中西医结合治疗肝硬化腹水 35 例

杨跃辉 黄俊民 邓斌

(江西省宁都县中医院 宁都 342800)

关键词:肝硬化腹水; 中西医结合疗法; 茵陈四苓散; 实脾饮; 济生肾气丸; 一贯煎; 复方丹参注射液; 茵栀黄注射液
中图分类号: R 575.2 **文献标识码:** B **文献编号:** 1671-4040(2004)05-0016-02

我院用中西医结合方法, 治疗肝硬化腹水患者 35 例, 取得较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 2000 年 1 月~2004 年 5 月, 我院共住院收治肝硬化腹水患者 62 例。诊断符合 1993 年中西医结合学会消化系统专业委员会第五届学术会制定的肝硬变临床诊断标准^[1]。将其随机分成 2 组, 治疗组 35 例, 男 24 例, 女 11 例; 年龄 32~74 岁, 平均 46.7 岁; 病程 2 月~16 年, 平均 5.3 年; 初次腹水 12 例, 2 次以上腹水 23 例; 其中肝炎肝硬化 32 例, 心源性肝硬化腹水 2 例, 淤胆性肝硬化 1 例。对照组 27 例, 男 20 例, 女 7 例; 年龄 35~70 岁, 平均 45.3 岁; 病程 2.5~14 年, 平均 5.1 年; 初次腹水 8 例, 2 次以上腹水 19 例。2 组资料

效比较差异显著 ($P < 0.01$)。

3.3 2 组治疗前后肾功能、尿白蛋白、血糖、血压、血流量变学及血脂检测指标变化 见表 1。

表 1 2 组治疗前后各项检测指标变化 ($\bar{X} \pm S$)

	中西医结合组(13 例)		西医组(8 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
血肌酐 / $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	194.36±24.26	114.67±26.34 *	189.43±26.42	165.23±24.44
血尿素氮 / $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	10.68±1.24	7.58±1.14 *	10.26±1.28	9.32±1.47
血 β 2-微球蛋白 / $\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$	5.84±1.42	2.48±0.82**	5.62±1.24	4.64±0.62
尿 β 2-微球蛋白 / $\mu\text{g} \cdot \text{ml}^{-1}$	12.34±1.56	6.41±0.67 **	11.89±1.74	9.74±0.92
尿微白蛋白排泄率 / $\mu\text{g} \cdot \text{min}^{-1}$	202.34±14.86	64.42±8.46**	198.42±16.44	142.43±11.62
血压 SBP/DBP/mmHg	165±8/100±5	135±5/76±4 *	160±6/98±6	145±6/90±7
空腹血糖 / $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	12.28±1.43	7.24±0.63 *	11.89±1.26	9.34±0.36
全血粘度低切 / $\text{mPa} \cdot \text{s}^{-1}$	14.86±2.42	8.68±1.42 **	14.64±2.32	12.62±1.22
全血粘度高切 / $\text{mPa} \cdot \text{s}^{-1}$	4.94±0.65	3.44±0.40 *	4.85±0.72	4.26±0.32
血浆粘度 / $\text{mPa} \cdot \text{s}^{-1}$	1.78±0.34	1.24±0.26 *	1.68±0.32	1.48±0.22
血小板粘附率 /%	42.24±3.34	28.43±2.26 **	41.46±3.14	37.62±2.86
胆固醇 / $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	7.64±0.67	5.12±0.24 *	6.85±0.34	6.42±0.28
甘油三酯 / $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	2.14±0.26	1.42±0.32 **	1.97±0.28	1.76±0.24

注: 中西医结合组与西医组治疗后比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

4 讨论

糖尿病久治不愈, 其肾损害随之产生。《圣济总录》云: “消渴病久, 肾气受伤, 肾主水, 肾气虚衰, 气化无常, 开阖不利, 能为水肿。”《证治要诀》云: “三消久而小便不臭, 反作甜气, 在溺中滚涌, 更有浮在溺面如猪脂, 此精不禁, 真元竭矣。”本病早期阴虚为本, 涉及肝肾, 精血不能上承于目而致两目干涩, 视物模糊(视网膜病变), 阴虚阳亢则眩晕耳鸣(高血压), 日久伤阴耗气, “五脏之伤, 穷必伤肾”, 以致肾气虚损, 固摄无权, 出现尿频尿多, 尿浊而甜(蛋白尿), 久之阴损及阳, 脾肾阳虚, 水湿潴留, 泛滥皮肤而见面足水肿, 甚至肾阳衰败, 浊毒内停, 水湿泛滥, 上凌心肺, 出现气短, 喘

经统计学处理 $P > 0.05$, 无明显差异。

1.2 治疗方法

1.2.1 2 组患者常规护肝治疗, 卧床休息, 限制水钠摄入, 注意水、电解质平衡, 积极消除腹水促发和加剧因素, 酌情使用利尿剂, 氨体舒通与速尿联用, 采用间歇给药法, 至腹水消除为止; 顽固性腹水患者加用多巴胺及低分子右旋糖酐静脉点滴, 后再静脉注射速尿 40~60mg。间歇应用血浆及人血白蛋白。根据病情综合处理。

1.2.2 中药治疗 治疗组除西医常规治疗外, 按中医辨证论治遣方用药。治以理气祛湿、行气活血、健脾利水为主, 必要时亦可暂用峻利逐水之法。方剂选用茵陈四苓散、实脾饮、济生肾气丸、一贯煎加减化裁, 配合复方丹参注射液、茵栀黄注

息, 少尿(尿毒症)。阐述了糖尿病日久, 肾体受损, 出现水肿、尿浊和并发血管病变等一系列病理变化。明确了病位, 阐明了病机, 概括了疾病的全部发展过程。

糖尿病肾病在控制血糖应用血管紧张素转换酶抑制剂等药物治疗, 虽能减轻症状和降低尿白蛋白, 但不能有效的减缓肾脏病变向晚期发展。中药芪苈饮具有益气活血、滋阴补肾等功能, 方中黄芪补中益气、生血利尿为主药; 辅以当归补血活血, 丹参祛瘀生新、养血安神, 熟地滋肾养肝、补血生精; 佐以山茱萸固精秘气、滋肝肾不足之阴、敛阴阳欲绝之汗, 五味子补肾固精、收肾脏耗散失之元阳。参蚕大黄胶囊中太子参益气健脾, 补益正气; 蚕豆衣利尿渗湿; 大黄降泄浊邪、推陈致新。诸药相配, 使气旺血行, 肾脏固摄精微得以恢复。药理研究表明, 上述诸药具有降糖、降压、降低蛋白尿, 以及抗动脉硬化、降低血液高凝状态和血脂异常代谢、改善肾功能、调节机体免疫能力、保护肾脏等作用。

糖尿病肾病在常规应用磺脲类和血管紧张素转换酶抑制剂等药物治疗的基础上服用中药, 中西医结合相得益彰, 共同协调发挥中西药的生物效应, 降糖、降压, 能有效的减轻或消除糖尿病肾病的临床症状和体征, 改善肾功能尿蛋白的影响, 提高肾小球过滤率, 疏通肾脏血液循环, 减轻肾脏负担, 消除糖尿病肾病肾脏损害进行性加重的高危险因素, 延缓糖尿病肾病肾功能减退的自然进程, 防治糖尿病并发症和伴发症, 保护肾功能和减轻及延缓肾脏损害。

参考文献

[1] 叶任高. 内科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 798~820
[2] 李恩. 中国中西医结合临床全书 [M]. 北京: 中国古籍出版社, 1996. 727~734

(收稿日期: 2004-03-29)

肠炎康治疗慢性结肠炎临床观察

徐伟祥

(上海市市北医院 上海 200435)

摘要:目的:观察肠炎康治疗慢性结肠炎的临床疗效。方法:将 128 例患者随机分成 2 组,肠炎康组 62 例采用肠炎康煎剂保留灌肠,对照组 66 例口服 SASP,疗程 3 个月。观察 2 组治疗前后临床症状及纤维肠镜、病理活检的变化情况。结果:肠炎康组总有效率为 91.9%,对照组为 65.2%, $P < 0.05$,疗效优于对照组。结论:肠炎康治疗慢性结肠炎有较好疗效。

关键词:慢性结肠炎;肠炎康;保留灌肠;临床观察

中图分类号:R 574.62

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2004)05-0017-02

慢性结肠炎又称慢性非特异性溃疡性结肠炎,是一种原因不明的直肠和结肠炎性疾病,本病多呈反复发作慢性病程^[1]。我科自 1996 年采用中药制剂“肠炎康”保留灌肠治疗慢性结肠炎,取得了较为满意的临床效果。

1 一般资料

根据 1978 年(杭州)全国消化系统疾病学术会议制定的诊断标准诊断的患者 128 例,其中男性 68 例,女性 60 例,男女之比为 1.13:1;年龄最小者 23 岁,最大者 68 岁,平均年龄(41.5±8.7)岁;病程最短 3 月,最长 25 年;其中 1 年以下者 25 例,1~5 年者 56 例,5~10 年者 38 例,10 年以上者 9 例。临床主要表现:腹泻、粘液便 128 例;伴脓血 122 例;伴腹痛 116

例,腹痛部位以左下腹多见,性质多为隐痛或刺痛;伴里急后重 92 例。128 例均做纤维肠镜检查,显示肠腔粘膜充血、水肿、血管纹理不清、合并散在出血点,严重者可出现粘膜糜烂,病变以左半结肠为多见。大便常规、培养及粘膜病理组织学报告:大便常规粘液 128 例,红细胞 122 例,白细胞 70 例;大便培养 128 例均无致病菌生长;病理报告轻度炎症改变 75 例,中度炎症改变 38 例,重度炎症改变 15 例。随机分成 2 组,肠炎康治疗组 62 例,对照组 66 例。

2 治疗方法

肠炎康组:用大黄 30g、五倍子 15g、马齿苋 30g、苦参 25g、白及 15g,加水煎煮,浓缩至 100mL,药温控制 37℃左右

射液静脉点滴,1 个月为 1 个疗程,2 个疗程间隔 5d,至少应用 3 个疗程。

1.3 疗效标准 显效:腹水全部消失,肝功能及血浆蛋白恢复正常,症状明显减轻或消失,B 超检查腹水基本消失。有效:主要症状减轻或消失,肝功能正常或改善,血浆蛋白有不同程度提高,B 超提示腹水部分消失。无效:自觉症状及腹水均无明显改变或恶化。

2 结果

治疗 1 个疗程后,治疗组 35 例中显效 23 例(65.7%),有效 9 例(25.7%),无效 3 例(8.6%),总有效率 91.4%;对照组 27 例中显效 14 例(51.8%),有效 8 例(29.6%),无效 5 例(18.6%),总有效率(81.4%);2 组显效率、总有效率差异均有显著性意义(P 均 < 0.05),治疗组优于对照组。

3 讨论

肝硬化腹水,腹水成因复杂,其主要原因有门脉高压、低蛋白血症、淋巴回流受阻、有效血容量不足,各重要脏器尤其是肾脏处于灌注不足状态,肾交感神经活动亢进,抗利尿激素,醛固酮分泌增加,前列腺素和激肽系统也发生改变^[2],心钠素活性改变等致肾脏利尿排钠功能障碍。单纯应用西药治疗难于涵盖腹水起因的各个方面,尤其是改善肝脏功能方面难于达到理想效果。祖国医学认为,本病属于中医的“鼓胀”、“水肿”、“黄疸”、“积聚”病症范畴,多由于饮食不节、情志所伤、血吸虫感染及黄疸积聚等病,迁延日久,反复发作转变而成。其病机涉及肝、脾、肾三脏功能失调^[3],形成气滞血瘀,水停腹中,肝脾的功能彼此失调,肝气郁遏日久,势必木郁克土,即《金匱·脏腑经络先后病脉证》“见肝之病,知肝传脾”之义。

中西医结合治疗本病是目前较为理想和经济的方法,适合农村病人,可在县、乡二级医院完善与推广。中医认为“瘀结化水”是肝硬化的主要病理表现。因此,消除腹水是控制病情发展的关键所在,中药以扶正活血治本为主,西药护肝利尿治标为辅,则标本同治,相得益彰。在疾病初期气滞、血瘀和湿热偏盛,多采用清利湿热、健脾活血、化气利水之法。方选茵陈四苓散、实脾饮加减,常用茵陈、黄柏、栀子清利三焦湿热,荡涤肠中瘀热;半枝莲、蛇舌草解毒化浊;郁金、丹参、三七粉理气活血,化瘀消积;大腹皮、槟榔行气消胀;内金、北楂健脾益气,防止攻伐太过,损伤胃气。病程迁延日久者,肝、脾、肾功能受损,则采用健脾温肾、滋养肝肾之法。方选六味地黄丸、一贯煎、济生肾气丸加味。用熟地、山茱萸、淮山滋养肝肾;麦冬、北沙参、枸杞养肝敛阴;茯苓、泽泻、猪苓淡渗利湿、健脾和胃;附子、桂枝温肾扶阳;龟版、白芍滋阴养肝。根据辨治遣方用药,扶正祛邪,攻补兼施,补虚不忘实,泄实不忘虚,配合西药治疗,可显著改善症状,增加疗效,减少复发。本病系属重症,如能及早治疗,扬中西医之长,辨证用药,效果尚好或可带病延年,同时注意精神和生活上的调摄,安心静养,解除顾虑,注意保暖,防止正虚邪袭,发生他变。

参考文献

- [1]张育轩.肝硬化临床诊断标准(试行方案)[J].中国中西医结合杂志,1994,14(4):237
- [2]张震.慢性肝病患者肾素—血管紧张素—醛固酮的变化[J].中华医学杂志,1989,69(4):184
- [3]傅海根.中西医结合治疗顽固性肝硬化腹水 45 例[J].实用中西医结合临床,2003,3(3):18

(收稿日期:2004-08-02)