

化痰散结药在病毒性肝炎治疗中的应用

祖 武*

主题词 肝炎,病毒性,人/中药疗法 祛痰

近年来笔者根据前人“肝生痰”,“有湿即可生痰”,“痰夹瘀血,遂成窠囊”的论述,应用化痰散结方药治疗病毒性肝炎,在加速黄疸消退,治疗脂肪肝,促使肿大的肝脾回缩等方面,取得了满意疗效。现阐述如下。

1 化痰散结药可加速黄疸的消退

病毒性肝炎属于中医黄疸、胁痛、症瘕等范畴。“黄家所得,从湿得之。”湿邪郁遏中焦阻碍气机,致肝气郁滞。湿邪郁久化热,蕴毒生痰,痰阻血络,瘀血与痰湿互结,胆汁不能循其常道,溢于肌肤,发为黄疸。痰阻血络,湿热瘀阻,则黄疸胶固难化,甚至使某些患者长期不易消退。临床上应用化痰散结的药物祛除胶结凝固的湿热,使痰滞得通则瘀热易清,黄疸易退。化痰散结的常用药物有杏仁、橘红、莱菔子、瓜蒌、旋覆花、郁金、白矾、半夏、草决明等。临床上治疗病毒性肝炎,若能在对应方中加入二、三味化痰散结药,常可显著提高疗效,加速黄疸的消退。

例1:李某某,男,34岁。1988年8月13日初诊。罹患急性黄疸型肝炎,前医予茵陈五苓散合甘露消毒丹化裁,治疗10余天,病情好转,但黄疸不退。患者皮肤巩膜中度黄染,黄色晦暗欠华,倦怠乏力,胸脘痞满,纳差厌油,恶心欲呕,腹胀,大便溏而不爽,小便黄赤涩浊,口粘腻不欲饮,舌苔滑腻中心微黄,脉濡。肝功能检查:黄疸指数36U,血清总胆红素78 μ mol/L,谷-丙转氨酶42IU/L,HBsAg(+).此湿热蕴毒,痰瘀交阻之证。治宜清化湿热,化痰和胃。处方:茵陈30g,连翘15g,赤芍30g,白茅根30g,清半夏10g,陈皮10g,杏仁10g,藿香10g,佩兰10g,土茯苓50g。水煎服,日1剂。服上方5剂,脘痞腹胀呕恶诸症消失,黄疸亦有消退之势。上方去半夏、藿香,加生薏苡仁20g,生白术15g。前后服药15剂,自觉症状消失,黄疸消退,肝功能恢复正常,但HBsAg(+).

2 脂肪肝重在化痰散结以去脂

近年来,随着人们生活水平的提高,脂肪肝的发病率有上升趋势。临床上,有些肝炎恢复期的患者,由于

过分强调营养与休息,或摄食过多,引起脂肪代谢紊乱,形成肝炎后肝脂肪变。中医学认为,其病机乃饮食不节,过食膏粱厚味,或大量饮酒,使湿热内生或湿聚生痰,引起湿热互结,阻滞经络,致气郁不行,血瘀阻络,水湿停留,从而出现一系列相应的表现。症见短期内体重迅速增加,呈向心性肥胖,食欲亢进,但倦怠乏力,大便次数增多,不规则或不成形,排便不畅或粘滞不爽,舌质暗、舌苔多白腻,脉沉滑。查体可见肝脾肿大,质软。实验室检查:血清胆固醇及甘油三酯增高,谷-丙转氨酶和麝香草酚浊度试验轻度或中度增高。B超检查见肝形态规则,表面光滑,实质回声近场增强,远场衰减,光点细密,分布均匀,呈云雾状改变,肝内管系不清楚。此属湿热瘀阻、痰浊内生之证,应从痰湿论治。常用方药如温胆汤、平胃散、白金丸、青矾散、硝石矾石散等,对脂肪肝有一定疗效。药理研究表明,生山楂、泽泻、瓜蒌、荷叶、草决明、苍术、白术、茯苓、海藻、白芥子、枸杞子、藿香、茵陈、连翘、柴胡、大黄、何首乌等有降低甘油三酯,加速脂质运转与排泄,调整脂肪代谢,从而降低肝内脂肪。临床治疗脂肪肝,在辨病与辨证的基础上,应用化痰散结方药,具有较好疗效。

例2:郭某某,女,40岁。1999年5月17日初诊。主诉:脘痞腹胀3个月。患者形体肥胖、倦怠乏力,进食后即感脘腹痞满作胀,小便清长,大便溏而不爽,舌苔白腻,脉弦滑。B超检查:肝大,表面光滑,肝实质回声近场增强,远场衰减,光点细密,分布均匀,呈云雾状改变,肝内管系不清楚,无结石、肿块声像。诊断为脂肪肝。治宜祛湿健脾、化痰和胃,予温胆汤加减。处方:半夏10g,陈皮10g,茯苓15g,苍术12g,白术15g,竹茹15g,枳实10g,茵陈30g,酒大黄5g,柴胡10g,郁金15g,生山楂15g,泽泻15g,白芥子10g,厚朴10g。水煎服,日1剂。同时嘱其节制饮食,忌滋腻肥甘厚味。服上方5剂,脘痞腹胀减轻。守上方化裁,前后间断服药3个月临床症状消失,体重减轻4.5kg。8月15日B超检查:肝脏大小形态正常,表面光滑,实质光点偏小,致密。提示脂肪肝已基本消失。

3 化痰散结方药可使肿大的肝脾回缩

肝脾肿大属于中医症积范畴。唐容川认为:“瘀血在经络脏腑之间,则结为症瘕”。瘀血即成,结于胁下,是导致肝脾肿大的重要原因。然“津凝血败,皆化为

* 湖南省沅江市第二人民医院中医科,沅江市黄茅洲镇沿河路72号(413111)

收稿日期:2000-07-18;修回日期:2000-11-13

痰”。血瘀发生的同时,必有痰浊形成。瘀血内阻,影响津液的正常输布,久则津液停聚而变生痰浊。痰之粘滞性质,必然影响气血运行,由痰生瘀或夹瘀而病,痰瘀胶结,阻于血络,也是形成肝脾肿大的重要机制。目前不少临床工作者受“瘀血致症(瘕)”理论影响,对肝脾肿大的治疗概用活血化瘀之法,这显然是片面的。若能在辨证论治的基础上在对应方中加入化痰散结药物,常可加速肝脾肿大的回缩。化痰散结的常用药物有清半夏、浙贝母、蛤粉、生牡蛎、海浮石、海藻、瓜蒌、白芥子、生薏苡仁、生白术等。

例 3:刘某某,男,38 岁。2000 年 4 月 8 日初诊。右肋胀痛。脘腹痞满,倦怠乏力 20 余天。既往有“慢性血吸虫病”及“急性黄疸型肝炎”病史。检查:皮肤巩膜无

黄染,心肺听诊无异常;腹平坦,肝右肋下 3cm,剑突下 5cm,质韧,有轻压痛;脾肋下 3cm,质软。舌质暗红、舌苔白厚,脉沉弦。B 超检查:脾厚 5.5cm,肋下 3cm。肝上界锁骨中线第 5 肋间,剑突下 5.5cm,肋缘下 3cm,形态规整,表面欠光滑,实质回声增强。B 超意见:肝大脾大。治宜活血祛瘀,化痰散结。处方:桃仁 12g,红花 10g,赤芍 30g,当归尾 12g,丹参 30g,泽兰 15g,土鳖虫 5g,酒大黄 5g,生牡蛎粉 30g(布包煎),海藻 20g,杏仁 10g,橘红 10g,醋柴胡 10g,郁金 15g,生黄芪 30g,生白术 15g,莪术 10g。水煎服,日 1 剂。服上方 7 剂,自觉症状减轻。守上方化裁,前后服药 70 余剂,临床症状消失,肝脾回缩。7 月 7 日 B 超检查:肝大小形态正常,实质回声增强;脾厚 4cm。

中药配合治疗不孕症 52 例

周建国* 俞 渊*

自 1998 年 1 月~2000 年 1 月,我们对来我院就诊的 116 例不孕症病人采用中西医结合方法治疗。现将经治疗后受孕并平安分娩的 52 例作回顾性分析如下。

1 临床资料

52 例病人中,原发性不孕者 13 例,继发性不孕者 39 例。年龄 23~39 岁,其中 23~26 岁 14 例,27~30 岁 24 例,31~34 岁 9 例,35~39 岁 5 例。不孕时间 1~9 年。据临床症状和输卵管造影确诊,输卵管(双侧)因素者 26 例,多囊卵巢 3 例。高催乳素血症(PRL)3 例,子宫内腺异位症 4 例,抗精子抗体(AsAb)阳性 10 例,其他因素 6 例。

2 治疗及观察方法

2.1 西医治疗方案:(1)首先治疗盆腔输卵管炎等原发病,通过口服抗生素、中药或保留灌肠治疗;常规行通液术,通液术为 0.9%生理盐水 40ml、庆大霉素针剂、透明质酸酶针剂、地塞米松针剂和普鲁卡因针剂各 1 支。每 1~2 周做 1 次,经期停止通液。通液次数不定,以输卵管一侧或双侧通畅为准,1 个月经周期为 1 个疗程。如果 1~2 个疗程无效,则考虑改用其他疗法。对免疫性因素的不孕给予患者地塞米松片 0.75mg,每日 2 次,或每日 1 次口服维生素 E100mg 或应用其它药物,以提高机体的免疫力和抗过敏能力。(2)调整月经周期,促排卵。用雌孕激素作人工周期疗法,每日用乙烯雌酚片 0.5mg 或者用倍美力片 0.625mg,自月经第 5 天开始服,连服 22 天。月经第 16 天时,每日黄体酮针剂 20mg 肌肉注射共 5 日。治疗 3 个周期。对上述治疗无效病人用促排卵药克罗米芬(CC),在月经第 5 天开始,每日 50mg 服 5 日。月经第 7 日起,B 超监测排卵情况,观察到主卵泡直径>12~14mm 时,或月经第 11 天起,用绒毛膜促性

腺激素(HCG)每日 1000 单位连续肌肉注射 3~4 日,至卵泡排出。在卵泡直径≥18mm 时嘱同房或人工授精。一般用 1~4 个周期。或在月经周期第 13 天,B 超测卵泡直径≥18mm 时,1 次注射 HCG5000~10000U。如果此方案也无效时可改用超促排卵联合宫内人工授精(CC/HMG/HCG-IUI)。

2.2 中医辨证施治:用补肾助孕方:党参 30g,炒白术 10g,熟地黄 24g,怀山药 30g,山茱萸 10g,枸杞子 10g,女贞子 30g,旱莲草 15g,紫石英 15g,桑寄生 10g,鸡血藤 10g,制香附 10g。根据经期和临床表现,给巴戟天、肉苁蓉、紫河车等。除以上药物以外,还针对患者盆腔、输卵管炎症,妇科肿瘤(直径<5cm)等情况,配以方药:花蕊石 15g,忍冬藤 30g,红藤 30g,紫丹参 30g,炒小茴 4g,地龙 10g,薏苡仁 30g,猪茯苓 10g,川黄连 5g 等,浓煎 100ml 灌肠。对 AsAb 阳性者和男性精液异常者同时用豁痰清热助孕方。方药:地鳖虫 10g,焦山楂 10g,制大黄 6g,女贞子 30g,旱莲草 15g,炒枳壳 6g。

3 治疗结果

用中药配合治疗的 52 例中,48 例在治疗 1~5 个疗程或停药后半年内受孕,4 例病人在治疗 1~2 年内受孕,其中 14 例病人受孕后有先兆流产,经用黄体酮或中药保胎成功。52 例病人现均平安分娩,新生儿出生体重 2000~4300g。

4 讨论

现代医学治疗不孕按病人月经周期和性周期来促排卵和监测受孕。国外文献报道使用促排卵联合 IUI 后妊娠率约在 26%左右。再之,CC/HMG/HCG-IUI 治疗中易出现卵泡黄素化(LUFSS)、卵巢过度刺激综合征(OHSS)、流产等并发症。运用中西医结合治疗时,根据中医理论用补肾助孕方既提高了妊娠率,又可防止西医促排卵联合人工受精治疗中的并发症。另外,在促排卵治疗中为防止 OHSS 并发症,我们用 HCG 剂量较谨慎。同时使用补肾助孕方调理,所以疗效较为满意。

* 浙江省杭州市第二人民医院妇产科,杭州市拱墅区拱宸桥温州路 1 号(310015)

收稿日期:2001-01-15;修回日期:2001-04-20