

目 录

· 古代医家经验 ·

黄疸

- 王肯堂 黄疸临证准绳····· 3
- 张景岳 黄疸论····· 7
- 喻嘉言 阐扬金匱奥旨 指陈攻补戒律····· 13
- 张 璐 辨析诸黄 取法仲景····· 18
- 陈士铎 治从五脏 扶正泄浊····· 23
- 陈德求 黄疸临证传灯····· 33
- 沈金鳌 论黄疸源流 述证治大法····· 36
- 蒋式玉 治疸必分阴阳论····· 46
- 周学海 黄疸黑疸辨····· 48
- 张子和 攻下治疗黄疸举隅····· 50
- 李东垣 黄疸案举····· 52
- 柳宝诒 黄疸医案一则····· 54
- 余听鸿 黄疸慎勿滥用苦寒····· 56
- 丁甘仁 黄疸医案三则····· 58
- 张锡纯 黄疸案说····· 60
- 周小农 黄疸医案····· 64

胁痛

- 孙一奎 气郁胁痛论····· 65

张景岳	胁痛论	67
叶天士	胁痛案绎	70
林珮琴	胁痛治裁	80
汪蕴谷	胁痛会心录	82
程文囿	瓜蒌红花愈胁痛案	84
张乃修	痰湿胁痛案	85
柳宝诒	胁痛类案	87
吴鞠通	肝郁金燥胁痛案	89
曹南笙	胁痛两案	90
积聚臌胀		
严用和	积聚论	91
李东垣	中满腹胀论	93
朱丹溪	鼓胀心法	95
孙一奎	温补下元 化气消鼓	98
李中梓	攻积论	100
喻嘉言	胀病论	102
陈士铎	鼓胀大法 扶正祛邪	104
叶天士	胀满案绎	107
叶天士	积聚案绎	120
曹仁伯	臌胀医案	129
蒋宝素	阳虚臌胀案	130
王旭高	臌胀类案	132
王孟英	臌胀医案两则	134
马培之	臌胀两案	136

· 现代医家经验 ·

黄疸

- | | | |
|-----|-----------------------|-----|
| 关幼波 | 活血祛痰清湿热 假邪出路审三焦····· | 141 |
| 李培生 | 湿热壅遏病 三焦分治法····· | 148 |
| 杨志一 | 病毒肝炎六经治 黄疸寒湿每偏多····· | 152 |
| 胡希恕 | 疏肝和胃去瘀血, 著效每仗伤寒方····· | 157 |
| 俞长荣 | 灿灿橘子色, 并非尽阳黄····· | 159 |
| 徐仲才 | 黄疸非尽属湿热 温燥祛湿每多求····· | 165 |
| 张耀卿 | 温调脾肾 疏泄肝胆····· | 168 |
| 潘澄濂 | 清解湿毒 疏肝运脾····· | 171 |
| 时振声 | 辨证准确需入细 胶执一法难应机····· | 181 |
| 张 琪 | 芳香宣化 解毒化瘀····· | 189 |
| 姜春华 | 大黄草药主清利 醒脾健胃兼顾之····· | 193 |
| 沈炎南 | 着眼湿热疫毒 祛邪宜早宜彻····· | 195 |
| 汪承柏 | 慢性肝炎高黄疸 审识标本重热瘀····· | 200 |
| 任继学 | 疏利肝胆虽为主 补中升阳亦求之····· | 203 |
| 吕承全 | 阴阳虚实须明辨 急黄危症赖斡旋····· | 205 |
| 周仲瑛 | 热毒瘀结 重肝病机····· | 211 |
| 姚荷生 | 湿热羁留 疏达膜原····· | 231 |
| 蒋志伊 | 血虚黄疸····· | 233 |
| 李翼农 | 黄疸验方····· | 236 |
| 董廷瑶 | 理气活血 妙治胎黄····· | 239 |
| 姚贞白 | 黄疸验案····· | 241 |
| 郭方伯 | 黄疸效方矾硫丸····· | 248 |
| 李济仁 | 清热利湿法 灵茵退黄方····· | 250 |

张泽生	透表清化治急黄	253
邢锡波	清心开窍神昏法 逐邪解毒醒后方	255
熊寥笙	利疸退黄汤与疏肝理脾汤	259
刘赤选	血瘀络阻古方治 四乌鲂骨一蒺藜	263
李庭芬	苍耳薄荷砂木通 全生黄疸立效方	265
陈一鸣	析因湿热并毒瘀 疏方茵陈下瘀血	267
蒋日兴	调和肝脾宗四逆 内蕴湿热用大黄	272
任侠民	湿滞毒瘀别寒热 化裁鸡平合剂方	276
颜德馨	郁热熏蒸湿浊遏 凉营祛湿犀泽方	282
柴中元	漫云无湿不成疸 燥瘀疫毒脾肾伤	287
章柏年	重用熟地愈黄疸 景岳高论不奇玄	290
徐小圃	崇土需温运 和中茵陈方	294
李昌源	利湿清热 醒脾化瘀	298
慢性肝炎		
匡萃璋	阐发慢肝伏气机理 探析病位证治方药	302
陈继明	持重应机 入细入微	319
朱良春	在气在血须细审 攻补疏养亦详参	329
张耀卿	中焦虚寒肝气郁 温通脾肾求桂附	339
路志正	升清降浊疏肝脾 勿过苦寒遏气机	341
汪承柏	舌苔黄膩不尽湿热 阴虚湿困进退有法	343
邹良材	湿热瘀毒推大黄 燮理脏腑重脾运	352
方药中	毓阴化瘀, 燮理五脏	361
时振声	正虚邪恋病慢肝 逐邪扶正需细参	369
关茂会	慢性肝炎临证见解	378
顾丕荣	辨证重舌诊 治疗尚调节	385

朱承汉	解决主证执虚实	针对湿热用清解·····	393
刘渡舟	辨证执气血为纲	治疗以解郁为主·····	400

古代医家经验

王肯堂

黄疸临证准绳

王肯堂（1549～1613），字宇泰，明代医家

丹溪云：五疸不要分，同是湿热，如蠡曲相似，轻者小温中丸，重者大温中丸。按丹溪之言，已得大意，其用药则未备也。考之《内经》，病有上中下之分。有谓目黄曰黄疸者，有谓黄疸暴病，久逆之所生者，及少阴厥阴司天之政，四之气，溽暑，皆发黄疸者，悉是上焦湿热病也。有谓食已如饥曰胃疸者，与脾风发痒、腹中热、出黄者，又脾脉搏坚而长其色黄者，《灵枢》谓脾所生病黄瘁，皆中焦湿热病也。有谓溺黄赤、安卧者黄疸，及肾脉搏坚而长其色黄者，《灵枢》谓肾所生病，皆下焦湿热也。独张仲景妙得其旨，推之于伤寒证中，或以邪热入里，与脾湿相交则发黄；或由内热已盛，复被火者，两阳熏灼，其身亦黄；或阳明热盛无汗，小便不利，湿热不得泄，亦发黄；或发汗已，身目俱黄者，为寒湿在里不解而黄也；或食难用饱，饱则头眩，必小便难欲作谷疸。疸者单也，单阳而无阴也。成无己释诸黄，皆由湿热二者相争则黄。湿家之黄，黄而色暗不明。热盛之黄，其黄如橘子色。大抵黄家属太阴，太阴者脾之经也。脾属土，黄色，脾经为湿热蒸之，则色见

于外。或脉沉小腹不利者，乃血在下焦之黄也。凡此必须当其病，用其药，直造病所，庶无诛伐无过夭枉之失也。

大法宜利小便，除湿热。脉浮，腹中和，宜汗。脉浮，心中热，腹满欲吐者，宜吐。脉沉，心中懊侬，或热痛腹满，小便不利而赤，自汗出，宜下。脉不浮不沉，微弦，腹痛而呕，宜和解。脉沉细无力，身冷而黄，或自汗泄利，小便清白，为阴黄，宜温。男子黄，大便自利，宜补。饥饱劳役，内伤中州，变寒病生黄，非外感而得，宜补。

治疸须分新久，新病初起，即当消导攻渗，如茵陈五苓散、胃苓饮、茯苓渗湿汤之类，无不效者。久病又当变法也。脾胃受伤，日久则气血虚弱，必用补剂，如参术健脾汤、当归秦艽散，使正气盛则邪气退，庶可收功。若口淡，怔忡，耳鸣，脚软，或微寒热，小便赤白浊，又当作虚治，宜养荣汤，或四君子汤吞八味丸、五味子、附子者，皆可用，不可过用凉剂强通小便，恐肾水枯竭，久而面黑黄色，不可治矣。然有元气素弱，避渗利之害，过服滋补，以致湿热愈增者，则又不可拘于久病调补之例也。

茯苓渗湿汤（《宝鉴》） 治黄疸，寒热呕吐，渴欲饮水，身体面目俱黄，小便不利，全不食，不得卧。茵陈七分 白茯苓六分 木猪苓 泽泻 白术 陈皮 苍术米泔浸一宿炒 黄连各五分 山梔炒 秦艽 防己 葛根各四分 水二盅，煎七分，食前服。

参术健脾汤治发黄日久，脾胃虚弱，饮食少思。 人参 白术各一钱五分 茯苓 陈皮 白芍药 煨当归各一钱 炙甘草七分，水二盅，枣二枚，食前服。疸加黄芪、炒

白扁豆各一钱。

当归秦艽散治五疸口淡、咽干，倦怠发热，微寒。白术八分 茯苓 秦艽 当归 川芎 芍药 熟地黄酒蒸 陈皮各一钱 半夏曲 炙甘草各五分 水二盅，姜三片，煎八分，食前服。（《济生》有肉桂、小草，名秦艽饮子）

发汗，桂枝加黄芪汤、麻黄醇酒汤。吐，瓜蒂散、藜芦散、二陈汤，探吐。下，栀子大黄汤、大黄硝石汤、黄连散。利小便，五苓散、益元散。除湿热，茵陈五苓散、茯苓渗湿汤。和解，小柴胡汤。搐鼻，瓜蒂散。温，茵陈附子干姜汤。补，养荣汤、补中汤、大小建中汤、理中汤。干黄，燥也，小便自利，四肢不沉重，渴而引饮，栀子柏皮汤。湿黄，脾也，小便不利，四肢沉重，似渴不欲饮者，大茵陈汤。大便自利而黄，有实热者，茵陈栀子黄连三物汤。无实热者，小建中汤。往来寒热，一身尽黄者，小柴胡加栀子汤。腹痛而呕者，小柴胡汤。诸疸，小便不利为里实，宜利小便，或下之。无汗为表实，宜发汗，或吐之，吐中有汗。诸疸，小便黄赤色者，为湿热，可服利小便清热渗湿之药。若小便色白，是无热也，不可除热。若有虚寒证者，当作虚劳治之。

藜芦散（《百一》） 治疸。取藜芦置灰内炮之，少变色，捣为末，水服半钱匕，小便不利数服。

黄连散（《宝鉴》） 治黄疸，大小便秘涩，壅热。黄连 大黄醋拌炒各二两 黄芩 甘草炙各一两 上为极细末，食后温水调下二钱，日三；先用瓜蒂散搐鼻取下黄水，却服此药。

益元散（即天水散） 治伤寒表里俱热，烦渴口干，小便不通，及霍乱吐泻，下利肠澼，偏主石淋，及妇人产难，催生下乳，神效。桂府滑石臙白者六两 粉草一两研烂

上为极细末，每服三钱，白汤调下，新水亦得。加薄荷末少许名鸡苏散，加青黛末少许名碧玉散，治疗并同，但以回避世俗之轻侮耳。

茵陈附子干姜汤（《宝鉴》） 附子炮去皮三钱 干姜炮二钱 茵陈一钱二分 草豆蔻煨一钱 白术四分 枳实麸炒 半夏制 泽泻各半钱 白茯苓 橘红各三分

上生姜五片，水煎，去滓凉服。

补中汤（东垣） 治面黄多汗，目眦赤，四肢沉重，减食，腹中时痛，咳嗽，两手左脉短，右脉弦细兼涩，右手关脉虚。 升麻 柴胡各二钱 当归身二分 苍术五分 泽泻四分 五叶子二十一粒 炙甘草八分 黄芪二钱五分 神曲三分 红花少许 大麦蘖五分

上作二服，水煎食前。

（《证治准绳》）

张景岳

黄 疸 论

张景岳（1563～1640），名介宾，明代医家

黄疸一证，古人多言为湿热，及有五疸之分者，皆未足以尽之，而不知黄之大要有四：曰阳黄，曰阴黄，曰表邪发黄，曰胆黄也。知此四者，则黄疸之证无余义矣。丹溪曰：疸不必分五种，同是湿热，如蠡曲相似。岂果皆如蠡曲，悉可谓之湿热耶？弗足凭也，愚列如下。

阳黄证因湿多成热，热则生黄，此即所谓湿热证也。然其证必有身热，有烦渴，或躁扰不宁，或消谷善饥，或小水热痛赤涩，或大便涩结，其脉必洪滑有力。此证不拘表里，或风湿外感，或酒食内伤，皆能致之。但察其元气尚强，脾胃无损，而湿热果盛者，直宜清火邪，利小便，湿热去而黄自退，治此者本无难也。

阴黄证则全非湿热，而总由血气之败，盖气不生血，所以血败，血不华色，所以色败。凡病黄疸而绝无阳证阳脉者，便是阴黄。阴黄之病，何以致然？盖必以七情伤脏，或劳倦伤形，因致中气大伤，脾不化血，故脾土之色自见于外。其为病也，必喜静而恶动，喜暗而畏明，凡神思困倦，言语轻微，或怔忡眩晕，畏寒少食，四肢无力，或大便不

实，小水如膏，及脉息无力等证，悉皆阳虚之候。此如湿热发黄者反如冰炭，使非速救元气，大补脾肾，则终无复元之理。且此证最多，若或但见色黄，不察脉证，遂云黄疸同是湿热，而治以茵陈、栀子泻火利水等剂，则无有不随药而毙者。

表邪发黄，即伤寒证也。凡伤寒汗不能透，而风湿在表者有黄证，或表邪不解，自表传里而湿热郁于阳明者，亦有黄证。表邪未解者，必发热身痛，脉浮少汗，宜从汗散；湿热内郁者，必烦热，脉缓滑多汗，宜从分消清利。若阳明实邪内郁而痞结胀满者，宜先下之，然后清其余热，则自无不愈。

胆黄证，凡大惊大恐及斗殴伤者皆有之。尝见有虎狼之惊，突然丧胆而病黄者，其病则骤；有酷吏之遭，或祸害之虑，恐怖不已而病黄者，其病则徐。如南北朝齐永明十一年，有太学生魏准者，因惶惧而死，举体皆青，时人以为胆破，即此之类。又尝见有斗殴之后，日渐病黄者，因伤胆而然。其证则无火无湿，其人则昏沉困倦，其色则正黄如染，凡此数证，皆因伤胆，盖胆伤则胆气败而胆液泄，故为此证。经曰：胆液泄则口苦，胃气逆则呕苦，故曰胆呕。义犹此也。且胆附于肝，主少阳春生之气，有生则生，无生则死。故经曰凡十一脏皆取决于胆者，正以胆中生气为万化之元也。若此诸证，皆以胆伤，胆伤则生气败，生气既败，其能生乎？所以凡患此者，多致不救。然当察其伤之微甚，速救其本，犹可挽回，而炼石补天之权，则操之医之明者。黄疸大法，古有五疸之辨：曰黄汗，曰黄疸，曰谷疸，曰酒疸，曰女劳疸。总之，汗出染衣，色如柏汁者，曰黄汗；身面眼目黄如金色，小便黄而

无汗者，曰黄疸；因饮食伤脾而得者，曰谷疸；因酒后伤湿而得者，曰酒疸；因色欲伤阴而得者，曰女劳疸。虽其名目如此，然总不出阴阳二证。大都阳证多实，阴证多虚，虚实弗失，得其要矣。黄疸难治证：凡寸口无脉，鼻出冷汗，腹膨，形如烟薰，摇头直视，环口黧黑，油汗发黄，久之变黑者，皆难治。

阳黄证：多以脾湿不流，郁热所致。必须清火邪，利小水。火清则溺自清，溺清则黄自退。轻者宜茵陈饮、大分清饮、梔子柏皮汤之类主之。若闭结热甚，小便不利，腹满者，宜茵陈蒿汤、梔子大黄汤之类主之。

茵陈饮 茵陈 焦梔子 泽泻 青皮各三钱 甘草一钱 甘菊花二钱 用水三四盅，煎两盅，不时陆续饮之，治热泻者，一服可愈。

大分清饮 治积热闭结，小水不利，或致腰腹下部极痛，或湿热下利，黄疸，溺血，邪热畜血，腹痛淋闭等症。

茯苓 泽泻 木通各二钱 猪苓 梔子或倍之 枳壳 车前子各一钱 水一盅半，煎八分，食远温服。

阴黄证：多由内伤不足，不可以黄为意专用清利，但宜调补心脾肾之虚以培血气，血气复则黄必尽退。如四君子汤、五君子煎、寿脾煎、温胃饮之类，皆心脾之要药也。若六味丸、八味丸、五福饮、理阴煎，及左归、右归、六味回阳等饮，皆阴中之阳虚者所宜也。若元气虚不至甚，而兼多寒湿者，则以五苓散、四苓散，或茵陈五苓散之属，加减用之亦可。

五君子煎 治脾胃虚寒，呕吐泄泻而兼湿者。 人参

二三钱 白术 茯苓各二钱 炙甘草一钱 干姜炒黄一二钱 水一盅半，煎服。

寿脾煎 一名摄营煎。治脾虚不能摄血等证。此归脾汤之变方，其效如神。 白术二三钱 当归二钱 山药二钱 炙甘草一钱 枣仁钱半 远志制三五分 干姜炮一二三钱 莲肉去心炒二十粒 人参随宜一二钱急者用一两 水二盅，煎服。

温胃饮 治中寒呕吐吞酸，泄泻，不思饮食，及妇人脏寒呕恶，胎气不安等证。 人参一二三钱或一两 白术炒一二钱或一两 扁豆二钱炒 陈皮一钱或不用 干姜炒焦一二三钱 炙甘草一钱 当归一二钱滑泄者勿用 水二盅，煎七分，食远温服。

六味丸 即金匱肾气丸，亦名地黄丸。 熟地黄八两 蒸捣 山茱萸 山药炒各四两 丹皮 泽泻 白茯苓各三两 上为细末，和地黄膏，加炼蜜为丸桐子大，每服七八十丸，空心食前滚白汤或淡盐汤任下。此方用水煎汤，即名六味地黄汤。下八味丸亦同。

八味丸 即六味地黄丸加肉桂、制附子各一两。

五福饮 凡五脏气血亏损者，此能兼治之，足称王道之最。 人参随宜心 熟地随宜肾 当归二三钱肝 白术炒一钱半肺 炙甘草一钱脾 水二盅，煎七分，食远温服。或加生姜三五片。凡治气血俱虚等证，以此为主，或宜温者加升麻、柴、葛，左右逢源，无不可也。

理阴煎 此理中汤之变方也。 熟地三五七钱或一二两 当归二三钱或五七钱 炙甘草一二钱 干姜炒黄色一

二三钱 或加肉桂 水二盅，煎七八分，热服。

左归饮 此壮水之剂也。凡命门之阴衰阳胜者，宜此方加减主之。此一阴煎、四阴煎之主方也。熟地二三钱或加至一二两 山药二钱 枸杞二钱 炙甘草一钱 茯苓一钱半 山茱萸一二钱畏酸者少用之 水二盅，煎七分，食远服。

右归饮 此益火之剂也。凡命门之阳衰阴胜者，宜此方加减主之。 熟地用如前 山药炒二钱 山茱萸一钱 枸杞二钱 甘草炙一二钱 杜仲姜制二钱 肉桂一二钱 制附子一二三钱 水二盅，煎七分，食远温服。

六味回阳饮 治阴阳将脱等证。 人参一二两或数钱 制附子二三钱 炮干姜二三钱 炙甘草一二钱 熟地五钱或一两 当归身三钱 如泄泻者或血动者以冬术易之多多益善。

伤寒发黄：凡表邪未清而湿热又盛者，其证必表里兼见，治宜双解，宜柴苓汤，或茵陈五苓散主之。或内热甚而表邪仍在者，宜柴苓煎主之。若但有湿热内实胀闭等证，而外无表邪者，宜茵陈蒿汤主之。若因内伤劳倦，致染伤寒者，亦多有发黄之证。但察其本无湿热实邪等证，即当以阴黄之法调补治之，或用韩祇和法亦可。若但知攻邪，则未有不败。故孙真人曰：黄疸脉浮者，当以汗解之，宜桂枝加黄芪汤。此即补虚散邪之法也。

柴苓汤 白术 茯苓 泽泻 柴胡 猪苓 黄芩 上水煎服。

柴苓煎 柴胡二三钱 黄芩 栀子 泽泻 木通各二

钱 枳壳一钱五分 水二盅，煎八分温服。

胆黄证：皆因伤胆而然。胆既受伤，则脏气之损败可知，使非修葺培补，则必致决裂。故凡遇此等证候，务宜大用甘温，速救元气。然必察其所因之本，或兼酸以收其散亡，或兼涩以固其虚脱，或兼重以镇其失守之神魂，或与开道利害，以释其不解之疑畏。凡诸用药，大都宜同阴黄证治法，当必有得生者。若治此证而再加克伐分利，则真如压卵矣。

韩祇和曰：病人三五日，服下药太过，虚其脾胃，亡其津液，渴饮水浆，脾土为阴湿所加，与邪热相会发黄，此阴黄也，当以温药治之。如两手脉沉细迟，肢体逆冷，皮肤有粟起，或呕吐，舌上有苔，遍身发黄，烦躁欲于泥水中卧，小便赤少，皆阴候也。故阴黄多以热汤温之，或汤渍布搭其胸腹，或以汤盛瓢中，坐于脐下熨之其病愈者。曾治赵显宗病伤寒至六七日，因服下药太过致发黄，其脉沉细迟无力，皮肤凉，发躁，欲于泥中卧，喘呕，小便赤涩。先投茵陈橘皮汤，喘呕止。次服小茵陈汤半剂，脉微出，不欲于泥中卧。次日又服茵陈附子汤半剂，四肢发热，小便二三升，当日中大汗而愈。似此治愈者，不一一录。凡伤寒病黄，每遇太阳或太阴司天岁，若下之太过，往往变成阴黄。盖辰戌太阳寒水司天，水来犯土。丑未太阴湿土司天，土气不足。即脾胃虚弱，亦水来侵犯，多变此证也。

小茵陈汤 附子一个炮作八片 炙甘草一两 茵陈二两 上水二升，煮一升，分作三服。

（据《景岳全书》编纂）

喻嘉言

阐扬金匱奥旨 指陈攻补戒律

喻嘉言（1585～1664），名昌，明末清初医家

经言：溺黄赤安卧者疸病。溺黄赤者，热之征也，安静嗜卧者，湿之征也。所以有开鬼门、洁净府之法。开鬼门者，从汗而泄其热于肌表也，洁净府者，从下而泄其湿于小便也。此特辨名定治之大端，而精微要妙，惟《金匱》有独昭焉。要知外感发黄一证，《伤寒》阳明篇中已悉。《金匱》虽举外感内伤诸黄，一一发其底蕴，其所重尤在内伤。兹特详加表彰，为后学法程焉。

《金匱》论外感热郁于内而发黄之证云：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。其义取伤寒风湿相搏之变证为言。见风性虽善行，才与湿相合，其风即痹而不行，但郁为瘀热而已。及郁之之极，风性乃发。风发遂挟其瘀热以行于四肢，而四肢为之苦烦，显其风淫末疾之象。挟其瘀热以行于肌肤，而肌肤为之色黄，显其湿淫外渍之象。其脉以因风生热故浮，因湿成痹故缓。此而行《内经》开鬼门洁净府之法，俾风挟之热从肌表出，湿蒸之黄从小便出，而表里分消为有据也。

《金匱》重出伤寒阳明病不解后成谷疸一证云：阳明病

脉迟者，食难用饱，饱则发烦，头眩，小便必难，此欲作谷疸。虽下之，腹满如故，所以然者，脉迟故也。此因外感阳明，胃中之余热未除，故食难用饱，饱则食复生热，两热相合，而发烦、头眩、小便难、腹满，势所必至。在阳明证本当下，阳明而至腹满，尤当急下。独此一证下之，腹满必如故，非但无益，反增困耳。以其脉迟而胃气空虚，津液不充，其满不过虚热内壅，非结热当下之比。《金匱》重出此条，原有深意。见脉迟胃虚，下之既无益，而开鬼门洁净府之法用之无益，不待言矣。尝忆一友问：仲景云下之腹满如故，何不立一治法？予曰：仲景必用和法，先和其中，后乃下之。友曰：何以知之？予曰：仲景云：脉迟尚未可攻。味一“尚”字，其当攻之旨跃然。《金匱》又云：诸黄腹痛而呕者，用小柴胡汤。观此仍是治伤寒邪高痛下，故使呕也，小柴胡汤主之之法，是以知之耳。陈无择治谷疸，用谷芽、枳实、小柴胡汤，差识此意。但半消、半和、半下三法并用，漫无先后。较诸仲景之丝丝必贯，相去远矣。

《金匱》又云：趺阳脉紧而数，数则为热，热则消谷；紧则为寒，食即为满。尺脉浮为伤肾。趺阳脉紧为伤脾。风寒相搏，食谷则眩，谷气不消，胃中苦浊，浊气下流，小便不通，阴被其寒，热流膀胱，身体尽黄，名曰谷疸。此论内伤发黄，直是开天辟地未有之奇，东垣《脾胃论》仿佛什一，后世乐宗《金匱》，奥义置之不讲，殊可慨也。请细陈之！人身脾胃居于中土，脾之土体阴而用则阳，胃之土体阳而用则阴，两者和同，则不刚不柔，胃纳谷食，脾

行谷气，通调水道，灌注百脉，相得益彰，其用大矣。惟七情饥饱房劳，过于内伤，致令脾胃之阴阳不相协和。胃偏于阳，无脾阴以和之，如造化之有夏无冬，独聚其热而消谷；脾偏于阴，无胃阳以和之，如造化之有冬无夏，独聚其寒而腹满。其人趺阳之脉，紧寒数热，必有明征。诊其或紧或数，而知脾胃分主其病。诊其紧而且数，而知脾胃合受其病，法云精矣。然更有精焉，诊其两尺脉浮，又知并伤其肾。夫肾脉本沉也，何以反浮。盖肾藏精者也，而精生于谷。脾不运胃中谷气入肾，则精无裨而肾伤，故沉脉反浮也。知尺脉浮为伤肾，则知趺阳脉紧即为伤脾。然紧乃肝脉，正仲景所谓紧乃弦，状若弓弦之义。脾脉舒缓，受肝木之克贼则变紧。肝之风气，乘脾聚之寒气，两相搏激，食谷即眩，是谷入不能长气于胃阳，而反动风于脾阴，即胃之聚其热而消谷者，亦不过蒸为腐败之浊气，而非精华之清气矣。浊气由胃热而下流入膀胱，则膀胱受其热，气化不行，小便不通，一身尽黄。浊气由脾寒而下流入肾，则肾被其寒，而克贼之余，其腹必满矣。究竟谷瘵由胃热伤其膀胱者多，由脾寒伤其肾者十中二三耳。若饮食伤脾，加以房劳伤肾，其证必腹满而难治矣。仲景于女劳疸下，重申其义曰：腹如水状，不治，岂不深切著明乎？

女劳疸，额上黑，谓身黄加以额黑也。黑为北方阴晦之色，乃加于南方离明之位。此必先有胃热脾寒之浊气下流入肾，益以女劳无度而后成之，其由来自非一日。《肘后》谓因交接入水所致，或有所验。然火炎薪烬，额色转黑，虽不入水，其能免乎。故脾中之浊气，下趋入肾，水

土互显之色，但于黄中见黑滞耳。若相火从水中上炎而合于心之君火，其热燎原，烟焰之色，先透于额，乃至微汗亦随火而出于额，心之液且外亡矣。手足心热，内伤皆然。日暮阳明用事，阳明主阖，收敛一身之湿热，疾趋而下，膀胱因而告急，其小便自利，大便黑时溏，又是膀胱蓄血之验，腹如水状，实非水也，正指蓄血而言也，故不治。

酒疸，心中懊悵而热，不能食，时欲吐。酒为湿热之最，气归于心肺，味归于脾胃。久积之热，不下行而上触，则生懊悵。痞塞中焦，则不能食。其湿热之气不下行而上触则为呕，呕则势转横逆，遍积周身也。《伤寒论》谓阳明病无汗，小便不利，心中懊悵者，身必发黄。是知热甚于内者，皆足致此，非独酒矣。

《金匱》治酒疸，用或吐或下之法。云：酒黄疸必小便不利，其候心中热，足下热，是其证也。又云：或无热，清言了了，腹满欲吐，鼻煤，其脉浮者，先吐之；沉弦者，先下之。又云：心中热欲呕者，吐之愈。又云：心中懊悵或热痛，栀子大黄汤主之。又云：下之，久久为黑疸。言虽错出，义实一贯。盖酒之积热入膀胱则气化不行，必小便不利。积于上焦则心中热，积于下焦则足下热。其无心中足下热者，则清言了了而神不昏，但见腹满欲吐鼻煤三症，可知其膈上与腹中阴阳交病，须分先后治之。当辨脉之浮沉，以定吐下之先后。脉浮病在膈上，阳分居多，先吐上焦而后治其中满。脉沉弦病在腹中，阴分居多，先下其中满而后治其上焦。若但心中热欲呕，则病全在上焦，吐之即愈，何取下为哉？其酒热内结，心神昏乱而作懊悵及痛

楚者，则不可不下。但下法乃劫病之法，不可久用。久久下之，必脾肺之阳气尽伤，不能统领其阴血，其血有日趋于败而变黑耳。曾谓下法可读用乎？仲景于一酒疸，臌列先后次第，以尽其治。其精而且详若此。

酒疸之黑，与女劳疸之黑，殊不相同，女劳疸之黑为肾气所发，酒疸之黑乃荣血腐败之色。荣者水谷之精气，为湿热所瘀而不行，其光华之色转为晦黯，心胸嘈杂如啖蒜齏状，其芳甘之味变为酸辣，乃至肌肤抓之不仁，大便正黑，脉见浮弱，皆肺金治节之气不行，而血瘀也。必复肺中清肃之气，乃可驱荣中瘀浊之血。较女劳疸之难治，特一间耳。方书但用白术汤理脾气、解酒热以言治，抑何庸陋之甚耶？

黄疸由于火土之热湿。若合于手阳明之燥金，则湿热燥三气相搏成黄，其人必渴而饮水。有此则去湿热药中，必加润燥，乃得三焦气化行，津液通，渴解而黄退。渴不解者燥有未除耳，然非死候也，何又云疸而渴者难治？则更虚其下泉之竭，不独云在中之津液矣。

黄疸病得之外感者，误用补法，是谓实实，医之罪也。黄疸病得之内伤者，误用攻法，是谓虚虚，医之罪也。阴疸病误从阳治，袭用苦寒，倒行逆施，以致极重不返者，医杀之也。

（《医门法律》）

张璐

辨析诸黄 取法仲景

张璐（1617～1699），字路玉，号石顽，清代医家

《金匱》云：诸病黄家，但当利其小便。假令脉浮，当以汗解之，宜桂枝加黄芪汤主之。黄家一证，大率从水湿得之。治湿之法，当利小便为第一义。然脉浮者，知湿不在里而在表，又当以汗解之。设表湿乘虚入里，而作癰闭，又当利其小便也。故下条云：黄疸病，茵陈五苓散主之。活法在心，可拘执乎？

黄疸病，茵陈五苓散主之。夫病酒黄疸，必小便不利，其候心中热，足下热，是其证也。酒黄疸者，或无热，靖言了了，腹满欲吐，鼻燥，其脉浮者，先吐之，沉弦者，先下之。酒疸心中热，欲吐者吐之愈。酒黄疸，心中懊侬，或热痛，栀子大黄汤主之。此即枳实栀子豉汤之变名也。大病后劳复发热，服枳实、栀子、豉三味，覆令微汗，使余热从外而解。若有宿食，则加大黄从内而解，此治酒疸之脉沉弦者，用此方以下之。其脉浮当先吐者，则用栀子豉汤，可不言而喻矣。盖酒疸伤胃发黄，无形之湿热，故宜栀子豉涌之。与谷疸之当用茵陈蒿者，泾渭自殊。即此汤亦自治酒食并伤之湿郁，故可用下。观枳实栀子豉汤之加

大黄，亦是因宿食而用也。更有梔子柏皮汤，治身黄发热一证，又以苦燥利其渗道也。合此比例而推，治黄之法，无余蕴矣。

梔子豉汤 梔子十四枚 香豉四合绢裹 上二味，以水四升，先煮梔子得二升半，内豉，煮取一升半，去滓，分二服，温进一服，得吐则止。

酒疸下之，久久为黑瘵，目黄，面黑，心中如啖蒜齶状，大便正黑，皮肤抓之不仁，其脉浮弱，虽黑微黄，故知之。《金匱》治酒疸，用或吐或下之法，言虽错出，义实一贯。盖酒之积热，入膀胱则气化不行，必小便不利。积于上焦，则心中热。积于下焦，则足下热。其无心中足下热者，则靖言了了，而神不昏，但见腹满欲吐鼻煤三证，可知其膈上与腹中，阴阳交病，须分先后治之。当辨脉之浮沉，以定吐下之先后。若但心中热，欲呕吐，则病全在上焦，吐之即愈，何取下为哉？其酒热内结，心神昏乱，而作懊恼及痛楚者，则不可不下，故以梔子、香豉，皆治其心中懊恼，大黄荡涤实热，枳实破结，逐去宿垢也。但以此劫病之法，不可久用。久久下之，必脾肺之阳气尽伤，不能统领其阴血，其血有日趋于败而变黑耳。然酒疸之黑，非女劳疸之黑也。女劳疸之黑，为肾气所发。酒疸之黑，为败血之色。因酒之湿热伤脾胃，脾胃不和，阳气不化，阴血不运。若更下之，久久则运化之用愈耗矣。气耗血积，败腐瘀浊，色越肌面为黑。味变于心，咽作嘈杂，心辣如啖蒜齶状。营血衰而不行，痹于皮肤，抓之不仁。输于大肠，便如漆黑。其目黄与脉浮弱，皆病血也。仲景于一酒疸臌

列先后次第，以尽其治，其精而且详如此。

额上黑，微汗出，手足中热，薄暮即发，膀胱急，小便自利，名曰女劳疸。腹如水状，不治。女劳之疸，惟言额上黑，不言身黄，简文也。然黑为北方阴晦之色，乃加于南方离明之位。以女劳无度，而脾中之浊阴，下趋入肾，水土互显之色。乃至微汗亦随火而出于额，心之液且外亡矣。手足心热，内伤皆然。日暮阳明用事，阳明主阖，收敛一身之湿热，疾迫而下膀胱。其小便自利，大便黑时溏，又是膀胱蓄血之验。腹如水状，实非水也，正指蓄血而言，故为不治。

黄家日晡所发热，而反恶寒，此为女劳得之。膀胱急，少腹满，身尽黄，额上黑，足下热，因作黑疸。其腹胀如水状，大便必黑时溏，此女劳之病，非水也。腹满者难治，硝石矾石散主之。此治女劳疸之急方也。夫男子精动，则一身之血俱动。以女劳而倾其精，血必继之。故因女劳而尿血者，其血尚行，犹易治也。因女劳而成疸者，血瘀不行，非急去膀胱少腹之瘀血，万无生路。乃取皂矾以涤除瘀垢，硝石以破积散坚，二味相须，锐而不猛，此方之妙用也。

黄疸腹满，小便不利而赤，自汗出，此为表和里实，当下之大，大黄硝石汤。黄疸最难得汗，自汗则表从汗解，故曰此为表和里实。方用大黄、硝石，解散在里血结，黄柏专祛下焦湿热，栀子轻浮，能使里热从渗道而泄也。

诸黄，猪膏发煎主之。详此治瘀血发黄之缓剂。以诸黄虽多湿热，然经脉久病，不无瘀血阻滞也。《肘后方》以

此治女劳疸身目尽黄，发热恶寒，少腹满，小便难。以大热大寒，女劳交接入水所致，用发灰专散瘀血，和猪膏煎之，以润经络肠胃之燥，较硝石矾石散虽缓急轻重悬殊，散瘀之旨则一也。

疸而渴者，其疸难治；疸而不渴者，其疸可治。发于阴部，其人必呕；发于阳部，其人振寒而发热也。疸为湿热固结，阻其津液往来之道，故以渴与不渴，证津液之通与不通也。呕为肠胃受病。振寒发热，为经络受伤。于此可证其表里阴阳而治也。

目黄曰黄疸，亦有目黄而身不黄者。经云：风气与阳明入胃，循脉而上至目内眦，其人肥，则风气不得外泄，则为热中而目黄，烦渴引饮，《宣明》用青龙散，殊失经旨。合用越婢加术汤、桂枝二越婢一汤选用。病久属虚者，理苓汤倍用桂、苓。凡黄疸目黄不除，或头重，以瓜蒂散搐鼻，后用茵陈五苓散清利之。

青龙散 地黄 仙灵脾 防风 荆芥穗 何首乌
越婢加术汤 麻黄 石膏 生姜 大枣 甘草 白术
桂枝二越婢一汤 桂枝去皮 芍药 麻黄 甘草 大
枣 生姜 石膏

理苓汤 理中汤合五苓散。

脉沉，渴欲饮水，小便不利者，皆发黄。脉洪大，大便利而渴者死。脉微小，小便利，不渴者生。凡黄家，候其寸口近掌无脉，口鼻气冷，并不可治。疸毒入腹，喘满者危。凡年壮气实，脉滑便坚者易愈。年衰气弱，脉虚涩而便利者难痊。

黄疸证中，惟黑疸最剧，良由酒后不禁，酒湿流入髓藏所致，土败水崩之兆。始病形神未槁者，尚有湿热可攻，为祛疸之向导。若病久肌肉消烁，此真元告匮，不能回荣于竭泽也。中翰汪先于病疸，服茵陈五苓不应。八月间，邀石顽诊之。弦大而芤，肾伤挟瘀，结积不散所致。急乘元气尚可攻击时，用《金匮》硝石矾石散，兼桂苓丸之制以洗涤之，迟则难为力矣。汪氏有业医者，以为药力太峻，不便轻用。旋值公郎乡荐，继以公车，未免萦心，不及调治。迨至新正二日，复邀石顽相商。脉转弦劲而革，真元竭尽无余。半月以来，日服人参数钱，如水投石。延至正月下浣，遣内使窃问。予谓之曰：捱至今日小主场毕，可无碍矣。其后安公联捷，不及殿试而返，信予言之不谬也。同时有伶患黑疸，投以硝石矾石散作丸，晨夕各进五丸。服至四日，少腹攻绞，小便先下瘀水，大便继下溏黑，至十一日瘀尽。次与桂、苓、归、芍之类，调理半月而安。

（《张氏医通》）

陈士铎

治从五脏 扶正泄浊

陈士铎，号远公，清初医家

谷疸之症，胸中易饥，食则难饱，多用饮食，则又发烦头眩，小便艰涩，身如黄金之色。人以为胃中之湿热盛以成疸也，谁知是胃中虚热之故乎？人生脾胃属土，脾阴土也，而用则阳，胃阳土也，而用则阴，脾胃和同，则刚柔并济，通调水道，易于分消，安有湿热之存留乎？惟七情伤损于内，则阴阳不相和合，胃无阴以和阳，则热聚而消谷，脾无阳以和阴，则寒滞而积水，两相搏激，故昏眩烦闷生焉，于是所食之水谷变，而精华之清气反蒸为腐败之浊气矣。浊气则下降者也，浊气下流于膀胱，而膀胱受胃之热，气化不行，小便闭塞，水即走阴器，而热散走于皮肤，故一身而发黄也。治之法，升胃中之清气，以分其膀胱，则清升而浊易降，水利而热易消，方用分浊散。

分浊散 茯苓一两 车前子三钱 猪苓三钱 茵陈一钱 栀子三钱 水煎服。一剂水少利，二剂湿乃退，十剂全愈。方中以茯苓为君者，利水而不伤胃气。胃气不伤，而后佐之去热消湿之品，则胃无火亢之忧，自然脾无水郁之害。倘不早治，而水湿之气流入于肾，则肾被其伤，必至

腹满成蛊，而不可治矣。

酒疸之症，心中时时懊悵，热不能食，尝欲呕吐，胸腹作满，然靖言了了。人以为酒湿而作疸也。然而酒湿而成疸，由于内伤饥饱劳役也。夫人之善饮者，由于胆气之旺也。夫胆非容酒之物，何以胆气旺而胜夫酒乎？不知胆不能容酒而能渗酒。酒经胆气之渗，则酒化为水，入于膀胱而下泄矣。惟其内伤于饥饱劳役，则五脏受损，脏损而腑亦损矣。五脏六腑俱已受损，宁胆气之独旺乎？胆气既衰，则饮酒力不能渗。而无如人人纵饮如故，则酒多而渗亦多，必更伤胆气矣。胆损不能渗酒，酒必留于脾胃之间。而脾胃又不及从前之旺，则酒入又不能受。传之膀胱，而膀胱又不及从前之健，则水入而不能消。下既不行，必返而上吐。上吐既逆，下泄又艰，而中州又不可久留。于是湿热之气，蕴陷久存于膈，懊悵而发于心。由是遍渍于周身，分布于四体，尽发为黄也。夫心至懊悵，其心神之昏乱可知，何以又能靖言之了了也？不知酒气熏蒸于一时，则见懊悵。懊悵者，欲痛不痛之状，非心中之神至于妄乱不宁也。治之法，宜解其酒之毒而兼壮其胆，胆气旺而酒气自消，酒气消而水气自泄，水气泄而黄又乌能不解哉？方用旺胆消酒汤。

旺胆消酒汤 柞木枝三钱 山梔子二钱 桑白皮三钱
白茯苓三钱 白芍一两 竹叶一百片 泽泻二钱 水煎服。二剂而膀胱利，四剂而黄色轻，八剂全愈。此方之奇，奇在柞木专能消酒毒于无形。酒毒既消，则拔本塞源，胆气不可不旺也。助胆之药，舍白芍、山梔，无他味也。其

余之药，不过分消湿热之气，辅君以成功者也。世人不知治法，或吐之，或下之，皆操刀而杀之也，可不慎哉。

女劳之疸，其症肾气有损，致成黄疸。夜梦惊恐，精神困倦，饮食无味，举动乏力，心腹则平，小水痿缓，房室不举，肤内湿痒，水道涩痛，时有余沥，小腹满，身尽黄，额上黑。人以为黄疸之症也，谁知是因女色而成之乎。夫入房室而久战者，相火冲其力也。相火衰则不能久战矣。火衰而勉强以图久战之欢，则泄精必多。精泄既多，则火随水散，热变为寒矣。人身水火不可少者也，水衰则不能制火，而火易动，火衰则不能利水，而水易留。顾水留宜可以制火矣，然所留之水，乃外水而非内水也，内水之存，可以制火而生液，外水之存，不能消火而成疸。故女劳之疸，仍是湿热，而结于精窍之间，非血瘀而闭于骨髓之内也。倘用抵当汤水蛭之类以峻攻其瘀血，或用矾石散硝石之品以荡涤其微阴，则促之立亡矣。治之法，宜补其肾中之气，而又不可有助火之失，宜利其膀胱之水，而又不可有亡阴之愆，当以缓图功，而不当责以近效也。方用减黄丹治之。

减黄丹 白茯苓五钱 山药五钱 人参三分 白朮一钱 芡实五钱 薏苡仁五钱 菟丝子二钱 车前子一钱 生枣仁一钱 水煎服。 十剂而黄疸减，又十剂而黄疸更减，又十剂而黄疸全愈。再服二十剂，可无性命之忧也。女劳疸最难治，人生此病，未有不死者。亦因色而成疸，未能成疸而戒色也。苟存坚忍之心，绝欲慎疾，信服煎汤，无不生者。盖减黄丹妙在固本以救伤，并不逐邪以泻瘀，肾

气日健，而黄色日减矣。或疑女劳之疸，成于肾之无火，似当补火，何止于补阴而利其湿邪。而不知疸虽成于无火，今病久阴耗，又不可以补火，火旺则又恐炼阴，不特无益，而反害之矣。

肺疸之症，鼻塞不通，头面俱黄，口淡咽干，小水不利。人以为黄疸之症也，谁知所以成疸者，实由于肺气之虚也。肺金气旺，则清肃之令下行于膀胱，凡有湿热之邪，尽从膀胱下泄，则小水大行，又何有湿之存留哉？水行湿化，则热亦难留矣。惟其肺气先虚，而后湿热相侵，郁蒸于胸膈之间。肺不胜邪，而肺乃燥，肺燥则失其清肃之令矣。而水湿之气，遂乘其燥而相入，燥与湿合而成热，湿热相留，欲分入膀胱，而膀胱不受，欲走于皮毛之窍，而腠理未疏，又不能越行于外，乃遂变现黄色于皮毛也。治之法，宜宣通肺气，而健其脾胃之土。夫健土以生肺金，宜也，何又宣通其肺气乎。幸腠理致密，湿邪存于皮肤之内。倘再宣其肺气，万一皮毛之窍大开，而湿从汗泄，未必不变为水臌之症也。不知肺气闭于上，而后水气塞于下也，使肺气上通，则水且下降，况又重补其脾胃以生肺乎，此治肺疸必宜宣扬夫肺气也。方用扬肺利湿汤。

扬肺利湿汤 桔梗三钱 天花粉二钱 白术五钱 茯苓五钱 桑白皮三钱 茵陈三钱 猪苓二钱 黄芩五钱
水煎服。 一剂而鼻塞通，二剂而咽干润，三剂而口淡除，四剂而小水大利，十剂而头面之黄尽散矣。此方开腠理而生津液，则肺金有润燥之功，合之茯苓、茵陈之辈，天花粉、白术之流，则土气大旺，金气亦扬，清肃令行，而膀胱

胱之壅热立通，小便利而黄色乌能独存哉。

心疸之症，烦渴引饮，一饮水即停于心之下，时作水声，胸前时多汗出，皮肤尽黄，惟两目独白。人亦以为黄疸也，谁知是心中虚热以成之乎？夫心喜燥而不喜湿，然过于燥则未免易其性以喜湿矣。然而心终宜燥而不宜湿也，以湿济燥，可权宜而行于一时，不可经常而行于长久，盖暂则可以济燥，而久则必至害心。水乃阴物，阴居阳地，彼且眷恋而不肯遽趋以入于小肠。而心又因水之制燥，不能分消，移其水以入于膀胱，水邪之下，以作澎湃之声。而膻中乃心之相臣也，见水邪之犯心，彼且出其火以相救，乃相战于胸间。水得火炎，而热化为汗，半趋于胸前而出。其余之水何能尽解，乃旁趋于他路，不得不越出于皮毛而变黄也。一身皆黄，而两目不变者，又是何故。肝开窍于目，心者肝之子也，心病宜肝病矣。然肝见心子为邪所逼，必修其戈矛以相援。邪见肝木之旺，不敢犯肝之界，而两目正肝之部位也，所以湿热不至于目，而无黄色之侵耳。然则治之法若何。补其肝气以生心，泻其水湿以逐热，则黄疸不攻而自散也。

治心疸方 白芍一两 茯苓五钱 白术五钱 茵陈三钱 炒栀子三钱 木通一钱 远志一钱 水煎服。一剂而症轻，二剂而症又轻，十剂全愈。此方补肝即所以补心，泻水即所以泻热，是以黄随手而愈也。倘徒治黄而不辨其脏气之生克，妄用龙胆草等药，必至变为寒黄之症，反难施治矣。

肝疸之症，两目尽黄，身体四肢亦现黄色，但不如眼

黄之甚，气逆，手足发冷，汗出不止，然止在腰以上，腰以下无汗也。人亦以为黄疸也，谁知是肝气之郁，湿热团结而不散乎。夫肝属木，非水不长，何以得湿而反郁乎？不知肝之所喜者肾水也，非外来之邪水也。肾水生木而发生，邪水克木而发疸。盖肝藏血而不藏水，外来之水多，则肝闭而不受，于是移其水于脾胃。然外来之水，原从脾胃来也，脾胃之所弃，而脾胃仍肯容之乎？势必移其水于膀胱，而膀胱又不受。盖膀胱因肝木之湿热，不敢导引而入，以致自焚。于是湿热复返而入肝，而肝无容身之地，乃郁勃而发汗，汗不能尽出，而黄症生矣。使汗能尽出，未必遽成大黄也。无奈肝之湿热，欲下走于肾宫，而肾气恶肝木之犯母，乃杜绝而不许入境，腰以下正肾之部位也，所以无汗而发黄耳。治之法，开肝气之郁，而佐之分散湿热之剂，则黄疸自愈矣。方用利肝分水散。

利肝分水散 龙胆草二钱 茵陈三钱 茯苓一两 猪苓三钱 柴胡一钱 车前子三钱 白蒺藜三钱 甘菊五钱

水煎服。二剂而目黄淡矣。又服四剂，而身之黄亦淡矣。再服四剂，气逆汗出之病止。又服十剂全愈。此方开郁于分湿之中，补肝于散热之内，既善逐邪，又能顾正，两得而无失也。

脾疸之症，身黄如秋葵之色，汗沾衣服，皆成黄色，兼之涕唾亦黄，不欲闻人言，小便不利。人以为黄汗之病也，谁知是脾阴之黄乎？夫脾土喜温，黄病乃湿热也，热宜非脾之所恶，何故而成黄也。不知脾虽不恶热，而湿则脾之所恶，脾乃湿土，又加水湿，则湿以济湿，脾中阳气，尽

行销亡，无阳则阴不能化，土成纯阴之土，阴土何能制水哉。水存于脾中，寒土不能分消，听水之流行于经络皮肤矣。凡脏腑之水，皆下输于膀胱，何独于脾阴之水不相入也。盖膀胱之行水，气化则能出。今脾成纯阴，则无气以达于膀胱，此水所以不入也。然水寒宜清，而变黄色者何故？盖寒极似土也。夫寒极宜见水象，水寒宜见黑色，不宜见黄。而今见黄者，以水居于土之中也，譬如寒水蓄于阴绝之池，其色必浊而变黄者是也。其不欲闻人言者，又是何故。脾寒之极，其心之寒可知，心寒则胆怯，闻人言而惕然惊矣，故不愿闻也。治之法，宜大健其脾而温其命门之气，佐以利水之剂，则阴可变阳，而黄病可愈矣。

治脾疸方 白术三两 附子三钱 人参一钱 茵陈三钱 白茯苓一两 半夏三钱 水煎服。连服四剂而小便利，再服四剂而汗唾不黄矣。此方用白术、人参以补其脾，用茯苓、茵陈以利其水，用附子以温其火，真火生而邪火自散，元阳回而阴气自消，阴阳和协，水火相制，又何黄病之不去哉。

肾疸之症，身体面目俱黄，小便不利，不思饮食，不得卧。人亦以为黄疸也，谁知是肾寒之故乎？夫肾本水宫，然最不能容水，凡水得肾之气而皆化，故肾与膀胱为表里，肾旺则膀胱亦旺也。然肾之所以旺者，非肾水之旺，乃肾火之旺也。肾火之旺而水流，肾火之衰而水积。水积之多则成水臌之病，水积之少则成黄疸之病。故黄疸易治，而水臌难治也。虽然，治之得法，则难变为易；治之不得法，则易变为难。如肾疸之病，不可治疸，一治疸而黄疸反不

能痊。必须补其肾中之火，而佐之健脾去湿之药，则黄疸可指日而愈也。方用济水汤。

济水汤 白术二两 肉桂三钱 茯苓一两 山药一两
薏仁一两 茵陈一钱 芡实五钱 水煎。二剂而小水大利，再用二剂而饮食多矣，再用二剂而可以卧矣，再用二剂而身体面目之黄尽去。此方用白术以健脾也。然而白术能利腰脐之气，是健脾正所以健肾。况茯苓、山药、芡实之类，俱是补肾之味，而又是利湿之剂。得肉桂以生其命门之火，则肾中不寒，而元阳之气，自能透化于膀胱。况所用薏仁之类，原是直走膀胱之品，所谓离照当空，而冰山雪海，尽行消化，又何有黄之不散哉。或谓发黄俱是湿热，未闻湿寒而能变黄也，吾子之论，得毋过于好奇乎？嗟乎！黄病有阴黄之症，是脾寒亦能作黄，岂于肾寒而独不发黄耶？况肾寒发黄，又别有至理。夫黄者土色也，黄之极者即变为黑，黑之未极者，其色必先发黄。肾疸之发黄，即变黑之兆也。黄而至于黑，则纯阴无阳，必至于死。今幸身尚发黄，是内已无阳，阴逼其阳而外出，尚有一线之阳，在于皮肤，欲离而未离也，故补其阳而离可续耳。倘皮肤已黑，此方虽佳，又何以救之哉？

人有心惊，胆颤，面目俱黄，小水不利，皮肤瘦削。人以为黄疸之症也，谁知是胆怯而湿乘之乎。夫胆属少阳，乃阳木也。木最喜水，湿亦水也。水湿入胆，宜投其所喜，何故反成黄疸之病。盖水多则木泛，水过于多，则滔天浴日，木之根不实矣。木不实则木反苦于水矣。水少则木生，水多则木死。少阳之木，非大木可比，曷禁汪洋之侵蚀乎。此

胆之所以怯也。胆怯则水邪之气愈胜，胆不能防，而水邪直入于胆中矣。水入胆中，而胆之汁反越出于胆之外，而黄病成矣。然则治之法，泻水湿之邪，则胆气壮而木得其养矣，而又不尽然也。木为水侵久矣，泻水但能去水之势，而不能固木之根。木虽克于土，而实生于土也。水多则土湿，何能生木乎。故水泻而土又不可不培也，培其土而木气始能养耳。方用两宜汤。

两宜汤 茯苓五钱 白术一两 薏仁五钱 柴胡五分 龙胆草一钱 茵陈一钱 郁李仁五分 水煎服。二剂轻，四剂又轻，十剂全愈。此方利湿，无非利胆之气，利胆无非健脾之气也。脾土健而土能克水，则狂澜可障也。自然水归膀胱，尽从小便而出矣。

人有小便点滴不能出，小腹臌胀，两足浮肿，一身发黄。人以为黄疸之症矣，谁知是膀胱湿热，结而成疸乎？夫膀胱之经，气化而能生水，无热气则膀胱闭而不行，无清气则膀胱亦闭而不行，所以膀胱寒则水冻而不能化，膀胱热则水沸而不能化。黄疸之病，无不成于湿热，是膀胱之黄疸，乃热病而非寒病。热而闭结，不解热则闭结何以开。寒而闭结，不祛寒则闭结何以泄。黄疸既成于湿热，宜解热而不宜祛寒。然祛寒者必用热药以助命门之火，而解热者必用凉药以益肺金之气。盖肺气寒则清肃之令下行于膀胱，而膀胱不能闭结也。方用清肺通水汤。

清肺通水汤 白术一两 萝卜子一钱 茯苓三钱 半夏一钱 麦冬三钱 桑白皮三钱 茵陈一钱 泽泻一钱 车前子三钱 黄芩二钱 苏子二钱 水煎服。一剂而小

便微利矣，二剂而小便大利矣，四剂而黄疸之症全消。此方虽与扬肺利湿汤大同小异，然实有不同也。扬肺利湿汤提肺之气也，清肺通水汤清肺之气也，二方皆有解湿之药，而利与通微有异，利则小开其水道，而通则大启其河路也。

（《辨证录》）

陈德求

黄疸临证传灯

陈德求，名歧，清代医家

瘴者热也。黄疸俱因正气不宣，郁而生黄，有如遏酱相似。其症有五，条分缕析，脉症始得而详明也。一曰湿热发黄，小便如梘，染衣成黄，而面目身体之黄，不待言矣。此因茶酒汤水，聚而不散，郁成壮火，故成此症。但有热多湿少者，有湿多热少者，有湿热全无者，不可以不辨也。热多湿少者，脉来弦数，黄中带亮，宜用茵陈柴苓汤。若渴而饮水者，宜用柴胡芍药汤加茵陈、泽泻，乃得三焦气化行，津液通，渴解而黄退。《金匱》云：疸而渴者难治。虑其津液枯竭，初非不治之症也。湿多热少者，脉来沉细而缓，其色黄而晦，宜用茵陈四苓汤。若大便自利，上气喘急，宜加参朮，不可误用寒凉，伤损脾气。至于湿热全无者，既无血食酒汗之症，又无黄赤小便，但见身黄倦怠，肢体无力，虚阳上泛为黄也，宜用加减八物汤。今医治此，概用五苓套剂，岂能愈乎。

茵陈柴苓汤 柴胡 黄芩 半夏 甘草 猪苓 泽泻
赤茯苓 茵陈 麦冬 赤芍

湿少热多，固宜分利，使热从小便而去，佐以小柴胡，方

有清热之功。湿蒸热郁，必先燥其肺气，所以小水不行，茵陈辛凉，清理肺热，肺金一润，其气清肃下行，膀胱之壅热立通，小便利而黄退矣（古云：治湿不利小便非其治法，尤宜慎审）。

柴胡芍药汤 柴胡 黄芩 花粉 甘草 白芍 麦冬
知母

茵陈四苓汤 即五苓散去桂加茵陈。

加减八物汤 人参 白术 茯苓 甘草 当归 白芍
熟地 石斛 苡仁 远志 秦艽 陈皮

谷疸者，饮食郁结，正气不行，抑而成黄。其症胸膈不宽，四肢无力，身面俱黄，脉来洪滑者，症属于阳，合用二陈消食之剂。但火热郁结，遏生苔衣，干涩难下。今人动用苍朴燥剂，但治其食，不治其热，疸之一字，置于何所。无怪乎治之不痊也。更有粗工，专用针砂、绿矾等药，不思积滞虽去，津液随亡，大失治疸之体，惟用养血健脾汤，大有殊功。脉沉细缓者，症属于阴，其人四肢青冷，大便时溏，宜用香砂理中汤加炮姜、肉桂之类，不可概以热治也。然谷疸之症，每兼发肿，初起见之无妨，日久气虚，多主危殆。

香砂理中汤 人参 白术 炮姜 甘草 砂仁 香附
藿香 滞重去白术，加枳壳、厚朴；寒甚加肉桂。

女劳疸者，身黄加以额黑也。其症脐下满闷，大便时黑，日晡寒热，皆蓄血之所致也。男子勤于房事，血不化精，滞于小腹，故成此症。女子经水未净，交合血滞，亦有此症。脉来弦芤者，宜用加减柴物汤。若脉来细缓无力，

或涩而细者，元气大虚，虽有蓄血，不宜消导，宜用十全、补中，大扶元气，正气盛则邪气自退。若用消导之剂，是促之使亡也。然女劳之血宜在小腹。若大腹尽满，血散成臌，不治之症也。仲景云：腹满如水者不治，旨哉言乎。

加减柴物汤 柴胡 黄芩 半夏 甘草 当归 川芎
白芍 熟地 香附 玄胡 丹皮 丹参

酒为湿热之最。因酒而成疸者，其人小便必如梘汁，合用茵陈柴苓汤矣。若心中懊恼，热不能食，时欲呕吐者，湿热积于上焦，必有老痰在胃，宜用清热化痰汤。若头面目赤，身热足寒，脉来寸强尺弱，阳气不能下达，宜于前方加大黄下之。如大便带黑，面色黄黑者，其人必有蓄血。盖嗜酒之人，多喜热饮。倘死血积于胃中，隐而未发，亦宜加减柴物汤，缓缓调治。酒疸之黑，与女劳之黑，相去一间。女劳为肾气所发，酒疸乃荣血腐败之色。柴物汤有半补半消之功。若用大黄峻剂，荣血益趋于败而已，治者明之。

黄汗者，汗如梘汁，染衣成黄。多因汗出浴水，水浸皮肤，壅遏本身荣卫，郁而生黄也。亦有内伤茶酒，湿热走于皮毛，亦令发黄。初起身热恶寒，头疼身痛者，可用柴陈汤加苏、葛、桑皮以微散之。日久津虚，宜用柴胡芍药汤。此症脉多洪大无力，或细缓不匀，不可误用补剂，以其发热不止，必生恶疮，留结痈脓也。

清热化痰汤 柴胡 黄芩 半夏 甘草 陈皮 茯苓
杏仁 山梘 枳壳 桔梗 赤芍

柴陈汤 即柴陈煎（景岳） 柴胡 陈皮 茯苓 半
夏 甘草 生姜

（《医学传灯》）

沈金鳌

论黄疸源流 述证治大法

沈金鳌（1717～1776），字芊绿，清代医家

诸疸脾湿病也。疸有五：曰黄疸，曰谷疸，曰酒疸，曰女劳疸，曰黄汗，其名各别。

仲景谓当以十八日为期，治之十日以上瘥，反剧为难治。其故何也？盖疸病既成，则由浅而深，当速治。曰十八日者，五日为一候，三候为一气。若其病延至十五日，又加三日，则一气有余，虽未滿四候，而愈则竟愈，故曰为期，过此则根渐深而难拔。曰治之十日以上瘥者，言至十日以外必宜瘥；倘不瘥而反剧，必不若初治之可取效，而为难治矣。此仲景言诸疸之期也。

古人谓黄疸之为病，如龛曲罨酱，湿热郁蒸变色。大抵湿胜，则所蒸之色若熏黄黑晦，热胜则所蒸之色若橘黄鲜亮，最宜分别。而熏黄黑晦一症，若兼一身尽疼，乃是湿病，非疸，当从湿治，疸则身未有疼者。试即五疸形症治法详言之。如遍身面目悉黄，寒热，食即饥，黄疸也。经言目黄者曰黄疸，以目为宗脉所聚，诸经之热上熏于目，故目黄可稔知为黄疸也（宜茵陈五苓散连服，以小便清为度）。若无汗，则汗之（宜桂枝黄芪汤）。腹满，小便涩，出

汗，则斟酌下之（宜酌用硝黄汤）。腹满欲吐，但以鸡翎探吐之，呕则止之（宜小半夏汤）。

如食已头眩，寒热，心中怫郁不安，久则身黄，谷疸也，因饥饱所致，亦名胃疸，以胃气蒸冲得之。经曰：已食如饥者胃疸是也（宜茵陈汤）。

如身目黄，腹如水状，心中懊悒不食，时欲吐，足胫满，小便黄赤，面黄而有赤斑，酒疸也。因酒后胃热，醉卧当风，水湿得之（宜栀子大黄汤、加味柴胡汤）。

若但心满不食，尿赤，则不用前剂（宜当归白术汤）。或变成腹胀，渐至面足肿及身，急须培土（宜藿香扶脾饮）。如薄暮发热恶寒，额黑微汗，手足热，腹胀如水，小腹满急，大便时溏，女劳疸也。实非水湿，因房事后醉饱而成。经所云溺黄赤安卧者黄疸，正理论谓得之女劳者是也（宜加味四君子汤）。若兼小便不利，解之（宜滑石散）。兼身目黄赤，小便不利，清理之（宜肾着汤）。

如不渴，汗出同栀子水染衣，黄汗也。因脾热汗出，用水洗澡，浴水入毛孔而成（宜黄芪汤）。

以上五疸之异，所可分按者也。然而五疸之中，惟酒疸变症最多。盖以酒者，大热大毒，渗入百脉，不止发黄而已。溢于皮肤，为黑，为肿；流于清气道中，则胀，或成鼻痈，种种不同也。

其余又有阴黄，乃伤寒兼症。四肢重，自汗，背寒身冷，心下痞硬，泻利，小便白，脉紧细空虚，此由寒凉过度，变阳为阴，或太阳太阴司天之岁，寒湿太过，亦变此症（宜茵陈四逆汤）。又有虚黄，口淡，怔忡，寒热，溲白，

耳鸣，脚软，怠惰无力，凡郁不得志人，多生此症（宜人参养荣汤）。又有风黄，身不黄，独目黄，其人肥，风不外泄故也（宜青龙散）。又有瘀血发黄，身热，小便自利，大便反黑，脉芤而涩，当用药下尽黑物为度（宜桃仁承气汤）。又有天行疫疠，以致发黄者，俗谓之瘟黄，杀人最急（宜茵陈泻黄汤、《济生》茵陈汤）。五疸之外，又有可历举者如此。

硝黄汤 即大黄硝石汤。

栀子大黄汤 栀子 大黄 枳实 淡豉

加味柴胡汤 酒疸。 茵陈草 柴胡 黄芩 半夏
黄连 淡豉 葛根 大黄

当归白术汤 酒疸。 茵陈草 当归 白术 黄芩
甘草 半夏 枳实 前胡 茯苓 枣仁

藿香扶脾饮 即藿脾饮。

滑石散 女劳。 滑石钱半 枯矾三分 为末，大麦汤下。

肾着汤 女劳。升麻 防风 苍术 白术 羌活 独活 茯苓 猪苓 柴胡 葛根 甘草 泽泻 人参 神曲
黄柏

桃仁承气汤 血黄。 大黄 芒硝 厚朴 枳实 桃仁

茵陈泻黄汤 疫疸。 茵陈草 葛根 姜黄连 山栀
白术 赤苓 白芍 人参 木通 木香 姜 枣

大约疸症，渴者难治，不渴者易治。治之之法，上半身宜发汗，下半身宜利小便，切不可轻下。惟有食积当用

消导（茵陈汤）。余则以利水除湿，清热养胃为主（总治诸疸，宜化疸汤、茯苓泽泻汤）。故丹溪以为五疸不必细分，但以湿热概之也。夫丹溪之言，虽若太简，其实五疸之因，不外饮食劳役，有伤脾土，不能运化，脾土虚甚，湿热内郁，久而不泄，流入皮肤，彻于周身，故色若涂金，溺若姜黄耳，则是不可不辨者，诸疸之症而治之有要者，丹溪之言极为真切也。特治之之时，既概以湿热，复能察各症之由，加药以疗之，更为对症无误耳。至于治疸之药，不宜多用寒凉，必君以渗泄，佐以甘平，斯湿可除，热易解。若太寒凉，重伤脾土，恐变为腹胀，此防于未然者也。若既成腹胀者，治法必须疏导湿热于大小二便之中。总之，新起之症，惟通用化疸、渗湿二汤，及久病，则宜补益。若疸病久而口淡咽干，发热微寒，或杂见虚症，赤白浊，又当参酌治之。久而虚，必温补。若素虚弱，避渗泄而过滋补，以至湿热增甚，又不在久病调补之例。而亦有服对症药不能效，耳目皆黄，食不消者，是胃中有干粪也，宜饮熬猪油，量人气禀，或一杯或半杯，日三次，以燥粪下为度，即愈。

化疸汤 总治。 茵陈 苍术 木通 山梔 茯苓 猪苓 泽泻 苡仁 停滞加神曲、麦芽、山楂，酒疸加葛根、苜蓿，女劳加当归、红花，瘀血加琥珀、丹皮、红花、红曲、蒲黄、桃仁、五灵脂、延胡索。

茯苓泽泻汤 茯苓半斤 泽泻四两 甘草二两 桂枝二两 白术三两 生姜四两 上六味，以水一斗，煮取三升，内泽泻，再煮取二升半，温服八合，日三服。

夫诸黄之为病，其源流症治，亦既详言之矣。若夫黑疸，为症尤重，故特表而出之。大约黑疸专由女劳，亦兼由于酒，惟此二者有以致之。其他疸病，虽有变症，必不致黑。试举仲景之言以证之。《金匱》曰：额上黑，微汗出，手足中热，薄暮即发，膀胱急，小便自利，名曰女劳疸，腹如水状不治。盖言黄虽必由伤脾而致，伤之原有因肾者，额为心部，黑为水色，肾邪重则水胜火而黑见于额也。手劳宫属心，足涌泉属肾，水火不相济，故热。又以暮交于酉，酉主肾，因原有虚热，卫气并之，即发于手足而热也。膀胱为肾腑，脏虚则腑急，然虽急而非热流膀胱之比，故小便仍利也。迨至腹如水状，则脾精不守，先后天俱绝矣，其可治乎。此女劳疸之所以成黑疸也。又曰：黄者日晡所发热，而反恶寒，此为女劳得之；膀胱小腹满，身尽黄，额上黑，足下热，因作黑疸；其腹胀如水状，大便必黑，时溇，此女劳之病，非水也，腹满者难治，硝矾散主之。仲景为立方，因详辨女劳疸症。其初亦未遽即黄，故如日晡发热，反恶寒，少腹满，身尽黄等症，皆与他疸病相类；惟额黑，足热，膀胱急，小便利，为女劳所独见，以正愈亏而邪愈肆，故曰因作黑疸。盖至是而肾邪遍于周身，不独额上见黑，而周身渐黑。且肾邪遍于肠胃，不独周身黑，而大便亦黑。腹胀如水状者，水肆则土败。时溇泄者，土败则不坚。然曰似水，则非真水，故曰此女劳之病，非水也。至于腹满，则土之败已极，肾邪益不能制，而何可治乎？然则黑疸之为病，固自有由，而黑疸之云黑，所以专属女劳之伤肾者言也。其又曰“酒疸下之，久久为黑疸，目青面

黑，心中如啖蒜齏状，大便正黑，皮肤爪之不仁，其脉浮弱，虽黑微黄，故知之”者，以酒疸始亦本黄，或因误下，则阳明病邪从支别入少阴，故积渐而肾伤，肾伤故亦从肾色而变为黑疸也。惟其然，肝肾同源，故肝亦病而目青，肾气上乘而面黑，且肾邪乘土，故大便俱黑，土伤则痹，故皮肤不仁，肾邪盛而正气虚，故脉浮弱，似此种种，竟同女劳之疸，何以辨其为酒疸？不知肾元虽病，而其实酒热未除，故心中如啖蒜齏，皆酒积之为味也。虽误下伤肾而黑，然实因酒而脉终浮，故黑色中犹带微黄，不如女劳疸之纯黑也。然则酒疸之黑，虽亦由伤肾，而要与女劳有别矣。余故曰，黑疸专由女劳而兼由于酒，曰专曰兼，其亦可知矣。虽然，疸至于黑，危险极矣。虽立治之之法，亦未必尽效，毋徒咎医之不良也。

肾气丸（《金匱》） 久疸。熟地八两 山萸 山药各四两 丹皮 茯苓 泽泻各三两 附子 肉桂各一两 牛膝 车前子各两半

黑疸方（沈氏） 黑疸。茵陈蒿四两捣取汁一合 瓜蒌根一斤捣取汁六合 冲和顿服之，必有黄水自小便中下。如不下，再服。此金齏自制方也。《简便方》单用瓜蒌根汁以泄热毒，为黑疸良方。余复加茵陈汁以为湿邪引导，较为真切，故用之辄效也。

缪仲淳曰：凡黄有数种，伤酒黄；误食鼠粪亦作黄；因劳发黄，多痰涕，目有赤脉，益憔悴，或面赤恶心者是也。用秦艽五钱，酒半升浸，绞取汁，空腹服，或利便止。饮酒人易治，屡用得效。又法，黄疸、谷疸用龙胆苦参丸，酒

疸用茵陈蒿酒、猪项肉丸。甚至心下懊悞，足胫满，小便黄，饮酒发赤黑黄斑者，由大醉当风入水所致，用黄芪散。女劳疸，因大热大劳交接后入水所致，身目俱黄，发热恶寒，小腹满急，小便难，用二石散。时行黄疸，用小麦汤。走精黄疸，多睡，舌紫甚，面裂，若爪甲黑者多死。用豉五钱，牛脂二两煎过，棉裹烙舌，去黑皮一重，浓煎豉汤饮之。急黄欲死，用雄雀粪汤化服之立苏。痼黄如金，好眠吐涎，用白鲜皮汤。妇人黄疸，经水不调，因房事触犯所致，用蜡矾丸。

龙胆苦参丸 谷疸、劳疸。 龙胆草一两 苦参三两
牛胆汁丸 梧子大，食前以生大麦苗汁，或麦饮下五丸，日三服，不减稍增。谷疸照原方，劳疸再加龙胆一两，山梔三七枚更妙；猪胆汁丸亦可。

茵陈蒿酒 酒疸。 茵陈蒿四根 山梔七枚 大田螺一个连壳打烂 以百沸白酒一大盏，冲汁饮之。

猪项肉丸 酒疸。 猪项肉一两剁如泥 甘遂末一钱和作丸，纸包煨香食之，酒下，当利出酒布袋也。

黄芪散 酒疸。 黄芪二两 木兰一两 每末方寸匕，酒下，日三服。

二石散 女劳。 即滑石石膏散。

小麦汤 时行。 小麦七升 竹叶五升切 石膏三两 水一斗半，煮取七升，细服尽剂愈。

白鲜皮汤 痼黄。 白鲜皮 茵陈蒿 等分，水二盅煎服，日二服。

蜡矾丸 妇人。 白矾 黄蜡各五钱 陈皮三钱 化

蜡作丸，每服五十丸，以调经汤下。

徐忠可曰：仲景言黄疸初时由风，兼挟寒湿，后则变热。然其立方，虽有谷疸（茵陈蒿汤主之）、女劳疸（硝矾散主之）、酒疸（梔子大黄汤主之）、正黄疸（发汗，桂枝加黄芪汤）、谷气实（猪膏发煎）、两解表里（茵陈五苓散）、有里无表（大黄硝石汤）、真寒假热（小半夏汤）、无表里而虚（小建中汤）之别，未尝专于治风、专于治寒、专于治湿，惟清热开郁，而为肺、为胃、为脾、为肾，分因用药，绝不兼补。岂非治黄疸法以清热开郁为主，虽亦有汗下之说，而破气与温补，大汗及大下，皆非所宜乎？

黄 胖

黄胖，宿病也，与黄疸暴病不同。盖黄疸眼目皆黄，无肿状。黄胖多肿，色黄中带白，眼目如故，或洋洋少神。虽病根都发于脾，然黄疸则由脾经湿热蒸郁而成。黄胖则湿热未甚，多虫与食积所致，必吐黄水，毛发皆直。或好食生米茶叶土炭之类（宜四宝丹）。有食积，用消食之剂（宜神曲、红曲、山楂、谷芽、麦芽、莱菔子）。针砂消食平肝，其功最速，不可缺。又须带健脾去湿热之品治之，无不愈者（宜二术、茯苓、泽泻）。力役人劳苦受伤，亦成黄胖病，俗名脱力黄。好食易饥，怠惰无力（宜双砂丸），此又在虫食黄病之外者。

四宝丹 黄胖。 使君子肉二两 槟榔 南星制各一两 以此三味为主，如吃米加麦芽一斤，如吃茶叶加细茶一斤，如吃土加垩土一斤，如吃炭加黑炭一斤。蜜丸，空心砂糖水送下五十丸。

双砂丸（沈氏） 脱力黄。 针砂四两炒红醋淬至白色 砂仁一两生研 香附便浸炒五钱 皂矾白馒头包煨红一两 广木香生研一两 大麦粉三升 胡桃肉四两生捣如泥同黑枣二斤煮烂去核 为丸，每服一钱半；脱力劳伤陈酒下，一切黄病米饮下。每病不过服四两，多至六两，无不愈。此金鳌自制方也，用以治脱力黄及一切黄，神效。

《得效》曰：食劳疴黄，一名黄胖。夫黄疸者，暴病也，故仲景以十八日为期。食劳黄者，久病也，至有久而终不愈者。

《正传》曰：绿矾丸、褪金丸二方，治黄胖病最捷。

绿矾丸 黄胖。 五倍子炒黑 神曲炒黄各八两 针砂炒红醋淬 绿矾姜汁炒白各四两 姜汁煮枣肉丸，温酒下六七十丸，米饮下亦可。终身忌食荞麦面，犯之必再发不治。

褪金丸 黄胖。针砂醋淬 便香附各六两 白术 苍术各二两半 陈皮 神曲 麦芽各两半 厚朴 甘草各一两面糊丸，米汤下五七十丸。忌鱼腥、湿面、生冷等物。有块加醋三棱、醋蓬术各一两半。

缪仲淳曰：脾病黄肿者，用青矾四两煨成赤珠子，当归四两醇酒浸七日焙，百草霜三两，为末，以浸药酒打糊丸如梧子大，每服五丸至七丸，温水下，一月后黄去，立效。又脾劳黄病，针砂四两醋淬七次，干漆烧存性二钱，香附三钱，平胃散五钱，为末，蒸饼丸，汤下。又好食茶叶面黄者，每日食榧子七枚，以愈为度。

《入门》曰：黄病爱吃茶叶者，用苍术、白术各三两，

石膏、白芍、黄芩、南星、陈皮各一两，薄荷七钱，砂糖煮神曲糊丸，空心砂糖水吞下五七十丸。又黄病爱吃生米者，用白术一钱半，苍术一钱三分，白芍、陈皮、神曲、麦芽、山楂、茯苓、石膏各一钱，厚朴七分，藿香五分，甘草三分，砂糖末一匙，冲服。

（《杂病源流犀烛》）

蒋式玉

治疸必分阴阳论

蒋式玉，清代医家

黄疸，身黄、目黄、溺黄之谓也。病以湿得之，有阴有阳，在腑在脏。阳黄之作，湿从火化，瘀热在里，胆热液泄，与胃之浊气共并，上不得越，下不得泄，熏蒸遏郁，侵于肺则身目俱黄，热流膀胱，溺色为之变赤，黄如橘子色，阳主明，治在胃；阴黄之作，湿从寒水，脾阳不能化热，胆液为湿所阻，渍于脾，浸淫肌肉，溢于皮肤，色如熏黄，阴主晦，治在脾。伤寒发黄，《金匱》黄疸，立名虽异，治法多同，有辨证三十五条，出治一十二方。先审黄之必发不发，在于小便之利与不利；疸之易治难治，在于口之渴与不渴。再察瘀热入胃之因，或因外并，或因内发，或因食谷，或因酗酒，或因劳色，有随经蓄血，入水黄汗，上盛者一身尽热，下郁者小便为难，又有表虚里虚，热除作哕，火劫致黄，知病有不一之因，故治有不紊之法。于是脉弦胁痛，少阳未罢，仍主以和；渴饮水浆，阳明化燥，急当泻热。湿在上，以辛散，以风胜；湿在下，以苦泄，以淡渗。如狂蓄血，势所必攻；汗后溺白，自宜投补。酒客多蕴热，先用清中，加之分利，后必顾其脾阳；女劳有秽

浊，始以解毒，继之滑窍，终当峻补肾阴。表虚者实卫，里虚者建中，入水火劫，以及治逆变证，各立方论，以为后学津梁。若云寒湿在里之治，阳明篇中惟见一则，不出方论，指人以寒湿中求。盖脾本畏木而喜风燥，制水而恶寒湿，今阴黄一证，外不因于六淫，内不伤于嗜欲，惟寒惟湿，譬以卑监之土，须暴风日之阳，纯阴之病，疗以辛热无疑矣。方虽不出，法已显然，故不用多歧，恐滋人惑耳。今考诸家之说，丹溪云：不必分五疸，总是如菹酱相似。以为得治黄之扼要，殊不知是言也，以之混治阳黄，虽不中窾，不致增剧，以之治阴黄，下咽则毙，何异操刃？一言之易，遗误后人。惟谦甫罗氏具有卓识，力辨阴阳，遵《伤寒》寒湿之指，出茵陈四逆汤之治。继往开来，活人有术，医虽小道，功亦茂焉。喻嘉言阴黄一证，竟谓仲景方论亡失，恍若无所循从，不意其注《伤寒》，注《金匱》，辨论数千言，而独于关键处明文，反为之蒙昧，虽云智者一失，亦未免会心之不远也。总之，罗氏可称勤求古训，朱氏失于小成自扭，嘉言喻氏病在好发议论而已。

（《临证指南·黄疸按语》）

周学海

黄疸黑疸辨

周学海（1856～1906），字澂之，晚清医家

黄之为色，血与水相杂而然也。人身血管、液管，相副而行，不相淆乱者，各有管以束之也。血分湿热熏蒸，肌理缓纵，脉管遂弛而不密，血遂渗出，与液相杂，映于肤，泄于汗，而莫不黄。故治之法，或汗或下，必以苦寒清解，佐入行瘀之品，为摄血分之湿热而宣泄之也。湿热去则脉管复坚，血液各返其道，而清浊分矣。阴黄者，以其本体内寒也，虚阳外菟，与湿相搏肌肉腠理之间，仍自湿热，非寒能成黄也。阳黄色深厚者，热盛则津液蒸腐，化为黄粘之汁，与血相映，故色厚也；阴黄色暗淡者，无根之热，不能蒸腐津液，尽化稠粘，而水多于血，故色淡也。夫血之所以旁渗者，以血既为湿所停凝，而前行有滞，气又为热所逼迫，而横挤有力，加以肌理松弛，而血因之旁渗矣。蓄血发黄，亦此理也。《内经》谓瘵成为消中，湿热菟久而化燥火也，亦有消成为瘵者。燥火得凉润滋清之剂，已杀其势，未净其根，余焰内的，转为湿热也。

黑疸，乃女劳疸、谷疸、酒疸日久而成，是肾虚燥而脾湿热之所致也。肾恶燥而脾恶湿，肾燥必急需他脏之水

精以分润之，适值脾湿有余，遂直吸受之，而不觉并其湿热之毒，而亦吸入矣。脾肾浊气，淫溢经脉，逐日饮食之新精，亦皆为浊气所变乱，全无清气挹注，周身血管，不得吐故纳新，遂发为晦暗之黑色矣。第微有辨焉：其肾水不甚虚，而脾胃自虚，浊气下溜者，病在中焦，为易治也；其色黑而浮润，肾水虚甚，吸受脾之浊气，如油入面，深不可拔，病在下焦，其色黑而沉滞，治中焦者，清胃疏肝，滋肾利水，即小柴胡、茵陈五苓是也；阴黄者，黄连枳实诸理中汤主之。治下焦者，滋肾补肺，不得清胃，更不得利水，滋肾丸、大补阴丸加参、芪可也，必待肺气已充，肾阴已复，始从清胃利水，若阴黄者，茵陈四逆主之。总须兼用化血之品一二味，如桃仁、红花，茜草、丹参之类，为其已坏之血不能复还原质，必须化之，而后无碍于新血之流行也。

（《读医随笔》）

张子和

攻下治疗黄疸举隅

张子和（1156~1228），名从正，金代医家

蔡寨成家一童子，年十五岁，病疸一年，面黄如金，遍身浮肿乏力，惟食盐与焦物。戴人以茶调散吐之，涌涎一盂。临晚又以舟车丸七八十粒、通经散三钱，下四五行。待六七日，又以舟车丸、浚川散，下四五行。盐与焦物见而恶之，面色变红。后再以茶调散涌之，出痰二升，方能愈矣。

又一男子作赘，偶病疸，善食而瘦，四肢不举，面黄无力。其妇翁欲弃之，其女不肯，曰：我已生二子矣，更适他乎。翁本农者，召婿意欲作劳，见其病甚，每日辱诟。人教之饵胆矾丸、三棱丸，了不关涉；针灸祈禳，百无一济。戴人见之，不诊而疗，使服涌剂，去积痰宿水一斗，又以泄水丸、通经散，下四五十行不止。戴人命以冰水一盂饮之，立止。次服平胃散等，间服槟榔丸，五六日黄退力生。盖脾疸之证，湿热与宿谷相搏故也，俗谓之食劳黄。

又朱葛周黄刘三家，各有仆，病黄疸。戴人曰：仆役之职，饮食寒热，风暑湿寒，寻常触冒也，恐难调摄，虚费治功。其二家留仆于戴人所，从其饮饵，其一仆不离主

人执役。三人同服苦参散以涌之，又服三花神佑丸下之。五日之间，果二仆愈而一仆不愈，如其言。

蔡寨一女病黄，遍身浮肿，面如金色，困乏无力，不思饮饵，惟喜食生物泥煤之属。先以苦剂蒸饼为丸，涌痰一碗。又舟车丸、通经散，下五七行如墨汁。更以导饮丸磨食散气。不数日肌肉如初。

安喜赵君玉，病发遍身黄，往问医者。医云君乃阳明证，公等与麻知几，皆受训于张戴人，是商议吃大黄者，难与论病。君玉不悦归。自揣无别病，乃取三花神佑丸八十粒服之，不动。君玉乃悟曰，予之湿热盛矣，此药尚不动，以舟车丸、浚川散作剂，大下一斗，粪多结者，一夕黄退。君玉由此益信戴人之言。

（《子和医集》）

李东垣

黄疸案举

李东垣（1180～1251），名杲，金代医家

一人年六十二，素有脾胃虚损病，目疾时作，身面目睛俱黄，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。李谓大黄、牵牛，虽除湿热，而不能走经络，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，盖标本不去，本愈虚甚，加之适当暑雨之际，素有黄证之人，所以增剧也。此当于脾胃肺之本脏外，泻经中之湿热，制清神益气汤主之。茯苓、升麻各二分，泽泻、苍术、防风各三分，生姜四分。此药能走经，除湿热而不守，故不泻本脏，补脏与脾胃本脏中气之虚弱。青皮一分，橘皮、生甘草、白芍药、白术各二分，人参五分。此药皆能守本而不走经，不走经者不滋经络中邪，守者能补脏之元气。黄柏一分，麦冬二分，人参二分，五味子三分。此药去时令浮热湿蒸。右都作一服，水二盏，煎至一盏，去渣，稍热空心服。火炽之极，金伏之际，而寒水绝体于此时也，故急救以生脉散，除其湿热，以恶其太甚。肺欲收，心苦缓，皆

酸以收之。心火盛，则甘以泻之。故人参之甘，佐以五味子之酸。孙思邈云夏月常服五味子，以补五脏气是也。麦门冬之微苦寒，能滋水之源于金之位，而清肃肺气，又能除火刑金之嗽，而敛其痰邪。复微加黄柏之苦寒，以为守位，滋水之流，以镇坠其浮气，而除两足之痿弱也。

（《东垣医集》）

柳宝诒

黄疸医案一则

柳宝诒（1842～1901），字谷孙，号冠群，清代医家

郑。湿热蕴于太阴，发为黄疸。自夏徂秋，复有微邪外束，遂成疟疾。此太阴之湿热与新邪会于阳明而发。其伏热之外达于腑者，轻重迟速，原无一定，故疟发之期日，早晚疏密，亦不能一律也。治疟之成法，外则经络，内则募原，与此病之邪，多不相值。更以湿痰素盛之体，投药偏于香燥，缠绵日久，药与病交并于胃，纳谷日减，胃中津液几何？岂能堪此销烁乎！

刻下神情困顿，面色浮黄而瘁，指尖微肿，目睛仍黄。湿热之郁伏脾中者，无外泄之路。浊热久壅，气机因之阻窒，稍进谷饮，脘气必窒闷不舒。就病论之，须从脾脏疏泄郁伏之邪，使其外达于胃，然后从胃腑逐渐清泄，乃为正治。而此证所难者，舌质光红，渐见疳腐白点。胃中津液，早已告竭。既承远道相招，不得不勉罄愚忱，借希万一。

拟用参、麦、石斛以护胃阴；旋覆花、浮石、枳、贝以开通痰气；再用芩、连以泄湿热；必借鸡金以引之入脾，更以豆卷、茵陈，俾湿热由里透表；苓皮、梔子，使湿热

由上趋下。养其津液，通其气机，疏其郁伏，开其出路，图治之法，大抵不越乎此。所虑病深气极，即使药能中病，而正气不克措措，终有鞭长莫及之虑耳。鄙见如此，录候明政。

麦冬肉 台人参另煎冲 川石斛 旋覆花 海浮石
枳实 川贝母去心 黄芩 川连 炙鸡金 茯苓皮 黑栀
仁 豆卷 茵陈

（《柳宝诒医案》）

余听鸿

黄疸慎勿滥用苦寒

余听鸿（1847～1907），名景和，晚清医家

阴阳黄疸，虽云难分，然细心辨之，最易分别。阴黄色淡黄而泛青，脉细肢倦，口淡舌白，小溲虽黄，而色不甚赤。阳黄如橘子色，脉实身热，舌底稍绛，苔腻黄厚，汗黄溲赤。虽诸疸皆从湿热始，久则皆变为寒湿，阴黄亦热去湿存，阳微之意也。惟女劳疸治法看法俱异耳。又有肝气郁则脾土受制，肝火与脾湿，为热为疸，又非茵陈、姜、附、梔子、大黄可治，此又在调理法中矣。余同窗邹端生患黄疸日久，孟河诸前辈，始从湿热治之，进以黄柏、茵陈、四苓之类，不效。余适有事至孟河，诊之，脉细，色淡黄而青，舌白口淡，进以姜、附、茵陈、五苓合香燥之品，数剂而愈。此余未习医之时也。后有茶室伙，黄疸三年，亦以前法服三十剂而愈。有肝郁黄疸，忽然呕吐发热，遍体酸痛，热退则面目俱黄，此宜从疏肝理气，利湿健脾自愈，又不可用温热也。又有脾虚气弱，面目淡黄，用参、苓、白术等，服十余剂自愈。夫黄疸之症，始则湿热，而湿为阴邪，最易化寒，湿家又最忌发汗。余治黄疸数百人，用大黄、梔子者，百中仅有一二，用苦温淡渗芳香之品，虽

误无妨。余每见误服梔、黄，即恶心泄泻而胃急，若误汗，即见气促汗多，因而僨事者多矣。治黄疸症，如欲汗欲下，当千斟万酌，方可一施耳。

（《余听鸿医案》）

丁甘仁

黄疸医案三则

丁甘仁（1865～1926），名泽周，晚清民国医家

某：室女经闭四月，肝失疏泄，宿瘀内阻，水谷之湿逗留，太阴、阳明、厥阴三经为病。始而少腹作痛，继则脘胀纳少，目黄溲赤，肌肤亦黄，大便色黑，现为黄疸，久则恐成血臌。急宜运脾逐湿，祛瘀通经。 陈广皮一钱 赤猪苓各三钱 杜红花八分 制苍术一钱 大腹皮二钱 桃仁泥钱半包 制川朴一钱 福泽泻钱半 延胡索一钱 西茵陈二钱半 苏木钱半 清宁丸二钱半吞服

某：饥饱劳役，脾胃两伤，湿自内生，蕴于募原，遂致肌肤色黄，目黄溲赤，肢倦乏力，纳谷衰少，脉濡，舌苔黄。谚谓脱力黄病，即此类也。已延两载，难许速效。仿补力丸意，缓缓图之。 炒全当归一两 云茯苓一两四钱 炒西秦艽一两 大砂仁五钱 紫丹参一两 盐水炒淮牛膝一两 炒六神曲一两四钱 炒赤芍一两 米泔水浸炒制苍术八钱 盐水炒厚杜仲一两 炒苡仁二两 生晒西茵陈二两 土炒白术一两 煅皂矾五钱 炒陈广皮七钱 炒福泽泻八钱 上药各研为细末，和匀，用大黑枣六两煮熟去皮核，同药末捣烂为丸，晒干。每早服三钱，开水送下。

某：经闭三月，膀胱急，少腹满，身尽黄，额上黑，足下热，大便色黑，时结时溏，纳少神疲，脉象细涩。良由寒客血室，宿瘀不行，积于膀胱少腹之间也。女劳疸之重症，非易速痊。古方用硝石矾石散，今仿其意而不用其药。

当归尾二钱 云茯苓三钱 藏红花八分 带壳砂仁八分
研 京赤芍二钱 桃仁泥钱半包 肉桂心三分 西茵陈钱半
紫丹参二钱 清宁丸二钱半包 延胡索一钱 血余炭一钱包 泽泻钱半

（《丁甘仁医案》）

张锡纯

黄疸案说

张锡纯（1860～1933），字寿甫，晚清民国医家

天津苏媪，年六十六岁，于仲春得黄疸证。

病因：事有拂意，怒动肝火，继又薄受外感，遂遍身发黄成疸症。

证候：周身黄色如橘，目睛黄尤甚，小便黄可染衣，大便色白而干，心中发热作渴，不思饮食。其脉左部弦长有力且甚硬，右部脉亦有力而微浮，舌苔薄而白无津液。

诊断：此乃肝中先有蕴热，又为外感所束，其热益甚，致胆管肿胀，不能输其胆汁于小肠，而溢于血中随血运遍周身，是以周身无处不黄。迨至随血运行之余，又随水饮渗出归于膀胱，是以小便亦黄。至于大便色白者，因胆汁不入小肠以化食，大便中既无胆汁之色也。《金匱》有硝石矾石散，原为治女劳疸之专方，愚恒借之以概治疸证皆效，而煎汤送服之药须随证变更。其原方原用大麦粥送服，而此证肝胆之脉太盛，当用泻肝胆之药煎汤送之。处方：

净火硝一两，研细 皂矾一两，研细 大麦面二两，焙熟，如无可代以小麦面 水和为丸，桐子大，每服二钱，日两次。此即硝石矾石散而变散为丸也。

汤药：生怀山药一两 生杭芍八钱 连翘三钱 滑石三钱 梔子二钱 茵陈二钱 甘草二钱

共煎汤一大盅，送服丸药一次，至第二次服丸药时，仍煎此汤药之渣送之。再者此证舌苔犹白，右脉犹浮，当于初次服药后迟一点钟，再服西药阿斯匹林一片，俾周身是微汗以解其未罢之表证。

复诊：将药连服四剂，阿斯匹林服一次已周身得汗，其心中已不若从前之渴热，能进饮食，大便已变黑色，小便黄色稍淡，周身之黄亦见退，脉象亦较前和缓。俾每日仍服丸药两次，每次服一钱五分，所送服之汤药方则稍为加减。

汤药：生怀山药一两 生杭芍六钱 生麦芽三钱 茵陈二钱 鲜茅根三钱，茅根无鲜者可以以鲜芦根 龙胆草二钱 甘草钱半

共煎汤，送服丸药如前。

效果：将药连服五剂，周身之黄已减三分之二，小便之黄亦日见清减，脉象已和平如常。遂俾停药勿服，日用生怀山药、生薏米等份轧细，煮作茶汤，调入鲜梨、鲜荸荠自然汁，当点心服之，阅两旬病遂痊愈。

或问：黄疸之证，中法谓病发于脾，西法谓病发于胆。今此案全从病发于胆论治，将勿中法谓病发于脾者不可信欤？答曰：黄疸之证有发于脾者有发于胆者，为黄疸之原因不同，是以仲圣治黄疸之方各异，即如硝石矾石散，原治病发于胆者也。其矾石若用皂矾，固为平肝胆要药，至硝石确系火硝，其味甚辛，辛者金味，与矾石并用更可相助为理也。且西人谓有因胆石成黄疸者，而硝石矾石散，又善消胆石。有

因钩虫成黄疸者，而硝石矾石散，并善除钩虫，制方之妙诚不可令人思议也。不但此也，仲圣对于各种疸证多用茵陈，因最善入少阳之府以清热、舒郁、消肿、透窍，原为少阳之主药。仲圣若不知黄疸之证兼发于胆，何以若斯喜用少阳之药乎？是以至明季南昌喻氏出，深窥仲圣用药之奥旨，于治钱小鲁酒疸一案，直谓胆之热汁溢于外，以渐渗于经络则周身俱黄云云，不已显然揭明黄疸有发于胆经者乎？

王某，年三十二岁，于季秋得黄疸证。

病因：出外行军，夜宿帐中，勤苦兼受寒凉，如此月余，遂得黄疸证。

证候：周身黄色甚暗似兼灰色，饮食减少，肢体酸懒无力，大便一日恒两次似完谷不化，脉象沉细，左部更沉细欲无。

诊断：此脾胃肝胆两伤之病也，为勤苦寒凉过度，以致伤其脾胃，是以饮食减少完谷不化；伤其肝胆，是以胆汁凝结于胆管之中，不能输肠以化食，转由胆囊渗出，随血流行于周身而发黄。此宜用《金匱》硝石矾石散以化其胆管之凝结，而以健脾胃补肝胆之药煎汤送服。

处方：用硝石矾石散所制丸药，每服二钱，一日服两次，用后汤药送服。

汤药：生箭芪六钱 白术四钱，炒 桂枝尖三钱 生鸡内金二钱，黄色的，捣 甘草二钱

共煎汤一大盅，送服丸药一次，至第二次服丸药时，仍煎此汤药之渣送之。

复诊：将药连服五剂，饮食增加，消化亦颇佳良，体力稍振，周身黄退弱半，脉象亦大有起色。俾仍服丸药一

次服一钱五分，日两次，所送服之汤药宜略有加减。

汤药：生箭芪六钱 白术三钱，炒 当归三钱 生麦芽三钱 生鸡内金二钱，黄色的，捣 甘草二钱

共煎汤一大盅，送服丸药一次，至第二次服丸药时，仍煎此汤药之渣送服。

效果：将药连服六剂，周身之黄已退十分之七，身形亦渐强壮，脉象已复其常。俾将丸药减去一次，将汤药中去白术加生怀山药五钱，再服数剂以善其后。

天津范某，年三十二岁，得黄疸证。

病因：连日朋友饮宴，饮酒过量，遂得斯证。

证候：周身面目俱黄，饮食懒进，时作呕吐，心中恒觉发热，小便黄甚，大便白而干涩，脉象左部弦而有力，右部滑而有力。

诊断：此因脾中蕴有湿热，不能助胃消食，转输其湿热于胃，以致胃气上逆（是以呕吐），胆火亦因之上逆（黄坤载谓，非胃气下降，则胆火不降），颈胆管肿胀不能输其汁于小肠以化食，遂溢于血中而成黄疸矣。治此证者，宜降胃气，除脾湿，兼清肝胆之热则黄疸自愈。

处方：生赭石一两，轧细 生薏米八钱，捣细 茵陈三钱 栀子三钱 生麦芽三钱 竹茹三钱 木通二钱 槟榔二钱 甘草二钱

煎汤服。

效果：服药一剂，呕吐即止，可以进食，又服两剂，饮食如常，遂停药，静养旬日间黄疸皆退净。

（《医学衷中参西录》）

周小农

黄疸医案

周小农（1876～1942），名镇，晚清民国医家

殷瑞祥，年三十五岁。甲戌夏，在沪患黄疸，医经数旬不愈。恣食酒面，不禁房室，变成黑疸。来诊。脉软，苔白，面臂黑，目黄，溲黄。询知性急嗜饮，便或兼溏，间或沃酸，手掌风湿。拟于茵陈四苓中加归、芍、茜草、远志、鸡血藤胶、白鲜皮、花粉、秦艽、芪、术、血余出入，并以生姜、茵陈打融，以擦肌肤。嘱以金钱草洗净，猪肚同煮，加盐日食。惟面黧黑，用生半夏末醋调，涂额面，晨起皂角汤洗去。半月，黑疸大退。并与红血退黄丸：皂矾、针沙、百草霜、飞罗面、红花、乌枣肉为丸，每服钱许。既流动其瘀湿，复滋生其血液，以其劳于经营，气血不足也。拟丸以善后：红石柱参、黄芪、于术、二苓、远志、甘杞、桑枝、鸡内金、归、芍、黑豆、川芎、天冬、丹参、菟丝、小麦、鸡血藤膏、针沙、夜明砂、川断、狗脊、蛇床子、苡麻、天仙藤、络石藤、虎骨、茜草、血余、白鲜皮、秦艽、楂肉、麦芽、石韦、薏仁、百草霜、泽泻、蔻仁、僵蚕、葛花、枳椇子、瓜仁，研末，桑椹膏加开水泛丸如桐子，晒。早晚各服四钱。竟愈。

（《周小农医案》）

孙一奎

气郁胁痛论

孙一奎，嘉靖、万历年间，字文垣，号东宿，明代医家

或问治气郁胁痛，有谓达之者，有谓泻之者，于达、泻二字还有说否？生生子曰：胁者，肝之部分，又足少阳经所行之地，此经多有余，经曰东方实，丹溪曰气有余便是火。《内经》曰：“肝者，将军之官，谋虑出焉。胆者，中正之官，决断出焉。”盖人于日用之间，不能恬澹虚无，而纯合乎天和；惟不能恬澹虚无而合乎天和，是以七情一有不遂则生郁，郁久则生火，壅遏经隧，充塞清道，而作痛。至于痛极而涌吐酸水者，犹《洪范》所谓曲直作酸，乃肝胆之咎征也。经曰：“木郁则达之。”启玄子谓吐之令其条达，此固一说也。然于达之之义犹有所未尽焉，达是通达之达，非独止于吐也。木郁于下，以柴胡、川芎之类升而发之，以顺其挺然之性，正所谓因曲而为之直，又谓从其性而升之，皆达之之义也。仲景小柴胡汤治少阳胁痛，以柴胡为君，得其旨矣。经曰有余者泻之，今肝实而胁痛，固宜泻之矣。本草列青皮、香附、黄连、白芍、柴胡、川芎之类，均为泻肝之剂，苟不择而用之，吾未见得志也。何者？夫青皮、香附，泻气之冲逆者也；黄连、白芍，泻血

之沸腾者也。经曰上者抑之，为其当下而不下，故用此辛酸苦寒之剂以泄其冲逆沸腾之势，使之降下，以致于平而已，此正治法也，群皆识其为泻也。至若柴胡、川芎之所以为泻者，则异乎是也。盖柴胡、川芎，升发肝胆之清气者也，经曰下者举之，为其当升而不升，故用此辛甘苦平之味于阴中提阳，以扶其直遂不屈之性，使之上升以复其常，是清阳升而浊阴降也，正前所谓“木郁则达之”之意，此从治法也，群皆未识其所以为泻也。经曰：“轻者正治，重者从治。”又曰：“轻者可降，重者从其性而升之。”又曰：“过者折之，以其畏也，所谓泻之。”过者谓郁实而为火也，折之者为裁之也，畏者如木郁之病用辛散属金之药，而排闥其纷伙剪伐其猖獗，以致于中和，乃拨乱反正之意也。此皆识阴阳升降之理，顺逆之势有如是耳。噫！苟为医而不明阴阳升降之理顺逆之势，则用药安能识其正哉！且夫人与天地相流通者也，即举肝而言之，在天为雷，在方为东，在时为春，在五行为木，在人为肝，运动之气皆相参焉。故张子和曰“胆与三焦寻火治，肝与包络都无异。”丹溪曰：“此指龙雷之火而言也，在人以肝胆应之。”凡物不得其平则鸣，彼阳气久伏，壅遏于丸地之下，则品物为之潜藏，当其升发之际，必轰烈迅烈，大发声震，惊于天关之外，然后品物咸亨，此势也，理也。今木郁之病亦近之，木郁于下则春升之令不行，以故痛而猛，猛而吐，吐而愈者，亦均此势也，均此理也知夫此，则凡造物之所以有升降顺逆者，皆得以遂其正矣，于用药乎何有。

（《医旨绪余》）

张景岳

胁 痛 论

张景岳（1564~1640），名介宾，明代医家

胁痛之病，本属肝胆二经，以二经之脉皆循胁肋故也。然而心肺脾胃肾与膀胱亦皆有胁痛之病。此非诸经皆有此证，但以邪在诸经，气逆不解，必以次相传，延及少阳厥阴，乃致胁肋疼痛。故凡以焦劳忧虚而致胁痛者，此心肺之所传也；以饮食劳倦而致胁痛者，此脾胃之所传也；以色欲内伤，水道壅闭而致胁痛者，此肾与膀胱之所传也。传至本经，则无非肝胆之病矣。至于忿怒疲劳，伤血，伤气，伤筋，或寒邪在半表半里之间，此自本经之病。病在本经者，直取本经，传自他经者，必拔其所病之本，辨得其真，自无不愈矣。

胁痛有内伤外感之辨，凡寒邪在少阳经，乃病为胁痛耳聋而呕，然必有寒热表证者，是外感，如无表证，悉属内伤。但内伤胁痛者十居八九，外感胁痛则间有之耳。

胁痛有左右血气之辨，其在诸家之说，有胃肝位于左而藏血，肺位于右而藏气，故病在左者为血积，病在右者为气郁，脾气亦系于右，故混痰流注者，亦在右。若执此说，则左岂无气，右岂无血？食积痰饮，岂必无涉于左乎？

古无是说，此实后世之谬谈，不足凭也。然则，在气在血，何以辨之？但察其有形无形可知之矣。盖血积有形而不移，或坚硬而拒安，气痛流行而无迹，或条聚而条散。若食积痰饮，皆属有形之证，第详察所因，自可辨识。且凡属有形之证，亦无非由气之滞，但得气行，则何聚不散？是以凡治此者，无论是血是痰，必皆兼气为主，而后随宜佐使以治之，庶得肯綮之法，无不善矣。

外感证，邪在少阳，身发寒热而胁痛不止者，宜小柴胡汤、三柴胡饮，或河间葛根汤之类酌宜用之。若外邪未解而兼气逆胁痛者，宜柴胡疏肝散主之。若元气本虚，阴寒外闭，邪不能解而胁痛畏寒者，非大温中饮不可。

内伤肝胆，气逆不顺而胁痛者，宜排气饮、推气散、沉香降气散、木香调气散之类主之。若郁结伤肝，中脘不快，痛连两胁，或多痰者，宜香桔汤。若暴怒伤肝，气逆胀满，胸胁疼痛者，宜解肝煎。若怒气伤肝，因而动火，胁痛、胀满、烦热，或动血者，宜化肝煎。若气滞胸胁，痛而兼喘者，宜分气紫苏饮。若男子忧郁伤肝，两胁疼痛者，宜枳实散。若男妇肝肾气滞，自下而上，痛连两胁者，宜木通散。若悲哀烦恼，肝气受伤，脉紧胁痛者，枳壳煮散。若因惊气逆，胁痛不已者，桂枝散。若食积作痛，但痛有一条杠起者是也，大和中饮，或用保和丸。若痰饮停伏胸胁疼痛者，导痰汤加芥子。若肝火内郁，二便不利，两胁痛甚者，当归龙荟丸或左金丸。若从高跌坠，血流胁下作痛者，复元活血汤。若妇人血滞，胁腹连痛者，芍药散、决津煎。若肝脾血虚，或郁怒伤肝，寒热胁痛者，逍遥散。若

肝肾亏损，胁肋作痛，头眩心跳身痛，或妇人经水不调，经后作痛者，补肝散。

内伤虚损，胁肋疼痛者，凡房劳过度，肾虚羸弱之人，多有胸胁间隐隐作痛，此肝肾精虚，不能化气，气虚不能生血而然。凡人之气血，犹源泉也，盛则流畅，少则壅滞，故气血不虚则不滞，虚则无有不滞者。倘于此证，不知培气血而但知行滞通经，则愈行愈虚，鲜不殆矣。惟宜左归饮、小营煎及大补元煎之类主之。或有微滞者，用补肝散亦可。若忧思过度，耗伤心脾气血，病有如前者，宜逍遥饮、三阴煎、七福饮之类主之，或归脾汤亦可。若以劳倦，过伤肝脾气血而病如前者，宜大营煎、大补元煎之类主之。

（《景岳全书》）

叶天士

胁痛案绎

叶天士（1667～1746），名桂，号香岩，清代医家

叶天士在《叶案存真》中曾说：古人治胁痛法有五，或犯寒血滞，或血虚络痛，或血着不通，或肝火抑郁，或暴怒气逆，皆可致痛。”此外，在案中所见还有湿壅、饮停等，其大法基本完备，因而徐灵胎评说：“案中用药，颇能变通，心思有不可及处。”

从胁痛案中所见，叶氏对络病的认识，并非局限于活血通络一法。首先，络病由经病而来，他在《临证指南医案》中说：“此非脏腑之病，乃由经脉，继及络脉，大凡经主气，络主血……诸家不分经络，但忽寒忽热，宜乎无效。”第二，络脉有脏腑部位之分，在案中提到者，即有肝络，少阳之络、胃络等不同。第三，络病有虚实之分。实证有血瘀入络、寒入络脉等，前者宜辛泄宣瘀（如旋覆花汤、桃仁牡蛎方），后者宜辛香温通（如荜拨半夏方）。其中他最推崇旋覆花汤，如一方用桃仁、青葱管、桂枝、生鹿角、归尾，他说：“此旋覆花汤之变制也，去覆花之咸降，加鹿角之上升，方中惟有葱管通下，余俱辛散横行，则络中无处不到矣”。他对久痛实证主张用丸药攻邪，在《叶案存真》

中说：“攻法必用丸以缓之，非比骤攻暴邪之治，当用稳法，”但在《临证指南》中又告诫说：“久病已入血络，兼之神怯瘦损，辛香刚燥决不可用”（宜用旋覆花汤）。他对虚证有营络虚寒、肝风内震入络等，前者宜辛温通络（如当归桂枝汤加肉桂），后者宜甘缓润补（如生地阿胶方）。他在《临证指南》中指出：“症固属虚，但参、术、归、芪补方，未能治及络病，《内经》肝病不越三法，辛散以理肝，酸泄以体肝，甘缓以益肝，宜辛甘润温之补，盖肝为刚脏，必柔以济之，自臻效验耳”，“《内经》肝病三法，治虚亦主甘缓。”他还说：“络虚则痛，有年色脉衰夺，原非香、蔻劫散可效，医不明治络之法，则愈治愈穷矣。”由此可见，他的络病功夫甚深，并非仅以活血通络一法可以概治。

辨治规律

一、气郁

1. 肝气郁结：七情致伤，肝气郁结，症见胁胀夜甚，响动则降，治宜疏肝理气为主，兼以降胃，用橘叶香附方（橘叶、香附、川楝子、半夏、茯苓、姜渣）。如肝气拂郁，胁痛绕及胸背，治宜木郁达之，用钩藤桑叶方（钩藤、桑叶、郁金、橘红、茯苓、瓜蒌皮）。如寒着气阻，右胁痹痛，用桂枝汤加减（杏仁、桂枝、茯苓、生姜、瓜蒌、苡仁）。

2. 气郁化火：劳怒阳动，气郁化火，症见气热攻冲、扰腕入胁，或左胁闪闪，腹中微满，脉弦搏左甚，治宜苦辛，用牡蛎夏枯草方（川连、牡蛎、夏枯草、炒半夏、香附、炒白芥子），或用郁金降香方（郁金、山栀、半夏曲、

降香末、橘红、金石斛)，或首乌钩藤方（生首乌、归须、胡麻、丹皮、黑山栀、桑叶、钩藤），或川贝山栀方（川贝、山栀、丹皮、郁金、钩藤、瓜蒌皮、茯苓、橘红）。

3. 肺气不降：肺气不降，金不制木，症见气逆、咳嗽、胁疼，治宜宣肺降气，用降香杏仁方（降香汁、川贝、鲜枇杷叶、白蔻仁、杏仁、橘红），或栀豉汤加味（香豉、瓜蒌皮、山栀、郁金、竹茹、半夏曲、杏仁）。如咳嗽失血、右胁痛引，先理络痹，用千金苇茎汤加减（苏子、桃仁、枇杷叶、冬瓜子、茜草、苡仁）。

二、湿邪壅滞

1. 湿热壅滞：症见由胸部虚里穴痛起，左胁下坚满，胀及脐右，大便涩滞不爽，治宜缓攻湿热，用小温中丸吞服（白术、茯苓、陈皮、半夏、甘草、神曲、香附、苦参、黄连、针砂）。

2. 寒湿痹阻：症见胁痛吐食，《内经》称谓肝痹，治宜祛风化湿，用柴胡草薢方（柴胡、防风、当归、白芍、草薢、米仁、甘草、茯苓）。

三、痰饮阻滞

1. 痰饮搏击：症见胁痛，治宜化痰祛饮，用二陈汤加味（半夏、茯苓、广皮、甘草、白芥子、白蒺藜、钩藤）。如湿痰阻气，络脉窒塞，症见胸胁闪烁而痛，治宜轻扬宣气，用千金苇茎汤合威喜丸（桑叶、芦根、冬瓜子、米仁、桃仁、威喜丸）。如支脉结饮，阻其气机，症见胁中痛胀、入夜更甚、仅仅仰卧、不可转侧、饮食如常、形充脉弦，治宜化痰通络，用海蛤丸加减（半夏、青黛、土贝母、白芥

子、昆布、海藻、海浮石、土瓜蒔仁、蛤蜊壳粉、竹沥，姜汁泛丸，或钩藤、香附、风化硝、炒半夏、茯苓、生白蒺藜、竹沥，姜汁泛丸)。

2. 寒饮入络：症见痛必右胁中有形攻心、呕吐清涎、周身寒凜、痛止寂然无踪，治宜辛香温通法，用葶拔半夏方(葶拔、半夏、川楝子、延胡、吴萸、良姜、蒲黄、茯苓)。

四、血络瘀阻

1. 胆络血滞：病在少阳之络，症见胁下痛犯中焦，初起上吐下泻，春深寒热不止，治宜清胆活血，用青蒿归须方(青蒿、归须、泽兰、丹皮、红花、郁金)。如病在少阳、阳明之络，症见胁痛游走不一，渐至痰多、手足少力，治宜通少阳、阳明之络，用泽兰山甲方(归须、桃仁、泽兰、柏子仁、香附、丹皮、山甲、乳香、没药，水泛丸)。

2. 肝络凝瘀：嗔怒动肝，劳怒致伤气血，肝着，症见寒热旬日，胁痛板着、难以舒转、甚则及腹背，进食痛胀，大便燥结，治宜辛泄宣瘀。用旋覆花汤加味(旋覆花、新绛、青葱管、桃仁、归须、柏子仁)或金铃子散加味(川楝、延胡、归须、桃仁、生牡蛎、桂枝)，或当归红花方(当归、红花、茯苓、五加皮、秦艽、桂木、松节、寄生)。夹热者用桃仁桑叶方(桃仁、归须、丹皮、桑叶、川楝子、黑山梔)。夹寒者用桃仁茴香方(桃仁、归须、延胡、片姜共、五加皮、桂枝、橘红、炒小茴)。如闪挫胁痛，久则呛血，为络血气热内迫，用鲜生地、藕节、生桃仁、新绛。

3. 血络痞积：症见左胁痞积攻疼，或左前后胁板着、

食后痛胀，治宜辛香缓痛消积，用牡蛎山楂方（牡蛎、山楂、延胡、川楝、桃仁、归须、丹皮、桂枝），或用桃仁牡蛎方（桃仁、归须、小茴、川楝子、半夏、生牡蛎、橘红、降香、白芥子泛丸）。如症见胁痛、咳则更甚、渐次腹大坚满、倚左不能卧右、便溏溺利，属肝郁脾湿，治宜旋覆花汤加味（桂枝、厚朴、新绛、生牡蛎、旋覆花、青葱管、香附、内金）。如络痹癖积，左胁胀痛，治宜通泄，用阿魏丸（阿魏、鳖甲、黄芪、广皮、枳实、柴胡、白术、青皮、草果、黄芩、当归、茯苓、白蔻仁、山楂、神曲、延胡，水丸）。

4. 血瘀液耗：症见胁痛，得食稍安，嗑干舌燥心悸，脉动而虚、左小弱，治宜辛宣甘缓，用桃仁柏子仁方（桃仁、柏子仁、新绛、归尾、橘红、琥珀），痛缓后再服养阴熄风方。如症见痛缓而便难，为液耗风动为秘，治宜李东垣通幽法，用五仁丸加味（当归、桃仁、柏子仁、火麻仁、郁李仁、松子肉、红花）。

五、肝肾阴虚

肝肾阴亏，肝风内震入络，症见暮夜五心烦热、嗑干心悸、胁痛、心嘈易饥、呕涎、便燥，治宜甘缓柔润理虚，用三才汤加味（人参、生地、天冬、麦冬、柏子仁、生白芍），或炙甘草汤去姜、桂、或生地阿胶方（生地、阿胶、枸杞、柏子仁、天冬、白蒺藜、茯神、菊花，为丸；或生地、天冬、枸杞、桂圆、桃仁、柏子仁、阿胶，熬膏），可酌加丹皮、桑枝、泽兰。如兼有梦寐纷纭、脉右弦左小弱涩，积劳伤阳，治宜甘缓为主，少佐摄镇，用人参丸加减

(人参、枣仁、茯神、炙草、柏子仁、当归、龙骨、金箔)。如血虚络松，症见左胁喜按、难以名状，治宜辛润理虚，用枸杞柏子仁方(枸杞、柏子仁、枣仁、茯神、桂圆、胡麻)。如血虚火郁，症见胁痛、脉细弦数不舒，治宜清润通络，用瓜蒌归身方(瓜蒌、炒桃仁、归身、新绛、炒白芍、炙甘草)。如水亏阳升，症见两胁焮焮如热、火升面赤、遇烦劳为甚，治宜养阴和阳，用首乌桑叶方(首乌、桑叶、芝麻、料豆衣、巨胜子、天冬、北沙参、柏子仁、茯神、女贞子，青果汁泛丸)。

六、营络虚寒

阴络虚寒作痛，症见肋下痛、食入则安，或重按得热少缓、每痛发常在下午黄昏阳气渐衰之时，治宜辛温通络，用当归桂枝汤加肉桂(当归、茯苓、炮姜、肉桂、炙草、大枣)，可酌加小茴、丁香。如营气受困，症见胁痛绕脐、得食则缓、脉弦，治宜辛甘，用桂枝、川椒、白蜜、煨姜。如虚寒夹痰，症见肋稍隐痛、卧起咳甚、冷汗、背有微寒、两足带冷、身体仰卧稍安、左右不堪转侧，治在血分，通络补虚，用枸杞苡蓉方(枸杞、苡蓉、茴香炒当归、炒桃仁、炙山甲)。

方案选析

一、橘叶香附方

张，胁胀夜甚，响动则降，七情致伤之病。

橘叶 香附子 川楝子 半夏 茯苓 姜渣(《临证指南医案·胁痛》)

主治 七情致伤，肝气郁结，夹有痰饮，胁胀夜甚，响动则降。

方中以橘叶、香附、川楝子疏肝理气，半夏、茯苓、姜渣温化痰饮。全方有疏肝和胃，理气化痰之功，对肝胃不和，气郁作痛有效。

加减：如气郁化火，去姜渣，加入夏枯草、山栀、郁金、降香、牡蛎等。

二、海蛤丸

形充脉弦，饮食如常，述左胁久胀，上年肿突肌溃，收结已束，胁中痛胀仍发，入夜更甚，仅仅仰卧，不可转侧，此支脉结饮，阻其周行气机，病根非外非内，宣通其脉络为是。

天冬 瓜蒌霜 海浮石 蛤粉 风化硝 桔梗 橘红
香附 竹沥 姜汁 蜜丸。（《叶案存真类编·胁痛》）

主治 支脉结饮，胁中痛胀，入夜更甚，仅仅仰卧，不可转侧，饮食如常，形充脉弦。

本方录自《临证指南医案·附录》，与《洁古家珍》海蛤丸不同。方中以瓜蒌、海浮石、蛤粉、竹沥、姜汁化痰软坚，桔梗、橘红、香附理气，风化硝逐饮，天冬养阴扶正。全方有逐饮软坚之功，还可治悬饮、支饮等证。

加减：清热通络，可加青黛、钩藤、白蒺藜；化痰软坚，可加半夏、茯苓、土贝母、白芥子、昆布、海藻。

三、葶拔半夏方

郭，痛必右胁中有形攻心，呕吐清涎，周身寒凜，痛止寂然无踪，此乃寒入络脉，气乘填塞阻逆，以辛香温通

法。

荜拔 半夏 川楝子 延胡 吴萸 良姜 蒲黄 茯苓
苓（《临证指南医案·胁痛》）

主治 寒饮入络，胁痛攻心，呕吐清涎，周身寒凛，痛止则寂然无踪。

方中以荜拔、吴萸、良姜温胃散寒，半夏、茯苓化饮止呕，川楝子、延胡、蒲黄理气活血止痛。全方以辛香温通为主，对寒邪犯胃，肝络不舒者有效。

四、桃仁茴香方

蒋，宿伤，左胁腹背痛。

炒桃仁 归须 炒延胡 片姜黄 五加皮 桂枝木
橘红 炒小茴（《临证指南医案·胁痛》）

主治 宿伤寒瘀阻滞，左胁腹背痛。

方中以桃仁、归须、延胡、姜黄、五加皮、橘红活血理气止痛，桂枝、小茴香温通经络。全方有温通瘀血之功，对寒瘀阻滞、宿伤等造成胁痛、胃痛者有效。

五、桃仁牡蛎方

王，左前后肋板着，食后痛胀，今三年矣。久病在络，气血皆窒，当辛香缓通。

桃仁 归须 小茴 川楝子 半夏 生牡蛎 橘红
紫降香 白芥子 水泛丸。（《临证指南医案·胁痛》）

主治 久病在络，气血阻窒，胁痛板着，食后痛胀。

食后痛胀与得食痛缓，有虚实不同之分。本方以辛香缓通为主，以治实痛。方中以桃仁、归须化瘀通络，佐以降香、茴香温通，川楝子、牡蛎入肝理气软坚，半夏、橘

红、白芥子化痰祛饮。全方为丸，从气、血、痰、寒着手，以缓通取效。

六、桃仁柏子仁方

程，诊脉动而虚，左部小弱，左胁疼痛，痛热上引，得食稍安，此皆操持太甚，损及营络，五志之阳，动扰不息，嗌干舌燥心悸，久痛津液致伤也。症固属虚，但参、术、归、芪补方，未能治及络病。《内经》肝病，不越三法，辛散以理肝，酸泄以体肝，甘缓以益肝，宜辛甘润温之补。盖肝为刚脏，必柔以济之，自臻效验耳。

炒桃仁 柏子仁 新绛 归尾 橘红 琥珀（《临证指南医案·胁痛》）

主治 营损血瘀，胁痛，得食稍安，嗌干舌燥心悸，脉动而虚，左部小弱。

营络受损，但又兼血瘀，治宜辛散甘润并施。方中以桃仁、新绛、归尾、琥珀辛散血瘀，以柏子仁甘润缓肝，橘红理气和胃。所选化瘀药物，以活血和血为主，都非峻品，再配以柏子仁、琥珀养心宁神，使全方辛甘泄润，用药组方颇有分寸。

七、生地阿胶方

黄又，肝胃络虚，心嘈如饥，左胁痛，便燥少血。

生地 天冬 枸杞 桂圆 桃仁 柏仁 熬膏，加阿胶收。（《临证指南医案·胁痛》）

主治 肝肾阴虚，肝风内震入络，胁痛，得食则安，心嘈易饥，嗌干心悸，暮夜五心烦热，脉小弱。

方中以阿胶、生地、枸杞、天冬滋养肝肾之阴，柏子

仁、茯神养心安神，菊花、白蒺藜清熄肝风。全方有养阴熄风补络之功，治阴虚风动的络虚证，不论汤、丸均可，为叶氏常用方之一。

加减：养血络，加桂圆。清肝熄风，加丹皮、白芍。通络，加泽兰、桑枝。便燥，加桃仁。

八、枸杞柏子仁方

此血虚络松，气失其护，左胁喜按，难以名状，宜辛润理虚，切勿乱投药饵。

杞子 柏子仁 酸枣仁 茯神 桂圆肉 大胡麻
（《未刻本叶氏医案》）

主治 血虚络松，左胁喜按，难以名状。

方中以枸杞、柏子仁、桂圆、胡麻养肝补血，枣仁、茯神养心宁神。全方以辛润理虚，养心滋液立法，对阴血虚、络脉空虚之胁痛、胃痛均宜。

（据陈克正主编的《叶天士诊治大全》改写）

林珮琴

胁痛治裁

林珮琴（1772～1839），号羲桐，清代医家

肝脉布胁，胆脉循胁。肩下曰膊，膊下曰臑，臑对腋，腋下曰肱，肱下曰肋，肋后曰肋，肋下曰季肋，俗名肋梢，季肋下为腰。故胁痛皆肝胆为病，而胆附于肝。凡气血食痰风寒之滞于肝者，皆足致痛。气郁者，大怒气逆，或谋虑不遂，皆令肝火动甚。清肝汤、小龙荟丸。血瘀者，跌扑闪挫，恶血停留，按之痛甚。复元活血汤。痰痛者，痰饮流注其经，嗽则气急。控涎丹，以二陈汤下，或白芥子汤。食积者，食滞肋下，有一条扛起。消食丸。风寒者，外感之邪，留著肋下，小柴胡汤加桔梗、枳壳。左痛多留血，右痛为肝邪入肺，为气，痰食亦在右。风寒则不论左右，胁痛多实，不可轻用补肝，致令肝胀。亦有虚痛者，补肝散。怒伤者，香附汤。郁伤者，逍遥散。初痛在经，久必入络。经主气，络主血，有营络虚寒，得食痛缓者。辛温通络，甘缓补虚。当归桂枝汤。有肝阴虚者，热痛嗑干，宜凉润滋液。三才汤加柏子仁、白芍。有液虚风动者，胁气动跃，宜滋液熄风。复脉汤去桂、姜。有郁热胀痛者，宜苦辛泄降。川楝子、黄连、山栀、郁金、降香末。有因怒劳，致气血

皆伤，肝络瘀痹者，宜辛温通络。旋覆花汤加归须、小茴、新绛、延胡、青葱管。有痞积攻痛者，宜辛散通瘀。桃仁、鲮鲤甲、乳香、没药、丹皮、归须、牡蛎粉、泽兰。有气逆呕涎，由胁攻胃者，用酸泄和肝。木瓜、白芍、金橘皮、枣仁、橘叶、代赭石。按《内经》治肝，不外甘缓、辛散、酸泻三法。凡胁痛，药忌刚燥，以肝为刚脏，必以柔济之，乃安也。

丹溪曰：肝苦急，是木气有余，急食辛以散之。用川芎、青皮醋炒。又曰，肝火盛，两胁痛，不得伸舒。先以琥珀膏贴患处，以姜汤下当归龙荟丸，最妙。咳引胁痛，宜舒肝气。用青皮、枳壳、香附、白芥子之类。两胁走痛，控涎丹。

《正传》曰：凡胁痛，皆肝木有余。小柴胡汤加川芎、青皮、芍药、龙胆草，甚者加青黛、麝香。凡性急多怒之人，常患腹胁痛。小柴胡汤加川芎、青皮、白芍，下龙荟丸甚效。

（《类证治裁》）

汪文琦

胁痛会心录

汪文琦，字蕴谷，清代医家

今夫古书论胁痛一症，不徒责在肝胆，而他经亦累及之，有寒热虚实不同，痰积瘀血之各异。支离繁碎，使后学漫无适从，而投剂不验，无怪乎变症多端，伤人性命者多多矣，尝考经旨谓肝脉挟胃络胆，上贯膈，布胁肋。胆脉贯胆络肝，循胁里，其直者循胸过季肋，是两肋之痛，皆属肝胆为病。内伤者，不外气血两端，外感者，责在少阳一经而已。盖肝为将军之官，其性暴怒，非佛意交加，则忧郁莫解，非酒色耗扰，则风寒外袭，痛之所由生中也。使其人而虚寒也者，则内脏亏而痛矣。使其人而虚热也者，则隧道塞而痛矣。使其人而实热也者，或邪气入而痛，或郁火发而痛矣。痛在气分者，治在气。寒者温之，虚者补之，热者清之，实者泄之，血药不宜用也。使其人而血虚也者，则肝少血养而痛矣。使其人而血热也者，是木火内灼而痛矣。使其人而血分实热也者，或邪在半表半里而痛，或满闷拒按多怒而痛矣。痛在血分者，治在血。血虚者以血药补之，血热者以阴药滋之，血实者以苦药通之，气药不宜用也。更有瘀血内蓄，痰饮内聚及肥气痞气，皆属有形之

积，非益血则邪不退。即今气寒而得此，亦宜补阳在先，补阴在后，阴阳两补，痰瘀除而积聚消，胁痛岂有不愈者哉。虽然，操心者常有此症，房劳者每有此患，人多委之莫救，而药投罔效者何也。医家不明肝肾同源，精髓内空，相火易上之理也，故其用方，一味辛香行气，冀其奏功，不知辛能通窍，香能耗血，肝病不已，复传于肺而咳嗽喘促，甚至血动，斯时有莫可如何者矣。是以初起确认为肝肾之病，宜乙癸合治，用六味加人乳、河车之属，以人补人，以血补血，俾水生而木荣，母实而子安，正治之法也。倘气因精虚，宜用八味加人参、河车之属，阴中求阳，坎中生火，从治之法也。或者谓内伤胁痛，逍遥散乃不易之方，外感胁痛，小柴胡为必用之药，有此二者，可以尽病之情乎，而犹未也，诚以法之运用无穷，方之变化无走。通因通用者，治肝邪之有余。塞因塞用者，治肝脏之不足。而其间必以拒按喜按，探虚实之消息，喜温喜冷，验寒热之假真，更以脉之大小迟数，有力无力为辨，是在医者神而明之，勿泥古法而不化也。且胁痛而及他脏者，亦有之矣。咳唾腥臭者，肺痈也，痛连胃脘，呕吐酸味者，木凌脾也，痛而寒热谵语，如见鬼状者，妇人热入血室也，舍气血而何所补救哉。盖甘可缓中，则木气调达，自然右降而左升，和能平怒，则疏泄令行土。渐次气充而血润，胁痛云乎哉。

（《杂症会心录》）

程文園

瓜蒌红花愈胁痛案

程文園（1736～1820），字杏軒，清代醫家

蔚兄來診云：“病初右肋刺痛，皮膚如烙，漸致大便閉結，坐臥不安，每便努掙，痛劇難耐。理氣清火，養血潤腸，藥皆不應”。切脈弦急欠柔。謂曰：“易治耳，一劑可愈。”蔚兄云：“吾病日久，諸藥無靈，何言易治？”予曰：“此乃燥證。肺苦燥，其脈行于右，與大腸相表裏。方書論肋痛，以左屬肝，右屬肺，今痛在右肋，而便閉結，肺病顯然。但肝雖位于左而其脈繫于兩肋，《內經》言：‘邪在肝則兩肋中痛。’今痛雖在右肋，不得謂其專屬肺病已也。夫金制木，忧伤肺，金失其剛，轉而為柔，致令木失其柔，轉而為剛，辛香益助其剛，苦寒愈資其燥，潤腸養血，緩不濟急。”訂方用瓜蒌一枚，甘草二錢，紅花五分。蔚兄見方稱奇，乃詢所以。予曰：“方出《赤水玄珠》。夫瓜蒌柔而潤下，能治插肋之痛，合之甘草，緩中濡燥。稍入紅花，流通血脈，肝柔肺潤，效可必矣。”服藥便道痛減，能以安臥，隨服復渣，微瀉兩次，其痛如失。

（《杏軒醫案》）

张乃修

痰湿胁痛案

张乃修（1844~1905），字聿青，晚清医家

阙左。烟体痰浊素盛，痰湿下注，发为泻痢，痢止而痰湿不行，升降开合之机，皆为之阻，以致右胁作痛，痛势甚剧，按之坚硬有形，中脘板滞，不时呃忒，气坠欲便，而登圜又不果行。苔白罩霉，脉形濡细，此痰湿气三者互聚，脾肺之道路，阻隔不通，以致流行之气，欲升不能，欲降不得，所以痛甚不止矣。气浊既阻，中阳安能旋运，挟浊上逆，此呃之所由来也。在法当控逐痰涎，使之宣畅。然脉见濡细，正气已虚，病实正虚，深恐呃甚发厥，而致汗脱。拟疏通痰气，旋运中阳，以希万一。即请明哲商进。

生香附二钱，研 真猩猩绛七分 公丁香三分 橘红一钱 橘络一钱五分 磨刀豆子四分冲 姜汁拌炒竹茹一钱五分 炒枳壳一钱 旋覆花三钱，包 磨郁金七分，冲 青葱管三茎

改方：服一剂后痛势大减，去郁金。加苏子三钱，炒白芥子一钱，乳没药各二分，黑白丑各三分，六味研极细末，米饮为丸如绿豆大，烘干，开水先服。其内香附，旋覆花用一钱五分。

原注：服药后右胁不痛，但便泄不止，改用连理汤出人。

钟左。右胁作痛。脉象沉弦。饮悬胁下，脾肺之络在右也。

广郁金 赤白苓 广皮 旋覆花 生香附 制半夏
炒苏子 枳壳 真猩绛 青葱管

二诊：胁下之痛，仍然未定。左脉弦大，右关带滑。气湿郁阻不宣。再为宣通。

制半夏 制香附 杭白芍 川草薢 川芎 橘皮络
旋覆花 真猩绛 广郁金 葱管 醋炒柴胡

（《张聿青医案》）

柳宝诒

胁痛类案

柳宝诒（1842~1901），字谷孙，晚清医家

方。肺胃络脉之气，升逆不降。两胁牵掣板痛，动作则愈甚，此属营络之病，仅与调气，尚无效也。

旋覆花 红花 同包 归须 橘络 细苏梗 桑白皮 广郁金 桃仁 去皮尖 瓜蒌皮 酒炒 丹参 枳实 紫菀 蜜炙 枇杷叶

尤。右胁因伤瘀阻，血络不能，呼吸掣痛。当和血络，勿令久瘀为要。

旋覆花 红花 同包 粉前胡 桑白皮 紫丹参 广郁金 归须 橘络 南沙参 青蒿 香瓜子 紫菀茸 参三七 磨 鲜藕煎汤代水

姜。阴虚不能涵木，木火升动，肺金受克，咳呛气逆，左胁板痛，悉由乎此。四肢不温，乃阳气内厥，阴气不承；阳气愈亢，则四肢愈清。脉象细数不静，亦属阳气不藏，营阴被烁之象。前方熄肝和络，五大剂后，偏卧咳呛略减，余证仍然。兹拟滋养营阴，镇摄阳光。虽不专治肺肝，而阴气充，则肝自柔；阳气藏，则肺受荫，所谓治病必求其本也。录方拟与三才固本法，相间服之。

大生地 东白芍 白石英 左牡蛎 刺蒺藜 马料豆
炒丹皮 长牛膝秋石化水拌收 淡天冬 清阿胶黛蛤散
拌炒 功劳子 元武板鲜藕煎汤代水

刘。胆火循经而上，耳后振动作痛，引及左胁。法当疏泄木火。

羚羊角 蒺藜 牡蛎 甘菊花 黑山栀 丹皮 白芍
郁金 象贝 首乌藤 丝瓜络 薄荷

二诊：左脉弦搏，右脉动数。左胁震动作痛，上引耳后。肝胆之火，内郁不化。当法疏泄清降。

川连 黑山栀 丹皮 生甘草 薄荷 牡蛎盐水炒
磁石 羚羊角 刺蒺藜 夜交藤 金器 竹二青

（《柳宝诒医案》）

吴鞠通

肝郁金燥胁痛案

吴鞠通(1758~1839)，名瑭，清代医家

庚寅六月廿九日，恒妇，十九岁。肝郁兼受燥金，胁痛二三年之久，与血相搏，发时痛不可忍，呕吐不食，行经不能按月，色黑且少，渐至经止不行，少腹痛胀。汤药先宣肝络，兼之和胃，再以丸药缓通阴络。

新绛纱三钱 桃仁三钱 川椒炭三钱 旋覆花包，三钱 归须三钱 苏子霜三钱 姜半夏五钱 青皮二钱 广橘皮三钱 降香末三钱 生姜五钱 煮三杯，分三次服。十四帖。外以化癥回生丹，每日清晨服一钱，开水调服。

七月十四日：诸症俱减，照原方再服七帖，分十四日服。每日仍服化癥回生丹一钱。

廿八日：痛止胀除，饮食大进，惟经仍未行，六脉弦细，右更短紧，与建中合二陈汤以复其阳。

姜半夏四钱 桂枝四钱 生姜三大片 广橘皮三钱 白芍炒，二钱 大枣去核，二枚 炙甘草三钱 胶饴一两，去渣后化入 煮二杯，分二次服。每日服化癥回生丹一钱。

八月十七：服前方十数帖，兼服化癥回生丹十数丸。一切俱佳，经亦大行。

(《吴鞠通医案》)

曹南笙

胁痛两案

曹南笙，清代医家

某右。诊脉动而虚，左部小弱，左胁疼痛，痛势上行，得食稍安，此皆操持太甚，损及营络，五志之阳，动扰不息，嗑干，舌燥，心悸，久痛津液致伤也。症固属虚，但参朮归芪补方未能治及络病，内经肝病不越三法：辛散以理肝，酸泄以体肝，甘缓以益肝。盖肝为刚脏，必柔以济之，自臻效验耳。

桃仁 柏子仁 新绛 归尾 橘红 琥珀 痛缓时用
丸方：真阿胶 小生地 枸杞子 柏子仁 天冬 刺蒺藜
茯神 黄菊花

某左。痛在胸胁，游走不一，渐至痰多，手足少力，初病两年，寢食如常，今夏病甚，此非脏腑之病，乃由经脉继及络脉。大凡经主气、络主血，久病血瘀，治法不分经络，但忽寒忽热，宣其无效，试服新绛一方小效，乃络方耳。议通少阳阳明之络，以冀通则不痛。

归须 桃仁 泽兰叶 柏子仁 香附汁 丹皮 穿山
甲 乳香 没药 水泛丸

《《吴门曹氏三代医验集》》

严用和

积 聚 论

严用和（1199～1267），宋代医家

夫积有五积，聚有六聚。积者生于五脏之阴气也，聚者成于六腑之阳气也。此由阴阳不和，脏腑虚弱，风邪搏之，所以为积为聚也。有如忧思喜怒之气，人之所不能无者，过则伤乎五脏，逆于四肢，传克下行，乃留结而为五积。故在肝曰肥气，在心曰伏梁，在脾曰痞气，在肺曰息贲，在肾曰奔豚，其名不同，其证亦异。肥气之状，在左肋下，大如覆杯，肥大而似有头足，是为肝积，诊其脉弦而细，其色青，其病两肋下痛，牵引小腹，足寒转筋，男子为积疝，女子为瘕聚；伏梁之状，起于脐下，其大如臂，上至心下，犹梁之横架于胸膈者，是为心积，诊其脉沉而芤，其色赤，其病腹热面赤，咽干心烦，甚则吐血，令人食少肌瘦；痞气之状，留于胃脘，大如覆杯，痞塞不通，是为脾积，诊其脉浮大而长，其色黄，其病饥则减，饱则见，腹满呕泄，足肿肉削，久不愈，令人四肢不收；息贲之状，在右肋下，大如覆杯，喘息奔溢，是为肺积，诊其脉浮而毛，其色白，其病气逆背痛，少气喜忘，目瞑肤寒，皮中时痛，或如虱缘，或如针刺；奔豚之状，发于小腹，上至

心下，上下无时，有若豚走之状，是为肾积，诊其脉沉而急，其色黑，其病饥则见，饱则减，小腹里急，腰痛口干，目昏骨冷，久不愈，令人骨痿少气。又如六聚之成于六腑则异是矣，何者？六腑属于三阳，太阳利清气，阳明泄浊气，少阳化精气，有如都会之府，主转输以为常也。夫苟六腑失常，则邪气聚而不散，始发既无根本，上下无所留止，其痛亦无常处，故在上则格，在下则胀，傍攻两胁，如有杯块，易于转动，故非五积之比也。凡脉快而紧者，积聚也；脉来小沉重者，胃中有积聚也。大抵病各有证，治各有方。如诊心腹积聚，其脉牢强急者生，虚弱急者死。又诸脉实强者生，沉下者死。此又不可不察也。又论：夫积者，伤滞也。伤滞之久，停留不化，则成积矣。且人之脏腑，皆因触冒以成疾病，惟脾胃最易受触。盖日用饮食，稍或过多，停滞难化，或吐或呕，或泄或痢，当是之时，法宜推荡，然后助养脾胃。所谓推荡者，更宜斟酌人之虚实，伤滞之轻重而推荡之，停滞一消，则不成积。克化失宜，久之必成积聚癥瘕矣。所谓积者，有气积、肉积、酒积、茶积、食积、痰积，更有妇室月经不通，逐成血积。凡治诸积之要，并载于后，倘于前证，参酌而用之可也。

（《济生方》）

李东垣

中满腹胀论

李东垣（1180～1251），名杲，金代医家

《六元正纪论》云：太阴所至为中满，太阴所至为畜满。诸湿肿满，皆属脾土。论云：脾乃阴中之太阴，司湿土之化，脾湿有余，腹满食不化。天为阳为热，主运化；地为阴为湿，主长养也。无阳则阴不能生化，故云脏寒生满病。《调经篇》云：因饮食劳倦，损伤脾胃，始受热中，末传寒中。皆由脾胃之气虚弱，不能运化精微，而致水谷聚而不散，而成胀满。经云：腹满膜胀，支膈胝胁，下厥上冒，过在太阴阳明，乃寒湿郁遏也。《脉经》所谓胃中寒则胀满者是也。腹满，大便不利，上走胸嗝，喘息喝喝然，取足少阴。又云：胀取三阳。三阳者，足太阳寒水为胀，与《通评虚实论》说腹暴满，按之不下，取太阳经络胃之募也正同。取者，泻也。经云中满者泻之于内者是也。宜以辛热散之，以苦泻之，淡渗利之，使上下分消其湿，正如开鬼门，洁净府。温衣缪刺其处，是先泻其血络，后调其经气，气和血平，阳布神清，此治之正也。或曰：诸腹胀大，皆属于热，何也？此乃病机总辞。假令外伤风寒有余之邪，自表传里，寒变为热，而作胃实腹满，仲景以大承气汤治之。

亦有膏粱之人，湿热郁于内而成胀满者，此热胀之谓也。大抵寒胀多而热胀少，治之者宜详辨之。

诸腹胀大，皆属于热。此乃八益之邪，有余之证，自天外而入，是感风寒之邪传里，寒变为热作胃实，日晡潮热，大渴引饮，谵语，是太阳阳明并大实大满者，大承气汤下之，少阳阳明微满实者，小承气汤下之。泄之则胀已，此之谓也。假令疟病为胀满，亦有寒胀热胀，是天之邪气，伤暑而得之，不即时发，至秋暑气衰绝，而疟病作矣。知其寒也，《局方》用交解饮子者是也。内虚不足，寒湿令人中满，乃五脏六腑俱有胀满，更以脉象寒热多少较之。胃中寒则胀满，浊气在上则生膜胀。膜胀取三阳，三阳者，足太阳膀胱寒水为胀，腹暴满，按之不下，取太阳经络者，胃之募也，正同腹满膜胀，支膈臑胁，下厥上冒，过在太阴阳明，胃中寒湿郁遏也。太阴膜胀，腹不利，不欲食，食则呕，不得卧，按所说寒胀之多如此。中满治法，当开鬼门，洁净府。开鬼门者，谓发汗也；洁净府者，利小便也。中满者泻之于内，谓脾胃有病，当令上下分消其湿，下焦如渎，气血自然分化，不待泄滓秽。如或大实大满，大小便不利，从权以寒热药下之。或伤酒湿面及味厚之物，膏粱之人或食已便卧，使湿热之气不得施化，致令腹胀满，此胀亦是热胀。治热胀，分消丸主之。如或多食寒凉，及脾胃久虚之人，胃中寒则胀满，或脏寒生满病，以至寒胀中满，分消汤主之。

（《兰室秘藏》）

朱丹溪

鼓胀心法

朱丹溪（1281～1358），名震亨，字彦修，元代医家

鼓胀又名单鼓。宜大补中气行湿。此乃脾虚之甚，必须远音乐，断厚味。大剂人参、白术，佐以陈皮、茯苓、苍术之类。有血虚者，用四物汤行血药。有脉实坚人壮盛者，或可攻之，便可收拾，用参术为主。

凡补气必带厚朴宽满，厚朴治腹胀，因味辛以气聚于下焦故也。须用姜汁制之。

如肥胖之人腹胀者，宜平胃五苓共服之。如白人腹胀者，是气虚，宜参、术、厚朴、陈皮。如瘦人腹胀者，是热，宜黄连、厚朴、香附、白芍。

如因有故蓄血而腹胀者，宜抵当丸下死血。

如因有食积而腹胀者，有热用木香槟榔丸，有寒用木香、厚朴、丁香、砂仁、神曲、香附。

如因外寒郁内热而腹胀者，用藿香、麻黄、升麻、葛根、桂枝。

因大怒而腹胀者，宜青皮、陈皮、香附、木香、栀子仁、芦荟。实者按之不坚不痛，治须实者下之消之，次补之。虚者温之升之，补为要。

朝宽暮急，血虚。暮宽朝急，气虚。终日急，气血皆虚。

腹胀不觉满者，食肉多。以黄连一两，阿魏半两，酢浸蒸饼为丸，同温中丸，白术汤下。

食肉多腹胀，三补丸料内加香附、半夏曲。蒸饼丸服。

心肺，阳也，居上；肝肾，阴也，居下；脾居中，亦阴也，属土。经曰：饮食入胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。是脾具坤静之德，而有乾健之运，故能使心肺之阳降，肾肝之阴升，而成天地交之泰，是为无病之人。今也七情内伤，六淫外侵，饮食不节，房劳致虚，脾土之阴受伤，转输之官失职，胃虽受谷，不能运化，故阳自升阴自降，而成天地不交之否。于斯时也，清浊相混，隧道壅塞，气化浊血，瘀郁而为热，热留而久，气化成湿，湿热相生，遂生胀满，经曰鼓胀是也。以其外虽坚满，中空无物，有似于鼓。其病胶固，难以治疗，又名曰蛊，若虫侵蚀，有蛊之义。验之治法，理宜补脾，又须养肺金以制木，使脾无贼邪之虑，滋肾水以制火，使肺得清化之令，却盐味以防助邪，断妄想以保母气，无有不安。医不察病起于虚，急于作效，炫能希赏；病者苦于胀急，喜行利药，以求一时之快。不知宽得一日半日，其肿愈甚，病邪甚矣，真气伤矣，去死不远。古方惟禹余粮丸，又名石中黄丸，又名紫金丸，制肝补脾，殊为切当，亦须随证顺时，加减用之。余友俞仁叔，儒而医，连得家难，年五十得此疾，自制禹余粮丸服之。予诊其脉，弦涩而数。曰：此丸新制，锻

炼之火邪尚存，温热之药太多，宜自加减，不可执方。俞笑曰：今人不及古人，此方不可加减。服之一月，口鼻见血色黑，骨立而死。又杨兄，年近五十，性嗜好酒，病疰半年，患胀病，自察必死，来求治。诊其脉弦而涩，重则大，疰未愈，手足瘦而腹大如蜘蛛状。予教以参、术为君，当归、川芎、芍药为臣，黄连、陈皮、茯苓、厚朴为佐，生甘草些少，作浓汤饮之，一日定三次，彼亦严守戒忌。一月后，疰因汗而愈；又半年，小便长而胀愈。中间稍有加减，大意只是补气行湿。又陈氏，年四十余，性嗜酒，大便时见血，于春间患胀，色黑而腹大，其形如鬼。诊其脉数而涩，重似弱。予以四物汤加黄连、黄芩、木通、白术、陈皮、厚朴、生甘草，作汤与之，近一年而安。一补气，一补血，余药大率相出入，皆获安以保天寿。或曰：气无补法，何子补气而获安，果有说以通之乎？予曰：气无补法，世俗之言也。以气之为病，痞闷壅塞，似难于补，恐增病势，不思正气虚者，不能运行，邪滞乃著而不出，所以为病。经曰，壮者气行则愈，怯者著而成病。苟或气怯不用补法，气何由行？或曰：子之药审则审矣，何效之迟也？病者久在床枕，必将厌子之迂而求速者矣！予曰：此病之起，或三五年，或十余年，根深矣，势笃矣，欲求速效，自求祸耳。知王道者，能治此病也。或曰：胀病将终不可与利药耶？予曰：灼知其不因于虚，受病亦浅，脾胃尚壮，积滞不痼，而又有可下之证，亦宜略与疏导。若援张子和浚川散、禹功丸为例，行速攻之策，实所不敢。

（《格致余论》）

孙一奎

温补下元 化气消鼓

孙一奎，字文垣，明代医家

胀满之疾，谷食不消，小便不利，腹皮胀急而光，内空空然如鼓是矣。俗知谓之鼓胀，不察其致之者有由也。《内经》曰：胀取三阳。三阳者，足太阳寒水膀胱经也。《灵枢经》曰：下焦溢而为水。《灵兰秘典》曰：膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。历考三书，可见小便之不利，由下焦原气虚寒，以致湿气壅遏于肤里膜外之间，不得发越，势必肿满。是肿满之疾，起于下元虚寒也。若非温补下元，则小便何能独利。且夫人之胃如釜甑然，釜底火旺，则热气熏蒸，甑炊易熟，若徒有水而无火，则无气上升，物何由熟？即此可以例观矣。故治胀满者，先宜温补下元，使火气盛而湿气蒸发，胃中温暖，谷食易化，则满可宽矣。夫清气既升，则浊气自降，浊气降则为小便也，小便利，胀有不消乎？语谓地气上为云，天气下为雨。惟此气流行，斯为云为雨也。今之医者，一遇此疾，则曰《内经》有言，诸湿肿满，皆属脾土，土虚则湿停，湿停则渗透肌肤，遍身肿满，不可不通利也。辄用利小便及补中之剂，如五苓散、胃苓汤加木通、车前子、大腹皮、滑石

之类，法未为爽，然乎谬乎？顾服之愈多，而小便愈少，肿胀愈急，何故哉？不温补下元，而徒以通利之药施之也。果若此，岂惟不效，则下元益虚，真气益弱，死期且至，安望其有瘳乎？余尝究心《灵》《素》，参会《易》理，憬然有得于中，且施之病者，随试辄效，故笔之于册，以公我之同志。壮原汤：治下焦虚寒，中满肿胀，小水不利，上气喘急，阴囊两腿皆肿，或面有浮气。人参、白术各二钱，茯苓、破故纸各一钱，桂心、大附子、干姜、砂仁各五分，陈皮七分，水煎，食远服。有痰，加半夏一钱；喉中痰声，加桑白皮一钱，咳嗽亦加；脚趺面肿，加薏苡仁二钱；中气不转运，不知饿，加厚朴、木香各五分；气郁不舒，加沉香、乌药各三分，临服磨入；气虚甚者，人参加作五钱，大附子加作一钱半；汗多者，再加桂枝五分，白芍药（酒炒过）八分；若夏月喘乏无力，或汗多者，加麦门冬一钱，五味子十粒；夜梦不安者，加远志一钱；两胁气硬，加白芥子八分；若面浮肿，肋下气硬，加白芥子、紫苏子各五分；若身重不能转动，加苍术一钱，泽泻七分；湿盛，加桑白皮、赤小豆各三钱。

（《赤水玄珠》）

李中梓

攻 积 论

李中梓（1588~1655），字士材，号念莪，明代医家

积之成也，正气不足，而后邪气居之，如小人在朝，由君子之衰也。正气与邪气势不两立，若低昂然，一胜则一负，邪气日昌，正气日削，不攻去之，丧亡从及矣。然攻之太急，正气转伤，初、中、末之法不可不讲也。初者，病邪初起，正气尚强，邪气尚浅，则任受攻；中者，受病渐久，邪气较深，正气较弱，任受且攻且补；末者，病魔经久，邪气侵袭，正气消残，则任受补。盖积之为义，日积月累，非伊朝夕，所以去之亦当有渐，太亟则伤正气，正气伤则不能运化，而邪反固矣。余尝制阴阳两积之剂，药品稍峻，用之有度，补中数日，然后攻伐，不问其积去多少，又与补中，待其神壮，则复攻之，屡攻屡补，以平为期，此余独得之诀，百发百中者也。经曰：大积大聚，其可犯也，衰其半而已。故去积及半，纯与甘温调养，使脾气健运，则破残之余积，不攻自走，必欲攻之无余，其不遗人夭殃者鲜矣。经曰：壮者气行即愈，怯者著而为病。洁古云：壮盛人无积，虚人则有之，故当养正，则邪自除。譬如满座皆君子，一二小人自无容身之地。虽然，此为轻浅

者言耳，若大积大聚，不搜而逐之，日进补汤无益也。审知何经受病，何为成疾，见之既确，发直入之兵以讨之，何患其不愈？《兵法》云：善攻者，敌不知其所守。是亦医中之良将也夫！

阴阳攻积丸，治五积六聚，七癥八瘕，痞癖，虫积痰食，不问阴阳皆效。方用吴茱萸、干姜、官桂、川乌、黄连、半夏、橘红、茯苓、槟榔、厚朴、枳实、菖蒲、玄胡索、人参、沉香、琥珀、桔梗、巴豆霜，皂角煎汁泛丸。

如治襄阳郡守于鉴如，每酒后腹痛，渐至坚硬，得食辄痛。李氏诊之曰：“脉浮大而长，脾有大积矣。然两尺按之软，不可峻攻”。令服四君子汤七日，投以上丸三钱，但微下，续进四钱，下积十余次，皆黑而韧者，察其形体不倦，又进四钱，于是腹大痛而所下甚多，服四君子汤十日，又进上丸四钱，去积三次，又进二钱，而积下遂至六七碗许，脉大而虚，按之关部豁如矣，乃以补中益气汤调补一月，病告痊愈。

（《医宗必读》）

喻嘉言

胀病论

喻嘉言（1585～1664），名昌，清初医家

胀病与水病，非两病也。水气积而不行，必至于极胀，胀病亦不外水裹、气结、血凝，而以治水诸法施之，百中无一愈者，失于师承无人，妄施妄投耳。今天下医脉久断，医学久荒，即欲效司马子长担簦负笈，遍访于江、淮、汶、泗，而师资果安在乎？昌于斯世无地可以著锥，然而皇皇斯人，不敢自外，请一比类，为后学商之。仲景谓水病气分心下坚大如盘，边如旋杯，水饮所作。然则胀病岂无血分腹中坚大如盘者乎？多血少气，岂无左胁坚大如盘者乎？多气少血，岂无右胁坚大如盘者乎？故不病之人，凡有癥瘕积块痞块，即是胀病之根。日积月累，腹大如箕，腹大如瓮，是名单腹胀，不似水气散于皮肤面目四肢也。仲景所谓石水者，正指此也。胸中空旷，气食尚可从旁辘转，腹中大小肠、膀胱逼处，瘀浊占据，水不下趋，而泛滥无不至矣。《内经》明胀病之旨而无其治，仲景微示其端而未立法，然而比类推之，其法不啻详也。仲景于气分心下坚大如盘者，两出其方，一方治阴气结于心下，用桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤，一方治阳气结于心下，用枳术汤。夫

胸中阳位，尚分阴气阳气而异其治，况腹中至阴之处，而可不从阴独治之乎？阴气包裹阴血，阴气不散，阴血且不露，可驱其血乎？舍雄入九军、单刀取胜之附子，更有何药可散其阴气、破其坚垒乎？推之两胁皆然，但分气血阴结之微甚，而水亦必从其类矣。此等比类之法，最上一乘，非中材所几，和盘托出，为引伸启发之助。

律一条：凡治胀病而用耗气、散气、泻肺、泻膀胱诸药者，杀人之事也。治病之药，贵得其宜。病有气结而不散者，当散其结。甚有攻下荡涤，而其气之结仍未遽散者，渐积使然也。今胀病乃气散而不收，更散其气，岂欲直裂其腹乎？收之不能遽收，亦渐积使然，缓缓图成可也。若求快意一朝，如草头诸方，明明立见杀人，若辈全不悔悟，展转以售奸，吾不知其何等肺肠，千劫不能出地狱矣。

（《医门法律》）

陈士铎

鼓胀大法 扶正祛邪

陈士铎，号远公，清初医家

鼓胀数年而不死者，必非水鼓。水鼓之证，不能越于二年，未有皮毛不流水而死者。今二三年不死，非水鼓，乃气鼓、血鼓、食鼓、虫鼓也。但得小便利而胃口开者，俱可治。方用茯苓五两，人参、大黄、萝卜子各一两，雷丸三钱，白术五钱，附子一钱，水十碗，煎汤二碗。早服一碗，必然腹内雷鸣，少顷必下恶物满桶，急拿出倾去。再换桶，即以第二碗继之，又大泻大下至黄昏而止。淡淡米饮汤饮之不再泻。然人弱极矣，方用人参、白芥子各一钱，茯苓五钱，薏苡仁一两，山药四钱，陈皮五分，水煎服。一剂即愈。忌食盐者一月，犯则无生机矣，先须断明。然后用药治之。

鼓胀之病，年久不死，原是可救，所以用下药以成功。非土郁之中，固有水积，若果水证，早早死矣，安能三年之未死人。然而虽非水证，而水必有壅阻之病，方中仍用茯苓为君，以雷丸、大黄为佐。不治水而仍治水，所以奏功如神也。

水鼓满身皆水，按之如泥者是也。若不急治，水留于

四肢而不得从膀胱出，则变为死证，而不可治矣。方用决流汤。牵牛、甘遂各二钱，肉桂三分，车前子一两，水煎服。一剂而水流斗余，二剂即全愈。断不可与三剂也，与三剂反杀之矣。盖牵牛、甘遂最善利水，又加之车前、肉桂引水以入膀胱，利水而不走气，不使牵牛、甘遂之过猛，利水并走气也。但此二味，毕竟性猛，多服伤人元气，故二剂逐水之后，断宜屏绝。须改用五苓散调理二剂。又用六君子汤以补脾可也。更须忌食盐，犯则不救。

气鼓乃气虚作肿，似水鼓而非水鼓也。其证一如水鼓之状。但按之皮肉不如泥耳，必先从脚面肿起，后渐渐肿至上身，于是头面皆肿者有之。此等气鼓，必须健脾行气，加利水之药，即可救也。倘亦以水鼓法治之，是速之死也。宜消气散。白术、薏仁、茯苓各一两，肉桂、甘草各一分，枳壳五分，山药五钱，人参、车前子、萝卜子、神曲各一钱，水煎服，日一剂。初服觉有微碍，久则日觉有效，十剂便觉气渐舒，二十剂而全消，三十剂而痊愈。此方健脾而俱是利水之品，故不伤气。奏功虽缓，而起死实妙也。然亦必禁食盐，三月后可渐渐少用矣。即秋石亦不可用，必须三月后用之。

虫鼓惟小腹作痛，而四肢浮胀不十分之甚，面色红而带点如虫蚀之象，眼下无卧蚕微肿之形，此是虫鼓也。必须杀虫可救，然过于峻逐，未免转伤元气，转利转虚，亦非生之之道。方用消虫神奇丹，雷丸、神曲、茯苓、白矾各三钱，当归、鳖甲酢炙各一两，地栗粉一两，鲜者取汁一茶瓯，车前子五钱，水煎服。一剂即下虫无数，二剂虫

尽出无留矣，虫去而鼓胀自消，不必用三剂也。盖雷丸最善逐虫去秽，而鳖甲、地栗更善化虫于乌有。然虫之生必有毒结于肠胃之间，故又用白矾以消之，诚虑过于峻逐。又佐之归身以生新血，血生而旧瘀去。更佐以茯苓、车前分利其水气，使虫从大便出，而毒从小便而出，自然病去如扫矣。但此药服二剂后，必须服四君六君汤去甘草，而善为之调理也。

血鼓之证，其由来渐矣。或跌闪而血瘀不散，或忧郁而血结不行，或风邪而血蓄不发，遂至因循时日，留在腹中，致成血鼓。饮食入胃，不变精而反去助邪，久则胀，胀则成鼓矣。倘以治水法逐之，而证犯非水，徒伤元气；倘以治气法治之，而证犯非气，徒增饱满，是愈治而愈胀矣。宜消瘀荡秽汤，水蛭三钱，必须炒黑，大约一两炒黑，取末用三钱，当归二两，雷丸、红花、枳实、白芍、牛膝各三钱，桃仁四十粒去皮尖，捣碎。水煎服。一煎即下血斗余。再煎即血尽而愈。盖血鼓之证，惟腹胀如鼓，而四肢手足并无胀意，故血去而病即安也。服此方一剂之后，切勿再与二剂，当改用四物汤调理，于补血内加白术、茯苓、人参补气而利水，自然痊愈。否则血鼓虽痊，恐成干枯之证。

（《辨证录》）

叶天士

胀满案绎

叶天士(1667~1746),名桂,号香岩,清代医家

叶氏治疗臌胀,常用宣肺、调气利湿、泄木安土、活血通幽、温复脾肾诸法,此外还有一例用育阴利水,基本大法已备。他提出的“痞胀治在气,燥实治在血”,为其辨治臌胀的大纲,有一定指导意义。在治疗上,他慎用攻逐方法,在《三家医案》中曾总结说:“考古治胀名家,以通阳为务……议用局方禹余粮丸暖其水脏,攻其秽浊,俟其小效,兼进通阳刚补,是为虚症内伤胀满治法。至于攻泻劫夺,都为有形而设,与气伤之病不同也”;“历考治胀诸贤,河间分消三焦,戴人必攻六腑,此皆有余治法。今乃虚证,若呆纯补阳,适助其胀,议通阳明,兼泄厥阴法”(人参、川楝、延胡、麻仁、茯苓、菟蔚子)。叶氏治疗臌胀还说:“当以脾胃为病藪,太阴不运,阳明愈钝”尤重视用成药缓图脾胃,常用者有禹余粮丸、小温中丸两种。但两者有一定区别。禹余粮丸,方中以禹余粮、针砂、蛇含石三物为主,从温补脾元,调理肠胃着手,取祛湿利水之效。许叔微曾说:“既非大戟、甘遂、葶苈、芫花之比,又能量人虚实老壮”,再加入其他理气和血之品,药性平和,

虚人也可服用。禹余粮丸，又名紫金丹，叶氏在原方中去附子、莪术、青皮，加茯苓，又名“针砂丸”。小温中丸，由二陈汤加苦参、黄连、针砂、白术、香附、神曲组成，从清化湿热着手，取祛湿利水之效，与禹余粮丸有异。叶氏在吞服这两个丸药时，为了和胃扶正，往往配以茯苓、白术、陈皮煎汤压服。

叶氏治疗胀满，除了重视宣肺，理脾胃外，还有一个特点，主张宣通和通阳。他说：“大凡经脉六腑之病，总以宣通为是”，“细推病属肝脾，气血不通，则为郁遏，久则阳微痹结，上下不行，有若否卦之义，阅医药或消或补，总不见效者，未知通阳之奥耳”；“考古治胀名家，必以通阳为务”。至于所谓宣通，他说：“初用疏滞，继通三焦，续进通幽”，“辛香通其经腑之邪”，因此他对张仲景的麻杏石甘汤、瓜蒌薤白汤、泻心汤、五苓散、牡蛎泽泻散、附子汤、真武汤，甚则白通汤，用来得心应手。他还将仲景的大黄廑虫丸加减，以创宣通血络治胀之法，更为可贵。

辨治规律

1. 肺气不宣：症见脘痹、腹胀、两便皆秘，治宜苦辛润降，开肺利水，用紫菀杏仁方（紫菀、杏仁、通草、郁金、山梔），兼进小温中丸。如症见咳嗽肉消、食下腹胀、大便稍利势减、兼之昼甚夜轻，为气机不宣，治宜宣肺利水，用米仁茯苓方（米仁、茯苓、泽泻、杏仁、寒水石）。如气郁单胀、上有咳喘、咳出脓血、治宜先宣通上焦法（紫菀、杏仁、萎皮、郁金、厚朴、大腹皮、桑皮、茯苓皮、

黑山栀)。

2. 湿热壅塞：湿甚热化，症见脘中满胀、呕逆，治宜苦辛，以泻心汤法，用川连黄芩方（川连、黄芩、枳实、半夏、姜汁、杏仁）。湿热兼脾胃气伤结聚，症见食入则胀满，治宜分利，疏胃宜清，调脾当暖，用茅术广皮方（生茅术、广皮、丁香皮、黄柏、草豆蔻、川连、厚朴、茯苓、泽泻、水法丸），或白术厚朴方（白术、厚朴、茯苓、猪苓、茵陈、通草），或用疏脾降胃方（金石斛、厚朴、枳实、橘白、苦参、神曲、茯苓皮、麦芽）。湿浊凝滞，腑阳不通，症见少腹单胀、二便通利后稍舒，或腹满下至少腹、腹痛泄泻、周身疥疮，治宜开太阳、通腑阳为要，用五苓散加椒目（猪苓、茯苓、泽泻、白术、桂枝、椒目），或用猪苓泽泻方（猪苓、泽泻、海金沙、通草、椒目），或用四苓散加味（猪苓、茯苓、泽泻、生术、椒目）或用茵陈苓皮方（茵陈、茯苓皮、金斛、大腹皮、蚕砂、寒水石）。如果症见胀痛，又舌绛烦渴、不欲纳食、病属湿热，则桂、术不宜，用甘露饮加减（猪苓、茯苓、泽泻、寒水石、椒目、炒橘核）。

3. 寒湿凝滞：单腹胀，以脾胃为病藪，太阴不运，阳明愈钝，症见宿痞、单腹胀、二便或通或闭、纳食必腹胀愈加、四肢恶冷，甚则热升衄血牙宣、脉左小弱、右缓大，治宜缓攻一法。轻则用桂枝大黄方（桂枝、大黄、白芍、厚朴、枳实、生干姜），或牡蛎泽泻散加减（牡蛎、泽泻、干术、桂枝、茯苓、厚朴）；重则用禹余粮丸（蛇含石、禹余粮、针砂、羌活、川芎、三棱、莪木、白蔻、白蒺藜、陈皮、青皮、木香、大茴、牛膝、当归、炮姜、附子、肉

桂)，或用玉壶丹配利水方（硫黄、麻油为丸，配以厚朴、砂仁、於术、猪苓、茯苓、泽泻煎送），或用针砂丸配苓术方（即禹余粮丸中去附子、莪术、青皮、加茯苓，配以茯苓、白术、广皮煎送）。如果脾肾阳伤，浊阴盘踞中宫，症见单腹鼓胀、妨食呕吐、面黄瘦、露筋，脉右涩左弱，治宜通阳驱浊，用干姜附子方（干姜、附子、猪苓、泽泻、椒目）或附子汤加减（人参、茯苓、生干姜、附子、泽泻）。如阴盛格阳，症见瘵胀腹皮反热、下肢怯冷、饮必沸汤、大小便不利，治宜反佐，用白通汤加减（干姜、附子、猪胆汁、葱白），或再加川乌、吴萸、川楝、小茴。

4. 肝犯脾胃：肝胃不和，症见呕逆吐涎沫、臌胀、舌微黄，治宜两和肝胃，用黄连温胆汤加减（半夏、茯苓、橘红、枳实、竹茹、川连、白芍），或半夏泻心汤加减（川连、黄芩、半夏、枳实、干姜、白芍、铁针），或桂枝干姜方（桂枝、干姜、青皮、吴萸、川楝、炒半夏），或大半夏汤加减（熟半夏、云苓、姜汁、人参），或茯苓钩藤方（茯苓、胡麻、橘红、钩藤、半夏、旋覆花）。肝胃不和，兼有湿热，症见腹满臌胀、不饥不运、便难溺少、色黄形瘦、喜凉饮恶热，脉右缓涩、左弦劲，治宜分消法，用杏仁厚朴方（杏仁、厚朴、海金沙、香橼、郁金、莱菔子、木通、鸡内金），或川连内金方（川连、内金、枳实、陈皮、桔梗、瓜蒌仁、半夏、莱菔子、郁金、杏仁，姜汁、竹沥为丸），或钩藤丹皮方（钩藤、丹皮、黑山栀、川连、青皮、厚朴、莱菔子、橘白、薄荷），或茅术内金方（生茅术、内金、川连、厚朴、姜渣、针砂、椒目），或四逆散加减（白芍、枳实、

柴胡、黄芩、半夏、杏仁、竹茹、生姜),或白术柴胡方(焦白术、半夏、柴胡、枳实、香附、广皮,干荷叶汤泛丸)。并且,他常合用丹溪小温中丸三钱(白术、茯苓、陈皮、熟半夏、甘草、神曲、香附、苦参、黄连、针砂)泄木安土,以缓治其胀。

肝脾不和,症见食入脘胀、恶心呕吐、泄泻,治宜泄木和脾,用逍遥散合左金丸。如兼见湿热,症见腹满便涩、舌黄微渴,用川连于术方(吴萸拌川连、生於术、川楝、山楂、黑山栀、厚朴、青皮、椒目),或四苓散(茯苓、猪苓、泽泻、白术)加椒目、厚朴、大腹皮、青皮。肝脾不和,清阳痹结,症见脘痛、食入不运、食减、腹形胀满、甚则胁肋皆胀、四肢不暖、大便旬日始通、形消色夺,脉右小促、左小弦劲,治宜通阳开结,用瓜蒌薤白汤(薤白、桂枝、瓜蒌仁、生姜、半夏、茯苓)。肝胃不和,症见妨食臌胀,治宜苦辛泄降为主,用越鞠丸加减(香附、川芎、半夏曲、橘红、黑栀、白芍、茯苓、麦芽);如虚中夹实,用青皮香附方(青皮、香附、内金、茯苓、麦芽、香橡皮)。

5. 气滞血涩:气郁,症见小腹坠胀,治宜辛香流气法,用金铃子散加味(川楝、延胡、小茴、黑山栀、木香、橘核,生香附磨汁泛丸)。气血不通,症见腹形胀满、按之微痛、大便旬日始通、四肢不暖、天寒时爪甲色紫、形消色夺,脉右小促、左小弦劲,治宜通阳理血,用薤白桂枝方(薤白汁、桂枝、瓜蒌仁、川楝子、半夏、茯苓、归须、桃仁、延胡,姜汁泛丸)。劳伤络瘀,症见失血之后、腹胀难运,治宜旋覆花汤加桃仁、大麦芽。瘀血壅滞,症见腹大

蛊鼓，治宜温通，用桃仁承气汤加减（桃仁、肉桂、制大黄、椒目，香橼煎汤泛丸）。气血不调，兼有痰饮，症见胁肋少腹臌胀，用桃仁延胡方（桃仁、延胡、归尾、小茴、香附、半夏、茯苓、橘红、神曲）。瘀热在血，症见胸不爽，少腹坠、能食不渴、二便涩少、脉实，治宜通幽法，用桃仁大黄方（桃仁、郁李仁、归尾、小茴、红花、制大黄、桂枝、川楝子）。

6. 脾胃阳虚：胃阳虚，症见食谷不运、腹胀呕恶、大便不爽、色黄、脉弦，治当温通阳气，用吴萸半夏方（吴萸、半夏、荜拨、干姜、生姜汁、橘白）。脾阳虚，如症仅见食入臌胀、或单腹胀、舌黄，治宜辛温开泄，温运脾阳，用白术广皮方（白术、广皮、茯苓、厚朴、淡附子、木瓜）。如症见胀满不运、便泄不爽、脉左弦，治宜温脾利湿，用草果仁茯苓皮方（草果仁、茯苓皮、大腹皮、广皮、青皮、厚朴、猪苓、椒目），或白术草果方（白术、草果、熟附、广皮、厚朴、茯苓、荜拨、猪苓）。脾胃阳虚，症见单腹胀、早上腹宽、暮夜气紧微硬、大便不爽、右胁痛、呕酸浊，治宜辛甘温中，用人参白术方（人参、白术、茯苓、肉桂、归身、益智、广皮、煨姜）。脾胃阳虚，兼有痰饮，症见胸腹胀满、痰多，用白术厚朴方（白术、茯苓、厚朴、肉桂）。

7. 脾肾阳虚：症见食纳不适、肠鸣臌胀、午后暮夜转甚、时泄，治宜温复脾肾，用人参附子方（人参、附子、干姜、茯苓、菟丝、胡芦巴）。如症见单腹胀、暮食不化、黎明痾泄，用金匮肾气丸。如症见胀满，但屡通大便，胀势

不减，为阳气愈伤，阴浊益壅，治宜通阳，用真武汤（白术、茯苓、白芍、附子、干姜）去白芍，加泽泻、椒目。如真阳大伤，症见面黄白、消瘦无神、腹大脐突、足冷肿重，治宜通阳泄浊，用附子椒目方（附子、椒目、干姜、炒小茴、车前子）。

8. 脏阴亏损：症见气浮肤热、腹膨、脉数，阴亏渐及阳位，治从虚损，用猪肚丸（猪肚、黄连、炒小麦、天花粉、茯苓）。如瘕结阴络，络病善腹胀、二便不通，治用柏子仁松子仁方（桑叶、柏子仁、松子仁、黑芝麻，青果汁丸）。

方案选析

一、琥珀麝香方

太平，左胁有形，渐次腹大，每投攻下泄夺，大便得泻，胀必少减；继则仍然不通，频频便下，希图暂缓，病中胀浮，下部如针刺，以决水之出，肿消，病仍下去。病患六年，久已断想此病之愈。要知此病，初由肝气不和，气聚成瘕，屡发攻泻，脾胃反伤，古云脐突伤脾，今之所苦，二便欲出，痛如刀刺，盖气胀久下，再夺其血，血液枯，气愈结矣，宣通宜以利窍润剂。

琥珀屑一钱 麝香一分 大黑豆皮四钱 杜牛膝一两
二便通后，接服：菟蔚子 郁李仁 杜牛膝 当归身
冬葵子（《叶案存真类编·肿胀》）

主治 气结阻滞，肿胀，二便欲出则痛如刀割，下部如针刺。

方中以杜牛膝活血祛瘀，琥珀、麝香宣通利窍，大黑豆皮补肾顾阴。全方为通利小便，治肿胀的急治良方。

加减：二便通后，可减去琥珀、麝香之峻剂，加入冬葵子利尿、郁李仁润便、茺蔚子活血。

二、川连黄芩方

倪，湿热脚气，上攻心胸，脘中满胀，呕逆，乃湿上甚为热化，与苦辛先平在上之满胀，用泻心法。

川连 黄芩 枳实 半夏 姜汁 杏仁（《临证指南医案·肿胀》）

主治 湿甚化热，脘中满胀，呕逆。

本方由半夏泻心汤化裁而成。方中以川连、黄芩清热，半夏、枳实、杏仁化湿，姜汁降逆止呕。全方有辛开苦降、清热化湿、降逆和胃之功。

三、茅术广皮方

杨，味过辛酸，脾胃气伤结聚，食入则胀满，曾服礞石大黄丸，滞浊既下不愈，病不在乎肠中。前贤治胀治满，必曰分消，攻有形不效，自属气聚为瘕，疏胃宜清，调脾当暖，此宗前贤立法。

生茅术 广皮 丁香皮 黄柏 草豆蔻 川黄连 厚朴 茯苓 泽泻 水泛丸。（《临证指南医案·肿胀》）

主治 湿热兼脾胃先伤，食之则胀满。

方中以茅术、草豆蔻、厚朴、丁香温运燥湿，川连、黄柏清热，茯苓、泽泻利水渗湿，广皮理气。本方疏胃用清，调脾用暖，寒湿并施，脾胃双调，与一般单纯清化湿热者不同。

四、疏脾降胃方

某，脉弦，食下臌胀，大便不爽，水谷之湿内着，脾阳不主默运，胃腑不能宣达，疏脾降胃，令其升降为要。

金石斛三钱 厚朴一钱 枳实皮一钱 广皮白一钱半
苦参一钱 神曲一钱半 茯苓皮三钱 麦芽一钱半
（《临证指南医案·脾胃》）

主治 水湿内着，脾阳不运，胃腑不降，食下臌胀，大便不爽，脉弦。

食下臌胀，为脾气不升；大便不爽，为胃浊不降，故以广皮、神曲、麦芽疏脾中清阳，厚朴、枳壳降胃中浊气，脾胃同治，自然胀解便通。再配合苦参清利湿热，茯苓皮利水渗湿，金石斛清热护阴，更为全面。本方有疏脾降胃，清利湿热之功，使脾胃升降复常。不仅对于肿胀有效，而且对于痞满、不食、泄泻等症也可使用，是叶氏调治脾胃的一张良方。

五、杏仁厚朴方

方，诊脉百至，右缓涩，左弦劲。始而肠鸣泄气，由渐腹满臌胀，纳食几废，便难溺少，此皆情怀少旷，清气不转，肝木侵侮胃土，腑阳窒塞，胀满日甚。据云，先因胃脘心下痛症，气郁显然，非旦晚图功之象，议河间分消法。

杏仁 厚朴 海金沙 陈香椽 郁金 莱菔子 木通
鸡肫皮（《临证指南医案·肿胀》）

主治 肝木侵侮胃土，腑阳窒塞，腹满臌胀，便难溺少，纳食几废，脉右缓涩，左弦劲。

方中以郁金、香橼疏解肝郁，杏仁、厚朴、莱菔子调理气机，海金沙、木通利水渗湿，内金健脾消积。全方有疏调肝胃、分消水湿之功，方药平和，以缓调取胜。

加减：宣浊利水，加槟榔、椒目。呕恶，加半夏、竹沥。还可兼服小温中丸以泄木安土。

六、钩藤丹皮方

夏，夏四月，脾胃主气，嗔怒拂郁，无不动肝，肝木侮上，而脾胃受伤，郁久气不转舒，聚而为热，乃壮火害气，宜乎减食腹胀矣。当作木土之郁调治，桂、附助热，奠、地滋滞，郁热益深，是速增其病矣。

钩藤 丹皮 黑山栀 川连 青皮 紫厚朴 莱菔子
广皮白 薄荷梗（《临证指南医案·肿胀》）

主治 肝木侮土，脾胃受伤，郁久气不转舒，聚而为热，腹胀减食。

方中以丹皮、山栀、川连、钩藤、薄荷梗清泄肝经之郁热，厚朴、青皮、莱菔子、橘白调理肝胃之气滞。全方有清肝热、调胃气之功。

加减：湿热甚，加猪苓、泽泻、茯苓皮、通草。肿甚而大便不通，加控涎丹六分。胀满甚，可兼吞小温中丸三钱，以泄肝和胃。

七、薤白桂枝方

陈，壮盛年岁，形消色夺，诊脉右小促，左小弦劲。病起上年秋季，腕中卒痛，有形梗突，病后陡遇惊触，渐次食减不适，食入不运，停留上腕，腹形胀满，甚则胁肋皆胀，四肢不暖，暮夜渐温，大便旬日始通，便后必带血出，

清早未食，自按脐上气海，有瘕形甚小，按之微痛，身动饮水寂然无踪，天气稍冷，爪甲色紫。细推病属肝脾，气血不通，则为郁遏，久则阳微痹结，上下不行，有若否卦之义。阅医药或消或补，总不见效，未知通阳之奥耳。

薤白 桂枝 瓜蒌仁 生姜 半夏 茯苓

又 薤白汁 桂枝木 瓜蒌实 川楝子皮 半夏 茯苓 归须 桃仁 延胡、姜汁 二汁泛丸。（《临证指南医案·肿胀》）

主治 肝脾不和，气血不通，郁遏日久，阳微痹结，上下不行，腕中卒痛，有形梗突，食减不适，食入不运，腹形胀满，胁肋皆胀，四肢不暖，脉右小促，左小弦劲。

方义：方中以薤白、桂枝、姜汁通阳，半夏、茯苓、瓜蒌仁祛痰湿，归须、桃仁、延胡活血通络，川楝子皮疏肝理气。本方为活血化痰、通阳理气的缓治方，也可治胸痹、心痛。

八、桃仁延胡方

徐，平素肝气不和，胁肋少腹膜胀，气血不调，痰饮渐聚，厥阴阳明同治。

桃仁 延胡 归尾 小茴 香附 半夏 茯苓 橘红 神曲（《临证指南医案·肿胀》）

主治 气血不调，痰饮渐聚，胁肋少腹膜胀。

方中以桃仁、延胡、归尾活血通络，香附、橘红、小茴理气疏郁，半夏、茯苓、神曲化痰和胃。本方肝胃同治，理气活血，化痰和中。

加减：二便涩少，加郁李仁、大黄、桂枝通幽。疏肝，

还可加入川楝子。

九、草果茯苓皮方

某，左脉弦，胀满不运，便泄不爽，当温通脾阳。

草果仁一钱 茯苓皮三钱 大腹皮三钱 广皮一钱半
青皮一钱 厚朴一钱半 木猪苓一钱半 椒目五分
(《临证指南医案·肿胀》)

主治 脾阳不运，水湿泛滥，胀满不运，便泄不爽，脉左弦。

方中以草果温运脾阳，广皮、青皮、厚朴理气，茯苓皮、大腹皮、猪苓、椒目利水。全方有温通脾阳、调气利湿之功。与实脾饮相比，实脾饮以温运脾阳为主，本方以调气利湿主。

加减：脾阳虚，加白术、附子、萆拔。

十、白术厚朴方

赵，胸腹胀满，久病痰多。

生白术二两 茯苓二两 厚朴一两 肉桂五钱 姜汁
丸 (《临证指南医案·肿胀》)

主治 脾虚不运，气壅成胀，湿聚成肿，胸腹胀满，痰多足肿。

叶氏说：“《本草》云，厚朴与白术能治虚胀，仿洁古枳术之意也。佐茯苓通胃阳，肉桂入血络，则痛邪可却矣。”叶方中常仿张洁古枳术丸，以厚朴代枳实，用白术、厚朴为对药，配合其他药物治疗，足见是叶氏的有效方之一。

加减：脾阳不运，加草果、附子、广皮、茯苓。水湿肿甚，加大腹皮、广皮、椒目、猪苓、泽泻。苔膩湿重，可

以茅术代白术。

十一、人参附子方

陈·老人脾肾阳衰，午后暮夜，阴气用事，食纳不适，肠鸣臌胀，时泄，治法初宜刚剂，俾阴浊不僭，阳乃复辟。

人参一钱半 淡附子一钱 淡干姜八分 茯苓三钱
炒菟丝三钱 胡芦巴一钱（《临证指南医案·肿胀》）

主治 脾肾阳衰，食纳不适，肠鸣臌胀，午后暮夜为甚，时泄泻。

叶氏说：“此治阳明之阳也，若参入白术、甘草，则兼走太阴矣。”可见本方主要为肾胃阳虚而设。方中以菟丝子、胡芦巴、附子温肾阳，人参、干姜温胃阳，茯苓利湿。本方以温复肾胃之阳为主。

加减：脾阳不足，可加白术、甘草。脾肾阳虚，可兼服玉壶丸五分。呕逆，加半夏、枳实、姜汁。

（据陈克正主编《叶天士诊治大全》改写）

叶天士

积聚案绎

叶天士（1667～1764），名桂，号香岩，清代医家

叶氏治疗积聚，主要分为气血两纲，叶氏说：“初为气结在经，久则血伤人络”。气分受病，以脾胃气伤为主，常夹有湿、食、痰、热、寒等，叶氏宗东垣疏补兼施，以运脾祛邪为法。运脾，如於术、内金、枳实为主；必配以理气药。祛邪者，化湿用苍术、厚朴，消食用山楂、莱菔子，化痰用蛤粉、白芥子、瓜蒌皮，清热用黄芩、黄连、芦荟，温胃用吴萸、丁香，温脾用草果、萆澄茄。其中消积破癥药，以阿魏为甚。

血分受病，叶氏提示要讲究络病工夫，他说：“考仲景于劳伤血痹诸法，其通络方法，每取虫蚁迅速飞走诸灵，俾……血无凝着，气可宣通，与攻积除坚，徒入脏腑者有间。”如果仅是一般的气血凝滞，叶氏也仅用当归、桃仁、益母草之类即可获效。如果病久血伤人络，必须用虫蚁通络法。络病，其邪伏匿于血络深沉之所，攻补消磨都不能取效，必须用虫蚁动物药，借其体阴用阳之功，才能入阴通阳，剔邪外泄，通络治顽。叶氏除用蜣螂、廕虫、鳖甲、山甲、麝香等外，还常配以辛泄、润泽之品。辛泄，如当归须、桃仁、香附、茴香、薤白；润泽，如牡蛎、夏枯草、鹿角霜。

叶氏治疗积聚，还有一个特点，常用丸剂缓攻。因为积聚乃由邪气留滞不去而成，所以疏通祛邪也不可急切求功；况且病久正气已怯，更需缓攻取效。俞震在《古今医案按》中说：“阅叶氏医案积聚门，只用鸡肫皮、莱菔子、蛤粉、芥子、蛭螂、廌虫、青、朴等，并无古方狠药，其理尤可想见。”

证治规律

一、病在气分

1. 肝木犯土：腹胀满痛，气下鸣响，此属肝木犯土、中虚挟滞之证，治疗不可攻伐消导，否则必变腹满，宜温中理气，用丁香厚朴方（丁香、厚朴、茯苓、白芍、广皮、益智仁）。如胃阳虚而浊阴踞，用人参吴萸方（人参、吴萸、半夏、姜汁、茯苓、川楝、牡蛎），或厚朴肉桂方（厚朴、姜渣、白蒺藜、肉桂、茯苓、广皮白），以温通阳明、疏肝软坚。

2. 脾气受伤：症见面色黄滞、腹大青筋皆露、颈脉震动、痞满积聚、脉弦大，这属气分受病，脾胃受伤，正气已怯，治宜疏补兼施，用於术鸡肫方（於术、内金、川连、厚朴、新会皮，姜渣、水泛丸），或白术三棱方（白术、茯苓、三棱、白蒺藜、青皮、厚朴、桂心、莪术、麦芽、姜黄），或绛矾丸（皂矾、苍术、厚朴、陈皮、甘草、红枣、姜半夏），以健脾消结。

3. 湿热积聚：症见食物不化、聚积便秘，治宜清热运湿，用黄芩枳实方（黄芩、枳实、广皮、莱菔子、白芍、白术、苍术、炙内金，水泛丸）；甚则治宜清热导滞，用川连

芦荟方（川连、芦荟、鸡内金、煨木香、小青皮、莱菔子、山楂、厚朴，蒸饼为小丸）。

4. 气聚痰凝：症见右胁有形高突，按之无痛，治宜化痰宣通，用蛤粉白芥子方（蛤粉、白芥子、瓜蒌皮、黑梔皮、半夏、郁金、橘红、蒺藜皮）。如症见左胁癖积、大便艰涩，治用半夏枳实方（半夏、生姜渣、枳实、杏仁、瓜蒌仁、麦芽）。如痰凝气血交结，络中不和，攻补皆不去病，仿五积散以疏通缓逐为法，用内金海浮石方（内金、海浮石、蛤粉、归须、桃仁、半夏、瓜蒌仁、枳实、山楂）。

5. 浊阴凝聚：症见疝瘕，卧则痛厉，交夏病加，春至痛缓，脉沉而微，舌白似粉，治宜以纯刚药直走浊阴凝结之处，用通脉四逆汤加减（附子、干姜、猪胆汁）。如症见脐右腹高突硬起，如怀孕妊、按之坚、推之移、治宜理气，用山甲麝香方（山甲、椒目、桂枝、川楝、小茴、茯苓、麝香、白芥子）。如寒痰凝滞，症见病后左胁起有形坚凝无痛胀、下焦常冷，治宜温通阳气，用牡蛎肉桂方（牡蛎、姜汁炒南星、肉桂、白附子、当归身、川芎，姜汁泛丸）。

6. 阳气已虚：如脾胃阳气已虚，症见积聚在左胁之旁、喜暖恶寒，治宜温运宣通，用草果萆拔方（草果、萆拔、鸡内金、砂仁壳、厚朴、广皮 阿魏捣丸）。如下焦阳虚，气不能运化，症见膈间肿横如臂、坚硬痛楚，体髀胫股皆肿，治宜温补下焦阳气，用川附萆澄茄方（川附、萆澄茄、人参、鹿茸、茯苓）。如下焦阳虚，厥气犯胃，症见产后左小腹结块、发时小腹胀痛、上攻膈间、饮食入胃即吐，治宜温运消痞，用茴香当归方合阿魏丸（炒茴香、桂酒炒当归、

鹿角霜、山楂、川芎、菟丝子，煎送阿魏丸七分）。

二、病入血分

血络凝着，症见初病胀痛无形、久则形坚如梗、着而不移，脉弦缓、或数左大、或数坚，初为气结在经，久则血伤入络，治宜虫蚁通络，用蛭螂廌虫方（蛭螂虫、廌虫、当归须、桃仁、川郁金、川芎、生香附、煨木香、生牡蛎、夏枯草，大酒曲末加水糊丸）或鳖甲丹皮方（鳖甲、丹皮、橘红、桃仁、牡蛎、白蒺藜），或金铃子散加味（元胡、川楝、莪术、桃仁、鳖甲、地鳖虫、麝香、楂炭）。如果阴邪聚络，则宜辛温入血络法，用归须延胡方（当归须、延胡、官桂、橘核、薤白），或桃仁阿魏方（桃仁、阿魏、山甲、鳖甲、麝香，为丸）。以上诸方，皆用于积在胁侧为主。如果积在脐上，称“伏梁”者，用厚朴青皮方（厚朴、青皮、当归、郁金、益母草、茯苓、泽泻），或以桃仁、茺蔚子易当归、益母草。如积在少腹，症见妇女经水半年不来，越日必有寒热、少腹聚瘕，治宜活血软坚，用地鳖虫麝香丸（地鳖虫、延胡、山楂、桃仁、莪术、川楝子、麝香为末，青鳖甲捣碎用无灰酒煮汁为丸，益母草汤送下）。如少腹癥积、不时攻逆作痛、心中嘈杂，本当宜攻泄，但营血颇虚，不宜和之，用旋覆花汤（旋覆花、新绛、青葱茎）加桃仁、柏子仁、料豆衣。

方案选析

一、人参吴萸方

葛又，下午倦甚，暮夜痛发，阳微，阴浊乃踞，用温

通阳明法。

人参 吴萸 半夏 姜汁 茯苓 炒白芍

又，照前方去白芍，加川楝、牡蛎。（《临证指南医案·积聚》）

主治 肝木犯土，中虚阳微，阴浊留踞，腹痛突如有形，缓则无迹，气下鸣响，下午倦甚，暮夜痛发。

方中以人参、茯苓健中，吴萸、半夏、姜汁温胃化浊，川楝、牡蛎疏肝制木。全方温胃疏肝，对胃虚肝侮有浊滞者甚宜。

加减：方中可以丁香易吴萸、姜汁。气滞，可加厚朴、陈皮。泄泻，可加益智仁。

二、於术鸡肫方

白，疝邪久留，结聚血分成形，仲景有缓攻通络方法可宗。但疝母必在胁下，以少阳厥阴表里为病。今脉弦大，面色黄滞，腹大青筋皆露，颈脉震动，纯是脾胃受伤，积聚内起，气分受病，痞满势成，与疝母邪结血分，又属两途。经年病久，正气已怯，现东垣五积，必疏补两施，盖缓攻为宜。

生於术 鸡肫皮 川连 厚朴 新会皮 姜渣 水泛丸。（《临证指南医案·积聚》）

主治 脾胃受伤，气分受病，积聚内起，痞满势成，面色黄滞，腹大青筋皆露，脉弦大。

方中以於术健脾，内金运脾消积，厚朴、陈皮理气宽中，川连配姜渣辛开苦降开痞。全方有运脾消积开痞之功，以丸剂缓图收效。

三、川连芦荟方

马，病后食物失和，肠中变化，传导失职，气滞酿湿，郁而成热，六腑滞浊为之聚。昔洁古、东垣辈，于肠胃宿病，每取丸剂缓攻，当仿之。

川连 芦荟（箬叶上炙） 鸡肫皮（不落水、去垢、新瓦上炙脆） 煨木香 小青皮 莱菔子 南山楂 紫厚朴
蒸饼为小丸。（《临证指南医案·积聚》）

主治 气滞湿热积聚积于肠胃，积聚，便秘，食物不化。

方中以川连、芦荟清泻肠胃之热积，内金、莱菔子、山楂消食化滞，木香、青皮、厚朴理气化湿。上药制成丸剂，以清理肠胃湿热食滞为法。

加减：如嫌芦荟、川连清泻太峻，也可改用黄芩、枳实清疏。如湿重，可加白术、苍术。

四、蛤粉白芥子方

吴，右肋有形高突，按之无痛，此属瘕痞，非若气聚凝痰，难以推求。然病久仅在阴在脉，须佐针刺宣通，正在伏天宜商。

真蛤粉 白芥子 瓜蒌皮 黑梔皮 半夏 郁金 橘红 姜皮（《临证指南医案·积聚》）

主治 气聚痰凝，右肋有形高突，按之无痛。

方中以蛤粉、白芥子祛除痰凝为君，蒌皮、半夏、郁金、橘红协助君药理气化痰，姜皮辛温化饮，山梔清泄郁热。全方虽以化痰理气为主，但组方比较周到。

五、蜣螂廕虫方

王，骑射驰骤，寒暑劳形，皆令阳气受伤。三年来，右胸肋形高微突，初微胀痛无形，久则形坚似梗，是初为气结在经，久则血伤人络。盖经络系于脏腑外廓，犹堪勉强支撑，但气钝血滞，日渐瘀痹，而延癥瘕。怒劳努力，气血交乱，病必旋发，故寒温消克，理气逐血，总之未能讲究络病工夫。考仲景于劳伤血痹诸法，其通络方法，每取虫蚁迅速飞走诸灵，俾飞者升、走者降，血无凝着，气可宣通，与攻积除坚，徒入脏腑者有间。录法备参未议。

蜣螂虫 廕虫 当归须 桃仁 川郁金 川芎 生香附 煨木香 生牡蛎 夏枯草 用大酒曲末二两，加水糊丸，无灰酒送三钱。（《临证指南医案·积聚》）

主治 血络凝着，右胸肋形高微突，形坚如梗，已有三年。

方中以蜣螂虫、地鳖虫为君，两味都咸寒入肝，破血逐瘀消癥，取虫蚁飞走，以达宣通攻积除坚之效。配以归须、桃仁、川芎、川郁金活血通络，香附、木香理气，牡蛎、夏枯草软坚散结。又引以酒曲、陈酒行散，有缓缓活血消结之功。本方既有蜣螂、廕虫辛通，又有牡蛎、夏枯草润泽软坚，组方比较严密，是治疗癥块的良方。

加减：方中蜣螂、廕虫、夏枯草三味性均寒，如属阴邪血凝，也可易以官桂、薤白辛温入血络。

六、厚朴青皮方

某，伏梁病在络，日后当血凝之虑。脉数左大，是其征也。

厚朴一钱 青皮八分 当归一钱 益母草三钱 茯苓一钱 泽泻一钱（《临证指南医案·积聚》）

主治 气血凝滞，伏梁，脉数左大。

方中以益母草、当归活血通络，厚朴、青皮、郁金理气，茯苓，泽泻利水湿。本方以气血分消为法，是治血络凝阻的轻方。

加减：活血，如不用益母草、当归，可易以桃仁、菟蔚子。理气，还可酌加枳实。

七、桃仁阿魏方

予曾亲见叶先生治一妇，产后着恼，左边小腹结一块，每发时小腹胀痛，从下攻上，膈间乳上皆痛，饮食入胃即吐，遍医不效。先用炒黑小茴香一钱，桂酒炒当归二钱，自制鹿角霜一钱半，生楂肉三钱，川芎八分，菟丝子一钱半，水煎送阿魏丸七分，八剂而愈。次用乌鸡煎丸原方半料，永不复发。又一人疟疾补早，左胁成痞，连于胃脘，按之痛甚，用炒桃仁为君，佐以阿魏、穿山甲、鳖甲、麝香丸服，全消。此二条较之《临证指南》所载者，为更佳。（《古今医案按·积块》）

主治 疟疾后气血凝滞，左胁成痞，连于胃脘，按之痛甚。

方中以桃仁活血化瘀为君，阿魏、山甲、鳖甲软坚散结，佐以麝香辛温香窜入络。全方有活血散结消痞之功。对脾肿大有良效。

八、草果萆拔方

病因食物不节，其受病在脾胃，既成形象在左胁之旁，

是五积六聚，喜暖恶寒，阳气久伤，温剂必佐宣通，食物宜慎。

草果 荜茇 鸡内金 砂仁壳 厚朴 广皮 阿魏捣丸。（《叶案存真类编·癥痞》）

主治 脾胃阳气久伤，积聚在左胁之旁，喜暖恶寒。

方中以草果、荜拔温中燥湿散寒，内金、阿魏消积散癥，砂仁、厚朴理气宽中。全方温中消积散癥，正如叶氏所说：“温剂必佐宣通。”

（据陈克正主编《叶天士诊治大全》改写）

曹仁伯

臌胀医案

曹仁伯（1767~1834），字存心，清代医家

营血本亏，肝火本旺。责在先天，乃后天脾气不健，肝木乘之。所进饮食，生痰生湿，贮之于胃，尚可从呕而出，相安无事。迟之又久，渗入膜外。气道不清，胀乃作焉。脾为生痰之源，肺为贮痰之器。若非运化中宫，兼透膜外，则病势有加无已，成为臌病，亦属易易。夫脾统血，肝藏血，病久血更衰少，不得不佐以和养。古人之燥湿互用，正为此等证设也。

归芍六君子汤去参、草。加白芥子 莱菔子 车前子
川朴 苏子 腹皮 竹沥 雪羹

诸腹胀大，皆属于热；诸湿肿满，皆属于脾。脾经湿热交阻于中，先满后见肿胀，肤热微汗，口渴面红。理之不易。

防己 茯苓 石膏 腹皮 陈皮

再诊 湿热满三焦，每多肿胀之患。如邪热偏于下焦，小便必少。前人之质重开下者。原为此等证而设。然此病已久，尚盛于中上二焦。故以中上两焦法施之。诸恙不减，或者病重药轻之故。将前方制大其剂。

竹叶 石膏 鲜生地 麦冬 知母 半夏 五皮饮

（《柳选四家医案》）

蒋宝素

阳虚臌胀案

蒋宝素（1795～1873），字问斋，清代医家

曾经抑郁伤肝，近乃脾虚气馁，饮食迟于运化，二便带血频仍。现在腹满脐平，胸胁俱胀，呕吐，恶闻食臭，大便十日不行，脉来弦数无神。鼓胀危痾已著。至于或轻或重，乃剥复之象。所服诸方都是法程，病势良深，殊难奏效。勉拟附子理中加味，从乎中治。是否质诸明哲。

人参 制附子 冬白术 炙甘草 炮姜炭 当归身
陈橘红 小青皮

病原已载前方，第五进附子理中加味，不见燥热之象，阴霾不散可知。中满退而复进，剥极则复，复而又剥故也。小便如淋不痛，阳虚气化不及州都。大解瞢溘，火力不足，失其常度。人身清阳无时不升，浊阴无刻不降，升降循其常度，不觉其升降也。清阳当升不升，则气坠；浊阴当降不降，则气哽。总是命门真火阳和之气不足以腐熟胃中水谷之精微，驯致糟粕壅塞于中而不化，是以上为饮食难进，下为二便不爽，大腹如鼓，胁肋胀痛，时有太息、呻吟之状。弦数之脉如前，诚为剥极之候。考前贤证治诸方，惟附子理中、金匱肾气最为合法。然三焦痞塞不开，金匱肾

气难于过中达下，服附子理中又如水投石。深思釜底加薪，氤氲彻顶，槁禾经雨，生意归巅，孰非根蒂阳和之气使然也。谨拟二方合治，观其进退。

大熟地 怀山药 山萸肉 粉丹皮 建泽泻 赤茯苓
制附子 油肉桂 车前子 怀牛膝 人参 冬白术 炙甘草 炮姜炭

昨拟金匱肾气、附子理中二方合治，取其过中达下，益火之本，釜底添薪，冀有效机。而事乃有大谬，不然时值飘风，溽暑流行，邪乘虚入，遂至身热，汗出发背，沾衣，正气由此更虚。乃见痰嗽气急，喉间水鸡声，痰中间带粉红之色，继有鲜红之血，肺胃络伤所致。暑善归心，言乃心声，以故多言，间有谬误之语。经言因于暑，汗，烦则喘喝，静则多言。气虚身热，得之伤暑是矣。大法微者，逆之；盛者，从之。火亏，本症不受清暑寒凉之品，宜乎从治。仍非理中不可，且理中汤能治伤胃吐血，不可见血畏而不服。张景岳以理中汤去参、术，加归、地，用理真阴。即以二方合一，燮理阴阳，冀其命火内生，阳淫外散。谬蒙藻鉴，敢不尽心，是否有当，质诸明哲。

人参 冬白术 炙甘草 炮姜炭 大熟地 当归身

（《问斋医案》）

王旭高

臌胀类案

王旭高（1798～1862），名泰林，清代医家

某。痞块由大疔日久而结，多因水饮痰涎与气相搏而成。久则块散腹满，变为臌胀，所谓癖散成臌也。脉细如丝，重按至骨乃见弦象，是肝木乘脾也。口干，小便短少，是湿热不运也。匝月腹日加大，急宜疏通水道，泄木和中。

五苓散加川朴、姜汁炒川连、青皮、陈皮、大腹皮、木香、车前子、通草。

附：厚朴散

川朴姜汁炒，三钱 枳壳三钱，巴豆七粒合炒黄，去巴豆 木香晒干，研，三钱 青皮醋炒，三钱 陈皮盐水炒，三钱 甘遂面包煨，三钱 大戟水浸，晒干，炒，三钱 干姜炒黄，三钱

大黄为末。每服一钱，用砂仁、车前子泡汤调下。是治癖块散大成臌之妙剂。

渊按：此方诚妙。但可施正气不虚者。若久病及老年气血衰弱之人，恐目前稍松，转瞬而胀益甚，将不可治，用者宜审慎之。

秦。腹胀足肿，纳食则胀益甚。湿热挟气，填塞太阴，

臌胀重症。

川朴 赤苓 大腹皮 青皮 泽泻 枳壳 黑丑 山楂炭 甘遂面包煨 通草 生姜

复：腹胀稍宽，足仍浮肿。运脾化湿，冀其渐平。

川朴 赤苓 大腹皮 川椒目 苍术 泽泻 陈皮 焦六曲 黑丑 通草 枳壳 生姜

渊按：二方乃湿热实胀治法。

三诊：腹满月余，得食则胀甚。两进攻消运脾之法，胃脘之胀已松，大腹之满未化，再议疏通消导。

旋覆花 五加皮 赤苓 泽泻 槟榔 黑丑 鸡内金 木香 通草 砂仁

陆。经停一载有余，肝气不时横逆，胸脘胁肋疼痛，呕吐酸水，大腹日满，青筋绽露，此属血臌。盖由肝气错乱于中，脾土受困，血海凝瘀，日积月大，状如怀子，而实非也。今病已极深，药力恐难见效。

川楝子 丹参 归尾 香附盐水炒 延胡索 五灵脂醋炒 陈皮 砂仁 红花 淡吴萸

（《王旭高医案》）

王孟英

臌胀医案两则

王孟英（1808～1868），名士雄，清代医家

陈幼 素体肝胃俱强，肝热贼脾，以致痞积腹胀，发热干呛，善食而黄瘦。是脾受肝克，不能运化，所以溺赤。尚在肝肺气分，宣泄肝宣肺法。方用

酒炒川连六分 酒炒白芍一钱五分 桔梗一钱 旋覆花八分 黑梔皮一钱五分 粉丹皮一钱 五谷虫二钱 焦楂肉一钱 陈皮七分

二诊 方去川连、白芍、桔梗、梔皮。加川楝子二钱 炙鸡金一钱五分

三诊 方法旋覆、丹皮。加鳖甲四钱 煅牡蛎八钱 霞天曲一钱 木瓜二钱

高 腹胀，有形如痞，吐酸气冲，肌肉消削。业已半载。诊脉沉弦而软滑，大便少，小便浑短。苔黄膩。乃肝郁气结，前医屡投温补，以致郁则生热，补则凝痰，宜疏肝泄热。方用

姜川连八分 延胡八分 乌药一钱 旋覆花三钱 炒枳实钱半 炙鸡金四钱 鳖甲尖八钱 姜竹茹三钱 茯苓三钱 半夏曲三钱

二诊 诸恙俱减，时发寒热，四肢酸痛。或凝为疟。良由气机宣达，郁热向外而泄，此病之转机。处方用

秦艽三钱 柴胡一钱半 大豆卷三钱 羚羊角磨冲八分
晚蚕砂三钱 酒炒桑枝三钱

三诊 服后寒热止，攻冲亦减，腹胀尚坚硬。处方用龙荟丸、滚痰丸各二钱。一服渐愈。

（《王氏医案》）

马培之

臌胀两案

马培之（1820~1903），名文植，晚清医家

宜兴，许左。肝脾不和，湿浊滞于气分，少腹膨硬，气逆膜胸，甚则作呛，大便旬余一解，兼带白垢。虑延成胀。当宣中利气，以化湿浊。

乌药一钱 丹参一钱五分 薤白头三钱 云苓二钱
炒莱菔子三钱 青皮一钱 苡米三钱 炒枳壳一钱 炒半
夏曲一钱五分 炒小茴香八分 全瓜蒌三钱 香橼皮二钱
姜二片

复诊：气逆较平，少腹膨硬亦减，二便欠利，时常暖逆，口鼻觉闻尿臊之味。乃浊阴凝聚下焦，阳不斡旋。宜温通达下，以泄浊阴。

熟附子一钱五分 杏仁二钱 青皮一钱 吴萸一钱五分
分 乌药一钱 炒枳壳一钱五分 法半夏一钱五分 炒小
茴一钱 云苓三钱 降香一钱五分 姜二片

某。停饮吐水，水湿由脾而至胃，胃不降则便溲不行，水由内腑泛溢肌肤，腹膨足肿，脐突青筋。决水之后，消而复肿，又加喘急，谷少神疲，小便不利，症势极重。姑拟肃肺分消。

东洋参 半夏 黑丑 琥珀 茯苓 炒干姜 赤小豆
陈皮 泽泻 椒目 镑沉香 冬瓜皮

二诊：胸腹内胀较松，已能纳谷，小溲稍利，喘疾亦平，似有转机。宗前法进治，不再反复乃佳。

东洋参 茯苓 半夏 泽泻 陈皮 川草薢 西琥珀
沉香 牛膝 赤小豆 椒目 冬瓜皮子 生姜皮 黑丑

三诊：胸腹腰胁胀势稍松，少腹依然膨硬，肋痛足酸，二便不畅，幸内腑胀松，饮食渐增。还宜分消主治。

归须 冬葵子 黑丑 郁李仁 防己 赤小豆 青皮
牛膝 延胡索 大腹皮 桃仁 江枳壳 陈瓢子

（《马培之医案》）

现代医家经验

关幼波

活血祛痰清湿热 假邪出路审三焦

关幼波（1913～ ），北京中医医院教授，著名中医学家

治黄必治血，血行黄易却

关氏认为黄疸主要是湿热蕴于血分，病在百脉。所谓百脉是指周身血脉，肝又为血脏，与胆互为表里。所谓“瘀热发黄”、“瘀血发黄”都说明黄疸是血分受病。黄疸既然是血脉受病，治黄必然要从治血入手，亦即在清热祛湿，或温化寒湿的基础上，加用活血的药物，所谓血就是根据病邪对血分的影响，使用入血分的药物，并根据“热者寒之”，“客者除之”，“虚者补之”，“逸者行之”等原则进行治疗。并常用以下几法：

一、凉血活血

凉血活血旨在血中瘀热，凉血而不滞邪，使之血脉畅利通达，客邪（湿热）得除，热邪得清，瘀结得散，则黄疸易于消退。常用的药物有：生地、丹皮、赤芍、白茅根、小蓟、藕节等。生地的功能，主要是凉血、养阴血。大生地凉血养血，细生地凉血活血，生地炒炭可以凉血止血。白茅根凉血活血，又能利湿退黄，清热退烧。小蓟能凉血活

血而又止血，且有解毒之功。藕节凉血活血化瘀，能止上焦血，且能开胃行气，是血中之气药，其他丹皮、赤芍均为凉血活血之品。

二、养血活血

黄疸既是血分受病，若湿热瘀滞百脉，发为阳黄，则热邪必然灼耗阴血。故血热血虚兼见者居多，使用养血活血的药物，养血而不助热，活血而祛瘀滞。常用的药物有：丹参、白芍、当归、益母草、泽兰、红花、郁金、香附等。其中丹参、白芍养血活血偏于养血；益母草、红花活血化瘀，偏于调理气血；活血又须疏气，香附、郁金疏气而活血。此外还常用泽兰，因为泽兰有“通肝脾之血”之特点，横行肝脾之间，活血而不伤血，补血而不滞血，同时又能利水，因此可用于各个阶段、各种类型的黄疸。

三、温通血脉

血得寒则凝，若寒湿凝滞血脉，或湿从寒化瘀阻血脉，发为阴黄，则需要使用温阳通脉的药物，化散凝滞，疏通百脉，寒湿始得化散。常用附子、桂枝。

治疗黄疸使用活血药物可以加速黄疸的消退；有利于肝脾肿大的回缩；活血即可祛瘀，祛瘀即可生新。故治黄必治血，血行黄易却。

治黄需解毒，毒解黄易除

关氏认为：当湿热久羁蕴毒或兼夹恶气疫毒外感时，均需加用解毒的药物，因为湿热毒邪瘀结，则湿热益盛。湿热益盛，则毒邪益炽，热助毒邪，毒助热威，若不加用解

毒的药物，则湿热难以化散，黄疸不易消退，所以应当根据病情的需要，在清热祛湿的基础上加用解毒的药物，常用的解毒方法和药物有以下几类：

一、化湿解毒

黄疸初期邪居中上二焦之际，可以使用辛凉或芳香化湿的药物配合苦寒燥湿清热解毒的药物，以清化或清解中上二焦之蕴毒。常用的药物有：薄荷、野菊花、藿香、佩兰、黄芩、黄连等。

二、凉血解毒

湿热瘀阻血脉热盛于湿者，即血热炽盛，湿毒瘀结，弥漫三焦时，应当加用凉血解毒的药物，以清解血中之毒热。常用的药物有：银花、蒲公英、草河车、板蓝根、土茯苓、白茅根、青黛、紫参（石见穿）等。

三、通下解毒

湿热毒邪蕴结，偏于中下二焦，通利的原则，可以通利二便，以导邪外出。若热盛于湿，热郁阳明，大便燥结，口舌生疮，或湿盛于热，大便粘滞而稀，排便不畅，应通利肠腑，使湿热毒邪从大便排出。常用的药物有：大黄、黄柏、败酱草、白头翁、秦皮等。

四、利湿解毒

湿热毒邪偏于中下二焦，应通利小便以解毒，即所谓“治黄不利水非其治也”，使之从小便渗利，则黄疸利于消退。常用的药物有：金钱草、车前子（草）、木通、篇蓄、瞿麦、六一散。同时常配合芳香化湿的药物有：藿香、杏仁、橘红以开其上、中二焦之源，使下焦易于通利。

五、酸敛解毒

在黄疸的后期，正气耗伤，病邪易于漫散不羁，在清热祛湿或温化湿滞的基础上，佐用一些酸敛解毒的药物，有时黄疸反而易于消退。又因肝欲散，以辛补之，以酸泻之，酸味的药物，可泻肝以解毒邪。常用的药物有：五倍子、乌梅、五味子等。

临证体会，在黄疸病湿热蕴毒时，如果加用解毒的药物，湿热易解，黄疸消退较快。对于各型肝炎有降低转氨酶的作用。

治黄要治痰，痰化黄易散

痰阻血络，湿热瘀阻，则黄疸较困难化，不易消退。所谓治痰，也就是化痰散结，祛除胶结凝滞的湿热。痰滞得通则瘀热易清，黄疸必然易于退散。化痰法多与行气、活血、化瘀诸法配合使用。常用的药物有：杏仁、橘红、莱菔子、瓜蒌等。杏仁更能利肺气以通调水道，配合橘红，行气化痰，除痰湿，合脾胃。另外，山楂消食化痰，草决明清肝热化痰，半夏燥湿化痰，焦白术健脾化痰，麦冬、川贝母清热养阴化痰，海浮石清热化痰，郁金活血化痰，旋覆花清上中焦之顽痰，白矾入血分，清血中之顽痰，均为临证常用药物。

治痰之法用于治疗黄疸，是临证多年的体会。通过实践充分证明，重视化痰可以加速利湿退黄。特别是对于长期黄疸不退的患者。脾为生痰之源，治痰实为治脾，脾主运化，又易被湿所困，故治痰之法实为治本之策。根据临

床体验，西医所谓血中胆固醇增高，中医则多从化痰论治。

阳黄辨湿热轻重，定三焦病位，寻退黄途径

一、首辨湿热孰轻重，施治重点先确定

基于前述对于黄疸病理的看法，当遇到阳黄患者时，首先要辨识湿热孰轻孰重，以确定施治的重点。根据临床病象可以概括为湿重于热，热重于湿和湿热并重等三种情况。湿重于热者，多为黄疸较轻，伴有恶心，呕吐，腹胀满，倦怠少食，大便稀，舌苔白腻，脉滑缓。热盛于湿者，多为黄疸较重，发热，口干口渴，心烦，小便短赤，大便干燥，皮肤瘙痒，舌苔黄厚乏津或燥，脉弦滑稍数。湿热并重者，多为黄疸较重，心胸烦闷，纳少，倦怠乏力，舌苔黄腻，脉弦滑，或滑数。辨别湿热的轻重，目的在于掌握治疗的重点。湿热之邪是相互影响的两种致病因素。湿为阴邪，其性粘腻重浊，日久可以耗伤脏腑的阳气。热为阳邪，后者耗其实质。而湿与热又互相影响，湿郁则生热，热郁则生湿，湿热相助，热炽湿深，日益胶固。由于湿热的轻重程度不同，以及机体反应的差异，故临床上见有湿盛于热，热盛于湿，湿热并重之分。由于湿盛者并非无热，热盛者并非无湿，仅仅是程度上的差异。所以在治疗上应当辨识湿热的轻重，掌握重点，才能取得良好的效果。

二、继而定三焦病位，分清退黄途径

根据病因分析，明确施治的重点之后，又要根据湿热侵犯的部位以确定祛湿清解退黄的主要途径。湿热交结首先困阻脾胃，中焦枢机不利，上下不得通，故阳黄中州受

病是其基本证型。根据临床病象和邪之轻重以及机体抗病能力的差异；偏于中下二焦；弥漫三焦等。因脾湿胃热，肝胆失于疏泄是发黄之本。故中焦首当其冲，必然受累。黄疸、纳差、恶心、厌油、乏力困倦、苔腻是其基本证候。若偏于中上焦者，兼见头晕，头痛，心烦懊恼，呕吐频作，胃脘胀闷；热重者可有发热，头痛较重，口渴思冷饮；湿重者，头目晕眩，身重嗜卧，口渴不欲饮水。若偏于中下焦者，则上中焦湿热症状不明显，多兼见小便赤热，尿混尿频，尿道灼痛，小腹胀。热盛者大便干结；湿盛者大便溏薄；湿热并重者，大便粘滞不爽。若湿热弥漫三焦，则上述症状交错并见，而且病情较重，严重时湿热蒙闭心包，可见高热、神昏、谵语、抽搐等危候。辨识三焦病位的目的在于明确祛湿清热退黄的主要途径。古代虽有“治黄不利小便非其治也”之说，这仅仅是退黄的途径之一，但是除此之外还应分辨湿热的主要病位。若偏于中上二焦者，除利湿外，尚应注意宣化畅中通利，使其从小便或大便泄利；若弥漫三焦，则宣上畅中，通利三焦，使弥漫的湿热迅速退却。

在阳黄的具体辨证施治过程中，首先从病因上分辨湿热的轻重，进一步分清上中下三焦之病位，最后把病因分析与病位分析综合起来，才能制定出治黄的总则和治疗的重点以及祛湿退黄的主要途径。根据临床病例的分析，阳黄为病，主要是弥漫三焦或偏于中上二焦，少数病例或在发展的过程中有些表现为湿热偏于中下二焦者。

临诊时，综合病因、病位的分析，基本上概括为：热

盛于湿偏于中上二焦，湿盛于热偏于中上二焦，湿热偏于中下二焦，湿热并重弥漫三焦等 4 种证型。这样既掌握了黄疸普遍性，又能抓住其特殊性。若为热盛于湿偏于中上二焦，则清热利湿之中重点清热，而且宣化畅中使之从中上二焦化散；若湿盛于热又当偏重利湿；若湿热偏于中下二焦，则畅中通利使湿热宣化于中焦，且从下焦泄利；若湿热并重弥漫三焦，则开发三焦清热祛湿并重，这样湿热毒邪才能迅速祛除，邪去则正复，以免迁延复发，留有后患。

李培生

湿热壅遏病 三焦分治法

李培生（1914～ ），湖北中医学院教授

宣上透表，开泄湿热

甲肝始恶寒发热者，实属中医湿热兼表发黄，参合叶、薛湿热温病之论，其发病机理乃湿热遏阻中焦，上焦肺卫失宣，致少阳三焦与胆疏泄失职，故见发热恶寒之表症，胆汁外溢则身目小便俱黄，胸痞苔腻，渴不欲饮，为临床辨证要点。李老取寒温众家之长，立宣上透表，开泄湿热退黄之法，制麻黄杏仁茵陈连翘剂（炙麻绒、杏仁、赤茯苓、苡仁、白茅根、车前草、虎杖）。方中麻黄、杏仁、连翘、藿香宣上，透达表邪，开泄湿热从汗而解，此为透风于外；苍术、厚朴、蔻衣苦温芳香，燥湿醒脾，使湿从中化，以除生湿之源，此为渗湿于热下；茯苓、苡仁、芦根、车前甘淡渗湿使湿从小便而去，此则符合“治湿不利小便非其治也”之理；茵陈、虎杖除少阳三焦之湿热，解毒退黄，推陈而出新。全方旨在行表里之湿，通达三焦，湿去热必孤，黄从小便去，本方是属解表退黄之良剂；对治疗湿热兼表发黄的甲肝病人，或其他湿热症证，均获桴鼓之效。如曾

治一男性青年桂某，1991年9月28日患甲肝，始恶寒发热、咳嗽，自服强效银翘片、感冒通，继而身目小便俱黄。查尿三胆为阳性，肝功能检查提示：GPT59.38u（赖氏法），胆红素1.5mg%，HBsAg（-）。刻诊，仍恶寒发热（体温38.5℃），身目黄染，小便短赤，大便溏泻，时恶心欲吐，脘痞纳呆，口渴欲饮，舌苔黄白相兼且厚腻，脉浮滑而带数象，此证与麻杏茵翘剂合拍。处方：

炙麻绒 6g 白蔻衣 6g 炒苍术 10g 藿香叶 10g 橘皮 10g 竹茹 10g 厚朴 10g 茵陈 15g 虎杖 15g 连翘 15g 赤茯苓 15g 车前草 15g 白茅根 15g 干芦根 15g 六一散 15g

上方出入加减，连服10余剂，药后全身微汗出，小便通利，大便成形，诸证顿失，食纳渐增，复查尿三胆阴性，肝功能检查正常。追访3月余，未见复发而病瘥。

宽中渗湿，疏肝利胆

本法适用于湿热并重发黄的甲肝病人。因湿热蕴结脾胃，郁蒸肝胆，影响肝胆疏泄功能，胆汁外溢肌肤。症见身目小便黄染，右上腹胀痛，脘痞纳呆，口苦干涩，恶心欲吐，肢倦乏力，大便或干或溏而不爽；若黄厚腻质欠润，脉弦滑数或濡数。李老认为本证重在湿热阻滞于中，胆汁瘀滞，疏泄不及，上下不通，法当宽中渗湿，疏肝利胆，分利三焦。遣方用药宜寒温参合，诸如苦降辛升、芳香化浊、淡渗利湿、解毒退黄之品均可入选，于临证实践中拟制藿朴夏苓柴陈丹草大黄剂（藿香、厚朴、姜夏、茯苓、柴胡、

茵陈、丹参、白花蛇舌草、车前草、大黄)。方中藿香开上泄湿化浊，厚朴与姜半夏开理气宽中，除湿化痰而降逆，大黄苦降泻热通腑而解毒，柴胡配丹参疏肝而利胆，茵陈、茯苓、车前、蛇舌草相合，利小便渗湿热，排毒邪而退黄。本剂治疗湿热并重蕴结中焦而发黄的甲肝病人，疗效甚捷。如1991年10月8日治一中年男性刘某，西医诊断为急性黄疸型肝炎，GPT108u（赖氏法），总胆红素 $51.3\mu\text{mol/L}$ （3mg/dl）。刻诊时，病人面目身黄如橘色，右上腹刺痛，脘腹膨胀，恶油晕食物，时恶心欲吐，肢倦纳差乏力，大便溏而不爽，小便色如金汁，苔黄厚腻，脉弦滑带数。处方：

藿香 10g 厚朴 10g 姜半夏 10g 橘皮 10g 竹茹 10g 山栀 10g 柴胡 10g 茵陈 15g 丹参 15g 白花蛇舌草 15g 车前草 15g 白茅根 15g 干芦根 15g 生谷麦芽各 15g 大黄 6g

上方随证加减化裁，连服15剂，诸证消失。追访半年，复查肝功能3次正常而康复。

导下解毒，分消走泄

导下解毒，分消走泄，本法适宜于热重于湿而发黄的甲肝病人。李老认为从临证观察该病特点，身目黄染，色泽鲜明，口干而苦，小便橙黄如橘汁，大便胶结，实属胃燥脾湿，肝郁胆火炽盛，三焦壅滞，胆汁排泄不畅所致。临证多采用伤寒温病之法参合使用，特自制清热利湿解毒退黄剂（茵陈、山栀、黄柏、大黄、藿香、厚朴、茯苓、车前草、杏仁、薏仁、苡仁）。本方具有开上、宽中、导下，

清热利湿解毒退黄之功，其加减运用法：邪热毒盛重者加连翘、败酱草、白花蛇舌草；湿重小便不利者加芦根、滑石、通草；脘腹胀满甚者加大腹皮、莱菔子、枳实；呕恶纳差者加陈皮、竹茹、半夏、焦三仙；两胁肋胀痛者加柴胡、丹参、金铃子散等。随证加减，灵活应变，多起沉痾之疾。如80年代初，李老应邀诊治一重症肝炎患者李某，住院20余天，黄疸进行性加深，各项检测指标提示肝癌难以排除，认为是热重于湿的发黄证，且与清热利湿解毒退黄剂合拍。处方：

茵陈 15g 舌草 15g 败酱草 15g 车前草 15g 白茅根 15g 干芦根 15g 薏米 15g 生麦芽 15g 山楂炭 15g
藿香叶 10g 杏仁泥 10g 白蔻仁 10g 炒枳实 10g 川厚朴 10g 大黄炭 10g 茯神 10g 炒山栀 10g 黄柏 10g

上方出入加减，连服40余剂，康复如常人。随访10年，未见复发。

总之，李培生教授认为甲肝（或乙肝）病，实属湿热疫毒之邪，盘踞中焦者居多，中焦壅滞，肝胆失疏，胆汁排泄不畅，则上焦郁闭，下焦不通，湿遏热伏，胶结难解，故见身目小便俱黄诸证。治疗上应参合伤寒温病之理论，结合临床实践，创三焦分治退黄之法，以清热利湿解毒退黄剂为其代表方，灵活变通，均能获得良好疗效。

（王俊槐 整理）

杨志一

病毒性肝炎六经治 黄疸寒湿每偏多

杨志一（1905～1966），江西

中医研究所名中医，著名中医学家

病毒性肝炎急性期发病规律，多因内伤饮食，外感湿邪而起，从临床所见，往往是由脾胃涉及于肝胆，我们认为本病的发病因素主要是湿热，而湿热发病机制在于脾胃，因脾为湿土而主升，胃为燥土而主降。脾胃受病，湿邪内蕴，升降失常，以致木郁土中，土不荣木，肝胆气郁不畅，升降亦随之失常，因而湿蕴化热，湿热相蒸而发黄。即以慢性无黄疸型肝炎而论，一般认为相当于中医的肝郁，尽管其病因与内伤七情，气血郁滞有关，外邪湿热转居于次要地位，并出现两胁下痛及肝肿大等形症。然临床所见，究以食后腹胀，体倦乏力，大便不调等症较为突出，仍不能脱离脾胃二经。清代黄坤载说：“肝气宜升，胆火宜降，然非脾气之上行，则肝气不升；非胃气之下行，则胆火不降。”指出了肝胆升降的主导作用在于脾胃，有力地说明了本病的发病机制多由脾胃影响于肝胆。

从六经辨证来看，清代尤在泾说：“三阳必分经府，三阴必分经脏寒热。”根据这一论点，结合临床观察，认为在

急性期着重分虚实，即实则阳明，虚则太阳的传变规律；在慢性期着重分寒热，即寒即太阴，热即厥阴的从化作用。由于阳明属腑，腑病多实，太阴属脏，脏病多虚，在急性期既有在脏在腑之分，因而有虚化、实化之证出现。又太阴脾经为阴中之至阴，易从寒化；厥阴肝经，为阴中之阳，易从热化。在慢性期，病为在脏，《素问·五脏别论》有五脏者，“藏精而不泻也”之明训，故只有从阳虚阴虚两纲来辨寒热，有虚而无实。同时，本病是以肝胆脾胃四经为主，但在经腑经脏阴阳表里之间，初可涉及太阳，终可损及少阴。在急性黄疸型肝炎，不离六经六气；而慢性虚弱型又必须结合五脏五行，因为病在经则以经气相传，如“实则阳明，虚则太阴”的传变规律，此为常例。病入脏则以生克相传，如太阴寒化由于火不生土，厥阴热化由于水不涵木，此为变例。因此我们认为在临床上以六经定型，既要知其常，又要通其变，常变结合才能恰到好处。

根据前人治疗经验，如《内经》之“厥阴不治，求于阳明”，《难经》之“损其肝者，缓其中”，《金匱要略》之“见肝之病，当先实脾”，叶天士之“阳主明，治在胃”，“阴主晦，治在脾”等，都强调了调理脾胃的法则对本病所起的作用，故我们选用了茵陈蒿汤以清胃热，茵陈四逆汤以补火生土，茵陈胃苓汤以降胃浊，归芪建中汤以温建中气，逍遥散以调理肝脾等，虽有温、清、补下泻之殊（其中包括了胆病治胃），但总应顾护脾肾。

辨证原则：虚实寒热。

急性期（黄疸型）分虚实：实则阳明，虚则太阴。

慢性期（无黄疸型）分寒热：寒属太阴，热属厥阴。

辨证着重在鉴别虚实寒热，如阳明实证以面目鲜黄，舌黄口渴，大便结，溺赤，脉弦滑为特征；太阴虚证以面色晦黄，舌白不渴，大便溏，溺黄，脉缓软为特征。太阴寒化表现为阳虚血弱，如面色萎黄，唇舌俱淡，体倦肢冷，食后腹胀，肠鸣便溏，小便自利，脉弱缓等症；厥阴热化表现为阴虚血燥，如颜面潮红，唇燥舌红，胁痛内热，溺黄便结，脉弦细而数等症。

治疗原则：调理脾胃和滋养肝肾。

急性期：阳主明，治在胃；阴主晦，治在脾。

慢性期：阳虚血弱，治在太阴；阴虚血燥，治在厥阴。

治疗着重在运用温、清、补、泻四法，如阳明实证，法取茵陈蒿汤清涤肠胃以利湿热；太阴虚证，法取茵陈四逆汤温建中阳以化寒湿。又如太阴虚寒，法取归芪建中汤温补血阳，助通营卫；厥阴虚热，法取滋补血阴，柔肝软坚。运用上述四法，须分别缓急轻重，但总以护理脾胃为主。

主要方剂：

急性期：阳明发黄，茵陈蒿汤；太阴寒湿发黄，茵陈四逆汤；阳明兼太阴发黄，茵陈胃苓汤。

慢性期：太阴阳虚血弱，归芪建中汤；厥阴阴虚血燥，滋肾养肝软坚用三甲复脉汤，调理肝脾用加味道遥散。

在急性黄疸型病例观察中，以太阴寒湿发黄，适用茵陈四逆汤温化剂者较多，其中有湿邪在表，热注膀胱之太阳证，适用麻黄连翘赤小豆汤宣表利湿。亦有太阴兼少阳之证，则先宜小柴胡汤和解枢机，再从太阴温化。在三阴

中又间有湿浊结于下焦之少阴黑疸出现，则宜硝石矾石散以燥湿开结。在慢性无黄疸型病例观察中，以太阴脾虚偏寒型较多，运用归芪建中汤亦相应有效。在厥阴型中亦间有口苦咽干胸胁苦满的少阳证出现，宜小柴胡先行和解，待枢机和再调治厥阴本脏。此外，如心肾不交的少阴型，则以头晕心悸，少寐多梦，神志不宁为特征，宜天王补心丹滋养心神，或用枕中丹交通心肾等。总之，我们提出以六经为纲，分型论治，旨在为本病提供一些研究线索，通过临床摸索，对本病的认识，逐步有所提高，首先在急性肝炎病例中，往往多有阴证寒证出现，江西省中医药研究所肝炎研究组 1963 年系统观察急性传染性肝炎 45 例，阳黄，其中病属阳明，热结在里，治以茵陈蒿汤仅 10 例。阴黄 35 例，病属太阴，脾阳不运，寒湿困脾，治以茵陈四逆汤（或加郁金、茯苓，或重用姜附）者 22 例；脾阳偏虚，气血虚弱，治以归芪建中汤者 2 例；属太阴兼少阳，湿困脾阳，枢机不利，治用小柴胡汤，茵陈四逆汤者 1 例；属太阴兼阳明，谷气不清，胃中苦浊，治以茵陈胃苓汤者 9 例；太阴兼少阴，脾阳不运，寒湿郁下者 1 例。慢性肝炎病例中，又间有阳证湿证存在，过去所谓急性属阳，慢性属阴的看法，不尽符合临床实际，余听鸿《诊余集》也指出“余治黄疸数百人，用大黄、栀子者，百中仅有一二，用苦温淡渗芳香之品，虽误无妨。余每见误服栀黄，即恶心泄泻而胃惫，若误汗，即见气促汗多，因而愤事者多矣！”《医门法律》也着重指出“阴疸病误从阳治，袭用苦寒，倒行逆施，以致积重不返者，医杀之也。”故临床上不可一见

急性肝炎，便投以苦寒，以免加重病情。其次，由于脾不转运，肝失条达，经络营卫失于流通，以致形成肝肿大，本着分经论治的原则，在太阴则温中以通营卫，厥阴则柔润养肝以软坚，法较妥善而合理，倘若着眼于局部，倒果为因，专事逐瘀攻积，则非治病求本之道，值得慎重考虑，再从辨证关系来看，急性期虚则太阴，着重温化以扶正；实则阳明，着重清利以扶脾；厥阴虚热，着重清补以养肝，二者是治疗上的肝脾关系。前者病的主要矛盾在于邪正相争，后者病的主要矛盾在于肝脾失调，病情矛盾随先后阶段而转移，治法亦因之而异。

胡希恕

疏肝和胃去瘀血，著效每仗伤寒方

胡希恕（1899～1984），著名伤寒学家，经方临床大师

《伤寒论》谓发黄为瘀热在里，即湿热相郁于里，不得越之意。若热胜于湿，则为大便难的阳明证，古人谓为阳黄；若湿胜于热，则为大便溏的太阴证，古人谓为阴黄。阳黄宜下，茵陈蒿汤、栀子大黄汤、大黄硝石汤等为治阳黄常用之良方。阴黄但利其小便，宜茵陈五苓散。不过以上诸方适证应用，虽能祛黄，但有的黄去肝炎常迁延不愈。因肝喜疏泄而恶郁滞，肝病则气郁不疏，肝气久郁，则血脉凝滞而致血瘀，故令不愈，法宜祛黄中兼以疏肝，则黄去而肝炎亦治。

1. 大柴胡茵陈蒿汤方证：发黄、胸胁苦满，呕逆微烦不饮食，大便干燥，小便黄赤，腹微胀满，苔腻或黄，脉弦滑数。方药：

柴胡 24g 半夏 12g 黄芩 10g 白芍 10g 枳实 10g
大黄 6g 栀子 10g 茵陈 18g 生姜 10g 大枣 4 枚

加减法：若上证又见心中懊恼，发热者，上方再加豆豉 20g；若大实满、小便不通者，加黄柏 10g，硝石 12g。

2. 柴胡茵陈五苓散方证：心烦欲呕，不欲饮食，小便

不利，大便溏薄，苔白，脉弦细。方药：

柴胡 20g 党参 10g 半夏 12g 黄芩 10g 生姜 10g
茵陈 20g 猪苓 10g 茯苓 10g 苍术 10g 泽泻 10g
桂枝 6g 大枣 4 枚 炙甘草 6g

急性黄疸型肝炎多属阳黄，尤以前一方证最为常见。虽多阳黄但以胃虚小便不利、大便溏薄为主的柴胡茵陈五苓散方证常见。而真正太阴虚寒下利者，则很少见。黄疸型肝炎，并发腹水者难治。

俞长荣

灿灿橘子色，并非尽阳黄

俞长荣（1919～ ），福建中医学院教授，著名中医学家

黄疸型肝炎多因湿热内蕴所致，治疗以清热利湿为常法。但疾病的发生发展常因人因时而变化，若固执于清热利湿一端，亦往往僨事。不少中医学了一些现代医学知识，喜欢根据西医理论使用中药；而有些西医学习中医，没有摆脱西医观点，分型简单化。于是乎，病因湿热内蕴，病位在肝胆，病性属热属实，定型阳黄，治则清热利湿，视为常规，按章办事；于是乎，银花、连翘、板蓝根能清热，抑制病毒；茵陈、白毛藤、栀子能利胆退黄；大黄能抑菌，排毒外出。众说纷纭，寒凉苦泄诸药成堆。这些观点原也无可厚非，更不宜指责。因黄疸型肝炎湿热居多，初起亦多属实证，故以上治法亦多能取效。问题在于，这些只掌握了辨证治疗的一般性，忽略了疾病实质的特异性。误事往往出在似是而非的情况下，而救误则要求能在一般的规律中找到特殊实质的所在。

阳黄用清热利湿法，这是常法，何以失误？首先是判断上的问题。如所共知，阳黄其色鲜明如橘子，阴黄其色黯晦。若仅据此一点即判断为阳黄阴黄，就有很大的片面

性。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。若黄色鲜明如橘子，症见发热口渴，大便秘结，尿黄如茶，舌苔黄腻，脉弦滑（不必悉具），其为阳黄无疑；若虽色黄鲜明如橘子，而症见脘腹胀，食欲不振，大便稀溏，舌淡苔白腻，脉沉细迟等，则是阴黄而不是阳黄。考《伤寒论》有“太阴当发身黄”的记载，《诸病源候论》阴黄条有“身面色黄”之说。两书都没有指出阴黄色黯晦。临证实践体会，黄疸型肝炎面及身黄大都鲜明如橘子，很少出现晦黯的；若见到晦黯，多已是发展到肝硬化或肝癌以及胆道慢性实质性病变等。可见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。

1972年5月，一黄疸型肝炎患者，发病仅5天，面目及身黄，黄疸指数达100u以上，谷丙转氨酶达200u以上，在某医院门诊随访治疗。医与清热利湿中药，兼用西药保肝，一星期后黄疸指数升到2000u多，症状加重。患者面目发黄鲜明，自诉脘腹作胀，十分难受。口淡，清涎自涌，饮食不思，大便溏，面部微浮，舌质淡，苔虽薄黄但甚润滑，脉细缓。据此证象，乃是太阴发黄。患者脾胃已虚，若继进苦寒清利药，必大伤中气，停用医院中药，改与理中汤加茵陈、砂仁，嘱试服3剂。服药后患者自觉舒适，腹胀减轻，大便渐趋成形。如是守方续服7剂，症状继续好转，最可喜的是已知饥能食。此时中焦阳气已复，可于健脾之中佐以疏肝利湿，遂以香砂六君配合茵陈、郁金、赤芍、柴胡等化裁。1个月后肝功复检，转氨酶有所降低，黄

疸指数复查均在正常值范围。患者现年近七旬，仍健康如恒。

本例经矫正诊断，改用温化寒湿，继用健脾利湿疏肝治法后，临床症状好转，肝功恢复都比较快。也有一些病例，服中药后自觉症状虽有改善，但肝功和黄疸指数恢复较慢。在这种情况下，医者必须审度全局，不可急于求成。故判断用药是否对证，首先是以病人自觉是否良好作为检验，如果病人服药后感到舒适，症状并随之逐渐改善，就应视为有效，即使肝功、黄疸指数恢复不够满意，也不要轻信某药能降酶，某药能利胆等简单说法，而改弦易辙。

1986年4月，有一蒋姓男患者，48岁，患黄疸型肝炎住某医院治疗。入院时黄疸指数和谷丙转氨酶均超过100u。医以阳黄论治，予清热利湿药。治疗半个月，但化验指标不降，且增脘腹胀闷、大便溏泄、尿少、胃呆厌食等症，服药亦觉恶心欲呕，遂邀会诊。患者面目、四肢发黄其色鲜明，舌苔微黄厚腻，脉细弦。主治医生询问是否可诊为阳黄问题。但单凭黄色鲜明一项，诊断阳黄证据不足，从症状表现看，乃是太阴发黄，虽苔、脉象不典型，但首先应考虑病者若是阳黄，服清热利湿药自觉症状理应减轻，而患者服药即感恶心欲呕、腹胀，说明苦寒碍胃已属不宜。今胃失摄纳之能，脾失运化之职，中焦斡旋无权，湿浊留阻难去。苦寒固不宜再用，辛热又恐矫枉过正，只宜芳香化浊略佐淡渗为治，方用雷少逸芳香化浊法加砂仁、茵陈、薏米。服此方后，病人自觉舒适，二三剂后腹胀见减，胃口渐开能食。过7、8日，病人自觉症状虽见好转。但肝

功未见改善，黄疸指数未降。主治医生认为脾胃功能已恢复，可以使用疏肝利胆药物（仍是苦寒清泄），冀能迅速降酶退黄。可是病人服药后又感胃口不适，并出现腹胀泄泻，连续多天愈感不适。经再次会诊，嘱苦寒碍胃药不要再用，仍以健脾为主（主方六君子汤），可酌加疏肝理气活血药（柴胡、郁金、赤芍、砂仁、茵陈、丹参）化裁。如此治疗一个月，自觉症状逐渐好转，转氨酶、黄疸指数亦相继降低，但分别稽留在80~90u之间。病者本人系医生，经几次反复，深有体会中医辨证施治确有其特点，深信治愈有望，遂自动要求出院。继与柴芍六君加赤芍、郁金、茵陈、砂仁等一方，在家休养治疗。至同年11月基本恢复正常。

“急则治标，缓则治本”是中医治疗法则之一。黄疸型肝炎当病情复杂病势垂危时，何者为标，何者为本固宜详审，而治标治本何者为先，并非绝对。因标本可以相移，正气必须顾扶。若病人正气大虚，此时见症虽多，务以扶正为急。中医习惯有“留人治病”说法，乃前人经验之谈，足资借鉴。

有一赵姓女孩，10岁，因黄疸型肝炎于1986年5月住入某医院。治疗两个月，低热稽留，黄疸指数、谷丙转氨酶均停留在100u以上。因服清热利湿药过多，而至腹胀难受，食欲锐减，食入即感心下支满。每日腹泻7、8次，便稀溏，量不多。伴轻度腹水，腹围60cm。面目黄色鲜明，面部微浮，极度虚羸而又时见烦躁不安。近半个月来竟至厌食，见食物而感恶心，靠输液维持，每周并须输血浆200mL，每两周注人体白蛋白一次，医院两度发出病危通

知。经邀会诊,认为病已两个月,现胃气大败,上不能纳,下不能固,已成坏证,恐无良策。奈家长求医之情恳切难却,揣思10龄儿童正处发育生长时期,若能挽回胃气,扶持生机,或许有望。乃疏参苓白术散去苡仁、桔梗(莲子改荷叶,人参用明党参),嘱药浓煎后分3~4次温服;服后若吐出,待2~3分钟再服,务求药能入胃则吉。并对家长言明:第二步,希望能挽回胃气,这是患儿能否转机的关键一步;第二步,若能逐渐纳食,而至食欲改善,能进营养,可撤减输液并停用血浆、人体白蛋白,让病体“自力更生”;第三步,以上能如愿以偿,就达到了“留人治病”目的,然后进而治其热、胀、泄、黄;设若胃气能复,这些症状也可能随之好转。

患儿如嘱服药未吐,服3剂后能进米汤,腹泻减为日4~5次。半个月后(9月5日)食欲改善,能进普通饮食并要补充牛奶,大便减至日2~3次,质软。但黄疸加深,尿黄,低热、轻度腹水仍存在。肝功检查:谷丙转氨酶50u,麝絮+++ ,麝浊13,锌浊15,黄疸指数136。此为胃气已复,脾运未健,湿浊留滞,拟芳香化浊健脾利湿为治。方用芳香化浊法(雷少逸方)与三仁汤交替。建议撤去输液。1个月后(10月8日)面目黄染显退,腹胀解除,腹水消失(腹围50cm),食欲良好,低热偶见,大便较软,日2~3次。肝功复查:谷丙转氨酶32,麝絮+++ ,麝浊16,锌浊18,黄疸指数92。此时中焦气化渐复,湿浊开始宣化。善后之计,仍宜健脾养胃佐以疏肝之品,再与参苓白术散(如前法)加柴胡、赤芍。经西医主治医生同意停用血浆、

白蛋白。1周后低热尽除，大便成形，但仍日2~3次，此外无其他症状。观察1个月，食睡如恒，面色好转，精神振作，活动嬉戏如常孩子。出院时肝功复查：谷丙转氨酶42u，麝絮+++，麝浊17，锌浊16，黄疸指数50u。出院后，因临床症状基本解除，故着重从改善其“肝功”方面考虑，以逍遥散为主方，以明党参、茵陈、田基黄、郁金、滇三七、枳壳等出入化裁。至1987年1月15日肝功复查：谷丙转氨酶42u，麝絮++，麝浊12，锌浊16，黄疸指数10u。仍以出院后的基本方，嘱每两天服1剂。至4月8日肝功复查：谷丙转氨酶42，麝絮+，麝浊8，锌浊12，无黄疸，无明显症状、体征。嘱按原方每3天服1剂，以巩固疗效。

临证治疗黄疸型肝炎常用汤方不多，且均是古方，常用药只30多种。据实践体会，黄疸型肝炎属阳黄固多，阴黄亦属不少。治阳黄较易，治阴黄则须多加思考。阳黄阴黄的判断，宜从整体证候综合考虑，不可只据黄色鲜明一端，临床误治多是因把阴作阳治，此其一；实验室生化检验有重要参考价值，但病人的症状体征更具有辨证意义，此其二；“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”乃千古箴言，对肝炎的治疗有实际指导意义，治疗危重病者更须恪守，此其三。

徐仲才

黄疸非尽属湿热 温燥祛湿每多求

徐仲才（1911～ ），上海

中医药大学附属龙华医院内科教授

中医传统认为，“黄”色多与“热”相关，如《灵枢·五色》篇云：“黄赤为热”，《素问·痿论》云：“脾热者色黄”，《金匱·黄疸病》篇云：“脾色必黄，瘀热以行”。我们在临床望诊中见到“黄”色，亦往往归属于“阳证”、“热证”。我认为，“黄”与“热”有一定联系，其临床指导意义无可非议，但是在某些病症中见到“黄”色，必须结合具体情况加以辨别，不能贸然地单凭“黄”就视为“热证”。

黄疸病由于胆汁不循常道而侵入血分，外溢体表，患者大便反呈灰白，目、皮肤、舌苔、小便均为黄色。一般临床多从“湿热”论治。本人体会，黄疸病患者虽目、身皆黄，其发黄属于寒湿者临床并不少见。对此等病症，我强调用温燥祛湿之剂治疗，收效较快。抓住神倦，体软，口不渴，脉濡或沉细等寒湿之症即可应用温燥祛湿法。若拘泥于一般辨证时认为“黄为热象”、“黄疸属湿热”之说，专事清热，忌用温燥之品，则往往贻误病机，每致迁延不愈。

应用方药以费氏《医醇賸义》和中茵陈汤（茵陈、茅术、白术、厚朴、砂仁、陈皮、木香、山栀、赤苓、车前子、萆薢、当归、生熟谷芽、生熟苡仁）为主。常选用茅白术、厚朴燥湿健脾，砂仁、陈皮、木香、谷芽理气和中，茵陈、赤苓、车前子、萆薢、苡仁利水渗湿，山栀清热解毒，当归入肝和血。寒湿征象明显者，及时加用附子温散寒湿，效更显著；大便秘结者，可加大黄通便。该方功能燥湿利湿，调畅气机，一般服用10剂左右黄疸即可消退。必须指出，应用该方后，患者往往由不喜欢饮食转为多进饮食，这并非坏事，亦不必虑其伤阴，因此患者饮水量增多，尿量亦可随之增加，则有利于黄疸的消退。

例1：戎某，男，5岁。1961年1月8日诊。面目遍体尽黄，纳呆，倦怠，小溲深黄，舌苔黄腻，口不渴，脉濡缓。肝脏肿大2cm。肝功能：谷丙转氨酶300u，黄疸指数24。证属脾虚湿浊中阻，治以和中祛湿。处方：

茵陈15g 苍白术各9g 厚朴4.5g 砂仁1.5g（后下） 陈皮4.5g 炒山栀9g 赤苓9g 萆薢12g 车前子9g（包） 生熟苡仁各15g 生熟谷芽各15g

3剂。药后面目发黄渐退，胃纳稍佳，小便较淡，腻苔较化。再服7剂后，黄疸退尽。乃续予和中茵陈汤（去茵陈、山栀、车前子）调治善后。二周后复查肝功能：谷丙转氨酶69u，黄疸指数6。至3月底肝功能已连续三次正常。

例2：顾某，男，24岁。1962年4月30日诊。目黄肤黄，肝区疼痛，纳呆泛恶，神疲体软，畏寒乏力，舌苔黄腻，口不渴，脉沉细。肝功能：谷丙转氨酶210u，黄疸指

数 20。证属寒湿中阻，气阳不足，治以温中祛湿：

茵陈 9g 苍白术各 12g 厚朴 12g 砂仁 6g 广木香 9g 茯苓 12g 车前子 12g（包） 生熟苡仁各 15g 生熟谷芽各 15g

上方服 5 剂后，黄疸逐渐减退，精神较振，胃纳较佳，腻苔化，时欲饮水。再服 7 剂，黄疸退尽，肝区疼痛已消。乃予上方去茵陈、木香、车前子调治善后。每隔半月复查肝功能，至 6 月中旬已连续三次正常。

黄疸病初起发病急重，邪实湿热者为主，于苦寒清解，开始收效较快，但阳伤寒生之状隐而待发，即所谓伤及一分真阳，便生一分真寒是也。

本病寒热变症多寡及病情轻重缓急之不同，宜适当投以小剂量温化之品，开启气机脉络，温化脾土寒湿，同时又不忘苦寒清解，渐奏邪去正安之功。

在病程中若出现脘腹痞胀，经久不消，或大便溏薄，舌苔腻者，无论其他热象如何，均系中阳不足，寒湿内生，当察其寒热多寡以温清并用之法。

症属阴津亏损，舌质光红或血热妄行吐血、衄血者，当禁用和慎用温热之品。

张耀卿

温调脾肾 疏泄肝胆

张耀卿 (1907~1973), 沪上已故名医

上海名老中医张耀卿在 40 余年临床中, 对肝病治疗尤为擅长, 积累了用温补脾肾而治肝病的丰硕经验。张老认为肾主藏精, 为先天之根, 乃人体真阴真阳之所在, 脾为后天之本, 水谷之精微赖脾气以化生, 以滋养肾中精气, 在治疗中抓住脾肾两者同调, 是其在肝病治疗中的特点。

黄疸一症以湿热为主要因素, 古今治黄疸常用茵陈为主药。张老认为黄疸乃湿邪为患, 或湿热或寒湿, 使胆汁蕴滞而不循常道, 治湿邪要化湿、利湿、燥湿, 并有湿邪非温不化之论, 故在治疗中紧紧抓住温能通阳, 能使滞者畅, 蕴者通, 虽不能直接退黄, 却能明显加强其他利湿退黄药之功能。它不但能用于寒湿之阴黄, 也能用于湿热之阳黄。对现代医学之急性黄疸型肝炎、胆汁淤滞型肝炎, 以及其他原因引起的黄疸顽固症, 每能获得满意效果。一能起反佐作用, 热症用温药, 二能起宣通气机而达到退黄的作用。

俞某, 女, 65 岁。主诉右上腹疼痛伴眼白发黄 4 天, 4 天来, 右上腹持续性疼痛, 阵发性加剧, 兼有眼白发黄, 食

欲减退、恶心、腹胀、便秘等，经西医对症治疗及中药清利湿热，均未获效。以往有多次类似发作史，体检：巩膜及皮肤明显发黄，面部及下肢凹陷性水肿，肝肋下触及，有叩击痛，血压 23/14kPa。血常规：白细胞 $11 \times 10^9/L$ ；中性 0.94，锌浊度 16u，谷—丙 364u。西医诊断：慢性胆囊炎急性发作，胆石症，阻塞性黄疸，慢性肾炎，高血压。中医诊断：黄疸，胁痛，浮肿。肝胆之气郁结不畅，脾肾之阳不振，水湿凝结中焦，遂使胸脘痞闷，不思纳谷，腹中时有胀痛，上至中脘，旁及右胁，忽来忽去，时轻时剧，面目肌肤色黄，肢体浮肿，苔薄白，根厚腻，脉沉细。拟温调脾肾，疏泄肝胆，畅通气机。处方

肉桂心 2g 鹿角霜片各 9g 紫苏梗 9g 姜半夏 4.5g
陈广皮 4.5g 云茯苓神各 12g 炒六曲 12g 金钱草
12g 炒川连 1g

服药 7 帖，果获效果。继之随症加减，连续十二诊，诸恙如失，肝功能恢复正常，尿蛋白消失，血压降至 19/11kPa。随访 1 年，无反复发作。

本例是属阳黄水湿内盛之证，临床不用茵陈、山栀等苦寒之剂，而用肉桂、鹿角等温热之品以调养脾肾，使脾肾之阳得复，则水湿自退。此案处方立意，乃仿《金匱》“男子黄，小便自利，当与虚劳小建中汤”，即仲景用甘温之品治虚劳之法，再用二陈、苏梗、云苓、六曲调气化湿，宽中和胃，使胃气调和，则肝胆之气可得平息，佐以川连、金钱草等寒凉之品以疏泄肝胆。本方温寒合用，使疏泄肝胆之热不伤脾肾之阳。冀肝胆湿热清解，胆汁畅行无阻，则

黄疸可除。俾脾肾之阳来复，则肝木亦获滋养，肝气调畅，胁痛必解。又肾为胃之关，肾气调和，则关门通利，加之脾运复健，则浮肿亦自可清退。方中黄连 1g，并非用其苦寒清热，而是取其微苦能健胃之意，因黄连小量能平肝健胃，大量则泻火伤胃，且黄连与肉桂同用，可奏交通心肾之功。本案不用茵陈、山栀而黄疸自退，不用车前、泽泻而肿胀亦消，不用大剂腻补而肾气也复。可见从温调脾肾施治，乃是抓住了病机之根本关键，正合乎《内经》“必伏其所主，而先其所因”之旨。

潘澄濂

清解湿毒 疏肝运脾

潘澄濂（1910～1993），浙江已故名医

对黄疸型传染性肝炎的临床辨证，大致可分为以阳明为主的热重于湿证与以太阴为主的湿重于热证。若患者抵抗力低下，热毒鸱张，则可致邪入厥阴，而呈狂乱昏迷的湿热炽盛证，文献所称的“急黄”即属之。《诸病源候论》说：“脾胃有热，热气流于膀胱，使小便涩，而身面尽黄，腹满如水状，因名疸水也。”这些证候，颇似重症传染性肝炎，发展成为亚急性肝坏死病变的表现。此时，可有呈少阴阴虚为主的热毒伤阴证，也有呈现以太阴阳虚为主的脾困湿壅证。

黄疸在三阳，虽以阳明经证为主，但尚有如麻黄醇酒汤、麻黄连翘赤小豆汤所主治的太阳经证的黄疸，也有如《外台秘要》栀子汤（柴胡、黄芩、升麻、龙胆草、大黄、瓜蒌、芒硝）所主治的少阳阳明合病的黄疸；黄疸在三阴，虽以太阴经证为主，但尚有如《东医宝鉴》茵陈附子干姜汤所主治的太阴少阴合病的阴证黄疸；也有如《外台秘要》瓜蒂散（赤小豆、丁香、黍米、瓜蒂、麝香、熏陆香、青皮）所主治的邪入厥阴心包的急黄证。李东垣说：“假令

治病，不问伤寒、蓄血结胸、黄疸等证，并一切杂证，各与于六经求责之。”故辨别黄疸，也与其他杂病一样，不管有九疸三十六黄之分，要以六经辨证为基础，才能作出较全面较灵活的辨证，以免顾此失彼。特别是各证在病程中不是固定不变的，而是时刻在互相转化着的。明此，则能既知其常，又可知其变。

传染性肝炎的基本方

对传染性黄疸型肝炎的治疗，常选用山栀、郁金、茵陈为基本方。见热重于湿证，以基本方加黄柏、半枝莲或大黄清热以利胆；见湿重于热证，以基本合胃苓汤燥湿以健胃作为常规。故黄疸型传染性肝炎的发病初期，应迅速改善消化道症状，特别是恶心、呕吐。这是控制病情进展的重要一环。如见舌苔黄腻或黄浊，脉象弦滑，每于基本方中配合小陷胸汤治疗，或加鸡内金、麦芽以醒胃，每每获较好的疗效。

暴发型肝炎

特别值得注意的是，凡消化道症状严重，黄疸迅速加深，精神疲乏，烦躁不宁，舌苔黄燥，脉象滑数或细数，虽起病仅三五日，就要虑其可能为暴发型肝炎，也就是接近上面所说的湿热炽盛证，乘其未陷昏迷，急以基本方加黄连、黄柏、大黄，以通涤胃肠热毒，实为要务，不可犹豫。如已现狂躁，或伴有出血倾向，舌苔黄燥，质红，需于上方加用神犀丹以解毒凉血，或可遏止病情的恶化。以此法

治疗暴发型肝炎、肝昏迷前期患者均能取得一定疗效。此虽不是背水一战之计，而亦为图之于预的方法。

例1：胡某，男性，31岁。因面目遍身黄染，神志狂乱，于1962年6月10日入院。体检：营养中等，呈急性病容，狂躁不安，齿衄，肝肋下2cm，剑突下1cm，脾触及。肝功：总胆红素119.7 μ mol/L(7.0mg/dl)，黄疸指数785u，凡登白试验间接强阳性，直接弱阳性，谷丙转氨酶400u，硫酸锌浊度13u，蛋白总量61g/L(6.1g/dl)，白蛋白36g/L(3.6g/dl)，球蛋白25g/L(2.5g/dl)。血象：血红蛋白115g/L(11.5g/dl)，白细胞 8×10^9 /L(8000/mm³)。尿检：三胆阳性，蛋白微量。诊断为急性黄疸型传染性肝炎(暴发型)。除以西药葡萄糖、一氨酪酸、维生素K、抗生素等治疗外，并邀中医诊。

初诊(6月12日)：面目遍身发黄，如橘子色，狂躁不宁，怒骂无常，齿衄，口渴引饮且欲呕恶，纳呆，大便已3日未解，小溲黄赤，舌苔黄燥，质红绛，脉弦滑而数。湿热炽盛，肝胆郁结，腑气不通，营液耗灼，心神被扰，病起1周。证属急黄，治宜清热通腑，凉血解毒。方用：

生大黄12g 黑山栀12g 黄柏9g 枳壳9g 郁金9g 菖蒲6g 鲜生地24g 茵陈30g 鲜白茅根30g

先煎汤，去滓取汁代水，放入上述各药再煎熬。服2剂。

二诊6月14日：服前方后，大便3次，色焦黄，隐血试验 $+$ ，神志略定，黄疸未见加深，呕恶已止，腹部尚平软，小便黄赤，舌苔略润，质仍红绛，脉象弦滑，再守原法加减，于前方减去菖蒲，加血余炭、地榆炭。服2剂。

三诊 6月16日：神志转清，黄疸亦见减轻，但仍懊侬，苔转黄腻，质尚红，脉象弦滑，病情虽越险境，未登坦途，再以清热养阴，疏肝利胆。方用：

生大黄 6g 黑山栀 12g 郁金 9g 黄柏 9g 麦冬 9g
鸡内金 9g 枳壳 6g 川石斛 12g 茵陈 30g 半枝莲
30g

先煎沸，去滓取汁代水，放入其他药再熬。服4剂。

四诊 6月20日：黄疸减轻，寐仍未安，肝区隐痛，大便正常，小溲仍黄，舌苔薄白而腻，质红，脉象弦滑，再于原方减去大黄，加酸枣仁 9g，茯苓 9g。再服4剂。

五诊 6月25日：两目发黄明显减轻，寐亦转安，知饥欲食，但仍乏力，苔转薄腻、质红，脉象弦缓，湿热虽轻，气营未复，肝郁未舒，再以疏肝利胆，清化湿热。方用：

黄柏 9g 黑山栀 12g 郁金 6g 茜草 15g 茯苓 9g
生地 12g 糯稻根 30g 茵陈 18g 夜交藤 12g 制香附
9g

再服5剂。

六诊 6月30日：黄疸减轻，寐亦转安但仍多梦，头眩乏力，肋下隐痛，舌苔薄腻，脉象弦缓，再守原意出入。用前方去夜交藤，加太子参。续服7剂。

患者于同年7月10日复查肝功，黄疸指数 14u，谷丙转氨酶 80u，自觉症状消失，继以疏肝利胆，益气生津之剂：

当归 9g 生白芍 12g 黑山栀 12g 茜草 15g 郁金
9g 太子参 18g 茵陈 15g 生地 12g 麦冬 9g 杞子
12g 鸡内金 9g

续服 20 余剂，肝功恢复正常而出院。

亚急性肝坏死

再有急性黄疸型肝炎，虽经治疗，已达 20 余日以上，黄疸未见减退，反逐渐加深，消化道症状如恶心、呕吐、纳呆，特别是腹胀加重，大便溏泻，小便量多，是发展成为亚急性肝坏死所常见的先兆，预后亦颇恶劣。正如《金匱要略》说：“黄疸之病，当以十八日为期，治之十日以上，反剧为难治。”可能就是指这一类证候而言。对这一类型肝炎的治疗，其属热毒伤阴证，治以泄热养阴，调气分消，药用基本方加黄柏、黄连、大黄、厚朴、枳壳、麦冬、丹参、白茅根、腹皮等随症加减。兼有呕血或便血者，加三七、血余炭或地榆炭；神志昏乱者，加牛黄清心丸或安宫牛黄丸；精神疲乏者，加太子参。这一证型，由于热毒鸱张，肝阴耗伤，瘀凝气滞，标实本虚，在治疗上专恃寒凉泻热，而胀满亦增，仅用渗利，而肝阴益竭，最感棘手，疗效不很满意。至其属于脾困湿壅证，治以运脾疏肝，调气渗湿，药用基本方加秦艽汤，或导水茯苓饮加减，其疗效较之热毒伤阴证略胜一筹。

亚急性肝坏死不论为热毒伤阴证，或为脾困湿壅证，清热养阴，固为重要，而调气健脾，亦不可忽视。

例 2：丁某，男性，33 岁。

患者于 1962 年 10 月间患急性黄疸型传染性肝炎，经治好转。于 1964 年 4 月初，又觉乏力，纳差，出现黄疸而入院。虽经治疗，10 余日来，黄疸加深，伴现腹水，肝功：

黄疸指数 85u，总胆红素 171 μ mol/L (10mg/dl)，谷丙转氨酶 640u，碱性磷酸酶 12u，总蛋白 64g/L (6.4g/dl)，白蛋白 34g/L (3.4g/dl)，球蛋白 30g/L (3.0g/dl)，硫酸锌浊度 16u。西医诊断为慢性肝炎，亚急性肝坏死。于5月2日邀中医会诊。

初诊 (5月2日)：面目遍身发黄，色暗不鲜，脘腹胀满，动摇有水声，纳减，口干不欲饮，小溲短赤，大便干、日一行，神疲懒言，舌苔白腻，边尖质微红，脉象滑数。湿热壅滞，肝气郁结，脾失健运，酿成疸胀。治宜疏肝理脾，清化湿热，拟秦艽汤合茵陈蒿汤加减。方用：

茵陈 30g 黑山栀 12g 黄柏 9g 制厚朴 4.5g 制大黄 6g 秦艽 9g 茯苓 9g 旋覆花 9g 郁金 6g 枳壳 6g 泽泻 12g 金钱草 30g

牛乳 60g 入煎。服 2 剂。

二诊 (5月4日)：面目及身仍黄，腹胀如鼓，上气微咳，小便短赤，大便略软、日仍一次，足跗微肿，舌苔薄黄而腻，脉象弦细带数。湿滞气阻，脾运困顿，病势尚在进展，再守原方增减。方用：

苏叶 9g 茯苓 9g 制厚朴 4.5g 枳壳 9g 制大黄 6g 腹皮 12g 广木香 7.5g 黄柏 15g 黑山栀 20g 秦艽 9g 旋覆花 9g 泽泻 12g 茵陈 30g

牛乳 60g 入煎。服 3 剂。

三诊 (5月7日)：面目黄染稍淡，腹胀未减，小便黄赤，已稍增多，大便日 2 次，微溏，微咳，足跗浮肿，神疲乏力，舌苔薄腻，脉转濡缓，昨日检验黄疸指数为 35u，

谷丙转氨酶 160u。再以理脾疏肝，调气分消。方用：

苏叶 9g 焦白术 9g 茯苓 9g 秦艽 9g 旋覆花 9g
黑山栀 12g 砂仁 4.5g 广木香 4.5 郁金 9g 黄柏
9g 茵陈 18g 泽泻 12g 腹皮 12g
牛乳 60g 入煎。服 2 剂。

四诊(5月10日)：黄疸已轻，腹胀亦减，尿量增多(日 1400~1700ml)，精神好转，胃纳略香，惟足跗尚有轻度浮肿，舌苔薄腻，质微红，脉象濡缓，证势已见转机，再以原方加减，用前方减去腹皮，加冬瓜皮 60g 煎汤代水，3 剂。

五诊、六诊：基本守前方加减。

七诊(5月20日)：黄疸虽轻未净(黄疸指数 25u)，腹水已消(腹围 62cm，比最大腹围缩小 16cm)，精神好转，胃纳亦增，舌苔薄白，脉象濡缓，再以原方减去苏叶、腹皮，加当归、丹参等活血之品，续服 7 剂。

本例自八诊后，转入调理阶段，改投秦艽汤合逍遥散加减，以巩固疗效。至 7 月 6 日肝功能化验：总蛋白 67g/L (6.7g/dl)，白蛋白 42g/L (4.2g/dl)，球蛋白 25g/L (2.5g/dl)，黄疸指数 6u，麝浊 14u，谷丙转氨酶 20u，症状消失，腹平软，无移动性浊音，肝肋下 1cm，质软，明显进步而转院疗养，观察至今未复发。

黄疸指数如超过 100u，脉象细数，每分钟脉搏数超过 100 次以上者，预后多数不良，必须提高警惕，积极治疗，若至陷入昏迷，或大量出血，便有鞭长莫及之慨矣。

无黄疸型肝炎当以肝郁脾困为纲

对无黄疸型传染性肝炎的中医辨证，过去曾分为湿热外感证、肝胆火旺证、脾胃不调证及血瘀气滞证。也有文献报道，主张分为五证或六证，颇不一致。通过临床实践，认为不论分为若干证，如能抓住肝郁与脾困症之主次而辨证，就能举一而反三。所谓肝郁，主要表现为少阳证；所谓脾困，主要表现为太阴证。

由于肝郁，则易导致瘀凝热化而伤阴；脾困，则易促使气阻湿滞而气虚，这是无黄疸型传染性肝炎病变发生和发展的一般规律。但是肝郁和脾困，是相互联系互为影响的，由于个人体质、神经类型与机体反应性等的差异，因而，肝郁与脾困的程度，亦各有其不同。故辨别肝郁与脾困的主次，是施治之关键。

基于上述辨证，对其治疗，常选用山栀、郁金、丹参（或茜草），取其清热泻火，疏肝利胆，活血通络，组成基本方。配合柴胡疏肝散（柴胡、枳壳、白芍、甘草、川芎、香附）以治肝郁为主证者；配合平胃散（苍术、厚朴、陈皮、甘草、生姜、大枣）以治脾困为主证者。这是一般的治疗常规。如食欲不振加鸡内金、六曲或炒麦芽，长期大便不成形，加白术、炮姜或黄连；肝肿痛，质较硬，加鳖甲、当归、生白芍，或郁金易莪术，加三棱；气虚者，加党参、白术、茯苓或黄芪；阴虚者加生地、麦冬、杞子或石斛。

无黄疸型传染性肝炎患者肝功能的长期异常，是临床

上所常见而需亟待解决的问题。改善肝功能，亦离不开辨证论治的法则。专凭化验报告的数据，是无从着手的，必须从整体出发，与证同参，或许得其端倪。例如对谷丙转氨酶升高，根据病情，辨别虚实和寒热的属性，甚为重要。一般来说，急性肝炎以属实属热者居多，则于常规治疗中，加用半枝莲、垂盆草、大青叶或板蓝根之类的清热解毒药以降酶；至于迁延性或慢性肝炎谷丙转氨酶的增高水平，虽较急性期为低，但反复的长期波动，亦不应忽视。对此，如见以脾困为主的肝脾失调证，方中加苍术、山药、萸肉以调整肝脾功能，则可逐渐降低；如见以肝郁瘀凝为主的阴虚证，方中加麦冬、杞子、丹参以养阴活血而降酶。

例3：陈某，女性，34岁，干部。患者于1960年8月发现胃纳减少，肝区痛，肝肋下1.5cm，脾肋下2.0cm，肝功能化验：谷丙转氨酶长期波动在175~270u，锌浊10~14u，总蛋白61g/L(6.1g/dl)，白蛋白36g/L(3.6g/dl)，球蛋白25g/L(2.5g/dl)，有支气管扩张病史，西医诊断为慢性肝炎，经西药治疗无好转，于1963年1月开始加用中药治疗。

头晕目眩，神疲乏力，两肋下常觉胀痛，午后常有低热，口燥咽干，舌苔根黄腻，前半薄，质红带紫，脉象细数。肝邪久羁，瘀凝气滞，营阴耗伤。治宜养阴柔肝，调气活血。拟一贯煎加减。方用：

太子参 18g 麦冬 9g 生鳖甲 18g 生地黄 12g 柴胡 6g 丹参 12g 生地黄 12g 当归 9g 枸杞子 12g 萸肉 6g 郁金 9g 黑山栀 12g 制香附 9g 炙甘草 4.5g

以上方加减，持续服用 80 余剂，每日 1 剂。至 3 月底复查肝功，谷丙转氨酶 24u，锌浊 7u，症状消失，观察 2 年，肝功能均在正常范围。

降酶，不能执一方一药而不变，不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。特别是在肝炎病程中，通过治疗虽见谷丙转氨酶降低，而浊度相反提高，为病变趋向慢性或肝硬化的征兆，更需要辨证施治，决不能以单项转氨酶的动态做为疗效的标准。

血清白蛋白和球蛋白的比例不正常，亦为传染性肝炎病程中所常见，而且是形成肝硬化腹水的前兆。过去多采用培补法，疗效不显。传染性肝炎由于肝实质性病变时白蛋白量的产生减少，肝窦内皮细胞增生，使球蛋白增多，因而引起比例不正常，或蛋白电泳试验， γ 球蛋白百分比增高，有白蛋白和球蛋白比例不正常者，临床表现，一般可见有面色晦暗，皮下毛细血管充血，肝脾肿硬，常有衄血，大便不成形，舌质带紫，在中医辨证，属肝血瘀凝证，近年来仿《金匱要略》鳖甲煎丸意，改用鳖甲、牡蛎、当归、白芍、川芎、丹参、莪术、水蛭、虻虫或桃仁、红花、失笑散等以攻为主的攻补兼施之剂，疗效有所提高。但对食欲不振，大便经常溏泻的脾胃运化不良者，先予调整脾胃功能，亦属必要。

时振声

辨证准确需入细 胶执一法难应机

时振声 (1930~1997), 原中国

中医研究院主任医师

本人在 302 医院协作期间, 对病毒性肝炎各种类型作了系统观察; 今就治疗体会, 略述如下, 以供参考。

湿热熏蒸发黄 治在芳化利湿

急性黄疸型肝炎的湿热黄疸, 起病一开始发热者大约占 1/3 左右, 均伴有消化道症状, 个别开始有上呼吸道症状及表证者, 即使热退, 黄疸并不能立即消失, 故认为其发热是湿热熏蒸的结果。单纯解表并不能退黄, 而需芳香化湿与淡渗利湿合用, 如果热重者宜甘露消毒丹去射干、川贝、连翘、薄荷, 加茯苓、生栀治之; 如果湿重宜藿朴夏苓汤加茵陈治之。

例 1: 张某, 女, 20 岁。身热, 尿黄 2 天住院。发病开始即觉低热, 体温 38℃, 无畏寒, 全身疲乏无力, 恶心厌油, 不思饮食, 小便黄赤。查体: 巩膜微有黄染, 肝在右肋下 1.5cm, 剑突下约 3cm, 中等硬等, 有叩触痛, 脾不大, 化验检查: 总胆红素 76.95μmol/L (4.5mg/dl), 麝浊

6u，麴絮十，谷丙转氨酶 1250u。诊为病毒性肝炎，急性黄疸型。现症：身热目黄，有汗不解，口苦口粘，恶心纳呆，渴喜饮水，脉象弦滑，舌苔黄腻。证属阳黄，湿热薰蒸。拟芳化清利之法，用甘露消毒丹加减。2天后体温正常。唯目黄不退，尿色黄赤。此湿热仍重，继服甘露消毒丹加减共11剂，眼目黄染已退，尿色变清，复查总胆红素仍有 $24.2\mu\text{mol/L}$ (2mg/dl)，谷丙转氨酶 320u，纳食增加，肝区不痛，脉仍弦滑，继服甘露消毒丹加减以祛余邪，两周后，总胆红素及谷丙转氨酶均正常而出院。

黄疸心下痞满 治宜小陷胸汤

有的急性肝炎有心下痞满的症状，但是按之又有疼痛，此属《伤寒论》的小结胸病，如138条有：“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。”这是因为急性肝炎，无论是黄疸型或是无黄疸型，由于肝大，很多病人剑突下都有压痛，符合小结胸病的特点，所以用小陷胸汤治疗有效。曾以小陷胸汤加枳实治疗湿热阳黄，用后发现黄疸下降迅速，以后便广泛用于湿热阳黄，在实践中证实：凡有小结胸证候者，用之退黄较快，平均退黄天数26.4天，无小结胸证候者退黄天数较慢，平均退黄天数32.5天，可见一定要准确辨证，恰合病情，方有助于缩短疗程。

例2：李某，男，28岁。因全身及巩膜黄染5天住院。症见全身乏力，心下痞满，不思饮食，恶心厌油，口苦口粘，渴不思饮，大便秘结，小便赤涩，舌苔黄腻，脉象弦

滑。查体：巩膜黄染略带绿色，皮肤黄染，肝浊音界起自右侧第六肋间，肝大右肋下约 2cm，剑突下约 4cm，中等硬度，有压痛，肝区叩击明显，脾不大，无腹水。化验检查：总胆红素 218 μ mol/L (12.75mg/dl)，麝浊 7u，麝絮 +，谷丙转氨酶在 5000u 以上。诊断为病毒性肝炎，急性黄疸型。证属结胸发黄，予小陷胸加枳实汤，以辛开苦降。2 天后恶心消失，痞满大减，能进饮食，大便通畅，精神转佳。1 周后身目发黄亦大减。复查肝功：总胆红素降至 30.78 μ mol/L (1.8mg/dl)，谷丙酶减至 1500u。自觉无明显不适，上方继服 1 周，身目黄染全消。再查总胆红素 18.81 μ mol/L (1.1mg/dl)，谷丙转氨酶减至 200u。仍按原方再服 1 周，总胆红素降至正常，谷丙转氨酶亦恢复正常而出院。

阳黄昏迷狂乱 急宜清营解毒

重症肝炎类似中医的“急黄”，一般是阳黄湿热炽盛化火引起，出现昏迷的病机是：在气分则为阳明腑热结；入血分则是扰营败血，上扰心包。初则神志不清，狂乱号叫，打骂嗜人，或有喜忘幻觉，渐则由狂躁转入平静，意识模糊，乃至昏睡不醒。热毒扰及肝木，或同时耗伤津液，以致肝风内动，风火相煽，可见抽搐摇头，震颤身动。热毒内蕴，三焦气化失常，可有少尿或无尿。热毒迫血妄行，则吐衄便血或现紫斑，终因气随血脱而亡。曾观察 6 例昏迷患者死亡前的脉舌改变，舌质红绛者 6 例，舌苔黄燥 1 例，焦黑 2 例，舌卷 3 例，脉数者 5 例，脉舌改变，符合热毒气营（血）两燔的表现。

如出现腹水者，可有两种情况，一为热甚者，系湿热互结脾胃，阻塞气机，津液不能运化而停聚成水，发为胀满。临床表现腹胀以气为主，口粘口苦，口气秽臭，喜进凉物，或有恶心呕吐，小便短赤而少，大便次数增多，但粘滞不爽，其气秽臭，全身黄疸日益加深，舌苔黄腻，舌质红绛，脉象弦大或数，逐渐发展亦可出现昏迷。一为湿甚者，为湿困脾土，以致水湿积聚发为肿满，临床上腹胀以水为主，小便黄少，大便软薄或稀，次数增多，口粘不渴，或喜热饮，全身黄疸亦逐渐加深，舌苔白腻，质淡津润，脉象弦细或沉细，重症肝炎亦有属于阴黄者，但因黄疸加深后，单从黄色是鲜明还是晦暗上并不容易区分。阴黄的临床特点主要是畏寒喜热，头痛呕逆，大便溏泻，脉弱无力。

在治疗上，一般热毒化火，阳明腑结，黄疸迅速加深，为阻止黄疸加深，可用茵陈栀子金花汤合五味消毒饮加茵陈，重用大黄以通腑泻火；黄疸不再加深，则病情可以化险为夷。热毒入血，则宜清营解毒，用清营汤；热陷心包而昏迷，则宜清心开窍，用安宫牛黄丸。气营两燔而神昏者，可用牛黄承气汤重用大黄，有3例昏迷前兆和3例昏迷的病人，均在用大黄后食醋灌肠，并服安宫牛黄丸，使肠内酸碱度降低，减少氨的吸收，促使有毒物质的排出，使病人获得苏醒。如热毒扰营败血，血结瘀阻，则宜活血化瘀，用血府逐瘀汤、桃仁承气汤、抵当汤加减。肝风内动，则宜清热熄风，用犀羚镇痉汤。热毒内壅，气化失常而少尿无尿者，宜佐滋肾通关丸清利通关。血热妄行而吐衄便

血者，宜直泻心火，用大黄黄连泻心汤；或清热凉血，用犀角地黄汤。出血过多，阳气失附，宜在清热解毒之中加入参附，或先用参附汤，独参以固脱。出现腹水者，热重可清热渗利，用二金汤；湿重则湿化渗利，用胃苓汤。重症肝炎当黄疸继续加深，患者出现精神萎靡，极度无力，倦卧不语，但脉象弦大有力，舌苔黄腻，舌质红绛，为阳极似阴之证，而非阴黄，宜大剂清营解毒之剂加入附子，对扭转病情有益。重症肝炎属阴黄者，宜温化寒湿，用茵陈附子理中汤、茵陈四逆汤等。

在实践中观察了重症肝炎的临床经过，并分析了 25 例的治疗情况，按上述方法治疗临床治愈 13 例，显著好转 3 例，无变化 1 例，死亡 8 例；其中昏迷者 13 例，存活 5 例，死亡 8 例；有腹水 17 例，死亡 7 例，存活 10 例。

例 3：张某，男，31 岁。起病 9 天，病初有发热纳差，恶心呕吐，继则身目发黄，逐渐加深，今日上午突然神志不清，烦躁不安而住院。查体：神志恍惚，答非所问，拒绝检查，皮肤黄染，右背皮肤有密集出血点，巩膜黄染明显，肝浊音界缩小，右肋下肝不能触及，脾未触及，腹部无移动性浊音，膝腱反射亢进。舌质绛，脉弦数。化验检查：总胆红素 $218.8\mu\text{mol/L}$ (12.8mg/dl)，凝血酶原时间 44.5 秒，活动度 15%，血氨 $110\mu\text{g/dl}$ ，麝浊 7u，麝絮 +++，谷丙转氨酶 2500u。诊断为重症肝炎，急性肝坏死。辨为急黄，因湿热内蕴，湿从火化，热毒攻心。拟清营解毒，初用清营汤合安宫牛黄丸 1 剂，仍烦躁不安，吵闹打人，改用犀羚镇痉汤（犀角、羚羊角、生地、玄参、银花、连翘、

菊花、莲子心、甘草)加全蝎、地龙、僵蚕、大黄,另服安宫牛黄丸。药后神识稍清,较为安静,但反应迟钝,继服原方3剂,病人完全清醒,身目仍黄,脉弦不数,舌苔黄微腻,改用茵陈、栀子、银花、连翘、黄芩、黄柏、茯苓、薏米、泽泻、滑石等加减,2周后病势已衰,黄疸减轻、苔白,改用扶脾化湿之剂,最后黄疸完全消失,肝功能正常而出院。

瘀热内阻停水 治当活血化瘀

瘀血发黄,病人可见如狂喜忘,或有出血,或有经闭,或见瘀血乘心而昏迷,大便下瘀血后神志转清,均宜活血化瘀为治,可用血府逐瘀汤、桃仁承气汤、抵当汤等加减,重症肝炎过程中可以见到,慢性肝炎或肝硬化过程中,由于瘀血积聚日久化热亦可见到。

例4:蔡某,女,48岁。发病1个月,纳差呕恶,最近2天开始嗜睡,黄疸逐渐上升。查体:肝浊音未见缩小,肝在右肋下可触及,脾未触及,腹水征阳性。化验检查:总胆红素 $299\mu\text{mol/L}$ (17.5mg/dl),血氨 $130\mu\text{g/dl}$,谷丙转氨酶 720u ,麀浊 21u ,麀絮十十十,诊断为重症肝炎,亚急性肝坏死,肝昏迷前期。诊其脉弦滑,舌苔黄质红,并伴口苦口干,大便秘结,尿少黄赤,证属湿热内蕴,湿从火化,热毒较甚。用茵陈栀子金花汤合五味消毒饮加减煎服,并用大黄灌肠,经治疗后神志转清,不再嗜睡,黄疸未继续上升,总胆红素停留在 $273.6\sim 290.7\mu\text{mol/L}$ ($16\sim 17\text{mg/dl}$)左右,腹水未减,仍觉腹胀,如此约1个月,证

无进退。后得知病人此发病前已停经4个月,《金匱要略》有:“经水不通,经为血,血不利则为水,名曰血分。”故此次发病应当与瘀血有关,瘀血内阻影响肝胆疏泄及肾的腹水。《金匱要略》指出血分是少阳脉卑,少阴脉细,说明了肝胆及肾在发病上的重要作用。遂改用血府逐瘀汤加大腹皮、茵陈、车前草、茯苓等,疏利肝胆,活血化瘀,行气利水,药后黄疸逐渐下降,腹水逐渐消退,共治疗3个多月,肝功能正常而出院。

阴黄寒湿内阻 理当温化寒湿

黄疸型肝炎中属阴黄者较少。临床观察病毒性肝炎黄疸型128例,其中仅1例阴黄,余均为阳黄。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(如湿偏重者过用苦寒),则可加快向阴黄转化,阴黄的病位在脾肾,病机是脾肾阳虚,故吴坤安说:“发黄,汗出,身冷,脉沉迟,小便不利,口不渴者,阴黄也。”宜用茵陈四逆汤、茵陈术附汤、茵陈附子理中汤治疗。如果病仅在太阴,则手足自温,吴坤安说:“太阴病,小便不利,湿土为热所蒸而发黄者,茵陈五苓散主之。”则似为阴黄湿偏重之治,太阴发黄可用茵陈理中汤。曾治1例黄疸型阳黄湿偏重转化为阴黄的病例。

例5:宋某,男,42岁。因食欲不振,恶心呕吐,目黄身黄7天住院。查体:巩膜黄染,肝在右肋下1cm,无压痛及叩痛,脾未触及,化验检查:总胆红素 $98.3\mu\text{mol/L}$

(5.75mg/dl), 麀浊 6u, 麀絮 ++, 谷丙转氨酶 1475u。初诊时因舌淡苔白腻, 脉缓, 诊断为阳黄湿偏重, 予茵陈胃苓汤加减, 服 10 剂后症状不见缓解, 除仍恶心呕吐外, 黄疸急剧加深, 总胆红素增至 $406\mu\text{mol/L}$ (23.75mg/dl), 谷丙转氨酶反下降到 310u, 血清胆红素与谷丙转氨酶的反相变化, 提示病情有急剧恶化之可能, 病人出现畏寒肢冷, 虽时值炎夏, 不仅以被覆身, 而且要门窗紧闭, 饮水服药虽滚烫而不觉热, 精神萎靡, 不愿说话, 并有头痛头昏, 尿色如浓茶状, 舌淡白润, 舌苔白腻, 脉象沉弱。用予茵陈四逆汤加人参, 3 剂后症状明显好转, 头昏头痛消失, 不觉畏寒, 说话增多, 饮食增加, 精神转佳。继续服茵陈四逆汤加减共治疗 2 个月, 黄疸全消, 肝功能正常而出院。

少阳失于疏泄 治应和解疏泄

阳明湿热内蕴, 少阳肝胆失于疏泄, 以致往来寒热, 眼目发黄, 右胁及心下疼痛, 恶心呕吐, 口苦口干, 口粘不欲饮水, 大便干结, 舌苔黄腻, 脉象弦数。可用四逆散合小陷胸汤治之, 甚则可用大柴胡汤, 以和解少阳, 疏肝理气, 清热利湿。本类病人每因饮食不慎, 进食油腻及饮酒而诱发, 《金匱要略》中的谷疸、酒疸可能与之相关, 虽亦属湿热阳黄, 但因少阳肝胆失于疏泄, 故发作时有往来寒热及黄疸, 服药后往来寒热消失, 黄疸亦退。

张 琪

芳香宣化 解毒化瘀

张琪(1922~), 黑龙江省
中医研究院研究员, 著名中医学家

急性黄疸型病毒性肝炎

本病因于湿热郁结, 邪无出路, 瘀而发黄。治疗原则以清热、利湿为两大法则。如湿重于热者, 应以利湿为主, 清热为辅, 如茵陈五苓散等。若热重于湿者(无表里症)可用栀子柏皮汤; 里实不大便有腹满症状者可用茵陈蒿汤、大黄硝石汤等, 多在1~2周内, 黄疸消退, 体征改善, 肝功能恢复。如湿热两盛, 可用加减甘露丹之类。有表证亦法汗解, 可用麻黄连翘赤小豆汤。治疗本病大法有三。

一、芳香宣化法

如甘露消毒丹, 用于阳黄初起, 临床表现为发热, 疲劳, 食纳不佳, 厌油腻, 恶心呕吐, 大便溏, 胃脘胀满不适, 或头痛, 全身肢节酸痛, 尿色黄, 脉缓, 舌苔白腻, 巩膜稍黄, 肝脏肿大。少数病人见脾肿大, 血中胆红质阳性, 谷丙转氨酶活性增高。可用甘露消毒丹:

滑石 20g 茵陈 15g 黄芩 15g 石菖蒲 15g 川贝母

15g 木通 15g 藿香 15g 射干 15g 连翘 15g 薄荷
10g 蔻仁 10g

本方具有化浊利湿，清热解毒之功。凡湿温、时疫初起，邪在气分，湿热俱盛时，均可使用。

二、苦温化湿法

适用于湿偏重，热较轻者。如黄疸型肝炎，黄色不鲜明，尿少，色黄，大便溏，腹满，头昏，恶心。脉沉缓，舌白苔厚腻。肝功能有明显改变，肝肿大等。茵陈五苓汤为本法代表方剂。

茵陈 30g 白术 15g 泽泻 15g 猪苓 15g 茯苓 20g
桂枝 15g

三、清化湿热法

用于热偏重者。临床表现为黄色鲜明润泽、如橘子色，发热，口渴，小便黄少，烦躁，腹满，右季肋痛，大便秘结，结数有力，舌苔厚黄且干。肝功能有改变，谷丙转氨酶活性增高，黄疸指数升高，麝浊、脑絮皆增高。其代表方剂为茵陈蒿汤：

茵陈 100g 栀子 15g 大黄 10g

大黄硝石汤、栀子大黄汤皆可变通应用。

对急性黄疸型肝炎，常以茵陈蒿汤加银花、板蓝根治之。

茵陈 50g 栀子 20g 大黄 50g 金银花 50g 板蓝根
30g

适应症：急性黄疸型肝炎具有下列证候者：

1. 黄染明显，色泽鲜明如橘子有光泽，身热口苦，呕

吐恶心，不欲食，腹满大便秘，小便色深黄，舌苔干或黄，脉缓大有力或沉滑。

2. 肝区痛、肝大有触痛、肝功能有明显异常(酶、絮及黄疸指数增高，血中胆红质阳性)。

本方辨证重点在于腹满便秘，如无腹满便秘则大黄可不用。阳黄与阴黄在于黄染色泽明亮与晦暗，前人以寒与热区分，据临床观察属湿发黄的，除肝炎外有属肝病末期者，如肝硬化、肝癌等。但是属于湿热黄疸型病毒性肝炎其黄疸也有鲜明与晦暗之别，其病机为湿热之比重，如湿重于热，即出现黄色不明亮，宜茵陈五苓散之类。如热重于湿，即黄色有光泽者，宜本方或栀子柏皮汤之类。如热重于湿，即黄色有光泽者，宜本方或栀子柏皮汤之类。

茵陈味苦微寒，有除湿清热退黄作用。凡湿热熏蒸而发黄者，多以此药为主。能促进胆汁分泌，故能退黄疸，同时有解热降压作用。本品绝大部分为挥发油，如高温煮沸时间过久，其挥发油被挥发，即降低或失去药效。故宜轻煎不宜久煎，一般皆后下，用于解热，用浸剂疗效较好。

暴发型肝炎

暴发型肝炎也称重症肝炎，病情凶险，死亡率高，与中医之急黄、瘟黄相似，常以下方治之。

茵陈 50~100g 川连 15g 金银花 50g 龙胆草 15g
 当归 25g 败酱草 50g 大黄 15g 茯苓 20g 白术 20g
 郁金 15g 甘草 15g 丹参 25g

适应症：暴发型肝炎，急性、亚急性黄色肝萎缩。

1. 黄疸进行性加深，身热，意识障碍，在昏睡前期或已入昏睡，先昏睡继而烦躁不宁，谵妄和狂躁，最后转入昏迷或半昏迷，舌质红绛，苔黄燥，腹胀满，或有腹水，小便少色黄赤，脉滑数或弦数。

2. 肝功能明显减退，黄疸指数随黄疸加重而增高，血氨有时升高，肝缩小伴明显肝臭。

本方以清热解毒为主，健脾利湿为辅，活血化瘀次之。方内银花、败酱草、川连、黄柏、茵陈、栀子、大黄皆为清热解毒，利胆退黄之药；白术、茯苓健脾利湿；当归、丹参、郁金活血祛瘀。

急性黄色肝萎缩黄疸进行性加深，呈现昏迷、半昏迷状态，为邪热内陷心包之证，故以大黄等清热解毒之药为主，此时可与安宫牛黄丸合用。本方多伴以腹胀、腹水，故辅以白术、茯苓以健脾利湿，如腹胀甚者可加二丑、海藻等，以攻逐水气，佐以活血化瘀之药，如丹参、郁金、当归等以增强疏肝利胆之功能。

败酱草辛苦微寒，清热解毒，消痈排脓，同时又有活血行瘀之效。因此，对血滞所致之胸腹疼痛有效。如《卫生易简方》治产后腹痛如锥刺者，独用败酱一味水煎服。近代药理实验证实本品有扶肝降酶、降絮、促进肝细胞再生，防止肝细胞变坏死作用。故本品与茵陈、银花用量较大。

姜春华

大黄草药主清利 醒脾健胃兼顾之

姜春华（1908～1992），原上海
医科大学教授，著名中医学家

急性黄疸型肝炎，辨证大致分为湿重、热重、湿热并重型。治疗多以清利湿热为主。姜氏治疗本病则以清热解毒为主，较少用利湿药。同时宗吴又可之说，认为发黄乃由小便不利而致，小便不利因于小肠之火，小肠之火缘于胃家移热，故以胃热为本，余均为标。方选茵陈蒿汤，其中尤以大黄为重。姜氏体会一般祛湿药对黄疸并不能起到消退作用。而且认为利小便虽能使湿热从小便排出，并不能清除黄疸产生的根源。故治疗肝炎，当以病毒为本，肝炎为标；肝炎为本，黄疸为标；黄疸为本，小便赤少为标。中药治疗，应以清热为主，利湿次之。因清热消炎解毒之药，能针对病毒起治本作用。利湿则协助清热药，通过增加小便以排除黄疸等代谢毒物，但不起治本作用。吴又可重用大黄以治胃热是可取的，但是，按照今天的认识是不够的，应该加上清利肝胆和清热解毒的药物。姜氏常用生大黄、黄柏、川连、龙胆草、山栀、丹皮、连翘、大青叶、田基黄、对坐叶等。方意是取茵陈蒿汤、栀子柏皮汤、龙

胆泻肝汤三方增减相合而成。唯方中多不用茵陈。姜氏体会茵陈力薄效微，徒有虚名，退黄作用不强。

姜氏治肝炎喜用大黄，一般用量为 9g 以上。主张生用，勿久煎。除胃有宿疾服后不舒，需佐以温胃健胃之品外，其余径用之。大黄少些可健胃。服后若有腹泻，请患者勿讶，此乃热毒得泄，三五天后毒去则泻止。

治疗急性肝炎，姜氏擅用草药，如田基黄、荷包草、垂盆草、岗稔根、平地木之类，对于降低转氨酶与黄疸有较好的作用。据临床经验，这些草药的作用确较茵陈五苓等药为好。配入方剂中使用，效果确比单用“官药”为高。且草药不仅“草泽医”用，正规方书亦有记载。如田基黄、荷包草、平地木等，《医林绳墨》中则有记载。

姜氏主张治疗肝炎应考虑体质因素，这样才能取得较为满意的效果。如体弱者，上方可以减量或加参、芪之品以扶助人体正气（提高机体机能免疫力）来抗衡病毒；纳差者，可加豆蔻、砂仁、藿苏梗、生谷麦芽之类以醒脾健胃，扶助后天；对于宿有胃寒之人或胃有不适者，略加温养胃气之药即可；腹胀者，加川朴、大腹子（皮）以舒畅气机，使其升降有度，开阖有常；呕恶者，加半夏、竹茹和胃降逆，恢复胃气之正常枢纽；口渴者，加天花粉、石斛以生津养阴止渴，促进体液新生。

沈炎南

着眼湿热疫毒 祛邪宜早宜彻

沈炎南（1920～1990），原广州中医药大学教授

沈氏认为，急性肝炎无论是黄疸型还是无黄疸型，其病机重心都在肝、胆、脾胃，皆因湿热疫毒壅盛于内，弥漫三焦所致。因此，对急性肝炎之治疗，应着眼于祛除湿热疫毒。黄疸型与无黄疸型两者之间既有以上共同点，但又各有区别。急性黄疸型肝炎病邪以湿热为重，因此在治疗上以清利湿热为主，解毒为辅。临床常用自拟的茵田白背汤：

茵陈 30g 田基黄 30g 白背叶根 30g 茅根 30g 车前子 15g 虎杖 15g

若证属热重于湿，热毒炽盛者，则当以清热解毒为主，利湿为辅，上方加十大功劳、板蓝根各 15g，大黄 9g，黄芩 9g；若湿重于热者，则应加强利湿之药，上方加半边莲、薏苡仁各 30g，茯苓 20g；若胁痛明显者加川楝子 9g，郁金 15g，白芍 12g，甘草 6g。

急性无黄疸型肝炎的病邪以疫毒为重，然多挟湿邪为患。临床上除皮肤与眼巩膜不黄外，其余症状基本上与急性黄疸型肝炎相同。治疗均以清热解毒为主，利湿为辅。常

用自拟田基黄汤：

田基黄 30g 鸡骨草 15g 土茵陈 15g 人字草 15g
板蓝根 15g 蒲公英 15g 夏枯草 9g 甘草 6g

若疫毒炽盛，患者心烦懊恼，口渴，口苦，夜寐不宁，小便黄赤短少，上方加白花蛇舌草、虎杖、半枝莲各 15g；若兼肝气郁结，瘀热内阻，胁痛、肝肿大明显者，上方加白背叶根 30g，郁金、丹参各 15g，佛手 12g；大便干结不畅加虎杖 20g，枳壳 12g；若湿邪偏盛，身重困倦，纳呆脘痞，舌苔黄白滑腻，可加茯苓 30g，薏苡仁 30g，白薏仁 6g（后下）。

要而言之，急性肝炎无论有无黄疸，都应以祛邪为急务。治疗急性肝炎要注意三个问题：

一是祛邪勿迟疑，肝炎病要及早诊治，应抓紧时机，趁正气未虚，尚任攻逐之时，及早祛邪外出，如此则病易愈。反之，若拖延时日，正气为邪毒所伤，湿邪疫毒胶结不解，邪实正虚，则疾病缠绵难愈。这可作为急性肝炎治疗的一个总则。因此，急性肝炎开始时，总以祛邪外出为要，而且越早越好，开始兼有表证，可参以解表，选用仲景麻黄连翘赤小豆汤加减，使湿热之邪以汗解；湿热疫毒胶结于气分之时，应促使邪毒从二便而解，故应保持大、小便通畅，通利二便为治疗急性肝炎最为常用的方法，其总的精神不外是使邪有出路。故用药要果敢果断，开始用药要早、要快，剂量无妨大一些。

二是用补勿过早，湿热之邪为患，易见身体困倦乏力等“假虚”之象，此时切勿过早使用补剂，过早用补，往

往会使毒邪复炽，湿热之邪更加胶结难解。

三是治疗要彻底。急性肝炎经治疗一段时间后，临床症状很快就得到控制，病人自觉症状消失，表面上好象已恢复了正常状态，此时病人往往会中止治疗。但此时仍有湿热疫毒残留，如不彻底消除，而病人本身的正气又不足以消除这些“余毒”时，余毒则会长期潜伏，体内为患，往往会演变成慢性肝炎。因此，急性肝炎在临床症状消失，甚至在肝功能检查恢复正常之后，仍要坚持治疗一段时间，以彻底清除“余毒”，拔去病根，防止演变成慢性肝炎。当然，在此时期的治疗，就不能再急务祛邪，而应扶正祛邪两相兼顾，可在茵田白背汤或田基黄汤基础上，适当减少药味、药量，脾气虚者，可合五味异功散（党参、白术、茯苓、甘草、陈皮）再加白芍；肝阴虚者加白芍、桑椹子、乌豆衣、岗稔根之类。使邪去正复，根除隐患。

例 1：熊某，男，44 岁。1976 年 9 月 11 日初诊。

患者 7 天来身目发黄而色鲜明，头晕身倦，胁痛，口干口苦，大便秘结。舌边红、苔黄腻，脉滑数。实验室检查：黄疸指数 120u，凡登白氏直接反应+++，间接反应++，硫酸锌浊度试验 20u，胆红素 171 μ mol/L（10mg/dl），脑磷脂胆固醇絮状试验+++，麝香草酚浊度试验 20u，谷丙转氨酶 370u。证属阳黄热重于湿，治以清热解毒利湿，茵田白背汤加减：

茵陈 30g 田基黄 30g 白背叶根 30g 十大功劳 30g
虎杖 15g 车前子 15g 茯苓 15g 白芍 12g 黄芩 9g
甘草 6g

水煎服，日1剂。共服15剂，诸症悉减，仍头晕身倦，热势减而湿未去，转以利湿清热为主。处方：

茵陈 30g 白背叶根 30g 薏苡仁 30g 茅根 30g 半边莲 30g 茯苓 18g 山栀子 9g 川楝子 9g

先服6剂，黄疸基本消退，小便变清，自觉疲乏，脾虚之象已显，处方：

田基黄 15g 茵陈 15g 党参 15g 茯苓 24g 白芍 12g 甘草 6g

共服6剂。黄疸完全消退，胁痛止，小便清，大便畅，身倦减，实验室检查上述各项指标均已正常，拟健脾滋肝以善后。处方：

田基黄 15g 党参 15g 茯苓 15g 乌豆衣 15g 白芍 15g 桑椹子 9g 钩藤 9g 岗稔根 30g 熟地 18g

例2：李某，男，2岁余。1981年10月28日初诊。

患儿于该年8月28日体查发现谷丙转氨酶164u，麝浊2u，麝絮正常，乙型肝炎表面抗原阳性，近半月来纳差，尿黄，疲倦。诊见皮肤、巩膜无黄染，肝稍增大，舌苔黄腻，脉弦数。为湿热疫毒壅滞于肝，拟清热解毒利湿，田基黄汤加减：

田基黄 6g 人字草 6g 鸡骨草 3g 蒲公英 3g 板蓝根 3g 夏枯草 3g 土茵陈 3g 甘草 3g

日1剂。共服8剂，胃纳转佳，原方加党参6g，日1剂。服药月余，检查肝功能正常，乙型肝炎表面抗原转阴性，黄腻苔退，脉不弦数，再予调理巩固。处方：

板蓝根 3g 土茵陈 3g 蒲公英 3g 淡竹叶 6g 人字

草 6g 茯苓 6g

隔日 1 剂。调理月余，复查肝功正常，乙型肝炎表面抗原阴性。

汪承柏

慢性肝炎高黄疸 审识标本重热瘀

汪承柏（1926～ ），解放军
第 302 医院主任医师，肝病大家

慢性活动型肝炎高胆红素血症，系指经临床或病理检查，诊断为慢性活动型肝炎，病程中出现高黄疸，血清总胆红素超过 $1710\mu\text{mol/L}$ (100mg/dl) 以上者而言。这是慢性活动型肝炎病情严重的标志之一。虽然有的病例表现为单纯高黄疸，而全身状况良好，但大部分病例可以合并有腹水、凝血机制严重损害（例如凝血酶原活动度明显低于正常）、出血、肝昏迷、肝肾综合征、感染等一种或多种并发症。本院资料表明，单纯高黄疸或高黄疸合并腹水者，近期预后较好；但有其他合并症者死亡率一般较高。本病虽属中医黄疸范畴，但因久病、有多脏腑功能失调、反复出现黄疸等特征，故不同于“急黄”或通常所见的肝炎黄疸。

一、要弄清标本关系

古人云：“知标本者万举万当，不知标本者是妄行。”慢性活动型肝炎，什么是标，什么是本，有时不易辨认。因为这类病人虚实夹杂，容易混淆。例如病人有口渴、便干、舌苔黄腻，但按湿热论治却不奏效；有时舌红绛，脉细数，形似热入

血分,用凉血清营之剂,也难以阻断病情发展。虽然目前尚难归纳出中医治疗本病的规律,但有两点可供临床参考:

其一,慢性活动型肝炎高胆红素血症患者,临诊时绝非为单一症候,常见多种症候并存。但由于病机复杂,临床表现不典型,一时难以从复杂的症状中找出其起主导作用的,或者反映病人真实情况的症状,从而一时难以做出准确的辨证。治疗中必须分清主次,抓住主证,兼顾他证。方可取得较好疗效。

其二,从整体状况分析病情。须知黄疸有湿热、寒湿、火盛、瘀热等成因,不能一见黄疸,即认为是湿热,而投以大剂苦寒清利之品。何况慢性活动型肝炎患者,因久病每有正虚,尤其是脾肾亏损相当常见。对于具体病人,是正虚邪实,抑或是正邪俱实,其治则是不同的。对有黄腻苔病人,是湿热为主,还是脾虚生湿、湿久化热,均当慎重辨别。但也应看到,虽然本病表现以湿热内蕴为主证者并不多见,但在少数病例中确可见有“湿热余邪滞留未尽”的特征。湿与热结,可以表现为肝胆湿热,而用龙胆泻肝汤主治;也可表现为痰热互结,治以小陷胸汤合活血之品;也有湿热弥散三焦,而用三仁汤合甘露消毒饮加减治疗;有的甚至如同急黄,表现为阳明腑实证,用大承气汤或在辨证论治基础上加硝黄通下,取效甚速。

二、要重视血热血瘀之病机

由于本病是慢性疾患,久病入络,因此常可导致血瘀。正如《张氏医通》所说:“诸黄虽多湿热,然经脉久病,不无瘀血阻滞也。”慢性活动型肝炎高胆红素血症患者几乎都

有不同程度的血瘀见症，血瘀又可加重病情，甚至是黄疸加深的主要病机。血瘀发黄的主要特点是小便自利。《普济方》中载：“血瘀之黄，小便自利耳。”沈金鳌也说：“诸黄皆小便不利，唯瘀血发黄，小便自利。”临床所见确是如此。这些病例虽然有重度黄疸，却小便自利。此外，在血瘀较重的高黄疸病例中，常瘀热互结，邪毒深伏，有明显的里热征，此即所谓“瘀热在里，身必发黄”。有的病例有严重的出血倾向，如鼻衄、齿衄、皮肤瘀斑等，黄疸合并出血系由“脾胃火热，热伤于心，心主血，热气盛，故发黄而动血”。历代医家对瘀热交结发黄的治疗，多有主张用犀角散等凉血活血之剂治疗者，但近世医家报道不多。近几年来用凉血活血重用赤芍治疗，收效较好。

三、用药不宜偏颇

前已述及慢性活动型肝炎存在多脏腑功能失调，故用药时切忌偏颇，以免导致新的失调。例如对阴虚湿困或血热湿困者，祛湿宜防辛燥伤阴，滋阴宜防滋腻滞邪，凉血宜防苦寒伤正，活血宜防攻伐而动血耗血。所以在对慢性活动型肝炎高黄疸病人进行辨证施治时，选方用药要慎之又慎，力求稳妥。

诊治慢性活动型肝炎高胆红素血症，不必拘泥于分型，重在认真辨证，因为这类病人个体差异很大，变化快，病情重，很难用一个或几个证型确定，也很难用几个固定方剂解决病人的各种矛盾。当然根据大量临床实践，对某一证型，采用相对固定方剂，仍属必要，这样既便于重复，也有利于推广。

任继学

疏利肝胆虽为主 补中升阳亦求之

任继学（1925～ ），长春中医学院教授，著名中医学家

黄疸病是临床常见疾病之一，然此病之源有发于肝者，则名为肝瘟；发于胆者多为胆胀；更有发于脾者，则为脾黄也。就其病因而言，一为湿热病毒，二为疫疠之邪，三为饮食所伤，造成机体内脏肝失疏泄之能，胆失通降之力，脾失上升之性，运化无权，邪气内潜，破坏气化之枢，胆汁内瘀，渗入营血，致营血内含胆汁运行于全身，故症见身黄、颜面目黄、尿赤或茶褐色。舌红，苔黄白相兼而腻，脉沉弦而数或滑数。

治宜疏肝利胆为主，药用：白鲜皮、秦艽、姜黄、茵陈为君；臣以柴胡、白术（湿盛用苍术）；佐以酒洗生地、生茅根；使以白蔻皮。症见高热，神昏谵语，妄动不安，肝臭或身有斑疹，颜面红赤，口唇红绛前板齿燥，舌绛，苔黄厚有裂，或生芒刺，脉多洪数或上而鼓指，为肝体受邪深重，迫使营气陷于肝之腠理，而生坏死之危疾，法宜清热解毒为主。前方君药加羚羊、犀角，臣药去白术加大青叶、黄连，使药加栀子仁，便秘加川军，配合玳瑁水煎、送服安宫牛黄丸，亦可送服犀珀至宝丹（方见《重订广温热

论》)。病情危重必须 2 小时 1 次。

症见发热口渴，纳呆腹胀，便秘溺赤，舌红苔黄厚而干，脉数者，前方加梔子皮、黄芩、黄连、厚朴、川军之属，治之可愈。

若因医生误治，久服苦寒之品，伤及肝胆之阳，损及脾胃之气，经致中焦升降功能减退，土气痞塞，引起肝之阳气内旋，疏泄无能。在病机上，肝胆不济，胆之少阳升发之气减弱，胆汁内瘀，渗入营血，造成黄疸久而不退。症见全身乏力，纳呆恶心，腹胀身黄色淡，言语无力，气短畏寒，精神不振，颜面青白淡黄而萎，喜卧懒言，舌淡红，苔薄白，脉沉虚而弱。法宜补中益气，升阳利胆为主。药用人参、炙黄芪、升麻、柴胡、荷叶、白术、当归、片姜黄、茵陈、肉桂。水煎服之可愈。

吕承全

阴阳虚实须明辨 急黄危症赖斡旋

吕承全（1917～ ），河南中医学院教授

亚急性肝坏死是以较大面积肝细胞坏死为病理特征的重症肝炎，病情危重，进展较速，死亡率高。亚急性肝坏死属于祖国医学黄疸范畴，类似于“急黄”、“瘟黄”。治疗亚急性肝坏死，应立足于辨别阴阳虚实，尤贵于顾护脾肾。

瘟毒湿热郁结脾胃，当从阳黄论治

亚急性肝坏死以感受瘟毒湿热之邪过盛，脾胃郁热为主要病机。湿热毒邪过盛，必伤脾胃，证见黄疸色泽鲜明，发热不渴，小便黄如柏汁，吐血衄血，大便干燥。当清热解毒，化湿利胆。此证虽系瘟毒邪盛，但脾胃之气尚存，从整体调治，须祛邪安正，调整脾胃之升降及肝之疏泄功能。用自拟“解毒救肝汤”为主方治之，方用茵陈化湿利胆，栀子、黄连、大黄清热泻火，金银花、蒲公英、板蓝根清热解毒，生白芍柔肝止痛以护肝，甘草调和诸药。然急黄又当分清热重于湿和湿重于热辨证治之。若热重于湿，症见舌苔黄燥，脉弦数，吐血衄血者，则治应着于泻火解毒，以达郁邪，主方重用芩、连、栀子、大黄，加生地、大小蓟、

犀角、羚羊角等品。若湿重于热，症见舌苔垢腻，脉滑数，大便臭秽不爽，身体困重，则治应着眼于芳香化湿之品，升动脾阳，主方重用茵陈，加藿香、佩兰，佐以茯苓、泽泻、车前子等渗利之品；若呃逆呕吐者，加半夏、竹茹、代赭石之类和胃降逆；腹胀有水者，加厚朴、陈皮、茯苓皮、车前子等行气消胀，淡渗利水之品，以助脾运，多获良效。

脾肾阳微，气血衰败，须从阴黄论治

黄疸一证，古人多言湿热。文献报道亦多认为亚急性肝坏死是湿热毒邪化火所致，治疗多从温病之卫气营血辨证，所选方药也多系苦寒清热，化湿利胆之品。然伤冷中寒，脾胃虚弱，七情内伤，血气衰败而致一身皮肤面目俱黄者，世人不察脉证，但见黄疸，遂云同是湿热，而治宜茵陈、栀子、黄连等泻火利胆之剂，不鲜随药而日见病情转危者。临床会诊中遇此证最多。此证可见黄疸色泽晦暗，低热不退，神思昏倦，言语轻微，口干不欲饮，大便溏软，腹胀纳差，脉沉数无力，舌质淡，舌体胖大，苔白或灰腻少津，甚或有腹水，小便短少。此证系中气大伤，脾不化血，使脾土之色目见于外。此证与湿热发黄者反若冰炭。《景岳全书》曾云：“凡病黄疸而绝无阳证阳脉者，便是阴黄。”“阴黄症，则全非湿热，而总由血气之败。”此证若不大补脾胃，调整脾胃升降之功能，速救其元气，则终无复元之理。此类亚急性肝坏死均属阴黄症，不可不辨！每遇此证，常用自拟“温阳保肝汤”调治，获效甚多。方中附子片、肉桂、干姜温补脾肾，以复元气，伍以茵陈温化寒

湿浊邪，党参、白术、茯苓、大枣以增健脾之力，升运脾阳，甘草调和诸药。若胃满腹胀者，加砂仁、厚朴之类行气除胀；气逆呕吐者加陈皮、半夏和胃降逆；呃逆连绵不止者，伍丁香、柿蒂、代赭石、旋覆花之类降逆止呃；腹大水肿，小便短少者，加猪苓、茯苓皮、泽泻、车前子、大腹皮淡渗利水；有瘀血者，加桃仁、红花、赤芍、丹参、当归之类化瘀通络。用此法从整体调节心、脾、肾之虚以培血气，血气复，则黄疸必尽退之。

邪盛正衰，虚实错杂，应温阳扶正为要

亚急性肝坏死患者若脾胃素弱，虽瘟毒湿邪过盛，若攻伐太过而伤脾肾，形成虚实错杂之证，此证系由阳黄转为阴黄。根据实践认为，不必诸阴证悉备，只要有脾肾阳虚之象，必先扶阳，选用附子、肉桂、干姜、党参之类以温补脾肾，正气复，则阴邪自退。因阳气衰微，阴霾四布，急用温补回阳之品以固其元气，则可防微杜渐，以控制病情继续恶化。临证如不能辨其阴阳虚实，阴黄误以阳黄论治，袭用苦寒攻伐，倒行逆施，则正气衰败，终致阴阳离决。

总之，亚急性肝坏死之阳黄症是湿热毒邪过盛，如不及时采用苦寒攻泻，清热利胆，则易伤其正气，故宜祛邪安正为主，以免贻误病机。阴黄症是脾肾虚寒，血气衰败所致，宜用温补脾肾，化湿利胆法治之。在实践中应注意到阳黄与阴黄是正邪交争，是可以互相转化的，往往是正不胜邪，气血亏损而转化为阴黄症。所以，辨治时必须注

意顾复脾肾以固本，达到正气复，邪气退，方可化险为夷。

例 1：高某，男，36 岁，工人。住院号 8902，1967 年 12 月 18 日初诊。

患者右胁痛已 3 月余，因饥寒冻馁，引起高烧。近十日内巩膜及全身皮肤出现黄染，并迅速加重，头晕恶心，呃逆呕吐，肝区痛，腹胀有水气，鼻衄咯血，尿深黄短少，大便干，精神萎靡，体温 39℃。黄疸指数 84u，谷丙转氨酶 660u，脉弦数，舌质红，苔黄腻，诊断为亚急性肝坏死，黄色肝萎缩。

证属疫毒炽盛，阻滞中焦，气机逆乱，治则：清热利胆，解毒救肝，自拟解毒救肝汤加减。处方：

茵陈 60g 炒山栀 9g 大黄 9g 黄柏 9g 金银花 30g 生白芍 30g 黄芩 9g 佛手花 9g 桑白皮 9g 白茅根 30g 竹茹 6g 柿蒂 9g

上方服 6 剂后，呃逆呕吐未止，大便泻后转黄，小便利，腹胀水肿减轻。午后仍低烧，出汗，面部浮肿，身倦无力，脉沉细弦，舌质红，苔薄腻，病有转机，毒邪退去过半，肝脾运化疏泄之力未复，再拟健脾和胃，疏肝利胆之法。处方：

茵陈 30g 茯苓 30g 白术 10g 泽泻 10g 山药 30g 薏米 30g 白芍 15g 党参 15g 黄芪 15g 陈皮 10g 车前子 20g 白茅根 30g 焦三仙各 10g

上方加减服 12 剂，黄疸全消，低热已退，衄血咯血均止，胃纳好转，仍感肝区隐痛，脾之运化力尚弱，大小便均利，体质仍虚，脉沉弦，舌质红。根据病情，属肝阴不

足，拟滋补肝肾之剂，一贯煎加减，以善其后，巩固疗效。
处方：

白芍 20g 杞果 10g 北沙参 15g 玉竹 12g 麦冬
9g 生地 20g 山药 30g 鳖甲 30g 知母 9g 炒山栀 9g
茯苓 15g 甘草 6g 大枣 5枚

上方加减调理月余，肝功能全部恢复正常，痊愈出院。
3年后随访，正常工作。

例2：郭某，男，58岁，干部，1970年5月26日住院。

患者于一年前因冠心病心衰引起肝大，治疗后已恢复健康。两月前因食卤肉而致中毒，胃痛呕吐，发烧腹泻。当地医院按胃肠炎治疗，症状缓解后，仍低热不退，体温37.4℃，继发黄疸，日渐加重，皮肤色黄晦暗，胃满厌油腻，呃逆，腹胀大，腹围96cm，水气并发，小便黄如柏汁，大便稀溏，色淡黄。体倦无力，精神不振，病势沉重。肝功能检查：黄疸指数70u，谷丙转氨酶450u，麝香草酚浊度7u，总蛋白65g/L（6.5g/dl），白蛋白28g/L（2.8g/dl），球蛋白37g/L（3.7g/dl），脉沉细无力，舌体淡胖，边有齿痕，苔白腻。入院前，在北京某医院诊断为“亚急性肝坏死”，“黄色肝萎缩”。根据以上脉证，属脾肾阳虚，湿从寒化，寒湿内聚，阻滞中焦，气机运化失职，肝之疏泄无能，胆外溢，为阴黄之候。拟用温脾阳，和中焦，化湿利胆。自拟温阳保肝汤加味。处方：

茵陈 60g 附子片 10g 干姜 9g 白术 10g 茯苓
20g 白芍 30g 半夏 10g 枳实 10g 厚朴 10g 党参 9g
代赭石 20g 旋覆花 20g 肉桂 3g 甘草 9g 焦三仙各

10g

上方服月余后，病情好转，呃逆呕吐均止，低热减退，黄疸腹水均减轻，食欲增强，大便成形，小便增多，腹胀减轻，能转矢气，精神亦较好，脉沉细弱，舌质淡苔白薄。根据以上脉证，已有转机，仍脾胃运化力弱。拟用健脾和胃，温阳化湿，养肝利胆，以复正气。处方：

茵陈 30g 党参 15g 白术 9g 山药 30g 薏米 30g
茯苓 30g 泽泻 15g 陈皮 10g 枳壳 10g 大云 10g
杞果 15g 鸡内金 10g

根据病情变化，略有加减，服 56 剂，黄疸全消。胃纳消化均好，腹已不胀，二便畅利，体质日渐恢复。肝功能检查：黄疸指数 4u，胆红素 3.4 μ mol/L (0.2mg/dl)，总蛋白 54g/L (5.4g/dl)，白蛋白 34g/L (3.4g/dl)，球蛋白 20g/L (2g/dl)，谷丙转氨酶 120u。仍按上方加减，以调补脾胃为主，巩固疗效。处方：

党参 15g 白术 15g 陈皮 9g 大云 15g 茯苓 30g
山药 30g 泽泻 15g 薏米 30g 甘草 9g 茵陈 30g
干姜 6g 大枣 6 枚

按上方加减服 2 月余，症状消失，肝功能化验：黄疸指数 3u，谷丙转氨酶 40u，脑磷脂一，总蛋白 74g/L (7.4g/dl)，白蛋白 45g/L (4.5g/dl)，球蛋白 29g/L (2.9g/dl)，痊愈出院，恢复工作。

周仲瑛

热毒瘀结 重肝病机

周仲瑛(1928~)，南京中医药大学教授，著名中医学家

主要病因为感受湿热疫毒

一、湿热毒邪，内蕴肝脾，疏泄失常

重型肝炎是由肝炎病毒引起的急性传染病，感受湿热是导致发病的一个重要原因。

外感湿热，郁而不解，内蕴中焦，影响脾胃运化；或湿热熏蒸肝胆，疏泄失常，胆汁外溢，形成黄疸。夏秋之交，暑热湿邪偏盛，更易患病。《素问·六元正纪大论》云：“暑湿热相抟，民病黄疸而为跗肿”。若感受湿热之邪深重，尤其是与“毒”相合，侵犯人体，即可导致“急黄”重症的发生。若饮食不节，嗜食甘肥油腻或辛辣炙煨之品，郁遏脾胃，积湿生热；耽饮醇酒，酒热伤肝伐胃，以致脏腑炎热偏盛，中焦湿热蕴结，肝脾疏运失司。复加外感湿热之邪，内外相引，常使病情加重。如孙思邈云：“夫发黄多是酒客劳热，食少胃中热，或湿毒内热者，故其如金色”。饮食不节中，特别是摄入被肝炎病毒污染的不洁之物，湿热与毒邪互结，更易化火入血，酿成急黄。临床调查73例

重型肝炎病人，其中 18 例发病前有饮食不洁史，占 24.66%，说明饮食因素是致病的一个重要原因。

湿热毒邪入侵，蕴结中焦，脾胃功能受遏，出现严重的食欲不振，尤其厌进肉食，这也往往是肝炎重症化的一个征兆。湿热阻滞，气机不利，胃热气逆，可见恶心、腹胀、呕吐；湿热壅盛，由脾胃而及肝胆，疏泄失常，胆汁不循常道，溢入血分，则见身目发黄，色深如金；热毒内陷心包，导致神昏痉厥之变。

二、疫毒入侵，内陷心肝，燔灼营血

中医学早就认识到，急黄重症的发生，除感受湿热深重之外，更与疫毒之邪侵入人体密切相关。疫毒即“杂气”、“疫疠之气”。吴又可认为，“杂气”具有强烈的致病性、传染性，致病有专一特异性，指出“一切杂证，无因而生者，并皆杂气所为”，“众人有触之者，各随其气而为诸病”。天行疫疠之气入侵，邪毒鸱盛，致病力强，往往迅速内陷心肝，燔灼营血。或时行疫毒与湿热夹杂而至，使病情更为急暴。毒入于肝，掀火动风而有高热抽搐；阻于胆则胆液外溢出现重度黄疸；侵于营血，迫血动血而见各种出血；扰于心包则见神志障碍，甚至昏迷；聚于中焦，水湿停滞可见腹大如鼓，尿少。《诸病源候论》认为“湿病变成黄候”，是因“发汗不解，湿热气瘀在胃，小便为之不利，故变为黄”。王纶云：“若时气发热，变为黄病，所谓瘟黄也”。沈金鳌之论述亦很精炼，“又有天行疫疠，以致发黄者，俗谓之瘟黄，杀人最急。”

血分瘀热，火毒炽盛，是其基本病机

一、邪毒由气入血，热燔阳明，瘀热郁结

1. 阳明热盛，熏蒸肝胆，胆汁外泄 重型肝炎初起可见邪在气分。因湿热疫毒侵犯人体，郁阻中焦，阳明首当其冲。热毒内盛，正气奋起抗邪，邪正剧争，里热蒸腾，外而肌腠，内在脏腑，呈现一派热邪亢盛之症，如寒战高热、汗出烦渴、头痛呕吐、腹胀尿赤。重型肝炎之发热与一般肝炎不同，往往身发高热，下午至傍晚体温可上升至 $38.5^{\circ}\text{C}\sim 39.5^{\circ}\text{C}$ ，汗出不解，正是热盛阳明之象。热扰心神则烦躁不安；胃热气逆，和降失司则恶心呕吐；阳明邪热壅滞可见腹满腹胀。

阳明胃土，邪易热化；太阴脾土，又可酿湿，故病在气分阶段，热多与湿合而致病。湿热相搏，蕴结中焦，困遏脾胃运化，可见不思饮食，口苦口粘，舌苔黄腻。湿得热而益深，热因湿则愈炽，湿热不解，必由脾胃而熏蒸肝胆，逼迫胆汁外泄，出现身目俱黄，小便黄赤。湿热两者，既可湿重于热，亦可热重于湿，湿郁热蒸，胆汁外溢，故黄疸骤然出现，迅速加深，持续不解，提示病邪渐由气分浸淫及血。此即张仲景所云：“伤寒瘀热在里，身必发黄”。

重型肝炎邪在气分历时短暂，很快涉及营分，波及血分。但也有部分患者主要表现为阳明气热或兼腑实，若能争取时间采用清热解毒，化湿通下等法以清气，力争阻断病热，免其侵入营血，可望提高存活率。

2. 热结肠腑，瘀热停蓄，气血壅滞 重型肝炎腑实的

形成，除邪热入里，和肠中糟粕相转结，尤与瘀热里结阳明密切有关。其特点，一是发病暴急，二是病期颇长，三是常伴出血，四是呈现腑实蓄血发黄，如症见身热，肤黄如金，腹满便秘，或大便反易，其色必黑。临床观察的 68 例，有腑实便结者 39 例，占 57.35%，其中大便色黑者 32 例，占 82.65%。

腑实、热结、瘀滞可互为因果，因邪热蕴结阳明，形成燥屎，必致邪热更盛，热壅血瘀，愈致病深难解。吴又可指出：“胃实失下，至夜发热者，热留血分。更加失下，必致瘀血”。

腑实瘀热，邪毒郁结而无出路，是使黄疸加重的原因之一。吴又可曰：“发黄一证，胃实失下，表里壅闭，郁而为黄，热更不泄，搏血为瘀”，说明腑实、热郁、血瘀可致发黄。在此基础上，若瘀阻伤络，络损血溢，可见消化道出血，大便色黑，此时由于结粪得瘀而润下，往往大便反易。若腑热瘀毒上冲，扰乱心神，可出现神昏谵语。何秀山论述其机理为“胃之支脉，上络心脑，一有邪火壅闭，即堵其神明出入之道”。

二、火、热、瘀、毒互结，营血热盛，络损血溢

1. 热入血分，毒瘀互结 重型肝炎因感受疫毒所致，“疫毒”多具火热之性。余师愚云：“疫既曰毒，其为火也明矣，火之为病，其害甚大”。因此，本病每从气分迅速内传营血，血分瘀热火毒炽盛，症见高热、烦渴、躁扰、神志恍惚、吐血、衄血、便血，或见皮肤大块紫斑等。毒热熏蒸肝胆，则见高度黄疸持续不退。

火热瘀毒之间有十分密切的关系。热为火之渐，火为热之甚，亦有云热属气分，火属血分，何廉臣云：“湿热郁于气分为伏热，郁于血分为伏火，……热属气分，火属血分”。毒的含义，一是指湿热病中一些传染性、致病力强的外邪，二是指火热之极，所谓“火盛者必有毒”，“温热成毒，毒即火邪也”；三是指疾病过程中产生的病理因素，如热毒、水毒、火毒、瘀毒等。病在营血，热毒炽盛而致血脉瘀滞，其形成机理，约而有三：第一，热毒壅滞，煎炼营血，血行瘀涩，如王清任云：“受瘟疫至重，瘟毒在内，烧炼其血，血受烧炼，其血必凝”。何廉臣亦指出：“伏火郁蒸血液，血被煎熬成瘀”。第二，热毒伤阴，阴津耗损，血液粘稠，脉道不利，“津液为火灼竭，则血行愈滞”，不能顺畅流动。第三，热毒灼伤脉络，血不循经而溢于脉外，留滞于脏腑、经络之间，蓄积而为瘀。因此，在血分阶段，本病往往出现热毒瘀结的病理状态。

病在血分，黄疸亦进入高峰或极期。一方面，由于火热壅盛，气血郁滞，瘀毒互结，使湿热无以外泄，更加熏蒸肝胆，阻碍胆汁从胆道排泄。另一方面，肝为藏血之脏，热毒瘀结于肝，必致疏泄失司，使胆汁不循常道，上下横溢，浮于肌肤，出现全身皮肤、目睛色黄如金，黄疸的持续不解，甚至进行性加重也是病情恶化的标志。

2. 瘀热相搏，络伤血溢 热毒瘀结，病在血分，极易耗血动血。此种出血，不仅是由于热盛而迫血妄行，且与瘀热相搏或瘀毒转结，络伤血溢有关，表现为瘀热型血下。火热由气及血，血热内壅，遂致热与血搏，瘀热互结，血

络受伤，进而出血，故火热毒邪是引起血瘀继而导致出血的始动因素。火毒、血瘀、出血常互为因果，火毒戕伤血络，则逼血外溢；败血瘀滞脉道，则血不循经；热瘀互结，又往往使邪热稽留不退，瘀血久踞不散，所谓“热附血而愈觉缠绵，血得热而愈形胶固”。瘀热相互为患，阻滞转结，脉络损伤，血溢于外，发生各个部位出血。

瘀热相转导致的出血，有以下几个特点：一是热毒壅盛，充斥内外，即火毒攻窜散漫，入于血分，随血流行，侵袭力强，无处不到，除出血之外，还有全身明显的火毒炽盛症状，如身热发黄，烦渴，躁扰，甚或神昏谵语。二是瘀热结聚壅塞，盘踞不散，燔灼气血，表现“热毒蒸灼气血，经络凝塞不通”，极易影响脏腑功能，导致肝脾心肾功能障碍。三是腐败破坏，气血凝滞，血络受损，出现广泛性脏腑实质损害。四是瘀热伤正，毒甚致变，血去阴衰，正气耗竭，内闭外脱，在出血之时，病情急剧恶化，很快出现昏愤痉厥等险症。

3. 瘀阻气滞，湿浊潴留 热毒瘀结可以发生另一个病理变化，就是毒瘀阻滞气机，经隧不通，湿浊潴留，导致肿胀之变。臌胀之成，多与水湿停聚有关。而水湿之生，又当责之瘀毒阻滞，肝脾肾受损。肝失疏泄，脾失转输，气滞湿阻，脉络瘀涩，复加肾失开阖，水气难化，三焦壅塞，决渎无权，“血不利则为水”，以致水湿潴留，停而为臌，尿少，腹部膨满，按之胀急不舒。

重型肝炎出现腹水，往往来势较猛，除一般“气血水

互结”外，临床还有以下特点：一是“瘀热”明显，因毒热瘀于肝脏，可见腹部青筋显现，舌红绛，有瘀斑瘀点等；二是湿热偏盛，多兼发热，黄疸加深，口苦尿少，舌苔黄腻；三是病情迅速恶化，瘀热水毒凌心蒙窍，很快陷入昏迷。

三、瘀热内陷，化火动风，闭阻神窍

热毒瘀结，深入营血，弥漫三焦，充斥上下，除动血滞气聚湿之外，甚则内陷心包，化火动风，上扰神窍，可见神昏、痉厥之变，相当于发生肝性脑病之见证。

肝者将军之官，风木之脏。肝风之动有热盛和阴虚两端，重型肝炎则多因血分瘀热深重，内陷厥阴，化火动风所致。进入肝昏迷之前，一般先有头目昏胀、烦躁不安等肝火上炎之象。“内风多从火出”，热甚化火动风，风火相煽，则出现躁扰妄动、抽搐、扑翼样震颤，所谓“肝经淫热……，木动风摇”。口中肝臭是一种带有刺激性的水果腐烂气味，为肝性脑病者所特有，古人称为“口秽喷人”，亦是火热毒邪内炽于肝经之象，如余师愚云：“口中臭气，令人难近，非毒火侵炙于内，何以臭气喷人”。进一步发展，可见四肢抽搐，甚则僵硬、强直，则与瘀热炎毒，耗伤阴血，筋脉失养有关。如热毒过盛而内陷，郁闭气机，瘀滞血脉，阴阳之气不相顺接，可以痉厥并见，四肢抽搐而厥冷，此时多有明显的神志障碍。

神昏为病，乃心脑受扰而发。心藏神，神志活动为心所司。脑为元神之府，清窍之所在，本病之神志障碍，虽与里热扰心或腑热上冲有关，但主要是瘀热夹毒，阻于心

脑。因热毒内陷，里络壅闭，血为邪滞，气为血阻，热扰神明，瘀塞心窍；或毒瘀攻脑，神机失灵，出现意识障碍。何廉臣描述温疫出现神昏，有“邪热结瘀，血毒攻心”和“邪热冲脑”之候，证见“神昏如狂，或如惊痫，舌紫而暗”，“或晕厥不语，两手发痉，头独摇、直视，循衣摸床，撮空”，与重型肝昏迷的表现极为相似。因瘀热闭窍之轻重，可见神志恍惚，昏而时醒，谵语发狂或昏迷不醒等不同表现。

四、邪毒伤正，阴衰气虚，肝肾耗竭

火热阳邪，最易损伤人体阴津，热毒瘀结，深入营血，“营分有热，则血液受劫”，“入血就恐耗血动血”。动血又可加重耗血程度，肝为藏血之脏，故肝脏阴血的损伤更为严重。乙癸同源，肾阴亦可随之而衰。重肝后期，出现手指蠕动，或循衣摸床，或肢强木僵，主要当责之于肝肾阴血衰竭，不能主筋。

血为气之母，阴血亏虚，则气失所附而消损。如湿邪偏盛，亦易耗伤脾气；瘀毒攻心，可致心气亦衰；病重及肾，肾脏气阴亏虚，故急黄病程长时，心脾肝肾同病，阴衰血亏气竭，可以出现极度乏力、少气不食、呃逆、喘促、撮空、神志模糊、舌红无苔、脉微而细等症，甚则由阴竭而致阳亡，正气溃脱。再加昏迷一证，虽有瘀毒冲心攻脑之闭证，后期又表现为阴阳衰竭，气血亏耗，清窍失养，神无所倚之脱证，昏迷不醒，多致死亡。

病理特点是邪正剧争，多脏受累，变证叠起

一、邪正剧争，病热急骤

重型肝炎起病急、发展快、变化多端。黄疸短期内迅速加深，肝脏缩小，可以很快出现神志症状、出血倾向及肝功能显著异常，且以中青年居多，中青年本是正气旺盛之时，表明与邪正剧烈相争有关。疫毒火热，其性暴戾，致病力强，正气奋起抗击，机体处于过度亢奋状态，势必影响脏腑功能严重失调，毒深入里，邪陷正虚，故病情急重凶险。

二、多脏受累，变证叠起

重型肝炎病变脏腑虽以肝为主，但往往涉及到脾、肾、心脑、胃、肠、三焦，病变部位广泛。因湿热（火）瘀毒，既可停滞于某个局部，亦能上下攻冲，内外充斥。如胃热腑实壅结，热陷营血，乘心攻脑，闭阻神窍；或湿热瘀毒弥漫三焦，肾失蒸化，决渎无权；瘀热相搏，络损血溢等。表现诸多脏腑受累，病情危急多变，发生种种坏证，故本病与急黄、血证、昏迷、腹胀、癃闭等病证都有联系。后期邪盛正衰，毒攻内脏，且易复受外感。所谓“十热大毒，渗入百脉，不止发黄而已”，这也是本病死亡率居高难降的原因之一。

辨识要点

一、关于重型肝炎的诊断问题

一般而言，急重肝和亚重肝发病初期常与普通型病毒

性肝炎相类似，但病情发展迅速，很快出现肝功能衰竭。从病期分析，发病后 10 天到 2 周内是病情进退的关键。起病至肝性脑病发生，时间小于 10 天者为急重肝，10 天以上或虽无肝性脑病，但有严重的全身和消化道症状，黄疸急剧加重，肝功能显著异常，伴腹水或出血倾向者为亚重肝。也就是说，2 周左右病情不缓解或加重者应考虑本病。

1. 临床症状和体征

(1) 黄疸 一般急性肝炎黄疸 2 周后渐退，黄疸深度与肝细胞损害严重程度成正比，若短期内迅速加深，持续不退者，要警惕重型肝炎的发生，如张仲景云：“黄疸之病当以十八日为期，治之十日以上瘥，反剧者为难治”。

(2) 严重的消化道症状 明显食欲减退或缺乏，恶心呕吐，腹胀，或伴高度乏力，是肝功能严重损伤不能将毒素灭活，肝经热毒上逆犯胃所致。

(3) 出血或出血倾向 齿龈自发性出血或鼻衄、皮肤紫斑，提示病人已有凝血机制障碍，合并上消化道出血则为病情严重，预后不佳的标志。少数以吐血、黑便起病，更应警惕。

(4) 神志障碍 尤其要重视昏迷的前驱症状。目前肝昏迷有 4 级和 5 级两种分类法。Ⅰ级（前驱期）：轻度性格改变和行为异常；Ⅱ级（昏迷前期）：以意识错乱、睡眠障碍、行为失常为主，有明显神经体征，脑电图异常；Ⅲ级（昏睡期）：以昏睡和严重精神错乱为主，各种神经体征持续或加剧，脑电图明显异常；Ⅳ级（昏迷期）：完全丧失神志，不能唤醒。5 级分类则再将其分为浅昏迷（Ⅳ级）和深

昏迷（V级）。

（5）肝臭、扑翼样震颤，肝脏进行性缩小。均是严重肝病时的特征性改变，提示病情严重。

2. 实验室诊断

（1）凝血酶原时间（PT）明显延长——凝血机制障碍是正确反映肝损害程度最有价值的指标之一，且与预后呈显著正相关。

（2）血清胆红素（T-Bili）和丙氨酸转氨酶（ALT）
T-Bili 反映黄疸深度，如数天内 T-Bili 上升 $>170\mu\text{mol/L}$ ，则有诊断意义。一般胆红素与转氨酶上升呈平行关系，病变严重时胆红素进行性增高，而转氨酶反见下降，甚则降到正常，称为胆酶分离，大多预后不佳。

（3）总胆固醇（TCH）和胆碱酯酶（CHE） 反映肝功能和肝脏储备能力。两者在重肝早期即见减低，极期达最低值。

（4）白细胞数与中性粒细胞比例增高 此点与一般病毒性肝炎不同，反映严重肝损害时解毒功能衰退，体内存在菌血症或内毒素血症。

（5）其他如血糖降低、血氨升高、补体 SC_3 降低及补体活化片段 C_3d 升高，导致 $\text{C}_3\text{d}/\text{C}_3$ 显著增大、B超发现肝脏缩小、脑电图异常等，均对本病的诊断和预后极有意义。肝活检对疾病的诊断、判别预后及评定疗效均有重要价值。

二、热毒瘀结证辨识要点

1. 辨发黄 黄疸是本证主症之一，临床先见尿色加深，似深茶样，继则出现巩膜皮肤黄染，色泽鲜明，迅速加深，

与病变严重程度一致。热毒偏盛者，色深如金；湿邪偏重者，色黄而不光亮或见暗黄；瘀毒阻滞者，身目发黄而晦暗。黄疸常与发热并见，疸重热重。病在气分，高热壮热；邪留血分，昼夜发热。少数患者因发病过于急骤，黄疸不显，死后才发现，亦是急黄特征之一。如《圣济总录》云：“有初得病便黄者，有初不知是黄，死后方变黄者，乃是急黄之候”。

2. 辨出血 瘀热所致出血，部位广泛，如鼻衄、齿衄、吐血、便血、腹腔内出血皮肤紫斑等，其中以便血、吐血即上消化道出血最为多见。出血急暴量多，血色鲜紫深红，或暗红，或有紫暗血块，或大便色黑如柏油状，斑疹深紫，皆为瘀热深重之象，如吴又可云：“血为热转，留于经络，败为紫血；溢于肠胃，腐为黑血，便色如漆”。出血较为顽固，一般治法难取效，多在发生出血时病情恶化，导致肝昏迷。

3. 辨腹胀腹水 有气胀和水胀之别。早期多为气胀，腹部胀满，叩之如鼓，恶心食少，属气滞湿阻热壅。中后期因气血水瘀结，湿浊潴留，出现腹部胀大，叩诊呈浊音，腹水征阳性，尿少。此时往往瘀阻络伤明显，多伴吐血、便血、皮肤紫斑。合并原发性腹膜炎者，可见腹胀腹痛，腹水殊甚，伴寒战、发热、恶心、呕吐，严重者血压下降，甚则休克，常与复感外邪，湿热水毒壅盛有关。

4. 辨昏迷 神志障碍是本证常见症状之一。轻者表现为烦躁不安，或精神恍惚，多属热盛扰心；重者可见神昏谵语，如狂发狂，有腑热上冲和瘀热闭窍两端；若昏愤不

语,对周围刺激全无反应,则为肝肾衰竭,瘀热攻心冲脑,神机失用。

5. 查舌苔脉象 本证舌质多为红绛而干,或绛紫,或紫点紫斑明显,苔黄或燥,脉弦而数。气分热盛,舌红苔黄,脉洪大数实;兼有腑实,舌苔黄燥起刺,脉沉数有力;瘀热盛者,舌质紫暗,舌下脉络显露,色紫黑,苔少,脉细数,兼湿浊潴留,舌苔黄腻,脉象沉弦;后期阴伤气耗,可见舌红少苔或剥苔,或光红无苔,脉细而数。其中舌质青紫者,尤为肝郁血瘀之表现。

热毒瘀结证的治疗要点

一、凉血解毒为其基本治疗大法

治疗应根据血分瘀热火毒炽盛的特点,立足于清解血分瘀毒,凉血化瘀。由于本病病理重点之一是疫毒、热毒、火毒的郁滞壅结,因此必须强调清热泻火解毒。同时,“毒”入血分,瘀阻脏腑经络,火、热、毒、瘀相搏,故又应重视凉血散血化瘀,且可防止苦寒之品过于凉遏,所谓“凡用清凉,须防冰伏,必佐活血疏畅,恐凝滞气血”。凉血解毒法正是清热解毒与凉血散瘀的复合应用。临床和实验研究证明,本法具有清解热毒、活血退黄、凉血止血、祛瘀生新、救阴扶正等作用。

1. 清血分热毒 本病的发生,与“热”、“毒”密切相关。外感疫毒、邪陷入里,热因毒生;或火热炽盛,内侵营血、瘀结生毒。故清热解毒是治疗的重要环节。热毒轻者,清热解毒即可;热毒深重,除泻火外,还须从凉血解

毒着手，清血分之热，解血分之毒，祛除病因，阻止病情进一步发展。其作用机理有以下几点：一是凉血散瘀可以清热。凉血之品，本身即具清热泻火，凉血解毒之效，配合散瘀之法，使热瘀分解，不致搏结，有利于热毒之清化，如柳宝诒曰：“瘀热所为，治之者，必须导去瘀血，俾热邪随瘀而下，庶几病势可转危为安”。二是清热凉血可以解毒。凉血药物多兼解毒之功，而且通过清泄血分火热，亦有助于祛邪解毒。目前认为，凉血解毒之犀角地黄汤具有直接降解内毒素和促进机体对内毒素的清除作用，是治疗本病的有效处方。三是凉血解毒对肝炎病毒有抑制作用，特别是乙肝病毒深伏血分，留于肝脏，亦是一种瘀毒。实验表明，凉血解毒制剂——清肝解毒针对鸭乙型肝炎病毒(DHBV)具有明显抑制作用。

2. 散瘀以退黄 瘀热内阻，郁而发黄，尤其是重度黄疸，更以瘀热互结为基本病机。通过凉血活血散瘀，使郁结于血分之热毒消散，则黄疸易退。其作用机理，一是活血化瘀以退黄。因瘀滞之血脉通利畅达，肝胆疏泄功能改善，则胆汁可循常道。二是清热凉血解毒以退黄，逆折火热之邪，清解血分瘀毒。其中具有泻下作用的大黄等还能通腑泄热解毒，使邪从肠腑而出。

3. 凉血以止血 重肝合并出血，基本病机为瘀热搏结，络损血溢。见血止血，单纯收涩，难以奏效。必须采取凉血散瘀之法，清血分之热，行脉络之瘀，血得安宁，自可归经，即叶天士“直须凉血散血”之意。凉血化瘀止血法的优点在于凉血而能清热，以免热盛夏再动血耗血；化瘀

且能解毒，有利脏腑功能恢复，减少邪毒损害；止血而不留瘀，以防败血留阻伤络，而致出血难止。

4. 祛瘀以生新 血瘀是重肝的基本病理状态之一，始终存在于整个病程。瘀又易和热、毒等相互搏结，因此，活血化瘀不容忽视。凉血解毒法的基本作用之一就是化瘀行血，祛瘀生新，如赤芍、生地、丹皮等就兼有凉血和化瘀双重效能。通过清解热毒，使血液不致郁滞壅结，祛除腐败，“瘀血去则新血生”。

5. 存阴以扶正 热在血分，阴液必伤。阴虚则邪热愈盛，且可加重血瘀，故病程中必须时时注意顾护阴液。凉血解毒亦能养阴而存液。首先，某些清热凉血之品，兼具养阴之功，如生地黄，既能滋养阴血，又“最善于清热、凉血、化瘀血”，具有多种复合作用，临床为常选之药。其次，清热可存阴，凉血可护血。因血中邪热得清，经脉宁静，避免动血耗血，自可达到存阴之目的。第三，化瘀解毒，祛除有害的致病因素，则可减少邪毒对阴血的损害。且瘀滞能通，新血亦生。故凉血解毒法亦寓匡正之义。

二、凉血解毒法的制剂组方

通过对热毒瘀结证的病机分析，为采用凉血解毒治疗大法奠定了理论依据，并据此研制成清肝解毒静脉注射剂，经临床观察，对重型病毒性肝炎有较好治疗效果。在综合治疗相同的基础上，治疗组 62 例，病死率 32.78%，其中急重肝 18 例，存活 5 例，亚重肝 44 例，存活 42 例；对照组 60 例，存活 25 例，死亡 35 例，病死率 58.33%，其中急重肝 14 例，存活 2 例，亚重肝 46 例，存活 23 例。动物

实验亦证明，本方具有清热、解毒、凉血、化瘀、止血等作用。

清肝解毒针由犀角地黄汤合茵陈蒿汤合方加减组成。犀角已属卫生部禁用药品，故用水牛角代之。水牛角、茵陈、大黄清热凉血，解毒化瘀，共为君药。水牛角“凉血解毒、止衄，治热病昏迷……吐血、衄血，血热溺赤”，实验证明可使凝血时间缩短，血小板计数增加。大黄为“足太阳、手足阳明、手足厥阴五经血分药”，能泻热毒、破积滞、行瘀血，“通利结毒”，“血分之结热，唯兹可以逐之”。治疗重型肝炎，主要作用是保肝利胆，解除微循环障碍，抗病原微生物和抗内毒素、止血、免疫调控，几乎可作用于其病理机转的各个环节。茵陈“除湿散热结”，“治通身发黄，小便不利”，有利胆、保肝、解热、抗病毒和促进肝细胞生长等作用。生地、赤芍、山栀共为臣药，加强君药凉血散瘀止血功能。生地清热凉血生津，“能消瘀血，凉血补血有功”，“血热妄行，或吐血、或衄血、或下血，宜用之为生”。实验表明可降低血液粘稠度，改善微循环。赤芍能“行血破瘀血，散血块，以散血热”，山栀清热泻火凉血，能利胆、抗肝损伤，与茵陈配合则作用更为明显。《本草思辨录》谓其“苦寒涤热，而所涤为瘀郁之热。……黄疸之热，热在表，其本在胃，栀子入胃涤热下行，更以走表利便之茵陈辅之，则瘀清热解而疸以愈”。丹皮、煅人中白加强凉血解毒，是为佐药。丹皮入肝经，清热凉血，和血消瘀。《滇南本草》谓其“破血行血，消癥瘕之疾，除血分之热”，《本草经疏》则称其“味苦而微辛，辛以散结聚，苦寒除血

热，入血分，凉血热之要药”。煨人中白咸寒而能清热除火消瘀，善解热毒。全方组成特点是：凉血而不凉遏，活血而不破血，解毒不伤正，止血不留瘀，具有清热、凉血、解毒、散瘀、止血、利胆、保肝、养阴等多方面作用，体现了凉血解毒的基本大法。

清肝解毒针的用法：每次 50~60mL（相当于汤剂 1 帖），加入 10% 葡萄糖液 250mL 中静滴，1 日 1 次，严重病例可用至 80~100mL（1.5~2 帖）。急重肝 10 天为 1 疗程，亚重肝 15~20 天为 1 疗程。

病情稳定后，改用原方口服合剂，或继续辨证治疗。

三、凉血解毒法的应用要点

凉血解毒虽为热毒瘀结证的主法，但病程中尚可出现湿热蕴郁、腑实内壅、瘀热水结，及窍闭、阴伤等病理变化，临证需审其主次偏重，配合清化湿热、通腑导滞、泻下通瘀、芳香开窍、养阴益气等法，提高治疗效果。

1. 和清热化湿法的配合应用 黄疸之生，除瘀热外，湿邪亦是重要原因，“黄家所得，从湿得之”。湿热蕴结中焦，病人常表现为胸闷脘痞，口苦口粘，舌苔黄腻等证。单用凉血解毒，恐湿热胶固难以尽去；仅恃清化之法，则瘀热与湿相搏而结聚不散，当凉血解毒与清利湿热合法并进，方取《医学传真》茵陈四苓散之意，加入茯苓、猪苓、车前子、虎杖等，使湿热之邪从下而泄。至于邪在气分流连，湿热交蒸时，重用清利，更有利迅速退黄，顿挫病势，免其内陷心肝营血。

2. 和通腑导滞法的配合应用 腑实壅结，既可阻滞气

机，凝滞血行，又能留湿、留热，邪无出路，加重病情，故腑实也是重要的病理环节，多数患者存在腹满胀痛、大便干结。应在凉血解毒法中配合通腑泄下，攻逐有形之邪，荡涤肠腑实热，同时和清利之法配合，尚有分消之功。可取大承气汤意，重用生大黄，加入芒硝冲服，这对排除蓄积肠道的毒素，减轻肝脏负担，颇有裨益。

3. 和泻下通瘀法的配合应用 重型肝炎有时因腑实、瘀热、水毒蓄积，可见尿少赤涩，或腹胀尿闭，表现为瘀热水结，尤其在并发肝肾综合征、原发性腹膜炎时较为多见，已非单用凉血解毒所能奏效，必须配合泻下通瘀合剂（自订方），通瘀散结，攻逐水毒。方选《温疫论》桃仁承气汤为基础。临床实践证明，泻下通瘀治疗急性肾功能衰竭效果良好，实验结果提示，该法能改善微循环，增加肾血流量，降低血清尿素氮、肌酐、尿蛋白，并能排除滞留于肠道内的病原体及毒素。

4. 和芳香开窍法的配合应用 本病之昏迷，乃瘀热毒邪内闭清窍，神机失灵，非单用“三宝”所能开，若能在凉血化瘀解毒的基础上，配合芳香开窍药，自可更好地发挥其综合治疗效应。热毒深重可选安宫牛黄丸或醒脑静注射液；神昏痉厥者以紫雪丹为佳；若兼秽浊之气蒙窍，可用至宝丹为主方。

5. 和养阴益气法的配合应用 重型肝炎病情既重，病程又长，瘀热火毒极易伤阴耗气，凉血剂中虽有养阴生津之品，但其力尚嫌不足，必须配合养阴生津，益气扶正之法。其中尤当注意养阴生津，一则火热阳邪最易伤阴，二

则滋阴养血，津液得充，血液自畅，可达“养阴而化瘀”之效。方选《温病条辨》增液汤，以甘寒清养为主。若兼气虚，加生脉饮益气养阴。但须注意养阴不可太滞腻，益气不可过壅，以免滞湿助热，反助病邪。后期或恢复期确属肝肾真阴衰竭，邪毒不显，方可配入滋养填补之法。

张某，女，15岁，学生。以发热伴上腹不适9天、尿黄3天于1996年2月27日入院。入院后体温持续升高，波动在 $39.1^{\circ}\text{C}\sim 40.5^{\circ}\text{C}$ ，血象不高，经多联抗生素治疗无效。2周后恶心、呕吐、食纳不馨加著，第三周出现腰肾区压痛、腹水、少尿。作胸片、骨穿、腰穿、血培养、超声心动图等未发现异常，抗HAVIgM2次阳性，抗-CMV2次阳性，HBV、HCV、HEV均阴性，肝功能损害明显：谷丙转氨酶(ALT)520U，总胆红素(BILIT)410.6 $\mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素(BILII)281.1 $\mu\text{mol/L}$ ，PT延长。诊断：亚急性重型肝炎(甲肝病毒与巨细胞病毒重叠感染)、胆道感染、原发性腹膜炎。予保肝、降酶、退黄、抗感染治疗收效不满意，特请会诊。症见高烧不退，面、肤、目黄染，口干欲饮，气急腹胀，大便干结，尿色深黄，肋下胀痛，神倦思睡，苔黄薄腻，舌质红绛，中部偏干少津，脉来濡数。此乃疫黄，治当凉血活血，清热解毒，利湿退黄：

茵陈20g 生大黄9g(后下) 黑山栀10g 广郁金10g 白茅根20g 赤芍12g 丹皮10g 丹参10g 柴胡6g 炒黄芩10g

药后5天，体温渐降，尿量增多；半月后体温完全正常，黄疸显减，腹水消退，复查肝功示：ALT94u，AST114u，

ALP363u, GGT90u, A/G = 0.8, BILIT291.9 μ mol/L, BILID94.2 μ mol/L。原方垂盆草加至30g, 续观。连服上方70剂, 体温未再复升, 黄疸消退, 仅巩膜稍有淡黄, 肝脾回缩, 腹胀消除, 食纳稍差。复查肝功能示: ALT10u, AST21u, ALP170u, GGT60u, A/G = 1.76, BILIT12.5 μ mol/L, PT正常。

姚荷生

湿热羁留 疏达膜原

姚荷生（1911~1997），原江西中医学院教授

例：急性黄疸型肝炎

李某，男，35岁，干部。1975年8月15日初诊。患者形体壮实，身目悉黄，身热不扬，面垢腹胀，大便溏泻奇臭，小便黄而混浊，气味秽臊，苔厚腻，脉弦滑，西医诊断为急性黄疸型肝炎，曾服西药10余天无效，转请中医治疗。辨证为湿热羁膜原，方选达原饮加大黄。处方：

川厚朴 10g 草果仁 6g 槟榔 6g 知母 10g 甘草 5g 白芍 10g 生大黄 10g

服3剂，每日1剂。

姚老看完此病后，对患者提出了服药后预计反应有三：一是寒战壮热，为最好反应；二是大便泻出臭秽喷人，为次好反应；三是尿液更加混浊。结果服第1剂药后病人寒战壮热，大便溏，臭气喷人，尿液混浊，三个反应同时出现。由于反应比较严重，患者家属不敢继服余药，然患者认为医者有言在先，对药后反应估计非常准确，坚持继续服药，服第2、3剂药后反应亦随之减轻，病情大见好转。复诊原方去大黄，继进4剂。共服达原饮7剂，诸症痊愈。

湿遏热伏，久羁膜原，当宣透膜原，化湿清热。本案湿遏热伏，郁闭已久，邪盛正强，病无出路。服达原饮后，病利药助，正邪相搏至极，湿浊一化，被遏之热随之外达，故有寒战壮热，此乃湿走热现，为应有的良好反应。说明湿热胶着之势随之而解，其所浮现之热邪正可清泻使退，被化之湿浊亦可清利使出。所以泻出臭秽喷人，大便、尿液更加混浊，均为服药后可能出现的反应。医者必须对疾病的病因病机分析透彻，胸有成竹，先告知患者，不惊不疑，正确地估计疾病的预后，多能取得良效缩短病程。

蒋志伊

血虚黄疸

蒋志伊(1916~)，江苏省农垦局医院主任医师

陆某，男，41岁，干部，1974年7月31日就诊。

患者于1973年7月3日患急性黄疸型肝炎，以茵陈蒿汤合甘露消毒丹治疗痊愈。之后曾反复发作两次。邀本人会诊，观其面色黄晦而暗，鼻孔、口唇及两颊如煤油烟薰，形瘦神怯，两目黄染，轻度浮肿，头昏无力，心悸怔忡，急躁多怒，心烦失眠，形寒纳呆，胸闷泛恶，右胁胀痛，脉濡，舌质淡，苔水白。肝功能：黄疸指数：25单位；凡登白：直接迅速反应；定量：2.5毫克；麝浊：12单位；谷丙转氨酶：121单位；白蛋白：3.5g%；球蛋白：3.08g%。中医诊断：血虚黄疸。治法：养营化湿。

当归 10g 川芎 6g 煅针砂 12g 炒青皮 6g 炒陈皮 6g 肉桂 3g 红花 3g 怀牛膝 10g 砂蔻仁(各) 1.8g 温六散 15g 广木香 5g 炒枳壳 6g 苍术 6g 赤猪苓(各) 10g 炒谷芽 12g 炙鸡金 6g

另上午服：金氏铁霜丸 5g，下午服金氏褪金丸 1.5g。

上方共服 54 剂，诸症缓解，面色转红润，形神亦健旺，查肝功能均在正常范围，给金氏补血丸调理而痊愈。

血虚黄疸乃吾师金兰升先生在临证中总结出特有的一型，为诸疸中较难治者，养营化湿法是先师疗此型黄疸的独特之法。肝藏血，故肝病每易伤血，肝血不足则常影响肝之疏泄，致胆汁郁阻，溢于肌肤而黄疸。因此血虚黄疸以营血亏耗为本，湿入营中为标，属肝脾同病。

血虚黄疸之症状特点是：黄而晦暗，且带铜青色，尤其在两鼻孔、上唇及两侧腮部如煤油烟熏，呈暗黑色，并兼形体消瘦，神困语怯，头晕无力，心悸怔忡，急躁易怒，心烦失眠等血虚症状，脉常濡或沉细，舌质淡而不华，苔薄白或水白。

治疗时，应禁食生冷、面食及一切油煎食物。

金氏铁霜丸

五倍子(炒黑)60g 制苍术120g 制香附(醋炒)60g
西茵陈60g 炒陈皮60g 醋煨针砂(水飞)120g 白芷
60g 苦参30g 松罗茶叶60g 海金沙(醋炒)60g 砂仁
60g 青皮30g 苦丁茶30g 全当归30g 泽泻60g 秦
艽(酒浸晒干)30g 干漆炭60g 百草霜30g 煨诃子30g
皂矾(醋煨)120g 浮小麦(姜汁炒)120g 广木香60g
胡桃肉150g 豨莶草60g 高良姜(炒透)45g

上药依法制炒共研细末，水泛为丸如绿豆大。每次6g，
日服1~2次。

金氏褪金丸

煨针砂(水飞)120g 炒香附180g 苍术60g 厚朴
30g 煨皂矾30g 甘草30g 大麦粉250g

上药共研细末，水泛为丸如菜菔子大。每次1~1.5g，

日服一次。

金氏补血丸五倍子（炒）60g 高良姜（炒）40g 白芷60g 制苍术120g 煨诃子30g 松罗茶叶60g 煨针砂（水飞）120g 炒陈皮60g 海金沙60g 苦丁茶30g 砂仁60g 青皮30g 皂矾（炒透）120g 全当归30g 制香附60g 百草霜30g 广木香60g 秦艽30g 胡桃肉150g 干漆炭60g 党参（另研）60g 白芍（另研）60g 肉桂（另研）60g 金毛狗脊（去毛，另研）60g

上药依法炮制，共研细末，水泛为丸如绿豆大。另研者泛外层，代赭石粉为衣。每次6g，日服1~2次。

李翼农

黄疸验方

李翼农（1890～1984），原广东省东莞市中医院主任医师

黄疸验方

苍术 500g 广陈皮 250g 川厚朴 150g 草果 30g
砂仁 30g 青矾 120g 茵陈穗 250g 香附米 500g

青矾同香附米炒烧过，俱为细末，醋打面糊丸如梧桐子大，每空心酒下三钱，姜汤亦可。

某，女性，年约 30 岁，病者面目俱黄，身体胖肿，心中悸动，肢体疲惫，饮食不振，更医更药不应，后邀余诊，脉濡数，按之弦，舌苔黄而根白厚；此黄疸也，皆由湿热郁蒸，不能畅发所致，五倍子 250g 炒黑，绿矾 120g 姜汁炒白，针砂 120g 醋炒红，神曲 250g 炒黄，共为细末与上方，依法治之而愈。

生姜汁煮红枣肉为丸，如梧子大，每服六七十丸，温酒下，不能饮酒者，米汤下，忌食荞麦。

有妇人某，北鸦村人，忘其姓名，年四十余，面黄目黄，周身俱黄，小便短，大便软，心下怔忡，食量减少，饮亦不多，行则气喘，脉则虚濡无力，舌苔略白。此气血两亏，挟湿热成黄之候，宜与绿矾丸加人参、当归等为丸，即

授方与之，使其照方服食，服完后即愈。

满天星（一种移星草，又名金钱草，叶小而光、多生人家花盆及阶上）连根洗净，约半茶盅捣融，煮猪瘦肉数两，服汤与肉，数次即可黄退而愈。

按满天星另有一种，春叶如乌梅，而干黑多白星点，猪瘦肉煲食，亦甚有效。

陈贯之，男性，38岁，石龙人，病身黄面目俱黄，咳嗽不已，心中愤愤如无奈状，手足疲软，溺短赤而频数，神昏如欲睡，每日下午身有微热，心跳，四肢疲乏；病经治数月，清热祛湿之品备尝未效。其脉细数而濡，舌无苔而微红，以脉症合参，盖阴虚而挟热者，满天星甘凉清热，猪瘦肉与甘咸养阴。徐灵胎谓治黄疸须用单方者，此方殆亦可试，遂命服之。一服而黄少退，再服而黄锐减，三、四而病脱然。陆清洁谓：“满天星为治黄疸圣药”，试不诬也。

阴黄阳黄合用验方 青矾 30g 醋煨至赤色研细 川芎 12g 当归 12g 熟地 60g 杭芍 18g 楂肉 12g 獭肝 15g 微煨大黄 12g 乌枣 120g 去核 苍术 12g 陈皮 18g 制香附 12g 甘草 5g

共 13 味米糊为小丸，每服 20 粒至 40 粒，鸡蛋冲白糖服，食后以筋络有掣动，则病随愈。此病服药后必以筋络掣动为效，服此药应戒食蚬肉、烧酒、糯米、蔬菜果品及茶叶。

简屋村李之女，两手脉小弱，面目萎黄，肢体黄瘦，不欲饮食，服此方痊愈。

黄肿、黄疸合用方 绿矾 250g 醋煨至朱红色方合用

茵陈 75g 黑丑 15g 乌枣 120g 炖烂去皮核

共末，乌枣肉为丸如绿豆大，每服 15 粒，以服完一料为度，每次空腹服，服后随即饭，如大便坚实，服丸后即以圆肉煲水润之方可。忌食鸭肉、鸭蛋、无鳞鱼、鲑鱼、蚝、蚬、虾、蟹，宜多食糖、猪瘦肉。如未痊愈，再作丸服，以愈为度。

叶某，年六十余岁，男性，病黄疸，两目皆黄，身肿体倦，心悸，叠医未效，以致濒危，后用此方，服之痊愈。

董廷瑶

理气活血 妙治胎黄

董廷瑶（1903～ ），上海

中医文献馆主任医师，著名儿科学家

胎黄即新生儿黄疸，有因溶血、肝炎或巨细胞包涵体引起，以肤目发黄为特征。古多以胎孕湿热，脾失转输，或寒湿阻滞，郁久发黄，区分“阳黄”、“阴黄”辨证，失治或治不合度，病程迁延常现癥块（肝脾肿大），腹部膨满，青筋暴露，成为难治之症。董氏谓此因湿郁气滞，病久气滞血瘀交结成癥，治则首要理气破结，活血化瘀，开壅除满，酌加清热化湿或温阳运湿之品，俟气行血活，癥消湿化，则黄自退。自拟验方，药选当归、赤芍、三棱、莪术、青陈皮、枳壳、川楝子、大腹皮、蟾皮等，据证辨证阴阳寒热分别加入茵陈蒿汤或四逆汤，临诊施治，常获痊愈。病例：张某，女，2月龄，1990年3月16日初诊，生后皮肤巩膜黄染，肝脾肿大，质中，胆红素 $257\mu\text{mol/L}$ （ $15\text{mg}\%$ ），GPT 100u （赖氏），AKP 80u （金氏），尿检证实为巨细胞包涵体病，住院治疗一月，肤黄不退，晦暗不泽，粪如陶土，腹满胀气，小溲短赤，哭声低哑，舌淡苔腻，两脉濡细。董氏谓此乃寒湿壅阻，气滞血瘀之“阴黄”，急投胎黄验方

(同上)理气活血，配入四逆汤小制其剂，温阳行瘀，佐以苡仁、泽泻、茯苓、茵陈淡渗利湿。进治一月，阴霾得阳煦而散，肤黄因瘀化渐消，肝脾肿减。继以人参鳖甲煎丸改汤剂化裁，佐入健脾分湿之品，服药半年，苔化薄净，诸疾均和，黄疸消净，肝功能及尿检均已转阴。是为从气血论治胎黄之验证。

姚贞白

黄疸验案

姚贞白（1910～1979），昆明市名中医

李某，男，31岁，教师，住昆明市。1931年夏来诊。患者自述病经二三月，因周身黄疸，曾服柴胡平胃散及茵陈蒿汤多剂，效不显。症见面目全身晦黄不荣，肌肤浮肿，四肢冷，自汗淋漓衣被尽染黄色。胸膈痞闷，神疲，大便稀溏，小便黄短。脉象濡滞，舌质淡、苔白腻。此属久病，过服苦寒，脾肾之阳受损，运化失司，邪从寒化，呈现阴黄之候。法当温运渗利，兼理气和胃。处方：

炙附片 30g（开水先煨透） 茵陈蒿 12g 桂枝木 9g
云茯苓 30g 西砂仁 9g（冲） 广陈皮 6g 川干姜 9g 炒
苡仁 12g 小红枣 11枚

二诊：上方服2剂，患者面目全身黄疸、浮肿、自汗均减，肢冷转温，胸膈舒畅，小便清长，大便渐干。脉象濡缓，舌白腻退。此阳气渐回，脾运复苏。寒湿未尽，续宜温运渗化。处方：

炙附片 30g（开水先煨透） 茵陈蒿 12g 云茯苓 30g
猪苓片 9g 桂枝木 9g 炒泽泻 9g 川干姜 9g 大红枣
5枚

三诊：上方连服 4 剂，黄疸、浮肿、自汗诸症消失。脉弱缓，舌粉红而润。饮食增加，二便正常。病后体虚，脾肾未强。再拟下方调补，数剂而安。

炙附片 30g（开水先煨透） 潞党参 15g 漂白术 12g
茯苓神 15g 西砂仁 6g（冲） 广陈皮 6g 炒苡仁 12g
生甘草 3g 川干姜 6g 大红枣 3 枚

阴黄之候，立温运渗化，脉象由濡滞而渐缓和，诸症迅退，可以知其为正法。

王某，女，28 岁，干部。1959 年 7 月。

初诊：病经一月，治疗无效。面目肌肤发黄，鲜明如橘色，浮肿且痒，但无疹点。高热口苦，食少神倦，头目眩晕。溺短而赤，大便干结。夜间烦躁，手足灼热，身困体重。脉象弦数有力，舌红苔黄燥。证属阳黄，系由肝胆湿蕴郁不化，阳明燥结，气分不宣所致。治宜清热化湿，兼佐通利。拟方：

绵茵陈 18g 焦栀子 9g 焦黄柏 6g 生大黄 6g 广连翘 6g 红饭豆 15g（冲） 芦苇根 30g 白通草 3g 净竹茹 6g

二诊：上方服 3 剂，大便已通，小便增多，手足心发热已减。面目及肢体黄染浮肿均渐消退。夜能静卧，可进少量饮食。脉象弦数，舌红、苔薄黄。阳明气分宣通，肝胆湿热较化。前方已有效，仍守原意增减：

绵茵陈 18g 滑石 9g 猪苓 9g 木通 9g 焦栀子 3g
焦黄柏 3g 芦根 30g 广连翘 6g 白通草 3g

三诊：上方连进 10 剂，小便清长，大便通畅。面目及

全身黄染即将退尽，浮肿消失。惟头昏神倦，肢软乏力，自汗，肤痒。脉舌如前。此湿热甫净，脾虚气弱，续拟清化调理之品。处方：

茵陈 12g 茯苓 15g 猪苓 9g 泽泻 6g 饭豆 15g
苡仁 15g 木通 3g 芦根 15g 通草 3g 竹茹 6g

上方服 5 剂后，脉象调和，舌润苔淡。于前方去茵陈、泽泻、通草，加条参 15g，扁豆 12g，白术 12g，服 15 剂，黄染、浮肿诸症全消。睡眠、饮食恢复正常。再以六君善后。翌年受孕怀胎，足月顺产，母子均安。

湿热熏蒸，迫胆汁外溢，发黄鲜明如橘，虽经多日，其候不变。细参脉症，病属阳黄。针对病机，以茵陈栀子大黄汤加减，阳明宣通，邪无所据。随以茵陈四苓，肝胆清舒，再重调理。

刘某，男，43 岁，部队干部。1970 年 6 月。

初诊：患者病经半年以上，初起觉身困头眩，食欲不振，右肋下隐隐作痛，心烦欲呕。小便黄，大便秘。继则周身及面目出现黄疸，口苦烦躁，纳减眠差。入某医院，经多次化验检查，确诊为黄疸型肝炎，已发展为肝硬化。住院治疗数月，黄疸未见消退，反而出现腹水，面足浮肿，胸痞，胁痛，腹胀，饮食日减，小便短涩，大便干燥，夜难入睡。服姜桂术附及理中、四逆汤等药，病未减，反趋急剧，约余会诊。

脉滑而数，重按有力，舌苔黄腻且干。症属湿热发黄，肝胆气滞。病势缠绵，治以疏肝利胆，清热化湿。拟茵陈温胆汤加减。处方：

绵茵陈 18g 败酱草 15g 鸡骨草 30g 焦栀子 9g
炒枳实 9g (冲) 净竹茹 9g 醋法夏 9g 广陈皮 6g 广
木香 4.5g 炒柴胡 9g (冲) 大腹皮 15g 连皮茯苓 30g
烧鸡金 6g

二诊：前方服 5 剂后，大便通顺，小便稍多，色尚深黄如浓茶，口苦燥。黄疸未退，胸腹胀满稍减，自觉腹中作鸣，可略进饮食。肢体仍浮肿，入夜烦躁不宁，精神倦怠。此肝胆气分渐舒，内伏湿热尚重，脾为湿困，运化失调。脉弦滑而数，重按渐软，舌苔薄黄而润，续用原方加减。处方：

绵茵陈 18g 茯苓 30g 猪苓 15g 炒泽泻 9g 炒柴胡 9g 炒枳实 9g (冲) 鸡骨草 30g 大腹皮 15g 广木香 4.5g 净竹茹 9g 醋郁金 6g 车前子 9g (包煨) 烧鸡金 6g

三诊：上方连服 15 剂后，小便增多，腹水陆续消退，全身已不浮肿，胸痞、胁痛均较前减轻。渐思饮食，夜能静卧，面目尚有轻度发黄，可单独行走来医院门诊。脉象细弦，舌苔淡黄薄腻，是黄疸湿热将化，脾弱肝胆气分渐舒，拟从调达肝脾，清化未尽湿热兼治。方用茵陈四苓散加味：

绵茵陈 18g 白术 12g 茯苓 18g 猪苓 9g 炒泽泻 9g 广木香 3g 西砂仁 9g (冲) 法半夏 9g 广陈皮 6g 苡仁 15g 竹茹 6g 烧鸡金 2 枚

上方又连服十数剂，黄疸消失，饮食增加，二便正常，睡眠安定，只觉精神体力尚未恢复。续以归芍香砂六君汤：

苏条参 16g 白术 9g 茯苓 18g 生甘草 3g 法半夏 9g 广陈皮 6g 全当归 15g 炒杭芍 9g 广木香 2.4g 西砂仁 6g（冲）

服上方调理月余，痊愈出院。

常某，男，32岁，解放军指挥员。1959年4月。

初诊：患者起病于1956年，因庆功宴豪饮大醉，昏睡一昼夜之久。此后，食欲锐减，形体渐瘦，而自恃体力，不以为患。半年后，又出现右胁疼痛、恶心、呕吐等症状。在部队医院治疗，因胁痛剧烈，曾注射吗啡数支。后出现黄疸，乃入昆明军区总医院以“急性黄疸型肝炎”治疗，好转后出院。出院后，未经休息，且劳累过度，病复发。于1959年4月二次入院，诊断为“肝硬化”，采取中西医结合。据云所服中药，有大剂量桂、附。服后，胸腹烧灼难忍，反而腹胀增大，黄疸加深，病情渐趋恶化。4月30日晚，邀余会诊。

诊见患者全身色如金橘，汗出皆黄，衣被尽染。发高热（每日持续在40℃左右），腹部胀大如鼓，膨隆高起，不能自视其足。小便短赤不利，大便不畅，烦渴而饮少。脉弦滑数，舌质红黯、苔黄厚腻。此肝脾屡伤，血郁气滞，土困木湿热熏蒸，运化疏泄及传导失司，遂发为黄疸臌胀，病势凶险，法当清湿热以疏肝络，消黄疸兼除臌胀。处方：

茵陈 15g 炒栀子 6g 带皮茯苓 24g 猪苓 15g 泽泻 9g 枳实 6g（炒冲） 醋郁金 9g（冲） 焦柏 6g 炒厚朴 9g 大腹皮 15g 通草 6g 滑石 18g 竹茹 6g 芦根 30g

二诊：上方服4剂，体温降至37℃～38℃之间，黄疸明显消退，烦渴已少，精神好转。但臌胀未消，日夜痛楚。脉弦滑，舌苔黄，厚腻未退。症属黄疸湿热较化，肝脾气机壅滞未舒，运化无权，水邪停留。本当攻逐，但久病脾胃屡伤，用峻猛之品，恐难胜任；若随攻随胀，预后尤为不良！提笔踌躇，忽忆同道鲁绍曾老先生曾谓：“用大蒜煮鲜肉，可消腹水，且不伤正。”因嘱试服用生大蒜120g（去皮），鲜猪肉半斤，同熬烂为度，顿服。并处方：

茵陈 15g 带皮茯苓 30g 猪苓 15g 泽泻 9g 炒枳壳 9g 炒厚朴 9g 广陈皮 6g 大腹皮 9g 郁金 9g 广木香 4.5g 焦柏 4.5g 烧鸡金 6g 甘草 3g

三诊：患者自诉：服上述单方及汤药后，约二时许，脘腹胀闷欲死，心泛欲吐，而强忍之。又二时许，腹中鸣动，随即二便如注。半日共下稀水粪便13次，后臌胀顿消，如释重负。发热也退净，精神爽适，且知饥索食。诊脉现弱缓，舌苔退薄。此病退，肝脾未复，续宜调肝扶脾，和胃清化。处方：

茵陈 9g 苍术 9g 茯苓 2.4g 猪苓 9g 泽泻 6g 苡仁 12g 白蔻 6g 炒枳壳 6g 甘草 3g 竹茹 6g 烧鸡金 6g

四诊：上方服一周，病势稳定，精神好转，食欲旺盛。脉缓微弦，舌红、苔薄微腻。症候续宜调理，再拟下方：

茯苓 15g 猪苓 9g 泽泻 9g 苍术 9g 炒厚朴 9g 广木香 3g 西砂仁 9g 陈皮 6g 苡仁 12g 甘草 3g 竹茹 6g 烧鸡金 6g 鸡骨草 12g

上方化裁出入，治疗约一月，诸症俱消。出院后，改服逍遥、六君类加减，前后二三年，巩固疗效。

辛劳骤饮，肝脾损伤，血郁气滞，湿热熏蒸，运化疏泄开阖失常，发为黄疸臌胀奇险重症。曾用清泻分消之剂，继投辛温通导，扶正驱邪验方，效应如响，此即《内经》：“中满者，泻之于内”及“劳者温之”之意焉。

郭方伯

黄疸效方矾硫丸

郭方伯，四川南郭县已故名医

治疗黄疸，医家多尊罗氏谦甫之说，分阴黄、阳黄论治，以其较为切合临床实际。观所用方药：阳黄不外茵陈蒿汤、栀子柏皮汤等清热利湿，疏肝运脾之方药；阴黄不外茵陈五苓、茵陈术附等湿化分利之汤方。验之于临床，其效者确属不少，然有不效者，亦非不多。先师郭方伯累用“矾硫丸”退黄尤捷，兹简介于下：

药物组成：

制硫黄 24g 煨青矾 30g 大枣 15 枚 大麦粉 90g

上四味，硫黄原用为倭硫黄，国内已少市售，可改用国产硫黄替代，当选用晶莹块状者为佳，用白水萝卜（或豆腐）100g 切片，加水适量，同煮半小时，以去其毒，然后去水及白萝卜（或豆腐），将硫黄取出晾干研末备用。青矾需煨透用。其煨法有二：（1）再入柴灶火中烧，待全红透后取出，去纸及柴灰，研细末备用；（2）用一铁勺，将青矾盛入其中，放灶中火上，烧至药红透，取出研细备用。大枣需选用大而有肉质者佳，去枣核，捣烂用。大麦粉需先将成熟之大麦炒熟，研细末过筛后备用。四味各如法炮

制后，共同盛入一瓷盆中，加滚开水适量调匀，作成如绿豆大丸子，即可服用。为防止生霉，需放置在通风处阴干。

凡一切临床症见目珠黄，周身黄，小便黄如浓茶或菜油者，均可服用。此方为先师用来消退黄疸之主方，同时根据病者之寒、热、虚、实，处以适当汤剂配合治疗。

考“矾硫丸”首见于喻氏《通俗伤寒论》，次见于时氏《中国时令病学》。此方药味简单，但确有很好的疗效。盖因方中青矾，其色绿，其性燥，其味酸微辛。味酸色绿，秉肝木之气，故能入肝胆；用火煨过，其色变红，名曰绛矾，故又能入肝之血分。今用取其味辛性燥，能燥脾胃之湿；取其微辛，“辛以散之”，寓有疏肝之意。黄疸一证，虽有内伤外感之不同，寒热虚实之各异，然多系中焦湿热蕴酿，导致肝胆郁滞引起，青矾燥湿疏肝，故用为本方治黄疸的主药。辅以硫黄，因其性温燥，其味酸而有毒（去毒之法见制法）。其性温燥以助青矾以燥化湿邪；酸为木味，以促肝木之疏泄。此青矾得硫黄之助，而治疸之作用愈强。佐以大枣，其味甘温，入脾胃以资助中焦之运化。再得大麦，为五谷之一，既为大枣滋养脾胃之一助，又善入肝胆，助肝气之疏泄。四药合用，相得益彰。先师用此丸配合治疗黄疸，多能应手取效。

（张克强 整理）

李济仁

清热利湿法 灵茵退黄方

李济仁（1931～ ），皖南医学院教授

黄疸是以目、身、小便黄为主症的一种常见病症。《卫生宝鉴》将黄疸分为阳证、阴证两大类。后世多称阳黄、阴黄。急黄是阳黄中的急重症。阳黄病因皆由湿从热化，熏蒸于肝胆，致胆汁不循常道、熏染肌肤而发病。故本证治疗大法以清热利湿为主，投药再据湿、热之轻重而化裁。李教授治黄疸擅以灵茵退黄方（经验方）加味。组成：

威灵仙 15～30g 茵陈蒿 30～60g 大黄 9g（后下）
龙胆草 9g

全方以威灵仙、茵陈为主药，二味用量为 1：2 的比例。

方中威灵仙性味辛咸温，有毒，性猛急，走而不守，能宣通十二经络，以走窜消克为能事，积湿停痰，血凝气滞者宜之。临床验证可治急性黄疸型传染性肝炎，实为治黄之要药。茵陈性味辛苦凉，善利胆、利尿、退黄。《名医别录》曰：“茵陈治通身发黄，小便不利，除头热，去伏瘕”。二药相配，寒温并用，消利合剂。佐以大黄苦寒攻之品，泻热毒、破积滞、行瘀血。配龙胆草苦寒泻肝火，清湿热。四味合用共奏利胆退黄，解毒分消之功。

因胆石症所致黄疸：酌加芒硝 9g（冲服），枳实 10g，生鸡内金 12g，金钱草 60g 以软坚化石，荡除积秽。因胆道蛔虫所致黄疸：酌加苦楝根皮 10g，乌梅 30g，槟榔 10g，玄胡索 10g 以增强驱蛔安蛔，解痉缓痛之功。

因胆道感染而致黄疸：方中酌加银花 20g，蒲公英 20g，丹皮 10g，黄芪 20g，白芷 10g 解毒清热，托毒排脓。

因肝炎所致黄疸：酌加贯众 10g，平地木 10g，板蓝根 12g，虎杖 10g，荔枝核 12g 以养肝护肝，排除病毒。

本方睡前服用为佳，取“人卧血归于肝”之理。以利药物的吸收利用，还应注意休息和隔离。

以下举验案数则，以见一斑：

例 1：杨某，男，40 岁。1984 年 5 月 17 日初诊。

胃脘部阵发性绞痛 3 天，目黄发热 1 天。纳呆，胃脘乍痛乍止，痛则汗出，拒按。痛甚呕吐苦水，并吐蛔虫一条。目睛微黄，溲短赤，便干结，苔黄腻，脉滑数。已服颠茄片等治疗疼痛未愈，今发热体温 38.5℃。查血：白细胞数为 $11 \times 10^9/L$ ，肝功能正常，黄疸指数略升高。诊断：胆道蛔虫合并感染。证属阳黄；胃脘痛（虫居胆道）。治宜清热利胆，驱虫缓痛。

药用灵茵退黄方加银花 20g，蒲公英 20g，乌梅 30g，苦楝根皮 12g，玄胡索 10g，细辛 3g，每日 1 剂，水煎内服。

3 剂后黄疸退、呕吐止、痛消、热平、神爽、二便调。唯现纳差脘痞，再拟和中理气之剂调治而愈。

例 2：朱某，男，29 岁。1991 年 7 月 20 日初诊。

面目、肌肤黄染 4 天。神疲乏力，纳差欲呕，厌油腻，

溲黄便结，苔黄腻，脉滑数。体温 38℃。肝功能示：总胆红素、谷丙转氨酶升高，乙型肝炎表面抗原阳性。诊断：急性黄疸型肝炎。证属黄疸（阳黄）。法当疏肝利胆，清热祛湿。

药用灵茵退黄方加贯众 10g，板蓝根 12g，平地木 10g，虎杖 10g，荔枝核 12g。

药进 5 剂，肤黄见淡，呕止，热退身爽，食欲渐增，余症同前。上方加猪苓 9g。守方半月，复查肝功，各项指标基本正常。稍以和胃之品善其后，月余体健恢复工作。

（李有伟 李 艳 整理）

张泽生

透表清化治急黄

张泽生(1895~1985),原南京
中医药大学教授,著名临床家

余某,男,25岁,战士。因高热黄疸,住某院传染病区,诊为“亚急性黄色肝萎缩”。症见发热,全身黄染,腹部膨胀,小便短少,色如浓茶,大便稀溏,神志恍惚。入院一周,经投抗生素及大剂量激素,发热已退,然黄疸及腹胀逐步加重,神志昏迷。邀余会诊,察其舌苔白腻,脉象濡数。综合病情,乃湿热蕴于阳明,肝胆失于疏泄,酝酿化热,薰蒸为黄,表里三焦均为邪热湿浊充斥,极为严重。拟用茵陈蒿汤、栀子豉汤,加银花、蒲公英清热解毒化湿。另用万氏牛黄清心丸2粒,用薄荷3g,九节菖蒲3g,泡汤化服,开其窍闭。药服2剂,神志渐清。然黄疸、腹胀、溲少如故,口干,舌苔灰白而腻,以原方去牛黄清心丸,改用神犀丹,加大剂清解之品。二日后再诊,病势未见进退,黄疸指数仍160u。余思之,中药已服4帖,神志虽清,余症不减,舌苔甚腻,邪毒虽未内陷,然中焦湿热交结不解。知其激素用量颇大,经与病区主任反复研究,暂停用激素,以观病情变化,以免掩盖病之真相。余将原方

减大黄加苍术，去神犀丹改用甘露消毒丹，重在化湿清热。二日后往诊，体温复升至 39℃ 以上，然神志尚清，身体困楚，欲汗不得，此邪热欲从外达，乃投以麻黄连翘赤小豆汤、栀子豉汤加甘露消毒丹。2 剂后汗出遍体，体温下降，复查黄疸指数降至 30u，后去麻黄连翘赤小豆汤，加清利湿热之味，会诊 13 次，病者逐步向愈。

《医宗金鉴》云：“湿热发黄，……热盛者清之，尿涩者利之，表实者汗之，里实者下之，皆无非为病求去路也。用麻黄汤以开其表，使黄从外而散。去桂枝者避其热也，佐姜枣者，和其营卫也。加连翘、梓皮以泻其热，赤小豆以利其湿，共成治表实发黄之效也。”佐栀子清宣，豆豉透表，甘露消毒丹清热化湿，邪有外达之趋，因势利导，邪有出路，故病退矣。

邢锡波

清心开窍神昏法 逐邪解毒醒后方

邢锡波(1905~1977),天津名医,著名临床家

邢氏有着丰富的临床经验,疗效显著,尤其长于治疗肝炎。如他抢救重症肝炎急性肝坏死(多系湿热毒邪,内陷心包),在病人昏迷时,首选大剂清心开窍醒神的局方至宝丹2粒顿服。待神清后,治疗重心则放在清除毒邪上,采用泻热逐水,通利二便(选药:紫芽大戟、黑白丑、大黄、泽泻、地肤子、大腹皮等),清热解毒(选药:板蓝根、山慈菇、蚤休等),利湿退黄(选药:茵陈、栀子等),清热凉血,活血通络(选药:丹皮、丹参)诸法合用,再冲服散剂(犀角粉、青黛、冰片、玳瑁、朱砂、麝香等),以凉肝解毒清脑治疗效果甚为明显。在恢复期则本着扶正祛邪的原则,投以健脾和胃,疏肝化痰之剂,他在这方面经验是丰富的。

冯某,男,41岁,工人,1968年3月12日入院。患者于一月前身倦乏力,脘闷纳呆,10余日后发现尿色深黄,但仍坚持工作,后因症状日益加重而就医。检查巩膜、皮肤均呈黄染,肝大肋缘下1.5cm,有明显压痛及叩击痛。血常规正常,尿三胆(+).肝功能:胆红质 $114.5\mu\text{mol/L}$

(6.7mg/dl), 谷丙转氨酶 400u, 麝浊 12u, 总蛋白 74g/L, 白蛋白 41g/L, 球蛋白 33g/L, 诊断为急性病毒性肝炎。12天后黄疸加深, 体温突然增高(39℃), 并出现腹胀及腹水, 肝触及不满意。经全科会诊, 考虑为重症肝炎急性肝坏死。

治疗除加大葡萄糖输液用量, 继续使用保肝药及抗生素外, 并加入双氢克尿噻及安体舒通以利尿消水。3月26日复查肝功能较前恶化, 胆红素 259.9 μ mol/L (15.2mg/dl), 谷丙转氨酶 480u, 麝浊 13.6u, 白蛋白/球蛋白为 1.7/3.3。依上法用药治疗1周, 病情未见好转。4月1日患者神志模糊, 次日清晨呈昏迷状态, 4月2日请中医会诊。当时患者体位不能自转, 神昏鼻鼾, 痰鸣气促, 周身皮肤呈橘红色, 两眼巩膜黄染尤甚, 瞳孔散大, 对光反射消失, 腹部膨隆, 有腹水征, 小便短赤, 大便四日未行, 舌质紫暗, 苔黄腻, 脉弦大而数。辨证属湿热毒邪蕴结中焦, 熏蒸肝胆, 内陷心包。治宜清心化痰, 芳香透络, 开窍醒神。

速投局方至宝丹二粒顿服。次日患者神志清醒, 自述腹部胀满难忍, 故在应用中药清肝解毒, 泻热逐水之剂的同时, 配合西药双氢克尿噻和安体舒通。

板蓝根 18g 山慈菇 18g 茵陈 15g 丹皮 15g 大腹皮 15g 泽泻 15g 丹参 15g 地肤子 12g 栀子 12g 紫芽大戟 10g 三棱 10g 大黄 10g 黑白丑 6g 青黛 3g 犀角粉 3g 玳瑁 3g 朱砂 1g 冰片 0.15g 麝香 0.15g (后6味同研冲服)

连服3剂, 体温正常, 尿量显著增加, 大便畅快, 腹水大减, 黄疸渐退, 精神转佳, 饮食增加。舌质紫暗已浅,

脉象弦细。遂将上方略作变动：

紫芽大戟、黑白丑与大黄均减为 3g，停用双氢克尿噻和安体舒通。散剂用量稍作增减：青黛 12g，犀角粉 3g，玳瑁 3g，冰片 0.15g，朱砂 0.15，麝香 0.1g（冲服）。

连服 5 剂，黄疸消退，腹水消失，精神饮食均佳，已下床活动。改用健脾和胃，疏肝化痰法，以巩固疗效，恢复肝功能。处方：

茯苓 12g 炒白术 10g 生山药 10g 大腹皮 10g 三棱 10g 丹参 10g 丹皮 10g 佩兰 10g 枳壳 10g 木香 6g 姜黄 6g

加服一个月，复查肝功能：麝浊 7u，谷丙转氨酶 10u，总蛋白 68g/L，白蛋白与球蛋白比值为 3.6/3.2。建议带药回家休养，1968 年底恢复工作，1969 年 7 月追访，一般情况良好，肝功能完全正常。

患者初见身倦、脘闷、食少，为湿热困脾。继而身目俱黄，是肝胆受邪，胆液不循常道。腹胀、腹水为木横土郁，不能运水，水湿泛滥之象。高热神昏乃热毒内陷心包之征。鉴于病情危重，险象已露，治疗必须把握时机，辨析脉证，分清主次，及时投药。其具体治法分 3 个步骤。

昏迷时，首选大剂清心开窍醒神之品，以迅速消除神志症状，缩短昏迷时间，控制病情发展。若心主神明的功能丧失，其他脏腑功能均会严重受损，故以醒神为当务之急，可“急则治标”的重要措施。

神清之后，治疗重心放在清除毒邪，减轻症状，维护和恢复肝功能方面。因病至此阶段，邪气鸱张已极，热毒

壅盛，肝络阻塞，况患者大便不通，小便短少，邪无出路，这正是应用攻逐毒邪法的有利时机，故速投清肝利胆，解毒化痰、攻逐水邪之剂。然虑及病情险恶，猛攻峻泻的甘遂面未敢轻试，选用了紫芽大戟、黑白丑、大黄、泽泻、地肤子泻热逐水，通利二便；并以山慈菇、板蓝根、栀子清热解毒；以茵陈利湿消黄；丹皮、丹参清热凉血，活血化瘀通络；散剂凉肝解毒清脑。汤散合用，并行不悖，相得益彰，取效迅速，使毒热清，水邪去，肝络通，肝脏得荣，功能自然徐徐而复。

恢复期的治疗，本着扶正祛邪的原则，采用健脾和胃，疏肝化痰之剂，取其标本兼顾，补中有通。斯时大邪已去，正气已虚，勿须重兵猛攻，病在此阶段，肝功能尚未完全恢复，故不得停药过早；即使诸证悉除，亦应坚持治疗，待肝功能连续复查3个月无异常，方可停药。

熊家笙

利疸退黄汤与疏肝理脾汤

熊家笙（1905～ ），重庆市中医研究所研究员

黄疸因湿热内蕴为患，治疗原则以“清热利湿为主”。治黄大法，主要不外汗、下、清、利、温五种，如能按表里先后灵活运用，自有得心应手之妙。

阳黄治法：有表证，治宜散热利湿，如麻黄连翘赤小豆汤；里湿热证，法宜清热解毒，利湿化浊，如甘露消毒丹；湿热瘀里之阳明里实证，法宜清热利湿，微利大便，如茵陈蒿汤。此三法，一散、一清、一下，为治阳明热盛发黄之法。

阴黄治法：太阴湿盛发黄证，法宜通阳利湿，如茵陈五苓散；中阳不足，或过用寒凉药物而成之阴黄证，法宜温阳化湿，如五苓散加干姜、茵陈，甚者可用茵陈理中汤。但若肢厥脉迟，可用茵陈四逆汤。此二法为治阴黄之法。

急黄治法：法宜清热、解毒、凉血，如犀角地黄汤。重者神昏谵语，加用安宫牛黄丸。

黄疸调理善后治法：法宜调和脾胃，不思饮食，舌苔不化，小柴胡汤；胁痛胸闷，神疲少食，逍遥散；体倦乏力，消化力差，五味异功散。

黄疸久不愈，肝脾肿大治法：法宜活血化坚，鳖甲煎丸、桂枝茯苓丸加减化裁。

证候既已辨明，选方亦属重要。方依法立，药随病变。上举各方，为治疗黄疸之常用方剂，如能灵活掌握，不难解决治黄问题。惟遣方用药时，医者务须匠心独运，灵机化裁，或一方单行，或复方兼施，方外有方，法外有法，不能执一而不知权，守成而不知变。故同一方剂，甲医用之有效，乙医用之不灵，此无它，病是变的，方是板的，如不因人、因时、因地，随症加减化裁，生搬硬套，是不能解决实际临床问题的。兹将个人六十年之经验方两个，作一简介，以备参考。

利疸退黄汤

茵陈 30g 金钱草 60g 山栀子 12g 玉米须 30g 板蓝根 30g 川郁金 12g 败酱草 15g

功能：清热，退黄，除湿，利胆疏肝，恢复肝功。

主治：急性黄疸型肝炎。

适应症：一身面目俱黄如橘子色，小便黄赤，发热或恶寒，口干口渴，胸脘满闷，右胁隐痛，甚则压痛，胃纳差，厌油腻，舌红苔黄，六脉弦数。

加减法：热偏重，便秘腹满，加生大黄 9g；胁痛加延胡索 9g，醋炒研末吞，每次 3g；衄血加白茅根 30g。

湿偏重，身倦头重，腹胀便溏，舌苔白腻，六脉濡缓，去山栀子，加苡仁 30g，广藿香 9g，白茯苓 15g。

经云：“湿热相交，民病苦疸”。故治黄疸以清热利湿

为主。本方以茵陈为君，性味苦寒，功能清热利湿，为退黄药首选，兼能清血中毒素；金钱草性寒，利胆清热，退黄解毒，佐茵陈以加强退黄之力；玉米须甘平，功能退黄利水，三者合用，力量倍增，善能促进胆汁之分泌，加快退黄作用。败酱草苦寒，清热解毒，活血行瘀，能促进肝细胞再生和防止变性，能降酶降絮，对病毒有较强的抑制作用；板蓝根苦寒，清热解毒，栀子苦寒，清热利湿，凉血解毒；郁金苦寒，理气解郁，活血镇痛，共奏理气活血，清热解毒之效。黄疸型肝炎，为湿热相蒸，胆失疏泄，肝失条达，脾胃失其输化所致。治法关键在于清热除湿，利胆疏肝，故本方名曰利胆退黄汤。

疏肝理脾汤

柴胡 9g 制香附 9g 制何首乌 12g 炒丹参 12g 纹党参 12g 白术 12g 三七粉 3g(分三次吞服) 炒泽泻 9g

功能：疏肝理脾，调气活血，软坚通络，恢复肝功。

主治：无黄型肝炎。肝炎病程已久，黄疸已退，肝功不正常。

适应症：肝气郁结，脾虚食减，神倦乏力，胸脘痞闷，胁痛，四肢软弱，性情急躁，肝脾肿大，大便稀溏，小便短小，色微黄，舌淡红，苔薄白，脉弦缓。

加减法：本方为治肝炎久久不愈，肝功不正常之基础方。临床应用，必须结合具体病情加减施用。如湿热未尽，仍宜加茵陈、玉米须、泽泻等以利湿清热；如阴虚内热，舌红无苔，以银柴胡易柴胡，加麦冬、玄参、石斛等以育阴；

如食滞不化，宜加鸡内金、麦芽、谷芽等以和中化滞。

柴胡性苦平，疏肝解郁为君，佐香附之辛平以理气镇痛。党参甘温，补中益气，白术甘温，健脾理中，共为臣药。“治肝之病，必先实脾”，故以参术为臣。何首乌性味苦温，擅长补肝血，丹参苦寒，活血祛瘀，善治肝郁胁痛，三七味苦性温，止血化瘀，消肿镇痛，并能软肝强心，三味合用，既补且攻，补不助邪，攻不伤正，此为善治。泽泻苦寒，利水济阴，佐参、术一补一泻，一开一合，相反相成，共奏补脾而不滞肝之效。肝病迁延日久不愈，肝郁脾虚，虚实互陈，必须攻补兼施，肝脾同治，故本方名曰疏肝理脾汤，亦治求其本之意。

脾与胃相表里，肝与胆相表里，肝胆又能疏达脾胃，故四者的关系十分密切。脾虚则生湿，故曰“黄疸病以湿得之”，利湿必须健脾，是为治本。胆失疏泄，肝郁为火，必须利胆疏肝。湿热久则化热，利湿必须清热。如脾阳虚，则湿从寒化，除湿又必须温阳。在整个黄疸病变过程中，其间治肝治胆，治胃治脾，或清热、或利湿、或理气、或活血，先后缓急，各有攸分，医者务须掌握分寸，不失机宜，如不从整体观念着眼，孤立地或治肝，或治胆，而置脾胃于不顾，是不够全面的。上述两方，“利胆退黄汤”，着重清热除湿，利胆退黄，治在胆胃，为热证实证；“疏肝理脾汤”，着重疏肝理脾，调气活血，治在肝脾，为正虚邪实证。前方清热而不伤正，利湿而不损津，后方理气而不破气，活血而不耗血，照顾整体，较为全面。如能灵活掌握此两方而随证加减化裁，则执简驭繁，由博返约，乃治疸一大助也。

刘赤选

血瘀络阻古方治 四乌鲂骨一薏苡

刘赤选(1897~1979),原广州中医药大学教授

四乌鲂骨一薏苡丸为《内经》十三方之一,原治血竭肝伤。宗此方化裁治疗慢性肝炎和早期肝硬化,疗效颇佳。

石某,男,24岁。因食欲减退,恶心呕吐,厌油腻,小便黄赤3天,于1975年3月3日入某医院住院。入院体检时神清,巩膜及皮肤黄染,肝在肋下1cm,脾未扪及,腹部呈鼓音,肠鸣音亢进。黄疸指数70u,谷丙转氨酶710u,白蛋白41.3g/L(4.13g/dl),球蛋白23.2g/L(2.32g/dl),尿三胆阳性,蛋白微量;超声波检查肝区较密微小波,腹水少量。西医诊为病毒性肝炎。入院后曾静脉滴入大量葡萄糖、维生素C、激素、三磷酸腺苷、胰岛素、血浆,并静脉注射茵栀黄等,除黄疸稍退外,其余症状未见明显改善,改请中医会诊。

3月11日初诊。右胁作痛,腹胀低热,头晕失眠,四肢乏力,口渴欲饮。舌质嫩红,舌苔薄白稍干,脉虚躁而无力,左带弦。证属肝郁脾虚,肝阴亏损。治疗健脾疏肝,养阴活血。拟四乌鲂骨一薏苡汤加味:

茜草根 12g 乌贼骨 9g 当归尾 9g 炙甘草 6g 白

芍 12g 橘络 2.4g 云苓 12g 白术 12g 党参 12g 葱须一小撮

二诊 3月22日。服药 11剂。面色明净，食欲好转，右肋不胀，仍有低热，失眠多梦，自汗盗汗，头晕肢软。舌质淡红，脉虚躁较前减少而带弦象。超声检查示腹水消失。仍守前法。

三诊 4月10日。仍有低热，手颤，腹部微胀，口渴欲饮。脉细数带涩，舌暗红而紫，苔微黄薄。证为肝郁脾虚，胃肠湿热。治宜通络活血，化湿清热。处方：

茜草根 24g 橘络 3g 葱须一小撮 赤小豆 30g 乌贼骨 12g 鸡内金 9g 春砂仁 9g 大腹皮 9g 土茵陈 30g 泽泻 12g

上方服用 26天，诸症皆平，精神食欲良好。复查肝功能：黄疸指数 4u，谷丙转氨酶 40u，病愈出院。

《本草经疏》云：“乌贼鱼骨，味咸，气微温无毒，入足厥阴、少阴经。……咸温入肝肾，通血脉而祛寒湿，……入肝胆，舒营气”。茜根，《本草经疏》亦云：“行血凉血之要药。主瘰及疽。”两药配合，养血行血，祛瘀生新，不凉不燥。于肝病血瘀络阻之病机十分合拍，或伍用健脾益气，或伍用清化湿热，或参以柔肝养阴，随证化裁，疗效确切。《内经》原方以雀卵为丸，鲍鱼汁送服。经实践体会，不用此二味，疗效亦佳。至于剂量亦不必拘于原方，乌贼骨四倍于茜草。

李庭芬

苍耳薄荷茵砂木通 全生黄疸立效方

李庭芬（1907～1976），广东省名中医

阳黄证，多属急性传染性黄疸型肝炎，每因湿热蕴结，阻滞中焦，湿热交蒸，肝失疏泄，胆汁外溢所致。症见身黄，目黄，小便短黄，肢体疲倦，胸脘痞闷，便溏，不渴，舌苔白腻，脉濡缓。证属湿重于热，治宜利湿清热化浊。选用黄疸立效方（王洪绪《外科证治全生集》），该方药用：苍耳子、薄荷、木通、绵茵陈、砂仁末 10g 同服。如小便赤如血者加黄连 3g 同煎，日服 1 剂，连服 2 日，黄疸便可消退，此时适当调治他症，则可加快肝炎痊愈。

黎某，男，35 岁，1959 年 6 月 20 日就诊。诊见患者面目及全身黄染，身微热，胸脘痞闷，纳呆便溏，肢体倦怠，小便短黄，不渴，舌苔白腻，脉濡缓。诊为急性黄疸型肝炎，证属肝胆湿热引起的阳黄证。治宜清热利湿化浊为法，选用黄疸立效方原方，依上法服用。药后黄疸渐退，继予清泄肝胆湿热，调和脾胃之剂，调治旬日诸症消失。

据李老经验：该方消除黄疸症状确能“立效”，只要服药 2 剂黄疸便可消退，继而适当调治兼症，收效良好。此

方特点在于用酒煎药，酒性善走，能消解湿气。方中苍耳子、薄荷疏风走表，透湿浊外解，木通、绵茵陈清热利湿，砂仁健脾和胃，芳化湿浊而利气机，协同作用，内外分消湿热之邪。若小便短赤如血乃湿热均重，加黄连清解肝胆热毒。组方精简合理，故用之可收良效。

陈一鸣

析因湿热并毒瘀 疏方茵陈下瘀血

陈一鸣（1908～1989），原广东梅县市中医院主任医师

据临床所见，急性黄疸型肝炎属阳黄者居多，阴黄者较少见，而急黄一证最为险恶。临床上对此病一般可分为阳黄和急黄二个类型进行治疗。

阳 黄

主症：面目周身俱黄，黄如橘子色，或伴发热恶寒，心烦胸闷，口苦而干，腹胀，胁痛，不思食，倦怠乏力，大便结，小便黄赤。舌质粗红，苔黄厚腻或白厚腻，脉弦滑数。黄疸消退后则可出现胁痛，肝区时有烧感，口干，舌红，脉弦细数等肝阴亏损的见证。或表现为胃纳差，腹胀，便溏，胁痛等脾虚肝郁之证。治宜清热解毒，除湿化瘀。

每以茵陈蒿汤合下瘀血汤加减：

绵茵陈 30～60g 栀子 12g 大黄 6g 金土鳖 5g 桃仁 6g 北柴胡 6g 甘草 5g

水煎服，每日 1 剂。

加减法：若湿偏重，症见口粘、腹胀、便溏、苔白厚腻、脉濡滑者，去甘草，减轻大黄用量，加陈皮 5g，藿香

6g, 川朴 6g。如热毒偏盛, 症见发热, 口渴, 舌粗红, 大便秘结者, 可加重大黄用量, 再加黄柏。若平素脾虚, 或过用苦寒损伤脾胃, 出现纳差、便溏、唇舌淡白者, 宜去大黄、栀子, 选加白术、茯苓、陈皮等。黄疸消退后, 茵陈、大黄、栀子可按病情逐渐减轻用量。若肝大, 肝痛日久不除, 可选加白芍、丹参、三七、川郁金、三棱、莪术等。若肝阴受损, 可选加白芍、北沙参、元参、何首乌等。胃纳欠佳, 可选加山药、山楂、鸡内金等。

急 黄

主症: 发病急骤, 病情常迅速恶化, 面目皮肤呈金黄色, 高热口渴, 烦躁, 腹胀, 大便秘结, 小便黄赤, 甚或神昏谵语, 抽搐, 便血, 尿血, 或口鼻出血, 舌质红绛, 苔黄厚腻或黄厚而干, 脉洪滑数。治则: 泻热解毒, 凉血救阴。

茵陈蒿汤合犀角地黄汤 (或黄连解毒汤) 加减:

绵茵陈 60g 川大黄 12g 栀子 12g 川连 6g 犀角 3g (另炖冲服) 丹皮 9g 板蓝根 15g 甘草 5g

加减法: 神志不清者加川菖蒲 3g, 或加用《局方》至宝丹、安宫牛黄丸。抽搐者加钩藤 15g, 羚羊角 1.5g (另炖冲服), 或加紫雪丹。

此型病情凶险, 宜及时用中西医两法进行救治。

例 1: 李某, 男, 61 岁, 农民。1964 年 1 月 9 日门诊。

患急性黄疸型肝炎已 50 天, 初由当地卫生院医治无效, 后转入某某医院住院治疗。入院时作肝功能检查: 黄疸指数 80u, TTT12u, TFT++。住院 27 天, 黄疸仍未

消退，自觉症状无明显改善。诊见患者巩膜及全身皮肤黄染，精神疲倦，食欲不振，口干，头晕，心烦，肝区不适，时有烧感，大便结，小便赤，舌质粗红，苔白厚腻，脉弦滑数。肝在右肋下 3cm，有触痛，质中等硬，脾未触及。西医诊断：急性黄疸型肝炎。湿热疫毒瘀积于内，阻滞血行，耗伤肝阴，致肝失疏泄，治宜：解毒化瘀，除湿清热养阴。方拟茵陈蒿汤合下瘀血汤加减：

绵茵陈 60g 栀子 12g 川大黄 5g 金土鳖 5g 桃仁 5g 北柴胡 5g 白芍 15g 丹参 15g 茯苓 15g 何首乌 15g

水煎服，每日 1 剂。

2 月 29 日二诊：服上方 18 剂，黄疸退净，精神、食量、大小便均已如常，但肝区仍有微痛，肝在右肋下 1cm，质较前稍软，守上方大黄减至 3g，绵茵陈减至 40g，每日 1 剂。

3 月 10 日三诊：服 12 剂后，肝区已无不适，精神、胃纳均正常，病告痊愈。随访 10 余年，自病愈后，一直身体健康，今年已 70 余岁，仍可做木工。

例 2：张某，女，22 岁，干部，1974 年 5 月 10 日初诊。

据其父代诉：患者于前天突然高热恶寒，巩膜及全身皮肤出现黄染，小便如浓茶样。昨天送入某某医院传染科住院治疗，诊断为“急性黄色肝萎缩”。现人事不醒，呈昏迷状态。检查肝功能：黄疸指数 200u，谷丙转氨酶 900u。病情危重，要求结合中药治疗。此为急黄重证，乃疫毒炽盛，内陷心营所致。治则：泻热解毒，通窍除湿。拟茵陈蒿汤合黄连解毒汤加减：

绵茵陈 60g 川大黄 12g 栀子 12g 川黄连 5g 大叶蛇总管（又名土大黄）10g 朴硝 15g（冲） 川菖蒲 5g
水煎服，每日 1 剂。另用正山羚羊角 3g，炖水冲服。

服上方后，大便每日 3~4 次，为黑色粘液便，小便量增多，色黄。服完 3 剂略见清醒，嘱再服 3 剂，加服安宫牛黄丸 2 丸。服至第 5 天，神志完全清醒，病势已减，将原方去朴硝，川大黄减至 6g，加甘草 5g，元参 15g，再服 6 剂。服完后，诸症明显好转。由于诊治及时，中西医两法并进，病情迅速转危为安，住院前来门诊。

诊见：巩膜及面色仍微黄，胃纳正常，唇舌粗红，苔白微黄而厚，脉弦细数，肝在右肋下一指半，微有压痛。肝阴已伤，宜解毒化瘀，清热养阴，方用：

绵茵陈 40g 川大黄 5g 栀子 10g 山药 15g 金土鳖 5g 何首乌 15g 元参 15g 三七 5g
水煎服，10 剂。

6 月 5 日复诊，自诉精神、胃纳睡眠均正常，大便每天 2 次，肝区仍时有微痛，转用解毒除湿，养肝扶脾之法以善后。方用：

绵茵陈 30g 金土鳖 3g 北沙参 15g 北柴胡 5g 白芍 15g 茯苓 15g 山药 15g 何首乌 15g 川大黄 2g
每天 1 剂，10 剂。药毕诸症消除而愈。

此病初期，病机所在为湿热疫毒蕴结，瘀阻血脉，困脾犯肝。治疗上应以解毒除湿为主，结合活血化瘀，最忌“实实”之误，犯之常致缠绵难愈。在选方用药上，宜用《金匱》茵陈蒿汤合下瘀血汤加减治之。其中茵陈、大黄、

金土鳖三味,在一般情况下为自始至终必用之品(脾胃素虚患者除外)。茵陈味微苦辛性凉,有特异之香气,能清热利尿,祛湿解毒,净化血液,为退黄之要药,因其药性平和,故宜重用,成人一般可用30~60g,黄疸消退后可逐步减量。大黄味苦性寒,泻热通便,解毒祛瘀,使疫毒得以从大便排出,则黄易退;至于用量,须视患者体质之强弱,病情之轻重及病程长短而定,一般以保持大便通畅为度,体强者要求服药后保持每天大便3~4次,体弱者则以每天有1~2次大便即可,黄疸消退后,大黄用量宜减轻。金土鳖为化瘀解毒之良药,因其化瘀力强,且有小毒,故用量不宜过大,一般以5g左右为宜(孕妇慎用)。

《金匱要略》指出:“黄疸之病,当以十八日为期,治之十日以上瘥,反之为难治。”证之于临床,患此病者,确是及早治疗效果才好。据临证观察,若能在发病后7天内服用解毒祛湿药者,一般10多天可治愈;如果发病3周后才治疗者,则效果较差,往往要1个月以上才能治愈。为加速排毒,减轻肝脏损害,缩短疗程,常嘱患者在开始治疗的第1周服下10剂解毒祛湿之药(即2天服3剂)。对于急黄患者,更应急急排毒,及早用中西医二法进行救治。经上述治疗,当黄疸消退后,此病后期常表现为肝阴受损,余毒未净,此时应以化瘀养阴为主,并继续清解余毒。但要注意养阴而不滞邪,热燥补敛之药物当慎用。总之,除强调及早治疗,排毒务净之外,还要根据患者体质之强弱、年龄之老幼、病程之久暂以及气候等情况辨证施治。用药力求做到清热解毒而不伤脾胃,活血化瘀而不伤血,养肝扶脾而不滞邪。

蒋日兴

调和肝脾宗四逆 内蕴湿热用大黄

蒋日兴（1919～ ），桂林市中医院主任医师

急性病毒性肝炎之发病，大多数学者认为是“湿热相搏”所致。所谓“相搏”，主要是体内湿热与外感湿热之邪相互搏结，壅滞不解，绝不能忽视体内湿热这一基本因素。而体内湿热的产生，肝脾不和是关键所在。肝体阴而用阳，性条达，主疏泄而忌抑郁。由于肝郁不舒，横逆犯脾，而致木滞土壅，“气滞则湿郁”，湿郁化热，这是产生体内湿热的基础；另外，由于广西属于亚热带地区，气候炎热而多湿，湿热之气素盛。如体内湿热壅滞，复感湿热之邪，二邪相搏，则导致该病的发生。如湿热壅滞，阻遏气机，气机失宣，熏于肌肤则化为黄疸；如湿热虽盛，但胆汁尚能正常排泄，虽致病而无黄疸，这就是产生黄疸与否的机理。

治疗该病应注重清热利湿，调和肝脾。

起病急，病程进展快，身目发黄，鲜明如橘子色，发热，恶心，呕吐，纳差，厌油腻，肝区疼痛。治以清热利湿，疏肝解郁，拟肝一方：

大黄 9g 枳实 9g 川楝子 6g 梔仁 9g 白芍 9g
延胡索 9g 茵陈 30g 甘草 5g 柴胡 5g

该方由茵陈蒿汤、四逆散、金铃子散合方化裁。能清热祛湿，利疸退黄，疏肝解郁，并有活血化瘀止痛作用。

四逆散乃调和肝脾祖方。方中柴胡苦平，疏肝解郁，上下疏通肝络，直达病所；白芍、甘草柔肝缓急止痛；枳实行气化滞。为临床所喜用。凡中焦湿热、肝脾失和所致胃溃疡、胰腺炎、胆道疾患、慢性结肠炎等用之，得心应手。《金匱》中强调，“见肝之病，当知传脾，当先实脾”，是指脾土中州受攻而言，今此病病机不在脾虚，而中木滞土壅，故当重视调和肝脾。若热象偏重，症见发热较高，口干，烦渴，溺黄便结，舌红苔厚，脉弦数者，加黄柏、连翘、板蓝根等。但不宜过于苦寒，以防化燥伤阴。如症见身热不扬，头重身倦，胸痞脘闷，渴不欲饮，小便不利，大便溏烂，舌润苔厚腻，脉濡缓者，是为湿盛，可加苡仁、茯苓、藿香、木通等。在加重利湿时，宜以淡渗为主，力戒过于温燥，以防伤津助热，于病不利。总的原则是淡渗利湿，冀以“湿去热孤”而奏效。

对湿热并重者，可在上法基础上酌情加减。

1980~1981年曾以上法治疗急性肝炎200例，男性较佳，半数患者在1月内痊愈。

病例：刘某，32岁。入院前10日自觉全身乏力，头昏，纳差，口渴，厌油，发热达38.5℃，恶心，呕吐，3日后巩膜、皮肤发黄住院。查：体温38℃，皮肤巩膜黄染如橘色，舌质红，苔薄黄，肝下界右锁骨中线肋下3cm。质中等硬，有压痛。黄疸指数45u、TTT12u、TFT+++、谷丙转氨酶500u以上，尿三胆检查：胆红素阳性。诊断为急性

黄疸型肝炎（阳黄、偏热型），经口服多种维生素、肝泰乐外，未作其他处理。中药每日肝一方1剂加银花25g，板蓝根15g。10天后检查肝功能：黄疸指数6u，TTT8u、TFT+、谷丙转氨酶180u，皮肤黄染消退，精神食纳好转，肝脏回缩为肋下1.65cm。住院30天复查肝功能全部正常，症状消失，临床治愈出院。

黄疸不明显，倦怠无力，脘闷腹胀，纳差厌油，溺短便溏。舌苔薄白或白腻，脉弦细，肝脾不和证是为主证，相当于无黄疸型急性病毒性肝炎。治宜疏肝解郁，健脾和胃为主，拟肝二方：

白芍 9g 柴胡 6g 郁金 9g 当归 9g 川楝子 9g
白术 6g 香附 9g 薄荷 2g（后下） 甘草 4g 绵茵陈 30g
茯苓 9g

该方疏肝解郁，健脾和胃，并有养血柔肝、化瘀止痛之功。

关于大黄的运用：在急性病毒性肝炎的中医治疗中，一般文献认为大黄仅用于热重便结的病例，对湿重便溏者则不相宜。但大黄有攻积导滞，泻火凉血，活血去瘀，利胆退黄之功，对湿重热重之病例，用之咸宜。用药方法上，习仿大黄泻心汤法，以大黄研粗末置杯中，酒浸以没为度，待浸透后弃酒留药。以药汁趁热如沏茶样浸泡大黄约20分钟而后服。此法长于清热而无大泻下，日二三度，以后则无大泻，仅诉便溏或大便通畅而已，湿热亦随之而解。近贤张锡纯说：“大黄力虽猛，然有病者则病当之，恒有多用不妨者。”李东垣说：“恶血皆自归于肝”，而大黄“能入血分，

破一切瘀血”。故连续使用该药不仅能利胆退黄，且能活血祛瘀，改善肝郁血，促使转氨酶恢复正常，对肝功能恢复起重要作用。在重症肝炎中，大黄用量每日可达20g以上，还可用大黄30~60g浓煎至100mL保留灌肠，对促使肠道积滞排出，防止血氨升高确有良效，可以防止肝昏迷之出现。

柴胡的应用：肝体阴而用阳。中医有“柴胡劫肝阴”之说，故部分学者主张用之宜慎。急性病毒性肝炎起病迅速，病程尚短，“暴病多实”，且其病机为木滞土壅，病的重点是肝脾不和，而柴胡苦平疏肝，直达病所，与白芍同用，养血柔肝，则无劫阴之弊，在肝二方中含义尤为如此。临床表明，一旦肝郁得舒，土壅得散，切断湿热内生之源，病情即可迅速改善。分量以4~6g为宜。

治疗用药的注意点：“诸病黄家，但当利其小便”，乃古今大法。以滑石、苡仁、茯苓等淡渗利湿之品，尤以苡仁一味，健脾而不妨中，利尿而不伤正，殊为适宜。对肝脾大者，不主张过用破气伐肝之品，防其耗伤肝阴，而选用鳖甲、归尾、丹参、土鳖虫等散瘀软坚之品。在清热中，为防克伐肝阴，尤忌一味苦寒，以防化燥伤阴。

（蒋建成 整理）

任侠民

湿滞毒瘀别寒热 化裁鸡平台剂方

任侠民（1914～1989），原温州市中医院主任医师

肝炎为湿热瘀着。病在气分时，治以宣郁利气，清化湿热，其病易愈；若初起脏气未伤，内有湿邪与外邪互结，病属实证，治之邪得松解，则病亦易愈；如脏气损伤，脾虚湿滞，运化无权，内外湿邪胶结不行，必须疏肝利湿，健运脾阳，湿不复聚，其病始解。一虚一实，治各不同。而治疗实邪时，方药亦不宜过凉，即所谓无犯胃气，保护脾胃强健功能。

治疗急性肝炎，常用经验方自拟“鸡平台剂”：

鸡骨柴 平地木 岩柏 马兰青 酢浆草

鸡骨柴，植物名六月雪，茜草科。六月雪属，性味淡，微辛凉，功能疏肝解郁，清热利湿。平地木，植物名紫金牛，性平味辛，功能清热利湿，活血消肿止痛。江南卷柏，又名摩来卷柏、岩柏，性平微甘，活血止血，清热利湿之功效。马兰青，又名鸡儿肠、路边菊，性味辛平，功能清热解毒，消肿利尿。酢浆草，又名盐酸草，性微温味酸，散瘀消肿，化痰利尿。

本方有清热解毒，宣郁化湿，活血消肿的功效。对治

疗病毒性肝炎，无论有无黄疸，初起或迁延不愈，血清转氨酶升高或持续不降者，投以此方或加用2、3味药，皆有较高的疗效。如见舌苔白滑或白厚而腻，则加入芳香淡渗之品，如茯苓、厚朴、佩兰等品，以苏胃气。总之勿使胃气呆滞，饮食上则少服牛乳、鸡蛋等营养品，反之则使胃气呆滞，健运无权，失其转输之职。若右胁痛、脘痞、其肝郁甚者，可加绿梅花、香附以增强疏肝利气之力。兹介绍验案数则。

肝气失于条达 寒湿滞于阳明

例1：陈某，男，成人，肝炎病房306号。于1983年4月6日入院。（重症肝炎，亚急性肝坏死）

一诊：主诉发病前10天神疲乏力，食欲减退，腹胀溲黄，继而面目发黄，检肝功：黄疸指数20u，凡登白试验双相阳性，谷丙转氨酶200u，乙型肝炎表面抗原阴性，诊为急性黄疸型肝炎而收治。经治疗症状改善，黄疸消退，唯谷丙转氨酶持续不降。近10天来又出现黄疸，且逐渐加深。4月29日检肝功：黄疸指数100u，麝浊18u，锌浊20u，谷丙转氨酶200u。5月4日邀请任氏会诊：

患者住院已1月，曾昏迷2次，10天来精神疲乏，现自觉头痛咽疼，恶寒烘热，体温正常，腹胀纳减，大便溏薄，小便黄赤，小腹重垂，面色晦滞，形体消瘦，巩膜黄染十十十十。西医诊断为：重症肝炎，亚急性肝坏死。寒湿陷于阳明，肝失条达。治拟宣郁疏肝，芳香化湿，辛开通阳。投鸡平合剂配茵陈五苓散加减。

岩柏 30g 鸡骨柴 20g 平地木 20g 茵陈 15g 茯苓 12g 猪苓 9g 白术 9g 莪术 6g 桂枝 4g

二诊：5月7日，面黄稍减，呃逆时和，病乃脾阳不得挥发。原方加香附 6g，车前子 9g。

三诊：服前方 3 剂，黄疸减轻，大便不畅，湿邪已见松活，因势利导，原方加过路黄 15g，乌韭 12g，续进 4 剂。

四诊：5月14日黄疸再减、纳食增香，脘饱肠鸣，大便先硬后如青泥，小便色混，苔腻，脉迟缓。

此病乃寒湿滞于阳明，肝气失于条达，与湿热瘀着所致者有别。或因药物过于寒凉，致令脾阳抑遏，故以辛平微甘之鸡平岩柏散，合苦泄淡渗之茵陈五苓散为主方。取桂枝之辛温，白术之甘平来挥发脾阳，助脾气以转输，四苓之淡渗化湿，利湿邪之下行。投药：

鸡骨柴 18g 平地木 18g 岩柏 18g 过路黄 15g 茯苓 12g 泽泻 9g 香附 9g 莪术 9g 神曲 9g 桂枝 6g 木通 5g

服药 4 剂，病情日见好转。

五诊：5月18日，黄疸明显消退，大便转结，4月未行，小便色淡，舌根苔薄，脉缓，精神舒畅，阳气来复，病已向愈，再拟清化疏肝。原方加虎杖 12g，象贝 9g，桑皮 9g。

而后依症进退，至 6 月 22 日十四诊时，检肝功均正常而治愈出院。

患者住院期间曾两度昏迷，后黄疸复升，转氨酶转高，恐转入昏迷，症似阴黄，但无肢冷汗出之阳衰之症，脉虽

迟而无沉细之阳微之征。故诊为肝气郁结，寒湿滞于阳明，用茵陈五苓而不投茵陈附子、茵陈四逆等方。三诊之后，大便如青泥样者甚多，此乃邪气不行，故因势利导而病日见向愈。

邪在气分 湿热交阻

例 2：魏某，男，22 岁。1978 年 3 月 15 日初诊。

起病 20 多天，巩膜及皮肤深度黄染，色鲜明，初起之轻度寒热已解，尿色深黄如黄酒，舌苔白腻，口中不爽。住院后以葡萄糖、辅酶 A 及琥珀考的松等药治疗，黄疸急剧升高。检腹平软，肝在肋下 2cm，边缘钝，脾侧卧可触及，肝功，黄疸指数 210u，凡登白直接迅速，间接强阳性，麝浊 20u，锌浊 20u，转氨酶由 500u 以上降至 210u，处方：

鸡骨柴 30g 岩柏 30g 平地木 18g 茵陈 18g 乌韭 15g 滑石 12g 车前草 12g 炒山栀 9g 茯苓 9g
4 剂。

二诊：3 月 18 日，黄疸明显减轻，尿黄便结，舌苔微黄，白细胞 $9.6 \times 10^9/L$ ($9600/mm^3$)，碱性磷酸酶 11.2u，服原方 6 剂。

三诊：3 月 23 日，皮肤黄染已退，巩膜中度黄染，食欲明显增加，小便色转淡黄，黄疸指数 110u。原方加甘草 4.5g，继服 7 剂。

四诊：4 月 1 日，黄疸指数降为 75u，浊度恢复正常。处方：

鸡骨柴 18g 平地木 18g 半枝莲 18g 岩柏 24g 乌

韭 15g 茵陈 12g 车前草 12g 炒山栀 9g 茯苓 9g 川朴 4.5g

至 4 月 26 日服药 36 剂，检肝功完全正常，于 4 月 29 日出院，后恢复工作未见复发。

本例为黄疸肝炎中黄疸指数最高之病例，初起为湿热交阻型之一般性黄疸，但因多食补品，误用补药，致肝气郁滞，湿热瘀结不解，黄疸日增，损伤肝之功能。故重用宣郁疏肝，清热化湿之鸡平岩柏合剂加通利之品，服药 8 剂，黄疸减轻一半，再服 7 剂，浊度恢复正常。

邪热久恋 肝肾耗伤

例 3：高某，男，成人。

1977 年 9 月 13 日起病，血清转氨酶 311u，服西药及中草药各一个月，11 月 14 日，检转氨酶 188u，麀浊 39u，锌浊 38u，蛋白电泳 γ 球蛋白 31%，因而服激素 3 个月未效，后服五味子 3 个月，病情仍无进步。1978 年 8 月检麀浊 38u，锌浊 25u，电泳 γ 球蛋白 36.5%，而来门诊。

睡眠不佳，脚膝酸软，大便软溏，小溲色黄，舌光唇红，脉弦数。

药用丹皮、栀子、黄芩清热凉血；绿梅花、香附、川楝子宣邪利气；当归、女贞子、牛膝、川断、杞子、柏子仁柔肝滋肾；服药 20 剂，锌麀浊显著改善，血清转氨酶稍见升高，改服下方：

鸡骨柴 20g 平地木 20g 岩柏 15g 女贞子 15g 杞子 10g 川断 10g 香附 9g 菟丝子 9g 丹皮 9g 当归

5g 炙甘草 6g

服 10 剂。

于 10 月 28 日检肝功：谷丙转氨酶 128u，麀浊 6u，锌浊 8u，症状均佳。

本例湿热留恋过久，又服激素、五味子等药过多，致恋邪为患，耗伤肝阴，邪未退而正已伤，故宜柔肝滋肾以固本，宣解清化以祛邪，使邪不内犯而耗劫肝阴，阴生本固，肝功恢复，才有根基。

顏德馨

郁热熏蒸湿浊遏 凉营祛湿犀泽方

顏德馨（1920～ ），上海铁道大学教授，著名中医学家

治疗慢性乙型肝炎，常遵循“湿温”“温疫”等温病的传变规律辨证论治。其理论依据为：肝炎病毒由外而入，临床表现具有湿、热等六淫的致病的特点；肝炎初期，多兼恶寒、发热等卫分症状，随着病情发展，则相继出现气分、营分、血分证候；本病有较强的传染性，符合“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似”之说。

由于慢性乙型肝炎病久不愈，故病机多为湿热侵淫营血，胶结不化，缠绵腻滞。这类患者常表现为低热绵绵，面色晦黄，巩膜混浊，神疲乏力，心烦易怒，口苦而粘，齿龈出血，鱼际红斑隐隐，脘腹胀满，不思饮食，胁肋胀痛或刺痛，小溲黄赤，脉濡数或弦数，舌紫绛苔黄白腻。若从气分论治，投以疏肝、清气、祛湿、解毒等法，虽亦有效果，但疗程长，且病情易于反复。

《王孟英医案》载1例身热发黄案，阅后颇有启迪：“吴某劳伤之后，发热身黄，孟英察脉濡数，是湿热重症，故初起即黄，亟予清解，大便渐溏，小溲甚赤，湿热已得下行，其热即减。辍药七八日后复热，谵语，昏聩，抽痉，

遗溺，孟英视之，湿热之邪扰营矣，投元参、犀角、菖蒲、连翘、竹茹、竹叶、银花、石膏泄卫清营之法，佐牛黄丸、紫雪丹而瘳。”这里，王氏既揭示湿热扰营可致发热身黄，又提出了清营泄卫的治疗方法。后读余师愚《疫疹一得》：“淫热熏蒸，湿浊壅遏，则周身发黄，宜本方（清瘟败毒散）增石膏、栀子，加茵陈、滑石、猪苓、泽泻、木通”，从中进一步悟出采用清营泄热法治疗慢性乙型肝炎的思路。

经过多年经床实践，自拟犀泽汤治疗慢性乙型肝炎，取得较满意疗效。犀泽汤组成如下。

广犀角 3g（锉末吞服） 泽兰 15g 苍术 9g 四川金钱草 30g 土茯苓 30g 平地木 30g 败酱草 15g

方中以广犀角、泽兰、苍术清营解毒，泄热祛湿为主，配以四川金钱草、土茯苓、平地木以祛湿解毒，败酱草以清营凉血。诸药同用，有清营泄热，祛湿解毒开郁通络的功效。倘若湿热胶结，气、营分同病，见腕、腹、胁肋胀痛，恶心呕吐者，可加沉香曲、川楝子；大腹肋刺痛，牙龈出血，舌质紫气者，宜加丹参、桃仁、郁金、红花、赤芍、延胡索、三棱、莪术等通络之药；湿甚于热，以神疲肢重，不思饮食，小溲混浊，大便溏而不畅为主者，配以藿香、佩兰、猪苓、茯苓、生苡仁、泽泻、木通等化湿利水之类；热甚于湿，以发热不退，心烦易怒，目赤口苦，牙龈出血鲜红，大便干结为主者，加入银花、黑山栀、夏枯草、蒲公英、连翘等辛凉泄热之类，热毒甚者则选用白花蛇舌草、龙葵、蜀羊泉、半枝莲、七叶一枝花等清热解毒

之类。

犀泽汤中的广犀角、苍术 2 味药对慢性乙型肝炎有特殊作用。《本草纲目》谓：“犀角，犀之精灵所聚，足阳明药也。胃为水谷之海，饮食药物必先度之，故犀角能解一切诸毒”，可见犀角不仅能凉血以止血，且能入胃以解毒。在实践中体会到犀角对乙型肝炎的谷丙转氨酶长期不降及乙型肝炎表面抗原转阴多有斩获。

苍术性温，味辛苦，功能发汗透热，祛湿解郁，治疗湿温证可一举二得。湿温证忌用辛温发汗，然苍术发汗，不似麻桂之猛，故无汗出太过之弊，且能祛湿宽中，芳香解郁，诚如先贤恽铁樵先生所言：“茅术温燥，能发汗，能化湿，为湿温要药”。临床常将其用于乙型肝炎属湿浊胶结难化者，疗效明显。广犀角与苍术同用，燥湿而无助火之弊，凉营而寒凝之虑，最擅长于搜剔营血分的湿热之邪，对于某些缠绵难愈的慢性乙型肝炎，经辨证为湿热蕴结营血的患者，常可收到意想不到之效。

部分慢性乙型肝炎患者经用犀泽汤治疗，病情好转，乙型肝炎表面抗原转阴，停药后旋即病情反复，回顾叶天士《外感温热篇》中有“清凉到十分之六七，往往热减身寒者，不可就云虚寒，而投补剂，恐炉烟虽熄，灰中有火也”之谓，启示用犀泽汤治疗慢性乙型肝炎，在病情初愈，湿热清而未尽时，不可骤然停药，以免死灰复燃。因此在临床上常嘱患者在疾病初愈后继续服药 1~2 月，或以犀泽汤化裁，改制成丸剂服用，以巩固疗效。

例 1：朱某，男，24 岁，工人。1975 年 3 月 2 日初诊。

患者于1974年初起感乏力，食差。查肝肋下2cm，肝功能：谷丙转氨酶147u，麝浊12u，乙型肝炎表面抗原阳性。先后服用茵陈蒿汤、甘露消毒丹、绛矾丸以及五味子、垂盆草、满天星等单方，皆无疗效。症见面色灰暗，神萎纳呆，胁痛心烦，口干不欲饮，小溲黄赤，脉细弦，苔薄白，舌尖红绛。湿热蕴于营分，治宜清营化湿。方药：

广犀角 4.5g 泽兰 60g 苍术 45g 平地木 60g 败酱草 60g 银花 60g 北沙参 60g 夏枯草 60g 白术 60g 白芍 60g 蒲公英 60g 苡仁 60g 天花粉 60g 丹参 60g
共研细末，水泛为丸，每服6g，1日3次。

服药两月后复查肝功能：谷丙转氨酶40u，麝浊6u，乙型肝炎表面抗原阴性而停药，1月后因劳累过度引致肝病复发，肝功能：谷丙转氨酶245u，乙型肝炎表面抗原阳性。再以上方服用1月，肝功能又复正常，乙型肝炎表面抗原阴性。体征和症状次第消失。嘱上方丸剂继续服1月善后，以巩固疗效，随访10年，病情未发。

例2：李某，男，40岁，干部，1976年8月7日初诊。

患者于1975年春因肝肿大作肝功能检查，发现谷丙转氨酶382u，麝浊16u，乙型肝炎表面抗原阳性，多次住院治疗，未见显效。症见面面红斑累累，神萎，头晕，口苦，心烦，右肋隐痛不已，腹胀有形，溲赤便秘。左脉弦数，右脉滑数，舌青紫，苔黄腻，中部灰黄，湿热毒邪深入营分，治宜清热解毒，凉营化湿。方拟：

广犀角粉(吞)3g 苍术 9g 泽兰 15g 土茯苓 30g 四川金钱草 30g 平地木 30g 败酱草 15g 沉香粉(吞)

1.5g 生苡仁 9g 桃仁 12g 大腹皮 12g 红花 9g 赤芍 9g

上方服用 2 月余，复查肝功：谷丙转氨酶 40u，麀浊 6u，乙型肝炎表面抗原阴性，临床症状基本消失，嘱继续服药 1 月，以后多次复查肝功均正常，随访多年，疗效巩固。

柴中元

漫云无湿不成疸 燥瘀瘦毒脾肾伤

柴中元，浙江上虞市中医院主任医师

人云“无湿不成疸”，实是一偏之浅见，景岳早已非之；余谓“黄疸有非湿”此乃仲圣之论旨，惜乎尚未昌明，正因有鉴于此，故再就“非湿黄疸”而撰本文。

观《伤寒论》114条、205条，均论误用火攻而发黄，《金匱·黄疸篇》第8条，亦论火劫而发黄。热病被火、两阳熏灼，津伤化燥，燥热致黄，故既有小便难，身枯燥，口干燥，咽烂等燥化症；又有发热、壮热、热在里、腹满、烦喘、或不大便等里热症。河间云：“燥热太甚，而身面痿黄者，犹亢旱而草木萎黄也。夫病燥热而黄者，当退热润燥”，但邪热入里，邪从燥化，必致里结，前人尝用小承气汤加归、芍“一剂便行而瘥。”（见《续名医类案·黄疸之要法》）。

但若津伤液劫而热轻燥甚，或热病后期，邪退津损，因燥致瘀，因瘀结而发黄。此种黄疸，切忌苦寒清火，恐反致燥化更甚，而当用化瘀润燥为大法（《金匱·黄疸篇》第10条以“痿黄”形容黄色枯燥不润泽，与湿病篇以“熏黄”形容黄晕如油正相反，宜对勘）。此种症型，昔“骆天

游黄疸，腹大如鼓，百药不效，用猪膏四两，发灰四两，一剂而愈。”类此治案，深得仲景“诸黄，猪膏发煎主之”之论旨。热燥黄疸是因热致燥，邪热为本，以撤热为主，燥瘀黄疸是因燥致瘀，燥邪为本，应泽枯为要，《肘后方》《沈氏尊生》诸书，治病求本，从本论治，均单用熬猪油，然此唯燥甚瘀微者为合适。

若是瘀血为主，因瘀致黄，又另有治法，如《伤寒论》129条，即论血蓄下焦之瘀血发黄症，此症病在血分而不在气，因属瘀血而无关湿邪，故小便自利。《金匱·黄疸篇》第7、第14两条亦论本症，故有非水也之明示。本症除了目青面黑，心中如啖蒜薤状，皮肤抓之不仁等症，尚可与“病者如热状，烦满，口干燥而渴，其脉反无热”等论瘀血之条文相互参。并须作虚实之辨，若脉沉结少腹硬，小便自利，其人如狂，此属实，当主之以桃仁承气汤；如日晡所发热而反恶寒，膀胱急，少腹满，大便黑，时溇，症因女劳而得，此属寒，当主以肾气丸。至于前人之治瘀血黄疸，于肾伤夹瘀者或主以硝石矾石散，治蓄血下焦者或运用抵当汤，类此化裁，均属活法，亦颇得仲景之论旨。

又有精血内伤，脾土受损，气血颓败，不能华色而生黄疸者，谓之虚黄，虚黄之偏于脾虚者，当宗小建中汤法；偏于肾虚者，又当以肾气丸，但此症若由乏用苦寒清利而致，每虚而兼寒，损在中土，故虚寒黄疸之治，不独要健脾，而且宜温中。《续名医类案》载，柴屿青治觉罗马德夫人病疸，用“六君子汤加厚朴、炮姜以温中，神曲、麦芽以助戊己之化，不数剂而痊愈”一案，足资参考。

此外，疫毒瘟黄，亦有无关乎湿者，《诸病源候论》谓此症是“热毒所加”，《杂病源流犀烛》谓是：“天行疫疠”之气所致。因毒疠之气异于一般之湿热，故此种黄疸具有发病急，病势重之特点，“卒然身黄，迅速加深，黄色如金，心满气喘，热高口渴，尿如柏汁，腹胀胁痛，神昏谵语，烦躁，斑疹，吐衄，便血，脉弦数或细数，舌红绛，苔黄燥”等类急性症状的出现，即与特殊的病邪属性有关，其治每以清解热毒，凉血滋阴，清心开窍为大法，一般用犀角散为主，配合生地、丹皮类凉血行瘀滋阴药以及金花汤、牛黄丸类清热解毒开窍剂加减。因此证病因为热毒，且每从燥化，故亦属干黄，其症其治，自与湿热黄疸异，至若有时兼夹湿邪（即瘀血、虚寒诸症亦然）当拟作别论。

章柏年

重用熟地愈黄疸 景岳高论不奇玄

章柏年（1926～？），浙江已故名医

黄疸的病名，源于《内经》，毋容赘述。其分症别类自仲景五疸开始，历代论述不一，治则亦随之而异。巨著如宋《圣济总录》别为九疸，三十六黄，似乎很细，但只有阳黄的描述，阴黄则竟然缺如，从阴阳对立、统一、互根的理论来说：有阴必有阳，有阳必有阴。如《伤寒论》有三阳即有三阴，而对黄疸病的阴黄、阳黄出现于先后二个不同的朝代，令人费解。由于病名、病机的不统一，导致治法上的分歧，医家自立门户，争论不休，使学医者无所适从。至明代，张景岳分为阳黄、阴黄、表邪发黄、胆黄，比较完备，若胆黄一节，认识到黄疸病直接关系到胆汁不循常道而致病，确是一项卓越的创见。另外治阴黄用补法更别具一格。余研究《景岳全书·黄疸篇》关于阴黄的论治特别是善用熟地方面，对我启发更大。

汉·张仲景认为“黄家所得，从湿得之”，“诸病黄家，但利其小便”。后世多宗之。如朱彦修云：“疸不用分其五，同是湿热，如盪曲相似”。从而举世医家大部分认为湿热为黄疸之病机，利小便、去除壅积之湿热，是唯一的疗法。指

导临床当然有其积极的一面，反之，若忽略了辨证论治而视作千古不易之理，必将贻误病机。

《景岳全书》指出：“黄疸证古人多言为湿热，及有五疸之分者，皆未足以局之。丹溪曰：‘疸不必分五种，同是湿热，如蠡曲相似，岂如蠡曲，悉可谓之湿热邪，弗足凭也。’”同时治阳黄症，“但察其元气尚强，脾胃无损，而湿热果盛者，直宜清火邪、利小便，湿热去而黄自退，法此者本无难事”。

对阴黄，景岳明确指出：“则全非湿热，而总由血气之败，盖气不生血，所以血败，血不华色，所以血败。凡病黄疸而绝无阳症阳脉者，便是阴黄，盖必以七情伤脏，或劳倦伤形，因致中气大伤，脾不化血，故脾土之色，自见于外。其为病也，必喜静而恶动，喜暗而畏明，凡神惫困倦，言语轻微，或怔忡眩晕，畏寒少食，四肢无力或大便不实，小便如膏及脉息无力等症，悉皆阴虚之候，此与湿热发黄者反如冰炭。使非速救元气，大补脾肾，则终无复元之理，且此症最多。若或但见色黄，不察脉证，遂云黄疸同是湿热，而治以茵陈、栀子泻火利水等剂，则无有不随药而毙者。”对选用方药重申“阴黄证多有内伤不足，不可以黄为意专用清利，但宜调补心、脾、肾之虚以补其气，血气复则黄必尽退，如四君子汤、五君子煎、寿脾煎、温脾饮之类皆心脾之要药也，若六味丸、八味丸、五福饮、理阴煎及左归、右归、六味回阳等饮，皆阴中阳虚者所宜也。”景岳此论，可谓语语透辟，字字箴规，可师可法。细检张氏列书治阴黄症之方共 11 首，有 7 首选用熟地，足见熟地

之功力。惜曲高和寡，贬之者多，和之者少。如清·陈修园可谓抨击景岳之急先锋，极力反对张氏《新方》之广用熟地，并谓熟地“乃服食之品，非除病之药，……与五谷之养人无异。”“又囿于黄疸因湿热而成，当利小便，熟地妨食腻膈”等陈论，奉为金科玉律，不敢越雷池一步，把有效之良药，拒之于千里之外，良可慨也！

吾绍上虞柴中元，医界有心人也，深究《伤寒杂病论》，颇有心得，创“非湿黄疸论”，客观、全面地探讨了黄疸的病因、病机、不尽为湿热一端，从而阐明治黄决非仅有“利小便”一途。

水无统形，兵无常势。读书大忌死于句下，临床贵在知常识变，欲救阴黄重症，决不可墨守成规，当力辟修园派之诽议，本文目的亦意欲倡景岳学说，力矫时弊，非敢妄作玄奇之举，以自误误人，愿明者亮察。

附回忆早年重用熟地退黄的治验，以资验证。

患者徐某，患黄疸病，1964年夏住“人医”治疗。主证为：精神困顿，食思呆钝，右肋下不舒，时或隐痛，皮肤眼目尽黄，舌苔黄白相兼，脉弦。中医辨证：湿重于热。实验诊断：肝功能：黄疸指数 60u，碘试验 20u，麝香草酚浊度试验 12u，硫酸锌浊度 20u，絮状沉淀 20u，转氨酶 100u。

经中西医结合治疗二月余，更医数人，同时已输液 80 多瓶，诸恙日益加深，病家邀予往诊。查所服前方大都茵陈蒿汤、栀子柏皮汤、茵陈五苓散三方加减，已服 60 余剂，颇合治疗黄疸病法度，未可厚非，继望患者面色黄而晦，脉

缓无力，苔白厚湿润，似有阳症转阴之象，改予茵陈术附汤加减，10天后，诸恙依然，而舌苔转黄而燥，温药伤津之象毕露，不能再投，下一步棋如何走？苦思冥索，夜难成寐，挑灯夜读，遍查有关黄疸医籍至深夜，仍不能决。虽明知景岳有补脾胃可治黄疸之说，奈吾绍医界名流盛视补法治黄为畏途，终不敢轻易造次，后读到王肯堂《证治准绳》曰：“治疸须分新久，新病初起则当消导攻渗，久病又当变法，脾胃受伤则气血虚弱必用补剂，使正气盛则邪气退，庶可收功”。遂放弃患得患失的思想，毅然用归脾汤补心脾，加熟地滋肾水以涵木，少佐茵陈以放邪出路。熟地药量根据《医学衷中参西录》记载：“少用则作闷，多用转不闷”的论点，每剂用熟地30g。连服5剂，不料药后精神明显好转，苔黄燥反退，尿黄转清，续进20余剂，黄疸退净，食量增加，一月后再检肝功能亦恢复正常，至今未复发。

重用熟地退黄疸，首战告捷，颇以为乐，真如《易经》所云：“穷则变，变则通，通则久”。后每遇阴黄重症，皆用此法出入，转危为安，深感修园攻击景岳乃“厨中一好手，医中一坏手”等偏激之词，纯属纸上谈兵，害人匪浅，希同道勿轻信陈说，让景岳学说，永惠后世。

徐小圃

崇土需温运 和中茵陈方

徐小圃（1887～1959），沪上儿科大家

黄疸亦称黄病，是以目黄、皮肤发黄以及小便黄为主要特征的疾患。临床所见小儿黄疸，以现代医学的黄疸型传染性肝炎为多见，患儿每见神倦，纳呆，泛恶，呕吐，苔腻，脉濡缓等脾虚湿盛之候。先生对于此证，赏用费伯雄《医醇膳义》和中茵陈汤。此方原用于治疗谷疸，由当归、茯苓、白术、陈皮、厚朴、木香、砂仁、茅术、山栀、茵陈、萆薢、车前、生熟谷芽、生熟苡仁十四味药组成。据陈复正《幼幼集成·黄疸证治》谓：“湿热发黄者少，脾虚发黄者多，盖脾土强者，足以捍御湿热必不生黄，惟其脾虚不运，所以湿热乘之。”指出了小儿黄疸的病本在于脾虚，因脾司运化为四运之轴，湿热则是病标。方用和中茵陈汤加减治黄疸，正切合陈氏之论，是以治本为重点，兼能顾标。方内白术、茅术、厚朴、茯苓、砂仁、木香、生熟谷芽、生熟苡仁健脾崇土，和中化湿；茵陈、车前、萆薢清利湿热；用当归者，寓和血调营之意。若偏于湿重则重用茅术、厚朴以燥湿理脾，偏于热盛则取山栀，并增川连以清热化湿；黄疸见肢冷、脉软等气阳不足之症者，以及寒

湿直中太阴或湿从寒化，气血不调，而成寒湿阴黄者，则在方中酌减清利之品，增附子、干姜温脾逐寒，助阳化湿。先生治黄疸无不由此方加减出入，乃其经验方。

徐幼

一诊 面目俱黄，颧肿口臭，纳呆，腑秘溺黄，舌白，脉弦缓。已成黄疸，治以和中化浊。

西茵陈 9g 小川连 3g 炒白术 4.5g 茅术 9g 川朴 3g 当归 4.5g 砂仁 4.5g（后下） 木香 2.4g 车前子 12g（包） 赤苓 12g 萆薢 15g 生熟谷芽各 15g 生熟苡仁各 15g 1剂

二诊 黄疸略退，脘腹微痛，舌白中化，脉息濡缓，再宗前法。

西茵陈 9g 川厚朴 3g 茅术 9g 炒白术 4.5g 当归 4.5g 砂仁 3g（后下） 广木香 3g 赤苓 12g 车前子 12g（包） 藿梗 9g 萆薢 15g 生熟谷芽各 15g 生熟苡仁各 15g 2剂

三诊 黄疸渐退，知饥嗜食，舌苔已化，脉濡缓，再宗前法。

西茵陈 9g 川厚朴 3g 茅术 9g 炒白术 4.5g 当归 4.5g 砂仁 3g（后下） 广木香 3g 赤苓 12g 车前子 12g（包） 萆薢 15g 白蔻花 4.5g 生熟谷芽各 15g 生熟苡仁各 15g 4剂

四诊 黄疸渐退，盗汗颇多，舌少苔，脉虚软，予以两顾。

黄附片 4.5g（先煎） 西茵陈 9g 生牡蛎 30g（先

煎) 龙骨 18g (先煎) 当归 4.5g 炒白术 9g 麻黄根 4.5g 浮小麦 12g 糯稻根 12g 陈蒲葵 30g (包) 碧桃干 5 枚 生熟谷芽各 15g 生熟苡仁各 15g 3 剂

五诊 黄疸已退, 盗汗稍减, 腑气艰行, 舌润, 脉软, 再宗前法。

黄附片 9g (先煎) 生牡蛎 60g (先煎) 生龙骨 30g (先煎) 瓜蒌皮 12g 麻黄根 4.5g 茯神 12g 枣仁 15g 浮小麦 12g 糯稻根 12g 生白术 12g 油当归 12g 碧桃干 5 枚 陈蒲葵 30g (包) 红枣 5 枚 3 剂

本例黄疸用和中茵陈汤为主治疗, 服药 10 剂后黄疸尽退。可见该方治黄疸功专效显, 一般服 10 剂黄疸即可消退而趋康复。有后方中加用附子、牡蛎、龙骨、麻黄根等, 乃因患儿黄疸渐退, 盗汗颇多, 脉转虚软, 故用以温阳敛汗。

李幼

面目俱黄, 神倦纳呆, 四肢清冷, 舌白腻, 脉濡软。黄疸五日, 治以和中温化。

西茵陈 9g 黄厚附片 9g (先煎) 川厚朴 4.5g 焦茅白术各 9g 当归 9g 砂仁 4.5g (后下) 木香 3g 赤苓 12g 车前子 9g (包) 萆薢 15g 陈皮 4.5g

另: 生熟谷芽各 30g, 生熟苡仁各 30g, 煎汤代水。

复诊, 上方服 10 剂后, 诸症悉除, 乃予参苓白术散去桔梗, 调和脾胃。

本例黄疸因见肢冷, 脉软等阳气不足之症, 故予和中茵陈汤去山栀, 加附子以扶阳。

时幼

寒湿阴黄，温度低降，面浮肢肿，多汗溺清，苔薄白，脉迟，当以温化。

西茵陈 9g 黄厚附片 9g（先煎） 干姜 4.5g 川朴 2.4g 茅术 9g 炒白术 9g 当归 6g 砂仁 6g（后下） 木香 2.1g 赤苓 12g 车前子 12g（包） 萆薢 12g 生熟谷芽各 15g 生熟苡仁各 15g

先生临证辨别阳黄抑或阴黄，除辨别其皮肤颜色、有无热象等主要特征外，还参照腹痛与否、脉象迟数等。就一般临证而言，脘腹疼痛、脉数者为阳黄；脘腹不痛、脉迟者为阴黄。

本案患者脉症合参，乃脾虚失运，寒湿阻滞，而成阴黄。然黄家所得，从湿得之，故治疗着眼于一个“湿”字。本案疏方取法和中茵陈汤，燥湿健运，和中化浊；又因面浮肢肿，阴霾弥漫，湿胜阳微，故加附子、干姜温脾逐寒，助阳化湿。

（陆鸿元 邓嘉诚 整理）

李昌源

利湿清热 醒脾化痰

李昌源（1916～ ），贵阳中医学院主任医师

病毒性肝炎包括甲、乙、丙、丁、戊型，急性病毒性肝炎多见于甲型和乙型。根据临床表现，可分为急性黄疸型肝炎和急性无黄疸型肝炎。急性期以邪实为主，其病位多在肝、胆、脾、胃，属于中医“黄疸”、“胁痛”范畴。

1. 急性黄疸型肝炎：本病多为急性黄疸型甲型或乙型肝炎，患者以学龄儿童为多，临床表现以湿热黄疸（阳黄）为主，多见肝功能异常，SGPT 升高等，李氏按中医辨证分型，根据湿与热所占比重的多寡分为热重湿轻、湿重热轻和湿热并重三型。

热重湿轻型：症见身目鲜黄、胁腹胀痛、发热烦躁、口苦咽干、大便干燥、小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉弦数或滑数。多因热蒸湿郁，肝胆失疏所致，治以清热泄火，利湿退黄，方选栀子柏皮汤或李氏经验方退黄三草汤（由车前草 10 株，天青地白草、酢浆草、绵茵陈、白花蛇舌草、大青叶、板蓝根、郁金各 20g 组成）酌加茵陈、大黄、鸡骨草、虎杖、丹参、苦参、土茯苓、败酱草等治疗。

湿重热轻型：症见身目黄，其黄不鲜，胁痛腹胀，呕

恶厌食，倦怠乏力，口淡不渴或渴不引饮，大便溏，小便不利，苔厚腻微黄，脉弦细而濡，多为湿郁化热，困阻脾胃所致，治以利湿清热，醒脾疏肝。方选茵陈五苓散或胃苓汤化裁，酌加金钱草、车前草、大青叶、板蓝根、田基黄、碧玉散、徐长卿、白英、蛇舌草等治之。五苓散方中泽泻与白术、猪苓与茯苓、桂枝三组药行之用量比为5:3:2为佳，桂枝虽有辛温助热之虞，但为通阳化气行水之关键药物，临床可佐黄芩以制桂枝之热。

湿热并重型：症见一身尽黄，黄色鲜明，发热口渴，心烦懊恼，胁痛腹满，呕吐厌食，大便秘结，小便黄少，舌质红，苔黄厚腻，脉弦数或滑数，多因湿遏热伏，蕴结肝胆所致，治当清热解毒，利湿通便。方选茵陈蒿汤合甘露消毒丹化裁，酌加田基黄、鸡骨草、碧玉散、虎杖、金钱草、板蓝根、大青叶、车前草、白花蛇舌草治之。

2. 急性无黄疸型肝炎：本病多属急性型肝炎，其HB-VM多表现为“大三阳”，临床症状常不够明显，或仅为乙型病毒携带者，往往在健康检查时才发现，李氏据证分为肝胆郁热和肝郁脾虚二型。

肝胆郁热型：症见胸闷痛，腹胀不适，发热呕吐，心烦易怒，口苦咽干，溲黄便秘，舌质稍红，苔黄津少，脉弦或滑，尤以左关或两关为著。多因肝胆疏泄失司，气郁化热所致。当和解少阳，解郁泄热，方选小柴胡汤、四逆散或李氏经验方茵虎汤（由茵陈40g，虎杖、败酱草、蛇舌草、板蓝根、土茯苓、公英、徐长卿、鸡骨草、柴胡各20g，蚕砂、蜂房、枳实各10g，焦三仙各15g组成）化裁，酌加

郁金、生大黄、急性子、蚤休、拳参、鸡血藤、半枝莲等治之。

肝郁脾虚型：症见胁腹胀满，郁闷心烦，呕吐厌食，便溏爽。舌胖淡或有齿痕，苔少，脉左关弦盛而右关不足，多因气郁不舒，致肝木乘脾所致，即《金匱要略》中所指的“见肝之病，知肝传脾”，肝郁是因脾虚是果。治宜疏肝解郁，健脾和胃，方选四逆散与四君子汤合方或逍遥散、柴胡疏肝散等，酌加板蓝根、山豆根、急性子、蚂蚁粉、焦三仙、怀山药、丹参、郁金、川楝子、延胡索等治之。

重症肝炎，即现代医学中“急性亚急性肝坏死”、“急性亚急性黄色肝萎缩”等病的统称，属中医“急黄”、“瘟黄”范畴。清·沈金鳌在其所著《杂病源流犀烛》诸疸源流一节中指出：“又有天行疫疠，以致发黄者，俗谓之瘟黄，杀人最急”。认识这一类黄疸具有起病急，病情凶险，又有传染性。本病虽然只占肝炎总发病率的0.3%~0.5%，但由于病死率高（国内外统计约为70%~90%），所以至今仍为严重威胁人类生命的疾病之一。

本病的生化检查常见：肝功能重度损害，TBIL常高达170mmol/L以上，病热严重时，TTT、ALT反可下降。症见黄疸迅速加深，鲜明如金，高热烦躁，呕吐频作，脘腹胀满，疼痛拒按，小便短少，大便秘结，甚则神昏谵语，狂乱抽搐，或衄血、发斑、呕吐、便血，或出现腹水，嗜睡昏迷，舌质红绛，苔黄燥，脉数疾，其证为热毒炽盛，燔伤营血，或热毒内陷，邪陷心包所致。

本病来势虽凶，但若治疗及时且得当，往往可以起死

回生。李氏曾与西医一道，采用中西医结合的办法治疗过数十例，其中有的得以治愈出院，他对本病的治疗经验是：

清热解毒：本病是湿热疫毒内侵肝胆，热蕴于内，不得外散所致，治当清热解毒，泄火退黄，以捣其根，折其势，直泻三焦燎原之火，方选清瘟败毒饮或黄连解毒汤合五味消毒饮化裁，酌加具有清热解毒兼能利湿的药物如金钱草、茵陈、栀子、车前草等。

通腑分消：根据“黄疸腹满，小便不利，面赤，自汗出，此为表和里实，当利下”（《金匱要略》）的认识，采用“湿向前阴走，热向后阴行”的方法，利湿通腑，前后分消，可使湿热疫毒速从二便出。选茵陈蒿汤合小承气汤加味，或茵陈蒿汤合大柴胡汤随证加减。

以上两法适于热毒炽盛，邪实而正气尚支，元气未脱，邪毒尚未深陷，清窍蒙而未闭之证，故应以祛邪解毒为主，用苦寒直折，泄火解毒的方药，必须中病即撤，不可多投，以防耗血伤阴。

活血化瘀：本病内侵肝胆致疏泄失常，瘀血内停，黄疸越深，则血瘀越重，当注意选用活血化瘀药如丹参、姜黄、三七、蜂房等品。

凉血开窍：热毒内陷，为病势继续发展，疫热火毒，内攻心包，迅速耗伤气阴，正虚邪实，当急投安宫牛黄丸、紫雪丹之类以凉血解毒，开窍镇惊；阳气式微，阴血欲竭者，急以至宝丹加人参，以扶正固脱开窍为要；热毒迫血妄行者，速投犀角地黄汤加侧柏炭、地榆炭、仙鹤草凉血止血，同时配合西药抢救。

匡萃璋

阐发慢肝伏气机理 探析病位证治方药

匡萃璋（1943～ ），江西医学院第一附属医院主任医师

“慢肝”临床表现中的伏气特征

“慢肝”在证候表现上有许多与传统伏气理论极相吻合的特点。

1. 发病之初即见里证 “慢肝”起病之初多见恶心、厌油、纳差、腹胀、大便不爽、小便黄或赤或浊等太阴、阳明证；或胁痛、口苦、烦冤、懊侬等少阳郁结证。而综合其舌脉，则可以发现其证候多为“血分瘀热”，或“阴虚血热”，或“湿毒内蕴”，或“火毒内伏”等里证，提示其邪毒入体已深，非寻常六淫新感可比。《伤寒论》云：“此为瘀热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。”可见仲景于其邪之伏郁已著慧眼。

2. 病程中虽有“表证”，但其“表证乃里证浮越于外” 部分“通过”患者初起也可以有类似伤风、伤暑的“表证”，如发热、恶寒、头痛、身疼等，但此种表证亦非寻常“上感”可比。一般疏风、解暑之剂虽可改善症状，但

不待表解是证即甚，或表自除而里证旋露。亦有部分患者在“慢肝”病程中出现“表样证候，如自汗、恶风、身疼、骨节烦疼等，此时以相应方剂解表，而其原有的“慢肝”损害亦自此而渐渐向愈，显示其“表证乃里浮越于外”，恰如何廉臣所说：“不知伏邪之在表，其自汗者，邪热自里蒸出于表，非表虚也”。“身体反疼者，伏邪自里而渐出于表，非比阳虚不任发表也。”

3. 病情缠绵难已 “慢肝”病无论其为湿毒证或火毒证，无论其为实证或虚实夹杂证，无论其为气分证或血分证，治疗都难取捷效。往往是利其湿而湿难尽，清其火而火易伏，凉其血而血不清，行其瘀而瘀难消，或证虽已而化验检查指标未平，或检查指标暂平而小劳又复。种种缠绵情状也提示其邪入之深必有所伏。

4. 辨证治疗中有古人所云之“剥茧抽丝”的层次性 “慢肝”患者按证施治，如湿热内蕴者清利其湿邪而症减苔化，似药证已应，但方药未改而再诊苔复厚腻如初，再清则苔再化，清而苔又复。又如血分瘀热者凉血泻热而证减、舌绛转赤，似药已应病，续方再进而舌复绛如初。如此“层层抽剥”至再，至三四而渐平，亦示人以病邪深伏之机。

5. 清之易伏，泻而复聚 自从知道“慢肝”为乙肝病毒、丙肝病毒等特异性病原所致以来，同道中以大队苦寒解毒之品清泄之，企图“毕其功于一役”的经验屡见报道。但以笔者所见，此法往往令邪更深伏而正气反伤，虽舌赤转淡，苔黄转白而化验指标反更甚，而患者更形疲乏力食

减。说明骤然清之反可使病邪伏匿更深。又如，“慢肝”有见痞满证者，苔黄便结，以小陷胸合小承气汤泻之，其痞见开，而再泻则其痞复聚而反甚，或更法（如越鞠丸）图之而再效，但续进而痞复聚。如此常需更法更三四而证始除，亦见其病邪曲匿之深。

6. 治疗以透达为上 传统伏气治法无非清、透二端。但千余年的临床实践证明，在真正能针对病原的药物（如抗生素）发明之前，中医所谓清邪法仅仅是针对邪正斗争所表现的“热”、“毒”、“火”等病理状态的。因此清法的实际疗效远不如理论中预期的那样理想。而相反，透法如所谓“透热转气”、“疏利三焦”、“宣达分消”却可能拨“转病之机括”，开“战汗之门户”，使疾病向愈。是着眼于人体抗病的能力与邪正斗争的机枢关键而诱导调节。这种方法常不失为被动中之主动，往往可收意外之佳效。而在目前药物对肝炎病毒并无特异性作用的情况下，清、透两法的得失恰与历史的经验相符，即骤清之反易伏，透达之反渐开，欲清之则先应透之。这种透达为上的疗效反证或恰恰印证“慢肝”伏气内伏外发的病机。

7. 出入进退有径可循 传统伏气学说对于伏气的病机表现为伏、溃、发、传的理论。即辨析其伏于何处（肌肤、募原、少阴），溃于何地（少阳三焦），发为何证，传于何经。以此来把握伏气病的发生、发展、传变、转归的全过程。也就是伏气为病，其病机的出入进退是有径可循的，而“慢肝”伏气也正是如此。用伏、溃、发、传的理论来归纳“慢肝”出现的各种不同证候表现，就可以使以往分散的认

识系统地贯穿起来，加深我们对“慢肝”病机的认识，以便“握机于病象之先”。

8. 伏而不发，发而邪清 传统伏邪理论的一种认识是“其邪伏而不发则医药无如之何，若待其发而为病并从而医药之，则可以使病愈邪清”。乙肝病毒感染在无症状携带状态下，其免疫标志物自然阴转率很低，而在发生乙型肝炎的人群中，阴转率却大为提高。这种现象恰与古人对伏气的认识相一致，而因势利导地清透其邪以提高治愈率，则正是医者追求的目标。

综合“慢肝”上述证候特点可以看出，将“慢肝”纳入传统伏气理论中来认识是具有充足的临床依据的。而从伏气学说形成的历史来看，其临床表现中种种内伏外发的特征也正是传统伏气学说立论的首要实践基础。

“慢肝”伏气的性质

今天，从病原学的角度对“慢肝”病因的认识已很明确，但从中医病因学的角度来观察，“慢肝”伏邪的性质似乎更接近何廉臣所创导的“伏火”。何氏说：“凡伏气温热皆是伏火”。但他在辨证治疗时又将伏火分为“湿火”“燥火”二类。同样，从“慢肝”临床症状出发来审证求因地推论，则“慢肝”之伏邪亦有火毒、湿毒两种性质。

火为阳邪，其性温热，耗津伤阴，灼血动血，入络留瘀，化毒化风。火毒出入于少阳、厥阴之间，清之易伏，泻之易匿。“慢肝”之症见面红目赤、口苦口干、心中烦冤、懊悒、嘈杂、心下如灼、手足心热、鼻衄齿衄、朱丝赤络、

胭脂掌、便结尿赤、舌赤舌绛、苔黄苔黑、脉弦脉数等证，都是火毒的具体表现。或谓火毒是病毒伤于阴虚之体者从其阳化而成。但证之临床，火毒之盛未必先有阴虚，有育阴之法又不能制其火，所以笔者以为就其病邪之性质而言，归之于火毒仍较适宜。

湿为阴邪，其性濡滞，阻中焦而障升降，碍疏泄而淆清浊，滞气耗气，郁毒生风。湿毒浸淫于太阴，遏伏于阳明、少阳之间，清利透达而胶着不去，香燥苦泄而清浊难分。“慢肝”之症见面黄面垢、恶心干呕、厌油畏甘、胸闷脘痞、纳呆口甜、口中粘腻、腹胀腹满、便溏而不爽、尿黄而混、尿有沉淀、口臭龈糜、舌胖舌润、舌嫩而赤、苔腻苔腐、苔浊苔垢、脉濡细沉等证，都是湿毒的具体表现。或谓湿毒为病毒之伤于阴虚之体从其阴化而成。而证之临床，湿毒不必先有阳虚气虚，且益气温阳亦不能祛其湿，所以病邪的性质仍应归之为湿毒。

中医传统理论对于“毒”的认识是广泛而又很难界定的。大抵是以“毒”来涵盖许多非六淫性质所能概括的病邪特征。故“毒”往往附于六淫病邪之后用以补充六淫所不具备的特性。如“火毒”首先是有火淫的特征，但比如寻常肝火所致的目赤并不传染，也不引起眼睑肿赤，而“天行赤眼”却传染且焮肿，因此谓后者为“火毒”，这就是以“毒”来补充寻常火邪所没有的传染与腐血的特征。古代文献中所谓“湿毒”、“寒毒”其义也与此略同。而“肝”伏气之为“毒”其理也相同。落实到治疗上，中药的解毒特性也往往附之于清热、利湿等主要性质之后而称之，

谓“清热解毒”、“利湿解毒”等。只是因为火毒、热毒之证最多，所以清热解毒之药也发展得最多。但“解毒”的功能却不是清泻火药所能独专。试比较：栀子、黄连—银花、连翘—苡仁、土茯苓—雄黄、硫黄—牛黄、蛇胆—犀角、玳瑁—赤小豆、绿豆—生甘草、升麻—白芷、南星—半边莲、小叶野鸡尾—红升丹、白降丹等等解毒药的性质就可以看出，解毒是一个复杂的概念，不能简单地把解毒与抗病毒或抗内毒素、外毒素相比附。

“慢肝”伏气的病位

笔者认为，“慢肝”伏气之病位应归之为太阴、厥阴二处为妥。即湿毒之邪伏于太阴，火毒之邪伏于厥阴。

足太阴脾经为三阴之表，乃阴中之至阴，“太阴之上，湿气治之，中见阳明”，故湿毒之邪易伏于此。“太阴之为病，腹满而吐，下之，自利益甚”。将“慢肝”腹满、干呕、纳差、便溏的主证兼赅无遗。而“慢肝”湿毒证虽可兼见太阳、少阳、阳明、少阴、厥阴等证，但多植根于太阴，或久滞太阴不移，太阴湿毒之本质常贯穿于全病足厥阴肝经为三阴之里，乃两阴交尽，一阳初生之地，“厥阴之上，风气治之，中见少阳”“少阳之上，火气治之，中见厥阴。”故“慢肝”火毒之邪易伏于此，“出则少阳，入则厥阴”，口苦、咽干，目眩，胸胁苦满，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食等证也皆“慢肝”所常见。“慢肝”火毒证虽可兼见少阳、太阳、阳明、太阴、少阴等证，而其厥阴瘀热之本质常贯穿于病程始末。

“慢肝”伏邪伏匿于太阴、厥阴，其外发于三阳经者，以少阳为最多，即以太阴、少阳兼病或厥阴、少阳兼病为最常见。其兼阳明者次之，厥阴兼阳明者多为火毒兼燥，而见胃阴不足之证，此时清肝不应而养胃获效，即所“厥阴不应取之阳明”之谓。太阴兼阳明者，多为脾湿胃热相合，此时泄腑为祛邪之通路。其兼太阳者亦不少见，或为初起，或为兼感，或为出表之契机，达表透邪之法不可坐失良机。

三阴之中，太阴为开，厥阴为合，少阴为枢。“慢肝”伏气其涉及少阴者，以厥阴而兼手少阴热化证者为多，而太阴之兼足少阴寒化证者多为传变之末路，四逆辈皆难以逞其功，偶有姜、附奏效者，必于太阴证时握其先机。

“慢肝”伏气以湿、火二气为本，其兼化不离风、燥。火毒化风可见厥阴之“风消”、“厥热下痢”、“循衣摸床，撮空理线。火毒化燥可见烦渴、目干鼻燥、肌肤燥痒、脱屑甲错、黑疸。湿毒化风常见肝昏迷前期之神蒙手战、筋惕肉瞤。湿毒化燥可见舌胖而干裂、苔腻而燥、舌淡面齿衄等。此外，湿、火二气亦可兼化，如湿毒郁火而见懊恼、嘈杂、烦冤、不寐。火毒兼湿而舌绛苔垢，唇赤面垢等。

总之，“慢肝”伏邪匿太阴、厥阴之地，其气化不离风、火、燥、湿之胜复兼化，其传变多可用六经之出、入、合、并来统括。明乎其伏匿之地，洞悉其传变之径，预知其气化之变，则可以知常达变。

“慢肝”伏气的证候与治疗

“慢肝”伏气的证候表现是极为复杂的，若仍按传统方

法中以主证或主证所命名的病（如黄疸、臌胀）来分别认识，则不仅不能揭示其内在规律，而且对主证的治疗也无法深入，疗效更难提高。如以“黄疸”为例，不但《金匱要略》的“五疸”分类方法难以切合临床实际，而且后世“阴黄”、“阳黄”、“湿热”、“寒湿”的分类方法也仅拘于病象而未深握其本质，守法治之仍有隔靴搔痒之感。因为在“慢肝”病程中，黄疸虽然是一个重要主证，但毕竟是果而非因；而“慢肝”之因又非仅仅一“湿邪”所能概括，其证候之阴阳也不仅仅靠黄色之晦明来判断。所以治黄之法也不能仅拘茵陈梔黄与茵陈姜附区区二法。因此笔者认为对“慢肝”伏气的辨治应抓住其病因、病位、病机的综合状态，把握其人、其时、其证的可调节趋势从而调节之，以顺应机体逐邪愈病的向愈机制。而能最深入地揭示“慢肝”伏气伏、溃、发、传的内在机制，并且能对其主证全面兼赅，对其治则能确切指导的，莫如六经辨证方法。而且其在治病之方亦可在六经的指导下兼收伤寒、杂病、温病、伏气温病的有效方剂与近世各家的经验药物而融汇之。实践证明这种六经分证方法与方药是切于临床而确有疗效的，兹简述于下。

湿毒太阳、少阳合病证

证候：“慢肝”免疫标志物阳性而有肝功能损害，或黄疸或无黄疸、口苦、咽干、胁痛、胸满、易感冒、鼻鸣、自汗、恶风，或关节酸痛、食纳尚可、大便尚调、尿或黄或清，舌淡红或淡润或边有齿印、苔薄白而近常，脉濡或近

常。

治法：透达伏邪和解太少二阳。

方剂：茵陈柴胡桂枝汤或茵陈柴胡五苓散。

柴胡 10g 黄芩 10g 法半夏 10g 秦艽 10g 白芍
10g 甘草 6g 茵陈 30g 苡仁 30g 蚕砂 30g

此方即柴胡桂枝汤以秦艽易桂枝，因秦艽能疏风祛湿利疸退黄而无桂枝之燥，另加茵陈、苡仁、蚕砂祛湿毒。

柴胡 10g 黄芩 10g 法夏 10g 桂枝 10g 白术 10g
茯苓 15g 猪苓 10g 泽泻 10g 茵陈 30g

“慢肝”太阳少阳合病证，舌淡而润，或舌淡胖有齿痕者宜此方。茵陈四苓散利其湿毒，桂枝通阳化气利尿和营卫，用之并无化燥之弊。

此种证候在“慢肝”中并不少见，可为“慢肝”复发者，或“慢肝”小劳即发，或介于“无症状携带状态”与肝炎之间（免疫标志阳性、转氨酶略高而消化道症状不著）。其特点是虽无太阴厥阴的典型与严重症状，而有太阳、少阳的临床表现。若患者表现较明显的暑湿偏盛的证，如自汗、畏风、发热、口渴、尿后凛寒、脘痞便溏、苔滑脉虚濡者。亦可用茵陈二香散（香薷饮合藿香正气散）或茵陈六和汤。在“慢肝”患者病程中，对表证的及时透发不但可使症状改善而且有利于伏邪透发，有些患者甚至可自此而步入坦途，因此不可因其证候之“不典型”而置之勿论。而从六经辨证的表里次第而言，则更应置之首位。

湿毒少阳、太阴合病证

证候：“慢肝”免疫标志物阳性，肝功能明显损害。其临床表现为黄疸或无黄疸、口苦咽干、两胁不适、面垢、干呕、纳差、脘痞、便溏、尿或黄或清，舌淡红或胖、苔白或白滑或白腻、或淡黄厚腻，脉或弦或濡、或左弦右濡、或弦软或细。方法：燥湿利湿，宣达少阳。方剂：茵陈柴平汤加味。药物：

柴胡 10g 黄芩 10g 法半夏 10g 苍术 10g 川厚朴 10g 陈皮 10g 甘草 6g 茵陈 30g 苡仁 30g 败酱草 15g 土茯苓 30g

此证可见于“慢肝”初起；或复发，或经西药久治虽向愈而难清彻者（转氨酶虽降而未正常，黄疸虽退而总不清）；或“慢肝”久治，消化道症状见轻而黄疸持续不退者。中医辨证着眼于其湿郁不开而无化火、伤阴、入络、致瘀等阴火毒之象。故治以苦辛宣达之剂，裨太阴之湿郁得开而少阳之升发得行。患者药后往往精神渐振，脘痞渐开，纳谷渐馨而诸证随之减轻。其病势缠绵久羁不解者亦常能因此而转向愈之势证。

火毒少阳郁滞证

证候：“慢肝”免疫标志物阴性，肝功能明显损害。黄疸或无黄疸、面不垢浊、色不晦暗、口苦口干、唇燥渴饮、心烦不寐、心下如灼、或嘈杂似饥而纳差、便结或溏热而滞、尿赤或黄赤或短，舌赤或边赤中绛、苔薄黄而干，脉

弦或弦数或弦滑。治法：清泻火毒，宣达少阳。方药：茵陈四逆散加味。药物：

柴胡 6g 枳实 10g 白芍 10g 甘草 6g 茵陈 30g
栀子 10g 龙胆草 10g 连翘 10g 木通 6g 车前草 15g
蚕砂 30g 苡仁 30g

此证为“慢肝”中之极常见证候，火毒之邪伏于厥阴发于少阳。四逆散透达少阳，开逐邪之门户，诸苦寒之药泻其火毒，佐以清利，为“慢肝”之正治法。何廉臣谓：“湿热结邪在里，非苦辛开泻不足以解其里结，非分解夹邪不足以解其伏邪也……加减小柴胡汤、增损小柴胡汤、四逆散合白薇汤之分消瘀热，对症酌用，历验不爽”。笔者在临床中体会到，四逆散之治疗“慢肝”，不仅针对少阳证的临床表现，而且确有开泄、分消、透达、升降之殊功，实为治疗“慢肝”伏气，开逐邪之门户的锁钥之剂。开泄分消，透达升降，向为伏气学派立法制方的重要思路。杨栗山以升降散为治伏气之首选方，谓“是方不知始自何氏，《二分晰义》改分量变服法，名曰赔赈散……余更其名曰升降散，盖取僵蚕、蝉蜕升阳中之清阳，姜黄、大黄降阴中之浊阴，一升一降，内外通和，而杂气之流毒顿消矣。”吴又可制达原饮，其立意也与此相类。但升降散、达原饮之于“慢肝”伏气，疗效均不够理想，而四逆散则功有独擅。开泻分消，透达升降等概念，在现代医学领域中均难以找到相似的表达，因此常为医者所忽视，而“清热解毒”因易于用现代概念附会而往往为众所习用。然而笔者常见以大剂苦寒泻火解毒药治“慢肝”而邪匿正馁之弊立至，但

若伍之以四逆散则虽苦寒久施亦不见败胃化燥，匿邪伤正之害，足见升降透达自有其真意存焉。

湿毒太阴久稽证

证候：“慢肝”伏气湿毒伏匿太阴，久稽一经，迁延不愈，免疫标志物阳性，肝功能严重损伤。黄疸深而久稽不退、面垢浊、色晦滞，或有肝炎后肝硬化，腹水腹胀、纳差痞块、大便或泄泻或溏而不爽、尿黄或浑浊或黄短、跗肿或胫肿、纳差或知饥不能食、食则腹胀、或恶心、口苦或口甜、或口干不多饮、神疲体倦、四肢困重乏力，舌胖润嫩赤而裂、苔黄腻或黄滑或水粘，脉软或弱软或虚弦大。治法：升降分利，斡旋中焦，泻浊解毒。方剂：东垣清暑益气汤加减。药物：

升麻 10g 柴胡 6g 粉葛根 20g 建曲 10g 黄柏 10g 茵陈 30g 苍术 6g 白术 15g 泽泻 10g 陈皮 10g 当归 10g 党参 15g 黄芪 25g 败酱草 15g 蚕砂 30g 土茯苓 30g 赤小豆 30g 栀子 10g

此证为“慢肝”伏气之棘手证型。肝炎反复发作，黄疸深而难退，或治之证轻而出院，不数月则复发而再入院，数次反复，病势日深，终至不治。综观其病史如有邪气深伏固匿，盘根错节，难以芟除。辨其病邪，总以湿毒为著，化火之证不显，血分症状不著。其病位不离太阴，少见传变。而寻常清热利湿、退疸之方药的投之无效。升降斡旋之法或见效验，亦未必皆中。或小有机转又复迟步不前。然其邪属湿毒，病滞太阴的特征始终不变，末路以脾土衰败，

邪气独留，疾不可为，是“慢肝”伏气的一大证型。从辨证论治角度来看，此证的癥结在于湿毒侵淫至深至重，邪正混为一家，徒执祛邪或扶正之一端皆无补于病。故师东垣清暑益气汤意，于太阴至阴之地益其气、升其清，裨正气有斡旋之力。同时扩充原方用二妙散之意，加大其祛湿、泄浊、清利、解毒之力，以冀清浊发而邪正判，正邪各行其道而盘错之势得解。其见化风、化火、化燥诸象者，自应随证变方，但变证稍定则仍宜守此法治之。

火毒厥阴伏匿证

证候：“慢肝”伏气反复发作，免疫标志物阳性，肝功能反复损害，初起或无黄疸、数发则黄疸出现，面赤、目赤（或目眦赤、或目中血络充滞），鼻端或颈、胸、手部赤络浮现，鼻衄或齿衄、口苦而干不多饮、咽燥唇干、纳差、或腕中嘈灼如饥、饥而能食、移时复嘈如“风消”状。腹胀胁痛或有癥积、或腹筋起、大便或结、或溏泄水泄，舌赤暗或绛、苔少或白粘、或薄腻而干，脉弦数或弦细数。

治法：育阴凉血，行瘀通络，透达伏邪。

方剂：三甲散（杨栗山方）合血府逐瘀汤加减。

鳖甲 20g 牡蛎 30g 甲珠 5g 柴胡 6g 枳实 10g
赤芍 20g 甘草 6g 红花 6g 茵陈 30g 丹参 15g 丹皮
10g 栀子 10g 龙胆草 10g 赤小豆 30g 蚕砂 30g 半
边莲 10g 元胡 10g 土鳖虫 10g

此证也是“慢肝”伏邪的常见证型，特征是火象较著，伤阴较甚，血分证明显，厥阴血分瘀热是其证候特点。厥

阴为阖，其病机之透达必借少阳为出路，以厥阴、少阳相表里之故。清泻火毒，凉血行血，搜剔络脉等药，捣其伏邪于内。四逆散或降透达开少阳之门户于外，则伏邪可徐徐拔之使出，而不至遏伏厥阴而竭阴动风生变。如此则证情可望长期稳定，症状消除，生活状态改善。三甲散乃杨栗山治伏气“主客交病”之方。谓“人向有他病尪羸……此际一著温病……伏邪与血脉合为一致……主客交浑为难解……急用三甲散多有得生者”。而三甲散（鳖甲、龟板、牡蛎、甲珠、僵蚕、蝉蜕、当归、白芍、甘草、土鳖虫）乃入厥阴行瘀透络之方，以之治火毒伏匿厥阴血分，瘀热痼结，正邪交浑之“慢肝”伏气证甚为合拍。用四逆散取代僵蚕、蝉蜕，以增开达少阳之功。

总之，“慢肝”伏气临床表现甚为复杂，而藉六经分证以察其病位，以六气兼化以窥其病邪，以六经表里开阖升降以测其病机，则能对其证之阴阳虚实、标本缓急、出入进退了然于胸中。证虽多变而其伏、溃、发、传皆有迹可循、有经可据、有方可执，故有利于疗效的提高。

“慢肝”伏气辨难

“慢肝”伏气临床表现之大体虽为上述，且执古人之方药以治之也能获效，但其邪之伏匿深深者往往淹留难去，其证之重笃沉滞者往往屡发屡深，致成难治之证。从中医角度来究其难治之理，笔者有如下体会。

1. 难于“以物制气” 吴又可论伏邪乃杂气，谓其“非风非寒、非暑非湿”，“乃天地间别有一种异气”，“苟能

以物制气，则一病只须一药之到而病自已，不劳君臣佐使品味之繁矣。”又可这一伟大的预测，随着磺胺药、青霉素等的发明而在细菌感染性疾病中已成为现实。最为难得的是，吴又可提出这一预测时细菌尚未被人类发现，他那深刻的观察力与邃密的思辨力至今仍令人叹服。然而在今天病毒久已被人类认识，肝炎病毒的研究更已取得发展，但对病毒的治疗却仍无“制气之物”可倚。究其原因，是因为在生命进化的历程中，病毒是一种比细菌更原始的非细胞结构的生命大分子组合形式，对于人类来说它是一种更接近进化原始状态的异己。从进化层次来说，病毒之中于人较之细菌其伏更深，其情更慝，所以要清除它也更为困难。

由于受病原认识的影响，中医同道也曾试图从中草药中寻找“制气之物”，即所谓“抗病毒中草药”，但这类工作因为仅仅是“病则试之以药”，所以具有很大的盲目性，成效并不显著。而且“清热解毒”，与“抗病毒”的曲意附会还易导致大量苦寒药的堆砌杂投，不唯无益反而有害。所以寻找“制气之物”这一思路在一般临床实践中是很难行得通的。这是“慢肝”伏气治疗之一难。

“制气之物”既然难求，那就只有辨证治之，而从辨证论治的思路来探讨，其难又在何处呢？笔者以为有如下几方面。

2. 湿毒之难去 古来治疗湿温即有“如油入面”、“其势难分”，“如剥茧抽丝”、“缠绵难已”的描述。因为这是湿邪粘滞、重浊的特性所致。“慢肝”伏气之表现为湿毒内

蕴者亦具有这一特征。如其舌苔的粘腻垢滞常屡化而屡生，其大便之粘滞不爽者每每稍畅复滞，其中脘之痞满者多旋而复痞等等。治此证，大剂重剂并不能毕其功于一役，而宗湿温病芳化透达之法缓图之，对于症状缓解与肝功能改善、身体的恢复都具有肯定的疗效。因为古人所描述的湿邪在今天看来仍只是病原加之于人体后，正邪斗争的一种整体病理反应。“制气之物”既不可求，则顺应病理反应的趋势而调节之仍不失为有效疗法。因此，治疗“慢肝”湿毒伏气证常于湿温证中求之，这至少在目前是提高疗效的一大途径。

3. 火毒之难清 在传统理论中，火邪自宜苦寒直折以清之，而且清之则易去，不如湿邪之缠绵难已。但若火邪化毒则治疗就困难得多。“慢肝”火毒伏邪就具有这种清之易伏，泻之不除的特点。这还是因为苦寒直折的方药并不是“制气之物”。火毒的表现也是正邪斗争的综合产物。对于清之易伏的火毒只有“火郁发之”而后再清之。“发之”之法实寓有“醒其气机”之意，亦即调动人体的免疫抗病能力与病邪作斗争。“厥阴之上，风气治之，中见少阳”，“少阳之上，火气治之，中见厥阴”，这就是“发之”之途。因此对于难清之火毒应从厥阴、少阳中求之，这也是目前提高疗效的可取途径。

4. 瘀热之难透 《伤寒论》对于黄疸的病因即以“瘀热”称之，茵陈蒿汤之用大黄即寓泻瘀热之深意。“慢肝”伏气无论为湿毒或火毒皆有瘀滞血分的机转，因其深入血分故尔更难清泻。叶天士“入营犹可透热……入血就恐耗

血动血，直须凉血散血”的法则，对于血分伏邪的透达清泄仍有重要的指导意义。70年代以来，“活血化瘀”之风盛极一时，其于“慢肝”的运用也屡见报道。但咳而言之，徒恃“活血化瘀”一法而治之其效不彰，即使是有明显肝脾肿大等瘀积形证的也是如此。化瘀通络之法应结合前述升降透达诸法中，作为一种“兼夹”证时使用方能达到较好的综合疗效。伏气温病中透热转气之方如升降散、三甲散均被杨栗山推崇为治伏气之专方，其效果仍不在“以物制气”而在因势利导，明乎此则瘀热之透达亦有法可鉴。

5. 无证之可辨 “慢肝”伏气患者，免疫标志物阳性、肝功损害而“无所苦”者，若试以通常有效之方药而不效，则治之颇难以措手。实际上化验有所伤而证情无所苦这种矛盾现象恰恰反映了病邪所伏之深与正气抗邪之无力，故治疗既苦无的放矢，方药也多隔靴搔痒而病家更转求多医、遍试诸药而徒增其损。

另有一类患者，初期症状明显，按法辨证治之而证大愈，但化验检查却反更见异常，也转成“有所伤而无所苦”的状态，治之难以措手。此类患者又往往家族中兄弟或父子同病，且历治不愈，似乎提示有某种更深层次的免疫缺陷或家族易感性等内在因素的作用。这种情况在传统中医辨证体系中甚至很难找到类似的描述与推测。既“不识其证”，故治之尤难。

陈继明

持重应机 入细入微

陈继明（1919～1990），原南通市中医院主任医师

疏肝解郁，宜佐通络而避辛燥
疏之不应，濡润脾胃升降之机

肝主疏泄，性喜条达，肝脏受病，主要在于肝经气郁。胁为肝之分野，故胁痛为肝炎常见症状之一。“木郁达之”，为治疗肝病的主要治则，临床常用柴胡疏肝散加减，对病程尚短而气滞为主者，确有解郁止痛之效。但若肝郁日久，必致肝络瘀阻，其证胁痛持续，有时撑胀，肝大压痛明显，脉弦而细，苔薄根微腻，舌色暗红，或有瘀斑，此属肝郁血瘀，气滞络痹之征。治宜解郁通络，和营化瘀，若徒恃疏肝理气，反伤肝阴。在临床上以四逆散配合瓜蒌散为主方，佐以当归须、泽兰叶等，收效甚佳。

四逆散既有柴胡以升清阳，又取枳实以降浊阴，更配白芍柔肝敛阴，甘草缓中补虚，共奏疏肝解郁，调节气机升降之功。瓜蒌散用全瓜蒌清热润燥，疏肝缓急，正如王秉衡所云：“瓜蒌荡热涤痰，夫人知之，而不知其疏肝郁、润肝燥、平肝逆、缓肝急之功有独擅也”（见《重庆堂随

笔》)。伍以红花活血化瘀，甘草缓中润燥，确为治疗肝炎胁痛之良方。两方同用，则疏肝解郁，和血通络之功相得益彰。或谓柴胡升阳，虑劫肝阴，慢性肝炎阴血亏耗者多，用之宜慎。临床体会疏肝解郁，柴胡当属首选，配伍得当，可无偏盛之虞，仲景四逆散中柴胡与白芍同用，薛己滋水生肝饮中柴胡与生地相伍，均是范例。或疑瓜蒌滑肠，便溏者非宜。临床所见，不少肝炎病人，虽然大便次数增多，但多溏滞不爽，与脾虚飧泄不能相提并论。慢性肝炎大便溏滞不爽者，药后多有腑行通畅，脘腹宽舒之感，并且认为全瓜蒌乃皮、子、瓢三者并用，功在通络，更无滑肠之弊，故可放胆用之。

肝为刚脏，宜柔而不宜伐，理气药物大多辛温香燥，不利肝体，如用量过大，或使用过久，或配伍不当，往往耗损阴血，甚至进一步化火动风，促使病情增剧。所以选用药物时，对于气滞初起，病情较轻，症见精神抑郁、胸闷不畅、胃纳不香者，一般用苏梗、郁金、陈皮、佛手、砂壳、枳壳、桔梗、白蒺藜等芳香舒气之品。若气滞较重，症见胸胁胀痛、气滞胃痛、气结腹痛，以及积滞、痞块者，则用香附、青皮、柴胡、木香、枳壳、枳实等辛宣破结之药。而在使用辛宣理气药物的同时，刻刻注意肝脏生理之特性。凡属气滞而兼阴血不足者，在疏肝解郁的前提下，必伍柔肝养阴之品，以防耗伤阴血。常喜用绿萼梅、玫瑰花、生麦芽、佛手、川楝子等，配合沙参、麦冬、白芍、杞子等养肝柔阴，多获佳效。

肝炎病位在肝，以肝经气郁为主要病机。肝气不舒，理

应疏泄，但慢性肝炎，恒有疏之不应者。在疏之不应的情况下，必须注重调理脾胃，特别要注意调整脾胃升降功能，从肝脾、肝胃的关系来纠正升发之不及或降令之失和。升降之枢在脾胃，肝肾之阴升，心肺之阳降，有赖于脾胃气机之升降。若脾升失职，肝郁不达，势必导致“肝脾郁陷”之病机，其证腹胀胁痛，食后尤甚，情怀悒郁，周身困倦，大便稀溏，小溲时黄，苔薄白根腻，边有齿痕，在妇女尚可见月经不调，带下频多等症。肝功能检查反复异常。此证应着眼于补脾升阳，以达郁邪。每以四逆散合异功散为主方，气滞甚者加木香，收效甚佳。四逆散本为疏肝理脾之要方，配合异功散，以增强运脾之力。方中之柴胡，取其升清阳、疏肝郁；枳实取其泄浊阴、散气滞；且与参、术同用，消补兼行，以助脾运。此乃源于“肝病治脾”之训，张仲景早就指出：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”所谓“实脾”，并非补脾药物之罗列，补中要寓疏通之意，尤须刻刻注意脾气之升发，方为实脾之道。

肝病治胃，主要在降阳明以制木横和益胃阴以抑肝强之不同。慢性肝炎缠绵不愈，邪踞中焦，降令失和，其证多见头晕且痛，胁胀腕痞，口苦泛恶，溲赤，少寐，舌苔黄腻，脉弦而滑，治当降胃气以制肝逆，选用黄连温胆汤加夏枯草、龙胆草、生赭石等，多数患者证情缓解，肝功能亦随之改善。至于养阴以抑肝强，主要适用于胃阴不足而肝体失柔者。胃阴亏虚，脾为胃无以行其津液，于是化源不足，肝无所养，从而肝虚久久不复，在慢性肝炎中最为常见。其证胁痛隐隐，嘈杂善饥而食入难消，口渴咽燥，

大便干结，舌红少苔，脉细而弦。应着手充养阳明，兼以柔肝，临床常用北沙参、麦冬、石斛、玉竹、乌梅、木瓜、白芍、甘草、杞子、生大麦芽等酸甘化阴之品。如兼胃气虚者，加太子参、冬术益气养胃；肝功能检查谷丙转氨酶偏高者，加北五味子、生山楂，能收佳效。

运化中州，甘淡为宜

滋柔肝阴，着眼濡润

肝郁脾虚，以肝郁不达，脾升失职为主要病机，为慢性肝炎主要见证。其症倦怠乏力，食欲不振，右肋隐痛，脘痞腹胀，大便溏软，面色晦滞，脉虚弦或弦细，舌苔薄腻或边有齿印。其治要在运化中州，故常用四君子汤加黄芪合四逆散为主方，气滞甚者加木香、陈皮。方中参、苓、术、草益气和脾，黄芪不但补脾肺之气，且为补肝助用之要药，合入四逆散，取柴胡升清阳，疏肝郁，枳实降浊阴，散气滞，且与参术同用，消补兼行，配合白芍敛肝和营，阴阳相济，符合“肝病实脾”之旨。另一方面，脾居中州，为运化水湿之枢纽，脾虚湿困之证，在慢性肝病中亦属多见，用药则不宜偏补，可选四苓散、平胃散之类随证加减，湿化气亦化，亦有助于肝气之疏泄。

脾胃学说应用于临床，一般重视脾阳胃阴的辨证，较少注意脾阴不足之论治。临床体会慢性肝病肝郁证中，表现为脾阴虚者不乏其例。其证纳少便难，食后腹胀，口燥咽干而不思多饮，倦怠乏力，肌肉消瘦，舌淡红少苔，脉细弦或弦细而数，乃缘脾津不足，化源匮乏，精微不布所

致。其治法与脾阳气虚者有间，与胃阴亏耗者亦同中有异，在临床上不可不辨。

脾阴虚的治疗，应以甘淡为主，常用药物如怀山药、扁豆、莲子肉、芡实、苡仁、黄精、茯苓、甘草、糯稻根等。前人推崇著名成方“资生丸”为养脾阴之良方，该方用怀山药、莲子肉、苡仁、芡实、扁豆以滋脾阴；伍入人参、白术、甘草健脾益气；桔梗、麦芽升清助运，陈皮、山楂、神曲、砂仁、蔻仁、藿香理气和脾；并加少量黄连清脾和胃。全方养阴寓以通运，颇合补益脾阴之法度，所以罗谦甫评论本方：“既无参苓白术散之补涩，又无香砂枳术丸之燥消，能补通运，臻于至和。”在临床上可去砂、蔻、藿香等，改丸为汤，用之有效。其他如慎柔“养真汤”，方以四君子汤加黄芪补益脾气，而伍以山药、麦冬、五味子、白芍、莲子肉等滋养脾阴，并用“煎去头煎，令服二三煎”的服药方法，意在“取其燥气尽去”，以达到甘淡补脾之目的，殊有巧思，亦堪效法。

慢性肝炎，肝郁脾虚之证颇为多见，其症脘腹胀满，食少纳呆，口淡乏味，胁痛隐隐，倦怠乏力，大便溏软，舌苔白腻，脉濡缓或弦缓。一般常用平胃散加味，重在化湿和脾，湿化脾运，肝郁可解。若病程日久，临床表现虽然脾虚湿困症状突出，但应考虑肝强侮脾。慢性肝炎出现上述见症而脉象虚弦、苔白而舌体胖大、边有齿印者，多属肝强失柔，中气虚馁，对此应疏泄燥湿太甚，反而更伤肝脾，宜缓肝健脾，常以六君子汤加柴、芪、姜、枣，并重用甘草，颇能应手。甘草祛邪扶正，补中寓通，是其专长，

常用之，未见壅中之弊。

肝郁日久，其病机演变，一为肝络瘀阻，其证属实，宜在疏肝解郁的基础上佐以和营通络，前已论及。一为郁久自戕，木失濡润，症见胁痛隐隐，有时胀满，头目晕眩，腰酸膝弱，夜寐梦多，或齿龈渗血，或鼻衄时作，脉弦细或数，舌光红少苔，其证属虚。治宜滋濡阴血，着眼濡润，不可再用疏肝理气，耗其阴血。盖肝为藏血之脏，体阴用阳，肝郁日久，必致血燥阴亏，若疏泄太过，则愈疏愈燥，胀痛更甚，随之夜热虚烦，诸恙丛生。对此证，多用一贯煎，随证加入柏子仁、生白芍、绿萼梅等濡燥舒郁，并用大量生麦芽养胃疏肝，多获佳效。

温补脾肾肝阳，慎投刚燥
清泄肝经郁火，勿过苦寒

慢性肝炎，迁延失治，肝脾损伤，穷必及肾，故脾肾阳虚之证，亦为临床所常见。其证倦乏少神，面色晦暗，形寒怯冷，胁痛绵绵，腹胀便溏，腰膝酸软，男子可见遗精阳痿，女子往往月经失调，脉多沉弦而细，或濡迟无力，苔白舌淡而胖，或舌色淡紫。治疗常法，以温补脾肾为主，多用金匱肾气丸配合理中汤益火之源，温补脾肾。但方中桂附刚燥，只可暂用而不宜久服。因慢性肝炎损及肾气，必然精血亏耗，阳虽衰而阴亦虚，刚燥之剂自宜审慎，法取温养命火、扶阳配阴，最为稳当。黄芪补肝气的作用较强，且升清阳于肝气肝阳不足者，疗效甚佳。不必恣用刚燥之品。对此避用刚燥，治从温润，常用鹿角霜、鹿角胶、菟

丝子、熟地、枸杞、仙灵脾、淡苁蓉、当归、巴戟天、红参须等出入为方，每可改善病情，缓图恢复。

肝寄相火，肝气郁结不解，久则蕴热化火。肝火虽为实证，但火能伤阴劫津，肝郁化火，多属标实本虚之候，对苦寒药的应用，极为审慎。凡肝火上炎之轻症，多从清肝、凉肝立法，选用夏枯草、丹皮、焦山栀、苦丁茶、决明子、黄芩、桑叶、菊花之类；肝火重症，则用大苦大寒泻肝方药，且多佐以甘寒养阴之品，以防耗伤肝阴。

消瘀散结，刻刻不忘正虚之本 病邪深伏，通络宜用搜剔之法

肝脾肿大，隶属于“癥积”范畴，是慢性肝炎常见之体征。根据肝脏瘀血的病理表现，活血化瘀为常规之治法，但每见用化瘀攻坚法而事与愿违者，乃缘囿于对症治疗，而未见病治源之故。癥块癖积，虽有形可征，而究其本，则源于正虚。脾虚则水谷运化失常，酿湿生痰，气虚则血运无力，瘀血阻滞，痰瘀胶阻，易成癥积。

从临床见证来分析，慢性肝炎之肝脾肿大，多接近早期肝硬化阶段，常伴见倦怠乏力，食少神疲，胁胀且痛，面色晦滞，舌上有紫气或见瘀斑，脉细而涩等一派本虚标实之症。临床多从扶正消瘀着手，以当归补血汤益气和血为主，重用黄芪（30~45g），伍以生鸡内金、焦楂曲、生大麦芽等运脾而磨积滞；莪术、紫丹参、石见穿等活血而行血瘀；更加煅瓦楞子化痰瘀而消癥积。阴虚加鳖甲、牡蛎，取其养阴兼能软坚；阳虚加桂枝、附子，取其温阳而能和

营。如此消补兼施，则补而不滞，消而不伤，缓图效机，多能应手。

由于肝肾同源，脾肾相关，慢性肝炎日久，尤多伤肾之候。大凡病穷及肾，正气亏乏殊甚，攻伐之品，更宜慎用。对肝脾肿大而呈现肝肾阴虚证者，则用六味地黄汤合一贯煎为主方，药如：生地黄、白芍、丹皮、山药、泽泻、枸杞子、北沙参、当归等，伍以牡蛎、海藻咸寒软坚，而为养阴化痰之法。至于肾阳亏虚，癥积久不消退，症见面色灰黯或黧黑，懈怠无力，怯冷形寒，纳谷不馨，大便稀溏，舌质色紫、苔薄或腻，脉细尺弱者，则着重温养阳气，常选用景岳右归丸意，取熟地（30~60g）、当归、鹿角霜、杜仲、山萸肉、仙灵脾、菟丝子、苁蓉、山药、茯苓等组合成方。虚寒证象显著者，更加附、桂，配合“复肝丸”（红参须、炮山甲、炙地鳖虫、广郁金、片姜黄、参三七、生鸡内金、紫河车研末水泛为丸，每服6g，1日2次）益气化痰，俾气旺血行，瘀积潜消，守常调治，殊有裨益。

“初病在经在气，久病入络入血。”慢性肝炎病程较长，尤多入络之候。但是慢性肝炎之络病，较之杂症肝病之络病，病因有异，治法亦殊。简言之，慢性肝炎之络病，乃从外而入内者，系外入之邪毒导致肝脾功能失调，进而痰瘀留滞，邪毒夹痰瘀混入血络之中所致；而杂症肝病之入络，乃体内阴阳之变动，气血之逆乱，导致痰瘀阻滞，络脉不和之故。所以，慢性肝炎之络病，为病邪深伏之征，往往急切难除，肝功能难以骤复，即基因于此。治疗慢性肝炎络病，当注意搜邪；治疗杂症络病，则强调宣通，二者

不可不辨。

慢性肝炎之络病，以胁痛为主症，其痛状如锥如刺，往往牵及腰背，伴见胸膈窒闷，欲暖不爽，口干口苦，小溲色黄，苔腻舌紫，脉弦等症。对其治疗，借鉴吴又可、薛生白二家之法。吴又可治正虚疫邪陷入经脉，分营血相结之“主客交”，立“三甲散”，方由鳖甲、龟板、穿山甲、蝉衣、僵蚕、牡蛎、当归、白芍、甘草、麝虫等所组成，通络注重搜邪，搜邪不忘扶正，用药精当。薛生白深得吴氏心法，治“湿热证七八日，口不渴，声不出，与饮食亦不却，默默不语，神识昏迷”，认为系“邪入厥阴，主客浑受”，仿吴氏三甲散，用醉地鳖虫、醋炒鳖甲、土炒穿山甲、生僵蚕、柴胡、桃仁泥等味，颇有见地。慢性肝炎正虚邪伏之胁痛，乃痰瘀凝络，一时颇难廓清，立法用药，宜寓搜剔于扶正之中，临证宗此法，常用吴氏方去蝉衣，加桃仁、柴胡，收效甚佳。

结合辨病，参用解毒

慢性肝炎，见证虽然复杂，不外虚实两纲。本病系病毒感染，多数病人由于邪毒深伏，滞留脏腑，时隐时现，胶着难解，肝功能异常反复波动。临床症状时轻时剧，尤以乙型肝炎表面抗原阳性者最为缠绵难愈，其证既有胁痛腹胀，纳差倦乏等肝脾两虚见证，又有鼻衄齿衄、口苦心烦等热郁络瘀表现。因此，在辨证的基础上结合辨病，需参用解毒泄热之品。在临床上常选用蛇舌草、土茯苓、升麻、贯众、生军炭等伍入四妙勇安汤（元参、甘草、当归、银

花) 治疗肝肾阴虚而兼郁热络痹之证, 颇有效验。若热伤营血, 鼻衄齿衄较甚, 舌红且绛者, 则加用犀角地黄汤, 以水牛角易犀角, 每用 30~45g, 多可缓解症状, 肝功能亦可随之改善。肝郁脾虚或脾肾阳虚证, 在疏肝和脾或温养脾肾方中, 也可参用升麻、土茯苓、桑寄生、炙蜂房等。

乙型肝炎表面抗原阳性患者, 肝功能不正常, 最易反复波动, 证情复杂, 治疗颇为棘手。与辨病相结合, 参用解毒之剂, 可以提高疗效。如垂盆草、田基黄、五味子等, 通过药理实验均有改善肝功能的作用, 但临床使用, 有有效有无效, 其关键在于要从辨证角度选择这些药物, 才能取得理想的效果。

朱良春

在气在血须细审 攻补疏养亦详参

朱良春（1917～ ），江苏省南通市
中医院主任医师，著名中医学家

慢性肝炎由于湿热之邪留恋，肝脾久病，而致气虚血亏或气滞血瘀，迁延不愈，转为慢性，属于中医胁痛、郁症和癥积的范畴，因为病程较长，肝功能长期损害，正虚邪恋，往往不易骤效。其病理变化，因禀赋有强弱，感邪有轻重，而各有不同；约言之，有伤阴、伤阳之异，在气、在血之分。必须把握病机，知常达变，方能提高疗效，缩短疗程。兹就其证治分为三个部分略陈管见于次。

疏肝与养肝

肝病之证治，头绪纷繁。清代治肝大家王旭高就总结出治肝 30 法，但法则愈多，往往使人有不得要领之叹。我认为疏肝与养肝是治疗肝脏自病的基本大法。这一提法，是以肝脏的生理功能为理论基础的。

肝为刚脏，体阴而用阳，其经脉络胆，职司疏泄，性喜条达，调节气机的运行，气行则血行，从而协调脾胃之气的升降，胆之精汁的分泌，三焦的决渎，水道的通调。其

体虽柔，但其为病则显露刚强之性：肝气犯胃则脘痛吐；肝风内动则抽搐拘挛。故古人有“木曰曲直”的形象说法。肝属厥阴，但中寄相火，易于化火动风，所以前人用“体阴用阳”来概括它的生理功能。肝性疏泄，喜达，惟疏泄有度，则肝气不郁。而肝脏的疏泄功能是与肝体密切相关的，肝血充沛，肝体不燥，则疏泄有度；若肝血不足，肝气有余，则易于横逆致变。“肝体愈虚，肝用愈强”，前辈医家的这一论点是精确的。

中医常用的疏肝法，就是顺其条达之性，理肝用的一种方法，凡肝脏“曲”而不“直”（郁而不达）者宜之。养肝法是濡养肝“体”的一种方法，凡肝脏“直”而不“曲”（疏泄过度，耗伤阴血）者宜之。“疏”与“养”是中医治疗学动静观的体现。

历代典籍不可胜计的治肝方剂，单纯用疏肝药或养肝药几乎是没的。疏养结合则是普遍规律，不过各有侧重而已。例如四逆散，是大家熟悉的疏泄厥阴的代表方剂，既用柴胡疏肝理气，枳实宣通结滞；复用白芍柔肝敛阴，甘草和中缓急。以疏理为主，柔养次之，并行不悖，开合有度；在疏泄中不忘柔养，这正是仲景的高明之处。一贯煎是柔养肝体之要方，方取沙参、麦冬、生地、枸杞大队滋阴养血之品，假使没有当归之辛润活血，川楝之疏肝，则全方不免失之呆滞，就不符合肝喜疏泄之特性。颇堪注意的是，柴胡与川楝虽同为疏肝药，但柴胡其性升疏，川楝功在泄降；一般而论，肝气郁滞，阴伤未著者，取柴胡；若肝郁化热，肝阴已伤，取川楝。在仲景时代，疏肝药多取

柴胡；至清代叶天士、魏玉璜等医家又认识到柴胡疏肝有升动肝阳之弊端，常取用川楝。张山雷氏盛赞之：“川楝清泄，为柔顺肝木之良将，……清润和调，柔以驭之，而可驯其横逆，固非芳香诸药之可以一例观者也。”余常用其治胁痛，收效甚佳，均可参证。历代医家就是这样通过不断努力，丰富了肝病证治经验。当然，肝阴已伤，肝郁较甚者，柴胡不是绝对不能用，如清代高鼓峰，就有柴胡、生地并用的方法。可见中医学既有规律可循，又没有一成不变的模式。

慢性肝炎症见情怀悒郁，胸闷不舒，欲暖不爽，两胁胀痛，食欲不振，舌苔薄腻，或上有垢浊，脉弦细或濡滑之“肝胃不和型”，在治疗上必须遵照古人“疏肝毋忘和胃”之说，以疏肝为主，参用健脾和胃之品；因为肝病最易引起脾胃受纳运化功能，仲景之“见肝之病，当先实脾”，即是此意。疏肝和胃，就能消除气机之壅滞，湿浊得以疏化，促使脾胃恢复气机升降功能，使两胁胀痛、脘闷纳呆等症，迅速消除；而脾胃健运，食欲增加，气血即有生化之源，从而增加免疫功能的调节，促使肝功能的加速恢复，提高了疗效。常选柴胡疏肝散（四逆散加制香附、川芎）化裁，加蚕砂以泄浊；苡仁、茯苓、半夏、豆卷化湿和中。若郁久化热，小便色黄者，去川芎，加山栀、蒲公英消泄之。若久病伤阴，症见烘热体倦，口干思饮，两胁疼痛，情绪易激动，大便干结；舌红，苔少而干，脉弦带数之“肝肾阴虚型”者，当以柔养为主。因肝肾同源，肝阴受损日久，势必下汲肾阴，故此类证候之特点是伴见肾

阴亏虚，我认为养肝需参益肾，因为既是“乙癸同源”就应“肝肾同治”，方能提高疗效，常取高鼓峰疏肝益肾汤化裁。此方是由六味地黄汤加柴胡、白芍而成，既可养肝益肾，又可达肝郁，泄湿热，惟方中萸肉有温助肝阳之弊，不妨删去，加女贞子、旱莲草清滋之品。若阴虚不耐柴胡升疏者，可用川楝、生麦芽、白蒺藜以代之。随证加减，多收良效。又善治肝肾不足和气血亏虚的妇科良药“乌鸡白凤丸”，用以移治肝肾两亏之慢肝功能异常者，颇有助益，服后大部分患者之病情减轻，转氨酶及麝香草酚浊度均有所下降，白蛋白升高非常明显。

扶正与驱邪

正因为慢肝多由急性肝炎演变而来，而湿热、疫毒又是导致慢性肝炎之主因，肝经湿热之邪是形成本病的主要原因，而瘀和毒则是导致本病的主要病机。所以驱邪仍是慢肝治疗中的重要环节。但是，假使把驱邪机械地理解为清热解毒，一味追求降低肝功指标，例如降低转氨酶之特效药，则是片面的。按照中医学的观点，“邪之所凑，其气必虚”，“至虚之处，便是容邪之所”，可见慢肝的病理变化，离不开邪正之纷争；对其治疗，必须正确地运用扶正以驱邪，或在驱邪中不忘扶正的治疗原则。

慢肝多属虚实夹杂，邪实主要表现为肝气郁结和肝血瘀阻；正虚主要表现为脾胃气虚和肝血不足。但正虚多由实邪留连日久所致，只有肝气得舒，脾胃才能健运；瘀血得去，新血才能化生，故应攻补兼施。

慢肝用补法，必须在明确病位的基础上，区别其为阴虚，抑为阳虚，方能对证用药。凡阴虚者，宜补而兼清；阳虚者，宜补而兼温。病由肝而起，传脾而盛，传肾更剧。从肝、脾、肾损伤之程度，可以测知病情之轻重。

凡肝脾阴伤，症见爪甲少华，口干溲黄，烘热肢软，纳谷不香，食后胀闷不适，大便干结，两胁胀痛，舌红苔少，脉细带数者，当以养肝濡脾为主，参以和中助运之品。此等症候，不宜用参、芪之温补，用之反觉胀闷不舒。可取大剂黄精为主（一般用30g），配合枸杞、沙参、山药、首乌、鸡血藤等，佐以川楝、木瓜、生麦芽为基本方，随证化裁。气阴两伤，重加太子参。方中黄精滋柔生津，平补肝脾，木瓜酸能生津，又可制肝，且能入脾消胀，为阴伤而木横之良药，均值得选用。

慢肝伤阴最多，但亦有伤及肝阳者，阳虚气弱，则肝用不及，其主要临床表现为疏泄无力，症见面色灰滞，气短乏力，不耐疲劳，稍累则精神倦怠，纳谷乏味，食后腹胀，大便干溏不一，小便时黄，脉弦细，舌质淡，苔白。总之，阳虚则全身功能低下，精神为之不振；而气虚常是阳虚之先导；气虚则血滞，气虚则失却疏泄助运之功能；阳虚往往有怯冷之表现，临床不难辨识。对肝气虚的治疗，王旭高在《西溪书屋夜话录》中提出用“天麻、白术、菊花、生姜、细辛、杜仲、羊肝”。考其用药，乃遵《内经》“以辛补之”之说，但亦有不能尽如人意之处，例如生姜、细辛、杜仲都是补肝阳之药物，近贤张锡纯提出黄芪是补肝气的良药，十分中肯。我治肝气虚者，亦喜重用黄芪（30

~60g), 配合当归、桂枝、白芍、杜仲、川芎、甘草、生姜、大枣为基本方, 即以当归补血汤合桂枝汤加味。若阳虚怯冷, 则加鹿角胶、淡附子、仙灵脾。临床上还可见到一种情况, 病人既有肝阳虚衰的一面, 又有郁毒深藏的一面, 除上述见症外, 伴见口苦、溲赤, 在此情况下, 不妨温阳与解毒并举; 温阳药能振奋机能, 提高机体抗病能力, 而解毒药则有直接针对病原之意图。可在上方基础上, 加用板蓝根、黄柏、丹皮、白花蛇舌草等。

慢肝进一步发展, 还会出现肝肾精血亏损、癥块癖积的证候, 斯时患者面色晦暗, 肌肤甲错, 胁肋刺痛, 肝脾肿大, 质较坚硬, 伴见肝掌、蜘蛛痣、舌有紫气或瘀斑, 脉细弦; 在妇女则月经量少或闭经; 检查肝功可见白、球蛋白比例倒置, TTT、TFT、ZNTT 阳性, 免疫功能低下。慢性活动性肝炎患者多属正虚, 细胞免疫水平低下, 故在治疗时, 要以中医辨证论治为指导, 结合机体免疫反应, 选用部分有促进细胞功能之品, 如党参、黄芪、仙灵脾、白术、白芍、当归、女贞子等健脾、补气、补肾、补血、补阴之品。但此类证候若单纯使用扶正, 或攻坚破积法则欠妥贴。多年来, 个人使用自拟之“复肝丸”, 尚称应手。1963年, 此丸之临床应用在《中医杂志》发表后各地重复验证, 证明其对慢性肝炎之癥块癖积及早期肝硬化, 确有改善症状与体征, 促进肝功能好转之疗效。处方:

红参须 40g 参三七 40g 地鳖虫 10g 紫河车 10g
炮山甲 10g 广姜黄 10g 广郁金 10g 鸡内金 10g, 共研极细末, 另用虎杖、石见穿、糯稻根各 250g 煎取浓汁, 与

上药粉泛丸如绿豆大（或轧成药片亦可），每服 3g，1 日 2 次，食前服，1 个月为一疗程，一般服 2~3 疗程，可获稳定或基本治愈之效。本方取紫河车大补精血，红参须益气通络，两味用以扶正；参三七活血止血，散瘀定痛；地鳖虫破血消癥，和营通络；更加郁金、姜黄疏利肝胆，理气活血；鸡金、炮甲磨积消滞，软坚散结；故补不壅中，攻不伤正，小量长服，确有使癥积潜移默化，肝实质改善与恢复之功。对于肝胆湿热壅遏，转氨酶明显增高者，此丸不宜早用，必待湿去热消，方可斟酌用之。

在气与在血

对慢性肝炎之各种证候，区别是在气分还是在血分，有利于把握据病理层次进行辨证治疗，故不容不辨。

所谓在气，指慢肝因气机失调所导致的一系列病理变化，如肝郁气滞，湿热壅遏；或脾虚气弱，湿浊不化等。前者症见胸胁苦满，食欲不振，口苦，溲赤，舌苔薄黄，脉弦，可选小柴胡汤出入。取柴胡、黄芩疏肝清热；半夏、枳壳、瓜蒌皮、郁金宣通气机；苡仁、茯苓、滑石淡渗利湿。后者症见头晕乏力，稍劳则气短心悸，食欲欠佳，大便干溏不一，面肢轻度浮肿，舌淡胖，或舌边有齿痕，苔薄，脉虚大，当取补中益气汤为主方。方中参、芪、术、草益气健脾；当归养肝血，陈皮调气；尤妙用升麻、柴胡二味，柴胡除升阳外，兼有疏肝作用，升麻宜生用，意在兼以解毒。故慢肝以脾虚为主要见症者，选此方为优。

所谓在血，是指病邪由气入血所产生的一系列病理变

化，或气滞以致血瘀；或热毒入血而耗血动血。而病程已久，正气不足，湿热病邪混入血络之中，亦属于血分之证治范围。

慢肝以肝脾虚损为本，血瘀为标。其血瘀之表现，主要有气虚和阴虚血瘀之不同。对于气虚血瘀，我喜用黄芪配莪术，山药配鸡内金两个对子药。其中黄芪、山药均需重用至30~60g，随证加用丹参、石见穿、参三七、郁金等。阴虚血瘀，当养阴化瘀，软坚散癥可用一贯煎加丹参、泽兰、牡蛎、菴蒿子等。其中菴蒿子为菊科植物菴蒿之种子，《本经》谓其主“五脏瘀血，腹中水气，……久服轻身，延年不老。”用治肝硬化及腹水，颇有助益。热毒入血，有出血倾向，往往鼻衄、齿衄时见，口干口苦，或伴见午后低热，夜有盗汗；大便干结难解，舌质红，苔薄黄，脉弦带数，亟当清营解毒，可取犀角地黄汤为主方，其中犀角可用水牛角代之，惟用量需达30~60g，其效始显。随证加用大小蓟、贯众、白薇、杞子、女贞子、旱莲草、炙鳖甲等。若热毒耗灼真阴，大便干结，可暂加大黄泄热通腑。

按照中医学的观点，初病在经在气，久病人络入血，故慢肝尤多病。其特点，肝区疼痛，牵及背部，舌质有紫气，苔薄腻，脉弦涩，肝功能长期不正常，对其治疗，疏肝养肝，必兼通络，一般可用《金匱》旋覆花汤为主方，取茜草代新绛，药如旋覆花、茜草、丹参、泽兰、柏子仁、紫草、菝葜、路路通、参三七等。不效，参用虫类药，叶天士：“取虫蚁之品，以松透病根”，确是经验之方。我经常选用九香虫、全蝎、参三七各等分，研细末，胶囊装盛，每

次5粒，1日3次，收效甚佳。虫类药对慢肝的治疗，大有前途，值得进一步加以研究与应用。

第一，慢肝多系湿热深伏，或湿热残留不尽，而正气偏虚者，所以在治疗上，既要清除湿热，又要针对阴阳、气血，脏腑之寒热、虚实，灵活机变，邪去则正安，正胜则邪却。

第二，慢性肝炎的饮食问题：由于患者求愈心切，过食肥甘，于滋补者较多，脾胃壅滞，食郁化热，与残留之湿相搏，致病势缠绵，久而不已。多数患者由于长期吃糖、鸡蛋、牛奶，体重虽然增加，但SGPT常有反复，部分患者 β -脂蛋白和甘油三酯、血糖多见升高，易于导致脂肪肝。必须调整饮食，辅以辨治中药，始可纠正。

慢性肝炎肝功不正常，在辨证上有虚证与虚实夹杂之分，是否一律采用高蛋白饮食，也应该辨证分析，区别对待。如属正虚邪实而以邪实为主时（如慢活肝），高蛋白饮食宜不用或少用，倘虚实并重时，可酌加高蛋白饮食，但不可过量。若系脾气虚弱时，蛋白饮食宜从小量逐步增加为是。

第三，慢性肝炎的休息问题：“肝为罢极之本”，慢性肝炎患者需注意劳逸结合，不可过劳。因为肝藏血，“人卧血归于肝，目受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄”。劳累过度，易耗伤肝血，不利于疾病的恢复。要避免过劳，同时注意调节情志，合理饮食，辅以药物治疗，才能收到理想的疗效。

第四，慢性肝炎与眼的关系：“肝开窍于目”，“目受血而能视”，肝病既久，阴血耗伤，往往出现视力疲劳，视力

模糊，夜视力下降，复视。同时眼血管显著变化，凡肝经疫毒炽盛，病势活动进展者，眼血管多扩张、弯曲、鲜红；病情逐步好转，则眼血管充血减退，弯曲好转，鲜红转淡；病情稳定，则眼血管变细、伸直、趋向正常。此余多年来实践观察之一得，有参考价值。

第五，关于降低转氨酶的问题：除应坚持中医特色，辨证治疗外，单味药和经验方亦可参考：①转氨酶增高者，用五味子粉或五味子制剂，颇有佳效。因为五味子含有7种有效降酶成分，其特点为降酶速度快，疗效好，无任何毒副作用，但常有1/3的反跳现象，不过，继续服用，仍有效果。我认为凡苔腻、腹胀、纳呆者，不宜使用，或先服健脾渗湿之品，待脾健湿化后，再服为宜。②夏枯草、虎杖、垂盆草、龙胆草等用于湿热偏盛者为宜。或于辨治方中加入白芍、生山楂，对转氨酶持续不降者，亦有佳效。

第六，关于黄疸长期不退问题：黄疸性肝炎乃湿热内蕴所致，常法治疗，多能收效。但慢性肝炎长期黄疸不退者（胆汁郁结积者奏效甚缓。我多年来采用大黄、丹参、豨莶草为主，随证加味，疗效较佳。《本草纲目》论大黄功效说：“荡涤肠胃，推陈致新，通利谷道，调中化食，安和五脏。”张锡纯亦盛赞之：“大黄能入血分，破一切瘀；为其气香，故兼入血分，少用之亦能调气，治气郁作痛。”散瘀消坚、养血安神之丹参同用，效果更好。如同时重用豨莶，更相得益彰，因其不仅为“祛风除湿”之剂，《本草经疏》还称其为“活血之要药”，我屡用颇为应手。而“治黄先治血，血行黄易却”，确为胆汁郁积型治疗之准则。

张耀卿

中焦虚寒肝气郁 温通脾肾求桂附

张耀卿(1903~1973),沪上已故名医

肝气郁结,疏泄失常,能使脾胃功能受到戕害,或素有脾胃虚弱的内在因素,经不住过度克伐,或过用苦寒之药,导致脾胃进一步损伤,而出现肝病传脾,木不疏土之症。临床择用温通脾肾之肉桂,辛温而善于通达,使木气条达,郁结解除。用于慢性肝炎、急性肝炎恢复期、肝硬化腹水,或属中医诊断为肝郁而胁痛、胸胁胀满、暖气、肢体乏力、大便溏薄、面浮肢肿等症都能取得满意疗效。其不仅能疏肝而且温中,对肝郁而中焦虚寒者较为适应,临床运用时每以轻量取效。

张某,男,38岁。主诉因上腹饱胀,腹部逐渐胀大,历时1年。原有黄疸型肝炎史,黄疸持续半年,经治黄疸消退,而其他症状未愈。近年来右胁疼痛加剧,食欲减退,纳食则见上腹饱胀,不能向右侧卧,而且腹部逐渐膨大,神疲乏力,四肢酸软。体检:腹部膨大74cm,腹部有移动性浊音,肝脾触诊不满意,两下肢凹陷性浮肿,血色素90g/L,红细胞 $2.6 \times 10^{12}/L$,白细胞 $3.3 \times 10^9/L$,中性0.8、淋巴0.2。肝功能:血清总蛋白48g/L,白蛋白26g/L。西医

诊断：肝硬化腹水。中医诊断：臌胀。案：右胁胀痛、脘腹膨胀一年，便溏多，舌苔薄腻，中有裂纹，舌质红，脉来沉小。此乃肝虚传脾，脾虚传肾，脾肾阳虚，阳气不能维护太阴之经，则腹部为之胀痛，当从温肾健脾法调治。处方：

肉桂心 3g 熟附块（先煎）4.5g 炒白术芍各 9g 炮姜炭 4.5g 怀山药 9g 赤猪苓 9g 车前子（包）12g 大腹皮 9g 生熟苡仁各 9g 鳖甲煎丸（分 3 次吞）18g

服药 6 天后，腹围缩小至 71.5cm。随症加减，原方继续，调治一月余腹水消退，两下肢浮肿消失，肝功能恢复正常而出院。

肝脾肾三脏俱病，肝之阴血不足，肝气郁悖，气郁日久，营血凝涩，络脉瘀阻，为脘腹痞胀，为右脉疼痛；肝用太过，侮其所胜，脾土失健运之职，水谷精微不归正化，水反为湿，谷反为滞，为腹胀便溏，脾病及肾，肾中无火，则关门不利，聚水为肿，导致足跗浮肿；脾肾阳气虚弱，水湿漫无统制，加之气机窒塞，营络瘀阻，遂致大腹肿满，发为臌胀。方中用肉桂、附子、炮姜等品温养脾肾，使脾肾之阳来复而肿胀自消，用赤猪苓、车前子淡渗利水，加重消除腹水的功能，白术、山药、大腹皮、生熟苡仁健脾益肾，利湿消胀，使健运之责得复而腹胀便溏自愈，白芍、鳖甲煎丸滋阴养血柔肝，使肝气收敛而胁痛消除，滋养柔润而肝脏，使肝气收敛而胁痛消除，滋养柔润而肝脏得以柔和。

路志正

升清降浊疏肝脾 勿过苦寒遏气机

路志正(1921~)，中国中医研究院主任医师，著名中医学家

急性肝炎之病机多属湿热蕴结脾胃，郁阻肝胆。医生常着眼于炎症，其治多以苦寒清利，凉血解毒为常法。但有些患者不但无效，药后病情反而日重，究其因，医生只看到火热为患的一面，恣用苦寒清利，而忽视了脏腑气机的升降出入，阴阳平衡。肝胆脾胃，则一身之清气皆升，胆胃之气通降，则一身之浊气皆降。所以，在治疗上应注意这个特点，使欲升者能升，当降者得降；不升者助之使升，不降者调之使降。对肝脏尤应注意，肝属木，主少阳春升之气，其性升发，苦寒之药虽可清热利湿，但用之过度就会郁遏肝脏的升发之气，致命名升发无权，疏泄无力。同时又能伐伤脾胃之阳，使纳化呆滞，运化不及，而出现升降乖戾，气机逆乱之候。此即辨之虽有理而施之太过，其治亦必无功。

曾治一男性患者，张某，51岁，某广播学院教授。1982年11月初，始感肝区痛、乏力、便溏，经某医院化验肝功，诊为急性肝炎，以清热解毒、疏肝理气为法，投以大剂苦寒、香燥之品十数剂，其症不仅不减，反而病情加重，故于1982年11月中旬来我院求诊。

症见右胁胀痛，腹满便溏，食欲不振，倦怠乏力，小溲量少色黄，情怀抑郁，烦躁易怒，夜寐不安，恶梦纷纭，望之形体肥胖，两目无神，舌质暗红，苔薄腻微黄，脉濡数。证属肝郁脾虚，湿热内蕴。治宜疏肝运脾，化浊祛湿，拟藿朴夏苓汤化裁，方药：

藿梗 9g 茯苓 15g 苍术 9g 山药 15g 白蔻（后下）9g 薏仁 15g 茵陈 12g 车前草 12g 橘叶 15g 郁金 9g 山栀（炒）6g

水煎服，5剂。

药后肝区胀痛减轻，饮食见增，夜寐少安，余症见消。后以养肝实脾，化湿和胃为法，拟逍遥散化裁。方药：

当归 10g 白芍 12g 柴胡 9g 茯苓 12g 黄芪 12g 醋香附 9g 苍术 10g 枳壳 9g

前后加减共服21剂，化验肝功能正常，诸症俱失。

患者先服苦寒重剂，抑遏肝气，戕脾败胃，又过用香燥理气，灼伤肝阴，致肝用益横，而出现肝郁脾虚，湿热中阻之证，方以藿香、苍术、白蔻仁芳香化浊，燥湿醒脾；茵陈、车前草、茯苓、薏仁、山药甘淡渗湿，顾护脾阴；郁金、山栀、橘叶疏肝解郁，清胆经郁热，而无劫肝阴之弊。全方未过用苦寒之品，香燥之味，而湿热得清，肝气得疏，中州得运，升降复常，诸症消失。

抓住主证，扣住枢机，处方遣药以适为度，既防药力之不足贻误战机，又防其太过克伐无辜，出现不良后果，这就需要在辨证论治、组方配伍，特别在用量上下功夫，才能运用自如，恰到好处。（李连成 整理）

汪承柏

舌苔黄腻不尽湿热 阴虚湿困进退有法

汪承柏（1926～ ），解放军
三〇二医院主任军医，著名肝病学家

舌苔黄腻，不尽湿热

因黄腻苔主里湿热证，而肝炎之病因又为湿热，故对肝炎有黄腻苔者多从湿热论治，这对急性肝炎，尤其是有黄疸者确有效，但对慢性肝炎未必尽然。

临床曾观察 39 例慢性肝炎见有黄腻苔者。39 例中除 1 例在原有静脉输液基础上加服中药外，其余病例一律单服中药，按辨证论治，每证有一主方或按法组方加减，每周服 6 剂，2 周复查一次肝功能。治疗 3 个月全部肝功能恢复正常，并巩固 3 个月以上不复发为近期治愈，共 30 例；9 例无效。

一、心下停饮

39 例中属心下停饮者，共 8 例，治愈 7 例。症见四肢倦怠，头晕心悸，思睡但夜寐不实，多梦，口渴不欲饮或喜热饮，饮入于胃则胀满不适，胃脘有震水声，舌苔黄腻，

脉弦滑或滑。这些主症中，胃脘震水声为必备之征。

二、痰湿瘀阻

共 18 例，治愈 12 例。症见胸脘胀满，肢体沉重酸困，体胖，口渴不欲饮或不渴，舌体胖质暗，舌苔黄腻，脉弦滑或濡。在辨证中应注意肢体沉重，舌质瘀象。

三、肝胆湿热

1 例治愈。症见口苦咽干，烦躁易怒，渴喜冷饮，眼眦部有黄色分泌物，尿黄，舌红质暗、苔黄腻，脉弦滑而数。辨证以口苦、口渴喜凉饮、眼有黄色分泌物为主要见症。

四、气阴两虚，血瘀化热

共 3 例，治愈 2 例。症见五心烦热，口咽干燥，自汗盗汗，疲乏，上午困倦思睡，入晚则不得眠，大便稀溏，小便清长，渴不欲饮，食少纳呆，面色不华，痤疮很多常合并化脓性感染，舌苔紫暗，苔黄腻，脉细数。诊查中除注意气阴两虚见症外，尤应注意痤疮合并感染。

五、肝肾阴虚，脾虚血瘀

共 5 例，治愈 4 例。症见腰膝酸痛，眼干涩，口咽干燥，口粘口苦，失眠多梦，纳少腹胀，食后尤甚，舌质紫暗，苔黄腻，脉细弦或细数。辨证中应以腰膝酸痛、眼干涩、纳少口苦为重点。

六、湿邪弥漫三焦

2 例均治愈。症见胸闷腹胀，不饥不渴，小便赤涩，大便不爽，精神疲惫，心神烦乱，苔黄腻，脉濡或滑数。此型多见于慢性肝炎长夏季复发，或长夏季节发病延至冬春不愈。辨证中应以胸闷腹胀、大便不爽为主症。

七、脾胃虚寒

2例均治愈。症见形寒肢冷，胃脘冷痛，喜温喜按，食少不渴，便稀或溏，小便清利，苔黄腻，脉沉细或弦细。辨证中应以胃脘冷痛、喜温喜按、大便稀溏为主症。

肝炎是感受湿热所致，病程早期以湿热证为主，但随着病程延长，由于失治、误治或身体素质诸因素，致使邪毒留滞，湿热郁久化火，灼伤阴液，导致肝肾阴虚。后者又可加重肝郁，木郁克土，脾虚失运，造成水湿内停。因此慢性肝炎之湿，主要是内生。但因受累脏腑及病变程度不同，湿邪停滞部位各异，临床表现亦有区别。有的为留饮；有的凝聚成痰；有的与时令相应，如遇长夏季节而弥散三焦；也有湿困脾阳日久而导致脾胃虚寒者，湿久可以化热，湿与热结而成为湿热，客观上表现为黄腻苔，但这是脏腑功能失调的病理性产物，是标而不是本。因此本病应在辨证基础上，以恢复脏腑功能为主要治则，而不宜过用苦寒清泻之品。

本组病例虽有7个证型，从湿热论治者仅3例，有10例用温药治疗。治法各异，但因具有脏腑亏损、气滞血瘀、湿久化热的共同特征，因此治疗上异中有同。既要针对不同主证选用相应主方，或依法组方；又要针对共同病因病机及临床见症予以兼顾，尤其是应结合现代医学有关研究，合理加减。本文中各证型除主方不同外，加减基本相似。

在7个证型中有5个证型系以选用古方为主，另2个证型系根据主证组方。对于古方也不是沿用全方，而是选用其中主药，如苓桂术甘汤，仅用桂枝之温以化气，茯苓

之平以走下，以消饮液；术草味甘，有滋腻之弊，病人服后有腹胀加重，故弃而不用。

对慢性肝炎病人有高转氨酶或值夏季能否用温药（如桂枝）问题，有不同见解。本组饮停心下证中有5例谷丙转氨酶在500u以上，4例在7月，均重用桂枝15g而获治愈。可见只要证药相符，必能奏效。根据痰瘀相关理论，对于痰湿瘀阻者用二陈汤合失笑散，每能获效。临床实践证明，生蒲黄、五灵脂有助于肝功能恢复，故本组多数病例皆用之。

阴虚湿困，进退有法

慢性乙型肝炎，阴虚湿热兼见者颇多。湿困治宜温化，阴虚理当滋阴，而温化可加重阴虚，滋阴又可加重湿困。慢性肝炎湿困阴虚并见者，临床殊不罕见。对这一治疗矛盾，如果处理得好，有助于提高疗效；处理得不好，反而加重病情。

兼有湿困与阴虚二证的临床见证，根据病情可分为轻重二型。

轻型患者既有乏力困倦，轻度浮肿，纳少便溏，腹胀矢气，舌体胖淡，苔腻等脾虚湿困症状；同时又有腰膝酸软，口咽干燥，五心烦热，眼球干涩，小腿转筋，爪甲枯裂，心烦失眠，便干溲赤，舌红等阴虚表现。

重型患者既有水湿内停，如心下停饮、水肿、腹水、水气凌心、肢体沉重麻木、苔黄腻而厚等见证；又有午后低热、盗汗、鼻衄齿衄、舌绛苔剥、肝掌、蜘蛛痣、面部毛

细血管扩张等严重阴虚症状。临床所见，可以是湿困重于阴虚，也可是阴虚重于湿困，亦可湿困、阴虚皆轻或湿困、阴虚皆重。

湿困阴虚的临床表现虽有轻重之分，但其病因病机皆与失治、误治有关。本病早期感受湿热之邪，首先侵犯肝脾。肝喜条达，恶抑郁，脾喜燥恶湿，湿邪浸渍肝脾，则肝失疏泄，脾失健运；湿邪久羁，伤及脾肾之阳，可致气化不利，水湿内停。若祛湿清热不力，病至慢性阶段，邪毒深伏，或因湿久化热，或因血瘀血热，或因久病肝郁未予疏泄或疏泄太过，或因久服苦寒辛燥之品，均可灼伤阴液，导致阴虚。

湿为实邪，阴虚为正亏。湿困虽可有腹水、水肿、心下停饮，但阴虚并不标志病人体液缺损。二者病机虽不尽相同，但互为因果，互相转化，促进了疾病的发生发展。实践证明，湿困日久且渐重者，阴虚也愈明显，湿困以脾虚为多见，而阴虚可累及多脏腑。湿困与阴虚并存，常病情复杂，迁延难愈。据临床观察，湿困与阴虚的孰轻孰重，在肝功能和现代医学的诊断上也有区别。单纯湿困，或湿困与阴虚均较轻，或湿困较重阴虚较轻患者，肝功能损害一般较轻，多数均为单项谷丙转氨酶升高，或只伴有轻度絮状反应阳性及轻度黄疸；病理诊断多系慢性迁延型肝炎。若阴虚较重者，无论湿困程度较重，多有谷丙转氨酶升高、絮状反应阳性、蛋白代谢异常、黄疸等多项功能不正常；病理诊断以慢性活动型肝炎为多见。由此看出，湿困阴虚患者，由于二者表现的轻重不同，而有不同的临床表现，病

理诊断和肝功能改变，并可由此而推测其病情的轻重。

对湿困阴虚的诊治，当根据湿困与阴虚的轻重程度，遵循中医辨证论治原则，采用祛湿养阴合治或分治进行治疗。对湿困较轻，如湿困而无明显湿阻，湿困而无明显留饮，湿困而无明显阳虚水泛，苔腻而不厚者，可在祛湿同时予以养阴。对湿困较重而不适于同时养阴者，当先祛湿，后养阴。这种分阶段治法的好处是，可以通过祛湿，尽快改善胃肠道症状，增进食欲，为下一阶段重用养阴之品以促进病人免疫状态的调节和肝功能的恢复，创造有利条件。

无论分治与合治，均应注意对兼证的治疗。常见兼证有血热、血瘀、肝郁。处理兼证时应防止伤正滞邪。如疏肝不宜太过，用药宜防劫阴。使用柴胡要谨慎。当归气香味浓，性温而不燥，为生血活血之要药，且能宣通气分，使气血各有所归，又能升能降，内润脏腑，外达肌表，缓肝木之急，无偏盛之虞。瓜蒌荡热涤痰，润肝燥，清肝热，平肝逆，缓肝急，且能降酶。用活血药时宜防耗血动血，丹参、葛根、赤芍、三七、水牛角、生山楂、丹皮、蒲黄等兼具凉血、活血和养血功用，均可选用。

为说明上述治则，对祛湿兼顾养阴，祛湿为主养阴为辅、先祛湿后养阴。分别各举一例如下。

一、祛湿兼顾养阴

常用四君子汤合四物汤、一贯煎、三石汤加减，药以党参、茯苓、当归、桑椹、枸杞、女贞子、茅根、水牛角等为主。

例 1：患者刘某，男，42 岁。

1977年8月因急性黄疸型肝炎住某医院2月余,出院后谷丙转氨酶升至731u,其后波动于400u左右,乙型肝炎表面抗原+。1979年9月12日前来就诊。自述乏力,两腿酸沉,两肋刺痛,便干尿黄,渴不欲饮,夜寐多恶梦,五心烦热,性急易怒,面色如蒙尘土,舌体胖,质微暗而有瘀点,苔白滑。谷丙转氨酶350u,临床诊断为慢性迁延型肝炎。证属湿困阴虚,肝郁血瘀,药用:

党参 15g 茯苓 15g 丹参 15g 五味子 15g 白芍 30g 生山楂 30g 蒲黄 15g 五灵脂 15g 升麻 6g 葛根 30g 生地 15g 枸杞 15g

服药14剂,谷丙转氨酶复常,诸症减轻,继续服药2个月,随访8个月未见复发。

二、祛湿为主,养阴为辅

此类病人湿困与阴虚均较重,并因湿久化热或阴虚内热而有不同程度的热象,故当用辛甘温凉法为治,取其辛能散邪,甘能润养,温能化湿,凉能清热;但不宜重用大苦大寒之剂。

例2:患者林某,男,20岁,住院号98757。

因右上腹隐痛,纳差乏力,肝功能异常3年余,于1984年1月入院。入院后曾用6511合剂(由5味苦寒药组成)、云芝多糖、静滴大剂量维生素C治疗3月余,谷丙转氨酶始终在2000u以上,TTT20u以上,白蛋白/球蛋白为3.59/4.03,蛋白电泳白蛋白0.496,γ球蛋白0.298,血清总胆红素112.9μmol/L(6.6mg/dl),乙型肝炎表面抗原>1:256,抗-HBc为1:10000,乙型肝炎表面抗原+,

IgG0.22g/L，经肝活检诊断为慢性活动型肝炎（中型）。1984年4月26日改服中药。症见右肋隐痛，腹胀口苦，胃脘胀满并有震水声，乏力纳差，偶有盗汗，眼干涩，舌质暗红，舌边呈锯齿状，舌体不胖、苔微黄腻，脉弦滑。证属湿困阴虚血瘀，药用：

桂枝 15g 茯苓 30g 丹参 30g 蒲黄 15g 五灵脂 15g 黄芪 18g 生石膏 30g 白茅根 15g 黄芩 15g 生山楂 30g 葛根 30g 升麻 6g

药后两周，症状减轻，胃脘震水声消失，谷丙转氨酶开始下降，第6周降至正常。治疗2月余各项肝功能复常出院，并继续服药巩固。

三、先祛湿后养阴

对湿困阴虚均重的患者，尤其是久服苦寒之品或刚停五味子制剂的病人，气阴俱伤，湿邪深伏，内热又盛，以祛湿养阴合治难以取效，当先祛湿，然后养阴，分而治之。

例3：患者霍某，男，30岁，住院号99910，1983年10月5日因谷丙转氨酶反复增高3年而入院。

病中曾长期服用中西药，中药以苦寒之品为主。1983年4月开始服降酶灵，3个月后谷丙转氨酶降至正常，同年9月底停用。入院时谷丙转氨酶213u，TTT9u，乙型肝炎表面抗原1：256，抗-HBc为1：10000，蛋白电泳白蛋白0.581， γ 球蛋白0.256，经肝活检诊断为慢性活动型肝炎（中型）。症见夜寐不实多梦，右肋酸困，眼球干涩，全身肌肉跳动，口咽干燥，性急易怒，大便干结，2~3天一行，尿黄，口粘苦，两下肢酸沉，眼眶酸困，食后脘腹胀满，胃

脘有震水声，舌色紫暗，舌苔黄腻而厚，脉弦滑。证属湿困阴虚兼血瘀，治宜先温化水湿，后补肝肾之阴。

第一阶段(1983年10月~1984年1月)，药用：

桂枝 15g 茯苓 30g 葛根 30g 升麻 6g 菖蒲 15g
香橼 15g 蒲黄 15g 五灵脂 15g 生山楂 30g 茅根
15g 瓜蒌 18g 生石膏 30g

药后2个月，胃脘震水声消失，苔净，但阴虚症状未减，便干，谷丙转氨酶波动于500~700u(可能与停用五味子制剂有关)，因笔者外出开会，加之有口舌生疮，暂停中药，服牛黄上清丸1周。

第二阶段(1984年1月6日~3月15日)，药用：

白芍 30g 元参 15g 沙参 15g 枸杞 15g 旱莲草
15g 乌梅 30g 牛膝 15g 虎杖 30g 丹参 15g 生石膏
30g 代赭石 30g 莱菔子 30g

因方中大部分药有激活细胞免疫作用，药后第2周谷丙转氨酶升至2000u以上，第8周降至正常。与谷丙转氨酶上升同时，抗-HBc由1:10000升至1:1000000，但滴度随着GPT下降而下降，出院时降至1:1000(其中IgM抗-HBc为阴性)，表明体内病毒复制已基本停止。

本例与例2比较，湿困与阴虚症候均较重，第一阶段用药，虽湿邪消除较慢，但经这一阶段祛湿已为第二阶段重用养阴药治疗创造了条件。

邹良材

湿热瘀毒推大黄 燮理脏腑重脾运

邹良材（1910～1989），原南京
中医药大学教授，著名肝病专家

重视湿热瘀毒 着眼却在脾胃

慢性肝炎之病机，邹氏认为可用“湿热瘀毒”四字概括，其中尤以湿邪更属紧要。

甲型肝炎以湿热壅滞，气机失调为主，如脾胃困遏，肝胆失疏，每见腹胀、纳呆，并可出现黄疸。因湿热蕴结未深，邪伏部位较浅，经治易获痊愈。乙型肝炎以湿热胶结，瘀滞血分为特点，故较少出现黄疸，临床常有衄血、衄血，红丝赤缕，癥积不消，面色黧黑等血分见症，病情迁延难已，易发展成慢性肝炎。

针对湿热瘀毒之病因，酌情选用各种清热化湿、活血解毒药物，为邹氏治疗本病的一大特点。清热解毒可选用贯众、板蓝根、黄芩、黄柏、黄连、蒲公英、白花蛇舌草、夏枯草、连翘；凉血化瘀解毒可选用紫草、水牛角、败酱草、丹皮、赤芍、青黛、大黄；化湿解毒可选用茵陈、土茯苓、苦参、蚕砂、虎杖等。邹氏认为，上述药中，夏枯

草、蒲公英降酶作用较好，其药味不甚苦，副作用少，效果确切，而且降酶后很少反跳。如邪热明显，加用龙胆草、黄芩、大黄，则降酶更为捷速。对乙型肝炎表面抗原及其他感染指标阳性者，邹氏多采用扶正解毒法，解毒药常以紫草、土茯苓两味为主，并可酌选虎杖、败酱草、大黄、黄柏等药物伍入方中。

邹氏在临床使用中体会到，如见肝热明显，症见舌红、苔黄、口苦者，用龙胆草、黄芩、大黄；肝经郁热不重者，用秦皮、土茯苓、蒲公英；如热不重，湿亦不甚者，用夏枯草、蒲公英、凤尾草；若热较偏重的，可加连翘、板蓝根；如脾虚不明显者，用秦皮、凤尾草、土茯苓，脾虚明显的可加苍白术；两腿酸软无力加虎杖、苡仁；如出现明显的肝阴不足者，则以柔肝养阴为主，以一贯煎为基础再辅以降酶之品；如见舌胖质淡紫者则用桂枝、泽兰、马鞭草。邹氏指出，有证可辨时，必须以辨证为主，辨病为辅。

中医治疗阳黄时所常用的茵陈蒿汤、栀子大黄汤及大黄硝石汤等方剂，均有大黄。茵陈为退黄之药，大黄有清热解毒的作用，茵陈与大黄协同使用，退黄的效果甚为理想。便结者可辅以元明粉、枳实。如大便稀溏者可用制大黄，连续服用后大便不但不泻，反而会正常，可见大黄如不配伍元明粉亦仅是缓下剂。大黄除有清热、解毒、缓下、退黄作用外，并有止血、消瘀、化癥之功，故邹氏不仅在治疗急性黄疸型肝炎时用大黄，而在治疗慢性肝炎及肝硬化时亦常用大黄（可结合病情给以酒制或用大黄炭对症分别施用），即属于湿热瘀毒者，皆治之以大黄。如1970年

在门诊经治 1 例，患慢性肝炎已 10 余年，就诊前 1 个月曾神志昏迷过，当时诊断为肝硬化腹水（少量）继发肝昏迷。就诊时症见纳少无味，口干欲饮，全身乏力，面色晦暗，视力减退，腹大觉胀，大便干，色褐，时有齿衄，溲黄灼热，舌苔黄腻而厚，舌质暗红，脉细弦，肝功能不好，诊为肝阴脾气两虚而瘀热湿浊内阻，三焦气化失司，本虚标实，治疗殊为棘手。急者有再度昏迷之可能，缓则可以演变成单腹胀。采取急则先治标之旨，即给以茵陈蒿汤清热解毒，辅平胃散以化湿泄浊，或参以丹栀，或参以二至丸（女贞子、旱莲草）以止衄。但每次方中几乎都有大黄，调治近 2 年，先后共服大黄累计有百两许。在治疗中若单用养阴药，不配化湿药和不用大黄，病人即觉不适。该病人迄今病情稳定，未生他变。近人张锡纯氏云：大黄“能入血分，破一切瘀血。为其气香故兼入气分，少用之亦能调气，治气郁作疼。”又云：大黄“力虽猛，然有病当之，恒有多用不妨者”。古人云：“祛邪即是安正”，患者虽病已历久，有正虚的一面，但瘀热湿浊邪势仍盛，如误认为正虚而补之反可助邪甚矣！

邹氏认为湿为慢性肝炎之主要病因：

肝与脾在生理病理上关系十分密切。肝主疏泄而为藏血之所，脾主运化而为气血生化之源。肝为气机疏泄之主，肝失疏泄，则脾土升降失常。脾为气机升降之枢，脾土壅遏，亦影响到肝气的疏泄。脾乃后天之本，为气血生化之源，脾运健全，则气血充足，肝体得养；脾运无权，则气血不足，肝失所养。肝之余气泄于胆而成胆汁，助脾胃消

化吸收食物，如果脾胃湿热薰蒸肝胆，胆液外泄而成黄疸。湿热蕴久，肝阴暗耗，藏血失职，可有吐衄动血之变。而脾运不健，统摄无权，亦可使肝藏血不能。

慢性肝炎大都由于急性期湿热未净，迁延不愈所致。湿热困遏脾胃，损伤肝体，脾失转运之职，肝失疏泄之能，故开始阶段多表现为湿热气滞之证。临床表现为口苦口粘，恶心呕吐，纳少厌油，脘腹胀闷，或有嗳气、肠鸣，大便溏垢或秘结，胁肋作胀或胀痛，小溲色黄，舌质红，苔黄腻或薄黄，脉象弦滑等。少数病人还可能有黄疸。病程经久，或未经适当休息和积极治疗，湿热两伤肝脾，脾虚则气血生化乏源，肝体既损，复失所养，则可造成肝脾两虚。临床表现为神疲乏力，面色少华，纳谷不香，肝区不适或劳累后疼痛，头目眩晕，目涩视糊，大便易溏，舌淡苔薄，脉细弦等。若进一步发展，则脾土衰败，瘀血内著，可导致癥积、臌胀之变。部分病人病情活动，可见湿热反复消长。还有相当一部分病人湿热症状始终不明显，甚至一开始就表现为脾土衰败之癥积、臌胀者。若患者素质阳气不足，或湿重于热，耗伤阳气，可进一步造成脾肾阳虚；而患者素质阴分不足，或胃热素盛，则湿从热化，灼伤肝肾之阴，可导致肝阴虚，甚至阴虚血热之证。

慢性肝炎中，湿热、气滞、血瘀是三个主要的病理因素，其中又以湿热为最。慢性肝炎湿热之所以持续不清，当责之于脾。脾属土，主运化水湿，水流湿，火就燥，同气相求，湿热之邪首先侵犯脾胃，致命名脾胃运化功能受遏，进而壅阻肝胆，肝体受损，使胆汁外溢于肌肤，下流于膀

胱而形成黄疸。故自《内经》始，黄疸之病，众口一词，皆责诸脾经湿热。若平素饮食不节，长期嗜酒，或劳倦太过，或有其他疾病，损伤脾胃，脾失健运，水精不布，湿从内生，此时尤易感受湿热。正如薛生白所云：“太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热。”湿热伤脾，脾运更加无权，而脾虚生湿，内外合邪，致湿热有增无已，两者相互影响，导致疾病迁延不愈。因此，慢性肝炎过程中，既有外来之湿热之邪，又有内生之湿热。湿热既是慢性肝炎的病因，又是其病理产物。

由上可知，慢性病毒性肝炎的主要病理关键是脾运不健，病理本质是肝脾同病，主要病理因素是湿热、气滞、血瘀，主要治疗大法应为健运脾胃。

邹氏认为顾护脾胃是肝炎治疗中最重要的法则，贯穿于本病的始终。或化湿运脾，或疏肝健脾，或调养肝脾，或补益脾肾，均以顾脾为要旨。

对慢性肝炎蛋白代谢失调，麀浊、锌浊升高，血浆白蛋白降低的患者，邹氏亦多从肝脾着手。实证投以茵陈、藿梗、苍术、陈皮，虚证投以党参、黄芪、白术、当归、白芍等，并随证加减。邹氏强调，白蛋白系人体系血精微所化，生于肝而源于脾，在降低絮浊、调整血浆蛋白方面，不论补泻，总以治脾为主。脾为仓廩之官，生化之源，后天之本，脾强则水谷能化，精微得布，气血荣生，蛋白代谢之紊乱，亦多能得到调整。

治疗注意整体 立有慢肝八法

慢性肝炎早期病位在于肝脾，病机可归纳为湿困脾运、肝气乘脾和肝气犯胃；病久气血损伤，形成肝脾不足；如脾虚及肾，脏腑气血阴阳俱有亏损失调，则导致脾肾不足；如血虚肝旺，上可刑及肺金，下可汲耗肾水，而成肺阴不足，木火刑金，或阴血亏虚，肾虚肝旺之证。慢性肝炎病延日久，其病变往往不局限于某一脏腑，其临床表现也错综复杂，治疗必须从整体出发，抓住病机关键，利用脏腑相关理论，选用适当治疗方法。

邹氏立有治疗慢性肝炎常用八法：

其一为化湿运脾法，主治湿困脾运，脘腹胀闷，口粘欲呕，纳少体倦，大便不实，苔腻脉濡者。方用茵藿平胃散加减，药如茵陈、藿梗、苍术、陈皮、山楂、神曲、夏枯草、蒲公英、车前草等。我院附属医院以上方为基础，制成清肝膏，用于肝炎纳少，腹胀，转氨酶轻度或中度升高等情况，效果颇佳，服用方便，深受病者欢迎。

其二为疏肝运脾法，主治肝气乘脾，胁肋胀痛，脘腹痞满，暖气纳少，精神不振，苔薄脉弦者。方用郁附四逆散加减，药如炒柴胡、白芍、枳壳、广郁金、制香附、川楝子、延胡索、陈皮、谷麦芽等。

其三为泄肝和胃法，主治肝气犯胃，呕吐吞酸，胁肋胀痛，暖气纳少，苔薄微黄，舌边尖红，脉弦者。方用左金丸合金铃子散加减，药如黄连、吴萸、川楝子、延胡索、蔻仁、白芍、陈皮、半夏、竹茹等。本法用药多以苦、辛、

酸配合，热象明显者，黄连多于吴萸（黄连可用3~4g，吴萸用1~1.5g）；如寒热偏重不明显，萸、连等量（可各用3g）。本法常用于慢性肝炎合并胃炎患者。

其四为养肝健脾法，主治肝脾两虚，胁肋隐痛，头晕目眩，面色欠华，神疲乏力，大便易溏，口干少寐，苔薄脉细弦者。方用归芍异功散加减，药如炒当归、白芍、党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、枸杞、丹参、郁金等。本法养血调肝，益气健脾兼顾，用药要避免燥热伤阴和滋腻碍脾之弊端。

其五为双补脾肾法，主治脾肾两虚，面色萎黄或苍白，神倦便溏，食欲不振，面足轻度浮肿，腰膝酸软，小便清长，或见阳痿遗滑，苔薄白，舌淡胖或有紫气，脉沉细者。方从右归、左归加减，药如黄芪、党参、白术、熟地、山萸肉、桑寄生、仙灵脾、菟丝子、牛膝、鹿角片、紫河车等。本证阴气血俱亏，治宜抓住根本，径从培补脾肾着手，待先后二天精气振奋，则如器滑珠圆，满盘皆活。

其六为滋肾柔肝法，主治阴血不足，肾虚肝旺，胁痛隐隐，劳累则著，头昏耳鸣，两目干涩，手足心热，衄血鼻衄，口干而苦，舌红苔少，脉细弦数者。方用二至丸合一贯煎加减，药如生地、白芍、当归、沙参、首乌、枸杞、旱莲草、女贞子、川楝子、灵磁石等。

其七为清金制木法，主治肺阴不足，木火刑金，胸胁隐痛，口干咽燥，呛咳气逆，或痰中带血，时有低热，小溲黄，舌红有裂纹，苔少或剥脱，脉细数者，方用沙参麦冬汤合泻白散加减，药如沙参、麦冬、玉竹、百合、芦根、

白芍、丹皮、地骨皮、桑皮、生甘草等。本法通过清养肺阴以平泄肝火，本证多为慢性肝炎抵抗力减弱，伴呼吸道感染者，肝炎伴肺结核患者临床也时有所见。

其八为活血化瘀法，主治气滞血结，两胁下癥积明显，刺痛胀痛，痛点固定，血痣赤缕，面色晦滞，时有齿鼻衄血，舌质紫暗，或有瘀斑，脉弦涩者。方用当归活血散加减，药如当归、赤白芍、生地、桃仁、三棱、莪术、郁金、地鳖虫、制香附等。如出血明显，需酌减攻破之力，适当配入化瘀止血药物。临证可去三棱、莪术、地鳖虫，加入茜草、藕节、川军炭等。此外，用地骨皮 30g 煎汤漱口，亦有减少牙龈出血的作用。

邹氏根据慢性肝炎病机演变，归纳出以上八种治法，各法可以单用，也可合用，如慢肝活动期，湿热火毒明显，尚需加入清热化湿解毒之品。

抢救肝昏迷 主分虚实两途

对肝昏迷之辨证治疗，邹氏主张分为虚实两途：

实证系邪毒攻心，属风、火、痰内闭，神明无主，临床表现为神志不清，躁动谵语，肢体抽搐，气息粗大，便秘尿赤，舌质红，苔黄糙或焦黑，脉弦大而数。治当平肝熄风，养阴解毒，清心开窍，方以羚羊钩藤合黄连解毒汤为基本方，羚羊角价格昂贵，宜用粉吞，用量以 0.5~1g 为宜，过少则药力不足。邪热偏盛，选加安宫牛黄丸清心开窍；动风抽搐，选加紫雪丹熄风开窍；痰浊偏重，其特点是昏睡不醒，痰声辘辘，舌苔浊腻，此证若用安宫、紫雪

辈则昏睡益深，惟至宝丹豁痰开窍，兼能清心，于本证最为适合。对火毒充盛，面赤身热，或内陷营血，面目如金，神志昏迷者，犀角凉血清热解毒功效最为显著，如用水牛角替代，也有一定效果，惟用量宜大，可用30~60g，亦需先煎。

虚证系正虚邪陷所致，此因阴阳气血衰败，精神竭绝而神明不用。病初可见精神疲惫，少气懒言，或午后潮热，消瘦颧红；继则神志恍惚，语无伦次；进而昏迷不醒，二便失禁。邹氏认为此证重笃，预后极差，如救治得当，尚有一线生机。属气阴涸竭者，可予益气养阴，酌佐清化痰热，药选西洋参、麦冬、五味子、天竺黄、川贝母之类。属阳气衰亡者，急于回阳救逆，佐以化痰醒窍，药如人参、附子、白术、茯苓、石菖蒲、远志、炙甘草等，并配合服药用苏合香丸。

肝炎昏迷者病情变化迅速，虚实混杂，病发可以邪实为主，但正气常已受戕；久病虽属正虚，但痰浊常留恋难解。邹氏主张全面权衡标本缓急，邪势急者先治标，邪势退则图其本；正气暴脱者治本，重用扶正固脱之剂；正虚邪恋，虚实夹杂者，必兼而治之。

（金 实 尤松鑫 整理）

方药中

毓阴化瘀，变理五脏

方药中（1921～1994），原中国
中医研究院教授，著名中医学家

迁延型慢性肝炎的病机为正虚邪恋。因此如何解决扶正不留邪，攻邪不伤正，如滋阴不妨脾、不助湿，疏利而不伤阴等，是治疗本病的难点。兹将方氏治疗迁慢性肝炎经验，整理介绍如下。

滋肾以养肝，疏肝以活血

方氏赞同叶天士关于“治肝之法无非治用治体”之说，认为前人所创治肝法之达数十种，但对迁慢肝炎最有意义的则是养肝和疏肝两法。肝藏血，肝肾同源，肝体阴而用阳，故慢性肝炎多阴血亏损之证。正如张介宾所谓：“故凡损在形质者，总曰阴虚，此大目也”。肝阴虚，一则疏泄易于失职，造成脾胃壅滞生湿；一则阴虚生内热，内热与脾湿相合，亦表现为湿热内蕴；但阴虚为本，湿热为标。此时之治疗，倘专事疏利，则辛香之品势必重伤其阴，造成“疏之更甚”的局面，加重阴虚而肝脾（胃）不和的恶性循环，如视力减弱、肌肉跳动、烦躁不安等。因此，滋阴养

血培补其肝体是为治本，在此基础上疏其郁滞之气血。肝气得疏，脾胃升降斡旋随之可复，湿热内蕴亦可消除。对因脾胃湿热而有滋阴助湿之虑者，方氏解曰：“阴”是阴液，“湿”是邪，滋阴是扶正，不是助邪，不可将滋阴与邪湿混为一谈。方氏改制魏玉璜之“一贯煎”即基于上述认识。在该方中，加入薄荷、柴胡、鸡血藤、夜交藤、姜黄、郁金、丹参等7味疏肝活血养血药；同时犹恐辛燥碍阴，故再加天冬，并重用生地至30g，名“加味一贯煎”。此方较原方滋阴养血疏肝活血之力尤强。方氏所制定的其他三方，即养胃和肝汤、加味黄精汤和加味异功散，其主体均不离乎滋肾养肝与疏肝活血，又各有侧重；养胃和肝汤偏于和胃消胀；加味黄精汤气阴两补偏于燥湿健脾；加味异功散偏于益气健脾。对于长期服用加味一贯煎的患者，常采用以下方法避免阴柔药物的副作用：①由重剂改投轻方，如原方小其制或改予同类轻方；②加强疏理气机药物的运用，如原方加大理气药物的剂量；③从补益脾气着手，使脾气健旺不致为阴柔药味遏制；④从药物的煎煮法消除某些药物的副作用。

方氏认为，肝气郁滞往往引起血的瘀阻，增强肝的疏泄作用，使在病因作用下所出现的气滞血瘀现象能够得到治疗，曰疏肝。因此，疏肝是与活血密切结合在一起的。《内经》所谓“疏其血气，令其调达”，不仅对治疗慢性肝炎有指导意义，对急性肝炎的治疗也有重要意义。李东垣的胃气说、刘河间的玄府说、朱丹溪的开郁说，直至叶天士的通络说，均反映了肝的疏泄与活血通络的关系，已被

历代医家所重视。方氏改制魏氏一贯煎所加7味药物中有5味即是活血药。方氏认为肝虚时纵使有气滞血瘀之证,亦不可贸然疏利或化瘀。增加活血药物,当在补益肝体扶正的基础上进行。其常用丹鸡黄精汤、参芪丹鸡黄精汤等,都据上述认识而组方。倘纯予活血化瘀,多有耗气伤阴之弊,如患者王某,某医曾予郁金粉,每服15g,日3次,连续3月,瘀未得去而转氨酶反从257u升至300u,复从300u升至362u。方氏强调活血须宗仲景“缓中补虚”之旨,对瘀血证,不宜峻逐强攻,而宜曲宜缓。验诸临床,瘀血证的消除或好转与病程长短似无联系,而与疗程长短成正比。

清热须有制,解毒当扶虚

方氏认为肝炎由湿热毒邪伤肝犯脾而起,因此清热解毒利湿之法不仅用于急性肝炎,也用于迁慢性肝炎所不同者,虽然迁慢性肝炎。部分患者为缓慢起病,但大多由急性肝炎迁延而来,且病人素体不同,治疗又多过用苦寒伤阳或苦寒化燥伤阴等情况,故虽可见湿热内蕴之证,但正气已虚,治疗上切不可孟浪从事。对于肝肾阴虚而兼湿热内蕴的患者,一方面要清其湿热,另一方面又不能重伤其阴。方氏选用《温病条辨》三石汤,仅用其中三石,即石膏、滑石和寒水石,名“减味三石汤”,取其寒能清热、淡能渗湿、辛能散郁、甘能润养之力,避免苦寒化燥伤阴。临床运用时,常与扶正方药如加味一贯煎、加味黄精汤等配伍,对改善患者的精神、食欲,降低转氨酶等,有较好的疗效。如患者陈某,病历号204933,患乙型迁肝,乙型肝

炎表面抗原多在 1:32 以上，用加味一贯煎伍用三石，则使其乙型肝炎表面抗原连续 3 次均稳定在 1:16 以下。又如北京中关村患者张某，患乙型迁肝，1981 年 3 月其肝功能检查：谷丙转氨酶 271u，乙型肝炎表面抗原为 1:1024。亦予加味一贯煎伍三石。服药 20 剂后，谷丙转氨酶降至 164u 的，乙型肝炎表面抗原降至 1:64，精神有明显好转。但三石毕竟为寒凉之剂，只可暂用，不可久服，一俟湿热甫除，即应停用。

方氏亦重视对解毒药物的选用，最常用者为升麻。《本经》谓其有辟瘟疫瘴气、邪气蛊毒、时气毒疫之功。仲景治阴阳毒之升麻鳖甲汤重用至 2 两，钱乙治小儿麻疹之升麻葛根汤，刘河间治雷头风之清震汤以及宋代《圣济总录》黄疸门所载湿热黄疸多用升麻或以升麻伍用葛根。北京儿童医院郭某患迁肝，谷丙转氨酶升高至 300u，用他法不降，方氏即在复方中投升麻 45g，谷丙转氨酶即迅速下降，余症好转。

在养阴与益气的扶正方中分别伍用解毒之升麻葛根汤或“三石”，或同时并用两方，是方氏方剂运用的一个规律。据统计，在记录比较完整的 45 例迁肝中，使用了“三石”和（或）升麻葛根汤有 39 例次，其扶正方剂以加味一贯煎为最多，达 21 例次。而在 10 例慢肝中则有 9 例以加味黄精汤为主方，配伍使用“三石”及升麻葛根汤 2 例。由上可见，对慢肝，方氏以气阴两补的加味黄精汤为主方，侧重疏肝活血；对迁肝，则以加味一贯煎为主方，重在滋补肝肾，并多伍用“三石”和升麻葛根汤。这一用方规律也

反映了迁肝多阴虚挟湿热，慢肝多气滞血瘀而湿热相对较轻的病理特点。

调理五脏，发于机先，随证而变

方氏十分强调五脏相关的论点，由于肝居胸腹之间，腹背之中，又有体阴而用阳的生理特点，其为病易于向阴阳两方面转化，故配合其他四脏的治疗是十分重要的。在养阴方面，与肾同治；在疏泄方面，兼顾脾胃；在神志方面与心同治；在承制关系上，注意治肺。由于五脏之间存在着相生相制的关系，如《素问·五运行大论》所谓“气有余，则制其所胜而侮所不胜，其不及，则己所不胜侮而乘之，己所胜轻而侮之。”方氏则将这一理论用于临床。例如肝阴虚证，在治疗上不能只看到肝，尚须考虑肝的所胜之脏（脾）和所不胜之脏（肺）。在单纯补肝未获疗效时，可兼用清肺或润肺及清胃或健脾之药，如加味一贯煎之用沙参、麦冬、天冬，就是对肺、胃的兼养兼清。胃热明显时，加入“三石”，也具有肺、胃两清和利湿的作用。这一防患于未然的方法，方氏称之为“发于机先”。临床上对一般治疗收效不佳的病例，往往可获得较好疗效；但又不可太呆板，应辨证清晰，灵活运用。例如许某，女性，病历号103682，慢性肝炎患者，1976年以后出现低热，体温波动在 $37.5^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$ 之间，辨证为肝阴虚证。曾予滋肾养肝，甘温除热等法治疗，未获显效。1980年11月20日来诊时：低热 $37.5^{\circ}\text{C}\sim 37.9^{\circ}\text{C}$ ，胸闷胸痛，疲乏无力，纳差，大便偏干，间日1行，口干欲饮，睡眠欠安，低热于午后4~5时

为甚，脉弦数，舌稍红苔薄白略干，诊为肝肾阴虚，当滋肾养肝为主，同时兼清肺胃，予加味一贯煎伍用竹叶石膏汤。服 15 剂后来诊，其体温已降至 37.2℃ 以下，睡眠及精神俱较前好转。

方氏又据《内经》“成败倚伏生乎动，动而不已，则变作矣”之论，强调病情可随治疗之得宜，素体特点等因素而不断变化，因此治疗亦须随证而变。曾归纳出方氏治疗迁慢性肝炎方剂转换的 9 种形式（略）。例如以滋肾养肝疏肝为主治疗一段时间之后，病情好转，但考虑阴柔太久，则抑制脾气，在见到舌淡苔白润，脉沉细等征象时，即可加予扶助脾气之方，即所谓“效亦更方”。实践证明，运用方剂转换的原则，不断动态地调整治疗的方法，可减少病情波动，加速恢复。例如许某，男性，初予加味一贯煎及“三石”后，胁痛，腹胀，精神倦怠，纳少等症逐渐好转，肝功能检查：谷丙转氨酶从 288u 降至 155u，TTT 由原来的 16u 降至 12u，TFT 由原来的 +++ 下降至 ++，但其舌由原来之红舌白粘苔转变为略淡而润，脉由弦滑有力转变为沉细而弱。虽化验指标下降，证情好转，但从脉舌所见，有脾气被抑之势，遂即予气阴两补之丹鸡黄精汤加“三石”，使其症状继续好转，谷丙转氨酶又从 155u 降至 105u，TTT 降至 8u，TFT 降至 +，后予黄精丹调治而愈。而另例毛某，在用加味一贯煎治疗取效后，竟自服较长时间，结果症状反复，肝功能化验指标上升。以上说明，方剂随证转换对提高临床疗效有重要意义。分析获临床治愈的 20 例迁肝患者的方剂转换规律，发现尽管未出方氏用方

转方的4种形式，但竟无自始至终完全相同的1例。可见重视个体，辨证论治，是方氏治疗本病所属守的一条基本原则，也是取效的关键。

调和肝与脾 以脉分主从

方氏指出：“在错综复杂，变化万端的各种临床表现当中，应根据其发生发展变化过程，确定其究竟属哪一个脏腑、哪一种生理病理改变起主导作用。据此，辨证须结合病史、素体特点及四诊所得，辨明原发于何脏又继发于何脏，以明确病机，指导治疗。以肝脾不和为例，即有责在肝与责在脾（胃）的不同。脾虚而致肝来乘者，则脾为原发，肝为继发，当补脾为主，疏肝泄肝为辅；若系肝强犯脾，脾胃失和者，则肝为原发，脾为继发，当以泄肝抑木为主，助脾补中为辅。肝脾既得和谐，因而和之。但调和之道当有主次之分、轻重之异，不能笼统对待。方氏对这类病机，十分重视用脉诊来加以分析，宗《难经·十难》“一脉十变”原则，将浮中沉三部脉密切合参。例如：浮取以候心肺之气，中取以候脾胃之气，沉取以候肝肾之气。中取之脉，正常当从容和缓细软适中，若弦而有力，当考虑“肝来乘脾”，但并不能除外“脾虚肝乘”，须结合沉取的脉象，若沉取其弦而有力的程度反不及中取时，则说明非肝气太过，实因脾虚而致肝乘；若沉取其弦而有力甚于中取，则为肝气太过犯脾。两者病机似同实异，治法亦各有侧重。其临床习用之养肝方为黄精丹；疏肝方为疏肝饮；益脾补中之方为加味异功散。三方常配伍使用。

患者武某，男性，43岁。初诊日期1978年2月1日。

患者自1975年起即有乏力，腹胀，肝脏肿大，肝功能不正常等症。4年治疗，症状及肝功能指标常因劳累或停药而反复。就诊时，主要症状有胃脘胀满，疲乏无力，右肋下隐痛并牵及后背，大便偏干，尿黄，睡眠欠安。肝功能检查除谷丙转氨酶250u外，余项（-）。检查：舌边尖红，有瘀斑，质偏青，苔白，中心裂，脉弦细。肝肿大，右肋下1.5cm，中度压痛，质软。诊断为迁延性肝炎。辨证为病在肝肾，证属阴虚，气滞血瘀，湿热内蕴。拟以滋肾养肝为主，佐以疏肝清热利湿，予加味一贯煎配伍“三石”30剂。药后精神大进，脘腹胀满减轻，纳、眠、便相继转调，3月6日肝功能检查：谷丙转氨酶已正常，余项（-），乃去“三石”，加砂仁6g，莱菔子15g。药后精神继进，肝痛消失，但谷丙转氨酶复升至150u，小便微黄，苔稍腻，前方加滑石30g，甘草6g，予20剂，药后诸症悉减，肝功能全部正常。乃恪守本方，连服4月，病情稳定，改予丹鸡黄精汤加谷麦芽，调理脾胃善后。

（陈立华 整理）

时振声

正虚邪恋病慢肝 逐邪扶正需细参

时振声（1930~1997），原中国中医研究院教授

病多虚实夹杂

急性肝炎阶段的病机多与肝胆、脾胃的湿热有关，而慢性肝炎又多为急性肝炎恢复不顺利，病情反复波动所形成。由于肝藏血，主疏泄，喜润恶燥，胆则内寄相火，胃亦喜润恶燥。故肝、胆、胃最忌热邪燔灼，脾则喜燥恶湿，最忌湿邪困阻，故在急性期多是湿热互结。慢性期湿热因素仍可继续存在，但因肝郁气滞，气滞而血瘀，故瘀血亦较为突出，这是在慢性肝炎表现为实证的二个方面。由于病程较久，精气内夺，如热盛煎熬精血，或治疗中过用苦寒乃至化燥，皆可导致肝阴内耗，甚则肝肾阴虚；肝郁而脾虚不运，精血来源不足，亦可导致肝脾两虚；如果湿困脾阳亦可引起脾阳不振，甚至脾肾阳虚。这是在慢性肝炎表现为虚证的三个方面。故不要认为慢性肝炎一定就是虚证，而忽视其实证的一面。由于慢性肝炎的病程较长，某些诱因又可造成病人机体内在因素呈“虚”的状态，从而形成湿热之邪未尽，正气内损的局面，使本病呈慢性过程，

故虚中夹实，正虚邪恋往往是比较多见的。

临床体会慢性肝炎以肝血瘀阻，湿热俱盛、肝阴内耗、肝脾两虚、脾阴不足等证为多。

一、肝血瘀阻

多为病程较长，瘀血征象比较突出者。如面色黧黑，肝脾肿大，痛如针刺，唇暗舌紫，或舌有瘀点，脉象细，治宜活血化瘀，方如血府逐瘀汤。要注意病人是以肝血瘀阻为主，还是在正虚的基础上合并瘀血，因为两者治法不同，即使是以瘀血为主，但临床上也并不是单纯表现为瘀血，因此辨证时还要注意兼夹其他因素。

例 1：李某，男性，50 岁。某医院会诊病例。

患者 5 年来肝脾肿大，肝功能反复不正常，此次因腹胀 1 月余住院，腹水征阳性，肝功能检查：谷丙转氨酶 500u 以上，总胆红素 $51.3\mu\text{mol/L}$ (3.0mg/dL)，白蛋白/球蛋白：2.4/4.2。诊见病人面色黧黑，目黄唇暗，舌质暗红并有瘀斑，舌苔薄黄而腻，口苦口粘，口干不欲饮水，腹胀不思饮食，下肢肌肤甲错如鱼鳞状，辨证为肝血瘀阻夹有湿热，予血府逐瘀汤加茵陈、夏枯草、车前草等。1 个月后复诊，黄疸已退，腹水仍有少量，精神转佳，谷丙转氨酶降至 230u，仍继续服原方加减 3 个多月，腹水尽消，肝功能完全正常而出院。尤其值得注意的是，病人面色、唇色均变浅，下肢肌肤甲错的鱼鳞状竟然完全消失。

二、湿热俱盛

肝郁日久可以化热，肝郁胃热及肝热脾湿也可进一步转化为湿热俱盛。临床上往往可以出现黄疸，上腹痞满，肝

脾胀痛，纳差腹胀，恶心呕吐，口苦口粘，大便干结或粘滞不爽，舌苔黄厚而腻，舌质红，脉象弦滑。治宜清利湿热，可用苦辛开泄法，如小陷胸汤加味，或用苦寒清热法，如栀子金花汤加茵陈。如湿热化火，还可再加五味消毒饮。

例2：梁某，男性，52岁，病历号186840。

患肝炎3年多，肝功能反复不正常，开始谷丙转氨酶波动在200~500u，经治疗1年半方恢复正常，但3个月后谷丙转氨酶又上升至500u以上，并出现轻度黄疸，总胆红素 $38.49\mu\text{mol/L}$ (1.9mg/dl)，麀浊13.5u，麀絮++，此后肝功能一直未能正常又达1年，谷丙转氨酶500u以上，总胆红素 $37.6\mu\text{mol/L}$ (2.2gm/dl)，上腹痞满，口苦口粘，不欲饮水，肝区疼痛，舌质红有瘀斑，但苔黄腻，脉弦而滑。病程虽长，但湿热仍然较著，且又夹有瘀血，乃以苦辛开泄之小陷胸汤加茵陈、夏枯草以清肝利胆，再加茜草、桃仁、旋覆花以活血通络。同年7月15日谷丙转氨酶降至158u，总胆红素减为 $23.9\mu\text{mol/L}$ (1.4mg/dl)，但麀浊由原来10u增至14u。仍按原方治疗，同年8月25日查总胆红素正常，谷丙转氨酶仍为158u，麀浊17.5u。此时患者上腹痞满消失，口苦口粘亦不明显，苔腻已退，湿热已除，因瘀血仍在，改用活血化瘀为主，兼清湿热余邪。方用当归、赤芍、川芎、桃仁、茜草、旋覆花、郁金、夏枯草、车前草治疗，2月后复查，麀浊降至7.5u，谷丙转氨酶正常，因又有上腹痞满，舌苔薄腻，乃于上方合用小陷胸汤治疗，至1977年1月6日复查，肝功能全部正常。

三、肝阴内耗

热甚则伤阴，如治疗过程中过用香燥之剂或苦寒药应用较久，也可化燥伤阴，而使肝阴内耗。症见头晕心烦，口干唇燥，口渴喜饮，大便干结，两眼干涩，睡眠不安，两胁隐痛，腹胀食少，小便黄赤，脉象弦细，舌红少津或中有裂纹，甚则腰膝酸软，足跟疼痛，手足心热而为肝肾阴虚，方用一贯煎。虽为虚证，但多虚中夹实。

例 3：张某，女性，39 岁，病历号 161669。

患肝炎已 3 年余，谷丙转氨酶一直波动在 195~380u 之间。经用清热利湿药后，谷丙转氨酶逐渐正常，但肝区仍痛，腹胀纳差，恶心厌油等症状不减。8 个多月后谷丙转氨酶又上升为 284u。先按肝脾两虚治疗 1 个月，谷丙转氨酶略降为 238u，但病人口干喜饮，两眼干涩，大便干结，肝区隐痛，脉象弦细，舌质红，舌苔薄黄腻，乃肝阴内耗夹有湿热。用一贯煎合金铃子散加夏枯草、晚蚕砂。服药 1 个月后，症状减轻，谷丙转氨酶也降至正常。继服原方予以巩固 3 个月，随访 1 年，肝功能一直正常。

例 4：裴某，女性，43 岁，病历号 184123。

病程 3 年，谷丙转氨酶波动在 200~300u 之间。来诊时谷丙转氨酶 500u 以上，麀浊 13u，麀絮 ++，白蛋白/球蛋白：3.36/4.9；血清蛋白电泳分析：白蛋白 0.515g/L (51.5g%)，球蛋白： α_1 0.045g/L (4.5g%)， α_2 0.063g/L (6.3%)， β_6 0.25g/L (25%)， γ 0.31g/L (31.0%)；血沉 40mm/小时；LE 细胞：11 次均未找到。临床表现为疲乏无力，口干喜饮，足跟痛，面色晦暗，唇暗舌红紫并有瘀斑，

脉象弦细,辨证为肝肾阴虚夹有瘀血。用一贯煎加茜草、红花、王不留行、路路通、牛膝。服药3个多月后,谷丙转氨酶正常。9个月后复查,肝功能正常,白蛋白/球蛋白为5.0/2.6,血沉22mm/小时。

四、肝脾两虚

有脾虚表现,脾虚则运化吸收障碍,精血来源不足,而致肝血亦虚。且在热证阶段,肝阴内耗,亦使肝血不足,故为肝脾两虚。症见面黄无华,腹胀纳差,倦怠无力,大便偏溏,脉象沉细,舌质淡或紫红,有齿痕,舌苔薄腻,治宜健脾养肝,用归芍六君子汤。肝脾两虚属虚证,但要注意虚中夹实。宜加夏枯草、晚蚕砂、荷叶、砂仁等。

五、脾阳不足

湿困脾土而脾阳不足,症见疲乏无力,食欲不振,腹胀便溏,口粘口淡,不欲饮水,两腿发沉,脉濡或沉弱,舌苔白腻质淡,有齿痕。宜健脾化湿,用六君子汤、平胃散、不换金正气散。如脾阳不足进一步导致脾肾阳虚,则宜温补脾肾,如附子理中汤。应用温燥药物要注意到肝阴内耗的问题,故脾阳不足常可转化为肝脾两虚。

例5:吴某,男性,41岁,某医院会诊病例。

病史1年余,最近2个多月来乏力纳差,恶心呕吐,黄疸较深,并有腹胀及胀水。肝功能不正常:谷丙转氨酶414u,麀浊11u,麀絮++,总胆红素273.6 μ mol/L(16mg/dl),白蛋白/球蛋白:2.7/3.7。初诊时患者精神萎靡不振,身目均黄,黄色不鲜明,口粘口苦,不欲饮水,腹胀尿少,舌质淡红,苔腻微黄。本属脾阳不足,但脾虚生湿,湿郁

化热，而又属湿重之象，乃以苦辛淡渗的二金汤加茵陈、夏枯草、车前草等治疗，1个月后热象消失，病情稳定，腹水未见增加，黄疸亦未再加深，舌苔变为白腻，脉象滑软，乃改用胃苓汤合二陈汤加茵陈、车前草等。治疗4个多月，黄疸及腹水逐渐消退，肝功能亦逐渐恢复正常。

以上举例可见无论是实证或是虚证，都有兼夹因素在内。因此治疗上要分辨主次，如是以湿热为主者，清利湿热才有利于病人恢复，不要认定慢性肝炎是虚证，强调湿热是在虚证的基础上发生的，只要扶正治“本”，则湿热之“标”自消。其实如湿热为主者，应属实证范围，“本”即是湿热，因此清热利湿即是治“本”。即使是因湿热阻滞中焦，脾胃失其升降之常，呕恶纳少，也是湿热为主者所造成，即属实证，切不可从虚证施治；反之，如果是正虚为主，在正虚的基础上夹有湿热、瘀血等，则扶正之中兼以祛邪，可有助于迅速恢复。单纯扶正不兼祛邪，不注意兼夹因素，则效果亦不满意。

脂肪肝应辨证应用去脂药物

慢性肝炎合并脂肪肝并不少见，多种病机表现中都可同时合并脂肪肝，更使病程延长。对于脂肪肝的治疗，仍应按上述病机辨证治疗，可适当在相应方剂中加入去脂药物，如山楂、泽泻、瓜蒌、荷叶、草决明等。

例6：张某，男性，28岁，干部。

患肝炎已3年，肝功能谷丙转氨酶反复波动在200u左右，HAA为弱阳性已1年，来诊时谷丙转氨酶为184u，血

脂：三酸甘油酯 3.46mmol/L (306mg/dl)， β 脂蛋白 0.505g/dl)，超声波：肝上下界 11.5cm，肋下（-），肝波呈平段，出波衰减。诊断：慢性肝炎合并脂肪肝。近一年来体重增加 10 余斤，症状为五心烦热，口干口臭，渴喜饮水，原谷丙转氨酶不正常时服苦寒药物过久，以致肝胃阴虚。今以滋养胃阴为主，初用一贯煎，以后又用玉女煎，均再加荷叶、焦山楂、泽泻等去脂药物，约 3 月余，复查三酸甘油酯为 0.65mmol/L (57.2mg/dl)， β 脂蛋白 3.1g/L (0.31g/dl)，谷丙转氨酶正常，HAA—，症状亦明显减轻，超声波检查亦正常。

乙肝表面抗原阳性应从扶正入手

目前全国各地都在研究用中草药使乙型肝炎抗原阴转。在实验研究方面，大多是做体外抑制试验，据报道有明显抑制作用的中草药有大黄、黄柏、虎杖、黄连、胡黄连、石榴皮、贯众、紫参、地榆、穿心莲等。也有认为有明显抑制作用的中草药多属苦寒清热之品，但常用清热解毒方剂，如大剂五味消毒饮、茵陈蒿汤、三黄解毒汤、黄连解毒汤、白头翁汤、清肝汤、龙胆泻肝汤等，对乙型肝炎抗原并无抑制作用，如果研究仅限于体外试验，不结合临床，不和人体脏腑机能状态相结合，可能收效不一定很大。

开始认为乙型肝炎抗原阳性代表体内有病毒存在，多用大量清热解毒药治疗，在急性期效果尚好，由于乙型肝炎急性期治愈后，乙型肝炎抗原可以自行消失，不好评定

效果；在慢性阶段用清热解毒药并无明显效果，最近从中医辨证，以扶正入手，调整机体的脏腑功能，亦有使乙型肝炎抗原转阴者。

例 7：秦某，男性，40 岁，病历号 164494。

患肝炎 5 年，谷丙转氨酶经常波动在 150~250u，1975 年 12 月 15 日查谷丙转氨酶 190u，HAA 阳性，根据当时临床表现有肝区隐痛，口干喜饮，口苦口粘，纳差腹胀，体胖，脉象弦细，舌质红无苔。超声波检查呈微小波，前半集中，出波衰减，诊断为慢性肝炎合并脂肪肝。中医辨证为肝阴内耗夹有湿热，以一贯煎加郁金、神曲、晚蚕砂、荷叶等治疗，1976 年 1 月 18 日查谷丙转氨酶正常，1976 年 2 月 24 日查 HAA—，1976 年 4 月 26 日查 HAA 仍为一。地震期间因劳累于 1976 年 8 月 28 日复查肝功能，谷丙转氨酶上升为 207u，HAA 又为阳性。临床表现有肝区痛，腹胀纳差，脉象仍为弦细，但舌苔白腻，中医辨证属脾阳不足，痰湿内阻，用藿朴夏苓汤加减治疗。其间因患者赴它处治疗 2 月余不见效，又来就诊，查谷丙转氨酶 296u，HAA 仍为阳性，辨证同前，仍服藿朴夏苓汤加淡竹叶、滑石、荷叶、郁金等治疗，腹胀消失，肝区不痛，体力增加。1977 年 1 月 4 日查，谷丙转氨酶为 170u，HAA—。又服上方 1 个月，谷丙转氨酶正常，直至 1977 年 12 月 HAA 仍为阴性。

由上例可以看出患者原病机为肝阴内耗，以后转变为脾阳不足，各按其病机辨证治疗，同样均能使 HAA 转阴，因此中药调整机体脏腑的功能，可能对机体的免疫功能有

一定影响。

总之，在整个肝炎的治疗过程中，急性期要注意避免发生延缓恢复，消除一切诱发机体造成“虚”的状态的原因，或有助于减少发生慢性肝炎的可能；如已发生慢性肝炎，则应根据主次，积极治疗，调整脏腑功能，绝大多数的患者还是可以治愈的。

吴茂会

慢性肝炎临证见解

关茂会（1925～ ），中国中医研究院西苑医院研究员

治疗乙型肝炎表面抗原阳性，注意扶正祛邪

关氏认为：有邪必祛，正虚必扶，治疗上从扶正祛邪两方面着手，权衡其邪正虚实，或祛邪佐以扶正，或扶正佐以祛邪。祛邪多用清热解毒之品，如虎杖、公英、金银花、龙葵、半枝莲、蚤休、白花蛇舌草、败酱草、黄芩、贯众、石见穿、板蓝根、夏枯草等。扶正应辨其气血阴阳之不足和脏腑功能的失调等而辨证选方用药。如气虚者，常用黄芪、党参等品；阴虚者，常用二至、黄精之属；阳虚者，常用二仙（仙灵脾、仙茅）、巴戟、苁蓉、菟丝子等味；肝气失疏者，常用柴胡疏肝散；湿邪困脾者，常用平胃散，并在此基础上进加二三味或四五味适合整个病情的祛邪药物。或在用祛邪药物的同时，佐以一二味适合证情的扶正之品。据临床所见，部分乙型肝炎表面抗原阳性病人，通过治疗可阴转。从所用祛邪药物来看，祛邪类多具有抗乙型肝炎病毒和抑制免疫反应作用；所用扶正药品类，多具有增强细胞免疫、体液免疫和增强内皮系统吞噬功能的作

用。用药思路，既具有中医辨证的特色，又具有现代药理学基础。

审定脂肪肝诱因，多从痰湿论治

关氏认为：脾为阴土，以健运为能，过逸、恣食则伤脾，脾虚则生湿生痰。且肥人多痰湿，故从痰湿论治。治脾不在补而在运，湿痰宜燥必须燥湿运脾化痰，方用平胃二陈汤加味：

苍术 15g 厚朴 陈皮各 10g 炙草 6g 清半夏 茯苓 泽泻各 15g 楂肉 20g 荷叶 10g

有热象者，加枳实、竹茹各 10g（取温胆汤方意）；气虚者，加黄芪、太子参各 15g；肝肾阴虚者，加何首乌 20g，黄精 15g；血瘀加川芎 10g，赤芍 15g。临床上用之多验。初步体会到，通过燥湿运脾、化痰、升清降浊，可调整肝脏脂质代谢，减低血中脂质的作用。

胆红素血症，治分三法

急性黄疸型肝炎，辨证属“阳黄”者，通常一般用清热利湿退黄剂后即能见效。然亦有用之而效果不显，血胆红素高持续不降者，尤其是慢性肝炎。细察病情，每多有不同程度的瘀滞征象，如肝区刺痛，肝脾肿大，面色黄而暗晦，或兼黧黑，舌质紫暗，或有瘀点、瘀斑，脉弦或细涩，面部红丝赤缕，蜘蛛痣，肝掌等。关氏从“伤寒瘀热在里，身必发黄”的病机悟出，血胆红素高持续不降的病机，由湿热毒邪，搏结肝经血分，瘀滞内结，肝胆疏泄失

常所致。认为湿热非清利不去；血瘀结滞，非化瘀通滞不蠲。因而治胆红素血症，需清利湿热退黄，活血化瘀退黄，散结通滞退黄。湿热重者，用清热利湿退黄法，常用茵陈、栀子、郁金、大黄、金钱草、海金沙、秦艽等；日久血瘀阻络者，用活血化瘀退黄法，常用赤芍 15~30g，丹参 15g，川芎、桃红、红花，配茵陈、金钱草等；血瘀日久而结滞不化者，用散结通滞退黄法，常用山甲、皂刺、丝瓜络、地龙、王不留行，并合上述活血化瘀药二三味，配以茵陈、金钱草等。治胆红素血症，辨证依法进用，效果每多应手。

肝炎痤疮，多属湿热毒邪

肝炎痤疮，每见于颜面部，尤以鼻周围部较多，丘疹色红，如粟米粒大，压之有米黄色脂液，或见黑色脂液粉刺。顶部常有小脓疱，疼痛，伴有灼热感，脓疱此起彼伏，反复不断。面部两颊常见红丝赤缕，舌苔多见黄苔而腻，脉弦滑或滑数。关氏认为，肝炎痤疮与寻常痤疮不同，乃由湿热毒邪，客于血分，从孙络而外发皮毛所致。治疗必须从这一病机出发，以清热解毒为主，佐以燥湿，参以凉血散瘀。常喜用五味消毒饮（天葵、紫地丁、蒲公英、野菊花、金银花）合平胃散加丹皮、赤芍等。临床上常可取得较好疗效。

A/G 倒置多属虚，治在肝脾肾

肝病 A/G 倒置，为肝脾肾受损的表现，临床可见于肝病脾虚或肝虚、肾虚的证候中。脾虚者多为气虚，症见食

少、呕恶，痞闷，便溏，倦怠，消瘦，或浮肿，面色萎黄，少气懒言，舌质淡苔薄白，脉虚无力等，用六君子汤、香砂六君子汤加黄芪、山药等；兼阴虚者，可见舌质红、苔少，咽干，加沙参、鲜石斛；舌苔白，舌体胖嫩而有齿痕，加干姜，甚者加附子（取附子理中汤方意）。其中健脾主药为党参、黄芪、白术、山药等。肝虚者多为血虚，症见胁肋隐痛，面色萎黄无华，头昏眩晕，视物不清，疲乏无力，或手足发麻，唇舌爪甲色淡无华，脉细等，用补肝汤加黄精、鸡血藤等；其或阴虚者，因肝肾“乙癸同源”，故常与肾阴虚同见，症见胁肋隐痛，头昏目眩，咽干口燥，失眠多梦，舌红少津，脉细无力，用一贯煎合二至丸加黄精等。补肝主药为当归、白芍、黄精、枸杞子、鸡血藤等。肾虚者多为阴虚，症见腰膝酸软，头晕目眩，低热（手足心热），盗汗，足跟痛，脉细数，用六味地黄汤加枸杞子、龟板胶等。若兼肝血虚者，用归芍地黄汤。盖肾为水火之脏，肾阴虚者，常可兼见阳虚；肾阳虚者，常可兼见阴虚。若兼阳虚者，加巴戟、菟丝子、鹿角胶。若肾阳虚者，症见腰膝酸软，气怯神疲的肢冷，下肢常有冷感，四肢浮肿，小便不利，或小便反多，舌质淡而胖，脉弱尺部尤显，用右归饮（丸），或金匱肾气丸加巴戟、仙灵脾等；或兼阴虚者，加黄精、龟板胶。补肾主药为地黄、黄精、巴戟、菟丝子、龟板胶、鹿角胶等。在健脾、补肾、补肝之法中，健脾尤为重要一环，所谓“调补肝脾肾，脾胃是关键”。在应用调补方中（尤其对消化功能差者）须少佐理气消导之品，如陈皮、砂仁、焦三仙、炙鸡内金等，补中寓通，使补而不

滞，滋而不膩。通过健脾胃以充气血生化之源，补肝肾以培精血之本，常能使白蛋白升高，球蛋白降低，使 A/G 倒置得到调整。

肝炎合并关节痛，当从瘀证、虚证辨治

部分病毒性肝炎，可并发关节痛。属于中医痹证范畴。据临床所见，慢性肝炎合并痹证者，属湿热者有之，属瘀证、属虚证者亦有之。当分析病机，辨证旋治。关氏曾治一患者，年 50 余，患肝炎病而全身关节痹痛，尤以下肢痹痛较重，伴有冷感，痛处喜温畏寒，肢节屈伸不利，酸软无力，面色萎黄，形体苍瘦，舌淡苔白，脉象细弱。分析病机，为正气虚弱，肝肾两亏，气血不足，风寒湿邪乘虚而袭致痹。法当祛风湿以止痹痛，补肝肾以强筋骨。用独活寄生汤加减而愈。对于肝炎合并全身关节痹痛，痛处固定不移，伴麻木酸胀感，按之更痛，舌质暗夹有瘀斑，脉涩者，常从血瘀痹痛论治，用身痛逐瘀汤加味（牛膝、地龙、羌活、秦艽、香附、甘草、当归、川芎、鸡血藤、红花、苍术、黄柏）有效。可见诊治肝炎痹痛，贵在辨证，不得以“湿热”二字印定眼目。

化瘀七法，运用灵活

一、解毒活血法

本法适用于瘀血见症兼有发热、口苦、苔黄，脉弦滑，大便干或粘滞不畅、尿黄，或有恶心呕吐，胃脘堵满，或见黄疸者。常用方药为四物汤加清热解毒之品。若兼有痰

热阻胸者则治以辛开苦降，宽胸散结，佐以活血化瘀，常用茵陈枳实小陷胸汤加活血化瘀之品。

二、滋阴活血法

本法适用于瘀血见症兼有口燥咽干，渴欲饮水、心烦少寐、胁肋隐痛或刺痛、手足心热、头晕耳鸣、腰酸腿软、舌红少苔、脉沉弦细或细涩者。常用方药为四物汤合一贯煎加减；偏于肾阴虚者，予四物汤合六味地黄汤加减。若兼有热象者应适当佐以清热解毒之品。

三、益气活血法

本法适用于瘀血见症兼有精神不振，倦怠乏力，动则气短，食少便溏，脉弱者。常用方药为参芪君子汤合四物汤加减。

四、助阳活血法

本法适用于瘀血见症兼有脘闷纳少，神倦怯寒，下肢浮肿，舌质淡紫，脉沉细者。常用方药为附子理中汤加丹参、赤芍、归尾、桃仁、红花。若偏于肾阳虚者，可用济生肾气汤合四物汤加减。

五、软坚活血法

本法适用于瘀血见症而胁下痞块明显者。一般可选用膈下逐瘀汤、鳖甲煎丸、大黄廑虫丸或桃红四物汤加减。

六、理气活血法

本法适用于瘀血见症伴有胁肋胀痛，精神抑郁、烦躁易怒，乏力腹胀，脉弦或弦细涩者。常用方药为逍遥散合四物汤加减（柴胡、当归、赤芍、白术、茯苓、丹参、川芎、郁金、甘草、枳壳、元胡等）或桃红四物汤加味（桃

仁、红花、当归、川芎、赤芍、生熟地、柴胡、枳壳、鸡内金、元胡、炮山甲、鳖甲、生牡蛎、莪术等)或膈下逐瘀汤加减(桃仁、丹皮、赤芍、乌药、元胡、川芎、当归、五灵脂、红花、制香附、甘草、枳壳等)。若兼有热象者,可酌加茵陈、栀子、黄芩、夏枯草、败酱草、银花、连翘、板蓝根、鸡骨草、龙胆草、白花蛇舌草、虎杖、蒲公英、重楼等药。

七、利水活血法

本法适用于瘀血见症兼有面色黧黑,腹大坚满,脉络怒张,胁腹攻痛,口渴欲饮不能下,臌胀,舌质紫红或有紫斑,脉细涩者。常用方药为调营汤加减(川芎、当归、赤芍、莪术、大黄、槟榔、大腹皮、茯苓、桑白皮、丹参、桂枝、葶苈子等)。

(张德起 整理)

顾丕荣

辨证重舌诊 治疗尚调节

顾丕荣（1912～ ），上海第四
人民医院主任医师，著名临床家，肝病专家

辨证精于验舌

舌苔乃五脏病变之外候。顾师通过长期临床实践，初步掌握肝功能变化与舌诊的关系。大凡慢性指标的异常（包括麝香草酚浊度，硫酸锌浊度、脑磷脂絮状，白蛋白与球蛋白之比例）偏虚者居多，常为气血阴精亏损，以舌质的变化为主；胆红素、谷丙转氨酶（GPT）偏高者，邪实为主，多属湿热邪毒内蕴，以苔垢的变化为主。

苔垢腻而色偏黄者属肝脾同病，湿热内蕴，常兼黄疸显现，此时多见于黄疸指数和总胆红素升高，常选茵陈、山栀、黄柏、金钱草、郁金、姜黄等味。若黄疸不退，当属《金匱》所谓“瘀热以行”，直须加入化瘀活血之品，赤芍、桃仁、红花、茜草根、刘寄奴、丹参均可选用；甚则大黄、石见穿等也可投入。茵陈蒿汤、龙胆泻肝汤为基本方；若舌淡苔薄恐阴黄之变，加入附子、肉桂。

苔垢腻而色偏白者属肝郁犯中，脾虚湿困。当遵《难

经》明训“实脾（以）治肝”，常选白术、砂仁、茯苓、柴胡、白芍等。属GPT居高不下者仍须加入清邪解毒之品如田基黄、蛇舌草、半枝莲、龙胆草、菊花、蒲公英、夏枯草、大黄、五味子等。常以柴芍六君子汤、加味六君子汤为方。

舌质淡红而苔薄少或边有齿印者属气血两亏，肝郁失荣，体用两虚。常见于各种浊度偏高或A/G比例（白蛋白与球蛋白之比）异常或倒置。郁者达之，虚者益之，以逍遥散合八珍汤为基本方。其中麝香草酚浊度偏高重用当归15~20g，意在活血化滞，祛瘀生新；其舌常见瘀紫或暗红，以四物汤为基本方。

硫酸锌浊度偏高重用白术15~30g，黄芪20~30g，旨在建中益气，滋养气血生化之源。其舌多淡白无华，补中益气汤为基本方。

A/G比例异常或倒置：其舌淡苔白者脾弱气虚，重用党参20g，白术30g，红枣30g，以四君子汤为基本方。若舌红苔少甚至光剥者阴血暗耗，肝肾犹亏，以一贯煎、三甲复脉汤为基本方，以龟板、鳖甲、蚕蛹粉、穿山甲、蜜炙白术伍乌梅、木瓜、白芍、黄精、五味子等甘酸化阴。本组药物对长期肝功能异常者尤为适宜。

表面抗原阳性或碱性磷酸酶增高多为瘀痰胶裹，凝阻肝络，或舌体瘀斑紫暗，或间见齿印，病久入络是也。方选血府逐瘀汤、旋覆花汤。两者指标异常，顾师常以三甲散、地鳖虫、鳖甲、穿山甲、石见穿、制僵蚕、牡蛎、蜂房、蜈蚣之属入络搜剔，芟邪外出。如表现抗原阳性日久，

选加鸡骨草、大黄、蒲公英、贯众、板蓝根、地榆等。

例1:钟某,女,50岁,中学教师,1983年9月19日初诊。肝病已延3载,表面抗原常呈阳性,经治间亦转阴,每易复发。近两年月事紊乱,易怒,动辄轰热颧红,口渴喜饮,入夜尤甚,二便不畅。前医曾予大剂养阴生津,未效。两胁隐痛,脉细弱、舌红而暗。此乃肝络瘀痹,郁而化火,耗津伤液。病在血分,故入夜为甚。《金匱》明训“病者如有热状,烦满,口干燥而渴,其脉反无热,此为阴伏,是瘀血也,当下之”。处方:

桃仁 12g 赤芍 12g 当归尾 12g 红花 12g 酒炒大黄 10g 桔梗 9g 生地 15g 麻仁 15g 生甘草 3g
5剂。

二诊:口渴缓解,二便畅达。自觉神困乏力,食谷不馨,脉细弱、舌淡红苔薄少,此为邪瘀虽化,气血犹亏。更拟建中,调治气血生化之源。处方:

焦白术 30g 茯苓 12g 焦山楂 15g 陈皮 5g 当归 15g 炙黄芪 15g 党参 15g 炙甘草 4g

服药近月,口渴未发,表面抗原转阴,月事正常。

治疗崇尚调节

慢性肝病多病延旷日,“久病必虚”或虚实相间,或虚多邪少。形成阴阳不协,气血不和,寒热错杂,邪正力量呈现背逆性、复合性、交叉性多层面的病理演绎,终至“阴阳反他”(《素问·玉版论要》)。顾师尝谓疑难杂证“治疗之要,唯调理二字”。调者,调节阴阳虚实之谓;理

者，疏理气血脏腑而言。慢性肝病崇尚调节，主张“复杂之病，以复杂之方”治之。顾师曾多次以附子、肉桂配洋参、生地阴阳两调挽阴竭阳脱于危旦；乌梅丸合痛泻要方寒热并用治顽固性肝郁腹泻；补中益气汤合枳实、槟榔升降两行疗肝逆脾虚之脘痛；大黄合五味子泄敛调节作为降GPT主要药对；白术、黄芪伍地骷髅、黑白丑消补（攻补）兼施治疗肝硬化腹水等等。

龙胆泻肝汤为治肝胆湿热的主方，顾师十分欣赏方中用地、归二味，曾言“莫因湿热蕴郁而删去，此乃驱邪必先护正之为”。

例2：樊某，男，51岁，1976年10月5日诊。肝病多年，肝功能反复异常，病情一直不稳定。近日偶罹腹泻，经治已止。但病情骤变，但见额汗涔涔，气息奄奄，四末若冰，语细如游丝，神志时昧时醒，脉微细欲绝，舌红无津。此乃阴竭阳脱之候。急予处方：

西洋参 15g 淡附片 12g

1剂。翌日复诊，病情大有好转，能起坐言语。宗原方加仙灵脾、菟丝子、党参、白术、生地、鳖甲、黄芪等味调服旬日而恢复如前。后经积极调治肝病，病情日趋稳定，肝功能恢复正常。

例3：叶某，男，25岁，1983年10月26日初诊。肝病肝功能反复异常1年余。神疲乏力，偏右胁痛甚，口燥、舌红、苔薄少，脉细弦，为邪毒耗伤气阴，久痛肝络瘀痹，治宜益气阴，祛邪瘀，虚实同步调节。处方：

人参叶 15g 炙黄芪 20g 当归 20g 炒白芍 9g 生

地 20g 麦冬 12g 川楝子 6g 丹参 20g 桃仁 12g 乳香 没药各 6g 龙胆草 6g 田基黄 30g 干垂盆草 30g 半枝莲 30g 生甘草 6g

14 剂。

复诊：药后胁痛已缓，肝功能明显改善，GPT 恢复正常，再予前方继进，以巩固疗效。原方减半枝莲，增黄精 20g，续服 14 剂。

药后肝功能复查正常，胁痛消除，病情稳定。仍守益气养阴，活血剔邪之法调服近月，而上班工作。随访有年未曾复发。

组方突出活血

顾师认为肝病“初为气结在经，久必血伤入络，终则穷必及肾”。确立初治其气，继治其血，末治脾肾的慢性肝病治疗之法。

肝性窜动，其用常有余，故称“刚脏”；又能藏血、调血，是谓“血脏”。其体常不足（阴血易耗），肝为邪郁则失其疏泄调节之常。最易伤血导致瘀痹络脉，故肝病以活血化滞，祛瘀生新贯穿于整个肝病各个阶段。即是肝病初起也“活血不嫌其早”，以安“未受邪之地”。活血化瘀对顾护肝体，畅达肝用，促进肝细胞功能恢复，具有特殊意义。何况诸如当归、丹参、鸡血藤之类尚有养血益阴之功，具有扶正祛邪双重作用，又无补血药腻滞碍邪之嫌。轻症用桃仁、红花、赤芍、刘寄奴之类；重则三棱、莪术、大黄、山甲均可选用。顾师认为“刚脏”应柔，“血脏”宜养。

而理气之味殊多香燥，乃肝家所忌。故尔临证用活血药“多多益善”，用理气药则“慎之又慎”。

例4：黄某，女，53岁，1986年12月26日初诊。肝病多年，肝功能持续异常，久治未效。近来神困体倦，右肋疼痛如刺。肝功能：GPT174u，锌浊度14u，碱性磷酸酶14u， γ -谷氨酰转肽酶（ γ -GT）100u，表面抗原1：64，舌红、苔薄少，脉细弦。瘀痹肝络，邪瘀胶裹难以骤除，治拟养肝之体，通肝之络，清肝之邪，养、通、清并进。处方：

当归 15g 生地 20g 川芎 3g 赤芍 10g 龙胆草 5g
半枝莲 30g 人参叶 15g 田基黄 30g 刘寄奴 15g 乳
没各 6g 菊花 12g 桃仁 10g 茜草根 15g 生甘草 5g
15剂。

二诊：胁痛显减，精神显振。肝功能：CPT45u，表面抗原1：32，锌浊度10u，碱性磷酸酶12u， γ -谷氨酰转肽酶40u。舌偏红苔薄白、脉细弦，原方出入调服15剂，复查肝功能全部正常。改用养肝健脾之剂以善其后。

用药灵活善变

顾师推崇灵胎之学，重视“用药如用兵”之论，用药思路上独辟蹊径。

用药的针对性：根据舌诊与肝功能的演绎，揆度奇恒，根据证情深浅轻重的演变，形成了有层次的、可进退的药组、药对。如活血化瘀的使用，轻则桃仁、红花、赤芍、刘寄奴之类，重则三棱、莪术、大黄、山甲均可选用。这些

药物经临床实践是具有改善血液循环的有效药组；其中穿山甲更有降低球蛋白，升高白蛋白作用。对肝胆湿热的GPT偏高，或黄疸指数、胆红素偏高者，尤以茵陈、山栀、大黄为伍，因为这组药物有明显的利胆消炎，促进肝细胞功能修复的功能。夏枯草合蒲公英是降GPT的“特效”药对，而大黄合五味子更是泄敛调节，降GPT的“绝招”药对。黄芪合莱菔子消补调节是治肝腹水的有效药对。鳖甲合地鳖虫组成滋化药对，是养血化瘀的常用之药。相反相成，相得益彰。

用药的灵活性：由于慢性肝病虚实寒热错杂，邪瘀胶裹，用药多在调节、权衡中图之。前贤有“根深势笃，欲求速效，自求祸耳”之告诫。临证之际常寓攻伐之机于平补之中，萌培补之忌于攻泻之伍。顾师充分利用药物因部位、炮制和剂量的变化，自如地发挥一药多能。当归养血活血为顾师喜用药物之一。化瘀必用其尾；活血养血则用全当归。大黄清热、入血常用酒炒；通泄、除邪多以生用；求其速效用其生；求其药效持久多以熟用。顾师用白术最得心应手。生用温燥化湿，炒用健脾利水，炙用滋润生津，视验舌辨治；苔膩为湿盛，用其生；舌淡苔薄或边有齿痕为脾虚，用其炒；舌红苔少为阴虚，用其蜜炙。

前人有“中医不传之秘在量上”之说。顾师临证如用四君子汤，甘草仅2~3g；治某些湿热，用制大黄仅3~4g。又如大剂党参（30g）、白术（60g）配合大剂量莱菔子（60g）治肝腹水，常收殊效称“白术乃持续利水之要药”。顾师善用参类：养肝体重用西洋参，培中土重用党参，脾

虚邪盛用人参叶（顾师称其“补而不膩，功效神速”），急则用参叶、洋参，缓则用党参、沙参。

末治脾肾善用附桂，取其阴阳互根。顾师常说：土肥则木荣，治脾即治肝，重用党参15~30g，白术15~30g以补后天。如仍不效，再加仙灵脾、肉苁蓉、枸杞子等煦育先天，脾肾同治，相互滋生。

例5：顾某，男，52岁，1986年10月14日初诊。肝病起于10年前，肝功能反复异常。近2月来突然腹膨腿肿，肝功能指标略高，A/G之比倒置，超声波示腹水液平1格，侧卧2格，肝波前段密集高波，见肝前液平2格，腹围108cm，面黧神困，纳逊便溏，舌淡质胖苔白滑，脉沉细而迟。肝病久延，精血暗耗，肝体失柔致硬，初则脾土受克，水湿留恋。久则命火亦衰，水泛无制，清浊混淆，隧道阻滞，拟三阴同治，益精血，煦真火，健脾土，以补开塞，而消其肿。处方：

党参15g 炒白术50g 茯苓20g 干姜6g 附片10g（先煎） 炒白芍12g 沉香5g 肉桂3g 当归15g 枸杞子15g 怀牛膝12g 车前子15g 莱菔子50g 陈葫芦30g

服药15剂，腹水显减，腹围缩为74cm，仍以前方损益续服15剂，B超复查未见腹水。后改以补肝汤、香砂六君子汤和济生肾气丸为基础，酌用三棱、莪术补中寓消，以鹿角胶、鳖甲膏熬煎收膏调补百日，翌春复查肝功能及蛋白电泳均正常，形神健旺。

朱承汉

解决主证执虚实 针对湿热用清解

朱承汉(1917~1990),湖州
市中医院主任医师,浙江名中医

错综夹杂 执虚实两纲而解决主症

在分型施治治疗慢性肝炎的同时,部分病人各种类型证候夹杂,很难定型,改为采用因病制宜的治则,针对重点症状辨证用药。随着临床症状的好转和消失,患者的精神、体力、食欲等也随之好转,这就为恢复肝脏功能创造了良好条件。分型施治是用不同质的方法,去解决不同质的矛盾,而抓住主要症状因病制宜的辨证用药,同样是治疗慢性肝炎的主要措施。

一、胁痛

肝居胁下,其经脉布于两胁,慢性肝炎胁痛,究其病机,不外湿热郁结,气滞血瘀,与肝阴不足,液虚络燥两个方面。选用既能清热解毒又能化瘀止痛,如赤芍、丹皮、虎杖根、石见穿配伍郁金、香附等理气药,治湿热郁结与气滞血瘀性胁痛,效果较好。肝阴耗损,络燥作痛,亦属常见。以一贯煎为基本方多可获效。慢性肝炎胁痛,与肝

肿大有关，选用化积软坚药，如川郁金、片姜黄、生牡蛎、淡鳖甲、紫丹参等。如胁痛兼见舌苔剥，舌质红，脉小数，肝阴已受损耗，元胡、香附等疏肝行气药，有重耗肝阴，反增胁痛之弊。常改用川楝子、玫瑰花、八月札等理气药与滋阴养肝药同用，可共奏止痛之效。

二、腹胀

慢性肝炎腹胀，属肝脾二经病证，分肝郁脾滞与肝郁脾虚二种病情而用药。前者为实，后者为虚。其证候区分于：食后胀增，便解不爽，膨满气胀为实。以疏肝理脾为主，常用药物如柴胡、厚朴、鸡内金、大腹皮，以及制川军、枳实（壳）之类。胃纳尚可，食后两小时以上作胀，腹中有气推移，肠鸣，大便溏薄为虚，以调肝益脾，常用药物如柴胡、香附、白术、党参、干姜，以及陈皮、防风、谷麦芽、炒扁豆之类，肝气舒畅，脾运正常，腹胀也会随着好转。

三、疲倦

慢性肝炎患者肢倦乏力是常见症状之一，也应分虚实论治。实证阶段与湿热郁结，肝炎疏泄，脾不健运有关，故腹胀，尿黄，舌苔黄腻而四肢无力者，以清热利湿为主。虚证阶段，属肝肾虚而筋脉失养，脾气虚不能荣养四肢，故腰酸、头昏、耳鸣，而肢体酸软无力者，以补益肝肾为主；如舌质胖为脾气虚，应配伍健脾益气。

针对湿热蕴结的病因病理，
首选清热解毒药物

从辨证角度体验和临床实践观察，湿热蕴结的基本病因病理，可贯穿于本病之始终。即使是肝肾亏损阶段，多属因病致虚，湿热残留，也应适当选用清热解毒药物。因此，清热解毒确是治疗本病的主要治则，尤其是慢性肝炎再发活动阶段，不论有无黄疸，多属湿热邪毒内蕴，应用以清热解毒药物为主，随证配伍理气化痰，常可取得较好的疗效。

例1：胡某，男，29岁，1972年9月15日初诊。

双目及肌肤发黄已历3月，黄色比较鲜明，面部有粉刺十数粒，小便量少色深黄，下肢及腰脊酸楚，胃纳减少，苔薄黄舌尖红，脉濡。患者在1965年曾患黄疸型传染性肝炎，以后病情时好时差，3个月前复现黄疸，住湖州某某医院治疗，症状虽有所好转，但黄疸持续不退，乃来我院门诊。半月前肝功能检查：黄疸指数25u，谷丙转氨酶130u，总蛋白55g/L，白蛋白26g/L，球蛋白29g/L。乃湿热蕴结，胆液外溢肌表而发黄，胃热上蒸于面，故见面部粉刺。症属阳黄，热多湿少，治以清热解毒利湿，佐以凉血散邪，方用自拟清肝汤加减：

绵茵陈 15g 岩柏草 12g 垂盆草 12g 炒栀子 15g
虎杖根 15g 海金沙 15g 元参 12g 炒赤芍 12g 丹皮
12g 炒泽泻 12g 土茯苓 18g

10月14日复诊，服药14剂面部粉刺已逐步消退，胃

纳好转，目黄较减，本月四日肝功能检查，黄疸指数 15u，总蛋白 55g/L，白蛋白 30g/L，球蛋白 25g/L。苔黄微燥边红，脉濡数，原方去泽泻再服 7 帖。

11 月 3 日四诊，双目已不黄，面部粉刺显著减少，略感头昏，原方继服。

11 月 28 日五诊，本月 17 日肝功能检查，黄疸指数 4u，总蛋白 60g/L，白蛋白 37g/L，球蛋白 23g/L，谷丙转氨酶 55u（正常值 40u），仍感腰酸，头晕，近有头痛，少寐、寐则梦多，苔薄黄，脉濡。湿热未清，心神受扰于原方中加生牡蛎 30g，合欢皮 10g，柏子仁 10g，夜交藤 12g。仍以原方加减治疗，患者于同年 12 月中旬上班劳动。1973 年 1 月中旬来门诊，时有乏力，肝功能复查在正常范围。小便色淡黄，进食后无不适，苔转为薄白舌质胖，乃肝木未调，湿热之邪留恋未清，但舌诊提示脾气已虚弱，改用归、芍、参、术益脾调肝，佐入清理湿热之品。

慢性肝炎活动期仍然是阳热实证，不可拘泥于“肝炎病人急性期以邪气实为主，到了慢性期转化为正气虚为主”之说。慢性肝炎出现持续性黄疸，也应结合脉、舌、症鉴别是“阴黄”，还是“阳黄”，也不可不加辨证地指黄疸肝炎急性期为“阳黄”，慢性期为“寒湿阻滞，发为阴黄”。应用清热解毒药，取得一些效果后，要续服一段时间。如例 2 连续服用 80 余帖，其中并未配伍参、术等健脾药，肝功能恢复正常，蛋白比例倒置得到改善，症状也明显减轻。可见清热解毒药同样是治疗慢性肝炎的要药。栀子、黄芩亦是久用有效的清泄肝胆药。如肝郁化火时，加用龙胆草、

焙丹皮清肝泄火。草药中以虎杖根、鸭跖草、板蓝根、垂盆草四味功效较好,三四味功用相同的中草药共同使用,具有协同作用,功效似胜于单味药。

理气化瘀, 调理肝脾

慢性肝炎肝脾肿大为主要体征,乃湿热阻于肝脾之络,气机阻滞,瘀血内留,日久成为积块,因而有胁痛、腹胀等肝脾二经证候。故理气化瘀, 调理肝脾, 是治疗慢性肝炎常用的法则, 但当辨明气与血, 肝与脾相互影响的辨证关系, 抓住矛盾的主要方面, 恰当选用理气化瘀药, 才能提高疗效。如治一迁延型肝炎呈慢性趋向病人, 转氨酶连续增高已1年多, 用过较长时间的活血化瘀药, 效果不佳。症见右侧胁腹间胀痛, 前额昏胀作痛, 胸闷腹胀, 大便不实, 胃纳不佳, 舌苔淡白根腻质胖边红, 脉弦。由于较长时间病情无改善, 患者情绪比较急躁。证系肝气郁结化火, 脾气已有虚象, 治以调肝益脾, 理湿泻火。方用:

炒柴胡 赤白芍 全当归 炒白术 炙甘草 茯苓
炒栀子 焙丹皮 制香附 虎杖根 鸭跖草 玫瑰花 谷
麦芽 淡干姜 红枣

服药8帖, 症状减轻, 肝功能复查有好转。后改为来我院门诊, 仍以原方加减, 同年10月上旬来复诊时, 据告肝功能复查已3次, 皆为正常。临床体会: 慢性肝炎有虚实互见证候时, 活血化瘀药剂量宜轻, 疏肝理气药宜少, 补脾药物宜适量, 使邪去不致伤正, 扶正不致碍邪, 以求邪气去而正气康复。

注意阴液耗伤，及时滋养肝肾

治慢性肝炎必须注意肝脏“体阴而用阳”的生理特点。慢性肝炎热证多于寒证，当热盛化火时，肝阴受耗，久延可致肝肾阴虚。注意肝肾阴液有无耗伤，并及时采用以滋养肝肾为主，通络凉血药物为辅，亦是肝炎治疗中的重要环节。尤其是在慢性肝炎病人，伴有蜘蛛痣、肝掌，以及出血症状时，肝阴受耗，血热妄行，此法更为适宜。如1973年6月间有一个经西医诊断为慢性肝炎、早期肝硬化的病人，右侧胁腹间有针刺样疼痛，颈部、手掌有血痣数颗，面色晦暗，面额部有红丝，刷牙时出血，肝脾肿大，胃纳尚可，时感乏力，头昏，腹胀，大便不爽，小便色黄，苔薄糙中裂，边尖红紫，口干，脉沉小数。肝功能检查，蛋白比例倒置。处方用：生牡蛎、淡鳖甲、炒赤芍、元参、土茯苓、失笑散、焙丹皮、太子参、生甘草、大生地、川楝子、甘杞子、炒麦冬、单桃仁。连服20多帖，隔1个多月来复诊，据述自觉症状减轻，出血现象好转，肝功能复查，蛋白比例已接近正常，原方去桃仁，加全当归，嘱继续服10帖，后未再来复诊。

诊察肝肾阴液是否损耗，舌苔的改变具有重要的诊断意义。仔细观察慢性肝炎的舌苔，凡舌苔黄糙边红，中有裂纹就要考虑到肝阴受耗，即以大生地、生甘草加入清热解毒药中，益阴清火；如舌苔光剥，舌质红紫，可以认定肝肾阴虚是病之本。瘀热阻于肝络是病之标，我用一贯煎滋养肝肾之阴，鳖甲、牡蛎、元参软坚化积；赤芍、丹皮

凉血散瘀；如肝功能检查，转氨酶增高，加虎杖根、鸭跖草、垂盆草等以清热解毒，常取得较好的疗效。

刘渡舟

辨证执气血为纲 治疗以解郁为主

刘渡舟(1917~),北京中医药大学教授,著名中医学家

肝炎证候复杂,当以气、血为纲

肝藏血,主疏泄。古人认为在天为风,在地为木,在人为肝。故肝有风木特性。肝旺于春,禀春气而有生发、向上之功能,故与少阳胆而为表里,中藏相火,阴中有阳。肝之体阴为血,肝之阳用为气,气血阴阳,相互资助,而保持相对的平衡。肝之为义,而有干犯它脏之能,诸如肝气上侮肺金,横犯脾胃,下竭肾阴,可以说一脏有病,五脏株连。然肝属木,脾属土,其中肝病传脾更为多见。由于肝病病机复杂,病证多变,因而给临床治疗带来了困难。清代肝病大师王旭高就说过:“肝病最杂而治法最难。”为此,综合归纳肝炎的病理机制与其症状表现,透过现象看清其本质,找出它的客观规律,以起到执简驭繁而有效地指导临床,实为研究肝炎的当务之急。有鉴于此,提出肝病之辨治当以气、血为纲,是符合肝病发病规律的。

一、肝炎在于气分阶段

肝主疏泄,气机以舒畅条达为顺。如果肝被邪伤,无

论为何种因素，首先则使肝气不得疏泄，郁勃不畅，因而出现胸胁苦满，噫气，呃忒，不欲饮食，脉弦舌苔薄白等症。如果肝气郁甚，亦可出现小腹胀满，心下痞闷等症。若肝气郁久，则可以生火热，可见口苦咽干，心烦易怒，小便短赤，夜难入寐。若肝病气郁化火而又火动湿生，则见胸胁满闷，或时时作痛，小便黄赤，口苦心烦，甚厌荤腥，周身疲倦，四肢无力，面色不泽，脉弦苔白而厚。肝功化验，转氨酶增高则是其特点。若肝病动湿生痰，则出现呕逆，头晕，失眠心烦，胆小善惊，脉则弦滑而舌苔白厚。

二、肝炎在血分阶段

叶天士说：新病在经，久病入络。故气分之邪不解，便可转入血分，而使肝的血脉瘀滞，因而出现气滞血瘀之症状。其证轻者，则胁痛如刺，日轻夜重，逢寒则重，得热则减。脉则弦涩，舌边紫暗。若瘀血势重，则见肝脾肿大，胁下痞硬，疼痛不舒。其人面色黧黑，脘腹胀满，小便不利，脉弦而涩，舌呈瘀血斑点。血分之肝病，不但发生血脉瘀阻，而且还可动血出现吐衄等失血之证。有时血分肝炎可以无明显的自觉症状，这是因为毒邪深伏于血分，而不明显地表现于外的缘故。

在传统辨证标准以外，现代医学微观指标亦对气分肝炎和血分肝炎的鉴别有重要价值：一般而言，谷丙转氨酶(GPT)升高以及球蛋白升高是肝炎病在气分的标志，而乙型或丙型肝炎病毒标志物(HBV-M或HCV-M)阳性以及血清蛋白降低是肝炎病在血分的标志，临床辨证时要善于利用这样的指标。不过要特别注意的是，这样的指标对气

分肝炎和血分肝炎虽然有极重要的鉴别诊断意义，但在临床辨证时又不可拘泥，还应当与中医传统指标很好地结合起来。例如，有时GPT异常而在中医传统辨证时没有见到明显的气分脉证，这时也要从血分去认识；反之，有时GPT正常，但其病在气分的表现突出，这时即使肝炎病毒标识物阳性，也要从气分去认识。凡此又需要医生对具体情况进行分析、灵活掌握。

治气治血解毒解郁

至于治疗，气分肝炎即治气，血分肝炎即治血；气分入于血分者治其血，血分出于气分者治其气；气血同病者先治其气乃治其血。这是一般大法。气分肝炎以清热利湿解毒、调理气机为主，兼以疏通血络；血分肝炎既要清热解郁、调畅气机，同时也要活络祛瘀、养血和血。这是因为肝脏既主疏泄，喜条达，其气机的畅达能促进血脉的运行，而且肝脏又能藏血，故肝病恒多气郁滞之病。因此其治疗也要兼顾气血，只是视具体情况而各有侧重。

治疗气分肝炎的基本方是柴胡解毒汤，治疗血分肝炎的基本方是柴胡活络汤。

柴胡解毒汤由柴胡、黄芩、茵陈、炙甘草、土茯苓、草河车、凤尾草、土元、茜草组成。此方能疏肝理气、清热利湿、凉血解毒、活血通络。

柴胡活络汤在柴胡解毒汤的基础上再加活血通络、养血和血的当归、白芍、泽兰、红花、海螵蛸而组成，因而其作用的重点在于血分。

此二方的加减化裁很重要。湿热毒邪甚或肝胆火甚者，用柴胡解毒汤如垂盆草、大金钱草、龙胆草清热解毒，名为三草柴胡解毒汤。肝区疼痛明显者，合用金铃子散（川楝子、延胡索）以疏肝活血止痛；大便不实而属于脾气虚者，加白术、茯苓健脾益气；若兼有中寒者，加炮干姜温中；尿黄明显者，加大金钱草、虎杖；SGPT 居高不下者，加用垂盆草；絮浊试验异常、球蛋白升高、白蛋白降低，A/G 比值倒置，重用土元、茜草；乙肝标识物阳性者可加叶下珠。伴有黄疸者，合用茵陈蒿汤或栀子柏皮汤。茵陈清热退黄，为治疗诸黄的专药，无论阴黄、还是阳黄，皆可使用。如果是阳黄，亦可单用一味茵陈水煎频服，其用量可达 30g 以上。凡湿热发黄，用茵陈蒿汤后，黄仍不退，但正气业已渐耗，脾胃之气受损，阴分尚有伏热，如见手足心热，五心烦热等症，则转方用栀子柏皮汤治疗，其中用甘草扶助正气，利于邪实正虚者。总之，对于湿热之黄，用茵陈、栀子等清利湿热而退黄，治疗要有耐心。因为湿热缠绵，难以一时尽去，要缓缓图之，不可操之过急。务使湿热邪气尽去才可罢手，若留有余邪，有可能出现反复，更加难治。

又有一种湿热较重的病证，口渴喜饮、舌苔黄厚而腻，需用三石柴胡解毒汤，即柴胡解毒汤加生石膏、滑石、寒水石。有些慢性活动性肝炎病例 ALT 居高不下，用柴胡解毒汤往往效果不显，这时应该使用本方治疗，一般能够取得好效果。

也有暂时不宜此二方而转用它方的情况，如出现新病

(新感外邪)，即治其新病；又如某种合并症突出，则暂治其合并症。慢性肝炎如果失眠可用黄连阿胶汤治疗。如果肝炎腹满，用《伤寒论》厚姜半甘汤治疗。一患者腹胀难忍，午后犹甚，自觉有气壅滞于腹中，上下不通，投一剂而其病若失。此方的使用一定要注意剂量比例，厚、姜、半用量大而参、草用量相对较小。凡此完全遵循《伤寒论》“随证治之”原则。

若疾病出现阴证机转，湿甚伤阳，以致脾气虚寒，而成为肝热脾寒证者，转方用《伤寒论》柴胡姜桂汤。方用柴胡、黄芩疏肝理气、清泻肝热，用桂枝、干姜、炙甘草温中散寒，用牡蛎、瓜蒌根散肝脏邪结。脾气虚者可再加党参，有水饮者可另加茯苓。

若以肝区疼痛为主诉，或肝炎病痊愈后唯见肝区疼痛者（可谓之“肝炎后遗症”），予柴胡止痛汤，此方亦为刘氏自制。其方组成：柴胡、延胡、川楝、当归、白芍、刘寄奴、土元、茜草、皂角刺、片姜黄、海螵蛸、枳壳、紫菀。此方在养血活血、化瘀通络的同时，注意调畅气机，这是考虑到气血运行相互促进的关系，气行则血行，血行则痛止。如果胁下拘急疼痛，食少乏力，脉弦而缓，用柴胡剂不效，此为土衰木乘，治之宜用小建中汤扶脾培土而伐肝缓肝。待其痛止之后，如果病情需要，再用疏肝之剂。根据刘氏的经验，慢性迁延性肝炎，右胁放射性疼痛，上达肩胛，下至腰部，或见右臂与手指麻木，下午腹胀，脉弦而缓，用本方有效。

若阴虚血热转甚，症见五心烦热、衄血，或遗精，舌

红绛、脉细数者，用刘氏自制柴胡鳖甲汤。方用鳖甲、牡蛎、玉竹、生地黄、麦门冬、沙参、白芍滋阴养血柔肝，用土元、茜草活血通络，配合鳖甲、牡蛎软坚，少用柴胡疏肝理气，并引诸药入于肝。有湿热者加用茵陈清利湿热。

根据刘氏的经验，病毒性肝炎要慎用补法，尤其在疾病初期更是如此。此病湿热挟毒、邪气较甚，气滞血郁，往往因其湿重和气滞而见有身倦疲乏、不耐劳作的症状，似乎气虚，断不可早用补气。而由于热及血分，血郁血热，往往有五心烦热，似乎阴虚，断不可早用滋阴。只是到了疾病的中后期，正虚突出，始可补虚。不过即使此时，也不可单纯用补，还是要兼顾其病邪实的一面。

在饮食护理方面也要严加注意。其中较重要的有三条：一者注意饮食清淡，忌食荤腥油腻。不少患者错误地以为得病以后要加强营养，大量进食高蛋白食物，或囿于肝炎需要高蛋白以利用肝细胞修复的理论而大量摄取，殊不知其结果适得其反。临床因此种原因而致肝病加重。

肝病大症也。其至晚期，则见腹胀如鼓，小便涓滴不流，上则吐衄，饮食不思，四肢如柴，面黑如土，此时医竭全力，而仅能延其性命。然未几则败，终致死亡，此乃多因不知摄养，病中犯房之所致也。

肝病阴伤，其死也在于亡阴，而不在于亡阳也。然伤精之最，则莫过于房事。医治有效，病证见效，而使人忘乎所以，蹈此弊者，往往毁于一旦，此医所必须指教而勿使犯也。然人欲难遏，明知而故犯者，不惜其命，徒唤奈何。曾记治一李姓患者，肝硬化腹水，服药至百帖，而症

状改善，乃有欣欣向荣之感，其妻自乡里来探视，乃与之合，阴精大伤，则病症陡然恶化，头目眩晕，牙血如注，口咽发干，小便则癃闭不下。视其面则黑气罩于天庭，辞不能治，而李亦旋亡。由此可见，此人不死于病，而死于淫欲，其例甚多，必须重视，而为前车之鉴。

例 1：李某，男，13 岁，于 1987 年 3 月 2 日来诊。

自述 1 月前，出现两胁胀痛，恶心呕吐，且厌食油腻，大便干燥，小便短赤。舌质红，脉数，苔黄腻。2 月 16 日查肝功，谷丙转氨酶：250u，余项（-）。此证为肝胆湿热，肝不疏泄之证，方疏：

柴胡 12g 黄芩 10g 茵陈 15g 凤尾草 15g 草河车 10g 土茯苓 12g 半夏 10g 生姜 10g 炙甘草 6g

此方共服 20 余剂，胸胁胀痛减，食欲增加。于 4 月 16 日化验肝功：谷丙转氨酶正常，诸症皆除。

例 2：吴某，男，42 岁，患病 3~4 年，于 1986 年 9 月 10 日来诊。

主要症状为肝区痛如锥刺，周身无力，精神不振，午后发低烧（37.6℃左右），五心烦热，入夜尤甚，舌红苔薄。肝功化验：谷丙转氨酶 600u，TTT+++，TFT9u，乙型肝炎表面抗原 1：256。辨为血分肝病，治疗以养阴为主，兼平肝解郁：

柴胡 6g 鳖甲 30g 龟板 12g 牡蛎 30g 生地 10g 知母 6g 黄柏 6g 红花 10g 茜草 10g 丹皮 12g 茵陈 12g 凤尾草 12g

于 1986 年 10 月 4 日复诊，自述服上药约 20 余剂，肝

区疼痛减轻，午后低烧已退，体温为 36.5℃，精神转佳，尚有口咽干燥，五心烦热，舌红、脉细，仍属阴虚之象，上方又服 80 剂。1987 年 3 月 9 日，复查肝功：谷丙转氨酶 40u，TTT 正常，TFT 阴性，乙型肝炎表面抗原阴性。

通过临床观察，肝病由气分到血分，是个逐渐发展和加剧的过程。由于气分之邪日久不解，邪热伤阴而入血分。血为肝之体，故可见肝肿大等症。然而也有个别肝病患者，气分之邪未衰，而血分症已见，为气血同病之证，临床表现在气分症基础上，兼见心烦不安，小便黄赤，牙龈流血等血分之症。治疗之法在于清除郁热而佐以凉血，可于李案方中加生石膏、寒水石、滑石、竹叶、双花，以清其毒热，既能清气血之热，又能透出里热，而有“透热转气”之妙。