

· 临证心得 ·

李普治疗肝硬化经验

李 素 领

(河南中医学院第一附属医院消化科, 河南省郑州市人民路 19 号, 450000)

[关键词] 肝硬化; 胸腹水; 自发性腹膜炎; 门静脉栓塞; 李普

河南中医学院第一附属医院李普主任医师, 从事中医肝胆疾病临床工作 50 余年, 对病毒性肝炎、肝硬化及肝癌的中西医治疗有较深入的研究。现将其治疗肝硬化及并发症经验介绍如下。

1 肝硬化辨证施治

1.1 明病机, 拟基本方

根据“肝硬化”临床特征, 初期多属“胁痛”、“黄疸”、“积聚”、“虚损”之范畴, 晚期多出现腹水, 属“臌胀”范畴。多由慢肝日久、失治误治或驱邪不利, 渐积而成, 与正气不足密切相关, 病位初在肝脾, 后期可累及肺肾。李老认为, 其基本病机为肝脾受损, 气虚血瘀, 络脉阻塞。治法为益气活瘀, 软坚通络, 健脾理气, 和胃消积。基本方: 党参 30g, 当归 15g, 郁金 15g, 川芎 15g, 炮穿山甲 10g, 醋鳖甲 30g, 生牡蛎 30g, 延胡索 15g, 茯苓 30g, 白术 30g, 陈皮 12g, 砂仁 10g, 厚朴 15g, 沉香 3g (冲), 焦三仙各 30g, 鸡内金 12g。方中当归配伍郁金, 不仅养血、活血, 且能理血中之气; 配伍川芎, 活血、养血、行血三者并举, 润燥相济, 祛瘀而不伤血, 养血而不壅滞, 同时与辛香走窜之炮穿山甲同用, 通透络脉, 直达病所。化瘀必益气, 气盛血易通, 故在运用化瘀四味同时, 必配伍党参或生晒参、红参、太子参等补气健脾, 以加强活血化瘀之力。鳖甲、生牡蛎味咸, 性平, 化痰软坚散结, 且能滋养肝阴。“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”, 方中佐以茯苓、白术、陈皮、砂仁、焦三仙、鸡内金健脾理气、和胃消积, 后天之本得健则, 肝体得养。

1.2 辨兼证, 灵活化裁

肝脾血瘀证是肝硬化患者之基本证型, 但由于发病诱因及个体体质等差异, 患者多兼有湿热蕴结、寒湿阻滞、脾虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚等证, 李老常根据兼证不同, 灵活化裁用药。以湿邪为主者, 有湿热蕴结和寒湿阻滞之分。此时李老尤其注重察舌质、观舌苔, 根据舌苔黄白厚腻、津液多少及舌质不同, 分别运用芳香化湿、清热利湿、苦温燥湿、通阳化湿等法。芳香化湿多在

基本方上选加藿香、佩兰、白豆蔻、生薏苡仁等, 清热利湿选加黄芩、黄连、龙胆草、栀子、大黄、茵陈、鸡骨草等, 苦温燥湿选加半夏、厚朴、苍术等, 通阳化湿选加桂枝、通草等。兼脾虚者, 症见食后腹胀、倦怠乏力、肠鸣、便溏等, 治以健脾益气, 温阳止泻, 常选加炒山药、炒白扁豆、炒薏苡仁、炒莲子、干姜、生姜、大枣等; 若伴五更泻、腰膝酸软、畏寒肢冷等偏脾肾阳虚者, 酌加温补肾阳之品如补骨脂、煨肉豆蔻、肉桂、淫羊藿等; 若大便次数增多, 常佐加乌梅炭、煨诃子、炙罂粟壳收涩止泻。李老常言, 泄泻之治, 健脾不如运脾, 运脾不如燥湿, 故运用健脾药物疗效不著时, 常以藿香正气散加味化湿燥湿, 改善肠道水肿状态, 药选藿香、白芷、紫苏梗、半夏、厚朴、苍术、大腹皮、泽泻、车前子等; 对于脾为湿困、阳虚下陷者, 以补中益气汤化裁, 选加黄芪、柴胡、升麻等升阳止泻。另外, 对于合并肝肾阴虚证者, 症见胁肋隐痛、口干咽燥、心中烦热、头晕耳鸣、舌红少苔或无苔、脉弦细而数, 多在基本方上选加二至丸、一贯煎化裁, 药用女贞子、墨旱莲、生地黄、沙参、白茅根、鳖甲、龟甲、枸杞子、麦冬等。

2 肝硬化并发症的辨证施治

2.1 胸腹水

肝硬化失代偿后腹水是常见并发症, 可兼有胸水。合并胸水时以右侧多见, 也可见于双侧或左侧, 极少见胸水而无腹水者, 应属中医“悬饮”、“水臌”、“气臌”、“血臌”范畴。李老活用经方, 常在基本方基础上加用五苓散、小青龙汤、防己茯苓汤化裁。五苓散为通阳化气行水之方, 加人参, 即《世医得效方》之春泽汤, 合五皮饮治疗肝性腹水。五苓散重在温阳化气、健脾渗湿利水, 辅以人参大补脾肺之气, 使中焦斡旋有力, 五皮饮加强理气化湿利水之效, 并佐厚朴、枳实、沉香、木香理气消胀。合并胸水者, 轻则可无症状, 重者可伴胸闷、气短、咳嗽、气促, 甚至呼吸困难、低热等, 《伤寒论》云: “心下有水气, 咳而微喘, 发热不渴, ……小青龙汤主之”, 《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证治》曰: “咳逆倚息不得卧, 小青龙汤主之”, 其“咳而微喘”、“咳逆倚息不得卧”之症状与胸水临床表现基本一致, 多用小青龙汤治

疗,方取少量麻黄、桂枝宣肺;细辛、半夏、干姜散水气,宣气道;五味子、白芍、甘草收敛肺气,防麻黄、桂枝、干姜、细辛升散太过。在治疗腹水合并胸水时,遵“间者并行”之旨,取春泽汤、五皮饮治疗腹水的同时,加用小青龙汤以宣肺化饮,通调三焦水道。若单治腹水而不治胸水,则胸水难消;单治胸水而忽略腹水,胸水难以退尽。现代研究认为肝性胸水多由腹水通过横膈淋巴管或横膈膜裂孔直接迁移至胸膜腔而致,又有“横膈膜裂孔呈单向活瓣,胸水不能返流腹腔”之说^[1],与临床治疗相互印证。

2.2 自发性细菌性腹膜炎

自发性细菌性腹膜炎指在没有明确腹内感染灶的情况下,而发生的急性或亚急性腹膜感染,是肝硬化腹水患者常见而严重的并发症。现代医学认为,其发生主要与肠道局部免疫防御功能下降、小肠细菌过度生长、小肠黏膜屏障受损、机体免疫功能低下及腹水免疫防御改变有关^[2]。典型临床表现为发热、腹痛腹胀和腹部压痛,部分患者临床症状不甚典型,及早诊断和合理使用抗生素可有效改善预后,降低病死率。但本病治愈后极易复发,早期中医干预,配合西医治疗能够缩短病程和防止复发。李老认为,肠腑热毒蕴结是本病主要病理机制,六腑以通为用,治疗以通腑泻热、凉血解毒为大法,方选大黄牡丹皮汤、小承气汤、薏苡附子败酱散加减。如大便干结者,选加大黄、槟榔、炒牵牛子、蒲公英、败酱草、生薏苡仁、赤芍、牡丹皮等,大便稀溏者,选加熟大黄或大黄炭、金银花、乌梅炭等。现代药理研究亦证明,通腑泻热法有促进胃肠蠕动、清除肠道病原微生物及提高机体免疫作用。

2.3 门静脉栓塞

门静脉栓塞形成可分为急性和慢性、原发和继发及部分性和完全性栓塞。肝硬化后门静脉栓塞是肝硬化的重要并发症之一,以门脉高压症多见,脾切除术后和上消化道出血后增加了其发病率,其栓塞部位多位于门静脉主干。其形成机理有:门静脉壁破坏和局限性增厚;肝内血管阻力增高导致门脉血流缓慢、阻滞或反流;肝硬化患者蛋白合成功能降低致使血液黏稠度增高;脾切除术中血管内膜损伤致胶原纤维暴露,术后血小板破坏减少而致血小板数量急剧增加,血小板功能异常;临床过多使用促血小板聚集,促血栓形成的止血药物,则可能医源性促成血栓形成^[3,4]。门静脉血栓形成后可诱发上消化道出血,进一步加重肝脏坏死,导致肠道功能紊乱,促进腹水形成或加重腹水,故改善或消除门静脉栓塞是本病治疗之关键环节。治疗以活血养血、化瘀通络为大法,药选三七粉、当归、丹参、红花、赤

芍、炮穿山甲、水蛭、土鳖虫等。对脾切除术后和上消化道出血后形成的栓塞,临床上分为三期治疗,早期治疗选用三七粉、儿茶、明矾化瘀止血,并可防止血栓形成。明矾收湿气而化瘀腐,与儿茶配伍可加强收敛止血之功,但两药内服宜少量,并慎用性味猛烈破瘀之品,以免诱发出血。中期选三七粉、丹参、红花、当归、赤芍活血养血,软化栓灶。晚期对于血栓形成时间较久者,宜在活血化瘀基础上加用通络之品,李老自拟“山甲田蛭散”(三七粉、炮穿山甲、水蛭,按 3:2:1 比例研粉),每日 3~6g,冲服。三七甘而微苦,温通而入血分,功善止血,又善化瘀,具有止血而不留瘀之长;穿山甲性善走窜,能直达病所而行血分瘀滞;水蛭味咸,功擅破血逐瘀,通经消癥,三味配伍,相得益彰。

2.4 门脉高压性胃病

肝硬化失代偿期合并门脉高压所引起的胃黏膜病变称为门脉高压性胃病。内镜下可见胃黏膜及黏膜下血管扭曲甚至破裂出血,由于病变程度轻重不同,轻者可无明显症状,重者可见呕血、黑便等。其形成的原因有:门脉高压时胃黏膜和黏膜下的毛细血管扩张,扭曲,内膜局灶性增厚,胃血管动静脉短路开放,血流瘀滞,黏膜有效血流量减少,微循环发生障碍,黏膜缺血,缺氧,代谢紊乱;肠道细菌产生的内毒素不能经肝脏灭活进入体循环,可使胃黏膜发生急性糜烂,造成胃肠道出血;同时血管活性物质的变化,Hp 感染及硬化剂治疗后可加重胃黏膜损害^[2]。临床治疗选用活血化瘀药物的同时多运用化瘀止血药物,如三七粉、儿茶、白及、乌贼骨、茜草炭、蒲黄炭、藕节炭等,慎用大量化瘀破瘀之品。同时根据胃镜下胃黏膜病变灵活选药,如胃黏膜红白相间以红为主,或呈樱桃红样改变,多选加大黄炭、藕节炭、牡丹皮、蒲公英等凉血止血;如黏膜水肿明显,加苍术、生薏苡仁、茯苓等健脾利湿;如黏膜苍白明显者,选加炮干姜、黄芪、炒白术等温阳健脾;胃黏膜发生糜烂者,选加三七粉、儿茶、白及、乌贼骨收敛止血。

参考文献

[1]陆星华,钱家鸣.消化病学精要系列丛书·肝胆疾病[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2006:12,177.
[2]张顺财,石碧坚,王伟岸.慢性肝病[M].北京:科学技术文献出版社,2005:8,291-292.
[3]刘骅,陈治平,吴志勇.门静脉系统血栓形成[J].中国实用外科杂志,2004,24(2):121-123.
[4]陆亮.门静脉高压症手术后门静脉血栓形成的临床分析[J].血液流变学杂志,2005,15(4):630-631.

(收稿日期:2009-06-25)

[编辑:洪涛]