

赤珠清毒汤治疗慢性乙型肝炎 94 例疗效观察

□ 吴国庆 (广东省深圳市宝安区沙井人民医院 广东 深圳 518104)

摘要 目的:观察赤珠清毒汤治疗慢性乙型肝炎的疗效。方法:将 187 例慢性乙型肝炎患者随机分为两组,治疗组 94 例给予赤珠清毒汤治疗,并与凯西莱片、肝炎灵注射液联合治疗 93 例作对照,观察其治疗前后临床症状和体征、肝功能指标、乙肝病毒血清学标志物变化。结果:治疗组显效 59 例,总有效率 91.5%,HBeAg、HBV-DNA 阴转率分别 51.1%、57.4%;对照组显效 42 例,总有效率 77.4%,HBeAg、HBV-DNA 阴转率分别 33.3%、37.6%。治疗组显效率、总有效率、主要症状和体征复常率、HBeAg、HBV-DNA 阴转率及肝功能改善效果均优于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$),且复发率低,治疗过程中未发现不良反应。结论:赤珠清毒汤是治疗慢性乙型肝炎的有效方剂。

关键词 慢性乙型肝炎 中医药疗法 赤珠清毒汤

1999 年 7 月至 2002 年 6 月,我科采用自拟赤珠清毒汤治疗慢性乙型肝炎 (Chronic Hepatitis B, CHB) 94 例,并与凯西莱片、肝炎灵注射液联合治疗 93 例

作对照,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 诊断标准参照 2000 年修订的《病毒

茶素和没食子酸两种单体均可促进血小板的粘附和聚集,降低抗凝血酶活性,并能降低血管通透性;地黄的乙醇提取物也能明显缩短凝血时间。上述实验研究验证和部分阐释了本方良好的止血作用。

复方芩柏颗粒剂由黄芩、黄柏、大黄、生地等 11 味中药组成,方中黄芩、黄柏清热除湿,生地、当归补血止血,黄芩、黄柏及生地三药炒炭更能增强止血功效^[7]。诸药配伍,共奏清热祛湿止血之功。

参考文献

[1] 谢力子. 复方芩柏颗粒剂防治痔瘁术后并发症的临床观察. 湖南

中医学院学报, 1994, 14 (2): 12.

[2] 李仪奎主编. 中药药理实验方法学. 上海: 上海科技出版社, 1991: 493-494.

[3] 陈奇主编. 中药药理实验方法. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 484-485.

[4] 杨军. 香叶木甙止血作用的实验研究. 中国药理学通报, 1996, 12 (6): 512.

[5] 张镜如主编. 生理学. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1991: 83-84.

[6] 郑虎占主编. 中草药现代研究与应用. 北京: 北京学苑出版社, 1997: 101-102.

[7] 颜正华主编. 中药学. 北京: 人民卫生出版社, 1991: 134-153.

性肝炎防治方案》中的有关标准^[1]。

1.2 病例纳入和排除标准 选择符合上述诊断标准的慢性乙型肝炎患者，并排除丙、丁型肝炎病毒合并感染和失代偿期肝病，以及治疗前半年内使用过抗病毒药物、免疫抑制剂的肝炎患者。

1.3 一般资料 符合病例纳入标准的病例共计 187 例，全部来自我院肝科患者，随机分为两组。治疗组 94 例，其中，男 68 例，女 26 例；年龄 19～62 岁，平均 39.03 ± 6.47 岁；病程 2～18 年，平均 7.6 年。对照组 93 例，其中，男 65 例，女 28 例；年龄 17～60 岁，平均 38.12 ± 5.79 岁；病程 2～16 年，平均 7.3 年。全部病例均有不同程度的消化道症状和肝功能异常。治疗前 HBeAg、HBV-DNA 均阳性。两组在性别、年龄、病程、病情（程度、肝功能损害程度、乙肝病毒标志物）等方面经统计学处理，组间各项参数均衡性良好（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用自拟赤珠清毒汤治疗。药物组成：赤芍 30g，制大黄 10g，虎杖 20g，广郁金 10g，丹参 15g，叶下珠 30g，半枝莲 20g，白花蛇舌草 30g，栀子根 60g，连翘 15g，薄荷 6 g，北柴胡 6g，白芍 15g，茯苓 15g，绵茵陈 30g，黄芪 15g，女贞子 15g，甘草 5g。每日一剂，水煎 2 遍，混合后分午休、晚睡前半小时温服。

2.2 对照组 口服凯西莱片（河南省新谊制药有限公司产品）0.1/次，每日三次；肝炎灵（山豆根）注射液（湖南省长沙生物制药厂产品）4ml/次，每日一次肌注。

2.3 疗程及其他 两组均以 3 个月为 1 疗程，2 个疗程后统计结果。治疗期间均忌酒及辛辣肥甘厚味饮食，保持心情舒畅。治疗期间停用其它药物。

2.4 观察指标 每 2 周观察记录主要症状及体征（纳呆、乏力、肝区疼痛、肝脾肿大、尿黄、目黄、舌脉象等）变化；治疗前后和疗程中每 4 周测一次肝功能指标（谷丙转氨酶 ALT，血清总胆红素 STB，白蛋白 ALB，球蛋白 GLB）和乙肝病毒血清学标志 [HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb（ELSA 法）、HBV-DNA（斑点杂交法）]；治疗前后及治疗期间每 8 周作一次血常规、肾功能检查和 B 超检查肝胆

等改变。

2.5 疗效评定标准 按中国中医药学会内科肝病专业委员会 1991 年 12 月天津会议审定的《病毒性肝炎中医疗效判定标准（试行）》进行评定^[2]。

2.6 统计学方法 计数资料用 χ^2 检验，计量资料用 t 检验。所有统计数据采用 SPSS 8.0 统计软件进行分析。

3 结果

3.1 两组综合疗效比较 治疗组显效 59 例，好转 27 例，无效 8 例，总有效率 91.5 %；对照组显效 42 例，好转 30 例，无效 21 例，总有效率 77.4 %（结果见表 1）。治疗组显效率及总有效率均高于对照组（ $P < 0.05$ ， $P < 0.01$ ）。

表 1 两组综合疗效比较（n·%）

	n	显效	好转	无效	总有效
治疗组	94	59(62.8) *	27(28.7)	8(8.5)	86(91.5) **
对照组	93	42(45.2)	30(32.2)	21(22.6)	72(77.4)

注：与对照组比较，* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ 。

3.2 两组治疗前后主要症状和体征变化 治疗后两组主要症状和体征均有不同程度的改善（结果见表 2），两组比较，经统计学处理，有显著性差异（ $P < 0.05$ ， $P < 0.01$ ）。

3.3 两组治疗前后肝功能指标变化 表 3 结果显示，治疗组治疗后肝功能明显改善（ $P < 0.01$ ），且优于对照组（ $P < 0.05$ ， $P < 0.01$ ）。

3.4 两组治疗后乙肝病毒复制指标变化 结果见表 4。表 4 显示，治疗组 HBeAg、HBV-DNA 阴转率分别为 51.1 %、57.4 %；对照组 HBeAg、HBV-DNA 阴转率分别为 33.3 %、37.6 %。两组经统计学处理，有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。

3.5 两组复发率比较 治疗组显效的 59 例中，有 38 例于治疗后 6 个月得到随访，其中有 7 例复发，复发率为 18.4 %；对照组显效的 42 例中，有 26 例于治疗后 6 个月得到随访，其中有 11 例复发，复发率为 42.3 %。治疗组复发率较对照组少（ $P < 0.05$ ）。

3.6 不良反应 两组在治疗过程中均未出现异常反应，血常规及肾功能检测均未发现明显异常。

4 讨论

4.1 慢性乙型肝炎属中医黄疸、胁痛等范畴，病机

较为复杂，但总属湿热疫毒侵犯肝脏致肝失疏泄，湿热蕴蒸，疫毒深入血分，痰瘀疫毒胶结，日久致脏腑气血失调。康氏^[3]认为，肝脏七病在发生、发展的全过程中，含有郁证的病机演变规律，临证治疗病毒性肝炎大多运用疫郁之理论来指导遣方用药。CHB 病位虽在肝，然脾必为首累之脏。正如《金匱要略》所云：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”总之，CHB 以疫邪内侵、邪伏血分致使正气亏损，气血失调，正虚邪恋，虚实夹杂为其病理特点^[4]。因此，扶正祛邪（疫毒）、疏肝健脾、活血化瘀、清化痰浊是本病的基本治法。

4.2 赤珠清毒汤是笔者多年治疗病毒性肝炎的经验方。方中重

用叶下珠、梔子根、半枝莲、白花蛇舌草、连翘清热化湿解毒，有抑杀乙肝病毒的作用；赤芍、制大黄凉血泻毒，现代药理表明其具有抗肝损伤、退黄、降酶等作用^[4]；黄芪、茯苓、甘草益气健脾，扶正祛邪；柴胡、白芍、薄荷疏调肝气；郁金、虎杖、丹参活血化瘀，药理表明其有抗肝纤维化作用；连翘、薄荷透邪外解，与黄芪、柴胡升阳振奋阳气而托毒外出，相得益彰；绵茵陈、半枝莲去湿毒，合虎杖、大黄利胆退黄，四药合用，可使邪毒从二便解，加快免疫复合物及有毒代谢产物的排泄，从而减轻其对肝细胞的损伤。此所谓“邪去正自安”矣。白芍、女贞子顾养肝肾以防肝病及肾。诸药合用，共凑扶正祛邪、疏肝健脾、活血化瘀之功。

4.3 肝主藏血，“人卧血归于肝”，故治疗组选择于睡前半小时给药，可使药物在肝内达到较高的药物浓度，以期发挥最佳的治疗效应。

4.4 CHB 疫毒深伏肝内及血分，治疗当注意使邪有去路。本组治疗采用半枝莲、绵茵陈、大黄和连翘、薄荷、黄芪（托邪外出）两组药，三线一体，其意即

表2 两组治疗前后主要症状和体征复常率比较（n·%）

	纳呆	乏力	肝区疼痛	尿黄	肝肿大
治疗组	78/94(82.9) **	75/94(79.8) **	65/89(73.0)	70/84(83.3)	57/77(74.0) *
对照组	56/92(60.9)	58/93(62.4)	49/87(56.3)	57/82(69.5)	44/78(56.4)

注：与对照组比较，* P < 0.05，** P < 0.01。

表3 两组治疗前后肝功能指标变化比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

n		ALT(u/L)	STB(u/L)	ALB(g/L)	GLB(g/L)
治疗组 94	治疗前	171.4 ± 35.3	47.5 ± 6.2	38.6 ± 3.4	37.1 ± 4.8
	治疗后	49.2 ± 8.1 *△△	21.1 ± 1.4 *△△	39.2 ± 3.0	31.7 ± 4.5 *△
对照组 93	治疗前	173.7 ± 41.4	46.3 ± 7.0	39.4 ± 2.9	36.7 ± 5.9
	治疗后	73.7 ± 7.6 *	34.3 ± 4.4 *	39.5 ± 3.1	33.4 ± 4.6 *

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

表4 两组治疗前后乙肝病毒指标的变化（例）

n		HbsAg (+)	HBsAb (+)	HbeAg (+)	HbeAb (+)	HbcAb (+)	HBV-DNA (+)
治疗组 94	治疗前	94	0	94	21	84	94
	治疗后	63	7	46	43	51	40
对照组 93	治疗前	93	0	93	18	79	93
	治疗后	71	5	62	33	64	58

在于此。多年临证经验表明，伍用此两组药，可大大提高治疗效果，间接起到保护正气的作用。

4.5 本观察结果显示，赤珠清毒汤治疗 CHB 在改善临床症状、体征、肝功能及 HBeAg、HBV-DNA 阴转率方面均优于对照组，且复发率亦较对照组低；治疗期间未发现明显毒、副作用。本观察结果表明，赤珠清毒汤是治疗 CHB 的有效方剂，适合长期服用。治疗组 6 个月复发率仍较高，可能与疗程不够或组方仍欠合理有关，有待进一步观察探讨。

参考文献

[1] 中华医学会传染病与寄生虫学分会、肝病学分会联合修订. 病毒性肝炎防治方案. 中华肝脏病杂志, 2000, 8 (6): 324-329.
[2] 中国中医药学会内科肝病专业委员会. 《病毒性肝炎中医疗效判定标准（试行）》. 中医杂志, 1992, 33 (5): 373.
[3] 康俊杰, 康素琼编著. 肝病七病诊断与治疗. 福建: 鹭江出版社, 1994: 9-117.
[4] 高寿征主编. 病毒性肝炎防治研究. 北京: 北京出版社, 1993: 426, 444.