

意义 ($P<0.05$), 愈显率比较差异有统计学意义 ($P<0.01$), 治疗组优于对照组。

3.3 两组患者治疗前后临床症状/体征积分比较

表 2 示, 两组患者治疗后临床症状/体征积分均下降, 与本组治疗前比较差异均有统计学意义 ($P<0.01$); 两组治疗前与治疗后积分差值比较有统计学意义 ($P<0.01$), 治疗组改善情况优于对照组。

表 2 两组患者治疗前后临床症状/体征积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前-治疗后
治疗组	99	7.91 $\pm$ 2.42	2.50 $\pm$ 2.24*	5.41 $\pm$ 2.17 Δ
对照组	33	8.82 $\pm$ 2.62	4.85 $\pm$ 2.80*	3.97 $\pm$ 2.30

注: 与本组治疗前比较, * $P<0.01$; 与对照组(治疗前积分-治疗后积分)比较, $\Delta P<0.01$

4 讨论

电热针是根据《黄帝内经》燔针焮刺理论, 结合现代科学技术研制而成的一种新型针具, 具有针灸与温灸之共性, 有温补、调理气血的作用, 电热针适用于虚、寒、瘀证的治疗。KOA 治疗以补气温阳通

络为重点, 阳陵泉穴为八脉交会之筋会, 有补肾壮骨、养肝柔筋、舒筋活络、通痹止痛之效; 阴陵泉穴为脾经合穴, 能健脾利湿、散寒止痛、通利关节; 梁丘穴为足阳明胃经的郄穴, 郄穴是气血深聚之处, 阳经的郄穴多治气形两伤病证, 气伤痛, 形伤肿, 舒筋活络, 止痛消肿。委中穴为膀胱经合穴, 主治腓筋挛急, 下肢痹; 内膝眼、外膝眼、鹤顶穴疏通经脉, 通络止痛, 主治膝关节酸痛, 诸穴合用, 共奏良效。悬钟穴为髓会穴, 太溪穴为肾经输、原穴, 补肾填髓; 足三里穴为足阳明胃经合穴, 阳明为多气多血之经, 又“主润宗筋”, 能补气养血, 解痉止痛, 百会穴能升提阳气; 血海、曲池穴能温阳散寒, 活血止痛。

参考文献

[1] 中华医学会骨科学分会. 骨关节炎诊治指南(2007 年版)[J]. 中国临床医生杂志, 2008, 36(1): 92.
[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 30.

(收稿日期: 2011-02-24; 修回日期: 2011-03-28)

[编辑: 黄健]

茯白方联合恩替卡韦分散片治疗乙型肝炎肝硬化低蛋白血症临床观察

史文丽* 孙永强

(中国人民解放军第三〇二医院中西医结合肝病中心门诊中医科, 北京市丰台区西四环中路 100 号, 100039)

基金项目: 国家科技重大专项课题资助项目(2009ZX10005-017)

* 通讯作者: luojunli@188.com, 13651165805

[关键词] 肝硬化; 低蛋白血症; 茯白方; 中医证候

慢性乙型病毒性肝炎较易发展为肝硬化, 低蛋白血症是肝硬化患者常见的临床表现之一, 常引起腹水、浮肿、全身倦怠、腹胀和食欲下降等症状。一般采用输注人血清蛋白或血浆等治疗, 但远期疗效差, 费用昂贵。我们自 2009~2010 年, 应用我院协定处方茯白方联合恩替卡韦分散片治疗乙型肝炎肝硬化低蛋白血症, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

103 例乙型肝炎肝硬化患者来自 2006 年 8 月至 2009 年 12 月我院住院或门诊患者。按随机数字表法分为 2 组。治疗组 52 例, 男 31 例, 女 21 例; 年

龄(48.95 $\pm$ 9.20)岁; 肝功能 Child 分级: A 级 21 例, B 级 31。对照组 51 例, 男 33 例, 女 18 例; 年龄(50.42 $\pm$ 9.44)岁; 肝功能 Child 分级: A 级 23 例, B 级 28 例。两组患者性别、年龄、肝功能 Child 分级等方面差异无统计学意义, 具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

肝炎肝硬化诊断依据 2000 年 9 月西安中华医学会传染病与寄生虫病学会、肝病学会联合修订的《病毒性肝炎防治方案》诊断标准。

1.3 纳入与排除标准

①符合西医诊断标准; ②年龄 15~65 岁; ③丙氨酸氨基转移酶(ALT) $\leq$ 100U/L, 总胆红素 $\leq$ 170 μ mol/L; ④血清白蛋白(ALB) $\geq$ 30g/L 但 $<$ 35g/L; ⑤入组治疗前 1 个月内未用过人血白蛋白、

血浆、及影响蛋白合成的中西药如马洛替酯、复方氨基酸胶囊;⑥中医辨证为气阴两虚,湿热痰瘀互结。排除标准:①肝癌等恶性肿瘤;②伴有心、肾、肺、内分泌、血液、代谢及胃肠道严重原发病者或精神病患者;③合并消化道出血、肝性脑病Ⅱ度以上、肝肾综合征患者;④妊娠期或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2 组均用恩替卡韦分散片[我院自制制剂,总制字(2009)F04001]。如有腹水或胸水,加用螺内酯(上海医药有限公司信谊制药厂,国药准字 H31021273)、氢氯噻嗪(天津力生制药有限公司,国药准字 H12020166)等对症治疗。如有自发性腹膜炎者予以注射用头孢曲松钠(上海罗氏制药有限公司,国药准字 H10983038)治疗。治疗组在恩替卡韦分散片治疗基础上加服茯苓白(我院协定处方:由黄芪、茯苓、白术、当归、阿胶、楮实子等组成)水煎服,每次 1 袋(200ml),每日 2 次。疗程均为 6 个月。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

分别在 12 周、24 周复查血清 ALB 指标。同时观察治疗前后 HBVDNA (PCR) 变化:其中血清 ALB 升高 2g 为有效,无变化及降低为无效。血清 ALB 复常率:ALB 达到正常值($ALB \geq 35g/L$)的比率^[1-3]。

3.2 两组患者治疗 12 周、24 周后血清 ALB 比较

表 1 示,治疗组在治疗 12 周后,血清 ALB 升高 2g 比率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表 2 示,治疗 24 周后,治疗组与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。提示应用中药茯苓白治疗 12 周后,血清 ALB 就有明显提高,但 24 周后的疗效更为显著。

3.3 两组患者治疗 12、24 周后血清 ALB 复常率比较

将治疗组(52 例)分为治疗 1 组(22 例)和治疗

表 1 两组患者治疗后 12 周 ALB 升高 2g 比率比较[例(%)]

组别	例数	有效	无效
治疗组	52	30(57.7)	22(42.3)
对照组	51	16(31.4)	35(68.6)

表 2 两组患者治疗 24 周 ALB 升高 2g 比率比较[例(%)]

组别	例数	有效	无效
治疗组	52	38(73.1)	14(26.9)
对照组	51	20(39.2)	31(60.8)

2 组(23 例)。表 3 示,治疗 12 周后,两组血清 ALB 复常率与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。表 4 示,治疗 2 组口服中药茯苓白 24 周后,血清 ALB 复常率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 3 三组患者治疗 12 周 ALB 复常率比较[例(%)]

组别	例数	有效	无效
治疗 1 组	22	6(27.3)	16(72.7)
治疗 2 组	23	6(26.1)	17(73.9)
对照组	24	0	24(100.00)

表 4 两组患者治疗 24 周 ALB 复常率比较[例(%)]

组别	例数	显效	无效
治疗 2 组	23	10(43.5)	13(56.5)
对照组	24	0	24(100.00)

3.4 不良反应

治疗过程中两组患者未见有不良反应发生。

4 讨论

中医认为,血清白蛋白属气血精微范畴。脾为仓禀之官,气血精微生化之源。方中白术、黄芪、茯苓等健脾燥湿,益气利水,使气复血行,气行液走;因肝藏血,肾藏精,肝肾同源。肝硬化低蛋白血症的患者,每有“穷必及肾”,用阿胶、当归等以培补肝肾之精血。肝硬化属中医的“癥积”等范畴,多因湿毒热邪稽留血分而肝络不通,或致虚生瘀,或因气滞生瘀,均能留而生成,用楮实子、当归等活血通络,软坚散结;共奏健脾益气、滋养肝肾、活血通络,提高血清白蛋白之功效。现代医学研究也表明,白术、黄芪、茯苓、阿胶、当归等药物不但是直接可补充白蛋白,而且还更能起到减轻肝细胞坏死及变性,促进肝细胞再生的作用,改善肝脏微循环,抑制纤维组织增生,抑制纤维组织增生,对抗肝纤维化,清除免疫复合物及沉积造成的损害,并显著增加 ³H-亮氨酸渗入学清和肝脏蛋白合成的速率,促进蛋白更新,提高血清清蛋白含量。

参考文献

[1]中华医学会传染病与寄生虫病学会、肝病学会·病毒性肝炎的诊断标准[J]. 中西医结合肝病杂志,2001,11(1):56-60.
[2]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]. 中国中西医结合杂志,1994,14(4):237-238.
[3]郑筱萸·中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002,143.

(收稿日期:2011-02-24;修回日期:2011-03-28)

[编辑:黄 健]