

肝宁方治疗肝硬化腹水 38 例

★ 李龙华 邓鑫 张金良 耿高璞 (广西中医学院附属瑞康医院消化科 南宁 530001)

摘要:目的:观察肝宁方对肝硬化腹水患者的疗效。方法:将 76 例肝硬化腹水患者随机分为两组,对照组 38 例予西医常规对症处理;治疗组 38 例在西医常规治疗的基础上加服肝宁方,观察两组临床疗效、显效病例腹水消退时间、临床症状改善时间、肝功能指标(ALT、AST、ALB、TBIL)及血清肝纤维化指标(HA、PCⅢ、Ⅳ-C)变化情况。结果:治疗组总有效率为 92.1%,对照组为 73.7% ($P < 0.05$);治疗后治疗组与对照组比较:显效病例腹水消退时间、临床症状改善时间均显著缩短($P < 0.05$)、治疗组治疗后与治疗前比较 ALT、AST、ALB、TBIL 显著降低($P < 0.05$),HA、PCⅢ、Ⅳ-C 显著降低($P < 0.01$),治疗后治疗组与对照组比较 HA、PCⅢ、Ⅳ-C 显著降低($P < 0.05$)。结论:肝宁方具有治疗肝硬化腹水作用。

关键词:肝硬化腹水;肝宁方;中西医结合疗法

中图分类号:R 575.2 **文献标识码:**B

肝硬化腹水是临床常见病、多发病,死亡率高,目前国内外尚无特效治疗方法。2006 年 9 月~2007 年 10 月期间,我们运用肝宁方治疗肝硬化腹水 38 例,并与单纯西药治疗的 38 例作对照,观察肝宁方治疗肝硬化腹水的疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 入选标准

所有病例诊断均符合 2000 年 9 月西安中华医学会传染病与寄生虫学分会、肝病学会联合修订的《病毒性肝炎防治方案》中肝硬化的诊断标准^[1],同时超声检测证实有腹水,腹水程度分级按文献^[2]标准执行,并排除癌性、心源性、肾源性、结核性、血管性等其他性质腹水。

1.2 一般资料

观察病例共 76 例,均为本院门诊和住院患者,随机分为 2 组。治疗组 38 例,男 23 例,女 15 例;年龄 27~64 岁,平均(41.51±15.74)岁;病程 1.5~15 年,平均(5.24±3.12)年;初次出现腹水 13 例,2 次出现腹水 17 例,3 次以上腹水 8 例。纳呆、乏力 18 例,肝区痛 8 例,HBsAg 阳性 15 例,白、球蛋白量比例倒置 21 例,腹水感染 6 例。对照组 38 例,男 24 例,女 14 例;年龄 28~65 岁,平均(43.15±16.42)岁;病程 1~15 年,平均(5.12±3.84)年;初次出现腹水 12 例,2 次出现腹水 19 例,3 次以上腹水 7 例。纳呆、乏力 16 例,肝区痛 6 例,HBsAg 阳性 13 例,白、球蛋白比例倒置 19 例,腹水感染 7 例。两组性别、年龄、病程及临床表现、体重、腹围和肝功能指

标等一般资料经统计学处理差异均无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 在以休息为主、合理饮食的基础上,治疗措施:限制水盐摄入,每日进水量为前日尿量加 500 ml 左右;西医常规保肝治疗:如选用甘利欣、还原型谷胱甘肽、补充维生素等;利尿剂首选安体舒通,剂量从 100 mg/天逐步升高至 400 mg/天,效果不佳者联合速尿,剂量最多 160 mg/天,大量腹水时可酌情使用 20% 人血白蛋白 50 ml 静脉滴注,每周 1~2 次;合并腹水感染者选用抗生素。3 个月为一疗程,共治疗 1 个疗程。

1.2.2 治疗组 在对照组基础上加服肝宁方。肝宁方由黄芪 15 g、白术 25 g、白芍 15 g、当归 10 g、鳖甲 15 g、泽兰 10 g、葫芦茶 10 g、猛老虎 10 g 组成,水煎 2 次共兑为 400 ml,早晚分 2 次空腹温服。3 个月为一疗程,共治疗 1 个疗程。

1.3 观察指标

1 个疗程结束后,观察两组临床疗效、显效病例腹水消退时间、临床症状改善时间、肝功能指标(ALT、AST、ALB、TBIL)及血清肝纤维化指标(HA、PCⅢ、Ⅳ-C)变化情况。

1.4 疗效标准

参照 1993 年 11 月中国中西医结合学会消化疾病专业委员会第五届学术会议制订的“肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试行方案)”。显效:症状完全消失,一般情况良好,腹水消失,肝脾肿

大稳定不变,无叩痛及压痛,肝功能(ALT、TBIL 等)恢复正常。有效:主要症状消失或明显好转,腹水减少至轻度而未完全消失,肝脾肿大稳定不变,无明显叩痛及压痛,肝功能指标下降幅度在 50% 以上而未完全正常。无效:未达到“有效”标准或恶化者。

1.5 统计学方法

采用 SPSS11.5 统计软件对数据进行处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 治疗结果

2.1 两组临床疗效

治疗后,治疗组总有效率及显效率分别为 92.1%,52.6%,对照组总有效率及显效率分别为 73.7%,26.3%,两组比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	显效率(%)	总有效率(%)
治疗组	38	20	15	3	52.6*	92.1*
对照组	38	10	18	10	26.3	73.7

注: * 与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.2 两组显效病例腹水消退时间

治疗组显效病例 3 周内腹水消退者达 95%, 对照组显效病例 3 周内腹水消退者占 50%, 与对照组比较, 治疗组显效病例腹水消退时间显著缩短($P < 0.05$)。

表 2 两组显效病例腹水消退时间比较

组别	n	第 1 周内(%)	第 2 周内(%)	第 3 周内(%)
治疗组	20	2(10.0)	9(45.0)	8(40.0)
对照组	10	0	2(20.0)	3(30.0)

2.3 两组症状改善时间

治疗组治疗后与对照组比较,腹胀、乏力、胁痛、纳差的改善时间显著缩短($P < 0.05$)。

表 3 两组症状改善时间比较($\bar{x} \pm s$) 单位: d

组别	例数	腹胀	乏力	胁痛	纳差
治疗组	38	8.6 ± 1.1*	7.0 ± 1.0*	6.2 ± 1.3*	6.5 ± 1.2*
对照组	38	11.1 ± 1.4	10.6 ± 1.1	8.2 ± 1.0	8.0 ± 1.5

注: * 与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.4 两组肝功能指标变化

治疗组治疗后与治疗前比较 ALT、AST、ALB、TBIL 显著降低($P < 0.05$); 治疗组治疗后与对照组比较, ALB、TBIL 显著降低($P < 0.05$)。

表 4 两组肝功能指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	ALT(μ L)	AST(μ L)	ALB(g/L)	TBIL(μ mol/L)
治疗组	38	治疗前	108.72 ± 67.62	109.91 ± 49.43	28.36 ± 5.13	42.0 ± 19.07
		治疗后	45.12 ± 17.76*	44.53 ± 17.18*	35.18 ± 6.24* Δ	23.99 ± 7.29* Δ
对照组	38	治疗前	110.07 ± 70.15	99.42 ± 48.10	27.03 ± 5.44	42.88 ± 18.66
		治疗后	48.74 ± 18.46*	47.19 ± 16.47*	30.36 ± 5.52*	27.25 ± 5.89*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.5 两组治疗后血清肝纤维化指标变化 治疗组治疗后与对照组比较, HA、PC III、IV-C 显著降低(P

< 0.01); 治疗组治疗后与对照组比较, HA、PC III、IV-C 显著降低($P < 0.05$)。

表 5 两组治疗后血清肝纤维化指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>		HA(ng/mL)	PCⅢ(ng/mL)	IV-C (ng/mL)
治疗组	38	治疗前	615.91 ± 81.32	185.34 ± 38.21	200.81 ± 36.25
		治疗后	235.62 ± 52.33 * Δ	121.35 ± 22.64 * Δ	141.53 ± 20.22 * Δ
对照组	38	治疗前	606.57 ± 85.14	188.62 ± 32.91	202.65 ± 31.14
		治疗后	398.52 ± 51.13 Δ	162.28 ± 24.15 Δ	182.91 ± 20.64 Δ

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$, $\Delta P < 0.05$ 。与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3 讨论

肝硬化腹水是由一种或多种原因长期作用肝脏引起的肝脏慢性、进行性、弥漫性损害,肝细胞广泛坏死,残存肝细胞形成再生结节,结缔组织增生及纤维化,导致正常肝脏结构破坏、假小叶形成,在此基础上出现以肝功能损害和门脉高压为主的临床表现,晚期常有大量腹水形成。腹水形成往往是肝硬化由代偿期转为失代偿期的重要标志,是临床治疗

的一个难题。西医对本病主要是支持和对症处理,予利尿药排出体内钠、钾和水,输注新鲜血、血浆、白蛋白以改善机体的一般情况,恢复肝功能,提高血浆渗透压,促进腹水的消退等^[3]。

中医学认为本病属“鼓胀”、“积聚”、“黄疸”等范畴。其病因病机为肝失疏泄,肝络壅塞,气滞血瘀,瘀血内阻,血不利则为水,脾失健运,转输水液失职,水湿内蕴,久病及肾,肾气不化,开阖不利,水液

华蟾素联合阿德福韦治疗慢性乙型肝炎 18 例

★ 虞玲华 陆其明 (浙江省嘉兴市第一医院消化科 嘉兴 314000)

摘要:目的:观察华蟾素联合阿德福韦治疗慢性乙型肝炎 48 周的疗效。方法:40 例患者随机分为治疗组与对照组。治疗组给予阿德福韦 10 mg/d,每日 1 次口服,华蟾素片 3 片,每日 3 次,口服;对照组给予阿德福韦 10 mg/d,每日 1 次,口服。结果:治疗 24、48 周时 HBV-DNA 水平及转阴率,血清 ALT 复常率与对照组比较均有明显的差异。结论:华蟾素联合阿德福韦能快速有效的抑制乙肝病毒复制,安全性好。

关键词:慢性乙型肝炎;华蟾素;阿德福韦

中图分类号:R 575.1 **文献标识码:**B

中药制剂华蟾素,能提高机体免疫力,直接杀伤或抑制肿瘤细胞,同时能抑制乙肝病毒的复制等作用,已在临床上应用;对于慢性乙型病毒性肝炎,目前公认的是早期、合适的抗病毒治疗能延长乙肝患者的生命、提高其生活质量、阻止肝癌、肝硬化的发生。阿德福韦酯片有强效的病毒抑制作用,使得最大限度地实现抗病毒目标成为可能。但华蟾素与阿德福韦的联合临床报道罕见。现将我院应用华蟾素联合阿德福韦治疗慢性乙型肝炎患者的资料报告如下。

1 资料与方法

停聚,气血交阻,水气淤积腹中,气、血、水互相搏结,则气血阴精亏虚,机体失养,阴损及阳,从而导致肝、脾、肾三脏损害,属本虚标实、虚实夹杂之证。我们据此为立法原则,治疗以攻补兼施,扶正祛邪,以健脾益气,祛瘀通络为主,兼以清热解毒。肝宁方中黄芪、白术、白芍、当归健脾益气、兼以养血;鳖甲、泽兰、葫芦茶、猛老虎活血化瘀通络,兼以利水。方中葫芦茶为广西壮药,具有消滞利水的作用,猛老虎为广西瑶药,具有散瘀消肿作用,均是广西民间医师治疗急慢性肝炎、肝硬化的常用药。

肝硬化腹水的形成有多方面的原因,其中肝硬化门脉高压是主要原因之一。由于门脉高压导致内脏和外周小动脉扩张,使动脉循环不足,动脉受体感化到以后刺激交感神经系统(SNS)和肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS),并使抗利尿激素(ADH)分泌增多,造成肾小管收缩和钠水潴留,进而形成腹水。我们前期动物实验及临床研究表明,肝宁方具有抑制肝硬化门脉高压作用^[4~6]。本临床观察表

1.1 临床资料 选择 2006 年 12 月~2007 年 12 月住院及门诊慢性乙型肝炎 40 例。将其随机分为 2 组:华蟾素联合阿德福韦治疗组 18 例及阿德福韦对照组 22 例。治疗组男 10 例,女 8 例;年龄 18~60 岁,平均 39.3 ± 3.34 岁。对照组男 12 例,女 10 例,年龄 20~60 岁,平均 38.6 ± 3.76 岁。两组年龄、性别治疗前的转氨酶(ALT)、HBV-DNA 等均无差异。

1.2 入选病例标准 全部病例均符合 2000 年中华医学会西安会议所修订的病毒性肝炎诊断标准^[1]。治疗前未使用过抗病毒药物和免疫调节剂治疗;筛选前 6 个月内 ALT 水平有一次在 80~400 U/ml,

明:肝宁方治疗肝硬化腹水能起到扶正化瘀、行气利水的作用,比单纯用西药治疗效果良好,能有效改善患者临床症状、体征、肝功能,促进腹水的消退。其疗效与其抑制肝硬化门脉高压作用有密切关系。

参考文献

- [1] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会肝病学分会联合修订. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华肝脏病杂志, 2000, 8(6): 324-329.
- [2] 徐大毅. 腹水治疗的现状与进展[J]. 中国中西医结合第十九次全国消化病学术会议暨国家级中西医结合消化疾病新进展学习班论文汇编, 2007.
- [3] 叶任高. 内科学[M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2004. 446-447.
- [4] 邓鑫, 梁健, 李益忠, 等. 肝宁方对肝硬化大鼠氧化损伤的保护作用[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2007, 15(2): 102-104.
- [5] 邓鑫, 梁健, 李益忠, 等. 肝宁方对肝硬化门脉高压的抑制作用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9(10): 180-181.
- [6] 邓鑫, 梁健, 周薇, 等. 肝宁方治疗肝硬化门脉高压 35 例临床观察[J]. 中医杂志, 2008, 49(3): 234-236.

(收稿日期:2008-07-09)