

疏利化瘀法治疗新生儿肝炎综合征 46 例临床报道

杨文义* 郭占霞*

主题词 肝炎/中医药疗法 婴儿, 新生, 疾病/中医药疗法 @ 疏肝化瘀法

新生儿肝炎综合征是指在新生儿期起病的以黄疸、肝脏肿大、肝功能异常为主要表现的临床症候群。我们于 1987 年 3 月至 1995 年 10 月使用中药疏利化瘀法治疗本病 46 例, 经与用西药治疗的 42 例作对照观察, 疗效较满意, 现报告如下。

1 临床资料

诊断标准依据 1985 年全国小儿病毒性肝炎防治座谈会制定的标准, 参照诸福堂等主编的《实用儿科学》有关内容。入选病例按随机化原则分为治疗组和对照组。治疗组 46 例, 男 33 例, 女 13 例; 病程 15~78 天, 平均 32 天; 临床表现: 黄疸 46 例, 肝大 41 例, 脾大 22 例, 大便灰白 27 例, 肝功能异常 36 例。对照组 42 例, 男 30 例, 女 12 例; 病程 15~82 天, 平均 34 天; 临床表现: 黄疸 42 例, 肝大 38 例, 脾大 13 例, 大便灰白 18 例, 肝功能异常 34 例。两组资料比较无显著差异($P>0.05$), 具可比性。

2 治疗方法

治疗组使用中药疏利化瘀法。基本方: 茵陈 15g, 郁金 8g, 鸡内金 8g。加减法: 湿热型症见病程较短, 黄疸颜色鲜明, 或兼有发热、口渴、大便干, 舌质红, 舌苔黄或黄腻, 加山栀 8g, 车前草 8g, 灯心草 3g; 脾虚型症见病程较长, 黄疸颜色晦暗, 或兼有神倦、食少、腹胀、腹泻, 舌质淡, 舌苔白或白腻, 加白术 8g, 茯苓 10g, 泽泻 6g, 陈皮 6g; 寒湿型症见四肢不温, 便下完谷, 色如陶土, 在脾虚型方药基础上加干姜 3g, 附子 2g; 瘀血型症见肝脾肿大明显, 舌质暗红, 加丹参 10g, 桃仁 6g, 红花 5g。病程后期, 黄疸消退

肝脾仍大者, 改为异功散加三棱 8g, 莪术 8g。每日 1 剂, 水煎浓缩为 50~100ml, 加糖适量, 少量多次不拘时服。

对照组使用肾上腺皮质激素, 强的松 1.5~2mg/kg/日, 6~8 周减量, 总疗程 8~12 周。同时配合保肝药物。

两组病例均酌情治疗并发及并存疾病。

3 治疗结果

疗效标准: 治愈: 黄疸消退, 血清总胆红素(TBIL)及谷丙转氨酶(ALT)恢复正常, 肝脾缩小至正常; 基本治愈: 黄疸消退, 血清 TBIL 及 ALT 恢复正常, 肝脾缩小但未达正常; 好转: 黄疸减轻, 血清 TBIL 及 ALT 降低; 无效: 症状、体征及血生化检查无变化, 甚或加重。

综合疗效: 以疗程 8 周治疗结果为准(见表 1), 两组病例经统计学处理(Ridit 分析), 有显著性差异, 治疗组优于对照组。

表 1 两组病例治疗 8 周疗效

组别	例数	治愈例(%)	基本治愈例(%)	好转例(%)	无效例(%)
治疗组	46	20(43.4)	16(34.8)	7(15.3)	3(6.5)
对照组	42	13(30.9)	12(28.6)	9(21.4)	8(19.1)

主要血生化指标 两组病例治疗前和治疗 4 周后血清 TBIL 及 ALT 检测结果比较见表 2, 治疗前无显著差异($P>0.05$), 治疗后差异显著($P<0.01$)。

表 2 治疗前和治疗 4 周血清 TBIL 及 ALT 变化

组别	例数	TBIL($\mu\text{mol/L}$)		ALT(u)	
		治疗前	治疗 4 周	治疗前	治疗 4 周
治疗组	46	97.3 $\pm$ 32.4	14.3 $\pm$ 4.6	99.6 $\pm$ 40.4	22.8 $\pm$ 14.6
对照组	42	95.7 $\pm$ 30.8	20.7 $\pm$ 6.3	96.2 $\pm$ 43.7	34.7 $\pm$ 17.5

并发感染率, 治疗期间, 治疗组并发感染(呼吸道及消化道感染等)16 例(34.8%), 对照组并发感染 28 例(66.7%), 两组并发感染率比较有明显差异($P<0.01$)。

* 安徽中医学院附属医院, 合肥市梅山路(230031)

收稿日期: 1996-05-21

4 讨论

新生儿肝炎综合征属中医“胎黄”范畴,其基本病机为湿热蕴郁,肝胆疏泄失常,胆汁不循常道,久则脾阳不振,寒湿阻遏,血脉瘀阻。故其基本治法应疏肝利胆、健脾助运、消积化瘀。茵陈清热利湿,为古今治黄要药;郁金为血分气药,疏利肝胆,活血化瘀;鸡内金消食化积,助脾健运,三药合用,共达舒利化瘀之功。本病大体可分湿热、脾虚、寒湿、瘀血4型,分属阴黄、阳

黄两大类,新病多属阳黄,重在清利,久病多属阴黄,佐以温化。

现代药理研究证实,茵陈、郁金有促进胆汁分泌作用,茵陈又有对多种病原微生物的抗感染作用,郁金有增加血浆蛋白而达营养保肝作用。中药治疗本病,即可利胆退黄,又可对抗病原微生物,调整机体免疫功能,既所谓祛邪扶正,标本同治,从两组并发感染率的比较即可说明,故其疗法优于肾上腺皮质激素。

板蓝根水溶液制剂中靛玉红含量的探讨

王积福* 张素斋*

靛玉红是板蓝根的主要有效成分之一。作者通过试验,找到一种工艺方法可以使板蓝根单方或复方水溶液制剂中仍含有较多的靛玉红成分,试验方法如下:

1 药材及标准品:板蓝根:安国产,十字花科植物菘蓝 *Isatis tinctoria* L. 的根。金银花:山东产,忍冬科植物忍冬 *Lonicera aponica* Thunb. 的干燥花蕾。栀子:湖北产,为茜草科栀子属植物栀子 *Gardenia jasminoides* Ellis. 的果实。靛玉红对照品:购于卫生部药品生物制品检定所。

2 试验方法及结果:取板蓝根 50g 用水洗净,加水煮提两次(每次分别加水 8 倍、6 倍,分别煮沸 1 小时、半小时),滤液合并浓缩至 50ml,冷置 24 小时以上,用中速滤纸过滤,得滤液用去离子水补足 50ml 为样品 A。

取板蓝根 50g 用水洗净,加 70% 醇液回流提取两次(每次分别加 8 倍量、6 倍量醇液,加热微沸,分别回流 1 小时、半小时),两次滤液合并回收乙醇并浓缩至 50ml,冷置 24 小时,用中速滤纸过滤,得滤液用去离子水补足 50ml 为样品 B。

取板蓝根 100g 洗净,用 70% 醇液回流提取两次(每次分别加 8 倍量、6 倍量醇液加热微沸,分别回流 1 小时、半小时)合并两次滤液冷置室温 24 小时后,用中速滤纸过滤收醇并浓缩至 100ml,然后分成两等份,分别用 40% NaOH 液调 pH7、pH10 后再用中速滤纸过滤,得滤液用去离子水分别补足 50ml 作为样品液 C1、C2。

称取对照品靛玉红 1mg 溶于 100ml 氯仿中,制成对照品溶液。

含量比较分析试验:(1)分别精密量取样品液 A、B、C1、C2 各 3ml 放于 4 个分液漏斗中,再分别各精密加入 1ml 氯仿并充分振摇后静置 4 小时以上,分取氯仿液作样品液 A、B、C1、C2。以 0.5% 的 CMC-Na 制备硅胶 G 的薄板,于 105℃ 活化 1 小时。在同一块薄板上,分别点上对照品溶液,样品 A、B、C1、C2 各 0.5μl,用苯-氯仿-丙酮(5:4:1)作展开剂展开。

结果显示:在薄层板上样品 C1、C2 与靛玉红对照品的同样位置,都有相同颜色的斑点,而样品 A、B 则没有类似的斑点,说明样品 C1、C2 中含有靛玉红,而样品 A、B 则不含有靛玉红。

将板蓝根与金银花混合一起,按照上述的实验方法进行提取备样品,作薄层分析。结果显示:复方板蓝根水溶液制剂中靛玉红的含量与单味板蓝根水溶液剂情况一样。

按照样品 C1、C2 的制备方法,制备出板蓝根单方和复方澄明水溶液,室温放置 3 个月以后,溶液仍然澄明无沉淀,取该样品液重复靛玉红含量的层析比较分析,结果同前。

3 讨论:试验中制备样品 A、B 时,使用的水和醇液 pH 都在 7 左右,而制备出的样品 A、B 的澄明水溶液则 pH<6,从这一结果看,靛玉红在水溶液中的溶解度直接受 pH 的影响,但分别用 pH7 和 pH10 的去离子水溶解靛玉红纯品,仍不能溶解。这又说明:在板蓝根的单方或复方水溶液中的靛玉红的含量的多少除受 pH 影响以外,溶液中其他成分的存在也是重要条件,其作用原理有待进一步研究。试验结果说明,在板蓝根的单方或复方水溶液制剂中可以通过控制工艺和 pH 值来增加其主要有效成分靛玉红的含量,进而提高产品的质量和疗效。

* 北京中医药大学实验药厂,北京和平街北口
(100029)

收稿日期:1996-08-10