

中医药治疗肝硬化腹水体体会

舒 盼^{1*} 崔丽安²

(1. 天津中医药大学, 天津市南开区鞍山西道 312 号, 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院)

* 通讯作者: shupanpanpan@yahoo.com.cn

〔摘要〕 介绍运用中医药治疗肝硬化腹水体体会, 认为本病为本虚标实之证, 病变脏腑涉及肝、脾、肾, 而致气滞、血瘀、水停, 并根据患者具体情况, 在健脾、疏肝、利湿、活血的基础上, 佐以宣肺或泄热。

〔关键词〕 肝硬化腹水; 本虚标实; 辨证施治; 经验; 验案

肝硬化腹水是肝硬化后期最常见的并发症之一, 中医归属“臌胀”范畴。病情复杂, 缠绵难愈, 易于反复, 预后一般较差, 属于中医风、癆、臌、膈四大难症之一, 治疗较为棘手。我们跟随导师学习及临证多年, 运用中医药治疗肝硬化患者取得满意疗效, 现结合验案谈谈随诊心得, 以飨同道。

1 病例介绍

例 1: 何某某, 女, 67 岁, 2007 年 2 月 3 日初诊。肝硬化病史 5 年, 腹胀、尿少 3 个月余, 腹胀大如鼓, 伴咳嗽 1 周。现病史: 患者于 2002 年因消瘦、乏力、尿少, 化验肝功能异常, 抗核抗体 1:400, 抗线粒体抗体(+), IgG 1980mg/dl。B 超提示: 肝硬化腹水。诊断自身免疫性肝炎, 原发性胆汁型肝硬化。因肝硬化腹水曾 3 次住院, 均予保肝利尿等对症治

疗。以后患者腹水反复出现, 间断口服保肝利尿剂及中药汤剂等, 于 2007 年 2 月 3 日来诊, 感冒畏寒、咳嗽, 咳黄黏痰, 微喘 1 周, 伴腹胀, 尿少, 纳少, 便秘, 无发热, 无腹痛。化验肝功能异常, 白蛋白(A) 34.2g/L、球蛋白(G) 35.6g/L、丙氨酸氨基转移酶(ALT) 33.6U/L、门冬氨酸氨基转移酶(AST) 45.2U/L、 γ -谷氨酰转肽酶(γ -GT) 428.6U/L、碱性磷酸酶(ALP) 361.4U/L、直接胆红素(TBil) 16.4 μ mol/L, 肝胆 B 超提示: 肝硬化、大量腹水。查体: 神志清楚, 形体羸瘦, 骨消肉脱, 极度衰竭, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性啰音, 偶闻痰鸣, 腹部胀大, 腹水征(++++), 四肢瘦弱如柴, 双下肢无水肿, 舌质红、苔薄黄腻, 脉细弦滑。诊为臌胀, 咳喘。证属肺热咳喘, 宣降失司, 脾虚不运, 水湿内停。治法:

大方面的影响。针对机体不同的免疫状态, 中药可显示促进或抑制免疫功能的作用, 这是中医辨证论治的精髓。现代研究发现, 中药对机体免疫的调节作用, 主要通过激活巨噬细胞和 T、B 淋巴细胞, 激活网状内皮系统和补体, 诱导产生多种细胞因子而实现的。清热解毒类药一方面可以通过增强白细胞和单核巨噬细胞的吞噬功能, 提高血清总补体水平, 从而达到提高机体的非特异性免疫^[6]; 另一方面又可对细胞免疫和体液免疫造成不同程度的抑制作用: 降低血浆中肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 和白细胞介素 6 (IL-6) 的水平, 抑制前炎性细胞因子的过度分泌而降低细胞免疫^[7]。中医是通过药物的偏性来纠正人体的偏性从而达到治疗疾病的目的, 故针对机体的不同状态, 中药所表达的免疫调节作用是不同的。总之, 扈老师分期论治本病的思路, 明确可以体现中药治疗本病的独特优势, 以期临床危、急、

重症的治疗提供新的思路。

参考文献

- [1] 黄晓军. 血液病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1321.
- [2] 刘向哲. 扶正固本法在重症中风病恢复期的应用 [J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(5): 611-613.
- [3] 王本祥. 现代中药药效与临床 [M]. 天津: 天津科技翻译出版社, 2004: 658.
- [4] 李柳. 麻柔教授自身免疫性溶血性贫血治验举隅 [J]. 中华中医药杂志, 2010, 26(11): 2618-2620.
- [5] 王爱萍. 中药免疫调节作用研究进展 [J]. 中国药业, 2011, 20(3): 75-77.
- [6] 杨曼. 清热解毒药抗感染的药理作用 [J]. 北京中医, 2001, 26(1): 44-48.
- [7] 沈自尹. 清热解毒药对感染性炎症作用原理的新认识 [J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(10): 628-629.

(收稿日期: 2012-02-10; 修回日期: 2012-06-03)

[编辑: 洪 涛]

清宣肺热,健脾利湿,处方:(炙)桑白皮 10g,瓜蒌 15g,桔梗 10g,(炙)麻黄 5g,杏仁 10g,石膏 15g,葶苈子 10g,(炒)莱菔子 10g,大黄 5g(后下),厚朴 10g,枳壳 10g,大腹皮 15g,(炒)槟榔 10g,茯苓 15g,猪苓 15g,白术 15g,泽泻 15g,太子参 10g,车前子 20g(包),甘草 10g。水煎服,每日 1 剂,早晚分服。配合口服西药利尿剂安体舒通 60mg,每日 2 次,呋塞米 20mg,每日 2 次。服药 5 剂,患者咳嗽减轻,咳少量白痰,无喘憋,大便通,尿量明显增多,腹胀明显减轻,继续原方减去大黄、黄芩、(炙)麻黄、葶苈子、重用太子参 30g 扶助正气,加减化裁,调理月余,患者腹水基本消失,饮食增加,症状缓解。

例 2:马某某,男,45 岁,2005 年 6 月 8 日初诊。乙型肝炎病毒标志物阳性 15 年,肝硬化 2 年,近 1 个月腹胀、尿少、尿黄、乏力。现病史:发现乙型肝炎肝硬化 2 年,饮酒史 20 余年,于 2 年前因乏力、尿黄、肝功能异常、肝硬化腹水在我院住院,保肝利尿对症治疗 2 个月,腹水消失,黄疸减轻,肝功能好转出院。以后因腹水再次住院。于 2005 年 6 月 8 日来诊,自觉腹胀、尿少、尿黄、乏力、大便溏软 1 个月,化验肝功能异常, A 28.0g/L, G 34.6g/L, ALT 53.7U/L, AST 64.2U/L, TBil 44.7 μ mol/L, 乙型肝炎病毒表面抗原、乙型肝炎病毒 e 抗原、乙型肝炎病毒 e 抗体阳性, HBV-DNA<1000, 肝胆 B 超示肝硬化腹水形成,脾大。查体:神志清楚、面色黧黑,面部毛细血管扩张,可见肝掌,腹部胀大如鼓,下肢轻度水肿,舌质暗红胖大、舌中裂纹、苔薄润,脉沉弦缓。诊断为臌胀,证属湿热余邪未尽,脾虚不运,湿、热、痰、瘀阻络,水湿内停。治法:健脾利湿、活血化瘀。处方:茵陈 30g(后下),茯苓 30g,白术 15g,泽泻 30g,猪苓 15g,肉桂 10g,车前子 20g,瓜蒌皮 30g,葶苈子 10g,防己 15g,黄芪 30g,牡蛎 30g(先煎),(炙)鳖甲 15g(先煎),莪术 15g,泽兰 30g,莱菔子 20g,(炙)甘草 10g,抽葫芦 30g,配合口服小剂量利尿剂呋塞米 20mg,每日 1 次,螺内酯 40mg,每日 1 次,守方加减治疗 3 个月,患者腹水消失,肝功能明显好转, A 36.5g/L, G 31.9g/L, AST 58.1U/L, TBil 25.8 μ mol/L, γ -GT 50.4U/L, 碱性磷酸酶 (AKP) 97.4U/L, 以后患者坚持服药 2 年,定期化验检查,随访 4 年,肝功能稳定,未再出现腹水。

2 讨论

肝硬化腹水病因多为酒食不节、情志所伤、虫毒感染及黄疸、积聚迁延而成。其基本病理变化总属肝、脾、肾受损,气滞、血瘀、水停腹中。病变脏器主要在于肝脾,久则及肾。本病多属于本虚标实之证,临床应根据虚实标本的主次,辨证治疗。病例 1 患者属晚期肝硬化,虽经治疗但腹水反复出现,属顽固腹水,现患者极度衰竭,尿少且伴大量腹水,又复外感咳嗽,中医辨证为本虚标实,久病体虚为本,外感咳嗽、腹部胀大如臌为标。《金匱要略》云:“夫病痼疾,加以卒病,当先治其卒病,后乃治其痼疾也。”故本病治疗当先肃肺,同时患者体内水液输布障碍,导致尿少,水液不能排出,蓄积体内形成腹水,亦是由于肺的通调、脾的转输、肾的气化功能障碍。予(炙)桑白皮、瓜蒌、桔梗、(炙)麻黄、杏仁、葶苈子等清宣肺热,以茯苓、白术、大腹皮、厚朴等健运脾气,以大黄、猪苓、车前子、泽泻等通利二便,清上通下,使三焦气化功能正常,即疏利三焦以行水。方中宣肺、健脾之法亦体现了提壶揭盖,升清降浊之法。服药后,患者咳嗽减轻,大便通,尿量增多,腹胀明显减轻,缓则治其本,于方中去大黄、黄芩等,重用太子参,益气健脾,扶助正气,巩固疗效。

病例 2 患者慢性乙型肝炎迁延日久,且既往长期饮酒史,加重肝脏损伤而发展为肝硬化。患者面色黧黑,面部毛细血管扩张,可见肝掌,腹部胀大如鼓,属日久肝脾瘀结,脉络滞涩。腹部胀大,下肢轻度水肿属脾虚不运,水湿内停。舌中裂纹是脾虚不运,湿邪内侵,总体属于湿热痰瘀阻络,水湿内停。治疗上以茵陈、茯苓、白术、泽泻、猪苓等清利湿热为主,同时由于气为血帅,气虚不能帅血,血行不畅而瘀滞,气血不行则水湿难化。湿热蕴久,可凝结成痰,痰阻血络,亦致血滞痰阻,痰瘀互结则水湿顽固不化,气充、血行、痰化则腹水得以消退。采用补气与逐水并用,使之气足血行而水化,即“见水不治水,气旺中州运,以无形之气而化有形之水”,加入莪术、泽兰、黄芪等补气行气活血,瓜蒌皮、葶苈子宣肺化痰通络,防己、抽葫芦加强利水消肿的功效。全方既有清利湿热,又有益气健脾利水,共达消除腹水之功。

(收稿日期:2011-12-22;修回日期:2012-03-25)

©1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

[编辑:洪涛]