

参 考 文 献

1. 姜春华, 等. 活血化瘀研究. 第1版. 上海: 上海科学技术出版社, 1981: 195—299.
2. 中国科学院数学研究所统计组编. 方差分析. 第1版. 北京: 科学出版社, 1977: 8—14.
3. 廖福龙, 等. 血液流变学在诊断及预防医学中的应用. 第1版. 北京: 科学出版社, 1981: 345—351.

4. 徐叔云, 等. 药理实验方法学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 841—843.
5. Dintenfass L, et al. Re-evaluation of heat precipitation method for plasma fibrinogen estimation, effect of abnormal proteins and plasma viscosity. J Clin Path 1976; 29:130.
6. 廖福龙, 等. 血栓形成的流变学指标研究. 中国生物医学工程学会年会论文摘要汇编, 第2册. 1984: 65.

虎黄合剂为主中西医结合治疗重型病毒性肝炎35例

江苏省淮阴市传染病医院 姚文虎 朱立专 欧阳武智

我院近年试用虎黄合剂为主的中西医结合疗法治疗重型病毒性肝炎(简称重肝)35例,取得较满意疗效,现报告如下。

一般资料 1979年2月至1984年3月收治重肝126例,将其分为三组。(1)虎黄合剂组35例,其中急性重型9例,亚急性重型26例(均符合1978年全国病毒性肝炎诊断标准)。男23例,女12例;年龄3~46岁,平均26.71岁;HBsAg阳性15例,占42.86%。患者均有严重的消化道症状,23例有腹水,14例有出血倾向,12例发生Ⅱ°以上肝昏迷,6例合并感染,2例合并肝肾综合征。实验室检查:总胆红素定量6~30mg,平均14.66mg;SGPT40~865u,平均204u;絮状反应(-)~(+++);ZnTT10~30u,平均13.1u;15/26例有低蛋白血症;9/27例胆固醇低于100mg;14/16例血氨高于100μg。(2)激素组29例,其中急性重型4例,亚急性重型25例。(3)其他组62例,其中急性重型16例,亚急性重型46例。

治疗方法 基本方:虎杖、大黄各30g,苦参15g,茵陈、白茅根各60g,黄芩、郁金、丹皮各10g,腹部饱胀加厚朴15~30g,齿衄加罂粟壳12g,参三七粉3g冲服或云南白药每次0.5g,4小时冲服一次;鼻衄加生山栀粉吹鼻腔,每日数次;大便秘结,生军(大黄)后下,或加元明粉10g冲服;神昏谵语加石菖蒲15g。每日一剂,昏迷者可鼻饲给药,疗程最短2天,最长61天,平均19.5天。对有严重消化道症状者,给予静脉滴注虎黄注射剂(系南京医学院第一附属医院提供),每天60~80ml,疗程2~3周,症状改善后改口服。35例中有9例应用了虎黄注射剂,疗程最短1天,最长25天,平均14.89天。激素组系在内科综合治疗的基础上加用肾上腺皮质激素,主要应用方法为小剂量地塞米松足三里穴位封闭(每日一次5mg双侧穴位交替注射,每7天递减1mg),疗程最短2天,最长114天,平均23.41天,总剂量22~340mg,平均

67.35mg。其他组在治疗上不应用虎黄合剂或激素。

结果 虎黄组存活21例(60%),激素组存活9例(31.03%),其他组存活17例(27.42%)。虎黄组存活率与激素组比较有显著差异($X^2=5.37, P<0.05$),与其他组比较有非常显著的差异($X^2=9.99, P<0.01$)。激素组与其他组比较无显著差异($X^2=0.14, P>0.05$)。虎黄组在消化道症状的改善、腹水的消退等方面同激素组相近而优于其他组,黄疸开始消退和恢复到正常的平均天数三组相近。三组均有感染、出血等多种并发症发生,经统计学处理无显著差异($P>0.05$)。在死因分析中,激素组大多(9/12例)直接死于感染和出血。

体会 据本文临床观察结果,虎黄组存活率显著高于激素组和其他组,症状体征的改善与激素组相近而优于其他组。因此应用虎黄合剂合并内科综合治疗确能阻止一部分重肝病情发展,对改善临床症状,恢复肝功能有一定疗效。应用过程中,需注意以下几点:(1)患者口服虎黄合剂后,纳差、恶心、呕吐等症状减轻或消失,提示服药有效。由于虎黄合剂大多数药物为苦寒之品,且药量较重,有少数患者一开始服用不能适应,消化道症状不改善,此时可减轻大黄与苦参的用量,大黄从10g开始,苦参从6g开始,待患者适应后再逐渐加量至大便通畅,每日2~3次软便为度。如果减量后患者症状不除或见加重,则提示虎黄合剂无效,即可停药。凡重肝患者口服虎黄合剂后无不适反应,消化道症状在好转,提示病情有转机,预后多佳,反之预后较差。(2)本方是对热毒炽盛、邪气实而立,如患者表现以正虚为主,不宜使用。(3)虎黄注射液可补口服方剂之不足,尤对恶心、呕吐、鼓肠等严重消化道反应者,腹水明显者或昏迷患者更适宜。在抢救的同时三组均加强了支持、对症治疗,如输注血制品,抗肝昏迷,补充足够的热量,维持水电解质平衡等。初步认为在目前情况下,本疗法值得在临床治疗重肝时采用。