1.男，56岁，农民。诊断：急性黄疸性乙型肝炎。症见：身目俱黄，其色鲜明，胁痛腹胀，恶心呕吐，发热口渴，小便短黄，状如浓茶，大便干结，色灰白，舌质淡黯，舌苔黄白厚腻，脉弦。查胆红质247.9mmol/L，麝香草酚浊度试验14.2u，谷丙转氨酶472.1U/L，HBsAg(阳性)。证属：阳黄，热重于湿。治法：清热化痰，疏肝利胆，活血解毒。方药：嫩茵陈(后下)30g，草河车30g，炮川楝子12g，炒枳壳14g，川黄连6g，虎杖15g，大青叶30g，净连翘30g，广郁金14g，片姜黄14g，白蔻仁(后下)8g，冬葵子14g，川贝母9g，服药3剂症轻，6剂黄退。仍守上方加减，巩固疗效，又服15剂，复查肝功能：胆红质14.3umol/L，麝香草酚浊度试验10.0U，谷丙转氨酶42u/L。后又另拟方：生薏苡仁30g，土茯苓30g，广郁金12g，粉丹皮12g，京赤芍15g，嫩茵陈(后下)20g，草河车30g，制香附12g，大青叶20g，白蔻仁(后下)8g，大腹皮12g，粉甘草5g。巩固疗效，又治疗月余病获痊愈。此例急黄，治疗以清热、利尿、活血、化痰四法同用，药病相投，故取效速捷。

医案来源：刘学勤教授退黄四法临床经验介绍.刘静生,刘静宇,刘明照.河南中医,2010,30(7)：651-652.

2.刘某，男，14天。1964年11月5日来诊。病孩出生第四天，即发现面目及全身皮肤薰黄如橘色，微热烦躁，啼哭不能吮乳，大便不通，小便短黄。经某医院诊断为胎黄。嘱无须服药，多喂开水、葡萄糖水。后又经中药治疗无效。病已延至八九天，肤色黄染加深，食纳更少，指纹两关青紫，体温38.2℃。处方：茵陈5克，黄柏3克，炒黑栀3克，生大黄3克，连翘5克，银花3克，枳壳1.5克。水煎服。每日一剂，分多次少量喂服。服三剂后，诸身黄色减退，大便通畅，下黑色粪水，小便长、深黄色。再服三剂，黄色消退而痊愈。按：胎黄一症，应审症辨治，如新生儿四五天内，出现皮肤轻黄，且在七八天后逐渐消退，这可不药自愈。若七八天后，黄染继而加深，则应因势利导，适当治疗。如本案用茵陈蒿汤加味，清热解毒，行气泄热，退黄快，恢复亦快。但若胎黄不退，且日益加剧，并变症丛生，则应考虑新生儿溶血性黄疸，本病治疗甚为复杂。不能与胎黄并论。

医案来源： 陈瑞春,.老中医陈建华遗案[J].江西中医药.1988,(06):2-3.

3.患者，男，28岁，工人，1986年7月13日初诊右胁下隐痛，纳呆乏力2年余。面色苍白，两胁隐痛，腹胀，食后为甚，纳差，厌油，四肢酸软，溲黄，便溏，舌淡苔白腻，脉象细缓。黄疸指数6u，麝浊8u，锌浊7u，谷丙转氨酶151u，r谷氨酰转肽酶99u；乙肝表面抗原(+)，核心抗体（+）。诊断为乙型病毒性肝炎慢性活动期。治拟行气血，调经气，温阳化湿健脾。“铺灸”3壮。8月25日回访，灸后两胁隐痛己除，腹胀消失，纳食增谷丙转氨酶，r一谷氨酰转肽酶转为正常范围，唯表面抗原和核心抗体仍为阳性。3个月后，经多次肝功能检查均恢复正常，表面抗原和核心抗体转阴（乙肝三系检查均为阴性）、在此期间未服其他药物。按：肝主疏泄而喜条达。肝气郁结。血运失调。经气不利，则两胁隐痛；肝病及脾，脾失健运，则见神疲乏力，四肢酸软，纳呆脘胀便溏。证系肝郁气结，脾虚湿阻。用“铺灸”温运气血而疏调经气，温阳化湿健脾，则肝郁解。脾运健而病瘥也。

医案来源： 朱月伟.罗诗荣老中医灸疗经验介绍[J].上海针灸杂志.2001,(05):1-3.

4.王某，男，67岁，2015年8月12日初诊。诉阵发性咳嗽1月余，干咳或咳时有少量黏痰，伴有胸痛，咽干痒、咽痛，小便黄，大便平;舌红，苔黄白厚腻，脉滑数。专科检查见:咽峡暗红，咽后壁滤泡增生。肺部检查无明显阳性体征。辨为湿热内蕴、肺气不宣。治宜宣肺解表，清热化湿。方选麻黄连翘赤小豆汤加减。药用:麻黄6g，杏仁9g，桑白皮10g，连翘9g，赤小豆30g，葶苈子15g，生姜6g，甘草6g，大枣12枚，陈皮10g，桔梗10g。服用4剂后，症状明显减轻，再服3剂而愈。按杨教授认为咽喉为肺系之首端及门户，而肺外合皮毛，二者均为邪气易外入并瘀滞之所。因此湿热内蕴、肺气不宣可致身痒、皮肤发黄之黄疸。同样病机亦可致咽喉痒、咳嗽之喉咳病。本方中麻黄、生姜、杏仁发越其表，开肺利水;赤小豆、连翘、桑白皮清热于里，清热行水;大枣、甘草甘温悦脾;方中加葶苈子、陈皮降气化痰;更加桔梗合甘草名桔梗汤宣肺止咳化痰。诸药结合，湿热即除，表邪得解，则肺气得宣，咳便止矣。

医案来源： 饶颖慧,杨淑荣.杨淑荣临证运用经方治疗喉源性咳嗽.中医药通报,2017,(1):13-14

5.王右。先是肝胃不和，木郁土中，中脘作痛，痛势甚剧。至仲春忽尔面目肢体发黄，小溲红赤，漩脚澄下，则黄如柏汁。至今时痛时止，口吐涎沫。脉沉弦带涩。考中脘为胃土所居之地，阳明又为多气多血之乡，今久病而气滞于络，气多血多之处，气亦留阻，血亦瘀凝，相因之理，有必然者。夫至血凝气滞，则流行之道，壅而不宣，木气横行，土气郁阻，所以为痛为黄。实与黄疸有间。拟宣络化瘀法。当归须，延胡索，乌药，单桃仁，瓦楞子，广郁金，制香附，甜广皮，川桂木，旋覆花，猩绛，青葱管。二诊：中脘较舒，痛亦未甚，未始不为起色。然面目色黄不减，脉仍弦涩。无非络阻气滞，气血不行。药既应手，宜守前意出入。旋覆花，瓦楞子，南楂炭，当归尾，建泽泻，单桃仁，广郁金，真猩绛，沉香曲，香附，青葱管。三诊：病势稍疏，遍体黄色略退。然中脘气滞，痛势虽轻，仍不能脱然无累。络气被阻，营气不行。再化气瘀而通络隧。延胡索，瓦楞子，单桃仁，青皮，炒杭白芍，旋覆花，制香附，当归尾，猩绛，木猪苓，建泽泻，青葱管。

医案来源： 白钰,陈永灿.《张聿青医案》胃脘痛遣方用药经验摭拾.浙江中医药大学学报,2016,(12):914-916

6.王某，男，46岁，20年前患有急性黄疸型肝炎，经治疗后好转，后因饮酒过度，导致肝硬化，于2008年11月25日来诊。症见两胁时有刺痛，腹胀明显，口干而不欲饮，小便黄少，大便干燥，纳呆，舌黯红，有瘀斑瘀点，脉弦细而涩。。查:白蛋白:25g/L,球蛋白:38g/L,ALT:87U/L,AST:54U/L,GGT:113U/L。肝胆脾彩超示:肝硬化腹水,脾大。中医诊断:鼓胀方药:五苓散合桃红四物汤加减。药用：茯苓20g，泽泻15g，猪苓20g，桂枝20g，白术20g，陈皮15g，腹皮20g，桃仁20g，红花10g，当归20g，赤芍15g，川芎15g，生地15g，丹参30g，三七10g，阿胶20g，郁金20g，制大黄7.5g，莪术15g，枳椇子25g。6剂水煎服。二诊腹胀稍减,尿量增加,大便尚可,饮食增加,两胁疼痛有所缓解,上方去制大黄、文术、阿胶、三七、猪苓、加黄芪50g,党参20g,鸡内金20,焦山楂15g,焦神曲15g,焦麦芽15g。7剂水煎服。后在上方的基础上稍作加减,服药半年余,复查肝功正常,彩超:肝脏略小,表面略欠光滑,脾脏较前缩小。情况较以前明显好转。

医案来源： 补中益气汤在男科应用管窥——王久源经验传薪集.黄晓朋，张培海，赵志亮.辽宁中医杂志，2010，37(5)：933-934.

7.梁某,36岁,身黄、下腹胀、尿赤3月余。入院一周前出现发热,食欲不振,恶心厌油,继而身目发黄,用中西医结合治疗3个月,黄疸仍未消退,呈橘皮色。肝肋下二横指,脾肋下一横指,食欲不振,少腹胀,皮肤痰痒难忍,小便短赤,尿道灼热感,大便稀。舌苔白,质正常,脉滑稍数。中医辨证湿热发黄(偏于中下二焦),治法宜清热利湿,活血退黄。药用茵陈90g,瞿麦12g,藊蓄12g,石韦12g,车前子(包)12g,滑石15g,泽兰12g,木通10g,丹皮10g,泽泻10g,赤白芍各15g,黄柏10g,当归12g。曾加减使用过茯苓、猪苓、通草、甘草梢、焦白术、知母等。并加用犀黄丸,后复查肝功能全部复常,脾能触及边缘,肝未触及。本例的突出表现为少腹胀,小便短赤,排尿时灼热感,大便稀,舌苔白,脉弦滑稍数,湿热偏于中下二焦。故方中重用茵陈、黄柏,并与八正散合方加减,佐以当归、白芍养血活血柔肝以扶正。突出了治疗重点,找到了正确的驱邪外出的途径,疗效明显。

医案来源： 关幼波治疗慢性肝病辨证方法探析[J].第十七次全国中西医结合肝病学术会议论文汇编.2008,:424-427.

8.任某，女，25岁，201年4月17日主因“身目黄染、乏力、纳差10天”入院，症见身目黄染，右胁隐痛，乏力，纳眠差，时有恶心，小便色深黄，大便基本正常。查肝功能ALT1880U/L，AST942U/L，ALP118U/L，GGT330U/L，TBIL107.1μmol/L，DBIL69.3μmol/L，排除嗜肝及非嗜肝病毒感染，自免肝全套阴性，无烟酒史，追问病史20天前曾两次口服避孕药，诊断为药物性肝损伤，肝细胞型。给予避免再次接触致病药物，保肝降酶，改善肝内胆汁淤积，营养支持等西医治疗。中医辨证属黄疸-阳黄，热重于湿，以养血柔肝，兼清利肝胆湿热退黄为法拟方：炒当归10g，炒白芍15g，醋五味15g，垂盆草15g，茵陈15g栀子10g，大黄5g，茯苓15g，山豆根9g，郁金15g，金钱草15g，醋柴胡6g，鸡内金10g，炒麦芽15g，5剂，水煎分服，1日1剂。5天后复查ALT844U/L，AST547U/L，ALP146U/L，GGT244U/L，TBIL64.9μmol/L，DBIL38.7μmol/L，诸症减轻。患者热象不甚，去栀子、大黄，加用太子参15g，炒白术15g，牡蛎30g，7剂后复查ALT187U/L，AST157U/L，ALP120U/L，GGT121U/L，TBIL39.9μmol/L，DBIL18.7μmol/L，症状基本消失。患者要求出院，继服7剂，一周后随访无不适症状。

医案来源： 赵文霞教授治疗药物性肝损伤经验拾粹.耿睿韬。中国卫生标准管理,2015,(19): 150-151.

9.患者，男，53岁，主因“发现肝占位性病变1年，乏力消瘦1月余”于2015年12月19日初诊。20余年前，患者体检发现HBsAg(+)，肝功能具体情况不详，此后患者未系统监测肝功能及行腹部超声检查。10年前，患者自诉开始口服核苷类似物行抗病毒治疗(具体药物不详)，服用约10个月后自行停用。此后患者未系统监测肝功能及行腹部影像学检查。1年前，患者体检，腹部CT提示肝脏占位，考虑为肝恶性肿瘤，予口服中药内科保守治疗，未行介入等治疗。2015年11月，患者无明显诱因出现乏力、消瘦、腹胀、腹泻、纳食差、尿黄等症状，就诊于当地医院，行腹部MＲI检查结果提示:肝左叶占位病变，考虑为肝癌，肝中静脉近端、肝左叶静脉、下腔静脉及右心房瘤栓形成可能，腹水，双侧胸腔积液，予内科抗炎保肝、利尿消肿、抗肿瘤等对症治疗后，效果不佳，腹水消退不明显，总胆红素升至479μmol/L，凝血酶原活动度38.6%，现为求进一步治疗，收入我科。刻下症见:患者精神差，重度乏力，纳食差，腹胀明显，尿黄，腹泻，每日4～5次，大便不成形，颜色正常，舌淡苔白，脉弦细。入院检查(2015年12月19日)急诊肝功:ALT191.5U/L，AST405.1U/L，TBIL453.2μmol/L，DBIL330.2μmol/L。2015年12月21日查肝功:ALT173.4U/L，AST372.6U/L，TBIL372.6μmol/L，DBIL329.7μmol/L，PTA47%。西医诊断:肝恶性肿瘤(BCLC-D期);门脉栓塞;肝炎肝硬化(活动性、失代偿期、乙型);腹水;低蛋白血症;慢性肝衰竭。入院后予抗炎保肝、抗感染、抗肿瘤、利尿消肿等治疗。中医诊断:黄疸病，辨证属湿热内蕴，脾失健运，热毒蕴结。治则:健脾和胃，利湿退黄，软坚散结，解毒散结。方药组成:茵陈45g，白术30g，茯苓30g，山药30g，薏苡仁30g，炒扁豆15g，莲子肉15g，七叶一枝花15g，蜈蚣3条，夏枯草10g，太子参30g，陈皮15g，法半夏9g，木香15g，黄芪15g。3剂，水煎服，日1剂。服药后患者精神有好转，乏力，纳食差，腹胀略明显，尿黄，腹泻，每日4～5次，大便不成形，颜色正常，舌淡，苔黄白薄腻。2015年12月24复查肝功能:ALT150.7U/L，AST377.5U/L，TBIL485.6μmol/L，DBIL367.8μmol/L，PTA51%。辨证:脾胃不和，热毒蕴结，治则:健脾和胃，清热解毒。方药组成:茵陈30g，白术30g，茯苓30g，山药30g，薏苡仁30g，炒扁豆30g，白茅根30g，芡实30g，五味子15g，酸枣仁30g，黄芪45g，柴胡15g，升麻15g，太子参30g，陈皮15g。7剂，水煎服，日1剂。2015年12月30日:患者精神有所好转，临床症状好转，水肿消退明显，黄疸有所下降，舌暗苔薄黄，脉弦。2015年12月28日复查肝功能:ALT114.5U/L，AST323.2U/L，TBIL435.6μmol/L，DBIL376.8μmol/L，PTA57%。辨证:脾气虚弱，湿邪内蕴，治则:健脾、理气、化湿。方药组成:白术30g，茯苓30g，薏苡仁30g，炒扁豆30g，白茅根30g，芡实30g，五味子30g，酸枣仁30g，黄芪60g，柴胡15g，升麻15g，太子参30g，陈皮15g。3剂，水煎服，日1剂。经治疗后，患者临床症状好转，水肿消退明显，于2015年12月31日出院。后患者先后4次(2016年1月1日、2016年1月21日、2016年2月17日、2016年3月11日)因乏力、腹胀、尿黄等症状加重就诊于我院，经治疗后，PTA恢复正常，总胆红素40～60μmol/L，症状好转出院。按:此病例治疗主要以扶正解毒散结为主，但还须注意黄疸、消化道症状均与脾胃运化功能失常有关，且中医有言“木植于土”，治疗时辨证酌加健脾和胃方药，有助于正复邪去，对疾病的预后起到十分关键的作用。“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的肝脾相关理论，是中医学五脏关系理论的重要组成部分，基于肝脾各自的生理功能和病理特点，决定了肝脾之间有密不可分的联系，主要表现为生理功能的相互为用，病理状态的相互传变，临床诊疗过程中的肝脾同治。因此肝癌治疗应重视健脾和胃、顾护中焦、保肝护肝，同时不忘兼顾肿瘤本身，才能改善肝脏合成功能、控制肿瘤进展、延长患者生存时间，促进疾病转归。

医案来源： 孟晓峰,王宪波,.王宪波健脾护肝散结法治疗肝癌的临证思路与临床应用[J].北京中医药.2019,38(07):654-657.

10. 患者，X某，女，50岁，农民，三年前患有黄疸型肝炎，近一周来无明显诱因下又作，刻下:肤黄、目黄、小便黄，脘胀食后为显，体乏无力，右胁隐痛，纳食欠佳，苔薄黄，舌质红，脉弦细。肝功能检查:谷丙转氨酶736U/L，γ－谷氨酰转肽酶:81U/L，总胆红素87.2μmol/L，直接胆红素47.9μmol/L，肝炎表面抗原阳性。证属湿热毒邪蕴结，肝胆疏泄失职，胆汁外溢肌肤。治以清热解毒，健脾化湿，利胆退黄。处方:柴胡5g，炒黄芩10g，赤芍10g，茵陈25g，虎杖15g，车前子包12g，田基黄15g，垂盆草15g，贯众15g，制大黄10g，蛇舌草12g，炒白术10g，陈皮10g，生薏仁15g。14剂，每日1剂，水煎服。药后患者肌肤黄染稍有减退，食欲较前增加，苔脉同前，原方基础上加蒲公英15g清热解毒，再服14剂后患者自觉体力增加，目黄便黄明显减退，此后继续以清热解毒，利湿退黄法加减用药，直至六诊，患者诉无特殊不适，目黄肤黄已愈，复查肝功能:谷丙转氨酶20.3U/L，γ－谷氨酰转肽酶:57U/L，总胆红素13.7μmol/L，直接胆红素6.8μmol/L，肝炎表面抗原弱阳性。继续原方巩固治疗。

医案来源： 陈美玲,赵智强.赵智强教授从毒论治病毒性肝炎经验[J].四川中医,2018,36(1):8-10.

11.患者，李某，男，39岁，2012年4月15号初诊。主诉：目睛发黄1周，患者HBeAg（+），血化验显示：总胆红素77.0mol/L，直接胆红素52.2mol/L，间接胆红素24.8mol/L，ALT125U/L，AST98U/L，ALP167U/L，HBVDNA1.98×103copies/ml，B超：肝回声增粗，脾未见肿大。诊见：目睛发黄，乏力纳差，胸脘痞闷，舌质红苔腻微黄，脉弦滑。中医诊断：黄疸（肝胆湿热证）。治则：清热解毒，利湿退黄。处方：茵陈、生山楂各30g，岩柏、半枝莲、白花蛇舌草、垂盆草、平地木、绞股蓝、丹参、当归、生地、赤芍、茯苓各20g，郁金15g，柴胡、枳壳、贯众、川芎、炒白术、甘草各10g，10剂，并嘱饮食清淡，注意休息。二诊：患者目睛发黄减退，精神好转，大便较溏，舌质红苔微腻，脉滑。查：总胆红素40.1mol/L，直接胆红素27.8mol/L，ALT89U/L，AST64U/L。继续守方治疗，原方基础上加薏苡仁30g，再服10剂。三诊：患者诸症好转，只稍感乏力，查：各项指标化验均正常，改方：丹参20g，当归20g，川芎10g，白芍10g，炒白术10g，茯苓20g，郁金15g，黄精15g，黄芪30g，太子参20g，枸杞20g，白花蛇舌草20g，垂盆草20g，贯众10g，佛手10g，甘草10g，生山楂30g。功效：健脾益气养肝，清利湿热。再服10剂。1个月后复查，未再复发。

医案来源： 靳华,李秀惠,勾春燕,等.钱英教授和血法治疗慢性肝病理论探讨中西医结合肝病杂志,2015,(5):291-292,294.

12.李某，男，58岁，2016年6月10日初诊。腹胀、乏力间作1月余。现症见:腹部胀满，乏力，身目黄染，烦热，纳差，大便干，口干欲饮，舌红、苔黄腻，脉滑数。患者既往饮酒史30余年，饮酒400～500mL/日，查腹部B超示:肝硬化，脾大，门静脉高压，腹腔大量积液。西医诊断:酒精性肝硬化失代偿期并腹水;中医诊断:(1)鼓胀(腑气不通，水饮内停)，(2)黄疸(湿热蕴结证)。治宜清热化湿，利水消胀，通腑泻热。药用:茵陈、金钱草、泽泻各30g，车前草、半边莲、茯苓各20g，黄柏、栀子、猪苓各15g，大黄6g，白蔻仁12g，莱菔子、鸡内金各10g。7剂每日1剂，水煎服。6月17日二诊:药后腹胀减轻，小便次数明显增多，大便好转，身目黄染改善，纳食增加。原方去大黄，加木香、玉竹各10g，炒白术、乌药各15g，继服10剂。6月27日三诊:偶感腹胀，未见明显身目黄染，纳可，活动较前自如。复查腹部B超示:肝硬化，脾大，门静脉高压，腹腔少量积液，肝功正常。于二诊方中加瓦楞子15g，鬼箭羽、青橘叶各10g。继服1月，巩固疗效，戒烟酒，注意休息，避免过度劳累。随访半年，未复发。

医案来源： 宋宏宾,杨小会,唐秀丽,等.清热化湿法治疗酒精性肝硬化1例.山西中医,2017,(5):53

13.患者，李某，男，39岁，2012年4月15号初诊。主诉：目睛发黄1周，患者HBeAg（+），血化验显示：总胆红素77.0mol/L，直接胆红素52.2mol/L，间接胆红素24.8mol/L，ALT125U/L，AST98U/L，ALP167U/L，HBVDNA1.98×103copies/ml，B超：肝回声增粗，脾未见肿大。诊见：目睛发黄，乏力纳差，胸脘痞闷，舌质红苔腻微黄，脉弦滑。中医诊断：黄疸（肝胆湿热证）。治则：清热解毒，利湿退黄。处方：茵陈、生山楂各30g，岩柏、半枝莲、白花蛇舌草、垂盆草、平地木、绞股蓝、丹参、当归、生地、赤芍、茯苓各20g，郁金15g，柴胡、枳壳、贯众、川芎、炒白术、甘草各10g，10剂，并嘱饮食清淡，注意休息。二诊：患者目睛发黄减退，精神好转，大便较溏，舌质红苔微腻，脉滑。查：总胆红素40.1mol/L，直接胆红素27.8mol/L，ALT89U/L，AST64U/L。继续守方治疗，原方基础上加薏苡仁30g，再服10剂。三诊：患者诸症好转，只稍感乏力，查：各项指标化验均正常，改方：丹参20g，当归20g，川芎10g，白芍10g，炒白术10g，茯苓20g，郁金15g，黄精15g，黄芪30g，太子参20g，枸杞20g，白花蛇舌草20g，垂盆草20g，贯众10g，佛手10g，甘草10g，生山楂30g。功效：健脾益气养肝，清利湿热。再服10剂。1个月后复查，未再复发。

医案来源： 贾冰亚,朱巧霞.朱巧霞治疗乙型肝炎常用药对经验探析.中西医结合肝病杂志,2015,(5):293-294.

14.叶××，男，52岁。三年前经省医院诊断为“肝硬化”，治疗好转。近年来出现全身黄染，肝区疼痛，日不食，夜不寐，呻吟不已，脉弦滑，苔两边黄腻，质暗紫。化验：黄疸指数10；凡登白定性试验直接延迟阳性，间接阳性；总蛋白5.85克，白蛋白2.9克。超声波检查：肝大剑下10公分，胁下11公分，稀疏一较密胁下可见丛状波；脾肋间厚度6公分(±)，胁下3公分(±)。此乃肝胆湿热兼气滞血郁。处方：茵陈、花斑竹、金钱草、青皮、枸杞各15克，丹参、泽泻各12克，鸡内金、杏仁、莪术、柏子仁、炒枣仁各10克，藿香、砂仁、郁金各6克。服四剂后，肝区痛消失，夜尿频数，但仍面黄，失眠。上方去藿香、杏仁、泽泻，加淮山30克。另用苏麻炖全白仔鸭一支内服，鸭血顿服。上方八剂后，面黄消退，夜能入睡，食欲好转。又投六味地黄汤加麦冬、鸡内金、丹参、砂仁、莪术、鸡血藤、鳖甲、青皮。服30剂后复查，肝功各项指数均正常。超声波检查：肝肋下2公分(±)，剑下3公分，肝区呈稀疏微波，脾未扪及。自觉症状全部消除。随访三年未见复发。已能参加劳动。

医案来源： 冷茂丽.肝硬化治验[J].四川中医.1984,(05):50.

15.李某，男，58岁，2016年6月10日初诊。腹胀、乏力间作1月余。现症见:腹部胀满，乏力，身目黄染，烦热，纳差，大便干，口干欲饮，舌红、苔黄腻，脉滑数。患者既往饮酒史30余年，饮酒400～500mL/日，查腹部B超示:肝硬化，脾大，门静脉高压，腹腔大量积液。西医诊断:酒精性肝硬化失代偿期并腹水;中医诊断:(1)鼓胀(腑气不通，水饮内停)，(2)黄疸(湿热蕴结证)。治宜清热化湿，利水消胀，通腑泻热。药用:茵陈、金钱草、泽泻各30g，车前草、半边莲、茯苓各20g，黄柏、栀子、猪苓各15g，大黄6g，白蔻仁12g，莱菔子、鸡内金各10g。7剂每日1剂，水煎服。6月17日二诊:药后腹胀减轻，小便次数明显增多，大便好转，身目黄染改善，纳食增加。原方去大黄，加木香、玉竹各10g，炒白术、乌药各15g，继服10剂。6月27日三诊:偶感腹胀，未见明显身目黄染，纳可，活动较前自如。复查腹部B超示:肝硬化，脾大，门静脉高压，腹腔少量积液，肝功正常。于二诊方中加瓦楞子15g，鬼箭羽、青橘叶各10g。继服1月，巩固疗效，戒烟酒，注意休息，避免过度劳累。随访半年，未复发。

医案来源： 宋宏宾,杨小会,唐秀丽,等.清热化湿法治疗酒精性肝硬化1例.山西中医,2017,(5):53

16.钟翁:肤热如灼,咳嗽不停,自觉心中炽热,小溲如赭,面色黧黑。起病匝月,纳谷大减,脉左部见紧,右寸关浮数,肝阳气火升腾莫制,阴液受灼,此以外风兼感,先以标本兼顾。炒荆芥3g,竹茹(枳实0.9g同打)、生白芍各6g,光杏仁、桑叶、黛蛤散(包)、枇杷叶、川石斛各9g,潼蒺藜、橘络、炒丹皮各4.5g,炙甘草1.2g。再诊:外风已解,肝阳未平,气升未尽卒降,咳嗽大减,内热亦轻,溺色渐淡,肺源已得清肃之令,脉数渐退,再以两和肝肾。川石斛、桑叶、细生地、甜杏仁、沙苑子各9g,川柏炭、丹皮各3g,黛蛤散(包)15g,制半夏、生白芍、川贝、竹茹各6g,射干、炙甘草各1.2g。三诊:气升咳嗽,十减七八,纳谷加餐,小溲已清,自觉心中尚有小热,素患鼻渊,乃肝热生风,气火上冲,仍以和肝泄肺。西洋参、水炙白薇、橘皮、橘络各4.5g,生白芍、竹茹各6g,沙苑子、川石斛各9g,细生地、甜杏仁、黛蛤散(包)各12g,丹皮炭3g,炙辛夷1.5g,清炙草1.2g。颐按:此乃黄疸病湿热炽甚,本应消导,然阴液虚者,分利更耗津液,滋润又嫌助湿,所谓肾虚,最是两难,此案以肝肾两和,不偏不倚,最为稳固,洵是斫轮老手。

医案来源： 叶敏瑞 ,叶航.张山雷评《醴泉医案》选[J].浙江中医杂志.2005,(05):217.

17.徐某，男，27岁，2010年5月17日初诊。患者有乙型病毒性肝炎病史10年，既往乙肝大三阳，曾多次因ALT升高在某区传染病医院治疗，予以甘利欣、阿拓莫兰静滴，百赛诺口服等治疗后ALT恢复正常，近2年来ALT基本正常，但血清总胆红素一直偏高，以结合胆红素为主。曾服用胆维他、胆宁片等，效果不显。来诊见:形体偏瘦，皮肤巩膜黄染，黄色鲜明，口干口苦，齿衄，胃纳不振，溲黄赤，大便偏干，色灰褐，手足心热，夜寐盗汗，舌红，苔黄，脉弦滑。肝功能检查:TBIL:87ummol/L，DBIL:56ummol/L，ALT:46U/L，AST:37U/L，GGT:66U/L。诊断为黄疸之阳黄。证属湿毒内蕴，肝郁血热。治以清肝凉血，利湿退黄。投丹栀逍遥丸方合茵陈蒿汤加减:丹皮15g，生栀子10g，柴胡10g，当归10g，赤芍15g，茯苓30g，白术15g，甘草5g，茵陈蒿30g，生大黄5g(后入)，玄参10g，金银花15g，白茅根30g，车前子30g。服药1月后，患者皮肤巩膜黄染明显减轻，口干口苦缓解，齿衄减轻，胃纳增，大便日一行，色转黄，小便转清。复查肝功能:TBIL:48ummol/L，DBIL:32ummol/L，续服1月，患者皮肤巩膜黄染逐步消失，复查血TBIL及DBIL均在正常范围。

医案来源： 慢性顽固性黄疸治验.刘斌.湖南中医杂志,2012,28(3):93-94.

18.吴某，男，50岁，农民。初诊日期:1982年8月10日。患者10年前因急性黄疸型肝炎在县医院住院治疗20d余，症状消失，肝功能正常。近1个月来，由于疲劳过度，开始自觉发热怕冷，周身乏力，饮食少思，恶心欲吐，继而出现巩膜及皮肤黄染，小便深黄如浓茶，小便量少，腹胀较甚，大便溏薄，B超示:肝硬变伴中等量腹水。肝功能:II30μ，总蛋白6.8g，T2.9g，G3.9g，SGPT192μ，HBsAg(+)。查形体消瘦，头颈胸臂部散见多枚蜘蛛痣，肝上界右锁骨中线第5肋间，下界肋下3cm，质中，边滑，无明显触痛，移动性浊音(+)，脐周腹围90cm。舌质红、苔黄腻，脉弦细数。西医诊断:肝硬变腹水。中医辨证:脾胃虚弱，瘀热蕴结，水湿壅阻，治宜扶助脾胃，活血化瘀，清热泄水。处方:冬瓜皮60g，生苡仁、茵陈、鳖甲、生麦芽各30g，六神曲、紫丹参、桃仁、焦山桅、银花、连翘各10g，当归须9g，炮山甲12g，陈葫芦瓢15g，葱管3根，黑牵牛子粉3g(晨空腹顿服)。2诊:上方连服14帖后，寒热已除，纳谷转馨，小便量增，每天1000ml 左右，腹胀有所缓解，苔薄白，脉弦细。热去湿重，中虚瘀阻，前方去焦桅子、银翘，加通草10g，茯苓皮24g，服药5帖。3诊:黄疸退净，小便尚少(每天1200ml左右)，仍觉腹部痞胀，纳谷基本正常，精神转佳，苔薄白、舌淡红，脉弦细，上方去茵陈蒿30g，加水红花子30g，10帖。4诊:小便量多(每天2000ml)，腹围减至80cm，腹胀已平，纳谷颇馨，形肉渐丰，但诉夜难入寐，梦多，时有心悸，舌质淡红、苔薄白，脉细弦，乃心气不足，前法佐以养心安神，上方加太子参15g，酸枣仁10g，夜交藤30g，3帖。5诊:临床症状全部消失，腹围75cm，蜘蛛痣亦隐而不见，精神亦佳，饮食正常，肝功能:II<6μ，总蛋白7.6g，T4.8g，G2.8g，SGDP<25μ(赖氏法)，守方7帖，巩固治疗，两个月后复查B超，腹水(一)。按:此例由疸成积，终致臌胀，瘀热蕴结，脉络阻塞，水湿壅聚，日久戕伐中气，脾虚斡旋无力。先父经验，肝硬变腹水严重时，中气虚惫，应从扶助脾胃、恢复食欲着手，使得胃气旺，运化健，履行运化、转输、排泄水湿之职，同时，选用陈葫芦、通草、茯苓皮、水红花子、黑牵牛子加速利尿，消退腹水;瘀而有热，加入山桅、银翘凉血清热;湿热重蒸，重用茵陈蒿利胆退黄;山甲、鳌甲有增加白蛋白的作用，能调整白球蛋白的比例，有利于恢复肝脏代谢;患者恢复期出现心气不足，心神失宁，酌加太子参、酸枣仁、夜交藤益气宁心安神。有效的中医治疗，不仅能消除腹水，改善症状，而且能保护肝细胞，恢复肝功能。

医案来源： 李光耀.邵南金老中医治疗肝硬变经验[J].陕西中医.1995,(07):310-311.

19.周某，男，74岁。患者于1961年8月21日下午5时许突发恶寒发热，随即伴有阵发性腹痛，局限于右上腹部，恶心呕吐，吐出物为食物残渣，解黄色稀软便一次。于次日下午皮肤出现明显黄疸，意识稍有朦胧。体温39.3℃，脉搏124次/分，血压95/50毫米汞柱，在右肋缘下有15厘米×12厘米大小之肿物，压痛明显。白血球计数22600，中性细胞89%，淋巴细胞11%，大小便检查无异常。西医诊断为急性胆囊炎，于24日下午四时半在局麻下行胆囊造瘘术。术后至次晚八时，尿总量不到5毫升，患者处于半昏迷状态，呼吸深而速，脉搏70~80次/分，血压95~75/50毫米汞柱，巩膜发黄，心肺无特殊异常，腹略胀满，肠鸣正常，膀胱区呈鼓音。血液检查：白血球20900，中性细胞89%，嗜酸性细胞1%，淋巴10%，红血球311万，血色素9.5克，血钠279.2毫克%，非蛋白氮112毫克%，二氧化碳结合力24.6容积%。自手术后即开始输液、输血，以纠正酸中毒及调整电解质平衡，但无排尿，又曾经二侧肾囊奴弗卡因封闭及针灸等治疗，均未见效果，自膀胱导尿，亦未排出尿液。乃于8月25日晚请中医会诊。会诊记录：患者神智时或昏沉，喃喃自语，周身及两目如桔黄色，口有秽味，身有微热，四肢发凉，全身浮肿，时出冷汗，小便已二日未解，大便不通，面色稍赤，口干舌燥，脉滑无力，舌苔白腻而垢，中心黄黑。证系肝胆湿热未清，因年迈体虚，以致湿热弥漫三焦，入窜心包，已有正不抗邪之势。治宜养阴补血、滋肾通关、清热利湿。处方：西洋参、麦冬、当归各三钱，白芍一两，大生地、天花粉各五钱，石斛、川贝母、益元散(包)各四钱，炒知母、黄柏、枯芩、车前子(包)、全瓜蒌、丹皮各三钱，茵陈、银花、赤芩各五钱，紫肉桂三分为引，煎服二剂。于当晚10时服药后，至次日晨5时尿量达500毫升，至上午10时许尿量达900毫升，尿常规检查：比重1.015，反应酸性，蛋白(+)、糖(一)，镜检上皮细胞少许、白血球1~2个/高倍，红血球0~1个/高倍。至8月27日晨尿量多达3600毫升/日，病人神智清醒，诉有饥饿感，要求进流质饮食。血液检查：非蛋白氮67毫克%，二氧化碳结合力32.3容积%，病情有明显好转。8月27日下午复诊：发热已退，黄疸渐消，精神亦有好转；尿量已正常，尿常规检查巳无异常，脉滑数，舌苔稍黄，拟再进清热利湿，调补气血之品。在原方上去肉桂、黄柏、丹皮、车前子、枯芩、益元散、瓜蒌，加北沙参六钱，地骨皮三钱，蒲公英五钱。再服二剂后，一般情况好转，尿量正常，血压120~130/70~80毫米汞柱，各项血液检查桔果已接近正常。

医案来源： 治手术后无尿症医案一例.北京中医医院危北海.中国中医药报.2013-6-5.hTTP://kns.cnki.neT/kns/deTaiL/deTaiL.asPx?FiLename=ZYYB201306050041&dBname=CCnd2013.

20. 患者男，28岁，因发现HBsAg阳性5年，乏力、纳差、身目黄染5天于2005年4月17日入院。患者5年前发现乙肝大三阳，肝功能轻微异常，曾用干扰素、贺普丁抗病毒治疗，期间HBVDNA曾阴转，并于2004年11月因HBV-YMDD变异停用贺普丁。近4天因劳累感觉乏力，纳差，曾呕吐胃内容物2次，未见咖啡样物质，身目黄一染，小便深黄如浓茶，无流鼻血及牙龈出血，无及陶土样大便，无神志改变及行为异常。查体皮肤、巩膜重度黄染，无出血点及瘀斑，肝掌征(-)，蜘蛛痣(-)，腹部未见明显阳性体征。实验室检查ALT2464U/L，AST1564U/L，TBil310.8μmol/L，DBil158.7μmol/L；HBV-M：HBsAg/HBeAg/HBcAb阳性，HBVDNA2.3x103copies/ml，PTA38%，甲、丙、丁、戊肝炎病毒标志物均阴性，B超肝胆脾未见异常。入院诊断：慢性重型乙型病毒性肝炎。诊治经过：病初属实，攻邪为要：杨老师同意慢性重型乙型病毒性肝炎的诊断，治疗在西医能量支持、护肝、降酶、抗病毒的基础上加用中药。患者证见皮肤、巩膜重度黄染，并且色泽鲜明如橘，口微渴，大便较硬，1次／d，舌苔黄腻，脉象见弦，脉率85次/min，偏数，杨老师认为病属黄疸，起病急，病性属实热证，病机乃湿热疫毒交蒸于肝胆，气机不畅，肝失疏泄所致，遵循《素问·至真要大论》中“留者攻之”的原则，治法以清热利湿解毒为主，佐以性平健脾之品，处方如下：茵陈蒿30g，栀子10g，生大黄20g（后下），车前草30g，茯苓20g，陈皮15g，薏苡仁15g，1剂／d，分两次冲服。方中重用茵陈蒿为君药，以其善能清热利胆退黄，为黄疸之主药：栀子清热降火解毒，通利三焦，引湿热自小便而出；生大黄后下，泻下之功尤胜，泻热逐瘀，通利大便，导瘀热由大便而出，车前草、茯苓、薏苡仁健脾祛湿，陈皮行气燥湿，诸药合用，以利湿、泄热、解毒、健脾相伍，使二便通利，前后分消，湿热得行，瘀热得下。患者连续服用此方2周。邪正兼顾，寒热明辨：4月30日复查ALT474U/L，AST149U/L，TBil208.4μmol/L，DBil113.4μmol/L，PTA42%，患者肝功能恢复尚可，黄疸有所消退，杨老师指出西医治疗方案不变，但中医病机有所变化，因患者皮肤、巩膜黄染虽明显，但色泽不鲜，大便2～3次/d，色黄质稀，舌苔白腻，脉象弦，脉率60次／分，偏缓，更方如下：赤芍60g，生大黄30g，茵陈蒿30g，厚朴15g，枳实15g，金钱草15g，蒲公英30g，海金砂15g，桂枝10g，干姜6g，服法同上。方中重用赤芍，荡涤肝脏残瘀败血，促进肝细胞再生；生大黄用量较前增加，但未曾后下，故泻下之功被制；枳实、厚朴行气散结；金钱草、蒲公英、海金砂利胆退黄；加用桂枝、干姜，其意义有二：一是温振脾阳，化湿散寒，二是同生大黄相配，以辛热之性遏制大黄苦寒之性，防其寒凉泄下之弊，以更好地入血分发挥活血化瘀退黄之功。杨老师认为苦寒之品已用半月，易损脾肾之阳气，湿邪亦有寒化之势，病机属邪盛正虚，寒热错杂，遣方用药可取“半夏泻心汤”组方之义，补泻兼施以顾其虚实，寒热并用以和其阴阳，在清热利湿的基础上加用温中散寒之品，振奋阳气，祛散湿毒，患者服用此方7剂，大便2-3次/d，便后未诉乏力等不适症状。5月7日复查肝功能ALT118U/L，AST92U/L，TBil114.4μmol/L，DBil70.6μmol/L，PTA53%，表明中药疗效甚好，继续服用。审因察机，证变法变：5月11日患者又诉纳差，恶心，呕吐胃内容物1次，体温37.2℃，血象不高，复查ALT73U/L，AST147U/L，TBil382.3μmol/L，DBil223.1μmol/L，PTA66%，HBV-M：374，HBsAg/HBeAg/HBcAb阳性，HBVDNA2.3xl03copies/ml，甲、戊肝病毒标志物均阴性，杨老师详细总结病史后认为患者病毒控制良好，无重叠甲或戊肝病毒感染，且凝血功能较前明显改善，肝脏修复指标尚可，直接胆红素比例明显升高，表明此次病情反弹并非病毒所致，可能有淤胆导致，建议复查肝脏B超。B超发现肝脏右叶斜径156mm，肝内回声分布欠均匀，肝肾对比(+)，提示脂肪肝I0。至此诸疑释然，反弹究其因乃肝细胞脂肪变性，细胞肿胀，压迫毛细胆管，至胆汁排泄不畅外溢血液而发黄，疾病属于肝炎后脂肪肝，鉴于脂肪肝目前处于轻度，杨老师停用高糖，改注射液为生理盐水，并加用思美泰、清开灵、茵栀黄增强退黄效果，中药针对脂肪肝做出调整。因脂肪肝属“痰湿”范畴，根据“脾为生痰之源”、“气行则痰消”的理论，故治宜化痰祛湿，健脾行气，并重用淡渗利水之品，方药如下：赤芍60g，生大黄30g，茵陈蒿30g，泽泻60g，生山楂30g，半夏12g，陈皮15g，荷叶10g，蒲公英30g，葛根30g，金钱草15g，茯苓15g，茜草15g，神曲30g，连服10天。此方中续用赤芍、生大黄、茵陈蒿、金钱草、蒲公英，活血利胆退黄；重用泽泻利水渗湿；半夏、茯苓健脾化痰消痞；陈皮、葛根行气升阳；荷叶性平利湿；神曲、山楂行气消食化积；茜草入肝经，化瘀通经；现代研究也提示，以上几味中药均有良好的促进脂肪代谢，抗脂肪肝的功用。逆流挽舟，已病防变：5月21日复查ALT37U/L，AST69U/L，TBil203.lμmol/L，DBil105.6μmol/L，PTA70%，B超示肝右叶斜径135mm，肝实质回声均匀，管道结构清晰，肝肾对比(-)。患者脂肪肝已消，淤胆病因解除，所以黄疸消退明显，之后杨老师指出，重肝患者由于肝细胞发生大面积变性坏死，网状支架塌陷，胶原纤维增生，导致肝纤维化，此后治疗应主要抗纤维化，中药在此方面有其独特优势，治法以活血化瘀通络为主，更方如下：桃仁15g，红花15g，赤芍60g，生大黄30g，茵陈蒿30g，茜草15g，丹参30g，海金砂15g，金钱草15g，蒲公英30g。方中生大黄、茵陈蒿、海金砂、金钱草、蒲公英利胆退黄；在赤芍、茜草活血通络的基础上，更加用丹参、桃仁、红花专入血分，辛散温通之品，加强活血之功。此方服用2周后复查ALT35U/L，AST60U/L，TBil53.8μmol/L，DBil25.4μmol/L，PTA86%，患者肝功能基本恢复。

医案来源： 林巧.随杨大国教授治疗慢性重型肝炎1例[J].第一次全国中西医结合传染病学术会议论文汇编.2006,:391-393.

21.廖某，男，60岁，2012年4月25日初诊。患者食欲不振，皮肤、巩膜黄染9个月，伴小便色深如浓茶，腰痛，口淡无味。舌质淡红、苔薄黄腻，脉细数。查体：肝胆脾胁下未及。化验血常规示：红细胞2×1012/L，血红蛋白70g/L，肝功能：总胆红素30.2μmol/L，间接胆红素20μmol/L。肝胆脾胰彩超未见异常。由于多种原因当时并未查骨髓象，排除病毒性肝炎，西医初步诊断为溶血性贫血(黄疸)，中医辨证为脾胃虚弱，气血亏虚，湿热内蕴。治拟健脾和胃，清热利湿。药用：陈皮、法半夏、茯苓、苍白术、香附、山楂、神曲、鸡内金、木香、田基黄、炒二芽各10g，甘草、砂仁各6g，茵陈30g。7剂，每日1剂，水煎服，3次/日。5月2日二诊：患者述食欲有所好转，小便颜色变淡，皮肤、巩膜黄染减轻，舌质淡红、苔薄黄，脉细数。原方基础上加虎杖10g，增利湿退黄之功，7剂。5月9日三诊：患者精神振奋，诸症好转。嘱患者继用前方巩固治疗半月，半月后复查血常规、肝功能。5月25日四诊：患者无不适症状，复查血常规、肝功能基本恢复正常。嘱原方去田基黄再巩固治疗半月，后停药观察。后因其他不适来就诊，症状未再出现。

医案来源： 溶血性贫血验案1则.龙政.山西中医，2013，29(1)：47.

22.赵某，男，53岁。初诊日期:2012年9月25日。肝癌介入术后半年复发，CT示:肝右叶6.5cm×5.9cm肿块，肝功能示:ALT159U/L，AST124U/L，TBIL85.4μmoL/L，DBIL39.3μmoL/L;口苦，纳呆，腹胀，乏力，尿少，夜寐不安，巩膜及皮肤黄染，腹水，双下肢水肿，舌红苔黄腻，脉弦。治以疏肝健脾、养阴清热、解毒散结兼利湿退黄。处方:北沙参15g，麦冬15g，石斛12g，枸杞15g，山药20g，茯苓15g，薏苡仁30g，八月札12g，绿梅花12g，鸡内金12g，六神曲12g，蛇莓15g，白花蛇舌草30g，猫爪草15g，三叶青15g，金银花15g，茵陈20g，栀子12g，五味子12g，垂盆草15g，车前子30g，龙葵30g。服药半月后，患者黄疸、腹水、水肿减轻，胃纳较前好转，守方不变，继服前方。2个月后，复查CT示:肝右叶5.4cm×5.6cm肿块，较前缩小;肝功能示:ALT85U/L，AST76U/L，TBIL42.7μmoL/L，DBIL26.5μmoL/L。症状及辅助检查均好转，病情尚稳。按《医宗必读·积聚》云:“积之所成者，正气不足，而后邪气踞之。”本病患者介入术后复发，吴老认为此时邪气较甚，正气不敌，治拟祛邪扶正共进。八月札、绿梅花、山药、茯苓、薏苡仁疏肝健脾兼祛湿，北沙参、麦冬、石斛、枸杞养阴清热，蛇莓、白花蛇舌草、猫爪草、三叶青、金银花解毒散结以攻邪毒，茵陈、栀子利湿退黄，五味子、垂盆草护肝降酶，车前子、龙葵利水消肿。

医案来源： 吴良村治疗原发性肝癌临证经验.徐春波,阮善明,沈敏鹤,等.上海中医药杂志,2013,47(8):23-24.

23.李某,男,43岁。胆囊炎病史3年,常有胃脘部及右上腹胀闷不适,近因饮酒后症状加重而来诊。症见右上腹剧烈绞痛,向肩背部放散,寒颤,发热,呕吐频繁,口苦咽干,大便燥结数日未行,小便黄赤,舌质红,苔黄腻,脉滑数。查体右上腹可触及肿大胆囊,拒按,周身黄染,T:38.5℃,血常规:WBC:16.0×10⁹/L,GR:85%,彩超检查提示:胆总管结石1.0cm×0.8cm,胆囊增大,壁不光滑。脉症合参,证属湿热蕴结、腑气不通,治以疏肝行气,通腑泻热,清热利湿。方用:柴胡25g,郁金20g,黄芩15g,枳实15g,虎杖15g,大黄15g,金钱草40g,茵陈30g,元胡25g,玄明粉10g(冲服),川楝子25g,甘草10g。上方水煎服,日1剂。服药2剂后泻下5次,最后呈稀水样便,腹痛缓解,继服2剂,体温恢复正常,呕止痛减,舌苔微黄不腻,身黄略减,大便日行2次,原方去玄明粉继服。3日后,右上腹无触痛,黄疸渐退,舌淡红,苔薄黄,脉弦细,复查血常规已恢复正常,原方减量继服3剂,身黄尽退,但脘腹胀闷,不欲进食,大便完谷不化,舌淡,苔白,脉濡缓,遂予香砂六君子加味调理,服3剂后即饮食知味,二便调和,无脘腹胀闷,继服10剂已健如常人,复查彩超,胆石消失,尽愈出院。嘱其避风寒调饮食,随诊半年未见复发。

医案来源： 吴春芳,宋成伟.杨吉相教授治疗胆囊炎经验拾萃[J].中医药学刊.2004,(06):984-985.

24.陈××,女,38岁,2003年5月8日诊。罹患“慢性胆囊炎”多年。就诊前3天因进食油腻食物出现右上腹疼痛,阵发性加剧,疼痛放射至右肩部,呕吐不食,口苦,腹胀,低热,大便秘结,舌苔黄厚腻,脉弦滑。脉症合参,证属痰热内结,湿热中阻,肝胆失疏之胁痛。治当清热化痰利湿,疏肝理气利胆。拟小陷胸汤加减。处方:黄连6g,半夏9g,瓜蒌30g,金钱草30g,柴胡6g,枳壳9g,赤芍9g,郁金9g,玄明粉(冲)9g,生甘草6g。每日1剂,煎汤300ml分早晚两次服。服药3剂腹痛明显减轻,大便转溏,呕吐未作,发热消失。效不更方,原方继进3剂后诸症消失。后以柴胡疏肝散加减调理1月,随访1年未复发。按:胆囊炎属于中医“胁痛”、“黄疸”范畴。《灵枢·胀论》云:“胆胀者,胁下痛胀,口中苦,善太息。”此案患者饮食不节,脾失健运,痰湿中阻,气郁化热,肝胆失其疏泄条达,湿热搏结于中清之府,胆失通降,不通则痛。故治疗当紧抓痰热内结,湿热中阻和肝失疏泄三个病理环节。方中黄连、金钱草、郁金清化湿热;半夏、瓜蒌清热涤痰;柴胡、枳壳、郁金疏肝理气;金钱草配玄明粉之泄火通便有利于胆汁的疏泄;金钱草清热而不败胃,利尿去湿而不伤阴。药证相合,故收捷效。

医案来源： 罗毅,.小陷胸汤临床应用举隅[J].四川中医.2006,(10):108-110.

25.李某，男，65岁，2017年2月13日初诊，主诉:反复身目尿黄2月余，加重伴纳差1月。症状:乏力，右胁胀痛，腹胀，口干，纳差，大便溏，小便深黄，睡眠一般。查体:面色晦暗，皮肤粘膜黄染，有肝掌，无蜘蛛痣，腹平软，无压痛及反跳痛。舌红，苔黄厚腻，脉弦滑。复查肝功能:ALT306U/L，AST187U/L，GGT417U/L，ALP219U/L，TBil345.0μmol/L，DBil190.9μmol/L，IBil154.1μmol/L。诊断:黄疸病(湿热内蕴证)，治疗当以清热解毒，利湿退黄为法，方药如下:茵陈蒿、赤芍、金钱草各30g，车前草、泽泻、蒲公英、茯神、乌贼骨、当归、生地黄、郁金、枳壳、鸡内金各15g，柴胡、旋复花、甘草各10g，7剂。2月20日复诊:自诉胁痛缓解，腹胀减轻，大便溏薄，小便深黄，睡眠可，舌质红，苔黄腻，脉弦滑。复查肝功能:ALT104U/L，AST82U/L，GGT420U/L，ALP165U/L，TBil148.4μmol/L，DBil76.0μmol/L，IBil72.4μmol/L。继服原方7剂。2月27日复诊:自诉乏力明显减轻，身目黄染明显减轻，大便仍溏薄，小便黄，舌淡红，苔淡黄，稍腻，脉弦滑。复查肝功能:ALT48U/L，AST50U/L，GGT182U/L，ALP127U/L，TBil85．0μmol/L，DBil37．3μmol/L，IBil47．7μmol/L，在原方基础上去蒲公英、生地黄，茯神，加薏苡仁30g，茯苓、白术各15g，通草6g，7剂。3月6日复诊:自诉便溏明显减轻，小便正常，舌质淡红，苔微黄，脉弦。查HBVDNA7．51×102IU/ml;复查肝功能:ALT37U/L，AST43U/L，GGT142U/L，ALP135U/L，TBil51．6μmol/L，DBil23．0μmol/L，IBil28．6μmol/L，继服原方7剂，巩固疗效。

医案来源： 胡刚,王敏,李慧敏,等.从肺论治皮肌炎探析.中国民族民间医药,2016,(24):72-74

26.李某，女，58岁。2013年11月5日初诊。黄疸肝炎病史，近1周复发。现颜面黄，小便黄，巩膜黄染，脘腹胀满，倦怠乏力，恶油纳差，大便结，日行一次，时有口苦，口腔数处溃疡。舌质红，舌苔薄黄，脉滑有力。辨证:湿热熏蒸，壅滞肝胆。处方:柴胡10g，黄芩15g，法半夏10g，党参10g，苍术10g，厚朴20g，陈皮10g，茯苓30g，炒莱菔15g，茵陈15g，栀子10g，酒大黄10g，田基黄15g，垂盆草15g，鳖甲20g。5剂。11月11日二诊:大便微泻，日行3次，黄染已除，小便稍黄，腹胀减，苔稍褪。续上方，5剂。11月16日三诊:纳增食香，矢气频频，小便仍黄。续上方，5剂。12月8日四诊:诸症基本痊愈，稍有恶油，续上方，5剂。按语:此案符合(1)、(3)、(4)条判断标准。湿热蕴结肝胆，胆液不循常道而外溢，熏蒸于肤，上染于目，故见面目俱黄;湿阻于脾，故见恶油纳差;热重于湿，故见大便干结，口腔溃疡。方中小柴胡汤疏肝利胆，平胃散燥湿健脾，茵陈蒿汤合田基黄、垂盆草清热利湿退黄。据证用药，效速功宏。王师认为:“柴平汤整体偏温，用治感受湿邪之证，或湿邪兼有化热之象者。若邪属热重于湿，则非本方所宜。但于方中伍入大量苦寒之品，监制辛温之性，亦可应证裁变，灵活应用。”

医案来源： 徐荣鹏,张春霞.王绪前应用柴平汤经验举隅.湖北中医药大学学报,2016,(6):104-106

27.患者刘某，女，42岁。初诊：2015年9月17日。患者3年前于某院诊断为慢性乙型肝炎、肝硬化，因治疗效果不显遂来我院就诊。近1年腹胀加重，肝区窜痛，食少纳呆，寐差，目睛黄染，面色黎黑，脾大，小便量少，大便尚可。舌暗红，苔黄，脉细。证属热与瘀、血、水互结，瘀遏熏蒸，肝胆疏泄失常所致。处方肝硬化方：柴胡15g、丹参20g、郁金20g、泽兰30g、泽泻20g、广木香20g、焦山楂15g、楮实子20g、络络通20g、蓼实10g、文术5g、鳖甲25g、甲珠20g、荔枝核20g、连翘30g、丝瓜络20g、海螵蛸30g、三七6g，6剂，日1剂，水煎分3次口服。二诊：2015年10月8日。患者自述肝区偶有隐痛，黄疸、腹胀明显减退，舌暗红，苔白，脉弦。正气已渐复，但瘀血内结未除，治宜活血化瘀。处方：首方加五灵脂20g、藕节20g。10剂，日1剂，水煎分3次口服。三诊：2015年11月1日。患者自述上述症状明显好转，现饮食、二便已基本恢复正常，但仍睡眠易醒，稍感乏力，无明显不适。舌暗淡，苔白，脉细弱。瘀、血、水已除，耗伤正气，脾胃虚弱未复，仍续前法，酌增养血活血、健脾理气之药。处方：上方加黄芪50g，当归20g，茯苓20g，茯神20g，陈皮15g，太子参20g。6剂，日1剂，水煎分3次口服。

医案来源： 张轶婷,卢秉久.卢秉久教授治疗肝硬化常用药对浅析.亚太传统医药,2017,(15):77-79

28.邹某，女，43岁，2013年8月诊。2013年4月因上腹胀痛伴皮肤黄染2个月余到新桥医院就诊，B超、CT检查示胰头占位，胰头Ca？建议进一步检查。肿瘤放免检测，CA199：102U/mL，CEA：2μg/mL，CA153：28U/mL。疑为胰腺癌，行腹腔探查术并行病理检查提示胰黏液腺癌。术后行3次化疗。现上腹持续性隐痛，向腰背部放射，能忍受，皮肤黄染，恶心，纳差，气短乏力，怕冷。查T37.2℃，P86次/min，R20次/min，BP126/80mmHg，面色萎黄，皮肤巩膜轻度黄染，上腹轻度压痛、无反跳痛。舌质淡胖有齿痕、苔薄白腻，脉弱微。辨证属脾阳虚损，寒湿困脾。治以温运脾阳，健脾利湿，佐以退黄解毒散结。药用茵陈10g，栀子9g，附片15g，白花蛇舌草30g，白芍15g，蒲公英18g，连翘12g，益智仁15g，细辛9g，炙甘草6g，大黄9g，茯苓12g等。日1剂，分3次服。同时根据病情加用小茴香、枇杷叶理气止痛，胃口差加用谷芽、麦芽。1个月后恶心呕吐缓解，黄疸减退，上腹隐痛减轻，精神好转，怕冷改善。继续服用前方3个月后症状缓解，复查肝功和肿瘤各项指标基本正常，腹部CT提示与2013年8月18日片结果变化不大。2014年4月门诊随访，生活如常人，病情平稳，坚持门诊药物治疗。

医案来源： 谭千凤,晋献春.晋献春治疗胰腺癌临床经验.实用中医药杂志,2016,(2):173

29.王某,男,39岁,2007年5月11日初诊。因身目黄染,尿黄,伴纳差,乏力7天入院。既往无腹部手术史,有脂肪肝病史多年,自述2周前单位体检发现肝功能异常,服用凯西莱等药物。查体:神清,全身皮肤、巩膜重度黄染,伴搔抓痕,心肺无异常,舌质红、苔黄腻。肝功能ALT556.6U/L,AST168.5U/L,GGT1955.8U/L,AKP215.7U/L,TBIL312.87μmol/L,DBIL251.51μmol/L,PT11.6s,APT49s,ESR92mm/h,铁蛋白1964.57ng/mL。血、尿常规均正常。甲、乙、丙、戊型病毒性肝炎指标均阴性,自身抗体检测均阴性,腹部B超示胆囊壁不光滑,脾大,胆总管直径变窄,外径约0.52cm,壁厚,呈双边影,回声增强,走形平直,内腔呈一致性狭窄,直径约0.16cm,余正常。为进一步明确诊断做ERCP示肝内胆管不规则狭窄和扩张,呈串珠状。既往无胆道手术及胆石症史,故诊断为原发性硬化性胆管炎。予甘利欣250mL,茵栀黄20mL,促肝细胞生长素120mg,胸腺肽1.6mg,静滴,1次/日,熊去氧胆酸500mg,思美泰2g,均口服,3次/日,甲强龙40mg,2次/日,口服。中药予茵陈20g,赤芍、茯苓、山甲、丹参各15g,三棱、莪术、金钱草各10g,郁金、茜草各12g,大黄、枳壳各6g。每日1剂,水煎服。并随症加减以活血化瘀,通腑利湿治疗。经治疗黄疸明显消退,肝功能恢复正常,乏力等不适症状缓解,好转出院。

医案来源： 原发性硬化性胆管炎治验1例[J].山西中医.2008,(02):12.

30.李某，男性，42岁，传染科病房会诊病例。患者以全身黄染半年，发热1周入院。入院后体温一直在37～40℃之间，头痛如裹，不思饮食，厌油腻，大便溏，小便黄，舌体胖大，苔黄厚腻，脉象滑数。化验结果乙肝大三阳，谷丙转氨酶580u/L，黄疸指数增高，B超示肝弥漫性肿大。西医诊断：重症肝炎，西医以对症治疗为主。姜师辨为热毒之邪内存，湿中蕴热。治以清利湿热，解毒退热。方药：茵陈30g，黄芩15g，柴胡10g，清豆卷10g，黄柏10g，白蔻仁10g，枳壳10g，枳实10g，薏苡仁30g，苦参15g，白花蛇舌草15g，栀子10g，青蒿10g，焦三仙各10g，大黄6g，甘草10g。5剂，水煎服。同时予羚羊角每日1g冲服。服药1剂后患者大便通利，体温下降至37.1℃；3剂药后体温正常，同时停用抗生素。以原方为主加减治疗20余日，患者体温正常，食欲增加，理化指标下降，病情好转出院。改门诊继续中药调治。按：本例患者湿毒内蕴阻滞气机，邪正交争，则高热头重如裹；胸闷不思饮食为湿中郁热之象。姜师灵活辨证施治，使肝气得以疏泄，毒热得以排解，湿毒得以清除，体现了抓住主要矛盾、审因论治、治病求本、标本同治的辨证精华。

医案来源： 张志明,.姜良铎教授治疗热病重症经验举隅[J].中国中医急症.2006,(05):512+529.

31.艾某某,女,63岁,1982年10月22日急诊入院。上腹部疼痛,伴有恶心呕吐2天。两天前突然上腹部胀痛,阵发性加剧,伴恶心呕吐10余次,呕吐物为胃内残留食物及黄色粘液,口干欲饮水,水入则吐,大便干,已2日未解。刻诊:急性病容,表情痛苦,呻吟不止,巩膜轻度黄染,心率120次/min,腹部膨隆,上腹部肌紧张,压痛明显,肠鸣音减弱,苔黄腻,脉沉实。血常规示:WBC16.0×109/L,血清淀粉酶259U/L(BMD法)。西医诊断:急性胰腺炎(水肿型)。中医辨证属中焦湿热积滞。治以清泄肝胆,通腑泄热。药用:柴胡15g,黄芩、黄连、延胡索、石斛、大黄(后下)、芒硝(分冲)各10g,广木香6g,白芍30g。每日1剂,水煎服。并结合西医常规治疗(抗菌、补液、营养支持等)。服上方4剂后,排出多量褐色干便及水样便,腹痛腹胀减轻,加减调治又服10剂,检查血清淀粉酶正常,痊愈出院。按:本病证属中焦湿热积滞,导致腹满胀痛,大便不通,病在中焦脾胃。胃中浊气不降而上逆,故恶心呕吐;湿热郁蒸,肝失疏泄,胆汁郁阻外溢,皮肤故现黄疸。方用柴胡、黄芩、黄连等清泄肝胆湿热;白芍缓急止痛;大黄、芒硝等通腑泄热。中西医结合治疗取得良好效果。

医案来源： 王宁治疗急性胰腺炎经验举隅.王增苏.山西中医,2010,26(8):7—8.

32. 廖某，男，60岁，2012年4月25日初诊。患者食欲不振，皮肤、巩膜黄染9个月，伴小便色深如浓茶，腰痛，口淡无味。舌质淡红、苔薄黄腻，脉细数。查体：肝胆脾胁下未及。化验血常规示：红细胞2×1012/L，血红蛋白70g/L，肝功能：总胆红素30.2μmol/L，间接胆红素20μmol/L。肝胆脾胰彩超未见异常。由于多种原因当时并未查骨髓象，排除病毒性肝炎，西医初步诊断为溶血性贫血(黄疸)，中医辨证为脾胃虚弱，气血亏虚，湿热内蕴。治拟健脾和胃，清热利湿。药用：陈皮、法半夏、茯苓、苍白术、香附、山楂、神曲、鸡内金、木香、田基黄、炒二芽各10g，甘草、砂仁各6g，茵陈30g。7剂，每日1剂，水煎服，3次/日。5月2日二诊：患者述食欲有所好转，小便颜色变淡，皮肤、巩膜黄染减轻，舌质淡红、苔薄黄，脉细数。原方基础上加虎杖10g，增利湿退黄之功，7剂。5月9日三诊：患者精神振奋，诸症好转。嘱患者继用前方巩固治疗半月，半月后复查血常规、肝功能。5月25日四诊：患者无不适症状，复查血常规、肝功能基本恢复正常。嘱原方去田基黄再巩固治疗半月，后停药观察。后因其他不适来就诊，症状未再出现。

医案来源： 溶血性贫血验案1则.龙政.山西中医，2013，29(1)：47.

33.赵某，男，53岁。初诊日期:2012年9月25日。肝癌介入术后半年复发，CT示:肝右叶6.5cm×5.9cm肿块，肝功能示:ALT159U/L，AST124U/L，TBIL85.4μmoL/L，DBIL39.3μmoL/L;口苦，纳呆，腹胀，乏力，尿少，夜寐不安，巩膜及皮肤黄染，腹水，双下肢水肿，舌红苔黄腻，脉弦。治以疏肝健脾、养阴清热、解毒散结兼利湿退黄。处方:北沙参15g，麦冬15g，石斛12g，枸杞15g，山药20g，茯苓15g，薏苡仁30g，八月札12g，绿梅花12g，鸡内金12g，六神曲12g，蛇莓15g，白花蛇舌草30g，猫爪草15g，三叶青15g，金银花15g，茵陈20g，栀子12g，五味子12g，垂盆草15g，车前子30g，龙葵30g。服药半月后，患者黄疸、腹水、水肿减轻，胃纳较前好转，守方不变，继服前方。2个月后，复查CT示:肝右叶5.4cm×5.6cm肿块，较前缩小;肝功能示:ALT85U/L，AST76U/L，TBIL42.7μmoL/L，DBIL26.5μmoL/L。症状及辅助检查均好转，病情尚稳。按《医宗必读·积聚》云:“积之所成者，正气不足，而后邪气踞之。”本病患者介入术后复发，吴老认为此时邪气较甚，正气不敌，治拟祛邪扶正共进。八月札、绿梅花、山药、茯苓、薏苡仁疏肝健脾兼祛湿，北沙参、麦冬、石斛、枸杞养阴清热，蛇莓、白花蛇舌草、猫爪草、三叶青、金银花解毒散结以攻邪毒，茵陈、栀子利湿退黄，五味子、垂盆草护肝降酶，车前子、龙葵利水消肿。

医案来源： 吴良村治疗原发性肝癌临证经验.徐春波,阮善明,沈敏鹤,等.上海中医药杂志,2013,47(8):23-24.

34.患者刘某，女，42岁。初诊：2015年9月17日。患者3年前于某院诊断为慢性乙型肝炎、肝硬化，因治疗效果不显遂来我院就诊。近1年腹胀加重，肝区窜痛，食少纳呆，寐差，目睛黄染，面色黎黑，脾大，小便量少，大便尚可。舌暗红，苔黄，脉细。证属热与瘀、血、水互结，瘀遏熏蒸，肝胆疏泄失常所致。处方肝硬化方：柴胡15g、丹参20g、郁金20g、泽兰30g、泽泻20g、广木香20g、焦山楂15g、楮实子20g、络络通20g、蓼实10g、文术5g、鳖甲25g、甲珠20g、荔枝核20g、连翘30g、丝瓜络20g、海螵蛸30g、三七6g，6剂，日1剂，水煎分3次口服。二诊：2015年10月8日。患者自述肝区偶有隐痛，黄疸、腹胀明显减退，舌暗红，苔白，脉弦。正气已渐复，但瘀血内结未除，治宜活血化瘀。处方：首方加五灵脂20g、藕节20g。10剂，日1剂，水煎分3次口服。三诊：2015年11月1日。患者自述上述症状明显好转，现饮食、二便已基本恢复正常，但仍睡眠易醒，稍感乏力，无明显不适。舌暗淡，苔白，脉细弱。瘀、血、水已除，耗伤正气，脾胃虚弱未复，仍续前法，酌增养血活血、健脾理气之药。处方：上方加黄芪50g，当归20g，茯苓20g，茯神20g，陈皮15g，太子参20g。6剂，日1剂，水煎分3次口服。

医案来源： 张轶婷,卢秉久.卢秉久教授治疗肝硬化常用药对浅析.亚太传统医药,2017,(15):77-79

35.赖x x,男,10岁,住院号24273,1986年5月22日入院。代主诉:发热、头痛11天,面色苍白,排酱油样小便2天。现病史:患儿于本月11日因受凉而发热、头痛。家人给服止痛退热散,症状好转。14日又见发热,头痛,全身乏力,胃纳呆滞.曾用氯霉素等药治疗。19日起出现呕吐,每天吐3~4次,为胃内容物。21日起解酱油样小便,面色明显苍白,遂由区卫生院转送急诊入院。4岁时曾患急性肾炎,已治愈。体查:体温36℃,脉博120次/分,呼吸32次/分,血压60/0毫米汞柱。危重病容,面色苍白,意识朦胧,烦躁,皮肤、巩膜黄染。双肺呼吸音清,心率120次/分,律整,心音低钝,心尖区SMⅡ~Ⅲ,吹风样。腹平软,肝于肋下2厘米,质中等,脾未触及,全腹未扪及包块。四肢浮肿。血检:白细胞13600/立方毫米,中性90%,幼稚细胞5%,淋巴细胞4%,红细胞70万/立方毫米,血红蛋白3.2克%,网织球7%。尿蛋白(+++),血红蛋白尿(+ +++)。红细胞压积18%。血生化:尿素氮54毫克%,二氧化碳结合力56容积%,K+4.6mEq，Na+130mEq%,Cl-90mEq%。入院后诊断为急性溶血性贫血。给予输血以及抗休克、补碱等综合治疗，休克得到纠正,黄疸稍见减轻。但患儿入院前后由少尿至无尿。虽使用速尿、利尿合剂等仍未见效。5月24日血生化:尿素氮84毫克%,二氧化碳结合力56容积%,血清肌酐7毫克。请广州地区某儿科教授会诊,诊断为急性溶血性贫血并急性肾衰(溶血尿毒综合征)。指出目前的重点是治疗肾衰、尿毒症,最好的处理方法是作血液透析。由于考虑到血透过程须全身肝素化,可加重溶血；患儿年幼,血透插管过程可能失败。且家属无力支付昂贵的透析费用等,血透无法进行。家长心急如焚,求一侥幸,请中医会诊。25日初诊:患儿因发热服药后出现黄疸、血尿,后又见尿少、尿闭3天。现神疲,烦躁,纳呆,恶心,呕吐,多汗。诊见患儿精神萎靡,巩膜轻度黄染,眼睑、颜面及双下肢浮肿,腹胀如鼓,腹肌紧张,压痛及反跳痛,双侧肾区明显肿胀及压痛。舌质淡白、苔薄黄,脉虚数。血生化:尿素氮87毫克%、二氧化碳结合力50.6容积%。诊为黄疸、癃闭。症属热伤血络,阴血亡失,元气耗伤,肾关不利,秽毒内泛。治以凉血止血,活血利尿，解毒化浊,益气扶元。处方:1。西洋参25克,立即炖服。2、小蓟、白茅根、银花、北沙参各30克,生石膏、泽泻、茵陈、白芍、丹参各15克,鸡内金5克,甘草4克,一剂,水煎,分2~3次服。26日二诊:服上方4小时小便开始增多,24小时量为580毫升。按照上方续服一剂。27日三诊:患儿精神好转,腹胀减轻,但仍有恶心、呕吐。24小时尿量仅170 毫升,舌质淡红、苔黄腻,脉虚细数。家属不愿给患儿服西药。经劝告无效,勉为其难,续进清热凉血,解毒化浊,活血利尿之品。处方:银花、薏苡仁各15克、白茅根30克,石菖蒲、北杏仁各10克,郁金、丹参、佩兰各12克,甘草4克,天竺黄5克,枳壳6克,二剂,日服一剂。30日四诊:头晕减轻,已能起床,每餐能吃一碗粥。近2天每日尿量200毫升。因其父固执,今天自动出院。阅29日实验室检查:尿常规:蛋白(+ +),红细胞(+),白细胞(+),血红蛋白尿(++++)。血生化:尿素氮140毫克%,二氧化碳结合力40容积%。仍有腹胀,腹部及腰部有压痛,舌淡嫩、苔薄黄,脉虚细数。处方:党参、赤芍、丹参各12克,茯苓20克,北沙参、白芍、泽泻、茵陈、旱莲草各15克,鸡内金6克,红花4克,小蓟30克,取药出院,四剂,日一剂,药渣复煎。6月6日五诊:近儿天小便量每日达600毫升左右。食欲好转,大便溏烂,面色苍黄,面部浮肿,神疲,舌淡,边有齿印、苔薄白,脉细无力。病有转机,宜守方调治。处方:党参、银花、金钱草、淮山药各15克,苍术、白术各6克,陈皮5克,茅根30克,车前子、泽泻各12克,茯苓25克,甘草4克,四剂,日一剂。10日六诊:患者至8日时尿量已较发病前多,考虑已进入急性肾衰多尿期,续投健脾利水,解毒化浊方药。前后又调治一月,诸症消失,精神食欲好转,二便正常,尿常规正常。至7月18日停药。嘱注意生活起居,且以饮食调理。同年9月重新上学。追踪半年,健康状况良好。

医案来源： 王荣锦.溶血尿毒综合征治验一则[J].新中医.1988,(09):36-37.

36.患者某，男，48岁，以“发现乙肝表面抗原阳性8年，乏力、尿黄15天”为主诉，于2013年9月20日入住中国人民解放军302医院中西医结合科。缘于2005年发现HBsAg阳性，肝功能正常，此后未再复查及诊治。2013年9月5日感乏力、尿黄，伴少腹部隐痛不适，症状逐渐加重，2013年9月20日至北京大学第三医院就诊，实验室检查：凝血酶原活动度（prothrombintimeactivity，PTA）：25%，总胆红素（totalbilirubin，TBIL）394.5μmol/L，谷丙转氨酶（alanineaminotrans，ALT）397U/L，遂来本院，门诊以“病毒性肝炎乙型慢性，慢加急性肝衰竭”收入院。入院查体：皮肤、巩膜重度黄染，肝掌征阳性，余查体阴性。辅助检查：肝功能：TBIL/DBIL325/247.7μmol/L，ALT356U/L。B超示腹水。西医诊断：病毒性肝炎乙型慢性，慢加急性肝衰竭（中期）。西医予以“熊去氧胆酸胶囊、异甘草酸镁、丁二磺酸腺苷蛋氨酸、呋塞米”等保肝、降酶、退黄、利尿治疗。一诊（2013年9月21日）：中医症见身目发黄，黄色鲜明，神疲乏力，纳差、口渴不欲饮，小便赤黄，大便日行一次，量少质干，舌暗红，苔薄黄腻，舌底脉络粗，脉弦。中医诊断：黄疸，证型：湿热瘀黄、血热妄行。治则：清热利湿，凉血活血化瘀。方药：赤芍150g，葛根60g，丹参60g，全瓜蒌60g，生地黄30g，白茅根30g，桃仁15g，红花30g，三棱15g，莪术15g，陈皮6g，法半夏12g，白及20g，生薏苡仁30g。7剂，水煎服，日1剂。二诊（2013年9月29日）：身目发黄，黄色鲜明，乏力减轻，纳食稍增加、口渴不欲饮、小便赤黄，大便日行3次黄色成形便，舌暗红，苔薄白，舌底脉络粗，脉弦。2013年9月26日复查肝功能：总胆红素/直接胆红素405.3/207.8μmol/L，谷丙转氨酶215U/L，谷草转氨酶193U/L，白蛋白/球蛋白27/32g/L，碱性磷酸酶178U/L，谷氨酰转肽酶98U/L，总胆汁酸132μmol/L，胆碱酯酶1833U/L，乳酸脱氢酶182U/L，葡萄糖3.2mmol/L，分析患者病情处于上升期，黄疸上升迅速，机体免疫反应强烈，患者症状较前有所减轻，调方如下：炙黄芪30g，太子参15g，虎杖30g，赤芍30g，丹参30g，白茅根30g，白术30g，茜草30g，豨莶草45g，秦艽20g，鸡内金20g，郁金20g，川楝子10g。7剂，水煎服，日1剂。生大黄10g，7剂，日1剂，保留灌肠。三诊（2013年10月6日）：乏力、尿黄较前好转，复查肝功能提示胆红素下降，守上方继续治疗14d。四诊（2013年10月21日）：患者偶有胃脘部不适，食后腹胀，有饥饿感，调方：炙黄芪30g，太子参15g，赤芍30g，丹参20g，炒白术15g，茜草20g，豨莶草15g，秦艽20g，生山楂30g，香橼15g，陈皮15g。14剂，水煎服，日1剂。五诊（2013年11月6日）：患者诉肝区隐隐不适，喜饮热水，调方：丹参30g，葛根30g，茜草15g，石膏（先煎）10g，豨莶草15g，生山楂30g，桂枝12g，茯苓30g，白茅根15g，干姜10g。14剂，水煎服，日1剂。2013年11月23日出院复查肝功能好转，症状明显减轻。

医案来源： 王敏,宫嫚,唐金模,等.李筠中医治疗慢加急性肝衰竭经验[J].中华中医药杂志,2018,33(6):2419-2421.

37.李某，男，72岁，2007年6月2日初诊。巩膜及皮肤黄染10d。该患于10d前发现巩膜及皮肤黄染，并伴有全身瘙痒而就诊于某院。该患既往有脂肪肝，胆结石，慢性胆囊炎病史。门诊检查肝功能：ALT156U/L、AST81U/L、GGT908U/L，T-Bil131μmol/L、D-Bil62、I-Bil69μmol/L、TBA128μmol/L。上腹部彩超及rvnR检查示：胆囊炎、胆囊结石(结石影1.0cm×0.6cm)、胆总管多发结石、肝轻度脂肪性病变、肝右叶多发性小囊肿，临床诊断为阻塞性黄疸，建议住院手术治疗。病人因畏惧手术而寻求中医治疗，经人介绍求治于王师。诊见：双目白睛及皮肤黄染，伴周身皮肤瘙痒，乏力，小便黄赤色如浓茶，大便已3d未行，舌略紫红、苔黄腻，脉沉稍见弦滑之象。中医诊断为黄疸，辨证为正虚邪盛，湿热蕴结。此因脾虚不运，肝失所养，湿热内生，蕴阻肝胆，以致肝失疏泄，胆失通降，胆汁不循常道，外溢肌肤，下注膀胱。治宜扶正祛邪，清利湿热，疏肝利胆，排石退黄。处方：黄芪50g，丹参30g，柴胡15g，郁金20g，茵陈∞g，金钱草80g，金银花40g，当归15g，枸杞子20g，女贞子20g，五味子15g，枳实15g，半夏15g，鸡内金15g，甘草10g。7剂，1剂/d，水煎服。熊胆粉10g，生大黄15g，共研细末分7份，1份/d，随汤剂同服。6月9日2诊：药后小便色虽黄但较前明显变浅，大便已通，日行2欢，皮肤瘙痒明显减轻，自觉周身轻快，舌转淡红、苔略黄稍腻，脉弦细。复查肝功能：ALT38U/L、AST30U/L、GGT714.5U/L、T-Bill7.3μmol/L、D-Bil9.6μmol/L。处方：黄芪50g，丹参30g，柴胡15g，郁金15g，半夏15g，鸡内金15g，茵陈7g，枳实15g，莪术15g，白术5g，金钱草50g，何首乌30g，枸杞子20g，当归15g，金银花40g，甘草10g。7剂，1剂/d，水煎服。熊胆粉10g，生大黄7.5g，共研细末分7分，服法同前。6月17日3诊：药后小便色稍黄，大便畅，近日稍便溏，偶感右胁胀闷隐痛不适，目睛已转白，皮肤黄染明显减退，瘙痒已除，舌淡红，苔转白，脉沉弦细。处方：黄芪50g，丹参30g，柴胡15g，郁金15g，半夏15g，鸡内金15g，茵陈50g，枳实15g，莪术15g，白术15g，金钱草50g，虎杖25g，何首乌25g，枸杞子20g，当归15g，金银花30g，生大黄15g。10剂，l剂/d，水煎服。6月27日4诊：药后诸症皆除，舌淡红，苔薄白，脉沉稍弦细。肝胆彩超复查提示：肝外胆管结石已消失；肝功能复查：除GGT82U/L仍高于正常值外，余皆正常。处方：黄芪50g，丹参30g，半夏15g，柴胡15g，白芍15g，郁金15g，何首乌30g，茵陈40g，泽泻15g，桑寄生20g，生楂片25g，枸杞子20g，女贞子20g，虎杖25g，金钱草50g，甘草10g。20剂，l剂/d，水煎服。4诊复查肝功能，GGT已降至正常(29.6U/L)，后应患者要求，继续服用中药治疗胆结石、慢性胆囊炎、脂肪肝等宿疾。12月29日随访，一般状态佳，病情未复发，疗效巩固。经中药治疗后，宿疾也有不同程度改善。

医案来源： 王克勤辨治阻塞性黄疸验案.吕波，赵铭宇.长春中医药大学学报，2013，29(5)：855-856.

38.娄某，男，69岁。初诊日期:2016年3月12日。患者有慢性丙型肝炎史10余年，2014年2月B超检查发现肝硬化。平素无规律服药及定期复查。2016年2月，患者在无明显诱因下出现身目黄染，伴右上腹痛、双下肢浮肿、尿少，至外院就诊，经检查确诊为丙型肝炎后肝硬化失代偿期、原发性肝癌。上腹部CT平扫示:肝右叶占位，伴破裂出血可能性大，肝硬化，腹水;胆囊结石，胆囊炎。胸部CT平扫示:两肺散在慢性炎症，两侧少量胸腔积液。实验室检查示:凝血酶原时间(PT)18.7s，凝血酶原活动度(PTA)53.0%;Hb115g/L，PLT149×109/L，ＲBC3.27×1012/L，WBC7.76×109/L;ALB35g/L，ALP91U/L，ALT31IU/L，AST46U/L，γ-GT58U/L，TBIL231.2μmol/L;Cr54μmol/L，BUN3.3mmol/L;AFP2839.3μg/L，AFP异质体22.70%;糖类抗原19-9(Ca19-9)104.1U/ml;大便隐血(++)。患者拒绝接受手术及各种介入治疗，故来诊寻求中药调理。刻诊:皮肤巩膜黄染，右上腹疼痛，双下肢浮肿，皮肤瘙痒;纳食不香，尿少色黄，大便色黑;舌淡白色暗、边有齿印、苔厚腻，脉小细弦。西医诊断:慢性丙型肝炎后肝硬化，原发性肝癌(破裂出血可能性大)，腹腔积液，上消化道出血;胆管结石伴胆囊炎;肺部感染，胸腔积液。中医诊断:积聚;辨证:脾虚血瘀;治法:健脾化痰，祛瘀消癥;方予吴氏消瘤散加减。同时配合抑酸止血、保肝退黄、抗感染、利尿等常规疗法。处方:太子参15g，白术9g，薏苡仁15g，枳实9g，蛇六谷15g，漏芦15g，山慈菇15g，石打穿10g，石见穿10g，石上柏10g，炙龟甲15g，炙鳖甲15g，玉米须15g，芦根15g，白茅根15g，地肤子9g，白鲜皮15g。7剂。每日1剂，水煎服。二诊(3月27日):黄疸明显减退，右上腹疼痛缓解，无腹胀，纳可，皮肤瘙痒减;24h尿量约2000ml，大便色黄。实验室复查示:Hb121.0g/L，PLT157×109/L，ＲBC3.68×1012/L，WBC8.80×109/L;PT15.4s，PTA73.0%;ALB29.2g/L，ALP97U/L，AST15U/L，ALT27U/L，TBIL86.0μmol/L，γ-GT71U/L;Cr59μmol/L，BUN3.3mmol/L;大便隐血(－)。诸症缓解，出院。予门诊服用中药治疗。复诊(9月2日):患者坚持门诊服用中药，症情稳定。复查B超示:未见腹腔积液。实验室检查:PT15.3s;ALB33g/L，TBIL43.0μmol/L，γ-GT70U/L;大便隐血(－)。血常规及肝肾功能均无明显异常。患者目前仍在继续服药、跟踪随访中。按本例患者感染邪毒日久，肝病及脾，脾气受损，中焦水谷精微不化，气机受阻，致血瘀、痰凝停滞。故辨治时应在化瘀消癥的同时考虑顾护中焦脾胃，以起到健脾化痰、祛瘀消癥、祛邪不伤正的作用。方中以太子参、白术、薏苡仁、枳实健脾化湿以消痰凝，蛇六谷、漏芦、山慈菇、石打穿、石见穿、石上柏祛瘀消瘤，炙龟甲、炙鳖甲软坚散结以滋阴，伍以玉米须、芦根、白茅根利尿消水，地肤子、白鲜皮祛风止痒。患者经中药治疗后，临床症状好转，黄疸短期内基本消失，肝区作痛明显减缓，皮肤瘙痒消除，且实验室指标亦明显改善。

医案来源： 吴眉,吴昆仑,张涛.“吴氏消瘤散”治疗肝癌验案举隅.上海中医药杂志,2017,(3):21-22,53

39.患者，男，40岁，1990年9月18日初诊。主因“右胁肋疼痛反复发作1年余”就诊，患者1年前患急性黄疸型肝炎住院治疗，出院后复查肝功能时有波动，始终未恢复正常。现自觉右胁肋疼痛，波及胸部，因情绪变化加重，四肢无力，纳食不馨，精神差，时有大便干结，尿黄。舌淡，苔白;脉沉弦。辅助检查：HBsAg（+），ALT510U/L，胆红素25.65mmol/L。西医诊断：慢性乙型肝炎;中医诊断：胁痛病;辨证：肝郁脾虚，兼有湿热之证。治以疏肝解郁，健脾利湿，方药组成：党参10g，茵陈15g，藿香10g，杏仁10g，橘红10g，焦白术10g，旋覆花10g，赭石10g，牡丹皮10g，赤芍15g，草河车15g，白芍15g，丹参10g，川续断15g，木瓜10g，泽兰15g，五味子6g。20剂，水煎服，每日1剂，早晚分服。1990年10月底二诊：患者服上药20剂后，精神、饮食均有好转，但右胁肋仍有疼痛，大便偏干，尿黄，脉沉弦。复查肝功能ALT180U/L，胆红素恢复正常。故调整方药，减焦白术、杏仁、牡丹皮、丹参、泽兰、川续断，加当归10g、酒黄芩10g、醋柴胡10g、香附10g。嘱其继服30剂，水煎服，每日1剂，早晚分服。1990年12月三诊：患者胁痛减轻，纳食欠佳，ALT250U/L。嘱其继服原方1个月。1991年1月14日四诊：患者ALT降至170U/L，HBsAg（－），纳食量增加。嘱患者继续服药1个月，1991年2月复查肝功能恢复正常，余症状消失。

医案来源： 关幼波“中州思想”在肝病辨治中的应用.张晴，徐春军.北京中医药，2017，36(2)：142-143.

40.李某，女，36岁。1992年1月5日初诊。右上腹阵发性剧痛伴呕吐10天，加重3天。10天前突发右上腹钻顶样剧痛，时痛时止。痛时弯腰曲膝，辗转不安，呕吐黄色苦水。去某中心医院诊为“胆道蛔虫”，住院治疗7天不见好转。近3天来频发疼痛，畏寒发热、脘胀暖气，不思饮食。B超检查结论为:“胆道蛔虫伴胆囊炎”。嘱手术治疗，因患者畏惧遂出院来门诊治疗。诊见:呻呤不已，面目及周身轻度黄染，精神倦怠，手足厥冷，右上腹胆囊区触痛，舌淡，苔厚白，脉沉细。诊为蛔厥。证属脾胃虚寒，肝胆郁滞。治以温脏安蛔。方用椒梅汤加味。药用:党参50克，黄芩、白芍、乌梅、茵陈各30克，黄连、法半夏、干姜、甘草各10克，枳实15克，草果、花椒各6克。服上方2剂后疼痛及呕吐愈，黄疸渐退，饮食稍增。守方又服2剂后，诸症消失，惟倦息乏力，以四君子汤加味调理善后。按:患者脾胃虚寒,蛔虫遇寒则动，逆行钻入胆道，致肝胆郁滞，湿热由生。业师用《温病条辨》椒梅汤加减，以党参益气健脾，干姜温散脏寒;蛔虫遇辛则伏，闻酸得静，得苦则下，故用乌梅酸以制蛔，花椒辛温杀蛔，黄芩、黄连苦寒下蛔;辅法半夏降逆止呕，枳实行气止痛，茵陈、草果渗湿清热，利胆退黄。全方补泻俱备，寒热并用，使蛔安脏暖，其病得愈。

医案来源： 张耀.李孔定主任医师疑难病治验举隅[J].中国农村医学.1996,(10):56-57.

41.患者贺某，男，48岁，司机。患者2018年2月出现急性黄疸，伴乏力、纳差，在某院感染科住院诊断为肝硬化，治后诸症好转。为求进一步诊治于3月6日来诊。刻下：全身皮肤、小便及巩膜发黄，纳呆乏力，口干，大便不成形，舌质淡胖，有齿痕，苔白、略厚腻，脉濡细。查ALT305U/L，AST128U/L，TBIL326mmol/L，B超示：肝弥漫性病变，回声增粗，提示肝硬化，既往有乙肝病史，服用恩替卡韦分散片0.5mg，1片/d。中医诊断：鼓胀，脾虚湿盛证。治以健脾化湿、理气消疸。方药：苍术12g、厚朴20g、陈皮15g、升麻6g、葛根20g、天花粉10g、川牛膝15g、猪苓20g、灵芝30g、鳖甲15g、皂角刺20g、白花蛇舌草30g、茵陈10g、谷芽15g、生山楂20g、神曲15g、水蛭5g、当归20g、生地黄10g、炙甘草10g、五味子10g。7剂，水煎服，日3服。3月13日，患者二诊来诉，诸症好转，乏力减轻，遂调方如下：苍术12g、厚朴20g、陈皮15g、升麻6g、葛根20g、丹参20g、赤芍15g、神曲15g、川牛膝15g、猪苓20g、灵芝30g、鳖甲15g、皂角刺20g、枸杞15g、炙黄芪30g、生山楂20g、当归20g、郁金15g、五味子10g。14剂，水煎服，日3服。3月27日复查肝功：ALT112U/L，AST106U/L，TBIL102mmol/L。此后坚持服药治疗，5月15日患者复查B超显示肝血管显示清晰，走行自然，脾大4.1cm，余（-），肝功已显示正常，以香砂六君子丸调理善后。

医案来源： 王骄,李卫强.李卫强教授肝病治验举隅[J].内蒙古中医药,2018,37(11):34-36.

42. 梁某，女，39岁，农民。1988年2月8日初诊。主诉：口渴3月余。患黄疸型肝炎后即口渴欲饮，至今已3月余，虽日饮开水三茶瓶，常食水果，亦不能止。大便干燥难行，胃脘连及小腹胀痛。面黄，脉濡，舌质淡紫，苔白。实验室报告：血糖、尿糖无异常。辨证属脾虚不能布津，拟方温中健脾，升津降浊，苓桂术甘汤主治。处方：白术30g，桂枝10g，茯苓10g，炙甘草6g，干姜10g，苡仁15g，郁李仁10g，葛根20g，5剂。服上药，大便初溏，日二行，后转至正常，口渴亦止，惟觉口干，舌质紫黯，脉缓，宗原方增白术量至40g，葛根30g，干姜15g，另加丹参15g以活血，续服5剂而病愈。按：消渴便秘，多因燥热，施治常法，不外乎清热润燥。而该证所见，全无燥热之征，反见面黄食少，舌淡苔白，脉象濡缓等证，故治健脾以运中宫。盖脾主运化水湿，脾运健，水液自能上承以润喉舌，下渗而润肠通便。如脾失健运，水液输布功能失调，则消渴便秘作矣。此案消渴便秘，实系脾虚不能布津所致，苓桂术甘汤有健脾运湿，温化痰饮之功，用治是证，较为合拍。重用白术，意在复其健运，脾运健，津液布，不治是证而症自愈。惟服白术后，常有大便溏薄之征，此湿气去也。用干姜、桂枝，助其气化，复其中阳也；用葛根者，升津也。

医案来源： 章建中,.经方新用验案4则[J].南京中医药大学学报.1996,(01):23-24.

43.石某，男，76岁。2015年2月8日诊。患者因目黄、皮肤黄就诊，查CT示肝右叶占位性病变。因患者年老体弱，形体消瘦，未行手术和化疗，就诊时患者诉肝区胀闷疼痛，皮肤瘙痒，疲乏气短，胸闷，纳差，舌淡、苔微黄腻，脉细滑。辨证属脾胃气虚，湿热蕴毒。治以益气健脾，化湿清热解毒。处方：党参30g，黄芪30g，白术30g，山药20g，黄精30g，枸杞子20g，玉竹20g，生薏仁20g，白花蛇舌草15g，莪术10g，麦芽15g，全蝎10g，藤梨根10g，蟾皮（包煎）1g，甘草6g。常法煎服。以此方随证加减治疗3个多月，患者黄疸渐退，胸闷气短减轻，进食好转，体力恢复，守方继进。按语：本案为原发性肝癌，章师认为由正气不足、脾胃虚弱所致，加之患者年事已高，见形体消瘦，疲乏气短，纳差，舌淡脉细等症，故治以益气健脾为基础，药用党参、黄芪、白术、山药、麦芽。脾胃虚弱，生湿化热，湿热熏蒸肝胆，致胆汁输泄失常，胆液不循常道而外溢，症见目黄、皮肤黄，肝区胀闷疼痛，皮肤瘙痒，胸闷等，舌苔微黄腻，脉滑皆为余毒内结征象，则辅以生薏仁、白花蛇舌草、莪术、全蝎、藤梨根、蟾皮清热化湿解毒。肝体阴而用阳，性刚喜柔，故佐以黄精、枸杞、玉竹养阴柔肝，缓急止痛。该案体现了章师在诊治原发性肝癌方面以培补脾土为主的临证思路。

医案来源： 耿雨晴.章永红治疗原发性肝癌经验辑要.江苏中医药,2016,(6):21-22,25

44.闫某某,女,50岁,2005年5月3日入院。头颈部阵发性汗出,每天发作数次,汗后头发如洗,恶风,伴情绪不稳,月经周期不规律。做各项有关检查均未发现异常。西医诊断为更年期综合征。曾多次求治于中医,服二仙汤、桂枝龙牡汤、玉屏风散等加减治疗,效果不佳。现因总胆红素增高住入内科病房,特请中医科会诊。症见:眼结膜轻微黄染,伴食欲欠佳,小腹疼痛,乏力,二便调,月经暗红、量少、有血块,舌质暗红、舌边有瘀点、苔白微腻,脉细弦。化验总胆红素:29.6μmol/L。辨证属肝气郁滞,血瘀湿蕴。治以舒肝行气,化瘀利湿。药用:柴胡、白芍花、枳壳、香附、川楝子、荔核、桃仁、红花、白蔻仁各10g,丹参、当归、白术各12g,云苓、泽泻各15g,茵陈30g,甘草6g。6剂,每日1剂,水煎服。二诊,黄染虽未明显改善,但汗出大减。服药12剂,汗出全止,眼结膜黄染消失,腹痛、乏力缓解,化验总胆红素25.7μmol/L,原方加减巩固治疗。按:肝主疏泄,调畅气机,气机调畅,气血津液运行正常,脏腑功能协调平衡。肝郁失调,气血瘀滞,津液不循经隧,上渗溢于头颈而为汗出;肝郁失调,肺失外护,继而脾失健运,水湿内蕴成疸。现在有学者研究证明肝的疏泄功能有调节人体神经体液的作用。所以,舒肝理气,化瘀利湿使肝气调达,气血平和,瘀化湿除而汗出、黄疸均愈。

医案来源： 常政红,.治肝法临证验案2则[J].山西中医.2006,(01):44.

45.王某，女，29岁，205年4月18日初诊。患者怀孕6月，三个月前出现发热，并见身黄、目黄，黄色鲜明，全身皮肤瘙痒、肿胀溃烂，经中西医治疗无效，求治于田老。证见发热烦躁，一身尽黄，口干咽燥，全身皮肤瘙痒、溃烂，纳食欠佳，睡眠不安，小便赤黄，舌红苔黄，脉数有力。患者家属表示治疗大人要紧，可不顾及胎儿。处方：黄连10克，黄芩10克，黄柏10克，栀子10克，地肤子10克，白鲜皮10克，银花10克，连翘10克，焦三仙各15克。7剂，每日1剂，水煎服，日3次。4月25日二诊：皮肤瘙痒等大消，黄疽渐退。守上方7剂，皮肤瘙痒消失。随症加减3个月后，黄疸尽消，患者诞下一健康婴儿按：临床上众多医家见黄治黄，并未见其效，田老认为针对临床症状辨证论治非常重要。本病证属实热火毒，三焦热盛。临床表现以全身瘙痒，皮肤溃烂为突出，急当治标，故以疥疮治之，治以泻火解毒，方用黄连解毒汤加减。方中以黄连泻心火，兼泻中焦之火；黄芩泻上焦之火；黄柏泻下焦之火；栀子通泻三焦之火，导以下行；地肤子利小便，清湿热：白鲜皮清热燥湿，祛风止痒；银花宣散风热，还善清解血毒；连翘清热解毒，散结消肿，疏散风热；焦三仙消食导滞，健脾和胃。诸药合用，其泻火解毒之效甚著。

医案来源： 田玉美教授治疗急性黄疸型肝炎经验总结.李云海，刘建忠，林连美//会议/论文集缺失，[出版地不详

46.赵某，女，52岁，乏力、身目发黄半月。周身刺痒，恶心纳呆，腹胀失眠，小便黄，查体巩膜黄染，肝肋下刚及，ALT360U/L;舌苔白腻根黄，脉弦滑。中医辨证为湿热中阻，瘀热发黄。药用：茵陈90g，酒黄芩10g，马尾莲6g，金银花30g，蒲公英30g，藿香10g，佩兰10g，泽兰15g，赤芍15g，小蓟15g，杏仁15g，橘红10g，香附10g，车前子12g，六一散（包煎）12g。本例为阳黄，黄疸初起，病程较短，消化道症状明显，表现为恶心纳呆，腹胀，舌苔白腻根黄，脉象弦滑。以大剂茵陈、蒲公英、金银花清热解毒化湿，杏仁橘红开胃化痰，配合藿香、佩兰芳香化湿，醒脾以助运化，香附疏肝理气，配合泽兰泽兰、赤芍行气活血。方中还用车前子、六一散化湿利小便，使邪有出路，诸症自解。肝病迁延之中后期，则可出现肝肾阴虚、脾肾阳虚，辨何脏有余不足，随证补泻。当出现症积痞块，则配合活血化痰，化瘀软坚药物。如养肝柔肝多用白芍、当归、丹参、生地等;肾阴不足多用熟地、山药、女贞子、黄精、五味子等，其中的女贞子和五味子现代药理实验证实具有减轻肝脏炎症，降低肝酶的作用。疾病后期出现肾阳虚表现多选用淫羊藿、仙茅、肉苁蓉、补骨脂、鹿角胶等，并可适当配伍肉桂、附子、葫芦巴等以振奋肾阳，改善脏腑功能。

医案来源： 关幼波治疗肝病辨证方法刍议.方南元，薛博瑜.辽宁中医杂志，2010，37(4)：738-739.

47.患者甲，男，30岁，干部。1998年9月初诊。患者因“反复乏力、纳差、尿黄7个月，加重1月余”在某省人民医院住院检查发现肝功严重异常，皮肤、巩膜高度黄染，诊为“慢性重症病毒性肝炎（乙、戊重叠感染）”。经西医常规保肝、利胆综合治疗1月余，病情无明显改善，改求中医诊治。刻下症见：面色晦暗，一身黄染，色黄不鲜，目睛深黄，口干苦，脘痞腹胀，恶心，大便溏烂，尿黄，右上腹时有隐痛，无明显触痛、叩痛，腹部膨满，肌肤未见明显瘀点瘀斑。舌淡苔薄腻质紫，脉右濡、左小弦滑。慢肝久病，肝脾两伤，湿遏热郁，久病络瘀，湿甚于热。病情深重，当防其变。治予理气化湿，清热解毒，祛瘀退黄，药用：藿香佩兰各10g，茵陈20g，炒苍术10g，厚朴6g，法夏10g，陈皮10g，竹茹10g，炒黄芩10g，白蔻仁（后下）3g，白茅根20g，赤芍15g，鸡骨草15g，田基黄15g，车前草15g，炒六曲10g。1日1剂，连服7d。二诊：面目仍然暗黄，恶心能平，胃痞腹胀减轻，腰部时有酸楚不适，大便日2次，尿黄，间有鼻衄，食纳稍有改善。苔薄腻底白罩黄，质紫，脉濡滑。复查肝功多项指标有所下降：TBIL428µmol/L，ALT126.7U/L，AST185.2U/L，A/G1.3，PT18.4秒。证属湿遏热伏，气机失宣，久病络瘀。治守原法出入。上方去陈皮、竹茹、黄芩；加广郁金10g，煨草果3g，片姜黄10g，垂盆草30g，猪茯苓15g，熟大黄4g，大腹皮10g，改厚朴9g。1日1剂。三诊：病情好转，黄疸继续稳步下降。10月5日复查肝功：ALT94.6U/L，AST71.1U/L，TBIL270.7µmol/L，A/G1.3。自觉症状较前有所改善，目睛仍然浑浊，近因饮食失调，一度腹泻、身热，经治基本控制，但仍腹胀不舒，大便溏烂欠畅，尿黄转淡，口苦而黏，曾见左侧鼻衄。苔腻能化，质紫，脉右濡、左小弦滑。证属肝热脾湿，瘀郁难化，湿重于热。仍当理气化湿，清热解毒，祛瘀退黄。药用：藿苏梗各10g，茵陈15g，炒苍术10g，厚朴6g，青陈皮各6g，广郁金10g，田基黄20g，鸡骨草20g，煨木香6g，煨草果3g，青蒿10g，黄芩10g，赤芍15g，垂盆草30g，熟大黄3g，白茅根20g，炒六曲10g，车前草12g。1日1剂。四诊：黄疸明显减轻，查肝功ALT66U/L，AST58U/L，TBIL66.8µmol/L。面色晦滞改善，体重增加，腹胀不显，食纳知味，尿黄，大便成形，口稍干，左侧鼻衄间作，量不多，下肢瘙痒明显，自觉怕冷。苔黄薄腻，脉弱兼滑。湿热虽化不尽，血分瘀毒内郁，肝脾两伤。药用：茵陈15g，炒苍术10g，厚朴6g，鸡骨草20g，田基黄20g，广郁金10g，青陈皮各6g，黄芩10g，赤芍15g，白茅根20g，熟大黄3g，苦参10g，地肤子15g，丹皮参各10g，猪茯苓各15g，虎杖15g，太子参10g，枸杞子10g。1日1剂。此后出院，继续调治，日渐康复。按语：此例患者以湿邪困脾，中焦气滞为主，并见热毒内郁之征，故重在理气健脾、化湿泄浊，兼顾清热解毒。从其病情迁延、舌有紫气分析，又示久病络瘀，故佐以祛瘀通络之品。表明湿重于热者，治以祛湿为主的重要性，通过芳化、苦燥、淡渗，上下表里分消，湿化则热孤，同时兼以清热，佐以祛瘀，主次分明，故疗效显著。

医案来源： 周仲瑛教授辨治黄疸六法经验.刘绍龙,孙静云,徐吉敏,等.中医临床研究,2012,4(18):63-64.

48.李某，男，58岁，2016年6月10日初诊。腹胀、乏力间作1月余。现症见:腹部胀满，乏力，身目黄染，烦热，纳差，大便干，口干欲饮，舌红、苔黄腻，脉滑数。患者既往饮酒史30余年，饮酒400～500mL/日，查腹部B超示:肝硬化，脾大，门静脉高压，腹腔大量积液。西医诊断:酒精性肝硬化失代偿期并腹水；中医诊断:(1)鼓胀(腑气不通，水饮内停)，(2)黄疸(湿热蕴结证)。治宜清热化湿，利水消胀，通腑泻热。药用:茵陈、金钱草、泽泻各30g，车前草、半边莲、茯苓各20g，黄柏、栀子、猪苓各15g，大黄6g，白蔻仁12g，莱菔子、鸡内金各10g。7剂每日1剂，水煎服。6月17日二诊:药后腹胀减轻，小便次数明显增多，大便好转，身目黄染改善，纳食增加。原方去大黄，加木香、玉竹各10g，炒白术、乌药各15g，继服10剂。6月27日三诊:偶感腹胀，未见明显身目黄染，纳可，活动较前自如。复查腹部B超示:肝硬化，脾大，门静脉高压，腹腔少量积液，肝功正常。于二诊方中加瓦楞子15g，鬼箭羽、青橘叶各10g。继服1月，巩固疗效，戒烟酒，注意休息，避免过度劳累。随访半年，未复发。按:酒精性肝硬化主要是由于长期过量饮酒导致的肝细胞脂肪变性坏死，肝细胞纤维化，最终导致肝细胞的硬化。酒精性肝硬化患者可以出现胆汁淤积，凝血因子合成障碍，血清中白蛋白的合成逐渐减少，受损肝细胞成为自身抗原，刺激淋巴系统，使球蛋白的合成增加。酒精性肝硬化中医属鼓胀范畴，酒为湿热之邪，长期过量饮酒，脾胃气虚，水谷运化失调，而变生水湿、痰浊、邪热，三焦气化不利，津液失于输布，湿聚水生聚于腹部，故成鼓胀。胀是指以腹部胀大如鼓、皮色苍黄、脉络暴露为主要特征的病证，为中医四大难症之一，本病病程较长，易于反复。鼓胀是由于肝脾肾三脏功能失调，气水血瘀积于腹内所致。基本病机为湿热内阻，腑气不通，水饮内停。病变脏腑涉及肝胆脾胃，病性有水饮内停、气机阻滞、湿热内生。初诊本着急则治标的原则，采用清热化湿退黄、行气利水通腑，诸治法并用迅速使湿热之邪祛除而腹水黄疸皆退。方中茵陈、黄柏、金钱草清热利湿退黄;山栀子清热降火，通利三焦;大黄泻热逐瘀，通利大便;茯苓、猪苓、泽泻利水渗湿、蔻仁、莱菔子行气除胀、半边莲清热解毒，利水消肿、鸡内金健脾消食。二诊本着“衰其大半而止”的原则，去大黄，加用木香、乌药、炒白术以健脾理气，恢复中焦脾气运化水饮之能，加玉竹则利水而不阴伤。三诊加用活血软坚散结力量，标本兼治。酒性湿热，久饮则湿热内生，湿热内蕴而无出路，蕴结于肝胆则可见发黄。酒毒伤及肝脏则可导致胶原增生而硬化，本例患者症状较为典型，治疗恢复之后需特别注意饮食禁忌。虽然中西医对于鼓胀的治疗具有各自的优势，但是也有相应的局限性，因此应采用中西医结合治疗方法以提高疗效。

49.孟某，女，63岁，20口年6月27日初诊。患者诉1周前无诱因出现身目小便色黄，渐进性加重，伴纳差、乏力、全身皮肤瘙痒，夜寐差，舌淡红，苔黄腻，脉弦滑。查乙肝5项、丙肝抗体为阴性，肝功能ALT153U/L,AST79U/L,r—GT495U/L,ALP365U/L,TBIL179.4µmol/L,DBIL140.9µmol/L。凝血系列和腹部B超均正常。西医诊断胆汁淤积型肝炎。给予熊去氧胆酸胶囊、腺苷蛋氨酸、还原型谷胱甘肽等药物治疗。1月后复查肝功能示：ALT27U/L,AST29U/L,r-GT45U/L,ALP196U/L,TBIL368.7µmol/L,DBIL268.4µmol/L。西医治疗效欠佳，辅以中医治疗，中医辩证为黄疸（湿热疾毒型），方用茵陈蒿汤加减茵陈60g，栀子9g，大黄6g，柴胡lOg，赤芍30g，炒山药20g，川芎lOg，泽泻lOg，郁金lOg，猪苓30g，炒薏苡仁30g，莱菔子15g。上方服半月后，复查肝功能ALT27U/L,AST42U/L,r-GT60U/L,A四290U/L,TBIL257.6µmol/L,DBIL217.2µmol/L。患者黄症稍减退，但自觉胃肮部闷胀不舒，不欲饮食，时有呕恶感，舌质正常，苔白厚腻，脉沉滑稍数。二诊方药为炙黄芪30g，苍术lOg，炒白术20g，砂仁lOg，党参15g，茯苓20g，厚朴lOg，枳壳lOg，白豆蔻10g，茵陈30g，赤芍15g，猪苓12g。上方服1月后复查肝功能示ALT22U/L,AST29U/L,r-GT46U/L,ALP190U/L,TBIL46.5µmol/L,DBIL32.2µmol/L。患者巩膜轻度黄染，无腹胀、纳差、恶心感，瘙痒感明显改善，舌淡红，苔薄白，脉弦。三诊方药为炙黄芪30g,炒白术20g，党参15g，茯苓20g，厚朴lOg，枳壳lOg,猪苓lOg,丹参lOg，葛根lOg，桂枝6g，郁金12g。10剂后复查肝功能全部正常，患者无明显自觉症状，疗效满意。

医案来源： 常占杰三期辨治肝病高黄疸经验.宁春茜,李京涛,郭师,等.湖南中医杂志,2013,29(10):17-18.

50.杨xx，男，35岁。入院日期1986年10月5日。住院号：86—1587。患肝病四年，因乏力、纳差、尿黄一周入院。入院后经补液、胸腺素、六合氨基酸和使用血制品等综合治疗，效果不够理想，遂于11月5日请中医会诊。诊见：腹胀胁痛，肢倦乏力，纳谷不香，龈衄，尿黄。检查：面色晦滞，身目俱黄，舌质暗红、苔黄腻，脉细弦涩。肝肋下1厘米，剑下2.5厘米，质中等。黄疸指数53，谷丙转氨酶<40，麝浊14，锌浊17，白/球蛋白3.2/3.5，蛋白电泳A57.5、γ24，HBsAg1：256以上，HBeAg阳性。西医诊断：乙型慢性活动性肝炎。辨证，肝郁脾虚，瘀血阻络，湿热稽留。治则：疏肝健脾，活血通络，清理湿热。处方：柴胡10克，青陈皮各6克，郁金10克，苍术6克，白术、苡仁各15克，半夏6克，党参15克，丹参30克，赤白芍各15克，地瞥虫10克，当归、泽兰各15克，茵陈、蛇舌草、蜀羊泉各30克、甘草6克。治疗过程中曾先后选用鸡内金、焦楂曲、枣仁、枸杞、石斛、桑寄生等随症加减，至12月29日肝功能：麝浊18，锌浊20，其余项目正常。治疗至1987年2月11日肝功能全部正常，白/球蛋白为4.4/3.0，HBsAg：1：128。2月26日肝功能保持正常，HBeAg阴性，蛋白电泳A60、γ18.5。3月1日近愈出院。按：该病例药用：柴胡、青皮、郁金疏肝解郁，苍白术、苡仁、陈皮、半夏、党参健脾化湿；丹参、赤芍、地鳖虫、当归、泽兰活血通络，茵陈、蛇舌草、蜀羊泉等清利湿热。治疗三月余，收到了良好的效果。

医案来源： 浦耀坤,.慢性肝炎“浊度”持续异常治验举隅[J].江苏中医.1988,(10):11-13.

51.患者史某某，女性，68岁，于2013年4月3日初诊。主诉：反复皮肤发黄、小便黄，伴腹胀痛1月余。患者于2013年3月初出现皮肤发黄、小便黄，伴腹胀痛，伴有恶心、呕吐，呕吐物为胃内容物，伴乏力、食欲不振，伴胸胀痛，舌质红，苔腻微黄，脉濡。患者体胖，平时嗜食肥甘厚味之品，无饮酒史。自身免疫性肝炎抗体测定示：ANA、SMA阳性。根据患者舌脉证，中医辨证为黄疸之湿重于热证，予茵陈五苓散加减，药用茵陈15g，茯苓9g，生白术9g，党参9g，泽泻9g，猪苓9g，石菖蒲12g，藿香9g，白豆蔻仁9g，丹参10g，柴胡9g，白芍9g。二诊：患者服上方7剂后皮肤黄染颜色变浅、小便颜色变浅，仍腹胀痛、胸胀痛，伴有恶心、乏力，无呕吐，可少量进食清淡食物，舌质红，有瘀斑，苔腻微黄，脉濡。原方加草果仁9g，滑石6g以增强利湿清热功效，加当归9g，川芎9g，赤芍9g以养血活血。三诊：患者服上方7剂后皮肤黄染消退，小便颜色正常，仍诉腹胀满、大便不实，仍乏力，口淡无味，舌质淡，有瘀斑，苔微腻，脉沉迟。中医辨证为脾虚湿盛、瘀血阻滞证，予参苓白术散加减。药用党参10g，茯苓9g，炒白术9g，泽泻9g，郁金9g，白豆蔻仁9g，丹参10g，薏苡仁9g，厚朴9g，白芍9g，当归9g，川芎9g，赤芍9g，白扁豆9g。四诊：患者服上方5剂后已无腹胀痛，无恶心、呕吐，进食已正常，身体痊愈。

医案来源： 任会远,朱叶珊.王国三经验治疗自身免疫性肝炎验案2则.光明中医,2016,(21):3194-3195

52.贺儿出生三日，即发生呕吐啡咖样液，夜啼，吮乳不多，出生十五天后，又出现面目皮肤黄染。儿科诊为新生儿肝炎，住院后，经中西医治疗十四天未效，出院后又到其他两个医院诊治一月，黄仍未退，乃求我诊治。视其面背而灰暗，巩膜深黄，少神，唇干，呼吸微弱微咳，指纹背，舌淡白。 据症分析，此儿黄疸系因其在母胎中即蕴湿热，生后复感风邪，致肺气不宣，肝失调达，湿遏热郁，三焦不利，胆火郁蒸，热越肌表而致。既病之后。又迭进苦寒药物，以致中土大虚。 治疗：先以宣肺为主，此通肺气以治肝之意，继以健中益脾，所谓执中州以运四旁，俾湿热下行。总之肺气得畅，肝气疏通，牌土健旺，黄退迅速。 处方：柴胡、苏叶、桑自皮、白芍各3克、茯苓6克、茵陈、麦冬各3克、甘草2克、陈皮3克。 连服二剂后，面黄减退，肤色转泽。鼻微阻，微咳，手纹青，续宜宣肺利胆益脾∶苏叶、桔梗、杏仁、桑白皮、麦冬、百部各3克、茯苓6克、山药6克、甘草2克。 服二剂咳止，面尚微黄，便泻好转，食差，发呕。拟益脾补土利湿为治。 党参10克、白术6克，山药10克、茯苓10克、木通3克、砂仁3克、麦芽6克、茵陈3克、甘草3克。 服二剂后，黄全退，精神好转，拟健脾和胃为主。 党参10克、山药15克、莲子10克、苡仁15克、麦冬9克、茯苓10克、麦芽9克、白芍6克、甘草2克、小枣10个 服三剂，面色光润，体长胖，遂痊愈停药。

医案来源： 孟文焕.新生儿黄治验[J].四川中医.1986,(05):25.

53.陈某，女，25岁，1993年6月18日初诊。患者妊娠9个月时，身目出现黄染，经住院治疗而愈。产后复发，先后予中、西药治疗达半年之久，自觉症状虽有好转，但肝功能终无改善。查血清总胆红素仍在37μmol/L，谷丙转氨酶2μkat/L左右。特求诊于陈教授。症见尿黄，头昏乏力，巩膜黄染，舌淡红，苔薄白，脉细微数。证属气血亏虚，湿热内蕴。治当补益气血，清利湿热。方用十全大补汤合茵陈蒿汤加味：党参、当归、熟地、川芎、赤芍各10g，茯苓、炒白术各12g，茵陈30g，丹参、炙黄芪、败酱草各20g，益母草15g，炙甘草8g，肉桂、大黄各6g。15剂，水煎服。1993年6月23日复诊：诉头昏减轻，精神转佳，尿时清时黄，余无异常。上方以四物易十全大补，赤芍加至50g，继服15剂。1993年7月8日三诊：目黄明显消退，小便色清，头昏消失。月经50余天未行，妊娠试验(+)。血清总胆红素19μmol/L，谷丙转氨酶1μkat/L。为保证疗效，嘱暂不作刮宫术。上方再服15剂。1993年8月10日四诊：诉已行刮宫术，按上方服完30剂，现自觉症状尚好。血清总胆红素<17μmol/L,，谷丙转氨酶0.33μkat/L。嘱服当归养血膏合逍遥丸以调理善后。随访半年，未见复发。按。本病乃产后气血亏虚，湿热之邪乘虚而入，蕴结于内，病中又孕，再行刮宫，犹如雪上加霜，非清利之品可除，扶正驱邪方为正治，故予十全大补汤合茵陈蒿汤加减，使正气得补，湿热得除而黄疸自愈。

医案来源： 何银柱.陈国权妇科杂病验案3则[J].国医论坛.1995,(03):30.

54.李×，男性，三十八岁，教师，黑龙江兆安县人。一九六四年四月十五日初诊。 该患于三年前患黄疸性传染性肝炎，经服茵陈蒿汤治疗，病情好转，又于二年前复发，曾服多种中西药，同年住院诊断为早期肝硬化。近日来，自觉两胁胀痛、腰酸痛、时而面部浮肿，失眠、多梦、咽干、鼻燥，时有鼻衄，头重脚轻、午后全身翕翕发热，喜冷饮，手足心热，大便时干时溏，小便黄赤灼热，时有嗳气、矢气，故来我处就诊。证见∶两肋胀痛，小腹下坠，纳呆，消瘦，全身乏力，神志尚好，面色红暗而黄，口唇红干，爪甲青紫，腹部膨隆，有血痣，右胁下肝大三指，脾大两指，舌赤尖红、无苔，脉沉弦有力。据此认定∶此乃病邪久居肝络，肝脉瘀阻所致之肝积也。法以行气活血、化瘀消积，佐以温补。药用∶党参15克，桑椹子50克，龟胶15克，甲珠15克，内金20克，郁金15克，牡蛎50克，鳖甲50克，三棱15克，莪术15克，水蛭5克，土虫10克，生地40克，水煎服。以此方加减，共服56剂，病告痊愈。按∶本病系病邪久居肝络，导致气结不行，络脉受阻，营卫失调，气化失权，水道不通，肝体受损而成。法取九攻一补之法。方中党参补阳益气;桑椹子、生地、龟胶养阴清热;甲珠活血化瘀，推陈致新;郁金破气行郁;内金运牌消积;三棱、莪术、水蛭行气破血、消积化瘀;生牡蛎、生鳖甲软坚化积。诸药合用共成舒肝理气、活血化瘀、软坚消积，九攻一补之效方。

医案来源： 南征,任喜尧,.任继学教授医案选[J].吉林中医药.1987,(02):4-5.

55.林某,男,45岁,1998年6月13日初诊。患者自诉两个月前无明显诱因,突然出现上腹胀痛,伴恶心呕吐,巩膜及全身皮肤黄染,当即在某医院经CT检查诊断为胰头癌。医院劝其手术治疗,但患者坚持不手术,只同意接受化疗。采用FAB方案化疗7天后,症状稍减,但感心慌气短,神疲乏力,遂要求用中医药治疗。刻诊:形体消瘦,巩膜及全身黄染,腹痛拒按,食入即吐,面色晦暗,肌肤甲错,皮肤瘙痒,小便赤黄,大便干结,舌质暗红有瘀斑,苔黄腻,脉弦滑而数。证属气血两虚,脾虚肝郁,湿热毒邪凝结中焦。治宜补益气血,健脾疏肝化瘀,佐以清热利湿解毒。方用自拟喜树抗癌汤,处方:黄芪20g,当归10g,赤芍药30g,虎杖20g,喜树15g,茵陈30g,大黄10g,郁金10g,金钱草30g,半枝莲30g,龙葵100g。水煎服,每日1剂。同时加用中药散剂:黄芪50g,当归50g,水蛭30g,炮山甲50g,竹节人参100g,喜树100g,龙葵100g,绞股蓝100g,大黄50g,西洋参100g。上药共研细末,每日3次,每次服用10g。患者用上方治疗1个月后,症状明显减轻。继用原方调治,半个月后黄疸全退,饮食增加,腹痛基本消失。改用丸剂治疗,以巩固疗效。药用:西洋参100g,何首乌100g,当归100g,三棱100g,莪术100g,喜树100g,龙葵100g,赤芍药100g,土茯苓100g,半枝莲100g,砂仁50g,炮山甲100g,田七粉100g。上药共研细末,炼蜜为丸,每日3次,每次服用10g。患者坚持服药治疗,又存活了4年。

医案来源： 赵晓琴,.赵昌基用中草药治疗肿瘤的经验[J].上海中医药杂志.2006,(08):23-24.

56. 赫某，男性，45岁，课题病历号YC015。患者因肝病10年，近日乏力，纳差，身目发黄5天收入院。一诊：（2005年11月11日）检查：ALT1243U/L，TBIL10.53mg/DL，PTA：29%，B超：弥漫性肝病表现，脾大，胆囊炎，胸腔积液少量。主症：乏力、纳差。望诊：面色晦暗，身目发黄，舌质暗红，边有齿痕，苔白厚腻并罩以黄苔，舌下静脉增粗，脉沉细无力。辨证：脾虚湿热，瘀血发黄。立法：益气升阳，健脾化湿，兼以清热凉血，化瘀退黄。药物：生黄30g，升麻15g，葛根1g5，苡米30g，佩兰12g，杏仁10g，茵陈80g，栀子6g，生大黄10g，赤芍30g，丹参20g，桃仁10g。每日一剂，服14剂。二诊：（2005年11月21日）纳差消失，尿黄、乏力好转，舌质暗，苔黄厚，脉滑数，复查：ALT166U/L，TBIL7.24mg/dl，PTA84%。继守前方，加草河车20g，连翘20g以助解毒。再服14剂。三诊：黄疸消退，体力好转，脉滑，舌尖红，舌根苔黄厚腻，化验：ALT41U/L，TBIL1.77mg/dl，PTA94%。前方法去茵陈、栀子、大黄，加白蔻6g。再服14剂，以保胃气而善其后。体会：此例属疫毒而发“瘟黄”，亦称“急黄”。一则因舌质暗红，苔黄厚腻，舌下静脉增粗，而投茵陈蒿汤加赤芍、丹参、桃仁，清热解毒、凉血化瘀，以期快速截断扭转病势；二则阴乏力，脉弱无力，舌边有齿痕，而投黄芪、升麻、葛根益气升阳，以期逆流挽舟；兼投苡仁、佩兰、杏仁化湿畅中，使脾升胃降，运化有权，属“治肝当先实脾”，以开气血生化之源，培土荣木以使血充肝体得养，气足肝用得益，“体用同调”而收效。

医案来源： 钱英肝病经验传承体会[J].中华中医药学会第十三届内科肝胆病学术会议论文汇编.2008,:34-39.

57.杨某,男,42岁。因乏力、纳差、尿黄半月,身目黄、腹胀1周入院。患者半月前因劳累出现乏力、纳差、尿黄色如浓茶,伴恶心呕吐,在当地医院以“急性黄疸型肝炎”诊治,予保肝、支持和对症治疗10余天,病情加剧。1周前,患者出现身目黄、腹胀,遂转入我院。现症:身目俱黄,其色如橘,尿黄色如浓茶而少,腹胀,烦躁不安,肌肤瘀斑,间断鼻衄,大便干,舌质红、苔黄微腻,脉弦细而数。既往史:有乙肝病史10余年,无输血及血制品史。体格检查:患者神志尚清,精神差,反应迟钝,皮肤及巩膜重度黄染,颈、胸前可见多枚蜘蛛痣与瘀斑,肝掌征(+),莫菲氏征(±),腹部移动性浊音(+),双下肢轻度水肿,扑翼性震颤征(+)。入院检查:血常规:WBC3.1×109/L、PLA78×109/L；肝功能:TBiL248.01μmol/L、DBiL165.29μmol/L、ALT545u/L、AST604u/L、A30g/L、G32g/L；PT23.7S、PTA32%；HB-sAg(+)、HBeAg(+)、抗-HBc(+),HBV-DNA7.4×106copLes/ml；B超示:肝硬化腹水,胆囊壁增厚,脾大。中医诊断:急黄(湿热疫毒,内伤营血)；西医诊断:乙型病毒性肝炎慢性重型合并腹水肝性脑病。治以:清热凉血解毒,化痰开窍醒脑。方药:水牛角、茵陈各30g,大黄10g,黄连6g,山栀15g,生地12g,赤芍60g,金银花、连翘各12g,蒲公英30g,半夏12g,石菖蒲10g。诊治经过:按上方服药15剂,配合西药抗炎、保肝、利尿和支持治疗,病情逐步稳定。后守上方去水牛角、黄连,又随证加减,继续服用3月,肝功能恢复正常。半年后多次复查,患者肝功能均正常。

58.刘姓女患，年令41岁，罹患慢性肝炎十余年，半年前出现腹水目黄肝掌，在当地县医院检查确诊为肝硬化而住院治疗、经用中西药后腹水得消，出院五天腹水又增多，腹大如鼓再治无效。送哈市医治途中投亲前来就医收住院治疗，查;面色晦暗灰黄，目黄，神疲纳差，畏寒肢冷，胁下疼痛，月经半年未至，舌淡，苔白滑，脉沉细无力，体重118斤，腹围100厘米、肝大右肋下4厘米，脾大下缘达脐。证属肝气虚、脾阳衰、水湿不得消利，加之过服寒凉之品致使寒凉助凝，瘀不得化水不得消。拟温阳利水益气活血之法，处方∶附子10克（先煎）、红参15克，水红子50克、大腹皮25克、白术20克、黄精20克，赤芍15克，鸡血藤30克，三棱10克、文术10克、瓦楞子30克、郁金10克、元胡10克、姜皮10克。服药后尿量增多腹水渐消，食纳略增，肝区疼痛减轻，服药十二剂月经转复，四肢仍觉发凉。二目微黄，脾大小同前。脉细，舌质淡，舌苔白润，再进前方加茵陈蒿25克、陈皮15克、丝瓜络5克服药2个月，并用生甘遂未25克、荞麦面50克，陈醋适量调敷脾处，敷一天停三天。腹水、黄疸全部消退，腹围85厘米，体重104斤，肝右胁下1.0厘米，脾左肋下4.0厘米，改服丸剂回当地休养治疗。半年后来信说身体状况良好，已停用药。今年夏季来绥化探亲，又顺便到我处致谢，告2年来病情无反复。

医案来源： 吕永谦,吕永歧,吕淑敏,.运用温运脾阳法治疗肝硬化的点滴体会[J].黑龙江中医药.1985,(01):33-34.

59. 罗xx,女,30岁,1970年8月14日就诊。患者于1970年7月,出现发热,身黄,呕吐,纳呆,口渴,右上腹痛,尿黄,肝肿大,经某县医院治疗无效而转省级某医院及某军医院,住院治疗。疑为①肝癌、②肝脓疡。医治月余,因病势日趋危笃而出院,后求治于余。症见高热40.5°C,神昏不语,身目深黄,肢冷,大便秘结,小便深黄,脉弦数,舌赤,苔黄厚而燥。辨证为肝胆湿热,热重于湿。用凉膈散加减:大黄15克、芒硝10克(冲服)、竹叶8克、桅仁15克、连翘12克、黄芩12克、茵陈30克、银花15克、蒲公英30克、虎杖30克、六一散30克,一剂后大便行,热稍减;复进第二剂,神志转清,诸症大减;再服二剂,食欲增进,每餐可进食2两。只精神疲倦,口稍干,尿稍黄,右上腹轻痛,脉弦稍数,舌偏赤,苔黄润,黄疸基本消退,体温37°C。考虑余邪未尽,正气亦衰,拟竹叶石膏汤加减:人参6克、竹叶10克、麦冬12克、半夏10克、茵陈30克、虎杖30克、黄芩12克、淮山15克、栀仁12克、连翘12克、甘草6克。三剂后,复诊,一切均正常。三年后施行了胆囊摘除术,至今追访,情况良好。按:此病为肝胆湿热久郁,未得及时宣泄致上、中、下三焦邪热炽盛,故高热;湿热浊邪蒙蔽清窍,故神昏;发黄为胆液外溢;便秘乃腑气不通;肢冷为热深厥深。前方为清热、利湿、凉隔通腑之品,釜底抽薪,热邪下泄,故效如桴鼓。

医案来源： 张恩麟.重症肝胆湿热证治验[J].四川中医.1985,(10):10.

60. 张XX,男,45岁,新民堡乡农民,于1978年仲秋就诊。患者牙目发黄,腹大如鼓,青筋隐现,按之疼痛,摇之有水声,胸憋气短促,思食而不能进,稍多食则胀满加剧,大便四、五日不行,小便短赤,舌质暗红,苔黄腻,脉滑数。经超声波检查:肝肋下0.6厘米,肝上界第五肋间,肝厚度11厘米,稀疏微小波肝下水一厘米;脾肋下4.5厘米,脾厚度6厘米。肝功能未见明显改变,但乙肝表面抗原为阳性。乃因湿热蕴结困脾,情志抑郁,气机阻滞,使肝失调达,脉络瘀阻遂发本病。幸得素体健壮,病系初得,其势重笃,邪实为急,经云:“中满者泻之于内,”法当通腑泻热,疏导气机,荡涤湿邪,排除毒热。处方:茵陈30克,山栀10克,醋军20克,虎杖25克,姜扑12克,枳实10克,莪术10克,猪苓15克,木通10克,水煎服日二次,连服三剂。复诊,药后下便日三行,尿量增多,胀满锐减,精神好转,食欲增进,效不更方再进三剂,患者更感腹内松快,此症已衰其半,继守原方出入,连服二十余帖,黄疸腹水全消,肝脾触之均有回缩,为巩固疗效,去邪务尽,再拟加味复脉散以缓图之。处方:土炒党参30克,炙䗪虫25克,炙鳖甲30克,川军炭15克,元胡15克,牡蛎30克,土炒白术30克,云苓30克,刮郁金15克,枳壳20克,鸡骨草30克,丹参20克,生地15克,白芍30克,佛手片30克,共为细面每次6克,日三次。经复查基本全愈。重视将息合养,其病未犯。

医案来源： 齐振江,.脾胃学说的临床运用三例[J].内蒙古中医药.1986,(03):14-15.

61.张××，男，60岁，内蒙林业局工程师。该患阵发性右上腹痛伴鸣心厌油十年，两年前疼痛加剧，伴有发烧，周身黄染，去北京医院就诊，该院以胆囊炎胆结石施行胆囊切除手术，术后两年尚好，一个月前因闪挫上腹部又发疼痛，逐渐加重，伴发烧，继之周身黄染，并不断加深，病情同术前。周旋几家西医院，均拟手术治疗，患者恐于二次手术，故求诊于中医。 初诊∶证见身目发黄，其色如橘，往来寒热，右胁刷痛，腹皮微急，按之痛剧，胁下痞块，固着不移，呼心欲吐，大便秘结，色如陶土，小便短少，其色红赤，心中奥侬，口苦咽干，舌质红，苔黄腻，脉弦数。体检∶体温39℃，脉搏116次/分，右上腹压痛，反跳痛，轻度肌紧张，肝大右肋弓下2.0Cm，墨非氏征（+），血白细胞23000，血胆红质4.1mg%，凡登白反应直接间接均阳性，B超胆管结石2.1×0.5cm，肝脏增大。诊断：胆管结石胆道感染伴阻塞性黄疸。辨证：本证乃肝气郁滞，郁久化热，热郁少阳、阳明，熏蒸肝胆，胆道不畅，胆液郁而外溢，成阳黄之证。治宜疏肝泻热，利胆退黄。处方大柴胡汤加茵陈蒿汤，柴胡20克、黄芩20克、枳壳15克、芍药15克、半夏15克、郁金15克、大黄15克、栀子15克、茵陈15克、胆草15克、金钱草20克、海金沙20克。浓煎内服。 二诊：服上方六剂，身热全退，黄色大减，胁痛减轻，腹皮柔软，大便微溏，其色正黄，小便黄赤，呼心消失，进食少增，但仍有身目微黄，右胁胀痛，痞块未消，心烦口渴，小漫黄赤，舌质红，舌苔黄，脉弦滑。体检∶体温36.5℃，脉搏92次/分，腹部柔软，肝大同前，压痛明显，血白细胞7400，血胆红质2.5mg%，B超胆管结石消失，肝大肝内胆管散在结石，最大8mm，辨证∶邪热大去，余热未清，肝气郁滞，血淤胁下，痞块不除。治宜疏肝利胆，活血化淤。处方膈下逐淤汤加减。柴胡20克、黄芩15克、郁金15克、枳壳15克、胆草15克、丹参15克、红花15克、桃仁15克、金钱草15克、内金15克、海金沙15克、党参10克。水煎内服。 三诊;上方连服八剂，身黄全退，胁痛消失，痞块已散，溲便如常，食欲大增，但仍感病后体虚，头晕目涩，气短乏力，两目干涩，动则汗出，面色萎黄，舌质淡，苔微黄，脉弦细。体检∶肋弓下未触及肝缘，血胆红质0.7ug%，B超肝大小正常，肝内结石消失。辨证∶大病初瘥，气血不足，热郁日久，肝脾不和，治宜养血柔肝，健脾益气，兼清余热，处方消遥散加味，柴胡15克、黄芩10克、当归15克、白芍15克、黄芪20克、党参15克、白术15克、云苓15克、陈皮15克、胆草15克、杞果15克、生草10克、连服五剂。 按;该患素体肝郁气滞，疏泄不利，胆失清降，胆液郁滞，久而化热，炼液成石，阻塞胆道，胆液失泄，溢于周身，而成黄疸，肝郁气滞，血行不畅，血淤胁下，而成积证，且胆液、胆石、淤血互结，郁久化热，热炽少阳、阳明，冲斥全身，正乃仲景之少阳阳明合病之证。"太阳病，过经十余日，反二三下之，柴胡证仍在者，先与小柴胡汤，呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈。"以及"伤寒七八日，身黄如橘色，小便不利腹微满者，茵陈蒿汤主之。"故选用大柴胡汤合茵陈蒿汤加减，以疏肝泻热，利胆退黄，连服数剂而奏效。

医案来源： 孙建实,.郑玉清治阳黄一例[J].中医药学报.1987,(02):49.

62.吕某，女，46岁，住院号：229489。患者于2014年7月16日出现身目小便黄染，于当地医院就诊，查肝功TBIL164.91U/L，ALT185U/L，AST324U/L；CT示：肝脾肿大，门脉高压。经治疗病情无好转。后就诊于北京某医院，肝穿结果示：条索状肝组织，肝小叶结构尚清，肝细胞广泛浊肿变性，显著淤胆及部分脂肪变性，可见点灶状坏死，肝窦扩张，汇管区纤维组织增生及散在淋巴细胞浸润；免疫组化示：CD20(散在+)CD3(散在+)CD68(散在+)；彩超示：肝大，门脉内经增宽，脾大，盆腹腔积液，肝门低回声。诊断：血卟啉病，肝硬化、活动性、门静脉高压。给予西药护肝、退黄及糖皮质激素治疗，黄疸进一步加深，腹水加重。2014年9月29日入住我院治疗，症见：身、目重度黄染，腹大胀满，纳差，恶心，口干而苦，极度乏力，小便量少、色如浓茶，大便色黑，舌质紫暗，苔黄腻，脉弦滑。复查肝功：TBIL485.0μmol/L，DBIL302μmol/L，ALT161U/L，AST300U/L，ALB29.4g/L，ALP223U/L，GGT365U/L，TBA101.8μmol/L，ADA19.0U/L；肝炎病毒血清学标记物：均阴性；凝血四项：PT14.6s，PT%72.2%，TT23.4s；血常规：WBC2.84×109g/L，RBC2.72×1012/L，HGB68.2g/L，PLT21.40×109/L；大便潜血：阳性；彩超：提示肝硬化、脾大、大量腹水。辨证论治，本血卟啉病患者主要表现为身、目、小便黄染，伴有腹痛，党中勤教授根据患者的症舌脉表现，结合辅助检查，认为中医诊断：黄疸（肝脾血瘀，湿毒内蕴），积聚，鼓胀；西医诊断：肝性血卟啉病，肝硬化活动性失代偿期，腹水、门静脉高压、脾肿大、脾功能亢进、上消化道出血。党师认为本病的总病机在于湿阻中焦、气机升降运化功能失常，而致经脉不通、血液凝滞、胆汁外溢，认为湿阻血瘀为本病最根本的病因。各医家对此均有论述，正如《金匮要略》所言“黄家所得，从湿得之”、“脾色必黄，瘀热以行”。古人认为此病始得于湿，湿从火化，使气不得行、血不得化，瘀热互结，致周身黄染及腹痛等症状。党师认为患者的病因与湿、瘀等因素致腠闭窍阻最为密切。进而验证《伤寒论》曰：“此为瘀热在里，身必发黄”之述。因此，吾师考虑本病治疗以祛邪为第一要务。如《灵枢·百病始生》所言：“湿气不行，凝血蓄里而不散”，祛湿以通利小便为重要治法，佐以活血化瘀。小便通利，不仅能排泄湿邪，也使血瘀之邪驱之有路，后世温病学家有“渗湿于热下，不与热博，势必孤矣”之说。湿热之邪致病缠绵不愈，且病情复杂多变，如若先驱之湿邪，败其一方，热邪无依附之势，必使此邪消弱。综上所述，吾师根据多年临证经验结合本病的特性，治疗以利湿退黄、活血祛瘀为主、佐以健脾理气的原则，中药以茵虎汤[2]为主加减：茵陈30g，虎杖25g，茯苓25g，猪苓15g，车前子30g（包煎）、大腹皮20g，石菖蒲15g，郁金15g，桂枝10g，生白术15g，绞股蓝15g，制附片6g，生薏苡仁30g，白茅根30g，红景天15g，鸡内金15g，炒莱菔子18g，焦三仙各15g。采用机器煎药，每次150ml，每日2次；同时配合中药退黄灌肠液保留灌肠及西医护肝、止血等措施，患者病情逐渐稳定；2014年12月8日复查肝功回示：TBIL152.7μmol/L，DBIL88.9μmol/L，ALT37U/L，AST111U/L，病情好转出院。后继续给予健脾化湿、软坚散结中药维持治疗。2015年4月15日复查肝功：TBIL49.5μmol/L，DBIL26.7μmol/L，ALT34U/L，AST59U/L，ALB33.6g/L，ALP163U/L，GGT232U/L；凝血四项：PT11.80s，PT%96.50%，INR1.05，APTT34.70s；彩超检查：提示肝硬化、脾大，未见腹水。

医案来源： 谢莉，党中勤.中国中医药现代远程教育，2016，(13):71-72

63.杨某某,女,80岁,汉族,患糖尿病十余年,帕金森氏病六年,身黄、目黄二十余天。2002年5月17日就诊。患者自诉;2月前不慎跌倒,左肱骨上段粉碎性骨折伴左肩关节脱位,经某医院肩关节复位,行小夹板固定术,外敷中药散剂(药物不详),内服活络血竭胶囊(该院自制),近20余天出现皮肤发黄,小便深黄,厌食呕吐。于7天前入某院住院治疗,病情加重,自动出院前来就诊。症见巩膜黄染,面色萎黄黯黑,身热汗出,手足肘膝以下不温。自觉时有气从少腹上行撞心,胃中灼热隐痛,饥不欲食,呕吐、嗳气,小便黄如菜油色,大便稀溏,舌质淡,苔白滑腻,脉沉无力。肝功化验:TB1L421.3μmol/L、DB1L411μmol/L、IB1L10.3μmol/L、TP74.7u/L、ALB47.7u/L、GLB27.6g/L、A/G1.7、ALT617u/L、AST257.8u/L、GGT397.2u/L、ALP400u/L;乙肝两对半化验:HBSAg阴性,抗-HBS阴性,HBeAg阴性,抗-HBe阴性,抗-HBC阴性,抗-HBC-1gm阴性。病毒血清载体HBV-DNA<1000拷贝/毫升。B超提示:肝斜径14cm+-,实质回声密集增强,未见占位,胆囊显示不清,前后径3.0cm+-胆壁偏厚,胰腺形态大小正常,实质回声均质,脾脏肋间厚小于4.0cm,肋下未扪及。CT16层平片胰腺萎缩,胆囊未见显示。心电图:窦性心律,电轴左偏10度,低电压。小便常规:尿胆原(UBG)noema137.4μmol/LBD1+-,胆红素(B1L)Neg21.7μmol/LPR01+-治疗以温中祛寒,除湿退黄为要,方选四逆汤合茵陈术附汤加减:附子30g,干姜10g,炒白术24g,灸甘草10g,茵陈18g,苡仁18g,肉桂10g,太子参24g,郁金12g,醋柴胡12g。方中附子、干姜、肉桂为君,大辛大热之品直折里寒,温中暖土,即“寒湿中求之”本意;白术、太子参、灸甘草甘温益气健脾,助运化而强中,使受纳有权则生化不息;茵陈、苡仁除湿退黄;郁金、醋柴胡疏肝条达,调畅气机,化瘀行滞。全药组方合剂,煎汤入胃,一日3次温服,夜一服,一日一剂,嘱服21剂。6月7日复诊:黄疸明显减退,小便淡黄,呕吐,嗳气已止,大便微溏,能食,汗止,精神好转,手足微温。仍纳少,口微渴,气上撞心,舌质淡红,苔薄白,脉沉弦。此症虽里寒渐去,脾阳渐复,但口微渴,气上撞心未减,其病兼有寒热错杂,厥阴病未除,厥阴属肝,肝主疏泄,调畅气机,参与脾胃运化机能,邪入厥阴,一方面气郁化火犯胃而为上热,一方面肝气横逆伐脾而为下寒,气郁化火灼伤津液而消渴,胃热循经上扰则气上撞心。故方用化肝煎加味:陈皮6g,青皮12g,白芍24g,丹皮6g,茯苓12g,白术24g,栀子6g,柴胡12g,黄连6g。方中柴胡、栀子、青皮、黄连泄肝和胃,清热生津止渴;白芍、丹皮柔肝缓急抑木,茯苓、白术除湿温中。此方寒热并投,共服14剂。6月22日复诊,黄疸退尽,口不渴,心平气和,食欲好转,伴有食后腹胀,下肢浮肿,小便少,舌质淡,苔薄白,脉沉滑,投胃苓汤加味:厚朴18g,陈皮6g,白术12g,灸甘草6g,大枣12g,生姜3片(自加),萆薢18g,桂枝12g,泽泻12g,猪苓12g,茯苓12g,苡仁18g,温中健脾,利水消肿,处方七剂。7月1日再诊,患者除手足震颤外,余未见不适,肝功复查:TB1L11.8μmol/L、DB1L2.2μmol/L、IB1L9.6μmol/L、TP74.4u/L、ALB47.7u/L、ALB47.1g/L、GLB27.6g/L、A/G1.7、ALT27.2u/L、AST37.8u/L、GGT34.1u/L、ALP55.3u/L肝功正常,病已痊愈。处六君子汤善后,嘱服七剂。随访3月未见异常。

医案来源： 马建立.重症肝损伤一例治验.贵阳中医学院学报,2010,32(2):58-59

64.李某，男，52岁，1999年3月17日初诊:患者1987年曾患乙肝，治疗1个月后症状好转。2个月前出现疲乏、肝区不适、腹胀纳呆而收住入院。半个月来腹部胀满明显，皮肤及巩膜黄染，四肢困乏，肝功能异常。B超示肝内弥漫性病变，肝硬化失代偿期并有腹水，腹围为108cm。症见患者腹部胀满如鼓，皮肤巩膜黄染，烦躁口渴，渴不欲饮，纳差，夜寐尚可，二便调，舌质红，苔薄黄，脉弦，证属湿热蕴阻，先拟清热利湿、气化行水。拟方:茵陈30g，炒山楂10g，秦艽10g，丹参20g，生地15g，赤芍20g，云苓15g，枳实12g，木香6g，泽泻15g，制大黄3g，葶苈子10g，12剂水煎服。二诊:患者精神尚好，面部皮肤黄染明显消退，巩膜黄染依旧，腹部胀满减轻，腹围减为84cm，苔薄白舌质红，脉弦。继拟上方加味:茵陈30g，炒山楂10g，葶苈子10g，制大黄3g，防己12g，川椒目3g，丹参30g，丹皮12g，赤芍30g，云苓15g，泽泻15g，灸鳖甲15g，白茅根15g，15剂水煎服。三诊:上方加减治疗1个月黄疸基本消退，腹胀明显减轻，但腹水退而未净(腹围79cm)，口干纳佳，舌脉如前，血象检查除血红蛋白偏低外，肝功能基本正常。因患者家居较远，要求带药回家治疗，故用攻补兼施法。补方:生熟地各20g，山药15g，山萸肉12g，炙鳖甲20g，当归12g，白芍12g，首乌15g，丹参15g，云苓10g，生甘草6g。攻方:柴胡12g，赤芍15g，枳实12g，防己12g，葶苈子12g，大黄10g，茵陈20g，云苓15g，生甘草6g。嘱上述两方每日交替服用并合理营养，继续休息，坚持治疗，定时复查。

医案来源： 周俊文,李爱云.李爱云教授从肝论治椎基底动脉供血不足临床体会.亚太传统医药,2017,(24):101-102

65.患者于某，女，45岁，2014年6月23日初诊。主诉：半年前口服含有何首乌成分的保健药品后，出现小便黄，伴有乏力、腹胀、纳差，大便不畅，舌红，苔黄腻，脉弦。查ALT：406.0U/L;AST：600.0U/L;TBIL：143.5μmol/L。西医诊断：急性药物性肝炎;中医诊断：黄疸。证型：肝胆湿热。治法：清热祛湿，健脾和胃，解毒调肝。处方：元明粉30g，滑石30g，茯苓15g，甘草8g，大麦8g，7剂，水煎，日1剂，分两次温服，并嘱患者停用保健药品，清淡饮食。2014年7月2日复诊：患者服药后症状明显减轻，乏力、腹胀减轻，大便正常，小便微黄，舌红，苔微黄，脉弦。改变原方剂量：元明粉15g，滑石15g，茯苓10g，甘草6g，大麦6g，14剂，水煎，日1剂，分两次温服。共治疗21天，治疗结束后7天随访，未见复发。按语：药物性肝损伤常以急性者居多，机体正气不足，气机逆乱，不循常道，升降失司，疾病乃生。损肝药物作为外来毒邪，首先影响中土脾胃，土失斡旋，脾虚不运，助湿生热，进而影响肝胆，肝气不升、胆气不降。肝失疏泄，则身目发黄、胁肋疼痛;胆失排泄，则口苦口干;肝郁脾湿肠燥，则大便秘结，日久必累及心肾。其基本病机可以概括为：湿热毒邪蕴结、肝脾不调，其病位在肝胆，与脾胃、心肾等脏腑密切相关。根据各药配伍，协调相助，以气机升降为纲，恢复人体自身气机周流之势，以调理中焦枢机、清热祛湿、健脾和胃、解毒调肝为纲，大气一转，其气乃散，使全身一气之周流畅通，水湿糟粕各行常道，则该病诸症皆除。

医案来源：刘玲,李凯.牛学恩教授治疗急性药物性肝损伤经验举隅.中国民族民间医药,2016,(12):78

66.[古今医案云平台](http://tcm.ckcest.cn/) 杨某,男,51岁,工人。住院号22327。因反复乏力、腹胀,身、目、尿黄2年,再发并加重10天于2005年5月3日入院。入院时体征:慢性肝病面容,前胸散在蜘蛛痣,肝掌征明显,舌黯红,苔白,脉弦滑。ALT186U/L,AST250U/L,Alb34.6g/L,Glb51.0g/L,TBil166.7μmol/L,DBil79.2μmol/L,TBA261μmol/L,PT20.3秒,HBVDNA4.5×10⁶copies/ml。B超示:慢性肝病,脾肿大,胆囊继发性改变,腹腔少量积液。入院诊断:乙型肝炎肝硬化,活动性,失代偿期;慢性重型肝炎,早期。入院予拉米夫定片、优思弗、苦黄针、甘利欣针、安体舒通片、双氢克尿噻片、白蛋白、血浆等治疗。中医诊断:黄疸:阴黄(肝脾两虚,湿浊夹瘀型)。中医治拟健脾养肝、化湿解毒、活血化瘀。到5月底患者仍觉乏力、腹胀、抑郁失眠、夜间双下肢抽搐等。舌红,苔少,脉弦细。ALT53U/L,AST72U/L,Alb29.6g/L,Glb39.9g/L,TBil134μmol/L,DBil58.6μmol/L,TBA49.5μmol/L,CHE1440U/L,PT21.4秒。余予益气升阳、化湿通络等治疗,拟方:炙黄芪,茵陈各40g,桂枝5g,葛根、牛膝、女贞子、茯苓各30g,赤芍、白芍各20g,当归、郁金、炒麦芽各12g,木瓜、白术各15g,川芎、炙甘草各8g。水煎服,2次/d。8月18日查肝功能:ALT35U/L,AST53U/L,Alb32.5g/L,Glb34.9g/L,TBil79.9μmol/L,DBil39.3μmol/L,PT15.8秒,CHE18.1U/L,症状明显好转于8月20日出院。继续坚持服用拉米夫定,间断服用健脾养肝活血软坚汤药,9月10日查TBil46.2μmol/L,DBil21.0μmol/L,Alb39.6g/L,Glb33.5g/L。HBVDNA5.4×104copies/ml。2006年5月26日复诊:自觉腹胀乏力症状不明显,精神食欲尚可,大小便正常。肝功能ALT、AST正常,Alb39.0g/L,Glb38.0g/L,TBil35.7μmol/L,DBil9.5μmol/L,HBVDNA1.0×103copies/ml。2007年5月随诊,患者自觉症状不明显,查肝功能正常,HBVDNA转阴。

医案来源：茹清静,.慢性重型肝炎辨阴黄阳黄验案4则[J].中西医结合肝病杂志.2007,(06):369-371

67.王某，男，48岁。肝移植术后14个月，门静脉血栓形成9个月余，2009年4月16日由肝移植科送来就诊。证见身、目发黄，黄色黯滞，神疲乏力，腹胀不食，朱砂掌，舌质黯，胖大，有裂纹，苔黄厚，脉弦涩。中医诊断：黄疸。证属胆瘀湿蕴，脾胃虚弱，治以清热利湿，活血化瘀，健脾和胃。药用：田基黄36g，茵陈24g，炒栀子12g，炙大黄(另包后下)3g，赤芍12g，北柴胡6g，郁金12g，生薏苡仁15g，蒲黄12g，五灵脂12g，丹参15g，生甘草6g。7剂水煎服。2009年4月30日再次就诊，身黄消退，朱砂掌消退，目仍黄，仍觉神疲乏力，腹胀不食，舌质淡，胖大，脉微弱弦。虽瘀去黄消，因其病久，脾胃运化功能未立健，故去蒲黄、五灵脂、丹参、加砂仁(后下)3g，生山药15g，茯苓15g，白芍12g，以健脾和胃利湿。14剂水煎服收功。按患者病程长达1年多，湿热毒邪久留不出，熏蒸胆液入营血致身目发黄，营血瘀滞，故见黄色黯滞，朱砂掌，舌质黯，脉涩乃一派胆瘀湿蕴之象。久而不消，蕴结中焦，脾胃运化失司，不能布散津液，故见神疲乏力，腹胀食少，舌质胖大。本病实乃湿热蕴结，久而瘀滞，牵及脾胃。初诊在田基黄加茵陈蒿汤基础上加蒲黄、五灵脂、丹参、赤芍增加活血化瘀之力，使瘀出黄退；加北柴胡，郁金疏肝理气，使气达则瘀去黄消。二诊则是减活血化瘀之药添加砂仁、生山药、茯苓、白芍以加强健脾和胃之力，初诊后使实邪从大便而下，二诊添加补益健脾胃药使健补而不寇留实邪，故21剂后收显效。

医案来源： 许建阳治疗肝移植术后并发黄疸举隅.段灿灿，李东红，荆慧娟，等.辽宁中医杂志，2010，37(5)：936-937.

68.张某某，男，28岁，鱼洞街道人，1999年1月23日初诊，患者因慢性重型肝炎、肝硬化失代偿、门脉高压在重庆医科大学附属医院住院40天，行人工肝抢救治疗后出院。现巩膜轻度黄染，少量衄血，纳呆，腹胀，双踝以下凹陷性水肿，大便先干后稀，日行1～2次，小便黄，苔少质红，脉沉细。曾有急性黄疸型肝炎及乙肝病史。腹部B超示：少量腹水，肝脏呈锯齿样改变；脾大，肝肋下4cm。实验室检查，肝功示转氨酶升高，白球比倒置。药用：龟板10g；知母10g；黄柏10g；太子参20g；黄芪20g；白术10g；防己10g；茵陈15g；丑牛20g；青蒿10g；生地10g；牡丹皮10g；金钱草10g；鸡内金10g，五剂。1999年1月29日复诊，药后大便正常，纳食增，未衄血，但右胁胀，小便微黄，苔少脉细。继用上方，加枳壳10g，白芍10g，七剂。1999年2月10日复诊，药后胁胀矢气舒，伴耳鸣，今晨少量鼻衄，苔少、中心有裂纹。药用：太子参20g；枸杞15g；麦冬15g；五味子10g；车前草10g，山楂20g，建曲20g丑牛20g；丹参10g；三棱10g；莪术10g；当归10g；郁金6g；青皮10g；甘草6g，十剂。1999年2月22日复诊，诸证渐已，伴眠差多梦，苔薄白质红，脉细。查肝功正常，球蛋白轻度偏高。继用上方，加枣仁10g，龙骨20g，牡蛎20g，十剂。1999年3月3日复诊，诸证渐已，惟感精力不济，苔薄白质红，脉细。药用：红参20g；麦冬15g；五味子10g；龟板10g；生地10g；知母10g；黄柏10g；黄芪30g；白术10g；山楂20g；建曲20g；三七10g；茵陈10g；车前草10g，十剂。1999年3月15日复诊，精力好转，余无所苦。后以上方随常上班，戒酒。五年后随访未复发。

医案来源： 刘陈,.陈功泽治疗肝病的经验[J].科学咨询(科技·管理).2019,(10):65-66.

69.吴某某，男，39岁。2007年5月15日诊。患者因“乏力、身目黄染1月”入院，有慢性乙型肝炎病史，无规则诊治。2000年曾在当地医院服用拉米夫定治疗，治疗1年后自行停药，停药后未行诊治。2007年4月，患者劳累后出现乏力，身目黄染，胃纳差，在当地医院查肝功能：ALT536U/L，AST359U/L，TBIL135μmoL/L，两对半：乙肝大三阳。为求进一步诊治，遂至我院肝病门诊求治，并收住入院。入院时患者面色晦暗，身目黄染，色如烟熏，身倦乏力，脘腹胀闷，胃纳差，胁刺痛，小便黄如浓茶，大便溏薄，每日3～5次，舌暗淡、边尖齿痕、有瘀斑、苔黄白相间厚腻，脉弦紧滑。查肝功能：ALT856U/L，AST637U/L，ALB34g/L，TBIL235μmoL/L；凝血：PT18.2S，AT53%。中医诊断：黄疸—阴黄（脾虚湿阻夹瘀）；西医诊断：慢性重度乙型病毒性肝炎。予生脉针静滴益气，促肝细胞生长素针静滴促进肝细胞生长，肝安针、甘利欣针静滴护肝，八宝丹胶囊口服活血退黄，中药以茵陈术附汤加减。处方：茵陈15g，白术30g，苍术15g，熟附子5g（先煎），白芍10g，桂枝5g，细辛3g，鸡内金15g，丹参15g，北芪30g，枳壳10g，柴胡5g，甘草5g。常法煎服。服药1周后，患者自觉诸症减轻，胃纳有所改善，舌暗淡、苔白腻，脉沉弦滑。效不更方，将桂枝用量加大至10g，继服7剂。又服药2周后，复查肝功能：ALT225U/L，AST127U/L，ALB36g/L，TBIL135μmoL/L；凝血功能：PT16.8S，AT62%。原方继续加减治疗4周，患者诸症消失，复查肝功能：ALT85U/L，AST54U/L，ALB39g/L，TBIL63μmoL/L；凝血功能：PT14.8S，AT72%。遂予以出院，嘱门诊继续调治。

医案来源： 池晓玲运用经方治疗黄疸验案举隅.萧焕明，蔡高术，谢玉宝.江苏中医药，2010，42(2)：46-48.

70.林某，男，56岁。2007年11月5日初诊。患者素有慢性乙型肝炎、肝硬化病史，8月中旬因肝硬化腹水伴黄疸加深入住江阴市某医院专科，经治2月，于10月15日出院。出院时肝功能报告：谷草转氨酶56.3单位/升，谷氨酸转肽酶307单位/升，总胆红素60.4单位/升，直接胆红素28.6单位/升，间接胆红素21.8单位/升，血清白蛋白32.9克，球蛋白41.2克，HbsAg(+)，HBV-DNA：2.56×104。B超提示：肝弥漫性病变，脾脏肿大肋下2厘米。刻诊：患者面色萎黄黯滞，皮肤巩膜黄染，形体消瘦，二颧显现红丝赤缕，纳食脘胀，便形带溏，苔腻微黄，舌质暗紫，脉细弦。四诊合参，当属湿热久蕴，肝郁脾虚，血瘀胁下，正虚邪实之候。姑拟清热化湿，柔肝健脾，行气化瘀之法。以中药配方颗粒组方，药用绵茵陈30克，鸡骨草15克，马鞭草15克，猪茯苓各10克，生薏仁10克，紫丹参10克，泽兰泻各10克，制苍白术各10克，棱莪术各10克，大腹皮10克，鸡内金6克，炙地鳖虫10克，橘叶皮各6克，炙鳖甲10克。每日1剂。上药加减服用，共诊30余次，历时一年半，于2009年4月20日再次复诊：诉精神健旺，纳寐均佳，二便亦调，体重增加，面部红润而有光泽，苔薄，舌质偏红，脉细小弦。复查肝功能各项指标均在正常范围。血清白蛋白40.8克，球蛋白21.8克。HbsAg弱阳性，HBV-DNA（－）。B超提示：肝回声改变（内部回声增粗），血管走行清晰，门静脉内径1.0厘米，脾脏不肿大。转拟丹参黄精汤合归芍六君子汤以善其后。

医案来源： 治肝硬化失代偿验案.江苏省江阴市中医院袁士良.中国中医药报.2013-1-11.http://kns.cnki.net/kns/detail/detail.aspx?FileName=ZYYB201301110052&DbName=CCND2013.

71.患儿陈氏，男，4月余。2003年12月10日初诊，因“胆道闭锁术后2月余”就诊。患儿出生几天后出现皮肤发黄，后排便色白如陶土样，由当地儿童医院进一步检查，诊断为“先天性胆道闭锁”，出生64d后遂行手术治疗(Kasai手术)，术顺，术后恢复可，曾予以常规保肝利胆及糖皮质激素抗炎辅助治疗1月余，黄疸渐消退。1周前，经查肝功能肝酶多项异常，经儿童医院建议中医治疗，遂来陈师门诊就诊。刻诊:精神欠振，身目轻度黄染，吮乳正常，大便日行2次，浅黄成形，溲黄，夜寐尚安。腹诊:肝脾肿大。辅助检查:(2003年9月10日)TBiL27μmol/L，ALT92U/L(正常上限:40)，AST77U/L(正常上限:40)，ALP315U/L(正常上限:150)，γ－GT2390U/L(正常上限:50)。中医诊断:黄疸，脾虚胆郁湿热内滞;西医诊断:胆道闭锁术后;中医治则:益气健脾，清热化湿退黄;药用:炙黄芪5g，炒白术5g，茯苓5g，生薏苡仁5g，虎杖5g，黄芩5g，茵陈5g，郁金3g，炙鸡内金3g，炒谷芽6g，陈皮5g，7剂。嘱频频多次口服，避免外感。2003年12月17日二诊，患儿药后，母亲诉患儿精神好转，双目轻度黄染，溲色见黄。予以前方加金钱草4g，生甘草3g，7剂。嘱2周后复查肝功能。2003年12月31日三诊，患儿症平，吮乳正常，溲色略黄，寐安。辅助检查:(2003年12月26日)TBiL10.2μmol/L，IBiL7.7μmol/L，ALT68U/L，AST60U/L，ALP288U/L，γ－GT1800U/L。腹部超声:肝肿大，脾肿大。予以前方加干垂盆草 6 g 继续清化湿热，14 剂。此后，患儿每隔两周或一月定期随访一年，长期予以健脾和胃、清热化湿调治，期间患儿两次外感，腹泻两次后，查谷丙及谷草转氨酶升高明显，予以加用复方甘草酸苷制剂保肝治疗;辅助检查:(2004 年 2 月 28 日)TBiL 正常，ALT57 U/L，AST 76 U/L，ALP 393 U/L，γ － GT 1600 U/L;(2004 年 4 月 21 日)TBiL 正常，ALT 52 U/L，AST 82U/L，ALP 485 U/L，γ － GT 804 U/L;(2004 年 7 月 15日)TBiL 正常，ALT 51 U/L，AST 64 U/L，ALP 500 U/L，γ － GT 581 U/L;(2004 年 11 月 3 日)腹部超声:肝肿大，脾轻度肿大。2005 年 2 月 2 日复诊，患儿症平，唯溲略黄，寐安，舌红。辅助检查:(2005 年 1 月 22日)TBiL 正常，ALT 45 U/L，AST 54 U/L，ALP 443 U/L，γ － GT 365 U/L;陈师结合病史，考虑目前湿热余邪瘀阻胆络，药用:苍术 3 g，茯苓 6 g，陈皮 5 g，黄连 1 g，虎杖 4 g，金钱草 4 g，白花蛇舌草 5 g，半枝莲 5 g，茵陈6 g，炒谷芽 6 g，丹参 4 g，制鳖甲 3 g，14 剂。后患者上方加减治疗数月。后患儿每半年或一年随访。辅助检查:(2006 年 10 月 14 日)TBiL 正常，ALT 46 U/L，AST48 U/L，ALP 267 U/L，γ － GT 267 U/L;(2008 年 11 月18 日) TBiL 正常，ALT 20 U/L，AST 37 U/L，γ － GT169 U/L;(2009 年 8 月 15 日) 腹部超声:肝损伤。2014 年 8 月 6 日复诊，患者神采奕奕，发育如正常儿童，胃纳可，二便调，寐安，舌质红，舌苔薄白，脉细。辅助检查:(2014 年 7 月 24 日) TBiL、DBiL、IBiL 正常，ALT 31. 27 U/L，AST 38. 3 U/L，ALP 275. 1 U/L，γ －GT 124. 8 U/L。按 患儿胆道闭锁术后，湿热余邪残留胆道，郁积胆络，胆液疏泄失司，损伤肝体，表现为术后长期的胆汁淤积损伤，但经中药辨证论治并随访达 10 年之久，病情平稳、无进展，取得了较为理想的疗效。病程中，陈师善用异功散加减，治以益气健脾，助运化，培补后天，以求扶正治本;然湿热余邪为害，病情反复难愈，故全程注重清化湿热余邪，且务求彻底，使热去湿化，同时胆汁淤积的相关实验室指标也得到好转;及至病程后期，胆液瘀阻，肝体损伤，肝用失职，久则气血运行受阻，痰湿凝聚，形成癥积，酌情佐以丹参及鳖甲行瘀通络，改善肝体瘀滞。全程中，陈师谨守病机，圆机活法，努力延缓或阻止并发症的发生，提高患者的生命质量。

医案来源： 陈建杰治疗小儿胆道闭锁术后经验.申弘,商斌仪,陈建杰。辽宁中医杂志,2015,(11): 2091-2093.

72.患者，女，72岁，2017年11月10日初诊。主诉:反复腹胀、食欲不振1年余，伴黄疸1周，加重1d。患者1年前出现腹胀、食欲不振、面色发黄，至当地医院就诊，诊断为“乙肝肝硬化、腹胀”，在本院长期服用中药治疗，复查彩超示腹水消失;1周前，患者因饮食寒凉，上述症状再次发作，伴全身肤色及目睛黄染、小便黄、大便不成形、小便量少，经西医治疗效果不显，家属要求中药治疗，遂邀李师会诊。现症:神志清，精神欠佳，面目一身俱黄，腹胀，眼干，口干苦，食欲不振，小便量少，色黄，大便不成形，舌质红，苔厚腻，脉沉。西医诊断:乙肝肝硬化腹水。中医诊断:鼓胀，辨证为脾虚肝郁、痰湿中阻证。处方:白术10g，茯苓15g，猪苓10g，泽泻18g，大腹皮15g，桂枝6g，陈皮10g，姜半夏10g，香附10g，豆蔻10g，厚朴10g，枳壳10g，柴胡6g，郁金10g，乌药10g，鸡内金12g，刘寄奴15g，小茴香10g，知母12g，莱菔根15g，藿香10g，杏仁10g，甘草片3g。1剂/d，水煎服。服药15剂后，患者腹胀明显减轻，精神与食欲均好转，大小便正常，舌质红，苔薄白，脉弦滑。中医辨证为脾虚肝郁、气滞血瘀证。处方:当归15g，赤芍15g，炒白术10g，茯苓15g，柴胡6g，郁金10g，香附10g，乌药10g，陈皮10g，砂仁10g，鸡内金12g，刘寄奴15g，小茴香10g，知母12g，莱菔根15g，猪苓10g，大腹皮15g，山茱萸15g，肉苁蓉15g，甘草片3g。配合鳖甲煎丸服用。上方加减连服3个月，患者饮食精神佳，鼓胀基本痊愈。因患者为老年女性，病程较长，后上方加减改为2d服用1剂，以调和肝脾巩固疗效。同时嘱患者禁食寒凉、辛辣、油腻等食物，同时注意调节情志。

医案来源： 王玉玲,刘亚楠,张昊,李宁,.李郑生教授运用脾胃肝动态辨证方法治疗鼓胀经验[J].中医研究.2019,32(03):49-51.

73. 白文举,年六十二,素有脾胃虚损病,目疾时作,身面目晴俱黄,小便或黄或白,大便不调,饮食减少,气短上气,怠惰嗜卧,四肢不收。至六月中,目疾复作,医以泻肝散下数行,而前疾增剧。予谓:大黄、牵牛虽除湿热,而不能走经路,下咽不入肝经,先入胃中。大黄苦寒,重虚其胃;牵牛其味至辛,能泻气,重虚肺本,嗽大作。盖标实不去,本虚愈甚,加之当暑雨之际,素有黄证之人,所以增剧也。此当补脾肺之本脏,泻外经中之湿热,制清神益气汤主之而愈。清神益气汤:茯苓、升麻以上各二分,泽泻、苍术、防风以上各三分,生姜五分,青皮一分,橘皮、生甘草、白芍药、白术以上各二分,人参五分,黄柏一分,麦冬、人参以上各二分,五味子三分,上件,锉如麻豆大,都作一服,水二盏,煎至一盏,去滓,稍热空心服。（《脾胃论》卷下）此案与上案虽有类似之处,但又有其不同。首先,本病是以原有黄疸,并发目疾为患,并且在病变之始就有饮食减少、气短上气、大便不调等脾胃气虚证候。而后由于攻下太过,徒伤脾肺之气,至使湿不得化,热不得清,因而目疾复发。东垣认为:九窃为五脏所支配,若脾胃气虚,不能运化水谷,上下升降枢机运转失常,则阴火上乘,至使湿浊不化,清阳不升,九窍为之不利,目疾则会因之而发。因此,其治疗时,仍以人参、白术、升麻、防风之类益气升阳,用茯苓、泽泻、苍术以祛湿,少佐黄柏以泻火,使元气得充,阴火湿浊得以清化,故服之而愈。李氏这一治疗方法,为治疗眼病提供了新的方法,足以给后人以启示。

医案来源： 鲁兆麟.李杲医案选析[J].北京中医.1988,(01):58-59.

74. 男,15岁,于2004年8月19日初诊。患者于半月前感两胁疼痛,查B超示:肝脏损害,脾厚4.7cm,肝功能:ALT125IU/L,AST58IU/L,EB病毒DNA2.25×106cps/ml,HBVM(-)、抗HAV-IgM(-)、抗HCV(-)、抗HEVIgG(-),巨细胞病毒(CMV)DNA为0。服肌苷片、复合维生素B等保肝降酶药,8月18日复查肝功能:ALT182IU/L,AST64IU/L,TBiL21.1mmol/L,IBiL17.2mmol/L。现症见:胁痛,乏力。查体:一般情况良好,巩膜黄染(±),脾肋下触及0.5cm,舌红苔黄厚腻,脉滑。诊断:EB病毒感染性肝炎。治则:清热利湿,凉血解毒。方药:茵陈15g,熟大黄3g,白术15g,青陈皮各9g,生甘草3g,郁金15g,山栀子9g,薏苡仁30g,板蓝根15g,羚羊粉1g(冲服),砂仁6g;水煎服日1剂。二诊:患者自述服药有效,胁痛、乏力明显减轻,9月10日复查肝功能:ALT72IU/L,AST42IU/L,效不更方,原方继服。三诊:9月23日复查肝功能基本正常,患者自述无明显不适,停服中药予肌苷片0.2g/次,2次/日,以巩固疗效。按：EB病毒系DNA病毒,属疱疹病毒群,主要经口密切接触传播,与鼻咽癌的发病有关,引起肝炎者较少见。病毒进入体内主要侵犯淋巴系统,对肝、脾的影响是由于病毒对靶器官细胞的作用,约10%病例有脾大,2/3以上有肝功能异常,约5%-15%出现黄疸。大多数表现为一过性的感染,一次得病后可获得较久的免疫力。EB病毒作为传染性致病因子,可归属于中医“杂气”范畴,辨证分型可参考急性乙型肝炎办法。患者自觉胁痛、乏力,舌红苔黄厚腻,脉滑,属湿热蕴结证,病位在肝胆,故治疗上以清利肝胆湿热为法则。在药物的选择上注意到患者尚幼,少用或不用大苦大寒之品,既使邪去,又不伤正,达到扶正以驱邪之目的。

医案来源： 尹常健治疗非病毒性肝损害验案举隅[J].中医药管理杂志.2008,(01):68-69.

75.王某，女性，60岁，2012年10月8日就诊。主诉：身黄，乏力半年余。患者来诊半年前出现身黄、目黄、小便亦黄，伴乏力、口苦，食欲欠佳，曾于西医医院诊断为“乙肝”，曾给予降酶，保肝，退黄等对症住院治疗1个月，出院时谷草转氨酶105U、谷丙转氨酶110U、总胆红素56mmol/L、直接胆红素26mmol/L；乙肝五项示表面抗原阳性，e抗体阳性；肝脏彩超提示肝脏大小尚正常，回声略粗糙，考虑肝硬化早期。亦曾服中药治疗个1个月疗效不显。诊见：身、面俱黄，色暗无华，目黄不显，乏力，不欲进食，时腹胀，且畏寒下肢冷重，大便3日1行且干结难排，舌质淡暗、苔白，脉沉涩。查其前服中药多以茵陈五苓散合茵陈蒿汤加减。思为何不效？黄何不去？患者除身面黄外主要表现为畏寒双下肢冷重、腹胀、大便干结、舌苔白、脉沉，均为里寒之征，且年逾六旬脾肾阳气不足，久病湿从寒化而为黄疸，遂以温化寒湿、健脾温下退黄，以茵陈术附汤合大黄附子汤：茵陈50g，附子10g（先煎），干姜10g，大黄10g（后下），白术15g，虎杖15，炙甘草10g，鳖甲20g（先煎），垂盆草15g，郁金10g，柴胡5g。7剂，每日1剂分温2服。忌生、冷、黏、刺激之品。二诊，自诉服药后小便色黄如浓茶3d，量多，但大便日1行为成形软便，无溏泻。身面黄较前明显减轻，无口苦，但觉乏力，故上方加党参20g，黄芪20g以补脾益气健中，继服10剂。三诊复诊肝功正常。改处方为菌陈25g，附子5g，干姜10g，白术10g，虎杖10g，柴胡5g，炙甘草10g，鳖甲20g，炙甘草10g，莪术10g，神曲10g，麦芽10g，柴胡5g，党参10g，黄芪15g。继服10剂以巩固疗效。

医案来源： 代晓红.“随其所得而攻之”临证发挥.中国中医急症,2013,22(11):1976-1977.

76. 董某，男，36岁，有慢乙肝病史10余年，无明显不适症状，体检时发现:HBV－M:大三阳;HBV－DNA3.2×10^7copies/mL;肝功示:ALT321U/L，AST210U/L;2016年2月20日上腹彩超示:肝胆胰脾双肾未见明显异常。舌淡、苔白腻、脉濡滑。既往无其他慢性病史。患者无任何症状而只有转氨酶升高在临床中较为常见，根据临床经验，笔者认为可从西医的病理过程去分析其中医病因。转氨酶升高是由于肝细胞膜受到损伤时细胞质里的谷丙转氨酶通过细胞膜进入血液造成的，当肝细胞的损伤程度进一步加重，细胞器受到破坏时，则谷草转氨酶和胆红素从线粒体里进入血液，从而导致了以胆红素升高和黄疸表现为主的肝损害。由此看来，转氨酶升高只是肝损害的轻浅阶段而已。既然慢乙肝的病因未变，那么只见转氨酶升高的慢乙肝的病因依然为湿热疫毒之邪，只不过湿重于热，病情轻浅，故患者无明显的临床症状。此患者发病时间较短，对肝脾肾脏器的损伤相对较轻，人体正气依然充足，故在治疗上应以利湿清热解毒的攻邪为主，以补气健脾凉血散瘀的扶正为辅加减治疗。方药:柴胡、党参、炙黄芪、白术、茯苓、炙甘草、薏苡仁、苦参、板蓝根、虎杖、牡丹皮、神曲。患者以此方为基础随症加减，坚持治疗半年后，乙肝病毒DNA转阴，肝功完全恢复正常。继续服药巩固治疗1年后停药，至今病情平稳，未见乙肝病毒DNA反弹及肝功异常发生。有研究表明［3］，以中医辨证论治为基础，灵活运用清热解毒药物、清热利湿药物、益气助阳药物、滋阴补血和活血化瘀药物，治疗该病收效明显。

医案来源： 单士润,孟昭阳.孟昭阳教授治疗不稳定型心绞痛临床经验.世界最新医学信息文摘,2017,(26):165

77.天邑岳口，张伯明，年四十八，春正病黄，身目皆然，遐迩诸医，均作阴黄，愈治愈黄，面色益晦，食减身瘦，便坠溺赤，渐至颓靡，余至诊之，审其由来，因素有郁累，兼之病后，贪酒肆肉，盖酒肉之湿合之郁热，亦能致黄，日久湿热移于下焦，则溲溺短赤不畅，前医不察，恣用姜、附、栀、茵，不知辛热伤阴，苦寒败阳，勿怪食日减，身日瘦，色日晦也，余酌用扶正养阴，清热渗湿，调气解郁之方∶生潞党6g、天生术5g、制首乌4g、杭白芍6g、霜桑叶3g、淡黄芩3g、切苓片6g、薏苡仁6g、净前仁3g、京半夏3g、甜杏仁3g、炒枳壳3g、广木香3g、川郁金3g，服四剂，微有效验，守服八十余剂，未更一药，饮食、颜色、精神皆胜于平时矣， 评按∶细玩本案，起始必定黄色晦暗如熏，故诸医均作阴黄，以温中散寒化湿治之，何以屡治乏效?皆因只通其常而没能达其变尔，验之临床，黄疸色晦暗非徒阴黄一端，是案"素有郁累"，肝胆气机失于疏畅，复加酒食不节，变生湿热，上不得越，下不得泄，熏蒸遏郁，胆热液泄而至色黄如熏，此与中阳衰馁，湿从寒化之阴黄大相径庭，是故愈治愈黄，渐至食减身瘦，颓靡不堪，皆误治使然也，今气液两乏，枢机不运，湿热蕴结，病热渐濒重险，先生断然改弦易辙，立扶正养阴，清热利湿，调气解郁之法，方中党参、白术、首乌、白芍益气护阴;桑叶、黄芩、茯苓、杏仁、苡仁、前仁清胆利湿;枳壳、半夏开泄浊滞;"疸病皆发于血分"，故又加郁金活血利胆，更用广木香疏瀹枢机，诸药相合，恰中病机，故收效斐然，值得一提是，先生恐药重戕害胃气，虚体不支，故择药极轻，意在轻剂缓投，务使患者能受纳运化为前提，庶几正复则邪却，病去而人乃安和，其识病用药，学理心思诚不同凡响，于斯可窥一斑。

医案来源： 余惠民.费而隐疑难奇症医案选评[J].荆门职业技术学院学报.1999,(03):79-81.

78. 黄××，男，31岁，工人，1979年9月17日转入中医科。患者于14天前畏冷发烧，全身疼痛，呕吐，结合膜出血，第二天后出现谵妄，皮肤多处出现出血点，经青霉素、链霉素、红霉素及氢化可的松等治疗四天未见好转，遂来我院治疗。入院时患者仍高烧,烦躁,头痛剧烈,呕吐,有时谵妄和四肢抽搐,仍用上述药物增加维生素C、K等治疗七天症状好转。肝功能检查:黄疸指数14单位,麝浊9单位、麝絮+、锌浊6单位、GPT52单位,补体结合试验1:40,诊断为钩端螺旋体病(脑型)。患者于入院第八天全身出皮疹,怀疑药物过敏,遂改中药治疗。辰下发烧(T38°C),时时不自主发笑,双手不自主运动。大便干结、五日未通,小便黄赤,舌质红、苔黄腻而浊、脉沉滑。症属:热结肠道、湿蕴太阴挟浊壅阻清窍;治拟:清热通腑、化湿豁痰、宣窍祛浊。处方:大黄(后入)、郁金、知母、芒硝各9克(冲),生栀子12克,连翘15克,滑石24克,菖蒲、丹皮、至宝丹各6克(分冲),板兰根30克,茵陈15克。上药服一剂后下恶臭粪便甚多,服毕第二剂体温恢复正常,照上方去大黄、芒硝,至宝丹,加莲子心,竹叶心,钩藤、玉枢丹等服拾剂。证见皮疹消退,不自主发笑和双手不自主运动均消失。复查肝功正常而出院。按：菖蒲郁金汤由石菖蒲、郁金、炒山栀、连翘、菊花、滑石、竹叶、丹皮、牛蒡子、竹沥汁、姜汁、玉枢丹等药组成。具有清热利湿,豁痰开窍之功。临床上用于治疗湿热酿痰,蒙蔽心包,其症多见神识时清时昧,苔黄腻等。该证与热闭心包不同,因此在治疗上不可用清心开窍之法,必须采取豁痰开窍。上例均传染病所致神志异常,辨证为湿热酿痰,蒙蔽心包,采用该方疗效满意。

医案来源： 杜建,周金伙,.菖蒲郁金汤临证治验[J].福建中医药.1983,(05):20-21.

79.李树森，男，25岁，以心慌气短，肝脏肿大10个月余，于1982年5月12日住入省医院外科病房。经检查诊断为“缩窄性心包炎”。于5月25日行心包剥脱术。术后第二天出现高热，体温在38℃~40℃左右，查:血常规:白细胞总数13000,中性85%。心电图提示:1.异位心律;2.肢导低电压;3.心房纤颤;4.不正常心电图。X线:左胸腔积液，两肺部感染，心脏增大。先后给多种抗菌素静脉输入，及能量合剂，强心利尿剂、激素等药物治疗。诸症加重，于6月5日出现精神恍惚，烦躁澹语等精神症状，遂下病危通知，并停用抗菌素，请高濯风主任医师会诊。患者面色萎黄，精神恍惚。眼气轮有轻度黄染，唇干面焦，两足洪肿，按之不起，肌肤热如燔炭，口干欲饮，唾液如胶涎。溲虽利（因药物）黄如浓茶，大便日一行。舌质淡,略被灰苔，脉滑数而三五不调。证属术后正气已伤、毒火内炽，外窜经络气血两燔，热毒充斥周身表里上下，血热伤阴，血凝成瘀，心窍瘀闭之候。胃为水谷之海，十二经气血皆禀于此,肺胃热盛则可随十二经气血扰及周身，故见肌肤热如燔炭；热郁少阳蒸胆液外溢、则见眼气轮黄疸:热郁膀胱，决渎失利，则尿如浓茶;热伤津血，则见口渴欲饮，唾如胶涎;血津受灼，粘稠成瘀，脉络受阻，气血流通不畅，故见口唇紫绀，下肢浮肿;心窍瘀闭又可见精神恍惚。心主血脉，心气伤，心血瘀阻则脉来三五不调:舌质淡，被灰苔，及脉滑实均为气血伤,毒火盛之候，当先治其标实，故非大剂清凉莫救。治宜清气凉血泄火解毒为法。方用清瘟败毒饮加减主之。处方:银花30克，连翘10克，生地20克，赤芍10克，丹皮10克，黄连9克，黄芩9克，黄柏9克，生栀子10克，生石膏30克，知母9克，半枝莲30克，紫地丁30克，蒲公英30克，丹参30克，白芷10克，泽兰30克，甘草6克，水煎服。方中重用石膏直清胃热,则十二经之火自消，表里上下之火自灭；配知母、甘草以达清热保津之功,达热出表；黄连、芩、柏、栀子即黄连解毒汤之法，苦寒直折而泄火解毒,祛脏腑结热毒邪；犀角价格昂贵，药源尚缺，以银花，连翘合而代之，加生地、赤芍、丹皮四药合用取犀角地黄凉血养阴散血，以解血分之热毒;更加丹参、泽兰、加强散血作用，防瘀阻之虞。白芷入内托散，以排脓生肌止痛;公英、地丁、半枝莲、清热解毒诸药合用共凑清气凉血泄火解毒之效，使毒火内消、保津活血，以求热去邪平。服药两剂体温由39.5℃降至37℃，但不稳定有时略高。查血常规:白细胞总数11600，中性88%。神志转清，舌苔渐退，脉已不数，病情由危转安。四剂后复诊，脉已不数，但仍滑实、舌苔渐消,仍步前法，清热解毒为主、并佐以活血之法，原方加徐长卿10克，重楼10克再进两剂体温基本稳定在37℃以下，黄疸消退、下肢浮肿减轻，神清身爽,能下床活动。X线检查两肺感染较前吸收，胸腔积液少量吸收。心电图:1．异位心律，2.心房扑动，3.不正常心电图。血常规:白细胞总数11600、中性85%，脉沉缓而弦，结象偶出，热势已退，舌苔净，质淡红，唯感纳不馨，大便调。此乃毒火虽清，正气已虚，津血耗损之候。津损则后天失养、故纳不馨，血少则心血瘀阻，心失所养，故脉来时行时止。治以滋阴养血，扶正祛邪以善后。处方:黄芪15克，当归10克，白芷10克，苡米30克，丹参30克，公英30克，半枝莲15克，生地30克，炙甘草10克，焦三仙各10克。连进五剂，患者体温正常，肝脏回缩，下肢浮肿消退，脉来缓和,偶有结象，舌质淡，苔薄白。查血常规:白细胞总数8300，中性75%。X线诊两肺感染明显吸收,心脏明显缩小。心电图提示:心律不齐。自觉神爽，纳馨，睡眠好，诸证解除。此患因术后感染用抗菌素类药效不明显，中医从辨证的整体观出发，认为虽患者正气衰，出现心气衰之象，但毒火炽盛之标证——发热,仍属机体的邪正相争之局，若能抑其邪，正尚可复,经如法投药后取得了应有之效。

医案来源： 于春英,.缩窄性心包炎术后菌血症危症案[J].河北中医.1984,(03):46.

80.马某，女，23岁，已婚，农民，1985年9月27日初诊。主诉间断寒战、高热、汗出,皮肤及巩膜黄染月余。1月前无明显诱因而出现寒战,高热、汗出,以午后为甚,体温波动在38~40°C间。曾在当地医院用青霉素、链霉素、退热剂,无明显好转,继而出现巩膜及皮肤黄染，食欲不振，恶心呕吐，大便干,小便黄。半月前到某市传染病医院诊治，经检查排除肝炎，给予抗生素(用药不详)及支持疗法治疗，因疗效不显而转入我院。检查:体温39.4°C,脉搏98次/分，呼吸26次/分，血压110/60毫米汞柱，神清语利，呈急性痛苦病容，全身皮肤及巩膜明显黄染，结膜及口唇苍白，扁桃体不大，颈无抵抗,两肺呼吸音稍粗糙;心率98次/分，律齐,未闻杂音;腹软,肝肋下3厘米,边缘钝,轻压痛,质中等度硬，脾于肋下可触及边缘,宫底于脐上2厘米。生理反射存在;未引出病理反射。舌质淡，苔薄黄而干，脉滑数。红血球250万,血红蛋白6.1克%,白血球12,400,中性80%，淋巴20%。尿检:蛋白（++),白细胞（0～2)，尿三胆阴性。网织红细胞0.7%，“B”型血，血沉150毫米。功肝能:麝浊（-）,麝絮(-)，谷-丙转氨酶20单位，黄胆指数12单位，A/G:3.5/2,HBsAg(一）,总胆红质2.4毫克%，直接胆红质1.33毫克%，凡登白试验:直接试验弱阳性,间接反应强阳性。胸部X线片:两侧肺纹理增粗，余未见异常。心电图正常。“B”超提示肝肿大。连续3次血、尿细菌培养，同时做骨髓培养，均可见克雷伯氏菌生长，对丁胺卡那霉素高度敏感。中医诊断:黄疸（急黄）。西医诊断:(1)克雷伯氏菌败血症。(2)妊娠7月。根据脉症，中医证属毒热入侵，熏灼肝胆,胆汁泛溢;热毒炽盛,灼津耗液，气阴两伤。治宜清热解毒,益气养阴,利胆退黄。用银翘散、白虎汤、茵陈蒿汤、生脉散合方化裁。处方:金银花15克，连翘12克，知母15克,茵陈30克,生石膏30克,太子参20克，麦冬15克，五味子10克，玄参20克，玉竹15克，砂仁8克，甘草10克。日1剂,分2次温服。服上方7剂，寒战消失，高烧时间缩短。加用丁胺卡那霉素200毫克静脉滴注,日1次。每日输新鲜血300毫升。3天后,患者体温降至正常,精神、食欲较前明显好转，黄疸明显消退;肝回缩至肋下1.5厘米，边缘钝,质中等度,无明显压痛,脾未触及。舌淡红,苔花剥,脉沉细无力略有滑意。此乃毒热消退,精血衰少,气阴亏虚。治宜益气养阴,健脾生血。以生脉散合当归补血汤化裁治之，日1剂。配合参脉针、能量合剂静脉滴注。停用丁胺卡那霉素及输血。患者住院20天,诸症基本消失。复查:体温36.4°C,血压120/80毫米汞柱，肝脾未触及。血常规:血红蛋白8.5克%，红血球350万,白血球8,000，中性70%,淋巴30%,血沉80毫米,尿常规、肝功能正常。血培养、尿培养未见细菌生长。“B”超提示:1、肝胆脾未见异常,2、宫内活胎。患者唯恐病情反复,要求回家继服上方以巩固疗效。1月后随访,病愈无复发。体会：1、克雷伯氏菌是一种革兰氏阴性杆菌属于大肠杆菌类。其引起的败血症临床实为罕见,且病情严重,若不及时诊断和治疗,常可导致病情迅速恶化,终至死亡。故临床遇到原因不明的寒战、高热并多系统功能损害时,应高度警惕该病的可能,及时做血培养、尿培养、骨髓培养及药敏试验,积极采用中西两法救治,可使病情转危为安。2.该患者妊娠后期,机体或局部抵抗力降低,在细菌内毒素的侵袭下引起败血症。中医选用银翘散之金银花、连翘,白虎汤之生石膏、知母,以解毒清热;茵陈蒿汤之茵陈,以清热利湿,利胆退黄;玄参、玉竹,以益气养阴生津；砂仁理气和胃以保胃之生机;甘草调和诸药。诸药相配,使毒热之邪得清，气阴之虚得补。配合有效抑菌、杀菌之丁胺卡那霉素,因而取效。

医案来源： 杜兴润,张庆昌,宋杏艳,朱茹兰,.中西医结合治疗克雷伯氏菌败血症一例报告[J].广西中医药.1986,(03):29-30.

81.顾某，女，62岁。初诊日期:2005年4月14日。患者主诉乏力2年，身目黄染3个月。刻诊:神疲乏力，腰膝酸软，视物模糊，口干，胃纳稍差;身黄目黄，双下肢不肿;大便色黄稍干、1～2日1行，尿色黄、尿量正常;舌暗红质干、苔薄腻，脉细。3月22日外院查肝功能:总胆红素(TBIL)72μmol/L，直接胆红素(DBI)144μmol/L，丙氨酸氨基转移酶(ALT)62IU/L，天门冬氨酸氨基转移酶(AST)68IU/L，谷氨酰转肽酶(GGT)247U/L，碱性磷酸酶(AKP)271U/L，球蛋白(GLB)39g/L，白蛋白(ALB)36g/L;抗线粒体抗体Ⅱ型(AMA-M2)阳性。B超示:肝硬化，脾肿大。西医诊断:原发性胆汁性肝硬化(胆管炎)。中医诊断:黄疸;辨证:气阴两虚兼湿热犯肝;治法:益气养阴，利湿退黄。处方:黄芪15g，白术15g，北沙参15g，石斛30g，当归15g，枸杞子15g，白花蛇舌草30g，蛇六谷(先煎)15g，茵陈30g，郁金12g，仙鹤草30g，炙鳖甲12g，生牡蛎30g，炙鸡内金9g。水煎，每日1剂，早晚分服。另嘱患者加服熊去氧胆酸胶囊，250mg/次，3次/d。二诊(4月28日):药后乏力改善，口干减轻，仍身目黄染，大便稍干;舌暗红、苔薄腻，脉细。上方加制大黄10g、虎杖15g。三诊(5月12日):药后乏力明显改善，身目黄染较前明显好转，口干稍作，然大便2～3次/d，质烂如泥。复查肝功能TBIL32μmol/L，DBIL20μmol/L，ALT37U/L，AST42U/L，GGT202U/L，AKP226U/L，GLB39g/L，ALB40g/L。前方减白术，加土鳖虫6g。其后基本治法不变，加减服药1年余，患者临床症状消失，复查肝功能各项指标基本恢复正常。随访期间，以基础方加减治疗约10年，患者无明显不适。至2015年6月10日复查肝功能:TBIL23μmol/L，DBIL16μmol/L，ALT19IU/L，AST22IU/L，GGT72IU/L，AKP60IU/L，GLB33g/L，ALB39g/L;AMA-M2弱阳性;B超示肝内仅见光点增粗。按本案患者辨证属气阴两虚，兼湿热犯肝。气虚则见乏力、腰酸腿软，阴虚无以濡养双目则视物模糊，津液上呈不足则口干，肠道不濡则便干;脾运失司，湿邪内蕴，久则生热，湿热熏蒸肝胆，则口干、身黄、目黄;病久入络，血行瘀滞，阻于胁下，则见肝硬化、脾肿大。初诊方中黄芪甘温益气，《医门别录》载其“补丈夫虚损，五劳羸瘦……益气”;白术补气健脾燥湿，北沙参、石斛养阴生津，枸杞子补肾气、养肾阴。白花蛇舌草、蛇六谷可入肝经，清利肝胆湿热、解体内热毒;现代药理研究表明，白花蛇舌草可显著减轻肝组织病理损伤程度，降低血浆TNF-α和IL-6水平［14］。茵陈利湿退黄，郁金行气活血、利胆退黄，仙鹤草凉血败毒、养伤退肿，炙鳖甲、生牡蛎软坚散结，鸡内金运脾消食，有利于药物及饮食营养吸收。全方共奏益气养阴、清热利湿、软坚散结之功。该患者口干、身目黄染、舌苔腻，反映其存在阴虚、又有湿邪困脾，一般认为会存在治法上的矛盾之处，因利湿则阴津更伤而湿邪难除，养阴则湿邪愈盛而真阴不生。王师指出此时可依据湿邪的寡多，酌情选用甘淡渗湿之茯苓、猪苓，或燥湿健脾之白术、厚朴，养阴而不滋腻之石斛、北沙参治之，并称此法为“双通道”。笔者在长期临床实践中亦发现，选用石斛、北沙参不仅不会滋腻生湿，反而有利于湿邪的祛除。二诊患者大便干结、黄疸消退不明显时，王师强调要给邪以出路。最佳方法即通利二便，故加制大黄、虎杖，泻下通便、清热利湿。但亦强调药量需斟酌而定，使患者药后不可泻下如水，而烂便如泥则刚好，每日排便2～3次最佳［15］。三诊时患者诸症改善，肝功能好转。此时减白术，因恐其久服伤阴;加土鳖虫，因其归肝经，有活血逐瘀通络之效，且性较缓和，可适当久服。正如叶天士所言:“起病气结在经，久病血瘀入络。”此病临证必藉此类通络之品，小量久服，方可见功。另外，王师指出本病病程较久、又易反复，取效后应长服巩固，还应密切定期随访，或进行必要的实验室检查，根据病情需要调整处方，或可中西结合，务使病情稳定，阻断其演变为肝硬化。

医案来源： 范兴良,祝峻峰,王灵台.王灵台论治原发性胆汁性肝硬化(胆管炎)经验.上海中医药杂志,2016,(8):1-4

82.兰xx，女，5岁，农民，已婚，住院号：12456，1975年7月9日入院。主诉：上腹部及脐围阵发性疼痛已13天，恶心呕吐4天，入院后腹痛剧烈如刀割样，呈间歇性发作，每次痛时病人蜷膝顶住腹部，烦躁不安，辗转反侧，大汗淋漓，伴纳食减少，呕恶，吐出草绿色胆汁样液体及蛔虫2条，大便10多天未通，尿呈深黄色。20天前生第二胎，足月顺产，产后曾饮米酒10多公斤，既往无溃疡病、胆道疾患和高血压病史。体检：体温37.5°C，心率84次/分，血压148/100毫米汞柱，发育正常，营养欠佳，神志清楚，侧俯卧位，急性痛苦病容，皮肤及巩膜呈轻度黄疸，颈淋巴结无肿大，心肺听诊未见异常，腹软平坦，未触及包块，肝脾未们及，上腹部及脐周有压痛，但位置不固定，无腹肌紧张和反跳痛，舌质红、苔黄腻，脉弦数。实验室检查：白细胞7，200/立方毫米，中性72%，嗜酸性5%，淋巴20%，大单核3%，血红蛋白10克%，尿紫胆原试验阳性，蛋白(±)，红细胞未查出，隐血阴性，尿三胆试验阴性，粪检蛔虫卵(+)。入院时曾误诊胆道蛔虫症，急性胃炎，经用驱虫、抗感染及镇静止痛剂治疗，病情未见好转，7月15 日患者腹痛加剧，小便呈深红色，经查尿紫胆原阳性而获确诊。中医辨证是瘀热互结之蓄血证，拟用桃仁承气汤加减。处方：桃仁10克，芒硝12克，大黄9克，桂枝6克，延胡9克，灵脂10克，蒲黄9克，甘草3克。服药二剂后，大便已通，泻下黑色粪便，腹痛明显减轻。守原方去芒硝继服二剂，腹痛缓解，血压恢复正常，但出现呕吐苦水，腹胀痞闷，巩膜黄疽疸未退，小便黄赤，舌质淡红、苔黄厚，此因瘀血已解，但湿热蕴客中焦，脾胃升降失调，故改用加减半夏泻心汤，辛开苦降，和胃降逆。处方：半夏10克，黄连10克，黄芩10克，生姜3克，党参12克，茵陈15克，白蔻仁6克，竹茹9克，藿香6克，甘草3克。连服六剂，呕吐停止，腹胀痞闷明显好转，查尿紫胆原阴性。随后用甘露消毒丹内服数天，痊愈出院。

医案来源： 游开泓.中西医结合治疗血紫质病14例临床观察[J].新中医.1982,(05):26-28+34.

83. 高某,男性,59岁,住院号:52262。患者肝病史18年,因乏力尿黄加重1个月而住院。一诊(2004年4月30日)检查:B超提示:肝硬化,腹水少量,脾大,胆囊炎。ALT364.5U/L，AST170U/L，TBiL5.16mg/dl，PTA51.5%。主证:口苦、腹胀、便干、齿衄,脉滑数,舌质暗红,苔薄黄。辨证:肝胆湿热,肝脾血瘀。立法:清利肝胆湿热,兼以凉血化瘀。方药:茵陈80g,栀子6g,生熟军各3g,丹皮15g,丹参15g,赤白芍各15g,郁金12g,苦参15g,水红花子10g,茺蔚子12g,猪苓30g,半边莲20g。每日1剂,共服7剂。二诊(2004年5月9日)化验:ALT115U/L,AST46U/L,TBiL5.22mg/dl,DBiL3.73mg/dl,PTA27.3%。主证:乏力,面色晦暗,舌质淡,苔薄白,脉弦细。改以益气健脾兼以清利湿热之法,以黄芪六君子汤加味。方药:生黄芪30g,党参10g,白术15g,茯苓15g,炙甘草15g,陈皮5g,法半夏10g，薏米30g当归10g,赤白芍各10g,滑石30g,麦冬15g,五味子10g,黄连5g,栀子10g,龙胆草5g。每日1剂。5月21日复查:ALT5lU/L,AST30U/L,TBiL5.07mg/dl,PTA67.3%。三诊(5月24日):症见下肢凉,夜尿频,舌质淡,苔薄白,脉沉细,改以温肾阳以暖肝阳发。宗桂附八味汤加味。方药:熟地40g,山药20g,山茱英20g,丹皮15g,茯苓15g,肉桂5g,附子5g,拘祀子15g,菟丝子15g,五味子10g,菊花20g,怀牛膝15g。每日1剂。6月18日复查ALT:29U/L,AST:24U/L,TBiL:1.8mgd/l,PTA:72.18%,出院。体会:患者虽未达到重肝诊断标准,但PTA迅速下降,已呈慢重肝趋势,为了尽早截断扭转欲成急黄之势,开始投以清热解毒、凉血化瘀之剂。但是,事与愿违,二诊时黄疸不退而PTA下降至27.3%。再辨证,患者虚证显露,脉细、舌淡。立即改拟益气健脾兼以清利,以防过伤脾阳,转为阴黄，使治疗更加棘手。此仿“逆流挽舟”法,补气健脾以固中州而护肝体。三诊时PTA升至67.3%,证明“截断扭转”与“逆流挽舟”两法并施而不悖。最后以温肾阳以暖肝阳而善后收功。共治疗48天,三次诊治变了三个治法(清泻法—补泻兼施法—温阳法),以防止“急黄”(坏病)的发生。

医案来源： 钱英肝病经验传承体会[J].中华中医药学会第十三届内科肝胆病学术会议论文汇编.2008,:34-39.

84.冯某，男，35岁。患者双目黄染及反复腹胀1.5年，加重1月。2003年5月25日就诊。平素嗜酒，1.5年发现双目黄染，伴尿黄、乏力，无发热、纳差、呕吐，双目黄染程度渐加深，并出现腹胀及双下肢凹陷性水肿，伴尿量减少，无血尿、心悸。曾按“酒精性肝硬化”进行治疗，症状减轻，但腹胀，皮肤黄染等症状反复出现。1月前黄疸、腹胀加重，B超：肝大，光点不均匀；门静脉扩张；脾大，脾静脉明显扩张；大量腹水。在外院治疗，经保肝，利尿，营养支持，补充白蛋白等治疗症状未缓解。中医症见：双目黄染，腹胀如鼓，双下肢凹陷性水肿，神疲乏力，纳差、心悸，胸满，大便溏，尿少每日约400~500mL，尿黄、舌淡红边有瘀点，苔白腻，脉弦细。中医诊断及辨证：臌胀（肝郁脾虚，气虚水瘀内停）。治以舒肝理脾，活血利水。治以益气活血，舒肝理脾，利水：方选补阳还五汤加减治疗。药用：黄芪30g，当归12g，白术30g，桃仁10g，红花6g，赤芍15g，柴胡10g，防风10g，车前子（包）20g，丝瓜络30g。患者服用上方3剂后未见不适，感腹胀，神疲乏力，纳差、心悸，胸满。小便有所增加。双下肢凹陷性水肿，大便溏，尿黄、舌淡红边有瘀点，苔白腻，脉弦细。续以前方加地龙，山楂。前后服药20余剂，症状明显减轻，双下肢水肿消失。B超：腹水消失。微感食后腹胀，口微干，继以前方治疗，巩固疗效。按肝硬化的病理变化突出为肝络阻滞，血瘀水停，表现为“虚”、“瘀”、“水”交错的病理特点，因而治疗上要强调补虚，祛瘀、利水。补虚在补气虚，次则化瘀，“血不利则为水”，瘀去水行。本例患者酒精性肝硬化，多方治疗效果不明显。经辨证为肝郁脾虚，水瘀内停；治以舒肝理脾，益气活血利水，补阳还五汤益气、活血、化瘀，加车前子、丝瓜络与方中黄芪共取利水消肿之功。白术健脾益气，化湿。全方合用使正气强，瘀血去，水湿化，标本兼顾，各药效有机结合，取得较好疗效。

医案来源： 中医辨证临床验案三则[J].辽宁中医药大学学报.2008,10(12):177.

85.陈XX,男,32天。1979年12月19日初诊:出生12天发现患儿皮肤、巩膜黄染,胃纳略减,夜寐不安,有时作恶,大便青稠不化,溲黄,苔白腻,指纹淡紫。拟清化湿热:陈皮、大腹皮、炒荠菜花、炒竹茹各4克,佩兰、广郁金、川朴花各3克,炒淡芩、玉蝴蝶各1克,炒谷麦芽各5克,灯芯一束。三剂。12月22日复诊:胎儿湿热内蕴,肝肿大,胃纳不思,大便溏薄不化,溲黄少,苔薄腻,拟清利湿热,疏肝通络:陈皮,大腹皮、焦栀皮各5克,郁金、川朴花、藿梗各4克,西茵陈、鸡内金各6克,茯苓、米仁各9克,忍冬藤8克。三剂。三诊、四诊,上方加减,共六剂。80年1月2日五诊:皮肤巩膜黄染渐退,腹鸣,时有暖气,大便溏薄气秽,溲黄,苔薄白,指纹淡紫,拟宣化运滞:陈皮、大腹皮、郁金、藿香各5克,广木香、玉蝴蝶各2克,焦六曲、炒谷麦芽各6克,茯苓、炒米仁各9克,制香附8克,灯芯2束。三剂。80年1月5日六诊:皮肤巩膜黄染已退,夜寐转安,胃纳稍思,大便溏薄,色稍黄,溲黄减,苔薄白,指纹淡紫,拟前方出入:冬桑叶、车前草、焦六曲、炒谷麦芽各6克,霍香、炒白术、川朴花各5克,辰茯苓、炒米仁各9克,郁金4克,枳壳2克,玉蝴蝶1克。三剂。前后服药十八剂而愈。按:胎黄又称胎疸,多因母体湿热素蕴之毒,遗于胎儿,或于胎产之时,出生之后,感受湿热邪毒。小儿脏腑娇嫩,形气未充,脾运不健,湿热之邪,未及输泄,遂蕴蓄于内而透发于外。本例患儿,出生后十二天发现黄疸,固与妊母有关,但详审诸症,兼见大便泄泻,泄下或青稠,或溏薄不化等症,乃与后天喂养不当,脾胃升降失司相关。詹老师立法用药除清利湿热外,重在疏肝通络、健脾运滞。正如《幼幼集成》所指出的“·······惟其脾虚不运,所以湿热乘之,治此者,无非暂去湿热,黄稍退,即速健脾,不得屡用消耗,而谓有是病,用是药也”。

医案来源： 詹起荪,盛丽先,.儿科验案二则[J].浙江中医学院学报.1981,(06):53-54.

86.李X，男，5岁，以“大便溏薄12天，全身皮肤巩膜黄染3天”求诊。患儿12天前因食生冷而出现大便溏薄，自服抗生素治疗(具体不详)后稍有好转，7天前受凉后症状加重，在当地诊所求治，口服药物(不详)4天，3天前出现全身皮肤巩膜黄染，日渐加重，诉腹部胀满，小便黄，来我院求诊。由于病情危重，收入我院重症监护。入院诊断:药物性肝损伤(重度)。住院后给予支持对症疗，予多烯磷脂酰胆碱等药物护肝治疗。并先后进行了2次血浆置换术，2次血液灌流术，经治18天，在此期间血浆置换或血液灌流后皮肤黄染程度及转氨酶有所下降，2～3天后再次升高，病情不断反复，求助吾师治疗。症见:皮肤，巩膜黄染明显，小便深黄如茶色，神疲乏力，納食少，腹胀，大便干，日1次。查体:全身皮肤巩膜重度黄染，肝脏右肋下可及6cm，质地中等，脾脏肋下未触及，舌质稍红，舌上有红点，有齿痕，舌苔白厚，脉细数。查肝功能TBil252.1μmoL/L，IBil153.7μmoL/L，DBil98.4μmoL/L，ALT1560U/L，AST1504U/L，GGT312U/L。腹部超声检测结果示腹腔少量积液，肝脏肿大。西医诊断:药物性肝损伤，中医诊断:药物毒，黄疸。病机:肝经血热，肝失疏泄，胆汁外溢。治法:益气养阴，凉血解毒，疏肝利胆。处方:参灵颐肝汤加减。方药:灵芝、鸡内金、佛手、虎杖、西洋参各8g，五味子、茵陈、茜草、白芍各10g，大黄5g，板蓝根6g。7付，1剂/d，水煎服。复诊:皮肤及巩膜黄染明显减轻，食纳可，肝脏回缩，肋下2cm，质地变软，小便仍黄，大便色黄，舌质淡红，苔薄白，脉稍数。查肝功能:TBil135.1μmoL/L，DBil40.7μmoL/L，IBil94.4μmoL/L，ALT478U/L，AST720U/L，GGT79U/L。治法同前，用药:原方加麦冬5g，14剂，1剂/d，水煎服。14天后三诊:皮肤黄染消失，食纳可，肝脏肋下未及，舌质红，苔白，脉稍数。复查肝功能:TBil42.9μmoL/L，DBil21.1μmoL/L，IBil21.8μmoL/L，ALT207U/L，AST345U/L，GGT46U/L。方药:原方去茵陈、虎杖，加百合、女贞子各8g，生地6g。继服14剂复查肝功能完全正常。

医案来源： 史艳平,王少波. 杨震教授治疗小儿药物性肝损伤经验[J]. 中西医结合肝病杂志, 2018, 28(4): 238-240.

87.朱××，女，60岁，家庭妇女。1976年1月12日初诊。患慢性肝炎多年。自去年春天开始，上腹胀满、食欲减退、疲乏消瘦明显。6月20日于××医院触诊：肝肋下锁骨中线内侧“触及肿块，6×7厘米，质硬，表面不平，触痛明显。实验室检查：血白细胞7×10⁹/L(7000/立方毫米），中性粒细胞86%，淋巴14%。肝功能：黄疸指数9单位，总胆红质0.8毫克%，脑磷脂絮状试验（+++），麝香草酚浊度试验7单位，SGPT79单位，总蛋白5.8克，白蛋白2.6克，球蛋白3.2克，白球比例0.8：1。×××医学研究所同位素肝扫描检查(750375)报告：肝硬化恶变，aFP阳性。经中西医治疗半年，症状未改善，渐趋恶化。症见：慢性病容，消瘦，神志清，精神疲惫，面色萎黄，巩膜轻度黄染，小溲短小，腹笥如鼓,右上腹疼痛不堪,日夜喊叫,痛则不能入寐，卧床不起，两侧臀部褥疮累累。舌质红，少津，苔薄黄，脉细微数。此系肝郁湿阻，正气亏损，真阴耗伤，瘀毒为患，正虚邪实之候，命在旦夕。久治未效，取绿矾合鳢鱼治疗，以图侥幸。治法：取鳢鱼一条，剖腹洗净污物，将绿矾20～35克装入肚内，放在炉灶上煨熟，绿矾熔化后渗入鱼肉，再将鱼烘乾，然后食鱼干，每日3～5次，每次30～50克，服完一条后，继以上述方法服第二条，服至半年后，肝癌疼痛逐步减轻，直至痛止，腹水消退，肝区肿块缩小变软，精神好转，食欲增加，总治程达18个月。至1978年7月14日同位素肝扫描复查号(780527)报告：肝脏未见占位性病变。火箭电泳自显影法；甲胎球<50毫微克／毫升，肝功能在正常范围，总蛋白5.7克，白蛋白3.6克、球蛋白2.1克、白球比例1.5：1。10年后随访，肝区无特殊阳性体征，生活自如。按：古籍载：绿矾又名青矾、皂矾，味酸涩，性凉入脾、肝经。治脾土衰弱，肝木气盛，肝乘脾土，病心腹中满，或黄肿如土色，服此能助土益元。绿矾烧之则赤，用于破血分之瘀积，其效最速。鳢鱼又名蠡鱼、乌鱼，性味甘寒，有微毒，入手足太阴、阳明经，乃益脾治水之要药也。上虚则水泛滥，上坚则水自清。凡治浮肿之药，或专于利水，或专于补脾，其性各自为用。惟蠡鱼能导横流之势，补其不足，补泻兼施，故主下大水湿痺。两者合用，疗效显著。

医案来源： 吴耀昇.绿矾合鳢鱼治愈肝硬化恶变一例[J].上海中医药杂志.1988,(04):31.

88.赵某，女，46岁，河北省石家庄市人。初诊日期:2014年5月24日。患者于2012年12月26日因无明显诱因呕血1月余，伴恶心、头晕于当地医院就诊，行中上腹部CT示:肝硬化、脾大。予三腔二囊管压迫止血、抗感染、补液等对症治疗，无呕血后行电子胃镜示:食管静脉曲张;门脉高压性胃病伴胆汁反流。诊断:(1)原发性胆汁性肝硬化;(2)门脉高压症。建议手术治疗，患者未行手术，经保守治疗后出院。长期服用熊去氧胆酸胶囊(优思弗)治疗，症状控制不理想。刻下症:口干甚，眼干涩，易疲乏，目黄，小便黄，纳呆，寐差，大便日一行，质可;舌质紫暗，尖有瘀斑，苔黄腻，脉弦细滑。肝功能:AST47.6IU/L↑，ALT44.2IU/L↑，ALP295.2IU/L↑，γ－GT288.2IU/L↑，GLB41g/L，A/G0.9↓;血常规:Gran%33.7↓，Lymph%54↑，EO%0.4↓;ANA:(+)。西医诊断:原发性胆汁性肝硬化;中医诊断:黄疸;辨证:阴虚血瘀，湿热中阻证;治法:祛湿清热，化瘀养阴。方药:茵陈25g，黄芩12g，莲子心12g，虎杖15g，刘寄奴15g，鬼箭羽15g，鸡骨草15g，垂盆草15g，柴胡15g，醋青皮9g，醋香附15g，苏梗9g，僵蚕10g，三棱9g，莪术9g，琥珀粉3g(冲服)，生龙骨20g(先煎)，首乌藤30g，百合30g，炒枣仁20g，生白术30g，沙苑子10g，枸杞子20g，玉竹9g，石斛10g，青黛9g(包)。日1剂，水煎取汁300ml，分早、晚两次温服。配合熊去氧胆酸胶囊(优思弗)口服，每次250mg，每天2次。三诊(6月14日):患者药后口干、眼干稍减轻，目黄不明显，小便色黄不明显，乏力不明显，纳一般，寐好转，大便可，日2次。舌紫暗，有瘀斑，苔薄黄腻。原方去柴胡、醋青皮、醋香附、苏梗、三棱、莪术，加当归9g，川芎9g，白芍30g，云苓15g，泽泻9g，鸡内金15g，金钱草15g，生地20g。四诊(6月21日):药后口干欲饮明显减轻，眼干明显减轻，乏力，小便可，纳可，寐一般，大便可。舌紫暗，有瘀斑，苔薄黄，脉弦滑象减轻。原方去僵蚕、夜交藤、刘寄奴、鬼箭羽，改茵陈30g，金钱草30g。七诊(7月19日):眼干减轻，口干减轻，纳可，寐安，大便可。舌质紫暗明显改善，瘀斑减轻，苔薄黄腻。脉弦滑象较前减轻。原方加藿香9g，田基黄15g，知母15g，赤芍30g。熊去氧胆酸胶囊减量，每次250mg，1/日。继服中药1年后(期间1～2周调方一次)2015年6月5日复查肝功能:AST24IU/L，ALT18IU/L，ALP132IU/L，γ－GT41IU/L，GLB40g/L，A/G1.2;血常规:Gran%41.1，Lymph%50.0，EO%0.4。

医案来源： 集川原,王彦刚,郝新宇.王彦刚教授中西医结合治疗原发性胆汁性肝硬化经验浅析.四川中医,2016,(12):12-14

1. 化某某,男,50岁。主诉:消瘦,低热2个月余。自2007年3月患者始感消瘦,低热,腹胀,纳差大便溏泄,厌油腻,在呕血,黄疸后遂去当地医院就诊,诊断为胰腺占位性病变(5.1Cm×4.2Cm),查儿茶酚胺(CA)199pmol/L,癌胚抗原(CEA)12.48ng/ml,在北京某医院行手术治疗,未能切除,放胆管支架和γ刀治疗。于2007年7月20日就诊。就诊时低热(37.7℃),纳呆厌食,上腹胀满,体倦乏力,恶心呕吐,口渴心烦,便溏,舌质暗、苔黄腻,脉弦滑,CA125pmol/L,CEA12.48ng/ml,总胆红素21.4μmol/L。辨证:湿热阻滞。治则:利湿退热,化浊散结。茵陈五苓散合春泽汤加味:茵陈30g,桂枝6g,茯苓12g,白术12g,泽泻15g,栀子15g,黄芪30g,太子参15g,龙葵30g,蛇莓15g,龙胆草10g,炮穿山甲10g,水蛭3g,焦山楂15g,鳖甲30g,赭石30g,草豆蔻10g。15剂,水煎2次,分4份,每日2份,早晚各1次。此方连服2个月。2007年9月20日二诊:热退(36.4℃),上腹胀满,体倦乏力,恶心呕吐,口渴心烦,减轻,大便仍溏泄,腹痛,舌质暗、苔薄黄,总胆红素16.2μmol/L,CA54.31pmol/L,CEA9.59ng/ml。辨证:脾气虚血瘀,处方:太子参15g,(炒)白术15g,土茯苓30g,莲子10g,莲须20g,龙葵30g,炮穿山甲10g,水蛭3g,凌霄花15g,八月札15g,(生)蒲黄10g(包煎),白芷10g,露蜂房5g,血余炭10g,赭石15g,香附10g,柴胡10g,延胡索10g,白芍20g,生麦芽30g,炙甘草10g。嘱患者连服3个月。2008年8月30日三诊:腹胀,纳后腹痛,其余大部症状已消失,脉沉细,苔薄,B超检查4.1Cm×3.6Cm。拟方:太子参15g,(炒)白术15g,土茯苓30g,莲子10g,莲须20g,炮穿山甲10g,水蛭3g,莱菔子15g,生蒲黄10g(包煎),白芷10g,露蜂房5g,血余炭10g,赭石15g,香附10g,柴胡10g,延胡索10g,白芍20g,厚朴10g,凌霄花15g,八月札15g,郁金12g,川楝子10g。嘱患者感觉好可连续服用三四个月。随访至2009年4月,一般情况良好。按:该患者首诊辨证为湿热阻滞,给予清热利湿,化浊散结。以茵陈五苓散合春泽汤加味,方中茵陈、龙葵、蛇莓、龙胆草、栀子清热退黄,配以五苓散化气利湿,使湿从小便而出；生大黄清热泻下；草豆蔻芳香化浊以宣利气机而化湿浊；赭石治血分祛瘀生新,降逆止呕；鳖甲重用软坚散结；焦神曲、焦山楂活血消胀。

90.周某,男,54岁,矿工。1978年8月就诊。两年前由于情志不舒,致使右侧胁下疼痛,饮食减少,在某医院治疗好转。去年仲夏胁痛加剧,腹胀、纳差、口苦、倦怠,在市某医院诊为肝硬化。经治数月,其效欠佳,日趋消瘦,大便始结,且发现右胁下有一核桃大小之肿块。同年5月经西安某医院同位素扫描为肝占位性病变。因籍居河南孟津,故返洛治疗。就诊时患者精神不佳,形体消瘦,面色晦黄,白睛黄染,舌质绛,胁下刺痛,大便秘结,苔略黄较燥边尖有瘀点,脉沉涩无力。于右肋缘下近心窝处可触及一症块,约核桃大小,坚硬不移,压之疼痛加剧。肝功:黄疸指数16单位,谷丙转氨酶230单位,总蛋白5.4克,蛋白比例0.8:1,胎甲球(+),碱性磷酸酶41.5布氏单位。超声波检查:肝右胁下3cm,剑下4cm,为较密集微波型,于肝之左右叶间显示一约3x3x4cm大小的密集微小波,且有束状波。诊断:症瘕。证属气血瘀滞,脉瘀络阻,治以疏肝理气,活血化瘀,清热败毒,益气养血。药用:茵陈45克,焦三仙、川楝子、当归各15克,柴胡、元胡、三棱、莪术各9克,半枝莲、刘寄奴、半边莲各31克,白花蛇舌草62克。上药共服15剂,于8月25日复诊,自诉胁痛减轻,饮食增加,大便稍软,余无变化。上方加白花蛇舌草至125克,刘寄奴加至62克,加太子参31克,辽五味15克,再服15剂。10月10日三诊:精神明显好转,胁痛消失,饮食复常,大便通利,眼及皮肤黄染明显减退,右胁下仍可触及一核桃大小肿物,但较前为软,压痛减轻,脉沉较有力,舌苔薄白,质稍绛,瘀血点减少、变小,投方如下:白花蛇舌草125克,刘寄奴94克,三棱、莪术各10克,生鳖甲、生牡砺、太子参各31克,辽五味、甘草各15克。连服30余剂,并嘱其常服健脾益胃之药,以固后天之本。11月12日再诊:精神好转,能步行20余里,面色有泽,脉微弦而有力,舌质微红,苔薄白,胁下肿块消失。肝功复查:谷丙转氨酶90单位,总蛋白7.15克,蛋白比例1.35：1,胎甲球(-),碱性磷酸酶11.7布氏单位。超声波复查:肝剑突下约2cm,波型为较密集微波。1980年后追访两次,患者已恢复工作。

医案来源： 周浩庭.症瘕1例治验[J].陕西中医.1987,(12):23.

91.患者，男性，54岁，2004年9月21日诊。患者2年前患乙型病毒性肝炎，肝功能异常住专科医院治疗2月余，虽症状改善，但总胆红素高达170μmol/L，直接胆红素125μmol/L。针对血中高胆红素又用西药治疗年余，一直未能正常，遂转中医治疗。诊时诉：平日无胁痛腹胀、肌肤搔痒及贫血症状，仅夜来肌肤灼热。查巩膜、皮肤微黄，尿深黄。观其面色黄而晦暗，舌质紫暗，舌腹静脉瘀紫怒张，苔中根微黄厚腻，脉弦略滑。即查总胆红素仍高达125μmol/L，直接胆红素88μmol/L。B超肝胆脾仅示胆囊炎症。此乃湿热痰毒瘀滞肝胆失于疏利，遂致多量胆红素蓄积入血而使含量超标。治当清利肝胆，疏通化浊祛痰瘀。处方：茵陈15g，虎杖15g，秦艽15g，柴胡10g，白矾10g，郁金10g，当归10g，丹皮参各15g，赤芍30g，桃仁15g，炮山甲8g，皂刺15g，胆星15g，紫草10g，升麻20g，生熟大黄各5g，猪茯苓各30g，水牛角15g，泽兰泻各30g，炒枳壳15g。水煎服，日1剂。上方连服30剂，黄疸消退，肌肤夜不灼热。复查总胆红素、直接胆红素均在正常值内。半年后再查，仍正常。按：慢性乙型肝炎由于肝细胞长期受到炎性损害，可致胆红素升高。而胆红素是由肝脏摄取、结合、排泄并在血液中维持着特定的含量水平，它的高低反映肝细胞损害程度。本例患者虽无明显临床症状，但血中总胆红素、直接胆红素长期居高不下，说明肝细胞损害较重，也是肝内炎症未得控制的重要标志，故当尽快使其复常。家父认为，慢性肝炎血中胆红素持续不降是由于湿热痰瘀疫毒蓄积肝胆不得疏泄而入血分所致。指出湿热疫毒非清利不去，瘀血积滞非通化不蠲。故治疗关键是清肝利胆，祛疫毒，化瘀通络，以求尽快恢复肝胆疏泄功能。故用茵陈、虎杖、秦艽、泽泻、猪苓、茯苓、胆星、生大黄清利肝胆祛除湿热痰毒；丹皮、赤芍、紫草、升麻、水牛角、熟大黄入血分以清热凉血解疫毒；柴胡、枳壳、郁金疏利行滞，与丹参、当归、桃仁、泽兰、皂刺、山甲化瘀通络药并用，能使肝胆管络通畅，恢复其疏泄功能，将湿热疫毒瘀滞尽从二便排泄，即可使血中高胆红素降至正常。

医案来源： 顾润环,.顾维超辨治疑难病症举隅[J].疑难病杂志.2006,(01):64-66.

92.男,25岁,1996年9月3日初诊。自述面黄、全身疲乏无力3年,自1993年8月时感胸闷,上腹部胀,小便颜色深黄,曾在某省级医院检查,实验室检查血常规Hb82g/L、PC124×109/L,Ham试验阳性,Coomps阴性,糖水试验阴性,ROUS试验阳性,骨髓象符合“溶血性贫血”,诊为溶血性贫血。给予泼尼松每日40mg治疗,2月后复查血常规恢复正常,乃逐渐停用激素。但停药后症状又发作,继用激素又好转。3年间一直不能撤掉激素治疗,拟服中药。检查:青年男性,面容虚胖,面色苍白,巩膜轻度黄染,舌质淡、苔白,脉弦细。中医诊断黄疸,证属肝胆郁热、脾气不足,治宜清肝利胆、健脾调气。处方:柴胡10g,茵陈10g,郁金10g,生栀子6g,香附10g,枳壳6g,白术15g,厚朴3g,黄芩6g,山药10g,龙胆草6g,砂仁6g,陈皮10g,甘草3g。水煎服,隔日1剂。9月24日二诊:服药10剂,症如前,尿色变浅。舌质红、苔薄白,脉沉细。前方加车前子30g、泽泻15g、生地黄10g、白茅根30g。水煎服。10月20日三诊:又服药15剂,服药期间尿色已转清,停药后尿色仍黄。近日睡眠不佳,腰酸痛。舌质淡、苔白,脉沉细,巩膜仍有轻度黄染。前方加炒酸枣仁30g、夜交藤15g、薏苡仁30g、木香6g、苍术10g、白及10g。水煎服。11月10日四诊:近日睡眠好转,乏力较前好转,仍时有两胁胀,复查血常规Hb132g/L、PC156×109/L、RC0.05,肝功能正常。舌质淡红、苔白,脉弦细。前方去炒酸枣仁、夜交藤、苍术、车前子、泽泻、厚朴、山药、砂仁,加茯苓15g、桑寄生15g、赤小豆30g、牡丹皮6g、青皮6g,水煎服。12月15日五诊:前方服用10剂,停药10余天,自感病情稳定,复查Hb130g/L。舌质淡、苔白,脉弦细。前方继服10剂,隔日1剂,以巩固疗效。前方加减服用60余剂,化验血常规正常,Ham试验阴性,ROUS试验阴性,停药1年后随访未复发。按:《临证指南医案·疸》载:“阳黄之作,湿从火化,瘀热在里,胆热液泄,与胃之浊气共并,且不得越,下不得泄,薰蒸遏郁,侵于肺则身目俱黄,热流膀胱,溺色为之变赤,黄如桔子色”。本案患者面色苍白,目色黄染,全身疲乏无力,口苦咽干,上腹胀闷,尿色黄赤。舌红、苔黄,脉弦细。属肝胆湿热蕴结,脾气虚弱,运化无权,胆汁不循常道所致。故戴师用清肝利胆、健脾调气之剂。方中柴胡、郁金、香附疏肝解郁,用生栀子、茵陈、黄芩、龙胆草清热利胆退黄,用枳壳、白术、厚朴、山药、砂仁、陈皮健脾理气调畅气机,全方具有扶正祛邪、标本兼顾之作用。药中病机,而取效甚捷。

医案来源： 涂晓龙,王哲民,.戴岐辨治疑难杂证的经验[J].山东中医杂志.2007,(05):340-341.

93.周某，男，54岁。于2011年1月10日初诊。主诉：右上腹不适近2月。患者3年前体检时查出乙肝病毒感染，长期予正规抗病毒及保肝降酶治疗，期间每年定期复查各项相关检查，除肝功能轻度异常，余未示特殊，2月前开始，患者诉时感右上腹不适，胁痛隐隐，劳作后加重，情志抑郁，纳差，恶心，面色晦黯，巩膜轻度黄染，皮肤黄，双下肢轻度浮肿，大便略稀，小便短赤，舌质微红，舌苔薄黄腻，脉弦。实验室检查：ALT65U/L，AST44U/L，g，T198U/L，IBil40mmol/L，白蛋白33g/L。B超提示：早期肝硬化，脾大。中医辨证属于湿热瘀毒蕴结，肝脾损伤。治疗上予清热解毒，凉血化瘀，佐以利水消肿、补脾益气、柔肝缓急。药用：春柴胡6g，赤芍15g，白芍15g，枳壳10g，垂盆草30g，鸡骨草15g，田基黄15g，半枝莲15g，丹参15g，水牛角20g，炒白术10g，生黄芪20g，莪术10g，车前子10g，茯苓15g，泽兰10g，泽泻25g，甘草3g。共服药14剂，患者纳差恶心较前好转，右上腹不适减轻，乏力尤甚，黄疸同前，双下肢浮肿基本消退，舌质淡红，舌苔薄腻，脉细弦，复查ALT36U/L，AST33U/L，g，T187U/L，IBil35mmol/L，白蛋白35g/L。原方去车前子、水牛角，加制黄精15g，虎杖20g，继续服用21剂，复查肝功能基本正常，乏力改善，予去半枝莲，加北沙参15g，嘱患者坚持服用。3月后复查临床症状基本消失，继续嘱其规律抗病毒治疗，坚持服用中药。随访1年，病情未有明显进展，复查B超提示肝脏弥漫性改变。按:本例患者为乙肝后肝硬化初期,症见肝区胀痛不适等,证属湿热瘀毒蕴结,肝脾损伤。为肝纤维化的早中期阶段,患者乙肝病史3年,湿热瘀毒之邪久犯脾土,日久脾阳虚损,运化失健,湿浊内生,故见纳差恶心,下肢浮肿,肝脾损伤日久则至阴虚内热,治疗上以清化瘀毒为主,佐以凉血解毒、补益脾胃、养阴柔肝,方中柴胡、枳壳、垂盆草、鸡骨草、田基黄、半枝莲清热解毒;丹参、水牛角、虎杖凉血化瘀解毒;车前子、泽兰、泽泻利水消肿;生黄芪益气温通;茯苓、炒白术健胃利湿;白芍养血柔肝;丹参、莪术消积化瘀。诸药合用,清化湿热瘀毒,养护肝脾,而获疗效。薛师指出,肝纤维化的病变过程以瘀毒为关键,治疗之中常伴有湿热不尽和正气耗伤,传变难调。所以既使临床上没有明显血瘀指征,也应配伍适量的凉血活血药,可起到既病防变之效。

医案来源： 薛博瑜教授辨治肝纤维化经验.郭政，薛博瑜.长春中医药大学学报，2013，29(1)：67-68.

94.蔡某某，男性，49岁，2003年8月15日以肝硬化就诊。患者1981年查出乙肝，1983年确诊肝硬化（此患者的大哥患肝病已去世，现二哥肝腹水，病情比较危重）。现症：面色晦暗，肝掌，胸腹胀满，纳可，舌苔薄黄，少津，脉缓。B超示：肝硬化，肝脏缩小、形态失常，脾大、厚5.5cm，胆囊壁厚，门静脉高压。实验室检查：AST89IU/L，ALT44IU/L，总胆红素37.62μmol/L，直接胆红素17.1μmol/L，间接胆红素20.52μmol/L。证属气虚血瘀，痰浊凝聚。拟方和肝保肝。党参10g，茯苓10g，炒白术10g，陈皮10g，甘草6g，焦曲6g，水红花子10g，莱菔子6g，木香6g，佩兰6g，郁金6g，炒谷芽15g，大枣4个，砂仁后下5g，枳壳5g。7剂，服3天停服1天。二诊，药后全身较舒适，大便可，脉弦缓，舌苔白薄腻。前方加丝瓜络6g继服14剂，服法同前。三诊，面色有光泽，色黄白，病情平稳，气力有所恢复，脉缓，舌浊腻。复查：AST32IU/L，ALT31IU/L，总胆红素23.94μmol/L，直接胆红素10.26μmol/L，间接胆红素13.68μmol/L。上方加生苡米10g，继服14剂，服法同前。按：此患者肝硬化诊断明确。肝以血为本，以气为用，主疏泄，性升发，气不足则血不行，肝血不足，血虚失养，容颜不华，面色晦暗无光泽；脾虚湿滞，造成肝失疏泄，胆汁排泄不畅，引发黄疸。因此，拟方：益气养血，舒肝解郁，活血祛湿，调和肝脾，减轻瘀血阻络病症。在治疗上未采用和肝汤，是恐其和肝汤辛散过度，伤阴耗气。正虚邪实，以虚为主，因此药物使用上注意扶正祛邪。方中选用党参、茯苓、炒白术、焦曲、大枣多味健脾补气之品，辅以舒肝理气之木香、郁金、枳壳、陈皮，配合开胃健脾化湿之炒谷芽、莱菔子、佩兰，特别是用水红花子（主治胁腹痞块、肿瘤、水鼓、食少腹胀、痰核瘰疬）一药，消癥破积、健脾利湿。此方舒肝健脾，祛湿化滞，行气散瘀，辛开苦降，甘温益气，活血化瘀。肝纤维化是长期由痰湿、气滞、血瘀而形成的病理产物。脏腑虚弱，气机不畅，功能失调是发病的基础。扶正祛邪，攻补兼施是治疗的原则。要有长期服药的准备，方能使正气渐复，病邪渐退，疾病转安，实现治病求本的目的。方老在治疗过程中特别强调要保护胃气，因此在嘱咐患者服药时，总是有服2天或3天而后休息1天的医嘱，给患者一个很好地恢复胃气的机会。根据临床治疗经验总结报道，肝纤维化的治疗，一般以配合服用二种以上治法的药物，效果相对好些，如单纯解毒或单纯活血化瘀较难奏效。

医案来源： 孙维娜.方和谦和解法治疗肝纤维化的经验[J].北京中医.2004,(03):143-145.

95. 郑姓,男,31岁。巡回医疗号:(63)0122。因患头痛、牙痛,于1963年10月27日煎服细辛一钱,服后疼痛不止;又煎服一钱,疼痛仍如前;接着又煎服三钱许(80分钟内共服药约五钱许),服后疼痛好转。但于离末次服药后40分钟,自觉头痛较前更剧,且发胀;随即出现呕吐,汗出,烦躁不安,口渴,面色红赤,呼吸急促(53次/分钟);脉洪数(123次/分钟),颈项强,瞳孔微散大、等圆,体温40.5℃,血压170/  130毫米汞柱。经某医院肌肉注射青霉素、静脉点滴葡萄糖,盐水及针灸等,症状未减。检查(离上述处理70分钟):神志昏糊,意识不清,牙关紧闭,面色红赤,瞳孔散大,角弓反张,四肢瘛瘲,呼吸仍急促(37次/分钟),汗出濈濈,小便闭塞,少腹膨癃,脉弦细而促(114次/分钟,血压152/126毫米汞柱,体温40.3℃。服细辛过量而中毒,毒邪内入营血,清窍不通。治以芳香开窍、安神镇惊,兼以清营凉血,处理:1) 安宫牛黄丸一粒,苏合香丸一粒;加水50毫升烊化,鼻饲。2) 导尿。鼻饲上药半小时后，投以扶正解毒之剂。处方:西洋参一钱 ，北五味子一钱，麦门冬三钱，生石膏八钱，生甘草一两，羚羊角一钱。上药加绿豆汤700毫升,煎至300毫升,鼻饲。至6小时后,神志渐渐清醒,已能徐徐饮水,瞳孔微大,颈项强直较前好转,体温39.6℃,脉细数(92次/分钟),呼吸均匀(23次/分钟),血压127/90毫米汞柱;惟头痛、汗出如前。正气稍复,邪势已挫。再予解毒扶正之剂。处方:金银花五钱，连翘五钱，生石膏四钱，西洋参一钱，生甘草一两，生地黄三钱，丹皮三钱。上药用绿豆汤800毫升,煎至400毫升,口服。第二天清晨(离昨日服药后7小时),神志恢复,意识清楚,头痛好转,颈项强直消除,全身出现轻度黄疸,小便不畅,大便色黑,呼吸均匀,体温38.7℃,脉细数,血压110/90毫米汞柱。予解毒和血、健胃利尿之剂。处方:金银花五钱， 连翘五钱，绵茵陈五钱，蒲黄炭一钱半，柴胡一钱半，白茅根一两 ，车前子三钱，三七二钱(研极细末吞服)，甘菊花三钱，秦皮三钱，全当归三钱，白术一钱半，木通二钱。上药用绿豆汤1500毫升,煎至500毫升,分早、晚二次服。药后小便利,上方每日1剂,连服5日,诸症消失。〔注〕绿豆汤:用生绿豆二两,加清水2000毫升,煎煮20分钟,去绿豆用其汤。

医案来源： 降玉珉.治愈服过量细辛引起中毒1例报告[J].上海中医药杂志.1965,(08):41.

96.苏某某，男，75岁，2011年5月24日初诊。因“右肋下疼痛伴腹胀、乏力、呕吐2周余”于2011年5月20日就诊于潮州市中心医院。辅助检查提示:AFP＞1000ng/ml，CEA82ng/ml，ALT203U/L，AST256U/L，TBIL273umol/L。腹部CT示:肝左叶见低密度占位病灶，大小约6.5cm×8.4cm，密度不均匀，边缘欠清，胆管癌栓阻塞。建议患者行介入治疗，患者拒绝，住院治疗3天后出院。痛苦面容，巩膜及全身皮肤黏膜中度黄染。腹膨隆，压痛明显，拒按，触诊肝下界于肋下4横指，肝区可扪及实质性肿物，边界欠清。患者自觉食欲不振、呕吐、腹胀，口舌干燥，周身乏力，不能行走，小便黄，大便3日未行。舌质黯红、苔厚黄而干，脉左弦按滑实、右浮大滑尺燥实。诊断:原发性肝癌并胆管占位性癌栓，证属肝胆瘀积型。治拟攻逐瘀积、消坚除满、疏肝解毒。药用:大黄(后下)、溪黄草、虎杖各15g，赤芍、牵牛子、大腹皮各12g，醋炒三棱10g，枳实8g，炮山甲、柴胡、葶苈子各6g，甘草3g，牛黄(冲)1g。10剂，每日1剂，水煎服。二诊:肝病面容，巩膜及皮肤黏膜呈轻中度黄染，自诉服药3剂后腹痛鸣动，大便日行2次，色褐臭秽，小便黄利。无呕吐，肝区痛减，仍腹胀大，舌质红、苔黄腻，脉左弦滑、右浮按软。治拟疏肝逐瘀、活血解毒。药用:大黄(后下)、醋炒三棱、炒鸡内金、牵牛子各10g，绵茵陈、大腹皮各12g，炮山甲、柴胡、姜黄各6g，薏苡仁15g，枳壳8g，甘草3g，牛黄(冲)1g。20剂，每日1剂，水煎服。三诊:患者黄疸消退，面色和，自诉诸症大减，饮食二便正常，下午觉肝区时有隐痛，舌质红、苔薄白，脉左弦按滑实，右虚按弱。重拟治则:疏肝散结，软坚，活血健脾。药用:白芍、当归、醋炒三棱、重楼各12g，枳壳、炒白术、灵芝各8g，炮山甲、柴胡各6g，炒鸡内金10g，薏苡仁15g，牛黄(冲服)0.5g，甘草3g。30剂，每日1剂。2011年8月19日四诊:患者于潮州市中心医院行CT复查示:肝左叶见大小约4.5cm×4.0cm低密度灶，密度不甚均匀，边缘部分欠清;肝内外胆管无扩张。患者自诉病已好转，未觉特殊不适，嘱其守三诊方续服。2012年1月18日五诊:1月16日于潮州市中心医院复查CT示:肝脏大小、形态正常，左肝外侧叶见小结节样低密度灶，界尚清，内密度均匀，CT值为24HU;肝内外胆管无扩张。治则拟疏肝健脾，柔肝活血(巩固疗效)。药用:淮山药15g，白芍、当归、枸杞子各12g，炒鸡内金、重楼各10g，醋炒三棱、灵芝、炒白术各8g，炮山甲、柴胡各6g，甘草3g。每日1剂。六诊:上方续服3个月后，复查CT、血生化、AFP、CEA均无异常。

医案来源： 郑锵,姚莹华.郑士恒治疗中晚期原发性肝癌举隅.山西中医,2017,(7):19

97. 郑某,男,15岁。主诉:发热、腹痛、黄疸、鼻衄反复发作二月余。现病史:患者因“发热、腹痛、腹泻”于2001年4月24日至5月18日及6月16日至7月12日两次住某医院。诊为:1、幼年强直性脊柱炎(still病);2、结核感染;3、乙肝病毒感染;4、传染性单核细胞增多症;5、感染性腹泻。治疗用扶他林37.5mg,tid;柳氮磺胺吡啶0.5,tid;异烟肼0.3,qd。第二次出院前化验检查:HBsAg(+),HBeAg(+),HBcAb(+),EBV-IgG(+),EBV-IgM(-),ALT666.6U/L,AST1205.32U/L,TBiL656umol/L,DBiL387.1umol/L,TBA323.4umol/L。B超:肝大,脾大,双肾回声增强,上腹部数个淋巴结肿大约0.5～0.7cm。心电图示:ST一T改变。2001年7月13日转来我院,因拒绝住院而在中医门诊治疗。症见:极度乏力,腹痛,鼻衄,大便干,尿黄如浓茶。查体:精神萎靡,体瘦,皮肤干燥,面色晦暗,巩膜黄染,双侧扁桃体及腮腺肿大,全身多处(颈部、颌下、腋下、腹股沟)淋巴结肿大且压痛( +)。脉虚大而数,舌质红苔白。辨证:肝火燔灼三焦,痰毒瘀阻发为阳黄。立法:清肝泻火,凉血解毒,化痰退黄。方药:茵陈30g,大黄炭6g,栀子6g,双花15g,连翘15,草河车30g,公英15g,地丁15g,瓜萎20g,山慈菇10g,丹皮12g,赤芍25g。水煎服,每次150ml,每日2次。西黄丸1g,每日2次。14天后再诊:诸症明显减轻,脉沉弦稍数,舌红苔白。实验室检查(7月27日)ALT393U/L,AST674U/L,TBIL201.55umol/L,DBIL163.88umol/L,BTA99.5umol/L。方药微调:茵陈30g,熟大黄6g,栀子6g,升麻15g,连翘15g,草河车30g,葛根15g,甘草6g,瓜蒌20g,夏枯草10g,丹皮12g,赤芍25g。每日1剂,服法同前。此方无大改动,调治中肝功逐步好转。至10月16日复查肝功正常,无自觉不适,黄疽消退,全身淋巴结肿大明显减少,体重增加7公斤。11月7日肝活检提示:肝细胞疏松肿胀,汇管区少许单核细胞浸润,肝脏炎症改变。随访2年,一切正常。体会:1、患者为外地来京打工者之子,生活条件及营养状况较差,极易受多种病毒及病菌感染(EB病毒、乙肝病毒、结核菌),再加药物损肝(异烟肼等)。属中医学“黄疸”、“鼻衄”、“腹痛”、“积聚”、“痰核流注”等范畴。2、脉症合参属正虚邪实,应急则治其标。当即采用关老经验(退黄三要素:解毒、化痰、活血),在茵陈蒿汤中加解毒药(重用草河车),加化痰药(重用瓜萎),加活血药(重用赤芍)。触景生意,想起赵炳南老中医治疗内痈常用西黄丸,即随汤剂加服每日2g。3、治标要顾本,服药14剂后即加入升麻15g,葛根15g,升阳益胃,顾护中州,既启动气血之生化,又切断生痰之源头。共服100余剂,虽未用大补气血之品,同样收到邪祛正安之效果,此乃老师之经验“调理脾肾肝,中州要当先”。

医案来源： 钱英肝病经验传承体会[J].中华中医药学会第十三届内科肝胆病学术会议论文汇编.2008,:34-39.

98.于××，男，69岁，干部，病历号：146592。住址：青海省。曾有慢性肝炎史。82年底发现肝脏突然肿大，肝功不正常，经当地医院对症治疗无效。于83年8月来北京经××医院查胎甲球(+)，火箭电脉>18000mg/ml,逐渐巩膜及全身皮肤发黄，住院行剖腹探查，确诊“晚期肝癌”。不宜手术，转来我院。83年6月24日初诊，患者一般情况差，贫血貌，消瘦、巩膜及全身皮肤黄染，尿短赤，纳呆口臭，齿龈易出血，肝大剑突下8公分，质硬腹水（++），脉弦细，苔净舌质红。，中医辨证：肝胆湿热，淤毒内阻，心下痞块。治则；舒肝利胆，清。利湿热，化淤解毒。方①茵陈30克、金钱草30克、桂枝7克、猪苓30克、泽泻30克、白术10克、防己16克、八月扎10克、莪术7克、栀子30克、黄精30克、云苓10克、路路通16克、牛夕10克，生黄芪30克、三仙各10克。②征癌片4片8次／日。续诊2次服药28剂。8诊：黄疸基本消退，尿量增多，饮食较前增加，仍腹胀；脉细，苔净。方①加别甲15克、龙葵30克、花粉10克，茅根15克。续诊8次，共服药114剂。11诊。因感冒，发烧38℃，恶寒不咳，纳呆厌油，脉浮数，苔薄黄。原方①，②停服。拟下方：芥穗7克、苏叶（后下）7克、薄荷（后下）7克、双花16克、连翘10克、杏仁10克、陈皮7克、菊花10克、桔梗10克、焦查30克、神曲30克。续诊2次服药8剂。方①桂枝7克、猪苓30克、泽泻30克、白术10克、云苓10克、路路通30克、别甲15克、木香7克、川朴10克、郁金11克、金钱草30克、八月扎10克、莪术10克、龙葵30克、三仙各10克、栀子30克、白花蛇舌草30克。②征癌片4片，3次／日。续诊4次、进药42剂。17诊：病情平稳，尿量增多，食欲好转，脉细，舌根黄苔净。方①、②继服。续诊6次共服药114剂。24诊：病情平稳，肠鸣亢进，矢气则舒，大便正常，尿量增多。脉细，舌裂纹。复查胎甲球(+)，火箭电脉>1.500mg/ml。方①柴胡7克、当归10克、杭芍10克、郁金10克、别甲15克、金钱草30克、八月扎10克、生黄芪30克、莪术10克、龙葵30克、栀子30克、神曲30克、生山查30克、猪苓30克、川朴10克，白花蛇舌草、三七粉分冲8克。②征癌片4片，3次／日。27诊：上方共服28剂。近日又因感冒，病情加剧，腹胀，厌食，神疲乏力，复查B超提示一肝脏肿物增大，腹水增多，脉弦细苔薄。方①茵陈30克、猪苓30克、泽泻30克、白术10克、云苓10克、桂枝7克、木香7克、川朴10克、杭芍10克、生芪30克、枸杞30克、路路通15克、白英15克、蛇毒15克、枯草15克、焦查30克、神曲30克。方③继服。于84年12月代药回原籍。信访：85年春节后死亡。从确诊至死亡存活2年。

医案来源： 段凤午,王惠勤,.晚期肝癌四则[J].黑龙江中医药.1987,(02):17-20.

99.汪某某，女，37岁。2011年3月9日初诊，因食少恶心，腹胀体乏，身、目、小便黄染，在当地医院和武汉某省级医院住院半月，诊断为急性重型肝炎，因治疗效果欠佳，加之经济困难，遂求治于中医。患者搀扶入院，头倾肢软，身目黄染，腹大如鼓，胸腹不适，不可名状，食饮不求，强食之则吐，舌质红，苔黄腻，脉濡数。入院查GPT14u/L，GOT97u/L，血清总胆红素672umol/L，直接胆红素460umol/L，血清总蛋白78g/L白蛋白30.9g/L，球蛋白47.1g/L，A/G0.66，尿素28.0mmol/L，肌酐507mmol/L，血清钠103mmol/L，戊肝抗体Ig－G阳性，HBsAg阳性，抗HBcAb阳性，中医诊断为黄疸;鼓胀。西医诊断:急性重性肝炎;原发性腹膜炎;肝肾综合征;低钠血证。拟中西医结合治疗，西医护肝、抗病毒、抗感染、纠正电解质紊乱等方法;中医辨证为湿热蕴蒸少阳而及阳明、太阴证。用和解枢机法。处方:柴胡10g，姜半夏10g，党参15g，甘草10g，黄芩10g，丹参15g，赤芍30g，炒内金10g，神曲10g，连翘15g，败酱草15g，白花蛇舌草15g。3剂，每日1剂，多次频服。2011年3月12日二诊:药后呕吐缓解，可饮少许米粥，今晨发热，测体温38.2℃，血压74/42mmHg，添加诊断为感染性休克，西医增强抗感染力度，中医辨证为湿热留伏膜原，蕴蒸三焦，立清化湿热，畅达枢机法。处方:青蒿15g，黄芩10g，茯苓15g，法夏10g，滑石10g，甘草10g，陈皮10g，枳实10g，竹茹15g，连翘15g，泽泻15g，白茅根30g。4剂，每日1剂，频服。2011年3月16日三诊:近几日，能进少量米粥，呕吐少作，大便二日一行，发热以下午为甚，最高达38.6℃，舌质红，苔黄腻，脉濡数。复查肝功能:GPT15u/L，GOT34u/L，血清总蛋白54g/L，白蛋白24g/L，球蛋白29g/L，A/G0.82，总胆红素612umol/L，直接胆红素360um0l/L，尿素氮34mmol/L，肌酐233mmol/L，血清钠127mmol/L，湿热蕴蒸之势趋缓，法当少阳阳明并治，在二诊治法上加强清热利湿退黄之品。处方:茵陈30g，炒梔子10g，青蒿15g，黄芩10g，茯苓15g，法夏10g，滑石10g，甘草10g，陈皮10g，枳实10g，竹茹15g，连翘15g，泽泻15g，白茅根30g。4剂，日1剂，频服2011年3月21日四诊:体温已正常，身黄鲜明如橘色，腹胀绷急，下肢肿胀，大便不爽，2日1行，小便短少，舌质红，苔黄腻，脉濡数。病邪始终在少阳阳明，以3诊方出入20日。2011年4月6日诊查:身目黄染明显消退，下肢午后微肿，腹胀减轻，每餐能进食2两软食，可下床活动半小时，二便利，舌质暗红，苔能见底，微黄，脉濡缓，复查肝功能:总蛋白60g/L，白蛋白23.8g/L，球蛋白36g/L，GPT11u/L，GOT33u/L血清总胆红素192umol/L，直接胆红素132umol/L，尿素氮6.5mmol/L，肌酐77mmol/L。患者因经济状况不佳，要求带药出院。治疗仍守3月29日方出入近2月，病情稳定。

医案来源： 刘璐,孟艳平,肖明中,等.邵冬珊从少阳辨治肝病的经验.云南中医中药杂志,2015,(11): 1-3

100.某，男，46岁，形体肥胖，平素嗜食肥甘。曾在外院诊治，乙肝大三阳病史二年。现觉口干，口苦甚，口气臭秽，食纳一般，溲黄便结，睡眠尚安，舌红，苔黄腻，脉弦数。此为热结肠腑，用清热解毒，通腑泻肝。处方如下：苇茎30g，  冬瓜仁30g，桃仁15g，黄芩12g，佩兰12g，石菖蒲6g，蛇舌草30g，寮刁竹15g，丹参12g，竹茹12g，砂仁5g（后下），麦芽30g，内金6g，七剂，水煎服。二诊：服药七剂，口苦减轻，二便趋于正常，仍觉口干，口气臭秽，纳食一般，睡眠尚可，舌红，苔薄白，脉细数。治宜疏调气机，化瘀活络，上方去黄芩，加白头翁20g，凉血化瘀，七剂。水煎服。三诊：服药七剂，诸症均减，口干口臭解，纳可眠差，二便常，查舌红，舌边有齿印，苔薄白，脉弱，此时邪热渐褪，脾气仍虚。治宜健脾疏肝。拟方如下：苇茎30g，冬瓜仁30g，云苓20g，白术12g，蛇舌草30g，独脚金12g，内金6g，竹茹10g，丹参10g，酸枣仁30g，砂仁5g（后下），黄精30g，七剂，水煎服。按：病毒性肝炎在中医临床中属黄疸症，胁痛，疫毒，疫黄，肝瘟，郁症等范畴，其病位在肝，与脾肾有关，肝要疏泄，性喜条达而恶抑郁，脾主运化而恶湿。急性病毒性肝炎多由外因“疫疠”、湿热及内因脾虚湿热内伏或饮食不节，致肝失条达，疏泄不利，内阻中焦，湿热蕴结。慢性病毒性肝炎病因主要是由于正气虚湿热病邪蕴结不解，致迁延不愈。肝气郁滞为慢性肝病的发病条件和基本病机，脾受肝制，运化失常，湿热内蕴不解，肝郁化火，日久灼伤肾阴，肝木乏肾水滋养，故形成肝肾阴虚，肝郁络脉阻滞，久则成淤。本例治疗上分三个阶段，初诊：以苇茎汤清上润下，通腑疏调气机，大便秘结宜去苡仁，肝郁日久必然化热，郁热在里必然伤阴，故口干热结大肠。李主任予其方中苇茎清肺泻热生津，桃仁润下通便。二诊：经第一阶段治疗后，症状有所减轻，肝为藏血之脏，肝经郁热日久，必然造成肝经有热，血行瘀滞。调畅气机虽属必要，但必须和凉血化瘀结合起来，气血双调，此时治疗重点逐渐移到凉血化瘀方面，故在疏调气机基础上加白头翁凉血化瘀。三诊，正虚为主。在原来疏理气机，凉血化瘀的基础上增加云苓、白术健脾、黄精益气扶正,酸枣仁养心安神。木本受金克肺金不足，或肝的气火上逆情况下，即可出现“左升太过，右降不及”的肝气、肝火犯肺的反克病理变化。李主任用佐金平木法清肃肺气以抑制肝木的治疗方法又称泻肝清肺法以达治疗效果。患者服药后诸症缓解。

医案来源： 陈苑,.李召南副主任医师应用苇茎汤经验介绍[J].中国中医药现代远程教育.2007,:22-24.

101.陈某某,女,26岁,2000年8月15日初诊。3a前,无明显诱因出现深度黄疸,经某市人民医院检查(总胆红素81.8μmol/L,直接胆红素28μmol/L,乙肝5项1、3阳性),诊断为病毒性肝炎(乙型)。经治疗1个月后症状缓解。诊前1个月,病情复发,总胆红素46.5μmol/L,直接胆红素21μmol/L,ALT正常,乙肝5项1、4、5阳性。B超示:肝硬化伴腹水,肝脏体积缩小(10.2cm×6.4cm),回声致密,腹前探及液性暗区3～4cm;脾肿大。诊见:脘腹胀满,疼痛,面色灰暗,纳可,但食后腹胀甚,小便黄少,大便水样,5～6次/d。否认血吸虫病史,腹水征阳性,未见肝掌及蜘蛛痣,舌质淡红、苔薄白,脉弦细。诊断为肝炎后肝硬化伴腹水。证属肝木乘脾,水湿泛滥。治以疏肝健脾,行气利水。方选小柴胡汤加味:柴胡10g,黄芩10g,法夏6g,党参15g,枳壳10g,白芍10g,炙甘草6g,郁金10g,川楝10g,香附10g,大腹皮10g,海桐皮15g,生牡蛎15g,泽泻10g,茯苓皮15g,莱菔子10g,焦山楂20g,鸡内金10g,炒谷麦芽各10g。每日1剂。嘱其隔日以泥鳅100～150g炖汤服下,并以淮山、大枣、莲子、花生米、大米各等量,微火熬成浓粥,每日早晨吃一小碗。服药40剂后,腹胀减轻,小便量可,大便2～3次/d。B超示:肝脏形态尚可,回声增粗,腹水消失,脾脏缩小为11.45cm×4.7cm。守上方,去海桐皮、茯苓皮,加白花蛇舌草15g、蒲公英15g。30剂后,患者无明显症状,饮食较佳,精神好,但眼睛稍黄,小便时黄时白,大便1次/d,质软。乙肝5项为1、4、5阳性。总胆红素、直接胆红素降至正常,舌淡红、苔薄白,脉数。守上方,去大腹皮、生牡蛎、莱菔子,加赤芍10g、田七粉3g、金银花15g。60剂后,患者精神、体力均较佳,面色有光泽,能从事家务活动,上方继续服用以巩固疗效。体会:本例患者乃肝木乘脾,陈教授在治疗中,既疏肝解郁,又以党参、鸡内金、山楂、谷麦芽等健脾和胃。待患者胃气恢复后,再加入少量的三七粉、赤芍等活血凉血药。另外,对于肝硬化患者的补益问题,陈教授主张以清补平补为是,同时注意患者饮食调养,本例患者以淮山、大枣、莲子、花生米等熬粥,取前人“药补不如食补”之意,取得较好疗效。至于肝硬化病人的预后,陈教授认为:面色晦暗或深暗,且呈木色无光泽,多为病重,预后多不良;舌质深红或红而光亮少苔,为肝郁化火,胃阴不足,是不祥之兆,舌红润偏淡,苔轻浮预后较佳;脉缓软而不弦硬预后较好,脉大鼓指,寸关尺三部弦硬,为胃气不足,大有伤阴之势,预后不良,如肝硬化晚期,脉弦数而硬,定为死候。

医案来源： 李慎勤.陈瑞春治肝硬化经验[J].江西中医药.2001,:3.

102. 田某，男，45岁，职员，有慢性胆囊炎病史6年余，患者自诉上腹部疼痛并向右肩背部放射，伴有恶心呕吐，自觉寒热往来，口苦咽干，小便短赤，大便干燥，右上腹有压痛，面色稍黄，巩膜轻度黄染，唇红，舌尖边红，苔黄稍厚，脉弦数有力。处方:茵陈30g，青皮9g，陈皮9g，柴胡12g，黄芩12g，生栀子10g，川郁金15g，威灵仙12g，龙胆草9g，白芍9g，赤芍20g，广木香15g，大黄9g(后下)，炒枳壳10g，金钱草30g，车前子12g，甘草6g。水煎服，日1剂，1日2次。服用半月后患者上腹部疼痛缓解，恶心呕吐，口苦咽干症状消失，巩膜黄染消退，服药期间大便一直偏稀。遂原方去大黄，加茯苓15g，白豆蔻15g，继续服药1月，嘱饮食清淡为主，忌酒，后随访多次未有复发。按:患者因慢性胆囊炎迁延未愈，胆胀胁痛，土壅木郁，疏泄失司，主要症状见右胁下胀闷不适、口苦咽干、大便秘结等胆汁淤积现象，杨师根据“六腑以通为用，以降为顺”的特点，采用疏肝利胆，通腑泄热为主的治法，方中重用茵陈，《神农本草经》云:“茵陈，味苦平，主风湿寒热，邪气，热结黄疸。久服轻身，益气耐老。”《本草备要》谓其“通利湿热，治诸黄”，因此用以清利肝胆湿热退黄，朱良春［1］治疗慢性胆囊炎运用茵陈配陈皮能通三焦而理气，能降泄，能清利，辛开苦降，祛湿泄热，通畅气机。两患者均有口苦咽干症状，杨师根据《伤寒论》:“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。”谨尊仲景和解之小柴胡汤意，用柴胡配黄芩，柴胡苦平，入肝胆经，透泄少阳之邪，疏通气机之郁滞;黄芩以清利少阳之湿热，柴胡升散，黄芩降泄，一升一降使少阳枢机和畅，三焦疏利，内外宣通，现代研究［2］发现小柴胡汤对奥荻氏扩约肌有激活调节作用，能使胆道括约肌迅速并且充分松弛，促进淤滞胆汁排出;龙胆草苦寒，既能泄肝胆实火，又能清肝经湿热;青皮、郁金行气解郁、疏利肝胆，配合威灵仙宣通五脏，现代药理研究［3］二者皆具有利胆解痉，并能调整胆内脂质代谢，降低胆固醇等作用;川楝子配郁金疏肝行气解郁、止痛;金钱草与茵陈、栀子同用清泄肝胆湿热而退黄;枳壳通畅三焦之气，全方诸药配伍，丝丝入扣，降中寓升，通腑泄热，湿浊得利，三焦通畅而气机宣达，邪热得去则病自然得解。同时杨师特别强调胆囊炎患者的合理饮食，是控制慢性胆囊炎复发的关键，高脂饮食可加重胆囊的负荷而诱发疾病，故应做到饮食有节，并且以清淡易消化饮食为主。并保持悦和平静的心态，即所谓“调情志”对预防胆囊炎的复发有着至关重要意义。

医案来源： 杨少军辨治慢性胆囊炎和便秘的医案举隅.张明，李鹏，杨少军.四川中医，2013，31(2)：79-80.

103.杨某,男,30岁,住院号:46367。因乏力纳差、腹胀尿少二年,加剧一月,于1987年5月30日入院。刻症:头晕乏力,纳差厌油,口干口苦,胸闷腹胀,便稀尿少。查：营养不良,精神萎靡,巩膜微黄,颈胸可见四个蜘蛛痣,轻度肝掌,腹围89厘米,腹壁静脉曲张,肝未触及,脾在左肋下5厘米,质硬,双肾区叩痛,舌红、苔黄白腻,脉细弦。血常规:血红蛋白9克%,白细胞3400/立方毫米,血小板2.1万/立方毫米。乙肝表面抗原阳性。尿素氮75毫克%。李师认为本病系湿热疫毒之邪,内伏肝胆,日久气滞络阻,致气、血、水蕴结中州而成。首以疏肝理脾,清利湿热。处方:黄芪、茯苓皮各20克,白芍、大腹皮、丹参各15克,柴胡、黄柏、龙胆草各10克,枳壳、香附、陈皮、甘草各6克。6月1日出现高热,体温39℃,极度乏力,满腹压痛,尿少,水样便,带黄色粘冻。查腹水常规:粘蛋白定性试验阳性,腹水淡黄混浊,白细胞10,750/立方毫米,多核70%,单核30%。考虑并发肝肾综合征,原发性腹膜炎,急性肠炎。此为湿热毕露,注于下焦。患者臌胀两年,多服利尿伤阴之品,然水道不利,邪无出路,湿热交织,滋蔓难图。拟益气养阴利湿之法,佐以清热解毒。处方:茅根30克,白花蛇舌草、半枝莲、半边莲各20克,猪苓、泽泻、茯苓、丹参、泽兰、滑石各15克,阿胶12克,西洋参10克,并辅以西药抗感染、利尿综合处理。7日患者精神转佳,纳增昏减,热平溲利,腹软。查尿素氮55.5毫克%。23日患者突然鼻衄,诉恶心,胃脘饱胀,便黑。湿热化燥,灼伤血脉,迫血妄行。急则治标,治以养阴清热,化瘀止血。处方:黄连、田三七各3克,参须6克,大黄10克,地榆30克,并佐用西药止血剂,血溢渐止。7月1日因受凉,再度发热,体温38.5℃,咳嗽痰少,左胸痛,舌红苔黄,脉弦。胸片报告:左肺肺炎。患者数遭戕伤,正不胜邪,外邪入肺,痰热内壅,治以清肺化痰。处方:栝蒌30克,桑白皮、石膏、茅根各20克,杏仁12克,麦冬、车前子、黄芩、川贝母、茯苓、法半夏各10克,参须6克。9日咳减,胸部摄片:左中上肺炎吸收好转。患者精神顿爽,腹围79厘米,脾左肋下2厘米,质地变软。血小板上升至5.5万/立方毫米。尿素氮下降至37毫克%。肝功能:麝浊10单位,锌浊18单位,清/球蛋白比值3.64/2.86。黄疸指数、转氨酶均正常。病情好转,因商务在身,患者要求出院。医嘱以知柏地黄汤合泻白散调理善后。按:人之五脏,惟肝易动而难静,一病即延及他脏,故王旭高有:“肝病最杂而治法最广”之叹,其中侮脾、乘胃、冲心、犯肺、及肾、挟风、挟痰、本虚标实,种种不同。本案病情驳杂,变证多端,固守一法,实难图全。李师明辨脏腑虚实,扣住“毒甚、邪郁、阴伤”之机,融滋、清、解诸法于一炉,灵活变通,或清上、或疏中、或导下,标本兼治,攻补并施,终使病情转危为安。

医案来源： 李赛美.李培荫治疗病毒性肝炎经验举隅[J].新中医.1990,(04):7-9.

104.赵某,男,26岁。一年前因头晕,全身倦怠乏力,心慌气短,食欲减退,面部黧黑,经某医院诊为阿狄森氏病(慢性肾上腺皮质机能减退症)。经治疗未愈,于1983年7月5日来我院就诊。证见:面部皮肤黧黑,嘴唇尤甚,两手晦暗似涂黑炭,精神不振,倦怠,少气懒言,心慌胸闷,畏寒肢冷,腰膝酸软,下肤浮肿,阳萎。脉沉细弱,舌质紫暗,苔薄白。检查:心电图正常,17一酮类固醉5.3毫克/24小时,17一羟类固醇7.4毫克/24小时,血压12.0/8.00kPa。证属肾阳虚衰,精血内夺,淤浊内阻,循环不畅所致。治宜温肾助阳,祛浊化淤法。拟桂附八味丸加味:熟附子12克,肉桂9克，熟地15克,山药9克,山萸肉9克,丹皮9克,泽泻9克,茯苓9克,黄芪15克,丹参9克，炙甘草9克。水煎日服一剂。十五剂后复诊,倦怠,少气懒言,腰膝酸软,畏寒肢冷,浮肿减轻。唯惑心慌胸闷,局部仍然黧黑如涂黑炭。乃属淤浊凌心,心阳不振,前方加薤白12克,琥珀末1.5克(冲服),肉桂改桂枝9克。连服20剂,诸症减轻,自觉全身力气大增,食欲增加,精神知常。药症相合,再诊时,守前方又服30剂,面部,两手黧黑变浅,畏寒肢冷,浮肿心慌胸闷基本消失。检查：血压13.0/8.00kPa,17—酮类固醇,17一羟类固醇接近正常范围。并已复工。嘱服金匮肾气丸、人参健脾丸以巩固疗效。1986年春节其父患心肌梗塞邀余诊治,得知赵某身体康复。按:黑疸之名出自《金匮·黄疸病脉篇》,《续名医类案》面部篇有“满面皆黑的病例”介绍。现代医学认为肾上腺皮质功能减退症,是由于肾上腺皮质激素分泌不足而引起的一种病症。中医辨证:肾阳虚衰,阳不化水,淤浊内阻所致。肾阳虚衰,不能为脾胃蒸化水谷运其精微,五脏失养,精血内夺,肾精失藏,精衰则阳不振,致使阴寒内盛,寒则凝滞,从而导致血行不畅而发病。本方的目的在于温补水中之火——肾中真阳。即所谓“益火之源,以消阴翳”的治疗方法。肾为先天之本,是人身一切活动能力的本源。如肾阳不足,不能温养下焦,则产生腰酸肢冷,阳不化水,而产生浮肿,阴寒内盛气血被阻,故见面部黧黑等症。方中附子、肉桂壮阳益火,由于阴阳互根,相互为用,若单补其阳,不仅易伤其阴,且肾阳亦无所依,故须配以熟地、山药、萸肉等滋阴药,以益阴摄阳,即“善补阳者,必于阴中求阳”之意。扶正不忘祛邪,故又以丹皮、茯苓、泽泻等泻火利湿,以泻肾浊。如此,则阴阳协调,肾气功能自然恢复。桂附八味丸加黄芪、甘草意在补气升阳；丹参活血祛淤；薤白、琥珀温通心阳以安神。本方从现代医学观点能促进肾上腺皮质功能的恢复。因此,辨证中肯,药证吻合,虽沉疴久疾,亦可获明显的疗效。

医案来源： 程益春,.黑疸(阿狄森氏病)[J].山东中医杂志.1987,(06):41.

105. 杨某，男，65岁，2018年4月2日初诊。主诉:上腹部胀痛2个月，确诊胰腺癌1个月余。患者诉2个月前无明显诱因出现上腹部疼痛、呈胀痛，不欲饮食，无恶心、呕吐，左侧胁肋部胀痛，休息后未见明显缓解，遂就诊于当地某医院。行上腹部增强CT示:胰腺体部低密度灶，考虑胰腺癌可能，病变与脾血管分解不清;诊断为“胰腺恶性肿瘤”。既往有冠心病病史，口服阿司匹林等药控制，现无心慌、心悸等症状。患者在行放化疗同时为求进一步治疗，遂就诊于我院门诊。刻下症见:神清，精神差，上腹部胀痛，不欲饮食，自觉胁肋部胀痛，休息后未见明显好转，无恶心、呕吐，无胸闷、气短、腹泻等症，食纳差，夜寐不安，小便可，大便4日未解。舌红、苔厚腻，脉细数。体质量较前减轻约6kg。导师辨证论治，认为此属中医学“积聚”范畴，辨证为气阴亏虚、痰湿瘀阻证，治宜通瘀化痰、补气养阴。方药如下:柴胡10g，枳实10g，白芍10g，黄连6g，败酱草20g，夏枯草15g，丹参20g，干姜6g，草豆蔻10g，重楼15g，木香10g，生大黄6g，延胡索10g，川楝子20g，黄芩10g，醋乳香6g，蒲公英15g，半枝莲15g，虎杖15g，川芎6g，炙没药6g，甘草6g，香附6g，白花蛇舌草15g。共7剂，水煎，分2次于餐后温服。嘱患者注意休息、合理饮食、调畅情志、积极配合遣方用药，争取早日去除病灶。4月9日复诊:患者神清，精神较前好转，自诉腹部及胁肋部胀痛较前减轻，仍感眠差，大便秘结不畅且此次复诊患者有轻微黄疸。马教授通过辨证将原处方川楝子、醋乳香二药去除;加茵陈6g、酸枣仁10g、远志10g，将生大黄量增至10g;余药同前。据此方加减服药至今，患者情况良好，精神尚佳，偶感腹胀，无恶心、呕吐，无胸闷、气短、腹泻等症状，食纳尚可，夜寐改善，二便调。患者复查上腹部CT示:胰腺处病灶稳定，无肝部及其他部位转移。嘱患者定期复查复诊，注意饮食，适当锻炼以增强自身免疫力。按语:《难经》云:“脾病，当脐有动气，按之牢若痛。动气，筑筑然坚牢，如有积而硬，若似痛也，甚则亦大痛，有是则脾虚病也。”气化不利，脾湿困郁，郁久化热，湿热蕴结，故气阴亏虚，痰湿瘀阻，则见上腹部胀痛，左侧胁肋部疼痛，舌质红，苔厚腻，脉细数。四诊合参，病位在胰腺，涉及脾肝肾。方中柴胡、延胡索、川楝子、川芎、丹参、木香、香附、乳香、没药疏肝理气，活血行气，缓急止痛;白芍柔肝止痛;大黄、黄连、黄芩清热燥湿，泻下瘀积;枳实、败酱草、夏枯草、重楼化痰除痞，消癥散结;蒲公英清热解毒;虎杖利胆退黄;干姜温阳补气;草豆蔻燥湿行气;甘草调和诸药，诸药配伍，共奏益气养阴、消癥散结之功。

医案来源： 夏淑敏,马科,林莹,伏柏浓,李巧玲,田亚佳,.马科运用扶正祛邪法治疗胰腺癌经验[J].湖南中医杂志.2019,35(12):26-27.

106.李某某,男,41岁,2014年06月23日初诊。乙肝大三阳病史多年,哈医大一院消化科诊断为肝硬化失代偿期,患者般情况较差,身体羸瘦、面色萎黄,巩膜黄染,腹部膨隆,肢高度浮肿。彩超显示肝脏已缩小,脾肿大位于肋下4.8cm,脘腹胀满不能饮食,行动不便,大便粘腻不爽,日行2~3次,小便量少。舌质淡,舌苔白膩,脉弦细。实验室检查:血常规血红蛋白82g/,血小板79×10L,白蛋白20.8g/L,谷丙转氨酶114uL,谷草转氨酶89u/L,总胆红素125.2umol/1,直接胆红素68.4um/L,间接胆红素57.1umo/,血清肌酐253.8umo1/,尿素氮13.24molL。张老诊查病人后中医辨证为湿邪困脾,致使水停中州,气机阻滞,郁而化热,水湿与邪热交互为患。处方加味茯苓导水汤加减,组成:党参20g,白术25g,茯苓30g,猪苓20g,泽泻20g,木香10g,瓜15g,砂仁10g,紫苏梗15g,陈皮15g,大腹皮20g,枳壳15g,黄连15g,黄芩15g,知母15g,姜黄15g,大黄15g,甘草10g。服药7剂,尿量显著增加,腹部胀满明显减轻,大便干。前方加槟榔20克,二丑各20g,水煎日1剂。服药7剂,尿量显著增加,24小时尿量达2800m左右,大便1日1行,减大黄为10g,槟榔15g,病人先后服药30余剂,下肢水肿及腹水全消,又以鳖甲煎丸、归芍六君子汤之类加减,服药年余,肝功逐渐恢复正常,可以正常工作。按语:肝硬化腹水属祖国医学“臌胀”病范畴,多因黄疸日久、感染蛊毒、嗜酒过度等原因而发病,涉及的脏腑主要是肝脾肾三脏,为临床难治之症。《素问·至真要大论》云“诸湿肿满,皆属于脾”,“诸胀腹大,皆属于热”。张老认为,肝硬化腹水多虚实夹杂,本虚标实,其病机的关键就在于肝郁脾虚、湿热中阻。湿热之邪蕴蓄,日久伤及脏腑气血,脾为湿热所困,脾失健运,水气不得下行,导致水液停蓄于中而腹部胀大,气为血之帅,气滞日久则血阻,终致气血水互结于腹中而形成本病。张老师认为肝硬化腹水初起,腹水量多不大,此时湿热之象尚未显现,而脾虚失运,气机阻滞,致使水停中州,腹部胀大。此时莫犯“虚虚之戒”,不可拘泥清化湿热之法而徒伤脾胃,致使脾胃更虚,加重病情。临证多用加味茯苓导水汤加减,党参、白术、茯苓健脾利水,补气养血;泽泻、猪苓利水消肿,陈皮、大腹皮行气利水;配砂仁、木香、木瓜、苏梗以理气调中,黄芩、黄连、姜黄清热祛湿。如患者手足寒或畏寒肢冷尚可加用附子、肉桂以助脾肾阳气。不可墨守成规,治疗中详审病情,明寒热,辨虚实,切中病机,果敢用药,屡获佳效。现代药理学研究证明白术、茯苓能促进肝细胞再生,提高白蛋白水平,防止和逆转肝纤维化,其中白术增加白蛋白,纠正白/球蛋白倒置作用明显,并有显著持久的利尿作用,可促进钠的排泄,猪苓、少泽泻能增加尿量,减少腹水,故该方治疗肝硬化腹水疗效确切。

医案来源： 张琪教授应用茯苓导水汤加减治疗顽固水肿三则.刘春光，迟继铭，于梅等。黑龙江中医药,2015,(3): 38-39.

107.张某，男性，40岁，已婚，1987年5月6日初诊。患者突感右胁肝区疼痛，厌食纳差，神疲乏力，在某医院门诊求治。查体：巩膜黄染、腹部胀痛、肝区压痛明显。HF检查HBsAg>1:64阳性，SGPT10u/L。诊断为急性肝炎收入住院。入院后西医行抗病毒、调节免疫、解毒、补充能量和维生素及其它对症治疗3月余。患者巩膜黄染消退，但胁痛腹胀，厌食乏力未减，HF检查提示HBV正在复制。患者胁痛腹胀、头昏纳差、神疲乏力日剧，先后到某省级传染病医院等处治疗1年余，病情未见改善且体质日渐下降；肢体浮肿，头昏头痛日甚；厌食纳差，腹胀恶心日剧，病情危重。刻诊：神志恍惚，面色晦暗，肢体浮肿，右胁肝区胀痛，肠鸣腹胀，大便偏稀日行4~5次，小便清，舌质淡胖苔白腻，脉沉弦。HF检查HBsAg1:1024，SGPT150u/L，TTT8u/L，SB6u/L，放射免疫试验AFP示阴性。西医诊断为慢性乙型活动性肝炎。中医辨证为脾肾阳虚，气滞血瘀。药用巴戟天15g，肉苁蓉30g，肉桂8g，茯苓15g，白术15g，三七4g，延胡索10g，香附15g，青皮10g，柴胡10g，白芍15g，每日1剂。15剂后胁痛腹胀减轻，纳食稍增，但神疲乏力，肢体浮肿未减。查HBsAg1:1024，SGPT150u/L，TTT8u/L，SB6u/L。患者脾肾阳虚微复，但气血两虚仍存。原方加黄芪20g，党参30g。并嘱其加强营养，连服20剂。药后患者精神好转，面色有华,浮肿消退,纳食正常，但大便偏稀(日行2~3次)。为此脾肾阳虚得复，为巩固疗效以善其后，守上方加减，阳虚寒甚时加制附片、吴茱萸，湿热重时加生地、茵陈蒿。SGPT增高时加五味子、垂盆草，TTT、TFT、ZnTT异常时加黄芪、人参。1989年1月3日HF复查示HBsAg阴性，SGPT40u/L以下，TTT6u/L，SB4u/L，自症状消失，随访5年未见复发。按：由病毒引起的慢性肝炎尤其是慢活肝，临床上常见而又难治。本病由于湿热之邪入侵蕴结不解，日久伤及脏腑气血，导致肝、脾、肾的病变和阴阳气血失调。由于个体差异、疾病程度和病位不同，中医传统分为肝胆湿热、肝郁脾虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚、瘀血阻络等五型，但疾病发病过程不断变化，很难绝对分段定型，临床上多以肝郁脾虚，久病多瘀、多虚，肝郁脾虚肾亏参差为多见，而肾亏最为根本。有学者应用补肾温阳法治疗慢性肝炎，发现可改善症状及肝功能、退黄疸和纠正蛋白质代谢作用，且有抑制HBV复制的效果，并观察补肾温阳药方对原代肝细胞膜、细胞内光面内质网的解毒功能及细胞内环境的物质代谢均有促进作用。研究证实，采用肝病治肾、补肾的方法治疗慢性肝炎能提高疗效。本例慢活肝正是运用明代李中梓提出的“乙癸同源，肝肾同治”的理论，结合现代医学的研究治以补肾温阳，健脾疏肝，佐以活血理气。药后收到桴鼓之效，继而守方化裁而愈。

医案来源： 尹振祥,郭立中.补肾温阳法临床应用举隅[J].中国中医急症.2005,(10):1008-1010.