

溪黄草汤辅助治疗 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎 湿热蕴结证 55 例疗效观察

吴旭光¹, 吴旭明²

1. 武警浙江省总队医院嘉兴分院感染科, 浙江 嘉兴 314000

2. 金华市浦江县黄宅镇前陈卫生院, 浙江 金华 322200

[摘要] 目的: 观察溪黄草汤辅助治疗湿热蕴结型乙型肝炎 e 抗原 (HBeAg) 阳性慢性乙型肝炎的疗效及对生活质量的影响。方法: 90 例慢性乙型肝炎, 按数字表法随机分为治疗组和对照组, 各 45 例; 对照组给予干扰素 (IFN α -1b) 治疗, 每次 50g, 隔天 1 次, 肌肉注射。治疗组在对照组治疗基础上给予溪黄草汤辅助治疗, 每天 1 剂, 常规水煮分 2 次内服。2 组疗程均 12 月。比较 2 组湿热蕴结证相关症状评分、临床疗效; 依据慢性肝病量表 (CLDQ) 评价 2 组生活质量评定。结果: 总有效率治疗组 89.09%, 对照组 70.91%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组湿热蕴结证相关症状评分均显著下降, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗组治疗后湿热蕴结证相关症状评分显著低于对照组, 与对照组治疗后比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组 CLDQ 量表各条目评分显著升高, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗组治疗后 CLDQ 量表各条目评分明显高于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 溪黄草汤辅助治疗湿热蕴结型 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎可降低中医症状评分, 提高临床疗效, 改善患者生活质量。

[关键词] 慢性乙型肝炎; 溪黄草汤; 湿热蕴结证; 生活质量

[中图分类号] R512.6+2

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2016) 05-0096-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.037

慢性乙型肝炎临床治疗常采取抗病毒治疗, 干扰素 (IFN- α) 是目前临床常用于治疗慢性乙型肝炎的药物, 其疗效已获得国际公认, 但整体疗效有限, 且存在较多不良反应^[1]。如何提高慢性乙型肝炎患者的临床疗效仍是当前临床面临的医学难题之一。本科多年来在中医药治疗乙型肝炎 e 抗原 (HBeAg) 阳性慢性乙型肝炎方面进行了不断地探索, 基于对 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎“湿热蕴结”主要病机认识, 创立了“清热利胆、健脾利湿”的治则。本研究应用随机对照研究的方法, 对溪黄草汤辅助治疗湿热蕴结型 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎的疗效及对患者生活质量的影响进行了探讨, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究收集 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎病例 110 例, 均来自武警浙江省总队医院嘉兴分院 2012 年 5 月—2014 年 12 月收治患者, 经中医辨

证均为湿热蕴结证, 按数字表法随机分为治疗组和对照组, 各 55 例。对照组男 38 例, 女 17 例; 年龄 34~57 岁, 平均 (36.21 \pm 4.92) 岁; 病程 1.5~4 年, 平均 (2.66 \pm 0.34) 年。治疗组男 40 例, 女 15 例; 年龄 35~59 岁, 平均 (35.90 \pm 4.89) 岁; 病程 1~4.5 年, 平均 (2.59 \pm 0.36) 年。2 组性别、年龄及病程等资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎诊断标准 参照《慢性乙型肝炎防治指南》^[2] 标准拟定, 既往乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 阳性 ≥ 6 月, 血清 HBsAg、HBeAg 阳性、抗-HBe 阴性, 乙肝病毒的脱氧核糖核酸 (HBV-DNA) 阳性, 谷丙转氨酶 (ALT) 持续或反复升高, 或肝组织学检查有肝炎病变。

1.2.2 湿热蕴结证诊断标准 参照《慢性乙型肝炎

[收稿日期] 2015-11-03

[作者简介] 吴旭光 (1982-), 男, 主治医师, 研究方向: 感染性疾病的诊治。

[通讯作者] 吴旭明, E-mail: 69824664@qq.com。

中医诊疗专家共识》^[3]标准拟定,主症:①身目黄染,黄色鲜明;②小便黄赤;③口干苦或口臭;④舌苔黄腻。次症:①脘闷,或纳呆,或腹胀;②恶心或呕吐;③大便秘结或粘滞不畅;④胸胁胀;⑤脉弦滑或滑数。凡具备主症中2项加次症2项,即可确诊。

1.3 入选标准 ①符合HBeAg阳性慢性乙型肝炎诊断标准者;②符合湿热蕴结证诊断标准者;③年龄30~60岁;④所有受试者知情,且签署同意书。

1.4 排除标准 ①妊娠或哺乳期女性;②合并其他类型病毒性肝炎者;③伴有其他类型肝病者,如肝硬化、酒精性肝病、自身免疫性肝病等;④精神病患者;⑤伴有心、肺、肾等脏器严重疾病者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予IFN α -1b(深圳科兴生物工程有限公司,国药准字H10960058)治疗,每次50g,隔天1次,肌肉注射。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上给予溪黄草汤辅助治疗,组成:溪黄草20g,滑石、石菖蒲、藿香、连翘、白术、薄荷、茯苓各10g,黄芩、茵陈、白豆蔻各12g,木通、甘草各9g。每天1剂,水煮分2次内服。

2组疗程均为12月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①2组湿热蕴结证相关症状评分:参照《慢性乙型肝炎中医诊疗专家共识》^[3]标准拟定;评价内容包括:身目发黄、口干苦、小便黄赤、脘闷、恶心呕吐、大便秘结;均按无、轻度、中度及重度分别记分0分、1分、2分、4分。②2组生活质量评定:依据慢性肝病量表(CLQD)^[4]制定标准;评

价项目包括腹部症状(AS)、全身症状(SS)、焦虑(WO)、活动(AC)、乏力(FA)、情感功能(EF)6方面,合计29个条目,每个条目分值1~7分,分数越高,表明生活质量越好,分别于治疗开始前及治疗后由同一专门培训的医师进行。

3.2 统计学方法 运用SPSS17.0软件包处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验;计数资料以率表示,用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《慢性乙型肝炎中医诊疗专家共识》^[3]标准。显效:患者症状、体征明显改善,中医证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:患者症状、体征均有好转,中医证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:患者症状、体征无明显改善,甚或加重,中医证候积分减少 $< 30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组89.09%,对照组70.91%,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(%)
对照组	55	17	22	16	70.91
治疗组	55	22	27	6	89.09 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组湿热蕴结证中医症状评分比较 见表2。治疗后,2组湿热蕴结证相关症状评分均显著下降,与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.01$);治疗组治疗后湿热蕴结证相关症状评分显著低于对照组,与对照组治疗后比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 2组湿热蕴结证中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	时间	身目发黄	口干苦	小便黄赤	脘闷	恶心呕吐	大便秘结
对照组	55	治疗前	3.22 \pm 0.37	3.16 \pm 0.35	3.04 \pm 0.34	2.98 \pm 0.33	2.97 \pm 0.34	2.96 \pm 0.32
		治疗后	2.03 \pm 0.23 ^①	1.97 \pm 0.25 ^①	2.01 \pm 0.26 ^①	2.04 \pm 0.23 ^①	1.97 \pm 0.23 ^①	1.99 \pm 0.24 ^①
治疗组	55	治疗前	3.17 \pm 0.39	3.14 \pm 0.33	3.07 \pm 0.36	3.02 \pm 0.35	2.99 \pm 0.36	2.93 \pm 0.33
		治疗后	1.02 \pm 0.12 ^{①②}	0.99 \pm 0.12 ^{①②}	1.03 \pm 0.14 ^{①②}	1.01 \pm 0.15 ^{①②}	0.98 \pm 0.12 ^{①②}	1.02 \pm 0.14 ^{①②}

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

4.4 2组CLDQ量表评分比较 见表3。治疗后,2组CLDQ量表各条目评分显著升高,与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.01$);治疗组治疗后CLDQ量表各条目评分明显高于对照组,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

5 讨论

慢性乙型肝炎属中医学黄疸、积聚、胁痛等范畴,病因大致包括寒、湿、热、瘀血等几类,湿热蕴结为该病最常见证型^[5]。《医学心悟》记载:“黄疸者……湿热郁蒸所致,如氤氲相似,湿蒸热郁而黄成

表 3 2 组 CLDQ 量表评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时 间	AS	SS	WO	AC	FA	EF	分
对照组	55	治疗前	3.12±0.34	5.69±0.62	3.80±0.42	3.11±0.35	4.14±0.45	2.67±0.31	
		治疗后	5.53±0.61 ^①	6.62±0.69 ^①	5.88±0.65 ^①	4.15±0.43 ^①	5.25±0.57 ^①	4.49±0.52 ^①	
治疗组	55	治疗前	3.15±0.35	5.72±0.65	3.83±0.45	3.07±0.34	4.17±0.46	2.70±0.32	
		治疗后	6.58±0.69 ^{①②}	7.75±0.81 ^{①②}	6.92±0.75 ^{①②}	5.72±0.62 ^{①②}	6.19±0.66 ^{①②}	6.01±0.65 ^{①②}	

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

矣。”乙肝病毒侵入机体, 病毒结合内湿, 通过肝经气火之力化热, 湿热搏结, 阻遏气机, 熏蒸肝胆则急性发病, 如湿热内蕴, 羁留不去, 则疾病迁延反复, 成为慢性乙肝的主要致病环节, 进入慢性期后, 以湿热、瘀、毒等致病因素交错及反复缠绵为主要病理过程^⑥。基于上述中医学发病机理治疗本病应以清热利湿、解毒祛瘀为基本辨证原则。

溪黄草汤为本科治疗湿热蕴结型 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎的经验方, 具有清热利湿、解毒化瘀之功效; 方中溪黄草清热利湿、凉血散瘀; 茵陈、滑石、木通清热利湿、利胆退黄, 引湿热之邪从小便而出; 黄芩、连翘清热燥湿解毒; 石菖蒲、白蔻仁、藿香、薄荷芳香化湿, 行气醒脾; 茯苓、白术合用健脾渗湿; 甘草健脾和中、调和诸药。

本组资料显示, 在西医抗病毒治疗基础上采用溪黄草汤治疗可明显改善患者湿热蕴结证相关症状; 临床疗效分析显示, 溪黄草汤辅助治疗患者的总有效率为 89.09%, 对照组 70.91%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。伴随医学模式向生物 - 心理 - 社会医学模式的转变, 临床治疗的目的不仅在于提高患者的生存率及生存时间, 更注重提高其生存质量^⑦。CLDQ 量表临床常用于对乙型肝炎患者的生活质量进行评价, 具有良好的可信度、反应度、内容效度及区分度^⑧。笔者观察了治疗前后 CLDQ 量表各条目变化, 结果显示: 2 组治疗后, CLDQ 量表各条目评分显著升高, 与对照组比较, 溪黄草汤治疗的患者 CLDQ 量表各项评分均明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。提示溪黄草汤辅助治疗 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎可较好改善患者生活质量。

综上所述, 在 α -干扰素治疗基础上应用溪黄草汤辅助治疗湿热蕴结型 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎证, 可明显改善患者中医症状, 总有效率明显优于对照组, 提高患者生活质量, 值得推广使用。

[参考文献]

- [1] 梁惠卿, 唐金模, 吴春城, 等. 逍遥散联合 α 干扰素治疗 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(6): 666-670.
- [2] 中华医学会肝病学分会. 慢性乙型肝炎防治指南(2010 版)[J]. 中华内科杂志, 2011, 50(2): 168-179.
- [3] 中华中医药学会内科肝胆病学组, 世界中医药联合会肝病专业委员会, 中国中西医结合肝病分会. 慢性乙型肝炎中医诊疗专家共识(2012)[J]. 临床肝胆病杂志, 2012, 28(3): 164-168.
- [4] Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M, et al. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease[J]. Gut, 1999, 45(2): 295-300.
- [5] 陈少芳, 郭明章, 鲁玉辉. 慢性乙型肝炎中医证型分布规律探析[J]. 福建中医药大学学报, 2014, 24(6): 1-3.
- [6] 郑国银, 苗洁琼, 陈喆. 凌昌全辨治慢性乙型肝炎经验[J]. 中医杂志, 2014, 55(11): 975-976.
- [7] 蒋健, 朱蕾蕾, 孟虹, 等. 慢性乙型肝炎患者中医证型与生活质量关系的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 14(10): 780-782.
- [8] 胡鑫才, 张华林, 彦周, 等. 慢性肝病量表在乙型肝炎肝硬化中的应用评价[J]. 中华肝脏病杂志, 2012, 20(8): 621-627.

(责任编辑: 马力)