

鼓胀（肝硬化腹水）中医诊疗专家建议

国家中医药管理局华东南中医肝病诊疗中心联盟

摘要：肝硬化腹水是肝硬化自然病程中发生的严重事件，为失代偿期肝硬化患者常见且严重的并发症之一。因此，腹水的防治一直是临床治疗中的难点和研究热点。目前西医疗疗肝硬化腹水，尤其是难治性腹水作用有限，中医在长期临床工作中对消退腹水、改善患者整体状态等方面有一定优势。随着研究进展及临床经验的不断更新，需要对中医诊疗方案进行更新。为对腹水及其相关并发症的诊疗和预防工作做出合理决策，深圳市中医院肝病科依托国家中医药管理局华东南中医肝病诊疗中心联盟，牵头联合各联盟的肝病专家，经过专业委员会专家的多次反复讨论，基于临床证据及专家共识意见更新、修订形成了《鼓胀（肝硬化腹水）中医诊疗专家建议》，以满足肝硬化腹水临床诊治的需要。

关键词：鼓胀；肝硬化腹水；中医诊疗方案；临床路径

Expert advice on traditional Chinese medicine (TCM) diagnosis and treatment of Guzhanag (ascites due to liver cirrhosis)

National Administration of Traditional Chinese Medicine Southeast China Alliance of TCM Hepatology Diagnosis and Treatment Center

Abstract: Cirrhosis ascites is a significant event that occurs during the natural progression of cirrhosis and represents a common and serious complication in patients with decompensated liver cirrhosis. Consequently, the prevention and treatment of ascites have always posed challenges and remain a prominent research topic in clinical practice. Currently, Western medicine encounters considerable difficulty in managing cirrhosis ascites, particularly refractory cases; however, Chinese medicine has demonstrated certain advantages in reducing ascites and enhancing overall patient condition over long-term clinical experience. With ongoing research progress and accumulated clinical expertise, it becomes imperative to update the traditional Chinese medicine (TCM) diagnosis and treatment expert advice accordingly. In order to make informed decisions regarding the diagnosis and management of ascites as well as related complications, Department of Liver Disease, Shenzhen Hospital of Traditional Chinese Medicine collaborated with liver disease experts from various alliances under the guidance of National Administration of TCM Southeast China Alliance of TCM Hepatology Diagnosis and Treatment Center. After multiple extensive discussions by expert committees based on updated clinical evidence and consensus opinions, “TCM diagnosis and treatment schem of Guzhanag (ascites due to liver cirrhosis)” was revised and updated to cater to the evolving needs for diagnosing and treating cirrhosis-related ascites.

Keywords: Guzhang; Ascites due to liver cirrhosis; Diagnosis and treatment schem of traditional Chinese medicine; Clinical pathway

DOI: 10.3969/j.issn.1674-7380.2024.04.002

基金项目：国家中医药管理局区域中医（专科）诊疗中心（[2018]205）；深圳市重点实验室计划（ZDSYS20210623092000002）；广东省基础与应用基础研究基金（2022B1515120034）；广东省2020年广东省名中医传承工作室建设项目

通信作者：童光东 Email: tgd755@163.com; 邢宇锋 Email: yufeng000729@163.com

肝硬化腹水(ascites due to cirrhosis)是一种常见的慢性进行性、弥漫性肝病终末期阶段的并发症,可由病毒性肝炎、酒精性肝炎、胆汁淤积性肝病、自身免疫性肝炎、药物性肝炎、代谢相关脂肪性肝炎及血吸虫病等引起^[1,2]。当腹腔内出现过多游离液体(>200 ml)时称为腹水,属于中医学“鼓胀病”等范畴。其主要机制是腹腔内液体的产生与吸收失去动态平衡,是肝硬化自然病程进展的重要标志。肝硬化腹水患者1年和5年病死率分别高达15%和44%~85%^[2,4]。腹水形成的原因很多,包括肝源性、癌性、心源性、血管源性、肾源性和营养不良等,本诊疗专家建议只讨论肝源性,即由肝硬化所致的腹水。

腹水的防治一直是临床工作中常见的难点和研究热点。目前,西医治疗肝硬化腹水的方法主要包括限钠、利尿、腹腔穿刺引流腹水加输注人血白蛋白、腹水浓缩回输等,但疗效往往不能令人满意^[5]。中医从整体观念和辨证论治出发,在临床疗效、缓解症状等方面有一定优势。在病因病机、辨证论治、名家名方及中医内外治法结合等方面,中医对肝硬化腹水的研究已不断深入,突破了传统意义上对鼓胀的认识,中医药治疗肝硬化腹水贴合临床实际,具有良好的治疗效果。为促进肝硬化腹水临床诊疗的规范化,提高临床中医药干预水平,结合本区域重点专科治疗经验,国家中医药管理局华东东南区中医肝病诊疗中心修改并制定《鼓胀病(肝硬化腹水)中医专家建议》,现将全文公布如下,供国内外同道参考,希冀在应用中不断完善。

1 诊断标准

1.1 中医诊断 参考中华中医药学会脾胃病分会发布的《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见(2017年)》^[1]、中国中西医结合学会消化病专业委员会发布的《肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见》^[6]。鼓胀(TCD编码:A04.02.15),因腹部胀大如鼓而命名。临床以腹部胀满,小便短少、常腹大如鼓,皮色苍黄,甚则腹部青筋怒张,四肢不肿或微肿为特征。多因黄疸、积聚失治,虫毒感染,酒食不节所致。情志所伤、劳欲过度常是本病诱发和加重的因素。病位在肝脾,可累及肾。其主要病机为情志所伤,肝失疏泄,脾失健运,水湿潴留,日久不化,痞塞中焦而成鼓胀;嗜酒过度与肥甘,伤及脾胃,水湿内生,气、血、水互交;虫毒内伤肝脾,脉络瘀阻,升降失常,清浊相混,渐成鼓胀;而黄疸或积聚失治,肝脾肾三脏俱病,气血水瘀结于腹内;久之气阴耗伤,生化失源,或水湿内停伤及脾肾之阳而加重病情,故本病属虚实夹杂

之证^[1,7-9]。虚为肝脾肾亏虚,或阳气衰微,或阴血不足;实多指邪实,常气、血、水、毒互结。

1.2 中医辨证

1.2.1 气滞水停证 主症:①腹大坚满,叩之如鼓;②两胁胀满或疼痛。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。

1.2.2 水湿困脾证 主症:①腹大胀满;②脘腹痞胀,得热则舒;③周身困倦、怯懒懒动。次症:①大便溏薄;②颜面微浮、下肢浮肿;③小便短少。舌脉:①舌质白腻;②脉弦迟。

1.2.3 水热蕴结证 主症:①腹大坚满,脘腹胀急;②烦热,口苦,渴不欲饮。次症:①面目皮肤发黄;②小便赤涩;③大便秘结或溏垢。舌脉:①舌边尖红,苔黄腻或兼灰黑;②脉弦数。

1.2.4 瘀结水留证 主症:①脘腹坚满,按之不陷而硬;②青筋怒张;③胁腹刺痛拒按。次症:①面色晦暗;②头颈胸臂等处可见红点赤缕;③唇色紫褐;④大便色黑。舌脉:①舌质紫暗或有瘀斑;②脉涩。

1.2.5 阴虚水停证 主症:①腹大胀满;②口干而燥;③心烦失眠。次症:①面色晦滞;②唇紫;③时或鼻衄,牙龈出血;④小便短少。舌脉:①舌红绛少津,苔少或光剥;②脉弦细数。

1.2.6 阳虚水盛证 主症:①腹大胀满,形似蛙腹;②腹胀朝宽暮急;③畏寒肢冷。次症:①面色苍黄或晄白;②肢冷浮肿;③脘闷纳呆;④小便短少不利。舌脉:①舌紫胖,苔白;②脉沉细无力。

1.2.7 鼓胀出血(变证) 主症:①骤然大量呕血,血色鲜红;②大便下血,暗红或油黑。次症:大出血之后,①汗出如油;②四肢厥冷;③呼吸微弱。舌脉:①舌红少苔;②脉数或细微欲绝。

1.2.8 鼓胀神昏(变证) 主症:①神识昏迷、烦躁不安,或静卧嗜睡,神情淡漠;②口臭便秘;③尿少。次症:①怒目狂叫;②四肢抽搐。舌脉:①舌红苔黄或舌苔厚腻;②脉弦滑数,或沉细滑,或细弱无力。

1.3 西医诊断 参考《临床诊疗指南:消化系统疾病分册》、第14版《实用内科学》《肝硬化腹水诊疗指南(2023年版)》《肝硬化诊治指南》、2012年《美国肝病学会成人肝硬化腹水指南》《欧洲肝病研究学会临床实践指南:肝硬化腹水、自发性腹膜炎、肝肾综合征处理》等^[5,10-14]。

1.3.1 肝硬化诊断 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、肝门静脉压力增高为特征的病理阶段,诊断依据包括慢性肝脏疾病病史及肝功能减退、门脉高压的临床表现、实验室

检查和影像学检查证据。

1.3.2 腹水诊断、分级与分型

1.3.2.1 腹水的定义 任何病理状态下导致腹腔内液体量增加超过200 ml时,称为腹水^[15]。患者常出现腹胀、双下肢水肿、少尿、乏力、食欲减退等表现。查体可见腹壁静脉曲张、腹部膨隆、移动性浊音阳性、下肢水肿等。腹部超声提示肝脏形态失常,边缘呈波浪形,回声增粗,分布不均质;门静脉增粗,脾脏厚大;腹腔可及液性暗区。

1.3.2.2 腹水的实验室诊断 腹水外观可呈无色透明、浑浊、脓性、血性、乳糜样等。腹水实验室常规检查包括细胞计数、分类、白蛋白、总蛋白定量等。腹水细胞计数及分类是腹水检测的首要指标。腹水的多形核白细胞(polymorphonuclear leukocyte, PMN)计数 $\geq 250 \times 10^6/L$ 时考虑自发性细菌性腹膜炎(spontaneous bacterial peritonitis, SBP),此时PMN比例大于腹水白细胞总数的50%;并发结核性腹膜炎或肿瘤则以淋巴细胞增高为主。腹水产生机制与血清-腹水白蛋白梯度(serum-ascites albumin gradient, SAAG)、腹水总蛋白水平相关。肝硬化患者SAAG ≥ 11 g/L,腹水总蛋白浓度 < 25 g/L,如果 ≥ 25 g/L应考虑炎性腹水。

1.3.2.3 肝硬化腹水分级与分型 根据腹水量可将肝硬化腹水分为1级(少量)、2级(中量)和3级(大量)。^①1级(少量):只有通过超声检查才能发现的腹水,患者一般无腹胀表现,移动性浊音阴性,超声下腹水位于各个间隙,深度 < 3 cm;^②2级(中量):患者常有中度腹胀和对称性腹部隆起,查体移动性浊音阴/阳性;超声下腹水淹没肠管,但尚未跨过中腹,深度3~10 cm;^③3级(大量):患者腹胀明显,查体移动性浊音阳性,可有腹部膨隆甚至脐疝形成;超声下腹水占据全腹腔,中腹部被腹水填满,深度 > 10 cm。

根据腹水量、对利尿药物治疗应答反应、肾功能及伴随全身疾病的情况,临床大致可将肝硬化腹水分为普通型腹水、顽固(难治)型和复发型腹水。顽固型腹水诊断标准^[16]:^①较大剂量利尿药物(螺内酯160 mg/d、呋塞米80 mg/d)治疗至少1周或间断治疗性放腹水(4000~5000 ml/次)联合白蛋白[20~40 g/(次·d)]治疗2周,腹水无治疗应答反应;^②出现难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(4~6 g/d)及应用利尿药物情况下,1年内腹水复发 ≥ 3 次。

2 治疗方案

2.1 中医辨证治疗

2.1.1 气滞水停证 治法:疏肝理气,行水散满。代表处方:柴胡疏肝散合五苓散加减。基本处方:柴胡、白芍、陈皮、枳壳、白术、茯苓皮、泽泻、猪苓、大腹皮、香附、薏苡仁、桂枝等。若胸脘痞闷,腹胀明显者,加大腹皮、车前子、砂仁;兼胁下刺痛者,加莪术、延胡索、丹参,或具有同类功效的中成药。

2.1.2 水湿困脾证 治法:温中健脾,行气利水。代表处方:五苓散合五皮饮加减。基本处方:桂枝、生姜皮、泽泻、猪苓、白术、茯苓皮、炙甘草、厚朴、大腹皮、桑白皮、陈皮、大枣、木香、木瓜等。若水肿甚,尿少,可加肉桂、车前子;兼胸闷咳,可加葶苈子、紫苏子、半夏等。

2.1.3 水热蕴结证 治法:清热利湿,攻下逐水。代表处方:甘露消毒丹加清热利水药。基本处方:茵陈、藿香、滑石、石菖蒲、苍术、茯苓皮、白术、半夏、枳实、黄芩、知母、姜黄、泽泻、车前子、陈皮、葶苈子、大枣、炒二丑等。若小便赤涩不利,加陈葫芦、通草;若下肢浮肿明显,加金钱草、赤小豆,或具有同类功效的中成药;若伴有胸水,加用葶苈大枣泻肺汤;若上热下寒、寒热错杂,则麻黄升麻汤加减:麻黄、升麻、知母、石菖蒲、桂枝、白芍、天冬、茯苓、甘草、石膏、白术、干姜。

2.1.4 瘀结水留证 治法:活血祛瘀,行气利水。代表处方:调营饮合五苓散加减。基本处方:柴胡、赤芍、当归、川芎、延胡索、大腹皮、陈皮、莪术、桑白皮、槟榔、茯苓皮、泽泻、猪苓、泽兰等。若兼气虚,加四君子汤或八珍汤或人参养荣丸,兼胁下癥积肿大,刺痛明显者,合鳖甲煎丸内服,加用丹参、穿山甲、土鳖虫;腹部胀急殊甚,可加舟车丸行气逐水,但其作用峻烈,不可过用,或具有同类功效的中成药。

2.1.5 阴虚水停证 治法:滋肾柔肝,养阴利水。代表处方:加减复脉汤合猪苓汤加减。炙甘草、生地、白芍、麦冬、阿胶、麻仁、牡蛎、鳖甲、龟甲、猪苓、茯苓皮、泽泻、滑石,或具有同类功效的中成药。若骨蒸潮热者,加用青蒿、地骨皮。

2.1.6 阳虚水盛证 治法:温补脾肾,化气利水。代表处方:实脾饮合五苓散加减。基本处方:附子、干姜、木香、大腹皮、炙甘草、白术、猪苓、人参、赤茯苓、泽泻、桂枝、木瓜、草果等。若偏于脾虚者,可加黄芪、山药、薏苡仁、白扁豆;偏于肾虚者,可加肉桂、仙茅、淫羊藿。或具有同类功效的中成药。

2.1.7 鼓胀出血(变证) 治法:清热凉血,活血止血。代表处方:犀角地黄汤加减。基本处方:水牛角、生地黄、白芍、牡丹皮、三七、地榆炭、血余炭、大黄炭、仙鹤草。若兼气随血脱,用独参汤。

2.1.8 鼓胀神昏(变证) 治法:清心开窍。代表处方:安宫牛黄丸等。基本处方:牛黄、水牛角、麝香、珍珠、朱砂、雄黄、黄连、黄芩、栀子、郁金、冰片等。热痰闭窍者,可用紫雪丹或醒脑静注射液;若痰湿壅盛,用苏合香、至宝丹等。

2.2 常用中成药 臌症丸:利水消肿,除湿健脾。用于臌症,胸腹胀满,四肢浮肿,大便秘结,小便短赤。

扶正化瘀片:活血祛瘀,益精养肝。瘀血阻络,肝肾不足证者,症见胁下痞块,肋肋疼痛,面色晦暗,或见赤缕红斑,腰膝酸软,疲倦乏力,头晕目涩,舌质暗红或有瘀斑,苔薄或微黄,脉弦细。

安络化纤丸:健脾养肝、凉血活血、软坚散结。用于慢性乙型肝炎,乙型肝炎后早、中期肝硬化,表现为肝脾两虚、瘀热互结证候者,症见肋肋疼痛、脘腹胀满、神疲乏力、口干咽燥、纳食减少、便溏不爽、小便黄等。

强肝胶囊:清热利湿,补脾养血,益气解郁。用于纤维化、早期肝硬化、病毒性肝炎、中毒性肝病、脂肪性肝病等。

大黄廑虫丸:活血破瘀,通经消癥。用于瘀血内停证。临床以瘀积日久,形体消瘦,肌肤甲错,两目黯黑,舌质紫暗,脉沉涩为使用依据。

鳖甲煎丸:消痞化积,活血化瘀,疏肝解郁。以胁下痞块,触之硬痛,推之不移,舌黯无华,脉弦细为证治要点。

肝爽颗粒:疏肝健脾、清热散瘀。用于治疗急、慢性肝炎,肝硬化,肝功能损伤。

2.3 中医特色疗法

2.3.1 中药脐敷疗法^[17] 可采用麝黄膏外敷脐部神阙穴。麝黄膏:由田螺、麝香、人工牛黄、葱白、甘遂等组成,具有芳香开窍、通络散瘀,利水退黄、保护肝细胞的作用,可缓解血管痉挛,降低门脉压力和血小板聚集,抑制内源性血管活性物质,从而改善肝肾脏循环,增加肝肾血流量,起到保肝利胆下水、改善肝肾功能的作用,从而消退腹水、延缓肝肾综合征的发生^[18-20]。操作方法:药物研末备用,用时以田螺调制膏状,隔单层纱布外敷脐部,上用纱布覆盖固定,24 h换药1次,14 d为1个疗程。注意事项:对于少部分出现发泡的患者,可适当缩短敷药时间,或延长敷药间隔时间;高敏体质、常有皮肤过敏的患者需慎用,上消化道出血、

合并肝癌及脐部8 cm × 8 cm内有皮肤破损者禁用。

2.3.2 中药结肠 I 号方结肠透析^[21] 每日1次,可抑制肠道血管活性物质诱导因子(细菌内毒素)的产生和吸收,排除肠道氨等有害物质,改善肾功能,防止肝肾综合征的发生。结肠透析 I 号方由大黄、槐米、金银花、煅牡蛎等组成,具有清热解毒,通腑利尿的功效,通过结肠透析可达到消减腹水的目的。适用于肝硬化、肝癌等引起的难治性腹水。

2.3.3 生物信息红外肝病治疗仪结合软肝外敷方 根据病情可选用生物信息红外肝病治疗仪结合软肝外敷方(辨证选取日月、期门、足三里等穴)外敷。每日1次,每次2 h,1周为1个疗程,连续1~2个疗程^[1,22]。软肝外敷方由广东叶下珠、黄芪、白术、茯苓、丹参、桃仁、生地黄、五味子等药组成,能显著改善临床症状和体征,抗肝细胞坏死,促进肝细胞修复,使肝损伤过程停止,并能延缓、阻断肝纤维化的发生与发展,适用于肝硬化的治疗。

2.3.4 耳穴疗法^[23] 常用穴:腹胀区、肝、脾、肾、角窝中、交感、内分泌、三焦、胆等。常规消毒后用胶布将王不留行籽固定于耳穴上,每天按5~7遍,每次每穴按压15~20次,每次贴压单侧耳穴,3 d/次,两侧交替使用。换贴10次为1个疗程。

2.3.5 针刺疗法^[24] 辨证选穴:气滞水停证选章门、肝俞、脾俞、胃俞、水分等;湿热蕴结证选脾俞、胃俞、胆俞、中脘、阴陵泉等,毫针刺,平补平泻;肝脾血瘀证选期门、章门、石门、三阴交等;气虚血瘀证选脾俞、肾俞、足三里、期门、章门、石门、三阴交等;肝肾阴虚证选肝俞、行间、肾俞、涌泉等;脾肾阳虚证选脾俞、三阴交、肾俞、膀胱俞、阴陵泉等,均以毫针刺,平补平泻。每日1次,10次为1疗程。

2.4 中西医结合介入治疗变证

2.4.1 中药白芨乳剂经皮经肝食管胃底静脉曲张栓塞术^[25] 采用白芨乳剂作为介入性栓塞术的栓塞剂(白芨乳剂由白芨粉、凝血酶和造影剂组成),适用于肝硬化食管胃底静脉曲张患者。该法能充分利用白芨的黏合作用和强大的永久性、中心性血管栓塞作用,克服了许多液态栓塞剂可透X线、不易监视操作的缺点;同时白芨乳剂有抑制革兰氏阳性菌的作用,可减少被栓塞器官的感染。

2.4.2 经皮门静脉导管留置中药灌注术^[26] 经皮门静脉导管留置中药灌注术适用于肝硬化食管胃底静脉曲张,先经导管注入白芨乳剂填塞曲张静脉,保留导管于门静脉主干,导管体外端连接化疗药盒,并埋植于皮下,待切口愈合后静脉输液针穿刺药盒,

行门静脉区域性中药丹参、川芎、黄芪等灌注治疗,直接针对肝脏给药,可降低门静脉压力,改善肝功能,提高药物疗效。

2.5 西医治疗 参考2019年《肝硬化诊治指南》^[12]和《肝硬化腹水诊疗指南》^[5]等。1级腹水:多数患者无症状,肝脏储备功能多为Child-Pugh A级,对利尿药物治疗敏感可门诊治疗,并督促患者定期随访。2级腹水:大多数患者有症状,需要住院治疗。3级腹水:有明显症状,常伴腹水相关并发症,表现为顽固性腹水或复发性腹水,必须住院治疗。

一线治疗包括: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。二线治疗包括:①合理应用缩血管活性药物和其他利尿剂,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补充人血白蛋白;③经颈静脉肝内门体静脉分流术等。三线治疗包括:①肝移植;②姑息性治疗,如腹水引流泵、腹水浓缩回输、肾脏替代治疗等。

2.5.1 肝硬化腹水复发及顽固型腹水的治疗 呋塞米联合螺内酯,需按1:2使用。呋塞米推荐起始剂量20~40 mg/d,3~5 d可递增20~40 mg,呋塞米常规用量上限为80 mg/d,每日最大剂量可达160 mg,当常规利尿药物(呋塞米40 mg/d,螺内酯80 mg/d)治疗应答差者可应用托伐普坦^[27]。对于肝硬化腹水和(或)伴低钠血症患者可使用托伐普坦,起始剂量一般为15 mg/d,根据用药后8 h、24 h的血钠浓度与尿量调整剂量,最大剂量60 mg/d,最小剂量3.75 mg/d,一般连续应用不超过30 d。对于治疗后发生循环功能障碍者可使用特利加压素^[28],在大量腹腔放液后给予特利加压素(6~12 mg/d)联合人血白蛋白[1 g/(kg·d)]可有效预防循环功能障碍及肝肾综合征(hepatorenal syndrome, HRS)。用法:1~2 mg/次,每12 h 1次,静脉缓慢推注(至少15 min)或持续静脉点滴,有治疗应答反应则持续应用5~7 d;如停药后病情反复可再重复同样剂量。

2.5.2 SBP^[29] 经验性治疗可根据病情使用莫西沙星、哌拉西林/他唑巴坦以及碳青霉索类,也可配合抗厌氧菌的药物。另外,非吸收抗菌药物利福昔明也推荐使用。

2.5.3 HRS^[30] HRS是严重肝病病程后期出现的功能性肾衰竭,肾脏无明显器质性病变,是以肾功能损伤、血流动力学改变和内源性血管活性物质明显异常为特征的一种综合征。肝硬化腹水患者合并急性肾功能衰竭,即出现肾小球滤过率

(glomerular filtration rate, GFR)急性显著下降,血清肌酐(serum creatinine, sCr) > 1.5 mg/dl (133 μmol/L)可诊断急性肾损伤,排除其他引起急性肾损伤的病因,结合肾脏无明显器质性病变等可作出HRS的诊断。目前治疗药物主要有血管加压素及其类似物(特利加压素)、α-肾上腺素能受体激动剂(米多君和去甲肾上腺素)和生长抑素类似物(奥曲肽)等。

2.6 中医护理调摄

2.6.1 心理护理 加强宣教,保持乐观心态,减少焦虑及情绪波动;嘱家属关心患者,提供安静舒适的生活环境^[31,32]。

2.6.2 饮食护理 清淡、易消化、优质蛋白、富含维生素、软食。禁食煎炸、刺激性食物。合理限盐补钠和限盐一直是肝硬化腹水治疗中争论的问题。限盐是指饮食中钠摄入80~120 mmol/d(4~6 g/d)。但长期限钠会导致患者食欲下降及低钠血症,加重营养不良^[33]。肝硬化患者每天摄入热量应在8371.7 kJ以上^[34],以补充碳水化合物为主,肝硬化低蛋白血症时应补充优质蛋白质及维生素,蛋白质1~1.2 g/(kg·d),明显肝性脑病时蛋白应限制在0.5 g/(kg·d)内。注意失代偿期肝硬化患者可夜间加餐(如酸奶类蛋白质),多数患者血清白蛋白水平和氮平衡可恢复正常。

2.6.3 起居护理 保障睡眠,注意保暖,适度活动。

2.6.4 腹水护理 腹部压力较高者,起卧轻柔,避免疝气;大量放腹水时可考虑应用腹带;每日测体质量、腹围、出入量并记录;注意皮肤的清洁护理。

3 疗效评价

3.1 评价方法

3.1.1 主要症状及体征的评价方法 ①通过四诊对主要症状的改善或加重程度进行评价;②通过测量体质量和腹围对腹水的改善或加重程度进行评价;③通过Child-Pugh评分对患者肝功能进行评价;④通过终末期肝病模型(model for end-stage liver disease, MELD)评分对患者预后进行评价;⑤通过健康状况调查问卷(SF-36)对生存质量进行评价。

3.1.2 物理化学指标的评价方法 通过超声和(或)上腹部影像学检查[计算机断层成像(computed tomography, CT)、磁共振成像平扫或增强]对肝脾形态学及腹水改变情况进行疗效评价。通过生物化学检查(如:肝功能、凝血功能等)对肝功能进行疗效评价。

3.2 评价标准

3.2.1 综合疗效 参考中华中医药学会脾胃病分会

发布《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见（2017）》^[1]。临床缓解：腹水及肢体水肿完全消退，超声检查阴性；主要症状消失，24 h尿量1800 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，超声检查腹水减少 $\geq 50\%$ ；症状明显改善，腹胀明显减轻，24 h尿量1000 ml以上，体质量减轻2 kg以上或腹围缩小 > 5 cm。有效：腹水及肢体水肿有所消退，超声检查腹水消退1级；症状与腹胀有改善，24 h尿量1200 ml以上。无效：腹水、体质量、腹围、症状无改善或加重者。

3.2.2 中医证候疗效 参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[35]和《脾胃病症状量化标准共识意见（2017）》^[36]的疗效评定标准，采用尼莫地平法计算。所有症状都分为无、轻、中、重4级，在主症分别记0、2、4、6分，在次证则分别记0、1、2、3分。对于舌脉则分为正常和非正常2级，在主症分别记0、2分，在次证分别记0、1分。证候疗效判定标准的计算方法，疗效指数（%）= [（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分] $\times 100\%$ 。临床缓解：症状和体征明显改善（疗效指数 $\geq 95\%$ ）。显效：症状和体征明显改善（ $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$ ）。有效：症状和体征有改善（ $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ ）。无效：症状和体征无明显减轻或加重（疗效指数 $< 30\%$ ）。

3.2.3 Child-Pugh评分 对患者肝功能评价可采用Child-Pugh评分^[37]，Child-Pugh评分可反映肝功能储备状态，分级越高，病情越重，预后不良。肝硬化患者的预后、病死率及远期疗效都与肝脏储备功能密切相关，因此对患者肝功能进行评估非常重要。Child-Pugh肝功能分级方案见表1，5~6分属A级，7~9分属B级，10~15分属C级。临床缓解：Child-Pugh评分达到A级；显效：Child-Pugh评分未达A级，较治疗前下降2分以上；有效：Child-Pugh评分较治疗前下降1~2分；无效：Child-Pugh评分较治疗前无下降。

3.2.4 MELD评分 对患者预后评价可采用MELD评分，MELD评分对终末期肝病患者短、中期死亡率

的预测简单有效^[38]。MELD评分在终末期肝病中已得到广泛应用。MELD评分采用血清总胆红素、肌酐、国际标准化比值以及肝病原发病因作为参数，计算公式如下：MELD分值= $9.6 \times \ln$ 肌酐（mg/dl）+ $3.8 \times \ln$ 总胆红素（mg/dl）+ $11.2 \times \ln$ 国际标准化比值 + $6.4 \times$ 病因（病因：胆汁淤积性肝病或酒精性肝病为0，其他为1），结果取整数。该评分系统不仅参数客观，而且把肾功能作为肝病患者预后的一个独立影响因素，是许多其他模型没有的，可较恰当地反映肝硬化腹水患者的凝血机制障碍、高胆红素血症、肾功能衰竭等病理生理变化，可用于预测肝硬化腹水患者的转归。MELD评分越高，短期死亡的可能性越大^[39]。

3.2.5 健康状况调查问卷（SF-36） 患者的生存质量评分可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：生理功能（physical functioning, PF）、生理职能（role physical, RP）、躯体疼痛（bodily pain, BP）、总体健康（general health, GH）、活力（vitality, VT）、社会功能（social functioning, SF）、情感职能（role emotional, RE）、精神健康（mental health, MH），准确性、可信度和反应度良好。

3.2.6 其他 应用彩色超声或CT测定腹水变化。

修订专家组成员

主要执笔专家：童光东、邢宇锋

编写组专家（按姓氏汉语拼音排序）：蔡乃亮、陈峭、陈文林、池晓玲、邓国雄、董明国、葛来安、何浩、贺劲松、贺松其、胡敬宝、蒋开平、李芹、李融清、李铁强、刘春光、刘辉华、刘旭东、罗试计、毛德文、莫世燥、莫湘、覃婕、覃亚勤、谭兴华、田广俊、王振常、韦刚、韦瑞、魏春山、吴剑华、吴梅泉、吴其恺、谢秋焯、许忠康、颜幸杰、杨宏志、杨永和、尹燕耀、张国梁、张荣臻、赵权、郑大勇、钟军华、周大桥、周东红、周军怀、周晓玲、朱伯扬、宗亚力

秘书：韩志毅、孙屿昕

表1 Child-Pugh 肝功能分级方案

指标	评分		
	1 (分)	2 (分)	3 (分)
肝性脑病	无	1~2期	3~4期
腹水	无	轻	中等及以上
胆红素 ($\mu\text{mol/L}$)	< 34.2	$34.21 \sim 51.3$	> 51.3
白蛋白 (g/L)	> 35	$28 \sim 34$	< 28
凝血酶原时间延长 (s)	< 4	$4 \sim 6$	> 6

附录:

鼓胀(肝硬化失代偿)中医临床路径标准住院流程

路径说明:本路径适合于西医诊断肝硬化失代偿腹水(2~3级)的住院患者。

1 适用对象

中医诊断:第一诊断为鼓胀病(TCD编码:A04.02.15)。西医诊断:第一诊断为肝硬化腹水(2~3级)(ICD-10编码:K74.607)。

2 诊断依据

2.1 疾病诊断 中医诊断标准:参考中华中医药学会脾胃病分会发布的《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见(2017)》、中国中西医结合学会消化疾病专业委员会2011年发布的《肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见》。西医诊断标准:参考《临床诊疗指南-消化系统疾病分册》《实用内科学(第14版)》《肝硬化腹水诊疗指南(2023年版)》、2019年版《肝硬化诊治指南》、2012年《美国肝病学会成人肝硬化腹水指南》、2010年《欧洲肝病研究学会临床实践指南:肝硬化腹水、自发性腹膜炎、肝肾综合征处理》等。

2.2 证候诊断 参考国家中医药管理局印发的《鼓胀病(肝硬化腹水)中医诊疗方案(2017年版)》。鼓胀病(肝硬化腹水)临床常见证候:气滞水停证、水湿困脾证、水热蕴结证、瘀结水留证、阴虚水停证、阳虚水盛证、鼓胀(变证)出血、鼓胀(变证)神昏。

2.3 治疗方案的选择 参考国家中医药管理局印发的《鼓胀病(肝硬化腹水)中医诊疗方案(2017年版)》。诊断明确,第一诊断为鼓胀病(肝硬化腹水);患者适合并接受中医治疗。

2.4 住院时间 标准住院日为≤28 d。

2.5 进入路径标准 ①第一诊断符合鼓胀病(肝硬化腹水)的患者;②慢性酒精中毒、病毒性肝炎、代谢相关脂肪性肝炎、化学毒物或药物损伤、长期胆汁瘀积以及隐源性等引起或演变的肝硬化腹水,分级属于2~3级者,进入本路径;③其他原因如腹膜疾病、肾脏疾病、心脏疾病、营养障碍疾病及其他疾病(包括腹腔恶性淋巴瘤、甲状腺功能减退、胰腺疾病等)所引起的腹腔积液患者不进入本路径;④患者同时具有其他疾病,但在住院期间不需特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时,可以进入路径。

2.6 中医证候学观察 四诊合参,收集该病种不同证候的主症、次症、舌、脉等特点。注意证候的动态

变化。

2.7 入院检查项目

2.7.1 必需的检查项目 ①血常规+血型、尿常规、便常规+潜血;②肝功能、肾功能、电解质、血糖、凝血功能、血肿瘤标志物甲胎蛋白、乙型肝炎病毒血清学标志物、丙型肝炎病毒抗体;③肝胆脾超声、心电图、胸部X线。

2.7.2 可选择的检查项目 根据病情需要而定,如血氨、HBV DNA或HCV RNA定量、肝胆脾CT或磁共振成像平扫+增强等;根据病情需要可行腹腔镜穿刺术,对腹水量不大或肥胖患者行超声腹水定位,并选择腹水常规、生物化学指标、腹水细胞培养及病理检查等。

2.8 腹腔穿刺术 适应证:新发腹水者;原有腹水迅速增加原因未明者;疑似并发自发性细菌性腹膜炎者;腹水对药物治疗效果欠佳者。合并凝血功能严重下降者不宜进行该检查。麻醉方式为局部麻醉。术后处理:观察病情变化,必要时补充白蛋白(大量放腹水时,应于术后补充白蛋白,按每升腹水补充8~10 g白蛋白计算)。

2.9 治疗方法

2.9.1 辨证选择口服中药汤剂或中成药 ①气滞水停证:疏肝理气,行水散满;②水湿困脾证:温中健脾,行气利水;③水热蕴结证:清热利湿,攻下逐水;④瘀结水留证:活血祛瘀,行气利水;⑤阴虚水停证:滋肾柔肝,养阴利水;⑥阳虚水盛证:温补脾肾,化气利水;⑦鼓胀(变证)出血:清热凉血,活血止血;⑧鼓胀(变证)神昏:清心开窍。

2.9.2 中医特色疗法 针刺疗法、中药脐敷疗法、中药结肠透析治疗、肝病治疗仪结合中药外敷、耳穴疗法、超声波治疗。

2.9.3 中西医结合介入治疗 合并肝硬化食管胃底静脉曲张者,必要时可行经皮经肝食管胃底静脉曲张栓塞术、经皮门静脉导管留置中药灌注术等介入疗法。

2.9.4 护理调摄 ①心理护理:加强宣教,保持乐观心态,减少焦虑及情绪波动;嘱家属关心患者,提供安静舒适的生活环境。②饮食护理:清淡、易消化、优质蛋白、丰富维生素、软食。禁食煎炸、刺激性食物。每日限钠80~120 mmol/d(4~6 g/d)。肝硬化患者每天摄入热量应在8371.7 kJ以上,以补充碳水化合物为主,肝硬化低蛋白血症时应补充优质蛋白质及维生素,蛋白质1~1.2 g/(kg·d),

明显肝性脑病时蛋白应限制在0.5 g/(kg·d)内。注意失代偿期肝硬化患者可夜间加餐(如酸奶类蛋白质),多数患者血清白蛋白水平和氮平衡可恢复正常。③起居护理:保障睡眠,注意保暖,适度活动。④腹水护理:腹部压力较高者,起卧轻柔,避免疝气;大量放腹水时可考虑应用腹带;每日测体质量、腹围、出入量并记录;注意皮肤的清洁护理。

2.10 出院标准 ①患者病情相对稳定,一般情况良好,腹胀症状缓解;②腹围减小,超声示腹水减少;③无严重电解质紊乱。

2.11 变异及原因分析 ①病情加重,需要延长住院时间,增加住院费用;②合并有心脑血管疾病、呼吸道疾病、内分泌疾病等其他系统疾病者,住院期间病情加重,需要特殊处理,导致住院时间延长、费用增加或转入相应路径,或退出本路径;③出现肝性脑病、消化道出血、自发性细菌性腹膜炎、肝肾综合征、肝性胸水、肝衰竭等并发症者,退出本路径或转入相应路径;④因患者及其家属意愿而影响本路径的执行,退出本路径。

参考文献

- [1] 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]. 临床肝胆病杂志,2017,33(9):1621-1626.
- [2] BIECKER E. Diagnosis and therapy of ascites in liver cirrhosis[J]. World J Gastroenterol,2011,17(10):1237-1248.
- [3] PLANAS R, MONTOLIU S, BALLESTÉ B, et al. Natural history of patients hospitalized for management of cirrhotic ascites[J]. Clin Gastroenterol Hepatol,2006,4(11):1385-1394.
- [4] SHARMA S, AGARWAL S, GUNJAN D, et al. Outcomes of portal pressure-guided therapy in decompensated cirrhosis with index variceal bleed in Asian cohort[J]. J Clin Exp Hepatol,2020,11(4):443-452.
- [5] 中华医学会肝病学会. 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.
- [6] 中国中西医结合学会消化病专业委员会. 肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(9):1171-1174.
- [7] 王伯祥. 中医肝胆病学[M]. 北京:中国医药科技出版社,1993.
- [8] 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.
- [9] 李薇薇, 刘先洋, 刘磊, 等. 张国海运用李氏三合汤治疗气虚湿滞型肝硬化腹水的经验[J]. 广西中医药,2021,44(3):38-40.
- [10] 中华医学会. 临床诊疗指南:消化系统疾病分册[J]. 北京:人民卫生出版社,2005:83-87.
- [11] 陈灏珠, 林果为, 王吉耀. 实用内科学[M]. 14版. 北京:人民卫生出版社,2013:1894-1897.
- [12] 中华医学会肝病学会. 肝硬化诊治指南[J]. 中华肝脏病杂志,2019,27(11):846-865.
- [13] RUNYON B A. Practice Guidelines Committee, American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD). Management of adult patients with ascites due to cirrhosis[J]. Hepatology,2004,39(3):841-856.
- [14] European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis[J]. J Hepatol,2010,53(3):397-417.
- [15] ZHU S, DU L, XU D, et al. Ascitic fluid total protein, a useful marker in non-portal hypertensive ascites[J]. J Gastroenterol Hepatol,2020,35(2):271-277.
- [16] ZHANG X, WANG S Z, ZHENG J F, et al. Clinical efficacy of tolvaptan for treatment of refractory ascites in liver cirrhosis patients[J]. World J Gastroenterol,2014,20(32):11400-11405.
- [17] 翟芬芬, 邢宇锋, 童光东, 等. 麝黄膏外敷神阙与中药结肠透析保留灌肠联合西药治疗难治性肝硬化腹水多中心随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志,2013,27(10):60-63.
- [18] 童光东, 周大桥, 贺劲松. 麝黄膏脐敷治疗肝硬化难治性腹水临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志,2003,11(5):290-292.
- [19] 童光东, 周大桥, 贺劲松. 麝黄膏脐敷对难治性肝硬化腹水患者血流动力学与NO变化的影响[J]. 中国中医药科技,2003,10(5):259-260.
- [20] 梅梦如, 李雨, 陈炳东, 等. 中医药治疗肝硬化腹水的作用机制及临床应用概述[J/OL]. 辽宁中医杂志,(2024-07-12)[2025-01-03]. https://kns.cnki.net/kcms2/article/abstract?v=7fc2yiS_nyAwo2I_t_yswClv2H99dAt7ks2gnTzvxMExTyWIAz3haC49go46xEs1nK7yIM-GwVt5iB5A8nLZNQbBrmQFPO-Lx8zChuph8YbJfC5Ku-RonwWZhFduKgcN3tOf6Ha40DtKHXUEztNy9DXSk4IFtFbAdRjaKt-3Pd5O_KkTO4DpF25OuzqXRM&uniplatform=NZKPT&language=CHS.
- [21] TONG G D, ZHOU D Q, HE J S, et al. Clinical research on navel application of Shehuang Paste combined with Chinese herbal colon dialysis in treatment of refractory cirrhotic ascites complicated with azotemia[J]. World J Gastroenterol,2006,12(48):7798-7784.
- [22] 文玲, 刘颖. 生物信息红外肝病治疗仪治疗肝炎肝硬化的观察与分析[J]. 中国医疗器械信息,2020,26(12):139-141.
- [23] 李芳丽, 李全香, 李汾香. 健脾利水方超声波透入治疗在肝硬化腹水中的应用[J]. 光明中医,2018,33(21):3227-3229.
- [24] 于佳淼. 耳穴贴压联合敷脐治疗护理法治疗肝硬化腹腔积液患者的效果[J]. 中国医药指南,2021,19(24):135-136.
- [25] 叶欣, 胡雨涛, 徐伟, 等. 白及的化学成分、药理作用及其应用的研究进展[J]. 中医学,2021,10(3):465-474.
- [26] 杨福龙, 章浩军, 郭永健. 大黄粉与白芨粉治疗急性上消化道出血疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2007,16(9):1215-1216.
- [27] 张鑫赫, 李异玲. 肝硬化顽固性腹水治疗现状[J]. 实用肝脏病杂志,2020,23(5):757-760.
- [28] GLUUD L L, CHRISTENSEN K, CHRISTENSEN E, et al. Systematic review of randomized trials on vasoconstrictor drugs for hepatorenal syndrome[J]. Hepatology,2010,51(2):576-584.
- [29] PONZIANI F R, GERARDI V, PECERE S, et al. Effect of rifaximin on gut microbiota composition in advanced liver disease and its complications[J]. World J Gastroenterol,2015,21(43):12322-12333.
- [30] SINGH V, GHOSH S, SINGH B, et al. Noradrenaline vs. terlipressin in the treatment of hepatorenal syndrome: a randomized study[J]. J Hepatol,2012,56(6):1293-1298.
- [31] 周倩倩, 邢枫, 张雅丽, 等. 中医护理肝硬化腹水研究进展[J]. 河南中医,2021,41(4):641-644.
- [32] 申晶晶, 王小平, 王建园. 减轻心理应激干预联合强化健康教育在肝硬化腹水患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(17):18-21.
- [33] TANDON P, RAMAN M, MOURTZAKIS M, et al. A practical approach to nutritional screening and assessment in cirrhosis[J]. Hepatology,2017,65(3):1044-1057.

- [34] 范春蕾, 吴燕京, 丁惠国, 等. 慢性重型病毒性肝炎的能量代谢及糖、蛋白质、脂肪氧化[J]. 中国临床营养杂志, 2006, 14(2): 110-114.
- [35] 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.
- [36] 中华中医药学会脾胃病分会. 脾胃病症状量化标准专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8): 3590-3596.
- [37] PUGH R, MURRAY-LYON I M, DAWSON J L, et al. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices[J]. Br J Surg, 1973, 60(8): 646-649.
- [38] HWANG G L, SZE D Y. Survival in cirrhotic patients with high MELD scores: the tipping point[J]. Dig Dis Sci, 2017, 62(2): 296-298.
- [39] 王鑫, 王邦茂, 姜葵, 等. 终末期肝病模型对肝硬化腹水患者并发自发性腹膜炎的预测价值[J]. 中华内科杂志, 2009, 48(8): 629-632.

收稿日期: 2024-05-09

国家中医药管理局华东东南中医肝病诊疗中心联盟. 鼓胀（肝硬化腹水）中医诊疗专家建议[J/CD]. 中国肝脏病杂志(电子版), 2024, 16(4): 8-16.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊对来稿参考文献格式的要求

本刊执行 GB/T 7714-2015《信息与文献 参考文献著录规则》。采用顺序编码制著录，依照其在文中出现的先后顺序用阿拉伯数字标出，并将序号置于方括号中，排列于文后。内部刊物、未发表资料（不包括已被接受的待发表资料）、个人通信等请勿作为文献引用，确需引用时，可将其在正文相应处注明。日文汉字请按日文规定书写，勿与我国汉字及简化字混淆。同一文献作者不超过 3 人全部著录；超过 3 人可以只著录前 3 人，后依文种加表示“，等”的文字。作者姓名一律姓氏在前、名字在后，外国人的名字采用首字母缩写形式，缩写名后不加缩写点；不同作者姓名之间用“，”隔开，不用“和”、“and”等连词。请于文献题名项后增加标注文献类型标志项目，示例如下：

[1] 陈登原. 国史旧闻 [M]. 北京: 中华书局, 2000: 29.

[2] 袁训来, 陈哲, 肖书海, 等. 蓝田生物群: 一个认识多细胞生物起源和早期演化的新窗口 [J]. 科学通报, 2012, 55(34): 3219.

[3] 北京市人民政府办公厅. 关于转发北京市企业投资项目核准暂行实施办法的通知: 京政办发 [2005] 37 号 [A/OL]. (2005-07-12)[2011-07-12]. http://china.findlaw.cn/fagui/p_1/39934.html.

本刊编辑部