

的临床疗效。

### [参考文献]

[1] 钟有安, 薛富英. 老年期痴呆的临床研究进展[J]. 华夏医学, 2003, 16(5): 69-71.  
[2] 盛树力. 老年性痴呆发病机理与药物研究[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2003: 123-145.  
[3] 王水炎, 张伯礼. 中医脑病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 285.  
[4] 邱幸凡, 袁德培, 王平, 等. 肾虚髓衰、脑络痹阻是老年性痴呆的基本病机[J]. 河南中医学院学报, 2006, 21(2): 11-13.  
[5] 缪峰, 李会琪. 补肾化痰汤对血管性痴呆大鼠模型血浆

及脑组织 AVP、SS 含量的影响[J]. 陕西中医, 2012, 33(10): 1243-1245.

[6] 温中京, 陈海委. 中药石菖蒲提取物对记忆障碍小鼠模型的改善作用研究[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(10): 2203-2205.  
[7] 刘旭. 补阳还五汤胶囊对 A $\beta$ -40 所致 AD 大鼠免疫功能影响的实验研究[J]. 中医药信息, 2012, 29(2): 36-39.  
[8] 陈璐, 陈民, 刘兆崇. 补肾祛痰化瘀复方治疗肾虚痰瘀型老年痴呆临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(7): 190.  
[9] 赵拥军. 补肾健脾涤痰活血法治疗老年性痴呆 30 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(12): 20-22.

(责任编辑: 骆欢欢)

## 乙肝肝硬化中医证型与门静脉血流动力学及肝功能相关性研究

杨廷旭, 李应东

甘肃中医学院, 甘肃 兰州 730000

**[摘要]** 目的: 探讨乙肝肝硬化中医证型与门静脉血流动力学及肝功能的相关性。方法: 132 例乙肝肝硬化患者进行辨证分型, 获得肝气郁结证为主 32 例, 脾虚湿盛证为主 20 例, 湿热内蕴证为主 21 例, 肝肾阴虚证为主 19 例, 脾肾阳虚证为主 15 例, 血瘀证为主 25 例。观察不同证型门静脉主干 (PV)、脾静脉 (SV)、血管内径 D (cm)、平均血流速度 V (TAMX)、血流量 Q (mL/min); 及肝功能 Child-Pugh 评分分级, 肝功能终末期肝病模型 MELD 评分。结果: 随着肝炎肝硬化病情的加重, 中医证型由肝气郁结、脾虚湿盛、湿热内蕴向肝肾阴虚证、脾肾阳虚证、血瘀证逐渐演变, 患者 PV 的 D 逐渐增宽, Q 逐渐减少, V 逐渐减慢; SV 的 D、Q 及 V 变化不大; 门静脉瘀血指数和脾静脉瘀血指数逐渐增加。肝气郁结证者肝功能 Child-pugh 分级以 A 级为主, 且 MELD 评分以小于 10 分为主; 脾虚湿盛、湿热内蕴证者肝功能 Child-pugh 分级以 B 级为主, 且 MELD 评分以小于 10 分为主; 肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证者肝功能 Child-pugh 分级以 C 级为主, 且血瘀证 MELD 评分以 30 分以上为主。结论: PV 血流动力学参数、肝功能 Child-pugh 分级、MELD 评分可能作为肝硬化一个客观性量化指标来指导肝硬化中医辨证分型并判断患者病情的轻重程度, 评价临床疗效。

**[关键词]** 乙肝肝硬化; 辨证分型; 门静脉; 血流动力学; 肝功能终末期肝病模型 MELD (Model for End-Stage Liver Disease) 评分

[中图分类号] R575.2 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 10-0057-04  
DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.024

肝硬化目前西医尚无理想的治疗药物和方法, 且预后较差。但几千年来中医对肝硬化的认识和治疗已积累了丰富的经验, 中医药在肝硬化的诊疗上

颇具特色。笔者对乙肝肝硬化证候学进行进一步的研究, 对于辨证规律进行进一步的探讨, 以期指导临床治疗。

[收稿日期] 2014-03-30

[作者简介] 杨廷旭 (1970-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合肝病。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究 132 例病例均为甘肃省酒泉市人民医院 2007 年 6 月~2013 年 6 月就诊的乙肝肝硬化患者,男 90 例,女 42 例,年龄 34~63 岁,平均 45.5 岁。

1.2 病例选择 所有病例均符合中华医学会传染病与寄生虫病学会、肝病学会于 2000 年 9 月西安会议联合修订的《病毒性肝炎的诊断标准》<sup>[1]</sup>对乙肝及肝硬化的诊断标准。中医辨证分型参照《肝硬化中西医结合诊治方案(草案)》<sup>[2]</sup>。所有患者均进行辨证分型:132 例病例均有血瘀证,其中 6 例为湿热内蕴、肝肾阴虚及血瘀三证互兼,9 例为脾虚湿盛、肝肾阴虚及血瘀三证互兼。对多证相兼病例依据其主要证候归于相应组别。结果以肝气郁结证为主 32 例,占 24.2%,以脾虚湿盛证为主 20 例,占 15.2%,以湿热内蕴证为主 21 例,占 15.9%,以肝肾阴虚证为主 19 例,占 14.4%,以脾肾阳虚证为主 15 例,占 11.4%,以血瘀证为主 25 例,占 18.9%。

2 研究方法

2.1 数据监测 所有患者均在早晨空腹采血后送本院检验科检测血清谷丙转氨酶、谷草转氨酶、总胆红素、直接胆红素、球蛋白、白蛋白;凝血酶原活动度等。彩色多普勒超声检测使用美国 ATL-HDI 型彩色多普勒超声仪,用 5C2 型变频探头进行检查,其探头频率为 3.5~5 mHz。所有患者检查前均空腹 8~12 h,检查时为仰卧,必要时取侧卧位,患者平静呼吸以配合对肝脏进行扫描,必要时深吸气并暂时屏气,分别测门静脉(PV)主干、脾静脉(SV)血管内径 D(cm)、平均血流速度 V(TAMX),血流量 Q(mL/min),根据公式每 min 血流量  $Q=(D/2)^2 \times \pi \times V \times 100 \times 60$  (mL/min)(D 为血管最大截面直径,V 为血管最大截面平均血流速度);门静脉淤血指数(PVCI)和脾静脉淤血指数(SVCI),根据公式淤血指数  $CI=\pi \times (D/2)^2/V$  (D 为血管最大截面直径,V 为血管最大截面平均血流速度)。肝功能 Child-Pugh 评分分级标准,均取患者入院当日的生化参数、凝血酶原时间及阳性体征。肝功能终末期肝病模型 MELD(Model for End-Stage Liver Disease)评分标准<sup>[3]</sup>:  $R=9.6 \times \ln(\text{肌酐 mg/dL}) + 3.8 \times \ln(\text{胆红素 mg/dL}) + 11.2 \ln(\text{INR}) + 6.4 \times \text{病因}$  (胆汁淤积性和酒精性肝硬化为 0,其他原因肝硬化为 1),计算结果取整数。

2.2 统计学方法 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,SPSS17.0 软件进行单因素方差分析。

3 研究结果

3.1 不同证型门静脉血流动力学参数比较 见表 1。在彩色多普勒超声上显示不同中医证型肝炎肝硬化患者门脉血流动力学参数存在差异,PV 的 D 肝气郁结、脾虚湿盛、湿热蕴结证患者之间相互比较,差异无显著性意义( $P>0.05$ );肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证患者显示明显增宽,其与肝气郁结、脾虚湿盛、湿热蕴结证患者比较,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。PV 的 V 肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证患者明显减缓,其与肝气郁结、脾虚湿盛、湿热蕴结证患者比较,差异有显著性意义( $P<0.05$ );而肝气郁结、脾虚湿盛、湿热蕴结证患者之间比较,差异无显著性意义( $P>0.05$ );肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证患者之间比较,差异也无显著性意义( $P>0.05$ )。PV 的 Q 肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证患者与肝气郁结、脾虚湿盛、湿热蕴结证患者比较,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

表 1 不同证型门静脉血流动力学参数比较( $\bar{x} \pm s$ )

证型	n	PV		
		D(cm)	V(m/s)	Q(mL/min)
肝气郁结证	32	1.29± 0.10	0.21± 0.07	1770.33± 889.15
脾虚湿盛证	20	1.29± 0.10	0.21± 0.07	1602.02± 563.02
湿热内蕴证	21	1.31± 0.13	0.19± 0.06	1689.88± 588.13
肝肾阴虚证	19	1.39± 0.13	0.16± 0.05	1499.46± 510.22
脾肾阳虚证	15	1.39± 0.14	0.15± 0.04	1345.34± 224.99
血瘀证	25	1.40± 0.14	0.13± 0.03	1113.38± 198.38

3.2 不同证型脾静脉血流动力学参数比较 见表 2。不同证型肝炎肝硬化患者之间 SV 的 D、V、P 比较,差异无显著性意义( $P>0.05$ )。

表 2 不同证型脾静脉血流动力学参数比较( $\bar{x} \pm s$ )

证型	n	SV		
		D(cm)	V(m/s)	Q(mL/min)
肝气郁结证	32	1.04± 0.15	0.15± 0.03	898.33± 689.15
脾虚湿盛证	20	1.03± 0.15	0.14± 0.04	1262.02± 703.12
湿热内蕴证	21	1.03± 0.14	0.13± 0.06	1356.48± 619.87
肝肾阴虚证	19	1.02± 0.15	0.16± 0.03	1329.51± 610.47
脾肾阳虚证	15	1.03± 0.15	0.13± 0.06	1345.34± 645.91
血瘀证	25	1.02± 0.18	0.14± 0.04	1293.89± 661.59

3.3 不同证型 PVCI、SVCI 比较 见表 3。PVCI 肝

气郁结、脾虚湿盛、湿热蕴结证患者与血瘀、脾肾阳虚证比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ ); 而脾肾阳虚、血瘀证患者之间比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ ); 肝气郁结、脾虚湿盛、湿热蕴结证患者之间比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。SVCI 肝气郁结证患者与脾肾阳虚证患者之间比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表 3 不同证型 PVCI、SVCI 比较( $\bar{x} \pm s$ )

证型	n	PVCI	SVCI
肝气郁结证	32	0.097± 0.032	0.044± 0.020
脾虚湿盛证	20	0.105± 0.024	0.052± 0.021
湿热内蕴证	21	0.119± 0.047	0.053± 0.023
肝肾阴虚证	19	0.127± 0.027	0.046± 0.019
脾肾阳虚证	15	0.142± 0.039	0.056± 0.016
血瘀证	25	0.161± 0.011	0.055± 0.033

3.4 不同证型 Child- Pugh 分级比较 见表 4。不同证型肝炎肝硬化之间 Child- Pugh 分级存在差异, 肝气郁结证患者以 Child- Pugh A 级为主, 占 68.75%, 与其他证型之间比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ ); Child- Pugh B 级和 Child- Pugh C 级分别占 31.25% 和 0。脾虚湿盛证、湿热内蕴证患者以 Child- Pugh B 级为主, 分别占 50.00% 和 57.14%, 与其他证型之间比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。肝肾阴虚证、脾肾阳虚证、血瘀证患者以 Child- Pugh C 级为主, 分别占 73.68%、66.67% 和 80.00%, 与其他 3 型比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表 4 不同证型 Child-Pugh 分级比较 例(%)

证型	n	A 级	B 级	C 级
肝气郁结证	32	22(68.75)	10(31.25)	0
脾虚湿盛证	20	5(25.00)	10(50.00)	5(25.00)
湿热内蕴证	21	5(23.81)	12(57.14)	4(19.05)
肝肾阴虚证	19	0	5(26.32)	14(73.68)
脾肾阳虚证	15	0	5(33.33)	10(66.67)
血瘀证	25	2(8.00)	3(12.00)	20(80.00)

3.5 不同证型 MELD 评分比较 见表 5。肝气郁结、脾虚湿盛、湿热蕴结证患者肝功能 MELD 评分以小于 10 分为主, 分别占 75.00%、75.00% 和 66.67%, 与肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证 3 型比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ ); 而肝气郁结、脾虚湿盛、湿热内蕴证患者之间比较, 差异无显著性意义( $P >$

0.05); 肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证患者之间比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证患者肝功能 MELD 评分大于 10 分的比例与肝气郁结证、脾虚湿盛、湿热内蕴证患者比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ ); 而肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证患者之间比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。血瘀证患者肝功能 MELD 评分大于 30 分比例与肝气郁结、脾虚湿盛、湿热内蕴证比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ ), 肝气郁结、脾虚湿盛、湿热内蕴证患者之间互比较, 差异均无显著性意义( $P > 0.05$ )。

表 5 不同证型 MELD 评分比较 例(%)

证型	n	<10 分	10~29 分	≥ 30 分
肝气郁结证	32	24(75.00)	8(25.00)	0
脾虚湿盛证	20	15(75.00)	5(25.00)	0
湿热内蕴证	21	14(66.67)	6(28.57)	1(4.76)
肝肾阴虚证	19	3(15.79)	11(57.89)	5(26.32)
脾肾阳虚证	15	1(6.67)	10(66.67)	4(26.67)
血瘀证	25	2(9.09)	10(45.45)	10(45.45)

#### 4 讨论

笔者统计后发现, 肝炎肝硬化往往并非单一中医证型, 可能与肝硬化病程较长, 病情相对复杂, 虚实寒热相互夹杂有关。本组 132 例 100% 均存在兼夹证型, 血瘀证为肝炎硬化的基础证型, 可与其他任何证型相兼夹。在肝硬化的早、中期阶段即肝硬化代偿期往往表现为肝气郁结、脾虚湿盛、湿热内蕴证; 在肝硬化的中、晚期阶段即肝硬化失代偿期往往多表现为脾肾阳虚、肝肾阴虚和血瘀。血瘀存在于肝硬化整个发生发展全过程中并且逐渐加重。肝气郁结、脾虚湿盛、湿热内蕴、肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证是肝硬化由轻到重, 由代偿期向失代偿期发展的过程, 随着肝硬化代偿期向失代偿期进展, 虚证由脾气虚弱为主向肝肾阴虚为主转变。

本研究结果显示, 随着肝炎肝硬化病情的加重, 中医证型由肝气郁结、脾虚湿盛、湿热内蕴向肝肾阴虚证、脾肾阳虚证、血瘀证逐渐演变, 患者 PV 的 D 逐渐增宽, Q 逐渐减少, V 逐渐减慢; SV 的 D、Q 及 V 变化不大; PVCI 和 SVCI 逐渐增加。提示上述指标的变化与肝硬化患者中医证型变化相一致, 可判断患者病情的严重程度。

Child- Pugh 评分系统因有简单、实用的优点,

在临床上被广泛应用。本研究结果显示，乙肝肝硬化患者中肝气郁结证在 Child-Pugh 分级中一般以 A 级为主，未发现 C 级患者；脾虚湿盛及湿热内蕴证以 B 级为主；肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证以 C 级为主。提示肝硬化中医辨证分型的逐渐演变过程基本能反应肝功能 Child-Pugh 分级由轻到重的过程。笔者认为，通过中医辨证分型与 Child-Pugh 分级相结合，可以初步判断肝硬化患者疾病发展所处的阶段，从而指导临床合理治疗，并判断患者预后。肝气郁结证多属于 Child-Pugh A 级，此时为病变早期，其病机主要累及肝，疏肝解郁为治疗原则，若及时治疗，预后较好。脾虚湿盛证多属于 Child-Pugh B 级，其病变主要累及肝脾二脏，脾虚为本，湿盛为标，处于疾病中期，健脾化湿为主要治疗原则，治疗相对比较困难，及时治疗预后尚可。湿热内蕴证多属于 Child-Pugh B 级，此时为病变中期，邪气盛的实证，病机寒热错杂，湿热相搏结，易出现食管静脉曲张破裂出血、肝性脑病等并发症，治疗较为棘手，清热利湿为主要治疗原则，预后较差。而肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证多属于 Child-Pugh C 级，因病程较长，如上消化道出血、肝性脑病、肝肾综合征等并发症较多，一般处于病变晚期，温补脾肾，滋阴补肾，活血化瘀为主要治疗原则，其预后较差。

肝功能 MELD 评分可避免 Child-Pugh 分级标准中带有主观性和随意性依据的缺点。本研究结果显示，肝气郁结证者肝功能 Child-Pugh 分级以 A 级

为主，且 MELD 评分以小于 10 分为主；脾虚湿盛、湿热蕴结证者肝功能 Child-Pugh 分级以 B 级为主，且 MELD 评分以小于 10 分为主；肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀证者肝功能 Child-Pugh 分级以 C 级为主，且 MELD 评分以 10 分以上为主。提示 MELD 评分与 Child-Pugh 分级有相关性和一致性，由肝气郁结、脾虚湿盛向湿热蕴结证的逐渐演化可能是肝硬化由早期到中期变化的主要证型，而由上述证型再向肝肾阴虚、脾肾阳虚、血瘀 3 种证型的逐渐演化可能是肝炎肝硬化由中期到晚期变化的主要证型，反映了随肝硬化病情进展其证型分布呈动态演变的特点，与中医学关于肝硬化病机演变认识<sup>[4]</sup>相符合：即气滞、湿热-水停、血瘀-阳虚、阴虚的演变。

[参考文献]

[1] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会. 病毒性肝炎的诊断标准[J]. 中西医结合肝病杂志, 2001, 11(1): 56-60.  
 [2] 危北海, 张万岱. 肝硬化中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(10): 869-871.  
 [3] Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, et al. A model to predict survival inpatients with end-stage liverdisease[J]. Hepatology, 2001, 33(2): 464-470.  
 [4] 田德禄. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 307.

(责任编辑: 骆欢欢)

=====

·书讯· 1. 《中医临床常见症状术语规范》由广州中医药大学黎敬波教授主编，中国医药科技出版社出版。临床中要提高临床诊断效率，保障治疗水平的发挥，就必须从全面收集和准确分析症状入手。该书系统整理了临床常见症状 2000 余条，对常见症状术语进行了解释和规范，本书能对临床医师合理、准确使用症状术语提供帮助，也可以供中医科学研究和学生学习参考。每本 15 元（含包装邮寄费），欲购者请汇款至广州市机场路 12 号大院广州中医药大学《新中医》编辑部发行科，邮政编码：510405，并在汇款单附言栏注明书名、数量。

2. 《〈内经〉临证温课与辅导》由广州中医药大学黎敬波教授编著，人民卫生出版社出版。本书针对目前中医经典教学与临床实践相脱节的问题，力图贴近临床，深度挖掘《内经》临证思想，以指导解决临床实际问题。本书的特点是精简、实用和归真，书中引用原文较广泛，是对本科学习经文的扩展，书中对原文的解释尽量精简，点到即止。全书与疾病及诊治的相关内容较多，分析解释也尽量做到联系实际，实用与归真并重是本书的特点。每本 35 元（含包装邮寄费），欲购者请汇款至广州市机场路 12 号大院广州中医药大学《新中医》编辑部发行科，邮政编码：510405。