

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2021.02.010

解毒利湿化瘀方联合中药灌肠治疗乙型肝炎病毒 相关慢加急性肝衰竭临床观察

翟永治 赵淑英[△]

尉氏县中医院内科病区,河南开封 475500

关键词 解毒利湿化瘀方;中药灌肠;乙型肝炎病毒;慢加急性肝衰竭

中图分类号 R512.6⁺2;R575.3 **文献标志码** A

乙型肝炎病毒(hepatitis B virus, HBV)相关慢加急性肝衰竭(acute-on-chronic liver failure, ACLF)是指在乙型慢性肝炎基础上,短期内发生急性肝功能失代偿和肝功能衰竭的临床综合征,其病情进展快,短期病死率高,预后差,是临床常见的急危重症。目前西医临床治疗主要为内科综合治疗、人工肝、肝移植等^[1],尚缺乏特效治疗药物。根据本病的临床表现,可归属于中医学“黄疸”“胁痛”“臌胀”等范畴,多为正气不足、湿热疫毒内蕴所致,需行解毒祛湿、活血化瘀、固护正气之法。笔者根据本病病因病机,结合自身多年临床经验,自拟解毒利湿化瘀方口服联合通腑逐瘀方灌肠治疗 HBV-ACLF 疗效确切,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 2 月—2020 年 4 月本院内科收治的 HBV-ACLF 患者 98 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组 49 例。观察组,其中男 25 例,女 24 例;年龄(54.26±5.53)岁,年龄范围为 40~66 岁;肝衰竭病程(8.5±4.3)d,病程范围为 4~13 d。对照组,其中男 26 例,女 23 例;年龄(53.48±6.15)岁,年龄范围为 39~67 岁;肝衰竭病程(8.5±4.2)d,病程范围为 4~14 d。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:符合《肝衰竭诊疗指南(2018 年版)》^[1]及《慢性乙型肝炎防治指南(2019 年版)》^[2]中关于 HBV-ACLF 的诊断标准;患者及家属同意参与本研究,签署知情同意书,经过本院伦理委员会批准。

排除标准:其他原因导致的 ACLF;肝硬化基础上的慢性肝衰竭;合并肝癌、药物性肝炎、酒精性肝病、非酒精性脂肪肝等;妊娠期或哺乳期女性。

1.3 治疗方法

所有患者均予西医常规抗病毒、抗炎护肝治疗,恩替卡韦片(中美上海施贵宝制药有限公司,国药准字 H20052237)口服,0.5 mg/次,1 次/d;注射用促肝细胞生长素(广州万正药业有限公司,国药准字 H44024636),加入 10%葡萄糖注射液 250 mL 中稀释后缓慢静脉滴注,100 mg/次,1 次/d;复方甘草酸苷注射液(石药集团欧意药业有限公司,国药准字 H20065475),加入 10%葡萄糖注射液 250 mL 中稀释后缓慢静脉滴注,50 mL/次,1 次/d;注射用谷胱甘肽(山东绿叶制药有限公司,国药准字 H20030002),加入 10%葡萄糖注射液 250 mL 中稀释后缓慢静脉滴注,1.8 g/次,1 次/d。

对照组患者在西医常规治疗基础上予以通腑逐瘀方中药灌肠治疗,方药组成为生大黄 30 g、枳实 15 g、黄芩 15 g、厚朴 15 g、金钱草 20 g、乌梅 30 g、甘草 15 g;上述药物浓煎至 100 mL 备用,保留灌肠,1 剂/次,1 次/d。灌肠方法:将药液加热至 38℃,使患者保持右侧卧位,以吸痰管灌肠,深度约为 45 cm,保留 30 min。

观察组患者在对照组治疗基础上联合解毒利湿化瘀方口服,基本方药组成为茵陈 30 g、栀子 15 g、虎杖 15 g、蒲公英 30 g、地耳草 20 g、赤芍 15 g、紫草 15 g、茯苓 15 g、泽泻 15 g、生甘草 6 g;瘀血重者加牡丹皮 15 g、郁金 15 g;气虚者加党参 15 g、白术 10 g;湿热重者加垂盆草 30 g、夏枯草 15 g;气滞者加大腹皮 15 g、陈皮 10 g;热毒炽盛者加大黄 10 g;湿浊不化者加苍术 10 g、佩兰 10 g;水饮内停者加玉米须 15 g。上述

[△]通信作者,Corresponding author,E-mail:737297657@qq.com

药物,水煎取汁 200 mL,1 剂/d,分早晚 2 次温服。2 组患者均连续治疗 8 周。

1.4 观察指标及疗效判定标准

临床疗效判定标准:临床痊愈 胁痛、腹胀、乏力症状基本消失,腹水明显缓解,血清总胆红素 (serum total bilirubin, STB) $\leq 34 \mu\text{mol/L}$,凝血酶原活动度 (prothrombin activity, PTA) $\geq 60\%$;显效 上述症状明显减轻,STB 较原水平下降 $> 50\%$ 或 PTA 较原水平提高 $> 50\%$,稳定 2 周以上;好转 上述症状有所改善,STB 较原水平下降 $> 25\%$ 或 PTA 较原水平提高 $> 25\%$,稳定 2 周以上;无效 上述症状及 STB、PTA 无改善,病情持续恶化甚至死亡。临床治疗总有效率 = [(临床痊愈 + 显效 + 好转) 例数 / 总例数] $\times 100\%$ 。

比较 2 组患者治疗前后肝功能水平,包括血清 STB、谷丙转氨酶 (alanine aminotransferase, ALT)、胆碱酯酶 (cholinesterase, CHE)。

比较 2 组患者治疗前后中医证候积分,根据腹水、胁痛、腹胀、乏力症状的无、轻、中、重度,分别计 0、2、4、6 分。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 21.0 统计软件进行数据处理,计量资料

以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组 t 检验;计数资料以率 (%) 表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

观察组患者临床治疗总有效率为 93.88%,显著高于对照组的 77.55% ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者临床疗效比较 ($n=49$, 例, %)

组别	临床痊愈	显效	好转	无效	总有效率
对照组	10	19	9	11	38(77.55)
观察组	24	12	10	3	46(93.88) [△]

与对照组比较[△] $P < 0.05$

2.2 肝功能水平及中医证候积分比较

治疗前,2 组患者血清 STB、ALT、CHE 水平及中医证候积分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,2 组患者血清 STB、ALT 水平及中医证候积分均较治疗前明显降低 ($P < 0.05$),且观察组显著低于对照组 ($P < 0.05$);2 组患者血清 CHE 水平均较治疗前明显升高 ($P < 0.05$),且观察组显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者肝功能水平及中医证候积分比较 ($n=49, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	STB($\mu\text{mol/L}$)	ALT(U/L)	CHE(U/L)	中医证候积分(分)
对照组	治疗前	357.12 \pm 135.11	540.47 \pm 530.21	2867.41 \pm 572.46	20.03 \pm 2.81
	治疗后	98.36 \pm 52.06*	150.67 \pm 67.25*	4226.18 \pm 1124.38*	18.26 \pm 2.32*
观察组	治疗前	352.41 \pm 136.20	548.26 \pm 523.14	2843.37 \pm 586.35	20.37 \pm 2.90
	治疗后	72.49 \pm 30.15* [△]	125.58 \pm 53.47* [△]	4964.21 \pm 1259.23* [△]	13.01 \pm 1.68* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$;与对照组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

HBV-ACLF 病情危重复杂,且进展速度快,死亡率极高。近几年许多学者将中医药应用于 HBV-ACLF 治疗中,研究表明^[3-5],中医药可有效提高肝衰竭患者的总体治疗效果及其生存率。早发现、早诊断、早期积极联合中医药治疗在 HBV-ACLF 的临床治疗中具有重要意义。

本病病因病机虽较复杂,然其不外乎湿、热、毒、瘀、虚,笔者认为湿、热、毒为致病之因,瘀为病变之本,而湿毒热邪与瘀又互为因果,湿毒热邪为因,其盛必致瘀盛,瘀盛必生毒邪,从而加重肝脏血瘀病变,形成恶性循环,导致湿、热、毒、瘀、虚胶结难解,故治疗

上应清热解毒邪、利湿化瘀、活血凉血,同时兼顾正虚,补气固本。

本研究以解毒利湿化瘀方口服联合通腑逐瘀方灌肠治疗。解毒利湿化瘀方由茵陈蒿汤合四苓散化裁而成,方中茵陈清利湿热、利胆退黄,栀子泻火除烦、清热利湿、凉血解毒,茯苓利水胜湿、健脾宁心,泽泻利水胜湿、泄热;蒲公英、地耳草同归于肝经,加强清肝泄热、解毒利湿之效;湿热日久,经脉瘀阻,血气凝滞,故用虎杖利湿退黄、清热解毒、散瘀,赤芍清热凉血、散瘀,紫草凉血解毒、活血化瘀;甘草可益气健脾、和中缓急;诸药合用,共奏清热解毒、利胆退黄、活血化瘀、祛邪扶正之效,可截断病势,较快改善临床症状。通腑逐瘀汤由小承气汤化裁而来,方中生大黄泻

下攻积、清热泻火、凉血解毒、逐瘀通经，枳实破气化痰、消积除痞，厚朴燥湿消痰，下气除满；黄芩清热燥湿、泻火解毒，金钱草利湿退黄、利尿通淋、解毒消肿；乌梅既可涩肠止泻、生津止渴，又可防攻下太过；甘草补脾益气、清热解毒、调和诸药；全方共奏通腑泄浊、利湿清热、活血解毒之功。本研究结果显示，2 组患者血清 STB、ALT 水平及中医证候积分显著低于对照组，血清 CHE 水平及临床治疗总有效率显著高于对照组；表明解毒利湿化瘀方口服联合通腑逐瘀汤灌肠治疗 HBV-ACLF 临床疗效显著，可缓解临床症状，改善肝功能指标，给临床治疗此病提供了新方法。

综上所述，解毒利湿化瘀方口服联合通腑逐瘀汤灌肠治疗 HBV-ACLF 患者可缓解临床症状、改善肝功能，确有临床疗效，值得推广应用。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组, 中华医学会肝病学会重型肝病与人工肝学组. 肝衰竭诊治指南(2018 年版)[J]. 临床肝胆病杂志, 2019, 35(1): 38-44.
- [2] 中华医学会感染病学分会, 中华医学会肝病学会. 慢性乙型肝炎防治指南(2019 年版)[J]. 实用肝脏病杂志, 2020, 23(1): 后插 9-后插 32.
- [3] 杨瑞华, 李芹. 中医药治疗肝衰竭研究进展[J]. 中西医结合研究, 2014, 6(3): 158-160, 162.
- [4] 党中勤, 党志博, 王宇亮, 等. 中医多途径给药治疗乙型肝炎慢加急性肝衰竭理论探析和运用体会[J]. 中医研究, 2018, 31(8): 4-5.
- [5] 刘慧敏, 高方媛, 江宇泳, 等. 解毒凉血利湿方加减联合西药治疗乙型肝炎慢加急性肝衰竭前期 30 例临床观察[J]. 中医杂志, 2018, 59(1): 41-45.

(收稿日期: 2020-01-09)

(上接第 101 页)

综上所述, 中西医结合治疗新冠肺炎患者具有不错的临床疗效, 充分施展临床一线中医的辨证论治能力, 方可达到最佳治疗效果。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第八版)[J]. 中华临床感染病杂志, 2020, 13(5): 321-328.
- [2] 许啸虎, 董慧, 涂胜豪, 等. 金叶败毒颗粒和连花清瘟胶囊治疗普通型新型冠状病毒肺炎的回顾性分析[J]. 中西医结合研究, 2020, 12(6): 383-386, 389.
- [3] 国家卫生健康委员会办公厅, 国家中医药管理局办公室. 关于推荐在中西医结合救治新型冠状病毒感染的肺炎中使用“清肺排毒汤”的通知[EB/OL]. (2020-02-07)[2020-

02-20]. https://mp.weixin.qq.com/s/_PceHDFnRf8_T5g0JnPF6A.

- [4] 国家卫生健康委办公厅, 国家中医药管理局办公室. 关于印发新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第五版)的通知及解读[EB/OL]. (2020-02-05)[2020-02-20]. https://mp.weixin.qq.com/s/IfcMjSnmz3Vn_2HJzL26w.
- [5] 国家中医药管理局. 中医药有效方剂筛选研究取得阶段性进展[EB/OL]. (2020-02-06)[2020-02-20]. https://mp.weixin.qq.com/s/GLStx8_XiB78_tKv0_cLDeRuw.
- [6] 何清湖, 刘应科, 孙相如, 等. 国家卫生健康委员会、国家中医药管理局推荐使用“清肺排毒汤”的意义与作用[J]. 中医杂志, 2020, 61(10): 829-832.

(收稿日期: 2020-01-03)