

甘利欣、酚妥拉明、三七总甙联合治疗活动性肝硬化 27 例

王长胜

(泰州市高港人民医院, 泰州, 225300)

关键词 肝硬化; 甘利欣; 酚妥拉明; 三七总甙

中图分类号: R575. 2; R975⁺. 5 文献标识码: A 文章编号: 1007-6514(2000)05-0393-02

自 1997 年以来我们应用甘利欣、酚妥拉明、三七总甙联合治疗活动性肝硬化, 疗效较满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 50 例均符合 1995 年 5 月北京第五次全国传染病寄生虫病学术会议制定的病毒性肝炎诊断标准。凡慢性肝炎患者具有肯定的门脉高压症, (如腹壁、食道静脉曲张, 腹水), 影像学诊断肝脏缩小, 脾脏增大, 门静脉、脾静脉增宽, 且除外其他能引起门脉高压的原因者, 均可诊断肝硬化。活动性肝硬化即符合肝硬化标准, 且慢性肝炎表现依然存在, 如黄疸、转氨酶升高, 脾脏进行性增大等。50 例均处于肝硬化失代偿期。其中乙肝后肝硬化 49 例, 丙肝后肝硬化 1 例, 其乙肝血清标志物三对半呈“大三阳”26 例, “小三阳”17 例, 单项 HBsAg 或 HBeAb 阳性 6 例, 丙肝患者其丙肝抗体阳性。治疗组 27 例, 男 19 例, 女 8 例, 年龄 22~65 岁, 平均 41.3 岁。病程 2.5~22 年, 平均 7.2 年。其血清总胆红素 (TbIL) 144.17 ± 85.22 μ mol/L, ALT 为 268.01 ± 113.45 U/L。r-GT 为 197.21 ± 105.32 U/L, 血清白蛋白 (ALB)

为 30.31 ± 5.19g/L。有 2 例入院时合并有自发性腹膜炎, 2 例轻度肾功能不全。对照组 23 例, 男 14 例, 女 9 例, 年龄 25~61 岁, 平均 39.7 岁, 病程 3~19 年, 平均 6.7 年。TbIL 为 141.03 ± 79.35 μ mol/L, ALT 为 271.14 ± 108.57 U/L, r-GT 为 206.30 ± 125.92 U/L, ALB 30.30 ± 5.50g/L。合并有自发性腹膜炎 2 例, 有糖尿病 1 例, 两组病例均有中等量以上腹水。

治疗组应用甘利欣 30ml 加入 5% 葡萄糖液 250ml 中静脉滴注, 酚妥拉明 10mg 入 5% 葡萄糖液 250ml 静滴, 每日 1 次, 同时口服三七总甙 50mg 每日 3 次。对照组单用甘利欣 30ml 加入 5% 葡萄糖液 250ml 中静滴, 10% 氯化钾 10ml 及 VitC2.0 加入 5% 葡萄糖液 250ml 静滴口服益肝灵 77mg, 3 次/d。两组均给予小剂量利尿剂及其它对症支持治疗, 疗程 8 周。

疗效判定标准。显效: 黄疸完全消退或 TbIL 较治疗前下降 80% 以上, ALT 恢复正常, 腹水完全消失; 有效: TbIL 较治疗前下降 20%~80%; ALT 未达正常但 < 正常值 3 倍, 腹水部分减少; 无效: TbIL 下降 < 20%, ALT > 正常 3 倍, 腹水减少不明显。结果见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 TbIL、ALT 及 ALB 变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	TbIL(μ mol/L)		ALT(U/L)		ALB(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后-治疗前
治疗组	27	144.17 ± 85.22	43.67 ± 41.25**	268.01 ± 113.45	73.52 ± 46.63*	30.31 ± 6.19	4.52 ± 4.40*
对照组	23	141.03 ± 79.35	78.32 ± 67.46	271.14 ± 108.57	116.43 ± 83.61	30.30 ± 5.50	2.75 ± 1.63

与对照组和治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

治疗组 TbIL、ALT、腹水恢复正常时间分别为: 46.73 ± 16.35d, 30.20 ± 15.54d 和 47.29 ±

16.76d。对照组分别为 59.94 ± 17.38d, 44.16 ± 18.61d 和 59.87 ± 18.24d。治疗组时间明显短于对照组 ($P < 0.05$)。

治疗 8 周后治疗组显效 21 例 (76.3%), 总有效率 84.6%。对照组显效 11 例 (47.8%), 总有效

收稿日期: 1999-06-27

作者简介: 王长胜 (1964-), 男, 江苏泰州市人, 主治医师, 学士学位, 发表论文 2 篇。

率 67.3%。两组比较有非常显著差异 ($P < 0.01$)。

2 讨论

肝硬化是长期慢性肝炎导致肝细胞坏死, 肝脏纤维组织的增生, 正常肝小叶结构破坏, 假小叶形成所致。目前临床上有效防止肝炎后肝硬化的药物不多, 对于已形成的肝硬化只能对症、支持治疗。这对于静止型肝硬化尚有一定疗效, 而对于活动型肝硬化则较困难。活动型肝硬化之所以活动, 除了肝炎病毒、免疫因素的参与外, 另一个易被忽视的病因可能是微循环障碍。肝硬化后, 肝脏正常组织结构遭破坏, 肝血流缓慢, 微血栓形成, 导致肝细胞缺血缺氧, 肝脏有毒物质代谢障碍, 致使慢性肝炎症状长期得不到控制。目前临床上普遍采用甘利欣静脉滴注治疗慢性肝炎疗效确切。甘利欣是从甘草根中提取的一种物质, 具有抗炎、抗过敏, 保护肝细胞及溶酶体膜结构, 调节免疫和诱生干扰素作用。我们将此药用于活动

型肝硬化的治疗, 在此基础上加用酚妥拉明、三七总甙以改善肝脏微循环状态。酚妥拉明能解除肝脏微血管痉挛, 减少肝脏血管床的阻力, 提高肝脏血流量^[1]。三七是五加科人参属植物, 具有活血化淤, 生血生肌作用, 有资料证明它有明显的改变血液流变作用, 还有增强细胞 SOD 活力, 减轻细胞损伤, 抗肝纤维化作用。三药配合使用既有抗炎抑制病毒作用, 又有改善肝脏微循环, 增加肝脏血流量, 抗肝纤维化作用, 因此受到较满意的疗效。从本文治疗结果可以看出其降酶、退黄效果明显优于对照组, 还有一定的提高血清白蛋白作用, 特别是在黄疸消除方面有其独到之处, 对稳定肝硬化病情有一定优势。三药使用方便, 无明显毒副作用, 值得推广使用。

参考文献

- [1] 杨德辉. 酚妥拉明的临床应用[J]. 中华预防医学杂志, 1996; 30(10): 71
- [2] 张孟仁, 张育轩. 中医药防治实验性肝损伤及肝纤维组织增生的研究概况[J]. 中医杂志, 1993; 34(2): 114

(上接 391 页)

术创伤引起的剧烈疼痛刺激以及气管导管和吸痰拔管操作对气道的强烈刺激, 均使交感神经兴奋性增高, 儿茶酚胺释放增多, 导致外周血管收缩, 周围阻力增高, 心率加快, 心肌耗氧量增加。这些血液动力学的剧烈变化对患者极为不利, 尤其对那些术前就患有心脑血管疾病的患者, 可导致严重后果。减轻这些不良反应, 对维持心脑血管的功能稳定尤为重要。

拉贝洛尔是目前唯一具有 α 和 β 受体混合性阻滞药。它对 β 受体的阻滞要比对 α 受体的阻滞强 4 倍, 因此它可降低周围血管阻力和血压, 又可通过对 β_1 受体阻滞出现反射性心动过缓^[1]。它除了对肾上腺素受体的阻滞作用外, 还阻断交感神经末梢对去甲肾上腺素的再摄取^[2]。使外周的血管阻力降低, 心率减慢, 静注 5min 即发生作用^[3]。

我们在拔管前 5min 给药, 拔管时 HR、SBP、RPP 升高反应完全被抑制。拉贝洛尔起效快, 毒性低, 对心肌无明显抑制作用, 能大幅度增加冠脉血流量, 降低心肌耗氧量, 具有抗心绞痛作用^[4]。我们认为, 拉贝洛尔预防全麻后拔管期心血管不良反应, 既有效控制了血压, 又抑制了反射性心率加快, 保持了患者血液动力学的稳定, 不增加心肌耗氧量。使用拉贝洛尔预防拔管期心血管不良反应是有效可行的。

参考文献

- [1] 刘俊杰, 主编. 现代麻醉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997; 358
- [2] 陈修, 主编. 心血管药理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986; 427
- [3] 葛德元, 主编. 心血管药物与临床毒性[M]. 山东: 山东科学技术出版社, 1996; 21
- [4] 容健材, 主编. 新编实用药物手册[M]. 江苏: 东南大学出版社, 1996; 256