

· 中医病案析评 ·

何世东老中医治疗肝硬化腹水病案 1 则

朱碧媛 何绍初

【摘要】 肝硬化腹水多见于肝硬化中、晚期患者,何世东主任中医师指出本病属中医“鼓胀”范畴,病性多为“本虚标实”,治疗上宜标本虚实兼顾,并注重益气健脾贯穿治疗之始终,临床上多采用行气活血、利湿退黄、益气软坚之法。对于肝硬化腹水不同时期,其侧重点不同:早期以气滞湿热黄疸为主,治予行气利水退黄为先,健脾活血软坚为辅;中期,腹水黄疸渐退,则宜逐渐加强健脾益气药物的比例;后期,腹水消退,改用健脾益气、活血软坚为主,从而使疾病转危为安甚而得以痊愈。

【关键词】 肝硬化; 腹水; 病案; 何世东

【中图分类号】 R 256.42 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.07.021

何世东,全国名老中医药传承工作室建设项目专家、第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,广州中医药大学硕士生导师,其从事内科临床、科研、教学工作 40 余年,在临床中提倡习古而不拘泥于古,苦学经典,博采众长,注重现代医学研究与中医的结合运用,主张“西医断病,中医治病,中西并重,以中为主”,经验丰富。笔者有幸跟随侍诊,受益匪浅,今将其治鼓胀病案一则总结一二以飨读者。

1 病例摘要

患者,男,48 岁,2012 年 2 月 21 日初诊,既往有“慢性乙肝”病史 10 余年,近半个多月来出现上腹部胀满不适,餐后明显,伴有面黄、尿黄、眼黄,纳差,口干、口淡,无腹痛,无恶心呕吐,无泛酸暖气,无恶寒发热,小便量一般,大便 4~5 次/天,质正常。查体:精神疲乏,颜面及巩膜黄染,心肺查体未见明显异常,腹部膨隆,全腹无明显压痛及反跳痛,肝肾区无叩击痛,移动性浊音(+),肠鸣音存在。双下肢无浮肿。舌瘦红,苔薄白腻,脉弦细数。辅助检查:2012 年 2 月 15 日,外院查肝功示:总胆红素(total bilirubin, TBIL):120.8 μmol/L,直接胆红素(direct bilirubin, DBIL):65.8 μmol/L,间接胆红素(indirect bilirubin, IBIL):55 μmol/L,谷草转氨酶(aspartate aminotransferase, AST):295 U/L,谷丙转氨酶(alanine aminotransferase, ALT):397 U/L,余未见明显异常。甲胎蛋白(alpha fetoprotein, AFP):25.69 IU/ml;乙肝两对半定性检测:HBsAg(±),HBcAb(+),余均为阴性。2012 年 2 月 17 日,外院查 HBV-DNA:(2.72E+04)/ml;腹部 CT 平扫+增强示:(1)肝内多发囊肿、慢性胆囊炎;(2)肝硬化伴腹水;(3)脾大。B 型超声(B 超)示:中量腹水。中医诊断:鼓胀—气虚水聚,气滞血瘀,兼夹湿热证。西医诊断:肝硬化

(失代偿期)。中医治宜行气活血,利湿退黄,益气软坚为法。拟方药如下:茵陈 30 g、田基黄 30 g、赤芍 15 g、莪术 12 g、丹参 15 g、砂仁后入 5 g、半枝莲 20 g、大腹皮 20 g、黄芪 20 g、茯苓 30 g、白术 15 g、薏苡仁 30 g、茜草 12 g、栀子炭 10 g。7 剂,水煎服,每天一剂,并嘱患者宜进易消化食物,少食多餐,禁辛辣煎炸及油腻之品。

按:该患者既往有慢性乙肝病史多年,未系统治疗,今已发展至肝硬化腹水(失代偿期),临床症见患者腹胀、黄疸、纳差、疲乏等表现。其腹胀、黄疸为标实之象,而腹胀为气虚气滞血瘀水聚之征,黄疸为兼夹湿热之故;其纳差、疲乏为本虚所致,知肝传脾,脾气亏虚,气虚不能运化水谷、水湿,故见纳差、水聚,虚实夹杂,故中医治疗上宜本虚标实兼顾,早期宜治标祛邪为主,扶正为辅;后期宜扶正为主,祛邪为辅。

2012 年 2 月 28 日二诊,患者诉服上方药后,腹胀较前减轻,皮肤及巩膜黄染有所消退,腹时痛,易消化道出血,肠鸣,大便溏,3~4 次/天,舌瘦,苔白腻,脉细。考虑患者大便溏,减少清热苦寒之药物,另患者易出现消化道出血,应加用止血之药,守上方予去赤芍、半支莲、茜草、栀子炭,加用党参 15 g 健脾益气,三七 5 g 活血止血。7 剂,水煎服,每天一剂。

2012 年 3 月 8 日三诊,患者诉精神好转,上述症状减轻,皮肤及巩膜黄染较前逐渐消退,仍有口干、乏味,进食有所改善,大便 1 次/天,苔白腻,脉弦细。2012 年 3 月 6 日,外院复查肝功示:TBIL 42.4 μmol/L, DBIL 17 μmol/L, IBIL 25.4 μmol/L, AST 66 U/L, ALT 84 U/L;B 超示:少量腹水。患者症状改善,大便好转,考虑患者胃气有所恢复,仍有黄疸、腹水,治疗上守上方予去薏苡仁、香附,加用半枝莲 20 g 清热解毒、利水消肿,白芍 15 g 养阴柔肝、护肝。10 剂水煎服,每天一剂。

2012 年 3 月 20 日四诊,患者诉服上方药后,大便秘,1~2 次/天,仍有少许面黄、皮肤黄,小便转清,仍有餐后少许腹胀,口干,纳眠可,舌瘦,苔薄白腻,脉弦细数,2012 年 3 月 19 日,外院复查 B 超提示:少量腹水。患者大便转稀,考虑清热

作者单位:523000 东莞市中医院何世东名医工作室

作者简介:朱碧媛(1984-),女,硕士,住院医师。研究方向:中医呼吸内科。E-mail:158654211@qq.com

苦寒药物过多、过强伤脾胃所致,守上方予去半枝莲,加茜草 12 g 通经活络治黄疸,加淮山药 15 g、五爪龙 30 g、薏苡仁 30 g 益气健脾祛湿。10 剂,水煎服,每天一剂。

2012 年 3 月 29 日五诊,患者诉腹胀、黄疸均较前明显改善,自觉疲乏,餐后胃胀,小便黄,纳可,大便 1 次/天,舌瘦,苔薄白,脉细。患者标实之象渐消,宜逐渐加强扶正力度,守上方予去茜草、五爪龙、大腹皮、三七、田基黄,加用女贞子 15 g、五味子 8 g 养阴、敛阴、柔肝、护肝,养阴药多滋腻碍胃,故配以柴胡 12 g、香附 12 g 疏肝行气。7 剂,水煎服,每天一剂。

2012 年 4 月 10 日六诊,患者仍有少许面黄、小便黄,疲乏,纳可,舌红,脉弦细。2012 年 4 月 8 日,外院复查肝功示:TBIL 23.3 $\mu\text{mol/L}$,DBIL 8.7 $\mu\text{mol/L}$,IBIL 14.6 $\mu\text{mol/L}$,AST 51 U/L,ALT 48 U/L,AFP 24.25 IU/ml。2012 年 4 月 9 日,腹部 B 超示:更少量腹水(与 2012 年 3 月 19 日相比,较前减少)。患者邪气未完全祛除,仍宜扶正祛邪,适当加用清热解毒利水之药,故守上方予去柴胡、香附,加半枝莲 15 g、炙甘草 5 g、茜草 10 g。10 剂,水煎服,每天一剂。

2012 年 5 月 3 日七诊,患者上述症状好转,仍有餐后腹胀,舌红,脉细,大便 1 次/天,质稀。至治疗后期,宜逐渐减少祛邪之药,加强扶正,考虑病久入络,适当予活血化瘀软坚,守上方予去茵陈、白芍、五味子、淮山药、茜草、炙甘草,加香附 12 g、桃仁 12 g、红花 5 g、三七 5 g、五爪龙 30 g。10 剂,水煎服,每天一剂。

2012 年 6 月 21 日八诊,患者精神好转,腹水消退,纳眠可,舌瘦红,脉弦细,二便调。2012 年 6 月 16 日,外院复查 B 超示:无腹水。守上方予去三七、桃仁、红花、香附、砂仁、五爪龙,加白芍 15 g、茵陈 15 g、甘草 5 g、牡蛎 30 g。15 剂,水煎服,每天一剂。

2012 年 7 月 10 日九诊,患者精神好转,诉上腹不适,餐后腹胀,舌瘦红,苔薄白,脉弦细,二便调。2012 年 6 月 16 日,外院复查 B 超示:无腹水。守上方予去党参、甘草,加鳖甲 15 g、香附 15 g。15 剂,水煎服,每天一剂。

2012 年 8 月 25 日,外院复查肝功示:TBIL 20 $\mu\text{mol/L}$,DBIL 3.6 $\mu\text{mol/L}$,IBIL 16.4 $\mu\text{mol/L}$,AST 44 U/L,ALT 45 U/L,AFP 11.3 IU/ml,CEA 4.72 U/ml。HBV-DNA(-)。2012 年 11 月 15 日随访,患者无不适。

2 分析与讨论

现代医学认为,肝硬化腹水多由肝炎、酒精等多种原因长期作用于肝脏引起的肝脏慢性、进行性、弥漫性损害。出现了肝硬化腹水说明患者已进入肝硬化的中或晚期,肝脏已失去了代偿功能,必须采取积极的治疗措施对其进行治疗。

本病属中医“积聚”、“臌胀”等范畴,《灵枢·水胀篇》载“臌胀何如?岐伯曰:腹胀身皆大,大与肤胀等也,色苍黄,腹筋起,此其候也”,为中医内科四大难证之一。喻嘉言也曾概括:“胀亦不外水裹、气结、血瘀。”本病特点为本虚标实,虚实错杂,气、血、水相因为患,以气虚为本,血瘀为标,腹

水为标中之标,其病变以肝、脾、肾三脏为中心^[1]。故治疗上腹水期以治水为先,勿忘化瘀软肝,而化瘀软肝才是治病之本。其化瘀药,有药理研究发现:可以降低纤维、改善肝内血流及微循环、改善肝功能、调节机体整体状况、增强机体防御能力^[2]。

2.1 标本兼顾治疗肝硬化中晚期腹水患者

何世东主任在长期的临床实践中,借鉴各医家之所长,结合现代医学,重视辨证论治,提出了:肝硬化腹水多属正虚邪实,正虚多以脾虚为主,亦可兼见肾虚或肝肾阴虚;邪实多为水湿内停、气滞血瘀,或兼夹化热(夹有湿热之象时可发为黄疸)。病机早期以气虚气滞、湿热黄疸为主,治疗宜以行气利水退黄为先,健脾活血软坚为辅;当腹水黄疸渐退,则加强健脾益气比例;至腹水消退,改用健脾益气,活血软坚以图缓慢改善体质,甚至求得延长生命,提高生活质量或得以痊愈。同时提出在治疗时应遵仲景“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之要旨,重用参、苓、术、芪予补脾益气、培土荣木、健脾护肝,贯穿治疗之始终。

本例患者,“乙肝”病史多年,长期肝病,肝失疏泄,气滞血瘀,日久引起症积(脾大);肝病及脾,脾虚运化失调,水湿内停,而见腹胀;病久入络,瘀血阻滞,水、湿、瘀三者互化,鼓胀越发明显;再者水湿郁久化热,湿热交蒸,发为阳黄,日久可转为阴黄,故亦可见黄疸。

初诊时患者腹水、黄疸等标实之象明显,组方用药上重用大腹皮、薏苡仁、砂仁、香附行气利水;茵陈利湿退黄(其为治黄疸之要药),并与田基黄相配,其退黄作用更甚;茜草、栀子炭、半枝莲清热利湿,并可解除乙肝病毒;赤芍、丹参、桃仁、红花活血化瘀;并与莪术、鳖甲、牡蛎相配,其破血软坚散结之力更佳;同时鳖甲兼有养阴清热之功,已成为治疗肝脾肿大之良药;同时加用北芪、党参、云苓、白术等补脾益气、利水消肿。治疗中后期患者腹水、黄疸逐渐消退,用药上宜重用参、苓、术、芪补脾益气,淮山药、白芍、五味子、女贞子养肝肾阴,余继续予赤芍、丹参、桃仁等活血化瘀,莪术、鳖甲、牡蛎软坚散结,茵陈、半枝莲等清利湿热,砂仁、大腹皮等行气利水。总之,综观全方,具有利水退黄,活血化瘀,软坚散结,健脾益气等功效,标本同治,体现出扶正祛邪之法度,邪去正不虚,从而使疾病很快趋于好转、痊愈。

2.2 标本兼治使 HBV-DNA 复制率下降或转阴

另外该例患者经过几个月中药治疗后,其 HBV-DNA 亦转为阴性,笔者在跟随侍诊中亦观察到一部分慢性乙肝患者经过一段时间的中药治疗后,乙肝病毒复制率下降,甚而转阴,或有大三阳转为小三阳者(HBeAg 转阴),何老指出慢性乙肝患者中医上多属虚实夹杂,根据中医的辨证论治,组方上多数以健脾扶正为主,再配以清热祛湿、行气活血、软坚散结之物,可起到改善患者肝功能、使乙肝病毒复制率下降、甚而使 HBeAg 或是 HBsAg 转阴等作用,值得临床上进一步研究推广应用。

2.3 其他名老中医对肝硬化腹水的治疗

近年来,中医药在治疗肝硬化腹水上有一定的优势,临

床上各医家均有自己独特的见解。如:杨从鑫老中医在本病的治疗上提出“治肿者必先治水,治水者必先治气”,运用扶正补气,健脾化痰,软坚柔肝法治疗;一般的治疗无效时,杨老常用攻逐利水的方法,采用此法时患者应当能承受攻逐之力,脾肾未败,中病即止或腹水退七八即止,攻逐后注重调理脾胃以巩固疗效;另外对于肝硬化顽固性腹水者,重视“痰瘀”因素,在辨证用药中适当添加祛痰活血药物常能增效,如选用橘红、红花、赤芍药等以活血化痰^[3]。刘学勤老中医认为肝硬化腹水治疗上应分 3 个阶段进行,即祛水阶段、疏肝阶段、扶正阶段;3 个阶段应有机结合,每个阶段又应辨证求本而分为湿热蕴结、脾虚湿困、肾气虚衰、气滞血瘀 4 种证型进行治疗^[4]。另外许院院等^[5]在《辨证治疗肝硬化腹水 50 例》中提出中医药辨证施治可使乙肝病毒消除,肝功能逐渐恢复,黄疸水肿消退,患者康复。

参 考 文 献

- [1] 潘炳堂. 中医药治疗肝硬化腹水研究进展[J]. 中医药导报, 2012, 18(10):88-89.
- [2] 袁士良. 活血化痰治疗肝硬化 5 法[J]. 江苏中医药, 2008, 40(11):87.
- [3] 王献力. 杨从鑫治疗肝硬化腹水经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(5):12-13.
- [4] 刘静生, 刘静宇, 刘明照, 等. 刘学勤教授治疗肝硬化腹水经验[J]. 中医研究, 2010, 23(8):66-68.
- [5] 许院院, 刘东江. 辨证治疗肝硬化腹水 50 例[J]. 陕西中医, 2005, 26(1):69.

(收稿日期:2013-03-07)

(本文编辑:黄凡)

· 中医英译 ·

奈达“逆转换理论”在《伤寒论》心系疾病条文翻译中的应用

江楠 吴伟

【摘要】 美国语言学家、翻译家尤金·奈达(Eugene A. Nida)是西方当代翻译交际理论学派的开拓者,他提出的“逆转换理论”是“翻译科学说”理论的核心。《伤寒论》是中国古代医学的“方书之祖”,对中医内科学心系疾病的阐述颇具临床价值。本文以心系疾病条文为例,将“逆转换理论”应用于《伤寒论》,按分析、深层转换、重组和表层检验四步,使原文和译文在意译层面实现功能对等,同时参考古代名医注释,开创出中医英译“句法翻译研究新范式”,为更好地传播中医文化提供一种全新的途径。

【关键词】 中医英译; 逆转换理论; 《伤寒论》; 心系疾病

【中图分类号】 H059 **【文献标识码】** A A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.07.022

美国著名语言学家、圣经研究及翻译家尤金·奈达(1914-2011)(Eugene A. Nida)是西方当代翻译交际理论学派的开拓者,他提出的“翻译科学说”、“等值理论”对中国翻译产生了深远影响。《伤寒论》由东汉医家张仲景所著,首创六经辨证,是中国第一部理法方药完备的临床著作,被誉为“方书之祖”。本文选用明·赵开美摹宋刻本《伤寒论》,以原著心系疾病条文为例,阐释奈达“逆转换理论”对中医古籍的译法。

1 尤金·奈达的“逆转换理论”及其应用于《伤寒论》翻译的理论基础

尤金·奈达将翻译定义为:Translation consists in reproducing in the receptor language the closest natural equivalent of the source language message, first in terms of meaning and secondly in terms of style^[1]. 即“翻译是指从语义到文体在译语中用最切近而又最自然的对等语再现原文的信息”。“用最切近而又最自然对等语”,即实现“动态对等”、“功能对等”。它是奈达翻译理论的核心,翻译要为接受者服务(receptor orientation),并使译文接受者最大程度且准确无误地理解原文信息,这就要求译文尽量使用译文接受者喜闻乐见的、符合译语表达规范的言语形式^[2]。为了取得这一对等,奈达提出“逆转换翻译理论”。“逆转换翻译理论”又称“四步模

作者单位:510405 广州,广州中医药大学第一附属医院心内科
[江楠(博士研究生)、吴伟]

作者简介:江楠(1987-),女,2010 级在读博士研究生。研究方向:中医药防治冠心病研究。E-mail:journaljn@gmail.com