

# 70例肝内胆汁郁积症中医辨证 与病理关系的探讨

解放军 302 医院 汪承柏 贺江平 朱纯吾

**内容提要:** 作者通过对 70 例肝内胆汁郁积症的中医辨证治疗, 探讨其与肝脏病理的关系, 认为血瘀血热是本文病例黄疸的基本病因病机。单纯血瘀血热者, 其肝脏的病变程度较有兼证者为轻; 但原发性胆汁性肝硬化病变重, 而兼证较少。用凉血活血法治疗急性肝炎、慢性活动性肝炎疗效显著, 而治疗原发性胆汁性肝硬化则无效, 故认为发病机制也是影响疗效的主要因素。

应用凉血活血中药治疗重度黄疸肝内胆汁郁积症已有多次报道, 其消退黄疸效果优于激素<sup>(1)</sup>, 并有降低 TXB<sub>2</sub><sup>(2)</sup>、改善病理<sup>(3)</sup>等作用。为探讨不同病因、不同病机所致的肝内胆汁郁积症的主要证型与肝脏病理的关系, 现将 70 例的临床总结报告如下。

## 临床资料及研究方法

### 一、病例来源

选择血清胆红素 (Bil) > 10 mg%、经病理确诊之住院病例作为研究对象。其中男 51 例, 女 19 例。年龄为 14~54 岁, 平均为 33.46±11.1 岁。

### 二、观察项目及诊断依据

全部病例除均检测了甲、乙型肝炎病毒抗原抗体标记物和各种生化指标外, 并均做了肝活检 (于黄疸高峰期通过腹腔镜、Bil 降至 5 mg% 以下或正常时通过快速肝穿, 取肝组织送光镜检查)。

1. 生化指标检测结果, 急性肝炎 (AH) 14 例, 其各项生化指标检测例数/异常例数分别为: GPT 14/14, TTT 14/7, A/G 14/9, Bil 14/14。慢性活动性肝炎 (CAH) 50 例, 检测结果: GPT 50/49, TTT 50/44, A/G 50/49, Bil 50/50。以上两组的碱性磷酸酶 (AKP)、 $\gamma$ -谷酰转氨酶 ( $\gamma$ -GT)、5'-核苷酸酶 (5'-Nt)、脂蛋白 X (LP-X) 均高于正常 1~5 倍。原发性胆汁性肝硬化 (PBC) 6 例, 检测结果: GPT、TTT、A/G、Bil 均异常; AKP、5'-Nt、 $\gamma$ -GT 均在正常 5 倍以上或更高; Lp-X 均明显升高, 5 例 > 20 倍, 最高达 1100 mg% (正常 < 15 mg%)。

2. 病理变化, 三组病例的共同病变有灶性坏死、

气球样变、炎性细胞浸润、枯否氏细胞反应及明显胆汁郁结现象。桥型、碎屑样及嗜酸性坏死三项病变主要见于 CAH、PBC, 在 AH 仅为偶见而且很轻。

结合临床、生化、病原学、病理综合分析, 确诊为 AH 14 例, 其中甲、乙型各 3 例, 甲、乙混合感染 1 例, 甲、乙型抗原抗体均阴性 7 例。CAH 50 例中, 乙型 41 例, 甲、乙型重叠感染 8 例, 甲、乙型抗原抗体全阴 1 例。PBC 6 例中, 抗-HB<sub>s</sub>、抗-HB<sub>e</sub>、抗-HB<sub>c</sub> 三项阳性者 2 例, 抗-HB<sub>s</sub> 单项阳性 3 例, 抗-HB<sub>c</sub> 单项阳性 1 例, 抗-HAVIgM 全为阴性。

### 三、治疗方法

1. 用本法前的治疗, 全部病例黄疸期平均超过 40 天, 曾用过激素、胰高血糖素—胰岛素、辨证中药、6912 注射液 (由清热解毒中药制成) 等药物中之一或多种治疗, 结果 56 例黄疸进行性加深, 14 例黄疸持续不退, 因而均改用本法治疗。

2. 辨证论治, 按 1986 年第二届全国活血化瘀研究学术会议修订的血瘀诊断标准<sup>(4)</sup> 中主要依据第一条及相应症状, 本组 70 例均确诊有血瘀血热证, 以丹参、赤芍、葛根为主药。兼有心下停饮者 26 例, 加桂枝、茯苓; 兼有阳明腑实者 11 例, 加生大黄、元明粉; 兼有脾肾阳虚 1 例, 加肉桂、炮附子; 兼有湿热 1 例, 加黄芩、茅根。所有病例除服用一般维生素外, 不加用其他治疗。

## 结果分析

### 一、中医辨证与病理改变关系

1. 中医分型与肝脏病变程度关系: 根据 南宁会

议标准<sup>(6)</sup>，将肝活检标本光镜所见分为轻、中、重三型，31例单纯血瘀血热型中17例(54.84%)病变为中、重型；39例有其他兼证者中32例(82.05%)病变为中、重型，两者比较有明显差异( $P<0.05$ )。说明证型越复杂，肝脏病变越重。

2. 肝脏病变恢复情况：30例(AH 7例，CAH 23例)做了二次肝穿，其病变的恢复与改善情况见表1。从中看出，经过治疗后，八项主要病变多数有一定程度改善或消失，但不同证型的病变恢复程度无明显差异。

表1 肝脏病变恢复情况

| 肝脏病变   | 例数 | 治疗后恢复情况 |    |    |
|--------|----|---------|----|----|
|        |    | 消失      | 改善 | 不变 |
| 碎屑样坏死  | 23 | 5       | 14 | 4  |
| 桥型坏死   | 13 | 4       | 6  | 3  |
| 灶性坏死   | 27 | 5       | 10 | 12 |
| 嗜酸性坏死  | 23 | 18      | 4  | 1  |
| 气球样变   | 25 | 19      | 5  | 1  |
| 炎细胞浸润  | 29 | 2       | 18 | 9  |
| 枯氏细胞反应 | 27 | 13      | 5  | 9  |
| 胆汁郁积   | 28 | 19      | 6  | 3  |

## 二、消退黄疸效果

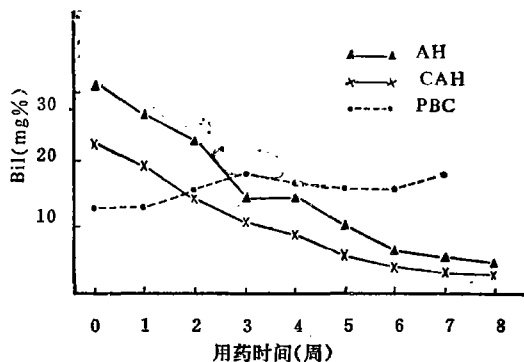
接受本疗法时，AH、CAH、PBC的Bil均值分别为 $30.33\pm 9.77(12.8\sim 51.8)$ 、 $22.36\pm 8.97(10.0\sim 50.5)$ 、 $16.0\pm 10.39(7.4\sim 35.2)\text{mg}\%$ 。治疗后14例AH、47例CAH(另3例尚在治疗中)黄疸均消退，Bil降至正常的平均天数分别为 $85.2\pm 28.32$ 及 $68.73\pm 24.14$ 天；6例PBC无一例有效。各组病例治疗期间Bil动态变化见附图。

## 讨 论

### 一、病因病机

本文病例系根据发病历史、临床症状、生化指标、甲或乙型肝炎病毒抗原抗体、肝活检等进行综合分析诊断，并通过B超等检查排除了肝外梗阻性黄疸及慢性重症肝炎，因而诊断可靠。

本组70例的血清胆红素均 $>10\text{mg}\%$ ，黄疸持续时间平均超过40天。关于黄疸的病因病机，自《内经》始，众口一词，皆责诸脾胃肝胆湿热。黄疸持续时久患者，临床多见瘀血阻滞，而且久病必郁，肝郁尤属多见。《谦斋医学讲稿》指出：“肝郁的全过程，其始在气，继则及血”“凡肝郁郁热，亦易暗伤营血”，加之郁久化热，因而有血瘀血热见症。杨氏认为肝经血热



附图 三组病例治疗后 Bil 的动态变化

是病毒性肝炎的主要病机<sup>(6)</sup>，蒋氏报告275例血瘀血热者全部为慢性活动性肝炎<sup>(7)</sup>，陈氏报道75%的慢性活动性肝炎有血瘀血热见症<sup>(8)</sup>。本文50例慢性活动性肝炎和6例原发性胆汁性肝硬化均属慢性肝病，而14例急性肝炎，其黄疸期亦超过40天。临床辨证中发现全部病例均有舌质紫暗、瘀斑瘀点、舌下静脉延长或增粗，并有口咽干燥、大便艰难、皮肤灼热、瘙痒和搔后有出血点等血瘀血热见症。因此，我们认为血瘀血热是本文病例黄疸的基本病因病机。过去的报道<sup>(1~3)</sup>及本文病例用凉血活血中药治疗具有显著消退黄疸及改善病理的作用，亦可资佐证。

### 二、辨证与肝脏病变关系

本组病例均有血瘀血热证，其中31例为单纯血瘀血热，其余39例并有各种兼证。从辨证与病变程度的关系中看出，单纯血瘀血热患者，其肝脏的病变程度较有兼证者为轻，因而认为从证型可以推测肝脏病变之严重程度。但值得指出的是，PBC虽然病变重，但仅一例有兼证，分析其原因可能与病因、病机不同有关。AH、CAH早期均有湿热，以其“早期在气，继则及血”之病机而导致血瘀血热。湿热之病理虽然在肝脾，但心肾却为其病变之归宿。所以，血瘀血热常与湿热引起的多脏腑机能失调并存，一旦成为慢性，则变证丛生。而PBC在病之初期就以血瘀血热为主要病机，这种血瘀主要定位在肝，而我们收治的PBC均属III期，这期病变与CAH相似，所以虽肝脏病变较重，但其它脏腑很少受累，故兼证较少。因此从证型推测肝脏病变，还需结合该病之基本病因方可作出较准确的判断。

### 三、证治规律探讨

中医对黄疸的治疗讲究“谨守病机，各司其属”。本文所介绍之病例，系黄疸之特殊类型。我们从证治中初步看出如下规律：证型相同，疗效可以不同。经

分析, AH、CAH、PBC 三组病例均有血瘀血热, 治法用药基本相同, 但前两者疗效显著, 而后者却无效, 说明诊断不同疗效各异。AH、CAH 同为病毒性肝炎, 均与湿热有关, 疗效很好, 而 PBC 病初即表现为血瘀血热, 治法用药基本相同, 却治疗无效, 说明病因病机不同, 疗效也有差异。此外, 发病机制也是影响疗效的主要因素, AH 与 CAH 的胆汁郁积机理与免疫失调有关, 其黄疸加深或持续不退可能与应用激素、胆汁郁积因子、继发性血浆血栓素 $B_2$ (TXB $_2$ )增加等因素有关, 而 PBC 系由于病人自身白细胞抗原(HLA)沉积于胆管上皮, 产生抗体, 形成免疫复合物, 导致胆管损伤所致。两种不同的发病机制对治疗反应完全不同。因此, 虽然临床辨证证型相同, 由于各种原因可以影响疗效。因此, 在制定治疗方案时, 应考虑到病因、证型、诊断及现代研究之发病机理而予以调治, 不宜仅以单一依据而治之。

## 参 考 文 献

- (1) 汪承柏, 等. 凉血活血、激素、清热解毒对淤胆型肝炎退黄疗效的比较. 中西医结合杂志 1984; 4(2):80.
- (2) 汪承柏, 等. 凉血活血、激素、清热解毒对淤胆型肝炎治疗作用的实验研究. 中西医结合杂志 1984; 4(6):362.
- (3) 贺江平, 等. 凉血活血法不同组方对高黄疸肝炎退黄及改善病理的比较. 中西医结合杂志 1988; (3):147.
- (4) 中国中西医结合研究会活血化瘀研究专业委员会. 血瘀证诊断标准. 中西医结合杂志 1987; 7(3):129.
- (5) 南宁会议(1984年12月30日)修订. 肝炎防治方案(试行). 中华内科杂志 1985; 24(增刊):52.
- (6) 杨震. “肝经血热”是病毒性肝炎的重要病机. 陕西中医 1981; 2(2):7.
- (7) 蒋森. 清热通腑利胆汤治疗瘀胆型肝炎 25 例临床疗效观察. 新中医 1981; 7:23.
- (8) 陈增潭, 等. 肝经血热证与循环免疫复合物的关系. 北京中医 1984; (3):16.

## 桂枝加葛根汤治疗面肌颤动

黑龙江省鸡西市中医医院 金树武

阵发性颜面肌肉颤动, 目前在治疗上尚无成法可循。笔者据《内经》“风胜则动”“营卫相将”等理论, 采用疏风调营卫之桂枝加葛根汤治疗十四例, 均奏良效, 简介如下:

例一: 宋××, 男, 12岁, 1983年10月4日初诊。自述2周前参加学校义务劳动, 汗出较多, 当时未加注意, 迎风乘凉后自觉项背不舒, 2天后两目拘急, 随之两眼睑肌肉颤动, 项背不舒, 时自汗出, 遇风诸症加重。即赴市××医院治疗, 经予肌注维生素B $_1$ , 口服维生素C、维生素E、安定等药, 又针刺一周, 效果不显。检查: 无口眼歪斜, 舌淡红、苔薄白, 脉弦缓。风邪外袭, 营卫不和, 筋脉失养。治以祛风调和营卫, 解痉舒筋为法。选投桂枝加葛根汤: 桂枝15克, 白芍15克, 甘草10克, 生姜3片, 大枣4枚, 葛根30克。3剂水煎服。咽服药后喉热稀粥200毫升, 取微汗后避风。服药后眼睑痉挛明显减轻, 项背得舒, 汗出恶风症罢。继续投前方3剂后, 病告痊愈。

例二: 魏××, 女, 45岁, 1987年4月25日初诊。自述右侧面部肌肉颤动, 且有麻木感。口眼歪斜一年。该患者一年前由于汗出伤风而后突感右侧面部

肌肉颤动, 项背强几几, 右侧面部麻木, 逐渐出现口眼歪斜, 时自汗出, 恶风, 手足麻木等症。曾去××等医院均诊断为周围型面神经麻痹。服西药(药物不详)及中药镇肝熄风汤、牵正散等不效。乃来我院诊治。检查: 神志清楚, 面色微黄, 两目有神, 右侧面部肌肉颤动, 无明显口眼歪斜, 舌淡红、苔薄白, 脉弦。风邪侵袭, 营卫不和, 分肉不利, 筋脉失养。仍以祛风调和营卫, 解痉舒筋为法。投桂枝加葛根汤: 桂枝15克, 白芍15克, 甘草10克, 生姜3片, 大枣4枚, 葛根50克。服药方法同前例。服药6剂症状大减, 又因劳累汗出当风而复发加重, 仍守前法治之, 复投桂枝加葛根汤21剂, 诸症消失, 病告痊愈。

按: 腠理不固, 营卫不和, 则络脉筋肉失养, 加以风邪扰动, 面部肌肉痉挛。故本病临床多见自汗、恶风、遇风加重等症。治疗当以祛风调和营卫为主。桂枝加葛根汤证病机与面肌痉挛吻合。方中桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣, 共奏祛风解肌, 调和营卫之效。更兼重用葛根, 既能疏风, 又能升津舒筋解痉。如此则风邪得去, 营卫调和, 分肉解利, 腠理致密, 津液升布, 筋脉得其濡养, 痉挛之病乃愈。