

西医综合疗法联合益气疏肝、醒脾化湿通络法治疗乙型肝炎相关肝衰竭

曾义岚, 胡蓉, 王丽, 王林, 李继科, 陈竹, 张鸿, 毛创杰, 段萌 (成都市公共卫生临床医疗中心 肝病科, 成都 610066)

摘要: 目的 观察西医综合疗法联合益气疏肝、醒脾化湿通络法治疗乙型肝炎相关肝衰竭(HBV-related liver failure, HBV-LF)的临床疗效。方法 将232例乙型肝炎相关肝衰竭患者随机分入西医组(119例)和中西医结合组(113例), 西医组患者采用西医综合治疗, 中西医结合组患者在西医治疗的基础上口服中药汤剂肝脾疏络饮, 比较两组的疗效、并发症发生率、病死率、人工肝次数及中医证候积分。结果 治疗2周时, 中西医结合组患者血清TBil和DBil水平显著低于西医组(F 值分别为6.477、11.700; P 值分别为0.002、0.001), 血清TBil下降程度亦显著高于西医组($F = 11.7$, $P < 0.001$)。治疗24周时, 中西医结合组患者入组后人工肝次数及人工肝费用均显著低于西医组($F = 4.76$ 、9.065, $P = 0.03$ 、0.004)。中西医结合组在治疗1周、2周、3周、4周及8周时的中医证候积分均显著低于西医组(P 均 < 0.05)。结论 西医综合疗法联合益气疏肝、醒脾化湿通络法治疗乙型肝炎相关肝衰竭可改善患者的肝功能, 降低病死率, 减少人工肝次数及医疗费用, 值得进一步研究和推广。

关键词: 肝功能衰竭; 肝炎病毒, 乙型; 中西医结合; 疗效

Yiqi Shugan Xingpi Huashi Tongluo therapy combined with western medicine in treatment of HBV-related liver failure

ZENG Yi-lan, HU Rong, WANG Li, WANG Lin, LI Ji-ke, CHEN Zhu, ZHANG Hong, MAO Chuang-jie, DUAN Meng (Department of Hepatitis, Public Health Clinical Center of Chengdu, Chengdu 610066, China)

Abstract: Objective To investigate the curative effect of Yiqi Shugan Xingpi Huashi Tongluo therapy combined with western medicine in treatment of HBV-related liver failure. **Methods** Total of 232 cases with HBV-related liver failure were selected and randomly divided into western medicine group (119 cases) and integrated traditional Chinese and western medicine group (113 cases). Patients in western medicine group were given western combined therapy, while patients in integrated traditional Chinese and western medicine group were given Gan-pi-shu-luo decoction on the basis of western medicine group. Curative effect, mortality rate, complication rate, artificial liver number and traditional Chinese medicines (TCM) syndrome integral were compared. **Results** After 2 weeks' treatment, the serum TBil and DBil levels of patients in integrated traditional Chinese and western medicine group were significantly lower than those in western medicine group ($F = 6.477$, 11.700; $P = 0.002$, 0.001), and the decrease of serum TBil was also significantly higher than that in western medicine group ($F = 11.7$, $P < 0.001$). After 24 weeks' treatment, the artificial liver number and cost of patients in integrated traditional Chinese and western medicine group were significantly lower than those in western medicine group ($F = 4.76$, 9.065; $P = 0.03$, 0.004). The TCM syndrome of patients in integral integrated traditional Chinese and western medicine group were significantly lower than those in western medicine group at week 1, week 2, week 3, week 4 and week 8 ($P < 0.05$). **Conclusions** Yiqi Shugan Xingpi Huashi Tongluo therapy combined with western medicine can effectively improve liver function, reduce mortality and requery or cost of artificial liver therapy of patients with HBV-related liver failure, which is worthy of further research and clinical application.

Key words: Liver failure; Hepatitis B virus; Combination of traditional Chinese and western medicine; Curative effect

DOI: 10.3969/j.issn.1674-7380.2018.01.009

基金项目: 四川省中医药管理局重大专项课题(2012-A-092); 成都市科技局科研课题(2015-HM01-00069-SF); 成都市卫计委科研课题(2015036)

通讯作者: 胡蓉 Email: chen-zoey@163.com

肝功能衰竭是我国常见的终末期肝病,病情进展快,病死率高,在我国以乙型肝炎病毒(hepatitis B virus, HBV)引起的肝衰竭最为多见^[1]。肝衰竭的治疗周期长、治疗费用高、并发症多,病死率高达50%~90%^[2-5]。人工肝支持系统(简称人工肝)的应用可在一定程度上降低肝衰竭患者的病死率^[6]。近年来,本院在西医药物治疗和人工肝的基础上联合益气疏肝和醒脾化湿通络法治疗肝衰竭,现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 选取2013年1月至2016年6月在成都市公共卫生临床医疗中心住院治疗的232例乙型肝炎相关肝衰竭患者,其中男188例,女44例,年龄17~69岁,平均年龄(38.64 ± 11.27)岁;亚急性肝衰竭13例,慢加急性肝衰竭195例,慢性肝衰竭24例;早期86例、中期127例,晚期19例。

1.1.1 纳入标准 ①有乙型肝炎病史;②符合《肝衰竭诊疗指南(2012年版)》^[1]中的肝衰竭诊断标准;③符合湿阻肝络证辨证标准;④通过本院伦理委员会批准,所有患者均签署知情同意书。中医辨证分型标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》(2002版)^[7]病毒性肝炎的辨证标准,制定湿阻肝络证标准。主证:①身目俱黄,黄色晦垢;②倦怠乏力;③食欲不振;④脘闷腹胀。次证:①恶心暖气或呕吐;②便干结或稀溏或时溏时干;③口淡不欲饮;④胁肋疼痛;⑤烦躁易怒或喜叹息;⑥舌质淡、舌苔白腻或黄腻,脉弦滑或濡滑或缓滑。辨证要求:具备主证4项;或具备主证①、②、③项中任1项,同时具备次证中任何2项者,即属本证。

1.1.2 排除标准 ①酒精、药物、寄生虫及中毒所致肝衰竭;②原发性肝癌患者;③妊娠和哺乳期妇女;④抗HIV阳性者;⑤并发消化道大出血、脑水肿和严重感染等;⑥精神疾病患者;⑦无法口服中药者;⑧近3个月内参加过其他临床试验者;⑨对本研究方案中的药物及人工肝材料过敏者。

1.2 研究方法 采用随机数字表法将上述患者随机分为西医组(119例)和中西医结合组(113例),两组患者的一般情况、肝肾功能及凝血功能等基线资料差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。西医组患者给予西医内科药物治疗联合人工肝治疗,中西医结合组患者在西医组治疗的基础上,口服中药汤剂肝脾疏络饮,每日1剂,每剂煎煮后浓缩至90 ml,口服30ml/次,每日3次,连续服用8周。肝脾疏络饮的处方组成为:赤芍、枳实、茵陈、柴胡和法半夏等。

1.3 观察指标 ①肝功能:丙氨酸氨基转移酶(alanine transferase, ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(aspartate transaminase, AST)、总胆红素(total bilirubin, TBil)、直接胆红素(direct bilirubin, DBil)及TBil下降幅度;②凝血酶原活动度(prothrombin activity, PT);③并发症发生率、病死率、生存时间、人工肝次数及费用;④中医证候积分。

1.4 统计学处理 采用SPSS 20.0软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的一般情况 入组患者的一般情况及实验室检查结果见表1。

2.2 治疗2周时的疗效比较 治疗2周时,中西医结合组病死10例,病死率为8.85%;西医组病死13例,病死率为10.92%。两组存活患者的肝功能均有一定程度的改善,中西医结合组患者血清TBil和DBil水平显著低于西医组(F 值分别为6.477、11.700; P 值分别为0.002、0.001), TBil下降幅度亦显著高于西医组($F = 11.7, P < 0.001$),见表2。

2.3 治疗8周时的疗效比较 治疗8周时,中西医结合组病死14例,病死率12.39%,西医组病死20例,病死率为16.81%。两组存活患者的肝功能较基线有明显改善,中西医结合组患者AST水平显著低于西医组($F = 5.47, P < 0.05$),其余肝功能指标、PT%、并发症发生率、病死率及生存时间的差异无统计学意义(P 均 > 0.05),见表3。

2.4 治疗24周时的疗效及经济学比较 治疗24周时,中西医结合组病死18例,病死率为15.93%,西医组病死27例,病死率为22.69%。两组存活患者的肝功能基本恢复正常,中西医结合组患者入组后人工肝次数显著少于西医组($F = 4.76, P = 0.03$),且入组后人工肝费用显著低于西医组($F = 9.065, P = 0.004$);两组患者的病死率、平均生存时间、住院天数和住院费用差异无统计学意义($P > 0.05$),见表4。

2.5 两组患者中医临床证候积分比较 本研究评估了包括神疲懒言、食欲不振、恶心呕吐、脘闷腹胀、口苦口干、暖气、烦躁易怒、胁肋疼痛、大便稀溏及大便干结在内的常见临床证候。经比较,中西医结合组在1周、2周、3周、4周及8周时的中医临床证候积分均显著低于西医组(P 均 < 0.05),见表5。

3 讨论

肝衰竭是各种原因引起的肝细胞大量坏死,临

表 1 入组患者的一般情况及基线实验室检查结果

项目	数值	项目	数值
性别（例）		并发症 [例（%）]	
男	188	有	111（47.84）
女	44	无	121（52.16）
年龄（ $\bar{x} \pm s$, 岁）	38.64 ± 11.27	既往抗病毒治疗 [例（%）]	
家族史 [例（%）]		有	55（23.71）
有	126（54.31）	无	177（76.29）
无	106（45.69）	不规范停用抗病毒药物 [例（%）]	
乙型肝炎病史（ $\bar{x} \pm s$, 年）	9.71 ± 6.12	有	23（9.91）
发病时间（ $\bar{x} \pm s$, 天）	15.43 ± 11.61	无	209（90.09）
肝衰竭类型（例）		TBil（ $\bar{x} \pm s$, $\mu\text{mol/L}$ ）	308.75 ± 119.32
急性	4	DBil（ $\bar{x} \pm s$, $\mu\text{mol/L}$ ）	192.34 ± 80.95
亚急性	9	ALB（ $\bar{x} \pm s$, g/L）	30.14 ± 3.87
慢加急性	195	BUN（ $\bar{x} \pm s$, mmol/L）	4.01 ± 3.22
慢性	24	CREA（ $\bar{x} \pm s$, $\mu\text{mol/L}$ ）	66.98 ± 17.64
肝衰竭分期（例）		K ⁺ （ $\bar{x} \pm s$, mmol/L）	5.02 ± 0.73
早期	86	Na ⁺ （ $\bar{x} \pm s$, mmol/L）	134.67 ± 4.96
中期	127	Cl ⁻ （ $\bar{x} \pm s$, mmol/L）	99.85 ± 7.24
晚期	19	PT（ $\bar{x} \pm s$, s）	24.76 ± 7.53
饮酒史（例）		PTA（ $\bar{x} \pm s$, %）	35.26 ± 11.69
无	152		
偶有	53		
常有	27		

表 2 两组患者治疗 2 周时的实验室检查比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	ALT（U/L）	AST（U/L）	PT（%）
中西医结合组（ $n=113$ ）	325.45 ± 207.63	264.59 ± 153.85	48.29 ± 15.32
西医组（ $n=119$ ）	342.54 ± 241.67	276.32 ± 155.24	45.37 ± 13.67
F 值	2.133	0.401	0.725
P 值	0.144	0.527	0.395
组别	TBil（ $\mu\text{mol/L}$ ）	DBil（ $\mu\text{mol/L}$ ）	TBil下降（ $\mu\text{mol/L}$ ）
中西医结合组（ $n=113$ ）	203.76 ± 94.58	137.64 ± 80.95	82.24 ± 31.68
西医组（ $n=119$ ）	221.54 ± 98.65	142.37 ± 90.32	57.47 ± 25.76
F 值	6.477	11.700	12.927
P 值	0.002	0.001	< 0.001

床表现为黄疸、肝性脑病、腹水及凝血障碍等，病情进展快，治疗难度大，单纯内科治疗病死率高。目前，肝衰竭的治疗手段有内科药物治疗、人工肝治疗和肝移植等。人工肝支持系统简称人工肝，是通过血浆置换、血浆灌流、血液滤过、胆红素吸附及分子吸附再循环等方法，清除体内胆红素、血氨等有害物质，补充必需物质，暂时或部分替代肝脏功能，从而给肝细胞再生或者肝移植赢得时间，使肝衰竭患者的病死率有所下降^[8-11]。但人工肝治疗

的价格较为昂贵，每次需耗费数千至数万元，随着血制品的紧缺，人工肝治疗也较为受限^[12]，而肝移植因供肝缺乏、术后排异反应及高额费用等原因也无法在现阶段成为我国的常规治疗方法^[13]。近年来，本院开展了大量中医药防治传染病的临床科研工作，发现联合西医药物治疗、人工肝及中医药治疗肝衰竭有降低病死率、减少人工肝次数、降低医疗费用的趋势，为进一步证实疗效而开展了本研究。

表 3 两组患者治疗 8 周时的实验室结果、并发症发生率、病死率及生存时间比较

组别	ALT	AST	TBil	DBil	TBil下降
	($\bar{x} \pm s$, U/L)	($\bar{x} \pm s$, U/L)	($\bar{x} \pm s$, $\mu\text{mol/L}$)	($\bar{x} \pm s$, $\mu\text{mol/L}$)	($\bar{x} \pm s$, $\mu\text{mol/L}$)
中西医结合组 ($n=113$)	32.87 \pm 25.22	30.82 \pm 22.99	64.61 \pm 24.68	31.26 \pm 13.68	88.42 \pm 16.65
西医组 ($n=119$)	33.37 \pm 20.93	31.82 \pm 16.77	66.94 \pm 18.01	34.04 \pm 16.29	86.71 \pm 16.93
统计量值	$F=0.02$	$F=5.47$	$F=1.34$	$F=1.76$	$F=5.463$
P值	0.89	0.02	0.25	0.19	0.067

组别	PT ($\bar{x} \pm s$, %)	并发症[例 (%)]		病死率[例 (%)]	生存时间 ($\bar{x} \pm s$, 周)
		有	无		
中西医结合组 ($n=113$)	81.80 \pm 29.30	42 (37.17)	71 (62.83)	14 (12.39)	7.42 \pm 1.66
西医组 ($n=119$)	68.94 \pm 28.47	46 (38.66)	73 (61.34)	20 (16.81)	7.34 \pm 1.76
统计量值	$F=0.28$	$\chi^2=0.42$		$\chi^2=0.90$	$F=0.095$
P值	0.59	0.52		0.34	0.76

表 4 两组患者治疗 24 周时的疗效及经济学比较

组别	ALT	AST	TBil	DBil	病死率
	($\bar{x} \pm s$, U/L)	($\bar{x} \pm s$, U/L)	($\bar{x} \pm s$, $\mu\text{mol/L}$)	($\bar{x} \pm s$, $\mu\text{mol/L}$)	[例 (%)]
中西医结合组 ($n=113$)	43.82 \pm 22.4	40.83 \pm 17.18	20.31 \pm 11.72	6.41 \pm 4.22	18 (15.93)
西医组 ($n=119$)	45.50 \pm 20.11	42.55 \pm 23.12	22.95 \pm 12.10	8.25 \pm 5.86	27 (22.69)
统计量值	$F=0.25$	$F=0.76$	$F=0.13$	$F=6.95$	$\chi^2=1.69$
P值	0.62	0.39	0.72	0.009	0.19

组别	生存时间	住院时间	住院费用	人工肝次数	人工肝费用
	($\bar{x} \pm s$, 周)	($\bar{x} \pm s$, 天)	($\bar{x} \pm s$, 万元)	($\bar{x} \pm s$, 次)	($\bar{x} \pm s$, 万元)
中西医结合组 ($n=113$)	22.02 \pm 6.76	41.43 \pm 21.49	6.93 \pm 4.13	1.15 \pm 1.38	1.60 \pm 0.91
西医组 ($n=119$)	21.58 \pm 6.91	40.04 \pm 23.21	6.67 \pm 3.59	1.64 \pm 1.47	2.13 \pm 1.10
统计量值	$F=0.27$	$F=1.08$	$F=0.13$	$F=4.76$	$F=9.065$
P值	0.61	0.29	0.72	0.03	0.004

表 5 两组患者的中医临床证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	0周	1周	2周	3周	4周	8周
中西医结合组 ($n=113$)	28.30 \pm 7.04	20.95 \pm 6.29	13.68 \pm 5.81	10.10 \pm 5.62	8.12 \pm 3.46	2.74 \pm 1.51
西医组 ($n=119$)	26.54 \pm 7.68	24.76 \pm 8.75	16.32 \pm 7.98	13.53 \pm 6.79	11.75 \pm 5.47	5.92 \pm 2.35
F值	1.24	9.40	9.51	6.29	15.07	7.12
P值	0.27	0.002	0.002	0.013	< 0.001	0.008

在中医古籍文献中无“肝衰竭”的概念，但肝衰竭以黄疸、凝血障碍、肝性脑病及腹水为主要表现，与“急黄”、“瘟黄”类似。目前，国内对于肝衰竭的中医治疗以辨证论治为主，有清热利湿解毒、凉血活血、解毒化瘀及扶正补虚等方法^[14-16]，如清利湿热多用茵陈蒿汤加减，有医家侧重于治疗“瘀血发黄”，还有医家认为正虚邪盛、（气）阳虚湿毒是重要病机，提倡祛邪扶正并举^[17-22]。本项目组研究认为，除急性者外，肝衰竭多属“阴黄”，且为虚实兼夹之证，虚表现为气虚、阳虚、脾虚，具体到脏腑则多为肝虚、脾虚，甚者肝脾肾俱虚，如疲乏、怕冷、纳差、妇女停经、脉乏

力等症；实表现为肝气不疏、湿（瘀）毒阻滞经络，如腹痛、腹胀、腹水、出血、舌质暗、苔腻等症。治疗上若只清除湿毒，则易伤正气，若只补益肝气，则易留湿毒，必须两者兼顾，否则病深药浅、不能救急于一时，因此，针对这一虚实兼夹的情况，确定了益气、疏肝、醒脾、化湿、通络的治疗原则，制定了肝脾疏络饮，其药物组成为：茵陈、柴胡、赤芍、枳实、法半夏、茯苓、广木香、砂仁、生晒参、炙黄芪、红花、大枣、生姜、甘草等。方中以生晒参、炙黄芪益气养肝，茵陈、柴胡、赤芍、枳实疏肝，法半夏、茯苓、广木香、砂仁醒脾化湿，红花活血祛瘀，大枣、生姜温

运中焦, 甘草调和诸药。

本组研究结果显示, 在基线指标相似的情况下, 治疗2周时, 中西医结合组患者的血清TBil水平显著低于西医组, TBil下降程度亦显著高于西医组; 治疗24周时, 中西医结合组的病死率、人工肝次数及费用均少于西医组。同时, 本研究评估了包括神疲懒言、食欲不振、恶心呕吐、脘闷腹胀、口苦口干、嗝气、烦躁易怒、胁肋疼痛、大便稀溏及大便干结等在内的常见临床证候。结果显示, 中西医结合组在1周、2周、3周、4周及8周时的中医证候积分均低于西医组。可见, 中西医结合治疗肝衰竭不仅可降低黄疸、减少人工肝频率, 在缓解患者的消化道症状等方面也可能具有一定的优势, 有利于降低患者的病死率, 减少人工肝次数, 从而节约医疗成本, 减轻患者的医疗负担。

综上所述, 中西医结合治疗肝衰竭可有效改善临床症状, 降低病死率, 减少人工肝次数, 减轻医疗负担, 值得进一步研究和推广。

参考文献

- [1] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组, 中华医学会肝病学分会重型肝病与人工肝学组. 肝衰竭诊治指南(2012年版)[J]. 实用肝脏病杂志, 2013, 16(3): 210-216.
- [2] Stockmann HB, Hiemstra CA, Marquet RL, et al. Extracorporeal perfusion for the treatment of acute liver failure[J]. Ann Surg, 2000, 231(4): 460-470.
- [3] 王艳丽, 黎环. 乙型肝炎肝衰竭患者预后影响因素研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2014, 23(10): 1191-1194.
- [4] 黄水文, 陈明胜, 林春, 等. 乙型肝炎相关慢加急性肝功能衰竭患者并发自发性腹膜炎的危险因素[J]. 中华传染病杂志, 2014, 32(7): 434-437.
- [5] 王林, 胡蓉, 张鸿, 等. 不同类型非生物型人工肝治疗重型肝炎的总体疗效评估[J]. 四川医学, 2010, 31(8): 1108-1110.
- [6] 揭方荣, 鲁晓攀. HBV相关慢加急性肝衰竭的细胞分子免疫机制研究进展[J]. 传染病信息, 2017, 30(2): 114-117.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 147-148.
- [8] Agrawal S, Duseja A, Gupta T, et al. Simple organ failure count versus CANONIC grading system for predicting mortality in acute-on chronic liver failure[J]. J Gastro Hepatol, 2015, 30(3): 575-581.
- [9] 刘洪, 陈刚, 甘雪梅. 慢加急性肝衰竭治疗的新技术及其研究进展[J]. 临床肝胆病杂志, 2015, 31(9): 1496-1500.
- [10] 曾义岚, 陈竹, 王丽, 等. 人工肝联合抗病毒治疗乙型慢加急性肝衰竭的疗效及影响因素分析[J/CD]. 中国肝脏病杂志(电子版), 2015, 7(4): 26-30.
- [11] 钱志平, 陈楠, 张宇一, 等. 血浆透析滤过治疗HBV相关慢加急性肝衰竭预后的影响因素分析[J]. 肝脏, 2017, 22(2): 111-115.
- [12] 周渐, 万红, 杨正茂, 等. 血浆灌流联合血浆置换治疗慢加急性肝衰竭的效果观察[J]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33(4): 715-718.
- [13] 陈竹, 曾义岚, 王丽, 等. 肝功能衰竭预后评估的研究进展[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2015, 9(5): 612-615.
- [14] 雷任国, 苏春雄, 程万里, 等. 人工肝联合中药灌流治疗乙型肝炎肝衰竭的临床疗效及安全性探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(15): 1630-1632.
- [15] 朱晓宁, 彭孟云, 汪静. 中医药治疗肝衰竭研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(23): 140-142.
- [16] 陈鹏, 曹武奎. 热毒清对肝衰竭肠源性内毒素血症的影响[J]. 天津中医药, 2017, 34(2): 94-98.
- [17] 张向磊, 卢立伟, 胡冬青, 等. 护肠清毒微丸结肠靶向给药阻断瘀毒内蕴证乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭肠源性内毒素血症临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(18): 191-197.
- [18] 周小舟, 黄俏光, 孙新锋, 等. 肝衰竭中医证候分布规律研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(1): 64-66.
- [19] 毛德文, 唐农, 王娜, 等. 肝衰竭中医证候研究概述及扶阳疗法初探[J]. 临床肝胆病杂志, 2015, 31(1): 48-51.
- [20] 胡建华, 李秀惠, 张秋云, 等. 慢性乙型重型肝炎证候规律探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2011, 34(3): 201-204.
- [21] 扈晓宇, 张扬, 陈果, 等. 大剂量清热化瘀中药对乙型肝炎相关性慢加急性肝衰竭生存影响的前瞻性队列研究[J]. 中西医结合学报, 2012, 10(2): 176-184.
- [22] 黄慧琴, 陈斌, 湛宁生, 等. 湛宁生教授治疗中晚期慢性重型肝炎经验[J]. 湖南中医杂志, 2012, 28(2): 25-26.

收稿日期: 2017-09-01

曾义岚, 胡蓉, 王丽, 等. 西医综合疗法联合益气疏肝、醒脾化湿通络法治疗乙型肝炎相关肝衰竭[J/CD]. 中国肝脏病杂志(电子版), 2018, 10(1): 45-49.