

# 中医药攻补兼施治疗失代偿期肝硬化 48 例疗效分析

陈曙 陈自愚

(湖南省人民医院 长沙 410002)

**摘要:**目的:观察扶正培本与软坚分消法交替治疗失代偿期肝硬化的临床疗效。方法:将 82 例失代偿期肝硬化患者随机分为两组。观察组 48 例;采用连服扶正培本之方 2 d、间服软坚分消之方 1 d 的方法,进行交替治疗。对照组 34 例予以西药常规治疗。3 个月为 1 个疗程,1 个疗程后统计结果。结果:观察组综合疗效明显优于对照组( $P<0.05$ );观察组治疗前后自身比较,无论是症状、腹水、胸水疗效,还是肝功能指标均有显著改善( $P<0.01$  或  $P<0.05$ )。结论:扶正培本与软坚分消法交替治疗失代偿期肝硬化疗效满意。

**关键词:**失代偿期肝硬化;扶正培本;软坚分消;交替治疗

**中图分类号:**R 575.2

**文献标识码:**B

**doi:**10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.017

失代偿期肝硬化迄今尚无理想的治疗方法,西医以对症或支持治疗为主。中医认为本证“至虚有盛候”,攻邪有恐伤正,扶正有碍祛邪,传统用药一方之中攻补兼施,然临床所见,疗效不尽如人意。笔者近年来应用扶正培本与软坚分消法两方交替治疗本症取得了较好的疗效,现报道于下:

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例为我科 2007 年 11 月~2011 年 11 月病房或门诊病人,共 82 例,随机分为观察组和对照组。观察组 48 例,男 39 例,女 9 例;年龄( $42.3\pm 4.6$ )岁;病程( $21.3\pm 6.8$ )个月;症状记分( $22.17\pm 5.24$ )分。对照组 34 例,男 28 例,女 6 例;年龄( $41.9\pm 5.3$ )岁;病程( $20.8\pm 6.2$ )个月;症状内与多巴胺缩合成阿片样物质,直接或间接作用于脑内阿片受体,小脑、延髓血管运动中枢和呼吸中枢抑制,出现呼吸、循环衰竭<sup>[4]</sup>。纳络酮是羟二氢吗啡酮衍生物,是内源性阿片受体的拮抗剂,能与阿片受体特异性结合,与吗啡受体的亲合力比吗啡和  $\beta$ -内啡肽大,能竞争性阻止并取代吗啡样物质与受体结合,从而阻断吗啡样物质或  $\beta$ -内啡肽对呼吸、心血管交感功能的抑制作用,使中枢性呼吸衰竭得到改善,心输出量增加,循环得到改善,脑部的血液供应量增加<sup>[5]</sup>。

醒脑静注射液是由传统名方安宫牛黄丸改制而成的水溶性注射液,其主要成分有麝香、郁金、冰片、栀子等,具有清热解毒、化湿、解痉开窍、行气醒脑之功能。基础研究表明麝香酮还具有抑制血管通透性的作用,栀子具有脱水、利尿、降低脑水肿的作用;同时冰片、麝香还有兴奋呼吸中枢、提高动脉血氧分压、降低二氧化碳分压、改善血气的作用<sup>[6]</sup>。现代药理学研究证明醒脑静可透过血脑屏障直接作用于中枢神经系统,发挥兴奋作用,能够拮抗吗啡对中枢神经系统的抑制而改善肺的通气功能<sup>[7]</sup>。研究还表明<sup>[8]</sup>醒脑静还是一种有效的抗氧化剂,能够对抗酒精中毒时的氧自由基升高、超氧化物歧化酶

记分( $21.90\pm 5.75$ )分。两组患者性别、年龄、病程(不包括代偿期)、症状记分经统计学处理,差异无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 以中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会(洛阳会议)制定的肝硬化临床诊断疗效标准<sup>[9]</sup>为依据,所有病例均有脾大、侧支循环建立或开放、腹水“三大门静脉高压征”,符合肝硬化失代偿期。排除结核性腹膜炎、腹腔内肿瘤、巨大卵巢囊肿以及合并有严重心脑血管疾病、血液病、精神病患者。症状按无、轻、中、重,分别记为 0、1、2、3 分。

**1.3 统计学方法** 数据以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{X}\pm S$ )表示,组间比较用  $t$  检验,百分率用  $\chi^2$  检验。

降低,提高动脉血氧分压,降低二氧化碳分压,改善缺氧脑细胞的水盐代谢,增强脑细胞的携氧能力,提高脑细胞活力,增加脑细胞营养,改善脑部代谢,保护脑细胞超微结构,兴奋大脑皮质,促进意识恢复,缩短昏迷时间,有利于酒精中毒患者意识转清。

醒脑静与纳络酮联合应用,通过不同途径发生强有力的催醒作用,有效缩短治疗时间,明显优于醒脑静组与纳络酮组,且未发现不良反应,此两种药物联用可起到协同作用,值得临床推广应用。

## 参考文献

[1]陈灏珠.实用内科学[M].第 11 版.北京:人民卫生出版社,2002.789-790  
[2]庞超.纳络酮治疗急性酒精中毒 38 例疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2007,10(9):126-127  
[3]董哲,邵丽华,高玉宝,等.纳络酮治疗急性乙醇中毒 126 例疗效观察[J].中国误诊学杂志,2006,6(6):1 077-1 078  
[4]刘艳,孙文东.急性酒精中毒导致心房纤颤 6 例诊治分析[J].中国医药导报,2008,5(15):171  
[5]汪洋,董雪松.纳洛酮治疗脑复苏的临床观察[J].中国实用内科杂志,2006,16(5):367  
[6]陈庆明.醒脑静注射液的药理基础与临床应用[J].中西医结合实用临床急救,1999,6(4):191  
[7]何平,周朝虹.纳洛酮及醒脑静治疗镇静催眠药中毒 116 例临床观察[J].中国急救医学,2002,22(6):359  
[8]白静贞.醒脑静治疗急性酒精中毒的临床和实验研究[J].中国中西医结合杂志,1998,18(10):607-609

(收稿日期:2012-02-24)

2 治疗方法

2.1 观察组 应用扶正培本与软坚分消法交替治疗。连服扶正培本之方 2 d,间服软坚分消之方 1 d。

2.1.1 扶正培本 根据辨证分型予以不同扶正培本方药(日 1 剂,连服 2 d)。补气法:适应于气虚(脾胃气虚)者,共 10 例。方用参苓白术散加减:党参、炙黄芪、黄精各 25 g,淮药、莲肉、苡米、炙甘草各 15 g,白术、橘皮、砂仁、炒扁豆各 10 g。滋阴法:适应于阴虚(肝肾阴虚)者,共 6 例。方用参麦地黄汤加减:鳖甲、龟板各 30 g,太子参、生地各 25 g,淮药、山萸肉、炙甘草各 15 g,麦冬、石斛、丹皮、知母各 10 g。益气育阴法:适应于气阴两虚者,共 32 例。方用上述 2 方加减:太子参、淮药、莲肉、炙甘草各 15 g,炙黄芪、黄精各 25 g,麦冬、石斛、丹皮各 10 g,鳖甲、龟板各 30 g。

2.1.2 软坚分消 根据兼夹瘀结、水停、食阻的不同程度予以软坚分消汤加减:丹参、山楂各 15 g,莪术、泽兰、厚朴、神曲各 10 g,大腹皮、茯苓各 30 g,车前子 20 g,柴胡、鸡内金、甘草各 6 g。加减:有消化道出血者,去丹参、莪术,加仙鹤草 25 g、白茅根 30 g;伴黄疸者,加茵陈 15 g、田基黄 15 g;有大量腹水者,加泽泻 15 g、猪苓 15 g,或甘遂 1 g 研末装胶囊内服;血瘀证明显者,加三棱 10 g、地鳖虫 6 g;有便秘者,加大黄 10 g、枳实 15 g、莱菔子 15 g;湿热证明显者,加黄芩 10 g、黄连 6 g。

2.2 对照组 安体舒通 40~60 mg, 双氢克尿塞 20~40 mg, 口服, 每天 1 次, 腹水顽固者加速尿 20~100 mg,口服 / 肌注 / 静注;酌情选用阿拓莫兰、贝科能、甘利欣、门冬氨酸钾镁静滴;给予口服肝泰乐、肌苷片、维生素;适当补充能量、白蛋白等。两组治疗均以 3 个月为 1 个疗程,1 个疗程后统计结果。两组治疗中若并发肝性脑病、上消化道大出血、感染等危急重症,均予以相应处理。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会(洛阳会议)制定的肝硬化临床诊断疗效标准<sup>[4]</sup>拟定。显效:症状消失,腹水退尽,一般情况好,肝功能恢复正常;有效:主要症状消失或明显好转,腹水减少 1/2 以上,肝功能指标改善幅度在 50%以上,但未完全正常;无效:治疗前后症状、体征无明显好转或恶化。

3.2 两组综合疗效比较 见表 1。

| 表 1 两组综合疗效比较 例 |    |    |    |    |         |
|----------------|----|----|----|----|---------|
| 分组             | n  | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
| 观察组            | 48 | 24 | 16 | 8  | 83.33 * |
| 对照组            | 34 | 13 | 10 | 11 | 67.65   |

注:与对照组比较, \* P<0.05。

3.3 两组症状疗效比较 见表 2。

| 表 2 两组症状疗效比较 例 |           |       |        |           |       |        |
|----------------|-----------|-------|--------|-----------|-------|--------|
| 症状             | 观察组(n=48) |       |        | 对照组(n=34) |       |        |
|                | 治前异常数     | 治后异常数 | 改善率(%) | 治前异常数     | 治后异常数 | 改善率(%) |
| 乏力             | 48        | 7     | 85.4*  | 34        | 10    | 70.6   |
| 纳差             | 48        | 6     | 87.5*  | 34        | 12    | 64.7   |
| 恶心             | 15        | 3     | 80.0*  | 11        | 4     | 63.6   |
| 呕吐             | 8         | 1     | 87.5*  | 5         | 2     | 60.0   |
| 肝区痛            | 7         | 1     | 85.7   | 5         | 1     | 80.0   |
| 腕腹胀            | 48        | 11    | 77.1*  | 34        | 12    | 64.7   |
| 浮肿             | 19        | 5     | 73.7   | 13        | 3     | 76.9   |
| 黄疸             | 26        | 7     | 73.1*  | 18        | 7     | 61.1   |
| 便秘             | 12        | 0     | 100.0* | 8         | 2     | 75.0   |
| 腹泻             | 14        | 3     | 78.6*  | 10        | 4     | 60.0   |

注:与对照组比较, \*P<0.05。

3.4 两组腹水、胸水疗效比较 见表 3。

| 表 3 两组腹水、胸水疗效比较 例 |     |    |    |    |    |      |
|-------------------|-----|----|----|----|----|------|
|                   |     | 腹水 |    |    |    | 合并胸水 |
|                   |     | 大量 | 中量 | 少量 | 无  |      |
| 观察组               | 治疗前 | 17 | 20 | 11 | 0  | 5    |
|                   | 治疗后 | 3  | 12 | 8  | 25 | 1    |
| 对照组               | 治疗前 | 12 | 14 | 8  | 0  | 2    |
|                   | 治疗后 | 2  | 8  | 6  | 18 | 0    |

3.5 两组肝功能指标比较 见表 4。

| 表 4 两组肝功能指标比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) |     |               |         |        |                |
|-----------------------------------|-----|---------------|---------|--------|----------------|
|                                   |     | ALT(U/L)      | A(g/L)  | G(g/L) | TBiL(μmol/L)   |
|                                   |     | 196.63± 22.14 | 26± 6   | 38± 6  | 64.16± 19.32   |
| 观察组                               | 治疗前 | 196.63± 22.14 | 26± 6   | 38± 6  | 64.16± 19.32   |
|                                   | 治疗后 | 36.29± 5.60*△ | 39± 5*△ | 30± 6  | 26.34± 10.67*△ |
| 对照组                               | 治疗前 | 192.80± 22.09 | 25± 6   | 39± 6  | 62.53± 19.20   |
|                                   | 治疗后 | 45.38± 11.13* | 29± 6   | 35± 6  | 32.71± 11.75*  |

注:与治疗前比较, \*P<0.01;与对照组治疗后比较, △ P<0.05。

4 讨论

肝硬化失代偿期属中医“臌胀”范畴,中医认为本证气滞、水裹、血瘀,本虚标实,即所谓“至虚有盛候”。笔者以为“至虚”是对其病理机制的高度概括,属“本”;“盛候”是对其临床特征的简要描述,指“标”。失代偿期肝硬化患者尽管虚实夹杂,治宜攻补兼施,但久病正衰,“至虚”是其关键,应该以“补”为要,传统用药大都集攻补于一方(益气、育阴、化瘀、软坚、消导、利水等等),往往“顾此失彼,攻补掣肘”或“本末倒置,攻过于补”,疗效不尽如人意,且攻伐之剂,味苦性烈,日复一日,病人很难长期接受,以致无法确保治疗的顺利进行。缘此,笔者一改过去传统习惯,采用了连服扶正培本之方 2 d,间服软坚分消之方 1 d 的交替治法,这不仅提高了临床医师攻补兼施的可操作性,同时也大大提高了病人长期服药的可耐受性,从而获得了满意的疗效。

本资料观察组 48 例患者中辨证为气阴两虚兼夹瘀结、水停、食阻者 32 例(占 66.67%),提示此证型在失代偿期肝硬化患者中最为多见,这对日后进一步选方用药不无积极意义。观察组治疗前后自身比较,无论是症状、腹水、胸水疗效比较,还是肝功能指标比较均有显著改善,提示上述扶正培本与软坚分消所选方药具有良好的抗肝纤维化、改善肝功能、促进胸腹水消退、增强机体免疫力等作用。观察

# 中药离子导入联合中药内服治疗功能性消化不良疗效观察

黄捷平 余勇 熊江琴

(江西省南昌市中西医结合医院 南昌 330003)

**摘要:**目的:探讨中药穴位离子导入联合中药内服治疗功能性消化不良的效果。方法:将 80 例功能性消化不良患者随机分为治疗组(40 例)与对照组(40 例),治疗组采用中药穴位离子导入联合中药口服;对照组口服莫沙比利 5 mg,tid。疗程为 4 周。两组在药物治疗的基础上,注重个体化的心理治疗,并要求患者加强自我调养。结果:治疗组、对照组总有效率分别为 85%、55%,两组比较差异有显著性( $P<0.05$ )。结论:中药穴位离子导入治疗能明显提高功能性消化不良临床疗效。

**关键词:**功能性消化不良;中药穴位离子导入;中药内服

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.018

功能性消化不良 (functional dyspepsia, FD) 指一组非器质性原因引起的慢性或间歇性上消化道症状:上腹痛、上腹胀、餐后早饱、食欲不振、嗝气、反酸烧心、恶心呕吐或其它有关的胃肠道症状,症状可发生于空腹状态或餐后<sup>[1]</sup>。是临床上最常见的功能性胃肠病,其病因尚不完全明确,目前尚缺乏切实有效的治疗手段。本文采用中药穴位离子导入联合中药内服治疗功能性消化不良,取得一定效果。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 10 月~2011 年 11 月在本院消化科门诊就诊的 80 例患者随机分为治疗组(40 例)与对照组(40 例)。其中治疗组男 18 例,女 22 例,平均年龄 37.4 岁;对照组男 19 例,女 21 例,平均年龄 36.5 岁。两组在性别、年龄、病程等方面差异无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 入选条件 (1)符合罗马 II 标准<sup>[2]</sup>,具有慢性上腹部不适、腹痛、饱胀、烧心、恶心、呕吐、反酸、嗝气等症状,持续 3 个月以上。(2)3 个月内电子胃镜检查提示慢性浅表/萎缩性胃炎或并有轻微胃窦糜烂(<5 个糜烂点)及十二指肠炎,排除胃食道反流症。(3)辅助检查排除肝、胆、脾、胰器质性疾病。

1.3 治疗方法 两组在治疗过程中均要求患者防止情绪激动与压抑,戒烟酒,定时进餐,以清淡、营养食物为主,忌辛辣刺激、冷硬及高糖、高淀粉食物。并因人制宜,施以心理治疗。

1.3.1 治疗组 (1)中药离子导入:采用北京宏波科技发展公司的 HD-91-II 型离子导入治疗仪。每剂导入液加水煎至约 50 mL,每日 1 剂。导入液组方:茯苓 20 g,陈皮 15 g,当归 15 g,全瓜蒌 30 g,枳实 15 g。将药垫浸湿药液(稍稍拧干不滴药),套上电极

板,然后置于大肠俞、关元、天枢三穴位上进行离子导入治疗,每天上午 1 次,每次半小时,4 周为 1 个疗程。(2)服用自拟方剂,每日 1 剂,加水煎汁约 300 mL,于中、晚饭后 1 h 服用。自拟方剂组方:茯苓、扁豆、薏苡仁、苍术各 20 g,枳壳、乌药、木瓜、陈皮、升麻、柴胡、郁金各 10 g,蒲公英 30 g,甘草 6 g,随证稍作加减。

1.3.2 对照组 在进行常规治疗的基础上,加用莫沙比利 5 mg,tid。4 周为 1 个疗程。

1.4 疗效标准 临床症状评分:治疗前后记录上腹胀、早饱、烧心、反胃、恶心、嗝气等症状。评分标准:0 分,无症状;1 分,症状较轻,稍加注意就有症状;2 分,症状明显,但不影响工作;3 分,症状严重,影响工作。症状总改善率(%)=(治疗前症状总积分-治疗后症状总积分)/治疗前症状总积分 $\times$ 100%。消化道症状疗效判断标准<sup>[3]</sup>:治愈:症状消失,异常指标基本恢复正常,且疗效较为巩固者。好转:症状消失或减轻,异常指标无改善或稍有改善。无效:症状及异常指标均无改善。

1.5 统计学处理 采用秩和检验、 $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为具有统计学意义。

### 2 结果

2.1 症状评分比较 治疗组治疗前症状总积分为(12.56 $\pm$  1.29)分,治疗后降至(2.26 $\pm$  1.33)分,两者有显著差异性( $P<0.05$ );对照组治疗前症状总积分为(13.78 $\pm$  1.43)分,治疗后降至(5.17 $\pm$  1.46)分,两者有显著差异性( $P<0.05$ );两组治疗前总积分无显著差异性( $P>0.05$ ),但治疗后症状总积分有显著差异性( $P<0.05$ )。治疗组症状总改善率为(82.01 $\pm$  21.43)%,对照组症状总改善率为(62.48 $\pm$  32.48)%,两组比较有显著差异性( $P<0.05$ )。

组与对照组治疗后组间比较,综合疗效明显优于对照组,有理由认为扶正培本与软坚分消法对于迄今临床上治疗颇为棘手的失代偿期肝硬化来说,不失

为一种理想的治疗方法,值得进一步研究。

### 参考文献

[1]张育轩,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)[J].世界华人消化杂志,1994,2(2):63

(收稿日期:2012-01-12)