

桃核承气汤治疗肝性血卟啉病35例报告

福建省漳州市医院 游 开 泓

笔者自1975年至1985年底运用桃核承气汤加减治疗35例肝性血卟啉病患者,获得较满意疗效,现总结报告如下:

一、一般资料

本组35例,男3例,女32例。年龄最小19岁,最大46岁,其中30岁以下22例,31~40岁11例,40岁以上2例。病程最短3天,最长58天。31例为首次发病,3例发病2次,1例发病3次。首次发病31例的病程为3~30天;其余4例共9次发作,发作时病程长达1~2个月。病前有饮酒史者28例,其中妇女产后饮酒者25例,酗酒后感风者3例。因劳累过度者3例,饮食失节者2例,继发胆道蛔虫病者2例。

二、临床表现

35例入院时均以急性腹痛为突出症状,其中呈间歇性阵发绞痛24例,持续性紧压痛8例,不规则胀闷痛3例。腹痛部位在上腹部者9例,脐周者20例,少腹部者4例,位置不定者2例。治疗前腹痛程度多数急剧而持久,呈间歇性发作,阵发性加剧。每次发作时间自数小时至5天,亦可持续数周不止者。其腹痛间歇时限短者数分钟,个别长者达1~2天不等。本组病例临床检查无相应腹部体征,也不能用其他内、外科各种疾病解释。当病情严重时往往出现神经精神症状。同时伴有便秘34例,尿色棕赤33例,呕吐16例,神疲7例,烦躁20例,谵妄8例,全身痠痛12例,巩膜黄染18例,皮肤损害4例,血压升高21例,贫血15例,肝大10例,下肢麻木2例,瘫痪1例。35例中属间歇急性型31例,混合型急性期4例。

三、实验室检查

35例血常规检查,除6例白细胞在1万~1.5万/立方毫米,中性粒细胞有轻度偏高外,余29例均正常。12例血红蛋白在8克以下,网织细胞在1.5%以上。腹部X线透视32例,有胃肠气胀现象者4例,余28例无特殊发现。肝功能检查28例,均有不同程度损害,而肝胆超声波检查未见明显异常改变。粪检35例,查出蛔虫卵7例。尿检35例,有17例出现少量蛋白、红细胞和管型,但血红蛋白尿试验阴性。尿淀粉酶测定正常,尿铅定量少于0.08毫克/升,尿卟胆原试验2次以上全部强阳性。

四、治疗方法

根据血卟啉病患者有皮肤、腹部和神经三大证候群,中医辨证属于瘀热蓄血,腑气不通,不通则痛,治宜清泄瘀热。本组病例均采用桃核承气汤加减治疗。处方:桃仁10克,桂枝7克,大黄9克,芒硝15克,白芍15克,甘草3克。对腹痛甚者加元胡、失笑散;瘀血重者加土鳖、丹参;呕吐者加半夏、藿香;腹胀者加枳实、厚朴;黄疸者加茵陈、栀子;血压高者加石决明、夏枯草;烦躁者加天麻、钩藤;谵妄者加珍珠母、琥珀;肢麻者加牛膝、地龙;贫血者加当归、川芎。每日一剂,水煎二次分服。若便秘顽固者可加重大黄及芒硝用量,以达到通便泄热、祛瘀止痛的作用;待大便通畅,腹痛缓解,然后酌情减量或除去芒硝,此即“得快利,止后服”之意。

本组35例中14例出现脱水征象,给予输液1~3天。6例呕吐频作,用灭吐灵肌注后再服中药。8例因腹痛剧烈,肌注氯丙嗪注射液25毫克,每日2~3次;或用2%普鲁卡因2~4毫升,在足三里、天枢穴穴位注射,每日1

次,共2~3天。其他病例均未用过其他西药。

五、治疗效果

疗效标准制定如下。治愈:临床症状与体征消失,腹痛解除,贫血改善,黄疸消退,血压复常,复查肝功能和尿卟胆原阴性,随访半年以上无复发者;好转:症状与体征基本消失但有周围神经症状,复查肝功能指标转阴,尿卟胆原弱阳性,随访3~6个月内复发者。无效:症状与体征无改善或恶化,复查肝功能指标和尿卟胆原阳性者。按以上疗效标准评定,本组35例中,治愈31例,占88.5%;好转3例,占8.6%;无效1例,占2.9%;总有效率达97.1%。

本组病例治疗时间最短3天,最长36天,平均为10.2天。无效1例为第二次发作患者,持续腹痛长达35天,入院时出现下肢瘫痪、呼吸困难、神志不清、黄疸、尿闭等上行性麻痹和肝肾功能不全症状,经导尿发现尿色红赤,而检查尿卟胆原阳性获确诊,虽经中西医结合抢救治疗无效。

六、讨论与体会

血卟淋病是一种原因未明的代谢失调病,根据本病的临床表现与祖国医学“蓄血证”颇为

符合。仲景在《伤寒论》中有太阳和阳明蓄血之分,虽然两者的成因和证候有所差异,但瘀血和湿热相搏,扰乱心神,则是一致。瘀热既可搏结在太阳膀胱少腹部,也可在阳明胃肠的中、上腹部位置,加上病情轻重深浅不同,因此临床症状表现有别,常呈多种多样,变症多端。临证凡遇见原因不明的急性腹痛,必须有足够认识,否则很容易误诊为其他内、外科急腹症疾病。病人尿色改变呈棕红色或尿液经阳光暴晒后变成红葡萄酒色可协助诊断,若尿检卟胆原阳性者即可确诊,但也要注意排除症状性卟淋尿。

从本组病例看,其发病因素与感受外邪,产后恶露不下,饮食劳倦以及饮酒过度,瘀热互结而造成蓄血证有关。因此治当泻下逐瘀,宜用清泄湿热之剂。我们采用桃核承气汤加减治疗,取桃仁破血逐瘀,桂枝温通血脉,加入芍药缓急止痛,更合调胃承气汤通下腑气,使瘀热消散,营卫和调,腑气通畅,通则不痛。随证加减,灵活应用,效果益彰。据临床初步观察本方治疗肝性血卟淋病有较显著疗效。至于桃核承气汤是否有促使体内卟淋和卟淋前体等代谢产物排出体外的作用,有待今后加以证实。

培土制水法治疗慢性肾炎一则

江苏省高邮县车逻地段医院 张子惠

笔者对慢性肾炎常从培土论治,屡获满意疗效。现举验案一则,介绍如下:

李某,男,21岁,1978年3月10日诊。患肾炎年余,经中西药反复调治,病情迁延不愈。诊见面目浮肿,精神疲倦,胃纳不佳,大便质软或溏,苔白,脉缓弱。尿检查:蛋白(+++),细胞管型2~5,红细胞(++).周慎斋云:“诸病不愈,必寻到脾胃之中,方无一失。何以言之?脾胃一虚,四脏皆无生气,故疾病日久矣。万物从土而生,亦从土而归,补肾不如补脾,此之谓也。”余师其说,治以培土制水法。处方:黄芪、山药、白茅根各30克,党参、白朮、茯苓、芡实各15克,熟附片、建莲肉、泽泻各10克,升麻、

甘草各6克。每日一剂,上方随症损益,调治三月余,尿检转阴,临床症状消失。后予补中益气丸,善后巩固一月,随访七年,未见复发。

慢性肾炎,属于中医水肿范畴,与肺、脾、肾三脏有关,其中脾位居中,乃升降之枢纽,尤为重要。本病之浮肿,乃土虚不能生金,肺失通调之职,又土虚不能制水、水湿泛滥所致。大量蛋白尿,则与脾失健运,谷气不能上升,反而下渗有关。《内经》云:“中气不足,溲便为之变。”由此可知,慢性肾炎,在未表现肾阴或肾阳偏虚时,运用培土法,较为妥善。脾胃健运,后天充足,气血生化有源,各脏腑得其滋养,其病变脏腑之功能,自然渐渐恢复而愈。