

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20220102-k0002

中图分类号: R 246.2 文献标志码: B

肝硬化腹水案

何 忠^{1△}, 陆洋韬¹, 史宗言¹, 吉学群^{2✉}(¹天津中医药大学研究生院, 天津 301617; ²天津市中医药研究院附属医院针灸科, 天津 300120)

[关键词] 肝硬化腹水; 鼓胀; 火针; 快针法; 慢针法

患者, 女, 80 岁, 主因“肝硬化伴腹水 3 个月”于 2019 年 3 月 4 日就诊。现病史: 3 年前开始出现腹胀及食欲减退, 未予重视。3 个月前外出旅游时出现感冒发热, 伴双眼巩膜、小便及颈前皮肤发黄, 于三亚市某医院就诊, 肝功能检查提示: 肝功能异常(具体不详), 未予特殊处理。2018 年 12 月 7 日于天津某医院查腹部彩超提示: 肝硬化, 腹腔积液(大量), 予利尿、保肝药物(具体不详)治疗后, 病情反复。2018 年 12 月 14 日就诊于天津某三级甲等医院, 肝功能检查提示: 丙氨酸氨基转移酶(ALT) 109 U/L, 天冬氨酸氨基转移酶(AST) 115 U/L, 碱性磷酸酶(ALP) 374 U/L, γ -谷氨酰转肽酶(GGT) 254 U/L, 白蛋白(ALB) 34.6 g/L, 总胆红素(TBIL) 69.7 $\mu\text{mol/L}$, 总胆汁酸(TBA) 14.22 $\mu\text{mol/L}$, 前白蛋白(PA) 74 mg/L, 胆碱酯酶(CHE) 4 130 U/L; 尿常规、乙肝五项、丙肝抗体及甲胎蛋白等未见异常; 腹部彩超见: 肝脏形态失常、体积缩小, 肝实质回声不均匀, 颗粒明显增粗增强, 肝左内叶可见约 7 mm 中强回声结节样声像, 肝左外叶可见约 7 mm 囊性病变, 肝下极探及约 9 mm 强回声光斑, 胆囊壁厚 4 mm, 内可见约 21 mm \times 15 mm 中强回声团, 腹腔内见液性暗区, 最深处约 86 mm, 提示肝硬化、肝内异常结节、肝囊肿、肝内钙化斑、胆泥团形成、腹水; 电子胃镜提示: 慢性萎缩性胃炎, 十二指肠球部溃疡(AI 期)。予熊去氧胆酸胶囊(德国 Losan Pharma GmbH, 注册证号 H20181059, 250 mg), 每次口服 250 mg, 每天 3 次; 螺内酯片(浙江亚太药业股份有限公司, 国药准字 H33020111, 20 mg), 每次口服 40 mg, 每天 3 次; 复方氨基酸胶囊(深圳万和制药有限公司, 国药准字 H20000478), 每次口服 2 粒, 每天 2 次。对症治疗, 病情时有反复, 加用氢氯噻嗪片(天津力生制药股份有限公司, 国药准

字 H12020166, 25 mg), 每次口服 25 mg, 每天 2 次。既往史: 慢性胃炎病史 6 年。患者恐长期服药产生不良反应, 遂就诊。刻下症: 乏力, 劳累后加重, 时有腹胀, 纳食少, 夜寐可, 小便调, 大便溏、每日 3 次; 舌质红、苔少, 脉沉细。查体: 腹部膨隆, 腹壁静脉无明显曲张, 无胃肠型及蠕动波, 右上腹有压痛、无反跳痛及肌紧张, 肝脾肋下未触及, 肝区叩击痛阳性, 脾区及双肾区无叩击痛, 腹部移动性浊音阳性, 肠鸣音正常, 双下肢微肿。西医诊断: 肝硬化腹水; 中医诊断: 鼓胀(肝肾亏虚水停证)。予西药联合火针治疗, 火针治则: 温通散结, 助阳化气利水。治疗方案: ①继续口服熊去氧胆酸胶囊、螺内酯片、复方氨基酸胶囊, 用量、用法同前; 氢氯噻嗪片改为每次口服 25 mg, 每天 1 次。②火针采用快针法联合慢针法。a 快针法: 取穴: 腰阳关、命门、至阳、身柱、大椎、肾俞、肝俞。操作: 患者取俯卧位, 穴位常规消毒, 选用 0.65 mm \times 50 mm 贺氏中粗火针, 刺手持火针针柄, 用酒精灯外焰将针尖至针体 1~2 cm 处烧至通红发白后, 迅速刺入以上穴位 3~5 mm, 并迅速出针。b 慢针法: 取穴: 中脘、天枢、关元、中极、水道、归来, 右侧章门、期门、日月, 肝区体表投影, 由于期门、日月及肝区体表投影下分布有肋间神经和血管, 且深刺易伤肝脏, 故选用沿肋下约半横指, 同肝下缘走向的 3 个部位(将剑突沿肋弓下约半横指同肝下缘走向至章门穴等分为 4 份, 取内 1/4 与外 3/4 交点、中点、内 3/4 和外 1/4 交点)作为替代(见图 1)。操作: 患者取仰卧位, 局部常规消毒, 火针操作、针具同快针法, 诸穴均直刺 15~30 mm, 留针 20~30 min。火针每周治疗 1 次, 4 次为一疗程。治疗 1 个月余, 患者诉腹胀感明显减轻, 2019 年 4 月 22 日复查肝肾功能及电解质示: ALP 138 U/L, 尿酸(UA) 445 $\mu\text{mol/L}$, ALT、AST、GGT、ALB、TBIL 等未见异常; 腹部彩超见少许游离液性暗区, 余结果基本同前, 嘱停用氢氯噻嗪片。治疗 3 个月后, 患者诉无明显腹胀

✉通信作者: 吉学群, 主任医师。E-mail: syztj@sina.com

△何忠, 天津中医药大学硕士研究生。E-mail: 946682961@qq.com

感,乏力减轻,便溏有所缓解,大便次数基本为每天 1~2 次,2019 年 6 月 24 日复查肝肾功能及电解质示:GGT 47 U/L,UA 434 $\mu\text{mol/L}$,ALP、ALT、AST、ALB、TBIL 等未见异常;腹部彩超未见游离液性暗区,余结果基本同前,螺内酯片改为每次口服 40 mg,隔天 1 次,停药复方氨基酸胶囊。治疗近 6 个月后,患者 2019 年 8 月 21 日于当地体检中心,查彩超提示:胆囊泥沙样结石,其他所检部位未见明显异常,未见肝硬化及腹水;2019 年 8 月 22 日又于天津某三级甲等医院复查彩超见:肝切面大小形态正常,肝缘前端变钝,肝内回声增粗增强,分布不均,余未见异常,胆囊壁略厚,约 4 mm,内可见直径约 14 mm 的强回声团,未见腹水,提示:弥漫性肝损伤,胆囊壁略厚,胆囊内强回声团,胆泥可能。患者诉无明显乏力及腹胀,考虑到腹水消失,肝内结节、囊变、钙化斑好转及胆泥团明显缩小,遂停火针,停药螺内酯片,继续予熊去氧胆酸胶囊,每次口服 250 mg,每天 3 次。随访 2 年,患者未诉不适,期间多次复查彩超均未见肝硬化及相关结节钙化灶,未见腹腔游离液性暗区。

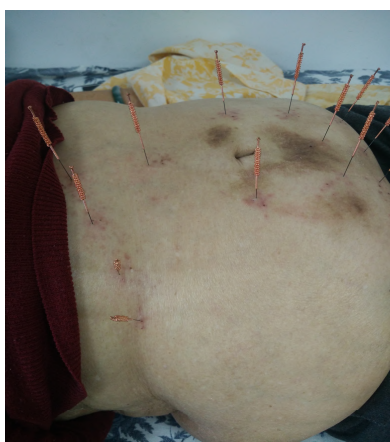


图 1 肝硬化腹水患者接受火针慢针法治疗

按语:肝硬化腹水属于中医“鼓胀”范畴,其病情复杂,病程迁延,容易复发。现代医学认为,一旦肝硬化出现腹水及假小叶,基本不可逆转^[1]。此案患者辗转各大医院诊治后尝试中医针灸治疗,吉学群主任医师认为肝硬化腹水主要病机在于肝硬化后人体气机疏泄失司,斡旋失常,致三焦不畅,清浊不分,水液荡留于肠,久之浊阴凝滞,胶固肝体,则成假小叶。其中腹水主要是由于机体津液失于温化,三焦不能行决渎之职,积留于中下二焦而成,而乏力则是因

肝失罢极之本,不耐疲劳导致。此案患者依从性较好,遂予火针刺刺激所病脏腑俞募穴、肝区体表投影点、督脉、腹部腧穴,行温通散结、助阳化气利水之术,疗效显著。肝硬化的治疗难点在于肝内浊阴凝结,胶固难除,然《灵枢·九针十二原》云:“结虽久,犹可解也;闭虽久,犹可决也。”遂根据《素问·阴阳应象大论》“阳化气,阴成形”和《临证指南医案》“阳气窒闭,浊阴凝痞”等经典病机理论,首选具有温阳散结除痞之效的火针。肝俞配期门为俞募配穴法,俞募穴是脏腑之经气输注于体表的部位,脏腑腹背气相通应,火针一前一后刺激右侧期门、肝俞,达到调理脏腑气机、祛浊散结之功,配合胆之募穴日月及肝区体表投影点,助病变肝胆破旧立新,恢复原有功能。腹水为肝硬化所引起,本着标本兼治的原则,取用腹部腧穴以通利三焦、助阳化气利水。章门者,障门也,取之犹开四障之门,以通痞塞之郁气,其为脾之募穴及八会穴之脏会,具有调节脾胃之气和诸脏腑功能的作用,并且《针灸大成》尚有记载章门善治腹肿如鼓;中脘为胃之募穴及八会穴之腑会,具有调理中焦升降、升清降浊之功效,章门与中脘合用,乃脾胃同治,脏腑皆调,可斡旋气机;关元为足三阴、任脉之会,具有调理下焦、培肾固本、导赤通淋的作用;人体至中至极,故名中极,其为膀胱之募穴,亦为足三阴、任脉之会,功擅调气治水;水道、归来位于膀胱上系,水道功在治水,《针灸甲乙经》言:“三焦约,大小便不通,水道主之”,归来善治小便不通,合中极、水道以助膀胱气化。天枢为大肠之募穴,其通中焦、司升降、畅腑气、涤肠胃,为调理腹部气机的要穴。督脉大椎、身柱、至阳、命门、腰阳关行火针快针法浅刺,取其通督扶阳之功,既助阳化气,亦激发并推动人体脏腑组织、经络发挥正常功能,维持气、血、津液的正常输布。肾俞为肾之背俞穴,合肝俞、期门等有补益肝肾之效。诸穴合用,使三焦畅通、脾胃运转、津液气化、脏腑协调,由此体内清上浊下,截然分明,则腹水自除,肝硬化亦得以好转,正如《弄丸心法·诊鼓胀脉法》云:“浊气下行,清气上旋,虽系危症,亦可生全”。

参考文献

- [1] 吴雄伟,郑永霞,蔺红梅,等.肝再生机制的研究进展[J].四川生理科学杂志,2016,38(2):100-103.

(收稿日期:2022-01-02,网络首发日期:2022-06-26,编辑:杨立丽)