

陈昆山治疗肝硬化腹水经验

★ 高生¹ 许新晖² (1. 江西省中医院消化科 南昌 330006; 2. 江西中医学院 南昌 330006)

关键词: 陈昆山; 肝硬化腹水; 老中医经验

中图分类号: R 442.5, R 575.2*9 文献标识码: B

肝硬化腹水属中医“鼓胀”范畴, 为临床常见难治病证。我国古代就将其列为“风癆鼓膈”四大顽证之一。笔者有幸跟随陈昆山教授学习, 获益匪浅, 现将其治疗肝硬化腹水的部分经验总结如下:

1 治腹水重视益气健脾

现代医学认为肝硬化腹水主要是由于各种病因导致肝脏受损, 引起低蛋白血症、门静脉高压所致。陈师认为肝硬化腹水的形成首先在于肝脾的功能彼此失调, 肝脾俱病, 肝气郁遏日久, 木郁克土, 在病证上可出现气滞湿阻, 脾失健运, 湿浊不化, 阻滞气机。脾之运化失职, 清阳不升, 水谷之精微不能输布以奉养他脏, 浊阴不降, 水湿不能转输以排泄体外, 病延日久, 肝脾日虚, 累及肾脏亦虚, 因肝脾肾功能相互失调, 终至气滞、血瘀、水停腹中。因此, 在治疗上主张以益气健脾为主, 利水为辅, 认为肝硬化腹水多气虚血滞, 且脾为水湿气化之枢纽, 脾运化失职, 水湿不能运化而聚积成鼓。常重用黄芪, 用量为 30~60 g, 补气扶正, 气行则血行, 血行则水消, 同时配用党参、白术、茯苓、陈葫芦壳等健脾运湿。

2 治腹水重视活血利水

血瘀与水停古代文献中多有论述, 如《灵枢·邪客》曰:“营气者, 泌其津液, 注之于脉, 化以为血。”说明津液是血的物质基础和重要组成部分。张仲景《金匮要略·水气病》谓:“经为血, 血不利则为水。”“血分者, 因血而病水也, 水分者, 水病而及血也。”指出了水血为病的相互影响。清代唐宗海强调水血有“相为倚伏, 互相维系”的生理特点, 有“水病不离血, 血病不离水”的病理机制, 指出“但去瘀血, 则痰水自消”的治则, 喻昌在《医门法律》说“胀病不外水裹、气结、血瘀”。明确指出血瘀与水胀的关系。腹水是肝硬化的中晚期并发症, 陈师认为, 肝主疏泄, 调畅气机, 又主藏血, 调节血运, 肝气易郁, 气郁则血行受阻, 易致气滞血瘀而水停。在治疗上陈师认为活血利水要贯穿于治疗肝硬化腹水的全过程。活血利水药常用赤芍为主, 常用量为 30 g, 有时用至 60

~80 g。配用药物有红花、泽兰、丹参等。

3 伴胸水者重视调理肺脾肾

陈师认为对于肝硬化腹水伴胸水的患者宜着重调理肺脾肾。肺主气, 司呼吸, 肺气宣达肃降, 才能通调水道, 下入膀胱, 脾主运化, 升清降浊, 肾主水, 司开阖, 肾阳的温煦具有调节体内水液的输布与排泄的作用。肺虚则气不化精而化水, 脾虚则土不制水而反克, 肾虚则水无所主而妄行。治疗上常用葶苈子宣肺气, 白术、茯苓健脾气, 肉桂温肾气。

4 验案举例

肖某, 男, 45 岁, 2002 年 10 月初诊。患者有嗜酒史 20 余年, 每天约半斤白酒, 半月前渐出现腹胀大, 下肢浮肿, 两胁胀痛, 在江西省一附医院消化科诊断为“酒精性肝硬化失代偿期”, 腹水、低蛋白血症、脾功能亢进, 因无钱住院治疗, 在我院门诊治疗, 我院 B 超示“肝硬化腹水(大量), 脾大, 门静脉高压(门静脉 15 mm)”, 肝功能: 谷丙转氨酶(ALT) 60 IU/L, 谷草转氨酶(AST) 75 IU/L, 总胆红素(Tbi) 27 umol/L, 白蛋白(ALB) 27 g/L, 球蛋白(GLOB) 37 g/L。症见: 腹胀大明显, 双下肢凹陷性水肿, 气短乏力, 纳食不振, 小便短少, 时两胁胀痛, 大便溏而不畅。查体: 面色晦暗, 身体消瘦, 脐突, 腹壁青筋显露, 腹水征阳性, 下肢凹陷性水肿, 肝掌阳性, 蜘蛛痣阳性, 舌质淡红、苔白, 脉细无力。中医辨证: 气虚血瘀, 水湿内停。治以益气健脾, 活血利水。予生黄芪 50 g, 党参 15 g, 白术 15 g, 茯苓 15 g, 赤芍 40 g, 丹参 10 g, 陈葫芦壳 30 g, 猪苓 15 g, 大腹皮 15 g, 马鞭草 10 g, 甘草 6 g。水煎, 早晚各服 150 ml, 并嘱戒酒, 服用 7 剂后, 患者尿量大增, 腹胀、水肿明显减轻, 精神转佳, 继服上方稍作加减, 腹胀、双下肢水肿消失, 1 个月后复查肝功能 ALT 421 IU/L, AST 631 IU/L, Tbi 120 umol/L, ALB 32 g/L, GLOB 30 g/L, 服药 4 个月后腹水消失。门静脉 12 mm, 余无明显症状, 随访半年, 病情稳定, 未见复发。

(收稿日期: 2007-10-31)