

疏肝解郁法治疗早期肝硬化 200 例临床观察*

谢正兰, 李铁强, 蒋林剑

(广西桂林市中医医院, 广西 桂林 541002)

摘要:目的:观察并评价疏肝解郁法对于早期肝硬化患者的疗效。方法:将 200 例早期肝硬化患者随机分为 2 组, 每组各 100 例, 对照组予以休息、针对病因治疗(抗病毒、戒酒、驱虫等), 并予以口服还原型谷胱甘肽片 0.4, tid; 治疗组在对症治疗基础上加予口服柴胡疏肝散每日 1 剂, 水煎 200 mL, 分 2 次服。2 组均以 12 周为 1 疗程。2 组治疗前后均予以完善肝纤维化项、肝功能、凝血功能、腹部 B 超等检查, 观察记录腹胀、胁痛、纳差、乏力等主要临床症状改善情况。结果:经过治疗后, 治疗组总有效率 94%, 对照组总有效率为 91%, 两组疗效无显著性差异($P>0.05$); 2 组在肝功能、凝血功能、腹部 B 超等检查指标均较治疗前有明显改善, 但 2 组间无显著差异($P>0.05$); 2 组肝纤维化血清学指标均较治疗前有明显改善, 治疗组改善显著优于对照组($P<0.05$)。结论:疏肝解郁法治疗早期肝硬化疗效确切, 主要表现为可以显著改善患者肝纤维化血清学指标, 提示疏肝解郁法在早期肝硬化的抗肝纤维化治疗上有进一步研究的价值。

关键词:肝硬化; 肝纤维化; 中医药疗法; 疏肝解郁

中图分类号: R657.3

文献标识码: B

文章编号: 1007-2349(2013)07-0022-03

为主, 中医药在治疗该疼痛方面有一定的优势。中医理论认为, 原发性痛经以寒凝血瘀为主, 任脉为病。任脉病治任脉, 也可取督脉治疗, 如痛经可取十七椎下针刺。任脉为阴, 督脉为阳, 治疗督脉更容易振奋阳气。因此, 尝试选用通督活血汤治疗原发性痛经, 取得满意效果。

通督活血汤原为湖北省中医研究院李同生教授的祖传秘方, 用于治疗腰椎管狭窄症, 近年来也逐步运用到其他方面。使用通督活血汤治疗原发性痛经, 方中黄芪补气生血, 鹿角片温督脉之阳气, 二者为君, 通过调整体内机能为任督二脉注入旺盛的气血, 为祛寒散瘀打下了坚实的基础; 配伍活血之品丹参、当归、泽兰、苏术、地龙、赤芍, 达到活血通络、化瘀止痛的作用; 佐以金毛狗脊、杜仲补肝肾、强筋骨之类, 兼祛风除湿止痛。诸药合用, 入督脉, 任通脉, 温阳化瘀, 攻补兼施, 故效果稳定而持久。《本草正义》提到:“(狗脊)能温养肝肾, 通调百脉, 强腰膝, 强脊骨, 利关节, 而驱痹着, 起痿废; 又能固摄冲带, 坚强督任, 治女子经带淋露, 功效甚宏, 诚虚弱衰老恒用之品。且温中而不燥, 走而不泄, 尤为有利无弊, 颇有温和中正气象, 而人多忽之, 不以为重, 殊可惜也。”可见, 就连金毛狗

脊这种似乎与月经不沾边的药也同样会起到治疗作用。现代研究表明:通督活血汤可改变病变部位的血液灌注量和循环, 局部血供、供氧增加, 加快炎症介质和致痛因子的代谢, 从而达到改善疼痛症状的目的^[5]。通过临床观察, 笔者发现, 通督活血汤温督以通任脉, 祛寒散瘀, 治疗原发性痛经的确具有一定效果, 值得临床运用。

1 一般资料

选择 200 例早期肝硬化患者, 为 2010 年 11 月~2012 年 6 月期间在桂林市中医医院门诊及住院患者, 其中:男 104 例, 女 96 例; 年龄 28~65 岁, 平均 41 岁; 病因为病毒性肝炎肝硬化 146 例、酒精性肝硬化 31 例、血吸虫性肝硬化 9 例、淤血性肝硬化 14 例; 肝功能主要指标为 ALT(64.3 ± 12.1) U/L; AST(52.4 ± 14.5) U/L; T-BIL(28.6 ± 5.7) μ mol/L; ALB(36.5 ± 4.3) g/L; 凝血功能指标为 PT(13.4 ± 3.3) s; 门脉内径为(12.5 ± 2.5) mm; 脾脏厚度为(4.2 ± 3.5) cm。中、西医诊断及疗效标准参照《肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试行方案)》^[2]及《肝纤维化诊断及疗效评估共识》^[3]中的相关标准, 中医辨证属于肝气郁结证, 肝功能 Child-Pugh 分级均为 A 级。随机分为 2 组:治疗组与对照组, 每组各 100 例, 两组在性别、年龄、病因、肝功能、凝血功能、门脉内径、脾脏厚度等方面均无显著差异($P>0.05$)。

脊这种似乎与月经不沾边的药也同样会起到治疗作用。现代研究表明:通督活血汤可改变病变部位的血液灌注量和循环, 局部血供、供氧增加, 加快炎症介质和致痛因子的代谢, 从而达到改善疼痛症状的目的^[5]。通过临床观察, 笔者发现, 通督活血汤温督以通任脉, 祛寒散瘀, 治疗原发性痛经的确具有一定效果, 值得临床运用。

参考文献:

- [1] Dargatzis G. Menstrual disorders in adolescents[J]. BJOG, 2005, 4(1):79.
- [2] Sharma PM, Chetna Taneja, D Saha, et al. Problems related to menstruation amongst adolescent girls[J]. Indian Journal of Pediatrics, 2008, 75(2):122~129.
- [3] ZY/T001.1~001.9-94, 中医病证诊断疗效标准[S].
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993:263~266.
- [5] 李强. 通督活血汤治疗退行性腰椎管狭窄症的临床及实验研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 1991, 7(4):18.

(收稿日期:2013-05-02)

* 基金项目:广西科学研究与技术开发计划项目(NO:桂科攻 10124001B-6); 桂林市科学研究与技术开发计划项目(NO:20100128-13)

2 方法

2.1 治疗方法 对照组予以休息、针对病因治疗(抗病毒、戒酒、驱虫等),并予以口服还原型谷胱甘肽片 0.4, tid; 治疗组在对症治疗基础上加予口服疏肝解郁中药(柴胡疏肝散:陈皮、柴胡各 6 g, 川芎、枳壳、芍药各 10 g, 炙甘草 3 g, 香附子 10 g), 每日 1 剂, 水煎 200 mL, 分 2 次服。2 组均以 12 周为 1 疗程。2 组治疗前后均予以完善肝纤维化四项、肝功能、凝血四项、腹部 B 超等检查, 并观察记录腹胀、胁痛、纳差、乏力等主要临床症状改善情况。

2.2 统计学方法 所有数据采用 SPSS13.0 统计学软件进行处理, 计量数据以均数±标准差表示, 计量资料比较采用 *t* 检验, 计数资料比较采用卡方检验。

3 疗效标准与治疗结果

3.1 疗效标准 参照《肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试行方案)》^[2]拟定如下: 显效: 疗程结束时, 症状完全消失, 一般情况良好; 肝脾肿大稳定不变, 无叩痛及压痛; 肝功能基本恢复正常; 好转: 疗程结束时, 症状明显好转; 肝脾肿大稳定不变, 无明显叩痛或压痛, 肝功能明显改善; 无效: 未达好转标准或恶化者。

3.2 治疗结果

3.2.1 2 组临床疗效比较 2 组经过治疗后, 治疗组总有效率为 94%, 对照组总有效率为 91%, 两组疗效对比无显著差异性($P>0.05$), 详见表 1。

表 1 2 组疗效比较

分组	<i>n</i>	显效	好转	无效	总有效率/%
治疗组	100	72	22	6	94*
对照组	100	57	34	9	91

注: 与对照组比较, * $P>0.05$

3.2.2 2 组治疗后肝功能、凝血功能、门脉内径及脾脏厚度等指标均较治疗前有所改善, 但 2 组间比较无显著性差异($P>0.05$)。

3.2.3 2 组治疗前后肝纤维化血清学指标比较 治疗前 2 组在 HA、IV-C、PcIII 和 LN 的水平并无差异($P>0.05$); 经过治疗后, 两组上述肝纤维化血清学指标均较治疗前降低, 且有统计学意义($P<0.05$); 但治疗组肝纤维化血清学指标降低情况优于对照组($P<0.05$), 详见表 2。

表 2 治疗前后肝纤维化血清学指标比较($\bar{x} \pm s$, ng/mL)

分组	HA	IV-C	PcIII	LN
治疗组	治疗前 289.3±61.4	123.1±31.6	189.9±23.2	187.3±37.2
	治疗后 158.5±49.3**	63.7±17.5**	107.8±17.8**	103.1±27.6**
对照组	治疗前 290.5±65.2	125.4±27.9	188.6±21.3	183.6±36.5
	治疗后 245.9±46.1*	98.1±23.2*	165.5±20.3*	161.4±29.7*

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

4 讨论

对于早期肝硬化患者而言, 除了针对病因进行治疗, 抗肝纤维化治疗尤其重要, 因为积极的抗肝纤维化治疗可能逆转早期肝硬化, 或者是延缓早期肝硬化的进程, 防止其进展成失代偿期肝硬化。

肝纤维化是慢性肝病向肝硬化发展的重要阶段, 其基本病理改变主要是细胞外基质的过度增生与沉积, 在这个过程中, 透明质酸(HA)、IV 型胶原(IV-C)、III 型前胶原(PcIII)、层黏蛋白(LN)等成分在血清中的含量亦有相应的变化, 研究表明, 血清 HA、IV-C、PcIII、LN 联合检测对判断肝纤维化程度、早期诊断肝硬化有一定临床价值, 对动态观察肝病进展及治疗效果、预后判断等均具有较高的临床意义^[4]。

中药抗肝纤维化具有独特的临床疗效, 能够逆转肝纤维化, 应当予以重视。现已上市的抗肝纤维化中药有扶正化瘀胶囊(片)、复方鳖甲软肝片、安络化纤丸和强肝胶囊等^[5]。但尚未见到国内以疏肝解郁方剂为主方进行抗肝纤维化治疗的报道。中医理论认为, 肝为将军之官, 属木, 主疏泄情志, 以条达为顺。如情志不遂, 肝气郁结, 可导致肝失条达, 疏泄失司, 气血不畅, 出现胁肋胀痛或窜痛、急躁易怒、喜太息、口干口苦或咽部有异物感、纳差或食后胃脘胀满、便溏、腹胀、嗝气、乳房胀痛或结块等症状。据统计近年来医家常见对肝纤维化的中医分型前 6 位的是: 肝郁脾虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚、瘀血阻络、湿热中阻和气滞血瘀^[6]。其中“肝郁脾虚”被列为首位, 这也说明“肝郁”在肝纤维化发病过程中的重要性。

柴胡疏肝散出自《景岳全书》, 为疏肝理气之代表方剂, 方用陈皮、柴胡、川芎、香附、枳壳疏肝理气, 川芎、赤药活血化瘀, 共奏理气活血之功效, 是防治肝气郁结的有效验方, 功能疏肝解郁, 行气止痛, 临床上广泛用于治疗肝气郁结诸症。有实验研究表明, 柴胡疏肝散对大鼠肝纤维化有良好的防治作用^[7]。在临床实践中观察到, 很多早期肝硬化患者都存在着肝气郁结的症状, 运用以柴胡疏肝散为主方的疏肝解郁法进行治疗, 往往可以收到较好的疗效。研究表明, 采用疏肝解郁法治疗早期肝硬化, 总体疗效与西药对照组相似, 在改善患者的肝功能及门脉内径、脾脏厚度等指标方面具有一定的作用, 但并未体现出明显优于西药对照组; 而采用疏肝解郁法治疗早期肝硬化, 对于患者的肝纤维化血清学指标具有显著的影响, 治疗组在改善患者 HA、IV-C、PcIII 和 LN 的水平上显著优于对照组, 这提示在早期肝硬化、肝纤维化的过程中, 肝气郁结可能是值得重视的发病机制之一; 也提示疏肝解郁法在早期肝硬化的抗肝纤维化治疗上有进一步研究的价值。

参考文献:

[1] 杨绍基. 传染病学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 37.
[2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试行方案)[J]. 中国中西医结合杂

加味参附颗粒对急性心梗介入后BNP CRP及心功能改善的疗效观察

卞继芳, 张 蕾, 黄培红, 苏 慧, 袁 丁, 李典鸿, 梁宏宇, 靳利利, 王清海

(广东省第二中医医院, 广东 广州 510095)

摘 要:目的:探讨加味参附颗粒对急性心梗介入治疗患者术后炎症及心功能指标的影响。方法:将43例急性心梗患者随机分为治疗组22例与对照组21例,对照组予以经皮冠状动脉介入治疗(PCI),治疗组在此基础上加服加味参附颗粒,疗程2周。2组患者均于治疗前、治疗后测定血清B型利钠肽(BNP)、C-反应蛋白(CRP),并行彩超测左室射血分数(LVEF)评估心功能。结果:2组患者治疗前与治疗2周后CRP、LVEF比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);且治疗后,治疗组与对照组CRP、LVEF比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。但BNP治疗前与治疗2周后比较,差异无统计学意义($P>0.05$),但治疗组BNP值低于对照组。结论:与单纯PCI介入术相比,加服加味参附颗粒可改善急性心梗患者术后BNP、CRP及心功能LVEF,尤以对BNP、LVEF改善明显。

关键词:加味参附颗粒;急性心梗;介入;BNP;CRP;心功能

中图分类号:R542.2

文献标识码:B

文章编号:1007-2349(2013)07-0024-02

急性心肌梗死是心肌缺血性坏死,为在冠状动脉病变的基础上,发生冠状动脉血供急剧减少或中断,使相应的心肌严重而持久的急性缺血而导致心肌坏死。经皮冠状动脉介入治疗(Percutaneous coronary intervention, PCI)是临床治疗急性心肌梗死(Acute myocardial infarction, AMI)的重要措施,它可以迅速开通梗死相关血管,减轻梗死程度,但冠脉血流急剧减少或中断导致的心肌严重缺血损伤,以及手术也会带来心肌再灌注损伤、微循环栓塞等因素,常对患者产生不良影响。本研究通过测定治疗前后血清B型利钠肽(B-type natriuretic peptide, BNP)、C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)及左室射血分数(Left ventricular ejection fraction, LVEF),探讨AMI患者行介入治疗后,加服加味参附颗粒对PCI术后患者影响的改善程度。

志,1994,14(4):237.

[3]中华肝病学会肝纤维化学组. 肝纤维化诊断及疗效评估共识[J]. 中华肝病杂志,2002,10(5):327-328.

[4]马德佳,何新发,李燕妮. HA、PC-Ⅲ、Ⅳ-C及LN对肝纤维化的诊断价值[J]. 广西医学,2011,33(3):312-314.

[5]孙青菊,苑同业,杨春晖,等. 肝纤维化诊断与治疗研究进展[J].

1 临床资料

43例急性心梗患者均来自心脏科住院患者,符合WHO缺血性心脏病诊断标准,并行冠脉造影证实。随机分为治疗组22例与对照组21例。治疗组男12例,女10例;年龄61~73岁,平均(64.65±4.16)岁;对照组男10例,女11例;年龄57~71岁,平均(63.74±4.82)岁。2组患者基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 分组方法 采用前瞻性试验的随机对照试验设计方案。按简单随机化法,将43例急性心肌梗死患者随机分为治疗组22例与对照组21例。

2.2 治疗方法 对照组患者均予以冠脉介入治疗(PCI),治疗组在此基础上均加服本院中药制剂加味参附颗粒(批号:YZB-2002-014),每日2次,每次1包,疗程2周。

2.3 评价指标及方法 分别于PCI术前、术后2周后,对2组患者均测定血清B型利钠肽(BNP)、C-反应蛋白(CRP),并行彩超测左室射血分数(LVEF)评估心功能。

2.4 统计学方法 计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,2组均数比较采用两独立样本设计资料的 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。数据库建立及统计均于SPSS 18.0统计学软件包实现。

3 治疗结果

对2组患者治疗前后BNP、CRP、LVEF值进行统计比较。见表1。

表1 2组患者治疗前后BNP、CRP、LVEF比较($\bar{x} \pm s$)

	<i>n</i>	处理	BNP(pg/ml)	CRP(pg/ml)	LVEF(%)
治疗组	22	治疗前	163.57±48.51	13.82±6.5	56.2±7.8
		治疗后	175.94±62.55	5.02±4.0**	73.5±9.6**
对照组	21	治疗前	170.91±50.28	13.65±7.2	57.9±8.1
		治疗后	198.42±56.35	7.54±3.8*	67.1±8.4*

注:与治疗前相比,* $P<0.05$;与对照组相比,* $P<0.05$

实用医药杂志,2011,28(3):271.

[6]崔宁,谢春娥,陈润花,等. 肝纤维化的中医诊疗进展[J]. 世界中西医结合杂志,2011,6(2):170.

[7]付德才,杨世忠,宋祥福,等. 柴胡疏肝散抗肝纤维化的实验研究[J]. 中国老年学杂志,2007,27(12):1146-1148.

(收稿日期:2013-04-22)