

病例讨论

酒精性肝硬化合并 2 型糖尿病病案

张孟仁*整理

主题词 肝硬化,酒精性/并发症 糖尿病,Ⅱ型/病因学

1 病历摘要

薄某,男,40岁,病案号 C309666。因反复腹胀、黄疸、双下肢水肿 3 年;体重下降、多饮、多尿 3 个月,于 2003 年 9 月 25 日入院。患者 20 年来大量饮酒,每餐平均 400g。2000 年开始间断出现进食后腹胀、巩膜轻度黄染,无乏力、食欲不振、恶心、厌油等症状,查体肝脏增大,查乙型肝炎病毒标志物均(-),诊断为酒精性肝病,予保肝治疗后好转。2002 年 5 月腹胀、黄疸加重,出现腹部膨隆、双下肢水肿、食欲不振,B 超提示:“肝硬化,腹水,肝脾大”,诊断为“肝硬化”,予利尿消肿中药及保肝、退黄、利尿治疗后,腹胀、黄疸减轻,食欲恢复,复查 B 超示腹水消退。以后患者戒酒,规律服用维生素 C、复合维生素 B 及疏肝健脾利水中药治疗,偶有食后腹胀、堵闷、双下肢水肿。2003 年 4 月患者重新大量饮酒。3 个月前逐渐出现体重下降,1 个月体重减轻 4kg,口渴、口苦、口粘,多饮、最多饮水量达 4000ml/日,尿次增多,2~3 小时夜尿 1 次,影响睡眠,无食量增加,主食保持每日 250g,乏力、腰酸腿软、双下肢水肿、腹胀、黄疸等症状进行性加重,大便不调,每日 1~3 次或 2~3 日 1 次。门诊查血及肝功能:丙氨酸氨基转移酶(ALT)72U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)92U/L,碱性磷酸酶(ALP)378U/L,谷氨酰转酞酶(GGT)62U/L,总胆酸(TBA)97.7 μ mol/L,总蛋白(TP)84.7g/L,白蛋白(Alb)26.6g/L,白蛋白/球蛋白(A/G)0.5;总胆红素(TBIL)112 μ mol/L,直接胆红素(DBIL)73 μ mol/L,胆碱酯酶(CHE)2.0kU/L;钠(Na)125.4mmol/L,氯(Cl)94mmol/L,钾(K)5.13mmol/L;血糖(GLU)21.6mmol/L;甘油三酯(TG)5.21mmol/L,总胆固醇(CHO)5.33mmol/L;肾功能正常;腹部 B 超示:肝硬化、脾大、胆囊炎、腹水。为中西医结合治疗收入病房。

查体:体温 37.1℃,呼吸 24 次/分,脉搏 100 次/

分,血压 120/70mmHg,体重 77kg,身高 170cm,体重指数 26.6,腹围 103cm。慢性病容,全身皮肤及巩膜黄染,四肢皮肤有散在片状瘀斑,手部可见蜘蛛痣,双手肝掌。双颌下均可触及黄豆大小淋巴结,质中等、表面光滑、活动度好、无粘连、有触痛。咽部充血,双侧扁桃体 I 度肿大。心、肺(-)。腹部膨隆,上腹部静脉显露,腹部张力大,无压痛、反跳痛,莫菲征(-),肋下肝脾触诊不满意,肝区无叩痛,移动性浊音(+),振水音(+).双下肢重度可凹性水肿,神经系统(-)。舌质红,边有齿痕,苔黄厚腻少津,上有裂纹,脉滑。

辅助检查:血常规:白细胞(WBC)3.6 $\times 10^9$ /L,红细胞(RBC)2.63 $\times 10^{12}$ /L,血红蛋白(HGB)108g/L,血小板(PLT)29 $\times 10^9$ /L;肝功能:ALT68U/L,AST84U/L, TBIL89 μ mol/L, DBIL 58 μ mol/L, TBA 4.49 μ mol/L,乳酸脱氢酶(LD)166U/L, Alb25g/L, A/G0.5;乙型肝炎病毒标志物均(-);蛋白电泳: Alb44.2%, α 球蛋白 25.0%, β 球蛋白 6.1%, γ 球蛋白 43.3%,A/G0.79;尿常规:尿糖 ≥ 55 mmol/L,尿胆原(UBG)3.2mmol/L;尿酮体(KET)(+);血脂:CHO4.73mmol/L, TG5.61mmol/L,高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)0.81mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)1.77mmol/L,载脂蛋白 A1(ApoA1)420mg/L;凝血酶原时间和活动度(PT+A):凝血酶原时间(PT)22.5s,凝血酶原活动度(PT%)33.0%,凝血酶原时间国际标准化比值(INR)2.11R,纤维蛋白原(Fbg)23.7g/L,激活的部分凝血活酶时间(APTT)35.3s,激活的部分凝血活酶时间与正常人比值(APTT-R)1.15R; Glu:即刻 Glu28.1mmol/L,空腹血糖 18.8mmol/L,早餐后 2 小时血糖 21.8mmol/L,午餐后 2 小时血糖 20.9mmol/L,晚餐后 2 小时血糖 19.2mmol/L,睡前血糖 24.2mmol/L。心电图:窦性心律,各导联 T 波低平、双向、倒置;超声心动图:左房轻度增大;X 线胸片:胸腔积液;B 超:符合肝硬化、腹水表现。

入院诊断:中医诊断:臌胀、消渴病。中医辨证:湿热内蕴、气滞血瘀。西医诊断:酒精性肝硬化失代偿期、2 型糖尿病、高脂血症。

* 中国医学科学院中国协和医科大学北京协和医院中医科,北京市东单帅府园 1 号(100730)

收稿日期:2004-03-17;修回日期:2004-04-05

诊治经过:予低盐低脂糖尿病少渣软食,1600~1800kcal/d,患者饮食控制不严格,常自行加餐。维生素C、复合维生素B、肝泰乐保肝;静点血浆白蛋白20~10g/d纠正低蛋白血症;速尿静脉入壶(20~80mg,每日1次),安体舒通(20mg,每日2次)利尿,使尿量多于入量1500~2000ml左右;心得安10mg,每日3次,降低门脉压;瑞倍(枸橼酸铋雷尼替丁)抑酸保护胃粘膜并补充肝安及叶酸;口服枸橼酸钾10ml,每日3次,预防低血钾。茵栀黄注射液20ml,静脉滴注,每日1次,退黄。胰岛素控制血糖,用量为诺和灵R早22U、中20U、晚24U,诺和灵N睡前18U,血糖波动较大,空腹血糖13.5~19.5mmol/L,餐后2小时血糖5.9~25.9mmol/L。中医治法:清热利湿,活血利水,予茵陈五苓散加味:茵陈15g,茯苓30g,猪苓30g,泽泻15g,白术10g,桂枝10g,陈皮10g,桑白皮30g,大腹皮15g,泽兰30g,益母草30g,黄连10g,黄芩10g,枳实10g。方中茵陈五苓散健脾祛湿、利水退黄;黄芩、黄连清热燥湿;泽兰、益母草活血利水;陈皮、桑白皮、大腹皮利水消肿,枳实破气除痞消胀。

经过20天的中西医结合治疗,腹胀、两肋胀满减轻,体重减至69kg,腹围减至90.5cm;双下肢水肿基本消失,乏力、腰腿酸软好转,口干、口渴、口苦、口粘减轻,饮水量减至约1500ml/日,小便频好转,夜尿2~3次,大便正常,夜寐不安,面色、爪甲苍白,手足心热,黄疸依旧。舌质红暗、有裂纹、苔薄黄腻少津,脉滑。

10月13日辅助检查:血常规:白细胞(WBC) $2.51 \times 10^9/L$,红细胞(RBC) $3.48 \times 10^{12}/L$,血红蛋白(HGB)100g/L,血小板(PLT) $35 \times 10^9/L$ 。肝功能:ALT39U/L,AST46U/L,TBIL137 μ mol/L,DBIL58 μ mol/L,TBA168.3 μ mol/L,LD141U/L,Alb39g/L,A/G1.0;血脂:CHO4.08mmol/L,TG0.60mmol/L,HDL-C1.35mmol/L,LDL-C1.61mmol/L,ApoA1520mg/L;PT+A;PT21.0s,PT%31.5%,INR2.00R,Fbg10.1g/L,APTT47.1s,APTT-R1.81R;空腹血糖7.7mmol/L,早餐后2小时血糖5.7mmol/L,午餐后2小时血糖102mmol/L,睡前血糖8.0mmol/L。

病情控制尚不满意,于2003年10月15日进行病例讨论。

2 病例讨论

刘晋河主治医师:根据患者大量饮酒史和入院后的理化检查,酒精性肝硬化诊断明确。入院后发现空腹及餐后血糖明显升高,与肝源性糖尿病引起轻度血糖升高不同,故考虑为2型糖尿病,独立于肝硬化。入院后予低盐、低脂、少渣、糖尿病软食;保肝、利胆退黄、补

蛋白、利尿、降门脉压、补充支链氨基酸及维生素等治疗,目前腹水消退较满意。由于患者依从性差,饮食不规律导致血糖波动较大,需加强健康教育,根据血糖情况调整胰岛素剂量。中医药方面:入院时证属湿热内蕴、气滞血瘀,病位在肝胆,表现为肝胆湿热、肝郁血瘀。当时急则治其标,予茵陈五苓散加味中药汤剂和茵栀黄注射液静脉点滴,病情好转。目前仍有湿热血瘀,气滞已不明显,脾气虚弱、肾阴不足表现突出,可以健脾补肾活血为主,兼以清热利湿。

张孟仁副教授:目前患者湿热征象明显减轻,正虚表现较为突出,以阴血亏虚为主,气虚湿热血瘀为次。病位在肝、胆、脾、肾。湿热伤阴,且大量利水耗伤阴液,故肾阴亏虚,见腰腿酸软、口渴、手足心热、舌红有裂纹、苔黄少津;脾气虚弱,血液化生不足,致血虚,见面色、爪甲苍白;脾肾气虚,水湿运化不利,见腹水、下肢水肿;湿热内蕴,熏蒸肝胆,胆汁不循常道,泛溢肌肤,见黄疸、苔黄腻;气虚无力运血、阴虚血粘、气滞血行不畅而致血瘀,见皮肤瘀斑、蜘蛛痣、双手肝掌、舌质暗。治疗当健脾补肾、养阴益气补血、清热利湿活血。选药上养阴不可滋腻,以防湿热不去,可选用枸杞子、女贞子、旱莲草、桑椹子;补气忌温燥伤阴,不用黄芪、党参,可用菟丝子、白术等;血瘀,又有出血倾向,应用养血活血药,可选丹参、当归、益母草等,忌用破血药,以防出血;清湿热退黄疸,可选用栀子、茵陈等。

梁晓春教授:诊断:(1)肝硬化成立,因肝硬化本身即有门脉高压及腹水,因此腹水不另作诊断。(2)同意2型糖尿病诊断。肝源性糖尿病主要表现为餐后高血糖,空腹血糖多不升高,该患者空腹及餐后血糖均较高,故考虑为2型糖尿病。该患者血糖波动大与其依从性差有关,也与肝病本身有关。胰岛素为绝对适应症,但肝硬化对胰岛素灭活减弱,因此应谨防低血糖,目前胰岛素用量较大,考虑可能存在胰岛素抵抗的问题,可查C肽以协助诊断。中医认为肝硬化和糖尿病的病机有共同之处,均可由过量饮酒引起。入院时以湿热为主,现在表现为气阴两虚、血瘀、湿热内蕴。

郭赛珊教授:中医辨证应病因辨证、八纲辨证与脏腑辨证相结合,该患者病因辨证、八纲辨证为湿热内蕴、阴伤血瘀、水湿停滞,脏腑辨证为肝郁脾不健运、肾阴虚肾气不足、心神被扰。入院时以邪实为主,正虚次之,根据中医治疗原则“急则治其标”,治疗当以祛邪为主,兼顾养阴扶正,应注意祛邪不伤正、养阴不敛邪、益气不碍邪。首方养阴不足,未兼顾脏腑,特别是苦燥祛湿利水,加上西药利尿药,容易伤阴,更应重视阴津亏损的一面。现腹水及水肿明显减轻,湿热已去大半,阴

伤突出,证属湿热血瘀、水湿停滞、气阴两虚、肝郁脾不健运、肾虚心神失养,治疗应以滋阴养心、补肾健脾为主,清热祛湿利水、疏肝活血为辅。方药:枸杞子 10g,女贞子 15g,旱莲草 15g,桑椹子 15g,阿胶珠 10g,黄连 6g,柴胡 10g,白芍 15g,黄芩 10g,半夏 10g,茵陈 30g,白术 10g,薏苡仁 30g,猪苓 30g,丹参 30g,泽兰 30g,甘草 6g,珍珠母 30g(先煎),三七粉 3g(分冲)。

3 后记

服上药 1 个月后,于 2003 年 11 月 20 日随诊,腹胀、两胁胀消失,体重减至 67kg,腹围减至 88.0cm,口干、口渴明显减轻,二便正常,夜寐可,黄疸依旧,一般情况明显好转。

4 体会

本患者既有肝硬化又有糖尿病,故两者的关系应当明确。肝源性糖尿病多导致糖耐量低减(IGT),由于餐后肝细胞摄取葡萄糖合成肝糖原的能力减退,导致餐后高血糖;空腹时肝脏的糖原分解及糖原异生作用减弱,表现为空腹血糖正常或减低,本患者空腹及餐后血糖均较高,故为 2 型糖尿病。糖尿病肝损害的程度一般较轻,多为脂肪肝变,也有肝硬化者。本患者肝硬化早于糖尿病多年,故考虑肝硬化非糖尿病所致。

中医认为内科杂病的病因较为复杂,既有七情、劳伤、起居饮食的不同类别,又有彼此的夹杂参合,因此

其病理变化也较为复杂。不过以脏腑为辨证总纲,就能执简驭繁,纲举目张,从而认识疾病的本质。

虽然“臌胀”和“消渴病”的病因较多,但就此患者来说,主要是嗜酒无度。嗜酒过度,饮食不节,滋生湿热,损伤脾胃。脾虚运化失职,酒湿之浊气蕴滞不行,清阳当升不升,浊阴当降不降,以致清浊相混,壅于中焦。脾土壅滞则肝失条达,气血郁滞则瘀阻不行,水液积聚,加之肾气不足,开阖不利,水不得泄,遂成臌胀。如明代张景岳《景岳全书·肿胀》谓“少年纵酒无节,多成水臌”。清代张路玉《张氏医通》说“嗜酒之人,病腹胀如斗,此得之湿热伤脾,……故成痞胀”。长期嗜酒无度,致脾胃运化失职,积热内蕴,化燥伤津,发为消渴。如唐代孙思邈《千金方》曰:“凡积久饮酒,未有不成消渴者……。”《景岳全书》称:“消渴病,其为病之肇端,皆膏粱肥甘之变,酒色劳伤之过,皆富贵人病之而贫贱者少有也。”因此,湿热内蕴是本患者的主要病机,湿热日久,损伤脾肾,气阴耗伤,阻滞气机,血脉瘀阻,水湿内停,发为“臌胀”和“消渴”。病程日久,正虚邪实,当分清主次。入院时以邪实为主,正虚次之,治疗当以祛邪为主,兼顾扶正;通过治疗实邪大减,正虚突显,故应以扶正为主,祛邪为辅。服上药后腹胀、两胁胀消失,体重减轻,腹围缩小,口干、口渴明显减轻,二便正常,夜寐可,效果显著。

第三届全国名老中医治疗疑难病经验专修班招生

中医杂志社北京东方中医药培训中心,依托中国中医研究院、中华中医药学会在科研、临床、教学及学术上所具有的独一无二优势,聚集了国内大批中医药界知名教授、专家、名老中医,并形成了雄厚的师资力量。为了将全国名老中医治疗疑难病的临床经验直接快速地传授给广大医务工作者,我培训中心仍将采取以面对面的讲座形式直接传授名老中医的临床经验,并于 2004 年在北京举办第三届名老中医治疗疑难病系列高级专修班。北京东方中医药培训中心将以其更良好的信誉,诚邀广大医务工作者前来学习与交流。

1. 2004 年 9 月 15~20 日“全国不孕不育症高级专修班”。主讲内容:急慢性前列腺炎、男性内分泌疾病、男性性功能障碍、月经失调、女性不孕症等。主讲人:王琦、李曰庆、蔡连香、沈明秀、陈武山等教授。2. 2004 年 10 月 8~13 日“全国中西医结合治疗肝病、肿瘤高级专修班”。主讲内容:慢性重型肝炎、乙型肝炎、黄疸、脂肪肝等。主讲人:汪承柏、沈绍功、陈立华、钱英、林洪生等教授。3. 2004 年 10 月 15~19 日“全国中医急症诊疗高级专修班”。主讲内容:急性心脑血管系统疾病、急性胃肠道系统疾病、急性呼吸系统疾病等。主讲人:沈绍功、罗侃、李国勤等教授。4. 2004 年 10 月 28~11 月 2 日“全国中西医结合治疗心血管病、脑病高级专修班”。主讲内容:心律失常、老年性痴呆、肺心病、高血压等。主讲人:谢海洲、周玉萍、吴幼卿等教授。5. 2004 年 11 月 4 日~9 日谢海洲教授临床系列讲座,主讲人:谢海洲教授。

以上各班第 1 天为报到时间,报到时需交 3 张 1 寸免冠照片。每班学费 680 元。欲参加学习者请先交报名费 10 元(请注明班别),并附个人简况(从事职业、联系地址、邮政编码、联系电话等),我中心收到报名费及信函后即做安排,在开班前一个月内发入学通知书。学习结业后颁发中英文对照结业证书(盖钢印)和中华中医药学会继续教育学分证书。凡参加学习班学员的优秀论文,符合标准者,《中医杂志》将优先发表或在当年增刊中发表。

报名联系地址:北京东城区北新仓 18 号,中国中医研究院内中医杂志社北京东方中医药培训中心。邮政编码:100700,联系电话:(010) 64013009,传真:(010)64050201,联系人:梅丽。办学地点:中国中医研究院内。

京教社广字(东城)20040902 号