

临床解惑 ·

怎样辨证治疗反复呼吸道感染

答:反复呼吸道感染系指上呼吸道和支气管、细支气管、肺组织等部位的反复感染或经久不愈,临床以发热、咳嗽等症状反复发作或久治难愈为基本特征,本病是机体抵抗力低下所致。中医认为,本病多为脾肺气虚所为,当以健脾补肺,固护肌表为治。中医辨证施治,一般分为以下几型。

1 脾肺气虚型:主要表现为咳嗽反复发作,咳嗽痰少,小儿则经常发热,体温升高,面色㿠白,形体消瘦,纳呆便溏,舌淡苔白,脉细弱。当以健脾补肺为治,可选用四君子汤加减,处方:党参、茯苓、白术、五味子、白果、黄芪、防风、补骨脂、山茱萸、乌梅、太子参各10g,甘草5g。每日1剂,水煎服(下同)。中成药可选用五味子糖浆,每次10ml,每日2次;黄芪精颗粒,每次10g,每日2次;参芪精,每次10g,每日2次;玉屏风口服液,每次1支,每日2次。

2 气血两虚型:主要表现为咳嗽反复发作,咳嗽痰少,小儿则经常发热,体温升高,面色㿠白,神疲乏力,头晕,心悸,耳鸣,夜寐不宁,舌质淡、苔薄白,脉细弱。当以益气摄血为治,可选用归脾汤加减,处方:党参、茯苓、白术、当归、黄芪、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉、五味子各10g,甘草5g,大枣5枚。中成药可选用八珍糖浆,每次1支,每日3次;十全大补丸,每次10g,每日3次;归脾丸,每次10g,每日3次;阿胶补血浆,每次1支,每日2次。

3 脾肾阳虚型:主要表现为咳嗽反复发作,咳痰清稀或呈泡沫样,小儿则经常发热,体温升高,面浮肢肿,畏寒尿少,脘痞纳呆,面唇青紫,舌淡胖、苔白腻或水滑,脉沉细。当以温阳健脾,泻肺利水为治,可选用附子理中汤加减,处方:制附子、党参、白术、炙甘草、干姜、紫苏子、葶苈子、桂枝、泽泻、黄芪各10g,椒目5g,猪苓、茯苓各15g。临床上中成药可选用金匱肾气丸,每次9g,每日3次;参鹿丸,每次6g,每日3次;人参蛤蚧精,每次1袋,每日3次。

4 肝肾阴虚型:主要表现为咳嗽反复发作,咳嗽痰少,干咳难咯,小儿则经常发热,体温升高,头晕目眩,耳鸣健忘,急躁易怒,或精神紧张,失眠多梦,五心烦热,咽干颧红,腰膝酸软,甚或遗精,舌红苔少,脉细数。临床当以滋补肝肾,育阴潜阳为治,可选用杞菊地黄丸加减,处方:枸杞子、菊花、生地黄、熟地黄、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、牡丹皮、天冬、麦冬、石斛各10g。中成药可选用杞菊地黄口服液,每次1支,每日3次;精乌冲剂,每次10g,每日2次;夏枯草膏每次10ml,合首乌片每次5片,每日3次。

5 肺胃阴虚型:主要表现为咳嗽反复发作,咳嗽痰少,干咳难咯,小儿则经常发热,体温升高,不饥不食,口渴饮少,汗出短气,舌红苔少,脉细数无力。当以养胃生津为治,可选用沙参麦冬汤加减,处方:沙参、麦冬、天花粉、玉竹、桑叶、甘草、扁豆、五味子、百合、天冬、贝母、知母各10g。中成药可选用二母丸,每次9g,每日3次;贝母冬膏,每次10g,每日2次;贝母梨膏,每次10g,每日2次。

湖北省远安县中医院(444200) 胡献国

重症胆汁淤积型肝炎中医辨证需注意什么

答:重症胆汁淤积型肝炎(又称淤胆型肝炎,下同)属中医黄疸病范畴,以慢性活动性肝炎合并胆汁淤积者较常见,其临床表现为皮肤、巩膜黄染及血清总胆红素(TBil)升高。根据TBil值(正常值 $\leq 17.1 \mu\text{mol/L}$)的高低,临床分为轻度($\text{TBil} \leq 85.5 \mu\text{mol/L}$)、中度($\text{TBil} \leq 171.0 \mu\text{mol/L}$)、重度($\text{TBil} > 171.0 \mu\text{mol/L}$)三种类型。轻度及中度淤胆型肝炎有自愈倾向,重度者病程常超过1个月,黄疸深,易演变,治疗难度较大。

本病起病类似急性黄疸性肝炎,但自觉症状较轻,皮肤瘙痒,粪便灰白,常有明显肝脏肿大,肝功能检查血清TBil明显升高,且以直接胆红素为主,凝血酶原活动度 $> 60\%$,或用维生素K₁肌注后1周可升至60%以上,血清胆汁酸、谷氨酰转肽酶、碱性磷酸酶、胆固醇水平可明显升高,黄疸持续3周以上,并除外其它原因引起的肝内外梗阻性黄疸者,可诊断为急性淤胆型肝炎。在慢性肝炎基础上发生上述临床表现者,可诊断为慢性淤胆型肝炎。

重症淤胆型肝炎的病因病机有瘀热交结和寒湿内阻两端,总与肺脾肾密切相关。盖肺为水之上源,主肃降通水道,脾为制水之脏,主运化水湿,肾者主水,司二便为水之下源。若因热或寒导致脾失运化,肺失肃降,肝失疏泄,胆失和降,则胆汁淤积而发本病。瘀热交结者,其主证为血瘀血热,《张氏医通》云:“以诸黄虽多湿热,然经脉久病,不无瘀血阻滞也”,“瘀久化热”;《诸病源候论》说:“血瘀在内,则时时体热而发黄”;《临证指南医案》也说:“气血不行则发黄”;《寓意草》则明确指出:“胆气热,汁满而溢于外,以渐渗于经络,则身目俱黄”。这种血瘀重、里热盛的特点,正是淤胆型肝炎黄疸日渐加深或持久不退的主要原因。寒湿内阻者,发为阴黄。《类证治裁·黄疸》指出:“阴黄系脾脏寒湿不运,与胆液浸淫,外浸肌肉,则发而为黄”;《景岳全书·黄疸》说:“阴黄证则全非湿热,而总由血气之败。……凡病黄疸而绝无阳证阳脉者便是阴黄。”本型多为患者病前脾阳素虚,感受湿邪易从寒化,困阻中州,胆液不畅,溢外为黄;或始为阳黄,在治疗过程中因正不胜邪或过用苦寒,脾阳被遏日衰,湿从寒化,痰湿阻络,瘀阻血脉,胆汁不循常道,浸渍肌肤,发为阴黄。正是阳虚寒湿内盛,脏腑功能紊乱或亏损为本,导致本病缠绵难愈。

在治疗方面,重症淤胆型肝炎发生机制涉及到胆红素代谢、结合、运输、分泌、排泄5个环节,任何一个环节障碍均可发生胆汁淤积。其病因病机复杂,证型多变,很难用一方一法解决问题。故诊治全过程应因人因病而异,既要临床辨证为依据,又要针对胆红素代谢障碍环节和黄疸加深原因综合选方用药。常用4法介绍如下。

健脾化湿法:适用于本病兼脾阳不足,寒湿内生,痰瘀阻络者,见腹胀纳少,腹痛喜按,胃脘有振水声,倦怠乏力,腰以下冷重,渴不欲饮或喜热饮,大便稀糖,舌淡脉沉滑或细,用苓桂术甘汤、理中汤加减;桂枝、茯苓、白术、郁金、木香、干姜、党参、茵陈、砂仁、泽泻、赤芍、当归、葛根、制附子。

行气逐瘀法:适用于本病兼胁肋刺痛,面色晦暗,肌肤甲错,伴肝掌、蜘蛛痣、肝脾肿大,舌质紫暗或有瘀斑,脉细涩。胆红素结合障碍,直接胆红素与总胆红素比例($DBil/TBil$) $<60\%$,尿胆红素阴性或含量很低;胆红素排泄障碍, $DBil/TBil>60\%$,尿胆红素强阳性或含量很高,但大便色浅或灰白。用桃红四物汤、血府逐瘀汤、柴胡疏肝散化裁;柴胡、香附、郁金、枳壳、桃仁、红花、当归、赤芍、生地黄、牡丹皮、牛膝、川芎、白芍。

宣畅三焦法:适用于本病兼胸脘痞满,身体重痛,恶心欲呕,发热烦渴,大便溏泻或不爽,小便短赤,汗出色黄,舌苔灰白或黄腻,脉滑或濡。方选三仁汤加减;杏仁、白豆蔻、薏苡仁、滑石、竹叶、半夏、厚朴、茵陈、葛根、赤芍。

温补肾阳法:适用于脾肾阳虚而有大肠积滞或小便不利者,伴腹部胀满,大便不畅或秘结,腰膝酸软或冷痛,下肢浮肿或有少量腹水,舌质淡胖、舌苔薄白或腐腻,脉弦滑或沉迟。常用附子理中汤、肾气丸、真武汤等化裁;附子、炮姜、白术、白芍、山药、熟地黄、茯苓、泽泻、肉桂、枳壳、桑寄生、补骨脂、赤芍、当归、葛根、茵陈。

总之,临床上务以解除肝胆瘀滞为首要,化瘀类中药必用,但应注意其寒热属性,适时加入,亦是改善本病预后的关键。

海南省三亚市中医医院(572000) 吴沛田

治疗肝硬化腹水应如何调补气血

答:肝硬化腹水属中医“水臌”、“单腹胀”、“蜘蛛臌”范围。本病的形成,首先责之肝失疏泄,日久木郁克土以致脾虚无力斡旋,运化功能失常,乃至气滞、血瘀、痰凝、湿阻,逐渐在腹腔内结成癥积痞块,肝血瘀阻日甚,脾土更加虚衰,则脉络壅塞,清浊相混,水湿停聚中焦,遂成腹水。病情发展,由脾及肾,肾阳虚损,开阖失司,气化不利,则水湿积聚愈盛,若阳损及阴,或湿热内蕴,耗伤阴津,阳无所化,水津失布,以致肝、脾、肾俱虚,运化蒸腾水湿的功能更弱,气滞、水结、血瘀三者错杂为患,则胀满更甚,肝、脾、肾三脏长期受损,功能彼此失调,脏腑虚者愈虚,气、血、水互结,胶结腹中,水湿不化,实者愈实。本虚标实、虚实交错为本病的病机特点。

在临床治疗中,必须遵循辨证施治的原则。根据肝硬化腹水本虚标实的病机特点,既要利水以祛其实,亦不可忽视对气血的培护,因为脏腑功能的盛衰,与气血的盛衰密切相关,脾为后天之本,气血生化之源,脾失健运,日久化源不足而致气血两虚,肾藏精,精可化气,精可化血藏于肝,肾精不足,日久无以化气血,气虚不能行血,血行迂缓而血滞,血滞日久则瘀结凝聚成痞块,瘀血不去,则新血不生,相互影响,气血日益虚损。故肝病发展致硬化腹水阶段,脏腑功能日衰,气血日损。人之五脏六腑、四肢百骸,无不由气血所充盈、濡养和调节其功能,气血虚则脏腑功能衰退,气血充则脏腑功能旺盛,通过对气血的调补,可使肝硬化腹水患者脏腑的功能得以恢复,如此则腹水可望消退。所以对于肝硬化腹水的治疗,在祛邪利水的同时,应重视对气血的调补,具体可分为补气健脾与补益肝肾两类。

脾为后天之本,气血生化之源,“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”说明两者之间密切的传变关系,慢性肝病患者脾的功能多已失司,临床见有此类患者常重用生黄芪,用量 $30\sim 150g$,党

参、白术、茯苓的用量也须在 $30g$ 左右,量少则效果不显,补血常用白芍、当归、木瓜、鸡血藤、丹参等药,另血肉有情之品如阿胶、鹿角胶等用之亦甚宜,鹿角胶须用于伴有阳气不足的患者,如此用药,在患者脾气足气血旺的情况下,常可达到不利水而腹水自消的效果。对一些顽固性腹水患者,常加用大腹皮、槟榔、葶苈子、椒目、防己等药,在正气尚可的情况下,可用至 $30g$ 左右。

肾为先天之本,肾主藏精,精可化生气血,且肝肾同源,久病及肾,故肝硬化腹水患者多数可见肾亏表现,肾亏可分3型:肝肾阴虚、阴虚血热、脾肾阳虚。肝肾阴虚的患者多以一贯煎或六味地黄丸加减;阴虚血热型则在一贯煎或六味地黄丸基础上加入滋阴清热凉血之品,如牡丹皮、知母、黄柏、地骨皮、水牛角、水红花子、大蓟、小蓟、白茅根、龟甲、鳖甲等;脾肾阳虚型则以金匱肾气丸或济生肾气丸加减,在阳虚不显的情况下,常以淫羊藿、仙茅、肉苁蓉等温而不烈之药替代附子、肉桂等辛温燥热之品,但在阳气大虚阴寒内盛的情况下,则可直用附子、肉桂等药,邪盛须用猛药,药轻则效不达,此时不必担心虎狼之药会消耗肝之阴血,阳气复阴寒除才利于阴血的恢复。另外,对于那些顽固性腹水患者,在正气尚支,或在扶正的基础上,如有攻逐之机,亦不应错过,常喜用关幼波先生的分水丹逐水,药物组成:甘遂 $3g$,甘草 $15g$,共为细末,醋糊为丸如黄豆大,每晨空腹服 $15\sim 30$ 粒,白水送下。

如治韩某,男,51岁,2008年2月25日初诊。主诉:腹大胀满、少尿2个月。患者有20余年乙型肝炎病史,肝功能异常反复波动,3个月前出现腹大胀满、少尿症状,伴有疲乏无力,两胁刺痛,纳差,泛酸,腿略肿,小便黄,大便干等症状,脉沉滑细弱,苔浅黄腻,舌质可,乙型肝炎病毒标志物:HBsAg(+),HBeAb(+),HBcAb(+).肝功能:丙氨酸氨基转移酶 $46U/L$,天冬氨酸氨基转移酶 $57U/L$,谷氨酰转肽酶(GGT) $88U/L$,胆碱酯酶(Che) $3450U/L$,总胆红素 $20.8\mu mol/L$;直接胆红素 $8.3\mu mol/L$,间接胆红素 $12.5\mu mol/L$,彩色B型超声示:肝硬化伴腹腔大量积液,门静脉宽 $14mm$,脾厚 $50mm$,长 $136mm$ 。西医诊断:乙型肝炎肝硬化,肝功能失代偿期,中医诊断:臌胀,肝郁脾虚、湿热未清型,治拟补气健脾、活血利水兼清湿热,处方:生黄芪 $100g$,白术 $30g$,茯苓 $30g$,茵陈 $30g$,藿香 $15g$,橘红 $15g$,杏仁 $15g$,赤小豆 $30g$,车前子 $30g$,滑石 $30g$,赤芍 $60g$,泽兰 $30g$,王不留行 $15g$,当归 $15g$,白芍 $15g$,阿胶 $15g$,鳖甲 $30g$,醋柴胡 $15g$,珍珠草 $30g$,蒲公英 $30g$,白花蛇舌草 $30g$,槟榔 $15g$ 。上方加入大腹皮、葶苈子、防己、椒目等加减治疗2个月,腹水消退,复查肝功能:GGT $65U/L$,Che $3950U/L$,余正常,彩色B型超声示:脾厚 $44mm$,长 $115mm$ 。

总之,对于肝硬化腹水的治疗,应重视对气血的调补,要遵循以补为常法,攻水为权变的原则,不能见水而单纯利水,在临床上,对于本病的治疗,医患都要有耐心,本病非短期能达到疗效,在辨证用药准确的前提下,应坚持守方治疗。另外,患者在腹水消退以后,亦应严格坚持服药,以巩固疗效。

吉林省延吉市中医医院肝胆科(133000) 刘世新

[编辑:李 巍]