

调和酒肝饮加减治疗酒精性肝病临床观察

古宇环

梅州市中医医院, 广东 梅州 514011

[摘要] 目的: 观察自拟调和酒肝饮加减治疗酒精性肝病的临床疗效。方法: 将120例患者随机分为2组各60例。治疗组给予自拟调和酒肝饮加减治疗, 对照组给予甘利欣治疗, 观察2组患者症状、体征、肝功能、血脂等方面的改善情况。结果: 2组治疗后症状与体征不同程度减轻 ($P < 0.01$, $P < 0.05$)。对照组除肝区不适、腹胀症状积分下降外 ($P < 0.05$), 乏力、黄疸、便溏等积分无明显变化。治疗组治疗后在改善乏力、黄疸、便溏方面优于对照组 ($P < 0.01$, $P < 0.05$)。总有效率治疗组95.0%, 对照组85.0%, 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后各项肝功能指标均下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$, $P < 0.05$)。治疗后谷丙转氨酶 (ALT)、 γ -谷氨酰转氨酶 (GGT)、碱性磷酸酶 (ALP)、总胆红素 (TBil) 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2组总胆固醇 (TC) 治疗后均下降 ($P < 0.01$, $P < 0.05$), 治疗组甘油三酯 (TG) 明显下降 ($P < 0.01$)。2组治疗后 TC、TG 比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$, $P < 0.05$)。结论: 自拟调和酒肝饮加减治疗酒精性肝病疗效好、安全, 值得临床推广。

[关键词] 酒精性肝病; 自拟调和酒肝饮; 中医药治疗; 肝功能

[中图分类号] R575.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0081-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.039

随着经济水平的不断提高和物质文化生活的丰富、生活条件的不断改善, 近年来我国酒精性肝病(ALD)的发病率逐渐增高。酒精性肝病是由于长期大量饮酒所致的肝脏疾病, 因酒精的毒性作用而致肝脏损害等一系列病变, 是我国常见肝脏疾病之一, 现代医学对本病的治疗方法主要是在营养支持和戒酒的基础上进行对症治疗, 效果欠佳。笔者采用自拟调和酒肝饮加减治疗酒精性肝病, 效果满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学会制定的《酒精性肝病诊疗指南(2010年修订)》^[1]执行。中医诊断标准参照2002年《中药新药临床研究指导原则(试行)》中肝郁脾虚证标准^[2]。

1.2 一般资料 纳入2011年1月—2014年10月本院肝病门诊患者120例, 按随机法分为2组各60例。治疗组男50例, 女10例; 年龄30~40岁12例, 41~50岁18例, 51~60岁22例, 60岁以上8例; 病程5~20年, 平均(7.8±2.3)年。对照组男51例, 女9例; 年龄30~40岁10例, 41~50岁21例, 51~60岁20例, 60岁以上9例; 病程6~20年, 平均(8.1±2.5)年。2组一般资料经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.3 病例选择 符合酒精性肝病诊断标准, 年龄30~75岁; 患者知情; 肝功能正常或异常。排除年龄在30岁以下或75岁

以上者; 重症酒精性肝炎合并肝昏迷、上消化道出血; 有严重心脑血管、造血系统等并发症, 或合并肝癌者; 精神病患者不能合作者; 不能坚持完成疗程者。

2 治疗方法

所有患者治疗期间均强制戒酒、予低脂低盐饮食。根据症状酌情给予多种维生素、能量合剂等治疗。

2.1 对照组 给予甘草酸二铵胶囊(甘利欣, 正大天晴药业集团股份有限公司), 每次3粒, 每天3次。

2.2 治疗组 治疗前2周和观察治疗期间停用其他相关护肝降脂药, 给予自拟调和酒肝饮治疗, 处方: 柴胡、黄芩、木香、砂仁、郁金、法半夏、陈皮各10g, 丹参、黄芪、生山楂、枳椇子15g, 葛花9g。随症加减: 心烦易怒、口苦、尿赤加龙胆草、炒栀子、六一散; 脘闷、呕恶、纳差、苔厚腻加藿香、槟榔; 血脂高加草决明、何首乌; 胁下痞块加莪术、五灵脂; 黄疸加茵陈、车前子。每天1剂, 水煎, 早晚分服。

2组均以30天为1疗程, 2疗程后评价其临床疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 中医临床症状(胁胀或隐痛、乏力, 腹胀, 便溏, 黄疸, 纳差, 眠不安等)、肝功能、血脂。症状积分标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2], 无症状、轻度、中度、重度分别按0、1、2、3分量化积分。

3.2 统计学方法 采用SPSS13.0统计软件分析数据, 计量资

[收稿日期] 2015-04-03

[作者简介] 古宇环 (1971-), 男, 副主任医师, 主要从事中医内科临床工作。

料以($\bar{x} \pm s$)表示, 各组均数间比较采用方差分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效: 治疗后症状总积分下降 $\geq 75\%$; 血总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)与正常值上限差值下降 $\geq 40\%$ 或恢复正常, γ -谷氨酰转氨酶(GGT)和(或)谷草转氨酶(AST)和(或)谷丙转氨酶(ALT)恢复正常。有效: 治疗后症状总积分下降 $\geq 50\%$; $20\% \leq$ TC、TG与正常值上限差值下降 $< 40\%$, GGT和(或)AST和(或)ALT与正常值上限差值下降 $\geq 50\%$, 但未恢复正常。无效: 治疗后症状总积分下降 $< 50\%$; 生化指标检查未达到上述标准。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组患者治疗前后症状评分比较 见表1。2组治疗后症状与体征不同程度减轻($P < 0.01, P < 0.05$)。对照组除肝区不适、腹胀症状积分下降外($P < 0.05$), 乏力、黄疸、便溏等积分无明显变化。治疗组治疗后在改善乏力、黄疸、便溏方面优于对照组($P < 0.01, P < 0.05$)。

表1 2组患者治疗前后症状评分比较($\bar{x} \pm s, n=60$) 分

组别	时间	肝区不适	腹胀	乏力	黄疸	便溏
治疗组	治疗前	1.69 \pm 0.61	1.38 \pm 0.59	1.31 \pm 0.99	1.20 \pm 0.31	1.08 \pm 0.58
	治疗后	0.78 \pm 0.47 ^②	0.71 \pm 0.51	0.71 \pm 0.39 ^{②③}	0.71 \pm 0.28 ^{②③}	0.67 \pm 0.41 ^{②③}
对照组	治疗前	1.73 \pm 0.62	1.41 \pm 0.61	1.40 \pm 1.02	1.28 \pm 0.40	1.10 \pm 0.61
	治疗后	0.98 \pm 0.57 ^①	0.88 \pm 0.55 ^①	1.07 \pm 0.79	1.01 \pm 0.49	1.01 \pm 0.59

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ③ $P < 0.05$, ④ $P < 0.01$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组95.0%, 对照组85.0%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	60	50	7	3	95.0 ^①
对照组	60	36	15	9	85.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2组肝功能指标比较 见表3。治疗后各项指标均下降, 差异有统计学意义($P < 0.01, P < 0.05$)。治疗后ALT、GGT、碱性磷酸酶(ALP)、总胆红素(TBil)2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组肝功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	ALT(U/L)	AST(μ U/L)	GGT(U/L)	ALP(U/L)	TBil(μ mol/L)
治疗组	治疗前	189 \pm 37	92 \pm 30	201 \pm 40	169 \pm 20	37.0 \pm 7.8
	治疗后	43 \pm 19 ^{③②}	40 \pm 8 ^{③①}	130 \pm 28 ^{③②}	150 \pm 21 ^{③②}	19.0 \pm 1.8 ^{③②}
对照组	治疗前	194 \pm 15	88 \pm 15	191 \pm 34	172 \pm 27	39.7 \pm 6.2
	治疗后	93 \pm 15 ^④	52 \pm 14 ^④	154 \pm 17 ^④	159 \pm 37 ^④	37.7 \pm 3.5

与对照组治疗后比较, ① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$; 与本组治疗前比较, ③ $P < 0.05$, ④ $P < 0.01$

4.5 2组血脂指标比较 见表4。2组TC治疗后均下降($P < 0.01, P < 0.05$), 治疗组TG明显下降($P < 0.01$)。2组治疗后TC、TG比较, 差异有统计学意义($P < 0.01, P < 0.05$)。

表4 2组血脂指标比较($\bar{x} \pm s$) mmol/L

组别	时间	TC	TG
治疗组	治疗前	8.79 \pm 0.31	3.42 \pm 0.28
	治疗后	4.59 \pm 0.24 ^{④②}	1.88 \pm 0.11 ^{④①}
对照组	治疗前	8.33 \pm 0.87	2.97 \pm 0.25
	治疗后	7.32 \pm 0.77 ^③	2.63 \pm 0.15

与对照组治疗后比较, ① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$; 与本组治疗前比较, ③ $P < 0.05$, ④ $P < 0.01$

4.6 不良反应 治疗组有4例服中药后有一过性腹胀, 继续用药无不适。

5 讨论

中医学虽无“酒精性肝病”之称, 但从临床表现看, 可归于伤酒、酒病、胁痛、酒癖、酒疸、酒臌等范畴^[9]。《内经》记载“酒性苦热”, 《新修本草》指出“酒, 味苦, 大热有毒”。《诸病源候论》认为“酒性有毒, 而复大热, 饮之过多, 故毒热气渗溢经络, 浸溢腑脏, 而生诸病也”。《张氏医通》曰: “嗜酒之人, 病腹胀如斗, 此得之湿热伤脾。胃虽受谷, 脾不运输, 故成痞胀”。历代医家认为, 酒属湿热有毒之品, 味甘、苦、辛, 性温, 有毒, 入心、肝、肺、胃经, 少量饮酒可祛寒通脉、活血和气, 有益健康, 而过量饮酒则可因酒毒湿热之邪蕴积中焦, 熏蒸肝胆, 胆汁不循常道, 泛溢肌肤而发为酒疸。总之, 内因由于脾胃失健, 在此基础上, 长期过量饮酒, 酒毒湿热之邪作用于人体, 导致肝功能失调是该病发生发展的关键。肝郁脾虚, 气血不和, 痰浊内生, 气血痰湿相互搏结, 而生诸症。肝郁脾虚是其关键病机, 故自拟调和酒肝饮, 意在疏肝理气, 健脾化湿祛浊, 临证化裁加减。方中柴胡疏肝理气, 黄芪健脾益气共为君药; 郁金疏肝利胆, 行气解郁, 又可活血, 黄芩清肝郁之火, 木香、砂仁芳香醒脾, 共为臣药; 法半夏、陈皮化湿祛浊, 佐予丹参、生山楂活血化瘀, 枳椇子、葛花解酒毒, 历代医家奉为解酒主药。

现代研究表明, 药对柴胡、黄芩配伍对动物急性酒精中毒的有较好的防治作用^[9]。黄芪、丹参、山楂等药可有效减少内源性胆固醇生成, 升高高密度脂蛋白, 降低低密度脂蛋白及抗脂蛋白的氧化作用, 从而降低血脂, 防止脂质沉积, 且可减轻肝坏死和炎症反应, 抑制纤维增生^[9]。葛花有一定的利尿和醒酒作用, 通过增加人体乙醇代谢酶系的活性, 加快乙醇在体内的代谢, 并提高肝细胞浆中谷胱甘肽转氨酶活性, 有利于肝脏机体发挥解毒功能, 保护肝细胞免受自由基亲电子化合物和毒物的损害, 可减轻乙醇的毒性^[9]。枳椇子总黄酮对酒精引致的肝损伤有良好的防治作用^[7]。

本研究结果发现, 调和酒肝饮加减治疗酒精性肝病, 可以

一定程度上减轻肝区不适、腹部胀痛、身体乏力、黄疸、大便溏等，效果优于对照组。在降低AST、ALT、TBil、TC、TG方面，治疗组效果明显，优于对照组，表明治疗组护肝降酶降脂作用明显。调和酒肝饮加减治疗酒精性肝病疗效好、安全，值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 中华医学会肝病学会脂肪性和酒精性肝病学会. 酒精性肝病诊疗指南(2010年修订版)[J]. 中华肝脏病杂志, 2010, 49(4): 167-170.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 364-366.
- [3] 丁霞, 田德禄, 姚雪彪. 中医学对酒精性肝纤维化的认识[J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(1): 50-53.
- [4] 刘仁慧, 王宪龄, 宋宁. 柴胡黄芩配伍解酒作用研究[J]. 中药药理与临床, 2004, 20(4): 3-4.
- [5] 秦会生. 丹芪降脂汤治疗脂肪肝30例临床观察[J]. 河北中医, 2011, 33(3): 344-346.
- [6] 郝继红, 刘丽萍, 张旗军, 等. 葛根黄豆甙元衍生物抗醉酒作用的实验研究[J]. 黑龙江医药, 2000, 13(5): 283-284.
- [7] 张永昕, 俞发. 枳椇子总黄酮治疗酒精性肝病及其作用机制研究[J]. 中药材, 2010, 33(11): 1782-1784.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

中西医结合治疗慢性胰腺炎 40 例临床观察

张玉洁

平泉县中医院内科, 河北 平泉 067500

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗慢性胰腺炎的临床疗效。方法: 慢性胰腺炎患者共 80 例, 采用随机数字表法随机分为 2 组各 40 例。对照组进行西医基础治疗以及抑酸药、促进胃动力药、止痛药等对症治疗药物, 并进行饮食控制; 观察组在对照组治疗基础上加用柴胡疏肝散治疗, 每天 1 剂, 分早、晚 2 次服用, 连续治疗 4 周。治疗前后对 2 组患者临床表现、体征进行观察, 比较 2 组临床疗效; 治疗前后对患者血清中脂肪酶、对氧磷酶、淀粉酶活性进行检测。结果: 2 组临床疗效愈显率、总有效率比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗 4 周后, 观察组患者腹痛、腹胀、黄疸、消化不良及脂肪泻等临床症状评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者血清脂肪酶和淀粉酶活性低于对照组, 对氧磷酶 1 活性高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 柴胡疏肝散在 CP 治疗中具有积极作用, 可能与柴胡疏肝散抗氧化应激和抑制炎症反应的功效有关。

[关键词] 慢性胰腺炎; 中西医结合疗法; 柴胡疏肝散; 脂肪酶; 淀粉酶; 对氧磷酶 1; 脂肪泻

[中图分类号] R657.5*1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0083-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.040

慢性胰腺炎(chronic pancreatitis, CP)是指由于胆道疾病或酒精中毒等因素导致胰腺实质和胰管的局部或弥漫性、持续进展性损害和纤维化, 最终腺泡和胰岛细胞萎缩、破坏和间质纤维化, 从而导致不可逆的胰腺实质变性、胰腺组织纤维化、腺体萎缩。临床上可表现为不同程度的腹痛、恶心呕吐、营养不良、腹泻或脂肪痢等。CP 是临床常见的消化系统难治性疾病, 临床表现缺乏特异性, 临床上长期以来缺乏有效的治疗方法, 目前主要以控制症状、改善胰腺功能和治疗并发症为

重点^[1-2]。

CP 属中医学“腹痛”“胃脘痛”“泄泻”“胁痛”“癥瘕积聚”等病症范畴, 中医学认为, CP 与因长期酗酒致恣食肥甘、因忧思恼怒致肝气郁结、因湿热蕴结致气机不通等多种病机有关, 属于本虚标实证, 因此治疗上多以清肝利胆、活血化瘀、行气止痛等为法则。柴胡疏肝散为理气剂, 以疏肝理气为主, 疏肝之中兼以养肝, 理气之中兼以调血和胃。基础研究发现柴胡疏肝散还能改善慢性胰腺炎大鼠胃肠运动功能,

[收稿日期] 2015-03-10

[作者简介] 张玉洁 (1973-), 女, 副主任医师, 主要从事内科临床工作。