解毒利水汤治疗肝硬化合并自发性腹膜炎35例*

★ 谢冬梅[1] 程志文[1] 潘教治[2] 杨壮智[1] 何俊毅[1] 姚立红[1] 李永丰[1] (1.浙江省永嘉县中医医院 永嘉325102;2.浙江省永嘉县人民医院 永嘉325100)

摘要:目的:观察解毒利水汤治疗肝硬化腹水合并自发性腹膜炎(SBP)疗效。方法:将63例SBP患者分为治疗组35例,对照组28例,两组均采用西医常规治疗,治疗组加用解毒利水汤口服,疗程2周。结果:治疗组与对照组总有效率分别为77.14%和53.57%,有显著性差异($P<0.05$);治疗组症状、体征、肝功能指标、腹水感染指标治疗前后比较及两组间治疗后比较,差异均有显著性意义($P<0.05$或$P<0.01$)。结论:解毒利水汤联合治疗SBP见效快,有效率高,明显优于单用西药者。

关键词:解毒利水汤;肝硬化;自发性腹膜炎;腹水

中图分类号:R 265.73+1 **文献标识码**:B

●临床报道●

我科采用中西医结合的方法治疗自发性腹膜炎(SBP)35例,取得了较为满意的疗效,现分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 63例患者系我科2007年1月~2009年6月住院病人,其中男性44例,女性19例;年龄43~72岁,平均52.5岁;乙肝后肝硬化并自发性腹膜炎54例,酒精性肝硬化并自发性腹膜炎9例。随机分为治疗组35例,对照组28例,两组年龄、性别、病情、临床表现、腹水检查、血常规等差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 肝硬化的诊断参考《病毒性肝炎防治方案》[1],SBP的诊断参考1988年全国腹水学术讨论会制定的《肝硬化腹水并发自发性腹膜炎的诊断参考标准》[2]:(1)有轻重不等的腹膜炎的表现,即发热、腹痛、腹部压痛等表现;(2)腹水检查符合急性炎症改变,WBC>500×10^6/L,PMN>250×10^6/L或腹水检查WBC于$100\sim300\times10^6$/L之间,N>50%;(3)腹水细菌学检查阳性;(4)腹水涂片见脓细胞。具备上述任何两项即可诊断,但需除外继发性腹膜炎、结核性腹膜炎及癌性腹膜炎。

1.3 疗效标准 显效:临床症状体征消失,肝功能基本恢复正常,腹水常规生化恢复正常,腹水细菌培养阴性。有效:临床症状体征、血生化、腹水常规生化、腹水细菌培养、血液细菌培养,有一项或若干项改善。无效:上述各项无改善或恶化。

1.4 治疗方法 两组患者在保肝、对症、支持治疗的基础上,均给予二联抗生素治疗,抗生素以第三代头孢菌素、广谱青霉素类与β内酰胺酶抑制剂组成的复合制剂及喹诺酮类为主(如头孢曲松、头孢派酮/舒巴坦、哌拉西林钠/他唑巴坦钠、亚胺培南、左氧氟沙星、诺氟沙星等);或参照药敏试验选用药物。治疗组加解毒利水汤(大黄、黄连、红藤、猪苓、泽兰、大腹皮、槟榔)口服,1日1剂;大量腹水者加牵牛子,黄疸明显者加茵陈、赤芍,腹痛明显者加香附。疗程2周,以观察比较其疗效。

1.5 统计方法 采用SPSS13.0 of Windows统计软件对数据资料进行统计分析,计量资料以s表示,采用t检验;计数资料采用χ^2检验。

2 结果

见表1~4。

表1 两组主要症状、体征变化情况比较

组别(n)		发热	腹痛	腹胀	腹部压痛
治疗组	治疗前	21	18	31	15
($n=35$)	治疗后	4	3*	4*	2
对照组	治疗前	17	14	23	12
($n=28$)	治疗后	6	8	9	4

注:与对照组治疗后比较,*$P<0.05$。

* 基金项目:浙江省卫生厅中医(中西医结合)单病种诊疗规范研究计划中西医结合治疗肝硬化腹水诊疗规范的研究,编号:2007GA035

http://www.ajutcm.com

表 2　两组肝功能、血常规指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别(n)		Tbil/umol·L^{-1}	ALT/u·L^{-1}	ALB/g·L^{-1}	PTA(%)	WBC
治疗组	治疗前	113.39 ±51.73	317.54 ±149.50	29.34 ±4.57	36.54 ±4.18	5367.17 ±2995.13
(n =35)	治疗后	40.70 ±17.85$^{\triangle *}$	61.51 ±21.74$^{\triangle *}$	36.91 ±2.19$^{\triangle}$	46.29 ±4.85$^{\triangle}$	4413.54 ±2229.11
对照组	治疗前	122.02 ±52.79	289.54 ±134.67	28.62 ±4.12	38.07 ±6.15	5694.50 ±3143.18
(n =28)	治疗后	65.30 ±16.57$^{\triangle}$	75.93 ±27.02$^{\triangle}$	36.61 ±2.72$^{\triangle}$	44.86 ±7.39$^{\triangle}$	4530.14 ±1954.00

注:与对照组治疗后比较 $*P<0.05$,与治疗前比较 $\triangle P<0.01$。

表 3　两组腹水感染指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别(n)		WBC	PMN	细菌培养(+)	李凡他试验(+)
治疗组	治疗前	870.89 ±273.56	566.34 ±95.66	16	29
(n =35)	治疗后	73.17 ±19.03$^{\triangle *}$	230.94 ±37.50$^{\triangle *}$	3*	2
对照组	治疗前	836.71 ±247.26	580.57 ±132.73	10	22
(n =28)	治疗后	199.36 ±195.56$^{\triangle}$	297.46 ±77.16$^{\triangle}$	8	4

注:与治疗前比较,$\triangle P<0.01$,与对照组治疗后比较,$*P<0.05$。

表 4　两组疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	18	9	8	77.14$^{\triangle}$
对照组	28	9	6	13	53.57

注:与对照组比较,$\triangle P<0.05$。

3　讨论

自发性腹膜炎(SBP)是肝硬化患者严重的并发症,其病死率高达 20% ~60%,即使患者治愈,其 1 年内的复发率也高达 70% 左右[3]。目前认为 SBP 的主要发病机制是:(1)肝硬化患者常出现"短路循环",数目已经减少的 Kuffer 细胞与肝窦内皮细胞不能发挥其固有的作用,吞嗜和滤菌功能降低,细菌得以从肠道经门静脉进入体循环;腹水调理活性降低易发生腹腔感染。(2)肝硬化患者往往伴有门静脉高压致肠壁血流缓慢,肠黏膜缺血缺氧影响肠道屏障功能;肠道微生态失衡现象经常发生,需氧 G－菌增多。(3)细菌易位,即正常存在于肠道的细菌穿过肠黏膜感染肠系膜淋巴结,继而通过肠淋巴循环进入血液。(4)诱发因素:低蛋白血症、肠道及泌尿道感染、上消化道出血、不恰当的应用抗生素造成菌群失调等均可诱发本病[4]。

该病属中医学"鼓胀"范畴,认为本病是由于各种病因导致肝脾肾三脏功能失调,气血水停聚腹中,复因邪毒壅滞所致,其病机复杂,本虚标实,以标实为急,故急者治其标。方用解毒利水汤清热解毒、活血化瘀、利水除胀。方中大黄攻下积滞,泻火解毒,活血化瘀,凉血止血为君;黄连泻火解毒,清热燥湿;红藤清热解毒,活血止血为臣;泽兰活血祛瘀,利水消肿;猪苓利水渗湿;大腹皮、槟榔行气导滞,利水消肿共为佐使。现代药理研究表明:大黄有效成分具有抗感染、抗内毒素、保肝利胆、解毒、促进肝细胞修复,改善微循环及免疫调节作用;黄连具有抗菌、抗病毒、清除内毒素、抗炎和提高机体防御机能的作用;猪苓利尿作用明显,同时还具有保肝、调节免疫功能及抗肿瘤[5]。红藤有效成分对多种致病菌均有抑制作用,能抗自由基和预防动物腹腔内粘连;泽兰具有改善微循环和强心利尿作用[7]。无论从中医理论还是现代药理研究,均证明解毒利水汤非常切合 SBP 病情。本组临床资料分析表明:解毒利水是治疗 SBP 行之有效的方法之一。其疗效优于单用西药组,且未发现增加不良反应,值得临床推广应用。

参考文献

[1]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.

[2]全国腹水学术讨论会. 肝硬化腹水并发自发性腹膜炎的诊断参考标准[J]. 中华消化杂志,1989,9(6):359.

[3]BauerTM,Follo A,NavassM, et al. Daily norfloxacin is more effective than w ekly rufloxacin in prevention of spontaneous bacterial peritonitis recurrence[J]. Dig Dis Sci 2002,47(6):1 356－1 361.

[4]王守义. 肝硬化腹水自发性细菌性腹膜炎的诊断和治疗[J]. 临床肝胆病杂志,2006,22(1):19－21.

[5]沈映君. 中药药理学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1995:69,50,89.

[6]张廷模. 中药学[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2001:103,265.

(收稿日期:2009-08-13　责任编辑:曹征)

欢　迎　投　稿　!　欢　迎　订　阅　!

http://www.ajutcm.com