

• 临床报道 •

清热解毒凉血活血法治疗病毒性 肝炎高胆红素血症 86 例

江苏省泰兴市中医院(225400)

张晓斌 孔金陵

高胆红素血症是病毒性肝炎发病过程中病情危重的表现,为探索中西医结合治疗本病的有效办法,我们自 2001 年 5 月~2006 年 7 月,在对症、支持等疗法的基础上应用清热解毒凉血活血法治疗各种病毒性肝炎高胆红素血症 86 例,取得良好疗效,并与西医常规治疗 35 例进行对照,现报告如下。

1 临床资料

86 例患者均为江苏省泰兴市中医院肝胆科收治的重型肝炎、慢性肝炎(重度)、急性肝炎等各种病毒性肝炎的住院患者,所有患者均按 1995 年全国传染病和寄生虫病学术会议修订的《病毒性肝炎诊断标准》予以确诊,血清总胆红素(TBil) $> 17.1 \text{ mmol/L}$,血清直接胆红素(DBil) $> 6.0 \text{ mmol/L}$,血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)、门冬氨酸转移酶(AST)均有不同程度的升高。治疗组 86 例患者中男性 72 例,女性 14 例;年龄 20~65 岁,平均 33.6 岁;其中重型肝炎 16 例,慢性肝炎(重度) 58 例,急性黄疸型肝炎 12 例;血清病毒学检测:甲型肝炎 8 例,乙型肝炎 75 例(HBeAg 阳性 36 例,HBV-DNA 阳性者 32 例,阴性 4 例;HBeAg 阴性 39 例,HBV-DNA 阳性 23 例,阴性 16 例),戊型肝炎 3 例。对照组 35 例患者中男性 31 例,女性 4 例;年龄 18~56 岁,平均 32.5 岁;其中重型肝炎 1 例,慢性肝炎(重度) 27 例,急性黄疸型肝炎 8 例;血清病毒学检测:甲型肝炎 4 例,乙型肝炎 30 例(HBeAg 阳性 17 例,HBV-DNA 阳性者 15 例,阴性 2 例;HBeAg 阴性 13 例,HBV-DNA 阳性 11 例,阴性 2 例),戊型肝炎 1 例。两组间一般临床资料经统计学处理差异无显著性意义,具有可比性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组

采用对症、支持等治疗。如口服熊去氧胆酸、维生素、静脉滴注茵栀黄、苦黄或思美泰注射液退黄,促肝细胞生长素(100~160mg)促进肝细胞生长,并根据患者病情酌加用人血白蛋白、新鲜血浆等,必要时加用抗生素配合治疗。

2.2 治疗组

在对照组基础上加服清热解毒凉血活血药物,基本方:茵陈 30~60g,赤芍 20~50g,丹参 15g,蒲公英 30g,生大黄 10g,郁金 15g,金钱草 30g,茜草 15g,葛根 15g,水蛭 6g。伴恶心呕吐、舌苔黄腻、湿热盛者加黄连 5g,竹茹 10g;乏力明显、舌淡、脉弱、脾胃气虚者加黄芪 30g,薏苡仁 30g;舌干口燥,兼见鼻衄齿衄、阴虚血燥者加用玄参 10g,石斛 10g;腹胀、尿少、气滞湿阻者,加泽泻 15g,大腹皮 15g。每日 1 剂,水煎,早晚分 2 次服。

2.3 观察指标及方法

(1) 肝功能检测:包括 TBil、DBil、ALT、AST、Y 谷氨酰转

肽酶(GGT)、白蛋白/球蛋白比值(A/G)分别于治疗前、治疗后 10 天、20 天、30 天,各抽血检查 1 次;(2) 凝血酶时间测定(PT):分别于治疗前、治疗后 15 天、30 天,各抽血检查 1 次;(3) 病原学指标及症状体征,观察患者治疗前后各型肝炎病毒标志物及病毒复制指标情况,并注意观察患者临床症状、体征的变化;(4) 影像学检查:主要观察治疗前后患者肝脏、胆囊形态大小,有无炎症变化及阻塞等情况。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

显效:经治疗后各种主要临床症状基本消失,肝脏大小回复正常,无叩、压痛;TBil、DBil、ALT、AST 降至正常或接近于正常,其中胆红素水平下降 $\geq 50\%$;有效:临床症状明显好转,肝功能明显下降,但其中胆红素水平下降 $< 50\%$;无效:死亡病例或者达到上述标准者,但症状体征未见缓解或反而加重者。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 86 例,显效 47 例,有效 27 例,无效 12 例,总有效率为 86%;对照组 35 例,分别为 9 例,12 例,14 例,60%。两组疗效比较,治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。

3.3 两组治疗前后肝功能主要指标及凝血酶原时间变化比较

两组治疗后较治疗前 TBil、DBil、ALT、AST、GGT、PT 均有明显改善,其中 DBil 一项治疗组改善程度明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.4 两组患者病情恶化程度比较

治疗组 86 例转重型肝炎(不包括原重症肝炎患者) 5 例,转重症率 7.1%,其中死亡 3 例,病死率 3.49%;对照组 35 例,转重症肝炎(不包括原重症肝炎) 6 例,转重症率 17.1%,其中死亡 4 例,病死率 11.4%。

4 讨论

中医学认为,本病属“阳黄”、“急黄”范畴,病因为湿热疫毒不得泄越,伤及肝脾,蕴结于肝胆所致。热毒炽盛,弥散三焦,肝失疏泄,脾失健运,湿热熏蒸肝胆,胆汁不循常道,外溢肌肤,致身目发黄;疫毒炽盛,煎灼营血,使血凝成瘀,阻滞血脉,胆汁排泄不畅,黄疸久而不退,故有“瘀血发黄”、“瘀热发黄”之说。《伤寒论》云:“……瘀热在里,身必发黄,茵陈蒿汤主之”。关幼波提出:“治黄必治血,血行黄易祛”,说明黄疸主要由血热血瘀所致,据此我们在现代医学对症、支持治疗的基础上加用清热解毒、凉血活血药物来进行治疗。方中茵陈、蒲公英清热解毒,利湿退黄,实为退黄要药;重用赤芍及金钱草、生大黄苦寒之药泻血分之实热,并能活血祛瘀;予丹参、郁金、茜草、葛根化解血分之瘀热,与赤芍、水蛭同用则活血化瘀之力更强,且葛根能升阳健脾,诸药合用共奏清热解毒、凉血活血之功。现代药理研究表明:茵陈、蒲公英含有促进胆红素与葡萄糖醛酸结合成分,解除胆小管痉挛,促进胆汁排泄;金钱草具有显著利胆作用,能促进胆汁排泄;赤芍、郁金、丹参等血分药有改善肝脏循环,减轻肝内炎症,疏通扩张胆管,加强胆红素结合与排泄,有利于肝脏病变的恢复和黄疸的消退;水蛭能抑制血小板和红细胞聚集,降

低 TXB₂, 改善微循环, 恢复肝细胞代谢和血液供应, 从而加速胆红素的排泄; 大黄亦能改善肝脏微循环, 疏通胆小管及微胆小管内胆汁淤积, 减轻肝细胞变性坏死, 促进肝细胞再生, 降低奥狄扩约肌张力, 增加肠蠕动, 并排出毒素, 增加抗菌、抗病毒能力及减少肠道内毒素的吸收。

自拟补气化痰汤配合针灸治疗 糖尿病周围神经病变 36 例

天津市红桥区新村医院 (300130)

冯 仙 荣

糖尿病周围神经病变系糖尿病常见慢性并发症之一, 目前现代医学多用 B 族维生素治疗。2003 年以来笔者采用自拟补气化痰汤配合针灸治疗该病, 效果颇佳。现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

所有病例均符合 1997 年美国糖尿病协会提出修改的糖尿病诊断标准: 2 次空腹血糖 $\geq 7.0 \text{ mmol/L}$, 或餐后 2 小时血糖 $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$, 尿糖阳性, 并有多饮、多尿、善饥、体重减轻等症状, 同时伴有四肢麻木疼痛, 下肢为重, 夜间为甚, 如虫爬或灼痛或刺痛, 感觉迟钝, 体检见四肢皮肤深、浅感觉减退, 感觉和运动神经传导速度减慢。中医诊断分为阴虚血瘀、气虚血瘀、阳虚血瘀 3 型。

1.2 病例选择

70 例糖尿病周围神经病变患者均为 2003 年 3 月~2005 年 3 月门诊及住院的 2 型糖尿病患者, 随机分为治疗组 36 例、对照组 34 例。治疗组男性 18 例, 女性 18 例; 年龄 35~82 岁, 平均 58.5 岁; 糖尿病病程 5~28 年, 平均 14.5 年; 伴周围神经病变 6 个月~15 年, 平均 6 年; 伴视网膜病变、肾病、冠心病、白内障等 20 例。对照组男性 18 例, 女性 16 例; 年龄 37~80 岁, 平均 59 岁; 糖尿病病程 4.5~16 年, 平均 6.2 年; 伴周围神经病变 5 个月~14.5 年, 平均 5.9 年; 伴视网膜病变、肾病、冠心病、白内障等 18 例。两组临床资料具有可比性 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

在糖尿病教育、合理饮食的基础上, 给予胰岛素、糖适平或达美康、拜糖苹, 血糖均控制在理想水平。治疗组采用补气化痰汤配合针灸治疗, 对照组仅给予 B 族维生素治疗。

2.1 中药治疗

自拟补气化痰汤以补气养血、化痰通络。组成: 生黄芪 20g, 桂枝 10g, 当归 15g, 白芍 10g, 丝瓜络 10g, 天麻 10g, 桑枝 10g, 秦艽 15g, 木瓜 15g。每日 1 剂, 水煎服。14 天为 1 个疗程, 连续 1~2 个疗程。中药以前述方为主, 偏阴虚者加生地黄 30g, 知母 10g, 红花 10g, 桃仁 10g; 偏气虚者, 加白术 10g, 人参 30g, 赤芍 10g; 偏阳虚者, 加制附子 10g, 鹿角 10g, 鸡血藤 30g, 淫羊藿 15g。

2.2 针刺治疗

上肢麻木主取井穴: 少商、商阳、少冲、中冲、少泽、关冲, 配穴取二间、三间、阳溪、曲池、液门、中渚、前谷、后溪、鱼际、太陵; 下肢麻木主取井穴: 涌泉、厉兑、隐白、足窍阴、大敦、至阴, 配穴取然谷、太溪、阴谷、行间、太冲、中封、曲泉、内庭、解溪等。

手足背病变以三阳经五输穴为主, 手掌足底病变以三阴经五输穴为主。局部消毒, 先用三棱针点刺井穴, 放血 4~6 滴; 再用毫针刺入所属荣、输、经、合各穴, 捻转得气后, 留针 30 分钟; 同时取胃管下俞(胰俞)、脾俞、足三里毫针刺, 平补平泻, 得气为度, 留针 30 分钟。隔日 1 次, 14 次为 1 个疗程, 间隔 10 天行下一个疗程, 共 3~4 疗程。对照组: 每次用维生素 B₁₂ 注射液 0.5mg 肌肉注射, 每日 1 次, 疗程同治疗组。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

显效: 自觉症状消失, 深浅感觉及腱反射基本恢复正常, 肌电图神经传导速度较前增加 5m/s; 有效: 自觉症状明显减轻, 深浅感觉及腱反射未能完全恢复正常, 肌电图神经传导速度较前增加 3m/s; 无效: 自觉症状无好转, 深浅感觉及腱反射无改善, 肌电图神经传导速度无变化。

3.2 治疗效果

治疗组 36 例, 显效 16 例, 有效 17 例, 无效 3 例, 总有效率 91.7%。对照组 34 例, 显效 4 例, 有效 15 例, 无效 15 例, 总有效率 55.9%。两组有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组明显为优。

4 典型病例

患者张某, 男, 69 岁, 于 2004 年 6 月 18 日初诊。患糖尿病 16 年, 长期用优降糖、二甲双胍等口服药治疗, 于 2001 年冬季开始出现双下肢麻木、疼痛(夜间尤甚)发凉, 感觉异常, 逐渐加重。查舌质紫暗、脉细涩, 双下肢肌肤甲错、色暗, 静脉曲张。感觉定量试验显示: 右腓总运动神经和感觉神经传导速度分别为 39.15m/s、39.01m/s, 左中运动神经和感觉神经传导速度分别为 44.31m/s 和 44.82m/s。空腹血糖 11.63mmol/L。诊断: 糖尿病周围神经病变。治以补气活血、化痰通络, 方用: 生黄芪 20g, 桂枝 10g, 当归 15g, 白芍 10g, 丝瓜络 10g, 天麻 10g, 桑枝 10g, 秦艽 15g, 木瓜 15g。每日 1 剂, 水煎服。14 天为 1 个疗程, 共 2 个疗程。用三棱针点刺双侧井穴: 涌泉、厉兑、隐白、足窍阴、大敦、至阴, 放血 4~6 滴; 然后毫针刺然谷、太溪、阴谷、行间、太冲、中封、曲泉、内庭、解溪等穴, 平补平泻, 留针 30 分钟, 隔日 1 次。2 个疗程后, 自觉症状减轻, 腱反射好转。3 个疗程后, 自觉症状消失, 腱反射恢复正常, 右腓总运动神经和感觉神经传导速度分别是 50.24m/s、53.38m/s, 左正中运动神经和感觉神经传导速度分别为 64.86m/s 和 66.79m/s。1 年后随访未复发。

5 讨论

糖尿病周围神经病变的发病机制目前尚未明了, 现代医学认为, 其与循环障碍、代谢紊乱、神经生长因子减少以及免疫异常等有关。中医认为, 该病为气血亏虚, 瘀血阻络而致四肢麻木。治疗当补益气血, 化痰通络。方中重用黄芪大补元气, 桂枝温通经脉, 当归补血行血, 白芍补养阴血, 更加天麻、桑枝、秦艽、木瓜等药物可鼓舞气血运行, 使经络之气畅通。针刺治疗脾俞、足三里补气养血, 健脾益胃。五输穴分布肘膝关节以下, 其经脉如泉流灌注, 针井穴放血, 打通源泉, 瘀去新生。续刺荣、输、经、合穴, 如水流由小到大, 由浅而深, 流动输注, 使经气会合壮大, 达到激发经气, 改善循环, 从而改善神经的供血供氧, 使受损神经的功能恢复。结论: 运用中药配合针灸治疗糖尿病