

# 潘智敏治疗阻塞性黄疸临床经验

唐黎群<sup>1</sup>, 指导: 潘智敏<sup>2</sup>

(1. 浙江省人民医院, 浙江 杭州 310014 2. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053)

**摘 要:** 阻塞性黄疸在临床上属重症、危症。中西医结合治疗对改善症状、延长生命能取的明显的疗效。浙江省中医院潘智敏主任中医师在治疗阻塞性黄疸积累了一定的经验。

**关键词:** 阻塞性黄疸; 经验; 潘智敏

中图分类号: R256.41

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2008)07-1395-02

## PAN Zhi-min Clinical Experience about Treating Obstructive Jaundice

TANG Li-qun, advisor PAN Zhi-min

(1. Zhejiang Provincial People's Hospital Huangzhou 310014 Zhejiang China

2. Zhejiang Chinese Medical University, Huangzhou 310053 Zhejiang China)

**Abstract** Obstructive jaundice is acute, severe disease. Treatment with Chinese medicine and western medicine to improve symptoms and prolong life is significantly effective. Pan Zhi-min, Director of Chinese medicine practitioners in Zhejiang hospital of Traditional Chinese medicine, has rich experience in the treatment of obstructive jaundice.

**Key words** obstructive jaundice; experience; PAN Zhi-min

阻塞性黄疸指胆红素在肝脏处理完后, 经由胆管于十二指肠壶腹处排入肠道的过程中, 因这一路径发生阻塞, 而使胆红素聚集所形成的黄疸。临床上亦可见于中老年人群。潘智敏主任医师是浙江省名中医, 是首批全国五百名国家级名老中医药专家之一——杨继荪教授的学术继承人。从事老年病临床及研究 30 余年, 临床辨证用药多有特色, 且多见效。现介绍其临床治疗阻塞性黄疸经验如下。

### 1 病因病机

潘师认为阻塞性黄疸临床上可归属于祖国医学中的“黄疸”范畴。历代医籍相关论述如:《内经》即有关于黄疸病名和主要症状的记载, 如《素问·平人氣象论篇》说:“溺黄赤, 安卧者·黄疸, ……目黄者曰黄疸”。汉·张仲

景《伤寒杂病论》还把黄疸分为黄疸、谷疸、酒疸、女劳疸、黑疸 5 种, 并对各种黄疸的形成机理、症状特点进行了探讨, 其创制的茵陈蒿汤成为历代治疗黄疸的重要方剂。《景岳全书·黄疸》篇提出了胆黄的病名, 认为“胆伤则胆气败, 而胆液泄, 故为此证。”初步认识到黄疸的发生与胆液外泄有关。阻塞性黄疸临床主要表现为目黄, 身黄, 小便黄, 大便呈灰白色或白陶土样、皮肤瘙痒等, 其中目睛黄染是黄疸的重要特征, 可伴有上腹痛、发热等。中老年人发生阻塞性黄疸较常见以下因素: 胆管结石、药物性黄疸 (如氯丙嗪、硫氧嘧啶、他巴唑、磺胺等)、瘀胆型肝炎等; 及各种消化道肿瘤如: 胰头癌、继发性肝癌、原发性胆囊癌、原发性胆管癌 (包括肝管癌和胆总管癌) 等。潘师结合临床认为

肝肾阴虚者, 症见肝区隐痛, 腰酸腿软, 手足心热, 口干舌燥, 烦躁失眠, 舌质红或有裂纹, 苔少, 脉细弦或细数, 谶师常用慢肝养阴方<sup>[2]</sup>, 药用: 北沙参 15g 麦冬 15g 生地 10g 枸杞 15g 女贞子 10g 旱莲草 10g 怀山药 15g 杭白芍 15g 虎杖 10g 白花蛇舌草 10g 生薏苡仁 15g 茯苓 15g 甘草 5g。纳差、便溏、苔腻等脾虚夹湿证, 不宜使用。阴虚证夹有湿热未尽时, 加茵陈、山栀; 便秘、胁痛者加瓜蒌、郁金。气阴两虚者, 谶师常用如下方: 生黄芪 30g 党参 15g 丹参 15g 郁金 10g 枸杞 10g 女贞子 10g 旱莲草 10g 桑椹 15g 虎杖 10g 白花蛇舌草 10g 五味子 6g 淫羊藿 10g 生薏苡仁 15g 茯苓 15g 甘草 5g。

气滞血瘀者, 症见面色暗晦, 胁肋刺痛或胀痛, 两胁下痞块, 肝脾肿大, 肝掌, 蜘蛛痣, 舌质紫黯或有瘀斑, 苔薄黄, 脉弦或涩, 肝功能异常。谶师常用金丹化瘀汤, 药用: 广郁金 10g 鸡内金 10g 紫丹参 10g 丹皮 10g 生黄芪 15g 当归 10g 柴胡 10g 鳖甲 10g 地龙 6g 赤芍 15g 生地 10g 炒枳壳 6g 甘草 5g。患者脾虚湿热症状明显者不宜用此方。本方疏肝行气, 益气补血, 活血化瘀, 软坚散结。兼有湿热者, 加茵陈、田基黄、栀子; 兼有脾虚者, 加党参、薏苡仁、白术; 腹腔积液者, 加泽泻、猪苓; 齿、鼻衄者, 加白茅根、茜草、藕节、生大黄; 瘀证甚者, 加桃仁、红花、三七; 兼阴虚内热者, 加女贞子、旱莲草、阿胶; 兼脾肾阳虚者, 加附片、桂枝、淫羊藿。

### 参考文献

- [1] 陈斌, 孙克伟, 谶宁生. 谶宁生治疗病毒性肝炎的经验 [J]. 中西医结合肝病杂志, 2004, 14(2): 118.
- [2] 黄煌, 濮传文. 方药传真 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2003: 727.

收稿日期: 2008-02-14

作者简介: 唐黎群 (1979-), 男, 福建莆田人, 研究方向: 中医内科老年病专业。

阻塞性黄疸病因可归结为湿、热、瘀、毒等。而由各种病因导致的胆道瘀阻是重要的病理基础。其中又以有形之邪(结石、肿瘤)所致胆道瘀阻尤为常见。病机方面可概括为胆为中清之腑,以通降为顺,若饮食不节或情志不调,可使肝胆失疏,郁而化热,横逆犯脾,脾失健运,酿生湿热,久与痰浊、败血、瘀毒、砂石等病理产物胶结,化生有形之邪。导致胆腑通降失调,胆汁排泄不畅,而成黄疸。诊断:除了抽血检查各项肝功能指标(如血生化)、肿瘤标记物(如肿瘤全套)外,可行 X 线、B 超、电脑断层(CT)、核磁共振(MRI)、经皮肝穿胆道造影术(PTC)、及经纤维十二指肠镜逆行胰胆管造影术(ERCP)及磁共振胰胆管成像(MRCP)等检查,以了解有无胆管扩张、有无结石与肿瘤之存在,以确定病灶之所在与选择手术与治疗之方式。

## 2 分型论治

潘师认为阻塞性黄疸都存在着不同程度的肝胆红素血症,严重地影响患者健康,特别是对肝、肾的损害,而大多数中老年阻塞性黄疸患者就诊时因素体虚弱及其它原因不能行根治性手术。中医药治疗的目的是清退或减轻黄疸,缓解病情,改善患者的生活质量和延长生命。在治疗时强调:

① 肝胆兼治:因肝胆互为表里,生理病理上皆互相影响。④ 顾护中气:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”。故应兼顾脾胃。对于临床部分肝胆疾病患者长期应用清热解毒、利湿之品,而黄疸指数、GPT 长期不降者,潘师给予四君子汤等补益中气之品为基本方酌加利胆退黄之品常可收效。且中老年患者多为肾虚,五脏薄弱,苦寒太过则损伤中焦正气,克伐其生发之气,故用药不可苦寒太过。④ 不拘常法:阻塞性黄疸临床表现多为一派湿热征象,临床上清热除湿的方法及汤剂常可收效,如茵陈蒿汤。又“六腑以通为用”,阻塞性黄疸多伴胆腑实证。在清热除湿法的基础上应用通及下法往往可收良效,如以茵陈蒿汤、大柴胡汤、承气汤等为主的化裁方。而部分患者为已行姑息手术之后,黄疸残留不退。主要特点是因胆道术后“气滞血瘀”,早期多偏热象,夹有湿热;后期则多偏虚象,虚瘀并见。本类患者应注重湿、热、气滞、血瘀的偏重,可用清热、利胆、通腑、兼以活血化瘀、利水退黄法促使残黄消退。<sup>1/4</sup> 刚柔相济:阻塞性黄疸用药根据临床表现可用清热、除湿、通、下等法,然患者多为久病正虚,故应兼顾到和,通利有度,补而不滞;况且因结石、炎症、循环障碍互为因果,日久必为伤阴。若以柴胡之类疏肝理气药,应注意用药宜燥润相配,常顾阴液,留得一份阴液,便是一线生机。对应临床阻塞性黄疸常分为以下证型:<sup>1</sup> 气滞型:身目发黄,右胁胀满隐痛,或阵发绞痛,痛引肩背,厌食油腻,胃脘痞满,舌质淡红,苔微黄脉弦细或紧。治法:疏肝利胆、理气活血。方药:茵陈蒿汤合柴胡疏肝散加减。可加葛根、片姜黄、丹参、留行子、地鳖虫、黄芪、炒当归、马鞭草、苍术等。对于黄疸指数久而不下者,应以化瘀、通阳为主,结合清热利湿、益气养血、健脾和中综合考虑。本型常见于缓解期。④ 湿热型:症状:身目发黄,黄色鲜明,上腹、右胁胀闷疼痛,牵引肩背,咽干,呕吐呃逆,尿黄赤,大便秘结,苔黄舌红,脉弦滑数。可伴身热不退,或寒热往来,口苦等。治法:疏肝利胆、泄热通腑。方药:大柴胡汤、茵陈蒿汤、大承气汤加减。可加马鞭草、郁金、佩兰、生楂肉、莱菔子等,鲜芦根 50g 生煎代水。若砂石阻滞,可加金钱草、海金沙、玄明粉利胆化石,陈皮和胃降逆。如为久

病入血,与热毒郁于血分者,应在清热利湿基础上加凉血活血之药,如:马鞭草、益母草、泽兰、茜根、赤芍等。本型可见于缓解期和急性期。④ 疫毒炽盛证:症见全身皮肤深度黄染,面色晦暗,发热,神疲嗜卧,恶心,腹胀,纳呆,大便干结,小便深黄,舌红绛,苔黄厚腻,口臭,脉弦滑。治法:清热解毒宣窍,化湿泄浊行瘀。方药:安宫牛黄丸口服,每日 1 丸;大柴胡汤合茵陈蒿汤化裁。可加虎杖根、金银花、连翘、佩兰、竹茹、海金沙、滑石、槟榔、川朴、莱菔子、鸡内金等,以鲜茅根 150g 鲜芦根 50g 生煎代水,如动风抽搐者,加用钩藤、石决明等。另服羚羊角粉,以熄风止痉;如衄血,便血、肌肤瘀斑重者,可加黑地榆、侧柏叶、紫草、茜根炭等凉血止血;如腹大有水,小便短少不利,可加马鞭草、木通、白茅根、车前草等。本型有热毒上蒙清窍之趋势,乃为温病之邪入心包者,病情急进,内外交阻。若热毒内盛,继耗营血,可引动内风,瘀热相搏。应及时抢救。

## 3 临床运用

王某,男,79 岁,2005 年 8 月就诊,系离休干部,因“反复右上腹疼痛 20 余年,再发伴黄疸 75 天”入院。既往有慢性胆囊炎、胆囊结石史 20 余年,75 天前因右上腹疼痛伴黄疸入住消化科,ERCP 示胆囊内泥沙样结石,经 ERCP 下疏通胆管,黄疸好转,消化科建议进一步胆管内支架置入,因考虑到患者年老体虚,其家属拒绝胆管内支架置入,而来潘师处求诊。体检示:巩膜轻度黄染,肝肋下二指,质硬如鼻。辅助检查:B 超示:<sup>1</sup> 胆囊显象不清,考虑萎缩伴结石;④ 胆总管上段扩张,内径:1.02cm,伴结石 1.22cm × 1.7cm;④ 肝内胆管重度扩张,生化示:总胆红素 47.4μmol/L,直接胆红素 24.3μmol/L,谷丙转氨酶 203 U/L,碱性磷酸酶 855 U/L。就诊时体格检查为神清、精神软,口苦,纳差,时呕酸水,皮肤及巩膜轻度黄染,肝区隐痛,腹胀,大便干,小便黄,舌边尖红,苔黄,脉弦滑。西医诊断:<sup>1</sup> 阻塞性黄疸;④ 胆囊结石、慢性胆囊炎。中医诊断:黄疸。辨证属有形之邪(结石)瘀阻胆道,致湿热蕴于肝胆,胆汁不循常道外泄而溢于外,发为黄疸。法拟清肝利胆,化石退黄。自拟清肝退黄汤,药用:虎杖根 30g 黄柏 9g 川朴 15g 茵陈 30g 过路黄 30g 枳壳 15g 马鞭草 15g 海金沙 30g 炒莱菔子 30g 郁金 12g 生大黄 15g 垂盆草 30g 焦山栀 9g 姜半夏 12g。同时予地塞米松 5mg 口服,每日 1 次;凯复定 2.0g 微泵,每日 2 次。服完 3 剂后又做生化检查。

患者连服 3 剂后皮肤黄染消失、巩膜黄染减退,口苦,纳差,呕酸水现象明显改善,肝区隐痛缓解,无腹胀,舌淡苔微黄,脉弦。又做生化检查:总胆红素 24.2μmol/L,直接胆红素 11.3μmol/L,谷丙转氨酶 103 U/L,碱性磷酸酶 432 U/L。

二诊改地塞米松 5mg 为强的松 4mg 口服,每日 3 次,其余按原方治疗,又连服 9 剂后病情明显好转,生化指标恢复正常出院。

按 本例患者为胆管及肝内胆管结石引起的阻塞性黄疸,具备经纤维十二指肠镜逆行胰胆管造影术(ERCP)+胆管内支架置入(EST)的指征,但因年老体衰而拒绝胆管内支架置入转而请求中医治疗,潘师以清肝退黄汤清肝利胆,化石退黄,合糖皮质激素及头孢类抗菌素抗炎消肿,使炎症水肿的胆管恢复正常,胆汁分泌通畅,中西医结合,疗效显著。