滋肝补肾利水方联合西医常规疗法治疗肝硬化腹水患者的疗效及复发率观察

史俪璐[1]，桑天庆[2]，赵晨[2]，陈洁[2]，史俪婧[2*]

（1. 南京鼓楼医院消化科，江苏 南京 210008；2. 南京鼓楼医院中医科，江苏 南京 210008）

[摘要] 目的 评估滋肝补肾利水方联合西医常规疗法对肝硬化腹水患者的临床疗效，并观察其对腹水复发率的影响。**方法** 选择2022年6月至2024年6月在南京鼓楼医院住院治疗的210例肝硬化腹水患者作为研究对象，通过随机数字表法将其分为西医组与中西医联合组，每组105例。西医组接受标准的西医治疗方案，中西医联合组则在西医组常规治疗的基础上，加用滋肝补肾利水方治疗。2组患者的疗程均为6周，随访9个月。比较2组的临床疗效、中医证候评分、肝功能、炎症因子水平、腹水深度、腹围、空腹体重及复发情况。**结果** 治疗6周后，中西医联合组的治疗总有效率高于西医组（$P<0.05$）；中西医联合组的中医证候评分、肝功能指标[天冬氨酸氨基转移酶（aspartate aminotransferase，AST）、丙氨酸氨基转移酶（alanine aminotransferase，ALT）和总胆红素（total bilirubin，TBil）]水平及炎症因子[C反应蛋白（C reactive protein，CRP）和白细胞介素-6（interleukin-6，IL-6）]水平低于西医组（$P<0.05$）。治疗1、6周后，中西医联合组的腹水深度和腹围小于西医组（$P<0.05$），2组的空腹体重差异无统计学意义（$P>0.05$）。中西医联合组随访3、6、9个月后的复发率低于西医组（$P<0.05$）。**结论** 滋肝补肾利水方能够有效提高肝硬化腹水患者的治疗有效率，改善患者的症状和肝功能，降低患者复发率。

[关键词] 滋肝补肾利水方；肝硬化；腹水；中医证候

[中图分类号] R975；R657.31 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1001-5094（2026）01-0075-05

DOI: 10.20053/j.issn1001-5094.202506130399

Effect of Zigan Bushen Lishui Prescription Combined with Conventional Western Medicine Therapy in Patients with Cirrhotic Ascites and Its Recurrence Rate

SHI Lilu[1], SANG Tianqing[2], ZHAO Chen[2], CHEN Jie[2], SHI Lijing[2]

(1. Department of Gastroenterology, Nanjing Drum Tower Hospital, Nanjing 210008, China; 2. Department of Traditional Chinese Medicine, Nanjing Drum Tower Hospital, Nanjing 210008, China)

[Abstract] Objective To evaluate the clinical efficacy of Zigan Bushen Lishui prescription combined with conventional Western medicine therapy in patients with cirrhotic ascites and observe its effect on ascites recurrence rate. **Methods** A total of 210 patients with cirrhotic ascites admitted to Nanjing Drum Tower Hospital were enrolled between June 2022 and June 2024. They were assigned to either the Western medicine group (receiving standard Western therapy) or the integrated Chinese-Western medicine group (receiving standard Western therapy plus the Zigan Bushen Lishui prescription), by using a random number table, with 105 cases in each. All patients were treated for 6 weeks and then followed up for 9 months. The clinical effect, scores of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes, liver function, levels of inflammatory factors, depth of ascites, abdominal circumference, fasting weight and recurrence were compared between groups. **Results** After 6 weeks of treatment, the total effective rate in the integrated Chinese-Western medicine group was higher than that in the Western medicine group ($P<0.05$). The scores of TCM syndromes, levels of liver function indices [aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT) and total bilirubin (TBil)], and levels of inflammatory factors [C-reactive protein (CRP) and interleukin-6 (IL-6)] in the integrated Chinese-Western medicine group were lower than those in the Western medicine group ($P<0.05$). After 1, 6 weeks of treatment, ascites depth and abdominal circumference in the integrated Chinese-Western medicine group were lower than those in the Western medicine group ($P<0.05$), but there was no significant difference in fasting weight between groups ($P>0.05$). After 3, 6 and 9 months of follow-up, the recurrence rates in the integrated Chinese-Western medicine group were lower than those in the Western medicine group ($P<0.05$). **Conclusion** Zigan Bushen Lishui prescription can effectively improve the treatment response rate, alleviate TCM symptoms, enhance liver function, and reduce the recurrence rate in patients with cirrhotic ascites.

[Key words] Zigan Bushen Lishui prescription; cirrhosis; ascites; traditional Chinese medicine syndrome

腹水是肝硬化进入失代偿阶段后最为常见的临床并发症，标志着肝功能严重减退和门静脉高压的进一步发展[1]。目前，西医常规疗法主要以限钠、利尿、补充白蛋白、治疗性腹腔穿刺放液及预防自发性细菌性腹膜炎等为核心[2]。这些措施虽能在短期内有效消除腹水、缓解症状，但也存在诸多局限，如长期或大剂量使用利尿剂易引发电解质紊乱、肾功能损伤等不良反应[3]。肝硬化腹水在中医学中属于“鼓胀”“单腹胀”等范畴，其病机关键为本虚标实，虚实夹杂，本病初期多责之于肝脾，久则累及于肾，最终导致气滞血瘀水停[4-5]。在此理论指导下，“滋肝补肾、利水消肿”成为治疗本病的重要法则。滋肝补肾利水方中包含熟地黄、酒萸肉、茯苓

接受日期： 2025-12-19

***通信作者：** 史俪婧，副主任医师

研究方向： 中医内科疾病

E-mail： 13675167653@163.com

等药物，可以健脾、疏肝、固肾，行气活血利水，缓解腹水症状。本研究主要观察滋肝补肾利水方联合西医常规疗法治疗肝硬化腹水患者的疗效及复发率。

1 对象与方法

1.1 研究对象

样本量公式：$n=[p_1\times(1-p_1)+p_2\times(1-p_2)]\times(U_{\alpha/2}+U_{\beta})^2/(p_1-p_2)^2$，参考既往研究，设定中西医联合组治疗有效率（$p_1$）=90%，西医组治疗有效率（$p_2$）=70%，取 $\alpha=0.05$（双侧），$\beta=0.10$，则双侧检验临界值（$U_{\alpha/2}$）=1.96，检验效能对应的 Z 值（U_{β}）=1.282，计算得到每组最小样本量为 79 例，考虑脱落，本研究最终选取每组 105 例，符合要求。将 2022 年 6 月至 2024 年 6 月南京鼓楼医院收治的 210 例肝硬化腹水患者纳入研究。采用完全随机化法进行分组：使用随机数字表为 210 例受试者生成随机数字，按随机数字的奇偶性将患者分为西医组（奇数）和中西医联合组（偶数），每组 105 例。分组方案由不参与患者入组的研究人员事先生成并密封保存，以确保分配隐藏。纳入标准：①依据《肝硬化腹水诊疗指南（2023 年版）》[6]，符合肝硬化腹水的西医诊断标准。②依据《肝硬化腹水中西医结合诊疗专家共识（2025 年）》[7]，符合中医“肝肾阴虚，水湿内停”证型的辨证标准。主证为腹大胀急、目睛干涩；次证为牙龈出血、口燥咽干，舌质红绛少津、苔少或花剥，脉弦细数。③年龄 18~70 岁。排除标准：①合并精神类疾病、肝衰竭、各系统肿瘤；②合并其他原因导致的腹水；③治疗期间同时参与其他研究。本研究方案已获得本院医学伦理委员会的审核批准（伦理批号：KY2022103）。2 组患者的基线资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），见表 1。

表 1 2 组一般资料比较

组别	n	性别/例（%）		年龄/岁（$\bar{x}\pm s$）	肝硬化病程/年（$\bar{x}\pm s$）	腹水病程/年（$\bar{x}\pm s$）
		男	女			
中西医联合组	105	54（51.43）	51（48.57）	50.47±5.71	6.01±0.86	1.24±0.31
西医组	105	55（52.38）	50（47.62）	50.62±6.41	6.03±0.91	1.31±0.42
χ^2/t		0.019		−0.179	−0.164	−1.374
P		0.890		0.858	0.870	0.171

组别	n	腹水程度/例（%）			疾病类型/例（%）		
		轻度	中度	重度	乙肝后肝硬化	酒精性肝硬化	其他
中西医联合组	105	41（39.05）	37（35.24）	27（25.71）	40（38.10）	45（42.86）	20（19.05）
西医组	105	42（40.00）	35（33.33）	28（26.67）	38（36.19）	46（43.81）	21（20.00）
χ^2/t		0.086			0.087		
P		0.958			0.957		

1.2 方法

西医组采用常规西医治疗。①限制水钠治疗：患者每日饮水量控制在 500~1 000 mL，钠摄入量为 60~90 mmoL；②病因治疗：乙肝后肝硬化患者口服恩替卡韦（广东东阳光药业股份有限公司，国药准字 H20203196，规格：每片 0.5 mg）进行抗病毒治疗，每日口服 1 次，每次 0.5 mg；嘱咐酒精性肝硬化患者禁止饮酒；③保肝治疗：还原型谷胱甘肽（瑞阳制药有限公司，国药准字 H20183373，规格：每瓶 0.6 g）每日注射 1 次，每次剂量 0.6 g；④利尿剂治疗：呋塞米（扬州中宝药业股份有限公司，国药准字 H32021112，规格为 2 mL∶20 mg）每日口服 1 次，每次 40 mg；螺内酯片（安徽国正药业股份有限公司，国药准字 H20067824，规格：每片 20 mg）每日口服 2 次，每次 40 mg。持续治疗 6 周，在治疗后持续随访 9 个月。

中西医联合组在西医组基础上采用滋肝补肾利水方治疗。滋肝补肾利水方组分包括熟地黄 30 g，酒萸肉 15 g，当归 12 g，茯苓 12 g，猪苓 12 g，泽泻 20 g，葶苈子 30 g，蝉蜕 9 g，生白术 12 g，桂枝 9 g，陈皮 9 g。制备及服用方法：每日 1 剂，加水煎煮，取浓缩药汁约 600 mL，平均分为 2 份，于每日早晚分两次服用。持续治疗 6 周，在治疗后持续随访 9 个月。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效 于治疗 6 周后，使用疗效标准[8]对疗效进行评价。显效：患者腹大胀急和目睛干涩等症状显著改善甚至消失，B 超检查提示腹水消失，未见肢体水肿，24 h 尿量＞1 200 mL；有效：患者腹大胀急和目睛干涩等症状有所改善，B 超检查提示腹水减少≥50%，肢体水肿明显减轻，24 h 尿量 1 000~1 200 mL；无效：患者腹大胀急和目睛干涩等症状未见明显改善甚至加重，腹水、腹围和尿量未改善甚至加重，24 h 尿量＜1 000 mL。总有效率=（显效例数+有效例数）/总例数×100%。

1.3.2 中医证候评分 于治疗前、治疗 6 周后，使

用中医证候评分评价，评定指标包括主证和次证，分数越高表示患者症状表现越明显。主证：腹大胀急、目睛干涩，每项评分范围为 0~6 分；次证：牙龈出血、口燥咽干，每项评分范围为 0~3 分。

1.3.3 腹水深度、腹围和空腹体重　于治疗前和治疗 1、6 周后，使用腹部彩色多普勒超声检查对患者的腹水深度、腹围和空腹体重进行评估。

1.3.4 肝功能　于治疗前、治疗 6 周后，使用全自动生化检测仪对患者肝功能指标[天冬氨酸氨基转移酶（aspartate aminotransferase，AST）、丙氨酸氨基转移酶（alanine aminotransferase，ALT）和总胆红素（total bilirubin，TBil）]水平进行分析。

1.3.5 炎症因子水平　于治疗前、治疗 6 周后，使用酶联免疫吸附法对患者 C 反应蛋白（C reactive protein，CRP）水平和白细胞介素-6（interleukin-6，IL-6）进行检测。

1.3.6 复发率　于治疗后通过门诊随访 9 个月，分别于 3、6、9 个月时使用肝功能、生化和腹部 B 超检查对患者复发情况进行评估，并比较复发率，复发率=复发例数/治疗有效例数×100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件分析数据。中医证候评分、肝功能指标、CRP 和 IL-6 等符合正态分布的数据采用均数±标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，若组间方差齐采用独立样本 t 检验，若组间方差不齐则采用 Welch's t 检验。腹水深度、腹围和空腹体重的组内比较采用重复测量方差分析；总有效率和复发率等计数资料以例（%）表示，组间差异进行 χ^2 检验。当 $P<0.05$ 时，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较

治疗 6 周后，中西医联合组的总有效率显著高于西医组（$P<0.05$），见表 2。

2.2 2 组中医证候评分比较

治疗 6 周后，2 组患者的中医证候评分较治疗前显著下降（$P<0.05$），组间比较结果显示，中西医联合组的中医证候评分显著低于西医组（$P<0.05$），见表 3。

表2 2组临床疗效比较

组别	n	显效/例（%）	有效/例（%）	无效/例（%）	总有效合计/例（%）
中西医联合组	105	47（44.76）	52（49.52）	6（5.71）	99（94.29）
西医组	105	42（40.00）	47（44.76）	16（15.24）	89（84.76）
χ^2					5.077
P					0.024

表3 2组中医证候评分比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	n	腹大胀急/分		目睛干涩/分		牙龈出血/分		口燥咽干/分	
		治疗前	治疗6周	治疗前	治疗6周	治疗前	治疗6周	治疗前	治疗6周
中西医联合组	105	4.13±0.34	1.81±0.36*	4.21±0.39	1.41±0.34*	1.98±0.36	0.78±0.24*	2.03±0.28	0.54±0.13*
西医组	105	4.09±0.36	1.96±0.35*	4.29±0.41	1.57±0.39*	1.90±0.34	0.86±0.23*	2.04±0.25	0.61±0.17*
t		0.828	3.061	1.449	3.169	1.655	2.466	1.365	2.068
P		0.409	0.003	0.149	0.002	0.099	0.015	0.174	0.041

*与治疗前比较，$P<0.05$

2.3 2 组腹水深度、腹围和空腹体重比较

治疗 1、6 周后，2 组的腹水深度、腹围和空腹体重显著小于治疗前（$P<0.05$），且中西医联合组的腹水深度和腹围小于西医组（$P<0.05$），2 组的空腹体重比较差异无统计学意义（$P>0.05$），见表 4。

表4 2组腹水深度、腹围和空腹体重比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	n	腹水深度/cm			腹围/cm			空腹体重/kg		
		治疗前	治疗1周	治疗6周	治疗前	治疗1周	治疗6周	治疗前	治疗1周	治疗6周
中西医联合组	105	7.11±1.26	5.96±1.07*	4.69±0.98*	95.12±8.56	85.46±8.16*	79.68±4.95*	69.74±6.12	65.18±6.85*	60.33±4.96*
西医组	105	7.31±1.18	6.49±1.03*#	5.13±0.94*#	96.18±8.16	88.96±8.06*#	83.85±5.03*#	70.66±5.89	66.57±5.16*	60.85±5.06*
$F_{时间}$，$P_{时间}$		238.700，<0.001			192.000，<0.001			153.300，<0.001		
$F_{组间}$，$P_{组间}$		20.450，<0.001			24.910，<0.001			3.512，0.061		
$F_{交互}$，$P_{交互}$		1.304，0.272			2.627，0.073			0.528，0.590		

*与治疗前比较，$P<0.05$；#与中西医联合组比较，$P<0.05$

2.4 2 组肝功能比较

治疗 6 周后，2 组的 AST、ALT 和 TBil 水平较治疗前降低（$P<0.05$），且中西医联合组的 AST、ALT 和 TBil 水平显著低于西医组（$P<0.05$），见表 5。

2.5 2 组炎症因子水平比较

治疗 6 周后，2 组的 CRP 和 IL-6 水平较治疗前降低（$P<0.05$），且中西医联合组的 CRP 和 IL-6 水平相较于西医组更低（$P<0.05$），见表 6。

2.6 2 组复发率比较

治疗 3、6、9 个月后，中西医联合组的复发率显著低于西医组（$P<0.05$），见表 7。

表 5 2 组肝功能比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	n	AST/U·L^{-1}		ALT/U·L^{-1}		TBil/ng·L^{-1}	
		治疗前	治疗 6 周	治疗前	治疗 6 周	治疗前	治疗 6 周
中西医联合组	105	111.56±13.54	73.67±6.41*	141.55±13.24	81.74±7.13*	25.94±2.95	11.95±1.89*
西医组	105	114.68±12.85	76.41±6.74*	140.89±13.42	86.42±9.67*	25.87±2.16	13.64±1.37*
t		1.713	3.019	1.446	3.999	0.196	7.419
P		0.088	0.003	0.149	0.001	0.845	＜0.001

*与治疗前比较，$P<0.05$；AST：天冬氨酸氨基转移酶；ALT：丙氨酸氨基转移酶；TBil：总胆红素

表 6 2 组炎症因子水平比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	n	CRP/mg·L^{-1}		IL-6/ng·L^{-1}	
		治疗前	治疗 6 周	治疗前	治疗 6 周
中西医联合组	105	9.41±1.23	5.47±1.03*	30.57±3.85	24.11±3.41*
西医组	105	9.66±1.09	5.96±1.12*	31.06±3.19	25.72±3.15*
t		1.558	3.299	1.004	3.554
P		0.121	0.001	0.316	0.001

*与治疗前比较，$P<0.05$；CRP：C 反应蛋白；IL-6：白细胞介素-6

表 7 2 组复发率比较

组别	n	复发合计/例（%）		
		治疗 3 个月	治疗 6 个月	治疗 9 个月
中西医联合组	99	0（0.00）	2（2.02）	6（6.06）
西医组	89	5（5.62）	10（11.24）	21（23.60）
χ^2		5.714	6.661	11.717
P		0.017	0.010	0.001

3 讨论

腹水属于肝硬化失代偿期的典型临床表现，预后较差[9]。目前西医治疗以限钠、利尿及白蛋白输注为主，但存在肾功能损伤、复发率高等问题[10]。中医药治疗肝硬化腹水具有显著特色优势，国内多项临床研究表明，中西医结合可显著提高患者疗效[11-12]。

中医理论认为，肝硬化腹水的核心病机为脾、肝、肾三脏功能失调，脾虚不能运化水湿，肾精不足无法输布水液，肝失疏泄则气滞水停，表现为本虚标实，肝肾阴虚为本，气滞、血瘀、水停互结于腹中为标，在临床治疗中，需遵循“标本兼治”的原则，即以滋补虚损为根本，同时结合利水祛邪的治法。

本研究中，中西医联合组在治疗 6 周后的总有效率高于西医组（$P<0.05$）；治疗 6 周后，中西医联合组的中医证候评分低于西医组（$P<0.05$），腹水深度、腹围小于西医组（$P<0.05$），提示滋肝补肾利水方能够提高患者疗效和缓解症状。原因如下：中西医联合组联合应用滋肝补肾利水方治疗，方中含熟地黄、酒萸肉、当归、茯苓、猪苓、泽泻、生白术、葶苈、蝉蜕、桂枝、陈皮等药物。其中，熟地黄可以填精益髓；酒萸肉可以补益肝肾；当归具有补血活血的作用；茯苓[13]、猪苓、泽泻、生白术具有利水渗湿的作用；葶苈子可以泻肺平喘；蝉蜕可以疏散风热；桂枝具有温通经脉、助阳化气的功效；陈皮则能发挥理气健脾、燥湿化痰的作用。方中诸药合用体现了“补益肝肾以固其本、利水渗湿以治其标”的标本兼顾治疗原则。兰少波等[14]研究显示，补肾生髓成肝综合方中包含熟地、茯苓、泽泻等药物，可以通过滋养肝肾之阴以治本，辅以利水渗湿、理气化瘀以治标，体现了“养阴利水，标本兼治”的治疗原则。曾勤等[15]同样采用滋补肾水法，选用茯苓、熟地黄、白术等药物治疗肝硬化腹

水，以滋养肝肾、利水消肿。本研究中使用的滋肝补肾利水方融合上述思路，以滋补肝肾之阴、行气逐瘀利水为主，通过熟地黄滋补肾阴、茯苓健脾渗湿利水、泽泻泻火利水渗湿等，有效缓解肝硬化腹水患者的中医证候，提升了患者治疗总有效率。

本研究中，中西医联合组在治疗 6 周后的 AST、ALT、TBil、CRP 和 IL-6 水平低于西医组（$P<0.05$），且随访结果显示，患者在治疗 3、6、9 个月后的复发率低于西医组（$P<0.05$）。分析原因，滋肝补肾利水方可以改善患者内环境，修复肝损伤并阻断炎症循环。CRP、IL-6 等炎症标志物水平升高，不仅会直接损伤肝细胞，加剧肝内微循环障碍与纤维化，还会导致门静脉高压和内脏血管扩张，促进腹水形成。茯苓中的三萜类化合物和多糖成分能对抗化学性肝损伤，且其提取物还具有明确的抗炎作用，能抑制炎症介质释放。猪苓中含有丰富的猪苓多糖，能够增加肝糖原的累积，还能够促进肝细胞再生，从而改善患者的肝功能[16]。当归所含的活性成分具备显著的抗炎与镇痛效应，能够抑制炎性介质合成，增强机体非特异性免疫和特异性免疫功能。滋肝补肾利水方中各药物相互作用，共同实现保肝降酶、改善肝功能、降低炎症因子的综合目标。

综上所述，滋肝补肾利水方能够提高肝硬化腹水患者的治疗有效率，有效改善肝硬化腹水患者的中医症状和肝功能，降低患者复发率，临床上可根据患者的临床症状和身体状况采用滋肝补肾利水方进行治疗。

[参考文献]

[1] 陈苏, 王忠成. “扶正化瘀” 理论指导下的中医适宜技术对肝硬化腹水患者舒适感、生活质量及康复效果的影响[J]. 河北中医, 2025, 47(8): 1285-1289, 1294.

[2] Wang X, Zeng X, Wang G. External treatment of refractory ascites induced by liver cirrhosis using traditional Chinese medicine[J]. *Asian J Surg*, 2024, 47(10): 4429-4430.

[3] Lan T, Chen M, Tang C, *et al*. Recent developments in the management of ascites in cirrhosis[J]. *United European Gastroenterol J*, 2024, 12(2): 261-272.

[4] Zhan D, Li Y, Xu L, *et al*. Fuling Guizhi Baizhu Gancao Decoction combined with traditional Chinese medicine and acupoint injection in the treatment of refractory ascites in patients with hepatitis B-related cirrhosis[J]. *Panminerva Med*, 2024, 66(2): 207-209.

[5] 王菁华, 黄怡寒, 金丹英, 等. 个性化中医营养护理干预对乙型肝炎肝硬化腹水患者腹水消退情况和营养状况的影响[J]. 检验医学与临床, 2023, 20(2): 261-265.

[6] 中华医学会肝病学分会. 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.

[7] 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.

[8] Khan S, Linganna M. Diagnosis and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome[J]. *Cleve Clin J Med*, 2023, 90(4): 209-213.

[9] Nofal Y, Mahmoud S, Al-Rawi S, *et al*. Successful treatment of cirrhotic chylous ascites using orlistat and dietary modifications: a case study and literature review[J]. *Am J Case Rep*, 2023, 24: e938611.

[10] Adachi T, Takeuchi Y, Takaki A, *et al*. Management of cirrhotic ascites under the add-on administration of tolvaptan[J]. *Int J Mol Sci*, 2021, 22(11): 5582.

[11] Zheng S, Xue T, Wang Q, *et al*. Chinese medicine for the treatment of liver cirrhosis: the mechanism of cellular autophagy[J]. *Am J Chin Med*, 2025, 53(2): 409-433.

[12] 陈新征, 侯艺鑫, 孟培培, 等. 逐水消胀方脐敷治疗肝硬化腹水的疗效观察[J]. 北京中医药, 2025, 44(3): 296-300.

[13] 杨小纤, 杨丰瑞, 严海艺, 等. 郭朋诊治慢性乙型肝炎肝硬化腹水的用药经验[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 52(3): 24-27, 后插2.

[14] 兰少波, 邵佳微, 吴新娟, 等. 基于 “补肾生髓成肝” 综合疗法治疗慢性乙型肝炎肝硬化腹水患者的临床观察[J]. 中西医结合肝病杂志, 2024, 34(11): 976-978.

[15] 曾勤, 陈楠, 郎睿, 等. 中医辨证论治肝硬化腹水合并肾病综合征验案一例[J]. 环球中医药, 2020, 13(11): 1973-1975.

[16] 林军, 朱小区, 苏林红. 猪苓汤加减联合西药治疗乙型病毒性肝炎肝硬化腹水临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(4): 1-4.

（责任编辑：杨臻峥）