

引用:文红,安阳.从脾论治臌胀验案1则[J].湖南中医杂志,2024,40(3):87-88,95.

## 从脾论治臌胀验案1则

文红<sup>1</sup>,安阳<sup>2</sup>

(1. 贵州中医药大学,贵州 贵阳,550025;

2. 贵州中医药大学第二附属医院,贵州 贵阳,550025)

[关键词] 臌胀;肝癌;腹水;从脾论治;验案

[中图分类号] R256.42 [文献标识码] B DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2024.03.020

肝癌是与消化系统相关的恶性肿瘤,是全球第六大常见的癌症,也是癌症相关死亡的第四大原因<sup>[1]</sup>。本病发病隐匿,患者早期可无不适表现,中晚期随着腹膜转移,患者逐渐出现腹水、疼痛和腹胀等症状<sup>[2]</sup>。腹水是肝癌患者中晚期的常见并发症之一,主要以血性和不透明的恶性腹水为表现,腹水病史、白蛋白和血红蛋白是影响腹水发生的主要决定因素<sup>[3]</sup>。本病目前暂无特效药物,且对常规限盐和高剂量利尿剂等治疗无反应<sup>[4]</sup>,虽然近年来腹膜内化疗<sup>[2]</sup>、NK细胞的免疫疗法<sup>[5]</sup>等方式的出现使患者获益增加,但仍存在药物制剂保留期短、需要长期和频繁地使用药物、容易感染等缺点<sup>[2]</sup>。中医药通过整体观念和辨证论治,在消除腹水、防止复发和并发症等方面发挥了独特优势,笔者(第一作者)跟随导师安阳副主任医师采用温阳健脾利水法诊治肝癌腹水1例,收效良好,现分享如下。

黄某,男,63岁,2022年8月31日就诊。主诉:腹水3个月余,加重1周。病史:患者3个月前无明显诱因出现恶心、食欲不振,时有腹胀,偶感腹痛,无呕吐、腹泻、发热、寒战、晕厥、黑蒙、胸闷、反酸、烧心、呕血等症,就诊于当地医院,完善上腹部CT平扫增强,提示“肝右叶偏恶性占位,考虑原发性肝细胞癌并门静脉右支癌栓形成”(未见报告单)。为寻求进一步治疗,5月27日患者于贵州省某院行住院治疗,查乙肝五项(定量):乙型肝炎表面抗原(HBsAg)0.69 IU/ml,乙型肝炎E抗体(HBeAb)2.07 PEIU/ml,乙型肝炎核心抗体

(HBcAb)>5.50 IU/ml,参考患者既往就诊资料后诊断为“原发性肝癌Ⅲa期”,考虑无手术指征,排除禁忌证后于6月2日行“肝动脉造影+肝动脉灌注化疗术”,术后以保肝、抑酸、止痛、止吐对症治疗好转,建议“免疫及靶向治疗”,但患者拒绝并办理出院,出院后未行进一步治疗,自诉上症持续存在。7月5日患者就诊于他院行相关检查,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)74 U/L;甲胎蛋白(AFP)>100000 ng/ml;乙型肝炎HBV-DNA病毒核酸定量检测(高敏):<2.00E+1 IU/ml;上腹部CT平扫+增强示:1)内多发团块状及结节状影,考虑:肝癌并肝内多发转移?其他?2)肝门静脉内充盈缺损影,考虑:癌栓?其他?3)下腔静脉肝内段变扁。4)胆囊内胆淤积可能。患者拒绝行进一步西医诊治,遂于我院寻求中医药治疗。现症见:腹部胀满不适,向上波及至胁部,胸腹紧闷,身黄、目黄、小便黄,伴全身乏力倦怠,双下肢凹陷性水肿,纳差、不能食油制品,口干,舌暗红、苔厚腻微黄,舌下脉络稍粗瘀紫,脉弦细。查体:肝病面容,腹部膨隆凸起,腹大如鼓,腹部腹壁静脉曲张明显,叩诊移动性浊音(+),双下肢中度水肿,按之凹陷不起。肝功能:AST 169 U/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)83 U/L,白蛋白(ALB)33.7 g/L,总胆红素(TBIL)41.4 μmol/L;C反应蛋白(CRP):23.46 mg/L;肿瘤标志物:AFP>60500 ng/ml,糖类抗原125(CA125)448.4 U/ml,糖类抗原199(CA199)353.5 U/ml;腹部B超示:腹腔、盆腔大量积液,腹腔可探及不规则暗液区,左侧

基金项目:贵州省科学技术厅项目(黔科合平台人才[2020]2202号)

第一作者:文红,女,2021级硕士研究生,研究方向:中西医结合临床

通信作者:安阳,男,医学硕士,副主任医师,研究方向:中西医结合诊治风湿免疫性疾病,E-mail:anyang8372@126.com

腹深约 5.1 cm, 右下腹深约 5.2 cm, 盆腔深约 8.5 cm; 腹围: 82 cm。西医诊断: 原发性肝癌 III 期; 中医诊断: 臌胀, 水湿困脾证。治则: 温阳健脾, 利水消肿。予苓桂术甘汤加减治疗。处方: 茯苓 15 g, 桂枝 12 g, 白术 12 g, 法半夏 15 g, 炒葶苈子 6 g, 大枣 9 g, 麸炒苍术 12 g, 黄芪 15 g, 党参 24 g, 大腹皮 12 g, 燂桃仁 12 g, 泽泻 12 g, 生姜 10 g, 猪苓 6 g, 炙甘草 9 g。4 剂, 每天 1 剂, 水煎, 分早、中、晚 3 次温服。9 月 7 日二诊: 诉服药后即感肠鸣音亢进, 第二天夜尿频。现腹部紧绷感明显缓解, 腹部胀满、紧绷感减轻, 眼部黄染减少, 小便清, 全身乏力稍缓解, 纳眠差。舌暗红、苔微厚, 舌下脉络暗红, 无怒张、弯曲, 脉弦细数。查体: 肝病面容, 腹部略高膨隆, 但较前明显好转, 仍可见腹部腹壁静脉曲张, 叩诊移动性浊音(+), 双下肢轻度水肿。肝功能: AST 102 U/L, ALT 60 U/L, ALB 33.8 g/L, TBIL 41.2  $\mu\text{mol/L}$ ; CRP 89.77 mg/L; 肿瘤标志物: AFP > 38300 ng/ml, CA125 265.8 U/ml, CA199 279 U/ml; 腹部 B 超: 腹水, 左侧腹深 3.1 cm, 右侧深约 3.2 cm, 盆腔深约 4.8 cm; 腹围: 78 cm。中医诊断: 臌胀, 水湿困脾证。治则: 温阳健脾, 利水消肿。上方桂枝、泽泻均减至 9 g, 去桃仁、猪苓, 5 剂, 煎服法同前。9 月 7 日三诊: 腹部症状缓解, 腹胀、紧绷感明显消失, 诉食欲不振较前稍缓解, 但仍欠佳, 厌油, 欲改善食欲。查体: 肝病面容, 腹平, 移动性浊音(-), 双下肢无浮肿, 舌淡、少苔, 脉弦细数。肝功能: AST 157 U/L, ALT 48 U/L, ALB 34.3 g/L, TBIL 32.7  $\mu\text{mol/L}$ ; CRP 44.66 mg/L; 肿瘤标志物: AFP > 48400 ng/ml, CA125 368.2 U/ml, CA199 567.7 U/ml; 腹部 B 超: 腹部未见明显腹水; 腹围: 73 cm。中医诊断同前, 予大建中汤加减治疗。处方: 花椒 6 g, 干姜 9 g, 党参 20 g, 桂枝 9 g, 炙甘草 6 g, 生姜 6 g, 大枣 9 g, 黄芪 15 g, 当归 12 g, 茯苓 12 g, 饴糖 30 g。4 剂, 煎服法同前。10 月 14 日四诊: 饮食较前缓解大半, 可食油及荤菜。查体: 肝病面容, 腹平, 移动性浊音(-), 双下肢无浮肿, 舌淡、少苔, 脉弦细数。肝功能: AST 86 U/L, ALT 43 U/L, ALB 41.3 g/L, TBIL 55  $\mu\text{mol/L}$ ; CRP 17.15 mg/L; 肿瘤标志物: AFP > 43340 ng/ml, CA125 372.7 U/ml, CA199 279.5 U/ml; 腹部 B 超: 腹部未见明显腹水; 腹围: 74 cm。嘱患者继续服用三诊方 5 剂, 间断服用饴糖泡水补益脾胃。门诊 1 个半月后随访, 患者腹水未复发, 饮食情况可。

**按语:** 肝癌腹水归属于中医学“臌胀”“肝积”等范畴, 病位主要在肝、脾, 脾失健运, 气机升降失调, 肝疏泄失常, 气、血、水三者互结, 小便不利, 水停腹中而成腹水<sup>[6]</sup>, 故脾脏在本病发病中占重要地位。

本案患者为老年男性, 先天肾精不足, 且平素长期饮食欠佳, 脾胃受损, 先天愈虚, 后天气血津液化生不足, 致使脏腑气血亏虚, 气虚血瘀, 肝脉阻塞, 气机阻滞, 故生肿块。脾虚则气血生化乏源, 运化失节, 痰浊内生, 痰阻气滞, 故见身黄、目黄、小便黄, 腹胀; 脾阳化生无源, 寒湿蕴结, 故见精神、纳眠差, 双下肢水肿; 辨证当属水湿困脾证, 以温阳健脾、利水消肿为法。

苓桂术甘汤出自《金匮要略》, 为温阳化饮、健脾的代表方。现代药理研究显示, 苓桂术甘汤中含有的活性物质具有抑制机体氧化应激反应、促进微循环、加快损伤因子代谢的作用<sup>[7-8]</sup>。一诊方中, 茯苓健脾利水, 渗湿化饮, 消除已聚之饮; 大腹皮行水消肿; 桂枝温阳健脾, 化气利水, 驱除腹内水饮之邪; 半夏、白术性燥, 取其燥湿化饮利水; 苍术健脾除湿; 生姜制约半夏毒性, 温胃散寒化饮; 血不去则为水, 患者舌下脉络较粗, 血行则水行, 故予燂桃仁活血祛瘀; 炙甘草为佐使之用, 一助桂枝辛甘化阳, 温补中阳以助健脾之功, 二合白术健脾制水兼益气, 三调和诸药; 患者病势较急, 发展迅速, 佐以葶苈子、猪苓增强行水之效, 同时帮助消肿排浊; 泽泻化浊; 诸味攻下药合用, 恐峻烈太过, 予以大枣缓中补益; 恐峻下伤正, 祛邪不忘扶正, 使邪去正不伤, 亦即“邪去正自安”, 予以黄芪、党参扶助正气, 补脾益气。二诊患者诸证缓解, 查舌下脉络已恢复正常, 故去桃仁, 不适症状较前缓解, 故逐水药减量。三诊患者腹部诸证缓解, 但仍食欲欠佳、厌油, 患者诉身体伴随胸部疼痛感, 痛不可触, 结合舌脉、症状、病史, 考虑为中阳虚寒, 故予大建中汤为基础方进行加减, 温补中阳, 患者服用第二天即诉饮食较前明显好转, 饮食由之前不能闻及荤食味道转为可食荤食。四诊继续巩固脾胃, 改善脾胃运化, 使气血得以化生, 患者诸症好转。

本病发病急骤, 变化迅速, 朱丹溪谈及此病曰: “此病之起, 或三五年, 或十余年, 根深矣, 势笃矣”, 直言本病病势之迅猛。本验案所用 2 个基础方均为仲景名方, 导师临床整体辨证论治, 合理运用经方并灵活加减, 虽病情复杂, 亦投之即效。