

针灸联合疏肝化癥方治疗慢性乙型重型肝炎的效果观察

赵亚博, 万贵香, 梁微微, 杜辉, 宁振海, 周媛, 万亮

(河北省邯郸市传染病医院, 邯郸 056000)

【摘要】 目的 探讨针刺联合疏肝化癥方在慢性乙型重型肝炎(chronic severe hepatitis B, CSHB)治疗中的应用价值。**方法** 选取 100 例慢性乙型重型肝炎患者, 随机分为西医组、针刺组、中药组和联合组, 每组 25 例。西医组予以常规西医治疗, 于此基础上, 针刺组予以针刺治疗, 中药组予以疏肝化癥方, 联合组予以针刺联合疏肝化癥方治疗。观察 4 组临床疗效与安全性, 比较 4 组治疗前、治疗 1 个月后、治疗 6 个月后中医症候积分、肝功能指标[谷丙转氨酶(alanine aminotransferase, ALT)、谷草转氨酶(aspartate aminotransferase, AST)及 γ -谷氨酰转肽酶(γ -glutamyl transpeptidase, GGT)]和 T 淋巴细胞亚群(CD4⁺、CD8⁺和 CD4⁺/CD8⁺)。**结果** 联合组、中药组及针刺组总有效率均高于西医组($P < 0.05$); 治疗 1 个月、6 个月后, 联合组、中药组及针刺组中医证候主症、次症积分及总分低于西医组($P < 0.05$); 治疗 1 个月、6 个月后联合组 ALT、AST、GGT 水平及 CD8⁺低于中药组、针刺组和西医组, CD4⁺及 CD4⁺/CD8⁺高于中药组、针刺组、西医组($P < 0.05$); 4 组治疗期间均未出现不良反应。**结论** 在西医常规治疗基础上, 针刺联合疏肝化癥方联合治疗 CSHB 可提高疗效, 改善免疫功能与肝功能, 缓解患者症状, 且具有较高安全性。

【关键词】 针刺疗法; 乙型肝炎, 慢性; 肝功能; T 淋巴细胞亚群; 针药并用

【中图分类号】 R246.1 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2024.13.4017

Efficacy observation of acupuncture plus Shu Gan Hua Yu formula for chronic severe hepatitis B ZHAO Yabo, WAN Guixiang, LIANG Weiwei, DU Hui, NING Zhenhai, ZHOU Yuan, WAN Liang. Hebei Handan Infectious Disease Hospital, Handan 056000, China

[Abstract] **Objective** To discuss the application value of acupuncture-moxibustion plus Shu Gan Hua Yu formula in the treatment of chronic severe hepatitis B (CSHB). **Method** One hundred CSHB patients were selected and randomized into a Western medicine group, an acupuncture group, a Chinese medication group, and a combined group, each consisting of 25 cases. The Western medicine group was offered conventional Western medicine treatment, based on which the acupuncture group received acupuncture, the Chinese medication group received Shu Gan Hua Yu formula, and the combined group received both acupuncture and Shu Gan Hua Yu formula. The clinical efficacy and safety were observed in the four groups. The symptom scores of traditional Chinese medicine, liver function indicators [alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST), and γ -glutamyl transpeptidase (GGT)], and T-lymphocyte subsets (CD4⁺, CD8⁺, and CD4⁺/CD8⁺) were compared before treatment and after 1-month and 6-month treatment. **Result** The combined group, Chinese medication group, and acupuncture group all surpassed the Western medicine group in comparing the total effective rate ($P < 0.05$). After 1-month and 6-month treatment, respectively, the TCM primary symptom score, secondary symptom score, and total score were lower in the combined group, Chinese medication group, and acupuncture group than in the Western medicine group ($P < 0.05$); the levels of ALT, AST, GGT,

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目(2022665)

作者简介: 赵亚博(1990—), 男, 主治医师, Email: bboofeng@163.com

通信作者: 万亮(1985—), 男, 主治医师, Email: qingming2015@126.com

and CD8⁺ were lower in the combined group than in the Chinese medication group, acupuncture group, and Western medicine group, and the levels of CD4⁺ and CD4⁺/CD8⁺ were higher in the acupuncture group than in the other three groups ($P < 0.05$). None of the four groups showed adverse reactions during the treatment. **Conclusion** Based on conventional Western medicine treatment, acupuncture plus Shu Gan Hua Yu formula can enhance therapeutic efficacy in treating CSHB. This method can improve immune function and liver function and mitigate symptoms, showing high safety.

[Key words] Acupuncture therapy; Hepatitis B, Chronic; Shu Gan Hua Yu formula; Liver function; T-lymphocyte subsets; Acupuncture medication combined

慢性乙型肝炎是感染乙肝病毒导致的肝脏炎症反应的疾病,会引起肝脏组织炎症坏死和肝脏组织纤维化,进一步进展可发展为慢加急性肝衰竭^[1-2]。慢性乙型重型肝炎(chronic severe hepatitis B, CSHB)是慢加急性肝衰竭前期阶段,会引起凝血功能障碍及黄疸加深,部分患者甚至可能出现肝脑并发症,死亡率极高^[3]。目前临床对于 CSHB 尚无根治措施,西医主要以抗病毒、抗炎保肝、人工肝血浆置换等方式,但效果不甚理想。多数中医学家认为“湿、热、毒、瘀、虚”是 CSHB 病理变化特点,肝肾阴虚和气滞血瘀是其常见证型,治疗当以疏肝解郁、活血化瘀为原则^[4-5]。目前中医疗法包括中药、针刺等,既往多种中医方案联合主要用于慢性乙型肝炎,且多项研究^[6-7]证实其有效性。

但在 CSHB 治疗中的报道较少。本研究开展对照分析,进一步探讨针刺联合疏肝化瘀方治疗 CSHB 的临床价值,以期临床寻找新的治疗方法提供理论支持。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2020 年 10 月至 2022 年 9 月河北省邯郸市传染病医院 100 例 CSHB 患者,年龄 36~58 岁。采用电脑随机法将患者分为 4 组,每组 25 例。4 组基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。详见表 1。本研究通过河北省邯郸市传染病医院伦理委员会审核批准(2020-0903)。

表 1 4 组一般资料比较

组别	例数	性别/例		平均年龄/岁 ($\bar{x} \pm s$)	平均病程/年 ($\bar{x} \pm s$)	BMI/(kg·m ⁻²) ($\bar{x} \pm s$)
		男	女			
联合组	25	14	11	47±5	4.85±1.60	22.45±1.63
中药组	25	13	12	47±5	5.08±1.75	22.64±1.68
针刺组	25	10	15	47±6	5.41±1.69	22.58±1.29
西医组	25	16	9	48±5	4.96±1.84	22.50±1.59

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

依据《肝衰竭诊治指南(2018 年版)》^[8]中 CSHB 诊断标准。临床表现为尿黄、腹胀、恶心、肋痛、乏力等;谷丙转氨酶(alanine aminotransferase, ALT)、谷草转氨酶(aspartate aminotransferase, AST)、丙种球蛋白反复或持续升高,白蛋白≤32 g/L,凝血酶原活动度 40%~60%。

1.2.2 中医诊断标准

依据《肝纤维化中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》^[9]中肝肾阴虚辨证标准。主症为胸肋疼痛,遇劳加重,腰膝酸软,两目干涩;次症为心中烦热、口燥咽

干、失眠多梦、头晕目眩、耳鸣如蝉;舌质红,苔薄白,脉细弦。

1.3 纳入标准

符合上述诊断及辨证标准;慢性乙肝病史;近期未接受其他抗病毒治疗的患者;对本研究药物或治疗方案耐受患者;患者及家属签署知情同意书。

1.4 排除标准

合并肝肾综合征、上消化道大出血、严重感染者;合并酒精肝或自身免疫系统疾病者;合并严重代谢性疾病者,如糖尿病、甲状腺功能障碍;恶性肿瘤确诊患者;血液系统疾病者。

2 治疗方法

2.1 西医组

予以西医常规治疗,包括抗病毒、抗炎保肝、静脉营养支持、补充白蛋白、补充血浆等治疗;饮食营养均衡,充分休息,调畅情志,避免辛辣刺激油腻食物。

2.2 针刺组

西医常规治疗联合针刺疗法。取合谷、内关、中脘、天枢、足三里、阴陵泉、上巨虚、三阴交和太冲穴。穴位皮肤常规消毒后,采用 0.30 mm×40 mm 毫针进行针刺,行平补平泻手法,得气后留针 30 min,隔日 1 次,连续治疗 6 个月。

2.3 中药组

西医常规治疗联合疏肝化瘀方加减治疗,药物组成为当归 15 g,芍药 15 g,赤芍 80 g,桃仁 15 g,红花 15 g,茜草 10 g,升麻 12 g,葛根 12 g,枳壳 15 g,木香 15 g,茯苓 20 g,泽泻 15 g,金钱草 15 g,茵陈 15 g,大黄 6 g (后下)。每日 1 剂,加水 1 000 mL 充分浸泡,煎煮两次,共取药汁 300 mL,分早晚服用。连续治疗 6 个月。

2.4 联合组

西医常规治疗基础上给予疏肝化瘀方联合针刺疗法,治疗方法同针刺组和中药组。连续治疗 6 个月。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 中医证候积分

治疗前及治疗 1 个月、6 个月后各评估 1 次,主症包括胸肋疼痛、遇劳加重、腰膝酸软、两目干涩,由轻至重计为无 0 分,轻度 2 分,中度 4 分,重度 6 分。次症包括心中烦热、口燥咽干、失眠多梦、头晕目眩、耳鸣如蝉,由轻至重计为无 0 分,轻度 1 分,中度 2 分,重度 3 分。

3.1.2 肝功能指标

治疗前及治疗 1 个月、6 个月后分别采集患者肘静脉血 5 mL,离心后分离血清冷藏待测。采用全自动生化分析仪(EasyRA 型,Medica Corporation,国械注进 20192222463)检测 ALT、AST 及 γ -谷氨酰转肽酶(γ -glutamyl transpeptidase, GGT)。

3.1.3 T 淋巴细胞亚群指标

流式细胞仪(BD FACSLyric 型,碧迪公司,国械注进 20192220383)检测治疗前、治疗 1 个月后、6 个月

后全血 T 淋巴细胞亚群 CD4⁺、CD8⁺,并计算 CD4⁺/CD8⁺。

3.1.4 安全性评价

记录治疗期间出现血、尿常规及心电图异常情况。

3.2 疗效标准

根据《肝纤维化中西医结合诊疗指南(2019 年版)》^[10]结合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[11]进行效果评估。

显效:中医证候总积分减小率 $\geq 70\%$,肝功能指标基本恢复。

有效:中医证候总积分减小率 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$,肝功能指标较治疗前好转。

无效:未达上述标准,肝功能指标无好转。

总有效率=[(显效例数+有效例数)/总例数] $\times 100\%$ 。

3.3 统计学方法

采用 SPSS20.0 软件进行数据分析。计量资料经 Kolmogorov-Smirnov 检验法检验符合正态分布,以均数 \pm 标准差对数据进行描述,组间与组内比较均采用 t 检验。多时间点的比较采用重复测量方差分析。计数资料用率或构成比进行描述,比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 4 组临床疗效比较

联合组、针刺组及中药组总有效率均明显高于西医组($P < 0.05$),联合组、针刺组及中药组比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。详见表 2。

表 2 4 组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
联合组	25	16	8	1	96.0 ¹⁾
中药组	25	13	9	3	88.0 ¹⁾
针刺组	25	12	9	4	84.0 ¹⁾
西医组	25	6	8	11	56.0

注:与西医组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

3.4.2 4 组治疗前后中医证候积分比较

4 组治疗前中医证候主症、次症积分及总积分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。相较于治疗前,4 组治疗 1 个月后、6 个月后中医证候主症、次症积分及总积分均显著下降,且联合组、中药组及针刺组低于西医组,差异有统计学意义($P < 0.05$),联合组、中药组及针刺组各时间点中医证候主症、次症积分及总积分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。详见表 3。

表3 4组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

单位:分

组别	例数	时间	主症	次症	总积分
联合组	25	治疗前	12.44±2.14	4.12±0.84	16.62±3.25
		治疗1个月	8.72±1.82 ¹⁾³⁾	2.68±0.48 ¹⁾³⁾	11.36±2.11 ¹⁾³⁾
		治疗6个月	2.92±0.87 ¹⁾²⁾³⁾	1.84±0.68 ¹⁾²⁾³⁾	4.76±1.09 ¹⁾²⁾³⁾
中药组	25	治疗前	12.40±2.20	4.12±0.83	16.57±3.25
		治疗1个月	9.13±1.97 ¹⁾³⁾	2.72±0.46 ¹⁾³⁾	11.85±2.06 ¹⁾³⁾
		治疗6个月	3.12±0.88 ¹⁾²⁾³⁾	1.64±0.49 ¹⁾²⁾³⁾	4.76±1.23 ¹⁾²⁾³⁾
针刺组	25	治疗前	12.45±2.07	4.15±0.83	16.60±3.17
		治疗1个月	9.53±2.04 ¹⁾³⁾	2.80±0.51 ¹⁾³⁾	12.33±2.14 ¹⁾³⁾
		治疗6个月	3.20±0.91 ¹⁾²⁾³⁾	1.68±0.63 ¹⁾²⁾³⁾	4.36±1.29 ¹⁾²⁾³⁾
西医组	25	治疗前	12.47±2.17	4.13±0.83	16.60±3.31
		治疗1个月	11.00±2.02 ¹⁾	3.44±0.58 ¹⁾	14.46±2.56 ¹⁾
		治疗6个月	4.04±1.10 ¹⁾²⁾	1.80±0.76 ¹⁾²⁾	5.50±1.50 ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与同组治疗1个月后比较²⁾ $P < 0.05$;与西医组比较³⁾ $P < 0.05$ 。

3.4.3 4组治疗前后各项肝功能指标比较

4组治疗前ALT、AST及GGT水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。相较于治疗前,4组治疗1个月后、6个月后ALT、AST及GGT水平均显著下降,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。联合组治疗1个月

后、6个月后ALT、AST及GGT水平均明显低于中药组,中药组ALT、AST及GGT水平均明显低于针刺组,针刺组ALT、AST及GGT水平均明显低于西医组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。详见表4。

表4 4组治疗前后各项肝功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

单位:U·L⁻¹

组别	例数	时间	ALT	AST	GGT
联合组	25	治疗前	32.87±3.63	34.14±4.12	0.96±0.07
		治疗1个月	41.17±2.94 ¹⁾³⁾⁴⁾⁵⁾	26.00±1.82 ¹⁾³⁾⁴⁾⁵⁾	1.58±0.14 ¹⁾³⁾⁴⁾⁵⁾
		治疗6个月	48.75±5.06 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾	24.37±1.76 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾	2.00±0.25 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾
中药组	25	治疗前	33.05±3.17	33.97±3.98	0.97±0.09
		治疗1个月	38.84±3.25 ¹⁾³⁾⁴⁾	27.52±2.04 ¹⁾³⁾⁴⁾	1.41±0.10 ¹⁾³⁾⁴⁾
		治疗6个月	46.22±4.82 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾	25.27±1.82 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾	1.83±0.22 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾
针刺组	25	治疗前	32.94±3.06	34.06±4.06	0.97±0.10
		治疗1个月	36.98±3.74 ¹⁾³⁾	29.26±2.06 ¹⁾³⁾	1.26±0.12 ¹⁾³⁾
		治疗6个月	43.52±4.07 ¹⁾²⁾³⁾	26.33±1.90 ¹⁾²⁾³⁾	1.65±0.20 ¹⁾²⁾³⁾
西医组	25	治疗前	32.87±3.44	33.87±4.07	0.97±0.08
		治疗1个月	34.92±3.56 ¹⁾	31.12±2.25 ¹⁾	1.12±0.13 ¹⁾
		治疗6个月	41.25±3.87 ¹⁾²⁾	27.85±2.14 ¹⁾²⁾	1.48±0.20 ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与同组治疗1个月后比较²⁾ $P < 0.05$;与西医组比较³⁾ $P < 0.05$;与针刺组比较⁴⁾ $P < 0.05$;与中药组比较⁵⁾ $P < 0.05$ 。

3.4.4 4组治疗前后各项T淋巴细胞亚群指标比较

4组治疗前CD4⁺、CD8⁺及CD4⁺/CD8⁺比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。相较于治疗前,4组治疗1个月后、6个月后CD4⁺、CD8⁺及CD4⁺/CD8⁺明显改善,差异有统计学意义($P < 0.05$)。联合组治疗1个月后、6个

月后CD4⁺及CD4⁺/CD8⁺均明显高于中药组,中药组CD4⁺及CD4⁺/CD8⁺均高于针刺组,针刺组CD4⁺及CD4⁺/CD8⁺均高于西医组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);联合组CD8⁺低于中药组,中药组低于针刺组,针刺组低于西医组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表5。

表 5 4 组治疗前后各项 T 淋巴细胞亚群指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
联合组	25	治疗前	177.25 ± 18.46	169.45 ± 15.23	94.83 ± 11.25
		治疗 1 个月	117.41 ± 12.83 ¹⁾³⁾⁴⁾⁵⁾	119.47 ± 8.24 ¹⁾³⁾⁴⁾⁵⁾	70.52 ± 6.24 ¹⁾³⁾⁴⁾⁵⁾
		治疗 6 个月	40.37 ± 5.31 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾	41.32 ± 5.06 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾	30.29 ± 4.02 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾
中药组	25	治疗前	175.69 ± 20.33	168.41 ± 14.96	94.27 ± 10.98
		治疗 1 个月	125.49 ± 13.02 ¹⁾³⁾⁴⁾	125.26 ± 8.57 ¹⁾³⁾⁴⁾	75.83 ± 6.09 ¹⁾³⁾⁴⁾
		治疗 6 个月	45.84 ± 6.74 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾	44.27 ± 5.14 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾	32.94 ± 4.21 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾
针刺组	25	治疗前	176.82 ± 19.34	169.12 ± 15.22	93.83 ± 12.15
		治疗 1 个月	140.77 ± 15.26 ¹⁾³⁾	131.37 ± 9.06 ¹⁾³⁾	80.14 ± 6.37 ¹⁾³⁾
		治疗 6 个月	50.12 ± 7.12 ¹⁾²⁾³⁾	48.82 ± 5.22 ¹⁾²⁾³⁾	35.77 ± 4.09 ¹⁾²⁾³⁾
西医组	25	治疗前	175.94 ± 20.17	169.11 ± 14.98	94.11 ± 11.06
		治疗 1 个月	159.32 ± 15.78 ¹⁾	140.83 ± 10.22 ¹⁾	87.41 ± 8.25 ¹⁾
		治疗 6 个月	61.48 ± 8.15 ¹⁾²⁾	54.48 ± 7.74 ¹⁾²⁾	41.29 ± 4.85 ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与同组治疗 1 个月比较²⁾ $P < 0.05$;与西医组比较³⁾ $P < 0.05$;与针刺组比较⁴⁾ $P < 0.05$;与中药组比较⁵⁾ $P < 0.05$ 。

3.5 安全性评价

4 组治疗期间均未出现血、尿常规及心电图异常等不良反应。

4 讨论

慢性乙型重型肝炎(CSHB)是以肝细胞坏死为特征的肝脏疾病,发病后会出现深度黄疸、出血倾向、严重胃肠症状等,尤其会引起肝衰竭危及生命^[12]。西医治疗 CSHB 虽能取得一定效果,但不良反应大,且会对机体免疫造成损伤,不利于患者预后^[13]。近年来,中医治疗 CSHB 的多靶点、多途径、多层级的优势逐渐显现出来,中西联合应用在临床取得了更好的治疗效果^[14]。古代医药典籍中并无 CSHB 病名记载,但依据体征、症状描述将其归为“黄疸”“膨胀”“血症”“积聚”等范畴,并将其病机归为标实与本虚两大方面^[15-16]。临床回顾性分析发现,CSHB 患者多为肝肾阴虚、气滞血瘀证型,因此在治疗时应在西医基础上采用适宜的中医治疗法辨证施治,以达到更理想的疗效与预后。

本研究在西医治疗基础上,联合采用疏肝化瘀方与针刺治疗 CSHB,结果显示联合组、中药组及针刺组总有效率均高于西医组,且联合组治疗总有效率最高,再次证实了中医疗法辅助西医治疗能够获得更满意的效果。本研究中疏肝化瘀方以赤芍为君药,配合茜草、桃仁、红花以发挥凉血活血、散瘀止痛之功效,以葛根、升麻调畅气机,使升降有司,再辅以茯苓、木香、金钱

草、大黄、茵陈、枳壳和泽泻等药物以化湿理气,祛黄退黄,并以芍药、当归来补肝益肾,滋阴养血。由于 CSHB 属于本虚标实之证,因此本研究取足三里、天枢、合谷、三阴交、内关、阴陵泉、上巨虚、中脘、太冲等穴位施以针刺治疗,以疏通经络,泻其邪气,调节脏腑气血,通过调整人体虚实使人体各器官功能得到改善。中药方剂与针刺疗法相联合,共奏疏肝解郁、凉血活血、散瘀止痛、疏通经络、调节气血、理气化湿、退黄祛黄之功效,以全面提升治疗效果。本研究结果还显示,治疗 1 个月、6 个月后,联合组、中药组及针刺组中医证候主症、次症积分及总积分均低于西医组,但联合组积分最低,表明在西医治疗基础上,辅以疏肝化瘀方、针刺均可以改善患者症状,二者联合能协同发挥最大功效。另外,治疗 1 个月后、6 个月后,本研究中联合组 ALT、AST 及 GGT 水平低于针刺组、中药组及西医组,也进一步证实疏肝化瘀方与针刺联合可以更好地改善患者肝功能,提高治疗效果。为了进一步了解疏肝化瘀汤与针刺治疗的安全性,本研究对治疗期间不良反应进行观察,结果显示 4 组均未有不良反应发生,提示中医治疗具有较高安全性。

乙型肝炎病毒感染后会介导机体淋巴细胞的免疫作用,包括激活 CD4⁺ 识别细胞与 CD8⁺ 杀伤细胞,从而发挥特异性免疫调节功能,通过细胞杀伤作用直接清除病毒^[17]。在 CSHB 患者机体内乙型肝炎病毒含量极高,可使机体的免疫功能处于过度激活状态,可能会杀伤正常肝

细胞,进而影响病情恢复。既往研究^[18]显示,在CSHB患者中会出现CD4⁺/CD8⁺比值倒置的现象,表明机体处于过度免疫状态。本研究结果显示,联合组CD4⁺、CD8⁺及CD4⁺/CD8⁺改善程度均高于中药组、针刺组、西医组,提示联合使用疏肝化瘀方与针刺疗法可增强机体细胞免疫应答,提高机体免疫功能。现代药理显示,疏肝化瘀方中当归、红花等多种成分均能够发挥免疫调节作用^[19-20]。而针刺可通过改善血流,促进代谢,调节免疫功能^[21]。因此疏肝化瘀方与针刺联合可进一步增强调节免疫作用。

综上所述,针刺联合疏肝化瘀方治疗CSHB疗效显著,可改善患者免疫功能与肝功能,并能有效缓解症状,且安全性较高。但本研究选取样本量较小,结果可能存在偏倚,有待开展高质量大样本做进一步分析验证。

参考文献

- [1] DAVE S, PARK S, MURAD M H, *et al.* Comparative effectiveness of entecavir versus tenofovir for preventing hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis B: a systematic review and meta-analysis[J]. *Hepatology*, 2021(1):68-78.
- [2] Korean Association for the Study of the Liver (KASL). KASL clinical practice guidelines for management of chronic hepatitis B[J]. *Clin Mol Hepatol*, 2019(2):93-159.
- [3] 孟雅,张弦,黄学芳,等.重症化慢性乙型肝炎患者发展为 ACLF 的影响因素及预测模型构建[J]. *中华医院感染学杂志*, 2022(20):3104-3108.
- [4] 童光东,王宇新,邢宇锋,等.从“虚、毒、瘀、积”论慢性乙型肝炎及相关肝硬化、肝癌的治疗[J]. *中医杂志*, 2021(16):1404-1407.
- [5] 何瑾瑜,陈菲.补肝汤治疗肝肾阴虚型慢性乙型肝炎效果分析及对患者中医证候积分的影响[J]. *传染病信息*, 2022(3):236-240.
- [6] 魏建新.柴胡解毒汤联合针灸对慢性乙肝患者炎症指标及免疫指标的影响[J]. *哈尔滨医药*, 2021(1):124-126.
- [7] 刘强,韩芳.针刺联合疏肝理脾汤治疗慢性乙型肝炎的临床疗效及对免疫功能的影响[J]. *深圳中西医结合杂志*, 2023(8):25-27.
- [8] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组,中华医学会肝病学会重型肝病与人工肝学组.肝衰竭诊治指南(2018年版)[J]. *临床肝胆病杂志*, 2019(1):34-44.
- [9] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.肝纤维化中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2017(12):895-900.
- [10] 中国中西医结合学会肝病专业委员会.肝纤维化中西医结合诊疗指南(2019年版)[J]. *中华肝脏病杂志*, 2019(7):494-504.
- [11] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则:试行[S].北京:中国医药科技出版社,2002:143-147.
- [12] TAN M, BHADORIA A S, CUI F, *et al.* Estimating the proportion of people with chronic hepatitis B virus infection eligible for hepatitis B antiviral treatment worldwide: a systematic review and meta-analysis[J]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2021(2):106-119.
- [13] SPERA A M. Hepatitis B virus infection reactivation in patients under immunosuppressive therapies: pathogenesis, screening, prevention and treatment[J]. *World J Virol*, 2022(5):275-282.
- [14] 王挺帅,张荣臻,王明刚,等.中医药治疗慢性乙型重型肝炎临床研究进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2020(10):194-198.
- [16] 朱彦长,施卫兵,许文彬,等.施卫兵论治慢性乙型病毒性肝炎经验[J]. *亚太传统医药*, 2022(11):109-113.
- [16] 郭欣.恩替卡韦联合保肝中药辨证疗法对慢性乙型病毒性肝炎临床作用研究[D].青岛:青岛大学,2020.
- [17] 冯永亮,常越,石璟,等.不同CD4⁺T淋巴细胞水平的HIV感染者乙型肝炎疫苗免疫效果及持久性研究[J]. *中华流行病学杂志*, 2021(9):1559-1565.
- [18] WEN C, DONG Z, WANG Y, *et al.* CTLA4⁺CD4⁺CXCR5⁺FOXP3⁺ T cells associate with unfavorable outcome in patients with chronic HBV infection[J]. *BMC Immunol*, 2023(1):3.
- [19] 李伟霞,泥文娟,王晓艳,等.当归化学成分、药理作用及其质量标志物(Q-marker)的预测分析[J]. *中华中医药学刊*, 2022(6):40-47.
- [20] 白启荣,郭皎洁,吴娇.红花的化学成分及药理作用研究进展[J]. *新乡医学院学报*, 2024(1):88-94, 100.
- [21] 刘强,韩芳.针刺联合疏肝理脾汤治疗慢性乙型肝炎的临床疗效及对免疫功能的影响[J]. *深圳中西医结合杂志*, 2023(8):25-27.

收稿日期2024-03-21