

柴胡当归散治疗少阳太阴合病证乙肝肝硬化腹水

阮博文¹, 周晓玲², 覃凤传², 冯丽娟¹, 李裕珍¹, 潘益巧¹

1. 广西中医药大学研究生院, 广西 南宁 530000; 2. 柳州市中医医院, 广西 柳州 545000

摘要: **目的** 观察柴胡当归散治疗少阳太阴合病证乙肝肝硬化腹水的疗效,为柴胡当归散治疗乙肝肝硬化腹水提供临床依据。**方法** 选取广西中医药大学第三附属医院柳州市中医医院 2018 年 9 月至 2019 年 12 月 113 例在消化科收治的少阳太阴合病证乙肝肝硬化腹水患者,按照随机数字表法分为治疗组(57 例)和对照组(56 例)。对照组采用西医常规治疗,治疗组在西医常规治疗基础上联合柴胡当归散,比较两组患者治疗前后临床综合疗效(水肿、腹围、24 h 尿量、体重)、腹胀缓解时间、中医证候积分、生活质量调查表(SF-36)评分的变化。**结果** 治疗组患者总有效率 96.49%,对照组总有效率 80.36%,治疗组总有效率优于对照组($P < 0.01$);两组患者治疗后中医证候积分、SF-36 评分均较治疗前显著改善(P 均 < 0.05);治疗后治疗组中医证候积分、腹胀缓解时间、SF-36 评分均优于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。**结论** 柴胡当归散治疗少阳太阴合病证乙肝肝硬化腹水,疗效显著,不良反应少,安全性高。

关键词: 乙肝肝硬化腹水; 少阳太阴合病证; 柴胡当归散; 经方

中图分类号: R256.42 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2021)01-0102-05

Chaihu Dangui powder in the treatment of ascites due to hepatitis B cirrhosis with Shaoyang-Taiyin disease and symptoms

RUAN Bo-wen*, ZHOU Xiao-ling, QIN Feng-chuan, FENG Li-juan, LI Yu-zhen, PAN Yi-qiao

* Graduate School of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning, Guangxi 530000, China

Corresponding author: ZHOU Xiao-ling, E-mail: ZXL_LZ@163.com

Abstract: Objective To observe the therapeutic effect of Chaihu Dangui powder on ascites due to hepatitis B cirrhosis with Shaoyang-Taiyin disease and symptoms to provide clinical basis for the treatment of ascites caused by hepatitis B cirrhosis. **Methods** A total of 113 patients with ascites due to hepatitis B cirrhosis with Shaoyang-Taiyin disease and symptoms treated from September 2018 to December 2019 were selected and divided into treatment group ($n = 57$) and control group ($n = 56$) according to the random number table method. The routine conventional therapy was given in control group, and Chaihu Dangui powder was given on the basis of routine conventional treatment in treatment group. The comprehensive effects (including on edema, abdominal circumference, 24h urine volume, weight), abdominal distension relief time, Traditional Chinese medicine (TCM) syndrome and SF-36 quality of life questionnaire (SF-36) were observed and compared between two groups. **Results** After treatment, the total effective rate in treatment group was significantly higher than that in control group (96.49% vs 80.36%, $P < 0.01$). TCM syndrome score and SF-36 score were significantly improved compared with those before treatment in two groups (all $P < 0.05$), and TCM syndrome score, SF-36 score and abdominal distension relief time in treatment group were better than those in control group ($P < 0.05, P < 0.01$). **Conclusion** In the treatment of ascites due to hepatitis B cirrhosis with Shaoyang-Taiyin disease and symptoms, Chaihu Dangui powder is effective with less adverse reactions and high safety.

Keywords: Ascites due to hepatitis B cirrhosis; Shaoyang-Taiyin disease and symptoms; Chaihu Dangui powder; Classical prescription

Fund program: National Natural Science Foundation of China (81760855); Liuzhou Liver Disease Clinical Medicine

DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2021.01.023

基金项目: 国家自然科学基金项目 (81760855); 柳州市肝病临床医学研究中心项目 (2018AF10503); 广西区域中医诊疗中心建设项目 (03.0080)

通信作者: 周晓玲, E-mail: ZXL_LZ@163.com

Research Center Project (2018AF10503); Guangxi Regional TCM Diagnosis and Treatment Center Construction Project (03.0080)

慢性乙型病毒性肝炎(乙肝)是我国常见的一种高发性肝脏疾病,随着疾病的进展可发展成肝硬化,而腹水是肝硬化失代偿最常见的并发症,据统计,肝硬化患者中腹水的发生率为67.3%,肝硬化腹水患者在1年内死亡率达到15%,5年内死亡率高达44%,严重威胁患者生命^[1]。对乙肝肝硬化腹水治疗,现代医学有抗病毒、促利尿、放腹水、输注白蛋白、腹水浓缩回输等治疗,近期疗效明显,但不良反应及远期效果较差。祖国传统医学将本病归属“臌胀”“积聚”,早在先秦时期就有记载,治疗经验丰富,如历代名医记载:张仲景治其用五苓散、宋代严用和用实脾饮、清代吴鞠通用鲫鱼汤等治疗此病均有奇效,为后世治疗本病提供了宝贵的经验。随着对其进一步认识,现已有大量中医药治疗乙肝肝硬化腹水取得良好临床疗效的报道,且利于长期治疗^[2]。广西名中医周晓玲善从《伤寒论》“六经辨证”理论论治肝病,经长期临床经验总结,擅推崇从“六经辨证”角度治疗乙肝肝硬化腹水,并提出少阳太阴合病为本病关键,血瘀、水停为标,治疗上当以和解少阳温补太阴为法,兼养血活血利水,而临床上鲜见从“六经辨证”遣方用药治疗乙肝肝硬化腹水。本研究探讨中医经典经方柴胡当归散治疗少阳太阴合病证乙肝肝硬化腹水的临床疗效。并报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选自广西中医药大学第三附属医院柳州市中医医院2018年9月至2019年12月消化科113例门诊及住院患者,按随机数字表法分为治疗组57例和对照组56例。对照组女28例,男28例;年龄30~69(58.54±8.58)岁;病程1~8(2.11±0.64)年;腹水深度(6.49±0.67)cm。治疗组女29例,男28例;年龄31~71(59.17±9.01)岁,病程1~9(1.98±0.62)年;腹水深度(6.54±0.70)cm。两组患者一般资料均衡(P 均>0.05)。

1.2 西医诊断标准 参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会修订的2011年版《肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见》^[2]:(1)明确的乙肝肝硬化病史,病因学提示明确存在乙型肝炎病毒(HBV)感染,排除其他原因引起的乙肝肝硬化腹水,如丙型肝炎病毒(HCV)感染、酒精和药物等。(2)有乏力、食欲不振、腹胀、腹水、性功能减退、月经不调、

出血、双下肢水肿、尿少、大便溏薄或便秘等乙肝肝硬化失代偿期症状;有慢性肝病面容、肝掌、蜘蛛痣、下肢凹陷性水肿体征;腹部查体示全腹微隆或饱满、腹部移动性浊音阳性、腹壁静脉曲张、脾肿大。(3)辅助检查提示①血常规检查可有贫血,脾功能亢进时血小板、白细胞降低明显;②肝功能提示转氨酶可升高,胆红素常升高,白蛋白、前白蛋白、白/球比例下降;③凝血酶原时间延长;④B超提示肝硬化、腹水 ≥ 300 ml、门静脉直径增宽、脾脏增大、脾静脉直径增宽。(4)无自发性细菌性腹膜炎、肝肾综合征、无肝性脑病。符合上述四点即可诊断为乙肝肝硬化腹水。

1.3 中医诊断标准 参照关芳等编著的《六经辨治乙肝探析》中的少阳、太阴病证及第八版《中医诊断学》教材血瘀、水停的辨证。(1)少阳病:主证为口干、口苦。次证为①情绪不畅;②胁肋胀满;③身目发黄、尿黄;④舌尖边红、脉弦。(2)太阴病:主证为纳差、便溏。次证为①脘痞腹胀;②身倦乏力;③面色萎黄;④舌质胖大、苔白腻。(3)血瘀:主证为舌质黯有瘀点瘀斑。次证为①舌下静脉曲张;②面色黧黑;③唇甲青紫;④脉涩或结代。(4)水饮内停:主证为腹大如鼓。次证为①小便短小不利;②下肢体凹陷性水肿;③口渴不欲饮;④舌淡胖或有齿痕,苔白腻。(5)符合少阳病、太阴病、血瘀、水停主证及次证中的任意一项即可诊断。(6)由两位中医副主任医师以上者分别四诊合参六经辨证为少阳太阴合病,兼血瘀、水停者。

1.4 纳入标准 (1)符合乙肝肝硬化腹水西医诊断标准与中医少阳太阴合病兼血瘀、水停诊断标准者;(2)腹水持续时间超过1个月者;(3)年龄30~71岁且有较好依从性的住院或门诊患者,且神志清楚、能正常交流者;(4)患者及家属了解本研究及治疗风险,自愿参与并签署知情同意书者。

1.5 排除标准 (1)年龄<30岁或>71岁者;(2)合并有上消化道出血、腹腔感染、肝性脑病、肝肾综合征等并发症者;(3)合并心血管、肺、肾、神经系统、造血系统、内分泌等原发疾病者;(4)精神病、肿瘤患者,妊娠、哺乳期妇女;(5)正在参与其他临床研究患者;(6)中途退出或未按规定配合用药,无法判断疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

1.6 对照组治疗方法 (1)予恩替卡韦分散片口服(正大天晴,国药准字H201000)0.5 mg,1次/d。

(2)注射用还原型谷胱甘肽(昆明积大制药,国药准字 H20030426)1.2 g加入250 ml生理盐水中静脉滴注,1次/d。(3)口服螺内酯片(浙江亚太药业,国药准字 H33020111)100 mg/次,1次/d;口服呋塞米片(广东三才石岐制药,国药准字 H44023242)40 mg/次,1次/d。(4)白蛋白<30 g/L的患者,采用进口人血白蛋白(瑞士杰特贝林生物,进口药品注册证号 S20120070)50 ml 1次/d 静脉滴注。(5)限制水、钠摄入,加强营养饮食。观察疗程1个月。

1.7 治疗组治疗方法 治疗组在对照组治疗基础上加柴胡当归散,药物如下:柴胡15 g,黄芩10 g,桂枝10 g,干姜8 g,天花粉15 g,牡蛎20 g,当归10 g,芍药15 g,川芎15 g,白术12 g,茯苓20 g,泽泻15 g,炙甘草6 g,醋鳖甲15 g,三七粉2 g,党参20 g,以上药物由柳州市中医医院中药房(天津三延公司生产的煎药机)进行煎煮,每剂去渣取汁400 ml,分2次于早、晚餐后1 h口服。治疗过程随病证进行适当加减。2周为1个疗程,观察2个疗程。

1.8 中医证候疗效评定 参照2002年版《中药新药临床研究指导原则》中的相关内容制定标准,所有症状包括:腹大如鼓,口干口苦,纳差便溏,身倦乏力,小便短小不利,舌质黯有瘀点瘀斑。均划分为无症状、轻度、中度、重度四个等级,分别用0~3分4个分值来计分,得分越高,提示中医证候疗效越差。

1.9 综合疗效评定 参照2017年版《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见》中的相关标准。临床缓解:腹水及肢体水肿完全消退,B超检查未及腹水;主要症状消失,每日尿量1 200 ml以上,体质量、腹围恢复至腹水出现前水平;并能稳定3个月及以上。显效:腹水及肢体水肿大部分消退,B超检查腹水减少>50%;症状明显改善,腹胀明显减轻,每日尿量1 000 ml以上,体重减轻2 kg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1 000 ml,体质量有所降低但<2 kg,或腹围缩小>3 cm但<5 cm。无效:腹水、体质量、腹围、症状无改善或加重者。总有效率=(临床缓解+显效+有效)例数/总例数×100%。

1.10 临床体征变化情况 观察并记录患者腹胀缓解时间;腹部B超查治疗前后测定腹水深度;记录24 h尿量,测量腹围、体重(24 h尿量计算:晨8:00到次晨8:00总尿量;腹围测量:晨起空腹排空大小便后,患者仰卧位暴露腹部,用软尺测量脐环绕腹部1周的长度。体重测量:晨起空腹排空大小便后,每

日穿同样的衣裤,使用同一体重计测量)。

1.11 血液检测指标 观察并记录两组患者肝功能[谷氨酸氨基转移酶(ALT)、门冬氨酸氨基转移酶(AST)、血清总胆红素(TBIL)、白蛋白(ALB)]、凝血功能[凝血酶原时间(PT)]治疗前后的变化情况。

1.12 生存质量改善变化 生活质量评分采用健康状况调查问卷(SF-36),该量表涵盖了健康相关生命质量的8个方面;生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康、精力、社会功能、情感职能、精神健康。每个方面均为0~100分,分数越高,生活质量越高。

1.13 统计学方法 采用SPSS 22.0软件进行分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 描述,若服从正态分布,组间比较采用成组 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;不服从正态分布,则以 $M(Q_L, Q_U)$ 表示,采用秩和检验。计数资料以例(%)描述,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者总有效率比较 治疗组患者总有效率(96.49%)高于对照组(80.36%)($P < 0.01$)。见表1。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 两组患者治疗后中医证候积分均较治疗前降低(P 均<0.01),治疗后治疗组中医证候积分优于对照组(P 均<0.01)。见表2。

2.3 两组患者腹胀缓解时间比较 治疗组患者腹胀缓解的时间[(9.68±1.21)d]优于对照组患者[(13.29±2.21)d]($t=10.796, P < 0.01$)。

2.4 两组患者治疗前后生存质量评价 两组患者治疗后生存质量评分较治疗前改善(P 均<0.01),且治疗后治疗组优于对照组(P 均<0.01)。见表3。

2.5 两组治疗后腹水深度比较 对照组与治疗组治疗前腹水深度分别为(6.49±0.67)cm,(6.54±0.70)cm,治疗后腹水深度分别为(3.36±1.41)cm,(2.17±1.27)cm,两组患者治疗后腹水深度均较治疗前下降,且治疗组低于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。

2.6 不良反应 治疗组和对照组均无腹腔感染、腹泻、肝肾综合征、肝性脑病等不良反应发生。

表1 两组乙型肝炎肝硬化腹水患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	临床缓解	显效	有效	无效	总有效
对照组	56	6(10.71)	15(26.79)	24(42.86)	11(19.64)	45(80.36)
治疗组	57	12(21.05)	18(31.58)	25(43.86)	2(3.51)	55(96.49)
χ^2 值						7.222
P 值						0.007

表2 两组治疗前后中医证候积分比较 [分, $M(Q_L, Q_U)$]

组别	例数	时间	腹大如鼓	纳差便溏	口干口苦	身倦乏力	尿少	舌黯瘀点瘀斑
对照组	56	治疗前	2(2,3)	2(2,2.8)	2(2,3)	3(2,3)	2(2,3)	3(2,3)
		治疗后	1(1,1.8)	1(1,1)	1(1,2)	1(1,1)	1(1,1)	2(2,2)
治疗组	57	治疗前	3(2,3)	2(2,3)	2(2,3)	3(2,3)	2(2,3)	3(2,3)
		治疗后	1(0,1)	1(0,1)	1(0,1)	1(0,1)	1(0,1)	1(1,2)
Z_1/P_1 值			6.043/ <0.01	5.922/ <0.01	6.228/ <0.01	6.360/ <0.01	6.114/ <0.01	6.726/ <0.01
Z_2/P_2 值			6.556/ <0.01	6.757/ <0.01	6.521/ <0.01	6.865/ <0.01	6.643/ <0.01	6.587/ <0.01
Z_3/P_3 值			4.010/ <0.01	2.623/ <0.01	3.757/ <0.01	3.492/ <0.01	3.522/ <0.01	4.295/ <0.01

注: Z_1/P_1 值表示对照组治疗前后比较; Z_2/P_2 值表示治疗组治疗前后比较; Z_3/P_3 值表示治疗后对照组和治疗组比较。

表3 两组治疗前后生存质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	生理机能	生理职能	躯体疼痛	一般健康	精力	社会功能	情感职能	精神健康
对照组	56	治疗前	49.91 ± 7.78	37.05 ± 13.48	46.77 ± 7.15	42.18 ± 5.65	33.84 ± 5.05	36.80 ± 5.03	31.23 ± 7.49	40.86 ± 5.43
		治疗后	63.48 ± 8.09	60.71 ± 17.75	63.59 ± 7.77	60.30 ± 6.92	57.86 ± 6.17	58.23 ± 9.19	60.93 ± 13.14	55.36 ± 7.11
治疗组	57	治疗前	50.44 ± 7.81	36.84 ± 13.45	49.65 ± 7.11	43.05 ± 5.74	34.39 ± 5.27	36.61 ± 4.66	31.26 ± 7.43	41.68 ± 5.50
		治疗后	72.11 ± 8.45	71.05 ± 18.17	72.39 ± 10.57	69.72 ± 7.58	66.93 ± 7.43	66.23 ± 9.88	69.26 ± 13.89	63.02 ± 7.76
t_1/P_1 值			9.054/ <0.01	7.946/ <0.01	11.924/ <0.01	15.178/ <0.01	22.555/ <0.01	15.304/ <0.01	13.670/ <0.01	12.132/ <0.01
t_2/P_2 值			14.219/ <0.01	11.425/ <0.01	15.256/ <0.01	21.179/ <0.01	26.989/ <0.01	16.938/ <0.01	18.214/ <0.01	20.469/ <0.01
t_3/P_3 值			6.167/ <0.01	4.965/ <0.01	8.593/ <0.01	7.055/ <0.01	8.352/ <0.01	7.255/ <0.01	4.077/ <0.01	7.704/ <0.01

注: t_1/P_1 值表示对照组治疗前后比较; t_2/P_2 值表示治疗组治疗前后比较; t_3/P_3 值表示治疗后对照组和治疗组比较。

3 讨论

乙型肝炎后肝硬化合并腹水是本病进入失代偿期的标志^[4], 出现腹水预示疾病预后不佳^[5]。因而乙型肝炎肝硬化腹水治疗对于患者尤为关键, 也是当前肝病方向研究的热点。目前腹水的发病机制认为与门静脉高压、内脏动脉扩张、血浆胶体渗透压降低、肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)失衡、交感神经系统(SNS)过激、抗利尿激素过多释放等多因素共同作用相关, 而临床常规治疗方法在提高生存率上并不理想, 且远期治疗效果差, 极易反复发作且易导致严重并发症^[6-8]。丁杨斌^[9]研究表明, 中医治疗乙型肝炎肝硬化腹水具有较理想的疗效, 且安全性高, 能有效缓解患者的症状, 观察1个月疗效显著。

现代医学乙型肝炎肝硬化, 中医学将腹水归为“鼓胀”、“积聚”“水蛊”“膨脝”等范畴。最早由《黄帝内经》所提:“鼓胀如何? 岐伯曰: 腹胀, 身皆大, 大与肤胀等也, 色苍黄, 腹筋起”。后世医家在此基础上不断发展, 对该病病因、病机、病位及其诊治等方面不断补充。认为该病与少阳太阴关系密切, 是本病发病病机的关键。如《黄帝内经》之四气调神大论篇:“逆春气则少阳不生, 肝气内变”。《黄帝内经》讲:“凡十一脏取决于胆”。《难经·三十一难》云:“三焦者, 决渎之官, 水道出焉。”《素问·天元纪大论》之中有云:“太阴之上, 湿气主之。”《灵枢·经脉》:“足太阴之别……虚则鼓胀”《素问·至真要大论》篇云:“诸湿肿满, 皆属于脾”。李东垣在《脾胃论》中曰:“胆者, 少

阳春升之气, 春气生则万物安。”《三因极-病证方论·肿满》曾诉:“鼓胀, 怒伤肝, 肝克脾, 脾气不正, 必胀于胃。”《杂病源流犀浊》云:“鼓胀, 病根在脾, 由脾阴受伤, 胃虽纳谷, 脾不运化, 或由怒气伤肝, 渐蚀其脾”。《医学传心录》中曰:“气鼓、血鼓、食鼓、水鼓, 皆因脾虚不能运化水谷, 以致停聚为胀。”由此可见鼓胀的病机与少阳太阴分不开。

《伤寒论》第97条:“脏腑相连, 其痛必下, 邪高痛下, 故使呕也。”是指肝胆属木, 脾胃属土, 木克土, 所以肝胆之气犯脾胃, “故使呕也”。少阳受邪, 邪传入里, 太阴首当其冲。小柴胡汤是临床治疗少阳病的主打方剂, 方中人参、甘草、大枣健脾益气, 说明少阳病中就夹太阴病发展方向, 或者少阳病兼太阴病。故《金匱要略》曰:“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾。”《伤寒论》虽无少阳太阴合病之说, 但少阳太阴合病是事实存在的。《伤寒论》263条:“少阳之为病, 口苦、咽干、目眩也”。264条:“少阳中风, 两耳无所闻, 目赤, 胸中满而烦者, 不可吐下, 吐下则悸而惊”。临床上少阳病常以胁下疼痛、胁满、口苦、咽干、纳差等临床表现出现, 与现代医学肝硬化门静脉压力增大致肝脾肿大引起两胁疼痛、纳差等临床表现相符。《伤寒论》273条:“太阴之为病, 腹满而吐, 食不下, 自利益甚, 时腹自痛, 若下之必胸下结硬”。提纲概括太阴病病机为太阴脾有寒, 亦即脾阳虚。临床常以纳差、腹胀、腹痛、腹泻、腹水、疲乏无力、畏寒肢冷等症状出现, 与现代医学中, 肝硬化腹水阶段, 门静脉压力增高, 患者常出现胃肠道静脉曲张、胃肠道菌群失

调^[10]、低蛋白血症形成的食欲下降、腹水等临床表现相符。故而肝炎、肝硬化失代偿期等肝脏疾病,从少阳太阴合病角度运用柴胡剂论治,临床疗效良好,已有研究表明,小柴胡汤、柴胡桂枝干姜汤及柴胡疏肝散等柴胡剂可用于肝炎、肝硬化代偿期的治疗^[11-12]。

根据《黄帝内经》、《伤寒杂病论》等经典理论及自己多年临床经验总结,广西名中医周晓玲提出乙肝至乙肝肝硬化失代偿期,少阳太阴合病病机长期贯穿其中,血瘀、水停是疾病进展的标症。一方面,病毒长期寄存于肝,耗伤肝血,肝体阴而用阳,肝血亏虚,厥阴风木疏泄失常,少阳之气生发不利,涉及少阳经和腑,胆火内郁,三焦失畅,枢机不利,血行不畅,肝血淤滞;另一方面,病毒长期在人体活动耗伤机体阳气,加之长期口服核苷类似物(寒凉),相当于中医治疗中下法,损伤脾阳,脾阳亏虚。《金匱要略·水气病脉症并治第十四》,提出了“血不利则为水”这一说;牟坤等^[13]从肝藏血的理论提出血瘀水结、血虚失运可致肝硬化腹水。基于上述理论,广西名中医周晓玲提出治则当以和解少阳、温补太阴治本,养血活血利水治标,方用柴胡当归散,实际上此方是柴胡桂枝干姜汤、当归芍药散合方加醋鳖甲、三七粉、党参而成。刘丙林^[14]用柴胡桂枝干姜汤加减合五苓散治疗肝硬化腹水取得良好疗效,方中柴胡、黄芩疏肝清热,和解少阳;桂枝通阳化气,配伍干姜、党参、甘草温补太阴虚寒,配伍干姜、天花粉、牡蛎温散水饮,扶正祛邪。《名医别录》言当归芍药散可“通顺血脉,缓中,散恶血,逐贼血,去水气,利膀胱”,其中芍药敛肝、和营、止痛,当归、川芎助芍药养血活血行气,调达气血,三药皆可入肝,茯苓、白术、泽泻健脾利湿消除水饮,加用三七、醋鳖甲活血散结来利水,又兼养阴防利水伤阴。诸药合用,共奏和解少阳、温补太阴、养血活血利水之功。

本临床研究发现,对于腹大如鼓,口干口苦,纳差便溏,身倦乏力,小便短小不利,舌质黯有瘀点瘀斑等证候的改善治疗组明显优于对照组,体现柴胡当归散能有效改善乙肝肝硬化腹水症状;患者西医临床综合疗效(水肿、腹水深度、尿量,测量腹围、体重)、腹胀缓解的时间治疗组效果明显优于对照组,可能是改善了肝脏血液循环,部分未破坏的肝细胞得到修复,门静脉压降低;此外患者SF-36量表评分改善均优于对照组,说明治疗组可明显改善患者症状,提高患者的

生活质量,有利于长期治疗。

综上所述,柴胡当归散加味治疗少阳太阴合病证乙肝肝硬化腹水,疗效显著,既能减轻患者临床不适症状,又能提高患者生活质量,不良反应少。广西名中医周晓玲及其所带领的团队在长期的临床工作中,通过运用《伤寒论》“六经辨证”灵活将经方用于肝病治疗,取得了良好的临床疗效。

参考文献

- [1] 闫永平,张维璐,苏海霞,等.我国乙型病毒性肝炎防治研究新进展和面临的挑战[J].中国热带医学,2019,19(10):916-921.
- [2] 高玲,李嘉,陈珊珊,等.马兰草灸灸结合健脾活血祛湿方治疗肝硬化腹水的临床疗效[J].中国临床研究,2020,33(2):158-162.
- [3] 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].中华中医药杂志,2017,32(7):3065.
- [4] 赵晓辉,王丽华,索莉娜.乙肝肝硬化患者自我管理模式护理实践研究[J].中华全科医学,2020,18(1):152-155.
- [5] 丁惠国.从《肝硬化腹水及相关并发症的诊疗指南》探讨肝硬化顽固性腹水诊治“路线图”[J].临床肝胆病杂志,2018,34(1):31-34.
- [6] 杨红莉,刘平.四君子汤合五苓散加减辨治脾虚水停证肝硬化腹水患者的临床效果[J].临床医学研究与实践,2017,2(36):122-123.
- [7] 万涛,黄飞舟.肝硬化腹水的治疗进展[J].中国医师杂志,2016,18(9):1435-1437.
- [8] 甘霞,赵新芳,林红,等.加味赤石脂禹余粮汤对脾肾阳虚证肝硬化腹水患者的影响及疗效分析[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(6):172-176.
- [9] 丁杨斌.用猪苓汤合炙甘草汤治疗乙型肝炎所致肝硬化腹水的效果观察[J].当代医药论丛,2018,16(17):187-188.
- [10] 周晓玲,余静芳,刘莹,等.从太阴病论治乙型肝炎后肝硬化代偿期患者肠道微生态的临床研究[J].辽宁中医杂志,2016,43(11):2330-2332.
- [11] 刘静,李晓宇,吴恺悌,等.小柴胡汤治疗肝炎时出现肝损伤的“效-毒”作用网络分析与机制预测[J].中草药,2019,50(21):5135-5144.
- [12] 邱亮,张伟.柴胡疏肝散联合替诺福韦治疗肝硬化疗效分析[J].心理月刊,2019,14(23):178.
- [13] 牟坤,钟森.从肝藏血论治肝硬化腹水[J].云南中医中药杂志,2017,38(11):94-95.
- [14] 刘丙林.柴胡桂枝干姜汤合五苓散治疗肝硬化腹水32例[J].上海中医药杂志,2011,45(6):65-66.

收稿日期:2020-04-07 修回日期:2020-08-10 编辑:王娜娜