

## 阳黄与阴黄临证考辨

刘 胜 芳 指导:史志云教授

(广州中医药大学, 510405, 广东广州//女, 1975 年生, 2000 级硕士研究生)

**关 键 词:** 阴黄; 阳黄; 考辨

祖国医学对黄疸型肝炎的认识:中医对黄疸的认识早在二千多年前的《内经》就有了记载。如《素问·平人氣象论》说“目黄者曰黄疸”,“溺黄赤安卧者黄疸”;《灵枢经·论疾诊尺篇》说“耳痛而色黄,齿垢黄,爪甲上黄,黄疸也”;以后如《金匮要略》有五疸;《诸病源候论》有九疸候,并附急黄、劳黄等十多种不同的病型;《外台秘要》诸黄方中有急救黄方;《圣济总录》载有 36 黄的症状和治疗。金元以后,各家皆有发挥,使后世对黄疸的认识日趋完善。但中医所记载的黄疸,可能包括一切能够出现黄疸的疾病,故在指导临床工作中,也出现了一定程度的混乱。本篇论述范围为急性黄疸型肝炎,本病发病较急,病势凶猛,病情复杂,需要早期积极恰当治疗。否则易致病势缠绵,病情恶化。

现代中医内科学讲述阳黄陈罗列了湿热证的一般共见症状如口苦口干,发热,大便秘结,舌红黄燥外,特明确提出黄色鲜明如橘子色为阳黄,黄色晦黯为阴黄,并以此为阳黄与阴黄的鉴别点。仅据此一点即判断为阳黄与阴黄,就有很大的片面性。阳黄与阴黄的辨证,应以是否出现阳明证或太阴证来判定,辨证要点是证候的出现,而不是黄色的鲜明或晦黯。考《伤寒论》236 条“阳明病,发热汗出者,此为热越,不能发黄也。但头汗出,身无汗,剂颈而还,小便不利,渴引水浆者,此为瘀热在里,身必发黄。”278 条:“伤寒脉浮而缓,手足自温者,紧在太阴;太阴当发身黄,若小便自利者,不能发黄;至七八日,虽暴烦下利十余行,必自止,以脾家实,腐秽当去故也。”

《诸病源候论》附黄条有“耳面色黄”两书都没有指出附黄色晦黯或附黄色鲜明。从临床实践体会,黄疸型肝炎面及身黄大都鲜明如橘子,很少出现晦黯的;若见到晦黯,多已是发展到肝硬化或癌以及胆道慢性实质性病变等。辨别阳黄与阴黄应以是否出现阳明证或太阴证来判断,万不能仅凭其色的鲜明或晦黯而下结论。即阳黄症以阳明证为主,症见发热,口渴,大便秘结,尿黄如茶,舌苔黄腻,脉弦滑(不必悉具)。阴黄症以太阴证为主,见脘腹胀,食欲不振,大便稀溏,舌淡苔白腻,脉沉细迟等。明确以上阳黄阴黄的分型,临床上,还要在仲景辨证论治思想指导下,进行辨证论治。治阳黄较易,多用茵陈蒿汤,栀子皮汤之类方以清热利湿而退黄,而治阴黄则须多加考虑。

刘渡舟教授论述:主症是指决定全局而占主导地位的症状。阳明为病,胃家实为主证。太阴为病,腹满而吐,食不下,自利益甚,时腹自痛为主证。六经方证的主证,是辨证的关键,反映了疾病的基本规律,是最可靠的临床依据。只有先抓住主证,才符合临床辨证的思维方法,才能进一步认清兼证和变证,分清辨证的层次,而使辨证的程序井然不紊。

病案分析:吴某某,男,55 岁。住院号 135192,以“身黄,目黄,尿黄一个月”为主诉,于 2001 年 1 月 9 日在广州中医药大学第一附属医院住院治疗。入院诊断:中医诊断:黄疸。西医诊断:急性黄疸型肝炎、胆汁返流性胃炎。病史:患者于 2000 年 12 月逐渐出现身黄,目黄,尿黄,疲倦,腹痛,痛势隐隐,喜温喜按,食入则胃脘胀闷疼痛难忍,全身瘙痒。以臀部及双侧大腿后侧最明显,失眠,觉困倦乏而难以入眠,大便溏而不爽,不臭,舌淡腻,脉右寸关微弦而无力左寸沉关弦。体征:剑突下有轻度压痛,胆囊点压痛(+),肠鸣音亢进。B 超示:慢性胆囊炎改变。MRI 示:脾轻度肿大。血生化示:ALP354u/l、AST90u/l、TB253.3umol/l、DB155.1umol/l、IB98.2umol/l、TBA255umol/l、TG4.00umol/l。尿分析:LEU25/ul、PRO0.25g/l、UBG68umol/l、BIL100umol/l、ERY25/ul。据此证象,辨证为太阴发黄,其主证:腹痛,进食后加剧,痛势隐隐,喜温喜按,大便溏,脉双寸沉,右关沉,右尺弦,左关弦。符合《伤寒论》273 条“太阴之为病,腹满而吐,食不下,自利益甚,时腹自痛,若下之,必胸下结硬。”阳明与太阴为表里,阳明主阖,其大便秘结而为实证;太阴主开,其大便作泻而为虚证,阳明病之腹满疼痛,则在于大便不通;而太阴病之腹满疼痛,则在于大便下利。三阴经病,皆有不和,惟“自利不渴者,属太阴也。”刘渡舟教授经验“在临床上不论什么病,及其时间多久,凡见到腹胀满而下利甚的应先考虑太阴虚寒为病。”予茵陈术附汤合桂枝甘草汤加減。茵陈仅用 6~9g,此患者服药 1 剂后,当晚睡眠时间即达到 2 小时左右。次晨进食少许面条后胃脘痛疼痛之势减轻,余症状如疲倦乏力,大便溏等逐步改善。3 周后复查血生化示:ALP 215u/l、AST50u/l、ALT40u/l、TB170umol/l、DB110umol/l、IB60umol/l。后因患者请假外出期间进食较多,又外受风寒,于 2 月 8 号出现恶寒发热, T:39.9℃,伴咳嗽,胸闷,气促,胃脘胀闷之症又反复。考虑此时患者为胃肠型感冒,相当于六经辨证中的太阳少阳合病,予柴胡桂枝汤加減。3 剂药后外感症状解除,继续按原方案温化寒湿之法。予茵陈术附汤合苓桂术甘汤加減,至 2001 年 3 月,实验室检查各项指标恢复正常。此后患者一直正常工作。

本病案入院即据六经辨证的思想,抓住太阴脾虚寒湿困阻的主证:腹满,食不下,吐利益甚,时腹自痛。运用经方治疗,起效快,效果理想。在治疗过程中,最重要的是以病人自觉症状是否改善,舌象变化为依据,实验室结果仅作为一种参考。如果病人服药后感到舒适,症状并随之逐渐改善,就应视为有效。即使生化肝功能,黄疸指数恢复的不够满意,也不要轻信某药物降酶如何,某药物利胆如何等片面简单的说法。