

# 自拟扶脾揉肝汤治疗肝硬化腹水的疗效观察

陈 颜 张东兰 杨景林\* 黄 丹

(贵阳中医学院第一附属医院消化内科 贵州贵阳 550002)

**摘要:** 目的: 通过观察扶脾揉肝汤对肝硬化腹水患者入院前后肝功能(ALT、AST、TBil、A/G、凝血酶原时间、肝纤维化标志物)腹水的变化,探讨扶脾揉肝汤的临床疗效。方法: 将80例患者随机分为治疗组40例和对照组40例,分别给予扶脾揉肝汤配合利尿剂和单用利尿剂治疗四周,观察两组患者治疗前后临床症状及ALT、AST、TBil、A/G、凝血酶原时间、肝纤维化标志物变化。结果: 治疗组临床症状缓解率明显优于对照组( $P < 0.05$ );治疗后治疗组患者腹水深度、ALT、AST、TBil、A/G、凝血酶原时间、肝纤维化标志物较治疗前显著改善;ALT、TBil、A/G、凝血酶原时间、与对照组比较有显著性差异( $P < 0.05$ )。结论: 治疗组所采用的中西医结合治疗肝硬化腹水疗效肯定,在改善患者症状、体征、ALT、AST、TBil、A/G、凝血酶原时间、肝纤维化等方面优于对照组。

**关键词:** 肝硬化腹水;扶脾揉肝汤;临床研究

Doi: 10.3969/j.issn.1002-1108.2012.04.016

中图分类号: R657.3<sup>+</sup>1 文献标识码: B 文章编号: 1002-1108(2012)04-0031-03

肝硬化<sup>[1]</sup>(liver cirrhosis)以肝组织弥漫性纤维化、假小叶和再生结节形成为特征的弥漫性变性坏死,继而出现纤维组织增生和肝细胞结节状再生,这三种改变反复交错进行,导致肝小叶的结构以及肝脏血液循环途径重建,使肝脏变形、质地变硬从而形成肝硬化,并引发门静脉高压而出现腹水,中医称之为“鼓胀”。本病是我国常见的疾病和主要的死亡原因之一,50%的肝硬化患者在出现腹水的2年内死亡。顽固性腹水患者在使用常规利尿剂及基础方法治疗后有50%在半年内死亡。其它应用多种手段结合治疗的患者,其一年内存活率仅为25%,如出现肝肾综合征则死亡率更高<sup>[2]</sup>。现代医学治疗肝硬化腹水,主要以利尿剂、限制水钠摄入、输注白蛋白、腹水浓缩回输等方法来治疗,费用较为昂贵且远期疗效不理想,并易引起水、电解质失调,从而加重病情。

近年来,中医中药已成为治疗肝硬化腹水(鼓胀)一个重要方法,其临床疗效较为明显,其毒副作用较小。我院老中医孙定隆老师根据清代张顽石“健脾顺气宽中为主,不可过用猛烈,反伤脾胃,病再复胀不可治也”的治疗思想,自拟了“扶脾柔肝汤”为基础方治疗肝硬化,该方扶脾健运改善肝细胞功能,提高血浆白蛋白的水平,活血化瘀,软化增生病变,疏通血流,减轻门脉压力,缓解纤维化及结节的产生。本方法正是基于孙老“扶脾揉肝汤”运用中医治疗肝硬化腹水基础上,进一步证明以中医疏肝健脾之法结合西医治疗肝硬化腹水的可行性和合理性。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料 选择2010年~2011年贵阳中医学院第

一附属医院消化科住院的符合诊断标准的Ⅱ型肝硬化腹水患者80例。按顺序随机分为治疗组40例和对照组40例,年龄在30~80岁之间。

**1.2 诊断标准** (1) 西医诊断标准: 参照2006年2月中华医学会肝病学会制定的酒精性肝病临床诊断标准及慢性乙型肝炎临床诊断标准<sup>[3]</sup>: ①慢性乙型肝炎及酒精性肝病导致的肝硬化; ②腹胀,腹部膨隆腹壁绷紧发亮,状如蛙腹,尿量减少; ③移动性浊音叩诊阳性; ④B超检查提示弥漫性肝损伤,中度腹水。Ⅱ型腹水诊断标准: 按Arroyo的肝硬化腹水分型标准(实用内科学11版)相当于2009欧洲肝硬化腹水诊治指南及国际腹水俱乐部定义中的不复杂腹水2~3级<sup>[4]</sup>; (2) 中医诊断标准: 中医诊断标准证候参考国家技术监督局发布《中医临床诊疗术语证候部分》<sup>[5]</sup> 邱/GB16751.2-2006、普通高等教育中医药类规划教材《中医诊断学》<sup>[6]</sup>和普通高等教育中医药类规划教材《中医内科学》<sup>[7]</sup>“鼓胀”: (1) 主症: ①腹部膨大; ②青筋暴露; ③四肢消瘦; ④小便短少; (2) 次症: ①脘腹胀满; ②肌肤血痞; ③食少纳呆; ④神疲倦怠; ⑤皮色苍黄; ⑥舌淡或红或瘀斑; ⑦舌苔厚或黄或腻; ⑧脉弦或滑或虚弱。 (3) 辨证要求: 具备主要症状①②③或①②④者; 具备主要症状及体征①、次要症状及体征两项者; 具备主要症状及体征①②及次要症状、体征一项者。

**1.3 治疗方法** (1) 对照组: 在卧床休息、戒酒、限盐、保肝、抗病毒治疗等基础上给螺类酯100mg 一日一次、呋塞米40mg 一日一次利尿; 疗程四周; (2) 治疗组在上述相同

\* 通讯作者: 杨景林,男,主任医师,主要从事消化系统疾病的临床研究。

修回日期: 2012-02-28

的治疗方案基础上加服扶脾揉肝汤: 黄芪 30g、白术 30g、车前子 15g、苍术 15g、薏苡仁 30g、当归 15g、牛膝 15g、丹参 30g、莪术 15g、枳壳 15g、醋鳖甲 15g( 由三九公司生产的中药颗粒剂); 开水冲化后取 300ml 药液, 分早、晚两次服用; 四周为一个疗程。

每日早上所有观察对象小便后记录腹围及体重, 计算 24h 尿量, 并记录患者腹胀、乏力、下肢水肿的相关症状的变化, 注意移动性浊音的变化。

1.4 疗效判定标准 参照中国中医药学会肝病专业委员会制订的《肝硬化腹水中医疗效标准》( 试行草案) 拟定, 显效: 主要自觉症状消失, 腹水减少情况( 腹围减小 8cm 以上、B 超检查腹水未发现液性暗区)。肝功能( ALT、TBil、A/G 凝血酶原时间) 恢复正常; child - pugh 分级分数减少 3 分以上, 随访以上各项指标保持稳定 3 个月; 有效: 主要自觉症状明显改善, 腹水减少情况( 腹围减小 3 ~ 8cm、B 超检查提示少量腹水)。肝功能指标下降幅度在 50% 以上而未完全正常。child - pugh 分级分数减少 2 分以上, 随访以上各项指标保持稳定 3 个月; 无效: 临床症状无改变或加重, 各项指标无改善或恶化。

1.5 疗效分析 (1) 治疗组 40 例, 显效 10 例, 有效 23 例, 无效 7 例, 总有效率 82.5%; (2) 对照组 40 例, 显效 2 例, 有效 26 例, 无效 12 例, 总有效率 70%, 两组比较有显著性差异(  $P < 0.05$ ), 表明中西医结合治疗组较西医常规对照组治疗肝硬化腹水有更好的临床疗效。

## 2 统计学分析

采用 SPSS18.0 软件对所得资料进行统计学处理。实验数据以均数  $\pm$  标准差(  $\bar{x} \pm s$ ) 描述, 计量资料采用  $t$  检验率比较, 计数资料采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  表示有统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 疗效比较

表 3 治疗组与对照组治疗前后腹部 B 超比较(  $n$  cm,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	腹水深度	门静脉宽	脾静脉宽
治疗组	治疗前	40	6.83 $\pm$ 2.73	1.37 $\pm$ 0.50
	治疗后	40	4.46 $\pm$ 2.74	1.56 $\pm$ 0.64
对照组	治疗前	40	6.56 $\pm$ 2.30	1.37 $\pm$ 0.52
	治疗后	40	6.29 $\pm$ 2.69	1.67 $\pm$ 0.87

表 4 各项生化指标比较(  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	ALB g/l	TBil $\mu$ mol/L	ALT U/L	AST U/L	PT
治疗组	治疗前	40	34.83 $\pm$ 6.42	41.72 $\pm$ 21.38	86.36 $\pm$ 100.23	107.05 $\pm$ 120.84
	治疗后	40	35.80 $\pm$ 4.65	29.78 $\pm$ 17.78	45.50 $\pm$ 57.18	59.02 $\pm$ 80.67
对照组	治疗前	40	35.37 $\pm$ 5.74	36.50 $\pm$ 25.58	57.95 $\pm$ 67.05	94.37 $\pm$ 105.8
	治疗后	40	34.42 $\pm$ 3.69	32.56 $\pm$ 22.76	53.45 $\pm$ 61.75	79.97 $\pm$ 89.89

注: 治疗组和对照组治疗前各项生化指标比较, 无统计学意义(  $P > 0.05$ ), 具有可比性。各项生化指标比较显著性差异(  $P < 0.05$ )。

### 3.1.1 治疗组和对照组综合疗效比较 见(表 1)。

表 1 治疗组与对照组疗效比较(  $n$ , %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	10	23	7	82.5
对照组	40	2	26	12	70.0

注: 治疗组和对照组治疗后两组疗效比较有显著性差异(  $P < 0.05$ )。

### 3.1.2 治疗组和对照组治疗前后腹围及 24 小时尿量比较 治疗组和对照组治疗前腹围及 24 小时尿量比较, 无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。治疗后腹围及 24 小时尿量比较显著性差异( $P < 0.05$ ), 见(表 2)。

表 2 治疗组与对照组治疗前后腹围及 24 小时尿量比较(  $n$  cm, ml,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	腹围	24 小时尿量
治疗组	治疗前	40	72.85 $\pm$ 7.79
	治疗后	40	67.2 $\pm$ 6.63
对照组	治疗前	40	74.68 $\pm$ 6.65
	治疗后	40	70.98 $\pm$ 7.38

### 3.1.3 治疗组和对照组治疗前后腹部 B 超比较 治疗组和对照组治疗前腹部 B 超腹水深度、脾静脉直径、肝静脉直径, 无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。治疗后腹部 B 超仅腹水深度比较显著性差异( $P < 0.05$ ), 但 B 超门静脉、肝静脉、脾静脉直径无明显改善, 见(表 3)。

### 3.1.4 治疗组和对照组治疗前后级各项生化指标比较 见(表 4)

3.1.5 治疗组和对照组治疗前后肝纤维化标志物结果比较 治疗组和对照组治疗前肝纤维化标志物结果比较,无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。肝纤维化标志物结

果 HA( $P < 0.05$ ) 有显著差异,其余指标比较无统计学意义( $P > 0.05$ ),见(表5)。

表5 治疗组与对照组治疗前后肝纤维化标志物结果比较对照表( $\bar{x} \pm s$ )

组别		n	HA	LN	PⅢNP	CⅣ
治疗组	治疗前	40	169.08 ± 126.64	223.05 ± 138.10	86.51 ± 61.94	93.64 ± 66.58
	治疗后	40	119.76 ± 88.01	193.05 ± 114.05	79.2 ± 52.86	85.89 ± 62.88
对照组	治疗前	40	115.09 ± 96.21	212.46 ± 101.10	90.42 ± 60.78	81.94 ± 56.41
	治疗后	40	107.62 ± 84.60	197.74 ± 87.01	82.46 ± 58.778	80.58 ± 55.77

3.1.6 治疗组和对照组治疗前后 Child - push 分级比较 见(表6)。

表6 治疗组与对照组疗效比较(n, %)

组别	例数	(减少) >3分	>2分	>1分	总有效率
治疗组	40	10	23	7	82.5
对照组	40	2	26	12	70.0

注:治疗组与对照组治疗后 Child - push 分级比较经  $\chi^2$  检验  $P < 0.05$ ,治疗组和对照组治疗后两组 Child - push 分级有显著性差异。

#### 4 讨论

4.1 中医学对肝硬化腹水的理论认识 肝硬化腹水属于中医学中“鼓胀”内容,临床上主要表现为腹胀大如鼓,皮色苍黄,脉络暴露<sup>[8]</sup>。现存的祖国医学古籍中又有单腹胀、臌、蜘蛛蛊等<sup>[8]</sup>多种名称。鼓胀病多由黄疸、胁痛、肝病等疾病失治误治,导致气、血、水瘀等实邪积于腹内而成。历代医家对本病均十分重视,把它列为“风、癆、臌、膈”四大顽证之一。本病最早出现于《黄帝内经》之中。《黄帝内经》中《灵枢·水胀篇》指出“鼓胀何如·腹胀,身皆大,大与肤胀等也。色苍黄,腹筋起,此其候也。”而《灵枢·百病始生篇》也指出“湿气不行,凝血蕴而不散,津液涩渗,著而不出,而积成矣”。《医门法律》上书“凡有症瘕,积块,痞块,即是胀病之根。日积月累,腹大如箕”。可见均符合现代医学肝硬化腹水的临床特征。

4.2 组方分析 针对鼓胀病本虚标实,虚实交错的病机特点,临床采取扶脾柔肝为主,兼行气利水活血祛标实。该方用大剂量黄芪、白术、苡仁扶脾健运改善肝细胞功能,提高血浆白蛋白的水平以治其本,用苍术、枳壳理气宽中减轻腹胀,改善胃纳以资资源,用当归、丹参、牛膝、莪术活血化瘀,软化增生病变,疏通血流,减轻门脉压力,缓解纤维化及结节的产生,由此针对肝硬化纤维化的基础上伴有结节这一不可逆的情况,以达到终止硬化的继续,促进纤维化的逆转,维持正常肝细胞的功能,保证整个生命活动的正常运转的治疗目的。黄芪可以补气行水,黄芪、白术、

苡仁扶脾健运改善肝细胞功能,三药共为君药健脾疏肝。苍术,当归为臣药,苍术健脾燥湿利水,合黄芪培补中州之气,有助于脾之健运。当归养血柔肝。君臣合用,健脾柔肝,同治其本。莪术破气行水最佳,配合枳壳相须使用增强利水功效,引水邪从小便去。兼予丹参、车前子、醋鳖甲,利水活血,软坚散结,治疗标实,改善肝纤维化。

4.3 健脾药在本方中的作用分析 在鼓胀病的病变过程中,病变的关键在脾脏,其最重要的病因为脾虚,一方面脾虚生内湿,另一方面,脾失健运,气虚无以行水,因而在治疗上应当特别重视补益中焦。且肝病日久,必当传脾,脾气必虚,故当实脾。李家庚等认为肝脾病变密切相关,治肝当先实脾,脾之运化功能正常,气血生化有源,则正气增强,临床对黄芪、白术等健脾益气药的治疗观察,发现对细胞的免疫功能有一定的提高。本方中重用黄芪,补中益气,温脾养胃,使脾之健运功能恢复正常。白术辛温,味苦甘,一方面健脾益气,一方面燥湿利水,使气行则水行。茯苓健脾利水。使脾主运化水液,体内水液得脾之运化则饮邪、水邪不得变生。

现代药理研究表明,健脾药,不仅可以在一定程度上增强机体免疫力,而且可以提高血浆白蛋白的水平。中治疗鼓胀病强调利水须势缓,不可峻攻的原则。健脾利湿药的利小便功能多较为缓和而持久,利水不伤津,正符合这一原则。

#### 5 问题及展望

5.1 笔者通过扶脾揉肝汤结合利尿剂治疗肝硬化腹水临床研究,证明了本方治疗肝硬化腹水的疗效较明显。其作用的途径、作用的机制尚未完全阐明,今后将从多角度、多层次对其机制及途径进行深入研究。

5.2 在治疗中发现四周的疗程结束后治疗组的患者肝功能恢复良好,但肝纤维化标志物改善欠满意,仅 HA 有明显好转,结合 HA 敏感性高的特性,反应出“扶脾揉肝”可能存在逆转肝纤维化作用,有待进一步长期大量临床观察及实验。

5.3 探讨了中药配方颗粒取代常规中药饮片治疗临床疾病的经验,有利于推广剂型改革的中药配方颗粒在临床中运用,为临床验方走向复方中药颗粒研制提供了初步的研

究经验。

### 参考文献

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 197.
- [2] 杨洪福. 肝硬化腹水治疗进展[J]. 齐鲁医学杂志, 2008, 23(2): 23.
- [3] 中华医学会肝病学会. 酒精性肝病临床诊断标准及慢性乙型肝炎临床诊断标准[S]. 中华肝脏病杂志, 2006(3): 52.
- [4] 欧洲肝脏研究学会(EASL). 肝硬化腹水、自发性细菌性腹膜炎和肝肾综合征处理临床实践指南[S]. Hepatol, 2010,

53: 397.

- [5] 中医临床诊疗术语证候部分 GB/T 16751. 21997[S]. 北京: 中国标准出版社 1997: 32.
- [6] 中医诊断学(供中医类专业用)/全国高等中医药院校教材[M]. 北京: 人民卫生出版社 2002: 47.
- [7] 田德禄. 中医内科学(全国普通高等教育中医药类精编教材)[M]. 上海: 上海科技出版社 2006: 233.
- [8] 吕比荣. 中医内科证治学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 432-433.
- [9] 潘敏求. 中医内科治疗大成[M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1997: 467-468.

## 分段外剥内扎加原位皮瓣留置术配合中药坐浴治疗环状混合痔 150 例分析

陈 艳<sup>1</sup>, 朱庆伟<sup>2</sup>

(1. 武汉市肛肠医院, 湖北武汉 430010; 2. 鄂州市中心医院, 湖北鄂州 436000)

**摘要:** 采用分段外剥内扎加原位皮瓣留置术, 并配合中药坐浴治疗环状混合痔 150 例, 一次性治愈率 97%, 有效率 100%, 愈合时间 15~25 天, 平均愈合时间 20 天, 有效地减少了传统术式所带来的并发症及后遗症, 缩短了疗程, 减轻了患者痛苦, 值得临床应用。

**关键词:** 混合痔; 皮瓣留置; 中药坐浴

Doi: 10.3969/j.issn.1002-1108.2012.04.017

中图分类号: R657.1<sup>+</sup>8 文献标识码: B 文章编号: 1002-1108(2012)04-0034-02

环状混合痔是肛肠科常见病、多发病, 由于传统手术的术后并发症多, 改良术式的研究一直被肛肠学界所重视。我科自 2000 年始至今, 采用分段外剥内扎加原位皮瓣留置配合中药坐浴治疗环状混合痔, 取得了满意的临床疗效, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取我科住院手术患者 150 例, 均符合《痔诊治暂行标准》<sup>[1]</sup> 中混合痔严重呈环状脱出的诊断标准, 其中男性 78 例, 女性 72 例, 年龄 25~70 岁, 平均 46 岁, 病程 3~30 年, 平均 15 年。其中合并内痔出血 42 例, 内痔嵌顿 31 例, 肛乳头肥大 8 例, 血栓外痔 17 例。病例排除标准: 合并心脑血管、肝、肾、造血系统等原发性疾病, 精神病患者; 妊娠期或哺乳期妇女; 过敏体质及多种药物过敏者。

### 1.2 治疗方法

**1.2.1 手术方法** 患者取膝胸位, 骶管麻醉, 待肛管松弛后, 常规消毒铺巾, 查清痔核数目、大小、形态及分布, 合理设计切口。先以一把组织钳将内痔提起, 再用另一把组织钳将该痔核外侧皮肤提起, 并在此肛缘旁开 1.5~2cm 痔

体部做一“V”形切口, 至肛缘改纵行切口至齿线, 锐性及钝性剥离曲张的静脉团及增生的结缔组织, 双 10 号线结扎内痔区。再以组织钳钳夹原位皮瓣, 视其张力外翻皮瓣, 清理皮瓣下方痔组织, 修剪多余的皮瓣及皮赘, 以小圆针 1 号丝线行留置皮瓣两侧的锁边缝合至肛缘。对于外痔区冗长的皮瓣或赘皮, 视皮瓣张力, 于近齿线处横行切除部分皮桥, 以小圆针 1 号丝线提起修剪后的皮桥与齿线下肛管皮肤行对位间断缝合。要求缝合后的皮瓣既可平整覆盖组织, 又不至张力过大。同法处理其它部位的痔组织(一般选择 4~6 个手术切口), 剪除结扎线上痔组织, 检查创面, 缝扎或压迫止血, 术毕常规止痛栓、肛泰栓、凡士林纱条纳肛, 塔形纱布加压包扎固定, 术后常规使用抗生素 5 天。

**1.2.2 中药治疗** 术后第 2 天开始, 便后加用自拟中药消肿生肌止痛汤坐浴。药物组成: 黄连 15g、黄柏 15g、生大黄 30g、五倍子 15g、枯矾 10g、苦参 30g、乳香 15g、没药 15g、金银花 30g、野菊花 30g、蒲公英 30g、冰片 6g(另下)。将前 11 味药加水煎取药液 3000ml 倒入盆中, 冰片放入药液中化解, 趁热先熏洗后坐浴, 每日 1 次。坐浴后肛泰栓 1 枚塞

修回日期: 2012-07-05