

病例讨论

胆囊炎合并全腹膜炎病案

王淑英 整理

河北省秦皇岛市中医医院心内科, 秦皇岛市海阳路209号, 066000

关键词] 胆囊炎;全腹膜炎;中医药疗法

1 病历摘要

患者顾某某,男,89岁,1999年6月8日入院。主诉:间断右上腹痛伴发热19天。现病史:患者于1999年5月20日无明显诱因发热、寒战、右上腹痛伴恶心、呕吐,就诊于我院门诊,腹部B超示胆囊炎(胆囊约7.0cm×3.8cm,增厚约0.8cm,未见异常回声,肝外胆管未见扩张),胰、脾未见异常,后在附近诊所静脉滴注青霉素800万U,每日1次,甲硝唑250ml每日1次,用药7天症状好转而停药,于1999年6月8日凌晨4点又突发右上腹痛,恶心,呕吐黄绿苦水,发热,寒战,体温38.6℃,无大便,小便黄而少,纳寐差。

既往史:否认高血压及糖尿病史,否认肝炎、结核病史,否认手术外伤史,否认药物过敏史。

查体:体温38.6℃,脉搏85次/分,呼吸22次/分,血压130/80mmHg,发育正常,营养中等,神清合作,巩膜及全身皮肤轻度黄染,咽无充血,扁桃体不大,双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音,心率85次/分,律齐,未闻及杂音,胆囊区压痛,无反跳痛及肌紧张,肠鸣音正常,生理反射存在,病理反射未引出,舌质红、苔黄腻,脉滑。

辅助检查:血白细胞 $13.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.82,淋巴细胞0.10,血小板 $128 \times 10^9/L$,血红蛋白129g/L,总胆红素 $25.47 \mu mol/L$,血、尿淀粉酶均正常。B超:胆囊增大,胆囊内软结石不排除(胆囊增大,约9.3cm×5.4cm,壁毛糙,增厚约0.5cm,近颈部可见3.2cm×1.8cm不规则略强回声团,随体位移动,后方未伴声影,胆总管约1.0cm,腹腔内肠管气体增多)。入院诊断胆囊炎。

患者入院后静脉滴注氨苄青霉素、甲硝唑,同时口服清热利胆中药:茵陈10g,柴胡10g,黄芩10g,白芍30g,甘草10g,郁金10g,金钱草20g,栀子10g,白及15g,枳实10g,大黄6g。3天后病情恶化,全腹痛,发热,体温39℃,无大便,小便黄赤而少,查全身皮肤重度黄染,以胸前颜面为重,呈金黄色,腹胀大如鼓,全腹压痛,伴反跳痛肌紧张,肠鸣音消失。复查B超示:胆囊增大,肝

外胆管扩张,胆囊内泥沙样结石,腹水炎性渗出(胆囊外型明显增大,大小约11.0cm×5.0cm,壁毛糙,胆囊部可见范围约3.8cm×2.5cm呈星点状略强回声,后方无声影,可随体位移动而改变形状,肝外胆管上端增宽约1.1cm,探查长度约5.5cm,内未见明显结石影,腹腔内气体增多,胰腺探查不清,腹腔内肠管间可见缝隙样无回声区)。诊断胆囊炎合并全腹膜炎,考虑胆囊坏死,家属拒绝手术。

2 病例讨论

住院医师:患者老年男性,现全腹痛,发热,皮肤重度黄染呈金黄色,属中医“腹痛”、“黄疸”、“发热”范畴,药用茵陈蒿汤加大量清热解毒之品。

主治医师:患者高龄,由胆囊炎发展至全腹膜炎,病情危重,应用足量抗生素的基础上再静脉加强营养,增加抵抗力,可静脉输入氨基酸、能量合剂、白蛋白等,以中药清热利湿。

副主任医师:患者现全腹痛,发热,腹胀大如鼓,全身色如金黄,无大便。全腹压痛,反跳痛肌紧张,肠鸣音消失,考虑胆囊坏死,须手术治疗。但家属拒绝手术,可3种抗生素联合应用,舒氨新(氨苄青霉素和舒巴坦)300mg入生理盐水200ml每12小时1次,丁胺卡那霉素0.2g入小壶每12小时1次,甲硝唑250ml每12小时1次,3药交替应用以观察疗效。

主任医师:患者男性,89岁,高热黄疸,腹痛,腹胀大如鼓,无大便,小便黄赤,舌红、苔黄腻,脉滑,属中医“黄疸”、“鼓胀”范畴。黄疸属阳黄,证属湿热并重,治疗上以清热利湿通便,缓急止痛,药用大柴胡汤合芍药甘草汤加减,配合肛管排气。因口服中药后促进胃肠蠕动,有可能导致肠管破裂,应征得家属同意后用药。药用:柴胡10g,大黄10g(后下),枳实10g,半夏10g,黄芩10g,甘草10g,白芍10g,茵陈30g,炒莱菔子30g,太子参20g,芒硝6g(冲服),生姜3片,大枣5枚。

3 后记

根据讨论结果,按副主任医师的意见静脉用药,按主任医师的中药处方用药。服2剂后,大便日1次,仍发热、全身黄染,腹痛减轻,腹胀略减,肠鸣音可闻

(下转第950页)

用剂量的变化,兹以柴胡为例,加以说明 剂量换算参照六版《伤寒论选读》一两以 15g计)。

附表 柴胡类方中柴胡服用剂量

方名	柴胡量 (g)	剂量变化形式	服用次数	每服量 (g)
小柴胡汤	120	1	3	40
大柴胡汤	120	1	3	40
柴胡桂枝干姜汤	120	1	3	40
柴胡桂枝汤	120	0.5	3	20
柴胡加龙骨牡蛎汤	120	0.5	4	15
柴胡加芒硝汤	120	0.33	2	20

从附表可以看出,小柴胡汤、大柴胡汤、柴胡桂枝干姜汤中柴胡每服用量是相等的,为 40g 柴胡桂枝汤与柴胡加芒硝汤中柴胡每服用量也相等,为 20g 但是二者的剂量变化形式与服用次数不同;柴胡加龙骨牡蛎汤中柴胡用量最少,为 15g。

4 柴胡类方病机变化分析

4.1 小柴胡汤、大柴胡汤和柴胡桂枝干姜汤

三方柴胡用量同为半斤,且服用次数均为三次,提示病机变化较为密切。小柴胡汤是柴胡类方的基本方,其主治“往来寒热,胸胁苦满,嘿嘿不欲饮食,心烦喜呕”。若太阳病柴胡证误下之后,柴胡证仍在,先与小柴胡汤,用后若出现呕不止,心下急,郁郁微烦者,为未解,此时则用大柴胡汤治疗。因其呕不止,故生姜用量由三两加至五两,以加强止呕之效;因其心下急,已是内实而具可下之征,故去人参、甘草扶正之品而加大黄二两、芍药三两、枳实四枚,予以和里缓急攻下。若“伤寒六七日,已发汗而复下之,胸胁满微结,小便不利,渴而不呕,但头汗出,往来寒热,心烦者”,用柴胡桂枝干姜汤治疗。因其渴而不呕,故去半夏、人参、生姜,加栝蒌根四两;因其胸胁满,虽满而微结,故牡蛎仅用二两而非小柴胡汤方后注所用之四两;又因其在发汗复下之后,既下则伤在里之阳,故加干姜二两,此与栀子干姜汤中所用同义;桂枝在此用三两,观方后注云:“复服汗出便愈”,而小柴胡汤方后注又云:“若不渴,外有微热者,去人参,加桂枝三两,温覆微汗愈。”则桂枝在此为助汗解表无疑。甘草二两其义尚待推敲。

4.2 柴胡桂枝汤和柴胡加芒硝汤

若“伤寒六七日,发热,微恶寒,支节烦疼,微呕,心

下支结,外证未去者”,用柴胡桂枝汤治疗。此方实以桂枝之一半为基础,再加柴、苓、参、夏各半,本条病机是由桂枝汤证转化而来,虽小柴胡汤证已现,然遵从先表后里之原则,因其“外证未去”,故仍以桂枝汤证为重,又因其虽恶寒而已“微”,且又有部分邪气已入少阳,故仅予桂枝汤半量。本证虽已入少阳,但心下支结而非胸胁苦满,微呕而非喜呕,可见其未深入,故用柴、苓、参、夏各半,而不用草、姜、枣。

若本柴胡证,胸胁满而呕,日晡所发潮热,反下之而利者,先以小柴胡汤解外,再予柴胡汤加芒硝汤治疗。本条在原文接大柴胡汤条,机理需与之互参,同是柴胡证下后柴胡证仍在,且均用小柴胡汤先予解外,又同是在小柴胡汤解外之后,复用柴胡剂治疗,不同在于,一是向实的方面发展,一是向虚的方面发展,但均在柴胡剂治疗范围之内,故一是柴胡剂不变,去参草之补,加芍、枳、黄之攻;一是柴胡剂减半,有参草之补,略用芒硝以去其余热。

4.3 柴胡加龙骨牡蛎汤

“伤寒八九日,下之,胸满烦惊,小便不利,谵语,一身尽重,不可转侧者”,以柴胡加龙骨牡蛎汤治疗。本方乃柴胡每服量最少者,仅用 15g 方中其他药物亦大多为一两半,说明本病较轻,其特点主要在影响神志方面,小柴胡汤中有“心烦”、“胸中烦”,大柴胡汤中有“郁郁微烦”,柴胡桂枝汤中有“支节烦疼”,柴胡桂枝干姜汤中有“心烦”,均未用潜镇安神,独此方用之,而在《伤寒论》桂枝加龙骨牡蛎汤用龙牡二味治“火逆下之,因烧针烦躁者”,则此方用龙骨、牡蛎二味治“烦惊”无疑,更有铅丹之豁痰定惊,虽柴胡剂用量小而镇惊之力强。

综上所述,以柴胡用量变化为中心,随着柴胡用量的减少,柴胡证亦随着减弱,而其他药物的增减亦是在柴胡证大的范围内依具体病情之变化而进行的调整,仲景在药量、药味、服药次数三方面的随证变化做到了极细微的程度。另外,从中也可以看出,仲景对证型的量化,不是从证型本身去量化,而是从药量变化上来体现的,因证型的量化没有客观的指征,而治疗它的方剂及药量却是可量化和控制的,这应该对现代中医证型的研究有所启示。

收稿日期: 2006- 09- 18)

(上接第 916 页)

及,但较弱,尿少,继服原方改茵陈蒿 60g 白芍 50g 加青黛 3g 滑石 10g 泽兰 50g 服药 4 剂后,发热、腹痛消失,全身皮肤巩膜黄染明显减退,腹胀明显减轻,大便每日 6~ 7 次,质稀,肠鸣音恢复正常,小便量可,色略

黄。继服原方 6 剂,至 15 日好转而出院。出院时 B 超示:胆囊炎,胆囊较前缩小,大小约 6.4cm× 2.3cm,壁毛糙,厚约 0.8cm,未见异常回声,胆管不宽。出院后又继服原方加减 剂,随访 1 年未复发。

收稿日期: 2006- 10- 08 修回日期: 2006- 11- 22)