

中西医结合治疗肝性脑病的思路及方法浅析

彭勇

(贵州省黔南州中医院科教科 都匀 558000)

摘要:目的:通过对中西医结合治疗肝性脑病进行归纳总结,并比较分析,探寻治疗肝性脑病的整体思路与方法,为临床治疗该类疾病提供依据和途径。方法:2007 年 1 月~2013 年 12 月于我院就诊的 60 例肝性脑病住院患者,采取随机分组法将病例分为治疗组(中西医结合组)与对照组(单纯西医治疗组)各 30 例,观察两组治疗肝性脑病的疗效,动态观察患者临床症状变化情况,并检查肝肾功能、电解质、二氧化碳结合力及血尿常规检查结果,资料进行统计学处理。结果:治疗组疗效优于对照组($P<0.05$),组间疗效比较具有显著性差异。结论:中西医结合治疗肝性脑病具有显著疗效,优于单纯西医治疗组,值得临床推广。

关键词:肝性脑病;中西医结合疗法;精氨酸;菖蒲郁金汤

Analysis on Integrated TCM and WM Treatment and Approach for Hepatic Encephalopathy

PENG Yong

(Science and Education Department, Qiannan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guizhou, Duyun558000)

Abstract: Objective: To study integrated TCM and WM treatment for hepatic encephalopathy, in order to find a holistic approach that can be adopted in clinical use. Method: From January 2007 to December 2013, 60 hospitalized patients with hepatic encephalopathy in our hospital were randomly divided into two groups, the treatment group and the control group, each group consisting of 30 patients. Patients in treatment group were applied to integrated TCM and WM treatment, and patients in control group were given only regular treatment and western medicine. The clinical effect of each group was observed, and dynamic observation of changing symptoms and body indicators of patients in both groups, such as hepatic and renal function, electrolyte, CO_2CP , hematuris inspection, etc, was conducted and statistically processed and analyzed. Results: Compared with the control group, the treatment group witnessed better clinical effect and the data difference between the two groups had statistic significance ($P<0.05$). Conclusion: Integrated TCM and WM treatment for hepatic encephalopathy has better clinical effect, therefore the treatment should be promoted in clinical use.

Key words: Hepatic encephalopathy; Integrated TCM and WM treatment; Arginine; Changpu yujin decoction

中图分类号:R575.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.004

肝性脑病(HE)又称肝性昏迷,由严重肝病引起,以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调的综合征,其主要临床表现是意识障碍、行为失常和昏迷,有急性与慢性脑病之分,是临床常见的重症肝病,其病死率颇高,目前的治疗方法主要是以西医为主,包括调整饮食结构、促进体内氨的代谢、对症治疗、纠正水电解质及酸碱平衡、保护脑细胞降低脑水肿、人工肝及肝脏移植等方法^[1]。中医学将其归类为“鼓胀神昏”范畴,其治疗方法主要为醒神开窍、健脾化痰利水、清热养阴为主^[2]。本文将 2007 年 1 月~2013 年 12 月于我院就诊的 60 例肝性脑病患者,采用随机分组法分为治疗组(中西医结合组)与对照组(单纯西医治疗组)各 30 例,治疗组采用验方(菖蒲郁金汤加减)鼻饲并配合醒脑静或清开灵注射液,根据患者电解质、二氧化碳结合力及肝肾功能结果选取谷氨酸钾或谷氨酸钠静滴治疗,取得了满意疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2007 年 1 月~2013 年 12 月于我院就诊的 60 例肝性脑病患者采用随机分组法分为治疗组(中西医结合组)与对照组(单纯西医治疗组)各 30 例,两组病例的选择采用随机双盲的方式

进行^[3],将收集的资料进行统计学处理。两组性别、年龄、各症状的发生及病程比较,经统计学处理无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 西医诊断标准 符合《中药新药临床研究指导原则》^[4]的诊断标准并参照《内科学》^[1]及《中医内科学》^[2]综合拟定。

1.2.1 临床表现 (1)性格改变:常是本病最早出现的症状,主要是原属外向型性格者表现为抑郁,而原属内向型性格者表现为欣快多语;(2)行为改变:最初可能仅限于一些“不拘小节”的行为,如乱写乱画、乱洒水、乱吐痰、乱扔纸屑烟头、乱摸乱寻、随地便溺、房间内的桌椅随意乱拖乱放等毫无意义的动作;(3)睡眠习惯改变:常表现为睡眠倒错,也有人称为近迫性昏迷(impending coma),有人发现此现象与患者血清褪黑激素分泌相紊乱有关,提示患者中枢神经系统的兴奋与抑制处于紊乱状态,常预示肝性脑病即将来临;(4)肝臭的出现:是由于肝功能衰竭,机体内含硫氨基酸代谢中间产物(如甲硫醇、乙硫醇及二甲硫化物等)经肺呼出或经皮肤散发出的一种特征性气味;(5)扑翼样震颤:是肝性脑病最具特征性的神经系统体征,具有早期诊断意义,震颤常于患者睡眠及昏迷后消失,苏醒后仍可出现;(6)视

力障碍:不常见,但近年来国内外文献报道逐渐增多,肝性脑病发生时患者可出现视力障碍、失明等临床表现,这种视力障碍是短暂的、功能性的,可随着肝性脑病的加深而加重,也可随着肝性脑病的康复而复明;(7)智能障碍:随着病情的进展,患者的智能发生改变,表现为对时间、空间概念不清,人物概念模糊,吐字不清,颠三倒四,书写困难,计算、计数能力下降,数字连接错误,也是早期鉴别肝性脑病简单、可靠的方法;(8)意识障碍:继智能障碍后即出现比较明显的意识障碍,由嗜睡、昏睡逐渐进入昏迷状态,各种反应、反射均消失,也有由躁狂状态逐渐进入昏迷者。

1.2.2 相关检查 (1)血氨:慢性肝性脑病、肝性脑病患者多伴有血氨升高,但急性肝性脑病患者血氨可以正常。(2)脑电图:大脑细胞活动时所发出的电活动,正常人的脑电图呈 α 波,8~13 次/s,肝性脑病患者的脑电图表现为节律变慢; II~III 期患者表现为 δ 波或三相波,4~7 次/s,昏迷时表现为高波幅的 δ 波,少于 4 次/s;脑电图的改变特异性不强。(3)诱发电位:对于轻微肝性脑病患者的诊断有一定意义。(4)心理智能测验:适合于肝性脑病的诊断和轻微肝性脑病的筛选。(5)影像学检查:急性肝性脑病患者进行头部 CT 或 MRI 检查时可发现脑水肿,慢性肝性脑病患者则可发现有不同程度的脑萎缩。(6)临界视觉闪烁频率 (critical fricker-fusion frequency) 检测:通过测定临界视觉闪烁频率可定量诊断,初步应用结果认为方法敏感,简单而可靠,可用于发现及检测轻微肝性脑病。(7)肝肾功能、电解质、二氧化碳结合力、血常规、尿常规等相关检查:会出现转氨酶、胆红素明显升高、血氨值明显升高、白球蛋白比例倒置、尿素氮及肌酐值明显升高、电解质紊乱、二氧化碳结合力升高、血常规中白细胞总数及中性粒细胞百分比升高,尿常规中会出现:尿胆素、尿胆原、白细胞升高、尿蛋白、各种管型出现等。

1.3 中医诊断标准 参照《中医内科学》^[2]并结合临床实际将其辨为“鼓胀神昏”,主症:腹大胀满伴神昏,先见烦躁不宁,逐渐嗜睡,终至昏迷;或先语无伦次,逐渐嗜睡,终至昏迷。兼次症:脘闷纳呆,恶心呕吐,大便不通。舌脉:舌质红,苔黄腻,或舌淡红,苔白腻;脉弦滑数,或弦滑。

1.4 排除标准 出现其他并发症,如上消化道出血、胃肠穿孔等需要行特殊处理者;对研究过程中使用的药物过敏者,未按规定全程使用治疗方案、无法判定疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者^[5]。

1.5 疗效判定标准 目前国内尚未确定统一的疗效评定标准,综合所及资料并参照《中医病证诊断疗效标准》拟定。治愈:经治疗后临床症状、体征均消失,肝肾功能、电解质、二氧化碳结合力、血尿常规等检查恢复正常范围;显效:经治疗后,临床症状基本消失,体征明显减轻,肝肾功能、电解质、二氧化碳结合力、血尿常规等检查较前明显改善;有效:经治疗后,临床症状有所改善,体征减轻,肝肾功能、电解质、二氧化碳结合力、血尿常规等检查较前有所恢复;无效:治疗后,临床症状略有改善或无改善,体征无减轻,肝肾功能、电解质、二氧化碳结合力、血尿常规等检查较前无改善甚至加重。

1.6 治疗方法 治疗组:采取菖蒲郁金汤加減鼻饲(或局方至宝丹研化鼻饲、苏合香丸研化鼻饲)配合醒脑静或清开灵注射液,并根据患者电解质、二氧化碳结合力及肝功能结果选用谷氨酸钾或谷氨酸钠静滴治疗,维持水、电解质及酸碱平衡,补充机体每日所需,严密观察患者神志情况、生命体征,严格记录出入量,躁狂者四肢行绷带约束。具体用法:痰热蒙闭心窍者,用局方至宝丹研化,吞服或鼻饲,以清热凉开透窍;痰湿蒙闭心窍者,用苏合香丸研化,吞服或鼻饲,以芳香温开透窍;或用菖蒲郁金汤煎汤浓缩至 100 mL 左右鼻饲,3 次/d,每次 30 mL 左右,以芳香豁痰开窍。对照组以精氨酸作为主要药物静脉滴注配合食醋灌肠治疗肝性脑病,其余治疗为保肝降酶、降低胆红素、补充白蛋白,维持水、电解质及酸碱平衡,补充机体所需等对症支持治疗,两组疗程均为 1 周。

1.7 统计学方法 使用 SPSS18.0 软件进行资料统计分析。计数资料采用 χ^2 检验进行数据分析, $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

治疗过程中全部病例无脱落,治疗过程中及治疗后患者均无不良反应及其他并发症发生。治疗 1 周后,治疗组总有效率为 93.3%,对照组为 73.3%,两组总有效率比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组总体疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	11 (36.7)	10 (33.3)	7 (23.3)	2 (6.7)	28 (93.3)*
对照组	30	8 (26.7)	7 (23.3)	7 (23.3)	8 (26.7)	22 (73.3)

注:与对照组比较, $\chi^2=4.32$, * $P<0.05$ 。

3 讨论

由于肝性脑病的病因、发病机制及临床表现异常复杂,因此,对于本病的治疗,应以祛除诱因、维持机体内环境稳定、降低血氨、纠正氨基酸比例失调、

对症治疗及防治并发症等综合治疗措施为主,必要时行人工肝支持或肝移植治疗。该病预后取决于病因,诱因明确且容易消除者(如出血、缺钾等)预后较好;由急性肝细胞衰竭(重型病毒性肝炎或药物性肝炎)引起的肝性脑病的预后,比肝硬化伴门体分流者更严重。有腹水、黄疸、出血倾向的患者提示肝功能很差,其预后也差。暴发性肝功能衰竭所致的肝性脑病预后最差。我们知道肝性脑病的患者主要是要进行肝部的病毒或者疾病抑制,还要对大脑的神经系统维护,其中是比较麻烦的,作为患者家属应当给予患者极大的帮助和关心。让患者能够积极地面对疾病和生活。目前单纯的西医治疗已经存在很大瓶颈,人工肝技术只能在大型综合性医院才能开展,至于肝脏移植治疗无论在人力还是财力上都是极大多数患者不可能期盼的。所以在肝性脑病的治疗理念上我们还从基础性治疗着手,从病因治疗、对症支持治疗上下功夫,在治疗方法上不能拘泥于单纯性西医治疗,应该从中西医结合方面考虑,中医学作为替代医学而言已经从多方面证实了它的科学性、优越性及实效性,从上述研究结果而言中西医结合治疗组疗效明显优于对照组,并具有统计学意义,这就在治疗肝性脑病的思路和方法上给我们提出了明确的路径,那就是要在充分发挥现代医学的优势上积极汲取中医学及其他传统医学的长处,互为裨益。中医学讲究整体观念和辨证论治,它将人与自然看做一个整体,密不可分,所以在诊疗方法上也将辨病

与辨证相结合,在某些特殊疾病的治疗上还讲究引经药物的应用,取得了令人满意的疗效。针对肝性脑病的治疗,属于中医学“鼓胀神昏”范畴,属于本虚标实、虚实夹杂之证。所以在治疗方法上,以扶正祛实为治则,根据患者的不同证候表现予以健脾疏肝、除湿消满、醒神开窍、化痰利水、清热养阴、扶正化瘀等方法。至于选择的方药,不同的医家有不同的见解,但“条条大路通罗马”,结合患者临床表现、体格检查结果、实验室检查指标及相关影像学检查结果,选择相应的西医治疗手段,走中西医结合的治疗之路才是正道,另外对于肝性脑病的预防尤为重要,中医学有关治未病的思想早在《内经》中有云:“正气存内,邪不可干,邪之所凑,其气必虚”。另外在治疗方面也必须兼顾其他脏器的保护,比如在肝功能明显异常时必须注意预防肝肾综合征的出现,正如《金匱要略》所言:“见肝之病,知肝传脾,先当实脾”。一言以蔽之,对于肝性脑病的治疗我们要综合分析、确定病因、中西医结合治疗,以基础性治疗为原则,尽量彰显中西医结合治疗疾病的优势和特色。

参考文献

[1]陆再英,谢毅,钟南山,等.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2008.463-468
[2]田德禄,蔡淦.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,2006.198-211
[3]邱德文.中医药科研思路与方法[M].北京:中医古籍出版社,2004.10-20
[4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.245-250
[5]季光,王育群,曹承楼,等.清肝活血方治疗酒精性肝病的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2004,24(1):13-16

(收稿日期:2014-03-12)

(上接第 4 页)凋亡来达到对缺血再灌注后损伤骨骼肌的改善保护作用。本课题的不足在于目前尚无疗效确切的单味西药作为临床对照;没有对再植术后成活肢体的功能进行评定,补阳还五汤在术后肢体功能重建中的保护、修复作用尚需进一步研究。

参考文献

[1]任举山,石海英,魏飞,等.复杂断肢(指)再植的治疗[J].实用手外科杂志,2012,26(4):378-379
[2]黄慕康,于仲嘉.对断肢(指)再植若干问题的讨论[J].中华显微外科杂志,1994,17(1):48-67
[3]刘向前,邹亲朋,冯胜,等.五加苷对大鼠脑梗死的保护作用[J].药物评价研究,2010,33(2):95-97
[4]何志,仇树林.丹参对皮瓣缺血再灌注损伤的影响及机制[J].中国组织工程研究与临床康复,2010,14(53):10 021-10 025
[5]McCord JM.Oxygen-derived free radicals in postischemic tissue injury[J].N Engl J Med,1985,312(3):159-163
[6]Sewell WH,Koth DR,Huggins CE.Ventricular fibrillation in dogs after sudden return of flow to the coronary artery[J].Surgery,1955,38(6):1 050-1 053
[7]Jennings RB,Sommers HM,Smyth GA,et al.Myocardial necrosis induced by temporary occlusion of a coronary artery in the dog[J].Arch Pathol,1960,70(7):68-78

[8]李翠勤,黄仲海.补阳还五汤在中老年慢性病中的应用[J].求医问药(学术版),2011,9(6):109-110
[9]王晓霞,李荣亨.补阳还五汤作用机制研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2008,6(5):574-576
[10]金惠铭.病理生理学(第 5 版)[M].北京:人民卫生出版社,2000.110-117
[11]Carden DL,Granger DN.Pathophysiology of ischaemia-reperfusion injury[J].J Pathol,2000,190(3):255-266
[12]Wang LF,Zhang HY.A theoretical investigation on DPPH radical-scavenging mechanism of edaravone [J].Bioorg Med Chem Lett,2003,13(21):3 789-3 792
[13]Rajesh KG,Sasaguri S,Suzuki R.Antioxidant MCI-186 inhibits mitochondrial permeability transition pore and upregulates Bcl-2 expression[J].Am J Physiol Heart Circ Physiol,2003,285(5):H2 171-2 178
[14]Jaeschke H.Molecular mechanisms of hepatic ischemia-reperfusion injury and preconditioning [J].Am J Physiol Gastrointest liver Physiol,2003,284(1):G15-G26
[15]Kato R,Foex P.Myocardial protection by anesthetic agents against ischemia-reperfusion injury:an update for anesthesiologists [J].Can J Anaesth,2002,49(8):777-791
[16]Harkin DW,D'sa AA,Yassin MM,et al.Reperfusion injury is greater with delayed restoration of venous outflow in concurrent arterial and venous limb injury[J].Br J Surg,2000,87(6):734-741

(收稿日期:2014-03-17)