

## · 临床经验 ·

# 三种方案治疗中学生爆发甲型病毒性肝炎临床分析

玉艳红 苏芮 何源浩 吴继周 黄李平 凌江红 徐静

**【摘要】 目的** 观察中医、中西医结合、西医三种方案治疗甲型病毒性肝炎(简称甲肝)疗效的差别。**方法** 将广西某中学甲肝患者 76 例随机分为三组,分别采用中药、中西药联合、西药治疗。**结果** (1)三组治愈率均为 100%。三组平均住院时间分别为中药组(18.88±5.41)天,中西药组(22.57±6.15)天,西药组(20.24±5.65)天,差异无显著性( $P>0.05$ )。(2)三组平均症状缓解时间分别为(4.85±1.86)天、(9.68±7.40)天、(8.15±4.56)天,差异具有显著性( $P<0.05$ )。(3)各组治疗 5 天,治疗 12 天肝功能改善程度不同,但组间比较差异无显著性( $P>0.05$ )。**结论** 三种方案治疗甲肝均有效,对肝功能改善疗效相当,纯中药治疗方案在症状缓解方面优于其他方案。

**【关键词】** 中医治疗; 中西医结合治疗; 西医治疗; 甲型病毒性肝炎; 疗效

**【中图分类号】** R512.6+1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.023

2010 年 4~6 月,广西都安县两所住宿中学因水源污染出现急性甲型病毒性肝炎局部暴发疫情,截至 6 月确诊甲肝患病学生 188 人,笔者对收治的 76 例患者包括黄疸型、无黄疸型甲肝患者,采用中医、中西医结合、西医三种方案治疗,并进行对比观察,现将结果报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 一般资料

76 例甲型病毒性肝炎病例均为广西都安县两所中学学生,包括黄疸型 59 例、无黄疸型 17 例,中医辨证均为肝胆湿热型,无重肝患者。知情同意并将其按照随机数字表法将其分为中药组、中西药联合组、西药组三组,分别采用单纯中药、中西药联合、西药治疗。中药组 22 例,男 14 例,女 8 例;年龄 15~18 岁,平均(17.60±1.34)岁,病程 2~5 天,平均(2.27±1.16)天。中西药联合组 30 例,男 20 例,女 10 例,年龄 16~20 岁,平均(17.07±1.06)岁,病程 1~6 天,平均(2.33±1.06)天。西药组 24 例,男 16 例,女 8 例,年龄 16~20 岁,平均(17.79±1.48)岁,病程 2~6 天,平均(2.29±1.16)天。三组在性别比例、平均年龄、病程等经统计学处理,差异无显著性,具有可比性。

三组治疗前肝功能总胆红素(TBil)分别为(32.55±33.96)μmol/L, (46.92±44.91)μmol/L, (35.61±29.09)

μmol/L;谷丙转氨酶(ALT)分别为(325.63±246.41)U/L, (383.33±287.76)U/L, (244.56±240.61)U/L,3 组治疗前肝功能经统计学处理,差异无显著性( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断与纳入排除标准

**诊断标准** 急性甲型病毒性肝炎诊断依据 2000 年中华医学会传染病与寄生虫学分会中华医学会肝病学分会联合修订的《病毒性肝炎防治方案》<sup>[1]</sup> 中的标准。中医诊断标准:参照《中医内科疾病诊疗常规》中“黄疸病标准”判定。以隔离期满(急性甲型肝炎隔离期自发病日起 3 周<sup>[1]</sup>)主要症状消失;肝大恢复正常或明显回缩,肝功能全部恢复正常为临床治愈标准。

**纳入标准** 符合急性甲型肝炎诊断标准的患病学生。

**排除标准** 排除其他病毒性肝炎、酒精性肝炎、药物性肝炎、脂肪肝、肝癌、肝硬化等患者。

### 1.3 治疗方法

在隔离、休息基础上中药组所用中药为茵陈蒿汤加减方,方药:茵陈 30 g、栀子 12 g、大黄 6 g、板蓝根 15 g、柴胡 12 g、黄芩 12 g、虎杖 20 g、丹参 15 g、车前子 15 g、枳壳 12 g、郁金 15 g、山楂 15 g、白术 15 g、青皮 8 g、甘草 6 g。少数患者到了疾病后期为肝胆阴虚证,此时依据辨证改用如下方剂:生地 15 g、沙参 15 g、枸杞子 15 g、麦冬 15 g、当归 10 g、川楝子 10 g、垂盆草 15 g、五味子 10 g、甘草 6 g、茵陈 20 g、郁金 15 g。西药组与中西药联合组所用西药以甘草酸二铵、门冬氨酸钾镁为主,部分病人辅以硫普罗宁片、复方氨基酸注射液(15AA)、肌苷或葡醛内酯片等治疗。中西药联合组除了上述西药外,中药用药同中药组。以上各组药物均用至患者出院。

### 1.4 观察指标和疗效标准

**1.4.1 观察指标** (1)主要相关症状:身目俱黄、纳呆厌油、头身困重、恶心呕吐、小便赤黄、舌苔黄腻、口苦口干等主

基金项目:财政部、国家中医药管理局 2009 年中医药行业科研专项(200907001-1);中医药行业科研专项项目资助(200907001-9)

作者单位:530021 南宁,广西医科大学第一附属医院传染科(玉艳红、吴继周),中医科(何源浩、黄李平、凌江红),科研部(徐静);中国中医科学院(苏芮)

作者简介:玉艳红(1970-),女,副教授,硕士研究生导师。研究方向:病毒性肝炎研究。E-mail: yuyanhong666@163.com

要症状。(2)实验室检查:肝功能血清总胆红素(TBil)、血清谷丙转氨酶(ALT)。

1.4.2 疗效判定标准 标准参照《病毒性肝炎中医疗效判定标准(试行)》<sup>[2]</sup>和《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>。治愈:临床症状消失,肝功能恢复正常,肝脾恢复正常或明显回缩,肝区无扣痛,肝区无触痛。好转:临床症状明显好转,肝脾明显回缩或稳定,肝功能明显好转。无效:经治疗后,症状、体征,肝功能无改善或者恶化者。症状分级分为四级(0级:无,1级:轻度,2级:中度,3级:重度),无指无症状;轻度:已无身目黄染,偶有恶心厌油等相关症状,可从事日常生活;中度:身目黄染,纳呆厌油等相关症状仍较明显,干扰正常生活;重度:身目俱黄,头身困重,恶心呕吐,舌苔黄腻等症状严重,无法从事正常生活。症状缓解指最终症状≤1级(轻度),且保持24小时或以上恢复基础状态。症状缓解时间指从有症状至无症状的时间。

### 1.5 统计学方法

数据采用SPSS 13.0统计软件进行统计学分析;计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,对三组计量资料的平均住院天数、症状缓解时间及肝功能改善时间行方差齐性检验,方差齐性,且为正态分布,可采用完全随机设计方差分析。 $P < 0.05$ 为差异有显著性。

## 2 结果

### 2.1 治愈率和平均住院天数

三组的治愈率均为100%。三组患者平均住院天数分别为中药组(18.88±5.41)天,中西药组(22.57±6.15)天,西药组(20.24±5.65)天,差异无统计学意义( $F = 1.819$ ,  $P = 0.169$ )。72例肝功能全部恢复正常达临床治愈出院。4例出院时肝功能指标中除了40 U/L<ALT<49 U/L,余项全部正常,2周后经随访4例ALT全部正常。

### 2.2 症状缓解时间

三组平均症状缓解时间分别为(4.85±1.86)天、(9.68±7.40)天、(8.15±4.56)天,差异有统计学意义( $F = 8.67$ ,  $P = 0.011$ )。再行两两比较可知中药组症状缓解时间较其他两组短,且差异具有统计学意义( $F$ 分别为9.71、8.15,  $P < 0.05$ )。

### 2.3 肝功能TBil、ALT改善情况

三组病例经治疗5天和12天后,肝功能中的TBil和ALT指标比治疗前均下降( $P < 0.05$ ),治疗12天后,三组病例TBil和ALT指标较治疗5天后下降明显( $P < 0.05$ )。三组比较,TBil和ALT指标下降数值相近,经行方差分析,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表1。

## 3 讨论

甲型病毒性肝炎是由甲型肝炎病毒引起的常见消化道传染病,是经粪-口传播途径感染人体的,无甲肝病毒抗体的人食用了被甲肝病毒污染的水或食物而感染,局部暴发性流行较为常见。

表1 甲型病毒性肝炎患者治疗前后总胆红素(TBil)和谷丙转氨酶(ALT)指标情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别             | TBil( $\mu\text{mol/L}$ ) | ALT(U/L)                   |
|----------------|---------------------------|----------------------------|
| 中药组( $n=22$ )  |                           |                            |
| 治疗前            | 32.55±3.96                | 325.63±246.40              |
| 治疗5天           | 19.46±14.55 <sup>a</sup>  | 101.84±74.46 <sup>a</sup>  |
| 治疗12天          | 14.28±6.93 <sup>ab</sup>  | 50.12±30.76 <sup>ab</sup>  |
| 中西药组( $n=30$ ) |                           |                            |
| 治疗前            | 46.92±44.91               | 383.33±287.76              |
| 治疗5天           | 28.45±37.96 <sup>a</sup>  | 124.17±102.61 <sup>a</sup> |
| 治疗12天          | 19.09±16.97 <sup>ab</sup> | 74.28±52.48 <sup>ab</sup>  |
| 西药组( $n=24$ )  |                           |                            |
| 治疗前            | 35.61±29.09               | 244.56±240.61              |
| 治疗5天           | 17.50±12.02 <sup>a</sup>  | 83.21±65.12 <sup>a</sup>   |
| 治疗12天          | 15.32±7.07 <sup>ab</sup>  | 60.87±54.68 <sup>ab</sup>  |

注:中药组、中西药组、西药组治疗后5天、12天分别与组内治疗前比较,经方差分析,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;三组治疗后12天与分别与组内治疗5天比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

本病属于中医的“阳黄”范畴,其病因病机关键在于湿热熏蒸,主要采用茵陈蒿汤加减,现代药理研究亦表明茵陈蒿汤具有明显的保肝退黄作用<sup>[4,5]</sup>。本研究患者均为学生,年纪轻,肝功能损害较轻,且为集体发病,中医辨证以肝胆湿热证为主,故方药以茵陈蒿汤加减为主,方中以茵陈为君药,发汗、利小便,使肝胆湿热得以清泄;以栀子为臣药通利清利三焦湿热,使利湿热从小便出,大黄为佐药荡涤肠胃,泻热逐瘀,引导湿热从大便而解。

甲肝的病程呈自限性,但自愈时间较长,一般为2~4个月,而本研究结果表明所有患者经治疗后均能在一个月内完全治愈,且中药组治愈时间最短,虽然三种方案治疗甲肝的治愈率、平均住院时间以及各组治疗后肝功能改善程度无明显差异,但三组症状缓解时间不同且以中药组最短,说明中医、中西医结合、西医三种方案在改善肝功能指标方面疗效相当,而同样达到临床治愈疗效单纯中药组能在更短时间内改善临床症状,减轻患者的痛苦。而国内多项研究亦表明采用中医药治疗甲型肝炎能明显减轻患者的不适,缩短住院时间<sup>[6-8]</sup>,这与本研究结果一致。因此,传统中药汤剂治疗甲肝是治疗甲肝的理想方法。但因本研究病例数有限,为进一步验证结果的准确性及可靠性,尚需进行更大样本量的比较和分析。

## 参 考 文 献

- [1] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会,肝病学会. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华肝脏病杂志,2000,8(6):324.
- [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[J]. 中医杂志 1992,33(6):53.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:16-18.
- [4] Cao Hongxin, Sun Hui, Jiang Xingang, et al. Comparative study on the protective effects of yinchenhao decoction against liver injury

- induced by  $\alpha$ -Naphthylisothiocyanate and carbon tetrachloride[J]. Chin J Integr, 2009, 15(3): 204-209.
- [5] 吴祥瑞, 洪敏, 华永庆, 等. 茵陈蒿汤与肝细胞结合成分保肝作用研究[J]. 中药药理与临床, 2007, 23(5): 11-13.
- [6] 邓国防, 孙丽珍. 甲型肝炎 39 例疗效分析[J]. 实用肝脏病杂志, 2007, 10(5): 323-324.
- [7] 杜宏波, 李勇, 刘铁军, 等. 241 例急性病毒性肝炎患者临床特征及中医疗效观察[J]. 北京中医药, 2011, 30(11): 810-812.
- [8] 谭顺, 谭文婷, 刘明, 等. 176 例甲型肝炎临床特征分析[J]. 第三军医大学学报, 2010, 32(22): 2409-2412.

(收稿日期: 2012-02-13)

(本文编辑: 秦楠)

## 中西医结合治疗Ⅲ期环形混合痔临床分析

宋立峰 周春和 申炜 郭兴芳 李志斌 田国辉 赵占强 李建锋

**【摘要】** Ⅲ期环形混合痔是肛肠科的多发病和难治病之一。目前临床治疗以手术治疗为主, 多采用痔环切术和环形混合痔外剥内扎术。邯郸市中医院肛肠科采用肛门外括约肌侧切术、环形混合痔内缝扎外放射状“V”形剥离术, 同时用除湿活血汤坐浴治疗Ⅲ期环形混合痔, 通过中西医结合的疗法, 取得了显著的临床疗效。

**【关键词】** Ⅲ期环形混合痔; 肛门外括约肌侧切术; 环形混合痔内缝扎外放射状“V”形剥离术; 除湿活血汤

**【中图分类号】** R657.1+8 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.024

痔是中国医学最早记载的疾病之一,《内经》中提出痔是“筋脉横解”,是经脉气血淤滞而引起。混合痔指的是痔位于齿状线上下,表面同时被直肠黏膜和肛管皮肤所覆盖。环形混合痔是由多发性混合痔逐渐发展到绕肛门一周呈环形而形成,中医称为脱肛痔、花圈痔,这是痔疮发展的最后阶段,国家中医药管理局将其列为肛肠科 16 种难治病之一。Ⅲ期环形混合痔是肛肠科常见病多发病之一,其症状表现为便鲜血(便时出血、便后血止、色鲜红、滴或喷射状)、肛门肿块脱出、不能自行还纳,肛门不洁,瘙痒,流黏液,严重时痔核水肿,脱出嵌顿,疼痛剧烈,便血日久可呈贫血状。近年来国内外学者逐渐阐明了痔的本质:(1)肛内压增高;(2)肛垫的病理学肥大<sup>[1]</sup>。

邯郸市中医院肛肠科采用肛门外括约肌侧切术、环形混合痔内缝扎外放射状“V”形剥离术,以及除湿活血汤坐浴治疗Ⅲ期环形混合痔,取得较好临床疗效。

### 1 治疗方法

#### 1.1 肛门外括约肌侧切术

患者取左侧卧位,肛周备皮,采用局麻或骶麻,麻醉成功后,常规消毒铺巾,于膝胸位 12 点齿线外 0.5 cm 至肛缘做一长约 4 cm 纵行切口,切开皮肤,以弯钳钝性分离皮下组

织,暴露外括约肌皮下部及内括约肌皮下部,左手持弯钳从外括约肌下缘探入,右手伸入肛门做导引,使弯钳至齿线外 0.5 cm 处穿出,助手用两把直钳钳夹挑起的外括约肌皮下部,及部分内括约肌的两端,从两把直钳间切断,以大圆针 7 号线缝扎断端。修整切口边缘皮肤。

#### 1.2 环形混合痔内缝扎外放射状“V”形剥离术

根据环形混合痔的形态和大小,按照痔体自然凹陷,两侧作为选择分段切断线,一般以 4~5 段为宜。在截石位 3、7、11 点母痔区,作为重点,设置切断线。切断线与肛管平行。以直钳提起一段混合痔高突部位,外痔部分别作“V”形放射状切口切除。“V”形切口尖端距肛缘 2.5~3 cm。暴露并保护肛门外括约肌下缘。沿内括约肌表面向上剥离并彻底去除皮下扩张静脉丛。至肛管时应当适当缩小手术切口,以减少肛管上皮损伤,分离至齿线上方约 0.5~1 cm,以弯钳钳夹被剥离的内痔基底部,钳夹不宜过深,以免损伤过多黏膜下组织。在钳下以 7 号或 10 号丝线做“8”字缝扎,留下较长的单根结扎线,以方便手术结束时,观察残段有无出血。及手术后结扎残段的脱落,依次分离余下环状混合痔各段。要根据痔核的排列位置,将痔核下端和结扎的顶端上下错开,不要在同一平面上,这样可以避免瘢痕挛缩引起的肛门狭窄。临近两痔核的结扎线之间要保留 2 mm 的间隔,作为黏膜桥以保存部分肛垫,避免肛门直肠狭窄的发生。结扎出血点,局部给予亚甲蓝 2 ml、1% 利多卡因 5 ml,点状注射。以右手食指、中指探查肛门,可容纳两指或一手指半为宜。下肛门排气管,给予止血纱条填塞伤口。无菌纱布加压包扎,丁字带固定,术毕<sup>[2]</sup>。

作者单位:056001 邯郸市中医院肛肠科

作者简介:宋立峰(1975-),本科,副主任中医师。研究方向:中医挂线疗法治疗高位复杂性肛瘘的研究。E-mail: hdsf2008@163.com