袁士良肝病 1 号方对化疗后肝损伤湿热证患者 Child – Pugh 评分及对中医临床症状改善的作用分析

庞竹怡,高立,周龙兴,袁士良,吴疆,惠璐璐*
(江阴市中医院,江苏 无锡 214400)

摘要 目的:分析袁士良肝病 1 号方对化疗后肝损伤湿热证患者 Child – Pugh 评分及对中医临床症状的改善作用。方法:选取 2023 年 1 月—2024 年 4 月江阴市中医院收治的 72 例化疗后肝损伤湿热证患者,按照不同治疗方法将其分为 3 组,每组 24 例,其中 A 组采取常规西药治疗,B 组采取袁士良肝病 1 号方治疗,C 组采取常规西药联合袁士良肝病 1 号方治疗,3 组均治疗 2 个疗程,对比 3 组患者的治疗有效率,比较 3 组患者 TBIL、AST、ALT、$CD3^+$、$CD4^+$、$CD8^+$等水平变化,观察 3 组患者 KPS 评分、Child – Pugh 评分变化,同时比较 3 组不良反应的发生情况。结果:C 组有效率为 91.67%(22/24),显著高于 A 组的58.33%(14/24)和 B 组的 66.67%(16/24)($P<0.01$)。治疗后,3 组主症评分、次症评分与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$),C 组主症评分、次症评分低于 A 组、B 组($P<0.01$)。治疗后,3 组TBIL、AST、ALT 水平均下降($P<0.05$),且 C 组 TBIL、AST、ALT 水平低于 A 组、B 组($P<0.01$)。治疗后,3 组 $CD3^+$、$CD4^+$水平上升($P<0.05$),$CD8^+$水平下降($P<0.05$),且 C 组 $CD3^+$、$CD4^+$水平高于 A 组、B 组($P<0.01$),$CD8^+$水平低于 A 组、B 组($P<0.01$)。治疗后,3 组 KPS 评分升高、Child – Pugh 评分降低,差异有统计学意义($P<0.05$),C 组 Child – Pugh 评分、KPS 评分优于 A 组、B 组低($P<0.01$)。3 组不良反应发生率对比差异无统计学意义($P>0.05$),C 组不良反应发生率较 B 组、A 组略低。结论:化疗后肝损伤湿热证患者应用袁士良肝病 1 号方治疗短时间内疗效明显,可改善患者肝功能和免疫功能,提升患者生活质量,且具有良好的安全性,未见严重不良反应。

关键词 袁士良肝病 1 号方;化疗后肝损伤;湿热证;Child – Pugh 评分
中图分类号:R256.4 **文献标识码**:A **文章编号**:1002 – 2392(2025)07 – 0089 – 05
DOI:10.19664/j.cnki.1002 – 2392.250149

化疗作为治疗肿瘤患者的有效方法之一,其在延长患者生存周期、提高患者生活质量方面的成效已得到广泛认可[1-2]。但化疗药物多数需通过肝脏代谢并排出体外,使得药物的剂量依赖性肝毒性成为一个不容忽视的问题。尤其是大剂量的化疗药物,其对肝部损伤尤为严重[3]。因此,如何有效防止药物性肝损伤已经成为临床研究的一个难点。面对这些问题,中医理论提供了一种不同的治疗角度,中医认为,化疗药物导致的肝损伤是肝气受损、疏泄功能失调,进而影响到机体正常的气血循环、营养物质输送以及其他器官组织的营养功能。对于药物性肝损伤,中医主张以清热、利湿、保肝为首选的治疗措施[4]。肝病 1 号方是江苏省名中医著名肝病专家袁士良主任根据肝损伤特点、发病原因,反复优化总结而成,此方用药时程序简便、兼顾中药性能,平和处理,具有清热利湿、保肝、抗炎、调节免疫功效[5]。目前,临床关于袁士良肝病 1 号方对化疗后肝损伤湿热证患者疗效的研究鲜有报道,本研究按照不同治疗方法将 72 例化疗后肝损伤湿热证患者分为 3 组,以期为临床实践提供有益参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月—2024 年 4 月江阴市中医院收治的 72 例化疗后肝损伤湿热证患者,按照不同治疗方法将其分为 3 组,每组 24 例。3 组患者基础资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。本研究经江阴市中医院医学伦理委员会审核批准(EC202415)。

收稿日期:2024 – 08 – 19 **修回日期**:2025 – 04 – 03
基金项目:江苏省基础研究计划(自然科学基金)面上项目(BK20231162);江阴市卫生健康委员会科研项目(Q202210)
作者简介:庞竹怡(1987 –),女,硕士,主治中医师,研究方向:肿瘤学。
*通信作者:惠璐璐(1986 –),女,硕士,主治医师,研究方向:肿瘤学。

表 1 3 组化疗后肝损伤湿热证患者基础资料[$\bar{x} \pm s$,例(%)]

组别	例数	年龄/岁	BMI/(kg/m²)	性别		严重程度分级	
				男	女	1 级	2 级
A 组	24	49.52 ±4.58	23.63 ±2.41	14(58.33)	10(41.67)	13(54.17)	11(45.83)
B 组	24	51.02 ±5.02	22.96 ±2.04	13(54.17)	11(45.83)	11(45.83)	13(54.17)
C 组	24	50.69 ±4.91	23.28 ±2.31	16(66.67)	8(33.33)	12(50.00)	12(50.00)
F/χ^2		0.636	0.528	0.808		0.333	
P 值		0.532	0.592	0.668		0.846	

1.2 诊断标准

西医符合药物性肝损伤[6]的诊断标准,中医辨证为湿热证[7],主症:纳呆,脘腹痞闷,口干,口苦,倦怠乏力,胁痛,身目黄染;次症:呕恶厌食,便秘,尿黄;舌苔黄腻,脉濡数。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄 18 ~ 80 岁;③严重程度分级为 1 ~ 2 级[8];④均知晓此次研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①酒精、遗传和代谢性疾病、胆结石等引起的肝损伤者;②其他严重肝脏疾病者;③对本研究药物过敏者;④正在参加其他药物研究的患者;⑤妊娠或哺乳期妇女;⑥精神疾病者;⑦既往肝脏手术史者;⑧合并有醛固酮症、肌病、低钾血症、有血氨升高倾向的末期肝硬化者。

1.5 治疗方法

A 组采取常规西药治疗,即给予患者复方甘草酸苷片[北京凯因科技股份有限公司,H20083001,每片含甘草酸苷 25 mg(以甘草酸单铵计 25.52 mg)、甘氨酸 25 mg、DL - 甲硫氨酸 25 mg]治疗,2 片/次,3 次/d。B 组采取袁士良肝病 1 号方,基础方:薏苡仁、垂盆草、茵陈各 30 g,太子参、山楂、泽泻各 15 g,柴胡、酒黄芩、茯苓、炒陈皮、姜半夏、猪苓、炒白术各 10 g,橘叶、甘草各 6 g。中药饮片由江阴市中医院药剂科提供,以上药物用冷水浸泡 30 min 后煎煮,加 500 mL 水大火煮沸后改用小火继续煮浓缩至 200 mL,100 mL 袋塑封打包 2 袋,置于 4 ℃冰箱中保存,早晚服用,每次100 mL。每 2 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。C 组采取常规西药联合袁士良肝病 1 号方治疗,复方甘草酸苷片用法用量与 A 组相一致,袁士良肝病 1 号方用法用量、基础组方与 B 组相一致。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 治疗效果

参考《中国药物性肝损伤诊治指南(2023 年版)》[9]中的诊疗标准,显效:肝功能主要指标[总胆红素(TBIL)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)]恢复正常,证候积分减少 > 2/3;有效:肝功能两项以上指标较前改善 >50%,证候积分减少≥1/3 且≤2/3;无效:与治疗前相比无变化或加重,证候积分减少 <1/3。

1.6.2 中医证候积分

参照《中药新药临床研究指导原则》[10]的标准,根据患者症状严重程度,分别对主症赋 0 分(无)、2 分(轻度)、4 分(中度)、6 分(重度),次症赋 0 分(无)、1 分(轻度)、2 分(中度)、3 分(重度)。

1.6.3 肝功能指标

采集 3 组患者空腹肘静脉血 4 mL,离心后分离血清,采用全自动生化分析仪(BK - 200 型,山东博宇医疗器械有限公司)检测 TBIL、AST、ALT 水平。参考范围:TBIL:0 ~ 23 μmol/L,AST:13 ~ 35 U/L,ALT:7 ~ 40 U/L。

1.6.4 免疫功能

采集 3 组患者空腹肘静脉血 4 mL,用全自动流式细胞分析仪[AttuneNxT 型,赛默飞]测定 $CD3^+$、$CD4^+$、$CD8^+$水平。

1.6.5 生活质量

选取卡式功能状态(KPS)[11]评估,共 100 分,得分与生活质量成正比。

1.6.6 肝功能评分

采取 Child - Pugh 分级[12]评估,包含血清胆红素、腹水、白蛋白浓度、凝血酶原时间及肝性脑病,得分与肝功能成反比。

1.6.7 不良反应

包括昏睡、乏力、皮疹、腹痛腹泻、恶心呕吐。

1.7 统计学分析

采用 SPSS - 24 软件分析,计量资料均符合正态分布,以($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验。用 WinRatio 法比较非正态分布的数据。计数资料以“例(%)”表示,采用 χ^2 检验。多组均数比较采用 F 检验。$P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果

C 组有效率为 91.67%，显著高于 A 组的 58.33% 和 B 组的 66.67%（$P<0.05$）。见表 2。

表 2 3 组化疗后肝损伤湿热证患者治疗效果[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
A 组	24	8(33.33)	6(25.00)	10(41.67)	14(58.33)*
B 组	24	10(41.67)	6(25.00)	8(33.33)	16(66.67)*
C 组	24	17(70.83)	5(20.83)	2(8.33)	22(91.67)
χ^2 值					7.200
P 值					0.027

注：与 C 组相比，*$P<0.05$。

2.2 中医证候积分

治疗前，3 组中医证候积分对比差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后，3 组主症评分、次症评分与治疗前比较，差异有统计学意义（$P<0.05$），C 组主症评分、次症评分低于 A 组、B 组（$P<0.01$）。见表 3。

表 3 3 组化疗后肝损伤湿热证患者中医证候积分($\bar{x}\pm s$，分)

组别	例数	主症评分		次症评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	24	26.63±2.94	15.35±1.53*#	6.02±0.54	4.03±0.43*#
B 组	24	24.86±3.62	13.81±1.27*#	5.85±0.53	3.84±0.41*#
C 组	24	25.13±3.18	9.85±1.07*	5.93±0.57	2.82±0.40*
F 值		2.055	113.684	0.580	59.429
P 值		0.136	0.000	0.562	0.000

注：与本组治疗前相比，*$P<0.05$；与 C 组治疗后相比，#$P<0.01$。

2.3 肝功能指标

治疗前，3 组肝功能指标对比，差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后，3 组 TBIL、AST、ALT 水平均下降（$P<0.05$），且 C 组 TBIL、AST、ALT 水平低于 A 组、B 组（$P<0.01$），见表 4。

表 4 3 组化疗后肝损伤湿热证患者肝功能指标($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	TBIL/(μmol/L)		AST/(U/L)		ALT/(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	24	104.55±11.41	78.83±7.96*#	109.52±6.15	65.29±5.78*#	114.52±7.93	83.26±8.45*#
B 组	24	102.74±11.85	73.85±5.91*#	110.25±6.57	62.30±5.79*#	113.15±6.29	69.52±6.47*#
C 组	24	103.26±10.85	62.72±6.74*	109.11±6.28	41.06±3.95*	117.02±7.06	65.96±5.78*
F 值		0.161	34.084	0.385	152.251	1.820	40.969
P 值		0.852	0.000	0.682	0.000	0.170	0.000

注：与本组治疗前相比，*$P<0.05$；与 C 组治疗后相比，#$P<0.01$。

2.4 免疫功能

治疗前，3 组免疫功能对比差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后，3 组 $CD3^+$、$CD4^+$ 水平上升，$CD8^+$ 水平下降（$P<0.05$），且 C 组 $CD3^+$、$CD4^+$ 水平高于 A 组、B 组（$P<0.01$），$CD8^+$ 水平低于 A 组、B 组（$P<0.01$），见表 5。

表 5 3 组化疗后肝损伤湿热证患者免疫功能($\bar{x}\pm s$，%)

组别	例数	$CD3^+$		$CD4^+$		$CD8^+$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	24	42.02±3.63	55.96±3.89*#	24.13±3.02	32.02±3.85*#	52.99±5.46	45.28±5.27*#
B 组	24	39.56±3.52	57.02±4.03*#	22.34±2.84	35.84±4.50*#	51.03±4.27	43.62±4.82*#
C 组	24	40.95±3.74	65.25±5.41*	23.45±3.29	40.02±4.89*	54.52±6.15	38.63±4.02*
F 值		2.769	30.704	2.099	19.544	2.566	12.842
P 值		0.070	0.000	0.130	0.000	0.084	0.000

注：与本组治疗前相比，*$P<0.05$；与 C 组治疗后相比，#$P<0.01$。

2.5 生活质量和肝功能评分

治疗前，3 组 KPS 评分、Child－Pugh 评分对比差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后，3 组 KPS 评分升高、Child－Pugh 评分降低，差异有统计学意义（$P<0.05$），C 组 Child－Pugh 评分、KPS 评分优于 A 组、B 组（$P<0.01$），见表 6。

2.6 不良反应

3 组不良反应发生率对比差异无统计学意义（$P>0.05$），C 组不良反应发生率较 B 组、A 组略低。见表 7。

表6　3组化疗后肝损伤湿热证患者生活质量和肝功能评分($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	KPS评分		Child-Pugh评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	24	37.95±4.81	54.62±3.89*#	8.03±0.54	5.98±0.36*#
B组	24	38.12±5.12	59.86±4.68*#	7.89±0.61	5.46±0.34*#
C组	24	39.57±5.39	69.52±5.24*	7.92±0.47	4.22±0.26*
F值		0.728	63.781	0.442	188.194
P值		0.487	0.000	0.644	0.000

注:与本组治疗前相比,*$P<0.05$;与C组治疗后相比,#$P<0.01$。

表7　3组化疗后肝损伤湿热证患者不良反应[例(%)]

组别	例数	昏睡	乏力	皮疹	腹痛腹泻	恶心呕吐	不良反应总发生
A组	24	1(4.17)	0(0.00)	2(8.33)	1(4.17)	1(4.17)	5(20.83)
B组	24	1(4.17)	1(4.17)	1(4.17)	0(0.00)	1(4.17)	4(16.67)
C组	24	0(0.00)	0(0.00)	1(4.17)	1(4.17)	0(0.00)	2(8.33)
χ^2值							1.502
P值							0.472

3　讨论

历代医籍中无“药物性肝损伤”病名,结合其发病原因可归于“药物毒”范畴。中医学认为,该病主要由外来化疗药物毒邪或直伤肝脏所致,导致肝失疏泄、脾失健运、胃失和降。或先伤脾胃,再影响肝胆,最终湿热内蕴、气滞血瘀[13-14]。该病虚实夹杂,主要矛盾为湿热毒邪,发病内在原因为脾胃虚弱。因此,治疗上应以清热解毒、利湿化瘀为主要目的。

本研究通过对比3组治疗效果、中医证候积分,表明采取复方甘草酸苷片联合袁士良肝病1号方效果显著,可显著减轻中医证候积分。复方甘草酸苷片主要成分为甘草酸苷、甘氨酸和DL-甲硫氨酸,可通过抑制病毒复制、减轻肝细胞炎症、促进肝细胞再生等多种途径,对肝功能异常具有明显的改善作用。袁士良肝病1号方则是一种基于中医理论的中药方剂,以小柴胡汤合茵陈四苓散为基础加减而成,方中的薏苡仁、垂盆草、茵陈配伍应用,有清热解毒、利湿退黄之效。太子参、山楂与泽泻配伍应用,能够有效地促进脾胃健康,帮助消化系统正常运作,一定程度上减轻肝脏的负担。柴胡、酒黄芩、茯苓、炒陈皮、姜半夏、猪苓、炒白术联合应用,具有疏肝解郁、清热解毒、健脾利湿之效。橘叶与甘草配伍应用,具有调和诸药、缓解药性的作用。诸多药物联合应用,具有清热利湿、解毒护肝等功效。现代药理学研究表明[15-16],垂盆草的主要成分为黄酮类化合物、三萜皂苷等,其对肝脏有保护作用,能降低谷丙转氨酶、谷草转氨酶,缓解肝细胞损伤;柴胡的主要成分如黄酮类化合物、三萜类化合物等,具有抗炎、退热、保肝和调节免疫功能,改善肝脏功能并减轻肝脏炎症;酒黄芩的主要活性成分包括黄酮类化合物(如黄芩素)、黄酮苷等,具有抗炎、抗病毒、抗氧化和保肝作用,能够有效减轻肝脏炎症和损伤。将上述中药制成汤剂口服,具有安全、温和的特点,从而减少不良反应的发生,这一点本研究结果已证实。

C组$CD3^+$、$CD4^+$的升高幅度与中药免疫调节作用密切相关;TBIL、AST、ALT、$CD8^+$的降低幅度反映了中药汤剂在减轻肝脏炎症和保护肝细胞方面的作用,表明采取复方甘草酸苷片联合袁士良肝病1号方可显著改善免疫指标和肝功能。现代药理学研究表明[17-19],太子参的主要成分包含皂苷、多糖等,具有增强免疫力,提高机体抵抗力,有助于减少感染的风险;山楂具有抗氧化和抗炎作用,有助于减轻全身炎症反应,改善免疫状态。茵陈的主要成分包含黄酮类化合物、倍半萜类化合物等,具有抗炎和抗氧化作用,能够减少炎症反应,提高免疫功能。炒陈皮的主要成分包含挥发油、黄酮类化合物等,具有促进消化、调节肝脏功能的作用。炒白术的主要成分包括挥发油、黄酮类化合物、多糖等,具有调节消化系统,改善肝脏功能的作用。

孙东琪等[20]研究结果指出,采取复方甘草酸苷胶囊联合中医疗法治疗,可有效改善患者病情,减轻肝功能损伤。本研究通过对比KPS评分、Child-Pugh评分,表明采取复方甘草酸苷片联合袁士良肝病1号方在改善患者生活质量和肝功能方面具有明显优势。现代药理学研究表明[21-23],薏苡仁中的多糖和其他活性成分有显著的抗炎作用,有助于减轻肝脏炎症;垂盆草的主要成分包含黄酮类化合物,其对肝细胞具有保护作用,可有效改善肝功能;甘草的主要成分甘草甜素,有明显的抗炎和解毒作用,保护肝细胞;茯苓具有利尿和安神作用,从而提高生活质量;炒白术能增强体力,帮助缓解化疗后的虚弱状态,一定程度上提升患者生活质量。

但本研究存在一定局限性,首先,个体化反应的差异性可能导致研究结果的不一致性。由于每个患者的身体状况、基因背景和代谢能力各不相同,其在接受相同治疗时可能会表现出不同的反应,这种个体化反应的差异性可能会对研究结果产生一定的影响,从而限制了研究结论的普遍适用性。其次,化疗药物种类对肝损伤的不同影响也是一个重要的局限因素。不同的化疗药物具有不同的化学结构和作用机制,因此其对肝脏的毒性作用也会有所不同。因此,需要充分考虑这些局限性因素,以确保研究结论的准确性和可靠性。未来的研究应进一步探讨个体化反应的具体机制,并对不同种类的化疗药物进行更为细致的分类研究,以便更好地理解和应对化疗药物引起的肝损伤问题。

综上所述,袁士良肝病1号方联合常规西药治疗能够显著改善化疗后肝损伤湿热证患者的肝功能和生

活质量,其免疫调节和抗炎作用显示出较高的临床应用潜力,未来应通过大规模随机对照试验进一步验证其疗效和安全性。

参考文献:

[1] 唐盛斐,汤楠,陈慧琪,等. 剪切波弹性成像对乳腺癌患者化疗后的肝损伤诊断价值分析[J]. 医学影像学杂志,2023,33(11):2002 - 2006.
[2] GAO Z,WU S K,YANG Y M,et al. Clinical characteristics of liver injury induced by immune checkpoint inhibitors in patients with advanced biliary tract carcinoma[J]. Invest New Drugs,2023,41(5):719 - 726.
[3] 刘加葳,李丹,翟青. 乳腺癌患者化疗致肝损伤的危险因素分析[J]. 中国癌症杂志,2021,31(1):52 - 62.
[4] 刘立,赵雁红,李国忠,等. 联合使用甘草酸制剂对抗结核药物引起的药物性肝损伤的影响[J]. 中国感染与化疗杂志,2023,23(6):702 - 708.
[5] 陈兰,翟金海. 袁士良教授运用三仁汤合方经验介绍[J]. 深圳中西医结合杂志,2022,32(6):53 - 55.
[6] 于乐成,陈成伟. 药物性肝损伤[J]. 肝脏,2008,13(3):238 - 243.
[7] 高晶,彭海燕,章永红. 药物性肝损伤的中医药研究[J]. 长春中医药大学学报,2011,27(5):741 - 743.
[8] 中国医药生物技术协会药物性肝损伤防治技术专业委员会,中华医学会肝病学分会药物性肝病学组. 中国药物性肝损伤诊治指南(2023 年版)[J]. 胃肠病学,2022,27(6):341 - 375.
[9] 茅益民.《中国药物性肝损伤诊治指南(2023 年版)》解读[J]. 中华肝脏病杂志,2024,32(4):312 - 317.
[10] 梁茂新,高天舒.《中药新药临床研究指导原则》脏腑诸证考察与分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2008,14(5):330 - 331,342.
[11] MCNAIR K M,ZEITLIN D,SLIVKA A M,et al. Translation of Karnofsky Performance Status (KPS) for use in inpatient cancer rehabilitation[J]. PM R,2023,15(1):65 - 68.
[12] XIE E R,YEO Y H,SCHEINER B,et al. Immune checkpoint inhibitors for child - pugh class B advanced hepatocellular carcinoma:a systematic review and meta - analysis[J]. JAMA Oncol,2023,9(10):1423 - 1431.
[13] 张纯,李丽,王一同. 69 例药物性肝损伤患者临床分型与中医体质的相关性分析[J]. 上海中医药杂志,2023,57(5):27 - 30,50.
[14] 匡子禹,江锋,吴佳栩,等. 中医药治疗药物性肝损伤的网状 Meta 分析[J]. 中国中药杂志,2020,45(19):4746 - 4755.
[15] 朱亭亭,苟悦,孙鑫,等. 一例自身免疫性肝炎合并非酒精性脂肪肝男性患者 6 年诊治随访[J]. 肝脏,2022,27(10):1148 - 1150.
[16] 张佳,李晓东,盛国光,等. 基于数据挖掘的盛国光教授治疗非酒精性脂肪性肝病用药规律分析[J]. 中西医结合肝病杂志,2021,31(2):125 - 129.
[17] WEI Y H,YU X F,TANG J N,et al. Analysis of network pharmacology and molecular docking on *Radix pseudostellariae* for its active components on gastric cancer[J]. Appl Biochem Biotechnol,2023,195(3):1968 - 1982.
[18] 陈旭,梁瑞宁,王凯凯,等. 基于数据挖掘的张星平治疗肝不藏魂型不寐用药规律研究[J]. 中国中医药信息杂志,2023,30(10):69 - 74.
[19] 刘悦. 茵陈蒿汤加减对非酒精性脂肪肝湿热证患者肠道微生态的影响[J]. 辽宁中医杂志,2021,48(3):115 - 118.
[20] 孙东琪,吴腾,王月明,等. 加味理中汤联合背俞穴位埋线治疗非酒精性脂肪性肝炎的疗效观察[J]. 中西医结合肝病杂志,2024,34(7):582 - 586,591.
[21] 应卫真,夏娟. 加味茯苓甘草汤治疗慢性阻塞性肺疾病缓解期[J]. 吉林中医药,2022,42(11):1298 - 1301.
[22] 申刚磊,金春晖,倪依群,等. 基于复杂网络的名老中医治疗肺癌用药个性化差异比较[J]. 南京中医药大学学报,2021,37(5):760 - 764.
[23] 魏海云,杜星锴,何俊,等. 基于网络药理学与分子对接研究垂盆草治疗急性肝损伤的分子机制[J]. 华西药学杂志,2022,37(2):149 - 154.

Analysis of the Effect of Yuan Shiliang Liver Disease Formula No. 1 on Child - Pugh Score and Improvement of TCM Clinical Symptoms in Patients with Dampness - Heat Syndrome Liver Injury after Chemotherapy

PANG Zhuyi, GAO Li, ZHOU Longxing, YUAN Shiliang, WU Jiang, HUI Lulu
(*Jiangyin Hospital of Traditional Chinese Medicine*, *Wuxi* 214400, *China*)

Abstract Objective: To analyze the effect of Yuan Shiliang Liver Disease Formula No. 1 on Child - Pugh score and improvement of TCM clinical symptoms in patients with dampness - heat syndrome liver injury after chemotherapy. Methods: 72 patients with dampness - heat syndrome liver injury after chemotherapy admitted to Jiangyin Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2023 to April 2024 were selected and divided into 3 groups according to different treatment methods, with 24 cases in each group. Group A received conventional Western medicine treatment, Group B received Yuan Shiliang Liver Disease Formula No. 1, and Group C received conventional Western medicine combined with Yuan Shiliang Liver Disease Formula No. 1. All three groups were treated for 2 courses. The treatment effectiveness rates were compared among the three groups. Changes in TBIL, AST, ALT, $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$ levels were compared. KPS scores and Child - Pugh scores were observed, and the incidence of adverse reactions was compared among the three groups. Results: The effectiveness rate of Group C was 91.67% (22/24), significantly higher than that of Group A (58.33%, 14/24) and Group B (66.67%, 16/24) ($P<0.05$). After treatment, the main symptom scores and secondary symptom scores of all three groups showed statistically significant differences compared with those before treatment ($P<0.05$). The main symptom scores and secondary symptom scores of Group C were lower than those of Group A and Group B ($P<0.01$). After treatment, TBIL, AST, and ALT levels decreased in all three groups ($P<0.05$), and the levels in Group C were lower than those in Group A and Group B ($P<0.05$). After treatment, $CD3^+$ and $CD4^+$ levels increased while $CD8^+$ levels decreased in all three groups ($P<0.05$), with Group C showing higher $CD3^+$ and $CD4^+$ levels and lower $CD8^+$ levels than Groups A and B ($P<0.01$). After treatment, KPS scores increased and Child - Pugh scores decreased in all three groups with statistical significance ($P<0.05$), and Group C showed better Child - Pugh and KPS scores than Groups A and B ($P<0.01$). There was no significant difference in adverse reaction rates among the three groups ($P>0.05$), with Group C showing slightly lower adverse reaction rates than Groups A and B. Conclusion: Yuan Shiliang Liver Disease Formula No. 1 shows significant short - term efficacy in treating dampness - heat syndrome liver injury after chemotherapy, improving liver function and immune function, enhancing patients' quality of life, with good safety and no serious adverse reactions observed.

Key words Yuan Shiliang Liver Disease Formula No. 1; Liver injury after chemotherapy; Dampness - heat syndrome; Child - Pugh score