

## 肝硬化合并自发性腹膜炎的中医病证研究

谢和平, 杨宏志, 关卫兵, 杨跃武

(中山大学附属第三医院中医科, 广东 广州 510630)

**【摘要】** 目的: 探讨肝硬化合并自发性腹膜炎(SBP)的中医病证特点及其辨证论治思路。方法: 依据经典文献、我科既往研究和临床经验及 1993 年 11 月中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的肝硬化中医辨证标准(外加热毒炽盛及痰瘀互结证), 对我科 62 例肝硬化合并 SBP 住院患者进行病因病机分析、观察 SBP 初期及中后期证型分布和病性虚实变化。结果: ①“腹满痛”、“结胸证”、“蓄血证”、“黄疸”、“阳明腑实证”、“血证”、“臌胀”等是肝硬化合并 SBP 患者中医学常见病证。②SBP 初期病性以实证为主, SBP 中后期和治疗后以虚实夹杂证及虚证多见。③临床多为相兼证型, SBP 初期以瘀血、湿热、水湿、热毒等为最常见病因, 分别为 79%、38%、26% 和 18%, 多见湿热内蕴兼血瘀证、水湿内停兼血瘀证、热毒炽盛证、阳明腑实证等证型; SBP 中后期以瘀、虚、湿热、痰为最常见病因, 分别为 89%、51%、19% 和 11%, 肝肾阴虚证、脾虚湿盛证、血瘀证、痰瘀互结证等证型多见。④肝硬化合并 SBP 病因、病性及病机转化规律: 初期病性多实, 病机重点在邪气盛, 表现为湿热内蕴、热毒炽盛、水湿内停等, 中后期和治疗后病性多为虚实夹杂, 病机关键为正虚邪恋, 如肝肾阴虚、痰瘀互结、阴虚血瘀等。结论: 经典理论对肝硬化合并 SBP 的辨证论治具有较好的应用价值, 清下消补四法二步治疗较好地吻合肝硬化合并 SBP 的中医病因病性病机特点及其转化规律。

**【关键词】** 肝硬化; 腹膜炎; 自发性; 病因病机; 辨证论治

中图分类号: R242; R272.2 文献标识码: A 文章编号: 1008-9691(2007)03-0131-04

**Clinical study on diseases and syndromes of liver cirrhosis complicated with spontaneous bacterial peritonitis in traditional Chinese medicine** XIE He-ping, YANG Hong-zhi, GUAN Wei-bing, YANG Yue-wu. Department of Traditional Chinese Medicine, the Third Hospital, Sun Yat-Sen University, Guangzhou 510630, Guangdong, China

Corresponding author: YANG Hong-zhi (Email: hzyang1960@yahoo.com.cn)

**【Abstract】** **Objective:** To explore the characters of the diseases and syndromes of liver cirrhosis complicated with spontaneous bacterial peritonitis (SBP) in traditional Chinese medicine (TCM), and probe into its law and new ideas of syndrome differentiation and treatment. **Methods:** According to the classical experiences of TCM, our past researches and clinical studies, and differential criteria of liver cirrhosis made by the branch association of digestive system disease of Chinese association of the integration of traditional and western medicine in November 1993, 62 inpatients in our department diagnosed as liver cirrhosis complicated with SBP were analyzed to approach their pathogenesis and observe their disease type distribution and changes of disease situation (deficiency or excess) at the early and medium-late stage of SBP. **Results:** ① Pain in abdomen, blockage of chest, blood stasis and accumulation, jaundice, distension in abdomen, excess in Yangming Fu viscera (阳明腑实证) and hemorrhage were the common manifestations of TCM in patients suffered from liver cirrhosis complicated with SBP. ② At the early stage of SBP, excess syndromes were predominant, while deficiency or combination of deficiency and excess syndromes were more in the medium-late stage of SBP. ③ Most of the syndromes were of the compound types clinically. Blood-stasis, damp-heat, damp-water and toxic heat were the most common pathogenic factors leading to this disease at the early stage (occupying 79%, 38%, 26% and 18% respectively). Damp-heat with blood-stasis, damp-water with blood-stasis, pathogenic excess of heat and toxin, and excess in Yangming Fu viscera were the most common syndromes. While after treatment at the medium-late stage of SBP, blood-stasis, deficiency, damp-heat and sputum were the most common pathogenic factors leading to the disease (occupying 89%, 51%, 19% and 11% respectively). Syndromes of Yin deficiency of liver and kidney, spleen deficiency and damp stagnation, blood-stasis, combination of blood-stasis and sputum were more often seen in the medium-late stage of SBP. ④ At the early stage of SBP, the key of pathogenesis was the excess of pathogenic-Qi, manifesting as damp-heat or damp-water accumulating in the body, pathogenic excess of heat and toxin, etc, while in medium-late stage, it mainly manifested as the combination of deficiency and

excess syndromes, and its pathogenic key was Yin deficiency of liver and kidney, manifesting such as combination of blood stasis and sputum, and Yin deficiency complicated with blood-stasis, etc. **Conclusion:** Classical theories of TCM can be used to guide the syndrome differentiation and treatment of patients suffered from liver cirrhosis complicated with SBP. The new therapy of the combination of antibiotics and TCM - four methods (purification, purgation, dispersion, and tonicity) and two steps - coincides to the mechanisms of pathogenesis and the progressive changes of the disease situation in cases with liver cirrhosis complicated with SBP.

**【Key words】** liver cirrhosis; spontaneous bacterial peritonitis; pathogenesis; syndrome differentiation and treatment

自发性腹膜炎(SBP)作为肝硬化腹水的多种并发症之一<sup>[1]</sup>,有其自身的病证特点,但目前中医学仍多将其一并归于“臌胀”范畴,尚缺乏对其病因病机及辨证论治规律较为完善的理论体系。我们在临床中应用清下消补四法二步联合抗生素治疗肝硬化合并 SBP 取得较好临床疗效<sup>[2,3]</sup>,本研究旨在进一步探讨肝硬化合并 SBP 的中医学病证特点,探索其辨证论治规律。

## 1 资料与方法

**1.1 研究对象:**2000 年 2 月—2006 年 11 月中山大学附属第三医院肝硬化合并 SBP 住院患者 62 例,男 49 例,女 13 例;平均年龄(48.20±11.98)岁;Child-Pugh A 级 4 例,B 级 15 例,C 级 43 例;少量腹水 17 例,中至大量腹水 45 例;并发症:肝性脑病 16 例,上消化道出血 3 例,血性腹水 2 例,肝肾综合征 3 例,原发性肝癌 10 例;54 例血清总胆红素>35 μmol/L,40 例凝血酶原活动度(PTA)≤0.60。

**1.2 纳入标准:**①临床确诊为肝硬化患者,诊断依据 2000 年 9 月中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会在西安联合修订的病毒性肝炎防治方案中肝硬化诊断标准<sup>[4]</sup>以及 2002 年 10 月中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组酒精性肝病诊断标准中酒精性肝硬化诊断标准<sup>[5]</sup>;②肝硬化基础上诊断合并 SBP 患者,依据 2000 年国际腹水俱乐部诊断标准<sup>[6]</sup>。

**1.3 排除标准:**①除乙型肝炎病毒(HBV)、酒精外其他原因引起的肝硬化患者;②并发除原发性肝癌以外的其他恶性肿瘤患者;③合并溶血、急性胆囊炎、肝外梗阻等非肝细胞性黄疸者;④合并自身免疫性疾病或伴有全身重要器官严重病变者。

## 1.4 病证分析方法及其指导理论

**1.4.1 结合中医经典文献、研究和临床经验及教材:**对入选病例 SBP 初期进行病证范畴分析,并分析黄疸、血证、腹满痛等病证的病因病机。

**1.4.2 依据中医学理论:**对入选病例依据 SBP 初期(清下消补四法二步治疗前)、中后期(肠腑得通,SBP 基本控制后)病性、病理因素进行比较分析。

**1.4.3 参照肝硬化中医辨证标准<sup>[7]</sup>:**外加热毒炽盛证,其临床表现为黄疸急起,迅速加深,黄色鲜明,高热烦渴,呕吐频繁,脘腹胀满,疼痛拒按,大便秘结,小便黄赤短少,躁动不安,舌质红绛,舌苔黄糙或焦黑起刺,脉洪大滑数。痰瘀互结证,其临床表现为除有血瘀证表现外,见恶心、呕吐痰涎,口中黏腻,胸闷,脘腹胀满,或伴有身目黄,舌淡暗或胖大,苔白腻或黄腻,脉滑或涩。对 SBP 初期、中后期辨证分型进行比较分析。

**1.4.4 结合现代医学检查指标:**对凝血四项,超声等现代医学检查指标进行微观辨病辨证。

**1.4.5 部分辨病辨证要点举隅:**①黄疸:未见身目黄染,但血清总胆红素升高者,临床分湿热内蕴黄疸、阳明腑实腹痛黄疸(见于肝硬化合并 SBP 后出现黄疸,或原有黄疸迅速加深,并见阳明腑实证候)、胆胀黄疸(合并胆囊炎)、热毒炽盛急黄黄疸(黄疸急起,迅速加深,黄色鲜明,高热烦渴,呕吐频繁,脘腹胀满,疼痛拒按,大便秘结,小便黄赤短少,躁动不安,舌质红绛,舌苔黄糙或焦黑起刺,脉洪大滑数)、痰瘀互结黄疸、砂石黄疸、阴虚血瘀黑疸(黄疸日久,症见面色晦暗,面额部、眼眶周围色黑黯,或兼见腰膝酸软,口干,五心烦热,舌质暗或舌红少苔,脉沉细或细数)等证型;②胆胀:无胆胀临床表现,但超声检查示胆囊炎,胆囊壁增厚或水肿,甚至呈“双边征”者;③血证:除中医内科学定义外,PTA<0.60 及血性腹水等;④悬饮:指水饮停于胁下,见咳唾引痛,胸满气促,或无上症但 X 线胸片及超声检查可见胸腔积液;⑤结胸:胸胁脘腹硬痛拒按,烦躁口渴,或兼见日晡潮热、大便秘结不通者;⑥蓄血:面色瘀暗,心下

基金项目:广东省中医药管理局基金资助项目(1050165)

通讯作者:杨宏志(Email:hzyang1960@yahoo.com.cn)

作者简介:谢和平(1978-),男(汉族),江西省人,医学硕士,住院医师,主要从事中西医结合病毒性肝病、脂肪性肝病的防治研究。

至少腹鞭满而痛,小腹硬结,精神失常,甚则发狂等肝性脑病表现,大便色黑,小便自利,舌质紫黯或有瘀斑,脉象沉结或沉微者;⑦腹满痛:腹部胀大坚满,甚或脐心突出,有自觉腹痛,或无自觉腹痛,但切痛明显。

1.5 统计学分析:采用 SPSS13.0 统计软件,计数资料用  $\chi^2$  检验,  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医病证范畴分布情况(表 1):黄疸、腹满痛、水臌、积证、血证、胆胀、血臌、蓄血、结胸等是肝硬化合并 SBP 的常见中医病证。

表 1 62 例患者中医病证范畴分布表

Table 1 Distribution of categories of diseases and syndromes of traditional Chinese medicine in 62 patients

| 病证名 | 例数(例) | 病证名 | 例数(例) | 病证名 | 例数(例) |
|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| 黄疸  | 54    | 血臌  | 22    | 肝癌  | 10    |
| 腹满痛 | 45    | 水肿  | 19    | 蓄血  | 9     |
| 水臌  | 42    | 发热  | 18    | 结胸  | 6     |
| 积证  | 40    | 气臌  | 18    | 呕吐  | 6     |
| 血证  | 40    | 神昏  | 16    | 悬饮  | 6     |
| 胆胀  | 35    | 泄泻  | 14    |     |       |

注:同一患者可并见多个病证范畴

2.2 主要病证的病因、病机分析(表 2):湿热、瘀血、阴虚、热毒炽盛、阳明腑实等为研究组中肝硬化合并 SBP 患者腹满痛、黄疸、血证等病证的主要病因病机。

表 2 62 例患者黄疸、腹满痛、血证的病因病机分布

Table 2 Distribution of main categories and pathogenesis of jaundice, pain in abdomen and hemorrhage in 62 patients

| 病证名 | 病因病机       | 例数(例) | 病证名 | 病因病机  | 例数(例) |
|-----|------------|-------|-----|-------|-------|
| 黄疸  | 湿热内蕴       | 20    | 腹满痛 | 湿热内蕴证 | 24    |
|     | 阴虚血瘀黄疸(黑疸) | 11    |     | 气滞血瘀  | 10    |
|     | 热毒炽盛急黄黄疸   | 9     |     | 阳明腑实证 | 8     |
|     | 胆胀黄疸       | 6     |     | 脾虚湿盛  | 3     |
|     | 阳明腑实腹痛黄疸   | 5     | 血证  | 瘀血阻络  | 19    |
|     | 瘀瘀互结黄疸     | 2     |     | 热毒炽盛  | 11    |
|     | 砂石阻滞黄疸     | 1     |     | 阴虚火旺  | 10    |

2.3 SBP 初期及中后期证型分布与病性变化(表 3):SBP 初期与中后期证型构成明显不同。SBP 初期实证 56 例,虚实夹杂证 6 例,无虚证病例;相兼证型达 79%,其中瘀血、湿热、水湿、热毒等为最常见病因,分别为 79%、38%、26%和 18%;证型例数排列次序依次为湿热内蕴兼血瘀证>水湿内停兼血瘀证>热毒炽盛证>肝肾阴虚兼血瘀证>脾虚湿盛兼血瘀证>水湿内停证。SBP 中后期实证 31 例,虚实夹杂证 25 例,虚证 3 例;相兼证型占 83%,其中

瘀、虚、湿热、痰为最常见病因,分别为 89%、51%、19%和 11%;证型例数排列次序依次为肝肾阴虚兼血瘀证>湿热内蕴兼血瘀证>痰瘀互结证、水湿内停兼血瘀证>脾虚湿盛兼血瘀证>肝肾阴虚证、血瘀证>脾肾阳虚证>脾肾阳虚兼血瘀证、热毒炽盛证。SBP 初期及中后期病性组成比较差异有显著性( $P<0.05$ ),即初期以实证为主,中后期虚实夹杂证及虚证明显增多。

表 3 62 例患者 SBP 初期及中后期总体证型分布情况

Table 3 Distribution of syndromes during early and medium-late stage of SBP

| in 62 patients |        |         | 例(%)     |        |         |
|----------------|--------|---------|----------|--------|---------|
| 证型             | SBP 初期 | SBP 中后期 | 证型       | SBP 初期 | SBP 中后期 |
| 肝气郁结证          | 0(0)   | 0(0)    | 水湿内停兼血瘀证 | 16(26) | 7(11)   |
| 脾虚湿盛证          | 0(0)   | 0(0)    | 湿热内蕴兼血瘀证 | 24(38) | 12(19)  |
| 湿热内蕴证          | 0(0)   | 0(0)    | 脾虚湿盛兼血瘀证 | 3(5)   | 6(10)   |
| 肝肾阴虚证          | 0(0)   | 4(6)    | 肝肾阴虚兼血瘀证 | 6(10)  | 18(30)  |
| 脾肾阳虚证          | 0(0)   | 2(3)    | 脾肾阳虚兼血瘀证 | 0(0)   | 1(2)    |
| 血瘀证            | 0(0)   | 4(6)    | 热毒炽盛证    | 11(18) | 1(2)    |
| 水湿内停证          | 2(3)   | 0(0)    | 痰瘀互结证    | 0(0)   | 7(11)   |

3 讨论

临床上,肝硬化合并 SBP 患者常见自觉腹痛或腹部切痛、肠道功能改变(包括大便秘结、或泻下臭秽、或热结旁流、甚至形成中毒性肠胀、肠梗阻、肠麻痹等)、腹水迅速积聚、腹胀大、发热、黄疸等临床表现。与《伤寒论》中“不大便五六日,上至十余日,日晡所发潮热,不恶寒,独语如见鬼状。若剧者,发则不识人,循衣摸床,惕而不安,微喘直视,但发热谵语”之阳明腑实证;“太阳病,身黄,脉沉结,少腹硬,其人如狂”之蓄血证;“不大便五六日,舌上燥而渴,日晡所小有潮热,从心下至少腹硬满而痛不可近”之结胸证;以及《金匱要略》中“膀胱急,少腹满,身尽重,额上黑,足下热,其腹胀如水状”之黑疸病等颇为吻合。本研究结果显示,肝硬化并 SBP 可见于中医学“臌胀”、“黄疸”、“腹满痛”、“悬饮”、“胆胀”、“神昏”、“血证”、“结胸”、“蓄血”等病证范畴。“胆胀”以右肋胀闷甚至疼痛等为主要症状,常见于西医学肝硬化合并胆囊炎、急、慢性肝胆道感染。“悬饮”指水饮停于胁下,可见咳唾引痛、胸满气促,常见于合并胸水、胸膜炎患者。“积证”腹部触及痞块,见于肝脾肿大或肿瘤患者。肝癌、神昏、血证为肝硬化合并肝癌、肝性脑病、脑水肿、凝血功能紊乱时的中医病证。而“腹满痛”、“臌胀”、“结胸”、“蓄血”、“黄疸”等中医学疾病范畴的主要证候与现代医学肝硬化合并 SBP 的临床表现十分接近,因此我们认为可应用经典理论中的“腹满痛”、“臌胀”、“结胸”、“蓄血”、“黄疸”等病证

指导肝硬化合并 SBP 辨证论治。肝疏泄功能失调而致气滞、血瘀、水停可进一步导致肝功能失常,杨永华等<sup>[8]</sup>采用自拟中药“逐水活血理气方”可使胸水、腹水消失,纠正白蛋白/球蛋白比例倒置,降低丙氨酸转氨酶含量,升高白蛋白和总蛋白水平,使肝功能恢复正常。张小兆等<sup>[9]</sup>研究表明,自拟抗纤方具有清热利湿解毒,凉血活血化瘀,补虚扶正祛邪,调节免疫功能,达到逆转、阻止或延缓肝硬化进程,对抗肝硬化、纤维化,改善肝功能有明显作用。

SBP 初期与中后期证型分布变化及病性虚实转化考虑与疾病本身病因病机变化规律及中西药治疗等有关。肝硬化腹水(腹胀)本身病性多为虚实错杂,湿热、瘀血、水湿、痰、虚等为其基本病因,合并 SBP 时,湿热、实热、水湿壅盛等病机显现。肝硬化腹水(腹胀)为基础病、为本病,而 SBP 为并发症、为标病。SBP 初期,标实证明显,故病性多实,表现为湿热内蕴兼血瘀证、水湿内停兼血瘀证、热毒炽盛等证型。《医学津梁》称:“臌胀之病,脐满者重,脐突者死,发热者重,坚满者死。”肝硬化合并 SBP 若治疗不及时,或药力不足,病情常急转直下,迅速恶化,向癰闭、出血、神昏等转化。张仲景《伤寒杂病论》提出了“夫病痼疾,加以卒病,当先治其卒病,乃后治其痼疾也”。另外,《内经》中也提出了“六腑者,传化物而不藏,故实而不能满也”,即六腑当以通为用。清代温病学家余师愚《疫病篇》则提出,“疫证腹痛,或左或右,或痛引小肠,乃毒火冲突,发泄无门,若按寻常腹痛分经络而治之必死”。本研究中对患者的病性分析后发现 SBP 初期以实证为主,且瘀血阻络、湿热水湿壅盛、热毒炽盛、阳明腑实等为肝硬化合并 SBP 的常见病因病机。因此,在 SBP 早期即当重用清下法,重在清热泻火,凉血解毒,通腑(胆、肠腑)攻下,泻水逐饮(胸腹水、肢肿),积极治疗腹满痛、阳明腑

实、发热、结胸等病证,可依据病因病机关键,灵活选用大承气汤、大柴胡汤、清瘟败毒饮、犀角地黄汤等方药。SBP 中后期经清下法及抗生素治疗后,标实证将得到缓解,本病病性、病机重新显现,且清下法中药多味苦性寒,故此时患者病性多将转化为虚实错杂,病机关键为“痰”、“虚”、“瘀”等。此时当在减少清下之力基础上,加强消补二法的实施,以消痰散结祛瘀、益气升提、养阴活血、补益肝脾肾等消补法为主,清下法为辅,重在继续清除残余毒邪,巩固疗效加快黄疸消退,减少并发症,灵活选用大黄蛰虫丸、鳖甲煎丸、肝纤方、大黄扫毒汤、硝石矾石散、六味地黄丸、金匱肾气丸(济生肾气丸)、益胃汤、补中益气汤、理中汤、升陷汤、四逆汤等消补法为主的方剂。

#### 参考文献:

- [1]梁后杰,王瑞玲,徐启旺,等.自发性腹膜炎腹水细菌潜生体形成及其生物学特性研究[J].中国危重病急救医学,2001,13(9):527-529.
- [2]杨宏志,谢和平,王拥泽,等.清下消补四法二步联合抗生素治疗肝硬化并自发性腹膜炎[J].中国实验方剂学杂志,2006,12(9):57-59.
- [3]杨宏志,王拥泽,戴敏,等.扶正祛邪和清热解毒方药治疗乙型肝炎病毒前 C 区基因变异的临床对照研究[J].中国中西医结合急救杂志,2003,10(2):74-77.
- [4]中华医学会传染病与寄生虫病学分会,肝病学分会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝脏病杂志,2000,8(6):324-329.
- [5]中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组.酒精性肝病诊断标准[J].中华肝脏病杂志,2003,11(2):72.
- [6]Rimola A, Garcia-Tsao G, Navasa M, et al. Diagnosis, treatment and prophylaxis of spontaneous bacterial peritonitis: a consensus document[J]. J Hepatol, 2000, 32(1):142-153.
- [7]张育轩,危北海.肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试行方案)[J].中国中西医结合杂志,1994,14(4):237-238.
- [8]杨永华,汤礼文.“逐水活血理气方”治疗顽固性肝性胸水和腹水 20 例[J].中国中西医结合急救杂志,1999,6(7):325.
- [9]张小兆,乔汉臣.自拟抗纤方对肝硬化纤维化的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2005,12(1):23-26.

(收稿日期:2007-01-06 修回日期:2007-04-05)

(本文编辑:李银平)

#### • 读者 • 作者 • 编者 •

#### 《中国危重病急救医学》杂志投稿须知

为缩短稿件修改时间,提高效率,加快文稿刊发速度,请作者在投稿时注意以下问题:①来稿须实事求是、数据可靠,具有科学性、逻辑性和时效性,文字精练,引用资料应给出文献依据。②论著类文章在正文前应有内容、格式完全相同的中英文摘要[按目的(Objective)、方法(Methods)、结果(Results)、结论(Conclusions)4个部分分别说明]以及关键词(3~8个),全部作者的中、英文姓名及单位,中、英文摘要均一式2份。③文稿作者顺序排名(不排并列作者),作者单位及邮政编码在作者姓名后注明。英文的作者顺序及单位写法与中文完全相同。④在文稿首页下脚注明第一作者姓名(出生年),性别(民族),籍贯,硕士以上学位,职称,主要研究方向、研究成果及业绩,发表论文数,国外进修情况及学术地位等。⑤如文稿属科研基金资助项目或重点攻关、研究课题,请在文稿首页的脚注中一并注明,出示课题号,并务必同时寄上述证明复印件(A4复印纸)。⑥投稿请提供软盘(WPS、WORD打字,如用方正、华光系统打字,请另存为“纯文本”文件,文件名控制在8个字符以内),并交文字稿2份。

(期刊编辑部)