

临

床

报

道

黛矾胶囊治疗肝炎后高胆红素血症 34 例

武警新疆总队医院感染科(830091)

许佳平 王思印

我们用中药黛矾散加减并制成胶囊治疗肝炎后高胆红素血症,并与鲁米那治疗组进行对照,现将结果报告如下。

1 临床资料

1995 年 9 月以来我院传染科收治的 65 例肝炎后高胆红素血症及肝炎治疗过程中出现的肝炎后高胆红素血症患者,病毒性肝炎诊断符合 1995 年北京第 5 次全国传染病与寄生虫病学术会议修订的诊断标准。纳入标准:诊断为病毒性肝炎恢复期、丙氨酸氨基转氨酶(ALT)恢复正常 3 周以上,血清总胆红素(TBIL)为 $17.1 \sim 85.5 \mu\text{mol/L}$ 。排除标准:肝硬化患者。分组方法:65 例患者根据入院顺序按随机数字表分为黛矾胶囊治疗组 34 例和鲁米那对照组 31 例,其中黛矾胶囊治疗组男性 32 例,女性 2 例;年龄 $16 \sim 62$ 岁,平均 29.8 ± 7.2 岁;急性肝炎 21 例,慢性肝炎 13 例;服药前平均胆红素为 $58.42 \pm 13.14 \mu\text{mol/L}$ 。鲁米那对照组男性 29 例,女性 2 例;年龄 $17 \sim 60$ 岁,平均 31.1 ± 6.9 岁;急性肝炎 21 例,慢性肝炎 10 例;服药前胆红素平均为 $54.65 \pm 14.67 \mu\text{mol/L}$ 。两组病人性别、年龄、病程、服药前平均胆红素浓度差异无显著性,具可比性。

2 治疗方法

治疗组:黛矾胶囊(本院制剂科自制,青黛 5 份,黄连 4 份,矾石 3 份,共为细末,装入胶囊内,每粒重 0.1g)每日 1.5g,分 3 次饭后冲服,10 天为 1 个疗程。黄疸消退、胆红素正常停止服药。3 个疗程后胆红素仍不正常者也停止服药。

对照组:鲁米那片剂 30mg,1 日 3 次口服,10 天为 1 个疗程。黄疸消退、胆红素正常停止服药。3 个疗程后胆红素仍不正常者也停止服药。

两组病人均同时口服维生素 C 0.2g,肝泰乐 0.2g,均每日 3 次,基础保肝治疗。两组均观察食欲、肝功能、肾功能、血常规、尿常规、大便常规和潜血试验。

3 结果

3.1 疗效标准:3 个疗程内黄疸消退、TBIL $\leq 17.1 \mu\text{mol/L}$ 为有效;3 个疗程后黄疸不退, TBIL $> 17.1 \mu\text{mol/L}$ 为无效。

3.2 结果:黛矾胶囊治疗组共 34 例,第 1 疗程血清胆红素正常者 11 例,第 2 疗程正常者 20 例,第 3 疗程正常者 3 例,3 个疗程结束后 34 例全部正常。鲁米那对照组共 30 例(有 1 例病人治疗期间未来复查,已从本组中剔除),第 1 疗程血清胆红素正常者 10 例,第 2 疗程正常者 13 例,第 3 疗程正常者 2 例,另 5 例 3 个疗程结束后仍未正常。治疗组均未发现明显副作用,对

照组有 2 例出现头晕、嗜睡,1 例出现皮疹。两组总的治疗效果比较显示,黛矾胶囊治疗组治疗效果优于鲁米那对照组,有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

肝炎后高胆红素血症中医属于黄疸病范围,中医认为,黄疸的病机关键是湿,正如《金匱要略·黄疸病并脉症病治》指出“黄家所得,从湿得之”。由于湿阻中焦,脾胃升降功能失常,影响肝胆疏泄,以致于胆液不循常道,渗入血液,溢于肌肤而发生黄疸;黄疸瘀久生热,湿热瘀毒蕴结肝胆或热毒炽盛弥漫三焦,湿浊瘀阻脉络则黄疸残留不退。黛矾胶囊由中药青黛丸和硝石矾石散加减而来,具有消瘀化湿退黄的功能,青黛味咸寒入肝经,能清热凉血解毒,可泻肝胆之气,散五脏郁火,有利胆退黄之效;矾石味酸涩寒,入脾胃大肠经,能燥湿祛痰,能利水通胆汁入胃肠;黄连味苦寒入心肝胃大肠经,能凉心清肝胆,解毒并有燥湿作用。三药合用,共奏化湿祛瘀清热退黄之功效,且未发现明显毒副作用,使用方便,疗效优于西药鲁米那。

健脾益肾、泄浊排毒法治慢性肾功能衰竭 36 例

北京中医医院肾内科(100010)

常 峰

慢性肾功能衰竭(慢性肾衰)是指原发性或继发性慢性肾疾患造成肾结构和功能损害,并引起一系列代谢紊乱和临床症状所组成的综合征。近年来的研究表明,脾肾两虚证是慢性肾衰的最常见证型,并常兼夹浊毒内蕴。我们采用健脾益肾、泄浊排毒法为主的方药治疗本病患者 72 例,取得了一定的疗效。

1 临床资料

将 72 例慢性肾衰患者随机分为两组,治疗组和对照组各 36 例。治疗组中,男 16 例,女 20 例;年龄 $17 \sim 65$ 岁,平均年龄 44.3 岁;对照组中,男 17 例,女 19 例,年龄 $18 \sim 65$ 岁,平均年龄 43.8 岁。原发病:慢性肾炎 41 例,慢性肾盂肾炎 10 例,糖尿病肾病 16 例,高血压肾病 5 例。均符合慢性肾衰诊断标准,其中肾功能不全代偿期 3 例、氮质血症期 32 例、肾功能衰竭期(尿毒症前期)31 例、尿毒症期 6 例。中医辨证符合脾肾两虚证标准(1987 年天津慢性肾衰中医辨证分型诊断专题讨论会)。

2 治疗方法

治疗组药用生黄芪、茯苓各 30g,太子参 20g,白术、生地、黄、山茱萸各 10g,旱莲草、杜仲、桑寄生、丹参、土茯苓、当归、蒲公英各 15g,陈皮 6g,生大黄 $6 \sim 30\text{g}$ (后下)。偏阳虚者,加用熟附子 $6 \sim 10\text{g}$,肉桂 6g;偏阴虚者,加用黄精、何首乌各 $20 \sim 30\text{g}$ 。水煎服,每日 1 剂,分 2 次温服。对照组西医对症治疗。两组同时采用饮食疗法,有感染、高血压、酸中毒、电解质紊乱、心功能

衰竭者,给予抗感染、降压、纠酸、调节水电解质平衡、强心等对症处理。所有患者均不用激素及透析疗法,疗程为30天。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:显效:(1)治疗后临床症状明显改善或消失;(2)内生肌酐清除率增加 $\geq 30\%$;(3)血肌酐降低 $\geq 30\%$ 。以上(1)项为必备,(2)、(3)具备1项即可判定。有效:(1)治疗后临床症状改善或消失;(2)内生肌酐清除率增加 $\geq 20\%$;(3)血肌酐降低 $\geq 20\%$;(4)治疗前后以血肌酐的对数或倒数,用直线回归方程分析,其斜率有明显意义者。以上(1)项为必备,其他具备1项即可判定。无效:不符合显效和有效判定条件者。

3.2 结果:治疗组36例,显效13例(36.11%),有效17例(47.22%),无效6例(16.67%),总有效率为83.33%;对照组36例,显效、有效、无效病例分别为6例(16.67%),16例(44.44%),14例(38.89%),总有效率为61.11%。两组比较差异有显著性($P < 0.05$),治疗组疗效明显优于对照组。

4 讨论

本治疗组所拟慢性肾衰方,针对慢性肾衰的发病机制,有健脾补肾、泄浊排毒、益气养血、活血化瘀的作用。方中生黄芪、太子参、茯苓、当归、白术、陈皮有健脾益气、生津利水、和胃化浊之功,可改善病人的消化功能,明显增进食欲,增加营养物质摄入,促进体内蛋白合成,改善脾虚所致的血失所养,提高骨髓的造血功能;生地黄、山茱萸、旱莲草、杜仲、桑寄生补肾以治其本。蒲公英、土茯苓解毒降浊以治其标。大黄通腑泄浊,使脾气升、胃气降、肾气得以充养。现代医学证明,大黄有泻下、排毒、活血化瘀等作用,能改善尿毒症病人的血液高凝、高粘滞度状态,改善肾血流量,并能使部分氮质从肠道排出体外。大黄还能抑制残余肾的高代谢状态,保护残余肾功能,明显延缓肾衰进展,尤以青壮年有瘀浊者,效果更好;生黄芪、丹参通过活血祛瘀、宁心安神,起到改善心肌供血供氧作用,降低血压,减轻病人因久病气虚所致的“瘀血”,改善高凝状态。有研究认为,中西医结合治疗能提高疗效,可能与抑制慢性肾衰患者体内的IL-6产生与表达有关。

通过临床观察我们认为,慢性肾衰的中医辨治规律如下:肾衰不宜峻补,肾衰不宜强攻;病在肾,要治脾,虽治脾,宜护肾;肝宜和,肺宜清,切忌肾水凌心。浊阴向下引,清阳方得升,关格一通肾气平。平补是治疗慢性肾衰的一般原则。治脾治肾宜平补平泄,治肝宜柔和之品,治肺以轻清为宜。水向下流,阳气上升,故引浊阴之水下行,使清阳之气上升,则水不凌心,关格得通,从而达到“平”的境界,即《内经》“以平为期”之义。

活血化瘀法治疗肛门病术后并发症

上海市嘉定区中医医院(201800)

陶 孟

笔者10余年来从“瘀”立论,以活血化瘀的方法治疗肛门病术后多种并发症,略收小效。

1 瘀血不化,疼痛不去

直肠肛门部神经分布致密,手术或术后处理不妥均可引起疼痛,它作为肛门病术后最常见的并发症,几乎每人术后均可

出现轻微的疼痛,一般不作处理。但是,手术后也常有剧烈疼痛不能缓解的,对此临床常作对症处理,给予不同类型的止痛剂。其收效甚微,往往药效一过,疼痛又现,此乃致痛之因未去之故。据对400例统计,术后疼痛216例(54%),一般口服止痛剂即见效,但有21例(5.25%),疼痛持续不能缓解,口服止痛药效果较差。因其疼痛之因非一般创口损伤,而在于肛门病术后局部生瘀,瘀血阻滞不化,持续刺激肛门括约肌,使肛门内外括约肌产生痉挛,故剧烈疼痛,其疼痛固定持续,局部常见瘀血结块,紫斑等,舌质暗红,脉弦涩,或舌脉反应不明显。对此治疗首先祛瘀,瘀去则病无所因,疼痛即止,也乃取不通则痛,痛则不通之意。临床上还可结合局部治疗,或清创清除瘀血瘀块。一般内服药以活血化瘀,解痉通络为主,常用活血散瘀汤加减,方如:当归尾30g,赤芍、白芍各15g,桃仁、酒炒大黄、牡丹皮、枳壳、火麻仁、槟榔、牛膝各10g,甘草6g。如久痛耗气,中气不足,可加服补中益气丸,此法经临床应用,14例疼痛消失,5例减轻,2例无效。

2 水肿之因,瘀血阻滞

肛门病手术后第二大并发症即为肛缘水肿,初水肿组织透明,时间一久,中可挟瘀血瘀块,水肿常在肛门一侧,或肛门周围,除可见疼痛外还伴坠胀,异物外脱,步履不便,舌脉常无变化。据500例统计,出现水肿42例,占8.4%。现代医学认为,主要是局麻、牵拉,术后缝合创口及敷料填塞过紧等,引起局部静脉、淋巴回流不畅,而致水肿,所以一般拆线及减少敷料填塞并经热敷后,每能见效,也有因水肿组织中瘀阻结块不能消散的,其实此症也因术中诸因,导致瘀血阻滞局部,气血运行不畅,经脉纵解,横逆冲突,瘀血结块,阻塞不通,而成水肿夹瘀。所以一经解除局部压力后,气血运行通畅,又取热敷,温经活血化瘀,并外敷消肿活血凉血之药,如消痔膏等,就可使瘀血消去,阻滞解除而起效,如消散缓慢者,也可给服上方,笔者曾对16例水肿吸收缓慢的病人进行治疗,经服上方,有效率为88.3%,对瘀血阻滞,局部已结成瘀块不能消散的,可用手术将其消除。

3 通淋利尿,在于祛瘀

尿潴留,或尿淋漓不尽,涩痛点滴不畅,这在肛门病术后也较多见,这与肛门直肠和膀胱的神经失调有关,因它们受同一组神经(骶神经丛)支配。在临床上排尿困难与疼痛、水肿常同时并存,据对300例病人观察,术后引起尿潴留,或小便不畅者22例,占7.3%,大多数发生在手术当天或次日,有8例术后小便一直不畅,此也为术后局部瘀血阻滞,刺激肛门括约肌引起疼痛,并使膀胱括约肌同样处于收缩痉挛状态而引起排尿不畅,所以治疗之关键即在于解除括约肌痉挛,要解除痉挛,必当祛瘀,只有瘀去痉挛才解,后疼痛止尿自出。笔者曾对8例病人进行对比治疗,结果单纯服利尿通淋者4例,只有1例有效,其余无效,而服利尿通淋结合活血祛瘀药(三棱、莪术、桃仁、红花等)治疗后,3例治愈,1例有效。这虽不能代表全部,但也可见一斑。

4 血阻瘀结,外邪易袭

据对2000年术后1400例统计,感染仅12例,占0.86%,这与肛门特殊的解剖位置有关,12例中,内痔4例,外痔2例,