

中西医结合治疗肝硬化腹水 32 例临床体会

易晓文

(广西合浦县中医院 合浦 536100)

关键词:肝硬化腹水;中西医结合疗法;体会

中图分类号:R575.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.041

肝硬化腹水是慢性肝脏疾病的晚期常见并发症之一,治疗困难,而且多预后不良。笔者采用中西医结合方法治疗本病患者 32 例,临床效果良好。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 入选的 32 例病例均为我院于 2009 年 1 月~2011 年 12 月收治的肝硬化患者,其中男性 22 例,女性 10 例;年龄 34~78 岁,平均年龄(51±4.6)岁;肝硬化原因:肝炎后肝硬化 25 例,酒精性肝硬化 7 例;肝硬化病史 2~10 年,平均(5±2.2)年;有消化道出血病史 21 例,腹水病史 14 例。所有病例入院后均行腹部超声、肝功能、CT 等检查。

1.2 诊断标准 依据 1994 年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]中水臌的诊断标准:(1)脘腹胀,腹膨大,食后尤甚,叩之呈鼓音或移动性浊音,继之腹部胀满高于胸部,重者腹壁青筋暴露,脐孔突出;(2)患者主症见面色萎黄、黄疸、肝掌、蜘蛛痣,多伴有乏力、纳呆、尿少、浮肿;(3)辅助检查:腹部 B 超见腹腔内大量积液、肝脏缩小、脾大、门脉增宽,胃镜检查见食管、胃底静脉曲张;(4)实验室检查:血浆白蛋白降低,球蛋白增高,A/G 倒置,白细胞和血小板降低,腹水检查符合漏出液。

1.3 治疗方法

1.3.1 西医治疗 住院治疗期间,以卧床休息为主,予低盐低脂、高蛋白饮食,补充 B 族维生素,常规保肝护肝治疗;口服速尿片 40 mg,安体舒通片 100 mg,每日 1 次,疗效欠佳时剂量增加为速尿片 80 mg,安体舒通片 200 mg,每日 1 次。腹水减少后逐渐停药,注意补钾。有感染者加用抗生素,有并发症者根据病情变化综合处理;适当给予人血白蛋白,增强免疫功能及提高血浆胶体渗透压。

1.3.2 中药治疗 基本方:黄芪 30 g、党参 30 g、丹参 30 g、茯苓 20 g、鳖甲(先煎)20 g、龟板(先煎)20 g、当归 15 g、柴胡 15 g、赤白芍各 15 g、泽兰 15 g、猪苓 15 g、白术 12 g、大腹皮 12 g、厚朴 10 g、砂仁 9 g、大黄 9 g。加减:黄疸加黄芩、茵陈蒿、金钱草;伴出

血症,加仙鹤草、三七炭等;气虚明显者加太子参、红参等;肾虚者加熟附片、干姜。水煎,每日分 2 次服,每日 1 剂,以上治疗均以 3 个月为 1 个疗程。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照 1994 年《中医病症诊断疗效标准》^[1]进行疗效评定。治愈:腹水及全身症状缓解或消失,肝功能基本恢复正常;好转:腹水及其症状明显好转,实验室检查有所改善;未愈:腹水未见减轻,其他症状及肝功能无改善,或在住院期间发生上消化道大出血,致使病情急剧恶化者。

2.2 治疗结果 经过 1 个疗程的治疗,本组 32 例患者中,治愈 10 例,好转 18 例,未愈 4 例,总有效率为 87.5%。

3 讨论

肝硬化腹水是消化内科较为严重的常见病。肝硬化是引起腹水的主要疾病,长期肝硬化患者,因肝细胞不断破坏,纤维组织增生,微循环障碍,肝组织变硬,继而门静脉受阻,渐渐形成腹水。肝硬化患者一旦出现腹水,标志着硬化已由代偿期转化为失代偿期。目前,西医针对本病主要是保肝、利尿等支持对症治疗,治标不治本,故疗效不理想。

肝硬化腹水属中医的“水臌、单腹胀、蜘蛛蛊”等范畴,乃正虚邪实之证。因久病气虚,脾胃升降功能失常,脾失健运,湿困中焦;肾气不足,水液敷布失调,潴留体内而成。因此,我们在西药对症支持治疗的基础上加用中药治疗,重在健脾胃、调中焦,兼以活血疏肝利水来促使微循环通畅和硬变的组织软化。中药方中黄芪、白术、茯苓、党参益气健脾,重用黄芪兼补肝气,助肝气条达升发,且能除皮肤之湿以消肿;白术、茯苓化湿利水;丹参、当归、泽兰养血活血;黄芪具有益气升阳利水作用,丹参具有活血化瘀作用,二药同用为主药能促进肝细胞新生,故可改善肝功能;且泽兰善通肝脾之血脉,活血不伤正,药力在中焦;鳖甲、龟板软坚散结;赤、白芍味酸主肝,凉血活血,为养肝柔肝、缓急止痛之要药;柴胡、厚朴、砂仁、大腹皮、猪苓、泽泻疏肝和胃,行气利水以消肿;大黄用量小,取其通(下转第 72 页)

公司。两种试剂均为合格产品,均在有效期内。

1.3 仪器 RT-6100 酶标仪、洗板机、水平旋转仪。

1.4 方法 抽取患者静脉血 4 mL,凝固后分离血清备用,不可用 NaN₃ 防腐。先检测 ELISA,阳性标本再进行 TRUST 检测。

1.4.1 ELISA 法 检测严格按照操作说明书进行,显色完毕上酶标仪比色测定。检测试剂必须平衡恢复室温后再使用,洗板过程洗涤要充分。

1.4.2 TRUST 法 (1)分别吸取 50 μL 阴性、阳性对照及血清放在卡片圈中,并均匀涂布在整个圈内;(2)将抗原轻轻摇匀,用专用滴管和针头垂直分别滴加 1 滴抗原;(3)将卡片置于水平旋转仪上,以 100 转 /min 的频率旋转 8 min,立即在亮光下观察结果。出现红色凝聚物即为阳性,均匀无凝聚物为阴性。

2 结果

1 665 份标本经 ELISA 检测有 105 例阳性,76 例 50~92 岁,29 例 18~50 岁。阳性标本再进行 TRUST 检测,只有 11 例阳性,其中 10 例 18~42 岁,1 例 53 岁。ELISA 阳性而 TRUST 阴性者随访检测 TRUST 又出现 1 例阳性。

3 讨论

梅毒是一种危害人类健康的性传播性疾病,其临床表现复杂,部分病患甚至无任何症状和体征,这给梅毒的诊治带来一定的困难,临床上易被漏诊或误诊,故梅毒的实验室检查结果对梅毒的诊断和治疗显得尤为重要。梅毒的病原学方法是早期梅毒检测的最好方法,直接镜检到梅毒螺旋体便可以确诊梅毒。但该方法受取材及特殊显微镜的限制,难以被临床所接受^[1]。而且,即使镜检未见到梅毒螺旋体,也不能排除患梅毒的可能性。目前,梅毒的血清学试验是检测诊断梅毒最主要的方法。梅毒的血清学试验分为梅毒特异性抗体检测和非特异性反应素检测两大类。梅毒特异性抗体检测包括梅毒螺旋体颗粒凝集试验(TPPA)、梅毒螺旋体血球凝集试验(TPHA)、梅毒酶联免疫吸附试验(ELISA)等。非特异性反应素试验则包括性病研究实验室试验(VDRL)、快速血浆反应素试验(RPR)、甲苯胺红不加热血清试验(TRUST)等。

梅毒螺旋体感染机体后,血清中会产生梅毒螺

(上接第 62 页)腑泻下之功,使水湿随肠道而出,又具活血之用,以调肝脾血脉。综观全方,药性平和,攻补兼施,包括了健脾益气、理气活血、疏肝软坚、祛湿利水等多种治法,故临床运用能收到较好的治疗效果。

旋体的特异性抗体和非特异性反应素。梅毒特异性抗体检测(TPPA、TPHA、TRUST 等)就是检测其特异性抗体,而非特异性检测(TRUST、RPR、VDRL 等)则是检测其反应素。以往一般以 TRUST 或 RPR 作为梅毒的初筛试验,由于其出现生物学假阳性,而且一些疾病如系统性红斑狼疮、传染性单核细胞增多症、麻风患者等可致其假阳性^[2],很多学者都认为 TRUST 或 RPR 已不再适合初筛梅毒。ELISA 检测梅毒特异性抗体,一是抗体的出现早于反应素,二是该检测具有高度特异性和敏感性,判断结果客观准确^[3],且比较 TPPA 而言 ELISA 成本低廉,又可大批量、自动化检验,被认为是理想的梅毒初筛试验。

本文中 1 665 份标本 ELISA 初筛有 105 例阳性,再进行 TRUST 检测只有 11 例阳性,随访又有 1 例阳性。究其原因,从梅毒特异性和非特异性两类血清学方法联合检测的临床意义就可明晰:前者阴性,后者也是阴性的话就可排除梅毒(窗口期除外);前者阴性后者阳性则是假阳性;前者阳性后者阴性则是既往感染(早早期梅毒除外);两者皆阳性则是现症梅毒感染(梅毒孕妇所生婴儿除外)。本文 ELISA 初筛后 105 例阳性者,复检测 TRUST 11 例阳性,这 11 例即为梅毒的现症感染者。随访 TRUST 的那例阳性是 1 例早早期梅毒,起初 ELISA 阳性而 TRUST 阴性,原因在于梅毒特异性抗体的出现早于梅毒反应素。其他的 ELISA 阳性 TRUST 阴性者则为梅毒的既往感染。ELISA 初筛联合 TRUST 检测梅毒,对梅毒的诊断、治疗很重要。经常有实验室的检验人员问“哪类检测方法是梅毒检测的确诊实验”,其实无所谓谁确诊谁,两类方法联合检测,相互印证,双阳才能确诊和报卡。总之,两类方法联合筛查梅毒,让梅毒实验室的检测、报告系统更加规范,很好地避免梅毒的漏报、误报和误诊。

参考文献

[1]2009 年全国梅毒与淋病疫情分析报告[J].性病情况简报,2010(1):1-7
 [2]谢益君.梅毒的实验室诊断[J].中国卫生检验杂志,2008,18(3):468-469
 [3]陈曦,贺健梅,龚向东.艾滋病性病实验室诊断手册[M].长沙:湖南大学出版社,2011.125
 [4]姬铁闯,法爱玲,张悦,等.酶联免疫吸附法在梅毒检测中的应用研究[J].中国卫生检验杂志,2006,16(10):1 252-1 253

(收稿日期:2013-08-22)

参考文献

[1]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,1994.10-12

(收稿日期:2013-08-22)