

限,最高为410 μmol/L;年龄在18~65岁,并排除妊娠和哺乳期妇女、合并严重原发疾病、自身免疫性肝病及重型肝炎。随机分为两组,治疗组119例,男性67例,女性52例,年龄20~65岁,平均48.25岁;其中急性肝炎59例,慢性肝炎28例,淤胆型肝炎18例,早期肝硬化14例。对照组93例,男性57例,女性36例,年龄23~63岁,平均46.75岁;其中急性肝炎53例,慢性肝炎21例,淤胆型肝炎10例,早期肝硬化9例。两组病例在年龄、性别、病因、病情等方面比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

对照组采用西医常规治疗,即每日应用甘利欣150mg、谷胱甘肽1200mg、丹参注射液30ml、苦黄注射液30ml等抗炎护肝退黄对症治疗。治疗组在上述西医常规治疗基础上加用赤芪丹胶囊(由赤芍、黄芪、丹参、牡丹皮、当归、三棱、莪术、当归、三七组成,本院制剂室提供),每次5粒,每日3次,口服。两组治疗均4周为1个疗程。疗程结束时,如果有效则继续按原方案治疗至痊愈,无效则改用其他治疗方案。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准

显效:治疗前黄疸进行性加深或持续不退,用药1周停止上升或上升幅度减慢或开始下降;用药前血清总胆红素(TBil)为100%,至第4周下降70%以上,并继续降至正常;有效:用药后第4周TBil下降40%以上,并继续降至正常或小于5倍正常参考值上限;无效:达不到上述标准者(包括胆红素下降不明显或反而升高者)。

3.2 两组退黄效果比较

通过212例肝病高黄疸患者的临床观察,结果显示:治疗组119例,显效30例,其中急、慢性肝炎,淤胆型肝炎,肝硬化分别为21、2、3、4例;有效70例,其中急、慢性肝炎,淤胆型肝炎,肝硬化分别为35、14、10、11例;无效19例;总有效率84.03%。对照组93例,显效12例,其中急、慢性肝炎,淤胆型肝炎,肝硬化分别为10、2、0、0例;有效48例,其中急、慢性肝炎,淤胆型肝炎,肝硬化分别为34、10、3、1例;无效33例;总有效率64.52%。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。

3.3 症状及其他观察项目比较

随着胆红素下降,患者的自觉症状明显好转至消失,丙氨酸转氨酶、天冬氨酸转氨酶、胆汁酸等项指标亦伴随下降。两组比较,差异无显著性($P>0.05$)。

4 讨论

中医学认为,黄疸是感受湿热疫毒、肝胆气机受阻、疏泄失常、胆汁外溢所致,发黄的关键是湿蒸热郁。故对于出现黄疸的肝病患者常规选用具有清热利湿退黄作用的苦黄注射液等静脉滴注。但病程日久、肝血瘀阻、可形成血瘀发黄,黄疸持续时间长,临床多见瘀血阻滞,而且久病必郁,故肝郁亦多见。赤芪丹胶囊中赤芍具有清热凉血、祛瘀止痛之功。现代药理研究表明,赤芍具有改善肝脏微循环、恢复肝细胞的正常代谢和血液供应,促进损伤的修复与肝细胞的再生等作用,故为君药,且用量较大。黄芪具有补气升阳、益卫固表等作用,针对化瘀易伤正气、久病气虚之兼证,起到益气扶正、祛瘀的作用。丹参、牡丹皮

均有凉血祛瘀之功,协助赤芍,祛瘀退黄,与黄芪共为臣药。三棱、莪术、当归、三七四药均入肝经,有化瘀止痛之功,在方中用量小,共为佐使药。全方配伍严谨、攻补兼施,共奏软坚活血、祛瘀退黄之功。

中药治疗激素依赖性原发性 肾病综合征29例

河北省三河市燕郊开发区京东中美医院肾科(101601)

陈 晓 风

激素依赖性(SD)原发性肾病综合征(PNS)在临床上较为常见,对糖皮质激素治疗敏感,但在减量或停药后往往出现反跳或反复发作,治疗较为棘手。近年来,笔者采用中药分阶段配合激素治疗SD-PNS 29例,取得了较好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准

(1)大量蛋白尿($>3.5\text{g/d}$);(2)低蛋白血症(白蛋白 $<30\text{g/L}$);(3)明显水肿;(4)高脂血症。(1)、(2)为必备条件。SD是指在激素减量过程中或停药后1个月内,疾病复发被迫长期服用激素者。属于难治性肾病综合征的一种类型。

1.2 一般资料

58例均为我院住院患者,均符合上述诊断标准,随机分为两组。治疗组29例,男性18例,女性11例;年龄6~49岁,平均24.2岁;服用激素时间14个月~7年,平均3.2年。其中有17例行肾脏病理检查,微小病变型(MCD)3例,系膜增生性肾炎(MSPGN)6例,局灶节段性肾小球硬化(FSGS)4例,膜性肾病(MGN)2例,膜增生性肾炎2例。对照组29例,男性19例,女性10例;年龄5~48岁,平均22.6岁;服用激素时间12个月~6年,平均2.8年。其中有18例行肾脏病理检查,MCD 6例,MSPGN 6例,FSGS 3例,MGN 2例,膜增生性肾炎1例。两组在年龄、性别、临床表现、病理类型及激素使用时间方面,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组

采用标准疗程的激素治疗:强的松首始剂量每日1mg/kg,清晨空腹1次顿服,服用8周后逐渐减量,每周减原量的10%,至小剂量阶段,即每日0.5mg/kg时,改为2日量合并隔日晨服,维持6个月。再缓慢减量,大约6个月撤至维持量,即隔日0.4mg/kg,持续服药1~1.5年。

2.2 治疗组

治疗组在上述西药治疗的基础上加用中药治疗。中药治疗分为4个阶段,治疗前表现为脾肾阳虚浮肿者,治宜温阳利水,药用:黄芪30g,桂枝10g,茯苓10g,猪苓10g,大腹皮15g,丹参15g。每日1剂,水煎服。当大剂量激素治疗后,患者表现出五心烦热,精神兴奋,面部潮红,失眠盗汗,口干咽燥,舌红、少苔,脉弦细数。治宜滋阴降火,药用:生地黄20g,墨旱莲25g,女贞子25g,山药15g,山茱萸15g,茯苓12g,牡丹皮12g,丹参15g等。每日1剂,水煎服,连服3~4个月。减药治疗阶段,患者表现气阴两虚甚至阴阳两虚时,症见:神疲乏力,少气懒言,口干纳差,腰膝

酸软,恶寒肢冷,舌淡苔薄,脉沉细。治宜在养阴的基础上佐以健脾益气补肾之品。药用:生地黄20g,山药15g,黄芪30g,白术10g,陈皮10g,党参15g,淫羊藿15g,肉苁蓉10g。每日1剂,水煎服,连服6个月以上。维持治疗阶段,患者多无明显症状,为巩固疗效,防止复发。治宜培补脾肾,扶正固本,药用:黄芪25g,党参10g,炒白术10g,陈皮10g,山药12g,山茱萸12g,淫羊藿10g,再服用1~2个月。以提高机体肾上腺皮质功能,减少撤药后反跳现象。两组在上述治疗的基础上均给予抗感染、抗凝及纠正水电解质平衡等对症治疗。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

完全缓解:3次以上测定蛋白尿阴性,24小时尿蛋白定量 $\leq 0.2\text{g}$,血清白蛋白正常或接近正常(白蛋白 $\geq 35\text{g/L}$),肾功能正常、肾病综合征表现完全消失;显著缓解:3次以上测定24小时蛋白定量 $<1.0\text{g}$ 而 $>0.2\text{g}$,血清白蛋白显著改善(白蛋白 $\geq 30\text{g/L}$ 而 $<35\text{g/L}$),肾功能正常或接近正常;部分缓解:3次以上测定24小时蛋白定量 $<3.0\text{g}$ 而 $\geq 1.0\text{g}$,血清白蛋白有改善,肾功能好转;无效:尿蛋白定量及血清白蛋白与治疗前比较无明显改善,肾病综合征临床表现未消除,肾功能无好转;复发:缓解后不足3个月又出现肾病综合征表现。

3.2 两组疗效比较

治疗组完全缓解19例,显著缓解5例,部分缓解4例,无效1例,总有效率为96.6%,完全缓解率为65.5%。对照组完全缓解7例,显著缓解7例,部分缓解8例,无效7例,总有效率75.9%,完全缓解率为24.1%。两组总有效率比较差异有显著性意义($P<0.05$),两组完全缓解率差异有显著性意义($P<0.01$),治疗组明显高于对照组。

3.3 两组复发率比较

1年内治疗组19例完全缓解者中无1例复发,对照组7例完全缓解者有1例复发。2年后,治疗组有1例再次出现蛋白尿,但蛋白尿属于小剂量,经再次用药有效;对照组有2例复发。3年后,治疗组复发3例,而对照组复发5例。观察1、2、3年后,治疗组复发率分别为0、5.3%、15.8%,对照组为14.3%、28.6%、71.4%。治疗组复发率显著低于对照组($P<0.01$)。

3.4 两组激素不良反应比较

两组出现的不良反应为柯兴综合征,并发感染,激素撤减综合征。对照组出现1种或1种以上不良反应者9例(31%),对照组出现1种或1种以上不良反应者21例(72.4%),治疗组不良反应发生率显著低于对照组($P<0.01$)。

4 讨论

肾病综合征属中医学水肿等病范畴。“风、湿、热、毒”等外邪侵袭,肺、脾、肾及三焦气化失司,致水湿停聚、精气下陷而出现高度浮肿、大量蛋白尿及低蛋白血症。糖皮质激素通过其非特异性抗炎作用,能有效地改善肾小球的炎症和损伤,较快的消除水肿和蛋白尿,使血浆蛋白和胆固醇趋于正常。但在减量或停药后往往出现反跳或反复发作,患者需长期服用激素。长期大量用药,易出现柯兴综合征、机体免疫抑制和肾上腺皮质功能减退,造成病情迁延不愈,反复发作。

病初浮肿明显时,患者多表现为脾肾阳虚,治宜温阳利水。

在大量激素冲击后,由于使用大剂量激素引起医源性肾上腺皮质功能亢进,患者出现阴虚火旺之证,此时可配合滋阴降火的中药。有关资料表明,滋阴降火中药如生地黄、墨旱莲、女贞子与激素同用,在一定程度上能抵抗外源性皮质激素对肾上腺皮质的抑制作用,防止激素单独使用所致的下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的功能紊乱。在激素减量治疗阶段,出现不同程度的激素撤减综合征,患者常有气阴两虚或阴阳两虚的表现,中药予益气养阴或阴阳双补法治疗,以减少机体对激素的依赖,促进体内肾上腺皮质激素的分泌,减轻激素撤减综合征,防止反跳。激素维持治疗阶段,予培补脾肾,扶正固本,巩固疗效。

乙肝轻治疗慢性乙型肝炎60例

浙江省新昌县人民医院中医科(312500)

章铨荣 杨伯尧 陈永明 俞子东 何立东 吕慧萍
吕文斌 俞远成 石叶富 俞彩萍 石志盘

多年来我们运用验方乙肝轻治疗慢性乙型肝炎(乙肝),取得了较好的疗效。2003年7月~2005年7月我们用乙肝轻治疗乙肝60例,设对照组60例,对乙肝轻验方进行疗效观察。现总结如下。

1 临床资料

病例来源于本院门诊的慢性乙肝患者,入选病例按2000年9月西安会议《病毒性肝炎防治方案》中慢性乙肝的诊断标准;中医辨证按2002年4月南宁会议《病毒性肝炎中医辨证标准(修订稿)》慢性肝炎中正虚邪留证、肝胆湿热证、肝郁脾虚证等3个证型。观察病例120例,6个月内均没有进行过抗病毒治疗,乙肝表面抗原(HBsAg)均呈阳性,乙肝e抗原(HBeAg)115例阳性,5例阴性;观察病例随机分为治疗组60例,对照组60例。性别:治疗组,男性44例,女性16例,对照组,男性40例,女性20例;年龄:治疗组19~56岁,平均约38.4岁,对照组17~58岁,平均约36.7岁,病程:治疗组6个月~12年,对照组6个月~13年。治疗组,轻度36例,中度24例,对照组,轻度35例,中度25例;中医辨证,治疗组:正虚邪留证25例,肝胆湿热证18例,肝郁脾虚证17例,对照组:正虚邪留证23例,肝胆湿热证19例,肝郁脾虚证18例。HBeAg:治疗组阳性55例,阴性5例,对照组阳性60例。治疗组60例:丙氨酸氨基转氨酶(ALT)平均值(334.6 ± 39.7)IU/L,天冬氨酸氨基转氨酶(AST)平均值(244 ± 28.9)IU/L,血清总胆红素平均值(TBil)(30.3 ± 2.2) $\mu\text{mol/L}$,球蛋白(GLO)平均值(34.1 ± 0.7)g/L;对照组60例:ALT平均值(343 ± 36.1)IU/L,AST平均值(243.6 ± 26)IU/L,TBil(33.3 ± 5.1) $\mu\text{mol/L}$,GLO(33 ± 0.6)g/L。其中ALT指标两组病例全部高于正常值上限。

两组病例在性别、年龄、病程、临床表现等方面都较为接近,肝功能ALT、AST、TBil、GLO等指标,两组比较差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组:口服乙肝轻验方(由败酱草10g、垂盆草15g、茵陈蒿10g、地耳草10g、白花蛇舌草10g、山豆根6g、甘草10g、柴胡5g、枳壳10g、白豆蔻3g、郁金10g、赤芍10g、丹参10g、当归10g、