

中医辨证治疗妊娠期肝内胆汁淤积症 60 例临床总结报告

周先利 秦玲珍 高群英
(江西省九江市妇幼保健院 九江 332000)

关键词: 肝内胆汁淤积症; 妊娠期; 辨证施治; 茵陈蒿汤; 参苓白术散

中图分类号: R 575

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0063-02

妊娠期肝内胆汁淤积症是妊娠中晚期特发的一种以胆酸增高, 大多伴有肝生化酶异常, 以及瘙痒和黄疸为主要症状或见消化道症状的疾病。本人现将中医门诊诊治的 60 例病人总结和分析如下:

1 临床资料

60 例病人来源于 2004 年元月~2005 年 6 月中医门诊, 其中年龄最小的 20 岁, 最大的 34 岁; 孕龄最小的 17 周, 最大的 35⁺ 周, 孕龄 <28 周者 18 例, >28 周者 42 例; 伴谷草转氨酶、谷丙转氨酶升高者 32 例, 乙肝病毒携带者 9 例。

2 诊断标准

根据血清胆红素测定 (第 5 代循环酶检测法: 正常值 0~10 μ mol/L)、肝生化酶和临床症状如瘙痒、黄疸及消化道症状恶心、呕吐等进行诊断, 并分为轻、中、重 3 型。轻型: 血清胆红素升高 (10~25 μ mol/L), 肝生化酶正常或轻度升高, 血清胆红素正常, 无临床症状或轻微瘙痒、恶心。中型: 血清胆红素升高 (25~40 μ mol/L), 肝生化酶升高, 血清胆红素正常或轻度升高, 临床症状较明显。重型: 血清胆红素升高 (>40 μ mol/L), 肝生化酶及血清胆红素升高, 临床症状明显。

8g、紫苏 10g、阿胶 10g、焦地榆 10g。热重者加炒栀子 10g, 纳差者加焦三仙各 20g, 呕恶严重者加竹茹 6g。此型处理及时, 保胎成功率较高。肾阳虚型: 治以温补脾肾为主, 提高摄胎能力。药用: 菟丝子 30g、杜仲 18g、桑寄生 15g、党参 18g、山药 30g、白芍 10g、炙甘草 10g、阿胶 10g、焦艾叶 10g、砂仁 6g。有血块者加当归 10g。冲任损伤型: 治以滋补冲任为主, 强肾固胎。药用: 菟丝子 30g、桑寄生 30g、川断 15g、杜仲 15g、山药 18g。气虚者加党参 30g、白术 10g、黄芪 30g; 劳力损伤者加苎麻根 10g、炒蒲黄 10g, 另加绒毛膜促性腺激素 1000U, 1 d 1 次, 肌注 3~7d; 有多次刮宫史者, 考虑其损伤冲任较重, 子宫内蜕膜化不足, 可以加维生素 E50mg, 每日 3 次, 连用 2~4 周。

3 治疗结果

60 例患者住院时间一般在 10~45d 左右, 经过治疗后, 阴道出血停止, 妊娠试验持续阳性, 或 B 超检查见到羊水平段, 并有胎心胎动者 48 例, 症状加重者 4 例, 胎儿停育者 8 例, 保胎成功率 80.0%。肾阳虚型 18 例, 保胎成功 15 例, 成功率为 83.3%; 肾阴虚型 19 例, 保胎成功 15 例, 成功率为 78.9%; 冲任损伤型 11 例, 保胎成功 7 例, 成功率为 63.6%。

4 典型病例

例 1. 高某, 女, 25 岁, 教师。孕 2 产 0, 人工流产 1 次, 停经 50d, 阴道出血 5d 后住院, 患者瘦弱, 性情急躁, 多疑善虑, 阴道出血量少, 腰酸, 便干, 尿黄, 舌红少苔, 脉细数。证属肾

根据患者的临床症状和中医辨证施治的原则分为肝胆湿热型 (无症状或瘙痒, 舌质偏红, 苔偏黄、黄腻) 和脾胃虚弱型 (食欲不振、恶心、呕吐, 舌质偏淡, 苔偏白)。

3 治疗方法

肝胆湿热型: 治法: 清利肝胆湿热, 佐以疏肝解郁。方用茵陈蒿汤加减, 药用绵茵陈 15g、焦山栀 5g、车前仁 10g、土茯苓 10g、淡黄芩 10g、焦白术 10g、北柴胡 5g、杭白芍 10g、川楝子 5g, 瘙痒严重者加刺蒺藜 10g。脾胃虚弱型: 治法: 健脾和胃, 佐以疏肝。方用参苓白术散加减, 药用西党参 15g、焦白术 10g、白茯苓 10g、炒扁豆 10g、淮山药 10g、炙甘草 5g、西砂仁 5g、薏苡仁 10g、淡竹茹 10g、川楝子 5g。用法: 每日 1 剂, 水煎 2 次分服, 10d 为 1 个疗程, 治疗 1 个疗程后复查。

4 疗效观察

4.1 疗效标准 痊愈: 临床症状消失, 实验室检查胆汁酸、肝生化酶正常; 有效: 临床症状消失或减轻, 胆汁酸值较治疗前下降但仍高于正常值, 肝生化酶有所改善; 无效: 临床症状无改善或加重, 胆汁酸值较治疗前未变或升高, 肝生化酶无改善或升高。

阴虚。用肾阴型方剂加肉苁蓉 10g, 服 5 剂后阴道出血停止; 继服 10 剂后, 诸症消失, 尿 HCG 试验持续阳性, 患者主动要求出院。随访, 足月分娩一女婴, 发育正常。

例 2. 王某, 女, 30 岁, 农民。孕 4 产 0, 停经 60d, 阴道出血 2d, 曾在村卫生所治疗, 效果不佳而来住院。阴道出血量相当月经量 1/4, 尿 HCG 试验阳性, 曾自然流产 3 次。自觉腰酸下坠明显, 由于反复流产, 患者盼子心切, 精神高度紧张, 小便频数, 2~3h 小便 1 次。舌淡体胖, 苔薄白, 脉虚弱, 观其脉证, 诊为肾阳虚, 药用肾阳虚型方剂, 重用菟丝子 30g、杜仲 20g、党参 30g。服 6 剂后下坠消失, 阴道出血停止, 但仍有尿频。后加苎麻根 10g、夜交藤 10g, 连服 10 剂症状消失, B 超检查羊水平段 2cm, 有胎心胎动, 尿 HCG 试验阳性。随访, 足月分娩一男婴。

5 体会

通过对本组 60 例病人的治疗, 进一步证明中药保胎疗法确是一种安全有效的方法, 免除了某些西药影响胎儿的弊病, 值得进一步推广。治疗结果证明, 确诊后尽早住院服药者疗效较好, 肾阴虚型疗效高于肾阳虚型。这说明前者比后者易于纠正。多次流产, 损伤冲任, 致冲任失调, 易于堕胎, 从而说明任主胞胎的作用。月经初潮在 14 岁以前者, 保胎成功率高; 14 岁以后初潮者, 肾气亏乏, 易致堕胎或胎萎不长; 证明胎、孕均根于肾。

(收稿日期: 2005-05-23)

硫酸镁治疗妊高征致镁中毒 3 例报告

殷爱丽 宋巧红
(山东省东明县人民医院 东明 274500)

关键词:妊娠高血压征;硫酸镁;镁中毒;葡萄糖钙
中图分类号:R595.2 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2006)01-0064-01

硫酸镁是治疗重度妊高征, 预防和纠正抽搐的首选药物。较大剂量才能达到有效血镁浓度(2~3mmol/L)^[1], 有效浓度与中毒浓度甚近, 不注意控制用药剂量, 易致镁中毒。我院 1998 年 1 月~2003 年 12 月 5 年间共收治妊高征 502 例, 应用硫酸镁治疗重度妊高征 260 例, 镁中毒 3 例。现将本组镁中毒的原因、诊治过程进行回顾性分析。

1 临床资料

- 1.1 一般资料 年龄分别为 22 岁、31 岁、36 岁; 第一胎 1 例, 第二胎 1 例, 第三胎 1 例; 体重分别为 50kg、55kg、60kg。
- 1.2 用药途径、速度和中毒发生时间 本组均为静脉用药。2 例静滴硫酸镁的速度大于 3g/h, 中毒发生在用药开始后 4~6h; 1 例静滴速度 1.8g/h, 该患者有明显的肾功能受损指标: 血清尿素氮 20.5mmol/L, 尿蛋白(+++), 尿镜检见肾衰管型, 该患者中毒症状出现在第 2 天, 静脉用药开始后 8h。
- 1.3 中毒症状及体征 中毒前均有心率增快, 呼吸次数增加, 面红、出汗等自觉症状和体征; 中毒早期四肢肌无力, 膝腱反射消失, 呼吸次数减慢, 患者呼吸困难; 晚期则呼吸抑制。
- 1.4 治疗过程及预后 发现中毒后立即停药, 静脉推注葡萄糖酸钙 1g, 因 4~6h 后中毒症状再次加重重复用药 1 例。中毒之日起每例每天静推葡萄糖酸钙 1g 至膝腱反射恢复, 所需时间分别为 1d、2d 和 4d。经抢救无母儿死亡。

2 讨论

2.1 镁中毒原因 (1) 用药速度过快是镁中毒的主要原因。因为血镁的治疗浓度与中毒浓度非常接近, 当血镁浓度在较短时间内达到治疗浓度后继续快速静滴硫酸镁, 血镁浓度仍会上升^[1], 就会造成镁中毒。(2) 肾功能障碍是镁中毒的另一个值得重视的原因。因为硫酸镁 98% 在肾脏排泄^[1], 肾功能受损就会造成镁在体内潴留蓄积, 最终导致镁中毒。(3) 此组病

人体重偏低, 使硫酸镁相对公斤体重的用量增加, 且长期蛋白尿致使血浆蛋白降低, 硫酸镁进入体内后, 结合镁减少, 游离镁增多, 也是镁中毒的一个原因。

2.2 镁中毒的诊治 在没有血镁监测的条件下, 应用硫酸镁治疗重度妊高征应密切观察孕妇的一般情况, 特别是心率和呼吸的变化。心率和呼吸一旦出现增快, 即提示镁中毒的可能, 就应提高警惕, 全面检查。膝腱反射消失是镁中毒的早期体征, 病情进一步发展就会出现呼吸衰竭, 更严重者呼吸、心跳停止。因此, 镁中毒的早期诊断是十分重要的。处理上, 中毒症状一旦出现立即停药, 静推葡萄糖酸钙, 密切观察病情变化。由于高血镁浓度下降较缓慢, 44h 接近半衰期^[2], 推葡萄糖酸钙后中毒症状暂时好转, 随着钙离子的不断消耗和结合镁中镁离子的释出, 中毒症状可能再次出现加重。因此, 仍应密切观察病情, 必要时隔 2~4h 重复静推葡萄糖酸钙 1 次, 此后每日每例静推葡萄糖酸钙 1g, 直至膝腱反射恢复为止。膝腱反射的恢复是镁中毒纠正的标志, 恢复前禁用硫酸镁, 以防再中毒, 血压高者可用其他方法降压。经过救治, 无母儿死亡。

2.3 镁中毒的预防 在没有血镁监测的条件下, 预防的关键在于全面考虑体重、肾功能、心率、呼吸、膝腱反射等情况, 据病情和个体差异分别用药, 严格控制用量和用药速度, 并于用药期间密切观察病情变化, 及时调整用量和速度。这样, 没有血镁浓度的监测同样也可以安全应用硫酸镁。

参考文献

[1]丛克家,刘书珍,刘桂荣,等.硫酸镁治疗妊高征的治疗药物监测[J].中华妇产科杂志,1987,22(1):30
[2]丛克家.硫酸镁治疗妊高征致镁中毒三例分析[J].中华妇产科杂志,1988,23(6):378

(收稿日期: 2005-09-05)

4.2 治疗结果 见表 1。

表 1 2 组治疗结果比较							例
	肝胆湿热型			脾胃虚弱型			合计
	轻	中	重	轻	中	重	
病例数	35	10	6	3	2	4	60
痊愈	20	2	2	2	1	1	28
有效	7	5	4	0	1	3	20
无效	8	3	0	1	0	0	12

5 讨论

妊娠期肝内胆汁淤积症是一种发病原因尚未明确, 可能与雌激素、遗传及环境等因素有关的妊娠期合并症, 多发生于妊娠晚期, 其危害主要在胎儿, 可引起早产、胎儿宫内窘迫

及不可预测的胎儿突死宫内, 属高危妊娠。患者终止妊娠后, 其病变很快消失。中医对此病无记载, 无系统治疗。笔者经过临床探索, 应用中医辨证施治的原则, 将此病分为肝胆湿热和脾胃虚弱 2 型诊治, 取得了较好的治疗效果, 总有效率达到 80.0%。并得到如下体会: (1) 本病以肝胆湿热型为主, 占 85.0%; (2) 脾胃虚弱型比肝胆湿热型预后好; (3) 伴有乙肝携带者治疗结果不理想。本研究并随访 10 例, 4 例在孕 36 周后剖腹产, 6 例有新生儿黄疸史。

(收稿日期: 2005-09-10)