

中药结肠透析联合非生物型人工肝优化治疗 AIDS 并重度黄疸型肝炎 30 例

李惠敏 岳云璇 李卫昆 刘春云 常丽仙 刘 立 祁燕伟*

云南省昆明市第三人民医院肝三科 650041

〔摘要〕目的 观察中药结肠透析联合非生物型人工肝优化治疗获得性免疫缺陷综合征合并重度黄疸型肝炎的治疗效果。方法 随机选取 2015 年 12 月~2018 年 12 月我院住院的 60 例获得性免疫缺陷综合征合并重度黄疸型肝炎的患者, 均行基本方案治疗, 随机选 30 例患者作为治疗组, 采用非生物型人工肝血浆置换+中药结肠透析优化治疗方案; 另 30 例患者设为对照组, 仅行非生物型人工肝血浆置换治疗, 两组病例进行临床疗效观察比较分析。结果 治疗组血浆置换联合中药结肠透析资料对肝功能、凝血酶原活动度指标的改善优于行非生物型人工肝血浆置换治疗 ($P < 0.05$), 并发症发生率比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。结论 非生物型人工肝血浆置换+中药结肠透析优化治疗方案, 对获得性免疫缺陷综合征合并重度黄疸型肝炎患者的治疗效果, 优于单独应用非生物型人工肝血浆置换治疗的对照组患者。

〔关键词〕 中药; 结肠透析; 非生物型人工肝; 获得性免疫缺陷综合征; 重度黄疸型肝炎

〔中图分类号〕 R259 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2019) 10-007-03

获得性免疫缺陷综合征 (AIDS) 并重度黄疸型肝炎患者免疫低下, 病理基础为肿胀的肝细胞之间有毛细胆管及小胆管内有胆栓形成, 导致部分或完全性胆汁流阻滞, 桥形肝细胞坏死, 主要临床表现为乏力、食欲减退、重度黄疸, 腹水, 甚则出血、昏迷, 肾功能异常; 黄疸指数是判断病情轻重的指标, 黄疸越高病情越重, 若黄疸不退或进行性加深, 将发生胆汁性肝硬化或肝细胞液化性坏死、凝固性坏死而演变成肝衰竭, 并发症多, 病势凶险, 病死率高, 故应早期诊断、早期发现、早期综合治疗。本研究是采用中药结肠透析联合非生物型人工肝优化治疗 AIDS 并重度黄疸型肝炎旨在要提前治疗效果及抢救成功率, 降低病死率, 减少人工肝治疗次数, 降低治疗成本, 减轻患者经济负担。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 60 例均为我院 2015 年 12 月~2018 年 12 月住院的获得性免疫缺陷综合征合并重度黄疸型肝炎患者。60 例患者, 随机分为治疗组和对照组, 患者性别: 治疗组男 18 人 女 12 人, 对照组男 19 人, 女 11 人; 患者年龄: 治疗组 43 ± 18 岁, 对照组 40 ± 22 岁; 治疗组乙型肝炎 16 例, 丙型肝炎 14 例, 对照组乙型肝炎 18 例, 丙型肝炎 12 例。入选标准: 患者总胆红素 (TBil) $> 170 \mu\text{mol/L}$ 。治疗组 TBil $172.89 \sim 577.23 \mu\text{mol/L}$, 平均 $375.12 \pm 202.23 \mu\text{mol/L}$; 对照组 TBil $182.59 \sim 554.51 \mu\text{mol/L}$, 平均 $368.55 \pm 185.96 \mu\text{mol/L}$, T 淋巴细胞亚群治疗组 CD4 (个/ μl) 280.7 ± 109.25 ; 对照组 CD4 (个/ μl) 79.24 ± 132.34 。

1.2 诊断标准

1.2.1 艾滋病诊断标准

符合中华人民共和国卫生部 2008 年制定的 WS293-2008 艾滋病和艾滋病病毒感染诊断标准。

1.2.2 重度黄疸型肝炎诊断标准

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 [C]// 全国中西医结合传染病学术会议, 2006。

1.3 治疗方法

收集的 60 例重度黄疸型肝炎, 基本方案: 均常规给予还原性谷胱甘肽、多烯磷脂酰胆碱保肝, 胸腺素 $\alpha 1$ 调节免疫功能, 输注人血白蛋白、新鲜血浆支持治疗综合治疗, 乙型肝炎给以 NAs 抗病毒; 在此基础上给予非生物型人工肝血浆置换治疗, 采用日本可乐丽 KM-8900 型非生物型人工肝治疗机, 依据病情变化每周 1~2 次, 进行股静脉穿刺, 血浆置换量约 3000ml, 流速 70~110ml/min, 血浆速度为 20~30ml/min; 对照组按此基本方案方案进行治疗; 治疗组按优化的组合治疗方案, 即基本方案加用中药结肠透析治疗, 方法为: 采用北京智立医学仪器有限公司生产的 IMS-100A 型全自动结肠途径治疗机, 机器自行控制液体温度为 $36.5 \sim 37.5^\circ\text{C}$, 治疗前肛门指诊阴性, 用医用凡士林润滑专用插肛器, 先给以生理盐水注入肠腔清洁灌肠后, 再以中药灌洗透析液 (大黄、乌梅、茵陈) 300ml 高位保留灌肠, 进行灌洗透析, 每日 2 次。

1.4 观察指标

分别观察患者治疗前、治疗 1 周、2 周、4 周患者的主要症状、体征、肝功能、凝血功能、CD4⁺T 淋巴细胞等实验室检测指标、并发症等变化情况疗效, 以及患者的存活率。

1.5 疗效评价标准

自觉症状及生化指标有好转; 中效: 自觉症状至少一项明显好转, TBil 下降 30% 以上; 显效: 自觉症状至少两项明显好转, TBil 下降 50% 以上; 无效: 症状、体征无改善或加重, 总胆红素未下降或进一步上升。

1.6 统计学处理

根据统计学方法, 计数资料采用 χ^2 检验, 计数资料采用均数 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 主要临床症状体征比较

治疗组 30 例, 显效 12 例, 中效 15 例, 无效 3 例, 总有

* 通讯作者: 祁燕伟

效率 90%。

两组治疗前比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，治疗后患者乏力、纳差、恶心、呕吐、腹胀、腹水、皮肤黏膜出

血均有改善，但治疗 1 周 2 周 2 组比较无统计学意义，4 周治疗组有明显改善，2 组比较有统计学意义 ($P < 0.05$) 见表 1。

表 1：两组治疗前后主要临床症状体征比较

指标	治疗组				对照组			
	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周
乏力 (例)	30	26	21*	16*	30	28	24*	21*
纳差 (例)	24	21	12*	10*	23	22	20*	15*
恶心 (例)	21	18	12*	8*	22	20	15*	12*
呕吐 (例)	15	12	2*	0*	13	12	5*	3*
腹胀 (例)	24	21	17	12*	26	23	20*	18*
腹水 (例)	15	13	9*	4*	19	17	12*	8*
皮肤黏膜出血 (例)	3	2	1*	0*	2	2	2*	1*

* 表示 $P < 0.05$

2.2 肝功能及凝血酶原活动度比较

比较无统计学意义，($P > 0.05$)；治疗 2、4 周治疗组肝功能各项指标及凝血酶原活动度均有显著改善，2 组差异比较有统计学意义，($P < 0.05$)；见表 2。

两组治疗前比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，治疗 1 周肝功能各项指标、凝血酶原活动度均有改善，但 2 组两组

表 2：两组治疗前后肝功能及凝血酶原活动度比较

指标	治疗组				对照组			
	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周
TBIL (umol/L)	375.12±202.23	341.34±187.63	317.83±183.86	185.59±105.63*	368.55±185.96	351.98±200.59	326.42±177.53	318.78±263.53*
ALT (U/L)	420.61±310.24	376.22±138.67	293.31±180.80	124.67±96.52*	452.32±296.54	397.72±126.64	320.47±232.48	196.57±100.51*
AST (U/L)	389.65±285.64	311.17±203.68	293.31±115.49	105.21±62.59*	426.88±257.18	382.09±267.67	283.37±139.64	156.52±87.61*
ALB (g/L)	26.5±7.5	27.43±8.45	30.77±9.50	33.24±3.68*	27.20±9.1	27.69±8.32	29.79±9.32	31.53±4.52*
PTA (%)	39.12±22.57	41.32±20.49	43.28±21.84	50.45±21.25*	40.63±21.85	41.78±22.52	42.27±20.35	45.41±20.53*

* 表示 $P < 0.05$

2.3 CD4⁺T 淋巴细胞计数比较

组 CD4⁺T 淋巴细胞有明显改善，两组比较有统计学意义 ($P < 0.05$)，其中有 16 例患者 CD4⁺T 淋巴细胞计数呈升高趋势，治疗 1 周、2 周 2 组比较无统计学意义，但治疗 4 周治疗 10 例患者 CD4⁺T 淋巴细胞稳定，4 例无效。

治疗 1 周、2 周 2 组比较无统计学意义，但治疗 4 周治疗

表 3：两组治疗前后 T 淋巴细胞亚群化验比较

指标	治疗组				对照组			
	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周
CD4 (个/u1)	80.7±109.25	115.12±45.78	128.47±58.25	196.57±62.95*	79.24±132.34	112.58±54.35	123.66±53.84	139.36±58.03*

* 表示 $P < 0.05$

2.4 并发症比较

解质紊乱的发生率有显著差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，消化道出血、腹腔感染发生率无统计学意义 $P > 0.05$ ，见表 4。

两组治疗前后并发症比较，肝性脑病、肝肾综合征、电

表 4：两组患者发生并发症比较

并发症	肝性脑病	消化道出血	腹腔感染	肝肾综合征	电解质紊乱*
治疗组	7*	5	9	2*	18*
对照组	11*	8	11	5*	27*
χ^2	5.300	0.884	0.300	3.647	7.200
p	0.009	0.347	0.584	0.015	0.007

* 表示 $P < 0.05$

3 讨论

本病获得性免疫缺陷综合征合 (AIDS) 并重度黄疸肝炎患者主要表现为重度黄疸，乏力、食欲减退、腹水，甚

则出血、昏迷，电解质紊乱等，在祖国医学独特的理论体系中，此病可归属于疫黄、急黄、黄疸等范畴。其病因病机主要为“肝胆热毒炽盛，或湿毒雍盛，毒瘀胶着，肝体肝用俱损，脾肾气阴或阴阳两伤。本研究中结肠透析的中药配方中的大黄使

湿邪有所出路，茵陈性苦微寒，善清利肝胆湿热而退黄，茵陈、大黄有保肝利胆、降酶作用，可使黄疸消退迅速，肝损害尽快修复。乌梅酸化肠道，减少肠氨的吸收，有促进利尿作用，且不影响尿中电解质浓度。中医黄以速退为顺，“湿为阴邪”，是疾病时人体内停聚的病理性水液，其性重浊趋下，大小便是人体排除多余废浊水液的主要途径，治宜通腑泄热同，而大多数重度黄疸型肝炎患者消化道反应重，药物难以口服，采用此方中药结肠透析，通过直肠和结肠黏膜的给药方式，灌肠的中药高渗状态可发挥“透析样作用”排出毒素，即可在局部发挥通腑排毒作用，清除胃肠道内细菌和毒素，又可经结肠黏膜吸收，通过直肠上静脉、肠系膜下静脉进入门静脉，不经胃酸及消化酶破坏，直达肝脏并进入人体循环发挥全身治疗作用。

血浆置换是我国目前最常用的人工肝支持治疗方法，其作用机制主要是应用机械性血液净化原理，能快速降低大、中、小各种分子量的有害物质，包括内毒素、短链脂肪酸以及和白蛋白结合的芳香族氨基酸、胆汁酸、胆红素、酚、硫醇、吲哚、肿瘤坏死因子等毒素，减轻肝内炎症，同时用新鲜冰冻血浆补充凝血因子、调理素等活性物质，改善和恢复患者的体液免疫、细胞免疫功能，抑制疾病的发展，改善内环境，有利于肝细胞再生及肝功能恢复，是治疗重度黄疸型肝炎的内科综合治疗的重要手段之一。^[4]

本研究采取中药结肠透析联合应用非生物型人工肝（血浆置换）治疗，既体现了血浆置换强大的血液净化作用和支持治疗作用，又发挥中药利湿退黄、通腑泻下功效，加速滞留肠道内的病原体以及各种肠源性内毒素的排泄，阻断或减轻肠源性内毒素血症，能加快降低体内胆红素、内毒素、

IL-6 等细胞因子的关键性启动因子，改善内环境，有利于肝细胞再生及肝功能恢复，改善凝血功能，防止或减轻血浆置换后黄疸反弹，此外，中药灌肠通过肠黏膜直接吸收药液，既保证中药药效，又避免口服给药难于耐受的胃肠道反应，缓解症状，特别是消化道症状有效，治疗组 CD4⁺T 淋巴细胞有明显改善，故远期有效性和生存率提高；^[5] 中药结肠透析联合非生物型人工肝优化治疗巩固人工肝血浆置换治疗的效果，两者扬长避短，协同作用，因此疗效明显提高，副作用少，是中西医结合治疗优化结合；操作简便，价格便宜，人工肝治疗频次、用药量也随之减少，住院天数缩短，住院费用降低，是安全有效、经济实惠的辅助治疗措施，值得临床推广应用。^[3]

【参考文献】

- [1] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会. 病毒性肝炎防治方案 [C]// 全国中西医结合传染病学术会议. 2006.[1].
- [2] 李炜, 李晓良, 吴其恺, 等. 中西医结合结肠透析治疗慢性重型肝炎的临床研究. 中西医结合肝病杂志 [J]. 2008, 18(3): 149-150
- [3] 汪亚玲, 王丽萍, 李晖, 夏佳, 等. 非生物型人工肝与中结肠透析优化治疗肝衰竭的临床研究. 昆明医科大学学报 [J]. 2015, 36(1): 94-99
- [4] 王继琨, 柴燕萍. 中药辅助人工肝治疗重症黄疸型肝炎疗效观察. 中国中医急症 [J]. 2006, 10(15): 1091-1103
- [5] 王莉, 赵竞, 段呈玉, 李艳萍, 等. 中药治疗 HIV/AIDS、HCV 合并感染丙型肝炎 43 例临床观察. 云南中医杂志 [J]. 2011, 32(10): 40-41

(上接第 5 页)

手术难度也较高，在手术中和手术后的恢复阶段，都会加大患者的机体负担，增加机体的应激反应，提高患者并发症的危险性^[3-4]。功能保留性胰腺手术能够在切除肿瘤组织的基础上，保证患者消化功能的完整性，所以患者在术后的肛门排气时间能够早于对照组。且功能保留性胰腺手术能够通过通过对相关组织的最大保留，在切除肿瘤组织的同时也最大程度的保障患者的机体功能，减少手术治疗对患者造成的机体创伤，有利于患者的身体恢复，所以观察组患者的下床活动时间也能够早于对照组患者^[5]。对患者机体功能完整性的保护也更有利于患者日后的身体健康，如在饮食方面的摄取，完整的消化道功能能够帮助患者更多的吸取影响物质，增加自身的抵抗能力。

综上所述，功能保留性胰腺手术能够有效减少胰腺神经内分泌肿瘤患者的手术时间、肛门排时间和下床活动时间，

有利于病情的治疗和身体的恢复。

【参考文献】

- [1] 杨小勇, 李文美, 宋庆伟, 等. 功能保留性胰腺手术治疗胰腺神经内分泌肿瘤患者疗效和预后研究 [J]. 实用肝脏病杂志, 2018, 21(06):153-156.
- [2] 靳林上. 功能保留性胰腺手术对胰腺神经内分泌肿瘤的治疗效果 [J]. 包头医学院学报, 2018, 34(3):37-39.
- [3] 黄强, 朱成林. 功能保留性胰腺手术在胰腺神经内分泌肿瘤外科治疗中的应用 [J]. 中华胰腺病杂志, 2017, 17(2):119-121.
- [4] 林观生, 赵文良, 陈炳叶, 等. 无功能性胰腺神经内分泌癌的 CT 诊断及临床分析 [J]. 海南医学, 2018, v.29(9):69-71.
- [5] 杜渐, 谭广. 胰腺神经内分泌肿瘤的多学科诊疗——挑战与机遇并存 [J]. 中华内分泌外科杂志, 2017, 11(3):180-183.

(上接第 6 页)

< 0.05)。说明内服黄芪桂枝汤加减能够促进溃疡部位肉芽组织的生长，而且主要能够调节气血及机体免疫功能，改善体质，用药后患者的皮肤色泽有了很大改善。如果仅仅是清创，应用西药治疗，溃疡的愈合速度比较慢，患者需要承受更多的痛苦^[4]。

综上所述：麻风溃疡患者中联合应用西医和黄芪桂枝汤加减治疗，临床疗效显著，具备推广价值。

【参考文献】

- [1] 于德宝, 刘岩松, 阮振强, 等. 富血小板血浆治疗麻风溃疡三例 [J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2019, 35(2):73-76.
- [2] 邹明华, 林悦芹, 张晓东, 等. 内补黄芪汤治疗麻风溃疡的效果 [J]. 广东医学, 2018, 39(14):2230-2231.
- [3] 黄祖锋, 黄海生, 邓东明, 等. 红光照射联合外用药物治疗麻风溃疡的临床观察 [J]. 实用医学杂志, 2018, 34(16):2813-2815.
- [4] 李四新, 周志刚, 张国新. 注射用头孢唑肟钠联合夫西地酸乳膏治疗麻风病后遗溃疡的疗效观察 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2017, 17(11):1499-1500, 1503.