

相对的,黄疸病因的另一方因湿的阴阳属性是属阴的。

现代医学对黄疸也有多种分类方法,1947年 Ducci 氏分肝前性、肝性和肝后性,1952年 Popper 氏按有无胆汁流出障碍分,1962年 Sherlock 分为胆红素产生过多、肝细胞摄取障碍、肝细胞结合障碍、肝细胞排泄障碍四种,1965年 Leevy 提出非结合型和结合型胆红素血症两类分法,1971年龟田氏分溶血性、体质性、肝细胞性黄疸、肝内胆汁淤滞症和阻塞性黄疸五类。<sup>[6]</sup>现在临床上分溶血性、肝细胞性、阻塞性和先天性四种。

由上可见:第一,现代中医的黄疸与西医范围相同;第二,中医临床现实是先按西医确定黄疸,后按中医辨证分型;第三,各家分型不尽相同;第四,阴黄、阳黄之和不等于黄疸;第五,阴黄、阳黄的确定对直接指导临床已意义有限。

### 3. 临床所见及临床大家所论

一切理论的真正目的是为了指导实践,并在实践中不断完善。笔者在临床中深深体会到:决然区分阴黄、阳黄是非常困难的,这本身源于阴阳的相对性,何况阴阳在一定的条件下可互相转化。例如:一个素体脾虚的患者,罹患急性黄疸型肝炎,其色既不如橘色鲜明,又不象烟熏样晦暗,舌体胖色淡暗苔黄腻,此例既有湿热又有脾虚血瘀,该属阴黄阳黄?又如:急性黄疸型肝炎患者黄疸日久不退,颜色由鲜转暗,身不热,口不渴,该属阴黄阳黄?在临床上,慢性肝炎急性活动,面黄而晦暗,口苦且干,常用茵陈虎杖清利湿热而获效,如属误治又何以获效?

俞长荣教授早就告戒“灿灿橘子色,并非尽阳黄”,他说“阳黄阴黄的辨证,应以是否出现阳明证或太阴证来判定;换句话说,辨证要点是证候的出现,而不是黄色如何。”“黄疸型肝炎阳黄阴黄之分,主要在证候,而不是依据黄色的鲜与晦”。<sup>[7]</sup>时振声主任指出:“古人将湿热阳黄中湿偏重者亦列入阴黄范畴,实际上湿偏重者是介于阳黄与阴黄之间的一个过渡证型,湿偏重者本身可以逐渐发展为阴黄,若治疗失当,则可加快向阴黄转化”<sup>[8]</sup>。

### 4. 结语

黄疸分阴阳是中医内科学发展在一定历史阶段的一种学说,曾经起到重要的作用,但其现代指导意义已非常有限,中医教科书已不能将此作为学生必须掌握的内容入编。

参考文献(略)

## 论张仲景对黄疸病辨治法的贡献

刘成海 上海中医药大学附属曙光医院、上海中医药大学肝病研究所(201203)

**摘要** 本文根据仲景论述,并结合临床体会,从病因病机,症状表现,鉴别诊断,预后转归及辨证治疗等方面探讨张仲景对诊治黄疸病的贡献。黄疸的病因主要是外因饮食不洁或不节,内因多为脾肾虚损;病机主要是湿、热、瘀、毒互结;症状以身目尿黄、寒热不食、四肢苦烦为主,初起宜与太阳表证等相鉴别;预后判断主要在于病程长短,以及乏力腹满、神昏谵语、口干出血等症状;治疗上可采用清热、利湿、活血、解毒的方法,综合应用,对于兼夹症,如表证、里实与呕吐等,既要在一般治疗的基础上随症加减,更需辨明其虚实病机,辨证用药。张仲景关于黄疸病的辨治,自成体系,验之有效,对于今天病毒性肝炎等急慢性肝脏疾病的诊断治疗仍有重要指导意义。

**关键词** 张仲景 黄疸 肝炎 病因病机 诊断<sub>X</sub> 预后<sub>X</sub> 治疗<sub>X</sub>

急慢性病毒性肝炎等肝脏疾病常见黄疸症状,即出现身体皮肤与眼睛巩膜黄染、小便色黄,并多伴有乏

力、肝区胀痛、食欲减退等症状,大都属于中医学“黄疸”与“胁痛”等范畴。中医典籍中有许多关于诊治黄疸病的经验理论记载,汉代医圣张仲景开辨证论治之先河,在其《伤寒杂病论》中对黄疸病的因机症治论述颇为详细,迄今对中医临床诊断病毒性肝炎等肝脏疾病仍有重要意义。笔者在传染病科与肝硬化科的临床实践中,常运用仲景理论以诊治病毒性肝炎,取得较好疗效。本文通过复习文献、并结合自己的临床体会,试从病因病机、症状诊断、临床治疗与预后判断等方面,归纳张仲景对黄疸病辨治法的论述,探讨其学术思想,以期促进中医药对病毒性肝炎的理论认识。

## 一、分析病因病机

张仲景将黄疸病分为“黄疽、谷疽、女劳疽、酒疽及黑疽”五类<sup>[1]</sup>,病因上分别有湿热、寒湿、火劫、燥结、瘀血与房劳等。说明贪杯饮酒过甚,饮食水谷不洁或不节,或感受外邪等是病发黄疸的重要外在因素。现代医学已经证实,甲型、戊型肝炎病毒主要通过肠道粪一口途径传播,饮食不洁是急性病毒性肝炎的重要发病原因。1988年上海市发生的甲型肝炎流行则与生食毛蚶有关<sup>[2]</sup>,上世纪90年代新疆地区爆发的戊型肝炎即多与饮用生水有关<sup>[3]</sup>,期间武汉地区甲肝流行,作者曾经所在的湖北中医学院附属医院传染科统计发现80%的急性肝炎患者都有较明确的饮食不洁史,或是经常在外就餐,不注意饮食卫生;或是同一家庭、同一单位人员进食相同不洁饮食水谷后而同时发病。同时,张仲景认为黄疸病机也有正虚的一面,房劳过度,或酒疽误治,导致肾精亏虚、脾阳不足,易病发女劳疽或黑疽,提示脾肾正虚是病发黄疸的重要内因。究其原因,其一“邪之所凑,其气必虚”。外邪内侵的基础在于机体正气不足。其二,急性肝炎向慢性肝炎的演变过程中(即所谓“误治”),往往由邪实(湿热)转为正虚为主,而脾虚是其根本<sup>[4]</sup>,因而治疗黄疸当重视补益脾土,如张仲景所言“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”。乙肝的发病往往与免疫机制紊乱有关,而中医的“肾”功能与机体免疫相关,王灵台等采用“补肾方”,以巴戟天、桑寄生、枸杞、肉苁蓉等补肾为主,配以虎杖、黄芩等清热利湿,可明显改善慢性肝炎患者黄疸的肝功能表现<sup>[5]</sup>。证实黄疸不仅有湿热等邪毒之外因,也要重视脾肾虚损的内因。

饮食不洁致脾胃内伤,运化失职,湿浊内停,蕴而化热,湿热熏蒸肝胆,致其疏泄失常,胆汁外溢即见黄疸,湿热是黄疸的重要病理因素,如《金匱要略(黄疸病脉证并治第十五篇)》云“然黄家所得,从湿得之”。此外,瘀、毒也是并发黄疸的重要病理因素,如在上篇中仲景云:“脾色必黄,瘀热以行”。在《伤寒论》第236条云:“瘀热在里,身必发黄”。陈修园注曰:“瘀热以行,一个瘀字,便见黄皆发于血分,凡气分之热不得称瘀”<sup>[1]</sup>。肝为藏血之脏,湿热熏蒸肝胆,肝气不畅,则致肝血瘀滞,故此瘀是气分湿热波及、浸淫血分所致。现代病理观察发现急性黄疸型肝炎患者有不同程度的肝内微循环障碍,其肝内和毛细胆管内有淤胆现象,而急性无黄疸型肝炎则没有毛细胆管内淤胆现象<sup>[6]</sup>,说明淤胆是病毒性肝炎等病发黄疸的重要病理表现。而此处“淤胆”有类似中医血瘀特征。另外,湿热蕴蒸不得外解,易致“毒”随热生,热随毒甚,临床上常见急黄肝患者有口干苦、发热、身痒等症,即是热毒炽盛的外在表现。

由上可见,湿蕴化热,毒随热生,热随毒盛,湿热阻滞气机、浸淫血分致瘀,血分瘀热不清,则气机失畅,气分之湿热邪毒难除,因此气分、血分相互影响,湿热毒瘀常相兼为患,熏蒸肝胆、阻滞肝络,致肝胆疏泄失职、胆汁外溢而出现身、目、尿黄等黄疸症状。

## 二、明确症候诊断

仲景对黄疸病的症状有许多论述,对临床诊断及鉴别诊断急黄肝有很重要的指导意义,兹归纳于下。

1. 寒热不食。“谷疽之为病,寒热不食,食即头眩,心胸不安,久久发黄为谷疽,茵陈蒿汤主之”<sup>[1]</sup>。此处“寒热”即恶寒发热,多为急性病毒性肝炎的早期表现,临床上较易与感冒病相混淆。但感冒多由外邪袭表,营卫不和所致,虽以恶寒发热为主,却常伴见头痛鼻塞、脉浮、苔薄等太阳表症。但急性病毒性肝炎之发热恶寒则是湿热内蕴、营卫之气壅塞不利所致,易致脾胃运化失职,故常伴见“不食”,即食欲不振,或恶心欲吐、或心中懊恼、胃脘胀满等脾胃不和症状。由此可见,急性病毒性肝炎既有表症,又有脾胃不和之里症;与感冒病太阳表症、与呕吐、胃脘痛等脾胃里症均有明显不同。

2. 四肢苦烦。张仲景《金匱要略(黄疸病脉症并治)》云:“寸口脉浮而缓,浮则为风,缓则为痹。痹非中风。四肢苦烦,脾色必黄,瘀热以行”。根据患者的临床表现,我们认为此处之“烦”有二个意义,一是指四肢活动无力,常感倦怠疲乏,不能胜任日常工作生活而烦。乃因脾主四肢肌肉,脾胃运化失职,气血生化乏源,四肢乏养所致。二是指身体搔痒而烦,黄疸型病毒性肝炎患者多有此症状,盖因湿热毒邪内浸血分,外溢肌肤所致,现代医学则认为是毛细胆管淤胆,胆盐外渗,刺激肌肤所致。

3. 身、目、尿黄。《伤寒论》第 259 条云:“伤寒发汗已,身目为黄”,第 260 条云:“伤寒七八日,身黄如橘子色,小便不利,腹微满者,茵陈蒿汤主之。”身、目、尿黄是肝炎的重要症状,急性肝炎起病一周左右出现,而慢性肝炎肝功能异常时也常出现此症。仲景认为是“胃中苦浊、浊气下流”所致,脾胃湿热起重要作用。后世医家发现患者多有胁胀痛,进一步认识到脾胃失运,湿热内生,蕴蒸肝胆,致其疏泄失职、胆汁外溢而致身、目、尿黄。诸黄中以目黄为辨证关键,虚劳里急、气血失荣之萎黄亦可见身体发黄,但眼之白睛不黄。也需要与老年人正常目睛黄染相区别。

### 三、判断预后转归

任何疾病都有自身的发展演变规律,黄疸病或病毒性肝炎也一样,有其自身发生、发展、转变之规律。仲景在大量的实践基础上,认识到黄疸病的演变规律,提出了根据病程和病情等来判断其预后转归。

#### (一)根据病情症状判断

仲景在《伤寒论》第 3 条中指出:“太阳病,若发汗已,身灼热者,名风湿。风湿为病…身重,多眠睡,鼻息必鼾,语言难出…小便不利,直视失溲;若被火者,微发黄色,剧者如惊痫,时瘈瘲,一逆尚引日,再逆促命期。”第 114 条曰:“太阳病中风,以火劫发汗,邪风被火热,血气流溢,失其常度。两阳相熏灼,其身发黄,阳甚则欲衄,阴虚小便难…腹满微喘,口干咽烂,或不大便。久则谵语,甚者至哕,手足躁扰,捻衣摸床,小便利者,其人可治。”仲景所述虽是误治所致火劫发黄,但热毒炽盛即可化躁化火,前后互参,证之临床,此处火劫发黄实为黄疸病的一种危急重症,即后世所谓“急黄”,或现代医学之“急性、亚急性重症肝炎”,因此在临床上运用仲景上述理论,对明确诊断、判断预后、并积极抢救治疗都有重要意义,兹归纳于下。

1 极度乏力、腹满而哕。一般急黄肝患者有如前述之肢软乏力、烦不任重,及胃脘胀闷、恶心呕吐等症;但若出现“身重、多眠睡”,卧床难起、极度乏力,和腹部胀满、呃逆频频,则是邪毒内聚、脾胃功能严重障碍,胃气败坏、气血生化乏源之象,“有胃气则生,无胃气则死”,预后十分凶险。

2 神昏谵语、惊痫瘈瘲。一般患者是“靖言了了”,语言清晰、神志清楚,双目虽黄染,但视物清晰有神,四肢虽疲乏,但可安舒静卧。病程中出现“谵语”和“语言难出”,即神志昏糊、胡言乱语,乃是热毒内扰神明之症;其中“直视”即视物不清、双目呆滞无神,临床中需要警惕,此症出现往往预示患者将发生肝昏迷(肝性脑病)。《内经》云:“夫精明者,所以视万物,别黑白,审长短。以长为短,以黑为白,如是则精衰矣”。盖因肝开窍于目,邪毒炽盛化火、循经上绕,机体精气耗竭,则出现“目中不了了,睛不和”和“直视”等症。此外,热毒化火、耗伤阴液,筋脉失养、肝风内动则表现为四肢抽搐、手足躁扰、循衣摸床等症,凡此种种,均是邪盛正虚,无力抗邪的凶险之兆。

3 口干便难、鼻衄出血。病程中出现此症也属邪盛正虚之凶象,邪毒化火,损伤阳络,内迫血分,则鼻衄出血,甚或呕血便血;热耗阴液,且脾胃损伤、化源匮乏,致阴液枯涸,而见口干咽烂、小便短少难解。若“小便利者,其人可治”,所谓“存得一分阴液,便有一分生机”。

#### (二)根据病程长短判断

仲景云:“黄疸之病,当以十八日为期。治之十日以上瘥,反剧为难治”<sup>[1]</sup>。急性黄疸型肝炎(急黄肝)患者一般在 2—3 周左右黄疸等症达到高峰,然后开始减轻好转,谷丙转氨酶(ALT)明显下降等,病情稳定好转。如果若 3 周以上病情无好转,往往预示正气不足,邪气偏盛,病情将迁延难愈;而如果患者短期内出现上述凶险之症,而若短期内黄疸、纳差、乏力等明显加重,病情迅速恶化,且出现精神、神经等症状,即上述之神昏谵语、直视便难、鼻衄出血等,则提示邪盛正衰,可能发展为重症肝炎,即所谓“急黄”之变,需积极救治。由此可

见,运用仲景理论,结合患者的病情变化和病程长短,对临床判断预后,明确诊断及抢救治疗都有重要意义。

#### 四、临床治疗

##### (一)辨证施治

急黄肝共同的病机是湿、热、瘀、毒相兼为患,因此临床上辨证求因、审因论治,针对性的采用祛湿、清热、活血、解毒,即为治疗急黄肝的常用共同治疗之法。

“诸病黄家,但利其小便”。仲景非常强调祛湿,湿去则热孤,且俾使气机通畅,毒瘀易除。湿与热常易交互为患,根据湿热轻重,仲景分别立方施治:若湿热并重,症见舌苔黄腻、心胸烦闷、小便短赤,则用“茵陈蒿汤”,方中茵陈、大黄、栀子清热利湿并重;若湿重于热,症见舌苔白腻、倦怠少食、恶心呕吐,可用“茵陈五苓散”,药用茵陈、茯苓、猪苓、泽泻、虎杖等利湿为主;如热重于湿,则选“栀子大黄汤”,方中以大黄、栀子、枳实清热为主。而毒随热生、热随毒盛,清热解毒常相兼并举,如“茵陈蒿汤”、“栀子大黄汤”等,常选用栀子、连翘、败酱草、板蓝根等。

瘀血阻络是急黄肝的一个重要病理因素,因此清除血分瘀热,促进气机畅通、湿热清除,与现代医学所谓活跃肝脏微循环,促进肝功能恢复,有异曲同工之妙。仲景的黄疸诸方中大都有活血药物,如大黄;此外,在黑疸的治疗方中,更立“大黄硝石汤”,方中硝石入血分消坚积,矾石入血分以胜湿,以加强活血之功。此外大黄、丹参、赤芍、当归,或川芎嗪、丹参注射液等活血之品临床也常为应用。实践中作者常四法联用,并根据病邪轻重,相应调整治法方药,疗效较为满意<sup>[7]</sup>。

##### (二)随症施治

由于体质有强弱盛衰,感邪有轻重兼夹,病情各不相同。因此,尚需在上法的基础上,随症施治,加减用药,兹例举数端:

1 兼见表症。黄疸病初期,常兼见表症,如恶寒发热、头痛鼻塞等,宜上法中加解表之品,“发汗以泄黄势”。然表症亦有虚实,仲景于此明确辨证与治法。黄疸,发热恶寒,无汗,为兼表实证,《伤寒论》第263条曰:“伤寒瘀热在里,身必黄,麻黄连翘赤小豆汤主之”。治宜发汗解表,方用“麻黄连翘赤小豆汤”。如若黄疸,发热恶寒,自汗出,脉浮,则为黄疸兼见表虚,治当固表除湿,用“桂枝加黄芪汤”加减运用,如《金匱要略·黄疸病脉证并治篇》云:“诸病黄家…假令脉浮,当以汗解之,宜桂枝加黄芪汤主之”。提示我们可在利湿的基础上,以桂枝汤调和营卫,以黄芪益气固表。

2 兼里实结滞。黄疸兼见大便干结,脘腹胀满拒按,宜合用下法。《金匱要略·黄疸病脉证并治篇》云:“黄疸腹满,小便不利而赤,自汗出,此为表和里实,当下之,宜大黄硝石汤”。方中以大黄、硝石清泻里热,黄柏、栀子清热利湿。

3 兼见呕吐。呕吐乃胃气上逆使然,但黄疸兼见明显呕吐,亦当明辨虚实证治。黄疸、呕吐之外,尚见舌苔黄腻、胸胁疼痛明显,乃属肝邪犯胃之实证呕吐,如《伤寒论》99条云:“脏腑相连,其痛必下,邪高痛下,故使呕也”。当加用疏肝和胃,如《金匱要略·黄疸病脉证并治篇》云:“诸黄,腹痛而呕者,宜柴胡汤”。以小柴胡汤疏利三焦,和胃降逆。而若尚见有少气懒言、腹满喜温喜按,则为脾胃虚寒治虚证呕吐,“腹满而喘,…哕者,小半夏汤主之”。药用半夏、生姜等温中散寒,和胃降逆。

#### 结 语

本文结合临床实践,从因机证治等几个方面探讨了张仲景的黄疸病辨证治疗理论体系。认为黄疸病外因主要是饮食不洁/节,内因多为脾肾虚损;病机多为湿、热、瘀、毒互结。症状表现主要是身、目、尿黄,纳差不食,胃脘胀闷,四肢苦烦等;早期宜与太阳表症相鉴别。临床宜根据患者的病程长短和病情变化,判定其预后转归。治疗上,针对主要病机,以清热、利湿、活血、解毒为主。对于兼夹的表症、里实与呕吐等症,需在上法基础上,随症加减;当需辨明兼夹症的虚实病机,对证用药。张仲景关于黄疸病的辨证治疗理论对指导诊治病毒性肝炎等肝脏疾病仍有重要意义,宜进一步发掘与提高。