

专

题

笔

谈

吴茱萸治疗药物性肝损害

新乡医学院第一附属医院(河南 453100)

刘清珍 刘喜新

我们在(1983~1993 年)10 年的临床实践中,以吴茱萸为主配方治疗抗痨药物引起的肝损害,疗效满意。介绍如下:

我们所选用的药物性肝损害病例,全部为住院病例,共 100 例。其诊断符合药物性肝损害的诊断标准,即:用药 1~4 周后(1)谷丙转氨酶增高或多项肝功能异常;(2)有发热、皮疹、恶心、呕吐、腹胀、黄疸、肝区疼和肝肿大等消化道症状及体征;(3)药物敏感试验阳性;(4)激发试验阳性(试用类似药物或本药,症状再次出现或症状加重)。符合(1)、(3)、(2)、(4),或(1)、(4)、(2)、(3)者,均可诊为药物性肝损害。将其随机分为二组,一组以吴茱萸为主的中药组(60 例),一组为西药组(40 例)。中药组方剂组成:吴茱萸 15g,茵陈 15g,金银花 12g,白芍 12g,陈皮 12g。水煎服。每日 1 剂于晚睡前 1 次顿服。饮食不香加焦三仙各 12g,舌苔厚腻加茯苓 12g,舌质紫暗或有瘀斑加当归 12g,丹皮 12g。西药组:益肝灵 77mg,肝泰乐 0.2g,1 次饭后服,每日 3 次。或以 10%葡萄糖注射液 500ml 加维生素 C 2g、肌苷 0.4g 静滴,1 日 1 次。1 个月为 1 疗程。共观察 1~4 个疗程。在治疗药物性肝损害期间,减少抗痨药物数量或停用。疗效判定标准(自订):(1)治愈:服药 1 个月以内,临床症状及体征消失,肝功能恢复正常;(2)显效:服药 2 个月以内,临床症状消失,黄疸消退,肝大明显回缩,肝功能基本恢复正常;(3)好转:服药 3 个月以内,临床症状及体征减轻,肝有回缩,肝功能仍不正常;(4)无效:服药 3 个月以上,临床症状及体征无明显好转,肝功能不能恢复正常。结果:吴茱萸组 60 例,治愈 42 例

(70%),显效 12 例(20%),好转 6 例(10%),总有效率 100%。对照组 40 例,治愈 6 例(15%),显效 12 例(30%),好转 12 例(30%),无效 10 例(25%),总有效率 75%。两组疗效对比,经统计学处理有差异($P < 0.05$)。肝功能恢复天数对比,吴茱萸组平均 37.6 天,对照组为 65.2 天,经统计学处理,有显著差异($P < 0.01$)。

化学药物是治疗结核病的主要治疗手段之一,但由于抗痨药物都在不同程度上对肝脏有一定的损害作用,因而影响了结核病正常治疗的进行或延误病情。西药虽对药物性肝损害有一定的治疗作用,但效果不佳。通过大量的临床观察,我们认为以吴茱萸为主的中药配方治疗该病,具有独到疗效。药物性肝损害为湿热蕴积肝胆所致,常用治法以清肝利胆,解毒退黄为主,方药以茵陈蒿汤为主方。我们在临床中发现,在治疗药物性肝损害时,按照传统的方药治疗疗效较慢,而且患者的腹胀、纳差症状很难消失。以吴茱萸为主药佐以利胆退黄之中药组方治疗肝损害,效果满意。这是因为,吴茱萸辛开温通,入肝经,能使蕴积于肝胆的湿邪温化,同时吴茱萸又有健脾的作用,脾健运化正常,蕴积于体内的毒邪随之而去,加之茵陈退黄,白芍柔肝,使肝功能很快恢复正常。如治王××,男,25 岁,住院号 29268,Ⅲ型肺结核,患者于 1992 年 5 月 21 日因咳嗽、盗汗、低热 1 个月为主诉入院。入院时查肝功能正常,痰查结核杆菌阳性,作 B 超肝胆未见异常,体检未发现阳性体征。即用异烟肼 0.3g,乙胺丁醇 0.75g,1 次饭后服,利福平 0.45g 早饭前 1 小时口服,硫酸链霉素 0.75g 肌肉注射,1 日 1 次。住院 2 周,患者出现恶心、呕吐、腹胀,眼及周身黄染,肝大肋下 3cm,化验总胆红素 $44\mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶 273U,即停用异烟肼、利福平。用吴茱萸方治疗 1 周,恶心及周身黄染减轻,继用此方治疗 1 个

月,临床症状消失,肝大及肝功能恢复正常。

吴茱萸贴敷涌泉穴治疗高血压

山东省安丘市白求恩医院(山东 262100)

王 志 顺

吴茱萸贴敷涌泉穴治疗高血压,方法简便,安全有效。方法是:生吴茱萸 60g,研粗末,用米醋、鸡蛋清调糊,每晚睡前贴敷双侧涌泉穴,次晨取下,此后每晚复行如法。经治疗一组重型高血压,收缩压均 $\geq 24.0\text{kPa}$,舒张压 $\geq 14.0\text{kPa}$,计 20 例。中医辨证,属肝火炽盛,风阳上扰,主要表现头痛头晕,大便秘结,小便黄赤,舌质红,舌苔黄厚,脉弦有力。治以吴茱萸贴敷涌泉穴,另加内服方:大黄 10g,黄芩 15g,川牛膝 30g,青木香 10g。水煎,每日 1 剂,早晚空腹温服,治疗 10 例。另设单纯服药组 10 例,对照观察。

结果:治疗组平均 3.3 天收缩压降至 18.0kPa 以下,舒张压降至 12.0kPa 以下;对照组平均 6 天降至治疗组水平。两组比较,治疗组明显优于对照组。

吴茱萸性热味辛苦,其温化通降之功,为历代医家所共识,明了其性味功能,严格适应症,无论内服或外用,确有良效。《伤寒论》三用吴茱萸汤(309 条、245 条、377 条),病证表现虽不同,但其病因机理同为寒湿中阻,致清气不升,浊气不降;导气汤治寒疝腹痛;鸡鸣散治湿邪足胫浮肿;左金丸治肝火犯胃之胁疼,呕吐吞酸,皆为温化通降之功。用其贴敷涌泉穴治疗高血压的机理为“引气下行”,盖气降火亦降,火随气降与肾水相交,阴阳得以平和,血压自降,实为各期高血压的有效疗法。

吴茱萸治疗慢性前列腺炎

河北省保定地区中医院(河北 071000)

范 新 发

经多年的临床实践体会,吴茱萸不仅有温中散寒、降逆止呕止痛的功效,还具有活血化瘀,软坚散结之功力。笔者运用单味吴茱萸治疗慢性前列腺炎,采用内服及外敷合用的方法,取得了一定的效果,具体方法介绍如下:

吴茱萸 60g,研末,用酒、醋各半,调制成糊状,外敷于中极、会阴二穴,局部用胶布固定,每日 1 次。年老体弱者,无明显热象者,用吴茱萸 15~20g,加水 100ml,约煎 40 分钟左右成 60ml,分 2 次服;体质强壮或有热象者用吴茱萸 10~12g,竹叶 8g,加水 100ml,煎成 90ml,分 3 次服,每日 1 剂。上法连用 10 天为一疗程。一般一个疗程可见效。笔者在临床对 46 例热象不明显、经中西医结合治疗无效的患者,采用了上法进行治疗观察。患者病程最短 6 个月,最长 20 年;年龄最小 23 岁,最大 72 岁。临床症壮明显,前列腺触诊及前列腺液化验确诊,合并前列腺肥大(增生)者 15 例。治疗结果:痊愈 29 例,显效 10 例,有效 5 例,无效 2 例,总有效率 95.5%。治疗最短 10 天,最长 40 天。均未发现任何毒副反应,并且对微循环、血液流变学进行了观察,均有很大改变。

如患者马某,56 岁。患慢性前列腺炎伴增生 2 年,曾用氟哌酸、复方新诺明、乙烯雌酚等药治疗,小腹下坠及睾丸抽痛未改观,并有排尿痛及排尿延迟、点滴难出,晚上辗转不安难于入睡,于 1992 年 6 月 10 日住进我院。患者精神紧张,畏冷形寒,厌食恶心,失眠,尿终滴白,尿道涩痛,少腹刺痛,睾丸牵痛,会阴坠胀,舌质紫暗、瘀斑、苔薄,脉弦缓。直肠指诊检查:前列腺体积增大,有大小不一的结节、质地较硬、表面不规则、有压痛。按摩后取少许前列腺液镜检:卵磷脂小体少量,白细胞 12~18,有集团。尿常规化验:尿蛋白(±),高倍视野镜下所见红细胞 1~3,白细胞 10,有集团。微循环:70%瘀血、流速缓慢。血液流变学:全血粘度增高,中度异常。用上述方法,外敷吴茱萸于中极、会阴二穴,口服吴茱萸 20g,煎剂,10 天后,少腹刺痛、会阴坠胀、睾丸抽痛及排尿痛、延迟等症明显减轻,再用一个疗程后,饮食、睡眠正常,其他症状完全消失,微循环及血液流变均正常。化验尿中白细胞、红细胞及白细胞集团均消失。前列腺液中卵磷脂小体增多,前列腺压痛消失。随访 1 年多未复发。

临床体会:吴茱萸具有改善微循环、抗缺