

临床报道

病毒性肝炎黄疸的辨证施治体会

本刊约请北京市中医医院姜幼波教授、中国人民解放军第三〇二医院喻森山主任军医、汪承柏副主任军医,就病毒性肝炎黄疸长期不退的中医治疗,针对病人不同情况,分别撰文介绍他们的宝贵经验和体会,特予汇编,以资读者。

一、残余黄疸证治

黄疸一证,古人早有五疸之说,后人又分阳黄、阴黄两大类。阳黄者面如橘皮色,脉弦滑,舌苔白腻或黄厚;阴黄者面色晦暗或呈黑黄色,脉象沉滑,舌苔薄白。临床以见阳黄者居多,阴黄者少见。

黄疸一病,多由湿热引起,临床所见,或热重湿轻,或湿重热轻,或湿热并重。从三焦辨证则有湿热蕴于上中焦、湿热偏于中下焦和湿热弥漫三焦之分。如以气血辨证,湿热在气分者,可以不出现黄疸,湿热入于血分则出现黄疸。所谓残余黄疸是指病毒性肝炎患者血胆红素长期增高不退而言。本病由湿困中州、湿浊生痰、肝郁血滞、湿痰阻络所引起,因此对残余黄疸的治疗需重在从痰论治。笔者经验,阳黄者除治以清热利湿外,更主要的是活血化痰;阴黄者除治以温运脾阳外,也需以活血化痰为其主要治则。现举残余黄疸阳黄、阴黄治验各一则如下。

例一,李××,男性,20岁,工人,1983年4月26日初诊。患者于4个多月前因发热、呕吐、面目皆黄、小便深黄、肝功能不良住某院,诊断为急性黄疸型肝炎。住院治疗2月余,黄疸渐退,肝功能恢复正常,血清胆红素1.5毫克%。出院后2个月,血清胆红素升高至1.9毫克%。症见右胁下微感不适,食纳正常,咽部作堵,口舌经常生疮,有时恶心,尿黄少,大便溏软不畅,望之面目黄染不明显,舌苔白

腻,舌质红,脉象弦滑。血清胆红素1.92毫克%,其他肝功能指标均正常。证属肝胆湿热未清,入于血分经久不宜。治以清热利湿、活血化痰。处方:茵陈30克,草河车10克,丹皮10克,泽兰15克,藿香10克,炒知柏各10克,车前子10克,杏仁10克,橘红10克,川连3克,黄芩10克,茅根15克。另用青黛15克,白矾15克,共研细粉,装一号胶囊,每次饭后服一枚胶囊,日三次。以上方出入共服月余,复查肝功能正常,血清胆红素降至0.8毫克%,黄疸指数5单位。以后随访时共复查5次,血清胆红素均为0.8毫克%,肝功能正常,症状消失。

例二,毕××,男,26岁,病历号247673。住院日期1963年10月15日。患者于1961年9月发现面目皮肤发黄,食纳不佳,经某医院检查,诊为病毒性黄疸型肝炎。服用中西药,自觉症状好转,但两目发黄未完全消退,肝功能异常,遂于1962年10月15日住我院治疗。症见疲劳,怕冷,右胁痛(疲倦劳累后疼痛加重),大便溏,目微黄,面色无泽,舌苔薄白,舌质稍淡,脉象沉细而缓。血清胆红素2.2毫克%,黄疸指数20单位,谷丙转氨酶略有异常。证属脾阳不振,湿痰阻络,入于血分发为阴黄。治以温补脾阳、祛痰化湿、活血退黄。处方:党参15克,生黄芪12克,茵陈60克,云苓15克,炮附子10克,白术10克,干姜6克,泽兰15克,郁金10克,橘红10克。上方服14剂,症状稍有改善,黄疸指数9单位,血清

胆红素 0.8 毫克%，谷丙转氨酶在正常范围。因病日久，继服上药 3 个月。经 4 次复查，肝功能正常，血清胆红素均在 1.0 毫克%以下，症状消失而出院。

我院肝炎组曾在 1975 年总结了血清胆红素长期增高患者 10 例，病程 1~4.5 年，血清胆红素在 1.5~3.8 毫克%之间，平均为 2.23 毫克%，凡登白试验均呈间接反应，其他肝功能均属正常，患者舌质淡红，苔薄白或灰白，脉沉缓或沉细，多数病人临床症状较轻，8 例有不同程度的肝区痛、全身乏力、食欲不振和腹胀，5 例大便不调，日解稀便 2~3 次，4 例有腰背酸痛和畏寒。根据以上见症，显为寒湿困脾，故从阴黄论治，法以温运脾阳、利湿退黄为主，药用茵陈、炮附片、干姜、桂枝、白术、生黄芪、党参、云苓、泽兰、赤白芍等，湿重者加车前子、泽泻，气滞明显者加香附、厚朴等。经 3~4 个月的治疗后，临床症状均见减轻，10 例患者血清胆红素均降至 1 毫克%以下，平均为 0.67 毫克%，疗效是比较满意的。

根据我的多年临床观察，残余黄疸患者多为阴黄，阳黄者比较少见。对阴黄患者治疗应注重温运脾阳，辅以利湿退黄。笔者经验，青黛、白矾具有清肝热、祛痰涎作用，对黄疸的消退有一定效果。青黛、白矾合用治疗黄疸的效果较好，但如治阴黄，只可用白矾，不能用青黛。上二药对合并有脂肪肝、高血脂、高胆固醇的患者，用之亦均有效果。（关幼波）

二、阴黄证治

阴黄一症，众说纷纭。近年文献有认为急性黄疸型肝炎属阳黄，而慢性肝炎或肝硬化之有黄疸者则属阴黄；更有认为“中医所谓阴黄，有类于现代医学中的亚急性黄色肝萎缩症”。对于阴黄症的病因、病机、治疗法则等，历来也无一致看法。

《伤寒论》第 259 条指出：“伤寒发汗已，身目为黄，所以然者，以寒湿在里不得解故也。以为不可下也，于寒湿中求之。”《景岳全书》谓：“阴黄症，则全非湿热，……其为病也，

必喜静而恶动，喜暗而畏明，凡神思困倦、言语轻微、或怔忡眩晕、畏寒少食、四肢无力，或大便不实、小便如膏及脉息无力等证，悉皆阳虚之候，此与湿热发黄者反若冰炭。”把上述引文联系起来，阴黄的病因病机可以用“寒湿、阳虚”四个字概括。寒与湿，皆为阴邪，阻遏阳气，阳气失于宣达，则全身失去温煦之源。里失阳气（热力）之腐熟水谷，则食少便溏；表失阳气之敷布肌肉，则形寒肢冷；血脉失阳气之鼓动，则脉息无力；肝胆之气为寒湿所阻，疏泄失权，则胆液游溢，浸渍血液，逆于皮肤，色如薰黄。

笔者针对上述寒湿阳虚的病因病机，采用温阳散寒化湿法治疗阴黄，经临床验证，效果良好。如患者宋××（住院号 33395），发病 1 周入院。入院时有明显消化道症状，皮肤巩膜黄染，肝肿大，麝浊 6 单位，谷丙转氨酶 1475 单位，血清胆红素 5.75/3.04 毫克%（总胆红素/直接胆红素，以下同），诊断为急性黄疸型肝炎。开始我们拘泥于急性黄疸型肝炎应属阳黄之认识，按阳黄湿偏重处理，用茵陈胃苓汤加味治疗。3 周后，症状加重，血清总胆红素上升到 23.75 毫克%，谷丙转氨酶下降到 310 单位，呈酶胆分离现象，提示病情恶化。经仔细观察分析，发现患者畏寒喜热，虽时值炎夏，仍需棉被裹身，还要求紧闭门窗，饮水服药，虽滚烫水仍嫌不热，大便溏泻，日行 5~8 次，舌质淡嫩，苔白而腻，脉息无力，呈一派寒湿阳虚之象，故决定改投温阳散寒化湿之茵陈四逆汤加味治疗。服药后病情迅速好转，并逐渐治愈。

再如患者尹××（住院号 91900），因乏力、纳差 1 周，眼黄 1 天，于 1981 年 2 月 23 日入院。入院时血清胆红素 5.75/4.0 毫克%，麝浊 14 单位，谷丙转氨酶 5000 单位以上，HBsAg 1:256，给予一般常规治疗。9 天后因全身及消化道症状加重，血清总胆红素上升到 16.05 毫克%而邀中医会诊。当时患者口中清涎频溢，畏寒喜热，不思饮食，大便溏泻，脉细弱，舌质淡胖，苔白厚腻，即按寒湿阳虚之

阴黄给予茵陈四逆汤加黄芪、党参、桂枝治疗，病情迅速好转而愈。

肝炎之表现为阴黄者，多示病情危重，如不及时给予正确治疗，预后不良。以后我们凡遇黄疸而表现有寒湿阳虚之象者，不论是急性或慢性肝炎，均尽早按阴黄处理，收效满意。如患者芦××（住院号99633），因肝功能异常3年半，于1983年9月7日入院，诊断为慢性活动型肝炎。经3个多月中西药治疗，病情加重，出现黄疸并迅速加深。同年12月6日血清胆红素17.2/10.6毫克%，麝浊20单位以上，谷丙转氨酶2000单位以上。患者全身黄染，色泽晦暗，畏寒喜热，恶心纳呆，大便溏薄，脉息无力，遂按阴黄处理，用茵陈四逆汤加党参、黄芪、桂枝、白术、茯苓治疗。此后症状日见好转，黄疸逐渐消退，至1984年3月13日肝功能全部恢复正常而出院。

据临床所见，肝硬化病人也有出现阴黄者。如患者肖×（住院号79098），因查体发现谷丙转氨酶增高，间断异常1年余，于1980年11月21日入院，当时诊断为慢性迁延型肝炎，1981年7月底诊断为慢性活动型肝炎，同年8月根据其相继出现肝掌、蜘蛛痣、脾功能亢进、血浆蛋白倒置等，诊断为早期肝硬化。经多种中西药及输白蛋白等支持疗法，效果不够理想；加服联苯双酯后，谷丙转氨酶降到正常，但其他肝功能指标不见好转，麝浊17单位，血清胆红素4.3/2.6毫克%，血浆蛋白倒置（3.1/3.31克%），并且食欲不振，大便溏泻。为了改善消化道症状和消退黄疸，在原治疗基础上，于1982年6月15日加用中药。当时患者形体消瘦，面色晦黄，食少便溏，大便日行3~4次，脉细弱，舌淡胖有瘀斑，苔白而腻，投以益气健脾之剂，症状不见好转，因见其有中焦寒湿不化之症，乃改用茵陈四逆汤加黄芪、党参、桂枝、茯苓、白术，温阳散寒化湿。患者服药后脘腹舒适，纳谷渐增，便次减少，遂守方治疗约4个月，至同年10月11日复查肝功能，除谷丙转氨酶继续正常外，黄疸基本消退（血清胆红素1.7/0.9毫克%），

血浆蛋白明显改善（3.36/2.91克%），麝浊17单位，病情稳定。于同年10月14日出院。至今出院已1年半，情况一直良好。

上述四例均系按阴黄治验的病例。我们治疗阴黄的体会可以归纳为以下四点：（1）阴黄一症，既可出现于急性黄疸型肝炎，也可出现于慢性肝炎或肝硬化之有黄疸者；（2）其病因病机是寒湿阳虚；（3）其辨证要点是：黄色不鲜，食少便溏，畏寒喜热，脉息无力，舌质淡胖，苔白而腻；（4）治疗上当温阳散寒化湿，以用茵陈四逆汤加味为宜。个人体会，只要辨证准确，效如桴鼓。

（喻森山）

三、慢性肝炎高黄疸证治

慢性活动型肝炎高胆红素血症，系指经临床及/或病理检查，诊断为慢性活动型肝炎，病程中出现高黄疸者（血清总胆红素超过10毫克%以上）而言。这是慢性活动型肝炎病情严重的标志之一。虽然有的病例表现为单纯高黄疸，而全身状况良好，但大部分病例可以合并有腹水、凝血机制严重损害（例如凝血酶原活动度明显低于正常）、出血、肝昏迷、肝肾综合征、感染等一种或多种并发症。本院资料表明，单纯高黄疸或高黄疸合并腹水者，近期预后较好；但有其他合并症者死亡率一般较高。本病虽属中医黄疸范畴，但因久病、有多脏腑功能失调、反复出现黄疸等特征，故不同于“急黄”或通常所见的肝炎黄疸。本文仅就中医辨证治疗这类疾病中所需要注意的几个问题谈些自己的粗浅看法。

一、要弄清标本关系

古人云：“知标本者万举万当，不知标本者是为妄行。”慢性活动型肝炎，什么是标，什么是本，有时不易辨认。因为这类病人虚实夹杂，容易混淆。例如病人有口渴、便干、舌苔黄腻，但按湿热论治却不奏效；有时舌红绛，脉细数，形似热入血分，用凉血清营之剂，也难以阻断病情发展。虽然目前尚难归纳出中医治疗本病的规律，但有两点可供临床参考：其一，慢性活动型肝炎高胆红素血症患者，临床

时绝非为单一证候,常见多种证候并存。但由于病机复杂,临床表现不典型,一时难以从复杂的症状中找出其起主导作用的,或者反映病人真实情况的症状,从而一时难以得出准确的辨证。治疗中必须分清主次,抓住主证,兼顾他证,方可取得较好疗效。其二,用整体分析病情。须知黄疸有湿热、寒湿、火盛、瘀热等成因,不能一见黄疸,就认为即是湿热,而投以大剂苦寒清利之品。何况慢性活动型肝炎患者,因久病每有正虚,尤其是脾肾亏损相当常见。对于具体病人,是正虚邪实?抑或为正邪俱实?其治则是不同的。即使对有黄腻苔病人,是湿热为主?还是脾虚生湿,湿久化热?均当慎重辨别。笔者在临床实践中常见到有黄腻苔者,但细析其症候表现,却是中焦虚寒,这时正虚是本,邪实是标,用温中健脾法为治,收效较好。但也应看到,虽然本病表现以湿热内蕴为主证者并不多见,但在少数病例中确可见有“湿热余邪残未尽”的特征。湿与热结,可以表现为肝胆湿热,而用龙胆泻肝汤主治;也可表现为痰热互结,治以小陷胸汤合活血之品;也有湿热弥散三焦,而用三仁汤合甘露消毒饮加减治疗;有的甚至如同急黄,表现为阳明腑实证,用大承气汤或在辨证论治基础上加硝黄通下,取效甚速。

二、要重视血热血瘀之病机

由于本病是慢性疾患,久病入络,因此常可导致血瘀。正如《张氏医通》所说:“诸黄虽多湿热,然经脉久病,不无瘀血阻滞也。”慢性活动型肝炎高胆红素血症患者几乎都有不同程度的血瘀见症,血瘀又可加重病情,甚至是黄疸加深的主要病机。血瘀发黄的主要特点是小便自利。《普济方》中载:“血瘀之黄,小便自利耳。”沈金鳌也说:“诸黄皆小便不利,唯瘀血发黄,小便自利。”临床所见确是如此,这些病例虽然有重度黄疸,却小便自利。此外,在血瘀较重的高黄疸病例中,常瘀热互结,邪毒深伏,有明显的里热征,此即所谓“瘀热在里,身必发黄”是也。有的病例有严重的出血倾向,如鼻衄、齿衄、皮肤瘀斑等,黄疸合并出血系

“由脾胃火热,热伤于心,心主血,热气盛,故发黄而动血”。历代医家对瘀热交结发黄的治疗,多有主张用犀角散等凉血活血之剂治疗者,但近世医家报道不多。笔者近几年来用凉血活血重用赤芍治疗,收效较好。

三、用药不宜偏颇

前已述及慢性活动型肝炎存在多脏腑功能失调,故用药时切忌偏颇,以免导致新的失调。例如对阴虚湿困或血热湿困者,祛湿宜防辛燥伤阴,滋阴宜防滋腻滞邪,凉血宜防苦寒伤正,活血宜防攻伐而动血耗血。所以在对慢性活动型肝炎高黄疸病人进行辨证施治时,选方用药要慎之又慎,力争合理。

总之,笔者认为诊治慢性活动型肝炎高胆红素血症人,不必拘泥于分型,重在认真辨证,因为这类病人个体差异很大,变化快,病情重,很难用一个或几个证型确定,也很难用几个固定方剂解决病人的各种矛盾。当然根据大量临床实践,对某一证型,采用相对固定方剂,仍属必要,这样既便于重复,也有利于推广。

(汪承柏)

“仲景学说现代研究中心”成立

六月二十九日下午“仲景学说现代研究中心”在大连召开了成立大会。

汉代医学家张仲景撰写的《伤寒杂病论》开中医辨证论治的先河。此后历代医家学术思想的形成,无不受到仲景学说的影响。因此,张仲景被后世医家奉为“医圣”,他的学说被誉为“医魂”。对于仲景理论的研究,国外也比较活跃,有的国家还应用现代化手段进行了深入的探讨。为了开发祖国医学遗产,在大连市委、市政府的关怀和领导下,沈阳部队军医学校、大连化学物理研究所、大连工学院电子计算机系、河南省南阳张仲景医史文献馆等单位联合发起,成立了“仲景学说现代研究中心”。这个研究中心以沈阳部队军医学校为主要基地,下设19个研究室,邀请全国各地的中医界知名学者进行专题研究,并将开办仲景医院和药厂以及电脑诊疗系统软件厂、编辑出版《仲景学说现代研究杂志》。

(宏军、刘杰)