

## 扶正消臌汤治疗肝硬化失代偿期32例

高征<sup>1\*</sup>, 张翠月<sup>2</sup>

(1. 南阳医学高等专科学校, 河南 南阳 473000; 2. 南阳理工学院张仲景国医学院, 河南 南阳 473004)

**[摘要]** 目的:探讨自拟扶正消臌汤治疗肝硬化失代偿期的临床疗效。方法:57例肝硬化失代偿期患者随机分为两组,对照组(25例)予以西药保肝、降酶、利尿等常规综合治疗,治疗组(32例)在西医药基础上加用扶正消臌汤治疗,疗程3个月,观察两组治疗前后临床症状、体征、肝功能、影像学、控制腹水疗效及远期随访疗效,并进行安全性观察。结果:治疗组在缓解临床症状、体征、改善肝功能及影像学结果、控制远期腹水复发方面均优于对照组( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ),且无明显不良反应。结论:扶正消臌汤对肝硬化失代偿期疗效显著,复发率低。

**[关键词]** 肝硬化失代偿期;鼓胀;益气健脾;活血利水;扶正消臌汤

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** **[文章编号]** 1005-9903(2011)08-0267-03

肝硬化失代偿属中医学“臌胀”病范畴,在临床中发现,无论采用单纯的西医疗法,还是主要运用中医药活血利水法,虽可对患者的病情、症状或体征产生较为明显的改善,但都难以从根本上治疗此病,患者常在短期内旧病复发如初,苦不堪言。本研究在西医治疗基础上,充分发挥中医药辨证论治的优势,以益气健脾为主,兼以疏肝理气,活血利水之法,用自拟扶正消臌汤进行治疗,取得了令人满意的疗效。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 57例均为我校附属中医院消化内科病房于2005年6月至2008年8月收治的患者,所有患者均做肝功、腹部B超、CT影像学等检查,均符合该病诊断标准。按随机数字表随机分为对照组和治疗组两组。对照组25例,其中男16例,女9例;年龄40~68岁,平均(53.28±14.21)岁;病程4个月~4年,平均(3.4±1.9)年。治疗组32例,其中男22例,女10例;年龄38~69岁,平均(53.36±13.96)岁;病程4个月~4年,平均(3.4±1.9)年。两组患者在性别、年龄分布及病史、病程等方面比较无统计学差异,具有可比性。

**1.2 病例选择标准** 全部病例均符合中华医学会肝病学分会、传染病与寄生虫病学分会2000年修订的《病毒性肝炎防治方案》<sup>[1]</sup>中关于肝硬化失代偿期的诊断标准,同时超声检测证实有腹水,腹水程度

按文献[2]标准执行(重度腹水:肝前出现无回声区;中度腹水:肝肾间隙出现无回声区;轻度腹水:仅在盆腔出现无回声区),并排除癌性、心源性、肾源性、结核性等其他性质腹水。

**1.3 中医诊断及辨证标准** 按照国家应用标准《中医内科学疾病诊疗常规》<sup>[3]</sup>中有关臌胀病的中医诊断要点及辨证标准执行。

### 2 方法

**2.1 治疗方法** 对照组:予西医常规综合治疗。还原型谷胱甘肽针剂1.2~1.8g加入到5%葡萄糖注射液250mL中gtt,qd;复方甘草酸单胺针剂80mg加入5%葡萄糖注射液250mL中gtt,qd;螺内酯片20mg,tid,po;呋塞米片20mg,tid,po。腹水及下肢水肿明显者,加用人血白蛋白10g,gtt,qd,连续5~6次。治疗组:在西医药常规综合治疗基础上,用中医药辨证施治,即运用益气健脾、疏肝理气、化瘀利水之法,加服扶正消臌汤治疗。自拟扶正消臌汤方药组成:党参15g,黄芪15g,白术12g,茯苓20g,柴胡10g,香附10g,郁金20g,当归12g,赤芍9g,桃仁10g,丹参30g,莪术10g,三七4g(冲),益母草30g,泽兰15g,泽泻15g,车前子30g,鳖甲20g,牡蛎30g,炙甘草10g。加减:湿热明显者,加茵陈15g,大黄6g,栀子10g;脾肾阳虚者,加制附片9g,干姜9g,巴戟天15g。肝肾阴虚者,加枸杞子15g,石斛20g,生地黄15g,白芍30g;患者腹胀明显者,加川厚朴10g,大腹皮15g,太子参15g,砂仁6g,鸡内金20g;两胁胀痛者,加九香虫12g,青皮10g;出血者,加大蓟9g,茜草12g,仙鹤草30g。每天1

**[收稿日期]** 2010-12-27

**[通讯作者]** \*高征,副教授,从事中西医结合教学与临床工作, Tel:13838967862, E-mail:nyygz@126.com

剂,水煎,分早、晚 2 次内服。连服 10 d 为 1 个疗程,每疗程间隔 3 d,连续 9 个疗程(3 个月)观察、比较疗效。

**2.2 观察指标** 观察治疗前后的症状、体征及并发症的变化情况;肝功能指标:血清谷丙转氨酶(ALT)、天冬氨酸转氨酶(AST)、白蛋白(Alb)、总胆红素(TBil),每半月检查 1 次或根据病情而定。3 个月疗程结束后,随访至少 6~12 个月。

**2.3 统计学处理** 计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 Ridit 分析或  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为有统计学意义。

### 3 结果

**3.1 疗效判定** 参照《中医临床病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>。显效:腹水及全身症状消失,一般情况良好,肝功能(ALT,AST,Alb,TBil 等)基本恢复正常;有效:主要症状消失或明显好转,腹水减少 1/2 以上;肝功能指标下降幅度在 50% 以上但未达正常;无效:腹水未见减轻,其他症状、体征无明显好转甚至恶化者。

**3.2 两组治疗前后症状、体征比较** 治疗后两组腹胀、乏力、食欲不振、小便不利、齿衄、下肢浮肿等主要症状、体征均有显著改善( $P$  均  $< 0.01$ ),但两组间差异无显著性。提示本方能明显促进腹水及水肿的消退,配合西药可明显改善全身症状。见表 1。

**3.3 两组治疗前后肝功能指标比较** 两组治疗后

表 1 两组患者治疗前后症状体征比较

组别	时间	例数	腹胀	乏力	纳差	小便不利	齿衄	下肢水肿
治疗	治疗前	32	32	32	29	27	16	25
	治疗后	32	2 <sup>1)</sup>	5 <sup>1)</sup>	4 <sup>1)</sup>	1 <sup>1)</sup>	2 <sup>1)</sup>	2 <sup>1)</sup>
对照	治疗前	25	25	25	19	17	13	20
	治疗后	25	7 <sup>1)</sup>	11 <sup>1)</sup>	8 <sup>1)</sup>	3 <sup>1)</sup>	5 <sup>1)</sup>	8 <sup>1)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.01$ 。

ALT,AST,Alb,TBil 均明显下降,Alb 明显升高,两组治疗后比较,治疗组优于对照组( $P < 0.05$ ),见表 2。

**3.4 两组患者腹水疗效比较** 治疗组对中、重度腹水的显效率和总有效率明显优于对照组( $P < 0.01$ ),提示临床上对大量腹水患者,在运用西医药常规治疗疗效不佳时,加用本方药可明显促进腹水的消退。见表 3。

**3.5 两组患者总体疗效比较** 治疗组 32 例,显效 24 例(75%),总有效率 93.75%。对照组 25 例,显效 6 例(24%),总有效率 72%。两组显效率及总有效率差异显著( $P < 0.05$ )。

**3.6 两组部分患者远期随访情况** 治疗组共随访 19 例,6 个月内无复发者,6~12 个月复发者 1 例,1 年以上复发者 3 例,复发率为 21.1%;对照组共随访 14 例,6 个月内复发者 2 例,6~12 个月复发者 4 例,1 年以上复发者 5 例,复发率为 78.6%,两组差异显著( $P < 0.01$ ),提示本方药对治疗肝硬化失代偿期疗效巩固,不易复发,优于对照组。

表 2 两组患者治疗前后肝功能指标比较

组别	时间	<i>n</i>	ALT/ $U \cdot L^{-1}$	AST/ $U \cdot L^{-1}$	TBil/ $\mu mol \cdot L^{-1}$	Alb/ $g \cdot L^{-1}$
治疗	治疗前	32	161.5 ± 20.2	141.3 ± 26.8	79.2 ± 29.2	23.5 ± 7.0
	治疗后	32	40.3 ± 11.2 <sup>1,2)</sup>	40.1 ± 12.3 <sup>1,2)</sup>	22.7 ± 3.9 <sup>1,2)</sup>	33.6 ± 5.1 <sup>1,2)</sup>
对照	治疗前	25	162.1 ± 23.7	158.1 ± 28.6	92.0 ± 23.1	29.4 ± 4.1
	治疗后	25	58.9 ± 14.9 <sup>1)</sup>	61.3 ± 16.4 <sup>1)</sup>	33.4 ± 7.8 <sup>1)</sup>	26.5 ± 5.8 <sup>1)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较<sup>2)</sup> $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者不同程度腹水疗效比较 例(%)

腹水程度	组别	例数	显效	有效	无效	总有效
中度	治疗	17	14(82.3) <sup>1)</sup>	2(11.8)	1(5.9)	16(94.1) <sup>1)</sup>
	对照	14	6(42.9)	5(35.7)	3(21.4)	11(78.6)
重度	治疗	14	11(78.6) <sup>1)</sup>	2(14.3)	1(7.1)	13(92.8) <sup>1)</sup>
	对照	11	4(36.4)	3(27.2)	4(36.4)	7(63.6)

注:与对照组比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ 。

## 4 讨论

肝硬化的典型病理变化是肝小叶的正常结构遭到破坏及假小叶形成,可分代偿期和失代偿期,肝硬化失代偿期则属中医学之臌胀病范畴。中医学认为,臌胀的形成,虽病因复杂,但基本病理变化总属肝、脾、肾受损,气滞、血瘀、水停,气、血、水互结腹中。需强调指出的是脾虚气弱,正气不足确是本病形成、发展的主要机制之一,正如陕西名医沈舒文<sup>[5]</sup>所言:脾气虚弱是贯穿于臌胀病整个过程的病理基

础;关幼波<sup>[6]</sup>亦指出:气虚(即指脾气虚)血瘀为臌胀病之本;已故上海名医陈耀堂<sup>[6]</sup>(陈泽霖先父)认为,脾虚失运,痰瘀交阻,……为臌胀病的共性,本病实证甚少,大多虚中夹实。综上所述,本病病理性质属本虚标实,虚实夹杂,“本虚”当以“脾虚气弱”为先为本。鉴于此,治法当以健脾益气为主,同时疏肝理气,化痰利水。方中党参、白术、茯苓、甘草寓“四君”之意,益气健脾,燥湿渗湿,加用黄芪以加强功效,俟脾胃气旺,则纳运转常,升降有力,清浊分离,水湿得化不聚,病本可除,即“土能制水”之意。尤其要重视对白术的运用,白术既长于补气以复脾运,又能燥湿、利尿,补中寓利,被誉为“脾脏补气健脾第一要药”,善治脾虚有湿之证,亦为治肝硬化腹水之要药,轻证30g,重者60g。方用柴胡、香附疏肝理气,宽胸止痛。郁金活血止痛,行气解郁。当归、赤芍、丹参、活血养血;益母草、泽兰活血祛瘀,利尿消肿;三七化瘀止血;本病既成,常肝络瘀阻,故用莪术破血祛瘀,行气止痛。方中鳖甲咸寒,入肝脾血分,与牡蛎相伍,共同发挥软坚散结作用。用车前子、泽泻利水渗湿,以进一步缓解或消除腹水、水肿等症。诸药合用,共奏补气运中,疏肝理气,活血利水,破血软坚之功效,补中寓泻,泻中寓补,扶正补虚而不虞恋邪,破瘀活血利水而不恐伤正,虚实兼顾,标本同治,故可产生明显疗效。

现代药理研究证实:白术<sup>[6]</sup>能升高白蛋白,纠正白球蛋白比例,有抗凝血及明显而持久的利尿作用,能促进电解质特别是钠的排泄;黄芪<sup>[7]</sup>对干扰素系统有促进作用,可促进血清和肝脏蛋白质的更新,有保肝、明显的利尿作用等;党参<sup>[7]</sup>提取物可改善血液循环,增强机体对低氧环境的适应能力;茯苓<sup>[7]</sup>具利尿、保肝作用,且参、芪、苓、草均可增强机体免疫功能;柴胡<sup>[7]</sup>有较强的抗脂肪肝、抗肝损伤、利胆、降转氨酶作用,还能增强肝脏对蛋白质的生物合成及增强机体免疫功能;郁金<sup>[7]</sup>可保护肝细胞、促进肝细胞

再生、有去脂和抑制肝细胞纤维化作用,能对抗肝脏病毒性病变;丹参<sup>[7]</sup>能保护肝细胞、促进肝细胞再生,激活纤溶而有抗肝纤维化作用;泽兰<sup>[7]</sup>能增强纤溶活性,从而具有抗肝纤维化作用;泽泻<sup>[7]</sup>、车前子<sup>[7]</sup>具有显著利尿作用;鳖甲<sup>[8]</sup>能抑制炎症反应,促进肝细胞修复和再生,改善肝内微循环,抑制纤维增生,促进胶原溶解和再吸收,并能提高血浆蛋白量;莪术<sup>[9]</sup>能抗炎、抗病毒,改善肝脏微循环,并能抑制成纤维细胞增殖。诸药合用,或各自发挥上述作用,或综合发挥上述作用。因此,运用此方药治疗本病,产生显著疗效,值得进一步研究。

#### [参考文献]

- [1] 中华医学会肝病学会、传染病与寄生虫病学会. 病毒性肝炎防治方案 [J]. 中华肝脏病杂志, 2000, 8(6):324.
- [2] 梁扩寰. 肝脏病学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 1995:686.
- [3] 朱文峰. 中医内科学疾病诊疗常规 [M]. 长沙:湖南科技出版社, 1999:401.
- [4] 王净净, 龙俊杰. 中医临床病证诊断疗效标准 [S]. 长沙:湖南科学技术出版社, 1993:36.
- [5] 沈舒文. 内科疑难病辨治思路 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:234.
- [6] 史宇广, 单书健. 当代名医临证精华肝炎肝硬化专辑 [M]. 北京:中国古籍出版社, 1988:325, 390, 321.
- [7] 高学敏. 中药学 [M]. 北京:中国中医药出版社, 2002:503, 500, 245, 84, 368, 376, 383, 248, 256.
- [8] 杨玲, 朱清静, 张赤表, 等. 抗纤软肝颗粒对肝星状细胞增殖与凋亡的影响 [J]. 中医杂志, 2004, 45(1):58.
- [9] 张金凤, 王强, 赵永德, 等. 莪术体外抑制成纤维细胞生长的初步研究 [J]. 滨州医学院学报, 1997, 20(2):113.

[责任编辑 何伟]