

黄疸中医诊疗专家共识(2023)

中华中医药学会脾胃病分会

[摘要] 黄疸是临床比较常见的病症之一,尤以目睛黄染为主要特征,病证分型及选方不断改善。本共识阐述了黄疸的概念、病名沿革、病因病机、常见证候、临床治疗、疗效评定、预防调摄和转归与随访等内容,突出了临床实用性,体现了最新研究进展。

[关键词] 黄疸;中医;诊断;治疗;共识

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.08.01

[中图分类号] R256.3 **[文献标志码]** A

Expert consensus on Traditional Chinese Medicine diagnosis and treatment of jaundice(2023)

Branch of Gastrointestinal Diseases, China Association of Chinese Medicine

Abstract Jaundice is one of the common clinical symptoms, which is characterized by eyes stained yellow especially. The classification and prescription of jaundice are improved continuously. This consensus describes the history of jaundice, etiology and pathogenesis, common symptoms, clinical treatment, evaluation of therapeutic effect, preventive regimen and regression follow-up, highlighting its clinical practicality and reflecting the latest research progress.

Key words jaundice; Traditional Chinese Medicine; diagnosis; treatment; consensus

黄疸是以目黄、身黄、小便黄为主要表现的常见肝胆系统病证,其中以目睛黄染为重要特征。黄疸的病位在脾胃肝胆,重者可累及心;外感湿热疫毒,内伤饮食、劳倦、久病所伤,体内瘀血或沙石阻络导致肝胆气机受阻,疏泄失常,胆汁外溢而发为黄疸。黄疸的病理因素有湿邪、热邪、寒邪、疫毒、气滞、瘀血 6 种,其中,湿邪是其病机关键。黄疸有阳黄、阴黄、急黄之不同,临床上更有本虚标实,寒热错杂之复杂病机的存在,可细分为疫毒发黄的急黄病证,湿重于热、热重于湿、胆腑郁热等阳黄病证,以及寒湿阻遏、瘀积发黄等阴黄病证。治疗以化湿邪、利小便为原则,结合疫毒、寒热、气血等灵活施治。2011 年 8 月,中华中医药学会国家中医药管理局中医药标准化专题项目组召开了学术讨论会,制定了《黄疸诊疗指南》^[1]。随着医药科学的不断发展以及对现代疾病研究的不断深入,病证分型及选方有了改变^[2-4],因此有必要在延续相关标准的基础上进一步更新,以满足临床和科研的需要。

中华中医药学会脾胃病分会于 2020 年 11 月在北京牵头成立了《黄疸中医诊疗专家共识》起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循

证资料,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病专家就黄疸的证候分类、辨证治疗、诊治流程、古代医家经验、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论,形成本共识初稿,然后按照德尔菲法分别于 2021 年 4 月、2021 年 8 月、2022 年 10 月进行了 3 轮专家投票,逐次进行修改完善形成送审稿。2023 年 4 月,由中华中医药学会标准化办公室组织专家进行最后审评,通过了本共识。表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全不同意。如果 > 2/3 的人数选择①,或 > 85% 的人数选择①+②,则作为条款通过,纳入共识。

1 概述

1.1 概念

黄疸是以目黄、身黄、小便黄为主症的一种病证,其中尤以目睛黄染为主要特征,常伴见腹胀、纳呆、呕恶、乏力等症状^[1,5]。黄疸在 ICD-11 的编码为 SA01^[6]。

1.2 中医病名历史沿革

黄疸相关症状记载首见于马王堆汉墓出土的、成书于公元前二世纪之前的《足臂十一脉灸经》和《阴阳十一脉灸经》,此时“黄疸”被称为“瘵”,并有

通信作者:迟莉丽,E-mail:chililiyl@163.com;唐旭东,E-mail:txdly@sina.com

引用本文:中华中医药学会脾胃病分会. 黄疸中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2024,32(8): 639-645. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.08.01.

“目黄”症状的描述^[7]。黄疸病名首载于《黄帝内经》，如《黄帝内经·素问·平人气象论》曰：“溺黄赤，安卧者，黄疸，已食如饥者胃疸……目黄者，曰黄疸”。《黄帝内经·灵枢·论疾诊尺》云：“诊血脉者……寒热。身痛而色微黄，齿垢黄，爪甲上黄，黄疸也。安卧，小便黄赤，脉小而涩者，不嗜食”。明确了目黄、小便黄、身黄为黄疸的主症。《黄帝内经·素问·六元正纪大论》云“溽暑湿热相薄，争之于左之上，民病黄疸而为胗肿”等，记载了时令气候可以导致黄疸，且多与湿邪、热邪相关，奠定了黄疸病诊治的理论基础^[8-9]。黄疸分类始见于东汉·张仲景《伤寒杂病论·金匮要略·黄疸病脉证并治》，将黄疸分为黄疸、谷疸、酒疸、女劳疸、黑疸 5 种，详细阐释了黄疸病的病因、病机、分类、证治及预后，创茵陈蒿汤、茵陈五苓散、麻黄连翘赤小豆汤等方剂，为后世治疗黄疸常用方^[10]。“急黄”病名最早记载于隋代·巢元方所著《诸病源候论·黄病诸候》，将黄疸分为二十八候^[11]。宋金元时期黄疸论治更加细致入微，宋代《圣济总录·黄疸门》将其分为九疸、三十六黄^[12]。北宋·韩祇和《伤寒微旨论·阴黄证篇》对“阴黄”的论述，开黄疸分阴阳之先河^[13]。“胆黄证”最早论述于宋代·窦材《扁鹊心书·黄疸》，提出黄疸的发生与胆液外泄有关^[9]。元代·罗天益《卫生宝鉴·发黄》中系统论述了阳黄与阴黄的辨治^[14]。明代·王纶《明医杂著·拟治岭南诸病》提到“瘟黄”病名，指出黄疸具有传染性；清代·吴谦《医宗金鉴·痘病死证》载：“天行疫疔发黄，名曰瘟黄，死人最暴也”，对其严重的预后转归有所认识^[15]。清代·程钟龄《医学心悟·发黄》提出“瘀血发黄”理论，创茵陈术附汤，为治疗阴黄代表方^[16]。

1.3 现代医学相关疾病^[1,5,17]

本病证与西医学所述“黄疸”意义基本相同，包括肝细胞性黄疸、溶血性黄疸及阻塞性黄疸，各种原因引起的急慢性肝炎如病毒性、酒精性、药物性、自身免疫性、代谢性肝炎及肝硬化、肝癌、胆石症、胆管癌等肝胆系疾病，胰腺炎、胰头癌等胰腺疾病，葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症、钩端螺旋体病等引起的以黄疸为主要表现的疾病均可参照本共识意见进行辨证论治。

2 病因病机

2.1 病因与发病^[5,18]

黄疸病因分外感、内伤两个方面，内外合邪，互为因果。外感湿热或疫毒，由表入里，内蕴中焦，湿郁化热，熏蒸肝胆，发为黄疸。内伤多由过食酒热甘肥、饮食不洁、久病劳倦，脾胃损伤，运化失职，湿浊内生，壅塞肝胆，发为黄疸。砂石、虫体阻滞胆腑，胆泄失常，发为黄疸。黄疸的病位主要在脾胃肝胆，重者可累及心。

2.2 病机要点^[5,9,19-20]

黄疸的病理因素有湿邪、热邪、寒邪、疫毒、气滞、瘀血 6 种，湿邪为患是其病机关键，如东汉·张仲景《金匮要略·黄疸病脉证并治》指出“黄家所得，从湿得之”。由于病邪性质不同及个人体质差异，湿邪可从热化或寒化，表现为湿热、寒湿两端。因于外感湿热或过食肥甘或素体胃热偏盛，则湿从热化，湿热熏蒸肝胆，发为阳黄。湿热挟疫毒伤人，热毒炽盛，充斥三焦，发为急黄，重者邪陷心肝。因于寒湿伤人或久病脾阳损伤或素体脾胃虚寒，则湿从寒化，困遏脾胃，气机阻滞，致使肝气郁而失于疏泄，胆汁外溢浸淫，发为阴黄。阴黄、阳黄、急黄在一定条件下可以相互转化。癥积或其他疾病之后，瘀血阻滞，湿热或寒湿留恋，湿遏瘀阻于肝胆，脉络受损，胆汁横溢，胆血相混，不循常道，行于体表，脾色外现，亦可产生瘀黄。如清代·张璐《张氏医通·杂门》云：“有瘀血发黄，大便必黑，腹胁有块或胀，脉沉或弦，大便不利，脉稍实而不甚弱者，桃核承气汤。下尽黑物则退。”

3 常见证候^[1-2,5,21-22]

3.1 急黄

疫毒发黄证（中医病证分类与代码 B02.08.09.01.05^[6]）

主症：①发病急骤；②身黄如金；③神昏谵语，烦躁抽搐；④高热烦渴；⑤小便黄赤短少。次症：①胁痛腹满；②恶心欲呕；③鼻衄便血；④肌肤瘀斑。舌脉：舌质红绛，舌苔黄燥，脉弦滑或数。

3.2 阳黄

3.2.1 热重于湿证（中医病证分类与代码 B02.05.04.01.02.02^[6]）

主症：①身目俱黄，黄色鲜明；②发热口渴；③心中懊恼；④小便短少黄赤。次症：①脘腹胀满；②恶心呕吐；③纳呆少食；④大便秘结。舌脉：舌质红，舌苔黄腻，脉弦滑数。

3.2.2 湿重于热证（中医病证分类与代码 B02.05.04.01.02.01^[6]）

主症：①身目俱黄，色泽不如热盛者鲜明；②头身困重；③小便黄浊。次症：①脘腹痞闷；②纳呆呕恶；③口干不欲饮；④大便黏/溏滞不爽。舌脉：舌质淡红或偏红，舌苔厚腻微黄，脉濡数或弦滑。

3.2.3 胆腑郁热证（中医病证分类与代码 B04.02.02.01.02^[6]）

主症：①身目俱黄，黄色鲜明；②上腹、右胁痛引肩背；③身热不退或寒热往来；④小便黄赤。次症：①口苦咽干；②恶心呕逆；③大便秘结，甚则色白。舌脉：舌质红，舌苔黄燥，脉弦数。

3.3 阴黄

3.3.1 寒湿阻遏证（中医病证分类与代码 B02.03.02.01.03^[6]）

主症：①身目俱黄，色泽晦暗；②神疲畏寒；③纳呆少食。次症：①脘腹痞胀；

②口淡不渴;③便溏。舌脉:舌质淡,舌苔白腻,脉濡缓或沉迟。

3.3.2 瘀积发黄证(中医病证分类与代码 B02.10.01.06.03^[6]) 主症:①身目黄染,肤色晦暗甚则黧黑;②胁下癥块,刺痛拒按。次症:①面颈胸部见蟹爪纹缕;②肌肤甲错;③体倦乏力;④午后低热;⑤齿衄、鼻衄。舌脉:舌质紫暗,边尖瘀斑,脉沉涩。

证候诊断:主症必备,加次症2项,参考舌脉,即可诊断。

4 临床治疗

4.1 治疗目标与原则

以恢复脾胃肝胆功能、防止疾病进展为治疗目标。黄疸辨治以阴阳为纲,化湿邪、利小便为治疗原则,再据疫毒、湿热、寒湿及气血灵活施治。

4.2 辨证论治常规^[1,5,23-26]

4.2.1 急黄 疫毒发黄证。治法:清热退黄,凉血开窍。主方:千金犀角散合茵陈蒿汤加减。

药物:水牛角^{先煎} 15~30 g,黄连 3~6 g,升麻 6~9 g,栀子 6~9 g,茵陈 9~15 g,大黄 6~15 g,地耳草 15~30 g,生甘草 6~9 g 等。

加减:神昏谵语、惊厥抽搐者,加石菖蒲 3~9 g、郁金 6~9 g、羚羊角粉^{冲服} 0.3~0.6 g,重者配服安宫牛黄丸、紫雪丹以清营凉血,息风止痉;鼻衄便血者,加地榆炭 9~15 g、侧柏叶 6~12 g、茜草 6~9 g 以凉血止血;小便不利者,加车前草 9~15 g、白茅根 9~30 g、马鞭草 6~9 g、猪苓 6~12 g 以利水消肿。

中成药:①茵栀黄颗粒(胶囊、片),2袋(粒、片)/次,3次/d;②茵栀黄口服液,10 mL/次,3次/d;③清开灵注射液,2 mL/次,肌注,2次/d。

4.2.2 阳黄 (1)热重于湿证。治法:通腑泻热,利湿退黄。主方:茵陈蒿汤加味。

药物:茵陈 9~15 g,生栀子 6~9 g,大黄 6~15 g,龙胆 3~6 g,黄芩 3~9 g,苍术 3~9 g,生甘草 6~9 g 等。

加减:胁肋痛甚者,加柴胡 3~9 g、郁金 6~9 g、延胡索 3~9 g 以疏肝解郁,理气止痛;恶心呕吐者,加陈皮 6~9 g、竹茹 6~9 g、半夏 6~9 g 以理气化痰,和胃止呕;脘腹胀满者,加厚朴 3~9 g、炒麦芽 12~15 g、炒谷芽 12~15 g、砂仁^{后下} 3~6 g 以下气消胀,醒脾消食;大便秘结者,加芒硝^{冲服} 6~9 g、炒枳实 6~9 g 以行气通腑,导滞通便。

中成药:①茵栀黄颗粒(胶囊、片),2袋(粒、片)/次,3次/d;②茵栀黄口服液,10 mL/次,3次/d;③茵栀黄注射液,10~20 mL/次,用10%葡萄糖注射液 250~500 mL 稀释后静脉滴

注,1次/d。

(2)湿重于热证。治法:利湿化浊,清热退黄。主方:茵陈五苓散合甘露消毒丹加减。

药物:茵陈 9~15 g,桂枝 3~9 g,猪苓 6~12 g,泽泻 6~9 g,白术 9~12 g,茯苓 9~15 g,石菖蒲 3~9 g,广藿香 3~9 g,薄荷^{后下} 3~6 g,白豆蔻^{后下} 3~6 g,川贝母 3~9 g,生甘草 6~9 g 等。

加减:纳呆少食者,加砂仁^{后下} 3~6 g、鸡内金 6~12 g 以健脾开胃;见邪郁肌表,寒热头痛之表证者,加麻黄 6~9 g、赤小豆 15~30 g 以疏表清热、利湿退黄;大便溏滞不爽者,加薏苡仁 15~30 g、苍术 3~9 g 以健脾化湿。

中成药:①茵陈五苓糖浆,10 mL/次,3次/d;②茵陈五苓丸,6 g/次,2次/d;③双虎清肝颗粒,12~24 g/次,2次/d。

(3)胆腑郁热证。治法:疏肝利胆,泄热退黄。主方:大柴胡汤加减。

药物:柴胡 3~9 g,黄芩 3~9 g,白芍 6~15 g,半夏 6~9 g,枳实 6~9 g,酒大黄 6~15 g,郁金 6~9 g,鸡内金 6~12 g 等。

加减:砂石阻滞者,加金钱草 15~30 g、海金沙^{包煎} 6~15 g 以利胆排石;蛔虫阻滞胆道者,加乌梅 6~12 g、黄连 3~6 g 以安蛔止痛;恶心呕逆者,加竹茹 6~9 g、厚朴 3~9 g、炒莱菔子 6~12 g 以降逆止呕,理气和胃;胁肋及肩背痛甚者,加延胡索 3~9 g、香附 6~9 g 以行气止痛;发热甚者,加连翘 6~15 g、金银花 6~15 g 以清热解毒。

4.2.3 阴黄 (1)寒湿阻遏证。治法:温中健脾,化湿退黄。主方:茵陈术附汤加减。

药物:茵陈 9~15 g,附子^{先煎} 3~9 g,干姜 3~9 g,白术 9~12 g,茯苓 9~15 g,肉桂 3 g,炙甘草 6~9 g。

加减:大便溏滞、头身困重、舌苔厚腻者,加薏苡仁 9~30 g、泽泻 6~9 g、广藿香 3~9 g 以淡渗利湿,导邪下行;脘腹胀满、呕恶者,加苍术 3~9 g、厚朴 3~9 g、砂仁^{后下} 3~6 g 以行气化湿;胁肋胀痛者,加柴胡 3~9 g、香附 6~9 g、延胡索 3~9 g 以理气止痛。待阳气复,脾胃健,黄疸渐退,姜附之味要减量或不用,切勿妄投。

(2)瘀积发黄证。治法:活血消癥,化瘀退黄。主方:鳖甲煎丸加减。

药物:鳖甲^{先煎} 9~24 g,黄芩 3~9 g,干姜 3~9 g,酒大黄 6~15 g,桂枝 3~9 g,厚朴 3~9 g,阿胶^{烊化} 3~9 g,芒硝^{冲服} 6~9 g,银柴胡 6~9 g,赤芍 9~12 g,桃仁 6~9 g,太子参 15~30 g,茯苓 9~15 g,薏苡仁 15~30 g 等。

加减:水肿、小便不利者,加生黄芪 9~30 g、泽兰 6~12 g、路路通 6~9 g 以健脾磨积,活血利水;

齿衄、鼻衄、便血者加三七粉^{冲服} 3~9 g、茜草 6~9 g 以活血化瘀,凉血止血;胁肋痞块痛甚者,加浙贝母 6~9 g、生牡蛎^{先煎} 9~30 g、马鞭草 6~9 g 以活血化瘀,软坚散结。

中成药:①鳖甲煎丸,3 g/次,2~3 次/d;②大黄蛰虫丸,3 g/次,1~2 次/d;③复方鳖甲软肝片,2 g/次,3 次/d。

4.3 古代医家学术经验

4.3.1 韩祗和(北宋)^[12,27-29] ①学术观点。韩祗和首提阴黄、阳黄的辨证理论,在其《伤寒微旨论》指出:“伤寒病……若下之太过,往往变成阴黄。何故如是?盖因辰戌岁太阳寒水司天,寒化太过,即水来犯土;丑未岁太阴湿土司天,土气不及,即脾气虚弱,又水来凌犯,多变斯证也”。可见韩祗和的阴黄理论来源于《伤寒论》“不可下之,于寒湿中求之”,导致阴黄的原因,往往是伤寒病下之或投寒凉太过,强调脾胃内伤而发黄。

②治法心得。韩祗和治阴黄注重在暖脾胃、化寒湿基础上,随证加减。若阴黄表现为寒湿伴阳虚者,症见肢体逆冷,腰以上自汗出,脉沉细迟,则配附子、干姜等回阳救逆之品温中复阳,如小茵陈汤、茵陈四逆汤、茵陈附子汤。若阴黄表现为寒湿伴血虚血瘀者,则配当归养血活血散瘀,如茵陈茺莢汤。

韩氏疗阴黄之方药初现了阴黄分型论治的雏形,为明清阴黄理论的进一步发展奠定了基础。

4.3.2 朱丹溪(元)^[27-28,30-32] ①学术观点。朱丹溪提出“黄疸不用分五,同是湿热”的学术主张,从单一湿热趋向辨析湿热的多少、轻重,并据此指导处方用药。其认为黄疸的论治还应考虑素体状况、前期治疗措施、气候变化等因素的影响。

②治法心得。临床上黄疸常会向多种病理形式演化。如素体虚寒,或过用苦寒药物,可致寒湿性黄疸;素体气滞不行,可致气滞湿阻性黄疸。在黄疸病辨证论治上,朱氏除了强调上述各种病理的辨证论治外,还非常重视开胃消食,健运水谷之机。其提出:疸不用分其五,同是湿热,轻者,小温中丸;重者,大温中丸。热多者,加芩、连;湿多者,茵陈五苓散,加食积药。最早明确分辨湿热轻重,照顾兼症,并据此加减用药,为后世许多医家所引用。

4.3.3 张景岳(明)^[27-28,33-34] ①学术观点。张景岳对黄疸进一步整理分类,认为“黄之大要有四:曰阳黄,曰阴黄,曰表邪发黄,曰胆黄也”。并认为其中的“胆黄”是由“大惊,大恐,及斗殴伤”而伤胆,“胆伤则胆气败而胆液泄”导致的,认识到外伤等因素会引起胆道系统损伤,以致胆汁外溢而发为黄疸,且认为这种黄疸“其证则无火无湿,其人则昏沉困倦,其色则正黄如染”。

②治法心得。治疗上,张景岳提出“务宜大用

甘温,速救元气。然必查其所因之本,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”。张景岳进一步整理了黄疸的分类,对后世医家在黄疸的证治上起到了重要的指导作用。

4.3.4 唐容川(清)^[28,35-36] ①学术观点。唐容川着重从气血角度对黄疸进行论述,认为按瘀热以行,一瘀字,便见黄皆发于血分,凡气分之热,不得称瘀。脾为太阴湿土,主统血。热陷血分,脾湿遏郁,乃发为黄。他以湿热遏郁脾土为基础,更多强调了血瘀才能发黄。在论及女劳疸、酒疸时称:“知酒疸在血分,益知女劳疸亦在血分。酒疸腹满与女劳疸之腹满,皆是瘀血”,明确阐述了湿热瘀结于血分导致发黄的病机。

②治法心得。治疗上,唐容川重视活血化瘀。“观茵陈汤、硝石、栀子、猪膏,正治黄之方,皆治血分。惟五苓、小半夏,是治气分,然皆变法也。若茵陈诸方,乃为正法,可知黄属血分矣”。针对血分瘀热的病机,酌情加牡丹皮、红花等活血药物。

4.4 其他治法

4.4.1 外治法^[37-46] (1)吹鼻疗法。组成:黄瓜蒂适量。用法:研细末。取少许时时吹鼻,随即流出涕状黄水。功用:退黄。

(2)敷脐疗法。组成:栀子 16 g,面粉 6 g,鸡蛋 1 个。用法:将栀子研末,与面粉混匀,用鸡蛋清调和作饼敷脐,热敷,1 次/d。功用:清热利湿退黄。治急性黄疸。

(3)药浴法。药浴法多以赤小豆、稻稬等煎汤洗浴。《普济方·诸黄·疮论》《本草品汇精要·赤小豆》均载用赤小豆煎汤洗浴治疗小儿急黄烂疮;《普济方·诸黄·附论》《本草纲目稻稬》则记载稻稬煎汤洗浴,治疗黄疸身黄如金色。

(4)中药保留灌肠。①针对急黄患者,可用白醋加温水配成 30% 的白醋灌肠液 200 mL,保留灌肠。《本草纲目》:“醋,酸苦,温,无毒。散瘀血,治黄疸、黄汗。”现代医学认为白醋灌肠可降低肠道 pH 值,减少氨气产生并促进氨盐排出,从而降低血氨水平,达到防治肝性脑病的目的;②大黄、败酱草、大腹皮各 30 g,枳实、厚朴各 15 g,水煎取汁 200 mL,保留灌肠;③醋制大黄、乌梅各 30 g,水煎至 200 mL 保留灌肠。

(5)针刺。多取膀胱经和任督脉穴,多取胃经、肾经、脾经穴,选用小肠、心包经穴、脾俞、百会、中脘、心俞、涌泉、至阳、足三里、腕骨、劳宫、上脘、关元、下巨虚、肾俞、公孙、胆俞。

(6)灸法。采用中脘穴配内关穴或中脘穴配足三里穴交替隔姜灸,或取双侧肝俞、足三里、太冲、三阴交穴灸法治疗慢性病毒性肝炎、肝硬化伴高胆红素血症,均有较好疗效。

4.4.2 中药单方^[47-50] ①大黄。功用:清热利胆保肝活血退黄。用法:生大黄 6~15 g,洗净后,用开水冲泡,代茶饮,1 剂/d。适用人群:治湿热黄疸属阳黄者。注意事项:大黄药性苦寒,久服伤胃,故不可久服,孕妇忌服,虚证慎服。②玉米须。功用:清热利湿退黄。用法:玉米须 30 g,水煎服,2 次/d,1 剂/d。适用人群:治湿热黄疸,舌红苔黄腻者。③鲜麦苗汤。功用:清热利湿退黄。用法:鲜麦苗 60~90 g,滑石 15 g,水煎去渣,2 次/d,连服 7 d。适用人群:治湿热黄疸。

4.5 黄疸的治疗流程图

黄疸的治疗流程图见图 1。

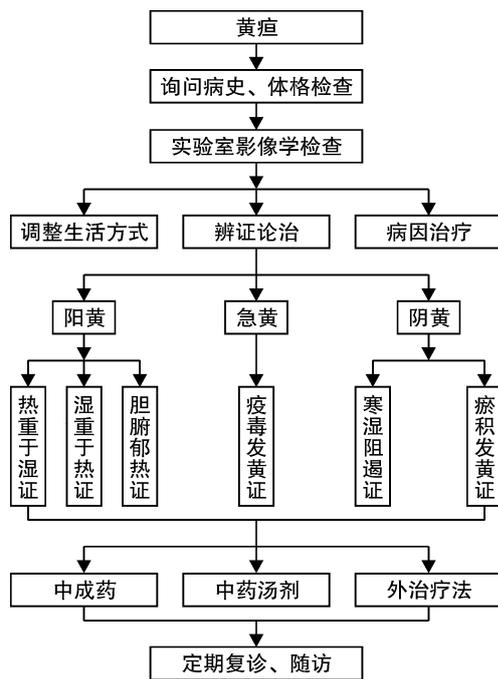


图 1 黄疸的治疗流程图

5 疗效评定

5.1 疾病疗效评价

黄疸为西医的一个症状与体征,无具体的疗效评价标准,包括肝细胞性黄疸、溶血性黄疸、阻塞性黄疸,可参考相对应疾病的西医疗效评价标准。

5.2 症状疗效评价^[51-53]

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》,并结合临床症状制定黄疸症状积分表。

5.3 证候疗效评价^[51,54]

采用尼莫地平法:疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。分为临床痊愈、显效、有效、无效共 4 级。(1)临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%;(2)显效:主要症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%;(3)有效:主要症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<70%;(4)无效:主要症状、体征无明显改

善,甚或加重,疗效指数<30%。

5.4 主要监测指标评价

可采用 Child-Pugh 评分^[55-56], (1)临床痊愈:Child-Pugh 评分达到 A 级以上;(2)显效:Child-Pugh 评分未达 A 级,较治疗前下降 2 分以上;(3)有效:Child-Pugh 评分较治疗前下降 1~2 分;(4)无效:Child-Pugh 评分较治疗前无下降。

5.5 生存质量评价^[57-58]

目前国内普遍采用慢性肝病问卷(CLDQ)及汉化版 SF-36 等健康调查量表进行生存质量评价。

5.6 精神心理评价^[59-60]

目前汉密尔顿焦虑量表、汉密尔顿抑郁量表、焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分已广泛用于对精神心理因素的评估,可作为黄疸伴随的精神心理评价参考。

6 预防调摄^[61]

6.1 预防

黄疸有其独特的发展趋势和传变规律,黄疸发病后,由于体内邪正双方力量不断消长,病情处在不断变化之中。因此,治疗黄疸病时,应当在湿热邪毒还未深入体内之时,就及早施治,阻止病势向前进展,否则日久则病情加重,易迁延而成难治的慢性肝病。当出现并发症后再行救治,则生存率较低,事倍功半。应把握黄疸发展演变规律,“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,在未传变之时即“先安未受邪之地”,以阻止疾病进一步发展。

6.2 调摄

6.2.1 生活起居调摄 发病初期应卧床休息,避免劳累,急黄患者必须卧床,恢复期和转为慢性久病患者,可适当参加体育活动。

6.2.2 精神心理调摄 由于本病易于迁延、反复甚至恶化,因此,患病后容易精神焦虑,忧郁善怒,致使病情加重。宜使患者正确认识与对待疾病,树立乐观精神,保持心情愉快舒畅,肝气调达,有助于病情康复。

6.2.3 饮食营养调摄 发病后往往出现纳呆、恶心呕吐、腹胀、乏力等脾胃纳运不足表现,故调摄饮食是主要的辅助疗法,饮食宜清淡、富有营养、易于消化,并多食蔬菜和水果,但注意适度,不可过偏。忌食生冷,忌食煎炒炸等油腻及辛辣刺激饮食,如酒类、辣椒、胡椒粉、咖啡、浓茶、生姜、生葱、生蒜等,防止助湿生热,阻碍脾胃运化;忌食机械性刺激食物,如尖锐、硬、脆、粗纤维食物,避免损伤血络,导致出血。黄疸患者在恢复期更忌暴饮暴食,以防重伤脾胃,使病情加重。

可根据中医证型辨证食疗:急性黄疸型肝炎属湿热可选鸡骨草煲田螺、猪胆汁,以清热利湿退黄;癥瘕黄疸伴水肿、尿少,证属水湿困脾者,可选鲤鱼赤小豆汤以祛湿利水消肿。

7 转归与随访^[5,62]

黄疸的转归与病邪性质、体质强弱等有关。阳黄、阴黄、急黄在一定条件下可互相转化。阳黄若失治误治,病邪深重,内陷心肝,迅速出现热毒炽盛症状可转为急黄;阳黄日久,损伤脾阳,湿从寒化,可转为阴黄;阴黄重感湿热之邪,又可发为阳黄;急黄若热毒炽盛,内陷心包,或大量出血,可出现肝肾阳气衰竭之候;黄疸经久不愈,可转为积聚、鼓胀。

黄疸以速退为顺,治之数日,黄色渐退,则病情好转,病当向愈,反之病情发展,治疗难痊。阳黄预后良好,唯急黄邪入心营,耗血动血,预后多不良。至于阴黄,若阳气渐复,黄疸渐退,则预后较好;若阴黄久治不愈,化热伤阴动血,黄疸加深,转变为鼓胀重症则预后不良;急黄病死率高,若出现肝肾阳气衰竭之候,预后极差。应注意观察患者的细微症状、仔细对其进行健康教育,提醒患者及时复查,及早发现肝功能异常,尽早治疗,以防止病情加重。

共识执笔人:

孙大娟(山东中医药大学附属医院)、迟莉丽(山东中医药大学附属医院)

共识制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家:

朱西杰(宁夏医科大学)、王宪波(首都医科大学附属北京地坛医院)、季光(上海中医药大学)、鱼涛(陕西省中医医院)、周正华(天津中医药大学第一附属医院)、袁红霞(天津中医药大学)

组外函审专家:

王捷虹(陕西中医药大学附属医院)、刘俊宏(甘肃中医药大学附属医院)、许二平(河南中医药大学)、徐健众(重庆市中医院)、曹志群(山东中医药大学附属医院)

定稿审定专家+审稿会投票专家:

王风云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、吕林(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、任顺平(山西中医药大学附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘震(中国中医科学院广安门医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院白云医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)、李艳彦(山西中医药大学附属医院)、杨倩(河北省中医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、沈洪(南京中医药大学附属医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院)、季光(上海中医药大学)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、赵迎盼(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、袁红霞(天津中医药大学)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、黄恒青(福建省中医药科学院)、黄穗

平(广东省中医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)

共识工作秘书:

梁峻尉(山东中医药大学附属医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 刘成海. 黄疸诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(16): 118-120.
- [2] 国家市场监督管理总局, 国家标准化管理委员会. GB/T 16751. 2-2021, 中医临床诊疗术语第 2 部分: 证候[S]. 北京: 中国标准出版社, 2021.
- [3] 国家中医药管理局, 国家卫生健康委员会. GB/T 15657-2021, 中医病证分类与代码[EB/OL]. (2020-11-16)[2023-02-01]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.htm.
- [4] 国家技术监督局. GB/T 16751. 2-1997, 中医临床诊疗术语证候部分[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [5] 张伯礼. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 220-220.
- [6] 国家中医药管理局, 国家卫生健康委员会. 国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知[EB/OL]. (2020-11-16)[2023-02-01]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_63703.htm.
- [7] 田凤鸣, 杨维福. 黄疸源流考略[J]. 河北中医, 1988, 9(2): 48-49.
- [8] 王冰. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 77-321.
- [9] 阎小燕. 黄疸中医证治沿革史[D]. 济南: 山东中医药大学, 2006.
- [10] 范永升. 金匱要略[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 180-181.
- [11] 南京中医学院. 诸病源候论校释(上册)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1980: 12-13.
- [12] 赵佶. 圣济总录[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 1100-1123.
- [13] 韩祗和. 伤寒微旨论[M]. 上海: 上海千顷堂书局, 1914: 59-61.
- [14] 罗天益. 卫生宝鉴[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 176-298.
- [15] 刘伟招. 基于中医文献的黄疸病名研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2020.
- [16] 程国彭, 田代华. 医学心悟[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 178-188.
- [17] 王辰. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 606-611.
- [18] 武璇, 李尚点, 刘丹, 等. 以阴阳为纲辨治黄疸新解[J]. 环球中医药, 2021, 14(2): 309-312.
- [19] 李莹, 卢秉久. “脾色必黄, 瘀热以行”论治黄疸浅释[J]. 中国医药科学, 2020, 10(19): 101-104.
- [20] 张璐. 张氏医通[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 227-227.

- [21] 赵申申,姚佳音,曲丽芳.“发黄”中医研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2014,16(12):136-139.
- [22] 刘文志. 基于文献研究国医大师治疗黄疸的经验[D]. 长沙:湖南中医药大学,2020.
- [23] 廉亚男,谭善忠. 黄疸之中医脏腑论治[J]. 江苏中医药,2016,48(2):11-14.
- [24] 张声生. 中成药临床应用指南消化疾病分册[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:213-280.
- [25] 曹思思,陈新瑜. 黄疸的中医治疗进展[J]. 中国中医急症,2016,25(12):2312-2315.
- [26] 蔡小辉,刘晓玲,陈锦珊. 中药制剂治疗黄疸型肝炎的研究进展[J]. 中南药学,2017,15(10):1413-1417.
- [27] 李董男. 宋代以来中医黄疸证治史研究[D]. 合肥:中国科学技术大学,2006.
- [28] 萧焕明,罗国亮,池晓玲. 古代不同时期黄疸证治规律探析[J]. 中医杂志,2012,53(23):1998-2001.
- [29] 郭留霞.《伤寒微旨论》学术创新思想探析[J]. 中医学报,2018,33(8):1463-1466.
- [30] 朱震亨. 丹溪治法心要[M]. 北京:人民卫生出版社,1983:43-44.
- [31] 谭春雨,梁慧风,朱音,等. 朱丹溪肝病相关病症医论验案思想探微[J]. 中华中医药学刊,2011,29(10):2216-2218.
- [32] 刘汶. 读《丹溪心法》悟关幼波肝病理论[J]. 中国中医药现代远程教育,2011,9(12):7-7.
- [33] 张景岳. 景岳全书[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:712-712.
- [34] 李友白,薛博瑜. 张景岳治疗肝病学术思想初探[J]. 江苏中医药,2008,40(12):16-17.
- [35] 唐容川. 血证论[M]. 天津:天津科学技术出版社,2005:117-117.
- [36] 唐容川. 唐容川医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,1999:47-47.
- [37] 徐明. 偏方妙用一学就会[M]. 福州:福建科学技术出版社,2011:32-33.
- [38] 罗思,陈新瑜. 外治法治疗黄疸概述[J]. 实用中医药杂志,2019,35(2):251-252.
- [39] 朱芳红,杨伟宁,姜铭,等. 悬灸配合中药泡浴治疗黄疸型肝炎的效果及对炎症因子的影响[J]. 中医药信息,2020,37(4):68-71.
- [40] 邹逸天,华海青. 黄疸药浴疗法退黄作用浅析[J]. 中医外治杂志,1995,4(3):31-31.
- [41] 胡美英. 不同浓度白醋灌肠治疗肝性脑病的疗效[J]. 实用临床医学,2012,13(7):16-17.
- [42] 田广俊,池晓玲,常钢,等. 中药灌肠防治 TIPS 治疗肝硬化门静脉高压伴上消化道出血术后肝性脑病临床观察[J]. 新中医,2018,50(12):87-91.
- [43] 龙富立,毛德文. 优化中药保留灌肠技术治疗肝性脑病多中心临床研究[J]. 新中医,2012,44(2):59-61.
- [44] 刘立公,顾杰. 黄疸的古代针灸治疗特点[J]. 上海针灸杂志,2000,19(2):48-49.
- [45] 刘春云,李俊义,雷华. 隔姜灸法治疗慢性病毒性肝炎400例[J]. 云南中医中药杂志,2011,32(6):74-74.
- [46] 程井军,吴其恺,孙国杰. 灸法治疗乙型肝炎肝硬化高安红素血症的临床观察[J]. 湖北中医杂志,2008,30(6):51-54.
- [47] 单思,聂鹏,席惠芳,等. 中药治疗黄疸研究进展[J]. 世界中医药,2016,11(11):2486-2489.
- [48] 李元茂. 生大黄在黄疸型肝炎治疗中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2008,6(3):249-249.
- [49] 寇义华,卢军利,董艳,等. 玉米须煎剂对36例急性乙型肝炎型肝炎肝功能保护作用的临床研究[J]. 河北中医,2009,31(10):1476-1477.
- [50] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 石家庄:河北人民出版社,1957:188-208.
- [51] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:143-151.
- [52] 罗仕娟,余世锋,朗建英,等. 中医肝病临床疗效评价量表的信度与效度分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2016,22(10):1350-1353.
- [53] 吴海滨. 基于 FXR 探讨利胆退黄法治疗肝内胆胆汁淤积的的机制及临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2014.
- [54] 黄疸的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报,2016,18(5):248-248.
- [55] Anthony PP, Ishak KG, Nayak NC, et al. The morphology of cirrhosis: definition, nomenclature, and classification[J]. Bull World Health Organ, 1977, 55(4):521-540.
- [56] 中华医学会肝病学会. 肝硬化诊治指南[J]. 中华肝脏病杂志,2019,27(11):846-865.
- [57] Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection[J]. Med Care, 1992, 30(6):473-483.
- [58] Janani K, Varghese J, Jain M, et al. HRQOL using SF36(generic specific) in liver cirrhosis[J]. Indian J Gastroenterol, 2017, 36(4):313-317.
- [59] 黄鑫宇,刘玉,张华颖,等. 慢性肝病与抑郁症研究进展[J]. 中国肝脏病杂志(电子版),2018,10(3):37-42.
- [60] 巩英凤,宋军. 住院慢性乙型肝炎患者生活质量影响因素的筛选分析[J]. 中国临床康复,2005,9(23):6-7.
- [61] 张声生,李乾构,王宪波,等. 肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见[J]. 北京中医药,2012,31(11):868-872.
- [62] 王永炎. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1998:213-214.

(收稿日期:2024-06-28)