

浅谈中医学对胆汁淤积的病机认识和辨证分型

★ 李猛¹ 吴福宁² 李娅娅³ (1. 江西中医学院 2006 级硕士研究生 南昌 330006; 2. 安徽铜陵市中医医院中西医结合肝病研究所 铜鼓 244000; 3. 江西中医学院 2007 级硕士研究生 南昌 330006)

关键词:胆汁淤积;中医病机;辨证分型

中图分类号:R 575.6 文献标识码:A

胆汁淤积(cholestasis)在现代医学的诊断学上不是一种独立的疾病,而是一组疾病共同的临床症状,是各种原因导致胆汁生成和分泌减少或胆管梗阻引起胆流减少所产生的一种临床综合征。传统的概念认为胆汁淤积是有肝内、肝外梗阻因素造成胆汁形成后流动受阻,这种仅仅基于解剖学上的理解显然是不全面的。目前认为,胆汁淤积是由于胆汁生成障碍和胆汁流动障碍。它有两种发生水平,一是肝细胞水平胆汁形成和分泌障碍,另一种是胆管或胆小管水平胆汁分泌障碍^[1]。

其发生机制主要为以下几方面:(1)细胞骨架的改变;(2)肝窦基侧膜和毛细胆管膜的改变;(3)毛细胆管和肝内胆管的阻塞;(4)胆汁分泌调节异常;(5)细胞旁的通透性增加^[2]。常见或伴见于以下疾病:胆汁性肝硬化、原发性硬化性胆管炎、各型肝炎、药物性胆汁淤积、妊娠性肝内胆管淤积、感染所致胆汁淤积、手术后胆汁淤积、静脉高能营养所致胆汁淤积以及部分遗传性胆汁淤积性疾病。临床主要表现为黄疸和瘙痒。并且由于脂溶性维生素 A、D、E、K 的吸收障碍导致骨质疏松、夜盲症和出血倾向等。生化检查表现为高胆红素血症,以结合胆红素升高为主、碱性磷酸酶和 r-谷氨酰转移酶的增高。西医的治疗药物常见的有熊去氧胆酸、腺苷蛋氨酸、苯巴比妥,作用机理为以下几个方面:(1)替换肠肝循环中有毒性的胆盐,(2)肝细胞保护作用,(3)促进胆汁分泌,(4)改善肝窦基侧膜及毛细胆管的流动性,(5)免疫调节,(6)基础病因的治疗^[3]。

肝内胆管淤积属于中医学“黄疸”之范畴,以目

黄、身黄、小便黄赤和皮肤瘙痒为其四大主要症状^[4]。其发病于肝胆密切相关。中医学认为,胆附于肝,肝胆相表里,互为脏腑,肝经与胆经相互络属,肝性条达,主疏泄,胆为“奇恒之腑”,胆汁是“肝之余气,溢入于胆,积聚而成”。胆为中清之腑,输胆汁而不传化水谷糟粕,以通降下行为顺,反之则不顺。历代医家从多种角度对本病的病机各有认识,《金匱要略·黄疸》指出:“黄家所得,从湿得之”。《医学心悟·伤寒兼症》指出:“瘀血发黄,亦湿热所致,瘀血与积热熏蒸故见黄色也”,《诸病源候论·黄疸》中说:“黄疸之病,此有酒食过度,脏腑不和,水谷相并,积于脾胃,瘀结不散,热气郁蒸”。《临症指南医案》中说:“气血不行则发黄”,“阳黄之症从热化,瘀热在里,胆热液泻所致”。

现代一些中医医家通过自己的临床实践,运用大量的病例对肝内胆管淤积症的病因病机进行探索和分析提出了自己的看法。如汪承柏等通过对临床积累的 70 例肝内胆管淤积症进行中医辨证论治,分析此病与肝胆病理之间的关系,提出血瘀血热是本基本的病因病机^[5]。赵翠英等则运用茵黄合剂治疗此病后得出自己的看法,认为此病属肝郁脾虚,气滞湿停,郁而化火,湿热交阻,蕴结肝胆,气机失畅,从而导致胆汁排泄失常而发作此病^[6]。

在中医理论的指导下,结合历代相关医学文献及当代医家的学术观点和自己的学习体会,笔者认为湿、热、瘀、毒是该病的基本病机,在中医辨证主要有肝肾亏虚、肝郁脾虚、肝胆湿热、瘀血内结四个证型。治疗法则有补益肝肾、清肝利胆、疏肝理脾和活

肾性水肿中医证治源流考竟

★ 肖永娟¹ 魏丹丹² 郭树明³ 指导: 齐南⁴ (1. 江西中医学院 2006 级硕士研究生 南昌 330006; 2. 江西中医学院 2007 级硕士研究生 南昌 330006; 3. 江西中医学院 2008 级硕士研究生 南昌 330006; 4. 江西中医学院基础医学院 南昌 330006)

摘要:以时间为序,阐述了秦汉、晋唐、宋元、明清不同历史时期的医家对肾性水肿的病因病机、治法方药的研究,为肾性水肿的中医理论研究提供了文献参考。

关键词:肾性水肿; 中医证治; 探源

中图分类号:R 256.51 **文献标识码:**A

肾性水肿是因肾脏原发性疾病引起的全身性水肿,其基本病理生理改变为水钠潴留;其特点是水肿首先发生在组织松弛部位,如眼睑或颜面部,或足踝、下肢部位,颜面部的水肿多晨起明显,而四肢部的水肿则活动一天后加重,静卧后减轻,严重时水肿波及全身;其水肿性质软而移动,常伴有其他的肾脏疾患的症状,如高血压、蛋白尿、血尿等。中医学虽无肾性水肿的专门论述,但对此病的认识,自《黄帝内经》以来,历代医家就多有论述。

血化瘀等大法。

肝肾亏虚的病机特点是虚实夹杂、本虚标实。可症见目黄、胁肋隐痛、口干咽燥、两目干涩,遇劳加重,舌红少苔,脉弦细数。因为肾为先天之本,病久又及肾,故辨证治疗中,肝肾阴虚型,治宜滋补肝肾、固本培元,临床以六味地黄丸、六味地黄汤、知柏地黄汤、杞菊地黄汤合一贯煎化裁。肝郁脾虚型以身目黄染、胁肋胀痛、走窜不定、善太息得暖气则舒为其主症,同时可伴有纳呆、脘腹胀满。舌苔白腻,脉弦。治宜疏肝解郁、理气健脾,以柴胡疏肝散合四君子汤加减,同时和患者进行沟通,调畅情志,保持心情开朗,更有利于本型的治疗。肝胆湿热型以目黄尿黄、胁肋胀痛、厌油、口苦等为主症,舌苔黄腻,脉弦滑,治疗以龙胆泻肝汤为主方,所用药物多为清热、苦寒之品,疗程不宜过长,防止久用伤及正气,症状缓解后可逐渐减量至停用。笔者导师江一平教授认为,无论如何分型最后的转归都是瘀血内结,因为该病程迁延,久病必虚,虚又致瘀,虚瘀互为因果。瘀血在整个发病过程中占据了极为重要的地位,它

1 《黄帝内经》对肾性水肿的理论阐释

就现存中医文献而言,将水肿作为一种疾病予以全面阐述者,当推《黄帝内经》为首。书中详细地探讨了“风水”、“石水”、“涌水”、“水胀”等常见水肿病证的发病机制、病证特点及治疗原则^[1]。

1.1 对水肿病因病机的认识 (1) 外邪侵袭所致水肿。如《素问·水热穴论》云:“勇而劳甚,则肾汗出;肾汗出逢于风,内不得入于藏府,外不得越于皮肤客于玄府,行于皮里,传为胕肿。本之于肾,名曰

既是病理产物,又是病程进展的重要因素。相关症状和体征可以佐证,如瘙痒、肌肤甲错、肝脾肿大等,可见舌质紫暗,脉沉涩。根据“有诸于内必形诸于外”的理论,这些都是内有瘀血的表现,所以在整个治疗过程中,活血化瘀都需贯穿始终。临床以血府逐瘀汤为主方加减治疗。

参考文献

- [1] Talwalker JA, Lindor KD. Primary biliary cirrhosis [J]. Lancet 2003, 362, 53-61.
- [2] 陈贻胜. 肝内胆汁淤积的病因 [J]. 中华消化杂志, 2000, 20(5): 335-336.
- [3] Kaplan MM, Gershwin ME. Primary biliary cirrhosis. N Engl J. Med 2005, 353, 1 261-1 273.
- [4] 王伯祥. 中医肝胆病学 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 127.
- [5] 汪承柏, 贺江平, 朱纯吾, 等. 70 例肝内胆汁淤积症中医辨证与病理关系的讨论 [J]. 中医杂志, 1989, 30(1): 25-27.
- [6] 赵翠英, 刘学华. 茵黄合剂治疗妊娠肝内胆汁淤积症的实验研究 [J]. 江苏中医, 2000, (21): 39-41.

(收稿日期: 2009-01-06 责任编辑: 周茂福)