

中医经验选编



河北省邢台地区行政公署卫生局

中医经验选编

五

(肝病专辑)

河北省邢台地区行政公署卫生局

一九七九年三月

目 录

一、中西医结合治疗传染性肝炎

..... 孙润斋
..... 宁晋县医院 许双奎 (1)
..... 杨喜发

二、中医辨证分型治疗肝炎的临床体会

..... 邢台地区人民医院 张从善 (20)

三、浅谈急性黄疸性肝炎治疗中“湿”与“热”的关系

..... 清河县医院中医科 杨丽珍 (26)

四、中西医结合治疗病毒性肝炎40例临床效果观察

..... 甘冶职工医院传染科 潘廷怡 (28)

五、肝硬化腹水..... 邢台地区机关门诊部 张文治 (31)

六、肝硬化腹水辨证施治..... 广宗县医院 冯言信 (44)

七、治肝炎十方..... 南宫县西汀公社卫生院 苏玉成 (50)

八、急性黄疸性肝炎医案两则

..... 平乡县医院 李九亭 (52)

九、无黄疸型肝炎医案三则..... 邢台县医院 吴化育 (55)

十、治疗肝硬化医案六则..... 南宫县医院 苏仿贤 (61)

十一、肝硬化腹水一例治验

..... 临城县郝庄分院 徐宝春 (66)

一、中西医结合治疗传染性肝炎

宁晋县医院 孙润斋 许双奎 杨喜发

壹、中西医对传染性肝炎的认识：

传染性肝炎是由病毒引起的常见的多发性传染病，分黄疸和无黄疸两大类型即甲（A）和乙（B）型，两类病毒皆可经消化道及注射等途径传染。甲型肝炎的传播主要由于密切接触经消化道传染，经血传染的较少见。发病急，儿童发病率较高；乙型肝炎临床上以轻型感染及无症状的带病毒者为多见，主要经血传播，也可通过密切接触而经消化道传染的，多发生在成年人中间。

祖国医学虽无传染性肝炎这一诊断名称，但对于传染性肝炎早就有记载，如两千余年前《内经》中指出“湿热相交，民病疸也”汉张仲景（公元二世纪）在《伤寒论》中对黄疸病的原因、症状和治疗均有详尽的叙述；《金匱要略》中更进一步把黄疸分为五类。不过古代所谓黄疸，指的是一切发黄疾病而非指全是传染性肝炎，传染性肝炎只是其中一种黄疸而已。

对于传染性肝炎的传染性，祖国医学很早也就有记载，孙思邈在《千金翼方》中说：“凡迁时行热病，必多内瘀发黄”。《外台秘要》中亦有天行黄疸之说，都充分说明了肝

炎的传染性，祖国医学虽无传染一词，但对时行热病，天行即指传染而言。

贰、肝炎的病机：

人体是一个有机的整体，人体的五脏六腑及身体各部分，均有血脉经络相通，它们之间互相依存，互相制约的共同完成人体的生理、生化过程，以维持人的生命活动。因疾病的不同，受损的脏器亦不同。传染性肝炎是一种消化道传染病，主要病变在肝脏，所以肝病后常常出现一系列的消化道症状，而与祖国医学对发黄的病机，偏重在脾胃方面是一致的，但中医所说的脾胃是指胃肠器官和消化功能两个方面，实际上中医的脾胃也包括了肝胆系统对消化的作用在内。肝脏有分泌胆汁，帮助胃肠消化的功能，当肝炎病人肝脏受损时影响胆汁的分泌与排泄。所以影响胃肠的消化，出现一系列消化不良的症状。肝胆中医属木，脾胃属土，生理上木能疏土，分泌胆汁帮助消化，病理上能克土，影响消化功能。但反之，土可培木，亦能乘木。脾无病时脾土健运，则肝气条达，胆汁流畅，当脾有病时发生土壅木郁，亦可发生肝胆气滞，胸胁胀满现象。若外邪侵袭，内有寒湿、脾胃虚弱，发生湿邪困脾，脾失健运，不能运化，则湿蕴可以化热，湿热相煎便会发生“黄疸”。故在临床上常见到急性传染性肝炎在未出现黄疸以前，先有消化道症状的出现，或始终不出现黄疸，说明中医认为本病与脾胃有密切关系是非常正确的，因此在治疗上就有“肝病治脾”的原则，以调整消化功能。

前人认为黄疸的发生和胸胁疼痛是肝胆病变。如《素问·痿论》说：“脾气热则胆泄口苦”。《刺热论》有“肝

热病者小便先黄……身热胁满疼”。都说明在肝炎发热时，影响肝胆的输泄而引起口苦、小便黄，身热，胸胁胀痛等。《临证指南》将黄疸进一步分为阳和阴两大类，“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，侵于肺则身目具黄，热流膀胱溺色为之变赤，黄如桔子色，属阳明，治在胃。阴黄之作，湿从寒化，脾阳不能化湿，胆液为湿所阻，渍于脾，侵淫肌肉，溢于皮肤色如熏黄，阴主晦，治在脾”。这说明黄疸的发生，无论湿从火化、寒化都是胆汁排泄功能障碍而引起的全身发黄现象。肝胆相互为表里，肝郁血瘀，则导致胆道闭塞，肝失条达则胆失疏泄，于是胆汁溢于血脉，随门静脉上侵于肺，肺朝百脉，运行于全身，输入肌表而一身发黄。

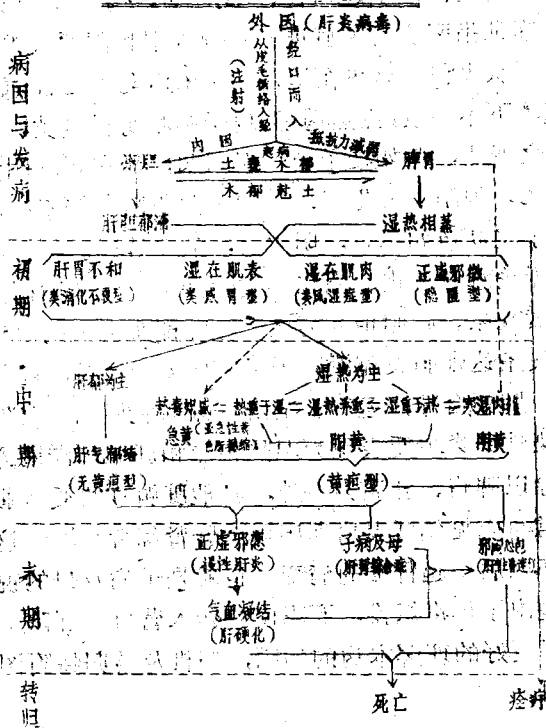
传染性肝炎主要表现为湿热相蒸和肝胆郁滞两方面，脏腑病变除以脾胃、肝胆为主外，其他脏腑亦可受到影响，如临床上常可以见到肝炎后期出现“肝肾综合征”，这是因为长期肝病以后引起肾脏的病变，也就是子病及母的说法。肝性昏迷是由于热毒炽盛，邪毒由气转入营血，邪陷心包所致，为了更好的理解本病的病因，病机及转归特附图如后，藉资说明。

· 附 图 为 肝 胆 系 统 ·

· 肝 胆 系 统 的 功 能 与 病 变 ·

肝胆系统的主要功能是分泌胆汁，促进消化，吸收营养，排泄废物。肝胆系统的主要病变是胆汁分泌障碍，胆汁淤积，胆道阻塞，胆管炎，胆结石，胆管癌，肝癌等。

传染性肝炎病机示意图



叁、中医辨证及治法：

(一) 急性黄疸型肝炎：中医中药在肝炎的治疗上，有良好的作用，祖国医学认为本病属于“阳黄”的范畴，阳黄的黄疸色泽鲜明，可伴有发热、烦渴、腹满、胸闷、食欲不振、尿黄短少，舌苔黄腻，脉弦数。慢性肝炎或肝硬化则多属于“阴黄”，阴黄的黄疸色泽不鲜，暗晦如烟熏，并伴有畏寒

肢冷，口不渴、困倦，苔白腻，脉沉细等。“阳黄”的致病原因为饮食不节或过度饮酒或湿热之邪外侵，或疫毒感染，损伤脾胃，脾伤则不能运化水湿，湿郁生热或素有伏热，湿与热并，湿从热化，湿热交蒸，阻滞中焦熏肝胆而致。

“阴黄”主为脾阳不振或阳黄失治，病久正虚（机体抵抗力减低）则湿从寒化。如湿热夹毒郁而化火，毒热炽盛入侵营血，泛郁于肌肤而发黄甚急就是“急黄”。从上面可以看出无论“阴黄”“阳黄”“急黄”均以“湿”立论，阳黄或急黄均由“湿热”引起，因此治疗阳黄或急黄的原则，都是以清热利湿为主。“阳黄”又分热重于湿、湿重于热、湿热并重、急黄四型。其辨证属于热重于湿者，治用清热利湿，疏利肝胆法，方用茵陈蒿汤、栀子柏皮汤加减。湿胜于热者治以利湿和胃，清热利胆，方用茵陈五苓散加减。湿热并重者治以清热利湿，方用茵陈蒿汤和四苓散加减。急黄治以凉血解毒清热佐以芳香开窍，方用犀角地黄汤加减。

附典型病例：

例一：

李××，男，62岁，农民。

初诊：1971年7月25日。

主诉：近十余日大便秘结，脘腹胀满，食欲欠佳，曾服中药数剂，率多枳实、青皮、三仙、五灵脂等品，略收小效但终不愈，始来我院就诊。

查体：巩膜皮肤黄染，心肺（-）、腹部平软，肝在右肋下2厘米，边缘光滑而软，伴有触痛，脾未触及，脉弦而数。舌苔黄腻。

化验：T、T、T、（9单位），T、F、T（++），cFT

(+++), 范登白试验^{直接} (+), 高田试验 (+), 黄疸指数 (14单位)。

印象: 急性传染性黄疸型肝炎。

中医辨证: 为阳黄。属湿热蕴结于肝胆。

治则: 清热利湿。

处方用药: 茵陈蒿汤加减。

茵陈30克、栀子10克、大黄10克、板兰根15克、车前子12克、赤苓15克、泽漆15克、郁金10克。水煎服。

二诊: (7月27日)前方服两剂大便稍畅, 脘腹较舒, 宗前方去大黄, 因大黄含有鞣酸, 有收斂作用, 往往一泻之后易再导致便秘是其美中不足之处, 故改用芒硝, 芒硝有利胆利尿去黄的作用。

三诊: (7月29日)遵方服2剂, 大便已通, 脘腹舒适, 小便色黄已淡, 佳象也, 仍宗前方续服。

四诊: (8月2日)续服前方4剂, 巩膜皮肤黄染已退, 小便清长, 早晨略显微黄, 胃纳传佳, 肝脏触诊在右肋下1厘米, 续服前方改为隔日1剂。

五诊: (8月23日)复诊, 症状消失, 肝未触及, 肝功能完全恢复正常而愈。

按: 本证属于阳黄, 系肝胆, 阳明诸经湿热交蒸导致之黄疸, 所以在治疗当中始终以清泻肝胆, 疏通阳明为法。一方面清肝胆之湿热, 一方面疏利阳明使湿热从大小便而去, 本病共计服药18剂病竟霍然。

例二:

孙××, 男, 24岁, 学生。

初诊：1973年9月3日。

主诉：恶寒恶心，脘腹胀满，食欲不振，厌恶油腻，右肋下隐隐作痛，周身乏力，小便色黄。

查体：皮肤巩膜黄染，心肺（-），腹部平软、脾未触及，肝肋下1.5厘米，舌苔微黄而厚，脉濡数。

化验：T、T、T（4单位），T、F、T（++），C、F、T（+++），范登白试验^{直接}间接（+），黄疸指数（15单位）。

印象：急性传染性黄疸型肝炎。

中医辨证：为阳黄，属于湿重于热型。

治则：祛湿化浊，清热利胆。

处方用药：茵陈四苓散加味。

茵陈30克、板兰根30克、云苓15克、白术15克、叩仁6克、猪苓12克、黄柏10克、元胡9克、陈皮8克、白矾1.5克另冲。

二诊：（9月8日）上方连服5剂后，诸症见有好转，微有食欲稍差，宗前方加鸡内金10克续进。

三诊：（9月14日）药后诸症以去十之八九，药既中病效不更方。

四诊：（9月21日）患者特来告知，病已痊愈，为巩固疗效计宗前方隔日服1剂。

9月26日复查肝功能已恢复正常，同时自觉无任何症状，嘱停药。

按：本病系湿重于热型之黄疸，其皮肤黄染乃湿遏热伏，胆汁不循常道，溢于肌肤所导致，因湿为阴邪，湿重于热故色不鲜明，因脾胃被湿所困，浊邪不化，而导致脾胃运

化失常，而出现胸脘痞满，食欲不振，恶心等症。其舌苔微黄而腻，脉濡而数乃湿重于热之象征。故拟以祛湿化浊，佐以清热利胆之辈，收到良效。

本方茵陈是治疗黄疸的要药，不仅有清利胆之功，而又有解肝胆之郁之效。伍以四苓散化气利湿，使湿从小便而出，叩仁芳香之品以宣利气机而化湿，白术以健脾除湿，金铃子散利气止痛，方药与症丝丝入扣故收到良好的效果。

例三：

孙××，女，26岁，农民。

初诊：（1975年9月3日）。身目色黄而鲜明，脘腹胀满，食欲欠佳，心烦欲吐，发热口渴，四肢乏力，胁肋疼痛，小便黄赤而短少，大便干结。舌苔黄腻，脉弦数。

化验：T、T、T（10单位），T、F、T（+++），C、F、T（+++），范登白试验^{直接}（+），黄疸指数（15单位）_{间接}

印象：急性传染性黄疸型肝炎。

中医辨证：属热重于湿型之“黄疸”。

治则：清热利湿，疏利肝胆。

处方用药：茵陈蒿汤加减。

茵陈30克、栀子10克、龙胆草6克、黄柏9克、生大黄10克、板兰根30克、车前子10克、泽漆12克、郁金10克。

水煎服。 2付。

二诊：（9月5日）药后大便已润小便以多，药既中病，效不更方。宗前法大黄改为5克续进。

三诊：（9月8日）诸症大见好转，惟食欲稍差，宗前方加鸡内金10克、生麦芽10克。

四诊：（9月12日），诸症若失，惟现右肋下隐隐作痛，宗上方略为增损。

处方：茵陈30克、栀子10克、黄柏10克、生麦芽10克、青皮9克、香附15克、元胡10克、川楝子10克。水煎服。

五诊：（9月16日）诸症自觉痊愈，肝功能化验均正常。嘱停中药，续服保肝之西药20天。

按：本病属于热重于湿之阳黄，因热为阳邪，故黄色鲜明。热邪偏重灼伤津液，故现口渴，便干。湿热交蒸胃浊上逆则现恶心欲吐；湿困脾胃，脾胃运化失司，故食欲不振；膀胱被湿热所扰，气化不利，故小便黄赤短少。舌苔黄腻是湿热内蕴之征。脉弦数为肝胆热盛之象。本证以茵陈蒿汤加减治之，以苦寒通降，通便利尿，利胆。将病毒，或外溢之胆汁排出体外，并导肝脏血液及组织的郁热随大小便而解，而起消炎解毒作用，其中主药茵陈、栀子均经过动物实验有显著促进胆汁分泌及对胆红素的抑制作用，大黄经实验有抗炎及祛瘀作用，亦苦味健胃剂，合成起协同作用，使黄疸迅速解除，改善肝脏的功能。

例四：

赵××，男，隆尧香官村人。

初诊：1975年7月12日。

主诉：因食生冷，伤于脾胃，胃呆，便溏，肢体痠楚已二十余日，医药屡更效果不著始来就诊。

查体：精神萎靡，腹部胀满，肝脾未触及，皮肤巩膜黄染色晦暗，舌质淡润苔薄白而腻，脉濡缓。

化验：肝功能，T、T、T（8.5单位），T、F、T（++），C、F、T（+++），黄疸指数（18单位）。

印象：传染性黄型肝炎。

中医辨证：寒伤太阴，中土受困，寒湿郁遏发为“阴黄”。

治则：健脾化湿。

处方用药：仿《金鉴》茵陈附子干姜汤增损为法。

茵陈30克、附子6克、干姜5克、川朴10克、白术12克、枳实12克、泽漆12克、陈皮10克、苡米15克、佩兰叶15克。水煎服。 2付。

二诊：（7月15日）遵方服3剂，胃纳稍佳，周身乏力减轻，便溏已去，药既中病效不更方。宗前法续进。

三诊：（7月19日）诸症大见好转，脉较有力，苔化质润，宗前法略为增损。

处方：茵陈30克、附子3克、炒白术12克、枳实10克、猪苓10克、泽漆12克、生麦芽15克、丹参25克。

四诊：（7月23日）症状均见好转，宗前法续进。6剂。

7月30日患者欣然告知诸症悉愈。

按：黄分阴阳治法各殊，本例系属阴黄，由于湿从寒化，脾阳不振，不能化湿，胆液由湿所阻，溢于皮肤故黄疸色暗晦，本病之因责之太阴，湿困中土，故治从健脾化湿着手，经过极为顺利，这说明祖国医学辨证施治是极重要的一环。

例五：

焦××，男，23岁，农民。

初诊：（1970年3月2日）。

主诉：身目发黄，口咽干燥、胸腹胀满，小便短赤已十

余日，近两天冷烧，烦躁，谵语，鼻衄及齿龈出血入院。

查体：体温腋下39℃，精神萎靡不振，有肝臭味，全身有少数散在出血点及少数瘀斑，皮肤巩膜深度黄染，两手有轻度扑翼震颤，心肺（-），腹部平软，肝在右肋下0.5厘米，质软有明显触痛，脾在肋下1.5厘米。

化验：肝功能：T、T、T（25单位），T、F、T（卅），C、F、T（卅），范登白试验^{直接}间接（+），黄疸指数（96单位）。

印象：亚急性黄色肝萎缩。

中医辨证：为急黄。

治则：凉血解毒佐以芳香开窍。

处方用药：犀角地黄汤加减。

犀角9克、茵陈45克、栀子10克、银花30克、生地15克、连翘30克、丹皮12克、元参15克、板兰根30克、郁金9克、菖蒲10克。水煎服。安宫牛黄丸1丸，一日2次。

治疗经过：

患者住院后采取中西医协作治疗。

西药：1、10%葡萄糖1000毫升+氢化考的松200毫克+维生素C3克静脉点滴。

2、10%葡萄糖1000毫升+谷氨酸钠25克静脉点滴日2次。

3、2011支肌肉注射1日2次，维丙肝1支肌肉注射1日2次，维生素B12100微克肌肉注射1日两次。

4、口服：肝太乐100毫克日3次，复合维生素B2片日3次，食母生2克日3次，维生素K2日3次。

经服用中西药3日后病情逐渐缓解，体温降至37.8℃，谵语、烦躁消失，宗前方小其制去安宫牛黄丸，西药谷氨酸，续用上法治疗。

激素用至2周后黄疸已退十之八九，故停用，续服前方至4月1日化验肝功能T、T、T（12单位），T、F、T（++），C、F、T（++），范登白试验 ^{直接（-）}_{间接（+）}，黄疸指数（10单位）。

患者精神转佳，食欲尚可，肝区仍有胀痛感，舌苔微黄，脉弦而数，此时余热未清肝乃失条达。血痹郁阻肝络，故现胁肋胀痛，拟用清热利胆，活血通络的药物治之。

处方：茵陈30克、栀子10克、黄柏10克、丹参30克、红花10克、赤芍10克、郁金10克、元胡10克、川楝子10克、青皮9克、板兰根15克。水煎服。5剂。

经服上方后胁肋胀痛消失、黄疸消退，小便亦变正常为巩固疗效前方去元胡、川楝续进（隔日一剂）5剂。5月11日化验肝功能已恢复正常，患者自觉也无任何症状和不适，当天患者欣然出院。出院后随访一直体格很好，坚持参加集体生产劳动。

按：亚急性黄色肝萎缩，祖国医学虽无此名但早有记载，属于中医的“急黄”“瘟黄”范畴，《诸病原侯论·卷十二黄病诸侯篇急黄侯》云：“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”。祖国医学和现代医学的论述，实有殊途同归之妙，本病主要是由湿热之毒蕴结于肝胆，使肝胆失于疏泄，胆汁不循常道，而外溢肌肤，或湿热之毒侵犯心包蒙蔽清窍故往往出现发烧、神识

昏糊也。本病宜急治之，不得迟延否则预后不良。

(二)无黄疸型肝炎：祖国医学认为属于“气滞”“胁痛”“肝脾(胃)不和”“肝胃气痛”等的范围，部分慢性肝炎还属于“瘀”和“积”的范围，其致病原因多为饮食不节所致，再加上正气不足(机体抵抗力差)，湿浊邪毒乘虚而入，以致湿郁热蒸，脾失健运，肝失疏泄故表现食欲不振，恶心，厌油腻，胁痛疼胀满，腹胀乏力，舌苔白腻或黄腻，脉象滑数。如迁延不愈湿热停留，肝脾两伤，气滞血瘀则转为慢性。无黄疸型肝炎辨证属肝郁气滞者以疏肝理气，方用逍遥散和柴胡疏肝散加减；肝脾(胃)不和者治以疏肝调气，健脾。方用逍遥散合香砂六君子汤或平胃散与金铃子散；脾胃虚弱型治以健脾和胃，方用香砂六君子汤加减；气滞血瘀型或血瘀型，治以疏肝理气、活血化瘀，方用逍遥散合桃红四物汤加减；肝肾阴虚型，治以滋养肝肾，方用一贯煎和滋水清肝饮加减；肝郁胆热型(伴胆系感染)治以舒肝解郁，清热利胆，方用龙胆泻肝汤加减。

传染性肝炎是由肝炎病毒感染导致肝脏损害，无黄疸型肝炎，迁延性肝炎，尤其是慢性趋向者，除有肝细胞变性、坏死再生等病理变化外，还有不同程度的纤维组织增生，肝系病变(感染或瘀胆)及肝循环障碍，故在临床上出现皮肤瘀斑、蜘蛛痣，舌质青或瘀点及肝脾肿大等瘀血现象。因此，尽管临床上脾胃虚弱或肝肾阴虚等并不少见，但迂之如不能从瘀血和毒热病变实质入手，仅从脾胃虚弱、肝肾阴虚等外在征象出发，而单纯应用健脾和胃药物，往往效果不佳。单纯应用滋养肝肾药也既非根本治法，并有导致腹满，食欲减退甚至便溏的弊病。总之，不拘肝炎何种类型，对急性或慢

性肝炎应以活血化瘀为主酌加清热解毒。以上各型必须细心诊断，详加辨证，才能收到预期的效果。

病例：

贺××，女，18岁，学生。

初诊：1977年2月19日。

主诉：两胁部胀满，食欲不振，全身乏力廿余天。

查体：巩膜皮肤无黄染，苔白，脉弦，心肺（-），腹部平软，肝在右肋下1.5厘米，脾未触及。

化验：T、T、T（8.5单位），T、F、T（++），C、F、T（+++），谷丙转氨酶（++），范登白试验^{直接}（-）^{间接}黄疽指数（4单位）。

印象：传染性无黄疽型肝炎。

中医辨证：属肝郁气滞。

治则：疏肝理气。

处方用药：逍遥散加减。

当归12克、柴胡9克、云苓12克、白术10克、薄荷5克、丹参15克、甘草3克。水煎服。

治疗过程：患者自服上方并结合保肝药物治疗，病情逐渐好转，但两胁仍觉胀痛，在原方基础上又加郁金9克、川楝子12克连服4剂，胀痛好转，原方续进。4月5日化验肝功能已恢复正常，症状消失，肝脏恢复正常而愈。

按：本例初诊前在当地按胃病治疗无明显效果。来我院就诊，诊为无黄疽型肝炎。按中医辨证属于肝郁气滞，用中西医结合治疗，取得良好的效果。肝性喜条达，居肋下其经布于两胁，恼怒气逆或忧郁气结或湿浊阻滞气机，气机郁结阻瘀