

肝性腹胀的辨治体会

王瑞斌* 沈秋华*

主题词 肝疾病/中医药疗法 肠胃胀气/中医药疗法

肝性腹胀是指有肝炎病史,肝炎基本治愈或肝病日久出现的以腹胀为主的一种病症。以自觉腹部胀满、早宽暮急、外形不大、按之不坚、叩之无水、肝功能基本正常为特征,或可伴有便溏、纳差、饮食不香等消化不良症状,其属于中医气臌范围。常见于慢性肝炎、迁延性肝炎或早期肝硬化。在长期的临床工作中我们体会到,只有详辨虚实,分清气血,肺肝脾肾并调,气血阴阳兼顾,才能取得较好疗效。

1 治疗方法

1.1 虚证:虚证分脾阳虚和肾阳虚两型治疗。

温运脾阳法:脾胃居中焦,乃升降之枢纽,肝病克脾,或过用寒凉,或久病失养,脾阳不振,运化无权,形成脾胃虚寒之证。症见:腹胀,体倦神疲,面白唇淡,大便时溏,小便偏多,舌淡、苔白,脉沉濡。治以实脾为要,实脾贵乎运脾,脾运则诸脏不郁,升降复常,气机畅达。选用理中汤加吴茱萸、草果仁,以温中健脾,理气除湿。药用:红参 10g,白术 12g,干姜 10g,炙甘草 10g,吴茱萸 12g,草果仁 10g。方中红参补元气,益脾肺,助运化,调升降,为治脾胃衰弱之要药;白术味甘苦气温,甘温益脾胃之阳气,苦温燥脾胃之寒湿;干姜、吴茱萸辛热温中散寒;草果仁温脾燥湿;炙甘草补脾益气,调和诸药。本方温而不燥,使脾阳健运,升降有序,清浊自分,滞气自消。若见饮食少思、体倦乏力、头目眩晕、小腹坠胀、脉大而软,乃脾气下陷,升清无权,还当合用补中益气汤。

温补肾阳法:肝肾同居下焦,肝病过用苦寒,或肾阳素亏,又罹肝病,或病久及肾,元阳不足,肾失气化,脾失温煦,形成肾阳虚衰或脾肾阳虚之证。症见:腹中胀满,早宽暮急,面色苍白,脘闷纳呆,神倦怯寒,小便不利,舌质胖大,脉沉细无力。治遵《内经》“胀取三阳”之义,选用朱丹溪壮元汤温补下元。药用:红参 10g,白术 12g,茯苓 15g,补骨脂 10g,肉桂心 12g,附子 10g,干姜 10g,砂仁 12g,陈皮 15g。方中红参大补元气,补骨脂、附子温肾壮元阳,桂心、干姜温里散寒,白术、茯

苓健脾利湿,砂仁、陈皮温中理气。本方为朱丹溪治腹胀方,并云:治胀满者,先温下元,使火气盛而湿气蒸发,胃中温暖,谷食易化,则满可宽也。此方脾肾阳虚兼治,用于肝性腹胀辄效。若见五更泻,加用吴茱萸、五味子、肉豆蔻;小便不利加大腹皮。

1.2 实证:肝性腹胀见实证者,多是久病入络,肝脉瘀阻,血结于肝,疏泄失常,上侮肺金而失宣降,横逆犯脾,升降无权,下竭肾阴,气化无源,三焦受累,气道滞涩。由于这种气滞是血瘀在肝而影响三焦,故与通常胃肠道的滞气不同,临床以脘腹胀满为主,但亦有胃脘、胸胁、少腹同时胀满者,疼痛一般不显,或仅肝区隐痛,面色晦暗黧黑,一般予以行气、理气、下气、破气药物则无效。经反复摸索,自拟宣肺舒肝逐瘀汤以舒肝化瘀、开肺宣气为法。本方由苏叶、杏仁和血府逐瘀汤化裁而成。药用:柴胡 12g,当归 15g,桃仁 10g,红花 10g,赤芍 20g,川芎 15g,丹参 20g,郁金 12g,川楝子 15g,桔梗 10g,杏仁 15g,苏叶 12g。方中桃仁、当归、红花、赤芍、川芎、丹参、郁金诸味活血化瘀,柴胡、川楝子疏肝行滞,桔梗、杏仁、苏叶开宣肺气,畅达三焦。瘀去滞消,气道畅通,自无腹胀之虞。本方妙在开宣肺气。肺朝百脉主一身之气,宣肺能开中导下,提壶揭盖是也。若不用宣肺之品,本方断无奇功。

2 病例介绍

郑某,男,58岁。慢性肝炎16年,多年来患者每于秋冬交接之时,腹胀,嘈杂,疲乏无力,大便时干时溏,逢春则缓。近两年来,腹胀日渐加重,上午不胀,午后则发,1年前颈部出现蜘蛛痣,肝功能提示:白蛋白 3.8g,球蛋白 3.0g,白、球比值约为 1.27:1。B超、CT均报告:肝右叶有数个小结节。辗转医治,曾用实脾饮、理中汤、六君子汤补益无效;如用理气、行气病反加剧;如用攻下之品,瞬间有效,稍纵更甚。于1997年10月6日来我院求治。查体:腹部柔软,按之不坚,叩之无鼓音和振水音,肝不肿大而质稍硬,脾肋下约3cm,腹壁静脉轻度扩张。面色晦暗,体倦神疲,腹胀午后即发,以胸胁、脘腹、少腹顺序出现,夜间更重,大便2日一解,饮食尚可,少食或不食腹胀亦发,舌质淡胖紫,脉沉细而涩。辨证:血结于肝,三焦气滞。治以宣肺舒肝逐瘀汤加减:柴胡 12g,当归 15g,桃仁 10g,红花 10g,赤芍

(下转第555页)

* 河南省遂平县公费医疗医院中医科,河南省遂平县城建设路348号(463100)

收稿日期:1999-12-21

49 例(50.5%),梅核气 40 例(41.2%),恶心 34 例(35.1%),咳嗽 24 例(24.7%),吞咽梗噎 23 例(23.7%),呕吐 19 例(19.6%),胃痛 14 例(14.4%),呃逆 11 例(11.3%),短气、不能平卧 2 例(2.1%),哮喘 1 例(1.0%)。

3.2 本病的病位、病性、病因、病机:本组 GERD 的病位在胃者 18 例(18.6%),在肝与胃者 52 例(53.6%),在脾与胃者 20 例(20.6%),在脾、肺、胃者 7 例(7.2%)。本组病性属实证者 77 例(79.4%),属虚证者 20 例(20.6%),属热证者 59 例(60.8%)。以上资料可以看出,本病病位在胃,涉及肝、脾、肺,与肝的关系最为密切。可为胃腑单独发病,也可与其他脏腑同病。病性以实证较多,虚证较少,热证较多,未见寒证。

病因主要有 3 方面:(1)饮食伤胃,包括过食辛辣,喜酸嗜酒,恣食肥甘厚味、燥热之品,复餐寒凉生冷。(2)肝气犯胃,包括抑郁、恼怒,所欲不遂,烦躁易怒,情志不畅。(3)脾胃本虚,包括素体虚弱,久病脾虚、脾胃禀赋不足等。

病机主要有两个方面:(1)胃失和降,浊气上逆。饮食伤胃,或肝气犯胃或脾胃虚弱致胃失和降,浊气上逆,发为本病。表现为胃脘胀满、疼痛,胃中嘈杂,呕恶吞酸,嗳气呃逆,吞咽困难,呕吐食物、痰涎。若食浊、气滞、痰湿日久化热随胃中浊气上逆于膈中,则胸骨后灼热或灼痛,上逆至廉泉咽喉,则咽中不适、疼痛。(2)痰气郁阻胸膈。症见胸闷气紧、胸痛、胸骨后灼热、呕吐痰涎、吞咽梗塞、痰鸣哮喘、咳嗽咯痰,甚至呼吸困难。痰气郁阻于咽喉则症见咽部不适,或咽中有痰或似有梗塞,吞之不下,吐之不出,甚至咽部灼热疼痛。

3.3 本病的主要证型:本组 97 例 GERD 病例按国家技术监督局发布的国家标准《中医临床诊疗术语·证候部分》中对上述证型的定义,筛选出以下 5 个主要证

型:肝胃郁热 41 例(42.3%),肝胃不和 11 例(11.3%),脾胃虚弱 20 例(20.6%),胃热气逆 18 例(18.6%),痰气郁阻 7 例(7.2%)。

4 讨论

本研究借助食管 24 小时 pH 动态监测等西医诊断手段,在确诊为 GERD 酸反流型的前提下,采用传统的中医辨证思维方式和内容,参考历代医家关于本病类似疾病的辨证经验和观点,通过对此 97 例病例的临床观察和症状分析、鉴别归纳、统计综合,研究了这一西医疾病的中医辨证,并提出了 5 个主要证型,这对指导本病的中医辨证论治具有理论和实践意义,也体现了当前中西医结合临床工作中“西医诊断、中医辨证”的法则^[3]。

本病目前尚无相对应的中医病名,临床可参照嘈杂、吐酸、胸痹、梅核气等相关病证进行辨证,但在临床观察与研究中发现,在症状方面,即使是轻微的烧心也难以与嘈杂等同。在病位、病性、病因、病机方面,本病的胸痛与中医学之胸痹有很大的差异。笔者认为,对于烧心、胸痹的辨证必须根据其特点及其兼伴症、舌脉征象,运用中医理论“病证结合”进行辨证,并且本病无论在病位还是在病机方面均有其特点。GERD 的病变在食管,食管属胃^[4],为胃气所主,因此脾胃升降失调,胃中浊气上逆,为其主要病机。但在研究中发现本病与肝的关系密切,还涉及于肺,故肝升肺降的功能失调作为本病的病机之一也不容忽视。

参考文献

- 1 潘国宗,曹世植主编.现代胃肠病学.北京:科学出版社,1996:729.
- 2 高萍,许国铭,邹多武.50 名正常中国成人食管 24 小时 pH 值监测结果分析.中华消化杂志,1996,16(1):32-34.
- 3 陈可冀.实用中西医结合内科学.兰州:甘肃科技出版社,1995:5.
- 4 陈可冀.实用中西医结合内科学.北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1998:598.

(上接第 528 页)

20g,川芎 15g,丹参 20g,郁金 12g,川楝子 15g,桔梗 10g,杏仁 15g,苏叶 12g,紫菀 20g(加用紫菀意在宣肺通便)。服 5 剂后症状见轻,30 剂后腹胀消失。继续调治肝硬化年余,经化验复查肝功能及白、球比值均正常,临床告愈。

3 体会

肝病后腹胀临床很常见,有时苦无良方,医者和病人都易急躁,辗转就医或频繁换方,补之不效,即用攻破之品,虽有短暂之效,药过则依然,或胀更甚,或转生水臌之证。丹溪戒曰:医家不测虚实,急于作效,病者苦于胀急,喜行利药,以求快通。不知宽得一日半日,其肿

日甚,病邪深矣,真气败也。此言实属经验之谈。本病以虚为主,脾肾阳虚居多,治以温补脾肾;实证较少,肝结血瘀为先,治以化瘀疏肝,宣肺行滞。临证当守方缓图:脾肾阳虚者,一般用至 10 剂左右可以缓解;血结于肝,三焦不畅者,需用至 15 剂方可见效。对血结于肝之辨证,有时并不见瘀象,只要腹胀范围较大,胸胁、脘腹、少腹均胀或此起彼落者,或百方无效者,就可试用,多收意外之效。无论虚实之证,如果气滞较重,可稍佐理气之品助滞气流动。在温补脾肾时,可有一过性唇干、鼻燥,此乃阳气恢复之先兆,继续使用可逐渐消失;如兼见口渴、尿黄、苔黄者,当防止阳复太过,可稍事加减。