

## 临床研究

## 软坚开肺利水法治疗肝硬化腹水的临床研究

毛宇湘<sup>1</sup> 张志威<sup>1</sup> 钱金花<sup>1</sup> 管佳畅<sup>2</sup> 孟宗德<sup>2</sup>

(1 河北省中医院脾胃病二科,石家庄,050011; 2 河北医科大学研究生学院,石家庄,050011)

**摘要** 目的:观察具有软坚开肺利水功效的复肝春3号方对肝硬化腹水患者的临床疗效。方法:将符合肝硬化腹水诊断要求的患者120例,随机分为治疗组及对照组,每组60例。治疗组在西医常规治疗的基础上加用复肝春3号方治疗;对照组应用西医常规治疗。20d为1个疗程,观察患者的中医症状、体征,肝功能,腹部彩超等指标。结果:2组治疗前、后症状、体征积分相比( $P < 0.05$ ),两者之间差异有统计学意义,治疗组优于对照组;肝功能指标:2组治疗前后ALB、ALT、AST、TBIL均有所改善,其余指标无显著性差异,2组患者腹部超声比较:门静脉内径,脾厚治疗前、后数据无统计学意义,疗效差异无统计学意义;但在腹水减退方面治疗前、后差异有统计学意义,治疗组优于对照组。结论:复肝春3号方能有效消退患者腹水,改善患者的临床症状,改善肝功能,提高患者的生活质量。尤其在联合西医对症治疗方面,具有明显的临床优势,值得临床推广运用。

**关键词** 肝硬化腹水;软坚开肺利水;临床研究

**Comprehensive Program of Research on Cirrhosis with Massive Ascites treated with Softening hardness kaifei lishui Therapy**

Mao Yuxiang<sup>1</sup>, Zhang Zhiwei<sup>1</sup>, Qian Jinhua<sup>1</sup>, Guan Jiachang<sup>2</sup>, Meng Zongde<sup>2</sup>

(1 Hebei Province's hospital of traditional Chinese medicine, Shijiazhuang 050011, China;

2 Graduate School of Hebei Medical University, Shijiazhuang 050011, China)

**Abstract Objective:** Observed using Softening hardness kaifei Lishui therapy composed with promoting blood circulation Softening hardness clinical efficacy open lung lishui efficacy Fu gan chun the 3rd Prescription (FGC-3) cirrhosis with ascites patients the clinical treatment. **Methods:** Inpatient will meet the requirements of 120 cases of liver cirrhosis diagnosis, divided into treatment group and the control group. Treatment of a group of 60 patients with (FGC-3) combined conventional medicine symptomatic treatment; the control group of 60 patients with medicine symptomatic treatment. 20 days for treatment. Observe these three groups of patients before treatment, clinical symptoms in patients with traditional Chinese medicine, signs, liver function, B-ultrasound and other test indicators, and according to Response Evaluation Criteria, making clinical evaluation. **Results:** Two groups after treatment symptom score compared, ( $P < 0.05$ ), there was a significant difference between them. the treatment group than the control group; Hepatic function: two groups before and after treatment ALB, ALT, AST, TBIL have improved; two groups of patients with abdominal B ultrasound (portal vein width, thickness of spleen, ascites depth) the data was not statistically significant, they were no significant difference in efficacy; But before treatment in ascites diminished respect after a significant difference. **Conclusion:** The results of this study showed that the benefits of (FGC-3) effective in patients with ascites subsided, improve clinical symptoms, improve liver function and improve the quality of life of patients. It is very useful Especially in the symptomatic treatment of medicine combined with significant clinical advantages.

**Key Words** Cirrhosis with ascites; Softening hardness, kaifei lishui; Clinical observation

中图分类号: R256.42 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2016.11.010

肝硬化腹水是各种肝病发展到肝硬化阶段肝功能失代偿期的突出表现,患者生活质量降低,生存期缩短,中西医治疗均疗效欠佳。笔者近些年来探索肝硬化腹水从肺论治,临床效果较为满意,并在2011年1月至2014年1月,对120例肝硬化腹水进行临床观察,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例来源于河北省中医院脾胃病二科(肝胆脾胃科)的住院患者,共120例,按简单随机数字表法随机分组为2组。治疗组60例,男35例,女25例;平均年龄( $63 \pm 10.1$ )岁;平均病程( $3.9 \pm 1.9$ )年;乙型肝炎肝硬化49例,乙醇性肝硬

化8例,原发性胆汁性肝硬3例,对照组60例,男36例,女24例;平均年龄( $61 \pm 10.2$ )岁;平均病程( $3.8 \pm 1.7$ )年;乙型肝炎肝硬化45例,乙醇性肝硬化8例,原发性胆汁性肝硬化2例,非乙醇性脂肪性肝病3例,隐源性肝硬化2例。2组病例在性别、年龄、病程长短、病情轻重等方面比较入组患者无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。进入研究前每位患者均签署了知情同意书。

**1.2 诊断标准** 西医诊断标准依据《实用内科学(第13版)》<sup>[1]</sup>。临床诊断:1)有病毒性肝炎、长期大量饮酒等可导致肝硬化的有关病史;2)有肝功能减退和门静脉高压的临床表现;3)肝功能试验有血清白蛋白下降、血清胆红素升高及凝血酶原时间延长等指标提示肝功能失代偿;4)超声或CT提示肝硬化以及腹部存在液性暗区。肝活组织检查见假小叶形成是诊断本病的金标准。中医诊断标准:参照2008年中华中医药学会发布《中医内科常见病诊疗指南》<sup>[2]</sup>。主症:腹部膨隆如鼓,皮肤绷紧,有移动性浊音,可伴有四肢瘦削、神疲乏力、纳少便溏,腹部积块,或齿衄、鼻衄,或在颈胸部等处出现红痣血缕及手掌赤痕。证候诊断:依据《肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见2011》<sup>[3]</sup>(中国中西医结合学会消化疾病专业委员会)分为气滞湿阻证;湿热蕴结证;气虚血瘀证;脾肾阳虚证;肝肾阴虚证。

**1.3 纳入标准** 1)符合肝硬化腹水的中西诊断标准;2)年龄18~70岁;3)无心、肺、肾等其他系统严重的基础疾病。

**1.4 排除标准** 1)合并深度肝昏迷、结核性腹膜炎、自发性腹膜炎及上消化道出血等疾病、重症肝炎、肝癌或其他恶性肿瘤者;2)合并有其他严重的内科原发性疾病者,妊娠或准备妊娠,哺乳期妇女、精神病患者。

## 1.5 治疗方法

**1.5.1 治疗组复肝春3号方为基础方+西医常规治疗**<sup>[3]</sup> 以具有软坚开肺利水的复肝春3号方(生牡蛎30g(先下)、制鳖甲20g(先下)、白芍10g、紫菀10g、桔梗10g、葶苈子10g、防己15g、泽兰30g、椒目10g等)为基础方,辨证加减:偏气滞湿阻证者,加大腹皮15g、柴胡12g、茵陈30g;偏湿热蕴结证者,加茵陈30g、马鞭草20g、炒苍术15g;偏气虚血瘀证者,加生黄芪30g、太子参15g、三七粉3g(冲服);偏脾肾阳虚证者,加桂枝12g、干姜9g、炮附子9g(先下);偏肝肾阴虚证者,加枸杞子15g、阿胶10g、生地黄15g。日1剂,煎药机煎煮出两袋,

每袋150mL,1袋/次,分早晚2次温服。西医常规治疗包括:1)一般治疗:休息、限制钠摄入量(食盐1.5~2g/d)。视治疗过程中症状加减。限制水摄入,(500~1000mL/d)。同时给予饮食指导,营养支持。2)药物治疗:口服与静脉滴注相结合(螺内酯和呋塞米)。先从小剂量开始,用螺内酯40~80mg/d,视腹水状况,逐渐加大药量,联合运用。同时检测患者电解质水平,根据肝功能情况,保肝、降酶治疗。口服及静脉予以肝水解肽、维生素C等;维持患者水、酸碱平衡、电解质。3)补充白蛋白或血浆:交替为患者补充人血白蛋白及新鲜血浆,提高血浆胶体渗透压人血白蛋白10g/d,血浆200mL/d。4)必要时予以患者放腹水治疗,每次视腹水量,放腹水量总量的2/5,注意手术操作安全性。5)预防治疗细菌感染、肝肾综合征、肝性脑病等并发症。

**1.5.2 对照组西医常规治疗** 1.5.1中包括的西医常规治疗,疗程:以20d为1个治疗周期,同时观察患者血、尿常规,心电图,肾功能等变化情况。

**1.6 观察指标** 中医症状、体征;Child-Pugh改良分级表;肝功能:腹部彩色超声超检查,治疗前、后各记录1次。见图1。

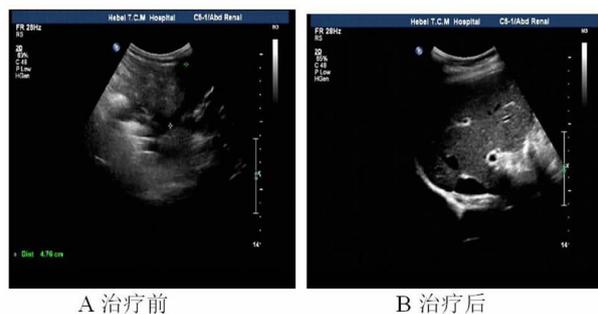


图1 治疗组治疗前后腹部超声检查对比

**1.7 评价标准** 疗效标准参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制订的《肝硬化中西医结合诊疗方案》:1)主要症状、体征疗效评价标准:a. 显效,症状改善百分率 $\geq 80\%$ ;b. 有效, $50\% \leq$ 症状改善百分率 $< 80\%$ ;c. 好转,症状改善百分率 $< 50\%$ ;d. 无效,症状改善百分率负值。2)证候疗效评定标准:a. 显效,症状、体征明显改善, $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$ ;b. 有效,症状、体征明显好转, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ ;c. 无效,症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 $< 30\%$ 。3)超声检查疗效评定:a. 痊愈,超声检查腹水消退;b. 显效,超声检查腹水基本消退;c. 有效,超声检查腹水较前减少;d. 无效,超声检查腹水未减少或增多。4)肝功能:ALB、ALT、AST、TBIL治疗前后数据比较。

1.8 统计学方法 观察数据统计完毕后,采用SPSS 17.0 软件进行分析总结,计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ ) 进行统计描述,组内用药前后比较,采用配对  $t$  检验,组间比较用  $t$  检验,方差不齐时用方差分析。计数资料采用频数(构成比)进行统计描述,组间采用  $\chi^2$  检验。 $P > 0.05$  表示检验无统计学意义,以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床综合疗效比较 治疗组总有效率 92%,对照组总有效率 87%,经秩和检验可知  $P = 0.006, P < 0.05$ , 治疗组优于对照组。[有效率 = (显效 + 有效 + 好转) / 总数  $\times 100\%$ ]。见表 1。

表 1 2 组临床综合疗效比较

组别	治疗组	对照组
例数	60	60
显效	25	25
有效	18	17
好转	12	10
无效	5	8
总有效率	92%	87%

2.2 2 组治疗前、后症候积分比较 2 组治疗前后症候积分比较差异有统计学意义,治疗组优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组治疗前、后症候积分比较

组别	治疗组	对照组
治疗前	21.85 $\pm$ 6.55	22.65 $\pm$ 6.57
治疗后	15.53 $\pm$ 5.88	24.73 $\pm$ 6.73

2.3 肝功能不同分级患者的疗效比较 2 组中对 A 级患者,2 组疗效差异不具有统计学意义( $P > 0.05$ );对 B 级、C 级患者,治疗组的显效率、有效率高于对照组,具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 肝功能不同分级患者的疗效比较[例(%)]

组别/分级	治疗组			对照组		
	A 级	B 级	C 级	A 级	B 级	C 级
例数	25	20	15	25	20	15
显效	25	18	10	25	11	6
有效率	100	80	80	100	74	60

2.4 2 组治疗前后肝功能的比较 2 组治疗前后 ALB( $P = 0.003$ )有统计学意义,治疗组与对照组比较( $P = 0.049$ )有统计学意义,治疗组优于对照组;ALT 前后比较( $P = 0.539$ )无统计学意义;AST 前后比较( $P = 0.508 > 0.05$ )无统计学意义;TBIL 前后比较( $P = 0.196 > 0.05$ )无统计学意义。见表 4。

2.5 2 组患者门静脉直径的比较 2 组门静脉内径

前后比较( $P = 0.737$ )无统计学意义;脾厚前后比较( $P = 0.511$ )无统计学意义;但在腹水减退方面前后比较( $P < 0.001$ )有统计学意义,治疗前、后差异有统计学意义,治疗组优于对照组。见表 5。

表 4 治疗前后 2 组患者肝功能比较

组别	治疗组( $n = 60$ )		对照组( $n = 60$ )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ALB	33.6	41.0	35.0	38.2
ALT	38.5	36.5	37.5	27.5
AST	54.0	38.5	42.0	29.5
TBIL	42.8	29.0	31.2	29.7

表 5 治疗前后 2 组患者门静脉内径比较(cm)

组别	治疗组( $n = 60$ )		对照组( $n = 60$ )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
门静脉内径	1.3 $\pm$ 0.2	1.3 $\pm$ 0.2	1.3 $\pm$ 0.2	1.2 $\pm$ 0.2
脾厚	6.0 $\pm$ 1.1	6.0 $\pm$ 1.0	5.8 $\pm$ 1.0	5.8 $\pm$ 0.9
腹水深度	8.7 $\pm$ 1.4	2.9 $\pm$ 0.9	7.0 $\pm$ 1.9	2.6 $\pm$ 1.0

3 讨论

肝硬化腹水,属于中医“鼓胀”范畴,为古来四大难症之一。鼓胀基本病理变化总属肝、脾、肾受损,气滞、血瘀、水停腹中为多数医家所共识。其治疗多从肝、脾、肾 3 方面论治,又根据气、血、水的偏盛,分别采用行气、活血、祛湿利水或暂用攻逐之法等治疗。

如《杂病源流犀烛·肿胀源流》云:“膨胀……或由怒气伤肝,渐蚀其脾,脾虚之极,故阴阳不交,清浊相混,隧道不通,郁而为热,热留为湿,湿热相生,故其腹胀大。”《医门法律·胀病论》曰:“胀病亦不外水裹、气结、血瘀,三者互为因果而形成恶性循环,以正气日衰,膨胀日甚”。又如《张氏医通》中言:“单单腹胀久窒,而清者不升,浊者不降,互相结聚,牢不可破。实因脾胃之衰微所致。”肝硬化起于肝郁气滞,气滞血瘀,日久肝病及脾,肝脾同病,且由实转虚。肝硬化腹水主要是由脾虚或肝病传脾,木贼土衰,运化失职,堤防不固,水湿不能泄利,渐致水邪泛滥而成,从而形成气、血、水三者相兼为患之病证。气血水之为病,各有侧重,其中以气虚为本,血瘀为标,腹水乃标中之标。因脾为后天之本、气血生化之源,脾虚气之生化无源,故气虚。气为血帅,气虚则血无以帅行,或血行不畅而滞留,形成瘀血。脾居中焦,司升降之职,具坤顺之德而行乾健之功,脾虚中土不运,则清阳不升,浊阴不降,壅滞中州,肿势更增。气血水三者又相因为患,气血不行则水湿难化,反之水饮内停又进一步加重血瘀。然三者之根本在

于脾虚,正如《景岳全书》中言:“此实脾胃病也。夫脾胃为中土之脏,为仓廩之官,其藏受水谷,则有坤顺之德,其化生血气,则有乾健之功。脾胃强健,则随食随化,何胀之有?此惟不善调摄,而凡七情劳倦,饮食房闱,一有过分,皆能戕贼脏气,以致脾土受亏,转输失职,正气不行,清浊相混,乃成此证”。

近代医家认为肝硬化腹水是肝、脾、肾三脏功能障碍,导致气滞、血瘀、水停积于腹内而成。肝郁脾虚,气滞血瘀,是鼓胀的形成基础,其次是脾失运化、肾失气化,水湿停滞。其病变初期以实为主,中晚期本虚标实,或实中夹虚,或虚实夹杂。概括如下:关幼波<sup>[4]</sup>认为肝硬化多因湿热之邪侵害肝脏,殃及脾胃;或酒食所伤,导致脾失健运,湿困日久而热蒸生痰,入于肝经,阻于血络,形成血瘀;亦或由于情志不畅,气失条达,肝气郁滞,木克脾土,脾虚失运,痰瘀交阻,气结于肝。由于肝脾相关,肝肾同源,病邪长期羁留肝脏可导致肝血耗伤,脾气虚弱,肾精亏虚,日久肝脾肾脏腑均虚弱。气虚痰瘀是其基本病机,益气活血、化痰通络是基本治疗原则。采用:1)见“水”不单治水,重视补气调中;2)疏利三焦以行水,重视调理气血;3)重视活血行气化痰以助利水。邓铁涛<sup>[5]</sup>认为,肝硬化腹水主要病机为肝郁脾虚。治法上围绕肝脾,主要有4个方面:1)肝脾相关,肝病治脾;2)肝病顽疾,贵能守方有恒;3)急则治其标,衰其大半而止;4)防微杜渐,慎护肝阴。张琪<sup>[6]</sup>认为肝硬化之病机不外肝脾肾失调,正虚邪实。其可归属中医学“癥积”范畴。若脾为湿热困扰,日久则水湿运化失健,水气不能下行,导致水液内停而形成腹水,肝郁脾虚、肝肾阴亏是最常见的脏腑病变,气滞血瘀、湿热、蓄水往往交相为患。治疗特色为1)抑木扶土,消疸解毒;2)峻剂逐水,攻补兼施;3)软肝化癥,专方专治;4)病证相合,衷中参西。王灵台<sup>[7]</sup>认为本病病机关键在于气滞血瘀痰凝。其特点为肝、脾、肾功能受损,气、血、水功能失常,治疗方法重视以下3点:1)从胃论治;2)从肾论治;3)辨证与辨病结合。李佃贵<sup>[8]</sup>尤为强调浊、毒、虚的共同致病;从而确立了利湿化浊、解毒抗炎、补气养血的治疗原则。认为:1)浊邪在肝硬化的发展中,不仅是病理产物,还是致病原因。化浊实为治疗肝硬化之大法;2)肝硬化患者以病毒性肝炎所致居多,在治疗过程中,以清热解毒和软肝化坚并重;3)虚之源头在脾肾,临证治肝多补肾益脾,精血得生,肝病得治。

《素问·经脉别论篇》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输

膀胱,水精四布,五经并行”。此为水饮疏布总论,在治疗水肿具有很大的指导作用,对于肝硬化腹水也具有理论指导作用,在重视脾肾的同时,还应重视肺的功能。《素问·阴阳应象大论》曰:“肺主行水,为水之上源”。突出强调肺在水液疏布方面的作用,进而有了《素问·汤液醪醴论》曰:“平治于权衡,去宛陈莖……开鬼门,洁净府”。此处的开鬼门,就是宣肺利水。张仲景在《金匱要略》中的防己黄芪汤、防己茯苓汤、桂枝苦酒汤及桂枝加黄芪汤等治水病之方证,把“开鬼门”运用颇熟,后世医家多在此阐发,多运用麻黄、桂枝之属,后世医家在对肝硬化腹水认识的进一步发展之后,专门为此病立篇,后朱丹溪在《丹溪心法·鼓胀》中曰:“……七情内伤,六淫外侵,饮食不节,房劳致虚,脾土之阴受伤,转运之官失职……清浊相混,隧道壅塞,郁而为热,热留为湿,湿热相生,遂成胀满,经日鼓胀是也……。理宜补脾,又须养肺金以制木,使脾无贼邪之患;滋肾水以制火,使肺得清化……”。具体阐述此病治法有补脾、养肺、滋肾。

近来有中医专家从肺论治肝硬化腹水的实践探索,印会河<sup>[9]</sup>认为肝硬化腹水的2个发展阶段是“气鼓”和“水鼓”。肝炎早期由瘀血造成,若此时失治或调治不当,其病可由血瘀而转生气滞,其所表现的症状多为腹胀。如失治误治,可由气滞转变成为水停,发为鼓胀。印会河的“化瘀排气方”中桔梗、紫菀,开肺气、利三焦以开气道,消腹胀。冯文忠<sup>[10]</sup>认为三焦气化不利为肝硬化腹水的直接因素。若要三焦疏利而行决渎之职,离不开气机的正常运行。肺气的宣发肃降,使气机升降正常而三焦疏利,行其通调水道之职。陈福来<sup>[11]</sup>对肝胆病的治疗从肺的方面,运用疏表宣肺之法,选用三仁汤合甘露消毒丹化裁进行治疗。对肝硬化腹水,加用杏仁、枳壳、桔梗、前胡等宣肃肺气之品,从肝脾肺三脏同治。肖冰<sup>[12]</sup>认为臌胀是由多种因素引起,非肝、脾、肾三脏所能概括。笔者认为本病的病机关键在于三焦决渎无权,气化失司,继则影响气、血、水的正常运行,导致气、血、水相互搏结,停聚腹中。宾容<sup>[13]</sup>从肺论治运用3个治疗原则:1)开鬼门,宣肺利水;2)补肺气,助运水行;3)泻肺水,以利顽邪,药用麻黄、桑白皮、桔梗、杏仁、黄芪、葶苈子等药。李道宽<sup>[14]</sup>在西医常规治疗的基础上加用开肺利水益气法(生麻黄、桂枝、杏仁、黄芪、茯苓、猪苓等)治疗肝硬化腹水30例,取得较为满意的疗效。

(下接第2255页)

优于对照组,提示了桃红四物汤联合毫火针改善了PD患者血液循环状况,缓解缺血状态,治疗组PGE-2高于对照组,PGF<sub>2α</sub>、PGF<sub>2α</sub>/PGE-2显著低于对照组,调节前列腺素的分泌,抑制子宫平滑肌痉挛性收缩,从而达到治疗痛经的作用。

综上所述,桃红四物汤联合毫火针可有效地治疗PD,缓解疼痛,临床值得推广。

#### 参考文献

- [1]刘敏如,吴克明.世界传统医学妇科学[M].北京:科学出版社,1999:155-169.
- [2]孙润洁,田亮,朱博雯,等.温通针法治疗寒凝血瘀型原发性痛经随机对照研究[J].中国中医药信息杂志,2016,23(1):23-26.
- [3]付源峰,曹洪福,衣华强.穴位贴敷治疗原发性痛经研究进展[J].齐鲁医学杂志,2016,31(1):107-108,111.
- [4]兰玛,王艳君,吉辉,等.自拟痛经汤配合小茴香热熨治疗气滞血瘀型痛经的临床观察[J].中国计划生育和妇产科,2015,7(12):63-65.
- [5]司晴,张铁征,高淑兰,等.痛消饮治疗痛经300例临床研究[J].河南中医,2015,35(12):3096-3097.
- [6]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:人民卫生出版社,1993:263-266.
- [7]周渭.桃红四物汤临床应用概述[J].实用中医药杂志,2014,31(1):81-83.
- [8]朱博,陈淑琳,李月,等.针灸治疗原发性痛经取穴规律的探讨[J].上海针灸杂志,2014,33(4):371-374.

- [9]刘立,段金殿,华永庆,等.桃红四物汤用于原发性痛经的整合效应评价研究[J].中国中医药杂志,2012,37(21):3275.
- [10]刘兵.原发性痛经针灸治疗规律研究[D].济南:山东中医药大学,2008.
- [11]朱磊,武慧芳.针灸治疗痛经74例分析[J].山西医药杂志,2012,50(1):22.
- [12]曲展,李红梅.中药足浴配合少腹逐瘀颗粒治疗寒凝血瘀型原发性痛经56例[J].中国医学创新,2012,9(5):40-41.
- [13]余跃萍,刘章凯,葛芳.桃红四物汤配合针灸治疗痛经的疗效分析[J].基层医学论坛,2015,19(4):529-530.
- [14]杜敏,韩艳菊.毫火针治疗寒湿凝滞型原发性痛经的临床研究[J].中国医药科学,2015,5(1):109-110,144.
- [15]邢继平,武秀平.毫火针治疗寒痹21例[J].中国针灸,2012,32(12):1128.
- [16]吴青青,陈友葵,牛建梅,等.活血化痰法治疗青春期痛经临床观察[J].中国中西医结合杂志,2012,18(10):112-113.
- [17]刘立,段金殿,刘培,等.桃红四物汤及配伍药对桃仁-红花与四物汤用于原发性痛经作用的比较研究[J].中药药理与临床,2012,28(1):2-6.
- [18]侯新霞,郭军红.桃红四物汤治疗原发性痛经32例[J].光明中医,2009,24(11):2138.
- [19]刘恩明,周凌云.无痛针灸——毫火针[J].中国针灸,2006(5):87-89.
- [20]高世毅火针治疗顽固性面瘫24例[J].中医临床杂志,2013,25(8):683.

(2016-01-18 收稿 责任编辑:洪志强)

(上接第2251页)

复肝春3号方以制鳖甲、生牡蛎、白芍软坚散结为君药,以紫菀、桔梗、葶苈子开宣肺气,通调三焦水道为臣药,泽兰、汉防己、椒目为活血化痰,行水消肿为佐使药,诸药合用,以达软坚散结、活血化痰、开肺利水之功效。本研究显示软坚开肺利水法对于肝硬化腹水具有较好的疗效,尤其是在改善患者的临床症状体征、改善生活质量、消退腹水方面,具有较好的临床疗效,值得进一步深入研究应用。

#### 参考文献

- [1]陈灏珠,林果为.实用内科学[M].13版.北京:人民卫生出版社,2009:2082.
- [2]中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南(中医病证部分)[S].北京:中国中医药出版社,2008:95-97.
- [3]中国中西医结合学会消化疾病专业委员会.肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见[J].中国中西医结合杂志,2011,31(9):1171-1174.
- [4]吕媛媛,薛博瑜.关幼波治疗慢性肝病经验[J].河南中医,2013,33(4):521-522.
- [5]潘洋,王炎杰.张琪治疗肝硬化腹水经验[J].中医杂志,2011,52

- (5):380-381.
- [6]冯崇廉.邓铁涛治疗肝硬化经验[J].中国医药学报,2002,17(11):692-692.
- [7]祝峻峰.王灵台治疗肝硬化经验简介[J].安徽中医临床杂志,2002,14(4):192.
- [8]李佃贵,李刚,刘金里,等.李佃贵以“浊毒”立论治疗肝硬化经验[J].陕西中医,2006,27(11):1394-1395.
- [9]印会河.中医内科新论[M].南京:化学工业出版社,2010:172-174.
- [10]邵志林,费新应,陈炎生,等.冯文忠老中医治疗肝硬化腹水的经验[J].中医药临床杂志,2010,22(3):216-217.
- [11]陈福来.肝胆病从肺治疗体会[J].南京中医药大学学报,1999,15(3):172.
- [12]肖冰,赵长鹰.肝硬化腹水从三焦论治[J].贵阳中医学院学报,2004,26(4):6-7.
- [13]宾容,毛德文,龙富立,等.浅谈从肺论治肝硬化腹水[J].四川中医,2012,30(8):32-33.
- [14]李道宽.开肺利水益气法联合西药治疗肝硬化腹水30例[J].陕西中医,2009,30(1):9-10.

(2016-01-21 收稿 责任编辑:王明)