

讨论与体会

一、本病属中医“臌胀”范畴，其共同病理基础为“湿热久稽，营血内燔；肝血瘀滞，症积阻滞；脾肾俱损，阴血不足；三焦不利，水道不通。”其中以气虚血瘀为主。故主方中以黄芪、白术、茯苓健脾益气；紫河车益肾固本；赤芍、丹参、水红花子、姜黄、三七化瘀消症；黄柏、连翘、土茯苓清热利湿；水牛角、赤芍、白茅根凉血活血；泽泻、茯苓、车前子渗湿利水；二丑逐水消臌。佐以莱菔子行气除胀，鸡内金消食化积。由于药证合拍，故疗效较为满意。

二、本组病例中白蛋白/球蛋白比例倒置者84例，经服用三七、水牛角粉后79例在2个月内恢复正常，说明此二药对纠正白蛋白/球蛋白比例倒置，具有独特效果。

三、本组病例中HBsAg阳性者52例，笔者在辨证论治的同时，选用黄芪、白术、茯苓、灵芝、紫河车、人参等健脾益肾，扶正固本之剂，佐以土茯苓、黄柏、虎杖、白茅根等清热解毒利湿之品，阴转者12例，占23%，说明这是治疗乙型肝炎后肝硬化的一个有效途径。

四、本组病例中有4例患者，舌质红绛无苔，色似猪肝。一般认为此类患者预后不良，

笔者按血热血瘀、胃阴不足，重用生山楂、赤芍、丹皮、白茅根等药治疗1月后，3例舌质转为鲜红，舌上生苔。

五、攻逐水邪为治疗本病主要方法之一，笔者曾试用甘遂粉、舟车丸，患者服后腹痛难忍，腹泻频作，伴头晕恶心，肝功能损害，非但腹水不除，反伤正气，故不可取。唯二丑研末装入胶囊中吞服，利尿作用明显，除轻度腹泻外，未见其他副作用。其剂量应每次3~7粒，每日3次，以每日大便不超过3次为宜，腹水明显消退后则可停用。

六、本病属“风、劳、臌、膈”四大证之一，一般认为预后不良，本组病例中死亡5例，其中2例为肾功能衰竭，见肾气已败，顽固性少尿，高度腹水；1例合并肠炎，表现为腹泻不止，脾气已绝；1例为舌质红绛无苔，舌上裂纹，口渴，示胃阴已竭，血热内燔；1例为慢性肝坏死，症见烦躁、昏迷，邪陷心包。说明这些情况是本病死亡的主要原因。预防这些情况的出现是降低病死率的主要途径。

七、腹水消退后，应进行半年以上的巩固治疗。一般以主方为主，辨证治疗。若停药过早，易致复发。另外，忌盐对消除腹水有一定意义，但长期忌盐则影响食欲，故应视具体病情而定，如腹水严重则严格忌盐，若腹水消退或消退过半，则可给予低盐饮食。

桂枝茯苓丸治痛泻1例

江西医学院第二附属医院 胡源民

陈××，女，32岁。1984年2月25日入院。患者腹痛泄泻反复发作8年，近来病情加重。便前阵腹痛、寒战，日数次至十余次。大便呈稀水状，无恶臭。西医检查：腹平软，未触及包块。大便常规及培养无阳性发现。B型超声波检查：降结肠内膜回声增强且模糊，提示炎症改变。钡灌肠检查提示为慢性溃疡性结肠炎。曾先后采用痛泻要方、健脾汤、温脾汤、参苓白术散、附子理中汤等治疗均无显著改善。5月3日中医会诊：见患者形体尚丰，性格爽朗，舌质略紫，脉弦中有涩，素有月经不调痛经史。考虑系由气

滞血瘀，壅阻肠道，致传化失常。投桂枝茯苓丸方：桂枝、赤芍各15克，茯苓30克，红花（代桃仁）、丹皮各10克。首剂服下腹痛即减，三剂后腹痛基本消失，仅便时稍有腹痛，已无寒战，五剂尽症状全失。

桂枝茯苓丸治痛泻证，尚少见报道。细察患者舌质略紫，脉弦中有涩，左下腹虽无症块，却拒按；何况病延八载，久病鲜有不瘀。据上述病因病机，用桂枝茯苓丸颇为合拍。可见，痛泻一证并非尽属脾虚木旺。