

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.05.015

基于通补理论分期辨治肝硬化腹水经验

董海航¹, 蔡雨洁², 张会芹¹, 陈艳¹, 涂钰莹¹, 王冬凌¹, 张引强[✉]

1. 中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场1号, 100091; 2. 山西中医药大学

[摘要] 认为肝硬化腹水患者具有正气衰少、邪实积聚的病机特点, 临床当以通补理论为基础, 分发作期与缓解期立法辨治, 并根据邪正演进趋势持衡通补权重。发作期应通重于补, 以通为补, 畅达三焦助水气流行, 明辨水湿瘀热轻重, 攻邪务尽, 避免伏病伤正, 待“衰其大半”之机以调整用药趋势; 缓解期当通补结合为主, 寓通于补, 兼清余邪防止闭门留寇, 同时积极治疗原发病, 以期愈病截根, 勿令腹水复作。

[关键词] 肝硬化; 腹水; 通补理论; 分期辨治

腹水是失代偿期肝硬化患者出现的常见并发症, 也是肝硬化自然病程中疾病进展的重要标志^[1]。现代医学对肝硬化腹水的治疗方法以利尿、输注人血白蛋白、穿刺引流腹水为主^[2], 但本病易合并自发性腹膜炎、肝肾综合征等严重并发症, 导致远期预后不佳, 5年病死率可达44%~85%^[3]。本病属中医学“鼓胀”“水肿”范畴^[4], 病机复杂, 虚实难推, 古今医家对本病的病因病机认识各有侧重, 遣方施药不尽相同, 但多以气血水壅滞闭塞, 肝、脾、肾三脏亏虚之正虚邪实病机为主要矛盾^[5-6], 治疗强调运用疏利三焦、清热利水、行气活血等法^[7-8]以补虚泻实, 消水除胀。基于临床实践, 我们以通补理论为指导, 分期辨治肝硬化腹水, 收效良好, 现总结如下。

1 通补理论的内涵

通补理论即通中有补, 寓补于通, 通补并用之理, 是临床治疗因虚致实、虚实夹杂疾病的常用法则^[9]。人体一身之脏腑经络气血, 通则用, 塞则废, 如《素问·灵兰秘典论篇》云:“主不明则十二官危, 使道闭塞而不通, 形乃大伤, 以此养生则殃”。《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》言:“若五藏元真通畅, 人即安和。”经脉脏腑当以气血通

畅为常, 壅滞闭塞为病; 叶桂也在《临证指南医案》中提出“腑病以通为补”“通补为宜, 守补则谬”的通补观点。通与补联系紧密, 如《理渝骈文》言:“气血流通即是补”, 以通为补, 以补为通, 正应阴阳互根互长之道。通补理论具体应用于病证治法方面可追溯于《素问病机气宜保命集》中, 言:“通, 留而不行为滞, 必通剂以行之, 补, 不足为弱, 必补剂以扶之”。对于因本虚标实而致有形实邪闭塞脏腑经络的疾病而言, 病邪因虚而盘踞, 正虚无力推动, 临证时一方面需要重视因虚致实的主要矛盾, 行温清消导、攻逐通利等通法以化滞达邪, 散消瘀浊, 使机体脏腑通畅, 气机升降复常; 另一方面还需视气血阴阳偏颇, 兼以培本补虚, 充养气血, 并令补而不滞, 补而不守, 以补为通, 令正气充足, 调达流行得以鼓邪外出, 同时避免用药呆补滋腻, 令已虚之体无力运化输布精微, 反致壅塞碍邪, 害病生变。

2 基于通补理论认识肝硬化腹水

慢性肝病迁延发展至肝硬化阶段, 肝体受痰瘀毒邪所累, 邪实积聚, 伐伐正气, 以致本虚而标实, 一身气血津液代谢输布障碍, 由是肝脾不和, 土郁木壅, 脏腑气化失司, 清浊难分, 枢机不利, 以致水湿内停。久则累及肺肾, 水液不能气化, 气机无以宣降, 三焦壅滞不通, 郁久化热, 水湿邪热相合, 下流肾间, 聚水停于腹腔, 膜满闭塞, 难清难解, 水液代谢紊乱, 鼓胀由生。前人皆以鼓胀属

基金项目: 中国中医科学院科技创新工程课题(CI2021A00805); 中国中医科学院西苑医院提升中医药临床循证证据级别研究专项(XYZX0201-23); 全国中医特色临床技术传承骨干人才支持项目(010070011); 中国中医科学院西苑医院“青师计划”项目

✉ 通讯作者: zhyq992@163.com

本虚标实之重症、难症，不耐攻伐而畏投攻逐清利之峻药烈剂，如《张氏医通》即有“胀病本虚而证实，攻补两难，攻之不可，补之无功”之说。然《素问·六元正纪大论篇》谓：“有故无殒，亦无殒也。”水液停聚，伏留则生变，以通法尽消腹水，此时适当应用攻逐通下等峻烈药物，以偏纠偏，正如《类经》所言：“大积大聚之故，有是故而用是药，所谓有病则病受之”。攻逐通下务必中病即止。待水邪衰之大半，即减攻伐之峻药而多伍平调之品，融会通补之道，合于阴阳互根之理，斟酌损益。肝硬化失代偿期患者久病体衰，遣方用药时需密切关注病情变化，通补结合，不可一味应用攻伐之品，损耗正气，水液塞闭腹腔，需塞因塞用，以补为通，鼓舞正气生化转输，于通利之中培本扶正，通阳化滞行水，助力已虚之体鼓邪外出。临证可依四诊察色按脉以辨脏腑盛衰，灵活变通，亦可据现代医学生化与影像学证据监测机体状态，通过输注人血清白蛋白、调节电解质平衡、预防感染及保肝护肾等支持治疗手段改善肝硬化腹水患者的体内环境稳态与营养情况，并客观评估邪正消长之势，中西医协同，充分发挥中药增效减毒之优势，明辨邪衰大半之时机，动态调节通与补的立法用药。

3 “持衡通补”分期论治肝硬化腹水

肝硬化腹水的临证辨治需明辨通与补两种治法的动态平衡，准确把握“有故无殒”与“过则伤正”的用药尺度。基于上述观点，结合临床指南^[10]，我们将肝硬化腹水分为发作期和缓解期以辨治立法：经超声、核磁等影像学诊察见有腹水能定量定位，积液逐渐增加乃至不经穿刺引流操作难以控制者为发作期；若腹水经治病情改善，症状由重转轻，影像学检查可见腹水消除或能够基本控制者，为缓解期。

3.1 发作期：通重于补，攻邪务尽

欲除腹中水湿痰饮之邪，当予邪以去路，通补兼施，以攻为补，勿令水邪久留反复，邪恋则易生变，如徐灵胎在《医学源流论》中云：“若留其病不使去，虽强壮之人，迁延日久，亦必精神耗竭而死”。治疗早期，当遵有故无殒之意，以通治法为基础，通中兼补，通重于补，畅达三焦，积极清利腹中湿热浊邪。肝硬化腹水病机复杂，临证还需根据气滞、水湿、瘀热等邪实偏重而变通用药，如水湿壅盛者逐之，瘀热交结者化之，通治与变通并行，法依证转，主次呼应，攻邪务尽，令水邪大

去，湿浊外达。

3.1.1 通治法：畅达三焦，通中兼补以制水 肝硬化腹水的消退过程应顺应人体水液代谢的正常运化规律，若水热蕴结腹腔，湿浊氤氲弥漫，阻滞气机，致三焦气化不利，腹水难以宣利通降，然治之分利则恐伤及津液，直折湿热则惧寒药碍于气化，育阴徐图更易滋腻碍邪，需合用开上、畅中、泻下之法，通利三焦，行气消水，破壅降逆，使水湿蒸腾弥散，精微输布得宜，恢复肺、脾、肾三脏之气化功能。《中藏经》云：“三焦通则内外、左右、上下皆通也。其于周身灌体，和内调外，荣左养右，导上宣下，莫大于此也。”治之可用苍牛防己汤^[11]、白玉消胀汤^[12]等以行气利水，畅达三焦，主以大剂量车前子（40~80 g）伍茯苓、泽泻等淡渗之品，配合通草、玉米须、白茅根等甘寒清热利湿，并伍川牛膝引水热下行；用蝉蜕、苦杏仁、麻黄、桑白皮开上焦助宣肃通利肺气，厚朴、槟榔、五加皮以和畅中焦，宽中降气，淫羊藿、桂枝、干姜以利下焦温阳利水化气。鼓胀病总属本虚标实，水液停聚当以通为用，扶正当以中焦为本，寓补于通，予大剂量生黄芪、炙黄芪（各40~60 g）伍人参、麸炒白术、淫羊藿等以温运中阳，益气利水。《神农本草经读》云：“生黄芪禀少阳之气，入胆助中正之气，入三焦而助决渎之用”，以无形之气胜有形之水、血，俾胃气来复则清浊升降复常。《形色外诊简摩》云：“苔乃胃气之所熏蒸，五脏皆禀气于胃。若通补得宜，腹水渐消，原本经一味攻伐，阴虚津涸而致光红无苔之舌面渐见白苔隐隐，不易拭去，则提示药已中病，胃气可复”，如此则水液输布通利，荡寇不留邪，祛邪不伤正，是正治之法。

3.1.2 变通法：病机有异，攻逐利导，审势施策 大量腹水而腹胀膜满者，临床应根据水湿瘀热主要病机不同有所侧重，因势利导，行攻逐水邪、利水蠲饮、分消开泄等法，以畅水液输布之上、中、下三焦通路，开鬼门，通魄门，令腹水自二便分消。大量腹水者见腹部胀大，撑满难卧，需急用牵牛子、抽葫芦、葶苈子等逐水攻饮为先，并投生大黄、郁李仁、大腹皮等顺气通便，通达上下；若兼憋闷喘胀、胸腔积液者，更伍防己、椒目而成己椒苈黄丸，共奏提壶揭盖、泄肺行水制热之功。肝硬化腹水患者素体正气衰少，急下攻逐非长久之策，易着前利后害之弊，当循“衰其大半乃止”之理，于二便通利，腹胀改善，肢体浮肿渐消时去苦寒清泄之牵牛子、大黄等，更加甘寒淡渗之品通利

水湿, 清解余热。化湿清热需动态把握病机, 若湿重于热, 见眼睑肢体水肿、按之凹陷, 舌体胖大光滑者, 用冬瓜皮、冬瓜子、薏苡仁化湿利水; 热重于湿者, 见腹皮绷急、面赤舌红, 予冬葵子、猪苓、滑石等性寒滑利之品; 慢性肝病久病多瘀, 若气机滞涩则血行不畅, 血不利则为水, 法当理气活血, 用泽兰、益母草、水红花子、马鞭草等, 取其功专横行肝脾, 活血利水不伤正, 养血散结不留瘀之效; 络脉滞涩, 见皮肤赤丝血缕, 腹部青筋暴露, 舌下络脉青黑紫暗者, 当予通络化瘀之品, 如丹参、水红花子、王不留行以清经隧水瘀。若病程较久, 络脉绌急挛缩, 内蕴虚风萌动之机, 一般活血化瘀药难达病所, 宜参叶桂虫蚁搜剔与辛香通络之法, 以小剂量 (3~5 g) 水蛭、土鳖虫、地龙、蝼蛄等虫类药以攻通邪结, 化瘀利水, 并予白芍、茺蔚子等养阴活血利水之品和肝络而缓肝急。

3.2 缓解期: 通补同用, 兼清余邪勿使留寇

《温病条辨》言: “大凡体质素虚之人, 驱邪及半, 必兼护养元气, 仍佐清邪。” 进入消退期时, 有形腹水虽见清解, 但无形水湿仍停滞作祟, 令阴血津液无源新生, 此时单行除湿利水则有伤气阴, 填精养阴却嫌滋腻碍邪, 故临证时需审虚实之势以立法处方, 同时积极治疗肝硬化之本病以期恢复肝脏功能, 截断发病之根, 达到《素问·至真要大论篇》所言“疏其血气, 令其调达, 而致和平”的理想目标。

治疗上, 腹水缓解期患者仍需通利清解痰瘀水饮等余留邪浊, 可酌减利水清热之药力, 勿令冰遏邪气。瘀热伏络, 使腹水久罹, 并行调中畅气之法, 改善肝硬化腹水患者生活质量, 予柴胡、枳实、青皮以疏肝散郁行气, 条达少阳枢机; 纳呆腹胀者, 可用焦槟榔、鸡内金、木香等理脾开胃; 焦虑失眠者伍香附、佛手、贯叶金丝桃等解郁安神。腹水多属阴邪, 得阳热温煦则气化外散, 受阴精润养可通利畅达, 故扶正培本时需燮理阴阳, 补中兼通, 温运脾肾阳气兼顾肝肾之阴, 先后天同补同调, 润燥相济, 令水液化源有所依。《医宗金鉴》云: “土强自能制水, 阳健则能御阴”。鼓胀日久, 脾肾俱虚, 治以健脾升阳, 布散未尽水液, 畅达三焦, 使津血阴精得以来复, 恢复脾肾运化制水之生理功能, 避免水液再度蓄积。药用黄芪、人参、麸炒白术等辛甘温补之品助中州运化; 食少便溏、舌胖齿痕者, 可予茯苓、薏苡仁、山药健脾行水利湿; 畏寒肢凉、气短难续、小便清长者, 可投仙

茅、肉桂、沉香等温肾助阳之品; 通泻利水伤津耗液, 湿热久羁劳损气阴, 当予补养肝肾阴精, 固护脾胃阴液, 潜镇伏藏相火等法以濡润阴津, 流利血脉。不可滥用咸寒滋腻之品, 如阿胶、熟地黄等, 恐致虚不运药, 妨碍三焦气化, 令水湿自下焦排出的通道郁遏壅塞, 腹水不能速消而驻留生变, 可用兰豆枫楮汤^[13] 加减, 药用泽兰、黑豆、路路通、楮实子等, 共助益阴填精而不滋腻碍脾, 行气活血而不温燥动血, 利水渗湿而不伤阴耗气之功。若患者出现唇干舌燥、烦热震颤, 是真阴不足失于潜降伏藏, 水道干涸, 龙火上冲所致, 可用百合、石斛、知母等甘凉之品, 伍少量龟甲、麦冬、生地益阴填精, 令肾水旺则阴火自降。

4 验案举隅

患者, 女, 59 岁, 主因“肝硬化腹水反复出现 1 年, 加重 2 周”于 2023 年 7 月 16 日就诊于肝病科门诊。患者 1 年前因乏力、腹胀就医, 超声检查示腹腔积液, 于当地医院诊为“肝硬化腹水”, 并行保肝、利尿、补蛋白、改善电解质紊乱等对症支持治疗, 起初效果明显, 然未经月余腹水旋即再作; 此后反复住院治疗 3 次, 效果不显, 既往原发性胆汁性肝硬化病史 3 年余, 规律服用熊去氧胆酸胶囊 250 mg, 每日 3 次。患者因求中医治疗来院诊治, 现症见: 面色苍黄, 形体瘦弱, 腹部胀大, 颈部可见赤丝血缕, 口唇紫暗而干, 右胁及腹部胀满, 青筋暴露, 神志尚可, 倦怠乏力, 嗜睡懒言, 烦躁口干, 每于夜间 1 至 3 时易醒, 醒后难以入睡, 纳谷不馨, 喜食甘凉水果, 小便短黄, 淋漓不尽, 每日尿量不足 800 ml, 大便干结, 二三日一行; 舌质略红而胖大, 边有齿痕, 舌苔黄腻, 左关脉独滑, 寸尺脉弦细, 右脉沉。专科查体: 叩诊移动性浊音试验 (+), 颈部蜘蛛痣 (+)。辅助检查: 丙氨酸氨基转移酶 45.7 U/L, 天冬氨酸氨基转移酶 41.6 U/L, 谷氨酰转移酶 137.4 U/L, 碱性磷酸酶 78.3 U/L, 总胆红素 29.9 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 21.6 $\mu\text{mol/L}$ 。肝胆胰脾彩超示: 肝硬化, 脾大, 门静脉增宽; 超声示腹腔积液最深约 11.7 cm, 内可见肠管漂浮。西医诊断: 原发性胆汁性胆管炎, 肝硬化腹水, 脾大; 中医诊断: 鼓胀 (湿热蕴结、气滞血瘀、肝郁脾虚证), 分期为发作期。治法: 清热逐水, 益气升阳。用药如下: 黄芪 40 g, 人参 10 g, 白术 20 g, 茯苓 30 g, 白茅根 30 g, 车前子 60 g (包煎), 葶苈子 15 g (包煎), 牵牛子 15 g,

冬葵子 20 g, 水红花子 20 g, 泽泻 15 g, 泽兰 20 g, 冬瓜皮 30 g, 玉米须 30 g, 抽葫芦 15 g, 郁李仁 30 g, 大黄 10 g (后下), 5 剂, 浓煎 100 ml, 早晚饭后半小时服用; 西医予输注人血清白蛋白、抗感染、保肝利胆等对症治疗, 利尿予布美他尼片 1 mg 联合螺内酯片 40 mg 每日 2 次, 早午饭后口服。

2023 年 7 月 21 日二诊: 患者体力可, 神志清, 腹胀减, 食欲好转, 仍口干欲饮, 夜间醒后可再入睡, 大便成形, 日一二行, 小便色淡黄, 尿量增多, 每日可达 1500 至 1800 ml, 复查超声示腹腔积液最深约 8.9 cm; 舌质由略红胖大转为略红不胖, 可见少量裂纹, 舌尖少苔, 舌中及舌根苔白而略干。左关脉滑, 寸尺沉细, 右脉沉滑而缓。于初诊方中去大黄、郁李仁、葶苈子, 加石斛 15 g、大腹皮 30 g、桂枝 10 g, 8 剂, 煎服法及西医治疗同前。

2023 年 7 月 30 日三诊: 患者腹胀不适缓解, 乏力感明显改善, 大便先干后稀, 日一至二行, 小便较前色淡, 每日 1200~1600 ml, 舌面光红, 舌质瘦, 舌根部可见散布白苔, 左关脉缓滑, 寸尺略细, 右脉略缓。超声示腹盆腔积液最深处约 5.7 cm, 复查肝功能示谷氨酰转氨酶 75.4 U/L, 余指标未见明显异常。于二诊方中易白术为麸炒白术 20 g, 去冬葵子、泽兰、人参, 更加黑豆 15 g、丹参 20 g、醋鳖甲 15 g (先煎), 14 剂, 煎服法同前, 西医停补蛋白、抗感染治疗, 保肝利胆、利尿方案同前。

2023 年 8 月 13 日四诊: 患者无不适, 舌质淡红, 舌体略瘦薄, 舌面散见少量白苔, 拭之不去, 左寸关脉滑, 尺脉沉, 右寸脉略沉, 关尺脉滑, 复查超声未见明显腹腔积液, 肝功能检查未见异常。于三诊方中去冬瓜皮、抽葫芦, 车前子减为 40 g, 加土鳖虫 10 g、北柴胡 10 g、黄芩 12 g、炒白芍 15 g, 并减用西药利尿药为隔日午饭后服用一次, 保肝利胆方案改为口服熊去氧胆酸 250 mg 每日 3 次, 嘱患者规律复诊。

此后患者续于门诊规律对症调治, 末次随访时间 2024 年 3 月 17 日, 超声检查示腹水未再复发。

按语: 本案患者为中老年女性, 病程迁延, 西医疗效不佳, 本次发病势较急, 病情严重, 且拒绝穿刺引流等有创操作, 故采用中西医结合内科治疗。患者体质素虚, 肝络瘀痹, 戕伐少阳生发之气, 致肝用失常, 疏泄失司, 肝病传脾, 木不疏土, 中州不运, 脾虚气陷, 故见倦怠嗜卧、纳呆腹胀, 此外, 西医久用利尿之法, 耗伤肝肾阴液, 见口干烦躁, 夜间易醒, 形成阴阳两虚、本虚标实之

顽局。本次来诊, 患者以水热湿瘀交结为标实主因, 湿热蕴结中焦则舌苔黄腻、便干尿黄, 气滞血瘀故见面颈部赤丝血缕, 口唇紫暗而干。《格致余论》言: “清浊相混, 隧道壅塞, 气化浊血瘀郁而为热。” 瘀久生热, 热灼津液为痰, 痰瘀互结, 与水湿相搏, 壅塞三焦水道, 致清浊失司, 因而腹水反复发作, 不易根除。其病位在肝、脾、肾, 涉及上中下三焦, 呈现 “闭、瘀、热” 交织态势, 更合通补理论中 “因虚致实, 邪实闭塞” 之病机模型。治疗上, 遵《素问·标本病传论篇》中 “小大不利, 治其标” 之理, 以治标为急, 通补兼施, 以通为主, 取白玉消胀汤中茯苓、玉米须、抽葫芦、白茅根、冬瓜皮等为基础清热逐水, 更大剂量车前子以折其水势, 利小便而不走气, 并予黄芪、人参益气升阳, 伍泽兰、水红花子、冬葵子化瘀利水, 并遵 “有故无殒” 之意, 投牵牛子、抽葫芦、葶苈子峻攻逐水, 取大黄推陈致新, 郁李仁滑脱通利, 白术健脾利水通便之功而分消走泄, 兼法合用以制方。如此水热湿瘀得以清解速消, 二便通利腑气畅达, 同时通中兼补, 使气血水转输有源。二诊时患者体力及精神状态好转, 腹水衰之大半, 腹胀渐消, 舌象亦提示水热瘀血渐退, 真阴亏耗之本相显露, 知药已中病, 清浊升降有序, 三焦得通, 津液输布逐渐恢复。虑及患者久病体衰不耐攻伐, 去峻猛寒凉之大黄、郁李仁、葶苈子, 并伍石斛养阴除热益胃, 大腹皮除湿宽中行水, 桂枝温阳化气通经, 补中兼通, 于滋阴之中鼓舞久积中下二焦之湿浊, 助其自中焦斡旋重新参与水液代谢, 并经下焦温煦气化自小便排出。三诊时患者腹胀、乏力等不适感基本缓解, 大便通畅, 舌红而瘦, 舌苔近无, 此为水热湿浊得以清利, 阴损劳伤亟须充养, 予黑豆益精利水, 鳖甲养阴散结, 更伍丹参养血活血通络。服药 1 个月后复查超声未见明显腹腔积液, 且舌面隐隐可见少量白苔, 《伤寒论本旨》云: “舌苔由胃中生气所化”, 此知病水始除, 胃气尚能恢复, 得胃气者生, 故预后尚可, 标病尽除而肝脾肾之三阴本虚得补, 故于三诊方中减轻通利水液之药力以涤除水湿, 兼清余邪; 肝体阴而用阳, 方中加柴胡、黄芩、白芍以斡旋枢机, 柔肝养阴, 土鳖虫更可活血散结, 祛瘀通络, 使全方通而不燥, 更助软肝散结之力^[14], 以期愈病截根。之后随访, 患者腹水未再复发, 体力明显改善, 二便通畅, 舌上白苔隐隐而不易拭去, 提示治疗有效。本案以通补理论为指导, 抓住本虚标实这一主要矛盾, 根据邪正

盛衰的疾病演进趋势明确分期, 准确把握攻邪、中病、邪衰之时机, 持衡通补权重, 动态调整用药方案, 有效干预难治性肝硬化腹水并取得较好疗效。

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(2023)[J]. 临床肝胆病杂志, 2023, 39(12): 2775-2781.
- [2] KRAG A, BENDTSEN F, HENRIKSEN JH, et al. Low cardiac output predicts development of hepatorenal syndrome and survival in patients with cirrhosis and ascites[J]. Gut, 2010, 59(1): 105-110.
- [3] DAMICO G, MORABITO A, D'AMICO M, et al. Clinical states of cirrhosis and competing risks[J]. J Hepatol, 2018, 68(3): 563-576.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 鼓胀中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(11): 945-951.
- [5] 李林蔓, 刘俊宏, 王淼蕾, 等. 国医大师周信有论治肝硬化腹水经验总结[J]. 中国中医药信息杂志, 2023, 30(7): 170-173.
- [6] 周丽平, 周静汶, 叶放. 国医大师周仲瑛辨治肝硬化腹水经验[J]. 吉林中医药, 2024, 44(1): 33-37.
- [7] 武璇, 郑鑫卓, 牛作虎, 等. 浅析关幼波“十纲辨证”在顽固性肝硬化腹水中的运用[J]. 北京中医药, 2023, 42(11): 1168-1171.
- [8] 阮清发, 林立, 康旻睿, 等. 康良石治疗乙型肝炎肝硬化腹水经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(9): 923-926.
- [9] 刘红喜, 梁晓, 魏竞竞, 等. 基于通补理论探讨脑梗死的辨治思路[J]. 中医药学报, 2023, 51(4): 11-14.
- [10] 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(08): 813-826.
- [11] 胡荣昕. 运用方药中经验方治疗肝硬化腹水的体会[J]. 辽宁中医杂志, 2005, 32(11): 1173.
- [12] 李振玉, 周中辰, 高宗娣. 白玉消胀汤治疗肝硬化腹水[J]. 山东中医杂志, 2004, 23(2): 92.
- [13] 邹良材, 朱世楷, 尤松鑫. 兰豆枫楮汤治疗(阴虚型)肝硬化腹水[J]. 江苏中医杂志, 1980(5): 22.
- [14] 柳诗意, 张引强, 刘燕玲, 等. 不同活血化癥法分阶段辨证干预乙型肝炎肝纤维化的临床疗效研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(11): 1457-1461.

Experience in Staged Differentiation and Treatment of Cirrhotic Ascites Based on the Theory of Tonification and Purging

DONG Haihang¹, CAI Yujie², ZHANG Huiqin¹, CHEN Yan¹, TU Yuying¹, WANG Dongling¹, ZHANG Yinqiang¹

1. Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100091; 2. Shanxi University of Chinese Medicine

ABSTRACT It is believed that patients with cirrhotic ascites exhibit a pathological mechanism characterized by the decline of healthy *qi* and the accumulation of pathogenic factors. Clinically, treatment should be based on the theory of tonification and purging, with a staged approach distinguishing between the active phase and the remission phase. The balance between tonification and purging should be adjusted according to the progression of pathogenic and healthy actors. In the acute phase, purging should take precedence over tonification, using purging as a means of tonification to facilitate the flow of water and *qi* through the triple energizer. The severity of water retention, dampness, blood stasis, and heat should be carefully assessed to ensure thorough elimination of pathogenic factors while avoiding harm to healthy *qi*. Medication adjustments should be made once the pathogenic factors are significantly weakened. In the remission phase, an integrated approach combining both tonification and purging should be adopted, incorporating purging within tonification to clear residual pathogens and prevent recurrence. Concurrently, proactive treatment of the underlying disease is essential to achieve complete recovery and prevent the recurrence of ascites.

Keywords cirrhotic; ascites; theory of tonification and purging; staged differentiation and treatment

(收稿日期: 2024-06-24; 修回日期: 2024-08-19)

[编辑: 贾维娜]