

加减十灰散对亚急性重型肝炎内毒素血症的影响

★ 欧阳钦 曹家麟 (浙江省温州市中医院肝病科 温州 325000)

摘要:目的:探讨中药复方加减十灰散对亚急性重型肝炎内毒素血症的影响。方法:对照组 30 例亚急性重型肝炎患者,在甘利欣、还原型谷胱甘肽、思美泰、优思弗等护肝降酶退黄,补充血浆、白蛋白等支持治疗基础上配合血浆置换,而未予任何中药治疗。治疗组 30 例亚急性重型肝炎患者,在对照组治疗方法基础上,予加减十灰散保留灌肠每日一次。检测血浆置换前后两组血清内毒素(ET),肿瘤坏死因子(TNF- α)及总胆红素(BIL-T)、凝血酶原时间活动度(PTA)等指标的变化及 1 周后巩固情况。结果:血浆置换后两组血清内毒素(ET)水平均明显下降,但 1 周后复查,对照组血清内毒素水平较治疗组升高更明显,两组比较显著性差异($P < 0.05$)。结论:中药复方加减十灰散保留灌肠能有效清除或抑制肠源性内毒素,如配合血浆置换清除循环内毒素能更加有效地帮助重型肝炎患者肝功能恢复。

关键词:亚急性重型肝炎;内毒素血症;血浆置换;加减十灰散;ET;TNF- α ;BIL-T;PTA

中图分类号:R 575.3 **文献标识码:**A

重型肝炎患者,病情危重,死亡率高,目前研究发现内毒素及内毒素启动导致单核吞噬细胞释放的大量细胞因子,如肿瘤坏死因子(TNF- α)、白细胞介素 1(IL-1)等是肝细胞凋亡、坏死的主要原因之一^[1]。因此,如何减少来源于肠道的内毒素及清除血循环中的内毒素是重型肝炎患者能否康复的关键。从 2001 年以来,我们发挥中医药优势,以加减十灰散保留灌肠及血浆置换治疗亚急性重型肝炎,发现在减轻内毒素血症方面,疗效显著,现报告如下:

1 临床资料

病例来自 2001 年 1 月~2005 年 12 月以来我科收治的亚急性重型肝炎患者,诊断标准参考 2000 年 9 月西安会议病毒性肝炎防治方案。60 例亚急性重型肝炎患者,随机分为治疗组 30 例,对照组 30 例,两组在年龄、性别、病程、病情轻重程度、病原学等方面无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法 对照组和治疗组均予甘利欣、还原型谷胱甘肽、思美泰、优思弗等护肝降酶退黄,补充血浆,白蛋白等支持及血浆置换治疗。对照组未再予任何中药治疗,治疗组予以加减十灰散(血余炭 30g,棕榈炭 30g,藕节炭 30g,丹参 15g,三七 6g,大黄 15g,茵陈 50g,板蓝根 10g,蒲公英 30g,栀子 10g,红花 3g,赤芍 30g)保留灌肠,1 剂/日。

2.2 实验室检测 血浆置换前、血浆置换后及 1 周后(下次血浆置换前)常规检测血清总胆红素(BIL-T)、凝血酶原时间活动度(PTA)、电解质等,同时抽血 5 mL,以 3 000 r/min 离心 5 分钟,留血浆, -70℃ 保存,ELISA 测定 TNF- α ,LAL 基质显色定量法检测内毒素。

2.3 统计学方法 数据结果以 $\bar{x} \pm s$ 表示,应用 SPSS10.0 软件进行统计学处理,两样本均数的比较采用 t 检验。

3 结果

见表 1。

表 1 两组治疗前及血浆置换后 ET、TNF- α 、BIL-T、PTA 变化情况

组别		n	ET/Eu·mL ⁻¹	TNF-α/p g·L ⁻¹	BIL-T/min·L ⁻¹	PTA(%)
对照组	治疗前	30	0.40±0.09	89.73±30.25	396.25±124.40	28.37±8.14
	血浆置换后	30	0.29±0.08*	54.73±25.34*	258.37±98.25*	27.43±8.79
	血浆置换后1周	30	0.37±0.09	79.27±31.38	354.43±135.61	28.62±8.94
	置换后1周升高数	30	0.10±0.02	28.37±20.39	113.42±62.68	
治疗组	治疗前	30	0.40±0.08	88.96±30.35	399.79±130.21	27.64±9.31
	血浆置换后	30	0.28±0.09*	55.21±24.37*	249.36±97.27*	27.78±8.47
	血浆置换后1周	30	0.31±0.08	66.43±24.79	297.35±97.34	29.31±8.98
	置换后1周升高数	30	0.04±0.07 [△]	14.45±18.54 [△]	76.55±65.42 [△]	

注:与本组血浆置换前比较,* $P < 0.05$;与同期对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

从表 1 可知,两组经血浆置换后,ET、TNF- α 、BIL-T 均较治疗前下降,血浆置换 1 周后,ET、TNF- α 、BIL-T 均重新上升,但治疗组上升幅度明显低于对照组,两组比较有显著性的差异($P < 0.05$)。PTA 的改善治疗组较对照组为优,但因时间较短,无统计学意义。

4 讨论

有研究发现^[2],重型肝炎患者肠道菌群发生变化,其中双歧杆菌、肠杆菌、乳酸杆菌均较正常健康组明显下降,而有害菌大量繁殖、裂解后释放出大量内毒素,导致肠源性内毒素水平明显升高。在重型肝炎患者,肠道内的内毒素(LPS)突破肠粘膜—Kupffer(枯否)细胞—血浆这三道防线^[3],导致循环内毒素水平升高。

对循环内毒素的清除,目前常用的有血浆置换、血液灌流等人工肝治疗手段。对肠道内毒素的清除,目前有以下措施:消除便秘,如口服乳果糖等;酸化肠道,如米醋灌肠等;口服抗生素,如丁胺卡那霉素、甲硝唑等;微生态制剂,如双歧因子、双歧杆菌、乳酸菌等;而中医药在防治肠源性内毒素方面有更广阔的前景,研究表明黄芪、人参、丹参、川芎等可促

使内毒素灭活,穿心莲、板蓝根等对内毒素有破坏作用,大黄、黄连、黄芩、槐子等可抑制大肠杆菌生长,减少内毒素的产生,大黄、芒硝等通腑药可阻止内毒素在肠道内滞留,减少内毒素的吸收,一些清热解毒中药可保护线粒体结构及活力,防止内毒素所致的过氧化损伤,一些活血化瘀类中药可以纠正内毒素血症引起的肝脏微循环障碍^[4]。

加减小灰散取血余炭、棕榈炭、藕节炭等炭性中药的吸收作用,配合丹参、三七、大黄、茵陈、板蓝根、蒲公英、栀子、红花、赤芍等清热解毒、凉血活血、祛瘀通腑之品保留灌肠,治疗肠源性内毒素,再配合血浆置换等清除循环内毒素,临床治疗重型肝炎,能取得满意的疗效。

参考文献

- [1] 李兰娟. 人工肝脏[M]. 杭州:浙江大学出版社, 2001: 14
- [2] 邵祥稳, 李克勤. 慢性重型肝炎患者肠道菌群、血浆内毒素相关性研究与微生态制剂的调节[J]. 中国现代医学杂志, 2002(12): 3
- [3] 黄自平. 肠源性内毒素血症在肝硬化失代偿中的作用及其处理[J]. 胃肠病学和肝脏病学杂志, 1997, 6(7): 607~609
- [4] 郑晓宾, 韩德五. 丹参防治实验性急性肝损伤机制的研究[J]. 中国免疫学杂志, 1997, 13(3): 157

(收稿日期: 2005-07-07)

中药配合甲硝唑液宫腔内冲洗治疗子宫积脓 1 例

★ 王慧民 梁瑞宁 (江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 中医药疗法; 甲硝唑; 子宫积脓

中图分类号: R 711.32 文献标识码: B

患者,女,78岁,因“阴道排液3月余”入院。患者33年前绝经。2004年10月曾不明原因发热($T 38^{\circ}\text{C}$ 左右)1周,当时无小腹疼痛、无阴道排液等情况,未予诊治。2004年11月起阴道无明显诱因排出液体,开始液体呈白色,后渐渐变成淡黄色,无腹痛,无发热,近月来液体量明显增多且呈脓性,但无发热,无腹痛、腹胀及阴道流血。在外院检查诊断为“宫腔积液”、“宫颈粘连?”患者发病以来饮食二便正常,无明显消瘦。经型18岁4~5天/30天,45岁绝经,孕₃产₃。

查体: $T 36^{\circ}\text{C}$, $P 62$ 次/分, $R 20$ 次/分, $BP 150/65$ mmHg。心肺正常,腹平软、无压痛及反跳痛、未触及包块。妇检: 外阴(-),阴道通畅、壁软,大量脓性分泌物,宫颈光滑,宫体前位、明显增大、质软,活动度差,无压痛,双侧附件未见异常。实验室检查: 血 $RBC 2.68 \times 10^{12}/L$, $HB 94$ g/L, $WBC 4.9$

$\times 10^9/L$ ($N 0.75$, $L 0.25$)。彩超: 子宫大小 $9.8\text{ cm} \times 8.0\text{ cm} \times 7.4\text{ cm}$, 宫内见 $9.0\text{ cm} \times 6.3\text{ cm}$ 液暗区。入院诊断: 宫腔积脓。

处理: 入院后予益气升阳、除湿解毒中药(升麻6g、苍术10g、黄柏6g、柴胡10g、黄芪10g、藁本10g、当归10g、陈皮6g、白花蛇舌草20g、甘草6g)口服。且于次日行探宫腔、扩宫颈引流宫腔积脓术,探宫腔11cm,放置细导尿管于宫腔内,用灭滴灵冲洗,引出多量脓性分泌物,留置导尿管引流;第三日引流管未见脓液排出,行诊刮,探宫腔9cm,刮出少许宫内膜组织,表面无明显凹凸不平。病检报告: 绝经期宫内膜,慢性炎症。彩超复查: 子宫大小 $5.0\text{ cm} \times 4.6\text{ cm} \times 3.4\text{ cm}$, 明显缩小,出院,门诊定期复查。

(收稿日期: 2005-03-25)