

引用:王秋钦. 半夏泻心汤加味联合逐水膏治疗肝硬化腹水40例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(4): 50-52.

半夏泻心汤加味联合逐水膏治疗 肝硬化腹水40例临床观察

王秋钦

(汝州市中医院, 河南 汝州, 467599)

[摘要] 目的:观察半夏泻心汤加味联合逐水膏治疗肝硬化腹水的临床疗效。方法:将80例肝硬化腹水患者随机分为治疗组和对照组,每组各40例。对照组采用西医常规治疗,治疗组在此基础上加半夏泻心汤加味合逐水膏治疗,疗程均为6周。观察治疗前后2组患者的临床症状、体征以及各项相关指标的变化情况。结果:总有效率治疗组为92.5%(37/40),对照组为75.0%(30/40),组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组肝功能、血氨、血清内毒素(LPS)、内皮素-1(ET-1)、一氧化氮(NO)、腹水深度及脾脏厚度治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组并发症发生率低于对照组($P < 0.05$)。结论:半夏泻心汤加味联合逐水膏治疗肝硬化腹水,能够加速患者腹水消退,促进肝功能恢复,减少并发症,提高患者生存质量。

[关键词] 肝硬化腹水;中西医结合疗法;半夏泻心汤加味;逐水膏

[中图分类号] R259.752 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.04.020

肝硬化是临床上的常见病,前期在病理学上表现为广泛的肝细胞坏死、残存肝细胞结节性再生,使结缔组织出现增生及纤维隔的形成,最后肝小叶结构被破坏而形成假小叶,肝脏开始变形、变硬而成为肝硬化。该病晚期常并发上消化道出血、肝性脑病、感染、脾功能亢进、腹水等症,预后差,且临床治疗本病的效果并不理想。笔者运用西医常规疗法联合半夏泻心汤加味与逐水膏治疗肝硬化腹水,疗效明显,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年12月至2018年11月于我院病房住院治疗的患者80例,将其随机分为治疗组与对照组,每组各40例。治疗组中,男22例,女18例;年龄39~68岁,平均 (50.17 ± 9.52) 岁;平均病程 (1.62 ± 0.84) 年。对照组中,男23例,女17例;年龄38~70岁,平均 (51.06 ± 9.47) 岁;平均病程 (1.52 ± 0.91) 年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《肝硬化腹水中医诊疗专家共识意见(2017)》^[1]中的诊断标准。1)多有肝病史,疲倦乏力,腹部胀满及食欲下降,查体有肝掌,蜘蛛痣,脾大,移动性浊音阳性。2)肝功能提示

丙氨酸氨基转氨酶(ALT)升高,血清白蛋白(ALB)下降。3)腹部超声示肝脏形态异常,边缘呈波浪形,回声增粗,分布不均质;门静脉增粗,脾脏变厚变大;腹腔可探及液性暗区。

1.2.2 中医辨证标准 参照《肝硬化腹水中医诊疗专家共识意见(2017)》^[1]拟定血瘀水停证辨证标准。主症:腹大膨隆如鼓;腹壁青筋显露;胁肋刺痛,固定不移。次症:面色暗黑;面颈胸臂有蜘蛛痣;肌肤甲错;渴不欲饮。舌脉:舌质紫红或有瘀斑,苔白润,脉细涩。

1.3 纳入标准 1)符合西医诊断及中医辨证标准;2)无保肝、利尿类药物禁忌证;3)年龄35~70岁;4)患者自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并肝功能衰竭、肝癌、肝肾综合征、感染、消化道出血及其他系统的原发性疾病;2)由结核性腹膜炎、缩窄性心包炎、腹腔恶性肿瘤引起的腹水;3)对本研究中的中药制剂过敏。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用限盐、限水,保肝、利尿等西医常规治疗。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用半夏泻心汤加味合逐水膏治疗。半夏泻心汤加味:半夏15g,黄芩10g,干姜10g,生姜10g,黄芪30g,泽泻15g,茯苓

15 g,猪苓 10 g,白术 15 g,川芎 15 g,大枣 4 枚。所有中药均源自我院中药房,每天 1 剂,水煎400 ml,分早晚 2 次温服。逐水膏:大戟 15 g,甘遂 15 g,芫花 15 g,牵牛子 15 g,冰片 5 g。将药物研为细末,过筛、密封,每次取 50 g,用适量蜂蜜调和成膏状,涂于纱布上,脐部皮肤用碘伏消毒后贴敷,24 h 换药 1 次。

2 组疗程均为 6 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察 2 组治疗前后肝功能[包括 ALT、门冬氨酸氨基转移酶 (AST)、ALB、血清总胆红素 (TBiL)],血氨、血清内毒素 (LPS)、内皮素 -11 (ET-1)、一氧化氮 (NO) 水平,腹水深度、门静脉内径、脾脏厚度变化,以及治疗过程中并发症的发生情况。

3.2 疗效标准 参照《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见 (2011 年,海南)》^[2] 拟定。临床缓解:腹水及四肢水肿完全消退,彩超检查无腹水,主要症状消失,每天尿量≥1200 ml,体质量、腹围恢复至腹水前水平并能稳定≥3 个月;显效:腹水及肢体水肿大部分消退,彩超检查腹水减少≥50%,症状明显好转,腹部胀满明显缓解,每天尿量≥1000 ml、但 < 1200 ml,体质量减轻≥2 kg,或腹围缩小≥5 cm;有效:腹水及肢体水肿有消退,彩超检查腹水减少 < 50%,症状略有改善,腹部胀满略减轻,24 h 尿量 < 1000 ml,体质量有所减轻但 < 2 kg,或腹围缩小 > 3 cm、但 < 5 cm;无效:腹水、体质量、腹围、症状无改善或加重。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行统计学分析。计数资料以率 (%) 表示,采用 χ^2 检验;计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验,等级资料用秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 92.5%,对照组为 75.0%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床缓解	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	12(30.0)	18(45.0)	7(17.5)	3(7.5)	37(92.5) ^a
对照组	40	9(22.5)	13(32.5)	8(20.0)	10(25.0)	30(75.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组肝功能比较 2 组 ALT、AST、ALB、TBiL

治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组肝功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	ALT(U/L)	AST(U/L)	ALB(g/L)	TBiL(μ mol/L)
治疗组	40	治疗前	157.3 ± 53.83	162.83 ± 64.96	24.29 ± 3.17	53.67 ± 17.34
		治疗后	47.22 ± 13.71 ^{ab}	48.39 ± 15.55 ^{ab}	35.94 ± 3.21 ^{ab}	25.71 ± 9.82 ^{ab}
对照组	40	治疗前	159.18 ± 55.32	163.69 ± 67.48	24.78 ± 3.33	53.46 ± 18.07
		治疗后	66.75 ± 14.76 ^a	68.68 ± 16.54 ^a	30.27 ± 3.67 ^a	37.79 ± 11.37 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组血氨、LPS、ET-1、NO 水平比较 2 组血氨、LPS、ET-1、NO 水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组血氨、LPS、ET-1、NO 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	血氨(μ mol/L)	LPS(μ g/ml)	ET-1(ng/L)	NO(mmol/L)
治疗组	40	治疗前	69.34 ± 21.81	0.16 ± 0.05	103.58 ± 13.31	97.25 ± 8.64
		治疗后	26.76 ± 9.42 ^{ab}	0.06 ± 0.03 ^{ab}	71.34 ± 11.44 ^{ab}	66.87 ± 9.47 ^{ab}
对照组	40	治疗前	70.43 ± 22.26	0.16 ± 0.06	105.12 ± 14.37	96.85 ± 8.96
		治疗后	38.68 ± 9.98 ^a	0.09 ± 0.03 ^a	88.79 ± 12.25 ^a	86.25 ± 10.31 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.4 2 组腹水深度、门静脉内径、脾脏厚度比较 2 组腹水深度、脾脏厚度治疗前后组间比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 4)

表 4 2 组腹水深度、门静脉内径、脾脏厚度比较($\bar{x} \pm s$,mm)

组别	例数	时间节点	腹水深度	门静脉内径	脾脏厚度
治疗组	40	治疗前	90.15 ± 18.37	15.27 ± 1.32	53.33 ± 7.21
		治疗后	27.26 ± 11.58 ^{ab}	13.28 ± 1.35	45.34 ± 7.36 ^{ab}
对照组	40	治疗前	89.85 ± 19.26	15.57 ± 1.36	52.83 ± 7.41
		治疗后	52.86 ± 12.45 ^a	14.61 ± 1.57	50.65 ± 7.49 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.5 2 组并发症发生情况比较 在治疗过程中治疗组出现感染、消化道出血、肝性脑病及肝肾综合征等并发症的发生率均低于对照组,差异有统计学意义。(见表 5)

表 5 2 组并发症发生情况比较[例(%)]

组别	例数	感染	消化道出血	肝性脑病	肝肾综合征	总发生
治疗组	40	7(17.5)	1(2.5)	2(5.0)	1(2.5)	11(27.5) ^a
对照组	40	12(30.0)	3(7.5)	7(17.5)	4(10.0)	26(65.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

肝硬化腹水患者多感腹部进行性膨隆胀满、恶心、乏力,其预后差,后期并发症多而重,严重影响患者生存质量。有研究显示,LPS、ET-1 及 NO 的

引用:邹利艳. 旋覆代赭汤联合针刺治疗胃癌术后胃瘫综合征 31 例[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(4): 52-54.

旋覆代赭汤联合针刺 治疗胃癌术后胃瘫综合征 31 例

邹利艳

(沁阳市中医院, 河南 沁阳, 454550)

[摘要] 目的:观察旋覆代赭汤联合针刺治疗胃癌术后胃瘫综合征的临床效果。方法:将 62 例胃癌术后胃瘫综合征患者随机分为 2 组, 每组各 31 例。2 组患者均进行基础治疗, 包括抗感染、纠正水电解质平衡、胃肠减压等。在此基础上, 对照组采用西医常规治疗, 治疗组采用旋覆代赭汤联合针刺治疗。对比 2 组综合疗效及中医症状积分。结果:治疗组和对照组的总有效率分别为 96.77% (30/31) 和 80.65% (25/31), 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组中医症状积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:旋覆代赭汤联合针刺治疗胃癌术后胃瘫综合征获得理想临床效果, 症状消退, 胃功能得到改善。

[关键词] 胃癌; 胃瘫综合征; 旋覆代赭汤; 针刺疗法

[中图分类号] R259.739 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.04.021

随着胃癌患病人数的增长, 该病已经成为严重危害人类生命健康的疾病。胃癌早期患者可以实施手术治疗, 但是手术刺激会增强胃肠交感神经活动,

约有 0.4% ~ 5.0% 的患者术后患上胃瘫综合征^[1]。该病的表现主要是由胃非机械性梗阻所造成的胃排空障碍、胃肠蠕动减弱等, 部分患者会持续较长

作者简介: 邹利艳, 女, 主治医师, 研究方向: 中医肿瘤学

升高, 在肝硬化形成腹水的过程中有重要影响^[3-4]。中医学根据本病的临床表现, 将其归为“臌胀”范畴。本病主要涉及肝、脾、肾三脏, 体内气机疏泄失常、开阖失度, 导致气血瘀阻, 水气停滞, 最后形成本虚标实之臌胀。治疗以调畅气机、活血利水为法。

刘渡舟曾论述半夏泻心汤:“半夏与干姜, 辛开而温可散脾气之寒; 黄芩与黄连, 苦泻而寒可降胃气之热; 人参、甘草、大枣甘温, 和脾胃、补中气, 使中焦升降功能恢复”^[5]。本方中半夏、干姜辛开; 少量黄芩苦寒而下; 将人参换为黄芪, 与大枣健脾益气兼利水; 因甘草会使水钠潴留, 故不用; 泽泻、茯苓、白术健脾利水; 猪苓、川芎活血、利水; 诸药配合, 调畅气机、调和脾胃、利水活血。黄芪可促进血清和肝脏蛋白质的更新, 有明显的保肝、利尿作用; 白术能保肝、利胆、利尿; 猪苓、茯苓、泽泻也均具有利水、保肝、护肝作用^[6]。逐水膏方中均为峻下逐水药, 口服必然伤及正气, 遂可峻药缓图。而肚脐位于腹部正中, 通过各经脉与各器官紧密相联, 中药贴敷可使药物通过皮肤进入血循环, 调节机体各

系统, 改善脏器功能达到治疗目的。穴位敷贴则外治能减轻腹水, 逐水膏贴敷神阙穴, 使药物缓慢吸收, 有效发挥通利二便的作用。

本研究结果显示, 口服半夏泻心汤加味联合神阙穴贴敷逐水膏可有效减少腹水量, 改善肝功能, 减少并发症, 提高肝硬化腹水患者的生活质量, 延长患者的生存期, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 肝硬化腹水中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3065-3068.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见(2011年, 海南)[J]. 北京中医药, 2012, 31(11): 868-872.
- [3] 邹波, 张鑫垚. 一氧化氮和内毒素水平在肝硬化合并肝肾综合征中的作用研究[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(3): 526-527.
- [4] 张艳, 雷鸣, 孙庆芳. 肝硬化患者血浆内毒素、内皮素-1 和一氧化氮水平变化及相关性研究[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(21): 2572-2575.
- [5] 王惠英, 曹圣荣. 半夏泻心汤方证探微[J]. 实用中医内科杂志, 2017, 31(9): 76-77.
- [6] 李淋, 黄文权, 唐令. 五皮饮合柴胡疏肝散加减化裁治疗肝硬化腹水的临床疗效[J]. 中国药物经济学, 2014, 9(S1): 91-92.

(收稿日期: 2019-06-11)