

• 病例报告 •

中西医结合治疗原发性硬化性胆管炎

——7年随访观察

武汉市中西医结合医院 李恩宽

原发性硬化性胆管炎属罕见病，目前西医药尚无较好的疗效，一般存活2~6年。本文报告1例，采用中西医结合治疗已存活7年多，取得满意的效果。兹报道如下。

许××，女，39岁，1980年9月12日入院，住院号279 002。1980年4月8日因患疟疾服氯喹8片，伯氨喹林24片，服药后第5天发现“酱油色尿”，同时出现右上腹痛、发烧、肝功能异常。于4月15日在某医院住院9天，肝功能恢复正常。出院诊断：伯氨喹林所致溶血反应。8月25日一次吃鸡蛋10个，感到右腰、右肩胀痛，SGPT 520u，黄疸指数45u，尿胆素阳性，尿胆元阴性，先后以中毒性肝炎、急性黄疸型肝炎收入某综合医院及传染病院治疗。9月1日黄疸加深，发热(39~40℃)，经用能量合剂、多种抗生素、地塞米松等治疗10天，黄疸、高热不退，故来我院诊疗。9月12日门诊以“溶血性贫血”、“中毒性肝炎”收入院。

入院检查：体温39.5℃，脉搏104次/min，血压126/76mmHg。急性病容，巩膜及全身皮肤深度黄染。无出血点、瘀斑及蜘蛛痣，浅表淋巴结不肿大，心肺(一)，腹软，无压痛，未触及包块，莫非氏征(一)，肝大肋下2cm，腹部无移动性浊音。实验室检查：血红蛋白9.2g，白细胞36 000，中性89%。总胆红素12mg/dl(其中直接胆红素5mg/dl)，SGPT 280u(以上为金氏单位)，多次查疟原虫、狼疮细胞，血培养、骨髓培养、HBsAg、αFP均(一)。入院后多次请内、外科会诊，排除了溶血性贫血的诊断(Coombs试验阴性，Ham试验阴性，血清铁80μg/dl，高铁血红蛋白还原率31%)。为了明确诊断，又进行了下列检查：骨髓象：粒：红=1.88:1，分叶核粒细胞浆内出现中毒颗粒，红系统增生，意见为增生性贫血合并感染。十二指肠引流常规：甲乙管黄绿色，丙管黄色，三管均混浊，呈碱性，白细胞++~+++。引流液培养：甲乙管产气杆菌，口服及静脉胆道造影均不显影。

鉴于诊断不明，内科亦无有效疗法，于同年9月

18日采用中西医结合治疗。患者目黄，全身桔黄色，高热便秘，纳呆厌油，口苦口干，疲乏多汗，舌淡红，苔薄黄，脉弦数。辨证：湿热蕴结，阻滞胆道。治以利胆清热，益气通络。处方：茵陈30g，栀子、大黄、黄柏、黄芩各10g，党参、丹参、沙参、郁金、蒲公英各15g。同时给氯霉素每日1g，静脉滴注，青霉素160万u，每8小时静脉推注一次。

治疗4周后，复查肝功能：总胆红素7mg/dl，SGPT 89u(赖氏法)。为了明确诊断，于1980年10月22日行剖腹探查术，手术记录：剖腹探查，发现胆囊萎缩，胆总管0.2cm，质硬，如条索状，为硬化性胆总管炎，故无法切除。关闭腹腔后，仍回内科治疗。

术后第6天，患者体温38℃，头晕乏力，口干食少，大便秘结，舌红苔薄黄欠润，脉细。辨证：气阴两伤，湿热未尽。治以益气养阴利胆。处方：黄芪、党参、女贞子、旱莲草，金钱草各15g，当归、败酱草、肉苁蓉各12g，制大黄、桔叶各10g。同时应用红霉素及庆大霉素。服上药后，诸症好转，体温恢复正常，肝功能基本在正常范围内，白细胞5600。于11月8日出院。

出院后继续服上方去桔叶，加鳖甲15g，连服80余剂，配合去氢胆酸等药物。1981年静脉胆道造影报告：似见胆囊胆管显影，胆囊显影延迟，胆囊浓缩及排泄功能差。患者自觉口苦口干，两目干涩，舌红苔薄黄，脉弦细。证属肝失濡养，胆道不通。治拟养肝利胆，活血软坚。处方：北条参、金钱草各15g，生地、麦冬、当归各12g，郁金、制大黄、鸡内金各10g，鳖甲20g，牡蛎30g，三棱、莪术各6g。服上药两月余，患者饮食增加，体力增强，可胜任一般家务劳动。为了疏通胆道，遵循中医“怪病多属痰”的观点，采用化痰消滞的治疗方法。处方：海藻、昆布、茵陈、牡蛎各30g，半夏、陈皮、青皮、当归、甘草各10g。以上方加减，间断服至1982年底，进行静脉胆道造影，报告如下：注射造影剂后45分钟、120分钟各片中见总胆管增粗为1.5cm，胆囊为4.3cm长，3.9cm宽，

呈葫芦状。停药半年后，于1983年再行静脉胆道造影，报告提示：除脂肪餐后胆囊收缩较前增强外，余无变化。1984年及1985年每年服用以海藻玉壶汤为主的丸药一料，约两个月，以巩固疗效，以后停药。

为了观察病情变化，1984~1987年每年复查一次静脉胆道造影，报告提示与1983年相比，变化不大。肝功能正常范围。1984年起患者恢复工作，至今已三年余，病情未见反复。

体会 本病罕见，病情复杂，治疗时始终要根据中医理论辨证论治。疾病之初属阳黄证，使用中医传统方剂茵陈蒿汤、柏皮栀子汤加减以退黄。术后气

阴两伤，当用益气养阴之品。病情稳定后，根据“怪病多属痰”的理论，采用海藻玉壶汤加鳖甲、牡蛎、当归、三棱、莪术等药，化痰消滞，活血软坚，而使原先不显影的胆管、胆囊明显显影，说明疗效显著。本病之基本病理为胆道不通，因此利胆、活血、散结始终要兼顾。

本病治疗困难，预后差，据文献报告，自诊断之日起，平均存活2~6年，本例采用中西医结合治疗后，存活已超过7年，恢复工作已三年余，而且未见复发。提示采用中西医结合疗法有较好效果。

糖尿病肢端坏疽1例治验

空军北京医院 刘志敏 赵 为

周××，男，62岁，干部。1986年6月无诱因出现多食、多饮、多尿，消瘦。6月底出现右足趾麻木疼痛，半月后发现右足四、五趾发黑，趾端形成脓疮。在某院诊为糖尿病合并肢端坏疽，动员截肢，患者惧怕截肢于同年8月24日入我院治疗。入院前一年有脑血栓史。查体：神志清，言语不利，右侧肢体无力，上肢不能持物，下肢不能行走，肌力上肢Ⅳ级，下肢Ⅱ级，右上肢肌肉轻度萎缩，巴彬斯基征未引出，左右足背动脉搏动触不清，右足四、五趾皮色黑，顶端溃破有脓性分泌物，四趾端趾骨露出，局部皮温降低。查尿糖+++，酮体弱阳性；空腹血糖：378mg%，餐后2小时357mg%，Hb 14.8g，WBC 10300，CO₂CP 58体积%，BUN 10.6mg%，K 4.8mEq/L，Na 135mEq/L，Cl 99.9mEq/L。诊断：（1）非胰岛素依赖型糖尿病，合并右足趾坏疽。（2）脑血栓后遗症。给予普通胰岛素8、4、4u，分别于早、中、晚餐前30分钟皮下注射；青霉素240万u静脉滴注1日2次，1周后停用。加用中药活血化瘀、滋阴清热解毒。用血栓康（本院生产，补阳还五汤加水蛭、钩藤，水煎超滤，制成口服液，每安瓿10ml）20ml，1日3次口服；四妙勇安汤滋阴清热解：当归、银花各60g，元参90g，甘草30g，花粉、知母各20g，每日1剂，水煎，早晚分服。服用两周，

五趾肤色接近正常，四趾颜色转红，趾端残骨周围长出新鲜肉芽组织，麻木疼痛明显减轻，查空腹血糖86mg%，餐后2小时血糖281mg%，上方加牛膝20g，桂枝12g。继服35剂后，足四、五趾颜色正常，溃疡面愈合结痂，疼痛消失，足背跖阳脉可以触及，微弱，双手足仍凉，右侧明显。右上肢活动好，能提轻物，右下肢肌力增加，能自行走路。查空腹血糖60mg%，餐后2小时94mg%。9月29日胰岛素停用，改优降糖2.5mg，1日2次口服。中药原方继服35剂后，察舌暗有瘀斑，前方加益气活血药：当归30g，银花、元参各60g，甘草、川芎、赤芍各20g，党参15g，枳壳9g，红花、丝瓜络各10g，桂枝、人参各6g。服28剂后，患者精神好，言语较前流利；右侧肢体活动较前好，肌力右上肢Ⅴ级，右下肢Ⅳ级；足四、五趾麻痛消失，黑痂脱落，皮肤光滑，生活自理。继服原方巩固，病愈出院。

体会：糖尿病肢端坏疽的发生，因缺血、神经病变、感染三个因素协同而引起，治疗上比较棘手。本例采用中西医结合方法，首先用胰岛素控制血糖，为治疗坏疽创造了先决条件，继则根据中医治疗脱疽理论，采用清热解毒、活血化瘀综合治疗，获得满意效果，充分体现了中西医结合的优势。

简 讯

中国中西医结合研究会陕西分会，于1988年1月7~8日在长安县召开中西医结合急腹症专业委员会成立暨首届学术会议。来自全省各地的专家、教授、学者共54名参加了会议。共收到论文33篇，会议交流25篇，评选出优秀论文3

篇。会议选举产生陕西省中西医结合急腹症专业委员会，委员由22人组，成党正祥副教授当选为主任委员，杨俊主任医师等5位同志任副主任委员，赵瑞国同志担任秘书长。大会最后讨论了1988年的工作计划。

（吴 成 吴建波 王仲杰）