

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.02.009

中成药对重症酒精性肝炎患者慢加急性肝衰竭发生率的影响

王浩宇^{1,2}, 全卉^{1,2}, 江宇泳¹✉, 刘慧敏¹, 侯艺鑫¹, 于浩¹, 杨志云¹, 王宪波¹

1. 首都医科大学附属北京地坛医院, 北京市朝阳区京顺东街8号, 100015; 2. 北京中医药大学东直门医院

[摘要] **目的** 探讨中成药联合西医内科治疗对于重症酒精性肝炎(SAH)患者发生慢加急性肝衰竭(ACLF)的干预效果。**方法** 回顾性收集SAH患者258例,根据是否联合使用中成药治疗分为中药组95例及非中药组163例。非中药组给予西医内科治疗,中药组给予西医内科治疗联合利湿退黄类、理气活血类、清热解毒类中成药。记录患者一般资料、实验室指标、Child-Turcotte-Pugh(CTP)评分、终末期肝病模型(MELD)评分、中成药使用情况,结局指标为SAH患者住院期间是否发生ACLF。并以SAH患者是否进展为ACLF为二分类变量,对两组患者匹配前后的临床资料进行Cox单因素回归分析,探讨SAH进展为ACLF影响因素。**结果** 两组患者基线资料总胆红素(TBIL)、肌酐(Cr)、白蛋白(ALB)、血红蛋白(Hb)水平差异存在统计学意义($P<0.05$),不具有可比性。因此,对入组患者进行1:1倾向性评分匹配后获得每组各83例患者。匹配前服用利湿退黄类中成药77例,服用理气活血类中成药38例,服用清热解毒类中成药16例;服用单一种类的中成药70例,联合服用两类或两类以上中成药25例,以利湿退黄类+理气活血类13例居多。匹配后中药组发生ACLF 20例(24.1%),非中药组发生ACLF 39例(46.9%),中药组ACLF发生率低于非中药组($P=0.002$)。中药组及非中药组患者均以肝功能衰竭发生最多,分别为13例(15.7%)及28例(33.7%),组间差异有统计学意义($P<0.05$)。匹配后中药治疗($OR=0.463$, 95%CI: 0.261-0.823, $P=0.009$)为患者发生ACLF的独立影响因素。**结论** SAH患者在西医内科治疗基础上联合使用利湿退黄、理气活血、清热解毒类中成药能够降低住院期间ACLF发生率。

[关键词] 重症酒精性肝炎; 中成药; 慢加急性肝衰竭; 利湿退黄; 理气活血; 清热解毒

重症酒精性肝炎(severe alcoholic hepatitis, SAH)是发生在酒精性肝炎及酒精性肝硬化基础上的严重疾病类型,临床表现为黄疸迅速加深,肝功能恶化,发病急,病势骤猛,30天病死率高达30%~40%^[1]。大约65%的SAH患者可进展为慢加急性肝衰竭(acute-on-chronic liver failure, ACLF)^[2]。有研究表明,ACLF是SAH患者死亡的高危因素,且随着ACLF严重程度的增加,死亡率也随之升高^[3]。中医药治疗酒精性肝炎可改善患者症状,阻止疾病进展^[4]。本研究回顾性分析利湿退黄、理气

活血、清热解毒中成药联合西医内科治疗对SAH进展为ACLF的影响。本研究经首都医科大学附属北京地坛医院伦理委员会批准[批号:京地伦科字(2018)第(035)-01号]。

1 临床资料

1.1 研究对象

从首都医科大学附属北京地坛医院电子病历系统中选取2008年9月至2017年10月入院并诊断为SAH的住院患者作为研究对象。将纳入的SAH患者根据是否联合使用中成药治疗分为中药组95例和非中药组163例。

1.2 诊断标准

酒精性肝病诊断参照《酒精性肝病防治指南(2018年更新版)》^[5],SAH诊断为符合酒精性肝

基金项目:首都卫生发展科研专项(首发2020-2-2172);北京中医药科技发展资金(JJ2018-44);北京市医院管理中心重点医学发展计划(ZYLX202127);国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目

✉ 通讯作者:jyuy11@126.com

病诊断且 Maddery 判别函数^[6] (maddery discriminant function, MDF) ≥ 32 分。ACLF 诊断参照欧洲肝病研究协会慢性肝病研究中心发布的标准^[7]: 在急性失代偿的肝硬化患者中, 1) 合并两个或两个以上器官衰竭; 2) 肾脏单器官功能衰竭; 3) 神经系统、循环系统、肝功能、凝血功能和呼吸系统任一系统衰竭合并肾功能损害/肝性脑病 I - II 级诊断, 符合其中 1 项即可诊断为 ACLF。

1.3 纳入标准

符合 SAH 诊断标准者, 且近 3 个月内黄疸进行性升高; 中药组中成药服用累计日剂量(cDDD) $\geq 1/2$ 住院期间总 cDDD; 非中药组仅给予西医内科治疗。

1.4 排除标准

1) 合并梗阻性黄疸者; 2) 合并未能良好控制的心、脑、肾等系统原发疾病者; 3) 合并恶性肿瘤者; 4) 入院时即已确诊 ACLF; 5) 基线信息不全者。

2 方法

2.1 干预措施

非中药组仅给予西医内科治疗: 予复方甘草酸苷注射液 (西安利君制药有限责任公司, 国药准字: H20030001, 20 ml/支, 每日 40 ml)、多烯磷脂酰胆碱注射液 (成都天台山制药有限公司, 国药准字: J20100167, 5 ml: 232.5 mg/安瓿, 每日 10 ml)、还原型谷胱甘肽注射液 (山东绿叶制药有限公司, 国药准字: H20030001, 0.3 g/安瓿, 每日 1.2 g) 静脉滴注。

中药组患者在西医内科治疗基础上根据中医辨证至少服用下列 1 种中成药, 且中成药服用 cDDD $\geq 1/2$ 住院期间总 cDDD。利湿退黄类中成药: 辨证属湿热发黄者服用大黄利胆胶囊 (重庆海默尼制药有限公司, 国药准字: Z20153052, 0.3 g/粒, 每次 2 粒, 每日 2 次), 或当飞利肝宁胶囊 (四川美大康药业股份有限公司, 国药准字: Z20030023, 0.25 g/粒, 每次 4 粒, 每日 3 次), 或茵莲清肝颗粒 (北京亚东生物制药有限公司, 国药准字: Z20030023, 10 g/粒, 每次 10 g, 每日 3 次), 或茵栀黄胶囊 (四川百利药业有限责任公司, 国药准字: Z20050262, 每次 0.66 g, 每日 3 次)。理气活血类中成药: 瘀血阻络伴有肝肾不足者服用扶正化瘀胶囊 (上海黄海制药有限责任公司, 国药准字: Z20020074, 0.5 g/粒, 每次 3 粒, 每日 3 次), 瘀血

阻络伴有气虚血亏、热毒未清者服用复方鳖甲软肝片 (内蒙古福瑞医疗科技股份有限公司, 国药准字: Z19991011, 0.5 g/片, 每次 4 片, 每日 3 次), 瘀血阻络伴有肝郁脾虚者服用九味肝泰胶囊 (湖南康尔佳制药股份有限公司, 国药准字: Z20025173, 0.35 g/粒, 每次 4 粒, 每日 3 次)。清热解毒类中成药: 毒邪炽盛者服用八宝丹胶囊 (厦门中药厂有限公司, 国药准字: Z10940006, 0.3 g/粒, 每次 2 粒, 每日 3 次)。

2.2 观察指标及方法

本研究起点为入院后诊断为 SAH, 研究终点为 SAH 患者住院期间是否发生 ACLF。记录患者资料, 包括年龄、性别、是否发生高血压、住院天数; 肝功能包括丙氨酸氨基转移酶 (ALT)、门冬氨酸氨基转移酶 (AST)、总胆红素 (TBiL)、谷氨酰转移酶 (GGT); 凝血功能中国际标准化比值 (INR); 血常规包括白细胞 (WBC)、中性粒细胞/淋巴细胞比值 (NLR)、血红蛋白 (Hb); 高密度脂蛋白 (HDL)、肌酐 (Cr)、钾离子 (K^+)、葡萄糖 (Glu); Child-Turcotte-Pugh (CTP) 评分^[8]、终末期肝病模型 (MELD) 评分^[9]; 中成药使用种类、时长及联合使用情况; 计算患者住院期内应用中成药的 cDDD。

2.3 统计学方法

使用 SPSS 22.0 软件进行统计分析。计量资料符合正态分布且方差齐用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 描述, 使用 t 检验; 方差不齐采用 Mann-Whitney U 检验; 不符合正态分布用中位数和四分位间距 [$M(Q_1, Q_3)$] 描述, 使用秩和检验。计数资料用频率或百分比描述, 使用卡方检验或 Fisher 精确检验。对基线数据进行 Cox 单因素分析, 选取影响 SAH 进展为 ACLF 的影响因素, 并与基线差异具有统计学意义的变量共同作为倾向性评分匹配 (PSM) 的混杂因素, 对入组患者基线资料进行 1:1 倾向性评分匹配, 匹配方法选择最紧邻匹配法, 卡钳值 (caliper) 选择 0.02。采用 Cox 单因素回归分析使用中成药联合西医内科治疗对 SAH 患者发生 ACLF 的影响。采用双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 匹配前两组患者基线一般特征比较

表 1 示, 两组患者 TBiL、Cr、ALB、Hb 水平差异存在统计学意义 ($P < 0.05$), 不具有可比性。

表 1 匹配前两组重症酒精性肝炎患者基线一般特征比较

项目	中药组 (95 例)	非中药组 (163 例)	P 值
性别 (男) / 例 (%)	94 (98.9)	155 (95.1)	0.202
高血压病 / 例 (%)	21 (22.1)	31 (19.0)	0.551
住院时长 / 天, $M (Q_1, Q_3)$	19 (13, 28)	18 (10, 31)	0.316
MDF 评分 / 分, $M (Q_1, Q_3)$	47.4 (38.8, 60.6)	48.4 (40.1, 59.9)	0.729
CTP 评分 / 分, $M (Q_1, Q_3)$	9.0 (8.0, 10.0)	10.0 (9.0, 10.0)	0.085
MELD 评分 / 分, $M (Q_1, Q_3)$	12.2 (9.4, 14.4)	11.8 (9.5, 15.3)	0.598
ALT/ $U \cdot L^{-1}$, $M (Q_1, Q_3)$	30.8 (20.3, 44.4)	27.7 (18.9, 43.1)	0.393
AST/ $U \cdot L^{-1}$, $M (Q_1, Q_3)$	67.4 (49.6, 107.4)	67.0 (45.6, 112.7)	0.705
TBiL/ $\mu mol \cdot L^{-1}$, $M (Q_1, Q_3)$	165.3 (120.2, 283.1)	132.7 (93.0, 210.0)	0.005
GGT/ $U \cdot L^{-1}$, $M (Q_1, Q_3)$	73.4 (30.9, 225.5)	97.9 (27.6, 234.4)	0.561
HDL/ $mmol \cdot L^{-1}$, $M (Q_1, Q_3)$	0.3 (0.1, 0.6)	0.2 (0.1, 0.5)	0.195
Cr/ $mmol \cdot L^{-1}$, $M (Q_1, Q_3)$	61.0 (51.3, 61.0)	69.0 (55.0, 84.0)	0.033
Glu/ $mmol \cdot L^{-1}$, $M (Q_1, Q_3)$	5.8 (5.1, 7.1)	6.3 (5.2, 8.0)	0.127
INR/ $M (Q_1, Q_3)$	1.8 (1.6, 2.0)	1.8 (1.6, 2.0)	0.411
WBC/ $\times 10^{12} \cdot L^{-1}$, $M (Q_1, Q_3)$	6.2 (4.6, 9.4)	6.1 (4.2, 9.5)	0.849
PLT/ $\times 10^9 \cdot L^{-1}$, $M (Q_1, Q_3)$	66.0 (44.7, 101.0)	63.7 (43.4, 95.0)	0.649
NLR/ $M (Q_1, Q_3)$	4.1 (2.6, 7.5)	4.3 (2.4, 7.9)	0.945
年龄 / 岁, $\bar{x} \pm s$	50.2 $\pm$ 8.7	49.7 $\pm$ 9.2	0.673
ALB/ $g \cdot L^{-1}$, $\bar{x} \pm s$	28.8 $\pm$ 4.2	27.0 $\pm$ 4.4	0.002
Hb/ $g \cdot L^{-1}$, $\bar{x} \pm s$	101.6 $\pm$ 21.7	93.5 $\pm$ 24.0	0.003
K ⁺ / $mmol \cdot L^{-1}$, $\bar{x} \pm s$	3.6 $\pm$ 0.6	3.7 $\pm$ 0.7	0.196

注：MDF，Maddrey 判别函数；CTP 评分，Child-Turcotte-Pugh 评分；MELD 评分，终末期肝病模型评分；ALT，丙氨酸氨基转移酶；AST，门冬氨酸氨基转移酶；TBiL，总胆红素；GGT，谷氨酰转氨酶；HDL，高密度脂蛋白；Cr，肌酐；Glu，葡萄糖；INR，国际标准化比值；WBC，白细胞；PLT，血小板；NLR，中性粒细胞/淋巴细胞比值；ALB，白蛋白；Hb，血红蛋白；K⁺，钾离子。

表 2 示，对匹配前资料进行 Cox 单因素分析提示 NLR、HDL 为研究的混杂因素 ($P<0.05$)。因此，对入组患者进行 1：1 倾向性评分匹配后获得每组各 83 例患者，两组以上 6 个因素基线资料匹配情况见图 1，具有可比性。

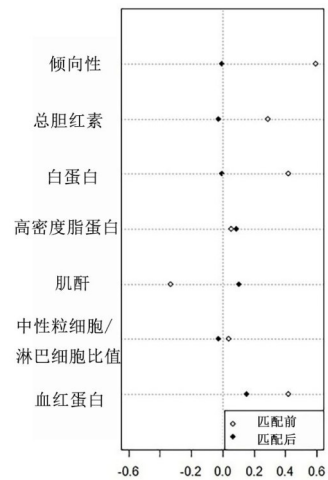


图 1 两组重症酒精性肝炎患者混杂因素匹配前后标准化均数差图

3.2 匹配前中药组患者中成药使用情况

患者服用利湿退黄类中成药（如大黄利胆胶囊、茵莲清肝颗粒和茵栀黄胶囊）77 例，服用理气活血类中成药（扶正化瘀胶囊、复方鳖甲软肝片和九味肝泰胶囊等）38 例，服用清热解毒类中成药（八宝丹胶囊）16 例。服用单一种类的中成药 70 例，联合服用两类或两类以上中成药 25 例，以利湿退黄类+理气活血类 13 例居多。

3.3 匹配后两组患者 ACLF 发生情况比较

匹配后中药组发生 ACLF 20 例 (24.1%)，非中药组发生 ACLF 39 例 (47.0%)，中药组发生 ACLF 的风险显著低于非中药组 ($P=0.002$)。表 2 示，中药组及非中药组患者均以肝功能衰竭发生最多，分别为 13 例 (15.7%) 及 28 例 (33.7%)，组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)；其次为凝血功能衰竭，组间差异无统计学意义 ($P>0.05$)。非中药组脑功能障碍发生 16 例 (19.3%)，明显高于中药组的 4 例 (4.8%， $P<0.05$)。

3.4 SAH 进展为 ACLF 影响因素分析

以 SAH 患者是否进展为 ACLF 为二分类变量，

对两组患者匹配前的临床资料进行 Cox 单因素回归分析。表 3 示, 中药治疗 ($OR=0.616$, $95\%CI: 0.381-0.994$, $P=0.047$) 为患者发生 ACLF 的影响因素。除中药治疗外, HDL、Cr、NLR、Hb 也具有统计学意义 ($P<0.05$), 但其作为混杂因素被匹配, 因此不再进行分析。匹配后亦证实, 中药治疗 ($OR=0.463$, $95\%CI: 0.261-0.823$, $P=0.009$) 为患者发生 ACLF 的独立影响因素。

表 2 两组重症酒精性肝炎患者器官衰竭/功能

障碍情况比较

[例(%)]

项目	中药组 (83 例)	非中药组 (83 例)	P 值
肝功能衰竭	13 (15.7)	28 (33.7)	0.007
凝血功能障碍	10 (12.0)	19 (22.9)	0.066
肾功能衰竭	9 (10.8)	13 (15.7)	0.360
脑功能障碍	4 (4.8)	16 (19.3)	0.009
循环功能障碍	3 (3.6)	9 (10.8)	0.066
呼吸功能衰竭	2 (2.4)	5 (6.0)	0.420

表 3 匹配前重症酒精性肝炎患者发生慢加急性肝衰竭影响因素 Cox 单因素分析结果

变量	调整后 OR (95%CI)	P 值
年龄	1.009 (0.983, 1.035)	0.513
性别	1.096 (0.344, 3.487)	0.877
高血压病	1.264 (0.755, 2.116)	0.373
ALT	1.000 (0.999, 1.001)	0.625
AST	1.000 (0.999, 1.000)	0.883
TBiL	1.001 (1.000, 1.003)	0.088
GGT	1.000 (0.999, 1.001)	0.965
ALB	0.988 (0.941, 1.037)	0.623
HDL	0.372 (0.184, 0.752)	0.006
K ⁺	1.274 (0.973, 1.667)	0.078
Cr	1.015 (1.006, 1.023)	0.001
Glu	1.041 (0.973, 1.114)	0.240
INR	1.632 (0.891, 2.990)	0.112
WBC	1.031 (0.997, 1.066)	0.071
Hb	0.989 (0.980, 0.998)	0.022
PLT	0.999 (0.996, 1.002)	0.606
NLR	1.047 (1.021, 1.074)	<0.001
中药治疗	0.616 (0.381, 0.994)	0.047

注: ALT, 丙氨酸氨基转移酶; AST, 门冬氨酸氨基转移酶; TBiL, 总胆红素; GGT, 谷氨酰转氨酶; ALB, 白蛋白; HDL, 高密度脂蛋白; K⁺, 钾离子; Glu, 葡萄糖; Cr, 肌酐; INR, 国际标准化比值; WBC, 白细胞; Hb, 血红蛋白; PLT, 血小板; NLR, 中性粒细胞/淋巴细胞比值。

4 讨论

SAH 的发生主要是由于乙醇代谢产生的活性氧诱导产生氧化应激和炎性因子, 并同时激活肝巨噬

细胞, 最终导致肝损伤^[10]。当受到外界因素干扰时, SAH 患者肝细胞发生焦亡, 肠道中微生物紊乱易位并产生内毒素及大量的代谢毒素氨, 这些内环境变化会诱导机体产生促炎因子如白细胞介素 6、白细胞介素 8 及免疫细胞功能障碍, 从而引起机体的全身炎症反应, 导致 ACLF 的发生^[11]。随着 ACLF 的进展, 肝功能衰竭可发展为肾功能、脑功能衰竭、凝血功能障碍等, 晚期 ACLF 可继发系统性炎症反应综合征及败血症^[12]。研究表明, ACLF 患者病程 28 天的死亡率高达 30%^[13]。

本研究基于首都医科大学北京地坛医院的 SAH 患者的临床数据, 发现 SAH 使用频率最高的中成药为利湿退黄类, 其次为理气活血类和清热解毒类。SAH 的主要表现为黄疸加深迅速, 中医学认为黄疸出现责之于湿热熏蒸肝胆外溢皮肤, 急则治其标, 选用利湿退黄药物。同时, 患者长期大量饮酒, 酒毒损伤脾胃, 中焦不运, 治疗时需顾护脾胃, 适当加用疏肝理气、活血解毒类药物。有研究对酒精性肝病患者的体质进行分析, 发现湿热质最为多见, 而湿热质可与其他体质如气郁质、血瘀质、痰湿质等同时出现在同一个体中, 并互相转化^[14], 因此中医用药以利湿退黄类中成药最为常见, 并在临床实际中根据症状的不同, 灵活应用理气活血和清热解毒类中成药。

本研究结果显示, 中药治疗为患者发生 ACLF 的保护因素。中成药治疗可以减少 SAH 患者进展为 ACLF 的风险, 中药组患者进展为 ACLF 比例显著低于非中药组患者, 脑功能障碍发生率亦显著低于非中药组患者。脑功能障碍(肝性脑病)的病机为湿热毒邪停留于肠腑, 瘀滞日久化热, 热毒上扰元神^[15]。茵栀黄胶囊可发挥泻热通肠、清热解毒的功效。现代研究证明, 茵栀黄胶囊所含茵陈和栀子的主要成分能逆转胆汁酸代谢相关基因的表达, 从而改善胆汁淤积^[16]; 扶正化瘀胶囊联合异甘草酸镁可改善肝硬化失代偿期患者的肝功能和肝纤维化程度^[17]; 当飞利肝宁胶囊能抑制白细胞介素 6、白细胞介素 1 β 等炎性因子产生, 从而减轻小鼠的炎症细胞浸润和炎症的产生, 达到减轻肝损伤的作用^[18]。复方鳖甲软肝片的组方意在活血化痰、扶助正气, 临床已证明可部分逆转纤维化^[19], 其可能通过减少肝脏巨噬细胞的活化, 并抑制其分泌转化生长因子 β , 起到抗纤维化的作用^[20]。

综上所述, SAH 患者在西医内科治疗基础上联合使用利湿退黄、理气活血、清热解毒类中成药能

够降低住院期间 ACLF 发生率,并能降低脑功能障碍发生率。本研究仍存在一定的局限性:1) 本研究为单中心的回顾性研究,病例选择可能存在一定的偏倚;2) 由于例数较少,未对每个中成药进行比较,不排除三类中成药对结局的改善存在一定疗效差异。今后需要开展大规模的设计严谨合理的随机对照试验前瞻性研究对结果进行验证。

参考文献

- [1] WANG W, XU Y, JIANG C, et al. Advances in the treatment of severe alcoholic hepatitis [J]. *Curr Med Res Opin*, 2019, 35(2): 261-273.
- [2] MICHELENA J, ALTAMIRANO J, ABRALDES JG, et al. Systemic inflammatory response and serum lipopolysaccharide levels predict multiple organ failure and death in alcoholic hepatitis[J]. *Hepatology*, 2015, 62(3): 762-772.
- [3] SERSTÉ T, CORNILLIE A, NJIMI H, et al. The prognostic value of acute-on-chronic liver failure during the course of severe alcoholic hepatitis[J]. *J Hepatol*, 2018, 69(2): 318-324.
- [4] 周文伟,王邦才. 中医药治疗酒精性肝病研究进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2017, 19(2): 118-121.
- [5] 中华医学会肝病学会脂肪肝和酒精性肝病学组,中国医师协会脂肪性肝病专家委员会. 酒精性肝病防治指南(2018 年更新版)[J]. *临床肝胆病杂志*, 2018, 34(5): 939-946.
- [6] SINGAL A, BATALLER R, AHN J, et al. ACG clinical guideline: alcoholic liver disease[J]. *Am J Gastroenterol*, 2018, 113(2): 175-194.
- [7] MOREAU R, JALAN R, GINES P, et al. Acute-on-chronic liver failure is a distinct syndrome that develops in patients with acute decompensation of cirrhosis [J]. *Gastroenterology*, 2013, 144(7): 1426-1437.
- [8] PUGH RN, MURRAY-LYON IM, DAWSON JL, et al. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices[J]. *Br J Surg*, 1973, 60(8): 646-649.
- [9] KAMATH PS, WIESNER RH, MALINCHOC M, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease[J]. *Hepatology*, 2001, 33(2): 464-470.
- [10] SEITZ HK, BATALLER R, CORTEZ-PINTO H, et al. Alcoholic liver disease[J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2018, 4(1): 16.
- [11] GUSTOT T, JALAN R. Acute-on-chronic liver failure in patients with alcohol-related liver disease[J]. *J Hepatol*, 2019, 70(2): 319-327.
- [12] SARIN SK, CHOUDHURY A. Acute-on-chronic liver failure: terminology, mechanisms and management [J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2016, 13(3): 131-149.
- [13] TREBICKA J, FERNANDEZ J, PAPP M, et al. PREDICT identifies precipitating events associated with the clinical course of acutely decompensated cirrhosis [J]. *J Hepatol*, 2021, 74(5): 1097-1108.
- [14] 姚志山,吴云,张文静,等. 酒精性肝病患者的中医体质特征分析[J]. *中西医结合肝病杂志*, 2021, 31(3): 213-215.
- [15] 张小瑞,赵文霞. 全国名老中医赵文霞教授诊治肝性脑病的经验总结[J]. *光明中医*, 2020, 35(13): 1979-1982.
- [16] 谭桢,刘爱明,罗敏,等. 茵栀黄注射液抗胆汁淤积药效成分的筛选及其作用机制研究[J]. *中国中药杂志*, 2016, 41(6): 1113-1118.
- [17] 李晓永,张国顺. 扶正化瘀胶囊联合异甘草酸镁治疗失代偿期肝硬化患者的临床效果[J]. *中国医药导报*, 2019, 16(11): 138-141.
- [18] 周文君,缪虹雨,李萌,等. 当飞利肝宁胶囊对急性肝损伤模型小鼠肝组织锌指蛋白 A20 表达及 NF- κ B 信号通路的影响[J]. *中医杂志*, 2020, 61(22): 2004-2009.
- [19] 黄灵跃,施维群,孟庆宇. 复方鳖甲软肝片抗肝纤维化的现状及展望[J]. *江西中医药大学学报*, 2015, 27(4): 97-99, 107.
- [20] 杨宇,赵月涵,庄海,等. 复方鳖甲软肝片防治大鼠肝纤维化作用及机制[J]. *贵州医科大学学报*, 2018, 43(12): 1380-1385.

Effect of Chinese Patent Medicine on the Progression of Severe Alcoholic Hepatitis into Acute-on-chronic Liver Failure

WANG Haoyu^{1,2}, QUAN Hui^{1,2}, JIANG Yuyong¹, LIU Huimin¹, HOU Yixin¹, YU Hao¹, YANG Zhiyun¹, WANG Xianbo¹

1. Beijing Ditan Hospital, Capital Medical University, Beijing, 100015; 2. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine

ABSTRACT Objective To explore the effect of Chinese patent medicine (CPM) combined with Western internal medicine on the progression of severe alcoholic hepatitis (SAH) to acute-on-chronic liver failure (ACLF). **Methods** Clinical data of 258 hospitalized SAH patients was collected for retrospective study. Patients were divided into CPM

group (95 cases) and non-CPM group (163 cases) according to whether taking CPM for treatment or not. Patients in the CPM group were treated with Western internal medicine plus CPM having function of draining dampness and removing jaundice, regulating *qi* and invigorating blood, clearing heat and resolving toxins, while those in the non-CPM group received Western internal medicine alone. The patients' baseline characteristics, laboratory indicators, Child-Turcotte-Pugh (CTP) score, model for end-stage liver disease (MELD) score and the use of Chinese patent medicine were recorded. The outcome measurement was whether ACLF occurs in SAH patients during the hospitalization. Whether ACLF occurs was taken as a binary variable, and Cox univariate analysis was performed to explore the risk factor of SAH progression into ACLF. **Results** The baseline data of the total bilirubin (TBiL), creatinine (Cr), albumin (ALB), and hemoglobin (Hb) levels were significantly different between groups ($P < 0.05$), which were not comparable. Therefore, propensity score matching at ratio of 1 : 1 were performed, and 83 patients in each group were matched. Before matching, 77 patients took dampness-draining and jaundice-removing CHM; 38 patients took *qi*-regulating and blood-invigorating CHM; 16 patients took heat-clearing and toxins-resolving CPM; 70 patients took single type of CHM, while 25 patients received two or more types of CPM, of which dampness-draining and jaundice-removing CPM in combination of *qi*-regulating and blood-invigorating CPM was mostly seen in 13 cases. After matching, there were 20 cases (24.1%) of ACLF in CPM group, significantly lower than 39 cases (46.9%) in non-CPM group ($P = 0.009$). Liver failure occurred mostly in both CPM (13, 15.7%) and non-CPM group (28, 33.7%), with significant difference between groups ($P < 0.05$). After matching, CPM treatment was an independent factor for progression into ACLF (OR=0.463, 95%CI:0.261-0.823, $P = 0.009$). **Conclusion** The use of CPM with function of draining dampness and removing jaundice, regulating *qi* and invigorating blood; clearing heat and resolving toxins plus Western internal medicine can reduce the incidence of ACLF in SAH patients during hospitalization.

Keywords severe alcoholic hepatitis; Chinese patent medicine; acute-on-chronic liver failure; draining dampness and removing jaundice; regulating *qi* and invigorating blood; clearing heat and resolving toxins

(收稿日期: 2021-06-13; 修回日期: 2021-10-29)

[编辑: 王利芬]

读者·作者·编者

中医药学术论文中药名称及名词术语的使用

中医药学术论文中正确使用中药名称及术语对于提高论文的科学性具有重要意义。中药学名词术语应使用全国科学技术名词审定委员会公布的《中医药学名词》和相关学科的名词。中药名称应以最新版《中华人民共和国药典》为主要依据。暂未公布者及《中华人民共和国药典》未收录的品种可参考团体标准 ZGZYXH/T 1-2015《中药学基本术语》、《中药大辞典》以及新版全国高等中医院校统编教材《中药学》。地方及少数民族药物可遵照地方相关标准或药物的习称。

中药名称的使用应根据其概念范畴使用相应的名称。中药材使用药材名称,必要时需注明拉丁学名;临床处方应使用饮片名称,若其无法定名称,论述时可使用药材名称。由特定种质、产区,以及特定的生产加工技术生产的道地药材加工炮制而成的饮片,可在药材名前加产地名称作为特殊的饮片名称,如“岷当归”“川厚朴”等。处方中饮片为生品者,有法定名称的遵法定名称,无法定名称且毒性较强的,用生品时,应在其药材名称前加注“生”字,以免误用,如生大黄。无法定名称的炮制品,可在其药材名称之前或之后加炮制术语炒、焦、煨、炙、盐、炭、曲等作为饮片名称,如姜炭、半夏曲等。无法定饮片名称的鲜品入药时,应在药材名前加“鲜”字,如鲜薄荷。使用特定药用部位入药的饮片,如无法定饮片名称,表述时可在其药材名称前或后加药用部位名称,如当归尾。有特殊煎煮要求的中药,应在饮片名称后加圆括号注明煎服法,如薄荷(后下)、生石膏(先煎)、三七粉(冲服)等。中成药名称以国家药典委员会《中成药通用名称》为准,暂未公布者可依次参照国家食品药品监督管理总局批准的中成药通用名、新版全国高等中医院校统编教材《方剂学》。

(本刊编辑部)