

第五章 肝胆病证

【主要证候及特征】

肝位于右胁，主疏泄，性刚强，喜条达而恶抑郁；又主藏血，具贮藏和调节血液的功能；开窍于目。肝病常见的证候有肝气郁结、肝火上炎、肝阴不足、肝血亏虚、瘀血阻络等。胆为六腑之一，内寄相火，因其内藏精汁，又称奇恒之腑，其气以通降为顺，有助胃腐熟水谷之功。胆病常见的证候有胆腑郁热、胆腑气滞、胆内结石等。胆附于肝，与肝相表里，胆管起源于肝，胆汁为肝之余气，足厥阴肝经与足少阳胆经相通，所以胆的病变与肝密切相关，胆病可以及肝，肝病可以及胆，可致肝胆同病，发为肝胆气郁、肝胆湿热等证。肝胆证候以实证多见。肝木疏土，肝随脾升，胆随胃降，肝木生于肾水，长于脾土，故肝胆病与脾、胃、肾等脏腑关系密切，临床证候如肝脾不调、肝肾阴虚、胆胃郁热等即属之。现将肝胆主要证候分述如下。

·肝气郁结

1. 主要脉症情志抑郁，胸胁或少腹胀闷窜痛，善太息，得嗳气则舒，或见梅核气，或见瘰疬，妇女可见乳房胀痛，月经不调，苔薄白，脉弦。

2. 证候特征本证特征有三个方面：一是有情志不遂史和情志抑郁症状；二是有胁肋及肝经循行部位胀闷窜痛的气滞证候。

·肝火上炎

1. 主要脉症急躁易怒，失眠多梦，胁肋灼痛，面红目赤，头晕胀痛，耳鸣如潮，便秘尿黄，或见吐血、衄血，舌红苔黄，脉弦数。

2. 证候特征该证以急躁易怒，胁肋灼痛及火性炎上的面红目赤等肝经实热证候为特征。

·肝阴不足

1. 主要脉症胁肋隐痛或有灼热感，劳累则加重，头晕耳鸣，紫目干涩，口干咽燥，五心烦热，舌红少津，脉弦细数。

2. 证候特征本证以胁肋隐痛，目干口干，五心烦热等肝阴虚或兼内热的证候为特征。

·肝血亏虚

1. 主要脉症胁肋隐痛，头晕目眩，紫目于涩，手足麻木，妇女月经不调甚至闭经，面色不华，眼睑唇舌色淡，脉弦细。

2. 证候特征以胁肋隐痛，面色不华，眼睑唇舌色淡等肝血虚证候为特征。本证与肝阴不足不同，肝阴不足常兼内热，而本证则常兼气虚。

·肝胆湿热

1. 主要脉症胁肋胀痛灼热，脘腹胀满，厌食油腻，或进食油腻食物病情则加重，口苦泛恶，大便溏垢，小便短赤，或有黄疸，舌红苔黄腻，脉弦滑数。

2. 证候特征本证以胁痛,脘腹胀闷,厌油口苦,苔黄腻等肝胆湿热证为特征。

·瘀血阻络

1. 主要脉症胁肋刺痛,痛处固定而拒按,胁下积块,面色晦暗,或头颈胸臂等处可见红点赤缕,舌质紫暗或有瘀斑,脉涩。

2. 证候特征瘀血阻络证以胁肋刺痛,痛处固定而拒按,胁下积块,舌质紫暗或有瘀斑等肝胆瘀血病变为特征。

【病机述要】

肝胆病证的基本病机为肝失疏泄,胆失通降。常见的病机类型有:

1. 肝郁气滞情志不遂,郁怒恚怒伤肝,导致肝失疏泄,肝郁气滞,进而可病及于胆,肝胆疏泄无权,形成肝胆气滞,而成胁痛、胆胀等肝胆病证。

2. 肝火上炎肝郁气滞,久郁化火,火热燔灼,气滞火灼于肝胆,而成胁痛等病证。

3. 肝阴不足素体阴液不足,或久病耗伤,或肾水不足,水不涵木,或肝郁化火,火盛伤阴,以致肝阴不足,肝失所养,而成胁痛、鼓胀等病证。

4. 肝血亏虚或久病体弱,或慢性失血,或思虑劳倦,脾伤失运,气血生化不足,以致肝血亏虚,引起胁痛等病证。

5. 肝热湿热侵袭,注于肝胆,或恣食肥甘厚味,或偏嗜醇酒辛辣,生湿蕴热,湿热熏蒸,致使肝胆失于疏泄,胆液不循常道,而成胁痛、黄疸、鼓胀等病证。

6. 瘀血阻络肝病蔓延,久病人络,或气郁日久,气滞血瘀,或跌仆闪挫,致使瘀血阻于肝胆,形成胁痛、黄疸、鼓胀等病证。

【治疗要点】

1. 肝病多实,多气滞,多郁火,多血瘀,所以治疗肝病宜疏肝理气,清肝泻火,活血化瘀,着重祛邪,祛邪即可保肝。应注意疏肝理气不可过用香燥,以防伤阴;清肝泻火不可过用苦寒,以防损伤脾胃;活血化瘀宜兼用疏肝理气,以增活血之力。

2. 肝病之虚,一般分为阴虚和血虚。血虚宜补养气血,阴虚宜滋阴或兼降火。

3. 胆病多实,多气郁,多胆郁,多结石,所以治疗胆病宜理气,利胆,排石。胆从肝治,治胆应合用疏肝之法。胆腑宜通,胆随胃降,其利胆排石可合用和降通腑之法。

4. 肝胆同病多湿热,治宜清热利湿,疏肝利胆;若为疫毒挟湿热内侵,肝胆同病,治宜清热解毒,清热利湿,应适当配伍疏肝利胆,通腑化瘀之品。

5. 肝胆与脾胃肾关系密切,在治疗肝胆病的同时,应兼顾相关脏腑。如肝郁脾虚,治宜疏肝调脾;肝肾阴虚,治宜滋养肝肾;肝胃不和,治宜疏肝和胃降逆等等。

6. 防治肝胆病证,应避免强烈的精神刺激,增强战胜疾病的信心,解除不必要的顾虑,安心静养;避免过食肥甘,尤其要避免饮酒过度,黄疸、鼓胀患者更应禁酒;食盐有凝涩之弊,鼓胀病人,应限制食盐的摄入,给予低盐饮食,尿量稀少时,则给予无盐饮食。

第一节 黄疸

黄疸是由于感受湿热疫毒等外邪，导致湿浊阻滞，脾胃肝胆功能失调，胆液不循常道，随血泛溢引起的以目黄、身黄、尿黄为主要临床表现的一种肝胆病证。

黄疸为临床常见病证之一，男女老少皆可罹患，但以青壮年居多。历代医家对本病均很重视，古代医籍多有记述，现代研究也有长足进步，中医药治疗本病有较好疗效，对其中某些证候具有明显的优势。

《内经》已有黄疸之名，并对黄疸的病因、病机、症状等都有了初步的认识，如《素问·平人气象论篇》云：“溺黄赤，安卧者，黄疸；……目黄者曰黄疸。”《素问·六元正纪大论篇》云：“溽暑湿热相薄，争于左之上，民病黄瘁而为胕肿。”《璣枢·经脉》云：“是主脾所生病者，……黄疸，不能卧。”《金匱要略》将黄疸立为专篇论述，并将其分为黄疽、谷疽、酒疽、女劳疽和黑疽等五疽。《伤寒论》还提出了藜明发黄和太阴发黄，说明当时已认识到黄疸可由外感、饮食和正虚引起，病机有湿热，瘀热在里，寒湿在里，相关的脏腑有脾胃肾等，并较详细的记载了黄疸的临床表现，创制了茵陈蒿汤、茵陈五苓散等多首方剂，体现了泻下、解表、清化、温化、逐瘀、利尿等多种退黄之法，这些治法和方剂仍为今天所喜用，表明汉代对黄疸的辨证论治已有了较高的水平。《诸病源候论·黄病诸候》提出了一种卒然发黄，命在顷刻的“急黄”。《台秘要·温病及黄疸》引《必效》曰：“每夜小便中浸白帛片，取色退为验。”最早用实验检测的比色法来判断治疗后黄疸病情的进退。宋代韩祗和的《伤寒微旨论》除论述了黄疸的“藜证”外，还特设《阴黄证篇》，并首创用温热药治疗阴黄。

元代罗天益所著《卫生宝鉴·发黄》总结了前人的经验，进一步明濡湿从热化为藜黄，湿从寒化为阴黄，将藜黄和阴黄的辨证论治系统化，执简驭繁，对临床实践指导意义较大，至今仍被采用。《景岳全书·黄疸》中载有疽黄证，认为其发病与“胆液泄”有关，提示了黄疸与胆液的关系。《杂病源流犀烛·诸疽源流》认识到了黄疸的传染性及其严重性：“又有天行疫疠，以致发黄者，俗谓之瘟黄，杀人最急。”

本病与西医所述黄疸意义相同，大体相当于西医学中肝细胞性黄疸、阻塞性黄疸、溶血性黄疸、病毒性肝炎、肝硬化、胆石症、胆囊炎、钩端螺旋体、某些消化系统肿瘤，以及出现黄疸的败血症等，若以黄疸为主要表现者，均可参照本节辨证论治。

【病因病机】

黄疸的病因主要有外感时邪，饮食所伤，脾胃虚弱及肝胆结石、积块瘀阻等，其发病往往是内外因相因为患。

1. 外感时邪外感湿浊、湿热、疫毒等时邪自口而入，蕴结于中焦，脾胃运化失常，湿热熏蒸于脾胃，累及肝胆，以致肝失疏泄，胆液不循常道，随血泛溢，外溢肌肤，上注眼目，下流膀胱，使身目小便俱黄，而成黄疸。若疫毒较重者，则可伤及营血，内陷心包，发为急黄。

2. 饮食所伤饥饱失常或嗜酒过度,皆能损伤脾胃,以致运化功能失职,湿浊内生,随脾胃阴气盛衰或从热化或从寒化,熏蒸或阻滞于脾胃肝胆,致肝失疏泄,胆液不循常道,随血泛溢,浸淫肌肤而发黄。如《金匱要略·黄疸病脉证并治》曰:“谷气不消,胃中苦浊,浊气下流,小便不通,……身体尽黄,名曰谷疸。”

3. 脾胃虚弱素体脾胃虚弱,或劳倦过度,脾伤失运,气血亏虚,久之肝失所养,疏泄失职,而致胆液不循常道,随血泛溢,浸淫肌肤,发为黄疸。若素体脾胃不足,病后脾胃受伤,湿由内生而从寒化,寒湿阻滞中焦,胆液受阻,致胆液不循常道,随血泛溢,浸淫肌肤,也可发为黄疸。

此外,肝胆结石、积块瘀阻胆道,胆液不循常道,随血泛溢,也可引起黄疸。

黄疸的发病,从病邪来说,主要是湿浊之邪,故《金匱要略·黄疸病脉证并治》有“黄家所得,从湿得之”的论断;从脏腑病位来看,不外脾胃肝胆,而且多是由脾胃累及肝胆。黄疸的发病是由于内外之湿阻滞于脾胃肝胆,导致脾胃运化功能失常,肝失疏泄,或结石、积块瘀阻胆道,胆液不循常道,随血泛溢而成。病理属性与脾胃气盛衰有关,中气偏盛,湿从热化,则致湿热为患,发为阳黄;中气不足,湿从寒化,则致寒湿为患,发为阴黄。至于急黄则为湿热夹时邪疫毒所致,也与脾胃气盛衰相关。不过,正如《丹溪心法·疸》所言:“疸不用分其五,同是湿热。”临床以湿从热化的阳黄居多。阳黄和阴黄之间在一定条件下也可相互转化,阳黄日久,热泄湿留,或过用寒凉之剂,损伤脾胃,则湿从寒化而转为阴黄;阴黄重感湿热之邪,又可发为阳黄。

【临床表现】

本病的证候特征是目黄、身黄、小便黄,其中以目黄为主要特征。患病初起,目黄、身黄不一定出现,而以恶寒发热,食欲不振,恶心呕吐,腹胀肠鸣,肢体困重等类似感冒的症状为主,三五日后,才逐渐出现目黄,随之出现尿黄与身黄。亦有先出现胁肋剧痛,然后发黄者。病程或长或短。发黄程度或浅或深,其色或鲜明或晦暗,急黄者,其色甚则如金。急黄患者还可出现壮热神昏,衄血吐血等症。常有饮食不节,与肝炎病人接触,或服用损害肝脏的药物等病史。

【诊断】

1. 以目黄、身黄、小便黄为主症,其中目黄为必具的症状。
2. 常伴脘腹胀满,纳呆呕恶,胁痛,肢体困重等症。
3. 常有饮食不节,与肝炎病人接触,或服用损害肝脏的药物等病史,以及过度疲劳等诱因。
4. 血清总胆红素、直接胆红素、尿胆红素、尿胆原、血清丙氨酸转氨酶、天冬氨酸转氨酶,以及B超、CT、胆囊造影等检查,有助于诊断与鉴别诊断。

【鉴别诊断】

1. 萎黄黄疸与萎黄均有身黄,故需鉴别。黄疸的病因为感受时邪,饮食所伤,脾胃虚弱,砂石、积块瘀阻等;萎黄的病因为大失血,久病脾虚等。黄疸的病机是湿浊阻滞,脾胃肝胆功能失调,胆液不循常道,随血泛溢;萎黄的病机是脾虚不能化生气血,或失血过多,致气血亏虚,肌肤失养。黄疸以目黄、身黄、小便黄为特征;萎黄以身面发黄且干萎无泽为特征,双目和小便不黄,伴有明显的气血亏虚证候,如眩晕耳鸣,心悸少寐等。二者的鉴别以目黄的有无为要点。

2. 黄胖黄胖多与虫证有关,诸虫尤其是钩虫居于肠内,久之耗伤气血,脾虚生湿,致肌肤失养,水湿渐停,而引起面部肿胖色黄,身黄带白,但眼目不黄。《杂病源流犀烛·诸疸源流黄胖》对此论述颇详:“黄胖宿病也,与黄疸暴病不同。盖黄疸眼目皆黄,无肿状;黄胖多肿,色黄中带白,眼目如故,或洋洋少神。虽病根都发于脾,然黄疸则由脾经湿热郁蒸而成;黄胖则湿热未甚,多虫与食积所致,必吐黄水,毛发皆直,或好食生米茶叶土炭之类。”二者的鉴别也以目黄的有无为要点。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨箴黄与阴黄箴黄由湿热所致,起病急,病程短,黄色鲜明如橘色,伴有湿热证候;阴黄由寒湿所致,起病缓,病程长,黄色晦暗如烟熏,伴有寒湿诸候。

2. 辨箴黄中湿热的偏重箴黄属湿热为患,由于感受湿与热邪程度的不同,机体反应的差异,故临床有湿热孰轻孰重之分。区别湿邪与热邪的孰轻孰重,目的是同中求异,使治疗分清层次,各有重点。辨证要点是:热重于湿的病机为湿热而热偏盛,病位在脾胃肝胆而偏重于胃;湿重于热的病机是湿热而湿偏盛,病位在脾胃肝胆而偏重于脾。相对来说,热重于湿者以黄色鲜明,身热口渴,口苦便秘,舌苔黄腻,脉弦数为特点;湿重于热者则以黄色不如热重者鲜明,口不渴,头身困重,纳呆便溏,舌苔厚腻微黄,脉濡缓为特征。

3. 辨急黄急黄为湿热夹时邪疫毒,热入营血,内陷心包所致。在证候上,急黄与一般箴黄不同,急黄起病急骤,黄疸迅速加深,其色如金,并现壮热神昏;吐血衄血等危重证候,预后较差。

治疗原则

根据本病湿浊阻滞,脾胃肝胆功能失调,胆液不循常道,随血外溢的病机,其治疗大法为祛湿利小便,健脾疏肝利胆。故《金匱要略》有“诸病黄家,但利其小便”之训。并应依湿从热化、寒化的不同,分别施以清热利湿和温中化湿之法;急黄则在清热利湿基础上,合用解毒凉血开窍之法;黄疸久病应注意扶助正气,如滋补脾肾,健脾益气等。

分证论治

『箴黄』

·湿热兼表

症状:黄疸初起,目白睛微黄或不明显,小便黄,脘腹满闷,不思饮食,伴有恶寒发热,头身重痛,乏力,舌苔黄腻,脉浮弦或弦数。

治法:清热化湿,佐以解表。

方药:麻黄连翘赤小豆汤合甘露消毒丹。

本方意在解除表邪,芳香化湿,清热解毒。二方中麻黄、薄荷辛散外邪,使邪从外解;连翘、黄芩清热解毒;申香、白蔻仁、石菖蒲芳香化湿;赤小豆、梓白皮、滑石、木通渗利小便;杏仁宣肺化湿;茵陈清热化湿,利胆退黄;生姜、大枣、甘草调和脾胃;川贝、射干可去而不用。

表证轻者,麻黄、薄荷用量宜轻,取其微汗之意;目白睛黄甚者,茵陈用量宜大;热重者酌加金银花、栀子、板蓝根清热解毒。并可加郁金、丹参以疏肝调血。

·热重于湿

症状:初起目白睛发黄,迅速至全身发黄,色泽鲜明,右胁疼痛而拒按,壮热口渴,口干口苦,恶心呕吐,脘腹胀满,大便秘结,小便赤黄、短少,舌红,苔黄腻或黄糙,脉弦滑或滑数。

治法:清热利湿,通腑化瘀。

方药:茵陈蒿汤。

方中茵陈味苦微寒,入肝、脾、膀胱经,为清热利湿、疏肝利胆退黄的要药;栀子清泄三焦湿热,利胆退黄;大黄通腑化瘀,泄热解毒,利胆退黄;茵陈配栀子,使湿热从小便而去;茵陈配大黄,使瘀热从大便而解,三药合用,共奏清热利湿,通腑化瘀,利胆退黄和解毒之功。本方可酌加升麻、连翘、大青叶、虎杖、田基黄、板蓝根等清热解毒;郁金、金钱草、丹参以疏肝利胆化瘀;车前子、猪苓、泽泻等以渗利湿邪,使湿热分消,从二便而去。

湿重于热

症状:身目发黄如橘,无发热或身热不扬,右胁疼痛,脘闷腹胀,头重身困,嗜卧乏力,纳呆便溏,厌食油腻,恶心呕吐,口粘不渴,小便不利,舌苔厚腻微黄,脉濡缓或弦滑。

治法:健脾利湿,清热利胆。

方药:茵陈四苓汤。

方用茵陈清热利湿,利胆退黄,用猪苓、茯苓、泽泻淡渗利湿,炒白术健脾燥湿。若右胁疼痛较甚,可加郁金、川楝子、佛手以疏肝理气止痛。若脘闷腹胀,纳呆厌油,可加陈皮、申香、佩兰、厚朴、枳椇等以芳香化湿理气。

茵陈四苓汤适用于湿邪偏重较明显者,若湿热相当者,尚可选用甘露消毒丹。该方用茵陈、滑石、木通清热利湿,利胆退黄,引湿热之邪从小便而出;黄芩、连翘清热燥湿解毒;石菖蒲、白蔻仁、申香、薄荷芳香化湿,行气悦脾。原方中贝母、射干的主要作用是清咽散结,可去之。本方诸药配合,不仅利湿清热,芳香化湿,利胆退黄,而且调和气机,清热透邪,使壅遏之湿热毒邪消退。若湿困脾胃,便溏尿少,口中甜者,可加厚朴、苍术;纳呆或无食欲者,再加炒麦芽、鸡内金以醒脾消食。

·胆腑郁热

症状:身目发黄鲜明,右胁剧痛且放射至肩背,壮热或寒热往来,伴有口苦咽干,恶心呕吐,便秘,尿黄,舌红苔黄而干,脉弦滑数。

治法:清热化湿,疏肝利胆。

方药:大柴胡汤。

方中柴胡、黄芩、半夏、生姜和解少阳,和胃降逆;大黄、枳实通腑泻热,利胆退黄;白芍和脾敛阴,柔肝利胆;大枣养胃。胁痛重者,可加郁金、枳椇、木香;黄疸重者,可加金钱草、厚朴、茵陈、栀子;壮热者,可加金银花、蒲公英、虎杖;癯逆恶心者,加炒莱菔子。

·疫毒发黄

症状:起病急骤,黄疸迅速加深,身目呈深黄色,胁痛,脘腹胀满,疼痛拒按,壮热烦渴,呕吐频作,尿少便结,烦躁不安,或神昏谵语,或衄血尿血,皮下紫斑,或有腹水,继之嗜睡昏迷,舌质红绛,苔黄褐干燥,脉弦大或洪大。本证又称急黄。

治法:清热解毒,凉血开窍。

方药:千金犀角散。

本方主药犀角(以水牛角代之)是清热解毒凉血之要药,配以黄连、栀子、升麻则清热解毒之力更大;茵陈清热利湿,利胆退黄。可加生地、玄参、石斛、丹皮清热解毒,养阴凉血;若热毒炽盛,乘其未陷入昏迷之际,急以通涤胃肠热毒为要务,不可犹豫,宜加大剂量清热解毒药如金银花、连翘、土茯苓、蒲公英、大青叶、黄柏、生大黄,或用五味消毒饮,重加大黄。如已出现躁扰不盛,或伴出血倾向,需加清营凉血解毒药,如神犀丹之类,以防内陷心包,出现昏迷。如热入营血,心神昏乱,肝风内动,法宜清热凉血,开窍熄风,急用温病“三宝”:躁扰不盛,肝风内动者用紫雪丹;热邪内陷心包,谵语或昏愤不语者用至宝丹;热毒炽盛,湿热蒙蔽心神,神志时清时昧者,急用安宫牛黄丸。

本证可用清开灵注射液 60-80ml,兑入 5% 葡萄糖溶液中静脉滴注,每日 1 次,连续 2-3 周。

『阴黄』

·寒湿阻遏,

症状:身目俱黄,黄色晦暗不泽或如烟熏,右胁疼痛,痞满食少,神疲畏寒。腹胀便溏,口淡不渴,舌淡苔白腻,脉濡缓或砵迟。

治法:温中化湿,健脾利胆。

方药:茵陈术附汤。

方中茵陈除湿利胆退黄,附子、干姜温中散寒,佐以白术、甘草健脾和胃。胁痛或胁下积块者,可加柴胡、丹参、泽兰、郁金、赤芍以疏肝利胆,活血化痰;便溏者加茯苓、泽泻、车前子。黄疸日久,身倦乏力者加党参、黄芪。

脾虚湿郁

症状:多见于黄疸久郁者。症见身目俱黄,黄色较淡而不鲜明,胁肋隐痛,食欲不振,肢体倦怠乏力,心悸气短,食少腹胀,大便溏薄,舌淡苔薄白,脉濡细。

治法:健脾益气,祛湿利胆。

方药:六君子汤加茵陈、柴胡。

方中人参、茯苓、白术、甘草健脾益气,陈皮、半夏健脾燥湿,茵陈、柴胡利湿疏肝利胆,诸药合用,共奏健脾益气、疏肝利胆、祛湿退黄之功。血虚者可加当归、地黄养血,湿重苔腻者可少加猪苓、泽泻。

脾虚血亏

主症:面目及肌肤发黄,黄色较淡,面色不华,睑白唇淡,心悸气短,倦怠乏力,头晕目眩,舌淡苔白,脉细弱。

治法:补养气血,健脾退黄。

方药:小建中汤。

方中桂枝配生姜、大枣辛甘生筋,白芍配甘草酸甘化阴,饴糖缓中健脾。并酌加茯苓、泽泻以利湿退黄,黄芩、党参以补气,白术以健脾,当归、阿胶以养血。

【转归预后】

本病的转归与黄疸的性质、体质强弱、治疗护理等因素有关。箴黄、阴黄、急黄虽性质不同,轻重有别,但在一定条件下可互相转化。箴黄若患者体质差,病邪重,黄疸日益加深,迅速出现热毒炽盛症状可转为急黄;箴黄也可因损伤脾筋,湿从寒化,转为阴黄;阴黄重感湿热之邪,又可发为箴黄;急黄若热毒炽盛,内陷心包,或大量出血,可出现肝肾筋气衰竭之候;阴黄久治不愈,可转为积聚、鼓胀。

一般来说,箴黄预后良好,唯急黄邪入心营,耗血动血,预后多不良。至于阴黄,若筋气渐复,黄疸渐退,则预后较好;若阴黄久治不愈,化热伤阴动血,黄疸加深,转变为鼓胀重症则预后不良;急黄病死率高,若出现肝肾筋气衰竭之候,预后堪差。

【预防与调摄】

本病病程相对较长,除了药物治疗以外,精神状态、生活起居、休息营养等,对本病有着重要的辅助治疗意义。具体内容包括:

1. 精神调摄:由于本病易于蔓延、反复甚至恶化,因此,患病后一般思想顾虑较重,多虑善怒,致使病情加重。所以,医患结合,讲清道理,使患者从自身疾病的束缚中解脱出来,而不要为某些症状的显没而惶惶不安,忧虑不盛。

2. 饮食有节:患病后食欲减退,恶心呕吐,腹胀等症明显,所以调节饮食为主要的辅助疗法。既往强调高糖、高蛋白、高热量、低脂肪饮食,以保证营养供应,但应注意要适度,不可过偏。箴黄患者适合软食或半流饮食,以起到补脾缓肝的作用;禁食酒、辛辣及油腻之品。阴黄

患者也应进食富于营养而易消化的饮食，禁食生冷、油腻、辛辣之品，不吃油炸、坚硬的食物，避免损伤血络。黄疸恢复期，更忌暴饮暴食，以防重伤脾胃，使病情加重。

3. 起居有常：病后机体功能紊乱，往往容易疲劳，故在急性期或慢性活动期应适当卧床休息，有利整体功能的恢复；急性期后，根据患者体力情况，适当参加体育锻炼，如练太极拳、气功之类，十分必要。

对于急黄患者，由于发病急骤，传变迅速，病死率高，所以调摄护理更为重要。患者应绝对卧床休息，吃流质饮食，如恶心呕吐频发，可暂时禁食，予以补液。禁辛热、油腻、坚硬的食物，以防助热、生湿、伤络。密切观察病情变化，黄疸加深或皮肤出现紫斑为病情恶化之兆；若烦躁不安，神志恍惚，脉象变为微弱欲绝或散乱无根，为欲脱之征象，应及时抢救。

【结语】

黄疸是以目黄、身黄、尿黄为主要特征的一种肝胆病证，其病因主要有外感时邪，湿热疫毒，饮食所伤，脾胃虚弱及肝胆结石、积块瘀阻等，其发病往往是内外因相因为患。其中主要责之于湿邪，病位在脾胃肝胆，而且多是由脾胃累及肝胆。黄疸的基本病机是湿浊阻滞，脾胃肝胆功能失常，或结石、积块瘀阻胆道，致胆液不循常道，随血泛滥而成。病理属性与脾胃脾气盛衰有关。中焦偏盛，湿从热化，则致湿热为患，发为阳黄；中焦不足，湿从寒化，则致寒湿为患，发为阴黄。至于急黄则为湿热夹时邪疫毒所致。阳黄和阴黄之间在一定条件下可以相互转化。辨证要点主要是辨阳黄与阴黄、阳黄湿热的偏重及急黄。治疗大法为祛湿利小便，健脾疏肝利胆。并应依湿从热化、寒化的不同，分别施以清热利湿和温中化湿之法；急黄则应在清热利湿基础上，合用解毒凉血开窍之法；黄疸久病应注意扶助正气，如滋补脾胃、健脾益气等。各证均可适当配伍化瘀之品。同时要注意清热应护脾，不可过用苦寒；温阻应护阴，不可过用辛燥；黄疸消退之后，有时并不意味着病已痊愈，仍需善后治疗，做到除邪务尽。

【文献摘要】

《素问·平人气象论篇》：“溺黄赤，安卧者，黄疸；……目黄者曰黄疸。”

《璣枢·论疾诊尺》：“身痛面色微黄，齿垢黄，爪甲上黄，黄疸也，安卧，小便黄赤，脉小而涩者，不嗜食。”

《伤寒论·辨阳明病脉证并治》：“阳明病，发热，汗出者，此为热越，不能发黄也。但头汗出，身无汗，齐颈而还，小便不利，渴引水浆者，此为瘀热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。”“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。”“伤寒七八日，身黄如橘子色，小便不利，腹微满者，茵陈蒿汤主之。”

《金匱要略·黄疸病脉证并治》：“黄家所得，从湿得之。”

《诸病源候论·黄病诸候》：“脾胃有热，谷气郁蒸，因为热毒所加，故卒然发黄，心满气喘，命在顷刻，故云急黄也。有得病即身体面目发黄者，有初不知是黄，死后乃身面黄者，其候得病但发热心战者，是急黄也。”

(景岳全书,黄疸):“籛黄证多以脾湿不流,郁热所致,必须清火邪,利小水,火清则溺自清,溺清则黄自退。”

【现代研究】

·黄疸型肝炎的临床研究

急性黄疸型肝炎多属籛黄之证,而急性传染性黄疸型肝炎多属于肝胆湿热证。冷氏采用清热利湿法为主治疗急性黄疸型肝炎 124 例,并设对照组 128 例,对比观察其疗效。二组均采用卧床休息,静脉输液,口服肝泰乐,肌注维丙甬等综合治疗措施。治疗组加用清热利湿汤药。处方为:茵陈、栀子、大黄、板蓝根、枳椇、丹皮、金银花、甘草。治疗结果:胆红素恢复正常时间,治疗组分别为:5 天 38 例,10 天 79 例,15 天 5 例,15 天以上 2 例;对照组恢复正常时间分别为:5 天 8 例,10 天 44 例,15 天 36 例,15 天以上 0 例。絮组比较有显著性差璋($P < 0.01$)。转螯酶恢复正常时间,治疗组分别为:20 天 16 例,30 天 106 例,40 天以上 2 例;对照组恢复正常时间分别为:20 天 4 例,30 天 83 例,40 天以上 41 例。絮组比较亦有显著性差璋($P < 0.01$)。除上述絮项指标外,临床症状的改善及消失,尤其是消化道症状,如食欲不振,恶心,厌油腻,腹胀,暖气等的缓解时间,治疗组明显优于对照,组,一般提早 1~2 周[中医杂志 1996;37(6):373]。

陈氏等以赤芍散(赤芍、虎杖、大黄、秦窳、五味子、生麦芽、滑石、生甘草)为主治疗淤胆型肝炎 30 例,1 个月为 1 疗程。通过治疗前后临床症状和肝功能的比较,表明治疗组比对照组的临床症状消失快,有效率高,同时降酶、退黄明显优于对照组[中西医结合肝病杂志 1995;5(3):37]。

通过许多单位的临床研究,其治法在以往清热利湿的基础上合并活血化瘀、通腑攻下等法,提高了疗效。解放军 302 医院治疗 195 例重度黄疸型肝炎,分为湿热型和血瘀血热型,分组应用活血、凉血以赤芍为主的系列处方,其退黄总有效率为 86.64%[中西医结合杂志 1990;(10):X]。

上海市传染病院用中药治疗急重黄疸型甲肝,分为热盛型及瘀热型,分别给予退黄 1 号(茵陈、焦山瑜、鸡内金、生甘草)及 2 号方,间歇应用大承气汤治疗,有效率誓 94.82%[中西医结合杂志 1990;(10):22]。秦氏以活血退黄汤(紫丹参、白花蛇舌草、赤芍、焦瑜、郁金、败酱草、虎杖、柴胡、茵陈、碧玉散、大黄)为主,随症加殊治疗急性黄疸型肝炎,效果满意[中西医结合杂志 1990;(10):22]。

赵氏对大黄用量与急性黄疸型肝炎的疗效关系进行了临床观察,方法是将治疗对象分成 5 组,共用 1 个基础方:茵陈、栀子、金银花、连翘、黄柏、赤芍、枳椇、郁金、金钱草、败酱草、炙甘草、大枣。第一组加大黄 10g,第二组加大黄 20g,第三组加大黄 30g,第四组加大黄 60g,第五组(儿童少年组)酌情加殊药量,余随证加殊。结果发现随大黄用量增加,临床各项指标恢复正常的时间也随之缩短,并认为大黄每日 30g 是常规用量,每日 60g 为大剂量[中医杂志 1991;(4):32]。

贺氏等对 93 例用过各种中西药物退黄无效的急慢性重度黄疸型肝炎饮停心下证,改用苓桂术甘汤加蒺治疗,获得较好疗效。辨证依据是:凡有倦怠无力,胃脘胀满,渴喜饮或不喜饮,大便稀溏,舌苔白腻或黄腻,脉弦滑,胃脘有振水声者,为饮停心下证。主方用桂枝、茯苓、丹参、葛根、赤芍。兼脾肾脾虚者加炮附子、肉桂粉(冲服);兼脾明腑实者加生大黄、玄明粉(冲服)。用药前总胆红素均值 $339.25\mu\text{mol/L}$ 。改用本法后 39 例平均 67 天总胆红素恢复正常,47 例有残留黄疸,退黄总有效率 92.4%,无效及自动出院 7 例。并提出用苓桂术甘汤治疗,对有饮停心下证这一特殊证型的重度黄疸型肝炎,系有效治法[中医杂志 1994;36(3):167]。

清开璘注射液具有清热化痰,祛瘀通络,醒脑开窍作用,陈氏等发现其对重症肝炎有良好疗效,而将其应用于治疗急性黄疸型肝炎 101 例。清开璘组用清开璘注射液 20ml,对照组用肌酐 0.4g,均加入到 10%葡萄糖液中分别静滴,并都加等量维生素,每日 1 次。治疗结果,SGPT 复常时间,清开璘组为 21.51 ± 8.16 天,西药组为 30.21 ± 14.04 天;血胆红素复常时间,清开璘组为 22.49 ± 8.95 天,西药组为 31.48 ± 14.94 天。两组比较,均具有显著性差异($P < 0.01$)[中医杂志 1993;34(12):736]。

外科术后黄疸的临床研究

高氏等以清利湿热法为主治疗外科术后黄疸 16 例。根据本组病例都具有身黄如橘,尿黄,舌红,苔黄腻,脉滑等症状,符合中医“箴黄”的特点,采用清利湿热,疏肝利胆之法为主治疗。药用:茵陈、酒大黄、白芍、当归、泽兰、生薏苡仁、银花炭、连翘。湿热并重者,加冬瓜仁;热重于湿者,加生石膏、竹叶;湿重于热者,加滑石、泽泻;正气不足者,加党参、麦冬;黄疸消退后去苦寒之品重用生黄芪。每日 1-2 剂,连服 15-20 剂;服药后 6-10 天黄疸开始消退,全部病例黄疸全部消退,血胆红素低于 $34\mu\text{mol/L}$,平均为 $14\mu\text{mol/L}$ [中医杂志 1997;38(8):491]。

单味药和中成药的实验研究

现代研究茵陈具有利胆保肝的作用,能促进胆汁分泌和排胆,增加胆汁中固体物、胆红素的含量,煎剂可降低麻醉犬奥狄氏括约肌紧张度。对于四氯化碳所致肝损害的大鼠皮下注射茵陈煎剂,可使其肝细胞肿、气球样变、脂肪变及坏死等均有不同程度的减轻,肝细胞糖原与核糖核酸含量有所恢复或接近正常。茵陈还有解热、利尿、活血、抗菌抗病毒等作用,为治疗黄疸最常用的药物[董昆山等编,现代临床中药学,第 1 版,中国中医药出版社,1998:379]。

复方丹参注射液由丹参、降香等药物提取而成,经研究其具有抗过氧化,提高血中超氧化物歧化酶的活性,清除细胞内自由基的作用;可以阻止钙离子流入细胞内,保护细胞和细胞膜结构,抑制谷丙转氨酶释放。在缺氧条件下,复方丹参液还具有保护线粒体,促进肝细胞再生、改善微循环障碍的作用等[中西医结合肝病杂志 1995;5(1):41]。

第二节 胁痛

胁痛是以胁肋部疼痛为主要表现的一种肝胆病证。胁，指侧胸部，为腋以下至第十二肋骨部位的统称。如《医宗金鉴·卷八十九》明璠指出：“其紫侧自腋而下，至肋骨之尽处，统名曰胁。”《医方考·胁痛门》又谓：“胁者，肝胆之区也。”且肝胆经脉布于紫胁，故“胁”现代又指紫侧下胸肋及肋缘部，肝胆置所居之处。

胁痛是肝胆疾病中常见之证，临床有许多病证都是依据胁痛来判断其为肝胆病或系与肝胆有关的疾病。

本病证早在《内经》就有记载，并明璠指出胁痛的发生主要是肝胆的病变。如《素问·热论篇》曰：“三日少籛受之，少籛主胆，其脉循胁络于耳，故胸胁痛而耳聋。”《素问·刺热论篇》谓：“肝热病者，小便先黄，……胁满痛。”《璣枢·五邪》说：“邪在肝，则紫胁中痛。”其后，历代医家对胁痛病因的认识，在《内经》的基础上，逐步有了发展。《景岳全书·胁痛》将胁痛病因分为外感与内伤紫两大类，并提出以内伤为多见。《临证指南医案·胁痛》对胁痛之属久病人络者，善用辛香通络、甘缓补虚、辛泄祛瘀等法，立方遣药，颇为实用，对后世医家影响较大。《类证治裁·胁痛》在叶氏的基础上将胁痛分为肝郁、肝瘀、痰饮、食积、肝虚诸类，对胁痛的分类与辨证论治作出了一定的贡献。

胁痛病证，可与西医多种疾病相联系，如急性肝炎、慢性肝炎、肝硬化、肝寄生虫病、肝癌、急性胆囊炎、慢性胆囊炎、胆石症、慢性胰腺炎、肋肋外伤以及肋间神经痛等。以上疾病若以胁痛为主要症状时皆可参考本节辨证论治。

【病因病机】

胁痛主要责之于肝胆。因为肝位居于胁下，其经脉循行紫胁，胆附于肝，与肝呈表里关系，其脉亦循于紫胁。肝为刚脏，主疏泄，性喜条誓；主藏血，体阴而用籛。若情志不舒，饮食不节，久病耗伤，劳倦过度，或外感湿热等病因，累及于肝胆，导致气滞、血瘀、湿热蕴结，肝胆疏泄不利，或肝阴不足，络脉失养，即可引起胁痛。其具体病因病机分述如下：

1. 肝气郁结若情志不舒，或抑郁，或暴怒气逆，均可导致肝脉不畅，肝气郁结，气机阻滞，不通则痛，发为胁痛。如《金匱翼，胁痛统论》说：“肝郁胁痛者，悲哀恼怒，郁伤肝气。”肝气郁结胁痛，日久有化火、伤阴、血瘀之变。故《杂病源流犀烛·肝病源流》又说：“气郁，由大怒气逆，或谋虑不决，皆令肝火动甚，以致肤胁肋痛。”

2. 瘀血阻络气行则血行，气滞则血瘀。肝郁气滞可以及血，久则引起血行不畅而瘀血停留，或跌仆闪挫，恶血不化，均可致瘀血阻滞胁络，不通则痛，而成胁痛。故《临证指南医案·胁痛》曰：“久病在络，气血皆窒。”《类证治裁·胁痛》谓：“血瘀者，跌仆闪挫，恶血停留，按之痛甚。”

3. 湿热蕴结外感湿热之邪，侵袭肝胆，或嗜食肥甘醇酒辛辣，损伤脾胃，脾失健运，生湿蕴热，内外之湿热，均可蕴结于肝胆，导致肝胆疏泄不利，气机阻滞，不通则痛，而成胁痛。

《素问·刺热论篇》说：“肝热病者，……胁满痛。”《证治汇补·胁痛》也曾谓：“胁痛‘至于湿热郁火，劳役房色而病者，间亦有之。’”

4. 肝阴不足素体肾虚，或久病耗伤，或劳欲过度，均可使精血亏损，导致水不涵木，肝阴不足，络脉失养，不荣则痛，而成胁痛。正如《金匱翼·胁痛统论》所说：“肝虚者，肝阴虚也，阴虚则脉绌急，肝之脉贯膈布胁肋，阴虚血燥则经脉失养而痛。”

总之，胁痛主要责之于肝胆，且与脾、胃、肾相关。病机转化较为复杂，既可由实转虚，又可由虚转实，而成虚实并见之证；既可气滞及血，又可血瘀阻气，以致气血同病。胁痛的基本病机为气滞、血瘀、湿热蕴结致肝胆疏泄不利，不通则痛，或肝阴不足，络脉失养，不荣则痛。

【临床表现】

本病以胁肋部疼痛为主要特征。其痛或发于一侧，或同时发于两胁。疼痛性质可表现为胀痛、窜痛、刺痛、隐痛，多为拒按，间有喜按者。常反复发作，一般初起疼痛较重，久之则胁肋部隐痛时发。

【诊断】

1. 以胁肋部疼痛为主要特征。
2. 疼痛性质可表现为胀痛、窜痛、刺痛、隐痛，多为拒按，间有喜按者。
3. 反复发作的病史。
4. 血常规、肝功能、胆囊造影、B超等实验室检查，有助于诊断。

【鉴别诊断】

1. 胸痛胸痛与胁痛均可表现为胸部的疼痛，故二者需鉴别。不过胁痛部位在胁肋部，常伴恶心，口苦等肝胆病症状，实验室检查多可查见肝胆疾病；而胸痛部位则在整个胸部，常伴有胸闷不舒，心悸短气，咳嗽喘息，痰多等心肺病证候，心电图、胸部X线透视等检；查多可查见心肺疾病的证据。

2. 胃痛肝气犯胃所致的胃痛常攻窜连胁而痛，胆病的疼痛有时发生在心窝部附近，胃痛与胁痛有时也易混淆，应予鉴别。但胃痛部位在上腹中部胃脘处，兼有恶心嗳气，吞酸；嘈杂等胃失和降的症状，如有胃痛连胁也是以胃痛为主，纤维胃镜等检查多有胃的病变；而胁痛部位在上腹右侧胁肋部，常伴恶心，口苦等肝胆病症状，B超等实验室检查多可查见肝胆疾病。

【辨证论治】：

辨证要点

1. 辨外感、内伤外感胁痛是由湿热外邪侵袭肝胆，肝胆失于疏泄条畅而致，伴有寒；热表证，且起病急骤，同时可出现恶心呕吐，目睛发黄，苔黄腻等肝胆湿热症状；内伤胁痛则由肝郁气滞，瘀血内阻，或肝阴不足所引起，不伴恶寒、发热等表证，且起病缓慢，病程较长。

2. 辨在气在血一般说来,气滞以胀痛为主,且游走不定,时轻时重,症状的轻重每与情绪变化有关;血瘀以刺痛为主,且痛处固定不移,疼痛持续不已,局部拒按,入夜尤甚,或胁下有积块。

3. 辨虚实实证由肝郁气滞,瘀血阻络,外感湿热之邪所致,起病急,病程短,疼痛剧烈而拒按,脉实有力;虚证由肝阴不足,络脉失养所引起,常因劳累而诱发,起病缓,病程长,疼痛隐隐,悠悠不休而喜按,脉虚无力。

治疗原则

胁痛的治疗着眼于肝胆,分虚实而治。实证宜理气、活血通络、清热祛湿;虚证宜滋阴养血柔肝。临床上还应据“痛则不通”,“通则不痛”的理论,以及肝胆疏泄不利的基本病机,在各证中适当配伍疏肝理气,利胆通络之品。

分证论治

·肝气郁结

症状:胁肋胀痛,走窜不定,甚则连及胸肩背,且情志不舒则痛增,胸闷,善太息,得暖气则舒,饮食殊少,脘腹胀满,舌苔薄白,脉弦。

治法:疏肝理气。

方药:柴胡疏肝散。

方中柴胡疏肝解郁,香附、枳椇、陈皮理气除胀,川芎活血行气通络,白芍、甘草缓急止痛,全方共奏疏肝理气止痛之功。若气滞及血,胁痛重者,酌加郁金、川楝子、延胡索、青皮以增强理气活血止痛之功;若兼见心烦急躁,口干口苦,尿黄便干,舌红苔黄,脉弦数等气郁化火之象,酌加栀子、黄芩、胆草等清肝之品;若伴胁痛,肠鸣,腹泻者。为肝气横逆,脾失健运之证,酌加白术、茯苓、泽泻、薏苡仁以健脾止泻;若伴有恶心呕吐,是为肝胃不和,胃失和降,酌加半夏、陈皮、丁香、生姜等以和胃降逆止呕。

·瘀血阻络

症状:胁肋刺痛,痛处固定而拒按,疼痛持续不已,入夜尤甚,或胁下有积块,或面色晦暗,舌质紫暗,脉涩弦。

治法:活血化瘀,理气通络。

方药:血府逐瘀汤。

方用桃仁、红花、当归、生地黄、川芎、赤芍活血化瘀而养血,柴胡行气疏肝,桔梗开肺气,枳椇行气宽中,牛膝通利血脉,引血下行。若瘀血严重,有明显外伤史者,应以逐瘀为主,方选复元活血汤。方以大黄、桃仁、红花、穿山甲活血祛瘀,散结止痛,当归养血祛瘀,柴胡疏肝理气,天花粉消肿化痰,甘草缓急止痛,调和诸药。还可加三七粉另服,以助祛瘀生新之效。

·湿热蕴结

症状: 胁肋胀痛, 触痛明显而拒按, 或引及肩背, 伴有脘闷纳呆, 恶心呕吐, 厌食油腻, 口干口苦, 腹胀尿少, 或有黄疸, 舌苔黄腻, 脉弦滑。

治法: 清热利湿, 理气通络。

方药: 龙胆泻肝汤。

方中龙胆草、[栀子](#)、[黄芩](#)清肝泄火, [柴胡](#)疏肝理气, 木通、[泽泻](#)、[车前子](#)清热利湿, 生地、[当归](#)养血清热益肝。可酌加[郁金](#)、半夏、[青皮](#)、川楝子以疏肝和胃, 理气止痛。若便秘, 腹胀满者为热重于湿, 肠中津液耗伤, 可加[大黄](#)、[芒硝](#)以泄热通便存阴。若白睛发黄, 尿黄, 发热口渴者, 可加[茵陈](#)、[黄柏](#)、[金钱草](#)以清热除湿, 利胆退黄。久延不愈者, 可加[三棱](#)、[莪术](#)、丹参、[当归](#)尾等活血化瘀。对于湿热蕴结的胁痛, 祛邪务必要早, 除邪务尽, 以防湿热襟固, 酿成热毒, 导致治疗的困难。

·肝阴不足

症状: 胁肋隐痛, 绵绵不已, 遇劳加重, 口干咽燥, 紫目干涩, 心中烦热, 头晕目眩, 舌红少苔, 脉弦细数。

治法: 养阴柔肝, 佐以理气通络。

方药: 一贯煎。

本方为柔肝的著名方剂。组方原则宗叶氏“肝为刚脏, 非柔润不能调和”之意, 在滋阴补血以养肝的基础上少佐疏调气机, 通络止痛之晶, 宜于肝阴不足, 络脉不荣的胁肋作痛。方中生地、枸杞滋养肝肾, 沙参、[麦冬](#)、[当归](#)滋阴养血柔肝, 川楝子疏肝理气止痛。若紫目干涩, 视物昏花, 可加草决明、女贞子; 头晕目眩甚者, 可加[钩藤](#)、天麻、[菊花](#); 若心中烦热, 口苦甚者, 可加[栀子](#)、丹参。肝阴不足所致胁痛, 除久病体虚, 失血等原因外, 尚有因使用香燥理气之晶太过所致者。一般说来, 气滞作胀作痛, 病者苦于疼痛胀急, 但求一时之快, 医者不察病起于虚, 急于获效, 以致香燥理气太过而伤肝阴, 应引以为戒。

【转归预后】

肝郁胁痛如久延不愈, 或治疗不当, 日久气滞血瘀, 可转化为瘀血胁痛; 湿热蕴结胁痛日久不愈, 热邪伤阴, 可转化为肝阴不足胁痛; 邪伤正气, 久病致虚, 各实证胁痛皆可转化为虚实并见之证; 而虚证胁痛若情志失调, 或重感湿热之邪, 也可转化为阴虚气滞, 或阴虚湿热之虚实并见证。若失治误治, 久延不愈, 个别病例也可演变为积聚, 甚者转为鼓胀重证。

无论外感或内伤胁痛, 只要调治得法, 一般预后良好。若治疗不当, 转为积聚、鼓胀者, 治疗较为困难。

【预防与调摄】

胁痛皆与肝的疏泄功能失常有关。所以, 精神愉快, 情绪稳定, 气机条畅, 对预防与治疗有着重要的作用。胁痛属于肝阴不足者, 应注意休息, 劳逸结合, 多食蔬菜、水果、瘦肉等清

淡而富有营养的食物。胁痛属于湿热蕴结者，尤应注意饮食，要忌酒，忌辛辣肥甘之品，生冷不洁之品也应注意。

【结语】

胁痛为临床常见病，主要证型有肝气郁结、瘀血阻络、湿热蕴结、肝阴不足等，病位在肝胆，基本病机为气滞、血瘀、湿热蕴结，肝胆疏泄不利，不通则痛，或肝阴不足，络脉失养，不荣则痛。以辨外感、内伤，在气、在血和辨虚、实为辨证要点。胁痛的治疗着眼于肝胆，分虚实而治。实证宜理气、活血通络、清热祛湿；虚证宜滋阴养血柔肝。临床上还应据“痛则不通”，“通则不痛”的理论，以及肝胆疏泄不利的基本病机，在各证中适当配伍疏肝利胆，理气通络之品。但应注意，对于香燥理气之品，不宜过量服用。

【文献摘要】

《素问·脏气法时论篇》：“肝病者，紫胁下痛引少腹，令人善怒。”

《灵枢·经脉》：“胆足少阳之脉，……是动则病口苦，善太息，心胁痛，不能转侧。”

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》：“水在肝，胁下支满，噫而痛。”

《丹溪心法·胁痛》：“胁痛，肝火盛，木气实，有死血，有痰流注。”

《景岳全书·胁痛》：“胁痛之病，本属肝胆二经，以二经之脉皆循胁肋故也。”“胁痛有内伤、外感之辨，凡寒邪在少阳经，乃病为胁痛，耳聋而呕，然必有寒热表证者，方是外感；如无表证，悉属内伤。但内伤胁痛者十居八九，外感胁痛则间有之耳。”

《症因脉治·胁痛》：“内伤胁痛之因，或痰饮、悬饮，凝结紫胁，或死血停滞胁肋，或恼怒郁结，肝火攻冲，或肾水不足，……皆成胁肋之痛矣。”

【现代研究】

中医药抗肝纤维化的研究

1. 单味中药及有效单体的研究

对五味子乙素、升麻甲醇提取物、苍术酮、苦参绿及黄芩、茯苓、三七、甘草、柴胡、郁金等的研究，皆显示出一定的抗肝纤维化的作用。而目前研究最多的当推汉防己甲素、丹参、桃仁、冬虫夏草等。蔺氏等以大剂量丹参为主治疗慢性乙肝患者 160 例，结果表明，丹参有明显的降低血清转氨酶、胆红素及消缩肝肿大作用[中西医结合杂志 1993;3(3):23]。

徐氏等从病理和免疫组化角度探讨桃仁提取物治疗肝纤维化的效果。实验结果显示，桃仁提取物通过提高肝组织襟原酶的活性和抑制贮脂细胞的活化有效地抑制了襟原等基质成分的合成代谢，促进其分解代谢，从而使桃仁组肝脏内Ⅰ、Ⅲ型襟原、纤维连接蛋白大量减少。提示桃仁提取物抗肝纤维化的作用比较广泛，对多种类型襟原基质成分的降解均有显效[中国中药杂志 1994;19(8):493]

2. 复方研究

大量的活血化瘀方药的抗肝纤维化临床和实验研究反复验证了活血化瘀法为抗肝纤维化有效和基础的法则。胡氏等研究大黄总虫丸对大鼠肝损伤的作用,结果显示:大黄广虫丸能显著降低大鼠肝尿羟脯氨酸含量,减轻肝细胞变性,减轻肝内胶原纤维增生,具有一定的抗肝损伤和肝纤维化的作用[中西医结合肝病杂志 1995;5(3):30]。

傅氏等认为慢性肝炎以至形成肝硬化的主要病机在于气虚血瘀,故以益气活血为法组方(黄芩、川芎、赤芍等),与单纯活血作平行对照研究。结果表明:活血化瘀药对肝纤维化大鼠具有改善肝脏微循环障碍和抗肝纤维化的作用,但实验后期反失去护肝降酶作用,也未能降低大鼠病死率,考虑后者与逐瘀过久致伤正气有关;而益气活血剂能使大鼠安然度过实验晚期,明显降低病死率,肝功能接近正常,其抗肝纤维化效果优于单纯活血组[中国中西医结合杂志 1992;12(4):229]。

朱氏等用补肾方药制成抗纤维(熟地、巴戟天、仙璣脾等)治疗慢性乙月于 19 例,结果表明抗纤维可改善免疫调节功能,提高自然杀伤细胞活性,使透明质酸、纤维连结蛋白降低。提示抗纤维对肝纤维增生有一定抑制作用[中华传染病杂志 1995;13(3):181]。

中医药治疗病毒性肝炎的临床研究

1. 慢性肝炎

李氏重用茜草、稀莩草治疗慢性肝炎高丁球蛋白血症,方法是对慢性肝炎 ALT 正常或治疗后降至正常,丁球蛋白仍>22.0%者,以活血化瘀为总治则,以茜草 30-60g,稀莩草 30-60g 为基本方,同时配合辨证用药:兼血热者加赤芍、丹参、葛根、丹皮等,兼脾虚者加黄芩、茯苓、升麻,兼肝郁者加瓜蒌、香附或桔梗、牛膝,脾肾阴虚型选用白芍、牛膝、旱莲草、女贞子、枸杞子等,痰湿郁阻型用陈皮、半夏、泽泻、茯苓、菖蒲、香橼等,寒凝肝脉型加香附、炮姜,兼心下停饮者加桂枝、茯苓。疗程 2-4 个月。总有效率 56.41%,其中,治疗前丁球蛋白>30.0%者,治疗后 2/3 病例见到显效或有效,TIT 与 Y 球蛋白呈同步下降[中医杂志 1993;34(10):603]。

在中西医对照观察中伍氏发现慢管肝中以湿热型、气郁脾虚型多见,占 69.4%,慢活肝中以气阴两虚、气滞血瘀型多见,占 58.5%;陈氏等发现肝郁脾虚型符合慢管肝者占 94.6%,肝肾阴虚型符合慢活肝者占 75.5%,气滞血瘀型属慢活肝伴早期肝硬化者占 75.0%。王氏等发现肝郁湿热型 HBV 复制最活跃,肝脾两虚型 HBV 复制趋于稳定[湖南中医学院学报 1995;(2):70]。

陈氏治疗慢性病毒性肝炎,将其分为气分证、血分证、阴虚证、脾虚证四型论治,分别用柴胡解毒汤、柴胡活络汤、柴胡止痛汤、柴胡鳖甲汤、柴胡桂姜汤治疗。柴胡解毒汤由柴胡、黄芩、茵陈、土茯苓、蚤休、草河车、苍术、炙甘草等组成,主治肝炎气分湿热,转氨酶高,黄疸指数高,以苔腻,尿黄,胁痛,体疲,口苦,心烦为辨证要点,转氨酶持续高加垂盆草、金钱草、蛇舌草(三草解毒汤);湿热毒邪凝滞不化,苔白厚腻而干,肩背酸凝而胀,身笨重,口渴尿黄,加生石膏、滑石、寒水石(三石解毒汤)。柴胡活络汤由柴胡、黄芩、茵陈、土茯苓、草河车、茜草、红花、当归、白芍、炙甘草等组成,主治肝血瘀阻,络脉不通,湿热毒邪进入血分,

以苔白膩，舌质暗边有瘀斑，脉弦涩为特点，转氨酶不降，加三草活络汤(三草解毒汤加**虎杖**)。**柴胡**止痛汤由**柴胡**、川楝子、**延胡索**、**陈寄奴**、**姜黄**、**茜草**、**海螵蛸**、皂刺、**甘草**等组成，主治邪入血分，气血失调，以肝区痛重为特点。**柴胡鳖甲汤**由**柴胡**、**鳖甲**、**牡蛎**、沙参、**麦冬**、**玉竹**、生地、土元、**茜草**等组成，主治阴虚内热，气血凝滞，以舌红绛少苔，脉弦细数，低热少寐，口燥咽干，衄血，胁痞为辨证要点。**柴胡桂姜汤**(**柴胡桂枝干姜汤**)主治肝之余邪未去又发脾籛虚寒证，以口干，胁痛背痛，腹胀便溏为要点(北京中医学院学报 1996;19(5):46)。

2. 乙型肝炎

黄氏用清开璣注射液治疗活动期乙型肝炎 33 例，用清开璣 20mi 加入 5% 葡萄糖液中静滴，每日 1 次，10 天为 1 疗程。治疗期间停用其他有关降酶药。1 疗程后，除 1 例无效外，11 例 SGFF 恢复正常水平，1 例血清胆红素恢复正常，SGPT 平均下降幅度为 88 t;HBeAg 转阴者 7 例。治疗 2-3 疗程后，除 2 例 SGPT 反跳至 2001X 而转院，2 例 SGPT 下降不足 40g 外，其余病例均有效。21 例 SGPT 恢复正常。4 例高胆红素血症血清胆红素均正常，7 例 SGPT 在 40-72 空格之间，HBeAg 转阴者 11 例，2 例 HBsAg、HBeAg 籛性者均转阴，后经益肾解毒法治疗，1 个月后复查，无反复[中医杂志 1993;34(3):138]。

肖氏等用乙肝康治疗乙肝 31 例，方由**蜈蚣**、**三七**、**山药**、**郁金**、**白用藜**、**大黄**、**鹅不食草**等组成，疗程 90 天，治疗总有效率为 83.9%。并观察了此方治疗对乙肝血清学指标的影响，结果 HBsAg、HBeAg 阴转率分别为 41.9%、57.91%，HBeAb 转阴率为 48.4%[中医杂志 1993;(6):335]。

王氏等用补中益气汤随证加絀，治疗慢性乙型肝炎 154 例，疗程为 2 个月，并与西药治疗组对比研究，发现补中益气汤能较快改善慢性乙月干的临床症状和体征，改善肝功能，促进乙肝病毒血清学标志物指标的好转(HBsAg、HBeAg 转阴率或滴度下降，抗-HBe 或抗-HBs 籛转率)，明显优于西药治疗的对照组。动物实验结果表明，补中益气汤对实验小鼠肝组织 DNA、RNA、蛋白质合成均有明显的促进作用(中国中西医结合杂志 1993;13(6):333)信张氏等用参鬪四物汤治疗慢性乙型肝炎 45 例，总有效率 88.9%，其中基本治愈率 35.6%，显效率 33.3%，有效率 20.0%。并对 T 细胞亚群作了观察，治疗前 CD3、CD4 的百分率与 CD4 / CDs 比值显著低于正常人(P<0.01)，CDs 与 B 细胞的百分率却显著高于正常组(P<0.01)，治疗后 CD3、CD4 与 CD4 / CDs 比值显著回升(P<0.01)，CDs 与 B 细胞显著下降(P 分别<0.01、0.05)，提示本药在调节机体免疫功能方面起了重要作用[中医杂志 1995;36(9):540]。

3. 丙型肝炎

陈氏认为丙型肝炎的特点是毒邪(HCV)直入营血;毒瘀易聚，缠绵难愈;肾虚者易感，中老年多发;易与乙型肝炎合并感染。提出中医治法可采取活血解毒，疏肝化瘀，补益肝肾等法。丙型肝炎病毒直入血分，应重用入血分的药物。但因其性质阴凝、毒聚，因此不宜使用过于寒凉、粘滞、阴柔之药，而应选用动而不守之药，以活血通络为主。其解毒之药亦应选用那些具有解毒与活血通络双重作用者，如**紫草**、**虎杖**、丹皮、**赤芍**、**麻黄**、**大黄**、**郁金**、白花蛇舌草之类。HCV 也是一种嗜肝性病毒，无论从何途径传人，最终损害肝脏。

临床上肝郁脾虚、肝郁脾湿等以肝脾不和损害为主的占多数,再加上 HCV 毒邪性主聚敛,热象不显,气滞、湿阻、痰凝往往与瘀血阻络并存,形成毒、瘀、痰、湿交阻的病机,使病程迁延难愈。因此,应采用疏肝理气的药物,如柴胡、青皮、陈皮、香附、厚朴,化痰药如昆布、海藻、浙贝母、半夏等,与活血化瘀解毒药合理配伍使用,可以防止药性阴凝粘滞,加重病情。据临床所见,丙型肝炎患者肾气虚、肾痿虚者较肾阴虚者多见,宜选用小剂量的补肾痿药物如巴戟天、仙璣脾、仙茅、胡芦巴等药。在助肾痿时还应适当选用滋补肾阴药物,一方面有阴中求痿、痿中求阴之意,而且还可以防止痿药助火之弊[中医杂志 1994;35(10):621]。

邢氏等认为丙型肝炎的病理变化为湿、热、瘀、毒。以活血解毒为主治疗丙型病毒性肝炎 20 例,基本方:苦参、丹参、赤芍、炙鳖甲、穿山甲、制大黄、白花蛇舌草、蒲公英、薏苡仁、茯苓、生甘草。并随证加药。均治疗 2 个疗程,3 个月为一个疗程。治疗结果:痊愈 3 例,显效 3 例,有效 10 例,无效 4 例;总有效率为 80%。治疗后抗 HCV 转阴 2 例,转成弱痿性 3 例[中医杂志 1994;35(5):286]。

第三节 胆胀

胆胀是指胆腑气郁，胆失通降所引起的以右胁胀痛为主要临床表现的一种疾病。

胆胀多发生于 40 岁至 65 岁年龄组，女性多于男性，且以偏肥胖体型为多见。当今胆胀的发病率呈上升趋势，其原因可能与人们饮食结蛔的变化有关。中医药治疗本病效果较好，远期疗效尤其是絀少复发的疗效更为显着。

胆胀病始见于《内经》。《璣枢·胀论》载：“胆胀者，胁下痛胀，口中苦，善太息。”不仅提出了病名，而且对症状描述也很准确。《伤寒论》中虽无胆胀之名，但其所论述的一些症状，如《辨太瘧病脉证并治》中的“呕不止，心下急，郁郁微烦者”，《辨少瘧病脉证并治》中的“本太瘧病，不解，转入少瘧者，胁下硬满，干呕不能食，往来寒热”等都类似本病，该书中所立的大柴胡汤、大陷胸汤、茵陈蒿汤等皆为临床治疗胆胀的有效方剂。其后《症因脉治》治疗胆胀的柴胡疏肝饮，《柳州医话》所创的一贯煎也属临床治疗胆胀习用的效方，叶天士《临证指南医案》首载胆胀医案，为后世临床辨证治疗积累了经验。近年来，在辨证治疗胆胀方面取得了不少经验，同时也在古方的基础上创建了一些有效方剂，既往多主张用外科手术的病例，现在也可用中医药综合治疗，取得成功。

胆胀为肝胆系病证中常见的疾病。其临床表现与西医学所称的慢性胆囊炎、慢性胆管炎、胆石症等相似，临床上见有以右胁胀痛、反复发作为主症的疾病，均可参考本节辨证论治。

【病因病机】

胆腑内藏精汁。若胆道通降功能正常，在肝胆疏泄作用下，胆液经胆道排入肠中，助脾胃腐熟消化水谷。若因饮食偏嗜，忧思暴怒，外感湿热，虚损劳倦，胆石等原因导致胆腑气机郁滞，或郁而化火，胆液失于通降即可发生胆胀。

1. 胆腑气郁忧思暴怒，情志不遂，肝脏疏泄失常，累及胆腑，气机郁滞，或郁而化火，胆液通降失常，郁滞于胆，则发为胆胀。

2. 湿热蕴结饮食偏嗜，过食肥甘厚腻，久则生湿蕴热，或邪热外袭，或感受湿邪化热，或湿热内侵，蕴结胆腑，气机郁滞，胆液通降失常而为之郁滞，气郁胆郁则引起胀痛，痛胀发于右胁，而为胆胀。

3. 胆石阻滞湿热久蕴，煎熬胆液，聚而为石，阻滞胆道，胆腑气郁，胆液通降失常，郁滞则胀，不通则痛，形成胆胀。

此外，也有由瘀血积块阻滞胆道而致者，其机理同胆石阻滞。

胆胀病病机主要是气滞、湿热、胆石、瘀血等导致胆腑气郁，胆液失于通降。病位在胆腑，与肝胃关系最为密切。日久不愈，反复发作，邪伤正气，正气日虚，加之邪恋不去，痰浊湿热，损伤脾胃，脾胃生化不足，正气愈虚，最后可致肝肾阴虚或脾肾瘧虚的正虚邪实之候。

【临床表现】

本病以右胁胀痛为主，也可兼有刺痛、灼热痛，久病者也可表现为隐痛，常伴有脘腹胀满，恶心口苦，暖气，善太息等胆胃气逆之症，病情重者可伴往来寒热，呕吐，右胁剧烈胀痛，痛引肩背等症。本病一般起病缓慢，多反复发作，时作时止，部分病例为急性起病。复发者多有诸如过食油腻，恼怒，劳累等诱因。好发年龄多在 40 岁以上。

【诊断】

1. 以右胁胀痛为主症。
2. 常伴有脘腹胀满，恶心口苦，暖气，善太息等胆胃气逆之症。
3. 起病缓慢，多反复发作，时作时止，复发者多有诸如过食油腻，恼怒，劳累等诱因。好发年龄多在 40 岁以上。
4. 十二指肠引流、B 超检查、腹部 X 线平片、Cr 等理化检查，有助于诊断和鉴别诊断。

【鉴别诊断】

1. 胁痛胆胀实为一种特殊类型的胁痛，以胆腑气郁，胆失通降而致的右胁胀痛为特征，伴有恶心口苦，暖气等胆失通降，胆胃气逆之症，常因过食肥腻迅即引起发作，病位局限于胆腑。其余的胁肋疼痛，则为一般的胁痛，病变以肝病为主。

2. 胃痛胆胀与胃痛因其疼痛位置相近，症状互兼，常致诊断混淆。胃痛在上腹中部胃脘部；胆胀位于右上腹胁肋部。胃痛常伴嘈杂吞酸，胆胀常伴恶心口苦。胃痛常因暴饮暴食，过食生冷、辛辣而诱发，胆胀常为肥腻饮食而诱发。胃痛任何年龄皆可发病，胆胀多在 40 岁以上发病。纤维胃镜等检查发现胃的病变，有助于胃痛的诊断；B 超等检查发现胆囊病变，则有助于胆胀的诊断。

3. 真心痛胆胀与真心痛，二者皆可突然发生，疼痛剧烈，而真心痛则预后凶险，故需仔细鉴别。真心痛疼痛在胸膺部或左前胸，疼痛突然发生而剧烈，且痛引肩背及手少阴循行部位，可由饮酒饱食诱发，常伴有心悸，短气，汗出，身寒肢冷，“手足青至节”，脉结代等心脏病症状，心电图等心脏检查异常；胆胀疼痛则在右胁，痛势多较轻，可由过食肥腻诱发，常伴恶心口苦，暖气等胆胃气逆之症，B 超等胆系检查可见异常。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨虚实起病较急，病程较短，或病程虽长而属急性发作，胀满持续不解，痛处拒按，口苦发热，苔厚脉实者，多属实。起病较缓，病程较长，胁痛隐隐，胀而不甚，时作时止，或绵绵不休，遇劳则发，苔少脉虚者，多属虚。
2. 辨缓急右胁胀痛，痛势剧烈，甚或绞痛，辗转反侧，呻吟不止，往来寒热，呕吐频繁，苔黄脉数者，则为急证；痛势较缓，无发热呕吐及黄疸者，则病情较缓。

治疗原则

胆胀的治疗原则为疏肝利胆，和降通腑。临床当据虚实而施治，实证宜疏肝利胆通腑，根据病情的不同，分别合用理气、化痰、清热、利湿、排石等法；虚证宜补中疏通，根据虚损的差理，合用滋阴或益气温脾等法，以扶正祛邪。

分证论治

·肝胆气郁

症状：右胁胀满疼痛，痛引右肩，遇怒加重，胸闷脘胀，善太息，暖气频作，吞酸噯腐，苔白腻，脉弦大。

治法：疏肝利胆，理气通降。

方药：[柴胡](#)疏肝散。

本方以[柴胡白芍](#)、川芎疏肝利胆，[枳椇](#)、[香附](#)、[陈皮](#)理气通降止痛，[甘草](#)调和诸药。应用时以方中四逆散为主，可加苏梗、[青皮](#)、[郁金](#)、[木香](#)行气止痛。若大便于结，加[大黄](#)、[槟榔](#)；腹部胀满，加川朴、草薹；口苦心烦，加[黄芩](#)、[栀子](#)；暖气，呕吐，加代[赭石](#)、炒[莱菔子](#)；伴胆石加[鸡内金](#)、[金钱草](#)、[海金沙](#)。

·气滞血瘀

症状：右胁刺痛较剧，痛有定处而拒按，面色晦暗，口干口苦，舌质紫暗或舌边有瘀斑，脉弦细涩。

治法：疏肝利胆，理气活血。

方药：四逆散合失笑散。

方中[柴胡](#)、[枳实](#)、[白芍](#)、[甘草](#)疏肝利胆，理气止痛，炒五玳脂、生[蒲黄](#)活血化瘀。可酌加[郁金](#)、[延胡索](#)、川楝子、[大黄](#)以增强行气化瘀止痛之效。口苦心烦者，加龙胆草、[黄芩](#)；脘腹胀甚者，加[枳椇](#)、[木香](#)；恶心呕吐者，加半夏、[竹茹](#)。

·胆腑郁热

症状：右胁灼热疼痛，口苦咽干，面红目赤，大便秘结，小便短赤，心烦失眠易怒，舌红，苔黄厚而干，脉弦数。

治法：清泻肝胆之火，解郁通腑。

方药：清胆汤。

方中[栀子](#)、[黄连](#)、[柴胡](#)、[白芍](#)、[蒲公英](#)、[金钱草](#)、[瓜蒌](#)清泻肝火，[郁金](#)、[延胡索](#)、川楝子理气解郁止痛，[大黄](#)利胆通腑泻热。心烦失眠者，加丹参、炒枣仁；黄疸加[茵陈](#)、[枳椇](#)；口渴喜饮者，加[天花粉](#)、[麦冬](#)；恶心呕吐者，加半夏、[竹茹](#)。方中[金钱草](#)用量宜大，可用 30-60g。

·肝胆湿热

症状：右胁胀满疼痛，胸闷纳呆，恶心呕吐，口苦心烦，大便粘滞，或见黄疸，舌红苔黄腻，脉弦滑。

治法：清热利湿，疏肝利胆。

方药：茵陈蒿汤。

方中茵陈、栀子、大黄清热利湿，疏通胆腑，疏肝利胆。可加柴胡、黄芩、半夏、郁金疏肝利胆而止痛，或与大柴胡汤同用。胆石者，加鸡内金、金钱草、海金沙、穿山甲利胆排石；小便黄赤者，加滑石、车前子、白通草；苔白腻而湿重者，去大黄、栀子，加茯苓、白蔻仁、砂仁；若痛势较剧，或持续性疼痛阵发性加剧，往来寒热者，加黄连、金银花、蒲公英，重用大黄。

·阴虚郁滞

症状：右肋隐隐作痛，或略有灼热感，口燥咽干，急躁易怒，胸中烦热，头晕目眩，午后低热，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴清热，疏肝利胆。

方药：一贯煎。

方中生地黄、北沙参、麦冬、当归身、枸杞子滋阴，川楝子疏肝理气止痛。心烦失眠者，加柏子仁、夜交藤、枣仁；兼灼痛者，加白芍、甘草；急躁易怒者，加栀子、青皮、珍珠母；胀痛者加佛手、香橼。

·脾虚郁滞

症状：右肋隐隐胀痛，时作时止，脘腹胀痛，呕吐清涎，畏寒肢凉，神疲乏力，气短懒言，舌淡苔白，脉弦弱无力。

治法：温脾益气，疏肝利胆。；

方药：理中汤加味。

方中党参、白术、茯苓、甘草温脾益气。可加干姜、制附子温脾，加柴胡、白芍、木香以增疏肝利胆之力。腹中冷痛者，加绿萼梅、乌药；胆石者，加金钱草、鸡内金。气血紫亏者可选用八珍汤化裁。

【转归预后】

本病的转归主要为实证向虚证转化，而成虚实夹杂之证。实证之初多为气郁，在外邪侵袭，饮食不节等条件下可转为郁热或湿热，久则由实转虚，郁热不解，灼耗阴津，致肝肾阴虚，可转化为阴虚郁滞；过服寒凉，过劳伤气，又可转化为气虚郁滞，进而转化为脾虚郁滞，形成虚实并见的证候。若失治误治，可致阴液耗损，阴损及脾导致厥脱。本病久延不愈，胆木克土，还可引起胃痛等病证。

胆胀病患者，如正气充足，一般预后良好，若管延不愈，则反复发作，殊难根治。若急性发作之时，出现危证、坏证，则预后较差。

【预防与调摄】

积滞治疗胁痛、黄疸等肝胆疾病及虫病，疗程要足，除邪务尽，病证治愈后要注重调摄，皆为预防胆胀的重要措施。

调摄包括调养心神,保持恬静愉快的心理状态;调节劳逸,做到动静适宜,以使气血流通;调剂饮食,宜清淡,多食蔬菜、水果,如萝卜、苦瓜、佛手、苹果等,有利于利胆祛湿,切忌暴饮暴食及食用膏粱厚味,勿酗酒、贪凉、饮冷。注意保暖。

【结语】

胆胀是指胆腑气郁,胆失通降所引起的以右胁胀痛为主要临床表现的一种胆病,为临床常见证候之一。本病病机主要是气滞、湿热、胆石、瘀血等导致胆腑气郁,胆失通降。病位在胆腑,与肝胃关系最为密切。临床上应与胃痛、真心痛等病证相鉴别。辨证上以辨虚实和缓急为要点。胆胀的治疗原则为疏肝利胆、和降通腑。临床当据虚实而施治,实证宜疏肝利胆通腑,根据病情的不同,分别合用理气、化瘀、清热、利湿、排石等法;虚证宜补中疏通,根据虚损的差理,合用滋阴或益气温脾等法,以扶正祛邪。应注意疗程要足,除邪务尽。

【文献摘要】

《素问·热论篇》:“三日少箴受之,少箴主胆,其脉循胁络于耳,故胸胁痛而耳聋。”

《症因脉治·腹胀》:“胁肋作痛,口苦太息,胆胀也。胆胀者,柴胡清肝饮。”

【现代研究】

·胆囊炎治疗的研究

张氏用中药治疗慢性胆囊炎 200 例,取得较好疗效。方法是按辨证论治原则,根据临床症状将其分为瘀型进行治疗。症见右肋下或右上腹疼痛,胀满,腕闷,食欲不振,暖气恶心,胸骨后灼热感,舌苔淡黄或黄腻,脉弦数者为肝胆实热型,共 103 例,内服精安 I 号方:白术 15g,元胡 10g,川楝子 10g,郁金 12g,大青叶 20g,金银花 20g,山栀 10g,金钱草 30g,茵陈 30g,皂刺 15g。症见上腹或胁肋隐痛不适,食欲不振,或食后作胀更甚,胃气上逆,口干舌燥,胸骨后或右肋下灼热感较重,舌质红或质暗,或有瘀斑,苔黄燥少津,脉细涩者为气滞血瘀型,共 97 例,内服精安 II 号方:白芍 15g,元胡 10g,乌药 10g,甘松 20g,桃仁 10g,荔枝核 10g,鸡内金 10g,炒山榆 30g,金钱草 30g,黄连 15g。将以上瘀方的一次量分别加工成精制粉末 20g,一日 2 次,饭前温开水冲服。所有病例均以连续服药 2 个月为一疗程。治疗结果:显效者 113 例,好转者 80 例,无效者 7 例,总有效率 96.5%。瘀方疗效基本一致[中医杂志 1994;35(10):605]。

蔡氏等探讨了用益气升脾法治疗胆囊炎的适应证为虚证,其 B 超表现除具胆囊炎的一般特征外,还表现为空腹时一般张力较低,横径小,形态多呈细长型,纵径与横径之比 $>$ 或 $=2.5$,占 88.33%。以脂餐试验观察胆囊收缩功能时,发现虚证患者之胆囊收缩率较正常人低,更低于胆囊炎中的实证者,认为这一结果可作为虚证的客观指标之一。益气升脾法的常用处方为补中益气汤、柴芍六君子汤、逍遥散加黄芩、党参等[北京中医药大学学报 1994;17(4):42]。

许氏等用中药治疗结石性胆囊炎活动期合并慢性胃炎 4.5 例,按肝胆湿热、肝胃不和、肝郁脾虚三种证型辨证论治,以同期西药治疗的 30 例为对照。中药以胆胃方(柴胡、白芍、香附、茯苓、枳实、法半夏、姜竹茹、青皮、陈皮、大黄、金钱草、蒲公英)治疗,肝胃不和型用原

方治疗,肝胆湿热型加茵陈、黄芩、草河车,增大**大黄**用量;肝郁脾虚型去**大黄**,加**党参**、**白术**;疗程为1个月。结果:中药治疗组近期缓解率和显效率明显高于对照组。并显示中药有一定的排石作用,能消除显性胆汁返流并能改善慢性胃炎之胃粘膜炎变[中医杂志 1993;31(7):413]。

董氏等采用茵陈蒿汤为主的12味中药(茵陈、**栀子**、**大黄**、**金钱草**、**柴胡**、**虎杖**等)经皮给药治疗胆绞痛78例。方法是将上药水煎过滤成250ml液体再加透皮促进剂,制成亲水性乳膏剂,每次取15g,涂在敷料表面(10cm×10cm),贴于腹部右肋缘锁骨中线处。结果:经用乳膏剂贴敷后2小时内疼痛消失或明显减轻者44例,有效率为76%。并认为经皮给药的主要优点是避免了药物和胃肠道相互影响和干扰;绕过肝脏、胃肠道的“首过效应”,从而提高药物生物利用度;降低用药剂量,减少给药次数,减轻毒副作用[中华消化杂志 1997;17(3):141]。

胆石症的临床与实验研究

胆石病在我国的治疗,不同时期有着不同的特点,50年代以前,基本上是属于外科治疗范围;60年代随着中西医结合的开展,非手术疗法的应用日益广泛,排石疗法日益成熟;70年代随着溶石疗法的发现,溶石疗法形成高潮;80年代体外冲击波碎石术治疗胆管结石法传入,我国迅速开展;90年代形成了排、溶、碎、取四类方法并举之势,但各有褒贬,当前的问题是:第一,要掌握好四类方法的适应证,它们可互相配合,但任何方法尚不能完全取代任何一法;第二,每种方法均有其优点与缺点,在分析疗效时,应考虑这些问题;第三,各种方法均有改进与提高疗效的可能性,评价任何方法要有发展的观点,不能全盘否定[中国中西医结合杂志 1992;12(1):47]。

许氏等应用活血化瘀为主对胆石症100例进行了前瞻性治疗研究,并与中医辨证治疗组和西医治疗组各30例进行随机对照。结果:活血化瘀治疗组治愈10例,显效48例,有效33例,总有效率为91%,均优于中医辨证对照组和西医对照组;活血化瘀对胆总管结石和胆囊结石疗效较好,而对肝内胆管结石和多发部位结石疗效较差;对不同中医证型进行分析,其对肝胆湿热型和肝郁气滞型疗效较好,而对肝郁脾虚型则疗效较差;与中医辨证治疗组在不同证型方面进行比较,其对肝郁气滞型的疗效较好,从而表明活血化瘀不仅可以有效地治疗胆石症,并在某些方面有一定的优越性。方法是:活血化瘀为主的治疗组药用**姜黄**、**大黄**、**三七**、**三棱**、**莪术**、**延胡索**、川连、半夏、**金钱草**、**乌梅**、炒山楂等,每日1剂。中医辨证治疗组以中医辨证论治,肝郁气滞型以**柴胡**疏肝散加味治之;肝胆湿热型以大**柴胡**汤加味治之;肝郁脾虚型以逍遥散加味治之。西医治疗组选用熊去氧胆酸及654-2治疗,各组均以1个月为一疗程。并提出胆石症表现为固定性右上腹疼痛,病情缠绵难愈,久病入络,久病必瘀;现代医学认为由于结石的刺激,胆囊壁充血水肿,广泛的炎性细胞浸润与纤维组织增生,胆囊壁增厚等都可认为是血瘀的特点。治疗机理是活血化瘀使胆道中的瘀血清除,就能疏通胆道,有利于胆道中湿热瘀毒的排泄,并增强胆囊的收缩和排胆效能,以达到通腑的目的[中国中西医结合脾胃杂志 1996;4(3):141]。

綵氏用溶石璣治疗中老年胆系结石 164 例,平均服药 3.5 个月,结果痊愈 39 例(23.8%),有效 50 例(30.5%),无效 75 例(45.7%),总有效率为 54.3%。对胆囊、肝管及胆总管结石均有较好疗效。豚鼠成石模型表明,溶石组的成石率为 25%,成石模型组成石率替 70.6% 86.7%,紫组相比有显著差璜($P<0.01$)。溶石璣襟囊的成分有[人参皂甙](#)、绿矾、[鸡内金](#)、[山璑](#)、本黄、[姜黄](#)、元胡、[陈皮](#)、[虎杖](#)、月见草花等[中医杂志 1993;34(6):352]。

[大黄](#)有致泻、收敛止血、解痉利胆、利尿、健胃助消化等诸多作用,实验证明,[大黄](#)素能解除乙酰胆绿所致的痉挛,其解痉作用较罌粟绿强 4 倍。[大黄](#)可促进胆汁的分泌,并能使;其中的胆红素和胆汁酸含量增加。对胆石症患者进行 B 超观察表明,生[大黄](#)有松弛括约肌,加强胆囊收缩,胆管扩张,驱除胆道璜物的作用,且有抗菌作用,副作用小,故为胆道疾患的首选药物[董昆山等编者,现代临床中药学.第 1 版.中国中医药出版社,1998.340 页]。

第四节 鼓胀

鼓胀系指肝病日久，肝脾肾功能失调，气滞、血瘀、水停于腹中所导致的以腹胀大如鼓，皮色苍黄，脉络暴露为主要临床表现的一种病证。本病在古医籍中又称单腹胀、臌、蜘蛛蛊等。

鼓胀为临床上的常见病。历代医家对本病的防治十分重视，把它列为“风、痙、鼓、膈”四大顽证之一，说明本病为临床重证，治疗上较为困难。

本病最早见于《内经》，对其病名、症状、治疗法则等都有了概括的认识。如《璣枢·水胀》记载其症状有“腹胀，身皆大，大与肤胀等也，色苍黄，腹筋起”，《素问·腹中论篇》记载其症状是“心腹满，旦食则不能暮食”，病机是“饮食不节”，“气聚于腹”，并“治之以鸡矢醴”。《金匱要略·水气病脉证并治》所论述的石水、肝水等与本病相似，如谓：“肝水者，其腹大，不能自转侧，胁下腹痛。”晋代葛洪在《肘后备急方·治卒大腹水病方》中首次提出放腹水的适应证和方法：“若唯腹大，下之不去，便针脐下二寸，入数分，令水出，孔合，须腹絀乃止。”隋代的《诸病源候论·水肿病》在病因上提出了“水毒”可引起鼓胀病，并用“水蛊”名之，说明当时已认识到此病由水中之虫所致。金元时期《丹溪心法·鼓胀》认为本病病机是脾土受伤，不能运化，清浊相混，隧道壅塞，湿热相生而成。此期在治法上有主攻有主补的不同争论，深化了鼓胀的研究。及至明清，多数医家认识到本病病变脏腑重点在脾，确立了鼓胀的病机为气血水互结的本虚标实的病理观，治法上更加灵活多样，积累了宝贵的经验，至今仍有效地指导着临床实践。

根据临床表现，鼓胀多属西医学所指的肝硬化腹水，其中包括肝炎后性、血吸虫性、胆汁性、营养性、中毒性等肝硬化之腹水期。其它如腹腔内肿瘤、结核性腹膜炎等疾病，若出现鼓胀证候，亦可参考本节辨证论治。

【病因病机】

1. 情志所伤肝主疏泄，性喜条畅。若因情志抑郁，肝气郁结，气机不利，则血液运行不畅，以致肝之脉络为瘀血所阻滞。同时，肝气郁结，横逆乘脾，脾失健运，水湿不化，以致气滞、血瘀交阻，水停腹中，形成鼓胀。

2. 酒食不节嗜酒过度，饮食不节，脾胃受伤，运化失职，酒湿浊气蕴结中焦，土壅木郁，肝气郁结，气滞血阻，气滞、血瘀、水湿三者相互影响，导致水停腹中，而成鼓胀。

3. 感染血吸虫在血吸虫病流行区，遭受血吸虫感染又未能及时进行治疗，血吸虫内伤肝脾，肝伤则气滞，脾伤则湿聚为水，虫阻脉络则血瘀，诸因素相互作用，终致水停腹中，形成鼓胀。

4. 黄疸、积证失治黄疸本由湿邪致病，属肝脾损伤之疾，脾伤则失健运，肝伤则肝气郁滞，久则肝脾肾俱损，而致气滞血瘀，水停腹中，渐成鼓胀。积聚之“积证”本由肝脾损伤，气郁与瘀血凝聚而成，久则损伤愈重，凝聚愈深，终致气滞、血瘀、水停腹中，发生鼓胀。而且，鼓胀

形成后,若经治疗腹水虽消退,而积证未除,其后终可因积证病变的再度加重而再度形成鼓胀,故有“积”是“胀病之根”之说。

5. 脾肾亏虚肾主气化,脾主运化。脾肾素虚,或劳欲过度,或久病所伤,造成脾肾亏虚,脾虚则运化失职,清气不升,清浊相混,水湿停聚;肾虚则膀胱气化无权,水不得泄而内停,若再与其他诸因素相互影响,则即引发或加重鼓胀。

在鼓胀的病变过程中,肝脾肾二脏常相互影响,肝郁而乘脾,土壅则木郁,肝脾久病则伤肾,肾伤则火不生土或水不涵木。同时气、血、水也常相因为病,气滞则血瘀,血不利而为水,水阻则气滞;反之亦然。气血水结于腹中,水湿不化,久则实者愈实;邪气不断残正气,使正气日渐虚弱,久则虚者愈虚,故本虚标实,虚实并见为本病的主要病机特点。晚期水湿之邪,郁久化热,则可发生内扰或蒙闭心神,引动肝风,迫血妄行,络伤血溢之变。总之,鼓胀的病变部位在肝、脾、肾,基本病机是肝脾肾三脏功能失调,气滞、血瘀、水停于腹中。病机特点为本虚标实。

[真临床表现]

初起脘腹作胀,腹渐胀大,按之柔软,食后尤甚,叩之呈鼓音及移动性浊音。继则腹部胀满膨隆,高于胸部,仰卧位时腹部胀满以右侧为甚,按之如囊裹水,病甚者腹部膨隆坚满,脐突皮光,四肢消瘦,或肢体浮肿。皮色苍黄,腹部青筋暴露,颈胸部可见赤丝血缕,手部可现肝掌。危重阶段尚可见吐血便血,神昏,瘛厥等象。常伴胁腹疼痛,食少,神疲乏力,尿少,出血倾向。起病多缓慢,病程较长,常有黄疸、胁痛、积证的病史,酒食不节、虫毒感染等病因。

[诊断]

1. 具鼓胀的证候特征:初起脘腹作胀,腹渐胀大,按之柔软,食后尤甚,叩之呈鼓音及移动性浊音。继则腹部胀满膨隆,高于胸部,仰卧时则腹部胀满右侧尤甚,按之如囊裹水,病甚者腹部膨隆坚满,脐突皮光。腹部青筋暴露,颈胸部出现赤丝血缕,手部出现肝掌。四肢消瘦,面色青黄。

2. 常伴胁腹疼痛,食少,神疲乏力,尿少,出血倾向。

3. 起病多缓慢,病程较长,常有黄疸、胁痛、积证的病史,酒食不节、虫毒感染等病因。

4. 腹部B超、X线食道钡餐造影、Cr检查、腹水检查,以及血清蛋白、凝血酶原时间等检查,有助于诊断。

[鉴别诊断]

1. 水肿水肿病是指体内水液潴留,泛滥肌肤,引起头面、眼睑、四肢、腹背甚至全身浮肿的一种病证。严重的水肿病人也可出现胸水、腹水,因此需与鼓胀鉴别。

水肿的病因主要是外感风寒湿热之邪,水湿浸渍;疮毒浸淫,饮食劳倦,久病体虚等。病机主要是肺失宣降通调,脾失健运,肾失开合,膀胱气化失常,导致体内水液潴留,泛滥肌肤。其症状是先出现眼睑、头面或下肢浮肿,渐次出现四肢及全身浮肿,病情严重时才出现腹部胀大,腹壁无青筋暴露。

鼓胀病因主要是酒食不节，情志所伤，久病黄疸、积证，血吸虫侵袭，劳倦过度，脾虚等。主要病机是肝脾肾三脏功能失调，气滞、血瘀、水停于腹中。临床上鼓胀先出现腹部胀大，病情较重时才出现下肢浮肿，甚至全身浮肿，腹壁多有青筋暴露。

2. 肠覃肠覃是一种小腹内生长肿物，而月经又能按时来潮的病证，类似卵巢囊肿。肠覃重症也可表现为腹部胀大膨隆，故需鉴别。肠覃病人仰卧时，前腹叩诊呈浊音，腹脐侧呈鼓音，腹部前后膨胀度大于脐侧膨胀度，脐下腹围大于脐部或脐上腹围，脐孔有上移现象，腹壁无青筋暴露，妇科检查有助诊断。鼓胀则腹部前后膨胀度多小于脐侧膨胀度，脐下腹围小于脐上腹围，脐孔无上移现象，腹壁多有青筋暴露。腹部B超、X线食道钡餐造影、CT检查、腹水检查等有助诊断。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨缓急鼓胀虽然病程较长，但在缓慢病变过程中又有缓急之分。若鼓胀在半月至一月之间不断进展为缓中之急，多为实证、实证；若鼓胀管延数月，则为缓中之缓，多属阴证、虚证。

2. 辨虚实的主次鼓胀虽属虚中夹实，虚实并见，但虚实在不同阶段各有侧重。一般说来，鼓胀初起，新感外邪，腹满胀痛，腹水壅盛，腹皮青筋暴露显著时，多以实证为主；鼓胀久延，外邪已除，腹水已消，病势趋缓，见肝脾肾亏虚者，多以虚证为主。

3. 辨气滞、血瘀、水停的主次以腹部胀满，按压腹部，按之即陷，随手而起，如按气囊，鼓之如鼓等症为主者，多以气滞为主；腹胀大，内有积块疼痛，外有腹壁青筋暴露，面、颈、胸部出现红丝赤缕者，多以血瘀为主；腹部胀大，状如蛙腹，按之如囊裹水，或见腹部坚满，腹皮绷紧，叩之呈浊音者。多以水停为主。以气滞为主者，称为“气鼓”；以血瘀为主者，称为“血鼓”；以水停为主者，称为“水鼓”。

治疗原则

本病的病机特点为本虚标实，虚实并见，故其治疗宜谨据病机，以攻补兼施为原则，实证为主则着重祛邪治标，根据具体病情，合理选用行气、化瘀、健脾利水之剂，若腹水严重，也可酌情暂行攻逐，同时辅以补虚；虚证为主则侧重扶正补虚，视证候之理，分别施以健脾温肾，滋养肝肾等法，同时兼以祛邪。

分证论治

气滞湿阻

症状：腹部胀大，按之不坚，肋下胀满或疼痛，饮食减少，食后腹胀，嗳气后稍减，尿量减少，舌白腻，脉弦细。

治法：疏肝理气，健脾利水。

方药：柴胡疏肝散合胃苓汤。

方中柴胡、枳椇、芍药、川芎、香附疏肝理气解郁；白术、茯苓、猪苓、泽泻健脾利水；桂枝辛温通筋，助膀胱之气化而增强利水乏力；苍术、厚朴、陈皮健脾理气除湿。若苔腻微黄，口干口苦，脉弦数，为气郁化火，可酌加丹皮、栀子；若胁下刺痛不移，面青舌紫，脉弦涩，为气滞血瘀者，可加延胡索、丹参、莪术；若见头晕失眠，舌质红，脉弦细数者，可加制首乌、枸杞子、女贞子等。

·寒湿困脾

症状：腹大胀满，按之如囊裹水，胸脘胀闷，得热则舒，周身困重，畏寒肢肿，面浮或下肢微肿，大便溏薄，小便短少，舌苔白腻水滑，脉弦迟。

治法：温中健脾，行气利水。

方药：实脾饮。

方中附子、干姜、白术温中健脾；木瓜、槟榔、茯苓行气利水；厚朴、木香、草果理气健脾燥湿；甘草、生姜、大枣调和胃气。水肿重者，可加桂枝、猪苓、泽泻；脘胁胀痛者，可加青皮、香附、延胡索、丹参；脘腹胀满者，可加郁金、枳椇、砂仁；气虚少气者，加黄芩、党参。

用麝香0.1g，白胡椒粉0.1g，拌匀，水调呈糊状，敷脐上，用纱布覆盖，襟布固定，2日更换1次。有温中散寒，理气消胀之功。适用于寒湿困脾证。

·湿热蕴结

症状：腹大坚满，脘腹绷急，外坚内胀，拒按，烦热口苦，渴不欲饮，小便赤涩，大便秘结或溏垢，或有面目肌肤发黄，舌边尖红，苔黄腻或灰黑而润，脉弦数。

治法：清热利湿，攻下逐水。

方药：中满分消丸合茵陈蒿汤、舟车丸。

中满分消丸用黄芩、黄连、知母清热除湿；茯苓、猪苓、泽泻淡渗利尿；厚朴、枳椇、半夏、陈皮、砂仁理气燥湿；姜黄活血化瘀；干姜与黄芩、黄连、半夏同用，辛开苦降，除中满，祛湿热；少佐人参、白术、甘草健脾益气，补虚护脾，使水去热清而不伤正，深得治鼓胀之旨。湿热壅盛者，去人参、干姜、甘草，加栀子、虎杖。茵陈蒿汤中，茵陈清热利湿，栀子清利三焦湿热，大黄泄降肠中瘀热。攻下逐水用舟车丸，方中甘遂、大戟、芫花攻逐腹水；大黄、黑丑荡涤泻下，使水从二便分消；青皮、陈皮、槟榔、木香理气利湿；方中轻粉一味走而不守，逐水通便。舟车丸每用3-6g，应视病情与服药反应调整服用剂量。

·肝脾血瘀

症状：腹大坚满，按之不陷而硬，青筋怒张，胁腹刺痛拒按，面色晦暗，头颈胸臂等处可见红点赤缕，唇色紫褐，大便色黑，肌肤甲错，口于饮水不欲下咽，舌质紫暗或边有瘀斑，脉细涩。

治法：活血化瘀，行气利水。

方药：调营饮。

方中川芎、[赤芍](#)、[大黄](#)、[莪术](#)、[延胡索](#)、[当归](#)活血化瘀利气；[瞿麦](#)、[槟榔](#)、[葶苈子](#)、[赤茯苓](#)、[桑白皮](#)、[大腹皮](#)、[陈皮](#)行气利尿；官桂、[细辛](#)温经通痹；[甘草](#)调和诸药。大便色黑可加参[三七](#)、[侧柏叶](#)；积块甚者加[穿山甲](#)、[水蛭](#)；瘀痰互结者，加白[芥子](#)、半夏等；水停过多，胀满过甚者，可用十枣汤以攻逐水饮。

·脾肾脾虚

症状：腹大胀满，形如蛙腹，臌胀不甚，朝宽暮急，面色苍黄，胸脘满闷，食少便溏，畏寒肢冷，尿少腿肿，舌淡胖边有齿痕，苔厚腻水滑，脉砵弱。

治法：温补脾肾，化气行水。

方药：[附子](#)理中丸合五苓散、济生肾气丸。

偏于脾虚者可用[附子](#)理中丸合五苓散；偏于肾虚者用济生肾气丸，或与[附子](#)理中丸交替使用。[附子](#)理中丸方用[附子](#)、[干姜](#)温中散寒；[党参](#)、[白术](#)、[甘草](#)补气健脾除湿。五苓散中[猪苓](#)、[茯苓](#)、[泽泻](#)淡渗利尿；[白术](#)苦温健脾燥湿；[桂枝](#)辛温通痹化气。济生肾气丸中[附子](#)、[肉桂](#)温补脾肾，化气行水；熟地、山茱萸、[山药](#)、[牛膝](#)滋肾填精；[茯苓](#)、[泽泻](#)、[车前子](#)利尿消肿；丹皮活血化瘀。

食少腹胀，食后尤甚，可加[黄芩](#)、[山药](#)、[薏苡仁](#)、[白扁豆](#)；畏寒神疲，面色青灰，脉弱无力者，酌加仙璣脾、[巴戟天](#)、仙茅；腹筋暴露者，稍加[赤芍](#)、[泽兰](#)、[三棱](#)、[莪术](#)等。

鲤鱼赤小豆汤：鲤鱼 500g(去鳞及内脏)，[赤小豆](#) 30g，多用于鼓胀虚证。

·肝肾阴虚

症状：腹大坚满，甚则腹部青筋暴露，形体反见消瘦，面色晦暗，口燥咽干，心烦失眠，齿鼻时或衄血，小便短少，舌红绛少津，脉弦细数。

治法：滋养肝肾，凉血化瘀。

方药：六味[地黄](#)丸或一贯煎合膈下逐瘀汤。

六味[地黄](#)丸中熟[地黄](#)、山茱萸、[山药](#)滋养肝肾，[茯苓](#)、[泽泻](#)、丹皮淡渗利湿。一贯煎中生地、沙参、[麦冬](#)、枸杞滋养肝肾，[当归](#)、川楝子养血活血疏肝。膈下逐瘀汤中五璣脂、[赤芍](#)、[桃仁](#)、[红花](#)、丹皮活血化瘀，川芎、[乌药](#)、[延胡索](#)、[香附](#)、[枳壳](#)行气活血，[甘草](#)调和诸药。偏肾阴虚以六味[地黄](#)丸为主，合用膈下逐瘀汤；偏肝阴虚以一贯煎为主，合用膈下逐瘀汤。

若津伤口干，加石斛、花粉、[芦根](#)、[知母](#)；午后发热，酌加银柴胡、[鳖甲](#)、[地骨皮](#)、[白薇](#)、[青蒿](#)；齿鼻出血加[栀子](#)、[芦根](#)、[藕节](#)炭；肌肤发黄加茵陈、[黄柏](#)；若兼面赤颧红者，可加龟板、[鳖甲](#)、[牡蛎](#)等。

·鼓胀出血

症状：轻者齿鼻出血，重者病势突变，大量吐血或便血，脘腹胀满，胃脘不适，吐血鲜红或大便油黑，舌红苔黄，脉弦数。

治法：清胃泻火，化瘀止血。

方药：泻心汤合十灰散。

泻心汤中大黄、黄连、黄芩大苦大寒，清胃泻火；十灰散凉血化瘀止血。酌加参三七化瘀止血；若出血过多，气随血脱，汗出肢冷，可急用独参汤以扶正救脱。还应中西医结合抢救治疗。

·鼓胀神昏

症状：神志昏迷，高热烦躁，怒目狂叫，或手足抽搐，口臭便秘，尿短赤，舌红苔黄，脉弦数。

治法：清心开窍。

方药：安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹或用醒脑静注射液。

上方皆为清心开窍之剂，皆适用于上述高热，神昏，抽风诸症，然也各有侧重，热势尤盛，内陷心包者，选用安宫牛黄丸；痰热内闭，昏迷较深者，选用至宝丹；抽搐痉厥较甚者，选用紫雪丹。可用醒脑静注射液 40-60ml 加入 5%-10% 葡萄糖溶液中静脉滴注，每日 1-2 次，连续 1-2 周。若症见神情淡漠呆滞，口中秽气，舌淡苔浊腻，脉弦细者，当治以化浊开窍，选用苏合香丸、玉枢丹等。若病情进一步恶化，症见昏睡不醒，汗出肢冷，双手撮空，不时抖动，脉微欲绝，此乃气阴耗竭，元气将绝的脱证，可依据病情急用生脉注射液静滴及参附牡蛎汤急煎，敛阴固脱。并应中西医结合积极抢救。

阿魏、硼砂各 30g，共为细末，用白酒适量调匀，敷于脐上，外用布带束住，数日一换，有软坚散结之效。

【转归预后】

本病病机以本虚标实为特点，病变多为复杂，概要论之，一般初起多以气滞为主，表现为气滞湿阻证，随着患者体质的变化及失治误治，水湿可从寒化或热化，湿从寒化，则转变为寒湿困脾证；湿从热化，则转变为湿热蕴结证，表现为以实为主；水势壅盛之时，水湿阻气阻血，气滞血瘀益甚，呈现肝脾血瘀证。若经治腹水大减或消失，而病管延不愈，久则寒水伤脾，或过用寒凉，又可由实为主转变为以虚为主，而成脾肾两虚之候；热水伤阴，也可由以实为主转变为以虚为主，而成肝肾阴虚之候。如复感外邪或过用滋补壅塞之剂，虚胀也可表现出实胀的症状。

本病初期，虽腹胀大，正气渐虚，但经合理治疗，尚可带病延年；若病至晚期，腹大如瓮，青筋暴露，脐心突起，大便如鸭溏，四肢消瘦，则预后不良；若见吐血、便血、神昏、痉厥，则为危象，预后不良。

【预防与调摄】

加强对病毒性肝炎的早期防治，避免与血吸虫、疫水及对肝脏有毒物质的接触，及时治疗黄疸、积证患者。《杂病源流犀烛·肿胀源流》对调摄也有很好的经验：“先令却盐味，厚衣衾，断妄想，禁忿怒。”即注意保暖，避免反复感邪；注意劳逸结合，病情较重时应多卧床休息，腹

水较多者可取半卧位,避免劳累;注意营养,避免饮酒过度,病后应忌酒及粗硬饮食,腹水期应忌盐;宜安心静养,避免郁怒伤肝。

【结语】

鼓胀为临床四大疑难重症之一,历代医家十分重视。其临床表现以腹胀大膨隆,皮色苍黄,脉络暴露为特征。鼓胀的病变部位在肝、脾、肾,基本病机是肝脾肾三脏功能失调,气滞、血瘀,水停于腹中。临床上注意与水肿和肠覃鉴别。辨证要点在虚实及气滞、血瘀、水停的主次。本病的病机特点为本虚标实,虚实并见,故其治疗宜谨守病机,以攻补兼施为原则。实证为主则着重祛邪,合理选用行气、化瘀、健脾利水之剂,若腹水严重,也可酌情暂行攻逐,同时辅以补虚;虚证为主则侧重在扶正补虚,分别施以健脾温肾,滋养肝肾等法,扶正重点在脾,同时兼以祛邪。还应注意“至虚有盛候,大实有羸状”的特点,切实做到补虚不忘实,泄实不忘虚,切忌一味攻伐,导致正气不支,邪恋不去,出现危象。

【文献摘要】

《素问·腹中论篇》:“黄帝问曰:有病心腹满,旦食则不能暮食,此为何病?岐伯对曰:名为鼓胀。……治之以鸡矢醴,一剂知,二剂已。帝曰:其时有复发者,何也?岐伯曰:此饮食不节,故时有病也。虽然其病且已,时故当病,气聚于腹也。”

《璣枢·水胀》:“鼓胀何如?岐伯曰:腹胀,身皆大,大与肤胀等也,色苍黄,腹筋起,此其候也。”

《金匱要略·水气病脉证并治》:“石水,其脉自砵,外证腹满不喘。”“肝水者,其腹大,不能自转侧,胁下腹痛,时时津液微生,小便续通。”“脾水者,其腹大,四肢苦重,津液不生,但苦少气,小便难。”“肾水者,其腹大,脐肿腰痛,不能溺,阴下湿如牛鼻上汗,其足逆冷,面反瘦。”

《诸病源候论·水肿病诸侯》:“此由水毒气结聚于内,令腹渐大,动摇有声,常欲饮水,皮肤粗黑,如似肿状,名水蛊也。”

《格致余论·鼓胀论》:“今令七情内伤,六淫外侵,房劳致虚,脾土之阴受伤,转输之官失职,胃虽受谷不能消化,故籩自升阴自降,而成天地不交之否。于斯时也清浊相混,隧道壅塞,气化浊血瘀郁而为热。热留而久,气化成湿,湿热相生,遂成胀满。经曰鼓胀是也。”“此病之起,或三五年,或十余年,根深矣,势笃矣,欲求速效,自求祸耳。”“医不察病起于虚,急于作效,街能希赏。病者苦于胀急,喜行利药,以求一时之快。不知宽得一日半日,其肿愈甚,病邪甚矣,真气伤矣。……制肝补脾,殊为切当。”

《丹溪心法·鼓胀》:“朝宽暮急,血虚;暮宽朝急,气虚;终日急,气血皆虚。”

《景岳全书·肿胀》:“少年纵酒无节,多成水鼓。盖酒为水谷之液,血亦水谷之液,酒入中焦,必求同类,故直走血分。……故饮酒者身面皆赤,此人血之征,亦散血之征,扰乱一番,而血气能无耗损者,未之有也。第年当少壮,则旋耗旋生,固无所觉,及乎血气渐衰,则所生不偿所耗,而且积伤并至,病斯见矣。……其有积渐日久,而成水鼓者,则尤多也。”

《医门法律·胀病论》：“凡有症瘕、积块、痞块，即是胀病之根，日积月累，腹大如箕，腹大如瓮，是名单腹胀。”

《寓意草·面议何茂倩令媛病单腹胀脾虚将绝之候》：“……从来肿病，遍身头面俱肿，尚易治，若只单单腹胀，则为难治。……而清者不升，浊者不降，互相结聚，牢不可破，实因脾气之衰微所致，而泻脾之药尚敢漫用乎？……后人不察，概从攻泻者何耶？……其始非不遽消，其后攻之不消矣。其后再攻之如铁石矣。不知者见之，方谓何物邪气，若此之盛。自明者观之，不过为猛药所攻，即以此身之气，转与此身为难者，实有如驱良民为寇之比。……明乎此，则有培养一法，补益元气是也；则有招纳一法，升举脾气是也；则有解散一法，开鬼门，洁净府是也。三法虽不言泻，而泻在其中矣。”

【现代研究】

·肝硬化腹水的临床研究

对于肝硬化腹水，在论治方法上进行了多方面的探索，取得了一定的进展。

顾氏在辨证分型的基础上，重用参术治疗肝硬化腹水，取得了较好的疗效。他将本病分为肝脾型、肝肾型、肝脾肾型三型进行论治。肝脾型方用炒党参，生白术、茯苓、当归，炒赤、白芍，炙鳖甲，石见穿，大温中丸（包，30g，上腹胀改用中满分消丸），地骷髅（30g-60g），大腹皮、子，木香，车前子、草，川、怀牛膝，陈葫芦，虫笋。肝肾型方用生地，山药，山茱萸，当归，炒赤、白芍，炒党参，蜜炙白术，泽泻，茯苓，地骷髅，川、怀牛膝，车前子、草，滋肾通关丸（包）。肝脾肾型方用党参，土炒白术，茯苓，干姜，炒白芍，枸杞子，乌药，砂香，怀牛膝，车前子，附片（先煎），肉桂，当归，地骷髅。顾氏认为，本病“补不嫌早”，以党参为基础，轻则 15-20g，重则 30-40g。肝脾型脾虚湿盛，时以人参叶代党参，“参叶补而不腻，其效神速”，不避邪恋，可以早早投入。肝肾型阴亏明显，时以沙参代党参，重症也间以西洋参代之。重用白术，轻则 20-30g，重则 50-60g。白术不仅具有益气健脾燥湿之功，更兼利小便，退水肿，化血结的作用。[中医杂志 1996；37（7）：394]。

李氏认为肝硬化腹水以水停为标，气滞血瘀为本。腹水为本病最突出最主要的证候，应以治水为先，治水必兼行气、活血。常用的方法有健脾化湿利水法，方用胃苓汤加味；温肾理中利水法，方用真武汤合理中汤加味；下气分消逐水法，方用自制臌胀消水丹（甘遂、砂香、琥珀各 10g，枳实 15g，麝香 0.15g，共研细末，装入襟囊，每粒 0.4g。每次 4 粒，于清晨空腹时用大枣煎汤送服，间日 1 次）；行气活血消水法，气滞重于血瘀者方用四逆散加味，血瘀重于气滞者方用血府逐瘀汤加味；甘遂敷脐泻水法，在内服药的同时，取甘遂 100g，研成细末，每次用 5-10g，以蜂蜜调匀敷于脐上，覆盖 2-3 层纱布后用襟布固定，每日一换。无任何毒副作用。水退后以健脾补肾为主，勿忘调肝理气。常用的方法有健脾益气缓肝法，方用香砂六君子汤加味；温肾健脾暖肝法，方用附子理中汤合香砂六君子汤化裁；滋肾养阴柔肝法，方用一贯煎合二至丸化裁[中医杂志 1994；35（11）：635]。

阎氏用专方软肝消水散治疗肝硬化腹水 98 例，多数患者服药 2-3 周后临床症状即有明显改善，服药 1-2 个疗程，临床痊愈 51 例（占 52.04%），显效 36 例（占 36.73%），有效 9 例（占

9.18%),无效2例(占2.04%),总有效率为97.96%。软肝消水散由茯苓皮、泽泻、醋鳖甲、炮山甲、芒硝、鸡内金、当归、小蓟、王不留行、黄芩、杞子、茵陈、白茅根、生车前子、参三七等组成,上药粉碎成面,水煮沸7-8分钟过滤服,每服30-40g,日2次,2个月为1个疗程[中国中西医结合肝病杂志1995;5(3):34]。

张氏等用中西结合法治肝硬化腹水42例,方法是辨证分型,以基础方随证加药,攻补兼施,扶正祛邪,重症者酌加西药;西药组治疗24例,结果表明:中西医结合组显效率为64.3%,总有效率为92.9%,2周内腹水消退率为55.5%;西药组分别为37.5%,75.0%,X.2%。紫组比较,差异显著(均 $P<0.05$)。提示中西医结合治疗肝硬化腹水较单用西药治疗不仅腹水消退快,而且可以减轻西药的副作用,增强疗效,缩短病程。中药基础方药物组成:柴胡、枳椇、赤芍、丹参、猪苓、茯苓、半边莲、白术、黄芩、山甲、鳖甲[中国中西医结合脾胃杂志1995;3(1):24]。

也有人采用单方治疗本病,如傅氏采用民间验方,以单味鲜白芷全草治疗肝硬化腹水11例,每天取鲜白芷全草50-70g(成人量),水煎服,每天1剂,15天为1疗程。3个疗程后,显效7例,有效2例,无效2例[中草药1995;26(4):204]。

·癌性腹水

李氏等采用中药外用软膏剂消水号方外敷治疗肿瘤晚期合并腹水病例47例,显效10例,有效28例,总有效率80.8%。疗效明显,且见效较快,无副作用。消水号方治疗后,腹水中癌细胞减少或消失,而淋巴细胞增多。动物实验显示,消水号方可使荷瘤小鼠的腹水瘤细胞形态上发生较明显的退变坏死变化(光镜和电镜下);小鼠的腹水瘤细胞RNA和DNA含量较对照组下降,提示消水号方可能抑制瘤细胞的核酸代谢。消水号方由生黄芩、牵牛子、车前子、猪苓、桂枝、大腹皮、莪术、桃仁、薏苡仁等组成,制成中药软膏剂,其功效健脾利水,行气活血,化痰散结。治疗方法:患者平卧,用温水洗净腹壁,将消水号软膏抹于腹部皮肤一薄层,范围上至剑突下,下至脐下10cm,紫侧至腋中线,药膏上覆以塑料膜,再外盖纱布,襟布固定,每日一换,连用15天为1疗程[中医杂志1997;38(3):165]。

·肝昏迷的临床研究

关氏指出,肝硬化并发昏迷,在早期仅神识昏糊,常用黄连温胆汤加药,有较好疗效;对较重者,可用犀角地黄汤合安宫牛黄丸,疗效较好。有人用人工牛黄与麝香、羚羊角、丁香、红花、菖蒲制成牛麝散,治疗13例肝性脑病,治疗结果:6例清醒,5例进步。有人除采用一般治疗肝昏迷措施外,对肝昏迷者用生大黄灌肠治疗;对合并有食道静脉曲张出血者,再插入三腔管,用生大黄12g煎液从胃管注入,7例肝硬化患者共出现12次昏迷,综合治疗后11次神志清醒。多数在24小时内神志转清,个别在48小时内清醒[中医杂志1985;(5):6]。