

养肝散合四逆散加减方治疗慢性乙型肝炎 肝郁脾虚兼瘀血阻络证的临床观察

王赵云, 周广泉

海安市中医院脾胃病科, 江苏 南通 226600

摘要 目的:探讨养肝散合四逆散加减方治疗慢性乙型肝炎(CHB)肝郁脾虚兼瘀血阻络证的临床效果。方法:选取2021年4月—2023年12月海安市中医院接诊的CHB患者122例,采用电脑随机数字表法分为观察组和对照组,每组61例。对照组给予恩替卡韦治疗,观察组联合养肝散合四逆散加减方治疗。治疗6个月后,比较两组的中医证候评分、肝功能、HBV-DNA载量、炎症因子[白细胞介素-1 β (IL-1 β)、IL-6]、肝功能超声指标、临床疗效及不良反应。结果:治疗后,两组中医证候评分、天冬氨酸氨基转移酶(AST)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、总胆红素(TBil)、HBV-DNA载量、IL-1 β 、IL-6均降低($P < 0.05$),且观察组低于对照组($P < 0.05$)。两组白蛋白(ALB)升高($P < 0.05$),观察组高于对照组($P < 0.05$)。治疗前后,观察组和对照组的肝门静脉主干内径、脾静脉内径、脾脏厚度无明显变化($P > 0.05$)。观察组治疗有效率高于对照组($P < 0.01$)。两组未见严重不良反应。结论:养肝散合四逆散加减方治疗肝郁脾虚兼瘀血阻络证CHB,有助于缓解患者的肝功能症状,减轻炎症反应,疗效良好。

关键词 慢性乙型肝炎;肝郁脾虚;瘀血阻络;养肝散合四逆散

中图分类号:R256.43;R573.1

文献标识码:A

文章编号:1002-2392(2026)05-0104-05

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.260106

慢性乙型肝炎(Chronic hepatitis B, CHB)是由乙型肝炎病毒(HBV)感染引起的慢性肝病,具有长期潜伏、慢性持续或间歇性活动的特点,伴随病情进展可导致肝硬化、肝衰竭等不良预后^[1]。近年来,随着抗病毒药物的广泛应用,乙型肝炎的抗病毒治疗方案不断改进,但由于治疗效果受多种因素的影响,部分患者仍然面临治疗反应不佳、复发及不良反应等问题^[2-3]。中医学认为,CHB与“胁痛”“积聚”等病症表现相似,病机为肝郁脾虚、瘀血阻络,肝气郁结、脾虚湿困、瘀血内生,影响肝脏功能的正常运转^[4-5]。肝郁脾虚兼瘀血阻络证是CHB的常见证型,肝郁脾虚者肝气郁结、脾气不足,导致脾胃运化失常、湿浊内生,致使肝脏气血不畅,甚至瘀血阻络,形成病理性改变^[6]。在中医治疗中,CHB的治疗主张疏肝解郁、化瘀通络的治疗方针^[7]。养肝散记载于《简明医彙》卷五部分,属补益剂,以夏枯草、附子、香附入药,具有清肝解毒、回阳救逆、理气解郁的功效。四逆散出于《伤寒论》,为和解

剂,长于疏肝理脾,对肝胆气郁、肝胃不和者疗效显著。笔者结合临床经验尝试将两种方剂加减化裁联合应用于肝郁脾虚兼瘀血阻络证CHB患者的治疗,疗效及安全性良好,现将研究过程报道如下,为CHB的中医治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年4月—2023年12月海安市中医院接诊的CHB患者122例,采用电脑随机数字表法分为观察组和对照组,每组61例。观察组男39例,女22例,年龄36~67岁,平均年龄(52.61 $\pm$ 7.04)岁;CHB病程3~17年,平均病程(10.21 $\pm$ 3.16)年;Child-Pugh分级B级30例、C级31例。对照组男43例,女18例;年龄34~69岁,平均年龄(53.07 $\pm$ 6.62)岁;CHB病程3~16年,平均病程(10.15 $\pm$ 2.97)年;Child-Pugh分级B级27例、C级34例。两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经海安市中医院医学伦理委员会审批(HZYLL2021023)。

1.2 诊断标准

西医诊断参考《慢性乙型肝炎基层诊疗指南(2020年)》^[8],①无明显症状,或伴有反复出现的食欲下降、尿黄、灰油、肝区不适、睡眠欠佳、精力下降、进

收稿日期:2025-02-28 修回日期:2026-03-19

基金项目:江苏省科技计划项目(SBK2021041859)

作者简介:王赵云(1989-),男,硕士,主治医师,从事消化系统疾病相关研究。

行性加深黄疸,重症者可出现上消化道出血或腹水等肝硬化表现;②体格检查可见肝体积正常或稍大,轻触痛,可能伴有轻度脾大,严重者可出现肝病面容、肝掌、蜘蛛痣、脾脏肿大;③实验室检查示以下一种或多种生物学指标异常,ALT、AST 反复或持续升高,白蛋白降低,总胆红素升高,凝血酶原时间延长;④抗体检测,HBsAg 阳性、HBsAg 阳性或阴性。

中医辨证分型符合肝郁脾虚兼瘀血阻络证的诊断^[9],以倦怠乏力、胁肋疼痛、面色晦暗为主症,以食欲减退、神疲懒言、脘腹痞闷、大便溏稀为次症,舌质淡、苔白、脉沉弦。

1.3 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②年龄 ≥ 18 岁;③Child - Pugh 分级 B 级或 C 级;④患者家属签署知情同意书。

1.4 排除标准

①中重度肝纤维化或肝硬化;②合并其他肝炎病毒感染;③心、肺等其他重要脏器损害;④心脑血管疾病或出血倾向;⑤恶性肿瘤;⑥艾滋病;⑦妊娠、哺乳期女性。

1.5 治疗方法

对照组给予常规西医治疗,口服恩替卡韦片(规格:0.5 mg,国药准字:H20052237,中美上海施贵宝制药有限公司)0.5 mg/次,1 次/d。口服甘草酸二铵肠溶胶囊(规格:50 mg,国药准字:H20040628,江苏正大天晴药业集团股份有限公司)150 mg/次,3 次/d。治疗期间 2 周复查 1 次肝功能,连续治疗 6 个月后评估疗效。

观察组在此基础上给予养肝散合四逆散加减方治疗,方剂组成:夏枯草 15 g,附子 6 g,香附 9 g,柴胡 9 g,芍药 9 g,枳实 9 g,炙甘草 9 g,加红花 10 g,川芎 15 g,诸药混匀,加水 1 200 mL 以武火煎至沸腾后转文火,煎 40 min 后过滤药液,药渣重复加水 700 mL 二煎,重复上述煎煮过程。合并两次药液后加热浓缩至 300 mL,每日 1 剂,分 2 次服用。连续治疗 6 个月后评估疗效。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 中医证候积分

治疗 6 个月后,参考《中医病症诊断疗效标准》^[9]评价中医证候,主症严重程度评分 0 ~ 6 分,次症严重程度评分 0 ~ 3 分,得分降低提示中医症状减轻。

1.6.2 肝功能

治疗 6 个月后,采集患者空腹静脉血 2 mL,在 3 213 r/min、13.0 cm 半径下离心 13 min,取上清采用化学发光法检测 ALT、TBiL、AST 及 ALB 水平。

1.6.3 HBV - DNA 载量

治疗 6 个月后,采用聚合酶链式反应检测患者的 HBV - DNA 载量。

1.6.4 炎症因子

治疗 6 个月后,采用酶联免疫吸附试验定量检测患者的血清白细胞介素 - 1β(IL - 1β)、IL - 6 水平。

1.6.5 肝脏超声检查

治疗 6 个月后,行腹部超声检查,获取肝门静脉主干内径、脾静脉内径及脾脏厚度。

1.6.6 疗效评价

参考文献^[9]制定疗效评价标准。显效:治疗后,中医证候评分较治疗前降幅 ≥ 70%,症状基本消失;有效:中医证候评分较治疗前降幅 ≥ 30% 且 < 70%,症状明显减轻;无效:症状无明显变化甚至加重。有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

1.6.7 不良反应

记录治疗期间两组腹泻、恶心、失眠等不良反应发生情况。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 21.0 分析研究数据,计数资料以 [例(%)] 表示,采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验,理论频数 < 5 采用 Fisher 精确概率检验。符合正态分布的计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间、组内不同时间点的比较分别采用独立样本 t 检验和配对样本 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候积分比较

治疗后,两组主症、次症及总分均下降 ($P < 0.05$),且观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组 CHB 患者中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	主症		次症		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	61	14.02 ± 2.71	8.26 ± 1.52 ^{△▲}	10.98 ± 1.36	6.15 ± 1.02 ^{△▲}	24.16 ± 3.25	14.12 ± 2.35 ^{△▲}
对照组	61	13.35 ± 2.68	9.23 ± 1.81 [△]	10.75 ± 1.12	6.78 ± 0.95 [△]	23.98 ± 3.17	16.62 ± 1.85 [△]

注:与同组治疗前比较,△ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,▲ $P < 0.05$ 。

2.2 两组肝功能比较

TBil 降低 ($P < 0.05$) ; 观察组 ALB 高于对照组 ($P < 0.05$) , AST、ALT、TBil 低于对照组 ($P < 0.05$) 。见表 2。

治疗后, 两组 ALB 升高 ($P < 0.05$) , AST、ALT、

表 2 两组 CHB 患者肝功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	AST/(U/L)		ALT/(U/L)		TBil/(μ mol/L)		ALB/(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	61	124.03 $\pm$ 16.92	67.15 $\pm$ 12.34 ^{△▲}	89.51 $\pm$ 8.43	50.12 $\pm$ 6.03 ^{△▲}	35.41 $\pm$ 4.37	18.53 $\pm$ 4.06 ^{△▲}	29.53 $\pm$ 4.03	36.75 $\pm$ 3.71 ^{△▲}
对照组	61	122.85 $\pm$ 15.04	73.05 $\pm$ 16.19 [△]	90.27 $\pm$ 7.75	56.08 $\pm$ 5.19 [△]	36.02 $\pm$ 5.81	20.21 $\pm$ 3.05 [△]	30.15 $\pm$ 3.96	33.08 $\pm$ 4.25 [△]

注: 与同组治疗前比较, [△] $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [▲] $P < 0.05$ 。

2.3 两组 HBV - DNA 载量及炎症因子水平比较

清 IL - 6 降低 ($P < 0.05$) , 且观察组低于对照组 ($P < 0.05$) 。见表 3。

治疗后, 两组 HBV - DNA 载量、血清 IL - 1 β 、血

表 3 两组 CHB 患者 HBV - DNA 载量及炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	HBV - DNA 载量/(lg 10 copies/mL)		IL - 1 β /(ng/L)		IL - 6/(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	61	7.59 $\pm$ 1.03	4.62 $\pm$ 0.57 ^{△▲}	16.95 $\pm$ 2.31	9.06 $\pm$ 1.03 ^{△▲}	35.28 $\pm$ 5.41	22.50 $\pm$ 3.61 ^{△▲}
对照组	61	7.71 $\pm$ 0.95	5.19 $\pm$ 0.62 [△]	17.04 $\pm$ 1.79	11.12 $\pm$ 1.17 [△]	36.09 $\pm$ 4.42	27.08 $\pm$ 4.02 [△]

注: 与同组治疗前比较, [△] $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [▲] $P < 0.05$ 。

2.4 两组肝脏超声指标比较

组内比较, 两组治疗前后的肝门静脉主干内径、脾

静脉内径及脾脏厚度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$) ; 组间比较, 治疗前后, 两组肝门静脉主干内径、脾

静脉内径及脾脏厚度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$) 。见表 4。

表 4 两组 CHB 患者肝脏超声指标比较 ($\bar{x} \pm s$, cm)

组别	例数	肝门静脉主干内径		脾静脉内径		脾脏厚度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	61	1.58 $\pm$ 0.39	1.60 $\pm$ 0.40	1.02 $\pm$ 0.23	1.09 $\pm$ 0.31	3.69 $\pm$ 0.51	3.71 $\pm$ 0.59
对照组	61	1.56 $\pm$ 0.32	1.59 $\pm$ 0.41	1.08 $\pm$ 0.25	1.10 $\pm$ 0.34	3.71 $\pm$ 0.53	3.73 $\pm$ 0.62

2.5 两组临床疗效比较

观察组临床疗效优于对照组 ($P < 0.01$) 。见表 5。

纤维化治疗为主, 能够有效降低 HBV - DNA 载量, 延缓 CHB 的病情进展^[14-15]。但多数药物难以逆转 CHB 的病情, CHB 患者常需终身服用抗病毒药物以防止 CHB 的复发, 局限性显著^[16-17]。因此, 寻找新的、有效的辅助治疗方法, 成为临床研究的主要方向。

表 5 两组 CHB 患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	61	31 (50.82)	25 (40.98)	5 (8.20)	56 (91.80)
对照组	61	23 (37.70)	25 (40.98)	13 (21.31)	48 (78.69)
Z/χ^2 值					6.684
P 值					0.001

2.6 两组不良反应发生情况比较

两组未见严重不良反应。对照组腹泻 2 例、恶心 1 例、失眠 1 例, 总发生率为 6.56% ; 观察组腹泻 4 例、恶心 2 例, 总发生率为 9.84% , 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$) 。

3 讨论

我国作为 CHB 发病大国, 发病率逐年增加^[10-11]。研究表明, HBV 感染能够持续异常激活机体的免疫机制, 诱导星状细胞过度增殖, 抑制细胞外基质降解并促进细胞外基质增加, 导致肝内弥漫性细胞外基质过度沉积及肝内结缔组织异常增生, 促进 CHB 向肝纤维化进展^[12-13]。目前, CHB 的西医治疗以抗病毒及预防

CHB 可归为中医“胁痛”“积聚”“肝瘟”等范畴^[18-19]。中医学认为, CHB 的发病涉及“湿、热、毒、瘀、虚”等多个维度, 肝藏血, 肝胆相通, 肝气郁结可导致湿热内生^[20]。湿热留滞, 脾胃运化受阻, 导致脾虚湿阻, 致肝胆湿热。《黄帝内经》记载: “恶则邪气留止, 积聚乃伤”; 《诸侯源病论》记载: “诸脏受邪, 初未能为积聚, 留滞不去, 乃成积聚”, 指出毒邪侵袭是导致积聚发生的关键。肝气郁滞则血行不畅, 肝胆瘀血留滞, 形成血瘀, 加重肝区疼痛、黄疸等症状^[21-22]。CHB 慢性化及肝脏损伤的持续发展, 又加重脾胃虚弱、肝气不舒、气血不足。脾虚则不能运化水湿, 肝失疏泄^[23-24]。中医治疗 CHB 主张疏肝解郁、清肝健脾、疏血通络^[25-26]。

本研究结果显示, 相较于对照组, 观察组治疗后的中医证候积分、肝功能、HBV - DNA 载量及炎症因子

的改善情况更加明显,治疗有效率更高,提示养肝散合四逆散治疗 HBV,有助于减轻炎症反应,缓解患者的肝功能症状。分析原因,本研究中应用养肝散合四逆散治疗 HBV,其中夏枯草可清热解毒、散结消肿、清肝明目,具有抗炎、抗病毒、保肝的作用;附子可温通经络、温阳散寒、回阳救逆、止痛;香附可疏肝理气、调经止痛,缓解肝气郁结引起的胁痛;柴胡可疏肝解郁、和解表里、升举阳气,与芍药配伍(如柴胡疏肝散)可增强疏肝理气效果;芍药可养血柔肝、缓急止痛,缓解肝郁血虚引起的疼痛和痉挛,与甘草配伍(如芍药甘草汤)可增强止痛效果;炙甘草可补脾益气、清热解毒、缓急止痛,兼具调和药性,减轻其他药物毒性的作用;枳实可破气消积、化痰散痞,缓解肝郁气滞引起的腹胀、消化不良等症状,与柴胡、香附等疏肝理气药配伍可增强疗效;红花可活血化瘀、通经止痛,改善肝郁血瘀引起的胁痛、面色晦暗等症状;川芎可活血行气、祛风止痛,改善肝郁血瘀引起的疼痛和血液循环障碍,与红花配伍可增强活血效果。诸药合用,共同发挥疏肝解郁、清肝健脾、疏血通络的治疗效果,应用于 CHB 的治疗中,能够有效提升患者的治疗效果。

综上所述,养肝散合四逆散治疗肝郁脾虚兼瘀血阻络证 CHB,有助于缓解患者的肝功能症状,减轻炎症反应,疗效良好。

参考文献:

[1] YANG R R, GUI X E, KE H N, et al. Accuracy of FIB - 4 and APRI scores compared to transient elastography for liver fibrosis in patients with HIV and HBV co - infection[J]. Int J STD AIDS, 2023, 34(1): 18 - 24.

[2] SAPMAZ F P, BÜYÜKTURAN G, SAKIN Y S, et al. How effective are APRI, FIB - 4, FIB - 5 scores in predicting liver fibrosis in chronic hepatitis B patients? [J]. Medicine, 2022, 101(36): e30488.

[3] DING Y P, WANG Z Y, NIU H Y, et al. FIB - 4 is closer to FibroScan screen results to detecting advanced liver fibrosis and maybe facilitates NAFLD warning[J]. Medicine, 2023, 102(34): e34957.

[4] 牟娟娟, 陈阳梅, 舒成凤, 等. 清肝利胆汤联合恩替卡韦治疗肝胆湿热证乙型肝炎患者的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(5): 1012 - 1017.

[5] 吴舒怡, 朱小区, 董小洁. 龙胆泻肝汤合四逆散治疗乙型肝炎慢急性肝衰竭(湿热蕴结证)患者的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2023, 32(4): 675 - 677.

[6] 钟镇康, 周晓玲, 张志杰, 等. 加味济生肾气汤联合穴位注射丹参注射液治疗慢性乙型肝炎肝纤维化患者的临床观察[J]. 中西医结合肝病杂志, 2023, 33(3): 242 - 246.

[7] 尚亚楠, 胡微, 李兰, 等. 化瘀疏肝汤联合恩替卡韦对乙型肝炎肝硬化失代偿期患者肝纤维化及炎症细胞因子的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2024, 19(5): 1011 - 1015.

[8] 中华医学会, 中华医学学会杂志社, 中华医学学会全科医学分会, 等. 慢性乙型肝炎基层诊疗指南(2020 年)[J]. 中华全科医师杂志,

2021, 20(2): 137 - 149.

[9] 国家中医药管理局医政司. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 2017: 132 - 135.

[10] 姜付泉, 张秋香, 孙凤霞, 等. 黄芪化纤汤对慢性乙型肝炎患者肝功能与肝纤维化指标的影响[J]. 世界中医药, 2022, 17(1): 104 - 107, 111.

[11] 杜宜衡, 刘欣灵, 钟嘉图, 等. 小苓连汤联合恩替卡韦对慢性乙型肝炎肝纤维化患者肝功能、肝脏硬度值的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2022, 24(6): 28 - 31.

[12] YAO L C, HU X, DAI K, et al. Mesenchymal stromal cells: promising treatment for liver cirrhosis[J]. Stem Cell Res Ther, 2022, 13(1): 308.

[13] PEI Q Y, YI Q, TANG L L. Liver fibrosis resolution: from molecular mechanisms to therapeutic opportunities[J]. Int J Mol Sci, 2023, 24(11): 9671.

[14] ZHANG D Y, ZHANG Y G, SUN B. The molecular mechanisms of liver fibrosis and its potential therapy in application[J]. Int J Mol Sci, 2022, 23(20): 12572.

[15] FRASER D A, WANG X Y, LUND J, et al. A structurally engineered fatty acid, icosabutate, suppresses liver inflammation and fibrosis in NASH[J]. J Hepatol, 2022, 76(4): 800 - 811.

[16] XU X L, JIANG L S, WU C S, et al. The role of fibrosis index FIB - 4 in predicting liver fibrosis stage and clinical prognosis: a diagnostic or screening tool? [J]. J Formos Med Assoc, 2022, 121(2): 454 - 466.

[17] SANYAL A J, FOUQUIER J, YOUNOSSE Z M, et al. Enhanced diagnosis of advanced fibrosis and cirrhosis in individuals with NAFLD using FibroScan - based Agile scores[J]. J Hepatol, 2023, 78(2): 247 - 259.

[18] 郝慧敏, 魏晓广, 高春献. 血府逐瘀汤加减联合恩替卡韦对乙型肝炎肝硬化失代偿期肝纤维化的影响[J]. 检验医学与临床, 2023, 20(8): 1107 - 1111.

[19] 汪超, 李德平, 杨帆, 等. 乙肝抗纤汤结合牛胎肝提取物片对慢性乙型肝炎肝纤维化患者的临床疗效观察[J]. 中西医结合肝病杂志, 2022, 32(8): 745 - 747.

[20] 曹衍志. 参芪益肝汤加减治疗对乙型肝炎纤维化患者炎症相关细胞因子及 Treg/Th17 比率的影响[J]. 四川中医, 2023, 41(1): 137 - 140.

[21] 严秀芝, 余小翠. 膈下逐瘀汤加减联合西药治疗乙型肝炎肝硬化临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(8): 45 - 49.

[22] 王宏, 王鸿博, 张招英, 等. 化瘀柔肝汤联合恩替卡韦治疗乙型肝炎硬化的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2022, 29(5): 890 - 892.

[23] 袁芳, 石俊, 高倩, 等. 化肝解毒汤对慢性乙型肝炎患者临床疗效及外周血 T 淋巴细胞、IL - 6、GP73 的作用研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(7): 1126 - 1129, 1178.

[24] 赵安静, 吴春明. 扶正解毒汤联合替诺福韦酯治疗慢性乙型病毒性肝炎临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(14): 83 - 86.

[25] 张思淼, 彭清华, 赵晓威, 等. 三棱莪术汤联合恩替卡韦分散片治疗慢性乙型肝炎肝纤维化肝郁脾虚瘀血阻络证的临床观察[J]. 河北中医, 2022, 44(11): 1834 - 1838.

[26] 吴阳, 董汾, 王克穷, 等. 血府逐瘀汤联合恩替卡韦治疗瘀血阻络型乙型肝炎肝硬化代偿期患者的临床效果[J]. 广西医学, 2024, 46(9): 1366 - 1372.

Clinical Observation of the Treatment of Chronic Hepatitis B with Liver Stagnation, Spleen Deficiency, and Blood Stasis Obstructing the Collaterals by Modified Yanggan Powder Combined with Si Ni Powder

WANG Zhaoyun, ZHOU Guangquan

Department of Spleen and Stomach Diseases, Hai'an Traditional Chinese Medicine Hospital, Nantong 226600, China

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of modified Yanggan Powder combined with Sini Powder in the treatment of chronic hepatitis B (CHB) with liver depression, spleen deficiency, and blood stasis obstructing the collaterals. Methods: A total of 122 CHB patients diagnosed in the Hai'an Traditional Chinese Medicine Hospital from April 2021 to December 2023 were randomly divided into an observation group ($n=61$) and a control group ($n=61$) using a computer-generated random number method. The control group was treated with entecavir, while the observation group received a combination of modified Yanggan Powder and Sini Powder. After 6 months of treatment, the two groups were compared for TCM syndrome scores, liver function, HBV-DNA load, inflammatory factors (IL-1 β , IL-6), liver function ultrasound indicators, therapeutic efficacy, and adverse reactions. Results: After treatment, both groups showed a reduction in TCM syndrome scores, aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), total bilirubin (TbIL), HBV-DNA load, IL-1 β , and IL-6, with the observation group showing lower values than the control group ($P<0.05$). Both groups had an increase in albumin (ALB), with the observation group showing a higher increase than the control group. There were no significant changes in the hepatic portal vein diameter, splenic vein diameter, or spleen thickness before and after treatment in both groups ($P>0.05$). The therapeutic efficacy rate in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$). No serious adverse reactions were observed in either group. Conclusion: Modified Yanggan Powder combined with Sini Powder is effective in treating HBV with liver qi stagnation, spleen deficiency, and blood stasis obstructing the channels, helping to relieve liver function symptoms, reduce inflammatory responses, and achieve good therapeutic effects.

Key words Chronic hepatitis B; Liver stagnation and spleen deficiency; Blood stasis obstructing collaterals; Yanggan Powder combined with Sini Powder