

## ◆医案分析◆

## 健脾疏肝法治疗慢性肝炎转氨酶反复升高1例

陈斌 指导：蔡妙珊

广州中医药大学 2010 级硕士研究生，广东 广州 510405

[关键词] 慢性肝炎；急性胆汁淤积型肝损伤；健脾疏肝；名医验案；蔡妙珊

[中图分类号] R249；R575.1 [文献标识码] B [文章编号] 0256-7415 (2013) 12-0194-02

蔡妙珊，广东省中医院主任医师，广东省名中医。蔡妙珊主任学贯中西，学验俱丰，擅长治疗脾胃、肝胆等消化系统疾病。笔者有幸随师侍诊，受益匪浅，兹将其治应用健脾疏肝法治疗慢性肝炎转氨酶反复升高1例介绍如下。

## 1 病例介绍

患者，女，29岁，2011年7月21日因黄疸消退后脾大、转氨酶反复升高7月就诊。自诉：7月前因饮酒后出现结膜、皮肤黄染，腹胀、纳差，大便秘结，于2010年12月26日至广州某医院住院治疗。腹部B超检查：肝、脾、胰、胆囊未见明显异常；MRCP检查提示肝胆管局部狭窄、脾脏增大。12月27日肝功示：总胆红素267.7 $\mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素167.2 $\mu\text{mol/L}$ ，间接胆红素100.5 $\mu\text{mol/L}$ ，总胆汁酸217.7 $\mu\text{mol/L}$ ，谷草转氨酶885U/L，谷丙转氨酶933U/L， $\gamma$ -谷氨酰转肽酶86U/L，前白蛋白32mg/L。病原学检查排除甲、乙、丙、丁、戊病毒性肝炎及其他病毒性肝炎。肿瘤标志物：甲胎蛋白、癌胚抗原、癌抗原125、癌抗原19-9值均正常。免疫检验8项(IgA、IgG、IgM、C3、C4、Kapp、Iamb、IgE)、自身免疫肝炎检查4项(丙酸酮脱氢酶复合物M2、细胞色素P450 II D6 LKM-1、亚甲基转移酶-环化脱氨酶LC-1、可溶性肝抗原/肝胰抗原SLA/LP)、自身免疫肝炎检查7项(抗核抗体

ANA、抗肝肾微粒体1型抗原抗体LKM-1、抗可溶性肝抗原肝胰抗体SLA/LP、抗肝细胞胞质1型抗体LC1、抗线粒体抗体AMA、SP100抗体、EP210抗体)均在正常范围。考虑为急性胆汁淤积型肝损伤并硬化性胆管炎，予熊去氧胆酸片、地塞米松针、三磷酸腺苷二钠针、门冬氨酸鸟氨酸针、前列地尔针、泮托拉唑钠针、维生素K<sub>1</sub>、氯化钾、水溶维生素等治疗。经治疗，黄疸较前减轻。2012年1月15日行MRCP复查，结果提示：原狭窄之肝总管远端较前有所扩张，管径约0.5cm，左、右肝管不均匀轻度扩张，走行僵硬，肝内胆管未见扩张。1月17日复查肝功能：总胆红素61.4 $\mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素39.9 $\mu\text{mol/L}$ ，间接胆红素21.5 $\mu\text{mol/L}$ ，总胆汁酸9.5 $\mu\text{mol/L}$ ，谷草转氨酶27U/L，谷丙转氨酶59U/L， $\gamma$ -谷氨酰转肽酶91U/L。前蛋白400mg/L。病情好转后出院，出院后继续服用熊去氧胆酸片、思美泰、强地松片治疗。服药5周后停药5周，3月11日再次复查肝功示：胆红素38.9 $\mu\text{mol/L}$ ，总胆汁酸正常。谷草转氨酶599U/L，谷丙转氨酶800U/L， $\gamma$ -谷氨酰转肽酶170 $\mu\text{mol/L}$ ，碱性磷酸酶179U/L，前蛋白102mg/L。予五脂片、茵栀黄颗粒、肌苷片、复方甘草酸苷片保肝降酶退黄，后期增加还原型谷胱甘肽片、门冬氨酸鸟氨酸颗粒。3月21日行MR上腹部平扫加增强扫描显示：脾大达9个肋单元。继续以五脂片、茵栀

[收稿日期] 2013-06-24

黄颗粒、肌苷片、复方甘草酸苷片、还原型谷胱甘肽片、门冬氨酸鸟氨酸颗粒等保肝降酶。7月21日肝功能：谷草转氨酶77U/L，谷丙转氨酶30U/L，r-谷氨酰转肽酶67U/L，碱性磷酸酶62U/L，乳酸脱氢酶107U/L，亮氨酸氨基肽酶38U/L。

因转氨酶反复升高，要求中医药治疗。初诊：面色略显苍黄，诉脘腹胀满，纳食欠佳，口干不苦，形寒怕冷。查体：全身皮肤及巩膜未见黄染，全腹平软，无压痛、反跳痛及肌紧张，腹壁静脉无曲张，墨菲征(-)。舌暗淡边有齿痕、苔白中后部略厚，脉弦沉细。中医诊为黄疸，辨证为脾虚肝郁，湿邪瘀阻。拟四君子汤合四逆散加减以健脾益气、疏肝活血通络。处方：党参、黄芪、白术、茯苓、大腹皮、丹参、金钱草、茵陈各15g，柴胡、枳壳、郁金、鸡内金各10g，甘草5g。4剂，每天1剂，水煎服。另：天琴肝平胶囊3粒，五酯片3片、茵栀黄颗粒6g，均每天3次，口服。2011年10月27日二诊：服药1月，查肝功能提示胆红素略增高，乃将丹参、柴胡剂量减半，继续服药。9月18日查肝功能15项示：总胆红素13.3 $\mu$ mol/L，结合胆红素3.4 $\mu$ mol/L，谷丙转氨酶24.7U/L，谷草转氨酶35.6U/L。10月25日肝功能：总胆红素26.2 $\mu$ mol/L，结合胆红素4.2 $\mu$ mol/L，余皆正常。现诊见腹胀纳差、形寒怕冷已除，口腔溃疡疼痛，口干不苦，纳、寐、二便正常，舌暗红、苔薄黄，脉细。效不更方，仍以前方出入。处方：党参、白术、茯苓、黄芪、茵陈、麦芽各15g，丹参、郁金、鸡内金、枳壳各10g，溪黄草20g，甘草5g。7剂，每天1剂，水煎服。另配合健脾化湿之食疗方：薏苡仁、赤小豆各30g，山药60g。上方煲汤或煮粥，随意服食善后。

## 2 讨论

本例患者西医诊断为急性胆汁淤积型肝损伤并硬化性胆管炎后转氨酶反复升高，具体病因认为可能饮酒所致肝细胞受损。经中西医结合治疗，患者临床症状明显缓解、消除，各项肝损伤指标得到了有效控制，取得了较理想疗效。在中医药治疗过程中有以下几点值得注意。①重视肝脾二脏生理、病理关系。生理方面二者相互为用，相互影响，脾的运化，有赖于

肝的疏泄；肝的疏泄功能正常，则脾的运化功能健旺；而脾运健旺，生血有源，则肝有所藏。病理方面，肝失疏泄，木不疏土，则脾失健运，而见肝脾不和之证；而脾虚生化无源，或脾不统血，失血过多，则可导致肝血不足。总之，实则木旺克土，虚则木不疏土，肝病常影响脾胃运化。此病例发病已半年，已由急性阳黄逐渐向慢性瘀黄转化，故治疗应遵“见肝之病，知肝传脾”之训，当以健脾胃为主佐以疏肝利胆，理气活血，故取得较好效果。②疑难病证宜“从中论治”，尤重脾胃。脾胃为后天之本，气血生化之源。机体所需的基本营养物质的摄取都必须经过脾胃的运化、腐熟，消化系统的消化、吸收。其次，任何口服药物必须通过脾胃的消化吸收才能进入体内发挥治疗作用。因此，疑难病症，病状多端，恒以调理、护养脾胃为不易之法。③肝病论治，重视肝的生理特性。肝为木脏，体阴而用阳，血为体，气为用。治疗肝病，益气健脾外，适当加入丹参、郁金、鸡内金、金钱草、茵陈、泽兰等活血化瘀、化痰利湿药，标本同治。关幼波先生提出的“退黄三法”中指出“治黄必活血，血行黄易却”即是此理。另外，方中伍用柴胡、枳壳二药，一升一降调畅气机，以复肝气之用。④慢性肝病用药，宜少不宜多，宜精不宜杂，宜缓不宜峻。绝大部分药物都需要经过肝脏代谢，肝病用药，除了要注意避免运用肝毒性药物外，还应避免过多、过杂的药物堆叠，加重肝脏负担。久病多虚，因此慢性肝病的治疗必须时时以扶助正气为要，不宜大剂清热解毒等峻猛之药，徒伤正气。如本病例中，为避免“柴胡劫肝阴”，而代之以疏肝健胃的麦芽；二诊中以甘寒之蒲公英代替金钱草，以兼顾口腔溃疡。⑤药物治疗外，适当配合饮食调养，加强疗效。《内经》所谓“大毒治病，十去其六；常毒治病，十去其七；……谷肉果菜，食养尽之。”此病例经应用大量西药未能把转氨酶降至正常，后经中医药辨证用药而获效，可见辨证论治之重要，治疗中不能单纯用茵栀黄或五灵脂等退黄降酶，应根据病程、症状、舌脉等准确辨证，然后遣方用药适当，才能取得较好的效果。

(编辑：冯天保)