

## 罗凌介辨证治疗黄疸七法

蔡媛媛 程亚伟 杨永和

**【摘要】** 黄疸是以目黄、身黄、尿黄为主要临床表现的一种肝胆病证。国家级名老中医罗凌介教授在治疗黄疸方面经验丰富,总结出中医治疗黄疸的七大治法,包括:宣表解毒法、疏肝健脾法、清利湿热法、通腑解毒法、温阳化湿法、活血化瘀法、滋阴清热法,并根据湿、热、瘀、毒等主因的不同,选择不同的治疗方法。

**【关键词】** 名老中医; 黄疸; 辨证治疗

**【中图分类号】** R256.41 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.06.037

现代医学认为,黄疸的发生是由于胆红素代谢障碍而引起血清内胆红素浓度升高所致,其临床上表现为巩膜、黏膜、皮肤及其他组织黄染。引起黄疸的疾病甚多,但最多见于肝脏疾病、胆道疾病<sup>[1]</sup>。全国名老中医罗凌介教授认为黄疸主要是由湿热之邪侵犯人体所致,并与瘀、毒有关<sup>[2]</sup>。缘于患者受疫毒、药毒、酒毒所伤,或失治、误治,或患者素体虚弱、嗜食肥甘厚味、情志所伤等,湿热蕴遏于中焦脾胃、留滞肝经,熏蒸肝胆,肝胆失于疏泄,胆汁不循肠道,上熏头目,泛溢肌肤,下注膀胱,表现为目黄、身黄、尿黄<sup>[3]</sup>。因湿为阴邪,其性黏滞,故本病复杂多变,病程迁延。罗凌介(以下尊称罗老)为第三批全国名老中医药专家,海南省中医院主任医师,海南省名老中医。罗老从事中医临床 50 余载,在治疗黄疸方面经验丰富,总结出中医治疗黄疸的七大治法,临证灵活加减用药,每获良效。现与同道分享如下。

### 1 宣表解毒法

黄疸早期,外邪袭表,若正值湿热蕴结中焦,阻碍表邪之外解,从而形成表闭而湿热蕴郁发黄的证候<sup>[2]</sup>。临床症状可见:黄疸初起,伴有恶寒发热,头重身疼,倦怠乏力,脘闷不饥,咳或不咳,小便黄,亦可伴有头面或下肢浮肿,舌苔薄腻,脉浮弦或浮数<sup>[3]</sup>。

《金匮要略》有云:“黄疸……脉浮着,当以汗解。”宣肺既可以提壶揭盖,使湿邪从小便而出,又因为肺与大肠相表里,可使大便通畅,使病邪从大便而出。又《伤寒论》第 262 条有云:“伤寒瘀热在里,身必黄。麻黄连翘赤小豆汤主之。”故罗老在治疗此类黄疸时,主张有表当先解表,治疗以

宣表解毒为主,清热利湿为辅,可选用麻黄连翘赤小豆汤加减。方药组成:麻黄、连翘、赤小豆、桑白皮、杏仁、生姜、甘草,酌情加入白茅根、茵陈等。

### 2 疏肝健脾法

因胆汁的生成和排泄与肝的疏泄功能密切相关,肝属木,主疏泄,肝气郁滞,疏泄失职,导致胆汁不循常道,渗入血液而发为黄疸。《金匮要略·黄疸病》有云:“黄家所得,从湿得之。”脾的生理功能是主运化水湿,脾病则影响水湿运化,故化湿应注重健脾<sup>[4]</sup>。而根据肝病传脾的理论,木郁土虚,肝病日久必传脾,肝气不疏在影响胆汁排泄的同时也影响脾胃之运化,而形成肝郁脾虚的证候。临床症状可见:皮肤巩膜黄染,纳差乏力,或有恶心欲呕,时有胸胁胀满,烦躁易怒,小便黄,舌淡红或红,苔薄白或黄,脉弦细<sup>[3]</sup>。

罗老在治疗这一证型的黄疸时,治以疏肝健脾为主,清热利湿为辅,方选慢迁肝方加减。慢迁肝方为罗老治疗肝郁脾虚型肝病的代表方<sup>[5]</sup>,药物组成:柴胡、当归、白芍、丹参、党参、白术、茯苓、神曲、甘草等;见黄疸者在原方基础上加茵陈、虎杖、鸡骨草、田基黄、垂盆草等。

另一方面,黄疸消退后,若患者仍有食欲不振者,多为热去湿存、木不疏土而致湿邪困脾,罗老强调此时仍应重视疏肝健脾,在清利湿热的同时应注意促进脾胃功能的恢复。治疗用方可选参苓白术散加减,用药:党参、茯苓、白术、白扁豆、薏苡仁、陈皮、神曲、鸡内金、茵陈、鸡骨草、田基黄等。

### 3 清利湿热法

若湿遏热伏,肝失疏泄,胆液不循常道,溢于肌肤而发黄疽,因湿为阴邪,湿重于热者,或长夏湿热之际罹患黄疸,出现典型的三焦湿热见证,临床症见:发黄,其色鲜明而带黯滞,或一身面目俱黄,或者身黄不著,头重如裹,纳差,胸脘痞胀、口苦而渴或渴不多饮,小便黄,大便溏滞不爽,舌苔黄白相间而腻,脉濡数<sup>[3]</sup>。

《金匮要略》有云:“诸病黄家,但利其小便。”《景岳全书》指出:“阳黄证多以脾湿不流,郁热所致,必须清火邪,利

基金项目:国家“十一五”科技支撑计划(2007BAI10B00);国家中医药管理局“全国名老中医药专家传承工作室”资助项目;国家卫生部中医肝病临床重点专科(33010102)

作者单位:570203 海口,海南省中医院脾胃肝病科

作者简介:蔡媛媛(1984-),女,本科,主治医师。研究方向:脾胃肝病的中西医结合治疗。E-mail:yuan\_1984586@163.com

通讯作者:杨永和(1968-),本科,主任医师。研究方向:脾胃肝病的中西医结合治疗。E-mail:hainanzhongyi@163.com

小水,火清则溺自清,溺清则黄自退。”故罗老在治疗此类黄疸时,强调以清利湿热为法,主以通利小便,代表方为罗老“急肝三方”。“急肝三方”由《温病条辨》三仁汤加减而成,基本药物组成为:绵茵陈、白豆蔻、薏苡仁、杏仁、淡竹叶、茯苓、藿香、滑石、甘草等,可酌情加入猪苓、茯苓、泽泻以增淡渗利湿之力,或选茵陈五苓散加减。

#### 4 通腑解毒法

若湿热蕴蒸,热重于湿,肝胆失于疏泄,胆汁不循常道而泛溢于肌肤,发为黄疸,因热为阳邪,故身目色黄鲜明,此热重于湿发黄证,临床症见:一身面目皆黄,黄色鲜明如橘子色,身热心烦,胁肋疼痛,口渴腹胀,脘痞呕恶,大便秘结,小便黄赤,舌苔黄腻,脉弦滑<sup>[3]</sup>。

《金匱要略》:“一身尽发热而黄,肚热,热在里,当下之。”《证治准绳》提出:“脉沉心中懊恼,或热痛腹满,小便不利而赤,自汗出,宜下。”故在治疗此类黄疸之时,罗老在湿热黄疸的治疗上遵循“黄疸之证,皆湿热而成”之理,以《伤寒论》茵陈蒿汤为基础方,创制了“急肝二方”作为治疗黄疸(阳黄)的基本方。方药组成:绵茵陈、大黄、栀子、神曲、鸡内金、鸡骨草、田基黄、甘草等。其中茵陈用量宜大,可用至 30~90 g;大黄宜用生品,可用至 15~60 g,嘱其后下,其效更佳。如湿热较重,患者消化道反应明显,呕吐频繁、难以服用中药者,《金匱要略·呕吐下利病脉证治》有云“食已即吐者,大黄甘草汤主之”,或可将“急肝二方”改为灌肠剂,或选择单味大黄保留灌肠,亦可达到通腑解毒退黄的目的<sup>[6]</sup>。

#### 5 温阳化湿法

《临证指南医案》指出:“阴黄所作,湿从寒化,脾阳不得化热,胆液为湿邪所困。”若素体虚寒,或劳伤太过,过服寒凉药,导致脾胃虚弱,不能运化水湿,湿从寒化,以致寒湿阻滞中焦,胆汁排泄受阻,溢于肌肤而发黄疸者,即为阴黄。临床症见:身目俱黄,晦暗不泽或如烟熏,身重怕冷,四肢不温,腹胀便溏,口淡不渴,舌质淡苔白滑或白腻,脉沉无力<sup>[3]</sup>。

北宋韩祇和在《伤寒微旨论》中提出“仲景治伤寒发汗已,身目为黄,所以然者,以寒湿在里不解故也,以为不可下也,于寒湿中求之”<sup>[2]</sup>。故治疗上,罗老以温阳化湿健脾为法,方选茵陈术附汤加减,具体用药:茵陈、白术、附子、干姜、炙甘草、肉桂等。

#### 6 活血化瘀法

黄疸湿热之毒内侵气分,留恋不化,正气渐伤,正不胜邪,邪入血分,血行不畅而成瘀,湿与瘀胶着难解,而成黄疸瘀毒之征,临床可见:黄色晦暗,面目青黑,少腹硬满,大便黑而时溏,舌见瘀斑或瘀点或夹青见紫,脉沉弦、涩<sup>[7]</sup>。更有甚者,黄疸迅速加深,甚或烦躁不宁、皮肤瘀斑等而趋于重型肝炎。

《金匱要略·黄疸病脉证并治》曰:“脾色必黄,瘀热以行。”所谓“瘀热发黄”说明黄疸是血分受病,治黄必然要从血入手,亦即在清热祛湿(或温化寒湿)的基础上,加用活血药物<sup>[7]</sup>。故黄疸治疗过程中,罗老多加入活血化瘀、凉血解

毒之品,瘀血祛除,血脉流畅,气机宣通则湿浊易消;水湿得利,气机畅达,血脉调和则瘀血易散,此法与关幼波“治黄必治血,血行黄易却”如出一辙<sup>[8]</sup>。且现代药理研究证实活血化瘀药物能抑制或减轻肝细胞变性、坏死及炎症反应,促进肝细胞再生,并有抗纤维化作用<sup>[9]</sup>,临床上多选用的药物有:赤芍、郁金、丹参、桃仁、红花等。罗老认为,赤芍在瘀黄的治疗过程中是为要药,可大量用至 30~120 g。现代研究提示,赤芍总苷具有一定的退黄降酶作用,其作用机制可能与增加胆汁分泌量,增加肝脏解毒的能力,促进胆红素代谢等有关<sup>[10]</sup>。

#### 7 滋阴清热法

素体阴虚,黄疸日久,湿热郁而化火,内外相合,或肝经湿热蕴结成毒,热毒炽盛,日久导致肝阴耗损,终损及阴血,临床症见:皮肤萎黄,低热,心烦,口干,或可见牙龈肿胀等,舌红,苔少或可见舌根腻,脉弦细数等。

《金匱要略》有云:“疸而渴者,其疸难治;疸而不渴者,其疸可治。”治疗上虽未明确提到滋阴清利的治法,但已经认识到黄疸治疗过程中除了清利的同时要顾护阴津<sup>[11]</sup>。故遇此情况,罗老多予滋阴清热法,方多选一贯煎加减,药用:沙参、生地、麦冬、当归、茵陈、女贞子等。且肝体体阴而用阳,故罗老强调在治疗黄疸过程中应适当时时顾护阴液。

#### 8 结语

黄疸多由于胆红素代谢障碍而引起。正常人血清胆红素的浓度为 1.7~17.1 μmol/L,当总胆红素升高至 34.2 μmol/L 以上时,临床上即可出现黄疸<sup>[3]</sup>。现代医学治疗黄疸,主要从病因出发,区分溶血性黄疸、肝细胞性黄疸、胆汁瘀积性黄疸,分别给予对因对症治疗<sup>[2]</sup>。而中医治疗黄疸,贵在给邪以出路。所谓出路,或发汗、或利小便、或通大便。罗老根据患者体质及疾病发展特点,辨证使用宣表解毒法、疏肝健脾法、清热利湿法、通腑解毒法、温阳化湿法、活血化瘀法、滋阴清热法等。其中,清热利湿、疏肝健脾、活血化瘀作为主线贯穿治疗始终。用药方面,无论是在黄疸的治疗,甚至是肝病治疗的用药过程中,罗老提出了“疏泄不可太过,补脾不可太壅”“祛湿不可太燥,清热不可太寒”“祛瘀不可太破,养阴不可太腻”六大用药原则<sup>[12]</sup>。即肝病过程中表现为肝郁气滞者,罗老主张疏肝应首选药性平和之品,因疏肝理气药大多辛温香燥,用量过大,或使用过久,或配伍不当,易伤阴液,甚至化风动火,即“疏泄不可太过”。而补脾药物多选平补之品,以防壅补,因肝病日久,病人常有不同程度的脾胃功能紊乱,即使未出现消化不良的症状,如过用壅补之品,必影响脾胃运化功能,即“补脾不可太壅”。“湿”是肝病的一个重要致病因素,非温药不足以祛湿。罗老认为用药须温而不燥,多选用芳香化湿之品,因大辛大热之品,易损伤肝阴、胃阴,且易引动肝阳,即“祛湿不可太燥”。湿与热蕴于中焦,郁于肝经则影响肝之疏泄,碍于脾胃则引起脾胃运化失责,日久肝脾同病而见肝脾两虚、虚实夹杂,罗老在清热过程中喜

用药性偏寒凉之品,少用大寒药物以免损伤脾胃阳气,即“清热不可太寒”。久病必瘀,肝病日久,多兼夹血瘀,罗老在临床中最常选用活血化瘀药,而破血逐瘀之品则少用,过用易出血,终伤肝脾,即“祛瘀不可太破”。另外,肝病患者多有消化道症状,与肝之疏泄失常,影响脾胃运化功能有关,过用养阴滋腻药更易影响脾胃运化功能,即罗老强调的“养阴不可太腻”。无论是从罗老治疗黄疸的治则到用药,均提醒在治疗过程中,正确辨清扶正与驱邪的侧重不同,祛邪不忘顾护正气,且时时谨记顾护脾胃与阴液<sup>[5,12]</sup>。

### 参 考 文 献

- [1] 陈瀚珠,林果为,王吉耀. 实用内科学[M]. 14 版. 北京:人民卫生出版社,2013:1881-1887.
- [2] 姜德友,韩洁茹. 黄疸病源流考[J]. 中华中医药学刊,2009,27(1):16-18.
- [3] 田德禄. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:237-238.
- [4] 陈英,刘春阳,牟淑敏. 从脾虚湿滞论述黄疸病机[J]. 辽宁中医杂志,2015,42(2):272-273.
- [5] 程亚伟,蔡媛媛,杨永和,等. 罗凌介“肝脾同治”治疗慢性乙型肝炎经验[J]. 广州中医药大学学报,2013,30(3):416-418.
- [6] 吴建,王际云,徐伟,等. 中药保留灌肠对重度黄疸肝炎的退黄作用观察[J]. 浙江中医药大学学报,2007,31(1):91-93.
- [7] 杨菊. 中医药治疗黄疸研究进展[J]. 河南中医,2010,30(2):205-207.
- [8] 柳诗意,刘燕玲,洪慧闻,等. 关幼波辨治急性肝炎经验[J]. 山东中医杂志,2013,32(4):283-285.
- [9] 王新月. 活血化瘀药保肝作用机理研究概况[J]. 中药医药学报,2000,(15):157-160.
- [10] 罗琳,窦志华,吴锋,等. 赤芍苷苷退黄降酶的作用及机制研究[J]. 中国现代应用药学,2010,27(4):285-288.
- [11] 喻平瀛. 黄疸型肝炎治疗应重视滋阴初探[J]. 陕西中医,1993,14(1):18-19.
- [12] 杨永和,程亚伟,蔡媛媛,等. 罗凌介调治慢性乙型病毒性肝炎经验[J]. 河北中医,2010,32(5):645-647.

(收稿日期:2015-10-15)

(本文编辑:蒲晓田)