

穷。”同时不忘虚劳日久,气血运行不畅而有瘀血者,当合祛瘀生新之品。患者阳虚内寒,血液凝滞,腰膝背痛,手指麻木,瘀血之象已露端倪。处方:制附子 10g,鹿角胶 30g,肉桂末 5g(冲),熟地黄 30g,山茱萸 10g,山药 15g,牡丹皮 15g,泽泻 20g,茯苓 15g,黄芪 15g,红花 10g,田七末 3g(冲),鸡内金 12g,炙甘草 5g,水煎服,每日 2 次。患者此前已用皮质类固醇激素治疗,需继续激素治疗,并逐渐减少其用量。

3 后记

根据讨论结果,按主任医师处方服药,并用泼尼松

30mg,每日晨顿服,1 周后畏寒肢冷减轻,双下肢水肿消失,二便正常,舌质淡,苔白,脉沉细,此后改用益气健脾补肾。处方:党参 15g,黄芪 20g,白术 12g,茯苓 15g,当归 10g,熟地黄 15g,炙甘草 10g,鹿角胶 10g,杜仲 10g,川牛膝 15g,山药 15g,陈皮 6g,水煎服,每日 2 次,同时逐渐减少激素用量。7 周后激素减停,继用上中药方增减,症状无复发,皮肤色素沉着变浅,无手指麻木,肝脾回缩,视乳头水肿消失,于 5 月 20 日出院。出院后仍按上方加减继续巩固治疗。随访半年余,病情稳定。

苦参素注射液配合中医辨证治疗慢性乙型肝炎 30 例

康俊杰* 康素琼*

为了寻找中医药治疗慢性乙型肝炎的有效方法,自 2000 年 4 月以来,我中心应用苦参注射液(博尔泰力)配合中医辨证施治治疗慢性乙型肝炎,取得较好效果,现报道于下。

1 临床资料

按 1995 年第五届传染与寄生虫病学术会议制定的标准,选择年龄 16~60 岁,确诊为慢性乙型病毒性肝炎轻度和中度的住院和门诊患者,血清 HbsAg、HbeAg 及 HBV-DNA 持续阳性 3 个月以上,丙氨酸转氨酶(ALT)高于正常值 2 倍,但不超过正常值 10 倍,血清总胆红素小于 $34\mu\text{mol/L}$,本年内未经系统抗病毒治疗者,应排除其他病毒性肝炎、失代偿肝病、糖尿病、酗酒及妊娠患者等。治疗组 30 例,男 25 例,女 5 例;平均年龄 31.2 ± 9.6 岁;平均病程 6.2 ± 3.8 年;治疗前 ALT $130.6\pm 67.2\text{U/L}$ 。干扰素组 30 例,男 24 例,女 6 例;平均年龄 28.1 ± 10.5 岁;平均病程 5.6 ± 4.2 年;治疗前 ALT $135.4\pm 56.8\text{U/L}$ 。保肝药组 25 例,男 20 例,女 5 例;平均年龄 33.1 ± 8.2 岁;平均病程 8.6 ± 5.3 年;治疗前 ALT $140.2\pm 70.3\text{U/L}$ 。3 组临床资料间无统计学差异,具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

随机将患者分为 3 组。治疗组用苦参素注射液 400mg,每日肌注 1 次,同时根据中医辨证内服中药汤剂,每日 2 次。干扰素组用干扰素 $\alpha-2a$ (赛诺金)500 万单位,每周肌注 3 次。保肝药组用复方益肝灵片,每次 4 片,每日 3 次。3 组患者均用药 16 周后观察结果。治疗组经中医辨证分为 3 型。肝胆湿热型:疏肝利胆,清热解毒。解毒栀子根汤:栀子根 60g,郁金 10g,茵陈 30g,白花蛇舌草 30g,地耳草 30g,水牛角 30g,板蓝根 10g,蒲公英 30g,玄参 15g,半枝莲 30g,龙胆草 10g,败酱草 20g,黄连 10g,七叶一支花 10g,甘草 3g。肝郁气滞型:疏肝解郁,行气通滞。橘叶栀子根汤:橘叶 15g,栀子根 30g,郁金 10g,白花蛇舌草 20g,佛手 10g,柴胡 6g,枳实 5g,白芍 15g,石斛 10g,甘草 3g。肝郁脾虚型:疏肝理气,健脾和胃。菖蒲汤:菖蒲 5g,茵陈 12g,车

前子 10g,茯苓 10g,白术 10g,牡丹皮 6g,石斛 12g,焦栀 6g,白芍 10g,枳实 5g,甘草 3g。

观察项目:除血清生化指标、血、尿常规外,以 PCR 法测 HBV-DNA 定量检测,以 ELISA 法测 HBV 标志。统计学处理采用方差分析和 χ^2 检验。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:ALT 恢复正常,HBV-DNA 阴性,HbeAg 阴性,抗 Hbe 阳性。

3.2 3 组治疗 16 周后 ALT 复常率、HBV-DNA 阴转率比较:治疗组 ALT 复常率为 20/30(66.67%),HBV-DNA 阴转率为 24/30(80%);干扰素组分别为 16/30(53.33%),21/30(70%);保肝药组分别为 3/25(12%),1/25(4%)。治疗组与干扰素组比较差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 3 组治疗 16 周后 HbeAg 阴转率、抗 Hbe 阳转率比较:治疗组 HbeAg 阴转率为 16/30(53.33%),抗 Hbe 阳转率为 4/30(13.33%);干扰素组分别为 14/30(46.67%),5/30(16.67%);保肝药组分别为 2/25(8%),1/25(4%)。治疗组与干扰素组比较差异无显著性($P>0.05$)。

3.4 不良反应:治疗组除部分患者有肌肉注射部位疼痛,2 例患者服汤药时有轻度胃脘不适外,无其他不良反应。干扰素组患者中 3 例白细胞降低,2 例肌肉注射后感乏力、头晕。

4 讨论

目前,治疗慢性乙型肝炎的有效药物如 α -干扰素,拉米呋啶等,其疗效并非理想,且价格偏高, α -干扰素有较明显的停药后反弹现象和毒副作用,拉米呋啶虽 HBV-DNA 阴转有效率达 80%以上,但 HbeAg 的阴转率和抗 Hbe 阳转率太低且停药后复发率高,长期服用病毒变异也影响疗效。因此,寻找适合我国国情的治疗慢性乙型肝炎的药物十分必要。苦参素注射液有直接抗乙肝病毒,抑制胶原活动度,防止纤维化等作用,结合中医药保肝降酶缓解症状,对慢性乙型肝炎的治疗可取得较满意效果,除肌肉注射部位有轻度疼痛外,尚未发现其他毒副作用。其治疗效果与 α -干扰素相似,使我们看到中医药治疗慢性乙型肝炎的前景,值得进一步扩大病例进行临床研究。

* 厦门市中医院肝病治疗中心,福建省厦门市镇海路 (361001)

收稿日期:2001-01-13