

蒋开平论治肝硬化难治性腹水经验

戴湘一 蒋开平

(广州中医药大学第八临床医学院, 佛山 528000)

【摘要】肝硬化难治性腹水的防治一直是临床的难点。蒋开平教授认为肝硬化难治性腹水的核心病机为“肝、肺、脾、肾四脏失司, 气、血、水、热相互搏结”, 并以此为思路, 凝炼了“阳虚水停证”“阴虚水停证”和“水热互结证”三类证候, 以扶正祛邪为治疗法则, 组方用药兼顾肝肺脾肾虚损与气血水热互结的病机要点, 提出了今后中西医结合论治肝硬化难治性腹水的探索方向, 可供临床借鉴。

【关键词】肝硬化难治性腹水; 鼓胀; 中医诊疗; 经验; 蒋开平

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.06.018

腹水是肝硬化最常见的并发症之一, 5%~10% 患者会进展为难治性腹水 (refractory ascites, RA), 美国肝病学会 (AASLD) 2021 年发布的肝硬化腹水诊疗指南^[1]将 RA 定义为经腹腔穿刺放液、限钠和利尿剂治疗仍不能缓解, 或易复发的腹水, 半年病死率高达 50%^[2]。门静脉高压及水钠潴留被认为是 RA 形成的关键因素^[3]。肝硬化 RA 根据临床表现, 归属于中医学“臌胀”范畴, 肝失疏泄、脾失健运、肾失气化是鼓胀的关键病机, 气滞、血瘀、水停是鼓胀的基本病理因素^[4]。西医治疗以消退腹水, 延缓病情进展; 减轻症状, 提高生活质量; 减少并发症, 延长生存时间为目标^[5]。中医学扶正泻实之治法, 在促进腹水消退、预防腹水复发等方面疗效明显, 可作为肝硬化 RA 综合治疗的重要辅助手段。蒋开平教授为广东省名中医, 第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 从事肝病临床、科研、教学 30 余载, 对肝硬化 RA 的诊疗经验丰富, 现予以归纳总结, 与同道共飨。

1 病因病机

1.1 病变脏腑——从肝、脾、肾推演到肺

《素问·阴阳应象大论篇》曰:“肺主行水, 为水之上源。”蒋教授认为, 肺为水之上源, 上源不治, 通调失职, 则水液内聚。肝失疏泄, 横逆犯脾, 则脾不运化, 水湿停留。此外, 蒋教授还

主张肝气虚致病, 肝气虚怯、激发无力与肝失疏泄、气机郁滞均可导致水液内停。病延日久, 累及于肾, 则肾失气化, 水湿泛滥。因此, 肝硬化 RA 乃肺、肝、脾、肾四脏失司, 为水湿滞留难去之“顽水”。

1.2 病理因素——从气、血、水扩伸到热

蒋教授通过多年临证发现, 鼓胀, 尤其是肝硬化 RA, 其病理因素虽不离气、血、水三者相互为患, 然水停日久不散, 郁而化热, 又可致水热互结。故蒋教授强调, 要重视气、血、水、热四者的相互关系。

2 辨证与治则

现有指南与各家学说对于肝硬化腹水的辨证分型不尽相同, 总以扶正祛邪为治疗法则, 扶正, 当顾肝、肺、脾、肾之虚损; 祛邪, 勿忘行气、活血、利水、泄热。

2.1 治则

2.1.1 扶正: 立足肝、肺、脾、肾。“肝为刚脏”, 治肝当补肝气、助肝阳, 肝气舒展, 肝阳升发, 用阳有度, 疏泄有为, 则水液畅运。“肺为娇脏”, 为水之上源, 治肺当补肺气、保化源, 肺气充实, 化源充足, 则“水津四布, 五经并行”, 水道通利。脾为“阴中之至阴”“通于土气”, 治脾当补脾气、滋脾阴, 中土得健, 中枢运转, 水湿可去。肾主水, 为“水火之宅”, 治肾当温肾阳、

基金项目:第六批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(国中医药人教发[2017]29号)

作者简介:戴湘一,女,24岁,硕士研究生。研究方向:中西医结合防治肝病。

通信作者:蒋开平, E-mail: jkpingfs@126.com

引用格式:戴湘一, 蒋开平. 蒋开平论治肝硬化难治性腹水经验[J]. 北京中医药, 2024, 43(6): 667-670.

润肾燥，发挥其主水功用则水散鼓消。如此则补肝脾肾之气、温肝脾肾之阳、养肺脾肾之阴以达扶正之目的。

2.1.2 祛邪：着眼气、血、水、热。理气，聚焦肝、肺、大肠，包括疏肝气、理肺气、畅腑气，气机调达，则水湿排泄。理血，则当通血脉、祛瘀滞，血液得利，则气行水散。理水，重在利水道、逐水邪，畅通水液通路、攻逐水饮外出。理水热，当审膀胱、大肠而泄水热、散结滞，水泄热除结散而助力鼓消。

2.2 辨证论治

2.2.1 阳虚水停证：症见：腹大胀满，按之如囊裹水，面色萎黄，气短乏力，怯寒肢冷，纳差食少，颜面、下肢浮肿，大便稀溏，尿少，舌淡胖或有齿痕，脉沉无力。推荐升陷汤合苓桂术甘汤合真武汤加厚朴、大腹皮、益母草、水红花子。方中升陷汤治大气下陷，可大补肺气，开启水之上源；合苓桂术甘汤温阳健脾化饮，而畅运水液枢纽；加真武汤温肾利水以顾水之下源。配厚朴、大腹皮理气消胀之品，伍益母草、水红花子活血利水之味，以增治标之功。共奏补气温阳、行气利水之效。

2.2.2 阴虚水停证：症见：腹大胀满，胁肋隐痛，衄衄、鼻衄，口干唇燥，心烦失眠，头晕耳鸣，大便干结，小便短少，舌红绛少津，苔少或花剥，脉弦细数。推荐麦门冬汤合猪苓汤合旋覆花汤加减。方中麦门冬汤润肺生津，滋上源以通调水道；猪苓汤养阴清热育下源、渗水湿；旋覆花汤主肝着而行气血、通肝络、畅水道；配伍素馨花、益母草、水红花子理气活血行水之品以增治标之功。共奏育阴润燥、通脉利水之效。

2.2.3 水热互结证：腹满胀急，疼痛拒按，发热间作，口干口苦，大便秘结，小便短少，舌红苔黄，脉数或沉实有力。推荐大承气汤合己椒苈黄丸合大黄牡丹汤。同时，再加大承气汤中药灌肠。方中大承气汤行气化滞、通下热结，导水热从大便出；合己椒苈黄丸攻逐水饮、前后分消，使水热从小便去；再加泻热破瘀、散结消肿之大黄牡丹汤，使水热瘀结荡涤消除。配合大承气汤灌肠，内外合治，增其泄热通腑、行气利水之效。

2.3 用药经验

在确立肝硬化 RA 主要治疗选方后，蒋开平教授针对病变脏腑与病理因素，遵循“扶正祛邪”

治法，考究药味性能与功效，摸索相应的用药经验。

2.3.1 治肝择用生黄芪、桂枝、生姜：张锡纯曰：“凡遇肝气虚弱，不能条达，一切补肝之药不效者，重用黄芪为主，而少佐以理气之品服之”。生黄芪味甘性温，补肝气、助肝阳最为得宜。《素问·脏气法时论篇》曰：“肝欲散，急食辛以散之，用辛补之。”桂枝、生姜辛温散通，补肝气、助肝阳亦为适用。且生黄芪兼有补肺气、益脾气、利水气之功，桂枝、生姜则兼化气行水、温散水气之效。

2.3.2 治肺组合生黄芪、知母：黄芪为补养肺气要药，并有利水之功，故肝硬化 RA 治肺首推黄芪。《本草纲目》谓知母“下则润肾燥而滋阴，上则清肺而泻火”；《本草备要》谓知母“利二便，消浮肿”，故知母可“金水相生”而滋肺，兼利水消肿。黄芪、知母组合应用，则治肺而固“水之上源”，上源固则水道通调有序。

2.3.3 治脾推崇生白术、淮山药、粳米：白术被誉为“补气健脾第一要药”，且《汤液本草》谓其“入少阴，利腰脐间血，通水道”而可兼顾肝硬化 RA 水、血病理因素。因此，蒋教授临证治疗肝硬化 RA 常重用生用白术，再加淮山药、粳米滋脾阴而顾“至阴”之脏，夯实脾运化水谷精微之功。

2.3.4 治肾勿忘附子、半夏：附子大辛大热，功善温壮肾阳、化气行水。金·成无己言“半夏辛而散，行水气而润肾燥”。因此，肝硬化 RA 治肾勿忘附子、半夏温阳辛润散水气之品。至于附子、半夏相合违反配伍“十八反”禁忌，就 RA 痼疾顽症而言，合用也较为常见。附子、半夏配伍同用，古来有之，其合用也有现代科学依据与临床实践基础，在主要病机为体阳虚、寒痰湿阻证时，煎煮得当，可以发挥相反相成的功用。《本经》载附子、半夏皆属下经（下品）之药，“主治病多应地，有毒，不可久服”，因此，应密切观察病情，中病即止，不可长期大量服用^[6]。

2.3.5 理气善用素馨花、莪术、桔梗、前胡、厚朴、大腹皮：疏肝气，伍用素馨花、莪术。素馨花功善舒肝解郁、行气止痛，有“解郁花”之称；莪术善行肝气、破肝血，《本草通玄》谓其“专走肝家”，《会约医镜》载其“治气滞膨胀，气肿，水肿”。理肺气，伍用桔梗、前胡。桔梗辛散苦泄，《本草新编》载其能“开胸膈，除上气壅”；

前胡功善宣降肺气，正如《本草纲目》所载“前胡，乃手足太阴、阳明之药……其功长于下气”。畅腑气，伍用厚朴、大腹皮。厚朴功善燥湿下气除满，为治胃肠积滞腹胀满要药；大腹皮功能下气宽中、行水消肿，《日华子本草》载其：“下一切气，止霍乱，通大小肠。”

2.3.6 理血必用益母草、水红花子：“血不利则为水”。益母草功善活血调经、利尿消肿；水红花子，《中国药典》将其功效概括为“散血消癥，消积止痛，利水消肿”。因此，蒋教授论治肝硬化 RA 必用益母草、水红花子。二药单用或联用，可针对 RA 病理因素之血、水。

2.3.7 理水斟酌葶苈子、旋覆花：葶苈子，《药性赋》记载“其用有四：除遍身之浮肿；逐膀胱之留热；定肺气之喘促；疗积饮之痰厥”。旋覆花，《本草汇言》谓其“消痰逐水，利气下行之药也……或心脾伏饮，膀胱留饮，宿水等证”。二药联用，可针对肝硬化 RA 病理因素之水。

3 病案举例

患者，男，47 岁，2022 年 4 月 12 日初诊，主诉：反复腹胀、尿少 10 余年，再发加重 3 个月。患者 30 年前开始饮酒，每日饮用家酿米酒约 200~300 mL。10 余年前开始出现腹部胀满不适，当地医院诊断为“酒精性肝硬化（失代偿期）”，曾多次住院治疗，病情缓解。门诊长期服用呋塞米 20 mg/d、螺内酯 40 mg/d 维持治疗，腹胀时轻时重，腹胀减轻时仍间断减量饮酒。3 个月前，患者腹胀、尿少症状加重，虽加量服用至呋塞米 60 mg/d、螺内酯 100 mg/d，疗效不明显。刻下症见：腹胀如鼓，食后加重，伴乏力、目黄，活动时感胸闷、气短，精神、食寐欠佳，尿黄尿少，大便硬结。查体：腹部膨隆，腹壁静脉轻度曲张，移动性浊音（+），皮肤、巩膜轻度黄染，肝掌。舌红，苔黄，脉数。实验室检查：白蛋白 31.9 g/L，总胆红素 29.9 $\mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素 18.8 $\mu\text{mol/L}$ ，间接胆红素 11.1 $\mu\text{mol/L}$ ，白细胞计数 $2.12 \times 10^9/\text{L}$ ，血红蛋白 102 g/L，血小板计数 $28 \times 10^9/\text{L}$ ，凝血四项未见明显异常。腹部彩超检查示肝脏实质回声改变，脾大；胆囊壁水肿；腹腔大量积液，液性暗区最深处 85 cm。西医诊断：酒精性肝硬化（失代偿期）；中医诊断：臌胀，水热互结证。西医予护肝、利尿、退黄、补充白蛋白等常规治疗，中医治疗以泄热通腑、行气利水、利

湿退黄为法，方选大承气汤合茵陈五苓散加减。药物组成：茵陈 30 g，茯苓 20 g，猪苓 10 g，肉桂 3 g，大黄 6 g，芒硝 6 g，炙甘草 6 g，大腹皮 15 g，黄芪 15 g，泽兰 30 g，陈皮 10 g，黄连 6 g，苍术 10 g。水煎，14 剂，1 剂/d，早晚温服。配合呋塞米 20 mg/d、螺内酯 20 mg/d，口服。

2022 年 4 月 27 日二诊：患者腹胀减轻，乏力气短，胸闷不舒，面色萎黄，尿量略增加，大便 1~2 次/d。药物组成：生黄芪 60 g，北柴胡 10 g，桔梗 10 g，升麻 10 g，知母 10 g，附子 15 g，茯苓 20 g，白术 15 g，白芍 15 g，茵陈 30 g，桃仁 10 g，大黄 6 g，芒硝 6 g，炙甘草 6 g，水红花子 6 g。14 剂，煎服法同前；西药同前。

2022 年 5 月 13 日三诊：患者尿量明显增多，腹胀、乏力明显减轻。复查彩超示腹水减少，液性暗区最深处 54 cm。守上方加炙黄芪 50 g、醋莪术 10 g、青皮 15 g、烫水蛭 1 g、人参 15 g。14 剂，煎服法同前；西药同前。

2022 年 5 月 30 日四诊：患者病情稳定，守上方巩固治疗。14 剂，煎服法同前；停用西药。

2022 年 6 月 17 日五诊：患者腹胀消失，舌淡红，苔薄，脉弦细。复查彩超腹水消退。药物组成：附子 15 g，茯苓 20 g，白芍 20 g，白术 30 g，茵陈 30 g，炙黄芪 60 g，生黄芪 60 g，当归 15 g，威灵仙 15 g，醋乳香 10 g，醋没药 10 g，熟地黄 30 g，人参 10 g，鹿角胶 10 g，桃仁 10 g，水红花子 10 g，大腹皮 20 g，醋莪术 10 g，牡蛎 20 g，泽泻 20 g。14 剂，煎服法同前。嘱患者每月复诊，坚持中药治疗，随访观察病情。

按：患者长期、过量饮酒而发臌胀。臌胀反复发作，水湿停聚与阳气耗伤互为影响，日久则阳虚水停日盛而为本；水湿停聚，蕴久化热，水热互结而为标。该患者此次水湿蕴化之热，仅有大便硬结、舌红、苔黄、脉数等普通热像见症，尚未出现腹满胀急、疼痛拒按、发热间作等热结深重之候，故综合前述治则、辨证论治及用药经验，首诊先选择大承气汤合茵陈五苓散以泄热通腑、行气利水、利湿退黄。同时，加生黄芪补气利水；加泽兰活血利水；加苍术、陈皮、大腹皮，理气燥湿、行水消肿；稍佐黄连清热燥湿。二诊患者以腹胀乏力、胸闷气短、面色萎黄、小便量少为主要见症，阳虚水停之候显露，故组方以升陷汤合苓桂术甘汤、真武汤加减，并重用生黄芪

补气温阳、行气利水，辅以调胃承气汤通腑泄热而防水热互结，配伍茵陈清热利湿退黄，水红花子活血利水。三诊、四诊时，患者服药后效果明显，谨守病机，继续守法守方并加大黄芪用量以保肺气、补肝气、助肝阳，配伍行气散瘀之品。五诊时患者腹水已消退，“血不利则为水”，考虑瘀血阻络是肝硬化腹水反复发作的主要病理基础，故治以温阳利水、活血通络、软肝散积、扶正化瘀并进。其中，活络效灵丹功善消癥散积，威灵仙取其可消骨鲠之功以软肝散结，鹿角胶乃血肉有情之品补肾生髓养肝。

4 小结

肝硬化 RA 为临床疑难病，中西医结合诊治有一定优势和特色。蒋教授认为，肝硬化 RA 病位应从肝、脾、肾三脏推延到肺，病理因素应从气、血、水扩伸到热，基于病变脏腑及病理因素凝练了阳虚水停证、阴虚水停证、水热互结证三种证候，并根据肝、肺、脾、肾病位及气、血、水、热病理因素，确立了“扶正祛邪”的治法原则，依法组方用药，理法方药一体，为肝硬化 RA 中医论治提供了借鉴。肝硬化进展致 RA 阶段时，部分患者对限钠、利尿、补充白蛋白、腹水引流等常规治疗措施反应不明显。随着医疗技术进步，腹水超滤浓缩腹腔回输术、经颈静脉肝内门体分流术（TIPS）、干细胞治疗等新的治疗方法可进一步提高临床疗效^[7-9]。鉴于此，蒋教授认为，适时联合中医药辨证论治，在防治腹水超滤浓缩后腹水复发、预防 TIPS 支架堵塞、减少肝性脑病发作、协同干细胞治疗效应等方面，发挥中西医结合优势，提高综合临床疗效，为今后中西医结合防治

肝硬化 RA 提供了新方向。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 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.
- [3] ANGELI P, GARCIA-TSAO G, NADIM MK, et al. News in pathophysiology, definition and classification of hepatorenal syndrome: A step beyond the International Club of Ascites (ICA) consensus document[J]. *J Hepatol*, 2019,71(4):811-822.
- [4] 张驰, 刘军彤, 张英, 等. 肝硬化腹水(鼓胀)中医病因病机理论框架结构研究[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2022, 24(1):139-143.
- [5] 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.
- [6] 朱毓雄, 林举择, 陈松海. 附子与半夏反药组合中药处方临床分析研究[J]. *中国处方药*, 2022,20(4):138-140.
- [7] 汤汝佳, 周霞, 姚红宇, 等. 腹水超滤浓缩腹腔回输术治疗肝硬化顽固性腹水的临床疗效[J]. *肝脏*, 2022,27(12):1268-1270,1276.
- [8] 焦栓林, 赵晓蕊, 张玉华, 等. 脐血干细胞联合小剂量生长抑素治疗乙型肝炎失代偿期肝硬化顽固性腹水的疗效观察[J]. *肝脏*, 2018,23(8):681-683.
- [9] 王澜静, 姚欣, 秦建平, 等. 经颈静脉肝内门体分流术治疗肝硬化顽固性腹水的现状[J]. *临床肝胆病杂志*, 2022,38(11):2606-2610.

Professor JIANG Kai-ping's experience in the treatment of refractory ascites in liver cirrhosis

DAI Xiangyi, JIANG Kaiping

(收稿日期: 2023-06-28)