

● 病例报告 ●

中西医结合治疗亚急性肝衰竭1例报告

王国森¹, 张宇雪¹, 赵云洁¹, 李 勇²

(1. 山东中医药大学, 山东 济南, 250014;

2. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南, 250011)

[关键词] 亚急性肝衰竭; 中西医结合疗法; 病例报告

[中图分类号] R259.753 [文献标识码] A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.062

肝脏是身体内以代谢为主要功能的一个器官, 并起着去氧化、储存肝糖、分泌性蛋白质的合成、解毒等作用。当肝脏受到诸如病毒、乙醇、药物等因素引起严重损害时, 会造成肝细胞大量坏死, 肝脏的诸多功能发生严重障碍或失代偿, 引起肝脏功能衰竭, 导致以凝血障碍、黄疸、肝性脑病、腹水等为主要表现的临床肝脏疾病中非常严重的肝衰竭症状。《肝衰竭诊治指南》(2012年版)将其分为急性肝衰竭、亚急性肝衰竭、慢加急性肝衰竭和慢性肝衰竭4种类型。笔者跟随李勇主任医师于2017年5月采用中西医药物联合DPMAS人工肝技术救治1例亚急性肝衰竭患者, 现报告如下。

1 病案资料

荆某, 女, 37岁, 司机, 因双下肢水肿20d, 加重2周入住山东中医药大学附属医院。患者因工作环境接触有毒气体近半年, 20d前出现双下肢水肿, 休息后可缓解, 无发热、腹泻、皮疹、关节疼痛, 未予重视及治疗。2周前出现巩膜及皮肤黄染, 小便色黄, 双下肢水肿加重, 休息后不能缓解, 遂入住肾内科, 使用水飞蓟宾、异甘草酸镁、还原型谷胱甘肽等保肝、利尿药物治疗, 效一般, 后转入肝病科。入院症见: 双下肢凹陷性水肿, 晨起眼睑水肿, 球结膜及周身黄染, 乏力, 小便色黄, 大便日行1次, 质可, 舌淡、苔黄, 脉沉弦。查体: 全身皮肤黄染, 头颅五官无畸形, 眼睑水肿, 巩膜黄染, 双侧瞳孔等大等圆, 双侧呼吸音清, 未闻及干湿啰音, 四肢无畸形。辅助检查: 丙氨酸氨基转移酶(ALT)910U/L, 天门冬氨酸氨基转移酶(AST)1752U/L, 碱性磷酸酶(ALP)198U/L, 总胆红素(TBil)263 μ mol/L, 直接胆红素(DBil)141.5 μ mol/L, 血脂血糖监测无异常; 凝血四项: PTA 36%, INR 2.17INR, APTT 54.5sec。西医诊断: 亚急性肝衰竭。中医诊断: (1) 黄疸(气虚津亏、湿毒内蕴证); (2) 鼓胀; (3) 水肿。患者入院后完善相关辅助检查, 治疗上给予还原型谷胱甘肽、门冬氨酸鸟氨

酸修复肝脏细胞功能; 前列地尔改善肝肾微循环; 复方氨基酸补充蛋白合成底物; 螺内酯利尿消肿; 人血白蛋白促进肝脏细胞修复及再生; 丁二磺酸腺苷蛋氨酸改善胆汁淤积; 血浆输注纠正凝血功能障碍。中药治以益气养阴、利湿解毒, 方选沙参麦冬汤加减。处方: 沙参、麦冬、黄芪、鸡内金、郁金、茵陈、败酱草、羚羊角粉、炒山药、赤芍、白蔻仁、青蒿、甘草等。住院期间予以4次人工肝系统支持治疗, 采取血浆置换+DPMAS模式, 中药方根据患者每天症状予以沙参麦冬汤加减, 持续治疗四十余天后, 患者未述明显不适, 无身目黄染、水肿, 纳眠可, 二便调, 辅助检查: ALT 40U/L, AST 35U/L, ALP 65U/L, TBil 33.5 μ mol/L, DBil 9.5 μ mol/L, 血脂血糖监测无异常; 凝血四项: PTA 48%, INR 2.01INR, APTT 50.7sec。遂出院, 嘱门诊定期复诊, 继续服用中药。

2 讨论

肝脏是许多化学毒物作用的靶器官, 这些毒物包括职业性、家庭性和外界环境性接触的毒物, 统称为环境毒物, 同时肝脏也是对这些毒物的代谢、解毒和排毒的重要器官。肝衰竭属于危急重症疾病, 多继发于各种肝脏疾病的终末期。在我国, 病毒性肝炎是引起肝衰竭的首要原因, 其次是药物及化学毒物等引起的肝损伤, 可为急性、亚急性与慢性。亚急性肝衰竭可呈现肝组织新旧不等的亚大块坏死或者桥接坏死^[1]。目前常规内科治疗尚缺乏特效药物和手段, 原则上强调早期诊断、治疗, 诸如积极治疗原发病、营养支持、促肝细胞再生、激素治疗、并发症的治疗等, 有条件者早期进行人工肝及肝脏移植等治疗。人工肝是通过一个体外的装置负担起暂时辅助或替代严重病变的肝脏功能, 从而使肝细胞得以再生直至自体肝脏恢复或等待机会进行肝移植。但由于肝脏移植费用高昂、器官缺乏、

中西医结合治疗 RS3PE 综合征 1 例报告

阎美怡¹, 付新利²

(1. 山东中医药大学, 山东 济南, 250014; 2. 山东省中医院, 山东 济南, 250011)

[关键词] RS3PE 综合征; 中西医结合疗法; 病例报告

[中图分类号] R274.967 [文献标识码] A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.063

RS3PE 综合征(Rimting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema, RS3PE)即缓和性血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿综合征,是一种特殊类型的关节炎。1985年由 McCarty 等^[1]首次报道,发病率约为 0.25%,常急性起病,进展迅猛,

其病因尚未明确,可能与环境、遗传、感染、神经传导物质紊乱等有关,以屈伸腱鞘滑膜的炎症为特点^[2]。笔者(第一作者)跟师付新利教授,近期于门诊收治 1 例 RS3PE 综合征患者,运用中西医结合方法治疗,疗效满意,现报告如下。

免疫抑制剂终身使用等影响因素而受到诸多限制^[2]。人工肝系统支持治疗的疗效和安全性已获得共识,成为救治肝衰竭的有效方法之一。人工肝系统支持治疗包含多种类型,其中,我国国内主要有非生物型人工肝、生物型人工肝、混合型人工肝 3 种。非生物型人工肝是目前国内应用最广泛的类型,包括血浆置换、血液滤过、血液透析、连续性血液净化、分子吸附再循环系统(MARS)等多种模式,目前多采用不同模式间联合应用,明显提高了患者生存率^[3]。

临床上一般将中医药作为辅助治疗亚急性肝衰竭的手段。中医学中无肝衰竭类似病名,根据其身目黄染及伴随症状,多将其归于“黄疸”的范畴。《金匱要略》中有谷疸、酒疸、黄疸、女劳疸和黑疸之分,称为五疸,并提出“诸病黄家,但利其小便”的治疗原则,其记载首创的茵陈蒿汤、茵陈五苓散、栀子大黄汤等治疗黄疸名方一直沿用至今。隋代巢元方在《诸病源候论》中提出:“因为热毒所加,故卒然发黄者,心满气喘,命在顷刻,故云急黄也。”清代叶天士于《临证指南医案》中指出:“阳黄之作,湿从热化,瘀热在里,胆热液泄,与胃之浊气并存,上不得越,下不得泄,熏热抑郁……身目俱黄,湿色为变,黄如橘子色。”^[4]历代医家认为黄疸可分为湿热、寒湿、疫毒等证型,湿邪既可以从外感受,亦可自内而生。由于湿邪壅阻中焦,脾胃失健,肝气郁滞,疏泄不利,致胆汁疏泄失常,胆液不循常道,外溢肌肤,

下注膀胱,而发为目黄、肤黄、小便黄之病症;与热邪相结合则身目黄染鲜亮如橘,周身瘙痒;与寒邪相合,则黄色晦暗。中医药虽在治疗亚急性肝衰竭方面已进行多次尝试,其中凉血、活血、解毒、除湿是其常用的治疗法则,但对于如何在治疗法则上遣方用药仍比较困难,不可否认的是中医药对于改善症状及预后效果起到较大的作用。导师以健脾利湿解毒为治疗大法,方中沙参、麦冬益气滋阴健脾,黄芪益气健脾,鸡内金消食化积,郁金解郁活血,青蒿、茵陈清热利湿,败酱草、羚羊角粉清热解毒,炒山药健脾消食,赤芍清热散瘀,白薏化湿温中,甘草调和诸药,临证时再随症加减,常获佳效。

在临床上中西医结合治疗亚急性肝衰竭主要应用健脾、疏肝、活血、解毒等中医方法,配以保肝、纠正低蛋白血症、电解质紊乱及高胆红素血症、人工肝系统支持治疗、肝移植等方法缓解症状,多种方法并用,能较快地缓解患者的痛苦,获得较好的疗效。

参考文献

- [1] 孙艳玲,赵景民,周光德. 重型肝炎发病时相及临床病理特征的研究[J]. 中华实验与临床病毒学杂志,2003,17(3):270-273.
- [2] 张伟,魏小雪,李勇. 中西医结合 DPMAS 治疗肝衰竭合并肝性脑病 1 例[J]. 山西中医,2017,33(2):52-53.
- [3] 李兰娟. 人工肝脏(2版)[M]. 杭州:浙江大学出版社,2012:9.
- [4] 张强,孙凤霞. 急性、亚急性肝衰竭中医诊治概况[J]. 北京中医药大学学报:中医临床版,2011,18(6):43-44.

(收稿日期:2017-11-02)