

93 例重度黄疸肝炎饮停心下证的中医诊治

贺江平* 汪承柏*

摘要 93 例急、慢性重度黄疸肝炎饮停心下证,用过各种中西药物退黄无效,改用苓桂术甘汤加减治疗。用药前总胆红素均值 $339.25\mu\text{mol/L}$ 。改用本法后 39 例平均 67 天总胆红素恢复正常,47 例有残留黄疸,退黄总有效率 92.4%,无效及自动出院 7 例。用苓桂术甘汤加减为治,对有饮停心下证这一特殊证型的重度黄疸肝炎,系有效治法。

主题词 肝炎/中医药疗法 @ 饮停心下证

我们在承担“中医中药治疗重度黄疸肝炎”攻关专题中,发现 35.8%(70/195 例)的病人有胃脘振水声^[1],汪氏曾称之为饮停心下证^[2]。有此证者,单用凉血活血中药黄疸不退或进行性加深。我们根据《金匱要略》中“心下有停饮,……苓桂术甘汤主之”的理论,以此方加减治疗 93 例,获较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组系 1991 年 1 月~1994 年 7 月住院病例,血清总胆红素 $>171\mu\text{mol/L}$ 。男性 77 例,女性 16 例,年龄 18~63(平均 37.99 ± 11.50)岁。

1.2 观察项目:用药前及用药后每 7 整天复查 1 次总胆红素。凝血酶原活动度(PA), $\geq 40\%$ 或 $< 40\%$,用 VitK,5~7 天后升至 40%以上。治疗前后各查 1 次甲、乙、丙、丁、戊型肝炎病毒标记物。61 例经肝活检确诊。

1.3 诊断:根据病史、总胆红素、肝炎病毒标记物及肝活检,最后确诊为急性肝炎 6 例(甲型 4 例,丙型 1 例,戊型 1 例);慢性活动性肝炎 87 例(乙型 4 例,乙型肝炎肝硬化 21 例,乙、丙及丙、戊重叠感染各 1 例)。

1.4 治疗前用药情况:均用过一种或多种药物治疗:其中肾上腺皮质激素 4 例次,胰高血糖

素—胰岛素 9 例次,门冬氨酸钾镁注射液 12 例次,肝细胞生长素(HGF)4 例次,强力宁注射液 12 例次,清开灵注射液 24 例次,6912 注射液 13 例次,口服清热解毒中药 43 例次,口服凉血活血中药 38 例次。由于用后黄疸均不退而改用本法。

2 治疗方法

本组病例以饮停心下或兼血瘀血热为主证。凡有倦怠无力,胃脘胀满,渴喜饮或不喜饮,大便稀溏,舌苔白腻或黄腻,脉弦滑,胃脘有振水声者,为饮停心下证;有小便自利,蟹爪纹,齿衄衄血,面色晦暗,舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,舌下脉增粗延长,肝脾肿大,口咽干燥,渴喜热饮,大便秘结,皮肤瘙痒抓后有出血点,为兼有血瘀血热。93 例中还有脾虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚等不同兼证。主方:桂枝 15g,茯苓 30g,丹参 30g,葛根 30g,赤芍 60~80g。兼脾肾阳虚者加炮附子 6~12g,肉桂粉 2~4g(冲服);兼阳明腑实者加生大黄 10~15g,元明粉 2~4g(冲服)。

并用药物:除服用维生素 C 及肝泰乐外,均为单一中药治疗。伴有严重消化道症状者,短期内(不超过 2 周)加用葡萄糖及/或电解质液体静脉滴入。血浆白蛋白 $< 35\text{g/L}$ 及/或有腹水者加用人血白蛋白静脉滴入。

3 疗效分析

3.1 疗效判断标准:用药后总胆红素降至正常为显效;降至 85.5mol/L 以下为有效;用药 2~3 周总胆红素持续不降或进行性上升或虽有下降,但下降幅度未超过用药前 20%均为无效。

3.2 症状改善情况:附表看出,治疗后大多数病例症状改善或消失,尤其是食欲不振、胃脘胀满、大便稀溏等症状改善更为明显。

3.3 退黄效果:93 例用药前总胆红素值为 $172 \sim 751$ (平均 339.25 ± 145.51) $\mu\text{mol/L}$ 。39 例 $21 \sim 133$ (平均 67.28 ± 25.46)天总胆红素降至正

* 中国人民解放军第 302 医院中西医结合科,北京市丰台区岳各庄(100071)

收稿日期:1994-09-22

常;47 例出院时有残留黄疸,总胆红素值为 19~80(平均 44.06 ± 15.51) $\mu\text{mol/L}$;2 例总胆红素分别由 232、242 $\mu\text{mol/L}$ 降至 101 及 122 $\mu\text{mol/L}$ 时自动出院;5 例无效。本组显效 39 例,有效 47 例,无效 5 例,自动出院 2 例,总有效率 92.47%(86/93 例)。

附表 治疗前后症状及体征变化比较

	胃脘 胀满	食欲 不振	大便 稀溏	倦怠 无力	黄腻 苔	白腻 苔	胃脘 振水声
治疗前例数	93	90	41	84	62	31	93
治疗后例数	0	8	7	12	0	6	22

4 讨论

本组病例均经临床、生化、肝炎病毒指标及病理(61 例)确诊为重度黄疸肝炎。曾用过多种中西药物治疗,退黄无效,血清总胆红素均 $>171 \mu\text{mol/L}$,改用本法后退黄有效率为 92.4%。因黄疸重未设对照组,但其自身前后治疗,可以提示用苓桂术甘汤加减为治,对有饮停心下证这一特殊类型之顽固性重度黄疸肝炎,确系有效治法。

饮停心下证,在慢性乙型肝炎发生率为 65.35%^[3]。在急、慢性重度黄疸肝炎亦非少见,我们曾报道 195 例中 70 例有此证^[1]。近 4 年共收治各型重度黄疸肝炎 233 例,93 例(39.91%)有此证。可见此证在肝炎是值得重视的一种特殊证型。

饮停心下在《金匱要略》中属痰饮病。其病机为脾虚不能散精,上归于肺,脾虚不能通调水道,下输膀胱;肾虚不能化气行水。因此水饮多在肺、脾、肾处停留为患。故病人有胃脘胀满、倦怠无力、口粘口苦、渴喜热饮或不欲饮、大便稀溏、胃脘有振水声等脾虚湿困之临床见症。还有部分病例有肩背酸沉,背寒如掌大、腰沉冷痛等症。关于饮停心下证的治疗,因痰饮为阳不化阴,本虚标实之证。若久用温补,则滞腻而不散;若久用燥热,则结而不散;若久用寒凉,则饮聚越多;若久用泻下,水饮虽可暂去,而脏腑俱虚,导致饮去复聚。故其治疗大法当以《金匱要略》中所述“病痰饮者,当以温药和之”及“心下

有痰饮,……苓桂术甘汤主之”之明示为治。

重度黄疸肝炎,或因长期服用苦寒之辈而致脾虚;或因病久血瘀。正如仲景所云:“诸黄虽多湿热,经脉久病,不无瘀血阻滞也”。而桂枝温一身之阳气,通周身之血脉,为温通血脉之要药。茯苓,具有渗湿利水及健脾胃之功。《药品化义》曰:“茯苓最为利水除湿要药”,茯苓配桂枝,甘以益脾培土,淡以利水渗湿,其补而不峻,利而不猛,以治其生湿之源。桂枝得茯苓不发表而专于化气利水,茯苓得桂枝通阳除湿。二者配伍,具有较强的利水除湿作用,此正合仲景“病痰饮者,当以温药和之”之意。我们所治的病例,不仅症状消失快,而且退黄效果也很好。至于白术、甘草,味甘,有滋腻之弊,肝炎病人服后腹胀加重,故弃而不用^[2]。

本组病例除有饮停心下证外,尚有血瘀血热,故伍以丹参、赤芍等凉血活血之辈。实践证明,以桂枝、茯苓、赤芍、丹参、葛根为伍,对顽固性重度黄疸肝炎收效甚快。如患者王××,肝活检诊断为慢性活动性肝炎中型,总胆红素 362 $\mu\text{mol/L}$,给予凉血活血中药治疗 28 天,总胆红素升至 453 $\mu\text{mol/L}$ 。经重新辨证,在原方中加用桂枝 15g、茯苓 30g,药后 7 天总胆红素降至 224 $\mu\text{mol/L}$,84 天复常,2 次肝活检,肝脏病变明显减轻。又如患者温××,以“急性黄疸性肝炎”入院。经用中、西药物(包括激素)治疗半年余,总胆红素由入院时的 147 $\mu\text{mol/L}$ 升至 639 $\mu\text{mol/L}$,凝血酶原活动度由 71%降至 36.9%,并出现腹水,以慢性重症肝炎中期、肝炎后肝硬化转我科。食而无味,闻油腻味即吐,服用苓桂术甘汤加减 1 周后,食纳改善,3 个月临床治愈出院,现随访 4 年余,健康状况良好。用苓桂术甘汤加减为治,药味集中,疗效卓著,无偏颇之虞。

5 参考文献

- 1 贺江平,等.凉血活血重用赤芍系列处方对消退黄疸的研究.中医杂志 1991;32(2):99.
- 2 汪承柏.慢性肝炎黄腻苔的辨证论治.中医杂志 1984;25(4):266.
- 3 李筠.慢性病毒性肝炎饮停心下证的临床研究.中西医结合肝病杂志 1994;4(1):17.