

丑苓汤为主辨治肝硬化腹水 28 例体会

朱正淮 杨晓萍

(湖北省监利县第二人民医院 监利 433325)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗肝硬化腹水方法。方法:设对照组 26 例,常规护肝、利尿、补充白蛋白等;治疗组 28 例,常规护肝加自拟丑苓汤煎服。结果:治疗组显效 16 例(57.14%),总有效率 85.71%,随访 1 年复发率 18.77%;对照组显效 8 例(30.76%),总有效率 61.53%,1 年复发率 37.5%。2 组比较有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$ 、 $P<0.01$)。结论:丑苓汤治疗肝硬化腹水疗效较好,特别是对减少并发症、延缓腹水再发值得进一步探讨。

关键词:肝硬化腹水;中西医结合疗法;丑苓汤;护肝药;利尿药

中图分类号:R 575.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0019-02

笔者近年以自拟丑苓汤为主辨治肝硬化腹水 28 例,疗效满意。现报告如下:

1 材料和方法

1.1 临床资料 54 例肝硬化腹水患者,为 2001 年 2 月~2003 年 10 月住院和门诊病人,诊断符合 1995 年全国传染病和寄生虫病学术会议制订的标准^[1]。随机分为 2 组,治疗组 28 例,男 20 例,女 8 例;28 例乙肝标志物均阳性,无丙肝患者;年龄 14~65 岁,平均 43 岁;腹水病程 2~24 月。对照组 26 例,男 20 例,女 6 例;无丙肝患者;年龄 18~65 岁,平均 42 岁;腹水病程 2~22 月。2 组在年龄、病程、病源分布比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

或 II、III AVF 导联中任意 2 个导联 ST 段抬高 ≥ 1 mm,发病时间小于 12h,冠状动脉造影显示梗死相关动脉血流 TIMI 0 级和 I 级。术前服用阿斯匹林 300mg,抵克力得 250mg,静脉肝素 1000u,PTCA 术后梗死相关血管前向血流达 TIMI 3 级。

1.2 QTC 离散度的测量方法 分别于入院时和发病 24h 采用纸速 25mm/s 同步记录体表常规心电图 1 份。以各导联心电图 QRS 波离开等电位线为 Q 波起点,T 波降至等电位线为下波终点,进行 QT 间期测量,每个导联测 3 个连续的 QT 间期取其平均值,以最大与最小 QT 间期之差为 QT 间期离散度(QTD)。为除外心率对 QTD 的影响,采用 Bazett 公式校正 QT 间期(QTC)以最大 QTC 与最小 QTC 之差为 QTC 间期离散度(QTCD)。

1.3 统计学处理 采用均数 $\pm$ 标准差表示,用 t 检验分析, $P<0.05$ 差异有显著性。

2 结果

一般资料共选患者 47 例,前壁梗死 27 例,下壁梗死 20 例,平均年龄 63.8 岁。2 组性别、年龄、合并症无统计学差异。PTCA 对 QTC 离散度的影响(见表 1)。PTCA 组与对照组入院时 QTCD 比较 $P>0.05$,差异无显著性;入院 24h 时比较 $P<0.05$ 出现显著性差异。

表 1 PTCA 对 QTC 离散度的影响 ms

组别	入院时	24h 时
PTCA 组(n=21)	80.0 $\pm$ 66.5	48.5 $\pm$ 67.3
对照组(n=26)	79.4n=2166.6	80.2 $\pm$ 67.6

3 讨论

QTCD 增大的基础是心室复极不同步性和电不稳定性增

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 常规西药护肝、白蛋白、支链氨基酸,控制盐和水的入量,利尿。利尿药根据病情选用氨体舒通、双氢克尿塞、速尿、利尿合剂等。

1.2.2 治疗组 (1)常规西药护肝,部分腹水多,影响呼吸者,短期配合速尿 1~3d,腹胀稍减即停用,或仅配用氨体舒通口服,40mg/次,3 次/d。(2)自拟丑苓汤水煎服,1 剂/d,水煎 3 次,共 300mL,分 3 次口服。中药组成:二丑各 10~30g、茯苓 15~30g、猪苓 15~30g、白术 10~30g、车前子 15~30g、海藻 30g、大黄 10~30g、腹皮 10~15g、厚朴 15g、赤芍 30~60g。湿热明显者,加黄芩、蚤休、贯众、白花蛇舌草;有黄疸者,加茵陈、

大的结果。QTCD 增大病人易发生恶性心律失常及猝死,QT 离散度与冠脉病变支数无关,AMI 时 QTCD 明显增大^[2],心肌梗死部位(前壁 AMZ 与下壁 AMI 相比)对 QT 离散度无影响^[3];AMI QTCD 增大的机制是 AMI 后梗死部位与正常部位之间存在缺血区域,缺血区跨膜电位延缓,各部位心肌细胞复极不均一性增大所致(QTC 离散度正常参考值为 49 $\pm$ 14ms),AMI 后 QTCD 较正常明显增大,呈动态变化,对预后有一定的预测价值。

我们测量入院时和发病 24h QTC 离散度发现急诊 PTCA 组 AMI 后 24h QTCD 明显减低,而对照组 QTCD 仍保持较高水平。PTCA 成功后阻塞的冠状动脉再通,缺血区供血恢复,心室各部位复极不均一性减少,因此 QTCD 降低,这可能是改善预后的机制之一。因此,早期积极 PTCA,开通血管,尽快恢复心肌再灌注对减少危险性心律失常的发生,降低 AMI 病死率有重要意义。

参考文献

[1]Yunns A ,Warnica W,Mitchell IB. precordial Qtc intenal dispersion as predictor of ven tericular fibrillation in aute myocardial infarction [J].PACE,1994,17: 752~755

[2]王敬民,徐耕.冠心病经皮冠状动脉成形术前后 QT 离散度的对比研究[J].浙江临床医学,2000,2(4): 227~228

[3]王明生,胡大一,贾三庆,等.冠脉内超声溶栓对急性心肌梗死患者 QTC 离散度的影响[J].临床心电图学杂志,2000,9(3): 133~134

[4]张长成,孟立军,黄广智,等.溶栓治疗对 AMI 早期 QTC 离散度的影响[J].临床心电图学杂志,2000,9(8).151~152

(收稿日期: 2004- 11-10)

虎杖;胁痛,选加玄胡、川楝、郁金;气虚者,加黄芪、党参;阳虚者,加仙灵脾、肉苁蓉;阴虚者,加生地、熟地、山茱萸、白芍、女贞子、旱连草;虚热者,加鳖甲、青蒿、地骨皮、银柴胡;脾大者,加鳖甲、牡蛎;瘀血,加丹参、当归、莪术、土鳖;鼻衄、齿衄,加茅根、茜根。15d 为 1 个疗程,3 个疗程总结疗效。

1.2.3 观察项目 临床症状和体征(腹水、腹胀、黄疸、精神状况、食欲、尿量),每疗程末查肝功能、B 超。显效病例随访 1 年。

1.2.4 统计学处理 结果数据用均数±标准差 ($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验及 χ^2 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 显效:临床症状明显改善,肝功能恢复,B 超检查腹水完全消失。有效:临床症状缓解,肝功能好转,B 超腹水减少。无效:腹水无减少,临床症状、肝功能无明显变化或恶化。

2.2 2 组疗效情况 见表 1。

表 1 2 组疗效比较						例(%)
	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率	1 年复发率
治疗组	28	16 (57.14%) [#]	8	4	85.71*	3/16(18.77%)#
对照组	26	8 (30.76%)	8	10	61.53	3/8(37.5%)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$, Δ # $P < 0.01$ 。

2.3 2 组治疗前后肝功能情况 见表 2。

表 2 2 组治疗前后肝功能结果比较($\bar{X} \pm S$)									
	<i>n</i>	Tbil/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	ALT/ $\text{u} \cdot \text{L}^{-1}$	AST/ $\text{u} \cdot \text{L}^{-1}$	Alb/ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$				
治疗组	治疗前	28	82.91±48.10	132.52±65.12	129.23±38.50	29.85±5.21			
	治疗后	28	28.30±12.84*	52.07±31.25 [#]	62.10±21.54 [#]	36.70±4.98*			
对照组	治疗前	26	83.57±39.52	128.34±60.08	127.82±39.15	31.25±5.01			
	治疗后	26	41.06±21.23	75.28±30.59	66.12±23.35	34.76±4.59			

注:与对照组比较,* $P < 0.01$, # $P < 0.05$ 。

2.4 腹水消退时间 治疗组 13~39d,对照组 14~42d,两者无显著差别。

2.5 并发症 治疗过程中,治疗组出现并发症 4 例,其中低钾 1 例,肝性脑病 1 例,肝肾综合征 1 例,自发性腹膜炎 1 例。对照组出现 10 例,其中低钾 5 例,低钠 1 例,肝性脑病 2 例,肝肾综合征 1 例,自发性腹膜炎 1 例。

3 体会

肝硬化出现腹水,是其失代偿的主要标志之一,属中医“臌胀”范畴。病机多因酒食不节,情志郁滞,以及劳欲过度,黄疸积聚失治,导致肝脾肾三脏功能失调,致气滞、血瘀、水停腹中。临床表现错综复杂,本虚标实。本虚,指肝脾肾三脏功能俱损。标实,指气滞、血瘀、水停。辨治不易,标实宜攻,但攻之更虚;本虚宜补,然补之益实。

曾有学者试用大戟、甘遂等强力逐水药治疗腹水,见效

快,但易至电解质紊乱,诱发肝性脑病,难以为继。西医之利尿、穿刺放腹水、腹水回输等,有异曲同工之效,诱发低钾、低钠、肝性脑病、感染等亦难免,且延缓腹水再发有限。

有资料显示,腹水缓解 1 年以上则有可能完全痊愈^[2]。以此为目标,笔者自拟丑苓汤,以二丑为主,其苦寒有毒,具有泻下除积、逐水退肿的作用;其逐水之力没大戟、甘遂、巴豆之峻猛,但较普通渗湿利尿药要强,现代药理认为有利尿、抗炎、抗肿瘤、增强免疫功能的作用^[3]。配腹皮、厚朴、大黄,逐水行气,荡涤泻下,使腹水从二便分消。茯苓、猪苓、白术、海藻、车前子益气健脾,利水消肿,增强免疫力,提升白蛋白。赤芍活血祛瘀,改善肝脏微循环,逆转肝纤维化,降低门脉压^[4-5]。另根据患者具体情况适当加减,充分发挥中医辨证施治之精髓,使病人充分个体化。药物剂量亦因人而异,二丑常用量仅 3~9 g^[6],笔者用之常从 20 g (黑白丑各 10g) 开始,每 2~3 天调整剂量,最大量用至 60 g (黑白丑各 10g),未见毒副反应;配合大黄,以患者大便 3~4 次 /d、尿量 2 000~2 500mL/d 为增减剂量之基准。茯苓、猪苓、白术车前子剂量亦因尿量而异。治疗以患者自觉症状、客观体征为主,只要腹胀、腹围、浮肿、体重等有所改善即可,不追求腹水消退速度,以免攻伐太过,诱发电解质紊乱甚至肝昏迷等并发症。肝硬化腹水为一慢性疾病,若要促进变性坏死之肝细胞修复、肝纤维化逆转,确非仅消退腹水即可,亦非短短数天能行。因此,消退腹水的同时,必须考虑到消除腹水的形成因素,除利尿、排钠外,同时要增强机体免疫力,消除致病因素,促进肝细胞修复,提升白蛋白,降低门脉压,减少并发症的发生,如此则有望达到消退腹水、延缓复发的目的。

本资料显示,治疗组与对照组比较,无论是肝功能改善,还是腹水消退,特别是延缓复发,均显著优于对照组,且并发症的发生明显少于对照组。提示丑苓汤的组方及思路是合理的。因病例尚少,还需进一步验证。

参考文献

[1]第五次全国传染病与寄生虫病会议修订.病毒性肝炎防治方案[J].中华传染病杂志,1995,13(4):241
[2]池肇春.新编实用肝病学[M].北京:中国医药科技出版社,1994.381
[3]梅全喜,毕焕新.现代中药药理手册[M].北京:中国医药出版社,1998.309
[4]王伯祥.中医肝胆病学[M].北京:中国医药科技出版社,1993. 82, 98,107~108
[5]过晋源.赤芍降低门脉高压的实验研究[J].中华消化杂志,1981,2 (2):111~114
[6]成都中医学院.中药学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社,1978. 153~154

(收稿日期: 2004- 12-20)

《实用中西医结合临床》2005 下半年年征订启事

本刊由江西省中医药研究院、江西省中西医结合学会主办。ISSN 1671-4040,CN36-1251/R,邮发代号 44-126。为“中国核心期刊(遴选数据库)”入选期刊。适用于中西医结合、中医、中药、西医临床教学科研人员和基层医护人员订阅。大 16 开,双月刊。2005 年扩为 88 页 / 期,但价格不变,下半年订价

25.5 元。欢迎到全国各地邮局订阅。也可直接向本刊编辑部订阅,不另加邮费。编辑部地址:南昌市文教路 221 号。邮编:330077。电 话 :0791-8525621,8528704。 E-mail:szxl @ chinajournal.net.cn。