

两种高胆红素血症的鉴别及中医辨治体会

★ 宋乐冬¹ 王维伟² 陈建杰³ (1. 上海中医药大学 2006 级博士研究生 上海 200021; 2. 上海中医药大学 2005 级博士研究生 上海 200021; 3. 上海中医药大学附属曙光医院肝病科 上海 200021)

关键词: 肝炎; 高胆红素血症; 肝硬化; 辨证论治

中图分类号: R 575.1 文献标识码: A

“残留黄疸”是临床常见的难题, 有关其中西治疗的文献多有报道。但许多文献对于“残留黄疸”的概念界定似有不清, 往往将肝炎或肝硬化伴发高胆红素血症与肝炎后高胆红素血症相混淆。虽然中医对于这两者都可从“黄疸”辨证施治, 但具体辨证有异; 现代医学对两者病理的解释不同, 而且其临床进展及预后也大不一样。因此临床上对于这两者仍然需要加以区别。

1 肝炎后高胆红素血症

肝炎后高胆红素血症, 亦称肝炎后血胆红素增高症, 是肝炎后遗症之一, 临床上并不少见。这类患者一般以间歇性黄疸或隐性黄疸前来就诊, 但并无先天性黄疸、肝炎、肝硬化及肝内外胆管结石的临床证据。肝炎后高胆红素血症有如下特点: ①总胆红素一般为 $17.1 \sim 51.3 \mu\text{mol/L}$, 很少超过 $85.5 \mu\text{mol/L}$, 而且以间接胆红素升高为主, 尿胆红素呈阴性。②血清胆红素常有小幅、较快的波动, 劳累或感冒后可有轻度升高, 但一经休息或感冒痊愈后可迅速下降; ③肝炎已达治愈标准, 虽增加活动量亦无复发^[1]。肝炎后高胆红素血症患者一般情况良好, 自觉症状可能有乏力、肝区不适或隐痛、食欲减退、腹胀、失眠等。部分患者可有肝脾肿大, 但无动态改变(增大或缩小)。血清酶学指标一般不高, 胆红素负荷试验常呈阳性, 肝脏活组织检查显示肝组织结构正常, 无炎症及肝细胞坏死, 故患者的临床预后良好。产生这种后遗症的主要原因是肝脏胆红素代谢障碍, 很可能是葡萄糖醛酸转换酶活性降低或含量减少, 此外肝细胞对血中间接胆红素的摄取功能障碍也可能是原因之一。考虑上述病因病理, 肝炎后高胆红素血症更符合“残留黄疸”的概念。

肝炎后高胆红素血症前期肝炎急性发作时多为湿热壅盛, 以邪实为主; 患者前期肝炎病史往往较短, 病邪相对轻浅, 对人体正气损伤不大, 且变证未

生。及至肝炎愈后出现肝炎后高胆红素血症时仍多为腑证, 病偏于表, 尚可从湿热入手, 辨证为湿热余邪未尽, 以麻黄连翘赤小豆汤、茵陈蒿汤等加减以“开鬼门、洁净府”之法清热化湿, 续清余邪。考虑湿热阻滞中焦可妨碍脾胃升降气机, 还应少量加用理气健脾药, 脾气健运亦可助祛邪外出。如此祛邪为主, 扶正为辅, 切勿单事攻伐, 戕害正气, 更不可一味补益, 闭门留寇。

2 肝炎或肝硬化伴发高胆红素血症

肝炎或肝硬化伴发高胆红素血症极易与肝炎后高胆红素血症相混淆, 尤其是中慢性轻型肝炎与肝炎后高胆红素血症的鉴别较为重要。前者也可以表现为血清酶学检查正常而胆红素升高, 但伴有其他诊断指标的异常, 如许多处于静止期的病毒性慢性乙型肝炎患者血清酶学等一直维持正常, 但病毒检测高于正常值上限。而且许多肝炎或肝硬化伴发高胆红素血症患者虽然肝功能正常, 且自觉无任何不适, 实际上病情仍在慢性进行性发展, 如进行肝穿检查, 可示肝细胞变性、点状坏死、嗜酸小体、碎屑坏死等改变; 而肝炎后高胆红素血症的患者病情不会加重, 肝脏标本无病理改变。相比较而言, 中慢性轻型肝炎更需积极治疗, 以期取得比较好的预后。肝炎或肝硬化所伴发的高胆红素血症多是由肝细胞损害和(或)肝小叶结构破坏, 以致结合胆红素不能正常排入毛细胆管而升高; 但也会伴有肝细胞摄取、结合游离胆红素功能受影响而产生的间接胆红素升高。由于此时的胆红素升高仍伴有肝炎或肝硬化, 因此不宜称为“残留黄疸”。

对于慢性肝炎伴发的高胆红素血症, 若病程较短, 以清热解毒、利湿退黄之法治之尚能取效。若疾病迁延已久, 特别是到了肝硬化的阶段, 从湿热入手治疗效果则很不理想。其原因主要在于此时的黄疸已非单纯的湿热熏蒸, 病机发生了演变: 邪毒残留,

中风辨证分型新观点

★ 曲玉强¹ 过伟峰² (南京中医药大学 2006 级硕士研究生 南京 210029; 2 南京中医药大学 南京 210029)

摘要:历代中医各家对“中风”的辨证分型进行了一系列研究。有病因辨证、经络脏腑辨证、阴阳辨证等等。但这些分法均有其各自的优点及不足之处。引入“病机证素”的概念,最终将中风提炼出痰热、风、火热、痰热、痰湿、血瘀、气虚、阴虚八个病机证素。

关键词:中风;辨证分型;病机证素

中图分类号:R 255.2 **文献标识码:**A

中风是以猝然昏仆,不省人事,伴有口眼歪斜、语言不利、半身不遂为主证的一种疾病,它包括现代医学的脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血等多种疾患。中风病发病急、病情重,具有很高的发病率、死亡率和致残率,严重危害着中老年人的健康水平和生存质量,居我国 1994 年城市人口死亡原因的首位^[1]。因此如何进一步提高中风病的临床疗效,有效的辨证分型指导治疗用药就显得尤为重要。

关于中风病的辨证,《内经》认为中风的病因为正虚风邪入中所致。《金匱要略·中风历节病脉证治》篇根据脏腑经络辨证,首先提出中经、中络、中脏、中腑 4 大类。唐宋以后,刘河间认为是“心火暴盛”,李东垣认为是“正气自虚”,朱丹溪则认为是

“湿痰生热”,都重于内因立论,张景岳则倡中风非风之说,认为是“内伤及损本气虚也”。明·杨洲《针灸大成·卷九·治症总要》曰:“第一、阳症,中风语,手足瘫痪者……第二、阴症中风,半身不遂,拘急,手足拘挛。”明·董宿《文堂集验方·中风·惟是中风一症最而暴》也提出了“阴中”与“阳中”的证候,阳中者面赤,关紧闭,目上视,身强直,手拳掉眩。阴中者面青白。两者均采用阴阳辨证,描述了阴证、阳证的主要表现。秦汉以来,历代医家皆有补充和发挥,并将其列为中医内科四大病症(风、劳、臌、膈)之首,但由于历史条件所限,中风病的辨治很多本质性的东西仍未能揭示出来。

随着中医内科学的发展在中风病的病名、病因、病机、五大主症上基本得到现代医家的共识,然而在

久必伤正,或化燥伤阴,或寒化伤阳,正虚邪恋,僵持交争,此时更需谨查病机,入微思索。

湿为阴邪,久滞可伤脾阳;若在前期治疗中过用清热利湿的寒凉之品单事攻伐,更易损及脾阳。及至肝病慢性阶段,湿热之邪所剩无几,但脾阳受损,日久气血虚弱,故多为虚寒里证。需要注意的是这时辨证并非纯虚无实、但寒不热。湿热因于中焦必然影响气机的升降运行,气滞则易为痰为瘀。湿热余邪将尽而正气已虚,痰瘀胶结而化热,故虚中夹实、寒中有热。当然亦有因过用苦寒燥湿伤阴,痰热胶结更难除去。因此关幼波老中医提出“治黄必治血,血行黄易却;治黄须解毒,毒解黄易除;治黄必化痰,痰化黄易散。”此时治疗当以补虚为主,佐以驱邪,祛邪于扶正之中。如此扶正不恋邪,祛邪不伤正,可以双方兼顾。若患者乏力、纳差、腹胀,以脾虚为主,可用四君子汤、参苓白术散;若已由后天累及

先天,肾阳受损,腰酸脚软、耳鸣、小便白浊,则当用八味丸、右归丸。在扶正方的基础上加用散而勿过、温而勿燥、利而无伤、寒而勿宁之祛邪药物。温寒选巴戟天、仙灵脾之属;利湿选木瓜、泽泻之辈;清热则选知母、山梔、银花等;挟痰者加二陈汤;挟瘀者则加丝瓜络、刘寄奴等。特别需要注意的是王肯堂在《证治准绳》中所提到的,此类患者“不可过用寒凉强通小便,恐肾水枯竭,久而面黑黄色,不可治矣”。

这两类患者都应注意日常的调适。避免“劳复”、“食复”及感受风寒等引起疾病的复发或加重。并应加强精神方面的调节,树立战胜疾病的信心。

参考文献

[1] 郑芝田. 胃肠病学. 第二版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 884-885.

(收稿日期: 2008-09-03 责任编辑: 周茂福)