会的内容,不具备的不能开具中药处方。

2.5 中药房药剂人员下病区为病人服务,参与医生的会诊和临床用药,协助医生制定合理的用药方案,指导临床上科学、合理和安全用药。

2.6 在医院门诊开设中药用药咨询台,回答病人有关中药用药的疑问。针对不同病人,根据其体质、年龄、病情轻重的不同,来指导用药,并收集病人用药后的疗效反映,及时向医生反馈,从而使用药走上良性循环的道路。

2.7 特别要注意中西医结合治疗的用药观察,积极收集中

西药物相互作用所产生的最终效果,取其精华,弃其糟粕,为我国特有的中西医结合治疗疾病积累丰富的临床经验。

3 结语

开展中药临床药学工作是适应医药发展和社会进步的需要。只要得到应有的重视,经有关部门、医院和中药药剂人员共同努力,就一定能使中药临床药学的研究和工作走上良性发展的轨道。这对促进我国中医药学的发展和振兴祖国的中医中药事业,使中医中药跨出国门,走向世界,造福人类都具有重大的现实意义和深远的历史意义。

肝硬化腹水的中医药治疗概况

宋玉和

(天津市宝坻区人民医院,天津 301800)

肝硬化是由一种或多种病因长期或反复作用,而造成的弥漫性肝损害。临床上早期可无症状,后期出现肝功能减退、门脉高压症和多系统受累的各种表现,其中尤以肝硬化腹水为突出表现,中医根据其腹大如鼓、皮色苍黄、脉络暴露的特征,称之“膨胀”。近年来肝硬化发病率增高,严重危害人民的生命健康,已引起医学界的广泛重视,中医药在治疗该病方面积累了一定的经验,且疗效不断提高,根据近 5 年的文献资料,对肝硬化腹水的中医药治疗作一综述。

1 辨证分型论治

王前山根据俞荣青治疗肝硬化腹水的经验,分 4 型论治:① 气虚型:黄芪、党参、当归、丹参、赤芍、郁金、虎杖、茵陈、大腹皮、茯苓、鳖甲、白术;② 阴虚型:泽兰、黑豆、路路通、楮实子、生地、赤芍、车前子、枸杞子、丹参、太子参、山药、郁金、茯苓、大腹皮;③ 肝郁血瘀型:大黄、桃仁、红花、丹参、赤芍、鳖甲、五灵脂、当归、丹皮、大腹皮、茯苓、泽泻;④ 湿热型:茵陈、栀子、大黄、连翘、蒲公英、板蓝根、垂盆草、茯苓、泽泻、虎杖、郁金、大腹皮。唐善令治疗肝硬化腹水亦分为 4 型:① 肝郁脾虚型:黄芪、茯苓各 30 g,太子参、丹参、泽兰各 20 g,白术、郁金、大腹皮、水红花子各 15 g,柴胡、枳壳、橘红各 10 g;② 湿热蕴结型:赤芍 30 g,丹参、茯苓各 20 g,茵陈、秦艽、黄芩、猪苓、郁金、葛根、茜草各 15 g,制大黄 10 g;③ 气阴两虚型:黄芪、生地各 30 g,元参、麦冬、赤芍、丹皮、茯苓各 20 g,水牛角粉、炙鳖甲、茜草、秦艽、炒枣仁各 15 g;④ 脾肾阳虚型:龟板、干姜、苡蓉、白术、茵陈、蒲黄各 10 g,淫羊藿、茯苓、泽泻、大腹皮各 15 g,生黄芪 20 g 视证加减,日 1 剂水煎服,2~3 个月为一疗程,西药用利尿剂,支持疗法、抗生素及腹水超滤术等。结果:显效(腹水及临床症状消失,肝功能正常)32 例,好转 22 例,无效 5 例,对 30 例随访 6 个月,复发 1 例。治疗前后统计学处理表明,本法可提高血清白蛋白,降低球

蛋白、胆红质和谷丙转氨酶,改善凝血机制。曹瑞华治疗肝硬化腹水患者,分为:① 湿热蕴结型:茵陈、赤芍各 30 g,云苓、猪苓、白茅根、大腹皮各 15 g,枳壳 12 g,大黄、莪术各 10 g;② 气滞血瘀型:当归、香附各 10 g,川芎、枳壳、泽兰各 12 g,黄芪、猪苓、大腹皮、白茅根各 15 g,赤芍 40 g,丹参 30 g,红花 6 g;③ 肝肾阴虚型:沙参、枸杞、生首乌、猪苓、车前子各 15 g,生地、枳壳各 12 g,当归、桃仁、莪术各 10 g,白茅根 20 g;④ 脾肾阳虚型:茵陈、丹参各 30 g,白术、半边莲各 20 g,附片、厚朴、莪术各 10 g,猪苓、大腹皮、陈葫芦各 15 g,砂仁 20 g,土茯苓、忍冬藤各 30 g,枳实 15 g,厚朴 12 g 水煎取汁 100~300 mL,日 1 次灌肠,并适当配以支持疗法。结果:基本治愈 32 例,好转 242 例,无效 9 例,总有效率 82.2%。

2 主方临证化裁

刘家磊以紫豆归芪汤为主,随证化裁,治疗肝硬化腹水 108 例,痊愈 40 例,显效 43 例,有效 19 例,无效 6 例,总有效率 94.4%。紫豆归芪汤组成:紫河车、赤小豆、黄芪、丹参、白术、生山楂、生麦芽、当归各 30 g,茜草、鳖甲、人参、茯苓、大黄、大腹皮、鸡内金、砂仁各 10 g 气虚重用黄芪 80~100 g 白术 50~60 g;血虚重用紫河车、当归、赤小豆;阴虚加三七、生地炭、丹皮;湿热交阻而湿盛于热,加少量黄连、茺莢或干姜。日 1 剂,水煎 4 次混合分 4 次服。王国君以实脾饮加减(厚朴、白术、木瓜、木香、草薹、大腹皮、白茯苓、猪苓、泽泻、木通、王不留行)治疗顽固性肝硬化腹水 64 例,服药 12~61 剂临床腹水全部消退 36 例,好转 13 例,显效 8 例,无效 7 例,总有效率 89.06%。孟庆常自拟复肝汤配地黄酒治疗肝硬化腹水 32 例(黄芪 24 g,白术、茯苓皮、泽泻各 12 g,郁金 10 g,丹参、茵陈各 20 g,肉桂 6 g),视证加减,日 1 剂煎服。阴虚明显者加服六味地黄丸;阳虚明显者服金匮肾气丸,均每日 1 丸,每日 2 次。结果临床痊愈(腹水消失,饮食精神如

常,肝功能化验各项指标正常, A/G 比值接近正常) 21例; 显效(腹水消失, 饮食精神好转, 肝功能化验部分项目轻度异常, A/G 比值接近正常) 10例; 无效 1例, Hbs Ag 转阴者 4例。

王学平^[1]分别用膨胀 1, 2号方治疗肝硬化腹水 65例。1号方含黄芪、女贞子、黄精、枸杞子、潞党参各 15 g, 白术、茯苓、赤芍、桃仁、柴胡、白芍各 10 g, 山药、丹参各 20 g, 土鳖虫 12 g, 蟾蜍、甘草各 5 g。黄疸明显加茵陈、栀子; 腹胀、腹痛甚加蒲公英、大腹皮、木香、元胡; 胁痛甚加楝子、元胡; 伴胸水、咳嗽气急加葶苈子、白芥子; 有出血加三七末(3 g 冲)、黑栀子、血余炭; 肝昏迷且 Hbs Ag 阳性者加虎杖、肉桂; Hbs Ag 阳性者加虎杖、蒲公英、地丁。2号方含防己 20 g, 椒目 5 g, 葶苈子、猪苓各 10 g, 大黄 6 g, 厚朴、茯苓各 12 g, 泽泻 15 g, 蟋蟀 7只(焙研末冲), 某遂末 0.5 g(冲)。初诊之日起服 1号方, 连服 7日, 然后换服 2号方至腹水基本消退, 再用 2号方巩固。用药 1个月观察疗效。结果显效 44例, 好转 15例, 无效 6例。总有效率为 90.77%, 对显效患者随访 1年, 其中 36例病情稳定。

3 中西医结合治疗与单纯西药治疗的对照观察

彭朝权等采用自拟方与西药相结合治疗肝硬化腹水 66例, 与单纯运用西药治疗 62例相对照, 结果: 两组分别显效 44, 8例; 好转 20, 27例; 无效 2, 27例; 总有效率 97%, 56.4%; 平均治疗 38, 62 d, 两组比较有非常显著差异($P < 0.01$)。自拟方为丹参、黄芪、三棱、莪术、三七、水红花、黄柏、赤芍、木香、枳壳等。鼻衄加白头翁、白茅根; 腹泻加黄连、厚

朴; 腹胀加鸡内金、草果; 头晕目眩, 心烦失眠加山萸肉、女贞子。胡义扬^[2]等采用扶正化痰方(本方含虫草菌丝、桃红、丹参, 制成胶囊, 每料含量相当于生药 1.6 g) 每次 5粒, 每日 3次; 每日配用维生素 C 600 mg 复合维生素 B6片, 并对症治疗 23例, 对照组 20例单用西药, 治疗 3个月, 结果表明: 本组血清白蛋白含量升高, 与对照组比较有显著差异($P < 0.05$), r球蛋白有所下降, 与对照组比例有显著差异, T含量有回升趋势, T₃R₁T含量下降, T₃/R₁T₃比例回升, 治疗前后比较有显著差异($P < 0.05$), 本组尿 17-KS上升, 对照组下降, 两组比较有显著性差异($P < 0.05$), 提示本方对本病患者部分激素紊乱有调节作用。

4 结语

在我国, 以病毒性肝炎引起的肝硬化最为常见, 经观察, 中药治疗病毒性肝炎疗效显著, 因此早期发现, 尽早治疗, 对预防肝硬化腹水的发生具有积极意义。肝硬化腹水的中医治疗, 在疗效判断上缺乏统一标准, 且一些药物作用模糊, 故有待进一步。通过以上资料显示出中药在肝硬化腹水治疗中具有广阔的前景, 值得进一步研究探讨。

References

- [1] Wang X P. Clinical observation of Pengzhang No. 1, 2 used in treating 65 cases of ascites due to liver cirrhosis [J]. *Henan Tradit Chin Med* (河南中医), 1991, 11(6): 27.
- [2] Hu Y Y. Modulation of Fuzheng Huayu Decoction to endocrine disorder of patients with liver cirrhosis [J]. *China J Tradit Chin Med Pharm* (中国医药学报), 1992, 7(5): 27.

应注意木通类中药的鉴别与使用

施新吉¹, 李水福²

(1. 浙江省缙云县药品监督检验所, 浙江 缙云 321400; 2. 浙江省丽水市药品检验所, 浙江 丽水 323000)

众所周知, 近来国内外关于马兜铃酸具有肾毒性的研讨及采取的措施极其激烈。特别是关木通, 其含有的马兜铃酸虽具有抗感染和增加吞噬细胞活性作用, 但其对肾脏有较强的毒性, 可以损害肾小管功能, 导致肾功能衰竭。龙胆泻肝丸(组方中有关木通)引起的不良反应已引起药监部门、医院医师及患者的广泛重视。2003年 2月 28日, 国家药品监督管理局在《关于加强对龙胆泻肝丸监督管理的通知》指出: 在对此药依法进行不良反应监测工作的基础上, 决定自 2003年 3月 1日起对含关木通的龙胆泻肝丸严格按处方药管理, 在零售药店购买必须凭医师处方, 患者就在医师指导下严格按适应症服用; 又于 2003年 4月 1日出台了《关于取消关木通药用标准的通知》, 将处方中的关木通替换为《中华人民共和国药典》(简称药典) 2000年版 2002年增补本中收录的木通(木通科)。

笔者根据药典等有关药品标准规定^[1]药籍文献和最近几年的专业杂志等资料, 再结合药品市场现状和笔者实际工作经验对木通类中药的鉴别与使用进行综述。

1 药源追索

木通具有清热利湿的功效, 为龙胆泻肝丸中的臣药。历代所用木通为木通科木通, 包括木通、三叶木通及其变种白木通, 并非马兜铃科关木通。但是在 20世纪 30年代, 东北出产的关木通首次进入关内, 并逐渐占领了市场, 到了 20世纪 80年代已被全国广泛应用, 于是白木通退出市场, 难以寻觅。几百年来, 龙胆泻肝丸使用木通科木通, 就很少出现不良反应, 由于误用关木通, 所以会出现以上问题。

其实, 木通类有三大类中药, 由于来源不同, 其所含化学成分各异, 功能及毒性也有所不同, 需认真鉴别。目前使用最广的是关木通, 其次是川木通。而具悠久使用历史的木通科