

中医肝病案例选

上海科技教育出版社

图书在版编目(CIP)数据

中医肝病案例选/国家中医药管理局中医肝病重点专科写作组主编. —上海:上海科技教育出版社, 2006.4

ISBN 7-5428-3922-5

I. 中... II. 国... III. 肝病(中医)—医案—汇编
IV. R256.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 150066 号

中医肝病案例选

国家中医药管理局中医肝病重点专科写作组主编

责任编辑:蔡 婷 汤抗美

装帧设计:桑吉芳

出版发行:上海世纪出版股份有限公司

上海科技教育出版社

(上海市冠生园路 393 号 邮政编码 200235)

网 址: www.ewen.cc

www.sste.com

经 销:各地新华书店

印 刷:常熟华通印刷有限公司

开 本:850×1168 1/32

字 数:180 000

印 张:9.25

版 次:2006 年 4 月第 1 版

印 次:2006 年 7 月第 2 次印刷

印 数:5001-6200

书 号:ISBN 7-5428-3922-5/R·307

定 价:28.00 元

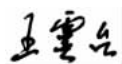
前言

自古至今,中医药论治肝病专著不断问世,数量之多,涉及面之广,令人目不暇接,足见肝病诊治之难。纵观现代中医学在防治慢性肝病领域虽有进展,但仍未根本解决治肝之本。

长期以来,国内众多中医机构在运用中医药方法防治慢性肝病方面积累了大量的临床经验。本书汇集了各种慢性肝病的典型医案 100 余例,由国家中医药管理局中医肝病重点专科协作组成员共 8 家单位的肝病专科共同编成《中医肝病案例选》。书中大多数内容为各单位肝病专科治疗肝病的成功经验和方剂,其中不乏令人拍案叫绝之作;少数内容为治疗失败的教训或体会,希冀为肝病专科临床医师提供有益的参考资料,防止重蹈覆辙,并起到开展学术交流、提高肝病诊疗水平的作用。坚持辨证为主、实事求是,是本书的特点之一。医案中记录的经验或失败的教训,皆可供后人借鉴。

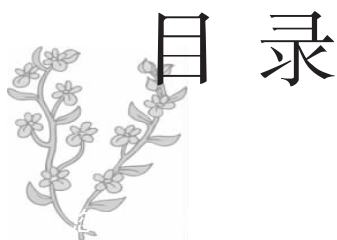
本书是中医肝病重点专科协作组多位同仁集体著作,

由于参加编撰的单位较多,收集医案耗时已久,加之学术观点各异,故书中不当或偏颇之处在所难免,权当抛砖引玉,更期百家争鸣。衷心祈求同道不吝指正。

A handwritten signature in black ink, consisting of three characters: '王震' (Wang Zhen). The style is cursive and expressive.

二〇〇六年三月

于上海中医药大学附属曙光医院



目 录

1

1 北京 302 医院

1.1 急性病毒性肝炎	1
1.2 慢性病毒性肝炎	7
1.3 重型肝炎	19
1.4 肝炎肝硬化	49
1.5 原发性肝癌	62
1.6 自身免疫性肝炎	66
1.7 乙型肝炎病毒相关性肾炎	69



目
录

2 湖南中医学院第一附属医院

2.1 重型肝炎	75
2.2 肝炎肝硬化	80
2.3 脂肪肝	87



3 河北中医肝病医院

3.1 慢性乙型肝炎	91
3.2 重型肝炎	107
3.3 肝炎肝硬化	112
3.4 脂肪肝	122
3.5 肝昏迷	126

4 上海中医药大学附属曙光医院

4.1 慢性病毒性肝炎	131
4.2 肝炎肝硬化	153
4.3 脂肪肝	163
4.4 肝癌	165

5 陕西省中医院

5.1 慢性肝炎	167
5.2 重型肝炎	193
5.3 肝炎肝硬化	197
5.4 脂肪肝	236

6 深圳市中医院

6.1 酒精性肝炎	239
-----------------	-----



6.2 重型肝炎	241
6.3 肝炎肝硬化	243
6.4 非酒精性重度脂肪肝	253
6.5 肝癌	255
6.6 肝纤维化	257
6.7 原发性胆汁性肝硬化	259
6.8 原发性肝癌介入治疗后的护理	261
6.9 重型肝炎的护理	263
6.10 肝硬化腹水辨证施护	266
 7 山东泰安中医医院	
7.1 急性乙型黄疸性肝炎	269
7.2 慢性乙型肝炎	271
7.3 肝炎肝硬化	273
7.4 脂肪肝	275
 8 湖北中医学院第一附属医院	
8.1 重型肝炎	279
8.2 肝炎肝硬化	281
8.3 原发性肝癌	283
8.4 药物性肝损伤	285



1.1 急性病毒性肝炎



例 1:高某,女,20 岁。

患者因发热 3 日,恶心、纳差 4 日,伴尿黄收治入院。实验室检查:TBil $240\mu\text{mol/L}$,ALT 500u/L ,T 68g/L ,A 37g/L ,抗 HEV(+)(3 次)。肝活检见:肝细胞呈现不同程度变性,胞浆内淤胆,血窦不规则受压,小叶内散在点灶状坏死,汇管区不扩大,有炎细胞浸润。病理诊断:急性肝炎(轻型)。入院后用复方茵莲口服液治疗 20 日无效,血清 TBil 升至 $365.9\mu\text{mol/L}$,ALT 250u/L ,辨证中药治疗。临床症见:纳差,恶心,厌油,口不苦,微渴喜热饮,乏力,大便色黄,日行 1~2



次,尿黄而自利,皮肤瘙痒,有搔抓痕;舌质暗,苔薄黄,舌下脉络增粗延长,脉细弦。

西医诊断:病毒性肝炎(急性戊型、肝内胆汁淤积)。

中医诊断:黄疸(湿热血瘀型)。

治则治法:清热利湿活血。

处方:茵陈 15g,丹参 15g,丹皮 15g,杏仁 15g,赤芍 60g,葛根 30g,瓜蒌 30g,生大黄 9g,半夏 15g,川芎 15g,栀子 12g,黄芩 15g。

二诊:药后 17 日,皮肤瘙痒稍减,纳可便调。但黄疸无明显消退(其间因 TBil 升至 $475\mu\text{mol/L}$ 而加用泼尼松龙 45mg/d ,服用 4 日, TBil 降至 $461\mu\text{mol/L}$,此后未再下降而停用),调整处方如下:

处方:丹参 15g,丹皮 15g,葛根 30g,白鲜皮 15g,尾连 15g,生地 15g,川芎 15g,生石膏 30g,陈皮 15g,赤芍 80g,红花 15g,地肤子 15g。

三诊:药后 22 日, TBil $147\mu\text{mol/L}$,此后继续服药 40 日,肝功能完全恢复正常。出院后随访 1 年无复发。

按语:本例西医诊断为病毒性肝炎(戊型、急性淤胆型)。中医辨证以湿热蕴结、气滞血瘀论治,用茵陈蒿汤加减,方中虽重用了赤芍,但黄疸仍进行性加深(TBil 以每日 $20\mu\text{mol/L}$ 的速度上升);用激素治疗 4 日, TBil 从 $475\mu\text{mol/L}$ 降至 $461\mu\text{mol/L}$,后未再下降。此时重新辨证, TBil $>171\mu\text{mol/L}$ 的时间已近 40 日。以凉血活血重用赤芍为治,其后 TBil 开始下降。



例 2: 朱某, 女, 23 岁。

患者发热、纳差、恶心 4 日, 尿黄、眼黄 47 日。某传染病医院诊断: 甲型肝炎, 给予中西药物治疗 2 周, 但黄疸仍日渐加深而转入本院。TBil $>171\mu\text{mol/L}$ 持续 40 余日。体格检查: 皮肤及巩膜重度黄染, 无肝掌及蜘蛛痣, 心肺正常, 腹平软, 肝脾肋下未及。实验室检查: TBil $306\mu\text{mol/L}$, ALT 正常, HBVM(+), 抗 HAVIgM 6.0。临床症见: 精神可, 身目发黄, 如橘皮色, 皮肤瘙痒, 尿黄但自利, 胃脘有振水声; 舌质红略暗, 苔黄腻, 舌下脉络增粗延长, 脉弦略滑。

西医诊断: 病毒性肝炎(甲型、急性淤胆型)。

中医诊断: 黄疸(血瘀血热、脾虚湿困型)。

治则治法: 凉血活血、温化水湿。

处方: 赤芍 150g, 丹皮 30g, 茜草 30g, 葛根 30g, 桂枝 15 g, 茯苓 30g, 秦艽 30g。

守方治疗 2 个月, 诸症消失。TBil $44\mu\text{mol/L}$, ALT 47u/L。出院后继续服药, 随访 1 年肝功能正常。

例 3: 张某, 男, 13 岁。

患者因发热、恶心、尿黄, 以急性肝炎入某院, 用清热利湿中药治疗半月无效, 黄疸进行性加深, 于 9 月 30 日转入我院。体格检查: 皮肤及巩膜重度黄染, 无肝掌、蜘蛛痣, 心肺正常, 腹平软, 肝肋下 1.0cm, 剑突下 3.0cm, 质中等硬, 有触、叩痛, 脾肋下未及, 移动性浊音阴性, 双下肢不肿。经复方双花合剂(由龙胆草、夏枯草、鱼腥草、板蓝根、金银花组成)治疗 2 周, 黄疸仍在进行性加深(查血 TBil 由入院时



299 $\mu\text{mol/L}$ 升至 439 $\mu\text{mol/L}$), 改服中药汤剂治疗。临床症状:胸脘胀满,纳差,大便不爽,日行 5 次,后重下坠,皮肤瘙痒;舌质红,苔白腻,脉弦滑。

西医诊断:病毒性肝炎(乙型、急性淤胆型)。

中医诊断:黄疸(湿邪弥散三焦)。

治则治法:宣畅三焦。

处方:杏仁 9g,蔻仁 15g,生薏苡仁 30g,黄芩 15g,赤芍 90g,葛根 30g,车前子 30g,滑石 30g,木香 9g,白鲜皮 15g,防风 15g,川芎 15g,升麻 6g,石菖蒲 15g,茵陈 15g。

二诊:上方服 7 剂后诸症减轻,大便日行 2 次,TBil 166 $\mu\text{mol/L}$,续原方。

三诊:服上方 30 剂后,肝功能恢复正常。出院后随访 1 年未复发。

例 4:汪某,男,32 岁。

患者乏力、纳差、恶心、腹胀 3 年余,症状加重伴尿黄 1 个月。3 年前患者在某院诊断为慢性乙型肝炎,曾 2 次住院治疗,但上述症状时轻时重,肝功能反复波动。近 1 个月来因工作劳累,症状再次加重并出现尿黄而入我院。体格检查:皮肤、巩膜未见黄染,有肝掌,未发现蜘蛛痣,心肺正常,腹平软,肝脾肋下未及,肝区有叩击痛,移动性浊音阴性。实验室检查:ALT 257u/L,TBil 17 $\mu\text{mol/L}$,DBil 11 $\mu\text{mol/L}$;HBsAg(+),抗 HAVIgM(-),抗 HEVIgM(-)。辅助检查:B 超检查示:肝脏大小正常,回声浓密均匀。肝活检:肝细胞肿胀、排列拥挤,有气球样变及中度脂肪变性,血窦闭锁,小叶

内散在点、灶状坏死,汇管区扩大,有炎细胞浸润、碎片样坏死。病理诊断:慢性肝炎。中西药物治疗 1 个月,黄疸进行性加深,TBil 升至 $395\mu\text{mol/L}$,改服中药汤剂治疗。临床症状见:频繁恶心,但无呕吐;胸闷明显,胸脘胀满,纳差、口黏;大便不爽,小便色黄不利,胃脘部有振水声;舌质红,苔薄黄,脉弦。

西医诊断:病毒性肝炎(乙型、慢性淤胆型)。

中医诊断:黄疸(湿邪弥散三焦)。

治则治法:宣畅三焦。

处方:杏仁 15g,蔻仁 15g,生薏苡仁 30g,黄芩 15g,赤芍 90g,葛根 30g,滑石 30g,茵陈 15g,半夏 15g,竹叶 15g,川朴 15g,木通 15g。

二诊:上方服 20 剂后,纳差、恶心、干呕明显减轻,胃脘部有振水声。TBil $119\mu\text{mol/L}$,ALT 92u/L ,续服原方。

三诊:服上方 30 剂后诸症消失,胃脘部仍有振水声。TBil $43\mu\text{mol/L}$,DBil $27\mu\text{mol/L}$,ALT 22u/L ,续服原方。

四诊:共治疗 76 日,肝功能恢复正常,胃脘部振水声消失;舌质红,苔薄黄,脉弦。出院后继续服中药巩固疗效,随访 1 年未复发。

按语:以上几例均为湿邪弥散三焦。

例 3 为急性肝炎,在外院用茵陈蒿汤治疗,但黄疸进行性加深,TBil 升至 $299\mu\text{mol/L}$;入本院后苦寒之剂治疗 2 周,TBil 升至 $439\mu\text{mol/L}$ 。例 3 发病于长夏季节,经中医辨证为湿邪弥散三焦,改用三仁汤治疗 1 个月,





肝功能恢复正常出院。此案例提示急性肝炎有湿热者应注意发病季节。

例 4 为慢性肝炎,病程已 3 年,在外院经多种治疗,病情反复发作,入本院后经肝活检证实为慢性肝炎。此案例治疗月余,黄疸仍在加深,TBil 高达 $395\mu\text{mol/L}$ 。主要症状为胃脘胀满,小便不利,大便不爽,而当时恰值长夏季节,故辨证为湿邪弥散三焦,以三仁汤加减,重用赤芍凉血、活血治疗 2 月余,肝功能均正常。例 4 虽系慢性肝炎,病程日久,但病情波动于长夏季节,在用其他治疗无效时用三仁汤治愈。

湿邪弥散三焦,属湿温病范畴。急性肝炎在长夏季节发病,或慢性肝炎在此季节发作多为湿热。该季节炎热多雨,湿为阴邪,其性重浊,易伤阳气;湿邪伤中,阻遏气机,清阳不得舒,胃气不得和,下焦不得畅,故有胸腹胀满、身重溲赤、便溏不爽、舌苔灰白或黄腻等湿邪弥散三焦之症状。

湿邪弥散三焦是否可以发黄,历代医家无明确记载。清吴鞠通曾述及:湿温一证,盖土为杂气,寄旺四时,藏垢纳污,无所不受。其间错综变化,无从捉摸。变证诸多,可为湿痹、水气、黄汗等。湿热之邪既可归于脾胃,即为脾胃湿热而发黄。但这种湿热发黄不同于《内经》中所指之湿热,也不同于龙胆泻肝汤所主治的肝胆湿热。吴氏论及湿热变证时指出,可有黄汗,而黄汗在历代医书中列为黄疸之一。所以湿邪弥散三焦可以发黄,宣畅三焦可作为治黄方法之一。此案例辨证要点:以临床表现



为主,胸脘痞满,脘腹胀满,身体重痛,发热烦渴,恶心想吐,大便溏泻或不爽,小便短赤,汗出,舌苔灰白或黄腻,脉濡等。选药原则:湿为阴邪,其性重浊黏腻,故病情缠绵,不易速愈。在治疗方面若误用辛温发汗剂,则可导致听力减退,甚至两目闭合不语;若误用苦寒攻下之剂,则可导致大便泻利不止;若误用甘寒养阴滋润之剂,则使病邪深痼于里,更难解除。因湿温以中焦为病变中心,故以邪在中焦的症状为多见,以三仁汤加减为治。三仁汤中杏仁轻开肺气,以肺主一身之气,气化则湿亦化;蔻仁芳香化湿;半夏、厚朴苦辛温,理气燥湿;薏苡仁、滑石、通草淡渗利湿;竹叶清热。诸药综合组方,可轻开上焦,健运中焦,淡渗下焦,故有苦温燥湿、芳香化湿、淡渗利湿的作用。用此方治本证较为合适。若热象较重者可与甘露消毒饮合用,取其中黄芩、茵陈以清热利湿。

1.2 慢性病毒性肝炎

例 1: 张某, 女, 25 岁。

患者因乏力、纳差、恶心、尿黄 5 月余, 近半月症状加重, 并出现鼻衄、皮肤瘙痒、大便灰白而入院。查体: 皮肤及巩膜重度黄染, 可见不典型蜘蛛痣, 有肝掌, 心肺正常, 腹平软, 肝肋下 1.0cm, 剑下 3.0cm, 脾肋下未及, 移动性浊音阴性。实验室检查: TBil 432.6 μ mol/L, DBil 292.4 μ mol/L, ALT >



500u/L, T 79.3g/L, A 37.4g/L, HBsAg 25.6, HBeAg 14.5。肝活检:肝细胞肿胀,排列拥挤紊乱,有气球样变、嗜酸性变及轻度脂肪变性,中度淤胆,小叶内较多点灶状坏死,汇管区扩大,有碎片样坏死。病理诊断:慢性肝炎(中),肝脂肪变性(轻)。临床症见:纳差,恶心、呕吐,胃脘胀满,身痒,尿黄而自利;身目重度黄染,可见朱砂掌;舌质暗红,舌下脉络增粗延长,苔薄白,脉弦。

西医诊断:病毒性肝炎(乙型、慢性淤胆型)。

中医诊断:血瘀血热型。

治则治法:凉血活血。

处方:赤丹退黄颗粒(本院科研制剂,获国家新药证书)。

二诊:治疗后7日,恶心减轻,无呕吐,身痒减轻。继续原治疗。

三诊:药后50日, TBil 51 μ mol/L,继续原治疗。行第二次肝活检,肝脏病变明显减轻;病理诊断:慢性肝炎(轻)。出院后继续服用赤丹退黄颗粒。共治疗80日,肝功能全部正常。

按语:重症淤胆型肝炎(含急性和慢性)具有病程长、血瘀重、里热盛(血热)三大特征。如《张氏医通》云:“诸黄虽多湿热,然经脉久病,不无瘀血阻滞也。”肝藏血,主疏泄,血热而失于疏泄,胆汁不能循常道而流,则溢于外而见真色于肌肤,故发黄。陆渊雷曰:“黄疸之成因,必因胆汁混入血液循环所致……若因病原体传染,瘀字又暗含瘀滞之意。胆汁瘀滞,入于血液循环,以发生



黄疸。谓之瘀热以行。”《诸病源侯论》中云，“血瘀在内则时时体热而发黄”，故瘀热胶结为本病之基本病因病机。

本例临床见症为血瘀、血热；其中小便自利具有重要的临床意义，这是同湿热发黄鉴别的关键。《普济方》中曰，“血症之黄，小便自利耳”；沈金鳌说，“诸黄皆小便不利，唯血瘀发黄小便自利也”。瘀热胶结发黄，当以凉血活血为治。重用赤芍退黄，古代医书并未记载。“凉血活血重用赤芍”系汪承柏教授在实践中发现并首先应用于临床。赤芍苦酸寒，入肝脾经，凉血活血；《药品化义》中曰，“赤芍，味苦能泻，带酸入肝，专泻肝火，肝藏血，因此清热凉血”；李时珍云，“赤芍药散邪，能行血中之滞”。故赤芍对血瘀、血热者用之适宜。经过多年的实验及临床研究，证明赤芍具有解痉、扩张血管、利胆等作用，并能抑制血小板聚集，减少血栓烷 B_2 合成。这些作用均可纠正胆红素代谢障碍，并能消除黄疸加深而利于退黄。

例 2: 王某, 女, 29 岁。

患者乏力、纳差 9 个月，尿黄、眼黄 20 日，外院治疗无效，黄疸进行性加深转入本院。查体：神志清晰，皮肤及巩膜重度黄染并有搔抓痕，无肝掌及蜘蛛痣，颜面部毛细血管扩张，心肺正常，腹平软，肝肋下 2cm，剑突下 4cm，脾肋下及边，无移动性浊音及双下肢水肿。

实验室检查：TBil $363\mu\text{mol/L}$ ，ALT 正常，T 73g/L ，A 41g/L ，抗 HBsAg 3.3，HBsAg IgM 7.9。腹腔镜下取肝组织送



病理检查,提示“肝细胞排列拥挤、紊乱,有明显的淤胆,肝小叶内炎症不甚明显,有少量的点灶状坏死,汇管区扩大,有较多炎细胞浸润,可见碎片样坏死”。病理诊断:慢性肝炎。给予凉血活血协定处方治疗4周,TBil 仍为 $407\mu\text{mol/L}$,TBil $>171\mu\text{mol/L}$ 持续近50日。重新进行辨证论治。临床症状见:精神尚可,纳呆,食后脘胀,渴喜热饮,皮肤瘙痒,可见抓痕,尿黄但自利,大便日行1~2次,胃脘部有振水声;舌质暗,苔黄腻,舌下脉络增粗延长,脉弦。

西医诊断:病毒性肝炎(乙型、慢性淤胆型)。

中医诊断:黄疸(血瘀血热、脾虚湿困型)。

治则治法:凉血活血、温化水湿。

处方:赤芍 150g,桂枝 15g,茯苓 30g,丹皮 30g,茜草 30g,葛根 30g,秦艽 30g。

二诊:服上方1周后,食欲增加,瘙痒减轻,黄疸开始消退。14日后行2次肝活检,见“肝细胞大小不一,排列紊乱,血窦扩张,枯否细胞轻度增生,小叶内见广泛点灶状坏死,汇管区扩大,较多炎细胞浸润,界板不完整,有碎片样坏死,部分肝细胞内轻度淤胆”。病理诊断:慢性肝炎(中度)。

守方治疗70余日,TBil降至正常,ALT正常,T 60g/L,A 40g/L。出院,随访1年无复发。

例3:宁某,男,28岁。

患者于1995年2月,无明显诱因出现乏力、纳差,在当地医院查HBsAg(+),肝功能异常,在252医院住院治疗2个月,肝功能正常出院,诊为病毒性肝炎(乙型、急性黄疸

