在其治病求本,所谓下病治上,高屋建瓴,使其获得满意的效果。

* 浙江省湖州市中医院(313000)

收稿日期:1997-03-28