

臌胀(肝硬化腹水)二例治验

上海市第二人民医院中医科 董 漱 六



董漱六老中医近影

“臌胀”历来属于难治病证。现代医学的肝硬化腹水应属于祖国医学的“臌胀”范围，它以腹胀如鼓、青筋暴露、两胁及心下满、食欲不振等为主要症状。本病的原因及病理机制是错综复杂的，如日久迁延不

愈，必然导致肝脾严重损害，因此在治则上以疏肝调脾为主，尤以理脾益气更为重要。但临床上仍须根据不同病因结合症状和舌脉进行辨证论治，才能获得较好的疗效。今将我近年来治验病例二则分别介绍于下：

病例一：顾××，男，55岁，工人，住院号：76—3601。

患者于1963年患无黄疸型肝炎，1968年发展为肝硬化，1972年发现有腹水，于1976年8月29日突然大量吐血约有500毫升，色暗红，头晕乏力，来院急诊留观察，经用止血对症治疗，迨至31日再次吐血约400毫升左右，因患者精神疲乏，面色苍白少华而收住病房。

检查：体温37℃，心率88次/分，血压94/60毫米汞柱。精神委顿，呈慢性病容，颈静脉轻度怒张，心—，两肺呼吸音较粗，未闻及干湿罗音，腹壁静脉曲张，腹水征++，肝上界第5肋间，肋下3指，剑突下4指，无压痛，边钝圆，表面光滑，质中偏硬，脾肋下4指，下肢无浮肿。实验室检查：肝功能正常，蛋白电泳：清蛋白65%，球蛋白 $\alpha_1\alpha_2\beta$ 合为13.4%， γ 21.6%，血小板计数5万/立方毫米，出血时间1分，凝血时间1分，红细胞158万/立方毫米，血色素4克%，白细胞3000/立方毫米，嗜中性72%，淋巴28%，大便隐血+++。

根据上述病史及有关检查，诊断为食道静脉曲张破裂出血，肝硬化腹水。经西医内科采用对症治疗后

出血已止，但腹水剧增，腹围日渐膨大，邀请我科会诊。

初诊（1976年9月11日）：面色萎黄，眼睑结膜及指甲淡白，头晕乏力，腹部膨胀呈蛙腹状，腹壁青筋暴露，小溲短少，纳差便调，舌淡红、苔薄白，脉来细弦而滑。肝脾合病，气血两虚，湿阻水聚，气滞失利所致。治以益气调脾，养血柔肝立法。方用一贯煎合归芍六君子丸加减。党参15克，当归、白芍各9克，川楝子、枸杞子、麦冬各10克，北沙参、甜冬术、茯苓、神曲、车前子（包）各12克，枳壳、陈皮各4.5克。

二诊（同年9月14日）：腹胀见软，小便量增多，腹围膨大仍不减，大便干，量少，通行不畅，纳一般，舌淡红、质带瘀、苔薄白，脉细弦滑，气血虽虚，水湿停聚仍重，治宜攻补兼施。北沙参、白术、茯苓、车前子（包）各12克，当归、白芍各10克，枳壳、生军各6克（后下），槟榔、大腹皮、橘叶各9克，党参、商陆根、腹水草*各15克，橘皮4.5克。

三诊（同年9月17日）：前投益气养荣佐以化湿利水之剂，小溲明显增长，腹胀略减，大便虽通仍干，量少，纳谷渐香，舌淡红、苔薄，脉细弦滑，再拟前法重加攻积逐水之品。茯苓、北沙参各12克，当归、白芍各10克，生军6克（后下），黑丑、白丑各4.5克，麦冬、枳壳、槟榔、大腹皮各9克，党参、商陆根、腹水草各15克，舟车丸4.5克（另吞）。

服上方后肠鸣增强，大便连续3次，质稀薄夹有粪块多枚，小便亦见增多，从而腹部膨胀基本消退，纳谷日增，精神亦佳，苔薄，脉细滑，再将原方中舟车丸剂量减至3克，连服2剂，腹水全消，病情日渐好转，本着中病即止扶正祛邪的原则，再拟益气调脾养血和肝立法以培本，从而诸恙均平，纳可便调，有关肝功能、血象及大便隐血反复检查均恢复正常，于同年9月22日出院。门诊观察1年余，腹水未起，正元恢复，于1977年5月再住我院西外科顺利地行脾切除

* 腹水草：别名两头爬、仙桥草、爬岩红。为玄参科植物腹水草 *Veronicastrum axillare* (Sieb. et Zucc) Yamazaki [*Botryopleuron axillare* Hemsl.] 的全草。

手术, 至 1980 年 5 月随访, 一切情况良好, 身体康复。

病例二: 王××, 女, 41 岁, 工人, 住院号: 76—2805。

患者原有慢性肾盂肾炎, 贫血, 子宫肌瘤史, 否认有急性肝炎史, 于 1975 年因月经过多, 头晕乏力去医院诊治时检查发现肝功能极差, 经多次复查, 均见 GPT 在 60~250 单位内起伏, 锌浊度 35 单位, HAA 阳性, 总蛋白 7.8 克%, 白蛋白 1.1 克%, 球蛋白 6.7 克%, 白/球=0.16:1, 诊断为慢性迁延性肝炎, 1976 年 5 月因肝区胀痛, 腹部膨大突增, 下肢浮肿明显而收入病房。

检查: 面萎, 神清, 全身皮肤暗黄, 巩膜混浊, 双手背掌可见蜘蛛痣, 下颌、颈前、锁骨上未扪及明显的肿大淋巴结, 腹部膨隆胀满, 移动性浊音阳性, 肝脾扪及不满意, 腹壁静脉曲张, 双下肢凹陷性水肿, 肝功能: 麝浊 14 单位, 麝絮++, 锌浊度 32 单位, 锌絮+++ , GPT 57 单位, 总蛋白 7.5 克%, 白蛋白 2.3 克%, 球蛋白 5.2 克%, 白/球=0.47:1, 凝血酶原时间 14 秒, 蛋白电泳: 清蛋白 32%, 球蛋白: α 8%, β 10%, γ 50%, 超声波发现大量腹水, 胸透心肺正常, 两横膈以右横膈为主往上平均地抬高约 3 横指, 抽腹水常规检查: 蛋白+, 未见结核菌及癌细胞。尿常规: 白细胞+++ , 红细胞少许, 蛋白+。血常规: 红细胞 150 万/立方毫米, 血色素 4.7 克%, 白细胞 7400/立方毫米, 中性 77%, 淋巴 23%。肾功能: 非蛋白氮 68 毫克%, 肌酐 3.4 毫克%, 尿素氮 36 毫克%, 诊断为肝硬化腹水。7 月 24 日因腹水日增, 复加月经来潮, 邀我科会诊。

初诊 (同年 7 月 24 日): 患者因肝硬化腹水入院, 刻诊面色萎黄, 腹部膨胀如鼓, 腹壁青筋暴露, 烘热起伏, 肌肤干燥, 纳差, 溲短, 大便自调, 今值经潮, 色暗红、量少, 舌淡红、质瘀、苔薄, 脉细弦带数, 肝病及脾, 气血两虚, 气不足则湿困水聚, 血不足则冲任失调, 不宜骤攻, 暂拟益气养荣为主, 佐以行水化湿为治。党参、带皮茯苓各 15 克, 白术、山药、车前子 (包) 各 12 克, 炙鸡内金、泽泻、牛膝、当归、香附各 9 克, 枳壳、陈皮各 4.5 克, 陈葫芦皮 30 克 (煎汤代水)。

二诊 (同年 7 月 30 日): 经净 3 天, 面色萎黄好转, 小便较前增长, 但腹部膨胀不减, 胸痞气仄, 纳谷欠香, 舌脉如前, 正虚邪实, 水湿停聚, 气机失利之象, 再拟原意出入。泽泻、焦曲、白术各 12 克, 砂仁 3 克, 木香 4.5 克 (后下), 带皮茯苓 24 克, 陈

皮 6 克, 炙鸡内金、槟榔、大腹皮各 9 克, 党参、商陆根、腹水草各 15 克, 陈葫芦皮 30 克 (煎汤代水)。

三诊 (同年 8 月 5 日): 连投益气调脾化湿行水之剂, 日来小溲增多, 腹部膨胀得减, 纳谷渐思, 大便亦调, 舌淡红、质瘀、苔薄, 脉来濡滑, 再拟前法一攻再攻。藿香、佩兰、泽泻、炙鸡内金、枳壳各 9 克, 川朴 3 克, 陈皮 6 克, 木香 (后下)、黑丑、白丑各 4.5 克, 党参、白术、茯苓、商陆根、腹水草各 15 克。

四诊 (1976 年 8 月 9 日): 4 日来大便迭通, 小溲增长, 腹部膨胀日趋消退, 胸痞得宽, 纳谷日增, 舌苔薄腻, 脉来濡滑, 脾运日见恢复, 水湿已趋下行, 再拟原方加减。藿香、佩兰、泽泻各 9 克, 川朴、川椒各 3 克, 陈皮 6 克, 木香 4.5 克 (后下), 大腹皮、香谷芽各 12 克, 茯苓、党参、白术、商陆根、腹水草各 15 克。

药后小便增多, 腹水日渐消退, 从 8 月 12 日至 9 月 24 日将上方去商陆根、腹水草、黑丑、白丑、厚朴、川椒等药, 再加黄芪、山药益气调脾, 枳壳、焦曲消食宽胀, 采用消补兼施, 从而达到腹水全消, 精神日佳, 食欲增进, 体力恢复, 于 1976 年 9 月 22 日病愈出院, 随访 2 年余, 一般情况良好, 于 1978 年 12 月 19 日再度住入我院妇科病房, 在肝功能正常、腹水未起的条件下, 顺利地进行子宫肌瘤切除手术, 目前身体康复, 一切正常。

上述二例均属晚期肝硬化腹水重症, 通过中医辨证论治, 都能使腹水全消, 体力恢复, 为脾切除及子宫肌瘤手术创造了有利条件。

在整个治疗过程中, 由于腹胀起因及病情变化不是单纯的, 一般由于湿热郁结, 肝脾两伤, 日久则气滞血瘀, 水湿内停而形成, 但在临床表现的征状和舌脉都具有各种不同的特征。如病例一顾××, 由于吐血不止开始, 临床表现系本虚标实症状, 既有头晕乏力, 面皖神疲, 指甲不荣的虚症, 又见腹部膨大, 青筋暴露, 小溲短少的实证, 病机是肝损及脾, 脾虚生湿, 健运失职, 气化不利所致, 在虚实夹杂的情况下。我在进行辨证分析时, 分清主次, 首用先补后攻的益气调脾养血柔肝法, 次用攻补兼施的补益气血淡渗利湿法, 再用先攻后补的攻泻逐水法以及培补元气的调脾和肝法, 使腹水全消, 体力恢复, 为后来脾切除打下了良

好的基础。例二王××,我根据病情变化的不同阶段,紧紧抓住三个关键,即会诊之初,适值经行之时,处治以补为主,佐以理气和营之剂,不主张骤用攻下,经净之后,体力渐复时,就采用攻补兼施,一攻再攻,使邪去正安,病情日渐好转,迨至腹水消退后,治宜培补为要,佐以消导之品,促使脾胃日健,运化正

常,水湿无以内聚,腹水不致再起。

我根据中医的“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”的理论,在上述二例中始终抓住补脾调脾为立法,盖脾为后天之本,生长气血之源,益气必须补脾,摄血亦须调脾,化湿行水也须理脾,故我体会治疗肝硬化腹水一症,益气补脾,化湿行水是基本方法。

红花泽兰注射液预防流行性出血热 DIC 效果观察

湖南省溆浦县人民医院 湖南省黔阳地区卫生防疫站

湖南医学院附属第一医院传染科

1977年至1980年我们采用红花泽兰注射液对流行性出血热发热期弥漫性血管内凝血(DIC)阴性的患者进行早期预防性治疗,以避免其DIC的发生,现将观察情况报告如下。

一、药物制备

泽兰注射液:称取泽兰500克,用适量蒸馏水浸泡半小时后蒸馏,收集5000毫升蒸馏液,将此液再重蒸1次,得2500毫升备用。并取其药渣水煎,收集两次煎液,合并浓缩成1:1液,放冷后加乙醇,使含醇量达60%以上,回收乙醇,再加乙醇使含醇量达80%以上,放置过滤,回收乙醇,得稠浸膏,将重蒸馏液分次溶解浸膏并过滤煮沸后,加活性炭10克,充分搅拌,放置30分钟后抽滤,调pH至7,全量配成浓度为20%液2500毫升,再通过三号玻璃漏斗罐装5毫升安瓿,封口灭菌即成。20%红花注射液制备除不蒸馏外,余与泽兰注射液制法相同。

二、病例选择和分组

于1977年12月至1980年3月,在流行性出血热流行期,将溆浦县医院收治的流行性出血热发热期DIC阴性患者182例,随机分成三组,红花泽兰组66例,潘生丁组50例,对照组66例。病例诊断标准参照1975年全国流行性出血热会议制定的标准。DIC诊断指标:血小板计数 <5 万/立方毫米,凝血酶元时间 >18 秒,纤维蛋白原 <200 毫克%,“3P”试验阳性,FDP试验(对流免疫电泳法)阳性。以上五项中前三项阳性或前三项中有两项阳性,再加后两项中有一项阳性即可诊断。

三、临床资料

红花泽兰组66例,男45例,女21例,平均年龄31岁,平均病程18.2天;潘生丁组50例,男32例,女18例,平均年龄33岁,平均病程19.4天;对照组66例,男48例,女18例,平均年龄35岁,平均病程21.4天。

四、治疗方法和结果

一般治疗:发热期每天常规静脉滴注平衡盐液1000毫升以上。高热者酌情加用氢化考的松;如出现休克则采用平衡盐液,以低分子右旋糖酐扩充血容量并适当结合纠正酸中毒,强心,使用血管活性药物等措施;如出现急性肾功能衰竭则给予20%甘露醇、速尿等药物,并注意维持水与电解质、酸碱、能量三大平衡。

各组患者除以上一般治疗外,红花泽兰组给20%红花泽兰注射液各30毫升,加于10%葡萄糖20毫升,静脉推注,每日1次;潘生丁组给潘生丁0.1克口服,每日4次;对照组66例仅一般治疗。

治疗第3天及第7天各做DIC诊断指标1次。

两次化验结果表明,对照组出现DIC阳性者8例(12.1%),潘生丁组3例(6%),红花泽兰组无一例DIC阳性者,经统计学处理红花泽兰组DIC发生率非常显著低于对照组($\chi^2=6.52$, $P<0.05$);红花泽兰组DIC发生率虽较潘生丁组低,但未有显著性差异($\chi^2=2.03$, $P>0.05$)。

本组观察病例不多,因此,红花泽兰注射液预防流行性出血热DIC的发生有待进一步验证观察。

(执笔者 张先勇)