

- 2.5 婚后 1 年以上, 未避孕而不孕者, 应积极全面进行不孕原因检查, 针对病因积极治疗。如发现 LUFs、PCO、LPD 患者, 可用克罗米酚合并绒毛膜促性腺激素(HCG) 或口服中药制剂, 促其排卵, 增强黄体功能。高催乳素血症者及时查因治疗。
- 2.6 不要求生育的已婚妇女, 应选用安全期、安全套等安全、有效、无副作用的避孕方式。
- 2.7 对晚婚妇女, 尤其是有内分泌紊乱史者, 应劝其婚后不要避孕, 要早生育。
- 2.8 有生殖道畸形者, 及早矫正。
- 2.9 盆腔手术操作时, 动作要轻巧, 少用宫缩剂, 以

防止经血逆流。尽量避免做人工流产, 人流时正确使用负压, 吸管进出宫颈口时不要带负压, 免伤颈管组织。治疗宫颈糜烂时, 避免造成宫颈狭窄。

- 2.10 防止医源性 EMT 的发生, 行子宫、输卵管造影术、通气、通液术及输卵管结扎术, 宫颈裂伤修补术和宫颈糜烂治疗时, 要严格限定在经净 3~ 7 天内进行, 以免增厚的子宫内膜人为种植。分娩和剖腹产时, 一定要彻底清洗切口, 防止内膜种植。
- 2.11 绝经后接受激素替代疗法的妇女, 要在医生的指导下, 适当补充, 合理运用。

(收稿日期: 2001-03-13)

中西医结合治疗急性黄疸型肝炎 82 例临床观察

张 玲

(江苏省灌云县中医院 222200)

中图分类号: R512.6 文献标识码: B 文章编号: 1005-7145(2001)04-0019-02

近年来, 我们运用中西医结合的方法治疗急性黄疸型肝炎 82 例, 经与对照组比较, 临床疗效明显, 现总结如下:

1 临床资料

本组患者系我院门诊及住院病人, 以住院病人为主。随机分为治疗组和对照组。治疗组(中西医结合组) 82 例中, 男 52 例, 女 30 例; 年龄 13~ 79 岁, 平均 36.5 岁, 病程 3~ 22 天, 平均 12.5 天; 肝功能检查 ALT80u/L~ 100u/L10 例, 100u/L~ 200u/L25 例, > 200u/L47 例。TBiL30~ 171umol/L59 例, > 171u/L23 例。HBsAg 阳性者 37 例。对照组 80 例, 男 49 例, 女 31 例; 年龄 15~ 78 岁, 平均 35.8 岁; 病程 3~ 21 天, 平均 12.3 天; 肝功能检查 ACT75u/L~ 100u/L11 例, 100u/L~ 200u/L24 例, > 200u/L45 例。TBiL28~ 171umol/L58 例, > 171umol/L22 例。HBsAg 阳性者 34 例。

全部病例临床表现及生化指标均符合 1995 年北京全国传染病与寄生虫病会议制订的病毒性肝炎诊断标准。

2 治疗方法

2.1 对照组: 每日给予强力宁 80ml 或日利的 30ml 静滴, 给予门冬氨酸钾镁 20~ 30ml 加入能量合剂中静滴, 血清总胆红素(TBiL) < 171.0umol/L 给予茵栀

黄 30ml, TBiL > 171.0umol/L 给予苦黄 30ml 静滴, 肌注肝炎灵 2mlBid。口服一般保肝药物如益肝灵 2 片, 护肝片 4 片, 五酯胶囊 2 粒, 均日 3 次, 并根据病情给予适当的对症治疗。对于病情相当危重者予以输新鲜血浆、白蛋白加强支持。

2.2 治疗组: 在对照组治疗方法的基础上, 每日口服本院协定处方。急性黄疸型肝炎一般多属湿热内阻, 辨证属热重于湿者给予肝炎 1 号方, 基本组成: 板蓝根 30g, 茵陈 30g, 白花蛇舌草 15g, 生大黄 10g (后下), 赤芍 20g, 山栀 10g, 败酱草 20g, 广郁金 10g, 六月雪 15g, 茯苓 10g, 夏枯草 15g, 焦三仙各 15g。随症加减: 腹胀加木香、陈皮; 胁痛剧者加元胡索、虎杖; 黄疸甚者加日基黄、苦参; 氨酶高者加五味子、垂盆草; 发热加连翘、贯众; 齿鼻出血加茜草、紫草; 黄疸持续不退加泽兰、龙胆草等。辨证属湿重于热者用肝炎 2 号方, 基本组成: 茵陈 20g, 苍白术 15g, 醋柴胡 10g, 厚朴 10g, 姜半夏 10g, 生薏仁 20g, 藿香 10g, 佩兰 10g, 干姜 5g, 猪茯苓各 15g, 夏枯草 15g, 垂盆草 30g。随症加减: 纳呆加鸡内金、焦楂曲; 胸腹胀加枳壳、苏梗; 便干加生草; 黄疸甚者加田基黄、赤芍; 瘀血明显加地鳖虫、水蛭。如见急黄, 湿热毒邪内陷, 中药给予“急黄汤”以清营解毒, 利湿退黄。基本方组成:

(下转第 37 页)

5 枚。水煎服,再用其渣滓,水煎外用蒸洗患处。4 剂后,双手指疼痛明显减轻,斑块缩小,继续按上方内服外用 10 剂后痊愈。

冻疮是由于寒邪侵袭肌肤,阳气不能布达,阳郁血凝,伤及局部血脉而引起的局部皮肤损伤,治宜以温经散寒、养血通脉为主。方中桂枝、细辛、木通、赤芍,温经散寒通脉,当归白芍养血和营通脉,甘草、大枣益气养血。共成温补通脉之功,内服外洗相配合,取得满意的效果。

4 肩周炎

李某某,男性,59 岁,1997 年 11 月 6 日初诊,患者左肩关节疼痛 2 个月,夜间加重,影响睡眠,活动受限,

局部畏寒喜暖。舌质淡红,苔薄白,脉沉细,诊为“肩周炎”。予当归 15 g,赤芍 15 g,细辛 3 g,桂枝 10 g,甘草 6 g,大枣 5 枚,羌活 10 g,干姜 10 g。服药 7 剂后,疼痛减轻,夜间可安然入睡,又按上方服药 20 剂,左肩部疼痛消除,活动基本正常。

患者由于年老气血不足,风寒湿邪乘虚而入,导致经脉失和。经气不利,治宜温经散寒,养血通脉。方中当归、赤芍养血通脉,桂枝、细辛温经散寒,更配羌活、干姜散风寒湿邪并通经活络而止痛,大枣、甘草、甘温入脾经,脾主四肢,使四肢气血充盈。

(收稿日期:2001-05-16)

(上接第 19 页)茵陈 40 g,生大黄 10 g(后下),黄芩 15 g,山栀 10 g,金钱草 30 g,珍珠母 30 g,牡丹皮 10 g,水牛角 60 g,生地 20 g,赤芍 40 g,广郁金 10 g,生草 10 g。如神昏谵配石菖蒲或安宫牛黄丸,如衄血、便血重者加地榆炭、柏叶炭,腹水加大腹皮、泽泻、马鞭草等。

3 疗效观察

3.1 疗效判断 显效:症状体征消失,血清 ACT,TCiL 正常;有效:症状体征明显改善,血清 ACT、TBiL 较治疗前下降 50% 以上;无效:治疗半月以上症状体征无改善,血清 ACT、TBiL 未见下降或持续上升。

3.2 结果 本组 82 例经中西医结合治疗后,除 1 例急性重症肝炎抢救 3 天无效自动出院外,其余大都获近期临床治愈,具体为:治疗组 82 例中,显效 68 例,占 82.9%,有效 13 例,占 15.8%,无效 1 例,占 1.22%;对照组 80 例中,显效 61 例,占 76.3%,有效 16 例,占 20.0%,无效 3 例,占 3.75%。

3.3 两组症状、体征改善情况,见表 1。

表 1 两组病人治疗后症状体征改善情况 ($\bar{x} \pm s$)

	治疗组		对照组		P
	例数	消退时间(天)	例数	消退时间(天)	
消化道症状	79/82	13.2±5.6	76/80	19.4±8.7	P < 0.05
黄疸	82/82	22.7±11.6	80/80	32.8±15.7	P < 0.05
肝大	33/82	45.4±19.1	30/80	56.1±19.7	P < 0.05

3.4 两组肝功能指标恢复情况,见表 2。

表 2 两组病人 ACT、TBiL 恢复情况($\bar{x} \pm s$)

治疗组	治疗前	ACT(iu/L)	TBIL(umol/L)
治疗组	治疗前	286.5±133.4	160.4±100.7
	治疗 30 天	39.2±20.3	16.5±11.8
对照组	治疗前	278.5±108.9	150.8±82.5
	治疗 30 天	62.6±27.9	29.6±14.9
P 值		P < 0.01	P < 0.01

4 讨论

本组资料显示中西医结合治疗组在治疗急性黄疸型肝炎方面效果明显。急性黄疸型肝炎属祖国医学“黄疸”范畴。《素问·六元正纪大论》云:“湿热相交,民当病瘴”,说明黄疸的发生与湿热直接相关,急性黄疸型肝炎患者因外染湿热毒邪,加上正虚不固,湿热疫毒熏蒸,脾胃运化功能失和,瘀热内阻肝胆,致肝胆失于疏泄,胆汁不循常道而外溢,故患者出现目黄、尿黄或肤黄等症。肝炎协定处方中主要有板兰根、六月雪、大黄、山栀、茵陈、败酱草等清热解毒、利湿退黄之品,既具有消炎,降低血清转氨酶和较强的抗肝炎病毒作用,又不加重脾胃运化负担,特别是其二便排毒的功效更是西药所没有的。夏枯草有实验性抑制 HBsAg 作用;垂盆草,五味子能稳定肝细胞膜,降低 ACT;广郁金、白花蛇舌草、苦参有抗肝纤维化的作用;苍白术、茯苓、姜半夏、薏苡仁等能健脾利湿,通阳泄浊。湿热疫毒易入血分,故酌配赤芍、虎杖、丹参等清热凉血化瘀解毒之品,尤其在黄疸明显之时更应重视该法。

部分患者在病程中,因湿热疫毒的内陷心肝营血,邪正相争,多脏同病,而出现急黄重症,相当于急性或亚急性重症肝炎,临床表现为黄疸急剧加深、高热、出血、或出现腹水、昏迷,其病机关键为血分瘀热,火毒炽盛。故投以“急黄汤”以清热泻火、凉血解毒。

经临床观察,本院协定处方治疗急性黄疸型肝炎,在保肝、降酶、利胆、退黄、调节免疫功能、抑制肝纤维化以及抗病毒等方面均有显著作用。与西药结合治疗,有效地缩短病程,缓解症状,促进了黄疸的消退和肝功能的恢复。

(收稿日期:2001 年- 08- 22)