

肝脾相关理论指导乙肝肝硬化治疗临床研究

李培武

广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 初步评估肝脾相关理论指导下的慢肝六味饮治疗乙肝肝硬化的临床疗效。方法: 将 67 例乙肝肝硬化患者随机分为治疗组 35 例和对照组 32 例, 2 组患者均接受内科常规治疗, 治疗组加用健脾护肝的慢肝六味饮加减口服。比较 2 组患者治疗前后的血降钙素原 (PCT)、总胆红素 (Tbil)、凝血酶原时间 (PT)、血浆氨 (NH_3)。结果: 2 组治疗后 PCT、Tbil、PT、 NH_3 水平明显下降, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗后比较, 治疗组血 PCT、Tbil、 NH_3 下降更为明显 ($P < 0.05$), PT 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。结论: 肝脾相关理论指导治疗乙肝肝硬化对患者血 PCT、Tbil、 NH_3 有明显改善作用, 优于对照组。

[关键词] 乙肝; 肝硬化; 肝脾相关; 慢肝六味饮

[中图分类号] R575.2

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 04-0064-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.027

肝硬化是一种常见的由不同病因引起的慢性、进行性、弥漫性肝病, 病变逐渐进展, 晚期出现肝功能衰竭、门静脉高压、肝性脑病、肠源性内毒素血症、感染、凝血功能障碍等多种并发症, 死亡率高。在我国, 由慢性乙型病毒性肝炎(乙肝)发展而来的肝硬化(乙肝肝硬化), 是临床常见病, 也是后果严重的疾病。乙肝肝硬化属于中医学鼓胀、黄疸等病范畴。国医大师邓铁涛教授认为, 本病临床上可出现各种相应的兼杂证候, 但脾气虚这一基本证候, 作为共性, 始终存在于绝大多数患者病程中^[1]。本研究在邓铁涛教授“肝脾相关理论”指导下, 对慢肝六味饮加减治疗乙肝肝硬化的疗效进行初步探讨, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 选择 2012 年 1 月~2013 年 8 月在广州中医药大学第一附属医院脾胃病科住院治疗的乙肝肝硬化(失代偿期)患者 67 例, 采用简单随机法随机分为治疗组 35 例和对照组 32 例, 2 组性别、年龄、病情分期等方面经统计学处理, 差异均无显著性

意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《慢性乙型肝炎防治指南(2010 年版)》^[2]制定的标准。排除合并感染人类免疫缺陷病毒、丙型肝炎病毒、丁型肝炎病毒等嗜肝病毒及其它类型肝脏疾病(如酒精性、自身免疫性、胆汁淤积性肝病等); 妊娠或准备妊娠妇女, 哺乳期妇女; 年龄小于 18 周岁或大于 70 周岁者; 合并严重心脏、呼吸等严重原发性疾病、精神病患者。研究方案得到医院伦理委员会批准。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用内科常规治疗, 疗程为 2 周。常规治疗: 卧床休息、清淡饮食, 补充足够能量和维生素, 护肝降酶退黄、利尿、改善肝脏循环及定期补充人血白蛋白等治疗, 防治感染, 对症处理。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用健脾护肝的慢肝六味饮加减口服。处方: 太子参(或党参)、黄芪、五爪龙各 30 g, 白术、茯苓、川萆薢、积雪草、泽兰、丹参各 15 g, 甘草 6 g。每天 1 剂, 由医院煎药室煎煮至 150 mL, 饭后分次口服。

[收稿日期] 2013-09-28

[基金项目] 国家中医药管理局脾胃病学重点学科项目(编号: 国中医药发[2009] 30 号); 国家临床脾胃病重点专科建设项目(编号: 国中医药医政发[2012] 2 号); 广东省中医药局科研课题(编号: 20122100)

[作者简介] 李培武(1981-), 男, 主治医师, 研究方向: 脾胃肝胆病的中西医结合诊治。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 在治疗前后分别检测, 血降钙素原(PCT)、总胆红素(TBil)、凝血酶原时间(PT)、血氨(NH₃)。所有指标均取晨起空腹外周静脉血送医院检验科检测。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行数据统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。2 组间比较方差齐时采用 *t* 检验, 方差不齐时采用 *t* 检验。

4 治疗结果

2 组治疗前后血 PCT、TBil、PT、NH₃ 水平比较, 见表 1。2 组治疗后 PCT、TBil、PT、NH₃ 水平明显下降, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$); 2 组治疗后比较, 治疗组血 PCT、TBil、NH₃ 下降更为明显($P < 0.05$), PT 差异无显著性意义($P > 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后血 PCT、TBil、PT、NH₃ 水平比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 时间 | PCT(ng/mL) | TBil(μmol/L) | PT(s) | NH ₃ (μmol/L) |
|-----|----|-----|--------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 治疗组 | 35 | 治疗前 | 0.491±0.557 | 88.686±37.429 | 19.186±1.930 | 107.46±23.247 |
| | | 治疗后 | 0.255±0.255 ^② | 54.303±21.984 ^② | 17.877±1.642 ^① | 76.43±27.654 ^② |
| 对照组 | 32 | 治疗前 | 0.529±0.581 | 88.831±32.286 | 19.250±2.284 | 110.22±22.508 |
| | | 治疗后 | 0.443±0.592 ^① | 65.584±34.669 ^① | 18.263±2.124 ^① | 89.78±30.032 ^① |

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

5 讨论

乙肝肝硬化患者由于免疫功能减退, 肝库普斯细胞功能低下及门-体分流, 导致肠道淤血、肠道微循环障碍、肠道菌群失调等, 使肠内细菌容易进入体内, 导致细菌感染而发生肺炎、胆囊-胆管炎、结核性腹膜炎和自发性细菌性腹膜炎等严重并发症。PCT 是一种糖蛋白, 是降钙素的前体, 在健康的生理状态下血液中几乎不能检测到, 但在细菌感染时可以诱导全身各种组织和多种细胞表达降钙素基因引起 PCT 的连续释放。目前已作为监测重症感染的早期敏感指标^[3]。所以, 本研究选择 PCT 作为观察乙肝肝硬化治疗效果的重要指标, 同时参考 TBil、PT、NH₃ 等常规指标。

肝主疏泄, 为藏血之所; 脾主运化, 为气机升降之枢纽, 气血生化之源。肝木得疏有助于脾土之健运, 脾土健运则肝血充沛, 疏泄正常。若脾虚不运, 湿浊内生, 郁久化热, 湿热壅滞, 血阻腹内而出现腹中结块成肝硬化。若肝气郁滞, 木旺乘土, 或肝木虚

弱, 不能疏泄脾土, 则脾失运化、胃失和降, 出现倦怠乏力、肢体困重、食欲不振、恶心欲呕、腹胀腹痛、全身浮肿等肝硬化失代偿期的表现。脾为统血之脏, 脾虚不能摄血, 血溢脉外, 出现鼻衄、齿衄、便血、呕血、紫癜等凝血功能障碍的表现。若脾虚气血生化之源不足, 或日久脾病及肾, 肾精难以化生阴血, 出现血败不能华色, 加上湿遏瘀阻, 胆汁泛溢肌肤, 发为黄疸。由此可见, 本病病位在肝、脾, 而主要在脾, 脾虚是主要矛盾, 应以健脾补气、扶土抑木为治疗原则。邓铁涛在“扶正和祛邪并举”和“肝脾相关理论”的指导下, 以自拟的“慢肝六味饮”加减治疗肝硬化, 取得满意疗效^[4-5]。本研究中, 2 组乙肝肝硬化患者在内科常规治疗的基础上, 治疗组加用肝脾相关理论指导下的慢肝六味饮加减治疗, 结果显示, 治疗组对血 PCT、TBil、NH₃ 的改善明显优于对照组($P < 0.05$)。其中, 太子参(或党参)、黄芪、五爪龙益气健脾和胃、扶助正气, 茯苓、白术健脾化湿, 以恢复脾运化水谷精微、胃受纳腐熟水谷的生理功能, 使气血生化有源。脾胃之气恢复, 有利于小肠的受盛化物、泌别清浊, 大肠的传化糟粕, 进而调节肠道菌群、改善肠道微循环、保护肠道黏膜, 减少肠内细菌、NH₃ 进入体内, 有利于胆红素的排泄。有关实验研究显示, 益气健脾的四君子汤对急性肝损伤小白鼠肠道微生态失衡有调整作用, 能够调节肠道菌群、减少内毒素的产生和吸收, 对肝脏具有保护作用^[6]。黄芪能通过调节机体免疫反应保护肝脏, 增强肝星状细胞间质性胶原酶的基因表达而促进沉积胶原的降解, 起到抗肝纤维化、抗肝硬化的作用^[7]。中医肝病大家关幼波认为, 泽兰能通肝脾之血, 配伍丹参活血补血之功效更为彰显。《金匱要略》指出: “黄家所得, 从湿得之”, 故以川萆薢化湿去浊、积雪草清热解毒利湿, 共同解除困脾之湿邪, 利于黄疸的消退。

本研究主要从健脾补气、扶土抑木对乙肝肝硬化患者 PCT、NH₃ 的改善来评价肝脾相关理论指导治疗乙肝肝硬化的疗效, 但其具体机制, 尤其中药多途径、多靶点、多层次作用仍需进一步深入研究。

[参考文献]

- [1] 邓中光. 邓铁涛教授临证中脾胃学说的应用(二)[J]. 新中医, 2000, 32(3): 11.
- [2] 中华医学会肝病学会, 中华医学会感染病学会. 慢

- 性乙型肝炎防治指南(2010 年版)[J]. 2011, 16(1): 4- 5.
- [3] 吴熙, 于学忠. 降钙素原[J]. 中国医学科学院学报, 2008, 30(2): 231- 235.
- [4] 冯崇廉. 邓铁涛治疗肝硬化经验[J]. 中国医药学报, 2002, 17(11): 692.
- [5] 严峻峻, 刘小斌. 邓铁涛教授治疗肝硬化验案 1 则[J]. 新中医, 2002, 34(3): 20.
- [6] 李海燕, 董礼阳, 杨景云. 四君子汤对急性肝损伤伴发菌群失调及内毒素血症的保护作用[J]. 中国微生态学杂志, 2005, 17(2): 100- 101.
- [7] 韩涛, 王宝恩, 钱绍诚, 等. 黄芪对肝星状细胞胶原降解基因表达的影响[J]. 天津医科大学学报, 2003, 9(2): 159- 161.

(责任编辑: 骆欢欢)

中西药联用治疗溃疡性结肠炎疗效及对炎症因子的影响

林坚

杭州上城区清波望江社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310002

[摘要] 目的: 观察健脾利湿方中药联合双歧三联活菌胶囊治疗溃疡性结肠炎的疗效, 及对患者炎症因子的影响。方法: 将确诊为溃疡性结肠炎的患者 55 例, 随机分为治疗组 30 例和对照组 25 例, 治疗组给予健脾利湿方中药结合双歧三联活菌胶囊治疗, 对照组只给予双歧三联活菌胶囊治疗。观察 2 组患者连续给药 30 天后的临床疗效、临床症状评分, 测定炎症因子肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素 (IL)-8 和炎症抑制因子 IL-10 的含量。结果: 临床疗效总有效率治疗组为 83.33%, 对照组为 68.00%, 2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组患者临床症状总评分均较治疗前降低, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。2 组治疗后临床症状总评分比较, 治疗组低于对照组, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组 TNF- α 、IL-8 含量较治疗前下降显著, IL-10 含量较治疗前升高, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗后 2 组 3 项指标分别比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 健脾利湿方中药联合双歧三联活菌胶囊治疗溃疡性结肠炎疗效确定, 并能影响患者体内炎症因子的水平。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 炎症因子; 中西医结合疗法; 健脾利湿方; 双歧三联活菌胶囊

[中图分类号] R574.62 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 04-0066-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.028

目前认为溃疡性结肠炎属于自身免疫性疾病, 该疾患发病病因与免疫、感染、环境、精神等多种因素密切相关, 该疾患的具体发病机制还未明确。该疾患病程迁延难愈, 且治疗手段缺乏统一规范和特异性疗法。许多研究表明, 炎症细胞因子在溃疡性结肠炎的发生发展中起到重要作用, 炎症细胞因子与炎症抑制性介质间的平衡失调促进了肠黏膜的炎症发生, 并促使肠道炎症慢性化发展。就此, 笔者观察健脾利湿方

中药联合双歧三联活菌胶囊治疗溃疡性结肠炎的临床疗效, 以及对炎症因子肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素 (IL)-8 与炎症抑制因子 IL-10 含量的影响, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准》^[1]中溃疡性结肠炎诊断标准及 Jones 标准^[2]诊断为活动期溃疡性结肠炎。

[收稿日期] 2013-11-03

[作者简介] 林坚 (1971-), 男, 副主任医师, 主要从事全科医学工作。