

谢旭善论治胆囊炎经验

● 马婷婷¹ 徐晶² 谢旭善²

摘要 谢旭善主任医师在治疗胆囊炎方面学验俱丰,注重理论和临床的密切结合,善于运用柴胡剂治疗急慢性胆囊炎,临证辨证分为肝胆湿热、肝郁气滞、胆胃不和、肝郁脾虚及肝阴不足五种证型,分别有不同的代表方剂,临床结合患者体质辨证用药。用药方面,疏肝用柴胡剂,利胆用三金汤,通腑擅用生大黄、芒硝之类。另外注重患者的生活习惯及饮食调护,综合调理。本文从理论到临床,系统阐述了谢旭善治疗胆囊炎的临证经验。

关键词 胆囊炎 柴胡剂 临证经验 谢旭善

胆囊炎是临床常见病,多发病,属于中医“胆胀”、“胁痛”或“黄疸”的范畴,运用中医辨证治疗可以取得满意疗效。谢旭善教授为山东省名中医,业医30余载,学验俱丰,在治疗胆囊炎方面积累了丰富的临床经验,疗效显著。我有幸跟随谢老师抄方,受益匪浅,现将谢老师治疗胆囊炎的经验介绍如下。

1 关于“胆”的认识

在生理方面:《黄帝内经·六节藏象论》曰:“凡十一藏,皆取决于胆也。”一方面,胆为六腑之一,附于肝,内藏胆汁,以通降为顺。《灵枢·本输》曰:“肝合胆,胆者,中精之府。”内藏之精,由肝之余气所化生,集于胆,适时而泻,以助脾胃运化及升清降浊功能的发挥,《素问·五脏别论篇》曰:“所谓五脏者,藏精气而不泄也,故满而不能实。六腑者,传化物而不藏,故

实而不能满也。”此外,胆又属奇恒之腑,《素问·五脏别论篇》曰:“地气之所生也,皆藏于阴而象于地,故藏而不泻。”故胆既有六腑传化物而不藏的特性,又有奇恒之腑藏而不泻的特性。另一方面,《素问·灵兰秘典论》曰:“胆者,中正之官,决断出焉。”认为胆气的盛衰可以影响情志活动的变化,并且调节五脏的生理功能,使其处于不偏不倚的平衡状态。正如张景岳指出:“胆附肝,相为表里,肝气虽强,非胆不断,肝胆互济,勇敢乃成。”

在病理方面:谢老师认为胆气易郁,易虚,易化热化火。胆气主降,胆汁通常以下泄为顺,肝气郁结,疏泄失常,致使胆汁排泄失常,或脏腑受邪,胆汁郁积,胆气不舒,则可出现胁痛,气郁易生痰,痰郁易化热,胆气不舒,痰热内扰易出现眩晕,口苦,呕恶,烦躁,不寐,胁痛,胸闷等证;胆主决断,其气易虚,因胆虚气怯而引起的胆怯、惊

悸为主的一系列证候,多因七情内伤或因气虚累及胆腑所致。主要表现为胆怯,怔忡,常易惊恐,遇事不决,夜寐不安,多梦,气短乏力,可伴有胁肋隐疼等证;胆热、胆火症来源一是从肝,因肝经湿热或湿毒蕴肝,热及胆腑,致使胆热瘀滞出现口苦咽干,心烦不寐,胁痛,黄疸等证。胆在半表半里,故多易出现寒热往来,一是热自胆腑内生,由于胆内寄相火,相火易动,或因胆气不舒,胆汁郁积,化热化火,出现寒热,胁痛,黄疸,呕恶,便结等证。总之胆腑为病,实多虚少,实证多见气滞,或胆经湿热,痰火之类,或因阳明腑实,胆气郁闷,不得泄越^[1]。

2 柴胡剂是治疗胆囊炎的基础方

胆囊炎、胆石症之所以发生,是因为病理过程打破了藏而不泄与实而不满之间的平衡。如藏精过度,则胆汁淤积于内,蕴积化热,湿热郁胆,不通则痛;如果降浊疏

● 作者单位 1. 山东中医药大学2010级硕士研究生(266055); 2. 山东省青岛市海慈医疗集团肝胆内科(266033)

利过度,则往往戕伐脾胃正气,出现脾胃气机升降失调诸证。其病机特点是枢机不利,且其病位属于少阳胆腑,少阳处于半表半里,对于这样一个胆囊炎、胆石症的治疗,汗、吐、下法的治疗均非所宜,而张仲景《伤寒论》中的和解之法则为最佳的方法。小柴胡汤作为和解剂,应从广义的“和法”去认识。广义的“和法”是指和解的治疗作用,祛除寒热,调其偏胜,扶其不足的治疗原则,即包括治则和治法。小柴胡汤多以和解剂论之,目前也被作为“和法”方剂而广泛用于临床,谢老师认为这是对小柴胡汤临床应用的发挥。“和法”是八法之一,是指通过和解的治法,如和解枢机,调和营卫,调和脾胃,调和升降,调和内外等达到治疗的目的。小柴胡汤为少阳病之主方,少阳主枢,为气机枢转之要,正邪分争之地,故治少阳病以和解法,使枢机和畅,三焦通利,病邪得除,正气得复,脏腑安和,疾病可愈。外感病用和法是指和解法,重在祛邪以和,如《伤寒论》第230条曰:“……可与小柴胡汤。上焦得通,津液得下,胃气因和,身然而汗出解也。”此应为和解法之原意。内伤杂病用和法是指调和法,调的是肝胆、脾胃之不和。如肝脾不调、脾胃不和、胆胃不和等证。沈金鳌曰:“胆病多寒热。”而《伤寒论》第266条中讲:“本太阳病不解,转入少阳者,胁下苦满,干呕不欲饮食,往来寒热。”故小柴胡汤既能清解少阳郁热,又能利胆,适用于胆囊炎表现为少阳证者。另外适当加减对于肝胆气滞、胆胃不和者亦有显著疗效。对于急性胆囊炎或者慢性胆囊炎大便不通者,大柴胡汤为其首选,病为少阳兼及阳明,大柴胡汤清热利胆通腑,但须重用柴

胡清热,重用生大黄通腑,《伤寒论》第103条:“……呕不止,心下急,郁郁微烦者,为未解也,与大柴胡汤下之则愈。”说明清热通腑的重要性。张仲景用柴胡量大意在退热,小量在于和解,“和法”用柴胡意在疏肝。谢老师单剂柴胡用量15g以内意在疏肝,15g以上意在清解,30g以上意在退热。

3 胆囊炎的辨证治疗

3.1 辨证分型 谢老师总结临证通常分为以下几种证型:肝胆湿热、肝郁气滞、胆胃不和、肝郁脾虚及肝阴不足。肝胆湿热表现为胁痛、黄疸、腹胀、发热、呕吐、便秘等证,治疗用通腑利胆法,即取“肠泄胆亦泄”之理,腑气以通,则症状多能迅速缓解,方选大柴胡汤或茵陈蒿汤加减,此种类型通腑很关键,腑气一通,胆气即可恢复通降;肝郁气滞表现为右胁胀痛、善太息、情志抑郁、脘腹胀满等,治疗用疏肝利胆法,方选四逆散合三金汤(金钱草、郁金、鸡内金)加减,肝郁往往存在于多种证型中,随症状轻重加用柴胡、薄荷等疏肝药物,并调整剂量;胆胃不和者表现为胁痛、恶心、呃逆、厌油,伴有口苦等,治疗用利胆和胃法,方选小柴胡汤加减,亦可选用四逆二陈汤;肝郁脾虚病程通常较长,表现为右胁隐痛、不耐劳累、脘腹胀满、大便溏泄或脘腹怕凉,治疗方选柴芍六君子汤加减,或用四逆汤合四君子汤,此种脾虚通常较重,健脾药物用量宜大,酌情少量应用利胆药物,以防苦寒伤阳,使脾更虚;肝阴不足多由于大量应用疏肝药物,或者胆郁化热化火耗伤肝阴,多合并胆热的症状,表现为胆区隐痛、不耐累、消瘦、纳谷不香、口干口苦、心烦少寐、大便偏干、舌红少苔或无苔,治

疗用利胆柔肝法,方选四逆金铃子散合一贯煎。

在胆囊炎的治疗中关键应把握好三个点:疏肝、利胆、通腑。疏肝用柴胡剂,利胆用三金汤,通腑重用大黄、芒硝之类。在辨证方面,谢老师注重谨守病机,结合患者的体质,分析病机,守方用药,余药根据症状、寒热从化及体质的不同而加减,切不可被病症表象困扰而频繁换方。正如清·汪涵墩所言:“天下之至变者-病也;天下之至精者-医也。”

3.2 饮食调护 慢性或急性发作缓解后,以清淡流质饮食或低脂、低胆固醇、高碳水化合物饮食为主,多摄入富含维生素的食物。适量膳食纤维,以刺激肠蠕动,预防胆囊炎发作。每日可饮入1500~2000ml水有利胆汁稀释。少量多餐,反复刺激胆囊收缩,促进胆汁排出,达到引流目的。忌食刺激性食物和酒类。合理烹调,宜采用煮、卤、蒸、烩、炖、焖等,忌用熘、炸、煎等。高温油脂可引起胆绞痛。食物温度适当,过冷过热食物,都不利于胆汁排出。

4 常用中药

谢老师在用药方面体会颇深,胆病擅用通腑之药生大黄,除非患者大便稀,生大黄始终为必用之药,《本草正义》谓其“迅速善走,直达下焦,深入血分,无坚不破,荡涤积垢,有犁庭扫穴之功。”故大便干结者,用生大黄9~24g,可泻下通腑,推陈致新;《本草经》谓其“调中化食,安和五脏”,即使大便正常或通而不畅者,用生大黄3~6g,可清湿热化瘀浊,荡涤肠胃。金钱草现代研究乃利胆良药,促进胆汁排泄,酸化尿液,促进结石溶

(下转第29页)

辨证论治是中医学的重要特色,对辨证分型的看法总离不了四诊八纲,应科学系统的对待。诊疗方案的机械统一,抹杀了传统中医的优势。中医自古有异法方宜论,辨证当因人、因地、因时制宜,应遵循个体化诊疗特色,不能机械分型。

6 现代中医如何面对西医的检查指标

现代中医如何面对西医的实验室检查及影像检查指标,这是一个全新的问题,既不能视而不见,更不能盲目的演绎。无论中医的证候还是西医的指标,这均是疾病

存在的不同特征,均不应视而不见。

如何合理的面对,是中医界广泛争论的问题,也是目前亟待解决的难题。

周兆山主任医师主张在中西医理念尚未完全结合之前,现代中医在面对西医的检查指标时,当遵循“有证治证,无证从权”的原则。

例如,临床对于蛋白尿患者,合并一身面目悉肿,发热恶风。此时,患者有证可辨,有法可依,蛋白尿无法纳入中医辨证体系,当遵从“有证治证”的原则,不能受西医检查指标的影响,按中医“风水”治疗,处以越婢加术汤,在水肿消失

的同时,蛋白尿随之消失。此即“有证治证”的原则。

若患者镜下蛋白尿,其人无寒无热,无虚无实,自我感觉良好,无证可辨之时,当如何辨证如何施治。此时当遵从精微物质的流失的角度来看待,蛋白可按精血对待,从固摄脾肾立法可获取良效,此即“无证从权”原则。

当然,实验室及影像的指标,在某些情况下可以作为中医视诊的延伸以及用于疗效判定,但切记不能盲目的演绎。如见了肿瘤不等于痰瘀,若其人纳差,乏力,即可诊断为脾虚;若其人咳嗽,黄痰,喜冷恶热,即可断为痰热蕴肺。

(上接第25页)

解,一般最小量为15g,常规用30g,最大可用至200g,慢性胆囊炎多伴有结石,金钱草味甘淡,微寒,大量用一方面可以清热利胆,另一方面可以溶石排石。另外对于轻症或配合治疗,谢师常以金钱草日30g,代茶饮利胆排石。谢老师常言:“利胆用金钱草,止痛用郁金”,疼痛者加郁金15~24g,或元胡9~15g。柴胡调整用量分别具有疏肝、清热之功效,9~12g疏肝为主,大于15~30g用于清解少阳郁热。

5 验案举隅

傅某某,女,55岁,2011年12月20日初诊。

患者慢性胆囊炎病史5年,行彩超检查:“胆囊壁毛糙,欠光滑,胆囊内泥沙样结石”,1天前因进食油腻热食引起右肋胀痛,胸部胀闷,暖气,腹胀,厌油腻,口微干不

欲饮,口苦,食欲不振,纳少,食多则胀,近几日大便偏干,素日不耐劳累,大便不成形,小便调,舌淡苔薄黄腻,脉细滑。辨证属于肝郁化热,脾胃虚弱。处方如下:金钱草60g,生大黄6g,柴胡18g,黄芩12g,姜半夏15g,川楝子9g,郁金24g,苍术15g,云苓15g,皂刺15g,薏米30g,甘草12g。共6剂,水煎两遍,取汁300ml,分早晚2次空腹温服。

复诊:患者右肋疼痛明显减轻,食欲增,大便偏稀,日1次,仍腹胀,舌淡苔薄黄,脉细滑,上方去生大黄,减金钱草30g,加白术18g,再服6剂,再诊时患者无明显右肋疼痛,腹胀减轻,大便软,乏力,不耐劳,给予参苓白术颗粒、胆石利通片口服,用药2个月脾虚诸症基本消失。

按 该患者素体食欲不振,食多腹胀,大便偏稀,不耐累,舌体淡,属脾胃虚弱。进食油腻饮食,脾胃运化不足,发生腹胀;胸胁胀痛,暖气,属肝气郁滞;胆汁排泄不畅,肝郁化热,表现为口干口苦。初诊患者疼痛明显,急则治其标,重用金钱草、郁金利胆止痛、生大黄通腑,柴胡剂疏肝清热,以缓解患者疼痛症状,但素体脾虚,大量利胆药多戕伐脾胃正气,加用苍术、薏米顾护脾胃。再诊时疼痛减轻,故缓则治其本,加用白术顾护脾胃正气。后期注重调整患者脾虚之体质,改用中成药补脾基础上结合利胆,故病情稳定长期未再发作。

参考文献

- [1] 谢旭善. 肝胆病中医诊疗[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1999: 12-14, 145.