

肝硬化中医证型与多层螺旋 CT 检查结果的相关性研究

杨朝武¹, 王娟²

1. 同济大学医学院放射科, 上海 200092; 2. 上海市宝山区杨行镇社区卫生服务中心, 上海 201901

[摘要] 目的: 研究肝硬化中医证型与 CT 检查结果之间的相关性。方法: 按照肝气郁结证、水湿内阻证、湿热水停证、气滞血瘀证、肝肾阴虚证和脾肾阳虚证 6 种证型, 每种证型各收集 40 例肝硬化患者。采用 CT 检查计算患者肝脏体积、肝脏血流灌注量并进行 CT 分型, 比较不同中医证型的肝硬化患者 CT 检查结果之间的差异。结果: 湿热水停证患者的肝脏体积大于正常人, 脾肾阳虚证患者的肝脏体积小于正常人, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。水湿内阻证、湿热水停证、气滞血瘀证患者的肝脏动脉灌注量 (HAP) 低于正常人 ($P < 0.05$), 水湿内阻证、湿热水停证、气滞血瘀证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证患者的门静脉灌注量 (PVP) 均低于正常人 ($P < 0.05$), 各证型患者的总肝血流灌注 (THBF) 均低于正常人 ($P < 0.05$)。肝气郁结证、水湿内停证患者的肝动脉灌注指数 (HPI) 低于正常人 ($P < 0.05$), 气滞血瘀证、肝肾阴虚证和脾肾阳虚证患者 HPI 高于正常人 ($P < 0.05$)。肝气郁结证和水湿内阻证患者以均匀型肝硬化为主, 湿热水停证患者以节段型为主, 气滞血瘀证、肝肾阴虚证和脾肾阳虚证患者以结节型为主。结论: 不同中医证型的肝硬化患者, CT 检查结果均有其特点, CT 检查可以作为肝硬化患者中医辨证分型的客观诊断依据。

[关键词] 肝硬化; CT; 中医辨证分型; 相关性

[中图分类号] R575.2

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 12-0071-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.034

肝硬化属于中医学臌胀、黄疸、积聚、胁痛等范畴, 中医学认为其病机为情志所伤、酒食不节、劳欲过度等导致肝、肾、脾受病, 引发气滞血瘀、湿热内蕴、气阴两虚而致病^[1], 并将肝硬化分为 6 种不同证型。随着中西医结合治疗理念的不断发展, 应用 CT 检查技术辅助中医诊断越来越受到中医临床医师的重视^[2]。因此, 笔者对不同证型患者的 CT 检查结果进行了研究, 以期为中医辨证治疗提供客观的诊断依据。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 采用第 7 版《内科学》^[3]所列诊断标准: 有病毒性肝炎、长期大量饮酒等可导致肝硬化的相关病史; 有肝功能减退和门脉高压的临床表现; 肝功能检查提示白蛋白下降、胆红素升高及凝血酶原时间延长; B 超或 CT 提示肝硬化, 内镜检查发现胃底食管静脉曲张。

1.2 中医诊断与辨证标准 参照《肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试行方案)》^[4]所列诊断与辨证标准。肝气郁结证: 胁肋胀痛、窜痛, 急躁易怒、喜太息, 口干口苦、咽部异物感; 水湿内阻证: 食后脘腹胀痛或纳差, 便溏, 腹胀, 乏力, 舌质淡、舌体胖或齿痕多, 舌苔薄白或腻; 湿热水停证: 皮肤黄疸、色鲜亮, 恶心、呕吐, 口干口臭, 舌苔黄腻; 气滞血瘀证: 胁肋刺痛、痛处不移, 朱砂掌或蜘蛛痣、

毛细血管扩张或腹壁青筋暴露, 肋下积块, 舌质紫暗; 肝肾阴虚证: 腰痛或腰酸腿软, 低烧或五心烦热, 眼干涩, 舌红苔少; 脾肾阳虚证: 脾虚湿盛或五更泻, 腰痛、阳痿、早泄、耳鸣等肾虚症状, 形寒肢冷。中医辨证由 2 名有临床经验的中医医师按照上述标准独立完成, 出现分歧后由 2 名医师协商解决。

1.3 纳入标准 符合上述西医诊断标准与中医辨证标准, 在告知参与本研究可能的风险和获益后自愿参与实验并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 合并肝癌等可能影响实验结果的其他疾病的患者; CT 检查结果不理想, 可能影响后续研究的患者。

1.5 一般资料 于 2010 年 6 月~2013 年 12 月在同济大学医学院就诊的全部肝硬化患者中, 对每种中医证型各收集 40 例符合要求的患者作为研究对象, 共 240 例。男 178 例, 女 62 例; 年龄 30~62 岁, 平均(48.73 ± 9.83)岁; 肝炎后性肝硬化 137 例(57.08%), 酒精性肝硬化 78 例(32.50%), 血吸虫性肝硬化 5 例(2.08%), 其余未明确病因。

2 研究方法

使用德国西门子公司生产的 Definition AS 64 排螺旋 CT 对患者进行肝脏 CT 平扫和增强扫描, 扫描层厚为 10 mm,

[收稿日期] 2014-07-20

[作者简介] 杨朝武 (1982-), 男, 在职硕士研究生, 住院医师, 研究方向: 腹部疾病影像诊断。

层距 10 mm。对比剂采用碘普罗胺(300 mg/mL)，经肘静脉通道推注，注射后 6~40 s 间每 1 s 扫描一次，扫描层厚 10 mm，管电压 120 KV，电流 120 mA。采用机器自带软件通过图像重组计算肝脏体积，采用 DynEva 软件计算肝脏动脉灌注量(HAP)、门静脉灌注量(PVP)、总肝血流灌注(THBF)和肝动脉灌注指数(HPI)^[6]。同时根据患者 CT 影像表现分为均匀型、节段型和结节型。比较不同中医证型的肝硬化患者间上述检查结果的差异，分析两者之间的相关性。

3 统计学方法

所有数据录入 SPSS19.0 软件进行处理。计数资料采用 χ^2 检验，计量资料采用 *t* 检验，等级资料采用秩和检验。

4 研究结果

4.1 肝脏体积与中医证型的相关性分析 见表 1。湿热水停证患者的肝脏体积大于正常人^[6]，脾肾阳虚证患者的肝脏体积小于正常人，差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表1 肝脏体积与中医证型的相关性分析($\bar{x} \pm s$)

指 标	肝气郁结证	水湿内阻证	湿热水停证	气滞血瘀证	肝肾阴虚证	脾肾阳虚证	正常人
肝脏体积	1 078.41 ± 167.39	1 161.05 ± 148.34	1 206.87 ± 201.79	1 107.49 ± 187.49	1 035.83 ± 159.39	923.46 ± 157.35	1 074.89 ± 234.98
<i>t</i> 值	0.08	1.96	2.69	0.68	0.87	3.39	—
<i>P</i> 值	> 0.05	> 0.05	< 0.01	> 0.05	> 0.05	< 0.01	—

4.2 肝脏血流灌注与中医证型的相关性分析 见表 2。水湿内阻证、湿热水停证、气滞血瘀证患者的 HAP 低于正常人($P < 0.05$)，水湿内阻证、湿热水停证、气滞血瘀证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证患者的 PVP 均低于正常人($P < 0.05$)，各证型

患者的 THBF 均低于正常人($P < 0.05$)。肝气郁结证、水湿内停证患者的 HPI 低于正常人($P < 0.05$)，气滞血瘀证、肝肾阴虚证和脾肾阳虚证患者的 HPI 高于正常人($P < 0.05$)。

表2 肝脏血流灌注与中医证型的相关性分析($\bar{x} \pm s$)

指标	肝气郁结证	水湿内阻证	湿热水停证	气滞血瘀证	肝肾阴虚证	脾肾阳虚证	正常人
HAP	0.173 8 ± 0.104 8	0.187 9 ± 0.083 9	0.198 4 ± 0.100 2	0.224 8 ± 0.119 7	0.259 3 ± 0.103 9	0.307 5 ± 0.104 0	0.282 3 ± 0.096 9
PVP	1.056 0 ± 0.349 5	0.913 9 ± 0.403 8	0.843 8 ± 0.348 2	0.733 9 ± 0.205 8	0.655 0 ± 0.161 9	0.550 5 ± 0.225 0	1.178 8 ± 0.400 4
THBF	1.229 8 ± 0.448 0	1.101 8 ± 0.529 8	1.042 2 ± 0.333 8	0.958 7 ± 0.274 9	0.914 3 ± 0.274 3	0.858 0 ± 0.284 9	1.461 1 ± 0.429 4
HPI(%)	14.13 ± 6.58	17.05 ± 6.94	19.04 ± 7.39	23.45 ± 8.98	28.36 ± 10.45	35.83 ± 4.83	19.32 ± 2.48

与正常人比较，① $P < 0.05$

4.3 肝硬化 CT 分型与中医证型的相关性分析 见表 3。肝气郁结证和水湿内阻证患者以均匀型肝硬化为主，湿热水停证患者以节段型为主，气滞血瘀证、肝肾阴虚证和脾肾阳虚证患者以结节型为主。

表3 肝硬化 CT 分型与中医证型的相关性分析 例(%)

分 型	肝气郁结证	水湿内阻证	湿热水停证	气滞血瘀证	肝肾阴虚证	脾肾阳虚证
均匀型	34(85.00)	22(55.00)	5(12.50)	6(15.00)	2(5.00)	3(7.50)
节段型	4(10.00)	10(25.00)	31(77.50)	7(17.50)	3(7.50)	4(10.00)
结节型	2(5.00)	8(20.00)	4(10.00)	27(67.50)	35(87.50)	33(82.50)

5 讨论

本次研究发现，各中医证型患者的 CT 检查结果有各自的特点。肝气郁结证患者的 CT 检查结果表现为肝脏体积正常，均匀型肝硬化，HAP 降低，PVP 和 THBF 轻度下降；水湿内阻证患者表现为肝脏体积正常，均匀型肝硬化，各项肝脏血流灌注指标均明显降低；湿热水停证患者表现为肝脏轻度增大，节段型肝硬化，肝脏血流灌注指标明显下降；气滞血瘀证患者表现为肝脏体积正常，结节型肝硬化，肝脏血流灌注指标明显

下降；肝肾阴虚证患者表现为肝脏体积轻度缩小，结节型肝硬化，HAP 轻度下降，PVP 和 THBF 显著下降；脾肾阳虚证患者表现为肝脏体积明显缩小，HAP 正常，PVP 和 THBF 显著下降。各证型患者间的 CT 检查结果有明显差异，提示了 CT 检查可以作为肝硬化中医辨证分型的客观诊断依据。

本次研究还发现，肝气郁结证、水湿内阻证、湿热水停证、气滞血瘀证、肝肾阴虚证和脾肾阳虚证患者的 CT 检查结果呈现由轻到重的变化规律，患者肝脏体积呈现正常 - 增大 - 缩小的变化，符合肝硬化由轻到重的变化规律；由于肝小叶的进行性破坏和假小叶的形成，使门静脉血流急性型受累，而肝动脉血流代偿性增加，因此肝脏血流灌注量进行性下降，但 HAP 逐渐上升，与江利等^[7]报道的肝硬化患者 CT 检查进展情况相一致；肝脏分型呈现均匀型 - 节段型 - 结节型的变化规律，符合肝硬化进展情况。因此，不同中医证型可能对应着肝硬化的不同发展阶段。

综上所述，本次研究结果提示肝硬化患者的中医证型与 CT 检查结果密切相关，CT 检查可以作为肝硬化患者中医辨证分型的客观诊断依据。但是，本研究也存在着样本量较少的缺点。今后，笔者将进行大样本、多中心研究，以期探索出较为

完善的 CT 辅助诊断肝硬化患者中医辨证分型方案。

[参考文献]

- [1] 陈利平, 陈丹丹. 柴芍六君水蛭汤治疗乙型肝炎后肝硬化代偿期 48 例疗效观察[J]. 新中医, 2012, 44(12): 47-49.
- [2] 陈进军, 宁景春. 肝硬化中医辨证分型与 CT 影像学特征分析[J]. 心血管病防治知识, 2011(3): 33-37.
- [3] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 324-325.
- [4] 危北海. 肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试

行方案)[C]// 中国中西医结合学会第十五次全国消化系统疾病学术研讨会论文汇编. 2003: 260-261.

- [5] 刘玉品, 池晓玲, 周懂晶, 等. 肝硬化多层螺旋 CT 数量化诊断及其中医证候分析[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(6): 1090-1092.
- [6] 张闽光, 黄学菁, 邢东炜, 等. 正常成人肝脏大小的 CT 测量[J]. 肝脏, 2008, 13(4): 306-309.
- [7] 江利, 杨建勇, 谢洪波, 等. CT 灌注成像对肝硬化血流动力学的临床研究[J]. 中华放射学杂志, 2004, 38(10): 1081-1086.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

血府逐瘀汤加减治疗卒中后抑郁疗效及其对神经功能康复的影响

周亮

金华市第二医院五病区, 浙江 金华 321016

[摘要] 目的: 观察血府逐瘀汤加减对卒中后抑郁的疗效及其对神经功能康复的影响。方法: 将 100 例卒中后抑郁患者随机分为 2 组各 50 例, 对照组给予帕罗西汀, 治疗组在对照组基础上服用血府逐瘀汤加减治疗, 均连续治疗 8 周。治疗结束后观察 2 组患者的汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分, 并判定临床疗效, 观察神经功能缺损 (SNFD) 评分和 Barthel (BI) 指数。结果: 治疗后对照组总有效率 86.0%, 治疗组 100%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗后 8 周 HAMD 评分均明显降低 ($P < 0.05$), 治疗组治疗后 4、8 周 HAMD 评分改善均明显优于对照组 ($P < 0.05$)。2 组治疗后 8 周 SNFD 评分及 BI 均明显改善 ($P < 0.05$), 治疗组治疗后 4、8 周改善均明显优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 血府逐瘀汤加减能提高临床疗效, 值得临床推广应用。

[关键词] 卒中后抑郁; 血府逐瘀汤; 神经功能

[中图分类号] R743.3

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 12-0073-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.035

卒中后抑郁(PSD)指脑卒中后出现不同程度的抑郁症状且症状时间超过 2 周以上^[1], 对身心健康危害较大, 笔者采用血府逐瘀汤加减来治疗, 疗效甚佳, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 2 月~2014 年 3 月门诊及住院患者 100 例, 男 56 例, 女 44 例, 年龄 53~78 岁。随机分为 2 组。对照组男 30 例, 女 20 例; 年龄 53~72 岁, 平均 64.8 岁; 病程 1~4 月, 平均 2.3 月; 其中脑梗死 22 例, 脑出血 15 例, 蛛网膜下腔出血 13 例。治疗组男 26 例, 女 24 例; 年龄 55~78 岁, 平均 67.2 岁; 病程 1.3~4.2 月, 平均

3.1 月; 其中脑梗死 28 例, 脑出血 12 例, 蛛网膜下腔出血 10 例。2 组性别、年龄、体征、病程等经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合全国第四届脑血管病学术会议修订的脑卒中定义^[2], 且符合中国精神障碍分类第 3 版(CCMD-3)和国际精神疾病分类第 10 版(ICD-10)中关于抑郁症的诊断标准。排除非脑卒中和抑郁症患者; 智障者有神经衰弱、焦虑症、精神分裂症等且服用抗抑郁药物者; 有其他系统严重疾病。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服帕罗西汀(中美天津史克有限公司, 国药准

[收稿日期] 2014-08-02

[作者简介] 周亮 (1982-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医内科学神经及精神医学。