

处方标准参照《中药新药临床研究指导原则》制定的标准。

心脏康复是心血管领域一个新型的,极具前景的课题,在已有心脏康复模式的基础上,结合中医动静结合养生观,提出中医心脏康复单元构想,有望在全国大规模推广。至于其作用机制及进一步提高临床疗效,则是继续研究的方向。

[参考文献]

[1] Fredric J. Pashkow. 临床心脏康复指导[M]. 天津:天津科技翻译出版公司,2007:8.
[2] Hui E, Yang H, Chart LS, et al. A community model of group rehabilitation for older patients with chronic heart

failure[J]. Disabil Rehabil, 2006, 28(23): 1491-1497.
[3] Pittetti KH, Rendoff AD, G-rover T, et al. The efficacy of a 9-Month treadmill walking program on the exercise capacity and weight reduction for adolescents with Severe autism[J]. J Autism Dev Disord, 2006, 36(6): 578-583.
[4] 胡大一. 我国心脏康复的困局、机遇及十年规划[J]. 中华全科医师杂志, 2014, 13(5): 329.
[5] 陈文松. 浅析中医运动康复之“动”与“静”[J]. 陕西中医, 2007, 8(8): 1051-1053.
[6] 危建安, 谢琪. 论形神学说在中医养生学中的应用[J]. 中医文献杂志, 2001, 12(1): 4-5.

(责任编辑: 骆欢欢)

◆临床研究◆

当归芍药散加味辨治肝硬化腹水临床研究

徐淑琴

甘肃省第三人民医院医务科, 甘肃 兰州 730020

[摘要] 目的: 观察在常规治疗基础上加用当归芍药散加味辨治肝硬化腹水的临床效果。方法: 选取76例血瘀水停证肝硬化腹水患者, 随机分为对照组和治疗组各38例。2组均给予常规保肝、利尿、营养支持等基础治疗, 治疗组加用以当归芍药散加味而成的中药汤剂内服, 15天为1疗程, 连续治疗2疗程。通过临床症状变化判定疗效, 统计腹水的消退情况, 检测肝功能指标。结果: 临床疗效总有效率治疗组92.1%, 对照组71.1%, 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组腹水消退情况优于对照组, 治疗21、28天, 治疗组腹水消退率与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组的肝功能指标均较治疗前改善, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组谷草转氨酶 (AST)、谷丙转氨酶 (ALT)、总胆红素 (TBil) 水平均低于对照组, 白蛋白 (Alb) 水平升高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在常规治疗基础上加用当归芍药散加味辨治血瘀水停证肝硬化腹水谨守病机特点, 疗效确切, 利于加快腹水消退, 提高肝功能。

[关键词] 肝硬化腹水; 血瘀水停证; 中西医结合疗法; 当归芍药散; 肝功能

[中图分类号] R442.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 02-0005-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.02.003

肝硬化腹水是临床常见的由不同病因引起的慢性进行性弥漫性肝病, 约50%患者在诊断为代偿期肝硬化后10年内出现腹水^[1], 由腹水所导致的感染、

肝性脑病、低钠血症、肾功能衰竭等是致死的重要危险因素^[2]。笔者致力于研究肝硬化腹水多年, 对于血瘀水停证患者提倡以当归芍药散加味辨治, 效果满

[收稿日期] 2015-10-12

[作者简介] 徐淑琴 (1964-), 女, 副主任医师, 研究方向: 消化内科。

意,详述如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《内科疾病诊断标准》^[3]中有关水臌的诊断标准确诊。实验室检查可见血浆白蛋白降低,球蛋白增高,丙种球蛋白升高,白细胞及血小板降低,凝血酶原时间延长。腹部B超或CT检查可见腹腔内大量积液,肝脏缩小,脾脏增大及门脉增宽。

1.2 辨证标准 参照《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见》^[4]中血瘀水停证的辨证标准确诊。主症:如鼓,腹壁青筋暴露;肋肋刺痛,固定不移;舌紫红或有瘀斑,苔白润。次症:脘腹胀满,暖气,纳差;口渴不欲饮;脉细涩。

1.3 纳入标准 年龄35~75岁;病程至少1年;符合上述诊断标准和辨证标准;自愿参与研究,充分了解研究内容,签署知情同意书。

1.4 排除标准 依从性差、药物耐受性差,有药物过敏反应、药物禁忌症、精神心理严重疾患的患者;肝性脑病、急性肝功能衰竭等导致腹水的患者;存在严重感染、出血等并发症的患者;癌性、心源性、肾源性、结核性等疾病引起腹水的患者;妊娠、哺乳期妇女。

1.5 一般资料 选取2013年2月—2015年5月本院收治的76例肝硬化腹水患者,随机分为对照组和治疗组。对照组38例,男25例,女13例;年龄35~75岁,平均(52.4±3.3)岁;病程1~8年,平均(2.3±1.5)年;类型:乙肝肝硬化者16例,丙肝肝硬化者15例,酒精性肝硬化者7例;腹水严重程度:轻度者20例,中度者14例,重度者4例。治疗组38例,男24例,女14例;年龄37~75岁,平均(53.2±3.5)岁;病程1.5~9年,平均(2.5±1.4)年;类型:乙肝肝硬化者17例,丙肝肝硬化者16例,酒精性肝硬化者5例;腹水严重程度:轻度者22例,中度者11例,重度者5例。2组性别、年龄、病程、肝硬化类型、病情等一般资料经SPSS20.0软件处理,差异均无统计学意义($P > 0.05$),说明2组之间具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规保肝、利尿、营养支持等基础治疗,给予多烯磷脂酰胆碱、水飞蓟宾等以保肝;予螺内酯胶囊、呋塞米片等以利尿;对低蛋白血症患者适量补充白蛋白、血浆进行营养支持,15天为1

疗程,连续治疗2疗程。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用以当归芍药散加味而成的中药汤剂内服,组方如下:白芍、茯苓各30g,当归、冬瓜皮、川芎、葛根、郁金各15g,泽泻、赤芍、大腹皮各12g,白术、车前子各10g,羌活、地龙各8g,甘草6g。乏力甚者加入薏苡仁30g,炒党参15g,黄芪20g;血瘀甚者加入桃仁15g,丹参12g;四肢不温者加入桂枝、淫羊藿各15g,鹿角霜10g;畏寒甚者加入附子8g(先煎),肉桂6g。每天1剂,水煎服。15天为1疗程,连续治疗2疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 统计腹水的消退情况;检测肝功能变化,空腹采集静脉血液,用酶联免疫吸附(ELISA)法检测肝功能,观察谷草转氨酶(AST)、谷丙转氨酶(ALT)、总胆红素(TBil)、白蛋白(Alb)水平的变化。

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0统计学软件对数据进行分析。计数资料采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]拟定。显效:症状消失,腹水消退,肝脾回缩,肝功能恢复正常;有效:症状明显减轻,腹水量明显减少,肝脾大小稳定不变,肝功能检查接近正常;无效:症状、肝功能均未见好转。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组92.1%,对照组71.1%,2组比较,差异有统计学意义($\chi^2=5.604, P < 0.05$)。

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	38	15	12	11	71.1
治疗组	38	24	11	3	92.1

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组腹水消退情况比较 见表2。治疗组腹水消退情况优于对照组。治疗21、28天,治疗组腹水消退率与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4 2组治疗前后肝功能指标比较 见表3。治疗后,2组的肝功能指标均较治疗前改善,差异均有统

计学意义($P < 0.05$)。治疗组 AST、ALT、TBil 水平均低于对照组, Alb 水平升高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组腹水消退情况比较 例(%)

组别	n	治疗7天	治疗15天	治疗21天	治疗28天
对照组	38	6(15.8)	10(26.3)	16(42.1)	23(60.5)
治疗组	38	13(34.2)	22(57.9)	25(65.8)	32(84.2)
χ^2 值		3.439	2.105	4.290	5.330
P值		0.111	0.226	0.038	0.021

与对照组同期比较, ① $P < 0.05$

表3 2组治疗前后肝功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	AST(U/L)	ALT(U/L)	TBil(μ mol/L)	Alb(g/L)
对照组	38	治疗前	97.16 \pm 25.44	94.35 \pm 28.92	60.74 \pm 22.92	17.02 \pm 4.35
		治疗后	56.21 \pm 13.25	61.43 \pm 15.85	42.17 \pm 12.31	28.54 \pm 5.21
治疗组	38	治疗前	97.27 \pm 26.52	95.13 \pm 27.64	60.83 \pm 21.85	16.85 \pm 4.41
		治疗后	43.65 \pm 11.37	45.25 \pm 11.32	21.35 \pm 7.52	37.62 \pm 6.13

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

5 讨论

腹水是肝硬化晚期患者常见的严重并发症之一, 现代医学认为, 低蛋白血症、门静脉压力增高、继发性醛固酮增多、抗利尿激素增多等是其发病的重要机制^[6], 治之多以利尿剂、保肝药、抗病毒药、营养支持等常规基础药物保守非手术治疗为主, 虽然作用迅速、疗效肯定, 但是长期用药存在副作用大、复发率高等弊端^[7]。

近年来, 中医辨证论治肝硬化腹水因疗效确切、标本兼治、副作用少、不易复发等优点而为临床研究所青睐。临床多将腹水归属于鼓胀、水臌、胁痛、积聚等范畴, 认为“血瘀”这一病理贯穿肝硬化腹水的整个病程, 血瘀水停证是重要证型之一。患者多是因素体禀赋不足、久病不愈、情志不畅、饮食不节等伤及肝脾, 导致气滞血瘀、经脉不畅, 水道不通, 津液代谢失常, 产生水液输布障碍, 发为水肿。治之须活血利水、疏肝健脾。笔者所用当归芍药散出自《金匮要略》, 原载其用于治疗“妇人腹中诸疾痛”, 长于活血利水、疏肝健脾、行气止痛。方中当归味甘而重, 专能补血, 为补血第一药, 且补中有活, 气轻而辛, 又能行血; 白芍养血调经, 缓急敛阴, 利尿去水, 《别录》言其可“通顺血脉, 缓中, 散恶血, 逐贼血,

去水气, 利膀胱”; 茯苓、白术健脾燥湿, 有益气行水之功; 泽泻主入肾、膀胱经, 功尤长于行水, 《本草正义》言其“最善渗泄水道, 专能通行小便”; 川芎辛香温燥, 既能行散, 又入血分, 善治瘀血阻滞诸症; 赤芍活血化瘀, 能行血中之滞; 大腹皮重在利水消肿, 其性轻浮, 散无形之水滞气浮肿; 冬瓜皮功善利水消肿, 《本草再新》言其“走皮肤, 去湿追风, 补脾泻火”; 车前子性味甘寒, 入肾、膀胱、肝、肺经, 功能利水通淋、渗湿止泻、清肝明目、清热化痰; 葛根生津止渴, 养阴解肌, 防止泻利太过; 郁金疏肝行气、活血止痛; 羌活祛风散寒、利关节止痛; 地龙活血通络、利尿通淋; 甘草和中缓急、调和诸药。多药配伍, 攻补兼施, 共奏健脾燥湿、活血利水之效。

本研究结果显示, 加用当归芍药散内服的治疗组患者在症状改善、临床疗效方面均优于单纯采用西医基础治疗的对照组, 且腹水消退情况、肝功能指标改善较对照组更为明显。可见, 采用当归芍药散加味辨治血瘀水停证肝硬化腹水谨守病机特点, 疗效确切, 利于加快腹水消退, 提高肝功能, 值得在临床推广应用。

[参考文献]

- [1] Asrani SK, Larson JJ, Yawn B, et al. Underestimation of liver related mortality in the United States [J]. Gastroenterology, 2013, 145(2): 375.
- [2] Iliass Charif, Kaoutar Saada, Ihssane Mellouki, et al. Predictors of Intra-Hospital Mortality in Patients with Cirrhosis[J]. Open Journal of Gastroenterology, 2014, 4(3): 141-148.
- [3] 贝政平, 蔡映云. 内科疾病诊断标准[M]. 北京: 科学出版社, 2001: 1440.
- [4] 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): 869.
- [5] 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.
- [6] 张富永, 刘宏杰, 董亚楠, 等. 《金匮要略》对治疗肝硬化腹水的指导应用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(12): 116.
- [7] 崇杨, 王轩. 中西医结合治疗肝炎后肝硬化腹水研究近况[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(12): 248-249.

(责任编辑: 吴凌)