

# 甘遂末熏灸及口服治疗柏—查综合征顽固性腹水 1 例

范叔弟\* 冯志鹏\* 郑志芬\* 谢晓莉\*

**主题词** 柏—查综合征/熏灸疗法 柏—查综合征/中药疗法  
甘遂/临床应用

## 1 病例介绍

患者吴某,女,33岁,因腹痛、腹部膨隆、腹胀半年,加重4天,于2001年10月15日入院。半年来患者不明原因出现腹痛、腹胀,并逐渐膨隆增大,小便量减少,纳食尚可,无发热腹泻。曾于2001年8月在我院住院治疗。经腹部彩色B超、腹部CT检查,发现其下腔静脉肝后段管腔狭窄,直径仅0.4cm(正常为0.7~0.9cm),门静脉直径为1.34cm,中等量腹水。诊断为柏—查综合征。此次入院4天前因饮食不洁致腹痛、腹胀、腹部膨隆再次出现,伴恶心、呕吐、小便量少。查体:体温37.8℃,心率80次/分,血压12/7kPa。一般情况可;心肺检查阴性,腹部膨隆;肝脏于右肋下5cm可及,质韧,表面及边缘光滑、无触痛;脾脏于左肋下可及;腹水征阳性,双下肢凹陷性水肿。腹部彩超示:肝脏形态饱满,边缘尚规则,肝实质内光点回声尚均质,肝右叶最大斜径为16.7cm,尾状叶7.2cm×3.6cm,肝内外胆管未见扩张,门静脉内径1.4cm。多普勒检查:三支肝静脉无明显血流充盈,管壁回声增强,可探及一支肝右后静脉与肝门静脉右后支之间的交通支,下腔静脉入右房口处内透声较差,测峰值流速为6.8cm/s,频谱失去正常形态,胆囊大小约4.1cm×1.6cm,壁厚0.7cm,囊腔较小,脾厚5.6cm,脾静脉内径0.8cm,肝周及脾周见液性暗区。腹水检查为黄色,李凡它试验阴性,腹水红细胞为 $0.13 \times 10^9/L$ ,白细胞 $0.09 \times 10^9/L$ ,其中,中性粒细胞0.15,淋巴细胞0.85。入院后给予低盐、高蛋白饮食,补充白蛋白及复方氨基酸、利尿剂,补充电解质,中药予茯苓导水汤、真武汤等加减治疗,患者仍少尿(400~500ml/24h),腹水不消。曾腹腔镜穿刺放腹水2500ml,次日腹水再次恢复到放液前程度。于2001年10月31日给予中药甘遂末用白醋适量调成糊状,置于患者中极穴、神阙穴,燃艾条熏灸此两穴。约20分钟后患者感尿意明显,遂排尿400ml,继续熏灸,患者渐感腹中肠鸣,即解稀便约50g,当日患者排出量

(尿、便)共2150ml。次日续用前法治疗,排出量为1900ml。此后继续应用甘遂末穴位熏灸,并于11月1日开始口服甘遂胶囊(含甘遂末0.4g),当日排便7次,排出水样便2300ml,患者腹胀减轻,尿量逐渐恢复正常,每日尿量均保持在1000ml以上。因恐甘遂峻下太过,耗伤气阴,故停用2日,改用西药利尿剂口服及肌注,结果患者24小时排出量迅速降至600ml以下。再次用甘遂熏灸及口服后,排量才恢复正常,用此法治疗10余日,并及时以健脾益胃、补养气阴的中药调治,患者腹水逐渐消退而好转出院。

## 2 讨论

柏—查综合征属于中医“臌胀”范畴。追究本患者病机,乃由产育过多(孕3次,育1次,流产2次),先伤气血,复因情志不遂,郁郁寡欢,血虚气滞,日久而成。中医治疗包括疏肝理气、活血利水、扶正固本为主。但若患者腹胀如鼓,攻撑难忍,小便不通者,则属急症,宜急则治其标,先利二便,俟二便通利、邪去过半,再行扶正,否则水邪愈甚、盘踞腹中,正气愈虚,汤药难下,则病势危矣。

甘遂,味苦性寒,归肺、肾、大肠经,有泻水逐饮、消肿散结之功,尤长于泻胸腹之水,多采用入丸散之剂。甘遂外用调敷患处,有消肿散结之功。我们以醋调甘遂末,置于患者中极、神阙两穴,用艾条灸之,助药力深达膀胱,以发挥通水道、利小便、洁净府的作用,继而口服甘遂胶囊,破积消聚、通便泻下,使水邪如提闸之洪,迅速消退。通过此例临床应用,我们有如下体会:甘遂末外用贴敷中极、神阙有明显的利尿和增加肠蠕动的作用,但泻下通便之功稍嫌不足;而内服甘遂末0.4g,则能通便逐水,使腹腔积液偏走大肠,从肛门排出;服用0.8g就会有洞泻如注、快速利水、泻浊排污的作用,很适合用于各种原因引起的顽固性腹水而体质不弱者,可有效地消退腹水,防止因少尿而引起的功能性肾衰。甘遂虽有以上良好的治疗作用,但其攻逐之力峻猛,所以我们在运用时先采取了外敷法,以达到峻药缓攻之目的,后来为增强泻下通便之功在让患者内服甘遂时也采用装胶囊后再吞服的办法以减少其胃肠道刺激,且剂量由每日1粒(0.4g)逐渐增加至每日2粒(0.8g),这样既达到了治疗目的,又不致因为药物峻猛,克伐正气太过。

\* 中国人民武装警察部队山东省总队医院中医科,山东济南市历城区烈士山东路18号(250101)

收稿日期:2002-03-11