

“益肝消症散”治疗慢性肝炎肝纤维化的临床观察

刘旭东

(广西中医学院附属瑞康医院 广西南宁 530000)

摘要:目的:观察“益肝消症散”对慢性肝炎肝纤维化的临床疗效,初步探讨其对慢性肝炎肝纤维化的防治作用及最佳治疗证型。方法:选用符合入选条件慢性病毒性肝炎患者50例,随机分成两组,治疗组30例,服用“益肝消症散”,并辅以常规护肝西药。对照组20例,除不用“益肝消症散”外,均与治疗组相同。两组均以三个月为一疗程,观察治疗前后肝纤维化指标及临床疗效指标变化。结果:治疗组30例,临床有效率76.7%,对照组20例,临床有效率45%,两者比较有显著性差异($P<0.05$);治疗组肝功能指标及肝纤维化指标治疗后均明显改善($P<0.01$),且优于对照组($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。治疗前后各证型比较,肝郁脾虚证中HA值明显高于其他各证型($P<0.01$),其次为湿热中阻,高于另外两型($P<0.01$);湿热中阻和肝郁脾虚证之PCⅢ明显低于肝肾阴虚与瘀血阻络证($P<0.01$);LN四证型间无差异($p>0.05$);IV-C可能四证型间存在差异(统计方法不同引起)。降低肝纤维化指标疗效,以湿热中阻、肝郁脾虚、瘀血阻络型较其余证型为优。结论:“益肝消症散”对慢性病毒性肝炎有较好治疗效果;对慢性肝炎肝纤维化有阻止和逆转作用;较佳治疗证型为湿热中阻、肝郁脾虚与瘀血阻络型。

关键词: 肝炎肝纤维化;“益肝消症散”;抗肝纤维化;临床研究

中图分类号: R289.5

文献标识码: B

文章编号: 1674-4896 (2009) 06-0009-05

肝纤维化是肝细胞发生坏死和炎症刺激时肝脏内以胶原纤维为主的细胞外基质弥漫性过度增生、沉积的病理过程,是肝细胞损伤后的修复机制,是慢性肝病重要的病理特征,是肝硬化发生的前奏和中间环节,也是最后可以逆转的阶段^[1,2]。在我国,肝炎病毒特别是乙肝和丙肝病毒的持续感染,是肝纤维化的主要病因。在当前仍无有效根治原发病的情况下,减轻纤维化反应,防止向肝硬化转变便成为十分重要的治疗目标^[3]。本文通过观察“益肝消症散”对肝炎后肝纤维化指标的影响,揭示其改善肝功能和纤维化状态的原理及本质,并试图发现本方最适合的中医证型,为推广应用中医药防治肝纤维化做一些基础工作。

1 临床资料与方法

1.1 受试对象

均为慢性病毒性肝炎患者,治疗组30例,设立对照组20例。所有病例均符合2000年9月西安中华医学会传染病与寄生虫学会、肝病学分会联合修订的《病毒性肝炎防治方案·慢性肝炎的诊断标准》。

1.2 中医辨证分型标准

采用1991年2月天津会议制定的《病毒性肝炎中医辨证标准》(试行)。

1.3 疗效判定标准

采用卫生部1993年制定的《中药新药临床研

究指导原则·病毒性肝炎的指导原则》。

1.4 临床资料

表1 两组一般资料对比

组别	性别		病程(年)			年龄(岁)			慢性肝炎		
	男	女	≤2	2-5	≥5	≤30	30-50	≥50	轻	中	重
治疗组	24	6	10	15	5	13	14	3	10	16	4
对照组	15	5	6	11	3	8	10	2	7	10	3
p值	>0.05		>0.05			>0.05			>0.05		

一般资料如表1所示:两组患者性别、年龄、病情相近,经X²检验无显著性差异($p>0.05$)具有可比性。

表2 证型分布

证型	总例数	治疗组例数	对照组例数
湿热中阻	12	7	5
肝郁脾虚	17	10	7
肝肾阴虚	8	5	3
瘀血阻络	12	7	5
脾肾阳虚	1	1	0

表2所示:所采集病例以肝郁脾虚证居多,其次为湿热中阻和瘀血阻络,肝肾阴虚较少,而

收稿日期:2009-10-01

作者简介:刘旭东(1976—),男,山西兴县人,硕士,研究方向:肝、胆疾病防治的临床研究。

脾肾阳虚最少,提示以脾虚病机居多。

1.5 主要观察项目与方法

1.5.1 主要观察项目

临床症状、体征;血、尿、大便常规、心电图、肝肾功能;影像学检查(B超肝脾大小、门静脉、脾静脉宽度);肝纤维化指标:透明质酸(HA)、层粘连蛋白(LN)、Ⅲ型前胶原(PCⅢ)、Ⅳ型胶原(Ⅳ-C)(上述试剂盒由上海海军医学研究所提供、四项指标的单位均为ng/ml);症状、体征每周询问、检查一次,肝功能在入院后一周、半月、一月、两月、三月时检查,其它项目均在治疗前后各检查一次,并详细记录在科研病例中。

1.5.2 方法

治疗组以“益肝消症散”为基本方加减,辅助以常规护肝、支持西药(护肝片、维生素c片、甘利欣注射液)。对照组除不用“益肝消症散”外均与治疗组相同。两组均以3个月为1疗程,一般观察1疗程,未满3月者不列入统计病例。“益肝消症散”组成:生黄芪15g、田三七3g、鳖甲20g、青木香12g、生山楂12g、土茯苓15g、鸡内金12g、虎杖12g、蛇舌草12g、马鞭草12g、紫丹参15g、干枸杞12g、菟丝子12g。加减法:偏于气虚重用黄芪,再加太子参;偏于阴虚加北沙参或西洋参;偏于脾虚加重山楂,再加白术;偏于湿热加重蛇舌草、虎杖,再加半边莲;偏于瘀血重用鳖甲。用量依病情酌定。

2 结果

2.1 两组治疗前后肝功能指标比较(见表1)

表1 治疗前后肝功能变化对比

指标	例数	组别	治疗前(x±s)	治疗后(x±s)	前后差值(d±s _d)
ALT	30	治疗组	110.87±27.43	47.4±5.44*	63.47±30.49 ^Δ
	20	对照组	101.90±21.90	52.20±3.99*	49.70±22.47
AST	30	治疗组	106.93±27.73	45.97±5.65*	60.97±31.17 ^Δ
	20	对照组	97.45±21.24	52.60±8.39*	44.85±23.95
ALB	30	治疗组	33.7±3.08	37.27±2.02*	-3.57±2.43*
	20	对照组	33.65±3.08	35.45±2.67*	-1.80±2.14
GLB	30	治疗组	32.63±4.15	31.13±4.17 ^Δ	1.50±5.44 ^Δ
	20	对照组	33.10±3.73	31.25±2.91*	1.85±3.38
GGTP	30	治疗组	110.23±23.80	68.70±11.93*	41.53±17.48*
	20	对照组	110.28±21.32	83.65±11.54*	26.70±14.50

注:◆为p<0.01 *为p<0.05 △为p>0.05

两组资料比较:治疗前各项指标,经T检验,均无明显差异(p>0.05),具有可比性。对治疗前后

各项指标的差值作比较:治疗后,治疗组降低ALT、AST、GLB与对照组经T检验相比,无明显差异(p>0.05);而改善其余指标与对照组相比效果明显,经T检验,有显著差异(p<0.05或p<0.01)。治疗后各项指标与同组治疗前作比较:治疗组除GLB治疗前后经T检验无差异(p>0.05)外,其余指标均有极显著差异(p<0.01),对照组除GLB有显著差异(p<0.05)外,其余指标均有极显著差异(p均小于0.01)。

2.2 两组治疗前后肝纤维化指标比较(见表2)

表2 肝纤维化四项指标的前后变化对比

指标	例数	组别	治疗前(x±s)	治疗后(x±s)	前后差值(d±s _d)
HA	30	治疗组	206.03±41.09	152.23±39.11*	53.80±19.85*
	20	对照组	208.50±39.85	182.35±38.68*	26.15±11.88
LN	30	治疗组	163.90±16.28	119.20±24.35*	44.70±18.77*
	20	对照组	159.50±14.27	150.30±13.02*	9.20±6.62
PCⅢ	30	治疗组	164.94±19.86	125.33±20.75*	39.60±16.07*
	20	对照组	161.25±15.74	151.55±15.08*	9.70±2.81
Ⅳ-C	30	治疗组	107.07±15.05	87.73±14.34*	19.33±8.14*
	20	对照组	106.25±13.48	98.15±12.90*	8.10±3.78

注:◆为p<0.01 *为p<0.05 △为p>0.05

两组资料比较:治疗前两组资料经T检验无显著性差异(p>0.05),具有可比性。治疗后,治疗组和对照组各项肝纤维化指标均较前明显改善,经T检验都有极显著性差异(p<0.01)。对两组治疗前后的均数的差值作比较,治疗组改善肝纤维化各项指标明显优于对照组,经T检验有极显著性差异(p<0.01)。

2.3 治疗前两组中医证型与肝纤维化指标的关系(见表3)

证型间两两比较:与湿热中阻比 *p<0.01 * *p<0.05 * * *p>0.05;与肝郁脾虚比 ◆p<0.01 ◆◆p<0.05 ◆◆◆p>0.05;与肝肾阴虚比 △p<0.01 △△p<0.05 △△△p>0.05;与瘀血阻络比 ●p<0.01 ●●p<0.05 ●●●p>0.05。

经F检验,五证型间比较HA五证型间存在极显著差异(p<0.01),LN、Ⅳ-C各证型间无显著差异(p<0.01)、PCⅢ五证型间存在显著差异(p<0.05)。说明五证型中,至少有两证型间HA、PCⅢ有差异;而任意两证型间LN、Ⅳ-C都无差异(p>0.05)。

表3 治疗前各证型肝纤维化指标的对比 ($\bar{x} \pm s$)

证型	例数	HA	LN	PCⅢ	IV-C
A	12	214.33 ± 19.24 *△●	157.58 ± 13.89 ♦♦♦△△●●●	156.33 ± 13.09 ♦♦♦△△●	99.33 ± 13.81 ♦♦♦△△●●●
B	17	250.41 ± 18.55 *△●	166.65 ± 14.71 ♦♦♦△△●●●	153.53 ± 13.68 ♦♦♦△△●	106.88 ± 13.22 ♦♦♦△△●●●
C	8	160.13 ± 11.76 ♦♦♦●●	170.00 ± 16.37 ♦♦♦●●●●●	170.63 ± 11.99 ♦♦♦●●●	112.63 ± 8.90 ♦♦♦●●●●●
D	12	174.00 ± 14.82 ♦♦△△	157.33 ± 14.23 ♦♦♦♦♦△△	179.50 ± 20.47 ♦♦△△	110.42 ± 17.74 ♦♦♦△△♦♦♦
p 各证间		<0.01	>0.05	<0.01	>0.05

注：脾肾阳虚型例数太少，未作统计学处理。A为湿热中阻，B为肝郁脾虚，C为肝肾阴虚，D为瘀血阻络。

经q检验，证型间相互比较：湿热中阻证HA值低于肝郁脾虚($p < 0.01$)、高于肝肾阴虚和瘀血阻络($p < 0.01$)；LN与其他三证无差异($p > 0.05$)；PCⅢ值与肝郁脾虚无差异($p > 0.05$)，但低于肝肾阴虚和瘀血阻络($p < 0.01$)；IV-C低于肝肾阴虚($p < 0.05$)，但与瘀血阻络和肝郁脾虚无差异($p > 0.05$)。肝郁脾虚证HA高于瘀血阻络和肝肾阴虚($p < 0.01$)，PCⅢ低于肝肾阴虚和瘀血阻络($p < 0.01$ 和 $p < 0.05$)；LN、IV-C与其他三证无差异($p > 0.05$)。瘀血阻络证HA、PCⅢ与肝肾阴虚无差异($p > 0.05$)。

2.4 治疗组治疗前后各证型肝纤维化指标变化(见表4)

表4 治疗组治疗前后各证型的改善对比

证型	HA ($\bar{x} \pm s$)	LN ($\bar{x} \pm s$)	PCⅢ ($\bar{x} \pm s$)	IV-C ($\bar{x} \pm s$)
湿热 治疗前	215.29 ± 21.34	163.00 ± 12.94	158.00 ± 14.94	99.71 ± 17.14
中阻 治疗后	182.43 ± 16.20*	139.86 ± 11.26*	137.71 ± 13.31*	90.86 ± 15.52*
肝郁 治疗前	250.10 ± 19.73	170.20 ± 15.70	153.70 ± 14.41	108.20 ± 12.80
脾虚 治疗后	183.10 ± 15.52*	115.80 ± 13.94*	115.00 ± 15.63*	89.60 ± 12.09*
肝肾 治疗前	159.60 ± 13.11	171.00 ± 19.35	171.60 ± 13.39	112.10 ± 8.41
阴虚 治疗后	125.20 ± 18.89*	141.60 ± 18.17*	137.40 ± 17.80*	92.60 ± 5.73△
瘀血 治疗前	174.57 ± 15.83	154.86 ± 12.28	182.71 ± 24.05	109.86 ± 20.19
阻络 治疗后	101.71 ± 11.46*	88.00 ± 12.40*	125.00 ± 23.72*	9.86 ± 19.66*
脾肾 治疗前	153	135	168	102
阳虚 治疗后	121	115	84	78

注：与治疗前比较 ♦ $p < 0.01$ * $p < 0.05$ △ $p > 0.05$ 。

上表显示，肝郁脾虚证、湿热中阻证与瘀血阻络证四项指标均较治疗前明显改善($p < 0.01$)；肝肾阴虚证中LN较治疗前明显改善($p < 0.01$)，HA、PCⅢ有改善($p < 0.05$)；IV-C无改善($p > 0.05$)。(脾肾阳虚型例数太少，故未作统计学处理)。

2.5 两组综合总疗效比较(见表5)

表5 总体疗效对比

组别	例数	有效(例)	无效(例)	有效率
治疗组*	30	23	7	76.7%
对照组	20	9	11	45.0%

注：* $p < 0.05$

两组资料经 X^2 检验，差异有显著性意义($p < 0.05$)，治疗效果优于对照组。

3 结论

“益肝消症散”能明显改善慢性肝炎肝纤维化血清学指标($p < 0.01$)，且明显优于对照组($p < 0.01$)，证明其对慢性病毒性肝炎肝纤维化具有防治作用。“益肝消症散”改善肝功能、改善主要症状体征、临床综合疗效均优于对照组($p < 0.01$ 或 $p < 0.05$)，适用于慢性病毒性肝炎。“益肝消症散”对肝郁脾虚、湿热中阻、瘀血阻络证疗效较好。

4 讨论

我们认为肝纤维化的形成，实质是正邪相争的结果，即最终形成的正虚邪恋的状态。因而执简驭繁提出肝炎后肝纤维化这种状态归根结底不外乎“湿热毒虚瘀”。因此确立了扶正去邪的治则，并拟益气活血散结，清热解毒化湿之基本治法。“益肝消症散”，以黄芪、鳖甲为君药，《珍珠囊》云“黄芪甘温纯阳，可益元气”，鳖甲为血肉有情之品，专入肝经血分，《本草汇言》言其入“肝，统主厥阴血分为病，厥阴血闭邪结，渐至寒热、为痞胀，为症瘕”，两药合用，共奏益气活血软坚散结之功，辅以丹参、田三七养血活血，效专力专；次以疏肝理气，健脾和胃之青木香、鸡内金、生山楂以及清热解毒祛湿之土茯苓、蛇舌草、虎杖、马鞭草，分别从行气消散及清利疏导而收清解之功，使热清结散，毒解湿除；另外辅以补肾柔肝之菟丝子、干枸杞，与疏肝理气之

品相合而收体用并调之效,攻补相施,缓缓以图之。纵观全方,将清热解毒、益气健脾、活血化瘀、滋补肝肾、祛湿散结诸法融合在一起,寓攻于补、清与温、动与静、升与降、燥与润于一体,使攻而不伤正,滋而不腻邪,共奏益气活血,清热解毒,祛湿散结之功。

从表3中可以看到,治疗前四项指标中,五证型中,至少有两证型间HA、PCⅢ有差异;而任意两证型间LN无差异($p>0.05$);IV-C虽经F检验任意两证型间无差异($p>0.05$),但是经q检验出现湿热中阻低于肝肾阴虚($p<0.05$)的结果,考虑由两种检验的组间误差不一致引起。

四证型中HA值的差异关系为:肝郁脾虚>湿热中阻>瘀血阻络=肝肾阴虚,即肝郁脾虚HA值最高,其次为湿热中阻,最小为后两者,而后两者无差异($p>0.05$)。HA是ECM蛋白多糖的一个组分,肝脏内皮细胞参与其降解,在肝纤维化活动期,血清中含量最多,超过其他ECM成分。他可加速胶原蛋白聚合成前胶原纤维的横纹周期,并影响前胶原的粗细,促进胶原蛋白分子的聚合过程,同时对HSC有激活作用^[6,9]。由此可知,肝郁脾虚处在纤维化的活动期,而湿热中阻为可能为纤维生成与降解相对平衡期,后两者可能处在相对静止期。

PCⅢ值的差异关系为:湿热中阻=肝郁脾虚<肝肾阴虚=瘀血阻络,即湿热中阻、肝郁脾虚比瘀血阻络和肝肾阴虚的PCⅢ值低($p<0.01$),而前两型无差异($p>0.05$),后两型也无差异($p>0.05$)。国外研究^[9]也证实,随肝纤维化程度加重,PCⅢ浓度递增。由此我们认为后两型虽然处在静止期,但纤维化程度远远高于前两型,主要可能由于静止期纤维生成增多,而降解减少引起。

LN、IV-C都是肝脏基底膜的重要成分,LN主要作用是在肝纤维化过程中黏附胶原并促进分泌胶原,其升高程度与肝纤维化和炎症程度正相关。IV-C是胶原的成分,纤维降解时血清中增加,基底膜增生,肝窦毛细血管化时也升高^[7,8]。而此四型无明显差异,可能由于毛细血管化是纤维化最基本的病理变化,在此四型中始终存在引起。肝肾阴虚和瘀血阻络此四项指标均无差异($p>0.05$),提示:在这两个阶段,纤维化程度和病理改变均无差异。其他如血流变或生化指标有无差异,尚待进一步研究。

表2中资料表明:治疗组四项纤维化指标治疗后均明显下降($p<0.01$)。对照组也明显下降,但对二者均数差值进行统计分析,治疗组降低四项指标幅度较大,明显优于对照组($p<0.01$)。提示:“益肝消症散”和西药保护肝功能治疗都可减轻纤维化,但前者疗效好,说明此药确切的抗肝纤维化作用不仅是保护肝细胞,还通过别的机制实现。

表4中资料显示:肝郁脾虚证、湿热中阻证与瘀血阻络证四项指标均较治疗前明显改善($p<0.01$);肝肾阴虚证中LN较治疗前明显改善($p<0.01$),HA、PCⅢ有改善($p<0.05$);IV-C无改善($p>0.05$)。(脾肾阳虚型例数太少,故未作统计学处理)。说明“益肝消症散”对肝郁脾虚、湿热中阻、瘀血阻络疗效较好,对肝肾阴虚也有效,而脾肾阳虚型因例数太少,未作统计处理,故该方可能对常见的以上四型都有较好疗效,但最佳适应证型仍待进一步临床验证。

表1中,治疗组与对照组均能降低ALT、AST,且治疗组变化幅度大,但与对照组相比经T检验无显著性差异($p>0.05$)。ALT、AST均是存在于肝细胞内,细胞有损伤,细胞壁通透性增加时,释放到血清的量也增加,是反应肝细胞损害的敏感指标^[9,10],治疗组使之明显降低,提示“益肝消症散”有一定的稳定肝细胞膜、保护肝细胞的作用,但其疗效相对于对照组无显著性差异。

两组ALB值虽都较治疗前有改善($p<0.01$),但两组治疗效果相比,治疗组优于对照组($p<0.05$);GLB值尽管对照组在治疗后减低,但与治疗组无显著差异($p<0.01$)。肝细胞是合成白蛋白的唯一场所,血浆ALB浓度在某种意义上可反映有肝功能的肝实质细胞总数,有助于估计预后^[11]。而GLB在肝内炎症反应,尤其是慢性炎症反应时呈高值^[12],治疗组降低GLB作用不明显,可能由于治疗疗程不够长引起;而治疗组升高ALB,提示其作用机制可能在于抑制肝脏炎症活动,修复肝细胞,改善肝功能,这些作用在动物实验中也得到证实^[13]。

与同组治疗前相比,两组GGTP数值均明显降低($p<0.01$),且两组对比有极显著性差异($p<0.01$),治疗组优于对照组。GGTP在肝脏的活性强度居第三位(肾>胰>肝),在肝脏则广泛分布于肝细胞毛细胆管一侧和整个胆管系统,在胆汁淤滞,肝内合成亢进时升高,而肝脏炎症时,坏死

区邻近肝细胞由于炎症刺激促使酶合成亢进,膜通透性增加^[14,15],因此GGTP明显下降,提示本方可抑制炎症活动,修复肝细胞,并能改善胆汁淤滞,促进排泄,减少胆红素对肝脏的毒性作用。

参考文献:

- [1] Friedman SL. Hepatic fibrosis. In: Schiff ER, Sorrell MF, Maddrey WC. Schiff's Disease of the Liver. 8th ed [M]. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1999;371-386.
- [2] 程明亮,刘三都.肝纤维化的基础研究和临床[M].北京:人民卫生出版社,1996:228-290.
- [3] 王吉耀.关于肝纤维化研究的一些现状和展望[J].中华消化杂志,1998,18(6):323.
- [4] 陈建勇.“益肝消癥散”抗肝纤维化实验研究(内部资料).
- [5] 江绍基.临床肝胆病学[M].上海科学技术出版社,1992.
- [6] Niemelä, Risteli, Sotaniemi EA. Serum basement membrane and type III procollagen-related antigens in primary liver cirrhosis [J]. Hepatology, 1985, 5:38.
- [7] 罗家齐,陈淑清,姬永忠,等.血清Ⅲ型前胶原水平诊断肝纤维化[J].新消化病学杂志,1996,(4):58-59.
- [8] 李伟道,欧晓娟,叶红军.血清Ⅲ型前胶原测定诊断肝纤维化的评价-1199例分析[J].中华消化杂志,1995,(15):237-238.
- [9] 程书权,张自富,赵勇伟.血清HA、PCⅢ、LN、IV-C联合检测对慢性肝病的诊断价值探讨[J].中华实用内科杂志,1999,19(1):30.
- [10] 罗瑞红.肝纤维化的血清学诊断[J].国外医学(内科学分册),1999,26(5):209.
- [11] 李筠,余为芸,王林杰,等.中医证型与肝炎患者血清肝纤维化指标及肝脏病理关系的研究[J].新中医,1999,31(2):36-37.
- [12] 崔东来,姚希贤.肝纤维化的血清学检测[J].世界华人消化杂志,2000,8(6):683.
- [13] 刘仁才,刘龙秀,张得远,等.血清HA、LN、IV-C、hpcⅢ含量与慢性肝炎炎症活动度及纤维化程度的关系[J].中华传染病杂志,1999,17(2):122-123.
- [14] 臧仁铎.诊断学[M](第四版).人民卫生出版社,1999年.
- [15] 梁建新.血液流变学与慢性肝炎肝组织纤维化程度的改善[J].中西医结合肝病杂志,1996,6(4):7.

Clinical Observation on “YiGanXiaoZhengSan” for Liver Fibrosis Treatment of Chronic Hepatitis

LIU Xudong

(Guangxi college of traditional Chinese medicine affiliated Ruikang hospital, Nanning Guangxi, 530000, China)

Abstract Objective: It is to observe the clinical therapeutic effect and side-effect of “YiGanXiaoZhenSan” (YGXZS) on chronic hepatitis and fibroses, aim to evaluate the anti-fibrosis function of YGXZS, meanwhile, and to study the relation between the syndrome classification and liver fibroses indexes. **Method:** 50 patients with hepatic fibroses of chronic hepatitis were divided into therapeutic group and control group randomly, therapeutic group including 30 cases were treated with YGXZS, and the efficacy was compared with that of 20 cases treated with common western medicine of protecting liver. The course of treatment is 3 months. After treatment, the indexes of liver function and hepatic fibrosis were detected. **Result:** The level of serum HA、PCⅢ、LN、IV-C in therapeutic group was lowered remarkably ($p<0.01$), control group had a little effect of these indexes ($p<0.05$), there was significant difference between the two groups ($p<0.01$); meanwhile, the therapeutic group is superior to the control group in improving liver function indexes esp. GGTP、ALB ($p<0.01$); moreover, effective rate difference between the two groups ($p<0.01$); meanwhile, the therapeutic group is superior to the control group in improving liver function indexes esp. GGTP、ALB ($p<0.01$); moreover, effective rate of the two groups were 76.7% and 45% respectively, therapeutic group is superior to the other ($p<0.05$). In addition, the serum HA level in type of liver depression and spleen deficiency were the highest in four types, the next is the type of retention of damp heat, and higher than the other two; the serum PCⅢ level in the type of deficiency of the liver-yin and kidney-yin and the type of obstruction of the channel by blood stasis was higher than else types; to the serum LN level, the difference in the four types was not significant ($p>0.05$); possibly, to IV-C, there is not the difference in the four types (maybe caused by the different counting formation). After treatment with YGXZS indexes in the syndrome of liver depression and spleen deficiency, the syndrome of retention of damp heat and the syndrome of obstruction of the channel by blood stasis descended obviously. **Conclusion:** These results displayed the good effect of YGXZS in treating chronic hepatitis and delaying and worsening the development of hepatic fibroses. Meanwhile it is suggested the syndrome of liver depression and spleen deficiency, the syndrome of retention of damp heat and the syndrome of obstruction of the channel by blood stasis were more adaptable to YGXZS than the syndrome of the other types.

Keywords: Chronic hepatitis; Liver fibrosis; YGXZS; Anti-fibrosis; Clinical research