

# 顾国柱重用赤芍治疗淤胆型肝炎经验介绍

潘小琴<sup>1,2</sup> 指导：顾国柱<sup>3</sup>

1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053
2. 浙江新安国际医院, 浙江 嘉兴 314031
3. 嘉兴市中医医院, 浙江 嘉兴 314000

[关键词] 瘀胆型肝炎; 赤芍; 经验介绍; 顾国柱

[中图分类号] R714.6 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 10-0265-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.10.083

顾国柱, 嘉兴市名老中医, 嘉兴市中医医院副主任中医师, 从医 50 余载, 精研中医古代四大经典, 学验俱丰, 擅用奇方, 屡克顽症, 对内科众多疑难杂症, 尤其是在淤胆型肝炎的治疗方面有独到的见解。笔者近 3 年有幸侍诊左右, 收获颇丰, 现将顾主任关于重用赤芍治疗淤胆型肝炎的经验总结如下, 并附验案 1 则, 以飨同道。

淤胆型肝炎, 又称胆汁淤积型肝炎或胆小管型肝炎, 占黄疸型肝炎的 2%~8%<sup>[1]</sup>, 其临床表现主要是阻塞性黄疸, 大部分患者伴有上腹胀、恶心、纳差等消化道症状, 或可伴有乏力, 黄疸指数高者可有皮肤瘙痒、陶土色大便等症状。根据病变部位不同, 可分为肝细胞性、胆管性、混合性胆汁淤积。按其病因分类, 包括病毒性、药物性、自身免疫性、胆道阻塞性淤胆型肝炎等。西医治疗淤胆型肝炎目前临床上常用熊去氧胆酸、腺苷蛋氨酸、糖皮质激素等药物或手术等其他治疗方法, 但大多药物退黄速度较慢, 病情易反复, 且激素类药物副作用较大, 部分患者难以接受。然而, 经过大量临床实践及基础研究发现, 中草药在促进胆汁排泄、改善消化道症状、减轻炎症、调节免疫等方面都有良好的作用, 且病情不易反复, 无毒副作用。

## 1 病因病机

根据症状体征, 淤胆型肝炎相当于中医学中黄疸范畴, 中医文献中对此类病症的记载十分丰富, 如《素问·六元正纪大论》:“溽暑湿热相薄……民病黄瘡。”《诸病源候论·急黄候》:“脾胃有热, 谷气郁蒸, 因为热毒所加, 故卒然发黄……”, 《金匮要略·黄疸病脉证并治》:“黄家所得, 从湿得之……”, 古代医家认为本病的病因以外感湿热疫毒和内伤饮食劳倦或他病续发为主<sup>[2]</sup>。顾主任根据多年的临床经验认为: 饮食不节(洁)致脾运失健, 湿邪困遏脾胃, 久之湿从火化, 湿

热之邪入于血分, 另有肝郁气滞, 气血运行不畅, 瘀血内停, 壅塞肝胆, 疏泄不利, 湿热瘀合并滞于脉络, 逼迫胆汁外泄, 浸淫肌肤, 形成黄疸, 病位主要在肝、脾。随着现代社会生活水平的提高, 饮食不节, 过食肥甘厚腻, 嗜酒无度, 以致湿邪困遏脾胃; 外加工作压力大, 起居失常, 情志不畅, 肝郁气滞, 导致瘀血内停。顾主任强调, 病愈后嘱患者清淡饮食、起居有常、调畅情志同样重要。

## 2 治疗方法

正如近代医家关幼波先生所说:“治黄先治血, 血行黄易却。”顾主任认为治疗瘀胆型肝炎关键是从血论治, 早期邪气与正气均旺盛, 治宜活血化瘀、利胆退黄为主; 后期邪气衰退, 正气亦受损, 治宜调和脾胃为主。顾主任治疗胆汁淤积型肝炎的基本原则是清热利湿, 活血化瘀, 基本处方为: 赤芍、丹参、牡丹皮、制大黄、茵陈、虎杖、焦栀子、黄柏、北柴胡、郁金、炒枳壳、泽泻。其独到经验是方中重用赤芍, 用量可达 120 g, 随着病情的缓解可逐渐减少用量。赤芍, 性味苦、微寒, 归肝经, 系凉血活血之品, 善清血分实热。《药品化义》谓之能“泻肝火”, 《本草纲目》称“赤芍药散邪, 能行血中之滞”。现代实验研究证明, 赤芍能抑制血小板和红细胞的聚集, 降低血浆中血栓素 B<sub>2</sub>, 扩张血管和胆管, 改善肝脏微循环, 恢复肝细胞的正常代谢和血液供应, 促进胆红素从扩张胆道排泄, 加速黄疸的消退<sup>[3]</sup>。在临床运用中, 在服用大剂量赤芍后, 多数患者会出现腹泻, 每天 2~3 次烂便, 但精神、胃纳未受影响, 此为湿热瘀毒排出体外, 故无需特殊处理, 待赤芍减量后, 症状随之消失。在服药期间, 需观察晨尿、皮肤、巩膜颜色之深浅, 伴随症状之进退, 每周复查肝功能, 根据肝功能及胆红素指标调节剂量。对于起病急、黄疸重、短期内黄疸指数上升迅速者, 宜用重剂顿挫病势; 而对久病势缓,

[收稿日期] 2018-05-08

[作者简介] 潘小琴 (1988-), 女, 中医师, 研究方向: 中西医结合治疗肝病。

黄疸指数下降,短期内趋近稳定者,量宜轻缓,徐图收功,赤芍可减至30~50g。且方中多为苦寒败胃之品,重用、久用之后易伤及脾胃,故后期兼予调和肝脾、健运脾胃之法,常用药物:茯苓、白术、陈皮、厚朴、砂仁、薏苡仁、大枣等。

### 3 病案举例

孟某,女,38岁,2016年10月4日初诊。主诉:身、目、小便发黄,伴皮肤瘙痒2天。现病史:身目俱黄,色鲜明,全身皮肤瘙痒难忍,脘腹痞胀,纳差,口干而苦,肋肋疼痛,恶心欲呕,小便短小黄赤,大便秘,三天1次,量少。舌质暗红、苔黄腻,脉弦滑。辅助检查:尿常规:尿蛋白(+),胆红素(++),尿胆原(+);肝功能:丙氨酸氨基转移酶(ALT)675 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)527 U/L,谷氨酰转氨酶(GGT)86 U/L,总胆红素134.5 μmol/L,直接胆红素108.9 μmol/L,间接胆红素25.6 μmol/L;肝炎系列、乙肝三系、肝自身免疫性抗体、病毒系列全阴性。既往无嗜酒及长期药物服用史。中医诊断:黄疸(湿热瘀阻型),西医诊断:急性淤胆型肝炎。治法:清热利湿,活血化瘀,处方:赤芍120g,丹参、茵陈各30g,黄柏、牡丹皮、郁金、焦栀子各12g,北柴胡、制大黄、炒枳壳各10g,虎杖20g,泽泻15g。7剂,每天1剂,水煎服。嘱清淡饮食,不妄作劳。

10月11日二诊:身、目、小便黄色较前稍褪,皮肤瘙痒、腹胀、纳差较前好转,无恶心,烂便,每天2~3次。舌暗红、苔薄黄,脉滑。复查肝功能:ALT 520 U/L,AST 432 U/L,GGT 43 U/L,总胆红素98.8 μmol/L,直接胆红素75.4 μmol/L,间接胆红素23.4 μmol/L。症状较前有所好转,但黄疸指数仍较高,赤芍减量至100g,续用7剂。

10月18日三诊:身、目、小便黄色较前明显减褪,无皮肤瘙痒、腹胀、纳差、肋痛等不适,烂便,每天2~3次。舌红、苔薄白,脉滑。复查肝功能:ALT 263 U/L,AST 146 U/L,总胆红素66.0 μmol/L,直接胆红素57.6 μmol/L,间接胆红素8.4 μmol/L。上方赤芍减量至50g,续用7剂。

10月25日四诊:身、目颜色近常人,未诉尿色黄及其他

不适,大便每天1~2次,成形。舌红、苔薄白,脉细。复查肝功能:ALT 101 U/L,AST 68 U/L,总胆红素22.0 μmol/L,直接胆红素15.5 μmol/L。上方赤芍减量至30g,去茵陈、黄柏、虎杖,加白术、陈皮各12g,薏苡仁30g,茯苓15g,理气健脾、化湿和胃。

11月1日五诊:患者无不适,前来复查,肝功能:ALT 59 U/L,AST 45 U/L,总胆红素18.9 μmol/L,直接胆红素11.4 μmol/L。停药后随访1年余,患者肝功能正常,疗效满意。

按:患者因长时间日夜班交替工作,起居失常,饮食失节,睡眠不足,情志失调,肝郁气滞,肝失疏泄,肝气横逆乘脾,脾失健运,湿热内生,形成湿热瘀阻之证。顾主任治疗淤胆型肝炎经验在于疾病早期以凉血活血化瘀、清热利湿退黄之峻剂迅速祛邪,后期兼用健脾化湿、疏肝理气药物顾护脾胃之气,巩固后天之本,以达扶正祛邪之效。方中重用赤芍,配以丹参、牡丹皮加强凉血活血;大黄活血通经,荡涤瘀热、湿热,利胆退黄;茵陈、虎杖清热利湿退黄,黄柏清热燥湿,配伍栀子,亦可治湿热郁蒸之黄疸;柴胡、郁金疏肝理气,通达肝络,尤与赤芍配伍更行气活血、利胆退黄;泽泻利水渗湿,炒枳壳宽中除胀,健运脾胃。诸药合用,使肝气疏泄,脾气健运,湿热得清,瘀热得除,黄疸速退。再以白术、陈皮、薏苡仁、茯苓等理气健脾、化湿和胃药物固本培元,使疾病不易复发,临床经验证实疗效显著。

### [参考文献]

- [1] 尹延重,邵铭. 淤胆型肝炎中医病因病机及治法探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(2): 151-153.
- [2] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 265.
- [3] 易贵霞. 活血化瘀治疗淤胆型肝炎40例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(7): 17.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)