

软肝汤联合常规药物治疗肝硬化临床观察

王才党

台州市中医院, 浙江 台州 318000

[摘要] 目的: 观察软肝汤联合常规药物治疗肝硬化的临床疗效, 及其对患者肝功能和肝纤维化血清标志物的影响。方法: 选取本院 106 例肝硬化患者为研究对象, 按随机数字表法分为观察组与对照组各 53 例。对照组采用保肝、降酶及退黄等常规药物治疗, 观察组在对照组用药基础上联合软肝汤治疗。3 月为 1 疗程, 2 组均连续服用 2 疗程。观察 2 组临床疗效和不良反应发生情况, 比较 2 组治疗前后肝功能指标 [谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST)、白蛋白 (Alb)、总胆红素 (TBil)] 和肝纤维化血清标志物 [透明质酸 (HA)、人层黏连蛋白 (LN)、Ⅲ型前胶原肽 (PⅢP) 及Ⅳ型胶原蛋白 (C-Ⅳ)] 含量的变化。结果: 总有效率观察组与对照组分别为 86.79% 和 67.92%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组 ALT、AST、Alb、TBil 与 HA、LN、PⅢP 及 C-Ⅳ 含量比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 ALT、AST、TBil 及 HA、LN、PⅢP、C-Ⅳ 含量均较治疗前下降 ($P < 0.05$), Alb 含量均较治疗前上升 ($P < 0.05$); 观察组的 ALT、AST、TBil 及 HA、LN、PⅢP、C-Ⅳ 含量均低于对照组 ($P < 0.05$), Alb 含量高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 软肝汤联合常规药物治疗肝郁脾虚、瘀血阻滞证肝硬化, 效果优于单纯常规药物治疗, 可有效改善患者的肝功能, 且用药安全, 可推广应用于临床。

[关键词] 肝硬化; 肝郁脾虚; 瘀血阻滞; 软肝汤; 肝功能; 肝纤维化

[中图分类号] R657.3+1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)10-0075-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.030

肝硬化是临床常见的慢性进行性疾病, 由一种或多种病因长期反复作用引起, 临床表现为肝脏的弥散性损害^[1]。慢性肝炎、长期酗酒或接触有毒物质均可造成肝脏损伤, 进而发展成肝硬化。鉴于肝硬化患者的核心病理问题是肝脏储备功能受损与肝纤维化, 诊疗时应以此此关键。笔者在借鉴前人研究的基础上, 尝试采用软肝汤联合常规药物治疗肝硬化, 探寻有效缓解肝硬化患者病情的治疗方法, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合《肝硬化中西医结合诊治共识》^[2]中的诊断标准; ②符合肝郁脾虚、瘀血阻滞证的辨证标准。症见肝脾肿大, 恶心呕吐, 口干, 口苦, 倦怠乏力, 烦躁易怒, 胸闷, 腹胀, 尿黄, 舌淡, 脉迟; ③可见黄疸、蜘蛛痣、肝掌、下肢浮肿等; ④年龄 18~70 岁; ⑤本研究经本院医学伦理委员会批准, 患者自愿参与本研究, 并签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①合并恶性肿瘤者; ②合并其他严重肝胆疾病者; ③合并严重心、脑、肾功能障碍者; ④妊娠、哺乳期女性; ⑤对本研究所用药物过敏者。

1.3 退出标准 ①依从性差; ②研究过程中并发严重感染、出血及其他危重症等; ③自愿退出研究者。

1.4 一般资料 选取本院 2011 年 6 月—2014 年 11 月收治的 106 例肝硬化患者为研究对象, 按随机数字表法分为观察组与对照组各 53 例。观察组男 37 例, 女 16 例; 年龄 17~67 岁, 平均(45.16±10.28)岁; 病程 1~7 年, 平均(4.21±1.37)年; 肝功能分级(Child-Pugh 分级): A 级 18 例, B 级 25 例, C 级 10 例。对照组男 39 例, 女 14 例; 年龄 20~68 岁, 平均(44.78±10.89)岁; 病程 1~6 年, 平均(4.07±1.44)年; Child-Pugh 分级: A 级 15 例, B 级 26 例, C 级 9 例。2 组性别、年龄、病程及 Child-Pugh 分级等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 根据患者病情, 在保肝基础上, 使用降酶、退黄等药物, 并根据肝硬化诱因分别采取抗病毒、禁酒及免疫抑制等对因治疗。3 月为 1 疗程, 共治疗 2 疗程。

2.2 观察组 在对照组用药基础上联合软肝汤治疗。处方: 黄芪 30 g, 炒白术、茵陈、鳖甲各 20 g, 丹参、土鳖虫、茯苓、当归、党参各 15 g, 柴胡、炒白芍各 10 g。每天 1 剂, 水煎取汁 400 mL, 分 2 次服用, 3 月为 1 疗程, 共服药 2 疗程。

[收稿日期] 2016-06-24

[作者简介] 王才党 (1969-), 男, 副主任中医师, 主要从事肝硬化、肝癌的诊治工作。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察2组临床疗效；②观察2组治疗前后的肝功能指标[谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、白蛋白(Alb)及总胆红素(TBil)]含量的变化。分别于治疗前和治疗6月后采用全自动生化仪检测；③观察2组治疗前后的肝纤维化血清标志物[透明质酸(HA)、人层黏连蛋白(LN)、Ⅲ型前胶原肽(P-ⅢP)及Ⅳ型胶原蛋白(Ⅳ-C)]含量的变化。分别于治疗前和治疗6月后采集患者空腹外周静脉血4 mL，离心后留取血清于-20℃保存待检，采用放射免疫分析法检测，试剂盒均由上海海军医学研究所提供；④观察2组的不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS13.0统计学软件处理数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验；计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效：临床症状基本消失，肝部痛感消失，腹水、下肢水肿均消退，肝功能、肝纤维化指标基本恢复正常；有效：临床症状改善，肝部痛感缓解，腹水、下肢水肿均好转，肝功能、肝纤维化指标有所恢复；无效：临床症状与实验室指标均无变化或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组与对照组分别为86.79%和67.92%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	53	27(50.94)	19(35.85)	7(13.21)	86.79
对照组	53	19(35.85)	17(32.08)	17(32.08)	67.92
χ^2 值					5.386
P					<0.05

4.3 2组治疗前后肝功能指标比较 见表2。治疗前，2组ALT、AST、Alb、TBil含量比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组ALT、AST及TBil含量均较治疗前下降($P < 0.05$)，Alb含量均较治疗前上升($P < 0.05$)；观察组的ALT、AST及TBil含量均低于对照组($P < 0.05$)，Alb含量高于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后肝功能指标比较($\bar{x} \pm s$, n=53)

组别	时间	ALT(UL)	AST(UL)	Alb(g/L)	TBil(μ mol/L)
观察组	治疗前	116.24±18.52	110.25±20.28	32.10±7.21	31.67±5.88
	治疗后	45.38±10.16 ^②	54.49±8.33 ^②	43.36±8.58 ^②	18.27±7.15 ^②
对照组	治疗前	117.31±18.77	109.37±21.63	32.18±7.55	32.06±5.92
	治疗后	72.18±21.56 ^①	67.15±11.48 ^①	36.24±8.09 ^①	22.45±6.50 ^①

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，

② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后肝纤维化血清标志物比较 见表3。治疗

前，2组HA、LN、P-ⅢP及Ⅳ-C含量比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组HA、LN、P-ⅢP及Ⅳ-C含量均较治疗前降低($P < 0.05$)；观察组的4项肝纤维化血清标志物含量均低于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后肝纤维化血清标志物比较($\bar{x} \pm s$, n=53)

组别	时间	HA(μ g/L)	LN(μ g/L)	P-ⅢP(μ g/L)	Ⅳ-C(μ g/L)
观察组	治疗前	250.33±51.24	165.24±33.16	205.36±61.24	182.55±54.34
	治疗后	64.25±30.12 ^②	62.05±18.34 ^②	48.51±33.82 ^②	54.20±14.79 ^②
对照组	治疗前	251.86±51.79	164.85±35.77	207.69±62.48	180.67±56.67
	治疗后	95.28±45.39 ^①	75.37±25.59 ^①	67.95±42.23 ^①	69.73±25.46 ^①

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，

② $P < 0.05$

4.5 2组不良反应发生情况比较 治疗期间，2组均无严重不良反应发生，血常规、尿常规等检查均无明显异常。

5 讨论

肝硬化发病多以肝脏储存功能障碍和肝脏纤维化为主，器官逐渐变形、变硬并最终引起肝功能损伤、门脉高压的表现，且可累及多个器官与系统，进一步增加治疗难度。探究肝硬化的有效治疗手段，及时控制病情的发展与转归，对患者的预后、生活质量的提升都有重要意义。

中医学认为肝硬化可归属于胁痛、臌胀、黄疸、积聚等病，对该病的治疗有悠久历史。基于肝硬化不同阶段的症候表现等，一般将其分为肝郁湿阻证、寒湿困脾证、湿热蕴结证、肝脾瘀血证等多个证型，且不同证型之间可相互交错。本研究所用软肝汤，偏重于肝郁脾虚、瘀血阻滞证肝硬化的治疗，以疏肝健脾，活血化瘀为则。该方出自汉代张仲景所著的《金匮要略》，由黄芪、白术、丹参、土鳖虫、茯苓、当归、党参、茵陈、鳖甲等药物组成。其中，黄芪、党参、白术与茯苓可补气健脾；当归活血养肝，通经止痛；土鳖虫破血逐瘀；鳖甲入肝脾二经，可起软坚散结的作用，是活血化瘀的良药；茵陈具有清热利湿、退黄的功效。现代药理研究表明，鳖甲在抗肝、肺纤维化方面效用显著，主要是通过小分子肽类及寡肽类物质抑制肝脏星状细胞活性，进而降低细胞炎症因子水平并延缓肝纤维化进程^[9]；化瘀中药材可促进毛细血管扩张并活化肝脏细胞，以黄芪为主的益气保肝药材还可提高血浆白蛋白的含量，均可修复损伤的肝功能^[4]。另有动物实验证实赤芍中的有效成分赤芍苷可有效抑制T6肝星状细胞(HSC-T6)的增殖，起到抗肝纤维化的作用^[9]。

本研究结果显示，观察组连续服用软肝汤联合常规药物2疗程后，临床疗效优于对照组($P < 0.05$)，肝功能指标和肝纤维化血清标志物的改善程度也均优于对照组($P < 0.05$)。可见，软肝汤联合常规药物治疗肝郁脾虚、瘀血阻滞证肝硬化，效果优于单纯常规药物治疗，可进一步改善患者的肝功能，且用药安全，可于临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 单晓辉, 郝书理, 孙颖, 等. 酒精性肝硬化与乙型肝炎肝硬化、丙型肝炎肝硬化及自身免疫性肝硬化临床特点对比分析[J]. 传染病信息, 2013, 26(5): 279-283.
- [2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化中西医结合诊疗共识[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(4): 277-279.
- [3] 周立文, 葛伟伟, 张雅丽, 等. 复方鳖甲软肝方血清防治肝纤维化作用机制的实验研究[J]. 中国生化药物杂志, 2015, 35(1): 64-66.
- [4] 刘浩, 李燕. 化痰健脾软肝丸治疗肝硬化疗效观察[J]. 陕西中医, 2013, 34(2): 179-181.
- [5] 陆小华, 马骁, 王建, 等. 赤芍的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中草药, 2015, 46(4): 595-602.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

四磨汤治疗慢传输型便秘疗效观察 及对血浆 ET、TNF- α 水平的影响

童景飞

杭州市中医院肛肠科, 浙江 杭州 310007

[摘要] 目的: 观察四磨汤治疗慢传输型便秘的临床疗效及对血浆内皮素(ET)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平的影响。方法: 将慢传输性便秘患者106例随机分为2组各53例, 对照组给予枸橼酸莫沙必利分散片口服, 观察组给予四磨汤口服液口服。比较2组临床疗效及远期复发情况, 检测血浆ET、TNF- α 水平, 参照便秘状况评估量表(PAC-QOL)评估2组患者干预前后生活质量。结果: 总有效率观察组为88.68%, 对照组为71.70%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 2组患者ET、TNF- α 水平均较治疗前降低($P < 0.05$), 且观察组各指标降低较对照组更显著($P < 0.05$)。治疗后, 2组患者PAC-QOL各维度评分均较治疗前降低($P < 0.05$), 且观察组躯体不适、担心和焦虑、满意度评分明显低于对照组($P < 0.05$)。随访期间, 复发率治疗组为20.75%, 对照组为45.28%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 四磨汤能显著改善慢传输型便秘患者ET、TNF- α 水平, 提高临床疗效, 降低复发率。

[关键词] 慢传输型便秘; 四磨汤; 内皮素(ET); 肿瘤坏死因子- α (TNF- α)

[中图分类号] R442.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2016)10-0077-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.031

慢传输型便秘指大肠功能紊乱, 结肠传输功能低下, 内容物在肠腔传输缓慢导致的便秘, 常见病因有长期生活习惯不良、起居不规律、饮食过于精细、缺少运动等, 临床表现为排便周期延长、排便困难、腹胀、腹痛、大便干结、口苦头晕等^[1]。近年来, 由于人们医疗保健意识增强, 本病临床就诊率增加, 但西药治疗疗效不佳, 且复发率高, 越来越多的患者选择中医药治疗^[2]。本研究选用四磨汤治疗本病, 并观察了其对患者血浆内皮素(ET)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平的影响, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合罗马标准中慢传输性便秘诊断标准: 超过1/4排便感到费力, 超过1/4排便为硬便或块状便, 超过1/4时间有排便不净感, 超过1/4排便时肛门直肠堵塞感, 超过1/4排便需要人工方法辅助, 每周少于3次排便, 符合2项以上; 诊断前6月出现症状, 最近3月满足诊断标准, 诊断肠易激综合征依据不充分。中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]标准: 排便周期延长, 或周期不长但粪质干结、排除艰难, 或粪质不硬, 虽有便意但便而不畅; 辨证属气秘

[收稿日期] 2016-05-11

[作者简介] 童景飞(1983-), 男, 医师, 研究方向: 中医肛肠疾病。