从瘀热辨治肝内胆汁淤积性黄疸刍议

支煜珺[1]　陈四清[2]
（1.南京中医药大学，江苏南京210023；2.江苏省中医院，江苏南京210029）

摘　要　瘀热是黄疸的重要病理因素，肝胆瘀热是肝内胆汁淤积性黄疸的病机关键，清热化湿、凉血化瘀是其治疗大法，从瘀热辨治肝内胆汁淤积性黄疸较传统的“化湿邪，利小便”法，更加切合临床。凉血退黄散由茵陈、赤芍、黄连、垂盆草、金钱草、广郁金、人中黄、生甘草组成，是孟河医派名家张继泽教授从瘀热辨治肝内胆汁淤积性黄疸的经验方。附病案1则。

关键词　肝内胆汁淤积　黄疸　瘀热　清热利湿　凉血化瘀

中图分类号　R259.75　　**文献标志码**　A　　**文章编号**　1672-397X（2018）05-0071-02

基金项目　张继泽全国名老中医药专家传承工作室建设项目（国中医药人教发[2014]20号）；江苏省中医药局科技项目（ZD201504）

肝内胆汁淤积性黄疸是由于肝细胞和/或毛细胆管胆汁分泌、排泄障碍而引起的临床常见病，主要表现为黄疸，或伴有皮肤瘙痒、肝肿大、尿粪颜色改变等。该病形成的机制尚未明确，熊去氧胆酸（UDCA）是目前治疗肝内胆汁淤积性肝病的首选方法[1]，但疗效差强人意。我们在孟河医派名家、江苏省中医院名医堂专家——张继泽教授指导下，发现从瘀热辨治肝内胆汁淤积性黄疸，较传统的“化湿邪，利小便”法，更加切合临床，疗效明显提高，现讨论如下。

1　瘀热是黄疸的重要病理因素

中医认识黄疸由来已久，如《素问·平人气象论》云：“溺黄赤，安卧者，黄疸……目黄者曰黄疸。”但之后两千余年，黄疸的治法均遵从张仲景在《金匮要略·黄疸病脉证治》中所说“诸病黄家，但利其小便”，一直强调以“化湿邪、利小便”为治疗原则，而忽略了“瘀热发黄”的理论探讨与运用。

“瘀热发黄”理论其实就肇始于张仲景，《伤寒论·阳明病篇》云：“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。”及至明代皇甫中在《明医指掌》中谓：“瘀血发黄，则发热，小便自利，大便反黑”；清林佩琴在《类证治裁》中亦说：“经络瘀热发黄，疸久不愈”；近代肝病大家关幼波进一步指出“若湿热仅停留在气分……一般多不会出现黄疸，而湿热瘀阻血脉，才会出现黄疸”，“瘀热入于血分，阻滞百脉，逼迫胆液外溢，浸渍于肌肤，才能出现黄疸”[2]。首届国医大师周仲瑛教授近年来创立“瘀热论”[3]，力倡从瘀热论治重型肝炎，更加明确了瘀热是黄疸的重要病理因素。

2　肝胆瘀热是肝内胆汁淤积性黄疸的病机关键

肝内胆汁淤积性黄疸有其自身独特的临床特点，与一般黄疸有别，黄疸一般较深，持续时间较长，常规退黄方药治疗效果差，存在不同程度的皮肤瘙痒、肝掌、面部丹丝赤缕、舌质干红等症状。而这些均可责之于久病络瘀、营血热毒、血热风盛、热灼阴伤等病机，因此“肝胆瘀热”才是肝内胆汁淤积性黄疸的病机关键。外感湿热疫毒、饮食辛辣炙煿、酒浆过度、七情失节等病因，导致湿热内蕴肝胆脾胃，湿郁化热，血滞为瘀，热毒灼血亦可为瘀，形成新的病理因素——“瘀热”。瘀热相搏，阻滞肝胆，肝胆疏泄失司，胆汁外溢，则形成黄疸。正如《临证指南医案·疸·蒋式玉按》所说：“阳黄之作，湿从火化，瘀热在里，胆热液泄，与胃之浊气共并，上不得越，下不得泄，熏蒸遏郁，侵于肺则身目俱黄，热流膀胱，溺色为之变赤。”肝胆瘀热的临床表现呈多样化，或见口干口苦、胁痛、腹痛，或见午后低热、尿黄、鼻齿衄血等。不过大多数可以看到的是舌质暗红泛紫气夹有瘀点瘀斑、苔腻，脉象弦细。临床需要灵活掌握这个标准，有时可以“但具一症便是”。

3　清热利湿、凉血化瘀乃肝内胆汁淤积性黄疸的治疗大法

治疗肝内胆汁淤积性黄疸应根据其血分湿热瘀毒炽盛的特点，立足于清热利湿、凉血化瘀。张继泽

教授自拟经验方“凉血退黄散”，即是从瘀热病机立论，该经验方由茵陈、赤芍、黄连、垂盆草、金钱草、广郁金、人中黄、生甘草组成。茵陈为君药，苦、辛、微寒，具有清热利湿、利胆退黄、解毒之功，历代许多医家都使用茵陈为核心药物，组方治疗黄疸。赤芍、黄连、垂盆草共为臣药，加强君药凉血散瘀、清热利湿功能。其中赤芍苦、微寒，主归肝经，能“行血破瘀血，散血块，以散血热”，现代药理研究表明赤芍苷通过抗氧化减轻肝细胞损伤和增强肝细胞对血液中胆盐的摄取，从而缓解胆汁淤积[4]；黄连苦寒，具有清热燥湿、泻火解毒之用，善清中焦湿热；垂盆草甘、淡、微酸、微寒，归心、肝、胆经，有清热解毒、利尿消肿、排脓生肌之效，在临床上治疗急慢性肝炎疗效确切；肝胆相表里，金钱草配合广郁金，清热利湿，利胆而达助疏肝之功，共为佐药。金钱草性味甘、咸、微寒，具有退黄解毒、利尿通淋之效，现代药理研究表明金钱草可以通过舒张Oddis括约肌致使胆汁排泄增加[5]；郁金性味辛、苦、寒，主要功效为凉血破瘀、行气解郁；人中黄为甘草末置竹筒内于人粪坑中浸渍一定时间后的制成品，性味甘、咸、寒，归心、胃经，《名医别录》谓：“主寒热黄疸”，有清热解毒凉血之功。本方既取生甘草的调和特性，更取其独特的清热凉血、泻火解毒之功效，用为使药。诸药合用，共奏清热解毒、凉血散瘀、利湿退黄之功。

由于瘀与热的主次消长变化，临证时必须辨明瘀偏重、热偏重、瘀热并重三类倾向。当同中求异，针对瘀与热的主次及动态变化，选药组方则应从药味的多寡、药量的轻重等方面加以调配。瘀重于热时，化瘀为主，清热为辅，可予赤芍、大黄、丹参、当归、泽兰等药物；热重于瘀，则以凉血为主，化瘀为辅，予水牛角、生地黄、丹皮、玄参、茜草、栀子等药物；瘀热并重时，又当两顾。兼有寒象者，可配合温化；与其他病理因素并存者，予以兼治。

4 典型案例

范某，女，53岁。2017年11月17日初诊。

患者2个月前无明显诱因渐起目黄、尿黄、肤黄之症，至当地医院检查肝功能：总胆红素150μmol/L，直接胆红素95μmol/L，谷丙转氨酶250U/L，谷草转氨酶350U/L，碱性磷酸酶250U/L，谷氨酰转肽酶450U/L，进一步检查排除甲肝、乙肝、丙肝、戊肝，抗核抗体（+），抗线粒体抗体－M2（+），确诊为“原发性胆汁性肝硬化”，住院予复方甘草酸苷注射剂、腺苷蛋氨酸注射剂（思美泰）、熊去氧胆酸（优思弗）治疗近2个月，谷丙转氨酶、谷草转氨酶恢复正常，但总胆红素降至92μmol/L难以再降，直接胆红素65μmol/L，碱性磷酸酶350U/L，谷氨酰转肽酶340U/L，遂求中医诊治。来诊时黄疸色泽仍鲜明，皮肤瘙痒明显，纳差，口干，大便不实，日行2次。舌质红、舌苔黄腻，脉濡数，鱼际斑点红赤。证属瘀热互结，肝胆失疏，胆汁外溢。治以热解毒、凉血散瘀、利湿退黄。处方：

茵陈45g，赤芍15g，黄连5g，垂盆草60g，金钱草45g，广郁金15g，人中黄10g。7剂，每日1剂，常法煎服，继续服用复方甘草酸苷胶囊、熊去氧胆酸（优思弗）治疗。

11月24日二诊：复查黄疸指数明显好转，总胆红素降至45μmol/L，直接胆红素25μmol/L，碱性磷酸酶220U/L，谷氨酰转肽酶140U/L，皮肤仍感瘙痒，口干，舌质红、苔薄黄腻有裂纹，脉小弦。药已中的，守方继求，原方加生地黄15g、白鲜皮15g、泽兰15g，7剂。

12月1日三诊：复查肝功能：总胆红素降至28μmol/L，直接胆红素17μmol/L，碱性磷酸酶130U/L，谷氨酰转肽酶95U/L，继予原方治疗。

按语：患者黄疸色泽仍鲜明、口干，说明属于阳黄。大便不实、舌质红、舌苔黄腻、脉濡数，说明存在湿热因素。皮肤瘙痒明显，鱼际斑点红赤，是瘀热相搏，血热生风和热毒在营的标志。因此辨证属湿热瘀结，肝胆失疏，胆汁外溢。一诊予凉血退黄散7剂即见效，二诊继续守方，加生地、白鲜皮滋阴凉血，祛风解毒，加泽兰凉血利小便，击鼓再进。由于辨治适宜，故收效良好，中医药治疗黄疸优势于此案可见一斑。

参考文献

[1] 胆汁淤积性肝病诊断治疗专家共识2015更新专家委员会.胆汁淤积性肝病诊断治疗专家共识：2015年更新[J].中国肝脏病杂志（电子版），2015，7（2）：1.

[2] 北京中医学院.关幼波临床经验选[M].北京：人民卫生出版社，1979：2.

[3] 陈四清，郭立中.周仲瑛从瘀热论治重型肝炎临证经验[J].江苏中医药，2009，6（1）：1.

[4] 罗琳，吴锋，窦志华，等.芍药苷对胆汁淤积肝损伤保护作用机制研究[J].南通大学学报（医学版），2011，31（6）：450.

[5] 张雅媛，马世平.金钱草对食饵性胆色素结石的防治作用[J].中药药理与临床，2004，20（2）：21.

第一作者：支煜珺（1992—），女，硕士研究生，中医内科学肝病专业。

通讯作者：陈四清，医学博士，主任中医师，副教授，硕士研究生导师。2467571233@qq.com

收稿日期：2018-02-10

编辑：吕慰秋