

中医药治疗肝内囊肿验案一则

南京医学院第二附属医院中医科 曹庆棠

一、病例介绍

王××,女,42岁,工人。就诊日期:1977年8月15日。

患者于2月前右胁胀痛并逐渐加重,伴有头昏重,影响食欲,呼吸不利,间或干呕。3周前住入××医学院附属医院外科病房(住院号:77-40145),根据患者长期有与畜兽(狗)密切接触史,又有喜食畜兽(狗)肉类史,结合超声波、同位素肝扫描等检查,排除细菌性、阿米巴性肝囊肿及肝癌等病,诊断为“肝囊肿(包虫病)”。经西药治疗无明显效果,建议手术切除,患者因不愿手术,乃来我院中医科治疗。

患者面色黄困虚浮,精神疲倦,头昏重如裹,右胁胀痛,痛处不移,按之和深呼吸均加重。口干苦,渴而不欲饮,纳差,食后脘胀,泛泛欲呕。小溲色黄量少,大便先干后溏,日行一次。舌苔微腻,舌质淡,舌体略胖,脉濡小弦。心肺正常。腹部平软,肝肋下2.5厘米,质中等,有轻度按痛,表面似有圆形包块,脾未触及,无腹水征。血白细胞4200/立方毫米,中性77%,嗜酸性21%,大单核2%。肝功能麝香草酚浊度试验正常,硫酸锌浊度18单位,谷丙转氨酶正常,胎甲球试验阴性。超声波检查示肝上界在右锁骨中线第6肋间,肋下3厘米,剑突下6厘米,右上腹于肝区可见多个大小不等液平,提示为肝囊肿可能性较大。同位素肝扫描示肝脏增大,肝右叶上部可见互相融合、大小不等的放射性缺损区,最大者直径4厘米,呈圆形,提示为肝右叶上部占位性病变,以肝囊肿可能性较大。此乃肝失疏泄之能,气机失于调畅,脾虚运化不健,水湿停而内聚。治宜疏泄肝气,运湿泄浊。处方:醋柴胡、枳壳、

炒黄芩、陈皮、元胡、桃仁、赤芍各6克,茯苓、车前子、茵陈、薏仁各10克,红藤、金钱草各15克,甘草3克。每日一剂,水煎,分二次服。

二诊(9月8日):守前方之意增损,服17剂后,小溲色黄转淡,头昏重和胁痛明显减轻,腻苔已退,呈薄苔。乃湿邪渐化,肝气渐疏之象,再宗前意,稍参活血畅络养肝之品。原方去红藤、炒黄芩,加当归、制乳香、没药各10克,白芍、川楝子各6克。每日一剂,水煎,分二次服。

三诊(11月29日),守前法出入,间断服药58剂,右胁部已无所苦,尚遗纳少乏力未复。超声波复查示肝上界在右锁骨中线第6肋间,肋下刚及,剑突下5厘米,肝区右锁骨中线外第6肋间仅见一2厘米液平。同位素肝扫描复查示肝脏仍增大,于肝右叶外上方有一圆弧形放射性稀疏区,边缘规则。提示为肝右叶前上方占位性病变,以肝囊肿可能性大。苔薄,脉濡小弦。肝之疏泄功能虽复,但脾胃功能不足,湿邪亦未祛尽,拟方侧重健脾和中、化湿助运。处方:太子参、白术、茯苓、薏仁、扁豆、当归、白芍、山楂、神曲、生谷芽、熟谷芽各10克,陈皮6克,薏仁、甘草各3克。

上方间日服一剂。治疗7个月后,面色红润,食欲、二便如常,精神转佳,无不适症状。1978年8月19日第三次作同位素肝扫描复查,见放射性分布均匀,肝右叶外上方放射性稀疏区消失,未见其他异常;超声波探查也未见异常。原血中嗜酸性粒细胞增多已降至正常,肝功能也恢复正常,病告痊愈。复经随访4年,疗效巩固。1982年6月作X线腹部前后位摄片,见肝右叶处可见一5×4.5厘米密度

增高之弧形钙化阴影,符合肝囊肿(包虫病)之诊断。

二、讨论与体会

“肝囊肿(包虫病)”为现代医学病名,祖国医学尚未见有专题记载。本病患者之病机,虽主病在肝,但受病在脾,其治疗以疏肝气、健脾气、化水饮为主。初诊时患者苦于胁痛,貌似肝气郁滞,湿浊内蕴之症,但观其气郁无攻窜之势,水饮无泛溢之征,乃肝气疏泄失司、升发不及之象,故投以“四逆散”以疏肝缓痛,“茵陈五苓散”以化湿健运,虑其湿郁化热,故佐以红藤、炒黄芩。本方虽着眼于标实之痛,主疏主化,然含有白术、白芍、薏仁、茯苓等健脾之品,实寓有“知肝传脾,当先实脾”之意。二诊时,患者头昏重和胁痛明显好转,腻苔已退,是疏泄渐展,湿浊松

动之象,然思及肝乃体阴用阳之脏,肝气得疏,当赖肝血之濡养,故方中加当归、白芍以养肝和血,再参以乳香、没药以活血畅络,以冀其囊肿得消。鉴于病症已无化热成痛之势,故去红藤、炒黄芩。进58剂后病情更有好转。超声波检查示肝区液平缩小,同位素肝扫描示囊肿已成单一囊腔。由于囊肿还未消尽,考虑水饮停聚不化系由土卑湿留所致,故改方转从脾胃论治,选用“五味异功散”,方中“四君子汤”健脾助运,陈皮理气,助健脾化湿之力,另加薏仁、扁豆、薏仁祛湿化饮。鉴于囊为有形之体,既不需攻坚,则当投以和血之品,故加当归、白芍。本例始终宗健脾化湿、疏肝理气为治,幸病者持之以恒,坚持服药7个月,卒获全功。

益 气 化 瘀 法 治 疗 顽 固 性 便 血 1 例

广东省梅县地区医院 陈 增 铨

曾××,男,55岁,干部。1974年4月5日初诊。患者有“胃痛”史,1969年9月因病情加重,大便潜血(+++),经X线检查,诊断为十二指肠球部溃疡,因便血不止,3年来曾住院三次,并作胃肠吻合术及胃次全切除术,术后仍不能控制出血,转送广州中山医学院检查,诊断为“胃肠多发性毛细血管瘤”,并建议试用中医药治疗,经服用补气养血止血等中药及输血等,疗效欠佳,便血未见减少。

症见:慢性病容,面色苍白,头目晕眩,气短,疲倦乏力,食欲不振,胃脘刺痛,自觉烦热,口干,眼眶乌黑,大便潜血(++),舌质淡青、苔薄白,脉细无力。此属气虚血瘀,血不循经所致,拟补气化瘀法。

处方:黄芪30克,党参30克,当归10克,丹参10克,乳香6克,没药6克,赤芍6克,沉香(后入)6克,三七(分冲)10克,仙鹤草12克。每天一剂,水煎二次分服。连服10天,诸症有所好转,乃改用散剂,缓图功效。

散剂方:黄芪、党参、金银花各30克,当归、丹

参、乳香、没药、香附、沉香、三七、五灵脂、川芎各45克,川大黄、白芨、山楂、鸡内金、仙鹤草各36克,桃仁、赤芍、白芍各27克,黑丑、土鳖虫各18克。共研细末,每日早晚各服6克。持续服用半年,便血、腹痛逐步减轻乃至消失,纳食正常,面色红润,体重由35公斤增至52公斤,随访6年,便血迄未复发。

按:本例顽固性便血,胃脘刺痛,乃“久病成虚”、“痛久入络”,造成气虚,气虚导致血瘀,血瘀也影响气的流畅,两者成因果关系,成恶性循环,临床经验证明,血流缓慢和血液停滞,是血瘀症的重要病理和生理改变之一,气虚是本,血瘀是标,标本兼顾,虚实并举,“疏其血气,令其调达”,正如《内经》云:“血实宜决之”、“气虚宜引掣之”,两者不可偏废。清代名医王清任也认为“所伤者无非气血”,气病属虚者多,血病属瘀者多,方用益气化瘀,佐以凉血止血,故取得良好效果。

(黎道谋整理)