

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.10.003

当代名医

## 姚乃礼分期辨治原发性硬化性胆管炎经验

王丽<sup>1,2</sup>, 张润顺<sup>1</sup>, 吕文良<sup>1</sup>✉ 指导: 姚乃礼<sup>3</sup>

1. 中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁5号, 100053; 2. 北京中医药大学研究生院; 3. 中国中医科学院

**[摘要]** 总结姚乃礼教授治疗原发性硬化性胆管炎的临床经验。认为本病病机特点为正虚邪盛, 脾虚不运是贯穿于本病发生发展的根本原因, 肝胆失于疏利是重要因素。临床应根据不同病程阶段进行辨证分析, 早期证型多为肝脾不和、湿热蕴结、血虚风燥, 迁延期证型多为肝郁脾虚、血瘀成积、脾虚湿滞, 后期证型多为肝肾阴虚、阳虚水泛。临证时善用黄芪健脾土, 滋肾水以调肝, 同时整体调治顾兼病, 临床疗效显著。

**[关键词]** 原发性硬化性胆管炎; 名医经验; 姚乃礼

姚乃礼(1944—), 男, 中国中医科学院主任医师、博士研究生导师, 第四至六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 首都国医名师。从事中医内科临床及研究工作50余载, 致力于消化系统疾病的研究及治疗, 对慢性胃炎、消化性溃疡、炎症性肠病、病毒性肝炎、自身免疫性肝病等疾病及其他疑难病症有独到见解。主持研发了抗肝纤维化、早期肝硬化院内制剂“芪术颗粒”, 并创“健脾通络解毒方”治疗慢性萎缩性胃炎。

原发性硬化性胆管炎(primary sclerosing cholangitis, PSC)是一种以特发性肝内和(或)肝外胆管弥漫性炎症及胆管纤维化改变导致的多灶性胆管狭窄、慢性胆汁淤积为特征的自身免疫性疾病。近年来北美和北欧的PSC患病率逐年增高, 可达3.85/10万~16.2/10万<sup>[1]</sup>, 我国尚缺乏PSC的流行病学资料, 但从临床所见, 其发病亦有增长趋势。PSC的病因尚不明确, 可能与遗传、免疫、环境、感染、胆汁酸代谢及肠道菌群等多种因素相关<sup>[2-3]</sup>。PSC常表现为疲劳、全身瘙痒、黄疸、厌食、体重减轻、发热、恶心、呕吐、间歇性腹痛等症状, 最终可进展为胆汁性肝硬化、门静脉高压、肝功能衰竭等。此外, PSC可伴发多种自身免疫性疾病如炎症性肠病、干燥综合征等<sup>[4]</sup>。肝移植是目前已证实的唯一有效的西医治疗方法, 尚无任何西药被证实可延长患者的非肝移植生存期<sup>[5]</sup>。中医药在自身免

疫性肝病的治疗方面具有潜在优势, 能有效改善症状, 预防疾病进展<sup>[6]</sup>。现将姚乃礼教授根据PSC发病不同时期的特点进行辨证论治的经验总结如下。

### 1 以脾虚不运、肝胆失于疏利为主要病机

根据原发性硬化性胆管炎临床表现, 可将其归属于“黄疸”“痞满”“胁痛”“鼓胀”“虚劳”等范畴。《素问·六元正纪大论篇》曰:“溽暑湿热相薄, 争于左之上, 民病黄疸而为臌肿”, 提出湿热内蕴为黄疸的病因。《本草纲目》曰:“有因下而结者, 从虚及阳气下陷; 有不因下而痞结者, 从土虚及痰饮食郁湿热治之”, 将痞满病机从湿热气郁、脾虚、痰食三方面考虑<sup>[7]</sup>。《素问·脏气法时论篇》云:“肝病者, 两胁下痛引少腹, 令人善怒”, 指出情绪易怒与胁痛密切相关。《丹溪心法·鼓胀》曰:“七情内伤, 六淫外侵, 饮食不节, 房劳致虚……清浊相混, 隧道壅塞, 郁而为热, 热留为湿, 湿热相生, 遂成胀满”, 指出六淫七情、饮食房劳皆为鼓胀的重要病因。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六·虚劳病》指出, 精气内损、脾气虚衰为虚劳的两大病机<sup>[8]</sup>。

姚乃礼教授认为, PSC的病因病机可以从正邪两方面考虑。正气之虚当从脾和肝(胆)两方面辨证, 脾虚不运是贯穿于PSC发生发展的根本原因, 而肝胆失于疏利是重要因素。脾虚不运致湿浊停留, 引起土壅木郁, 或肝胆失于疏利, 胆汁(精汁)不能助脾胃生化, 引起木郁克伐脾土, 导致肝

**基金项目:** 中国中医科学院科技创新工程(CI2021A00801); 北京中医药大学教育科学研究课题(XJZD2012)

✉ 通讯作者: lvwenliang@sohu.com

脾不和,这是本病发生发展的主要内因。外因包括六淫风火湿热之邪,七情包括忧思过度、情绪郁结,其他因素包括饮食劳倦、药毒酒毒等。基本病机可以概括为脾虚不运,湿浊内停,肝失条达,肝胆失于疏利,气郁化火,形成湿热;进一步发展可伤及肝络,致气血失养,络损成积,成为鼓胀重症;疾病后期,导致肝、脾、肾阴阳失调,可引起一系列病症。临床辨治应根据病情发展的不同病程阶段进行分析。

## 2 分期辨治

PSC 早期多因脾运不行、肝失疏泄,表现为肝脾不和的症状,如体倦乏力、胁肋隐痛或不适、脘腹胀满、食纳减少、大便不调等,可按胁痛、痞满等论治,治以调和肝脾、健脾疏肝;疾病进一步发展,由于脾运不行,水湿内停,酿成湿热,或肝血不足而致血虚风燥,出现疲乏加重、腹胀肠鸣,或有黄疸、大便不调、肌肤发痒、下肢水肿等症,可按黄疸、腹胀论治,在健脾疏肝基础上加入清利湿热或养血祛风之品;疾病迁延期,在肝郁脾虚基础上,久病入络,引起水停血瘀、络脉阻滞,形成癥积,出现肝脾肿大、出血等症,可按鼓胀、出血论治,治以健脾柔肝、通络散结、和血利水;疾病后期,累及肝脾肾三脏,出现阴阳两虚的表现,症见气短疲乏、头目眩晕甚或昏迷,反复出血,消瘦腹满、或胀或痛,尿少水肿,眼干口燥,大便溏泻等,属于鼓胀后期兼有虚劳病,当根据临床表现和标本缓急治则进行治疗。综上,疾病早期治以调和肝脾、清利湿热、理气活血,迁延期在此基础上加以柔肝散结、通络和血利水,后期以补益肝脾肾,调和气血阴阳。但临床中诸证常兼夹,宜根据具体病情辨证施治。

### 2.1 PSC 早期

**2.1.1 肝脾不和证** 肝脾不和者,症见胃脘部痞满,胁肋胀痛或窜痛,吞酸嘈杂,嗳气呃逆,舌红、苔薄黄,脉弦细或弦数。治宜疏肝健脾、理气和胃止痛,临床多以柴胡疏肝散加减治疗。若大便溏薄,加太子参、白术、川黄连以健脾祛湿;胃痛较甚,加延胡索、赤芍、白芍理气和血止痛;胃气上逆致呃逆、嗳气频繁者,加赅石、旋覆花顺气降逆;泛酸者,加乌贼骨、煅瓦楞制酸止痛。研究<sup>[9]</sup>发现,柴胡疏肝散对大鼠的免疫损伤性肝纤维化具有防治作用,能降低血清肝功能指标及透明质酸、IV 型胶原、层黏连蛋白等含量。

**2.1.2 湿热蕴结证** 湿热蕴结者,湿热蕴结肝胆,可见皮肤、巩膜黄染,口干、口苦,胁肋灼痛,小便色黄;湿热蕴结脾胃,则脘腹痞胀,泛恶欲吐,身体困重,便溏不爽,舌红、苔黄腻,脉滑或濡缓。治宜清热利湿化浊,用茵陈蒿汤或连朴饮加减。湿盛者,多用豆蔻、泽泻、猪苓等化湿利水;热毒盛者,常加连翘、败酱草、黄连、黄芩等清热解毒;大便溏泄者,加白术、芡实、车前子等祛湿止泻。

**2.1.3 血虚风燥证** 血虚风燥者,症见皮肤瘙痒粗糙脱屑,胸胁发闷或胀痛,食少,善叹息,舌苔薄白,脉弦或弦浮。治宜养血润燥、疏风止痒,临证多以消风散化裁,药用当归、蒺藜、防风、蝉蜕、白芍、白术、川芎、丹参、茯苓、薄荷等。若瘙痒兼有皮肤灼热、发红等,加苦参、黄柏、地肤子等清热利湿;若兼有肌肤甲错,考虑瘀血阻滞,加僵蚕、全蝎以活血通络、熄风止痒;若瘙痒伴皮肤干燥脱屑,乃阴虚所致,配伍生地黄、枸杞子、阿胶等滋阴养血。

### 2.2 PSC 迁延期

**2.2.1 肝郁脾虚证** 肝郁脾虚,症见面色萎黄,气短乏力,肢体困重,胃脘痞满,纳呆食少,肠鸣便溏,舌淡胖、苔白,脉弦细。治宜疏肝健脾,姚老师多用逍遥散加减。若肝郁气滞明显,加郁金、香附以疏肝气;若肝郁化火,加栀子、牡丹皮以泻肝火;若胀满甚,加厚朴、枳实行气除满;便溏加香连丸(木香、黄连)清热化湿行气;消化不良加山楂、谷麦芽、神曲以健脾消食。PSC 发病之本乃免疫功能紊乱,现代药理研究证明逍遥散不仅能调节免疫,还能降酶保肝、抑制脂质过氧化、清除自由基、改善细胞膜通透性、促进肝细胞再生、合成蛋白、加快肝细胞修复<sup>[10]</sup>。动物实验亦证明,逍遥散对肝郁脾虚证模型大鼠的性情改变及能量代谢异常有明显的改善<sup>[11]</sup>。

**2.2.2 血瘀成积证** 血瘀成积者,症见面色晦暗,唇甲青紫,胁下痞块,皮肤蜘蛛痣、肝掌,腹部青筋显露,胁肋部刺痛、痛处固定不移;若瘀血阻滞,血不循经,可见呕血或黑便等症状,女性可见月经稀少或闭经,舌紫暗或有瘀斑,脉弦涩。治宜疏肝解郁、化瘀消积,以血府逐瘀汤或鳖甲煎丸加减。若有出血者,加三七粉活血止血,熊胆粉凉血止血;女性经量少者,加生地黄、熟地黄、丹参补血活血;肝硬化者,常加鳖甲、煅牡蛎、夏枯草以软坚散结。姚老师强调临证中勿过用攻伐之品,需

把握好攻补关系,如《医宗必读·积聚》所云:“屡攻屡补,以平为期”。

2.2.3 脾虚湿滞证 脾虚湿滞者,症见倦怠乏力,泛吐清水,脘腹胀满,食少纳呆,大便稀溏或泄泻,舌体胖大淡红、苔白腻,脉滑。治宜健脾益气、行气化湿,方用参苓白术散或健脾丸加减。参苓白术散以四君子益气健脾,配莲子之甘涩,白扁豆、山药、薏苡仁甘淡渗湿,加砂仁辛温芳香醒脾、畅达气机,桔梗为舟楫载药上行,诸药并用,补脾益气,行气除湿。若脾虚较甚,重用黄芪、党参等补脾益气,黄芪可用30~90 g,党参可用30~50 g;若脾胃气滞,加厚朴、木香行滞理气。

### 2.3 PSC后期

2.3.1 肝肾阴虚证 肝肾阴虚者,症见形体消瘦,面色萎黄,心烦口燥,眼干眼花,皮肤干燥,手足心热,潮热盗汗,齿鼻衄血,大便干结,舌红绛、苔少津,脉弦细数。治宜滋阴养血、补益肝肾,方用六味地黄丸或一贯煎加减。叶桂在《临证指南医案·噎膈反胃》中曰:“胃属阳土,宜凉宜润,肝为刚脏,宜柔宜和,酸甘两济其阴”,若兼有肝胃阴虚如口渴喜饮、饥不欲食、双目干涩等,常用石斛、麦冬、沙参益胃阴,乌梅、木瓜、白芍养肝阴。

2.3.2 阳虚水泛证 阳虚水泛者,症见面色晦暗,消瘦浮肿,肢冷,腹胀且有腹水,舌胖、质紫暗,苔厚腻,脉沉细无力。治宜温阳利水、健脾补肾,常用五苓散或金匮肾气丸化裁。若伴乏力较甚,予人参、黄芪、白术益气扶正;若腹水较多,加牵牛子利水涤饮,或以商陆做成中药贴敷外用;若肝性脑病伴神昏谵语,加石菖蒲、郁金或至宝丹等化痰开窍。

## 3 治疗特色

### 3.1 善用黄芪健脾土

姚老师认为PSC的发病之本在于脾虚不运、正气不足,脾虚贯穿其发生发展始终,故临证时尤重视培本扶正,健运中焦以补后天,善用生黄芪健脾。《难经·七十七难》首次提出:“见肝之病,则知肝当传之于脾,故先实其脾气,无令脾受肝之邪”,其后张仲景亦有“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”的法则。PSC患者大多有乏力、纳差、腹胀、面色萎黄等症状,病程缠绵,迁延难愈,且患者诸症多在劳累后加重,这与脾虚密切相关。黄芪甘温入脾,长于补中益气,适用于PSC各个阶段,对于伴腹水、水肿者能利水消肿,对于肝纤维化、

肝硬化者能行气活血。《日华子本草》载“黄芪助气壮筋骨,长肉补血”,《名医别录·中品·黄芪》谓其能“逐五脏间恶血,补丈夫虚损,五劳羸瘦,止渴,腹痛泄利,益气,利阴气”。研究表明,黄芪的有效成分黄芪多糖对免疫性肝损伤的大鼠具有保护作用,该保护作用可能与其能降低炎症因子水平,抑制核因子 $\kappa$ B(NF- $\kappa$ B)通路相关<sup>[12]</sup>;黄芪多糖对免疫性肝损伤模型小鼠具有护肝作用,且能改善肝功能,其通过影响部分协同刺激分子以调节免疫功能<sup>[13]</sup>。

### 3.2 滋肾水以调肝

肝失条达是PSC发生发展的重要因素,姚老师临证除疏肝理气外,擅于滋肾以调肝。肾阴不足,不能充养肾精,木得水生,少阴肾水不足,水不涵木,厥阴肝木则失养。《医宗必读·乙癸同源论》曰:“东方之木,无虚不可以补,补肾即所以补肝”,乙癸同源,盛则俱盛,衰亦同衰,故调肾即可调肝。滋肾水,常用生地黄、枸杞子,在此基础上可适当加用补肾阳的药物,如肉桂、桂枝、附子等以加强气化功能,起到阳生阴长的作用,但用量宜小,一般用3~6 g即可。现代研究表明,地黄多糖能明显促进小鼠单核巨噬细胞吞噬能力,提高小鼠的胸腺指数、脾脏指数,促进淋巴细胞增殖<sup>[14]</sup>;枸杞子具有显著的抗炎、抗氧化、抗纤维化、抗肿瘤等作用,能有效改善各类肝脏疾病的症状<sup>[15]</sup>;附子多糖也有明显的免疫调节作用<sup>[16]</sup>。若阴虚火旺致骨蒸潮热,加知母、黄柏清热降火;若肾府失养致腰膝酸软,加桑寄生、怀牛膝益肾壮骨。通过滋肾水,调和阴阳,使机体达到平和稳定的状态,正如《素问·至真要大论篇》所云:“谨察阴阳所在而调之,以平为期”。

### 3.3 整体调治顾兼病

PSC患者常合并炎症性肠病、干燥综合征等其他自身免疫性疾病。炎症性肠病(尤其是溃疡性结肠炎)与PSC常同时存在,故确诊炎症性肠病后应积极进行PSC筛查,若已经确诊PSC也应行肠镜检查及活检来评估是否合并炎症性肠病。合并炎症性肠病者,多有腹痛腹泻、黏液脓血便等表现,姚老师认为此乃湿热疫毒伤及肠胃,郁蒸为患,致运化失司,气血阻滞与热毒壅盛相互搏结,化为脓血而发病,常用白头翁汤或葛根芩连汤以清热利湿、调气行血。合并干燥综合征者,起病于燥,素体虚弱,阴津亏虚,病变部位在口、眼、鼻、咽等,也可累及全身,常表现为口干咽燥、双目干涩、心烦

少眠、骨蒸潮热等,属阴虚燥证,治宜滋阴润燥、平衡阴阳,常用麦味地黄丸或杞菊地黄丸化裁,口干咽燥明显者加天花粉、玉竹等滋阴润燥,眼干明显者加石斛、枸杞子等滋阴明目。

#### 4 验案举隅

患者,女,54岁,2016年6月9日初诊。主诉:乏力1年余。患者1年前出现乏力,于外院诊断为原发性硬化性胆管炎,给予熊去氧胆酸胶囊治疗,症状无明显改善。刻下症见:乏力,两胁疼痛,胸部发热,足跟冷,汗多,眼干涩,左下腹痛,夜寐差,大便偏稀,平素情志不畅。舌暗紫,苔白厚腻、微黄,脉弦细。辅助检查:腹部超声:肝硬化失代偿期;胆囊回声异常(慢性胆囊炎伴多发隆起性病变);肝功能:丙氨酸氨基转移酶(ALT):24.8 U/L,天门冬氨酸基转移酶(AST):46.1 U/L,总胆红素(TBIL):28.81  $\mu\text{mol/L}$ ,间接胆红素(IBIL):23.03  $\mu\text{mol/L}$ , $\gamma$ -谷氨酰基转移酶( $\gamma$ -GT):114.34 U/L。西医诊断:原发性硬化性胆管炎;中医诊断:鼓胀(肝郁脾虚,瘀血阻络)。治以健脾调肝、活血通络,处方:生黄芪20 g,太子参20 g,茯苓20 g,麸炒白术15 g,当归15 g,赤芍12 g,白芍12 g,豆蔻10 g,丹参15 g,生牡蛎30 g(先煎),醋鳖甲30 g(先煎),莪术10 g,合欢花15 g,陈皮12 g,甘草6 g。14剂,每日1剂,水煎服,早晚各一次。

2016年6月23日二诊:上方服后乏力、汗出、足冷、腹痛缓解,夜寐稍安,余症基本同前,舌紫暗、苔薄白,脉弦细。上方去合欢花、豆蔻,加黄精15 g、仙鹤草30 g,继续服用两个月。后患者症状进一步缓解,病情基本稳定,改成丸药长期服用,丸药在上方基础上,加用生地黄20 g、茵陈15 g、郁金12 g、北柴胡12 g、鸡内金15 g、谷芽15 g、麦芽15 g,调整黄芪为30 g、醋鳖甲45 g。水丸,每次6 g,每日3次。此后患者长期服用丸药,病情稳定。

2019年5月2日,患者病情反复,发现肝功能异常,肝功能:ALT 97.34 U/L,AST 99.27 U/L,TBIL 30.21  $\mu\text{mol/L}$ ,IBIL 24.8  $\mu\text{mol/L}$ , $\gamma$ -GT 32.05 U/L。症见反酸、痰多色白、大便可,精神、睡眠均佳,舌紫暗、苔黄腻,脉弦滑,处方在首诊方中去豆蔻、生牡蛎、合欢花,加入茵陈30 g、白花蛇舌草15 g、垂盆草15 g、黄芩15 g、法半夏12 g,14剂。

2019年6月13日复诊,患者反酸好转、痰量

减少,舌淡暗、苔薄黄,脉弦滑。复查结果示肝功能:ALT 41.1 U/L,TBIL 25.7  $\mu\text{mol/L}$ ,IBIL 17.2  $\mu\text{mol/L}$ 。

随访至2020年12月,患者病情平稳。2020年12月9日腹部超声示:肝实质弥漫性损害,肝多发性囊肿。

按语:患者为中老年女性,PSC诊断明确,服用熊去氧胆酸胶囊治疗1年无效。患者平素情志不畅,肝失疏泄,横逆克脾,故致肝郁脾虚,症见乏力、两胁疼痛、大便偏稀;气机滞涩,日久由气及血,故瘀血阻络,发为肝硬化。舌紫暗苔白厚腻、微黄,脉弦细,四诊合参,辨为肝郁脾虚、瘀血阻络证,病属迁延期,治以健脾调肝、通络散结。以生黄芪为君,甘温入脾,补益脾胃以固本;太子参、茯苓、白术益气健脾;陈皮、豆蔻行气健脾;合欢花疏肝理气,调畅情志;当归、赤芍、白芍、丹参、莪术活血化瘀通络;生牡蛎、制鳖甲软坚散结。二诊患者症状缓解,治疗思路不变,加入黄精、仙鹤草补虚。考虑患者病情稳定,改予丸药长期服用。丸药方加入郁金、柴胡、茵陈疏肝利胆,因需要长期服药,予鸡内金、谷芽、麦芽顾护脾胃。2019年5月患者病情反复,出现肝功能异常,舌苔黄腻,脉弦滑,考虑湿热较重,故在首诊方基础上加垂盆草、茵陈、白花蛇舌草、黄芩、法半夏等加强清热祛湿之力,1个月后症状改善,复查肝功能指标好转。2020年12月超声提示“肝实质弥漫性损害”,较首诊超声“肝硬化失代偿期”明显好转,治疗有效。本案采用健脾调肝,通络散结为基本治则,根据症状配合清热利湿等治法,有效防止疾病进一步发展。本病为慢性难治疾病,期间病情虽有反复,但患者坚持用药,保持病情稳定。

#### 参考文献

- [1]TRIVEDI PJ, HIRSCHFIELD GM. Recent advances in clinical practice: epidemiology of autoimmune liver diseases[J]. Gut, 2021, 70(10):1989-2003.
- [2]郭长存,时永全,尚玉龙,等.原发性硬化性胆管炎诊断及治疗指南(2021)[J].临床肝胆病杂志,2022,38(1):50-61.
- [3]古杰,蒋文涛,李江,等.肝移植治疗终末期自身免疫性肝病的临床分析[J].中华危重病急救医学,2019,31(11):1401-1405.
- [4]中华医学会肝病学分会.原发性硬化性胆管炎诊断及治疗指南(2021)[J].中华肝脏病杂志,2022,30(2):169-189.
- [5]王璐,韩英.原发性硬化性胆管炎诊治进展[J].中国医

- 学前沿杂志(电子版), 2020, 12(2): 7-12.
- [6] 浦仕彪, 王伽伯, 王睿林, 等. 中医和中西医结合治疗自身免疫性肝炎的优势与挑战[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(23): 197-202.
- [7] 李时珍. 本草纲目[M]. 柳长华, 柳璇, 点校. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 94.
- [8] 张家礼. 普通高等教育“十五”国家级规划教材·金匱要略[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 120-126.
- [9] 王琦, 季书, 尚立芝, 等. 柴胡疏肝散对免疫损伤性肝纤维化的防治作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(24): 159-163.
- [10] 柴智, 杜珊, 樊慧杰, 等. 逍遥散及其加减治疗肝病的临床应用及现代研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8): 3631-3634.
- [11] 潘秋霞. 肝郁脾虚证大鼠肝脏能量代谢紊乱的机制及逍遥散的调节作用[D]. 北京: 北京中医药大学, 2018.
- [12] 王忠利, 王洪新. 黄芪多糖对免疫性肝损伤大鼠的保护作用研究[J]. 中药药理与临床, 2013, 29(2): 77-80.
- [13] 李天一, 吴国琳, 汪丽佩. 黄芪多糖对免疫性肝损伤小鼠协同刺激分子的影响研究[J]. 中华中医药学刊, 2014, 32(3): 529-531.
- [14] 刘思美, 赵鹏, 张婷婷, 等. 地黄硒多糖的合成、表征及免疫活性分析[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(11): 2938-2946.
- [15] 车招娣, 周正群, 肖佳. 宁夏枸杞子治疗肝脏疾病的作用机制[J]. 科学通报, 2022, 67(Z1): 351-363.
- [16] 刘淑萍, 张新渐, 王洪云, 等. 乌头属中药多糖研究进展[J]. 中国药业, 2019, 28(3): 1-6.

## YAO Naili's Experience in Differentiating and Treating Primary Sclerosing Cholangitis by Stages

WANG Li<sup>1,2</sup>, ZHANG Runshun<sup>1</sup>, LYU Wenliang<sup>1</sup>

1. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053; 2. Graduate School, Beijing University of Chinese Medicine

**ABSTRACT** This paper summarized the clinical experience of professor YAO Naili in the treatment of primary sclerosing cholangitis (PSC). The pathogenesis of this disease is characterized by healthy *qi* deficiency and pathogen excess, with spleen deficiency failing to transport as the root cause, and the liver and gallbladder loss of soothing and draining as an important factor. Clinical treatment should be performed based on syndrome differentiation at different stages of the disease. At early stage, liver-spleen disharmony syndrome, damp-heat accumulation syndrome, and blood deficiency and wind-dryness syndrome are common. At the protracted stage, liver constraint and spleen deficiency syndrome, blood stasis accumulation syndrome, and spleen deficiency and dampness stagnation syndrome are the most frequent types. At the late stage, liver-kidney *yin* deficiency syndrome and edema due to yang deficiency syndrome are commonly seen. In clinical practice, Huangqi (*Radix Astragali*) is usually used to fortify spleen earth and enrich kidney water thereby regulating the liver. At the same time, the combined diseases are also treated with the concept of holism, obtaining remarkable clinical effect.

**Keywords** primary sclerosing cholangitis; experience of famous doctors; YAO Naili

(收稿日期: 2022-06-10; 修回日期: 2022-12-08)

[编辑: 果 彤, 王利芬]

广告

## 欢迎邮购《中医杂志》过刊

2000、2001年合订本每本100元, 2002、2003年合订本每本105元, 2004年合订本115元, 2005年合订本125元, 2007—2010年合订本, 每本140元。2011(缺5、6期)—2013年每册9.80元, 2014(缺21期)—2017年(缺3、5、15、18期)每册15元, 2018年(缺5、7、9期)每册20元, 2020年(缺7、8、9期)每册20元, 2021年每册20元。2011—2013年合订本, 每年4本, 全年280元, 2014—2017年合订本, 每年4本(缺2017年上半年合订本), 全年400元, 2018—2021年合订本, 每年4本, 全年600元。2022年合订本, 共4本, 全年800元。《中医杂志》2006—2008年增刊每册40元。

以上免费邮寄, 如需挂号每件另加3元。

欲购者请汇款至北京市东直门内南小街16号, 收款人: 中医杂志社

或关注《中医杂志》官方微信(zyzzgzh)购买。邮编: 100700, 电话: (010)64089195。