

## · 基层园地 ·

## 中西医结合治疗肝炎肝硬化 重度胆汁淤积症 35 例

解放军 302 医院中西医结合科(北京 100039)

于海波 张敏

部分肝炎肝硬化患者由于某些原因(如病毒重叠感染、胆红素代谢障碍、合并感染等)可出现重度肝内胆汁淤积(TBil  $\geq 171 \mu\text{mol/L}$ ),治疗难度大,易发展为慢性重型肝炎而死亡。1997 年 9 月~2000 年 12 月期间我们以益气活血中药为主方,根据中医辨证加减共治疗 35 例肝炎肝硬化重度胆汁淤积,现报道如下。

**临床资料** 均为住院患者,根据病史、临床症状、体征、生化(丙氨酸氨基转移酶、天冬氨酸转氨酶、TBil 定量、白蛋白/球蛋白定量及比值、凝血酶原活动度(PA))、各型肝炎病毒标记物、B 超、胃镜及(或)上消化道钡餐等综合分析而确诊。凡入院后因消化道症状严重而不能口服中药者,经维生素  $K_1$  治疗 5~7 天,PA 仍进行性下降,且  $PA < 40\%$  者,治疗不满 2 周者不列入此范围。35 例中男 31 例,女 4 例;年龄 24~61 岁,平均(42.5±20.1)岁。单纯乙型肝炎肝硬化 32 例,乙、丙重叠感染肝炎肝硬化 2 例,甲、乙重叠感染肝炎肝硬化 1 例;合并有腹水者 23 例,其中中等量以上腹水者 5 例,少量腹水者 18 例,无腹水者 12 例。35 例均有面色晦暗,赤缕红丝,两胁刺痛,肝脾肿大,蜘蛛痣,肝掌,舌质紫暗或有瘀斑,脉沉细数;妇女有行经腹痛,经血暗或有血块等血瘀见症 3 项以上,故其共同证型为血瘀,部分患者有心下停饮、血热等兼证。

**治疗方法** 中医方药 赤芍 60g 丹参 30g 桃仁 30g 红花 30g 三棱 30g 莪术 30g 黄芪 30g 当归 30g 为主方,有心下停饮者,加苓桂术甘汤;有血热者,加金银花、穿心莲,黄疸持续时间长者( $\geq 6$  周)加海金沙、金钱草,每日 1 剂水煎,分 2 次服。西医治疗 适当静脉输入促肝细胞生长素、人血白蛋白、维生素  $K_1$  等;有腹水、电解质紊乱、感染、肝性脑病等并发症时,分别给予相应西药对症治疗,疗程为 8 周。

**结果** (1)疗效判断标准(主要以 TBil 下降程度来评定) 显效:TBil 降至  $51.3 \mu\text{mol/L}$  以下;有效:TBil 降至  $< 85.5 \mu\text{mol/L}$  以下;无效:TBil 仍  $> 85.5 \mu\text{mol/L}$ ,或住院过程中出现严重并发症(如难以控制的感染、肝性脑病、电解质紊乱、大量消化道出血等)而不宜再用中药治疗者。(2)疗效 经 8 周治疗,显效 26 例(74.3%),有效 5 例(14.3%),无效 4 例(11.4%,其中 3 例死亡,2 例死于肝性脑病,1 例死于上消化道大出血),1 例自动出院。故总有效率(显效率加有效率)为 88.6%。治疗前血清 TBil 值为  $182.36 \sim 654.25$ (平均  $319.60 \pm 133.44$ )  $\mu\text{mol/L}$ ,治疗后血清 TBil 值为  $13.7 \sim 181.6$ (平均  $67.4 \pm 79.6$ )  $\mu\text{mol/L}$ 。治疗前血清 TBil 值的高低是影响疗效的重要指标之一,随着治疗前血清 TBil 值增高,无效病例明显增加,4 例无效病例中 3 例治疗前血清 TBil 值均大于

513  $\mu\text{mol/L}$ 。

**讨论** 在肝炎肝硬化基础上发生的重度胆汁淤积,黄疸持续时间长,治疗难度大,易发生并发症导致肝功能衰竭而死亡。目前西医治疗效果不佳,我们采用以益气活血中药为主,方中黄芪既可补益中气,利水消肿,又可提高细胞免疫,同时有诱导干扰素的作用;与当归合用,活血、补血、养血,可避免行气破血之品伤血。赤芍味苦能泻,带酸入肝,专泻肝火,盖肝藏血,用此清热凉血。丹参血热而滞之者宜之,辅助赤芍加强凉血活血之功,又能祛瘀生新,使之破瘀而又不伤血。桃仁、红花、三棱、莪术行气破血,兼有激活胆红素代谢所需酶谱活性的作用(有人曾应用于胆红素结合与排泄障碍的重症肝病的治疗,取得良好疗效),诸药合用,益气活血,祛瘀生新,通过改善肝脏微循环、对抗内毒素血症、加强胆红素代谢等途径,达到消退黄疸,改善患者预后之目的。本文中治疗前血清 TBil 值大于  $513 \mu\text{mol/L}$  者治疗效果差,可能与肝细胞损伤较重有关。故对肝炎肝硬化基础上发生的重度胆汁淤积应早期积极治疗。

(收稿 2001-11-12 修回 2002-03-20)

## 顽渍汤合西药三联疗法治疗难治性 大面积胃溃疡 30 例

四川省通江县中医院(四川 636700) 何立荣 何刚

1996 年 1 月~2000 年 1 月,我们用顽渍汤合西药三联疗法治疗难治性胃溃疡(GU)30 例,并与用西药三联疗法治疗的 30 例作对照,现报告如下。

**临床资料**

1 病例选择 按照卫生部《中药新药临床研究指导原则》(1993 年发布)和《内科学》(陈灏珠主编,北京:人民卫生出版社,1996:353)及《实用内科学》(陈灏珠主编,北京:人民卫生出版社,1993:1308—1312)制定入选标准(1)有胃脘部疼痛及胃肠病症状(2)有反复发作史(3)伴呕血及(或)黑粪(4)经胃镜检查证实为胃溃疡,且符合巨大胃溃疡(指溃疡长径  $\geq 20\text{mm}$ )标准(5)具有难治性溃疡的特点(经内科正规治疗 8~12 周以上溃疡仍不能愈合,仍有腹痛、呕吐和体重减轻等症状;溃疡反复发作多年,且对内科治疗的反应越来越差)。排除标准:有癌症可能者;妊娠、哺乳期妇女;年龄  $< 15$  岁;严重心肺肝肾肾功能不全者;本次治疗前 30 天内用过质子泵抑制剂和含铋制剂者;未按规定服药,或治疗期间另外又服用其他有关药物者。

2 一般资料 能坚持治疗和随访 6 个月以上的门诊(观察)60 例患者,按就诊时顺序(根据随机数字表法)随机分为两组,治疗组 30 例,男 21 例,女 9 例;年龄 30~66 岁,平均(48.1±16.4)岁,病程 3.2~25.0 年,平均(8.6±2.6)年;合并十二指肠球部溃疡 3 例,胃窦炎 4 例,食道溃疡 3 例,伴大出血者 3 例,溃疡长径 21~39mm,平均(26±7)mm。对照组 30 例,男 20 例,女 10 例;年龄 29~65 岁,平均(47.5±15.3)岁,病程 3.1~24.0 年,平均(8.9±2.5)年;合并十二指肠球部溃疡 4 例,胃窦炎 3 例,食道溃疡 3 例,食道炎 1 例,伴大出血 3 例,溃疡长

径  $20 \pm 39\text{mm}$  ,平均  $(25 \pm 8)\text{mm}$ 。两组资料比较差异无显著性,具有可比性。

**治疗方法** 治疗组服用自拟顽溃汤:半夏 15g 黄连 6g 党参 10g 厚朴 15g(便秘者用枳壳 10g) 马槟榔 15g 白及 15g 黄芪 12g 甘草 5g。随症加减:疼痛重者去黄芪,加青核桃、九香虫;呕吐重者选加花椒、代赭石(焦虑型者代赭石加量)旋复花;有出血、黑便或溃疡壁如凿或溃疡周边隆起不平、成结节状,或见出血点者加三七;暖气发胀者加佛手、炒香附;吐酸重者加瓦楞子;食积暖腐者加神曲、山楂肉;苔黄燥、便干者加大黄;疼痛、胀、吐等症减退后每剂黄芪用量递增 5g,可加至 60g,尤其是 X 线钡透见龛影持续不能消失或胃镜下见溃疡深而大或溃疡周围边缘或粘膜颜色浅淡苍白者,黄芪不可少),每日 1 剂,水煎分 3 次服。同时每晨口服洛赛克(奥美拉唑) 20mg;饭前口服阿莫西林胶囊 500mg,1 日 3 次;克拉霉素 500mg,1 日 2 次。对照组只服用西药,方案同治疗组。两组均以 4 周为 1 个疗程,共服 2 个疗程。以上两组患者治疗过程中停用其他药物。治疗前后作临床观察记录(临床症状、舌象、脉象和胃镜检查、HP 检查、大便常规及大便潜血检查)。临床症状观察中以胃脘疼痛、胃脘部灼热、呕吐、呕血或黑粪为主要症状;泛酸、流涎、暖气、纳差、口苦、焦虑等其他症状为次要症状。

**结果**

**1 疗效标准** 参照《中药新药治疗消化性溃疡的临床研究指导原则》制定。

**1.1 中医证候疗效判定** 临床治愈:临床主、次症状消失,食欲正常;显效:临床主、次症有明显改善,或个别主要症状轻度改善,但其他症状消失;有效:临床主、次症状均有改善,或主要症状未改善,但次要症状全部消失;无效:未达到有效标准者。

**1.2 胃镜疗效判定标准** 临床治愈:溃疡完全消失,局部轻度充血,无明显水肿;显效:溃疡基本消失,仍有部分炎症;有效:溃疡面缩小 50% 以上;无效:溃疡面缩小不及 50%。疗效判定以胃镜疗效判定为主,参考中医证候疗效标准,综合分析。

**2 疗效** 治疗组 30 例,临床治愈 26 例,显效 3 例,有效 1 例,总有效率 100%。对照组 30 例,临床治愈 22 例,显效 1 例,有效 1 例,无效 6 例,总有效率 80%。总有效率两组比较,差异有显著性( $\chi^2 = 4.63, P < 0.05$ )。

**3 HP 根除率比较** 治疗前两组患者 HP 均为阳性,治疗后治疗组根除 29 例(96.7%)。对照组有 2 例因交通不便未复查 HP 外,28 例完成诊治复查全过程,其中根除 26 例(92.8%)。两组比较差异无显著性( $\chi^2 = 0.428, P > 0.05$ )。

**4 两组副反应对比** 两组治疗前后均检测了血、尿、粪常规和肝肾功能及心电图,治疗组有 2 例(6.7%)在服药第 1 周内口苦、轻度头晕和恶心,经对症加用中药坚持服药后 1 周内症状消失,其余未见药物不良反应。对照组有 2 例有轻度恶心,1 例在治疗中出现轻度皮疹及轻度 ALT 升高,1 例出现轻度腹胀,经对症治疗 5 天后症状消失,2 周后 ALT 转正常,均未影响治疗,不良反应发生率为 10%,两组不良反应比较差异无显著性( $\chi^2 = 0.740, P > 0.05$ )。

**5 远期随访疗效** 在治疗结束后的 6 个月追踪观察中,治疗组 30 例,复发 1 例(3.3%),对照组 30 例,复发 6 例(20.0%),两组比较差异有显著性( $\chi^2 = 4.043, P < 0.05$ )。

**讨论** 难治性 GU 症状具有反复性和长期性,多属中医胃痛或痞证等范畴,往往虚实夹杂,临床尤重辨证施治,即使是对“不通则痛”的理解也需牢记叶天士所谓“通字须究气血阴阳”的含义,不能简单地理解为“通下”。由于本病的“巨大”和“难治”的共性,特别要重视其“胃损过重、日久难愈”的特点。方中半夏止呕、散结、除痞,黄连苦寒泄热,黄芪、党参、甘草补中益气,枳壳行气、祛积推陈,厚朴除胀,虚实皆宜;马槟榔功能清热利咽、消肿化痰、生津消积(孕妇忌服);《中医大辞典》和《中国医学百科全书》两书的中药分册均有记载;白及制酸、止血敛疮,特别是黄芪,徐灵胎谓“为外科生肌长肉之圣药”。青核桃治“心腹疝痛”(本草纲目),民间常用其泡酒治胃痛。方中多味药分别具有抑酸、抗溃疡、利胆、助消化、抗菌、抗炎、麻醉止痛、止吐、驱虫、止血、祛瘀生新、提高免疫功能等作用。通过本文前瞻性的临床验证说明此方组合合理,与奥美拉唑和克拉霉素、阿莫西林等药伍用不仅能提高疗效,还能减少其副反应。对顽固而难治的大面积胃溃疡中西医结合治疗具有一定的优势。

(收稿 2001-09-12 修回 2001-11-30)

## 白血康治疗复发及难治性急性早幼粒细胞白血病 20 例

解放军 100 医院 江苏苏州 215007)

吴天勤 蒋复高 王网珍 沈红石

钱雅静 秦龙梅

苏州大学附属第一医院 仇红霞

全反式维甲酸(ATRA)诱导分化治疗急性早幼粒细胞白血病(AML)完全缓解(CR)率虽高达 85% 以上,但较易复发,且对复发患者再次治疗 CR 率极低。1996 年 10 月~2001 年 10 月,我们采用白血康治疗复发及难治性 APL 20 例,现报告如下。

**临床资料** 20 例均为住院患者,经临床、血象和骨髓象确诊为 APL,19 例均存在特异染色体易位  $t(15;17)$  或 PML/RAR $\alpha$  融合基因,1 例难治患者为非  $t(15;17)$ ,且 PML/RAR $\alpha$  融合基因阴性。男 9 例,女 11 例,年龄 16~63 岁,中位年龄 30 岁,复发 14 例,均经 ATRA 诱导至 CR,在单用 ATRA 维持治疗或单用 HA(高三尖杉酯碱、阿糖胞苷)、DA(柔红霉素、阿糖胞苷)等方案巩固治疗或 ATRA 与 HA、DA 等方案交替治疗过程中复发,平均复发时间为 16.4 个月,其中 1 例复发 3 次,CR<sub>1</sub> 16 个月,CR<sub>2</sub> 6 个月,第 3 次复发时合并中枢神经系统白血病(CNSL)。难治性 6 例,其中 5 例为 ATRA 诱导治疗 40~60 天无效,1 例为 ATRA 治疗 20 天,血象、骨髓象未改善,且 DIC 指标持续阳性,而改用白血康 20 例中伴 DIC 7 例。

**治疗方法** (1)白血康(天康药业公司产品,原名:复方青黛片,每片 0.25g,主要成分为雄黄、青黛、丹参及太子参),开始每次 3 片,每天 3 次,3 天后渐增至每次 5~8 片,每天 3 次,直