· 临床研究 ·

doi:10.3969/j.issn.1005 - 0264.2019.01.005

内科综合疗法联合加味小建中汤治疗阴黄证的临床观察*

冉思邈[1]　姜锦林[2]　吕建林[3]　胡振斌[3△]　黄　珍[1]　黎仲援[1]
1. 广西中医药大学研究生院　（广西 南宁，530001）　2. 湖北民族大学附属民大医院　3. 广西中医药大学第一附属医院

摘　要　目的：观察加味小建中汤治疗阴黄证（脾虚湿滞证）的临床疗效。**方法**：将 84 例诊断为阴黄证（脾虚湿滞证）的患者随机分为观察组和对照组各 42 人，对照组患者选取单纯西药治疗；观察组患者在对照组的基础上加用加味小建中汤，观察两组患者治疗后的有效率、中医症候评分，监测治疗前后肝功能、凝血功能指标的变化。**结果**：观察组患者有效率 87.80% 显著高于对照组的 69.05%（$P<0.05$）；两组患者的中医症候评分、肝功能、凝血功能均比治疗前明显改善（$P<0.05$），但观察组患者上述指标下降优于对照组（$P<0.05$）。**结论**：加味小建中汤治疗阴黄证（脾虚湿滞证）的疗效肯定，能够通过降低患者的黄疸、转氨酶水平，升高白蛋白水平，改善凝血功能以达到缓解患者临床症状的目的。

关键词　阴黄证；加味小建中汤；治疗应用

Clinical Observation on Treatment of Yin - Huang Syndrome with Jiawei Xiaojianzhong Decoction

RAN Si-miao[1], *JIANG Jin-lin*[2], *LV Jian-lin*[3], *HU Zhen-bin*[3△], *et al*. 1. *Graduate School, Guangxi University of Traditional Chinese Medicine (Nanning Guangxi, 530001) China*

Abstract Objective: To observe the clinical curative effect of Jiawei Xiaojianzhong Decoction on the treatment of Yin - Huang Syndrome (Spleen Deficiency Syndrome). **Methods**: Forty-eight patients diagnosed as Yin-Huang Syndrome (spleen deficiency and stagnation syndrome) were randomly divided into observation group and control group with 42 patients each. The control group did not choose western medicine alone; the observation group added Jiawei Xiaojianzhong Decoction on the basis of the control group. The treatment of Jiawei Xiaojianzhong Decoction was used to observe the effective rate after treatment and scores of symptoms of traditional Chinese medicine in the two groups, and to monitor the level of liver function and coagulation function before and after treatment. **Results**: The effective rate of observation group was 87.80%, which was significantly higher than that of the control group (69.05%) ($P<0.05$). The symptom scores, hepatic function and coagulation function of Chinese medicine were improved in both groups ($P<0.05$), but the above indicators in the observation group decreased. Better than the control group ($P<0.05$). **Conclusion**: Modified Xiaojianzhong Decoction is effective in treating Yin - Huang Syndrome (stagnation syndrome of spleen deficiency and dampness). It can reduce the patient's jaundice and transaminase levels, increase albumin levels, and improve coagulation function to relieve clinical symptoms.

Key Words　Yin-Huang Syndrome; Jiawei Xiaojianzhong Decoction; therapeutic uses

黄疸是临床上的一种常见病、多发病。由于致病因素的不同及患者个体素质的差异，又可将黄疸分为阳黄和阴黄[1]。目前现代医学治疗该病主要以护肝、改善肝脏代谢、调节免疫功能以及对症支持治疗为主，而中医药治疗黄疸有独特优势。笔者采用自拟“加味小建中汤”治疗脾虚湿滞型阴黄证，观察其临床疗效，并分析其机制，现将结果报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　研究对象为 2016 年 12 月至 2017 年 12 月广

* 基金项目：广西中医药大学研究生教育创新计划资助课题（No. YJSP201735）；△通讯作者

西中医药大学第一附属医院门诊及住院的 84 例中医辨证属脾虚湿滞型阴黄证患者。采用随机数字表法将 84 例患者分为观察组和对照组，每组各 42 例。对照组男 23 例，女 19 例；年龄（37～72）岁，平均（54.3±7.25）岁。观察组男 27 例，女 15 例；年龄（44～73）岁，平均（56.24±6.35）岁。病程均在 1～2 年。两组患者在性别、年龄、发病时间等方面比较，差异无显著意义（$P>0.05$），具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准：①临床确诊为脾虚湿滞型黄疸患者，同时满足阴黄证（脾虚湿滞型）的诊断标准[1]；②无明确的药物过敏史；③无意识障碍及精神方面疾病；④通过我院的伦理审查，患者均自愿签署本研究的知情同意书。排除标准：①合并有严重的对本研究结果有影响的心、脑、肾等重要脏器的功能性疾病者；②妊娠及哺乳期妇女。

1.3 治疗方法 对照组患者采用单纯西药治疗（包括抗炎护肝的复合辅酶 100U 静脉滴注、丁二磺酸腺苷蛋氨酸 1g 静脉滴注，要求患者卧床休息，减少活动，同时予以营养支持，维持水电解质平衡，积极处理各种并发症）。观察组患者在对照组的基础上加用加味小建中汤，方药：党参、白芍各 15g，茵陈、饴糖各 30g，桂枝、白术、泽泻、生姜、红枣各 10g，炙甘草 6g。剂型为免煎颗粒，冲开水 360ml，分 3 次饭后半小时温服，由广西中医药大学第一附属医院中药房提供，两组患者治疗时间均为 8 周。

1.4 观察指标

1.4.1 临床疗效和中医症候积分 临床疗效判断参照《中药新药临床研究指导原则》中的评定标准[2]：①临床痊愈：患者临床症状及体征基本消失，中医证候积分降低≥95%；②显效：患者临床症状及体征显著改善，70%≤中医证候积分降低＜94%；③好转：患者临床症状及体征有所改善，30%≤中医证候积分降低＜70%；④无效：患者临床症状及体征无变化或加重。观察并比较两组患者在治疗前后的中医证候积分，临床症状和体征按无、轻度、中度、重度，分别计 0、2、4、6 分。

1.4.2 实验室指标 治疗前、治疗第 4 周及第 8 周结束时各检测 1 次肝功能，血清总胆红素（TBil）、直接胆红素（DBil）、谷丙转氨酶（ALT）、谷草转氨酶（AST）、白蛋白（Alb），使用 DXC 全自动生化分析仪，按试剂盒说明书操作。凝血功能包括国际标准化比值（INR）、凝血酶原时间（PT）、血浆凝血酶原活动度（PTA），采用 Sysmex 公司的 CS-5100 全自动血凝仪及试剂盒检测。

1.5 统计学方法 实验数据均应用 SPSS 22.0 软件包进行分析，计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验；计数资料以率（%）表示，采用 χ^2 检验，等级资料比较采用秩和检验，$\alpha=0.05$ 为检验水准，$P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

在为期 8 周的治疗过程中，观察组有 1 例男性患者在第 5 周时因发生肝衰竭而死亡，其临床资料统计至 5 周时，其余患者均完成治疗。

2.1 两组患者治疗前后中医证候积分 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后证候积分比较（$\bar{x}\pm s$）

组别		证候积分
观察组（n=42）	治疗前	14.3±2.3
	治疗 8 周	5.8±1.9**△
对照组（n=42）	治疗前	14.8±2.6
	治疗 8 周	8.7±2.3*

与本组治疗前比较，*$P<0.05$，**$P<0.01$；与对照组治疗 8 周时比较，△$P<0.05$

2.2 两组患者治疗前及治疗各时段肝功能指标检测结果 见表 2。

表 2 两组患者治疗前及治疗 4wk、8wk 时肝功能比较（$\bar{x}\pm s$）

组别		TBil（μmol/L）	DBil（μmol/L）	ALT（U/L）	AST（U/L）	Alb（g/L）
观察组（n=42）	治疗前	250.34±115.66	150.64±65.42	342.72±160.35	278.42±156.73	32.40±5.41
	治疗 4wk	120.32±90.25*△	70.52±50.44*△	90.53±76.54**	102.41±78.23*	42.32±5.35*
	治疗 8wk	53.25±43.25**△	30.31±28.78**△	39.75±17.86**△	43.83±21.64**△	44.23±5.92*
对照组（n=42）	治疗前	242.33±92.72	140.56±64.37	365.24±154.80	285.76±153.87	31.34±5.12
	治疗 4wk	160.71±102.43*	90.25±49..48*	98.37±71.54**	110.32±86.71*	42.15±5.43*
	治疗 8wk	98.53±75.85**	70.80±36.41*	54.32±39.12**	57.43±34.34**	42.37±5.12*

与本组治疗前比较，*$P<0.05$，**$P<0.01$；与对照组同时段比较，△$P<0.05$

2.3 两组患者治疗前及治疗第 4 周、第 8 周时凝血指标检测结果 见表 3。

表 3 两组患者治疗前及治疗 4wk、8wk 时凝血指标结果比较（$\bar{x}\pm s$）

组别		INR	PTA（%）	PT（s）
观察组（n=42）	治疗前	1.82±0.42	38.24±6.32	29.29±2.45
	治疗 4wk	1.35±0.33*	78.35±28.45*△	21.3±1.75*
	治疗 8wk	1.15±0.28**△	90.46±23.87**△	13.25±1.92**△
对照组（n=42）	治疗前	1.79±0.39	37.35±6.78	29.82±2.08
	治疗 4wk	1.62±0.36	64.34±32.45*	24.3±1.83
	治疗 8wk	1.43±0.52*	73.2±25.43*	16.25±1.87*

与本组治疗前比较，*$P<0.05$，**$P<0.01$；与对照组同时段比较，△$P<0.05$

2.4　两组患者疗效情况　见表 4。

表 4　两组患者疗效比较　[n(%)]

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	有效率
观察组	42	6(14.6)△	20(48.8)	10(24.4)	6(14.3)△	36(87.8)△
对照组	42	3(7.1)	16(38.1)	10(23.8)	13(30.0)	29(69.1)

与对照组比较，△$P<0.05$

3　讨论

黄疸是临床上的一种常见疾病，不仅可以单独作为一种疾病出现，也可作为许多严重疾病的症状而出现，现代医学认为，黄疸的发生，是因为胆红素的排泄出现障碍[3,4]；中医学认为黄疸是因脾失运化、肝失疏泄，胆汁不循常道而发生[5,6]。在各种严重肝病后期黄疸的发生率更高，例如肝癌、肝硬化患者的后期容易出现黄疸并发症[7,8]。中医理论的整体观念，认为黄疸的发生并不只是局限于肝胆，并与脾胃相关，主要病机特点为湿邪困脾，阻滞肝胆气机，胆汁外溢于肌肤[9,10]。由于其致病因素的不同及体质的差异，临床可将其分为阳黄和阴黄两大类型。阴黄证主要是由于寒湿困脾，导致中阳受阻，脾气不升，脾虚失运，胆液为湿邪所阻，发为阴黄证；或因阳黄证失治误治，湿邪从寒而化，也可发展为阴黄证。故阴黄证的病机可概括为脾虚失运，湿从寒化，阻滞肝胆。治疗当以健脾益气，温化寒湿。脾主运化水湿，而“湿邪”最易困阻脾阳，根据中医五行传变规律，肝病多传脾，所以在治疗时一定要实脾[11]。笔者所用加味小建中汤为小建中汤原方加上党参、白术、茵陈、泽泻而组成。方中饴糖为君，饴糖是由谷物与谷麦芽熬制而成，谷物本就入脾经，熬制成为饴糖更是谷中精华，补脾之气甚强，谷麦芽本是促进脾胃运化之物，能够升发脾阳，与谷物一起熬制可防止谷物滋腻碍脾，有健脾促运化的功能，桂枝辛甘温，可补中益气，与饴糖配伍，辛甘化阳，补脾之阳气以助脾运化水湿之功能。白芍酸苦微寒，配伍饴糖可酸甘化阴，补脾之阴，防止脾阳太过。党参甘平，补中益气，白术苦甘温，健脾益气，燥湿利水，两药共奏健脾益气之效，使脾脏运化功能如常。茵陈苦辛微寒，归脾、胃、肝、胆经，功能利湿退黄。泽泻甘寒，功能利水，渗湿，两药合用，使湿邪从小便出。此六药共为臣药。大枣性温味甘，能够缓和药性，补中益气，和生姜同用可和中健脾，共为佐使之药。诸药合用，补气运脾，化湿退黄，使得湿邪褪，黄疸消。现代医学认为茵陈发挥利胆作用的主要有效成分是蒿属香豆素，能激活雄甾烷体，诱导胆红素葡萄糖醛酸氨基转移酶的表达，进而加速胆红素的排泄；还发现茵陈色原酮具有加速大鼠胆汁分泌的作用[12,13]。党参能增强机体免疫功能，有促进脾胃运化作用[14]。白术可以提高机体免疫功能及促进体内各种物质的代谢，对胆红素的代谢有促进作用[15]。白芍的有效成分主要是白芍总苷(TGP)，研究证实其具有调节免疫及保肝作用，TGP 腹腔内注射可显著降低小鼠的转氨酶，升高血清白蛋白含量[16]。

本研究结果提示内科综合疗法联合加味小建中汤能有效地改善阴黄证患者的临床症状，恢复肝功能，临床疗效优于单纯用西药者。

参考文献

[1] 吴勉华，王新月. 中医内科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2012：250－257.

[2] 郑筱萸. 中药新药临床指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2000：124.

[3] 吴璐璐，袁昌劲，刘娇萍. 复方苦参注射液联合 PTCD 胆道支架置入术治疗恶性梗阻性黄疸的临床观察[J]. 辽宁中医杂志，2018，45(5)：1007－1009.

[4] 刘军舰，李忠廉，张西波. 利胆扶正颗粒对恶性阻塞性黄疸患者外周血 CD_4^+～CD_{25}^+ 调节性 T 细胞水平的影响[J]. 辽宁中医杂志，2013，40(6)：1065－1067.

[5] 蒋开平.《金匮要略》黄疸病论治临床解析[J]. 中华中医药学刊，2013，31(2)：385.

[6] 房赤，雍苏南，孙克伟. 基于因子分析和关联规则挖掘中医治疗黄疸病用药配伍规律[J]. 时珍国医国药，2018，29(4)：993－995.

[7] 姚定康. 462 例原发性胆汁性肝硬化临床特点分析[J]. 实用肝脏病杂志，2013，16(2)：105－107.

[8] 戚益铭，吴霜霜，沈敏鹤，等. 中医药治疗原发性肝癌研究述评[J]. 中医学报，2015，30(1)：14－16.

[9] 刘磊明. 基于仲景黄疸病辨治思想探讨慢性肝炎的临床诊治思路与方法[D]. 山东中医药大学，2014.

[10] 闫军堂，孙良明，刘晓倩，等. 刘渡舟治疗黄疸八法[J]. 辽宁中医杂志，2013，40(1)：28－31.

[11] 蔡媛媛，程亚伟，舒盼，等. 急肝方合慢迁肝方治疗黄疸经验[J]. 时珍国医国药，2016，27(7)：1658－1660.

[12] Park KM，Li Y，Kim B，*et al*. High-performance liquid chromatographic analysis for quantitation of marker compounds of Artemisia capillaris Thunb[J]. Arch Pharm Res，2012，35(12)：2153－2162.

[13] Elferink RO. Yinzhihuang and other plant-derived preparations：where herbal and molecular medicine meet[J]. HePatology，2004，41(4)：691－693.

[14] 张建军，胡春玲. 中药党参研究的现代进展[J]. 甘肃高师学报，2017，22(3)：39－43.

[15] 董风彩. 白术不同化学成分的药理作用[J]. 中医临床研究，2015，7(14)：28－29.

[16] 张利. 白芍的药理作用及现代研究进展[J]. 中医临床研究，2014，29(6)：25－26.

(修回日期：2018－11－29　编辑：韦　怡)