

引用:曾岳祥,谭兰香,马新文,曾朝辉,肖德梅,肖小明,李煜,刘益军. 结肠灌洗透析联合中药灌肠治疗乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭 40 例[J]. 湖南中医杂志,2021,37(1):41-43.

## 结肠灌洗透析联合中药灌肠 治疗乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭 40 例

曾岳祥,谭兰香,马新文,曾朝辉,肖德梅,肖小明,李煜,刘益军

(湖南中医药高等专科学校附属第一医院/湖南省直中医医院,湖南 株洲,412000)

**[摘要]** 目的:探讨结肠灌洗透析联合中药保留灌肠治疗乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭(HBV ACLF)的疗效。方法:将 80 例 HBV ACLF(早期、中期)患者随机分为治疗组和对照组,每组各 40 例。对照组采用西医常规治疗,治疗组在对照组治疗基础上加用结肠灌洗透析联合中药保留灌肠(滴灌法)治疗。观察 2 组的综合疗效和实验室检测指标[血清总胆红素(TBil)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、白蛋白(Alb)、血浆凝血酶原时间(PT)]水平。结果:总有效率治疗组为 87.5%(35/40),对照组为 65.0%(26/40),2 组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。2 组 TBil、ALT、Alb、PT 治疗前后组内比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$  或  $P<0.01$ );2 组 TBil、PT 治疗前后差值比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:结肠灌洗透析联合中药保留灌肠是治疗 HBV ACLF 的有效方法。

**[关键词]** 乙型肝炎;慢加急性肝衰竭;结肠灌洗;结肠透析;中药灌肠

**[中图分类号]** R259.53 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.01.014

乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭(hepatitis B virus-related acute-on-chronic liver failure, HBV ACLF)是指在慢性乙型肝炎、乙肝肝硬化基础上,由各种诱因引起的以急性黄疸加深、凝血功能障碍为临床表现的综合征,可出现肝性脑病、腹水、电解质紊乱、感染、肝肾综合征等并发症,以及肝外器官衰竭<sup>[1]</sup>。本病病死率很高,治疗困难。西医常采用护肝、营养支持、核苷(酸)类药物抗乙肝病毒、非生物人工肝支持等治疗,疗效欠佳,但结合中医药治疗可提高疗效。中药保留灌肠和肠道清洁对肝衰竭

治疗有一定疗效<sup>[1-2]</sup>。为了探求 HBV ACLF 的有效治疗方法,笔者采用结肠灌洗透析联合中药保留灌肠治疗,取得了满意效果,现报告如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2015 年 12 月至 2019 年 12 月在我院住院治疗的 HBV ACLF 患者 80 例,采用分层均衡、随机分组设计,将其随机分为治疗组、对照组,每组各 40 例。治疗组中,男 29 例,女 11 例;年龄 29~53 岁,平均(39.21±5.16)岁;肝衰竭病程 5~12 d,平均(8.1±4.12)d;早期 20 例,中期 20 例。

**第一作者:**曾岳祥,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:肝病的临床研究

综上,黄连温胆汤联合左旋氨氯地平在阴阳两虚型高血压病合并睡眠障碍的治疗中,可改善患者的夜间最低血压,并提高血清 5-HT 水平,从而改善睡眠质量。

### 参考文献

- [1] 梁艳粉,马亚东. 左旋氨氯地平治疗轻中度高血压患者的临床效果[J]. 实用临床医药杂志,2019,23(14):107-110.
- [2] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 2010[J]. 中华心血管病杂志,2011,39(7):579-616.
- [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.

- [4] 李恩泽,李伟霞,谢植涛,等. 失眠严重指数量表的效度和信度研究[C]//中国睡眠研究会. 中国睡眠研究会第十届全国学术年会论文汇编,2018.
- [5] 肖琦凡,朱宇清. 原发性高血压患者睡眠结构与血压节律的相关性研究进展[J]. 医学综述,2017,23(16):3226-3229,3235.
- [6] 王秀丽,胡婀娜. 黄连温胆汤加减合穴位磁疗对老年原发性失眠患者睡眠质量的影响[J]. 中国中医药科技,2019,26(5):709-710.
- [7] 关凤华. 黄连温胆汤对血压合并睡眠障碍患者临床症状及血清 5-HT、P 物质水平的影响[J]. 中华中医药学刊,2018,36(4):923-926. (收稿日期:2020-03-05)

对照组中,男31例,女9例;年龄30~55岁,平均(41.48±5.62)岁;肝衰竭病程6~13 d,平均(8.8±4.18)d;早期20例,中期20例。2组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《肝衰竭诊治指南》<sup>[3]</sup>中的有关标准。在慢性乙型肝炎或乙型肝炎肝硬化基础上患者黄疸迅速加深,血清总胆红素(TBil)≥10×ULN或每天上升≥17.1 μmol/L,有出血表现,凝血酶原活动度(PTA)≤40%[或国际标准化比值(INR)≥1.5],临床分期为早期或中期。

1.2.2 中医辨证标准 参照《慢加急性肝衰竭中医临床诊疗指南》<sup>[2]</sup>辨证为毒热瘀结证。主症:1)发病急骤,身黄、目黄,颜色鲜明甚至其色如金;2)困倦乏力;3)呕恶厌食或脘腹胀满;4)舌质红,或红绛,或紫暗,或有瘀斑、瘀点。次症:1)口干口苦,或口渴但饮水不多;2)大便秘结;3)尿黄赤而短少;4)皮肤瘙痒,或抓后有出血点,或皮肤灼热;5)或见壮热、神昏谵语;6)苔黄干燥灰黑,脉数有力(洪数、滑数、弦数等),舌少苔(或苔薄白或薄黄),脉弦或弦涩。凡具备主症3项[其中主症1)必备],或主症2项[其中主症1)必备],加次症2项,即可明确辨证。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。注射用还原型谷胱甘肽(山东绿叶制药有限公司,批号:1506012、1605011、1706009、1804009,规格:0.6 g/瓶)1.8 g加入0.9%氯化钠注射液250 ml中静脉滴注,每天1次;多烯磷脂酰胆碱注射液(成都天台山制药有限公司,批号:150908、160612、171102、180907、190103,规格:5 ml/支)10 ml加入10%葡萄糖注射液100 ml中静脉滴注,每天1次;常规服用核苷(酸)类抗病毒药;依病情补充维生素C、维生素B、维生素K<sub>1</sub>;必要时补充人血白蛋白、新鲜血浆;维持水电解质平衡,防治细菌感染,对症处理。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用结肠灌洗透析联合中药灌肠治疗。1)结肠灌洗透析。以今健JS-308结肠透析机行结肠灌洗+结肠透析,即采用0.9%氯化钠注射液5000 ml的灌洗液先行结肠灌洗以清除肠内容物,再采用3%氯化钠注射液

5000 ml+25%甘露醇溶液250 ml的透析液行结肠透析,所用溶液均预温至39℃,严格按所附说明书进行操作,隔天1次。2)中药保留灌肠。灌肠方由生大黄15 g、水牛角20 g、白茅根15 g、黄连6 g、蒲公英15 g、枳实10 g组成,由湖南省中医药高等专科学校附属第一医院药剂科制剂室制作,临床使用时预温至38℃。保留灌肠(滴灌法)方法:令患者排空膀胱、排尽大便或结肠灌洗透析后,将调配好的灌肠药液120 ml注入灌肠袋中,接上一次性静脉输液器,使药液顺管流出,排空气体,关闭输液调节器,接涂有石蜡油的无菌导尿管。患者取左侧屈膝卧位,垫高臀部10 cm,显露肛门。将导尿管缓慢插入肛门内,觉无阻碍感时,徐徐送管18~25 cm。开启输液调节器,控制药液滴速为80~100滴/min,滴灌过程中,患者依左侧卧位、平卧位、右侧卧位的顺序缓慢变换体位,灌毕反折导尿管后拔出,以清洁纱布轻轻按揉肛门3 min,患者保持右侧卧位1~2 h,以利药物存留吸收。每天1次。

2组均治疗4周。

## 3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。2)中医证候积分。根据《慢加急性肝衰竭中医临床诊疗指南》<sup>[2]</sup>对2组各项主症按照无、轻、中、重分别计为0、2、4、6分的方法进行评分,对次症按照无、轻、中、重分别计为0、1、2、3分的方法进行评分。3)实验室检测指标。于治疗前后分别检测2组TBil、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、白蛋白(Alb)、血浆凝血酶原时间(PT)。

3.2 疗效标准 参照《慢加急性肝衰竭中医临床诊疗指南》<sup>[2]</sup>结合《肝衰竭诊治指南》<sup>[3]</sup>制定。显效:中医证候积分减少≥70%,TBil降幅≥50%,凝血酶原活动度下降≥70%;有效:中医证候积分减少≥40%、但<70%,TBil降幅≥30%、但<50%,凝血酶原活动度下降≥50%、但<70%;无效:中医证候积分减少<40%,TBil降幅<30%,凝血酶原活动度下降<50%。

3.3 统计学方法 选择SPSS 22.0软件进行统计分析,2组计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,同组治疗前后

比较采用配对  $t$  检验,组间治疗前后差值比较采用差值  $t$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为87.5%,对照组为65.0%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

| 组别  | 例数 | 显效       | 有效       | 无效       | 总有效                   |
|-----|----|----------|----------|----------|-----------------------|
| 治疗组 | 40 | 21(52.5) | 14(35.0) | 5(12.5)  | 35(87.5) <sup>a</sup> |
| 对照组 | 40 | 13(32.5) | 13(32.5) | 14(35.0) | 26(65.0)              |

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后TBil、ALT、Alb、PT水平比较

2组治疗前TBil、ALT、Alb、PT值比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );2组治疗后TBil、ALT、PT值较治疗前下降,Alb值较治疗前上升,组间比较,差异均有统计学意义。2组TBil、PT治疗前后差值比较,差异亦有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后TBil、ALT、Alb、PT水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | 例数 | 时间节点   | TBil( $\mu\text{mol/L}$ )       | ALT(U/L)                        | Alb(g/L)                      | PT(s)                         |
|-----|----|--------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 治疗组 | 40 | 治疗前    | 268.69 $\pm$ 86.68              | 668.67 $\pm$ 86.14              | 29.16 $\pm$ 6.16              | 22.86 $\pm$ 3.87              |
|     |    | 治疗后    | 88.26 $\pm$ 41.36 <sup>a</sup>  | 87.88 $\pm$ 41.06 <sup>a</sup>  | 36.48 $\pm$ 5.35 <sup>b</sup> | 15.34 $\pm$ 2.82 <sup>a</sup> |
|     |    | 治疗前后差值 | 180.64 $\pm$ 61.13 <sup>c</sup> | 542.32 $\pm$ 96.37              | -5.07 $\pm$ 2.78              | 5.32 $\pm$ 2.28 <sup>c</sup>  |
| 对照组 | 40 | 治疗前    | 259.26 $\pm$ 87.96              | 645.24 $\pm$ 93.17              | 29.57 $\pm$ 5.98              | 22.04 $\pm$ 4.12              |
|     |    | 治疗后    | 141.63 $\pm$ 50.22 <sup>b</sup> | 108.96 $\pm$ 62.14 <sup>a</sup> | 32.85 $\pm$ 5.28 <sup>a</sup> | 17.15 $\pm$ 3.12 <sup>b</sup> |
|     |    | 治疗前后差值 | 116.69 $\pm$ 70.39              | 488.16 $\pm$ 100.02             | -3.63 $\pm$ 3.14              | 3.18 $\pm$ 2.82               |

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ,<sup>b</sup> $P<0.01$ ;与对照组比较,<sup>c</sup> $P<0.05$ 。

## 4 讨论

HBV ACLF 是临床最常见的肝衰竭类型,属于中医学“急黄”“瘟黄”等范畴。本病在发病过程中可出现“血证”“鼓胀”及“肝厥”等,病机多为“正虚邪实”。早中期以实为主,晚期以虚为主,其基本病机体现在“毒、热、湿、虚、瘀”等几个方面<sup>[2]</sup>。其病势暴急凶险,面目、皮肤、小便骤然发黄,伴有极度乏力、恶心、呕吐等全身及消化道症状,病死率高,目前尚缺乏特效治疗方法<sup>[1-3]</sup>。本研究在西医常规治疗基础上采用结肠灌洗透析联合中药保留灌肠治疗。灌肠方中生大黄通腑泻下、清热解毒,导热毒从大便而出;水牛角清热凉血而祛气血热燔;白茅根清热凉血利湿,导湿热从小便而出;黄连、蒲公英、枳实加强清热解毒通下之功。全方共奏清热凉血、泻下解毒之效。本研究结果表明,治疗组

综合疗效高于对照组,TBil、ALT、Alb、PT的改善程度优于对照组( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),提示结肠灌洗透析联合中药保留灌肠是治疗HBV ACLF的有效方法。

笔者在前期研究中采用中药保留灌肠治疗重症肝病已显示出较好疗效<sup>[4]</sup>,现与结肠灌洗透析联合应用,疗效肯定。参考相关文献<sup>[5]</sup>,结合笔者以往的研究<sup>[6-7]</sup>,探讨其作用机制如下:结肠灌洗透析,一则灌洗以清除肠内容物而清洁肠道,二则透析而析出肠壁与血液中的毒素,在此基础上联合中药保留灌肠,部分有效药物成分由肠道吸收,进入血液循环,发挥保护肝细胞、改善肝脏代谢与胆汁代谢、抗毒素等作用。未被肠道吸收的药物成分,在肠道内起到抗菌、促进肠蠕动、酸化肠道等作用,从而减少肠内毒素、氨的吸收,进而达到阻抑内毒素血症、控制血氨增高、防止自发性腹膜炎等并发症的目的。其肠道治疗作用可能更为重要。肠源性内毒素血症是乙型肝炎病情加重的重要因素,中药保留灌肠能阻抑内毒素血症发生与发展,在治疗中具有重要意义。此外,肝衰竭患者多有胃部不适、恶心呕吐,口服中药耐受性差,采用保留灌肠较好地解决了此问题。该疗法经济实用,疗效确切,值得推广应用。

## 参考文献

- [1] 中国中西医结合学会传染病专业委员会,中国中西医结合学会肝病专业委员会,中华中医药学会肝胆病分会. HBV 相关慢加急性肝衰竭中西医结合诊疗推荐意见[J]. 中西医结合肝病杂志,2019,29(2):193-198.
- [2] 中华中医药学会. 慢加急性肝衰竭中医临床诊疗指南[J]. 临床肝胆病杂志,2019,35(3):494-503.
- [3] 中华医学会感染病学分会,中华医学会肝病学分会. 肝衰竭诊治指南[J]. 中华移植杂志,2013,7(1):48-56.
- [4] 曾岳祥,谭兰香,陈小明,等. 重肝合剂保留灌肠治疗重型肝炎临床研究[J]. 中国中医急症,2003,12(2):123-124.
- [5] 周泳昕. 重型肝炎患者血浆内毒素、肿瘤坏死因子 $\alpha$ 检测及其临床价值[J]. 检验医学与临床,2010,7(6):528-529.
- [6] 曾岳祥,谭兰香,周泳昕,等. 重肝合剂保留灌肠阻抑重型肝炎内毒素血症的临床研究[J]. 中西医结合肝病杂志,2009,19(3):134-136.
- [7] 曾岳祥,廖周旭. 重肝合剂保留灌肠对肝硬化并发肝性脑病患者精神状态及血氨的影响[J]. 中国中医急症,2009,18(9):1397,1410.

(收稿日期:2020-05-03)