

病例讨论

非肝实质坏死性慢性重型肝炎病案

唐善令* 整理

主题词 肝炎,病毒性,人/中医药疗法**1 病史摘要**

患者邱某某,男,55岁,军人。住院号134873。1995年12月26日转入我科。

主诉:间断性乏力、肝功能异常8年,不规则发烧、黄疸2月余。

现病史:患者于1985年查体发现HBsAg阳性,肝功能正常。2年后自觉乏力、腹胀,查血:丙氨酸转氨酶(ALT)轻度升高,虽然经住院治疗ALT复常,但其后反复波动。1995年10月全身症状加重,尿黄,并逐渐出现皮肤、巩膜黄染。1995年11月15日住某院。当时查血:总/直接胆红素(T/DBiL)186/127 μ mol/L,ALT431U/L,总/白蛋白(T/A)73/31g/L,凝血酶原时间/活动度(PT/PA)20.5sec/32%。诊断为病毒性肝炎(乙型慢性重型)。经用6912(为清热解毒中药,含茵陈、山栀、大黄、黄连等)、丹参注射液、强力宁注射液、人血白蛋白、鲜血、先锋霉素V、氧氟沙星、灭滴灵等药物静点,口服维生素、辨证中药方(主药有黄芩、龙胆草、知母、山栀、茵陈、丹皮、生地、川芎、金钱草、葛根、柴胡、生大黄)等治疗,因病情加重于1995年12月26日转入我科。既往史及家族史无特殊。

查体:体温36.8~38.7℃(午后发热),面色晦暗,形体肥胖,四肢指(趾)甲青紫,皮肤、巩膜明显黄染,咽微红,舌质紫暗、有瘀点瘀斑、舌下静脉增粗延长、无舌苔。心肺未发现异常体征,腹部膨胀,移动性浊音阳性(中等量腹水),

但无压痛、反跳痛。神经系统检查深浅反射正常。

化验检查:周围血象:白细胞 4.1×10^9 /L,红细胞 2.41×10^{12} /L,血红蛋白95g/L。ALT正常,谷-草转氨酶(AST)87U/L,T/DBiL496/332 μ mol/L。PT/PA37.6sec/18.8%。蛋白电泳中白/γ球蛋白54.3/28.2%。血清钾4.1mmol/L、钠134.8mmol/L、氯104mmol/L、钙2.8mmol/L。尿素氮12.43mmol/L,肌酐52.5mmol/L,二氧化碳结合力12.16mmol/L,血氨47 μ mol/L。HBsAg-N/S4.4,抗-HBe-N/S2.5,抗-HBe抑制率97%,HBV-DNA(-)。抗-MCV-IgM及抗-MCV-IgG均为阴性。抗-HAV-IgM(-)。抗-HCV(+),HCVRNA(PCR)(-)。抗-HEV-IgG(-)。梅毒试验阴性。尿胆红素定性(++++) ,定量8mg/dL。痰培养为白色念珠菌及曲霉菌,血培养无致病菌生长。

2 病例讨论

于1995年12月28日举行讨论。

唐善令副主任医师:慢性重型肝炎病机复杂,病死率高。本病例按常规用西药保肝、支持疗法及中药清热解毒、清肝利胆,佐以凉血活血治疗40余天,病情进行性加重,黄疸进行性加深,午后发热,凝血机制日渐低下,并出现腹水,临床可见明显血瘀体征,辨证要点已转化为气滞血瘀。由于邪滞血分,血热相结,进而瘀血阻络,胆汁受阻。有人云:“黄疸日久,变为黑疸”,亦称“瘀黄”。且血涩不行,郁久化热,而表现为午后或夜晚发热。脉络瘀阻,殃及肝脾气血的运行及肾与膀胱气化,渐成腹水。如《医门法律》中云:“胀病亦不外水裹、气结、血瘀”。因此,活血化瘀法是否值得一试,请大家讨论。

* 中国人民解放军302医院,北京市海淀区岳各庄

(100039)

收稿日期:1997-05-28

王辉医师:患者有面色晦暗,四肢指(趾)甲青紫,舌质紫暗、有瘀斑及瘀点、舌下脉增粗延长,故有血瘀。无舌苔,午后发热,腹胀,移动性浊音阳性(中等量腹水),形体肥胖,故有脾虚湿困。据此当以凉血活血,健脾化湿为治。

丁晋彪医师:患者病久伤气伤脾,形体肥胖为脾虚湿盛之象。气血伤脾,运化失常,水湿不得运化而水湿停聚,进而阻碍气机,气虚无力运化而气滞,则为臌胀(腹水);气滞则血不行而血瘀,且久病入血耗血,血瘀血耗日久化热,则为午后发热;血热熏蒸胆腑,胆汁外溢则发为黄疸;热灼膀胱,则为尿黄;其面色晦暗,四肢甲青,舌紫暗、有瘀斑瘀点,皆为血瘀;用大量清热利湿之药治疗,苦寒伤脾,脾气更弱,寒使血凝,血瘀更重,使病情加重。综上所述,辨证为气虚水聚,血瘀血热。治法:益气健脾,活血凉血,兼以利水消胀退黄。

王群医师:患者有黄疸、腹水、午后发热,舌无苔,证属肝郁血瘀,阴虚湿困。治宜活血疏肝,滋阴利湿。患者虚实并存,证型矛盾,目前应以补为主,以攻为辅,可用鳖甲煎丸加减为治。

王海丽医师:患者肝病病程长,形体肥胖,“见肝之病,知肝传脾”,故存在脾气虚,血液运行无力,查体可见指甲青紫,舌质紫暗、有瘀斑瘀点、舌下脉增粗延长。气虚而致血瘀,脾不化湿,日久耗气伤阴。阴虚生内热,无舌苔、午后发热均为阴虚内热表现。所以,患者既有脾气虚、气阴两虚的正虚情况,又存在血瘀血热实邪。治则:凉血活血、疏肝健脾。可用赤芍、川芎、丹参、生地、丹皮凉血活血,茯苓、黄芪、柴胡、郁金疏肝健脾,佐泽泻、车前以利水。

贺江平副主任医师:本例发现 HBsAg 阳性 12 年,肝功能反复异常 8 年,故可诊断为病毒性肝炎、乙型、慢性活动型。入院时 TBiL $186\mu\text{mol/L}$,现在为 $496\mu\text{mol/L}$;入院时 PA 为 32%,现在为 18.8%;有中等量腹水。根据以上特点,可确诊为慢性乙型重型肝炎晚期。但是症状不重,病情发展不快,因此属于非肝实质坏死性慢性重型肝炎。由慢性肝炎发展为慢性重型肝炎,有很多诱发因素。内毒素血症和胆红素

代谢障碍是诸因素中的两种重要因素。该患者有长期午后发热,周围血象正常,各种检查未找到感染灶,其发烧原因可能与内毒素血症有关。黄疸进行性加深, TBiL 中以结合性为主, DBiL 占 TBiL 的 66.94%,尿胆红素(+++);因此本例黄疸持久不退,属于胆红素排泄障碍。入院后经用多种中西药物治疗,未能控制病情发展,可能是针对性不强。常用的西医药难以解决内毒素血症和胆红素代谢障碍。因此除适当静脉输入人血白蛋白及促肝细胞生长素外,主要用中药治疗。对于因内毒素血症和胆红素代谢障碍诱发的慢性重型肝炎,我们曾有过报道,其临床证型以血瘀血热、血分热毒为主,当以凉血活血、清热解毒为基本治则。组方中重用赤芍,有拮抗内毒素作用;重用行气破血之品,有加强胆红素排泄作用。金银花、穿心莲有抑菌作用。这些药物与证型相吻合,而且对加强胆红素排泄及清除血清中内毒素均有作用,故有利于病情恢复。

汪承柏教授:关于本例的诊断及其诱发因素和治疗原则,同意贺江平副主任的分析。我侧重就中医证治方面发表如下意见。对患者症状、体征及化验结果,有 4 个突出的问题:午后潮热、血瘀、黄疸、腹水。这 4 个方面体现于同一患者身上,孰为因?孰为果?值得认真探讨。(1)关于潮热,本患者主要为午后发热,《伤寒论》中称之为“日晡潮热”,后世医家又称为“午后潮热”。其病因病机很复杂。因系慢性肝炎,故可排除阳明腑实潮热;冬季发病,不考虑暑热伤阴潮热;虽有腹水,但不象脾气虚之潮热;阴虚症状不明显,又不属于阴虚潮热。患者血瘀证明显,瘀血内停,久成干血,积而化热,所谓“血滞而成瘀,瘀血内郁而化热”。所以潮热系血瘀所致。(2)患者有腹水,“诸湿胀满皆属于脾”,故有脾虚。(3)至于黄疸,本例病程日久,无明显湿热见症,况且用清利之品无效,无舌苔,故可排除湿热发黄;虽有日晡潮热,但综观全身,无明显热象,故不象热盛发黄;无明显寒象,又不属于寒湿发黄(阴黄);所以本例发黄之病因病机,系血凝成瘀,瘀热相搏。《诸病源候论》中明示,“血

瘀在内,则时时体热而发黄”。《素问》云:“肝气热则胆泻,胆泻则发黄”。《寓意草》中亦云:“胆气热,汁满而溢于外,以渐渗入经络,则身目俱黄”。脾气虚,气不行,血不行,《临证指南》中指出:“气血不行则发黄”。

综上所述,本患者系因血瘀、瘀久暗伤营血,营血亏损而化热。所以瘀热相搏是黄疸持久不退和进行性加深的病因。脾虚在黄疸的发生过程中起了辅助作用。因此其主证为血瘀血热,兼证为脾虚。热不解则瘀不去,瘀不去则热不除。故治宜凉血攻瘀,辅以益气健脾。方用赤芍 150g、丹参 30g、金银花 30g、穿心莲 30g 以凉血清热;桃仁 30g、红花 30g、三棱 30g、莪术 30g 以攻瘀;黄芪 30g、当归 30g 即当归补血汤,一则补益气血,二则预防重用行气破血之輩而导致气血两伤;用葛根 30g 有止渴生津作用;用瓜蒌 30g,因患者有肝郁、肝燥。王秉衡云:“人第知瓜蒌润燥开结,荡热涤痰,而不知其疏肝

郁、润肝燥、缓肝急有独优也”。《便易经验集》中云:“损其肝者缓其中,瓜蒌为物,甘缓而润,于郁不逆,要知瓜蒌可寒可热,不寒不热,似补似泻,非补非泻”。关于上述组方对内毒素血症和胆红素代谢障碍的作用,贺江平副主任已作了说明,我不再赘述。这种组方既符合中医辨证,又与患者发病机理相吻合。这种思路方法体现了中西医结合、宏观辨证与微观辨证相结合,疗效似应有所提高。

3 后记

用上方治疗 10 天后,体温已正常。用药后第 1 周, T/DBiL 360/235 μ mol/L, 尿胆红素(++) , PA 28.5%; 第 2 周 T/DBiL 265/166 μ mol/L, PA 26.8%; 第 3 周 T/DBiL 174/98 μ mol/L, PA 37%; 6 个月 T/DBiL 71/34 μ mol/L, PA 37%, ALT 正常。出院继续治疗半年后, TBiL 正常。随访至 1997 年 4 月健康状况良好, 肝功能正常。

胃关煎加减治疗经行泄泻 32 例

于善堂¹ 郭秀红²

月经期间,大便泄泻,经净后即减轻或者停止者,称经行泄泻。经行泄泻的发病原因是当行经之时脾肾更虚,而致泄泻。笔者临床喜用《沈氏尊生书》方胃关煎加减辨证为治,取得良好疗效,现介绍如下。

1 一般资料

32 例中年龄 17~21 岁者 5 例;25~35 岁者 17 例;35 岁以上者 10 例。病程 1~2 年 22 例;3~5 年 10 例。

2 治疗方法及治疗结果

基本方胃关煎:熟地、炒白术、炒山药、炒白扁豆、炮干姜、炒吴茱萸、炙甘草。临证加减:脾虚挟湿减熟地黄,加党参、茯苓、莲子、砂仁、薏苡仁;脾虚有热去吴茱萸、熟地黄,加黄连、黄芩、葛根;少腹冰冷加厚朴、肉桂;纳呆矢气频作加芍药、神曲、焦麦芽、鸡内金、砂仁;泄泻味臭秽者加藿香、佩兰、黄柏;肝邪侮脾加白芍、柴胡、枳壳、肉桂;肾阳虚,火不暖土加补骨脂、巴戟天、鹿

角霜、五味子、肉豆蔻;滑泄甚者加赤石脂、炙诃子、乌梅、补骨脂。

全部病例在服药 5 剂后泄泻均明显减轻或停止。其中 18 例先后服药 20 剂泄泻即停止,服药最多者 30 剂。根据病情采用行经前后分段用药,均取得疗效。

3 病案举例

毕某某,女,25 岁,已婚。1988 年 10 月 5 日初诊。婚后 3 年未孕,经前腹痛如水数年,病情时轻时重,多处求医未愈,近半年来病情加重。刻诊:视其面色晦暗,倦怠乏力,头晕腰酸,下肢畏冷,纳差食少,肠鸣漉漉,晨起作泻,便清稀色淡,舌苔白腻,脉细无力。证属脾肾阳虚,湿浊下趋肠道。治则:健脾温肾,清利湿浊拟胃关煎加味:熟地 25g,炒山药 15g,焦白术 30g,炒扁豆 15g,炮干姜 6g,炒吴茱萸 3g,茯苓 15g,巴戟天 15g,补骨脂 10g,砂仁 5g,莲子 20g,甘草 3g。水煎服 5 剂。10 月 11 日复诊,药后纳食增,精神转佳,大便基本成形,月经来潮。经期过后,嘱再服前方 10 剂,以资巩固。患者体质较瘦弱,嘱长期服用参苓白术散,健脾增进食欲,随访 2 年未复发。

1 吉林省长白朝鲜族自治县中医院(134400)

2 吉林省长白朝鲜族自治县卫生学校

收稿日期:1997-07-29