

中药煮散剂联合拉米夫定治疗慢性乙肝 40 例

廖维政¹ 冯美霏² 高生³

(1 江西省遂川县中医院 遂川 343900; 2 江西省遂川县巾石乡中心卫生院 遂川 343900;
3 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:观察以逍遥散为主方的中药煮散剂联合拉米夫定抗病毒治疗无症状慢性乙肝患者的临床疗效。方法:将 80 例无明显症状的慢性乙型肝炎患者(E 抗原阳性)随机分为治疗组、对照组各 40 例,对照组口服拉米夫定片 0.1 g,1 次/d,配合葡醛内酯片、维生素 C 片口服治疗,治疗组在对照组治疗基础上加用逍遥散加茵陈蒿、丹参、薏苡仁等以煮散剂形式口服治疗。观察疗程为 30 d,观察治疗前后两组肝功能变化情况。结果:治疗组肝功能 TBIL、ALT、AST 恢复情况及 ALT 复常率明显高于对照组。结论:以逍遥散为主方的中药煮散剂联合拉米夫定抗病毒治疗无症状慢性乙肝患者临床疗效显著,患者依从性好,费用少,适合长期服用。

关键词:慢性乙型病毒性肝炎;中药煮散剂;逍遥散;拉米夫定;抗病毒治疗

中图分类号:R 512.62 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.012

慢性乙型病毒性肝炎患者症状多不明显,隐匿性强,病人知悉患病后多伴有情绪异常,依从性差,迷信偏方草药,治疗极不正规。中医药治疗及西药抗病毒治疗均为目前有效治疗方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 3 月~2011 年 5 月我院门诊 80 例无明显症状的慢性乙型肝炎患者(E 抗原阳性)随机分为治疗组、对照组各 40 例,诊断均符合慢性乙型肝炎诊断标准^[1]。两组患者肝功能 ALT、AST 轻中度升高,HBsAg 阳性,HBeAg 阳性,或伴有 TBIL 轻度升高,HBV-DNA 阳性,但无显性黄疸,无乏力、食欲减退、口苦厌油、肝区不适、睡眠及大便异常等,自觉无不适。

1.2 治疗方法 两组患者均口服拉米夫定片(贺普丁)0.1 g/次,1 次/d;葡醛内酯片(0.1 g/粒)3 粒/次,3 次/d;维生素 C 片 0.1 g/次,3 次/d;两组均不使用甘草制剂、垂盆草、五味子等降酶药物。治疗组在此基础上加逍遥散加茵陈蒿、薏苡仁、丹参等为主方以煮散剂形式口服治疗(主方剂量:柴胡 4 g、白芍 6 g、当归 3 g、茵陈蒿 6 g、茯苓 5 g、炒白术 5 g、薏苡仁 10 g、丹参 5 g、炙甘草 2 g),若舌象脉象见湿热、黄疸偏重的加大茯苓、薏苡仁、茵陈蒿份量或加用虎杖、郁金等;湿热不明显的加大白术、柴胡份量;肝肾阴虚明显者加用麦冬;气滞加用陈皮、香附、砂仁等。我院中药房将中药干燥后研成粗粉混合,放置密闭容器中保存,嘱患者每天煎煮散剂,煮沸后保温 3~5 min 即可,每次制成 150 mL 左右中药液,口服,2 次/d。观察疗程 30 d。

煮散剂要注意以下几点:(1)加工散剂时不能太细,太细煎煮时易粘成团,影响药物有效成分的溶出;(2)散剂应充分混合后密闭保存;(3)加工散剂前最好在强阳光下晒干,这样不易霉变,如遇阴

雨天可用家用取暖器烘干后再加工;(4)煎煮时如没有布袋可用普通过滤网加纱布后过滤。

1.3 观察项目 治疗前后检查患者的肝功能(取患者空腹静脉血,由我院化验室生化仪检测),比较其中 ALT、AST、TBIL 项目;计算每组治疗后 ALT 恢复正常比率。

1.4 统计方法 使用 SPSS13.0 软件进行数据处理,计量资料用($\bar{X} \pm S$)表示,采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后肝功能比较 两组患者治疗后 ALT、AST、TBIL 均有下降,治疗组在治疗前后差异有显著意义($P < 0.05$),而对照组无显著意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗前后肝功能对比 ($\bar{X} \pm S$)				
组别	ALT(U/L)	TBIL(μ mol/L)	AST(U/L)	
治疗组	治疗前	129.36 $\pm$ 14.12	35.32 $\pm$ 6.23	98.35 $\pm$ 2.42
	治疗后	58.35 $\pm$ 8.43*	19.26 $\pm$ 5.76*	52.25 $\pm$ 2.83*
对照组	治疗前	113.29 $\pm$ 10.95	34.52 $\pm$ 6.85	102.12 $\pm$ 13.63
	治疗后	82.35 $\pm$ 9.72	29.26 $\pm$ 4.63	92.72 $\pm$ 12.38

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 肝功能 ALT 恢复正常率比较 治疗后治疗组 ALT 恢复正常共 27 例,占 67.5%,而对照组仅为 14 例,占 35.0%,两组比较有显著意义($P < 0.05$)。

3 讨论

逍遥散出自《太平惠民和剂局方》,其疏肝解郁、健脾和营,专治肝郁血虚,肝脾不和;逍遥散加茵陈蒿、薏苡仁、丹参等可增加健脾化湿、清热退黄之功。《金匱要略》首篇提出:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾。”肝病实脾为重中之重,脾实而肝病不易传变。目前慢性乙型病毒性肝炎中医辨证多认为湿热中阻、肝郁脾虚、肝肾阴亏、瘀血阻络、脾肾阳虚等,治疗上以清热利湿为主,兼以养肝、健脾等方法,而无明显症状的慢性乙肝只能根据舌象、脉象等来辨证,临床多见肝郁脾虚兼有湿热和肝胆湿热

依那普利片联合硝苯地平控释片治疗老年顽固性高血压 临床疗效观察

程智娟

(江西省鹰潭市中医院 鹰潭 335000)

摘要:目的:观察依那普利片联合硝苯地平控释片治疗老年顽固性高血压的临床疗效。方法:40 例老年顽固性高血压患者给予硝苯地平控释片 30~60 mg,1 次/d,依那普利片 5~10 mg,2 次/d,治疗 8 周后采取自身对照比较治疗前后血压指标,评估其临床疗效。结果:服药 4 周,总有效率 75.0%,服药 8 周,总有效率 92.5%。结论:依那普利片联合硝苯地平控释片治疗老年顽固性高血压疗效较好。

关键词:依那普利片;硝苯地平控释片;老年顽固性高血压

中图分类号:R 544.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.013

凡服全剂量的三种或三种以上不同作用机制(必须包括利尿剂)的降压药物,血压仍 $\geq 140/90$ mmHg;老年单纯收缩性高血压患者,如果经过足够剂量三种抗高血压药物治疗后,其收缩压仍未降到 160 mmHg 以下的可称为顽固性高血压。根据老年人高血压特点(收缩压高,脉压增大,血压波动大,容易发生体位性低血压,常与多种疾病并存,并发症多,常见血压昼夜节律异常),对老年顽固性高血压患者首选钙离子拮抗剂或/和利尿剂与其它药物联合治疗。笔者在本院选取 2010 年 1 月~2011 年 1 月老年顽固性高血压 40 例,采用依那普利片联合硝苯地平控释片进行治疗,治疗 4 周后有效率 75.0%,随访 8 周后有效率 92.5%,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 40 例患者,男性 22 例,女性 18 例;年龄 60~80 岁;病程 2~20 年;合并冠心病 10 例、2 型糖尿病 8 例、血脂异常症 5 例、扩张型心肌病 4 例、脑梗死 1 例。

1.2 试验标准 血压等级评定参照 2005 年中国高血压防治指南标准^[1]。纳入标准:(1)年龄 ≥ 60 岁且 ≤ 80 岁;(2)经至少三种不同作用机制(其中包括利尿剂)其它降压药物治疗,血压仍未达标的高血

压 II 级、III 级患者。排除标准:(1)年龄 >80 岁,或 <60 岁;(2)继发性高血压;(3)高钾血症;(4)双侧肾动脉狭窄;(5)严重肝功能障碍、肾功能障碍(血肌酐 >3 mg/dL);(6)对血管紧张素转换酶抑制剂、钙离子拮抗剂过敏患者。

1.3 观察指标 临床症状:头晕、头痛、咳嗽、耳鸣、胸闷、气促等;体征:皮疹、血压、下肢水肿等。治疗前后查肝功、肾功、血脂、血糖、电解质、心电图。治疗前 3 次非同日血压平均数为治疗前血压,治疗后 4 周、8 周测量 3 次非同日血压均值为治疗后 4 周、8 周的血压。无创动态血压均采用 Meditech Ltd.公司 serial NO.99/042156 型无创动态血压仪测量。

1.4 治疗方法 经筛选符合纳入标准者停用其它降压药 1 周后给予硝苯地平控释片 30 mg,1 次/d,依那普利片 5 mg,2 次/d,治疗 4 周,血压达标者维持原剂量;未达标者硝苯地平控释片 60 mg,1 次/d,依那普利 10 mg,2 次/d,伴血脂异常及糖尿病等给予相应调脂、降血糖治疗。

1.5 疗效判断标准 显效:比原血压收缩压下降 ≥ 30 mmHg,舒张压下降 ≥ 20 mmHg 或降至正常。有效:比原血压收缩压下降 <30 mmHg,舒张压下降未达 10 mmHg 但降至正常或下降 10~19 mmHg。无

效:比原血压收缩压下降 <10 mmHg。两型,但湿热多偏轻,肝肾阴虚等型占少数,如按常规清热利湿为主的方药治疗反容易出现脾胃损伤而出现大便稀、纳差、上腹痞满等症状^[2]。临床上治疗慢性乙肝中成药以清热利湿为主,疗效也各不同,不能根据每个病人辨证论治;而汤剂使用不便,患者依从性较差;中药煮散剂保留了汤剂辨证论治的特点,有效成分更易溶出,煎煮时间少,使用的中药量仅为常用量的三分之一,费用也可减少,患者的依从性大大增加,适合长期服用^[3-4]。我院采用逍遥散加茵陈蒿、薏苡仁、丹参等以煮散剂形式治疗,

根据患者舌脉象,辨清肝脾虚实及湿热、寒湿的偏盛适当调整,取得较好的临床疗效,值得推广。

参考文献

[1]中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会.病毒性肝炎的诊断标准[J].中西医结合肝病杂志,2001,11(1):59-63
[2]高生,芦冬兰,廖维政.中西医结合治疗肝硬化腹水 30 例[J].江西中医药,2004,35(8):41-42
[3]廖维政,曾义生.自拟中药煮散剂治疗肝硬化腹水的临床观察[J].中华全科医学,2012,10(3):432
[4]穆兰澄,曹京梅,牟继征,等.中药煮散与自动煎药机煎煮液的煎出率比较[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(18):47-48

(收稿日期:2012-05-08)