

肝硬化腹水中医诊疗专家共识(2023)*

中华中医药学会脾胃病分会

[摘要] 肝硬化腹水是失代偿期肝硬化患者最常见的并发症之一,中华中医药学会脾胃病分会于 2012、2017 年发布了《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见》。随着肝硬化腹水中医药研究的进展,有必要对该诊疗共识意见进行更新。本共识将中医、西医在肝硬化腹水的诊断、治疗及预防方面的研究结合起来,突出了临床实用性,体现了最新研究进展。

[关键词] 肝硬化;腹水;诊断;中医;治疗;共识

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2023.11.01

[中图分类号] R575.2 **[文献标志码]** A

Expert consensus on Traditional Chinese Medicine diagnosis and treatment of ascites due to cirrhosis(2023)

Branch of Gastrointestinal Diseases, China Association of Chinese Medicine

Abstract Ascites of cirrhosis is one of the most common complications in patients with decompensated cirrhosis. Branch of Gastrointestinal Diseases, China Association of Chinese Medicine Published *Expert Consensus on Traditional Chinese Medicine Diagnosis and Treatment of Ascites Due to Cirrhosis* in 2012 and 2017. With the development of Traditional Chinese Medicine research on cirrhosis ascites, it is necessary to update the expert consensus on diagnosis and treatment. This consensus combines the research of Traditional Chinese Medicine and Western medicine in the diagnosis, treatment and prevention of ascites in cirrhosis, highlights the clinical practicability and reflects the latest research progress.

Key words cirrhosis; ascites; diagnosis; Traditional Chinese Medicine; therapy; consensus

肝硬化是各种慢性肝病进展至以肝脏弥漫性纤维化、假小叶形成、肝内外血管增殖为特征的病理阶段,腹水是失代偿期肝硬化患者最常见的并发症之一,当腹腔内出现过多游离液体(>200 mL)时称为腹水。肝硬化常见病因有:病毒性肝炎、酒精性肝病、代谢相关脂肪性肝病、自身免疫性肝病、遗传、代谢性疾病、药物或化学毒物、寄生虫感染、循环障碍等,我国目前仍以慢性乙型肝炎为主,但酒精性及代谢相关脂肪性肝病所致肝硬化比例也逐渐增加^[1]。肝硬化腹水的形成是腹腔内液体的产生与吸收失去动态平衡的结果,可由多个因素联合作用导致,门静脉高压是腹水形成的主要原因及始动因素,肾素-血管紧张素-醛固酮系统失衡及低蛋白血症在腹水的形成中发挥重要作用^[2]。腹水是肝硬化自然病程进展的重要标志,据调查中国南方地区住院肝硬化患者中腹水发生率为 55.6%^[3]。腹水的出现也提示肝硬化预后不良,一

旦出现腹水,1 年病死率约为 15%,5 年病死率为 44%~85%^[4-5]。肝硬化腹水以腹部胀满、小便短少,甚则腹大如鼓、皮色苍黄、脉络暴露为主要表现,属于中医“鼓胀”范畴。中医药治疗在促进腹水消退、预防腹水复发等方面具有重要作用。

中华中医药学会脾胃病分会于 2012、2017 年发布了《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见(2017)》^[6]。随着肝硬化腹水中医药研究的进展,有必要对该诊疗共识意见进行更新,以满足临床诊治和科研的需要。本次修订,中华中医药学会脾胃病分会于 2020 年 11 月在北京牵头成立了《肝硬化腹水中医诊疗专家共识》起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病、肝病专家就“肝硬化腹水”的证候分类、辨证治疗、名医经验、循证研究、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论,形成本共识意见初稿,然后按照德

*基金项目:国家自然科学基金:扶正解毒消积方通过调控肿瘤微环境增强 RAB27B-ASGR2 双靶点嵌合抗原受体 T 细胞抗肿瘤效应的机制研究(No:82004153);国家中医药管理局高水平重点学科(No:zyydzk-2023005);北京市重大疫情防控重点专科

通信作者:王宪波, E-mail: wangxianbo638@163.com; 唐旭东, E-mail: txdy@sina.com

尔菲法分别于 2021 年 4 月、2021 年 8 月、2022 年 10 月进行了 3 轮专家投票,逐次进行修改完善形成送审稿。2023 年 4 月,由中华中医药学会标准化办公室组织专家进行最后审评,通过了本共识意见。表决选择:(1)完全同意;(2)同意,但有一定保留;(3)同意,但有较大保留;(4)不同意,但有保留;(5)完全不同意。如果 $>2/3$ 的人数选择(1),或 $>85\%$ 的人数选择(1)+(2),则作为条款通过,纳入共识。

本共识的制定同时参考了中华医学会肝病分会《肝硬化腹水及相关并发症的诊疗指南(2017 年)》、《肝硬化诊治指南(2019 年)》、《肝硬化腹水诊疗指南(2023 年)》以及美国肝病学会、世界胃肠病学组织、欧洲肝病学会、国际腹水俱乐部等制定的多部指南和共识。本共识将中医、西医在肝硬化腹水的诊断、治疗及预防方面的研究结合起来,突出临床实用性,体现最新研究进展,以期为肝硬化腹水的临床诊疗及科学研究提供新的临床思维和决策参考,进一步提高肝硬化腹水的诊疗水平。

1 概述

1.1 西医诊断^[7]

肝硬化患者新近出现腹胀、少尿、双下肢水肿、乏力、食欲减退等。体检见腹部膨隆、腹壁静脉曲张,移动性浊音阳性提示腹腔内液体超过 1000 mL,移动性浊音阴性者不能排除腹水,可进一步通过腹部 B 超、CT 或 MRI 判断有无腹水及粗略评估腹水量。腹水在 ICD-11 的编码为 ME04。

肝硬化腹水分 1 级(少量)、2 级(中量)和 3 级(大量),1 级或少量腹水,仅通过超声才能检测到,患者一般无腹胀表现,体检移动性浊音阴性,超声腹水深度 <3 cm;2 级或中量腹水,患者常有中度腹胀和对称性腹部膨隆,体检移动性浊音阳性或阴性,超声下腹水深度 3~10 cm;3 级或大量腹水,患者腹胀明显,体检移动性浊音阳性,可有腹部膨隆甚至脐疝形成,超声下腹水深度 >10 cm。

根据对治疗的反应,肝硬化腹水可分为普通型腹水、顽固型腹水、复发型腹水。2021 年美国肝病学会(AASLD)推荐的顽固型腹水符合以下条件^[8]:(1)限盐(4~6 g/d)及强化利尿药物(螺内酯 400 mg/d、呋塞米 160 mg/d)治疗至少 1 周或治疗性放腹水(>5000 mL/次),腹水无治疗应答反应(4 d 内体重平均下降 <0.8 kg/d,尿钠排泄 <50 mEq/d;或已经控制的腹水 4 周内复发,腹水增加至少 1 级)。(2)出现难控制的利尿药物相关并发症或不良反应:如急慢性肾损伤、难控制的电解质紊乱、男性乳房肿大胀痛等。我国顽固型腹水的诊断标准^[7]为:(1)利尿药物(螺内酯 160 mg/d、呋塞米 80 mg/d)治疗 >1 周或治疗性间断放腹

水(4 000~5 000 mL/次)联合人血白蛋白治疗 2 周[20~40 g/(次/d)],腹水无治疗应答反应;(2)出现难以控制的利尿药物相关并发症或不良反应;(3)排除恶性腹水及窦前性门静脉高压症引起的腹水。复发型腹水:在限盐及用利尿药物的情况下 1 年内腹水复发 ≥ 3 次^[8]。

肝硬化引起的腹水需与结核性腹膜炎、恶性肿瘤、慢性心力衰竭引起的腹水相鉴别,常通过腹水检查判断漏出液或渗出液,以及血清-腹水白蛋白梯度(serum-ascites albumin gradient, SAAG)判断是门静脉高压性或非门静脉高压性腹水。

1.2 中医范畴

肝硬化腹水以腹部胀满、小便短少,甚则腹大如鼓、皮色苍黄、脉络暴露为主要表现,属于中医“鼓胀”范畴。另外,肝硬化腹水可参考中医“臌胀”、“单腹胀”、“蛊胀”、“蜘蛛蛊”、“水臌”、“气鼓”、“血臌”、“虫鼓”、“酒鼓”等进行治疗^[9]。

2 病因病机

2.1 病因与发病

肝硬化腹水的主要病因包括:虫毒感染,酒食不节,黄疸、胁痛、积聚失治等,情志所伤、劳欲过度常是本病诱发和加重的因素^[10]。初起为湿热邪毒阻滞中焦,气机升降失调,脾胃受伤,土壅木郁,致肝失条达;肝脾两伤,脾失健运,清浊不分,水湿聚于腹中;久则及肾,气化无权,气血水壅结更甚。本病首病气血,继而病水,肝郁血瘀是其源,脾胃气虚升降无权是其本^[11]。

2.2 病位

肝硬化腹水病位主要与肝、脾两脏密切相关,甚则及肾^[12]。

2.3 病机要点

肝失疏泄,脾失健运,肾失气化是形成肝硬化腹水的关键病机。气滞、血瘀、水停是形成肝硬化腹水的基本病理因素^[13];其病理性质为本虚标实,正邪交争。虚为肝脾肾亏虚,或阳气衰微,或阴血不足;实多指邪实,气、血、水、毒互结。初期以实证为主,肝脾先伤,肝失疏泄、脾失健运,两者互为因果,导致气滞水停证;郁久化热,出现湿热蕴结水停证,进而气血凝滞,导致血瘀水停证;后期虚实夹杂,即肝脾日虚,久则及肾,而出现脾肾阳虚水停证、阴虚水停证;若水湿之邪,郁久化热,内扰心神,引动肝风,或正虚感邪,湿毒内蕴,则出现昏迷、痉厥、出血、黄疸等变证。

3 辨证分型

证候诊断具备主症(1)加另一主症 1 项,次症 2 项,参考舌脉,即可诊断。

3.1 气滞水停证(中医病证分类与代码 B03.01.01.02.02.05)

主症:(1)腹大坚满,叩之如鼓;(2)两胁胀满;

(3) 胁痛走窜不定。次症:(1) 饮食减少;(2) 食后作胀;(3) 暖气不适;(4) 小便短少。舌脉:(1) 舌质淡红, 苔白腻;(2) 脉弦。

3.2 脾虚水停证(中医病证分类与代码 B04.03.01.03.04.07)

主症:(1) 腹大胀满, 按之如囊裹水;(2) 乏力;(3) 食欲不振。次症:(1) 面色萎黄;(2) 颜面、下肢水肿;(3) 小便短少;(4) 大便溏薄。舌脉:(1) 舌苔白滑或白腻;(2) 脉缓。

3.3 湿热蕴结(水停)证(中医病证分类与代码 B02.05.04.02.02)

主症:(1) 腹大坚满, 脘腹撑急;(2) 腹痛拒按;(3) 身目发黄。次症:(1) 口干;(2) 口苦;(3) 渴不欲饮;(4) 小便短黄;(5) 大便秘结或溏垢。舌脉:(1) 舌质红, 苔黄腻;(2) 脉弦滑或数。

3.4 血瘀水停证(中医病证分类与代码 B03.02.05.02.03)

主症:(1) 腹大如鼓;(2) 腹壁青筋暴露;(3) 胁肋刺痛, 固定不移。次症:(1) 面色黯黑;(2) 面颈胸臂有丝状血痣;(3) 肌肤甲错;(4) 渴不欲饮。舌脉:(1) 舌质紫红或有瘀斑, 苔白润;(2) 脉细涩。

3.5 脾肾阳虚水停证(中医病证分类与代码 B04.06.03.05.01.05.01)

主症:(1) 腹大胀满, 形似蛙腹;(2) 腹胀早轻暮重;(3) 形寒肢冷。次症:(1) 面色㿔白;(2) 肢体水肿;(3) 腰膝酸软;(4) 腹中冷痛。舌脉:(1) 舌质淡胖, 或有齿痕, 苔薄白润;(2) 脉沉弦。

3.6 阴虚水停证(中医病证分类与代码 B03.03.03.05.05)

主症:(1) 腹大胀急;(2) 腰膝酸软;(3) 目睛干涩。次症:(1) 面色晦暗;(2) 牙龈出血;(3) 口燥咽干;(4) 五心烦热。舌脉:(1) 舌质红绛少津, 苔少或花剥;(2) 脉弦细数。

4 临床治疗

4.1 治疗目标与原则

治疗目标: 腹水消失或基本控制, 改善临床症状, 提高生存质量, 减少复发, 延长生存时间。

治疗原则: “本虚标实”是本病的基本特征, 治则当权衡虚实, 标实用行气、活血、利水或暂用攻逐之法, 本虚用温补脾肾或滋养肝肾法, 注意补虚不忘实, 泻实不忘虚, 切忌滥攻滥补, 慎用峻下逐水药^[14-15]。

4.2 辨证论治

4.2.1 气滞水停证 治法: 疏肝理气, 行水散满。方药: 柴胡疏肝散合胃苓汤加减^[16-17]。药物: 柴胡 6~9 g、枳壳 6~9 g、芍药 9~15 g、香附 6~9 g、川芎 6~9 g、茯苓 9~15 g、苍术 6~9 g、陈皮 6~9 g、白术 9~12 g、肉桂 3~6 g、厚朴 6~9 g、泽

泻 6~9 g、猪苓 6~12 g 等。加减: 腹胀明显者, 加大腹皮 6~9 g、莱菔子 6~12 g、木香 3~6 g 理气消胀; 两胁胀满疼痛者, 加郁金 6~9 g、延胡索 6~9 g、苏木 3~9 g 行气活血止痛。

4.2.2 脾虚水停证 治法: 温中健脾, 行气利水。方药: 四君子汤合实脾饮加减^[18]。药物: 人参 3~9 g、白术 9~12 g、茯苓 9~15 g、制附片^{先煎} 6~9 g、干姜 3~9 g、厚朴 6~9 g、木香 3~6 g、草果 3~6 g、槟榔 6~9 g、木瓜 6~9 g 等。加减: 湿浊中阻, 恶心呕吐者, 加陈皮 6~9 g、竹茹 6~9 g 和胃降逆; 肢体沉困, 小便短少者, 加车前子^{包煎} 9~15 g、泽泻 6~9 g 利水消肿。中成药: 甘参胶囊, 口服, 4 粒/次, 2 次/d, 餐前半小时服用。疗程 2 周。

4.2.3 湿热蕴结(水停)证 治法: 清热利湿, 攻下逐水。方药: 中消分满丸合茵陈蒿汤加减^[19]。药物: 厚朴 6~9 g、枳实 6~9 g、黄芩 6~9 g、黄连 6~9 g、法半夏 6~9 g、陈皮 6~9 g、茯苓 9~15 g、猪苓 9~12 g、泽泻 6~9 g、砂仁^{后下} 3~6 g、白术 9~12 g、茵陈 9~15 g、栀子 6~9 g、大黄^{后下} 6~15 g 等。加减: 小便赤涩不利者, 加滑石^{包煎} 9~15 g、通草 3~6 g 行窍利水; 下肢水肿明显者, 加车前草 15~30 g、赤小豆 15~30 g 利尿除湿。中成药: 臌症丸, 口服, 饭前服用, 10 粒/次, 3 次/d, 儿童酌减。

4.2.4 血瘀水停证 治法: 活血化瘀, 行气利水。方药: 调营饮或膈下逐瘀汤加减^[20]。药物: 川芎 6~9 g、赤芍 9~12 g、莪术 6~9 g、元胡 6~9 g、当归 6~12 g、葶苈子 6~9 g、茯苓 9~15 g、桑白皮 6~12 g、大腹皮 6~9 g、陈皮 6~9 g、官桂 3~6 g、桃仁 6~9 g、红花 6~9 g 等。加减: 肋下痞块, 刺痛明显者, 加丹参 9~15 g、鳖甲^{先煎} 9~24 g 活血化瘀、软坚散结; 腹水顽固不消者, 可加益母草 9~30 g、泽兰 6~12 g、水红花子 9~12 g 活血利水。

4.2.5 脾肾阳虚水停证 治法: 温补脾肾, 化气利水。方药: 附子理中丸合五苓散加减^[21-22]。药物: 制附片^{先煎} 6~9 g、干姜 3~9 g、人参 3~9 g、白术 9~12 g、桂枝 6~9 g、茯苓 9~15 g、泽泻 6~9 g、猪苓 6~12 g 等。加减: 大便溏泻者, 加山药 15~30 g、扁豆 9~15 g、砂仁^{后下} 3~6 g 健脾化湿; 腹中冷痛者, 加乌药 6~9 g、小茴香 3~6 g、荔枝核 6~9 g 散寒止痛。中成药: 五苓胶囊, 口服, 3 粒/次, 2 次/d。

4.2.6 阴虚水停证 治法: 滋养肝肾, 化浊利水。方药: 一贯煎合猪苓汤加减^[23]。药物: 沙参 9~15 g、麦冬 6~12 g、当归 6~12 g、生地黄 9~15 g、枸杞子 6~12 g、香附 6~10 g、猪苓 6~12 g、茯苓 9~15 g、泽泻 6~12 g、阿胶^{烊化} 3~9 g、楮实子 6~12 g 等。加减: 鼻衄、齿衄, 阴

虚内热者,加女贞子 6~12 g、旱莲草 6~12 g、茜草 6~9 g、仙鹤草 6~12 g 凉血止血。

肝硬化腹水患者,通过病因治疗可达到病情稳定或逆转成为再代偿期。中医药抗纤维化有独特的优势和特色,针对肝硬化、降低门静脉压力、预防腹水复发,可酌情选用扶正化瘀片(胶囊)^[24]、复方鳖甲软肝片^[25]、安络化纤丸、鳖甲煎丸、强肝胶囊、大黄廑虫丸^[26]等治疗。

4.3 当代名家学术经验

4.3.1 姜春华^[27] (1)学术观点:瘀血郁肝是肝硬化腹水的主要病机,本病的发生或由情志郁结,肝失条达;或由酒食不节,湿凝痰聚;或由感染寒湿、虫毒、疫黄,热毒蕴伏;皆能壅塞脉络,阻碍血行而成瘀血郁结之证。一般疾病初病属实、久病属虚,而肝硬化腹水却起病即虚、久病尚实,更有“至虚有盛候,大实有羸状”者,应当仔细分析鉴别。治疗应首先以活血化瘀为主,使肝脏血行畅通,瘀血化除,瘀化则血行更畅,血行则瘀无所留,由此而肝气亦得畅通而无所窒碍,由此而改善肝硬化产生的一系列指标。

(2)用药心得:常用下瘀血汤加味,药物组成:生大黄 6~9 g,桃仁 9 g,廑虫 9 g,黄芪 15~30 g,白术 30~60 g,党参 15 g,炮山甲 9 g,丹参 9 g,鳖甲 12~15 g,茯苓皮 15 g,黑大豆 30 g,陈葫芦 15 g,虫笋 30 g,木通 9 g。本方的适应证:以瘀血蓄积,久病入络者为最宜。至于瘀血症状,不必局限于小腹有痛块,肌肤甲错,只要舌色紫绛,或有瘀斑、瘀点,或舌下静脉怒张,或唇紫,或身面见红点、纹(相当于蜘蛛痣),或目中色蓝,其脉象为迟紧、沉结或涩。

4.3.2 邓铁涛^[28-29] (1)学术观点:肝硬化腹水的主要病机是肝失疏泄,影响脾胃运化功能,肝脾不和,气虚水停或气滞水停,日久变生痰浊、瘀血、癥积结聚,发为鼓胀。病性属虚实夹杂,治则必先攻逐,寓补于攻,待腹水渐退,再予攻补兼施,辨证论治。

(2)用药心得:常用软肝煎,药物组成:太子参 30 g,白术 15 g,茯苓 15 g,甘草 6 g,菟丝子 12 g,楮实子 12 g,土鳖虫^{研末冲服} 3 g,鳖甲^{先煎} 30 g,丹参 18 g,萆薢 10 g。全方健脾护肝补肾、活血消癥软坚,临床治疗肝硬化患者见腹水、痞满,每获得良效。方中太子参、白术、茯苓、甘草,取四君子汤健脾益气之意,健中央土以运四旁;菟丝子补肾益肝,楮实子滋肾益阴、清肝明目、利水消肿,两药参合使滋养肝肾之功突显;土鳖虫、鳖甲均为灵动之品,活血消癥散瘀;丹参凉血活血养血;萆薢则除湿化浊。全方肝、脾、肾普照滋养,气血水湿孰虚孰实各得处分。

4.3.3 刘渡舟^[30-31] (1)学术观点:肝硬化腹水与一般水肿不同,它主要是由于不同病因影响肝的疏泄,进而引起肝脏经络瘀阻,三焦水液运行障碍所致。此病之水液停积于腹中,或兼散于体外,这虽然与肺、脾、肾 3 个水液代谢的主要器官不无联系,但其基本病变在肝,而不同于一般的水肿,故不可作一般水肿论治。

(2)用药心得:对于虚证,常用桂枝去芍药加麻辛附子汤、柴胡桂枝干姜汤、理中汤、真武汤、实脾饮等治疗。对于实证,临床症见:腹胀拒按疼痛,神色不衰,小便黄赤而短,大便秘结不通,舌苔厚腻,脉来沉实任按,证属湿热积滞,肝不疏泄,脾肾不衰者,常用桂枝汤去甘草合消水丹(甘遂 10 g,沉香 10 g,琥珀 10 g,枳实 5 g,麝香 0.15 g)以治之,方中用肥大枣 20 枚以保护脾胃,并用制甘遂破气逐水之峻逐。虚中夹实证用白玉消胀汤,专用于肿胀大证投补药无效而又不能峻攻之时。药用:茯苓 30 g,玉米须 30 g,白茅根 30 g,抽葫芦 12 g,冬瓜皮 30 g,大腹皮 10 g,益母草 15 g,车前草 15 g,地鳖虫 10 g,茜草 10 g,川楝子 10 g,延胡索 10 g,紫菀 10 g,枳壳 10 g。

4.3.4 关幼波^[32] (1)学术观点:肝硬化腹水的形成是由于正虚(气虚、脾虚、阴虚),肝郁血滞,中州不运,湿热凝聚结痰,瘀阻脉络,更由于肝、脾、肾三脏功能失调,三焦气化不利,气血运行不畅,水湿不化,聚而成水。治疗腹水:见“水”不单治水,重视补气调中;疏利三焦以行水,重视调理气血;重视活血行气化痰以助利水。

(2)用药心得:在治疗上主张以扶正为主,逐水为辅,以补虚扶正为常法,逐水攻邪为权变。治疗上重视补气调中,使之气足血行而水化。常重用生黄芪,补气扶正以帅血行,更能走皮肤之湿而消肿,常用量为 30~60 g,最大用量可达 120 g。选用党参、白术、茯苓、薏苡仁、木瓜、厚朴、大腹皮等健脾运湿,亦与“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之旨同。

4.4 西医诊疗进展概述

肝硬化腹水根据其病因及程度的不同,目前建议分三线进行治疗^[7]。一线治疗:(1)病因治疗;(2)合理限盐(摄入量 4~6 g/d)及应用传统利尿药物[螺内酯和(或)呋塞米];(3)避免应用肾毒性药物。二线治疗:(1)合理应用缩血管活性等药物,如特利加压素、盐酸米多君及托伐普坦;(2)腹腔穿刺大量放腹水及人血白蛋白;(3)经颈静脉肝内门体静脉分流术(transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS)。三线治疗:(1)肝移植;(2)姑息性治疗:腹水引流泵或肾脏替代治疗等。

4.5 难点问题分析与中医药优势

肝硬化腹水治疗的难点在于顽固型腹水的治

疗,及治疗过程中出现的电解质紊乱、急性肾损伤、肝性脑病等并发症。中医药治疗腹水方法多样,在缓解症状、延缓疾病进展、提高患者生存质量等方面具有一定的优势。中西医结合治疗,既可发挥利尿剂起效迅速的特点,又可充分利用中药多靶点、多层次、多方位起作用的机制,减少利尿剂的应用,从而减少并发症出现,并改善使用利尿剂后口干等不良反应,二者有效的配合,可缩短疗程并延缓腹水的复发。

4.6 其他治法

4.6.1 中药外敷^[33-34] 中药外敷治疗肝硬化腹水主要是敷脐疗法,神阙穴是五脏六腑之本,冲脉循行之地,元气归藏之根,利用中药敷脐疗法辅助治疗肝硬化腹水,有着单纯口服中药不及的优势。敷脐中药可选用甘遂、炒牵牛子、沉香、木香、肉桂、附子等研末以醋(或蜂蜜)调,加冰片外敷于神阙穴,4~6 h后取下,1次/d。此外穴位贴敷、肝区药敷等,对缓解门脉高压、减轻腹水均有疗效。脐疝患者、对治疗药物皮肤过敏者应避免使用外敷疗法。

4.6.2 中药灌肠^[35-36] 中药灌肠可以改善肠道环境,减少肠源性毒素的产生与吸收,促进腹水吸收。一般以健脾调肠,化湿解毒为主,也可配合通利泻水药物。中药灌肠可选用大黄、郁金、金钱草、赤芍等。

4.6.3 针灸疗法^[37] 具有扶正祛邪、运行气血、通络活血之效,用于肝硬化辅助治疗亦可帮助消除腹水,并提高机体免疫力。

4.7 诊治流程图

诊治流程图见图 1。

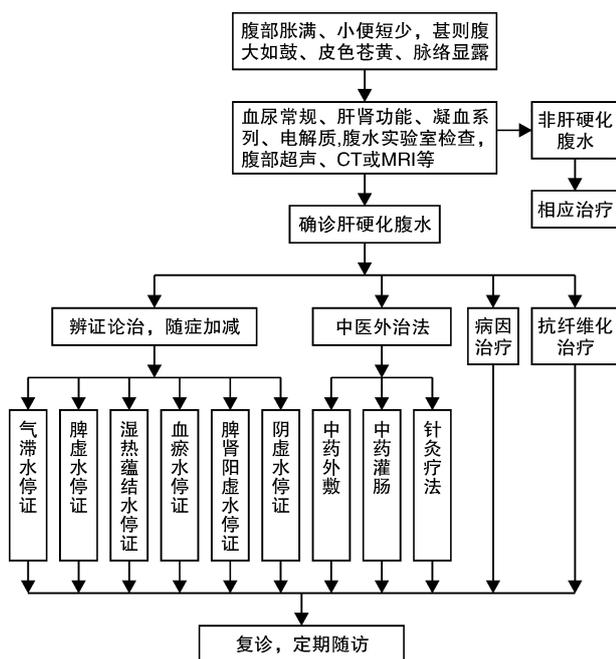


图 1 诊治流程图

5 疗效评定

5.1 综合疗效评价标准^[6]

临床缓解:腹水及肢体水肿完全消退,B超检查未见腹水;主要症状消失,每日尿量 1 200 mL 以上,体重、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 $\geq 50\%$;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。

5.2 中医证候疗效评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[38]和《脾胃病症量表量化标准共识意见》的疗效评定标准,采用尼莫地平法计算。临床缓解:用药前、服药后,症状和体征明显改善(疗效指数 $\geq 95\%$);显效:服药后,症状和体征明显改善($70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$);有效:服药后,症状和体征有改善($30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$);无效:服药后,症状和体征无明显减轻或加重者(疗效指数 $< 30\%$)。

5.3 生活质量评分采用健康状况调查问卷

该量表涵盖了健康相关生命质量的 8 个方面:生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康,其准确性、可信度和反应度良好。

6 中医药循证医学进展

中西医结合治疗肝硬化腹水文献报道较多,近年来的文献荟萃分析显示,五苓散^[39]、五皮饮^[40]、温阳益气^[41]及温阳健脾^[42]法联合西药治疗肝硬化腹水,总有效率优于单纯运用西医疗法,联合中医外治法^[43-44]如中药外敷、中药灌肠、针灸等方法治疗肝硬化腹水也可取得较好的疗效,中西医结合在治疗肝硬化顽固型腹水方面亦存在优势,但总体文献质量不高,样本较小,缺乏严格设计、多中心、大样本的 RCT 研究。中成药方面,多集中在抗纤维化降低门静脉高压、预防肝硬化腹水复发等方面的研究。

7 预防调摄

7.1 饮食调摄

肝硬化腹水患者需限盐,饮食以清淡、易消化、营养丰富为原则,需补充足量蛋白质、维生素。忌食对肝脏有毒性的食物,如饮酒、含防腐剂的食品等,禁食损肝药物;忌食辛热刺激性食物:如辣椒、辣酱、胡椒粉、咖啡、浓茶等,此类食品多性热,属阳,进入人体后易助热生湿,加重病情,生蒜、生葱等也不宜大量食用;忌食煎炒炸食物。绝大多数肝硬化腹水患者不必限水,血钠 < 125 mmol/L 时应

该适当限水。如伴随低钠血症等电解质紊乱,需根据病情调整饮食。3~4 级肝性脑病患者应禁止从胃肠道补充蛋白质;1~2 级肝性脑病患者开始数日应限制蛋白质,控制在 20 g/d,随着症状的改善,每 2~3 d 可增加 10~20 g 蛋白质;植物蛋白优于动物蛋白;静脉补充白蛋白安全;慢性肝性脑病患者,鼓励少食多餐,掺入蛋白宜个体化,逐渐增加蛋白总量。有食管胃静脉曲张或曾有上消化道出血史的患者应避免进食尖锐的、硬的、脆的粗纤维食物,食材需精工细作,细嚼慢咽,并避免进食过烫、过饱。可根据中医证型辨证食疗:脾虚水停证宜温中化湿,忌食生冷油腻之品,可选赤豆苡仁红枣汤;湿热蕴结水停证饮食宜清淡,忌辛辣之品,可选西瓜、藕及冬瓜赤豆汤等;脾肾阳虚水停证饮食以温热为宜,忌生冷瓜果,可选鲤鱼赤小豆汤;阴虚水停证适量进食新鲜水果,可用山药、枸杞炖甲鱼。

7.2 生活起居调摄

保证充足睡眠,保持大便通畅。避免引起胸腔压力增加的不利因素,如剧烈咳嗽、剧烈呕吐、打喷嚏、用力排便等。疾病恢复期应注意休息,可适当做一些慢节奏的体育活动,增强体质,但应避免劳累,防止感染。

7.3 心理调摄

慢性肝病患者病程长,病情重,患者往往伴有情绪低落、悲观失望,长时间承受较大心理压力可能会导致肝病患者病情复发或加剧。因此,保持积极乐观的精神状态,有利于患者疾病的康复。

8 转归与随访

腹水出现较为迅速,常有明显诱因,预后较好。如与门静脉高压有关,则对治疗反应较好。腹水发生的原因如为肝衰竭所致,临床表现为黄疸及肝性脑病,预后差。出现肾功能衰竭,少尿或氮质血症,3 个月病死率为 50%~70%。病情稳定的肝硬化合并腹水患者每 3 个月复查生化、血常规、凝血功能、甲胎蛋白及腹部超声等。同时建议每年复查胃镜以了解有无食管静脉曲张及程度,每年行腹部增强 CT 或 MRI 检查,以尽早发现肝癌前病变或肝癌,对失代偿期肝硬化患者需制定长期、甚至是终身的临床管理方案。

共识执笔人:

王晓静(首都医科大学附属北京地坛医院)、冯颖(首都医科大学附属北京地坛医院)、刘尧(首都医科大学附属北京地坛医院)、江宇泳(首都医科大学附属北京地坛医院)、王宪波(首都医科大学附属北京地坛医院)

共识制定专家名单(按姓氏笔画排序):

组内主审专家+共审专家:李军祥(北京中医药大学东方医院)、杨胜兰(华中科技大学同济医学院附

属协和医院)、迟莉丽(山东中医药大学附属医院)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、程红杰(北京中医药大学房山医院)

组外函审专家:

田旭东(甘肃省中医院)、刘震(中国中医科学院广安门医院)、周晓玲(柳州市中医医院)、郑培永(上海中医药大学附属龙华医院)、党中勤(河南省中医院)

定稿审定专家+审稿会投票专家:

王风云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、吕林(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、任顺平(山西中医药大学附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘震(中国中医科学院广安门医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院白云医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)、李艳彦(山西中医药大学附属医院)、杨倩(河北省中医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、沈洪(南京中医药大学附属医院)、张北华(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院)、季光(上海中医药大学)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、赵迎盼(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、袁红霞(天津中医药大学)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、黄恒青(福建省中医药科学院)、黄穗平(广东省中医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)

共识工作秘书:

王晓静(首都医科大学附属北京地坛医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 单姗,赵连晖,马红,等.肝硬化的定义、病因及流行病学[J].临床肝胆病杂志,2021,37(1):14-16.
- [2] 中华医学会肝病学会.肝硬化腹水及相关并发症的诊疗指南[J].临床肝胆病杂志,2017,33(10):1847-1863.
- [3] Wang X, Lin SX, Tao J, et al. Study of liver cirrhosis over ten consecutive years in Southern China [J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(37): 13546-13555.
- [4] Planas R, Montoliu S, Balleste B, et al. Natural history of patients hospitalized for management of cirrhotic ascites [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2006, 4(11): 1385-1394.
- [5] Krag A, Bendtsen F, Henriksen JH, et al. Low cardiac output predicts development of hepatorenal syndrome and survival in patients with cirrhosis and ascites [J]. Gut, 2010, 59(1): 105-110.
- [6] 张声生,王宪波,江宇泳.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):

- 3065-3068.
- [7] 中华医学会肝病学分会. 肝硬化腹水诊疗指南(2023年版)[J]. 中华肝脏病杂志, 2023, 31(8): 813-826.
- [8] Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G, et al. Diagnosis, evaluation, and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: 2021 practice guidance by the American association for the study of liver diseases[J]. Hepatology, 2021, 74(2): 1014-1048.
- [9] 王磊, 常存库, 高驰. 臌胀病名源流考辨[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(3): 848-853.
- [10] 王伯祥. 中医肝胆病学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 273-273.
- [11] 张婷婷, 吕文良. 肝硬化腹水的中医病机浅析[J]. 环球中医药, 2013, 6(4): 260-262.
- [12] 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.
- [13] 刘绍能, 周斌, 陶夏平, 等. 辨证治疗肝硬化腹水 122 例[J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(5): 42-43.
- [14] 郭永红, 李军祥. 李军祥教授运用肝体用同调治疗肝硬化腹水经验[J]. 陕西中医, 2010, 31(4): 467-468.
- [15] 孟胜喜. 赵文霞教授治疗肝硬化腹水经验[J]. 中国中医急症, 2009, 18(9): 1465-1466.
- [16] 戴亚娟. 柴胡疏肝散联合西药治疗肝硬化腹水随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(4): 81-83.
- [17] 邓欣, 邹艳波, 吴其恺, 等. 加味胃苓汤治疗肝硬化腹水 90 例临床观察[J]. 中西医结合肝病杂志, 2017, 27(5): 282-283.
- [18] 黄甫, 田莉婷, 傅琪琳. 加味实脾饮治疗肝硬化腹水脾肾阳虚型 150 例[J]. 陕西中医药大学学报, 2018, 41(4): 61-63.
- [19] 彭小艳, 陆定波. 中满分消丸加减治疗肝硬化腹水的临床研究[J]. 湖北中医杂志, 2012, 34(2): 12-13.
- [20] 樊永红, 白涛. 膈下逐瘀汤加味治疗肝硬化腹水 67 例[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(9): 21-21.
- [21] 张华, 汪靖婕. 中西医结合治疗肝硬化腹水 60 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2010, 42(9): 25-26.
- [22] 何义华, 李力强, 宾建平, 等. 黄芪五苓散治疗肝硬化腹水临床观察[J]. 新中医, 2013, 45(3): 45-48.
- [23] 崔璿, 张志勇, 薛敬东. 一贯煎合猪苓汤联合西药治疗肝肾阴虚型肝硬化腹水临床观察[J]. 新中医, 2017, 49(2): 51-54.
- [24] Deng X, Liang J, Liu ZW, et al. Treatment of posthepatic cirrhosis by Fuzheng Huayu Tablet for reinforcing qi and resolving stasis[J]. Chin J Integr Med, 2013, 19(4): 289-296.
- [25] 刘丽红, 咸洪伟, 吴彩花, 等. 复方鳖甲软肝片结合腹腔穿刺大量排液治疗肝硬化张力性腹水[J]. 河南中医, 2018, 38(7): 1041-1043.
- [26] 骆洁恒, 邓锦伟, 陈小梅. 大黄蛰虫丸联合贞芪扶正颗粒治疗乙型肝炎后肝硬化腹水疗效观察[J]. 新中医, 2016, 48(3): 52-54.
- [27] 贝润浦. 姜春华治疗肝硬化的经验[J]. 中医杂志, 1983, 33(2): 12-14.
- [28] 冯崇廉. 邓铁涛治疗肝硬化经验[J]. 中国医药学报, 2002, 17(11): 692-692.
- [29] 洗建春, 邱文慧. 邓铁涛应用对药经验撷菁[J]. 国际中医中药杂志, 2018, 40(6): 559-561.
- [30] 闫军堂, 刘晓倩, 赵宇明, 等. 刘渡舟治疗肝炎后肝硬化证治经验[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(8): 1545-1547.
- [31] 闫军堂, 孙良明, 刘晓倩, 等. 刘渡舟治疗肝硬化腹水十法[J]. 中医杂志, 2012, 53(21): 1820-1823.
- [32] 刘敏, 李献平. 关幼波治疗肝硬化腹水的经验[J]. 中医药通报, 2006, 5(4): 11-12.
- [33] 杨小军, 李进, 张国梁. 中药敷脐联合利尿剂治疗气滞湿阻型肝硬化腹水疗效评价[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(6): 1408-1410.
- [34] 董春玲, 俞美定, 陶茹, 等. 艾灸联合神阙穴贴敷改善肝硬化腹水[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(3): 525-527.
- [35] 李晏杰, 毛德文, 黄雪霞, 等. 加用甘遂末敷脐联合中药灌肠治疗肝硬化腹水的临床研究[J]. 广西中医药, 2015, 38(2): 9-11.
- [36] 许文君, 李秀惠, 勾春燕, 等. 清肝利肠方灌肠治疗肝硬化腹水 40 例临床观察[J]. 北京中医药, 2013, 32(7): 522-524.
- [37] 欧阳丽萍, 肖卫敏, 张艳萍. 针刺联合中药敷脐治疗肝硬化腹水 80 例临床观察[J]. 河北中医, 2013, 35(1): 84-85.
- [38] 郑筱萸. 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.
- [39] 孟宇航, 李京涛, 刘佳昊, 等. 五苓散加减治疗肝硬化腹水的 Meta 分析[J]. 中医药导报, 2020, 26(3): 43-46.
- [40] 黄亚娟, 蒋士生. 五皮饮联合其他疗法治疗肝硬化腹水的 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(12): 121-126.
- [41] 王德运, 元勇, 赵学印. 温阳益气法治疗肝硬化腹水的 Meta 分析[J]. 山西中医, 2020, 36(11): 50-53.
- [42] 王晓勇, 李霞, 门九章, 等. 温阳健脾类中药复方制剂联合西医常规治疗肝硬化腹水疗效和安全性的 Meta 分析[J]. 中医临床研究, 2019, 11(34): 1-7.
- [43] 余学竞, 赖国权, 韦翠, 等. 中医外治法对肝硬化腹水的 Meta 分析[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(11): 17-26.
- [44] 孙羿幅, 邵家东, 曹敏. 中药敷脐联合中药保留灌肠治疗肝硬化腹水有效性及安全性的 Meta 分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(9): 693-699.

(收稿日期: 2023-10-22)