

## 学术论坛

## 治疗肝硬化顽固性腹水经验

□上官新红

全国名中医赵文霞认为,本病病位在肝,其本在脾,其根在肾,属本虚标实之证,确立了“养正消积利水”的核心治则,并主张分阶段(早、中、晚)、辨脏腑(肝、脾、肾)进行辨证论治。其学术特色在于强调“气血水同治”与“分消三焦”策略,善用对药与角药协同增效,并创新性运用中药敷脐、灌肠及脐火疗法等外治手段,形成内服外治相结合的综合诊疗模式。本文就临床中活血药的应用、峻下逐水药的毒性及限盐等关键问题进行了探讨,体现了其中西医结合、注重实效的学术思想。

## 理论溯源

肝硬化腹水(鼓胀)作为中医内科疑难病,其理论体系在数千年临床实践中不断完善,从病名界定到病因病机、治则方药,历代医学家均有深刻阐释,为现代诊疗提供了坚实的理论根基。中医对鼓胀的认知始终围绕“气血水失调”核心,结合脏腑功能紊乱展开,形成了系统且具实践性的理论框架。

**病名** 鼓胀是指腹部胀大如鼓的一类病证,临床以腹大胀满、绷急如鼓、皮色苍黄、脉络显露为特征,又名单腹胀、臌、蜘蛛蛊等。鼓胀首见于《黄帝内经》。《黄帝内经·灵枢》记载:“鼓胀何如?岐伯曰:腹胀,身皆大,大与肤胀等也,色苍黄,腹筋起,此其候也。”《黄帝内经·素问·腹中论》提出:“黄帝问曰:有病心腹满,且则不能食,此为何病?岐伯对曰:名为鼓胀。”,均精准描述了其典型体征。《医宗必读·水肿胀满》明确区分鼓胀与蛊胀,指出“鼓胀者,中空无物,腹皮绷急,多属于气;蛊胀者,中实有物,腹形充大,非虫即血”,进一步细化了病名内涵。

**病因** 《黄帝内经·素问·阴阳应象大论》认为,鼓胀由“浊气在上”所致。《黄帝内经·素问·腹中论》提及饮食不节是复发诱因,是脾土气虚不能磨谷导致虚胀。《金匮要略·水气病脉证并治》分别描述了肝水、脾水、肾水的症状,与鼓胀类似。《诸病源候论》提出本病发病与感受“水毒”有关,称鼓胀为水蛊。《丹溪心法》指出,七情内伤、六淫外侵、饮食不节、房劳致虚均可引起鼓胀。

**治则** 《黄帝内经》创立了“中满者,泻之于内”“去菀陈莝”“洁净府”“塞因塞用”等治则;《黄帝内经·素问·腹中论》记录“鸡矢醴”一方治疗鼓胀,为最早治疗鼓胀的核心方剂;《金匮要略·黄疸病脉证并治》记录腹胀如水状可用硝石矾石散,以除湿散瘀,和血利水,还提出“病水腹大,小便不利,其脉沉绝者,有水,可下之”的下法;《肘后备急方·卷四》在使用“下法”“汗法”的同时,还记

载了“放腹水法”。  
方药 《伤寒论》《金匮要略》中的枳术汤、防己茯苓汤等諸多方剂,均为后世治疗鼓胀常用之方;张子和主张用舟车丸、瀦川散等攻下方治疗鼓胀;《医门法律·胀病论》中所列治胀诸方多为辛温之剂。

## 治疗经验

病机认识与辨证框架 赵文霞认为,鼓胀病变涉及肝、脾、肾三脏,病位在肝,病本在脾,病根在肾,总属虚实夹杂之证,养正消积利水为基本治法。常见证型有湿热蕴结型(多见腹大坚固、黄疸,治宜清利湿,如茵陈、白茅根)、气虚瘀血型(强调益气活血利水,基础方含党参、白术、丹参等)、脾肾阳虚型(需要温阳利水,常配伍桂枝、干姜)。

治疗理念主要包括4点:一是分阶段论治,早期以气滞湿阻为主(气鼓),治宜疏肝健脾、行气利水;中期病位在脾,形成水鼓或血鼓,治宜健脾化湿利水或活血化瘀利水;晚期病位在肾,阳虚者温补肾阳、化行气水,阴虚者滋肾柔肝、疏利气机、养阴利水。二是调理脏腑,根据腹水“正损、气滞、阴阳失衡”成因,选用健脾渗湿、理气利水、养阴利水、温阳利水、攻下逐水等不同类型药物,且攻下逐水药要中病即止,避免伤正气。三是中晚期肝硬化腹水治疗要补肾养阴利水与温阳健脾相结合,注意养阴助阳、以阳行阴利小便、调理脾胃,慎用峻下逐水剂。四是“三焦水湿之邪”为切入点,运用宣上、畅中、渗下诸法分消走泄,分别开水之上源、调水湿之运化、利水之下泄。

**对药和角药** 赵文霞治疗肝硬化腹水的核心策略是调和气血、攻补兼施,重视对药与角药的协同增效作用。

降低门脉压 门静脉高压是肝硬化腹水形成的重要机制,普萘洛尔与复方丹参滴丸联合应用可协同降低门脉压力。常用对药为牡丹皮、地骨皮,角药为牡丹皮、地骨皮、水红花子,有清热凉血等功效,配合使用可降低门脉压。

增加白蛋白的合成 人血白蛋白减少的原因是肝脏合成

功能障碍,肝病营养素和复合牛胎肝提取物可促进白蛋白合成。常用对药有黄芪配伍白术、当归配伍白芍、丹参配伍郁金;常用角药有龙骨、牡蛎、土鳖虫、党参、白术、山药、枸杞子、菟丝子。

控制感染 肝硬化腹水并发自发性腹膜炎多为革兰阴性菌感染,中医以益气清热解毒为治则,常用对药为败酱草、木香,常用角药为生黄芪、败酱草、穿心莲,清热解毒类中药配合理气、益气类中药可增效减毒。

调节胃肠动力 胃肠动力异常与肝硬化腹水密切相关,调节胃肠动力可促进腹水减退。常用对药有大黄与甘遂、草果与炒莱菔子;常用角药有厚朴、草果、炒莱菔子,陈皮、枳壳、香附,多为泻下清热、理气化积类中药。

## 外治疗法的创新应用

赵文霞重视外治疗法在肝硬化腹水治疗中的作用,常用方法包括:敷脐疗法,利用神阙穴的吸收优势,将甘遂、炒牵牛子等中药研末以醋(或蜂蜜)调合,加冰片外敷于神阙穴,4小时~6小时后取下,每天1次,脐症患者,对治疗药物过敏者,要避免使用此法;顽固性腹水,可采用芒硝、葱白、麝香组成的敷脐方,联合红外线照射改善症状。

中药保留灌肠 药物可经肠黏膜吸收,清除肠道毒素,其高渗状态还能发挥“透析样”作用“排除毒素、减少腹水”。常用药物有柴胡、薏苡仁、大黄、枳实等,需要注意灌肠的深度、速度、时间、药物温度。肠道黏膜较薄、血供丰富,中药灌肠可改善肠道环境,减少肠源性毒素的产生与吸收,促进腹水吸收,还能消除口服药物的肝脏首过效应。

脐火疗法(药蜡结合) 药饼由制附子、干姜、人参等多种中药加工制成。蜡筒为桑皮纸卷成空心筒,经蜡液浸泡晾干而成。该疗法通过蜡筒、火疗、药物与脐(神阙穴)的协同作用,助阳化气、温化寒湿、行气活血、扶正祛邪,可退阴黄、降低胆红素水平。

赵文霞注重“治未病”,强

调健脾固本(如使用黄芪、白术)预防腹水复发。其疗法结合现代检测技术,形成“内服外治-中西医结合”的综合模式,临床验证显示可显著改善生化指标。

赵文霞的学术思想以“分消三焦、气血水同治”为核心,融合经典理论与创新实践,为肝硬化腹水的中医药治疗提供了规范化的诊疗路径。

## 问题与思考

有出血倾向的肝硬化腹水患者是否可用活血药?患者瘀阻较重、血瘀之象明显时,可重用活血化瘀之剂。

中医有“活血止血”的理论,唐容川《血证论》提出“经髓之中既有瘀血踞住,则新血不能安行无恙,终必妄走而吐溢矣。故以祛瘀为治要法”。

在临幊上,医者需要辨病结合辨证,针对出血原因选择用药:门静脉高压、食道胃底静脉曲张引发出血,化瘀不可峻烈,宜选用活血止血而不留瘀之品;血小板、凝血因子减少所致出血倾向,可酌情选用活血软止血、养血止血等治法;腹水继发感染而致出血倾向者,宜清热凉血止血。

部分峻下逐水药有毒,该如何解决?部分峻下逐水药,如甘遂、大戟、芫花等大多有毒,其应用存在争议,“去毒取用”值得深入探讨。

研究结果表明,峻下逐水药商陆作用较缓和,副作用较小,能改善肾血流量,调节免疫功能,有利于患者排出腹水。另有资料显示,甘遂与甘草配伍,治疗肝硬化腹水有明显的近期疗效,且对部分主要生化指标有一定影响。

忌盐及注意事项 朱丹溪认识到鼓胀“最忌食盐,否则发疾愈甚”,明代李梃《医学入门·鼓胀》认为,治胀必补中行湿,兼以消积,更断盐酱。

目前,在肝硬化腹水治疗中,非低钠情况下忌盐是重要措施,腹水患者在利尿、忌盐的同时,需要注意观察尿量,定期检查电解质。

(作者供职于郑州市第六人民医院中医科,系全国名中医赵文霞学术经验传承人)

在中医药现代化的浪潮中,众多经典方剂凭借其深厚的理论积淀与确切的临床疗效,通过剂型革新与作用机制研究,焕发出新的生命力。平消片作为源于传统验方,经现代工艺优化的中成药,可以扶正祛邪、散结消肿,在肿瘤辅助治疗及相关疾病干预中应用广泛。

## 方剂溯源:从传统验方到现代制剂的传承与革新

平消片的组方思路根植于中医“痰瘀互结、正气亏虚”的病机理论,其前身可以追溯至民间用于散结消癥的经验方剂。

中医认为,肿瘤、结节等病证的发生,多与气血运行不畅、痰浊瘀血阻滞经络、正气虚弱无力抗邪相关,治疗需要兼顾“攻邪”与“扶正”,既消散瘀滞,又扶助正气。

随着现代医药技术的发展,传统方剂经筛选、优化后,采用提取、纯化、压片等标准化工艺制成平消片,不仅保留了原方的药效核心,更实现了剂量精准、服用便捷、成分稳定的优势。相较于传统汤剂,平消片的生物利用度显著提升,且便于质量控制,为其实验室规范化临床应用奠定了基础,成为中医药现代化剂型改良的典型范例之一。

## 核心成分解析:多味药材协同构建“扶正祛邪”体系

平消片的组方遵循“君、臣、佐、使”原则,由郁金、仙鹤草、五灵脂、白矾、硝石、干漆(制)、枳壳(炒)、马钱子粉8味中药材组成。这些药物协同作用,形成“散结、活血、扶正、解毒”的功效体系。

**君药** 郁金与干漆(制)。郁金,辛散苦泄,能行气解郁、活血止痛,为活血行气之要药,可疏通经络瘀滞;干漆,善破血逐瘀、消积散结,针对瘀血阻滞所致的癥瘕积聚发挥攻邪作用。二者合用,共奏活血散结之功。

**臣药** 五灵脂与硝石。五灵脂,味苦、性温,能活血止痛、化瘀止血,可增强君药的活血散瘀之力,且能止血不留瘀,避免攻邪过度损伤血络;硝石,味苦咸、性寒,能破坚散积、清热泻火,针对瘀滞日久化热的病机,兼具清热散结之功,与君药寒热相制,避免温燥伤阴。

**佐药** 仙鹤草与枳壳(炒)。仙鹤草,味涩、性平,既能收敛止血,又能益气补虚,可扶正固本,减轻攻邪药对正气的损伤,同时预防瘀血出血;枳壳(炒),味苦辛、性微温,能行气导滞、宽中除胀,气行则血行,可助活血药通利气机,增强散结之功,且能缓解肿瘤患者常见的腹胀不适。

**使药** 白矾与马钱子粉。白矾,味酸涩、性寒,能解毒杀虫、燥湿止痒,可清解瘀滞所生之毒,且其收敛之性可固护正气;马钱子粉(经严格炮制控制毒性),味苦、性寒,能通络止痛、散结消肿,其药力峻猛,可增强全方散结止痛之功,同时引诸药直达病所。因马钱子毒性较强,其用量在制剂中需要严格把控,确保疗效与安全的平衡。

全方8味药材,攻邪而不伤正,扶正而不恋邪,气血同调、痰瘀同治,构成了逻辑严密的功效体系,为其现代临床应用提供了坚实的理论支撑。

## 现代药理研究:从整体调节到分子机制的科学验证

近年来,国内外学者通过体外实验、动物模型及临床研究,从多维度揭示了平消片的现代药理作用,其机制涉及抗肿瘤、免疫调节、抗炎镇痛等多个方面,与中医“扶正祛邪”的功效形成了科学呼应。

**临床应用场景** 聚焦肿瘤辅助治疗与相关疾病干预。基于上述药理作用,平消片在现代临幊中主要用于肿瘤的辅助治疗,同时在良性结节、增生性疾病中也有应用,其核心价值在于“增效减毒、改善预后”。

平消片具有多维度药理作用,核心为多靶点抗肿瘤。有效成分可激活凋亡信号通路,促进肺癌、胃癌等肿瘤细胞凋亡,下调血管内皮生长因子表达以阻断肿瘤营养供应,还能调节耐药基因、抑制肿瘤细胞合成,提升联合治疗效果。同时,它能增强机体免疫力,促进T淋巴细胞、活化增殖,改善免疫抑制状态。此外,平消片可抑制炎症介质释放、改善局部微循环,发挥抗炎镇痛作用,缓解肿瘤患者不适,提高生活质量。

使用规范与安全提示 兼顾疗效与风险控制。尽管平消片临幊疗效确切,但因含有马钱子、干漆等毒性成分,其使用需要严格遵循规范,避免不良反应。

严格遵医嘱用药,把控剂量与疗程。平消片为处方药,必须在中医师或药师指导下使用,根据患者病情、体质调整剂量与疗程,不可自行加量、减量或长期服用。一般成人常规剂量为每次4片~8片,每日3次,饭后服用以减少胃肠道刺激;肿瘤辅助治疗疗程通常为1个月~3个月,良性疾病疗程为1个月~2个月,需定期复查评估疗效与安全性。

明确禁忌人群与慎用情况 孕妇、哺乳期妇女禁用平消片,因马钱子、干漆等成分可能对胎儿或婴儿造成不良影响;肝肾功能不全者、年老体弱者慎用平消片,需要监测肝肾功能指标;对平消片成分过敏者禁用,过敏体质者慎用平消片。此外,平消片含有白矾,长期服用可能导致铅蓄积,需要定期检查电解质与肝肾功能。

关注不良反应,及时处理 平消片的不良反应多较轻微,常见为胃肠道不适(如恶心、腹胀、腹泻)、皮疹、头晕等,一般停药后可自行缓解;若出现肢体抽搐、呼吸困难、意识障碍等马钱子中毒症状,需要立即停药并紧急就医。患者服用平消片期间,要避免与其他毒性中药或肝毒性药物联用,以免增加不良反应风险。

## 传统方剂现代化的启示与展望

平消片的现代应用历程,是传统中药方剂“传承精华、守正创新”的生动体现。平消片以中医理论为核心,通过现代药理研究明确作用机制,以标准化制剂提升临幊价值,在肿瘤辅助治疗及良性疾病干预中构建了“传统理论-现代科学-临幊疗效”的完整体系。

未来,随着中医药现代化研究的深入,平消片的作用靶点将进一步精准化,联合治疗方案将更具个性化,同时通过毒理学研究与制剂工艺优化,其安全性将进一步提升。平消片的发展经验也为其他传统方剂的现代化提供了借鉴:只有立足中医理论本源,结合现代科学技术,才能让传统中药在新时代发挥更大的作用,为人类健康贡献智慧与力量。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院)

## 传统方剂的现代应用解析四十

## 平消片

□邹善思

## “胃咽合病”的病机阐释与方药对策

□豆沉着

一位患者平时常吃辣,因工作繁忙,经常吃偏凉性的食物。晨起刷牙时,患者经常干呕,并咳嗽咯痰。

笔者推测其咽喉敏感,可能因吃辣导致轻微肿胀。从中医角度看,舌、咽、喉、食管及胃属于整体,长期食用偏凉性的食物易伤胃。脾胃功能减弱则生痰湿,故而咳嗽咯痰。现代研究结果表明,人体咽部分布着丰富的神经丛,感觉敏锐,因此牙刷触碰易引起干呕、咯痰。

所谓“胃咽合病”,胃病指慢性胃炎,咽病指慢性咽喉炎。咽与胃生理同属一体,咽是胃的“关口”,且为多条经脉

交汇之处。二者在生理、病理上与经络紧密相关,这也被现代生理学所验证。

现代病理学研究结果进一步证实,肝胃郁热者,其胃黏膜与咽黏膜常充血甚至糜烂,可伴随食管反流。胃肠动力障碍、食管原发性蠕动不足、胃酸清除时间延长等,均可导致咽喉反流,引发“胃食管反流性咽喉炎”。胃酸反流至咽部,会直接损伤黏膜,食管下端受反流刺激,亦可通过迷走神经反射引起咽喉不适。这可视为中医“胃病及咽”理论的现代微观阐述。

现代人常吸烟饮酒,嗜好肥甘厚味,尤其是辛辣生冷食

物,可能导致寒湿困脾,损伤脾阳;或湿热困胃,影响脾胃运化,导致气机逆乱。脾胃湿热上蒸,浊气与胃火上逆,熏灼咽喉,引起咽喉干痛。气机不畅,脾胃不运而生痰湿,痰气交结于咽部,因而咳嗽咯痰。

此外,肝郁犯胃可致脾胃气机失调,胃气上逆而泛酸,脾虚湿热均为根本,咽喉症状为标。因此,辨治“胃咽合病”应从顾护脾胃入手。

全国老中医专家学术经验继承工作指导老师许鑫梅擅长脾胃病的调治。她针对“胃咽合病”研制的“许氏胃咽合剂”,临床疗效确切。

临床观察发现,脾胃疾病

患者常伴干呕、痒痛、咯痰、易干呕等慢性咽炎症状,咽部检查可见黏膜淋巴滤泡增生、充血,或黏膜下血管显露,黏膜萎缩,或伴有扁桃体肿大等表现,即为“胃咽合病”的具体征象。

从中医理论出发,无论“胃病及咽”还是“咽病及胃”,脾胃虚弱均为根本,咽喉症状为标。因此,辨治“胃咽合病”应从顾护脾胃入手。

全国老中医专家学术经验继承工作指导老师许鑫梅擅长脾胃病的调治。她针对“胃咽合病”研制的“许氏胃咽合剂”,临床疗效确切。

“许氏胃咽合剂”组方如

党参、茯苓、白术、苏梗、土牛膝、木蝴蝶、瓦楞子、岗梅根、砂仁、甘草。此方以《太平惠民和剂局方》的“四君子汤”(人参、白术、茯苓、甘草)为基础化裁而来。