

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《医碕·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 $11.8 \times 10^9/\text{L}$,

中性比74.3%,中性计 $8.8 \times 10^9/L$,大小便常规正常,肝功能、肾功能、血脂、血凝、血沉、心肌酶谱未见异常;电解质:钙 $2.28mmol/L$;彩超:胆囊切除术,胆管不扩,前列腺增大,甲状腺左侧囊实混合声结节;心电图:窦性心律,ST-T稍低平;DR示:双肺纹理稍多、模糊。入院诊断:(1)慢性胃炎伴消化不良;(2)慢性支气管炎急性发作;(3)反流性食管炎;(4)食管裂孔疝。诊疗方案:西医予奥美拉唑注射液,40mg/次,静脉滴注,每天1次;莫沙必利分散片,5mg/次,每天3次;食母生,0.8g/次,每天3次。同时积极治疗呼吸道疾病,静脉给药予头孢匹胺抗感染,溴己新化痰;糜蛋白酶+布地奈德雾化促进排痰、肺力咳止咳、茶碱缓释片解除支气管痉挛,配合吸氧改善肺通换气功能等。经治疗,呼吸道症状明显好转,但仍见上腹部胀痛不适,遂于4月20日请中医科会诊。刻诊:患者诉上腹胀痛不适,餐后及活动后加重,尤以久立更甚,伴有嗝气、反酸、饱胀感,偶有烧心,无恶心、呕吐、黄疸、黑便等症状,二便尚可,精神欠佳,纳差,舌质淡、苔厚白腻,脉弦滑、沉取弱。中医诊断:痞满;中医辨证:湿滞脾胃,气虚气滞。治法:燥湿健脾,补气行气。处方:平胃散合枳术汤合六磨汤加减。药物组成:苍术15g,厚朴10g,陈皮30g,甘草10g,枳实30g,生白术30g,木香15g,槟榔15g,沉香5g,乌药15g,人参9g,黄芪60g,升麻6g,柴胡6g。2剂,水煎,每天1剂,分3次服,服药时间以饭后1h为佳。并告之患者,其顽固的“上腹部不适”可能是慢性胃炎、胃食管反流、食管裂孔疝,胆囊术后的综合结果,未必能见速效,先开2剂以投石问路。4月22日二诊:患者诉反酸稍有好转,仍上腹胀痛不适,舌脉同前。予初诊原方,易槟榔15g为大腹皮30g,2剂。4月24日三诊:患者诉反酸已不明显,上腹部胀痛、纳食稍有好转,仍嗝气,舌脉同前。初见疗效,原方加减:苍术15g,厚朴10g,陈皮30g,甘草10g,枳实30g,生白术30g,人参9g,黄芪30g,升麻6g,柴胡6g,竹茹10g,丁香10g,柿蒂10g,柴胡15g,白芍15g。3剂。4月27日四诊:患者诉上腹胀明显好转,嗝气好转,无反酸、烧心,纳差亦好转,舌脉同前。效不更方,予三诊原方5剂,出院带药。9月3日随诊,近5个月来,病情控制较好,偶尔轻微上腹胀,但不痛。

按:腹胀是胃肠运动失常引起的内容物积滞,腔内压增高,管腔膨胀和管壁张力增强,腹膜被牵拉等一系列变化所致的症状^[1]。上腹胀常见于慢性胃炎、胃食管反流病、功能性消化不良、急慢性胆囊炎、慢性肝病等。对于腹胀的治疗,首先明确病因,针对病因治疗,在原因不明的情况下,西医主要以促胃肠动力、解痉等对症处理,特殊情况予镇静剂。对于不明原因的腹胀,西药对症处理,手段单一,其促胃肠动力虽临床常用,但其治疗亦多为经验治疗,临床样本亦是小样本,疗效局限^[2],本案便

是如此。本案治疗有以下难点:(1)病因不明,无法对因治疗;(2)病情复杂,患者既往有慢性胃炎、胃食管反流、食管裂孔疝、且已行胆囊切除术,上述诸病皆可引起上腹部胀痛,无法确定是哪一种疾病引起,亦或是诸病综合结果;(3)慢性病程,老年体质,亦为该病治疗带来困难。

本案首诊时选平胃散合枳术丸合六磨汤加减,理由如下:患者上腹部胀痛,以胀为主,痛由胀生,按之不痛,符合中医学“痞满”诊断,其发病机制为中焦气机不利,脾胃升降失职^[3]。舌质淡,苔厚白腻,脉弦滑、沉取弱,此乃湿滞脾胃、气虚气滞之象。平胃散燥湿健脾,六磨汤行气除胀,化裁补中益气汤中的人参、黄芪、升麻、柴胡,补气升脾之清阳,因患者大便正常,故六磨汤去大黄。合枳术汤,盖《金匱要略》有言“心下坚大如盘”,此与患者久立即感心下胀满类似,李东垣言枳术丸有“治痞,消食,强胃”之效,并言“白术者,本意不取其食速化,但令人胃气强,不复伤也”。患者饭后加重,故医嘱饭后1h服药,以助脾胃运化,可取立竿见影之效。二诊时反酸虽有好转,上腹胀痛依旧,观舌脉同前,病机不变,虑年老体质,病程日久,原方改槟榔15g为大腹皮30g。大腹皮乃槟榔果皮,二者虽皆有行气除胀之效,实则功用差异显著。如《本经逢原》所载:“槟榔性沉重,泄有形之积滞;腹皮性轻浮,散无形之滞气。”患者年老体质,气虚之象显著,而无腑实之证,故去槟榔;腹皮性轻,兼可利湿,一来除“无形之滞气”,二来除湿滞,此乃取藿香正气散用腹皮之意,一药二用。三诊时腹胀痛缓解,但嗝气颇为苦恼,气滞之象渐消,故去六磨汤;气逆之象渐显,遵《金匱要略》之训:“哕逆者,橘皮竹茹汤主之,并取丁香、柿蒂降上逆之气,此乃方证、药证相应思维的应用。又《血证论》载:“肝属木,木气冲和条达,不致遏郁”,虑患者久病,情绪低落,易生气结;更因患者系胆囊术后,可致中焦气机不疏,故合四逆散疏肝行气,条畅气机。四诊时疗效显著,故予三诊原方,巩固疗效。上四诊皆有平胃散、枳术汤及人参、黄芪、升麻、柴胡,此乃针对“脾胃气虚湿滞”为本的基本病机而设。又病有先后缓急,该案“气滞气逆”为标,气滞为先,先行气化滞,后气逆渐显,降逆止哕,故有六磨汤到橘皮竹茹之变。诚如叶桂所言:“总在临证视其阴阳虚实,灵机应变耳”^[4],如此层层剥茧,痼疾渐除。西医治病,重视局部,故诊断命名繁

多,中医治病,重在整体,异病同治,故可执简驭繁,此案即是此理。中医治病,重视病机,同时亦强调“有是证,用是方”,辨证思维与方证思维结合,证方对应,彰显疗效。

参考文献

- [1] 陈主初. 病理生理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:313.
- [2] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组. 中国功能性消化不良专家共识意见(2015 年,上海)[S]. 中华消化杂志,2016,36(4):217-229.
- [3] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:271.
- [4] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:人民卫生出版社,2017:157.

第一作者:张永,男,2015 级博士研究生,研究方向:方剂学配伍规律及临床应用研究

通讯作者:胡勇,男,2015 级博士研究生,研究方向:中医基础理论,E-mail:1124713863@qq.com

(收稿日期:2017-09-19)

益气健脾法治疗 慢性肾衰竭验案 1 则

刘嘉琛,杨迎,杜肖肖 指导 张法荣

(1. 山东中医药大学,山东 济南,250014;

2. 山东中医药大学附属医院,山东 济南,250011)

[关键词] 慢性肾衰竭;益气健脾法;验案

[中图分类号] R277.525 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.09.048

慢性肾衰竭是各种慢性肾脏病持续进展的共同结局,是以代谢产物潴留、水、电解质和酸碱代谢失衡以及全身各系统症状为表现的一种临床综合征^[1]。本病据其临床表现可归为中医学中“水肿”“腰痛”“癃闭”“关格”范畴,以本虚为主,可兼有湿浊、痰瘀等标实表现,病位主要在脾肾,以脾肾衰败、浊毒阻滞为病机。本病迁延日久不愈,后期常发展为“虚劳”^[2],临床上主要以温阳利水、补肾固本为基本治疗大法。笔者跟师张法荣教授同诊期间,发现其运用益气健脾法治疗慢性肾衰竭收效良好,现录其验案 1 则,以供参考。

郑某,男,63 岁,2017 年 6 月 1 日初诊。主诉:慢性肾炎 10 年,乏力、头晕、胸闷 1 周余。患者自述 10d 前发热, T 39℃,乏力,畏寒,于当地医院静脉滴注病毒唑、头孢类抗生素,口服清开灵及退烧药,效可。热退第 2 天出现胸闷、头晕、乏力,听力下降,腰酸,双下肢沉重乏力,但无水肿,口干,无口苦、口黏,纳呆,眠差,大便日 1~2 次,质可。小便未

见泡沫,时有尿等待。舌暗红、苔黄厚腻,脉弦。查血常规示:红细胞 $2.82 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 84.0g/L;尿常规示:尿蛋白(+),潜血(++);血生化示:氯 112mmol/L,二氧化碳结合力 7.7mmol/L,血清铁 41.9μmol/L,球蛋白 19.8g/L,尿素氮 29.6mmol/L,肌酐 552μmol/L。诊断:慢性肾衰竭;辨证:脾肾两虚,湿浊内蕴。治则:补肾健脾益气,祛湿化浊消积。处方:生黄芪 60g,党参 30g,柴胡 12g,桔梗 12g,炒白术 24g,龙眼肉 18g,升麻 6g,当归 12g,炒枣仁 30g,茯苓 12g,杭白芍 15g,川芎 18g,甘草 6g,焦神曲、焦麦芽、焦山楂各 30g。7 剂,水煎,每天 1 剂,早晚分服。6 月 8 日二诊:患者头晕、乏力、双下肢沉重感均明显减轻,纳可,睡眠较前好转,时有胸闷,腰酸,大便日行 1~2 次,质可。舌暗红、苔黄腻,脉弦。查尿常规示:尿蛋白(-),潜血(++);血常规示:红细胞 $2.58 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 78.0g/L;血生化示:总蛋白 58g/L,白蛋白 38.7g/L,球蛋白 19.3g/L,尿素氮 26.6mmol/L,肌酐 448μmol/L。处方:上方加六月雪 30g、桃仁 10g,继服 7 剂。6 月 18 日三诊:患者药后症减,头昏沉不适、双下肢沉重感不显,纳眠可,二便调。舌淡、苔白,边有齿痕,脉弦。予海昆肾喜胶囊口服,每次 2 粒,每天 3 次,嘱定时监测血压。

按:患者慢性肾炎 10 年,病情反复,迁延难愈,日久正气虚损,加之起居不慎,外邪侵袭,故外感发热,热退后正气难复,加之素体虚弱,脾肾俱虚,脏腑功能虚衰,以致湿浊内生,脾失健运,瘀浊聚于中焦,清阳不升,故出现头晕、胸闷、乏力、听力下降等症状。腰为肾之府,肾精失固,腰府失养,故腰酸。湿浊内蕴,加之外感发热,湿热胶着,积聚中焦,故纳呆、舌苔黄厚腻。方中重用黄芪 60g,补中固表,升阳举陷;臣以益元气之党参,健脾气之炒白术,补中气之甘草,以大补一身之气。为使所补之气有所依附,故用当归补血养血,以取“血为气之宅”之意。配伍柴胡、升麻、桔梗,使诸药上行,以资头面,使清阳得升。上药配伍,取李东垣补中益气汤之意。川芎为血中之气药,《日华子本草》载川芎“治一切风,一切气,一切劳损,一切血,补五劳,壮筋骨,调众脉”。配伍养血敛阴之白芍,补气血而不滞。茯苓利水渗湿、健脾、宁心,伍养心安神之炒枣仁、龙眼肉,使神志得安。另患者头晕乏力伴纳呆,苔黄厚腻,为热退后湿热蕴结中焦所致,故方中重用焦神曲、焦麦芽、焦山楂各 30g,3 药均有消食健胃化积之功效,且作用温和,缓消中焦之积滞。且山楂兼能行气散瘀,《日用本草》载山楂能“化食积,行结气,健脾宽膈”,与上 2 味药合用,代行补中益气汤中陈皮使诸药物补而不滞之功,而力道更进。诸