

引用:蒋鑫,姜莹,李秀云. 椒目泄水贴穴位外敷联合西药治疗肝硬化腹水 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(9): 74-77.

椒目泄水贴穴位外敷联合西药 治疗肝硬化腹水 30 例临床观察

蒋鑫¹, 姜莹¹, 李秀云²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 重庆市垫江县中医院, 重庆 垫江, 408300)

[摘要] 目的:探讨椒目泄水贴穴位外敷联合西药治疗肝硬化腹水湿热水停证的临床疗效。方法:将 60 例湿热水停型肝硬化腹水患者随机分为治疗组与对照组,每组各 30 例。对照组给予西医常规治疗,治疗组在对照组的基础上应用椒目泄水贴穴位(神阙、中脘、关元、气海、水分、足三里)贴敷治疗,治疗周期为 28 d。观察 2 组治疗前后中医证候积分、B 超腹水积分、腹围、体质量、24h 尿量、肝功能、凝血功能的变化,评定综合疗效。结果:总有效率治疗组为 90.00%(27/30),高于对照组的 63.33%(19/30),差异具有统计学意义($P<0.05$);2 组中医证候积分、腹水积分、腹围、体质量、24h 尿量、肝功能指标、凝血功能指标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:椒目泄水贴穴位外敷具有清热利湿、行气利水之效,联合西医基础治疗可以显著改善湿热水停型肝硬化腹水患者临床症状和体征,减小腹围和减轻体质量,具有较好的治疗效果,可补内治之不足,值得临床推广应用。

[关键词] 肝硬化腹水;湿热水停证;椒目泄水贴;穴位贴敷

[中图分类号] R259.752 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.09.024

肝硬化腹水是肝硬化进入失代偿期最常见且最早出现的并发症^[1],其临床发病率高,发病机制复杂^[2],且腹水的出现会对患者日常生活及生命造成危害,若不及时治疗,随着病情发展,极易诱发感染、肾衰竭及肝性脑病等严重并发症,危及患者生命^[3]。为探讨中医外治法对肝硬化腹水的功效,笔者选取 60 例湿热水停型肝硬化腹水患者作为研究对象,治疗组 30 例在西医常规治疗上,加用椒目泄水贴穴位外敷治疗,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2019 年 6 月至 2020 年 8 月在垫江县中医院住院治疗的 60 例肝硬化腹水患者作为研究对象,按照随机数字表法将其分为治疗组与对照组,每组各 30 例。治疗组中,男 22 例,女 8 例;年龄 42~69 岁,平均(54.63±7.66)岁;病程 2~11 年,平均(5.56±2.35)年。对照组中,男 21 例,女 9 例;年龄 44~68 岁,平均(55.30±7.17)岁;

病程 2~12 年,平均(5.56±2.35)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《肝硬化腹水及相关并发症的诊疗指南》^[4]及《肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见》^[5]中的有关标准。1)有明确的肝硬化病史及存在引起肝硬化的病因(如病毒性肝炎史、长期饮酒史、药物史、输血史等);2)存在肝硬化失代偿期表现,如可见乏力、食欲不振、腹胀、便溏或便秘、性功能减退、月经不调等;3)体征可见慢性肝病面容、腹部移动性浊音阳性、腹壁静脉曲张、脾大、下肢凹陷性水肿、肝掌及蜘蛛痣等;4)B 超检查可见有明显肝硬化征象及腹腔积液。

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)》^[6]及《中医内科学》^[7]中的有关标准拟定。主症:腹满胀急、腹痛拒按、烦热口苦、渴不欲饮。次症:纳呆、神疲乏力、面色发黄

基金项目:重庆市垫江县科技项目(djkjzdxm2019jsyfysfyy019)

第一作者:蒋鑫,男,2018 级硕士研究生,研究方向:中医药防治肝胆病

通讯作者:李秀云,男,主任医师,教授,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治肝胆病, E-mail: cqjlx@163.com

或晦暗、小便短黄、大便秘结或溏垢。舌脉象:舌质红、苔黄腻,脉弦滑或数。具备以上主症3项兼次症1项以上即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄18~70岁;3)近期内未服用其他药物治疗;4)患者及家属知情,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)有严重心、脑、肺、肾脏器功能异常;2)顽固性腹水或癌性、心源性、肾源性、结核性等其他原因引起的腹水患者;3)过敏体质或对中药过敏;4)妊娠期妇女或伴有意识障碍;5)依从性差。

2 治疗方法

2.1 对照组 予西医常规治疗。1)护肝。还原型谷胱甘肽(重庆药友制药有限公司,批准文号:国药准字H19991068,规格:1.2 g/瓶)1.2 g加0.9%氯化钠注射液100 ml静脉滴注,1次/d。2)利尿。螺内酯片(杭州民生药业有限公司,批准文号:国药准字H33020070,规格20 mg/片)20 mg口服,3次/d;呋塞米片(杭州民生药业有限公司,批准文号:国药准字H10980175,规格:20 mg/片)20 mg口服,1次/d。连服1周后酌情调整剂量。3)其他针对性治疗。对于病毒性肝炎患者给予抗病毒治疗:恩替卡韦片(重庆药友制药有限公司,批准文号:国药准字H20193104,规格:0.5 mg/片)0.5 mg口服,1次/d;低蛋白血症者补充白蛋白:人血白蛋白(贵州中泰生物科技有限公司,批准文号:国药准字S20110005,规格:50 ml:10 g)10 g加0.9%氯化钠注射液100 ml,静脉滴注,1次/d。嘱患者卧床休息,限制水盐摄入,每天钠盐摄入限制在3 g内^[8],液体入量限制在1000 ml内,优质蛋白饮食。

2.2 治疗组 在对照组基础上给予椒目泄水贴穴位贴敷治疗。药物组成:椒目30 g,葶苈子30 g,白术20 g,薏苡仁20 g,大黄15 g,黄芩15 g,茯苓15 g,厚朴15 g,砂仁15 g,白芍20 g,甘草9 g。统一由垫江县中医院煎药房制作,方法:将上述药物粉碎研磨,并予清水煎煮药末,取适量炼蜜调和成膏。贴敷穴位:神阙、中脘、气海、关元、水分、足三里。每天1次,每次保留5 h(9:00~14:00)。注意事项:1)清洁患者皮肤,便于药物吸收;2)贴敷剂干湿适中,避免脱落或渗漏;3)注意穴位贴敷时间,不

宜过短过长;4)贴敷过程中密切观察患者皮肤有无不适或过敏现象。

2组疗程均为28 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]中的有关标准,对2组治疗前后腹胀、腹痛、纳呆、烦热口苦的证候变化按无、轻、中、重度分别计0、2、4、6分,计算治疗前后中医证候总积分下降率。2)腹水积分。于治疗前后分别行B超检查,记录腹水量并进行积分:未见腹水,计0分;腹水位于各个间隙,深度径线<3 cm,为轻度,计2分;腹水未跨中腹,深度径线≥3 cm、但≤10 cm,为中度,计4分;腹水填满中腹部,深度径线>10 cm,为重度,计6分。3)腹围、体质量及24 h尿量。测量2组治疗前后腹围、体质量、24 h尿量的变化。4)肝功能与凝血功能。2组分别于治疗前后行早晨空腹抽血,应用分析仪分析患者肝功能相关指标,包括丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天冬氨酸氨基转移酶(AST)、血清白蛋白(ALB)、总胆红素(TBIL);凝血功能主要记录血浆凝血酶原时间(PT)。

3.2 疗效标准 参考《肝硬化中西医结合诊治方案(草案)》^[10]及《中药新药临床研究指导原则》^[9]中的有关标准制定。临床缓解:B超腹水检查阴性,主要症状、体征基本改善;肝功能及凝血酶原时间指标改善≥90%;中医证候总积分下降率≥90%。显效:B超检查腹腔积液减少率≥50%、但<90%;症状明显改善,肝功能及凝血酶原时间改善≥50%、但<90%;中医证候总积分下降率≥50%、但<90%。有效:B超检查腹腔积液减少≥30%、但<50%,症状有所改善,肝功能与凝血酶原时间改善≥30%、但<50%;中医证候总积分下降率≥30%、但<50%。无效:临床症状、体征无明显改善,甚至加重;中医证候总积分下降率<30%。

3.3 统计学方法 运用SPSS 26.0进行统计分析,计量资料与计数资料分别以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)与率(%)表示,分别行 t 检验与 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 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90.00%,对照组为63.33%,2组比较,差异有统计

学意义($\chi^2=4.565, P=0.033$)。(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	30	3(10.00)	19(63.33)	5(16.67)	3(10.00)	27(90.00) ^a
对照组	30	1(3.33)	12(40.00)	6(20.00)	11(36.67)	19(63.33)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 2组治疗前后中医证候积分比较 2组治疗后各项症状、体征积分及总积分均较治疗前降低,且治疗组改善程度较对照组更为明显,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表2 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	腹胀	腹痛	纳呆	烦热口苦	总积分
治疗组	30	治疗前	3.53±1.71 ^a	3.40±1.97 ^a	3.80±1.42 ^a	3.93±1.61 ^a	14.66±3.33 ^a
		治疗后	0.93±1.25 ^{bc}	0.73±0.98 ^{bc}	0.86±1.13 ^{bc}	0.93±1.14 ^{bc}	3.46±2.02 ^{bc}
对照组	30	治疗前	3.66±1.82	3.66±1.74	3.60±1.77	3.73±1.94	14.33±4.26
		治疗后	1.80±1.60 ^b	1.40±1.49 ^b	1.66±1.66 ^b	1.73±1.79 ^b	6.66±4.04 ^b

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

2.3 2组治疗前后腹水积分比较 2组腹水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($P<0.05$)。(见表3)

表3 2组治疗前后腹水积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	3.93±1.43 ^a	0.80±0.99 ^{bc}
对照组	30	4.06±1.70	1.53±1.45 ^b

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

2.4 2组治疗前后腹围、体质量、24h尿量比较 2组治疗后腹围、体质量较治疗前下降,24h尿量较治疗前增加,且治疗组改善程度优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

表4 2组治疗前后腹围、体质量、24h尿量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	腹围(cm)	体质量(kg)	24h尿量(ml)
治疗组	30	治疗前	93.66±5.94 ^a	70.23±5.91 ^a	779.76±17.91 ^a
		治疗后	81.46±5.45 ^{bc}	59.80±3.93 ^{bc}	1702.96±62.22 ^{bc}
对照组	30	治疗前	92.23±6.18	69.16±4.25	783.90±29.87
		治疗后	84.63±5.69 ^b	61.86±3.72 ^b	1496.26±74.39 ^b

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

2.5 2组治疗前后ALT、AST、ALB、TBIL、PT水平比较 2组治疗后ALT、AST、ALB、TBIL、PT水平均较治疗前改善,且治疗组改善程度优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表5)

表5 2组治疗前后ALT、AST、ALB、TBIL、PT水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	ALT(U/L)	AST(U/L)	ALB(g/L)	TBIL(mol/L)	PT(s)
治疗组	30	治疗前	146.03±8.35 ^a	125.73±8.95 ^a	27.43±2.94 ^a	51.16±4.29 ^a	28.13±2.27 ^a
		治疗后	63.60±7.03 ^{bc}	64.96±6.02 ^{bc}	34.10±3.79 ^{bc}	24.83±2.05 ^{bc}	14.33±2.02 ^{bc}
对照组	30	治疗前	148.90±10.26	122.96±7.45	28.30±3.57	52.43±2.86	29.23±2.89
		治疗后	72.36±7.1 ^b	77.33±8.49 ^b	31.96±2.82 ^b	28.36±2.6 ^b	20.16±2.24 ^b

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

4 讨论

肝硬化腹水多见于肝硬化中后期,属中医学“鼓胀”范畴,临床以腹大胀满、绷急如鼓、皮色苍黄、脉络显露为特征^[11]。其病因多端,但主要与饮食不节、水热邪毒、情志内伤、劳欲过度及病后失治续发等有关。此外还与地域、气候等因素有关,川渝地区气候湿热,人们嗜食辛辣,好饮酒,更易导致体质湿热缠绵,日久伤肝损脾而致湿热水停之鼓胀。本病病机总以肝、脾、肾三脏功能失调,气滞、血瘀、水湿互结于腹为病。病性可分虚实两端,虚以肝、脾、肾三脏气血虚弱为主,实以肝郁气滞、水热互结、瘀血留滞为主^[12]。治疗方面,若过多使用利尿剂,容易引发电解质紊乱,产生不良反应,采用中医药疗法辨证施治,从病机出发,可有效清除病邪,调和脏腑^[13]。

本次研究主要以湿热水停证患者为研究对象,治法予以清热利湿,畅行气机,前后分消。采用椒目泄水贴外敷于患者穴位,其中椒目上能降气,中能燥湿,下能利水,通利三焦;葶苈子可宣利上焦肺气,泻肺而平喘,利水以消肿;白术畅中焦脾气,燥湿利水力强而持久^[14];薏苡仁渗水利湿而健脾,使湿热从下焦而去^[15];大黄泻下攻积,泄热通腑,利湿退黄,使湿热秽浊从大便而出;黄芩、茯苓清热燥湿,渗水健脾,加强清热利水之功;厚朴、砂仁化湿醒脾,行气温中,增强护胃健脾之效,并寓气行水行之意;白芍柔肝养血,又能引诸药下行膀胱,行利水消肿之功;甘草缓急止痛,调和诸药;诸药合用,通利三焦气机,前后分消水饮,泻实不忘补虚,祛邪而不伤正,共奏清热利湿、消胀除满、分消水饮之效。

中药穴位贴敷法可同时发挥中药穴位治疗的作用和药物的作用,具有无首过效应、血药浓度稳定、毒副作用小、疗效好、价格低廉、使用方便等优点。神阙、中脘、气海、关元、水分、足三里均为消化系统疾病治疗要穴,神阙为冲脉之所系,元气归藏

之根,故有五脏六腑之本、真气往来之门户之说^[16];中脘穴主健脾胃、理气祛湿;关元为足三阴、任脉之会,有调整肝脾肾三阴经而培肾固本之功。气海为先天元气升发之处,可调节全身气机升降出入及水液的代谢输布。水分为分利水液之主穴,功可通调水道、理气止痛。足三里乃胃经之合穴,主疏调气机、通腑气、健脾胃、利水降逆,为治消化系统疾病之要穴。现代研究认为足三里穴在调节胃肠运动、循环血流以及神经传导等方面均具有确切的作用机制,从而发挥治疗消化系统疾病的特异性效应^[17]。将药物贴敷于上述穴位,通过经络的输布,渗透于内,可转输上下以达清热祛湿、行气利水之功,充分发挥了穴位、中药疗法的优势。

本次研究结果显示,总有效率治疗组为90.00%,高于对照组的63.33% ($P<0.05$);治疗组体质量、24h尿量、腹围、肝功能及凝血功能改善程度均优于对照组 ($P<0.05$)。综上所述,椒目泄水贴穴位贴敷治疗肝硬化腹水湿热水停证疗效确切,且操作方便、价格低廉、无明显毒副作用,可补内治之不足,值得临床进一步推广。

参考文献

- [1] 王永娟. 肝硬化腹水中西医结合治疗的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2016, 14(9): 217.
- [2] 舒治娥. 温阳利尿治疗肝硬化腹水预后效果观察[J]. 中国继续医学教育, 2019, 11(27): 145-146.
- [3] 尚杰云. 中药内服外用治疗肝硬化腹水82例[J]. 广西中医

药, 2019, 42(1): 49-50.

- [4] 中华医学会肝病学会. 肝硬化腹水及相关并发症的诊疗指南[J]. 中华肝脏病杂志, 2017, 25(9): 664-677.
- [5] 中国中西医结合学会消化疾病专业委员会. 肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(9): 1171-1174.
- [6] 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]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33(9): 1621-1626.
- [7] 吴勉华, 王新月. 中医内科学[M]. 9版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 243.
- [8] 任志强. 肝炎后肝硬化腹水采用中西医结合治疗的临床效果[J]. 临床研究, 2020, 28(4): 130-131.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 139-143.
- [10] 危北海, 张万岱, 陈治水, 等. 肝硬化中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(10): 869-871.
- [11] 梁宏才, 麦国颖, 吴晓菊, 等. 池晓玲治疗腹胀及其兼证经验介绍[J]. 新中医, 2018, 50(8): 236-238.
- [12] 赫婷, 卢秉久. 卢秉久教授治疗肝硬化临床经验[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(18): 107-108.
- [13] 李永琛, 柳树昌, 吴晓刚. 中药治疗肝硬化腹水的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2020, 36(8): 112-113.
- [14] 赵巧莉. 苓桂术甘汤联合中药脐贴治疗肝硬化腹水效果分析[J]. 中国疗养医学, 2020, 29(5): 557-558.
- [15] 黄舟, 周明德, 罗雪梅, 等. 通利三焦治疗肝硬化腹水[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(12): 75-76.
- [16] 王婧涵, 吴松, 程院婷. 浅析“神阙穴”禁刺说[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(4): 66-68.
- [17] 陆凤燕, 王圆圆, 辛娟娟, 等. 从“肚腹三里留”论经穴效应的特异性[J]. 中国针灸, 2016, 36(8): 840.

(收稿日期: 2020-11-19)

寒露养生

1) 不露脚。有谚语云:“白露身不露,寒露脚不露”,脚部感寒会直接导致人体抵抗力下降,病邪乘虚而入。足部保暖除了穿厚袜子、棉拖鞋以外,平时还可站立踮脚再放下,重复做至额头微微冒汗。做完运动,再用热水泡脚,可舒筋活血,温暖全身。2) 防颈寒。颈部是人体的“要塞”,不但充满血管,还有很多重要的穴位,比如大椎、风池穴,以及延伸到肩部的肩井穴。平时人们可以穿立领装,不仅能挡住寒风、保暖,还能避免头颈部血管因感寒而收缩,对预防高血压病、心血管病、失眠等有一定的作用。另外,围巾、丝巾或者披肩也能帮助保暖。平日宜经常模仿“乌龟伸脖”的动作,前后伸缩脖子,再左右转动,以预防颈寒。3) 护好腰。日常可以经常用双手搓腰,此有助于疏通带脉、强壮腰脊和固精益肾。腰部为“带脉”(环绕腰部的经脉)所行之所,特别是脊椎两旁后腰部为肾脏所在位置。肾喜温恶寒,常按摩能温煦肾阳、畅达气血。具体做法:两手对搓发热后,紧按腰眼处,稍停片刻,然后用力向下搓到尾椎骨(长强穴)。每次50~100遍,每天早晚各做1次。4) 养好鼻。天冷后“凉燥”更明显,鼻炎发病率较高。此时不妨以寒制寒。每天早晨或者外出之前用冷水搓搓鼻翼。此外,每天早晚用冷水洗鼻,有利于增强鼻黏膜的免疫力,是防治鼻炎的好方法。用冷水洗鼻时揉搓鼻翼,可改善鼻黏膜的血液循环,有助缓解鼻塞、打喷嚏等过敏性鼻炎症状。5) 慎秋冻。我国南北方气候差异较大。南方秋凉来得较晚,昼夜温差变化不大,因此不必过早、过快地添衣,应适当延长“秋冻”的时间;北方秋凉来得较早,昼夜温差变化大,应及时增添衣物,以防感冒。有晨练习惯的人,要尽量避开晨起的雾气,避免诱发呼吸道疾病。6) 多睡觉。相较于夏天,应增加睡眠时间,可以缓解秋乏。7) 勤饮水。干燥的秋季应主动饮水。无基础疾病者,建议每天饮水量保持在1500~2000ml。(http://www.cntcm.com.cn/2017-10/09/content_35123.htm)