

· 经验交流 ·

中西医结合治疗再生障碍性贫血合并丙型肝炎 20 例

刘清池 郑博荣 李建军 张春丽 刘素平 张丽娜 孙志华

丙型肝炎病毒(HCV)多由输血传播,再生障碍性贫血(AA)患者常需反复输血,HCV感染机会增加^①。自1992年6月以来,我院对输血AA患者做丙型肝炎病毒抗体(抗HCV)和肝功能检测,至1993年12月共检测80例,其中可确诊为AA合并丙型肝炎(AA-HC)患者20例,我们采用中西医结合方法进行了治疗观察,现报道如下。

临床资料

1 一般资料 20例患者均符合AA诊断标准^②,其中男17例,女3例,年龄14~67岁,平均29.5岁。急性AA 6例,慢性AA 14例。血象:WBC(2.28 ± 0.84) $\times 10^9/L$, Hb $66.8 \pm 13.21 g/L$, BPC(18.16 ± 12.05) $\times 10^9/L$ 。骨髓象:有核细胞增生极度低下7例,增生低下7例,增生活跃伴巨核细胞减少(每张涂片 ≤ 6 只)6例。输血前抗HCV均为阴性,至发生HC时输血量800~12000 ml。

2 HC诊断按照文献^③。20例HC患者表现恶心、厌食20例,肝区叩击痛12例,ALT升高(平均 $136.05 \pm 60.48 u$,正常5~25 u)20例,胆红素升高(平均 $62.6 \pm 46.07 \mu mol/L$,正常7~17 $\mu mol/L$)10例,临床可见黄疸8例。血清抗HCV检测采用第二代EIA,试剂盒由上海实业科华生物技术有限公司提供,所用包被抗原含结构区抗原与非结构区抗原。抗HCV、肝功能(ALT、胆红素)每2~4周检测1次。

3 中医辨证分型 20例中辨证分为两型,(1)温毒郁肝型(7例):时有发热,鼻衄、牙龈渗血,皮肤紫癜,面色苍白,乏力,恶心、厌食,胁肋胀满,肝区叩击痛,黄疸,舌质淡,黄腻苔,脉数而虚。(2)脾虚肝郁型(13例):面色苍白,乏力、恶心、厌食,上腹胀满,肝区叩击痛,皮肤紫癜,便溏,舌质淡,水滑苔或薄白苔,脉滑。

治疗方法

1 中医治疗 温毒郁肝型治以清肝凉血,药用

羚羊角粉1g 生地25g 丹皮15g 茵陈20g 代赭石20g 柴胡20g 金银花25g 连翘25g 蒲公英20g 元参25g。水煎2次兑匀约250 ml,分早晚2次温服(下同)。脾虚肝郁型治以健脾疏肝,药用太子参25g 黄芪25g 陈皮10g 当归10g 砂仁12g 白芍20g 柴胡20g 黄精25g 薏苡仁20g 车前子20g。出血明显者酌加三七粉、蒲黄炭、茜草、生龙骨、生牡蛎。

2 西药 给予支链氨基酸250 ml 静脉滴注,每日1次,能量合剂(10%葡萄糖350 ml、50%葡萄糖150 ml、10%氯化钾10 ml、胰岛素10 u、三磷酸腺苷80 mg、辅酶A 100 u、维生素C 3.0 g、维生素B₆ 100 mg)静脉滴注,每日1次,10%葡萄糖100 ml 加肌苷注射液0.4 g 静脉滴注,每日1次。

上述治疗14天为1疗程,至少治疗1个疗程,疗程间隔7天,用1~4个疗程,平均2.2个疗程。治疗期间不用或慎用对肝功能有影响的药物。患者贫血症状较重时输注全血或浓缩红细胞;出血严重者输注浓缩血小板,合并感染发热者除给以足量抗生素外,中药可酌加石膏、知母、栀子,合并严重感染时输注白细胞。

结果

AA-HC有关HC的近期疗效判定,参照文献^③。20例HC患者显效(4例):消化道症状消失,肝功能恢复正常、抗HCV阴转。有效(13例):消化道症状消失、肝功能正常、抗HCV阳性。无效(3例):未达显效与有效标准。在无效3例中2例为急性AA,发生HC后又合并细菌感染败血症,因脑出血死亡,另1例转为慢性活动性肝炎。本组总有效率85%,见效时间14~35天,平均24天。

随访3~12个月,在显效的4例中,有1例在停药5个月后抗HCV复转阳,并见ALT、胆红素增高,可能与再感染HCV有关(在此期间曾输全血5次共2000 ml,输血小板1次12 u)。在有效的13例中,1例失访,1例因AA合并感染败血症死亡,其余11例仍维持有效状态。

讨 论

本组患者中医辨证概括为两型。温毒之邪寄居于肝,肝气郁滞,肝阴灼损,而见时有发热、紫癜衄血、身黄厌食诸症,属温毒郁肝型,用清营汤(以羚羊角粉代替犀牛角)去竹叶、麦冬、丹参、黄连,加茵陈、蒲公英、柴胡、代赭石,诸药合用达清肝凉血、疏肝解毒之效。脾气虚,脾失健运,湿阻中焦,肝气不疏,肝郁气滞,肝益乘脾,可见乏力、厌食、胁肋胀满、便溏诸症,属脾虚肝郁之候,用太子参、黄芪、砂仁、黄精、薏苡仁、车前子以健脾和胃、祛除湿邪,柴胡、白芍、陈皮、当归以条达肝气,诸药合用达健脾疏肝之效。西药选支链氨基酸、肌苷、能量合剂以保肝,促进肝功能恢复。20例AA-HC患者,用上述中西药结合治疗,取得了总有效率85%的较好近期疗效,远期疗效尚待观察。由于AA-HC本身的特点,如AA的病情变化、反复输血等给远期

疗效的观察与判定带来一定困难,这些问题有待探讨。本组20例AA-HC患者中有2例在HC治疗期间因感染败血症、脑出血死亡,其是否与合并HC后肝脏解毒功能下降易招致感染和凝血功能障碍易出血有关,值得今后研究。另外在显效的4例中有1例反复输血后HC反复,很可能与再次输注含有HCV的血液有关,应加强对献血员HCV的监测并探讨有效的灭活库存血中HCV的方法。

参 考 文 献

1. 刘清池,张春丽,郑博荣,等. 60例再生障碍性贫血患者丙型肝炎病毒抗体检测分析. 中华内科杂志 1994;33(4):262.
2. 再生障碍性贫血诊断标准. 中华血液学杂志 1987;8(8):封四.
3. 病毒性肝炎诊断标准——附药物疗效评价标准. 中华传染病杂志 1991;9(1):54, 59.

(收稿:1994-04-27 修回:1995-05-20)

解毒降浊汤治疗复发性口腔溃疡 54 例

赵淑兰

笔者用自拟解毒降浊汤治疗复发性阿弗它溃疡(recurrent aphthous ulcer, RAU)54例,疗效满意,现报告如下。

临床资料 54例均为门诊患者,发病间隙期5~7天32例,无间隙期22例;男21例,女33例;年龄11~68岁,平均38.8岁;病程2~25年。白细胞计数均 $>10 \times 10^9/L$ 。诊断参照《口腔粘膜病》(陈约翰著,北京:人民卫生出版社,1983:111)标准。溃疡多见于上下唇内侧,舌缘,颊粘膜,口底,病史较长者可侵及软腭弓的前后,周围充血,黄色假膜覆盖,剧烈疼痛,有复发史。

治疗方法 自拟解毒降浊汤,处方:黄芩9g 黄连6g 泽泻12g 连翘9g 苍术6g 白术6g 生地15g 丹皮9g 当归9g 生甘草6g组成。肝肾阴虚而致热者加北沙参12g,白芍9g,石斛9g。有血瘀者加三七粉2g(分两次冲服),地龙9g。中焦邪郁加栀子9g,薄荷6g,竹叶6g。每日1剂水煎,分早中晚3次服用,2周为1个疗程。服药期间停用

一切其他中西药。

结 果 口腔溃疡愈合后半年以上未复发者39例,占72%。溃疡愈合后半年内有复发,间隙期在2~3个月以上者12例,占22%,无效3例,占6%,复发间隙期7~10天(疼痛程度较前轻),总有效率94%。治疗见效时间最短者3剂,愈合时间最短者1周,最长10天,平均8天。1年内在治愈的39例患者中有3例复发,又服5~7剂药后痊愈。溃疡愈合后,白细胞总数皆恢复正常。所有患者服药过程中未发现任何不良反应和副作用。

体 会 RAU绝大多数患者均属本虚、标实,治疗采用清热降浊,解毒凉血以止痛。解毒降浊汤用黄芩、黄连、连翘苦寒降火,清热解毒;生地、丹皮、当归、生甘草凉血活血,消肿止痛,消疮生肌;苍术、白术、泽泻健脾祛湿,升清降浊,消阴通阳,在补虚的同时兼清余热,标本兼治,不但溃疡可以速愈,并能预防其复发。解毒降浊汤有抗菌,抗病毒的作用,对复发性口腔溃疡,疗效显著。

(收稿:1995-06-16 修回:1995-07-25)