

残留黄疸的治疗体会

浙江医科大学附属第一医院(浙江 310003)

吴嘉康

残留黄疸,临床又习称小黄疸。由于慢性肝炎、肝硬化患者的肝细胞功能减退,间接胆红素转化为直接胆红素的能力下降,加上随着慢性肝炎及肝硬化病情发展,使肝组织内毛细胆管、小胆管的结构发生破坏,使胆汁在肝内郁积,高胆红素血症持续不退。从而成为临床治疗难题之一。

目前西医对小黄疸的治疗,普遍沿用中医活血化瘀的思路,如使用小剂量肝素、654-2、丹参注射液、前列腺素 E、腺苷蛋氨酸(思美泰)、还原型谷胱甘肽等,但效果不够理想。这可能与上述药物能有效地改善毛细胆管内胆汁郁积,但对改善肝细胞功能减退这一环节则作用不大有关。

中医药在治疗黄疸方面积累了丰富的经验,我院以茵陈蒿汤加牛黄为基本方治疗残留黄疸 32 例,均恢复正常,也积累了一些认识和体会。

1 残留黄疸患者病程较长,皮肤多萎黄少泽或晦暗,伴明显乏力、腹胀纳差等临床表现,当属阴黄。《临证指南医案·疸》篇中指出“阴主晦,治在脾”。而茵陈蒿汤为阳黄而设,应用时宜活用,重用茵陈,少用山栀,视大便情况而确定大黄剂量或煎法,务使大便通畅,黄有去处而不伤正。茵陈蒿汤的退黄作用为广大临床工作者所首肯,实验证明它有利胆及促进肝细胞再生作用,而牛黄甘凉,入心、肝经,现代药理证实它具有镇静、利胆作用,并能防止毒物对肝脏的损害。个人认为它的作用点在肝内胆汁郁积。为了解决肝细胞功能减退这一环节,我们选择了经临床和实验研究证实具有良好的抗肝纤维化、保护和修复肝细胞、改善肝细胞功能作用的抗纤方,方由柴胡、赤芍、丹参、鳖甲、黄芪、白术、枳壳、甘草组成。体现了“治在脾”的精神和治本扶正治疗的优势。而抗纤方抑制 2.2.15 细胞表达 HBV 及抑制 TGF- β_1 诱导的 2.2.15 细胞凋亡的实验进一步表明,该方具有明显抑制乙肝病毒和抗肝细胞凋亡作用,有关这方面的研究工作正在逐步深入展开。

2 活血化瘀药物在残留黄疸治疗中的有效性毋庸置疑,但毕竟是克伐之品,易伤正气,尤其在大剂量应用时,易导致或加剧腹胀、纳差等症状,对治疗不利,有悖“治在脾”原则,可酌情选加健脾行气和消导之品,促进胃肠蠕动和消化功能,消除活血化瘀药物的负面影响。而静脉给药途径能避免或大大减少活血化瘀药物的副作用。

3 饮食调理是治疗的重要内容。肝病患者的营养是很重要的,患者往往有多进食以增加营养的倾向,这就与脾虚不运的消化能力相矛盾。因此,除了治脾外,还需“养脾”,患者应根据消化能力采取放牧式进食,避免过食伤脾,尤需忌食高脂类食品,以免促进胆汁分泌,加重胆汁的郁积和肝脏的负担。

(收稿:1999-10-08)

以正邪理论指导辨证治疗慢性乙型肝炎 ALT 升高

山西省临汾市第一人民医院(山西 041000)

蒋森

正邪相争存在于慢性乙型肝炎的全过程,ALT 升高则是正邪相争的结果,正邪相争越激烈,ALT 越高,正邪相争趋于缓和,ALT 则有所下降,正邪消长转化则 ALT 波动起伏。遵循中医正邪理论,准确辨证论治,可有效地治疗慢性乙型肝炎 ALT 升高。慢性迁延型肝炎(CPH)的病机可概括为“正虚邪恋”,正虚,主要指脾肾气虚,清阳不升;邪恋,主要指湿热疫毒久稽不除。由于正邪相争趋于缓和,呈相持状态,故 ALT 长期轻、中度升高。此时若不助正气使之与邪激烈交争,则正邪相持局面难以终止。治宜以健脾益肾为主,佐以助阳、升阳、通阳和甘寒解毒,托内蕴之毒邪外达,笔者自拟的益气升阳解毒汤重用黄芪、淫羊藿、巴戟天、冬虫夏草补脾益肾;用小剂量的肉桂或桂枝助肾阳,升麻、葛根升发脾阳,柴胡升发少阳清阳,促进邪气由阴转阳;同时以白花蛇舌草、蜂房合升麻甘寒解毒,若兼气滞、血瘀、痰阻、水停者随证加减,使阳气运行之道通畅,达到通阳的目的。以此方为主,观察治疗 CPH 100 例,其中 39 例在服药 2 个月后 ALT 急剧上升,同时伴有乏力、恶心、纳差、尿黄,3 例还出现黄疸,后改用甘寒解毒、甘淡利湿之剂 1 月余,症状消失、ALT 恢复正常。HBsAg、HBV-DNA 转阴,随访 1 年未见复发。笔者将这种现象称之为“正复胜邪现象”,实质上就是经治疗免疫功能得到恢复后出现的“完全免疫反应”。这是治疗慢性乙型肝炎最理想的一种方法。典型的慢性活动型肝炎(CAH)的临床表现及其病机十分复杂,多为湿热毒蕴、血热血瘀与脾肾两虚、气血不足并存。此时正邪相争激烈,以实证为主,ALT 明显升高。若峻补其虚,势必闭门留寇,助长疫毒,使 ALT 居高不下,甚至引起肝细胞大量坏死形成重症肝炎,临证应分阶段按步骤进行治疗。第一步应以清热解毒,凉血活血为主,药用白花蛇舌草、连翘、蒲公英、升麻、土茯苓、生薏苡仁、柴胡、丹参、丹皮、赤芍、桃仁等以重挫其邪,缓

和正邪相争之势,使 ALT 下降。第二步应扶正祛邪兼施,扶正应缓补、平补,不可峻补、温补,如淫羊藿每剂以 6g 为宜,黄芪每剂不超过 15g;祛邪切勿大苦大寒,如以白花蛇舌草、蒲公英、升麻甘寒解毒,土茯苓、生薏苡仁、猪苓甘淡利湿,丹参、桃仁、赤芍活血凉血。经 2 个月左右的治疗,多数患者主要症状消失,肝功能恢复正常。此后,用益气升阳解毒汤,以期出现“正复胜邪现象。”笔者以这种方法观察治疗 CAH 50 例,临床疗效明显优于对照组 ($P < 0.01$),有 26 例患者 HBeAg、HBV-DNA 转阴,ALT 恢复正常,随访 1 年未见复发。

临床观察表明,只要辨证准确,运用得当,许多方剂治疗慢性肝炎均可收到良好的降酶效果,如证属风寒外束者用升麻葛根汤,伤寒少阳证者用小柴胡汤,寒热互结者用泻心汤,饮停心下者用苓桂术甘汤,阴虚火旺者用当归六黄汤等。若辨证不准,使用不当,尤其是

剂量过大,就是临床常用的黄芪、党参、淫羊藿、仙茅、丹参、当归、生地等药亦足可影响 ALT 的下降或引起 ALT 升高。若不加辨证,一见 ALT 升高就长期、大量口服山豆根、苦参、黄柏、大黄、败酱草等清热解毒药物,势必造成苦寒败胃,斫伤阳气,使正气愈虚,疫毒稽留,ALT 难降,即或有所下降,亦难以巩固,说明辨证论治对提高疗效具有重要意义。此外,五味子、生山楂、乌梅、木瓜、山萸肉、牛膝等酸味药均具有一定降酶作用,但湿热蕴结者不可重用,否则,黄疸、腹胀、纳呆、苔腻难除。五味子及其制剂是目前公认的高效、速效降酶药,但其反跳率甚高,副作用较多,如有的可引起黄疸,有的引起 γ -球蛋白升高,TTT 居高不下。有鉴于此,笔者临证对 HBeAg、HBV-DNA 阳性者,或舌苔厚腻者,或体液免疫功能亢进者,或 γ -球蛋白、TTT 升高者均主张不用或慎用五味子及其制剂。

(收稿:1999-10-08)

疱疹油辅助治疗带状疱疹 43 例

侯秀俊

1997 年 6 月~1999 年 4 月,笔者采用自拟处方配制成疱疹油,外用治疗带状疱疹 43 例,并与外用呋喃西林炉甘石洗剂治疗的 42 例作对照,现报告如下。

临床资料 全部病例均符合全国高等医药院校教材《皮肤科学》(第 2 版)带状疱疹诊断标准。按确诊顺序随机分组治疗。治疗组 43 例,男 24 例,女 19 例;年龄 20~77 岁,平均 55.6 岁;病程 4~13 天,平均 5.5 天。对照组 42 例,男 22 例,女 20 例;年龄 18~79 岁,平均 54.5 岁;病程 3~11 天,平均 5.3 天。两组资料比较,无显著性差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

治疗方法 治疗组:病毒唑 200mg,肌肉注射,每天 2 次;维生素 B₁ 100mg,肌肉注射,每天 1 次;维生素 B₁₂ 250 μ g,肌肉注射,每天 1 次;消炎痛 25mg,口服,每天 3 次。外用疱疹油(取大黄、黄柏、黄芩、虎杖、紫草、地榆、罂粟壳各 30g,冰片 6g,将上述诸药加入 700g 香油内浸泡 3 天,然后文火煎熬,待药枯黄,滤渣贮藏备用)涂患处,每天 4~5 次。对照组:西药同治疗组,外用药物采用呋喃西林炉甘石洗剂(本院制剂室配制,成分为呋喃西林 0.2g,炉甘石 15g,氧化锌 5g,甘油 5ml,羧甲基纤维素钠 0.25g,蒸馏水加至 100ml)涂患处,每天 4~5 次。两组患者每 3 天复诊 1 次,直到痊愈。两组患者用药前后均查血、尿常规,肝、肾功能及不良反应。

结 果

1 疗效判断标准 痊愈:脱痂及疼痛消失;显效:无新疱出现,原发水疱开始结痂,疼痛明显缓解;后遗症:以全部脱痂 1

周后,疼痛依然持续为准。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组 43 例均痊愈(100%);对照组 42 例,痊愈 38 例(90.5%),显效 4 例(9.5%)。两组比较有显著性差异($\chi^2 = 4.3, P < 0.05$)。

2.2 两组显效及痊愈时间比较 治疗组 43 例平均显效时间(天,下同)3.4 $\pm$ 0.6,对照组 42 例平均为 6.7 $\pm$ 1.2;治疗组平均痊愈时间 8.2 $\pm$ 3.2,对照组平均 13.9 $\pm$ 5.4。两组比较有显著性差异($P < 0.01$)。

2.3 不良反应及后遗症 两组病例治疗后查血、尿常规及肝、肾功能无明显变化。因疱疹油方中罂粟壳含吗啡、可待因、罂粟碱等成分,故严格观察治疗组病例,结果无 1 例出现毒性症状及成瘾性表现;无 1 例遗留带状疱疹神经痛后遗症。对照组有 6 例遗留带状疱疹神经痛后遗症,发生率为 14.3%。

讨 论 带状疱疹是带状疱疹病毒引起的,常规西医疗法止痛效果差,病程长,且易遗留疱疹后神经痛。笔者在内用抗病毒、抗炎、营养保护神经药物的基础上,采用自拟处方配制的疱疹油外涂,在显效时间、痊愈时间及降低后遗症发生率方面,明显优于对照组。方中以黄柏、黄芩、大黄清热除湿,泻火解毒;大黄、虎杖、黄芩、紫草具有很强的抗病毒、抗菌作用;黄柏、地榆有减少炎性渗出、促进病变组织迅速修复的作用;罂粟壳除能提高痛阈外,还可以改变对疼痛的反应性。综观全方,具有清热利湿、解毒、消肿、止痛之功效,对病毒引起的皮肤疱疹、糜烂、坏死等病变组织的修复十分有利。疱疹油中罂粟壳虽含吗啡、可待因、罂粟碱等阿片成分,但在治疗组中无 1 例出现毒性症状及成瘾性表现。