

化癥汤治疗肝硬化腹水（脾虚水停证）62例临床观察

杨友明

云梦县人民医院感染科，湖北 云梦 432500

[摘要] 目的：观察化癥汤治疗肝硬化腹水（脾虚水停证）的临床疗效。方法：采用随机数字表法将121例符合研究要求的患者分为对照组59例和观察组62例。对照组给予减少钠盐摄入，限制患者液体摄入量，纠正电解质紊乱，并给予抗保肝、利尿补充白蛋白或新鲜血浆等对症治疗。在对照组的基础上，加服化癥汤，每天1剂，水煎分2次服用。2组均治疗4周观察疗效。进行治疗前后主要症状、体征评分，采用Child-Pugh分级评价肝功能，检测治疗前后谷丙转氨酶（ALT）、谷草转氨酶（AST）、总胆红素（TBil）和血清白蛋白（Alb）水平；采用B超检查腹水程度，测量治疗前后体重、腹围等情况。结果：综合疗效总有效率观察组93.5%，对照组78.0%，观察组优于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗后2组ALT、AST、TBil水平均较治疗前下降，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗后观察组ALT、AST、TBil水平低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗后2组Alb较治疗前上升，治疗后组间比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后观察组主要症状体征评分和Child-Pugh评分均低于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.01$ ）。结论：在西医常规治疗的基础上，化癥汤能保护肝功能，促进肝功能恢复正常，减轻临床症状、体征，其治疗肝硬化腹水的疗效优于单纯西医治疗。

[关键词] 肝硬化腹水；脾虚水停证；中医疗法；化癥汤

[中图分类号] R575.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)08-0084-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.039

病毒、饮酒、药物均可导致肝硬化，在我国主要是乙型肝炎感染，肝硬化腹水是肝硬化失代偿的主要表现之一，是导致患者住院最常见的并发症之一，严重影响患者劳动能力和生活质量。本病属中医学“臌胀”，中医学认为，本病本虚标实之证，肝失疏泄，脾失健运，肾失气化是形成臌胀的关键病机，气滞、血瘀、水停是形成臌胀的基本病理因素^[1]。治疗上当权衡虚实，补虚不忘实，泻实不忘虚，方能收效。化癥方是笔者临床治疗臌胀的经验方，具有益气健脾、活血利水之功，本研究笔者观察了化癥方治疗肝硬化腹水（脾虚水停证）的临床疗效。

1 临床资料

1.1 诊断标准 ①西医诊断标准参照《临床诊疗指南消化系统疾病分册》^[2]制定，根据病史、临床症状、体征、B超及实验室检查进行确诊。②脾虚水停证参照《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见》^[3]：腹大胀满，按之如囊裹水，脘腹痞胀，得热则舒，食少便溏，舌白滑或白腻，面色萎黄，困倦懒动，颜面、下肢浮肿，尿少，脉缓。

1.2 纳入标准 ①有明确的原发性肝脏疾病，经CT或MRI肝硬化诊断明确；②符合肝硬化腹水的诊断标准，以B超确定腹水量；③符合脾虚水停证辨证；④年龄40~70岁，男女

不限；⑤取得患者知情同意。

1.3 排除标准 ①肝癌性、心源性、结核性以及肾源性腹水，顽固性腹水；②有出血倾向者；③合并严重其它系统性疾病患者，肿瘤病患者，精神病患者；④过敏体质对多种药物过敏者；⑤合并肝性脑病、肝肾综合征者。

1.4 一般资料 观察病例均为2013年10月—2014年9月孝感市云梦县人民医院肝病科患者，共121例。采用随机数字表法分为对照组59例和观察组62例。对照组男34例，女25例；年龄44~70岁，平均(55.3±12.7)岁；肝硬化病程3~6年，平均(3.3±2.7)年；轻度腹水19例，中度腹水25例，重度腹水15例。观察组男36例，女26例；年龄41~70岁，平均(54.9±11.5)岁；肝硬化病程3~8年，平均(3.5±2.8)年；轻度腹水18例，中度腹水28例，重度腹水16例。2组患者性别、年龄、病程、病情程度等一般资料比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 减少钠盐摄入，限制患者液体摄入量，纠正电解质紊乱，并给予抗保肝、利尿补充白蛋白或新鲜血浆等对症治疗。

2.2 观察组 在对照组的基础上，加用化癥方，处方：黄芪、

[收稿日期] 2015-03-10

[作者简介] 杨友明 (1966-)，男，副主任医师，主要从事中医肝病临床工作。

党参、白术、茯苓、焦三仙(焦山楂、焦神曲、焦麦芽)各 20 g。赤小豆、泽兰、半枝莲、车前子、大腹皮、陈皮各 15 g, 醋鳖甲(先煎)、金钱草各 30 g, 当归、郁金各 10 g, 每天 1 剂, 水煮 2 次, 取药液 400 mL, 分早、晚 2 次服用。

2 组疗程均为 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①症状、体征评分^[1]:分为无、轻、中、重四级,主症分别记 0、2、4、6 分,次症记 0、1、2、3 分,治疗前后各评价 1 次;②肝功能评价:在治疗前后采用 Child- Pugh 分级评分^[1]各评价 1 次;③谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、总胆红素(TBil)和血清白蛋白(Alb),治疗前后各检测 1 次;④采用 B 超检查腹水程度,测量治疗前后体重、腹围等。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计分析软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 *t* 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 综合疗效评价标准^[1]:临床缓解:腹水及肢体水肿完全消退,B 超检查阴性;主要症状消失,每天尿量 1200 mL 以上,体重、腹围恢复至腹水出现前水平,并能稳定 3 月及以上。显效:腹水及肢体水肿大部分消退,B 超检查

腹水减少超过 50%;症状明显改善,腹胀明显减轻,每天尿量 1000 mL 以上,体重减轻 2000 g 以上,或腹围缩小 >5 cm。有效:腹水及肢体水肿有所消退,B 超检查腹水减少 <50%;症状略有改善,腹胀略减轻,24 h 尿量不足 1000 mL,体重有所减轻但 <2 kg,或腹围缩小 >3 cm,但 <5 cm。无效:腹水、体重、腹围、症状无改善或加重者。

4.2 2 组临床综合疗效比较 见表 1。观察组综合疗效总有效率 93.5%,对照组 78.0%,经 χ^2 检验, $\chi^2=6.078$,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组优于对照组。

表 1 2 组临床综合疗效比较

组别	n	临床缓解	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	59	18	20	8	13	78.0
观察组	62	22	21	15	4	93.5 ^①

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2 组治疗前后 ALT、AST、TBil 和 Alb 水平比较 见表 2。治疗后 2 组 ALT、AST、TBil 水平均较治疗前下降,治疗后观察组 ALT、AST、TBil 水平低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后 2 组 Alb 较治疗前上升,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 2 组治疗前后 ALT、AST、TBil 和 Alb 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	ALT(UL)	AST(UL)	TBil($\mu\text{mol/L}$)	Alb(g/L)
对照组	59	治疗前	97.3 \pm 22.8	101.2 \pm 30.5	35.2 \pm 11.4	29.8 \pm 4.5
		治疗后	55.4 \pm 15.6 ^①	51.6 \pm 12.7 ^①	23.4 \pm 8.3 ^①	32.4 \pm 3.7 ^①
观察组	62	治疗前	100.6 \pm 27.3	99.3 \pm 28.9	37.1 \pm 12.7	29.5 \pm 4.1
		治疗后	47.6 \pm 12.4 ^{①②}	44.5 \pm 10.3 ^{①②}	18.5 \pm 7.7 ^{①②}	33.5 \pm 3.5 ^①

与治疗前比较,① $P<0.01$;与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

4.4 2 组治疗前后主要症状体征评分和 Child- Pugh 评分比较 见表 3。治疗后 2 组主要症状体征评分和 Child- Pugh 评分均较治疗前下降,差异有统计学意义($P<0.01$);治疗后观察组主要症状体征评分和 Child- Pugh 评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表 3 2 组治疗前后主要症状体征评分和

Child-Pugh 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	主要症状体征	Child- Pugh 评分
对照组	59	治疗前	25.7 \pm 5.3	9.19 \pm 1.12
		治疗后	11.8 \pm 4.1 ^①	7.53 \pm 0.85 ^①
观察组	62	治疗前	26.1 \pm 4.9	9.26 \pm 1.05
		治疗后	7.0 \pm 2.8 ^{①②}	6.74 \pm 0.76 ^{①②}

与治疗前比较,① $P<0.01$;与对照组治疗后比较,② $P<0.01$

5 讨论

现代医学认为,门静脉高压、低蛋白血症、内分泌因素、感染、水钠潴留是引起腹水的原因,其治疗措施包括服用利尿剂,补充白蛋白;穿刺放腹水和超滤、浓缩腹水回输,但临床上均有其局限性^[4],如限钠、利尿导致血容量不足是诱发肝肾综合征(HRS)的重要原因,非因血管活性物质紊乱。由于肝硬化腹水发病机制复杂,国外肝硬化腹水诊治指南部分条款相互间出现矛盾,科学的治疗方案仍需要进一步研究^[5]。

中医学认为,臌胀的病因主要包括疫虫毒感染、酒食不节、情志不调、黄疸、胁痛、积聚失治、劳欲过度等所致,“脾虚不运”是其主要病机^[6],如《兰室秘藏·中满腹胀论》所载:“皆由脾胃之气虚弱,不能运化精微而制水谷,聚而不散而成胀满。”而脾失健运,水气不得下行,导致水液停蓄于中而腹部胀大,气为血之帅,气滞日久则血阻,终致气血水互结于腹中成臌胀^[7]。因此,临床注重益气健脾以行水,活血调气

以利水。

化癥汤以黄芪、党参、白术、茯苓益气健脾化湿，焦三仙健脾消积，丹参、当归及泽兰活血化瘀行水，赤小豆、半枝莲、金钱草及车前子清热利水消肿以治标，大腹皮、陈皮行气除满，郁金、鳖甲活血软坚散结，全方标本兼顾，共奏益气健脾、活血利水之功。

本研究显示，在常规西医综合干预措施的基础上，加用化癥汤内服后患者主要症状体征评分和 Child-Pugh 评分均低于对照组，其 ALT、AST、TBil 水平低于对照组，其综合疗效总有率 93.5%，优于对照组 78.0%，提示了化癥汤能保护肝功能，促进肝功能恢复正常，减轻临床症状、体征，其治疗肝硬化腹水的疗效优于单纯西医疗疗。

[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规范专家共识意见[J]. 北京中医药, 2012, 31(11): 868-872.
- [2] 中华医学会. 临床诊疗指南消化系统疾病分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 87-88.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 374-375.
- [4] 刘浩. 中医复方对肝硬化腹水患者腹水中 LDH、GLU、SAAG 的改变和临床疗效[J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(35): 5521-5525.
- [5] 刘建军, 李楠, 智红, 等. 对肝硬化腹水诊治中若干问题的认识与思考[J]. 临床肝胆病杂志, 2012, 28(9): 701-703.
- [6] 郑保平, 姚乃礼, 陶夏平, 等. 先贤对肝硬化腹水病因病机的认识[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(1): 177-179.
- [7] 潘洋, 王炎杰, 张琪. 张琪治疗肝硬化腹水经验[J]. 中医杂志, 2011, 52(5): 380-381.

(责任编辑: 刘淑婷)

动态血糖监测系统观察舒和胶囊治疗糖尿病前期及早期临床疗效

黄菲¹, 吕雄², 毕建璐², 曾得明¹, 曹明满³, 莫伟², 江丹², 唐慧¹

1. 广州中医药大学, 广东 广州 510405
2. 广东省第二中医院内分泌科, 广东 广州 510095
3. 南方医科大学中医药学院, 广东 广州 510515

[摘要] 目的: 以动态血糖监测系统(CGMS)评价舒和胶囊对糖尿病前期及早期的临床疗效。方法: 将80例糖尿病前期及早期者, 随机分为2组, 各40例。治疗组口服舒和胶囊; 对照组口服阿卡波糖片, 30天为1疗程, 均连续用3疗程。应用CGMS研究治疗前后的血糖波动系数、血糖值, 空腹血糖、餐后2h血糖、糖化血红蛋白, 观察2组治疗前后的中医症候积分, 计算体重指数(BMI)。结果: 治疗后, 治疗组在血糖波动系数、空腹血糖以及BMI等方面效果明显优于对照组, 2组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 2组在餐后2h血糖、糖化血红蛋白方面比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。证候总有效率治疗组95.0%, 对照组77.5%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 舒和胶囊在改善糖尿病前期及早期的中医证候体征、空腹血糖、血糖波动系数以及BMI指标有明显的优势。

[关键词] 糖尿病前期及早期; 动态血糖监测系统(CGMS); 舒和胶囊; 血糖

[中图分类号] R587.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)08-0086-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.040

[收稿日期] 2015-03-13

[基金项目] 广东省中医药局科研课题(201116); 广东省建设中医药强省课题

[作者简介] 黄菲(1989-), 女, 在读研究生, 研究方向: 内分泌疾病的诊治。

[通讯作者] 吕雄, E-mail: 646918808@qq.com.