

中西医结合治疗肝硬化腹水 34 例临床观察

曾星华 陈晓丽 刘飞跃
(江西省万安县中医院 万安 343800)

摘要:目的:观察西医常规治疗基础上加健脾调肝补肾方药中西医结合治疗肝硬化腹水的临床疗效。方法:选取肝硬化腹水患者 68 例,随机分为治疗组和对照组。对照组采用常规西医治疗,治疗组在对照组基础上加用健脾调肝补肾方药,观察两组患者治疗前后临床症状、腹围、体重、24 h 尿量、肝功能、凝血酶原活动度、腹部 B 超改变。结果:两组患者治疗后临床症状得到显著改善,治疗组总有效率为 85.29%,对照组为 70.59%;两组患者腹围、体重、24 h 尿量、肝功能、凝血酶原活动度、腹部 B 超均较治疗前显著改善($P<0.05$),治疗组改善程度显著优于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗肝硬化腹水疗效显著优于单纯西医治疗。

关键词:肝硬化腹水;中西医结合疗法;健脾调肝补肾

中图分类号:R 575.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.020

肝硬化是一种慢性进行性发展的疾病,是肝脏纤维化发展的最后阶段,以门静脉高压和肝功能不全而诱发的一系列并发症为特征。肝硬化腹水的出现是肝病发展到晚期的一个重要标志,肝硬化失代偿期患者 75%以上有腹水^[1-2]。如果不进行治疗,腹水可导致威胁生命的自发性细菌性腹膜炎或肝肾综合征等。肝硬化腹水由于其并发症多、死亡率高,临床治疗颇为棘手,是目前国内外研究的热点之一。西医治疗肝硬化腹水主要是对症、对因治疗,虽有一定疗效,但容易复发。本研究旨在探讨健脾调

肝补肾中药治疗肝硬化腹水的临床疗效,并与常规西医治疗对照,为临床治疗肝硬化腹水提供有益的参考。

1 资料与方法

1.1 病例资料 本组病例均为 2008 年 8 月~2009 年 12 月我科收治的住院患者,共计 68 例。肝硬化腹水诊断标准:参照中华医学会传染病与寄生虫学分会、肝病学分会 2000 年联合修订的《病毒性肝炎防治方案》中关于肝硬化失代偿的诊断标准并结合文献拟订^[3]。中医诊断参照中国中西医结合学会消

增敏剂、水飞蓟宾、硫普罗宁、抗氧化及抗炎药物、他汀类调脂药物等^[4]。但西药有一定副作用,且价格相对昂贵,因此中医药在治疗上有较大的优势和广阔的前景。

非酒精性脂肪性肝炎属于中医学“胁痛”、“积聚”、“肥气”、“肝癖”、“痰饮”等范畴,其发生是由于嗜食肥甘厚味或饮酒无节,感受湿热,或情志失调、久病体虚等因素,损伤肝脾,肝失疏泄,脾失健运,水湿不化,凝聚为痰,湿邪痰浊蕴结于络,络气阻遏,络脉瘀滞,久之则气、血、痰浊郁滞,痹阻肝脏脉络形成脂肪肝^[5]。护肝降脂方中黄芪、白术益气健脾,泽泻燥湿祛浊,决明子、绞股蓝清肝解毒,垂盆草清热利湿,焦山楂消食健胃、行气散瘀,丹参、赤芍、莪术行气活血通络。诸药合用,使脾气得健,水湿得运,痰浊得化,热邪得清,淤积的脂质得以清除。现代药理研究表明:黄芪能调节脂质代谢,黄芪提取物黄芪甙及多糖具有显著的保肝作用^[6];绞股蓝提取物 - 绞股蓝皂甙具有抗炎、降低血脂、降血糖和调节免疫等多方面的生物活性和药理作用^[7];决明子富含蒽醌类化合物大黄素和大黄酚,具有明显降血脂作用;泽泻能干扰外源性胆固醇的吸收,又能影响内源性胆固醇的代谢^[8];山楂、赤芍、丹参等活血药对大鼠脂肪肝及过氧化脂质有明显抑制作用,能抑制血清中脂肪、磷脂、过氧化脂质的增加,

也能使肝脏胆固醇减少,抑制肝内脂肪沉着^[9]。

本观察结果显示,治疗组、对照组临床总有效率分别为 86.7%、63.3%;组间疗效比较,有显著性差异($P<0.05$)。同时,治疗组在改善临床症状、肝功能及降低血脂方面均优于对照组。提示中药护肝降脂方对非酒精性脂肪性肝炎有较好的临床疗效,且无明显不良反应,值得临床推广应用。

参考文献

[1]丁诗正,骆传佳,张自富,等.降脂护肝系列胶囊治疗非酒精性脂肪性肝炎的临床研究[J].中西医结合肝病杂志,2011,21(2):89
[2]中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组.非酒精性脂肪性肝病诊疗指南[J].肝脏,2006,11(1):68-70
[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国中医药科技出版社,2002.89
[4]姚光弼.临床肝脏病学[M].上海:上海科学技术出版社,2004.570-579
[5]段晓燕,范建高.2010 年 AASLD 年会脂肪性肝病纪要[J].实用肝脏病杂志,2011,14(4):1
[6]黄炜荣,范建高,陈力元.非酒精性脂肪性肝病的治疗[J].中华肝病病杂志,2007,15(9):687-688
[7]黄兰蔚,周康年.非酒精性脂肪性肝病的中西医治疗[J].实用中西医结合临床,2007,7(4):88
[8]沈映君.中药药理学[M].北京:人民卫生出版社,2002.467
[9]张娟,路金才.皂甙的提取方法及含量测定研究进展[J].中国现代中药杂志,2006,8(3):25-28
[10]赵敏,陈光亮.中药治疗非酒精性脂肪肝的实验研究进展[J].安徽医药,2007,11(3):257
[11]张士杰.抗脂肪肝中草药治疗进展[J].中国中西医结合杂志,1992,12(12):758

(收稿日期:2011-09-27)

化系统疾病专业委员会于 2004 年重新修订的关于肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效标准的相关论述^[4]。纳入标准：(1)符合肝硬化诊断标准，并伴腹水者；(2)签署知情同意书者；(3)年龄 18~75 岁；(4)入院时无肝性脑病、肝肺综合征、自发性腹膜炎、上消化道出血、肝癌(经肝脏 B 超、肝脏 CT、甲胎蛋白予以排除)、弥漫性血管内凝血者；(5)无糖尿病、精神病及其他严重疾病者。排除标准：(1)排除癌性、心源性、肾源性、结核性等引起的腹水；(2)腹水感染者；(3)治疗依从性较差者；(4)治疗过程中出现严重不良反应或特殊生理变化不宜继续接受实验者；(5)妊娠或哺乳期妇女。

1.2 试验分组 治疗组 34 例，男 21 例，女 13 例；年龄 31~72 岁，平均 46.7 岁；病程 5 个月~7 年，平均 4.6 年；病毒性肝炎后肝硬化 22 例，酒精性肝硬化 9 例，血吸虫肝硬化 2 例，原发性胆汁性肝硬化 1 例；重度腹水者 10 例，中度腹水 19 例，轻度腹水 5 例。对照组 34 例，男 20 例，女 14 例；年龄 29~73 岁，平均 46.9 岁；病程 6 个月~7 年，平均 4.7 年；病毒性肝炎后肝硬化 20 例，酒精性肝硬化 10 例，血吸虫肝硬化 3 例，原发性胆汁性肝硬化 1 例；重度腹水者 9 例，中度腹水 20 例，轻度腹水 5 例。经统计学分析，两组患者在性别、年龄、病程、病情等方面比较，差异无显著性意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 在休息、合理饮食基础上采用保肝、利尿、改善循环及对症支持等治疗。利尿剂首选安体舒通片，每次 40 mg，每日 3 次，口服，效果不佳可联用速尿，并随腹水消退情况予以增减；根据肝功能情况，给予甘利欣、还原型谷胱甘肽、门冬氨酸钾镁等；血清白蛋白低于 30 g/L 者，视病情给予人血白蛋白，每周 2~3 次，每次 5~10 g；合并自发性腹膜炎者给予第三代头孢菌素静脉滴注，同时注意维持水电解质平衡。疗程 4 周。

1.3.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用健脾调肝补肾中药方。方剂组成：黄芪 30 g、炒白术 30 g、茯苓 30 g、炒谷麦芽各 20 g、炒枳实 15 g、砂仁 12 g、白芍 15 g、茵陈 15 g、郁金 12 g、猪苓 15 g、泽泻 15 g、泽兰 15 g、大腹皮 15 g、丹参 30 g、醋制鳖甲 15 g、生甘草 10 g，随症加减。水煎服，分早、晚各 150 mL 温服，疗程 4 周。

1.4 观察指标 (1)观察和记录治疗前后患者主要症状，如乏力、纳差、腹胀、肝区不适、黄疸、尿少等症状改善情况，并监测 24 h 尿量、腹围和体重的变化；(2)治疗前后腹部 B 超脾脏厚度、门静脉内径、腹水程度；(3)治疗前后肝功能变化及凝血酶原活

动度(PTA)。

1.5 疗效判定 参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会于 2004 年重新修订的关于肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效标准^[4]：显效：疗程结束时症状完全消失，一般情况好，脾脏肿大回缩变软，腹水消失，肝功能、凝血酶原活动度恢复正常，凝血酶原活动度恢复在 50%以上；有效：疗程结束时主要症状消失，脾脏肿大程度不变，腹水消失，肝功能、凝血酶原活动度恢复在 50%以下；无效：未达有效标准或恶化，甚至死亡者。

1.6 统计分析 计量资料采用(均数±标准差)表示，组内比较采用配对 t 检验，组间比较采用两样本 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示有显著性差异。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 与对照组比较，治疗组患者主要临床症状如乏力、纳差、腹胀、肝区不适、黄疸、尿少等得到显著改善，总有效率显著提高，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者疗效比较 例					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	34	9	20	5	85.29 [▲]
对照组	34	6	18	10	70.59

注：与对照组比较，[▲] $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后肝功能、凝血酶原活动度比较 经统计学分析，治疗前两组患者肝功能各项指标差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗 4 周后，两组肝功能、凝血酶原活动度均较治疗前显著改善($P<0.05$)，且治疗组肝功能、凝血酶原活动度改善程度显著优于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后肝功能、凝血酶原活动度比较 (X̄± S)								
指标	治疗组				对照组			
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TBIL(μmol/L)	76.77± 11.42	22.53± 9.45 [▲]	75.48± 12.64	35.29± 10.85 [#]	135.53± 27.43	57.43± 14.36 [▲]	137.24± 33.86	73.53± 16.68 [#]
ALT(U/L)	117.78± 21.69	42.29± 10.40 [▲]	118.04± 22.63	57.39± 11.53 [#]	117.78± 21.69	42.29± 10.40 [▲]	118.04± 22.63	57.39± 11.53 [#]
AST(U/L)	27.39± 8.33	39.71± 9.57 [▲]	26.48± 7.83	33.69± 8.18 [#]	27.39± 8.33	39.71± 9.57 [▲]	26.48± 7.83	33.69± 8.18 [#]
ALB(g/L)	1.14± 0.27	1.66± 0.38 [▲]	1.15± 0.29	1.36± 0.32 [#]	1.14± 0.27	1.66± 0.38 [▲]	1.15± 0.29	1.36± 0.32 [#]
A/G	58.36± 15.57	83.36± 21.76 [▲]	57.42± 14.96	69.37± 18.63 [#]	58.36± 15.57	83.36± 21.76 [▲]	57.42± 14.96	69.37± 18.63 [#]
PTA(%)								

注:与治疗前比较,[#]*P*<0.05;与对照组治疗后比较,[▲]*P*<0.05。

注：与治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[▲] $P<0.05$ 。

2.3 两组患者体重、腹围、24 h 尿量比较 经统计学分析，治疗前两组患者体重、腹围、平均 24 h 尿量差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗 4 周后，两组体重、腹围、平均 24 h 尿量均较治疗前显著改善($P<0.05$)，且治疗组体重、腹围、平均 24 h 尿量改善程度显著优于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后体重、腹围、平均 24 h 尿量比较 ($\bar{X}\pm S$)				
组别	体重(kg)	腹围(cm)	24 h 尿量(mL)	
治疗组	治疗前	63.77±9.45	86.53±7.14	757.78±41.63
	治疗后	55.74±8.31 [▲]	77.43±7.25 [▲]	1 942.23±210.84 [▲]
对照组	治疗前	64.48±8.95	87.85±7.73	768.04±38.83
	治疗后	60.64±9.48 [#]	73.53±6.96 [#]	1 567.95±281.43 [#]

注：与治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[▲] $P<0.05$ 。

益肾合剂配合中药灌肠治疗糖尿病肾病 50 例临床观察

孔凡俊

(山东省泰安市中医医院 泰安 271000)

摘要:目的:观察益肾合剂配合中药灌肠对糖尿病肾病的临床疗效。方法:选择符合糖尿病肾病诊断标准的病例 50 例,给予益肾合剂口服配合中药灌肠,每 4 周为 1 个疗程,连续 2 个疗程。治疗前后分别测定空腹血糖(FPG)、餐后 2 h 血糖(2 hPG)、糖化血红蛋白(HbA_{1c})、血压(SBP/DBP)、24 h 尿蛋白定量、血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)水平,观察临床症状的改善情况。结果:对临床症状改善疗效显著,24 h 尿蛋白明显下降,血肌酐、尿素氮降低,胆固醇、甘油三酯改善。结论:益肾合剂配合中药灌肠对改善糖尿病肾病患者临床症状及肾功能有较好的疗效。

关键词:糖尿病肾病;益肾合剂;中药灌肠;中西医结合疗法

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.021

糖尿病作为一种全身代谢性疾病,其引起的并发症几乎累及机体各个组织,其中对肾脏的损害尤为突出。随着糖尿病发病率的不断增高,糖尿病肾

病发病人数亦逐年增多,近年来糖尿病引起的肾脏病变对糖尿病患者的生活质量影响日益突出^[1]。糖尿病患者一旦发生肾脏损害,出现持续尿蛋白则病

2.4 两组患者腹部 B 超比较 经统计学分析,治疗前两组患者脾脏厚度、门静脉和脾静脉内径差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗 4 周后,两组脾脏厚度、门静脉和脾静脉内径较治疗前显著改善($P<0.05$),且治疗组脾脏厚度、门静脉和脾静脉内径改善程度显著优于对照组($P<0.05$)。见表 4。

组别	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
脾厚	4.26± 1.37	3.34± 1.31 [▲]	4.28± 1.27	4.08± 1.16 [△]
门静脉内径	1.48± 0.28	1.33± 0.25 [▲]	1.49± 0.23	1.42± 0.26 [△]
脾静脉内径	1.08± 0.13	0.73± 0.14 [▲]	1.06± 0.14	0.97± 0.18 [△]

注:与治疗前比较,△ $P<0.05$;与对照组比较,▲ $P<0.05$ 。

3 讨论

肝硬化腹水是肝硬化失代偿期最常见的临床表现,腹水的形成和持续时间与肝功能的损害程度有密切关系。现代医学治疗肝硬化腹水的内科治疗措施主要有应用利尿剂、输注白蛋白、行腹腔穿刺放腹水等,以纠正有效血容量、纠正低蛋白血症、降低门静脉压力,其他治疗措施还有腹水浓缩回输、腹腔静脉分流术、经颈静脉肝内门体分流术、肝移植等。尽管如此,肝硬化腹水的治疗仍存在很多问题,如 10%~20%患者对限制水钠摄入及应用利尿剂治疗不理想,形成顽固性腹水^[9]。并且利尿剂的应用常引起电解质紊乱,并易导致肝性脑病和(或)肝肾综合征的发生^[9]。

肝硬化腹水属中医“臌胀”范畴。对本病病因病机的认识,《素问·阴阳应象大论》认为是浊气在上,《诸病源候论》认为本病与感染“水毒”有关。本病之病机系肝、脾、肾三脏俱损,本虚标实,虚实夹杂;病变部位主要在肝、脾、肾三脏。因此,肝硬化腹水治疗上不能简单使用单一方法,或纯补或猛攻,以求速效,而应采取标本兼治:健脾土之运化,滋肾柔肝以正其本,行气、利水以治其标。本研究在西医常规

治疗基础上加用健脾调肝补肾方,方中重用黄芪、白术、茯苓培补中州之气,助脾之运化,扶正固本以制水之中源;猪苓、泽泻、大腹皮行气利水以治其标;炒谷麦芽、炒枳实甘温益气以助健脾之功,且炒枳实可行气导滞,合上药中的大腹皮破积下气则肝络胃肠之气顺;丹参、泽兰活血化瘀,与行气之大腹皮配伍用,共奏气旺血行、血行气也旺的功效;茵陈、郁金为利湿退黄之要药,善清脾胃肝胆湿热;白芍养血柔肝健脾;鳖甲滋阴潜阳,软坚散结;生甘草调和诸药。诸药合用,扶正祛邪,攻补兼施,标本兼治,以调肝健脾补肾为主,行气活血利水为佐,补涩不留邪,邪去正不伤。

在本研究中,治疗组在常规西医治疗基础上采用中药治疗,结果显示健脾调肝补肾中药治疗肝硬化腹水可显著降低患者腹围、体重、脾脏厚度、门静脉和脾静脉内径,增加凝血酶原活动度及 24 h 尿量,改善肝功能,提高总有效率。因此,充分发挥中医药的优势,采用中西医结合治疗肝硬化腹水疗效肯定,可从多环节多靶点作用于人体,提高患者的生存质量。

参考文献

[1]Moller S,Henriksen JH, Bendtsen F.Ascites: pathogenesis and therapeutic principles[J].Scand J Gastroenterol,2009,44(8):902-911
[2]傅海根.中西医结合治疗顽固性肝硬化腹水 45 例[J].实用中西医结合临床,2003,3(5):18
[3]中华医学会传染病与寄生虫学分会、肝病学会.病毒性肝炎诊断标准[J].中西医结合肝病杂志,2001,11(1):56-60
[4]危北海,张万岱.肝硬化中西医结合诊治方案[J].世界华人消化杂志,2004,12(1):56-60
[5]Ackermann D.Treatment of ascites, hyponatremia and hepatorenal syndrome in liver cirrhosis[J].Ther Umsch,2009,66(11):747-751
[6]Shaikh S,Mal G,Khalid S,et al.Frequency of hyponatraemia and its influence on liver cirrhosis-related complications [J].J Pak Med Assoc,2010,60(2):116-120

(收稿日期: 2011-10-18)