

其归于“呕吐”“反胃”“暖气”“吞酸”“胃脘痛”“腹胀”“胃痞”“嘈杂”等病证范畴,其病机以肝、脾、胃气机失调为中心,属虚实夹杂之证^[1]。上述2则验案临床症状均以腹痛、腹胀为主,且见神疲乏力、纳差、情志不畅、体质量减轻等症状,辨证运用补中益气汤加减,配合中医外治法隔姜灸,意在温中补虚,调理脾胃。现代药理研究表明,补中益气汤能解除手术应激导致的小鼠下丘脑-垂体-甲状腺轴功能的抑制,从而有抗应激作用,而应激是许多精神性疾病、尤其是抑郁产生的重要因素。同时,补中益气汤能够提高机体免疫功能,具有改善内分泌的作用^[4]。鉴于胃神经官能症与精神情志不舒关系密切,方药中加以蜜远志、酸枣仁等安神药物,调理脾胃与舒畅情志并重,故获可喜疗效。此病症状易反复,治疗过程长,因而在治疗中应对患者进行必要的情志调节,帮助其树立积极的治疗态度,如此则更有利于达到治疗效果。

参考文献

- [1] 刘维明,段晓东. 中医辨治胃神经官能症[A]. 中华中医药学会. 中华中医药学会第二十二届全国脾胃病学术交流会论文集[C]. 2010:317-319.
- [2] 杨丽萍. 桂枝加桂汤治疗胃神经官能症[A]. 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 中国中西医结合学会第十八次全国消化系统疾病学术会议暨2006年全国中西医结合消化系统疾病进展学习班论文汇编[C]. 2006:1.
- [3] 沈庆法. 胃肠神经官能症的中西医诊治[J]. 中国临床医生, 2009,37(8):71-73.
- [4] 贺娟,甘贤兵,柴丽红. 调理脾胃法治疗精神和神经类疾患临床及实验研究进展[J]. 北京中医药大学学报,2004(1):85-88.

第一作者:刘涵容,女,医学硕士,医师,研究方向:脾胃病的中医诊疗

(收稿日期:2017-09-02)

温馨提示

为了严肃学风,尽力杜绝学术界剽窃、伪造、篡改及一稿多投、一个学术成果多篇发表等学术不端现象,以期进一步提高本刊学术水平,营造良好学术氛围,本刊已采用CNKI科研诚信管理研究中心提供的“科技期刊学术不端文献检测系统(AMLC)”对每一篇来稿进行检测,对抄袭率超过30%或“治疗方法”与已发表的相关文献基本相同的论文一律不进入初审流程。请各位作者投稿前自行把好准入第一关,避免一切学术不端行为。

张腊荣治疗

血吸虫肝硬化失代偿期验案1则

宋欣远,刘斌斌

(湖北中医药大学,湖北 武汉,430061)

[关键词] 血吸虫肝硬化失代偿期;中医药疗法;张腊荣;验案

[中图分类号] R259.752 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.09.046

肝硬化失代偿期当属中医学“鼓胀”范畴,鼓胀病名最早见于《内经》,《灵枢·水胀》载:“鼓胀何如岐伯曰:腹胀,身皆大,大与肤胀等也。色苍黄,腹筋起,此其候也。”本病病因比较复杂,临床多因酒食不节、湿浊内聚,或情志内伤、肝失疏泄,或虫毒感染、经隧受阻,或病后续发,致使气滞血结,水停腹中,发为本病。

张腊荣教授是湖北省名老中医,师从已故中医名家张梦依,从事教学、科研、临床五十余载,临床擅长治疗多种疑难杂症,对肝硬化的治疗也积累了相当丰富的经验,临床疗效显著。笔者有幸跟师学习,现将其诊治血吸虫肝硬化失代偿期验案1则报告如下。

张某,男,71岁,2015年1月17日初诊。患者诉腹胀不适,乏力,肝区时感不适,大便不畅,每天1次,小便黄,量不多。患者既往有血吸虫肝病病史,于武汉市某医院诊断为:血吸虫肝硬化失代偿期;门脉高压症;脾功能亢进;腹腔积液。查体:巩膜黄染,腹部膨隆,叩诊可闻及移动性浊音,双下肢及眼睑水肿,舌淡红、苔微黄腻,脉弦滑。辅助检查:肝功能:总胆红素 $56.3\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 $25.7\mu\text{mol/L}$,谷草转氨酶 44U/L ,白蛋白 24.8g/L ;血常规:白细胞 $2.8\times 10^9/\text{L}$,血红蛋白 107g/L ,血小板 $36\times 10^9/\text{L}$;甲胎蛋白 1.5ng/mL 。肝胆脾胰彩超提示:肝硬化,胆囊壁水肿,脾大,腹腔积液。中医诊断:鼓胀,辨证属湿热内阻、瘀水互结证。处方:柴胡6g,郁金10g,赤芍、白芍各15g,茵陈(后下)30g,茯苓20g,猪苓15g,车前仁15g,薏苡仁20g,制鳖甲20g,厚朴15g,枳实10g,白花蛇舌草20g,大腹皮20g,黄芪10g,丹参15g,红景天15g,败酱草15g,甘草10g。7剂,每天1剂,水煎,分3次服用。1月24日二诊:患者诉服药后尿量增多,腹胀、乏力稍缓解,时感肝区不适,时有恶心欲吐,大便通畅,每天2次,舌淡红、苔微黄腻,脉弦滑。处方:继前方加法半夏15g。7剂,每天1剂,水煎,分3次服用。1月31日三诊:患者诉腹胀、乏力明显缓解,时有肝区不适,大便时不成形,每天1次,双下肢微肿,舌淡红、苔白,脉弦滑。查体:巩膜轻度黄染,腹部稍软,叩诊可闻及少许移动性浊音,双下肢轻度水肿。复查肝功能:总胆红素 $42\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 $17.4\mu\text{mol/L}$,间

接胆红素 $24.6\mu\text{mol/L}$, 谷草转氨酶 53U/L , 白蛋白 33.4g/L ; 血常规: 白细胞 $2.1 \times 10^9/\text{L}$, 红细胞 $2.87 \times 10^{12}/\text{L}$, 血小板 $51 \times 10^9/\text{L}$ 。处方: 继上方去法半夏。14剂, 每天1剂, 水煎, 分3次服用。2月16日四诊: 患者时有腹胀, 肝区微痛, 时乏力, 小便微黄, 脚微肿, 食纳不佳, 巩膜轻度黄染, 舌苔白微黄, 脉弦滑。处方: 继上方加炒山楂、炒麦芽、炒神曲各15g。21剂, 每天1剂, 水煎, 分3次服用。3月18日五诊: 患者诉偶有腹胀, 时乏力, 余未见明显特殊不适。查体: 巩膜无黄染, 腹软, 叩诊无浊音, 双下肢无水肿。辅助检查: 白蛋白 36.2g/L , 胆红素、转氨酶已在正常范围。肝胆脾胰彩超提示: 肝硬化, 脾大。后电话随访, 患者病情一直稳定。

按:现代医学认为, 肝硬化失代偿期腹水的成因涉及多方面, 如门静脉高压、有效循环血容量不足、低白蛋白血症、肝脏对醛固酮和抗利尿激素灭活作用减弱、肝淋巴液生成增多等, 致使水钠潴留, 组织液渗入腹腔, 而形成腹水^[1]。西医常采用限制水钠摄入、利尿、补充白蛋白、护肝等对症支持治疗, 可以暂时使腹水消退, 但容易反复, 临床长期应用将使患者经济负担加重。中成药或中医药辨证治疗旨在改善肝脏结构与功能, 延缓肝硬化失代偿的进展, 可以减少腹水的复发^[2]。

张教授临床重视辨证论治, 提出了肝硬化的分型治疗, 即将肝硬化分为肝硬化腹水前期、肝硬化腹水期、肝硬化恢复期、肝硬化合并上消化道出血缓解期、肝硬化并发肝癌期^[3]。肝硬化腹水前期以肝郁脾虚为主, 治宜调肝养血、健脾益气; 肝硬化腹水期以水湿内停为主, 治宜行气利水、活血化瘀、软坚散结; 肝硬化恢复期以肝郁脾虚为主, 治宜疏肝健脾; 肝硬化合并上消化道出血缓解期宗“急则治其标”之旨, 治宜凉血、化瘀止血; 肝硬化并发肝癌以正虚毒郁为主, 治宜解毒抗癌、疏肝解郁、扶正培本。

本案患者既往有血吸虫感染病史, 长期肝病致使肝失疏泄, 气机郁滞, 则气血津液运行受阻、脾胃运化失常, 水湿内停, 而发为鼓胀; 气郁日久, 则瘀血内阻于肝, 则更影响肝的疏泄和脾运化水湿, 以致气滞血瘀、水湿内停而成腹水。正如《医碥·肿胀》所述: “气水血三者, 病常相因, 有先病气滞而后血结者, 有先病血结而后气滞者, 有先病水肿而后血随败者, 有先病血结而后水随蓄者。”张教授认为肝郁脾虚血瘀是肝硬化发病的关键, 治宜疏肝解郁、健脾利水、活血散瘀。方中柴胡、郁金、赤芍疏肝理气解郁, 柔肝止痛; 茵陈利湿退黄; 猪苓、茯苓、车前仁、薏苡仁利水渗湿; 大腹皮、枳实、厚朴行气通腑除胀, 同时亦含《医学入门》“肝病宜疏通大

肠”之意, 这是张教授治疗肝病的独到之处; 败酱草、白花蛇舌草清热解毒利湿; 丹参活血化瘀; 黄芪、红景天益气养血活血; 鳖甲软坚散结; 甘草调和诸药。全方合用, 标本兼治, 共奏疏肝解郁、清热利水、益气活血之功。

参考文献

- [1] 韩涛, 聂彩云. 肝硬化腹水发病机制研究现状[J]. 实用肝脏病杂志, 2014, 17(4): 340-343.
- [2] 刘成海, 邢枫. 肝硬化腹水的中西医结合治疗现状[J]. 临床肝胆病杂志, 2013, 29(4): 253-256.
- [3] 刘斌斌. 张腊荣辨治肝硬化的临证经验[J]. 湖北中医杂志, 2015, 37(3): 20-21.

第一作者:宋欣远, 女, 2013级本硕连读研究生, 研究方向: 中医药防治肺系疾病

(收稿日期: 2017-12-28)

中医辨治顽固性上腹胀验案1则

张永, 魏韬, 张树森, 胡勇

(成都中医药大学, 四川 成都, 610075)

[关键词] 顽固性腹胀; 平胃散; 枳术汤; 验案

[中图分类号] R256.3 **[文献标识码]** B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.09.047

腹胀是消化系统常见症状之一, 既是客观体征, 亦是患者主观感受。腹胀病因繁多, 若病因单一, 对因治疗, 可获良效。然针对多因素所致或病因不明的腹胀, 西医多以对症处理为主, 手段单一, 缺乏特异性, 故疗效欠佳, 而中医对此, 经验丰富。笔者于成都珍君仁济医院工作时诊治了1例病因复杂且西医疗效欠佳的腹胀患者, 经中医辨治而取得显著疗效, 现报告如下。

王某, 男, 75岁, 2017年4月18日就诊。主诉: 间断上腹部胀痛3年余, 加重伴发热、咳嗽3d。3年前, 患者不明原因上腹部胀痛不适, 右肋肋尤甚, 并伴右肩部疼痛, 自服药物(具体药物不详)无效, 遂于2014年于成都某医院就诊。诊断为: (1)胆囊结石; (2)食道裂孔疝; (3)慢性胃炎; (4)反流性食管炎。并行胆囊切除术。术后右肋肋、右肩部疼痛消失, 仍感上腹部胀痛不适。出院后, 坚持服用莫沙必利等促胃肠动力, 并配合消食片等辅助消化药物, 病情时好时坏。3d前因受凉后咳嗽、咳痰症状反复, 晨起咳嗽明显, 咳白色黏痰, 不易咳出, 且每天上午10时及下午6时发热恶寒, 偶尔半夜出汗, 且上腹胀痛加重, 自服促胃肠动力药物无效, 为寻求进一步治疗, 遂至成都珍君仁济医院就诊。既往有高血压病病史, 否认幽门螺杆菌感染, 否认药物过敏史。入院后完善相关检查。血常规: 白细胞 $11.8 \times 10^9/\text{L}$,