

血浆置换治疗重型肝炎疗效观察

谢新生 张戡 王秀娟 应雅珍
(浙江省嘉兴市第一医院 嘉兴 314000)

关键词:血浆置换;重型肝炎;疗效观察

中图分类号:R 575.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0023-02

血浆置换是目前治疗重型肝炎非常有效的方法之一,结合内科综合治疗可明显提高重型肝炎治愈及好转率^[1],目前广泛应用于临床。我院从 2002 年 6 月~2006 年 9 月开展血浆置换治疗重型肝炎 101 例(169 次),取得一定疗效。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均选自我院 2002 年 6 月~2006 年 9 月住院患者,诊断按 2000 年第十次全国病毒性肝炎学术会议修订的诊断标准^[2]。分为治疗组和对照组,治疗组 101 例,男 72 例,女 29 例;年龄 23~73 岁,平均年龄(45.32± 8.15)岁;急性、亚急性重型肝炎 30 例,慢性重型肝炎 71 例;其中乙型肝炎 85 例,中毒性肝炎 6 例,戊型肝炎 5 例,未分型肝炎 5 例;入院时总胆红素 182~723 μmol/L,平均 319.2 μmol/L;PT 16~62s,平均 24.9s。对照组 97 例,男 72 例,女 25 例;年龄 25~75 岁,平均年龄(46.32± 8.35)岁;急性、亚急性重型肝炎 29 例,慢性重型肝炎 68 例;其中乙型肝炎 80 例,戊型肝炎 12 例,未分型肝炎 5 例;入院时总胆红素 178~623umol/L,平均 307.2 μmol/L;PT 15~56s,平均 23.5s。2 组病例病情无显著差异, $P>0.05$ 。

1.2 治疗方法 2 组病例入院后常规行生化、血常规、PT、胆碱脂酶、前白蛋白、心电图等检查,并按重型肝炎常规内科综合护肝(甘利欣、苦黄、思美泰、促肝细胞生长素、白蛋白、血浆等)对症、支持治疗。治疗组加用血浆置换(PE)治疗,均采用北京伟力公司 WLXGX-8888 型血液净化仪,中空纤维膜型血浆分离器(PS-05)、血液回路管均为该公司配套生产。每次血浆分离器、血液回路管等均为一次性应用。每次血浆置换量、血浆分离速度及手术中用药(地塞米松、肝素、葡萄糖酸钙、鱼精蛋白)大致相同,治疗过程顺利,未发生明显破膜及中断手术等事件。PE 治疗前后抽血后立即化验,同一护士抽血,同一台机器化验。以上 PE 治疗严格按照指南进行^[3]。

1.3 统计学处理 采用配对计量资料的 t 检验,数据以统计软件 SPSS 11.5 进行统计。

芪益气补血,强壮身体,增强身体抵抗力,可提高机体免疫能力和对多种致病因子的抗病能力;当归补血活血;贝母润肺镇咳;白及补肺止血,去腐生肌(药理实验证明对结核杆菌的生长有显著的抑制作用);百部润肺止咳、杀虫(药理实验证明对结核杆菌有完全抑制作用);百合敛阴润肺、止咳化痰。综观全方具有补益气血、润肺止咳、止血杀虫之功能。

本组资料显示,难治性肺结核在应用抗结核药物化疗方案的同时服用胎盘贝及抗痨散,能较快地改善患者的症状,加速肺部病灶的吸收,杀灭结核菌,与单纯应用抗结核化疗药物治疗比较,痰菌阴转率、X 线胸片病灶吸收好转率有显

2 治疗结果

2.1 临床症状体征 治疗组每次经过血浆置换后,临床症状均有不同程度的减轻,乏力、纳差、腹胀、尿黄明显改善,皮肤巩膜黄染减轻,精神好转,合并肝性脑病的神志转清。

2.2 血化验指标变化 治疗组经过血浆置换后,肝功能、前白蛋白、血氨、血 PT 均有明显好转,肾功能、电解质、血常规等变化不大。详见表 1。

表 1 治疗前后肝功能、前白蛋白、血氨、血 PT 的变化 ($\bar{X} \pm S$)			
观察项目	治疗前		治疗后
TBIL/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	319.21±	131.56	146.09± 68.99*
DBIL/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	158.19±	61.77	70.15± 32.16*
ALT/ $\text{U} \cdot \text{L}^{-1}$	204.08±	246.32	67.81± 70.31*
AST/ $\text{U} \cdot \text{L}^{-1}$	179.44±	191.71	68.51± 57.44*
ALP/ $\text{U} \cdot \text{L}^{-1}$	166.07±	215.30	83.49± 64.66*
GGT/ $\text{U} \cdot \text{L}^{-1}$	100.99±	259.49	34.93± 68.27*
ALB/ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	33.54±	3.91	36.65± 2.95*
GLB/ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	25.32±	7.14	17.82± 4.25*
PT/s	24.89±	12.10	17.62± 3.57*
前白蛋白/ $\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$	238.23±	206.26	384.20± 197.39*
血氨/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	86.06±	68.50	54.54± 37.94*
胆碱脂酶/ $\text{U} \cdot \text{L}^{-1}$	4933.72±	1810.42	6632.58± 1533.73*

注:治疗与术前比较,* $P<0.01$ 。

2.3 副反应 血浆置换治疗中出现皮疹 12 例,血压下降 8 例,其中 1 例出现休克血压,畏寒 10 例,均通过对症处理后恢复,顺利完成整个治疗。

2.4 预后 治疗组 101 例中,好转或治愈共 78 例,未愈自动出院 11 例,死亡 12 例,未愈+死亡率 22.77%。对照组 97 例中,好转或治愈共 52 例,未愈自动出院 29 例,死亡 16 例,未愈+死亡率 46.39%。2 组比较有明显差异, $P<0.01$ 。

3 讨论

重型肝炎、肝功能衰竭时,肝脏的合成、代谢、转运和排泄等重要功能出现严重障碍,使白蛋白等必需物质合成锐减,而毒性物质在体内积累剧增,导致肝细胞再生及功能修复所需内环境急剧恶化,残存的肝细胞继续大量坏死,形成恶性循环,在临床上病情进行性加重,造成病死率达 70%以上^[4]。尽管采取保肝、退黄、促肝细胞生长素、白蛋白、血浆等

著差异 ($P<0.01$)。其主要机理是在补气血药物的药理效应下,患者机体较快改善,增强了防病抗病的能力,杀灭及抑制结核菌的效应,减少了抗结核药物的副作用和耐药性,产生中西药协同杀灭结核菌的作用,阻止了结核菌的繁殖及生存,加速疾病痊愈和机体的康复。

参考文献

[1]叶任高.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000.84~104
[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. 419~426

(收稿日期: 2007-05-16)

中西医结合治疗气阴两虚证 2 型糖尿病疗效观察

王冬英

(浙江省淳安县第一人民医院 淳安 311700)

摘要:目的:观察中西医结合治疗气阴两虚证 2 型糖尿病的疗效。方法:对照组口服降糖药如达美康或 / 和二甲双胍,或原服降糖药维持不变;治疗组在对照组基础上加服自拟五参四子三根二冬汤(沙参、玄参、太子参、西洋参、丹参、枸杞子、五味子、楮实子、女贞子、葛根、栝楼根、芦根、天冬、麦冬)。2 组疗程均为 2 个月。结果:治疗组 80 例,显效 15 例,有效 53 例,无效 12 例,总有效率 85.00%;对照组 60 例,显效 9 例,有效 29 例,无效 22 例,总有效率 63.33%。2 组差异显著($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗气阴两虚证 2 型糖尿病疗效显著。

关键词:2 型糖尿病;气阴两虚证;中西医结合疗法;五参四子三根二冬汤;降糖药

中图分类号:R 587.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)06-0024-02

笔者近年来采用中西医结合治疗气阴两虚证 2 型糖尿病 80 例,并与对照组 60 例进行比较,疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 采用 1999 年 WHO 专家咨询报告的标准^[1]:糖尿病症状 + 任意时间血浆葡萄糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/L}$,或空腹血浆葡萄糖(FPG)水平 $\geq 7.0\text{mmol/L}$;或糖耐量试验(OGTT)中,2hPG 水平 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。并符合 2 型糖尿病(以胰岛素抵抗为主伴胰岛素分泌不足以及胰岛素分泌不足为主伴胰岛素抵抗)。

1.1.2 中医消渴病气阴两虚证诊断标准 采用《中药新药临床研究指导原则》的标准^[2]:主症:咽干口燥,倦怠乏力。次症:多食易饥,口渴喜饮,气短懒言,五心烦热,心悸失眠,溲赤便秘。舌脉:舌红少津,苔薄或花剥,脉细数无力或细而弦。

1.2 病例纳入及排除标准 凡符合上述西医 2 型糖尿病诊断标准和消渴病气阴两虚证诊断标准者可纳入本试验。排除标准:(1)虽然血糖高于正常,但试验导入阶段通过饮食控制、增加活动等,血糖检测下降到诊断值以下者;(2)妊娠或哺乳期妇女及可能对本试验药物过敏者;(3)不愿意合作(指不能配合饮食控制或不能按规定用药而影响疗效者)及精神病患者;(4)合并有其他严重原发性疾病者;(5)近 1 个月内有糖尿病酮症酸中毒等急性代谢紊乱以及合并感染者。

1.3 一般资料 共入选 140 例患者,按年龄及性别进行分层随机分组。80 例纳入治疗组,其中男 43 例,女 37 例;年龄 41~60 岁,平均 (49.5 ± 10.2) 岁;病程 3 个月~11 年,平均 (5.9 ± 2.7) 年。对照组 60 例,男 32 例,女 28 例;年龄 41~61 岁,平均 (49.1 ± 10.8) 岁,病程 2 个月~10 年,平均 (5.7 ± 3.3) 年。2 组上述资料差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

对症支持抢救治疗,好转 + 治愈率仍低。血浆置换术是以血液净化为基础的体外循环系统,通过血浆置换吸附、清除体内内源性和外源性毒素及胆红素,暂时阻断恶性循环,改善内环境,使肝细胞继续破坏减少;在弃用患者血浆的同时,输入大量新鲜血浆和白蛋白,补充了凝血因子、调脂素、白介素等,促进肝细胞的再生和修复。治疗结果证明,经血浆置换治疗后,患者的症状体征明显改善,肝功能好转,血氨下降,凝血功能改善,病程缩短,提高了临床好转和治愈率。另外,有资料表明慢性重型肝炎疗效不如急性、亚急性重型肝炎。为了提高疗效,应早期大量短间歇应用血浆置换,置换液在 3 500mL 以上,每周 2~3 次直到病情稳定^[3]。

2 方法

2.1 治疗方法 2 组均口服降糖药,未用过降糖药者可口服达美康或 / 和二甲双胍,已经口服降糖药者维持不变。治疗组加服五参四子三根二冬汤(自拟):沙参 15g、玄参 15g、太子参 10g、西洋参 3g、丹参 15g、枸杞子 15g、五味子 10g、楮实子 10g、女贞子 15g、葛根 15g、栝楼根 15g、芦根 20g、天冬 15g、麦冬 20g。用法:水煎 2 次,将药液混合,分 3 次服,日 1 剂。2 组疗程均为 2 个月。

2.2 观察指标 (1)空腹血糖(FPG)、餐后 2h 血糖(2hPG)。(2)中医症状积分:按照 2 型糖尿病患者经常出现的烦热口渴、多食易饥、倦怠乏力、自汗盗汗、腰痛肢麻、心悸失眠 6 个主要症状计算积分:0 分(无症状)、1 分(偶有发生)、2 分(较为常见)、3 分(频繁出现)。计算公式(尼莫地平法):[(治疗前积分 - 治疗后积分)÷ 治疗前积分]× 100%。

2.3 疗效标准 参照卫生部 1993 年颁布的标准^[4]。显效:治疗后空腹血糖 $<7.2\text{mmol/L}$,餐后 2h 血糖 $<8.3\text{mmol/L}$,中医症状积分减少 $\geq 70\%$;有效:治疗后空腹血糖 $<8.3\text{mmol/L}$,餐后 2h 血糖 $<10.0\text{mmol/L}$,中医症状积分减少 $\geq 30\%$;无效:治疗后空腹血糖、餐后 2h 血糖未达到上述标准,中医症状积分减少不足 30%。

2.4 统计学方法 计数资料用例数和百分数表示, χ^2 检验;计量资料用 $(\bar{X} \pm S)$ 表示, t 检验。

3 结果

3.1 2 组临床疗效比较 见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	80	15(18.75)	53(66.25)	12(15.00)	85.00
对照组	60	9(15.00)	29(48.33)	22(36.67)	63.33

注:2 组总有效率比较, $\chi^2=8.79, P<0.05$ 。

我们发现血浆置换治疗后患者血清球蛋白下降,考虑与血浆分离器有关。是否可以通过换用小膜孔的血浆分离器,减少球蛋白的下降;球蛋白下降非常明显的患者是否可以治疗前后输注球蛋白,需要进一步探讨。

参考文献

[1]李兰娟.人工肝脏[M].杭州:浙江大学出版社,2001.7
[2]中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝病杂志,2000,8(16):324
[3]中华医学会感染病学分会人工肝学组.人工肝支持系统治疗指征、标准及技术指南[J].中华传染病杂志,2002,20(4):254
[4]彭文伟.传染病学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,1996.27
(收稿日期:2007-07-10)