

附子在高黄疸治疗中的应用体会

贵 襄 平*

主题词 黄疸/中医药疗法 附子/投药和剂量

附子乃温中回阳要药,大热大毒,走而不守,效专力宏,有“乱世良将”之称。笔者在李传德主任中医师的指导下,辨治高黄疸时妙用附子,每获良效。特录验案3则,介绍如下:

1 亚急性重症肝炎

王××,男,40岁,因身、目、尿黄3天,于1992年6月30日入院。症见:身、目、尿俱黄,色黄如金,纳呆,恶心呕吐,腹胀,乏力神疲,大便不爽。查体:神清,精神不振,全身皮肤及巩膜中度黄染,未见蜘蛛痣及出血点,肝脾肋下未触及、肝区叩击痛明显,腹部无移动性浊音。舌红、苔黄白相兼,脉弦滑。肝功能:总胆红素(TBIL)120.45 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素(DBIL)93.41 $\mu\text{mol/L}$,转氨酶(ALT)389U,总蛋白(TP)6.8g%,白蛋白/球蛋白(A/G)4.3/2.5;HBsAg(+),抗-HBs(-),HBeAg(+),抗-HBe(-),抗-HBc(+).诊断:病毒性肝炎,急性黄疸型。证属湿热中阻,脾胃失和。处方:茵陈30g,栀子10g,大黄10g,连翘15g,虎杖20g,陈皮10g,苍术10g,厚朴10g,茯苓15g,山楂20g,赤芍30g,甘草6g。日1剂,水煎服。并予液体支持治疗。治疗10天,临床症状无改善,黄疸持续上升,上肢前臂静脉注射处皮肤出现多处瘀斑。7月11日肝功能:TBIL197 $\mu\text{mol/L}$,DBIL103 $\mu\text{mol/L}$,ALT312U,总胆固醇(Tch)109mg%,凝血酶原时间(PT)20秒。化验提示呈“疸酶分离”倾向,PT明显延长,Tch偏低,B超报告“肝光点增粗,胆囊壁增厚”。中药暂守上方,加强西药保肝治疗,予支链氨基酸250ml

静滴,日1次。调治10余日,黄疸进一步加重,色黄如烟熏,仍腹胀,纳呆,呕恶,极度乏力,呃逆频频,肛门灼热坠胀,便下不爽,舌红、苔薄黄而润,脉细缓。肝功能:TBIL307 $\mu\text{mol/L}$,DBIL160.9 $\mu\text{mol/L}$,ALT142U,TP6.2g%,A/G3.2/3.0,碱性磷酸酶(ALP)201U, γ -谷氨酰转肽酶(γ -GT)67.8U,PT18秒。修正诊断:亚急性重症肝炎。中医辨证为湿热蕴结既久,加之过用苦寒,湿胜寒化,寒湿困遏中阳,湿浊不化,瘀热纠结,气机不畅。证由阳黄转为阴黄,病势凶险。治疗当以温运中阳、化湿祛浊为急务。处方:炮附子6g,白术12g,茵陈30g,苍术10g,细辛3g,白豆蔻10g,厚朴10g,茯苓30g,木香10g,柴胡10g,海金沙20g,槟榔6g,白芍20g,川芎10g。药进15剂,黄疸明显减轻,精神及食欲转佳,腹胀、呕恶及大便不爽感消失,皮肤瘀斑消散,舌红、苔薄黄而腻,脉细滑。8月12日肝功能:TBIL91.3 $\mu\text{mol/L}$,DBIL33.4 $\mu\text{mol/L}$,ALT56.6U,TP7.4g%,A/G4.0/3.4,ALP151U, γ -GT44.5U,Tch193mg,PT13秒。药已中病,效不更方,继守上方调治月余,黄疸消退,临床症状消失。9月27日化验肝功能已正常,HBeAg转阴,痊愈出院。予“乙肝扶正胶囊”巩固善后,3个月后复查肝功能正常。

按:该例病初按常法予清利湿热治疗,未能控制病情发展,黄疸持续加重,由阳转阴,病势凶险,经详审脉症,舌红苔黄乃内有郁热之征,但苔黄而润、大便不爽实为湿滞中焦、气机不畅之象;脉细缓为中阳被遏、鼓动无力之表现。依此立法,急投鼓舞中阳、祛湿化浊之品,辅以清热、行气、活血为治,俟中阳得运,湿浊得化,瘀热得清,则诸症自愈。

2 慢性重症肝炎

张××,妇,33岁,因身、目、尿黄2月余,于1992年1月14日入院。既往有“乙肝”病史

* 湖北省襄樊市中医院,湖北省襄樊市长征路112

号(441000)

收稿日期:1993-02-08

半年。入院前曾在某医院住院近2月,予肌苷、肝泰乐、强的松、茵栀黄合剂及输血、静滴冻干血浆等治疗,病情逐渐加重,故转我院。症见:身、目、尿明显黄染,色鲜明如橘,纳呆,脘腹胀满,恶心呕吐,肢倦乏力,口干而不欲饮,大便稀溏,尿少,身不痒。查体:神清,精神差,满月脸,全身皮肤及巩膜重度黄染,上肢前臂静脉注射处皮肤可见多处瘀斑,腹隆,腹壁静脉无曲张,脐周腹围82cm,腹水征(+),肝脾肋下未触及,肝区叩击痛明显,双下肢轻度浮肿。舌红、苔薄白而润,脉沉细。肝功能:TBIL510 μ mol/L, ALT134.2U, TP6.8g%, A/G3.0/3.8, Tch85mg%, PT16秒。HBsAg(+), 抗-HBs(-), HBeAg(+), 抗-HBe(-), 抗-HBc(+). B超报告“肝内回声增强增粗,胆囊壁欠光滑,腹水”。诊断:慢性重症肝炎。中医辨证属脾肾阳虚、水湿不行、瘀热蕴结。处方:炮附子8g,干姜10g,茵陈30g,白术10g,茯苓15g,猪苓12g,泽泻10g,黄芩10g,黄连10g,半夏10g,赤芍30g,白茅根30g。日1剂,水煎服。并予能量合剂、支链氨基酸静滴,间断输注白蛋白。治疗10天,身、目、尿黄减轻,尿量增多、每天约2000ml左右,腹胀感消失,精神好转,纳食增进。但午后低热而不恶寒,体温波动于37.5℃左右,时有腹鸣,大便仍不实、日行3~5次。舌红、苔薄黄而润,脉细滑。腹水征(±)、脐周腹围78cm,双下肢水肿减轻。1月24日肝功能:TBIL340 μ mol/L, ALT正常, TP7.1g%, A/G3.2/3.9, Tch120mg%。此乃阳气渐回、湿遏热伏之证。守上方去干姜,以防温热太过,加轻疏灵动之藿香、白豆蔻、柴胡各10g以化湿清热。续进14剂,身热渐退,病情继续好转。2月8日肝功能:TBIL170 μ mol/L, ALT正常, TP6.1g%, A/G3.1/3.0, Tch126mg%, PT14秒,蛋白电泳(SPE)示 γ 球蛋白39.2%。继守上方化裁调治2月余,黄疸退净,临床症状消失。4月21日化验肝功能:TBIL、ALT均正常, TP6.8g%, A/G4.2/2.6, Tch157mg%, SPE示 γ 球蛋白21.3%。于4月24日痊愈出院。随访半年,未见复发。

按:患者黄色鲜明如橘,当属阳黄之证,但神倦、肢肿、便溏、脉沉细皆为脾肾阳虚、水湿不化之象。正虚邪实,寒热错杂。脾肾阳虚为本,湿热瘀阻为标,治当扶正祛邪、标本兼顾,大胆运用回阳要药附子、干姜温补脾肾为主,辅以化湿利尿、清热解毒、活血消瘀之品,诸药合用,共收全功。

3 药物性肝内胆汁淤积

李××,女,33岁,因身、目、尿黄伴身痒2月余,于1991年12月20日入院。患者诉1991年9月25日因“精神失常”在某精神病医院住院治疗(诊断不详),予氯丙嗪、安定口服治疗12天后,精神症状消失,但渐感右肋隐痛、腹胀、食欲不振、恶心呕吐,并继见身、目、尿发黄,周身瘙痒,遂停药。查肝功能TBIL71.4 μ mol/L, ALT158U, TP6.3g%, A/G3.7/2.6,即转某传染病医院,经液体支持、保肝退黄及输用血液制品治疗2月余(诊断不详),病情无好转,黄疸持续上升,遂来我院求治。症见:身、目、尿深黄、黄色鲜明,周身瘙痒,腹胀,纳差,恶心想吐,右肋隐痛,口干但不欲饮,大便色黄质稀,尿量可。查体:神清,精神可,全身皮肤及巩膜重度黄染,散见抓痕,未见蜘蛛痣,腹平软,肝大右肋下约2cm,质软,表面光滑,边缘锐利,轻压痛。脾脏未及,腹水征(-)。舌淡红、边有齿痕、苔白腻,脉沉细而缓。肝功能:TBIL340 μ mol/L, ALT38.2U, TP6.8g%, A/G4.0/2.8, DBIL187 μ mol/L, ALP189.6U, γ -GT138U;乙肝标志物阴性。B超报告“肝内回声增粗,胆囊壁欠光滑”。诊断:药物性肝内胆汁淤积。中医辨证属脾阳不振、湿浊中阻,瘀热互结、肝郁气滞。治疗当以振奋中阳、化湿祛浊为先。处方:炮附子8g,干姜10g,白术12g,茵陈30g,白豆蔻10g,藿香10g,茯苓15g,半夏10g,苡仁15g,山药15g,厚朴10g,赤芍30g,竹叶10g。日1剂,水煎服。予一般液体支持,停用血制品。调治10天,身、目、尿黄及身痒减轻,腹胀及呕恶消失,纳食转佳,仍右肋隐痛、大便不实。舌淡红、边有齿痕、苔薄白,脉沉细。12月30日肝功能:TBIL170 μ mol/L, DBIL92 μ mol/L, ALT31.

6U, ALP151.2U, γ -GT83U。病情已获明显转机,继守上方调治2个月,黄疸基本退净,大便转实,惟感右胁部时有胀痛,每因情绪变化而增减,舌淡红、舌边齿痕消失、苔薄白,脉弦细。2月29日肝功能:TBIL25 μ mol/L余正常。证属湿热余邪未清,土壅木郁,气机不畅,治以祛湿清热、疏肝健脾、行气活血为法。处方:炮附子8g,白术g,茵陈30g,茯苓15g,山药30g,柴胡12g,白芍12g,当归12g,青陈皮各10g,丹参30g,川楝子15g,郁金15g。继进1个月,诸症消失,肝功能恢复正常而出院。予“逍遥丸”巩固善后。半年后复查肝功能无异常。

按:四诊合参,该案证属脾阳不振、湿浊中阻、瘀热互结、肝郁气滞。虚实错综,病机多端。笔者不为黄色鲜明所迷惑,从舌淡红、边有齿痕、苔白腻、脉沉细而缓着眼,认为脾阳不足、湿浊不化为该案之总病机。故治疗首以振奋中阳、运脾化湿为急,妙用大热之附子、干姜温中回阳为主,俟阳复湿化,再予疏肝行气、清解瘀热为法。标本缓急,井然有序。

4 体会

黄疸之发病,多为脾胃肝胆湿热为患,故历代医家每以清利湿热为退黄常法。高黄疸属黄疸之重症,病机复杂,传变多端,多为湿、热、浊、毒、瘀合而为病,但详究其根本,当以湿邪为要,所谓“黄家所得,从湿得之”,正是此意。湿性粘滞,缠绵难祛,其性类水,为阴邪,最易阻遏气机,损伤阳气。湿胜则阳微,就是对湿邪与阳气关系的很好概括。脾为湿土之脏,湿浊为患,多

以脾土为病变中心。湿浊阻滞日久,轻则困遏中阳,重则损伤中阳,均可影响脾阳的温运功能,更使湿浊不化,留恋不解,是造成高黄疸久羁不退的主要原因,也是运用退黄常法治疗难以奏效的症结所在。经云:“湿淫于内,治以苦热”“阴得阳则化”,因此,运用温热之品振奋中阳,助脾化湿就是促进黄疸消退的一个重要环节。诸多温阳药中,效专力宏者,莫过于附子。故笔者在上述3例中均大胆运用附子,取其大辛大热之性,振奋中阳。中阳一振,湿浊得化,湿去则余邪无以依附而易除,从而达到退黄之目的。例1重在阳气为湿邪所困,不得伸展,温运无力,故附子用小量,意在启动脾阳,使其温运有权。例2、例3阳虚见证明显,故在大胆运用附子的同时,配用干姜,以加强附子温中回阳之功。其中例2皮肤见多处瘀斑,系热伤营血之征,说明邪热亦盛,故俟阳气一回,则撤去干姜,以防温热太过。

高黄疸一般病程较长,湿阻日久,或困遏中阳,或伤损中阳,均不同程度地影响脾土运化水湿之功能。因此,不论辨证是阳黄,还是阴黄,只要舌苔润而不燥,大便溏而不结,脉象缓而不数,附子就可大胆运用,无需顾虑。

需要指出的是,尽管附子等温阳药在高黄疸的治疗中占有重要的位置,但它只是辨证用药中的一个方面,它只有与芳化湿浊、清热解毒、凉血消瘀、调畅气机、通利两便等诸法配合应用,标本兼顾,综合治疗,才能进一步提高疗效。

经络美容保健师专业班 全国中医针灸推拿点穴气功师专业强化班

全国针灸按摩点穴气功师专业强化班 全国中医针灸推拿点穴气功专业师资班

本班(四个班)均由中国古典医术健康中心和中国气功系列海口市培训中心联合举办,旨在配合政府治理整顿行业、理顺社会医疗气功市场,为就业就学人员进行严格培训,采用全国统编教材和自编教材,全面系统学习,实行国际化试题考核,颁发法律公证有效、全国通用一年制学历证书,可作为参加职称评定、开业就业从业传功的有效参考依据。一技五证傍身,助你优越处世谋生。本班由著名专家教授执教,学制分一年制、半年制和三个月制;学费(经络美容保健师专业班,函授学费300元;全国中医针灸推拿点穴气功专业师资班,函授学费250元;全国针灸按摩点穴气功师专业强化班,函授学费198元;全国中医针灸推拿点穴气功师专业强化班,函授学费198元),学习期间,根据个人学习进度和意愿可以超前结业。

汇款报名请寄:(邮编:570005)海南省海口市滨海大道花园新村A2幢103号招生办罗婷收。