

江一平治黄疸经验

★ 胡佳¹ 刘翔¹ 徐步海² (1. 浙江省乐清市人民医院感染科 乐清 325600; 2 江西中医药高等专科学校 抚州 344000)

关键词: 江一平; 黄疸

中图分类号: R 249.9 文献标识码: B

江一平教授致力于中医肝胆病研究 30 余年, 学验俱丰, 注重发挥中西医之长, 尤对各类黄疸的遣方用药独具匠心, 师古而不泥古, 既擅用经方又根据自己的临床经验创制了系列有效方剂。本文就江师在治疗黄疸方面的经验, 作一初步探讨。

中医学在黄疸病的认识上源远流长, 自《内经》、《伤寒论》起传统黄疸理论一直以脾胃为中心, 从仲景首倡利小便至罗氏分阴阳, 古今皆效之以利小便为正法, 汗、吐、温、补、和、消为变法。清末西学之风渐盛, 多有融西学入中医黄疸理论者。江师融汇中医黄疸的病因病机与西医胆红素代谢的生理生化, 使辨证与辨病相统一。从临床入手, 按各项胆红素所占总胆红素比例的不同和中医的辨证分型结合起来, 从而进一步细化各种分型。

1 直接胆红素升高为主的黄疸 (D/T > 50%)

血中游离胆红素附着于白蛋白运载至肝脏, 与葡萄糖醛酸基或硫酸基结合成为结合型胆红素 (直接胆红素), 从肝细胞排出, 进入肠道。当致病因素引起各级胆管阻塞时, 阻塞上端胆管内压力不断增高, 胆管逐渐扩张, 最后使胆汁淤积而破裂, 胆汁返流入血而形成黄疸, 这是经典的阻塞性黄疸学说。江师认为此黄疸虽可有阴阳寒热虚实之偏向, 其主证却不离于前贤论黄疸所提及之因瘀发黄。此时病邪阻滞于肝胆, 使疏泄受碍, 胆汁郁而不达, 不能司陈发新, 瘀热在里, 胆热液泄, 毒邪已入营血, 湿热瘀血交阻凝结, 脉络瘀阻, 胆道不通, 日渐成痞, 故其色晦暗、其身失养、其肤不宁、其粪色浅, 正如《张氏医通》谓: “诸黄虽多湿热, 然经脉久病, 不无瘀血阻滞也。”治疗如一味利小便则本末倒置、反使其势更猛, 应从瘀论治、视活化为先。

例 1. 吕某, 女, 50 岁, 患原发性胆汁性肝硬化 3 年。近半年出现身目黄染伴肌肤搔痒, 曾使用舒肝宁、思美泰、优思弗等, 胆红素仍进行性升高, 因拒绝

激素而求治中医。初诊: 身目黄染, 色如烟熏, 搔痒不安, 肌肤甲错, 瘦骨如柴, 双掌赤痕, 颈胸多处蛛纹丝缕, 大便色浅, 小便似浓茶, 舌暗苔薄, 脉弦细。肝功能 TBIL 158 $\mu\text{mol/L}$ 、DBIL 118 $\mu\text{mol/L}$ 、ALP 322 U/L、GGT 226 U/L, ALT、AST、ALB 正常。江师诊后认为此乃典型“蓄血发黄”, 治疗当遵循“治黄必治血, 血行黄易却”的原则。处方: 桃仁 10 g, 红花 6 g, 当归 10 g, 生地 15 g, 赤芍 15 g, 川芎 6 g, 丹皮 10 g, 茜草 15 g, 茵陈 20 g, 柴胡 10 g, 葛根 10 g, 麻黄 10 g, 白矾 6 g。1 周后复诊, 舌质转红, 身痒大为减轻, TBIL 及 DBIL 却仍维持原水平。江师认为此非辨证有误, 乃活血化瘀之力不足, 故原方去茵陈、茜草, 桃仁、丹皮各加至 20 g, 赤芍加至 40 g。1 周后三诊 TBIL 降至 117 $\mu\text{mol/L}$ 、DBIL 降至 64 $\mu\text{mol/L}$, 自觉已无身痒, 江师在上方基础上再加大赤芍用量至 100 g。维持 2 周后大便色如常, TBIL 降至 45.3 $\mu\text{mol/L}$ 、DBIL 降至 27.2 $\mu\text{mol/L}$, 此时使用大剂量活血化瘀之品已近 1 月, 疗效明显。为防耗血动血, 江师调整方药为: 柴胡 15 g, 白茅根 30 g, 红花 10 g, 桃仁 10 g, 赤芍 50 g, 丹皮 10 g, 葛根 15 g, 麻黄 6 g, 川芎 10 g, 虎杖 20 g, 广香 10 g, 玉米须 40 g。守此方半月胆红素恢复正常, 患者无不适症状。随访 1 年未复发。

2 间接胆红素升高为主的黄疸 (I/T > 50%)

非结合型胆红素 (间接胆红素) 系由单核吞噬细胞释放的未与葡萄糖醛酸或活性硫酸盐相结合者, 仅与血浆蛋白结合成复合体而存在于血浆中。当间接胆红素产生过多, 超过肝细胞清除率, 又因与血浆蛋白结合而不能被肾小球所滤过, 以致滞留在血液中。江师认为间接胆红素是体内一种流溢浸渍物质, 其性类湿, 当肝胆受损不能司其疏泄之职时, 则上不得越, 下不得泄, 粘浊不循常通, 重蒸遏郁, 侵淫肌肉, 溢于皮肤。此黄疸虽易寒化热化, 治之却可采

李富玉学术思想探析

★ 韩培海 高思山 (山东省青岛市黄岛区中医医院神经内科 青岛 266500)

关键词:李富玉;学术思想

中图分类号:R 249.2 文献标识码:A

李富玉教授是济南军区青岛第一疗养院中医科主任,中华中医药学会理事,全军中医药学会副会长,解放军总医院特聘教授,中医师承研究生博士生导师,全国第四批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,业医 40 余载,学验俱丰。学术上衷中参西、师古而不泥古,理、法、方、药上有很多创新之处,兹就李师学术思想简介如下。

1 百病生于“毒”

《素问·生气通天论》说:“因于湿,首如裹,湿热不攘,大筋软短,小筋弛长。”李师认为“百病生于

用渗淡之法因势利导,不失为一种好思路。

例 2. 钟某,男,20 岁,主诉:身目黄 1 个月。患者 1 个月前运动时晕倒,后身目出现黄染并进行性加深,10 日前至门诊查肝功能 TBIL87.5 $\mu\text{mol/L}$ 、IBIL61.2 $\mu\text{mol/L}$,转氨酶正常;予舒肝宁及熊去氧胆酸治疗 10 日后 TBIL 升至 117.5 $\mu\text{mol/L}$ 、IBIL 升至 105.2 $\mu\text{mol/L}$,鉴于病情未得到控制转入住院治疗。入院症见:身黄如橘,恶心厌油等消化道症状不突出,二便亦如常,舌红苔薄稍黄,脉滑。辅检肝炎病毒学标志物(甲、乙、丙、丁、戊)、ENA 等全阴性,外院 Coombs 试验(+). 西医诊断:自身免疫性溶血性黄疸;中医诊断:黄疸,阳黄,肝胆湿热型。治疗以清利湿热为法,方选茵陈蒿汤加甘露消毒丹。服方半月后 TBIL 及 IBIL 仍维持于入院水平,江师详细询问病史后认为西医诊断明确,察舌按脉,舌质虽红其黄苔居于舌根而舌大部仍为薄白苔,其脉初探似滑再取实濡,此证非单纯肝胆湿热之证,乃湿浊无其路出内郁生热耳,当以渗淡之法引黄而出,方药:白茅根 30 g,金钱草 30 g,徐长卿 15 g,生甘草 15 g,淡竹叶 10 g,葛根 20 g,麻黄 10 g,连翘 20 g。半月后复查 TBIL 降至 50.0 $\mu\text{mol/L}$ 、IBIL 降至 34.7 $\mu\text{mol/L}$ 。效不更方,上方续服半月,胆红素恢复正常。随访半年未复发。

按:清代以前,中医黄疸理论发展缓慢,而此时

毒”。在临床上许多疾病都是毒引起机体的免疫功能低下,使机体不能发挥正常的解毒功能,造成一些有毒物质积聚于体内,这些有毒物质又可进一步加重机体损害,使患者的病情进一步加重。

2 重剂猛药,屡起沉疴

李师认为,中医治疗急危重症治法多样,疗效确定。极为推崇古训“六腑以通为用”,擅长应用通利疗法(泻下法)排除燥屎、荡涤实热毒邪、攻逐水饮、祛除痰浊瘀血虫积,达到“实则泻之”、“推陈致新”的目的。在内科急症中,针对病情急、重的特点,最

西方医学在解剖学、生理学、微生物学等多学科的促进下渐趋科学与理性。周学海、张锡纯等受西学影响,以肝胆、血为中心重构黄疸理论,是对建立在脾胃基础上的传统黄疸理论的反思,他们融汇西方医学精华的做法得到了认可和发展。如今,传统的中医黄疸证治已被肝炎、胆石症、钩端螺旋体病、溶血性贫血等疾病分割,中医学的辨证受到了西医学辨病的极大冲击,加之现代检测手段对传统中医诊断方法的替代,传统中医理论和临床体系已处于革新重构的风口浪尖。笔者以为,既然已无法屏蔽西医信息的传入,还不如敞开胸怀、发挥智慧、主动吸纳、择其精华、修己不足,更能体现中医学兼收并蓄、融会贯通、为己所用的博大襟怀。江师以中医学的观点融汇现代医学,运用以直、间接胆红素与总胆红素比值的方法创新分型,在分别以活化和渗淡为主法的基础上,或兼之并用,或融入祛风、攻下、解毒等,既凸显了中医整体观念、辨证论治理论的优势与特色又避免了中医诊断方法直观笼统、辨证论治的主观随意、疗效评定标准缺乏统一的尴尬与不足,是对“黄由脾湿”与“黄由肝血”两种争鸣的统一与升华,其理论能被临床疗效所支持,是现代中医辨治黄疸的又一种新的探索和尝试。

(收稿日期:2009-08-30 责任编辑:周茂福)