

血府逐瘀汤加减治疗肝硬化腹水的价值分析

漆良军

湖北省潜江市龙湾镇中心卫生院 湖北潜江

【摘要】目的 分析血府逐瘀汤加减对肝硬化腹水患者的临床疗效及安全性。**方法** 采用回顾性研究方法，选取我院 2023 年 1 月至 2025 年 12 月期间收治的肝硬化腹水患者 86 例，根据治疗方案分为对照组（西医治疗）和观察组（西医联合血府逐瘀汤加减治疗）。**结果** 治疗后观察组的（丙氨酸氨基转移酶）ALT、（天门冬氨酸氨基转移酶）AST、（总胆红素）TBil 水平分别为明显低于对照组，ALB 更高，腹水深度更低，24h 尿量更多，临床有效率更高（ $P<0.05$ ）。**结论** 血府逐瘀汤加减可能通过改善肝脏合成功能与减轻门脉高压的双重路径缓解腹水。

【关键词】 血府逐瘀汤；肝硬化腹水；肝功能；中医药

【收稿日期】 2026 年 7 月 6 日

【出刊日期】 2026 年 8 月 5 日

【DOI】 10.12208/j.ijcr.20260411

Value analysis of modified Xuefu Zhuyu Tang in the treatment of ascites caused by liver cirrhosis

Liangjun Qi

Longwan Town Central Health Center, Qianjiang City, Hubei Province, Qianjiang, Hubei

【Abstract】Objective To analyze the clinical efficacy and safety of modified Xuefu Zhuyu Tang in patients with liver cirrhosis ascites. **Methods** A retrospective study was conducted on 86 patients with liver cirrhosis ascites admitted to our hospital from January 2023 to December 2025. According to the treatment plan, they were divided into a control group (treated with Western medicine) and an observation group (treated with Western medicine combined with modified Xuefu Zhuyu Tang). **Results** After treatment, the levels of ALT, AST, and TBil in the observation group were significantly lower than those in the control group, with higher ALB, lower ascites depth, more 24-hour urine output, and higher clinical efficacy rate ($P<0.05$). **Conclusion** The modification of Xuefu Zhuyu Tang may alleviate ascites through a dual pathway of improving liver synthesis function and reducing portal hypertension.

【Keywords】 Xuefu Zhuyu Tang; Cirrhotic ascites; Liver function; Traditional Chinese medicine

肝硬化腹水治疗在疗效上表现有限，并且伴有药物风险等问题^[1]。中医认为瘀血内阻和水湿停聚是主要病机，血府逐瘀汤依据血不利则为水理论被用于临床，但缺少详细的疗效分析^[2]。本文运用回顾性设计，分析血府逐瘀汤加减治疗肝硬化腹水的意义。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取我院 2023 年 1 月至 2025 年 12 月期间住院治疗的肝硬化腹水患者病历资料 86 例。依据治疗期间是否接受血府逐瘀汤加减治疗，将患者分为观察组（ $n=43$ ，男性 27 例，年龄 58.64 ± 10.23 岁）和对照组（ $n=43$ ，男性 25 例，年龄 58.11 ± 10.29 岁）。两组患者一般资料对比（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：

（1）符合《肝硬化腹水及相关并发症诊疗指南（2017）》^[3]中肝硬化腹水的诊断标准，腹水程度为中量或大量；

（2）年龄 18~80 岁；

（3）病历资料完整，包括治疗前后的腹水超声、肝功能、肾功能及 24h 尿量记录；

（4）观察组接受血府逐瘀汤加减治疗至少连续 2 周以上。

排除标准：

（1）合并原发性肝癌或其他恶性肿瘤；

（2）合并严重心、肺、肾功能不全；

（3）合并活动性消化道出血或肝性脑病Ⅱ期以上；

（4）妊娠或哺乳期女性；

（5）对中药成分过敏或不能耐受口服汤剂者。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组方法

对照组予以标准西医治疗，包括：（1）限钠联合利尿剂治疗，使用螺内酯联合呋塞米，起始剂量螺内酯40mg/d、呋塞米20mg/d，根据尿量和体重调整；（2）人血白蛋白输注，当血清白蛋白<25g/L时，按需输注10~20g/d；（3）常规保肝治疗，一般使用复方甘草酸苷、谷胱甘肽等。

1.3.2 观察组方法

观察组在上述方法的基础上，加用血府逐瘀汤加减。具体操作如下：

基础方组成：桃仁12g、红花9g、当归15g、生地黄15g、川芎9g、赤芍12g、牛膝9g、桔梗6g、柴胡9g、枳壳9g、甘草6g。由煎药室统一煎制，饮片加冷水浸泡30min，水面没过药材约3cm，武火煮沸后文火煎煮30min，滤取药液；第二煎加水适量，再煎20min，合并两次煎液，浓缩至300mL。分早晚两次温服，每日1剂。

加减规则：腹水明显、腹部膨隆者加茯苓30g、猪苓15g、大腹皮15g以加强利水渗湿；伴有明显黄疸者加茵陈15g、栀子9g以清热利湿退黄；兼见食少、便溏、神疲乏力等脾虚表现者加白术15g、党参15g以健脾益气。加减药物同样纳入煎剂，煎煮方法同前。治疗周期为4周，期间若出现恶心、腹泻等不适，可酌情将单次药量减半或暂停2~3d后恢复。

治疗周期为4周。两组治疗期间均记录不良事件。

1.4 观察指标

肝功能指标：采用全自动生化分析仪检测丙氨酸

氨基转移酶（ALT）、天门冬氨酸氨基转移酶（AST）、总胆红素（TBil）、白蛋白（ALB）。

腹水相关指标：通过腹部超声测量最大腹水深度（mm）；记录24h尿量（mL）；测量体重（kg）。

临床疗效判定标准：参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]关于肝硬化腹水的疗效标准。显效：腹水及水肿完全消退，主要症状消失，B超检查腹水阴性；有效：腹水及水肿明显消退，主要症状改善，B超检查腹水深度减少≥50%；无效：腹水无明显减少甚至加重，或需增加利尿剂剂量。总有效率=（显效+有效）/总例数×100%。

安全性指标：记录治疗期间出现的恶心、腹泻、电解质紊乱、肾功能异常等不良事件。

1.5 统计学方法

使用SPSS22.0软件分析，（ $\bar{x}\pm s$ ）表示计量资料，使用 t 检验；%表示计数资料，使用卡方检验， $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗后肝功能指标比较

干预后，观察组的ALT、AST、TBil水平明显低于对照组，ALB水平更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表1。

2.2 患者腹水相关指标及临床疗效比较

治疗后，观察组腹水深度明显低于对照组，24h尿量更高，体重降幅更大，观察组总有效率明显更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表2。

2.3 患者安全性指标比较

表1 两组患者治疗后肝功能指标对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	43	43	-	-
ALT（U/L）	58.64±15.23	45.32±12.18	4.479	0.001
AST（U/L）	62.18±16.47	48.76±14.33	4.031	0.001
TBil（ $\mu\text{mol/L}$ ）	36.91±10.25	28.45±8.72	4.122	0.001
ALB（g/L）	30.15±3.89	34.82±4.16	5.377	0.001

表2 两组患者腹水相关指标及临床疗效对比[n，（%）、（ $\bar{x}\pm s$ ）]

组别	对照组	观察组	t/χ^2	P
例数	43	43	-	-
腹水深度（mm）	48.65±18.22	32.18±15.34	4.535	0.001
24h尿量（mL）	1180.36±245.18	1520.45±286.73	5.911	0.001
体重下降（kg）	1.54±0.89	2.68±1.03	5.492	0.001
总有效率	27（62.79）	36（83.72）	4.808	0.028

3 讨论

肝硬化腹水是失代偿期肝硬化当中比较常见的一种并发症,其成因在于门静脉高压、低白蛋白血症、肾素-血管紧张素系统出现激活状况,进而致使腹腔内的液体出现异常积聚的现象。患病的患者通常会呈现出腹胀、腹围增大、呼吸困难、周围水肿等症状,生活质量会出现明显的下降情况^[5]。

常规治疗方式有对钠摄入进行限制、使用利尿剂、输入人血白蛋白、进行腹腔穿刺放液等操作,如果有需要还会施行经颈静脉肝内门体分流术^[6]。多数患者的腹水能够出现部分消退或者暂时消退的情况,然而大概有 10%至 20%的患者会转变为顽固性腹水,并且容易伴随出现电解质紊乱、肾功能损伤、自发性细菌性腹膜炎等状况,从长远来看复发率较高。

本研究结果显示,观察组在肝功能改善、腹水消退及尿量增加方面均优于对照组。白蛋白的提升幅度尤为突出,这反映了血府逐瘀汤加減对肝脏合成功能的改善作用。活血化瘀类型的中药能够对肝星状细胞的活化起到抑制作用,进而减轻肝纤维化的状况,为肝细胞的再生创造出更为有利的微环境^[7]。观察组的 24 小时尿量出现了增加的情况,而且两组使用利尿剂的情况是一样的,这足以表明中药或许是借助扩张肾血管、增加肾血流量的方式来提高利尿剂的敏感性。然而目前这一推测还缺少直接血流动力学证据的支撑。在腹水深度得到改善的情况下,观察组内的标准差比较大,这表明个体应答存在差异^[8]。病程较短且伴有明显舌质紫暗或者瘀斑的患者,治疗效果更佳,然而由于样本量的限制,未能进行可靠的亚组分析。未来可考虑将舌脉特征、D-二聚体或者门静脉宽度当作筛选标志物,进行前瞻性富集设计研究。在临床有效率方面,观察组要优于对照组,不过回顾性设计很难避免选择偏倚,接受中药治疗的患者整体依从性或许更高,进而对结局产生影响。从理论层面看,“血不利则为水”在肝硬化腹水病理生理中获得了现代注解。本研究的有效性一定程度上反向验证了这一经典理论的临床价值。活血化瘀药物对于凝血功能存在障碍的肝硬化患者而言,有可能使出血风险增加。本研究当中,虽未观察到严重出血

事件发生,但 4 周的观察期时间较短,并不足以对长期安全性作出评估。另外,病例资料里部分中药加減的记录不够详细具体,而且也未对门静脉内径或者血流速度进行检测,这导致“活血化瘀能够降低门脉压力”这一核心假说缺少直接证据。

综上所述,血府逐瘀汤加減可通过改善肝功能与增强利尿响应两条路径辅助治疗肝硬化腹水,其价值体现在症状控制与中医理论临床转化两个层面。

参考文献

- [1] 朱欧鸽,张艳彬,王立业,等.清热利湿逐水加減方治疗湿热蕴结证肝硬化腹水患者的临床疗效及安全性[J].世界中西医结合杂志,2024,19(11):2251-2256.
- [2] 刘祎,杨漾,苏畅,等.基于 ACSL4 信号通路探讨血府逐瘀汤干预冠心病血瘀证大鼠铁死亡的作用机制[J].中国实验方剂学杂志,2025,31(06):27-38.
- [3] 徐小元,丁惠国,李文刚,等.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.
- [4] 梁茂新,高天舒.《中药新药临床研究指导原则》脏腑诸证考察与分析[J].中国中医基础医学杂志,2008,(05):330-331+342.
- [5] 林勇,曾欣,胡平方.中国肝硬化临床诊治共识意见[J].临床肝胆病杂志,2023,39(09):2057-2073.
- [6] 石俊豪,赵晨露,李亚东,等.中药穴位贴敷治疗肝硬化腹水研究进展[J].中医学报,2023,38(07):1459-1467.
- [7] 刘巍,韩涛.血府逐瘀汤加減对乙型肝炎肝硬化失代偿期肝纤维化及炎性因子的影响[J].实用药物与临床,2021,24(09):821-825.
- [8] 吴阳,董汾,王克穷,等.血府逐瘀汤联合恩替卡韦治疗瘀血阻络型乙型肝炎肝硬化代偿期患者的临床效果[J].广西医学,2024,46(09):1366-1372.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS