

肝硬化合并顽固性胸水病案

何婷婷 王睿林 朱 云 李永纲*

(中国人民解放军第三〇二医院中西医结合肝病诊疗与研究中心,北京市丰台区西四环中路 100 号,100039)

基金项目:国家“十二五”科技重大专项资助项目(2012ZX10005010-002-002)

* 通讯作者:lyg100039@sina.com, (010)66933129 转 6035

[摘 要] 肝硬化并顽固性胸水治疗难度大,本病案应用常规西医治疗方案联合五苓散加减治疗获得显著疗效,体现顽固性胸水的中医药治疗独特优势,为顽固性胸水中西医结合治疗积累了临床经验。

[关键词] 肝硬化;顽固性胸水;中医药治疗;五苓散

1 病历摘要

患者,男,39 岁,主因“发现乙型肝炎表面抗原(HBsAg)阳性 4 年,胸闷、气短 4 个月”由门诊以“乙型肝炎肝硬化并胸水”收入院。患者既往体健,2009 年体检时发现 HBsAg 阳性,当时肝功能正常,无不适,未予治疗。2011 年 10 月大量饮酒后恶心,呕吐胃内容物 1 次,此后患者逐渐出现乏力、胸闷、气短,伴纳差、咳嗽,就诊当地医院考虑“咽喉炎”,给予药物治疗后胸闷、气短症状逐渐加重,行 X 线胸片及腹部超声提示右侧大量胸腔积液、肝硬化并腹水,遂收住当地医院。入院后胸水常规提示感染,并给予头孢类抗感染治疗,同时给予保肝、抗病毒、利尿等治疗,并间断给予血浆、白蛋白支持治疗,患者腹水消失,仍反复出现胸腔积液。胸水化验排除结核性及癌性胸水,于 2011 年 12 月 7 日行胸腔闭式引流术,每日引出胸水约 600~900 ml。为求进一步诊治于 2011 年 12 月 13 日入住我院。入院症见:面色晦暗,性情抑郁,肢软乏力,伴有咳唾引痛,气喘不能平卧,纳差,大便稀,舌质淡红、苔白腻,脉弦大。查体:慢性肝病病容,气管左偏,右侧胸廓饱满,叩诊呈实音,右侧呼吸音减弱,心率 85 次/min,律齐,腹部饱满,肝脾肋下未触及,移动性浊音阳性,双下肢不肿。实验室检查:血红蛋白 103.00 g/L,血小板 $47.00 \times 10^9/L$,红细胞 $2.95 \times 10^{12}/L$,白细胞 $4.01 \times 10^9/L$,凝血酶原时间 15.10 s,凝血酶原活动度 59.14%,天冬氨酸氨基转移酶 38 U/L,白蛋白 31 g/L,丙氨酸氨基转移酶 15 U/L;胸片检查示:右侧胸腔积液。心电图:窦性心律,正常心电图。给予保肝、降酶、退黄、抗病毒、利尿、补充白蛋白等治疗,依据肾功能情况间断给予甘露醇脱水、放胸水等治

疗,并针对胸水感染给予抗感染治疗。患者仍有乏力,胸闷、气短消失。因胸水反复增长于 2012 年 2 月 7 日行胸腔镜下胸膜粘连术,术后患者自觉胸闷较前加重,每日引流出黄色胸水约 3 000 ml。为确定下一诊疗方案,全科于 2012 年 2 月 14 日进行病例讨论。

2 病例讨论

住院医师何某:患者为中年男性,病程长,既往有慢性肝病史,以胸闷、气短入院,查体见慢性肝病病容,气管左偏,右侧胸廓饱满,叩诊呈实音,右侧呼吸音减弱,心率 85 次/min,律齐,腹部饱满,肝脾肋下未触及,移动性浊音阳性,双下肢不肿。无心、脑、肺、肾等慢性疾病史。结合辅助检查结果,诊断明确为乙型肝炎肝硬化并腹水、胸腔积液。临床遵循肝硬化腹水诊疗指南给予综合治疗,并给予间断引流胸水及胸膜粘连术治疗,患者腹水消退,胸腔积液仍未控制。胸腔积液属于中医理论“悬饮”范畴,该患者中医辨证为饮停胸胁,治疗当以逐水祛饮,方药可选十枣汤、控涎丹。

主治医师白某:患者入院后结合病史、症状及辅助检查,诊断明确为乙型肝炎肝硬化失代偿期并腹水、胸腔积液;除外心肾疾病及结核性疾患引起的胸腔积液后,考虑为肝性胸水,目前给予西医综合治疗胸水后效果不佳。患者入院症见面色晦暗,性情抑郁,肢软乏力,伴有咳唾引痛,气喘不能平卧,纳差,大便稀,舌质淡红、苔白腻,脉弦大。符合“悬饮”诊断,机体内湿毒、瘀血停积,蕴蒸胆汁运行受阻,外溢肌肤,故见面色灰暗无华;脾胃升降功能失司,脾气虚弱,中土亏虚,故大便稀,脾气不能升清故可见腹胀纳少、神疲乏力;同意给予健脾利湿,化气行水中

药治疗^[1]。

副主任医师王某：“悬饮”为四饮之一。饮邪停留肋部而见咳唾引痛的病证。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》曰：“饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。”治疗用攻逐水饮之法，方用十枣汤、三花神佑丸、控涎丹等^[2]。该患者肝性胸水属于“悬饮”范畴，但结合患者具体情况，十枣汤等药物偏于峻猛，患者乙型肝炎病史长，纳差、便秘，脾胃不耐峻攻，需以五苓散加减缓治，予处方如下：葶苈子 30 g（包煎），泽泻 20 g，枳壳 15 g，白术 30 g，茯苓 30 g，猪苓 20 g，桔梗 12 g，车前子（包煎）30 g。

主任医师李某：肝性胸水是指无原发性心肺疾病的肝硬化失代偿期出现的单侧或双侧胸腔积液。肝性胸水可以与大量肝性腹水并存，也可仅有少量腹水或无腹水的情况下存在；与腹水并存时，大多数先出现腹水，而后出现胸水，也有胸腹水同时出现。肝硬化胸水是肝硬化较为少见的并发症，但有潜在的危险性，愈后较差，死亡率较高。由于多数患者合并有严重的肝功能障碍及代谢紊乱，治疗困难棘手，常因呼吸功能衰竭或严重缺氧而加重肝功能衰竭，最后导致死亡。肝性胸 85% 位于右侧，13% 位于左侧，2% 位于双侧。女性患者多于男性患者，其发病机制目前可能与低蛋白血症、横膈局部缺损时腹腔液体直接经缺损部位进入胸腔有关^[3]。在肝硬化失代偿期患者出现胸腔积液，尤其是右侧，胸水性质为漏出液者均可诊断肝性胸水。需除外心肾疾病及结核引起的胸腔积液。西医治疗肝性胸水包括卧床休息、保肝治疗、营养支持治疗、输入白蛋白、血浆和氨基酸等。收效不佳。有报道应用奥曲肽联合特利加压素对肝性胸水有效，其机制是减少肝血流量，降低

门脉压，减少胸水的形成。发挥中医药特色，中西医结合辨证论治，可助此类患者胸水消退。

3 后记

讨论后明确中西医结合治疗方案：继续常规西药治疗方案，中药处方：葶苈子 30 g（包煎），泽泻 20 g，枳壳 15 g，白术 30 g，茯苓 30 g，猪苓 20 g，桔梗 12 g，车前子 30 g（包煎）。服用 7 剂后，胸水引流量较前减少，患者二诊时诉胸腔随呼吸有轻度刺痛感，观察舌质略紫暗，脉象沉涩，辨证考虑瘀血内阻，在原方基础上加强活血利水，药用丹参以活血，且防止瘀久化热；牛膝能引血下行，有助于瘀血之清除，因而调整方药为：葶苈子 30 g（包煎），紫苏子 15 g（包煎），白芥子 15 g，车前子 30 g（包煎），泽泻 30 g，白术 30 g，猪苓 20 g，茯苓 30 g，枳壳 12 g，丹参 30 g，牛膝 20 g，甘草 10 g。服用 1 个月。2012 年 3 月 28 日患者胸水引流量减少至每日 50 ml，于胸外科拔除胸腔引流管，继以前法巩固治疗，出院后嘱其间断服用参苓白术散、二陈丸等药物以轻剂缓图，补土以制水，防治脾胃气虚生痰生湿之源，从而减少及防止水湿的生成。2013 年 4 月 9 日及 7 月 13 日两次来院复查均未见胸腔积液。

参考文献

- [1]朱慧,陆萍.肝性胸水辨证论治 1 例[J].实用中西医结合临床,2006,12(6):42-43.
- [2]高军丽.李素领治疗肝癌术后并胸腹水验案 1 则[J].上海中医药杂志,2011,45(1):25-26.
- [3]魏丹国.宣肺利水法治疗肝性胸水 32 例[J].现代中医药,2006,5(26):10-11.

（收稿日期：2013-08-27；修回日期：2013-09-12）

〔编辑：洪 涛〕

图书邮购

●《李时珍医学全书》包括《本草纲目》《濒湖脉学》《奇经八脉考》和《脉诀考证》4 种。现集成一册点校，用简体字横排方式出版。每册 192.00 元。

●《证治准绳》为明代著名医家王肯堂所撰。全书包括《杂病》八卷、《类方》八卷、《伤寒》八卷、《疡医》六卷、《幼科》九卷、《妇科》五卷。其中《杂病》与《类方》两种内容相关，前者专论杂病证治，后者专载所用方药，二者实为姊妹篇。其余四种均独立成篇，分述了伤寒及外、妇、儿科疾病的脉因证治。由于该书详论各科证治，条分缕析，博采众家所长，平正公允。故本书自问世以来，颇为历代医家所推崇，是一部中医临床治疗的重要著作。每册 208.00 元。

●《黄元御医学全书》清代黄元御撰，包括《素问悬解》《灵枢悬解》《难经悬解》《伤寒悬解》《金匱悬解》《伤寒说意》《四圣悬枢》《素灵微蕴》《长沙药解》《玉楸药解》11 种医著，

均系《四库全书总目提要》所著录者。以上 11 种黄氏医籍均予全书点校，简体横排印刷。每册 103.00 元。

●《中医百年百名中医临床家丛书》收录了过去 100 年中为中医药事业做出过巨大贡献、在中医临床方面取得卓越成就、在全国享有崇高威望且具有较高学术造诣的中医临床大家。以每位医家独立成册，每册按医家小传、专病论治、诊余漫话、年谱四部分编写。本书不仅具有较高的临床参考价值和学术价值，同时还具有前所未有的文献价值。现出版的医家有：余无言、耿鉴庭、马光亚、赵心波、何炎燊、刘云鹏、单健民、张珍玉、李克绍、胡天雄、夏桂成、施今墨、董建华、于己百、李翰卿、郭士魁、叶心清、胡希恕、丁光迪、潘澄濂、颜德馨、徐志华、孟澍江、宋祚民、李斯炽。每套 340.00 元（免收邮资）。

以上书价均已含邮资，欲购者请汇款至北京东直门内南小街 16 号中医杂志医海林音像书店，邮编：100700。电话：(010)64035632。