

# 健脾化痰利水方治疗乙肝后肝硬化腹水 110 例临床观察

钱 静 燕

(上海市青浦区中医医院内科, 上海, 201700)

**摘要** 目的:观察健脾化痰利水方治乙肝后肝硬化腹水的临床疗效。方法:选取近 4 年在我院住院的乙肝后肝硬化腹水患者 220 例,随机分成对照组( $n=110$ )和治疗组( $n=110$ )。对照组采用西药常规对症治疗,如利尿、护肝、降酶及抗病毒等治疗;治疗组在对照组基础上加服健脾化痰利水方治疗。以 4 周为 1 个疗程,统计分析。结果:治疗组总有效率为 95.45%,对照组总有效率为 86.36%,2 组比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),且治疗组对患者症状、肝功能改善效优于对照组( $P<0.05$ )。结论:健脾化痰利水方治疗乙肝后肝硬化腹水疗效肯定,值得推广和进一步研究。

**关键词** 乙肝;肝硬化腹水;健脾化痰利水方;中医药治疗

## Clinical Observation on 110 Cases of Jianpi Huayu Lishui Decoction in Treating Ascites Due to Liver Cirrhosis

Qian Jingyan

(Department of Internal Medicine, Qingpu Hospital of Traditional Chinese Medicine of Shanghai City, Shanghai 201700, China)

**Abstract Objective:** To observe the clinical effect of Jianpi Huayu Lishui formula treating ascites due to cirrhosis after hepatitis B. **Methods:** Two hundred and twenty liver cirrhosis patients with ascites treated in our hospital in recent 4 years were selected and randomly divided into control group ( $n=110$ ) and treatment group ( $n=110$ ). The control group used conventional western medicine treatment, such as diuretic, protecting liver, reducing enzyme and antiviral treatment; patients in the treatment group were given extra treatment of Jianpi Huayu Lishui decoction. One course of treatment was 4 weeks. Statistical analysis was conducted. **Results:** The total effective rate in the treatment group and control group showed significant differences ( $P<0.05$ ), and the improvement of symptoms and liver function were better in the treatment group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Jianpi Huayu Lishui Decoction treating liver cirrhosis ascites shows definite therapeutic effect, and it is worthy of further study and application.

**Key Words** Hepatitis B; Liver cirrhosis; Jianpi Huayu Lishui decoction; TCM therapy

中图分类号:R203 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.12.013

肝硬化腹水是肝硬化失代偿期典型的临床表现之一,若患者出现肝硬化的形成,后期大概有 75.85% 的患者会出现合并腹水<sup>[1]</sup>。导致肝硬化腹水形成的原因众多,在我国主要以乙型病毒性肝炎为主。目前西医治疗比较棘手,虽治疗方法较多,但只是对症治疗,且不良反应多,价格昂贵。而中医在治疗本病有独特的优势,笔者在 2009 年 6 月至 2013 年 9 月期间使用健脾化痰利水方治疗乙肝后肝硬化腹水 110 例,取得了良好的效果,现总结报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2009 年 6 月至 2013 年 9 月在我院住院的乙肝后肝硬化腹水患者 220 例,按 1:1 比例随机分成对照组和治疗组,2 组各 110 例。对照组中,男性占 72 例,女性占 38 例,年龄最小的为 25 岁,最大的为 64 岁,平均年龄为  $(42.73 \pm 3.05)$  岁,病程分布上腹水出现时间最长的有 481 d,最短的有 11 d,平

均病程为  $(317.6 \pm 5.03)$  d;治疗组中,男性占 68 例,女性占 42 例,年龄最小的为 26 岁,最大的为 67 岁,平均年龄为  $(44.10 \pm 3.49)$  岁,病程分布上腹水出现时间最长的有 511 d,最短的有 21 d,平均为  $(340.6 \pm 5.52)$  d。2 组患者在性别、年龄、病程方面无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组给予卧床休息,低蛋白高热量饮食,限制水钠的摄入及控制输液量的基础治疗,并给予利尿剂螺内酯 40 mg,3 次/d,呋塞米 20 mg,2 次/d,并根据腹水消退情况及 24 h 尿量增减,以 20 mg 为单位加减;护肝药给予复方甘草酸铵、还原型谷胱甘肽或门冬氨酸鸟氨酸等;根据患者病情予抗病毒、静脉点滴白蛋白、腹腔穿刺放液及抗感染等治疗。

治疗组在对照组治疗基础上加用口服健脾化痰利水方治疗。中药汤剂主要由药物组成:太子参 15 g,炒白术 10 g,黄芪 15 g,茯苓 10 g,大腹皮 10 g,泽泻 10 g,

车前子 15 g, 郁金 10 g, 丹参 10 g, 桂枝 6 g, 青皮 6 g。有黄疸者, 加茵陈 15 ~ 30 g; 气滞重者加枳壳 9 g、川厚朴 9 g; 有衄血者加仙鹤草 15 g、藕节 15 g; 纳差者加焦山楂、焦神曲、焦麦芽各 20 g。上述中药以清水浸泡 0.5 h 后, 车前子包煎, 共煎汤 2 次, 取汁约 300 mL, 分 2 次温服, 每日 1 剂。

2 组均治疗 1 个疗程后, 观察 2 组的症状、腹围、体重、24 h 尿量、肝功能改善及 B 超检查腹水消退情况。4 周为 1 个疗程。

1.3 诊断标准

1.3.1 西医乙型肝炎肝硬化腹水诊断标准 按中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会 2000 年联合修订的《病毒性肝炎防治方案》中肝炎肝硬化诊断标准<sup>[2]</sup>拟定以下标准: 1) 有慢性乙型肝炎感染病史。2) 有明显腹胀大, 腹水征阳性, 脾大, 肝脏肿大或缩小。3) 肝功能异常: 总胆红素 (TBIL) ≥ 40 mol/L, 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) ≥ 100 U/L, 白蛋白/球蛋白 (A/G) < 1, B 超或 CT 确诊为肝硬化腹水。

1.3.2 中医鼓胀诊断标准 参照田德禄主编的《中医内科学鼓胀诊断标准》<sup>[3]</sup>, 如下: 1) 初则脘腹胀, 食后尤甚, 继则腹部渐大, 可见面色萎黄, 乏力, 纳呆等症, 日久则腹部胀满高于胸部, 重者腹壁青筋暴露, 脐心突出, 四肢消瘦, 或伴下肢水肿, 常有小便不利, 牙龈出血, 皮肤紫癜等出血倾向。2) 胁下或腹部积块, 腹部有振水音, 黄疸, 手掌赤痕, 面、颈、胸、臂可见蛛纹丝缕。3) 多有黄疸、胁痛、积聚病史, 常与酒食不节、情志内伤、虫毒感染有关。

1.4 纳入标准 1) 符合西医乙型肝炎肝硬化腹水诊断标准及中医鼓胀诊断标准; 2) 签署进行研究知情同意书; 3) 非排除标准以内。

1.5 排除标准 1) 年龄小于 16 岁或超过 70 岁的患者; 2) 明确由肝内占位性病变、原发性和继发性胆汁性肝硬化、寄生虫性肝硬化的患者; 3) 顽固性腹水或合并验证并发症, 如肝性脑病、肝肾综合征、上消化道出血等及腹水感染; 4) 酒精性、心源性、肾源性、结核性、癌性等其他原因腹水; 5) 妊娠及哺乳期妇女; 6) 治疗依从性较差者。

1.6 疗效评定标准 参照国家中医药管理局制定的《肝硬化腹水中医医疗效标准》<sup>[4]</sup>, 如下: 1) 显效: 临床症状改善、肝功能恢复正常, B 超示: 腹水完全消失; 2) 有效: 临床症状缓解、肝功能好转, B 超示: 腹水减少; 3) 无效: 临床症状、肝功能无变化, 腹水无减少或加重。

1.7 统计学处理 统计学分析采用 SPSS 13.0 统计软件进行处理, 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用  $\chi^2$

检验,  $P < 0.05$  为有统计学意义。

2 结果

2.1 经治疗 1 个疗程后 2 组疗效对比 见表 1。表 1 提示, 2 组总有效率方面对比, 治疗组总有效率 95.45%, 对照组总有效率 86.36%, 经卡方检验与对照组比较, 总有效率方面  $\chi^2 = 5.5000$ ,  $P = 0.019 < 0.05$ , 治疗组疗效优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 1 2 组治疗 1 疗程后疗效对比 (%)

| 组别  | 例数  | 显效         | 有效         | 无效         | 总有效率   |
|-----|-----|------------|------------|------------|--------|
| 治疗组 | 110 | 80 (72.72) | 25 (22.73) | 5 (4.55)   | 95.45% |
| 对照组 | 110 | 67 (60.90) | 28 (25.45) | 15 (13.64) | 86.36% |

2.2 2 组病例治疗前后肝功能变化情况 见表 2。表 2 提示, 经 *t* 检验, 治疗前组间比较, 2 组差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 2 组在治疗后组间比较, 2 组差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ ), 说明治疗组在肝功能各项改善情况明显优于对照组。

表 2 2 组肝功能治疗比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  |     | ALT          | AST           | ALB        | TBIL         |
|-----|-----|--------------|---------------|------------|--------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 128.1 ± 32.2 | 136.0 ± 31.70 | 26.7 ± 5.7 | 81.6 ± 23.60 |
|     | 治疗后 | 41.1 ± 13.1  | 42.3 ± 12.79  | 31.9 ± 5.6 | 19.9 ± 6.75  |
| 对照组 | 治疗前 | 125.9 ± 32.3 | 138.3 ± 32.2  | 26.9 ± 5.9 | 82.5 ± 22.4  |
|     | 治疗后 | 60.8 ± 13.5  | 51.7 ± 13.8   | 28.8 ± 5.8 | 29.7 ± 7.1   |

2.3 2 组病例治疗前后腹围、体重、24 h 尿量变化情况 见表 3。表 3 提示在腹围、体重及 24 h 尿量方面, 治疗组与对照组治疗前对比, 腹围、体重及 24 h 尿量无显著差异 ( $P > 0.05$ ); 2 组治疗后相比腹围、体重及 24 h 尿量差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 治疗组与对照组在治疗前后腹围、体重及 24 h 尿量均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 表明治疗组对腹围、体重及 24 h 尿量的改善优于对照组。

表 3 2 组腹围、体重及 24 h 尿量比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 指标      | 治疗组            |                  | 对照组            |                  |
|---------|----------------|------------------|----------------|------------------|
|         | 治疗前            | 治疗后              | 治疗前            | 治疗后              |
| 腹围 (cm) | 88.71 ± 9.41   | 80.35 ± 6.94     | 89.99 ± 10.13  | 84.77 ± 8.50     |
| 体重 (kg) | 69.99 ± 11.40  | 61.08 ± 9.42     | 71.59 ± 10.92  | 66.36 ± 9.20     |
| 尿量 (mL) | 622.53 ± 13.24 | 1888.86 ± 200.55 | 633.20 ± 19.05 | 1532.37 ± 122.22 |

2.4 组患者腹水消退情况 见表 4。表 4 提示在改善腹水量积分, 治疗组与对照组治疗前后腹水量积分对比, 均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 2 组治疗前比较腹水量积分无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗组与对照组治疗后比较腹水量积分有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 表明治疗组在消退腹水方面明显优于对照组。

表 4 2 组彩超腹水量积分的比较( $\bar{x} \pm s, n=110$ )

| 组别  | 例数(例) | 腹水量积分 |
|-----|-------|-------|
| 治疗组 | 治疗前   | 110   |
|     | 治疗后   | 110   |
| 对照组 | 治疗前   | 110   |
|     | 治疗后   | 110   |

### 3 讨论

现代医学认为,肝硬化腹水的形成是先存在肝实质的受损,而乙肝病毒在肝脏内的大量复制使得肝脏受损,导致肝纤维化形成及肝细胞结节再生,假小叶的形成,从而引起肝脏内部及门静脉系统循环障碍,出现肝功能受损及门静脉高压,最终导致腹水的形成<sup>[5]</sup>。而腹水一旦形成,说明肝功能已经受损害达到一定的程度,非常不利于腹水的消退,严重影响了患者的生存质量,给患者家庭及自身带来很大的负担,而且预后极差。目前西医治疗主要以基础调护、利尿、提高血浆胶体渗透压、放腹水、TIPS 等治疗,大多为对症治疗<sup>[6]</sup>。

中医学将肝硬化腹水归属到“臌胀”“水臌”等范畴,主要是以腹部膨胀如鼓而命名,临床以腹部胀大如鼓、皮色苍黄、腹壁脉络暴露为特征,或有肋下或腹部痞块,四肢枯瘦等表现的病证。《灵枢·五癃津液》曰:“因邪气内逆,则气为之闭塞而不行,不行则为水胀。”《景岳全书·杂证谟》曰:“单腹胀者,名为鼓胀,以外虽坚满而中空无物,其象如鼓,故名鼓胀。”本病病因病机复杂,其主要病因为乙肝病毒侵袭机体,而该病毒属湿热疫毒,直接损及肝胆,导致肝失疏泄,气机不畅,气行不利则血运不畅,而致瘀血阻滞肝之脉络。此外肝木受损,木不疏土,加之湿热疫毒壅滞中焦,导致脾胃运化功能受损,脾胃运化失职,水液运行障碍,以致水湿内停,与血瘀蕴结,遂成鼓胀。也可因乙肝日久积聚成块,肝脾受损,脏腑失和,导致气机阻滞、瘀血内停、痰湿凝滞,迁延日久,病及于肾而开合不利,水湿内停,最终气、血、水互结而成臌胀<sup>[3]</sup>。《医学传心录》亦云:“气臌、血臌、食臌、水臌,皆因脾虚不能运化水谷,以致停聚为胀”。脾虚是导致鼓胀发生、发展的重要机制,并影响其预后。在发病初期,若机体素体脾虚,则气血生化不足,故人体正气亦虚,导致湿热疫毒入侵,发生该病,正所谓“正气存内,邪不可干”,“邪之所凑,其气必虚”。感邪之后,若机体脾气盛,气血充盛,则人体正气充足,尚可驱邪外出,出现病情向愈。假若脾气虚弱,则无力抗邪,邪留体内日久则变生湿浊、瘀血,无力运化水湿,而致饮停于内,最终出现机体脾虚、瘀血、

水停。本病属本虚标实之证,虚实夹杂,水湿内停,瘀血阻络为标,是肝硬化腹水的重要病机;脾气虚为本,是肝硬化腹水发生、发展的前提,是最主要的病机。故治疗上当予健脾益气、活血化瘀、利水消胀之品,而健脾化瘀利水方切中了本病的病机,该方组方严谨,配伍恰当,共奏健脾益气、活血化瘀、利水消胀之效,对于乙肝后肝硬化腹水的治疗可谓是标本兼治,临床上有良好的疗效。本方主要由太子参,炒白术,黄芪,茯苓,大腹皮,泽泻,车前子,郁金,丹参,桂枝,青皮等十一味药组成。方中黄芪性甘,微温,归脾、肺经,具有补气升阳,益气固表,利水消肿之功效;炒白术性苦、甘、温,归脾、胃经,具有补气健脾,燥湿利水之功效,善治脾虚湿停;太子参性甘、微苦、平,归脾、肺经,具有补脾益气生津之功效;茯苓性甘、淡,平,归心、脾、肾经,具有利水渗湿,健脾之功效。《药品化义》中记载:“茯苓最为利水除湿要药”。泽泻性甘、淡、寒,归肾、膀胱经,具有利水、渗湿、泄浊之功效;大腹皮性辛、微温,归脾、胃、大肠、小肠经,具有利水除湿,下气宽中之效,使水湿加快排泄除水湿而不伤正气;车前子性甘、寒,归肾、肝、肺经,具有利尿通淋,渗湿止泻之功效,使水湿自小便而出;郁金性辛、苦、寒,归心、肝、胆经,具有活血止痛、凉血清心、行气解郁、利胆之功效,为血分之气药;丹参性苦、微寒,归心、肝经,具有活血行血,清心安神之功效,专入血分;桂枝性辛、甘、温,归肺、心、膀胱经,具有发汗解肌,温阳化气利水之功效,水湿为阴邪,得温则化,桂枝可助膀胱气化,水湿可从小便排出;青皮性苦、辛、温,归肝、胆、胃经,具有疏肝破气散结消滞之功效。现代药理研究表明黄芪具有增强机体免疫力,并能保护肾功能减轻肾损害<sup>[7]</sup>。白术具有保护肝脏,减少肝细胞坏死,降低谷丙转氨酶的作用<sup>[8-9]</sup>。茯苓具有保肝利尿作用,能增加尿中的钾、钠、氯等电解质排除<sup>[10]</sup>。泽泻具有恢复肝功能、调节免疫、减轻肝脏纤维化程度及加快腹水清除的作用<sup>[11-12]</sup>。车前子能增加排尿量,促进尿中钠钾氯等离子排泄量<sup>[13]</sup>。郁金具促进白蛋白的合成,能纠正肝硬化腹水患者的 A/G 比例倒置,并且具有抑制肝纤维化的作用<sup>[14]</sup>。丹参具有降低肝硬化腹水患者门静脉内径及脾静脉内径的作用<sup>[15-16]</sup>。

综合上述,研究表明:治疗组对改善患者临床症状、腹水的消退及肝功能的恢复均优于对照组,说明健脾化瘀利水方能够明显地改善乙肝后肝硬化腹水患者的临床症状,减轻患者病情,显著提高患者的生活质量,有较好的临床疗效,值得临床推广应用。

(下接第 1615 页)

调密切相关,而自拟止泻方可以部分逆转该疾病的发展,从而改善患者预后。考虑可能此次入选样本量较小有关,随访时间不长等,故有待于增加样本量,进一步扩大研究予以证实自拟止泻方对于迁延性腹泻的预后及确切机制,为指导临床治疗提供参考价值。

### 参考文献

- [1] Navaneethan U, Giannella RA. Mechanisms of infectious diarrhea[J]. Nature clinical practice Gastroenterology & hepatology, 2008, 5(11): 637-647.
- [2] 汤滢, 江国荣. 玉屏风散不同方法提取物免疫增加效应的实验研究进展[J]. 安徽医药, 2011, 15(2): 141-143.
- [3] 程瑞朵, 吴岚, 张荣, 等. 玉屏风散对迁延性腹泻患儿的免疫调节作用[J]. 中国免疫学杂志, 2014, 30(1): 61-63.
- [4] 徐培平, 丁伟, 赵昉, 等. 中药预防流感作用与黏膜免疫相关性研究[J]. 中国免疫学杂志, 2012, 28(11): 992-998.
- [5] 段如成. 微生态调节剂在儿科消化系统疾病的作用[J]. 中国微生态学杂志, 2002, 14(1): 1-2.
- [6] 万盛华, 罗红, 李香萍. 培菲康联合洁维乐治疗小儿迁延性和慢性腹泻[J]. 中国微生态学杂志, 2007, 19(1): 88.

- [7] 朱孝琳. 锌制剂联合布拉酵母菌治疗小儿迁延性腹泻疗效观察[J]. 儿科药理学杂志, 2014, 20(1): 22-24.
- [8] 李旭光. 小儿迁延性腹泻临床分析[J]. 临床医学, 2011, 31(4): 93-94.
- [9] 石永生, 王永军, 蒋成鹏, 等. 婴幼儿迁延性腹泻病发病及预后的高危因素[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(5): 695-699.
- [10] 郭振锋. 婴幼儿迁延性慢性腹泻 130 例的临床特点分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 9(18): 1413-1414.
- [11] 王秀丽, 刘进生, 方辉, 等. 婴幼儿急性腹泻病血锌水平及补锌治疗的临床观察[J]. 安徽医学, 2013, 34(4): 434-436.
- [12] 曲辉, 康凯, 付姝丽, 等. 婴幼儿腹泻病血清硒水平的研究[J]. 中国医师进修杂志, 2012, 35(30): 12-14.
- [13] 应爱娟, 江米足. 锌在儿童腹泻治疗中的作用[J]. 国际儿科学杂志, 2009, 8(5): 535-537.
- [14] 王冬萌, 毕晶, 孙正纤. 小儿迁延性腹泻与锌缺乏病发病关系研究[J]. 中国全科医学, 2011, 6(2): 196-197.
- [15] 江米足. 慢性、难治性腹泻病的诊断与治疗进展[J]. 实用儿科临床杂志, 2005, 20(3): 201-203.

(2014-07-14 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第 1611 页)

### 参考文献

- [1] Spahr L, Villeneuve JP, Tran HK, et al. Furosemide-induced natriuresis as a test to identify cirrhotic patients with refractory ascites[J]. Hepatology, 2001, 33(1): 28-31.
- [2] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会, 肝病学会. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华内科杂志, 2001, 40(1): 62-68.
- [3] 田德禄, 等. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 249.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 10-11.
- [5] 王伯祥. 中医肝胆病学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 261.
- [6] 揭盛华. 肝硬化顽固性腹水及其治疗[J]. 医药导报, 2003, 22(4): 219-221.
- [7] 申雯竹, 孔庆志, 吴洪斌. 黄蔑对肾生化指标和病理学的影响[J]. 湖北中医杂志, 2005, 27(8): 7-8.
- [8] 黄正明, 杨新波. 抗肝炎中药现代研究与应用[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2006.

- [9] 陈科力. 易休几种中药的保肝作用研究进展[J]. 中南民族大学学报: 自然科学版, 2012, 33(4): 51-56.
- [10] 陈春霞. 羧甲基茯苓多糖的保肝与催眠作用[J]. 食用菌, 2003, 25(S1): 46-47.
- [11] 王振海, 安锡忠, 任增超. 泽泻对大鼠急性肝脏损伤的保护作用[J]. 中国动物检疫, 2010, 27(9): 56-57.
- [12] 李继承, 吕志连, 石元和, 等. 中药对腹膜孔调控作用的实验研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 1998, 4(8): 20-22.
- [13] 耿放, 孙虔, 杨莉, 等. 车前子与车前草利尿作用研究[J]. 上海中医药杂志, 2009, 43(8): 72-74.
- [14] 兰凤英, 何静春, 赵颖, 等. 郁金抗四氯化碳致小鼠急性肝损伤的作用[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(5): 444-446.
- [15] 王曙东, 周军. 丹参及其制剂的药理研究及临床应用[J]. 中国中医药科技, 2000(4): 270-271.
- [16] 曾星华, 陈晓丽, 刘飞跃. 中西医结合治疗肝硬化腹水 34 例临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2012, 12(1): 31-33.

(2014-03-12 收稿 责任编辑:张文婷)