

肝硬化腹水中西医结合诊疗专家共识(2025年)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

通信作者: 刘成海, chenghailiu@hotmail.com; 李军祥, lijunxiang1226@163.com

摘要: 肝硬化腹水是一种高发且易复发的临床病症,本共识融合了中西医对肝硬化腹水的理解,从病因病理、诊断技术到治疗策略进行全面梳理,展现了本领域最新的研究进展,强调了中西医结合在缓解症状、控制病情进展及提升患者生活质量方面的优势,突出临床实用导向。

关键词: 肝硬化; 腹水; 中西医结合; 诊断; 治疗学; 共识

Expert consensus on integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of cirrhotic ascites (2025)

Digestive System Diseases Professional Committee of Chinese Association of Integrated Medicine

Corresponding authors: LIU Chenghai, chenghailiu@hotmail.com; LI Junxiang, lijunxiang1226@163.com

Abstract: Cirrhotic ascites is a highly prevalent and recurrent clinical condition. This consensus integrates the understanding of traditional Chinese and Western medicine on ascites caused by liver cirrhosis, comprehensively reviews the etiology, pathology, diagnostic techniques, and treatment strategies, presents the latest research progress in this field. Moreover, it emphasizes the advantages of combining traditional Chinese and Western medicine in relieving symptoms, controlling disease progression, and improving patients' quality of life, and highlights the clinical practical orientation.

Key words: Liver Cirrhosis; Ascites; Integrated Traditional Chinese Medicine & Western Medicine; Diagnosis; Therapeutics; Consensus

腹水是肝硬化最为常见的并发症之一,也是肝硬化病程由代偿期进入失代偿期的重要标志。中国中西医结合学会消化疾病专业委员会于1993年11月在洛阳召开的第五届学术交流会上制定了《肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效标准》^[1],2003年在重庆第十五次全国中西医结合消化会议上修订成《肝硬化中西医结合诊治方案》^[2],并于2011年达成了《肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见》^[3]。肝硬化腹水诊疗上有一定的复杂性与难治性,中西医结合在治疗肝硬化腹水上颇具特色与优势,自从2011版《肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见》公布以来,中西医结合诊疗肝硬化腹水的临床与基础研究方面均有许多进展,因此有必要对中西医诊疗共识意见进行更新,以满足临床实践的需要。

本共识结合国内外现有诊治指南和中医的诊疗特

点,依据循证医学的要求,广泛搜集文献资料,对肝硬化腹水的中西医结合诊疗经验归纳总结,并征求国内中西医结合专家的意见,完成肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见制定工作。

本共识旨在帮助临床医师对肝硬化腹水的临床诊断和治疗做出正确合理决策。由于肝硬化腹水的复杂性与相关研究进展的迅速性,本共识仍将需要根据临床实践与研究发展不断更新和完善。

1 术语和定义

肝硬化腹水: 由各种原因引起的肝硬化导致的腹腔内积聚的游离液体超过200 mL。

肝硬化腹水是多种病因所导致的慢性进行性、弥漫性肝病发展至肝功能失代偿期出现的最突出的临床表

现之一。正常人腹腔内有少量游离液体,当腹腔内积聚的游离液体超过200 mL时称为腹水。

2 流行病学

腹水是失代偿期肝硬化患者常见且严重的并发症之一,是肝硬化自然病程进展的重要标志,约占住院肝硬化患者的2/3,约50%的代偿期肝硬化患者10年内会出现腹水^[4]。一旦出现腹水,1年病死率约为20%,5年病死率约为44%^[5]。

3 发病因素和病因病机

3.1 现代医学对发病因素的认识 肝硬化是由多种病因导致的慢性肝病的终末期病变,病因包括:嗜肝病毒、寄生虫等感染性疾病,酒精、药物或毒物等化学性因素,代谢相关脂肪性肝病,自身免疫性肝病,遗传、代谢性疾病,循环障碍等。肝硬化腹水的形成机制复杂,常由多个因素共同作用导致,门静脉高压是腹水形成的主要原因,内脏血管扩张、肾素-血管紧张素-醛固酮系统活性增强、低白蛋白血症、淋巴回流受阻及肠道菌群移位等在腹水的形成中发挥重要作用^[5]。

3.2 中医病因病机 中医学认为肝硬化腹水属“鼓胀”范畴,病因多样。虫毒感染、酒食不节,黄疸、胁痛以及积聚失治误治等是肝硬化腹水的常见原因,情志所伤、劳欲过度、外感邪毒等常是诱发本病和加重的因素。

本病病位在肝、脾、肾三脏。病性为本虚标实,虚为肝脾肾亏虚,或阳气衰微,或阴血不足;实则常为气、血、水、毒互结。在病变不同阶段与不同体质的患者其病机表现及其演变又各有特点。初期多以实为主,肝脾先伤,肝失疏泄、脾失健运,乃致气滞湿阻。湿浊内停,既可阻滞气机、郁久化热而成湿热蕴结;又可因患者素体阳虚,湿从寒化而成寒湿困脾之证;肝失疏泄、气滞血瘀,又可致血气凝聚,成肝脾血瘀证。肝脾日虚,病延及肾,肾火虚衰,不但无力温助脾阳、蒸化水湿,且开阖失司、气化不利,而致阳虚水盛;若阳伤及阴,或湿热蕴久,湿聚热郁,热耗阴津,则肝肾之阴亏虚,肾阴既损,阳无以化,则水津失布、阳虚水停,故后期以虚为主。

本病积久而成,正气日耗,肝、脾、肾三脏俱损,不能行血及运化水湿,终致气滞、血瘀、水停,而邪实久停,又可耗伤正气,互为因果。因此,该病病机复杂,病变不同阶段均有“本虚标实”特点,只是虚实偏重不一而已。

4 诊断

4.1 西医诊断

4.1.1 临床表现

4.1.1.1 症状 可见乏力、食欲不振、体质量减轻、腹胀、大便溏薄或便秘、性功能减退、月经不调等。少量腹水患者可无明显症状,或仅有餐后腹胀。中、大量腹水表现为明显腹胀,餐后尤甚,或伴尿少、双下肢水肿。

4.1.1.2 体征 少量腹水体格检查常不能发现;中等量腹水可见全腹饱满或微隆,腹水量>1 000 mL时,腹部移动性浊音阳性;大量腹水可见全腹隆起或呈蛙状腹,出现液波震颤,可并发脐疝。可伴慢性肝病面容、肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张、脾肿大、下肢凹陷性水肿等。严重患者可出现黄疸、意识障碍、扑翼样震颤,并发自发性细菌性腹膜炎(spontaneous bacterial peritonitis, SBP)者可出现腹部压痛、反跳痛与肌紧张等。

4.1.2 相关检查

4.1.2.1 影像学检查 ①超声检查可见有肝硬化征象,如肝脏表面欠光滑、呈波浪状甚至明显凹凸不平;肝实质回声明显增强、不均、光点粗大、呈结节样;肝内血管走向紊乱或显示不清;门静脉直径增宽;脾脏增大,脾静脉直径增宽、扭曲。可检出少量的腹水,并可估计腹水量。②计算机断层扫描(CT)与磁共振成像(MRI),两者均可检测腹水的存在部位与液体量多少,并观察肝脏大小、外形改变、脾脏肿大与门静脉高压征象,判断肝脏与腹腔有无占位性病变等。③内镜或钡餐X线上消化道造影:可发现是否存在食管胃静脉曲张及其曲张程度。

4.1.2.2 实验室检查 ①血常规:检查可有贫血,脾功能亢进时血小板、白细胞降低明显。②肝功能:转氨酶、胆红素可升高,白蛋白、前白蛋白、白/球比例及胆碱酯酶活力下降,凝血酶原时间延长及其国际标准化比值(INR)增高;肾损伤时血清肌酐升高等。③腹水检测:对初发的腹水、腹水治疗效果不佳或怀疑SBP时原则上均应腹水检查。观察腹水外观,并进行腹水常规和生化检查,包括比重、细胞分类及计数、腹水蛋白测定等,以区分腹水的性质(漏出液、渗出液)。且同时检测血清与腹水中的白蛋白水平,计算血清腹水白蛋白梯度(serum ascites albumin gradient, SAAG),即:血清白蛋白浓度-腹水白蛋白浓度(同日内测得的腹水白蛋白)之值,以区分门静脉高压性(SAAG>11 g/L)或非门静脉高压性(SAAG<11 g/L);出现腹水怀疑感染时,应床旁用血培养瓶进行腹水细菌培养及药物敏感试验,并腹水腺苷脱氨酶检测及必要时腹水

浓缩找抗酸杆菌以除外结核感染;怀疑肿瘤时应行腹水肿瘤标志物和脱落细胞学检查。

4.1.3 诊断^[5]

4.1.3.1 诊断思路 对怀疑肝硬化腹水患者需进行腹水程度、性质、分型、相关疾病原因等评价与判断。

4.1.3.2 评价腹水程度 少量腹水体格检查较难发现,需影像学检查;中等量以上的腹水常出现腹胀及腹围增大,体检可见腹部膨隆、脐凸、移动性浊音阳性甚至液波震颤阳性。腹水程度可分为3级。1级(少量):腹水仅可经超声或其他影像学检查探及,超声下腹水深度<3 cm;2级(中量):腹水导致腹部中度的、对称的膨隆,超声下腹水深度3~10 cm;3级(大量):腹水导致明显的腹部膨隆,超声下腹水深度>10 cm。

4.1.3.3 判断腹水性 质 若SAAG>11 g/L,则多为门静脉高压等引起高梯度类腹水;若SAAG<11 g/L,则为腹膜结核、腹腔肿瘤等低梯度类腹水。通过细胞计数等腹水常规及生化检查,可以判断腹水性 质是漏出液或渗出液。并可通过细胞学等检查,判断腹水的良恶性 质。肝硬化腹水多为漏出液、高梯度(SAAG>11 g/L),当并发SBP时可变为渗出液,可呈淡血性。

4.1.3.4 探寻腹水的疾病原因 腹水主要由肝硬化引起,但是约15%的腹水是非肝硬化所引起的。因此,首先需要鉴别腹水患者是否存在肝硬化。肝功能、超声等生化与影像学检查可判别肝硬化,当肝硬化证据不明确时,可从非肝硬化门静脉高压(如布加综合征)、心源性疾病、腹膜或盆腔肿瘤等角度考虑。对于肝硬化腹水的患者,尚需进一步明确其肝硬化的病因。

4.1.3.5 腹水分型 ①普通型腹水:通过休息、低钠饮食、利尿药、白蛋白等治疗可消退的腹水,无明显利尿药抵抗和利尿药相关并发症。②顽固型(难治型)腹水:5%~10%的患者疗效不佳,即表现为顽固型肝硬化腹水,包括利尿药抵抗和利尿药不耐受2种类型。我国诊断标准与欧美国家等稍有不同,2023年中华医学会肝病分会《肝硬化腹水诊疗指南》提出我国顽固型肝硬化腹水的参考诊断标准:利尿药物(螺内酯160 mg/d、呋塞米80 mg/d)治疗>1周或治疗性间断放腹水(4 000~5 000 mL/次)联合白蛋白(20~40 g·次⁻¹·d⁻¹)治疗2周腹水无治疗应答反应;或出现难以控制的利尿药物相关的并发症或不良反应,包括电解质紊乱、肾损害、肝性脑病等。需排除恶性腹水及窦前性门静脉高压引起的腹水。③复发型腹水:在限盐及应用利尿药物的情况下,1年内腹水复发≥3次。

4.1.3.6 肝硬化腹水并发症 肝硬化腹水可出现SBP、

肾损害[包括急性肾损伤(acute kidney injury, AKI)、肝肾综合征(hepatorenal syndrome, HRS)]、低钠血症、肝性胸水等并发症。①SBP临床表现为发热、腹痛、腹部压痛反跳痛及肌紧张,不典型患者可无以上表现,但是出现腹水增长迅速且对利尿治疗无反应,或肝功能持续恶化、新发或恶化的肝性脑病及AKI、腹水多形核粒细胞(PMN)>250个/mm³,可确诊SBP。②肝硬化腹水合并肾损害:AKI指血清肌酐(sCr)48 h内升高≥0.3 mg/dL(26.5 μmol/L),或者7 d内sCr升高至1.5倍基线值(基线值指3个月内的最近一次sCr值,如无则采用入院时检测值)。HRS分HRS-AKI与HRS-NAKI两型,HRS-AKI相当于既往的1型HRS,诊断标准为:存在肝硬化合并腹水;符合国际腹水俱乐部(International Club of Ascites, ICA)关于AKI的诊断:连续2 d停用利尿药并且使用白蛋白(1 g·kg⁻¹·d⁻¹)扩容治疗无效;无休克;目前或最近没有使用肾毒性药物(非甾体类抗炎药、氨基糖苷类、碘化造影剂等);无肾实质性疾病证据:无蛋白尿(>500 mg/d),无显微镜下血尿(红细胞>50个/hp),肾脏超声无异常。HRS-NAKI包括:HRS-AKD和HRS-CKD。HRS-AKD即在急性肾脏疾病(AKD)基础上符合HRS的标准;HRS-CKD即在慢性肾脏疾病(CKD)的基础上符合HRS标准。具体分期分型标准参见相关指南^[5]。③低钠血症的定义为血清钠<135 mmol/L,近一半的肝硬化腹水患者存在低钠血症,依据血钠浓度分轻度(126~135 mmol/L)、中度(120~125 mmol/L)、重度(<120 mmol/L)低钠血症。④肝性胸水是指没有任何心、肺和胸膜疾病,与肝硬化和门静脉高压相关的胸腔积液,常见于右侧胸腔,也可发生在左侧及双侧胸腔。

4.2 中医证候诊断^[6-7]

本病往往虚实夹杂,虚损生积是基础疾病肝硬化(肝积)的基本病机,而正虚邪实、血瘀水停则是肝硬化腹水的基本病机。在肝硬化腹水的不同阶段^[8],或患者感受不同病邪或体质各异,可表现出以下几种主要证型。

4.2.1 气滞湿阻证 主症:①腹胀按之不坚;②胁下胀满或痛,走窜不定。次症:①食少纳差;②食后胀甚,得嗝气、矢气稍减;③小便短少。舌脉:舌苔薄白腻,脉弦。

本证常见于普通型腹水,少见于顽固型及复发型腹水。

4.2.2 湿热蕴结证 主症:①腹大坚满,脘腹胀急;②口苦,小便赤涩;③大便秘结或溏垢。次症:①面目皮肤发黄;②纳呆、恶心;③胁肋隐痛;④烦热口干,渴不欲饮。舌脉:舌红、苔黄腻或兼灰黑,脉滑数或弦滑。

本证多见于普通型腹水,若伴有皮色苍黄、腹部脉络暴露、精神困倦萎靡,表明病重,多为顽固型及复发型腹水。

4.2.3 寒湿困脾证 主症:①腹大胀满,按之如囊裹水;②小便短少;③大便溏薄。次症:①身体困重,或肢体浮肿;②脘腹痞胀;③暖气、纳差;④精神困倦,怯寒懒动。舌脉:舌苔白滑或白腻,脉缓。

本证多见于普通型腹水,少见于顽固型及复发型腹水。

4.2.4 肝脾血瘀证 主症:①腹大而胀、腹壁青筋暴露;②胁下或腹内癥块、刺痛,固定不移;③小便不利。次症:①面色晦暗黧黑或见赤丝血缕;②面、颈、胸、臂出现血痣或蟹爪纹;③口干不欲饮水;④大便色黑;⑤手掌大、小鱼际处见充血斑点,色红或紫。舌脉:舌质淡紫或紫黯,有瘀点,脉涩或细涩。

本证多见于病久顽固型及复发型腹水。

4.2.5 脾肾阳虚证 主症:①腹大胀满,形如蛙腹,朝宽暮急;②面色苍黄或㿔白;③小便不利。次症:①神疲乏力,畏寒肢冷;②浮肿或下肢水肿;③脘闷纳呆;④便溏。舌脉:舌体胖、质紫,苔淡白,脉沉细无力。

本证多见于久病、重病者,或顽固型腹水。

4.2.6 肝肾阴虚证 主症:①腹大胀满,或见青筋暴露;②口干唇焦;③小便短少。次症:①时或鼻衄,牙龈出血;②面色晦滞;③心烦失眠或手足心热;④腰膝酸软。舌脉:舌红绛少津,苔少或光剥;脉弦细数。

本证多见于久病、重病者,或顽固型腹水。

辨证说明:①证型确定:具备主症2项加次症2项,或主症第1项加次症3项,参考舌象、脉象。证型确定以就诊当时的证候为准;②复合与兼夹证确定:同时具备2个或2个以上证者称为复合证(如气滞湿阻与湿热蕴结),若以1个证为主,另1个或几个其他证为辅的,为兼证型(前者称主证,后者称兼证)。

5 中西医结合治疗

5.1 治疗原则 既要针对明显的腹水体征,合理采用利尿剂、治疗性排放腹水等“治标”,又要尽量去除肝硬化病因与抗肝纤维化等“治本”。出现并发症时需积极针对并发症治疗,在肝硬化腹水的明显阶段与消退恢复期均应采用中西医结合治疗,以提高疗效。

5.2 西医治疗

参考美国肝病学会^[9]、欧洲肝病学会^[10]、中华医学会^[5]与中华中医药学会脾胃病分会^[11]的肝硬化腹水相关诊疗指南或共识意见。

5.2.1 限钠及休息 适当地限制钠的摄入在60~90 mmol/d(相当于食盐4~5 g/d)。若出现中度或重度低血钠症(血钠低于125 mmol/L)者,摄水量需控制在500~1 000 mL/d,否则不必严格限水。明显腹水,尤其是顽固型肝硬化腹水者,需重视卧床休息。

5.2.2 病因及抗纤维化治疗

5.2.2.1 对酒精性肝硬化患者 应严格戒酒。对乙型肝炎及丙型肝炎患者,需进行抗病毒治疗,由于肝功能失代偿,宜采用口服核苷(酸)类和直接抗病毒药物治疗。其他原因(如血吸虫性、自身免疫性、心源性等)引起的肝硬化,需针对不同的病因,参照相应的指南进行病因学治疗。

5.2.2.2 抗肝纤维化治疗 目标在于改善患者的肝脏功能与结构,延缓肝硬化失代偿的进展,中成药可用如扶正化瘀胶囊(1.5 g,3次/d)、扶正化瘀片(1.6 g,3次/d)或复方鳖甲软肝片(2 g,3次/d)或安络化纤丸(6 g,2次/d)等,或中医药辨证治疗。

5.2.3 腹水相关药物治疗

5.2.3.1 利尿药 对限钠、休息等措施无效或腹水明显患者应使用利尿药,常用药物为螺内酯和呋塞米,两者按5:2剂量比合用,既可增强疗效,又可减少不良反应。螺内酯为治疗的首选,初始剂量为40~80 mg/d,体质量无明显下降,可加服呋塞米20~40 mg/d,而后根据利尿效果调整剂量(可至螺内酯160 mg/d、呋塞米80 mg/d)。理想的利尿效果为每天体质量减轻0.3~0.5 kg(无水肿者)或0.8~1.0 kg(有下肢水肿者)。过度利尿会导致水电解质紊乱、肝性脑病、HRS等副作用,因此服药期间应监测体质量和血清中相关生化指标。男性患者长期服用螺内酯可引起乳房肿胀,如不能耐受可改用氨苯蝶啶。此外,托拉塞米、阿米洛利、氢氯噻嗪、布美他尼亦可选用。当常规利尿药物治疗应答差者或顽固型腹水合并低钠血症时,可应用选择性血管加压素V2受体拮抗剂(托伐普坦等),常用剂量:7.5~15.0 mg/d,口服,出现口渴应适当饮水以免血钠上升过快。一般连续应用建议不超过30 d。

5.2.3.2 人血白蛋白 低蛋白血症时可考虑补充人血白蛋白,以下情况下需积极使用白蛋白:①重复经腹腔大量放液(large volume paracentesis, LVP)治疗顽固型腹水时,需联合白蛋白(4 g/L左右);张力性腹水患者治疗性放腹水也需补充白蛋白。②肝硬化腹水伴SBP患者。③肝硬化腹水伴肾功能损害。新近报道长期使用白蛋白维持血浆白蛋白在较高水平可提高肝硬化腹水患者存活率、减少并发症的发生^[12]。

5.2.3.3 血管活性药物 ①特利加压素:乃选择性血管加压素V1受体激动剂的代表性药物,可收缩内脏动脉血管,降低门静脉血流量与压力,提高有效动脉血容量,改善肾脏灌注,从而缓解腹水等并发症。常用剂量:1~2 mg/次,静脉缓慢推注(至少15 min)或持续静脉点滴,每12 h 1次,有治疗应答则持续应用5~7 d,无应答,1~2 mg/次,每6 h 1次,有应答则持续5~7 d,无应答则可增大剂量,最大剂量12 mg/d。②盐酸米多君(甲氧胺福林),一种新型 α 受体激动剂,增加外周血管阻力,提高血压,常用剂量2.5~12.5 mg,3次/d。与奥曲肽联合应用,可增加肾小球滤过率、肌酐清除率、尿钠排泄等。常用剂量:奥曲肽100~200 μ g,皮下注射,3次/d。③去甲肾上腺素:主要激动 α 1受体,同时也激动 β 1受体,引起内脏及外周血管显著收缩,增加动脉压和改善肾功能,常用剂量0.5~3.0 mg/h。

5.2.3.4 非选择性 β 受体阻滞剂(NSBB) NSBB在肝硬化腹水患者中的应用存在争议,近年研究发现,NSBB在肝硬化合并顽固型腹水患者中的安全性良好,无须因出现顽固型腹水而停用^[13]。只要患者收缩压维持在90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)以上、血肌酐不高于1.5 mg/mL、血钠不低于130 mmol/L,可继续应用NSBB,但应避免过大剂量(普萘洛尔>80 mg/d^[9])。

5.2.4 非药物治疗

5.2.4.1 腹腔穿刺放液与腹水浓缩回输 对于顽固型腹水,在限盐及利尿治疗的基础上,LVP联合输注白蛋白可作为一线治疗,该方法可迅速缓解腹水与腹胀。单次放腹水量大于5 L时,每放1 L腹水应静脉补充白蛋白6~8 g,以防止发生腹腔穿刺后循环功能障碍。但是一次大量放腹水与短期内快速补充大量白蛋白有诱发电解质紊乱与肝性脑病、影响心肺功能等副作用,伴肝性脑病、消化道出血及出血倾向者不宜应用。

近年来放置腹水引流管、中小量间断排放腹水以治疗顽固型腹水的临床应用与研究越来越多,认为长期留置腹腔引流管经济有效,可作为LVP的替代措施。但目前多为小规模回顾性研究,尚需对其安全性与有效性进一步评估,并需加强局部护理,警惕诱发感染。

腹水浓缩回输。行腹腔穿刺引流,再将腹水超滤浓缩,然后将浓缩的腹水回输静脉或腹腔,可以明显减少腹水量,缓解症状,且无明显副作用,适用于大量或张力性腹水以及难治性腹水的姑息性治疗。并发SBP者禁用。

5.2.4.2 经颈静脉肝内门体分流术(TIPS) 对于需要频繁腹腔穿刺放液(>3次/周)或频繁住院患者(3次/月)或者

等待肝移植的患者,可考虑TIPS。推荐使用小口径聚四氟乙烯覆膜支架(<10 mm)以降低术后并发症。2021年Baveno VII门静脉高压共识推荐对于复发性腹水患者(1年内需要 ≥ 3 次大量排放腹水),无论是否存在静脉曲张或静脉曲张出血史,均应优先考虑进行TIPS^[14]。

5.2.4.3 肝移植 当肝硬化出现难治性腹水、HRS、慢性或慢加急性肝衰竭以及反复SBP时需考虑进行肝移植术。其禁忌证:其他重要脏器严重功能不全、肝外恶性肿瘤等。

5.2.5 不同类型肝硬化腹水的治疗策略

5.2.5.1 普通型腹水 对于初发或1~2级腹水,在低盐饮食的基础上,先可口服利尿药物,一般遵循“先单用再联合”“先小量再增量”“先常规再强效”的原则,首用螺内酯40~100 mg/d,效果不明显时再加服呋塞米20~40 mg,或加用托拉塞米5.0~20 mg/d等。低蛋白血症时输注人血白蛋白。

5.2.5.2 顽固型及复发型腹水 慎用NSBB及肾毒性药物,减量或停用利尿剂,停用血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体抑制剂。补充白蛋白或血浆,出现感染、低钠血症、肾损害等并发症时,参考以下“并发症治疗”。对于高张力性腹水,也可采用反复治疗性腹穿放液、自身腹水浓缩回输、TIPS。联合中药内服和外敷或可提高疗效。此外,应积极考虑肝移植术。

5.2.6 并发症治疗

5.2.6.1 SBP 确诊患者或具有典型临床表现如发热、腹部疼痛或压痛等的患者,应立即行经验性抗感染治疗。社区获得轻、中度SBP患者,首选三代头孢类抗菌药物或氟喹诺酮类单药治疗;院内感染SBP患者,应根据药敏试验或选择以碳青霉烯类为基础的经验性治疗。重症SBP可抗菌药物、人血白蛋白和血管活性药物联合使用。抗菌治疗应答差的患者,需考虑耐药菌和/或真菌性腹膜炎,耐药菌感染患者,可选择哌拉西林/他唑巴坦、头孢哌酮舒巴坦或碳青霉烯类抗菌药物联合达托霉素、万古霉素或利奈唑胺经验性治疗;真菌性腹膜炎可选择唑类或棘白菌素类等抗真菌药物。肝硬化腹水患者可采用利福昔明进行SBP二级预防。

5.2.6.2 肝硬化腹水合并肾损害 患者应积极治疗原发病、减量或停用利尿剂,停用具有潜在肾毒性的药物、血管舒张药或非甾体类抗炎药,控制肝性脑病,纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱等。AKI患者若可疑低血容量,需扩张血容量治疗;如怀疑合并细菌感染,应积极抗感染治疗;如果以上措施无效,且sCr>133 μ mol/L时,可积极采用特利加压素+白蛋白治疗。HRS-AKI主要方案有:①特

利加压素联合人血白蛋白:特利加压素初始剂量为0.5~1.0 mg,每4~6 h一次静脉滴注,最大剂量为2 mg/4 h。或2 mg/d持续静脉滴注,最大剂量为12 mg/d。并且使用20%浓度的人血白蛋白20~40 g/d。②去甲肾上腺素联合人血白蛋白:去甲肾上腺素持续静脉输注给药,起始剂量为0.5 mg/h,最大剂量为3 mg/h。监测平均动脉及尿量以调整去甲肾上腺素剂量。③米多君、奥曲肽联合人血白蛋白:米多君口服起始剂量为每8 h 2.5~7.5 mg、奥曲肽每8 h 100 μ g皮下注射,如肾功能无改善,剂量分别增加至每8 h 12.5 mg、200 μ g。另外可采用肾脏替代治疗、人工肝及肝移植治疗。HRS-NAKI患者可考虑应用TIPS。

5.2.6.3 低钠血症 无症状的轻度低钠血症除限水和监测外,无须特殊治疗。中度低钠血症推荐限水(1 000 mL/d)并停用利尿剂,严重低钠血症患者推荐更严格的限水和输注白蛋白。当血钠<125 mmol/L时应限制水的摄入,当血钠<110 mmol/L或出现低钠性脑病时,应静脉补充3%的氯化钠溶液。高渗盐水可快速纠正低钠血症,但本身会导致更多的水钠潴留,故一般不推荐用于纠正低钠血症。托伐普坦用于肝硬化患者低钠血症的治疗,但使用过程中应检测患者尿量、电解质和体征变化,24 h内血钠升高不能超过12 mmol/L。

5.2.6.4 肝性胸水 治疗原则同肝硬化腹水。一线治疗为限制钠盐(每日不超过2 000 mg)和利尿剂,如果患者出现呼吸困难可行短期治疗性胸腔积液引流。TIPS是常用的二线治疗,主要用于复发性肝性胸水的治疗。

5.3 中医药治疗

本病的病机特点为本虚标实,所以治疗原则的确立应在辨别虚实的基础上,选择合适的攻补兼施之法。如证偏于脾肾阳(气)虚与肝肾阴虚者,治法应以补虚为主,祛邪为辅;证偏重于气滞、血瘀、水停者,则宜祛邪为主,补虚为辅。勿攻伐太甚,导致正气不支,变生危象。此外,本病的共性病机特点为正虚血瘀水停,故需注意采用益气、养阴、活血、利水的基本治法,常用药物包括:黄芪、党参、白术、山药、丹参、赤芍、当归、茯苓、猪苓、泽泻等。

5.3.1 中医辨证治疗

5.3.1.1 气滞湿阻证 治则:疏肝理气,行湿散满。

方药:柴胡疏肝散(《景岳全书》)合胃苓汤(《世医得效方》)(柴胡、香附、郁金、青皮、川芎、白芍、苍术、白术、厚朴、茯苓、猪苓、陈皮等)。

加减:胸脘痞闷,腹胀,暖气为快,加佛手、沉香、木香等行气和胃;伴尿少、腹胀、苔腻者,加砂仁、泽泻等以行气化湿;伴神倦、便溏、舌质淡者,加党参、黄芪、干姜

等以健脾化湿;如兼胁下刺痛、舌紫、脉涩者,可加延胡索、莪术、丹参等行气化瘀。

证据支持:一项针对气滞湿阻型肝硬化腹水患者的临床试验表明,相较于对照组的常规保肝、利尿及补充白蛋白基础治疗,联用柴胡疏肝散合胃苓汤为主的试验组(疗程1个月)总有效率为92.9%,高于对照组患者的76.2%($P<0.05$),且试验组患者的腹水减少量、肝功能改善率显著优于对照组^[15]。另一项观察中,较之常规基础治疗的对照组,柴胡疏肝散合胃苓汤加减可明显改善气滞水停证肝硬化腹水患者的临床症状及Child-Pugh评分,提高综合疗效(93.3% vs 73.3%, $P<0.05$)^[16]。

经验方:行气化湿利水方。药物组成:柴胡10 g、枳壳10 g、川芎15 g、陈皮10 g、茯苓皮20 g、大腹皮30 g、桑白皮20 g、茯苓15 g、猪苓15 g、生白术20 g、泽泻15 g、桂枝5 g。此方为柴胡疏肝散、五皮饮、五苓散加减而成。

证据支持:一项临床研究发现,在西医常规治疗基础上,加用行气化湿利水方,能够有效消退腹水,改善患者临床症状及肝肾功能,降低腹水复发率,无明显毒副作用^[17]。

中成药:木香顺气丸,由木香、砂仁、香附、槟榔、甘草、陈皮、厚朴、枳壳、苍术、青皮组成。具有行气化湿,健脾和胃的功效。

用法用量:6~9 g/次,2~3次/d,口服。

证据支持:针对气滞湿阻型肝硬化腹水的临床试验证实,木香顺气丸联合消肿散神阙穴外敷可减少腹水量、改善胃肠道胀气,无明显副作用^[18]。

5.3.1.2 湿热蕴结证 治则:清热利湿,攻下逐水。

方药:中满分消丸(《兰室秘藏》)合茵陈蒿汤(《伤寒论》)(厚朴、枳实、姜黄、黄芩、黄连、干姜、半夏、知母、泽泻、茯苓、猪苓、白术、陈皮、砂仁等)。

加减:伴小便赤涩不利者,加滑石(包煎)、陈葫芦等以清热利湿;牙宣鼻衄者,加大蓟、小蓟、白茅根以凉血止血;便秘腹胀者,加生大黄、桃仁等以攻下逐瘀;热重发黄者,可加用龙胆草、茵陈等以清热利湿退黄;对腹大胀满,形体充实者,可试用舟车丸(《古今医统》)(大黄、黑牵牛、甘遂、大戟、芫花、橘红、木香、青皮、轻粉)以行气利水除满。

证据支持:一项针对湿热蕴结型肝硬化腹水患者的临床试验表明,相较于常规利尿及补充白蛋白等基础治疗的对照组,加用中满分消丸合茵陈蒿汤口服及中药外敷(甘遂、大戟、芫花、牵牛子、冰片)的试验组(疗程4周)总有效率为86.6%,优于对照组的70.0%($P<0.05$)^[19]。另一项中满分消丸加减治疗水热蕴结型肝硬化腹水的临床观察中,试验组较常规基础治疗的对照组总有效率

明显提高(77.4% vs 46.7%, $P<0.05$), 试验组的腹围以及肝功能改善均优于对照组($P<0.05$)^[20]。

经验方: 椒目泄水贴。药物组成: 椒目 30 g、葶苈子 30 g、白术 20 g、薏苡仁 20 g、大黄 15 g、黄芩 15 g、茯苓 15 g、厚朴 15 g、砂仁 15 g、白芍 20 g、甘草 9 g。功效: 清热利湿、行气利水。

证据支持: 临床观察发现椒目泄水贴联合西医基础治疗可改善湿热水停型肝硬化腹水患者的临床症状和体征, 减小腹围和减轻体质量^[21]。

中成药: 当飞利肝宁胶囊, 由当药、水飞蓟组成。具有清热利湿、益肝退黄的功效。

用法用量: 4粒/次, 3次/d, 口服。

证据支持: 一项随机对照临床试验证实, 当飞利肝宁胶囊联合拉米夫定对乙型肝炎肝硬化腹水的总体有效率较单独使用拉米夫定组明显升高(91.9% vs 72.6%), 且改善患者尿量、腹围、体质量、肝功能, 提高患者生存质量^[22]。

5.3.1.3 寒湿困脾证 治则: 温中健脾、行气利水。

方药: 实脾饮(《重订严氏济生方》)加减[白术、茯苓、制附片(先煎)、干姜、厚朴、木香、草果、槟榔、木瓜、炙甘草、大枣等]。

加减: 浮肿较甚, 小便短少, 可加肉桂、猪苓、泽泻、车前子温阳化气, 利水消肿; 如兼胸闷气促, 可加葶苈子、苏子、半夏等泻肺行水; 如胁腹痛胀, 可加郁金、香附、青皮、砂仁等理气和络; 如脘闷纳呆, 神疲, 便溏, 可加党参、黄芪、山药等健脾益气。湿浊中阻, 恶心呕吐者, 加陈皮、竹茹和胃降逆; 腹中冷痛者, 加乌药、小茴香、荔枝核散寒止痛。

证据支持: 一项针对寒湿困脾证型肝硬化腹水患者的临床研究表明, 相较于对照组的常规抗病毒与利尿等基础治疗, 实脾饮加减治疗4周后患者肝功能改善与腹水消退明显^[23]。

经验方: 加味苓桂浮萍汤。药物组成: 茯苓 20 g、猪苓 20 g、桂枝 10 g、泽泻 20 g、炒白术 15 g、干姜 10 g、浮萍 30 g、姜半夏 20 g、炒苦杏仁 10 g、甘草 3 g。

证据支持: 一项临床观察表明, 加味苓桂浮萍汤联合温灸针对乙型肝炎肝硬化顽固型腹水寒湿困脾证的疗效优于对照组, 可明显改善患者腹大胀满、脘腹胀痛、乏力、便溏等症状, 减少腹水与改善肝功能^[24]。

5.3.1.4 肝脾血瘀证 治则: 活血化瘀、行气利水。

方药: 调营饮(《证治准绳》)或膈下逐瘀汤(《医林改错》)加减(当归、赤芍、川芎、莪术、大腹皮、元胡、葶苈子、茯苓、桑白皮、陈皮、官桂、桃仁、槟榔、大黄等)。

加减: 胁下癥积肿痛明显, 可加丹参、地鳖虫、鳖甲, 或配合鳖甲煎丸内服, 以化瘀消症; 顽固型腹水, 反复发作, 加益母草、泽兰、水红花子活血利水。病久体虚, 或攻逐之后正气受损, 加八珍汤或人参养荣丸等补养气血。如大便色黑, 可加参三七、茜草、侧柏叶等化瘀止血。

证据支持: 一项临床研究证实调营饮治疗8周可改善患者临床症状及体征、改善肝肾肾功能指标、减轻腹水, 总体有效率优于对照组(86.67% vs 70%)^[25]; 另一项研究证实膈下逐瘀汤联合基础治疗, 能够有效地促进腹水的消退及肝功能的正常, 提高患者的生活质量^[26]。

经验方: 加减利水软肝汤。药物组成: 丹参、白茅根各 60 g、茯苓 20 g、茵陈 15 g、木通、莱菔子、大腹皮、陈皮各 10 g、木香 6 g、甘草 3 g。随症加减: 阳虚畏冷者加鹿角胶 10 g; 气虚腹胀者加黄芪 15 g, 去茵陈。

证据支持: 在一项观察加减利水软肝汤治疗气滞血瘀证肝硬化腹水的临床疗效的临床观察中, 观察组在对照组的常规治疗基础上加用利水软肝汤, 结果观察组总有效率为 97.4%, 对照组为 76.9%, 加减利水软肝汤可明显改善患者 24 h 尿量及腹围, 且作用安全^[27]。

中成药: 复方鳖甲软肝片, 由鳖甲、莪术、赤芍、当归、三七、党参、黄芪、紫河车、冬虫夏草、板蓝根、连翘组成, 具有软坚散结, 化瘀解毒, 益气养血的功效。

用法用量: 4片/次, 3次/d, 口服。

证据支持: 一项临床观察发现, 鳖甲软肝片联合恩替卡韦较单用恩替卡韦治疗, 可明显改善肝硬化腹水患者的临床症状与肝功能^[28]。

5.3.1.5 脾肾阳虚证 治则: 温补脾肾, 行气利水。

方药: 附子理中丸(《太平惠民和剂局方》)合五苓散(《伤寒论》)(制附子、干姜、人参、白术、猪苓、茯苓、泽泻、炙桂枝等)。

加减: 伴见神疲乏力, 少气懒言, 纳少, 便溏者, 加黄芪、炒薏苡仁、炒扁豆以健脾益气; 面色苍白, 怯寒肢冷, 腰膝冷疼痛者, 酌加肉桂、仙茅、杜仲温肾补阳。

证据支持: 一项附子理中汤合五苓散加减辅助肝硬化腹水脾肾阳虚型的临床研究发现, 与常规保肝利尿基础治疗的对照组相比, 加用附子理中汤合五苓散治疗的试验组2周后, 总有效率高于对照组(93.0% vs 72.1%, $P<0.05$); 且试验组的肝功能、腹水分级与中医证候改善均优于对照组($P<0.05$)^[29]。

经验方: 平鼓利水汤, 具体药物为制附子 6 g、生白芍 9 g、党参 9 g、炒白术 9 g、茯苓 12 g、干姜 4 g、陈皮 6 g、黄芪 12 g。功效: 温阳健脾, 利水化湿。

证据支持: 运用平鼓利水汤后, 治疗组改善体质量、

24 h 尿量、腹围及肝功能指标均优于对照组($P<0.05$),且中医证候疗效也优于对照组^[30]。

中成药:①金匱肾气丸:由地黄、山药、山茱萸(酒炙)、茯苓、牡丹皮、泽泻、桂枝、附子(制)组成。具有温补肾阳,化气行水的功效。

用法用量:水蜜丸1次6 g,3次/d;小蜜丸1次9 g,2次/d;大蜜丸1次1丸,2次/d;浓缩丸1次8丸,3次/d。

②参附注射液:由红参、附片组成。具有回阳救逆,益气固脱功效。

用法用量:20~80 mL/次,1~2次/d。

证据支持:一项针对脾肾阳虚肝硬化腹水患者的临床观察发现,参附注射液能够改善患者症状、提高白蛋白及血细胞水平、缩短腹水消退时间^[31]。

5.3.1.6 肝肾阴虚证 治则:滋养肝肾,清热利水。

方药:一贯煎(《柳州医话》)合猪苓汤(《伤寒论》)(北沙参、麦冬、生地、当归、枸杞子、猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、滑石等)。

加减:若津伤口干,加石斛、天花粉、芦根、知母等以生津养阴;午后发热明显,酌加银柴胡、鳖甲、地骨皮、白薇、青蒿等以清热养阴;鼻衄出血者,加栀子、芦根、藕节炭等以凉血止血;若兼见面赤颧红者,加龟板、鳖甲、牡蛎等以滋阴潜阳。

证据支持:一项一贯煎合猪苓汤联合西药治疗肝肾阴虚型肝硬化腹水的观察发现,与常规治疗的对照组相比,加用一贯煎合猪苓汤的试验组治疗2周后的总有效率高于对照组(91.4% vs 77.1%, $P<0.05$),试验组中医证候积分及腹围、体质量、尿量的改善也优于对照组($P<0.05$)^[32]。

经验方:兰豆枫楮汤。具体药物:楮实子、泽兰各20 g,赤小豆30 g,路路通15 g。功效:滋养肝肾、养阴利水。

证据支持:观察发现兰豆枫楮汤能够改善肝硬化腹水患者的症状,包括腹胀、倦怠乏力、水肿、食欲不振等,且能改善肝功能、凝血功能、24 h 尿量、减少腹水复发^[33]。

中成药:①六味地黄丸:由熟地黄、山茱萸、牡丹皮、山药、茯苓、泽泻组成,具有滋阴补肾功效。

用法用量:水蜜丸6 g/次,3次/d;小蜜丸9 g/次,2次/d;浓缩丸8丸/次,3次/d。

证据支持:临床观察发现六味地黄丸联合五苓散可改善乙型肝炎肝硬化腹水的肝功能指标与减轻症状^[34]。

5.3.2 中药单体/单药

5.3.2.1 川芎嗪 一项观察发现,在保肝、利尿补充白蛋白的基础上加用川芎嗪微量泵入治疗肝硬化顽固型腹

水患者87例,结果患者的腹围、尿量均有明显改善,总体有效率达88.5%,且治疗组患者的门静脉内径、肝脏厚度和腹围变化与对照组有显著性差异^[35]。

5.3.2.2 丹参 报道观察167例肝硬化腹水患者,对照组采用常规基础治疗,试验组在此基础上加用丹参注射液,可较对照组明显改善肝功能、减少腹水^[36]。

5.3.2.3 黄芪 一项对照研究比较了黄芪注射液+腹水浓缩回输、单纯黄芪注射液腹腔注射、单纯腹水浓缩回输治疗顽固型腹水的临床疗效,结果黄芪注射液联合腹水回输在改善腹围、降低体质量及提高白蛋白含量方面优于其他两组^[37]。

5.4 中医适宜技术

5.4.1 中药敷脐 治疗鼓胀(肝硬化腹水)特色鲜明、历史悠久、简便验廉。实证患者以消胀贴膏(生大黄、制甘遂、莱菔子、丁香、沉香、冰片、人工麝香等组成)^[38],虚证患者以虚胀方巴布膏(黄芪、附子、肉桂、香附、丁香、冰片、人工麝香等组成)^[39],难治性腹水以麝黄膏(田螺肉、麝香、人工牛黄、葱白、甘遂等组成)^[40]等敷脐治疗有较好的辅助疗效。常用药物有甘遂、商路、芒硝、附子、肉桂、车前草、牵牛子、防己、麝香及沉香等,可辨证使用^[41]。脐部感染、溃烂、皮损及脐疝患者和孕妇慎用。

5.4.2 中药灌肠 降低肠源性内毒素水平,促进腹水减退。处方常选取大黄、茵陈、赤芍、丹参等通腑泄浊、清热活血的药物^[42],并随证加减,如腹胀明显时,可加木香、砂仁;伴肝性脑病者,可加栀子、石菖蒲;伴胸水者,可加葶苈子;久病、形体消瘦、五心烦热,伴齿衄者,可加龟甲、生龙骨等。慎用于肛门、结直肠手术史者,有痔疮等肛周疾患、排便失禁及严重腹泻者,急腹症、消化道出血者,孕妇及女性经期。

5.4.3 针灸治疗 针刺透穴(中脘透水分,水分透气海,气海透中极)疗法^[43]、治水四穴(复溜、神阙、阴陵泉、肾俞)、神阙穴采用隔药灸或雷火灸、腹部艾条等对肝硬化腹水有一定疗效^[44]。针刺禁用于穴位有高度水肿、感染、溃烂或皮损者,以及凝血功能严重障碍和肝性脑病等患者。灸法禁用于极度衰竭、过饥、过饱、大汗淋漓或肝性脑病等患者。

5.5 中西医结合治疗策略 肝硬化腹水属于多种慢性肝病的晚期或终末期病变,病理机制复杂,病情程度差异很大,治疗具有挑战性。中医、西医对于肝硬化腹水各有优势特点,实践上需要根据疾病的分期与分类特点,明晰疾病的原因、程度、阶段与证候类型,充分病证结合,合理做出中医西医同时联用或序贯使用的治疗方案,并根据病情变化及时调整。

纵向以期分证,横向以类分证。诊断是治疗的基础,西医诊断需明确肝硬化腹水的程度、性质、病因,尚需了解有无发生的诱因如上消化道出血,有无影响大量腹水消退的合并用药,如 β 受体阻滞剂、血管紧张素转化酶抑制剂(angiotensin-converting enzyme inhibitors, ACEI)/血管紧张素II受体阻滞剂(angiotensin II receptor antagonists, ARB)等;亦需要分辨患者是在失代偿期,还是恶化期;是一般普通型腹水,还是复发型或难治型腹水等类型中医证候辨析。除了常规的审证求因,根据症状舌脉象辨析,也可结合疾病的分期或分类而加以辨证,如气滞湿阻、寒湿困脾证多见于普通型腹水,而湿热内蕴、肝脾血瘀证则多见于复发型或顽固型腹水。寒湿困脾证多见于肝硬化失代偿期,而脾肾阳虚证则多见于肝硬化恶化期。

急则治其标,缓则治其本。大量腹水阶段,注意采用利尿药、放腹水、中药敷贴等缓解腹水腹胀。腹水缓解后,当注意病因治疗、中医药培元固本,以减少或延缓腹水的复发,并争取实现肝功能从失代偿到代偿期的逆转。本病特点为本虚标实,如证偏于脾肾阳(气)虚与肝肾阴虚者,治法应以补虚为主,祛邪为辅;证偏重于气滞、血瘀、水停者,则宜祛邪为主,补虚为辅。勿攻伐太甚,导致正气不支,变生危象。

一般共性与个性特点相结合。补充白蛋白、利尿等西药基础治疗,注意合并感染、AKI等区别治疗。中医共性病机特点为气虚血瘀水停,故需注意采用益气、活血、利

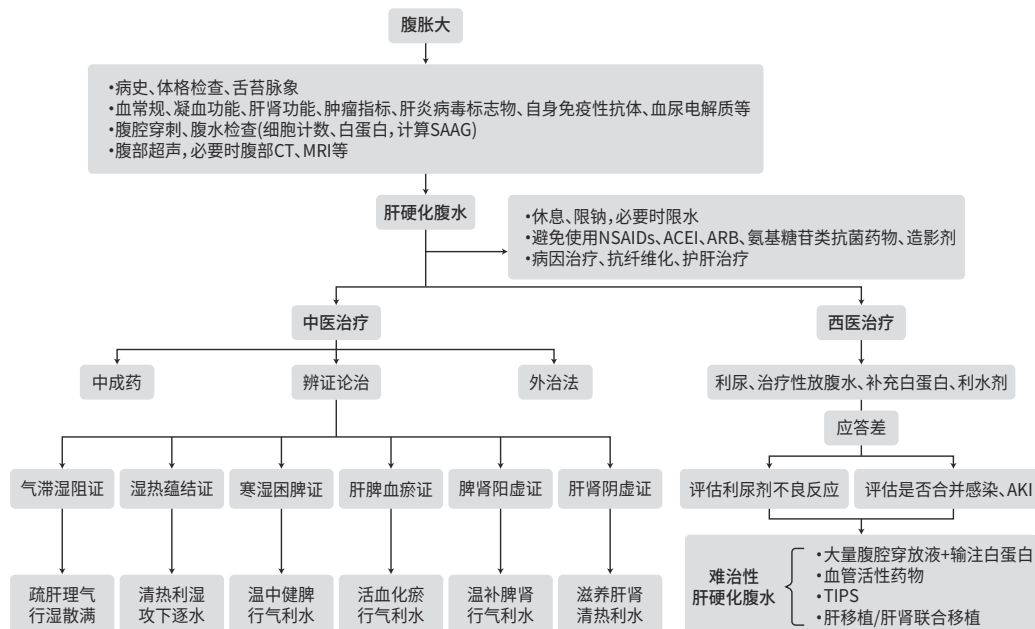
水的基本治法,常用药物包括黄芪、党参、白术、山药、丹参、赤芍、泽兰、茯苓、猪苓、泽泻、汉防己等。但是不同患者或同一患者不同阶段可主要表现为湿热蕴结、气滞湿阻、脾肾阳虚、肝肾阴虚等证型。治疗时,应在基本中医治法上,分别针对主要证型,加用主要治法方药。

5.6 随访 肝硬化患者一旦出现腹水,往往提示预后不良,顽固型腹水是肝移植的重要指征。肝硬化腹水稳定后建议3个月随访1次,主要随访血生化、血常规、凝血功能、肿瘤标志物及腹部B超等,同时建议每12个月复查一次胃镜以了解有无合并食管胃底静脉曲张及其程度。

5.7 诊疗流程图 诊疗流程图见图1。

6 疗效评定标准

6.1 症状评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》,主要症状分级与评分:0级:无自觉症状,积0分;I级:症状轻微,不影响日常生活,积1分;II级:症状中等,部分影响日常生活,积2分;III级:症状重,影响日常生活,不能坚持正常工作,积3分。采用尼莫地平法计算,疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$ 。临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $>90\%$;显效:主要症状、体征明显改善,疗效指数 $70\% \sim 90\%$;有效:主要症状、体征明显好转,疗效指数 $30\% \sim 69\%$;无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 $<30\%$ 。



注: NSAIDs, 非甾体类抗炎药。

图1 诊疗流程图

Figure 1 Diagnosis and treatment flowchart

6.2 总体疗效评价

6.2.1 有效Ⅰ级 腹水及肢体水肿完全消退,B超检查阴性;主要症状消失,无明显腹胀,24 h尿量1 500 mL以上,大便通畅,纳食和平时一样;体质量恢复腹水前水平;肾功能、电解质正常;Child-Pugh评分提高>2分;稳定3个月或更长。

6.2.2 有效Ⅱ级 腹水及肢体水肿大部分消退,B超检查腹水减少≥50%;症状明显改善,腹胀明显减轻,24 h尿量1 000 mL以上,大便通畅,纳食较前增加,肛门排气尚可;体质量减轻2 kg以上,或腹围缩小>5 cm;肾功能正常,电解质基本正常;Child-Pugh评分提高>1分;稳定1个月或更长。

6.2.3 有效Ⅲ级 腹水及肢体水肿有所消退,B超检查腹水减少<50%;症状略有改善,腹胀略减轻,24 h尿量不足1 000 mL,大便干结或溏薄改善、次数1~3次/d,纳食一般,肛门排气少;体质量有所减轻但<2 kg,或腹围缩小3~5 cm;肾功能基本正常,电解质轻度异常。

6.2.4 无效 腹水、体质量、腹围、症状、辅助检查无改善或加重者。

7 推荐意见

本共识根据 GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation) 系统进行证据质量评估及推荐强度分级,见表1。

表1 证据质量评估及推荐强度分级

Table 1 Evaluation of evidence quality and classification of recommendation strength	
分级	概述
证据质量分级	
高(A)	进一步研究不可能改变对该疗效评估结果的可信度
中(B)	对观察值有中等程度信心:真实值有可能接近观察值,但仍存在两者不同的可能性
低(C)	对观察值的确信程度有限:真实值可能与观察值不同
极低(D)	对观察值信心较低:真实值很可能与观察值不同
推荐强度分级	
强(1)	明确显示干预措施利大于弊或者弊大于利
弱(2)	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当

推荐意见1:对新出现的腹水和2、3级以上腹水患者行腹腔穿刺腹水常规检查,包括腹水细胞计数和分类、腹水总蛋白、白蛋白等。与腹穿同日检测血清白蛋白,计算SAAG≥11 g/L的腹水为门静脉高压性(B,1)。

推荐意见2:疑似腹腔感染时可使用血培养瓶在床旁行腹水细菌培养(含厌氧菌)培养,尽可能在使用抗菌药物前留取标本,严格无菌操作,床旁取得腹水立即注入血培养瓶10~20 mL,并即刻送检(A,1)。

推荐意见3:顽固型腹水的诊断,满足(1)+(3)或(2)+(3):(1)利尿药物(螺内酯160 mg/d、呋塞米80 mg/d)治疗至少1周或治疗性间断放腹水(4 000~5 000 mL/次)联合人血白蛋白(20~40 g·次⁻¹·d⁻¹)治疗2周,腹水治疗无应答反应;(2)出现难以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(B,1)。

推荐意见4:HRS分HRS-AKI与HRS-NAKI两型。HRS-AKI相当于既往的1型HRS,诊断标准是:存在肝硬化合并腹水;符合ICA关于AKI的诊断:连续2 d停用利尿药并且使用白蛋白(1 g·kg⁻¹·d⁻¹)扩容治疗无效;无休克;目前或最近未使用肾毒性药物(非甾体类抗炎药、氨基糖苷类、碘化造影剂等);无肾实质疾病证据:无蛋白尿(>500 mg/d),无显微镜下血尿(红细胞>50个/hp),肾脏超声无异常。HRS-NAKI包括:HRS-AKD和HRS-CKD。HRS-AKD即在AKD基础上符合HRS的标准;HRS-CKD即在CKD的基础上符合HRS的标准(A,1)。

推荐意见5:肝硬化腹水主要证型:气滞湿阻证、湿热蕴结证、寒湿困脾证、肝脾血瘀证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证(B,1)。

推荐意见6:肝硬化腹水患者要积极进行病因及抗纤维化治疗,可辨证治疗或口服中成药,如扶正化瘀胶囊/片(1.5 g/1.6 g,3次/d)、复方鳖甲软肝片(2 g,3次/d)、安络化纤丸(6 g,2次/d)(A,1)。

推荐意见7:螺内酯起始剂量40~80 mg/d,最大剂量160 mg/d;呋塞米起始剂量20~40 mg/d,最大剂量80 mg/d,螺内酯、呋塞米比例为3:1或5:2(B,1)。

推荐意见8:人血白蛋白(20~40 g/d)可改善肝硬化腹水患者的预后,特别是顽固型腹水及SBP患者、肾功能损害患者(A,1)。

推荐意见9:特利加压素可用于肝硬化顽固型腹水的治疗,1~2 mg每12 h 1次静脉缓慢推注(至少15 min)或持续静脉点滴,有应答者持续应用5~7 d;无应答者,可1~2 mg,每6 h 1次静脉缓慢推注或持续静脉点滴。停药后病情反复,可再重复应用(B,1)。

推荐意见10:腹水患者需进行限盐教育,4~6 g/d(B,1);血钠低于125 mmol/L,需限制水摄入量,否则不需严格限水(C,2)。

推荐意见11:大量放腹水(4 000~5 000 mL·次⁻¹·d⁻¹)联

合人血白蛋白(4 g/1 000 mL腹水)是治疗顽固型腹水有效的方法(B,1)。

推荐意见 12:对利尿药物治疗效果不佳的肝硬化顽固型腹水,有条件且无禁忌证时可早期行TIPS治疗(B,1)。

推荐意见 13:SBP患者或具有明显临床症状、体征患者,应立即行经验性抗感染治疗,首选三代头孢类或三代喹诺酮抗菌药物(B,1)。

推荐意见 14:医院获得性SBP,应根据药敏试验或选择以碳青霉烯类为基础的经验性抗感染治疗(A,1)。

推荐意见 15:上消化道出血、既往SBP患者及腹水总蛋白低且有肾功能不全或低钠血症或严重肝功能不全者应用抗菌药物预防SBP(C,2)。

推荐意见 16:HRS-AKI可应用特利加压素(1 mg/4~6 h)联合人血白蛋白(20~40 g/d),治疗3 d sCr未降低至少25%,可逐步增加至最大剂量2 mg/4 h,疗程7~14 d。有效复发可重复应用(A,1)。

推荐意见 17:血管收缩药物治疗无应答且伴有大量腹水的HRS-NAKI可行TIPS治疗(B,1)。

推荐意见 18:肝硬化合并AKI患者需停用利尿剂或利尿剂减量、肾毒性药物、血管舒张药物或非甾体类抗炎药(B,1)。

推荐意见 19:肝硬化顽固型腹水伴低钠血症可使用托伐普坦,起始剂量7.5~15 mg/d,根据血钠水平调整剂量,避免血钠升高过快。最低剂量3.75 mg/d,最大剂量60 mg/d(A,1)。

推荐意见 20:顽固型肝硬化腹水,肝硬化合并肾损害均应优先纳入肝移植计划(B,1)。

推荐意见 21:柴胡疏肝散合胃苓汤(A,1)、木香顺气丸(C,2)适用于肝硬化腹水气滞湿阻证。

推荐意见 22:满消分丸合茵陈蒿汤(A,1)、当飞利肝胶囊(B,1)适用于肝硬化腹水湿热蕴结证。

推荐意见 23:实脾饮(A,1)适用于肝硬化腹水寒湿困脾证。

推荐意见 24:调营饮或膈下逐瘀汤(A,1)、复方鳖甲软肝片(B,1)适用于肝硬化腹水肝脾血瘀证。

推荐意见 25:附子理中丸合五苓散(A,1)、金匮肾气丸(B,2)、参附注射液(B,1)适用于肝硬化腹水脾肾阳虚证。

推荐意见 26:一贯煎合猪苓汤(A,1)、六味地黄丸(B,1)适用于肝硬化腹水肝肾阴虚证。

推荐意见 27:在药物治疗同时,肝硬化腹水患者可选用

适宜的中医外治疗法,包括中药敷脐(B,1)、中药灌肠(C,1)、针灸治疗(C,2)。

推荐意见 28:肝硬化腹水稳定后建议3个月随访1次,主要随访血生化、血常规、凝血、肿瘤标志物及腹部B超,12个月复查一次胃镜了解有无合并食管胃底静脉曲张及程度(B,1)。

本共识主要执笔人:刘成海(上海中医药大学附属曙光医院),邢枫(上海中医药大学附属曙光医院),雷淑娟(上海中医药大学附属曙光医院)

共识讨论专家组成员:傅青春(上海市公共卫生中心)、胡世平[北京中医药大学深圳医院(龙岗)]、李京涛(陕西中医药大学附属医院)、李晓东(湖北省中医院)、刘成海(上海中医药大学附属曙光医院)、刘铁军(长春中医药大学附属医院)、刘旭东(广西中医药大学附属瑞康医院)、马素平(河南中医药大学附属第一医院)、冉云[北京中医药大学深圳医院(龙岗)]、孙建光(山东中医药大学附属医院)、王宪波(首都医科大学附属北京地坛医院)、徐小元(北京大学第一医院)、张华(上海中医药大学附属曙光医院)、周滔(北京中医药大学东方医院)、祝峻峰(上海中医药大学附属岳阳医院)、朱英(大连医科大学附属第一医院)

共识工作秘书:雷淑娟(上海中医药大学附属曙光医院)

利益冲突声明:所有作者均声明不存在利益冲突。



参考文献见二维码

收稿日期:2025-04-21;录用日期:2025-05-06

本文编辑:葛俊

引证本文: Digestive System Diseases Professional Committee of Chinese Association of Integrated Medicine. Expert consensus on integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of cirrhotic ascites (2025) [J]. J Clin Hepatol, 2025, 41(5): 828-838.
中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化腹水中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J]. 临床肝胆病杂志, 2025, 41(5): 828-838.