

# 中西医结合治疗肝硬化临床观察

曹挺威

天台县苍山医院, 浙江 天台 317200

**[摘要]** 目的:探究常规西药联合中医辨证治疗对肝硬化患者临床疗效的影响。方法:选取2012年2月—2014年4月入本院治疗的96例肝硬化患者为研究对象,根据其治疗意愿分为A组50例和B组46例。B组患者予以常规西药疗法,A组予以西药联合中医辨证治疗。对比2组患者临床治疗效果差异,记录其治疗前后中医证候评分、肝功能Child-Pugh评分、肝功能指标等变化情况。结果:A组治疗总有效率为90.0%,显著高于B组的71.7%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗前,2组患者中医证候评分及肝功能指标比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,2组患者中医证候评分、Child-Pugh评分、谷丙转氨酶(ALT)、总胆红素(TBil)等均较治疗前明显降低,血清白蛋白(Alb)则显著提升,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );其中A组各指标变化幅度均大于B组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:对肝硬化患者予以常规西药联合中医辨证疗法,疗效确切,值得推广应用。

**[关键词]** 肝硬化;中西医结合疗法;辨证分型

**[中图分类号]** R575.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)07-0077-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.036

肝硬化是一种临床常见的慢性进行性肝病,酒精中毒、代谢障碍、胆汁淤积、血吸虫、营养不良等均为该疾病致病因素,及早的诊疗是提高患者预后质量的关键。中医学将肝硬化归为臌胀范畴,认为其属正虚邪实证候<sup>[1]</sup>,正虚者乃肝、脾、肾损伤为本,邪实者痰浊、湿热、瘀血、水邪互结为标<sup>[2]</sup>,可辨证分为肝气郁结、肝肾阴虚、湿热蕴结、脾虚湿盛、瘀血阻络、脾肾阳虚等<sup>[3]</sup>,需予以辨证治疗以提升患者预后质量。本次研究以此为方向,对96例患者中的50例予以中西医结合疗法,获得理想治疗效果,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 纳入标准 ①西医诊断符合《实用内科学》<sup>[4]</sup>者;中医诊断及辨证分型符合《中医诊断学》<sup>[5]</sup>中相关标准者;②临床资料完整者;③自愿签署同意书者。

1.2 排除标准 ①合并其他肝肾疾病、心脑血管疾病、功能不全或恶性肿瘤者;②相关治疗禁忌症者;③中途退出治疗或随访期失联者;④精神障碍、意识障碍或语言障碍者;⑤治疗依从性不足者。

1.3 一般资料 选取2012年2月—2014年4月本院治疗的96例肝硬化患者为研究对象,根据其治疗意愿分为研究组(A组)( $n=50$ )和对照组(B组)( $n=46$ )2组。A组男26例,女24例,年龄19~70岁,平均( $52.9 \pm 6.6$ )岁;中位病程( $3.2 \pm 0.6$ )年;

肝硬化类型:乙肝肝硬化18例,酒精性肝硬化9例,血吸虫性肝硬化6例,混合性肝硬化17例;中医辨证分型:肝气郁结型11例、肝肾阴虚型9例、湿热蕴结型13例、脾虚湿盛型8例、瘀血阻络型4例、脾肾阳虚型5例。B组男24例,女22例,年龄18~69岁,平均( $53.1 \pm 6.5$ )岁;中位病程( $3.0 \pm 0.7$ )年;肝硬化类型:乙肝肝硬化16例,酒精性肝硬化8例,血吸虫性肝硬化5例,混合性肝硬化17例;中医辨证分型:肝气郁结型15例、肝肾阴虚型7例、湿热蕴结型10例、脾虚湿盛型6例、瘀血阻络型3例、脾肾阳虚型5例。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。

## 2 治疗方法

患者入组后均参考《实用内科学》<sup>[4]</sup>中相关规范予以抗感染、保肝、补充白蛋白等常规治疗措施。

2.1 B组 氢氯噻嗪片(生产企业:山西云鹏制药有限公司,规格:10 mg,批准文号:国药准字H14020796),每次25 mg,每天2次,隔天给药;螺内酯片(生产企业:沈阳管城制药有限责任公司,规格:20 mg),每次20 mg,每天2次;维生素C(生产企业:广东华南药业集团有限公司,规格:100 mg,批准文号:国药准字H44020774),每次100 mg,每天3次。持续用药4周后观察疗效。

**[收稿日期]** 2015-01-29

**[作者简介]** 曹挺威(1978-),男,主治医师,研究方向:临床内科。

2.2 A组 在B组基础上予以中医辨证疗法：①肝气郁结者予柴胡疏肝汤，处方：陈皮(醋炒)、柴胡各6g，川芎、香附、枳壳(麸炒)、白芍各4.5g，甘草(炙)1.5g。②肝肾阴虚者予一贯煎，处方：生地黄30g，枸杞子18g，麦冬、北沙参、当归身各9g，川楝子4.5g。③脾虚湿盛者予实脾饮，处方：茯苓15g，白术12g，槟榔、木瓜、干姜、厚朴、制附子各6g，炙甘草、生姜、大枣、木香、草果各3g。④脾肾阳虚者予五苓散，处方：泽泻15g，茯苓、猪苓(去皮)、白术各9g，桂枝(去皮)6g。⑤瘀血阻络者予膈下逐瘀汤，处方：红花、当归、桃仁(研泥)、甘草各9g，五灵脂(微炒，勿令焦)、川芎、牡丹皮、赤芍、乌药各6g，枳壳、香附各4.5g，延胡索3g。⑥湿热蕴结者予茵陈蒿汤，处方：茵陈18g，栀子12g，大黄(去皮)6g。文火煎煮，滤渣后分早晚2次送服，持续用药3月后观察疗效。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 对比2组患者临床疗效差异，记录其治疗前后中医证候评分(包括食欲不振、黄疸、腹胀、乏力、浮肿、肝区痛等6项评估项目，采用3级评分法，0分为无症状，1分为轻度，2分为中度，3分为重度)，肝功能Child-Pugh评分<sup>[4]</sup>，谷丙转氨酶(ALT)、总胆红素(TBil)、血清白蛋白(Alb)等肝功能指标等变化情况。

3.2 统计学方法 应用统计学软件SPSS17.0分析数据，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，计数资料以百分率(%)表示，采用 $\chi^2$ 检验，组间比较采用 $t$ 检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医内科学》<sup>[6]</sup>及《中医病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup>中相关标准评估。显效：症状消失或基本消失，无腹水，肝功能指标正常，中医证候评分降低>80%；有效：症状明显好转，腹水减少>50%，肝功能指标改善幅>50%，中医证候评分降低>50%；无效：无改善或恶化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。A组治疗总有效率为90.0%，显著高于B组的71.7%，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

| 组别         | n  | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|------------|----|----|----|----|---------|
| A组         | 50 | 22 | 23 | 5  | 90.0    |
| B组         | 46 | 10 | 23 | 13 | 71.7    |
| $\chi^2$ 值 |    | -  | -  | -  | 5.244   |
| P值         |    | -  | -  | -  | 0.022   |

4.3 2组治疗指标变化比较 见表2。治疗前，2组患者在中医证候评分及肝功能指标比较，差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )；治疗后，2组患者中医证候评分、Child-Pugh评分、ALT及TBil等均较治疗前明显降低，Alb则显著提升，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )；其中A组各指标变化幅度均大于B组，

差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组治疗指标变化比较 $(\bar{x} \pm s)$

| 组别 | 时间  | n  | 中医证候评分(分)             | Child-Pugh评分(分)       | ALT(U/L)                | TBil( $\mu$ mol/L)     | Alb(g/L)               |
|----|-----|----|-----------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| A组 | 治疗前 | 50 | 14.6±2.2              | 10.5±1.2              | 120.6±67.5              | 55.1±5.1               | 25.1±3.1               |
| B组 | 治疗前 | 46 | 14.7±2.1              | 10.3±1.3              | 122.4±67.1              | 55.7±5.3               | 25.2±3.3               |
| A组 | 治疗后 | 50 | 4.4±0.6 <sup>①②</sup> | 5.6±1.1 <sup>①②</sup> | 44.1±12.1 <sup>①②</sup> | 31.5±3.3 <sup>①②</sup> | 34.6±4.2 <sup>①②</sup> |
| B组 | 治疗后 | 46 | 8.1±1.1 <sup>①</sup>  | 7.6±1.1 <sup>①</sup>  | 66.4±15.1 <sup>①</sup>  | 42.1±3.2 <sup>①</sup>  | 30.1±3.7 <sup>①</sup>  |

与本组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与B组治疗后比较，② $P < 0.05$

### 5 讨论

清代沈金鏊所著典籍《杂病源流犀烛》中记载：“臌胀……或由怒气伤肝，渐蚀其脾，脾虚之极，故阴阳不复，清浊相混，隧道不通，郁而为热，热留为湿，湿热相生，故其腹胀大”，证实肝硬化发病同情志郁结相关。当前临床治疗肝硬化多根据患者具体表征及病史长短，采用辨证治疗方案以提高治疗针对性及有效性。本研究发现，予以中西医结合疗法的A组患者治疗后9成以上临床症状消失，肝功能恢复正常，中医证候评分也较治疗前降低80%以上，疗效确切；而仅予以单纯西药疗法的B组患者，治疗总有效率仅为71.7%，不及A组患者突出，提示常规西药联合中药辨证治疗能有效促进肝硬化患者改善肝功能，对提高其预后质量具有积极意义。此次研究对肝气郁结型肝硬化者予以柴胡疏肝汤，以疏肝解郁的柴胡为君药，联合理气止痛的香附及行气活血的川芎，辅以通气行滞的陈皮、枳壳及柔肝养血的甘草，能充分发挥其疏肝理气，活血止痛之功效，纾解郁结于肝的邪气，达到治疗效果。对脾虚湿盛者予以实脾饮，以健脾益气，燥湿利水的白术为君药，配合温阳健脾的厚朴及舒筋活络、和胃化湿的木瓜，辅以木香、草果、槟榔、干姜等药材以获得行气利水、温阳健脾的效用。中医学认为，肝藏血，主疏泄，若肝肾阴血亏虚、肝体失养则易致疏泄失常、肝气郁滞，对此类肝肾阴虚者采用一贯煎药方，能滋阴疏肝，补血益精。湿热瘀结者以邪热入里、湿热壅滞为病机<sup>[8]</sup>，致气机受阻、湿不下泄，口服茵陈蒿汤，以清热利湿的茵陈为君药，配合清热降火的栀子、泄热逐瘀的大黄，能达到清热、利湿、退黄之功效，对缓解其临床症状，提高预后有利。对肝硬化患者予以辨证治疗，可增强治疗针对性，更有助于患者获得理想疗效，缩短治疗时间。

综上所述，对肝硬化患者予以常规西药联合中医辨证疗法，疗效确切，可有效改善其肝功能，值得推广应用。

### 【参考文献】

[1] 黄祎, 刘华宝, 胡文艳, 等. 代偿期肝硬化逆转的中医治疗思路探讨[J]. 中国中医急症, 2011, 12(10): 1634-1636.

- [2] 谢正兰, 李铁强. 早期肝硬化的中医研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(32): 3646-3648.
- [3] 李毅, 刘艳, 汶明琦, 等. 肝硬化的中医辨证分型分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2012, 14(1): 1273-1276.
- [4] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 11 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001.
- [5] 陈家旭, 邹小娟. 中医诊断学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [6] 王永炎, 鲁兆麟. 中医内科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [7] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [8] 刘春芳, 孔庆辉, 隋杨, 等. 茵陈金黄方治疗湿热瘀毒型肝炎肝硬化临床观察[J]. 中西医结合肝病杂志, 2013, 23(6): 335-336, 343.

(责任编辑: 骆欢欢)

## 扶正化瘀胶囊联合复方牛胎肝提取物片治疗肝硬化临床研究

黄达栋<sup>1</sup>, 郑贤干<sup>1</sup>, 王教常<sup>1</sup>, 王益训<sup>1</sup>, 黄智铭<sup>2</sup>

1. 苍南县第三人民医院, 浙江 苍南 325804; 2. 温州医科大学附属第一医院, 浙江 温州 325000

**[摘要]** 目的: 研究扶正化瘀胶囊联合复方牛胎肝提取物片治疗肝硬化的临床疗效。方法: 选取本院接诊的 74 例肝硬化患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 各 37 例。对照组采用复方牛胎肝提取物片治疗, 观察组则采用扶正化瘀胶囊联合复方牛胎肝提取物片治疗。比较 2 组患者治疗前后的肝功能 [谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST) 及总胆红素 (TBil)] 及肝纤维化 [透明质酸 (HA)、层黏蛋白 (LN) 及三型前胶原 (PC-III)] 指标, 并评定疗效。结果: 对照组总有效率为 78.38%, 观察组为 97.30%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前 2 组患者 ALT、AST 及 TBil 水平比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组患者 ALT、AST 及 TBil 水平均明显降低; 且治疗后, 观察组患者的 ALT、AST 及 TBil 水平均明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 2 组患者的 HA、LN 及 PC-III 等指标的比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组患者的 HA、LN 及 PC-III 等指标的水平均明显降低; 且治疗后, 观察组患者的 HA、LN 及 PC-III 的水平均明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 扶正化瘀胶囊联合复方牛胎肝提取物片治疗肝硬化, 临床疗效良好, 值得临床推广应用。

**[关键词]** 肝硬化; 扶正化瘀胶囊; 复方牛胎肝提取物片

**[中图分类号]** R575.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0079-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.037

肝硬化是一种常见的慢性肝病, 肝脏呈进行性、弥漫性纤维性变, 进而使得肝脏变形、变硬, 后期会出现不同程度的肝功能障碍、门脉高压以及严重的并发症, 严重威胁到患者的生命健康<sup>[1]</sup>。为探讨扶正化瘀胶囊联合复方牛胎肝提取物片治疗肝硬化的临床疗效, 特展开本次研究, 现报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 1—12 月接诊的 74 例肝硬化患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 各 37 例。对照组男 26 例, 女 11 例; 年龄(40.2±2.3)岁, 病程(10.6±2.4)

年。观察组男 24 例, 女 13 例; 年龄(40.5±2.6)岁, 病程(11.2±2.3)年。2 组年龄、病程及性别等一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 2000 年西安会议修订的诊断标准<sup>[2]</sup>进行。

### 2 治疗方法

2.1 对照组 单用复方牛胎肝提取物治疗, 口服复方牛胎肝提取物(国药准字: H11022251; 规格: 40 mg; 厂家: 北京第一生物化学药业有限公司), 每次 120 mg, 每天 3 次, 12 月为 1 疗程。

**[收稿日期]** 2015-01-20

**[作者简介]** 黄达栋 (1979-), 男, 主治医师, 研究方向: 内科。