

## 池晓玲教授对肝硬化的证治经验

公培强<sup>1 2</sup> 池晓玲<sup>3</sup> 蒋元烨<sup>4</sup>

(1. 广州中医药大学 广东 广州 510006; 2. 浙江中医药大学附属绍兴中医院脾胃病科 浙江 绍兴 312000;  
3. 广州中医药大学第二附属医院广东省中医院肝病科 广东 广州 510000;  
4. 上海市普陀区中心医院消化内科 上海 200333)

**摘 要:**肝硬化主要是因为慢性肝脏疾病发生反复的中末期阶段,会产生很高的死亡率、预后较差以及并发其他病情复杂的经。池晓玲教授证治肝硬变,提倡个体化治疗,其中“辨证、辨病、辨质”相结合是治疗过程中重要方面。主张中西互补,各有侧重,提高治疗肝硬变的疗效。肝硬变的产生主要是因为慢性肝脏疾病反复发生,主要存在于疾病发展的中末期,具有较高死亡率、不良预后以及并发复杂的其他疾病。现代医学对其治疗并未收到较好的效果,并花销较大,同时肯能引起其他并发症的发生<sup>[1-2]</sup>。池晓玲教授现任广东省中医院主任医师和博士研究生导师,现已在临床上工作时间达到20多年,在治疗肝硬化疾病方面有很多经验,故对池晓玲教授在证治肝硬化方面的经验进行综述。

**关键词:**肝硬化; 证治经验; 个体化治疗; 中西医结合

**中图分类号:** R575.2

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1673-7717(2018)12-2996-04

### CHI Xiaoling's Experience on Diagnosis and Treatment of Liver Cirrhosis

GONG Peiqiang<sup>1 2</sup>, CHI Xiaoling<sup>3</sup>, JIANG Yuanye<sup>4</sup>

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006, Guangdong, China;  
2. Department of Spleen and Stomach Diseases, Shaoxing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhejiang Chinese Medical University, Shaoxing 312000, Zhejiang, China;  
3. Department of Hepatology, Guangdong Province Traditional Chinese Medical Hospital, The Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510000, Guangdong, China;  
4. Central Hospital of Shanghai Putuo District, Shanghai 200333, China)

**Abstract:** Liver cirrhosis is mainly due to the recurrent middle and late stage of chronic liver disease, which produces high mortality, poor prognosis and complicated complications. Professor CHI Xiaoling is an expert in treating cirrhosis and promoting individualized treatment. The combination of syndrome differentiation, disease differentiation and differentiation is important in the treatment process. It advocates that both Chinese and western should complement each other and focus on improving the curative effect of cirrhosis. Liver cirrhosis is mainly caused by chronic liver disease, which mainly exists in the middle and late stages of disease development, with high mortality, poor prognosis and complicated other diseases. Modern medicine has no good effect on its treatment, and it has a large cost and can cause of other complications<sup>[1-2]</sup>. Professor CHI Xiaoling is now the chief physician of Guangdong Province Traditional Chinese Medical Hospital and the supervisor of the doctoral graduate student. She has been working for more than 20 years in clinic, and has a lot of experience in the treatment of liver cirrhosis. This study is a review of Professor CHI Xiaoling's experience on the treatment of liver cirrhosis.

**Key words:** liver cirrhosis; diagnosis and treatment; individualized treatment; integrated traditional Chinese and Western medicine

肝硬化是一种普遍进行性慢性疾病,临床上引起此病的因素主要有一种或多种反复或长期作用于机体而对肝脏造成弥漫性损害<sup>[3]</sup>。很大一部分患者是由肝炎逐渐发展成肝硬化,一小部分是由血吸虫或酒精而引起的。病理切片检查发现结缔组织增生、肝小叶结构遭到破坏而形成假小叶、肝细胞大量坏死以及形成纤维隔,上述病理组织的变

化导致肝脏慢慢变形变硬而形成肝硬化。在肝硬化早期,由于肝脏本身具有较强的代偿作用而临床上不出现明显的症状,但疾病后期由于肝功能逐渐遭到破坏而导致门脉压增高,从而会累及脏腑其他系统,晚期则会导致肝癌、脾功能亢进、腹水、消化道出血以及胃底静脉曲张等并发症的出现。肝硬化疾病的发展主要包括代偿期和失代偿期两部分<sup>[4-5]</sup>。代偿期即为腹水发生之前,这时对肝硬化进行确诊较困难,主要是因为虽然患者有肝炎病史,但此时并未表现明显的症状,对其进行肝功能检查并能反应正确的肝脏内纤维化发生的程度,此时就需要对患者的病史、体检以及实验室检查进行综合分析,若还不能确诊,此时需要特殊检

基金项目: 国家自然科学基金项目(81703879); 国家中医药管理局项目[国中医药人教函(2012)228号]

作者简介: 公培强(1983-),男,山东枣庄人,主治医师,硕士,研究方向: 中医药治疗脾胃及肝胆疾病临床。

查,如肝活体组织学检查。失代偿期的诊断较简单,根据患者的肝炎病史或血吸虫病史以及饮酒病史,同时观察患者是否出现黄疸、腹水、肝功能异常以及食管静脉曲张等症状就可确诊。

### 1 肝硬化发病机制

肝脏疾病的发生虽然因素多样,但总体上均是因为肝郁脾虚。病毒性肝炎的症状主要为黄疸以及胁痛,其发病机制是肝郁脾虚为主,湿热疫毒为辅<sup>[6]</sup>。薛生白言“湿热病属阳明太阴经者居多,中气实则病在阳明,中气虚则病在太阴”(《湿热病篇》)。随着疾病的不断发展,一部分患者在临床上表现不同症状包括膨胀、积聚,但一直存在肝郁脾虚,积聚除了上述症状外同时并发气滞血瘀。叶天士曰:“初病湿热在经,久则瘀热入络”“其初在经在气,其久入络入血”(《临证指南医案》)。膨胀是疾病病程中的进一步发展,不但会导致肝脾发病还对肾脏产生影响,不但有肝郁脾虚症状还出现血瘀、水停以及气滞<sup>[7]</sup>。

人类正常生理下脾胃对食物中的水谷精微吸收运化,而后肺之布散、肾之气化、肝之疏泄,最后转化为津、气、液、血,为人类提供营养。当机体脏腑功能失调,气血津液生成、输布以及利用市场,则会形成积聚或痰饮。肝硬化发病机制多为虚实夹杂,而引起气血亏虚、肾精亏耗以及肝失调养,而水不涵木对脂肪肝的预后转归起着关键的作用,病位主要在肝脾,设计肾,但主要的发病因素认为肝郁脾虚<sup>[8]</sup>。

### 2 肝硬化疾病应防治并举,防重于治

中医一直医疗就强调疾病预防的重要性,古人曾言“上工不治已病治未病”,即治未病是临床上较重要的一方面,治未病主要包括已病防变、未病先防以及病后防复三个方面。有研究表明,肝硬化的防治更应从以上三个方面对其进行预防。有研究发现,我国的肝硬化患者主要是由病毒性肝炎引起的,从一般的肝炎疾病发展成肝硬化,是因为其经历了肝纤维化这一阶段,由于其肝脏的主要结构发生了变化,从而肝硬化疾病被认为是不可复原的,甚至会导致血管的结构受到严重破坏<sup>[9-10]</sup>。因此在肝小叶或部分肝小叶未受到完全破坏之前,应及时有效的延缓或阻断肝脏发生纤维化过程,其是治疗肝硬化的关键,即是未病先防。

### 3 池晓玲对肝硬化的治疗

池晓玲教授以“创新而不离宗,继承而不泥古”做为其治学的宗旨,中西医结合,融会贯通,主要依据现代医学中肝硬化形成的机理,即在肝硬化形成后,机体表现白蛋白减少、门静脉高压以及血浆胶体渗透压降低等现象,当门静脉出现高压时,其毛细血管内的流体静压增高,从而引起毛细血管的渗透性增加。另外,机体腹腔里的内脏血管出现大量淤血而使肾脏的灌注量下降而形成腹水,池教授认为可能是由于“血瘀”的病理机制形成。张仲景的《金匮要略·水气病》中提到“血不利则为水”,即“血液发生瘀滞以及脉络不畅而发生水肿”这一比较重要的论点<sup>[11]</sup>,在临床实践中,池教授通过活血化瘀的方法不断参悟贯通肝硬化的治疗<sup>[12]</sup>。她认为,临床上的鼓胀疾病,即颈部血液痣、掌纹、疑病症疼痛、疑病下部、鼻出血。舌紫黯或瘀血,是血瘀的表现,因此,对肝硬化患者进行治疗时活血化瘀是必须的。肝硬变疾病在发生和发展过程中,气结、血瘀、水包是相互影响、互为因果关系的三种疾病。在治疗过程中,主张有效干预水湿郁结,有效干预活血化瘀法,强调活血化瘀法的正确应用<sup>[13]</sup>。充分体现了池教授对“疾病是预防变化”这一观

点的强调。池教授治疗肝硬化的方剂力求精准,常用的气药包括池教授指出,许多人因为强壮的力量而放弃了它,但不知道气体的优点,所以经常使用痰的临床应用;白牡丹,白牡丹、桃仁、红花、甲虫和其他相容的用法,如破血三棱、莪术、甲壳虫等,使用时与黄芪、山药、大黄等配合使用。池教授辨治肝硬化,倡导因人而异,并提倡个体化治疗,强调“辨证、辨质、辨病”相结合。在对于脏腑进行辨证为主的基础上要因人而异因地的不同选药<sup>[14]</sup>;针对疾病发展的不同极端,利用中西医结合,相互配合,各有侧重,从而可以提高肝硬化的疗效。进一步强调对肝硬化的治疗应从调节人体的整体功能入手,从而达到治本的目的<sup>[15]</sup>。肝硬化病程发展缓慢,治疗时应采用渐缓渐消的方式,避免用药过于刚猛,一般为了达到上述目的建议采用食物治疗。在临床过程中,根据肝硬化患者疾病不同的发展阶段,应采用药膳并进的原则,两者相得益彰或各有侧重,肝硬变变为脾失健运,气血生化乏源以及肝郁脾虚,临床治疗时应健脾益气,滋养肝肾以及培土荣土。根据肝硬化的病理特点,一般建议采用药膳并进,循序渐进的方式<sup>[16]</sup>,在池晓玲教授著的《实用肝胆疾病药膳食疗大全》一书中列举的多种食疗方主要侧重于调理,药物和食材同时进补,从而改善患者病情,从二十四节气的养生理论出发编撰的《肝病二十四节气养生指导手册》,书中指导肝硬化患者的生活起居<sup>[17]</sup>。

### 4 池晓玲教授证治经验

4.1 疏肝运脾法 肝硬化疾病的发病机制是肝郁脾虚和气血亏虚,在临床上主要出现湿热毒瘀等多种症状。夫肝为将军之官,其主疏泄。肝位于胁肋下而胆位于肝下,其两脏的静脉位于两胁。所以,当肝胆两脏器发病,其症状主要反映到胁肋位。《金匱翼·胁痛统论》言“肝郁挟痛者,悲哀恼怒,郁伤肝气”。如果情志不顺遂而使肝气丧失条达,疏泄发生不利,被阻滞于胁下,不通则会引起疼痛,而出现胁肋疼痛胀闷症状;因为气属于无形,时聚时散,所以疼痛不定时出现。肝气横逆,对脾胃产生影响,从而造成脾失健运,此外因脾属于阴中之阴,非阴中之阳不升,肝主升发,脾主升清,肝气升发,脾气相随,如果出现脾气由于虚弱不能升清,则水谷则不能运化,气血生化无源,或者发病持久而引起脾虚下陷,出现清浊逆乱。患者出现胁肋疼痛、胸闷、头晕目眩、肝脾肿大以及腹胀泄泻,同时伴有面色无光泽、食欲减退、精神困乏、脉弦缓细、舌苔发白、舌体发胖且有齿印<sup>[18]</sup>。治疗时需要对患者进行疏肝理气和运脾化湿,池教授采用柴平汤和茵陈蒿汤联合并加加减。组方主要包括:柴胡5g,黄芩10g,甘草10g,厚朴10g,炒栀子10g,陈皮10g,茵陈蒿15g,苍术15g,茯苓15g,白术15g。湿热较严重的加大黄和金钱草;有恶心并对油腻食物厌恶的患者方中可加黄连和紫苏叶;湿气较重者可加泽泻、藿香和薏苡仁。

4.2 调养肝脾法 肝是储藏血液的源头,性主疏泄而喜条达,体阴用阳。肝硬化患者由于肝体失养、肝失条达、气滞郁结、阴血暗耗、情志内伤、疏泄不利;或者由于脾虚运弱从而导致生化来源不足,血虚不运。出现肝气横逆,表现出厌食、疼痛以及头晕等症状,对其治疗时需要调理脾气和疏肝解郁,用茵陈蒿汤加减。组方包括:柴胡和甘草分别为5g,车前草15g,白术15g和茵陈蒿15g,大黄10g,炒栀子10g,黄芩10g,陈皮10g和香附10g。

4.3 利胆化湿法 肝合胆,阴干经与阳胆两者相互络属,

构成了阴阳和表里相合的关系。两者在生理上互相作用,肝产生的多余物后入胆,在胆里聚集成精华,即胆汁。胆汁在胆中储存,其若要发挥分泌和排泄作用需要依赖肝的疏泻作用,在病理上两脏器间也会产生相互影响<sup>[19]</sup>。肝硬化患者肝脏蕴结湿热,肝胆疏泻失常而浊水集聚,从而造成腹大坚满的出现,同时出现面部、眼睛和身体发黄现象,口干舌燥,心烦意乱,腹部疼痛,不想吃油腻食物,舌苔黄腻或发红,小便赤涩,大便便溏或秘结,脉缓弦数,在临床对这类患者进行治疗时需要清热利湿,逐水攻下。池晓玲教授根据临床经验自拟处方为茵陈二金方加减,组方包括:甘草6g,郁金15g,田基黄20g,赤芍30g,茵陈蒿30g,金钱草30g。对于热毒炽盛的患者,要额外在方中加入具有清火泻热作用的马鞭草15g和滑石半枝莲30g;对于小便赤涩不利的患者,要额外在方中加入具有清热利尿作用的灯心草8g和滑石12g;对于舌苔油腻和湿气较重的患者,在方中需要另外加入具有化浊燥湿作用的砂仁6g,苍术10g以及车前草30g。对于临床上阳黄热重于湿的患者,采用茵陈蒿汤方,另外要分别加入郁金12g和赤芍12g;而对阳黄湿重于热的患者,采用茵陈五苓汤方,并加入白蔻仁6g和藿香10g;阴黄患者,采用茵陈术附加减。

4.4 滋肾养肝法 肝硬化患者病入营血,营阴受迫,引起内热,从而造成脾的运化功能发生失常,而导致饮水在内部停留,而使肝和脾脏失和,肝脏疏泻失常,而脾脏由于出现异常而使津液不能在内部运输,水湿在中下焦滞留,对肾脏产生影响,出现虚实相互夹杂的症状,即腹大胀满。同时出现口干口苦,或面胸部出现青筋或蜘蛛痣,大便秘结,舌质红少津,脉弦细数,或出现腹胀隐痛,心情烦躁,齿衄,鼻衄或面色苍白萎黄,两颊潮红,长期低热,小便赤短少,大便溏泄,纳差不良<sup>[20]</sup>。临床治疗时需要对患者健脾利湿和滋养肝肾,采用一贯煎合补肝散加减方。处方包括:枸杞子、当归、麦冬分别为10g,生地黄15g,酸枣仁15g,沙参15g,川木瓜15g,白术15g,五指毛桃25g,山药30g。对于午后出现低热的患者另外加早莲草、百合以及知母;对于出现胁痛明显的患者需要另外加入乌药和素馨花;对于纳差患者需要另外加入布渣叶、谷芽以及麦芽。

4.5 化瘀消痰法 《本经疏证》:“盖气血缘源于脾,以是知血与水同源而异派”。所以我们普遍了解血可化水,水可化血。肝硬化疾病发展过程中,血瘀、水滞以及水停三者之间相互影响,时间达到一定程度后淤血会对肝脾络脉造成阻滞,从而造成络道不通,进而造成水气内聚而引起腹部发胀,胁肋腹痛以及络脉怒张。《金匱翼·胁痛统论·污血胁痛》言“污血胁痛者,凡跌扑损伤,污血必归胁下故也”。《杂病源流犀烛·肝病源流》曰“由恶血停留肝,居于胁下,以致胁肋痛,按之则痛益甚”。肝硬化患者临床可见腹大坚满,用手按之感觉痞硬,头面胸腹部出现蜘蛛痣,腹壁显露青筋,面色发黑,肋肋更加疼痛,口干但饮水不能,小便短赤,大便颜色发黑,舌苔黄腻且舌质发红有字板瘀点,脉细涩。临床治疗时需要对其行气利水和化痰通络,采用处方膈下逐瘀汤加减。组方主要包括:柴胡5g,红花5g,甘草5g,枳壳10g,当归10g,桃仁10g,乌药10g,香附10g,川芎10g,牡丹皮10g,白芍15g,丹参15g,茯苓15g。对于鼻衄和齿衄的患者需要另外加三七粉末;肋下出现痞块的患者需另外加三棱、生牡蛎以及莪术;对于气阴两虚的患者需另外加黄芪和太子参。

4.6 清热凉血法 肝出现郁结则气滞,横向对脾产生影响,脾络脉受到阻滞而形成淤血,而脾主统血。肝硬化患者脾络瘀阻,血脉循环受阻络道而行,向脉外溢出,可导致溢血,大便带血就是因此而形成的。临床出现腹大坚满,拒绝按压,腹部暴露青筋,肋肋出现疼痛,或肋下出现坚硬的结块,舌质黯紫或出现瘀斑,面颈部出现血痣,脉细涩。治疗时需要清热凉血并疏理肝气,采用犀角地黄汤加减方治疗,组方包括:甘草6g,柴胡8g,丹皮10g,郁金10g,焦山栀10g,黄芩15g,赤芍15g,生地黄20g,水牛角30g。对于胁痛更严重的患者需要加具有行气止痛作用的元胡12g,徐长卿30g;对于出现呕吐的患者,需要加入具有和胃降逆作用的黄连6g,竹茹8g;对于出现衄证明显的患者,需要加入具有收敛止血作用的白芷10g,藕节炭15g。

4.7 利水逐水法 肝硬化疾病发病机制主要是因为肝脾肾三脏的功能失调,从而导致气滞、瘀血以及水饮相互郁结于腹中。水邪留结,心腹胁下出现痞满硬痛,三焦升降之气出现阻隔难通。《丹溪心法》曰“七情内伤,六淫外侵,饮食不节,房劳致虚,脾土之阴受伤,转输之官失职,胃虽受谷,不能运化,故阳自升,阴自降,而成天地不交之否清浊相混,坠道壅塞,郁而为热,热留为湿,湿热相生,遂成胀满”。肝硬化疾病临床上出现腹胀而按之感觉疼痛,小便短赤,大便不通。患者神色不衰,舌苔厚腻沉实。在临床上进行治疗时对其功水消胀,温阳化气,采用五苓散合十枣汤加减,组方包括:甘遂1.5g,芫花1.5g,大戟1.5g,白术10g,茯苓15g,大枣15g,泽泻25g。对于体质虚弱的患者,需要改变处方,去除芫花、大戟以及甘遂,另外加商陆8g;对于出现显露腹部青筋的患者,需要另外加桃仁10g,莪术10g,赤芍15g;杜天宇出现神疲畏寒的患者,需另外加巴戟天10g,淫羊藿15g。

4.8 清热解毒法 肝硬化患者由于湿热疫毒在机体内停留时间过长,从而使湿热疫毒通过气分进入血分,耗气伤阴,时间长了对于肝脾造成伤害。肾脏的功能失调,造成体内形成气滞、血瘀、痰浊以及水湿内停,在体内积聚,内生鼓胀<sup>[21]</sup>。在治疗上治疗时主要对其活血解毒和清热祛湿。临床上池教授自拟龙柴方加减,组方主要包括:甘草7g,醋炒柴胡10g,法半夏10g,郁金10g,龙葵12g,黄芩15g,白花蛇舌草30g;对于出现毒邪留滞的患者需另外加具有抗菌解毒作用的板蓝根30g和土茯苓30g;对于出现热毒炽盛的患者,需另外加具有清热泻火作用的黄连6g,金银花15g;对于出现腹胀较严重的患者需另外加入具有消食利水作用的白芥子10g和莱菔子10g;对于出现脾虚湿盛的患者,需要另外加具有渗湿健脾作用的炒白术10g,茯苓15g和猪苓30g。

4.9 或一法为主,或多法合用 池教授根据临床经常出现的肝硬化症状腹水、黄疸、脾大、衄血以及门脉高压等进行治疗。例如由于病毒性肝炎而导致的肝硬化在进行治疗时主要是对其祛邪保肝降酶。如果只是出现单纯的脾肿大,需要对其活血化瘀以及软坚散结。肝硬化的发病部位主要在肝脾肾,发病机制为气滞,血瘀和水湿。对其辩证治疗时,应分清偏向何种病机,临床辩证时,主要是辨别疾病虚实,从而达到治疗的目的。

#### 5 病案举例

案1: 张某, 48岁, 在1997年体检时发现乙肝表面抗原

为阳性,肝功反复异常,在当地医院间断护肝治疗,期间服用了联苯双脂滴丸以及护肝片等药物。2016年7月出现双下肢浮肿和腹胀症状,在医院诊断为乙型肝炎肝硬化,出现失代偿,医生建议服用利尿剂以及鳖甲软肝片后临床症状没有得到有效缓解。临床症状出现纳呆、腹胀、右肋下隐痛、小便量少、大便溏泄、食后出现严重腹胀以及神情倦怠。查体:表现出语言清晰、面色晦黯、神志清醒、皮肤巩膜出现轻度黄染、腹部膨隆、腹壁显露静脉、肝掌、蜘蛛痣、脾大,肋下出现质硬物质,触摸无痛、叩诊肝区有疼痛,出现大量腹水,腹部无痛、双下肢中度水肿、舌淡红、舌苔薄白、脉沉缓。实验室检查:实验室检查提示:谷丙转氨酶(ALT) 65 U/L,谷草转氨酶(AST) 123 U/L,清蛋白(ALB) 32 G/L,球蛋白(GLB) 40 G/L,总胆红素(TBIL) 57  $\mu$ mol/L,  $\gamma$ -谷氨酰转氨酶(G-GT) 79 U/L。采用B超检查显示:脾大,腹水以及门静脉增宽。采用钡透对消化道检查显示:食道静脉有轻度曲张。中医诊断为鼓胀(脾肾阳虚),西医诊断为:乙型肝炎肝硬化,活动期,失代偿,治疗时应对患者健脾温阳利水。采用处方包括:陈皮 5 g,当归 10 g,柴胡 10 g,干姜皮 10 g,熟附子(先煎) 10 g,白芍 15 g,牵牛子 15 g,鳖甲(先煎) 15 g,大腹皮 15 g,丹参 20 g,白术 20 g,党参 25 g,山药 30 g,茵陈蒿 30 g,黄芪 45 g,连续服用7剂,同时利用药膳对患者进行调理,患者腹水减少、腹胀得到显著缓解、精神好转、纳食增加,在此基础上继续用健脾温阳方对其治疗,采用此处方巩固治疗1个月后,患者临床症状消失,用腹部B超对肝脏进行检查,显示腹水消失。

案2:王某,女,43岁,因出现双下肢浮肿3 d,反复出现腹胀纳差,上述症状加重1月而就诊,患者在20 d前体检时就已发现其乙肝表面抗原为阳性,但未引起重视,在最近3 d出现纳差,双下肢浮肿以及反复腹胀等症状,在医院治疗期间使用利尿剂后患者症状有明显的改善,但由于没有进行系统的治疗,此外由于近1个月劳累和心情不畅引发肝硬化疾病,再次服用利尿剂后症状改善不明显,此时进医院就诊。临床症状表现腹胀、纳差、精神倦怠、夜晚失眠多梦、心烦易怒、双下肢浮肿、口干舌燥、口苦、早晨起更甚、右胁刺痛。检查机体:面色黧黑、蜘蛛痣、肝掌、脾大肋下3横指出现腹水征,腹水中量,双下肢出现轻度凹性水肿,对其静脉穿刺有瘀斑,舌苔淡白,脉弦而涩。用腹部B超检查显示肝硬化,脾大,腹水,脾门静脉扩张。肝功能检查结果:谷丙转氨酶(ALT) 75.5 U/L,谷草转氨酶(AST) 102 U/L,总胆红素(TBIL) 47.7  $\mu$ mol/L,结合胆红素(DBIL) 32.2  $\mu$ mol/L,清蛋白(ALB) 25 g/L,肝功能白球比例(A/G) 0.75,碱性磷酸酶(AKP) 135 U/L,  $\gamma$ -谷氨酰转氨酶(G-GT) 104 U/L。血常规检查显示红细胞、白细胞以及血小板均降低;中医诊断提示:鼓胀,肝郁脾虚,血瘀,西医诊断结果:乙型肝炎肝硬化,活动期,失代偿。处方包括:甘草 5 g,柴胡 10 g,陈皮 10 g,半夏 10 g,红花 10 g,鳖甲(先煎) 15 g,牡蛎(先煎) 15 g,茜草 15 g,益母草 15 g,川怀牛膝 15 g,泽兰 15 g,白术 20 g,茯苓皮 25 g,太子参 30 g,同时在静脉滴注人白蛋白并口服氢氯噻嗪和磷脂片,在治疗7 d后进行复诊患者的双下肢浮肿、腹胀、纳食和失眠现象均得到改善,腹部B超检查显示腹水消退,肝功改善,建议患者进一步采用电子胃镜检查而了解食道静脉曲张的发展情况。胃镜检查结果表明胃底静脉出现中度曲张,而食道是重度

曲张。临床医生建议此患者在采用中药治疗的基础上再进行介入治疗,从而降低出血风险,在两周后患者进行了脾动脉栓塞术,术后患者出现胁痛和发热现象,在上述方中加入枸杞子 15 g,白薇 15 g,地骨皮 15 g,山药 30 g,服用15 d后上述症状消失,然后中药处方去除白薇、地骨皮两味药,而加入香附 10 g,每周服用5剂,调理两月后,患者生活如常。池教授方中的参、苓、术、草的作用为扶正,而鳖甲、牡蛎、茜草作用则为软坚散结,益母草、牛膝具有活血利水,滋补肝肾的作用,另外,池教授结合现代医学,运用现代医学手段降低疾病风险。即与现代医学融会贯通,又紧紧把握疾病的每一环节,丝丝相扣,严谨如微。

#### 参考文献

- [1] 张玉波. 慢性泄泻治疗偶得[J]. 河南中医, 2008, 28(8): 42-43.
- [2] 蒋俊民. 池晓玲主任医师辨治肝硬化腹水经验[J]. 河南中医, 2009, 29(2): 126-158.
- [3] 顾伟民. 顾瑞麟诊治肝硬化腹水的经验[J]. 中医药临床杂志, 2004, 16(2): 163-164.
- [4] 朱海涛, 孙诚谊. 肝硬化对乙肝相关性肝癌根治术预后的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2018(2): 57-60.
- [5] 刘虹虹. 中西医诊治肝硬化腹水进展[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 21(3): 485-488.
- [6] 蒋俊民. 池晓玲教授治疗肝病经验介绍[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 40(5): 15-17.
- [7] 王栋平, 李娟梅, 刘明坤, 等. 肝硬化腹水的中医治疗现状[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 38(2): 240-242.
- [8] 中华中医药学会脾胃病分会. 肝硬化腹水中医诊疗专家共识意见[J]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33(9): 1621-1626.
- [9] 柯芳, 张文军, 柯芳. 乙型肝炎肝硬化患者肝组织病理结果分析[J]. 实用诊断与治疗杂志, 2008, 22(4): 290-291.
- [10] 秦金环. 乙型肝炎肝硬化反复发作的影响因素分析[J]. 中国实用医药, 2012, 7(2): 83-84.
- [11] 蔡高术, 萧焕明, 谢玉宝, 等. 论中医辨治肝硬化腹水的基本思路[J]. 中医临床研究, 2016, 8(14): 37-38.
- [12] 萧焕明, 池晓玲, 蒋俊民, 等. 苍牛防己汤加减治疗肝硬化腹水60例疗效观察[J]. 新中医, 2007, 39(12): 82-83.
- [13] 古群山. 健脾化痰消水汤治疗肝硬化腹水120例临床观察[J]. 河南中医, 2004, 24(9): 22-23.
- [14] 池晓玲. 解毒化痰软膏外敷治疗肝硬化102例[J]. 中国中医药信息杂志, 2001, 8(11): 68.
- [15] 陈培琼, 金红艳, 田广俊, 等. 不同中医证型肝硬化患者Hp感染与血氨水平的相关性研究[J]. 广州中医药大学学报, 2008, 25(2): 157-160.
- [16] 萧焕明, 池晓玲, 陈培琼, 等. 中医药对35例肝硬化脾功能亢进症患者部分脾栓塞术后影响的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 40(4): 45-46.
- [17] 蔡高术, 萧焕明, 谢玉宝, 等. 论中医辨治肝硬化腹水的基本思路[J]. 中医临床研究, 2016, 8(14): 37-38.
- [18] 池晓玲, 施梅姐, 萧焕明, 等. 世界中联第四届肝病国际学术大会暨海峡两岸中医肝病研讨会[C]. 2011: 83-86.
- [19] 池晓玲, 蒋俊民, 萧焕明, 等. 中西医结合治疗肝硬化临床路径临床应用探讨[C]. 第三届世界中医药学会联合会肝病专业委员会学术会议, 2010: 119-123.
- [20] 池晓玲, 施梅姐, 萧焕明. 373例乙型肝炎肝硬化失代偿期患者证候与客观指标的相关性研究[C]. 世界中联第四届肝病国际学术大会暨海峡两岸中医肝病研讨会, 2011: 45-48.
- [21] 池晓玲, 蒋俊民, 萧焕明, 等. 中西医结合治疗肝硬化临床路径应用探讨[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(5): 881-883.