

病例讨论

血吸虫病肝硬化、脾亢进病案

· 张华玉* 陈友香* 刘 芹* 整理 ·

主题词 肝硬化/寄生虫学 脾功能亢进/寄生虫学**1 病史摘要**

患者伍某某,男,65岁。因右肋隐痛不适3年,加重2月,于1998年3月26日收入院。

患者于1995年8月因“呕血”收住我院内科,经行有关检查确诊为“血吸虫病肝硬化并脾肿大”。予以护肝、止血等对症治疗,病情控制出院。此后,曾2次在我科住院,均以中西医结合治疗,病情稳定。近2月,因劳累感右肋隐痛加重,伴左肋下灼热、疲倦乏力、寐差、口渴喜冷饮。纳食一般,二便调。于3月25日来门诊就医以“血吸虫肝病”收入院。

体检:体温36.4℃,心率72次/分,血压13/9kPa,慢性病容,形体消瘦,全身皮肤及巩膜无黄染及出血点,未见蜘蛛痣及肝掌,全身浅表淋巴结不肿大,心肺听诊无异常,腹部平软,腹壁静脉可见,肝上界在右锁骨中线第六肋、下缘未触及,脾脏左肋下3.6cm,质稍硬,无明显叩击痛,腹水征阴性,双肾区无叩痛,双下肢不浮肿,舌质红少苔,脉弦细数。血化验检查,大、小便常规,电解质,肾功能,空腹血糖均在正常范围。血液检查如下:白细胞 $2.15 \times 10^9/L$,中性0.61,淋巴0.15,红细胞 $3.68 \times 10^{12}/L$,血红蛋白113g/L,血小板 $42.10 \times 10^9/L$,谷丙转氨酶92U,总胆红素 $23.0 \mu\text{mol}/L$,直接胆红素 $6.5 \mu\text{mol}/L$,总蛋白73.5g/L,白蛋白33.3g/L,球蛋白40.2g/L,凝血酶原时间16.7秒,乙肝病标志物表面抗体阳性,余项均为阴性。腹部B超提示:“血吸虫病肝硬化,脾肿大。”食道吞

钡提示:“食道下段静脉曲张”。

入院中医诊断:痞块(肝肾阴虚、血瘀气滞)。西医诊断:血吸虫肝硬化,脾亢进。

入院治疗:中药:滋补肝肾、活血化瘀、软坚散结,六味地黄汤合鳖甲煎丸加减。处方:生地黄12g,山茱萸15g,山药15g,牡丹皮10g,鳖甲20g(先煎),丹参15g,郁金10g,知母12g,酸枣仁15g,白芍12g,合欢皮15g,枸杞子15g,砂仁6g,甘草6g。由本院药室煎取药汁300ml,以100ml口服,1日3次。鳖甲煎丸6g,口服,1日3次。西药:护肝降酶、升白细胞等对症治疗:10%葡萄糖注射液500ml、三磷酸腺苷注射液40mg、肌苷注射液0.6g、肝泰乐注射液0.4g、辅酶A注射液100U、维生素K₁30mg静脉滴入,每日1次;白蛋白注射液50g静脉滴入,每周1次。

用药8天后,患者出现大便不成形,1日2次,无腹痛及红白粘液,后逐渐解稀水便1日5~6次,大便常规检查未见异常。加服黄连素0.3g、肠胃康冲剂6g,1日3次。中药方去酸枣仁改夜交藤15g,暂停鳖甲煎丸,用药后大便成形,每日1次。持续4天,因进食少量肉食又出现稀水便1日5~6次,有不消化食物残渣,虽服黄连素、肠胃康冲剂无效,伴体倦乏力、口干咽燥、气短、纳食未减、睡眠欠佳,舌红无苔,脉细弦。于4月14日检查:谷丙转氨酶60U,谷草转氨酶70U,胆红素 $23.5 \mu\text{mol}/L$,直接胆红素 $7.7 \mu\text{mol}/L$,总蛋白67.6g/L,白蛋白30.7g/L,球蛋白36.9g/L,电解质正常,血常规:白细胞 $2.42 \times 10^9/L$,中性0.64,淋巴0.31,红细胞 $3.55 \times 10^{12}/L$,血红蛋白112g/L,血小板 $23.9 \times 10^9/L$,凝血酶原时间16.3秒,血氨 $97.6 \mu\text{mol}/L$ 。于4月15日进行病例讨论。

* 湖北医科大学附属第二医院中医科,武汉市武昌区高家湾(430071)

收稿日期:1998-10-09

2 病例讨论

某主治医师:从本病来看,“血吸虫病肝硬化,脾亢进”,在中医学属于胁痛、痞块、症瘕范畴,治疗多以调理脏腑气血阴阳的基础上兼以软坚散结。本病例就是遵循这一原则予以滋补肝肾、活血化瘀、软坚散结。由于该患者为老年病人,久病之人不仅多瘀,而且还久病多虚,故不经攻伐脏腑乃伤,脾失健运而出现腹泻。其腹泻以稀水便为主,夹有不消化食物残渣,并有疲倦、乏力、气短等症,治疗当以健脾益气止泻为法,可选用四君子汤、参苓白术散治之。

某副主任医师:从患者入院时情况看,诊断与治疗基本是相符的,而治疗1周后患者出现腹泻,虽然使用了健脾止泻的中成药,而疗效欠佳,问题可从两个方面进行分析:一是肝与脾的关系,在五行学说中肝属木脏,脾为土脏,在正常情况下肝木克脾土是防止脾土壅遏;在异常的情况下就容易出现“气有余,制其所胜……”。因此,当肝有病失以疏泄时,就会影响脾的健运功能。二是滋阴药有碍脾之运化,鳖甲煎丸有攻伐之虞,以致脾运更伤,故而腹泻。此时,尽管舌红无苔、口干咽燥、左胁下灼热等阴虚仍较明显。但结合入院时的舌苔看,腹泻前为少苔,腹泻后表现的则是无苔,由此可见腹泻更易伤阴,所以治疗的当务之急不在于养阴、滋阴,而在于培土健脾止泻以救阴;可考虑益气升陷止泻,方用补中益气汤加减可能更切合病机。

某主任医师:从患者的临床症状及有关理化检查结果看,入院中医诊断为痞块(肝肾阴虚、血瘀气滞),西医诊断为血吸虫病肝硬化、脾亢进,是明确的。治疗的总原则是相符的。就目前病情而言,应从3个方面进行认识及治疗。(1)从理化检查分析:肝功能异常,血浆蛋白低,白细胞、血小板减少,凝血时间延长,均提示了脾亢进、肝细胞受损的程度。血氨增高提示有肝性脑病的早期表现。(2)从症状分析:患者出现腹泻是肝功能异常、肠功能紊乱的表现;而右胁隐痛、左胁下灼热、倦怠乏力、口干咽燥、腹泻稀水样便1日5~6次、舌质红无苔、脉弦细无力等症,既显示有肝肾阴虚,又有脾虚不运。(3)治

疗方面,我们遵循的原则应当抓住疾病所在脏腑的主次,从肝木与脾土的关系来拟定。《难经·七十七难》曰:“见肝之病,则知肝当传之于脾,故先实其脾气。”脾为后天之本,人体一身气血生化之源。因此,治疗的关键在于扶土抑木、健脾益气、升陷止泻。宜以参苓白术散合补中益气汤加减。处方:太子参15g,白术10g,茯苓10g,薏苡仁15g,黄芪15g,扁豆9g,山药15g,莲子15g,升麻6g,柴胡6g,厚朴9g,炒三仙各10g。鉴于患者血氨高的情况,在以上护肝等对症的基础上,加用肝醒注射液250ml静脉注入,每2日1次。

3 小结

按照上述治疗,用药2剂病有转机,腹泻由1日5~6次减为1日2~3次,所解大便为稀糊状;4剂后大便为每日1次,仍为较干稀糊状;持续用药10剂后,大便逐渐成条,且口干咽燥、体倦乏力均好转,纳食增加,舌苔渐生,脉弦较前有力。1月后复查血液,谷丙转氨酶60U,谷草转氨酶54U,总胆红素22.0μmol/L,直接胆红素6.3μmol/L,总蛋白73.5g/L,白蛋白34.3g/L,球蛋白39.2g/L;白细胞 $3.37 \times 10^9/L$,中性0.54,淋巴0.25,红细胞 $3.55 \times 10^{12}/L$,血红蛋白115g/L,血小板 $26.9 \times 10^9/L$,凝血酶原时间16.3秒,血氨81.3μmol/L。以上结果显示血氨恢复正常,故停用肝醒注射液,其他治疗维持原方案以巩固。经1月调治后,患者精神、饮食、睡眠均如常人,复查血液等项目与前次比较无大差异,病情稳定。

• 征 文 •

中国中医药学会各家学说专业委员会定于1999年10月在昆明召开“第四届全国中医各家学说暨临床应用学术研讨会”。现将有关事宜通知如下。

征文内容:历代医家学术思想、学术贡献、临床经验探讨及其方药的发展应用;中医学流派形成、演变与发展的探讨;历代方药的实验研究、新药开发及剂型改革;专科专病的理论研究、实验研究、研究思路与方法;古今文献综述、临床研究、经验总结、科研成果介绍等;民间疗法、专病专方、专病专法、偏方验方的整理;非药物疗法与中医外治法的应用研究;名老中医经验总结。要求:文稿限3000字以内,计量单位规范,请自留底稿,恕不退稿。务必写明作者姓名、职称、工作单位、通讯地址、邮编。每篇论文需交审稿费20元。与会代表由中国中医药学会颁发论文证书。截稿日期:1999年8月31日。联系人地址:河南中医学院各家学说教研室 袁占盈,邮编:450003,电话:(0371)5680237,5934070。