

## 肝气虚致阴黄证之病机与证治探析

茹清静<sup>1,2</sup>, 徐 珊<sup>1</sup>

(1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310005; 2. 浙江中医药大学附属第二医院, 浙江 杭州 310005)

**摘 要:**综合古今医家对肝气(阳)虚的临床特点、病因病机的研究,分析其导致阴黄的病理机制,并总结其辨证要点与治疗原则与方法。肝气(阳)虚是肝脏功能低下的一种表现,可影响到气血、精神、消化等功能活动。肝气虚,继而胆气不足,胆汁排泄无力,积滞外溢导致黄疸外;肝气(阳)虚,脾阳不振,运化无力,也可导致胆汁积滞导致阴黄;肝阳虚,寒湿内生,气滞血瘀,胆液困阻,外溢于肌肤而发为阴黄。肝气虚必须与肝郁脾虚鉴别,肝阳虚亦须与脾阳虚、肾阳虚鉴别,它们在治疗上也各有侧重。

**关键词:**肝气(阳)虚;阴黄;病机;辨证**中图分类号:** R256.41**文献标识码:** A**文章编号:** 1673-7717(2010)04-0882-03

## Primary Inquiry on the Relationship between Syndrome with Asthenia of Hepatic Qi (or Yang) and Yin Jaundice

RU Qing-jing<sup>1,2</sup>, XU Shan<sup>1</sup>

(1. Zhejiang University of Traditional Chinese Medicine Hangzhou 310005 Zhejiang China)

(2. The Second Affiliated Hospital of Zhejiang University of TCM, Hangzhou 310005, Zhejiang China)

**Abstract** This text synthesize the clinical characteristic, cause of disease and pathological state of Syndrome with asthenia of Hepatic Qi (or Yang) at all times, analyse its cause Yin Jaundice pathology mechanism, summarize its dialectical main point and treat principle and method. It is a kind of low behavior of liver function that the diseases with such symptoms with asthenia of Hepatic Qi (or Yang), can influence such function activities as the Qi and Blood, spirit, digesting etc. The diseases with deficiency of hepatic Qi, then asthenia of cholic Qi, it is unable that the bile is eliminated, outside overflowing stagnantly and causing the jaundice. The diseases with deficiency of hepatic Qi, then the splenic

化合物数据对照,基本一致,鉴定该化合物为羽扇豆醇(lupeol)。

化合物 ④ 白色针晶(甲醇),m.p 136~137℃, Liebermann-Burchard反应呈阳性。IR( $\text{cm}^{-1}$ ): 3400, 2950, 2860, 1655, 1640, 1375, 1050, 1020, 955, 796。EI-MS m/z 414 [ $\text{M}^+$ ], 399, 396, 381, 329, 303, 273, 255, 231, 145, 91, 55。IH-NMR( $\text{CDCl}_3$ ):  $\delta$  5.29 (1H, t, J=5.2 Hz, H-6), 3.46 (1H, m, H-3), 1.04 (3H, s,  $\text{CH}_3$ -19), 0.96 (3H, d, J=4.4 Hz,  $\text{CH}_3$ -21), 0.87 (3H, t, J=6.8 Hz,  $\text{CH}_3$ -29), 0.7 (3H, d, J=7.2 Hz,  $\text{CH}_3$ -27), 0.73 (3H, d, J=7.2 Hz,  $\text{CH}_3$ -26), 0.61 (3H, s,  $\text{CH}_3$ -18)。数据与文献<sup>[5-6]</sup>报道基本一致,鉴定该化合物为 $\beta$ -谷甾醇( $\beta$ -sitosterol)。

化合物 ⑤ 白色无定型粉末(石油醚-乙酸乙酯), m.p 54~56℃。易溶于氯仿,乙酸乙酯。香草醛-浓硫酸反应呈紫色, Liebermann-Burchard反应呈阳性。EI-MS m/z 665 [ $\text{M}^+$ ], 409。IH-NMR( $\text{CDCl}_3$ ):  $\delta$  4.69, 4.57 (each 1H, s, H-29), 4.47 (1H, dd, J=6.0和10.4 Hz, H-3), 2.38 (1H, m, H-19);  $^{13}\text{C}$ NMR ( $\text{CDCl}_3$ , 100 MHz)  $\delta$  173.5 (>C=O), 150.8 (C-20), 109.3 (C-29), 38.4 (C-1), 25.3 (C-2), 80.6 (C-3), 37.9 (C-4), 55.4 (C-5), 18.3

(C-6), 34.3 (C-7), 40.9 (C-8), 50.4 (C-9), 37.1 (C-10), 21.0 (C-11), 25.2 (C-12), 38.1 (C-13), 42.9 (C-14), 27.5 (C-15), 35.6 (C-16), 43.0 (C-17), 48.3 (C-18), 48.0 (C-19), 29.9 (C-21), 40.0 (C-22), 28.0 (C-23), 16.1 (C-24), 16.7 (C-25), 16.3 (C-26), 14.9 (C-27), 18.1 (C-28), 19.4 (C-30), 14.2 (末端甲基), 29.8~29.3 (亚甲基长链)。 $^{13}\text{C}$ -NMR和DEPT数据显示有一个酯羰基信号( $\delta$ 173.5)、有一个末端双键( $\delta$ 150.8, 109.3)和大量 $-\text{CH}_2-$ 信号( $\delta$ 29.8~29.3),其余基本与化合物 II一致,并结合文献<sup>[7]</sup>,从而推测该化合物为羽扇豆醇棕榈酸酯(lupeol palmitate)。

## 参考文献

- [1] 高幼衡,徐鸿华,刁远明,等.佛手化学成分的研究(IV)[J].中药新药与临床药理,2002,13(5):315-316,341.
- [2] 任凤霞,张爱军,赵毅民.鹿蹄草化学成分研究 III[J].解放军药学报,2008,24(4):301-304.
- [3] 白玉华,于辉,常乃丹,等.日本苦苣菜的化学成分[J].中国药科大学学报,2008,39(3):279-281.
- [4] 徐希科,胡疆,柳润辉,等.无花果根化学成分研究[J].药学服务与研究,2005,5(2):138-140.
- [5] 李泓波,胡军,陈剑超,等.江西青牛胆的化学成分[J].天然产物研究与开发,2005,17(2):125-127.
- [6] 史高峰,黄新异,鲁润华.藏药短管兔耳草的化学成分研究[J].中国中药杂志,2006,31(2):164-165.
- [7] 王晓林,李良琼,李美容.扁枝槲寄生化学成分研究(II)[J].华西药学杂志,1995,10(1):1-3.

收稿日期:2009-11-01

作者简介:茹清静(1966-),男,湖北天门人,副主任中医师,博士研究生,研究方向:中西医结合防治肝纤维化、慢性肝衰竭。

Yang is in low spirits, it is unable to transport and melt, can cause the bile to cause stagnantly Yin Jaundice. The deficiency of hepatic Yang, cold and wet and endogenous, the blood silt of stagnation of the circulation of vital energy, being liquid tired to hinder, bile overflow in the skin and take place for being Yin Jaundice. The deficiency of Yang of liver must be distinguished with the deficiency of Yang of spleen, and card of deficiency of Yang of kidney, the three are each with particular emphasis either in treating.

**Key words:** syndrome with asthenia of hepatic Qi (or Yang); Yin jaundice; syndrome differentiation of etiology

“阴黄”始见于隋·巢元方在《诸病源候论·黄病诸候》。一般认为,阴黄多因寒湿阻遏,脾阳不振,胆汁外溢所致。而临床上阴黄证患者肝气虚、肝阳虚症状客观存在,因此探讨肝气虚、肝阳虚与阴黄的关系,对发展中医理论与指导临床实践都非常有意义。

### 1 肝气(阳)虚证病机与证候特点

《内经》就明确地谈到了肝气虚这个问题。《素问·方盛衰论》曰:“肝气虚而梦见菌香生草,得其时则梦伏树下不敢起”,《素问·上古天真论》云:“丈夫七八肝气衰,筋不能动”,《灵枢·天年》亦云:“五十岁,肝气始衰,肝叶始薄,肝汁始减,目始不明”。后世唐孙思邈《千金要方卷十一》提出“肝虚寒”明张景岳在《求正录·真阴论》中首次谈到“肝阳虚”之证:“或拘挛痛痹者,以本脏之阳虚,不能营筋也”。肝气虚的证候,与肝功能活动的减退有关,肝主血液之贮藏和调节,又主全身之筋的活动和精神情志的调节。肝气虚以至升发疏泄无权,使肝失其条达之用,证见胁肋满闷,四肢乏力,懈怠、不耐疲劳,易怒,懒言,精神不畅,喜悲恐,善太息,腹胀,不思食,食则胀甚,噎气,振战,口干酸苦,不甚思饮,视力减退,头痛而昏重(尤以前额颠顶,太阳穴处为突出),巩膜微黄,脉沉细或弦数,舌苔白腻或黄腻。这些症状的出现,都是由于肝气虚而疏泄不行,影响到气血、精神、消化等功能活动的结果。气虚乃阳虚之始,阳虚乃气虚之渐。肝气久虚势必形成肝阳不足,气机升降枢机不灵,浊阴阻塞上下,胸胁满胀连及少腹,阴邪上逆而频频噎气呕逆,甚则腹胀如鼓,四肢肿胀,冷过肘膝。形容消瘦,脸色黧黑,口干苦,尿黄如浓茶,大便少而干燥或稀溏,脉象沉细而虚数,或革,尤其“左关下沉而弱是也”。苔黄燥或黄腻,舌质或胖或瘦,总有黯色,以及梦多寐少,睡中常手足惊搐等等。凡此种种症象,皆由于肝之阳虚气弱,肝用难展,疏泄无权,而致积痰、留瘀、积热,进一步又影响到肝用……可见肝气(阳)虚往往虚实夹杂,既有精神神经方面的症状,又有脏腑经络上的症状,属于非常复杂的一个病证。

陈家旭等肝气虚证诊断方案:<sup>[1]</sup> 具备气虚证表现,如神疲乏力、气短或懒言、舌体胖或有齿印、脉虚无力等;④情绪及思维活动的改变,如抑郁不快或烦躁不安、思维迟钝、多梦善恐等;⑤肝经所过部位出现不适,如胸胁满闷、喜引太息、少腹坠胀等;⑥女性可出现月经不调、痛经、闭经等。凡具备前 3 项,兼或无脾虚证者即可诊断为肝气虚证<sup>[1]</sup>。肝气虚与肝郁脾虚均可有胸、胁隐痛、倦怠等症状,但肝气虚以倦怠,不耐疲劳,不能久视为主,而肝郁脾虚证则有纳差、便溏等脾虚症状<sup>[2]</sup>。肝阳虚系肝气虚进一步发展的结果,审症以肝系功能低下并伴见寒象为辨证要点,症见畏寒肢冷,少腹拘急,冷痛连及前阴,男子囊冷或阳痿,女子阴冷,月经不调,筋脉拘急,得温则缓,遇寒加重;精神悒悒不乐,易惊善太息,神疲乏力,不耐劳,头痛目眩,视物不明或眼生黑花,胸胁满闷或隐痛,或胀痛,纳呆等。

目前的研究表明<sup>[3]</sup>:肝气虚和肝阳虚与肝脏的功能减退有直接的关系,微量元素的缺乏与第二信使水平的改变

可能参与了肝气虚和肝阳虚证患者脏腑功能的减退。肝气虚和肝阳虚证患者存在明显的神经-内分泌-免疫轴功能紊乱,由于气血的相互依存关系,肝气虚和肝阳虚证患者血液的化生行藏异常,进而造成血液与循环系统的功能改变。从肝气虚与肝阳虚辨治神经内分泌系统疾病、慢性感染、消化系统疾病与循环系统疾病取得了一定的疗效。上述理论和研究似乎还不能得出肝气(阳)虚可导致阴黄的结论。

### 2 肝气(阳)虚致阴黄的理论与临床依据

肝体阴用阳,主血又主气;用阳者肝主疏泄,疏通血脉,宣泄气机;其中“主疏泄”包含 3 个方面的功能——调节气机升降;调节情志;调节胆汁排泄。肝主疏泄与肝脏在物质代谢中的作用密切相关:肝属木,且“土得木而达”,“食气入胃,散精于肝”,说明消化吸收需要肝气的资助,食物入胃,经过消化吸收后产生的精微,通过肝脏的疏泄作用而敷布它脏。同时,“肝之余气泄于胆,聚而成精,借肝之余气,从入于胆”。若肝疏泄功能不足,既可导致胆汁化生不足,也可导致胆汁排入胆囊无力,从而出现胆汁郁遏的目黄、口苦、腹胀、胁痛的黄疸病症,在《圣济总录·胆虚》有“治胆气不足,常多恐惧,头眩痿厥,四肢不利,僵仆目黄,中正汤方”的记载,此胆气不足之症实际上是与肝气虚相伴而生,这也是肝(胆)气虚导致黄疸的记载。肝阳虚,寒凝、湿阻、气滞、血瘀,继而胆汁淤积,是导致阴黄的另一个原因,《景岳全书》所述“气属阳而虚,则寒从中生,寒生则湿气留之”,《张氏医通·杂门》则进一步指出“阴阻则真阳衰微不振,一任湿热与浊气,败血团聚不散”。肝气(阳)虚导致阴黄的机制可以概括为以下 3 点:肝气虚,继而胆气不足,胆汁排泄无力,积滞外溢导致黄疸外;肝气(阳)虚,脾阳不振,运化无力,也可导致胆汁积滞导致阴黄;肝阳虚,寒湿内生,气滞血瘀,胆液困阻,外溢于肌肤而发为阴黄。

现代研究表明:肝气虚与肝阳虚证肝病组合成蛋白质的功能降低。肝气虚与肝阳虚证肝病组患者血清总蛋白(TP)、白蛋白(Alb)、A/G 比值较健康人、非肝病组显著降低,提示肝脏有实质性病理损害,合成蛋白质的功能降低<sup>[4]</sup>。肝气虚患者肝重减轻<sup>[5]</sup>,可能与肝气虚证患者肝细胞再生能力下降,肝细胞数减少有关。《灵枢·天年》指出:“五十岁肝气始衰,肝叶始薄”,现代医学认为成年男女随年龄的增加,肝重、肝血供、肝细胞数、肝蛋白合成功能均减退,提示肝气虚与肝脏的功能减退有直接的关系。临床上阴黄证在肝功能减退的慢性重型肝炎、肝硬化病例中最常见。钱英等<sup>[6]</sup>采用多中心、临床流行病学研究方法,对 9 个省市 201 例慢性重型乙型肝炎的证候学分析研究的结果显示:肝阴虚证出现频率为 91.0%,肝气虚证为 74.1%,肝阳虚证为 27.4%,肝血虚证为 18.9%,证实肝气(阳)虚也可能是阴黄证的主要病因。

### 3 肝气(阳)虚阴黄证的辨证依据

隋·巢元方在《诸病源候论·黄病诸候》首次提出“阴黄”证:“阳气伏,阴气盛,热毒加之,故但身面色黄,头痛而不发热,名为阴黄”。其后《圣济总录》六十一记载:“病人

寒热,并十指疼痛,鼻中煤生,此是阴黄。”宜服麻黄栀子汤。当时多认为黄疸之属寒湿者属阴黄,因脾阳不振、寒湿内蕴、胆汁不循常道外溢肌肤所致,或由阳黄日久转化而成。《景岳全书·杂证谟》:“凡病黄疸而绝无阳证阳脉者,便是阴黄。”证见身目黄色晦暗,胃呆腹胀,神疲乏力,胁肋隐痛,小便短少,大便不实,舌淡苔腻,脉沉细迟。阴黄证既可作为“黄疸”病的一个证型,广义上也可认为是一个“病”,其又可进一步辨证分为肝气虚证、肝阳虚证、寒湿困脾……常见于现代医学慢性肝炎、肝硬化、慢性胆囊炎等病。肝气(阳)虚阴黄证首先必须具有“阴黄”的主要症状:(1)起病缓,病程长;(2)目黄、身黄、尿黄,黄色晦暗如烟熏;(3)大便稀溏。尚有肝气虚、肝阳虚特有表现:(1)肝经所过部位出现的病变;(2)肝的功能活动方面的障碍和外在表现;(3)与肝相表里、相母子等关系的脏腑发生有相互关联的病变。它是与其他脏腑气弱阳虚的鉴别之处,也是肝气虚、肝阳虚阴黄的诊断要点。肝阳虚与脾阳虚、和肾阳虚证的鉴别<sup>[7-8]</sup>:共证为饥不欲食、肢冷便溏,不同点为脾阳虚以中阳虚寒脘腹冷痛,下利清谷、神疲乏力等为特征;而肾阳虚以全身机体功能低下为特点,尤以性与生殖功能减退伴形寒肢冷、腰膝酸冷,尺部脉弱为特点;肝阳虚精神悒悒不乐,易惊善太息,不耐劳,头痛目眩,少腹冷痛,筋脉拘急,左关脉弱为特征。临床上也有几种阳虚同时存在的情况。

#### 4 肝气(阳)虚阴黄证的治疗

由于历代医家对于“阴黄”的治疗,皆源于仲景“于寒湿中求之”,故健脾和胃,温化寒湿为主的治疗沿用至今。补肝气和温肝阳在阴黄治疗中的作用并未引起足够的重视。关于诸虚证的治疗,在《内经》中以“形不足者,温之以气”作为指导原则,《素问·藏气法时论》针对肝病的治疗指出:“肝苦急,急食甘以缓之,肝欲散,急食辛以散之;以辛补之,酸泻之”,《金匱要略》“夫肝之病,补用酸,助用焦苦,益用甘味之药调之”进一步确立了肝虚证的治疗大法。肝脏“体阴而用阳”,补用酸针对阴血不足言,而补用辛即是针对肝气、肝阳虚而言,二者兼用,即为“阴中求阳”之意。明·张景岳提出“阴黄证,多由内伤不足,不可以黄为意,专用清利,但宜调补心脾肾之虚以培补气血,气血复则黄必尽退……”,提出补益法治阴黄;清·王旭高治肝 4 种补肝法中,亦提到了补肝气和补肝阳;而清·程钟龄在《医学心悟》中之“阴黄者,茵陈五苓散,如不应茵陈姜附汤”之记载,实为补肝肾之阳治阴黄之法。近世张锡纯《衷中参西录》治疗肝虚之证遵从《内经》“厥阴不治,求之阳明”、《金匱》之“知肝之病,当先实脾”,非常重视中气,常用黄芪配桂枝温升肝气;配柴胡、川芎补肝气、疏肝郁;配干姜补相火;配乳香、没药、当归、丹参活气血、通经络;配山茱萸补肝虚、固肾元;配白术、干姜、茵陈可治肝胆阳气不振、脾胃虚寒之黄疸(阴黄)。先生认为“彼谓肝虚无补法者,原非见道之言也。”已故老中医蒲辅周指出,五脏皆有“阳虚阴虚之别”。“肝阳虚则筋无力,恶风,善惊惕,囊冷,阴湿,饥不欲食”,并谓:“肝炎阳虚者,亦可用附子汤”(见《蒲辅周医疗经验》一书)。并根据肝气虚和阳虚的特点,拟定了益气补肝汤和温阳补肝汤:方中黄芪与党参配伍能补肝脏生升之气,其中黄芪性升,与肝气弱而不升最宜,故为主,应重用;气弱血必不足,故辅以归、芍养肝之体以助肝用,且有阳生阴长之义,增强益气之功。肝气弱而不疏则气必留结,

少用枳、朴助参、芪以散其结,可以起到补而不滞、通而不伤、升而有降的作用。若肝气弱致肝阳不足,则加姜、附,温肝肾之阳,偕同参、芪、芍,温而无辛散之弊,又用黄连制肝内郁热,枳实疏肝之滞,既可引郁热下行,亦可使温药不致有升无降,出现火亢现象。

由于有“虚则补其母”、“肝肾同源”、“肝阳根于肾阳、肝阴必待肾阴”之说。《医宗必读·乙癸同源论》提出“补肝即所以补肾”;清·王旭高补肝阳之用“肉桂、川椒、苡蓉”即体现了“温肾即所以补肝”之治。由于肝阳虚相对肾阳虚轻,仲景之对肝虚证的治疗方法对我们具有重要的指导价值,仲景在温补肝阳时,慎刚远烈,基本不用大辛大热之附子、干姜,而仅投以辛温宣散之桂枝、生姜、吴茱萸;肝气(阳)虚常导致脾虚,故常用人参、茯苓、甘草、大枣等;顺肝之性,辛散与柔和兼顾,用柴胡、枳实、川芎、丹皮,养肝血用当归、白芍、阿胶<sup>[9]</sup>。当代学者麦氏指出肝气虚与脾气虚、肝阳虚与肾阳虚的治疗也有不同<sup>[10]</sup>:一般而言,补气之药既能补脾,也能补肝,但补脾以人参为长,补肝以黄芪为优;温阳之药既能温肾,也能温肝,但温肾之药以附子、杜仲、菟丝子等为优,而温肝之药则以桂枝、肉桂、小茴香、高良姜、台乌、吴茱萸等为佳。若阳虚欲脱,则山茱萸尤长于补肝固脱。

阴黄属肝气虚的治疗,除内服药外,尚可运用针灸,《急备千斤要方·肝脏·肝虚实》有“肝虚,目不明,灸肝俞二百壮”的记载,对肝虚阴黄是否有效,尚待验证。

#### 5 结 语

肝气(阳)虚证系肝脏功能低下出现的一种病证,临床证候复杂多样,阴黄证就是其中之一。如筋脉失养,可见倦怠不耐劳;疏泄失常,藏魂失职则忧郁胆怯,胆汁排泄无力则蓄积为害,影响脾胃健运,胆汁无法转输或寒湿内生,即可出现阴黄证;阴黄证既可由寒湿困脾引起,也可由肝气虚和肝阳虚引起,肝脾两虚或肝肾两虚,因虚致实亦可出现,临床不容忽视。阴黄属肝气虚或肝阳虚者,临床尚无统一标准,但有一定理论根据和临床证据,这对于指导临床,提高疗效非常重要,有待各位同仁进一步研究。

#### 参考文献

- [1] 陈家旭. 略论肝气虚证 [J]. 中医杂志, 1994 35(5): 264
- [2] 金益强. 中医肝藏象现代研究与临床 [J]. 北京: 人民卫生出版社, 2000 242
- [3] 陈丹, 魏峨, 吴雄志. 肝气虚与肝阳虚的研究进展 [J]. 中华现代中西医杂志, 2004 2(8): 24-26
- [4] 陈家旭, 杨维益, 梁嵘, 等. 肝气虚证临床证型的病理生理学初步研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 1995 15(2): 67-70
- [5] 郑洪新, 孟宪民, 李德新, 等. 老年人肝气虚血滞证肝内淋巴细胞浸润及其表面抗原的研究(续) [J]. 辽宁中医杂志, 1991 18(2): 43-45
- [6] 钱英. 王旭高治肝三十法与重型肝炎的中医药治疗 [C]. 世界中医药学会联合会肝病专业委员会成立大会暨第一次学术会议论文集, 2005
- [7] 朱文锋. 中医诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999 732
- [8] 吴小明, 李如辉. 试论肝阳虚的确立 [J]. 中医药临床杂志, 2004 16(3): 198-196
- [9] 麦在能. 肝气虚、肝阳虚分型证治探讨 [J]. 广西中医药, 1990 13(5): 261-263
- [10] 赵体浩, 张喜奎, 王旭丽. 张仲景肝阳虚辨治观 [J]. 国医论坛, 1999 14(3): 1-3