

的研究[J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12(2): 67-68.  
 [4] 陈世德, 李超乾. 多器官功能障碍综合症的免疫炎症反应机制研究进展[J]. 中国危重病急救医学, 2007, 19(10): 636-637.  
 [5] 姚咏明, 刘辉. 对高迁移率族蛋白 B1 作用的新认识[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 17(7): 385-387.  
 [6] 陈国干, 绍荣良. 胞外高迁移率族蛋白 B1 的研究进展[J]. 国际检验医学杂志, 2006, 27(4): 344-346.  
 [7] Qin S, Wang H, Yuan R, et al. Role of HMGB1 in apoptosis

mediated sepsis lethality[J]. J Exp Med, 2006, 203(7): 1637-1642.  
 [8] 万春平, 包照日格图, 却翎, 等. 红花的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2007, 18(11): 2854-2855.  
 [9] 孙丽莹, 范文. 还原型谷胱甘肽治疗全身炎症反应综合征临床观察[J]. 中国危重病急救医学, 2001, 13(5): 268.

(收稿日期: 2009-04-10)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

## 中西医结合治疗肝硬化顽固性腹水临床分析

宋毓飞

(浙江省宁波市李惠利医院, 浙江 宁波 315040)

【关键词】 肝硬化; 顽固性腹水; 排放腹水; 中药; 中西医结合疗法

中图分类号: R242 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2009.03.009

肝硬化顽固性腹水是肝硬化肝功能严重障碍的标志, 治疗比较困难。现将 2003 年 2 月—2008 年 5 月本院采用中西医结合治疗肝硬化顽固性腹水患者 102 例, 报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 病例: 按随机原则将 102 例患者分为两组, 治疗组 52 例中男 39 例, 女 13 例; 年龄 (47.6 ± 6.0) 岁; 肝炎后肝硬化 40 例, 酒精性肝硬化 12 例。对照组 50 例中男 38 例, 女 12 例; 年龄 (45.7 ± 5.0) 岁; 肝炎后肝硬化 39 例, 酒精性肝硬化 11 例。两组一般资料比较差异无统计学意义, 有可比性。

1.2 治疗方法: 两组均予以适当的限钠、限水, 维持电解质平衡, 益肝灵护肝, 同时予以安体舒通和呋塞米利尿 (根据尿量和电解质调整剂量), 低分子右旋糖酐 250 ml + 多巴胺 40 mg + 速尿 40 mg 静脉滴注, 每日 1 次, 扩容、扩张血管、利尿治疗。治疗组每周 2 次排放腹水, 每次 3 000~4 000 ml, 排放腹水后补充白蛋白 30 g, 直至腹水明显减少或消失; 治疗组加用中药柔肝健脾补肾汤 (组成: 丹参 20 g, 山药 20 g, 黄芪 15 g, 潞党参 15 g, 黄精 15 g, 枳果 15 g, 鳖甲 15 g, 白术 10 g, 云苓 10 g, 山萸肉 10 g, 柴胡 10 g, 白芍 10 g, 甘草 5 g), 疗程为 4 周。

1.3 观察指标: 每日记录患者的尿量, 观察患者的腹围; 每周查腹部 B 超观察

腹水情况, 查血浆白蛋白、胆红素、血钠、尿钠等肝功能指标。每 2 周总结 1 次。腹水消失后门诊随访 6 个月, 观察腹水复发, 腹水明显增多的病例。

1.4 疗效判断标准: 显效: 24 h 尿量 ≥ 1 000 ml, B 超检查腹水消失或少量; 有效: 24 h 尿量 600~1 000 ml, B 超检查膀胱直肠凹液性暗区厚度减小 50%; 无效: 24 h 尿量 ≤ 600 ml, B 超检查腹水无减少或增多; 显效加有效为总有效。

1.5 统计学方法: 采用 SPSS 13.0 软件分析, 计数资料比较采用  $\chi^2$  检验或秩和检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 (表 1): 治疗组治疗 2 周和 4 周时总有效率显著高于对照组 ( $P < 0.01$  和  $P < 0.05$ )。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	时间	例数	疗效 (例)			总有效率 (%)
			显效	有效	无效	
治疗组	2 周	52	16	23	13	75.0 <sup>b</sup>
	4 周	52	33	17	2	96.2 <sup>a</sup>
对照组	2 周	50	3	20	27	46.0
	4 周	50	19	22	9	82.0

注: 与对照组同期比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ , <sup>b</sup> $P < 0.01$

2.2 两组并发症比较: 对照组肝性脑病、肝肾综合征、腹膜炎、低钾血症等并发症发生率显著高于治疗组 [54.0% (27/50) 比 21.2% (11/52),  $P < 0.01$ ]。

2.3 预后: 随访 6 个月, 治疗组复发 4 例, 对照组复发 12 例, 两组比较差异

有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

### 3 讨论

肝硬化顽固性腹水是肝硬化失代偿期常见的严重并发症之一, 其发生机制较为复杂。针对肝硬化顽固性腹水有效循环血容量与肾脏血流灌注不足的形成机制, 在维持内环境平衡的综合治疗基础上, 采用补液扩容与排放腹水相结合的治疗方法, 收到了很好的效果。补液扩容可以改善机体有效循环血容量与肾脏血流灌注的不足, 截断产生和加重肝硬化腹水的途径, 促进钠、水代谢, 更好地发挥利尿剂的作用。但腹水每日最大吸收量为 700~930 ml, 所以肝硬化顽固性腹水的自然吸收起效较慢, 腹水消失需较长时间, 通过排放腹水则明显缩短了腹水消失的时间, 同时使腹内压降低, 肾血流量增加, 肾小球滤过率增加, 抑制抗利尿激素和醛固酮的分泌, 有利于腹水的吸收、消除。

肝硬化腹水属中医“膨胀”范畴, 其辨证多为本虚标实, 病位在肝, 累及脾、肾。治疗上宜采用标本兼治, 以培补肾阳之温煦, 健脾土之运化, 扶肝脏之调节, 并佐以行气、活血、利尿等方法。中药能从根本上调节内分泌紊乱, 恢复肝脏功能, 使肝脏自身合成白蛋白, 维持血浆胶体渗透压, 配合中药有利于肝脏功能的修复, 促进肝细胞再生, 防止病变加重, 减少腹水复发。

(收稿日期: 2009-02-18)

(本文编辑: 李银平)