

专科专病
名医临证经验丛书

肝胆病

刘燕玲 洪慧闻·主编



人民卫生出版社

专科专病名医临证经验丛书

肝 胆 病

主 编 刘燕玲 洪慧闻

副主编 东文兆 肖守贵

编委 (按姓氏笔画为序)

毛文藻 东文兆 齐 蓓 刘燕玲

肖守贵 赵利民 赵晓威 张谷运

洪慧闻 韩 刚

1454-108

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

肝胆病/刘燕玲等主编. —北京: 人民卫生出版社,
2001

(专科专病名医临证经验丛书)

ISBN 7-117-04610-4

I. 肝... II. 刘... III. ①肝病 (中医)-中医
学临床-经验-中国-现代 ②肝病 (中医)-验方
IV. R256.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 084439 号

专科专病名医临证经验丛书

肝 胆 病

主 编: 刘燕玲 洪慧闻

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph@pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 北京市通县永乐印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 19

字 数: 417 千字

版 次: 2002 年 1 月第 1 版 2002 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印 数: 00 001—3 000

标准书号: ISBN 7-117-04610-4/R · 4611

定 价: 29.50 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

出版者的话

为了进一步抢救、挖掘、继承和发扬名老中医、著名中西医结合医学术思想和宝贵经验，不断提高中医、中西医结合诊疗水平，满足广大中医、中西医结合工作者学习需要和加强中医专科专病建设的要求，我社特组织全国有关专家学者编写了《专科专病名医临证经验丛书》。本丛书是在广泛收集近现代国家级和部分省部级名医临床诊疗经验和学术成果的基础上，经过精选、整理研究、汇编而成的系列丛书。该丛书共 12 个分册，包括呼吸病、心脑血管病、脾胃病、肝胆病、肾脏病、糖尿病、风湿病、血液病、肿瘤、妇科病、儿科病、皮肤病等分册。每一分册均包括两个部分，即疾病篇与方剂篇。其中疾病篇所选医家诊疗经验以病为纲，以人为目；每一疾病均按概述、名医经验、按语三部分来阐述。方剂篇所选医家诊疗经验以病为纲，以证为目，下分列临证有效的专病专方。本丛书作者均为长期在临床第一线从事相关专科专病医疗的工作

者，对名医的诊疗经验和学术思想学习理解颇深，故所收名医经验突出名医在诊疗疾病方面的独到之处，而不是面面俱到、泛泛而谈；其中也选录了少量对某一疾病有独到认识和经验的专家体会，以提高本书的实用性。按语是作者结合个人临证体会加以阐述，对名医辨证思维、遣方用药心得进行挖掘、归纳、提炼，指出各名医诊疗疾病的特点所在，语言精练，客观公允，具有画龙点睛的作用，以便于读者理解和掌握。该丛书资料翔实，内容丰富，重点突出，切合临床实际，为各科临床医生提高诊疗水平提供借鉴。本丛书所收病种一律采用西医病名，所选病种为中医或中西医结合治疗疗效好，有优势、有特色者。本丛书对各级中医和中西医结合医师、中医药大专院校师生、中医药专业研究生学习提高参考价值颇大。

人民卫生出版社

2001年10月

内 容 提 要

本书系《专科专病名医临证经验丛书》之一。集全国名医名家、学者治疗肝胆病临证经验、思路和方法之精粹编撰而成。

全书共分两篇，分别为疾病篇和方剂篇。疾病篇中，介绍了名医名家对常见的 16 种肝胆疾病的病因病机认识、辨证论治、治疗方法、独特用药的经验，有效病案等，重点介绍了 87 位名医治疗慢性肝炎的各自特色。方剂篇中，介绍了实用有效的 100 余首方药。

本书提纲挈领地介绍了名医名家治疗肝胆病的临证经验，内容丰富、精要，为临床医师提供了简便快速查阅名老中医治疗肝胆病经验及方药的一个途径，以此更好地指导临床治疗。本书可供中医、中西医结合临床医师、中医院校的教师和学生参考使用。

编写说明

我国是肝病特别是病毒性肝炎的高发区，乙型肝炎的感染率近 60%，多年来，由于其传染性强，成为我国流行最为严重的传染病之一。不仅影响整个民族的健康素质，也给社会和家庭带来沉重的经济和精神负担，已成为目前我国重要的公共卫生问题，也是世界医学界研究的热点。

中医药在防治肝胆疾病方面，源远流长，早在《黄帝内经》中就有记载，汉张仲景的《伤寒论杂病》对常见肝胆疾病的病因病机、治疗方法已有了颇为详细的论述，为后世医家的治疗提供依据。在长期的医疗实践中，众多医家积累了丰富的临床经验，形成了各自独特的治疗风格，结合现代医学的检测手段，取得了较好的疗效。本书将大量名医治疗肝胆疾病的书籍、数百种医学期刊杂志有关名医经验介绍进行了收集整理，将众多名医对肝胆疾病发病机制的认识、治疗经验并附以有效病案、有效方药等一一介绍，目的是为临床医师提供方便快捷查阅名医诊治经验、有效方药的一个工具，希望能助治疗肝胆疾病的医师一臂之力。

本书编写时间较为仓促，内容较多，错漏之处难以避免，期望广大读者及时指正，以共同提高。

编者

2001 年 9 月

目 录

疾 病 篇

急性肝炎	1
慢性肝炎	72
肝硬化	271
病毒性肝炎后肝硬化	272
血吸虫性肝硬化	303
酒精性肝硬化	314
药物性肝硬化	318
肝硬化腹水	321
肝性脑病	390
肝硬化上消化道出血	395
肝癌	398
脂肪肝	413
肝脓肿	418
肝豆状核变性	424
胆石症	427
胆囊炎	442
胆道蛔虫病	457

方 剂 篇

急性肝炎	461
慢性肝炎	475
淤胆性肝炎	514
肝硬化	515
血吸虫性肝硬化	529
药物性肝硬化	532
肝硬化腹水	534
肝性脑病	545
肝硬化上消化道出血	548
肝癌	550
脂肪肝	552
肝脓肿	556
肝豆状核变性	561
胆石症	565
胆囊炎	580
胆道蛔虫病	592

疾 病 篇

急性肝炎

【概述】

急性病毒性肝炎指由肝炎病毒所引起的一种以肝脏损害为主的全身性急性传染病。病理学上以急性肝细胞坏死和炎症反应为特点。一般以乏力、精神不振、肝区疼痛、食欲减退、恶心、厌油腻、肝肿大及肝功能异常为主要临床表现，部分患者出现发热、黄疸。诊治及时，调护得当，病情大多能顺利恢复，少数迁延成慢性，极少数呈重症经过。其主要发病机制较为复杂，尚未完全阐明，主要与病毒感染及免疫反应因素有关，目前能通过特异性检查明确的肝炎病毒至少有六种，即甲、乙、丙、丁、戊、庚型肝炎病毒，分别引起甲、乙、丙、丁、戊、庚型病毒性肝炎。其他病毒如腺病毒、单纯疱疹病毒、巨细胞病毒、EB病毒、科萨奇病毒、B群风疹病毒等也可引起肝内炎症，但各有独特的临床表现，不包括在本书范围之内。

中医学认为本病属于“黄疸”、“胁痛”、“疫毒”、“郁症”等范畴。多由于脾胃素虚，或因饮食不慎，酒食不洁，以致脾

胃运化失常,湿浊内生,或因情志失调,劳伤过度,复感疫毒时邪而发病。急性发病以实证为主,病机主要为邪毒、湿热蕴结,气滞血瘀。由于湿热的轻重及邪毒入侵气血之深浅的不同,故而出现黄疸与无黄疸的不同类型。急性期黄疸,常为阳黄,此时邪气盛而正气未伤。疫毒入侵与湿邪互结,湿从热化,熏蒸肝胆,致肝失疏泄,胆汁外溢,浸淫肌肤,下流膀胱,使面目小便俱黄,黄色鲜明。若湿热较轻,侵犯脾胃,以气滞为主,胆汁尚能循常道而泄利,可不出现黄疸,而常以胁痛为主,因情志失调,肝气郁结,或气郁日久,气滞血瘀,瘀血停积,或脾失健运,湿热内郁,疏导不利,均可导致胁痛。

总之,劳倦、情志、饮食、感受外邪是本病的诱因,肝、脾、肾三脏功能失调是发病的内因。疫毒、湿热之邪是发病的关键。临床依据流行病学、症状、体征、肝功能试验、病原学和血清学检查结合病人具体情况及动态变化进行综合分析,可进行合理的、有效的治疗。

【名医经验】

1. 关幼波诊治经验

关氏认为,急性病毒性肝炎不论黄疸型和无黄疸型,其致病因素都是以湿热为主,其中黄疸型肝炎湿热较重,无黄疸型湿热较轻,但它们又有一个共同特点,即“肝病犯脾”,均以中州失运为主证。故在治疗中治理中州,清利肝胆湿热的治疗原则应贯穿整个过程。

关氏对于急性病毒性肝炎的治疗特色,概括起来为“三辨”、“三要”、“三原则”、“两重视”。

三辨:首辨湿热轻重。湿热证见:纳呆、恶心、呕吐、灰油

腻、发热心烦、尿黄短少。若湿重于热，兼见头身困重、腹胀、便溏、苔白腻、脉沉滑，当以利湿为主，兼以清热，可用茵陈五苓散加减；若热重于湿，兼见口渴、烦躁、苔黄腻、脉弦数，当以清热为主，兼以利湿，可用茵陈蒿汤加减；若湿热并重，当以清热利湿，兼以解毒泻火，用茵陈栀子银花汤加减。二辨在气在血。关氏认为：急性病毒性肝炎“有黄湿热较重，无黄湿热较轻”，有黄是湿热入于血分，瘀阻血脉，蕴毒生痰，瘀阻血络，熏蒸肌肤而发黄疸，在治疗上清利宜重、偏于治血；无黄是湿热入于气分，胆汁尚能循常道而泄利，故不出现黄疸，在治疗上清利宜轻、偏于治气。实际上气与血互相关联，难于截然分开，无黄只是偏于气分，并非完全不入血，故仍稍佐治血，临床上常可见到开始为无黄，由于治疗不及时，正气虚衰，正不抗邪或复感外邪，湿热久蕴而入血，瘀阻血分，仍可出现黄疸，相反，如果治疗及时，正气渐复，正盛邪却，湿热由血透气病情减轻，疾病自愈。三辨三焦部位。湿热侵入三焦，一般以偏于中上二焦、中下二焦和弥漫三焦为多见，湿热偏于中上二焦主要是看舌苔，如苔白，黄或腻，并以恶心、厌病腻、纳呆、身重乏力为多见，其治疗以芳香化浊为主，如藿香、佩兰、银花、杏仁、橘红等；湿热偏于中下二焦主要看大小便，如尿黄短少、大便燥结，随证选用茵陈蒿汤化裁；若湿热下注膀胱证见尿黄赤、尿频、少腹急痛，尿道灼痛等，可用八正散化裁；若湿热下注大肠，见腹痛、泄痢、里急后重、肛门灼热等，用白头翁汤或葛根芩连汤化裁；若湿热弥漫三焦，则为病情危重之象。

三要：治黄要治血，血行黄易却。关氏认为，黄疸主要是湿热蕴于血分，病在百脉，百脉即周身血脉，肝为藏血之脏，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，主要是湿热瘀阻血脉，所以治疗也从治血入手，

即在清热祛湿的基础上加用活血药,活血又可分为凉血活血,养血活血,温通血脉。凉血活血旨在清血中瘀热,凉血而不滞邪,使之血脉通达,湿热得除,热邪得清,瘀结得散,常用的药物有:生地、丹皮、赤芍、白茅根、小蓟、藕节等。养血活血的药物必须是养血而不助热,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、郁金等,用以治疗热邪灼伤阴血,血热血虚兼见者。温通血脉主要是使用温阳通脉的药物,化散瘀滞,疏通百脉,去除寒湿,常用药有附子、桂枝等。并特别指出运用活血药有四大优点:即加快黄疸的消退,有利于肝脾肿大的软缩,有助于肝功能的恢复,缓解肝脾区的疼痛。

治黄要解毒,毒解黄易除。当湿热久羁蕴而成毒,或兼感疫毒之时,毒助热势,热助毒威,必须加用解毒之品,尤对现代医学的急性炎性病变和转氨酶过高者效果显著。若不加用解毒的药物,则湿热难以化散,黄疸不易消退,临床上根据辨证,运用化湿解毒(薄荷、野菊花、藿香、佩兰、黄芩、黄连等)、凉血解毒(银花、公英、草河车、板蓝根、土茯苓、白茅根、青黛、石见穿)、通下解毒(大黄、黄柏、败酱草、白头翁、秦皮)、利湿解毒(金钱草、车前子、车前草、木通、篇蓄、瞿麦)等,同时配以芳香化湿的药物如藿香、杏仁、橘红以开上中二焦之源,使下焦易于通利。酸敛解毒,主要用于黄疸后期,正气耗伤,病邪漫散不羁,必须在清热祛湿或温化湿滞的基础上,佐用一些酸敛解毒药物,常用五倍子、乌梅、五味子等。

治黄要化痰,痰化黄易散。湿热可以生痰,痰阻血络,湿热瘀阻,黄疸胶固难化。使用化痰散结,祛除胶结凝滞的湿热,痰滞得通,可使黄疸易于消退。化痰法多与行气、活血、化瘀诸法配合使用。常用药物有杏仁、橘红、莱菔子、瓜蒌等。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,均为临证常用药物。关氏通过多年实践体会到,黄疸使用治痰之法,实为治本之策。

三原则:关氏认为:急性肝炎发病急,病程短,治疗的重点在于祛邪,在急性肝炎的辨治中,首先要正确处理祛邪与扶正的关系。

邪实正不虚阶段,当以祛邪。《素问·评热病论》说:“邪之所凑,其气必虚。”可知平素体健正气旺盛的人,一般不会感邪患病。即使因一时之虚,湿热之邪内侵而发病者,由于正气能拒邪于卫分或气分,而形成正盛邪实证型,在治疗上应以祛邪为主。若兼有表证时要在解表的基础上佐以退黄之法,使在表之邪迅速透达,以免湿热缠绵入里,酿成大患。因人体正气未衰,故运用解表、利尿、通下、清热、解毒、活血、化痰等祛邪之法,祛邪即是扶正。急性肝炎初期,体质尚强,正气可支,兼外邪而见表证者,重在清热解表,佐以化湿,使在表之邪迅速透达,以免缠绵久羁。

邪实正已虚阶段,要用攻补兼施之法。一般来讲,正虚的原因有两种:一是素体虚弱,一是因病致虚。正虚是导致外邪深入机体的内在因素。如果内侵之邪过盛,就形成正虚邪实的证型,此时往往病情较重,治疗起来也较困难。在这种情况下,如果单纯补虚则可碍邪,反之,若单纯祛邪则必将更损其正。故在邪实明显时治疗以祛邪为主,佐以扶正;在正虚严重时,治疗以固本为主,辅以祛邪。重要的是,本阶段一定要牢记:“祛邪勿忘扶正,扶正勿忘祛邪”的原则。

在正虚邪衰阶段,当以扶正为主。正气虚弱,除上述两种原因外,还有在治疗过程中因过用泻热、通利、攻下以及破气、破血之剂,病邪虽减,正气大伤,此乃因治疗不当而致虚。

在正虚为主情况下,或体内尚有少量余邪,或复感少量外邪,形成虚多邪少证型,主要以扶正固本为法,令其气血充足,阴阳调和,脏腑功能旺盛,即使体内有少量余邪也必将会由于正气的恢复而消除。这就是中医学“扶正以祛邪”的原则。但在具体运用上,也不排除根据临床见证,在不损伤正气的情况下,辅佐一些祛邪之品,这样可达到正复邪尽的目的。

两重视:重视治愈后的巩固,防止复发。关氏认为:急性病毒性肝炎,虽然病势较急,预后一般较好,但在恢复阶段必须注意调理,巩固治疗,湿热之邪侵入人体后,最易损伤肝脾肾三脏,造成肝郁脾虚,肝肾不足和肝胆湿热未清等证型,如果治疗不彻底,则易复发,向慢性转化。因此,在临床上即使肝功能已恢复正常,自觉症状完全消失,也不宜过早停药,而要继续治疗一个阶段加以巩固。防止复发。

重视辨证与辨病的关系。对急性病毒性肝炎的诊断,除了临床症状外,还应结合化验和物理检查,以确定其病因和病性。所以治疗此证在中医辨证的同时,还要考虑辨病的问题,同时结合化验和物理检查,如胆红素、肝功、超声波的检查等仔细分析,方不致谬。

病案举例:

例1:急性甲型黄疸性肝炎

患者7天前发热,两天前热退,全身皮肤巩膜发黄,大便曾有白色,身痒,恶心,厌油腻,口苦咽干,尿黄。化验:黄疸指数60U,凡登白试验迟缓阳性,胆红素 $>68.4\mu\text{mol/L}$,尿三胆阳性,ALT700U、AST245U, A/G 4.4/3.5, HBsAg 阴性。腹平柔软,肝脾未及,巩膜皮肤呈橘黄色。舌苔薄白,舌质正常,脉沉弦。证属湿热内蕴。治以清利湿热,活血解毒,佐以化痰。处方:茵陈30g,青蒿10g,金钱草30g,杏仁10g,橘红10g,炒山栀10g,丹皮10g,丹参15g,白芍15g,山楂15g,熟

军 10g。上药 15 剂后,巩膜皮肤黄染消退,身痒消失,偶有鼻衄,自觉症状不明显,复查肝功 ALT 220U,AST 正常。以上方为主,加用白茅根、阿胶珠以凉血止血,茵陈减为 15g,方中去金钱草、大黄、炒山栀,稍佐沙参、寄生以调补肝肾,月余后复查肝功已全部正常。

例 2:急性黄疸性乙型肝炎

患者两周来恶心、厌油腻、纳呆、口干苦、乏力、尿黄如茶。近一周面目发黄,身肢略觉瘙痒,眼睛酸楚不适。化验检查:黄疸指数 60U,凡登白试验直接即刻阳性,胆红素 $> 68.4\mu\text{mol/L}$,GPT440U,HBsAg 阳性。查体:面部、全身皮肤橘黄色,巩膜发绿,患者精神弱,腹平软,肝脾未及。苔心白,质正常,脉沉滑。证属湿热中阻,蕴而发黄。治以清热祛湿,凉血解毒,佐以化痰。处方:茵陈 30g,青蒿 15g,金钱草 30g,板蓝根 15g,苡米 15g,杏仁 10g,橘红 10g,丹皮 10g,丹参 15g,白芍 20g,熟军 10g,草河车 15g,山楂 15g。服上药 30 剂后复查黄疸指数 4U,凡登白试验阴性,胆红素 $6.84\mu\text{mol/L}$,GPT 正常,HBsAg 阴转。自觉症状消失,继服上方减茵陈用量,去金钱草、熟军。治疗两月余,重返工作岗位。

例 3:急性黄疸性丙型肝炎

患者于一月前突然出现双目及全身发黄,且逐渐加重,经用各种西药及中药茵陈、五苓散等治疗,黄疸仍呈上升趋势,胆红素由 $64.98\mu\text{mol/L}$ 上升到 $71.82\mu\text{mol/L}$,GPT500 单位以上,HBsAg 阴性,抗-HCV 阳性。现症:巩膜及皮肤深度黄染,色泽鲜明,全身皮肤瘙痒难忍,食欲不振,胃脘堵闷,腹部胀满,恶心欲呕,呃逆频频,时感头晕,精神倦怠,睡眠尚安,小溲黄赤如浓茶,大便溏软日解 3 次,舌苔黄垢而腻,舌质正常,脉沉滑而数。证属湿热蕴于肝胆,阻遏中上焦,胃失和降。治以清热利湿,解毒活血化痰,理气和中。处方:茵陈

50g,蒲公英 30g,草河车 10g,赤芍 10g,杏仁 10g,橘红 10g,旋覆花 10g,生赭石 10g,砂仁 10g,枳实 10g,焦四仙 30g,车前子 20g,六一散 10g,炒栀子 10g,藿香 10g。上方一剂后,即觉上下通气,呃逆矢气通畅,脘腹顿感舒畅,更服两剂后,自觉诸症明显减轻,黄疸渐退,手臂及面部肤色接近正常,晨起尿色仍深黄,而白天尿已正常,恶心欲呕已除,胃满腹胀不明显,食欲好转,精神体力有所康复。唯身瘙痒不减。舌苔前半部已退,根部仍黄腻。上方枳实改枳壳,减覆花、生赭石、杏仁、橘红,加苦参、荆芥、防风、地肤子、白鲜皮,共服 14 剂,纳食增加,头晕、腹胀、身痒均除,精神佳,二便正常。化验检查:GPT 正常,胆红素 $11.97\mu\text{mol/L}$,抗-HCV 阳性。处方:茵陈 30g,公英 20g,茅根 30g,草河车 10g,赤芍 10g,丹皮 10g,枳壳 10g,砂仁 6g,厚朴 10g,焦四仙 30g,车前子 10g,滑石 10g,白术 10g,藿香 10g,杏仁 10g,橘红 10g。服上方后,患者一切正常,唯略感纳食不香,体力稍差。再拟健脾养胃,稍佐利湿清热之剂。方用:党参 10g,白术 10g,云苓 10g,砂仁 6g,藿香 10g,焦三仙 30g,炒莱菔子 10g,茵陈 20g,公英 29g,丹参 20g,车前子 10g,鸡内金 10g,枳壳 10g,佛手 10g。共服 14 剂,复查肝功全部正常,自觉症状已无,上方间日一剂继服,另加乌鸡白凤丸中午服一丸,以巩固疗效。〔1〕

2. 汪承柏诊治经验

对于急性黄疸型肝炎的病因、病机,汪氏主要从以下几方面考虑:

湿热:由于湿热郁蒸于里不能外泄。湿邪无出路,邪热不得外达,水湿与热邪相蒸不解,郁而不达,从而酿发黄疸。此证临床上有两种特殊证型,一种为长夏季节(阴历 6~7 月)湿热型,但本属脾虚。急性肝炎在长夏季节发病,或慢性

肝炎在此季节发作多为湿热。该季节炎热多雨,湿为阴邪,其性重浊,易伤阳气,湿邪伤中,阻遏气机,清阳不得舒,胃气不得和,下焦不得畅,故有胸腹胀满,大便不爽等湿邪弥漫三焦之见症,单纯用清利湿热法难以取效,当以三仁汤(若有热重者可与甘露消毒饮合方)宣畅三焦,疗效甚佳。另一种为素体脾虚或久服苦寒之品,胃受损,日久湿困,湿久化热,症见四肢倦怠,胃脘胀满,大便稀溏,舌苔黄腻。治疗取苓桂术甘法,去白术中滞、甘草易胸满之弊,仅取苓桂,疗效满意。

火盛:多见于急性重症肝炎或亚急性重症肝炎早期,特点为起病急,来势凶,大都由太阳中风,未用调和营卫解肌发汗之法治疗,却误用火劫法发汗,产生很多变证。风属阳邪,被火劫后,火热之气致邪风愈盛,风火相加,首先使血气运行失去了正常规律,风与火两阳熏灼,热发于外,以致周身肌肤发黄。

寒湿:寒湿为阴邪,其所致之黄为阴黄。乃脾胃为寒湿所伤,脾胃的健运困顿,湿瘀而不化,所以郁而成黄。

瘀热:瘀热发黄,系指血瘀、血热所致之黄疸。汪氏在收治的重度黄疸型肝炎患者中95%以上以血瘀血热型为主证。它的特征是病程长、里热盛、血瘀症重。其原因主要有以下几方面:久病致瘀、因湿致瘀、因热致瘀、气虚致瘀和阳虚致瘀。谈到血热的原因他认为主要有两种:首先是肝郁,因各型肝炎病初为湿热,其病位在肝胆脾胃,但病久必导致肝郁。其次是久用温药,因为有的病人形似阴黄而用肉桂、附子等温热药,有的长期服用激素,均可导致里热炽盛。也有久服苦寒之品,化燥伤阴,而致热甚。

对于黄疸型肝炎的治则方药常用以下几种:

清热利湿法:此法对于急性轻度、中度黄疸肝炎或重度黄疸肝炎而病程尚短者,确有明显退黄作用。但对病程较长

而有重度黄疸之急性肝炎不宜作为退黄大法。

泻火滋阴法:适应于阳明腑实证,可见面红,目赤,气粗、口臭、唇燥,神昏谵语,手足躁动不得安卧,大便秘结,小便短赤,舌红,苔黄糙或焦黑,脉数。汪氏特别提出:“病因是火盛,病位是阳明,证属阳明腑实。应注意与热入心包相区别,因二者治疗原则不同”。方药:牛黄承气汤;安宫牛黄丸(每4小时1次,每次2丸,加牛黄0.5g);大黄10g煎汁送服丸药。注意:安宫牛黄丸用量要大,用的时间要长,服至清醒后再减量继续服。如有反复者再用,疗程较第一次要长。应用大黄是釜底抽薪,保持大便每日2~3次。肝风内动证:四肢抽动,口角抽搐,头摇,脉弦。引起肝风内动的原因有三,一为肝肾阴虚,津液不足,或失血过多,虚风内动;二为肝气郁结化火,火升动风;三为感受温邪,邪热炽盛,热极生风。治疗宜犀角地黄汤加减或与局方至宝丹并用。犀角6g(水牛角代),生地15g,白芍15g,丹皮15g,川连10g,生石膏30g,柴胡6g,黄芩15g,栀子15g,知母12g,黄柏12g,茵陈30g,甘草6g。同时服安宫牛黄丸2丸,日3次。湿浊蒙蔽证:可见神志昏糊,困倦呆钝,身重不语,或语声低微,面色暗黄或如蒙尘垢,目黄,舌苔粘腻,脉滑,胸闷腹胀,下肢肿,小便短赤或淋漓不爽。方药可选用黄连、生地、山栀、知母、赤芍等,若腑气内闭,脉实有力者加大黄、元明粉、全瓜蒌、枳实。若舌红而干,阴虚液少而火重者,加元参、麦冬、沙参、石斛、芦根。涤痰用陈皮、半夏、远志、胆南星、菖蒲、竹沥、竺黄。血结瘀阻证:可见身热狂躁谵妄,腹满而痛,大便色黑,小便尚清,病后月经停闭,因感受外邪,热盛于里,热血相搏,扰于心神。治疗宜活血祛瘀。药用:当归、桃仁、红花、大黄、川芎。

凉血活血法:此法乃汪氏治疗黄疸型肝炎的主要方法。其选药原则主要有三:针对病因病机及重度黄疸的主要证

型;参照古代医家治验;结合现代医学重度黄疸发生机制。主药有①丹参:配伍其他凉血活血之品,治疗重度黄疸,每日可用20~30g,配伍葛根治疗残留黄疸屡建功效。此外,用于降酶、降脂亦颇有效。②大黄:是治疗黄疸的主要药物,古代治黄百余方中有三分之一含有大黄。近代有用大黄单味治疗高黄疸、淤胆型肝炎,有胆腑不通者,常用承气汤以通腑逐瘀利胆,本品配其他凉血药治高黄疸取效甚速。每日可用至10~30g,保持大便3~4次/日。若腑气不通可伍用元明粉,有脾虚泄泻者忌用。③葛根:现代研究其利胆作用优于栀子、茵陈。配伍其他凉血活血药治疗重度黄疸甚效,与丹参配伍可治残留黄疸。用量20~30g。本品兼有降酶作用。④茜草:配伍其他凉血活血药具有明显退黄作用。此外,具有清除免疫复合物及抗过敏作用,对胆汁淤积伴有高热、皮疹者,其退热、消退皮疹作用迅速。本品还可抑制 γ 球蛋白的产生,对高 γ 球蛋白血症能使之迅速降至正常。故降絮效果相当满意。⑤当归:能生血滋阴,滋阴即能退热,故对有血热、阴虚内热者尤为适宜。⑥赤芍:是汪氏治疗黄疸的主要药物。在病情极为严重的情况下加大赤芍用量后病情全面好转,乃至各项指标复常。经验证,赤芍对黄疸持久不退的急性重度黄疸型肝炎确有着显著的退黄作用。用于治疗长期重度胆汁淤积症取效非常迅速。用量虽大而对肝、肾、肺等主要脏器无损害。现代医学研究证明赤芍有降低血粘及抗菌、抗炎、解痉、退热、利尿、保肝、降低门脉压等作用。经过临床大量病例证明,以赤芍为主的赤芍合剂胶囊对胆红素大于 $171\mu\text{mol/L}$ 的各型重度黄疸型肝炎,退黄有效率为89%。⑦生地:配伍当归防止伤血,尤其对黄疸伴有出血、瘀斑者尤为适宜,有黄腻苔者不宜用。⑧丹皮:配伍茜草旨在清热凉血,特别是对有皮疹者用之尤宜。对于凉血活血药治疗黄疸

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医

的作用机制,汪氏通过临床应用和研究,认为有如下作用:降低 TXB_2 、 PGF_1 。改善血液粘稠度,增加肝脏血流量,降低血液 ACE 浓度,加强胆红素结合,利胆作用,通便作用,利尿作用,改善肝脏亚微结构,改善肝脏病理。

汪氏对凉血活血药的抗病毒作用进行了实验研究,认为其退黄作用有效率为 89.4%,急性慢性肝炎重度黄疸病人 HBeAg 转阴率分别为 60% 及 65%,并对肝组织中 HBsAg、HBcAg 有一定转换作用。

病案举例:患者为女性,20 岁。于一周前自觉不适,发热,体温 37.7°C 左右,按“上感”给予感冒灵、去痛片,3 日后热退,但出现恶心纳差,厌油,乏力,尿呈浓茶色。在某医院查尿胆红素(+),ALT1200U/L, TBil53 $\mu\text{mol/L}$,以“肝炎”收入院。查体: $T36.8^\circ\text{C}$, P86 次/分, Bp100/68mmHg。急性病容,皮肤、巩膜黄染,无肝掌、蜘蛛痣,心肺未发现异常,肝在肋下 0.5cm,质软,有触痛及叩击痛,脾肋下未及。化验: TBil92 $\mu\text{mol/L}$, ALT2000U/L, HBsAg(-), 尿常规:胆红素(+),尿胆原少量。B 超提示肝实质损害。目前症状:皮肤瘙痒,大便干,日一次,色黄,咽干痛,口渴欲饮,饮水多,尿色深黄,苔白腻,舌质紫暗,脉滑。辨证为湿热血瘀,治宜清热利湿活血。处方:茵陈 15g,丹参 15g,丹皮 15g,杏仁 15g,赤芍 60g,大黄 9g,葛根 30g,瓜蒌 30g,半夏 15g,川芎 15g,栀子 12g,黄芩 15g。二诊:服上方 8 剂后,自觉皮肤瘙痒稍减,纳可,便调,口渴略减,皮肤及巩膜仍明显黄染,舌苔已基本消退,脉弦,ALT145U/L。调整处方:丹皮 15g,丹参 15g,葛根 30g,赤芍 80g,尾连 15g,生地 15g,川芎 15g,红花 15g,白鲜皮 15g,陈皮 15g,地肤子 15g,生石膏 30g。三诊:上药服 4 剂后,食欲尚可,无恶心、厌油,皮肤仍然瘙痒,夜间睡眠差,皮肤及巩膜黄染,ALT70U/L,原方加丹参至 30g,加龙骨

30g,牡蛎 30g;四诊:服上方 6 剂,皮肤仍瘙痒,时有咽痒,干咳,纳可,便调,尿黄,舌苔少许,脉大而弦,方用:生地 15g,丹皮 15g,丹参 15g,尾连 15g,防风 15g,茵陈 15g,葛根 18g,白茅根 30g,地肤子 15g,元参 15g,橘根 9g,白鲜皮 15g。五诊:药进 10 余剂,自诉纳佳,便调,尿黄,口不渴,饮水不多,皮肤瘙痒已基本消失,苔薄黄,脉细弦,ALT287U/L。处方:丹参 30g,丹皮 15g,生地 15g,赤芍 60g,葛根 30g,茵陈 15g,川芎 12g,陈皮 15g,地肤子 15g,黄芩 15g,栀子 12g,白鲜皮 15g。六诊:又进 10 余剂后,自诉无不适,症状继续减轻,ALT429U,守上方 6 剂。七诊:自诉无不适,ALT728U/L,更方如下:丹参 15g,丹皮 15g,葛根 30g,白芍 30g,青黛 15g,生山楂 30g,黄芩 15g,栀子 15g,陈皮 15g,野菊花 15g。八诊:连进两周,已无自觉症状,ALT130U/L,调方治疗。葛根 30g,丹参 15g,丹皮 15g,陈皮 15g,黄芩 15g,栀子 12g。九诊:无不适,肝功正常。茜草 15g,丹参 15g,稀莪草 15g,葛根 18g,白芍 30g,萆薢 15g。体会:本例患者前后共治疗两个多月,西医诊为急性黄疸型肝炎,伴肝内严重胆汁淤积,给予保肝治疗,中医辨证按湿热蕴结,气滞血瘀论治。初期以清利法效果不理想,加用激素治疗也无效,最后用活血凉血中药治愈,处方中主要是重用赤芍。汪氏通过临床观察认为,赤芍是治疗急性黄疸型肝炎不可缺少的药物。〔2〕

3. 潘澄濂诊治经验

潘氏治疗急性病毒性肝炎,临床辨证以六经为纲。他认为只有以六经辨证为基础,才能作出较全面较灵活的辨证,方能避免顾此失彼之误。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,也可知其变。

对急性病毒性肝炎黄疸型者主要是以阳明为主的热重于湿证和以太阴为主的湿重于热证,如患者身体素虚,抵抗力低下,热毒邪盛,则可致邪入厥阴,而呈现狂乱昏迷的湿热炽盛证,及文献所称的“急黄”之症,颇似重症传染性肝炎,发展成为亚急性肝坏死。此时,可有呈少阴阴虚为主的热毒伤阴症,也有呈现太阴阳虚为主的脾困湿壅证。黄疸在三阳以阳明经证为主,在三阴以太阴经证为主,另外尚有太阳经证、少阳阳明合病证、太阴少阴合病证、厥阴心包证。

潘氏对急性传染性黄疸型肝炎的治疗,主药是山栀、郁金、茵陈。热重于湿加黄柏、半枝莲或大黄清热以利胆;湿重于热证,加胃苓汤燥湿以健胃。此病在发病之初期,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,用主药合小陷胸汤治疗,或加内金、麦芽以健胃,每获较好疗效。

对于急性无黄疸型病毒性肝炎要抓住肝郁与脾困证的主次而辨证,肝郁主要表现为少阳证,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,由于脾困,则易促使气阻湿滞而气虚,这是急性无黄疸性肝炎病变发生和发展的一般规律。然而,肝郁和脾困,是互相联系互为影响的。所以,辨别肝郁与脾困的主次,是施治的关键。临床选用山栀、郁金、丹参(或茜草)为主药,如以肝郁为主则配柴胡疏肝散,以脾困为主者则配平胃散。

潘氏特别强调:对无黄疸型肝炎的肝功能长期异常,要想改善,离不开辨证施治的法则,单凭化验报告的数据,是无从着手的,必须从整体出发,与证同参。例如对 GPT 升高,根据病情,辨别虚实寒热,甚为重要。一般来说,急性肝炎以属热属实为多见,可于治疗常规方法中,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。对于降酶,

不能执一方一药而不变。^[3]

4. 姜春华诊治经验

姜氏治疗急性病毒性分为黄疸型和无黄疸型。他认为“凡黄疸型肝炎初起总以湿热为本；二者之中以热为本，以湿为标，治疗以清热为主，利湿次之，因为清热有消炎解毒作用，利湿有渗利小便增加排除黄疸作用，利湿可协助清热。但单纯利湿不能治本。”在治疗中，尊明代吴又可对茵陈蒿汤的看法：认为大黄为治疗黄疸之主药，故改变茵陈蒿汤的分量，重用大黄，而轻用茵陈。吴氏说：“设去大黄而服山栀、茵陈，是忘本治标，鲜有效矣。”姜氏在此基础上对无黄疸型肝炎所表现的中医证候方面也做了调查统计，有以下几种情况：一者舌质偏红、苔薄白或微黄；二者口苦或口干；三者小便黄；四者脉弦。总的符合率在70%左右。其脉证符合肝热证，因此在无黄疸型急性肝炎中可按肝热辨证治疗，也用治黄疸型肝炎的药物，效果亦佳。姜氏在临床辨证论治中，常把黄柏加入茵陈蒿汤内，并加入草药，如田基黄、荷包草、垂盆草、平地木、岗稔根之类，主要从明代方隅著《医林绳墨》中得到启示，通过姜老的验证，认为这些草药的效果确较茵陈、五苓等为好。治疗中也常常配伍黄连、鲜茅根、龙胆草等药，其清热解毒作用对降低谷丙转氨酶也有一定效果。常用量：田基黄30g，大青叶30g，马兰根30g，平地木30g，对座草30g，板蓝根15g，蒲公英30g，秦艽15g，全瓜蒌15~30g，龙胆草9g，柳树枝60g，鲜茅根15~60g，半枝莲15~30g，半边莲30g，麦苗30g。一般选用上药3~4味，同时加些顾护脾胃之品，如陈皮、白术、薏仁、藿香、苏梗之类，黄疸型而小便不利者加茵陈、茯苓、车前子草等。

姜氏在治疗急性肝炎的验案中可以看到：黄疸型肝炎湿

热郁表证,症见发热、微恶寒,身目俱黄,心下痞,作呕,溲黄,舌苔白,脉浮数。以麻黄连翘赤小豆汤加减。麻黄 9g,连翘 9g,赤小豆 15g,桂枝 9g,桑白皮 15g,杏仁 9g,川黄连 3g,鲜茅根 15g,全瓜蒌 15g,上方意在解表清热利水。黄疸型肝炎湿重者,症见胸闷,纳呆,腹胀,尿赤而少,舌苔白腻,脉弦。治以茵陈蒿汤加味。生大黄 9g,山栀 9g,黄柏 9g,田基黄 15g,茵陈蒿 30g,泽泻 9g,对座草 30g,大腹皮 15g。方中大黄配黄柏、田基黄等抗肝炎病毒,此为治本;茵陈蒿配对座草、大腹皮、泽泻利水消退黄疸,此为治标。黄疸型肝炎热重者,症见目络微赤,胁痛,唇、舌俱红,脉弦。治以茵陈蒿汤及四逆散加味。大黄 9g,丹皮 9g,赤芍 9g,柴胡 9g,大青叶 9g,枳壳 9g,茅花 9g,生山栀 9g,茵陈蒿 30g,鲜茅根 30g,甘草 6g。湿热俱重者,症见不思饮食,泛泛欲吐,小便色深似浓茶,大便 3 日未解。舌红、苔黄,脉弦数。治以茵陈蒿汤及栀子柏皮汤加味。生大黄 18g,山栀 15g,田基黄 15g,黄柏 9g,木通 9g,川黄连 6g,茵陈蒿 30g,鲜茅根 30g。对于无黄疸型肝炎辨证属肝热证,症见口苦,纳呆,胸痞,腹胀,肝区不舒,舌质红、苔白,脉弦。处方:生大黄 9g,黄芩 9g,全瓜蒌 30g,山栀 9g,丹皮 9g,川朴 9g,苍术 15g,大腹皮 9g。^[4]

5. 蒋日兴诊治经验

蒋氏认为,治疗急性黄疸型肝炎主要注重清热利湿与调和肝脾两法,因为急性黄疸型肝炎之发病,主要是体内湿热与外感湿热之邪相互搏结,壅滞不解,而体内湿热的产生,肝脾不和是关键所在。肝体阴而用阳,性调达,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。

对于湿热黄疸,症见: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。治宜清热利湿,疏肝解郁,方用:大黄 9g,枳实 9g,川楝子 6g,栀子 9g,白芍 9g,元胡索 9g,茵陈 30g,甘草 5g,柴胡 5g。上方由茵陈蒿汤、四逆散、金铃子散合方化裁,能清热祛湿、利胆退黄,疏肝解郁,并有活血化瘀止痛作用。蒋氏认为,四逆散乃调和肝脾之祖方。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、肝脾失和所致诸证,均可用之,得心应手。《金匱要略》特别强调“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,是指脾土中州受伐而言,今此病病机不在脾虚,而是木滞土壅,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,可加薏仁、茯苓、藿香、木通等。在加利湿药时,宜以淡渗为主,力戒过于湿燥,以防伤津助热,于病不利。

对于肝脾不和证,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,相当于急性病毒性无黄疸型肝炎,治宜疏肝解郁,健脾和胃,方用: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,茵陈 30g,茯苓 9g。

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。而蒋氏认为大黄有攻积导滞,泻火凉血,活血化瘀,利胆退黄之功,对湿重热重之病例,用之咸宜。在用药方法上,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 分钟后服用。此法长于清

热而无大泻。中医用大黄,一般服泻即止,其实使用该药,可连续服用数十剂直至痊愈而无副作用,仅在初服数日内有泻下日二、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。张锡纯曾指出:“大黄力虽猛,然有病者病当之,恒有多用不妨者。”故连续使用该药而不仅能利胆退黄,且能活血祛瘀,改善肝郁血,促使 GPT 正常,对肝功能恢复起重要作用。

急性病毒性肝炎起病迅速,病程短,其病机为木滞土壅,病的重点是肝脾不和,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,临床表明,一旦肝郁得疏,土壅得散,切断湿热内生之源,病情即可迅速改善。用量一般以 4~6g 为宜。古人云:“诸病黄家,但当利其小便”,故此,以滑石、薏仁、茯苓等淡渗利湿之品,尤其是薏仁一味,健脾而不伤中,利尿而不伤正,殊为适宜,对肝脾大者,不主张过用破气之品,防其耗肝伤阴,而用鳖甲、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。^[5]

6. 张琪诊治经验

张氏根据急性黄疸型病毒性肝炎的发病机制:湿热郁结,邪无出路,瘀而发黄。治疗宜三大法。

(1)芳香宣化法:用于阳黄初起,症见:发热,疲劳,食纳不佳,厌油腻,恶性呕吐,大便溏,胃脘胀满不适,或头疼,全身肢节酸痛,尿色黄,脉缓,舌苔白腻,巩膜稍黄,肝肿大,血中胆红素升高,谷丙转氨酶增高。用甘露消毒丹,本方具有化浊利湿,清热解毒之功。药用: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,薏仁 10g。

(2)苦温化湿法:适用于湿偏重,热较轻者,症见:黄色不鲜明,尿少、色黄,大便溏,腹满,头昏,恶心。脉沉缓,舌苔厚腻,肝肿大等。方用:茵陈 30g,白术 15g,泽泻 15g,猪苓 15g,茯苓 20g,桂枝 15g。

(3)清化湿热法:用于热偏重,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,脉数有力,舌苔厚黄且干,肝功能有改变,黄疸指数升高,代表方为茵陈蒿汤:茵陈 100g,栀子 15g,大黄 19g。大黄硝石汤、栀子柏皮汤皆可变通运用。对急性黄疸型肝炎,亦常以茵陈蒿汤加银花、板蓝根治之。

对急性无黄疸型病毒性肝炎,张氏常用两法治疗:

(1)芳香化浊、清热利湿法:方用加减正气散,藿香梗 15g,厚朴 15g,杏仁 15g,茯苓 15g,陈皮 15g,神曲 15g,麦芽 15g,茵陈 15g,大腹皮 15g。症见全身无力疲乏,厌食,恶心,腹胀多矢气,大便不爽,小便色黄,肝区不适隐痛,低热,面色灰暗,脉缓,肝功能有轻度损害。

(2)清热解毒、芳化湿浊、宣郁解滞法:症见肢体沉重,头昏沉,倦怠无力,恶心呕吐,脘腹痞满,时腹泻,面色晦暗,小便色黄,低热,肝区痛,舌苔白腻,脉沉滑或濡。肝功能出现明显改变,乙肝表面抗原阳性,肝肿大,质软。药用:茵陈 20g,大青叶 20g,板蓝根 20g,藿香 15g,川连 75g,龙胆草 10g,白花蛇舌草 50g,金银花 25g,苍术 15g。板蓝根有凉血解毒清热的作用,用于治疗急性肝炎颇效,药理实验证明能促进肝细胞再生,与茵陈配合保肝利胆有降酶降絮的作用,龙胆草治肝经湿热,药理实验证明有降酶降絮的作用,但必须有口苦、舌苔白腻、小便赤、脉弦数等肝胆热证方可使用。^[6]

7. 沈炎南诊治经验

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,因此在治疗上以清热为主,解毒为辅。急性无黄疸型肝炎的病邪以疫毒为重,然多湿邪为患,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。

治疗急性肝炎沈氏强调三个问题:①祛邪勿迟疑。肝病要及早诊治,应抓紧时机,乘正气未虚,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,在急性肝炎开始时,总以祛邪外出为要,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,使湿热之邪从汗解。湿热疫毒胶结于气分之时,应促使邪毒从二便而解,要保持大小便通畅,通利二便为治疗急性肝炎最常用的方法,其总的精神不外是使邪有出路。故用药要果断,开始用药要早,要快,剂量可大一些。②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。③治疗要彻底。急性肝炎经治疗一段时间后,临床症状很快得到控制,病人自觉症状消失,表面上好像已恢复了正常状态,病人往往会终止治疗。但此时仍有湿热疫毒残留,如不能彻底消除,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。^[7]

8. 李培生诊治经验

李氏认为甲型肝炎(甲肝)、乙型肝炎(乙肝)多属中医湿热疫毒证的范畴,临床选用四法治疗取得满意疗效。

(1)宣上透表,开泄湿热:甲肝始恶寒发热者,实属中医湿热兼表证发黄,其发病机制乃湿热遏阻中焦,上焦肺卫失宣,致少阳三焦与胆疏泄失职,故见发热恶寒之表证,胆汁外溢则身目小便俱黄,气机不畅则胸胁痞满,湿热遏阻于中必见苔黄厚腻,渴不欲饮,脉浮滑数。李氏取寒温众家之长,立宣上透表,开泄湿热退黄之法,用麻黄杏仁茵陈连翘剂(炙麻黄、杏仁、茵陈、连翘、藿香叶、炒苍术、厚朴、白蔻衣、赤茯苓、薏仁、白茅根、车前草、虎杖)。方中麻黄、杏仁、连翘、藿香宣上,透表达邪,开泄湿热从汗而解,此为透风于热外;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、薏苡仁、芦根、车前草甘淡渗湿,使湿从小便而去;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,为解表退黄之良剂,治疗湿热兼表证发黄的甲肝患者,可获桴鼓之效。

(2)宽中利湿,疏肝利胆:症见身目小便黄染,右上腹胀痛,脘闷纳呆,口苦干涩,恶心欲吐,肢倦乏力,大便或干或溏而不爽,舌质欠润,苔黄厚腻,脉弦滑数或濡。因为湿热壅结脾胃,郁蒸肝胆,影响肝胆疏泄功能,胆汁外溢肌肤,本证病机重在湿热阻滞于中,胆汁瘀滞疏泄不及,上下不通,法当宽中利湿,疏肝利胆,分利三焦,用药宜寒温参合,如苦降辛开,芳香化浊,淡渗利湿,解毒退黄。用自拟疏肝利胆方(藿香、

厚朴、姜半夏、茯苓、柴胡、茵陈、丹参、白花蛇舌草、车前草、大黄等)。方中藿香开上泄湿化浊,厚朴与姜半夏辛开理气宽中,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、车前草、白花蛇舌草相合,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患者,疗效甚捷。

(3)导下解毒,分消走泄:适应证:身目黄染,色泽鲜明,口干而苦,小便橙黄如橘汁,大便焦结,病机为胃燥脾湿,肝郁胆火炽盛,三焦壅滞,胆汁排泄不畅,属于热重于湿而发黄的病人。用清热利湿退黄剂(茵陈、栀子、黄柏、大黄、藿香、厚朴、茯苓、车前草、杏仁、薏仁、白蔻仁)。使用上方可收开上、宽中、导下、清热利湿、解热退黄之效。若邪热毒盛者加连翘、败酱草、白花蛇舌草;湿重小便不利者加芦根、滑石、通草;脘腹胀满者加枳实、大腹皮、炒莱菔子;呕恶纳呆者加黄芩、姜半夏、谷芽、麦芽;胁痛者加川楝子、玄胡、丹参之类。

(4)清利三焦,疏肝和胃:肝脾主升,胆胃主降,仲景有“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之说,若肝胆失疏,脾胃失运,三焦壅滞,湿热疫毒壅结于中,则上焦不通,下焦郁闭,津液不下,胆汁排泄不畅,外溢肌肤,故见身目小便俱黄;湿热胶结不解,则脘痞纳呆;脾湿不化,则大便溏而不爽;胃热浊气上逆,则口粘呕恶气味;肝失调达,气机不畅则两胁胀痛;湿遏热伏,则舌苔厚腻或黄白相兼,脉弦滑或弦细而数。方用清肝败毒饮(软柴胡、炒黄芩、杏仁泥、川厚朴、茯苓、茯神、生麦芽、绵茵陈、败酱草、车前草、白花蛇舌草)。意在和解少阳,清利三焦,起宣上、导下、宽中、疏肝利胆、调理脾胃之功。使湿热疫毒之邪,由上、中、下三焦分而解之。若胸脘痞满者加瓜蒌皮、藿香梗、大腹皮;呕恶纳呆者加姜、夏、连苏饮之

类；胸胁胀痛者加橘络、丹参、金铃子散之属；湿遏热伏小便不利者加芦根、滑石之流；腹痛便秘者加赤芍、白芍、山楂炭、大黄炭等。本方治疗甲肝、乙肝、甲、乙混合型肝炎均疗效卓著。^{8,9}

9. 胡希恕诊治经验

胡氏是著名的《伤寒论》研究者和经方家。在临床上根据《伤寒论》六经分证以治疗急性病毒性肝炎，具体如下：

(1) 大柴胡茵陈蒿汤方证：发黄、胸胁苦满、呕逆微烦、不欲食、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：上证见心中懊恼，发热者，上方加豆豉 20g；若腹大实满、小便不通者，加黄柏 10g，硝石 12g。

(2) 柴胡茵陈五苓散证：心烦喜呕，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 6g，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。

(3) 柴胡桂姜汤合当归五苓散证：胸满胁痛，不呕，身倦乏力，下肢酸软，或肩背痛，或腰痛，或头晕，大便常干，苔白，脉弦细。方药：柴胡 24g，黄芩 10g，花粉 12g，牡蛎 10g，桂枝 10g，干姜 6g，白芍 15g，当归 10g，川芎 10g，丹参 30g，茯苓 12g，苍术 10g，泽泻 18g，炙甘草 10g，茵陈 20g。加减法：肝区痛剧者加王不留行 10g；口舌干燥而烦渴不已者，加生石膏 45g；肝功已正常而证仍不解者，上方去丹参、茵陈。

(4) 柴胡当归芍药茯苓饮证：胸胁苦满，心下逆满，恶心，噯气，甚则吞酸，胃痛，不能食，大便时溏。苔白腻，脉弦细。方药：柴胡 24g，党参 10g，半夏 12g，黄芩 10g，枳实 10g，陈皮

30g, 生姜 10g, 白芍 18g, 当归 10g, 川芎 10g, 茯苓 12g, 苍术 10g, 泽泻 18g, 丹参 30g, 茵陈 18g, 大枣 4 枚, 炙甘草 6g。

(5) 柴胡丹参茵陈甘草汤证: 食欲不佳, 无明显不适, 但肝功不正常。方药: 柴胡 24g, 党参 10g, 半夏 12g, 黄芩 10g, 丹参 30g, 茵陈 20g, 生姜 10g, 大枣 4 枚, 炙甘草 10g。

(6) 四逆散合当归芍药散证: 胸胁及心下满, 时有眩悸, 肝区隐痛, 不呕、不渴, 腹胀或痛, 小便不利而大便溏频, 苔薄白, 脉弦。方药: 柴胡 12g, 枳实 12g, 白芍 18g, 当归 10g, 川芎 10g, 茯苓 12g, 苍术 10g, 泽泻 18g, 炙甘草 10g。加减法: 肝区痛加王不留行 10g, 肝功不正常加丹参 30g, 茵陈 20g。

(7) 大柴胡汤和桂枝茯苓丸证: 胸胁苦满, 心下急, 微烦欲呕, 肝区痛剧, GPT 偏高, 舌苔黄, 大便干燥。方药: 柴胡 24g, 半夏 12g, 黄芩 10g, 枳实 10g, 白芍 10g, 桂枝 10g, 桃仁 10g, 丹皮 10g, 茯苓 10g, 生姜 10g, 大枣 4 枚, 茵陈 18g。

胡氏认为: 急性黄疸型病毒性肝炎即《伤寒论》所谓瘀热在里发黄是也, 就是湿热相郁于里, 若热甚于湿则为大便难的阳明证, 若湿甚于热即为大便溏的太阴证。阳黄宜下, 阴黄宜利小便。但临床上有时黄虽去, 而肝炎常迁延不愈, 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, 治宜驱黄中兼以疏肝, 则黄去而肝炎亦治。对于无黄疸型肝炎, 胡氏认为《灵枢·五邪》篇“邪在肝, 则两胁中痛, 寒中, 恶血在内, 行善掣节, 时脚肿。取之间, 以引胁下, 补三里以温胃中, 取血脉以散恶血, 去耳间青脉以去其掣”的记载与其相似, 尊其义治疗确有良效。前段是论其证, 后段是论其治, 肝肿大则胁中痛, 肝区在右, 本应右胁痛, 剧则涉及于脾, 故两胁中痛, 寒中, 则胃中寒, 因肝病传脾, 胃不相和而有寒, 恶血, 即瘀血, 恶血在内者, 肝藏血而喜疏泄, 肝病气郁, 血液凝滞, 因致恶血在内。行善掣节者,

谓下肢酸软,行动则觉关节牵掣不利,由气滞血凝所致。时脚肿者,由于胃虚有寒,不能制水。取之行间,以引胁者,谓刺行间穴,用泻法以疏肝,补三里以温中者,谓刺三里穴,用补法以温胃中。取血脉以去其掣者,谓放耳间静脉血以治行则掣节,基于这种论述,肝病之治,可归纳为三点,即疏肝、和胃、祛瘀。知肝之为病,则气郁而血瘀,治疗既宜疏肝又须祛瘀。为生之本,肝病每使胃不和,治宜和之,和者当重视其胃气,不可使胃气有伤,胃气衰老,病必不除,胃气败则死。因此,疏肝、祛瘀、和胃三者,为治肝病之原则。特别需要指出:具体证治,还须细辨方证。方证者,方药的适应证,乃出自仲景书,为用经方的准则。临床须细心体会,方能临证不乱。^[10]

10. 陈一鸣诊治经验

陈氏认为:急性黄疸型肝炎属阳黄居多,阴黄较少见,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)。茵陈味微苦性辛凉,有特殊之香气,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解,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,大黄量宜减轻。金土鳖为化瘀解毒之良药,因其化瘀力量强,且有小毒,故用

量不宜过大,一般以5g左右为宜。一代医圣张仲景曾指出:“黄疸之病,当以十八日为期,治之十日以上瘥,反剧为难治。”证之于临床,患此病者,以及早治疗效果为好。据临床观察,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,往往要一个月以上才能治愈。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一周服下10剂解毒祛湿之药(即两天服3剂)。当黄疸消退后,此病后期常表现为肝阴受损,余毒未尽,此时应以化瘀养阴为主,并继续清除余毒。但要注意养阴而不滞邪,热燥补敛之药当慎用。

陈氏对急性黄疸性肝炎的治疗主要是以茵陈蒿汤合下瘀血汤加减。症见面目周身俱黄,黄如橘子色,或伴发热恶寒,心烦胸闷,苦而干,腹胀,胁痛,不思食,倦怠乏力,大便结,小便黄赤。舌质红,苔黄厚腻或白厚腻。脉弦滑数。方药:茵陈30~60g,栀子12g,大黄6g,金土鳖5g,桃仁6g,北柴胡6g,甘草5g。加减: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、舌红,大便燥结,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,去大黄、栀子,选加白术、茯苓、陈皮等。黄疸消退后,茵陈、栀子、大黄可按病情逐渐减轻用量。若肝大,肝痛日久不除,可选加白芍、北沙参、元参、何首乌等。胃纳欠佳者,可选加山药、山楂、鸡内金等。^[11]

11. 夏斌诊治经验

临床上黄疸证属阳黄者,甲型肝炎居多,从前驱期至发黄期,热盛于湿是主要矛盾。以身黄目黄,黄色鲜明,小便黄赤为辨证依据,用三仁汤合茵陈蒿汤芳化渗湿,清热退黄,2

周左右多可退尽，无腑气不通者，减大黄，热邪炽盛者，加黄柏、连翘；黄疸特重者加虎杖、金钱草，疼痛显著者加赤芍、丹参；2周左右黄疸不退，而反加深，则是热甚于湿，湿热熏灼，肝体腐败之征。故《金匱要略·黄疸》说：“黄疸之病，当以十八日为期，治之十日以上瘥，反剧为难治”。此时常需按急黄论治，三仁汤合千金犀角散每有回天之力。黄疸消退，乃重挫湿热之佳兆，是黄疸的中期，由于湿热粘滞，为病留连，故黄疸消退后，热势减而湿热犹存是主要矛盾，多见脘胁痞闷，身困食少，三仁汤合茵陈四苓散芳香化浊。健脾利湿，最为合拍。

黄疸证属阴黄者，以乙型肝炎多见，三仁汤清热而不过寒，芳醒而兼淡渗，宣上畅中渗下，徐缓祛邪，与湿性相投。方中诸药，除杏仁为肺经专药外，均能分入脾、入胃，且手太阴肺经之脉，起于中焦，还循胃口，气化则湿化，气行则湿行，故三仁汤经适当配伍，亦为此类病之中的良方。乙型肝炎之阴黄因寒湿阻滞，脾胃阳虚，气失摄纳，或阳气不宣，胆汁外溢者，脾胃寒湿是主要矛盾，以身目发黄，黄色灰暗，神疲胃寒，腹满便溏为辨证依据，可用三仁汤去滑石、竹叶，合茵陈术附汤健脾温中，行气利湿以退黄。畏寒尿少者，加桂枝、乌药；脘痞纳呆者，加藿香、砂仁；肠鸣便溏者加肉豆蔻、吴茱萸。

若黄色隐隐，不甚明显，小便时清时黄，暖气食少，脘胁疼痛，按之有块，乙型肝炎表面抗原阳性者，多为湿邪内结，气滞血瘀所致，宜用三仁汤合丹参饮，加鳖甲、郁金，以芳醒淡渗，理气化痰。倘似黄非黄，乙肝表面抗原阳性，但觉倦怠心烦，它无所苦者，多是湿邪久郁，行将化热熏蒸肝胆，宜用三仁汤合茵陈五苓散寒热杂投，芳化温通，清热利湿，后再以三仁汤合参苓白术散。缓服2~3月，常可收功。

三仁汤用于脾胃湿热，壅遏熏蒸，以致肝胆湿热发黄者，有三焦同治，重在脾胃，除湿为主，略事清热，兼以利气，“随其所的而攻之”之妙。^[12]

12. 李培荫诊治经验

李氏从湿温论治急性病毒性肝炎，见解独特，论述如下：

①重湿热毒瘀，祛邪安正，病毒性肝炎乃外感湿热疫毒之邪，内因正气不足，正不胜邪所致。临床上符合湿热的证治规律。其特点：湿邪四时皆有，夏秋居多，故病隐匿，发病较缓，中焦为病变中心，侵犯脾胃，郁结肝胆，湿与热合，重浊粘滞，缠绵难愈。肝藏血，主疏泄，湿伤气，热伤血，湿热交结，脉络必瘀，临床上对于急性肝炎当于祛湿清热，解毒活血为其治疗大法，热重者常用茵陈、栀子、大黄、虎杖、泽兰、丹参、连翘、赤小豆；湿重者用茯苓、茵陈、泽泻、猪苓、苍术、泽兰、丹参、虎杖。病在肝胆加柴胡、黄芩，或夏枯草；黄疸深加赤芍、金钱草；胁痛加川楝子、郁金；病在肝脾加柴胡、白芍、党参、白术；呕吐者加竹茹、法半夏；腹胀加枳壳、麦芽。②湿困阴虚、养护阴液；《伤寒论》曰：“疸而渴者，其疸难治，疸而不渴者其疸可治。”李氏以为，黄疸以湿热相搏，有口燥，鼻燥而未至于渴，渴则津液内消，邪气独胜，湿困阴伤，最难调理，化湿则伤阴，滋阴则助湿，病由苦寒化燥，过分内消，或五志过极，肝阴消耗，或湿郁化痰热，或血瘀血热，灼伤阴液，或素体阴亏，复感湿热，应救阴为图，详察病证，固护阴液，或先分后滋，或两者并图。^[13]

13. 王鸿士诊治经验

王氏认为，急性病毒性肝炎由于正邪之盛衰与个体素秉之强弱不同，治法也有差异，从临床辨证所见，急性黄疸型病

病毒性肝炎可分以下几种：

(1) 湿热并重证：周身发黄，目黄，皮肤发痒，恶心，纳差，厌食油腻，腹胀，大便干燥，小便短赤，或有发热，舌苔白腻而厚或黄厚而腻，脉象弦滑有力。治宜清热利湿，芳香疏气。方药：茵陈 30g，炒栀子 10g，酒大黄 5g，滑石块 15g，蒲公英 30g，败酱草 30g，金钱草 15g，板蓝根 15g，藿香 10g，薏仁 5g，青皮 10g，陈皮 10g，车前子 10g。溺赤浊痛者选加炒黄柏 10g，白茅根 15g，淡竹叶 6g，木通 10g。

(2) 湿重热轻证：面目黄较上证轻，脘腹胀满，食欲不振，不思饮水，小便短频而黄，身重腿沉，或有便溏，浮肿，舌苔白腻，脉象弦滑。治宜茵陈五苓散加减。

(3) 热重湿轻证：面目俱黄，口干而苦思冷饮，食欲不振，恶心厌食油腻，脘闷心烦，身热溲黄，便干，舌苔白中心黄厚，脉弦滑数。治宜泻肝清热，佐以利湿。方药：茵陈 30g，炒栀子 10g，炒黄柏 10g，川大黄 5g，金钱草 15g，板蓝根 15g，天花粉 15g，龙胆草 10g，滑石块 15g，公英 30g，败酱草 30g，车前子 15g。

(4) 湿热毒盛证：一身面目俱黄，不思饮食，脘腹胀满，小便短赤，紫斑，衄血，烦躁不安，神昏谵语，甚或神识昏愤，舌苔白黄或黑，脉象滑数。治宜清热解毒，利湿开窍。方药：炒栀子 10g，茵陈 30g，川黄连 6g，菖蒲 10g，天竺黄 10g，莲子心 5g，云苓 30g，灯心草 1.5g，连翘 10g，广犀角 6g，川贝 10g，车前子 10g。

急性无黄疸型肝炎常见以下四种类型：

(1) 肝热脾湿证：倦怠乏力，脘闷腹胀，呕逆，不思饮食，矢气较多，大便不爽或溏泄，溺黄，四肢酸胀或有沉重感，舌苔白滑，脉象弦滑。治宜清肝利湿，芳化疏气。方药：茵陈 20g，云苓 20g，薏仁 20g，焦白术 10g，金钱草 15g，川朴 6g，泽

泻 10g, 枳壳 10g, 青皮 10g, 陈皮 10g, 白芍 12g, 炒栀子 10g, 通草 6g。

(2) 肝郁气滞证: 右胁隐痛, 倦怠, 纳少, 恶心, 厌食油腻, 胸胁痞满, 腹胀矢气多, 溲短而黄, 便秘或正常, 苔薄白或微黄, 脉象弦滑有力。当疏肝理气, 清热利湿。方药: 茵陈 20g, 栀子 10g, 败酱草 20g, 金钱草 15g, 青皮 10g, 陈皮 10g, 小蓟 12g, 炒川楝 10g, 郁金 6g, 枳壳 10g, 大腹皮 12g, 丹皮 10g, 木香 6g。待谷丙转氨酶正常后, 可去败酱草、金钱草、小蓟等, 再酌加活血化瘀之品。

(3) 肝胃不和证: 右胁胀痛, 脘闷, 嗳气吞酸, 口干而苦, 时而腹胀疲乏, 烦躁易怒, 溲黄, 舌苔白腻中黄, 脉象弦滑有力。治宜清热利湿, 疏肝和胃。方药: 茵陈 20g, 蒲公英 20g, 败酱草 20g, 板蓝根 15g, 龙胆草 6g, 郁金 10g, 炒栀子 10g, 醋柴胡 10g, 青皮 10g, 陈皮 10g, 砂仁 5g, 木香 6g, 半夏曲 10g, 煅瓦楞 25g, 赭石 10g, 旋覆花 10g。

(4) 阴虚血热证: 倦怠乏力, 胁痛脘胀, 手足心热, 午后发热但热势不高, 食纳尚可, 便秘, 溲赤或淡黄, 舌红, 苔少, 脉弦细稍数。滋阴清热, 疏气凉血。方药: 茵陈 20g, 青蒿 15g, 鳖甲 15g, 地骨皮 15g, 丹皮 10g, 知母 6g, 黄柏 6g, 白薇 10g, 白芍 15g, 白茅根 12g, 生地 12g, 香附 10g, 枳壳 10g。

王氏认为, 湿热有侧重, 邪正盛衰, 以及个体禀赋不同, 病势也轻重不同, 脏腑受累程度亦有差别, 故出现有黄疸与无黄疸型急性病毒性肝炎多种见证。但各类证不能看成不变的, 中医治疗必须辨证施治, 抓住主证才能迎刃而解。一般无黄疸型急性肝炎大多不用苦寒重剂, 而须清热解毒, 渗湿凉血, 佐以理气健胃即可收效。治疗黄疸型肝炎即便使用寒凉药, 亦应防太过中伤脾胃。另外, 治疗兼证也很重要。总之, 辨证准确, 用药精当, 治疗勿失时宜, 则效如桴鼓。

对某些化验不正常肝炎患者有如下观点:

(1)谷丙转氨酶:急性肝炎期间,转氨酶异常增高,多湿热所致,治疗以清热利湿,疏通气机为先,部分病例谷丙转氨酶增高为肝肾阴虚所致,则需同时配以滋补肝肾药,兼见脾气虚弱者又当佐以健脾益气药。

(2)澳抗阳性:临症所见,有相当数量患者的澳抗阳性患者和湿热蕴毒羁久不解有关,予以清热渗湿,解毒凉血,佐以疏肝理气或调理脾胃等条畅气机的治法,部分患者的澳抗可转阴,对部分患者,则用疏气养肝或益气健脾,滋补肝肾为法辨证调理,有助澳抗阴转,临床需视患者体质情况而定。^[4]

14. 巫君玉诊治经验

巫氏认为,中医治疗急性肝炎的原则是辨证论治,在黄疸出现时,可按“黄疸门”概括论治,在无黄疸出现时,可概括在“郁证门”论治。

(1)黄疸型:根据中医对黄疸的论述,可分为湿热郁蒸发黄、由疫疠引起的“瘟黄”等。而湿热郁蒸发黄是急性黄疸型肝炎中较常见的一种,其起因有外感湿热、酒食不节、湿热内受,有劳伤过度。从外感起因和“瘟黄”一条,可提示肝炎的传染性,从酒食不节可联想到酒精中毒引起的肝炎。急性黄疸型肝炎的治疗原则是:不论阴黄和阳黄,湿邪是共同具有的,所以古人有“但利其小便”和“治黄不利小便非其治也”的说法。在治疗中黄疸的色泽如何,反映着正邪对峙力量的比例程度和患者的病程新久、长短情况。正的方面,是指脾胃的运化功能;邪的方面,是指湿热和寒湿。本病的治疗就应从此二者来考虑,新病或脾胃运化正常的,可以清利湿热为主,久病及脾胃虚弱的,要兼顾到正气。在方药方面,湿热并重,可用茵陈蒿汤合四苓汤;偏重于热者可用栀子柏皮

汤、栀子大黄汤；偏重于湿者可加用平胃散；兼有表邪，可随证选用银翘散、麻黄连翘赤小豆汤、香苏散等；寒湿停留，用茵陈术附汤；湿重脾虚加用胃苓汤；兼有肝气郁滞，用逍遥散、柴胡疏肝散；对于急黄症热毒壅盛重用清热解毒之品。在热邪伤阴情况下，虽有湿邪，也只能兼顾，不能抛开清热解毒的原则，可以选用黄连解毒汤、茵陈蒿汤、清瘟败毒散等。以上各方，临证可以互参，不宜固用一方，至黄疸退后，仍需调理肝脾一段时间以巩固效果，如肝功仍未恢复，可按无黄疸型肝炎辨证施治。

(2)无黄疸型：巫氏认为，无黄疸型肝炎的中医辨证，较黄疸型分散，而以朱丹溪的“六郁”论述，较合实际。郁症之来，始于气者为多见，另虽有湿、食、痰、火、血诸郁，但以气郁为必见之症。郁之始，就本症而论，首先在肝，后及于脾。脾胃虚弱，健运失常，在湿痰、食郁中均可见到，推其原，是肝郁侮脾而来。肝郁化热，或见本象，或见伤阴，由气及营，由肝及肾，可见肾阴不足之证，脾虚气滞，要依赖命火支持运化，久之肾阳亦弱，故可见脾肾阳虚证，如腹胀肢寒，便溏等。肝火引动心火，消耗心阴，可见心悸、不寐、面赤等证。肝失疏泄，或因本经郁热而下注，或因肾气不足邪气下注，可见少腹疝痛症，先气郁而后血郁，则肝脏肿大自然明显。方药方面，肝气郁滞：用柴胡疏肝散；肝郁化火：龙胆泻肝汤、清肝饮（《沈氏尊生》）、化肝煎（《景岳全书》）；肝阴不足：调营敛肝饮（《医醇膳义》）归身、酒白芍、炒阿胶、枸杞子、五味子、川芎、炒枣仁、茯苓、陈皮、木香、枣、姜）；肝肾阴虚：一贯煎；肝气下注：寒用暖肝煎、热用金铃子散；气滞血瘀：丹参饮、旋覆花汤，重者用复元活血汤、失笑散、血府逐瘀汤；肝脾不和：逍遥散；肝脾两虚：归芍六君子汤；气痰俱滞：四七汤；气食俱滞：越鞠丸；脾虚气滞：香砂六君子汤；脾肾阳

虚:附子理中汤、右归饮。

对于急性肝炎出现的各种症状巫氏强调以下几点:

(1)退黄:退黄用药如茵陈、金钱草用量一定要大,一天不少于60g时有明显效果,对脾胃虚弱者要酌情伍用白术、红枣之类。

(2)降转氨酶:降酶单味药如半边莲、板蓝根、败酱草、五味子、紫草等,除五味子外,都属苦寒药,对虚寒体质的患者不相宜,临床上对脾胃虚弱体质或夹湿的病例用山楂、神曲、麦芽、藿香、佩兰等助消化、宣胃气的药物,往往收效。

(3)恢复肝功能:根据临床经验,伍用扶正药物有效,如四物、四君之类。用胎盘粉冲服的方法有效。

(4)肝脏复原:肝脏肿大,在中医学中认为是瘀血所致,要使肝脏恢复原状,除用软坚药物外,化瘀是其要点,常用的牡蛎、鳖甲、山甲、丹参、三七、石见穿等都属于这一类药物,其中牡蛎一味,能软坚散结,但因其有敛涩作用,故除因肝肿大影响门静脉回流而引起肠壁充血所致的便溏者外,一般可以考虑减用或断续使用。临床上肝区作痛时常选用。

(5)糖的作用:由于糖味甜,过服助长湿邪困脾,所以在肝炎治疗中,不必过量服糖。

(6)澳抗的阴转:运用能够提高人体免疫力的黄芪、人参、薏仁等药并结合清热解毒,收到一定效果,但此类药物在血瘀患者中仍需结合运用化瘀药物使用,对阴虚体质患者使用效果并不明显。^[5]

15. 万文谟诊治经验

(1)清利为治黄之常法:临床运用茵陈蒿汤、甘露消毒丹等治疗黄疸型肝炎已获良效。值得一提的是,大黄有攻积导滞,泻火凉血,活血去瘀之功,为这一治法中重要的药物,如

果运用得当,确有得心应手之妙,特别是顽固黄疸更不可少,此药平时多用于热重于湿的患者,但湿重于热的证型用之咸宜。

(2)化瘀为治黄之要法:根据“初病在经,久病在络”,“气分不治,宜治血络”的理论,临证时对一些黄疸型肝炎出现的“酶降黄不降”情况时在清利湿热中酌加赤芍、益母草、王不留行等活血化瘀之品,则见明显疗效。甚则桃仁、红花、水蛭、土鳖虫等均可选用。即或是黄疸初起,遇邪郁偏盛者,酌加丹皮、益母草、小蓟等药,湿邪偏盛者酌加益母草、泽兰等药,血虚者酌加丹参、鸡血藤等药,效果更佳。这些药都归经于肝,还有引经之义。王不留行走而不守,有较强的通经活络作用。当诸药无效后,加入王不留行1~10g,则见黄疸应手而退。

(3)温化为治黄之变法:病毒性肝炎所见的阴黄,可以观察到一些脾肾阳虚,湿以寒化的因果关系,往往脾肾阳虚的证候已见端倪,而湿热未尽的迹象还或隐或现,说明黄疸型肝炎的阴黄,为湿热阳黄之演变,温化寒湿一法,亦逐渐演变而来。茵陈五苓散中的桂枝辛温,用以温通膀胱气化,白术辛温,用以健脾燥湿,有针对湿性偏寒之义。

(4)治肝药对体会:清热解毒一法为治疗病毒性肝炎的重要法则之一,万氏认为:“药物的选择应当少而精”,以“苦寒之性较轻”,“无克伤脾胃之嫌”,“最好是一药多能之品为宜”,常用配对的药有虎杖、白花蛇舌草、鱼腥草、龙葵、连翘等。其中虎杖配白花蛇舌草治湿热黄疸的疗效比较显著,对改善腹胀,便秘,肝脾肿大的证候有得心应手之妙,“虎”、“蛇”二味有较强的清热利湿解毒之功,还有散瘀之能。以白花蛇舌草配连翘,则苦寒之性较低,虽多服久服,亦无伤胃之嫌。其中连翘为“疮家要药”《医学衷中参西录》,能“治肝家

留滞之毒邪”《本草经百种录》。对黄疸兼有皮肤瘙痒及疮疡肿毒等用之更妙。虎杖与龙葵配伍,加强解毒、活血、消肿之功,对肝炎热重于湿效果较好。肝炎的病机与气血失调有关,因而治肝还须“治气”、“活血”,用于活血的药对,主要选择益母草、泽兰、王不留行等味。益母草配泽兰,除活血化瘀外,还有消水利尿的作用。对急性肝炎的用量以 10g 左右即可。^[6]

16. 陈光泽诊治经验

陈氏在临床上对小儿急性黄疸型肝炎的治疗主要分三型论治,具体如下:

(1) 湿热蕴结型:面目、皮肤发黄,如橘子色,发热纳呆,呕恶,大便干结或溏粘不畅,尿黄赤,量少,舌苔黄腻,脉弦数或弦滑。治以清利湿热,方用茵陈蒿汤加瞿麦、白头翁、板蓝根、田基黄、溪黄草。若热重于湿者,兼口干渴,唇舌俱红,配合栀子柏皮汤,或黄连解毒汤;若舌质红,甚则绛色,需佐以活血祛瘀,如丹参、赤芍、卷柏、郁金、丹皮。

(2) 湿盛热轻型:面目、皮肤发黄,色如黄柏汁,或发热不扬,倦怠乏力,口不渴,嗜卧,上腹痛,纳呆,尿少色赤,舌苔白厚腻,脉滑。治以利湿清热,方用茵陈四苓汤加车前子、薏仁、滑石、杏仁、川朴花。若病初起兼有发热恶寒,身酸者则宜解表发汗,利湿退黄,方用麻黄连翘赤小豆汤加减。

(3) 寒湿困脾型:身目发黄,色暗淡,尿黄,纳少呕恶,腹胀腹痛,大便稀溏,倦怠,舌淡,苔白腻,脉弦或滑。治宜温阳化湿,利尿退黄,用茵陈术附汤加茯苓、草薢仁、郁金、黄芪、川朴花。^[17]

17. 曾庆骅诊治经验

曾氏认为急性黄疸型肝炎的辨证论治,应抓住本病特点是湿热相交,病初可有外感病引起的发热,黄疸的颜色较鲜明如橘子色,临床上可分为阳黄、阳转阴黄、虚黄论治。

(1)阳黄:①湿热两盛型:患者感受疫毒、湿、热等外邪,内在因素是情志不调,酒食劳倦等导致正气不足,病邪乘虚而作。疫毒、湿、热交织,熏灼肝胆,湿与热结,出现黄疸、发热等湿热俱盛症状。主症为:身目俱黄如橘子色,发热胁痛,腹胀纳呆,口苦口干,或恶心呕吐,大便秘结,小便深黄,舌质红,苔黄厚腻,脉弦数或滑数。治则:清热化湿退黄,方药:龙胆草 12g,黄芩 10g,栀子 10g,泽泻 12g,车前子 20g,当归 10g,生地 10g,柴胡 12g,茵陈 20g,甘草 6g。②热重于湿:目黄身黄,其色鲜明如橘子色,口苦口干,腹胀(胃脘胀或脐周胀),胁痛(肝区痛或两胁窜痛),纳呆,恶心呕吐,发热,大便秘结,尿黄或深黄(或赤黄),量短少,舌质红,苔黄腻,脉弦数。治宜清热利湿,利胆退黄。方药:茵陈 30~60g(黄疸指数小于 30 单位用 30g,31~50 单位用 40g,大于 50 单位用 60g),山栀 10g,生大黄 10g(后下),板蓝根 15g,败酱草 12g,车前子 12g。加减:苔黄而干热象明显(如发热 38℃ 以上、口干喜冷饮,尿黄灼热,量短少)加蒲公英 20g,黄芩(或黄柏) 10g;舌质红少津,加天花粉 15g;舌苔厚腻加佩兰 10g,茯苓 15g;肝区痛(或右胁痛)较甚者加柴胡 10g,郁金(或川楝子) 10g;胃脘痛或脐周胀较明显者加川朴 10g,大腹皮 12g;如果大便不闭结反稀去大黄;sGPT 大于 400U/L,加虎杖 15g,龙胆草 12g;经治疗后 sGPT 下降转正常、黄疸未退加金钱草 30g;经治疗后黄疸消退,无自觉症状,但 sGPT 高于 200U/L,改用逍遥散加减。药用:柴胡 8g,当归 10g,茯

苓 15g, 白芍 12g, 白术 10g, 车前子 10g, 鸡骨草 20g, 升麻 12g, 葛根 15g; 黄疸退, sGPT 正常, 唯麝浊高, 脑絮阳性大于 (+ +), 药改为: 柴胡 10g, 当归 10g, 茯苓 15g, 白芍 12g, 白术 10g, 车前子 10g, 薏仁 20g, 鸡骨草 15g, 加服当归丸 20g, 日 3 次; 产后急性黄疸型肝炎 (1 个月以内), 药用: 茵陈 30g, 山梔 10g, 生大黄 10g, 当归 10g, 川芎 10g, 桃仁 10g, 炮姜 6g, 甘草 6g。③湿重于热, 面目发黄, 色泽稍暗, 四肢困重, (或有沉重感), 全身乏力, 脘闷腹胀, 纳差, 恶心或有呕吐, 口粘苦, 口干不欲饮, 或口淡不渴, 大便稀或溏, 小便黄, 舌苔白或厚腻, 或淡黄腻, 脉濡或数或缓。治宜利湿化浊, 退黄。方药: 茵陈 30g, 山梔 10g, 茯苓 15g, 猪苓 12g, 泽泻 12g, 白术 10g, 川朴 10g, 陈皮 10g。加减: 恶心或呕吐明显者加半夏 10g, 竹茹 10g; 脘腹胀闷较甚者加大腹皮 12g, 广木香 10g; 黄疸较深 (黄疸指数大于 30 单位) 加金钱草 30g; 舌苔白厚腻加佩兰 10g, 藿香 10g, 白薏仁 6g, 如果大便溏泄, 再加苍术 10g, 薏仁 20g; 其他加减同热重于湿型。④湿热瘀阻型: 多见于淤胆型肝炎, 或毛细胆管型肝炎, 肝炎经过治疗后, sGPT 逐渐下降或正常, 而黄疸指数反上升大于 50 单位, 症状并不加重, 自感皮肤瘙痒, 黄疸, 食欲减退, 尿色深黄, 大便偏干, 舌质红或暗红, 苔黄腻, 脉弦数。治疗宜清热除湿, 佐以活血化瘀, 方药为: 茵陈 60g, 山梔 10g, 郁金 12g, 丹参 20g, 夏枯草 12g, 蒲公英 20g, 板蓝根 15g, 金钱草 30g, 枳实 10g, 车前子 12g, 山楂 15g, 茯苓 15g, 甘草 6g。

(2) 阳黄转阴黄、热去湿从型: 临床多见于淤胆型肝炎, 常为阳黄之变证。起病时有恶寒发热症状, 继则全身皮肤、目发黄, 尿色深黄, 经过一段时间的治疗后, 黄疸减轻, 全身皮肤稍黄而晦暗, 纳少脘闷, 厌油, 大便溏, 口淡不渴, 神疲畏寒, 皮肤瘙痒, 舌质淡、苔白腻, 脉弦细或濡缓。治宜温阳利

水渗湿,方药:茵陈 15g,猪苓 12g,泽泻 12g,白术 10g,肉桂 10g,鸡内金 15g,陈皮 10g,枳壳 12g。

(3) 虚黄、气虚血亏型:见于病久脾胃虚弱,气血生化不足,血败而不华色,不能营养于外,症见面目及肌肤发黄而不泽,黄色较淡,神疲乏力,肢软气短,纳呆便溏,舌质淡,苔薄,脉濡细。以双补气血,利湿退黄为治:党参 15g,黄芪 20g,柴胡 10g,当归 10g,茯苓 15g,白芍 12g,茯神 12g,枣仁 10g,茵陈 15g,苍术 12g。

曾氏根据急性肝炎的发病机制、临床特征、结合自己的治疗经验,对妇女围生期的急性肝炎分为两型:

(1) 肝胆湿热型:产前合并病毒性肝炎,湿热蕴结于肝胆,症见全身肌肤及目睛发黄,或有发热,腹胀腹痛,口苦,口干不欲饮水,出汗,食欲减退,恶心呕吐,大便秘结,小便黄赤,舌苔黄或黄腻,脉弦滑或弦数。治以清热利湿,利胆退黄为主,兼顾补肾固冲安胎,选用茵陈蒿汤加味:茵陈、阿胶各 12g,山栀、龙胆草、续断、生大黄、黄芩、车前子、白术、苏叶各 10g,桑寄生、败酱草各 15g。

(2) 湿热蕴肝、瘀血阻滞型:见于产后恶露不尽,气血亏损而兼瘀滞,湿热瘀血蕴阻于肝,症见面目及全身肌肤黄染,口苦口干,发热头昏,食欲减退,出汗,下腹部疼痛,阴道流血或暗红色液体排出,腹胀,恶心,小便黄。治以清热利湿,活血化瘀,温经止痛,选温经汤合生化汤加减:茵陈、生大黄、山栀、当归、白芍、川芎、炮姜、桃仁各 10g,甘草 6g,黄芪 20g。随证加减:黄疸明显加鸡骨草、黄芩、车前子等;大便秘结加枳实、火麻仁;腹胀腹痛加木香、川楝子;产后气血亏虚合八珍汤。

曾氏认为:围生期合并本病,对母婴健康影响甚大,用中药调治,对改善临床症状,消退黄疸,恢复肝功,缩短病程,均

可达到满意效果。^[18,19]

18. 吴德兴诊治经验

吴氏对乙肝提出“正虚邪实兼顾，毒湿痰瘀并治”的治疗原则，理论上有其独到的见解。他认为乙肝之所以病机复杂，是由于正虚邪更实，邪实则正更虚，变化为正虚则邪恋，邪恋则正虚。因此，力求在治疗过程中把患者脏腑各器官视为一个有机整体，既注意局部症状，更强调调整体论治，采取扶正祛邪并治，调理气血并举。扶正可增强机体抗病毒能力，同时提高机体免疫功能，达到祛除乙型肝炎病毒的目的，祛邪可消除病毒及改善症状，使受害脏器恢复其正常功能，调理气血可使气血通畅无阻，又能控制肝细胞复制乙型肝炎病毒；从而调整了脏腑功能，恢复了机体阴阳、气血津液的平衡。临床上可把乙型肝炎分为以下几种类型论治。

(1)肝郁毒湿痰瘀型：面色晦暗，胸胁胀满，易怒健忘，腹胀灰油，饮水泛恶，小便黄浊，舌红苔黄腻，脉数或涩。治拟疏肝理气，解毒化湿，消痰散瘀，基本药物：柴胡 10g，白芍 15g，郁金 10g，茵陈 20g，半枝莲 15g，蚤休 15g，皂刺 15g，桃仁 10g，丹参 15g，山楂、神曲各 10g，栀子 10g。

(2)脾虚毒湿痰瘀型：面色萎黄，食后腹胀，两胁胀痛以午后为甚，倦怠乏力，大便溏稀，舌质淡胖，边有齿痕，脉细濡。治拟健脾益气，解毒化湿，消痰散瘀，药用：黄芪 30g，白术 15g，薏仁 20g，茵陈 15g，山楂、神曲各 10g，半枝莲 15g，蚤休 15g，皂刺 15g，桃仁 10g，丹参 15g。

(3)肾虚毒湿痰瘀型：面色灰暗，眼眶青黑，两胁隐痛，腰肢酸软，下肢浮肿，舌质淡少苔，脉沉细而涩。治宜补肾益气，解毒化湿，消痰散瘀，方药：仙灵脾 15g，女贞子 20g，黄芪 30g，茵陈 15g，半枝莲 15g，蚤休 15g，皂刺 15g，桃仁 10g，丹

参 15g, 白术 15g。

(4) 无症状型: 各种临床症状不明显, 检测乙型肝炎表面抗原阳性或表面抗原、e 抗原、核心抗体均为阳性, 治拟解毒化湿, 活血散瘀, 健脾益肾, 方药: 半枝莲 15g, 蚤休 15g, 皂刺 15g, 黄芪 30g, 白术 30g, 茵陈 15g, 丹参 15g, 桃仁 10g, 女贞子 20g。

乙肝中所谓毒、湿、痰、瘀并治, 是指对疫毒、湿邪、痰浊、瘀血同治而言。毒是疫病之毒, 发病急剧, 病情险恶, 具有强烈的传染性, 湿是感受外界之湿, 痰是由于外湿之邪侵入, 脾失健运, 体内津液不化而形成的病理表现, 毒热内瘀则变为瘀血。吴氏根据多年临床经验, 整理出一套治疗乙肝的有效药物。如清热解毒化湿的蚤休、半枝莲、茵陈; 消除痰瘀的皂角刺、桃仁、丹参; 补虚扶正的黄芪、女贞子等。^[20]

19. 易希园诊治经验

易氏根据多年来的临床经验, 将中医的辨证与西医的辨病结合起来, 形成自己独特的治疗方法, 他认为, 乙肝病毒主要是因机体免疫力低下, 血液为其主要感染途径, 总的病机是正虚邪盛, 根据辨证分为湿热蕴毒、脾虚气弱、气滞血瘀三型。

(1) 湿热蕴毒型: 主症为右胁疼痛, 或两胁疼痛, 脘痞泛恶, 口干口苦, 食欲减退, 疲乏无力, 甚则黄疸, 小溲黄赤, 便溏不爽, 舌红苔黄或白腻, 脉弦滑数。方药: 茵陈 30g, 连翘 15g, 银花 15g, 藿香 10g, 厚朴 10g, 白蔻仁 6g, 郁金 10g, 石菖蒲 10g, 山栀 10g, 木通 10g, 板蓝根 15g, 蒲公英 15g。发热明显加柴胡; 便秘加大黄; 黄疸加田基黄、鸡骨草。

(2) 脾虚气弱型: 乙肝病人通过治疗湿热症状消失而脾虚气弱, 精微不化, 倦怠乏力, 气短懒言, 不思饮食; 或临床

症状不明显而检查乙肝系列三阳性诊断为乙肝的患者。方药:人参 10g,黄芪 20g,白术 15g,大枣 15g,枸杞子 15g,茯苓 15g,猪苓 20g,五味子 10g,女贞子 10g,山豆根 5g,板蓝根 15g,黄连 5g,虎杖 15g,鱼腥草 20g。

(3)气滞血瘀型:以慢性肝炎和肝硬化多见。²¹¹

20. 陈伯咸诊治经验

陈氏善于辨治病毒性肝炎,临证时四诊合参,首重望诊和问诊,抓特异症状,辨症识病。遣方用药流通轻灵。陈氏认为,病毒性肝炎的特异症状主要表现在黄疸、舌诊、二便形色、胁痛、腹胀、乏力上,通过望诊、问诊,仔细审辨,即能分清寒热虚实及夹邪轻重。如黄疸呈烟熏样黄灰褐色为寒湿;舌红苔黄腻为湿热相搏之热重;舌红苔白腻为湿重于热;舌红苔黄燥为热毒炽盛;舌淡苔白滑为寒湿;舌红苔黄兼有瘀斑属湿热兼瘀;大便先硬后溏成糊状为湿热之热重;便溏呈湿烂状为湿热之湿重;呈糊状臭味大为湿热夹食滞不化;干结色黑异臭为热毒;溏而灰黄无臭为寒湿;时干时溏为肝郁气滞;小便深黄灼热为湿热之热重;色黄有热淋漓不畅为湿热中阻;如浓茶状为热毒;腹胀如鼓为肝郁气滞;腹胀绵绵为脾虚气滞;腹胀纳食后则剧为肝郁脾虚。陈氏认为,病毒性肝炎尽管表现复杂,但还是有规律可循的,根据其病因病机,临床表现,肝、脾、肾、阴阳,气血虚损是病之本,湿、热、瘀、痰、邪毒等兼夹证为病之标。治疗必须兼顾标本,以扶正祛邪为基本治疗大法。

(1)治标兼顾本:急性病毒性肝炎,多为疫毒内伏,湿热蕴结相搏而发,开始即感头重身困,纳呆恶心,口苦咽干,或全身黄染,大便干燥,舌苔黄腻等,以邪实为其临床主要表现,急则治标,以祛邪为主。有黄以祛湿清热为主,多用茵

陈、山梔、金钱草、银花、连翘、板蓝根等。无黄以疏肝清热、理气化瘀为主，以柴胡、黄芩、赤芍、郁金、丹参为首选。通腑泻热，湿热化火，重用生大黄、芒硝、厚朴、枳实、山梔等使邪从大便而走。凡小便色黄，灼热、淋漓、疼痛，多以木通、车前、滑石、竹叶、云苓、泽泻为用，使湿热从小便而解；陈氏特别强调，祛邪之药多为大苦大寒之品，过用必伤正，他主张：“治标祛邪，清要有节制，同时兼顾其本，以复正气。”

(2) 祛邪毒分标本：病毒性肝炎以湿热之邪为最多见，其表现或湿重或热重，或湿热并重，临床必须详辨，他认为，舌诊和二便形色是辨热重或湿重的主要指征。对于热重于湿者，多以茵陈清肝汤加减，常用茵陈、山梔、生大黄、银花、连翘、龙胆草、败酱草、赤芍、丹皮、枳实、郁金、陈皮、甘草等，生大黄用至便通即止。湿重于热者，治疗多以蒿芩清胆汤化裁，常用茵陈、金钱草、生薏仁、茯苓、碧玉散、冬瓜皮、黄芩、枳实、竹茹、半夏、陈皮等。

陈氏在治疗肝病中用药轻灵是一大特点，以此顺乎肝脏之性，对苦寒清热药，因症从之，谨防寒凝。^[21]

21. 邓铁涛诊治经验

邓氏认为，治疗急重症肝炎引发的黄疸，往往需要大剂清热解毒才能解决，但不能只看化验单而忽视辨证论治，重辨病而忽视辨证，黄疸指数一高便重用茵陈、梔子、大黄、虎杖等，有时效果并不理想，如曾治疗一患者，体质素差，有胃病史，住院期间服用大剂茵陈蒿汤加味，但黄疸指数还在120单位上下，诊其面色黄而欠光亮，消瘦，皮肤痒甚，胃纳差，大便条状色略黑不黄也不白，舌嫩苔润，脉弦不任重按，是邪未退而脾胃已伤，治疗以四君子汤以扶其脾胃，并选用带芳香的土茵陈及兼能消瘀散肿的田基黄以退黄，佐郁金以

利肝胆,服后纳增痒减,守方加减,黄退而病愈。^[23]

22. 陈宝义诊治经验

陈氏认为,肝之为病,可见黄疸,胁满腹胀,呕恶厌食诸症,医家习用清热利胆,行气消胀之品。但病有邪实正虚之弊,治有标本先后之别,若黄疸已退,余证不除,肝功能日久不能恢复正常者,当虑及久用苦寒清利,香燥行气之剂极易伐伤肝胃之阴,以致肝失疏泄,胃失和降,使病迁延。肝为藏血之脏,体阴用阳;胃为燥土,以润为和,以降为常,肝胃阴伤,必致肝气横逆,胃失和降,胁满厌食,肝功能不易恢复。自拟护阴理肝汤以养阴柔肝之法治疗,可获良效。方药:旱莲草 15g,枸杞 15g,五味子 6g,柴胡 6g,白芍 10g,沙参 12g,山楂 10g,香橼皮 10g,茵陈 6g,丹参 12g,青黛 3g,甘草 6g。^[24]

23. 周信有诊治经验

周氏认为,乙型肝炎的病机不外湿热、虚、瘀为主,而表现正虚邪实,虚实夹杂的特点。湿热夹毒,邪毒留恋;肝失条达,气虚血瘀,又是本病的基本病理变化。湿热、虚、瘀的病理变化贯穿于疾病的全过程。因而在确定治疗原则和遣方用药时,亦需清解、补虚、祛瘀等三种方法综合运用,整体调节,在临床上周氏确定一基本处方,治疗各种病毒性肝炎。基本方:柴胡 9g,茵陈 20g,板蓝根 15g,当归 9g,丹参 20g,莪术 9g,党参 9g,黄芪 20g,女贞子 20g,五味子 15g,茯苓 9g。加减:有湿热证候或瘀阻现象者,方中茵陈可用至 40~60g,以利于清利湿热,加赤芍、栀子,以祛瘀利胆。^[25]

24. 林昭庚诊治经验

林氏认为,中医治疗肝炎有其特性,除辨证论治以外,中医注重养生,饮食调配及食物禁忌,以此配合辨证论治,其效果更佳,而且很有科学性。

(1)养生:多休息,避免过度劳累或熬夜,饭后宜休息半小时。

(2)药食同源饮食调配:①多吃黄豆、绿豆或豆芽,因绿豆有清热解毒之作用,黄豆中含有丰富的卵磷脂,多种维生素,具有抗脂肪肝因子,能够预防脂肪肝及防治动脉硬化,其丰富的蛋白质是补给肝细胞的原料,可帮助被破坏的肝细胞再生,肝炎患者常食欲不振,不思肉食,吃黄豆可以弥补此不足。②常吃蛤蚧汤、冬瓜汤,或海参。蛤蚧汤可以促进食欲,改善肝功能;冬瓜汤为清凉之剂,可以增进人体免疫力;海参含皂角苷,为防治肝病之良好食品。③谨防怒气伤肝。

(3)食物禁忌:①少吃五香、八角、香料、辣椒、鱼干、牛肉干、罐头食品、油炸食品等。②酒、茶及咖啡不喝。③饮食宜清淡,不加太多盐或太多油腻。^[26]

25. 尹国有诊疗经验

尹氏根据“同病异治”的原则将急性病毒性肝炎的治疗分为三期七法,他认为三期七法治疗急性病毒性肝炎具有突出中医特色,易于掌握,方法简便等特点,并且疗效满意。

所谓“同病异治”是指同一种疾病,由于发病的时间、地区,以及患者机体的反应性不同,或处于不同的发展阶段,所表现的证不同,因而治法也不一样。病毒性肝炎属祖国医学“黄疸”、“胁痛”、“郁症”、“瘟黄”等病的范畴。探讨中医治疗急性病毒性肝炎的治疗方法,必须与中医基础理论体系密

切联系起来。各种治疗方法,都来源于实践,各有其具体的适应范围。这些不同的治疗方法的确立与应用,应在辨证与辨病相结合的前提下,根据“异病同治”的原则,从不同的个体中,抓住其中医“证”的特殊性,制定出具体的治疗方法。中医认识疾病的方法,简而言之,即辨证与辨病相结合。倘若临床时不辨病,只辨证,医者胸中无全局观念,则辨证也是漫无边际。如病毒性肝炎,若不首辨出“病毒性肝炎”,而只用辨证的方法,就会忽视体内肝炎病毒(疫毒)的存在,将出现黄疸者按一般的黄疸辨证;对肝脾肿大者,按普通的积聚辨证,考虑为气、血、痰、湿久聚而成;以胁痛为主要者,按常见的胁痛辨证等。这样,辨证杂乱,不能突出病毒性肝炎的特殊性,忽视体内疫毒的存在,不能掌握其辨证规律,治疗无从入手,疗效可想而知。另外,也不能只讲辨病,不讲辨证,只有通过辨证,才能抓住疾病某阶段的主要矛盾,论治才有依据。

(1)急性黄疸型病毒性肝炎:急性黄疸型肝炎起病一般都比较明显,以甲型、乙型、戊型病毒性肝炎多见,丙型、丁型病毒性肝炎少见。

黄疸前期:此期约数日至两周,主要症状有全身不适及乏力,纳差、恶心、厌油、呕吐、上腹不适及腹胀,有时有右胁部疼痛、腹泻或便秘等。根据患者起病时的突出症状,可分为以消化道为主者;以上呼吸道为主者;以上腹部剧痛伴寒战、高热类似胆道疾患;以肌肉关节酸痛兼恶寒发热类似风湿者等。急性黄疸性肝炎在黄疸前期除共性外,尚有各自的特点,只有详细检查,综合分析,才能及早作出正确的诊断。黄疸前期的脉象多浮弦或稍浮数,舌质多红,苔薄白或薄黄腻。此期以外邪袭表,郁而不解,湿热蕴结中焦为主要发病机制。用解表清热利湿之法治疗。治疗黄疸前期的主

方是麻黄连翘赤小豆汤,主药是麻黄、连翘、杏仁、赤小豆、茵陈、郁金、麦芽、砂仁、薄荷、滑石、木通、甘草。

黄疸期:此期约2~6周,主要表现为黄疸的出现和加深,先有尿色变深变黄,继见巩膜及皮肤黄染,黄疸加深在1~2周内达到高峰,此时多不发热或有低热,纳差、恶心、腹胀等消化道症状和乏力明显加重。大便色泽变浅,个别患者皮肤瘙痒。查体可见肝脏肿大或肝脾肿大,巩膜及皮肤黄染。GPT及血清胆红素增高。此期舌质红,苔多黄腻,脉弦滑数。治疗本期的主方是茵陈蒿汤。主药是:茵陈、栀子、大黄、郁金、元胡、车前子、薏仁、白术、白芍、麦芽、山楂、甘草。

恢复期:此期约2周~4个月。平均为1个月。另有一部分乙型、丙型及丁型病毒性肝炎由于各方面的原因恢复期延长,并可演变成慢性肝炎。此期主要症状是:纳差、乏力、腹胀、恶心、肝区疼痛、肝脾肿大等。体征逐渐减轻,黄疸开始消退。舌象:舌质淡红,舌苔薄黄或薄白,脉象和缓。治疗本期的主方是逍遥散。主药是:白芍、柴胡、当归、白术、黄芪、丹皮、陈皮、枳壳、茵陈、丹参、山楂、甘草。

对于乙型、丁型病毒性肝炎,特别是丙型病毒性肝炎,慢性化的趋势比较明显,如何阻止急性黄疸型肝炎向慢性化发展,是亟待解决的问题。在易于慢性化的急性病毒性肝炎的治疗中,疏肝健脾除湿之法对促进疾病康复有重要意义,适当延长其用药时间可减少慢性化的发生。有一部分患者,如急性黄疸型乙型肝炎,经治疗诸症消失,肝功正常,唯乙肝病毒复制指标阳性,呈“大三阳”或者“小三阳”,长期不变,只有彻底消除体内肝炎病毒的存在,才是彻底治愈病毒性肝炎的根本所在。

(2)急性无黄疸性肝炎:急性无黄疸性肝炎用三期四法治疗。

前期:此期的患者,多以湿热疫毒之邪困扰脾胃为主要病理基础。大多起病缓慢,初起症见头昏身重、倦怠、恶寒发热、恶心脘痞、欲吐、便溏、尿黄,此期约数日至半月,有的患者可伴有上呼吸道症状,类似感冒;有的伴有关节酸痛被误诊为风湿病;GPT升高,肝区叩击痛,有时在肋缘下可触及肝脏。舌质淡红,苔白腻,脉象滑或濡。本期主要是湿热疫毒之邪困扰脾胃,根据这一发病机制,用清热利湿化浊的方法,选用具有开上宣中利下的三仁汤为基本方。主药是:杏仁、白蔻仁、薏仁、厚朴、通草、滑石、半夏、茵陈、白术、藿香、龙胆草、泽泻、白花蛇舌草、赤白芍、焦三仙、甘草等。湿性重浊粘腻,不易速去,湿热浊邪袭人,病程多长,缠绵难解,况祛湿之剂易助热,在应用清热利湿化浊之法时,要重视守方,坚持用药,不能操之过急,急性无黄疸型肝炎往往病程长,就是这个道理。

中期:此期约半月至两月,病机为湿热阻滞,肝郁脾虚。主要表现为纳差、乏力、腹胀、恶心厌油腻、口苦、胁痛等。肝功能检查GPT升高,血清胆红素正常,病原学检查出现阳性,肝脾肿大,肝区叩痛。如果以肝郁脾虚为主者,主要症状为胁痛、腹胀、干呕、恶心、纳差、肢体困倦、行走手胀腿疼沉,甚则面及四肢浮肿、胸闷、口粘腻,舌淡红、苔薄白或白腻,脉弦滑。如以肝胆湿热、湿郁化热为主,症见:心中烦热,胃脘胀满,纳呆口苦,右胁部疼痛,头痛或昏沉,失眠多梦,大便稍干,小便黄,舌红苔黄腻,脉弦滑稍数。中期可分为两个证型;即肝郁脾虚湿困型,用清热健脾利湿法,常用药:茵陈、黄柏、白术、云苓、川朴、陈皮、车前子、虎杖、郁金、苍术、白芍、柴胡、泽泻、焦三仙、甘草等。另一型为肝胆湿热、湿郁化热型,治疗主要是清利肝胆湿热,常用药是:茵陈、栀子、大黄、龙胆草、赤芍、丹参、川朴、白蔻仁、白术、紫草、云苓、半

夏、滑石、柴胡、泽泻、砂仁、甘草等。

恢复期:时间约为1~3月,随着急性病毒性肝炎病情的好转,湿热瘀毒逐渐消退,到恢复期,肝郁趋于明显,况且“木旺易克土”,“肝病每传脾”,脾虚的症状亦逐渐出现,而呈现肝郁脾虚的证候。症见乏力、肝区隐痛或不适,纳差、小便稍黄等症状。舌淡红苔薄或薄黄,脉象和缓。肝功能明显好转。《金匱要略》曰:“见肝之病知肝传脾,当先实脾”。故本期以疏肝健脾除湿为目的,常用药有:白芍、柴胡、当归、白术、黄芪、丹皮、枳壳、陈皮、茵陈、丹参、山楂、甘草等。

急性病毒性肝炎,无论是黄疸型还是无黄疸型,其病机重点在肝、胆、脾、胃,皆因湿热疫毒壅盛于内,弥漫于三焦所致。因此,对急性病毒性肝炎的治疗,应着眼于祛除湿热疫毒,不论有无黄疸,都应祛邪为当务之急。黄疸型与无黄疸型病毒性肝炎之间,既有共同点,又有区别,急性黄疸型病毒性肝炎病邪以湿热为重,无黄疸型以疫毒为重,并多夹湿浊为患。两型肝炎三期疗法尽管具体方法不同,但均可归纳为发病初期多以清热利湿为主,稍后则加用疏肝健脾、利胆化瘀之药。现代研究表明,病毒性肝炎自始至终都有气血瘀滞之象,微循环障碍,活血化瘀之药对于改善微循环促进肝细胞再生与修复,改善肝功能,回缩肿大的肝脾,有重要意义。恢复期应尽量减少苦寒药,着重理肝脾,使余邪尽去、脾胃强健而正不虚。概括起来则为“病初多湿热,中期失疏泄,后期易脾虚,早期重清利,中期需疏瘀,后期调肝脾,苦寒当适度,邪去正不虚”。^[27]

26. 陈苏生诊治经验

陈氏根据辨证与辨病相结合的原则归纳出与急性病毒性肝炎有关的三个阶段,治疗分三法。

第一阶段:邪毒侵入机体,正气产生应答性反应,这种反应开始是一种适度的抵抗。此时病理的代谢产物相应的增多。治疗的对策,一般采用清化湿热以排泄秽废。本阶段多见于甲型急性黄疸型肝炎。预后好,治用清肝疗法。

第二阶段:发病急,病势猛,邪毒重,反应大,病邪来势凶猛,但正气奋发,激起之反应亦非常激昂,多见于暴发型肝炎,宜用清热解毒以抑制病毒。

第三阶段:是一种慢性病毒,当其侵入人体,早期并不影响正常生活,主要以疲劳为主,此时邪正双方正在作“地下之较量”,应调整其内在的抵抗力,使免疫反应保持在适度的水平。临床多见于乙型无黄疸型肝炎。宜疏肝疗法。

肝病治疗三法:

清肝疗法:陈氏认为,凡急性肝炎,如果从病原的角度考虑,一般公认是一种特殊的致病因子——肝炎病毒为患,它作为一种“致病因子”输入了人体,由此而引起了机体的对抗行为,于是出现了各种病症,当肝炎病毒猖獗发展时,肝脏发炎充血,肝组织受到弥漫性破坏。因此,应用针对性病因疗法,清除其病理产物,重点用抗病毒之有效中药,以直折其锐气。如采用大剂量清热解毒药实为一种明智之举。①清热:所谓热,在中医学说的含义上包括体温亢进,功能兴奋,组织充血。清热药中有些包括了若干抗菌抗病毒作用,在体内能协助肝脏解毒或抑制过亢之反应。②解毒:中医对一切外来或内在之邪,凡能损害人体者均曰毒,对于各种传染病,我们的祖先未能直接理解其为何种细菌、病毒,于是便名之为邪毒。解毒者,除解除毒素外,亦应包括杀灭传染之细菌病毒病原体,这一点,有些已经现代科学所证实。如银花、连翘等便是广谱抗菌药。③利胆:肝胆相连,肝病时肝脏分泌胆汁功能障碍,胆汁郁滞,不能畅流,溢入血流则为黄疸。利胆之

作用有三:通利胆管,稀释胆汁,排减血液中之胆红素使之从肾脏排泄。故此治肝病多用利胆药,如茵陈五苓散之类,茵陈、郁金则为主药。④退黄:退黄药,经常与利胆药同用,肝炎肝肿胀致胆运梗阻,引起胆汁返流入血而生黄疸。故退黄以清肝利胆为主,肝炎日久肝细胞损害,排泄胆红素之功能降低而引起之黄疸,须予保肝养肝。

疏肝疗法:疏肝疗法,实质上是肝脏的“祛障疗法”。从肝的生理特性着眼,“肝主疏泄,性喜条达”,肝木宜条畅,肝叶宜疏展。肝气郁结,多半指情绪不愉快而言。①调气:“气为血帅,气行则血行”,“气通血活,何患不除”,“疏其血气,令其条达而致和平”。说明气调则血畅病愈的道理。某些时候,调气含有调节神经作用。②活血:血液贵在流畅,恶其凝滞,活血药有兴奋血管系统,活跃血液循环之作用。活血能使血液循环流畅。③化瘀:肝脏是一个大血库,血流濡缓,加上肝病必然有凝瘀停留,或者形成血栓,或者加上组织剥离下来的物质,就可以造成经络阻塞之象。化瘀,实质上就是融解血栓,滑利循环。④解凝:肝是人体分配血液的调节器。由于肝炎有炎性分泌物,再加上坏死的肝细胞和来自门静脉的瘀腐物质,凝聚附着于肝,可以使淋巴液阻塞,造成痞满症状。这种痞满现象当然也得予以疏通,解凝之意即在于此。⑤通络:肝是人体最大的腺体,有旺盛的淋巴循环。肝病之后肝脏淋巴液的还流是会有障碍的。肝区痛即提示络道不通,通络二字,一方面有宣通经络的意思,同时也含有疏通肝淋巴管的意思。柴胡、牡蛎就包含这双重作用。⑥利湿:湿为阴凝粘腻之邪,为体内一切之代谢产物,都名为湿浊。它阻碍了机体功能的正常发挥,便成为湿邪。利湿、化湿、逐水辟浊,对于湿邪或化或排,可对某些组织起浣涤作用。

保肝疗法:主要是针对肝炎后期治疗。

陈氏对急性肝炎的治疗以茵陈蒿汤为主,亦可用疏肝和络加清热解毒药,凡有消化障碍,都用疏肝和络饮加减。陈氏认为,清肝一法,仅是清除病原体在人体中所产生的病理产物为主,尚未能称为此便是消灭肝炎病毒之特效药。疏肝疗法的运用范围较广,几乎适用于肝炎各期,这是肝脏的生理特性所决定的。因为只有排除机体代谢上的一切障碍,使其病灶部位通畅,才能改善肝脏内环境,有助于肝脏功能的恢复,从而对肝炎患者的康复创造有利条件。^[28]

27. 李寿山诊治经验

李氏治肝病常用的有八法,用于治疗急性病毒性肝炎的方法有四种,略述如下。

清热利湿、芳化解毒法:方药:茵陈 30~60g,炒栀子 6~10g,公英 15~30g,藿香 10~15g,板蓝根 15~30g,泽兰 15~20g,车前子 15g。主治:急性黄疸型肝炎,症见:纳呆、灰油腻、恶心、倦怠乏力、小便黄赤,大便干燥,目黄及皮肤发黄色鲜艳,舌苔黄腻,脉象弦滑,肝功有损害。加减:热重、便燥腹满者加大黄;湿重、头眩呕恶者加姜半夏、茯苓;烦热不寐者加龙胆草;发热身痛者加连翘、银花、大青叶;鼻齿衄血者加小蓟、生地、丹皮、白茅根;黄退后,GPT 居高不降者,偏热原方减量加白花蛇舌草、虎杖;偏虚合服五味子粉每剂 0.5g,日 3 服,白开水送服。

疏肝理气、清化湿热法:方药:柴胡 10~15g,赤白芍各 10~15g,枳壳 10~15g,茵陈蒿 10~15g,茯苓 10~15g,厚朴 6~10g,藿香 10~15g,清半夏 6~10g,白蔻仁 3~5g。主治:湿郁气滞胁痛证。头昏乏力、纳呆、灰油腻、恶心、胁痛、脘腹胀满、大便粘滞不爽、舌苔白滑、脉象濡缓。肝功有损害,乙肝表面抗原阳性。本证多见于急性无黄疸型肝炎,慢肝活动

期。加减：本方乃四逆散合藿朴夏苓汤化裁而成。如口苦、胁痛加郁金、黄芩；肠鸣、泄泻加白术、防己；腹胀矢气不畅加腹皮、陈皮；乙肝表面抗原不阴转者加虎杖、白花蛇舌草；偏虚者酌加补益药、活血药。

清热解毒、化浊开窍法：方药：茵陈蒿 30 ~ 50g, 炒栀子 6 ~ 10g, 蒲公英 15 ~ 30g, 郁金 10 ~ 15g, 菖蒲 6 ~ 10g, 酒制大黄 10 ~ 15g, 白茅根 30 ~ 50g, 白花蛇舌草 20 ~ 30g, 车前草 15 ~ 20g。主治：湿热蕴毒发黄证。主要适用于暴发型黄疸型重症肝炎，亚急性肝坏死。症见：目黄周围肌肤深黄，神昏躁动，身热不扬，腹满口臭，泛恶欲吐，衄血发斑，小便短赤，舌质绛苔厚腻，脉弦大滑数，肝功能损害，黄疸指数高，尿胆原阳性，GPT 增高。加减：口干舌绛、脉弦数者加沙参、生地、女贞子；神志昏迷、身热不退加羚羊角粉合安宫牛黄丸；肝功损害未复，合复肝散（鳖甲、丹参、人参、全当归、汉三七、紫河车各等份研细末）。

凉营活血、解毒清热法：方药：犀角 5 ~ 10g（先煎），生地 20 ~ 30g, 丹皮 10 ~ 15g, 茵陈蒿 30 ~ 50g, 赤白芍各 10 ~ 15g, 酒制大黄 10 ~ 15g, 桃仁 15g, 红花 10g, 金钱草 20 ~ 30g。主治：瘀热发黄证。适用于胆汁淤积型肝炎，亚急性肝坏死。症见：目黄肌肤色黄而暗，急剧加重迁延不愈、皮肤瘙痒、右胁热痛、恶心欲吐、鼻衄衄血、皮下有出血点、小便短赤、大便秘结，甚则烦热昏迷，舌质红绛、苔黄而腻、舌下脉络紫红怒张粗长，脉象弦滑而数，肝功有损害，GPT 增高。加减：实热甚、大便秘结加芒硝；身热不退加石膏、白花蛇舌草、车前草；烦热昏迷合服安宫牛黄丸；呕恶加清半夏、竹茹；黄退后，肝功损害未复，合复肝散。^[29]

28. 汪履秋诊治经验

汪氏治疗黄疸型肝炎和重症肝炎特效疗法：

(1) 鲜大麦苗，日约 250g，煎汤当茶，用 1~2 周效佳。《伤寒类要》记载：大麦苗“治诸黄、利小便”。《医学衷中参西录》“麦苗其性，能疏通肝胆，并能清热，导胆汁归小肠也，麦苗长至寸余，用之更佳，取一握煎汤当茶，立可”。若缺加生麦芽于中药里，亦颇奏效。

(2) 黛矾散，青黛、明矾等量，每次 1.5g，日 2 次，服至症退，肝功稳定正常。其药性青黛咸寒，《本草求真》载有：“青黛大泻肝经实火，及散肝经火郁。”明矾酸涩寒，《本草纲目》载有：“燥湿解毒，治疸疾，通大小便。”^[30]

29. 郭国兴诊治经验

郭氏认为，急性肝炎多因素体脾湿胃热、饮食不节或暴怒、郁结等原因，以及感受时邪疫毒，郁而不达，湿热蕴结脾胃，郁于肝胆而发病。若能及时正确治疗，多短期获愈。在临床上采用汤散两方配合，缓急并施，收效较好。

汤剂基本方：柴胡 10g，白芍 15g，白术 10g，当归 10g，郁金 12g，枳实 10g，青皮 10g，败酱草 15g，甘草 3g。水煎服。加减：若兼身目发黄，黄如橘色，烦热口苦，胸中懊恼，小便黄赤，大便干燥，舌苔黄腻，脉滑数，原方去当归，加茵陈 30~60g，山栀 10g，虎杖 15g，公英 15~30g。若湿邪困脾，症见胁肋闷痛，脘闷腹胀，恶心呕吐，口腻纳呆，身重便溏，舌苔白腻，脉濡缓等湿重于热者，原方白术易苍术，加藿香 10g，白蔻 6g，滑石 30g，苡仁 15g。若肝郁脾虚，症见胁肋胀痛，气短乏力，腹胀便溏，舌淡苔薄白，脉虚弦，原方加党参 12g，白术用至 15g，茯苓 15g，黄芪 15g，砂仁 6g。若食少，消化不良，噎

腐吞酸,脘腹饱胀,舌苔厚浊,脉弦滑,原方加焦三仙各 15g,鸡内金 15~30g(炒黄研末冲服)。若肝阴亏损,症见低热,胁肋隐痛,腰膝酸软,手足心热,口干,舌红少苔,脉弦细,原方加沙参 15g、麦冬 15g、枸杞子 15g、生地 15g。若气滞日久,瘀血停滞,胁肋痛如针刺,拒按,夜间加重,舌质见有紫色瘀点,脉涩,原方加丹参 15g、红花 6g、三七 3g(研冲)。若久瘀不消,右肋下可触及肿块,原方加鳖甲 15g、瓦楞 12g、三棱 10g、莪术 10g。

散剂:消肝散;用于肝气不疏,湿热郁结,脘胁胀痛,口苦苔黄腻。广郁金 120g,滑石 60g,广木香 30g,甘草 15g,土硝 60g。共为细末,早晚各服 1g,白开水送服。^[31]

30. 季汉源诊治经验

季氏认为:急性肝炎是由于感受疫疠之气或饮食不洁所致。其病机系由湿热中阻脾胃,升降失常,肝脏疏泄不利;胆汁不循常道而为患。治疗上当以清化湿热、利胆退黄为主。对于急性肝炎发病前期或初期,患者症见乏力、泛恶、胸闷不适、苔腻、脉濡等脾虚湿困气机不畅之候,清化湿热为其大法,但过用苦寒清热则伤脾碍湿,过投辛温化湿又助热伤阴,此时主张调其三焦气化功能,以“化气”为要,选用轻苦微辛流动之品以化湿清热,常以三仁汤加茵陈、苏叶、黄连为主方,取其化湿泄浊、宣畅气机之功。^[32]

31. 陈昆山诊治经验

陈氏认为,治疗肝炎之黄疸宜清利为主,慎用补益,临床辨证以阴阳为纲,阳黄的发病机制为湿热内盛,熏蒸肝胆,肝胆失疏,胆汁外溢肌肤。针对其湿热病机,陈氏认为应“清利为主,先清后调,不宜早补、过补”。方剂多遵茵陈蒿汤。

湿热重者,加龙胆草、连翘、白花蛇舌草、半边莲、赤芍、黄连、虎杖等清热解毒,往往药到黄去。必要时佐以柴胡、郁金、青陈皮、枳壳等疏肝理气药。阴黄临床上较少见,其往往是由于阳黄失治、误治或过用苦寒伤及脾阳而成。

病案举例:患者32岁,于两月前无明显诱因出现尿黄如柏汁,继之目黄、皮肤黄,在当地服用中药不见好转,前来就诊。就诊时身黄、目黄,黄而鲜明,四肢乏力,胃脘不适,口干苦而酸,小便黄如柏汁,大便干燥,舌红,苔黄腻,脉弦缓。实验室查肝功:ALT220U/L,乙肝5项中,HBeAg、抗-HBc阳性。西医诊断:急性乙型病毒性肝炎。中医诊断:黄疸。四诊合参,辨证为肝胆湿热,木郁克土。治以清利湿热,利胆退黄。方药:茵陈50g,虎杖30g,大黄15g,栀子15g,柴胡10g,郁金15g,白茅根30g,海螺蛸15g,赤芍60g,青陈皮各10g,甘草6g。患者服药2剂后,黄疸明显减轻,继服10剂后,黄疸消除,后治以健脾益气,疏肝理气法调理收功。病者黄疸明显,故方药以清利为主。方中茵陈蒿汤清肝经湿热,白茅根导热下行,而赤芍用至60g之多,取其专入肝经,具有清热凉血,活血之效。用其治疗黄疸久不退有良效。配以疏肝解郁之柴胡、郁金等,故而药到病除。^[33]

32. 吕承全诊治经验

吕氏认为,急性黄疸型肝炎临床所见以阳黄居多,在实践中创立了一套辨证治黄疸的方法。

初期:主症:发热恶寒,头身疼痛,恶心欲呕,胸胁痞满,腹胀纳呆,胁胀痛,身倦乏力,尿少而黄,舌红苔白腻或黄腻,脉弦滑。治则:清利肝胆,泻火解毒。方药:茵陈30g,郁金10g,炒栀子10g,大黄10g,板蓝根30g,金银花30g,公英30g,败酱草30g,甘草10g。方中以板蓝根、金银花、公英、败

酱草等清热解毒,用栀子、大黄、郁金清肝利胆,清泻内蕴之湿热邪毒,配以甘草调和诸药,全方由茵陈蒿汤与清热解毒之品配伍而成。加减:发热恶寒等表证明显者,酌加连翘、浮萍、青蒿之类,以助解毒透表之功;厌油恶心者,加竹茹、半夏降逆止呕;头昏身困,舌苔黄腻者,加赤小豆、猪苓、滑石清热利湿;大便燥结者,重用大黄,或酌加芒硝以攻积导滞,泻火利胆;脘腹胀满者,加川朴、枳实、炒莱菔子行气除胀;发热甚者,加柴胡、黄芩疏肝利胆,和解少阳。

中期:发病5~7日后,表证已罢,湿热内蕴。主症:身目俱黄,色较鲜明,溲少色黄或发热,胸脘痞闷,恶心腹胀,舌红苔黄腻,脉弦滑。治则:清热化湿,利胆退黄。方药:茵陈30g,郁金10g,炒栀子10g,大黄10g,黄柏10g,厚朴10g,陈皮10g,半夏10g,茯苓30g,甘草10g。本方为茵陈蒿汤与二陈汤合方而成,方中茵陈清肝利胆,利湿退黄为主药;郁金活血开郁,栀子清利三焦,大黄荡涤胃肠,利胆导滞;黄柏清热燥湿,共为辅药;厚朴理气除满,陈皮和胃醒脾,半夏止呕降逆,祛痰化湿;茯苓健脾渗湿,甘草调和诸药,共为佐使。对于因湿热内蕴,肝胆失疏,脾胃失和,引起之诸症确有良效。加减:内热炽盛,舌苔黑燥者,加黄芩、黄连、大青叶、金银花苦寒清热,泻火解毒;周身困乏,首重如裹,舌苔厚腻,湿气偏重者,加藿香、佩兰、苍术、砂仁芳香化湿;胁肋疼痛者,加白芍、川芎、枳壳、元胡之类理气和血,柔肝止痛;纳呆厌食者,加麦芽、山楂、砂仁、白蔻消食开胃;腹胀甚者,重用大黄,酌加芒硝,以通秘导滞;吐血便血,热伤脉络者,重用栀子,酌加生地、丹皮、大小蓟,凉血止血。

恢复期:主症:精神倦怠,食纳欠佳,胁痛或胀,舌质淡,苔薄白稍腻,脉弦缓,治则:健脾益气,柔肝和胃。方药:党参10g,白术10g,白芍30g,炙鳖甲30g,山药30g,薏仁30g,茯

苓 30g, 厚朴 10g, 麦芽 15g。本期病邪基本消退, 但正气未复, 故方中以党参健脾益气为君, 辅以白术、茯苓, 取“四君子”之意, 更配以平补三焦之山药, 健脾调中, 脾胃健则气血生化有源, 进而行培土生木之功。白芍、炙鳖甲活血益阳, 柔肝软坚, 薏米健脾利湿, 厚朴行气除满, 麦芽开胃消积, 俾土肥木茂, 正气得复。加減: 黄疸未退尽者, 加茵陈, 利湿醒脾; 胁痛腹胀者, 加郁金、元胡、青皮, 疏肝开郁止痛。

病案举例: 患者为女性, 14 岁, 于 1992 年 12 月 12 日以身目俱黄染, 纳差, 乏力 1 周为主诉就诊。自述 1 周前发热, 用洁霉素、双黄连素等治疗后, 热退, 但随之出现身目俱黄, 小便黄, 胃脘胀痛, 纳差恶心, 大便不爽, 全身乏力, 舌淡红, 苔黄腻, 脉沉细弦。查尿: PRO(±); BiL(+++), URO(+). 据此脉证, 诊为黄疸(急性黄疸型肝炎)。为邪毒内侵, 湿热内蕴, 肝胆失疏, 胆汁外溢之阳黄证。拟清热利湿之法, 处方: 茵陈 30g, 栀子 10g, 大黄 10g, 银花 30g, 公英 30g, 金钱草 30g, 连翘 15g, 泽泻 15g, 赤小豆 30g, 茅根 30g, 甘草 10g。水煎服。忌食辛辣厚味, 调情志。上方服 3 剂, 已不恶心, 但仍感脘腹胀满, 大便未泻, 舌红, 苔薄黄, 脉弦细。肝功能: 总胆红素 $94.6\mu\text{mol/L}$, T/A76/40g/L, SGPT187U/L, AKP163U/L, HBsAg(-)。守上方, 加竹茹 10g, 川连 10g, 砂仁 10g, 大黄改为 5g(后入)。服上方 6 剂, 大便通泻, 食纳转佳, 胃脘疼痛消失, 精神好转, 目睛黄染明显减退, 仍小便黄; 右胁不适, 肝区压痛, 舌嫩红, 苔少, 脉弦。复查小便: URO(±), BiL(-), RBC6~8, WBC4~6, 上皮细胞少量。此表证以除, 内蕴之湿热毒邪已拆其势, 病入中期。继以化湿利胆汤为主方化裁治之。处方: 茵陈 30g, 栀子 10g, 大黄 10g, 连翘 30g, 郁金 15g, 川朴 10g, 茯苓 30g, 丹皮 10g, 砂仁 10g, 茅根 30g, 甘草 10g。水煎服。服药 6 剂, 食纳佳, 小便

色转淡,白睛黄染消失,大便日行两次,质稀,无不适感,舌质红,稍有齿痕,苔薄白,脉沉细。复查小便:BiL(-),URO(±),RBC(-),WBC(-),上皮细胞少量。病已渐愈,但肝胆未和,脾胃尚虚,拟健脾复肝汤化裁,疏肝利胆,健脾和胃,以利恢复和巩固。处方:茵陈 15g,云苓 20g,白术 15g,砂仁 10g,白蔻 10g,郁金 10g,茅根 30g,山药 20g,薏仁 30g,麦芽 15g,甘草 10g。上方随证加减 20 余剂,复查肝功正常。^[34]

33. 于芙英诊治经验

于氏认为肝炎的病理因素当以湿为主,其病机关键在于湿邪为患,湿邪即可从外感受,亦可自内而生,如外感湿热病毒为湿从外受,饮食劳倦或病后瘀阻湿滞,属湿自内生。瘀阻中焦,脾失健运,肝胆失泄,胆汁外溢而发之。于氏总结出“三型十证一原则”的辨治方法,三型即:急性黄疸型肝炎,急性无黄疸型肝炎和慢性肝炎;一原则即化湿浊,利小便。十证则不一一赘述。

急性黄疸型肝炎:本型起病快,三黄悉备,易于辨别。

(1) 湿热熏蒸,壅阻肝胆:症见身目俱黄,黄色鲜明,发热口苦,腹部胀满,恶心欲吐,厌食油腻,小便短少或黄赤,大便秘结或溏垢,舌苔黄腻,脉弦数或濡数。治宜清热利湿,解毒通便。用自拟退黄汤:茵陈 60g,滑石 30g,黄连、大黄各 9g。于氏认为,此方妙处在于给邪以出路,使湿热之邪从二便而解。通大便可加枳实、厚朴各 9g;利小便可加金钱草 30g,泽泻 15g;解毒清热可加黄芩 15g,板蓝根、大青叶各 15g;如热重于湿,症见发黄较快,黄色鲜明,发热口渴,尿如浓茶,便秘,舌红苔黄腻,脉弦数。加石膏 30g,山栀 9g,板蓝根、生地、金钱草各 15g;如湿重于热,症见发黄较慢,热轻口腻,身重倦怠,腹胀食少,便溏尿少,苔白腻或黄腻,脉濡或弦缓。

退黄汤合五苓散加减：茵陈、冬瓜仁各 30g，白术、猪苓、云苓各 12g，薏米、扁豆各 15g，苍术、藿香各 6g，厚朴、佩兰、枳壳各 9g。

(2)寒湿内困，中阳不振：症见身目俱黄，黄色晦暗，神疲畏寒，脘腹痞胀，纳食减少，口淡不渴，舌淡苔腻，脉濡缓或沉迟。治宜健脾和胃，温化寒湿，方选茵陈术附汤加味。茵陈 30g，附子 15g，苍术、白术、草蔻、干姜各 9g，甘草 6g，云苓、猪苓、泽泻各 12g。湿重脘痞加佩兰、陈皮各 9g；腹胀肠鸣加炒槟榔、川木香各 9g；浮肿尿少加黄芪 30g，防己 9g，生姜 3 片，大枣 3 枚；四肢发凉加桂枝 9g；肝大加赤小豆、丹参、薏米各 15g，郁金、木瓜各 9g，桂枝 3g。脾大加冬瓜仁、薏米各 30g，苍术、广木香、川楝子、桃仁各 9g。

(3)热毒充盛，内陷营血：症见发病急骤，色黄如金，高热烦渴，腹满胁痛，烦躁抽搐，神昏谵语，皮肤瘙痒，或衄血、便血、肌肤瘀斑，舌红绛，苔黄燥，脉弦滑或细数。治宜清热解毒，凉血滋阴，用犀角地黄汤合退黄汤加减：犀角 9g，银花、板蓝根各 30g，茵陈 60g，生地 18g，陈皮、大黄各 15g，黄连 12g，滑石 45g。每日 1~2 剂，每 4 小时一次，或频频服之。同时口服安宫牛黄丸或紫雪丹。如头痛剧烈烦渴较甚，为热入阳明配以生石膏 30~60g，知母 15g；大便不畅为腑气不通配以芒硝 15g，枳实、厚朴各 12g；寒热往来为邪入少阳配以柴胡、黄芩各 15g，青黛、鳖甲各 18g；心悸、气短、汗出为心阴受损，配以炒枣仁 30g，麦冬、五味子各 12g，煅龙骨 15g；彻夜不眠、心烦为肝阴不足，阳不入阴，配以生枣仁 30g，柏子仁 9g，合欢皮、生牡蛎各 30g；口干不欲饮，烦热为胃阴耗损，配以沙参、玉竹、荷叶、姜竹茹各 9g。

急性无黄疸型肝炎：发病缓，仅见类似肝炎症状，或有部分患者无明显症状，更须中西医合参认真辨治。

(1) 湿热困脾, 中焦受阻: 症见乏力纳差, 肝区疼痛, 腹胀矢气频多, 恶心呕吐, 发热发冷, 口苦而腻, 尿少或黄, 肢困便溏, 舌淡苔薄或黄腻, 脉滑数或弦数。治宜清化湿热运脾理气, 方用胃苓汤加减: 茵陈、薏米各 18g, 黄芩、云苓、木瓜、佩兰各 12g, 猪苓、大青叶各 15g, 苍术、厚朴各 6g。

(2) 肝胃不和, 湿热留着: 症见: 呕吐纳呆, 或干呕泛恶, 腕胀胁痛或隐痛, 烦闷不舒, 暖气频频, 遇情绪抑郁发作或加重, 舌边红, 苔薄腻或微黄, 脉弦滑。方药: 醋制柴胡、黄芩、木瓜、陈皮各 9g, 黄连 4.5g, 滑石、金钱草、薏米各 15g, 大黄 1g。如腹胀甚为湿盛气机受阻, 配以厚朴、枳壳、云苓、佩兰各 9g; 如呕吐吞酸为肝火犯胃配以黄连、清半夏各 9g, 代赭石 12g, 吴茱萸 4.5g; 如头痛眩晕为肝阳上扰配以钩藤、菊花各 12g, 薄荷 3g。

(3) 阴虚血热, 津液耗劫: 症见: 恶心呕吐, 口干欲饮, 肝区隐痛或胀痛, 五心烦热或低热不退, 腰酸足软, 背胀困痛, 尿少而赤, 舌红少苔, 脉弦细数。养阴清热, 和解化湿为治, 方药: 青蒿、鳖甲、知母、丹皮、金钱草各 15g, 柴胡、黄芩、石斛、玉竹、虎杖各 9g, 薏米 12g。^[35]

34. 李幼安诊治经验

李氏通过总结前贤之经验并结合临床, 认为引起黄疸的原因很多, 但每多兼湿为患, 故有“无湿不成疸”之说, 湿邪是产生黄疸的病机关键, 湿浊中阻, 或热化或寒化, 阻遏气机, 脾气不升, 则脾气郁结不能疏泄, 胃气不降, 则胆汁疏泄失常, 致胆汁外溢而发黄疸。故前人谓: 脾胃不病则无湿, 肝胆不病则无黄。黄疸的发生主要责之脾胃肝胆的功能失调及人的体质虚弱。临证时应把握主证, 然后根据黄疸的色泽、病史、兼证来区别阳黄、阴黄。

李氏认为,黄疸系湿邪为患,其治疗大法应化湿邪,而临床上可根据寒热虚实之不同,分别采用不同的祛湿方法:湿热当清利;寒当温化;阳黄者偏治在胃,以清胃利湿为主;阴黄者偏治在脾,以健脾和中利湿为主。由于黄疸的病变在肝胆,但往往由脾胃而及肝胆,故李氏在治疗上除了清胃健脾利胆退黄之外,特别重视二便的情况即二便的有无,量的多少,色的深浅,畅通与闭塞等,由此可以了解相关脏腑的病变。只有保证了二便通畅,前后分泄,才能使湿热或疫毒之邪从二便而出。

李氏治疗阳黄多用自拟的“利胆退黄汤”,方由:茵陈、黄芩、连翘、栀子、木通、碧玉散、连皮茯苓、泽泻、车前子、藿香、白蔻仁、石菖蒲、大黄、厚朴、焦三仙组成。方中用茵陈清热利湿退黄,且可以发汗利水以泄太阳阳明之湿热,其性寒味苦,具有生发之气,寒能胜热,苦能胜湿,主生发之气能逐内蕴之湿热外出;黄芩清热解毒兼以燥湿;连翘清热解毒,通小肠;栀子通利三焦,导湿热下行,又可除小肠屈曲之火;木通、连皮茯苓、泽泻、车前子泄热利水;碧玉散清热而不留湿,利水又不伤正,还兼有清肝胆郁热之功;藿香、白蔻仁、石菖蒲芳香化浊,开泄气机;大黄下瘀泄热,通便;厚朴行气散结,消痞除满,又助大黄推荡积滞,以加速热结之排泄;焦三仙消食和胃。诸药合用,使湿邪得利,毒热得清,脾胃得健,浊气得行,前后分泄,黄自退。李氏治黄除有固定的方药外,还灵活加减,如有呕吐者加竹茹、橘皮;兼心烦衄血者则加丹皮、生地;兼表证者加桂枝,既外解太阳之表,又内助膀胱之气化以解表清热利湿;如兼有腹水者则加用自拟“消水散”(二丑 15g,广木香 10g,上肉桂 0.5g,共研细末冲服),协助诸药分消下泄。

对于寒湿阻滞或脾阳不振的阳黄证,常选用自拟温阳化

湿汤加减,方由茵陈、制附子、干姜、连皮茯苓、大腹皮、生姜皮、陈皮、桑白皮、白术、泽泻组成。方中茵陈清利湿热而退黄疸;附子温肾暖土以助阳气;干姜助附子温阳祛寒;茯苓皮利水渗湿,兼以补脾助运化;姜皮辛散水饮;大腹皮行水气,消胀满;陈皮和胃气化湿浊;桑白皮肃降肺气,以通调水道;白术健脾气而运化水湿;泽泻渗利小便。诸药合用既温里助阳,又利湿退黄。若兼有腹胀苔厚者,加苍术、厚朴以燥湿消胀;若兼癥块胁下刺痛,拒按者,加服鳖甲煎丸,或配合金铃子散;若皮肤瘙痒者加蛇床子、地肤子、白鲜皮等。

李氏认为,对于不同病因之黄疸,治法当异,既要从古训中吸取精华,又要在治疗上有所独创,对于重度黄疸的治疗选用自拟利疸退黄汤加减常获良效。^[36]

35. 任侠民诊治经验

任老认为急性重型肝炎发病急骤,病势险恶,黄疸迅速加深,恶心呕吐,精神困顿,发热烦渴,胸满腹胀,尿色如浓茶或如酱油,舌苔黄腻,舌质红绛,脉弦数或细数。严重者伴腹水,下肢浮肿,小便短少,衄血下血。若病情进一步恶化,出现烦躁不安,谵妄和躁狂,可进入昏迷甚至死亡。在出现昏迷之前,有的先有性格改变,精神淡漠,或见呵气连连,言语含糊,或定向障碍。

治疗分三法:

(1)清营透热法:黄疸出现后,病情增剧,发热恶寒,精神困顿,心烦不寐,咽干唇燥,舌质红。乃邪热初入营分之象,以《类证治裁》小麦汤(小麦、石膏、竹叶)加清营之品丹皮、元参、银花、生地、大青叶、板蓝根。

(2)滋阴利湿法:黄疸、干呕吐逆,胸满烦渴,吐血衄血,

小便黄短，舌红绛而干。乃阴虚而湿热盛，以局方甘露饮加减：生地、熟地、天冬、麦冬、石斛、黄芩、枇杷叶、枳壳、茵陈、甘草。

(3) 开窍法：当出现昏迷时，如湿浊内盛，上蒙清窍，神情淡漠，言语含糊，昏说欲睡，苔白浊腻，脉象细弱者，宜化湿泄浊开窍，可用鸡骨柴、岩柏、茵陈、陈胆星、竹沥、石菖蒲、郁金、苏合香丸1~2粒（挟热改用至宝丹）；如湿热久郁化火，热盛烁津，扰乱心神，精神欣快或烦躁不安，谵语神昏，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄，脉滑数。宜清热凉血，解毒开窍，以神犀丹加减：广犀角、羚羊角、人中黄、紫草、银花、板蓝根、黄芩、连翘、元参、鲜生地、天花粉、石菖蒲、淡豆豉。昏迷深者，加安宫牛黄丸1~2粒；高热烦渴，昏狂谵语，口干舌绛，尿赤便秘，甚则抽搐，热深厥深，属邪陷心包，可用清瘟败毒饮加减并合神犀丹治疗。

在急黄的辨证施治中，应注意几个环节：①黄疸加深，必求其因。属热实便秘，则应通腑导其下行；若湿热壅滞，小便短少，则应芳香化湿，清热利尿；若热盛于湿，则应苦寒清热以通利之。总之，湿热有其出路，黄疸始可消退。②呕恶呃逆须审舌苔。如舌苔白腻，白滑，是湿浊阻遏，碍其胃气，宜白蔻仁、丁香、半夏等宽中燥湿止呕逆；若舌红绛而干，系热毒上冲，胃气不降，须重用枇杷叶、竹茹、芦根等，清胃热而呕逆。③热盛动血须防虚脱。热盛动血，见少量牙龈渗血或鼻血，治拟凉血止血。若大便出血，如柏油状黑便，历代医籍认为此瘀血应去，即病邪出路之一途，但须防大量出血，否则易引起脱证。④湿热伤阴须防湿邪复壅而致昏蒙。湿热壅盛，或用药过燥耗伤阴气，舌质稍露红绛且津干，须于清利方中加滋阴生津之品。药后津气已回，复见湿苔则不能再用滋腻之品，恐湿邪复壅，阻郁三焦通降之路而致昏蒙。若气血

两燔,高热伤阴,舌绛而干,亟宜清热解毒,滋阴生津,如犀羚白虎,重用清瘟败毒饮。^[37]

36. 康良石诊治经验

康师认为急黄由热毒内陷所致,病情危急。主张采取“四早”措施防治。

(1)早清里驱邪:温疫传变,阳黄常为伏邪里发,多见但里不表与表里分传二证。前者除黄疸外,伴有沉困无力,怠惰好卧,纳呆呕恶或厌油腻,小便黄赤如浓茶,舌偏红,苔黄腻或白厚腻,脉弦滑或弦滑数等;后者既有前述表现,又有恶风寒发热,头痛身痛,鼻塞咽痛,出现风疹等表证证候。对此主张宜及早清里,可选梔子根、白花蛇舌草、郁金、白英、地耳草、蚤休、玉米须等,导肝胆、营血疫邪速从小便而去;表证不解,则须清里兼解表,解表方可选银翘散、桑菊饮、苍耳子散、葱豉汤之类,微汗以驱在表之疫。总之使邪有出路,减轻疫毒伤害和内陷,从而防止急黄之发生,亦可避免迁延反复转为慢性。

(2)早用凉血救阴,泻火解毒:重症肝炎,早期类似阳黄,因染疫较重,湿热蕴积上不得越,下不得泻,热极生毒,热毒内陷,火势弥漫,则黄疸迅速加深,症见疲惫困重,烦躁不安,高热口渴,呕恶,不思饮食,胁肋灼痛,小便短赤,大便干结,舌质红绛,苔黄燥,脉弦大或弦滑数而成急黄,多在1旬或3周内,病势急剧发展。主张早投重剂芩、连、梔子根、白花蛇舌草、郁金、龙胆草、蚤休、败酱草、公英、板蓝根、水牛角、元参、白芍、万氏清心牛黄丸等凉血救阴、泻火解毒药,以延缓病势发展,防止腹水、昏迷等逆证发生。

病案举例:某男,28岁。发热黄疸3天就诊。肝炎主要症状明显,血清总胆红素 $64\mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶 200U/L ,白

白/球蛋白比值 1:1,总胆固醇 3.08mmol/L,肝脾未扪及。印象为急性黄疸型肝炎。中医辨证:热毒炽盛阳黄。急投上述重剂(每日两剂),凉血救阴、泻火解毒剂治疗 5 天,血清总胆红素 168 μ mol/L,白/球蛋白倒置,谷丙转氨酶 130U/L,肝浊音界缩小。诊为重症肝炎,原法继用,并辅以输液支持疗法以保阴津。治疗 2 周,病情有所改善,改为每日 1 剂,观察 1 个月,脉症日益好转,未见逆证发生。中药减龙胆草、水牛角、元参、败酱草、板蓝根,加石斛、地耳草、黄精、砂仁、长豇豆荚,治疗 3 个月,症状大部分消失,黄疸明显消退,血清总胆红素 24 μ mol/L,谷丙转氨酶正常,白/球蛋白比值 1.3:1,总胆固醇 4.37mmol/L,继用甘平之剂扶养肝脾调理。随访 1 年,病情稳定,已参加日常工作。

(3)早开窍醒神,泻火解毒:急黄火势愈盛,毒陷愈深,陷入心包,可致神昏危证。往往先存在由轻到重的神志异常先兆,如出现痛苦表情,时有谵妄、躁动等改变,或无意识小动作等行为的反常,或目光晦暗、嗜睡等等。此时当及早、连续重用安宫牛黄丸,配水牛角、带心麦冬、元参、竹叶卷心、莲子心、连翘心、菖蒲、郁金、栀子根、绵茵陈等开窍醒神、泻火解毒之剂,为防治神昏急症的关键。

病案举例:某男,28 岁。主诉先发热身黄已 1 周,黄疸迅速加深,肝界缩小,伴有嗜睡,目光晦暗,表情淡漠,大便干结,血清总胆红素 176 μ mol/L,谷丙转氨酶 200U/L,白/球蛋白比值倒置,总胆固醇 2.31mmol/L,肝功能重度损害,诊为重症肝炎。即予上述开窍醒神、泻火解毒中药,每日 2 剂,加大黄粉 30g,调开水保留灌肠,并辅用输液支持疗法以保阴津,治疗 3 天,体温下降,病情未再恶化,但出现鼻衄,每日 2 次,予鼻按压止血,汤剂加茅根、生地,药后衄止,嗜睡改善,目光较为有神,诸症日益减轻,黄疸日退,续守原法,治疗 47

天,症状消失,舌红苔薄白,脉弦缓,血清总胆红素 $22\mu\text{mol/L}$,白/球蛋白比值 $1.2:1$,总胆固醇 3.54mmol/L ,肝功能基本正常,改用甘平之剂扶养肝脾。

(4) 早化痰逐水,泻火解毒:急黄由于邪火热毒迅猛燔肝损脾伤肾,肝血瘀阻,脾气阻滞,开阖失常,瘀热壅遏络道,闭塞不通,导致臌胀形成,此症往往存在腹胀、尿少先兆,须当及早选用地胆草、郁金、琥珀、三七粉、半边莲、猫须草、玉米须、苡米、葶苈子、桑白皮、大腹皮、茯苓皮、猪苓、泽泻等化痰逐水、泻火解毒药物,以防治急黄臌胀。

病案举例:某男,28岁。急性黄疸型肝炎1周,发热持续不退,黄疸迅速加深,急黄诸症悉具,伴脘腹胀满,小便短少,鼻衄齿衄,血清总胆红素 $184\mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶 115U/L ,白/球蛋白比值 $1.1:1$,总胆固醇 2.31mmol/L ,凝血酶原时间36秒(对照12秒),B超示腹水暗区 2.2cm ,平卧 5.1cm 。诊为重症肝炎。急予上述化痰逐水、泻火解毒中药配安宫牛黄丸,并予紫珠草代茶饮及研末外用,并辅以输液支持疗法以保阴津,治疗4~5周,黄疸明显消退,腹水渐消,诸症改善。复查血清总胆红素 $44\mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶正常,白/球蛋白比值 $1.8:1$,总胆固醇 5.14mmol/L ,仍守原法治疗。观察至90天,腹水消退,黄疸将退尽,诸症基本消失,血清总胆红素 $30\mu\text{mol/L}$,肝功基本正常,B超提示未见腹水,出院门诊继续治疗,随访未复发。^[38]

37. 董国立诊治经验

董师根据“湿热相搏,民病黄疸”,“治黄必治血,血清黄易退”,“治湿不利小便,非其治也”等理论,针对外感湿热疫毒之邪或脾胃蕴湿积热,熏蒸于肝胆,发为黄疸而设清热解毒、活血利湿法治疗。临床上以身目黄疸,色泽鲜明,发热口

渴,小便黄赤,心烦欲呕,脘闷腹胀,舌质红,舌苔黄腻,脉象弦滑或滑数为主候。选用董师自拟方“清热理肝汤”治之。该方由茵陈蒿汤加味而成,主要药物有茵陈、栀子、黄柏、银花、连翘、泽泻、木通、车前子、郁金、丹皮等。若热毒炽盛,大便秘结,黄疸较重者,酌加生大黄荡涤肠胃之瘀热,疏导其瘀热于大便之中,以助退黄之力;若湿热阻于中焦,症见恶心呕吐较甚者,酌加藿香、半夏、竹茹等清热化湿,和胃止呕;若湿重困及脾胃,症见脘满食少者,酌加砂仁、白蔻仁、鸡内金等化湿醒脾,消食除满;若兼见表热明显者,酌加薄荷、菊花等,用量宜轻,取其微汗之意,令热邪自外而散之。董师认为,清热法(包括解毒)和利湿法是治疗急性黄疸型肝炎(湿热发黄)的两大基本法则,然在这两法之中,酌加丹皮、郁金、丹参等凉血化瘀之品,不仅退黄的时间快,减少肝细胞的损害,而且还有助于小便通利,使邪从小便而出,因为在湿热发黄的病变过程中,湿热溢于血分,导致血分的瘀阻,是其不可忽视的重要病理环节。正如清代医家张璐在《张氏医通》中所云:“以诸黄虽多湿热,然经脉久病,无不瘀血阻滞也。”所以活血可以利湿,祛瘀可以生新,而黄疸速退矣。由于本方多系苦寒之品,易伤脾阳而碍湿,故临证时,必须中病即止,不可多投,随证而变通耳。^[39]

【按语】

急性病毒性肝炎不论有无黄疸,从发病的临床过程看,致病因素是湿热为主,只是在辨证上有偏湿偏热之分。其共同特点是肝病犯脾,中州失运。初起病机为湿热疫毒蕴结,瘀阻血脉,因脾犯肝,肝脾不和。急性无黄疸型肝炎则以疫毒为主。另外肝炎之病机多与气血失调有关。一般的发病

规律是：病初多湿热，中期失疏泄，后期乃脾虚。

关于急性病毒性肝炎的诊断，症状是主要的，因为症状是病情的具体表现，但是，除了临床症状外，还应结合化验和物理检查。有时症状不能完全反映出病的本质，但也不能只看化验单而忽视辨证论治。舌诊和二便形色是辨热重或湿重的主要指征，只有全面考虑，才能确定病因，掌握病机，了解病情，明确诊断，合理治疗。

关于本病的辨证方法，虽有六经辨证法、三焦辨证法、温病辨证法的不同，但处理好邪正的关系是最为重要的。辨证论治反映了中医的诊断和治疗体系之特点，只有把握好辨证论治，才能做到辨证求因，审因论治，依法选方，具方议药。

中医治疗急性病毒性肝炎，有肯定的疗效，但需辨证审慎，权衡邪正盛衰，主次分明，既要剔除淫邪，又要维护人体正气，并寻求正气不足之因，调和气血，疏畅气机。应抓紧时机，做到祛邪勿迟疑，一旦拖延时日，正气为邪毒所伤，则湿热疫毒易胶着不解。即使在临床症状消失，甚至在肝功能正常后，仍然要坚持治疗一段时间，以彻底清除余毒，拔去病根，谨防炉烟虽息，灰中有火。在治疗时若病重药轻，祛邪不力，致湿热未清，余邪残留，或清利湿热不彻底，余邪留恋，蕴积脾胃，寄于肝胆，迁延不除。或不辨湿热轻重，不辨素体差异，一见肝功能波动，则治以苦寒清热，不知扶脾，反而伤脾，致使湿热难化，留恋不去。另外，切忌套用清热解毒协定处方，长期不变，害胃伤脾，而常规液体输入，对于素体脾胃虚弱之人，只能受其害，不能得其利。

（肖守贵 刘燕玲）

参考文献

- [1] 赵伯智，陈勇著．关幼波肝病杂病论．北京：世界图书出版公司，

1994. 29 ~ 196

- [2] 汪承柏主编. 中西医结合诊治重度黄疸型肝炎. 北京: 中国中医药出版社, 1994, 20
- [3] 史宇广, 单书健主编. 当代名医临证精华. 肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988, 16 ~ 22
- [4] 戴克敏. 姜春华治疗急性肝炎的经验. 山西中医, 1998, 14(4): 4 ~ 5
- [5] 史宇广, 单书健主编. 当代名医临证精华. 肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988, 42 ~ 45
- [6] 张琪. 张琪临证经验荟要. 北京: 中国中医药出版社, 1993, 144 ~ 176
- [7] 史宇广, 单书健. 当代名医临证精华. 肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988. 83 ~ 85
- [8] 王俊槐. 李培生诊疗肝炎湿热证的经验. 新中医, 1993, 12: 1 ~ 2
- [9] 王俊槐. 谈诊治肝病湿热证的经验. 中国中西医结合杂志, 1995, 15(10): 635
- [10] 史宇广, 单书健. 当代名医临证精华. 肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988. 53 ~ 55
- [11] 史宇广, 单书健. 当代名医临证精华. 肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988. 36 ~ 41
- [12] 马有度, 等著. 中医精华浅说. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 268 ~ 269
- [13] 李赛美. 李培荫治疗病毒性肝炎经验举隅. 新中医, 1990, (4): 7
- [14] 北京市老中医经验选编编委会. 北京市老中医经验选编. 北京: 北京出版社, 1980. 36 ~ 42
- [15] 北京市老中医经验选编编委会. 北京市老中医经验选编. 北京: 北京出版社, 1980. 166 ~ 172
- [16] 万文谟编著. 肝病相关证治. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1993. 49 ~ 64
- [17] 陈光泽. 小儿急性黄疸型肝炎与证治体会. 新中医, 1992, (4): 50

- [18] 杨香生. 曾庆骅辨治急性黄疸型肝炎的经验. 江西中医药, 1994, 25(4): 5~6
- [19] 杨香生, 宾学森. 曾庆骅辨治围生期急性病毒性肝炎 10 例的经验. 江西中医药, 1992, 23(4): 5
- [20] 张启文, 李致重. 杏林传真. 北京: 华夏出版社, 1994. 208~209
- [21] 张启文, 李致重. 杏林传真. 北京: 华夏出版社, 1994. 238~239
- [22] 张启文, 李致重. 杏林传真. 北京: 华夏出版社, 1994. 304~306
- [23] 邓铁涛著. 邓铁涛临床经验辑要. 北京: 中国医药科技出版社, 1998. 66~70
- [24] 王凤歧. 中华名医特技集成. 北京: 中国医药科技出版社, 1993. 139
- [25] 王凤歧. 中华名医特技集成. 北京: 中国医药科技出版社, 1993. 637
- [26] 王凤歧. 中华名医特技集成. 北京: 中国医药科技出版社, 1993. 671~672
- [27] 尹国有主编. 病毒性肝炎的中医治疗. 北京: 中国中医药出版社, 1998. 32~170
- [28] 陈熠, 陈明华. 陈苏生经验纂要. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1994. 88~100
- [29] 李寿山编著. 李寿山经验集. 大连: 大连出版社, 1992. 136~138
- [30] 王凤歧. 中华名医特技集成. 北京: 中国医药科技出版社, 1993. 302~303
- [31] 王凤歧. 中华名医特技集成. 北京: 中国医药科技出版社, 1993. 631~633
- [32] 王爱民. 季汉源老中医诊治肝病经验鳞爪. 江苏中医, 1994, 5(5): 3~4
- [33] 骆文玮. 陈昆山治肝病经验. 江西中医学院学报, 1998, 10(3): 103
- [34] 彭勃, 吕宏生. 吕承全教授治疗急性黄疸型肝炎经验. 河南中医药学刊, 1994, 9(4): 16~17
- [35] 张文晋. 于英英主任医师治疗肝炎的经验. 陕西中医, 1995, 16

(7):308~310

- [36] 刘建国. 老中医李幼安治疗黄疸的经验. 中西医结合肝病杂志, 1994,4(4):43~44
- [37] 高秋松. 任侠民主任医师和他的治肝经验. 浙江中医学院学报, 1988,12(4):4
- [38] 康俊杰, 康素琼. 康良石防治急黄经验. 中国中医急症, 1994,3(1):24~25
- [39] 高凤琴. 董国立教授治疗肝病的经验. 天津中医, 1994,11(3):1

慢性肝炎

【概述】

既往有乙型、丙型、丁型肝炎或 HBsAg 携带史或急性肝炎病程超过半年,而目前仍有肝炎症状、体征及肝功能异常者可以诊断为慢性肝炎。为反映肝功能损害程度临床可分为:轻度(相当于原慢性迁延性肝炎或轻型慢性活动性肝炎):病情较轻,症状不明显或虽有症状、体征,但生化指标仅 1 或 2 项轻度异常者。中度(相当于原中型慢性活动性肝炎):症状、体征、实验室检查居于轻度和重度之间者。重度:有明显或持续的肝炎症状,如乏力、纳差、腹胀、便溏等。可伴有肝病面容、肝掌、蜘蛛痣或肝脾肿大而排除其他原因且无门脉高压征者。实验室检查血清 ALT 反复或持续升高,白蛋白减低或 A/G 比例异常、丙种球蛋白明显升高。凡白蛋白 $\leq 32\text{g/L}$ 、胆红素 $> 85.5\mu\text{mol/L}$ 、凝血酶原活动度 $60\% \sim 40\%$,三项检测中有一项达上述程度者即可诊断为重度慢性肝炎。

慢性肝炎属于中医的“黄疸”、“胁痛”、“郁症”、“积聚”、“膨胀”等范畴。其病因病机,中医认为主要是湿热邪毒与机体内在因素相合而成。湿热之邪侵犯机体,正不胜邪,病邪蕴结,日久伤及脏腑和气血,导致机体脏腑功能失调。因此,病邪未净,正气已虚,气血失调,阴阳失衡是慢性肝炎的共同病机。湿为阴邪,遏伤阳气,留恋体内,脾阳受困

而致脾虚；脾不养肝，肝郁气滞，气滞血瘀；热为阳邪，易灼肝阴，久而久之，肝阴被耗，久病及肾，而致肝肾阴虚。其病理改变以湿、热、瘀、虚为主。湿热相合作祟，病理病机复杂，致使疾病迁延难愈。

【名医经验】

1. 陈继明诊治经验

(1)疏肝达阳，和营通络：此法主要用于肝郁气滞，络脉瘀阻所致的胁胀而痛，时轻时重，脘腹痞满，胃纳减少，心烦易怒，口苦咽干，溲黄，脉弦，苔薄白腻，或黄腻，舌质暗红。常用四逆散合瓜蒌散加味。主要药物有柴胡、赤白芍、生枳实、甘草、全瓜蒌、红花、当归须、广郁金、炒黄芩、焦山栀。随症加减：胁痛持续不已者，加金铃子、延胡索、乳香、没药、丝瓜络；目黄，皮肤黄，黄疸指数或总胆红素增高者，加茵陈、虎杖根、青黛；便溏泄泻者，去全瓜蒌、红花，加苍术、白术、厚朴、砂仁；谷丙转氨酶增高，长期不得下降者，加败酱草、白花蛇舌草、平地木。

陈老认为“木郁达之”，为治肝要则。对病程尚短而气滞为主者，常用柴胡疏肝散加减，确有解郁止痛之效，但肝郁日久，必致肝络瘀阻，且气郁化热，郁热伤阴。治宜解郁通络，佐以和营化瘀，若徒持疏肝理气，反伤肝阴，选用四逆散为主方，既有柴胡疏肝以升清阳，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。配合瓜蒌散，药物有瓜蒌、红花、甘草，以润燥缓急，活血宣痹；更佐归须、郁金疏和气血；黄芩、山栀清除郁热。则肝郁得舒，络脉自和。若胁痛较甚，持续不已者，尤宜和血通

络,加金铃子散以乳没各 3g 拌炒,丝瓜络入煎,止痛之效更佳。

(2)疏肝达郁,补脾升阳:此法主要用于肝郁脾虚,清阳不升之腹胀胁痛,食后尤甚,情怀抑郁,周身困倦,大便溏硬不调,小便时清时黄,舌暗红,苔薄白根腻,或边有齿痕。肝功能反复异常。常用逍遥散合异功散加减。主要药物有柴胡、炒白芍、枳壳、潞党参、炒白术、陈皮、茯苓、当归、炙甘草、大枣,随症加减:气滞胀满较甚者,加砂仁、木香、鸡内金、生麦芽;脾虚大便稀溏者,去当归,加炒建曲、焦山楂、淮山药;气短倦怠者,加黄芪、升麻、太子参。

陈老认为平人气血有度,阴阳调恰,脏腑安和,皆因升降之机平衡使然,而升降之枢纽责在脾胃中州,若脾气不升,肝郁不达,则可发生上述见症。陈老依“非升降则无以生长化收藏”之古训,选用逍遥散为疏肝解郁,健脾养血之要方,配合异功散,益增建中助运之功,俾肝郁得解,脾虚得复,清阳得升,浊阴得降,诸恙可获较减,肝功能亦可相应恢复。设中气下陷,气短神怯,更加黄芪、升麻,又成补中益气之制,解郁升陷之功更著。“肝病治脾”古有明训,本法寓补中于疏通,以求达到清升脾健,土肥木荣之目的,为慢性肝炎重要的治则之一。

(3)清肝制木,和胃降逆:此方主要用于肝胃不和,浊阴不降之胁胀脘痞,口苦泛恶,头晕且痛,夜寐梦多,小便黄赤,舌苔黄腻,脉弦而滑。常用方剂为黄连温胆汤加味。主要药物有黄连、枳实、法半夏、橘红、茯苓、夏枯草、龙胆草、甘草、瓜蒌、竹茹。随症加减:眩晕呕逆较甚者,加生赭石、旋覆花;大便秘结腹胀者,加生大黄、元明粉;胸痞懊恼、夜难入寐者,加炒香豉、焦山栀。

陈老认为肝郁脾陷,治宜升举清阳,肝痛犯胃,则需泄降

浊阴,故谓“脾宜升则健,胃宜降则和”,虚实异途,治法悬殊。慢性肝炎缠绵不已,虽然肝脾郁陷之症居多,但活动期邪浊踞中,升降失和,在临床上亦不罕见。此症用黄连温胆汤苦辛通降,清廓中州,少佐龙胆草、夏枯草之属苦寒直折,清肝制木,肝郁热得除,自无犯胃之患;胃经湿热得蠲,庶几息息下行;恙患自安,肝功能亦可随之改善。

(4) 充胃养阴,兼以柔肝:主要用于因胃阴亏乏,土燥木萎之胁痛隐隐,嘈杂等饥而食入难消,口渴咽燥,饮水不多,舌红苔少,脉弦而细。常用方剂是益胃汤合补肝汤加减。主要药物是北沙参、麦冬、石斛、玉竹、乌梅肉、木瓜、生白芍、甘草、杞子、生麦芽。随症加减:兼胃气虚、纳少短气者,加太子参、白术;兼心阴虚、心悸失眠者,加酸枣仁、生地;津亏液燥,大便秘结者,去乌梅、木瓜,加元参、生地、火麻仁。谷丙转氨酶偏高者,加五味子、生山楂、当归、黄精。

陈老据“食气入胃,散精于肝”,认为肝体赖水谷以充养,胃阴亏虚,化源不足,肝失所养,以致肝虚久久不复,故选用益胃汤为主方,取沙参、麦冬、玉竹、石斛等滋养胃阴,而以木瓜、乌梅、白芍、杞子等敛阴柔肝,生大麦芽既能醒胃,且可疏肝,合而用之,令胃得濡养,肝体得充。实为甘酸化阴,养胃柔肝之良法,若苔腻有湿,则宜慎之。

(5) 益肾解毒,燮理阴阳:主要用于因邪毒久恋,损及肾阴之精神萎靡,头晕耳鸣,腰酸膝弱,足跟疼痛,男子阳痿遗精,女子月经不调,脉多弦细、尺弱,肝功能反复波动,表面抗原阳性。常用益肾解毒基本方(陈老自拟方),主要药物有淡苡蓉、巴戟天、当归、地黄、炙蜂房、土茯苓、升麻、桑寄生。随症加减:肾阴亏损,伴见咽干少寐,胁痛悠悠,舌红苔少,脉弦细而数者,加炙鳖甲、生白芍、女贞子、墨旱莲;肾阳偏虚,伴见少气懒言,形寒怯冷,腹胀便溏,舌质胖淡,脉沉而细者,加

仙灵脾、黄芪、白术、菟丝子；湿热邪毒未尽，兼见口苦溲黄，脘痞纳差，或齿衄、鼻衄频作者，随症佐以清泄湿热，解郁和络之品。

陈老认为：病毒性肝炎起病之初，病位在肝，寄病于脾，故以肝脾两经证候最为常见，若邪踞日久，穷必及肾，往往在湿热邪毒留恋，肝脾功能失调的同时，出现肾虚见症，从而迁延难愈，尤以表面抗原阳性不能转阴，殊为棘手。陈老以多年临床探索中体会到凡举肝炎日久，出现肾虚见症者，运用益肾为主，兼调肝脾，佐以解毒，能收佳效。盖因肝肾精血同源，相互资生，脾肾分司二天，相互促进，肝病日久，肾气肾精亏虚，势所必然，着眼治肾，以求肝脾肾三脏功能协调，实为治病求本之道。基于肝为刚脏，喜柔恶燥，故取湿润为主，用药力避刚燥，选用巴戟、苁蓉、伍以当归、地黄，滋补精血；配合蜂房、土茯苓、升麻之属解毒搜邪。然后分别阴阳之偏衰，邪踞之微甚，随症加减，若能持之以恒，对调整机体免疫功能，驱除隐匿病毒，促进表面抗原阴转，殊有裨益。

(6) 益气消瘀，养心化积：此法用于气虚血瘀，瘀凝成积之倦怠乏力，食少神疲，胁胀且痛，面色晦滞，或见红丝赤缕，舌质暗紫，或有瘀斑，脉细而涩，触诊肝肿大，质较硬，并有压痛，或脾亦大。肝功能不正常，血浆白蛋白减低，或白球蛋白的比例异常或 γ 球蛋白明显增高。常用方剂是当归黄芪汤加味。主要药物有黄芪、当归、太子参、生白术、鸡内金、生山楂、制莪术、紫丹参、石见穿、糯稻根。随症加减：兼阴虚者，加鳖甲、牡蛎、白芍；兼阳虚者，加桂枝、附子、巴戟天；肝脾肿大日久，胁痛较甚者，加炙地鳖虫，参三七研末吞服。

肝脾大是慢性肝炎常见之体征，隶属于“癥积”范畴。此症若投化瘀消坚之剂，往往难以奏效，究其本原，在于正虚。慢性肝炎肝脾肿大，乃病积日久，正气伤残，气虚则血滞，气

郁则血瘀，故其治法当恪守“养正则积自除”之古训，以益气化瘀为主。当归补血汤黄芪五倍于当归，增人参、白术，运大气以鼓血行，石见穿、糯稻根化瘀而不伤正，更佐鸡内金、山楂以磨积滞，莪术、丹参活血化瘀，扶正祛邪，两相兼顾，则补而不滞，消而不伤，徐图效机，多能应手。

(7)通络搜邪，佐以扶正：此法用于邪毒久羁，痰瘀凝络之慢性肝炎日久，胁痛如锥如刺，甚或牵引腰背，伴见胸脘痞闷，欲暖不爽，口干口苦，小便色黄，苔腻舌紫，脉弦而涩，常用三甲散加减。主要药物有炙鳖甲、炙龟甲、炮甲片、生牡蛎、炙僵蚕、当归、生白芍、地鳖虫、柴胡、桃仁、甘草。陈老认为杂症肝病，多系久病络瘀，一般宜用疏肝和络之剂。慢肝络病，乃邪毒夹瘀混入血络病邪深伏，不易剔除，疏肝和络，殊难奏效，治宜着眼搜邪，驱邪外达。三甲散，通络注重搜邪，搜邪不忘扶正，加桃仁、柴胡，用于慢肝邪入血络之胁痛，多能获效。^[1]

2. 秦伯未诊治经验

秦老认为传染性无黄疸型肝炎，有虚实寒热之分。虚证在本病初起比较少见，实证包括瘀阻气滞，总之是气血不能舒畅条达。本病的胁痛初期往往由瘀阻、气滞引起。至于寒热也不能离开气血，是在气血不和的基础上出现偏寒偏热现象。本病的寒证较热证为少，热证分瘀热气火和虚热，虚热常随血虚虞发。肝炎多以胁痛为主诉，除伴见肝脏本身兼症外，往往突出在脾和胃肠方面。说明肝病最易影响脾胃，一般称为木克土，但木克土多为木旺土弱，然在肝炎的肝虚证上也能出现脾胃症状，这就必须注意木与土，此胜彼负的相互关系，从而分别有木旺克土，木不疏土，土壅木郁等不同病理。大凡木旺克土最易使脾弱，木不疏土最易形成脾胃壅滞

多为实证,脾虚则有中气不足和水湿不化之分,因而同样疲乏无力,有属于气虚或湿阻。而全身乏力也能并发腰背疼痛,转侧不舒。小便频数而量少色黄,多系肝失疏泄,肝病及肾所致。

秦老认为辨别肝脏虚实是治疗本病的前提,应以调气为重,订出基本方,并随症加减。其次,必须分清主次,还要懂得先后缓急,如果一味强调治肝,也不能达到满意的目的。疏肝基本方:白芍、柴胡、丹参、郁金、枳壳、青皮、陈皮。此方适应于右胁胀痛、剧痛、肝大压痛,兼见腹胀,食少,恶心、矢气等胃肠症状。舌苔薄腻或净,脉弦滑或细弦。随症加减:痛引少腹者,加金铃子、荔枝核;久痛不止,痛如针刺或日轻夜重者,加草红花、制乳没;肝区有内热感或口苦口干,或小便短黄,或皮肤瘙痒者,加大小蓟、黄芩、竹茹;兼有头痛者,加白蒺藜、菊花;食欲呆滞,纳食不香者,加神曲;全身乏力,中气虚弱者,加黄芪、炒白术。和胃法基本方:白芍、柴胡、厚朴、清半夏、青皮、枳壳、云苓、砂仁适用于胁痛不剧烈,或痛虽重而肠胃症状特别明显,如食少,厌油腻,腹胀食后更甚,嗳气,舌苔薄腻或厚腻,脉濡细或细弦。随症加减:腹胀加木香;大便不畅加大腹皮;舌苔粘腻,湿阻重者,加厚朴、苍术;腹痛便溏者,加乌药。

秦老指出:两个基本方,从肝炎的整个过程中来说,是不够全面的,临床上应灵活加减。在用药方面,秦老特别指出本病柴胡不主张大量,因本病用柴胡的目的仅在舒畅气机,不同于升散,如果用的太重反不符合本病治疗原则。^[2]

3. 姜春华诊治经验

姜老治疗慢性肝炎常做三步走:一步活血化瘀,二步加九香丸,三步再加五灵脂、制乳香。肝病离不开血瘀,故对慢

性肝炎都以活血化瘀为主。既是瘀血,则气为血阻而致气行不畅,郁结为痛,利气、柔肝只治其标,不治其本,用活血化瘀方是治本之道,故用活血化瘀兼加利气药。常用药物有当归、桃仁、丹参、蜜虫、五灵脂、生军、九香丸。同时姜老认为在不适应时即不用,如气虚阴虚明显,即先用益气养阴药,等病情好转,再用活血化瘀药,必要时停止使用,再予以益气养阴。

在治疗慢性肝炎时,姜老同时强调注意个体差异,证病同辨。有些病人在患急性肝炎之后,常转为慢性肝炎。表现为四肢乏力、腹胀纳呆等气虚型症状;或为咽干口苦、内热、溲黄、少寐多梦等阴虚症状。这两种类型的患者,还可兼有湿热,表现为苔腻,口苦;或兼肝气郁滞,胁胀腹满;或兼肝肾两虚,腰酸胁痛;或兼气阴两虚。这些症状,往往错综复杂。也有少数患者,毫无症状,或症状很不明显。姜老治疗慢肝,以化验指标作为衡量疗效的标准。症状固然与病的本质有关,但有时症状还不能反映病的本质。现代检测,可以反映病的本质但不能反映人的体质。姜老认为病与人不可分割,通过客观检查,看到病的实质;通过诊察症状,了解人的体质,两者不能偏废。只有将两者结合起来,辨证论治,才能达到治病的目的。^[3]



4. 邹良材诊治经验

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,选用适当治疗疗法。

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。此方对纳少、腹胀、转氨酶轻度或中度升高等情况,效果颇佳。

其二为疏肝运脾法:主治肝气乘脾,胁肋胀痛,脘腹痞满,嗳气纳少,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,嗳气纳少,苔薄微黄,舌边尖红,脉弦者。方用左金丸合金铃子散加减,药如川连、吴萸、川楝子、延胡索、薏仁、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;如寒热偏重不明显,萸连等量。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,苔薄脉弦等。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,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、紫河车等。本证阴阳气血俱亏,治宜抓住根本,从

培补脾肾着眼,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,口干口苦,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,小便黄,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、桑白皮、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,两胁疼痛明显,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。临症可去三棱、莪术、地鳖虫,加入茜草、藕节、川军炭等。^[4]

5. 王少华诊治经验

王氏对于慢性肝炎的治疗方法,临床应用颇有心得。

(1)柔肝疏肝:肝有“刚脏”之称,体阴而用阳。“阴平阳秘,精神乃治”。由于阳常有余,阴常不足,而肝脏尤其如此。治肝须用补,补肝须柔润;而肝体宜柔,肝用宜疏。但柔和疏的治法如何运用,值得研究。根据“夫肝之病,补用酸,助用焦苦,益用甘味之药以调之”的原则,柔肝,芍药甘草汤为

主,取白芍、甘草,酸甘化阴,直入肝经,补其虚而制其火。为了增强协同作用,还常加木瓜以助白芍之敛,加枸杞以助甘草之缓,且枸杞本身亦有柔肝之功。疏肝,因辛温香燥疏肝理气有灼津劫液、不利肝体之弊,疏肝应选择偏凉或微酸的药物。如:郁金、川楝子、橘叶、柴胡亦可酌用。肝郁用疏法,本无可非议,但在具体运用中,也要防止疏泄太过,以免有损肝体。此较理想的是:①在一张处方中不宜用多味疏肝药。②久服方药量宜小,柴胡升散更须注意。③与柔肝并用,如与枸杞、白芍配伍后,既协同增强疗效,又有拮抗作用以制药其散性。

(2)活血化瘀:肝病多有瘀血症状。本着“留者行之,结者散之”的经旨,以活血化瘀方治疗慢性肝炎,可获良效。常用药物有归尾、桃仁、赤芍、丹皮、丹参、琥珀、卷柏、参三七等。尤其喜用丝瓜络和虻虫。因慢性肝炎常有络阻瘀热现象,用丝瓜络入肝通络,又可凉血;虻虫功能走窜经络,破血逐瘀,治血功同蛇、蛙,而性较缓。在活血化瘀的同时,加用补血药,则较之先消后补者更易于康复。

(3)利湿:本病如见肢重乏力,应辨为湿邪困脾,但也要考虑脾虚,因慢性肝炎久病多虚,体虚邪实。只要见有湿象,如大便不实,舌体胖苔白者,但见一症,不必悉具,即可因症论治。肝炎在急性期后,往往因余湿未净,食物不当,或失治误治,多易使湿邪留恋不去而迁延日久。这种浊腻之邪,来缓去迟,须注意利水祛湿。若出现体困胸痞,口甜粘腻,舌苔白滑,小便短少,重则用茵陈四苓汤,轻则用防己茯苓汤去桂枝;湿邪不甚,清化则加白花蛇舌草,温化则取晚蚕砂,芳香宜泄则用薏仁、橘皮、藿香之类;淡渗则选六一散、苡仁之属。而轻苦微辛化湿法,尤适用于慢性活动性肝炎黄疸指数反复增高者。黄疸指数降至正常后,宜参合健脾,山药、白术

等常服有效,脾运得健,可间接达到化湿作用。由于慢性肝炎病人多纳少,便溏,清热药多苦寒,易于伤正,故临床应用多注意。

(4)和胃:慢性肝炎患者,普遍有胃呆纳少现象,而气滞及胃阴不足者尤较明显。“人以胃气为本”,食欲不振,元气难复,其迁延不愈的因素,看来与胃不和有关。对于气滞型患者,王氏认为是木强侮土的结果,因而可重在疏肝,不须和胃。肝获条达,则不治胃而治在其中。胸痞而又易怒,舌苔白腻者,多不须治胃,以疏肝药加丹皮、栀子凉肝即可;胸痞,舌苔腻而无易怒见症者,则宜参以和胃,如玫瑰花、山药、焦白术、砂仁等可选用。肝病及胃,胃阴不足者,不饥不纳,舌偏红而干,少苔、脉细数,药用麦冬、石斛、白扁豆等甘濡润以养胃阴,复佐白术,寓消于补,寓通于慎,庶几中州健运,谷食日增。^[5]

6. 夏德馨诊治经验

(1)清法:夏氏认为慢性肝炎从中医讲,应当责之于脾。其形成原因可由情志不舒,饮食不节。复受外邪入侵,乃致脾失健运,肝失疏泄。夏氏遵循张子和“论病首重邪气,治病必先祛邪”,“先论攻其邪,邪去而元气自复”的观点,对于黄疸型的肝炎,应用清热解毒化湿之法,重用茵陈、大黄、金钱草。夏氏强调,在清热化湿过程中应伍以和胃之品,以护胃气。在湿热化火时,不论是否出现便秘,均运用大黄,使湿热之毒从下而去。小便不利者,选用车前子、泽泻、茯苓、滑石。

(2)和法:夏氏认为慢性肝炎的治疗,总的原则是和中守方,缓缓收功。多数病人既有腹胀便秘尿黄,纳呆口粘,舌苔黄腻,湿热交阻,湿过热伏的一面,又有舌红口干阴虚的一面,在治疗上要注意,病见脾湿不化,故非如表寒,一汗可

解；亦非如表热，一凉可退，故须守方，待脾胃生机恢复，阴液渐充，病情渐趋稳定，缓缓收功。治宜养阴化湿清热，常用石斛、沙参、苍术、川朴、黄连、胡黄连。夏氏临证等用石斛，曰“肝病者，阴津受损者居多，不得已用石斛，非喜欢用石斛也。”石斛能清热养阴，用之既能补阴津不足，又无滋腻碍脾恋湿之弊，其性宽缓，用治肝病最妥。

(3)补法：夏氏在众多的乙型肝炎患者中总结出病人都有腰酸膝软，怕冷的肾阳虚损症状，于70年代在国内率先提出温肾固本的治疗方法，使肝炎的治疗效果又提高一步，药用仙茅、仙灵脾、巴戟肉、菟丝子、锁阳、枸杞子、肉苁蓉、桑寄生等益肾之品，配以清热化湿之平地木、胡黄连、黄连、虎杖、小蓟草。夏氏用上述药物，乃取景岳大补元煎之益，嫌熟地、山萸肉之腻，取仙茅、仙灵脾、菟丝子以阴阳变易而代之，同时夏氏认为慢性肝炎也有肾阴虚者，可以生地、首乌等药治之，所以治不能偏，而培本则一致。^[6]

7. 蒋士英诊治经验

(1)湿热留滞型：慢性肝炎病程日久，由于治疗不当，致湿热之邪留恋不去；至后期，肝功能可正常，但尚有湿热壅盛之征。症见四肢酸怠乏力，纳呆，肝区疼痛，小便黄，脉濡弦，苔厚腻。转氨酶增高。湿热酿痰而壅盛于上者，治宜清化痰热为宜，用《千金》苇茎汤，桃仁易杏仁。此为宣肺要药。因痰湿同病，故绵茵陈、地耳草、焦山栀、蒲公英、虎杖根等均宜加入。湿重于热的，治拟芳香化浊，以藿、朴、蔻、佩为主（川朴虑其破气太甚，故以川朴花较稳妥）。凡湿重者，必有脘腹胀气，故广木香、广郁金、制香附为必用之药。见下肢酸楚者，加淮川膝、宣木瓜、晚蚕砂；胃呆者，加山楂炭，焦谷麦芽、焦六曲；肝区疼者，加玄胡、川楝子，重用广郁金；湿重

者,宜利小便,多用车前子、茯苓、碧玉散、六一散、泽泻。即李东垣所曰:“治湿不利小便,非其治也”。

(2)肝虚气滞型:肝气郁滞易犯脾,肝病传脾,当肝炎胁痛,而有便溏,胃呆,体乏,肢怠时,不能单纯疏肝理气,而当先实脾,用异功散加香附治之。药用:太子参、炒白术、茯苓、制香附、木香、广郁金、生白芍、绵茵陈、虎杖根、生薏仁、板蓝根、生甘草。

(3)肝胃不和型:肝气犯胃,肝胃不和,症见肝区隐痛,脘腹胀满,胃纳不展,大便溏,脉弦。此时不应进补剂,宜舒肝和胃为先。药用:制香附、广木香、广郁金、炒白术、枳壳、黄精、板蓝根、生白芍、绵茵陈、虎杖根、怀牛膝、生薏仁、生甘草。

(4)肝肾阴亏型:此型多见于平日阴液较亏,患肝炎后湿热易于化燥者,每见腻苔已净,舌质红、少苔、口干不欲饮,手足心热或低热,夜寐不安,肝区隐痛,应以滋养肝肾之阴,拟用一贯煎加味。肾亏较甚者,用六味地黄汤为主。因肝阴恢复较慢,本型最难治愈。如见齿衄鼻衄以仙鹤草伍之,不仅能止血,且能护肝,酌加女贞子、旱莲草,重用焦山栀、玄参,齿衄加入生知母、大青叶、鲜石斛、生地炭、丹皮炭。蒋氏认为加入丹栀清肝止血力强,如古人之丹栀逍遥散及丹栀四物汤,以肝旺而论可以悟出对肝脏的益处。

(5)久痛入络,络阻血瘀型:症见肝区刺痛或窜痛,如连及右胁及肩背,颜面晦暗,口唇及舌两边紫,肝脾肿大,脉弦。治拟桃红四物汤加减。其中川芎一味对衄血者用,肝区刺疼加鳖甲、牡蛎、焦山栀,刺痛严重者加莪术,体弱者用黄芪。^[7]

8. 姚玉兰诊治经验

(1)慢性肝炎急性发作,宜清不宜补,宜疏不宜收。慢性

肝炎急性发作,尤其是黄疸的出现,湿热交蒸、脾胃受困,累及肝胆。姚氏认为,此种湿热之邪是一种特殊的湿热疫毒之邪,除一般时邪特殊性外,不具有明显的疫毒伏藏,胶固不清的特殊性。其定位在肝,肝病犯胃,邪遏三焦,其湿热疫毒相困,结而不散,湿热助长疫毒,疫毒滋生湿热,互为因果。肝为风脏,其性善伸而恶屈,湿热、疫毒遏郁,肝气失其疏泄,其症则有暖气呕恶,胸腹满闷,甚则胀痛,身热不扬,食欲不振,口苦、溲赤、舌苔黄腻。治宜清不宜补,宜疏不宜收。常用基本方:柴胡、延胡索、茵陈、金钱草、水线草(或白花蛇舌草)、土茯苓、苍术、苡仁、黄芩、车前子、虎杖、制川军。泛恶呕吐者,加左金丸、四逆散;食欲不振者,加鸡内金、焦楂;腹胀便溏者,加人参健脾丸。

(2)肝炎慢性期,宜柔不宜刚,宜甘温不宜辛温。姚氏认为,慢性肝炎症状复杂,病情迁延,不易速愈,应注重于调理脾胃。迁延型,多数且肝脾同病,两经症状往往同时杂见,难分先后。疫毒稽留,伤肝克脾。肝之清阳具有升发和疏泄功能。在内,升发元气,助长五脏之生机;疏泄清阳,调节周身之气血及脾胃运化水谷之功能;在外,抵御外邪之作用。姚氏临证治疗,抓住湿热疫毒稽留肝胆,肝脏肿胀,宜柔肝清肝;脾虚,病久及肾,清阳被遏,宜甘温,振奋正气。①肝郁脾虚、气血不调基本方:柴胡、延胡、制香附、当归、赤芍、白芍、丹皮、白术、茯苓、八月札、岗稔根、广郁金、甘草、垂盆草、茵陈。主症:肝区隐痛,不思饮食,或两胁窜痛,腹胀便溏,暖气,头晕乏力,舌苔薄,脉弦数。②“乙肝”病毒携带者正虚邪实基本方:太子参、白术、土茯苓、炙甘草、水线草、虎杖、炙黄芪、苡仁、半枝莲、紫草、升麻。

姚氏在对正虚治疗中,强调健脾益气法。认为“乙肝”患者本虚即为脾虚,脾实则肝自愈。治疗中紧紧抓住这一法

则,可以抗肝损伤,提高人体免疫功能,调整人体脏腑功能,有利克制病毒。同时要注意乙肝的病情特点,虚实错杂,要辨明虚实之孰轻孰重,分清主次,补不助邪,攻不伐肝,一般不可纯补、大补,以免助长湿热疫毒,使谷丙转氨酶波动。^[8]

9. 徐景藩诊治经验

徐氏治疗慢性肝炎,更注重柔肝养阴。认为慢性肝炎多呈阴虚邪恋之候,阴虚则病长,阴足则邪退。肝阴宜养,法在柔润,取药宜甘。阴主内,性静,喜柔。“柔”者缓也,柔能制刚;“润”可生津,津液足则血有源;“甘”能补能守,其性和缓,能缓肝之急,助肝之用,益肝之体。临床上症见头晕耳鸣,目涩口干,胁肋隐痛,夜寐多梦,溲黄便干,舌红苔薄,脉细或数者,已示肝阴亏虚,当用柔肝之法。即使以上症状不典型,只要无明显湿盛脾阳受遏者,如苔腻、便溏等,均可辨证用之。柔肝养阴,常用一贯煎和费伯雄调养敛肝饮加减,常用药有当归、白芍、枸杞子、女贞子、北沙参、石斛等。

徐氏既注重柔肝养阴,又重视整体,对气血脏腑,正邪之间的关系主次分明。在用药的配伍上充分体现养阴不忘调气,治肝不忘实脾,扶正不忘祛邪的整体观点。

(1)配用清热解毒药:慢性肝炎的发病过程始终贯穿正邪之间的斗争。临证时应扶正祛邪,而不是置邪于不顾。当虚多邪少时,以扶正为主,佐以祛邪;当虚少邪多时,以祛邪为主。常用清热解毒药有:蒲公英、凤尾草、紫草、夏枯草、石见穿、半枝莲、败酱草。根据病情选用。如此,养阴用甘,清热用寒,既可生津,又能清热,柔中济刚,补中兼泄,促使邪去正安。

(2)配用益气健脾药:肝主疏泄,脾主运化,乃气血生化之源。肝之阴血赖脾之资生,养肝之药需脾之运化吸收,故

在养阴时,配合健脾之剂,常用药有:山药、太子参、白术、炙甘草、大枣、鸡内金。其中山药甘平,既益气又养阴,健而不燥,补而不膩,为理虚要药,尤为常用。

(3) 配用调气疏肝药:气郁化火则伤阴,阴亏血少则气滞。气行则血行,气和则阴顺。慢性肝炎多兼气郁之症,宜柔中兼疏,以使气血调和,同时亦可避免养阴碍胃之弊,取药轻疏柔和而不伤阴,常用药:郁金、合欢皮、绿萼梅、生麦芽等。其中生麦芽甘咸微寒,既可疏肝又可健胃,药性平和,为临床常用之品。^[9]

10. 杜雨茂诊治经验

杜氏在临床中发现慢性肝炎转氨酶升高,病人多有肝气郁结,往往是肝郁脾湿,这类病人用疏肝理气法效果较好,同时配以解毒化瘀兼以敛阴。因为一般病人多为正气已伤,余毒未尽,肝血瘀滞。常用降酶法是疏肝理气和解毒化瘀兼以敛阴。《内经》有“以酸泻之”的原则,这一法则在治疗慢性肝炎最为适宜,一解余毒,一敛肝阴,常用五味子、白芍、白花蛇舌草、连翘、丹参、郁金、三七。观察发现,单用五味子降酶,极易出现反跳,配合活血化瘀解毒者可增强疗效。此乃瘀血不去新血不生,正气难复。

杜氏对慢性肝炎球蛋白升高者,常用活血化瘀,清热解毒。慢性肝炎球蛋白升高者,除了常有瘀血见症外,还有部分属余毒未清的。前者用自拟白丹汤,药物有白花蛇舌草、连翘、丹参、郁金、三七、红花、鳖甲;后者用自拟解毒汤,药物有大青叶、黄芩、连翘、柴胡、白花蛇舌草、三七。

杜氏认为慢性肝炎白蛋白下降者,多为病变日久,正气损伤。且下降的幅度与虚损情况成正比。治疗以补脾胃之气,益肝肾之阴。脾胃气虚者,用四君子汤加柴胡、白芍;肝

肾阴虚者用一贯煎加女贞子、旱莲草、白芍。

乙型肝炎表面抗原转阴是慢性肝炎病愈的一个重要指标。杜氏认为乙型肝炎表面抗原阳性又见肝功能异常,则是毒气较甚的标志,一般来说肝功能正常后,表面抗原才会慢慢转阴。目前尚无十分理想的办法,临床经验是注重清余毒,祛瘀血,扶正气。因为乙肝病毒是一种毒气入侵,其消退,取决于人体正气的强弱,而解毒,祛瘀有利于扶助正气加速机体对毒气的排除,使脏腑气机通畅,功能恢复。用自拟解毒汤加味,瘀血严重者加红花、土鳖虫、丹参。脾气虚者加党参、白术。肝阴虚者加旱莲草、女贞子、枸杞。本方临床试用,效果较好。若能坚持治疗半年或更长时间,多数是可以获愈的。^[10]

11. 印会河诊治经验

肝性腹胀是有慢性肝炎病史,而后出现以腹胀为主的一种病症。其中有的是肝痛和消化道症状已经消失,查肝功能亦基本正常,但也有肝功能尚未恢复,肝痛和消化道症状继续存在。肝性腹胀的特征,一般不受饮食的影响,即在未进饮食时,亦同样有腹胀发生,而且这种腹胀,常常不因矢气或噯气而有所减轻,其症状一般以晚间为重。

肝炎早期,是以肝区痛,压痛为主,一般认为是由瘀血所造成的。治疗方法一般以舒肝和血为主,常用方剂是以逍遥散加减,疗效基本可靠。若此时失治或调治不当,则其病可以由瘀血而转生气滞,并可以因肝气横逆而犯于脾胃,故其所表现的症状,重点在于腹胀。

肝性腹胀,和胃肠道气滞腹胀不同,用一般行气、理气、下气、破气之类的药物,几乎不起作用,从多次失败中找到的一条出路,证明这种气胀,只有从三焦这条“元气之所终始”

的“气道”中加以驱除。考虑三焦这一“孤府”，它上通于肺，下达膀胱，而肺主周身之气，故欲治三焦，使“气道”通畅，势不能舍开理肺气而它求。为此联想到紫菀、桔梗这两味药物，在临床常用于呼吸道气郁、气闭、气失肃降而造成气逆喘咳、痰出不爽的多种疾患中，常常是行之有效的，故而选用这种药，作为开利肺气，以通三焦的主要药物。并结合治肝炎初起时的常用逍遥散加减，治久瘀所习用的介类、虫类药物，于是便组成了治疗肝性腹胀的“抓主症”用方，命名为舒肝开肺方，组成如下：柴胡、赤芍、当归、丹参、生牡蛎、广郁金、川楝子、桃仁、廋虫、紫菀、桔梗。本方经使用多年，愈病数以百计。河北孟某，腹胀半年余，多方使用西药治疗无效。先以平陈汤（即平胃散、二陈汤的合方）加减治之，如饮白水，无效，后改试以肝性腹胀治之，经服5剂，病愈。^[11]

12. 殷玉奎诊治经验

殷氏认为慢性肝炎病程较长，症状复杂，大致可分为虚实两大类。

脾肾渐虚，气血不足者，测定 HBsAg 阳性。症见神疲乏力，心悸气短，眩晕失眠，胁痛喜按，腰膝酸软，遇劳累则病情加重，妇女月经质稀色淡，面色少华，脉象细弱。治以补脾肾，益气血。药用黄芪、山药、女贞子、枸杞子、黄精、白术、白花蛇舌草、鱼腥草、首乌、当归、青皮、陈皮。

湿热较盛，余邪不净者，测 HBsAg 阳性，转氨酶明显升高，血脂亦偏高。症见腹胀胁痛，口苦恶心，纳呆食少，发热，便溏，或腹胀，脉滑，苔黄或白腻，治以清热驱邪为重点。药用茵陈、败酱草、白花蛇舌草、丹皮、鱼腥草、栀子、蒲公英、野菊花、夏枯草、草河车、大黄炭、龙胆草、通草。

若虚实交错，证候复杂，以上二症之法亦可合用，随症化

裁。如肝脾肿大,胁痛明显,痛有定处,有肝掌或蜘蛛痣,肌肤干燥,遇恼怒,则病情加重,可选用桃仁、红花、当归、赤芍、穿山甲、马鞭草、丹皮、元胡、川楝子、青皮、陈皮等,以助行气活血,疏泄肝胆;若肝脾肿大,质地较硬,可加龟甲、鳖甲、生牡蛎或加大黄廑虫丸、鳖甲煎丸等;若大便秘结,或粘滞不爽且较明显,可加木香、槟榔、枳壳、酒大黄;若见齿鼻衄血或肌衄,可加小蓟、生地、丹皮、白茅根、广牛角、三七粉。^[12]

13. 张海峰诊治经验

张老对肝炎常见的黄疸、肝痛、食欲不振、转氨酶升高有独到见解。

(1) 黄疸的治疗:黄疸主要是湿热之邪蕴结于脾土,郁蒸而发黄。张老对湿热的偏重,是注重辨舌苔的白腻或黄腻;辨口渴思热饮或冷饮;辨大便的稀溏与干结。若舌苔白腻,口渴,喜热饮者,为湿偏重;若舌苔黄腻,口渴,喜热饮者,为热偏重;若口渴喜热饮,舌苔厚腻而黄白相兼者,大便干结至不通为热偏重,大便稀溏为湿偏重。治疗黄疸热偏重者用“茵陈蒿汤”,常用药:茵陈、焦栀子、生大黄。治疗黄疸湿偏重者,用“茵陈平胃散”,常用药:茵陈、苍术、川厚朴、陈皮、甘草。

退黄之药物,除茵陈外,还可适当选用土茵陈、锈花针、酢酱草、白马骨、金钱草等1~2味即可,用量可在30g左右。据《医学正传》记载,将土茵陈(吊茵陈)和茵陈等同用,退黄效果较好。

(2) 食欲不振的治疗:肝炎病人的食欲不振,有实证和虚证之分。早期病人的食欲不振,多属胃气不足,或胃气衰败。

黄疸未退的食欲不振,多为湿热阻塞胃气,治疗以清利湿热,黄疸消退则食欲自开;若黄疸已消而食欲仍不开,则

为热去湿存，湿邪困脾，治疗以芳香化浊或理脾燥湿。常用芳香开胃法，以四逆散或平胃散加减，常用药物有：柴胡、炒白芍、枳实、甘草、藿香、白蔻仁、西砂仁、鸡内金、生麦芽。舌黄腻者加川黄连，小便黄赤者，可再加栀子，二味药用量亦轻，症状消除，即当除去，以防苦寒伤胃。

胃气不足者，可益气养胃兼以芳香化浊；胃气衰败者，多为肝炎晚期，预后不良。虚证的食欲不振，选用香砂六君子汤加减，常用药物：广木香、西砂仁、党参、焦白术、茯苓、甘草、生半夏、广陈皮。苔白腻，口淡，焦白术改漂苍术，加藿香；大便溏者，重用砂仁，加猪苓、枳壳，脘闷者加川朴、藿香、枳壳。此外肝炎食欲不振也可由胃阴不足引起，可用养阴开胃之沙参麦冬汤、养胃汤治之。

(3) 肝痛的治疗：肝炎之肝痛多为肝失条达，气机郁结，致肝络被阻，不通则痛，或气滞日久，血行不畅，瘀血停积，或久病体虚，导致肝阴不足所致。

肝气郁结型：肝痛为胀痛或隐痛，用四逆散合金铃子散以疏肝理气，常用药：柴胡、白芍、枳实、郁金、川楝子、元胡、青皮、甘草。

瘀血停着型：肝痛如针刺，痛处不移，痛有定处，入夜尤甚，用手拈散加减以活血化瘀，药物有：元胡、五灵脂、没药、丹参、川芎、泽兰、代赭石。

肝阴不足型：肝区隐痛，悠悠不止，咽干心烦，用一贯煎加减以滋阴养肝，药物有：北沙参、麦冬、当归、枸杞子、鳖甲、合欢皮、绿萼梅、元胡、代赭石。

疏肝理气之剂，运用不当，不仅损伤肝肾之阴，也耗伤脾胃之阳，从而使肝痛加重，因此应注意。活血化瘀，亦要注意，一般新瘀宜急散，久瘀宜缓取，正邪兼顾。肝痛，适当运用活血化瘀剂，可提高疗效。

(4)转氨酶升高的治疗:肝炎转氨酶升高,临床上大致可分为虚证和实证两大类。降低转氨酶的药物必须与辨证论治相结合,方能取得较好疗效。在临床上选用五味子、龙胆草、虎杖、枸杞子四味药以降转氨酶。五味子、枸杞子都具有补益作用,可用于虚证。五味子酸涩,适用于阳气偏虚证;枸杞子甘寒,适用于阴血偏虚证。龙胆草、虎杖具有清热利湿作用,可用于实证。龙胆草苦寒泻火,适用于热偏重证;虎杖微温,适用于湿偏重证。

虚证:湿热之邪羁留日久,必伤阴阳,热邪伤阴,湿邪伤阳。治疗阳虚者,用柴芍六君子汤加减:柴胡、炒白芍、焦白术、党参、茯苓、法半夏、陈皮、炙甘草、五味子。腹胀者,去党参、白术,重用陈皮,加川朴;食欲不振者,加白蔻仁、藿香、鸡内金、煅代赭石。治疗阴虚者,用一贯煎加减:北沙参、麦冬、生地、当归、枸杞子、川楝子。肝痛者,加煅赭石、郁金;肝肿大者加鳖甲、京三棱;食欲不振,口干者,加石斛、鸡内金、麦芽。

实证:肝胆湿热者,用龙胆泻肝汤加减:龙胆草、土茵陈、木通、泽泻、柴胡、黄芩、郁金。若热偏重,重用龙胆草、茵陈、黄芩;若湿偏重,重用木通、车前子、泽泻。肝气郁结者,用四逆散合金铃子散加减:柴胡、白芍、枳实、甘草、川楝子、元胡、郁金、麦芽。口苦者加龙胆草;腹胀者加川朴、陈皮、青皮、莱菔子;食欲不振者加鸡内金、白蔻仁、藿香。

在临床治疗过程中常常虚实夹杂,应随证灵活运用。^[13]

14. 朱良春诊治经验

朱氏认为慢性肝炎在病机方面有正邪虚实之异,伤阴损阳之别,在气在血之辨;在治法上则应分疏肝、柔肝、养阴、扶阳、理气、化瘀法。

(1)疏肝与养肝:朱氏认为疏肝与养肝是治疗肝病的基本法。肝为藏血之脏,其体柔,主疏泄,性喜条达,对人体气血的运行有重要的调节作用。肝属厥阴,易于化火动风。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”。

疏肝法是治肝“用”的一种方法,凡肝脏“曲”而不直者宜之;养肝法是濡养肝“体”的一种方法,凡肝脏“直”而不“曲”者宜之。“疏”与“养”是中医治疗学的动静观的体现。

朱氏疏肝养肝常用四逆散和一贯煎。四逆散在疏泄中不忘柔养,一贯煎是柔养肝体之要方,于柔养不忘疏泄。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。一般肝气郁结,阴伤未著者用柴胡;若肝郁化热,肝阴已伤,取川楝,取其清肝止痛,用量稍重,一般以20g为佳。当然,肝阴已伤,肝郁较甚者,柴胡亦可应用,如清代高敫峰就用柴胡与生地并用的方法。

朱老认为养肝需参益肾,因肝肾同源,肝阴受损日久,势必下汲肾阴,致肾阴亏虚。取其六味地黄汤加柴胡、白芍,既可养肝益肾,又能达肝郁,泄湿热。方中萸肉有温动肝阳之弊,可去之,加女贞子、旱莲草。若阴虚不耐柴胡升疏者,可用川楝、生麦芽、白蒺藜代之。乌鸡白凤丸可治疗肝肾两亏之慢性肝炎而肝功能异常者,可降低转氨酶,升高白蛋白。

(2)扶正与祛邪:慢性肝炎多由急性肝炎演变而来,而湿热、疫毒又是导致急性肝炎之主因,所以祛邪仍是慢性肝炎治疗中的重要环节。但慢性肝炎多属虚实夹杂,治疗上必须正确运用扶正祛邪,攻补兼施,始收佳效。

慢性肝炎的扶正,应区别阴虚或阳虚,凡阴虚者,宜补而兼清;阳虚者,宜补而兼温。凡肝脾阴伤,症见爪甲少华,口

干便干,舌红苔少,脉细数者,以养肝濡脾,佐以和中助运之品。药用:黄精(量大)、枸杞、山药、首乌、沙参、鸡血藤、川楝子、木瓜、生麦芽。随证化裁。阳虚者,症见怯冷,面色灰滞,舌质淡苔白,脉弦细,则加牛角胶、附子、仙灵脾。若肝阳虚而兼疫毒深藏者,加板蓝根、黄柏、丹皮、白花蛇舌草。对肝气虚,朱老喜重用黄芪,合当归、白芍、杜仲、桂枝、川芎、甘草、生姜、大枣。

(3)在气与在血:朱氏认为对慢性肝炎之各种证候,区别在气分或在血分,有利于把握病理层次,以指导治疗。

在气,指慢性肝炎因气机失调所导致的一系列病理变化。有肝气郁结,湿热壅遏;有脾虚气弱,湿浊不化等。前者用小柴胡汤加郁金、枳壳、瓜蒌皮。此处郁金宜大量,一般为30g,可使转氨酶迅速下降,有利于肝脏回缩。可加苡仁、茯苓、滑石以淡渗利湿,宜通气机。后者,用补中益气汤为主。方中妙用升麻、柴胡。柴胡除升阳外,兼有疏肝作用,升麻宜生用,意兼以解毒。故慢性肝炎以脾虚为主要见证者,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。而病情已久,亦属于血分之证治范围。慢性肝炎以肝脾虚损为本,血瘀为标。血瘀表现为气虚血瘀和阴虚血瘀。朱氏对气虚血瘀,喜用黄芪配莪术,山药配鸡内金两个对药。重用黄芪、山药。随症加用丹参、参三七、石见穿、郁金。朱氏对阴虚血瘀,常用一贯煎加丹参、泽兰、牡蛎。随症加用大小蓟、贯众、白薇、枸杞子、女贞子、旱莲草、鳖甲。^[14]

15. 王旭斋诊治经验

王老对慢性肝炎,根据其病程长缠绵难愈的特点,摸索

出分三个阶段辨证施治的规律,取得满意疗效。并同时指出,此三个阶段只是相对的划分,临床应辨证施治,切不可机械照搬。

第一阶段,慢性肝炎初期,邪气尚实,正气不虚,湿热蕴结,气血壅滞。治以清热利湿,疏导通降为主。常见湿热不清、气滞血瘀两型。湿热不清型症见食欲不振,脘腹胀满,肤目黄染。热偏盛则黄色鲜明,口渴欲饮,大便秘结,小便短赤,舌质红,苔黄厚,脉弦数。湿偏盛则口淡不渴,大便不爽,舌质红、苔黄厚腻,脉滑数或濡数。治则清热利湿,宽中消导。方剂白头翁汤合茵陈蒿汤加减:白头翁 10~15g,秦皮、黄柏各 10g,茵陈 30g,川连 6g,梔子、酒军各 6~10g。湿盛可加苍术、枳壳、砂仁、车前子等。气滞血瘀型症见肤目色黄晦暗,纳呆,乏力腹胀,脉弦紧或涩。偏气滞则两胁掣痛,嗝气呃逆。血瘀重者两胁刺痛,肝脾肿大,肝掌蜘蛛痣。妇女经闭,舌质暗红有瘀斑瘀点。治以疏肝理气,活血化瘀。方剂柴胡疏肝散合桃红四物汤加减:醋柴胡、枳壳、当归、赤芍、白芍、红花各 10g,桃仁 10g。气滞重者可加佛手、川楝子、青皮、木香等;血瘀重者可用元胡、王不留行、铁树叶、益母草等。

第二阶段,湿热之邪未除,留滞体内困阻中焦,脾失运化,肝失疏泄而出现肝郁脾虚肝脾失和之证。可见食少纳呆,口淡无味,困倦乏力,腹胀午后加重,口干不思饮,大便溏薄,两胁窜痛或胀痛,下肢浮肿。舌质淡体胖、边有齿痕,苔薄腻,双脉沉弦细。治以疏肝理气,健脾运化,方剂逍遥散加减:党参、白术各 15g,云苓、黄芪 12g,陈皮、柴胡、炙甘草各 6g,砂仁 3~5g,姜半夏、元胡、建曲各 15g,白芍、当归各 10g。郁而生热者可见舌质红,脉弦数,方中加丹皮、白茅根、炒梔子、生地等。

第三阶段,患者长期受病痛折磨,精血内耗,气阴两伤,正虚邪亦衰,治以扶正为本。临床以气血两虚、肝肾阴虚多见。气血两虚症见短气乏力,心悸失眠,口干头晕,自汗畏寒,面色萎黄,唇甲色淡,舌质淡,脉细弱。治以补益气血。药用党参、茺蔚子、白术各 15g,浮小麦、炙甘草、紫河车、白芍、当归各 10g,熟地、何首乌、阿胶、黄芪 20g。肝肾阴虚主症口苦咽干,晨起为重,心烦易怒,失眠多梦,两胁胀痛或隐痛,齿衄频发,舌质绛红、少苔少津,左关脉弦细数。肾阴虚重者可见腰膝酸软,耳鸣盗汗,男子遗精,女子经少经闭。治以滋补肝肾,养阴清热。方用一贯煎加味:当归、女贞子、桑寄生、川楝子、枸杞子各 10g,麦冬 20g,首乌藤 30g,益母草、旱莲草、续断各 15g。

王氏认为活血化瘀在每个阶段都需要,不过要针对病情需要选用。药用:丹参、赤芍、益母草、红花、桃仁、生地、鸡血藤、当归、莪术、三棱。

病案举例:某男,28岁。3年来肝功不正常,住院后查肝功黄疸指数 3.0,HBsAg(+),诊断为慢性活动性肝炎。住院后先经西药治疗,收效不显,约中医会诊。症见面容萎黄不华,消瘦,食后胃脘胀满,食欲不振,牙龈偶有出血,夜寐多梦。两手关脉弦数,舌质淡红,苔白厚腻,边缘有齿痕。辨证:肝郁脾虚,湿热蕴结,中焦失运。立法:舒肝理气,清热化湿。处方:柴胡 10g,郁金 13g,茯苓 13g,泽泻 10g,当归 10g,赤芍 13g,青陈皮各 10g,枳壳 13g,鸡内金 10g,炒麦芽各 10g,焦曲 15g,车前子 20g,茵陈 30g,栀子 10g,黄柏 10g,熟军 10g。

二诊:服 7 方后,大便泻下积滞较多,中脘感觉宽畅,食欲有增,但仍不思饮水,黄疸未见明显消退,舌苔转薄,胃脘无痛感,小便仍黄,夜眠尚可,左手关脉弦象稍减,右手关脉

弦象不明显,连续依前法清化湿热,利胆退黄。茵陈 30g,郁金 10g,金钱草 15g,炒栀子 10g,黄柏 10g,泽泻 13g,猪苓 13g,茯苓 13g,苡米 15g,陈皮 10g,车前草 15g。

三诊:服 7 方后食欲增加,思饮水,大便日一次,成形,小便色淡,黄疸渐退,舌苔薄白,有饥饿感,肝区痛不明显,舌质仍淡,食后仍感腹胀,但半小时后可自行缓解,左手关脉弦缓,右手脉细数。复查肝功黄疸指数 1.2,谷丙转氨酶 210U。辨证:湿热已清,脾虚胃弱。立法:养血和肝,健脾调胃。处方:当归 10g,白芍 15g,生地 10g,益母草 15g,云苓 15g,白术 15g,党参 13g,扁豆 15g,建曲 15g,麦冬 20g,柴胡 6g,丹参 13g,焦薏米 15g,山药 15g,首乌藤 30g,红枣 3 枚。

四诊:主诉体力较前增加,食欲精神好转,面色转红润,肝区痛消,齿衄未作,二便已趋正常,仍感口干,活动量大则有疲倦之感,舌质较前红润,未见齿痕,有薄白苔,左手脉弦细,右手脉细数无力,复查肝功黄疸指数微量,谷丙转氨酶 135U,HBsAg(-)。辨证:肝血不足,脾虚胃弱。立法:养血和肝,健脾调胃。处方:当归 10g,白芍 15g,生熟地各 15g,茺蔚子 15g,党参 13g,玉竹 15g,山药 15g,川楝子 13g,首乌藤 30g,炙甘草 10g。药后肝功恢复正常,病乃告愈。^[15]

16. 关幼波诊治经验

关氏认为,慢性肝炎,多由于急性病毒性肝炎久治不愈,迁延复发而致,病程长,临床症状复杂,特别是中医的分类分型,由于着眼点不同,名目繁多,不好掌握,也难以推广。因而,关老根据自己的临床实践,总结经验与体会有以下六个方面:

(1)慢肝病程长,重点要预防:急性病毒性肝炎,通过休息和治疗,在一般情况下,应当顺利痊愈,而不留后遗症状,

但是,确有一定数量的患者,发现的很早,长期服用中西药,治疗也很及时,没有并发症,但仍不能迅速治愈,影响因素是很多的。其他影响因素姑且不论,仅就中医的治疗观点来看概括为以下两方面:

祛邪不利:本病虽以湿热为因,但有热重于湿,湿重于热,湿热并重之不同。且有病位偏于中上焦、中下焦、弥漫三焦之别。开始治疗时若病重药轻,或未抓住重点,或未掌握好湿热的泄利途径,以致湿热未清,余邪残留,这仅仅是问题的一方面,相反,如果过用苦寒,特别是临床一见肝功能波动,就加大苦寒清热之剂,非但无益反而有害,因为脾为湿困万病之本,医者不知扶脾,反而伤脾,则湿热难以化散,以致留恋不去,同样也能造成湿热未清,余邪残留的局面。

忽视扶正:中医认为“邪之所凑,其气必虚”,“正气内存,邪不可干”。没有内虚,外邪不能独伤人,肝炎发病的初期,邪正相搏,一般邪气嚣张,当以祛邪为主,但是,邪势稍减即应佐以扶正,以助祛邪之力,正气渐复外邪才能彻底被清除,并应针对患者的具体情况,甚至可以调整机体状态为重点。否则正气损伤屡犯“虚虚实实”之戒,以致正不抗邪,外邪必然留恋深窜,逐渐形成慢性肝炎。

所以,除了重视其他影响因素外,从治疗观点上,应当正确地处理祛邪与扶正的辨证关系,贵在预防慢性肝炎的发生,才是治疗急性肝炎的重要任务之一。

(2)久病体自虚,气血要注意:急性病毒性肝炎主要表现为“邪气盛”(湿热盛),到了慢性阶段,则多表现为正气虚(包括肝、脾、肾、气血、阴津等)。影响肝炎恢复的因素一般认为应当包括过度疲劳,情绪波动,长期失眠,饮酒,经常感冒,房事不节,治疗失机,药物中毒,或合并其他慢性疾病。从中医的观点来看,主要因为在邪正交争的过程中,由于“正

虚”正不抗邪，而外邪缠绵不去，外邪羁留则更加伤正。所以当急性肝炎演变成慢性肝炎的初期阶段，“正虚”的概念仍然是指脏腑功能失调为主。当然在慢性肝炎的后期也可以出现脏腑气血实质性的亏损。肝病以脾胃受害者为多，盖因湿热为患，而湿为阴邪，最易伤阳气，脾主运化，得阳气方能运转，脾阳受湿邪困阻而致运化失常，所以《素问·宣明五气篇》中说，“脾恶湿”。开始表现“脾为湿困”，而脾阳不一定虚衰，仅仅是不能伸张而已。但是湿困日久，再加上饮食不调，劳倦过度，中伤脾胃，则脾阳益虚弱，热为阳邪，久羁肝胆，必然灼耗肝阴，“肝为血脏”，性喜条达，暴怒抑郁也伤肝阴。由于肝肾同源，肝阴虚肾阴也虚，若房事不节则更加伤肾阴，热蕴脾胃，耗阴损阳，以致脾肾不足。肝肾阴亏，虚火内耗，脾阳内遏，内湿不化，湿不化则蕴热，虚热与湿热相合，深伏阴血则日渐伤正。脏腑功能的盛衰，又与气血的盛衰密切相关。脾为后天之本，气血生化之源，脾失健运，日久则化源不足而气血两虚。气虚不能行血，则血行迂缓以致血滞，血滞日久则瘀结凝聚而成痞块，瘀血不去则新血不生，相互影响，气血日益虚衰。所以，肝病日久脏腑功能日衰，气血功能不足。而五脏六腑，四肢百骸，无不由气血所充盈，濡养和调节其功能。气血虚则整体功能衰退，气血充实则整体功能旺盛。所谓久病体自虚的实际意义就是指整体的气血虚而言。所以应从整体观念出发，重视各脏腑器官气血的盛衰，适当加以调整，也就是“气血要注意”的临床实际意义。

(3)病情多复杂，辨证要详察：慢性肝炎一般病程较长，大都经过多种治疗，效果不佳，肝功能反复波动或始终未恢复正常，临床表现也是多种多样的，有的表现为实证为主，有的表现为虚证，有的虚中夹实即湿热未清，正虚邪恋，所以病情复杂。如果临床上强调区分类型，定型定方，虽然便于观

察疗效,但是由于个体的差异性,病情轻重,阶段性的不同,就很难将复杂的临床病象,简单地归纳为几个固定的类型。虽有一定的原则性,但是未能充分发挥中医辨证施治的特点。实践证明这种定型定方的临床效果并不理想。关老根据中医的基本理论抓住疾病各阶段的主要矛盾以确定施治方案,既掌握其原则性,又具有一定的灵活性,分型如下:

湿热未清:多因急性肝炎治疗不当,或在恢复阶段调护失宜,以致湿热之邪未能彻底清除,余邪留恋,寄于肝胆,或蕴积脾胃。主要表现为恶心厌油,食欲不振,口苦口干,肝区胀痛,四肢困重,溲黄短赤,大便粘臭不爽,或皮肤、巩膜色泽枯黄,或见低热,或见衄血。舌苔黄厚腻,舌质红,脉滑数;如果湿热蓄积化火,毒热内蕴,也可见有口苦口臭,心烦唇燥,腹胀纳差,大便秘结,小便黄赤,脉弦大,舌苔黄燥等。

肝胃不和:多因肝郁不舒,横逆犯胃,肝胃功能失调。主要表现为:胸胁满闷或胀痛,食入不化,嗳气吞酸,腹鸣,矢气多,大便失调,舌苔白腻或黄厚,舌质正常或微红,脉弦滑。

肝郁脾虚:多因肝气郁滞,横逆犯脾,以致脾气虚弱。主要表现为:胁痛,头晕,腹胀,食后饱满,乏力,面色苍白,面肢浮肿,舌苔薄白,舌质淡,或边红。

肝郁血滞:多因肝气郁滞,气滞则血瘀,情志急怒郁闷则症状加重。主要表现为:胸闷气憋,抑郁不舒,两胁痛,或因身窜痛。胁下痞块,妇女痛经,或瘀血内阻,舌苔白,舌质紫或有瘀斑。若血瘀日久,则可见有面色晦暗,唇暗舌紫,肝脾肿大坚硬,两肋刺痛,口干咽燥而不欲饮。

脾虚湿困:多因脾为湿困日久,脾阳不振,而湿邪困阻不化。主要表现为:面肢浮肿,下肢沉重,腹胀纳呆,或食后饱满,面色㿖白,身倦无力,舌苔薄白或白腻,舌质淡,舌体胖。

脾肾两虚:多因湿困中州,脾阳虚衰,后天不足,先天失

济,进一步可以导致肾阳衰微或脾肾两虚。主要表现为:面色晦暗或灰黄,精神萎靡,喜暖怕凉,畏寒肢冷,食纳不香,完谷不化,或见尿频,舌苔白或少苔、质淡,脉沉弱。

肝肾阴虚:多因肝胆郁热,肝郁胃热,肝热脾湿,湿热灼耗肝阴,由于肝肾同源,肾阴也见耗伤。主要表现为:口干唇燥,口渴喜饮,头晕眼花,心悸怔忡,腰酸背痛,足跟痛,失眠多梦,遗精滑泄,纳差腹胀,肝区隐痛,大便干燥,小便黄少,或手足心热,或伴有低热,舌苔薄白或无苔,舌质红,脉弦细数。

气血两亏:多因肝郁脾虚,运化失常,气血生化无源,肝郁化热或湿热久羁,灼耗阴血,以致肝脾两伤,头晕心悸,全身无力,纳差腹胀,大便稀溏,口干不渴,唇淡,舌苔薄白,舌质淡,脉沉细,或沉细无力。

(4)调理脾、肾、肝、中州要当先:关老对慢性肝炎辨证论治,以脏腑、气血论治为原则,且以扶正治其本,祛除余邪治其标,至于虚证较为明显者,根据患者具体情况以及所出现脏腑、气血亏虚之不同特点,予以调整。或健脾益气,或调补肝肾。因为脾居中州,为后天之本,气血之源,运湿之枢纽,又为肝病波及之要害。所以在治疗时均应注意调理中州,稍佐祛湿,便使湿热余邪非但无藏身之处,而且又无由以生。若湿从寒化,以致脾肾阳虚,中气不运,则治以健脾助阳,温化寒湿,仍以调治中州为要。归纳起来不外乎清热利湿,理气活血,平肝和胃,健脾利湿,疏肝健脾,滋补肝肾,温补脾肾,补气养血等八种治疗法则,以及针对某些兼症所采取的相应措施。总之在辨证的基础上,根据整体的不同情况,调理脾、肾、肝,而中州又要当先。对于余邪或蕴蓄的湿毒热邪也应采取相应的措施。

关老常用药物如下:

治脾方面：

若属脾呆：症见无食欲，尚能进食，但食而不知其味，舌苔白或腻。治宜芳化醒脾，旨在促进脾运功能。常选用：绿萼梅、玫瑰花、代代花、藿香、佩兰、砂仁、蔻仁、杏仁、厚朴花等。

若属脾湿：症见食欲不振，中满，口干不思饮，四肢倦怠，大便溏，舌苔白。治宜祛湿调脾。常选用：杏仁、橘红、法半夏、茯苓、木瓜、佛手等。

若属脾热：症见多食善饥或不欲进食，恶心厌油，口苦或口中无味，大便粘腻不畅或大便干燥，舌苔黄厚。治宜清热理脾。常选用：黄连、黄芩、大黄、枳实、白头翁、秦皮、生石膏等。

若属脾虚：症见面色黄白，不思饮食，消瘦，完谷不化，腹泄便溏，舌质淡，体胖有齿痕。治宜健脾补气。常选用：党参、白术、苍术、生芪、山药、莲子肉等。

若属脾寒：症见形寒怕冷，四肢发凉，或见浮肿，口泛清水，胃腹隐痛喜暖，喜按，女子白带清稀量多，舌质淡，脉沉弱无力。治宜温脾散寒。常选用：白术、附子、干姜、沉香、乌药、生姜、厚朴等。

若属脾胃失和：症见食后腹胀，能食不能化，脘腹胀满，大便量多，舌苔白。治宜调理脾胃。常选用：莱菔子、焦槟榔、生稻芽、生麦芽、炒谷芽、神曲、生山楂等。

若属肝胃(脾)不和：症见胸胁胀满，食后呃逆，吞酸，胁痛不舒，舌苔白腻或黄厚，脉弦滑。治宜平肝和胃。常选用：旋覆花，代赭石、生瓦楞、藿香、蔻仁、炒黄连、生姜、白芍、当归、郁金、香附等。

治肝方面：

若属肝热：症见头痛眩晕，耳鸣耳聋，急躁易怒，面红目

赤，胁肋灼痛，口干口苦，尿黄便干，妇女月经前期色黑，舌边尖红，苔黄，脉弦数。治宜清热平肝。常选用：酒胆草、酒黄芩、青黛、丹皮、赤芍、野菊花、杭菊花、苦丁茶、熊胆、猪胆、羚羊粉等。

若属肝胆湿热：症见恶心厌油，食欲不振，口苦咽干胁痛，烦躁善怒，或伴有低热，或出现黄疸，舌苔黄腻，脉弦数。治宜清理肝胆。常选用：醋柴胡、金钱草、茵陈、黄连、草河车、青黛、紫参、白矾、丹参等。

若属肝郁气滞：症见胸满胁痛，或时痛时止，有时窜痛，心烦善怒，睡眠不安，妇女月经不调，或经期腹痛，舌苔薄白，脉弦。治宜疏肝理气。常选用：旋覆花、代赭石、佛手、青皮、陈皮、木瓜、香附、醋柴胡、郁金等。

若属肝郁血滞：症见面色晦暗，胁下痞硬，胁痛有定处，妇女月经后错，量少色黑或有血块，舌质紫暗或有瘀斑。治宜活血化瘀。常选用：泽兰、红花、益母草、王不留行、延胡索、郁金、香附、藕节、没药等。

若属肝虚：症见面色萎黄，肝区隐痛，劳后加重，目眩目干，视物不清，或见夜盲，身倦肢麻，失眠，妇女月经涩少经闭，唇舌色淡，脉沉细。治宜养血柔肝。常选用：白芍、当归、丹参、生地、枸杞子、石斛、沙参等。

若属肝风：慢性肝炎常见的肝病有两种情况，一是肝血不足，肝失濡养，血虚生风，症见眩晕，肢体麻木，震颤，或肢体拘急。另一种是湿热蕴毒，毒火炽盛以致肝热动风，症见神昏谵语，高热抽搐，循衣摸床，烦躁不安，四肢抽搐。前者以养血柔肝为主，佐以镇肝，常见的药物见肝虚，另加钩藤、珍珠母、菊花、生石决明等。后者宜清肝息风。常选用：珍珠母、生石决明、佩兰、莲子心、黄连、羚羊粉、石菖蒲、远志、郁金、琥珀等，或加用安宫牛黄丸、局方至宝丸等。

治肾方面:

肾阴虚:症见低热颧红,五心烦热,咽干盗汗,腰酸腿痛,下肢无力,耳聋,梦遗尿多,头晕目眩,失眠健忘,舌质红,脉细数。治宜滋补肾阴。常选用:熟地、山药、女贞子、覆盆子、黄精、五味子等。

肾阳虚:症见腰酸腿软,形寒肢冷,阳痿,尿频尿少,浮肿,阴冷睾丸寒痛,或食少便溏,面色㿔白,舌淡白,脉沉弱。治宜温补肾阳。常选用:仙灵脾、仙茅、肉苁蓉、巴戟天、补骨脂、石燕、阳起石、鹿茸、鹿角胶。若肾虚寒明显者,可加用肉桂、附子、干姜、葫芦巴、荔枝核等。

(5)活血再化瘀,化瘀要软坚:因为慢性肝炎是急性肝炎的延续,始于肝郁气滞,湿痰瘀阻,进而肝郁血滞,湿痰与瘀血凝聚形成痞块,故见面色晦暗,舌质暗或瘀斑,胁痛或肋下痞满而痛,触之有块,更加阻滞经络,以致肝、脾、肾,气血失和。所以活血化瘀的法则一定要贯穿肝病治疗的全过程。另外,对于痞块的治疗,应在一般活血化瘀的基础上,配合软坚散结的药物,古代医书中所谓软坚散结法,是治疗浊痰瘀血结聚而成癥积、瘰癧症的常用法则,如久病而脾肿大古称“疟母”,用疟母丸治疗。方中有炙鳖甲、三棱、莪术三味,临床也曾被引用过,但是实践证明对于慢性肝炎所见痞块并非相宜。随着认识的逐步深化,相继发现这些过于攻逐破瘀之品,非但无益反而有害,特别是对于早期肝硬化的患者,肝脾虽见回缩,但是肝功能反见异常。所以关老进一步分析了慢性肝炎痞块形成的病理实质,认识到主要是肝阴虚,肝血虚,血虚血瘀,痰湿阻于血络所致。治疗的法则应当以补肝肾之阴,养血柔肝为主,以达到软坚消痞的目的,一般多选用当归、白芍、丹参、王不留行、藕节、龟甲、鳖甲、生牡蛎等。配合其活血、化痰、化瘀之品,这样使之肝脾不但能够回缩,肝功

能也会趋于正常。

(6)扶正需解毒,湿热要清除:从病毒性肝炎的整个转归来看,病的发生是“因虚而病”,也就是外邪所以能够入侵,是以脏腑气血功能失调为其内因根据。进展过程是由“实证”到“虚证”,由气分到血分。整个病程的转化内虚是矛盾的主要方面。由于内虚不能抵御外邪(祛邪外出),急性肝炎也就逐渐发展成为慢性肝炎,但是在强调扶正的基础上,尚不能掩盖余热未清,余邪未尽和湿热蕴毒等另一种倾向的存在。所以在扶正为主调整脏腑、气血功能的基础上,不应当忽视清热解毒的祛邪措施。

所谓湿热未清,余邪未尽,一方面是在急性期治疗不彻底余邪残留潜伏,另一方面也应看到由于调护失宜,脏腑、气血功能失调,特别是脾胃功能的失调,运化失职,湿热尚可继续内生,祛之未尽,又复再生。当然,如果治疗与调护得当,湿化热去毒已解,单纯扶正也是可以的,即所谓“扶正以祛邪”。但是,慢性肝炎是消化道疾病,脾胃运化迟呆,余邪残留可能持续存在。所以,对于慢性肝炎的治疗应当是在扶正的基础上,根据病情佐以祛湿解毒之品。一方面可以继续祛除未尽之余邪,另一方面可以在背后蕴生的湿热毒邪尚处于微弱之际,一鼓歼灭,湿热才能彻底清除,实际上祛除余邪也有利于正气的恢复。一般讲祛邪之剂每多苦寒,扶正之属每多甘温,长期服用甘温也易于蕴热,所以配合苦寒之剂也寓有反佐之意。

从临床症状来看,也就是证型分类中所提到的湿热未清等见证。这类病人的肝功能损害,多呈单项谷丙转氨酶增高或反复波动。浊絮反应多属正常或轻度异常,肝脏可增大,触之疼痛或有叩击痛。同时还要根据症状特点,按照三焦病位来分析。若偏于上中二焦,应佐以芳化解毒;若偏于中下

二焦,应佐以燥湿解毒;若湿热下注膀胱,应佐以清热利湿解毒,所以扶正之中仍需配合解毒,湿热才能彻底清除。由于慢性肝炎病程长,病情复杂,虽然大部分预后较好,但是,也有少部分患者逐渐恶化,甚至发展成为肝硬化,所以关老特别强调在急性期要合理的治疗和休息,预防发展或慢性肝炎,即所谓重点要预防,如若已发展成为慢性肝炎,在辨证分析上应从整体观念出发,注意气血的盛衰和各个脏腑的功能情况,详察其辨证归类,并根据其阶段特点,抓住主要矛盾,分辨兼夹证候,和相互转化的规律,完全根据中医的基本理论辨证施治。在施治方案的拟定上要注意邪正相争的病理实质,在调理脾、肾、肝的时候,见肝之病的知其传脾,故治疗中州又要当先,同时从肝炎的发病机制中,体会到痰阻血络,瘀血凝聚的特点,仍应继续化痰通络,活血化瘀中又要养阴软坚。对于潜伏未清之余邪(湿热)又当在扶正之中注意清热利湿解毒,祛除残留之湿热,使之既不能继续存在,又不能肆意再生,以达到彻底治愈的目的。^[6]

17. 王谓川诊治经验

王氏认为慢性肝炎由急性肝炎失治迁延而成,特别是无黄疸型急性肝炎患者,在得病半年后,经常反复出现右胁痛,食欲减退,乏力,腹胀等症状,肝脏肿大或脾脏进行性肿大,肝功能不正常,就已转为慢性肝炎。由于病久邪深,正气多耗,形成虚、实错杂的征象,治疗应攻补兼施。补是补机体的不足,以恢复正气,增强全身抵抗力,以利于攻;攻是攻局部的瘀滞,也就是活络消瘀。要注意攻而不猛,补而不滞。如病程较短,体质较实,可偏于攻。病久体弱,可攻补兼施,甚则以调补气血为主。

王氏治疗慢性肝炎有以下四个要点:①补虚不忘化瘀;

②化瘀不离补虚；③攻补同时并举；④每方必选用药物：金钱草、满天星、虎杖、茵陈等常用药。随症选用下列药物：偏于湿，重用茵陈，可用至60g；肝脾肿大：选用廔虫9g，生鳖甲9g，三棱9g，莪术9g，桃仁9g；胁痛，选用柴胡9g，延胡索9g，郁金9g；腹胀，选用广木香6g，鸡内金9g，砂仁6g，薏仁6g；本病多影响脾胃，最易引起腹胀。治疗时要慎用破气之品。广木香、鸡内金、砂仁、薏仁等味药有化瘀行气之功，可常用。慎用厚朴，最好不要超过9g，因厚朴小量通阳，大量则破气。龙胆泻肝汤是清肝经湿热的常用方，但对本病效果欠佳，故一般不用。胸痛、肝脾痛，选用柴胡9g，延胡索9g，炒五灵脂12g；心阳衰竭选用桂枝6g，鱼腥草9g，麝香0.15~0.3g（冲服），鸡血藤膏9g（冲服）。心阴虚，选用川贝母9g（冲服），山茱萸9g，鸡血藤18g；脾阳虚：选用砂仁6g，薏仁6g，鸡内金9g，广木香6g，吴茱萸9g；脾阴虚，选用淮山药12g，百合9g，生麦芽24g；气虚选用黄芪24~60g，党参24~60g，金毛狗脊9g，胎盘粉9~30g（冲服）；血虚，选用熟地12g，鹿角胶12~24g（冲服），鹿茸3~9g，龙眼肉24g。化瘀活络选用生蒲英9g，廔虫9g，连头水蛭9g，桃仁9g，土红花9g，三棱9g，莪术9g，地龙9g。注意：如病人气虚，又兼胸痛，肝脾痛，党参与五灵脂可同用，人参畏五灵脂，属传统的十九畏之一，而王老临床实践证明，可以同用，吴鞠通《温病条辨》中化癥回生丹已开同用的先例，王老多年常用，都收相畏相成的功效。本病恢复期的治疗，应本着缓则治其本的原则，重点调理脾胃。古人言：“见肝之病，知传脾，当先实脾。”因此，“肝病必已脾胃”，脾旺则肝病自愈。

辨证论治：根据病人阴阳气血的偏盛偏衰，本病一般可分为五种类型：

阴虚型：症见两颧红晕，头晕脑胀，失眠多梦，口干舌燥，

胁痛,脉细数或弦数,舌质红绛,苔少无津,舌尖有红色小点。治以补虚化瘀,佐以养阴滋肾,润燥生津,方多以一贯煎或河间甘露饮加减。

阳虚型:症见形寒腹胀,四肢乏力,不思饮食,气短便溏,面色萎黄,舌质淡,苔白,脉细濡微涩。治以补虚化瘀,佐以温肾通阳,方以河间地黄饮子加减或肾气丸加减。

气虚型:症见神倦,体软乏力,四肢肿胀,胸胁胀痛,甚至牵及后背,腹胀满,心悸气短,气短懒言,舌质淡,苔薄白。治以补虚化瘀,佐以健脾助阳,补血益气,方以加减四君子汤或补中益气汤加减。

血虚型:症见肝区隐痛或剧痛,头昏,心悸,鼻、齿龈及皮下出血,四肢与面部有红痣,舌苔薄或无苔,脉细数或涩。治以补虚化瘀,佐以养血益气,通络润燥,方以加减归脾汤或人参养荣汤加减。

血瘀型:症见肝区痛,两胁胀痛或流窜作痛,舌质紫蓝或有瘀点,脉沉弦有力。治以活血化瘀,攻坚消积聚,活血化瘀,方以膈下逐瘀汤加减、血府逐瘀汤加减、失笑散加减;攻坚,方以鳖甲煎丸加减、大黄廑虫加减、化癥回生丹加减。

病案举例:刘某,男,42岁,干部,1963年5月10日初诊。患者于1962年患慢性肝炎,经长期治疗,肝功虽接近正常,但面红颧赤,持续低热。无结核病史,肺部透视正常,肝区痛、肝肿大,肋下可触及,食欲不振,腹剧胀,喜热饮。眩晕,疲倦,入睡难,噩梦易醒,白天无精神,夜深反兴奋,体重显著减轻,大便稀溏,小便短黄,有臭气;脉左弦数,右弦缓,舌质红绛,舌伸颤动,苔白如积粉,治以滋水清肝,扶脾健胃,佐以活血化瘀,化湿生津。处方以一贯煎合膈下逐瘀汤加减:沙参12g,生地30g,生白芍12g,炒川楝、肥知母、地骨皮、阿胶珠各9g(冲服),金钱草60g,茵陈12g,满天星24g,黄

连、广木香各 6g, 银柴胡、廋虫、炒蒲黄、鸡内金各 9g, 桃仁、夏枯草各 15g, 薤白、山萸肉各 12g, 夜交藤 60g, 台乌、九香虫各 9g, 琥珀末 6g (冲服或布包煎)。1 周 6 剂, 连服 2 周。^[17]

18. 周仲瑛诊治经验

周老认为乙型肝炎发病率高, 与肝硬化、肝癌有密切关系。清除病毒、调整免疫功能、改善肝组织损伤, 是治疗的关键。乙型肝炎的症状相对隐伏, 多无黄疸, 或甚轻微, 湿热酿毒不仅可以郁于气分, 且深入血分, 表现为“瘀毒”特点, 故病程多长, 且易迁延复发, 转为慢性。其病理性质以邪实为主, 湿热毒邪主要侵犯肝脾两脏, 表现为热毒瘀结在肝, 湿热蕴遏脾胃的“肝热脾湿”证。日久病及于肾, 以致肝肾阴血虚耗, 或脾肾气虚、阳虚, 形成邪实正虚的错杂现象。由于慢性乙型肝炎的基本病理是湿热瘀毒, 肝脾不调, 因此辨治慢性乙型肝炎以化肝解毒、清化瘀毒、调养肝脾为主要方法。

化肝解毒法: 肝为藏血之脏, 若湿热之毒伤肝, 每易邪入血分, 瘀结肝络, 故应以化解肝毒、化瘀滞、通肝络为主要思路。所谓化肝, 一是清化肝经郁火, 二是化解六郁。此法以清热化湿解毒为主, 辅以扶正。适用于乙肝标志物两对半阳性长期不能阴转, 或伴有肝功能损害, 辨证为湿热瘀毒证的慢性迁延性肝炎、慢性活动性肝炎及病毒携带者。临床可见肝区痛, 纳差, 或脘痞腹胀, 乏力, 腿酸重, 口干苦粘, 小便黄, 舌质多紫暗或质红有瘀斑, 或淡白质胖隐紫, 苔黄或白, 或腻或薄, 脉象可见细、数弦、濡等几类相兼, 如细弦、细数、濡数, 或无明显症状者。其基本方药为虎杖、平地木、半枝莲、土茯苓、垂盆草、贯众、片姜黄、黑料豆、生甘草。此法特点是祛邪重于扶正, 清热重于化湿, 治血重于治气, 调养重于温补。

清化瘀毒法:周老认为慢性乙型肝炎的病理特点是湿热瘀毒互相交结所致,而气病及血,“瘀毒”郁结,尤为病变的主要环节。湿热毒邪伤肝,久病及血,瘀滞肝络,或湿瘀互结,或热郁血瘀,促使病情发展。由此可知湿热毒瘀互结是发病的病理基础,且贯穿病证的始终,为确立清化瘀毒的治疗原则提供了理论依据。所谓清化瘀毒,意指清解泄化湿热互结所致的瘀毒,包括凉血和血、化解肝毒、化瘀滞、通肝络等作用,通过凉血以解毒,和血以化瘀。适用于病情活动,病毒指标持续阳性,正虚不著,表现为湿热与血互结的湿热瘀毒证,如面色黯红,两颧布有赤丝血缕,颈胸部散发血痣赤点,手掌鱼际殷红,舌质紫等。方药基本成分为虎杖、平地木、半枝莲、土茯苓、垂盆草、田基黄、败酱草、贯众、片姜黄等。

实验提示清化瘀毒方有明显的抗乙肝病毒作用,且已证实有改善肝组织病理性损伤的作用,为应用清化瘀毒法提供了病原治疗及病理形态学方面的佐证。

扶正解毒法:本法旨在调养肝脾,匡正以祛邪;清化湿热瘀毒,祛邪以复正。中医学认为本病无论湿热从外感受,还是从内而生,必然首犯中焦,困遏脾胃,脾喜燥恶湿,湿盛则困脾,胃喜润恶燥,热盛则伤胃,湿热内蕴脾胃,表现为“肝热脾湿”之候,邪毒久羁,热伤阴、血,湿伤气、阳,又可表现为虚实错杂的现象,久则肝脾两伤,甚至病及于肾。此为确立调养肝脾的治疗原则提供了理论依据。调养肝脾的具体治法虽有多种,一般多以养肝健脾为主法,在此基础上参以清化瘀毒,扶正与解毒两法合用,以取相反相成之效。此法适用于正虚邪恋,肝脾不调,进而肝脾两虚,邪毒内郁,病势迁延者。其方药组成为太子参、焦白术、茯苓、枸杞子、黄精、虎杖、土茯苓、半枝莲、丹参等。

实验表明:扶正解毒方对大鼠、小鼠多种原因所致肝脏

损伤的动物模型,具有良好的保护和再生作用,从而证实了扶正与解毒两法复合应用的药效机制和调养肝脾、扶正治本的重要性。因慢性乙型肝炎总属邪盛而致伤正。治当以祛邪为主,祛邪中即寓扶正之意。动物实验证明,清化瘀毒及扶正解毒两方,对鸭乙肝病毒的体外、体内试验均有明显抑制作用。组织学观察,肝脏组织及细胞损害亦明显轻于对照组,说明其对肝脏有良好的保护作用,同时还具有调节免疫功能的作用,可以增强机体抗病能力,更证明扶正与祛邪有互补关系。

病案举例:

例1:茅某,男,40岁,教师。患肝炎近2年,肝功能明显异常,多次查HBsAg均为阳性,sGPT、 γ -GT有时升高,经用辅酶A、ATP、维生素B、维生素C、肝泰乐、左旋咪唑、肌苷、黄芩武及黄芪注射液等无改善,乃来我院要求服中药治疗。症见肝区隐痛,有时胀疼,疲劳乏力,面浮,两颊有大片黑斑显布,腰酸,下肢怕冷,两足跟痛,左侧为甚,大便偶溏,小便或黄,口中酸粘发腻,舌有麻感,舌苔淡黄薄腻,舌质隐紫,胖大有齿印,脉细。证属湿热瘀结,肝脾两伤,久病及肾,治拟化肝解毒,温养肾气。药用虎杖、平地木、红藤各20g,土茯苓15g,贯众10g,黑料豆12g,甘草3g,太子参12g,仙灵脾10g,枸杞子、炙首乌各12g,炒元胡10g,二妙丸10g(包煎)。连服45剂,诸症均有明显减轻,肝区隐痛、足跟痛、疲劳俱见好转,面部黑斑亦淡,舌麻及口中酸粘消失,舌苔化薄,舌体胖大有改善,复查HBsAg血凝法1:8192,sGPT49U/L, γ -GT70U/L。原方去贯众、延胡索、二妙丸,加补骨脂10g,楮实子、炙黄精各12g,再服45剂,复查HBsAg血凝法1:2048。自觉右胁有时胀而不适,但隐痛已少发作,面部黑斑消退不净,足跟尚感酸胀,腰酸不耐劳累,口稍干,饮水不多,上方再去太子

参、补骨脂、楮实子，加炙黄芪、大熟地各 12g，续服 1 个疗程，复查 HBsAg 血凝法 1:1024，肝功能正常。守原方续治 1 个疗程，复查 HBsAg 血凝法 1:16，肝功能正常。

例 2：曾某，男，32 岁，干部。肝病 5 年，多方治疗，迁延不愈，近住某医院查肝功能：麝浊 20 单位，麝絮(++++)，HBsAg1:4096，抗 HBc(+)，蛋白电泳 γ 球蛋白 31%。症见肝区胀痛时作，食后腕部胀痛，纳差，或有泛恶，腹胀不舒，边有齿印，脉细弦。证属湿热瘀郁，肝脾不调，治予清化湿热瘀毒。药用贯众、虎杖、败酱草、土茯苓各 15g，平地木、红藤各 25g，炒苍术、黄芩、广郁金、黑料豆、佩兰、泽兰、炙鸡内金各 10g，生甘草 3g。上方断续进服 80 剂，查 HBsAg(-)。半年后复查肝功能：麝浊 14 单位，锌浊 18 单位，白球蛋白比例为 4.25/3.05，sGPT 正常，HBsAg(-)，蛋白电泳正常。自觉纳后腹胀，食少不香，口干而粘，腹坠时有登圜之感，大便质烂，尿黄，舌苔中部黄腻，质紫，脉细。治守原方，去黄芩、郁金加炒黄柏 10g，凤尾草 12g，继服，以清余毒。^[18]

19. 顾丕荣诊治经验

顾丕荣治疗慢性肝病主要经验如下：

(1)辨证精于验舌：舌苔乃五脏病变之外候。顾老认为肝功能变化与舌诊关系密切，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。若苔垢腻而色偏黄者属肝脾同病，湿热内蕴，常兼黄疸显现，黄疸指数和总胆红素升高，药选茵陈、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。若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、白花蛇舌草、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,去瘀生新;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,脾弱气虚见甚,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,以龟甲、鳖甲、蚕蛹粉、穿山甲、蜜炙白术伍合乌梅、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,顾老常以三甲散、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,迫邪外出。如表面抗原阳性日久,选加鸡骨草、大黄、蒲公英、贯众、板蓝根、地榆等。

病案举例:钟某,女,50岁,中学教师,1983年9月19日

初诊。肝病已延3载,表面抗原阳性,经治间或转阴,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,未果。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、赤芍、当归尾、红花各12g,酒炒大黄10g,橘梗9g,生地、麻仁各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。改为建中,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。

(2)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,形成阴阳不协调,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》)。顾老尝谓疑难杂证“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、肉桂配西洋参、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”。

病案举例:

例1:樊某,男,51岁,1976年10月15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2: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,久病肝络瘀痹,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,继服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,恢复工作。随访有年未曾复发。

(3)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,故活血化滞、去瘀生新贯穿于治疗肝病的各个阶段。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;重症则三棱、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。故而临证用活血药“多多益善”,用理气药则“慎之又慎”。

病案举例:黄某,女,53岁,1986年12月26日初诊。肝病多年,肝功能持续异常,久治未果。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,治以养肝之体,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:胁痛湿减,精神显振。肝功能GPT45U,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。

(4)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。如活血化瘀药的使用,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的功用。当归养血活血为顾师喜用药物之一,而化瘀必用其尾,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;苔腻为湿盛,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,培土重用党参,脾虚邪盛用人参叶(顾老称其“补而不腻,功效神速”),急则用参叶、洋参,缓则用党参、沙参。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、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。

病案举例: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月来突然腹膨臃肿。肝功能指标升高,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,纳少便溏,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 3g,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,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。^[19]

20. 方药中诊治经验

方老认为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。

(1)滋肾以养肝,疏肝以活血:方老赞同叶天士关于“治肝之法无非治用治体”之说,认为前人所创治肝法多达数十种,但对慢性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,此大旨也”。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、肌肉颤动、烦躁不安等。因此,滋阴养血培补其肝体是为治本,在此基础上是疏其郁滞之气血。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,方老解曰“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。方老改制魏玉璜之“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。方老所制定的其他三方,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,如原方小剂制或改剂同类轻方;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依靠药物的煎煮法消除某些药物的副作用。

方老认为,肝气郁滞往往引起血的瘀阻,而增强肝的疏泄作用,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。方老改制魏氏一贯煎所加7味药物中有5味即是活血药。方老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,即扶正的基础上进行。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257单位升至300单位,复从300单位升至362单位。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。

(2)清热须有制,解毒当扶虚:方老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,虽然慢性肝炎,部分患者缓慢起病,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。方老选用《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,乙肝表面抗原 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。又如患者张某,患乙型迁肝,1981 年 3 月肝功能检查:谷丙转氨酶 271 单位,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 164 单位,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。

方老十分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伍用葛根。北京郭某患迁肝,谷丙转氨酶升高至 300 单位,用他法不降,方氏即在复方中投升

麻 45g,谷丙转氨酶迅速下降,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,是方老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。由此可见,对慢肝,方老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。

(3) 调理五脏,发于机先,随证而变:方老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,则注意治肺。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。”方老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,方老称之为“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;但又不可拘泥,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 $37.5 \sim 38^{\circ}\text{C}$

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 $37.5\sim 37.9^{\circ}\text{C}$,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。拟滋肾养肝为主,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°C 以下,睡眠及精神俱较前好转。

方老又据《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。曾归纳出方老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288单位降至155单位,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155单位降至105单位,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,发现尽管未出方老用方转方的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,是方老治疗本病所恪守的一条基本原则,也是取效的关键。

(4)调和肝与脾,以脉分主从:方老指出: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,肝为续发,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。肝脾既失和谐,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。方老对这类病机,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。

病案举例: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250单位外,余项正常。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150单位,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。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。^[20]

21. 匡萃璋诊治经验

匡氏认为“慢肝”在证候表现上有许多与传统伏气理论相吻合的特点。

(1) “慢肝”临床表现中的伏气特征

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、烦躁、懊恼等少阳郁结证。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。

病程中虽有“表证”,但其“表证”乃里证浮越于外:部分“慢肝”患者初起也可以有类似伤风、伤暑的“表证”,如发热、恶寒、头痛、身痛等,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”乃里证浮越于外。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。”

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杂证，无论其为气分证或血分证，治疗都较难取效。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，或证虽已而化验指标未平，凡此种种也提示其邪入之深必有所伏。

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。

清之易伏，泻而复聚：慢肝为乙肝病毒、丙肝病毒等特异性病原所致，人们常以大队苦寒解毒之品清泄之，但匡氏认为，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，苔黄便秘，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。

治疗以透达为上：传统伏气治法无非清、透两法。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“转病之机枢”，开“战汗之门户”，使疾病向愈。是着眼于人体抗病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。

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”。

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。

(2)“慢肝”伏气的性质: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。”在辨证治疗时又将伏火分为“湿火”、“燥火”两类。同样,从“慢肝”临床症状来审证求因地推论,则“慢肝”之伏邪亦有火毒、湿毒两种性质。

火毒出入少阳、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、心中烦躁、懊恼、嘈杂、心下如

灼、手足心热、鼻衄齿衄、红丝赤缕、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，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，碍疏泄而滑清浊，滞气耗气，郁毒生风。湿毒浸淫于太阴，逼伏于阳明、少阳之间，清利透达而胶着不去，香燥苦泄而清浊难分。“慢肝”之证见面黄面垢、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、尿黄而浑、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，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，其病邪的性质为湿毒。

(3)“慢肝”伏气的病位：匡氏认为，“慢肝”伏气之病位应归为太阴、厥阴二处。即湿毒之邪伏于太阴，火毒之邪伏于厥阴。“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，故“慢肝”火毒之证易伏于此，“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，饥而不能食等症皆“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“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,达表透邪之法不可错失良机。

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。

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。

(4)“慢肝”伏气的证候与治疗:匡氏认为“慢肝”伏气的证候表现极为复杂,若仍按传统方法中以主证或主证所命名的病来认识,则不仅不能示其内在规律,而且对主证的治疗也无法深入,疗效更难提高。故对“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。

湿毒太阳、少阳合病证:“慢肝”免疫标志物阳性而有肝功能损害,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(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)或茵陈柴胡五苓散(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(免疫标志物阳性、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。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:“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。治法:燥湿利湿,宣达少阳。方剂:茵陈柴平汤加味(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。

火毒少阳郁滞证:“慢肝”免疫标志物阳性,肝功能明显

损害。可见黄疸或无黄疸、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（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）。火毒之邪伏于厥阴发于少阳是“慢肝”中极常见证候。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。匡氏认为四逆散治疗“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，开逐邪气门户之剂。

湿毒太阴久稽证：“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（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）。此证肝炎反复发作，黄疸深而难退，邪气深伏固匿，盘根错节，难以根除，为“慢肝”伏气之棘手证型。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。此证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。故采用清暑益气汤之意益其气，升其清，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,使病情得以缓解。

火毒厥阴伏匿证:“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,或脘中嘈灼如饥、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。三甲散乃入厥阴行瘀透络之方,以其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。

“慢肝”伏气临床表现甚为复杂,而以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。^[21]

22. 刘渡舟诊治经验

(1)肝病辨证执气血为纲:肝藏血,主疏泄,有风木之性。肝旺于春,与胆相表里,中藏相火,阴中有阳。肝之体阴为血,肝之阳用为气。肝之为义,有干犯它脏之能,诸如肝气上侮肺金,横犯脾胃,下竭肾阴,一脏有病,五脏株连,其中肝病传脾更为多见。刘老认为肝病复杂,其辨证当执气血为纲,且应找出它的客观规律,以达到执简驭繁而有效地指导临床的目的。

肝病在于气分阶段以肝气不得疏泄,郁勃不畅为主,因而出现胸胁苦满,噯气,呃逆,不欲饮食,脉弦舌苔薄白等症。如果肝气郁甚,亦可以出现小腹胀满,心下痞闷等症。肝气郁滞久生火热,可见口苦咽干,心烦易怒,小便短赤,夜难入寐。肝病气郁又可化火、生湿,而出现胸胁满闷,或时时作痛,小便黄赤,口苦心烦,甚至厌食荤腥,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,脉弦滑而舌苔白厚。

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,出现气滞血瘀症状。证轻者,可见胁痛如刺,日轻夜重,逢寒则重,得热则减,脉弦涩,舌边紫暗。若瘀血势重,则见肝脾肿大,肋下痞硬,疼痛不舒。其人面色黧黑,脘腹胀满,小便不利,脉弦而涩,舌现瘀血斑点。肝病在血分阶段,不但发生血脉瘀阻,还可动血出现吐衄等失血之证。有时病在血分,却无明显的自觉症状,此系毒邪深伏于血分,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,但不可拘泥。如有时GPT异常而在中医传统辨证时没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,但其病在气分表现突出,即使肝炎病毒标志物阳性,也要从气分去认识。

(2)柴胡剂群为主的论治经验:刘老认为肝病在气分者当治其气,在血分者则当治血;气分入于血分者治其血,血分出于气分者则当治其气;气血同病者先治其气乃治其血,此为一般大法。刘老在慢肝的治疗中常以柴胡剂群为主,其中包括柴胡解毒汤、柴胡活络汤、柴胡止痛汤、柴胡鳖甲汤及仲景柴胡姜桂汤,以此为治疗慢性肝炎气血阴阳不同病变阶段的首选方剂。

气分肝炎以清热利湿解毒、调理气机为主,兼以疏通血络,基本方为柴胡解毒汤(组成:柴胡、黄芩、茵陈、炙甘草、土茯苓、草河车、凤尾草、廬虫、茜草),此方疏肝理气、清热利湿、凉血解毒、活血通络。血分肝炎既要清热解毒、调畅气机,同时也要活络祛瘀、养血和血,这是因为肝主疏泄,喜条达,气机畅达能促进血脉的运行,而肝又为藏血之脏,故肝病恒多气机郁滞之病。治疗则当兼顾气血。治血分肝炎基本方为柴胡活络汤,系柴胡解毒汤基础上加活血通络,养血和血的当归、白芍、泽兰、红花、海螵蛸而成,作用重点在于血分。

此二方的加减化裁很重要。湿热毒邪甚或肝胆火甚者,用柴胡解毒汤加垂盆草、大金钱草、龙胆草清热解毒,名为三草解毒汤;肝区疼痛明显者合用金铃子散以疏肝活血止痛;大便不实而属于脾气虚者,加白术、茯苓健脾益气;兼

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，重用廬虫、茜草；乙肝标志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，为治疗诸黄的主药，无论阴黄还是阳黄，皆可使用。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，则转用栀子柏皮汤治疗。方中甘草扶助正气，利于邪实正虚者。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。不可操之过急，务使湿热邪气尽去。若留余邪，则可能出现反复，使其更加难治。若湿热较重病证，口渴喜饮，舌苔黄厚而腻，需用三石柴胡汤，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时，使用本方一般能取得好的效果。

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）即应治其新病；又如某种合并症突出，则暂治其合并症。慢性肝炎如出现失眠可用黄连阿胶汤治疗。如见肝炎腹满，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。使用此方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”的原则。

若疾病出现阴证机转，成为肝热脾寒证者，当转方用《伤寒论》柴胡姜桂汤。临床以口干、胁背疼痛、腹胀便溏为辨证要点。此方主要用于肝硬化腹水，如同时兼有黄疸指数高，可与栀子柏皮汤或茵陈五苓散合方；脾气虚者可酌加党

参；脾肾阳虚可加入红人参、附子、肉桂温补命门，固先后天之本；有水饮者可另加茯苓。因本证中阳虚寒，故方中柴胡、黄芩剂量要小。

若以肝区疼痛为主诉或肝炎痊愈后唯见肝区疼痛当于柴胡止痛汤（组成：柴胡、延胡、川楝、当归、白芍、刘寄奴、廬虫、茜草、皂角刺、片姜黄、海螵蛸、枳壳、紫菀，此为刘老自制方）。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。如胁下拘急疼痛，食少乏力，脉弦而缓，用柴胡剂不效，为土衰木乘，治宜小建中汤，扶脾培土而伐肝缓肝。待痛止后，视病情可再用疏肝剂。根据刘氏经验，慢性迁延性肝炎，右肋放射性疼痛，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，五心烦热，衄血或遗精，舌红绛、脉细数者，可用刘老自制柴胡鳖甲汤（柴胡、鳖甲、牡蛎、沙参、白芍、麦冬、玉竹、生地、廬虫、茜草、）。方用鳖甲、牡蛎、玉竹、生地黄、麦冬、沙参、白芍滋阴养血柔肝，用廬虫、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；有湿热者则可加茵陈清利湿热。刘老认为病毒性肝炎应慎用补法，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，断不可早用补气药。而由于热及血分，血郁血热，往往有五心烦热，似乎阴虚，断不可早用滋阴药。疾病中后期，正虚突出，始可补虚。即使此时，也不可单用补法，还要兼顾其病邪的一面。

通过临床观察，肝病由气分到血分是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。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

床表现在气分证基础上兼见心烦不安,小便黄赤,牙龈流血等血分之症,治疗在于清除郁热而佐以凉血,可在前述方中加用生石膏、寒水石、滑石、竹叶、双花,既能清气血之热,又有“透热转气”之妙。²²

23. 朱承汉诊治经验

朱老认为在慢性肝炎的治疗中有几个较为重要的环节。

(1) 执虚实两纲解决主症:分型治疗慢性肝炎,是用不同的方法去解决不同质的矛盾。而部分病人证候复杂,很难定型,如果抓住主要症状,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、食欲也随之好转,为恢复肝脏功能创造良好条件,同样是治疗慢性肝炎的重要措施。①胁痛: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,液虚络燥两方面。选用既能清热解郁又能化瘀止痛的药物,如赤芍、丹皮、虎杖、石见穿、伍郁金、香附等理气药,治疗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,当选用化积软坚药,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,可奏止痛之效。②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两种病情。前者为实,后者为虚。其证候区分于:食后胀增,便解不爽,腹臌气胀为实。治以疏肝理脾为主,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。当治以调肝益脾,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,腹胀也会随之好转。③疲倦:慢性肝炎患者肢倦乏力是常见症状之一,亦应分虚实论治。实证阶段与湿热郁结,肝失疏泄,脾不健运有关,故腹胀,尿黄,舌苔黄腻而四肢无力者治以清热利湿为主。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,肢体酸软无力者,治以补益肝肾为主;如舌质胖为脾气虚,应配伍健脾益气之药。

(2) 针对病因病理,首选清热解毒药:朱老认为湿热蕴结是慢性肝炎的基本病理,可贯穿于疾病始终。即始是肝肾亏损阶段,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,尤其是慢性肝炎活动阶段,不论有无黄疸,多属湿热邪毒内蕴,应以清热解毒为主,随证配伍理气化瘀药,常可取得较好的疗效。对此朱老常用自拟清肝汤加減(绵茵陈 15g, 岩柏草 12g, 垂盆草 12g, 炒栀子 15g, 虎杖 15g, 海金沙 15g, 元参 12g, 炒赤芍 12g, 丹皮 12g, 炒泽泻 12g, 土茯苓 18g)。如曾治一患者,多年前患黄疸型肝炎,病情时轻时重,近3个月复现黄疸,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。虽经某医院治疗,黄疸却持续不退。肝功检查:黄疸指数 25 单位,谷丙转氨酶 130 单位,总蛋白 55g/L,白蛋白 26g/L,球蛋白 29g/L,乃湿热蕴结,胆汁外溢肌表而发黄,胃热上蒸于面,故见面部粉刺,证属阳黄,热多湿少。治以清热解毒利湿,佐以凉血散邪,方用清肝汤加減。服药 14 剂,面部粉刺已逐步消退,胃纳好转,目黄减轻。复查肝功能:黄疸指数 15 单位,总蛋白 55g/L,白蛋白 30g/L,球蛋白 25g/L。苔黄微燥边红,脉濡数,减泽泻继服。1 月后再查肝功黄疸指数 4 单位,总蛋白

60g/L,白蛋白 37g/L,球蛋白 23g/L,谷丙转氨酶 55 单位(正常值 40 单位),仍感腰酸、头晕,近有头痛、少寐,寐则梦多,苔黄、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。经治 3 个月恢复工作。其后舌诊提示脾气已虚,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”,不可不加辨证地认为黄疸型肝炎急性期为“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,以期病情进一步稳定。根据朱老经验,清热解毒药同样是治疗慢性肝炎的要药。梔子、黄芩是临床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。

(3)理气化痰,调理肝脾:慢性肝炎以肝脾肿大为主要体征,其病理乃湿热阻于肝脾之络,气机阻滞,瘀血内留,日久成为积块,因而时有胁痛、腹胀等肝脾二经证候。故理气化痰,调理肝脾是治疗慢性肝炎常用的法则。但当明辨气与血,肝与脾相互影响的辨证关系,抓住矛盾的主要方面,恰当选用理气化痰药,才能提高疗效。如治一迁延性肝炎呈慢性趋向的病人,转氨酶持续升高已 1 年多,用过较长时间的活血化痰药,效果不佳。症见右侧胁间胀痛,前额昏胀作痛,胸闷腹胀,大便不实,胃纳不佳,舌苔淡白根腻,舌质胖边红,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、红枣等。服药8剂，症状减轻，肝功能复查有好转。后仍以原方加减，使肝功能恢复正常，且较稳定。朱老经验认为，慢性肝炎有虚实互见证候时活血化瘀剂量宜轻，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。

(4) 注意阴液耗伤，及时滋养肝肾：治疗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。如肝肾阴液有所耗伤，应及时采用以滋阴为主，通络凉血药物为辅的治疗方法。此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。诊察肝肾阴液是否损耗，舌苔的改变具有重要的诊断意义。仔细观察慢性肝炎病人的舌苔，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，可以肯定肝肾阴虚是病之本，瘀热阻于肝络是病之标。朱氏常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。^[23]

24. 汪承柏诊治经验

(1) 黄腻苔不尽属于湿热：汪氏认为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良效，但对慢性肝炎未必尽然。临床常可见到如下情况：①心下停饮：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,胃脘有振水声,舌苔黄腻,脉弦滑或滑。以胃脘振水声为必备之症。②痰湿瘀阻:症见胸腹胀满,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。③肝胆湿热: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。④气阴两虚,血瘀化热: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,痤疮多且常合并化脓感染,舌苔紫暗,苔黄腻,脉细数。诊查中除气阴两虚外,尤应注意痤疮合并感染。⑤肝肾阴虚,脾虚血瘀: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。⑥湿邪弥漫三焦: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节复发,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。⑦脾胃虚寒: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,主要是内生之湿。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。有的留而为饮;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。黄腻苔是脏腑功能失调的病理产物,是标而不是本,本病应在辨证基础上以恢复脏腑功能为主要治则,切不可一概按湿热论治,更不宜过用苦寒清泻之品。

(2) 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,可分轻重两型。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,苔黄腻而厚等见症;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。致使肝失疏泄,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,常使病情迁延难愈。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,无论湿困程度轻重,多有谷丙转氨酶升高,絮状反应阳性,蛋白代谢异常、黄疸等多项功能指标不正常,病理诊断以慢性活动型肝炎为多见。由此看出,根据湿困阴虚二者轻重不同可推测其病情的轻重。

对湿困阴虚的诊治当遵循辨证论治的原则,根据湿困与阴虚的轻重程度不同,而采用祛湿养阴合治或分治的方法进行治疗。对湿困较轻,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,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,故使用柴胡要谨慎。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。用活血药时则须防耗血动血,对兼具凉血、活血和养血功用的药物可适当选用。

(3)活血化瘀药物的选择:汪氏十分重视活血药的使用,针对慢性肝炎中低热、胁痛、肝脾肿大、肝掌、蜘蛛痣、月经不调、面色晦暗,甚至齿龈紫黑,舌质紫暗有瘀点,舌下静脉曲张,面部毛细血管扩张等常见瘀血症状,提出根据病因分别给予祛湿活血,清热活血,养阴活血,助阳活血,理气活血,消

食活血,凉血活血,通下祛瘀,软坚散结等治法。尤应注意分清虚实,血虚侧重于和血活血,血实侧重于破血通瘀。退黄、降絮、降酶均需适当加入活血药物。消除肝外表现,如由于肝炎免疫复合物引起的关节痛、肾脏病等应用活血化瘀药物亦可取得一定的疗效。汪氏将常用的活血药按药物作用分为四级:第一级:通过补血养血达到活血化瘀目的,如何首乌、当归、阿胶、鸡血藤、仙鹤草;第二级:具有祛瘀生新活血化瘀作用,如桃仁、红花、川芎、赤芍、丹参、益母草、五灵脂、蒲黄、白头翁、三七、茜草、丹皮等;第三级:具有攻瘀散血作用,如大黄、元胡、水蛭、虻虫、廋虫、地龙、刘寄奴、泽兰、生山楂、王不留行、牛膝;第四级:具有强烈的破瘀祛瘀作用,如乳香、没药、血竭、三棱、莪术、穿山甲等。轻度血瘀可选择作用平和之丹参、赤芍之类;血瘀较重者可选用桃仁、红花、三棱、莪术等。兼有胁痛者可选用蒲黄、五灵脂、乳香、没药;有出血者可选用三七;谷丙转氨酶增高者可用生山楂、葛根;絮状反应阳性及球蛋白不正常者,可选用三七、水牛角粉、茜草、丹参之类;退黄可选用葛根、丹参、茜草、赤芍等。此外汪氏认为根据肝炎的特征,可常用以下几种活血药:①生山楂:酸而不敛,无碍邪之虞,消食和胃,且降酶作用甚好。凡血瘀又见饮食不消、转氨酶高、血脂亦高时可选用此药,可谓一药多用,是治疗慢性肝炎之有效药物。②丹参:临床配用凉血活血药治疗淤胆型肝炎高胆红素血症,配用葛根治疗残留黄疸,颇有功效。用单味丹参或复方丹参注射液治疗慢性肝炎,尤其是降絮,疗效颇为满意。③大黄:是退黄的主要药物,治疗急性重症肝炎,肝昏迷,因其病机以阳明为枢纽,故常用承气汤或牛黄承气汤,急泄阳明,以救少阴(肾)之急。例如淤胆型肝炎,有胆腑不通,常用承气以通腑逐瘀利胆。④赤芍:既能凉血又能活血,故可以防止寒凝,用至80g/日而

无副作用。动物实验证明有解痉、轻度扩张血管及镇静、镇痛等作用,并能降血脂、降血糖。临床重用本品对淤胆型肝炎瘀热交结证候者有明显的退黄作用。⑤三七:有降酶、降絮、提高白蛋白、降低球蛋白等作用。三七可能是治疗慢性肝炎最有希望的药物。⑥水牛角:可治疗各种出血,能提高白蛋白,有降脂、降絮、降血氮等作用。⑦丹皮:有清热凉血活血之功效,与其他凉血活血药为伍治疗瘀热胶结发黄有显效。有降酶作用,尤其是用于肝细胞以非特异性反应炎症改变为主的单项谷丙转氨酶升高,疗效甚著。⑧生地:有凉血、化瘀血、生新血之功,急性重症肝炎时常与犀角配伍。慢性肝炎之口舌生疮与牛膝配伍收效甚快。⑨蒲黄:用于慢性肝炎胁下疼痛,奏效甚快。对降酶、降絮均有良效。⑩三棱、莪术:二药性非猛烈而建功甚速,能治心腹和胁下疼痛及一切气滞血瘀之证,若与参、芪并用,能开胃进食,调血和血,收效良好,与软坚之鳖甲、穿山甲为伍治疗慢性肝炎、肝硬化、肝脾肿大时,宜佐参、芪,久服无弊。因本品性淡味平,气腥而窜,服后短期内可有肝脾区疼痛加重,二周后即可缓解。⑪当归:能缓肝木之急,当归散合甘麦大枣汤可治疗慢性肝炎因脏躁而出现的情绪激动;当归虽性温,因能生血滋阴,故对血虚、阴虚有热者,亦可用之。对慢性肝炎有内热者,常以当归六黄汤为治,收效良好。对慢性肝炎热毒炽盛(如痤疮合并感染)者,本品与苦参、生芪、茅根并用,使邪毒达表,收效甚速。

汪氏认为肝炎病人应用活血药物还应注意以下问题:

- ①血瘀常与气虚并存,在活血化瘀同时加用补气药,疗效更显著。
- ②血瘀常与肝阴虚并存,此时应与养阴柔肝药并用,可选用熟地、白芍、旱莲草、丹参等药味,疗效尚好。
- ③活血药有促进肝脏微循环的作用。慢性肝炎活动期肝细胞本来

有充血,呈炎性肿胀,此时施用过多的活血药,可能加重肝脏充血,原来谷丙转氨酶正常者可以升高;原谷丙转氨酶异常者,则更为增高。为此可与降谷丙转氨酶药物并用。如舌苔不腻可加白芍、牛膝、乌梅,舌苔腻者可加生山楂、葛根、升麻等。④慢性肝炎肝硬化常有齿衄、鼻衄,按一般原则,有出血倾向不宜用活血药物。此时选用三七、白头翁、蒲黄等药物收效较好。

(4)慢性肝炎高黄疸证治:慢性肝炎高胆红素血症,系指经临床或病理检查,诊断为慢性活动型肝炎,病程中出现高黄疸者(血清总胆红素超过10mg%以上)而言,是慢性活动型肝炎病情严重的标志之一。大部分病人合并有凝血机制损害、出血、肝昏迷等严重并发症。虽属中医黄疸范畴,但因病久,且有多脏腑功能失调,反复出现黄疸等特征,故不同于通常所见的肝炎黄疸。汪老认为治疗中应注意以下几点:

①弄清标本关系:慢性活动型肝炎高胆红素血症患者,临床时常多种证候并存。治疗中须分清主次,抓住主证,兼顾他证,方可取得好的疗效。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,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,抑或正邪俱实,其治则是不同的。即使对有黄腻苔的病人,是湿热为主,还是脾虚生湿、湿久化热,均当慎重辨别。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。

②重视血热血瘀之病机:本病为慢性疾患,久病人络,常可导致血瘀。而血瘀又可加重病情,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”。此外在血瘀较重的病例中常瘀热互结,邪毒深伏,有明显的里热证,此即所谓“瘀热在里,身必发黄”。历代医家对瘀热交结发黄的治疗,多主张用犀角散等凉血活血之剂,近年来用凉血活血重用赤芍治疗,收效较好。③用药不宜偏颇: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。因此选方用药要慎之又慎,力求稳妥。治疗中不必拘泥于分型,重在准确辨证。^[24]

25. 时振声诊治经验

时老认为急性肝炎的病机与肝胆、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,病多虚实夹杂。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,这是慢性肝炎表现为实证的两个方面。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致化燥,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;如果湿困脾阳则可引起脾阳不振,甚至脾肾阳虚。这是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。慢性肝炎以肝血瘀阻、湿热俱盛、肝阴内耗、肝脾

两虚、脾阳不足等证为多。

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,临床上也并不单纯表现为瘀血,因此辨证时还要注意所兼夹的其他因素。如治一慢性肝炎病人,肝脾肿大5年,肝功能反复不正常,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。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。

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。往往出现黄疸,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。如患者梁某,患肝炎病3年余,肝功能反复异常,谷丙转氨酶波动在200~500U之间,经治1年半恢复正常,但3个月后谷丙转氨酶又上升至500U/L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/L以上,总胆红

素 $37.6\mu\text{mol/L}$ (2.2mg/dl), 自觉上腹痞满, 口苦口粘, 不欲饮水, 肝区疼痛, 舌质红有瘀斑, 舌苔黄腻, 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、夏枯草以清肝利湿, 再加茜草、桃仁、旋覆花以活血通络。经治谷丙转氨酶降至 158U/L , 仍按原方治疗, 1 月后谷丙转氨酶仍 158U/L , 已无黄疸, 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 个月后复查, 肝功能正常, 因又有上腹痞满, 苔薄腻, 乃予上方合用小陷胸汤治疗, 后查肝功能仍全部正常。

肝阴内耗: 热甚则伤阴, 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。肝阴内耗则症见头晕心烦, 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。如一病人 3 年来谷丙转氨酶一直波动在 $195 \sim 380\text{U/L}$ 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 个月后谷丙转氨酶又上升至 284U/L , 先按肝脾两虚治疗 1 个月, 谷丙转氨酶略降为 238U/L , 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。

肝脾两虚: 肝病传脾, 脾虚则运化吸收障碍, 精血来源不足, 使肝血愈虚。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

塘、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。

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。

时老认为慢性肝炎无论实证还是虚证，都有兼夹因素在内。因此治疗上要分清主次，如以湿热为主，清利湿热才有利于病人恢复，不要认定肝炎是虚证，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。其实如以湿热为主者，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，也是湿热为主所造成的，仍属实证，切不可从虚证施治；反之如果是正虚为主，在正虚基础上夹有湿热、瘀血等，则应扶正之中兼以祛邪，可有助于迅速恢复。单纯扶正不兼祛邪，不注意兼夹因素，则效果往往不满意。如慢性肝炎合并脂肪肝，更使病程延长，时氏认为对于脂肪肝的治疗，除按上述病机辨证施治外，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，常可有好的收效。^[25]

26. 张耀卿诊治经验

张老认为慢性肝病多有肝气郁结，而疏泄失常能使脾胃功能受到损害，如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，可出现肝病传

脾,木不疏土之证。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。其不仅疏肝且能温中,对肝郁而中焦虚寒者较为适宜,临床运用时每以轻量取效。曾治一患者,男,38岁,主诉上腹饱胀,腹部逐渐胀大,历时1年。有黄疸型肝炎病史,黄疸曾持续半年,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,有移动性浊音,肝脾触诊不满意,两下肢凹陷性浮肿,血红蛋白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。症见右胁胀痛、脘腹膨胀,便溏瘦多,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,致使脾肾阳虚。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、白芍各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,腹围缩至71.5cm。随症加减,原方继进,调治一月余腹水消退,两下肢浮肿消失,肝功能恢复正常。

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,致脘腹痞胀,右胁疼痛;肝用太过,侮其所胜,脾失健运之职,水谷精微不归正化,水反为湿,谷反为滞,故见腹胀便溏;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，使肝脏滋养柔润，肝气收敛而胁痛消除。^[26]

27. 关茂会诊治经验

关老治疗慢性肝炎针对出现的各种症状和异常指标有其独特治法。

(1)化瘀七法：关老认为肝病日久常有血瘀症状见之于临床，治疗时应予重视，归纳为化瘀七法，临证当灵活运用：

①解毒活血法：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。

②滋阴活血法：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。

③益气活血法：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。

④助阳活血法：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。

⑤软坚活血法：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。

⑥理气活血法：

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,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。⑦利水活血法: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)。

(2)胆红素血症治疗三法:慢性肝炎血胆红素持续不降者,按常规清热利湿退黄往往效果不佳。细察病情,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,血胆红素高而持续不降的病机,系由湿热毒邪,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。因而将本症治疗归纳为清热利湿退黄、活血化瘀退黄、散结通滞退黄三法。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、桃仁、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、皂针、丝瓜络、地龙、王不留行,配以上述活血化瘀药二、三味,再加茵陈、金钱草等。治疗胆红素血症,依法辨证选用,

效果每多应手。

(3) A/G 倒置治在肝脾肾:关老认为肝病 A/G 倒置,是肝脾肾受损的表现,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,用六君汤、香砂六君汤加黄芪、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;其肝阴虚者,因“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,方用六味地黄汤加枸杞子、龟甲胶等。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,亦可兼见阴虚,若兼阳虚可加巴戟、菟丝子、鹿角胶。肾阳虚者,症见腰膝酸软,气怯神疲,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;若兼阴虚者,加黄精、龟甲胶。补肾主药为地黄、黄精、巴戟、菟丝子、龟甲胶、鹿角胶等。在健脾、补肾、补肝之法中,健脾尤为重要,所谓“调补肝脾肾,脾胃是关键”。在应用调补方中(尤对消化功能差者)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,滋而不腻。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。

(4) 乙肝表面抗原阳性治宜扶正祛邪:关老在论及乙型肝炎表面抗原阳性的治疗时谈到,部分乙型肝炎表面抗原阳性病人,通过治疗可以阴转。治疗应本着有邪必祛,正虚必扶的原则,从扶正祛邪两方面着手,权衡其邪正虚实,采用祛邪佐以扶正,抑或扶正佐以祛邪之法。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。扶正须辨其气血阴阳的不足和脏腑功能的失调等而适当选方用药。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,并在此基础上加入 2~5 味适合病情的祛邪药物。或在用祛邪药物的同时,佐以 1~2 味适合证情的扶正之品。从所用药物来看,祛邪类多具有抗乙型肝炎病毒和抑制免疫反应的作用;扶正类则多具有增强细胞免疫、体液免疫和增强内分泌系统吞噬功能的作用。其用药思路,既具有中医辨证特色,又具有现代药理学基础。^[27]

28. 丁济民诊治经验

丁老认为黄疸型肝炎系湿邪侵入、蓄积化热、留恋脾胃,从而妨碍消化、吸收、输送等功能,并由湿热壅滞累及肝胆。辨证在于辨其热重、湿重或湿热两重。对热重者治以清利湿热,选用苦寒荡涤之茵陈蒿汤加味:茵陈 30g,山栀 10g,生大黄 10g,板蓝根 15g,六一散 15g,连钱草 15g,黄柏 5g。发热甚加豆豉 15g,荆防风各 6g;药后泄泻甚,生大黄减量或改用熟大黄。湿重者治以燥湿和胃、清热淡渗,用胃苓汤加减:茵陈 30g,苍术、厚朴、陈皮、半夏、猪苓、茯苓、泽泻各 10g,呕

恶较重加黄连 1.5~3g。湿热两重者,则以上二方加减辨证施用。无黄疸型肝炎亦是湿热为患,只是较黄疸型为轻,治疗同样有偏热、偏湿、湿热并重之分。对偏热型治疗当清热解毒、活血渗湿,用自制三花汤:野菊花 10g,银花 15g,红花 5g,紫地丁 30g,甘草 5g,滑石 15g。偏湿者需治以健脾利湿清热,用茵陈五苓散加味:茵陈 30g,苍术、白术、陈皮各 6g,猪苓、茯苓、泽泻、麦芽各 10g,蒲公英、滑石各 15g。湿热并重者则以上二方加减辨证施用。

对重症肝炎,丁老认为系热毒太甚直逼血分,又湿郁化火伤津劫液以致逆传心包肝阴耗竭而成。在未出现狂躁、谵妄或抑郁症状之前,用茵陈蒿汤、泻心汤、栀子柏皮汤合方化裁之自制消黄汤:茵陈 60g,黄芩 15g,黄连 10g,黄柏 15g,枳实 12g,山栀 15g,大黄 10g,半夏 12g,全瓜蒌 30g。如出现烦躁、昏迷、出血等症,则用犀角地黄汤加味:犀角 1.5g(磨冲),黄连 10g,山栀 10g,板蓝根 60g,茵陈 30g,丹皮 10g,赤芍 15g,生地 30g,玄参 30g,鲜茅根 60g(犀角缺可以广犀角 15g 或水牛角 60g 代用)。病情更重者,则先用安宫牛黄丸,每日 2 次,每次 1 粒,或醒脑净每日 2~3 次,每次 2~4ml,肌肉或静脉注射。

丁老认为迁慢肝湿困、气滞、血瘀均可导致肝阴虚脾气弱。慢肝活动期按急性肝炎用药,静止期分湿困、气滞、血瘀等型治疗。湿困型治以燥湿健脾理气散郁,用平胃散合越鞠丸加减;气滞型治以柔肝疏肝健脾理气,用逍遥散合四逆散加减,兼轻度血瘀者加三棱、红花;血瘀型治以活血化瘀疏肝清热,用化瘀煎及膈下逐瘀汤加减,或加用大黄廋虫丸、鳖甲煎丸等;肝脾两损型则用一贯煎加减养其肝阴或八珍汤加减健脾养肝。

丁老治肝病经验丰富,如胆红素高者用黛矾散或白金

丸,转氨酶不降者加垂盆草、金钱草、婆婆针、糯稻根、岩柏等,慢性指标高者用岗稔根、田基黄、平地木、玄明粉、生大黄等,均可取得较好疗效。^[28]

29. 王希知诊治经验

王老认为肝炎属中医肝病的范畴,其标为湿热邪毒或瘀阻,其本为气血失和(或)脏腑亏损。肝炎证候虽复杂,但若抓住主证辨证,则可执简驭繁。临床主要抓住黄疸、胁痛、消化道症状三大主证,按黄疸型肝炎以黄疸为主证,无黄疸型肝炎以胁痛、腹胀、食欲不振为主证的方法辨证,以辨湿、热之轻重或邪伤脏腑气血、阴阳的程度来衡量正邪之盛衰。治疗上王老认为扶正固本乃防治肝炎之要,即使是实证,用药也当以顾脾胃,护肝阴为原则。他强调治肝脾之病实脾为先,以平药和之。故主施调气为主,随证配伍调肝和脾之药,以使升降协调。脾胃和则畅气生血,柔肝活脉,去积化湿。王老在论及肝炎的辨证施治时将其分为黄疸型肝炎和无黄疸型肝炎两方面。

黄疸型肝炎:主证为黄疸。以身热口渴,便干尿热,舌红苔黄厚腻,脉濡数为特点者,治以清热为主,选茵陈蒿汤加减。急性期加板蓝根、蒲公英、猪苓、滑石、黄芩、连翘等加强清热解毒利尿作用,便溏者去大黄。以四肢困倦,胸闷口粘,腹胀便溏,苔白腻,脉濡数为特点者,治以化湿为主,选不换金正气散或茵陈平胃散合方化裁,常用药如:茯苓、苡仁、杏仁、白蔻、广藿香、茵陈、厚朴、青陈皮、蒲公英、苍术、白术等。以身重困倦,大便不爽,胸闷口臭,舌红苔淡黄厚腻润,脉濡数或弦数为特点者,治以清热化湿并重,方如甘露消毒丹。常用药如:栀子、茵陈、广藿香、白蔻、石菖蒲、滑石、郁金、蒲公英等。可随证配伍宣化之品如紫苏、厚朴、陈皮等,悦脾醒

胃,宣畅三焦气机,使湿热从表里上下外达。

无黄疸型肝炎:王老认为治疗无黄疸型肝炎应抓住胁痛、腹胀、食欲不振等主证,据其气血虚实的不同予以治疗方可有好的收效。①胁肋痛:需辨在气在血,病在气者属实,治宜疏肝理气,代表方为柴胡疏肝散。临床酌加佛手疏肝解郁;台乌药暖胃行气,助温化水湿;紫苏、厚朴宽中理气,疏肝醒脾降胃;砂仁、白蔻、陈皮运脾和胃调中;疼痛甚加金铃子散。病在血者有虚实之分,气滞血瘀,其证属实,治宜活血化瘀,方用血府逐瘀汤。临床多以丹参易红花,赤白芍相配,凉缓散敛,无伤阴之虑。便溏去桃仁加白术,出血明显者加丹皮、三七粉等止血之品。肝肾阴虚,证属虚,方用一贯煎或归芍杞菊地黄汤化裁。选药宜甘平凉润,养阴护肝兼滋水益胃,稍佐疏通,使养而不腻、补而不滞,亦无恋邪碍湿之弊。②腹胀:当辨其虚实。实胀者,治宜化湿行气,方用解肝煎。虚胀者,治宜培土抑木,方用柴芍异功散加减。③食欲不振:有虚实之分。虚证者,治宜健脾益气,方用香砂六君汤与枳术丸、四逆散化裁。实证者,治宜消食和胃,方如保和丸与四逆散、左金丸合方化裁。

病案举例:

例1 张某,男,47岁,1991年6月10日初诊。患者10年前患黄疸型肝炎,经治黄疸消退,但肝功能检查一直不正常。近期肝功示:谷丙转氨酶80单位,黄疸指数19单位,B超示:门静脉增宽,肝肿大。主诉:胁痛,目黄2周加重3日,伴脘闷口苦,便溏乏力。症见目睛黄,舌红、苔白黄厚腻,脉弦滑数。辨证:肝胆湿热。治以清热化湿并重。处方:茵陈10g,栀子10g,蒲公英30g,滑石30g,茯苓30g,板蓝根20g,紫苏15g,厚朴15g,柴胡10g,白芍20g,枳壳12g,白术15g,延胡15g,川楝子9g,甘草10g。服药7剂自觉诸症减轻,黄

痕渐退。6月18日二诊,查其目睛略黄,舌苔白淡黄,中部厚腻,脉弦滑。原方去延胡、川楝子,加丹参15g,当归10g。服7剂后黄疸消退,继续以茵陈四逆散加减5剂巩固疗效。

例2 陈某,28岁,1991年2月15日初诊。患者年前体检时发现乙型肝炎,常有右肋隐痛及疲乏感,近半年疲乏加重,伴腰酸目干,便溏。肝功复查示:谷丙转氨酶50单位,核心抗体阳性,表面抗原阳性。诊见舌质红苔少,脉弦细数。辨证:肝肾阴虚。治以滋养肝肾。处方:生地10g,当归10g,北沙参20g,太子参20g,白芍20g,川楝子9g,石斛15g,枸杞15g,枣皮15g,五味子10g,淮山药15g,甘草10g。服5剂后症状明显减轻,原方去北沙参,加扁豆20g,白术15g,砂仁10g,薏苡仁30g,继续服5剂疲乏感消失,大便成形。^[29]

30. 康良石诊治经验

祖国医学阐述肝郁病因有二:一是“因忧致郁”,一是“因疫致郁”。多年来,康氏按肝郁机制论治乙型肝炎,收到满意的疗效。

(1)气机郁结与湿热积滞相因,舒肝行气和利湿清热兼顾:气机郁结证,常见于急性无黄疸型病程较短,或病毒潜伏时间较长的发病初期。表现为胁肋胀痛,胸脘痞闷,舌淡红或边红,苔薄白或薄黄,脉弦。湿热积滞证,常见于急性黄疸型病例,症见阳黄,肢体困重,纳呆,呕恶,脘腹胀满,小便黄赤,舌苔腻或厚腻,苔色多黄,脉弦或滑或数。临床常见二证相互关联,往往是气机郁结促使湿热积滞的形成,积滞使气机更加郁结。故治气机郁结证,以舒肝行气为主,兼顾清热利湿,可收预防气郁化火之功;治湿热积滞证,以清热利湿为主,兼顾舒肝行气,能达到促使肝胆气液宣通而有出路的目的。

例1:许某,女,20岁,门诊号:10587。血清表面抗原持续阳性已久,继而肝功能异常,呈现气机郁结证,伴口苦、暖气、纳差。处方:鲜橘叶20g(干者10g),丹皮5g,焦栀6g,生黄芪15g,葛根10g,半夏5g,当归5g,白芍15g,元参10g,茯苓10g,甘草3g。治疗半月诸症减轻,尚口干、梦寐,再加石斛10g,川楝子10g,计33剂,症状明显改善,舌转淡红,肝功能基本正常,表面抗原转阴。

例2:肖某,男,29岁,门诊号23222。发黄已半月,肝肿大,肝功能明显损害,表面抗原阳性,湿热积滞诸状悉具,伴胁胀窜痛,便溏不爽。处方:栀子根6g,郁金6g,白花蛇舌草30g,七寸金20g,人字草15g,蚶壳草15g,鬼计草30g,绵茵陈15g,大青叶10g。服药后,小便清长,黄疸日益消退,治疗30天,症状大部消失,肝功能基本正常,表面抗原转阴。

(2)郁滞化火与血阴耗伤相因,清热解毒和滋阴养血兼顾:郁滞化火证,无论黄疸型或无黄疸型肝炎,凡病情较长者均可出现,表现为神烦或躁,少寐或不寐,口苦咽干,并有气郁化火与积滞化火之分。二者区别要点,前者多见于无黄疸型肝炎,小便虽黄赤而色较浅,舌质红,多无苔、少苔或少津,脉细弦数;后者多见于黄疸型肝炎,黄疸加深或迁延不退,或退而不尽,小便黄赤而色深,舌质红苔厚腻而焦黄,脉弦滑数。二者均与肝郁气滞、邪热炽盛有关。肝火横逆,耗灼阴血,下劫肾阴:阴血被耗,邪火更加炽盛。故治郁滞化火为主者,先泄肝胆三焦火毒,清热解毒兼顾滋阴养血;治阴血耗伤为主者,首当拯救受损之阴血,滋阴养血的同时兼顾清热解毒。

例3:林某,男,37岁,门诊号60202。肝病迁延7个月,肝功能重度损害,肝肿大,乙肝表面抗原阳性,湿热化火证候明显,轻度黄疸。处方:黄连10g,黄芩10g,胆草10g,蚤休

5g,败酱草 15g,板蓝根 15g,蒲公英 15g,水牛角 30g,元参 12g,白芍 15g,清心牛黄丸 3 粒。服药 4 周,诸症明显改善,肝功能好转,表面抗原转阴,原方去黄连、黄芩、胆草,加栀子根 60g,郁金 6g,石斛 12g,续巩固治疗 12 周,脉症悉好转,肝肿大回消,肝功能恢复正常,表面抗原阴性。

(3)痰瘀血瘀与正气虚损相因,消痰化瘀和扶正固本兼顾:痰凝血瘀致正气虚损多见于迁延日久的慢性活动性肝炎患者。前者症见胁痛隐约,痛如针刺,或肌肤甲错,面色晦暗,舌质青紫,苔白腻或厚腻,脉弦滑或细涩。胸臂出现蜘蛛痣,血丝缕或红青紫,指甲色暗,肝脾肿大质地偏硬。正气虚损常见气阴两伤,耗气者多呈现肝脾气虚证,症见神思困倦,胁胀喜按,食少腹满,大便溏薄或泄泻完谷不化,舌淡白胖嫩有齿痕,脉细涩或迟;伤阴者常见肝肾阴虚证,症见眩晕,五心烦热,低热盗汗,惊悸怔忡,腰酸膝软,两颧潮红,舌红少苔或无苔,脉细数无力。临床往往二者夹杂,虚滞相兼,须经审评。肝郁日久,或致虚生痰或因气滞生瘀,均能留而成为“积证”。积久不消,正气受阻,又可导致升降失司,传化失常而更加聚痰生瘀。这样相因演变,恶性循环,乃至迁延不愈。故治正气虚损为主者,扶正固本必兼消痰化瘀;治痰凝血瘀为主者,消痰化瘀须兼扶正固本。

例 4:陈某,男,48 岁,住院号 2908。嗜酒近 30 年,既往肝病史,本次发病已年余,肝肿大右肋下 7cm,偏硬,脾亦肿大,肝功能严重损害,表面抗原阳性,呈现痰凝血瘀脉证。处方:三七粉 3g,丹参 15g,郁金 9g,赤芍 12g,鳖甲 15g,橘叶 10g,黄精 12g,首乌 15g,砂仁 6g,白术 12g,茯苓 15g,黄芪 15g。治疗 4 周,表面抗原转阴,观察 12 周,症状大见改善,肝回消 2cm,脾刚触及,肝功能基本正常。^[30]

31. 陈增潭诊治经验

(1)病机“三连锁”:陈氏认为甲型肝炎是湿热蕴郁而发病,治疗用清热利湿之剂通常即可取效,而慢性乙型肝炎则不然,它的病因是疫毒之邪,其性有似湿热,但与一般湿热不同。人体感邪之后,若正气不足,无力驱邪外出,则邪留体内,隐伏血分,不仅伤正,而且扰乱气血,故可出现虚损性及失调性变化,这是慢性乙型肝炎最基本的病机。虚损性变化是由于乙型肝炎毒邪兼具湿热两重性,性似湿邪的一面伤阳伤气,性似热邪的一面伤阴耗血,因此既可导致患者出现阴虚方面的变化,如肝阴虚、肾阴虚、血虚等,又可出现阳虚方面的变化。如脾阳虚、肾阳虚、气虚等。阴虚和阳虚的变化从性质上看是对立的,但不是互相排斥的,也就是说并不是患者有了阴虚就不会有阳虚,或有了阳虚就不会有阴虚,而是机体脏腑阴阳两方面均遭受不同程度的损伤,只是由于个体差异而各有偏重而已,这是慢性乙型肝炎病机复杂的一个方面。

慢性肝炎除了由湿热疫毒引起的机体亏损性变化外,还可以引起多方面的失调性变化。肝藏血、主疏泄、喜条达,肝的生理功能与气血运行是否协调通畅密切相关,肝受邪扰最易出现的是肝郁气滞,由于气血相随,病机发展的结果必然是气滞而血滞,由血滞而血瘀相继出现。因此,气血失调在慢性肝炎的病机上是一定存在的。陈氏认为慢性乙肝的病机演变基本是湿热疫毒之邪内伏血分,逐步造成正气亏损和气血失调,这三者往往密切相关,成为三连锁的关系,临床辨证时当分析疫毒病邪的轻重浅深,气血失调及正气亏损的程度和受累的脏腑。

(2)治则“三结合”:陈氏根据慢性乙肝病机的“三连锁”

关系,提出祛邪、扶正、调理气血三结合的基本治疗原则,同时指出三结合并非各占三分之一,而是要根据病的初、中、后期进行具体辨证确定。邪的性质是湿热疫毒,邪伏部位在血分,因而祛邪治疗当然是清热利湿、凉血解毒,其中应以凉血解毒为重点。在病机上,慢性肝炎既有阴阳的亏损,又有气血的失调,一般来说,慢迁肝病因偏重于湿,亏损偏重在脾,失调偏重在气,临床表现以肝郁脾虚为多,其病机总的特点是偏于气分,所以病情较轻;慢活肝病因偏重于热毒,亏损偏重在肝,失调偏重在血,临床表现以阴虚血瘀为多,其病机总的特点是偏于血分,所以病情较深较重。因此,主张对慢迁肝疏肝健脾不可用过行气温燥,以免燥伤阴血,使血分热炽;对慢活肝滋阴养血不可过于滋腻,以免碍脾;祛邪不可过于苦寒,以免伤胃。

(3)用药“三重点”:①祛邪重在凉血解毒:慢性乙肝病邪性质为疫毒,邪伏部位在血分,因此用药力求入血解毒,才能使邪无隐伏之所,失其萌发之机。慢性肝病,病久伤正,苦寒解毒易伤脾胃,故多选蒲公英、土茯苓、白花蛇舌草、银花等甘寒之品,甘可益脾,寒可清热,具有顾护营阴的作用,对于毒热劫阴尤为适宜。甘寒之品,入血凉血,可使毒从血清。除此还须有合理的配伍,配合清热利湿之品如茵陈、金钱草、车前子草等使毒从小便而利,疗效更佳;与凉血活血的小蓟、水红花子、丹皮、丹参、白茅根等配伍,能更好地发挥清解血分毒热的作用;与白芍、木瓜、山萸肉、五味子等酸味入肝经之品相伍,可达酸甘化阴之目的,更能顾护营阴,且可抑制肝内纤维组织增生,防止向肝硬化发展。总之,凉血与解毒药配伍得当,十分有利于患者症状的消除、肝功能的改善和抗原的转阴。因此,陈氏指出祛邪重在凉血解毒。②扶正重在滋肾柔肝:扶正补虚的关键在于辨认虚在何脏,以及

虚的阴阳属性和程度。针对其所亏,采取补气养血,健运脾胃,补肾滋阴等治法,选用适当的药物。由于肝炎患者体内仍有余邪,倘若补之不当,反而助邪,故陈氏主张以平补,淡补为宜,强调用药的合理配伍,既要有主力药又要有制约药,如黄芪、人参等补气药配决明子、白茅根;党参、白术等补脾药配山楂、薏仁;菟丝子、枸杞子、巴戟天、仙灵脾等补肾药配泽泻、丹皮、车前子;当归、白芍、阿胶等补血药配泽兰、水红花子;地黄、天冬、麦冬、沙参等滋阴药配陈皮、炒谷麦芽等,做到补气而不壅郁,补脾而不呆滞,补肾而不动火,补血而不助瘀,补阴而不滋腻。陈氏认为扶正诸法中,重在滋肾柔肝。肾为先天之本,与机体免疫功能关系最为密切,肾气的盛衰和胸腺发育、衰退、萎缩在年龄上很一致,用扶正固本的法则能提高机体免疫功能,而其中补肾较之补气、补脾诸法效果更好,且肝肾同源,补肾阴还可养肝之阴;脾肾互济,补肾阳又可温运脾阳。另一方面,肝藏血,体阴而用阳。在生理状态下,肝要靠充足的阴血濡养。陈氏认为慢性肝炎患者血热伤阴,阴血亏损,以致肝体失养。肝属木,肝体失养日久枯萎变硬,这是慢活肝导致肝硬化的最重要的病机。而且血热伤阴,血中阴液不足则血变稠滞,滞则失活,这也是肝炎患者逐渐发生瘀血的病机。血中毒热再与瘀血结合,毒瘀交结,是形成肝癌恶症的病机。因此,在治疗上强调既要凉血解毒以祛邪,又要重视养阴活血,柔肝护阴务使肝体柔润,血脉通达,木火不亢,阴阳平衡。临证时滋阴血、补肝肾选药以酸甘为佳,如白芍、黄精、何首乌、枸杞子、酸枣仁等酸以入肝,甘可益脾,酸甘相合,阴液滋生,木得涵,又加甘寒解毒之品相助,可使邪祛正安。③调理气血重在凉血活血;调理气血包括疏肝、解郁、行气、活血等,而重点在于凉血活血。肝炎疫毒病邪留于血分,日久必致血滞不活,进而结瘀。陈氏

认为慢性乙肝应用凉血活血药有三大优点:与药配伍,能拨剔出血分毒热,和酸甘寒药相伍更得益彰,此其一;凉血活血药可抑制纤维组织增生,可抑制变态反应,对降低 γ 球蛋白和浊度常有良好作用,此其二;对预防肝硬化有好处,此其三。陈氏在临床上多选用丹皮、丹参、水红花子、小蓟、大黄等凉血活血之品。

(4)注重双向调节:陈氏认为慢性肝炎患者肝组织病变的修复,应以促进肝细胞再生、抑制纤维组织形成为治疗方向,用药需要根据两个不同的治则加以选择,即前者用补,后者用清,故需要采用清补兼施的双向性治疗原则。如慢活肝患者蛋白代谢失调,表现为白蛋白降低而球蛋白增高,浊度和絮状试验等出现阳性反应,对于提高白蛋白当用补法(补气补血、健脾补肾),对于降低球蛋白当用清法(凉血活血),也是清补兼施双向调节。陈氏在临床用药时十分注重药物之间的制约作用。在组方时,如补气配凉血药(如丹皮、白茅根、地骨皮等),以免气旺生火;补血配活血药(如泽兰、水红花子),以免血充助瘀;补肾配泻相火药(泽泻、车前子、丹皮等),以免益肾而动火;补阴配甘淡渗利药(如茯苓、猪苓、薏苡仁等)或助运化滞药(如山楂、白蔻仁),以免滋腻碍胃,如此配伍用药,可使低下的细胞免疫功能得到提高,而亢进的体液免疫功能趋于下降,使失调的免疫功能逐步趋向正常,且不致因使用补益药而发生GPT波动上升,出现出血、失眠、血压增高等不良反应。又如活血化瘀与扶正培本药合理配伍,不仅可以调节免疫功能,且活血化瘀药能清除免疫复合物,活跃微循环,改善肝细胞供氧状况,起到抗肝纤维化的作用;扶正培本药则能促进蛋白质合成与代谢,从而起到良好的协同作用。^[31]

总之,陈氏治疗乙型肝炎根据其疫毒之邪特性认为当以

解毒为重点,既重视清热毒(以白花蛇舌草、蒲公英、板蓝根、草河车、野菊花、虎杖、半枝莲、败酱草、鱼腥草、连翘为好),又重视解湿毒(以土茯苓、薏苡仁、半边莲、蚕砂、萆薢、杠板归、青风藤为好)。病程较长者应分析脏腑、阴阳、气血受损情况予以调整,配伍凉血活血、护阴柔肝、顾护脾胃等法则,倘若通过化验,病毒在体内增殖显著,转氨酶明显增高时,通常不宜应用大剂健脾补气之品,更要避免温燥伤阴。当病毒DNA多聚酶降至正常,HBeAg从阳转阴,而抗-HBe尚未出现时,则可适当加用补气健脾、益肾温阳之品如黄芪、枸杞子、菟丝子、仙灵脾等,有利于抗体的出现。^[32]

32. 韩哲仙诊治经验

韩老认为病毒性肝炎是湿热邪毒郁蒸中焦,侵及肝胆而成。治疗注重一个“毒”字,在解毒之际给邪毒以出路,使邪毒除而病自愈。拟定八味降酶汤一方,以穿破石、岗稔根、蒲公英、板蓝根、平地木、垂盆草、婆婆针等药组成,具有很强的清热解毒、化瘀利湿作用,尤其适用于疫毒羁留,湿热蕴结不解的谷丙转氨酶增高,有快速降酶作用。对迁肝、慢肝表现为气虚、阴虚、气阴两虚而湿热犹存者,韩老常根据不同侧重,或以益气健脾,或以活血化瘀,或以养肝益肾等法与八味降酶汤为伍,调整机体生理平衡,消除疫毒,降低转氨酶。如治朱某,男,14岁,1985年曾患急性肝炎,近因体育活动过度疲劳,肝脾两肋不适,乏力纳差,口苦烦热,小便色黄,舌红苔黄,脉弦滑数。查肝功能谷丙转氨酶640单位,HBsAg(+),HBeAg(+),抗HBc(+). 西医诊断:慢性肝炎活动期。韩老辨证为疫毒羁留,湿热壅盛,疏泄失司。治则:清热化湿,解毒降酶。处方:穿破石30g,岗稔根30g,蒲公英30g,板蓝根30g,平地木30g,垂盆草15g,婆婆针30g,大青叶15g,小

青草 15g,车前子草各 15g,谷麦芽各 30g。每日 1 剂。服药 28 剂,两胁不适明显好转,复查肝功能谷丙转氨酶降为 54 单位,随后再予疏肝和络、清热化湿调治 3 月,症状、体征消失,肝功能恢复正常,HBsAg 弱阳性,HBcAg 转阴。

韩老认为黄疸一症,病机为湿热蕴蒸,疏泄失司,气郁壅滞。腑气不通,则邪毒稽留。治疗以清热为主,利湿次之,佐以通腑化瘀。善用茵陈蒿汤加味。对热甚者,加龙胆草、川柏皮、黄芩、金钱草、郁金、车前子,具有清热消炎解毒、利水渗湿退黄、通腑化瘀消积作用;对湿偏重者,以茵陈平胃散合三仁汤加减;对痰瘀互结,残黄稽留,加黛矾散(青黛、明矾);对瘀毒癥积,合消癥软结汤(丹参、鳖甲、桃仁、地鳖虫、炮山甲、牡蛎);对热毒蕴蒸,扰营劫血之急黄,合用犀角地黄汤,重用清热解毒之剂,顿挫邪势,荡涤其蕴积之热毒。如治马某,男,40 岁。肝炎病史 5 年,肝功能时有异常。近半月,面目色黄日渐加重。肝功能谷丙转氨酶 165 单位,胆红素 $222.3\mu\text{mol/L}$, γ -谷氨酰转肽酶 180 单位。身目色黄如金,胁肋疼痛,口唇干燥,食欲不振,溲赤便秘,舌苔黄腻,脉弦数。西医诊断:重症肝炎。中医辨证:湿热壅结。邪毒充斥,肝胆郁滞。治以清热解毒,利湿退黄。处方:茵陈 30g,金钱草 30g,焦山栀 9g,生川军(后下)15g,田基黄 30g,板蓝根 30g,垂盆草 30g,大青叶 30g,平地木 30g,车前子草各 30g,白茅根 30g,片仔癀半粒。每日 1 剂。服药 7 剂,黄疸大减,二便通畅,精神好转,复查肝功能谷丙转氨酶 100 单位,胆红素 $119.7\mu\text{mol/L}$ 。原方去片仔癀,加丹皮 9g,丹参 15g,赤芍 15g,鸡内金 9g。上方出入服药 50 剂,症状及体征基本消退,食欲好转,舌苔薄腻,脉缓。肝功能恢复正常, γ -谷氨酰转肽酶亦逐渐正常。

慢性乙型肝炎除 HBsAg 阳性外,尚有一部分病人

HBeAg 阳性,其传染性强,且易反复。韩老认为,急性期以实邪为主,而慢性期则以正虚邪恋为特点。清热解毒法为治疗慢性乙肝的重要方法之一。常用乙肝冲剂(六月雪、狼巴草、鸡骨草、虎杖、平地木、大枣)以解毒化瘀扶正,还喜用贯众、半枝莲、白花蛇舌草、银花、连翘,这些均对乙肝病毒有良好的抑制作用。韩老强调,治疗当从整体出发,辨证分析,求因论治,着重健脾、养肝、益肾三法,通过扶正补虚,达到增强和调节免疫功能,增强抵抗力,配合乙肝冲剂清热解毒、祛除病邪的目的。如治朱某,男性,35岁。1982年发现 HBsAg 阳性,经常肝区胀痛,头昏目眩,腰背酸楚,内热口燥,舌质偏红,苔薄,脉细弦。肝功能谷丙转氨酶 67 单位,HBsAg 阳性。中医辨证:肝阴不足,阴虚邪恋。治则:养阴柔肝,泄热解毒。处方:生地 12g,北沙参 12g,麦冬 12g,杞子 15g,制女贞子 15g,丹参 30g,白芍 15g,川楝子 12g,郁金 15g,六月雪 30g,狼巴草 30g,鸡骨草 30g,贯众 9g。每日 1 剂。服药 20 剂,病情好转,肝功能谷丙转氨酶正常。再拟养阴柔肝、解毒泄热调治两月余,症状、体征消失,HBsAg 转阴。^[33]

33. 施莫邦诊治经验

施氏治疗乙型肝炎可归纳为以下四个方面:

(1)肝郁脾虚:表现为右肋下疼痛久治不愈,疲乏无力,右肋及腹部胀满,口干苦,尿黄,食欲一般尚好,舌苔薄白。治应疏肝健脾,和血调气,基本方可选用逍遥散加味。药物:柴胡、当归、白芍、白术、甘草、青皮、陈皮、丹参、郁金、香附。加减法:疲乏无力明显者加黄芪、黄精;右肋疼痛明显加姜黄、鸡血藤、丹参;ALT 明显升高可酌加板蓝根、龙胆草、虎杖、败酱草等。

(2)肝郁血瘀:临床特征为右肋作痛,久治不愈,肝或脾

明显肿大,面色暗,皮肤有较多蜘蛛痣,舌质暗红。拟用疏肝活血软坚法。常用药物为:柴胡、生地、赤芍、当归、川芎、红花、郁金、丹参、莪术、鳖甲、黄芪、甘草、鸡血藤、牡蛎。加减法:全身乏力者加党参、黄精;胁痛明显者加川楝子。

(3)肝肾阴虚:临床特征为右胁作痛,手足心热,口干头晕,心烦失眠,鼻或齿衄较多;舌质红、苔少或黄腻。治法拟滋肾养肝清热。处方选用《医醇膳义》中的参龙汤加减:沙参、麦冬、石斛、牡蛎、夏枯草、生地、玄参、阿胶珠、白芍、怀牛膝、茜草、白茅根、藕节。加减法:疲乏无力加黄精、当归;失眠者加五味子、酸枣仁。

(4)脾肾阳虚:临床特征为全身乏力,食欲不振,腹胀便溏,头晕腰酸,面色发暗,下肢或有轻度浮肿,脉细小无力,舌质淡红、苔白。治拟健脾益肾法,常选《证因方论集要》中培肾元煎加减:炙黄芪、党参、炒白术、茯苓、炙甘草、山药、枸杞子、巴戟天、菟丝子、桑寄生、五味子。加减法:右胁痛酌加当归、丹参、鸡血藤、白芍、郁金;腹胀加陈皮、砂仁;食欲不振酌加炒谷芽、白扁豆;黄疸加茵陈。

病案举例:

例1:周某,男22岁。1996年10月16日初诊。2~3年前血检发现二对半“大三阳”,当时肝功能正常。近一年来常右胁隐痛作胀,疲乏身倦,脘腹易胀,纳食尚可。肝功能检查ALT 83U/L,目前伴口苦尿黄,胃纳欠振,舌苔薄黄腻、舌质嫩红,脉弦小滑。诊断为慢性迁延性乙型肝炎,辨证属肝郁脾虚,兼有湿热。治拟疏肝健脾,和中调气,兼清湿热。处方:柴胡10g,当归10g,茯苓10g,炒白术12g,甘草6g,白芍12g,青陈皮各6g,虎杖15g,白花蛇舌草20g,枳壳6g,知母12g,猪苓15g。服药6剂,脘腹胀及尿黄明显减轻,纳食增加。但仍感右胁隐痛,疲乏。原方减炒白术、枳壳,加入黄芪

30g,姜黄 10g,郁金 12g。续服 12 剂,诸症消失,自觉精神明显好转,复检 ALT 已恢复正常。

例 2: 陈某,男,35 岁。1996 年 10 月 7 日初诊。患者二对半“大三阳”已 6 年,1993 年开始肝功能异常,ALT、AST (谷-草转氨酶)反复升高,经常右肋隐痛或刺痛,伴尿黄、齿龈出血。曾连续服清热解毒、疏肝活血之类中药半年左右,症状无明显改善。服药期间,ALT、AST 仍波动难降。来诊时除上述症状外,诉近日常头昏耳鸣,心烦,皮肤瘙痒。观其面部有少许赤缕红丝,唇色暗红。肝肋缘下 3.0cm,质中等,舌质偏红有瘀斑,苔少,脉弦细。血检 ALT 51U/L、AST 117U/L、TBil (总胆红素) 20.2 μ mol/L,球蛋白 36.2g/L。诊断为慢性活动性乙型肝炎。辨证属肝郁血瘀兼有肝肾阴虚。尽管虚候明显,但湿热未清。治拟养血活血、柔肝清热为先。处方: 当归 12g,生地 12g,赤芍 12g,丹皮 10g,广郁金 12g,丹参 12g,牡蛎 20g,柴胡 10g,甘草 6g,龙胆草 6g,夏枯草 10g,茵陈 15g,茜草 10g,制首乌 20g。连服 12 剂,心烦、皮肤瘙痒及尿黄明显好转,齿龈出血次数减少,胁痛有所减轻,但仍头昏耳鸣。施老认为此时宜加强滋养肝肾之阴,上方去茵陈、龙胆草,加沙参 12g,阿胶珠 10g,玄参 12g。续进半月,肝功能已正常,胁痛仅在劳累后有所感觉,齿龈未再出血,头昏耳鸣也有减轻,肝大回缩。继续以上方出入巩固治疗,2 月后复查二对半转为“小三阳”,肝功能正常。^[34]

34. 谢立业诊治经验

谢老以理气、祛邪、扶正三法错综运用治疗肝病,相辅相成,得心应手,屡起沉疴。

(1) 坚持辨证施治: 谢老对肝胆疾患,坚持辨证论治,不为病名、化验结果所囿。认为以协定处方治疗肝胆疾病,动

辄投大量苦寒之品，久服戕伐中气，损伤脾胃，伤阳耗阴，多致病不去而体日衰。因肝病症状复杂，临床常无定法定方可循，当遵“见肝之病，当先实脾”之旨，常用健脾和胃、芳香化浊、疏肝理气、滋阴柔肝等法左右出入，方选小柴胡汤、厚朴生姜半夏甘草人参汤、逍遥散、一贯煎等，药法虽平淡无奇，但临床运用曲尽机变，常收应期之效。如治张某，男，30岁，1982年发现右胁痛，食后腹胀，经某医院确诊为无黄疸型肝炎、胆囊炎，中西医杂治年余，常服治肝协定处方皆甘寒之辈，SGPT 180U/L，持续不降。目前面色少华，食欲不振，食后腹胀甚，右胁作痛，绵绵不已，小便略黄大便尚可，全身乏力，腿软，舌苔厚腻色略淡黄，脉弦。盖过服寒凉，戕伐中气，湿邪聚居，脾失健运，湿阻气机，饮食难化，拟健脾燥湿消胀法治之，用厚朴生姜半夏甘草人参汤加味：厚朴、茵陈各18g，半夏、苍术各12g，党参、陈皮各10g，炙甘草、生姜各6g，水煎服。服3剂后腹胀减，余证如前，拟进燥湿健脾、芳香化浊：半夏、茯苓、苍术、焦楂、麦芽各12g，陈皮、藿香各12g，厚朴、佩兰、茵陈各15g，郁金、炙甘草各8g，服6剂后腹胀大减，精神明显好转，腻苔基本脱去，全身略有热感，SGPT 37单位。继以健脾化浊渗湿善后：党参、黄芪、茵陈各15g，焦白术、茯苓、陈皮、苍术、佩兰、麦芽各10g，龙胆草5g，白薏仁、木香各3g，服10余剂后诸症顿除，缠绵年余之疾告愈。此例虽转氨酶居高不下，但注重辨证，扼机守法，并未用降酶专药，却收酶降病愈之效。

(2)肝郁胆热胃逆，治当疏肝利胆：肝胆病多起于肝气郁结，肝郁则疏泄失职，且由肝及胆，由胆及胃，如《内经》所谓“病在胆，逆在胃”也。临床常见肝胆胃同病，且病机复杂，证候多变。谢老常以数方合用，加减化裁，以变法应变病，融疏肝、清胆、和胃、健脾诸法于一炉，或交替用方，分阶段选方联

用。如治李某,女,31岁。1986年4月初诊。自诉胁下不时疼痛,暖气呃逆,精神倦怠,厌油腻,纳差,晨起则泛泛欲吐,情志怫郁则诸证加重,由某医院诊为胆囊炎,HBsAg阳性,经治月余未效,转请谢老诊治。症见面色暗滞,身倦乏力,不耐劳作,暖气呕恶,泛泛欲吐,纳差,厌油腻,善太息,烦躁易怒,右肋下刺痛,按之更甚,口干,小便黄赤而少,苔薄黄,舌质红,脉弦细而数,证属胁痛,诸症皆由肝气郁结、胆腑蕴热所致。治当疏肝、清胆、和胃,以四逆散合温胆汤加减:柴胡、枳实、炙甘草、半夏、茯苓、黄芩各10g,白芍、川楝子各12g,陈皮、竹茹、香附各15g,金钱草、公英各30g,5剂水煎服,尽剂后呕恶止,食纳较前改善,胁痛减,脉舌如前。呕恶止,除去温胆汤,药用:柴胡、枳实、炙甘草、黄芩、丹皮各10g,白芍、香附、川楝子各12g,公英、麦芽、金钱草各30g,郁金15g,此方服10余剂后大有起色,守方继进以竟全功,又服20余剂,B超复查肝胆(-),血HBsAg(-)。^[35]

35. 王灵台诊治经验

王灵台教授治肝不囿于肝,治炎不执其毒,注重辨证论治,疗效确实,颇具特色。

(1) 治肝不忘治胃:肝胃在生理上为制约平衡的相克关系,一旦失去平衡,必然相互影响,产生临床症状。“肝胃不和”在肝炎病患者中最为多见。仲景言“知肝传脾,当先实脾”。无论脾或胃发生病变,均可导致消化功能的障碍。现只言“治肝不忘治胃”,而不说“治肝不忘治脾”,乃脾胃同属于土,肝木乘土,必先犯胃,然后传脾。言“和胃”亦实寓健脾之意也。肝主疏泄,主宰脾胃气机的升降,一旦肝病,则胃气不达,胃浊不降,必引致脘腹胀满、胃纳呆滞、恶心呕吐等证。王老熟谙肝胃之间的生理关系和病理上的相互影响,强调

“治肝不忘治胃”，指出“治疗肝炎不能拘于一脏一法，必须疏肝、和胃兼治，只不过根据病程、病证、病情的不同而分主次而已”。王老认为，土生万物，木得土荣。古人也有“人以胃气为本”的告诫。若土气一败，不但正气不支，而且患者难以接受汤药之治，端无肝炎治愈之望。王老医案，几乎每方都有健胃和胃之品，有不少病例通过治胃而达治愈肝炎之目的。

例1：徐某，男53岁，肝区不适、疼痛两月余，伴腹胀，胃口不佳，恶心欲吐，尿色黄，大便溏而不实，齿龈出血，神疲乏力。查肝功：SB4.4mg%，ALT254U，A/G1.4:1，HBsAg、HBcAb阳性。脉滑，舌淡红，苔黄腻。诊断为慢性迁延性乙型肝炎。中医辨证：湿热蕴结肝胆，横逆犯胃，胃失和降。治以理气和胃，兼化湿热。方用党参15g，茯苓10g，陈皮9g，生薏仁15g，淮山药15g，八月札15g，郁金12g，白芍术各10g，佛手片9g，柴胡9g，香谷芽15g，鸡内金9g，川石斛15g，南沙参12g，虎杖30g，白花蛇舌草30g。水煎服，每日1剂。服药2月，临床症状基本消失，腻苔化净。复查肝功能：SB0.8mg%，ALT<40U，A/G1.6:1，HBsAg阳性，余项均为阴性或正常。访视5年，未见复发。

肝胆湿热，不投大剂苦寒解毒之剂，而抓住脾胃气机升降失司的病机，施以理气健脾和胃之法，全方和胃之品占三分之二还多。其知肝传胃，当先和胃的观点，和仲景“知肝传脾，当先实脾”有异曲同工之妙。值得一提的是，王老认为，不管肝炎患者苔腻与否，养阴护胃药均要用。一方面以苦寒之品祛其湿热，一方面用养阴生津之品养护胃阴，以防湿浊骤化，而胃阴耗竭。案中肝炎初起，湿热方盛，方中加用石斛、沙参两味（为常用之药）养阴生津之品，实属未雨绸缪，真知灼见启人于未知。^[9]

(2) 重视温润补肾:慢性肝炎乃湿热疫毒为害。病则肝失疏泄,疏泄不及则肾失气化,太过则子盗母气,出现肝实肾虚;乙癸同源,若肝病气郁化火,或肝火素盛,湿热久蕴,则耗肝阴而汲肾水,表现为肾水不足;若肝病过用苦寒,湿热淹滞伤阳,或肾阳素亏又罹肝病,出现肾阳不足。王老认为慢性乙型肝炎日久多见肾虚证候,如面暗或黧黑、腰酸、膝软、足跟酸痛、耳鸣、头晕、齿衄、齿摇、畏寒、疲乏等。有鉴于此,王老治疗该病甚为重视补肾,并推崇景岳“阴阳互求”之说。由于肝为刚脏,阴体易伤,用药宜柔,况该病病因湿热,若过用辛热刚燥,则易伤阴助热,甚或动血,不论肾阴虚、肾阳虚,治疗上都潜存此种病理机转。因而若肾阳虚,一般不用肉桂、附子,而是选用温而不热,润而不燥之品,如巴戟天、肉苁蓉。肾阳虚明显,可配以锁阳、菟丝子、仙茅、仙灵脾,为阴中求阳,必遣用补肾阴之属。若肾阴虚,除用补肾阴之生地、首乌、黄精等药以外,必稍佐巴戟天、肉苁蓉之温润,以阳中求阴。若肾阴过亏虚火旺盛,出现口干咽燥,齿衄明显,舌干红,则不宜再用温润之品。^[20]

王老从 70 年代率先用温补肾阳为主的方法治疗慢性肝炎,且卓有成效,并在长期临床实践中通过筛选,使其理论及用药日臻完善,制成“补肾糖浆”(见《上海中医药杂志》1992 年第 8 期),应用于临床。王老用补肾法治慢性肝炎,并非墨守一方一法,而是根据临床症状,或温补肾阳,或滋补肾阴。温补肾阳常用补骨脂、巴戟天、肉苁蓉等。滋补肾阴常用生地、枸杞子、女贞子、制首乌、山萸肉等。若患者无明显的阴阳偏颇,则合二为一,平补阴阳。如治一患者,男,36 岁。自诉平时常有头晕,耳鸣,腰酸,乏力,未予以重视。体检发现 ALT126U,蛋白电泳:γ25%,HBsAg、HBeAg、HBcAb 三项阳性。肝胆 B 超:肝光点增粗,分布欠均匀,血管走向欠

清,门脉直径13mm。偶有齿衄,胃纳欠佳。上腹部饱胀感,右肋有刺痛,恶寒,怕冷,阳事不坚,脉细尺弱,舌淡红胖有齿印,苔白。诊断为慢性迁延性乙型肝炎。中医辨证:肾气亏虚,肾阳不振。治以温肾,益气,扶阳。方用熟地12g,菟丝子15g,补骨脂12g,巴戟天12g,肉苁蓉12g,山萸肉10g,桑寄生15g,淮牛膝12g,枸杞子15g,淡附片10g,虎杖30g,白花蛇舌草30g。水煎服,每日1剂。上方服至1月,诸恙均减,ALT降至63U, A/G 55:1,蛋白电泳:γ21%, HBeAg转阴。守方服至3个月,临床症状消失, HBsAg、HBcAb 两项阳性, ALT正常, A/G及其他各项均在正常范围。随访4年,病情稳定。王老认为肝病未必均为热证,肝炎病也未必都是湿热之候,久病及肾,肾阳亏虚之候确凿,当遵循“有是证,用是药”之古训,不必被套法所囿。此外,补肾治肝,亦需视脾胃功能而定,凡脾胃虚弱,应先健脾胃,然后补肾,或适当调整补肾的药味或剂量,“和胃”、“护胃”当贯穿于治疗肝病之全过程。^[36]

(3)多法联用有主次:慢性乙型肝炎虽已有公布的辨证标准,分为湿热中阻、肝郁脾虚、肝肾阴亏、瘀血阻络、脾肾阳虚5个证型,然王老认为本病临床表现复杂,单一证型极少,多为数证互见,企冀一种治法愈疾实不可能,必须一法为主,多法联用。

因时、因地、因人制宜是中医治疗疾病的基本法则,但王老更强调“因病”、“因期”而施治。这里的“病”首先指西医的病,王老认为,有病方有证,病与证虽非一一照应,然确有某些必然联系,常谓慢性迁延性乙型肝炎多见肝郁脾虚,慢性活动性乙型肝炎多属肝肾阴亏兼有血瘀。明确西医的病,对于辨证施治有一定指导性,某种程度上减少了辨证施治的盲目性。其次指中医的病,即根据慢性乙型肝炎主证不同,

分别归于胁痛、黄疸、癥积，注意辨病用药。“因期”是指根据慢性乙型肝炎病情所处相对静止期与活动期之不同，施以不同治法，一般活动期 ALT、AST、TB 等指标较高，湿热邪气较盛，要注意祛邪；静止期 ALT、AST、TB 等指标多正常或较低，湿热邪气已衰，应着重扶正。

一法为主多法联用和因病因期制宜，体现在王老治疗该病活动期的几个复合证型中：

湿热中阻、肝郁肾亏：脘闷腹胀，口干，口苦，肝区不适或胀或痛，便溏粘秽，或目黄身黄，腰酸，膝软，苔薄白，或黄腻，或白腻，脉滑，或滑数，或弦数。治法：清利湿热为主，辅以疏肝活血益肾。常用药：虎杖 30g，黄芩 15g，苦参 15g，川连 5g，车前子 30g，制大黄 30g，茯苓 10g，半夏 9g，陈皮 9g，桑寄生 30g，石斛 15g，郁金 15g，丹参 15g，丹皮 15g，鸡内金 10g，甘露消毒丹 9g。

肝郁脾虚，肝肾阴亏：肝区不适，或胀或痛，乏力，腹满或胀，或有便溏，头晕，耳鸣，口干，齿衄，关节酸痛，腰膝酸软，或有低热，舌质偏红或红，苔薄白或腻，脉弦滑。王老对此以疏肝健脾、滋补肝肾、清利湿热 3 法共施，根据证候偏倚而以其中一法为主，余法为次，药味亦随之稍有裁取。常用药：柴胡 10g，郁金 15g，川楝子 15g，枳壳 10g，党参 15g，白术 12g，茯苓 10g，陈皮 6g，白芍 12g，女贞子 15g，生地 12g，寄生 30g，枸杞子 12g，当归 15g，丹皮 15g，虎杖 30g，白花蛇舌草 15g，车前子 15g，制大黄 10g，黄芩 15g，仙鹤草 15g，鸡血藤 20g，甘露消毒丹 9g。

肝肾阴虚，兼有血瘀：右胁隐痛，腰酸腿软，面暗或黧黑，或见赤缕红丝，头晕目涩，齿衄，口干口苦，口粘，纳差，身目溺黄，五心烦热，体瘦，舌红有瘀斑，脉滑或细数。该型尽管虚候明显，但因病情处于活动期，王老乃先以清利湿热为主，

辅以滋补肝肾活血化瘀之品,所用药物与前述第一型类似,略加白芍、生地、沙参养阴药,随病情缓解,转而补肝肾之阴为主。

肾阳不足,兼有湿热:疲乏,四肢欠温,腰酸,足跟痛,苔薄或腻。治法:温润补肾为主,佐以清化湿热。常用药:巴戟天 15g,肉苁蓉 15g,枸杞子 15g,党参 30g,虎杖 30g,青皮 10g,川芎 10g。

慢性乙型肝炎若归属“胁痛”,可选加柴胡、川楝子、元胡、郁金、八月札、香附、白芍;若无效,王老经验可用平肝镇肝药如夏枯草、牡蛎、代赭石。若归属“黄疸”,可选加茵陈、郁金、虎杖、金钱草、赤芍;不效,可试用青黛、犀黄丸。若归属“癥积”,王老不主张用峻破消磨之品,如三棱、桃仁、红花,常选加性情缓和之活血软坚药,如丹皮、当归、丹参、夏枯草、鳖甲等。此外,王老治疗慢性乙型肝炎擅长用大黄,认为无论虚实,如临床出现谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)和总胆红素(TB)三项中一项、两项或全部升高,都是湿热之邪较盛的表现,皆应于方药内加入大黄通降,使湿热又有一出路,从大便而去。由于生大黄性较峻猛,用量稍多则便稀频频,不易掌握,且该病素多正虚,加之湿热邪气非指日可除,而需较长时间服用,故王老多用性缓之制大黄,以合病情。临床常与车前子配伍,所谓前后分消湿热。制大黄用量一般在 10~30g 之间,总以大便泄泻如泥如粥,每日 2 次为佳,即使脾虚便溏,若仅每日 1 次,也宜加用制大黄,使排便达到每日 2 次,以促肃清湿热。当 ALT 等指标降至正常后,为防止病情反复,宜续服含制大黄方药数周。

(4)肝源疾病专方:慢性乙型肝炎可导致多种肝源性疾病,王老于此颇有心得,尤其对肝源性月经不调、肝源性上消化道溃疡并发出血疗效卓著。①肝源性月经不调表现为月

经量少,愆期,闭经,痛经。王老认为此乃肝经气滞血瘀,治以行气活血调经,使用王师经验方——奇妙调经汤:益母草 30g,制香附 15g,王不留行 15g,鸡血藤 15g,大川芎 15g,路路通 15g。服法:从月经周期第 1 天开始,每天煎服 1 剂,连服 5 剂即止。一般服用 3~4 个月,行经即转正常。②肝源性上消化道溃疡出血若不能得到及时有效治疗,常导致严重后果,甚至死亡。王老对此着眼于湿热腐溃,脾阳失统,治以清化湿热、温脾摄血。凡见黑便、舌苔黄腻者,皆可用此。处方:黄连 5g,黄芩 12g,制大黄 15g,制半夏 9g,灶心土 30g,熟附片 6g,白及 12g,仙鹤草 30g,田三七 6g。一般服用 2~3 天出血量明显减少,5~7 天黑便可以消失。^[37]

36. 颜正华诊治经验

颜师在治疗慢乙肝时发现患者多因情志不遂而加重病情,故治疗注重调畅情志。另外颜师还提出治肝必须调脾,除湿亦常健脾。

如治一男性患者,38 岁,发现 HBsAg 阳性,SGPT 异常 6 年,经治 SGPT 降为正常,而 HBsAg 仍为阳性。平素性格内向,常生闷气,因工作矛盾与领导发生争执,致使情志不遂加重,发为郁证。胸闷、纳少、乏力、大便不调是肝郁抑脾之象;精神不佳、失眠是心气被伤,心神失养之兆;耳鸣、腰痛是日久伤肾之征。颜师认为本病虽涉及肝、脾、心、肾四脏,而主证却是肝郁抑脾,兼证则为心肾不交。故初、二、三诊均主以调肝脾,兼以益心肾,连进 20 余剂症除病瘥。此外,二诊因郁火炎上并发牙痛,故去方中炒杜仲,加炒山栀清泄郁火;三诊加茵陈、板蓝根、生牡蛎,意在清热解毒,利胆保肝,促使 HBsAg 转阴;四诊改以疏肝调脾,意在保肝健脾,巩固疗效。

又治一男性患者,25 岁,1 年前发现单项转氨酶(SGPT)

异常,服联苯双酯月余,降为正常。近月来肝区隐痛,咽干午后重,伴暖气,大便时干时稀,1至3日1次,倦怠乏力,纳可,尿不黄。切其腹柔软,无压痛,肋下未触及肝、脾。证属肝胃不和,湿热蕴结。治以疏肝和胃,清热除湿。药用柴胡10g,清半夏10g,黄芩10g,郁金12g,炒枳壳6g,旋覆花10g(包),赤芍12g,丹参15g,板蓝根30g,蒲公英15g,生甘草5g。7剂,每日1剂水煎服。忌食辛辣油腻,戒烟,忌生气,勿劳累过度。二诊,暖气口干除,余症如前,并伴脘堵,便溏。治以疏肝理气,清利湿热。原方去半夏,加生白术10g,土茯苓30g,改枳壳为枳实6g,再进7剂,嘱其化验肝功。三诊,药后肝区痛及余诸症均减轻,唯倦怠乏力,舌红苔薄黄。证属肝郁脾虚,湿热未清。治以疏肝健脾,清利湿热。药用柴胡10g,赤芍12g,丹参24g,茵陈20g,板蓝根30g,炒枳壳6g,陈皮10g,茯苓20g,生白术10g,党参10g,当归10g,生甘草5g。四诊,药尽7剂,诸症若失,唯肠鸣乏力。肝功化验仍转氨酶单项异常,治以健脾益气,清利湿热。以三诊方去柴、芍、归、丹参、枳壳。加炒苡仁24g,砂仁4g(打碎,后下),炒谷芽12g,生姜3片,大枣6枚(拍碎),生白术改为炒白术12g,再进10剂,并配服联苯双酯。一月后复诊,云未服完上药,乏力消失,随访一年肝区隐痛未发,转氨酶正常。颜师认为本案主证为肝区隐痛,归为胁痛病。中医认为引发胁痛的原因很多,本案是因肝郁气滞,湿热内蕴所致。初、二诊颜师紧紧围绕疏肝理气和胃与清利湿热用药,其中初诊又重在疏肝和胃降逆,兼以清热除湿;二诊在疏肝理气的同时,又加重清热利湿之力,这是因为气机紊乱易调而湿热难除之故。脾肝生克,肝病常常及脾。脾主运化水湿,湿邪又常困脾。本案患者倦怠乏力,就是肝克脾和湿困脾之兆,治肝必须调脾,除湿亦常健脾。颜师在二诊加生白术;三诊又加党参、

茯苓；四诊改生白术为炒白术，并再加炒苡仁等，皆意在实脾抑肝，健脾运湿。此外，肝郁气滞必兼血瘀，故颜师在前三诊方中先后投赤芍、丹参、当归等，意在促进血行，早日解除肝区痛之症。

颜师十分注意研究中药的性能主治，他谙熟药性，知药善用。在数百味常用中药中，单功能者甚少，多功能者占绝大多数。怎样应用好多功能药物，是每一个医生必须解决的问题。若不能全面考虑，合理应用多功能药，轻则疗效不理想，重则产生不良后果。颜师十分重视合理应用多功能药物，每每从多种角度全面考虑，避免专其一点不及其余，如生山药味甘性平，功能益气养阴，且兼涩性，临床应用，要从益气、养阴、兼涩性三个角度去考虑。若但见气阴两虚，即投山药，还不够全面，还必须询问患者是否兼有便秘或便溏，再决定是否投用才为确当，若兼便秘，即不宜投；而兼便溏者，则用之为佳。而黄精虽与山药一样，亦能益气养阴，但却兼润大肠，临床应用当从益气、养阴、润肠三个方面考虑，若气阴两虚兼便秘者，用之为宜，而便溏者则不宜。又如当归、川芎、丹参，虽均具活血化瘀之功，但其性能不同。当归性温，又善补血，兼行气润肠；川芎温燥，善走窜，又能行气散风；丹参性凉，又善凉血清心安神。如此，血瘀兼血虚、气滞、有寒或便秘者，用当归为宜，而兼热或便溏者则当慎用；血瘀气滞有寒兼风邪或风湿者，用川芎为宜，而兼阴虚有热者则不宜；血瘀血热兼心烦失眠者，宜用丹参，而阳虚寒滞之瘀血，则当慎用，如果只据三药活血化瘀之功，但见瘀血即盲目投用，佳效难得。

重视炮制，善用生制品。如生首乌性偏行散，功专解毒截疟，润肠通便；而制首乌性偏温补，功善补益精血。生半夏有毒，作用强烈，善燥湿化痰，消痞散结，降逆止呕；而姜半夏长

于止呕,清半夏长于化湿痰,法半夏长于燥湿健脾,竹沥半夏长于清热化痰,半夏曲功能化湿健脾,消食止泻。蜜炙黄芪温补力强,气虚兼阳虚,或阳气下陷脏器脱垂时每投;而生黄芪温补之力稍缓,且利水湿,气虚较轻,或又兼水湿停滞者每用。山药生用平补气阴而涩性较小,用于气阴两虚或兼热者;炒用则健脾止泻,收涩性增强,每用于脾虚泄泻者。薏苡仁生用性平偏凉,功能清热除痹,利湿排脓;炒用性平偏温,功善健脾止泻,故治风湿痹痛,肺痈、肠痈及脚气、淋痛等,每投生制品,而脾虚泄泻,每投炒制品。地黄,鲜用汁多性寒,功善清热生津凉血,热病伤阴口渴者每用;晒干即干地黄,甘多苦少性凉,功善凉血滋阴生津,热入营血及阴血亏虚兼热或虚热可投;蒸过后即熟地黄,其性由凉转为微温,功善滋阴补血,填精固本,阴亏血虚热不甚或精血亏虚有寒者宜遣;炙生地,即干地黄炒炙,其介乎干地黄与熟地黄之间,颜老亦喜用,每遇阴虚与脾胃虚寒互见时即投。泽泻,生品清热(泻肾火),利尿通淋,常用于湿热淋痛,水泻兼热及阴虚虚火上亢等证;炒后清热之力减弱,而利水湿之力仍存,常用于脾虚便溏或肾虚虚火上炎,又兼中焦虚寒不宜寒凉者。

扶正祛邪,善用平和药。颜师认为,临证用药,不能唯以克伐为用,应以调节脏腑功能,调动机体内在因素为要。绝不能因用药而再伤正气,或造成机体功能的新紊乱。倘若用药孟浪,唯以克伐为用,虽调节效快而易致新紊乱,或攻邪有力而必伤正气,致使原有的紊乱未能调整,而新的紊乱又可能出现,或邪气未去而正气被伤。故颜师治病喜用平和之品,如解表喜用荆芥、紫苏叶、菊花、桑叶、生姜等;清热喜用芦根、山栀、银花、蒲公英、鱼腥草、淡竹叶等;祛风湿喜用秦艽、防风、木瓜、桑枝、桑寄生、生苡仁等;利水湿喜用茯苓皮、猪苓、冬瓜皮、赤小豆、生苡仁等;退黄喜用茵陈、金钱

草、赤小豆等；理气喜用香附、陈皮、佛手、绿萼梅、苏梗、乌药及枳壳等；止咳喜用百部、紫菀、款冬花、白前、杏仁等；补肝肾喜用菟丝子、沙苑子、女贞子、覆盆子等；补阴喜用玉竹、麦冬、枸杞等；补气喜用太子参、生芪、党参、山药等。

精研配伍，活用对药。如黄柏配知母降火坚阴，橘梗配甘草解毒利咽，滑石配甘草清热解暑利湿。对黄连配吴茱萸这一古方药对，研究颇深，其方功能清肝泻火，和胃制酸，外治肝经火郁，吞吐酸水之要方，颜师临证十分喜用，凡肝胃不和，呕吐吞酸，不管证属肝郁化火犯胃，还是寒热错杂者，他都投用，两药的用量随寒热的变化而增减，为二比一或三比一。^[38]

37. 赵绍琴诊治经验

赵老治疗肝病胁痛颇有经验，如一男性患者，56岁。素嗜酒肥甘，体丰痰多，舌红苔腻垢厚，脉象弦滑有力，按之急数，大便不畅，小便色黄。久患肝炎未愈，每于恼怒则胁痛必作，痰湿积滞互阻，少阳络脉失和。先以清化痰浊，少佐开郁止痛方法。旋覆花 10g，郁金 6g，杏仁 10g，莱菔子 10g，苏子梗各 10g，白芥子 6g，茜草 10g，焦三仙各 10g，大黄 1g，3剂。二诊，药后大便畅行，胁痛已止，脉仍弦滑，舌红苔垢，湿热积滞已久，非旦夕可以根除，若能戒绝烟酒，坚持素食，并运动锻炼，可保身体康复。苏子 10g，莱菔子 10g，白芥子 6g，焦三仙各 10g，水红花子 10g，郁金 6g，片姜黄 6g，赤芍 10g，茜草 10g，丹参 10g，10剂。

赵老认为形肥、痰多、脉弦滑有力、苔垢厚，此四者定其为痰浊阻络，故而胁痛。凡具此征者，可用五子涤痰汤，即苏子、莱菔子、白芥子、冬瓜子、皂角子，以此为基础方，加理气活血，疏风胜湿，消食导滞之品，治疗范围大大扩展，不独治

胁痛而然也。^[39]

38. 祝谌予诊治经验

祝师治疗慢性肝病以中医辨证为主结合西医辨病分型,强调从整体调整脏腑功能,具体从三方面着手。

(1)肝脾同病,求诸中焦:祝师认为,慢性肝病临床以肝脾同病的类型最为多见。肝病症状有口苦、黄疸、胁痛、尿黄、心烦、易怒等;脾病症状有纳差恶心、乏力头晕、腹胀便溏等,病位以脾胃为中心。究其原因,一是脾胃为后天之本,气血生化之源,主运化饮食精微和水湿。有人囿于肝炎病毒致病之说,治疗时长期大量应用苦寒清利解毒药物,则损伤脾胃阳气,导致脾胃气虚,升降失常。二是慢性肝炎日久,邪毒留恋不解,可致肝气郁结,疏泄不畅,横逆侵犯脾胃,出现乏力神疲、纳差恶心、不耐劳累,腹胀便溏,低热头晕、舌淡胖,脉沉细等脾气不足症状,此时当以补脾为主治疗,使脾气充实,抗病能力增强则邪退病安。若脾虚气滞,中焦失运,以胃脘冷痛、腹胀便溏、恶心纳差为主证者,常选香砂六君子汤加厚朴、柴胡、白芍等温运脾胃,行气化痰;若脾胃气虚,清阳下陷,以乏力头晕、低热纳差为主证者,常用补中益气汤加枸杞、菊花、丹参、五味子等补中益气,升阳举陷。若脾虚失运而水湿内生,郁久化热,或湿热邪毒留恋不去,阻滞气机,形成脾虚肝郁兼夹湿热之虚中夹实证候,常用逍遥散加减,以疏肝健脾和营,清利湿热解毒。

(2)邪毒留恋,清利解毒:慢性病毒性肝炎多由于急性期湿热邪毒侵害肝脾,余毒未清所致属于正虚邪恋之证,且邪正二者处于相互消长的状态,病情稳定时正虚为主,病情活动时邪毒突出。临床常可见或伴有口苦、口臭、口粘,恶心厌油,大便粘滞不爽,小便发黄,体倦苔腻,甚或轻度黄疸等邪

毒留恋、湿热蕴蒸的标象突出时，祝师以清利湿热解毒为主治疗，若湿重于热时，常用三仁汤合平胃散加茵陈、土茯苓、焦三仙、藿香等。若热重于湿时，常用自拟清肝降酶方（茵陈、连翘、板蓝根、蒲公英、土茯苓、虎杖、生甘草、大枣、五味子粉）酌加栀子、生大黄、草河车、贯众等。清利湿热解毒药物性味苦寒，易伤脾胃阳气，不宜久服，如兼有脾胃气虚或肝肾阴虚的病情时应适当加入补脾胃、养肝肾的药物，标本兼顾，以免伤正。

（3）肝脾肿大，活血消癥：慢性肝病常伴有肝脾肿大，属于中医癥积范畴，某些患者还可见面部赤缕、朱砂掌、蜘蛛痣、牙龈出血、舌质紫暗有瘀斑、瘀点等血瘀征象。祝师认为这是由于病久邪深，气病延血，气滞血瘀或正气耗损，运血无力造成。治疗时必须辨明在气在血：初期阴肝失疏泄，气结肝经，以肝区疼痛或隐痛腹胀暖气等气滞症状为主，常用柴胡疏肝散加橘梗、杏仁、薤白、川楝子、泽兰叶疏肝解郁，理气止痛；病久入络，以胁下痞块，两肋刺痛，面色晦暗赤缕，舌质紫暗等瘀血症状为主，常用膈下逐瘀汤或血府逐瘀汤活血消癥，行气止痛，并加用两组经验药对治肝脾肿大。丹参配茜草，丹参苦微寒，归心、肝经，为凉血活血祛瘀之品。《本草正义》云其“专入血分，其功在于活血行血，内之达脏腑而化瘀滞，故积聚消而癥瘕破；外之利关节而通脉络，则腰膝健而痹著行。”茜草辛微寒，归肝经，能凉血止血兼有活血祛瘀作用。二药相伍，均入血分，凉血活血，破积消癥，用以治疗慢性肝病之肝脾肿大。用量丹参 30g，茜草 15g。白蒺藜配合欢皮，白蒺藜苦辛微温，归肺、肝经。辛散苦泄，疏肝解郁，行气破血。《本经》云：“主恶血，破癥结积聚。”合欢皮甘平，归心、肝经。能安神解郁，活血消癥，《药性集要》云：“和血，补阴亏。”白蒺藜以散为主，合欢皮以补为要，两相配伍，一散

一补,补泄兼施,活血祛瘀,消肝脾肿大,腹中痞块甚佳。用量白蒺藜 10g,合欢皮 10g。⁴⁰⁾

病案举例:南某,女,23岁。蒙古族干部。1979年5月10日初诊。主诉,头晕伴肝区疼痛1年余。患者于4年前罹患肝病,虽经多方治疗,始终迁延不愈,近1年来,头晕不能自持,周身乏力,动则虚汗淋淋,饮食日减,胸闷胁痛,口苦喜冷饮,手足心热,小腹坠胀,遇冷辄重,大便溏薄,月经量多夹有血块。当地化验肝功能不正常,肝大肋下约4cm,诊为迁延性肝炎,来京诊治。面色无华,舌胖淡,苔微腻,脉弦大无力。辨证立法:中气不足,肝脾失调,湿热未净。治宜补中益气,调肝脾,兼以清利。方用补中益气汤合逍遥散化裁。生黄芪 30g,党参 15g,白术 10g,升麻 5g,柴胡 10g,陈皮 10g,当归 10g,白芍 10g,黄芩 10g,清半夏 10g,茵陈 20g,生牡蛎 30g(先下),合欢皮 10g,白蒺藜 10g。嘱其带方返回当地服用,通讯治疗。

治疗经过,逾三月患者来信云服上方 30 剂后眩晕已除,食量大增,余症悉减。当地医生查肝大缩小约 2cm,复查肝功能亦明显恢复,唯时感胃脘隐痛。复信时守方去黄芩,加丹参 15g,砂仁 3g,再进 30 剂。

本案肝病日久,湿热未净而致肝病传脾,由实转虚,形成肝脾同病且以脾虚为主的病理机转。脾为生化之源而主升清,脾气虚惫,清阳不升故头晕不能自持,且乏力、汗出、纳差、便溏,小腹冷坠均系脾虚之象;胸闷、胁痛、口苦、手足心热、脉弦为肝郁见证。祝师治疗本着仲景“见肝之病,如肝传脾,当先实脾”的原则,采用补中益气汤合逍遥散肝脾同治而又以实脾为主,因本病常挟湿热未净,故每每酌掺入黄芩、连翘、茵陈、板蓝根等清利之品以降酶。合欢皮配白蒺藜活血祛瘀,软坚散结,能消肝脾肿大,是祝师临床常用的经验对药

之一。

刘某,男,34岁,采购员。1992年10月30日初诊。主诉,乏力便溏,肝区疼痛1年半。患者素喜饮酒,经常在外就餐。1991年初自觉乏力、厌油,大便不成形,肝区疼痛,当地检查 HBsAg 阳性,ALT 增高(数值不详),诊断为乙型肝炎,间断服保肝药物治疗,未再复查。今年10月初来京在北大医院化验 HBsAg、HBeAb、HBcAb 均阳性,ALT 67U/L,B超示肝内弥漫性病变,诊断为乙型迁延性肝炎。现症,口干口苦,乏力纳差,大便溏薄,肝区疼痛,下肢发沉,舌红暗,苔白,脉弦滑。辨证立法,肝郁气滞,湿热困脾。治宜疏肝解郁,燥湿健脾,理气止痛。方用逍遥散加减,柴胡 10g,薄荷 10g(后下),当归 10g,土茯苓 15g,白术 10g,炙甘草 6g,茵陈 15g,苏梗 10g,藿梗 10g,白芷 10g,五味子 10g,川楝子 10g,泽兰叶 10g,每日 1 剂,水煎服,并嘱其戒酒。

治疗经过,服药 28 剂,体力增加,大便成形,肝痛明显减轻,复查 ALT 降至 37U/L,HBsAg 仍阳性。仍口干,下肢酸沉,守方去藿梗,白芷加苍术 10g,炒神曲 10g,板蓝根 15g,草河车 10g,川断 15g,桑寄生 20g,连服 3 月余,1993 年 3 月 29 日随诊,两次复查 ALT 均正常,诸症均愈,唯 HBsAg 仍阳性,嘱守方再服 28 剂,继续治疗。

本案因感染乙肝病毒,复加嗜酒伤肝,湿热毒邪导致肝郁气滞,脾虚湿阻。祝师治疗常以逍遥散加减疏肝解郁,健脾养血为主,凡 ALT 增高加连翘、板蓝根、五味子等清肝降酶;HBsAg 阳性加土茯苓、草河车、贯仲等清热解毒;口苦尿黄加茵陈、金钱草清利湿热;肝区疼痛加川楝子、泽兰叶活络止痛;大便溏薄加苏藿梗、白芷、生苡仁燥湿止泻;下肢无力加川断、桑寄生、枸杞子补肾壮腰,对消除症状、保肝降酶之效,屡试不爽,唯如何使 HBsAg 阳性转阴,尚待进一

步研讨。^[41]

39. 邓铁涛诊治经验

邓老认为,根据脏腑学说,祖国医学所论之肝与西医在解剖学上无异,如《医学入门》所说:“肝之系者,自膈下着右胁肋,上贯膈入肺,中与膈膜相连也。”但从生理上看,则不大相同。西医所论肝脏,属消化系统,主要参与三大代谢,是人体中最大的营养加工厂。而从中医角度来看,这种消化、吸收的生理功能除与肝(肝主疏泄而助脾之健运)有关之外,更主要是属于脾的功能(脾主运化)。再从临床上来看,慢性肝炎患者大都表现为倦怠乏力、食欲不振、身肢困重、恶心呕吐、腹胀便溏等一系列脾虚不运之证,亦有胁痛、胁部不适、头晕失眠等肝郁的症状。因此,本病病位不单在于肝,更主要在于脾,从脏腑辨证而论,应属肝脾同病而以脾病为主之证。

本病的病因病机:若患者湿热邪气外袭内蕴于脾胃与肝胆,则发为急性肝炎;若患者脾气本虚,或邪郁日久伤脾气,或肝郁日久横逆乘脾,或于治疗急性肝炎的过程中寒凉清利太过伤及中阳,均可导致脾气虚亏,而转变为慢性肝炎。此时矛盾的主要方面已由邪实(湿与热)转化为脾虚(正虚),故此慢性肝炎之本乃为脾虚。

在疾病发展过程中,由于脾虚不运,可致湿浊内生,湿郁日久则可化热;或气血运行失畅,而致瘀血内留;或气血生化之源不足,阳损及阴,而致肝阴不足;或脾虚及肾,而致脾肾两虚,临床上则可出现各种相应的兼挟证候。但脾气虚这一基本证候,始终作为共性而在绝大多数的慢性肝炎患者身上表现出来。从论治的角度来看,根据《难经·七十七难》:“见肝之病,则知肝当传之于脾,故先实其脾气。”张仲景赞成

此说,于《金匱要略·脏腑经络先后病篇》中说:“夫治未病者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾,四季脾旺不受邪,即勿补之。”根据这一宝贵的理论,治肝炎应注重实脾,故提出健脾补气,扶土抑木以治疗慢性肝炎的总原则。^[42]

治疗慢性丙型肝炎时,邓老认为临床表现有其特点,大多数病例为无黄疸型,早期症状不明显,不少患者一经诊断已成慢性,其病因病机与治疗同前。此外,邓老还根据慢性丙肝的特点,采用健脾舒肝、行气活血、除湿解毒的治疗法则组成协定方“肝舒胶囊”(太子参、茯苓、白术、甘草、萆薢、楮实子、丹参、珍珠草、白芍、白花蛇舌草、甘草等)。^[43]

40. 孙秉华诊治经验

孙老临证强调辨证与辨病相结合,把现代医学的理化检查客观指标作为诊断时的参考依据,并且在辨证论治的前提下,对某病加一些具有针对性的药物进行治疗,如肝功能絮状高的患者,常用当归、丹参、白术、鳖甲四味,取其当归、丹参活血通络,白术健脾利湿,鳖甲养阴软坚;对其黄疸指数高的患者,常用茵陈、虎杖、大黄;对急性期患者,常在清利湿热的基础上加篇蓄、车前之类,使邪有出路;对中外后期的患者,治疗尤其注意养肝、护肝,如肝阴虚者常选用当归、白芍、杞子、沙参、生地、鳖甲之类,对后期黄疸指数转氨酶正常,唯絮状高的患者,常用自拟保肝汤调理,药物有:连翘、败酱草、川朴、黄精、杞子、泽泻。本方能降低絮状滴度,利湿解毒,提高机体免疫力,有利于肝细胞的恢复。

孙老用药主张药少而精,主药剂量大,反对杂乱无章的大处方,其用药时巧妙配伍,精细入微,如肝炎后期功能正常,遗留肝区隐隐作痛的患者,孙老用红藤、徐长卿两味,效果颇佳。孙老也喜用泽兰、泽泻这一对药,泽兰以活血祛瘀

见长,泽泻以利水渗湿功胜,两药合用,活血利湿,使经络畅通,湿热祛除,用药寓意深长,发人深思。孙老也常用大剂量苡仁以利湿健脾,常用至30~50g。若使便调脾和则用生苡仁,便溏脾虚则用熟苡仁;若脾虚湿盛者,生、熟苡仁合用,此一药三用,各得其所。另外,孙老临证处方,一般皆为5~7味药,最多不超过十味药,并不因病重而增加药味,相反病愈重用药愈精,也不因病情复杂而面面俱到,相反病愈杂而主治愈明确,力专效宏,直捣巢穴,是其特点。^[44]

41. 董国立诊治经验

董国立将慢性肝炎的治疗归纳为二法。

(1)疏肝解郁、健脾养胃法:董师认为,在慢性肝炎的病变过程中,常是“起病在肝,传病于脾”,肝属木,脾属土,肝气横逆,首先则克犯脾土中焦,本法是治疗肝病最常用的治法,也是防止肝病变化的重要措施,肝病通过实脾,不仅能使“脾旺不受邪”,而且还达到了“正气存内,邪不可干”的目的。临床上以胁肋疼痛,周身乏力,食欲不振,腹胀便溏,舌质淡暗边有齿痕,苔薄白,脉弦细或弱为主候。治当疏肝解郁,健脾养胃,选用董师自拟方“健脾理肝汤”治之。该方由柴胡疏肝散合四君子汤化裁而成,主要药物有柴胡、枳壳、厚朴、元胡、川楝子、三棱、莪术、党参、白术、茯苓、炙甘草、鸡内金等,方中柴胡配枳壳,一升一降,调达气机,疏肝解郁;厚朴苦辛性温,功专下气消胀;元胡、川楝子、三棱、莪术诸药,皆入肝经,为舒肝行气,破血止痛之良药;四君子汤功专益气健脾养胃,为历代医家治疗肝病实脾的首选方剂。鸡内金善于消食磨积,强胃以壮脾,《医学衷中参西录》中载:“鸡内金与白术并用,原能健脾胃以消饮食也。”可见鸡内金亦为实脾之佳品。全方合用,具有疏肝解郁,健脾养胃之功效。若脾肺气

虚明显,症见气短自汗,少气懒言者,原方去三棱、莪术等破血耗气之品,重用黄芪以补气升阳,固表止汗;若脾失健运,痰湿内生,症见痞满痰多,腹胀明显者,原方去炙甘草,加陈皮、半夏、木香等燥湿化痰,理气开结;若见气滞寒凝,脘腹疼痛,酌加荜拨、乌药、沉香等以温中散寒,行气止痛;若肝脾肿大,癥积明显者,酌加鳖甲、生牡蛎等以咸寒软坚,散结消积。

(2)滋阴柔肝,软坚化瘀法:本法主要针对肝病日久,耗伤肝阴,肝脉瘀结成积之证而设,以两胁隐痛,固定不移,时痛时止,口干咽燥,头晕耳鸣,心烦少寐,肝脾肿大,舌质暗红,舌苔少,脉象细涩或弦细数为主候。治当滋阴柔肝,软坚化瘀,选用董师自拟方“养阴理肝汤”治之。该方由“一贯煎”合“鳖甲煎丸”加减而成,主要药物有沙参、黄精、枸杞子、当归、白芍、川楝子、元胡、鳖甲、生牡蛎、甘草等。若肝肾阴虚,下及于肾,症见腰膝酸软,健忘遗精,酌加何首乌、鹿角胶补益肾精;若阴虚火旺,扰动心神,症见失眠多梦者,酌加枣仁、琥珀养心安神;若阴虚肠燥,大便秘结者,酌加郁李仁、火麻仁润肠通便;若血热妄行,症见鼻衄、齿衄者,酌加仙鹤草、茜草凉血止血;若阴虚阳亢,风阳上扰,症见眩晕,肢体麻木者,酌加天麻、僵蚕、豨莶草平肝熄风,活血通络;若肝脾肿大,胁肋刺痛明显者,酌加三棱、莪术破血行气,消积止痛。董老认为慢性肝炎后期,多出现阴常不足,阳常有余之证候,治疗时切忌苦寒直折或轻投香燥之品,当以柔克刚,非投养血柔肝之剂不能改善其功能。另外慢性肝炎、肝硬化患者,病程迁延较长,因此血脉瘀滞凝结,也是本病的病理特征之一,治疗时应在辨证论治的基础上,灵活使用活血逐瘀之品,其临床疗效更佳。^[45]

42. 田乃庚诊治经验

田老认为,肝炎由湿热所生,无论有无黄疸,其病理实质仍以湿热为本。具体临证时,有湿重于热,热重于湿,或湿热并重之分。湿热内蕴是发病的内因,而外因是发病的重要条件,当外感湿热与内蕴湿热相搏结才会发病。湿热交阻,缠绵难解,疾病易于慢性化。湿与热结,清热必先化湿,湿化热去;脾困湿生,化湿必先健脾,脾健则湿除。故治疗以清热利湿为常法,并从健脾化湿入手,选用茵陈清化湿热,利胆退黄;苍术、厚朴、陈皮健脾化湿。诸药合用,具有健脾化湿,清热利湿退黄之功,使湿去热除黄退,诸证而愈。若热重于湿者,可加栀子、黄柏、大黄苦寒清化湿热;湿重于热者,可加茯苓、白术、车前子、泽泻健脾化湿;湿热并重者,可加黄连、砂仁、薏苡仁、藿香清热化湿醒脾。

根据肝炎患者的病理实质,虽以湿热蕴结为本,但湿热蕴结日久可以化火,火毒热盛,瘀热毒邪留恋,毒热蕴于血分为发病的关键。治疗当以解毒为重点,即在清热祛湿的基础上,侧重于解毒,凉血活血,意在清血中瘀热,凉血而不滞邪,使之血脉畅利通达,湿热得除,毒热之邪得清,瘀结得散。并强调既应重视解热毒,又须重视解湿毒。善用清热解毒之板蓝根、重楼、夏枯草、蒲公英、虎杖、银花、青黛等,以清解血中之毒热;解湿毒以土茯苓、黄柏、黄连、黄芩等;凉血活血常用生地、赤芍、丹皮、白茅根、藕节、丹参等;养血活血善用当归、白芍、鸡血藤、桃仁、红花、郁金、香附等。^[46]

43. 刘仕昌诊治经验

刘老认为,湿热病邪粘滞胶结,易于郁遏气机。另方面,肝炎患者常心情抑郁,肝失条达,肝气不得疏泄,也易于郁遏

气机。故临床上常兼见气机阻滞,甚至气滞血瘀的病理变化。如此,既不利于湿热的清化,也不利于药物有效成分的输布,治疗应重行气活血,气行血畅可运药,肝气郁结可疏解。方选身痛逐瘀汤加减。常用药物:川楝子、秦艽、桃仁、红花、香附、牛膝、枳壳、郁金、丹皮、青皮、素馨花、赤芍等。

肝炎后期或恢复期,湿热化燥伤阴,或在治疗过程中用药过于苦燥而伤阴,均可为肾阴亏损之因。肝肾同源,肾阴亏损,精不养血,肝失濡养,可导致肝阴不足,肝阳上亢,甚至肝风内动的病理变化。出现两胁隐隐作痛,眩晕或头痛,视物不清,口干口苦,心烦易怒,舌嫩红,少苔或无苔,脉弦细数等证候,治疗应滋阴养液以柔肝潜阳,方选杞菊地黄丸加减。常用药物:干地黄、枸杞子、杭白菊、丹皮、茯苓、旱莲草、白芍、天冬、山萸肉。眩晕甚者加钩藤、天麻,头痛者加蔓荆子,耳鸣耳聋加龙骨、石菖蒲,失眠多梦加酸枣仁、麦冬、川黄连,两目干涩怕光、视物不清者加女贞子、决明子。

湿热病邪易犯中焦脾胃,故肝炎发病后,常同时见到腹胀脘痞,恶心欲呕,纳呆,便溏等湿困脾胃证候;另外,治疗肝炎的药物多为清热解毒利湿等苦寒之品,也易损伤脾胃。若脾土流失,则肝成为无本之木,生发之根源受阻,势必干枯。所以刘老在治疗肝炎时,极重视益气健脾以保护脾胃的消化功能,使滋养肝木之源充足,有利于肝病的治疗和身体的复元。方选参苓白术散加减。常用药物:黄芪、党参、炙甘草、陈皮、淮山药、大枣、香砂仁、鸡内金、山楂肉等。动则汗出者去陈皮,加五味子、糯稻根。⁴⁷¹

44. 李秋礼诊治经验

李师对乙肝的病因崇尚疫病说,明确指出乙肝病因是疫毒,无论机体正气强弱与否,无问长幼男女,染之即病。属中

医温病学范畴。该邪具有火热之性,善入血分,易伤阴耗津。按同气相求规律,结合肝藏血、心主血、肝属木、心属火等理论可知,此阳热疫毒之邪,侵入心肝血分后,犹如油入面,极易出现湿热和瘀血的病理变化。早期疫毒炽盛,正气不衰,病位在心肝,如烦躁易怒,失眠多梦,头晕疲困(低血压);中期虚实错杂,气血逆乱,病位在肝脾,如胁痛腹胀,恶心纳呆,目黄身黄;后期阴阳失调,可涉及肝肾,出现腰痛尿频,面黑消瘦,性欲异常等诸证。总病机可概括为正邪交争,气血逆乱,虚实错杂,阴阳失调。邪实包括疫毒、湿热和瘀血等,正虚主要指津亏血虚和阴虚。

在治疗上,李师倡言三论,内外合治,综合解毒。三论即主体论、平衡论、正气论。并研制了“乙肝速康袋”、“乙肝拔毒膏”等外用药品。根据神阙穴属任脉,任为阴脉之海,肝系藏血之脏和肚脐(神阙)为“五脏六腑之根”,“十二经脉之本”等理论,提出了神阙穴与肝脉相通的新观点。即胎儿通过肚脐获取母体营养的启示,倡言人体通过肚脐对袋内药品有什么需要什么,吸收什么,需要多少,吸收多少,何时需要,何时吸收的主动选择理论,即“主体论”。根据阴阳平衡理论和八卦知识布置袋内阴药和阳药、动药和静药,试图从体外调控体内的阴阳平衡失调,使机体常处于“阴平阳秘,精气乃治”状态,此乃“平衡论”。人体正气强弱关乎乙肝的病程长短和转归,正亏、疫毒入侵,任何患者均存在这种病理变化,但正虚是因毒致虚,因实致虚,扶正要以解毒为主,解毒是最有效的扶正,只有毒解邪尽,正气才能恢复,此为“正气论”。

乙肝疫毒盘踞体内,隐匿血中,若邪无出路则永无宁日,除内服药注意配伍透热转气,利窍泄毒,宣肺达表等引邪外达药物外,用“乙肝拔毒膏”贴于期门、肝俞穴以疏通经气拔毒外出,给邪以出路,不失为治愈该病的一条捷径,有效地缩

短了病程。李师临证极力反对不分析病因病机,不分病期病位,盲目随意补脾补肾。赞赏“邪去则正安”,“脾以运为健”,“五脏之病,穷必及肾”等古训,认为乙肝出现用温脾、温肾指征时可能已到了肝硬化或肝癌期,已不属乙肝讨论范畴。

李师还率先提出夏病冬治的新观点,并食养兼顾,防重于治。认为春夏暑热值令,心肝之火易于妄动,有助乙肝疫毒肆虐,夏季病重;冬季阴寒气盛,人体阴血内潜,肝阳易伏,肝病向愈。因此患乙肝或其它肝病,无论有无症状,病愈否,要乘冬季病轻,病势趋愈的契机,从每年冬至之日起集中强化治疗1个月,来年春夏季可大大减轻病情,并可望痊愈,又能预防复发。这一认识甚合《素问·脏气法时论》:“病在肝,愈于夏,夏不愈,甚于秋,秋不死,持于冬,起于春”之记载。

李师还重视患者的饮食和营养,强调饮食要清淡,多吃蔬菜瓜果酸甜之品,少吃辛辣油腻动火之物,更忌鱼酒等发物,有条件者可吃一些鸭肉和瘦猪肉等性凉之品。现代医学治该病强调卧床休息,李师虽同意“人卧则血归于肝”,适当休息有利肝病恢复,但反对长期卧床懒于活动,因为久卧伤气,加速气滞血瘀。在休养问题上很重视睡眠,古人云“能睡则阴气自复”,结合肝体阴用阳,肝之阴常不足,阳常有余,相火为元气之贼等理论,认为患者的严重失眠、不易入睡,多梦易醒、躁扰不安等是肝阴亏损,肝火炽盛,疫毒活动,肝病进展的标志,要尽快治疗,以促进阴气恢复,达到阴阳平衡,病变停止活动之目的。^[48]

45. 王玉玲诊治经验

王氏认为慢性迁延性肝炎主要与湿毒久羁、肝体受伤、

脾运不健、气滞血瘀有关,其湿热邪毒残留不清是慢肝迁延难愈的潜在因素,而脾虚肝弱又是病理关键。由于慢迁肝病程绵长,迁延难以速愈,故苦寒清化,辛燥理气、活血化瘀方药可暂用而不可久用,可少用而不可多用。否则恐有耗损肝体,伤脾败胃之嫌,反而不利于肝功能的恢复。

在治疗上,王老主张内治当以扶正为主,以逍遥散加减为基础方,方中当归、白芍养血和营以柔肝体,黄芪、白术、茯苓、甘草健脾益气以助运化,柴胡、丹参、板蓝根疏郁引经,活血化瘀,清热解毒,诸药共奏养血调肝、健脾助运、清热解毒、活血化瘀之功。全方药性平和,补不碍邪,攻不伤正,适于久服。又病久血瘀结癥者(肝肿大),非活血软坚莫能祛瘀消癥,故外治又当以祛邪为主,外贴肝炎外敷膏,本方仿《沈氏良方》阿魏膏加减而成,方中茵陈、红花、赤芍、三棱、莪术、五灵脂、生蒲黄、阿魏、血竭、制乳没、芒硝、炮甲珠活血化瘀,软坚消癥,清热解毒,消肿止痛,配官桂、冰片辛香走窜,俾药力直达病所,如此补虚于内,攻实于外,刚柔相济,内外结合,相得益彰,诚尽善之法。^[49]

46. 梁静玉诊治经验

梁氏认为,肝之为病多以疏泄失常,藏血失调为病理基础,以肝阳常有余,肝阴常不足为病理特点,以“肝郁”、“肝气”、“肝火”、“肝阳”、“肝阴”、“肝风”为病理表现,以“胸胁胀痛,眩晕耳鸣,急躁易怒,拘挛抽搐”为症状特点。在施治过程中强调“谨守病机,因势利导”。并由此总结出治肝六法。

(1)疏肝法:适用于“肝郁”证。肝气不舒,气机郁滞。症见:情志忧郁,闷闷不乐,胸胁苦满,胁痛乳胀,月经不调,舌淡红苔白或薄黄,脉弦。治宜疏肝解郁,调达气机。方以

四逆散加味。药用：柴胡疏肝解郁，枳实行气消滞，通降气机，二者一升一降，疏和解结；炙甘草和中益气以防木克；白芍柔肝敛阴以助肝用；橘叶疏肝解郁，行气散结；香附理气解郁，调经止痛。伴见肝郁乘脾之腹胀、便秘可合用逍遥散；情绪低落，悲伤欲哭可合用甘麦大枣汤。

(2)平肝法：适用于“肝气”证。肝气郁结，横逆犯胃。症见：精神抑郁，情绪不宁，太息呃气，脘胁胀闷，腹胀纳呆，甚则呕吐，舌黯红苔白腻，脉弦滑。治宜疏肝理气，和胃降逆。方以柴胡疏肝散合升降散加减。药用：柴胡疏肝解郁；白蒺藜轻扬疏达，川楝子苦寒性降，二者一宣一降平肝泄肝，解郁止痛；八月札平肝和胃；白芍、川芎、炙甘草柔肝疏肝，活血止痛；合升降散调畅气机，和胃降逆。伴见暖气频频，泛恶呕吐加旋覆花、代赭石；食滞胃胀、腹胀、纳呆加生麦芽、神曲。

(3)清肝法：适用于“肝火”证。情志不遂，肝郁化火，木旺克土，肝气乘脾。症见：急躁易怒，耳鸣目赤，口干口苦，纳呆腹胀，小便黄赤，大便干稀不调，舌红苔黄，脉弦数。治宜清肝泻火，健脾和中。方以丹栀逍遥散加味。药用：丹皮、栀子、夏枯草清肝泻火；连翘清心泻火除烦，旨在“实则泻其子”；柴胡疏肝解郁从因论治；当归、白芍养血柔肝；茯苓、白术、炙甘草、煨干姜健脾和中；薄荷轻疏之性助肝调达。若肝火旺盛，苔黄厚腻改用龙胆泻肝汤加减；大便秘结改用当归龙荟丸加减；动血合用犀角地黄汤。

(4)潜肝法：适用于“肝阳”证。阴亏阳亢，上盛下虚。症见：头晕目眩，耳鸣目胀，五心烦热，腰酸膝软，男子遗精，女子月经不调，舌红赤苔薄黄或少苔，脉细数。治宜滋补肝肾，平肝潜阳。方以镇肝熄风汤加减。药用：牛膝、石决明平降亢逆之气，引血下行；龙牡、龟甲、山茱萸、生杭芍潜阳摄

阴,柔肝熄风;女贞子、墨旱莲滋阴清火辅制亢阳;川楝子、生麦芽、茵陈疏肝泄热,因势利导。若见头胀头痛等上盛症显著加钩藤、菊花;大便干结加草决明。

(5)滋肝法:适用于“肝阴”证。肝肾阴亏,髓空筋枯。症见:精神萎靡,少寐多梦,目涩耳鸣,胁痛隐隐,腰酸膝软,筋脉拘挛,舌红苔少,脉弦细。治宜滋阴柔肝,调畅肝气。方以一贯煎加味。药用:生地、枸杞滋阴柔肝;沙参、麦冬养阴益胃;当归、杭芍、甘草养肝柔筋,缓急止痛;川楝子、生麦芽调达肝气,防地黄、枸杞之滋腻。下肢拘挛加木瓜、山茱萸;大便干结加麻仁、草决明。

(6)熄风法:适用于“肝风”证。素体阳亢,为外风引动,内外合邪,化火动风。症见:情绪急躁,遇事紧张,多动不安,头晕头摇,挤眉弄目,甚则双目上视,四肢抽搐,舌红苔薄黄,脉弦滑或浮滑。治宜养肝平肝,疏风熄风。自拟定风汤。药用:白芍、甘草养肝柔肝,舒筋缓急;钩藤、龙牡平肝潜阳以熄内风;葛根、菊花、全蝎疏风柔痉以消外风;蝉蜕、蚤休凉肝泄热,熄风止痉。惊惕不安加琥珀;抽搐加蜈蚣、僵蚕;头晕加天麻。^[50]

47. 何炎燊诊治经验

何老认为各种肝病常出现脾胃症状,故《金匱要略》所说“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”有着重要意义。实脾不能局限理解为补脾,应理解为调整脾胃功能,因为实脾的目的是使脾胃功能正常,正气充实,即古人所说培土抑木。湿热浸淫、寒湿伤中、伤食气滞、忧郁不舒、思虑过度、劳逸失调等皆能导致脾胃功能失调,临床上应根据不同病机,运用不同的方法调整脾胃功能,以达到实脾的目的。何老治疗慢性肝病的观点与西医治疗慢性肝炎、早期肝硬化的三个原则有相

似之处。①西医认为要控制活动性炎症；中医则用清热祛湿之法以逐邪。②西医以保护正常肝细胞不受损害为主；中医养肝阴、益脾气法起着保护肝细胞的作用。③西医着重抗纤维化，防止演变为肝硬化；中医运用活血化瘀、软坚化癥之法，以达到防治肝硬化的目的。并自拟二甲调肝汤，治疗慢性肝炎、早期肝硬化取得满意疗效。如一例慢乙肝患者因畏虚寒补，以致湿热邪留，迁延不愈，何老用清法治疗2个月，症状大为好转，继以培土抑木善后，“邪去则正安”是也。⁵¹

48. 王文正诊治经验

健脾磨积法消癥。肝脾肿大是慢性肝病的重要体征之一，并多伴有肝掌、蜘蛛痣等血瘀证候。临床医生往往在治疗上总以活血破积、攻坚消癥为治疗大法，多投祛瘀消积之药，而忽略了总体辨证。王师认为肝脾肿大作为腹中积块虽是瘀血的主要标志，但就慢性肝病而言多呈虚实夹杂之候。除有瘀血表现外，多露正败之象，如四肢消瘦、气短乏力、纳呆便溏等。这其实是正败邪实、瘀在肝而虚在脾，脾气虚弱已成为主要矛盾。在治疗上如仍以行气破血，一味攻伐，非但积块难消，同时使脾气更加虚弱，对疾病预后是极为不利的。王师十分推崇“健脾即可以磨积，脾健积自消”的古训，认为这类患者应仍从健脾立法，在益气健脾的基础上稍佐活血软坚之品，或进汤剂调补，或以丸散缓图，久必收效。王师常谓：肝为风木之脏，全赖肾水之涵养、脾土之栽培，健脾即养肝，肝体适其柔润之性，则瘀易去、积可消。同时脾气健旺内可濡养五脏，外可营运四肢。这是久病治本的一个方面，临床用之，每可获效。

滋肾清肝法降酶。王师认为在急性肝炎和慢性活动性

肝炎转氨酶升高往往伴有湿热征象,因此用清泄法的机会较多,但必须药证相符,方能获效。若一见转氨酶升高,概用清泄一法,以大剂清热解毒药苦寒直折,则难达到预期的目的。而仍应采取实者泻之、虚则补之的原则,或健脾,或滋肾,或清热利湿,或化痰活血,皆宜详辨其证而用之。肝肾同源,肝病日久最宜及肾而导致肝肾俱虚,除可有转氨酶升高外,每见胁痛隐隐、头晕耳鸣、腰酸膝软、甚或遗精等证。以证而论,滋肾法是为正治之法;然滋肾药多滞腻,每有滞中之弊。王师每滋肾清肝并治,在滋肾的基础上加入清肝药物,以淡黄芩、龙胆草、小蓟最为常用。如此既收滋肾之功,又无滞中之弊,同时可收到较好的降酶效果。

燥湿解毒法治疗乙型肝炎病毒携带者。乙型肝炎病毒携带者仅以乙型肝炎表面抗原阳性作为病毒感染的主要标志而无任何症状,给辨证治疗带来一定困难。王师经过长期临床探索,根据《温疫论》有关“杂气”致病的论述,认为“伏邪”属于“湿毒”的范畴,同时机体本身存在一个脾虚不运、湿浊不化的内在因素,二者同气相求,专入肝经,并波及营血。此类病人虽无证可辨,但从大宗病例中发现,其舌象多表现为腻苔、质多赤,脉多见滑象,治法以燥湿解毒为大法,特别强调燥湿为主,湿可化热,湿可蕴毒,湿去则热毒自解。王师自拟乙肝转阴汤,以鲜猪胆汁、白矾、大黄、青黛等为主,进行临床观察获得满意疗效。^[52]

49. 孙式庵诊治经验

初期重在清肝热、化湿浊,健脾理气为辅佐。孙师认为肝功能正常,或者谷丙转氨酶持续单项升高,或者其他慢性指标长期不能恢复,无论属于哪一种情况,患者体征明显存在,常见口干苦,肝区胀或隐痛,食欲不振,乏力不适,大便秘

结或淡薄,尿色黄短,舌苔厚腻或黄腻,辨证属湿热内蕴,肝失疏泄,病理机制为肝郁脾虚,治疗的重点在于邪实。所以把清肝热、化湿浊放在首位,健脾理气放在辅佐的地位。临床中常用的药物有山栀、连翘、蒲公英、茵陈等,甚则用甘露消毒丹清肝热、化湿浊;疏肝健脾利气则多用柴胡、黄芩、白术、芍药、甘草等,或加丹参、枳壳。拟方多以四逆散、丹栀逍遥散、甘露消毒丹三个方子化裁使用,尤喜用蒲公英,认为其清肝热最好,凡见到口干苦、小便黄的症便用,一般用一两,久服又无流弊。柴胡是一味必用药,凡是见到胁胀肋痛,肝区不适者用之无疑。

中期多施养肝阴、益脾气,湿从寒化应温补。中期一般是指病程已较长,由于肝郁日久,热从火化,灼伤肝肾之阴,已由实热转变为阴虚内热。体征为肝脏肿大,肝区胀痛或刺痛,头晕目眩,四肢倦怠无力,胃纳不振,口干唇燥,多饮、盗汗,大便不实或便秘,小便短黄,舌质红、舌边齿痕,舌苔黄,带灰腻或糙,脉弦数。肝功能化验中慢性指标长期偏高, γ 球蛋白在正常以上。这一阶段的病机已由肝及肾及脾,出现气阴两亏,正虚邪实及虚实夹杂的情况。治疗中既要养阴护肝,又要兼顾脾胃。拟方以一贯煎合四君子汤以养阴柔肝,益气调脾,随证常加用黄芪、桑椹子、丹参等药。素体阳虚的患者中阳不振,湿从寒化,而出现一系列脾肾阳虚的症状,治疗以温补脾肾,佐以疏肝理气,选六君子汤合四逆散加仙灵脾、菟丝子、制附片、当归、丹参、柴胡等药,如血浆蛋白低下或白球蛋白倒置,可加用紫河车、水牛角粉等药。无论湿从寒化或湿从热化,都要相应地加入化湿药,如湿从寒化则加炒苡仁、苍术、川朴等品;湿从热化则加入黄芩、茵陈、栀子、车前子等品。

晚期不忘益脾气、顾正气,活血化瘀酌情用。是指慢性

肝炎肝硬化阶段。主要症状是面色晦黯或黧黑,唇紫,浅表血管怒张,鼻衄或齿龈出血,肝区痛,脘腹胀闷,头晕体乏,下肢浮肿,小溲短赤,口干,舌光干有瘀斑、无苔或舌苔糙有裂纹,严重的患者有蜘蛛痣、肝掌,实验室检查为全血及血小板减少,血浆总蛋白低下,白球蛋白倒置, γ 球蛋白升高。此期邪气盛,正不敌邪,总的治疗原则是攻补兼施,首先多考虑体虚,以健脾益气为主,如用补中益气汤加减化裁,至于活血化瘀、行气通络药,要权衡轻重,不能一次就投入大剂,以免耗伤正气。轻者用桃红四物汤加丹参、失笑散、莪术之类;重者用炮甲片、炙鳖甲、大黄廑虫丸之类;如有腹水则加用利水药,以茯苓皮、陈葫芦、车前子等类药,治疗应守方渐进,以期能改善体征。鳖甲煎丸较之大黄廑虫丸和缓,可以常服。^[53]

50. 夏理彬诊治经验

夏师认为急肝转为慢肝与湿热羁留、将喜失宜、饮食不节、七情怫郁等因素有关,另外如长期嗜酒、适逢妊娠、房劳过度、年高体弱等因素,亦可迁延不愈而转为慢肝。慢性肝炎的病机,大多由腑及脏,由气涉血,由邪盛而渐致正虚。出现血瘀阻络征象者,往往病程经久,肝功能损害严重,或渐有肝硬化趋向者,预后不佳。

根据病因病机分析,夏师把慢性肝炎的辨证大致分为五个类型。①肝胃不和,常选用旋覆花汤、金铃子散、柴胡疏肝散和左金丸等。若无效,进而可用苦辛酸法,方用连梅生姜汤加味。②肝脾不调,用培土和中法,常用柴芍六君汤、茯苓饮及中满分消丸。③肝家气火偏亢,若以肝气为主,方选柴胡疏肝散合金铃子散;若肝胆湿热偏盛,方选龙胆泻肝汤合景岳化肝煎。④肝肾阴虚,常用滋水涵木法,方拟一贯煎合

二至丸增损。⑤血瘀阻络,常用养血柔肝,和营通络为治,方选四物汤加黄古谭瓜蒌散,酌加凌霄花、夜明砂、鳖甲煎丸。用少量藏红花治胁痛如刺有良效。

轻灵用药是夏派的一大特长。夏师的轻灵的解释是“精简扼要,平稳无疵,看似寻常,恰到好处”。并要求辨证求准,制方求稳,用药求纯。如胁痛常用金铃子散,其中金铃子苦寒,延胡索辛温,两药寒温相配,相辅相成,但金铃子其味甚苦,多用会碍胃,故应用金铃子散时,延胡索量必须倍于金铃子(一般用量为金铃子 5g,延胡索 10g)。又如治肝不宜峻补,若见脾气虚而肝气郁滞者,常用柴芍六君汤。此方既有四君之补益,又有柴胡之疏泄,白芍之柔肝,又有陈皮为流动之品,用于肝脾不调,木乘土位之症,有恰到好处之功。在选药上,胸痛用旋覆花,胁痛用柴胡,脘腹痛用苏梗,疏肝理气常用绿萼梅、八月札、代代花和佛手花等理气而不香燥之品,以防伤肝阴。若已见肝阴不足之象,常选用一贯煎合二至丸,胃纳不馨去生地、麦冬,或用米炒麦冬,方中既有滋补肝肾,又有川楝子疏泄肝气,相配得当,有养阴而无滋腻之弊。对“柴胡劫肝阴之说”,夏师认为,柴胡是肝经之要品,主要升少阳之清气,慢肝患者肝阳不亢,肝阴不虚者亦常用之。但长期应用,确有伤阴之虑,若已见阴虚之象则慎用柴胡,或于潜摄抑降方中,略参少量柴胡,作辅佐之品。^[54]

51. 张沛虬诊治经验

张师经过长期的临床实践,认为慢性肝炎以正气不足为本,以瘀、热、湿、滞为标,临床辨证分为标实和本虚两个阶段。

标实阶段:此阶段以湿热瘀滞等邪实见证为主,同时亦可伴有气虚或阴亏等本虚征象。临床可分为三型。①肝脾

湿热型,症见胸胁胀痛,口苦而干,头痛目赤,溲赤便秘,脘闷腹胀,厌食泛恶,舌质红,苔黄腻,脉弦数或滑数。治以清化湿热,泄肝运脾,方选用自拟清泄泻肝汤加减。对谷丙转氨酶持续升高者可随证用龙葵、公英、田基黄、紫草、土大黄各30g。此五味药又称降酶汤,系张老经验方,具有清化湿热之效,降酶作用显著。另外,张老认为龙胆草泻肝胆实火,清下焦湿热,用治湿热黄疸疗效显著,其小剂量(3~5g)有苦味健胃作用,与大青叶、白花蛇舌草配用则清热解毒力更强。

②肝郁湿阻型,症见胸胁胀痛,暖气,胸闷,食后腹胀,或恶心呕吐,厌食口苦,大便稀薄,舌质淡红,苔白腻或薄白腻,脉濡滑或弦缓,治以舒肝和脾,理气化湿。方以柴胡疏肝饮合导滞化湿汤加减。伴转氨酶持续不退者可加防风15~20g,防风具有散风、舒肝、健脾之功,剂量适当加大时有显著的降转氨酶作用。③肝经血瘀型,症见面色晦暗,两胁刺痛或有痞块,颜面皮肤有蛛丝血缕,牙宣或鼻衄,常伴肝脾肿大,舌质紫暗或有瘀斑、瘀点,脉弦涩或细涩。治以活血化瘀,柔肝养营,方以桃红四物汤加减。张老认为炙三棱、炙莪术两药配用有破血祛瘀、行气消积之功,为治癥瘕积聚之要药;鸡血藤、连翘两药配用可提高血小板计数,改善出血状态。

本虚阶段:此阶段以阴亏血耗或阳气虚衰等正不胜邪征象为主要表现,临床亦分为三型。①肝热阴虚型,症见两胁隐痛,头晕目眩,口干尿赤,时有低热,心烦少寐,或食后脘腹胀,舌质红或边尖有红刺,苔薄黄或薄白,脉弦数或弦细数。治以养阴柔肝,清泄郁热,方以丹栀逍遥散合一贯煎加减。②脾肾阳虚型,症见肢面浮肿,腰背酸软,精神困倦,大便溏薄,小溲清长,面白少华,舌质淡或胖嫩,边有齿痕,脉弦细或细弱。治当温补脾肾,理气行水,方以温肝汤(自拟)加减。③气阴两虚型,症见面晦而暗,两胁隐痛,头晕目眩,腰

酸耳鸣,心悸多汗,少气懒言,舌质淡红或稍红,苔净,脉细弱或细数。治以益气养阴,柔肝健脾。方以愈肝汤(自拟)加味。^[55]

52. 洪广祥诊治经验

洪老认为,慢性肝炎的形成主要是湿热瘀阻肝脾,久留不去,气血瘀滞,伤阴损阳。以肝为主,累及脾肾等多种因素,其病理产物不外乎湿热、瘀血,从湿热与瘀血的关系来说,湿热阻滞气机,血行不畅,可致瘀血;瘀血阻滞,气机不利,可酿生湿热,形成恶性循环。病症表现疲乏无力、肝区隐痛、纳差、面色暗滞、舌质红暗、苔黄腻等。若湿热瘀阻久留肝脾不去,影响水液代谢,出现瘀阻肝脾之重症——臌胀,甚至湿热蒙蔽清窍可出现肝昏迷之危候。

治疗慢性肝炎分虚、实两大类。虚证主要表现肝脾肾之阴阳不足,实证主要表现湿热瘀阻肝脾。临床病证多变,虚中有实,实中有虚,往往虚实夹杂,而瘀血证可贯穿慢性肝炎的整个病程。具体可分为虚实夹杂证和实证。前者又可分肝郁脾虚证、脾虚湿困证、肝肾阴虚证;后者可分湿热瘀阻证和瘀阻肝脾证。治疗分别为疏肝健脾,方选四逆散合四君子汤加减;健脾燥湿,方选参苓白术散合平胃散加减;滋补肝肾,方选六味地黄汤加减;清利湿热,活血化瘀,活血祛瘀,方选桃红四物汤加减。^[56]

53. 林沛湘诊治经验

林氏根据肝脏以阴血为本,以体养用的生理特点,及《内经》有关正虚邪凑的发病理论,认为慢性肝炎的病机,主要是阴血不足及气阴两虚,肝体失养,使湿热、瘀血等病邪乘虚作祟。在治疗上,制定了补虚以养阴血及益气养阴为主,祛邪

以清热利湿、凉血为要。

在治疗肝阴不足,加之湿热和瘀血蕴积患者时,治疗既不能偏于滋腻,又不可过于苦燥,方可选一贯煎加女贞子,采取滋水涵木,培土抑木,清金抑木等法并用,从多方位养阴益津,解决肝阴不足这一主要矛盾,可配合丹参、丹皮凉血活血而祛瘀,虎杖、白花蛇舌草、田基黄等清热利湿而解毒。林老认为,治疗慢性肝炎的重点是培补正气。在治疗过程中,苦燥行气及疏肝之品应慎用,中病即止,以免复耗肝液。清热解毒药物在病情好转后也须逐渐减量,以利于气机运行。此外,一经有效,便不轻易更方。

林氏在治疗慢性肝炎气阴两虚证时遣用大量黄芪、黄精益气助阳,白芍、当归、女贞子等育阴养血。绞股蓝清热解毒,亦具益气之效。这些药物,大多为强壮正气之品,可增强免疫能力,提高机体抗病水平,通过强壮正气来养护肝体。

就日久未愈的患者而言,表现为脾胃不足的并非鲜见,故此健运脾胃以达到益肝的目的,也是治疗慢性肝炎的方法之一。方可用四君子汤加黄芪、淮山药合一贯煎中沙参、麦冬等物,既补益于脾气,也滋润了胃阴。

林氏认为慢性肝炎虽以肝体不足为本,但有时也可表现为湿热或瘀血等邪毒蕴盛为主的证候,此时治疗,就不可重补而少清,应先除湿热、祛瘀血,再图复壮肝体。^[57]

54. 王绵之诊治经验

王老提出治疗慢肝,应首重脾胃。其健脾意义有三:

①崇土可疏木。脾与肝经脉相连,生理上相互协调,病理上相互影响,肝病可传脾,脾病可及肝。如果脾气亏虚,则土不荣木,甚则土衰木横;中州健运,升降有序,则有助肝木之条达,故健脾可间接起到疏肝的作用。而慢肝以肝郁脾虚为多

见,故健脾甚合病机。②培土可固本。肾为先天之本,脾胃为后天之本。肾为元气之根,元气须依赖后天水谷精微之气的补充和滋养,通过三焦布于全身。慢性肝炎患者多免疫功能低下,与久病伤损、元气衰惫密切相关。因此健脾培土,充养先天,有固本祛邪之用。③健脾可化湿。脾主运化水湿,脾虚运化无权,反生内湿。湿邪不化,为慢性肝炎迁延不愈的又一原因,故健脾化湿,有利慢肝之痊愈。现代研究发现,慢性肝炎发病与人体免疫功能紊乱密切相关;药理实验证明,健脾可改善人体的免疫功能,对脾虚患者的 γ -球蛋白升高,通过健脾治疗后能使之恢复正常;健脾中药白术、茯苓等有促进细胞免疫功能的作用,黄芪、党参能增强网状内皮系统的吞噬作用,促进机体产生干扰素,改善肝细胞营养,促进肝细胞再生。

王老又认为,慢性肝炎存在着肝郁不疏和肝血不足两种病理变化,肝郁不疏是慢性肝炎的主要证候之一。治疗应解肝郁而不伤肝血,尽可能体用兼顾,疏肝而不伐肝,使肝血足,则肝气自可条达。切不可徒执疏肝理气之论,而妄用辛散燥烈之品,耗伤肝血,使肝气更郁。故其疏肝忌燥求润,以“舒”为主。

王老还认为,血瘀证是慢性肝炎的重要特征之一,对机体危害极大,它既是疾病的结果,又是疾病发展的原因。因此恢复气血的正常疏通之性,对于慢性肝炎的康复是非常重要的。一方面,气血运行正常可缓解肝失所养的状况,另一方面,气血运行通畅又有利于药达病所,以充分发挥疗效。并特别强调,活血之品,无厌其早,若运用得当,常可获事半功倍之效。但应掌握具体用量及配伍,不可攻破太过。^[58]

55. 蔡友敬诊治经验

蔡老认为,本病属虚实夹杂,以虚为主,脾气虚弱是慢性肝炎的主要病机。临床治疗以益气利湿祛毒,滋阴化瘀软坚为大法。前法常用黄芪为主药,认为黄芪具有补气固表,祛毒利尿之功,还配合党参、茯苓、陈皮以健脾利湿,同时对余邪未尽,湿热留恋之病机亦未忽视,临床还用茵陈、虎杖、公英、柴胡等药疏肝清热,利湿解毒,使余邪尽消。后者推崇一贯煎、丹参牡蛎鳖甲煎及泽兰黑豆汤(自拟方)。常用黄芪益气利尿,枸杞、白芍、当归、生地、黑料豆、赤小豆滋养肝肾,兼可利尿。如果阴虚火旺,血煎成瘀,瘀血凝滞,成痞成块,常用鳖甲、丹参、牡蛎、赤芍、泽兰以活血化瘀,软坚散结。如果“瘀久致水”,腹水屡见,常用自拟泽兰黑豆汤(泽兰、黑料豆、路路通、楮实)加味,疗效显著。

蔡老对那些临床症状不明显而肝功能检查尚未好转的病人,采用辨证与辨病相结合的方法,寻找针对性的药物进行治疗。如慢肝中血清转氨酶持续增高时,它既无证可辨,又无法可循。蔡老根据辨病的治疗原则,针对慢肝具有正气亏虚的特点,采用五味子生津收敛,故能收到满意效果,虽复发率较高及副作用较大,但蔡老用延长用药时间及改进服药方法来解决。当转氨酶下降正常时,采用逐步减量停药方法,并将五味子研末,装入空心胶囊内,饭后服用,以减轻副作用。^[59]

56. 沈炎南诊治经验

沈老认为,慢性肝炎无论有无黄疸,其病因与正虚有很大关系。正气不能驱邪外出,湿热疫毒之邪长期羁伏于体内,正邪之间处于长期对峙的局面,从而导致病情迁延不愈。

所涉及的脏腑主要是肝、脾、肾三脏；其病邪除湿热疫毒外，尚有病变过程中造成的气滞、血瘀等。临床中正虚常表现为气虚、阳虚、阴血亏虚等证。气虚常涉及脾，阳虚常责之脾肾，阴虚则常与肝肾有关。针对以上病机特点，沈老临证每从扶正祛邪着眼，自创了治疗慢性肝炎的八法。

(1) 清热利湿解毒法：选用田基黄、虎杖、鸡骨草、板蓝根、土茵陈、白花蛇舌草、半枝莲之类；有黄疸者加茵陈、溪黄草。

(2) 利湿化湿法：选用土茯苓、茯苓、薏苡仁、泽泻、白茅根、车前子、白薏仁、陈皮、佩兰、砂仁之类。

(3) 舒肝解郁法：因肝为刚脏，故不宜过用辛燥破气之品，只宜舒柔化郁为治。可选用白背叶根、佛手、枳壳、郁金、川楝子、素馨花、柴胡、白芍之类。

(4) 活血化瘀法：选用丹参、延胡索、郁金、茜草根、参三七之类。肺部顽痛不止者，加五灵脂；肝脾肿大者，加鳖甲、牡蛎、地鳖虫之类，并常重用北黄芪(30g以上)以配之。

(5) 养阴清热法：选用北沙参、麦冬、五味子、石斛、玉竹、白芍之类；此法常与利湿化湿法配合使用，使滋阴而不助湿。

(6) 益气健脾法：用五味异功散加北黄芪、怀山药之类。脾贵健运，应注意补中兼运，故沈老在益气健脾方中常加入陈皮以利气运脾，或再选用麦芽、山楂、莱菔子、鸡内金之类消食化滞。

(7) 滋养肝肾法：慢性肝炎迁延日久，损及肝肾，可选用杞子、女贞子、怀山药、首乌、黄精之类。沈老对慢肝日久肝肾亏损者，常用自拟的龟苓枸杞怀山汤(枸杞10g，怀山药、土茯苓各20g，乌龟1只共炖服)，每周服1~2次。配合辨证用药，每收良效。

(8)温阳化湿法:选用茵陈术附汤(茵陈、白术、附子、干姜、肉桂、炙甘草),肉桂可易以桂枝,主要用治阳虚阴盛的“阴黄”证。

由于慢性肝炎的病机多错综复杂,故上述八法往往不单独使用,而根据证情之不同,数法合用。数法之中,常以一法为主,辅以他法。沈老极力反对堆砌所谓“抗肝炎病毒”之药于一方的方法,认为这是“中药西用”的歪风,其结果必然是用大量“抗肝炎”之药而肝炎不愈。中医用药应立足于整体,促使正气恢复,邪毒祛除,则其病自愈。而切勿被“肝炎”二字框死,应根据脉证表现详加辨证,据证施治,往往会达到不治肝而肝病愈的效果。如沈老治一22岁男性患者,发现肝功能异常,HBsAg(+)7个月,就诊时SGPT767U,自觉头晕乏力,寐差,右肋隐痛,口干口苦,眼巩膜微黄,尿黄,舌尖红,舌下有瘀点,苔中后部黄腻,脉弦。此为湿热疫毒瘀阻脾虚、肝郁、肝肾亏损并见之证,拟祛邪扶正并进。处方:①田基黄30g,鸡骨草15g,党参、白芍各12g,麦冬、丹参、枳壳各9g,柴胡、五味子、甘草各6g。日1剂。②龟苓枸杞怀山汤炖服,每周1~2次。调治近2个月,诸症悉减,仍口干口苦,尿黄,舌脉同前,此为气阴渐复,而热毒尚炽。处方:①田基黄30g,土茵陈20g,北沙参15g,鸡骨草、板蓝根、丹参12g,郁金、麦冬、夏枯草各9g,黄芩、五味子各6g。日1剂。②方同前,调理月余,复查肝功能降至正常,HBsAg阴性。嘱用杞子、怀山药、鸡骨草、乌龟共炖服,间歇服用一段时间,以巩固疗效。^[60]

57. 张志华诊治经验

张老认为慢性肝炎从临床上看,大多可归于肝郁脾虚、肝脾两虚、肝肾阴虚、寒湿内郁四型。治疗上强调三点,辨证

要准:中医临床分型,不是固定不变的模式,因为有些症状是互相联系,互相变化的;临床分型只是为了便于掌握病情,易于辨证施治的一种方法;处方要活:在辨证的基础上立法,立法的基础上处方,症状一有变化,方子亦随之变动,不可固守一方一法;后天为本:肝病病人多有食欲不振,胃纳欠佳等木郁克土的表现,因此,治疗各型肝病时,常配以调胃畅脾之品,以“后天”作为治肝的根本方法之一。

(1)疏肝补脾,辅以调气畅胃:此治法主要针对肝郁脾虚型患者,为临床常见类型。辨证要点一为肋痛,胀,时轻时重,每因情绪变化加重。一为腹胀,食后尤甚,劳累加重,常伴纳呆舌酸,肢倦便溏,舌苔薄白,脉多沉弦或弦细而缓。常以逍遥散为基础方,并配以黄芩助柴胡清泄肝胆之郁热;枳壳、佛手、麦芽以疏通气机,保持胃肠消化功能正常,助生化之源;加黄芪益气扶正,使祛邪不伤正,扶正而祛邪,肝功能自然恢复。

(2)益肝补脾,助以益气健胃:本法适应于肝脾两虚型,以脾胃不和为主要表现。是临床较为常见的证型。尤其是原有脾胃病史的肝炎患者更是多见。在临床上,医者如不问清以往病史而用药,往往因碍脾胃而使症状加重。同样,如不结合现病史而忽略治肝,单纯治脾胃,则肝病不易速愈。该型特点为病程较久,胁肋隐痛,脘腹胀满,大便时滞时溏,舌淡无苔或薄苔,脉多沉弦无力或弦缓无力。常以香砂六君子为主,辅以当归、白芍、丹参甘酸柔肝,养血补肝,少佐佛手、玫瑰花、鸡内金、三仙畅中助化,使脾胃和,生化有源,藏血有权,治脾亦寓治肝,实为肝脾双调之法。

(3)滋补肝肾,佐以理气和胃:主症为两胁隐痛,或肝区沉重麻木不适感,有时肝区灼热,腰膝酸软,潮热,盗汗,舌红苔少或光剥无苔,脉多弦细而数。自拟二子一贯煎加减治

疗,方中五味子、女贞子滋补肝肾,滋长生发之功,使肾水充肝木得养。少佐佛手、玫瑰花以疏肝理气和胃,以防它药滋腻,且能促进食欲;配丹参活血止痛;白茅根清利久留湿热,且具利湿而无伤阴之弊。

(4)温阳利湿,当以健脾益胃:本治法适用于寒湿内郁型。中医谓之“阴黄”。张老认为致病之因不外三类:感受寒湿之邪;或素体阳虚,感受湿邪,湿从寒化,困阻中焦;或始感湿热,由于邪盛正衰,或过用苦寒,致脾阳受损,湿从寒化,以致寒湿内阻。并由阳黄失治或误治,或本身素质较差,转为阴黄者,病情常迁延缠绵,较难治愈。辨证以色黄而晦暗,形寒肢冷,舌淡,苔白滑腻,脉弦缓或濡细为特征。以《医醇膳义》的茵陈术附汤为基础方,酌加柴胡、白芍、丹参等专治肝病药,尤适用于慢性肝炎而肝实质损害较严重者。

张老治一45岁男性患者,因胸闷胁痛,纳呆,厌油食,肢倦乏力半年余就诊,面色萎黄兼灰,黯色无华,形体消瘦,舌淡苔白,脉象弦缓。肝功能ALT420U/L。诊为肝郁脾虚型,拟疏肝运脾,清热利湿,益气养阴,兼调脾胃的加减逍遥散治疗,前后就诊8次,服药40剂,诸症消失,肝功能正常。另外,在治疗过程中,患者思想负担较重,恐变肝癌,导致经常失眠,恶梦纷纭,心神不宁。针对于此,在原方基础上,加入疏肝解郁安神宁志药物,如合欢花、炒枣仁、珍珠母、炒远志等,并注重思想解释,疗效颇佳。^[61]

58. 矫瑞香诊治经验

重六经辨证,三阴三阳为纲。矫师认为,三阳为表热实证,三阴为里虚寒证。就少阳、厥阴两经,以脏腑言之,乃肝胆是也。两者密切关联,以维持着人体气机调畅,气血调和,情志和悦。矫师还认为:临证肝胆阴阳,治法各异,肝属阴

腑,治多养阴疏泄,促其生发,胆属阳腑,以通为用,治多清热通降。

郁在其中,百病丛生无端。矫师认为,肝病之起,不仅关之于“瘀毒”之邪,且“郁”是引起发病的重要条件和前提。如在同一肝病流行区域,甚或家庭中,有或感而为病,或安然无恙,同样得病,或轻或重,或易康复,或迁延难愈,其关键在机体本身的抗病能力,而“郁”则是关系到机体抗病能力的关键因素。脾胃内湿积盛之人,气机升降失调,肝主疏泄亦因之抑遏,一旦邪侵易成肝病。肝病之郁,主要表现在气郁、湿郁和血郁,且相互影响,如气郁多导致湿郁,气郁易致血郁,而血郁、湿郁又常影响气机的疏泄等,故肝病之法,首应疏肝,如临床的疏肝理气,化湿解毒;疏肝理气,化瘀解毒等。慢性肝炎多见肝脾不和证,临床上可分如下两种情况:①肝病及脾有疏泄太过与不及之分。在肝气郁结和肝气横逆两者之中,前者主要因情志所伤。亦可由肝气不足,导致肝失条达,郁而不疏,属于不及。后者可由肝经实证或阴虚肝胆引起,肝强横逆,以强凌弱,则属太过。两者均可出现脾胃纳运失常的表现。②肝脾同病有主动和被动之别。在肝脾之间,肝乘脾胃,是病在肝,涉及脾胃。反之亦可由脾胃方面的因素而影响于肝,如湿热蕴于脾胃,可致肝气郁滞,亦可因脾胃气伤或脾胃之阴伤,导致肝气来乘,则谓之“土虚木贼”。临床上鉴别肝脾得失和究竟何者主动,何者被动十分重要。以景岳辨曰“病之先受者为本,病之后变者为标。生于本者,言受病之原根,生于标者,言目前之多变也。”《类经·十卷标本类》曰:“病从肝及脾,当以泄肝为主,扶脾为辅;病由脾及肝,则扶脾为主,疏肝为次。”临床具体鉴别时尚应注意患者既往病史,素体禀赋情况,当气特点,并参合脉证,全面考虑。

理气化瘀,调理肝脾为治。矫师认为慢性肝炎肝脾肿大

的主要原因,是湿热阻于肝脾之络,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。故理气化痰、调理肝脾,是治疗慢性肝炎的常用法则,但应辨明气与血,肝与脾相互影响的辨证关系,抓住矛盾的主要方面,恰当选用理气化痰药,才能提高疗效。如治一慢性迁延性肝炎的病人,男,46岁。转氨酶连续增高已1年余,用过较长时间的活血化瘀药及西药,效果不佳。症见右侧胁腹胀痛,前额昏胀作痛,心胸憋闷,大便不实,胃纳不佳,舌苔黄白根腻、质胖边红,脉弦,SGPT119U。由于较长时间病情无改变,患者情绪比较急躁,证系肝气郁结化火兼脾虚湿困之象。治以调肝益脾,利湿泻火,方用炒柴胡、赤白芍、全当归、炒白术、炙甘草、云苓、炒栀子、煅丹皮、制香附、虎杖根、鸭跖草、玫瑰花、谷芽等,服药8剂。症状减轻,肝功能复查有好转,效不更方,仍一原方加减,共服中药30余剂,自觉症状消失,肝功能复查已完全正常。矫师告诫,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,以求邪气祛而正气复矣。

阴液耗竭,及时滋水涵木。治慢性肝炎,必须注意肝脏“体阴而用阳”的生理特点,慢性肝炎临证热证多于寒证,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,并及时采用滋补肝肾为主,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甚或肝硬化者,伴有蜘蛛痣,肝掌,以及出血症状的,肝阴受耗,血热妄行,此法更为适宜。^[62]

59. 章真如诊治经验

章师对肝胆学说颇有研究,提出“肝郁之证,其始在气,

继则及血，终乃成癆”。立法既重视肝气郁滞的病机特点，又注意“肝体阴而用阳”的生理特征。既强调疏肝解郁为主，又勿忘滋阴养血、补脾行水、化瘀软坚为辅，以适应肝之“体柔而用疏”的特性。

阴虚肝郁，莫忘疏肝养阴。素体阴虚、劳欲过度、或久病体虚、精血亏损、肝失濡养，则体阴不足而气不用。肝之阳（气）郁而不能四旁，阳郁致血燥，血燥必阴亏。症见胁肋隐痛，口干咽燥，失眠头昏等。章师从“乙癸同源”理论，提出“阴虚肝郁，多因肾阴不足，精不生血养肝，而致水不涵木，加之肝气郁滞，日久内生虚热，耗灼真阴，其本为阴虚，其标为气郁，两者互为因果，也是慢性肝病的必然趋势”。临证既不能单用辛散行气之品，也不宜以厚味滋腻执补，须疏肝与养阴兼施，以补其不足，泻其有余。章师喜用清代魏玉横创制的一贯煎，加郁金配川楝子以增强疏肝理气、活血散瘀作用，再加白芍配当归以加强养血柔肝、活血止痛之功，名曰“加味一贯煎”。为治疗阴虚肝郁之良方。

木郁土壅，宜以疏肝扶脾。章师认为土需木疏，木赖土荣，肝之疏泄作用，参与脾胃之运化、吸收体系。饮食入胃，其精微输布，气血生成，津液运行，物质代谢，皆不能尽归于脾胃功能，而忽视肝的作用。若肝气郁结，疏泄失司，亦导致脾胃受纳、运化失常，出现胁痛腹胀，纳呆便溏，四肢倦怠等木郁土壅之证。章师谨守病机，灵活变通，擅长逍遥散合金铃子散疏肝补脾养血。^[63]

章师在论述肝气虚和肝阳虚时指出，肝病分虚实两大类：实证尚有由虚及实者，除一般所谓“本虚标实”的阴虚、血虚外，还应有肝气和肝阳不足。肝之虚证，有属“体”不足之血亏，也有属“用”不强之气衰。此种类型，均应包括在肝脏气血阴阳之内。如果只看到血亏、阴亏，而不重视气虚阳虚，

显然是不够全面。如果单纯将肝气、肝阳作为病名来看待，似乎不够恰当。这易于使人忽视肝的阳气生理作用。如肺气、心气、脾气、肾气，这种气都指的是诸脏的生理功能之气，也应该和“胃气上逆”、“脾气下陷”等一样，将肝气和肝阳之病理名称更确切地说为“肝气犯胃”、“肝气横逆”、“肝气不舒”、“肝气郁结”和“肝气虚耗”、“肝阳不足”等。

肝气虚之证候，与肝之功能活动之范围关系极大。肝主血液之储藏和调节，又主全身筋之活动，同时精神情志之调节，也与肝气有密切关系。肝气对气血、精神、运化之影响，中医认为是疏泄功能。肝气虚用“怯”，就会表现出肝脏功能活动之低下，或虚阳上浮而不亢，临证常可见到由肝气虚以至升发疏泄无权，使肝失条达之用。症见胸胁满闷，四肢乏力，懈怠不耐疲劳，易怒懒言，精神不畅，喜悲恐，善太息，腹胀不思食，食则胀甚，暖气，口干不思饮，口中犯酸苦，视力减退，头痛而昏重，四肢震颤，目睛发黄，脉沉细弦或弦数，舌苔白腻或黄腻。上述证候之出现，均是由于肝气虚，而疏泄失职，影响到气血、精神、运化等功能活动之结果。

气虚乃阳虚之始，阳虚乃气虚之渐。肝气久虚，势必形成肝阳不足。气机升降，机枢不灵，浊阴阻塞上下，胸胁胀满连及少腹，阴邪上逆而频频暖气，呃逆。甚则腹胀如臌，四肢肿胀，冷过肘膝，形容消瘦，脸色黧黑，口干苦，尿黄如浓茶，大便少而干燥，或反稀溏，或梦多寐少，睡中常手足抽搐，脉象沉细而虚数，或虚弦。舌质暗淡，苔黄燥或黄腻等。凡此种证候，皆由于肝之阳虚气弱，肝用难展，疏泄无权，而致积痰、留瘀、热郁。进一步影响到肝用，此为虚实兼见，寒热并存，所以本虚标实，是肝阳虚之特征，但临证易于混淆，并使人误解。

虽然，由于肝脏的生理作用比较复杂，肝病牵涉脏腑不

同,兼挟证候不同,病因不同,更由于各个病人体质,生活习惯,禀赋之异,所表现之症状,亦相当复杂,但仍有一定方向和征象可寻。一般可概括为三个方面:第一,肝胆经脉所循行部位所出现之病变。第二,肝脏功能活动方面之障碍和外在表现。第三,与肝胆表里、相生、相克等关系之脏腑,发生有相互关联之病变。上述之病变,属于气虚或阳虚者,均可作为肝气虚、肝阳虚之辨证依据。可以作为是与其它脏腑气虚或阳虚鉴别之处,亦为肝气虚、肝阳虚的判断要点。

章老还进一步说明肝脾气虚之间的区别和联系,脾主运化,肝主疏泄,脾得肝之疏泄,则运化旺盛,肝得脾所传输之饮食精微滋养,则肝气调达。黄坤载说:“肝气宜升,胆火宜降,然非脾气之上行,则肝气不行,非胃气之下行,则胆火不降。”此指脾对肝之作用。又如唐容川说:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化,设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中满之证,在所难免。”此是说肝对脾之作用。脾之运化,除脾本身功能活动之作用外,肝之疏泄作用亦甚重要,不能因为强调脾转输精微对肝之作用,而忽视肝之疏泄功能对脾转输作用之影响。临证常遇有突然大怒或悲恸,而导致食纳呆滞现象。

至于肝脾不和、肝胃不和、肝脾两虚等证,都是肝病影响到脾胃纳化之病变。因此在肝病气虚用怯情况下,引起脾胃纳化功能失常,单纯治疗脾胃,则疗效不佳。张锡纯指出:“曾治有饮食不能消化,服健脾暖胃,百剂不效,诊其左关太弱,知系肝阳不振,投以黄芪(其性温升,肝木之性亦温升,有同气相求之义,故为治肝之主药)一两,桂枝三钱,数剂而愈。”

总之,肝气虚和肝阳虚是客观存在的,是肝之疏泄功能不足的具体表现,临证时须注意益肝气,补肝阳,则肝脏可恢

复正常疏泄功能矣。^[64]

60. 尤松鑫诊治经验

尤氏认为,慢性肝炎、肝硬化所致之鼻衄、齿衄、上消化道出血及皮下出血(紫斑)、蜘蛛痣、肝掌等均归属肝病血证范畴。肝病血证是肝病发展到一定程度的标志之一,为虚实错杂的复杂证候,有别于其它血证,其早期以标实为主,不外湿热伤络、肝郁气逆化火二端;时日迁延,正气渐虚,肝病后期血证以本虚为先,有肝肾阴虚、虚火灼络、脾虚失摄、脱陷妄行之分,强调判断虚实孰轻孰重,除病程长短外,还当从血色、质、量和全身症状加以考虑;另外,上列病机分析既有独立性,又可交替发生或合而出现。

在治疗中应注重辨证施治和辨证选用止血药物相结合,常用以下治法。

(1)化湿清热,调肝和脾:适用于湿热蕴结中焦肝脾不和者,症见出血色鲜紫稠厚,斑色紫暗,面垢无泽,周身困乏,胁肋胀痛,腹胀满,口干而苦,恶心纳呆或目睛发黄,小便短赤,大便不爽,舌质红,苔黄腻,脉弦数。用药如茵陈、猪苓、茯苓、泽泻、郁金、龙胆草、炒白术、黄芩炭、黑山栀、大黄炭等。尤氏用药特点在于除用清利肝胆湿热之品外,还可加用既可清热化湿又能止血的黄芩炭、黑山栀等。若为上消化道出血,可吞服炒大黄粉;鼻衄者以棉球蘸黑山栀粉塞之;齿衄者以地骨皮煎汤漱口;皮下紫斑为热蕴营血所致,可酌用藕节、赤芍、丹皮之类以清营凉血消斑。

(2)疏肝化郁,降气清火:适用于肝郁气逆化火伤络者,症见出血色紫或赤斑隐隐,尚有寒热往来,面赤目红,烦热胁痛,口苦,易怒或血证发于动怒后,舌红苔黄,脉弦数。用药如醋柴胡、焦山栀、黄芩、桑叶、杭菊、连翘、夏枯草、白芍、羚

羊角、石决明、丹皮、降香等。此法主要针对肝郁化火、气火上逆犯胃侮肺所致的上部出血。此型不可误用炭类或酸涩止血之品，当降气清化，气有余便是火，降气即降火，气降则血平，故用石决明、降香之属；若气逆过甚，可选用代赭石。

(3) 滋养肝肾，益阴降火：适用于肝肾阴亏、虚火灼络之证，症见出血势缓，病程长，血量不多，断续时作，血色鲜红而有光泽，或肌肤发斑，色淡红，下肢多见，兼见颧红，虚烦，口咽干燥，胁肋隐痛，夜寐不安，舌红，苔少，脉弦数。用药如沙参、生地、丹参、炒玉竹、楮实子、白芍、制女贞、墨旱莲、黑料豆、干首乌、黑山栀、山萸肉、五味子。尤氏认为阴虚火旺之出血，因阴虚不能制阳，则火炎动血。此时的用药特点在于选用阴柔味酸之品，阴柔以滋肝肾，味酸以收敛止血，故用山萸肉、五味子、白芍等。此外阴柔药有壅滞之弊，可适当选用山药、陈皮、砂仁壳、谷芽以加强运化。

(4) 益气健脾，帅血循经：适用于脾气亏虚，不摄血之证，症见病久不愈，血色清淡或紫斑色淡，状如蚊迹，稍劳即甚，兼见面色晄白，精神疲软，脘腹胀满，纳呆，胁肋不适，大便溏泄，舌淡苔白，脉细软或芤。用药如参、芪、术等，选方如归脾汤、补中益气汤等。尤氏认为血为气母，气附于血，血虚导致气虚者，当同时补血以益气，合用当归、白芍、熟地、阿胶等；如血随气陷，可用升清举气药，如升麻、柴胡等。

肝病血证临床表现较多，病势有缓有急，急则治标，缓则治本。标急首应治血，选用止血之品，有炭类止血药，如蒲黄炭、葛根炭、槐花炭、大黄炭、当归炭、生地炭、黄芩炭、梔子炭等，据情可辨证选用；有酸涩止血药，如乌药、五倍子、山萸肉、白芍、白矾等；有固涩止血药，如煅龙牡、乌贼骨、赤石脂等；有胶粘止血药，如白及、阿胶、黄明胶、银耳等。治本当辨证求因，循因求治，即不可见血止血，以致谬误百出。出血

势急,气随血脱者,除救急止血,重用参附救阳外,可合用现代医学手段;血证反复发作,必有离经之血,可适当选用祛瘀止血药,如参三七、蒲黄、五灵脂等。^{65]}

61. 俞荣青诊治经验

俞老认为,慢性病毒性肝炎的病机主要是湿热疫毒之邪入侵机体,缠绵羁留,损伤正气,无力达邪外出,致使脏腑、气血、阴阳出现虚损或失调。其病位在肝,常涉及脾胃。病理以湿热、气滞、血瘀为标实,以气血、阴阳、脏腑亏虚为本虚。在治疗上因病初症情大多尚实,湿热留恋不净,本元受损较浅,立法当以利湿清热为主。若湿胜,重用利湿,兼用清热;若热胜,重用清热,辅以利湿。《伤寒论》曾说“瘀热在里,身必发黄”。有时残留黄疸,肉眼可见;有时黄疸消隐,但验血可知。故俞老在清利湿热的同时,每辅以消瘀活血之味,以利退黄。由于湿热阻于中焦,气机升降失司,俞老常佐用理气畅中或和胃降逆之品。病入中期,由于正不胜邪,疫毒入里,肝气受损,脉道不畅,则瘀血内停,肝络受阻;或肝郁化火,耗灼精血。可在疏泄肝气的基础上酌加养血活血之品,恢复肝之所藏,通畅肝经血络。若木旺乘土,使脾胃气虚,则宜益气健运,元气有充沛之机。病情日深,机体久遭病毒肆虐,正气固然耗损,病邪也趋衰退。俞老认为此时病机多以气血或阴阳虚损为主,虚则补之,此时祛邪当为次。若肾虚者,法当滋水涵木。若脾湿久遏阳气,命门之火衰微,又需温肾益火,以暖脾胃之阳。

在选方用药上,若湿热疫毒入侵早期,可选用茵陈四苓散或茵陈蒿汤出入。湿困脾胃较重者,选用胃苓汤。此期虽然黄疸隐现不定,但仍宜随症重用或轻用茵陈、大黄清利湿热。有些患者,病程迁延日久,湿热已渐消隐,常以右胁肝经

疼痛为主。俞老根据疼痛性质,选择用药。若走窜胀痛,以疏肝为主,选用柴胡、香附、枳壳、青皮等。刺痛固定不移,选用元胡、泽兰、地鳖虫、三七等活血祛瘀止痛。隐痛绵绵不休,选用当归、白芍、丹参等养血柔肝止痛。因当归润肠,若有便溏者不宜使用。白芍合甘草敛肝止痛,白芍用量可达30g,丹参养血活血,也可用达30g。郁热入于中焦,胃气失于和降,运化失司,常有食滞胃脘之征,俞老常选温胆汤。若郁火尚盛者,可稍加黄连除胸中之烦。若脾胃衰败,肝木乘侮;或湿困日久,脾阳不振,应培土抑木。俞老常用白术、茯苓、薏苡仁、山药、木香、柴胡、白芍、党参等,或加少量干姜温中逐寒。也可加黄芪补中益气,除非胸闷、胃满之实证,俞老大多重用之。邪热灼伤肝肾之阴或儿童患者稚阳有余,稚阴不足,使疫毒深伏,驱之不净。俞老常选用枸杞子、女贞子、旱莲草、桑椹子等以清肝补肾,或辅以清热解毒利湿之味,搜剔余邪。湿热久困,脾肾阳虚,则用仙灵脾、巴戟天等温肾壮阳,兼用黄芪、党参、白术、茯苓、山药等益气健脾。

俞老治一女性患者,22岁。患病已4年,右胁隐痛,纳差,恶心,乏力,尿黄,便溏日2~3次。舌淡紫、苔薄白,脉沉细。查体无阳性体征。实验室检查:ALT88U/L, HBsAg(+), HBeAg(+), HBeAb(+). 诊断慢性乙型肝炎(轻型)。证属肝气郁结,肝络瘀阻,脾虚失运,湿热不清。予疏肝理气,健脾化湿,养血活血。处方:柴胡10g, 枳壳10g, 白芍30g, 炒白术10g, 茯苓10g, 甘草3g, 砂仁(后下)3g, 丹参20g, 茵陈10g, 白花蛇舌草15g, 郁金10g, 大腹皮20g, 元胡10g。服7剂后,恶心好转,大便由溏转实,肝区隐痛减轻,然仍乏力。守原方续服1个月,乏力渐消失,右胁无不适。复查肝功能正常,两对半 HBsAg(+), HBeAb(+), HBeAb(+), HBeAg已转成阴性。⁶⁶¹

62. 任侠民诊治经验

任师认为,慢性肝炎及无黄疸型肝炎有湿热、寒湿、肝郁气滞、肝脾不和、肝肾两亏、肝郁血瘀、脾肾虚寒等不同的病理表现。在治疗上,湿宜宣、宜渗、宜利,热宜清、宜解、宜透。治疗当着眼于清利,不宜早用补涩。分型治疗如下:

湿热交阻型:临床可见身黄尿黄目黄,食欲减退,厌食油腻,甚则恶心呕吐,肝区大多隐隐作痛,大便或结或溏,苔黄腻,舌红,脉滑数。治宜清热利湿、舒肝解郁。方用鸡平合剂(鸡骨草、平地木、江南卷柏、马兰青、酢浆草)。此方无论有无黄疸,初起或反复迁延不愈,谷丙转氨酶升高或持续不降,只要属于湿热患者,随证加味,皆有较好疗效。

肝肾阴亏型:该型以迁延性和慢性肝炎为多,谷丙转氨酶反复或持续不降,肝肾之阴已伤,症见胁痛神疲,腹胀腰酸,头晕目眩,夜寐多梦,或低热不退,口干多汗,舌红,苔中剥。治宜柔肝滋肾,方用一贯煎加减。

肝郁气滞型:症见肝炎迁延日久,两胁胀痛,脘闷胸痞,噎气,食欲不佳,精神疲软,头晕腰酸,舌苔黄腻,脉弦。治宜疏肝和胃。方用柴胡疏肝散加减。此类患者多缠绵难愈。

脾肾虚寒型:此类病例不多见,症可见形体消瘦,面色苍白,肢冷背寒,腰膝酸软,头昏耳鸣,食欲减少,食后脘闷,甚者遗精阳痿,带绵尿频,大便溏薄,舌胖有齿痕,苔白腻,脉沉细。治宜温养脾胃。方用肾气丸合保元汤加减。^[67]

63. 何久仁诊治经验

何师治肝病,十分重视肝脾同治,提出治肝需调脾(胃),脾(胃)调肝易愈的学术观点,具体治疗可分四端。

(1)肝郁脾虚疏肝扶土并行:肝于人体起着疏调气血,协

调升降的作用。脾之运化,亦受着肝疏泄功能的协调。若情志不遂,肝气郁结,则可使肝失去正常的疏泄职能,从而影响脾之运化,导致肝脾同病。临床表现除两胁胀痛等肝气郁结症外,还可见纳减腹胀,便溏泄泻等脾虚证。此为肝实传脾,肝郁脾虚,治法宜疏肝扶脾。何老喜用柴胡疏肝散合五味异功散。便溏甚者,重用白术;纳呆严重者,加用神曲、谷芽、山楂等。

(2)肝气犯胃疏肝以和胃:胃主受纳和化谷,而这一功能的发挥,则与肝脏息息相关。唐容川在《血证论》中指出:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化,设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗湿中满之证在所难免。”明确指出了肝之疏泄失职,直接影响着胃的功能。何师于临床中发现,肝脏病人出现胃脘胀满疼痛者甚众,说明肝病不但可传脾,而且可影响及胃。这类病人,若仅仅治肝而不治胃,效果往往欠佳。故宜肝胃同治,常用四逆散合金铃子散。气滞甚者,加香橼、佛手、青陈皮;疼痛日久,伴有刺痛者,在上方基础上加法罗海、九香虫、丹参、归尾等活血通络药;若胃脘偏寒而痛,临床表现出口淡不渴,痛而喜按,苔白舌淡等症,则用四逆散合良附丸,或合小建中汤加减。由于健胃助纳为治胃的一个常法,故一般常在辨证的基础上加用焦三仙、鸡内金等。

(3)肝火犯胃泻肝以护胃:忧思恼怒,气郁化火,木火横逆犯胃,常使肝胃升降失和,气机阻滞,以致出现胁肋疼痛,胃脘灼痛,烦躁易怒,泛酸嘈杂,口干苦,溲赤便秘,脉弦数等症,治以清肝和胃,常用四逆散合左金丸加丹皮、蚤休、梔子、黄芩、胆草等药。便秘甚者,加大黄泡服通下泻热;失眠多梦者,加夜合花、枣仁、柏子仁;小便赤甚者加木通、滑石、茵陈。

(4)肝虚传脾肝脾俱虚:肝实可传脾,肝虚亦可传脾。何师认为尤须引起重视。近代名医张锡纯说“人多谓肝木过盛可以克伤脾土,即不能消食,不知肝木过弱不能疏通脾土,亦不能消食,盖肝之系下连气海也,可代元气布化,脾胃之健运实资其辅助,为其寄生相火也,可借火以生土,脾胃之饮食更赖之熟腐。故曰肝与脾相助为理之脏也。”明确指出了肝虚传脾的病理变化。临床所见,慢性肝炎后期常出现疲乏、倦怠、腹胀、便溏、怯弱等症,即属肝虚传脾、肝脾俱虚之证,治疗应肝脾同补。何老常用六君子以补脾,加枸杞、续断、黄芪、寄生以补肝。^[68]

64. 唐宋诊治经验

辨病之体,遵循四法。

(1)解毒祛邪以治病之因:唐师认为毒邪是致病之因,发病之源,决定着疾病的性质、传变规律及预后。解毒祛邪就是为了消除本病发生的最根本环节。同时,邪祛则正生,祛邪也即是扶正。临床多用公英、二花、败酱草、地锦草、白花蛇舌草等。此类药物以清热解毒为主,祛邪而不伤正。况公英又有益胃之功,败酱草、地锦草又有活血利水之效,用量皆可稍大,多可30~50g。用本类药物,可能会出现便溏现象,可酌加健脾之品,但临床上许多患者虽有便溏,而自觉乏力减轻,饮食增加,邪从二便而出,故不可减用。

(2)活血养血以治肝之体:唐师认为,邪毒侵袭人体首先犯肝,侵肝之体。邪与血结,血流不畅则致瘀血;邪毒化热,煎熬阴血则血伤,故肝血瘀滞及虚少是本病特征之一。临床上多见烦躁、多梦、目涩、阳痿、筋弛无力、面胸背多赤丝朱缕,掌面鲜红,衄血,甚至青筋暴露、吐血便血等肝不藏血之征。治疗多用白芍、当归、丹参、桃仁、红花、大黄、蒲黄、藕节

等药物。此类药物如白芍、当归、丹参既有养血又有活血之效；桃仁、大黄活血又有通便之功，使邪从便解；蒲黄、藕节活血兼有利水止血之能。选用多功效药物是唐师用药一大特点。本类药物用量多在 10~30g 之间。

(3)疏肝利胆以治肝之用：由于目前治疗本病疗效多不确切，致使很多患者闻肝炎色变，悲观失望，情志抑郁。肝胆郁结又成为本病另一大特征。临床多见烦躁易怒或善叹息、悲气欲哭、两胁胀痛、腹胀、黄疸等肝胆郁结症状。对此类病人除以心理疏导外，多以柴胡疏肝散、逍遥散加减，药用柴胡、香附、枳壳、枳实以疏肝理气为主，其中香附为气中之血药，可调气行血，用量多在 6~15g 之间。郁金为血中之气药，既可活血理气又可退黄利胆，用量可达 20g。金钱草、虎杖、茵陈为清热解毒之品，兼有利胆祛湿退黄之功，用量多在 15~30g 之间。内金健脾消食，麦芽受生发之气以疏肝健脾皆可适当选用。

(4)健脾益肾以扶其正：慢性病毒性肝炎多及脾胃，脾胃虚损为正虚之首要，治肝不可忘脾。肾为阴阳之根，肾伤则无以涵木，故治肝不可不治肾。临床上脾伤多见：腹胀、纳呆、呕恶、便溏；肾伤多见：潮热、膝软、腰痛、阳痿、早泄等。治疗用药多为：白术健脾燥湿，茯苓、苡米健脾渗湿皆为常用之品，用量多为 12~30g；太子参、黄芪补气而不燥，且黄芪又有补气行水之功，用量宜大；枸杞、山萸肉、仙灵脾、五味子以益肾养肝，用量多为 15g。

识病之变，随证加减。临床上唐师用药循四法而不拘泥，多加减裁化。如热盛多用黄芩、栀子、黄柏、板蓝根；阴伤多用枸杞子、女贞子、沙参、麦冬之类；湿盛多用白术、茵陈、木通、车前子；痰阻多用陈皮、郁金、白芥子、半夏；动血多用丹皮、地骨皮、大黄炭、茅草根、蒲黄；转氨酶长期不降

多用五味子粉冲服；白球比倒置多用鳖甲、穿山甲、琥珀等。^[69]

65. 王多让诊治经验

王老治疗肝病时注重辨证与辨病的有机结合，临床上将肝病分为肝郁气滞型、脾虚湿困型、肝肾不足型、瘀血停滞型、气血两虚型。在疏肝、健脾、解毒排毒的同时根据临床各型，随症治疗。肝病由湿、毒而致，在处方上祛湿、排毒剂量宜大，重于君臣药量，为其用药特点，清热解毒、排毒之品常选用白花蛇舌草、贯众、板蓝根、一枝蒿、连翘等品。王老还巧用药对，如患者有外感时加金银花 30g，连翘 15g；蝉蜕、川芎配黄芪引血上行；川芎配苍术疏肝解郁；川芎配当归补血化瘀；对伴有头痛者常配全蝎、白芷；肢体麻木者常用姜黄、桑枝、鸡血藤；关节疼痛者加忍冬藤、木瓜、威灵仙；腰膝酸软者加巴戟天、菟丝子、黄精。^[70]

66. 陆长清诊治经验

扶正攻毒并举。中医认为乙肝病毒为湿毒疠邪，内蕴肝胆脾胃，侵袭日久必致脾气亏损。正虚当扶正，毒邪当攻毒，扶正、攻毒两法为治乙肝之根本大法。现代医学研究表明，治疗乙肝最为棘手的是清除细胞核内病毒和增强机体免疫功能。目前中医采用清热解毒药（即攻毒）清除细胞核内病毒疗效肯定，但不显著。陆师认为，唯攻毒的同时辅以扶正（即增强机体免疫功能），才能提高攻毒的功效，扶正与攻毒并用。攻毒喜用蒲公英、菊花、黄芩、丹皮等，扶正则选用党参、当归、猪苓、五味子等。

六法配合，中西医合参。陆师根据乙肝的临床过程和证候特征，拟定了治疗乙肝的清热解毒、益气护肝、疏肝调气、

活血化癥、健脾消食五法,并结合现代医学的研究补充恢复肝功能一法。此六法为陆师治疗乙肝的必备大法。并据此六法组成经验方“陆氏乙肝散”。

久病勿忘通阳,新病重视祛瘀。乙肝患者以虚实夹杂为其临床特点,但新病、久病病理特征并不相同。陆师认为,本病乃因湿毒疔邪内蕴脾胃肝胆所致,而肝脾又为藏血统血之脏,初感新病其邪势甚,易致气血运行不畅而出现血瘀征象。故初起感染者,治疗当重用活血化癥之品,如丹参、丹皮、当归等。对于久病者,则要慎用活血化癥之品,因祛瘀药多有伤气、破气的作用,久病者脾气亏虚,应少用或轻用。湿毒疔邪其性粘滞,内伏脏腑,久易阻遏阳气,故久病者应酌加川椒、葛根、桂枝等助阳通阳之品,或配桂枝汤以滋阴通阳。^[71]

67. 郑陶万诊治经验

郑老认为,本病是由于脾肾虚损,血不养肝,水不涵木,不能抵御温热疫毒的结果,其临床表现多虚实重叠交错,证候复杂多变,非一个证型所能囊括,也非一法一方所能胜任。故临证时,必须从整体辨治出发,才能提高疗效。基于本病常呈现虚多实少证,治疗多以扶正为主,祛邪为辅,一般不宜采用纯攻或纯补之法,更不可囿于“病毒”而企图以所谓抗病毒之中药,如大青叶、板蓝根、贯众等等之辈来达到治疗之目的。临床实践表明,坚持整体辨证论治的观点,乃是提高疗效的首要环节。

郑老将乙型肝炎的主要病机概括为“本在脾,病在肝,根在肾”。并提出“三辨二重”的辨治要点。所谓“三辨”,即一曰辨治阴阳:乙肝病位主要在肝,而肝病病机复杂,病证多变,首辨肝之阴阳,可执简驭繁。因肝体阴而用阳,以阴为体,以阳为用,有疾病时多阳常有余,阴常不足,所以临床以

肝阴虚损为多,肝阳虚损鲜见,养肝柔肝便成为治疗乙肝的主要治法之一。二曰辨治气血:即辨清乙肝是气滞血瘀为主,还是以阴虚亏为主。由于肝具有喜条达而恶抑郁的生理特点,因此,病态时肝气郁结极为常见。肝郁而多用理气之品,但易耗肝阴,故宜佐生地、白芍、麦冬等阴柔之味。肝虚多阴血不足为主,在滋阴养血的同时,又宜佐以理气之品,以防过滋过腻之患。肝郁易致血瘀,血瘀不可妄用破血之辈,以免徒伤正气,宜于养血活血之属以图缓功。三辨治虚实:乙肝病证缠绵,病程较长,久病易虚。郑老认为“虚”是绝对的,多在肝脾肾阴阳之不足;“实”则是相对的,多为气滞血瘀,湿热疫毒之有余。临床表现为虚中有实,实中有虚。而治疗之目的在于复其人身之“固有”,去其人身之“本无”。故补虚勿忘祛邪,祛邪勿忘扶正。并当恪守补而毋滞,攻而毋损的原则。所谓“二重”,即一曰重脾胃:治疗乙肝过程中,顾护脾胃十分重要,并应着重把握好补脾、运脾和养胃的不同分寸及其配合运用,即使没有脾胃症状,在遣方用药时,也应适当顾护胃气,勿使胃气受损。郑老常说:“脾胃乃愈疾之本也。”二曰重情志:由于本病迁延难愈,患者情绪往往抑郁,易于进一步导致气血逆乱,脏腑失和,极不利于疾病的好转。因此,郑老非常强调稳定患者情绪的重要性,指出在树立病家治疗信心的同时,必须循循善诱病员力戒烦恼忧虑,否则,枉投药石。

郑老提出常用治法有五,即疏肝理气健脾法、养肝凉血拯阴法、滋肾养肝同步法、理气活血化瘀法、清热化湿解表法。而每法必兼解毒之品,如半枝莲、白花蛇舌草、板蓝根、蒲公英等。在滋肾养肝同步法治验案中,郑老治一男性患者,33岁,初诊时右胁隐痛,精神疲乏,四肢无力,饮食减少,潮热盗汗,手足心热,头昏目眩,寐差梦遗,舌嫩红、苔少,脉

沉细弦微数。SGPT144U/L, ZnTT16U; 两对半: HBsAg1:64, HBeAb 阳性, 余阴性。诊断为: 乙型肝炎。经中西药治疗未见明显减轻, 证属肝肾阴虚。治宜滋肾养肝佐以解毒。药用: 太子参、鸡血藤、白花蛇舌草各 30g, 枣皮、生白芍、制首乌、全当归、朱茯苓各 15g, 枸杞、生地、菟丝子各 25g, 柴胡、金铃炭各 10g。服 6 剂后, 症状好转, 仍四肢无力, 潮热盗汗, 手足心热, 此乃阴气亏耗, 虚阳浮越。前方去柴胡、金铃炭、菟丝, 加地骨皮、浮小麦各 30g, 五味 10g。服 12 剂, 仅有活动后感疲乏症状, 此系阴气未充之症, 前方加白干参 10g, 黄芪 30g。再服 15 剂, 症状基本消失, 复查肝功: SGPT35U/L, ZnTT13U; 两对半: HBsAg1:8, HBeAb 阳性。继宗前法, 以六味地黄丸改汤剂加味, 服 35 剂, 复查两对半均阴性。尔后, 将上方改膏剂服用 1 月, 以资巩固, 再次复查肝功及两对半均正常, 并随访多年未再反复。⁷²¹

68. 乔仰先诊治经验

乔老认为, 肝炎之发病, 多虚实夹杂, 表现为湿、毒、瘀、虚四大病理环节, 在发病过程中, 湿、毒、瘀三邪常相互纠缠, 发展至后期则形成“湿毒瘀结”的局面, 此为肝炎表现为实证三个方面。所谓虚者, 乔老认为有两个方面, 首先表现为患者正气亏虚(免疫功能降低), 易为湿毒之邪所乘。其次, 急性肝炎阶段如果治疗不及时或恢复不顺利, 病情反复波动形成慢性肝炎时, 由于慢肝病程迁延, 精气内夺, 湿热亢盛, 煎熬精血; 或因久服苦寒清凉之品, 一伤脾胃, 二劫肝阴, 导致肝阴内耗, 脾胃失运, 甚则肝肾阴虚。这种虚实夹杂、正虚邪恋的情形在慢性肝炎中尤为多见。

鉴于湿、毒、瘀、虚四个环节, 乔老在临证时常选用利湿、解毒、活血、扶正四大法。其中, 尤重视活血和扶正。乔老认

为,湿瘀同源,利湿而不活血,则非其治也。提倡“治肝需治湿毒,治湿毒又必治血,血行则湿毒易去”。临证时,在清热利湿解毒的同时,常佐以活血行瘀之品,如丹参、丹皮、赤芍、川芎、当归、大黄等,以改善血液循环,促进湿毒易于祛除。另外,无论在发病期,还是恢复期,均十分重视扶正,主要表现为:①注意顾护胃腑。因为清热利湿、活血解毒之品,性多寒凉败胃,而“胃气一败,则百药难施”(李中梓语)。②补虚以利攻邪。肝炎多为虚实夹杂之症,若一味攻伐,则易伤正气,宜攻补兼施。肝脏“体阴用阳”,为藏血之脏,虚则多为阴虚、气虚或气阴两虚,治宜益气、养阴,以恢复正气,提高自身免疫力,有助于湿、毒、瘀的祛除。③强调善后调理。恢复期的病人,肝组织处于修复阶段,其正气未充。乔老认为,肝炎病人在实验室指标恢复正常后仍应坚持服药一段时间,以固本善后,减少复发。临床上,乔老喜用砂仁、蔻仁配伍炒谷麦芽或焦楂曲来和胃安胃,保护胃腑。若湿邪重笃,可用生熟米仁各30g入药,既可利湿又可养胃,堪称以补为攻之品。而在虚证突出时,乔老常令患者自购生晒参、西洋参,煎汤代茶频服,以扶正补虚,两参合用,有很强的益气、养阴之功,一般也可用党参、沙参代替。两参合煎时的剂量比例,可视气虚与阴虚的情况而定,一般以3:1、1:1或1:3的比例为宜,善后调理多选用疏肝、健脾之品,如黄芪、党参、太子参、白术、白芍、柴胡、枳壳、米仁、山药、枸杞、甘草等。据现代药理实验及临床结果证明,这些药物均可提高细胞免疫和补体水平,对肝炎病人的恢复大有裨益。

69. 吴寿善诊治经验

见肝之病,顾护脾胃。吴师推崇医圣张仲景“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之古训,临床中以实脾为首务。善用党

参、白术、茯苓、焦楂健脾助运之品。反对临床上见肝功能波动,或乙肝标志物日久不转阴,就加苦寒清热之品。因肝木克脾土,脾湿内生,乃病之本。倘医者不知扶脾,反而伤脾,则湿热难以化散,以致邪恋不去,造成湿浊未清,余邪残留。

遣方用药,贵在平淡。吴师认为,过用苦寒之品,非但无益,反而有害,必致脾胃受伤,元气暗耗,致病情迁延难愈,或正气不足,病情反复。主张选用辛凉轻平之品,如二花、连翘、板蓝根之类,再配用丹参、黄芩、茵陈疏肝清热。

阴虚之体,不宜重补。肝病日久,必致阴虚,一般人往往重用益气养阴滋补厚腻之品,以致气机壅滞,脾胃升降失司,病人纳呆,饮食无味,使水谷精微无从化生,阴液得不到补充,其阴更虚。此时宜用苏梗、白芍等药辛开苦降,疏通脾胃,脾胃健运功能恢复,有利于疾病康复。

调节情志,事半功倍。肝炎病人的情绪变化,影响着疾病的康复。患及此病者往往心情抑郁,悲观失望,丧失治疗信心。所以吴师除给病人精神鼓励外,特别强调用药要以患者服用后感觉舒服为原则。治疗过程中,分层次、分阶段解决问题,开始即集中药力,重点解决主要矛盾。病人症状改善,感觉舒服,精神得到鼓励,乐意接受治疗,机体才能产生调节平衡作用。心情愉快,利于疾病康复。反之患者服药后不舒服,症状得不到改善,导致心情烦躁,产生抵触情绪,往往影响治疗。

熟知药理,治而不误。如果病人服药后出现一些不良反应,即可酌情去之。如石膏乃吴师治肝病常用药,具有清热除烦、生津止渴之功效,但脾胃虚寒腹泻者应慎用。石膏乃辛凉之品,若过用之,必致寒甚,宛如“雪上加霜”;川楝子味苦性寒,功可疏肝理气、止痛杀虫,擅治肝胆之热,若肝病日久,伤及脾胃,致中焦虚寒,用之则胁腹痛甚;邪在半表半

里,多用黄芩,而伴腹痛则不宜。有宗仲景法改用白芍者,然而吴师不用白芍,而用半枝莲,曰:“半枝莲不单清热阶段祛邪,还可缓急止痛,能解胁腹之苦,此乃一举两得”。据现代药理研究,半枝莲不但能治癌肿,还用于治疗肝炎、肝肿大,对乙肝标志物有抑制作用。且其毒副作用甚小,虽为辛凉之品,但脾胃虚寒的病人,饭后服用可免去不适。

病情繁杂,辨证精当。人体是一个有机整体,某一脏腑发生病变时,常累及其它脏腑。了解病史时,病人陈述仅供参考,医生仔细诊查方为中策,不然病人盲目作答,医者马虎处治,容易延误病情。曾有一外地患者在当地以“胃病”诊治多年,久治不愈,吴师嘱查肝功、B超,确诊为胆囊炎、乙肝。经辨证治疗,胃痛乃解。吴师认为,乙肝实验室指标应作为衡量疗效的标准,不能只是根据症状治疗,因有时症状还不能完全反应病的本质。若见病人症状消失,即认为病愈而不继续施治,可造成病情迁延难愈。一再告诫,现代实验室检查与通过诊察症状、了解病人体质,二者应兼而顾之,不可偏废。^[74]

70. 李则藩诊治经验

降酶:李师认为乙型病毒性肝炎在急性期多是湿郁热蒸所致,谷丙转氨酶呈显著增高。因而在治疗上,当予清热利湿为主。药理研究表明,清热利湿的中药寓有降酶的作用,当湿热症状消退,谷丙转氨酶亦渐正常,常选药物有茵陈、虎杖、蒲公英、草河车、风尾草、垂盆草、田基黄等。酌情以2~3味药组成药对。连用2~3周。中途不可轻易更味。如经治无效或少效时,可另更一组,如此连贯用药可获得预期效应。慢性肝病谷丙转氨酶显著增高,其病机为脾虚湿热,属本虚标实虚实夹杂之候,治当权衡虚实,先标后本或标本兼

顾。如属肝胃阴虚证型者,不宜轻降苦寒降酶之剂,免致阴分益受其损,对此可选用五味子、夏枯草并重加甘草,酸甘相伍,可以化阴,两者相得益彰。

退黄疸:李师认为,黄疸本属湿郁热蒸,理应清热化湿。但如持续不降,应考虑湿热蕴于血分,则需参以活血通络之剂,如当归、赤芍、桃仁、红花、郁金等。偏于寒湿者可酌加附子片、苍术、干姜等,热重于湿者则配生大黄收效颇捷。

降浊:麝香草酚浊度异常者,可伴 A/G 比例(白蛋白与球蛋白)异常或倒置,多属阴虚。在白蛋白升平后,浊度反应多转为正常。宗“郁者达之,虚者益之”的指导思想以逍遥散合八珍汤为基本方。重用当归 15~20g,意在活血化滞,去瘀生新。

升白蛋白:慢性肝炎白蛋白降低多由于病变日久,正气损伤所致,其低下指标一般与脾气虚损程度成正比。李师认为从西医角度来说,肝脏是一个重要的代谢器官,由于肝病损伤了蛋白代谢功能,导致血浆白蛋白降低。但从中医藏象理论分析,代谢的器官是脾,因“脾气散精”,“脾为胃行其津液”,脾负有运化水谷精微的职能,故李师以治脾胃为主,寓有改善肝脏蛋白代谢功能的作用,并符合前人说“上下交损,当治其中”的治疗原则。常用党参、黄芪、白术、甘草、茯苓、山药、扁豆、薏苡仁、鸡内金、神曲、芡实等。每当服用 1 周后,脾胃症状显著改善。3 周后复查血浆总蛋白及白蛋白都能上升至正常范围内。

乙肝表面抗原转阴:李老认为清除乙肝病毒,除治疗的因素外,更主要的是决定于病者机体免疫反应的强弱,凡感染有乙型肝炎病毒者,其清除病毒的免疫反应多数比较低。因此乙肝表面抗原阴转率不高,乙肝表面抗体较难出现。认为最佳的抗病毒药物是既能有效地抑制病毒繁殖、生

存,又不损害宿主细胞。药用益气补肾之品,如党参(红参)、黄芪、黄精、巴戟天、仙茅、仙灵脾、枸杞子、菟丝子、肉苁蓉等。在临床上取得较好疗效。⁷⁵

71. 吕兰凯诊治经验

吕师临证根据慢性乙型肝炎临床表现,常分为四型施治。即清热化湿,常用方为茵陈蒿汤、胃苓汤、甘露消毒丹。疏肝活血,常用方为柴胡疏肝散、逍遥散、血府逐瘀汤。益气养胃,常用方为柴芍六君汤、白芍益功散、参苓白术散。补肾柔肝,常用方一贯煎、滋水清肝饮、六味地黄丸加减。

吕师认为慢性乙型肝炎,无论其病因多湿、热、毒、瘀或属虚属实,治疗时均须注意顾护脾胃。脾为后天之本,气血生化之源,脾气健运,既可杜木之乘,又可滋养肝木,而遂其疏泄、条达之能,有利于肝病的恢复。临床常见肝病患者,如脾胃功能正常,则疗效较高、疗程较短,病情缓解或恢复较快,故在治疗慢性肝炎时,常加用健脾和胃药,以消除恶心、呕吐、腹胀、食少等消化道症状,常用药物多选用白术、茯苓、薏苡仁、陈皮、竹茹、砂仁、紫苏梗、鸡内金、莱菔子、焦山楂、炒麦芽、神曲等。同时吕师在治疗本病处方用药时,最忌使用损伤脾胃之品,如需清热解毒时,多选用性味甘寒之品,不用大剂或久用苦寒之属,以免损伤中阳;化湿时,以甘淡渗湿为主,不选用或久用苦辛温燥之品,以免耗伤脾胃之阴;调补脾胃时多用性味甘平之品,不用滋腻厚味之峻补药,以免助湿生满,阻碍肝气之疏泄。

吕师在治疗时还重视现代医学检测结果,并结合现代药理研究,指导临床用药。如抗乙肝病毒方面,虚证常选用冬虫夏草、黄芪、人参、党参、生薏苡仁、黄精、淫羊藿、枸杞子、紫河车等,实证常选用板蓝根、大青叶、玄参、大黄、虎杖、白

花蛇舌草、金银花、土茯苓、半枝莲、柴胡、丹参、野菊花等。黄疸较重,偏于湿热者选用茵陈、栀子、大黄、黄芩、泽泻、猪苓、白茅根等,偏于血热者选用大黄、三七、虎杖、丹参、牡丹皮、赤芍、郁金、当归、紫草、刘寄奴、生地黄、茜草等。降转氨酶方面,湿热毒邪较盛者选用田基黄、垂盆草、山豆根、败酱草、蒲公英、金银花、白花蛇舌草、金钱草、黄连、连翘,兼血瘀者选用丹参、赤芍、牡丹皮、紫草、白芍、生地黄、当归、泽兰、桃仁、红花、刘寄奴、川芎、生山楂、茜草、土鳖虫,肝肾阴虚者选用生地黄、五味子、枸杞子、白芍、石斛、女贞子、旱莲草、黄精、茯苓、山萸肉、木瓜。对血清白蛋白降低、球蛋白升高者常选用人参、党参、黄芪、白术、当归、冬虫夏草、茜草、茯苓等。抗肝纤维化方面多选用丹参、赤芍、白芍、生地黄、三七、桃仁、红花、百合、柴胡、郁金、鳖甲、土鳖虫、穿山甲、三棱、莪术、水蛭、牡蛎、蒲黄、五灵脂、牛膝、川芎、当归等。^[76]

72. 张亚洲诊治经验

张师在治疗病毒性乙型肝炎时,从改善肝功生化、促进病毒指标转阴同时改善症状和体征诸方面考虑,宏观与微观主次兼施。

张师认为乙肝患者有多种理化检查指标异常,纠正这些异常,是乙肝治疗中的一个重要方面,结合中医认识强调使用针对性用药,常取得一定的效果。

(1) 乙肝表面抗原阳性是乙肝感染的标志,中医认为是由于正气虚弱,湿毒病邪侵入,可在治疗的小汤剂中加大清热化湿解毒药物的种类及剂量。但因乙肝病毒为湿毒病邪,易阻遏阳气、内伏脏腑,故应酌加仙灵脾、葛根等助阳通阳之品。

(2) 蛋白代谢异常多发生在长期慢性、迁延性肝炎患者,

张师认为血浆白蛋白低下多为肝肾阴虚、精血耗伤所致,若白、球蛋白倒置多因气阴两虚、脾肾气虚而成,在治疗上多选用滋肝益肾、养血生精、补脾生化诸法;麝香草酚浊度试验升高是由于湿热入血、正气亏虚、余毒耗伤阴血所致,治疗上一般采用加重化湿解毒药物剂量,加用开郁化湿之枳壳、佩兰,补气养血通络法。

(3)张师认为血清转氨酶升高的原因为湿热伤肝、热毒入血所致,据临床观察一般凉血清热解毒药物有一定降酶作用。在使用针对性降酶药物必须以辨证论治为基础,选药时注意药物的性味及作用特点,多选用蒲公英、丹皮、贯众等苦寒药物。若转氨酶长期下降者,用酸敛养肝法,如五味子、山楂、白芍,但在用药上必须坚持相当一段时间,以避免反跳,使转氨酶正常值稳定后再缓慢停药。^[7]

73. 莫矜耀诊治经验

莫教授认为乙肝的发病机制是湿热疫毒侵入人体,隐伏血分,扰乱气血津液,导致气滞、血瘀、湿阻和痰凝;损伤正气,形成气血不足和阴阳亏虚,病在肝脾肾。治疗宜辨病与辨证相结合,扶正与祛邪并举,采用清热解毒、疏肝理气、活血化瘀、化痰除湿、养阴柔肝、健脾益肾之法。

清热解毒,抑杀乙肝病毒。湿热疫毒是乙肝发病的主要原因,以急性期为突出,在慢性乙肝活动期,肝肾阴亏阶段仍有湿热疫毒残留,潜伏血分。故需针对病因治疗,用药力求入血解毒,使邪无隐伏之所,失其萌发之机。清热解毒能抑制乙肝病毒复制,减少体内乙肝病毒。药用白花蛇舌草、虎杖、龙胆草、板蓝根、茵陈、半枝莲、蒲公英、鱼腥草、郁金、白芍、陈皮、甘草。

疏肝理气,阻止疾病发展。肝失疏泄条达,气病及血,气

滞不行遂致血脉瘀阻。治疗应及早消除郁滞,阻止疾病发展。“木郁达之”,疏肝理气,但忌纯用香燥之品,以防耗伤阴液。宜用性味平和,理气不伤阴之药物,或疏肝理气之际,增用滋养肝阴之品,肝阴得以柔养,肝气自能疏达。药用柴胡、白芍、郁金、川楝子、白术、枳壳、苏梗、佛手、八月札、绿萼梅、玫瑰花、当归、麦冬、甘草。

活血化瘀,对抗肝纤维化。慢性乙肝,久治不愈,肝内纤维结缔组织代谢失常、增生,使肝脏变硬,形成肝硬化。同时免疫调控障碍,免疫复合物清除不全,沉积在小血管基底膜造成损害,使病情加重和进一步发展。针对病理改变进行治疗,活血化瘀,活跃微循环,提高细胞供氧状态,改善结缔组织代谢,抑制纤维组织增生,对抗肝纤维化,同时能清除免疫复合物及其沉积造成的损害。活血化瘀应尽早应用,即使无明显血瘀见症,也应酌加活血化瘀之品。药用丹参、桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、穿山甲、香附、鸡血藤、柴胡、延胡索、甘草。

化痰除湿,促进疾病痊愈。乙肝顽固难愈,乃肝脾肾三脏功能失调,津液输布、代谢失常,湿浊内生,津凝为痰。痰湿均为阴邪,其性粘滞,故病情缠绵。久病从痰湿论治,化痰除湿,能缩短病程,促进痊愈,消除症状,改善肝功。若腻苔化净,肝功好转,症状改善,食欲增加则病情好转;如果苔腻不化,即使肝功已正常,仍有复发的可能。药用藿香、佩兰、陈皮、半夏、茯苓、薏苡仁、白术、泽泻、石菖蒲、白豆蔻、厚朴、甘草。

养阴柔肝,防止病情恶化。肝在病理状态下多表现为阴血之虚损。慢性活动性乙肝热毒未尽,肝阴受耗,久延而致肝肾阴虚,肝体失养,日久枯萎变硬,形成肝硬化。血热伤阴,血中阴液不足则血质变稠,形成血瘀,肝脉瘀阻,热毒不

衰,瘀毒结积可致肝癌发生。阴血不足,热灼肝络,迫血妄行形成大出血。此时保存一份阴液,便有一份生机。养阴柔肝能防止病情恶化,为治疗乙肝的重要环节。其对肝损害不但能起到减轻肝细胞坏死及变性和抑制纤维组织增生的作用,而且有促进肝细胞再生作用。药用生地黄、北沙参、麦冬、当归、枸杞子、玉竹、石斛、佛手、女贞子、白芍、乌梅、甘草。

健脾益肾,调节免疫失衡。调节免疫是治疗乙肝的主要环节之一。健脾益肾,提高人体抗乙肝病毒免疫反应,使病毒感染停止;恢复免疫调节功能使自身免疫进程停止;抗肝细胞的损害,调节免疫失衡使之趋于正常,有利于 HBsAg 的消失和抗-HBs 的出现。药用黄芪、党参、白术、茯苓、山药、枸杞子、菟丝子、淫羊藿、巴戟天、当归、白芍、甘草。

另外降酶护肝在治疗乙肝过程中也是必不可少的,既可用于血清转氨酶增高,更用于血清转氨酶正常之际以防止和延缓肝细胞的受损,此乃“治未病”的反映。宜根据证候虚实选用药物,气虚用五味子;阴虚用枸杞子;热毒用垂盆草或龙胆草。其降酶短期疗效较佳,有护肝作用。值得注意的是,药物的代谢和肝脏最为密切,若不适当的服用过多所谓保肝药物,可加重肝脏负荷,或损害肝脏,使乙肝病程迁延,甚至恶化。^[78]

74. 田玉美诊治经验

田老认为,病因当首推“湿疫”之邪。患者胸部痞满、身重困乏、纳呆口粘、恶心呕吐、苔腻符合湿邪致病,重浊腻滞的特征。故其治疗效果,难以如寒邪一散即除,如热邪一清即解,或如燥邪一润即安。其致病特点有四方面:①隐袭致病。不少患者诊病之时,往往难已言之何时患病。②湿邪中恋,致脾胃升降失常,健运失司,而病纳呆、腹胀、便溏、恶心

呕吐等证。③易及肝胆,致肝胆疏泄失司,而病胁肋疼痛,心烦易怒,甚则黄疸等证。④湿性粘滞,易阻气机,失治或治之不力可从寒热转化,演变成湿热内蕴,或寒湿中阻,或气滞血瘀等证型。

乙肝的病理变化主要是脾胃肝胆四脏腑的气血变化。气病有气滞、气虚、气逆、气陷;血病有血瘀、血虚、出血。特征有三:①因气及血,气血同病,气血病变无阶段性。②因人因病程而异,气血病变各有主次侧重,即有人以气病为主,有人以血病为主。③久病多虚,久病多瘀,慢性乙肝往往是虚实夹杂,气血同病,如气实与气虚同见,血虚与血瘀同存,或气血双虚同现气滞血瘀等。

乙肝病位主要在脾胃肝胆,往往先由脾胃涉及肝胆,但无明显阶段性,四者中间关键是脾胃。乙肝因脾胃不足而感邪,因土壅木郁而肝胆受病,因脾胃虚损、肝胆郁滞而迁延难愈。

在治疗上,田老强调:①调脾胃,扶正气。此法则能增强机体免疫功能,提高机体抗病能力。香砂六君子汤健脾益气,是治疗慢性乙肝脾胃亏损的一张良方。关于临床应用,田老指出,脘腹痞满是慢性乙肝常见症状,若较重,宜对症用药,可予广木香 15g,加厚朴、枳实各 10g。广木香能和胃气、疏肝气、快胃气、消积气,是治疗胃肠气滞痞满的一味良药,枳实、厚朴苦泄辛散,治痞消胀常用配对,现代药理研究,两者具有不同程度的促进胃肠蠕动的功能,3 味药联用,往往可药到胀痞消除。口淡乏味,不思饮食,往往使气血生化物质乏源,不利受损肝脏修复,应当积极施治,辨析原因,若苔黄腻者,乃脾虚湿滞热化,可加藿香、佩兰、生麦芽各 10g,芳香化湿,舒展气机,使气化湿化,湿化热消。苦寒燥湿之品当需慎用,因此时脾气已损,苦寒药物,用之不当,极易伤阳或

伤阴。若需用之,可加黄芩、熟大黄、茵陈各 10g,败酱草 15g,苦寒清胆泻胃解毒。其中黄芩能降低 ALT,大黄、茵陈能消除免疫复合物。若苔白腻者,乃脾虚湿滞寒化,可加草果仁 15g,干姜 10g。干姜守而不走,同白术相伍,燥湿补脾,此时加用草果仁,使干姜、白术燥湿补脾相得益彰,获效更佳。

②舒肝胆、行气活血、流畅气血。是治疗慢性乙肝又一重要环节。能促进乙肝病毒阴转,提高机体免疫功能,预防或阻止肝脏纤维化发生发展。柴胡疏肝散,能疏肝行气、和血止痛,是舒畅肝胆气血良方。该方不仅对肝胆性疼痛有肯定的止痛效果,且具有保护肝细胞,促进肝细胞再生,抗肝脏纤维化的作用。关于临床应用,田老指出,肝区疼痛是慢性乙肝常见症状,胀痛者,加佛手、川楝子各 10g,郁金 10g,往往能增强止痛效果,并在改善肝脏微循环,扩张血管,增加肝脏血流量,抑制肝脏纤维化增生方面都有肯定的作用。舌质红绛是血分有热,加红蚤休、败酱草各 15g,丹皮 10g,白茅根、半枝莲 30g,以清热解毒、凉血活血,上述药物分别具有免疫促进作用,能增强网状内皮系统吞噬功能,或具有提高淋巴细胞转化率,诱导干扰素生成,增加肝脏血流量等作用。

③补肝肾,滋阴血。乙肝久病每见肝肾阴虚、精血不足。临床表现可见肝区隐痛、喜轻轻柔按,双眼干涩,视物昏花,耳鸣头昏等症。此时当滋阴补肾、养血柔肝。这一法则具有调节机体免疫功能,同时又能增强肝细胞抗损害和解毒排毒功能。一贯煎滋阴养血柔肝止痛,是治疗慢性乙肝肝肾阴虚良方。若舌红而干,阴伤甚者,可加石斛、玉竹各 15g,以甘寒养阴,应避免苦寒滋腻碍脾;胁肋疼痛者,可加白芍 20g,甘草 6g,柴胡 10g,以养血柔肝止痛,慎用疏肝之品,以避免辛燥伤阴。若视力下降,视物昏花,可加菊花 10g,桑椹子 15g,以养血明目。

如治一男性 28 岁患者,发现乙肝 8 年,近年来肝区疼痛、食欲不振,脘腹饱胀,恶心欲吐,口苦,尿黄,便溏不爽,渐趋明显,查血 HBsAg (+), HBeAb (+), 抗-HBc (+), ALT128U/L, Tbil28 μ mol/L, 苔黄腻,脉弦细。拟健脾化湿退黄,疏肝理气止痛。方药:败酱草、党参、炒白术、茯苓各 15g, 青皮、陈皮、法半夏、广木香、佩兰、藿香、柴胡、元胡、枳实、鸡内金(研末冲服)各 10g, 丹参 20g, 每日 1 剂,水煎服。20 剂后,自觉症状大减,除肝区隐痛,时呈刺痛,神疲乏力外,余无不适,复查肝功能正常。拟疏肝解郁,行气活血,健脾益气。处方:陈皮、柴胡各 10g, 枳实、元胡、丹参、白芍、党参、黄芪、茯苓、败酱草、红蚤休、炒谷芽、炒麦芽各 15g, 川芎 6g。上药服 60 剂后自觉无任何不适,复查乙肝指标阴性,随访 2 年未复发。^[79]

75. 梁国杰诊治经验

梁师提出在治疗肝病过程中,应针对每位患者的病情,作出具体分析,制定出分阶段、分步骤、有侧重的治疗法则,即“治肝三部曲”理论,用以作为治疗各类型肝病立法、组方、遣药的依据。

梁师认为,慢性活动性肝炎患者,肝细胞受损,肝功能低下,造成肝脾不和,气血亏损,阴阳失调,所以将调整机体阴阳平衡,增强机体免疫力定为第一曲,以益气补血,健脾和胃为主,佐以疏肝理气。常用方药:参苓白术散合四物汤加柴胡、白蔻仁、青皮等。

梁师谆谆告诫,肝炎病毒在人体内不断复制,是慢性活动性肝炎患者病情反复发作的根本原因,所以将抑制肝炎病毒复制,使乙肝指标转阴或部分转阴定为第二曲,常用中药:田基黄、金钱草、板蓝根、茵陈、鸡骨草、龙胆草、败酱草、虎

杖、阴阳莲、螃蜞菊等加减组方,或服用乙肝速消丹(梁师自拟方:柴胡、白花蛇舌草、僵蚕、水飞蓟、虎耳草、红花各 30g,青矾、蜈蚣、硫磺、甘草各 10g,研成细粉,装入胶囊,每粒 0.3g,每次口服 4~8 粒,每日 3 次,儿童酌减,饭后半小时服)。

梁师将补益肝气,佐以疏肝理脾,肝脾同治,巩固疗效作为第三曲,以补益肝气汤加减:黄芪、白术、陈皮、枳壳、升麻、柴胡、当归、白芍、炙甘草等。全方特点,疏肝健脾,调畅气血,补中兼行,升降并用,使清阳得伸,肝气得舒。^[80]

76. 张俊富诊治经验

张氏认为急性及亚急性重症肝炎多由慢性肝炎或肝炎后肝硬化发展而来,具有“久病入络”、“内结为瘀血”的特点,属中医“瘀血黄疸”,多表现为正虚邪实,中医多分为热毒炽盛、热入心包、痰浊内阻、瘀血发黄、寒湿发黄等型,但往往交叉重叠,互相影响,辨证治疗时不能拘泥于某证某型,而应全面分析,综合治疗。如肝炎患者见黄疸进行性加深,食欲锐减,舌红逐渐加深,脉躁急,即应高度警惕急黄的发生。治疗应以解毒益肝,清热凉血为主,自拟解毒益肝,方中以茵陈蒿汤为主清热解毒退黄,以犀角地黄汤清热凉血退黄。常用药:茵陈、栀子、大黄、生地、玄参、赤芍、丹参、丹皮、茜草、郁金、广角、瓜蒌、陈皮、泽泻、车前草等。

如见热毒炽盛,黄疸急剧加深,病情重者,重用赤芍 50~100g,生地 30~50g 或加大金钱草、海金沙增强凉血之功;见阳明腑实,腹满、便秘、舌红、苔黄燥、脉弦滑有力,重用大黄加芒硝通腑泻热;如见黄疸持续不退可配合激素,大剂量、短疗程,一周后逐渐减量,为防止激素副作用,一般初期多以阴虚为主,加知母、玄参、生地等,激素撤减或停药前后

则表现阳虚,故多加补肾助阳之附子、仙灵脾、巴戟天、干姜等;如黄疸很深,颜色也鲜明,用清热解毒凉血药黄疸仍不退或消退缓慢,当考虑湿热留恋,气机郁滞,也佐以附子、仙灵脾、巴戟天等,其目的并不在运用温药温补阳气,而在于助阳化湿、通利小便,气机宣通,水道通畅,则湿邪可从小便而去,黄疸自然消退。

慢性重肝多为正虚邪实,治疗中可加入人参、黄芪以扶正祛邪,同时以免苦寒伤正,由于湿邪留恋时间较长,故加防己 30g,秦艽 30g,以增加化湿之功。另外重症肝炎合并出血加用云南白药、三七粉,大黄煎剂胃管注入,保留 1 小时,每 4 小时 1 次,配合三腔管止血;合并腹水、腹腔感染,加用小承气、胃苓汤及黄连解毒汤化裁,配合西药抗生素治疗;合并昏迷可鼻饲或灌服安宫牛黄丸,每 4 小时 1 次,每次 2 丸,或肌注、静滴牛黄醒脑 1 号、2 号,配合西药氨基酸类静滴。

病案举例:尤某,男性,35 岁,于 1993 年 1 月 3 日入院,病案号 3078。患慢性乙型肝炎 1 年,肝功能反复异常。于入院前 10 天无诱因恶心呕吐,厌油纳差,口苦,脘腹痞满,腹胀,继则皮肤巩膜黄染,色鲜明,尿黄赤如浓茶水,便溏,每日 3 次,牙龈出血,化验肝功能 ALT578.4U/L, AST162.4U/L, Bil 226.7 μ mol/L, A/G30.6/35.5g/L, 血 PT25" (正常 14"), 活动度 34%, 一周后 Bil 271.20 μ mol/L。查体,精神不振,巩膜皮肤深度黄染,可见肝掌及蜘蛛痣,心肺未闻及异常,腹软,肝脾未及,腹水征(++) ,腹部压痛,轻反跳痛,无肌紧张,舌质暗红,苔白厚腻,脉弦滑。西医诊断:病毒性乙型肝炎,慢性重型。中医诊断:瘀血黄疸。辨证:湿热郁毒内阻,正虚邪实。治疗:解毒益肝汤加秦艽 30g,防己 30g,人参 10g (先煎),仙灵脾 15g。配合西医支持疗法及静滴胎肝悬液,人白蛋白等,治疗 2 周, Bil 215.3 μ mol/L, 血 PT25" (正常

14"),活动度 34%,治疗第 4 周 Bil 下降 $78.4\mu\text{mol/L}$, ALT 39.9U/L , AST 54.7U/L , A/G $43.2/24.9\text{g/L}$, 血 PT $18.7''$ (正常 $15''$),继续守方治疗月余,肝功能正常,血 PT $12''$ (正常 $10.8''$),遂改复方仙灵脾冲剂 2 袋,每日 2 次,冲服,抗病毒治疗 3 月。^[81]

77. 周信有诊治经验

周氏认为,根据乙型肝炎的临床症状、体征和病理特点,可分为湿热未尽型、肝郁脾虚型、气阴两虚型和虚瘀癥积型四种。湿热未尽型突出的是湿热蕴结,显示出一种病情活动的现象。此型即可见于慢性迁延性肝炎,亦可见于慢性活动性肝炎;肝郁脾虚型一般病情变化较轻,其症状特点表现肝强脾弱、脾虚不运所出现的胁痛、纳差、疲乏等。其肝脏损害尚不严重,肝功能改变较轻;气阴两虚型一般比肝郁脾虚型病情进一步严重。突出的是以虚为主,如疲乏无力,其病理变化为各型所共有,而本型疲乏无力的程度是由轻转重,甚至感到严重疲乏不支。而且有的还气损及阴而出现口燥咽干,心中烦热等阴津不足现象;虚瘀癥积型是四型中最严重的一型,此型突出的是虚与瘀交互出现的病理特点,如症见虚羸不足,疲倦乏力,胁下癥积,面黧舌暗,腹水蛊胀,腹壁青筋等。多见于慢性活动性肝炎或见肝硬化者。肝络阻塞、血瘀肝硬、肝脾肿大之“瘀”是与肝脏抗病能力低下、正气严重虚损不足之“虚”密切相关。而肝脾肿大,瘀血不行,又可导致新血不生,而成为促进气血虚损不足的因素。这突出体现了“虚”与“瘀”互为因果,形成恶性循环的病理特点。

周氏认为本病治疗总的原则,不外清解、补虚、祛瘀三法。据此确定一基本处方,通治各种病毒性肝炎。柴胡 9g,茵陈 20g,板蓝根 15g,当归 9g,丹参 20g,莪术 9g,党参 9g,炒

白术 9g, 黄芪 20g, 女贞子 20g, 五味子 15g, 茯苓 9g。周氏认为, 治疗乙型肝炎, 如果单纯从病原学观点, 选用对乙肝病毒有抑制作用的苦寒药组方治疗, 往往效果不够理想。根据辨证, 重用扶正培本, 补益肝脾肾之品, 无论证候表现, 肝功能化验和免疫指标, 一般都得到相应改善。这说明扶正补虚药, 可控制机体免疫机制, 改善肝细胞功能, 促进蛋白合成, 在治疗上是降浊和提高血清蛋白的关键。^[82]

78. 黄保中诊治经验

黄氏通过对慢性肝炎的病因、病机、病症的分析, 总结出治疗慢性肝病的七个原则: ①解毒勿忘透邪。他认为, 湿热带毒之邪为肝病的主要致病因素, 湿热蕴结的基本病理可贯穿于慢性肝病之始终, 故清热利湿解毒是肝病的主要治则, 所以强调解毒勿忘透邪, 用升麻祛风清热, 解毒消肿, 旨在祛邪外出。②治黄勿忘治血。慢性肝病合并黄疸者其主要病机为肝脉瘀阻, 瘀热内结, 即“瘀热发黄”、“瘀血发黄”, 故治疗应在清热利湿解毒之基础上, 加用凉血活血之品, 如赤芍、牡丹皮、丹参、川芎等, 以加速瘀热的清除。黄疸的消退, 有利于肝脾肿大的回缩。③解郁勿忘降肺。肝郁日久可变生它郁, 使病情缠绵难愈。而肺主一身之气, 故治肝郁除用疏肝理气之法外, 还应注意清肺降气, 以使治节有权, 肃降令行, 升降协调, 三焦气化通畅, 从而使肝郁得以解除。临证常加瓜蒌 15~30g 宽胸理气、清金抑木以降肺气, 能使气机通畅, 诸郁得清。④活血勿妄用破血。肝脉瘀阻为慢性肝病的主要病机, 应注重活血化瘀, 阻止和逆转肝纤维化。运用活血药时应注意度和量, 勿妄用破血之品。慢性肝病本身存在脾肾气血虚的一面, 治疗应中病即止, 消补兼施, 寓消于补, 活血药不可妄用破血之品, 如桃仁、红花、土鳖虫、水蛭、三

棱、莪术等,否则有耗血、动血之弊。临证常用赤芍、丹参、仙鹤草、生牡蛎、炙鳖甲等活血养血、软坚散结之品,同时加一味川芎行血分之气,疗效颇佳。⑤调和肝脾勿忘和肝理脾。慢性肝病肝脾不和、肝郁脾虚是其主要原因,故治疗应注意和肝理脾,可灵活运用张锡纯《医学衷中参西录》的“肝脾双理丸”作为基础治疗方,以达到和肝理脾、凉血活血、清热解毒之目的。⑥理中勿忘升降。慢性肝病久必影响脾胃运化功能,致升降失常,可见胁痛腹胀,食后胀剧,全身乏力,大便粘腻不爽等证。临证运用枳术丸(枳壳 15g,白术 30g),以调理脾胃气机,清升浊降,脾胃调和,则邪去正复,气机通畅,肝气得舒。同时大量白术可以润肠通便,改善胃肠道功能,减少肠源性内毒素的吸收。⑦滋阴勿忘补肾。肝病瘀热内结,久致肝阴受耗,而肝肾同源,久必及肾,致肝肾阴虚,因此,及时加用滋养肝肾之品是慢性肝病治疗中的一个重要环节。常加用川牛膝、怀牛膝以引血下行,补益肝肾,疗效较好。

病案举例:吴某,男,35岁,1997年8月4日初诊。乙肝病毒携带6年。4年前因劳累加饮酒致腹胀,纳差,乏力,并伴重度黄疸,诊断为“慢重肝”,经某院住院治疗黄疸消退,但仍感腹胀,乏力。肝功能:ALT6601.32U/L,AST4084.15U/L,TBil23.6 μ mol/L,A/G:33/33。B超示:肝光点粗大,脾大(厚4.3cm,长18.6cm),少量腹水。面色晦暗,白睛轻度黄染,唇色暗红,肝掌可见,舌暗红、苔黄腻,脉弦滑。辨证属肝郁脾虚,湿热内阻。治以和肝理脾,软坚活血,佐以清热利湿解毒。处方:生牡蛎、炙鳖甲、炒白术、丹参各30g,赤芍、白芍、枳壳、川芎、怀牛膝、车前草、升麻、土茯苓、青蒿、金钱草各15g。加减服用一个月,诸症悉平,两个月后复查肝功能正常,连续治疗半年,肝功能一直正常,病情趋于稳定。^[83]

79. 张瑞霞诊治经验

张氏认为,慢性肝病患者,由于病势较长,患者思想负担较重,容易出现肝气郁结的症状。感染肝炎病毒,加之心情抑郁,这样内外合邪,致患者饮食失调,情志不畅,气血不达而出现纳差、胁痛、烦躁易怒或抑郁等一系列症状。治疗上应用柴胡疏肝散、四逆散加味,对改善患者症状,有较好疗效。张氏还认为,慢性肝病患者,多属本虚标实为患,而其虚之本,又以脾胃当先,因此,治疗上以健脾益气,调理肠胃为主,“中土实则元气充,中土虚则肝木重之”,临床常用柴芍六君子汤、当芪六君子汤、枳朴六君子汤加减治疗。对于肝病出现黄疸者,主张利湿退黄、不忘凉血活血,在辨证的基础上常加丹皮、赤芍、桃仁、红花以凉血活血,可促进症状改善,黄疸消退。在慢性肝病出现腹水时,认为“水唯畏土”只有中土旺,则水难复。利水消臌,不用强攻。治疗常以五苓散加冬瓜皮、大腹皮、白茅根以健脾燥湿,淡渗利水,即可杜绝腹水再生之源,又达到消除腹水之目的。张氏在治疗慢性肝病的过程中,每方必用黄芪30~60g,丹参20~30g。黄芪性微温而平,补气而不生火,且物美价廉,有提高机体免疫功能,抑制病毒复制,对降低转氨酶,治疗肝病引起的乏力、纳差,减轻肝区疼痛,腹胀及大便溏稀有良效。丹参养血活血,可治疗肝病引起的恶心、乏力,食欲不振,腹胀,肝区疼痛,回缩肝脾疗效可靠,黄芪、丹参配伍,可延长血中抗体存在时间。张氏认为,慢性肝炎其根本原因是湿热疫毒,治疗必须釜底抽薪,消除病因,但清热解毒之法多为苦寒之剂,而张氏则多选甘寒之品,如白花蛇舌草、忍冬藤、败酱草、土茯苓等,且用量不大,每味多以10~12g为宜,因为,此类药物用量过大,则有寒凉败胃之嫌,在临床运用中,一定要顾护脾胃,保证后天

之本旺盛,则生化无穷。⁸⁴

80. 陈立华诊治经验

陈氏在运用中医基本理论的基础上,结合临床实践,总结出对病毒性肝炎病因病机的看法。①湿热毒邪入侵是发生本病的基本原因。湿热之邪,其性缠绵,感受之后往往反复不愈,易转成慢性,且随正气消弱之机,藏伏于脏腑虚弱部位,如阴虚挟有湿热,气虚挟有湿热或脾胃气阴两虚挟有湿热等;在症状上常有不同程度的口苦微干不欲饮、身热不扬、小便黄赤、大便溏而不爽、舌红苔黄腻等现象。其湿热胶结、缠绵不去的病机正如孙文胤所谓:“黄疸之证,皆湿热所成,湿气不能发泄,则郁蒸而发热;热气不能宣畅则固结而生湿,湿得热而益深,热因湿而愈炽,二者相助而相成,愈久而愈藏也。”因此,清热解毒利湿之法不仅在急性肝炎,而且在慢性肝炎的治疗中,亦甚为重要。②肝胆脾胃不和是脏腑病变的基础。肝胆与脾胃的关系是木与土的关系,在湿热毒邪的影响下,易出现木郁土壅的局面,其关键在于肝之失疏、胆之失降、胃之失纳、脾之失运、气之失畅、血之失行。因此,疏肝理气与化湿健脾也是治疗慢性肝炎的两大有效法则。③气滞血瘀癥积是病变发展的基本过程。肝因邪扰而失于疏泄,发生瘀滞,则肝血之运行亦必因郁而发生瘀滞。以脾而论,为生化之源,木郁则土壅,生化不旺,久则必致脾虚,气血不足则瘀滞更重。因此,在疾病过程中,适时的选用活血化瘀药能取得较好疗效。④阴阳气血亏损是病程久延的必然结果。“邪之所凑,其气必虚”。一般来说,阴伤在早期主要累及胃,后期则主要累及心肝肾;阳(气)伤主要由脾及肾。所以,滋肾养肝,益气健脾以补其虚损,扶其正气,是遏止病变继续发展所不可少的治法。⁸⁵

陈氏认为,肝炎辨证论治的特点从某种意义上说,是在西医所划定的明确范围内实施的,既要注意到病人的症状、脉舌变化,进行传统的辨证思维,又需有恢复肝功能、促进病毒转阴等方面的考虑,才能取得疗效。^[86]

陈氏在治疗乙型肝炎中运用通阳助阳法取得了较好疗效。强调乙型肝炎病毒是一种具有抑制阳气,易于深入营血脏腑和络脉、缠绵难祛的湿热毒邪,扶助阳气,温煦脏腑经络,促使脏腑功能活跃,阳气旺盛,阳气与毒邪由相持转向激化,则可缩短病程促使慢性肝炎的恢复。另外,瘀血、痰湿也能造成阳郁不通,疏通阳气,使邪气有外出之机。^[87]

陈氏还认为治疗慢性病毒性肝炎,在辨病辨证的前提下,必须重视清热解毒药的运用,处方的组织结构应主次分明,防止面面俱到;慎用滋补类药物,应防止过早、长期和大量使用;使用活血类和动物类药物应防止剂量过大过猛;清热利湿及淡渗利湿类药物应谨防苦燥及通利太过,伤阴损液,发生它变。^[88]

81. 金实诊治经验

金氏认为慢性乙型肝炎的病机是感染某种疫毒之气,内蕴血分,癰结不去。“疫气”有偏湿、偏热之别。临床上有的患者表现以身困、纳呆、厌油腻、脘痞、苔腻为主,而有的则以口苦、便干、溲赤、舌红、面部痤疮为主,因此,疫毒、湿、热皆为本病致病因素。他还认为,肝郁气滞是本病发病的重要环节,木旺克土,肝郁乘脾犯胃,导致肝胃气滞、肝脾不和,进一步引起肝脾气血两伤;肝郁气滞,则致血瘀阻络,面色晦滞、舌质紫黯或舌下脉络怒张,是其征也。他总结为湿、热、郁、瘀、毒五种因素为患,并提出以毒为本,在毒邪基础上,余四种互相胶结,诸邪夹杂,故病深难已。又提出,本病当则之于

肝脾肾三脏,肝肾阴虚尤当重视。

金氏治肝炎以清、疏、化、运、补为法。清,即清热解毒、清肝泻火、清热燥湿、清热凉血;疏,即疏肝解郁;化,为化湿、化痰;运,健脾助运;补,补脾胃之气血,滋肝肾之阴液。毒邪为本,因此清热解毒、化湿解毒之品为常用、必用。根据湿热之偏重,或苦燥、芳化、渗利,药用茵陈、半夏、苍术、陈皮、藿香、白蔻仁、车前草;或苦辛泄降、苦寒燥湿,常选半夏泻心汤、小陷胸汤及黄柏、山栀、龙胆草等。但解毒之品,如龙葵、白花蛇舌草、夏枯草、鸡骨草、垂盆草、板蓝根、贯众、山豆根、蒲公英、连翘等,每方必择二、三味,以解邪毒,为求本之治。肝郁为关键,金氏喜用小柴胡汤,它可除“胸胁苦满”,柴胡为炒,用量亦轻,一般为6~8g,因本病常感阴血不足,柴胡过用,恐有劫肝阴之虞。治肝不忘健脾,运脾常用炒白术、山药、陈皮、白蔻仁、鸡内金、谷麦芽、焦楂曲等。金氏化痰喜用丹参、茜草、赤芍、莪术等平和之味,行瘀而不伤正。另外常配合三七、炮山甲、鸡内金、等活血通络软坚之品,制成粉剂冲服。极少用桃仁、红花、三棱等,以其不能深入络脉,久用攻破太过,于是无补。补法中补气用炒党参、黄芪、炒白术;补血用当归、白芍、首乌;补肝肾之阴用生地、女贞子、枸杞子、旱莲草等。极少用温补,“恐炉烟虽熄,灰中有火也”。金氏强调,疾病过程中,邪正有消长,五法运用要灵活,活动期应以清、化、疏为主,不可早用补法。但金氏在湿浊不重时,也常用女贞子、枸杞子平补肝肾,而人参、黄芪等补气之品,不赞成早用,恐有“资寇以粮”之弊。常用自拟龙柴汤为基础方,药用:龙葵、茜草、炒柴胡、黄芩、半夏、鸡骨草、郁金、夏枯草、山栀、女贞子、甘草等。若稳定期,热退湿化,而以正虚为主,则应扶正达邪。常用贞杞汤:女贞子、枸杞子、炒柴胡、黄芩、半夏、丹参、白芍、炒白术、甘草等。

金氏一贯主张辨证与辨病相结合,宏观辨证与微观辨证相结合,并在这方面积累了丰富的经验。如降酶时,主张选用一些既针对证候,又有降酶作用的药物。如热盛体实者,可用龙胆草、黄柏、山栀等;脾胃虚弱者,采用夏枯草、蒲公英、白术,避免苦寒太过,伤脾败胃;肝肾不足者,扶正降酶,药选女贞子、白芍、麦冬、五味子,但五味子之酸温敛涩,对湿热为患者,宜慎用或不用。在治疗蛋白代谢异常时,倡清、补、活三法。清即清热化湿解毒,药如连翘、黄芩、紫草、茵陈、虎杖等可抑制体液免疫,降低免疫球蛋白过度升高;补即补气血、益肝肾,药如党参、黄芪、白术、当归、黄精、乌骨鸡等有升高白蛋白作用;活即活血和络、软坚削积,药如三七、山甲、当归、丹参、茜草等能抑制体液免疫,减少免疫复合物形成,亦有降低球蛋白之功。⁸⁹

82. 封万富诊治经验

封氏认为,肝病常以肝经气郁,肝气不疏者为多见。以其肝郁脾遏,气机不宣为主要病机。首选疏肝解郁法,并注意调养肝脾。但若过用疏肝之品,或湿邪从热化,均可致肝阴不足。故当循清肝养阴法,可选酸枣仁汤、一贯煎。

乙肝多属湿热蕴毒致病,故清热解毒法为治疗常法,但亦有因寒致病者,所以不能拘泥于清热解毒法,而重在辨证施治。临床见证有肝区痛,胃脘微痛,痛甚则呕吐酸水,口中但无味,食欲不振,神疲乏力,舌苔白,脉细弦。每用吴茱萸汤加味,疗效确切。另外,乙肝临床有肝经湿热下注,内迫肠道而下利者,证见少腹急胀、右上腹及季肋下疼痛、唇红齿衄、舌赤苔黄、口苦咽干、渴欲饮水、神疲乏力、大便日行数次、便稀脓血(非菌痢)、肛灼、溺黄、脉弦数。肝功能明显损害,澳抗阳性。木旺土虚,肝木疏泄太过,故治以平肝抑木

法,以白头翁汤加焦栀子、板蓝根,此乃宗仲景治肝病之“助用焦苦”之法。

封氏强调,在本病的治疗过程中,先后或同时采用补脾的整体疗法,可能是取得疗效的重要因素。以此设计了补脾和清热解毒法为主的紫草板蓝姜枣汤,药用:太子参、山药、薏苡仁、山楂、炙甘草、虎杖、紫草、板蓝根、姜枣。此法有较好的疗效。^[90]

83. 王伯祥诊治经验

王老认为肝主疏泄,若内外合邪,就可致肝络不和,疏泄不利,气机紊乱,而形成肝气郁结之证,出现一系列临床症状。若肝郁日久,必影响于脾,脾失健运,不能顺利地运化水谷精微而生内湿,湿遏日久则易化热,故见肝郁湿热之证型;若郁久则可由郁而滞,由气入血,瘀阻血分而出现气滞血瘀的“积聚”、“臌胀”等症;若郁久化火易伤阴血而累及于肾,阴虚火旺就可发展为种种虚损之证候。因此,王老认为肝郁是慢性肝病演变的主要病理机制。在对肝郁证的研究中还提出,慢性肝炎的发生发展全过程均存在血络瘀阻之征,只是根据疾病发展的不同阶段,仅有轻重程度的差别。因此在治疗中,活血通络即可减轻肝脏瘀血状态,改善肝脏微循环,而促进肝脏胶原代谢和纤维吸收,减轻肝细胞变性、坏死,抑制炎症反应,调节机体免疫功能,解除胆汁瘀积,改善蛋白、脂肪代谢,使其肝组织恢复。所以,王老认为,活血化瘀之法要贯穿于肝病治疗的全过程。若见胁痛为主症,其痛如针刺,牵及腰背,伴胸脘窒闷,舌质紫暗,苔腻,脉弦等症时,常用鳖甲、炮穿山甲、土鳖虫、地龙、僵蚕、蜈蚣、牡蛎、三棱、莪术、丹参、蝉衣、当归、廬虫等药搜剔于络,并根据兼症的不同,分别配以疏肝、解毒、益气、养阴、化痰、祛湿、消痞等

法,使通络注重搜邪,搜邪亦不忘扶正。

在治疗中,王老还常常选用通过现代检测手段而明确药理作用的药物直接运用于临床组方中,从而使中医辨证与现代医药学理论有机结合,更有利于疾病的治疗与康复。临床清除病毒抗原常选用苦味叶下珠、虎杖、仙鹤草、蚤休、山豆根、土茯苓、白花蛇舌草、板蓝根、半枝莲等;利胆退黄常用茵陈、青蒿、柴胡、黄芩、赤芍、大黄、郁金、丹参、龙胆草、金钱草、海金沙等;降低转氨酶常用五味子、垂盆草、败酱草、田基黄、连翘、水飞蓟、葛根、蒲公英等;调节和改善机体蛋白常用当归、生地黄、黄芪、白术、大枣、丹皮、刺五加、阿胶、炮穿山甲、紫河车、片姜黄等;抗纤维化常用丹参、红花、桃仁、鳖甲、当归、川芎、冬虫夏草、莪术、参三七等;抗脂肪肝常用泽泻、山楂、荷叶等。

病案举例:某男,35岁,患乙肝8年。近3年来每逢春季2~5月出现肝功能异常,ALT70~460U/L, TBil 12~42 μ mol/L。1996年3月初诊,症见右季肋疼痛,时如针刺,胃脘部胀满不适,口苦口干,乏力,时感脾气躁,易怒,小便黄,大便每日1次,不成形,舌质淡暗,苔薄脉弦。ALT165U/L, AST95U/L, GGT85U/L, TBil15.6 μ mol/L, HBsAg(+), HBeAg(+), HBcAb(+), HBV-DNA(+). B超检查:肝脾略大。治则,疏肝健脾,活血解毒。处方:黄芪30g,党参12g,茯苓12g,薏苡仁30g,丹参30g,当归12g,地龙10g,黄芩10g,仙鹤草30g,炒内金10g,炒二芽各15g,车前草15g,共进14剂。二诊:患者胁痛、乏力有所改善,口干口苦已缓解,大便每日1次,成形,再予前方继进,以巩固疗效,原方去内金,加白花蛇舌草15g,另加服苦味叶下珠胶囊,每次2粒,再服14剂。三诊:患者胁痛、乏力改善,精神好转,无特殊不适,复查:ALT35U/L、AST25U/L、GGT17U/L、HBV-DNA

(-),按原方去党参,加用蚤休 15g,以善其后。随访 2 年,肝功能正常,一般情况均可。^[91]

84. 汪履秋诊治经验

汪老积数十年治疗慢性肝炎的经验,总结出各阶段的用药特点。

慢性活动期,以清肝利湿为先。此期常表现为黄疸加深,恶心欲吐,脘痞腹胀,纳少便溏。肝功能明显异常,乙肝病毒标志为“大三阳”。此时病理以湿热为主,病变重在脾胃肝胆。治疗首先以清肝利湿着手,邪毒去,湿热清,则诸症自除。常用夏枯草、黄芩、黄柏、山栀、白花蛇舌草、土茯苓、田基黄、蒲公英、平地木等清肝利湿之品;黄疸明显者,加茵陈、鲜大麦苗等;黄疸日久不退者加青黛、明矾;大便秘结者,加用生大黄通腑,即使大便正常者,通便也有利于邪毒的排出;转氨酶升高者,重用垂盆草、夏枯草、蒲公英、鸡骨草、山豆根等;“大三阳”者加土茯苓、田基黄、蒲公英、贯众、桑椹子、大青叶等;湿重者常用车前子、滑石、泽泻、茯苓、猪苓、川朴等淡渗分利。每味药用量 15~30g。同时强调,清肝解毒时苦寒不可太过,中病即止,适当配以健脾助运之品。并提醒注意利湿之品也不可久用,因为在慢性肝炎活动期因邪毒耗伤阴津,有阴伤倾向,过分利湿则可加速阴伤。另外,活动期也不宜用补益之品,特别是表现为腹胀便溏等湿困脾阳之证时,不可误认为脾气不足,误用补脾壅滞之剂。对于当归、白芍、枸杞子等阴柔之品也不宜过早投施,以免邪恋不去,病情缠绵。

慢性迁延期,以健脾养肝为要。此期表现为全身乏力、右胁隐痛、头晕目眩、口干、少寐、面色少华等一派肝脾两虚之症状,多由湿邪困脾、阳气受损,或湿热久羁,热盛伤阴,或

过用苦寒化燥,肝阴受劫。汪老认为此时正虚是主要矛盾,必须以补气健脾、养肝柔肝为其治疗大法。补气健脾以参苓白术散为主;养阴柔肝以一贯煎加减,或用归芍六君子汤加减。他指出,用健脾养肝之品时必须注意补气健脾,不可过于温燥,否则会重伤其阴,而在养肝柔肝之际也要注意不可过于滋腻,以免碍脾伤胃,窒滞气机。特别是后期演变成肝硬化腹水的患者,归、芍、熟地、莼肉等更属禁忌。治疗时必须掌握好补气与养肝的轻重主次,脾气虚为主,重在补气健脾,用参、芪、苓、术等;肝阴伤为主,重在滋养肝木。慢性肝炎后期,“穷必及肾”每有肾精受损的表现,此时补肾应以平补肾精为主,常选用何首乌、枸杞子、肉苁蓉、菟丝子等药,对于大温大热之附子、肉桂等则不宜使用,恐伤阴动血。

邪毒蕴结时,以化瘀疏肝为主。汪老认为,疏肝调气对黄疸明显的活动性肝炎或胆汁郁积之肝炎有较好疗效。药物常用四逆散、逍遥散之类,其中柴胡必须重用,可用至10~20g,不必拘于“柴胡劫肝阴”之说。另外强调调气还有宣理肺气、升降脾胃等法,亦有利于气机的条畅。宣理肺气常用紫菀、杏仁、桔梗等;升降脾胃之品常配用升麻、柴胡升脾气,陈皮、半夏降胃气。他指出疏肝调气注意选用气味轻清、理气而不伤阴的药物,如玫瑰花、绿梅花、玳玳花、香橼皮等。对已有阴伤之象者,则又须配白芍、石斛、枸杞子等阴柔之品,刚中有柔,疏中有养,相得益彰。慢性肝炎还可致瘀血内停,活血化瘀是必不可少的方法,常用桃红四物汤、膈下逐瘀汤加减。胁下痞块明显,常加用炮山甲、炙鳖甲等,甚者可用地鳖虫、莪术等,或用鳖甲煎丸。活血化瘀药在急性活动期宜首选丹皮、虎杖、赤芍等清热解毒活血之品;对伴有气滞者,宜选用理气活血的药物,如郁金、川芎、川楝子等。

汪老在对慢性肝炎中出现的常见症状的用药也有自己

独到的方法。一般胁痛多选柴胡疏肝汤,病久入络则多用东垣复元活血汤加减,痰气郁阻者可加化痰通络的白芥子、制南星、橘络等,若疏之不应,则改养阴柔肝法,用首乌、杞子、白芍、生地等,或用清金制木法,药如沙参、麦冬、石斛等。腹胀属脾虚不运的,以补气健脾为主,枳术丸为常用方,趋于腹胀者,则以春泽汤为主健脾利水,他还常用鸡内金粉、莱菔子粉、沉香粉吞服,或用皮硝、丁桂散敷脐以消胀。对于黄疸多属湿热所致,多用茵陈四苓汤或栀子柏皮汤加减,面色黧黑,状若黑疸者,用仲景硝石矾石散,此外,秦艽、明矾、青黛等药退黄也每每应效。出血多由本病后期肝肾阴伤、营热不清、络脉受损,常用千金犀角散合泻心汤加减,其中犀角打粉或水磨,生地鲜者打汁效果尤佳,同时还常加青黛、人中白、明矾、秋石等以加强止血之力,三七粉、云南白药对各种出血均有效。^[92]

85. 李致新诊治经验

李老治疗慢性肝炎有三慎一要:即清热解毒慎用苦寒,常用板蓝根、白花蛇舌草之类清热解毒,佐以山药、薏苡仁健脾,而黄连、龙胆草等过于苦寒,以防寒凉败胃;理气化瘀慎防伤正,常用柴胡、郁金、丹参、赤芍理气活血化瘀,久用或过用须佐以黄芪、太子参益气;滋补肝肾慎防壅中,常以白芍、枸杞子、女贞子滋补肝阴,佐以尊梅花、玳玳花理气醒脾,熟地、阿胶等过于腻滞,故要慎用;治疗要坚持守方,不急于求成,乙肝治疗颇为棘手,需较长时间,所以要着重于稳,药味要平淡轻灵,药量宜小剂缓进,坚持守方。另外,李老在治疗乙肝活动期时用自拟乙肝解毒饮加减,药用:柴胡、赤芍、丹参、白花蛇舌草、虎杖、薏苡仁、板蓝根、山药、黄芪、鸡内金、郁金、当归。稳定期用自拟乙肝扶正饮加减,药用:黄芪、太

子参、白术、淫羊藿、当归、白芍、女贞子、山药、郁金、白花蛇舌草、丹参、鸡内金、薏苡仁。^[93]

86. 冯志雄诊治经验

(1)病名的认识:病毒性肝炎、肝硬化是现代医学两个独立的疾病,从其临床、体征,分别归类于中医的黄疸、胁痛、积聚、臌胀等病证。但根据临床观察来看,许多肝炎患者只表现一些轻微症状,疲乏无力,食欲下降;或无临床症状,而部分肝硬化只能从现代医学检验结果中诊断。这些都给中医诊断和临床规范化诊断带来一定困难。所以,冯氏提出,对于病毒性肝炎、肝硬化可根据西医的诊断标准确定,也不必拘泥于中医学的诊断名称,但在治疗中一定要根据其临床症状进行辨证论治。这在一定程度上丰富了中医肝病学的理论,并且能达到规范化诊断。

(2)病因病机:病毒性肝炎,作为一种传染病,中医多认为杂气致病,伏邪致病和内外相召三种说法,现代医学将其分为甲、乙、丙、丁、戊五型(现已发现己、庚两型),其传播途径分为肠道内和肠道外两种。冯氏认为病因责之于湿热疫毒。湿者粘滞之状,缠绵难愈;热者为阳蒸之状,疫者乃传染之性,随时互染;毒者寓隐、显之变化。本病随处可感,常随体质状态感而即发,多数可随症状改善而逐渐痊愈。亦有发于血分。外感湿热之邪,蕴结不解,郁而化毒,弥漫三焦,若毒热较重,阻碍胆液正常通道,以致溢于肌肤,出现黄疸。而无黄疸型肝炎则注重一个郁字,因肝为木脏,主生发,喜条达,恶抑郁,本病由疫毒所致,常深伏体内,隐而不发,待劳倦、外感引动内邪,使机体本身肝气郁结,脾虚失运,湿浊不化,气机紊乱,而致慢性肝炎。腹胀、倦怠乏力、纳呆则为脾失健运,恶心、呕吐、暖气、厌油,则为胃气不降,心烦、郁闷、

沮丧胁痛则为肝气不舒。病久则肝郁乘脾,气滞血瘀,湿热邪毒熏蒸,阳气亏损,阴液耗伤,而致肝肾阴虚之象。疫毒侵入人体后,若邪气伏于肝经或血分,则表现为病毒携带。若正虚邪恋,正邪相持,导致肝脾不和,气血失调,则病情缠绵难愈,形成慢性肝炎。若日久不愈,肝脾肾三脏功能彼此失调,气滞血解,脾虚不能运化水湿,肾虚不能蒸化水液,膀胱气化不利,迫使水湿内停腹中而成腹水、气滞血瘀,脉络痹阻形成虚实错杂之证,则为肝硬化。

总之,湿热疫毒侵袭机体,使湿热留滞,气血失调,正气亏损为其基本病理变化。但三者各有侧重而已,早期以湿热留滞为主,中期以气血失调为主,后期以正气亏损为主。

(3)辨证论治:在诊断方面冯氏以西医的检验诊断为基础,在治疗中仍按照中医的认识和分析来辨证。根据肝炎、肝硬化的临床症状及特点,对其分为五个治疗环节,并对各个环节都创立了代表方剂,起到了执简驭繁的作用。

退黄从湿热论治:本法以治疗急性黄疸性肝炎为主。临床表现为身目皮肤发黄,恶心厌油,胁胀脘闷,口苦纳呆,身困乏力,舌苔腻或黄腻,脉弦滑。本证主要为湿热中阻,阻滞胆道;胆汁溢于肌肤。治以清热退黄,健脾化湿为主,方用强肝退黄汤。药物由茵陈、龙胆草、车前草、生大黄、薏仁、白术、板蓝根、虎杖等组成。有脘腹胀满可加厚朴、枳实。两胁胀痛加木香、延胡索,恶心呕吐者加半夏、砂仁,黄疸重者加金钱草、柴胡,纳呆者加莱菔子或山楂。

从肝论治:本法主要对于无明显临床症状的慢性肝炎。许多慢性肝炎,在临床中多为隐匿发病,无明显自觉体征。只是在化验检查中检出有病毒携带。临床表现只觉两胁胀闷,情志抑郁或易怒,或肝区叩痛,脉弦细等轻微症状,常被忽视,皆因肝失条达,气机阻滞,甚至气滞血瘀,脉络不通所

致。故治疗重在疏肝理气,解毒通络;方用强肝Ⅱ号或逍遥散加减,药物由柴胡、黄芩、当归、郁金、白芍、丹参、延胡索等组成。转氨酶增高者加五味子、板蓝根;表面抗原阳性者加虎杖、白花蛇舌草。

从脾论治:许多肝炎患者多见脾虚湿困中焦之证,肝病治脾是中医治疗肝病的重要途径。肝病传脾,使脾虚湿浊困阻中焦,湿邪侵袭人体首先困阻脾胃,都可使脾胃虚弱,运化失常,出现脘腹痞满,恶心欲吐,倦怠乏力,纳呆厌油,舌苔厚腻,脉弦滑或濡缓。治疗以健脾化湿,解毒和胃,方用强肝Ⅰ号。药物有:藿香、陈皮、党参、砂仁、薏苡仁、厚朴、半夏、丹参、茯苓等组成。吞酸嘈杂者加黄连、吴茱萸,可根据化验结果适当加板蓝根、五味子、虎杖等解毒之品。

从肾论治:湿热化燥易伤阴,用药苦燥也易伤阴。慢性肝炎患者在治疗过程中,病久或用药不慎,可致肝肾阴虚;或素体阴血不足,久病则也可致肾阴亏损;肝肾阴虚,使精不化血,肝失濡养,肝阳上亢,甚至肝风内动的变化,临床中多出现两胁隐痛,头痛或眩晕,口鼻干燥,两眼昏花,心烦易怒,舌嫩红,少苔或无苔,脉细数等肝肾阴虚之象。治疗予以柔肝滋阴,补水通络,方用强肝Ⅲ号。药物由生地黄、丹参、枸杞子、山萸肉、丹皮、栀子、白芍、炒枣仁等组成。眩晕甚者加天麻、钩藤;头痛者加蔓荆子、白芷;耳鸣者加菖蒲、磁石;失眠多梦者加黄连、五味子;两目干涩者加女贞子、麦冬。

利水消肿实脾法:肝硬化并发腹水,多为肝郁脾虚肾气血虚,瘀血阻滞脉络,水气互结腹中,临床以腹大如鼓,肤色苍黄,青筋怒张,小便量少,下肢浮肿,纳呆乏力,肝病面容,舌质紫暗或淡白,舌体胖大,脉沉弦为主证。治以实脾利水,通络为主,方用实脾活络。药物由大腹皮、茯苓、白术、木瓜、

木香、丹参、砂仁、车前子、白芍、琥珀、山楂组成。腹胀甚者加厚朴、枳实；两胁痛甚者加川楝子；肾虚虚者加肉桂。

上述治法，并非对慢性肝炎、肝硬化的分型进行论治，而是根据其临床表现不同，提出提纲挈领的概括，并不能包罗其所有证型，在临床辨证论治中还应该严格遵守中医的理法方药特点，突出中医优势，并参考现代医学的检验方法，全面分析病情，探求疾病本质进行合理的恰当的用药，才能达到治病目的。

(4) 用药特点：冯老认为慢性肝炎病程长，大多是隐性感染，呈隐匿性发展，在出现病态的情况下，已是慢性活动性和迁延性表现，病毒深入肝脏，入于血分；湿热疫毒，气血同病，所以在整个治疗过程中，其一是贯穿解毒通络，活血祛瘀为治疗基本，用药多以虎杖、丹参、白花蛇舌草、板蓝根、金钱草等之品。用以改善肝脏血液循环，促进肝细胞功能的恢复。冯老尤其重用丹参，因“一味丹参，功同四物”，它具有活血、凉血、祛瘀止痛之功；现代医学证明丹参具有抑制肝纤维化增生；扩张血管，增加组织血流；还能降低门脉高压、减轻门脉高压所致的症状；并能提高血清白蛋白，降低球蛋白，改善倒置现象；降血脂，以免形成脂肪肝，促进脂肪肝的改善；不但有明显退黄利胆作用，还能对病毒产生抑制作用。在治疗肝炎和肝硬化中，丹参可用至 30 ~ 50g，疗效甚佳。其二是治疗过程中，特别重视益气健脾，顾护脾胃。清热解毒之品易损伤脾胃，使脾土流失，生发之根源受阻，则肝成为无本之木，势必干枯，健脾不仅有利于肝之疏泄，而且有利于脏腑气机通畅。尽量少用大苦大寒，攻伐太过的药物，以免损伤脾胃；选用能健脾养胃兼祛湿逐邪的药物，这样在治疗中，杜绝了肝病未愈而脾胃已伤的后顾之忧，达到扶正固本，祛邪解毒的治疗目的。在治疗肝硬化中，仍以健脾利

水为主。故用大腹皮、车前子为伍,达到利水通淋,宽中除胀,且善下行泄布于腹皮之水,并能顾护脾胃。在利腹水中重用大腹皮 30~60g,并配以琥珀,具有活血化瘀、利水通淋之功,在临床取得良好疗效。^[94]

87. 邹学熹诊治经验

肝脾肿大是临床常见的慢性疑难病证之一,邹师在治疗上归纳为五条。

(1) 调理气机:肝脾肿大的发病诱因是多方面的,但在病因上多与情志不遂有关,在病理上均有肝气郁滞之临床表现,如肝区胀痛,痛而走窜,食少厌油,腹胀腹泻,每因情绪波动而诸症加重,对肝郁气滞的治疗,邹师以调畅气机为先,常用四逆散加青皮、合欢皮之类。四逆散方出《伤寒论》。该方具有疏理肝脾、缓急止痛、透解郁热之功,是一首调理气机之良方。它不仅适用于伤寒痛证,更宜于肝郁气滞、肝郁不和、气机紊乱之病证。方中柴胡长于疏肝解郁,枳壳长于行气导滞,二药相伍,升降相因,芍药长于柔肝缓急,芍药与柴胡配伍又具刚柔相济之妙,芍药与甘草同有显著的缓急止痛作用。再加青皮入肝、胆、脾经,取其沉降下行,疏肝胆、破气滞之功,青皮长于治疗肝郁诸证,与枳壳、柴胡同用,并有相须为用之妙。合欢皮既有解郁安神之功,又有活血止痛之效。

(2) 活血化瘀:肝脾肿大,一般均有两胁下疼痛固定,肝脾质地较硬等临床表现,瘀血内阻是其主要病理特点。运用活血化瘀药及时有效地祛除瘀血,是治疗肝脾肿大的重要法则,这一法则应贯穿治疗的全过程,肝脾肿大由于病程时间长,这类病人多属“老血”、“死血”的范畴,运用一般的活血药难以奏效,运用过于峻猛之品又恐伤正气。邹师根据肝脾肿大这一特点,在活血化瘀方面,善用水蛭、虻虫等虫类药

物,这些药物虽然作用强烈,但与其它活血软坚之品配合,制成粉剂,有破血、逐瘀、消癥之功用,长期服用疗效卓著,且不伤正气。邹师的经验方“软肝散”,即体现了这一特点。

(3)清泄痰热:前人有“百病皆兼痰,怪病多痰”之说。肝脾肿大的形成除与气滞、血瘀密切相关外,痰饮内聚也是其基本病理之一。这类患者多有肝病史,在病理上多表现为肝脾同病。由于肝失疏泄,脾失运化,致使水湿内聚,形成痰饮;有的患者嗜好茶酒,素有痰饮。痰饮停滞者,多以肋胀、胸闷、乏力、脉弦滑为主。在肝脾肿大患者中,尤以体形较胖和患脂肪肝者其痰湿证最为突出。对这类患者采用清泄痰饮是十分重要的治疗手段。在祛除痰饮方面邹师常用温胆汤加莱菔子、山楂。温胆汤是清化热痰的基础方。方中半夏燥湿化痰,竹茹清化热痰,枳实下气消痰,陈皮理气化痰,茯苓健脾渗湿,甘草调和诸药,诸药合用,使痰热得以清泄;为了增强清泄痰热之功效,常加入消食导滞化痰的莱菔子,和长于消食破气散瘀之山楂。因山楂善消食积,故对脂肪肝患者尤须重用。

(4)温阳利水:肝脾肿大患者若病延日久,肝脾日虚。五脏之伤,穷必及肾,故而常出现肝、脾、肾同病的病理改变。三脏功能失调,则可导致气滞、血瘀、水停。若三者同在,尤以脾肾阳虚为主者,可出现腹部胀大如鼓,下肢水肿,肢冷畏寒等证。对这类既有肝脾血瘀,又兼脾肾阳虚水泛者,当以温阳利水为先。邹师常用真武汤加赤小豆、猪苓、苡仁治疗,其收效甚佳。真武汤是温阳利水的重要方剂,方中附子温补脾肾之阳,以化气行水;白术、茯苓健脾利水;白芍既能利小便,又能通血脉,并能缓急止痛;生姜既能助附子以温阳,又能发越水气,共成温阳利水之功。方中加入赤小豆,其性善下行,长于通利水道;猪苓功专利水渗湿,苡仁长于健脾

利水,谓药合用,温中有散,利中有补,脾肾同补,使阳气复、气化行、水湿得解。治疗脾肾阳虚之臌胀病,急以温阳利水,缓以活血化瘀,二法亦可同时应用。

(5)健运脾胃:肝脾肿大之证,其基本病理特点为本虚标实,患者在整个病变过程中,都不同程度地存在着肝脾不和、脾虚胃弱之证。因此,在整个治疗过程中,增强脾胃功能,固护胃气是不可缺少的治疗法则。邹师认为,在初期阶段,邪气较甚,正不甚虚,应以攻邪为主。为了保护胃气,常在逐邪方中加入砂仁、蔻仁之类。若食欲明显减退者,再加生谷芽、生麦芽、鸡内金、糯米草根类健脾消食之品。在后期调养阶段,因服用了较长时间的逐邪之品,一般正气较虚,为了扶助正气,巩固疗效,常用健运脾胃的参苓白术散调其善后。^[93]

【按语】

慢性病毒性肝炎因其复杂的病机病理,被世界医学界认为是难治性的疾病之一。我国古代的医学家们根据长期的临床实践,逐步奠定了治疗肝病的坚实基础,创立了茵陈蒿汤、一贯煎、柴胡疏肝散、逍遥丸等大量的经典名方,至今被众多医者所沿用。随着医学的发展和科学技术的深入,许多名医在传统中医理论的指导下,结合现代医学药理的进展,形成了风格各异的治疗慢性肝炎的思路和方法,为当今治疗慢性肝炎提供了宝贵的经验。从上述 87 位名医的治肝经验上看,主要在以下几个方面体现了各自的特色。

病因病机方面:目前就慢性肝炎的发病原因是湿热疫毒之邪入侵而致,已基本达成共识。有专家认为乙肝的发病机制是湿热疫毒侵入人体,隐伏血分,扰乱气血津液,导致气滞、血瘀、湿阻和痰凝,逐渐损伤正气,形成气血不足和阴阳

亏虚,病在肝脾肾。有专家归纳为肝炎发病多虚实夹杂,表现为湿、毒、瘀、虚四大病理环节。有专家则认为乙肝的病理变化主要是脾胃肝胆四脏腑的气血变化,气病有气滞、气虚、气逆、气陷;血病有血瘀、血虚、出血。还有专家认为其病机为脾肾虚损,血不养肝,水不涵木,不能抵御湿热疫毒之邪而致。综上所述,其病因病机可归纳为湿热疫毒之邪蕴积中焦,胶结不解,加之情志不舒、饮食不节、劳倦内伤等诱因,日久则导致脾胃失职,肝失条达,可致肝郁气滞,木横乘土则见肝郁脾虚、脾胃不和之证。若湿热化燥则耗伤肝阴,或长期过用苦寒、辛燥之品则使肝阴被耗。因肝肾同源,病久则及肾致肾阴虚。若肝郁脾虚而脾阳不足,亦可成脾肾阳虚。脾为气血生化之源,脾虚日久则气血两虚,气虚不能行血,加之肝郁气滞,而致瘀血。血瘀日久,瘀结凝聚而成积聚。

辨证论治方面:上述名医认为辨证论治是中医治疗肝病的基本指导原则,辨证用药是肝病用药的主流。但不能拘泥,要灵活掌握。大多数名医认为慢性肝炎多为虚实夹杂、正虚邪恋,基本确立了湿热中阻、肝郁脾虚、肝肾阴亏、瘀血阻络、脾肾阳虚等证型。临床用药中体现了清热解毒利湿、疏肝健脾益气、活血化瘀软坚、滋补肝肾之虚等具体的法则。在临床实践中有专家认为肝功能变化与舌诊关系密切,验舌是辨证的精华之一。大凡慢性指标异常,偏虚者居多,为气血阴精亏损,以舌质的变化为主;TBil、GTP异常者,邪实为主,多属湿热邪毒内蕴,以苔垢的变化为主。有专家则认为慢肝在证候表现上有许多与传统伏气理论相吻合,其病位为湿毒之邪伏于太阴,火毒之邪伏于厥阴,六经辨证为主,通过透达伏邪,宣达少阳,斡旋中焦等法达到治肝之目的。还有专家辨证执气血为纲,提出气分肝炎以清热利湿解毒、调理气机为主,兼以疏通血络;血分肝炎在以上治则基础上,注

重活络祛瘀、养血和血。有专家治疗肝病提出祛邪、扶正、调理气血三结合的原则,用药指出三重点:祛邪重点在凉血解毒,扶正重在滋肾柔肝,调理气血重在凉血活血。更多的专家强调治疗肝病,要始终不忘实脾,保护好胃气,才能有利于治疗。有专家指出慢性肝炎急性发作,宜清不宜补,宜疏不宜收;肝炎慢性期,宜柔不宜刚,宜甘温不宜辛温。有专家强调慢性肝炎要以活血化瘀为主,且分步实施,逐步加重活血化瘀的力度。对于慢性肝炎所出现的常见症状,众多专家也各具特点。如肝性腹胀,有专家总结出开利肺气,以通三焦之“疏肝开肺方”,有标新立异之感。对于重度黄疸的病人有专家重用活血凉血之赤芍每收良效,对于胁痛专家强调柔肝疏肝时,不宜放多味疏肝药,以防耗竭肝阴。

结合现代医学方面:几乎所有的专家都强调辨病与辨证相结合,要把现代医学的理化检查指标作为诊断和辨证时的参考依据,因此,针对指标的用药也体现了中西医结合的特色。如对降酶有专家认为,慢性肝炎谷丙转氨酶升高为脾虚湿热,治当权衡虚实,不应一味清热解毒;浊度异常,伴 A/G 异常或倒置,可重用当归以活血化滞,祛瘀生新;白蛋白降低者应注重调脾,以达到运化水谷精微的目的;抗病毒也不应一味苦寒,要以调节免疫功能为主,虚者以益气扶正,实者以清热解毒;肝纤维化指标升高者益气养阴柔肝。同时有专家认为心理治疗也是肝病治疗不可缺少的部分,只有情绪稳定才有利于疾病的恢复。

(赵利民 张谷运 洪慧闻 刘燕玲)

参 考 文 献

- [1] 陈继明. 肝炎肝硬化的中医辨治. 北京:中国医药科技出版社, 1988. 64 ~ 73

- [2] 吴大真, 乔模. 现代名中医内科绝技. 北京: 科技文献出版社, 2001. 139 ~ 141
- [3] 单书健, 陈子华. 古今名医临证金鉴·黄疸胁痛腹胀卷(下). 北京: 中国中医药出版社, 1999. 60 ~ 65
- [4] 尤松鑫, 金实. 邹良材对肝病的用药经验介绍. 南京中医学院学报, 1985, 1: 11
- [5] 单书健, 陈子华. 古今名医临证金鉴·黄疸胁痛腹胀卷(下). 北京: 中国中医药出版社, 1999. 18 ~ 24
- [6] 吴大真, 乔模. 现代名中医内科绝技. 北京: 科技文献出版社, 2001. 151 ~ 155
- [7] 单书健, 陈子华. 古今名医临证金鉴·黄疸胁痛腹胀卷(下). 北京: 中国中医药出版社, 1999. 43 ~ 47
- [8] 张亚声. 姚玉兰治疗慢性肝炎的经验. 上海中医药杂志, 1995, 4: 17
- [9] 单书健, 陈子华. 古今名医临证金鉴·黄疸胁痛腹胀卷(下). 北京: 中国中医药出版社, 1999. 39 ~ 42
- [10] 单书健, 陈子华. 古今名医临证金鉴·黄疸胁痛腹胀卷(下). 北京: 中国中医药出版社, 1999. 139 ~ 142
- [11] 单书健, 陈子华. 古今名医临证金鉴·黄疸胁痛腹胀卷(下). 北京: 中国中医药出版社, 1999. 160 ~ 163
- [12] 谭世斌. 殷玉奎老中医谈乙型肝炎辨治. 四川中医, 1986, 8: 16
- [13] 单书健, 陈子华. 古今名医临证金鉴·黄疸胁痛腹胀卷(下). 北京: 中国中医药出版社, 1999. 133 ~ 138
- [14] 吴大真, 乔模. 现代名中医内科绝技. 北京: 科技文献出版社, 2001. 161 ~ 166
- [15] 李秀惠. 王旭斋老中医治疗慢性肝炎的经验. 陕西中医, 1990, 11(2): 50 ~ 51
- [16] 北京中医医院编. 关幼波临床经验选. 北京: 人民卫生出版社, 1979. 54 ~ 77
- [17] 史宇广, 单书健. 当代名医临证精华·肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988

- [18]周仲瑛.周仲瑛临床经验辑要.北京:中国医药科技出版社,1998.86~99
- [19]张俊.顾丕荣辨治慢性肝病的经验.中医杂志,1994,35(8):467~469
- [20]史宇广,单书健.当代名医临证精华·肝炎肝硬化专辑.北京:中医古籍出版社,1988.122~130
- [21]单书健,陈子华.古今名医临证金鉴·黄疸胁痛臌胀卷(上).北京:中国中医药出版社,1999.302~315
- [22]单书健,陈子华.古今名医临证金鉴·黄疸胁痛臌胀卷(上).北京:中国中医药出版社,1999.400~407
- [23]史宇广,单书健.当代名医临证精华·肝炎肝硬化专辑.北京:中医古籍出版社,1988.167~173
- [24]史宇广,单书健.当代名医临证精华·肝炎肝硬化专辑.北京:中医古籍出版社,1988.93~108
- [25]单书健,陈子华.古今名医临证金鉴·黄疸胁痛臌胀卷(上).北京:中国中医药出版社,1999.369~374
- [26]单书健,陈子华.古今名医临证金鉴·黄疸胁痛臌胀卷(上).北京:中国中医药出版社,1999.339~340
- [27]史宇广,单书健.当代名医临证精华·肝炎肝硬化专辑.北京:中医古籍出版社,1988.152~158
- [28]赵章忠.丁济民治肝经验.上海中医药杂志,1989,8:19
- [29]王永兵.王希知辨治肝炎的经验.实用中医药杂志,1993,2:2~3
- [30]康良石.按肝郁机制论治乙型肝炎的经验.中医药研究,1987,6:8~9
- [31]刘敏.陈增潭治疗慢性肝炎的思路与方法.北京中医,1998,1:3~4
- [32]陈增潭.乙型肝炎证治.中医杂志,1985,4:13
- [33]张玉琴.精选妙方敢于创新.上海中医药杂志,1993,8:1~3
- [34]王岭.施奠邦辨治慢性乙型肝炎经验.中医杂志,1998,39(11):651~652

- [35] 谢焕荣. 谢立业老中医辨治肝胆病的经验. 陕西中医, 1994, 15(7): 313 ~ 314
- [36] 曹顺明. 王灵台治肝炎特色. 上海中医药杂志, 1994, 6: 15 ~ 16
- [37] 王暴魁. 王灵台治疗慢性乙型肝炎经验. 中医杂志, 1997, 38(5): 271 ~ 272
- [38] 常章富编著. 颜正华临证验案精选. 北京: 学苑出版社, 1996. 100 ~ 101, 161 ~ 169
- [39] 彭建中, 杨连柱编著. 赵绍琴临证验案精选. 北京: 学苑出版社, 1996. 96
- [40] 董振元, 季元. 祝湛予教授治疗慢性肝病的经验. 中国临床医生, 1999, 27(6): 20 ~ 21
- [41] 董振元, 季元, 范爱平等编著. 祝湛予临证验案精选. 北京: 学苑出版社, 1996. 36 ~ 38
- [42] 任继学主编. 中国名老中医经验集萃. 北京: 北京科学技术出版社, 1993. 49 ~ 50
- [43] 肖会泉, 罗日永. 邓铁涛治疗慢性丙型肝炎经验. 中医杂志, 1999, 940(9): 524 ~ 525
- [44] 吕荣华. 孙秉华老中医治疗肝病的经验. 新疆中医药, 1994, 1: 46 ~ 47
- [45] 高凤琴. 董国立教授治疗肝病的经验. 天津中医, 1994, 11(3): 1 ~ 2
- [46] 吴俊喜, 常风云. 田乃庚教授治疗肝病的经验. 河北中医, 1996, 18(5): 18
- [47] 张朝曦. 刘仕昌教授治疗病毒性肝炎的经验. 新中医, 1995, 8: 9 ~ 10
- [48] 赵富生. 李秋礼治疗乙型肝炎的经验. 陕西中医, 1995, 16(1): 22 ~ 23
- [49] 姜润林. 王玉玲治疗慢性迁延性肝炎的经验. 江西中医药, 1994, 25(1): 10
- [50] 王兰青. 梁静玉治疗中医肝病经验. 辽宁中医杂志, 1997, 24(12): 540 ~ 541

- [51] 刘石坚,何炎荣老师治疗慢性肝病的经验. 新中医,1997,29(6): 10~11
- [52] 尹常健,王文正肝病经验选介. 中医杂志,1991,15(1): 15~16
- [53] 孙为民. 孙式庵老中医治疗慢性肝炎用药的经验. 陕西中医, 1985,6(6): 262~263
- [54] 严佩贞,郑秀春,夏德全. 夏理彬治疗慢性肝炎的经验. 上海中医药杂志,1986,4: 6~8
- [55] 方洁. 张沛虬主任医师治疗慢性肝炎的特色. 江西中医药, 1989,5: 2~3
- [56] 赵凤达,蔡灿林. 洪广祥治疗慢性肝炎的经验. 江西中医药, 1993,24(4): 1~4
- [57] 林寿宁,唐友明. 林沛湘治疗慢性肝炎经验. 黑龙江中医药, 1993,4: 1~3
- [58] 马正业. 对王绵之教授治疗慢性肝炎理论的探讨. 北京中医药大学学报,1994,17(4): 22~23
- [59] 蔡光斗,林禾禧. 蔡友敬治疗慢性肝炎、早期肝硬化的经验. 福建中医药,1996,27(4): 18~19
- [60] 杜同仿. 沈炎南治疗慢性肝炎八法. 浙江中医杂志,1988,2: 61
- [61] 张丽慧,张文生. 张志华主任医师治肝病经验. 河北中医,1997, 19(4): 26~27
- [62] 解建国,张立红. 靳瑞香教授治疗肝病经验简介. 陕西中医, 1995,16(2): 73~74
- [63] 郑翔. 章真如论治肝郁. 湖北中医杂志,1995,15(4): 2
- [64] 章真如编著. 肝胆论. 武汉:湖北科学技术出版社,1986. 36~38
- [65] 孔繁立. 尤松鑫教授治疗肝病血证经验. 中国中医急症,1994,3 (5): 222~223
- [66] 陈静. 俞荣青治疗慢性病毒性肝炎经验. 江苏中医,1998,19 (6): 12
- [67] 高秋松. 任侠民主任医师和他的治肝经验. 浙江中医学院学报, 1988,12(4): 3~4
- [68] 杨世权. 何久仁老中医治肝经验拾贝. 黑龙江中医药,1986,2:

5~4

- [69]陈玉龙. 唐宋教授治疗慢性病毒性肝炎经验择要. 中医研究, 1997, 10(5): 43~44
- [70]关晓樵. 王多让主任医师肝病治疗经验. 甘肃中医学院学报, 1998, 15(3): 3~4
- [71]李怀东, 张华本. 陆长清诊治病毒性乙型肝炎经验谈. 上海中医药杂志, 1996, 12: 14
- [72]张安国. 郑万陶治疗乙型肝炎的经验. 四川中医, 1994, 1: 8~10
- [73]赵卫. 乔仰先治疗肝炎的经验. 浙江中医杂志, 1995, 4: 146~147
- [74]丁木, 彭燕, 郭跃熙. 吴寿善治疗乙肝经验. 湖北中医杂志, 1998, 20(1): 10~11
- [75]张定国. 李则藩辨治乙型病毒性肝炎的经验. 吉林中医药, 1998, 5: 4~5
- [76]李润东, 杨兆芳. 吕兰凯治疗慢性乙型肝炎经验. 山东中医杂志, 1998, 17(12): 556
- [77]侯树平, 金显今, 赵金华. 张亚洲教授诊治病毒性乙型肝炎经验. 中医药信息, 1995, 1: 37
- [78]牛祖智, 刘红英. 莫矜耀教授治疗乙型肝炎的思路和方法. 云南中医学院学报, 1998, 21(4): 30~31
- [79]熊家平, 刘青. 田玉美教授治疗慢性乙型肝炎的经验. 中西医结合肝病杂志, 1998, 8(2): 119~120
- [80]梁晓峰. 梁国杰主任医师辨治肝病检验特色. 四川中医, 1996, 14(12): 4~5
- [81]崔丽安. 张俊富治疗重症肝炎重度黄疸的经验. 上海中医药杂志, 1995, 5: 11~12
- [82]邱德文, 沙凤桐主编. 中国名老中医药专家学术经验集. 贵阳: 贵州科技出版社, 1994. 290~292
- [83]李晓燕, 黄小林. 黄保中老中医治疗慢性肝病的用药经验. 新中医, 1999, 31(11): 6~7
- [84]阎培林, 刘边林. 张瑞霞主任医师治疗肝病的经验. 陕西中医,

1999,20(9):408~409

[85]陈立华.论病毒性肝炎的病机及治法.中医药学报,1984,(1):1~5

[86]陈立华.肝炎辨证论治中的几个基本问题.中医杂志,1992,33(11):51~53

[87]陈立华.通阳助阳法治疗乙型肝炎初探.中医杂志,1986,(1):27~29

[88]陈立华.慢性肝炎谷丙转氨酶升降与方药关系的探讨.中医杂志,1991,(9):33

[89]杨利.金实治疗慢性乙型肝炎经验撷菁.浙江中医杂志,1999,(4):141~142

[90]哈达,高瑞霞.封万富辨治肝病临床经验整理.内蒙古中医药,1999,(2):1~2

[91]刘坚.王伯祥治疗慢性肝炎经验辑要.中国中西医结合脾胃杂志,1999,7(2):93~94

[92]张前德.汪履秋教授治疗慢性肝炎经验撷英.江苏中医,1999,20(8):9~10

[93]梁国川.李致新老中医治疗乙型肝炎的经验.新中医,1999,31(8):5~6

[94]孙卫民.冯志雄老中医治疗病毒性肝炎、肝硬化的经验.陕西中医,2000,21(1):22~23

[95]余贤武.邹学熹教授治疗肝脾肿大的经验.成都中医学院学报,1994,17(2):22~23

肝 硬 化

肝硬化是由不同病因引起的慢性进行性、弥漫性肝脏疾病。病理特点为广泛的肝细胞变性坏死、纤维组织弥漫性增生,并有再生小结节(假小叶)形成,正常肝小叶结构和血管解剖的破坏,导致肝脏逐渐变形、变硬而成为肝硬化。全世界每年死于肝硬化者达数十万人,发病率男性多于女性,年龄以20~50岁多见。

引起肝硬化的病因很多,如病毒感染、血吸虫病、酒精中毒、药物损伤、胆汁瘀积、循环障碍、代谢与遗传病、营养不良等。肝硬化早期代偿功能良好,可无临床表现。晚期常出现上消化道出血、腹水、肝性脑病等严重并发症,严重危害人民健康。

肝硬化分早期和晚期。早期肝硬化有胃口不佳、恶心、呕吐、右上腹胀痛、腹泻等症状,主要体征为肝肿大等。晚期肝硬化则肝脏缩小变硬,出现消瘦,贫血,蜘蛛痣,鼻、牙龈出血,紫斑,水肿,腹水,黄疸,肝区疼痛,发热等症状。严重时,并发肝昏迷,上消化道大量出血,而致死亡。

肝硬化早期属中医的胁痛、积聚范围,晚期属臌胀范围。本病病因为感受外邪,或情志郁结,或饮酒,饮食失节,或血吸虫感染等。肝性喜条达疏泄,如机体抵抗力减弱,在上述致病因素的作用下,肝失条达,则肝气郁结,气郁则血液运行不畅,遂形成气滞血瘀。因肝脉布胁肋,故两胁胀痛。肝气郁结,势必横逆犯脾,出现食欲不振、腹胀便溏等症状。久之乏力,消瘦。脾虚,则运化水湿的功能发生障碍,水湿停滞,

势必渐成臌胀。

病毒性肝炎后肝硬化

【概述】

病毒性肝炎后肝硬化是一种病毒性肝炎引起的肝硬化。其病原可以是一种或几种肝炎病毒叠加感染所致,常见为乙型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎引起,尤以乙型肝炎为主,丙及丁型(非甲非乙型)肝炎次之。一般从发病到发展为肝硬化的病程可短至数月(尤其是丙型肝炎引起者),也可长达10~20年。肝炎后肝硬化在病理上有的表现为小结节性肝硬化,有的表现为大结节性,在我国以小结节性为多。特点为:肝细胞坏死区大小不等、分布不匀,再生结节大小不一,大者大于2cm,有的在5cm以上,肝脏表面有明显塌陷区。大结节性肝炎后肝硬化起病急,症状明显,多有食欲不振、恶心、黄疸、肝区痛、腹痛及明显腹胀。小结节性肝炎后肝硬化起病缓慢,症状不多,早期可无症状,后期可有肝功能损害、门脉高压和多系统受累的各种表现。中医属于“积聚”、“臌胀”、“黄疸”等范畴。本病病因,一般认为与感染疫毒有关,病位在肝、脾、肾,病机特点是肝脾肾功能受损,气血水代谢失常。《医门法律·胀病论》曰:“胀病亦不外水裹,气结,血瘀。”

【名医经验】

1. 赵绍琴诊治经验

赵师认为,早期肝硬化临床见证虽然繁多,细析之,其关

键是气、火、湿、食之郁，病由此而生，又由此而变甚；至于出现阴阳失调或瘀血结聚，则是由诸郁所伤或诸郁不解发展而来。因此在临床治疗上采取以疏肝解郁为主，配合活血化瘀，咸寒软坚，调整阴阳的方法，有步骤、分阶段进行调治，再配合饮食调养、走路锻炼，常可收到满意的疗效。

早期肝硬化，以脘腹胀满为主要表现，并有胁腰背诸痛。据脉舌色证分析，为湿热蕴郁不化，肝胆郁热深入血分。其治疗从清泄肝胆郁热，清化脾胃湿热，凉血化瘀，疏利三焦几方面调理。清泄肝胆郁热用柴胡、黄芩、川楝子、龙胆草、夏枯草等；清化湿热用佩兰、藿香、茵陈、苏叶梗等；凉血化瘀用丹参、茜草、赤芍、郁金、元胡等；疏利三焦用焦三仙、水红花子、大腹皮、槟榔等；疏理气机用青陈皮、香附、木香、枳壳等；通络止痛用丝瓜络、桑枝、白芥子。治疗中不用守中，不用滋腻。^[1]

2. 朱良春诊治经验

朱老认为，肝硬化是一种由各种慢性肝病延续发展而来的、具有广泛肝细胞损害以及结缔组织增生的慢性进行性疾病。根据临床症状和体征，早期肝硬化属中医“积聚”、“痞块”范畴，晚期肝硬化则属“臌胀”门。肝硬化的病理改变，是肝实质的损伤，以气血郁滞、瘀凝脉络为主要矛盾。由于痰结日久，肝脾损伤，其临床表现多呈本虚标实，治疗较为棘手。朱老根据本病的病机和临床表现，结合临床经验，创订“复肝丸”用之临床，取得了比较满意的效果。

肝硬化虽属病由肝起，却是一种影响全身的错综复杂的慢性病变，在整个病情演变过程中，多影响到脏腑之间的功能紊乱，表现出虚实交错的病机，临床用药必须统筹兼顾。朱老参合全身情况，将早期肝硬化综合为四种证型分别施

治。

(1) 肝郁脾虚：重在疏肝益脾、扶正消癥。

肝失疏泄，气血痹阻，脾运不健，生化乏源。其症见肝脾肿大或仅有肝肿大，质地按之则痛，胃纳减少，腹胀便溏，四肢倦怠乏力，面浮而色晦黄，入暮足胫微肿，舌质暗红不泽，舌体较胖或边有齿印，脉象虚弦，重按无力。治用疏肝益脾、活血消癥。以复肝丸配合逍遥散、异功散、当归补血汤加减。常用药物如柴胡、当归、白芍、党参、黄芪、白术、丹参、炙甘草、广郁金、广陈皮、茯苓等。

(2) 肝胆湿热：急当清肝利胆，通腑泄浊。

湿遏中焦，邪从热化，肝失疏泄，移热于胆。其症见肝脾俱肿，胁痛脘痞，头眩口苦，纳减腹胀，心烦易怒，溺短而黄，大便秘结或溏滞不爽，并可出现黄疸，苔黄厚腻，脉多弦数。治宜清肝利胆，泄热渗湿。以龙胆泻肝汤、茵陈蒿汤加减。常用药物如龙胆草、茵陈、山栀、柴胡、当归、黄芩、大黄、玄参、白花蛇舌草、虎杖、金钱草、车前草等。此类病人不宜早用复肝丸。否则，往往出现烦热不寐的反应，转氨酶可见上升，故用之宜慎。

(3) 脾肾阳虚：治宜温补脾肾，益气化瘀。

气血瘀滞，肝脾久伤，由脾及肾，损及肾阳。其症见脾肿大较肝肿大为甚，恶寒怯冷，腰膝酸软，面黄无华，精神萎顿，饮食少思，腹胀便溏，舌淡胖嫩或胖紫，脉多沉弦而细。治用温补脾肾，益气化瘀法，以复肝丸为主，配合景岳右归丸，当归补血汤加减。常用药物如熟附片、肉桂、鹿角胶（或鹿角片）、菟丝子、仙灵脾、黄芪、当归、党参、白术、茯苓、甘草等。

(4) 肝肾阴虚：治应滋养肝肾，凉营宁络。

邪毒久羁，肝血亏耗，肾阴损伤，热瘀脉络。其症见脾肿大明显，肝大不著，面色黧晦，红丝缕缕，胁痛腰酸，鼻衄或齿龈

渗血,咽喉干燥,夜寐梦多,舌红绛少苔,或苔薄中剥,脉象弦细而数。治用滋肾柔肝,养阴和络,以一贯煎加减。常用药物如北沙参、生地、枸杞子、天冬、麦冬、生白芍、川楝子、绿萼梅、女贞子、旱莲草、玄参、甘草等。兼心阴虚而心悸心烦者,加丹参、龟甲、枣仁之类。阴虚阳亢、热伤阳络,出血较甚者,加阿胶、水牛角、丹皮之属;齿衄不止,可用鲜地骨皮 60g 煎汤含漱,有止血之效。^[2]

3. 张琪诊治经验

张琪教授认为,肝炎后肝硬化属于久病痼疾。肝脾肾失调、正虚邪实,表现在肝炎后肝硬化的始终,只是病程阶段不同,有主次之分,轻重缓急之异。本病系急慢性肝炎演变的结果。湿热之邪蕴蓄不除,日久伤及脏腑气血,导致实质性脏腑损害。

在急慢性肝炎阶段,多属湿热蕴蓄,脾为湿困,土壅木郁,及至呈现肝硬化时,其病机则为肝气郁久,气滞导致血瘀;肝郁化火,火灼伤阴;湿热不除,久催伤阴,肝阴亏虚肝体失养,则失其条达之性,使肝郁更甚,加重瘀血;脾困日久,健运失职,气日以衰,无力行血,则血自留结。血瘀既成,阻滞日久而成痞块。进而日渐坚硬,固定不移,脉道受阻,则络脉怒张,腹筋暴起。本病可归属祖国医学“癥积”范畴。

若脾为湿热困扰,日久则水湿运化失健,水气不能下行,导致水液内停而形成腹水,可归属祖国医学“单腹胀”范畴。

若肝阴不足,日久必下竭肾水,或肾阴素亏,肾为肝母,无以涵养肝木,而致肝肾阴亏,患者可出现舌红少苔、五心烦热,甚则出现昏迷状态。肾为水火之宅,阴损及阳或肾阳素亏,间或见到脾肾阳虚或阴阳两虚者。

总之,张师认为肝郁脾虚、肝肾阴亏是最常见的脏腑病

变；气滞、血瘀、湿热、蓄水往往交相为患。病机复杂，但总不外肝脾失调，正虚邪实。

对于肝硬化治法一般分四型施治：

(1)肝郁气滞，湿热中阻：症见胁痛腹胀、纳呆口苦、乏力、便溏、尿黄，舌红，苔白或黄腻，脉滑。治以疏肝健脾，清化湿热，行气消胀。方用清化四逆散（经验方）：柴胡、白芍、枳实、甘草、白术、茯苓、茵陈、黄连、黄芩、藿香、砂仁、陈皮、厚朴。

张师认为：一部分早期肝炎后肝硬化患者，血瘀征象不显著，其主要病机在于肝经气郁。此时当以疏肝解郁为主要治法。然肝为刚脏，体阴用阳，疏肝宜避辛燥伐肝，常用四逆散加味。肝炎后肝硬化多见腹胀纳呆、口苦苔腻、便溏尿黄等候，乃脾胃失和、湿热中阻，宜加白术、茯苓以健脾助运，佐以茵陈、黄芩、黄连等以清热，藿香、砂仁、厚朴、陈皮等以醒脾化湿。

(2)血瘀血热：症见胁肋刺痛、热痛，痛有定处，心烦易怒，蜘蛛痣，肝或脾肿大。有时齿衄鼻衄，面色晦暗，妇女月经量多、先期。舌紫暗，脉弦有力。治以活血化瘀，清热凉血。方用化瘀软肝汤（经验方）：柴胡、生地、丹参、赤芍、当归、桃仁、丹皮、甘草。

张师对于部分肝炎肝硬化，病程较长或病程长而正气亏虚不著，血瘀血热表现为主者，常用此方化裁，当归、丹参、赤芍、桃仁活血化瘀，生地、丹皮清热凉血兼能活血，柴胡疏肝以助血行，甘草调和诸药。共奏活血化瘀、清热凉血之效。张师指出，此方专事活血，故不可久服，以免伤正。

(3)气阴两虚：症见左右季肋部（肝脾区）胀、热痛，腹胀满（无腹水），心烦易怒，掌心紫，面色黧黑，目糊，气短乏力，羸瘦，舌紫，有瘀斑，口唇紫，有蜘蛛痣，脉弦有力。治以益气

健脾,柔肝疏肝,凉血活血,软坚散结,清化湿热。方用消补护肝汤(经验方):红参、黄芪、白术、茯苓、柴胡、白术、甘草、枳实、川朴、茵陈、焦山栀、丹皮、炙鳖甲、丹参、桃仁、郁金、泽兰叶。

张师认为,该型病机极为复杂。气阴两虚、肝郁气滞、血热血瘀、脾虚失运、湿热蕴蓄交错并存,临床该型较为常见。方中参、芪益气,术、苓健脾,四逆散敛阴柔肝,茵陈、丹皮、焦山栀清利湿热,朴、实理气消胀满,丹参、丹皮、桃仁、炙鳖甲、郁金、泽兰叶活血软坚消癥,妙在参、芪、苓、术、芍、草与炙鳖甲、丹参、桃仁等合用,消补兼施,补而不壅,消而勿伤,乃治癥之大法,临床观察,疗效甚佳。

(4)肝肾阴亏:症见胁肋隐痛,面色晦暗无华,头昏眩,目糊,疲乏无力,腰酸腿软,足跟痛,低热,咽干口燥,失眠多梦,舌红少苔或少津,脉细数。治以滋补肝肾,活血通络。方用滋肾补肝汤(经验方):女贞子、菟丝子、枸杞子、生熟地、当归、白芍、玉竹、山萸、山药、茯苓、泽泻、鸡血藤、丹皮、丹参。

张师认为,肝肾同源,故肝阴虚常与肾阴虚同见,治疗当补肝补肾同时并举。此方妙在补肝肾之阴为主,辅以山药、茯苓、泽泻健脾利湿,鸡血藤、丹皮、丹参以活血通络,使其补而不壅。若阴虚日久兼有阳虚表现,如气怯、神疲、下肢冷感或浮肿、小便不利,可酌加助肾阳之品,如仙灵脾、肉桂、巴戟天等。如有胃脘不适,可加山楂、紫苏、陈皮以和胃理气。

治疗肝炎后肝硬化,应重视运用大方,认为运用大方是提高该病疗效的关键。这主要是因为肝炎后肝硬化大多病情经久,病机复杂,若用药味少的小方,则得此失彼,顾首不及尾,很难收取佳效,必须使用药味多的大方,才能既抓住疾病的主要矛盾,又兼顾了次要矛盾。^[3]

4. 龚志贤诊治经验

肝硬化的治疗是根据病人的体质,临床脉证,运用四诊八纲,辨证施治。历代医家根据临床症状,按阴、阳、虚、实来决定治法。如臌胀有腹水,古人分阴水和阳水;以症状论,见口干苦,小便黄赤而少者为阳,口不干苦,下肢发凉,小便清长,大便溏稀者为阴;以脉诊论,见数大有力为阳,沉迟兼弱为阴。阳水用八正散、胃苓汤化裁,以清热利尿,健脾消肿;阴水用济生肾气丸加减,寒得热药的温化则消散。如腹水量多,腹大如鼓,胀满不堪,小便点滴而下者,宜先用舟车丸泻之,即“急则治其标”之意,应当注意“衰其大半而止”绝对不可泻之太过。当腹水去其大半后,宜用香砂六君子汤、胃苓汤之类,以健脾温中,舒肝理气。如肝硬化早期,症见两胁胀痛,消化不良,口干苦,头眩晕,小便黄,或鼻衄齿衄等,可用丹栀逍遥散清热开郁,舒肝健脾。如诸症好转脾虚气弱时,可用六君子汤调理。如倦怠无力较甚,可用补中益气汤加减治之。如倦怠无力失眠较为突出者,可用归脾汤加减疗之。

龚氏认为肝为风水之脏,体阴而用阳,性喜条达,病则肝气横逆,易生郁热之变。尽管在临床治疗上,有的须宣湿化浊,有的须祛瘀活血,有的须补益气血,有的须肝脾同治。方法有异,用药不同,都必须根据脉证,辨证施治,才能收到满意的效果。

汉·张仲景指出:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾,肝虚则用此法。”肝虚也就是说肝病较久,肝郁乘脾,气阴两虚之证也。一般说来,脾是指整个消化系统,所谓“脾主运化”也。肝病往往引起消化不良,特别是恶食油腻,食欲不振,脘腹胀气,大便或秘或溏等症。所以健运脾胃,恢复消化能力,增进

食欲,是治疗肝炎和肝硬化必须注意的问题。但只健运脾胃是不行的,肝病日久不愈,必有郁热和湿邪,由于郁热可以耗伤肝肾之阴,湿邪又易损伤脾肾之阳,必须采用扶正除邪之法,健运脾胃是扶正,舒肝清热是除邪;扶正还必须注意到先后天的关系,脾为后天之本,肾为先天之本,先天乃生命之源,所以治疗必须兼顾脾肾,才能收到最好的效果。若见舌红,口干,齿衄,小便赤少,脉弦细而数等阴虚之证,可用养阴利水之法;见神倦,食少,腹胀但按之不坚,下肢或有水肿,小便清长,大便溏而不爽,次数多量少,怕冷,面色萎黄或苍白,舌质淡或嫩红,苔薄白滑,脉沉细弱等阳虚之证,可用温阳行水之法;若见阳痿、遗精、多梦失眠等神衰之证,可用补肾安神之法,等等。因此,在治疗上要辨证施治。如治疗急性肝炎重点放在清热解毒,以祛邪为主,治疗慢性肝炎既要除邪,又要扶正,也可以说除邪为主,扶正为辅;治疗肝硬化必须扶正为主,祛邪为辅。如果只用红花、桃仁、三棱、莪术、水蛭等祛瘀破血药和甘遂、大戟、芫花、商陆等峻泻逐水药,也可能暂时取效,但用后正气愈损,后果不堪设想。

要善于辨别病人体质之属寒、属热、属虚、属实,这对立法用药很重要。在治疗肝炎和肝硬化的病例中,有年近七旬而体质偏热的,投以舒肝清热之剂,疗效亦甚佳者;有的虽是青年人,而体质偏寒的用辛温之剂,亦屡投屡效;有的须大补气血;有的须升清降浊;有偏于湿者(又有湿热和寒湿之分);有痰饮偏盛者;有瘀血久留者;有上热下寒或上实下虚者。为医者必须注意兼杂之证,细心研究,辨证施治,才不致差之毫厘,谬以千里。

凡患肝病之人,往往容易忧郁善怒,情绪紧张,顾虑重重。故为医者必须解除病家思想顾虑,才能取得较好的疗效。也就是说,当医生的不只是用药治病,还要做思想工作,

从病人整体考虑,照顾全面,使患者解除思想顾虑,精神愉快,与医生配合得好,安心治疗,这对疾病的疗效和健康的恢复有很大的关系。

病案举例:白某,男,46岁,工人。1960年患过急性黄疸型传染性肝炎。几年来经常肝区隐痛,腹部胀气,肝功能检查异常。1968年因病情有所发展,而求治于余。自诉肝区刺痛,脘腹胀气,倦怠无力,食欲不振,尿少色黄,大便先硬后溏,舌质偏红,苔白腻罩黄,左脉弦细数,右脉微弱无力。体检:巩膜皮肤黄染,肝在肋缘下2cm,剑突下4cm,质硬,脾在肋下3cm。化验:黄疸指数40U,麝浊18U,高田氏(++),白蛋白3.04g,球蛋白5.60g。西医诊断为肝硬化。中医辨证为肝郁脾虚,中气不足,湿热滞于中焦,乃正虚邪实之候。治宜疏肝健脾,补中益气,清热除湿利水。处方:鱼腥草30g,马兰30g,炒小茴10g,白术10g,黄芪15g,党参15g,当归10g,石菖蒲12g,茵陈15g,木通12g,泽泻12g。

上方连服20剂,药后病情稍有好转,疲乏之感减轻,胃纳稍增,脘腹胀满略好,惟肝区刺痛未减,皮肤巩膜之黄未退,口仍干苦,牙龈衄血,小便仍少色黄,脉苔如故,为正气尚强,肝郁脾虚,胆热液泄,仍属湿热发黄之证。治宜舒肝利胆,除湿利尿。处方:柴胡12g,白芍12g,枳壳10g,甘草10g,黄芩10g,太子参25g,茵陈30g,木通12g,白茅根30g,焦山栀10g,车前草30g。

上方连服13剂,药后肝区疼痛减轻,口已不干苦,惟黄疸未退,小便仍黄少,大便仍稀溏,牙龈仍衄血。辨证为湿热阳黄,乃久病郁滞,故黄不易退,再参前法改方。处方:茵陈30g,满天星30g,焦山栀30g,苍术30g,茯苓12g,泽泻12g,木通12g,石菖蒲10g,水灯心25g。上方连服45剂,有时根据病情,选加滑石、炒草果仁、蒲公英、鸡血藤、焦三仙、佛手

等药。

药后黄疸渐退,尿色浅黄而畅利,食欲较好,脘腹胀满减轻,舌苔薄白而润,脉弦细无力。惟肝脾区仍感不舒适,牙龈衄血未止,自觉疲乏短气。此久病正虚邪实,宜扶正除邪,再参考第一次处方化裁。处方:党参 25g,黄芪 25g,焦白术 10g,当归 10g,鱼腥草 30g,马兰 30g,木通 12g,泽泻 12g,茵陈 15g,泽兰 12g,香附 12g,仙鹤草 30g,鸡血藤 30g。上方连服 50 剂后,精神转佳,饮食大增,肝区疼痛大减,腹胀亦减,舌苔薄白,脉缓弱,肝功化验基本正常,已恢复半日工作。为了巩固疗效,早服补中益气丸 6g,晚服香砂六君子丸 6g,以保肝健脾,培补气血。

本病案为早期肝硬化,病程虽长,但正气尚未过度损伤,为肝郁脾虚、胆热液泄之候,属湿热发黄。治疗原则,初宜除邪为主,固正为辅;待肝郁解、湿热除,再用补中益气、香砂六君,舒肝健脾,培补气血,扶正固本。^[4]

5. 关幼波诊治经验

关老认为:本证系因湿热之邪未彻底清除,日益胶固,缠绵日久,以伤及脏腑、气血的功能,进一步发展而耗伤其实质。由于脏腑气血实质性损害,所显示的功能障碍,既明显又难以矫治。在急慢性肝炎阶段,多为湿热困脾,脾困日久,运化失职,转输无权,正气亏耗,则脾气虚衰,正气不行,浊气不化,湿浊顽痰凝聚胶结,另一方面,热淫血分,伤阴耗血。由于气虚血滞,以致瘀血滞留,着而不去,凝血与痰湿蕴结,阻滞血络则成痞块(肝脾肿大),进而凝缩坚硬,推之不移,若脉道受阻则络脉怒张,青筋暴露(腹壁或食管静脉曲张),所以,气虚血滞为肝硬化之本,而湿毒热邪,稽留血分是为标。后天化生无源,则肝肾阴精无以济,又因湿热内耗,则肝肾阴

精枯涸,肝无血养而失柔,肾无精填而失润,以致肝肾阴虚;阴虚则虚热内生,虚热与稽留血分之湿热相合,虚实夹杂以致阴虚血热;由于正不抗邪,气血日衰,阴精日耗,阴病及阳,气衰阳微,以致脾肾阳虚,所以肝肾阴虚,阴虚血热和脾肾阳虚又为本病常见的三种证型。而湿毒热未清,热伤血络和血热瘀阻湿热发黄又为常见的兼夹证。

在临床上,各证型之间相互兼见或相互交错,不可截然分开,主要仍应掌握其病理实质,辨证施治,从治疗观点上以补气活血,养血柔肝为基础,并根据其证型重点滋补肝肾,养阴清热,或温补脾肾,若见余邪未清等兼证,则应当佐以祛邪之品。

病案举例:吴某,男,38岁。1975年4月14日初诊。患者于1970年下半年开始,自感乏力,腿酸,食减,腹胀,一年后肝大,查血:谷丙转氨酶840U/L,麝浊20U,诊为肝炎。经保肝治疗肝功能恢复正常。1974年10月12日病情反复加重,疑有腹水,经治疗后好转,12月份症状又加重,1975年2月20日查肝功能,谷丙转氨酶495U/L,麝浊20U,麝絮(+),4月14日来我院门诊。当时症见纳食不香,午后腹胀,两胁胀痛,疲乏无力,二便尚调。平时有胃病史,12年前诊为十二指肠球部溃疡,胃粘膜脱垂,1969年因急性穿孔行手术治疗,失眠史已10余年。查体:腹软,肝在肋下1.5cm,剑突下3cm,质硬,有触痛,脾在肋下1cm,质硬有触痛,肩、颈、手腕下可见数个典型蜘蛛痣,有明显朱砂掌。化验检查:血小板 2.9 万/mm^3 ,白蛋白/球蛋白3.4g/3.0g/L,谷丙转氨酶正常,麝浊20U,麝絮(++).舌苔薄白,脉沉弦。西医诊断:慢性肝炎早期肝硬化。中医辨证:肝郁血滞,脾肾两虚。治法:健脾补肾,养血柔肝。方药:生芪12g,党参12g,焦白术9g,藿香9g,杏仁9g,橘红9g,赤白芍各15g,当归12g,香

附 9g, 泽兰 15g, 阿胶 9g, 鳖甲 12g, 王不留行 12g, 藕节 12g, 乌鸡白凤丸 1 丸(午服)。以上方为主调治 7 个月, 症状逐渐好转, 1975 年 3 月 18 日, 复查血小板升至 8.5 万/mm^3 , 肝功能正常, 白蛋白/球蛋白 $4.10\text{g}/2.55\text{g/L}$, 已恢复全日工作, 门诊随诊。

本例从其病史、症状、体征及化验检查, 确诊为早期肝硬化是无异的, 治疗用药均属扶正之品, 健脾益气, 养血柔肝, 行气活血, 养阴软坚, 其中王不留行走血分, 通血脉, 利小便; 藕节凉血止血兼能化瘀, 乌鸡白凤丸补气养血, 调补肝肾, 对于早期肝硬化也是相宜的。

总之在治疗早期肝硬化时, 应掌握气虚血滞之本, 余邪未尽之标, 区别肝肾阴虚、阴虚血热、脾肾阳虚等证型。以扶正补虚为主, 根据情况和需要佐以祛邪。^[5]

6. 姜春华诊治经验

姜老对肝炎后直至肝硬化均认为是肝气郁滞, 故多采用疏肝理气法。临证体会肝病主要是血瘀引起气滞, 所以治疗首先应考虑治血, 兼顾理气, 而不应以理气为主。治疗应以活血化瘀为主, 使肝脏血行畅通, 瘀血化除, 瘀化则血行更畅, 血行则瘀无所留, 由此而肝气亦得畅通而无所窒碍。常以此法治疗肝炎肝脾肿大, 早、晚期硬化, 即使晚期高度腹水, 仍以此法为主。脾肾阳虚: 症见纳少, 便溏, 面晦, 跗肿, 肢冷恶寒, 阳痿, 用白术、干姜、益智仁、川朴、砂仁。凡肝病见阳痿不必壮阳, 壮阳则相火动而伤肝阴。肝病必须禁欲, 有些患者因房事而肝病加剧。

经长期观察, 此法不但可以改善症状和体征, 而且使肝功能也有显著改善。前者如顽固胁痛、腹胀、食欲不振、唇黑面晦、舌边紫斑、皮下出血、微血管扩张、目赤黄浊、失眠心烦

等用此法治疗,可以获得改善;后者如转氨酶、锌浊度、麝絮及麝浊均可见下降;对白蛋白、球蛋白的倒置可以纠正, γ 球蛋白的升高可以下降,其余如黄疸指数、碱性磷酸酶等也都有一定的下降作用,在治疗中除用活血化瘀以治病外,亦当结合临床具体情况加以处理。治疗以下瘀血汤为主:大黄9g,桃仁9g,虻虫(即地鳖虫)9g。其他活血化瘀软坚药如丹参、赤芍、炮山甲、五灵脂、鳖甲、当归、红花、丹皮可以选加(若腹泻次数多,大黄可先煎,或减其量)。常服可以改变肝质地。

肝硬化过程中可出现以下各种证候:

湿热内蕴或湿热留滞:症见黄疸,胸闷,纳呆,口干,口苦,小便短赤。化验转氨酶多升高。治疗可以选用下列药物:茵陈、山栀、大黄、黄柏、龙胆草、蒲公英、大叶金钱草、大小蓟、大青叶、垂盆草、连翘、平地木、荷包草、全瓜蒌、丹皮、茯苓、白术、砂仁、川朴等。其中茵陈至丹皮诸药均有不同程度的降低转氨酶作用,以垂盆草降酶作用较强,五味子研粉吞服效果亦好,但均有反跳。垂盆草一般用于急性实热型,五味子常用于慢性虚弱型,虎杖用于湿重,龙胆草用于热重。其顽固持续不降者可用下瘀血汤。

脾虚气滞:症见纳少,腹胀便溏,面黄肢软,可用党参、白术、黄芪、砂仁、陈皮、枳壳、藿香、紫苏、茯苓等。

气虚:症见疲乏无力,四肢倦怠,声音低怯,面目虚浮,舌胖有齿印,动则气促,可用黄芪、党参、人参、白术、茯苓、黄精、黑大豆等。

肝气郁滞:症见胁痛隐隐,似撑似窜,胸闷腹胀,可选用枳壳、柴胡、元胡、郁金、绿萼梅、娑罗子、青皮、陈皮、紫苏、广木香等。

肝络血瘀:症见胁肋刺痛,胀痛,剧烈时甚至以案角支

抵,可用生大黄、廑虫、桃仁、元胡、五灵脂、赤芍、红花、九香虫、乳香等。

肝经郁热:症见胁痛,舌红,目赤,尿黄,口干。可用山梔、丹皮、连翘、龙胆草、柴胡、元胡、麦冬、茅根、天花粉等。

阴虚:症见舌红,口干,五心烦热,尿少便结,可用生地、鳖甲、元参、麦冬、瓜蒌仁、望江南、石斛、地骨皮、芦根等。

阴虚火旺:症见面红目赤,舌绛口燥,脉细弦数,可用上药再加山梔、丹皮、龙胆草、白蒺藜等。

对于腹水一证,姜氏认为其中有虚而兼实者,也有实中夹虚者。如实证而大便溏,虚证而大便干,体壮而声音低怯,体虚而声音高朗。至于身体肥瘦,病程长短亦非虚实根据。临证当以病者整个精神、体质、证候作精密的观察,仔细地分析。而治疗上对攻补两法亦不可偏执一端,临床上邪正、虚实是错综复杂的。从腹水病人来说,虚中有实,实中夹虚,较为多见,但正虚或邪实也不少见,故治疗上终须具体情况具体对待。虚者先补后攻,俟病者能受攻时则攻;实者先攻后补,使病者腹水排除后能巩固疗效;虚中夹实,实中兼虚者则攻补兼施。采用下瘀血汤为主,虚者加入补药,实者加入泻药,热者加入清药,寒者加入温药。^[6,7]

7. 陆芷青诊治经验

陆师认为肝炎后肝硬化多为乙肝或丙肝发展的结果,根据肝硬化各期的临床表现不同,分别属于中医“癥结”、“臌胀”、“黄疸”等病范畴,临床主要从以下几方面治疗。

早期着眼化瘀消癥解毒,兼顾健脾养肝。

陆师认为肝硬化早期,以肝脾俱虚而湿热留恋,瘀阻肝络的病变为多见。因本病发生多为湿热疫毒久羁于肝,伤及脏腑气血有关,如肝郁气滞,久病入络,以致气滞血瘀;湿邪

困脾,运化失职,转输无权,则脾气衰虚,升降失常,清浊不分,清浊胶固,凝聚成痰,痰瘀交阻;热淫血分,伤阴耗血,阴虚血瘀等以致肝络瘀阻,而成胁下癥结。临床上常出现食少纳呆,腹胀,便溏,少气乏力等脾虚征象,舌质瘀紫,朱砂掌,面部丝状红缕,胁痛等血瘀肝络,头晕目涩,口干舌红绛等肝阴虚见证,以及黄疸,口苦,尿黄,苔黄腻,脉弦数等湿热内蕴之象。病情至此,虚实错杂,而“瘀”阻肝络为病变的关键所在。陆师认为“瘀”乃由湿热羁留,肝气郁滞而致,故治疗当着眼化瘀消癥,疏肝解毒,兼顾健脾养肝,因瘀阻不除肝络不通,单用峻补,反助邪气,兼顾气阴,则脾运得健,肝体得养,有利于祛邪外出。

疏肝理气选用柴胡、郁金、枳壳、八月札、白蒺藜、佛手、绿萼梅,使用时注意疏肝不伐肝,理气不伤阴。化瘀软坚选用鳖甲、生牡蛎、地鳖虫、炮山甲、桃仁、五灵脂、赤芍、丹皮、三棱、莪术等,务求化瘀而不伤络,软坚而不伤正。清热利湿解毒选用田基黄、白花蛇舌草、半枝莲、半边莲、黄毛耳草、平地木等;清热解毒选用山栀、连翘、蒲公英、虎杖、垂盆草;燥湿化湿用苍术、厚朴、藿香、佩兰;利湿退黄用过路黄、荷包草、茵陈、栀子、大黄,力求清热不碍胃,祛湿不伤阴。健脾益气选用党参、黄芪、白术、茯苓、薏苡仁等,注意补气勿壅滞,健脾勿助热。养肝阴选用生地、玄参、麦冬、女贞子、北沙参、鳖甲等,务求滋阴不恋邪,养肝勿敛肝。

总之,根据早期肝硬化患者病情虚实不同,年龄体质差异,随症灵活化裁,不拘泥一方一药。^[8]

8. 石冠卿诊治经验

石老认为肝炎后肝硬化常因外感邪气滞留肝经,或情志抑郁不畅,气滞日久,病及血分,脉络瘀阻,凝结于脏而致。

临床多表现为肝脾肿大,胁下胀痛拒按,形体消瘦,面色黯晦,纳减乏力,舌质紫暗,脉弦紧或弦涩等症。根据病程及临床表现,石老治疗拟疏肝理气散结,化瘀消癥扶正及养阴柔肝活血三大法门。

(1)疏肝理气散结法:肝硬化初期,一般肝脏稍大,软而不坚。因肝经气血郁滞,影响脾胃运化,故见胁肋胀,腹满纳差。治以疏肝理气散结之法。基本方为:柴胡、枳实、白芍、蒲黄、灵脂、鳖甲、炒枣仁、甘草。方中柴胡、枳实同用能升清降浊,疏肝解郁,调气和血;白芍、甘草同用可缓急止痛;蒲黄、灵脂活血止痛;鳖甲滋养肝阴,软坚散结;炒枣仁以补肝体;诸药合用疏肝理气,活血散结是治疗肝硬化初期比较理想的方剂。若气滞胁胀者加郁金、川楝子、生麦芽;瘀血重,胁刺痛甚者加三七参、丹参;湿热发黄者加茵陈、玉米须。

病案举例:卫某,男,36岁,干部。1961年10月27日初诊。自述患黄疸型肝炎8个月,经住院治疗,黄疸消失,但其他症状未明显改善,故来我院诊治。现症:周身乏力,右胁胀痛不舒,过劳则加重,胃部胀满,食欲不振,触之肝脏稍大软,舌苔黄腻,小便黄,脉弦数。此为肝胆湿热蕴结,肝气不疏,气滞血瘀所致。处方:柴胡10g,白芍30g,枳壳10g,郁金10g,姜黄6g,茵陈30g,鳖甲12g,生麦芽12g,厚朴花10g,炒枣仁15g,甘草6g。水煎服。以本方加减治疗2个月余,肝脏体积恢复正常,诸症消失而告痊愈,至今身体健康。

(2)化瘀消癥扶正法:若病情迁延日久,血瘀日重,阴血渐伤则肝体变硬。张锡纯谓:“肝恶燥喜润,燥则肝体木硬”。肝病及脾,血络瘀滞,除肝脏稍大而质硬外,脾脏亦肿大,纳差乏力,鼻衄,舌质紫暗或有瘀斑,脉沉涩或沉弦。此时瘀结更深,正气渐衰。治宜攻补兼施,既要化瘀消癥,又要扶正培

本。基本方为黄芪、白术、鸡内金、三棱、莪术、知母、花粉、丹参、鳖甲。张锡纯曰：“参芪能补气，得三棱、莪术以疏通之，则补而不滞，而元气愈旺，正气既旺，愈能鼓舞三棱、莪术之力以消癥瘕，此其所以效也”。鼻或齿龈出血者加藕节炭；体质较弱者，减三棱、莪术之量或去之，重用鸡内金；服后觉寒者，可减花粉、知母之量或去之；寒甚者加肉桂、干姜。

病案举例：汤某，男，41岁，干部。1979年7月20日初诊。患肝硬化2年余，久治不愈，来我院求治。其症为面色苍黄，口唇暗青，周身乏力，腹胀不思食，有时鼻衄，小便黄赤，肝脏触之稍大质硬，按之疼痛，脾脏肋下4cm，脉弦数无力，舌质暗，苔薄黄。诊为肝郁脾虚，气滞血瘀，络脉闭阻，久而化热。治以扶正破积，养阴清热。处方：黄芪15g，党参12g，白术10g，鸡内金10g，生山药18g，三棱9g，莪术9g，花粉12g，知母12g，鳖甲12g，丹参15g，藕节炭30g。水煎服。由本方随证加减，服药3月余，肝脏变软，脾脏缩小三分之二。后以上方去三棱、莪术，加炒枣仁、白芍、乌梅补肝体，以善其后，又继服3个月，肝脾肿大消失。现仍正常工作。

(3)养血柔肝活血法：病程日久，血瘀逐日加重，肝脾质地坚硬且脾脏肿大。另一方面，病程长正气渐衰、体虚乏力，形体消瘦，鼻衄，牙龈出血，此时治疗切忌攻伐太过，俟积块消其大半，即当转以扶正培本为主。《素问·六元正纪大论》早有明训：“大积大聚其可犯也，衰其大半而止，过其死。”石老认为，衰其大半后改用扶正固本，以养阴柔肝法较为常用。基本方为：鸡内金、白术、生白芍、柴胡、陈皮、柏枣仁、元参、杞果、阿胶、木瓜、鳖甲、龟甲、牡蛎之类，滋荣养血，补其肝体，体足则自柔，此外还应佐以活血之品，其中尤以三七参为佳。张锡纯云：“活血中尤以三七之化痰生新者最为紧要之品。”石老常以柔肝之法加三七制为丸剂，长期服之以善其

后,确能取得满意疗效。

病案举例:赵某,男,48岁,干部。1990年4月18日初诊。自述患肝硬化3年余,有时出现腹水,反复发作,至今未愈。症见面色黧黑,口唇暗青,面容憔悴,鼻衄,牙龈出血,纳谷不馨,时有头晕,触之肝脏体积缩小质硬,脾在左肋下4cm,近半年无腹水出现,二便尚可,脉沉涩,舌质暗,苔薄白。诊为肝脾两虚,气滞血瘀,络脉闭阻。处方:生鸡内金12g,白术12g,生白芍18g,柴胡10g,陈皮10g,鳖甲15g,丹参12g,柏子仁15g,阿胶10g,龟甲12g,生姜3片为引,经两个月的加减治疗,肝脏质硬较前变软,脾脏缩小五分之二,其他症状未见起色。后改用养阴柔肝,活血通络之法为丸剂以缓治之。处方:生白芍60g,生白术50g,生鸡内金50g,柴胡20g,陈皮20g,柏子仁30g,鳖甲40g,生牡蛎60g,杞果30g,龟甲30g,三七参15g,丹参40g。共为细面,炼蜜为丸,每丸10g重,早晚各服1丸。共服4个月,病已告愈,身体恢复正常。现已工作。

肝硬化之治大体如是,其病变细节,在以上治疗原则的基础上,依据脉证灵活化裁,方能左右逢源。^[9]

9. 胡希恕诊治经验

胡老治疗肝硬化分无腹水和有腹水而辨证论治。无腹水肝硬化:依据临床常见症状,经常使用如下方法:①两胁疼痛,胸闷太息,心悸头晕,腰酸乏力,苔白,脉弦细,肝脾肿大者,宜用柴胡桂枝干姜汤合当归芍药散加减:柴胡12g,黄芩10g,花粉12g,生牡蛎10g,桂枝10g,干姜6g,白芍12g,当归10g,丹参30g,茵陈24g,泽泻18g,茯苓12g,苍术10g,炙甘草6g。②右肋下疼痛(肝区疼),心下堵胀,不欲食或噯气或反酸、恶心者,宜用四逆散合茯苓饮:柴胡12g,白芍12g,枳

实 10g,橘皮 24g,党参 10g,苍术 10g,茯苓 10g,丹参 30g,茵陈 24g,炙甘草 6g,生姜 10g。加减法:肝区疼剧者可加化瘀药如王不留行、三棱、莪术等;气郁不舒可加郁金、香附;肝功正常者可去丹参、茵陈;大便溏泻较甚者可兼服甘草泻心汤;肝脾肿大者,多表现为瘀血癥瘕征,治疗应加强活血祛瘀之力,并宜兼服鳖甲煎丸。有腹水肝硬化:肝硬化腹水为“至虚有盛候”,全身都处于虚弱情况,因此治疗不能用攻逐伤正之药,如甘遂、大戟等药更宜慎用。要保护胃气,胃气一败其人必死。只能于补益正气基础上,缓缓利水,常用的方药为茯苓导水汤加减:大腹皮、子各 10g,橘皮 24g,砂仁 10g,木香 10g,鸡内金 10g,茯苓 30g,苍术 10g,猪苓 10g,泽泻 18g,桂枝 6g,车前子 30g。加减法:食欲不振者加党参 10g,枳实 10g,生姜 10g;恶心者加半夏 12g,便秘者加火麻仁 10g,当归 10g;小便少者加抽葫芦 24g;有黄疸者加茵陈 24g,丹参 30g;凡肝脾肿大者,都同时服鳖甲煎丸或大黄酒虫丸。^[10]

10. 陈泽霖诊治经验

陈师认为,肝硬化并发之反复发热,有些是体内类固醇物质堆积过多引起的类固醇性发热,只要在方中加入柴胡 9g,白薇 9g,地骨皮 9g 即可。另一种为肠道细菌由侧支循环进入血液引起的一时性菌血症所致。对此在方中加红藤、败酱草各 30g,既可治疗,又可预防之。^[11]

11. 周信有诊治经验

周老认为,肝硬化大多因乙肝迁延转变而成,中医学无此病名,但根据其临床表现及发病规律,可归于“胁痛”、“积聚”等范畴。其致病原因,可由正气亏虚,中州不足,健运失

司,聚湿酿痰,复感毒邪,蕴结化热;或因情志郁怒,肝失疏泄,肝气郁滞,横犯脾土,水湿内停,郁而化热所致。若早期治疗不及时,常可致正气愈虚,邪气留恋,毒邪阻滞,日久则瘀血内结,肝郁乘脾,湿聚为痰,终致气滞、血瘀、痰凝。此三者反过来又蕴结肝脏,致肝络阻塞,血瘀肝硬,形成肝脾肿大、肝硬化。又因正气虚损不支,肝抗病能力低下,常表现虚实互为因果的特点,致新血不生,血液停滞,形成恶性循环。患者除见胁下癥积外,同时见疲乏倦怠,面色黧黑或萎黄,实验室检查有蛋白倒置等。本病之虚虽以肝脾气虚为主,尚可见气病及阴,气阴两虚,甚则可见肾元亏虚之候。

总之,就其病理与临床共性而言,湿热毒邪持续存在是其致病因素;正气虚损,免疫功能低下,气滞血瘀痰凝,肝络阻塞,血瘀肝硬,是其基本病理变化。

本病的治疗,因其病机错综复杂,故周老主张诸法并用,以舒肝理气,解毒扶正,化癥消积为总则,并自拟舒肝消积丸(由柴胡、当归、白芍、香附、枳实、丹参、三棱、莪术、党参、白术等组成)应用于临床,获得较佳疗效。但临证具体遣方用药时须注意以下几方面。

(1)活血化瘀:肝络阻塞,瘀血内停是引起肝硬化的重要原因。现代医学认为肝硬化是一种慢性、进行性、弥漫性肝病。其病理特点为广泛的肝细胞变性和坏死,纤维组织弥漫性增生,并有再生小结节的形成,正常肝小叶结构和血管解剖的破坏,导致肝脏逐渐变形、变硬而成为肝硬化。因此治疗肝纤维化的形成对预防和治疗肝硬化具有非常重要的作用。活血化瘀类药物具有明显的抗肝纤维化增生作用,可以改善肝脏微循环,促进肝内胶原纤维的降解加强及纤维蛋白溶解,或可抑制肝内胶原的合成,使肝脏回缩。在运用活血化瘀药物时,周老常用桃仁、红花、赤芍、丹参等养血祛瘀,复

以三棱、莪术等破血消癥。这种轻重药并用,有利于改善肝脏微循环,增加肝细胞的营养和氧的供给,可增强消化化癥、软化回缩肝脾的效果。但肝硬化有病变活动和静止期之不同,活动期使用大量活血化癥药不仅效果不好,反有伤络破血,诱发出血及肝昏迷之虞,临证不可不知。对于一些病程长,用上述药物难以奏效者,可酌配软坚散结之品,如龟甲、鳖甲类,以促进肝脾肿大的回缩,对病情大有裨益。

(2)扶助正气:肝炎后肝硬化多属免疫功能缺陷,主要是免疫功能低下,使肝细胞持续受损,正气亏虚。因此扶助正气对防治肝硬化亦很重要。由于本病病程较长,常见虚实错杂之象,故其治疗亦须渐消缓磨,缓徐图治为法,否则徒施大队活血化癥之品与病情无益。若与补益药合并运用,可祛邪不伤正,扶正不助邪。临床及实验证明,某些补益方药本身也具有抗肝纤维化组织增生之作用,周老多用党参、白术、黄芪、麦冬、枸杞子、灵芝、仙茅、何首乌等。

(3)清热解毒:有报道认为乙型肝炎从肝细胞变性、坏死、再生以至向肝硬化发展与病毒复制无直接关系。但周老指出,许多肝硬化早期和慢活肝难以区别,且相当部分慢活肝可发展为肝硬化,而慢活肝绝大多数与病毒复制有关。因此抗病毒治疗抑或对肝硬化的形成有积极的防治作用。此外,毒邪凝聚是导致本病的一个重要原因,且气滞、血瘀、痰凝日久可化热盘踞。现代药理及临床证实,抗病毒类药物,大多属清热解毒药,故常用大青叶、板蓝根、虎杖、茵陈、白花蛇舌草、青黛、夏枯草、龙葵等。

(4)振奋阳气:肝硬化病机特点为湿热毒虚瘀,临证多以清热利湿,解毒化癥扶正为法,但病因乃湿热毒互踞,加之用药多以苦寒之品,则不利于疾病的痊愈。故周老主张酌配振奋阳气之药,如肉桂、桂枝之类,可兼治阴寒之性,以防太过,

又可激发阳气,提携气血之生长。

此外,肝硬化在失代偿期可见腹水形成。腹水之成,一由脾肾两虚,肾虚不化,脾虚不运而致水液停留,此因虚而致,一由肝失条达,气滞血瘀,血不归经,津液外渗而成,即所谓“血不利则为水”,此又由瘀所致。辨证亦属虚、瘀、癥积互结。其治周老仍遵“全面兼顾,整体调节”宗旨,采取攻补兼施的治疗原则,予培补脾肾、祛瘀化癥、利尿消肿之品。周老指出,在健脾温肾的基础上应重视活血化瘀药的运用。周老又指出,治疗肝硬化时如病人体质较强壮,尚耐攻伐者,配以汤药以激荡之,常收良效。对临床基本治愈的患者则强调以丸药服之,以除病根。

病案举例:李某,男,33岁,职工。1988年4月25日来诊。患者2年前诊断为乙肝、早期肝硬化。曾2次因病情恶化,出现腹水及吐血住院抢救。1988年1月又因大量吐血和腹水住兰州某医院治疗3个月,不见好转。病人精神负担沉重,遂要求出院。出院时化验:HBsAg1:128,ALT5417.75U/L,TP62g/L,白蛋白26g/L,球蛋白36g/L,PLT 38×10^9 /L。症见:两胁疼痛,肋下癥积(肝脾肿大),触痛明显,腹大如鼓,腹水量多,全身浮肿,饮食不进,牙龈出血,小便不利,舌质黯淡,脉弦涩。西医诊断为肝硬化失代偿期。中医辨证属虚瘀交错,血瘀肝硬,脾肾两虚,水津不化。治以培补脾肾,祛瘀化癥,利水消肿。处方:白茅根、鳖甲各30g,淫羊藿、仙茅、女贞子、黄芪、丹参、大腹皮、猪苓、茯苓、泽泻各20g,莪术9g。日1剂,水煎服。并加服舒肝消积丸,每日3次,每次1丸。连续服药3个月,腹胀腹水消失,衄血已止,诸症悉减,肝功能已接近正常。后以此方加减持续服药半年,于1989年3月6日化验,除HBsAg为弱阳性外,余皆恢复正常,肝脾回缩,诸症悉除,患者亦无任何不适,并能坚持上班。随访2

年,患者仍断续服用中药,但病情稳定。^[12]

12. 俞尚德诊治经验

肝炎后性肝硬化由病毒性肝炎经过漫长病程移行而成,发展至此一阶段,无论从中医学或西医学的观点,主要矛盾已起了变化。肝硬化的病机是肝络瘀滞,渐至血瘀癥积。结合现代医学肝硬化的病理特点来看,对血瘀的认识可更加深入一层,即肝脏体积虽肿大但其血流量却可能减少。其他因肝郁气滞则胁肋刺痛;脾胃虚弱则纳减体倦;湿热蕴结可出现黄疸;气聚水泛可腹胀成臌;肝阴不足则头晕少寐;肾气虚亏则阳痿经闭等等,表现种种,并不一致。归纳起来,肝硬化的病因病机主要是血瘀络阻,其次是脾肾不足,肝郁气滞,湿热蕴结,其间相互有着关联。治法以行瘀通络为主。补脾、益肾、和肝为辅。《医学入门》云:“不责速效,乃可万全。”不能操之过急。^[13]

13. 程谦山诊治经验

程师认为肝硬化多标实本虚,肝脾受损,湿浊内滞,日久则血瘀水聚,而成癥瘕臌胀。其治疗当重在调补肝脾,以益气养阴,活血化瘀为主,兼以化浊利水,临床常以自拟“化癥汤”为基本方加减施治。化癥汤由白术、黄芪各 12g,鳖甲、半枝莲、半边莲各 20g,丹参、马鞭草各 30g,生地 15g,赤芍、白芍、制大黄各 9g,地鳖虫 6g 组成。湿重者,去生地、鳖甲,加苍术、川朴、积雪草、虎杖等;大便溏者去大黄、生地、加茯苓、薏苡仁、晚蚕砂;恶心呕吐者,去黄芪、生地,加半夏、炒竹茹、白蔻仁;纳呆者,去黄芪、鳖甲、生地,加炙鸡内金、山楂肉;阴虚者,去黄芪,加北沙参、黄精;尿少腹水而阴虚者,加玉米须、白茅根、泽泻、车前子;尿少腹水而证实者,加

炒牵牛子、大腹皮。并按肝硬化早、中、晚不同时期,加减变化治疗。

早期肝硬化的诊治:早期肝硬化病证以热郁血络、气阴受伤为特征,其突出表现在于肝郁脾滞,以致湿热之毒内聚不化。因此治疗当以调理气血为主,兼以化湿解毒。程师常于基本方中加入理气活血之品,如柴胡、青皮、川楝子、郁金、五灵脂、鸡血藤等;此时强调重在调理,切勿求急功近利而妄攻。因用药过于攻伐则有伤气耗阴之弊,反使病情加重,不利于病体康复。此时只要能使肝气得疏,脾气得和,血脉通畅,则湿热之毒自易化解,气阴之伤也易恢复。

病案举例:徐某,男,38岁。1993年6月3日诊。患乙肝已有七、八年之久,病情反复,久治不愈。近因病情加重,肝区胀痛,而至某医院治疗。化验:sGPT56U/L, HBsAg(+);B超检查示:早期肝硬化改变。症见:肝区胀痛,急躁易怒,神疲乏力,纳谷不馨,大便或干或溏,小便短赤,寐差。舌红、苔薄腻,脉弦数。证属肝郁脾滞,湿热内阻。治拟疏肝健脾,清化湿热。方用:柴胡5g,炒白芍、赤芍、生白术、茯苓、广郁金、山楂肉各12g,薏苡仁各9g,半边莲、半枝莲各20g,白毛藤15g,白茅根30g。7剂。一周后二诊:药后肝区胀痛已减,精神略振,大便溏而不爽。舌质红、苔薄黄,脉弦略数。再拟益气健脾,疏肝化瘀为法。方用太子参、怀山药、茯苓各15g,焦苍术、焦白术、炒白芍、赤芍、生谷芽、生麦芽各12g,防风6g,紫丹参30g,川楝子10g,制元胡9g,半边莲、半枝莲各20g。前后服用本方3月余,诸症悉除。肝功能复查已转正常;B超复查示:肝脏高密度阴影消失,纹络清。病已告愈。

中期肝硬化的诊治:中期肝硬化病证多以水湿内滞,血脉瘀阻,气阴受损为特征。多有腹水出现,脾脏也多肿大。

临床常见腹水腹胀,食欲不振,面色晦滞,精神倦怠。程师施治,初始多以利水为主,佐以健脾理气、活血化瘀。攻补兼施,攻多补少,重在消除腹水。俟腹水退后,再以健脾养肝活血软坚为治。利水很有讲究,若因脾失健运而致水湿停聚者,当以健脾益气、化湿利水;瘀血明显者,当佐以活血化瘀之药;若因阳气受遏,则当通阳化浊,桂枝、干姜、吴茱萸等均可选用;若形体尚健,腹水胀甚,小便不利或点滴而下,大便不畅,则当用峻下逐水之品,如甘遂、芫花、牵牛子、大黄、商陆等也可选用,大便一通,小便也会随之而利,但一俟腹水腹胀减轻,应即停用。腹水非一时攻逐通利即能清除,不能操之过急,须根据病情用药,急攻缓攻可交替进行,至肝气疏、脾气运,腹水始可肃清。

病案举例:许某,男,43岁。1983年4月2日初诊。患肝炎已有5年余,多次住院治疗未能好转,而转为肝硬化。症见:腹胀绷紧,脐眼高凸,腹壁青筋暴露,下肢浮肿,面色白,尿少便溏。舌质淡红、苔薄白,脉濡细。化验:HBsAg(+);血清总蛋白6.5g/L,白蛋白2.2g/L,球蛋白4.3g/L。腹围105cm。证属肝郁脾虚,阳气被遏,水湿泛滥。治拟益气温阳,化瘀利水。方用:茯苓皮、紫丹参、马鞭草、猫人参各30g,炒苍术10g,党参12g,五加皮15g,生鸡内金6g,车前子(布包)20g,川桂枝5g。10剂。4月12日二诊:药后小便增多,腹胀渐舒,腹围缩至86cm,下肢肿退,纳谷稍增,大便溏。舌淡红,脉细数。再拟上方加减:党参12g,北沙参、全当归各15g,茯苓皮、丹参、马鞭草各30g,苍术10g,制川朴、桂枝各6g,半边莲、车前子(布包)各20g。10剂。药后腹水大减,症状减轻。再拟基本方化癥汤加减治疗,共达150余剂。至9月18日化验检查,肝功能未见异常,HBsAg(+),血清总蛋白7.2g/L,白蛋白4.10g/L,球蛋白3.1g/L。腹胀消除,腹

壁青筋也消失,营养状况明显好转,大便成形,食欲转佳,嘱继续观察治疗一段时间,饮食、寒冷及情志、劳倦等均宜小心。3年后随访,已恢复正常工作,病情稳定,未再复发。

晚期肝硬化的诊治:晚期肝硬化病证多是久病累及肾脏,表现为肝肾两亏,气血瘀滞,水毒不化。此时正气多已大伤,而邪毒未去,水湿多有潴留,病情日见复杂,治疗颇为棘手。程师认为当以滋补肝肾,化瘀软坚为法;但中心环节在于顾护脾气。健脾可用黄芪、党参、白术等;滋补肝肾可用北沙参、麦冬、白芍、黄精、地黄等;活血化瘀、软坚散结可用鳖甲、穿山甲、牡蛎、琥珀、丹参、赤芍等;腹水明显者,可选用带皮苓、陈葫芦壳、玉米须等利水而不伤阴之品;水毒内聚者,可用半边莲、半枝莲、泽兰、马鞭草、积雪草等。

病案举例:方某,男,47岁。1982年1月6日初诊。肝硬化晚期,曾在某大医院治疗3月余,病未见减轻,经人介绍而来治疗。化验:血清总蛋白6.3g/L,白蛋白2.2g/L,球蛋白4.1g/L;SGPT正常,HBsAg(+).症见:腹水腹胀明显,脐眼凸出,青筋暴露曲张,面色黧黑,精神较差,舌黯红,脉细小弱。证属肝肾两亏,脾气受伐,水毒内聚。正气既虚,湿毒亦盛,病情危重,拟益气养阴健脾,淡渗利水化瘀。方用:北沙参、马鞭草各15g,生地、紫丹参、生谷芽、生麦芽、带皮苓各20g,陈葫芦壳、玉米须各30g,川连3g,西琥珀(包煎)6g,丹皮9g。14剂。1月21日二诊:精神较前好转,小溲稍增,大便烂,纳谷稍增,舌苔薄滑,脉濡细。诸症渐缓,续用上方加减治疗,并注重软坚散结。方用:北沙参、黄芪、生鳖甲(先煎)、生谷芽、生麦芽各15g,生白术、全当归各12g,猫人参、白茅根各30g,炙山甲9g,紫丹参、半枝莲、带皮苓各20g。此方前后共服30余剂,诸症均有好转,后因经济原因,未能坚持治疗,1个月后病亡。此案经治疗,时间不长,而病有转

机,若能坚持治疗,当可取得较好的疗效,至少可带病延年。^[14]

14. 刘仕昌诊治经验

(1)虚实夹杂,攻补兼施:肝硬化乃时疫外染,郁而不达;或饮酒过度,酒湿之浊气蕴滞不行;或血吸虫感染,痰浊与气血搏结而致病。湿浊邪毒留恋不去,缠绵日久,终至邪气不去,而正气渐衰。疫毒湿邪滞留是肝硬化发病的外部因素,正气虚亏则是肝硬化发病的内在因素。正如《素问·经脉别论篇》曰:“勇者气行则已,怯者则著而为病也。”《活法机要》所谓“壮人无积,虚人则有之”。刘老认为,肝硬化的病机演变与正气盛衰有着密切关系,初病实多虚少,久病则正虚邪实,虚实夹杂贯穿本病整个过程。故肝硬化治疗,无论是初、中、末期,均要注意培本扶正,攻不伤正,补不留邪,切不可一味蛮攻,且攻伐之药不宜过度,当“衰其大半而止”。刘老运用自拟方(天花粉、威灵仙、生牡蛎、太子参、丹参、柴胡、鳖甲、白芍、枳壳、淮山药、黄精、甘草)就是攻补兼施的集中表现。方中威灵仙祛湿通络、除久积癥瘕,天花粉清热生津、消肿排毒,配合太子参、黄精、淮山药共奏攻实补虚之功。

(2)培土解郁,肝脾同治:刘老认为,肝硬化病变主要表现为肝郁气滞和脾胃失调。脾主运化,完成水谷的消化、吸收与输布,为气血生化之源,后天之本。若脾失健运,化源衰少,脏腑经络、四肢百骸无不失于滋养;脾失转输,水津敷布失常,水湿停聚。肝主疏泄,喜条达而恶抑郁。若肝气郁结,气滞血瘀,则可致癥瘕积聚。肝硬化虽有不同程度的多脏器同病或肝脾肾三脏俱病,但根本在于肝脾功能的彼此失调。肝木疏土,助脾之运化,脾土营木,成肝之疏泄。若肝气郁遏

日久,势必木郁克土,正所谓“见肝之病,知肝传脾”。因此,疏肝解郁和健脾和胃是治疗肝硬化的关键,两者相辅相成,不可偏废。刘老自拟方中的柴胡、枳壳疏肝解郁,行气消痞;太子参、淮山药、黄精补脾胃,益脾气。强调治肝以疏肝解郁为主,勿过用破气、苦寒之品,避免败伤脾土;健脾以运脾理气为主,勿过用滋腻、厚实之品,避免肝失疏泄。

(3)祛湿养阴,软坚散结:肝硬化之肝脾功能失调,还表现为肝阴亏虚和痰湿阻滞。肝郁气滞,气郁化火,火劫伤阴,则致肝阴亏虚。脾虚失运,湿浊凝聚成痰,痰阻气机,痰浊与气血搏结,则致积聚癥瘕。一方面肝火炼津成痰,肝火耗阴;另一方面痰阻气机,脾失升清降浊,聚湿成痰。气滞、痰湿及肝火伤阴三者相互影响,互为因果,形成恶性循环,为肝硬化治疗带来诸多不便。刘老认为,疏肝与健脾作为肝硬化治疗关键贯穿于始终,而祛湿、养阴则是其两法的分支。肝气久郁易伤阴,脾虚日久易生痰,故祛湿、养阴较多运用于中、末期肝硬化患者。痰湿与阴伤往往兼而有之,治疗上养阴不当则留湿,祛湿不当又伤阴。因此,要注意“润养明津而不留湿成痰,祛痰化湿而不助火伤阴”。刘老自拟方中主药天花粉清热生津,又消肿排毒,既无苦寒劫阴之虑,又有泻热存阴之意,其功效正如《本经》所谓“补虚安中,续绝伤”。方中黄精滋补阴血又兼补脾胃。此外,肝郁易致血瘀,血瘀又加重气滞,采用丹参活血化瘀,有助于气血运行。肝气郁结,气郁化火,易致阴虚阳亢,选用鳖甲、生牡蛎、白芍既平肝育阴又软坚散结。此种选药配方,可谓是补中有通,静中有动,充分体现刘老用药的思想。

(4)药食同疗,调摄生活:刘老自拟方具有补虚攻邪、疏肝健脾、祛湿养阴和软坚平肝之功效,适用于肝硬化初、中、末期各个阶段。其用药围绕肝脾二脏,补中有通,静中有动,

长期服用邪去而正不伤。在具体运用刘老自拟方时,应依据患者的体质差异、疾病轻重,随证加减。如腹大坚满者加大腹皮、茯苓皮、车前子等;血证者(便血、呕血)加云南白药、田三七末、白及粉等;食滞纳呆者加山楂、鸡内金、谷芽、麦芽等;黄疸者加茵陈、山栀子等;肝昏迷者加服安宫牛黄丸、紫雪丹等。

刘老认为,肝硬化缠绵难愈,除药物治疗外,饮食、起居、情志的调理亦是治疗的一个较重要环节。肝硬化患者一易心情抑郁,二易过分强调休息,三易不节饮食,使已经肝郁不达,脾胃升降失调的基础上雪上加霜。故在情绪上要及时调整患者的紧张心理;在饮食上戒烟酒,控制食盐的入量,忌肥腻辛辣,多食淡薄果汁之品;在起居上既要避免过分劳累,又要防止活动太少,以免影响机体的气机升降。正如《沈氏尊生书·肿胀源流》所说:“先令却盐味,厚衣衾,断妄想,禁忿怒。”若能在药物治疗的同时,配合饮食、起居、情绪的调理,则疗效益彰。

病案举例:蓝某,男,60岁。1987年10月14日初诊。患者1个月前开始出现胁痛,逐渐出现双下肢浮肿,甚至全身浮肿,消瘦,纳食呆滞,神疲乏力,小便减少,便溏。在当地(新加坡华侨)确诊为肝硬化(失代偿期),嘱家属准备后事,遂由家人陪同返国求治。检查:形体消瘦,面色晦暗,全身浮肿,腹胀如鼓,舌质暗红、苔黄腻浊,脉弦重按弱而无力。B超示肝硬化合并大量腹水。肝功能检查 ZnTT20U; GPT2667.2U/L。中医诊断:腹胀。辨证为气阴两伤,气滞血瘀。治以疏肝理气,补益气阴,化瘀排毒。处方:天花粉、威灵仙、丹参、太子参、土茯苓、黄精各15g,柴胡10g,白芍、川芎、草薢各12g,枳壳6g,半枝莲20g。每日1剂,煎服法:3碗水煎至1碗,分2次服。另嘱用乌龟1只,生土茯苓60g,经常

炖服。尿少时辅以西药利尿药。

10月24日二诊:双下肢浮肿消退,大便正常,小便量增,仍有中度腹胀,精神好转,纳食增多,舌质黯红,苔黄稍干,脉弦。此时湿毒瘀血渐化,阴伤气损渐复。上方去川萆薢,土茯苓、太子参各加至20g,加大腹皮、郁金各12g,生牡蛎(先煎)30g。11月13日三诊:患者病情稳定,腹胀消除,胃纳正常,精神转佳。

1988年10月4日来诊:经1年调治,形体转胖,无腹水,纳食及二便正常,肝功能检查指标均正常。仍以自拟方全方服用。^[15]

【按语】

中医治疗肝硬化早期注重活血理气,软坚散结;晚期注意调理肝、脾、肾之虚实,气、血、水之转化。对于早期肝硬化,赵绍琴认为其关键是气、火、湿、食之郁,病由此而生,又由此而变甚,因此在临床治疗上采取以疏肝解郁为主,配合活血化瘀,咸寒软坚,调整阴阳的方法。朱良春认为肝硬化以气血郁滞、瘀凝脉络为主要矛盾,临床表现多呈本虚标实,并将早期肝硬化分肝郁脾虚、肝胆湿热、脾肾阳虚、肝肾阴虚四型分别施治。关于肝炎后肝硬化,张琪教授认为,肝炎后肝硬化属久病痼疾,肝脾肾失调、正虚邪实表现在本病的始终,在治法上一般分四型施治:①肝郁气滞,湿热中阻;②血瘀血热;③气阴两虚;④肝肾阴亏。龚志贤治疗肝硬化根据病人的体质、临床脉证,采用扶正除邪之法。扶正乃健运脾胃,除邪为舒肝清热,并注重患者情绪的引导。关幼波认为气虚血滞为肝硬化之本,湿毒热邪稽留血分为标,肝肾阴虚、阴虚血热、脾肾阳虚为常见的三种证型,湿毒热未清,热

伤血络和血热痰阻,湿热发黄为常见的兼夹证。治疗以补气活血,养血柔肝为基础,根据其证型重点滋补肝肾,养阴清热,或温补脾肾,若见余邪未清等兼证,则应佐以祛邪之品。姜春华治疗多采用疏肝理气、活血化瘀法,根据出现证候加减方药。陆芷青教授认为本病治疗当着眼化瘀消癥,疏肝解毒,兼顾健脾养肝,因瘀阻不除肝络不通,单用峻补,反助邪气,兼顾气阴,则脾运得健,肝体得养,有利于祛邪外出。石冠卿治疗拟疏肝理气散结,化瘀消癥扶正及养阴柔肝活血三大法则。胡希恕治疗肝硬化分无腹水和有腹水辨证论治。无腹水常用柴胡桂枝干姜汤合当归芍药散加减或用四逆散合茯苓饮;有腹水则强调保护胃气,缓缓利水。陈泽霖治疗肝硬化并反复发热在方中喜加柴胡、白薇、地骨皮或红藤、败酱草。周信有认为本病的治疗,因其病机错综复杂,主张诸法并用,以舒肝理气,解毒扶正,化癥消积为总则。俞尚德认为肝硬化的病机是肝络瘀滞,渐至血瘀癥积。治法以行瘀通络为主。补脾、益肾、和肝为辅。程谦山治疗重调补肝脾,以益气养阴,活血化瘀为主,兼以化浊利水,临床常以自拟“化癥汤”为基本方加减施治。刘仕昌认为疫毒湿邪滞留是肝硬化发病的外部因素,正气虚亏则是肝硬化发病的内在因素。疏肝与健脾为肝硬化治疗关键贯穿于始终,祛湿、养阴则是其两法的分支。

(赵晓威 洪慧闻)

参考文献

- [1]彭建中,杨连柱,等.赵绍琴临证验案精选.北京:学苑出版社,1996.157~160
- [2]王伯祥主编.中医肝胆病学.北京:中国医药科技出版社,1993.629~631

- [3] 王暴魁, 谢宁, 姜德友, 等. 张琪治疗肝炎后肝硬化经验. 中医杂志, 1996, 37(4): 202 ~ 203
- [4] 龚志贤. 龚志贤临床经验集. 北京: 人民卫生出版社, 1984. 178 ~ 179, 181 ~ 182, 187 ~ 189
- [5] 北京中医医院编. 关幼波临床经验选. 北京: 人民卫生出版社, 1979. 127 ~ 128, 131 ~ 132, 137 ~ 140, 146 ~ 154
- [6] 王伯祥主编. 中医肝胆病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1993, 616
- [7] 史宇广, 单书健, 等主编. 当代名医临证精华·肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988. 332 ~ 334
- [8] 程志清. 陆芷青教授诊治肝炎后肝硬化经验述要. 吉林中医药, 1994, (3): 10 ~ 11
- [9] 石培星, 崔至竹. 石冠卿教授治疗肝硬化临床经验. 河南中医, 1994, 14(3): 148 ~ 149
- [10] 叶维法, 钟振义主编. 肝病治疗学. 第2版. 天津: 天津科学技术出版社, 1993. 466
- [11] 史宇广, 单书健主编. 当代名医临证精华·肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988. 392
- [12] 何建成. 周信有教授治疗肝炎后肝硬化经验介绍. 新中医, 1996, 28(12): 2 ~ 3
- [13] 俞尚德主编. 俞氏中医消化病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1997. 427
- [14] 程载芝. 程谦山治疗肝硬化的经验. 浙江中医杂志, 1995, 10: 434 ~ 435
- [15] 沈强. 刘仕昌教授治疗肝硬化经验. 新中医, 1995, 3: 10 ~ 11

血吸虫性肝硬化

【概述】

血吸虫寄生虫性肝硬化主要由日本血吸虫、曼氏血吸虫

感染所致。病人因反复感染较多量的血吸虫,虫卵停留在门脉的小分支中过分阻塞,或虫卵及虫卵肉芽肿分泌成纤维细胞刺激因子,从而引起肉芽肿性炎症及小叶间纤维结缔组织增生,门脉压力升高,形成肝硬化。病理特点是肝小叶完整,肝细胞受损很轻。有人认为血吸虫只引起肝纤维化。临床表现多有门脉高压,可发生食管、胃底静脉曲张破裂出血,脾肿大程度较肝炎后肝硬化为重。晚期营养不良加重肝细胞损害,出现腹水等肝功能衰竭的表现。中医将本病归于“蛊胀”、“水毒病”、“癥瘕”、“积聚”范畴。《诸病源候论·水毒候》中记载的“九毒”、“溪毒”及古代医家所称的“九虫”、“三虫”等都与血吸虫相似。本病以虫毒侵蚀为主要病因。主要病变在肝脾肾三经。虫毒之邪从皮肤毛窍进入人体,犯及肺卫,继而蕴结脾胃,生湿化热,湿热相蒸,肝失疏泄而肝络壅塞,气滞血瘀,日久遂成癥积,累及脾肾。病位在肝,影响脾肾。

【名医经验】

1. 宋远忠诊治经验

宋氏认为,血吸虫病应分为急性期、慢性期、晚期。急性期症见类似疟疾,慢性期大便常带红白粘液,晚期以肝脾肿大,腹水形成臃胀为主。治疗采用乌梅加柴胡、白芍、川楝子、大黄、雄黄等,以解厥阴、少阳两经之结,命名为复方乌梅雄黄汤:乌梅 30g,柴胡 15g,黄连、白芍、川楝子、大黄各 13g,党参 10g,干姜 8.5g,黄柏、附子、细辛、桂枝、雄黄(另包)各 5g,当归、花椒各 3g。水煎,分 4 次服,1 日 2 次,2 日 1 剂。其中雄黄不入煎,分 4 次随汤送服。方中雄黄药理作用经动

物试验表明,有抗血吸虫作用。感染日本血吸虫尾蚴的小鼠,于感染前3天开始给雄黄、槟榔、阿魏、肉桂合剂0.2ml/20g,感染后继续给药12天,成虫减少率达75.27%,动物无虫率达14.29%,无雌虫率达42.86%。《本草纲目》云:雄黄有“治疟疾寒热,伏暑泄痢……化腹中瘀血,杀劳虫疳虫”等功效。据此所治之症,分别具有三期血吸虫病之主要症状。^[1]

2. 徐国清诊治经验

徐氏认为晚期血吸虫性肝硬化腹水属中医“臌胀”、“蛊胀”、“蛊毒”、“癥瘕”等范畴,与肝、脾、肾有关。蛊毒入血伤肝,肝失条达,气滞血瘀,瘀血积聚则成癥结(肝脾肿大)。肝气横逆乘侮其脾,脾失运化,使土不制水,若脾病及肾,以致肾阳衰微,膀胱气化失司,开阖不利,则水湿逗留。故肝脾肾等脏器互为乘侮,是本病的演变机制。肝气痞塞,经脉瘀阻,乃为本病的主要矛盾。使用西药利尿剂,宜小剂量,短疗程,间隔时间应尽量延长。因久用利尿剂有影响水、电解质平衡之弊,似与中药利久伤阴同理。

近年来采用活血化瘀法为主,选用丹参、太子参、当归、白芍、桃仁、地龙、泽兰、青皮、莪术等,随证加减,结合西药肝泰乐、维生素C、双氢克尿噻等护肝利尿,治疗晚期血吸虫病脾切除术后肝硬化腹水,收到了满意疗效。

晚期血吸虫性肝硬化腹水,虽与肝、脾、肾三脏功能失调有关,但首要在于蛊毒入血伤肝,致肝失条达,日久则成癥结(肝脾肿大)。由于血瘀络阻,则水液不循常道排出,停留而成腹水。张锡纯指出:“气臌多系脾有瘀滞所致”。今取活血化瘀法疏通经络,祛除瘀积,俾水液得循常道,则腹水自可消除。所有方药性平稳,不致过度破血耗气,辅以青皮、泽兰等气药,气化则湿化,积水自行,太子参、当归、白芍等益气运

脾,养血柔肝,攻补兼施,配合护肝利尿西药故收效颇佳。^[2,3]

3. 王重九诊治经验

王氏综合治疗“晚期血吸虫肝病”食管静脉曲张出血 30 例,效果满意。其认为晚期血吸虫病常因肝硬化、脾肿大引起食管静脉曲张出血,易形成肝昏迷而致病情恶化。用参三七、党参各 3g,研细面用温开水冲服,1 日 3 次。或用生大黄粉 3g,用开水冲调后灌胃,每日 3 次。结合补液、输血等方法,治疗本病,均获得满意效果。^[4]

4. 朱明烈诊治经验

血吸虫性肝硬化为难治病之一。根据其发展阶段和临床表现可属中医“癥瘕”、“臌胀”等范畴。本病在南方血吸虫疫区发病率较高。朱老认为,本病形成与气血水三者息息相关,与肝脾肾三脏最为密切。一般初病在肝,继则损脾,后则及肾,临床常见气血水同病之候。本病常继发于血吸虫病,“肝病总离不开郁,有郁则可引起病”,是朱老特别强调的。故在治疗肝硬化时,朱老十分重视“郁”和“瘀”二字,以疏肝解郁,活血化瘀,健脾软坚为大法。

朱老研制的健脾软肝丸,基本方由醋柴胡、枳壳、青皮、鸡内金各 12g,白术、五灵脂、茯苓、地龙、茜草各 15g,丹参、炙鳖甲、白茅根各 30g,甘草 5g 组成。另加猪肝粉 20g 冲服。若腹胀纳差者,加砂仁 6g,山楂、谷麦芽各 15g;腹水者加炒黑白二丑末、车前子(包)各 15g;气血虚弱者加西洋参、当归各 15g;腹脉暴露者加赤芍、郁金、三棱、莪术各 15g,有蜘蛛痣和朱砂掌者加生地、鸡血藤各 30g,桃仁、红花各 10g;大便溏泻者加苍术或土炒白术、藿香、神曲各 15g,炒薏苡仁 30g;肝脾肿大加土鳖虫 30g,射干 10g,鼠妇 10g;有湿热未

净,加茵陈、虎杖、白花蛇舌草、半枝莲各 30g 等。

病案举例: 张某, 男, 35 岁, 1987 年 8 月 7 日初诊。主诉右上腹及肋下胀痛 5 年, 加重 1 月, 并兼脘腹胀满, 纳呆食少。既往有血吸虫病史 20 年, 曾先后 3 次用锑剂治疗。5 年来一直反复发作, 右上腹及肋下隐隐胀痛, 以食后及劳累后加重。1984 年曾在外院做 B 超提示: “血吸虫病肝硬化”。长期服肌苷片、维生素 C、肝泰乐等西药治疗, 病情尚稳定。近一月来因劳累过度, 加上房事等, 病情加重, 伴脘腹胀, 纳差, 乏力, 时恶心, 小便短少, 舌红暗苔润, 脉弦细。B 超检查提示“血吸虫病肝硬化、肝腹水中等量”, 遂来门诊求治。刻诊: 患者除上症外, 见面色晦滞, 形体消瘦, 腹大青筋暴露, 面颈部可见蜘蛛痣, 肝掌, 舌暗红苔润, 舌底静脉紫暗, 脉弦细。肋下肝脾触诊不满意。肝功能检查: 麝香草酚浊度 15U, 锌浊度 16U, 谷丙转氨酶 45U/L (赖氏法), 血清总蛋白 5.7g/L, 白蛋白 2.7g/L, 球蛋白 3.0g/L。参合脉证, 朱老认为属中医“臌胀”范畴, 证属肝郁脾虚, 水瘀互结, 法以疏肝解郁, 健脾利水, 化瘀软坚为主。用健脾软肝丸方加炒二丑、三棱、莪术、郁金各 12g, 车前子 15g (包), 砂仁 6g。服药 10 天, 溲长便通, 腹胀减轻。继服 20 天, 食欲明显增加, 体力也有所恢复, 复查 B 超提示: 腹水消退, 即原方去二丑、车前子, 再服 3 月, 食欲正常, 精神亦振, 腹胀基本消失。复查肝功能提示已正常, 总蛋白 61g/L, 白蛋白 31g/L, 球蛋白 29g/L。停服中药煎剂, 继服健脾软肝丸药。3 个月后 B 超提示: “肝内回声较密, 较强”, 患者恢复正常工作, 随访 3 年无异常。^[5]

5. 王玉润诊治经验

血吸虫病可归入“蛊毒”、“蛊胀”、“血蛊”门内。治疗方法如疏肝健脾法、活血化瘀法、清热解毒法、利水峻下法、滋

养肝肾法、温阳健脾法和补益气血法等等。虽各自都取得了一定的疗效,但大多数满足于并发症的暂时缓解,未能从本质上把握住肝硬化的病因病机,进行针对性的治疗,因而疗效不理想。

王老根据历代医家的论述,借鉴现代医学的理论,结合自己的临床经验,认为肝硬化形成的全过程中所出现的各种不同的临床证候和不同证型,都属标证,而其主要病本在肝。由于大量血吸虫卵在肝内沉积或肝炎病毒造成肝细胞坏死等原因,刺激肝脏内纤维组织增生,破坏了正常肝小叶结构,使肝内血液循环途径改建,致使肝硬化,形成癥积。因而不管肝硬化的临床证候有多么错综复杂,其病机的本质都是“肝络阻塞,血瘀气滞”。故肝硬化患者多有两胁积块、腹大坚满、青筋怒张、紫纹绽露、红纹赤缕、牙宣鼻衄、呕血黑粪、舌质紫暗等血瘀气滞见证。由于病邪的性质、病变的轻重、病程的久暂及患者的体质、生活和工作条件等诸多方面的差异,可使患者在血瘀气滞的基础上夹杂感受其它病邪;或因久病,“血不养肝”,在实证的基础上,出现种种虚象。尽管如此,治疗上应万变不离其宗,应以“活血化瘀、行气通络”为基本大法,不论此病发展到何种程度何种阶段,都应针对“瘀”来治本,在此基础上可兼治各种标证。

王老将肝硬化疾病分为实证和虚证两大类型:

(1) 实证

基本型:证候:面色萎黄,有红纹或蟹爪纹路,皮肤红痕赤缕;腹大,青筋,紫纹绽露,腹胀,胁痛,两胁积块坚肿;呕血或黑粪如漆,鼻衄,齿衄;心烦易怒,口燥便秘;舌质紫暗,有瘀点,脉象弦涩。治则:活血化瘀、行气通络。方药:桃红饮为基本方,丹参注射液静脉滴注可增加行气通络的作用。

水湿型:证候:基本型并见腹水明显,一般体质尚佳,舌苔薄白,脉较有力。治则:基本型+利水化湿。方药:桃红饮合木香槟榔丸加减。

郁热型:证候:基本型并见面色晦暗,目黄肤黄,或有瘀斑,神情抑郁,烦热口干,尿涩短赤,便秘或溏垢不爽,舌苔黄腻,脉象弦数。治则:基本型+清热泻肝。方药:桃红饮合龙胆泻肝汤或合茵陈蒿汤加减。

(2) 虚证

偏阳虚型:证候:基本型并见面色㿔白或苍黄,面浮肢肿,畏寒肢冷,神倦气怯,纳少便溏,舌质淡胖、边有齿印,苔白滑润,脉象弦细缓软。治则:基本型+温肾健脾、行水化湿。方药:桃红饮合真武汤,或合理中汤,或合五苓散。

偏阴虚型:证候:基本型并见面色憔悴或黧黑,形体消瘦,潮热盗汗,手足心热,口干咽燥,虚烦腹胀,便秘尿少,舌质红绛少苔,脉象弦细而数。治则:基本型+养阴清热、柔肝益肾。方药:桃红饮合一贯煎,或知柏地黄丸加减。

阴阳两虚:证候:基本型并见面色枯暗,骨瘦如柴,颧突目陷,大肉削脱,毛发稀疏,肌肤甲错,神萎无力,舌质淡白、干萎或舌光如镜,脉象细小无力或浮大虚弦。治则:基本型+温阳育阴、大补气血。方药:桃红饮合十全大补丸,或合河车大造丸。

王老将晚期血吸虫病患者分为治疗组和对照组,治疗组采用桃仁提取物 500mg 加入 5% 葡萄糖注射液 500ml 中,隔天静滴。对照组单用 500ml 的 5% 葡萄糖液隔天静滴。治前两组患者的 A 型超声波检测、肝功能试验、尿羟脯氨酸测定和肝血流图等多项指标比较均无明显差异。治疗后,两组患者在面色、精神等一般情况方面都有好转,无明显差异,但在检测以上各项指标方面,治疗组患者改善的例数明显地较对照

组为多,经统计学处理,两组之间有显著性差异,提示治疗组的药物可能有一定程度改善肝脏血流动力学和抗肝纤维化的作用。^[6]

6. 郭振球诊治经验

郭老认为血吸虫病肝纤维化属中医“蛊胀”范围,其病位多在肝脾两脏,病机为气血逆乱,治则有虚实之辨。气虚血瘀证,病重在脾,气虚为主,脾虚夹湿,兼有肝瘀。据临床经验总结出抗纤灵1、2号。抗纤灵1号(由黄芪、防己、莪术、牛膝等组成)益气活血、化湿利水,方中黄芪、防己益气化湿,以健脾运;莪术、牛膝活血行血,以散肝瘀。气滞血瘀证,病重在肝,血瘀为主,肝郁血瘀,气血不畅。抗纤灵2号方(桃仁、虻虫、枳壳、木通等组成)活血化瘀,利气消积,方中桃仁、虻虫活血消瘀,以化肝积;枳壳、木通等利气导滞而助脾运。

本病因蛊毒为害,其病位在肝脾,而实则经隧瘀阻,营血秽浊不清。临证论治,关键在辨清二类证型,分别投以抗纤灵1方或2方,因切中病机而获效。中医中药防治血吸虫病肝纤维化,必须根据不同的病理特点和不同的作用环节而辨证论治,倘若一病一方论治,而不考虑本病辨证规律,则难以充分发挥中医药优势。^[7]

7. 邹珪秋诊治经验

晚期血吸虫病腹水主要是“气结、血凝、水衰”三者所致。肝脾肾乃腹中三阴聚集之地。脾为三阴之长,惟脾气虚,水邪始得窃踞腹中,故前人认为臌胀病根在脾。“当先实脾”,就是在治肝的同时,必须注意调补脾胃。其目的是促进脾气健旺,防肝病发展恶化。脾胃为后天之本,气血生化之源;反之,如脾胃功能失常,造成生化无源,新血不生,恶血不去,

三焦阻塞。其所谓“实脾”，其一是“补”，即在脾虚情况下，采用甘味之药健脾补中，加强脾胃生化气血功能，既防止其病邪入侵，又可资养肝血；其二是“调”，即在调理脾胃，以防脾土壅滞，以维持正常的运化功能，水谷得以运转，精微不断化生，是治疗晚期血吸虫病腹水的重要一环。

本病由于反复不愈，本身调养失宜及治疗延误，久病必虚，有正不抗邪之势，虽然有气血瘀阻、腹水等邪实的一面；又有气血大亏，脾失运化等正虚的一面。正虚为本，邪实为标，此病不能单以治疗腹水为目的，而应扶正为主。当先实脾，就是遵循这一治则。晚期血吸虫病腹水属虚实错杂，如果孤立运用峻下逐水药，“不过扬汤止沸，暂缓其胀，而徒伤其正。腹水消后旋即复起，愈攻愈烈”。治水如此，化瘀亦然，单纯活血，单纯利尿，实难以收效。当在实脾的前提下，健脾促化，“见水不治水，见血不治血，气旺中州运，无形胜有形，即以无形之气而胜有形之水、血。”^[8]

8. 何子胥诊治经验

晚期血吸虫病腹水合并症多，治疗要抓住主症、急症、重症灵活辨证施治。切不可用药杂乱无章，以免增加肝脏负担而适得其反。在确定证型和法则的基础上既要加减灵活，又要坚持守方，方能收功。不可拘泥一型一证，一法一方，要随证变而法亦变。在抓住肝、脾、肾同治的同时而重在脾，因“脾为后天之本”，精微生化、运输之枢，脾功能恢复，既能运化停滞的水湿（腹水），又能吸收化腐生新的精微物质（营养），以补充机体之源。在使用利尿药时，一般不宜在腹水较甚，腹胀难受的情况下使用，即使用也只以口服药为宜，间歇性给药，用2~3天，停3~5天。^[9]

9. 顾长庚诊治经验

血吸虫病肝硬化腹水,属于中医“蛊胀”、“单腹胀”的范畴。它的发病系蛊毒入脏,首先犯肝,肝郁血瘀,逐渐形成癥积病块,久之则肝病传脾,脾失健运,致邪水泛滥,乃成腹水。本病始在肝脾,继可累及肾、三焦、膀胱,使其功能失常,这也是形成腹水的重要因素。

腹水是肝硬化晚期的一个体征,利尿是治疗腹水的重要手段。据临床观察,西药利尿可以通过各种药理途径达到利尿目的,而且利尿现象出现较多较快,这是其长处,但药效不易稳固,使用日久,疗效往往减弱或消失,则是其不足。中药利尿方法亦多,利尿现象出现较迟较少,短时期内难以达到治疗目的,尤其是重度腹水患者常伴有明显腹胀,中药一时难以减轻病人痛苦,这是不足之处;但一旦水消则作用较巩固而持久。因此,在治疗过程中,以活血化瘀为基础,运用辨证论治的传统方法来调整脏腑功能,扶正驱邪以“治本”,用西药利尿剂消除腹水以“治标”,及时消除或减轻症状,改善体征。实践证明,这种整体与局部相结合,治本与治标相结合的治疗方法,较单纯的中医或西医治疗的效果显著而稳定。^[10]

【按语】

对于血吸虫病肝硬化,治疗时主要包括三个方面:腹水消退与肝功能改善,免疫功能调整,抗肝纤维化。宋远忠将血吸虫病分为急性期、慢性期和晚期。治疗用自拟复方乌柴雄黄汤。徐国清认为肝脾肾等脏器互为乘侮,是本病的演变机制。肝气痞塞,经脉瘀阻,乃为本病的主要矛盾。治疗以

活血化瘀为主。王重九用参三七、党参研面冲服治疗本病消化道出血获一定疗效。朱明烈十分重视“郁”和“瘀”二字，以疏肝解郁，活血化瘀，健脾软坚为大法。王玉润以“活血化瘀、行气通络”为基本大法，不论此病发展到何种程度何种阶段，都应针对“瘀”来治本，在此基础上兼治各种标证。郭振球认为其病位多在肝脾两脏，病机为气血逆乱，治则有虚实之辨。气虚血瘀证，病重在脾，气虚为主；气滞血瘀证，病重在肝，血瘀为主。邹珪秋认为晚期血吸虫病腹水主要是“气结、血凝、水衰”所致。在治肝的同时，必须注意调补脾胃。何子胥抓住肝、脾、肾同治的同时而重在脾。顾长庚治疗以活血化瘀为基础，辨证论治调整脏腑功能，扶正驱邪以“治本”，用西药利尿剂消除腹水以“治标”。

(赵晓威 洪慧闻)

参 考 文 献

- [1] 宋远忠. 中医药治疗血吸虫病 500 例的疗效观察. 北京中医杂志, 1985, 4: 28
- [2] 徐国清. 活血化瘀治疗晚期血吸虫病肝硬化腹水 54 例. 湖北中医杂志, 1986, (3): 34-35
- [3] 徐国清. 活血化瘀法治疗“晚血”脾切除术后腹水. 浙江中医杂志, 1981, 10: 421
- [4] 王重九. 综合治疗“晚血”食管静脉出血 30 例. 浙江中医杂志, 1981, 10: 420
- [5] 傅绪梅. 朱明烈治疗肝硬化的经验. 湖北中医杂志, 1995, 17 (6): 7-8
- [6] 王伯祥主编. 中医肝胆病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1993. 619-621
- [7] 袁肇凯. 抗纤灵治疗血吸虫病肝纤维化疗效分析. 湖北中医杂志, 1994, 16(5): 8-10

- [8] 邹琰秋. 晚期血吸虫病腹水之证治. 附 54 例临床观察. 湖南中医杂志, 1986, (5): 13 ~ 15
- [9] 何子胥. 中医辨证分型治疗晚期血吸虫病肝硬化腹水. 附 127 例临床观察. 湖南中医杂志, 1987, (5): 11 ~ 12
- [10] 顾长庚, 杜坤仪, 等. 治疗血吸虫肝硬化腹水 21 例. 湖北中医杂志, 1986, 8(4): 23

酒精性肝硬化

【概述】

酒精性肝硬化是由于长期过量饮酒而引起的肝细胞变性、坏死、脂肪变性, 导致肝细胞结节样增生, 肝纤维化, 假小叶形成。酒精对肝细胞有直接毒害作用, 它能使肝细胞线粒体肿胀, 其嵴排列不整齐, 甚至出现乙醇透明小体, 这种小体是变形的线粒体, 是肝细胞严重损伤及坏死的表现。乙醇的毒性作用可能是由于它在肝细胞内进行氧化过程中消耗了辅酶 A, 抑制了线粒体的三羧酸循环, 使肝细胞内脂肪酸的氧化过程减弱, 导致肝细胞的脂肪变, 最后形成门脉性肝硬化。典型的酒精性肝硬化为小结节性。结节内不含有汇管区和中央静脉, 结节的大小相近, 被纤维隔所包围, 直径一般不超过 1cm, 随着病理的演变, 由于反复的肝细胞坏死和增生, 纤维隔的融合, 可形成大结节或坏死后性肝硬化。本病经过隐匿, 可无任何症状体征, 而以门脉高压的表现出现, 如腹水、肝性脑病、上消化道出血。体征有: 黄疸、肝掌、蜘蛛痣、白指甲、脾肿大及早期肝脏肿大, 边缘不规则, 晚期肝脏缩小, 质硬有结节等。中医将此病归于“酒疸”、“酒蛊”、“积聚”、“臌胀”范畴。病因多与饮酒有关。酒湿浊气蕴聚中

焦,清浊相混,壅阻气机,肝失条达,气血瘀滞,脾虚愈甚,进而波及于肾,开阖不利,水浊渐积渐多,终至水不得泄,遂成臌胀。

【名医经验】

1. 陈全寿诊治经验

酒精性肝硬化伴腹水类似于中医之臌胀。在病因病机方面,系长期嗜酒过度,肝、脾、肾三脏受损,气血水等瘀积于腹内所致。临床上常表现为本虚标实,故在治疗上不可贪求峻烈,攻伐过度,必伤正气,重加其疾;而应攻补兼施,从整体出发,调理气血阴阳,改善肝脾肾三脏功能。戒酒为当务之首要,同时配服软肝消水汤,方中葛根、扁豆解酒毒,升清阳,化湿浊;黄芪、白术补气健脾以促血行,血行则水自化;昆布、海藻、鸡内金、莱菔子、柴胡、茵陈软坚散结,疏肝和中,利湿消胀;青皮、丹参、青黛、地鳖虫、泽兰行气活血,化痰退肿,诸药合用能抗肝纤维化。另入泽泻,泻伏水,去污垢,利水而不伤阴,且能降低酒精所致的肝内脂肪酸合成增加。全方标本兼治,方可渐起沉疴。^[1]

2. 田德录诊治经验

田师将酒精性肝病分为初、中、后三个阶段:初期多为伤酒阶段,病机为湿热之邪蕴结中焦,伤及脾胃,运化失司,痰湿内生,蕴而化热,湿热搏结而阻于中焦或胁下。此阶段病多属实属热,以气滞、血瘀、湿阻为主。基于此病机,治疗当以清热解毒、理气活血、祛湿化痰为法。可选用柴胡、虎杖、木香、益母草、丹参、半夏、茯苓、泽泻、苍术、砂仁、陈皮等;

中期酒毒蕴而不化,聚而为痰,阻碍气机,致气血、痰浊、酒毒湿热相互搏结,凝结成块停滞于腹中或胁下,此为酒癖,相当于西医学的酒精性肝炎或肝纤维化阶段。病位在肝、脾,为邪气盛而正气未衰之时,治疗当清热利湿化痰、理气活血、疏肝理脾。可选用金铃子散合失笑散、平胃散合二陈汤、龙胆泻肝汤加减化裁。若症状不明显,常用柴胡、益母草、丹参、土茯苓、莪术、虎杖、郁金、生山楂等;后期病由肝脾及肾,正气已伤,本虚标实,气滞、血瘀、水停,而成酒臌之证,相当于肝硬化阶段。常用炙黄芪、黄精、枸杞子、益母草、大腹皮、木香、水红花子、抽葫芦、茯苓皮、黄柏、白术、炙鳖甲等。

田师将辨证与辨病相结合,始终重视酒毒的病因特性,酒性湿热,过饮必伤脾胃,故酒毒湿热作为一种长期的病邪侵袭人体,因此,不能戒酒便预示着脾胃受损无法终止,故病至中后期,脾胃亏虚的征象便会一直存在而愈来愈重,因此治疗还应不忘固护脾胃。对于已病而未戒酒之人,常于方中加入葛花、枳椇子等解酒药物,以防酒邪对于肝脾造成进一步损伤。本病戒酒是治疗关键,对已形成酒精依赖或有其倾向者也要重视心理治疗,诱导其慢慢戒酒,以为本病的治疗铺平道路。

病案举例:田某,男性,35岁。腹胀,乏力,肝区胀痛半年。饮酒史10年,每日饮白酒约半斤。入院查肝炎病毒指标均为阴性。肝功GGT、AST明显高于正常值。B超提示肝脏增大,门脉增宽,提示早期肝硬化。患者体瘦,面色萎黄无华,舌质淡红,苔薄黄腻,脉弦细滑。证属肝郁脾虚,痰湿内阻。方药:柴胡15g,生炙黄芪各10g,炙鳖甲10g,丹参15g,土茯苓15g,虎杖10g,葛花6g,枳椇子10g,水煎服日2次。服药2周后乏力、腹胀减轻,查GGT已接近正常,AST仍为正常的两倍,上方加苍术15g,木香10g,继服两周,患者乏

力、腹胀明显好转,肝区疼痛消失,AST亦降至正常,但患者仍不能戒酒。改服慢肝消(由生炙黄芪、赤白芍、丹参、炙鳖甲、虎杖等组成)口服液继续治疗1个月以巩固疗效。

病案举例:王某,男性,60岁。乏力、腹胀、腹泻反复发作两年,加重1个月。有20余年的饮酒史,白酒与啤酒混合饮用。患者无肝炎病史,查AST、ALT、GGT均为正常的两倍以上,B超提示肝硬化。患者面色萎黄,腰酸腿软,食欲不振,舌质淡,苔薄白,脉沉细弦。证属脾肾两虚,血瘀,水湿内阻。方药:醋柴胡10g,生黄芪30g,炙鳖甲15g,黄精15g,猪茯苓各15g,益母草15g,泽兰15g,枸杞子15g,虎杖10g,枳椇子10g。水煎服,日2次。服两周后腹胀减轻,食欲稍强,乏力减轻。效不更方,继服两周,上述症状均减轻,GGT、AST、ALT均明显下降。改服慢肝消口服液以巩固疗效。^[2]

【按语】

酒精性肝病以戒酒为当务之首要。陈全寿认为临床常表现为本虚标实,在治疗上不可贪求峻烈,攻伐过度,应攻补兼施,调理气血阴阳,改善肝脾肾三脏功能。田德录将本病分为初、中、后三个阶段,初期以清热解毒、理气活血、祛湿化痰为法,中期清热利湿化痰、理气活血、疏肝理脾,后期常用炙黄芪、黄精、枸杞子、益母草、大腹皮、木香、水红花子、抽葫芦、茯苓皮、黄柏、白术、炙鳖甲等。另外对已形成酒精依赖或有其倾向者要重视心理治疗。

(刘燕玲 洪慧闻)

参考文献

- [1]陈全寿,卢聚沛,等.软肝消水汤治疗酒精性肝硬化腹水25例.

浙江中医杂志,1995,30(4):149

[2]丁筱.田德录教授治疗酒精性肝病临床经验.中医教育,1999,

(1):52~53

药物性肝硬化

【概述】

药物性肝硬化指机体摄入某些亲肝毒性药物,如雷米封、甲基多巴、双醋酚汀、醋酚氨、阿司匹林、胺碘酮、磺胺药、阿霉素等,同时在营养障碍的前提下,不同程度地造成肝细胞损伤、变性坏死、胆汁瘀积,或肝内过敏性炎症反应,纤维结缔组织增生导致肝硬化。药物引起的肝硬化有大结节性或坏死后性肝硬化,常由药物性慢性活动性肝炎或亚急性肝坏死发展而来;伴有脂肪变性的肝硬化;胆汁性肝硬化;瘀血性肝硬化等几种类型。临床表现如门脉高压症及其并发症上消化道出血、腹水、肝性脑病等。中医属“胁痛”、“黄疸”、“积聚”、“臌胀”等范畴。药物致病为主要病因,发病部位在肝,涉及胆、脾、胃,病机特点为药邪致病,气血阴阳失调,湿热瘀血痰浊水停。

【名医经验】

1. 关幼波诊治经验

关老认为,由药物引起的肝损害,其病理改变和临床过程虽与病毒性肝炎有所不同,但容易与一般病毒性肝炎相混淆,若能及时停药或停止接触毒物,并给予保肝治疗,短期内

多能恢复。从中医观点上看,患者素有湿毒顽疾,兼之服药中毒,以致湿毒热盛,弥漫三焦,发为阳黄。重用清热化湿,解毒利水,化痰通瘀,辅以健脾补气扶正之品。方中茵陈、蒲公英、银花、川连、瞿麦、六一散清热利湿解毒,其中瞿麦清热利湿通淋,且能凉血祛瘀解毒,对于治疗中毒性肝损害引起的黄疸,可以退黄排毒,用之最为相宜。赤芍、香附、郁金、泽兰、当归、白芍养血活血化瘀,生芪、焦白术、杏仁、橘红、藿香健脾益气,芳化痰湿。待其邪祛大半,则加大生芪的用量。完全是根据邪正消长进退,以祛邪为主,扶正为辅,力促机体正气复原,不致留有余邪。

如中医辨证属于阴虚血热证者,可用白芍、丹参、阿胶养血柔肝,草河车、生地、藕节、槐花炭清热解暑,凉血止血,红花、泽兰、王不留行活血化瘀,郁金、木瓜疏肝理气,重用生芪益气,羚羊角粉专于清肝热,但因药源少,不可轻投,常用双花配天花粉代之。^[1]

2. 姜宜孙诊治经验

毒物引起的肝脏损害的临床表现,一类以全身或其他系统症状为主兼肝脏损害,肝脏轻度肿大、压痛,SGPT升高,无黄疸,经治疗恢复顺利,如溴甲烷、三氟苯乙烯、铅等引起的肝脏损害可归属此类。另一类以肝脏损害为主,有肝脏肿大、疼痛和胃肠道障碍症状,或出现黄疸及腹水征,肝脏损害较重,同时伴有其他系统中毒症状,其恢复较病毒性肝炎缓慢,轻者逾月,长者迁延数年,但预后尚好。如砷、胂、锑、四氯化碳、硝基苯类化合物引起的肝脏损害均可归属此类。

据临床经验,只要有“湿浊”表现者,均可用大黄治疗,即使肝功能反复多年不正常者,亦可小量长期应用,“六腑以通为补”,可以达到巩固疗效的目的。如由四氯化碳、三氯化锑

引起的慢性肝损害各1例,10余年来反复住院5~7次,均于末次住院时,单用中药清肝解毒,嗣后又以含小剂量大黄的清麟丸或木香槟榔丸服用1~2年,随访至1986年均无复发。^[2]

【按语】

药物性肝病的治疗首先要停用对肝脏有害的药物。具体治疗时关幼波重用清热化湿,解毒利水,化痰通瘀,辅以健脾补气扶正之品。姜宜孙认为只要有“湿浊”表现者,均可用大黄治疗,即使肝功能反复多年不正常者,亦可小量长期应用。总之,仍需辨证论治,方可获效。

(赵晓威 洪慧闻)

参 考 文 献

- [1]北京中医医院编. 关幼波临床经验选. 北京:人民卫生出版社, 1979. 35, 134
- [2]姜宜孙. 清肝解毒法为主治疗化学毒物引起肝脏损害31例的体会. 中医杂志. 1988, 29(3): 48~49

肝硬化腹水

【概述】

肝硬化腹水是肝硬化最突出的合并症,是肝脏失代偿的表现。其产生机制非常复杂,多数学者认为钠水潴留,尤其是肾钠潴留在肝硬化腹水产生中起主要作用;肝内因素如门脉高压与低蛋白血症,肝淋巴液增多,其它因素如感染、内分泌因素等有一定作用。典型的肝硬化腹水为漏出液,可突然或逐渐发生,前者诱因多有上消化道出血后、感染、酗酒而后致,当诱因去除后腹水较易消除,后者则无明显诱因,持续增加,不易消除。大量腹水时,患者常感腹胀难忍。现代医学治疗常采用利尿、补充白蛋白等方法治疗。本病属中医“臌胀”范畴,中西医结合治疗疗效较单一性治疗为好。

古代名医对臌胀有较深刻的认识,如张景岳云:“单腹胀者如鼓,故名臌胀,以外坚满而中空无物,其象如鼓,故名臌胀。”(《景岳全书》)关于臌胀中虫蛊的鉴别,《詹寥方》中说:“古方书臌疾,俱作钟鼓之‘鼓’,非三‘虫’下着‘皿’字也。盖以斯疾,本自郁气,自腹中鼓起而为臌胀,况诸肿疾,每以手按之有指痕,惟此疾按之,而腹皮迫急如鼓皮,故论云:鼓胀如罗皮,紧如鼓,即此而谓臌疾也。三‘虫’之蛊,乃南荒之蛮,似蛇、蜈蚣、蛤蟆三虫相制而为毒,中之者,虫啖其脏血而死,故病乃名‘蛊’字也。”至于臌胀的辨证,朱丹溪云:“朝宽暮急,血虚;暮宽朝急,气虚;终日急,气血俱虚。”(《丹溪

心法》)李用粹说:“气胀者,七情郁结,胸腹满闷,四肢多瘦;食胀者,谷食不化,痞满醋心,不能暮食;积胀者,痞块有形,心腹坚胀;水胀者,停饮肠鸣,怔忡喘息;瘀胀者,跌扑产后,大便黑色;虚胀者,腹柔软而食入倒饱。”(《证治汇补》)程门雪说:“立寒热二大因,得臌胀之纲领矣。然以临证经验所得,属热者究少,属寒者实多,而属虚属寒更繁见不鲜也。”关于治法,朱丹溪说:“胀病必用参、芪、白术大剂补脾,则其气自动,白术又为君主之药,必带厚朴宽满。”另曰:“医不察病起于虚,急于取效,病者苦于胀急,喜行利药以发一时之快,不知觉得一日半日,其肿益甚,病邪甚矣,真气伤矣!”(《丹溪治法心要》)

【名医经验】

1. 关幼波诊治经验

关老认为肝硬化腹水是久病体虚,正不抗邪,水湿内停,正虚为本,邪实为标。因此,他在治水时主要看法如下:

(1)见“水”不能单纯利水:水湿内停,主要由于正虚(气虚、脾虚、阴虚)肝郁血滞,中州不运,湿热凝聚结痰,瘀阻血络,更由于肝、脾、肾实质性损害导致功能的失调,三焦气化不利,气血运行不畅,水湿不化,聚而成水。若水蓄日久,或本病湿热未清,蕴毒化热,湿热熏蒸,或见发热,或并发黄疸。严重时痰热互结,蒙闭心包,也可出现神昏,谵妄等肝昏迷之危候。根据“治病必求其本”的原则,所以,以补虚扶正为常法,逐水攻邪为权变。

关老认为肝硬化腹水均有气虚血滞,气为血帅,气虚则血无以帅行,或血行不畅而滞留,气血不行则水湿难化。此

类患者多见面色黄,体瘦,语言低弱,气息短促,乏力,腹胀下肢肿,脉沉细无力,舌苔薄白,或舌净无苔等证,所以,补气与逐水并用,使之气足血行而水化。

病案举例:宁某,女,38岁。患者七年来,腹部胀大,经检查确诊为肝硬化腹水,初起时服中药,一度腹水消退,但不久腹水又起,月经断闭,体重85kg,腹围最大曾达160cm,腹胀难忍,每月须行腹腔穿刺放液一次,每次放水量不少于7000~8000ml。至1956年12月来诊时止,放腹水的次数已记不清,其后在门诊治疗中常服黄芪煎剂及紫河车粉,先后达3年半之久,尿液较前增多,腹胀减轻,穿刺放液延长至4~6个月进行一次,腹围保持在100cm以内,月经复至,身体稍胖,行动自如,食睡二便正常,舌净,脉沉细缓,后患者要求进一步治疗而收住院。查体:发育中等,营养稍差,面色黄白不泽,心音正常,心尖向左上移位,肺听诊(-),腹部膨隆,腹围96cm,腹壁静脉曲张,腹水征明显,肝脾触不清,下肢不肿。初来门诊时,肝功能异常,至入院时已正常。舌净,脉沉细缓。西医诊断:肝硬化腹水。中医辨证:气虚血滞,水湿停聚。治法:补气活血,利水消胀。方药:生黄芪60g,党参10g,紫河车12g,当归12g,赤白芍各12g,杏仁6g,鸡内金10g,香附10g,泽兰15g,红花12g,桃仁10g,丹皮10g,丝瓜络12g,茜草15g,通草3g,泽泻12g,车前子15g,葫芦15g,鲜水葱30g。以上方为主,基本不变,黄芪用量逐步增加,每剂一般均在30g以上,入院3周后,曾放腹水一次,放水后立即重用黄芪,最多一昼夜曾服黄芪420g,腹围缩小至80cm,腹水征仅见可疑,肝脾未触及,其后未再放水。治疗两个月,精神好转,面色润泽,体力增加,睡眠饮食二便均正常,出院继续观察。

生黄芪微火浓煎内服补气功能较强,如若与党参、归、芍

相配更具补气养血之力,紫河车培本扶元,久服大补精髓,上述五味药已兼顾阴阳、脾胃、气血诸方面,为培补气血之主要药,患者腹水达7年之久,尽管反复多次大量放水,并未诱发昏迷肝功能衰竭等危候,反而肝功能渐次恢复正常,腹水稳步消退,实由于培补气血之功。通草、泽泻、车前子、葫芦、鲜水葱为祛湿利水之剂,其中葫芦甘平滑,利水消肿,专治腹水;鲜水葱又名冲天草,通利小便消肿。在重用补气的基础上,养血益阴柔肝健脾,同时,配合红花、桃仁、泽兰、茜草、丹皮、赤芍等活血化瘀之品,使之气血调和,活血而不伤血,气血舒畅则水湿易行。佐以香附、杏仁、丝瓜络疏肝行气,宣肺以开水之上源,通络以调达气机,重点在于大量使用生芪,补气以促血行,血行则水化。

另外,对于腹水采用穿刺放液疗法,我国古代医籍中也早有记载,如晋·葛洪《肘后备急方》中说:“唯腹大,下之不去,便针脐下二寸,入数分,令水出孔合须腹减乃止”,然而因放腹水引起腹腔感染,和因蛋白质和电解质的丢失诱发肝昏迷等的不良后果,古人也有类似见解,如《千金方》中说:“凡水病忌腹上出水,水出者月死,大忌之。”从本例看,用中药大补气血以弥补因放腹水而出现的并发症,也是关老医生治水的体会之一,值得进一步研究。

(2)注意疏利三焦以行水:三焦气化不利则水湿停聚,而三焦气化功能上与肺、中与脾、下与肾的功能密切相关,即所谓上焦如雾,中焦如枢,下焦如渎。若肺、脾、肾功能失调,则三焦气化无主,临床除臌症一般症状外,每因水气上泛而见气短,咳吐,引痛,胸闷痛,以及少腹胀,尿黄少,脉见弦滑,舌苔白腻,或薄白。

病案举例:顾某,女,64岁。患者半年来食欲不振,一月前发热后,尿量减少,腹部胀大,下肢浮肿。现症:口干口苦,

食欲不振,胃脘作胀,食后更甚,轻度咳喘,气短,胸满而闷,两胁胀痛引腋窝,时或胸腹掣痛,少腹满,尿少而黄,下肢浮肿,大便如常。查体:发育营养较差,体瘦,心(-),呼吸音弱,腹部膨隆,腹围82cm,有明显移动性浊音,肝脾未触清,腰及下肢有指凹性水肿。胸透:左侧胸腔中等量积液,心脏向右移位。化验:血胆红素1mg%,麝浊12U,脑絮(++),白蛋白2.98g%,球蛋白3.27g%。舌象:舌苔白腻。脉象:弦滑。西医诊断:肝硬化腹水,伴有左侧胸腔积液。中医辨证:脾虚气弱,气滞血瘀,三焦气化不利,水湿泛滥。治法:健脾益气,疏利三焦,佐以活血化瘀软坚。方药:生芪30g,云苓60g,炒白术24g,大枣4枚,茵陈30g,麻黄1.8g,杏仁10g,葶苈子7.5g,防风、己各12g,薏苡米24g,冬瓜皮子各12g,川朴10g,大腹皮12g,肉桂1.5g,车前子(包)30g,木通10g,猪苓12g,赤小豆30g,王不留行12g,穿山甲3g,炙鳖甲12g,桃仁10g。以上方为主,随症略有加减,服药80剂,咳喘已平,胸腹已不胀痛,食睡均佳,二便正常,无任何不适,唯下午及晚间下肢仍有轻度浮肿。检查:呼吸音正常,胸水征及腹水征均已消失,腹围73cm,肝脾均未触及,下肢不肿。复查化验:血胆红素0.2mg%,黄疸指数4U,麝浊4U,脑絮(-),高田氏反应(-),白蛋白3.062g%,球蛋白2.031g%,继续观察。

臌症的发生源于气血运行不畅,气郁血滞,和肝、脾、肾三脏功能失调,以致聚水而胀,而三焦气化不利为其水蓄的直接因素。三焦所以能发挥有效的决渎作用,排泌水液,是与肺、脾、肾的生理功能分不开的。因为肺主治节,司气的呼吸,惟其肺气宣达肃降,才能通调水道,下输膀胱。脾主运化,升清降浊。而最重要的是肾,因肾主水,司开阖,肾阳的温煦具有调节控制水的输出与排泌的作用。肺、脾、肾三者

功能的正常和协调,是维持三焦决渎功能的重要条件,若肺气失于宣达肃降,或脾运不健,或肾气开阖不利,三者中不论哪一方面功能受到障碍,均可影响到三焦决渎作用。因此,水的代谢,实际上是“其源在脾”,“其布在肺”,“其司在肾”。治疗水肿和腹水,消水之法虽当疏利三焦,实为宣肺以开鬼门,或疏涤肠胃去宛陈莖,或健脾以转枢机,或温肾利水以洁净府,根据病情,灵活运用。而本例上有胸水,中有腹水,下肢浮肿,水湿弥漫三焦,所以法当疏利三焦,方中麻黄、杏仁、葶苈子、防风宣通肺气,以开发上焦。白术、茯苓、苡米、川朴、大腹皮健运脾气,以理中焦。肉桂、防己、木通、车前、茵陈、猪苓、赤小豆等为温肾通关,以利下焦。冬瓜皮、子并用,兼有通利上下作用,综合上述各药共起疏利三焦作用,本方还配合使用生芪、大枣以养气血,王不留行、穿山甲、鳖甲、桃仁等活血化瘀软坚,标本兼顾。关老曾强调指出在疏利三焦的同时,仍应注意补气,以加强和巩固疗效,使之“气化则能出焉”,绝非一味疏利,否则亦可伤正气,而且难以收效。

(3) 重视活血行气化痰以助利水:在臌症的治水过程中,关老很重视活血行气化痰之法,因为肝郁血滞,气血不畅是水湿停聚的重要环节。湿热凝聚结痰,痰阻血络,则血滞瘀阻,水湿难消。在治水时,补气活血化痰药常用生芪、当归、赤芍、泽兰、红花、益母草、水红花子、藕节、杏仁、橘红;行气活血化痰则加用枳壳、木香、香附、郁金;活血化痰软坚时加用生牡蛎、鳖甲、地龙、王不留行、阿胶、五灵脂;若兼血热而有瘀,则加用丹皮、赤芍、白茅根;若无热象而有血瘀,则可适当加用肉桂、生姜、干姜、桂枝、附子,以助温运活血,通阳利水。对于肝郁血滞,痞块积聚,他多主张用养血柔肝,养阴软坚之品,如当归、白芍、阿胶、鳖甲、龟甲即所谓欲软其坚,必先柔其性。很少或不用攻伐破瘀的三棱、莪术之属,水

蛭、虻虫则为禁用之列。因为,体会肝为血脏,肝郁血滞而致胁下痞块积聚(肝脾肿大),治当活化以疏通其气血,使之凝血化散血脉流通则痞块自消,若妄用攻伐破瘀之剂,非但痞块不易消,反而促使其凝结硬化,甚或造成大出血,应当引以为戒。

病案举例:刘某,男,51岁。1958年5月5日初诊。患者一年多来,自觉腹胀,阴囊及下肢肿胀,曾经医院检查确诊为肝硬化腹水。现症:胃脘胀满,精神不振,食纳不佳,睡眠不安,小便黄少色如浓茶。检查有明显腹水征,腹围83cm,肝脾未触及,下肢有明显指凹性水肿,化验检查:麝浊20U,白蛋白1.9g%,球蛋白2.9g%。苔白,舌质暗淡。脉沉弦细。西医诊断:肝硬化腹水。中医辨证:肝郁血滞,水湿内停。治法:活血化痰,利湿行水消胀。方药:茵陈12g,赤芍15g,通草3g,泽泻10g,杏仁10g,橘红10g,当归12g,牛膝6g,生姜皮3g,杭白芍15g,丹皮12g,生芪30g。服上方15剂后,小便量逐渐增多,精神好转,睡眠、食纳好转,检查腹围75cm,移动性浊音不明显,下肢浮肿消失,查血:麝浊5U,凡登白氏试验(-),血胆红素0.1mg%,白蛋白3.5g%,球蛋白2.6g%,继服上方门诊观察。

患者病程一年余,确诊为肝硬化,有明显腹水征,下肢浮肿,辨证为肝郁血滞,水湿内停。关老治疗时,重视生芪、当归养血益气,使之气充血行,且以牛膝、白芍合当归养血柔肝,又以杏仁、橘红化痰通络,继以赤芍、通草、茵陈、生姜皮、泽泻利湿行水,佐丹皮凉血活血,旨在活血行气,化痰以助水行。符合“治水先治气、气行水自制”的原则,所谓治气,也是广义的治气概念,如气虚,必须补气,气足才能催动血行,否则单纯行气反而伤气,更不利于血行,所以方中虽无行气之品,但是以补气为治,仿王清任补阳还五汤之要旨,补气活

血,以利水行,故于服药后小便量增多,腹水减少,下肢浮肿消失,非但症状改善,肝功能也趋于恢复。

(4)抓紧时机,适当逐水:关老认为臌症属于正虚邪实,水湿内停实为邪水,所以攻邪逐水也是治水之大法,即所谓“坚者削之,客者除之,结者散之,留者攻之”之法,所以应当正确地处理攻与补的辨证关系,祛邪是为扶正,扶正才能更好地驱邪,单纯扶正则邪水不去,单纯攻逐则邪去人亡。所以在正虚尚支,而腹水初起,或在扶正的基础上,如有攻逐之机,绝不放过。

病案举例:郑某,男,67岁。患者腹胀已4个月,初起下肢肿胀,而后腹胀,腹下膨隆,饭后腹胀加重,夜间不能平卧,夜间呛咳,睡眠不安,尿短赤,下肢肿胀日益加重,经检查确诊为肝硬化腹水。查体:发育中等,营养较差,无明显黄疸,心肺(-),腹部膨隆、脐突,无明显静脉曲张,腹壁紧张坚硬,腹围96cm,有明显腹水征,肝脾未触清,下肢高度浮肿,按之有凹陷,足心肿平,阴囊稍肿。化验检查:凡登白试验(-),胆红素0.5mg%,黄疸指数8U,麝浊6U,脑絮(++),高田氏反应(+),白蛋白3.5g%,球蛋白1.7g%。舌苔薄白,脉弦滑稍数。西医诊断:肝硬化腹水。中医辨证:肝郁血滞,脾失健运,水湿内停。治法:活血化瘀,利湿清热,养血柔肝逐水。方药:茵陈30g,赤苓30g,篇蓄15g,木通10g,通草4.5g,半边莲15g,车前子12g,腹皮子各10g,冬瓜皮子各12g,杏仁10g,橘红10g,延胡索10g,杭芍10g,当归10g,丹皮6g,郁金6g,桃仁10g,麻仁10g,木香4.5g,厚朴10g,葫芦24g,二丑15g。另服分水丹30粒,晨起空腹2次服,白水送下。后以上方稍事加减,服药90余剂,患者精神眠食二便均正常,体力已恢复。查:腹部平坦,脐突消失,腹水消失,腹围78cm,脾(-),肝可触及在剑突下二指半,质中等、无压痛,

下肢浮肿消失,门诊继续观察。

本例患者病程尚短,一般情况尚好,正气尚支,而且第一次出现腹水,肝功能尚属正常,虽有腹水,下肢浮肿,邪实而正尚未衰惫,是使用攻水逐邪的良好时机。所以,除利湿清热、活血化瘀、养血柔肝外,使用二丑和分水丹攻邪逐水。

分水丹是关老用于逐水的峻剂。药物组成为:甘遂 3g,甘草 15g,共为细末,醋糊为丸如黄豆大。每晨空腹服 15~30 粒,白水送下。一般患者药后一小时开始感到腹部隐痛,第一次大便较多,第二次开始泻下水样便,每日数次,疗效理想者腹围开始缩小,如病人情况较好可以连续服用数日,腹水消退大半后渐次停药。继以健脾理气,柔肝养血以调善后,以巩固疗效,服药期间应该注意:忌盐、发面,以及生冷油腻。泻水后尿量渐增者效果较好。若尿量依然很少,应佐以利尿、疏利三焦之剂。《珍珠囊补遗》所定药性十八反中,甘遂与甘草二味本是反药。但临床上二药并用并无毒性反应,制法上须要注意的是甘遂与甘草的用量比例是 1:5,并注意用醋打面糊为丸。若用药过程中患者出现恶心、呕吐绿水时,则应停药。本药多用于肝硬化第一次出现腹水体质尚未衰败者。若反复出现腹水,正气虚衰,用时应慎重。关老除用上法逐水外,有时还用二丑面 3g,空腹白水送服,每日 1 次,其泻水作用比上述力小,副反应亦小。若入煎剂可用炒二丑,一般可用到 15~24g,多用于体虚而在扶正的基础上逐水时较为相宜。

臌症多为久病,正虚之体,而水蓄邪实,体虚是矛盾主要方面,所以关老一直遵循以补为常法,攻水为权变。见“水”不能单纯利水,必须根据正虚的情况或补气、健脾、养阴以扶正,佐以利水,并注意疏利三焦,重视活血行气化痰或在扶正的基础上抓紧时机适当逐水。^{〔1〕}

2. 张琪诊治经验

腹水乃肝炎后肝硬化常见并发症,张师于此颇得心应手,一般根据患者体质强弱、病程新久以及腹水轻重程度,分别治之。常用治法有两种:

(1)逐水法:症见腹大如瓮,高度腹水,脐突,胀满难忍,小便少黄赤,口干,舌赤,苔黄腻,手足心热,大便秘,脉弦滑数有力。治以泄热逐水。方用消蛊汤(经验方):二丑、大黄、制甘遂、广木香、橘皮、茵陈、海藻、槟榔、白术、茯苓。

张师认为,该证乃形气俱实,故当急则治标,峻下逐水。临床观察,初服大便下行水样便,腹撑急宽松,继服则小便增多,腹胀满大减。此时可于方中加入益气之品,如黄芪、党参,健脾之药可加重用量。

(2)分消法:症见腹胀满,恶心不欲食,口苦口干,小便少色黄,大便溏粘秽,无矢气,头昏,五心烦热,舌红,脉滑。治以清化湿热,利水行气,健脾和胃。方用东垣中满分消丸化裁:黄芩、黄连、砂仁、枳实、半夏、陈皮、知母、泽泻、干姜、茯苓、白术、猪苓、党参、姜黄、槟榔、茵陈。

张师认为,此证属肝气郁热,水热中阻、脾胃不和、升降失常所致。方中党参、白术健脾除湿,干姜、砂仁振奋脾阳以燥湿,猪苓、茯苓、茵陈、泽泻淡渗利湿,槟榔行气利水,陈皮、半夏化痰湿,黄连、黄芩苦寒清热除满,知母滋阴,协同苓连清热,枳实、厚朴、姜黄以疏解肝郁,行气散满。对肝炎后肝硬化腹水具有水热中阻,脾胃不和者,取效甚捷。^[2]

3. 王安康诊治经验

(1)疏肝理脾:肝硬变腹水,其病位在肝,以肝经瘀滞为主要病机,然脏腑相关,肝病日久必损及脾胃,故临床治疗在

疏肝行气的同时,必须重视调理脾胃,从肝脾、肝胃的关系来纠正升发之不及或降令之失和,使气机枢转,水化为气,气行则水退。常用药物有:柴胡、枳壳、赤芍、香橼皮、茯苓、佛手、白茅根、大腹皮、车前子等。胁肋疼痛加玄胡、川楝子,纳呆食少加内金、谷芽、麦芽,腹胀便结加沉香、厚朴、熟军。

(2)健脾化瘀,行气利水:肝硬化腹水发展到后期,均以气滞血瘀、脾虚水停为特征,尤如前贤所云:“臌胀病,根在脾。因腹为肝脾肾三阴聚集之地,而脾又为三阴之长。肝病日久,损及于脾,脾气虚衰,气血运行不畅则瘀血内停。气虚血瘀,水湿更加受阻,形成恶性循环,故臌胀难消。所以,在临床治疗时,既要注重化瘀行水治其邪实,更应固护脾气治其本虚,使阳气通畅,气血调达,瘀化水行。常用药:太子参、白术、茯苓、当归、丹参、枳壳、赤芍、葫芦瓢、大腹皮、白茅根、玫瑰花等。若腹大胀满,小便短少加猪苓、车前子、凤尾草,大便溏薄加薏苡仁、山药、赤小豆,腹壁青筋暴露,腹胀甚加三棱、莪术。

(3)滋养肝阴,通络利水:晚期肝硬化腹水是一个病理过程较长的病证,患者由于早期肝郁脾虚,聚湿生水,其湿能蕴热亦能伤阴,加之治疗中的过度利水伤阴,均可致肝肾阴虚。所以,顽固性腹水究其病因病机,常多与利水衡阳,肝肾阴虚有关。王老遇此症,多采用滋养肝肾、通络利水之法,不但无腻膈之弊,常收到滋阴而不碍水、利水而不伤阴之效。常用药物有:沙参、麦冬、枸杞、白芍、当归、丹参、王不留行、白茅根、车前子、通草等。兼见鼻衄、齿衄等血证者,加三七、白及、仙鹤草,腹胀便秘加沉香、厚朴、淡大云、火麻仁。^[3]

4. 张海岑诊治经验

张老认为肝硬化是临床常见的一种慢性进行性肝病,属

中医“单腹胀”、“臌胀”范畴,其发病原因有以下几个方面:素体正气虚弱,感受病邪;或因嗜酒过度,饮食内伤;或由情志所伤等,郁而化湿生热,湿热内蕴,郁久而发病。黄疸型肝炎迁延日久而引起本病者,亦屡见不鲜。对本病的治疗,一般虚者先补后攻,实者先攻后补;虚实错杂者宜攻补兼施,其中虚甚者补中兼攻,实急者攻中兼补。所谓补者,尤当注意补脾(运化湿浊)、调肝(以行瘀滞)、补肾(温补脾肾、滋养肝肾)。在攻邪时,应辨其气滞、血瘀、水停的轻重而分别施以行气、化瘀、利水等法。

(1)软坚化瘀不忘清邪利气:《素问·至真要大论》“诸腹胀大,皆属于热”;“诸湿肿满,皆属于脾。”《丹溪心法·臌胀篇》进一步指出:“……脾土之阴受伤,转输之官失职,胃虽受谷,不能运化……清浊相混,隧道壅塞,郁而为热,热留为湿,湿热相生,遂成胀满。”湿热壅滞,隧道郁阻,渐成臌胀。在治疗中,不仅要重视清热利湿,而且要注意理气、活血、软坚、化瘀。另外还要把健脾和胃,扶正祛邪贯穿在整个治疗过程,使隧道壅塞消除,气血运行通畅,脉络瘀阻症状得以改善,臌胀之病自可向愈。

(2)疏肝解郁尤重健脾益气:肝脾有乘克关系,肝气郁遏既久,必然克制脾土。脾失健运,水谷精微不能正常输布,水湿不能转输排出体外,清阳不升,浊阴不降,清浊相混,阻遏隧道,也是形成臌胀的重要原因。临床上见到午后腹胀不舒,脘闷纳呆,腹泻便溏,乏力浮肿,均为脾胃虚弱,运化失职的症状。在治疗中,不可一味疏肝解郁,应注意肝病传脾的病机,重视健脾益气药物的运用。

(3)渗利水湿更当顾护阴液:腹水是水湿、津液渗漏于腹腔形成的。腹水较多的病人,临床上常见唇焦,口干,心烦,齿鼻衄血,小便短赤,舌红绛少津,脉弦细而数等肝肾阴虚的

证候。这是由于水湿津液大量渗漏于腹腔以后,津液不能输布而停聚于中下焦,出现的阴虚内热,津液不能上承的征象。这时若投以大量渗湿利水剂,甚至峻下逐水剂,必然会造成阴液的进一步耗伤。对于这种类型的病人,在治疗中不仅应遵循《素问·至真要大论》所说的“衰其大半而止”的原则,防其峻下逐水的药物克伐脾胃,而且要顾护阴液,防止因阴液过度耗伤造成肝风内动。为此,对较长时间服用利水剂或有阴虚征象的病人,加用生地、玄参、沙参等药物,以滋补阴液,防止阴液的耗伤。^[4]

5. 王鸿士诊治经验

肝硬化腹水是肝脏疾病晚期严重病候,现代医学检查可有门静脉系梗阻高压及肝脏功能进行性损害的临床表现,预后多属不良。肝硬化腹水与古代文献所描述的臌胀、单腹胀、水鼓及蜘蛛蛊等极为相似,应属于中医的臌胀病范畴。临床见有腹胀,脘闷胁胀,不敢饮食,食则胀剧,小便短赤,肢体倦怠,大便秘或溏薄,鼻衄、吐血、便血,有的伴有发热,甚则出现神识昏迷,狂躁不安等证候;在体征方面,腹部膨隆,有的青筋暴露、脐突、背平,肝脾因腹水往往不易触及,有的阴囊及下肢肿胀,有的骨瘦如柴,颈及头背部有出血点及蜘蛛痣,有的还可以出现黄疸。

肝硬化的形成虽然原因很多,其中湿热病邪是本病重要的致病因素。由于外感湿热之邪(包括现代医学所称感染病原,如寄生虫、病毒等,尤其是“肝炎病毒”是不容忽视的病因),或因嗜酒过度,饮食不节(肥甘生冷,饥饱无时),内生湿热,表、里相应,湿热蕴郁留著不去,困扰脾阳,阻碍气机,脾不运化而水湿停聚;湿热蕴郁肝胆,易发黄疸,疏泄失职,气机郁阻,进而影响血行瘀滞。若积之日久,脾气渐衰,中气

亏耗,升降失常,疏泄无权,气血凝滞而脉络涩滞不通,故肝郁脾虚,脾阳不振,气血生化之源不足,衰弱日甚;或脾肾阳虚,湿从寒化,转而形成阴证。热邪性炎,伤阴耗血,且肝郁化火易于灼伤肝阴,病情演变多端。由于脾气不振,肝肾阴血失却充养,以及气血生化不足等正气虚损之象逐渐显著。因此,肝硬化临床表现虚实相兼,证候复杂;此三者也是促进肝硬化病情不断恶化的因素。应该强调指出,肝硬化的发病机制虽然复杂,但不论在疾病早期出现肝脾肿大或晚期形成腹水(也有未至晚期可形成者),其病机要害皆在郁结。郁者滞而不通之义。郁非单纯指气郁而言,尚有湿郁、热郁、痰郁、血郁及食郁等,六郁之间相互联系并且相因为病。如气郁易生湿,湿郁易生热,热郁易生痰,痰郁易血不行,血瘀则食不易消。当然,这并非绝对的演变规律,但说明在一定的内因或外因的条件下即可导致郁结,诸郁中以气郁和血郁居多,诸郁又多以气滞血瘀为转归。郁则气化不行,气滞久则气结,气帅血行,血随气运,郁结则气滞,血瘀络阻,进而发生臌胀。所以,郁则病生,都可称为百病之源,诸疾之始。朱丹溪称:“气血冲和,万病不生,一有拂郁诸病生焉”是很正确的。

治疗肝硬化腹水的几点体会:

(1)消除腹水:腹水是肝脏功能进行性恶化的结果,腹水引起腹部胀满也是患者最痛苦的证候,故肝硬化腹水阶段时,消除腹水即为减轻胀满证候以及控制病情发展的关键。但是治疗绝非单纯地使用利水药物而已,仍应审病求因,分清虚实,针对腹水发生的病理实质辨证施治,根据不同类型予以相应治疗方法。如健脾利水、滋阴利水、活血利水、宣肺降气利水等标本同治。若脾虚引起腹水,需补气健脾为主,利水为辅进行治疗,腹水即可见消。又如,血瘀引起腹水者,

须以活血化瘀(破瘀)为主,利水为辅的治法,腹水才可见消。补气健脾重用生芪,活血破瘀须用三棱、莪术。生芪剂量常需15~30g方可收效。当然,随证尚须配合疏气活血,健脾利湿,或清热渗湿,凉血解毒,以及益气血,补肝肾等法,亦甚重要。另外,腹水伴有发热时,理应辨别内外及时处理,外感所致宜先解表然后治里,倘系阴虚所致则当养阴清热,利水消胀同时并治为要。

郁结是本病发生发展的枢纽。调整气机又须以疏气为先,气舒则郁结自散。因此,疏气在本病治疗中占有相当重要的地位。肝硬化患者皆见气郁血滞,仅程度有异,故常用行气活血药,行气或兼活血,活血必兼行气,行气可增进活血通络的功效,并有一定的缩软肝脾的作用。常用疏肝理气药有青皮、陈皮、香附、郁金、元胡、枳壳、川楝子、腹皮子、香橼、木香、乌药等;活血药有丹参、赤芍、泽兰等。若见肝脾肿大、质地较硬且病程较久者,疏气行血药物已难奏效,应选用桃仁、红花、三棱、莪术、炙鳖甲、炒山甲、马鞭草、生牡蛎等软坚化瘀之品。

本病虽有气郁血滞诸证,又可常见气虚或气血两虚等证候,晚期出现腹水时更为显著。气血虚亏则脉道更易涩滞,治当补益气血,并少加青、陈皮、腹皮子、木香等理气药物以疏气化滞,使之补而不滞。生芪是补益气血的主药,既有补气健脾作用,又有直接补气血的功能,脾气足而运化增强,气血足则循环旺盛,因之调动脏腑功能,祛瘀生新,利水消肿。在辨证施治基础上使用生芪,效果确很显著,但在湿热过盛者不宜应用。此外,在中焦气机阻塞时,理气配合健脾渗湿能够疏通中气,气机升降得复,气化水行,腹水、浮肿皆可消退。若肺气闭塞必须开降肺气,肺为水之上源,“开鬼门,洁净府”,肺气宣通,方可通调水道下输膀胱。麻黄是宣肺主

药,一般用量不超过4g,此药不宜多用或久用。晚期肝硬化虚弱者多用会引起高热。

(2)恢复肝功能:腹水消退仅是标证解除,其后治疗更属重要。湿热余邪未消气滞血瘀以及脏腑气血亏损等病理变化基本存在,肝功能试验检查仍属正常,必须继续治疗逐渐予以纠正,只有使肝脏功能得到恢复,疗效才能巩固。

(3)清除余邪:湿热之邪未清如腹胀、纳少仍可见湿热困阻脾胃或蕴郁肝胆不去的表现,如二便不畅,或有黄疸,有些患者出现出血点及蜘蛛痣。血清转氨酶异常,胆红素可增高,肝炎病毒抗原可阳性。证示邪恋正虚,湿热已波及血分。湿热蕴毒邪尚炽盛时,清热利湿凉血解毒为主,健脾益气为辅;若见气阴不足或肝肾阴虚宜于益气养阴或滋补肝肾;脾肾阳虚需予温补脾肾;如果血瘀明显加用活血化瘀之品,权衡虚实随证加减。经治疗后黄疸、出血点消退,血清转氨酶、转肽酶以及胆红素等均可逐渐收效较好。临床常用的清热渗湿凉血解毒药物有茵陈、龙胆草、栀子、金钱草、板蓝根、公英、鱼腥草、败酱草、丹皮、茅根、小蓟、茜草、寒水石等。另外,治疗过程中可见肝功能试验如转氨酶、麀絮、麀浊等同时增高,仍需辨证以分别主次,治疗也有所偏重。如转氨酶异常明显者,常以清渗凉解法为主,佐以滋补肝肾;若麀絮、脑絮异常突出者,则宜滋补肝肾为主,稍加清渗凉解之品即可取效,此系指一般而言。

(4)调理气血:疏解郁结,调和气血在本病腹水消退后的治疗中仍占有相当重要的地位。①肝硬化见肝脾肿大,食管静脉曲张,腹壁青筋暴露,舌质瘀暗等气滞血瘀,脉络阻塞之象者,桃仁、红花、鳖甲、牡蛎、三棱、莪术、山甲、马鞭草等。“肝硬化”门静脉高压应予重视并积极治疗,不然容易并发消化道出血或有再度出现腹水的可能。据不完全临床病例观

察,在治疗中配以活血化瘀软坚及疏气健脾(或补气健脾)法,食管静脉曲张、腹壁静脉曲张诸证均可减轻或消失,已为X线检查所证实;对肝脾二脏(尤其是脾脏)也有一定程度的回缩作用,今后尚待进一步观察。②湿热久羁,饮食劳倦或肝气横逆郁而化火皆可使脾胃损伤,导致肝胃不和或肝热乘脾诸证丛生。如两胁作痛,善怒郁闷,脘闷胀满,暖气恶心,食欲不振,纳食不消,肠鸣泄泻等。古代医家常有“气顺火自降”的说法。所以“治火先治气”确有根据。遇此证时常用疏肝理气配合健胃祛湿为法,既可行气消胀,又兼能清降,并有助于肝功能恢复正常。健胃(脾)祛湿药有:藿香、佩兰、川朴、薏仁、砂仁、茯苓、苍术、焦三仙、佛手、谷稻芽等。

(5)扶正补虚:①湿热缠绵日久致肝阴耗伤或脾胃气弱使之肝失所养,可能出现肝肾阴虚、阴虚血热以及心肾不交等证。诸如劳则胁疼,心烦口干,多梦失眠,眩晕耳鸣,心悸气短,腰背酸楚,肝掌、出血点、蜘蛛痣;肝功能试验:麝浊、麝絮、脑絮、高田氏等项异常增高。需在辨证基础上配合滋补肝肾治之,使诸证减轻或能消除,肝功能化验也可逐渐恢复。常用药物有女贞子、旱莲草、菟丝子、枸杞子、五味子之类。遇妇女患者时需酌情加强活血化瘀为治,使有助于肝功能恢复正常。②脾胃气虚久则生化之源匮乏,脾弱气血不足常有神疲倦息,气短懒言,纳少胃呆,面白少华,消瘦贫血,皮肤干燥,舌淡脉弱,血浆蛋白低下或倒置,血小板及白细胞计数减少等症,若重用补气健脾养血之法,不但诸证改善,并且可使血浆蛋白增加,也能逐渐改变白蛋白和球蛋白比例倒置现象,末梢血象白细胞及血小板计数亦可上升。主要药有生芪、党参、当归、白芍、熟地、阿胶、紫河车、女贞子、首乌等。阴虚明显者加生鳖甲、生龟甲;阳虚明显者可加鹿角胶。血小板减少者除选用上药外,尚需酌加凉血止血之品。总之,

肝硬化腹水病程迁延,久病必虚,又有湿热或气滞血瘀等实证可见。正虚邪实为多,正强邪实也有。常见患者体质尚健壮,湿热较盛,黄疸或无黄疸,腹胀膨隆,两胁胀满,小溲短赤等,但病期较短,失治即可正气耗伤而转为正虚邪实的证候。治疗多用扶正祛邪攻补兼施为法,随证或以祛邪为主扶正为辅或以扶正为主祛邪为辅,选用疏气活血,化瘀软坚,健脾利湿,清热渗湿,凉血解毒,补益气血,滋补肝肾等法。临床辨证正确与否极为重要,用药是否恰当往往影响疗效。如某肝硬化腹水患者,在辨证施治中重用生芪,腹水消退明显,在剂量减少或不用生芪时,腹水消除大为减慢。一药之差,剂量大小均能影响疗效。

虽然肝硬化腹水中医治疗已初步摸索出一定的辨证施治规律,尚有不少难治病例,如症见发热不退,腹胀不减,腹壁绷紧,面颊红紫,唇黑,蜘蛛痣多,腹壁出现大片紫斑者难治,若出现神识昏迷或狂躁者亦为预后不良象征。现代医学对“肝硬化腹水”病因、病理进行很多研究,辅助诊断方法较多,且有不少新的进展,若“肝硬化腹水”在强调辨证施治的同时,能够重视和采用现代医学诊断治疗方法,预计临床疗效还可进一步提高,中西医结合为本病开辟了新的研究方向。通过实践、认识、再实践、再认识,不断总结,不断提高,我相信中西医结合必将为本病的治疗研究开创新的前景。

“肝硬化”见肝脾肿大,食管静脉曲张,腹壁青筋暴露,舌质瘀暗等气滞血瘀,脉络阻塞之象者,以软坚化瘀为治,如桃仁、红花、鳖甲、牡蛎、三棱、莪术、山甲、马鞭草等。“肝硬化”门静脉梗阻高压应予重视并积极治疗,不然容易并发消化道出血或有再度出现腹水的可能。据不完全临床病例观察,在治疗中配以活血化瘀软坚及疏气健脾(或补气健脾)法,食管

静脉曲张、腹壁静脉曲张诸证均可减轻或消失,已为X线检查所证实;对肝脾二脏(尤其是脾脏)也有一定程度的回缩作用、今后尚待进一步观察。^[5]

6. 朱良春诊治经验

肝硬化腹水昔称臌胀,以肝、脾、肾三脏为病变中心。初则气机郁滞,血脉壅塞,继则癖散为臌,病邪日进,正气不支,变端蜂起。其腹水的出现,往往是病人晚期之征兆。消退腹水,减轻临床症状,实为施治的关键。一般说来,其正气之虚衰不出伤阴、伤阳两途,而温阳尚易,育阴最难。盖养阴则碍水,利水则伤阴,敢用药掣肘。朱师抓住肝硬化腹水本虚标实,瘀积为水的特点,运用庵闾子配枳实子为主的治疗方法,收到一定的效果。庵闾子一味,《本经》称其“味苦微寒,主五脏瘀血,腹中水气,腹胀留热”,能活血行瘀,化浊宣窍,清热利水,故用于此证很为合拍。朱师指出:“主五脏瘀血”,须知肝硬化腹水不仅瘀滞肝脏,其他脏器亦多伴见郁血,只有着眼整体,才能改善局部。枳实子甘寒,入肝、脾、肾三经,养阴清肝,又能利水气。两味合用,养阴兼有化瘀之功,利水而无伤阴之弊。凡阴虚水停,很为合辙;阳虚者酌加温阳之品,亦可应用。庵闾子每日用15g左右,枳实子每日用30g左右。补脾益气加黄芪、太子参、炒白术、山药;养阴加北沙参、川石斛、珠儿参;温阳加仙灵脾、肉桂、制附子;解毒消癥加白花蛇舌草、龙葵、半边莲;化瘀通络加蜣螂虫、廑虫、路路通、丝瓜络;活血利尿加益母草、泽兰、泽泻等,随证制宜。

病案举例:张某,男,48岁,农民。夙患肝硬化,近两月来腹部逐渐膨大,下肢浮肿,形瘦神疲,纳谷不馨,溲短色黄,确诊为肝硬化腹水。肝功能:麝浊10U,絮浊(+),锌浊

18U,谷丙转氨酶 80U/L。舌质红,苔薄白,边有瘀斑,脉弦细微数。此腹胀重症也。缘肝脾久损,气阴两伤,血瘀癖积,水湿停聚所致。拟扶正达邪,消瘀行水为治。庵间子 15g,枳实子 30g,生黄芪 20g,莪术 10g,泽兰 15g,木防己 12g,泽泻 15g,赤小豆 30g,白花蛇舌草 30g。连进 5 剂,尿量渐增,腹水渐消,纳谷较馨。原方续进 15 剂,腹膨足肿全消,惟肝功能尚未完全正常,续予复肝散(太子参、炙地鳖虫、广姜黄、广郁金、鸡内金各 30g,紫河车、参三七各 20g,共研细末,每服 4g,日 2 次,食前服),以巩固善后。^[6]

7. 俞尚德诊治经验

腹胀是以腹水为主要表现而全身水肿不明显的较严重。常见于肝硬化、腹腔恶性肿瘤、结核性腹膜炎、缩窄性心包炎、肝静脉阻塞、门静脉血栓形成及慢性胰腺炎等,临床必须细审。兼治其原发疾病,切勿以逐水为功。另有所谓气胀,当属于现代医学的“鼓肠”,是胃或肠内有大量积气所致的腹部膨胀,其发病机制大致是:①咽入大量空气;②肠内产气增多;③肠蠕动障碍致大量气体积存于肠腔内;④肠道对气体的吸收减少;⑤胃肠神经官能症。每一个鼓肠的患者,可能有一种以上的机制并存。大致可以“实脾饮”化裁施治。^[7]

8. 郭振球诊治经验

对于肝硬化腹水的治疗,郭老根据《灵枢》“胃所生病,大腹水肿”,以及《金匱要略》“见肝之病,知肝传脾”的原则,在辨证施治的精神指导下,攻补兼施,而分别给以“培脾舒肝”和“逐水峻泄”之剂,以进行治疗的,腹水严重,正气不足,先予调脾舒肝,后予逐水峻泄,腹水严重,正气充足,先予

逐水峻泄,待水消失后,再投调脾舒肝,若虚、实错杂,则调脾舒肝和逐水峻泄交替使用,在治疗的同时,均给以高糖、高维生素、高蛋白低盐或无盐,低脂肪的食物,重症不能进食者,予高张葡萄糖,维生素 C、B 等,静脉注射,以配合施治。调脾舒肝如党参、茯苓、白术、赤芍、柴胡、青皮、牡蛎、鳖甲、三棱、莪术等。逐水峻泄如甘遂丸,用甘遂、商陆、白胡椒、巴豆霜、荞麦粉混合蒸熟,为小丸,朱砂为衣;沉香二丑丸,黑丑、白丑、沉香,研细末,荞麦粉混合蒸熟,白糖调匀为丸。^[8]

9. 方药中诊治经验

方老认为,肝病腹水,多属中医水臌范围。病位多在肝、脾、肾三脏。性质多属本虚标实。本虚以脾气虚、脾胃气阴两虚、肝肾阴虚为多见;标实以气滞、血瘀、水停多见。治疗大法宜扶正驱邪。但在腹水严重时,又宜先治其标,以活血利水为主,佐以健脾化湿、滋养肝肾。腹水消退,乃标证得以缓解,而本虚尚未恢复。因而,腹水消退,即应治本。^[9]

10. 谌宁生诊治经验

因臌胀是由多种病因致肝脾肾三脏受损,全身气血功能失调,导致脉络瘀阻,三焦不通,瘀血及水湿停蓄而成的全身性疾病,具有水瘀交结,正虚邪实,虚实夹杂等错综复杂之病理病机,故对本病的治法,不能简单使用一法一方,或纯补猛攻,以求速效。而应精细辨证,谨守病机,各司其属,灵活施治,始能奏效,或可以竟全功。臌胀治法虽多,但归纳之,不外消、攻、补三法。①消法:着重于肝,包括疏肝、行气、活血、利水消胀等,多用于臌胀初期,邪气尚轻而正气充实者。②攻法:着重于利肠胃,包括逐水、攻下、破瘀、消坚等,多用于臌胀中期,邪气实而正气不衰者。③补法:着重于补脾肾,

包括益气健脾、温补脾胃、滋养肝肾等，多用于臌胀晚期，正气虚弱而邪气不盛者，或臌胀治疗好转进入恢复期。又因臌胀为虚实夹杂之证，故攻、补、消三法，通常不宜单独长期使用，往往是先后参杂间断或同时兼用。如臌胀实证，宜用攻法，但攻中应以补法佐之，反之虚证宜补，但亦不可纯补，补中当兼泻或兼消。

对于并发症的治疗，要分清寒热，辨别虚实。①发热：如突起发热，并现黄疸，为实热证，治当清热解毒、利湿退黄，可用甘露消毒丹、龙胆泻肝汤或清瘟败毒饮加减；如现低热缠绵，烦热不寐，为虚热证，治宜滋阴清火，可用知柏地黄汤或青蒿鳖甲汤加减。②臌胀齿鼻衄血、皮下瘀斑，或呕血便血，多因气血瘀阻，或肝郁化火，损伤脉络所致，治当解郁清热泻火、凉血止血，可用丹栀逍遥散、清胃散或犀角地黄汤加减，但亦有少数患者，由于久病脾虚不能统血而现瘀斑或衄血者，宜补脾摄血，需用归脾汤加艾叶炭、血余炭、阿胶等补血止血之品治之。③昏迷：有热毒内陷和寒湿瘀阻蒙蔽心窍之分，前者治宜清热解毒，醒脑开窍，可用清营汤或清宫汤加郁金、菖蒲、牛黄，或选加安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹等；后者宜温中化湿，芳香开窍。可用茵陈术附汤或藿朴夏苓汤加菖蒲、麝香，或选加苏合香丸、玉枢丹等。

臌胀中晚期，多属正虚邪实，有虚不能补，攻难却邪之虞。如《张氏医通》谓：“胀本虚而证实，攻补两难，泻之不可，补之无功，极为危险。”故施治时，应注意攻邪不可伤正，补虚不能留邪。因此，对于逐水攻下药，如大戟、甘遂、芫花、商陆、二丑等，非常慎用。因用之虽可获暂效，但停药后，腹水反复可较前更甚；同时因上述诸药均有毒性，可伤正气，加重患者肝功能之损害，并且有过诱发肝昏迷而致死者之教训。因而对于病毒性肝炎所致臌胀者，如欲攻泻，可用大黄、

芒硝等无毒之品。但对血吸虫病、肝癌或腹腔肿瘤所致的腹胀,肝功能无损害或损害轻微者,必要时可用上述有毒之品攻泻之。对于熟地、龟胶、鹿胶等,因虑其性滋腻而易留邪,亦慎用,常用生地、龟甲、鹿角霜等代之。〔10〕

11. 王励勋诊治经验

肝硬化腹水属中医“水臌”、“单腹胀”、“癥瘕胀”、“蜘蛛臌”的范围。其成因不外感受外邪、酒食不节、情志所伤,寄生虫病等几个方面。其病机从定位上看,肝脾肾是其主要受损之脏,其传变关系是由肝传脾,由脾传肾,最后由肾传心,这与本病临床表现一般是先有肝脾肿块,相继出现消化道症状,小便不利,腹水出现,最后死于出血及昏迷的过程基本一致;从定性上看,当属正虚邪实。腹水形成的原因是在人体正气虚衰、肝脾肾功能失调的基础上,气滞、血瘀、水停的结果。这与本病临床体征一般均先见全身虚衰症状,然后相继出现大腹青筋、小便不利过程也基本一致。

由于本病病机虚实错杂,故宜攻补兼施。不论腹水多少,先师均分三步施治:

(1) 消水当先,兼扶脾土:方用鲜鲤鱼一尾(重约1000g)、鸽粪150g(白者为佳),分别煎汤取汁,两汁相合送服陈葫芦末180g(2日6次量),服至水消胀除。一般在服药2~3天开始尿量增加,腹水逐渐消退。盖鸽粪苦寒性凉,入肝脾膀胱,功擅利水泄热,达木舒筋,降浊阴,燥脾湿,软坚去积,且能下达以去太阴之结,善治臌胀、积聚、黄疸;鲤鱼甘平入脾肾,能健脾胃而利小便;陈葫芦甘淡平,入肺脾肾,益气利水。三药合用,利水消积,益气护土,相辅相成,攻不伤正,临床应用疗效甚佳。

(2) 调理三阴,扶正为主:腹水既消,即根据肝脾肾各脏

功能失调情况予以调理,应着眼一个“虚”字,常分脾气虚肝血不足、脾阳虚寒滞肝脉、肝肾阴虚、脾肾阳虚四型论治。在补益的同时,应考虑到水虽去而湿未除,气滞血瘀未消,故宜配伍疏肝、活血、除湿之法,并须贯穿始终,常用加味兰豆枫枳汤化裁为治。

脾气虚肝血不足型:倦怠乏力,精神萎靡,气短食少,胸胁不舒,目眩干涩,手脚麻木,面色萎黄,舌质紫暗或暗红、苔腻,脉弦细弱。治宜补益气血,除湿化瘀。方用当归补血汤合加味兰豆枫枳汤。

脾阳虚寒滞肝脉型:右胁下痛,遇寒更甚,温熨痛减,畏寒乏力,四肢不温,腹胀便溏,面色淡黄虚浮,脉弦迟。治宜温补肝脾,兼行气散寒,化瘀除湿。方用加味兰豆枫枳汤合姜附暖肝煎。

肝肾阴虚型:咽干口燥,心烦失眠,头目眩晕,腰肋隐痛,牙龈出血,舌质红绛或光剥无苔,脉虚弦细数。治宜滋养肝肾,佐以祛邪。方用一贯煎加玉竹、石斛合加味兰豆枫枳汤。

脾肾阳虚型:神疲乏力,脘闷纳呆,怯寒肢冷,尿少浮肿,舌胖淡紫,脉沉迟无力。治宜温补脾肾,利水除湿,方用附桂理中汤合加味兰豆枫枳汤化裁。

(3)复肝善后,丸药缓图:本病系沉疴痼疾,难速愈而易复发。胀消癥除,仍需丸药缓图,否则死灰复燃,终至前功尽弃。先师自制复肝丸将补益气血、健运脾胃、益肾、理肝、化湿活血、软坚消癥之品熔为一炉,确能收到巩固疗效,恢复肝功之效。^{〔11〕}

12. 顾丕荣诊治经验

顾氏治疗肝病重用白术。肝硬化腹水、迁慢性肝炎,属

于祖国医学中“臌胀”、“单腹胀”、“痞块”、“胁痛”、“黄疸”等范畴。其发病机制主要与肝、脾或肾有关。肝为刚脏，有主疏泄、升发、藏血的功能，它以血为体，以气为用，体阴而用阳。但气血之化生，津液之运行，水湿之代谢，精微之输布，则有赖于脾胃消化、吸收以及升降作用，故有“土需木疏，木赖土荣”之说，两者息息相关，为人体生命活动基本物质——气血调和之枢纽。且肝肾同源，肝病久延，非但传脾，又穷必及肾。顾老根据肝病的生理、病理特点和历代医家经验，本着《金匱》“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的旨意，在辨证的基础上，以白术为主药，用量分大剂、中剂、小剂（大剂60～100g，中剂30～60g，小剂15～30g），炮制分炙、生和焦用三种，如舌苔粘腻者，为湿盛，白术宜炙用；舌红苔少为阴虚，白术宜生用；舌淡、苔薄边有齿痕者为脾虚，白术宜炒用。他根据《本草正义》白术“富有膏脂，故苦温能燥，亦能滋润津液，……万无伤阴之虞”，和王好古“利腰脐间血，通调水道”的记载，认为白术有益气健脾、通利水道、活血化瘀的功用。又参阅现代对白术的药理研究资料，认为白术能升高白蛋白和纠正白球蛋白比例，有抗凝血和明显而又持久的利尿作用，能促进电解质特别是钠的排泄，以及抗肝癌等功用。经过长期临床观察，对治疗肝病改善肝功能和消退腹水等有显著功效。

顾老治疗肝病的辨证要诀是以验舌为主，参合脉证而立法处方。对本病的治疗，强调三阴同治，重用参术以健脾；归、芍、杞子、首乌以养肝；地黄丸、肾气丸、仙灵脾、肉苁蓉以补肾。结合临床，随症加减，并将肝硬化腹水归纳为肝脾型、肝脾肾型、肝肾型三类治疗。

（1）实脾补肝、化滞利水法：焦白术、茯苓、炒党参、当归、炒赤白芍、石见穿、大腹皮、地骷髅、大温中丸、泽泻、木香、胡

芦、虫笋。有健脾补肝、化滞利水和行气活血的功效。适用于肝硬化、肝病传脾，脾虚不能制水，以致脘腹膨大、纳谷难化、小溲不利、脉濡或弦，舌质淡胖苔腻的肝脾型患者。

(2)健脾补肝、益肾利水法：焦白术、炒党参、茯苓、当归、炒赤白芍、炙鳖甲、生牡蛎、酥龟甲、大腹皮、木香、小温中丸、泽泻、虫笋、葫芦、地骷髅，有培土制水、补益肝肾的功能。适应于肝病传脾及肾，脾不制水，肾关不利，以致腹膨隆、下肢浮肿、小溲短少，脉沉细而弦、舌淡红苔薄的肝脾肾型患者。

(3)滋肾养肝、崇土防涝法：生白术、炒党参、当归、炒赤白芍、生地、山药、山萸肉、泽泻、茯苓、川淮牛膝、车前子草、葫芦、虫笋、滋肾通关丸、地骷髅，有补肝肾、益脾胃、滋真水、逐邪水的功效。适应于肝病久延及肾，肝肾阴虚，真水将涸，邪水旺盛，关门不利，腹大肢肿，脉细弦数，舌光红少津或如镜面的肝肾型患者。

随症加减，三型之中兼见气滞加木香、枳壳、槟榔；血瘀加大黄、桃仁、地鳖虫、五灵脂等；邪水旺盛加甘遂、椒目、黑白丑等去宛陈莖以治标。

上述分型以验舌等为主要依据：舌苔腻者为温湿，湿属脾土，故列之为肝脾型；舌质红苔薄或薄白，为脾虚不能制水，肾虚关门不利，故列之为肝脾肾型；舌红少津苔剥或如镜面，是真阴亏损，邪水旺盛，故列之为肝肾型。舌质紫暗为兼瘀，苔黄为兼热，舌胖为水盛。兼症颇杂，难以尽述。对此分型，又当脉症合参。

病案举例：柳某，男，50岁。1980年6月5日初诊。1972年起患肝病，肝功能反复异常。近日肝功能检查：谷丙转氨酶59U，麝香草酚浊度8U，硫酸锌浊度16U，丙球蛋白(γ)33.5%。腹围83.5cm。超声波检查：腹水液平一格，侧

卧二格,肝波前段密集高波,见肝前液平二格。自觉腹胀,夜
晚尤甚,右胁痛,纳谷难化,大便溏,小便短,舌红苔少,脉弦
细。此为肝脾肾三阴亏损,脾虚不能制水,肾虚关门不利。
法当三阴同治,攻补兼施:生白术 50g,炒党参 15g,当归 20g,
炒白芍 15g,炙鳖甲 15g,石见穿 30g,滋肾通关丸 12g(包
煎),地骷髅 30g,生地 20g,山药 15g,山萸肉 6g,淮山药、牛
膝各 20g,车前子草各 15g,泽泻 20g,木通 10g,甘遂 5g,椒目
6g,葫芦 30g,虫笋 30g。经四次复诊,以上方增损共服药 22
剂。腹围减至 72cm,超声波检查未见移动性液平。纳佳,二
便正常,舌质红有薄苔,精神渐振,后以调补肝肾之阴而善
后。

董某,男,65岁。1979年11月26日初诊。1975年6月
起患肝病,肝功能反复异常。近来肝功能检查:硫酸锌浊度
20U,麝香草酚浊度 19U,脑磷脂胆固醇絮状试验(++++),
丙种球蛋白(γ)34%。瑞金医院诊断为肝硬化。自诉
肝区痛,腹胀,舌质暗,苔腻,脉细弦。湿瘀凝阻肝脏,久病气
血两亏。当保肝化瘀,佐以祛湿:炒党参 15g,石见穿 30g,当
归 15g,炒白芍 12g,三棱 10g,莪术 10g,炙鳖甲 15g,焦白术
60g,制蚕蛹 20g,地鳖虫 6g,炮山甲 6g,法半夏 10g,陈皮 6g,
枸杞子 12g,土茯苓 30g,炙甘草 3g。守法增损复诊 7 次,共
服药 84 剂。截至 1980 年 5 月 22 日止,两个月内先后复查
肝功能 3 次均正常。肝无痛楚,纳谷馨香,舌质略暗苔薄,脉
小弦。后以自制补肝糖浆而善后。

另外,顾氏还将商陆与木通同用,利水有殊功;人参与
五灵脂同用,消瘀有卓效。但均不宜多投久用,衰其大半而
止。若加花蕊石、参三七于化瘀剂中,既能消瘀又能防止内
脏出血,凡瘀凝成积者(脾肿大),用之更验;软坚选加鳖甲、
牡蛎、海藻、石见穿等,对改善肝脾质地有效。[12~14]

13. 邹良材诊治经验

邹氏认为对肝硬化腹水在临床上也不可一概而论。治疗时,宜从个体之四诊所得,进行综合分析,辨其属虚属实,属阴属阳。虽本病的病机性质为本虚标实,但还是因虚而致实的,实者水也;而虚则又有阳虚阴虚之分。以病变属脏而言,虽以脾为主,但与其它四脏亦息息相关,尤与肝肾二脏的关系最为密切,因此临床表现是错综复杂的。

对该病治疗认为可归纳为四个证型。

(1)脾虚气滞证:面色萎黄,精神食欲尚可,腹部膨隆,食后脘腹觉胀,得矢气则舒,大便通调或次多量少,苔见白腻或淡黄腻,舌质正常或暗紫,脉细弦或细滑。常用方为平胃散合五苓散,以通阳利水,上下分消其水湿,使脾不受困,恢复其升降之职。如脾虚较著者,则佐以党参扶脾化湿以助脾运,俾阳气来复。

(2)脾肾阳虚证:面色㿔白,神倦怕冷,纳少脘痞,腹胀大,下肢亦肿,大便软溏而次数多,尿少或清长,苔薄或白腻,质淡或暗紫,脉多沉细。常用方剂为实脾饮或附桂理中汤,以温阳利水。盖臌胀病,实脾胃病也,然病久及肾,肾阳伤则开合不利,水湿停留,易成臌胀,故如以脾阳虚为主者宜实脾饮,如肾阳虚为主者,则宜附桂理中汤。该二方具有燥湿健脾,温阳利水之功。有时尚可配合禹余粮丸吞服。该丸为崇土制水,泄浊缓下之品,前人颇为推崇。如朱丹溪云:“古方惟禹余粮丸……制肝补脾,殊为切当。”若病情延久,脏器之真阴真阳衰败已竭者,则可佐以血肉有情之品,如紫河车粉、鹿茸粉等填养之,或能奏效。

(3)肝肾阴虚证:面颊部及鼻准部多血缕、血痣,时有齿鼻衄,或低热往来,口干肤燥,腹胀如鼓,大便干或溏,小溲少

而赤,舌光或花剥,质多红绛,脉细数或弦大而空。常用方剂为兰豆枫楮汤(自订方:泽兰、黑檐豆、路路通、楮实子)、一贯煎、六味地黄汤等出入。此等病例,大都属于阳伤及阴,或素体阴虚,或因出血过多,或因过多攻下而致阴伤。因为肾藏真阴而寓元阳,肾阴亏虚,其调节水液代谢职能也会受到影响,同样可导致津液不能输布,产生水液潴留。在此阶段,温阳利水则更伤其阴,只有根据具体情况主以养阴利水之剂。如初见阴伤倾向,可投兰豆枫楮汤加芦根、玉米须,或辅以参、麦之类以养金制木;如阴伤明显,则需六味地黄汤加减,或加入少量之桂枝以温阳化气。迨腹水消退后,则仍需调补脾肾之阳,以图全功。

(4)阴虚湿热证:面色晦滞或似蒙尘,目发黄,颧鼻多血缕,易见齿鼻衄,唇褐,腹大有水,下肢浮肿,间或阴囊水肿,容易感冒发热,尿少味秽,大便正常,苔多黄腻或灰腻而垢,底白,舌质红或紫红,脉多弦数。此证既有肝肾阴虚,而又有脾胃之湿热交阻,虚实夹杂,清浊混淆,湿热不得下行,而致腹水坚满,故养阴则碍湿,燥湿又伤阴,治疗上颇为棘手。然而,因虑及虽有阴虚一面,湿热却为矛盾的主要方面,湿热一日不化,则阴虚一日难复,故多采用茵陈蒿汤合甘露消毒丹投治。如湿邪较明显时,则可暂投胃苓汤,佐以行气利水、清热化瘀之品,如马鞭草、半边莲、泽兰等。但该证毕竟矛盾尖锐,反复较多,最易引起肝昏迷等不良后果,故临证亟宜警惕。

病案举例:冯某,男,60岁,工人。1975年1月17日初诊。患者1962年患病毒性肝炎后,自觉恢复很好,故未加注意。今年3月发现足肿,继则腹大膨胀。腹围98cm,胃纳尚好,二便正常。检查肝功能:黄疸指数12.5U,麝浊13U,锌浊19U,白蛋白3.10g%,球蛋白3.90g%。脉弦大、苔根薄

腻,前半光剥,舌质绛有紫色。据证认为肝肾阴伤,湿瘀交阻,拟兰豆枫楮汤加木通、茵陈、半边莲、马鞭草、大腹皮、木香等出入。进药 30 剂,诸症有减,腹围减至 89cm,苔根腻渐化,前半次然光剥,质红绛。此湿渐化而阴未复,原方加沙参、麦冬、生地以育阴。又进 20 剂,自觉腹不胀,食欲增强,腹围续减至 82cm。超声波探查腹水已消失。肝功能检查:黄疸指数 13U,麝浊 9U,锌浊、谷丙转氨酶均正常,白蛋白 3.00g%,球蛋白 4.30g%。^[15]

14. 黄星楼诊治经验

(1)谨守病机,疏利为主:肝硬化腹水属于单腹胀、臌胀病范畴。黄氏认为,本病的形成,首先责之肝失疏泄,日久木郁克土,以致脾虚无力斡旋,运化功能失常,乃至气滞、血瘀、痰凝、湿阻,逐渐在腹腔内结成痞积、痞块。肝血瘀阻日甚,脾土更加虚衰,则脉络壅塞,清浊相混,水湿停聚中焦,遂成腹水。病情发展,由脾及肾,肾阳虚损,开阖失司,气化不利,则水湿积聚愈盛;若阳损及阴,或湿热内蕴,耗伤阴津,阳无所化,水津失布,以致肝、脾、肾俱虚,运化、蒸腾水湿的功能更弱,气滞、水结、血瘀三者错杂为患,则胀满更甚;肝、脾、肾三脏长期受损,功能彼此失调,脏腑虚者愈虚;气、血、水互结,胶塞腹中,水湿不化,实者愈实。故本虚标实,虚实交错为本病的主要病机特点。

肝硬化腹水形成,已是失代偿期晚期,病情呈元气不支、邪水猖獗之势,患者虚难受补,实不堪攻,治疗颇为棘手。黄氏独具匠心,指出见水治水,非治病求本之法,活血通络,通利三焦,不治水而水能自消,喜用《通俗伤寒论》“消臌万应丹”加大腹皮、茯苓皮、白茅根、葫芦瓢、天仙藤、马鞭草、泽兰梗组成基本方加减治疗。方中砂仁、莱菔子、大腹皮、陈香橼

行气宽中消胀；茯苓皮、地骷髅、白茅根、葫芦利水消肿；天仙藤、马鞭草、泽兰梗活血通络；人中白意在清热解毒。方中药物，性臻中和，利而不峻，全方健脾、升阳、消散，虽不言泻，而泻在其中。

黄氏治法灵活，注意随症化裁，若见面色萎黄，纳谷难化，溲少便溏，舌质淡胖，苔腻，脉弦缓等“脾虚之甚”者，重用黄芪、土炒白术、山药、苡仁等益气健脾，布精行水，敦崇土德，以制泛滥；若以面、颈、胸部出现红丝赤缕、腹坚满，按之不陷而硬，面色黯黑，口唇紫褐，舌质紫黯或有瘀点、瘀斑，脉细涩等肝郁络瘀见著者，加炙地鳖虫、炒五灵脂、刘寄奴以活血化瘀；如面眇怯寒，肢冷浮肿，腹胀入暮为甚，舌质淡胖有齿痕，脉沉迟无力属阳虚水泛者，加附片、干姜、桂枝等煦真火以行气化；若见舌质红或红绛，脉细数等肝肾阴虚之象，重用芍药、甘草，取其酸甘化阴之意，不用地黄、沙参、麦冬等养阴药物，防有碍水之弊；若因水湿内停，津液不能上承而见口干舌燥，取防己、椒目辛宣苦泄；导水从小便而去，葶苈子、大黄攻坚决壅，逐水从大便而去，以求气化津液上承，水去而口干自解；若因肝经湿热内蕴，见烦热口苦，皮肤黄染，溲黄如茶者加茵陈、蒲公英、田基黄清化湿热；若大便见黑，牙龈出血，有出血倾向者，重用阿胶 60g，常收奇效。

(2) 权衡利弊，慎用攻逐：肝硬化腹水因水邪停滞中焦，气化受阻，影响气血生化，加以腹水久留会加剧元气损耗。若不及时消除其水，则心肾阳气有灭绝之虞，使虚证愈虚，实证愈实，乃致不治。黄氏力主疏利，徐缓图功，但并不舍弃攻逐一法。临床遇有标实而正气尚盛者，或高度腹水之“下闭上迫”者，只要患者体质尚可，即大胆攻逐腹水，以减轻患者的危急症状和痛苦，随着腹水减少或消退，精神改善，食欲增加，为元气的恢复创造有利条件。黄氏同时告诫，攻逐腹水

虽可宽胀于一时,但必须警惕“邪去正亦伤”,甚至有一泻之下,正气随脱而身亡的危险,因此,若患者素体虚弱,或病情进入晚期,即便腹大胀急,亦不可强攻。临床所见,运用攻逐法,不仅腹水消退率低,而且肝功能损害可能较治疗前更甚,并可引起电解质紊乱,甚至促使上消化道出血,诱发肝昏迷而死亡。特别是对有出血倾向,腹腔感染并发菌血症或败血症,肝功能损害严重者尤应禁用。

黄氏在临证时,峻下攻逐药运用自如,进止有度,一般采用间歇攻逐,视病情小量递增或减量,使用时间一般不长,腹水消退六、七成即止。初期邪实,形体壮实,腹水大量者,用《鸡峰普济方》之圣妙散(甘遂、白牵牛子、槟榔),日吞服6~10g,分早晚2次。中期偏虚而腹水大量者用《证治大还》香错丸(沉香、木香、橘红、甘遂、砂仁、槟榔、大蛤蟆)日吞服10g,分早晚2次,红参30g煎汤送服。水气上逆而见喘满者,用十枣丸,日吞服10g,分早晚2次,收效甚捷。^[16]

15. 康良石诊治经验

康氏对活动性肝硬化伴腹水,腹水不消,并发喘满、癃闭及神昏诸逆变证,病情危重者,认为应辨裹水特点,审脉证表现,区别气滞湿阻、瘀浊并阻及热浊停聚等不同病机消导裹水,并防逆变。

(1)气滞湿阻证治:证由肝脾气虚,气道壅塞,升降出入失常,气机郁滞,水湿内阻,清浊相混,裹水腹中及皮肤引起。腹水形成的特点多为日积月累,其来有渐,每成于经月之后,腹胀大而按之不坚,常伴腰以下“皮水”。其主要表现为疲乏无力,胁腹胀满或隐痛,纳减嗳气或恶心呕吐,泄泻或便溏完谷不化,小便短少;面色苍暗,舌体胖嫩或齿印,晦暗或紫或挟瘀斑,苔白腻或厚腻,红丝赤痣或肝掌,脉弦细或弦紧等气

结、血凝诸症,但以气结证候为较明显。其治法以益气健脾,化湿导水为主,采用加减导水茯苓汤(苓、术、芪、桑白、木瓜、香、砂、腹皮、槟榔、麦冬、紫苏、陈皮);对于肾气不化并发癃闭者,加山柰根 30~60g 同煎;对于脾肺气结不行并发喘满者,加葶苈子 15~30g 同煎。

病案举例:陈某,男,51岁。肝炎病史多年,1个月来,先觉午后脘腹饱胀,下肢困重,小便日少,腹日胀大,下肢水肿;化验肝功能重度损害。“CT”提示肝硬化腹水,按气滞湿阻证治疗。观察2个月,腹水消失,神色好转,脉证明显改善,肝功能明显好转,续扶正培本调养。

(2)瘀浊并阻证治:证由肝肾阴虚,瘀浊痹阻脉络,隧道壅塞不通,瘀血、湿浊蓄积,裹水腹中,腹水形成特点为日积月累,其来有渐,每成于经月之后;有因暴吐便血,而后成之于数日之间。腹胀大按之坚满,腹壁静脉怒张,其主要表现为胁肋刺痛有定处,脘腹胀痛,头晕眼花或视力模糊,腰酸膝软或性欲减退,口苦咽干,易怒心烦或少寐、不寐,小便短少,大便褐色;形态消瘦,面色暗黑,唇色紫褐,舌晦红或紫红少苔,或薄黄挟瘀斑,红丝赤痣,肝掌或肌肤甲错,爪甲不荣,脉弦或细弦等瘀血凝滞诸症。其防治方法:理气活血,化瘀行水为先,采用自拟臌胀方合田琥散(半边莲、玉米须、地胆草、茯苓皮、梔子根、猫须草、荠菜、灵芝草、郁金、佛手、腹皮、田七粉、琥珀粉);暴吐便血止后而腹水者,加紫珠草 20~30g 同煎;腹水消退,而后逐步增入益气生津、滋养肝肾之药,以标本兼顾。

病案举例:陈某,男,77岁。肝病史已多年,于2个月前易怒心烦,胸胁痞闷,腰酸膝软,纳减腹胀,小便短少,时寤时数,大便不爽,腹渐胀大,坚满,腹壁静脉怒张。化验肝功能重度损害,胆固醇偏低,肾功能不全,血糖偏高;瘀浊并阻脉

证悉具,按瘀浊并阻证论治。治疗1个月,腹水明显消退,诸症好转。观察2个月,腹水消失(“CT”提示腹水阴性),神色好转,脉证改善,但左肋积块未消,肝肾功能复查明显恢复。续扶正固本,随访4年病情稳定。

(3)热浊停聚证治:证由肝脾肾虚,气滞化热,热搏成瘀,运化失职,湿浊稽留,热浊停聚,隧道壅塞不通,热毒、湿浊蕴积,裹水腹中。腹水形成特点为其至多暴,每成于数日之间,腹胀大而按之坚满,腹壁静脉显露或怒张。其主要表现为肋腹撑急,疲惫无力,烦热口苦,或目黄、身黄、小便赤涩,大便秘结或便溏不爽;面色晦暗,舌紫红或晦红挟瘀斑,舌体胖嫩有齿印,苔黄浊,灰黑或黄糙。红丝赤痣,肝掌或肌肤甲错,脉弦滑或弦数等气结、血凝、热浊诸症,其治法清热化瘀,淡渗利水为先。采用自拟加减疸胀汤(绵茵陈、玉米须、茯苓皮、腹皮、青陈皮、通草、猪苓、泽泻、车前子、莱菔子、佛手、川朴、田七粉);对于黄疸日深,痛苦表情。神志或行为有轻度异常,或喜卧嗜睡,目光晦暗者,加安宫牛黄丸。

病案举例:吴某,男,45岁。腹渐胀大,黄疸日深就诊。患肝炎、溃疡病已多年,近腹胀坚满撑急;化验肝功能中度损害,按热浊停聚证论治。治疗1个月腹水回消,黄疸亦退,症状明显好转,肝功能有所改善,唯左肋积块未消,时泛酸,脉弦时结,续扶正固本调养,随访4年病情稳定。^[17]

16. 尚尔寿诊治经验

一般认为,肝硬化腹水以气虚为本,血瘀为标,腹水为标中之标,故以益气和活血共用为总的治疗原则。在治疗上,有主张用攻逐水饮,有的用补益中气,也有主张攻补兼施的。

尚老认为乙肝后肝硬化多由于感受湿热疫毒,嗜酒无度,饮食不节,劳倦过度和精神因素等致以肝失疏泄、脾失运

化,久而波及肾脏,肝脾肾三脏同病日久,则气滞气虚,血瘀痰凝,气、血、水、痰、瘀互相交结,水停腹中,诸症丛生。虽然“急则治其标”以消除腹水为当务之急,并需兼顾其他。但尚老不主张用攻下逐水药,认为逐水急于作效,求一时之快,不知宽得一日半日,其胀愈甚,正气愈伤,病情愈重。对于利尿的西药多慎用或不用,认为多用易致阴伤。

尚老治乙肝后肝硬化善用活血化瘀、益气健脾药。尚老总结出活血化瘀、疏肝健脾、理气利水诸法合用的原则,并据此治则组成一个通用方,将其定名为“三棱莪术汤”:三棱、莪术、赤芍、焦白术、柴胡、焦三仙、车前子、茯苓等组成。该方用于临床,对腹水的消除、症状的改善、病毒标志物的清除均有良好的效果,多年用之未见毒副作用。现代医学表明,活血化瘀药有改善结缔组织代谢、改善微循环、增强网状内皮系统吞噬功能,益气健脾药具有调整机体免疫功能、改善物质代谢、促进机体康复等作用。^[18]

17. 夏德馨诊治经验

夏老认为,肝硬化腹水的治疗重点是养阴利水,如坏死性肝硬化腹水者,养阴药宜重用。治疗要顾及脾胃健运,古人云:“水唯畏土”,如脾胃健运,中州泰如,则水湿易除。此外考虑“活血理气除积”的应用,遵守“百日戒盐”的古训。夏老认为,初发者较复发者易治,腹水渐消者比骤退者疗效巩固,但要警惕黄疸的突现和逐步加深。在长期的临床实践中,夏氏自拟治疗肝硬化腹水的“内服方”及“外敷方”,颇有效验。内服方:生苡仁、车前子(包)、白茅根、丹参、生鳖甲(先煎)、生牡蛎(先煎)、川石斛各30g,炙鸡内金、麦芽各12g,青陈皮各6g,泽泻20g,茯苓9g,太子参15g。随证加减,每日1剂,水煎服。外敷方:甘遂末6g,肉桂9g,车前草

30g,大蒜头2枚,葱白1撮。捣烂成末,加水调敷脐部热熨。每日更换1次,5天为1疗程,本方用于顽固性腹水久治不退者,可助汤剂,共奏其功。^[19]

18. 梁乃津诊治经验

肝硬化腹水以腹大如鼓,或腹部脉络显露为特征。属于中医“臌胀”范畴。臌胀之发,乃因感受湿热蛊疫之毒,或饮食不节,致肝脾同病,气血失于调畅,水湿不得运化,病久则累及肾脏。若脾肾阳气虚衰,肾失开阖,则水臌俱增;若肝肾阴血亏虚,阳无以化,水津失布,亦水停日重。无论是阳虚阴虚,皆为水湿停内,阻碍气机升降出入,血脉流通不畅,气滞、血瘀、水停三者相互影响,错综复杂。且其胀愈甚则正虚益重,形成恶性循环。梁老认为治疗关键在于利水湿以消腹水,臌胀除则气畅脉通,正伤得救,病有转机。他善用自拟五苓汤(茯苓、猪苓、泽泻、车前子、白术)治之。本方利水祛湿而不伤正,虚实臌胀皆可用。当腹水甚多时,治宜泻下逐水,可选用十枣汤或舟车丸,但须衰其大半而止。由于水湿内停与气滞血瘀密切相关,故在利水祛湿之时应结合行气活血、软坚散结。行气可宣畅滞气,疏通水道,气行则水运;活血可消散肝脾血瘀,恢复肝脾藏血运湿功能。常选用枳壳、郁金、大腹皮、丹参、田三七、廬虫、鳖甲等。因正气旺盛是祛除水湿之必要前提,故梁老重视在利水时配合补虚扶正之法。阳气虚者,兼温补脾肾以助阳运水,方选四君子汤、附桂理中汤、真武汤、金匱肾气丸之类;阴血虚者,兼滋养肝肾以化湿,方选增液汤、一贯煎、地黄汤之类。梁老认为,阳虚腹水是属顺候,较易治愈;而阴虚腹水乃属逆候,治颇棘手。因为养阴易助湿增水,利湿又易伤阴耗液,且阴虚易生内热,虚阳容易浮动,阳虚血脉枯涩,营络运血不畅,易动风出血。所

以在治阴虚腹水时尽量做到利水而不伤阴,养阴而不碍湿,有动风倾向者加祛风药,如钩藤、羚羊角骨等,有出血倾向者加养阴止血药,如生地、茜根等。

病案举例:李某,男,58岁。于1995年9月13日以“腹胀反复出现5年,加重1周”就诊。患者于1983年患乙型肝炎,1990年始出现腹胀,多次住院确诊为肝硬化失代偿期。10天前曾排暗红色大便,呕吐咖啡样物而急诊留观,经治疗已止血,但现腹胀加重,腹大如鼓,腹络显露,下肢浮肿,阴囊肿大,精神疲惫,肢体瘦削,不能下床,腰骶褥疮,面色晦暗,口干咽燥,小便短少,舌红干、无苔,脉细数。查体见腹水征,腹围101cm。化验:血清A25g/L, G50g/L, HBsAg阳性。腹水常规示:漏出液。腹部B超示:肝硬化声像,脾厚5.8cm,腹腔液性暗区10.9cm。腹部CT示:肝体积缩小,腹腔大量积液。中医诊断为臌胀。以水湿内停,气滞血瘀为标,肝肾阴虚为本。治以利水消胀、行气活血,滋养肝肾。处方:生地、鳖甲、太子参各30g,玄参、麦冬、茯苓、猪苓、泽泻、车前子、赤芍、茜草根、丹参、大腹皮、枳壳各15g。另冲服三七末3g,配合服大黄廑虫丸、六味地黄丸等成药。治疗1个月后腹水消尽,腹围减为74cm,精神佳,可步行。继以上方去利水药,加山萸肉15g,女贞子20g调治,以加强补虚扶正。^[20]

19. 陈继明诊治经验

陈老认为:肝硬化腹水属于“臌胀”范畴。肝硬化的病因是多方面的,如湿热黄疸、水毒、蛊毒,长期饮酒、饥饱失时、营养不良等等。但一旦出现腹水,则提示病人晚期,其主要原因,乃脏气大虚之后果。其病位虽在肝,而治疗应重脾肾。从气血水的关系来说,虽然气滞和气虚均可导致血瘀,但气滞常是暂时现象,气虚才是疾病的本质,往往是始则病气,继

则病血,再则病水,气病则血亦病,血病亦可伤气;血病水亦病,水病则气塞不通。气血水之为病,既各有侧重,又相因为患,以气虚为本,血瘀为标,腹水乃标中之标。因气病而水病者,治气即所以治水;因血病而水病者,化瘀即所以行水。明乎此,则不至见胀治胀,舍本逐末矣。以养正消积作为治疗大法,根据臌胀病情发展的不同阶段,突出治肝、治脾、治肾的重点,分别采用补肝和血、补脾运中、补肾化气等法,佐以分消、化瘀、行气之品,具体运用如下。

(1)治肝法的临床运用:一般说来,肝硬化腹水,在侧重治肝的阶段,其腹水并不过多,肝病蚀脾,脾气戕伤,则腹水增重,再发展至肾气大亏,腹水愈为严重。在某种意义上,从腹水的多少,亦可测知肝脾肾三脏损害的程度。治肝着重补肝化瘀,消其痞结。补肝有补肝气和补肝血的不同,在临床上以肝气虚较为多见。肝气虚表示疏泄功能减弱,肝失条达,出现周身倦怠,精神萎靡,胸胁不舒,气短食少,腹部胀大,大便稀溏,四末不温,脉沉弦细,舌苔腻,舌质暗红或紫等症,治须补肝气、畅肝用、散肝瘀,兼以扶脾,可选用当归补血汤合四逆散为主方。黄芪为补肝气之要药,用量宜大(30~60g)。当归有养肝血之功,配合柴胡疏肝以升清阳,枳实行气以降浊阴,白芍柔肝敛阴,甘草缓中补虚,共奏补肝气、助肝用、调升降、解郁通阳之功。肝气虚常为肝阳虚之先导,若阳虚寒凝,则加附子、干姜之类温阳散寒;精血不足,则加紫河车、鹿角胶等峻补精血;食少便溏,加炒白术、鸡内金以补脾助运。由于肝脏生理病理复杂,每多寒热错杂之候,兼夹郁热,则又须适当参用清泄之品。

上述治疗,是从气血关系着眼,务使正气来复,郁滞得开,而瘀血徐为消融,肝气疏泄有权,不治水而腹水自消。亦有肝气极虚,不任疏泄,柴、枳当摒弃不用,可予予补气化瘀,

常以黄芪、太子参、黄肉、枸杞子、丹参、石见穿、生鸡内金、莪术、当归、山楂肉、泽兰、红花、红参须、糯稻根等出入化裁，颇能应手。

肝血虚的患者，可见眩晕，偏头作痛，两目干涩，周身乏力，手足麻木，胁痛腹胀，易于齿龈出血或鼻衄，脉象弦细或虚弦，舌质偏红，苔薄黄等见症，在妇女还可见月经不调或闭经，或崩漏。此证特征是血虚血瘀，邪水不化，重在养血和瘀，滋阴利水，可选用一贯煎合牡蛎泽泻散加减，药如生地、黄、北沙参、天麦冬、枸杞子、枳实干、鳖甲、牡蛎、泽泻、海藻之类。其中牡蛎、海藻，既有软坚散结之功，又能祛水气，诚一举而两得。齿龈出血或鼻衄频作，午后低热，舌质红绛、苔薄黄而干，则系湿热伤阴，肝脏郁热较甚，宜用犀角地黄汤合三石汤出入。犀角价昂而不易得，以水牛角代之（每用30~60g），加入生地、丹皮、白芍、生石膏、寒水石、滑石、银花、元参、仙鹤草、大小蓟等，对症用之，多能控制出血，减轻腹水。

(2) 治脾法的临床运用：肝病传脾，腹水增重，可见面黄虚浮，倦怠乏力，腹胀如鼓，食欲不振，食后腹胀尤甚，尿少，大便不实，苔薄或腻，边有齿印，脉濡缓或沉迟等症。治当补脾运中为主。但脾虚有积，补中要寓通意，上虚木贼，补脾毋忘和肝。以《金匱》当归芍药散（当归、芍药、川芎、白术、茯苓、泽泻）为主方，着眼肝脾，兼顾血水，以达扶脾利水、养血和肝之功。方中重用白术（30g）增强补脾作用，再加大剂泽兰（30g）、益母草（120g），煎汤代水，共奏化瘀滞，行水气，运脾和肝之效。如腹水不多，则选用香砂六君子汤补脾运中，重加黄芪（30g）以补脾气之虚，复入木瓜之酸以柔肝，更增椒目、防己、姜汁以通阳化水，分消利导，往往获验。若在上述脾虚腹胀的见症之外，而舌光无苔，舌上少津，形体枯瘦，大便干者，则属脾阴亏虚之候，斯时濡养脾阴，不仅阻遏气机，

增其腹胀,抑且有碍胃阳之旋运,使水湿更难泄化,阴阳乖违,殊属棘手。景岳理阴煎(熟地、当归、甘草、干姜)为此证的对立良方。此方乃理中汤之变方,以地、归易参、术,变温补脾阳为温补脾阴;熟地配当归,意在甘润和阴,干姜配甘草,旨在辛甘和阳;地得归则滋阴功著,姜得草则无燥烈之弊,地得姜又无膩膈之弊。总之,本方药虽四味,配伍精当,以养阴为主,和阳为佐,滋脾阴之亏,助中宫之运,通阳气,布津液,散水邪,面面俱到,值得引用。

(3)治肾法的临床运用:病由肝脾而传肾,病情进一步恶化,但肾阳虚每与脾阳虚同时兼见,故当辨其以脾阳虚为主,抑以肾阳虚为主,用药方能击中要害。一般而论,脾阳虚者,在腹水的同时,多可伴见阴黄之候,其时周身色泽黄而晦黯,形寒怯冷,腹胀如鼓,朝宽暮急,纳呆便溏,溲黄少,舌质淡,脉沉弦而小滑。其发病机制,责之脾运失职,肾失开合,水湿留著,土虚木郁,胆汁浸淫,外溢为黄。以脾肾阳虚为本,瘀浊交阻为标,呈现本虚标实之候。可予《医学心悟》茵陈术附汤(茵陈、白术、附子、干姜、甘草)为主,增入生鸡内金、海金沙、马鞭草等化瘀泄浊之品。方中附子,需重用至10~15g,始能增强温阳泄浊作用。若以肾阳虚为主者,其证面色晄白或灰黯,怯冷殊甚,腹中胀大,周身浮肿,尤以下肢为甚,腰膝酸软,大便溏硬不调,小便淡黄而短少不利,舌体胖大,舌质淡,上有紫气,脉沉细等。由于肾阳失于温煦,三焦气化无权,故肿胀之势日增,治疗以温肾化气为主,肾气来复,则中气有所恃,脾气散精,肺气通调,三焦壅塞自解。择其对症方药,以济生肾气丸最佳,此方妙在牛膝、车前二味,牛膝除益肝肾、补精气以外,有活血利尿之功,凡瘀血内结,小便不利者,实为当选之佳品。肝硬化腹水的瘀阻表现,不仅局限于肝,其他脏器亦有瘀滞,方中牛膝配丹皮,即能化下焦瘀滞,

以利水邪。车前子甘寒滑利,滑可去着,而无耗气伤阴之弊。从临床实践证明,此方治肾阳虚之臌胀,其疗效较金匱肾气丸为优。

腹水消退以后,常用“复肝丸”以善其后。此方组成:红参须、紫河车、炮甲片、地鳖虫各60g,生鸡内金、广郁金、片姜黄、参三七各45g,共研细末,水泛为丸。每服3g,一日2次。本方针对肝硬化虚中夹积的病机而设。红参须补气通络,紫河车峻补精血,炮甲片、地鳖虫破宿血积瘀,姜黄、郁金疏肝解郁、理气活血,生鸡内金磨积化瘀,健脾助运。全方寓消于补,养正祛邪,对改善肝功能,纠正白、球蛋白倒置,有一定疗效。肝硬化腹水在标实明显时,亦有治标之权宜,如在肝胆湿热壅聚,瘀热互阻之际,当泄湿热、化瘀滞并进,可用龙胆泻肝汤为主,随证参以半边莲、漏芦、龙葵、生鸡内金、海金沙等,使邪热不致胶结,对控制病情发展,亦所必须。^[21]

20. 贺则章诊治经验

贺师治疗肝硬化腹水总结有“四法”。

(1)疏肝理脾,清热利湿法:情志抑郁,饮食不节,而肝失疏泄;气郁化热,脾失健运,则湿热内蕴。或肝脾失调,湿热之邪乘虚而入,搏结交蒸致肝脾受损,久则腹水遂生。故拟用丹栀逍遥散合茵陈四苓散化裁治疗。

(2)化瘀通络,舒肝散结法:肝气郁结,气不条达,血行不利则气滞血瘀,癥瘕、臌胀资生。故拟用膈下逐瘀汤及化瘀软坚散(自拟方),以通行瘀血,生新扶羸。

(3)通阳化气,分消利水法:人体水液的输布,赖于三焦的气化,但三焦的通调,气机的舒畅,则赖于肝气的疏泄,阳气的温煦。若肝气不舒,疏泄失职,脾阳不振而水湿内停。当以振奋阳气,直通水道,以此法温阳逐水,攻补兼施;分消

化气而标本兼顾。方选温阳逐水丸与复方黄芪防己汤。

(4)养血益阴,舒肝解郁法:“肝藏血,肾藏精;精血相生,肝肾同源”。若肝病日久,则耗损精血,肾精亏虚而肝血失养。方选益阴舒肝煎(自拟方),以养肝血,益肾阴,通行经络,舒肝解郁。

病案举例:张某,男,42岁。患无黄疸性肝炎4年,近日腹胀胁满,厌食乏力,面色萎黄,小便短赤,口苦心烦,查体:腹胀如鼓,腹壁静脉曲张,腹水征(+++)。肝功化验:麝浊10U,锌浊14U,碘试验(++),碱性磷酸酶18U,总蛋白4.8g,白、球蛋白分别为2.2:2.6,谷丙转氨酶116U/L。脉弦滑,舌质赤、苔黄腻。诊断为肝硬化腹水。证属湿热阻遏,肝脾失调,水湿内停。方选丹栀逍遥散合茵陈四苓散加减:柴胡、赤芍、白芍、枳实、茯苓、猪苓、泽泻、白术、大腹皮、栀子各10g,丹参、茵陈各15g,白茅根30g,生甘草6g。水煎服,日1剂,连服20剂。

二诊,诸症减轻,腹水消失,但肝脾仍大,质中等,触痛;继前方隔日1剂,加服化瘀软坚散,每服10g,日3次,至月余。

三诊,精神大振,面色转红,肝脾缩小,质软,尚隐痛,纳差,便秘,舌质赤,少津,证属肝阴不足,血失所养,投益阴舒肝煎30余剂,加服杞菊地黄丸调理月余,肝功恢复正常而愈。随访10余年,未再复发。

孙某,男,28岁。患黄疸性肝炎3年,一月前发现腹水,经治疗消退,但仍腹胀胁满,隐隐刺痛,厌食厌油,面色黧黑。脉弦细而涩,舌质赤有瘀斑、苔薄黄。查体:见肝掌、蜘蛛痣,肝大肋下3.5cm,剑突下5cm,触之有结节,质硬而痛,脾肋下3cm。肝功化验:黄疸指数9U,麝浊14U,锌浊20U,碘试验(+++),高田氏(+++),总蛋白5.4g,白、球蛋白分别

为3:2:4,谷丙转氨酶120U/L,甲胎球蛋白试验阴性。诊断为慢性结节性肝硬化。证属气血瘀结,肝脾失调;方选膈下逐瘀汤化裁:当归、桃仁、元胡、香附、柴胡、三棱、莪术、山甲、乳香、没药各10g,川芎、枳实各6g,赤芍15g。水煎服,日1剂,连服15剂。

二诊,诸症减轻,纳增,面色好转,肝仍大,脉弦涩,舌质赤,瘀斑稍退,继前方隔日1剂。加服化瘀软坚散:虻虫、血竭、鸡内金、三棱、莪术、元胡、乳香、没药各30g,红参、郁金、紫河车、丹参各60g。研末每服10g,日3次。

三诊,诸症减退,精神振,面红,肝大肋下2cm,结节消失,质软无压痛,肝功化验恢复正常,脉弦细,舌质红、苔少微黄,继前方加益阴舒肝煎调理两月而临床治愈。^[22]

21. 刘启庭诊治经验

刘师认为肝硬化腹水多因情志所伤,酒食不节,劳欲过度,感受血吸虫及黄疸、积聚失治所致。以本虚标实,虚实错杂为病机特点。纵观古今治疗本病,大都以攻补兼施法调治,主要有三种形式,一是先攻后补,即先用猛烈峻下药,如舟车丸先泻其腹水,再以中药调补;二是攻补同用,就是攻补药混合配伍使用;三是先补后攻,因身体虚弱,正不胜邪,先用补剂,待机体恢复再泻其水。运用这三种方法都能治愈一些病人,但各有利弊,临床上不好掌握,疗效也不易巩固。刘师根据该病本虚标实的特点,采用补、消、化、行协调交替使用,创益气活血化瘀消积汤(补)以调整机体阴阳平衡,恢复脏腑功能;化气行水汤(攻)以开上通下,分清水饮,通腑疏肝,腑通水消。临床上根据病人体质的强弱、腹水的多少、饮食的盛衰、两便的情况决定一补一攻,还是二补一攻或三补一攻,名之攻补协调法。此法有五个优点:①适应机体及

脏腑功能的恢复。②避免攻补太过或不及的弊端。③患者易接受治疗。④疗效快且以巩固。⑤较以往攻补兼施法稳妥。

益气活血化瘀消积汤的组成：生黄芪 30g，生白术 20g，当归 15g，人参 10g，丹参、泽兰、鳖甲各 30g，三七参 3g，茯苓 30g，猪苓 15g，鸡内金 30g，焦三仙各 20g，砂仁 6g。方中重用生黄芪、当归、人参、白术，取其益气扶正，气旺血生，气帅血行，水液畅通。且大量黄芪、白术能促进体内蛋白质的合成，调节白、球蛋白比例，有利于水液的运行，而那些血肉有情之品，虽能补血生津，但其性粘腻，不利于水液运行，故应少用或不用。丹参、泽兰、鳖甲、三七参，既能活血化瘀利水，又能滋阴养血，达到祛瘀生新，恢复脏腑功能之目的，勿用峻破猛攻的水蛭、土鳖虫、三棱、莪术之类以防破而伤正。茯苓、猪苓、鸡内金、焦三仙、砂仁健脾化滞消积，利水渗湿，尤以鸡内金系鸡之脾胃，善化经络之瘀积。诸药合用，共奏益气活血化瘀、健脾消积利水之功。临证时，气虚甚者，重用黄芪至 60~100g，生白术 30~60g；血虚明显者，重用当归至 30g；阴虚口干、五心烦热者，加地骨皮 30g，麦冬 20g；阳虚四肢欠温者，加附子 6g，干姜 10g；湿盛舌苔厚腻者，加车前子、滑石各 30g，半夏 10g；鼻齿出血，加丹皮 10g，仙鹤草 30g，旱莲草 15g。

化气行水汤的组成：椒目、葶苈子各 30g，大黄 15g，防己 10g。方中椒目利气行水，葶苈子泻肺之弊，治水之上源，有提壶揭盖之义，使气下水行；防己能渗透胸膜孔窍，旋转中焦水气，对肝腹水有专效；再以破积导滞、逐瘀通络、通利水道的大黄，使上通下达，津生液行。诸药合用，气行水消，积去滞通。临证时，有腹胀明显者，加厚朴 12g，枳实 15g；服后大便不畅者，加槟榔 30g，或二丑 10g；腹痛者，加木香

10g,延胡索 15g。

病案举例:张某,男,48岁。患者1983年4月2日因肝硬化腹水住院,经输液、输血、补充蛋白质及保肝、利尿剂治疗,腹水不消,后取腹腔穿刺放腹水,而穿刺孔不愈合,终日腹水外渗,机体极度衰竭,于1984年7月19日邀刘师会诊。刻诊,形体消瘦,独腹胀大,呼吸气促,终日卧床,小便少,大便干,无食欲,舌质绛,苔稍黄欠润,脉沉稍滑。肝功能检查正常,B超多次检查提示肝硬化腹水。据其素有酒癖,乃热毒内郁,气血瘀阻,气化功能失常,水血气遏阻所致。先以化气行水汤宣肺泻热,通腑排毒,再用益气活血化瘀消积汤以助气化生津,消瘀化积,两方隔日交替使用。二诊:上两方各服3剂,大便通畅,小便增多,腹胀减轻,食欲稍增,再前方各服10剂。三诊:腹水基本消失,穿刺针眼愈合,能下床活动,大便1日2~3次,小便多,食欲好,舌红苔白润,脉沉缓。治疗改三补一泻法治之,3个月后,上方改成丸剂巩固治疗。至1985年3月身体基本恢复健康,精神、食欲好,大便1日1~2次,小便多,脉舌正常,肝功能检查正常,B超提示肝硬化,现已恢复工作至今。^[23]

22. 张云鹏诊治经验

张氏认为本病系脾肾亏虚,运化失司,气化无能,肝脉痹塞瘀浊蕴热阻结、水液不循常道而壅聚所成,乃正虚邪实而以邪实为主之证。宗急者治其标之旨,以清热行瘀化浊逐水以祛邪为主治疗本病,邪去则正安,而稍事扶正,以作鼓励。

病案举例:某男,63岁。1993年5月15日诊。患者有肝硬化病史2年,曾出现SGPT增高,胆红素增高乙肝酶联阴性,无血吸虫病史。曾2次住院。1993年2月18日B超检查示肝硬化、脾肿大、胆囊息肉、腹水(++),门静脉内径

1.5cm。就诊时患者精神疲乏,腹胀不适,下肢浮肿,尿色深黄,舌质偏红、苔根黄腻,脉细弦。腹围78cm,腹部有移动性浊音。患者正气亏虚,运化无能,瘀浊蕴热阻结、水邪壅聚成臌。治以清热泄浊,化瘀逐水。方用丹参、太子参、生黄芪、枸杞子各15g,郁金20g,白花蛇舌草、海藻、葶苈子、猪苓、生牡蛎各30g,黑白丑、莪术、炙鳖甲、地鳖虫、龟甲各10g。上方日服1剂,1周后腹胀显减,小便仍黄,舌苔黄腻消退,水湿有驱动之机,惟瘀热仍盛,故于方中加金钱草30g,以清利湿热。2周后,腹胀进一步好转,腹围缩小2cm,小便已清。用药1月,腹胀全消,腹围74cm,无移动性浊音,小便清长,眠纳俱可,舌质微红,苔薄白,复查B超:肝硬化,脾肿大,已无腹水,继以健脾助运,养肝益肾,化浊行瘀之剂善后。

某女,53岁。1993年7月25日诊。患者于1992年在某医院查HBsAg(+)、HBeAg(+)、抗-HBe(+)。两天前B超检查报告为肝硬化、腹水,诊断为乙型肝炎、肝硬化腹水。诊时面色黧黑,神萎乏力,步履不稳,小便量少,下肢浮肿,脐腹膨隆、胀满不舒,右胁隐隐作胀作痛,舌尖红、苔薄白,脉细。瘀浊蕴热阻结、水邪壅聚成臌。治以清热泄浊,化瘀逐水。方用丹参、郁金、白花蛇舌草、生黄芪、大腹皮、炙鸡内金、玉米须、车前草、海藻、白茅根、连翘、猪苓各30g,槟榔、地鳖虫、炙鳖甲、沉香曲、水蛭、黑白丑各10g,炙苏子20g,葶苈子、五加皮各15g。药后1周,精神稍振,腹胀消减,右肋偶然隐痛,小溲渐多而肢肿欠退。苔薄白、舌稍红,邪实初退,原方加葶苈子30g续进。以后诸症一度好转,中途因故停药3周,而觉证情反复,遂于9月12日再诊,感精神萎软,腹胀又起,胁痛又作,小溲红赤,脉细,舌质又红。前法曾效,出入再进,予方:丹参、白花蛇舌草、大腹皮、牡蛎、白茅根、葶苈子、腹水草各30g,郁金、苏子、黑白丑各20g,槟榔、地鳖虫各

10g,炙鳖甲、五加皮、枳壳各 15g,沉香 3g。服药 2 周,腹胀欠减,小便仍少,方中加重槟榔、郁金、鳖甲、枳壳各 30g,另加八月札 30g。药至 10 月 17 日复诊时,患者精神已振,面色黧黑已退,腹胀好转,经 B 超检查腹水消失,遂依前法巩固善后。

肝硬化腹水多正气虚惫已极而邪浊壅滞日甚,在攻补两难之时,张氏以为邪浊壅盛,既能耗伤正气,更能阻碍气机之正常运行,实为关键,故当以攻逐为主师。攻逐之中,又视邪浊之性质、病势之前后、病机之坚积、脏腑之相关而遣药伍方。如因瘀而予丹参、地鳖;因腹水予二丑,因坚积而牡蛎、鳖甲,因蕴热予蛇草、茅根,因肺为水源而葶苈、苏子,因气行水行而枳壳、沉香。如虽小效而不进,则倍量再投。剂重而味众,力专而效著,务求邪积得以溃动。至于正气之虚,稍事小补以助鼓动即可,大队之中,三、二味而已,惟独喜黄芪,视为必用之品。因黄芪补一身之大气,而瘀浊之行,全赖气耳。^[24]

23. 吕承全诊治经验

(1)急治标,抓时机,祛邪扶正,消水有良方:吕老认为,肝硬化腹水多由情志郁结,饮酒过多,恣食肥甘或感染邪毒,肝脾肾受病,癥积内结,血瘀络痹,清浊相混,气机不畅,隧道壅塞所致,属本虚标实证。本虚尚可缓图,标实之甚则当急治。在肝硬化腹水初起,或邪盛正不衰的情况下,吕老常首选《千金方》中“汉阳王大腹水肿方”为主方施治。该方由葶苈子、海藻、昆布、二丑、椒目、桂心等组成。方中海藻、昆布软化坚瘀,消痰利水。据药理研究,二药可降血压、降血脂,海藻尚有抗凝作用,以之通瘀软坚,疏络行滞,效果良好。葶苈子下气行水,破坚逐邪;椒目除胀利水;桂心通经除滞。

诸药相配共奏软坚化瘀、利水消胀之功。若有黄疸,加茵陈;腹胀甚,加厚朴、乌药、莱菔子,亦可酌加利水健脾之泽泻、猪苓、车前子、白术、云苓等。此方乃吕老经多年临床探索,反复观察筛选出来的稳妥有效良方。只要辨证准确,以此为主方,随证化裁应用,可收不同程度之效果。

若上方疗效不理想,吕老常选用张子和的“消水丹”加减治之。其药物组成为:大戟、醋炒芫花、白商陆、甘遂、二丑,共为细面,制成水丸,每次6g,于晨起进食前枣汤送服。本方为峻泻逐水之剂,药效的重要指征为排出水样大便,运用此方应注意祛邪不伤正,常与扶正补虚之剂交互使用。对体质较好者,可“三泻一补”、“二泻一补”;对体质较弱者,可“一泻二补”,或“一泻三补”。

因“大腹水肿方”和“消水丹”主攻泻逐水,为治标之法,故腹水泻下之后,均应及时长期予以调理脾胃之剂,以扶正固本。

病案举例:张某,男,40岁。患肝病多年,因郁怒致病情恶化,近月来腹水渐起,曾服西药利尿,腹水渐消,但不日复起,且日甚,求治于吕老。查患者腹大如鼓,腹水量多,溲少气塞,憋闷不堪。舌淡红,苔白,脉沉弦。此时腹水腹胀使患者不堪忍受,消水除胀为当务之急。观其体质尚可,遂与“大腹水肿方”。患者服后稍泻,小便亦稍增加,继给服“消水丹”,每次10g,晨起枣汤送下。服后腹泻如注,腹水消半,遂停用“消水丹”,以参苓白术散调补,以扶正固本。3日后,气畅腹软,又继以香砂六君汤、五苓散加减调治。前后不足2个月,患者腹水尽消,未再复发。

(2)缓图本,需耐心,益气利水,主药用黄芪:肝硬化腹水为本虚标实,故在整个治疗过程中,应时时注意扶正固本,在临床实践中,吕老发现对一些久治不效的腹水重症,用补气

健脾、温肾利水之法缓缓图之,可收佳效。在补虚消水的方药中,吕老多以五皮饮、胃苓汤、五苓散、香砂六君汤等辨证化裁,灵活应用。在诸益气利水药物中吕老尤重黄芪。药理研究证明,黄芪有持续利尿和保肝、降压、强壮作用,可增加机体总蛋白、白蛋白。吕老曾以一味黄芪持续服用,治愈多例肝硬化腹水患者,故称之为利水要药。

病案举例:贾某,男,70岁。肝硬化患者,因饮食不当,食管静脉破裂出血后引发腹水,当地医院曾用中西药物利尿泻水,但随消随起,几经反复,腹水益甚。病人面黄肌瘦,腹大如鼓,行动困难,终日半卧于床,腹水甚时,靠腹穿放水维持,痛苦不堪。吕老四诊合参,认为病人年迈体弱,且腹水日久,多次反复,正气大伤,证属脾胃虚衰、气虚水泛。不能峻攻,只宜缓图,嘱病人日服黄芪90g,分2次水煎服,另配桂附理中丸,每次2丸,日2次。患者守方服用2月余,小便量骤然增加,由此洩畅气调,病情迅速好转,不但腹水全消,顿餐透视,食管静脉曲张亦基本消失。

肝硬化腹水乃危重病症,其病情复杂,证候往往虚实相间,治疗颇为棘手。吕老根据多年临床经验常强调以下三点:①本病总体上属本虚标实,但疾病发展的不同阶段,标本虚实互为消长,轻重缓急不断变化,因此辨证要细,临证务须明晰病属何阶段,标本缓急如何,确立主治方向;②在上述基础上,要做到有胆有识,抓住时机,果断用药。治病如同打仗,用药如用兵,战机一失,可能全局被动;③肝硬化腹水属顽疾重症,特别对久病、多次反复的患者,不能急于求成,只要辨证准确,施药对症,病人服药后病情稳定,就要耐心治疗,必要时守方观察,使药力尽展,正气渐复。决不可心中无数,急功近利,动辄更方易法。^[25]

24. 刘学勤诊治经验

刘师认为,肝硬化一旦出现腹水,则提示病人晚期,大多数患者,病程长,病情重,疗效慢,预后差,临症施治,颇感棘手,但倘若能及时诊治,察看细微。勾玄提要,辨证立法,恰当投药,丝丝入扣,正确运用“虚”、“准”、“狠”三原则,亦多能获效或带病延年。

(1)以虚为特点,扶助正气贯穿于治疗的始终:刘师通过对大量临床实践的分析总结,认为肝硬化腹水多以正虚为特点,特别是晚期,则更以正虚为著;即使现代医学暴发性肝炎所引起的急性腹水,亦必然损气耗血,有不同程度的“虚”。所以,各种证型的肝硬化腹水,其治疗过程中必须刻刻顾及正气,时时以“虚”为念,贵在用补适中得体,可以小补,可以大补,可以间断补,亦可连补。但必须补而不滞;以药后症缓身和为原则。遣方择药可单独选用补气、补血、健脾、补肾为主,亦可配合使用。临床见症,错综复杂,当因人因证制宜,或先补后攻,或多补一攻,或攻补兼施,权衡病机,灵活操作,多收佳效。

病案举例:周某,男,33岁,农民。症见大腹膨胀,青筋暴露,鼓之如鼓,形似青蛙(腹围110cm),步履艰难,短气喘息,动则更甚,纳少便溏,日2~3次,溺短而黄,舌质淡,苔白,脉弦而缓。B超提示:肝硬化腹水。此乃正气虚衰,阴霾四布,清浊混淆,臌胀遂成。治当开太阴以走水邪。拟方如下:野党参20g,苍白术各30g,猪茯苓各30g,大腹皮30g,葶苈子(布包)20g,怀牛膝30g,汉防己30g,上肉桂(后下)2g,沉香(后下)7g,路路通12g。浓煎,分2次温服,连进9剂,臌胀渐消(腹围92cm),纳食增加,原方加生黄芪15g以助参、苓,续服5剂,臌胀已消,精神大振,步履轻快,仍守上方

续服5剂,复查B超示:腹水(-),腹围82cm,移动性浊音消失。

“开鬼门,洁净府,去宛陈莖”,疏凿开闭,以祛水邪,此其治也。刘师认为本案水热泛滥,浩浩莫御,乍看非攻不足以折其势,然其正气难支,堤防非固,终属不济。故老师选党参、黄芪、白术、茯苓斡旋中枢,鼓舞清阳为御水之本;更投肉桂、沉香助肾化气,俾离火高照则阴霾自散;葶苈子泻肺行水,使水行气行,气化水化。综观全方,寓攻于补之中,寄导于制之内。药中肯綮,应手而效。

(2)把握“四准”,适宜无过是取效的关键:刘师认为,临床辨治肝硬化腹水必须遵循辨证准、攻补对象准、用药时机准、攻补火候准的“四准”原则,做到攻者耐之不伤,补者受之无壅滞,即防因补留邪,又应避免因攻更虚。

病案举例:张某,男,50岁,工人。症见腹大如鼓,青筋暴露,坚硬喘息,难以平卧,饮食不下,行走不便,面色萎黄而暗滞,面部颈项蟹爪纹络,小便短少,下肢浮肿,腹围102cm,舌淡白,舌体胖大,边有齿痕,苔薄滑,脉弦细无力。B超提示:密集微波低小波,肝上界6肋间,下界未探及,肝厚5cm,脾大肋下2cm,腹水(+++)。此仍正气虚衰,水运失司,湿浊内生,气化受累,水湿停聚,腹水渐起。治当以补为主,攻补兼施。补方:野党参30g,苍术、白术各24g,汉防己30g,川怀牛膝各45g,洗腹毛24g,生麦芽30g,猪苓、茯苓各30g,广郁金12g,炒枳壳12g,制香附12g,生黄芪20g,菟丝子15g。攻方:广陈皮7g,云茯苓24g,葶苈子12g(包),生桑皮2g,洗腹毛18g,川椒目3g,煨甘遂6g,牵牛子12g,生大黄15g(后下),焦大白7g。上两方均水煎服,补方连服2剂,第三天早5点空腹服攻方,泻下5、6次,即进稀粥,以养胃气。上两方服7剂,腹软食增,浮肿稍减,效不更弦,再服17剂,下肢浮

肿消净,腹部变软,但仍有移动性浊音,腹围91cm。药证虽应,并非坦途,以其正虚较甚,故以补为主,连服补方40剂,症状全部消退,腹围84cm,遂又用攻法,以期腹水消净,攻方加草红花9g,制大戟4.5g,生大黄改30g(后下)。攻下两次,移动性浊音消失,食量大增,腹围78cm,病获痊愈。为防腹水再起,故以补气健脾、助肾利水之药,更进20剂,以资巩固。B超提示,肝脾大小正常,腹水阴性。

此例属腹胀重症,单用中药治愈,关键在于辨证准确,又始终以虚为念。以参、芪、术、苓为主,以补气祛水;更以大量川、怀牛膝,苍术、白术健脾化瘀,既取苍术、白术增加白蛋白、纠正白蛋白、球蛋白比值以及明显的排钠作用,而改善水钠潴留;又取川、怀牛膝以补充因利水而丢失的大量钾盐;辅以菟丝子助肾化气;葶苈子、川椒目泻肺行水,通调水道。诸药合用肺脾肾三脏同治,攻补兼施,祛水治瘀,药证合拍,故获良效。

(3)攻邪务“狠”,中病即止,寓攻于补:刘师认为,攻逐水邪,当在“准”的前提下,经过充分准备,选准对象,抓住时机,不攻则已,攻则猛攻,中病即止。必要时可逐水、利尿、宣肺三法同用,然后扶正健脾,为下次攻逐做好充分准备,亦可根据病情连攻数次,再作调补。至于理气祛瘀等法,亦可在攻下期间斟酌选用。但在攻逐水时,特别强调切记和防止因腹水猛降,腹围骤减而诱发昏迷及出血引起的变证,必须动态观察,有所把握。

病案举例:韩某,男,34岁,农民。患腹胀悬饮半年余。诊见腹部胀大,腹围89cm,肢肿胀喘咳,溺少热痛,腰酸困痛,脉弦细,舌质嫩红。体温37.4℃。B超提示:密集微波,肝厚9cm,肝上界6肋间,肝大锁骨中线肋下6cm,剑突下8cm,脾厚2.5cm,脾大肋下1cm,腹水(+++)。尿常规:尿

蛋白(++)、红细胞(++)、白细胞少许,颗粒管型0~1个。胸透:右侧胸腔大量积液。诊为臌胀、悬饮。此乃肝、肺、肾俱病,胸腹积水,虚实夹杂,正邪交错之症。但患者正值而立之年,体质尚可,当以祛邪为主,拟方如下:猪苓、茯苓各30g,炒黑白丑45g,葶苈子(包)60g,冬瓜子、皮各30g,生薏仁60g,建泽泻18g,生麻黄9g,煨甘遂9g,制大戟9g,生百部15g,生大黄30(后下),全瓜蒌30g,川椒目6g。水煎温服。3剂后尿多症轻,又服20剂,诸症消失,腹水消净,腹围75cm,后改用补益肝肾,健脾和胃之品以善其后,调治4个月,病获痊愈。B超提示:肝脾大小均在正常范围,腹水(-),尿常规正常,肝功均正常。

此例既是臌胀,又兼悬饮,且长期低热,辨证治疗颇感棘手。刘师正是在错综复杂的临床表现中抓住主要矛盾,审视病之症结立法遣方。方中葶苈子泻肺逐水,川椒目利气行水,畅通水道;瓜蒌开胸散结,润通谷道;麻黄助阳化气,化饮利尿,甘遂善泻水,以逐停结于胸腹之间的水饮,黑白丑长于达三焦,走气分,使水湿之邪从二便排出;大黄荡涤泻下,泽泻、猪苓、茯苓行水消饮,导水下行由小便而出。诸证相投,收效较快。此后,依病情变化而辨证,紧扣病机,较长时间应用以补为主、以疏为辅的治疗原则,终获痊愈并达到巩固远期疗效的目的。^[26]

25. 陈昆山诊治经验

(1)肝脾血瘀证:本证以门静脉高压为主要临床表现,以实证为主,虚证不显。其主症为腹大坚满,腹络怒张,胁腹胀痛或刺痛不已,面色晦黑,面颈胸部蟹爪赤缕,朱砂掌,唇色紫暗。大便暗黑,舌下青筋粗大,苔薄,脉弦涩。治宜活血化瘀,软坚散结,调理肝脾,佐以利水。方拟化瘀汤。主要药物

有桃仁、红花、丹参、当归、白芍、郁金、白术、茯苓、大腹皮、青皮、鳖甲、牡蛎等。若腹胀大，体实者，可加逐水之品如牵牛子、甘遂等，但宜衰其大半而止，时时要顾护人体正气。

病案举例：喻某，男，34岁。患者因腹大胀满伴右胁刺痛反复发作2年，于1994年7月入院。症见：腹大坚满，腹络怒张，胁部刺痛，颈胸部可散见蟹爪赤缕，朱砂掌，颜面黧黑，大便调，每日小便量约1800ml，色淡黄，舌质瘀暗，舌底青筋粗大，脉涩。既往有乙型肝炎病史。查体心肺无异常，腹大膨隆，腹围86cm，腹壁静脉怒张，肝功能示：TP51g/L，A/G=0.9，ALT50U/L，TBI120 μ mol/L，DBI10 μ mol/L，其余正常，乙肝五项示：1、4、5项阳性。蛋白电泳示：白蛋白36%， γ 球蛋白22%；AFP定性阴性。食管吞钡提示：食管下静脉曲张。B超提示：肝脾肿大，大量腹水。诊断为中医水臌，西医肝炎后肝硬化，失代偿期。辨证为肝脾血瘀证，法宜活血利水，调理肝脾，方拟化瘀汤加味：桃仁10g，红花10g，丹参15g，当归10g，白芍10g，郁金15g，白术30g，茯苓15g，大腹皮10g，青皮10g，鳖甲15g，牡蛎15g，牵牛子10g。上方连续服用1个月，腹围76cm，胁痛消失，复查肝功能：TP55g/L，A/G=1，ALT以及TBI、DBI均转为正常；再续服1个半月，腹水全消，再查肝功能各项均恢复正常，显效出院。半年后复诊，病情稳定，腹水未再起。

患者以腹大坚满、腹络怒张、胁腹刺痛、蟹爪赤缕、朱砂掌、舌质瘀暗、舌底脉络粗大、脉涩为特点，辨证为肝脾血瘀，治疗宜活血化瘀，软坚散结，佐以利水。其选用桃仁、红花、丹皮、当归以活血化瘀，郁金、青皮、大腹皮以行气，重用白术以实脾，配以白芍以柔肝，用牡蛎、鳖甲以软坚散结，佐以牵牛子以利水，全方共奏活血化瘀、行气利水之效。气行则血行，血行则水消。

(2)寒湿困脾证:主要临床表现为腹大胀满,按之如囊裹水,脘腹痞满,得热则舒,畏寒,大便溏薄,苔薄白,脉浮无力。治法宜温中燥湿,行气利水。方拟实脾饮加减,其主要药物有草果仁、木香、木瓜、大腹皮、茵陈、干姜、附子、白术、茯苓、益母草、丹参。

病案举例:熊某,男,50岁。患者既往有慢性乙型肝炎病史,1994年3月突发腹水,当月住入某医院,诊断为肝炎后肝硬化、失代偿期。经治2个月无效,转入市传染病院治疗,再治4个月,患者症状反而加重,腹水增多,于9月转入我院肝胆病区。入院症见:腹大胀满,如囊裹水,颜面浮肿,脘腹痞满,肢冷畏寒,大便稀溏,日3~4次,小便每日约1200ml,舌质淡白,苔薄白,脉细。查体:腹围84mm,肝脾未触及,下肢水肿。血常规:WBC $4.5 \times 10^9/L$,BPC $70 \times 10^9/L$ 。肝功能:TP42g/L, A/G=0.6, ALT50U/L。蛋白电泳:白蛋白35%, γ 球蛋白24%,乙肝五项1、4、5项阳性。辨证为寒湿困脾,法宜温中运脾,行气利水,佐以化痰。处方:草果仁12g,苍术15g,木香10g,木瓜10g,大腹皮10g,附子6g,干姜10g,茵陈30g,丹参10g,茯苓15g,甘草5g。连服1个月,腹水消去大半,复查肝功能:TP48g/L, A/G=0.8, ALT30U/L,纳增,颜面以及下肢浮肿消失,但腹胀仍存,稍有恶寒。此为脾阳渐复,脾气尚弱,气机待复。遂在原方基础上,酌减附子、干姜,重用白术30g,砂仁6g,以补脾益气,苏醒困乏已久之脾气。连服2个月,患者腹水等症消失,显效出院。继续服用中药,病情稳定。

寒湿阻脾,仍是寒湿之邪遏制脾阳,脾失运化,水湿停留。治疗上,只有蠲除寒湿,中州得运。水湿除,随之疾病可解。故用附子、干姜、草果以温中燥湿运脾,配茯苓、白术、木瓜健脾化湿,辅以大腹皮、木香行气,共奏温中运脾、行气利

水之功。

(3) 湿热蕴结证: 主要临床表现为腹大如鼓, 脘腹胀急, 灼热口渴, 不欲多饮, 小便赤灼, 大便秘结或粘滞, 或午后低热, 或面目俱黄, 舌边尖红、苔黄腻, 脉弦。治法宜清热利湿, 攻下逐水。方拟中满分消丸合茵陈蒿汤加味, 其主要药物为茵陈、栀子、茯苓、大黄、枳实、厚朴、姜黄、槟榔、白茅根、黑白丑、椒目、赤芍。

病案举例: 涂某, 男, 65 岁。平素嗜酒如命, 每天半斤, 已有 20 余年。1994 年 11 月始发腹大胀满, 伴有目黄、尿黄、身黄, 急来我院就诊。门诊以水臌、肝硬化腹水收入我病区。入院症见: 腹大胀满, 面目俱黄, 身黄, 尿黄, 脘腹胀满, 纳差, 大便黄而粘滞, 舌质红、苔黄腻, 脉弦。体检: 巩膜及皮肤黄染, 腹大膨隆、腹围 86cm, 腹壁静脉怒张, 肝脾肿大。实验室检查: TP51g/L, A/G = 0.3, TBil70 μ mol/L, DBil35 μ mol/L, 其余正常。蛋白电泳: 白蛋白 40%, γ 球蛋白 31%, B 超提示肝脾肿大; AFP 定性阳性, 定量值为 70ng/L。CT 提示肝纤维化, 脾肿大。诊断为中医水臌, 西医为酒精性肝硬化, 失代偿期, 脾亢征。辨证属湿热蕴结, 兼有瘀血, 法宜清利湿热, 攻下逐水, 佐以化瘀, 方拟中满分消丸合茵陈蒿汤加味: 茵陈 40g, 栀子 12g, 大黄 10g, 枳壳 10g, 黄芩 10g, 茯苓 15g, 姜黄 10g, 白茅根 30g, 黑白丑 10g, 椒目 12g。每日 1 剂, 同时配合白蛋白、肝安、氨苯蝶啶、双克等, 连续治疗 2 个半月, 腹水消退, 复查肝功能 TP61g/L, A/G = 1.2, ALT31u/l, TBil 和 DBil 均正常, B 超肝脾较前缩小, 显效出院。

湿热蕴结常见肝硬化腹水活动期合并感染, 有肝功能继续损害的表现, 本病较难治, 疗效差, 腹水易再起。治疗上, 宜清利湿热, 体质好者可用黑白丑、甘遂等攻逐之品, 使湿热从前后分消, 但亦要时时顾护人体正气, 中病即止。故用茵

陈、梔子、黄芩清热利湿，枳壳、厚朴、姜黄行气，运用大黄、黑白且泻下，辅以茯苓、茅根、椒目清利，共奏清热利水，攻下通腑之效。

(4)脾肾阳虚证：主要临床表现为腹大胀满，朝宽暮急，面色苍黄，纳呆，怯冷，四肢不温，大便溏薄，舌质淡，苔薄白，脉沉弦无力。治宜温补脾肾，化气利水，方拟附子理中汤合五苓散加减，其主要药物有附子、肉桂、补骨脂、枸杞子、干姜、黄芪、党参、白术、茯苓、泽泻、当归、甘草。

病案举例：刘某，男，45岁。患者曾有10年慢性乙型肝炎病史，于1991年始发腹水，一直用白蛋白、利尿剂以及护肝片等治疗，腹水时消时起，经常反复。近来腹水增多，运用白蛋白、利尿剂等治疗后，疗效不佳，故于1994年8月10日来我院求助于中医治疗，门诊收入我病区。入院症见：腹大胀满，入暮尤著，面色苍黄，四肢不温，怯寒，大便稀溏，舌质淡白，苔薄白，脉沉弦无力。查肝功能：TP48g/L，A/G=0.6，ALT30U/L，其余正常。蛋白电泳：白蛋白38%， γ 球蛋白32%。诊断中医水臌，西医肝炎后肝硬化，失代偿期。辨证为脾肾阳虚，治宜温补脾肾，行气利水。方拟附子理中汤合五苓散加减：附子6g，肉桂6g，补骨脂10g，枸杞子10g，干姜10g，黄芪30g，党参15g，白术30g，茯苓20g，泽泻10g，当归10g，甘草6g。连续服用1个半月，腹水消退近半，症状减弱。复查肝功能：TP55g/L，A/G=0.9，ALT正常，再续服2个月，腹水全消，纳增，小便日量约1600ml，肝功能恢复正常，显效出院。

脾肾阳虚之证，治宜温补脾肾，脾肾阳气得复，则脾能化湿，肾能气化水湿，因而水邪能除。故用党参、白术、黄芪、干姜、甘草温中阳，肉桂、附子、补骨脂、枸杞子补肾阳，茯苓、泽泻淡渗利水，佐以当归活血利水，合方起到温补脾肾、化气利

水之效。

(5)肝肾阴虚证:临床表现主要为腹大坚满,青筋显露,四肢消瘦,面色晦暗,五心烦热,盗汗多梦,牙龈出血,大便干结,小便短赤,舌质红绛、有瘀斑,脉沉细数。治宜滋养肝肾,凉血利水,方拟一贯煎加味,其主要药物为沙参、麦门冬、生地、当归、枸杞子、女贞子、旱莲草、赤芍、丹皮、白茅根、猪苓、泽泻。

病案举例:吴某,男,49岁。1994年9月2日因腹大胀满伴消瘦、乏力7个月收住我科。入院症见:腹大坚满,四肢消瘦,五心烦热,盗汗,大便干结,尿少而赤,舌质红绛,脉细数。10年前曾患乙型肝炎。肝功能检查示:TP35g/L, A/G = 0.5, ALT51U/L, 余正常。蛋白电泳:白蛋白30%, γ 球蛋白35%。诊断为中医水臌, 西医肝炎后肝硬化, 失代偿期。入院前, 曾在门诊服中药治疗, 均投以茵陈五苓散、少腹逐瘀汤之类, 疗效不佳。辨证为肝肾阴虚夹有瘀血, 治宜滋养肝肾, 佐以活血利水。处方:沙参12g, 麦门冬10g, 生地20g, 当归10g, 枸杞子15g, 女贞子10g, 旱莲草20g, 赤芍15g, 牡丹皮10g, 白茅根30g, 猪苓20g, 泽泻20g。上方连服1个月, 症状减轻大半, 腹水已消近半。复查肝功能:TP45g/L, A/G = 0.8, ALT30U/L。再服1个半月, 腹水基本消退, 复查肝功能:TP56g/L, A/G = 1, ALT正常, 好转出院。

本病属肝硬化腹水晚期, 治疗较难, 疗效差, 预后不佳, 其常夹有瘀血, 故治疗时, 不可过于化瘀利水, 否则易伤阳动血, 肝功能还会恶化, 因而治宜滋养肝肾, 兼活血利水。故用一贯煎滋养肝肾之阴, 辅以赤芍、丹皮以凉血活血, 佐以白茅根、猪苓、泽泻以利水, 合方有养肝肾之阴、活血利水之效。^[27]

26. 陈茂梧诊治经验

(1)寒湿夹瘀证(阳虚):病程较长,均应用过中西药物,效果不好。由于长期失治、误治、过服寒凉、久居潮湿之地,致寒湿内阻,气滞血瘀,水液不循常道,留积腹内,发为腹水。临床表现:体瘦腹胀,大量腹水,面色淡黄,精神困倦,畏寒,手足凉,脘腹痞胀,喜热饮,纳少便溏,尿少,肝肿大,巨脾症,舌质淡嫩、苔薄白,脉弦细紧。多属寒湿困脾或脾肾阳虚。治法:温阳化湿,化瘀逐水,用桂枝去芍加麻黄附子细辛汤加减:桂枝 10g,生姜 10g,炙甘草 6g,大枣 12g,生麻黄 12g,细辛 5g,制附片 15g,三七粉 6g(另吞),桃仁 15g,马鞭草 60g。腹水消后,服鳖甲煎丸善后。

(2)湿热夹瘀证(阴虚):此类病人大多恣食辛辣厚味,脾胃运化失常,湿热内生或相火旺盛,房劳过度,暗耗阴精,肝木失其滋荣,或素体阴虚,出现肝肾阴虚,相互失调,终至气滞血瘀,水停腹中。临床表现:体瘦腹胀,大量腹水,面部有红缕,心烦失眠,项背部蜘蛛痣,胸腹壁静脉曲张,肝肿大,脾不甚大,牙宣出血,或见消化道出血,纳差,口渴思冷饮,大便秘结,尿短少,舌质暗红、苔少,脉弦细数。多属湿热蕴结,肝肾阴虚。治法:养阴清热,化瘀逐水。方用肖俊逸(吉安名医)经验方加减:生地黄 45g,玉竹 15g,何首乌 15g,赤芍 15g,龙胆草 6g,丹皮 10g,白茅根 30g,鸡内金 10g,郁李仁 30g,马鞭草 30~90g,三七粉 6g(另吞)。腹水消后,用大黄廑虫丸善后。

(3)瘀血证:介于上述二证之间。临床表现除体瘦腹胀腹水外,寒热表现均不明显,多有瘀血见证。立法以化瘀逐水。自拟方:郁李仁 30~60g,马鞭草 30~90g,白茅根 30g,丹参 15g,桃仁 20g,三七粉 6g(另吞)。腹水消后,用大黄廑

虫丸,每服6g,每日2次。

陈师认为,肝硬化腹水属中医臌胀范围,有水蛊、蛊胀、单腹胀之分。由于肝脾肾功能彼此失调,脏腑虚者愈虚,气血水壅结腹中,水湿不化,形成实证,故本虚标实,虚实交错,为本病的主要病机特点。临床表现错综复杂。现代医学认为本病为多种有害因素所致,如血吸虫病、慢性肝炎、酒精性肝硬化等。病理特点是肝细胞变性坏死,致内分泌紊乱、血浆白、球蛋白比值倒置、大量腹水、肝功能减退等。临床治疗颇为棘手。陈老认为本病的成因与寒湿热瘀有关,加之肝脾肾功能彼此失调。初为实证,久为虚证,形成本虚标实。寒湿热与瘀互结,难以分消,病久入络,气血必阻,终至气滞血瘀,水停腹中,久而不去,则缠绵难愈。在治疗过程中以化瘀与逐水并重。根据不同病因以温阳、养阴、清热、软坚以调整肝脾肾之间功能。常加三七、丹参、桃仁等活血化瘀药,可加速肝脏血液循环,促进肝细胞再生,扭转血浆白、球蛋白比值倒置,以利肝功能的恢复,硬变组织得以软化和吸收;马鞭草有化瘀利水之功,先师常用之,使腹水消退快,治其标;大黄廑虫丸、鳖甲煎丸有缓中补虚、祛瘀生新、软坚散结之功,从而达到治愈之目的。^[28]

27. 刘渡舟诊治经验

刘老认为治疗本病不能只图消除腹水与肿胀而概用峻下之药,这样做虽可暂时减轻痛苦,但时间一长,往往利尿无效,病人臌胀反而加重,甚至导致死亡。因此刘老在治疗中,首先辨出其虚实寒热之情,根据具体病症而进行针对性治疗。

(1)虚证:刘老认为,肝硬化腹水呈现虚证者,以虚寒者为多,其病变的中心主要在脾,这是因为肝病日久,有乘克脾

土之转归；又因水湿为阴邪，裹积于体内，最易戕伐脾阳（气）。脾虚日久，还易累及于肾，形成脾肾双亏的病理结果。脾居中焦，司升降之职，具坤顺之德而行乾健之功，脾阳（气）虚，中土不运，则会导致三焦不通，决渎失职，进一步障碍水液之运行。此时病人小便不利，腹满而胀，严重者寝食俱废。问其大便，则多下利，或溏薄，或不能成形，一日在2次以上。其人面色多黧黑，舌苔白滑，脉沉迟，按之无力。辨证的关键在于病人大便稀溏。便溏与腹部胀满同见，反映出脾家虚寒的特点，故治疗之法，“当先实脾”，临床以温补脾气，运化寒湿为主，至于利尿、理气、活络等法，或暂缓用之，或佐以行之。总之，要抓住主证，解决肝硬化腹水虚寒证的主要矛盾，对此刘老分为以下几法治之。

和胆温脾法：肝硬化腹水有相当一部分是由病毒性肝炎等慢性肝胆疾患转化而来，在这些慢性肝胆疾患中由于长期服用苦寒清利肝胆之药，往往造成脾气虚寒的情况，加之肝硬化腹水之时，水湿之邪充斥，损伤中阳，所以出现脾寒之证。此时脾寒虽存，然肝胆余热犹未尽，胆热脾寒，气化不利，津凝不滋，临床可见腹胀而两胁痞坚，大便溏泄，小便不利，口渴心烦，或胁痛控背，手指发麻，舌红苔白，脉弦而缓。刘老治以《伤寒论》柴胡桂枝干姜汤以和解少阳，温脾家之寒湿。药用柴胡16g，桂枝10g，干姜12g，牡蛎30g（先煎），花粉12g，黄芩4g，炙甘草10g。方中柴、芩同用，以和解少阳之邪，清肝胆之余热；牡蛎与花粉同用，软坚散结，逐饮止渴。桂、姜、草同用，振奋中阳，温化寒饮。凡肝胆疾患，表现为胆热脾寒，寒饮内盛而见腹胀两胁坚满、便溏、口干者，用之往往奏效。因本证寒象已生，所以黄芩的剂量宜小，一般不超过4g，干姜的剂量宜大，一般在12g以上。小便短少，加茯苓；体虚乏力，加党参；体疲殊甚者则用红参；胁痛痞坚

者,可与金铃子散同用。

温中健脾法:肝硬化腹水若见腹胀居中,大便泄泻加重,一日2~4次(自利益甚),且泻后腹胀不减,时或腹痛者,为太阴脾气虚寒至甚。肝病及脾,木贼戕土,中阳虚衰,脾寒不运,则寒湿不化,升降不利,于是“清气在下,则生飧泄,浊气在上,则生膈胀”(《素问·阴阳应象大论》)。而且小便短少,不欲饮食,舌淡苔白,脉来沉迟无力。刘老以理中汤治之。药用:干姜12g,红参8g,白术12g,炙甘草10g。方中干姜辛温暖脾胃而祛里寒,再用红参大补元气,助运化而正升降,且能鼓阳利水,两味为治肝硬化腹水虚寒证之要药。白术健脾祛湿,炙甘草益气和缓。本方以辛热而温中寒,以甘温而益中虚,中焦阳立则清升浊降,脾健自运而腹胀渐消。里寒盛者,可在服用汤药半小时后,啜热粥一大碗,并裹被保温。本方服至腹中热时,其效立至。尿少加茯苓、桂枝;腹胀、泄甚加附子、肉蔻;巩膜黄染者,加茵陈。值得注意的是,肝硬化腹水见此证者,当仔细辨证,并时时以救脾阳为先务,谨防脾阳衰败,后天之本亡绝,以确保病人无性命之虞。

补益中气法:肝硬化腹水出现脾虚,除脾阳虚寒外,另一个常见的证候是脾气虚弱,清阳下陷。脾为阴中之至阴,非阴中之阳不升。肝(胆)气升发,脾气相随,脾气升清,则浊自得降。今肝病其气不升,病久影响到脾,使脾气虚而下陷,清浊逆乱。病人除见腹胀、大便溏泄,还伴有饮食少思、体疲乏力、头目眩晕、小腹胀坠、脉大而软等症。病及于此,其主要矛盾是脾虚气陷,补中益气为治疗之首务,用补中益气汤红参10g,黄芪30g,炙甘草10g,白术10g,陈皮10g,当归10g,升麻3g,柴胡3g,生姜3片,大枣7枚。方中除用参、芪、草、术、橘大补脾胃之元气和胃以化浊外,另用升麻、柴胡升举清阳并生发肝气。故本方用于肝病所致脾虚气陷颇为相宜,待

中气立则肝气达,脾气升而胃气降。加減:若其人小便不利,可加茯苓 30g,猪苓 20g,如果大便下利为甚,可加干姜 12g,煨肉蔻 10g。此方以补为泻,以升为降,可连续服用,虽服至 30~40 剂亦不为多,见效虽缓,但若坚持服用大多能治病留人,而获起死回生之神验。

实脾利水法:脾阳不足,日久累及肾阳,脾肾阳虚,则水湿不化。病人可见腹胀尿少,大便下利,或下肢浮肿,按之如泥,四肢清冷,畏寒喜暖或兼见腹中疼痛,舌苔厚腻,脉象沉迟。治疗以温补脾肾阳气为主,兼利水湿之邪,刘老常以实脾饮为基本方加減。药用茯苓 30g,白术 12g,木瓜 10g,炙甘草 10g,木香 10g,大腹皮 10g,草果 10g,附子 10g,干姜 12g,厚朴 12g。本方在温补脾肾化湿利水的基础上,加用理气导滞之品,使气行则湿自化。临证时刘老还常于方中加入红参 10g,黄芪 30g,以补脾肺之气。巩膜见黄染者,加茵陈 30g。本方虽能脾肾双补,然以温补脾土之功偏胜,脾阳一振,其气自实,则水湿或得运,或分利,故是方以“实脾”名之。

温肾利水法:用于肝硬化腹水的肾阳虚弱,水气内停证。症见小腹胀为明显,小便不利或点滴难出,两腿肿胀沉重,甚则阴囊亦肿。或见头晕心悸,背寒而痛,脉来沉象。此为肝病及肾,因“肾主水”,“为胃之关”,故少阴阳虚,气化无权,失于主水之功,则下焦水寒之邪不得外排,或上或下,或表或里,泛滥为肿。治疗之法,一要温补肾阳,二要利其水邪,用真武汤方:附子 15g,白术 15g,茯苓 30g,生姜 10g,白芍 10g。方中附子辛热下温肾阳,使水有所主,白术燥湿健脾,使水有所制;生姜宣散,佐附子以助阳,是主水之中而又有散寒之意;茯苓淡渗,佐白术以健脾,是制水之中而又有利水外出之功。妙义在于芍药,一举数用:一可敛阴和营,二可制附子之刚燥,三可利尿去水。《本草经》云:芍药能“利小便”而有

行阴利水之功。本方亦可酌加黄芪 30g, 红参 10g。并先煎附子 40 分钟, 然后与诸药合煎 3 次, 分 3 次服之, 对驱寒利水消胀而大有功效。

温阳通气法:临床观察, 有部分肝硬化腹水病人在小便不利, 大便溏软的同时, 表现为“心下”部位痞满坚硬, 脉来沉弦小紧。刘老认为此为脾肾阳虚, 水气泛滥, 上乘阳位, 阻碍气机运行所致, 治当以温阳散寒, 通利气机为法, 选用《金匱要略》桂枝去芍药加麻辛附子汤。药用桂枝 10g, 生麻黄 6g, 生姜 10g, 炙甘草 6g, 大枣 6 枚, 细辛 6g, 熟附子 10g。本方虽有通利气机之功, 但并无直接攻气之药, 而是通过桂枝去芍药汤振奋卫阳, 麻辛附子汤温发里阳, 两者相伍, 通彻表里之阳气, 使阳气行则气自通。故本方既能温通水气, 又不致于耗散正气, 用于阳虚水气上乘, 障碍气机运行之证, 正为适宜。

(2) 虚中夹实证: 肝硬化腹水虚寒证, 由于阳气虚衰, 不能温化水湿, 使水邪充盛于内; 或在水湿充盛之时, 不注意温补阳气, 惟用攻逐峻利之品, 杀伤正气, 均可致虚中夹实证。此时治疗颇为棘手, 实邪内存, 补之无效; 正气内虚, 则攻之不支。吴谦曾感悟到“肿胀之病属虚寒者, 自宜投诸温补之药, 而用之俱无效验者, 虚中必有实邪也。欲投诸攻下之药, 而又难堪, 然不攻之终无法也, 须行九补一攻之法。使用补养之药九日, 俟其有可攻之机, 而一日用泻下之药攻之。然攻药亦须初起少少与之, 不胜病, 渐加之, 必审其药与元气相当, 逐邪而不伤正, 始为法也。其后或补七日、攻一日, 补五日、攻一日, 补三日、攻一日, 缓缓求之, 以愈为度”《医宗金鉴·卷四十一》。刘老于临床, 颇能体会吴氏用心之苦而自制一方, 名“白玉消胀汤”专用于肿胀大证投补药无效而又不峻攻之时。药用茯苓 30g, 玉米须 30g, 白茅根 30g, 抽葫芦

12g,冬瓜皮 30g,大腹皮 10g,益母草 15g,车前草 15g,地鳖虫 10g,茜草 10g,川楝 10g,元胡 10g,紫菀 10g,枳壳 10g。本方通气行水,活血助疏,上利肺气以行治节,中厚脾土以运水湿,下开水府而畅三焦,虽亦有逐邪之力,然无伤正损人之弊,于施补药以后而肿胀不减者用之,每获良效。

(3)实证:肝硬化腹水见实证者,刘老认为多是由于实热积滞,肝胆疏泄不利,水气结聚于内所致,症见腹胀而按之疼痛,大便不通,小便短赤不利。其人神色不衰,舌苔厚腻,脉来沉实任按。此时可考虑攻水消胀,刘老常用桂枝汤减去甘草合消水丹法。药用甘遂 10g,沉香 10g,琥珀 10g,枳实 5g,麝香 0.15g。上药共研细末,装入胶囊中,每粒重 0.4g,每次服 4 粒。晨起空腹用桂枝汤去甘草(桂枝 10g,白芍 10g,生姜,肥大枣 20 枚),煎汤送服。^[29]

【按语】

肝硬化腹水各家均认为证属本虚标实,但治疗有所不同。关幼波认为水蓄邪实,体虚是肝硬化腹水矛盾的主要方面,治以补为常法,攻水为权变。见“水”不能单纯利水,必须根据正虚的情况或补气、健脾、养阴以扶正,佐以利水,并注意疏利三焦,重视活血行气化痰或在扶正的基础上抓紧时机适当逐水。张琪根据患者体质强弱、病程新久以及腹水轻重程度,分别以逐水法和分消法治之。前者用于行气俱实者,后者用于水热中阻,脾胃不和者。王安康治疗腹胀从:①疏肝理脾;②健脾化痰,行气利水;③滋养肝阴,通络利水三方面论治。张海岑认为软坚化痰不忘清邪利气,疏肝解郁尤重健脾益气,渗利水湿更当顾护阴液。王鸿士认为其病机要害在郁结,治疗当调整气机,酌情补益气血,重用生黄芪。朱

良春抓住肝硬化腹水本虚标实,瘀积为水的特点,运用庵闾子配积实子为主的治疗方法,颇有特点。俞尚德认为腹水临床必须细审,应兼治其原发疾病,切勿以逐水为功。郭振球主张在辨证施治的精神指导下,攻补兼施,分别给以“培脾舒肝”和“逐水峻泄”之剂,以进行治疗。方药中认为,本病病位多在肝、脾、肾三脏,性质多属本虚标实,本虚以脾气虚、脾胃气阴两虚、肝肾阴虚为多见;标实以气滞、血瘀、水停多见,治疗大法宜扶正驱邪。湛宁生提出臌胀治法虽多,但归纳之,不外消、攻、补三法。王励勋认为本病虚实错杂,分三步施治:①消水当先,兼扶脾土;②调理三阴,扶正为主;③复肝善后,丸药缓图。顾丕荣治疗肝病重用白术,辨证要诀是以验舌为主,参合脉证而立法处方。白术用量分大剂、中剂、小剂(大剂60~100g,中剂30~60g,小剂15~30g),炮制分炙、生和焦用三种,对治疗肝病改善肝功能和消退腹水等有显著功效。邹良材、黄星楼均认为本虚标实,虚实交错为本病的主要病机特点。邹氏治疗归纳分脾虚气滞、脾肾阳虚、肝肾阴虚、阴虚湿热四型。黄氏治疗则以疏利为主,不能见水治水,而应权衡利弊,慎用攻逐。康良石对活动性肝硬化伴腹水,腹水不消,并发喘满、癰闭及神昏诸逆变证,病情危重者,认为应辨裹水特点,审脉证表现,区别气滞湿阻、瘀浊并阻及热浊停聚等不同病机消导裹水,并防逆变。尚尔寿治疗本病善用活血化瘀、益气健脾药。夏德馨将肝硬化腹水的治疗重点放在养阴利水。梁乃津认为治疗关键在于利水湿以消腹水,臌胀除则气畅脉通,正伤得救,病有转机,善用自拟五苓汤治之。陈继明认为肝硬化腹水以气虚为本,血瘀为标,腹水乃标中之标,以养正消积作为治疗大法,根据病情发展的不同阶段,突出治肝、治脾、治肾的重点,分别采用补肝和血、补脾运中、补肾化气等法,佐以分消、化瘀、行气。贺

则章治疗有四法:①疏肝理脾,清热利湿法;②化瘀通络,舒肝散结法;③通阳化气,分消利水法;④养血益阴,舒肝解郁法。刘启庭根据该病本虚标实的特点,采用补、消、化、行协调交替使用,创益气活血化瘀消积汤(补),以调整机体阴阳平衡,恢复脏腑功能;化气行水汤(攻)以开上通下,分清水饮,通腑疏肝,腑通水消。临床上根据病人体质的强弱、腹水的多少、饮食的盛衰、两便的情况决定一补一攻,还是二补一攻或三补一攻,名之攻补协调法,认为此法有五个优点:①适应机体及脏腑功能的恢复;②避免攻补太过或不及的弊端;③患者易接受治疗;④疗效快且以巩固;⑤较以往攻补兼施法稳妥。张云鹏主张在攻逐两难时,邪浊壅盛,既能耗伤正气,更能阻碍气机之正常运行,实为关键,当以攻逐为主师。攻逐之中,又视邪浊之性质、病势之前后、病机之坚积、脏腑之相关而遣药伍方。至于正气之虚,稍事小补以助鼓动即可,独喜黄芪,为必用之品。吕承全在肝硬化腹水初起,或邪盛正不衰时以祛邪逐水为主,而对一些久治不效的腹水重症用补气健脾、温肾利水缓缓图之,亦喜用黄芪。刘学勤治疗抓住“虚”、“准”、“狠”三原则,始终以虚为念,攻邪须狠,中病即止。陈昆山治疗分五型,即肝脾血瘀、寒湿困脾、湿热蕴结、脾肾阳虚和肝肾阴虚。陈茂梧认为本病的成因与寒湿热瘀有关,加之肝脾肾功能彼此失调,初为实证,久为虚证,终至气滞血瘀,治疗以化瘀与逐水并重。刘渡舟认为治疗本病不能只图消除腹水与肿胀而概用峻下之药,这样做虽可暂时减轻痛苦,但时间一长,往往利尿无效,病人臌胀反而加重,甚至导致死亡。治疗应首辨其虚实寒热,根据具体病症而进行针对性治疗。

(赵晓威 洪慧闻)

参考文献

- [1] 北京中医医院编. 关幼波临床经验选. 北京: 人民卫生出版社, 1979. 127 ~ 128, 131 ~ 132, 137 ~ 140, 146 ~ 154
- [2] 王暴魁, 谢宁, 姜德友, 等. 张琪治疗肝炎后肝硬化经验. 中医杂志, 1996, 37(4): 202 ~ 203
- [3] 姚世明. 王安康治疗肝硬化腹水经验. 中西医结合肝病杂志, 1999, 9: 56
- [4] 张国秦, 张玉芳, 等. 张海岑老中医治疗肝硬化腹水经验. 河南中医, 1994, 14(3): 149 ~ 150
- [5] 北京中医学院, 首都联合大学中医药学院, 《名老中医经验汇编》编委会. 名老中医经验汇编(上). 北京: 北京出版社, 1994, 150 ~ 155
- [6] 朱步先, 何绍奇, 等整理. 朱良春用药经验. 上海: 上海中医学院出版社, 1989. 14 ~ 15
- [7] 俞尚德主编. 俞氏中医消化病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1997. 181 ~ 182
- [8] 郭振球. 门脉性肝硬化腹水 39 例治疗观察. 哈尔滨中医, 1960, 3(11): 8
- [9] 赵崇学. 方药中治疗肝病腹水的经验. 中国医药学报, 1989, (4): 45
- [10] 湛宁生. 肝硬化腹水辨证论治规律之探讨. 北京中医杂志, 1986, (4): 26 ~ 27
- [11] 王俊义. 王励勋老中医治疗肝硬化腹水经验介绍. 新中医, 1987, (10): 3 ~ 4
- [12] 曹克允, 项方, 张志银, 等. 顾丕荣老中医治疗肝病重用白术的经验. 安徽中医学院学报, 1984, (2): 25 ~ 26
- [13] 史宇广, 单书健, 等主编. 当代名医临证精华. 肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988. 318
- [14] 汤叔梁. 顾丕荣变通蛊卦治肝硬化腹水经验. 中医杂志, 1991,

(2):24

- [15] 邹良材. 谈谈肝硬化腹水证治. 中医杂志, 1981, (5): 30~32
- [16] 冯仲华. 黄星楼治疗肝硬化腹水经验. 河南中医, 1999, 19(6): 21
- [17] 康素琼, 康俊杰. 康良石诊治活动性肝硬化腹水经验. 实用中医杂志, 1995, (3): 14~15
- [18] 赵晓威. 尚尔寿教授治疗乙肝后肝硬化腹水的经验. 实用中医内科杂志, 1997, 11(4): 4~5
- [19] 王伯祥主编. 中医肝胆病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1993, 626
- [20] 黄穗平. 梁乃津辨治肝硬化失代偿期经验. 新中医, 1996, 4: 10~11
- [21] 陈继明. 漫谈肝硬化腹水证治. 中医杂志, 1982, 12: 8~12
- [22] 贺力坤, 李英谊等. 贺则章医师治肝硬化腹水经验. 陕西中医, 1985, 6(8): 351~352
- [23] 高阳, 季琪. 刘启庭治疗肝硬化腹水经验. 江西中医药, 1996, 27(5): 11
- [24] 花根才, 周琴花. 肝硬化腹水治验张云鹏主任临床经验举隅. 陕西中医, 1995, 16(8): 359
- [25] 彭勃. 吕承全教授治疗肝硬化腹水经验拾萃. 中国农村医学, 1995, 23(10): 60~61
- [26] 刘静宇, 庞国明. 刘学勤治疗肝硬化腹水临证经验. 中国医药学报, 1998, 13(6): 57~58
- [27] 李邦华. 陈昆山治肝硬化腹水经验. 江西中医学院学报, 1996, 8(2): 9~10
- [28] 陈建军. 陈茂梧治肝硬化腹水的经验. 江西中医药, 1998, 29(6): 4
- [29] 陈明. 刘渡舟治疗肝硬化腹水的经验. 中医杂志, 1997, 38(7): 408~410

肝 性 脑 病

【概述】

肝性脑病是由于急性或慢性肝细胞衰竭所并发的大脑功能障碍,表现为神经精神系统的多种异常,常可伴有门-体静脉的分流。本病的原发疾病最常见为各型肝硬化,尤其为肝炎后肝硬化,其次为重症病毒性、中毒性和药物性肝病所致的急性或暴发性肝功能衰竭。也见于原发性肝癌、肝外胆道疾病、妊娠期急性肝脂肪变性、门腔静脉分流术后,以及任何其他弥漫性肝病的终末期。其发病机制尚未彻底阐明,目前主要认为是由于来源于肠道和体内的一些有害的代谢物,不能被肝脏解毒和清除,进入体循环,透过血脑屏障,导致大脑功能的紊乱。临床表现主要归纳为五个方面:神经精神改变、个性与行为改变、智力功能改变、神经肌肉活动异常、扑翼样震颤。中医属“昏迷”、“暴不知人”、“癫狂”、“痴呆”等范畴。以邪扰神明为主要病因,痰浊蒙闭清窍、邪热上扰神明、阴虚阳亢、阴阳两竭均可致昏迷。病位在肝、心、脑。病机要点为热、火、痰浊蒙闭清窍,或气血阴阳衰竭,神无所依。

【名医经验】

1. 梁乃津诊治经验

肝昏迷即肝性脑病,主要表现为精神错乱,动作反常,进而嗜睡神昏,属中医“癲狂”、“昏迷”范畴。梁老认为,此为**正虚邪陷**所致。正虚即**阴竭阳脱**,邪陷即**痰热秽浊蒙心**。缘厥阴肝木内寓相火,若**阴虚火旺**,则火炼水液为痰,痰热胶结,木化风火,故阴竭者多为**痰热蒙心**,夹有虚风,表现为**烦躁身热**,甚则**怒目狂叫**,肢体**震颤或抽搐**,口臭便秘,喉有痰声,舌红、苔黄干。太阴脾土靠肾温煦,若脾肾阳虚,则**阴寒内盛**,水湿不运,痰浊内生,故阳脱者多为**秽浊蒙心**,并有**寒凝**,表现为**情志淡漠**,行为呆滞,或**臃脱嗜睡**,昏迷不醒,口有**秽气**,舌淡、苔白腻。由于肝昏迷病情险恶,因此梁老主张要**早期诊断和及时积极治疗**,且尽可能使用**中西医结合**的方法。中医辨治方面,他常用**芳香宣窍法**,合理使用“三宝”和**苏合香丸**有利于减轻精神症状,延缓或阻止进入昏迷期,促使昏迷病人苏醒。对**痰热蒙心者**,常选用**安宫牛黄丸**,并配合**苦寒泻下**,重坠豁痰,镇肝熄风。煎剂以**黄连温胆汤**、**三黄泻心汤**加减为多,加用**羚羊角骨**、**干地龙**、**珍珠母**等。待痰火清化,则改用**甘寒柔润**,滋阴生津,壮水之主,以制虚火,水不足则余焰难消,切忌一攻再攻。对**秽浊蒙心者**,常选用**苏合香丸**,并配合**甘补温阳**,辟秽涤痰,祛寒化浊,以求痰浊之源得杜,心窍为之开宣,清灵之性复,神明有所主。煎剂多用**参附汤合涤痰汤**,加**黄芪**、**干姜**、**肉桂**等。待痰浊化,神志清后,亦可继续**甘温峻补**,激发命火,振发脾胃,以防蒙心之痰再生。

病案举例:潘某,女,60岁。1994年11月25日以腹胀反复5年,尿急痛伴发热2天,烦躁不安1天就诊。患者近5年来因反复出现腹胀、排黑便而住院诊治,已确诊为肝硬化失代偿期。2天前出现尿急痛、发热,于就诊当天早上出现烦躁不宁,坐立不安,言多不达意,肢体常挛搐,口臭难闻。查:舌质红,苔黄腻,脉滑数。体温38℃,定向、计算及理解力严重障碍。巩膜皮肤黄染,腹部移动性浊音。化验尿常规白细胞(+),血WBC $6.8 \times 10^9/L$, NO.88, A/G倒置, DBil $16 \mu\text{mol/L}$, TBil $30 \mu\text{mol/L}$, HBsAg阳性。B超示:肝硬化,少量腹水。诊断为肝功能衰竭、尿路感染诱发肝昏迷(Ⅱ级)。此属中医癡狂,辨证为痰热蒙闭心窍,兼肝风内动,治以清热化痰开窍熄风,口服安宫牛黄丸。另处方:大黄、石菖蒲各10g,黄芩、胆南星、天竺黄、法半夏、茯苓、枳实各15g,羚羊角骨、绵茵陈各20g,配合西药护肝支持疗法,治疗2天后精神意识恢复正常。为巩固疗效,继续以原方加减治疗。^[1]

2. 邹良材诊治经验

肝昏迷是各种严重肝脏疾病的并发或终末表现,亦称“肝性脑病”,多见于肝硬化晚期和重症肝炎等患者之中。祖国医学除称为昏迷外,尚有“撮”、“谵妄”、“郁冒”等名称。邹老的主张是:抢救肝昏迷,主分虚实两途。

实证是邪毒攻心,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,便结尿赤,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，痰声漉漉，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，犀角凉血清解毒功效最为显著，如用水牛角代替，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。邹老以为此证重，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，酌佐消化痰热，药选西洋参、麦冬、五味子、天竺黄、川贝母之类。属阳气衰亡者，急予回阳救逆，佐以化痰醒窍，药如人参、附子、白术、茯苓、石菖蒲、远志、炙甘草，并配合服用苏合香丸。

肝昏迷者病情变化迅速，虚实错杂。病发可以邪实为主，但正气常已受伤。久病虽属正虚，但痰浊常留恋难解。邹老主张全面权衡，标本缓急，邪势急者先治标，邪势退者图其本；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。^[2]

3. 祝湛予诊治经验

臌胀晚期神昏谵语，狂躁不安系湿热互结，弥漫三焦，蒙蔽清窍而致，治疗急用牛麝散清热化痰，开窍醒神，使神志恢复，狂躁控制，转危为安。以后易方治疗臌胀。祝师治用茵陈蒿汤清热利湿退黄；五皮饮合五苓散通阳利水消肿；逍遙散、五味异功散健脾疏肝。随证加制附片，桂枝温阳利水；丹参、茜草、红花、白蒺藜、合欢皮软坚散结，消肝脾之肿大，虚实兼顾，标本同治。^[3]

【按语】

肝性脑病为肝病后期,病情较重,中医治疗疗效不甚满意,临床需配合现代医学治疗措施,方可取得一定疗效。对于肝昏迷,梁乃津认为正虚邪陷致本病,治疗用芳香宣窍法,合理使用“三宝”和苏合香丸有利于减轻精神症状,延缓或阻止进入昏迷期,或促使昏迷病人苏醒。邹良材认为病情变化迅速,虚实错杂,主张全面权衡,标本缓急,治疗主分虚实两途,邪势急者先治标,邪势退者图其本,正气暴脱者治本。祝谌予认为本病系湿热互结,弥漫三焦,蒙蔽清窍而致,治疗急用牛麝散清热化痰,开窍醒神。

(洪慧闻 赵晓威)

参考文献

- [1] 黄德平. 梁乃津辨治肝硬化失代偿期经验. 新中医, 1996, (4): 11~12
- [2] 王伯祥主编. 中医肝胆病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1993. 646
- [3] 董振华, 季元, 范爱平, 等编. 祝谌予临证验案精选. 学苑出版社, 1996. 40~41

肝硬化上消化道出血

【概述】

上消化道出血是肝胆疾病常见的并发症之一。肝胆疾病引起的上消化道出血主要由门静脉高压、重症肝炎、胆道出血引起,尤其前二者多见。其病因与炎症、机械因素、血管因素、肿瘤因素及全身性疾病等有关。基本病理多是消化道粘膜或肌层,甚或浆膜层的血管因糜烂、坏死、破裂而出血。临床表现主要为呕吐鲜红色或紫暗色血液,夹有食物残渣,暗红便或者解出鲜红色、暗红色血液。纤维胃镜及大便潜血实验为最主要依据。本病属中医急症“血证”范畴,一般认为由黄疸、胁痛或腹胀迁延不愈,加之饥饱无常,饮酒过多,外邪侵袭,肝火犯胃,劳倦久病所致,病机特点是肝胆脾胃功能受损,热邪伤络或脾虚失调,损伤脉络,而致吐血、黑便。

【名医经验】

1. 梁乃津诊治经验

肝硬化之出血,轻则鼻衄之衄,皮下瘀斑,重则呕血便血,危及生命,总属中医“血证”范畴。轻缓出血多因肝不藏血,脾不统血,脉络枯涩,阳虚热灼所致,而呕血便血则多为肝胃热盛,火伤胃络引起。梁老认为,不论属何种出血,皆以

收涩止血为先。盖涩可凝滞血液外溢之道,使血固运于脉内,以防气随血出而脱。梁老常用白及、地稔根、紫珠草、藕节等,其中藕节炒黑用之,取前贤“血见黑则止”之理。因血为阴精,性本宁静,失其性则离经外溢,故要宁血以止血。宁血要明了虚实,分辨寒热。若肝胃火热、迫血妄行者,宜配合泻火止血。梁老常用三黄泻心汤加味,其中大黄苦寒,直入肝胃之经,泻热制火,止血又不留瘀,最为好用。若肝肾阴虚,虚火伤络者,宜配合养阴止血,用甘柔滋阴以润畅脉络。梁老常用一贯煎、知柏地黄汤、玉女煎之类,尤选用生地、丹皮、赤芍、旱莲草、茜草根等养阴清热、凉血止血之品。若脾气虚弱,气虚失摄者,宜配合补益脾胃,鼓舞中气,用甘补温运以激发生化之源,使脾气健旺,统摄有权,失统离经之阴血得以内守,血载气,气摄血,营血随经,不失其常。此乃阳中求阴存,动中求安静,以达阴血随经之目的。梁老常用独参汤、补中益气汤等。其中人参大补元气,黄芪补脾益气,两者合用补气统血之力更强,最适用于气虚失摄之出血。

病案举例:潘某,女,58岁,退休护士。1993年1月1日以腹胀反复出现3年,排黑便1天就诊。患者于1989年始出现腹胀,且多次因症状加重在本院住院,诊断为肝硬化失代偿期。近2年来多次排黑色烂便,钡餐检查示:胃窦粘膜粗乱。胃镜检查示:胃粘膜广泛糜烂充血。1天前因食辛燥之品后又排柏油样黑便3次,每次约大半碗,伴头晕,口干苦,舌红、苔薄黄,脉细数。检查:大便潜血(+++),Hb108g/L。腹部B超示:肝硬化声像,脾厚6.5cm,腹腔液性暗区2.5cm。中医诊断为血证(便血)。辨证为肝胃郁热,热伤胃络,阴津受损。治以清热泻火,收涩止血。处方:地稔根、紫珠草、生地各30g,茜草根、海螵蛸各20g,旱莲草、黄芩、浙贝母、白及各15g,大黄、黄连各10g。另冲服三七末、

白及粉各 3g, 配合输液疗法。服药 3 天, 排大便黄色、条状, 化验大便潜血阴性。精神转佳, 口干苦减轻, 舌红干少苔, 乃去收涩止血药, 改用养阴清热法调治。^[1]

2. 柯与参诊治经验

晚期肝硬化伴上消化道出血为气血大亏, 虚中有实, 重在保护脾胃, 制止出血。死血瘀积, 参以活血化瘀之品。对于吐血一证, 应以降逆, 行血, 清火, 补肝为大法, 忌降火, 伐肝; 止血为治标应急之措施。意在不专补血, 而主补气; 不单为止血而止血, 而以行血止血, 所谓“有形之血, 不能速生, 无形之血, 所当急固”也。重用黄芪补气, 党参、白术补脾益气, 川楝子、白芍、甘草疏肝, 制肝; 瓜蒌、旋覆花下气; 苇根炭、仙鹤草止血; 参以延胡、泽兰、三七行血祛瘀; 当归、苁蓉等益血润肠。^[2]

【按语】

肝硬化上消化道出血病情危急, 中药可配合治疗, 梁乃津认为不论属何种出血, 皆以收涩止血为先。常用白及、地榆根、紫珠草、藕节等。柯与参认为本病气血大亏, 虚中有实, 重在保护脾胃, 制止出血, 并参以活血化瘀之品, 对于吐血一证, 应以降逆, 行血, 清火, 补肝为大法。临床治疗需中西医配合, 方可奏效。

(赵晓威 洪慧闻)

参考文献

- [1] 黄穗平. 梁乃津辨治肝硬化失代偿期经验. 新中医, 1996, (4): 11
- [2] 甘肃新医药学研究所编. 柯与参医疗经验荟萃. 甘肃人民出版社, 1984. 69

肝 癌

【概述】

原发性肝癌是指从肝细胞或肝内胆管细胞发生的癌肿。主要表现为肝脏肿大,质地坚硬,表面不平整,胁肋疼痛,腹胀纳差等,晚期消瘦明显,可见出血、黄疸等症。中医学里虽无“肝癌”的病名,但有“肝积”、“癥瘕”、“痰癖”、“癌”等类似的病名。由于肝癌多从慢性肝炎、肝硬化发展演变而来,病程较长,中医认为其基本的病因病机为正虚邪实。正虚重在脾、肝、肾三脏,特别是肝郁气滞、脾胃气虚为肝癌发展的重要病机。邪实主要是指气滞、血瘀、痰浊、湿热、邪毒等壅遏肝经,阻塞气血的流通,日久结成积聚肿块。

【名医经验】

1. 刘嘉湘诊治经验

刘氏认为肝癌发生的实质是由于肝之阴阳失去平衡,瘀血、湿热、邪毒蕴结于肝脏,产生肝气郁滞,化火伤阴;或气滞血瘀,瘀毒蕴结;或气郁湿阻,湿毒内蕴等病理变化,日久导致肝癌的形成。根据肝癌的病理特点,刘氏重点从两方面论治。

(1)疏通气血,条达为要:肝喜疏泄条达而恶抑郁,郁则

气滞,久则血瘀。因此刘氏强调疏通气血为治疗肝癌的基本法则,应贯彻于整个治疗阶段。理气首宜辛开,注意不损胃,不耗气,不伤阴。喜用柴胡、青皮、八月札、绿萼梅。活血则视其瘀血结滞之轻重而用药,轻则养血活血,用郁金、丹参、当归;重则活血化瘀软坚,用赤芍、泽兰、莪术。若瘀阻脉络,则宜和肝通络,宣通而不辛窜,化瘀而不峻猛。总之,以疏畅条达之法以复肝之正常生理状态。

(2) 体用结合,补泻适宜:运用补虚泻实法治疗肝癌,重点在于补肝体之不足,泻肝用之有余。刘氏认为,在肝癌发病过程中,肝体之不足主要表现为肝气虚衰、脾失健运或肝阴不足、肝肾阴虚。故用补肝益气、健脾理气法治疗肝癌病人之胸胁胀痛、恶心纳少、乏力体倦、便溏、舌淡、脉虚弦等症,选用甘缓辛补之品,如黄芪、太子参、白术、茯苓、苡仁、山药、陈皮等,以助肝气及建立中气。用养阴柔肝法治疗肝癌中晚期出现的胁肋隐痛、消瘦、低热、盗汗、头晕目眩、舌红少苔、脉细数等症,选用酸甘生津之品,如白芍、乌梅、山茱萸、生地、北沙参、女贞子、天冬、川石斛等,以酸甘化阴,柔肝缓急。在肝癌形成的病机变化中,肝用之有余主要是指湿热、瘀血、邪毒等病理产物产生并胶结于内,使病情缠绵难愈。刘氏采用清热化湿、解毒化瘀、软坚散结诸法,配合疏肝理气之剂,以泻其实,解除湿热、瘀血、邪毒等病理产物对肝脏的损害。清热解暑选七叶一枝花、石燕、半枝莲、漏芦、龙葵等。清热利湿选茵陈、金钱草、山楂、车前草、岩柏等。软坚散结选生鳖甲、生牡蛎、夏枯草、山慈菇、海藻等。

病案举例:梁某,女,47岁。患慢性肝炎11年,肝区隐痛时作,因肝区胀痛逐渐加剧半月,肝脏进行性增大,1972年1月经某院检查:肝肋下5.5cm,剑突下6cm,质硬,有结节感,甲胎蛋白(AFP)阳性,碱性磷酸酶17.3U,超声波及同位素

扫描均提示:肝右叶占位性病变,X线胸片示:“右侧横膈有局限性膨隆”,诊为原发性肝癌。1972年2月1日就诊。刻下:肝区胀痛,腰痛,口干,舌质红黯,脉细弦。证属肝肾阴虚,气滞血瘀。治宜滋阴柔肝为主,佐以理气化瘀,清热解毒。药用生地、北沙参各30g,麦冬9g,生鳖甲12g,八月札、川郁金各15g,川楝子12g,莪术15g,赤芍、白芍各30g,夏枯草12g,生牡蛎30g,西洋参9g(煎汤代茶)。每日1剂,水煎汤,分3次服。服药后肝区胀痛逐渐减轻,口干明显减轻,坚持服药。1973年4月15日检查:肝脏缩小至肋下刚触及,剑突下4.5cm,AFP阴性,同位素扫描及超声波检查:均未见明显占位性病变,全身情况良好,药已奏效,原方续服,并已恢复工作。以后多次检查,均未发现肝癌复发和转移征象。1975年进行免疫测定,巨噬细胞吞噬率由28%(吞噬指数0.39)升高至43%(吞噬指数0.84),治疗迄今已存活20多年,获得显著疗效。¹⁾

2. 于尔辛诊治经验

于氏治肝癌的学术指导思想源于仲景《伤寒论》和李东垣《脾胃论》,核心是从脾胃论治肝癌,以健脾理气法为治肝癌的基本大法。于氏根据肝癌的临床症状表现,认为肝癌早期常见轻微的脾虚、气滞;中期多见虚实夹杂,脾虚而见有气滞、湿阻、湿热之类;后期亦以虚证多见。遵罗天益所言:“内经云,大积大聚,衰其大半而止。满实中有积气,大毒之剂尚不可过,况虚中有实者乎。”在治疗肝癌的临床中,80%~90%以健脾为主,兼以理气、消导或清湿热,或予燥湿。以加味四君子汤(人参、白术、茯苓、甘草、黄芪、八月札、枸杞、神曲、麦芽、生山楂)为基本方,结合临床辨证遣方用药,常可改善临床症状,远期疗效也较好。

(1)肝癌腹水忌用峻泻之剂: 于氏治肝癌腹水, 主张忌用峻泻之剂, 如舟车丸等。认为肝癌腹水系虚损大病所致, 峻泻虽取快一时, 但腹水迅即生长, 愈泻益甚。反致体质日亏, 形瘦骨立, 腹大如鼓。峻泻则益虚具虚。仿罗天益治腹水法, 以健脾益胃, 渗泄水湿为主, 用加味四君子, 参以理气渗湿之木香、大腹皮、车前子、乌药等味, 使脾运得健, 气道通畅, 水湿渐消。强调治肝癌腹水用渗湿之药时, 必予理气, 未见不予理气而得效者。若腹水严重, 单用中药效果不佳者, 可予西药利尿剂以治其标, 缓解腹中之胀急之症。若中西药均乏效者, 则应考虑属以下情况: 一曰门静脉、肝静脉或下腔静脉癌栓, 水液循环之途既窒, 自是积液愈甚, 而药物失灵也。如患者情况尚好, 可施以手术。二曰癌性腹水, 其水液之生成, 非由循环失道, 而是由癌肿之不断渗出。癌块未除, 水液之生成不已。当于腹腔内用药, 以抑制之。三曰肝癌破裂而成血性腹水, 或施以急诊手术, 或静待其破裂愈合。破裂愈合后, 血腹未消者, 再用生理盐水冲洗腹腔。

(2)肝癌黄疸不宜作肝胆湿热辨: 黄疸一证, 习俗均以肝胆湿热辨之。于氏则指出, 仲景之论疸, 如谷疸、酒疸、女劳疸等, 无一与肝胆两经相关。在《伤寒论》中, 更明言阳明发黄之证, 说明黄疸不必在肝胆, 脾胃病亦可致黄疸。尤在泾曰“谷疸为阳明湿热瘀郁之证”与仲景所谓“瘀热在里”正相吻合。肝癌黄疸正是由阳明瘀郁所致, 自当以消阳明之瘀热为治, 选用茵陈、山栀、大黄、平地木、田基黄、溪黄草等。仲景曰: “诸病黄家, 但当利小便”, 必佐以茯苓皮、车前子或西瓜翠衣、冬瓜皮等。又因黄疸起于阳明之郁, 常加神曲、山楂、谷芽、麦芽、鸡内金等消导药。如大便通利者, 大黄不必常用。大便轻度不利者, 可与半枝莲轻泻。若系阻塞性黄疸, 症见大便由黄转淡而发白, 周身发痒, 仅服中药疗效欠

佳,必须中西医结合治疗,或以手术,使胆汁下流有径;或予放疗,使癌肿缩小而胆管通畅;或施以外引流术,使胆汁外流,黄疸可退。

(3)肝癌肿块疼痛必从脾胃论治:肝区肿块、疼痛为肝癌的常见症状,世俗常以血瘀辨治肿块疼痛。于氏认为,肝癌疼痛应遵东垣之论而归于脾虚证。《脾胃论》云:“脾病,当脐有动气,按之牢若痛,动气筑筑然,坚牢如有积而硬,若似痛也,甚则亦大痛,有是,则脾胃虚也。”其中,按之牢若痛,甚则亦大痛,坚牢如有积而硬,种种,东垣均指为“脾病”,明确指出为“脾虚病也”。证之临床,肝癌之症状也多为脾胃症状,按脾胃论治常收佳效。其轻度、中度疼痛服中药缓解者可达91.9%,而不必依赖于度冷丁、吗啡等麻醉止痛剂。曾治患者,男,51岁,神疲乏力,纳食泛恶,肝区隐痛,肝肿大,B超及CT均示:肝左右两叶占位性病变,甲胎蛋白:大于1000ng/ml。以健脾理胃法加味四君子汤治疗半年,神色好转,饮食如常,脉证明显改善,甲胎蛋白:470ng/ml。

(4)肝癌发热责之脾胃:发热为肝癌常见症状,所谓癌性发热。《内经》云:“有所劳倦,形气衰少,吞气盛,上焦不行,下脘不通,胃气热,热气熏胸中,故内热。”于氏以《内经》此论作为指导肝癌发热辨证施治的大纲,治疗上从脾胃论治肝癌发热。常以两方为主,一为仲景白虎汤,以生石膏为主,治阳明胃经之热。凡肝癌有大热,或肝区大热,有大汗出者,均可以白虎汤治之。一为东垣补中益气汤,治阳明确弱,中气不足之虚热。若用白虎汤不效者,可中西药并治,仿张锡纯阿司匹林石膏法,予消炎痛辈,以生石膏汤和服,亦能收热退、汗止之效。或口服紫雪散,对癌热亦常有效。

不同部位之癌肿所致的癌热,其治法不同,肝癌常以白虎汤法,恶性淋巴瘤常以当归六黄汤法,手术后之发热也以

当归六黄汤,肺癌发热,常予生石膏、寒水石辈。

针对众多的癌肿发热,亦可用张耀卿先生之方,以豆豉、清水豆卷治癌热。如有恶寒者,加苏叶、倍豆豉、清水豆卷之用量。如多汗,可加生石膏、寒水石。如热较高者,加银柴胡、青蒿、葛根。

(5)肝癌不作血瘀辨治:肝癌每从肝炎、肝硬化演变而来,临床体征大多见肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张、毛细血管扩张等。加之腹部之肿块,归属中医血瘀症无疑。于氏认为此说大谬,中医论治肿块,非只瘀血一途。从肝癌形成的病机和临床表现来看,应遵东垣之论述而归于脾虚证,治疗以健脾理气消导为主。若滥用活血攻伐药物,不仅癌肿不见缩小,而且有时可引起消化道出血、肝破裂等并发症。

肝癌若辨证属实痛血瘀者,也可用活血化瘀法,选仲景人参鳖甲煎丸及大黄廑虫丸。适应证为:①甲胎蛋白升高而影像诊断中未见癌块;②肝硬化结节疑其将逐个癌变;③手术后癌肿未清;④其它治疗后,肝癌已消失时,如有血瘀证,当可用之。如癌肿已明显,则已非“未集”,而系大集,即使血瘀证明显,亦当以别法治之。^[2,3]

3. 钱伯文诊治经验

钱氏认为原发性肝癌的病因与肝气抑郁,气血瘀滞,脾虚湿聚,热毒内蕴等有关。而脾虚肝郁则是肝癌的基本病机。肝癌虽根据临床表现可分为脾虚湿阻、气血瘀滞、热毒内蕴、气血两虚等证型,但各证型之间不是孤立不变的,是相互关联和相互转化的,同一病人,在整个病程之中,以上各型都可能出现。但无论证型如何变化,脾虚肝郁始终存在,或以脾虚为主,或以肝郁为重。一般而言,早、中期以肝郁为主,中、晚期以脾虚为甚。由于肝气郁结是诱发肝癌的重要

因素,因而钱氏强调治疗肝癌必须注意调理气机,并把调理气机作为治本之法。调理气机重在一个“调”字,“下逆者使之上行”,“中结者使之旁达”。疏肝理气的同时,要注意配合运用健脾益胃、活血化瘀、清热解毒、化痰祛湿诸法。疏肝理气常用橘皮、香附、大腹皮、佛手、八月札、枸橘李、木香、枳壳、柴胡等。健脾益胃常用白术、茯苓、扁豆、生熟薏苡仁、焦楂曲、鸡内金、谷芽、麦芽等。活血化瘀常用莪术、三棱、大黄、山楂、丹参、赤芍等。清热解毒常用田基黄、垂盆草、白花蛇舌草、苦参、蒲公英等。化痰祛湿多用昆布、海藻、夏枯草、土茯苓、浙贝母、法半夏、苍术等。临证时根据肝癌的具体症状而辨证施治。如肝气抑郁,气机不畅,血行受阻而成积聚,常以舒肝解郁、益气健脾宽中等法,用逍遥散、异功散、参苓白术散、香砂六君子汤等加减治之。如气血瘀滞、经络阻塞、蕴积不散,导致局部组织的病理变化,逐渐形成积聚肿块,以活血化瘀、理气散结等法,用血府逐瘀汤、桂枝茯苓丸、越鞠丸等加减治之。如嗜酒过度或邪毒外侵,湿热郁蒸而致肝癌黄疸臌胀等证,以清热解毒,利湿消肿等法,用黄连解毒汤、龙胆泻肝汤、当归龙荟丸、五苓散、五皮饮等加减治之。如肝癌患者正气虚弱,气阴两虚,全身抗病力减弱,免疫功能低下,以益气养阴补肾等法,用一贯煎、大补阴丸、生脉散、六味地黄丸、加减复脉汤等加减治之。此外,如湿热较盛,黄疸加深,可加茵陈、山栀、郁金等药。大便秘结、腹部胀满,可加厚朴、大黄、大腹皮等。肝区疼痛,加川楝子、鸡屎藤、延胡索等。恶心呕吐,加姜竹茹、姜半夏、陈皮等。便血或黑粪可加血余炭、仙鹤草、墨旱莲等。

钱氏认为在治疗肝癌时,还需注意以下几个问题。

(1)掌握扶正与祛邪的辨证关系,合理配伍使用扶正药与祛邪药,即使是热毒壅盛或湿浊内聚而应用清热解毒或化

湿利湿等法时,也不能忽视扶正的一面。反之在气阴两虚,正气不足,应用益气养阴药的同时,也要考虑邪毒留滞,而适当选用祛除病邪的药物。

(2)治疗过程中不仅要看到肝癌的局部病灶,更要注意患者的全身体质情况,慎重使用活血化瘀药。有些肝癌患者虽有明显的瘀血征象,但也不宜多用久用活血化瘀之品,以免引起出血倾向。

(3)加用引经药物。在辨证用药过程中,根据人体各个脏腑经络不同部位所发生的病变或出现的症状,加入一些归经药和引经药,有利于发挥药物的作用。如肝区疼痛可加入归肝经的柴胡、橘叶,可使疼痛得到减轻。

(4)《金匱要略》中的鳖甲煎丸,在改善症状、治疗肝区疼痛方面有一定作用,并可使部分肝癌的肝脏肿大得到控制和缩小,连续服用也未见不良反应。但对已有腹水的晚期肝癌则不甚适宜。

病案举例:童某,男,41岁。1996年6月27日初诊。患原发性肝癌,B超检查示肝脏肿块7cm×8cm,肝区隐痛,大便溏薄(1日3次),舌苔厚腻,脉弦。证属脾虚湿困,治以健脾利湿,化痰散结。药用:党参20g,苍白术各20g,茯苓60g,生熟薏苡仁各30g,煅牡蛎60g(先煎),厚朴9g,田基黄20g,垂盆草20g,扁豆40g,佛手30g,柴胡6g,土茯苓30g,三棱12g,莪术12g,仙鹤草30g,苦参30g。随证加减:腹胀加绿豆衣20g,大腹皮20g,木香12g,旱莲草20g;自汗去柴胡,加浮小麦30g;软坚散结加浙贝母20g,壁虎2条。10月10日因做无水酒精瘤内注射,血红蛋白下降,头昏乏力,失眠,舌红少苔,脉弦细,辨为气血两虚,治以健脾益肾、气血双补。药用:党参20g,白术20g,茯苓60g,陈皮12g,黄芪60g,当归20g,仙鹤草20g,女贞子20g,枸杞子20g,土茯苓30g,炙甘

草 6g, 鸡血藤 30g, 炒枣仁 12g, 合欢皮 20g, 山药 20g, 赤白芍各 20g。肝区疼痛加八月札 20g, 扁豆 30g, 莪术 20g。1996 年 12 月 2 日复查 B 超示肝脏肿块 4cm × 5cm, 血象恢复正常, 用 10 月 10 日方继续治疗。^[4]

4. 吕继端诊治经验

吕氏治肝癌强调辨证施治, 针对肝癌的不同阶段和临床表现, 主要从两方面辨治。

(1) 痰热瘀滞, 积聚为瘤, 治宜化痰清热, 消瘀散结: 肝癌之形成, 乃由痰热瘀滞, 阻滞经络, 气血运行受阻, 聚而为瘤。临床症状虽异, 但多见舌瘀或紫、苔腻、脉滑或涩。辨证需分清痰瘀二者孰轻孰重, 痰浊重于瘀血, 则化痰为主, 消瘀为次; 反之则化瘀为主; 痰瘀并重者, 则痰瘀并举。同时配合清热解毒之品, 用药仿小陷胸汤加味: 法半夏、黄芩、瓜蒌、贝母、旋覆花、枳实、香附、元胡、丹参、白芍、茜草、金刚藤、八月札等。又因肝癌多由慢性肝炎、肝硬化演变而来, 存在着脾气虚弱的一面, 在化痰清热、消瘀散结之时, 可加入黄芪、白术、茯苓等健脾益气之品以扶助正气, 增强抗邪能力。活血软坚宜用鳖甲, 或鳖甲煎丸, 配合活血药中, 加强软坚散结。忌用三棱、莪术、水蛭、虻虫等破血之品, 以防耗伤正气, 致使癌细胞扩散或转移, 甚者引起上消化道出血, 肝破裂等坏证。

吕氏尤喜在辨证方中加入射干、白茅根两味, 认为射干功能降火解毒, 散血消痰, 利其气分之结, 《日华子本草》载其有“消瘀、破癥结”的作用。白茅根凉血止血, 清热利尿, 使邪毒有下行之路, 《本经》载其有“主劳伤虚羸, 补中益气, 降瘀血, 血闭寒热, 利小便”的作用。两药不仅对肝癌改善症状有效, 且对慢性肝炎、肝硬化效果均甚明显。

(2) 肝肾阴虚, 瘀阻血络, 治宜滋补肝肾, 化瘀通络: 吕氏

认为肝癌是由慢性肝炎、肝硬化演变而成,病程较长,多有肝肾精血亏损的病变。肝肾亏损,精血匮乏,经脉失却濡润,血行无以流畅,脉道壅塞痹阻,日久聚而为瘤。治宜补益肝肾,化痰通络,药用一贯煎加减:用丹参、白芍、生地、丹皮、麦冬补益肝肾,达到“养正积自消”之目的。选鳖甲、地鳖虫、茜草、白花蛇舌草化痰清热,配以茯苓、山药、鸡内金等健脾益胃。又加青皮疏肝破气,散结化滞,《珍珠囊》称之为“破坚癖,散滞气,……治左肋肝经积气”的良药。

病案举例:郭某,女,42岁。1989年5月30日初诊。近半年来肝区时有针尖样刺痛感,腕胀,剧时上引右胸膈,下连右少腹,口干口苦,恶心未吐,食欲不振,每餐约30g,形体渐瘦,大便秘结,小便色黄欠利,月经量中等,色紫黑红不等,经行不畅,5~7天干净。检查甲胎蛋白阳性,火箭电泳 $>1000\text{ng/L}$,碱性磷酸酶 400U/L 。B超示肝右叶有 $4\text{cm}\times 5\text{cm}$ 强回声光团,CT报告肝右叶占位病变。舌质紫暗,苔腻微黄,脉细滑。临床诊断原发性肝癌。证属痰热瘀滞,凝结肝络,积聚为瘤。治以化痰清热,消瘀散结。处方:金刚藤30g,八月札24g,浙贝母24g,射干12g,丹参24g,炒全瓜蒌12g,法半夏10g,黄芩10g,白芍15g,枳实10g,香附12g,茜草10g,旋覆花(布包煎)10g,元胡10g,茯苓15g,白茅根30g。水煎服,每日1剂。另用鳖甲煎丸10g,每日2次。

守方随证加减服至9月18日,自觉无明显不适,精神焕发,每日进食500g左右,已能上班任教,舌淡红边微紫,苔薄白,脉软和。转予疏肝扶脾,散结解毒:醋炒鳖甲120g,射干90g,白花蛇舌草120g,八月札120g,丹参120g,黄芪60g,白芍80g,白术60g,醋炒北柴胡40g,炒鸡内金40g,香附60g,郁金60g,泽兰60g,枳实60g,佛手90g,黄芩90g,红蚤休60g,玫瑰花90g,茜草90g。上药浓煎两次去渣,再将两次药

液复煎后,加白糖 1000g 浓缩,酌入防腐剂,每次 30ml,每日 3 次,开水冲服,服上药 3 料,复查甲胎蛋白阴性,火箭电泳 $<31\text{ng/L}$,B 超提示肝内无明显占位病变。嗣后服用上方内服 2 料。随访至今 4 年余,感觉良好,并坚持上班。^[5]

5. 顾丕荣诊治经验

顾氏运用“三辨”、“三法”、“三忌”、“三要”,作为治疗肝癌的措施,使多数患者改善了症状,延长了生命,取得了较好的临床效果。

(1)辨虚扶正:本病的形成,是由正气先虚,而后邪气居之,导致气滞血瘀,聚痰酿毒,相互搏结而成。前人有言:“壮人无积,虚人则有之。”在治疗时,侧重扶正固本,增强自身抗癌作用,为祛邪创造必须的条件。

(2)辨证祛邪:本病的致病之邪有气滞、血瘀、湿痰等,治疗宜行气散结,活血消肿,清热解毒及虫类搜逐等法。祛邪的目的,要求达到散结化积以制癌。

(3)辨病选药:如气虚选人参、党参、黄芪、白术、山药、甘草等;血虚选当归、川芎、白芍等;阴虚选天冬、麦冬、南北沙参、玉竹、女贞子、旱莲草、生地、生鳖甲、龟甲等;阳虚选肉桂、仙灵脾、补骨脂、五加皮、韭菜子等;余如百合、扁豆、桑寄生、川断、杜仲、核桃枝、薜荔果、胡麻仁也可随证选用。气滞选木香、乌药、香附、枳壳、小茴香、八月札、郁金等;瘀血选用乳香、没药、桃仁、红花、元胡、三七、大黄、丹皮、蜣螂虫、赤芍、姜黄等,不宜用三棱、莪术、水蛭、地鳖虫、山甲等破血之品。湿痰选厚朴、枳壳、鲜南星、生半夏、生米仁、茯苓、猪苓、瓜蒌、薤白、芋艿、土茯苓、贝母、荸荠、海藻、防己、蛤壳、牡蛎、僵蚕、黄药子、石菖蒲、山慈菇、冰球子等。清热解毒的抗癌药可选白花蛇舌草、七叶一枝花、蒲公英、半枝莲、

白英、紫草、龙葵、牛黄、青黛、鱼腥草、败酱草等。

在合理使用方药的时候,还要注意饮食的宜忌。可多吃新鲜蔬菜和萝卜、胡萝卜、扁豆、米仁、百合、海带、紫草以及菌类中的猴头、银耳、蘑菇、香蕈等,也可吃些蛤类、鱼刺、龟、鳖等,对病有益。^[6-7]

6. 杨宝印诊治经验

对肝癌的治疗,主张在抗癌的前提下,注意病位、证型、症状及体质四个方面。如肝癌病位在肝,证型为气滞血瘀,症状是上腹胀痛,体质属实者,治以柔肝散结、活血化瘀、理气止痛。药用当归、白芍、牡蛎、柴胡、青皮、急性子、莪术、元胡、郁金、大黄等,能收到一定的临床疗效。如一例配合氟尿嘧啶治疗后,肝扫描肝内不见占位病变,一般情况良好,已生存8年多。一例间断配合氟尿嘧啶及扶正汤等治疗,肝内不见占位病变,生存已10年多,一般情况良好,恢复工作。

除辨证论治调节整体外,还要选用抗癌药,即辨证与辨病相结合。临床实践认为斑螫制剂对肝癌有一定疗效,曾以斑螫酸钠观察18例肝癌,有效率为55%。以后又用人工合成的去甲基斑螫素观察244例,一年生存率为30%,并有部分病例用药后行病理检查,发现癌细胞已变性坏死。近年来又发现瑞香科狼毒对肝癌患者也有减轻症状,回缩肿瘤的作用。

由于化疗药物所致的血液学毒性,常限制其充分利用,量过大则正邪俱伤,因而多配合中药“扶正汤”:熟地、阿胶、何首乌、党参、黄芪、女贞子、枸杞子、薏米、鸡血藤、陈皮、焦三仙等。不仅可使白细胞的“量”复升,而且有“质”的改善。

总之,扶正祛邪相结合,辨证与辨病结合论治,处理好机

体、肿瘤及药物三者之间的关系,是治疗肝癌的重要环节。^[8]

7. 段凤舞诊治经验

段老认为肝癌病情复杂,既有瘀毒之实又有气血亏损之虚。治疗上应明辨虚实,补虚攻邪,慎重权衡。在用活血化瘀、软坚散结、解毒抗癌等攻邪之法时,应扶持正气、攻补兼施。临症诊治肝癌常以参赭培气汤及逍遥散二方加减应用。参赭培气汤由党参、生赭石、天冬、肉苁蓉、当归、知母、半夏等组成,再加丹参、赤芍、莪术、八月札等理气活血、逐瘀攻邪,治疗肝癌中晚期症见肝胁隐痛不休,癥瘕结硬,纳少消瘦,神疲乏力,腹胀呃逆,或周身面目发黄,或呕血衄血,舌淡脉濡等。若患者体质较强,以肝脾失调、气滞血瘀为主,用逍遥散加桃红四物汤,以疏肝健脾、活血化瘀。同时应辨证与辨病相结合,随症选用活血化瘀和抗癌解毒药,如八月札、元胡、郁金、丹参、龙葵、蛇莓、半枝莲、白英、白花蛇舌草等。肿块明显而体质较强,多加三棱、莪术,偏阴虚者则用鳖甲。痛甚以川椒、细辛止痛。有黄疸者加茵陈、金钱草、虎杖等。腹水者伍用五苓散。衄血、呕血者加白茅根、仙鹤草、三七粉。肝肾两亏者,重用枸杞子、女贞子。肝癌发热,辨明上中下三焦,分别用黄芩、黄连、黄柏,热甚者,可用白虎汤。^[9]

8. 陈泽霖诊治经验

陈氏认为肝癌证治的关键是早诊断,早治疗。经长期观察,发现肝癌早期病人有部分可在舌象上有所反映。1981年曾调查过112例肝癌患者,发现舌质青紫,舌边有瘀点、瘀斑者56人(占50%);舌脉增粗延长,色紫黑以及小静脉扩张者72人(占64.22%),为所有恶性肿瘤中比例最高者。临床对见有舌边瘀点、瘀斑且呈条状,并有舌脉粗长者,应及早

作甲胎蛋白测定、肝同位素扫描、B超检查等,以明确诊断,及早转外科手术。^[10]

【按语】

肝癌难以早期发现,一旦出现临床症状,多为中晚期。中晚期肝癌来势猛,发展快,生存期短,西医药至今尚无较为理想的治疗方法。中医药在治疗中晚期肝癌时发挥着重要作用。大量医疗实践证明,中医药在缓解症状,提高生存质量,延长生存期等方面都有较明显的效果。以上8位名医在诊治肝癌方面匠心独运,辨证与辨病相结合,灵活遣方用药,收到很好的临床效果。刘嘉湘以疏通气血为首要治法,务使肝气条达,气血通畅。补肝阴、脾气之不足,泻湿热、瘀血、邪毒之有余。于尔辛治肝癌重点抓住脾虚之本,以健脾理气法治疗肝癌腹水、黄疸、肿块疼痛、癌性发热等症,很有特色。钱伯文抓住肝郁脾虚的基本病机,以调理气机入手,配合活血化瘀、清热解毒、化痰祛湿诸法治疗肝癌,强调加用归肝经药和引经药,以利于发挥药物作用,独具灵思。吕继端治肝癌从痰瘀论治,实证用化痰清热、消瘀散结法,虚证用滋补肝肾、化瘀通络法,尤喜在辨证方药中加入射干、白茅根两味药。顾丕荣治肝癌重在“三辨”,辨明患者的虚实而选方用药,突出辨证施治。杨宝印治肝癌中西药结合,用西药以攻癌,用中药以扶正,增强体质。段凤舞主张攻补兼施,灵活辨证用药。陈泽霖观察到舌质青紫、舌边瘀点、瘀斑时诊断早期肝癌有重要参考价值。诸位名医均认为肝癌形成是一个较长的过程,正气亏虚为本,气滞、血瘀、痰浊、湿热、毒邪等病理产物为标,治疗上重点应以扶正固本为主,健脾益气滋养肝肾。同时注意选用抗癌的清热解毒药。在如何使用活

血化瘀药的问题上,主张使用温和的活血药,忌用峻猛的破血药,以免引起出血及癌肿破裂,值得引起临床医生的注意。

(毛文藻 洪慧闻)

参 考 文 献

- [1]高虹.刘嘉湘教授辨治肝癌经验.辽宁中医杂志,1997,24(6):248~249
- [2]徐益语.于尔辛治晚期肝癌的独到经验.上海中医药杂志,1996,1:10~12
- [3]奚健.于而辛教授诊治肝癌经验浅介.中医文献杂志,1996,4:30~32
- [4]王昌俊,陈伟.钱伯文治疗原发性肝癌经验.中医杂志,1999,40(8):460~461
- [5]张赤志.吕继端治疗肝癌经验.中医杂志,1995,36(9):531~532
- [6]顾丕荣.肝癌证治.中医杂志,1985,12:885~886
- [7]张俊.顾丕荣老中医辨治肝癌的经验.新中医,1999,31(1):8~9
- [8]杨宝印.肝癌证治.中医杂志,1985,12:886
- [9]段凤舞.肝癌证治.中医杂志,1985,12:886~887
- [10]陈泽霖.肝癌证治.中医杂志,1985,12:887

脂 肪 肝

【概述】

脂肪肝是由多种疾病和病因引起的肝脏脂肪性变,是肝脏脂肪蓄积过多的一种病理状态,可由肥胖、酒精中毒、病毒性肝炎、糖尿病及药物等原因引起。可引起肝细胞坏死和肝纤维化。约25%的脂肪肝患者临床上可没有症状,临床表现亦缺乏特异性,目前脂肪肝病人多于集体体检时偶然发现,故确实的发病率很难统计。诊断主要依靠病史、临床表现、实验室检查,特别是B超和CT,确诊有赖于肝活检。近年来由于生活水平提高,饮食结构变化以及预防保健措施滞后,脂肪肝发病率仍在上升,且发病年龄越来越小。

以往认为,脂肪肝预后良好,但目前研究发现本病亦可呈进行性发展,除酒精性脂肪肝可发展为肝硬化外,非酒精性脂肪肝的肝纤维化发生率可高达25%,且约1.5%~8.0%的患者可进展为肝硬化。故对脂肪肝的诊断与治疗不容忽视。

本病可属中医“胁痛”、“积聚”、“癥瘕”、“黄疸”、“肥气”等范畴。中医认为,脂肪肝是由于过食肥甘厚味,伤食碍胃,或久卧久坐,体丰痰盛,或七情内伤致肝疏泄失职,脾运化无权,水湿内停,痰浊内生,气滞血瘀而形成。

【名医经验】

1. 王文正诊治经验

王氏认为水液的疏布,虽由肺、脾、肾三脏协调完成,但肝主疏泄功能失常,失去正常的条达,会导致气机受阻,肺失肃降,脾失健运,肾失开合,水道壅塞,湿邪内停,聚饮成痰。气滞湿盛是聚饮凝痰的主要因素,痰湿内结,蕴而化热,往往胶固难解,缠绵难愈。在治疗上王氏善融燥湿、芳化、淡渗于一炉,湿热盛者用黄连温胆汤加苍术、泽泻、冬瓜仁、芦根等;痰湿盛者用二陈汤加薏苡仁、瓜蒌、海蛤粉等;湿盛者用六君子汤加苍术、生薏仁等;同时嘱患者节制饮食,控制体重,适当活动。^[1]

2. 杨继荪诊治经验

杨氏认为脂肪肝由于饮酒过度,或嗜食肥甘厚味,酒食内伤,而滋生痰浊。因湿浊内停,痰浊阻滞,使气机郁滞,血脉瘀阻,致气血痰浊,互相搏击,聚滞为积。在临床上以“痰瘀交阻”为主,拟定治积滞基本方治疗脂肪肝,旨在清泄已瘀滞之积。①痰瘀交阻:症见右胁腹胀而满,肝肿大而质尚软,面色偏暗,舌质淡,苔白腻浊,舌下可见瘀筋,脉弦而滑。治法:化浊行瘀,消积疏理。基本方:炒莱菔子、姜半夏、王不留行、莪术、虎杖根、决明子、生山楂、厚朴、炒枳壳、泽泻、丹参、生麦芽等。②痰浊偏盛:脾胃积热,夹有瘀滞:症见右胁腹胀满,肝脏触之质软,可伴胸闷,脘胀,身热不扬,口内出气臭秽,舌质红,苔黄厚腻,脉弦而滑数。治法:清化湿热,行瘀消积。基本方去虎杖根、决明子、丹参。选加黄连、黄芩、蒲公

英、连翘、藿香、佩兰、苍术、白豆蔻、瓜蒌之类。脾虚湿胜，虚瘀兼夹：症见右肋腹痞满，肝脏扪之柔软，身重体倦，舌质淡红，苔白腻，舌下有瘀筋，脉弦细。治法：健脾燥湿，行气活血。基本方去虎杖根、决明子、丹参，选加炒薏苡仁、茯苓、炒扁豆衣、山药、砂仁、苍术、佩兰之类。③瘀滞偏重：肝郁气滞，血脉瘀阻：症见右肋腹滞而痛，肝脏触之可有压痛，面色暗褐，舌质或暗，或边有瘀点，舌下瘀筋显露，脉象弦紧或弦而坚涩。治法：理气行滞，消瘀散结。基本方去姜半夏、莱菔子、泽泻，选加川芎、木香、青皮、大腹皮、三棱、桃仁、制延胡索、失笑散之类。肝阴不足，虚瘀并现：症见右肋腹隐约作痛，肝脏扪之疼痛，面色暗滞，或见心烦，低热，舌质红，苔少津，舌下瘀筋明显，脉象细弦略数。治法：养肝清热，活血消滞。基本方去莱菔子、半夏、厚朴、泽泻，选加赤芍、郁金、牡蛎、当归、牡丹皮、制首乌、延胡索、白芍之类。^[2]

3. 姚培发诊治经验

姚氏认为脂肪肝是一种慢性疾病，其病因病机主要为感受湿热疫毒，或过食肥甘厚味，食饮醇酒，过于安逸等引起肝经湿阻瘀积，日久肝肾阴亏所致。属本虚标实之症。在治疗上除活血祛瘀外，时时不忘扶正养阴，使标本兼治，方能收效。姚氏同时强调，脂肪肝必须早发现，早治疗，鼓励患者应坚持服药，并注意饮食有节，忌食肥甘厚味油腻之品，同时，适当参加体育活动。^[3]

4. 关幼波诊治经验

关老认为本病属中医“痰湿”病症范畴。“肥人多湿”、“体胖多痰”，又因此病多见舌苔白腻、舌质暗、脉沉滑，均属湿热凝痰，痰湿阻络之征。关老从痰湿论治，拟定经验方如

下:明矾3g,草决明、生山楂各5g,醋柴胡、青黛(包)、郁金各10g,丹参、泽泻各12g,六一散20g。本方具有去湿化痰、疏肝利胆、活血化痰功效。方中明矾味酸入肝,燥湿祛痰;青黛入肝清热凉血,配合郁金、柴胡疏肝;草决明清肝热,生山楂祛瘀消积,二药结合可降低血脂;丹参与泽兰相配能通肝脾化痰血,兼能养血。关老指出,临证如果不辨寒热虚实,把这些药堆积起来,其效果也不理想。应辨病与辨证结合起来,辨证立法,以法选择药证相符而又有降低血脂作用的药物,才能更好的提高疗效。另外还要注意随证加减;肝热,头目眩晕(血压一直偏高者)属实证,可配合草决明、生山楂、苦丁茶、生槐米;血压显著增高并有头痛者,加生石膏;大肠湿热,大便粘腻不爽者加川军、瓜蒌、白头翁、秦皮、焦四仙;乏力,动则汗出,面肢浮肿,属脾气虚弱者,加葛根、党参、苍术、玉米须、泽泻;失眠,腰酸腿软,劳累后肝区疼痛加重,属阴血亏虚者加何首乌、黄精、枸杞子。^[4]

【按语】

脂肪肝在中医学理论中无相对应的病名,治疗也无其相对应的方剂。上述四位名医根据长期的临床实践,经验丰富,治疗各有所长。王文正治疗融燥湿、芳化、淡渗于一炉,采用化痰利湿法治疗脂肪肝,方用黄连温胆汤或二陈汤加减。同时嘱患者节制饮食,控制体重,适当活动。杨继荪认为脂肪肝在临床上以痰瘀交阻为主,治疗清泄瘀滞之积。在此基础上有痰浊偏盛与瘀滞偏重两种,前者以清化湿热,健脾燥湿,行瘀消积为主,后者则主要在于理气行滞,消瘀散结或养肝清热,活血消滞。姚培发则强调本病为日久肝肾阴亏所致,属本虚标实之症。治疗必须早发现,早治疗,除活血祛

痰外,还要扶正养阴,标本兼治,疗效确切。关幼波多从痰湿论治,但强调临证如果不辨寒热虚实,把降脂药堆积起来,其效果也不理想。应辨病与辨证结合起来,辨证立法,以法选择药证相符而又有降低血脂作用的药物,才能更好的提高疗效。

(东文兆)

参 考 文 献

- [1] 张文海. 王文正治肝病经验拾萃. 山东中医学院学报, 1996, 20 (6): 390
- [2] 潘智敏. 杨继荪辨治脂肪肝经验. 中医杂志, 1999, 40(9): 526 ~ 527
- [3] 陈琼等. 柔肝泻脂饮治疗脂肪肝临床观察. 辽宁中医杂志, 1999, 26(8): 360
- [4] 北京中医医院编. 关幼波临床经验选. 北京: 人民卫生出版社, 1979

肝 脓 肿

【概述】

常见的肝脓肿有细菌性肝脓肿和阿米巴肝脓肿,前者为细菌所致的肝脏化脓性疾病,后者为溶组织内阿米巴引起的肝脓肿。

由于肝脏血供丰富,既接受肝动脉又接纳门静脉血流,胆道系统又与肠道相通。肝脏易受细菌感染,常见的致病菌有大肠杆菌、链球菌、金葡菌等。脓肿可为单发或多发,分布以右叶多见。临床表现多数起病较急,有寒战及弛张型高热,寒热往来,甚至一日数次。可由右上腹持续性胀痛、钝痛或绞痛,并可放射至右肩,并常见乏力、纳减、恶心、呕吐等。多发性肝脓肿较易引起黄疸。本病属中医“肝痈”范畴。

阿米巴感染在我国分布较广,与农民用人粪作肥料有关。阿米巴肝脓肿是阿米巴肠病最常见的重要并发症。脓肿所在部位深浅不定,以大的单个为多见,约80%位于肝右叶,尤以右叶顶部居多。起病多较缓,以不规则发热、盗汗等症状,或以突然高热、恶寒开始。发热以间歇型或弛张型居多,体温大多晨低,午后上升,傍晚达高峰,热退后盗汗,可持续数月。肝区痛为本病重要症状,常呈持续性钝痛,深呼吸及体位变更时加剧。中医文献中没有本病病名的记载,根据其证候属于“肝痛”、“胁痛”等病范畴。

【名医经验】

1. 曾庆骅诊治经验

曾氏在长期的医疗实践中,认识到肝脓肿是较常见的消化道疾病。认为本病归于祖国医学“肝痛”范畴,是脓疡生于肝脏的疾病,曾氏认为古人对痛的认识并不全面,从发病原因来讲,既有外在因素,也有内在因素,并非寒邪一种,在内因之中,如七情过度,饮食劳倦、痰饮、瘀血,以及跌仆金刀,虫兽所伤,都可引起人体脏腑气血阴阳失调,而发生病变;外因之中,六淫邪毒侵犯人体,均能化热生火而生痈肿。曾氏认为本病原因是患者感受了暑、湿、燥、火、寒、痰、瘀血流注或其它热毒,或过食膏粱厚味,或湿热痢失治、误治,湿热火毒从内而生,或由于外来之邪伤害人体,毒邪乘虚内侵,蕴结于肝脏,致使营卫不和,经络阻遏,气血为毒邪壅滞,腐而成脓肿,着于胁下,发为胆痛,或因肝郁化火,热结血瘀于肝,使肝叶溃疡而成肝痈。故热毒瘀血是本病的主要病因。

曾氏根据多年治疗肝脓肿的体会,针对本病的发病规律及特点,对肝脓肿进行分期来辨证论治。

(1) 早期:此期的特点是湿热偏盛,发病多有胆道、腹腔及呼吸道的急性感染或腹泻病史。因阿米巴性肝脓肿,与细菌性的肝脓肿的发病机制不同,故临床症状及治疗也有所不同。① 湿热下注型:临床上见于阿米巴肝脓肿前期,多发于夏秋季节,有菌痢接触及或饮食不洁史。酗酒、过食生冷瓜果之品,损伤肠胃,热毒暑湿之邪乘虚侵犯肠道,湿热蕴结于肠中,气血阻滞,大肠传导失司,湿郁热蒸,化为脓血而为菌痢。主症:腹部疼痛,下痢脓血或红白软冻大便,肛门灼热,

有里急后重感。热重于湿者,可用白头翁汤或葛根芩连汤加金银花、赤芍、丹皮、地榆、苦参等,以清热解毒为治。湿重于热者可合用胃苓汤燥湿清热。②热毒蕴肝型:本型多见于细菌性肝脓肿前期,多继发于胆道感染或其它化脓性疾病,烧伤、痈肿、疮疖、热毒、疫毒、蛇毒、毒邪炽盛,在人体脏腑功能低下,正不胜邪,热毒蕴结于肝。症见:高热寒战,痈疮局部红肿热痛,口苦咽干,面红目赤,肝区胀满灼热、隐隐作痛,或见黄疸,便结尿黄,舌质红,苔黄,脉弦数。治宜清肝火,解热毒,可用柴胡疏肝散合五味消毒饮。热重者加黄连、金银花;黄疸明显者加茵陈、龙胆草等。

(2)溃瘍期:此期主要特点是热毒瘀血俱盛,是肝脓肿由脓未成进入脓已成阶段。症见:右肋肋部明显隆起,右上腹持续钝痛或胀痛,按则痛剧,转侧不能,肝脏肿大,甚则咳吐脓血、便血、高热不退、口渴引饮,不欲饮食,神疲乏力,小便短赤,大便偏结,舌质暗红,或有瘀斑,苔黄腻,脉弦数有力。治宜活血化瘀,解毒排脓。方用复元活血汤加皂角刺、鱼腥草、败酱草、蒲公英;腹痛甚者加延胡索、广木香;脓液多者加薏苡仁、冬瓜仁、橘梗;口渴欲饮者加天花粉、石斛。

(3)成痈期:此期的特点是热毒壅盛兼挟瘀血。表邪不解,内传入里,或病久气血阻滞,化火生热,热壅血瘀于肝,蕴酿成痈,脓肿开始形成。症见:寒战,大热不止,右肋肋饱满,隆起,疼痛拒按,触之痛不可忍,甚至呼吸不利,肝脏肿大,食欲减退,口干舌燥,小便黄赤,舌质红,苔黄腻,脉滑数或弦数。治宜透脓托毒,可用透脓散合大柴胡汤加败酱草、紫花地丁等。

(4)恢复期:肝脓肿经过早期,成痈期,溃瘍期,脓液逐渐排净,脓腔缩小或消失,热毒瘀血渐除,病情趋于好转,但因热毒内蕴,瘀血阻滞经络,日久多耗气伤阴,气阴亏虚,正虚

瘀毒未净是恢复阶段中常见的证型。治宜益气养阴,祛瘀解毒。方用八珍汤或生脉散加减而成。^[1]

2. 邓启源诊治经验

邓氏治一患者症见恶寒发热,汗出,右肋胀痛,转侧艰难,夜不能眠,口苦口干,纳少,厌食,厌油腻,大便秘结,面红赤,舌质偏红,苔薄干黄,脉弦数。B超:肝右叶可见10cm×8cm脓腔,肝功能检查正常。证属外邪侵袭,肝气郁结,郁而化热,瘀热互蕴,而成肝痈。治当清热解毒,凉血活血。方以清营汤加味。药用生地20g,粉丹皮10g,黄连10g,金银花30g,连翘15g,生薏米仁30g,生大黄10g,败酱草30g,鱼腥草30g。嘱日进2剂,连用3天,症状缓解,续进30余剂,症状全部消失,B超检查:肝脓疡已吸收。^[2]

3. 王文正诊治经验

王师认为肝痈初起,每见发热、汗出、烦渴、右肋剧或钝痛,面赤,尿黄,大便干结,病久则多见乏力自汗,消瘦低热等正气消乏之象。此为热毒内炽,血腐为脓,治宜清解;病久者治宜清解兼佐益气托里;病将愈以益气健脾柔肝为善后之法。这是肝痈治疗的三个步骤。王师认为,肝痈与肺痈、肠痈虽发病机制相同,但肺与肠皆与外界相通,脓成后经过药物引导,或随痰咳出,或随大便排泄,毒邪有出路。唯肝痈脓成则郁滞于内,并无出路可言,在治疗上无论用清解或益气扶正之法,均需酌加行气解郁之药,调畅气机,以顺其肝喜条达之性,以有助于脓液的消散。同时常须加入活血凉血之剂,以增强解毒之力,助脓溃肿消。

病案举例:某男,38岁。于半月前突感右肋疼痛呈针刺样,伴高热,体温达39.5℃,在当地医院用药后(药物不详)

体温下降,仍感胁痛口苦、便干尿赤。B超示:肝左叶第六肋间锁骨中线稍外侧可见一约7.6cm×6.0cm大小低回声实质性包块,边界清晰;于第四肋间锁骨中线内侧可探及一约5.1cm×5.9cm低回声光团,性质同前,两个包块互不连通,诊为肝右叶脓肿。在某医院住院,曾用清热解毒法配合抗生素治疗,住院25天后症状减轻。近日仍感胁痛、低热面红、尿黄,停用抗生素,出院延王师调治。查体:腹软,肝肋下2cm,剑突下3.5cm,质软,压痛(+),舌红、苔黄腻,脉弦滑略数。患者正气尚实,毒邪尚盛,以疏达清解法治之。方药:银花30g,连翘12g,黑山栀15g,龙胆草12g,蒲公英30g,丹皮9g,赤芍9g,鸡血藤15g,橘皮9g,川木香6g。水煎服,日1剂。连用3周后,胁痛已止,发热已退,精神体力均较前转佳。仍稍感胸闷、胁胀,苔薄白,脉沉弦。毒邪之势已减,调清解宣达之剂,方用洗肝散加味:黑山栀9g,黄芩12g,赤芍12g,粉丹皮9g,川羌活9g,薄荷6g,青黛9g(包),牛蒡子9g,柴胡15g,生甘草6g。服20剂后诸证均减,除仍时有自汗外,已无明显不适。B超示:右肝内见一约1.7cm×1.6cm之低回声区,边界清晰。肝右叶脓肿较前吸收好转。宗上方加生黄芪15g,水煎继服。半月后,诸证悉除,体力如前,B超示肝胆正常声像图,至此病已痊愈。^[3]

【按语】

肝脓肿应归于中医学“肝痈”、“积块”、“胁痛”范畴。其发病因素多由于外感六淫,瘀血流注,或其他热毒,或过食膏粱厚味,或湿热痢失治,误治,湿热火毒从内而生,湿热瘀毒之邪侵袭人体,郁于肝脏,影响肝之经络循行,以致气血凝滞,而成肝痈。曾庆骅针对本病的发病规律及特点,对肝脓

肿的辨治进行了大胆发挥,他将本病分为早期、成痈期、溃瘍期、恢复期四个阶段来进行辨证论治,这四个阶段的特点均与湿热瘀毒等致病因素紧密相关,他认为临床上早期多表现为湿热偏盛,成痈期多为热毒壅盛兼挟瘀血,溃瘍期热毒瘀血俱盛,恢复期正气亏虚,气阴耗伤,瘀毒未净。临床治疗肝脓肿,主张从热毒瘀血论治。根据辨证可选用清热解毒与活血化瘀,扶正排脓的药物。邓启源则认为本病为外邪侵袭,肝气郁结,郁而化热,瘀热互蕴,而成肝痈。方以清营汤加味,以清热解毒,凉血活血,取得良好疗效。王文正治疗肝痈分三个步骤,肝痈初起治宜清解;病久者治宜清解兼佐益气托里;病将愈以益气健脾柔肝为善后之法。

(东文兆)

参考文献

- [1] 杨香生, 宾学林. 曾庆骅治肝脓肿的经验. 北京中医, 1993, 2: 6 ~ 7
- [2] 邓淑云, 邓裔超. 邓启源主任医师治肝病经验. 福建中医药, 1996, 27(6): 4
- [3] 尹常健. 王文正肝病经验选介. 中医杂志, 1991, 32(1): 17

肝豆状核变性

【概述】

肝豆状核变性是一种常染色体隐性遗传的铜代谢障碍所引起的全身性疾病,以肝损害或肝硬化与椎体外系统症状为突出表现,最常侵犯儿童及青少年。临床上有急性型和慢性型之分。若不及时治疗,急性病例可于数个月至1年内死亡,慢性病例则存活数年至数十年。临床主要表现为流涎、语言障碍、肝脾肿大、精神症状及出现 K-F 氏环和血清铜氧化酶活力降低。本病属中医“惊风”、“癲狂”、“黄疸”、“痉证”、“积聚”、“臌胀”等病范畴。

【名医经验】

1. 乔林诚诊治经验

现代医学认为,本病是一种染色体隐性遗传的铜代谢障碍所引起的脑变性和肝硬化疾病。乔氏认为本病符合中医的“风症”、“臌胀”范畴。其病位在肝脾二脏。其病机一为肝脾两虚,以脾虚为根本,脾虚气血生化不足,导致肝血虚,以致肝不能“淫气于筋”,故临床上出现震颤,舞蹈样动作,语言含糊,肢体强直,面具样脸等风症病候;二为脾虚不能胜水,气虚而生血瘀,以致水湿与瘀血相搏结,发为臌胀,甚或

湿郁化热而发黄疸。因此本病脾气虚为最基本的病理机制。

乔氏在临床上把本病分为风症、臌胀,治疗上主张二症均以健脾益气为基本大法。瘀血为脾虚血虚所致。补气养血,即寓化瘀之意。脾复健运则湿自去,臌胀自消,即便是湿郁化热,清热药宜轻用,清热太过反而有害脾之健运而碍湿去,湿不去则留热,湿去则热自去。在药物的选择上,认为健脾益气当首选黄芪,其用量应先轻后重,以防虚不受补,反生气滞。本病发生臌胀,虽有瘀血存在,但主张使用化瘀之品,只需黄芪一味,即有逐瘀血之功。配以健脾利湿,补血养血药,宜促进体内铜盐的排泄,减少肠道对铜的吸收,促进机体对蛋白质的合成,而使脑变性和肝硬化得到修复。^[1]

2. 白风远诊治经验

白氏根据其临床表现,把本病归属于中医学的“风痲”和“暗厥”范畴。认为铜毒内聚,肝胆湿热内蕴为其主要病机,日久则耗伤元阴元阳。造成肝肾阴虚,因此在治疗采用自拟东方肝豆散。以壮元阳补气血,滋阴补肾,清热解毒,通腑利湿。^[2]

【按语】

现代医学认为,肝豆状核变性是由于遗传性的铜代谢障碍等致大脑、肝脏和肾脏等人体主要脏器内过量铜的沉积,而引发各种临床表现,用青霉胺治疗有其明显的副作用。而中医治疗该病具有其临床价值。乔林诚把本病归于肝脾两虚。肝血虚以致肝风内动,脾虚则水湿内滞,郁而化热。治疗则健脾益气,清热利湿,活血养血,以促进体内对铜的排泄,使肝硬化及脑变性得以恢复。白风远则认为本病为肝肾

两虚,湿热内蕴的虚实夹杂之症。治疗采用峻补元阳元阴,解毒化毒,利尿通便,通络活络生肌。

(东文兆)

参 考 文 献

- [1] 杜新平. 乔林诚治疗肝豆状核变性的经验. 辽宁中医杂志, 1994, 21(6): 251
- [2] 杨振国等. 东方肝豆散治疗肝豆状核变性 4 例. 辽宁中医杂志, 1998, 25(5): 253

胆 石 症

【概述】

胆石症是指胆道系统(包括胆囊与胆管)的任何部位发生结石的疾病,其临床表现取决于结石是否引起胆道感染,胆道梗阻,梗阻的部位及程度。由于胆囊或胆总管平滑肌弛张及痉挛,企图将胆石排出,可产生胆绞痛,表现为右上腹疼痛,并放射至右肩胛处或右肩部;静止性结石常在中上腹或右上腹产生憋闷感。根据其临床特征,胆石症在祖国医学中属“胁痛”、“腹痛”、“黄疸”、“结胸”等症的范围。胆石症病位在肝胆。胆石为病,胆失疏泄,胆失通降,不通则痛,肝气窜络。肝郁气滞,湿热壅阻,影响肝的疏泄和胆腑的通降功能,胆汁郁结则湿热内生,湿热互蒸,日积月累,久经煎熬而成结石。胆石症如未经及时治疗,痛久不已,则常形成慢性过程,如再遇诱因(情志郁怒,寒温不适,过食油腻),可引起急性发作,故平时当注意杜绝诱发因素。综观胆石病的病理机制,统括而言,乃肝胆失疏,湿热内蕴,气血瘀滞,蕴久成石所致。

【名医经验】

1. 汪其浩诊治经验

汪氏认为导致胆结石的病因,一是肝气郁结,情志抑郁,

或暴怒伤肝,肝失调达,疏泄不利,气阻络痹而致。二是肝胆湿热,外邪内侵,或饮食不调,以致湿热之邪蕴结于肝胆,使肝胆失于疏泄条达而引起。因此在临床中将其分为气滞与湿热二型。至于治疗胆结石应以疏肝理气,清热泄湿为立法。汪氏治验主要以木香、枳壳二味,结合辨证施治。气滞型,越鞠丸加木香、枳壳。湿热型以龙胆泻肝汤加木香、枳壳。^[1]

2. 董菲洛诊治经验

(1)苦寒峻利,须注意护脾健脾:董氏认为胆囊结石,炎症病变在病程上虽有急、慢之分,在病变性质、病变特点上二者侧重有所不同,但气机不利,湿热壅塞为其病理变化中所共有的两个主要环节。气郁不利,主要责之肝胆,因肝胆本主一身气机疏泄条达;湿热壅塞,虽多见于肝胆气郁,疏泄不畅,胆汁排泄不利而内酿湿热,但与脾的关系也甚为密切,脾本主水液代谢,生食膏粱厚味,形丰少动,脾失健运,湿从内生,郁遏化热,熏蒸肝胆实为胆系疾病常见的病因与病变基础。据此,认为治疗胆系疾病不应局限于单纯对肝胆气滞湿热采用清利疏通诸法,同时应注意调治太阴脾土。一则健脾化湿,使湿从中消,元阳得生;二则防苦寒直伐脾土相火,湿无以化,以致湿邪缠绵,壅塞肝胆,水谷精微不得输布,后天失养。胆为刚脏内寄相火,挟胆一阳生升之气,尚可受一时克伐,太阴脾土喜温恶寒,喜补恶攻,最忌寒凉峻剂。

(2)察病机转化,擅调理胃阴:董氏认为胆囊炎症、结石病变在治疗过程中容易发生胃阴不足的兼证、变证尤以疾病后期较之多见。临床上症见胃脘部嘈杂不适,心下灼热,口干欲饮,纳呆便干,舌红少苔,脉细等。常并见于肝胆湿热,肝胆阴虚诸证。胃阴不足不仅影响机体的消化吸收功能和

整体康复,也影响着药物的吸收和胆病的治疗。因此董氏指出,遇此情况治疗时不可偏执一端,只见湿热气滞痰瘀结石病理因素存在,不见病机转化,阴津已亏,妄用香燥之峻剂,使阴伤愈甚,应补虚泻实,综合调治。^[2]

3. 梁乃津诊治经验

梁氏认为胆为奇恒之府,内藏清精之液,以通降下行为顺。肝与胆相表里,肝主疏泄,参与胆汁分泌与排泄。倘若情志所伤,外邪所犯,则肝胆失于疏泄;或饮食不节,脾伤湿生,妨碍肝胆疏泄;肝胆气机失畅,泌泄胆汁阻滞,气血胆汁结聚不散,积于肝胆发为胆石。胆石所成梗阻气机,湿浊易生,郁滞化热,湿热蕴结,熏蒸肝胆,阻滞中焦,遏遏胆道,热毒内陷,产生各种变证。①胆石症并发急性胆囊炎。中医认为发病之理乃胆石影响胆之通降,胆道郁滞,湿热内生,蕴结不通,不通则痛,湿热交蒸,胆汁外溢,故作胁痛,黄疸(阳黄)。故梁氏主张以开胆郁,通气滞,清湿热。方用承气汤类和龙胆泻肝汤,茵陈蒿汤加减。②胆石症并发急性胰腺炎。胆源性急性胰腺炎往往在胁痛之后出现持续性上腹部剧痛,伴血清、尿液淀粉酶增高。属中医“腹痛”范畴。梁氏认为病机特点为脾胃中焦气结,湿热结聚邪实。甚可致血行不通,气血逆乱,发生厥闭脱证,危及生命。对于这种大病重症,梁氏主张用峻药,行气降气,因势利导,釜底抽薪,使气畅腑通,邪有出路。常用方为承气汤、大柴胡汤以及清胰汤;合并黄疸加茵陈蒿汤。关键在于早用足量。③胆石症并发阻塞性黄疸及肝损害。此症乃结石存内,阻遏胆道,滋生湿热,熏蒸肝胆,或胆汁上行泄越,外浸肌肤则身黄,上染目睛则目黄,下注膀胱则尿黄,若结石湿热胆汁郁滞日久,气血不通致肝之脉络瘀阻,出现胁下痞块,腹部青筋暴露,红丝赤缕等症。

梁氏对于本症则抓住湿热瘀阻,胆道不畅之病机要点,用清热祛湿,行气活血,泻下畅胆之法,方用大柴胡汤加郁金、延胡索、木香、三七、丹参等行气活血祛瘀药。^[3]

4. 徐景藩诊治经验

肝内胆管结石是胆道结石的一种类型,其成因大致与胆道结石相同,主要与肝胆、脾胃有关。由于种种原因,如情绪因素,抑郁或忿怒,或寒温失调,喜食肥甘辛辣,虫积等造成肝失疏泄或脾土不运,导致胆汁排泄不畅,湿热蕴积不解,可以酿成结石。其中结石留于胆囊,为胆囊结石,留于胆总管为胆总管结石,留于肝内胆管则为肝内结石。其临床表现为反复的右上腹疼痛,发作时疼痛尤为剧烈,常放射至右肩背,或伴巩膜或皮肤黄染,有些患者还表现为反复发热(以高热为主)、黄疸。而肝内结石,病人症状偏重且持续,治疗上较其它类型结石更为复杂棘手。徐氏通过长期临床实践,认为“肝者干也”,肝内小干密布,肝气不得行其正常之疏泄功能,肝气郁而化热加之湿热内留,气滞久则血瘀,湿热与瘀相合,渐成砂石。B超、CT所见,可补望诊之不足。治疗方法有二。①疏利肝胆。徐氏认为肝主“疏泄”即是疏通畅泄之意。所谓“木性条达”,就是指肝胆具有疏通畅达的功能,亦即疏泄之功能。而肝内结石之形成,如上所云,与肝之疏泄、胆汁之通降,脾胃之升降密切相关,故而治则首以疏利肝胆为要。认为肝内结石以右胁疼痛为主,为肝本经的表现,宜用柴胡、延胡索、香附、枳壳、青皮、陈皮等药,此外“六腑以通为用”,腑中有滞,理宜导之,有积宜消,有食滞宜化,大黄为常用药,但需根据病情,掌握药量,以腑气通畅为度。在疏利的同时,常配用降胆和胃之法,根据中医传统“胆随胃降”的理论,“利”、“降”同用则上下通畅,使“肝内结石”易于下行,配合

刀豆壳、柿蒂、代赭石等，颇有验效。②清化通络。肝内结石一般形成时间较长，气郁化热，湿郁化热，故多“湿热”滞留。另外气郁日久必致血瘀，“气行则血行，气滞则血滞”。因此湿热、瘀血是常见的二个因素。湿热交阻，熏蒸，胆汁又循常道或瘀热日久，所以此类患者除表现为疼痛外，可有发热，黄疸的反复发作。根据这些特点，徐氏提出运用清化通络的治疗法则。“清”是清利肝胆湿热，常用茵陈、青蒿、黄芩、山栀、虎杖等，病情重者，可用水牛角。“化”徐氏认为有二重含义：一是常用的“清化”即“三金汤”（金钱草、海金沙、鸡内金）、“四金汤”（三金汤加郁金）之意；二是“化坚”，因肝内胆管结石较为固定，可加用化坚散结之药，常用如皂刺、鳖甲等。“通络”则除常用的活血通络外，还常用攻窜通络法及温经通络法。活血通络法：可用郁金、延胡索、当归、川芎、泽兰、三棱、莪术等。攻窜通络法：攻窜之药有加强疏通之功，以冀加速胆汁的流动，达到利胆除石的目的，可常用王不留行、蜣螂或炮山甲、土鳖虫、九香虫等。温通法：大部分患者表现以湿热为重，但临床上亦不可忽视部分患者往往在感受寒凉后发作，或少数患者湿从寒化。常加用木香、香附，或制附子。⁴¹

5. 朱培庭诊治经验

朱师根据胆石多发中老年人，常表现为胁痛隐隐，头目眩晕，口干口苦，大便干结，舌尖红起刺，或有裂纹，舌苔光剥，脉细数，认为证属肝阴不足。而治疗不能囿于“疏肝利胆”之陈规，而应以养阴益气为基础。治疗独辟蹊径，倡“养肝柔肝”之法。肝阴不足者，常用“补其不足”的方法治之，药遣生地、杞子、首乌等以滋养肝阴。同时每于滋养肝阴方中加黄芪、太子参、补气助阳，以促阴生。在滋养肝阴时，不忘益肾健脾，益肾用熟地、山萸肉、山药，是取“六味地黄”之

意,健脾用茯苓、白术、炙甘草,是为“四君”之法。肝与肾、肝与脾,关系均十分密切,有“肝肾同源”,“肝病传脾”之说。认为脾胃为后天之本,最为要紧,药食同源,全赖脾胃之运化,不管是什么灵丹妙药,若运化失常,则常难奏效。朱氏用药以健运脾胃为先,即使大剂养阴之品中,也兼以健脾养胃,以防滋腻碍脾。

朱氏认为胆石病根在肝,胆病当从肝论治。然而肝为刚脏,体阴而用阳,肝气肝阳常有余,肝阴肝血常不足,从肝治胆切不可伐劫肝阴。对于舒肝解郁之品仍当慎用,此类药物辛燥居多,易耗气伤阴,用之失度,于病无益,反而加害。不用柴胡是其易于耗气而劫肝阴。少用枳实、木香,是因二者味辛、破气、香燥有伤阴之兼。而多用玫瑰花、绿萼梅、佛手等甘酸性平力缓之品,养阴益气药常用南北沙参、天花粉、天麦冬、石斛等。胆为六腑之一,以通为顺。因此治疗胆结石时,“通下”一法是其基本原则。朱氏临床喜用生大黄、厚朴、莱菔子、沉香曲等通腑降气之品,通过促进胆汁分泌,使结石减少。^[5]

6. 吴光烈诊治经验

吴氏认为血瘀是本病之关键,根据“久病人络”、“久病必瘀”之理论以活血化瘀为治疗原则。活血化瘀能调畅气血,活血通络,化瘀通腑,从而恢复胆腑的通降功能。“通则不痛”,由于气血通畅,胆道通降功能加强,就有利于胆道中湿热瘀毒的排泄,进而促进胆腑功能恢复。治疗选用当归、赤芍、三棱、莪术、桃仁、郁金具有较强的活血化瘀作用,辅以大黄既能活血又能通里攻下,佐以鸡内金消石化积,金钱草、海金沙利胆排石,王不留行性走而不守以助下石,再配以疏肝理气之柴胡、青皮、陈皮。合而用之使之能活血化瘀,疏肝

利胆排石。⁶

7. 胡薷望诊治经验

胡氏认为胆结石其病变主要责之于肝胆。胆的疏泄不仅可以调畅气机,助脾胃之气升降,而与胆汁的分泌有关。若肝失疏泄,会引起胆汁的分泌与排泄的异常变化,从而出现消化功能障碍。胆附于肝,与肝相表里,内藏精汁。所谓精汁即胆汁,源于肝而藏于胆。胆的功能以通降下行为顺并和肝共司疏泄之职。若情志忧郁,寒温不调,过食肥甘,外邪内侵,蛔虫上扰,均可阻碍气机,至肝失疏泄,胆失通降而胆汁瘀积,湿热蕴结,煎熬日久,成为砂石。治疗提出以“疏”、“清”、“通”、“利”为主。其治疗的基本方药有柴胡、木香、金钱草、郁金、枳壳、川楝子、地龙、元胡、青陈皮、连翘、黄芩、川牛膝、丹参、生甘草。全方具有疏利肝胆,清热利湿,活血化石之功。能增加胆汁的分泌,使胆囊收缩,胆道括约肌松弛,使肝胆管压力高于胆管下段压力,从而达到结石下移排出的目的。治疗中胡氏根据辨证分型,在用药上有所侧重。临床上右上腹间歇疼痛、腹胀、嗝气、舌淡苔白,脉弦者,为肝郁气滞型,相当于不伴明显梗阻与感染的肝胆结石以及胆道残余结石,宜疏肝利胆,理气止痛为主,选加或加重柴胡、川楝子、木香、白芍、丹参等药物剂量。症见持续右上腹痛,阵发性加剧,发热、黄疸、舌红苔黄,脉弦数者,为肝胆湿热型,相当于急性胆囊炎,胆管炎、肝胆结石有明显梗阻感染者,则以疏肝理气,清利湿热为主,选加金钱草、茵陈、虎杖、黄芩、山栀、大黄、木香、枳壳等,纳呆恶心,加砂仁、木香、神曲、姜半夏等。对于肝胆实证迁延日久,易于耗伤肝阴,形成本虚标实。故治疗胆石症以理气为主,亦要顾及肝阴,对久服者宜加用益脾肾养血柔肝之品。⁷⁾

8. 黄一峰诊治经验

黄氏经过长期临床实践,形成了独特的医疗风格,提出治疗胆结石应注重疏、清、通、消四法。①疏法:即疏利肝胆法。主要适用于肝郁气滞,胆汁分泌不畅,临床见症上腹胀痛或隐痛,痛引肩背部,暖气泛恶,纳呆体倦,精神抑郁则加重。以柴胡疏肝散合逍遥散加减。②清法:即清利湿热,解毒法。主要适用于肝胆湿热,热重于湿者。症见寒热往来,黄疸,口干苦,呕吐胆汁,舌苔黄腻,脉弦滑数,方以龙胆泻肝汤为主。③通法:即通泻通利排石法。适用于胆腑郁滞,有积有形,症见寒热往来,右胁掣痛加剧,有明显放射性牵痛,口干口苦,呕吐胆汁,大便干燥艰难,小便黄赤,舌苔黄腻,脉弦滑数,治疗方以大柴胡汤合承气汤。④消法:即消石溶石法。主要通过清利湿热,化瘀消石,通腑溶石等法,促使结石在体内溶化,从体内排出,适用于胆结石症。常用药物:生鸡内金、海金沙、金钱草、郁金、皂角刺、生军、玄明粉等。在临床治疗中不能单用一法一方,而要将以上四法相互联系,相互协调,灵活运用,相得益彰。

黄氏提出胆结石的产生和发作是以胆郁气结,湿热蕴结肝胆为病理因素。在消石的同时不可忽视疏肝与清肝利胆,通泄郁结,并每须配通腑化瘀排石之法。治疗胆结石务必须“早”,祛邪注重“尽”,即早期应用清热利胆法,使湿热之毒祛尽,而胆为中清之腑传化物而不藏,略有所积,皆为有形之实邪治应顺之降之,通之泻之,祛其实邪,利其气机,使“结者散之,留者去之”,即通法也。结石已成则要选择有针对性的药物进行溶石化石,促使结石从体内溶化、排出,即消法。^[8]

9. 贺瑞麒诊治经验

胆石症的病位按中医的认识以肝胆为主,经常波及脾胃,病邪为气郁、血瘀、湿热三者互为因果,转化发展。贺氏把辨病与辨证相结合,是首先利用西医检查方法,明确胆结石的部位,大小数目,性质、胆囊和胆管的功能情况,以及病人各脏器和全身情况等,确定西医诊断;在此基础上中医辨证,确定中医证型,然后定出治疗方药。贺氏治疗上常以理气活血,清热燥湿,通里攻下为大法。辨证分型为:①肝气郁结:以右胁胀闷不畅,引肩背痛,口苦咽干为特点,一般无发热,舌微红苔薄白,脉平或弦。治以疏肝理气散结为主。常用方药:柴胡、郁金、香附、枳壳、白芍、川楝子、延胡索、陈皮、砂仁、薏苡仁等。②肝胆湿热:以胁脘痛如绞,起病急,寒热往来,恶心呕吐,痛处拒按为特点。一般巩膜可有黄染、尿少、便秘、舌红苔黄、脉弦数或滑数。治以清热祛湿,利胆通下为主。常用方药:茵陈、黄芩、栀子、大黄、木香、郁金、川楝子、芒硝等。③肝胃不和:以胸脘胁隐痛作胀,口苦舌干、恶心呕吐,食少腹胀、胁下压痛为特点,舌红苔白腻,脉弦滑。治以疏肝和胃为主。常用方药:川芎、白芍、陈皮、香附、枳壳、砂仁、半夏、竹茹、莱菔子、焦三仙等。④脾胃虚弱:以上腹闷胀、食少、腹胀、口干无味、大便不调、面色萎黄为特点,舌淡苔白,脉细弱。治以健脾益胃为主。常用方药:茯苓、白术、白扁豆、山药、薏苡仁、莲子、砂仁、厚朴、陈皮、郁金、延胡索等。⑤热毒积聚:以右胁或上腹疼痛,持续加剧,范围扩大,往来寒热或持续高热,上腹拒按为主,舌红绛苔黄燥或干有芒刺,脉微或沉细数无力。治以清热解毒,凉营通腑为主。常用方药:茵陈、大黄、山栀、芒硝、黄芩、赤芍、生地、枳实、麦冬、郁金等。⁹¹

10. 陈苏生诊治经验

陈老根据临床实践,对胆石症的治疗认为清泄湿热必须结合升降滑利才能取得理想效果,因为胆的病变与肝的疏泄功能密切相关。现代药理研究表明,理气开郁能降低胆总管口括约肌的紧张度,减少胃酸分泌,使胰腺分泌减少,解除胰管梗阻力,增加胆汁的分泌,与中医理论相吻合。陈老认为胆石症以湿热型最为多见,治疗注意配以甘凉滑利之品,因为此品多能去湿,湿去则热无所依,再加滑利对消痈化石,利窍排毒均有好处。疏、清、滑、利是治疗胆石症的主要方法,并根据疏以解郁、清以泄热、利以去着的原则,自拟柴牡五金汤(生牡蛎(久煎)30g,金钱草15~30g,冬瓜子18g,瓜蒌、冬葵子各12g,海金沙15g,柴胡、广郁金、金铃子各9g,鸡内金、青皮、陈皮、甘草各4.5g,枳实、川朴各6g)治疗胆石症取得较好疗效。另外陈老还认为,六腑以通为用,胆石即使排除以后,也还有复发可能,当保持气机的通利,故拟疏肝和络饮(柴胡10g,生牡蛎60g,制香附、乌药、菖蒲、苍术各9g,厚朴、枳壳各6g,夜交藤15g,合欢皮24g)善其后,防止复发。^[10]

11. 杨浩观诊治经验

杨老认为胆石的生成,是由肝胆瘀滞,气机升降失常,逆犯脾,中焦健运失职,湿热内生,煎熬胆汁所致。故“湿热”是病因的关键,“胆郁”为结石形成的启动因素,清热利胆是治疗本病的关键。并据此原则组成排石汤(金钱草、海金沙、海浮石、酒川军、硝石)有消石利胆的作用。根据临床具体偏重的不同,将本病患者分为两型,即气郁型和湿热型,在排石汤的基础上加味治疗。^[11]

12. 孟宪民诊治经验

孟氏认为胆石系因肝胆湿热蕴结,或肝气不疏,胆汁疏泄失常,郁积煎熬成石。他对84例胆石症患者首先采用攻下法。方以“攻石汤”化裁,金钱草40g,败酱草30g,海金沙、冬葵子、枳实、威灵仙各20g,鸡内金15g。攻下后再连服2剂健脾益肝汤(太子参、白术、山楂、佛手各15g,金钱草、败酱草、王不留行、炒扁豆、苡仁各20g,鸡内金10g)。如此间断攻下,1个月为1个疗程。结果治愈62例,好转19例,总有效率为96.4%。此法稳妥,有良好疗效。^[12]

13. 宋捷民诊治经验

宋氏认为有不少胆石症患者属于体虚为主或虚实相兼之证,对这类病人选用清热利湿、通腑泻下等驱邪之法,往往收效甚微或无效,而选用补益法为主却能获得满意的疗效。这类病人,胆石初成之时,常以肝胆湿热或肝胆火旺为主,久而肝阴受损,临床症状也以肝阴不足为表现特点。胆汁泄于小肠,以助饮食消化,若胆汁排泄受障碍,则可阻碍脾胃的正常运化功能。反之,脾胃不运,也可影响胆汁的正常排泄,使胆汁郁而不泻,日久而成结石。这类病人多以脾胃发病在先,胆石形成在后,临床上同时有胆石症和脾胃虚弱的症状。另外,若胆阳虚则胆汁可因寒而凝,日久也可结而成石。肝气通于心气,肝胆寒凝气滞,可使胸阳不振,血行不畅而致心痛,出现“胆心综合征”。

宋氏常用三种补益法:①养阴生津法:症见口干而苦,心烦易怒,午后潮热,胁痛隐隐,大便干结,舌红少苔,脉细而弦。药用:生地、玄参、麦冬、生白芍、炙甘草、乌梅、炙鳖甲、西洋参、金钱草、木香。本方具有养肝益胃、滋阴生津、软坚

熔石之功效。若兼湿热未清者,可重用金钱草,酌加茵陈、郁金以清利湿热;若兼脾虚不运者,加党参、白术以健胃;若见胁痛甚牵引至背,加小青草、小青皮以清热理气活血;若见口干便秘重者,重用生地、麦冬、玄参,酌加槟榔、大黄滋阴通腑。②健脾益气法:这类病人除有胆石症外,大多合并有慢性胃炎或溃疡病、结肠炎病史。症见胁部胀痛,脘腹胀满,暖气泛酸,纳呆乏力,大便溏薄,舌淡苔白或白腻,脉细弱。药用:炒党参、白术、茯苓、甘草、炙黄芪、土茯苓、木香、金钱草、乌梅、焦三仙、生鸡金粉、威灵仙。本方具有健脾益气、利胆排石之效。若有神疲乏力甚者,重用黄芪酌加生晒参;若见恶心呕吐、苔腻者,酌加藿香、佩兰、姜半夏以化湿止呕;若见稍多食即见脘腹胀者,可重用白术,酌加枳实、荷叶以健脾助运除满。③温胆通阳法:本证常见心绞痛与胆绞痛同时发作。症见胁痛牵引至背,胸闷心悸,气急乏力,腰膝酸软,舌淡苔白腻,脉弦紧。药用炒党参、干姜、白术、甘草、桂枝、薤白、瓜蒌皮、制半夏、降香、金钱草、桃仁、炮甲片、柴胡、青皮、白酒。此方具有温胆通阳、活血化石之效。〔13〕

【按语】

胆石症的临床表现可分为急性期与静止期。在急性期临床主要有“痛”、“吐”、“热”、“黄”四大症。然而又以右肋下疼痛为突出表现。痛者不通也。不通又因肝郁气滞,湿热内蕴,气血瘀滞,蕴久成石,阻滞胆道所致。在静止期时,一般病状较轻,多属肝郁气滞,胆失疏泄,脾失健运,胃失和降,结石内聚。治疗方法颇多,但各位名家的治疗独特,且疗效可靠。汪其浩认为胆结石的病因为肝气郁结与肝胆湿热两种,因此在临床上分气滞与湿热二型,治疗上采用疏肝理气,

化滞散结。以及清热利湿,辅以通下。董菲洛则认为在病程上虽有急、慢性之分,但病理变化的主要两个环节为气机不利,湿热壅塞。黄氏在治疗胆系疾病中,重视调治脾胃后天,擅从整体调理脏腑气机,强调在胆系疾病治疗中应注意治脾治胃的经验,对于胆系疾病的临床治疗,特别是对于慢性胆囊疾病的中医调治有较强的现实指导意义。梁乃津则抓住本病,湿热蕴结,阻碍肝胆疏泄,胆汁郁滞不畅,气机不通,胆道不畅之病机要点,治则采用承气汤类,对症加减,通腑畅胆,行气活血,清利湿热,因势利导,釜底抽薪,使邪有出路。徐景藩根据长期临床实践,认为肝气疏泄失常,肝气郁而化热,湿热内留,气滞久则血瘀,湿热与瘀相合,渐成砂石。治疗则运用疏利肝胆,清化通络的治法,在常规治疗的同时,配用了活血、软坚、攻窜的药物,其目的是使其达到疏通胆道、软坚化石,加速胆汁之排泄,冀其结石变小,崩解,利于排出,朱培庭认为胆石病当从胆论治,其病机多属阴虚,为肝阴不足,治疗自然不能守“疏肝利胆”之陈规,而应养阴益气为基础,倡导“养肝柔肝”之法,常用“补其不足”方法治之,兼用畅瘀导滞之法。同时认为肝为刚脏,体阴而用阳,从肝治胆切不可伐劫肝阴,宜先天后天两相兼顾,在滋阴养肝时,不忘益肾健脾,正本清源,防止结石再生与复发。吴先烈根据“久病人络”、“久病必瘀”的理论,认为血瘀是本病的关键,把活血化瘀作为胆石病的治疗原则,以活血通络,调畅气血,化瘀通腑,恢复胆腑的通降功能。活血化瘀舒肝利胆排石。胡蔷薇总结出治疗本病以“疏”、“清”、“通”、“利”为主,即:①疏利法;②清利法;③攻下法;④活血法。并提出肝胆实证迁延日久,易于耗伤肝阴,形成本虚标实。治疗在理气的基础上,要顾及肝阴,加用益脾肾,养血柔肝之品。黄一峰博采众长,在长期临床实践中,形成独特的医疗风格,对本病应注

重疏、清、通、消四法,即:疏肝利胆法;清利湿热,解毒法;通泻通利排石法;消石溶石法。提出结石的治疗务须“早”,祛邪注重“尽”。疏肝理气,清泻肝火,清利湿热,通利胆汁,溶石化石。贺瑞麟治疗胆石症,主张采用中西医结合综合疗法。临床诊治过程中,注重辨病与辨证相结合;手术与非手术疗法相结合。根据我国肝石症病人的特点,运用中医“以通为用”理论,将其分为五型:①肝气郁结;②肝胆湿热;③肝胃不和;④脾胃虚弱;⑤热毒积聚。陈苏生认为治疗胆石症清泄湿热必须结合升降滑利才能取得理想效果。杨浩观认为“湿热”是病因的关键,“胆郁”为结石形成的启动因素,清热利胆是治疗本病的关键。孟宪民治疗采用间断攻下法取得稳妥疗效。宋捷民对胆石症患者属体虚或虚实相兼的,认为选用清热利湿、通腑泻下等驱邪之法,往往收效甚微或无效,而选用补益法为主常能获得满意疗效,并拟养阴生津、健脾益气、温胆通阳三法。

(东文兆)

参考文献

- [1] 郑伟达. 汪其浩治疗胆结石的经验. 江西中医, 1993, 4: 31 ~ 32
- [2] 张正利. 董菲洛治疗胆系疾病经验探要. 贵阳中医学院学报, 1997, 19(3): 11 ~ 13
- [3] 黄穗平. 梁乃津用清热通腑法治疗胆石症并发病的经验. 新中医, 1990, 1: 12 ~ 13
- [4] 邵铭. 徐景藩教授诊治肝内结石经验. 南京中医药大学学报, 1998, 14(5): 305 ~ 306
- [5] 章学林, 张静哲. 朱培庭教授治疗胆结石经验浅识. 江苏中医, 1998, 19(9): 14 ~ 15
- [6] 吴盛荣. 吴光烈运用活血化瘀法治疗胆结石经验. 山西中医, 1994, 10(3): 11 ~ 12

- [7]程恋乡. 老中医胡善望治疗胆石症经验. 浙江中医学院学报, 1991, 15(1): 29~31
- [8]黄继峰. 名医黄一峰治疗胆结石的临床经验. 河北中医药学报, 1997, 12(4): 41~42
- [9]刘杰. 贺瑞麟教授治疗胆结石症的经验. 辽宁中医杂志, 1999, 26(5): 193~194
- [10]陈熠. 陈苏生治疗胆石病经验. 河北中医, 1993, (1): 25
- [11]赵秀君. 杨浩观老中医治疗胆结石的经验. 天津中医, 1993, (4): 11
- [12]孟宪民. 中药间断攻下法治疗胆结石 84 例. 吉林中医药, 1995, (3): 20
- [13]宋捷民. 补益法治疗胆石症探析. 浙江中医学院学报, 1995, (3): 3

胆 囊 炎

【概述】

胆囊炎是由于胆道系统受到细菌、结石、化学因子的侵袭而发生炎症,引起全身及局部的各种病理改变的胆囊性疾病。现代医学认为梗阻感染、血运障碍、功能失调是组成胆系统急腹症的基本病理过程,而梗阻通常又是发病的关键因素。实践证明,在胆道内若存在微生物等致病因子,只要胆汁能顺利地通降,未必发生感染;若由于功能或器质性原因,使胆汁瘀滞就可能产生一系列病理变化。因为胆汁滞留后,一方面有利于细菌的繁殖,另一方面由于浓缩胆汁的成分发生改变,此两者都有助于结石的形成。所以胆腑的阻滞,胆汁的滞留,是形成胆囊炎的主要原因。

中医学根据本病的发病特点,将其归属于“胁痛”、“黄疸”、“结胸”等范围。传统上认为本病多因情志郁怒,伤肝,致肝胆疏泄失司,或因感受湿热之邪,过食肥甘,化生湿热,影响疏泄而致病。胆为中清之腑,以通为用。凡情志不遂,饮食不节,中焦湿热,虫积等均可导致肝胆气滞。湿热壅阻,使肝脏疏泄和胆腑通降功能失权。急性发作期临床表现为邪实,急性期缓解后多表现虚实夹杂的证候。急性胆囊炎的病机,乃为湿热内蕴,肝胆失疏,气血瘀滞,热结阳明不通则痛。慢性胆囊炎,病位在胆,而涉及胆与脾胃。肝胆失其疏泄之职,继则影响脾胃运化功能。脾胃虚弱,又可助生湿邪,

湿邪即可困脾,又可侵犯肝胆。慢性胆囊炎之病机,乃肝郁气滞,胆失疏泄,气血郁滞,湿热内蕴,脾胃虚弱。久延不已还可出现阴虚气滞的证候。

【名医经验】

1. 巴坤杰诊治经验

巴氏认为慢性胆囊炎的病因病机与气、血、湿热、痰、食瘀阻有关。因此,辨治本病,当综合证情,识辨病机,弄清邪正消长变化后再因人、因时、因证辨治,务求精细,才能方药中的。如本病临床上常见上腹部疼痛、痞胀等症状,但消化系诸多疾病亦有之,应当同中辨异,此为辨病。又因气血虚实不同,还须进行深层次的辨证求因,才能把握病机,施治有据。本病痛胀特点是:上脘偏右肋下,隐痛或压痛,痛涉右肩背,进油腻多脂食物后加剧,伴口苦、口干、便秘、呕吐、厌油、苔黄、脉弦等,以胆经气滞郁热为主要病机。如慢性胃炎则胀甚于痛,溃疡病则痛甚于胀,是其区别。又胀多属于湿滞,痛多属血与热瘀阻。病痛属邪实不通之痛;久病正虚多有不荣之痛。

慢性胆囊炎的治则,巴氏认为当以求通,求和为本。通即通调气机,和指调和少阳之枢纽。通、和两法配合默契,是遣方投药的关键。在具体选方选药上,主张活泼轻灵。胆为中清之府,其精汁以通泄为常,不通则痛胀随之,无论其不通之因何属,皆离不开气血之畅达乘常。故疏利肝胆气机,令其条达,通其肝胆阴血,祛其郁阻,则可热清湿去,积滞均行,此乃广义之通法。^[1]

2. 李寿山诊治经验

李氏认为胆为六腑之一，以通降下行为顺，病则肝胆疏泄失常，影响脾胃升降之机，形成“湿、滞、热、瘀”的病理症结。“不通则痛”，在治法上应以“通”为法。随着病因病机不同，通法各有所宜。①肝胆气郁，疏之以通，理气祛湿，本病初起或急性发作轻症，多见肝胆气郁，气滞夹湿的证候，症见右胁下痛，上中脘部闷胀或胀痛，痛彻肋背，进食油腻则易诱发或加重。伴有泛恶欲吐，噎气，纳呆痞满，大便不畅，舌苔白腻或微黄，脉弦或滑。本症临床多为单纯性胆囊炎，治以疏利肝胆，理气祛湿为法。方用理气胆通汤：柴胡、炒白芍、炒枳壳、黄芩、香附、郁金、川楝子、延胡索、甘草。本方由四逆散合黄芩汤化裁组成。②湿热蕴结凝聚成石，或感受湿热之邪，急性发作之重证，症见右胁下或上中脘胀痛剧烈或绞痛，痛彻肋背。伴发冷热，纳呆呕恶，口干不多饮，甚或发黄疸，小便黄赤，大便秘结，身重倦怠，头昏目眩，多兼有胆结石，舌红苔黄，脉弦滑数。治以清肝利胆，通腑泻热导湿。方用清热胆通汤：柴胡、生白芍、黄芩、枳实、姜半夏、大黄、玄明粉。本方由大柴胡汤合调胃承气汤化裁组成。③寒饮内伏、温之以通、扶阳化湿：本症多为慢性胆囊炎，迁延日久不解，湿从寒化内伏而成留饮，经常上中脘及右胁下闷胀不适，或隐痛绵绵，背寒怕冷，脘部喜暖，口干喜热饮，脘腹痞满，纳呆食少，大便不实，小便清长或淡黄，舌质淡苔白滑，脉象细弦。治以温通化饮，理气和中。方用温化胆通汤：柴胡、干姜、炮附子、川楝子、桂枝、香附、延胡索、郁金、荔枝、黄连。本方由柴胡桂枝干姜汤化裁组成。^[2]

3. 杜雨茂诊治经验

杜氏诊治胆道疾患时,主要依据《伤寒论》有关条文的描述及疾病的六经演变规律,参考后世医家的经验及现代医学的认识,对胆道疾患,着重抓右上腹拘急疼痛、压痛、胸胁胀满、寒热往来、黄疸及舌苔、脉象等主症;而对慢性患者,则十分重视局部与整体的关系,本病与夹杂症的关系。在辨证施治上把胆道疾患分为急性慢性两大类。

急性分四型:①肝胆郁滞:治以疏肝利胆,理气开郁,方用四逆散化裁。②肝胆实热:治以泻火解毒,利胆止痛,方用大柴胡汤化裁。③湿热蕴结:治以清热利湿,利胆止痛,方以茵陈蒿汤化裁。④毒热蕴结:治以清热解毒,通里泻火,方以大柴胡汤合大承气汤化裁。

慢性分五个证型:①肝郁气滞:治以疏肝利胆,理气开郁,方用四逆散加味。症见阵发性右上腹胀痛或隐痛,或单纯右肩背疲困,食油腻则加重,厌油、口苦、纳差、噎气、胁部及上腹胀闷,舌红或淡红,苔薄白,脉弦。②肝脾不调:阵发性右上腹或脘腹隐痛或胀痛,脘闷腹胀,面色萎黄,神疲,体倦乏力,头晕,纳差,大便稀或完谷不化,舌质红、苔薄白或白腻,舌边有齿痕,脉濡缓或弦缓。治以疏肝健脾,佐以利胆。方用逍遥散化裁。③瘀血发黄:症见阵发性右上腹或胃脘部或胁肋下隐痛或刺痛,痛引肩背,面色暗黄,白睛发黄,恶心厌油,纳差,小便黄浊或深黄,舌暗红或边有瘀点,苔白腻或黄白相兼,脉缓或细涩。治以活血化瘀利胆退黄。方用桂枝茯苓汤化裁。④肝阴虚:症见阵发性右上腹或右胁隐痛,口干咽干,头晕目眩,五心烦热,大便不畅,舌红少苔,脉弦细或弦细数。治以滋阴柔肝,舒胆止痛。方用一贯煎化裁。⑤气阴两虚:症见阵发右上腹隐痛,气短懒言,自汗出,神疲体倦,

五心烦热,口苦咽干,大便秘结,小便黄少,舌红少苔,脉细数。治以疏肝利胆,益气养阴。方用小柴胡汤合生脉散化裁。

杜氏认为胆道疾患的急症型,常变化迅速,多采用大剂清热解毒,利湿,行气导滞之剂,并随时注意病情变化。一般急症型的治疗早期多用苦寒通降之品,而苦寒药多伤胃蕴湿,故在治疗的一定阶段,又需注意培补脾胃,尤其在恢复期,多用醒胃化湿兼益气之品。

对于慢性型,有些症状,体征易与慢性肝炎、慢性胃炎等混淆。故须参照患者既往诊断及实验室检查结果。对于部分较顽固的病例及典型的检查项目,可在辨证施治的基础上,适当选加一至数味针对性较强的有效药物。^[3]

4. 吴光烈诊治经验

吴氏认为胆囊炎的病位在胆,主要病理变化为肝胆气滞,湿热蕴结。虽然涉及肝胆脾胃等脏器,但以肝胆为主。在治则上着重以疏肝利胆,清利湿热为法。采用自拟的舒肝利胆汤(金钱草、赤芍、薏仁、茵陈、大黄、白术、川楝子、柴胡、蒲黄、五灵脂、黄芩、鸡内金、枳壳、青皮、木香、元明粉、胆草),本方不仅可以治疗急慢性胆囊炎,而且凡是由于肝胆湿热,气滞瘀结而致的急性黄疸型肝炎,胆石症,以及胰腺炎等用之均收到显著之疗效。方中柴胡、枳壳、青皮、木香、川楝子、郁金疏肝理气,解肝胆之郁,最能条畅肝木,推陈致新以生气血,有助于肝胆功能的改善,蒲黄、五灵脂、赤芍理气行血而止痛,可明显缓解平滑肌痉挛,为痛引肩背必用之药;金钱草、茵陈、黄芩、胆草能增加胆汁分泌,为利胆退黄之圣药,尤其是茵陈能消除残存肝胆之病毒,改善消化功能;大黄、元明粉荡除积秽,清热利湿,活血化瘀;鸡内金消食顾护

脾胃；薏仁、白术补脾利湿，增加食欲，且能产生肝糖原，提高机体抗病能力，与苦寒之剂配伍，可免害胃之弊，诸药合同，使肝气疏，湿热去，则病自愈。^[4]

5. 田玉美诊治经验

田氏指出急性胆囊炎以突发性胁痛、恶心、呕吐、恶冷、发热，为常见症状，甚时呈现黄疸，其中以胁痛为主证。其病应属中医学肝胆病之“胁痛”、“黄疸”范畴。指出病位主要在肝胆，尤重在胆腑。肝在胁下，胆附于中，肝之藏血，主疏泄条达，使气机循行有常，其性开发；胆藏精汁，主决断，助脾胃之消化，使之纳运有序，其性通降。肝之与胆，经脉络属，一脏一腑，相互表里，生理上一升一降，相互依存为用，病理上升降失司，相互影响传变。肝之疏泄失司，可致胆汁通降不利，胆之精汁失泻，亦可逆滞肝脏，致其疏泄条达失职。分析病因，或因饮食不节，嗜食肥甘，土壅木郁；或因起居不慎，外邪入侵，传入少阳；或因情志失调伤及肝胆；或因结石，虫积阻滞等。认识病机则一，即肝脏失疏，胆腑失通；气机郁滞，湿热内蕴，不通则痛。气机郁滞，胆腑失通是发病关键。因胆藏精汁，内寓相火，性喜清降，藏泻动态有常而恶抑郁。胆腑因气机郁滞而失通降，湿热内蕴因胆汁内滞而滋生。胆腑失通因素体阳旺或胆腑素有结石阻滞者，尤易发生。

①疏肝利胆法：田氏认为本病发病机制是肝郁胆滞，关键是胆腑失通。由于肝胆生理病理密切相当，胆之通降赖于肝之疏泄。因此，疏肝理气，通降利胆，应是基本治则。方以大柴胡汤加味，药用柴胡、黄芩、枳实、赤芍、法半夏、大黄、川楝子、广木香、郁金、延胡索。②利湿清热法：田氏指出，胆为少阳，少阳为热，内藏胆汁，最畏气滞，特别是素体阳盛，或胆

囊内有结石者,尤其如此,一有气滞,易从热化,演生湿热内蕴。是以湿热内蕴在胆腑病变时,常见不鲜。急性胆囊炎,每兼此症,利湿清热法则亦时用之。③行气活血法:田氏指出,气行血行,气滞则血瘀。每有气滞必有血瘀。急性胆囊炎气血辨证,每兼血瘀。行血活血化瘀法则时亦佐用之。药如川芎、丹参、赤芍、桃仁、鸡血藤之属。使瘀消气畅,肝胆康健。^[5]

6. 赵绍琴诊治经验

赵氏将本病分为两期辨证治疗,要对症处理一些特殊情况。①胆囊炎早期:病机为胆热郁滞,气机不畅,治宜清泻胆热,疏调气机以缓疼痛。处方:柴胡、黄芩、旋覆花、片姜黄、杏仁、苏子、苏梗、焦山楂、神曲、麦芽、槟榔、鸡内金。治疗期间必须注意饮食调摄,减少食量,以青菜为主,忌食油腻之品,每天早晨必须散步以助消化。②急性发作期:治宜清泻胆热,攻下利胆。用大柴胡汤加减:柴胡、大黄、枳实、黄芩、杏仁、半夏、郁金、香附。对于慢性胆囊炎长期不愈者,仍需轻泻胆热,增强其消化功能,用药宗清热调胆利胆为法,药如:竹茹、枳实、陈皮、半夏、蝉衣、郁金、杏仁、莱菔子、焦山楂、鸡内金。体弱气血不足而消化功能过差者,宜用益气补中,纳运缓痛法,药用:木香、砂仁、白术、茯苓、太子参、陈皮、竹茹、黄芪、焦麦芽、枳壳;胆囊炎经常发作,有阴伤阳亢之象者,当用养血柔肝,疏调木土之药:当归、白芍、木瓜、生牡蛎、香附、片姜黄、旱莲草、女贞子。^[6]

7. 程亦成诊治经验

程老认为慢性胆囊炎属中医胃脘痛范畴,主要表现胃脘部或偏右处胀痛、恶心、不喜荤腻等;病机为胆降之用失常。

治疗着重通降之法,常以川郁金、川朴、枳实、陈皮、半夏、茯苓、麦芽为基本方。取郁金、枳、朴降气舒郁,助胆之用;二陈和胃;麦芽不仅有消导功能,且有疏利肝胆作用。古有大麦苗或麦芽单方治疸,屡试小儿黄疸,多效。故肝胆病程老每喜重用麦芽。若胸脘痞胀者,加广木香、佛手片,量不须重,3~5g即可;舌边略偏紫者,是气滞将成血瘀之征,须加香附;呕吐而苔白滑者,可用吴茱萸1g,黄连2g,呕逆自平;苔白腻而欲呕是湿困之象,宜加白蔻,不加砂仁;苔黄口干有热象者,选用黄芩、制大黄;伴有结石,可加金钱草;如属泥沙样结石,加用白矾12g,甚效。胆囊炎发作不剧者,以上法治之;若发作剧者,如无逆象出现,治疗大法亦不外此。不因高热、血象高而投大量苦寒,徒伤胃气。

慢性胆囊炎之诊治,尚须注意以下两点:

慢性胆囊炎有与胃病不易区别者,或造影检查无胆囊炎之征而胃镜检查胃部确有疾患者,但有脘右胀痛、恶心、不喜油腻之症,皆可以上述方法治之。程老临床对胃脘痛患者多年从胃治不见效而以胆治而收功。曾有一教师,素有胃脘痛之恙,初诊从胆治之,症减。返后遂往外地作造影检查,胆囊无明显变化,他医作胃治之,反复不愈。两年再来程老处诊治,作B超检查,慢性胆囊炎之征始显,仍从胆治两月而愈。《临证指南》中辟有“木乘土”一门,华云岫解释说:“因呕吐不食,胁胀脘痞等患,恐医者但认为脾胃之病,不知实所肝邪所致。故特为提出,以醒后人之目耳。”

本病常易复发,虽服药二三日可见效,但若求其巩固,还须坚持较长时间。程老常以两月为期,并嘱须注意气候、饮食、情绪、劳倦诸方面的影响。又有春末至长夏,江南多雨,胆病尤易复发,即《内经》所谓“仲夏善病胸胁”。嘱患者倍加小心,预防复发。^[7]

8. 李鸣真诊治经验

李师认为胆囊炎、胆石症急性发作时无不伴有胁腹疼痛(胆绞痛),乃“痛则不通”也。故治疗方针应围绕一个“通”字,以达“通则不痛”目的,泻下通腑为必不可少之大法。患者常谓腹泻一次,痛减一分;如能畅泻,痛可大减;如不泻下,则疼痛难减。根据少阳阳明合病辨证,多用大柴胡汤加减,且重用大黄通下,效果良好。然而,大黄复方味苦难咽,对呕吐患者难以发挥药效,此时可给服生巴豆末 100mg(约合半粒),既可免刺激呕吐,又可及时导泻,常能取效。如投药 4 小时未见排便,可再用一剂,以日泻 4~5 次稀便为宜。待通便呕止后,再易以大柴胡汤加减,病人既易受纳,亦符合肝胆实热病机。或谓,巴豆辛热,用治里热实证,不啻如火添薪?殊不知巴豆性峻下,具斩关夺隘之功,重在泻实。用治寒实,效如桴鼓,自不待言;然治实热,属实结而生之热,取通之义,一旦实邪得下,热无所附,亦易清解。此乃釜底抽薪之例,屡见不鲜。临床只须注意每日用量不逾 400mg,适当给予输液。动物实验表明,大黄、巴豆均具有利胆功能,有利于除解胆道梗阻。^[8]

9. 李济仁诊治经验

李师认为慢性胆囊炎在治法上要着眼于“通”,兼顾到“和”。胆为腑,以通为用,慢性胆囊炎必有胆汁瘀滞,故有“通腑利胆”为正治之法。但瘀有不同,因热而瘀者要清而通之,药用焦山栀、蒲公英、青黛、黄连、大黄之属;因湿而瘀者,要利而通之,药用绵茵陈、薏苡仁、白茯苓、车前子、飞滑石、木通之属;因气滞而瘀者,要行气开结而通之,药用虎杖、炒枳壳、川朴花、金铃子、合欢花或皮、元胡、广郁金、香橼

或皮、制香附、佛手片之属。若湿热夹杂,气滞血瘀相兼,则数法合用。但慢性胆囊炎多久病伤阴,或数用柴胡类燥热劫阴之品,使阴血亏耗,故药宜刚柔相济,燥润配伍,时时顾护阴血。疏肝时加当归、白芍、细生地养阴柔肝,监制行气走窜药物之燥性。兼便秘者,不能猛攻峻下,可用当归、火麻仁、郁李仁、杭麦冬等润燥滑肠;疼痛甚者,可加大白芍用量 25~50g,配以甘草缓急止痛;湿热重者,口苦、尿黄、苔黄厚腻,可用茵陈 50~100g,蒲公英 50g,配以黄芩、黄连、黄柏等。总之,治胆切勿忘肝胃,通利兼顾阴血,使补而不滞,使利而不伤,刚柔交举,是慢性胆囊炎治疗中值得注意的。^[9]

10. 胡建华诊治经验

胡师认为“通”是治疗本病的常法,但不是唯一的治疗原则,有时甚至要反其道而行之。即用“补”的方法进行治疗。由于本病缠绵不愈,甚至反复多次发作,临床上常以大柴胡汤、承气汤、茵陈蒿汤等清热、利胆、通腑,屡受攻伐,以致正气耗伤,体愈虚而发作愈频,发作愈频而体愈虚。造成恶性循环,给病人带来痛苦。因此在病情缓解时,治疗的关键着重在一个“补”字。如某女性患者,45岁,较肥胖,慢性胆囊炎史10年,急性发作每年多达5~6次。医者均以大黄为主通利治之。加上平时严格忌口,终年以素为主,以致出现面色苍白,精神萎顿,纳少,梦扰纷纭等以心脾气虚为主的症状,而常伴右胁隐胀痛,波及右侧肩背,深以为苦,诊脉细弱无力,舌色淡体胖。乃用党参、黄芪、茯苓、炙甘草以益气健脾,当归、丹参、白芍、杞子、酸枣仁以养血柔肝安神,稍佐柴胡、金钱草、虎杖等疏肝利胆之品,并嘱平时除低脂饮食外,不要忌口太严。经治疗后,面色渐润,精神渐振,胁痛消失,后又以归脾汤为基础方,去龙眼肉、生姜、红枣,加入紫胡、枳

壳、郁金、川楝子等，配以阿胶、冰糖，熬成膏方，作为冬令进补。先后调治一年，不仅平时胁痛未发，亦未见急性发作，而体力日见健壮，前后判若两人。因此，胡师认为，治疗慢性胆囊炎不能过于拘泥“六腑以通为用”，而应结合辨证，以“补”代“攻”。同时，由于久病不愈，肝经亏虚，胆肝相为表里，应重点在于柔肝，肝体柔和，胆气通降，则其病自可向愈。^[10]

11. 屠揆先诊治经验

屠老认为慢性胆囊炎患者，大都由于肝郁气滞，气郁化火，气火阻扰于胆腑，因而产生胁下胀痛、胸闷、口苦等症状。有过急性发作史的慢性胆囊炎，多数中焦脾胃之湿热，逆传于胆，急性期的湿热壅盛，虽已衰减，但残余湿热，久郁不化，故脘胀胁痛，嗳气反酸，口腻而苦。治疗用越鞠方（香附、川芎、苍术、神曲、山栀）改作汤剂，其组成药物可以随证进退，收效较为满意。如患者消化不良、脘腹饱胀、嗳气反酸、舌苔厚腻、中焦湿重者，应重用方中的苍术、神曲；如胁下痛甚，右肩酸痛、胸闷、肝胆气郁较重者，须以川芎、香附为主；如湿热或气火较盛，口干苦、胃部灼热感、舌苔黄腻或舌边红，重用山栀且应生用，必要时还可以加用黄芩、黄连；如伴有胆结石，须加海金沙、金钱草，但由于金钱草品种不同，化石效果不一。金钱草须茎叶作淡紫红色者化石效果较好，叶青色者较差。单用金钱草化石，须坚持服用半年以上，每日30g煎汤服，对泥沙结石有效，巨块结石效欠佳。脾胃气虚，体质较弱者，可用六君子汤配合越鞠方治疗。^[11]

12. 傅再希诊治经验

傅师以虎杖作为治肝胆病要药，其根据古人云“腹中暴癥，坚硬如石，痛刺，不治百日内死。”治法只用虎杖一味，酒

浸服。“此方治瘕,大胜诸药”。治一40余岁男性患者,患上腹部肿块如鹅蛋大小,按之作痛近两月,某院疑为慢性胆囊炎、胆囊肿大,建议手术治疗。患者因惧怕开刀,改服中药,傅师认为此属中医所谓暴瘕,遂处方虎杖10g,锉碎浸烧酒500g,密封1周后,开封取服,每次大约50g,日2次。药酒服完后复诊,肿块已较软,按之亦不甚作痛,嘱原方再服1剂,肿块全消,随访多年,未见复发。自后傅师再治肝胆疾患,常在辨证的基础上加入虎杖,每获良效。

傅师治疗急、慢性胆囊炎、胆结石、胆道蛔虫病等属肝胃气痛者,常选用小陷胸汤,亦有良效。^[11]

13. 廖润泉诊治经验

廖师对老年慢性结石性胆囊炎同时合并有严重的内科疾病者,考虑到手术危险性较大,排石及溶石的可能性很小,临床治疗的主要目的在于控制临床症状,减少发作次数,维持较为正常的生活。为此依据中医理论认为本病属“胁痛”、“胃脘痛”范围,其病因多为肝郁气滞和饮食不节。胆为“中清之腑”,以通降下行为顺,胆附于肝,若肝气郁结,胆失疏泄,或过食肥甘,伤及脾胃,脾失健运,水湿内停,酿生湿热,阻于肝胆,瘀胆日久而成石,结石阻于胆腑,胆腑气滞更甚,气滞则血瘀,故多有血瘀表现。廖师在治疗上强调疏肝利胆,清热利湿和行气活血为主。一般情况下,不主张应用通里攻下之法。他自拟的基本方为茵陈、金钱草、川楝、延胡、白芍、桃仁、红花、山楂、鸡内金、二芽、莱菔子、甘草。湿热重者加龙胆草、栀子、黄芩;腹胀明显者加木香、香附、枳实、厚朴;脾虚气滞者加党参、白术、茯苓、木香、砂仁。并嘱病人平日进低脂肪、低胆固醇饮食,保持心情舒畅。^[12]

14. 谢立业诊治经验

谢老认为老年人由于体虚身衰,复加湿热壅盛,所患胆囊炎多有正虚邪实之象,攻之则正气更亏,补之则湿热更盛。因此认为,存得一分气阴,便有一分生机,非滋阴不足以救欲竭之阴液,非益气不足以培将脱之元气。故对老年人胆囊炎的治疗,临床常用西洋参合大剂滋阴养液之品如沙参、麦冬、芦根以益气滋阴,祛湿热常用金钱草、蒲公英二味,取其清热而不伤阴分,佐以少量疏达气机之品如枳壳、木香在3~6g之间,过多恐耗伤气阴。^[13]

【按语】

胆囊炎之病因病机不外乎为情志不畅,饮食不节,肝胆失疏,气病及血,久病入络,瘀血积于胆腑或脾胃运化失度,湿热蕴积胆道。郁而不通,为其主要病机。治疗总以疏肝解郁,清泻肝胆湿热为主。然而上述各位名家在治疗胆囊炎上是各有所长。

巴坤杰认为慢性胆囊炎病因病机与气、血、湿、热、食、瘀阻有关。必须进行深层次的辨证求因,把握病机。治疗以求通,求和为本。遣方用药,轻灵活泼。在慢性胆囊炎治疗用药,主张理气药以芳香冲和为贵,清热药以轻清达热为优,活瘀药以柔肝养血为上乘。李寿山则认为胆以通降下行为顺,病则肝胆疏泄失常,从而影响脾胃升降之机,病理上形成“湿、滞、热、瘀”,在治疗上主张以通为主。对于肝胆气郁,气滞夹湿之症,治以疏之以通,理气祛湿。湿热蕴结,泻之以通,清热导湿。寒饮内伏则温以之通,扶阳化湿。杜雨茂则认为本类疾病的产生,是内外各种因素所构成的,部位上涉

及肝胆脾胃诸脏腑,病机上以胆道郁滞为主。诊治上突出脏腑辨证,并把胆道疾患分急慢性两大类。主张急症型早期治疗多用苦寒通降之品,同时注意培补脾胃,恢复期多用醒胃化湿兼益气之品。慢性型要与慢性肝炎、慢性胃炎相区分,在辨证施治的基础上加些排石的药物,以提高疗效。吴光烈认为胆囊炎虽然涉及肝胆脾胃等些脏器,但是以肝胆为主,其主要病理变化为肝胆气滞,湿热蕴结,治疗则用以疏肝利胆,清利热湿为立法。田玉美把气机郁滞,胆腑失通归于本病的发病关键。认为胆腑因气机郁滞而失通降,湿热内蕴因胆汁内滞而滋生,致使肝脏失疏,胆腑失通,气机郁滞,湿热内蕴,不通则痛。治疗有三法:①疏肝利胆;②利湿清热;③行血活血。临床中三法常共同使用,只是各有侧重不同。赵绍琴对胆囊炎早期治以清泻胆热,疏调气机以缓疼痛。而对于慢性胆囊炎则调肝利胆为主,兼以养血柔肝,益气补中,纳运缓痛。程亦成、李鸣真异曲同工,均主张通降利胆,前者偏重和胃,重用麦芽,后者在胆囊炎急性发作时以泻实为主,重用大黄。李济仁、胡建华在治法上均着眼于“通”,前者兼顾到“和”,后者兼顾到“补”。屠揆先善用越鞠丸方化裁治疗慢性胆囊炎。傅再希以虎杖为治肝胆要药,通降选用小陷胸汤。廖润泉治疗上强调疏肝利胆,清热利湿和行气活血为主。不主张应用通里攻下之法。谢立业对老年人胆囊炎的治疗,常用西洋参合大剂滋阴养液之品以防耗伤阴津。

(东文兆)

参 考 文 献

- [1] 巴执中. 巴坤杰教授治疗慢性胆囊炎的经验. 安徽中医学院学报, 1994, 13(2): 17~18
- [2] 李小贤, 白长川. 李寿山教授用通法治疗胆囊炎的经验. 实用中

医内科杂志,1992,6(3):1~3

- [3] 杨万章,杜雨茂副教授治疗胆道疾患临床经验. 新中医,1987,5: 7~9
- [4] 吴盛荣,吴一飘. 舒肝利胆汤治疗胆囊炎 225 例小结. 湖北中医杂志,1995,17(114): 11~12
- [5] 熊家平,刘清,田玉美辨治急性胆囊炎的经验. 辽宁中医杂志,1999,26(5): 197
- [6] 李富生,牛满山. 常见病中医临床治疗进展. 北京:中国中医药出版社,1991,289
- [7] 单书健,陈子华. 古今名医临证金鉴. 黄疸胁痛腹胀卷. 北京:中国中医药出版社,1999. 220~222
- [8] 单书健,陈子华. 古今名医临证金鉴. 黄疸胁痛腹胀卷. 北京:中国中医药出版社,1999. 225~226
- [9] 单书健,陈子华. 古今名医临证金鉴. 黄疸胁痛腹胀卷. 北京:中国中医药出版社,1999. 229
- [10] 单书健,陈子华. 古今名医临证金鉴. 黄疸胁痛腹胀卷. 北京:中国中医药出版社,1999. 230~231
- [11] 单书健,陈子华. 古今名医临证金鉴. 黄疸胁痛腹胀卷. 北京:中国中医药出版社,1999. 232
- [12] 蒋中秋,常青. 廖润泉教授治疗老年慢性结石性胆囊炎经验介绍. 贵阳中医学院学报,1999,21(3): 21~22
- [13] 谢焕荣. 谢立业老中医辨治肝胆病的经验. 陕西中医,1994,15(7): 313

胆道蛔虫病

【概述】

胆道蛔虫病是常见的急腹症之一。多因蛔虫窜入胆道，出现右上腹部剧痛，甚则手足厥冷的临床表现，中医称为“蛔厥”，胆道蛔虫病的发生，多因发热、驱虫不当，消化不良等因素，使人体肠胃功能失调，蛔虫妄动不安，窜入胆道，以致肝气闭郁，胆汁不行，血行不畅，不通则痛，故出现胁腹剧痛，卒然发作，进而肝胃气逆、恶心呕吐，气机逆乱，则出现肢冷汗出的严重症状。总括其病机，系肝胆郁滞，气机被阻，血行不畅所致。

【名医经验】

1. 尹石清诊治经验

尹氏以祖国医学理论为指导，对于胆道蛔虫病的诊断有其独到的一面。首先是望诊方面：①舌面花斑点：其形态呈乳头状红点，中间稍凸，边缘整齐，周围多偏于灰白色，其斑点分布于舌尖或舌根或舌旁甚至全舌，位置不固定。斑点大小、数目也不相同，有的稀疏几点，有的密集多粘连。②下唇粘膜颗粒：粘膜颗粒呈灰白色，形状约针头大，突出于粘膜表面，位置在下唇内部中间，约四五粒至十余粒不等。③眼巩

膜蓝斑的形状及分布的位置也不规则,有三角形、圆形、半月形的不同。其分布在巩膜上面,内眦、外眦,蓝斑的颜色呈蓝色或紫蓝色,数目可见到一至三块不等,但蓝斑的特点是隐呈于眼巩膜之中,不突出于巩膜之面。④面部白斑:白斑主要分布于脸部,一般呈圆形,边缘较整齐,白斑中间呈淡白色,背光时比较明显,但白斑并不突出于表皮;数量多者六、七块,少者二、三块。其次是触诊:①重按腹部有物如筋而硬,以手指稍久按之,有起有伏,有聚有散,甚则能移他处,或移于大腹,或脐旁,或少腹,无一定处。②轻按其腹,静心候之,有物如蚯蚓状,上下浮沉,隐隐蠕动。③脘腹部检查,平坦柔软,剑突下偏右侧往往肌肤紧张,辄有压痛,痛甚牵引肩背,伴有呕吐,或带有蛔虫,更可能出现昏厥等症。^[1]

2. 张志雄诊治经验

张氏根据长期临床实践,认为胆为中清之腑,喜疏泄、恶壅滞,因为胆道疾病的治疗离不开疏泄,清利之品,自拟二金茵枳黄汤(金钱草、郁金、茵陈、枳壳、生大黄),对于胆道蛔虫症以右上腹阵发性绞痛为主要特征,则加用乌梅、川椒目、贯仲。临床上每见疗效。张氏还提出山栀虽能清热利胆,但其性苦寒,易伤胃引起呕吐,而胆道疾病已有胃中空虚,客气动膈之象,故多不用,这乃经验之谈,临床上可引以为鉴。^[2]

【按语】

胆道蛔虫症是胆道系统急性病之一,在保守治疗方面中医治疗有其独到一面。尹石清在诊断方面有其独特一面。望诊:①舌面有花斑点。②下唇出现粘膜颗粒。③眼巩膜蓝斑,其特点是隐现眼巩膜之中。④面部白斑。配以触诊,诊

断非常准确。张志雄临床经验丰富,常以二金茵枳黄汤治疗多种胆道疾病,一方多用,灵活变通,确有独到之处。治本病常加用乌梅、川椒目、贯众,每每奏效。

(东文兆)

参考文献

- [1]周正效.尹石清治疗胆道蛔虫病经验.山东中医杂志,1996,15(9):416
- [2]朱秋琴,姜习火.张志雄用二金茵陈枳黄汤治疗胆道疾病的经验.上海中医药杂志,1992,8:16~17

方 剂 篇

急性肝炎

1. 茵陈退黄方(李济仁)

组成:威灵仙 15~30g,茵陈 30~60g,大黄 9g(后下),龙胆草 9g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:利胆退黄解毒。

主治:急性黄疸型肝炎。

方解:方中用威灵仙、茵陈相伍为主药有其独到之处,两药用量有 1:2 的规律,威灵仙量大可用至 30g,茵陈可达 60g,威灵仙辛、咸、温,能宣通十二经络,血凝气滞诸实者宜之,为治黄之要药。茵陈辛、苦、凉,能利胆、利尿、退黄。二药合用,配伍精当,独特,共达清热利湿,退黄利胆,解毒分消之功。大黄苦寒,乃攻逐之品,与上二药配合,温清消咸宜,泻热毒、破积滞、行瘀血,实为退黄之要药。龙胆草苦寒泻肝火,长于泻湿中之热,与主药相伍达泻热中之湿,并能畅胆汁分泌,亦为退黄要药。

加减:可酌加贯众、虎杖、平地木、板蓝根等。^[1]

2. 退黄复肝汤(季汉源)

组成:茵陈 15g,焦山栀 9g,黄柏 6g,猪苓 9g,茯苓 15g,泽泻 9g,陈皮 6g,焦六曲 9g,广郁金 9g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:清热利湿退黄。

主治:急性肝炎。

加减:便秘或大便正常者加大黄 9g;便溏或胸满痞闷、食欲不振者去山栀,加茅术、川朴各 6g;热甚口渴者,加银花 9g;腹泻者,加枳壳 6g,谷麦芽各 9g;恶心呕吐者,加左金丸 3g,法半夏、炒竹茹各 6g;夜寐不安者加法半夏 6g,北秫米 15g,夜交藤 9g;牙龈出血者,加白茅根 30g,藕节 9g;病程迁延黄疸不退者,以本方去山栀,加潞党参、炒白术、炒茅术、淮山药。^[2]

3. 茵田白背汤(沈炎南)

组成:茵陈 30g,田基黄 30g,白背叶根 30g,茅根 30g,车前子 15g,虎杖 15g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:清热解毒。

主治:急性黄疸型肝炎病邪以湿热为重者。

加减: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,上方加大功劳叶、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。^[3]

4. 田基黄汤(沈炎南)

组成: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。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:清热解毒。

主治:急性无黄疸型肝炎。

加减: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、半边莲各 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,白蔻仁 6g(后下)。^[4]

5. 茵陈回逆散(尤德修)

组成:茵陈 30g,生军 10g,郁金 10g,柴胡 10g,赤白芍各 15g,枳实 10g,滑石 20g,金钱草 30g,白花蛇舌草 30g,甘草 5g。

用法:水煎服,每日 1 剂,直至黄疸退净。

功效:清热利湿,行气和血。

主治:急性黄疸型肝炎湿热瘀滞发黄者。^[5]

6. 茵陈三黄三仙汤(周少伯)

组成:西茵陈 30g,田基黄 30g,黄芩 10g,生大黄 6~10g,焦三仙各 10g,陈皮 10g,茯苓 10g,车前子 10g,泽泻 10g,生甘草 6g。

用法:水煎服;每日 1 剂。

功效:清湿热,排病毒,利胆退黄,助脾健。

主治:急性黄疸性肝炎。目黄,肤黄,尿黄,食欲减退,或伴有恶心呕吐,腹胀不舒,便秘或泄泻。

加减:舌苔白腻,大便泄泻者加苍术 10g; 黄疸消退,肝功能基本恢复正常时茵陈及三黄剂量减半,加党参、丹参、炒白术各 10g。

注意:卧床休息,少吸或不吸烟,禁饮酒。

疗效:500 余例临床观察,有效率 100%,治愈率 99.6%,平均疗程 21 天。^[6]

7. 藿朴夏苓柴陈丹草大黄汤(李培生)

组成:藿香 10g,厚朴 10g,姜半夏 10g,茯苓 10g,柴胡 15g,茵陈 15g,丹参 15g,白花蛇舌草 15g,车前草 15g,大黄 6g。

用法:每日 1 剂,水煎 2 次,取汁 300ml,分早晚 2 次温服。

功效:清热利湿,解毒退黄。

主治:湿热并重的急性甲型肝炎症见身目小便黄染,右上腹胀痛,脘腹纳呆,口苦干涩,恶心欲吐,肢倦乏力,大便或干或溏而不爽,苔黄厚腻质欠润。

方解:急性甲型肝炎重在湿热阻滞于中,胆汁瘀滞,疏泄不及,上下不通,法当宽中渗湿,疏肝利胆,分立三焦。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,方中藿香开上泄湿化浊,厚朴与姜半夏辛开理气宽中,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、白花蛇舌草相合,利小便渗湿热,排毒邪而退黄。^[7]

8. 蛇龙解毒汤(乔仰先)

组成:白花蛇舌草 30g,龙胆草 12g,岩柏草 30g,败酱草 40g,鸡骨草 20g,大青叶根 15g,生军 4g,炒山栀 6g,甘草 6g,丹皮 10g,赤芍 15g,焦山楂 15g。

用法:日 1 剂,文火煎 2 次,每次取汁 300ml,分早中晚 3 次服。

功效:清热解毒,利湿退黄。

主治:急、慢性肝炎、重症肝炎有身目黄染、发热、胸闷心烦、厌食呕恶、肋痛腹胀、溲赤便结等症状。

方解:全方的宗旨在于治肝必治湿毒,治湿毒又必治血,血行则湿热易去,围绕“湿(湿者居多)、毒、瘀”三个环节,形成“利湿”、“清热”、“解毒”、“活血”四大法。方中设大队清热解毒药,如白花蛇舌草、龙胆草、岩柏草、败酱草、鸡骨草、大青叶根、生军、炒山栀、甘草等,兼有利湿退黄作用的药物有白花蛇舌草、龙胆草、败酱草、大青叶、炒山栀、鸡骨草等;具有活血化瘀作用的药物有败酱草、生军、丹皮、赤芍、焦山楂等。

加减:有黄疸重者加茵陈及重用生军;急性肝炎,重症肝炎有热重于湿者加黄柏,见“热入营血”时加生地、水牛角,危重者用广角粉吞服、取“犀角地黄汤”以凉血清营。对慢性肝炎加丹参、当归等,以活血化瘀。^[8]

9. 肝炎解毒饮(湛宁生)

组成:白花蛇舌草、土茯苓各 20g,夏枯草、绵茵陈各 15g,生山栀、黄柏、木通各 10g,田基黄 20g,甘草 5g。

用法:水煎服,日 1 剂,成人每日 250ml,分 2~3 次服,10~14 天为 1 疗程,可连服 2~3 个疗程。

功效:清热解毒利湿退黄。

主治:急性病毒性肝炎。

方解:白花蛇舌草、夏枯草、生山栀、田基黄清热解毒;茵陈、黄柏、木通利湿清热退黄;甘草调和诸药,增加解毒功能。^[9]

10. 通降泄热方(陈继明)

组成:茵陈 30g,焦山栀 10g,黄连 3g,蒲公英 30g,白蔻仁 3g,生积实 10g,法半夏 10g,全瓜蒌 15g,虎杖根 30g,竹茹 10g。

用法:水煎分2次服,1日1剂。

功效:苦辛通降,清泄湿热。

主治:急性黄疸性肝炎。

方解:此证湿热交蒸,郁遏中焦,热重于湿,胆胃失降,故用茵陈蒿汤合小陷胸汤加减,苦辛通降,清泄湿热。由于中脘痞满拒按,邪结胸脘,去大黄之下夺,加枳实之开结,得收胸开呕止,腑气畅行之效,继以清热化湿,宣畅气机立法,而奏黄退病愈之功。^[10]

11. 清热化湿方(潘澄濂)

组成:茵陈 30g,黑山栀子 15g,郁金 9g,石菖蒲 15g,厚朴 15g,制大黄 9g,枳壳 9g,黄柏 12g,白茅根 30g,安宫牛黄丸 2粒(另服1次)。

用法:水煎分2次服,每日1剂。

功效:清热化湿,清心开窍。

主治:急性黄疸型肝炎。

方解:本方由茵陈蒿汤化裁组成,有清热化湿作用,加入石菖蒲、郁金、安宫牛黄丸,辛凉开窍,清心醒神。^[11]

12. 茵郁芪芍汤(廖孔禹)

组成:茵陈 15g, 郁金 15g, 丹参 15g, 夏枯草 15g, 板蓝根 30g, 黄芪 15g, 白芍 12g, 薏苡仁 15g, 甘草 5g。

用法:水煎分 2 次饭后服。1 日 1 剂。

功效:清热解毒, 利胆除湿, 疏肝健脾, 活血化痰, 益气养阴。

主治:急慢性病毒性肝炎。

方解:方中板蓝根、夏枯草、茵陈、甘草清热解毒; 郁金、薏苡仁疏肝理气健脾和胃; 丹参一味胜四味, 养血活血化痰; 黄芪益气健脾; 白芍敛阴养肝。诸药合用可解毒、降酶。

加减:气阴两虚者可加党参、女贞子; 脾虚湿盛者加白术、茯苓; 肝胆实热者加龙胆草。^[12]

13. 退黄三草汤(李昌源)

组成:鲜车前草 10 株, 天青地白草 20g, 酸浆草 20g, 茵陈 20g, 白花蛇舌草 20g, 大青叶 20g, 板蓝根 20g, 郁金 20g。

用法:水煎分 2 次温服, 1 日 1 剂。

功效:清热解毒, 退黄除湿。

主治:急性黄疸性肝炎、慢性肝炎急性发作。

方解:方中鲜车前草、天青地白草、酸浆草入肝脾, 清热利湿凉血为主药; 辅以茵陈、白花蛇舌草除湿清热退黄; 大青叶、板蓝根清热解毒凉血, 佐以郁金行气解郁化痰。诸药合用, 以收清热解毒除湿, 疏肝利胆退黄之功。本方所用之品, 轻清泄热, 利尿除湿, 使邪热得清, 湿浊得除, 且不伤中土, 可谓深得肝炎之三昧。^[13]

14. 苦苣汤(李柏棠)

组成:秦艽、丹参各 15g,苦参 12g,六月雪 30g,大黄(后下)10g。

用法:水煎分 2 次温服,1 日 1 剂。

功效:清热燥湿,活血利胆。

主治:急性病毒性肝炎。

方解:方中秦艽味苦而辛,性平而不燥,入肝、胆、胃经,善退黄疸。苦参味苦性寒,为纯阴之品,《本草纲目》中谓:“主心腹结气,癥瘕积聚,黄疸”,故治疗湿热郁阻之黄疸,即能清热燥湿,又有良好的利尿作用,并且不伤阴。临床实践证明,苦参配大黄对降低谷丙转氨酶有明显效果,是治疗肝病的理想药物。六月雪味辛性平,有活血、利湿、健脾、平肝之功能,经临床验证,有明显的降酶的作用。丹参有活血祛瘀、除烦安神之作用,对湿热内蕴累及络脉之肝病有良好效果。

加减:黄疸色深,中焦湿热较重者,加山栀、泽泻、猪茯苓、六一散、大黄;寒热明显者,加柴胡、黄芩、葛根;恶心呕吐甚者,加藿香、半夏、蔻仁、干姜;热毒内炽者,加龙胆草、鸭跖草、虎杖、板蓝根、白茅根;脘腹痞胀者,加山楂、六曲、莪术、枳实、川朴、鸡内金、木香;肝区痛甚者,加当归、白芍、乳香、川楝子、郁金;脾胃虚弱、神倦畏寒,加太子参、白术、红枣、砂仁、桂枝、陈皮。^[14]

15. 丹芍虎杖汤(邱素兰)

组成:丹参、赤芍、板蓝根、滑石、泡参、炒谷芽各 30g,虎杖、茵陈各 60g,金钱草 20g,栀子 12g,丹皮、大黄各 10g,红花 6g,琥珀 6g(冲服)。

用法:除琥珀粉直接冲服外,其余水煎分3次服,1日1剂。10天为一疗程。

功效:活血祛瘀,清热利湿通腑。

主治:急性黄疸性肝炎。

方解:方中丹参、赤芍、丹皮、红花、琥珀活血祛瘀,凉血止痛;虎杖、茵陈、板蓝根、金钱草、滑石、栀子、大黄清热通腑利湿;泡参、谷芽扶正健脾除湿。全方标本兼顾,主次分明,临床随症应变,治疗效果满意。

加减:正虚邪盛者加白术10g,去大黄;湿盛胃肠道症状重者加薏苡仁、佩兰各20g,鱼腥草30g,去大黄、栀子;肝阳上亢者加钩藤20g,龙骨、牡蛎各30g;热盛者加瓜蒌仁20g;小便黄少者加茯苓30g;有出血者加鲜茅根60g,或三七3g(研末冲服)¹⁵

16. 茵陈泻黄汤(裘笑梅)

组成:制大黄9g,茵陈30g,焦栀子15g,炒黄柏9g,黄芩9g,炒枳壳9g,地骨皮12g,炒知母9g,茯苓9g,泽泻9g,生甘草3g,红枣12g。

用法:1日1剂,水煎分2次服。

功效:疏肝解郁,利湿退黄。

主治:急性黄疸性肝炎。

方解:茵陈蒿汤清利肝胆湿热,加以黄柏、黄芩、知母、茯苓、泽泻、地骨皮、甘草以增清热利湿之力,益以炒枳壳疏肝、大枣健脾。¹⁶

17. 败酱鱼龙汤(乔玉川)

组成:败酱草62g,鱼腥草31g,龙胆草62g,金钱草31g,车前草21g(均系干品,如用鲜品,可加1倍量)。

用法:水煎分2次服,1日1剂。

功效:疏肝利胆,清热利湿,解毒退黄。

主治:急性黄疸性肝炎。

方解:方中败酱草、龙胆草实验证明:除有明显的降低酶、絮的作用外,对于防止肝细胞变性 & 坏死,促进门静脉循环疏通,促进肝细胞再生,均有其特有的效力;金钱草、车前草有促进胆汁分泌和排泄及消炎利湿的作用;鱼腥草则因其本身含钾盐较多,在促进利尿中,清除肝胆湿热,而且由于其气味辛凉腥爽,对刺激胃口、帮助消化也有好处。^[7]

18. 陈黄土鳖汤(陈一鸣)

组成:茵陈 3~10g,大黄 2~5g,金地鳖虫 2~5g,栀子 3~12g,茯苓 15g,赤芍 10g,白芍 15g。

用法:水煎分2次服,1日1剂。

功效:解毒化湿,活血化瘀。

主治:急性黄疸性肝炎。

方解:方中茵陈味微苦辛,性凉,有特异之香气,能清热祛湿解毒,净化血液,为退黄之要药,因其药性平和,故宜重用;大黄大苦大寒,泻热通便,解毒祛瘀,使疫毒得以从大便排出,则黄易退;金地鳖虫为化瘀解毒之良药,因其化瘀力强,且有微毒,故用量宜小;茯苓渗水利湿;栀子清热解 & 毒;赤芍活血化瘀;白芍柔肝。^[18]

19. 田基黄汤(朱良春)

组成:豨莶草 45g,田基黄 30g,丹参 18g,芒硝 3g(分冲),石见穿 30g,生麦芽 30g,麸炒枳壳 8g,糯稻草根 30g,生甘草 4.5g。

用法:水煎分2次服,1日1剂。

功效:清热利湿,活血破瘀,消肿解毒。

主治:急性黄疸性肝炎。

方解:方中稀莩草有祛风湿,平肝阳之作用;石见穿化瘀消肿,配合养胃健脾之糯稻草根是治疗急慢性肝炎的验方;田基黄又名地耳草,具有清热利湿,活血破瘀,消肿解毒之功,是治疗肝炎的有效药物;麦芽、枳壳着于疏肝行气,健脾宽中;丹参活血化瘀;芒硝利胆退黄;生甘草调和诸药。^[19]

20. 急黄汤(刘惠民)

组成:柴胡 3~10g,茵陈 9~30g,赤小豆 6~30g,龙胆草 1.5~10g,苦参 3~15g,栀子 3~15g,淡豆豉 6~10g,橘络 6~10g,钩藤 6~30g,白术 6~15g,白蔻仁 3~10g,茯苓皮 3~30g,神曲 6~10g,灯心 15~19g。

用法:水煎分 2 次服,1 日 1 剂。

功效:清热利湿,疏肝健脾。

主治:急性黄疸性肝炎。^[20]

21. 胆郁通方(何世英)

组成:茵陈 156g,郁金 77g,甘草 15.6g。

用法:上药共研细末,蜜丸,每丸 1.6g。1 日总量:1 岁 2 丸,3 岁 4 丸,6 岁 6 丸。

功效:清利湿热,利胆消黄。

主治:急性传染性肝炎,包括黄疸型、溶血性黄疸、慢性间歇性幼儿黄疸等属于阳黄者。

方解:本方中茵陈清利湿热,消黄;郁金属血中气药,能行气解郁;甘草解毒和中。^[21]

22. 鸡骨合剂(任侠民)

组成:鸡骨柴,平地木,岩柏,马兰青,酢浆草。

用法:水煎温服,每日1剂。

功效:清热解毒,宣郁化湿,活血消肿。

主治:急性肝炎。

方解:方中鸡骨柴(六月雪)性味淡,微辛凉,功能疏肝解郁,清热利湿;平地木(紫金牛)性平味辛,功能清热利湿,活血消肿止痛;岩柏(江南卷柏)性平味甘,具有凉血止血,清热利湿之功效;马兰青(路边菊)性味辛平,功能清热解毒,消肿利尿;酢浆草(盐酸草)性微温味酸,散瘀消肿,化痰利尿。

加减:若舌苔白滑或白厚腻,加茯苓、厚朴、佩兰等芳香淡渗之品;若右胁疼痛、脘痞、肝郁甚者加绿梅花、香附以疏肝利气。^[22]

23. 疏肝和络饮(陈苏生)

组成:柴胡9~12g,生牡蛎20~40g,香附、乌药、白芍、当归、郁金、苍术、丝瓜络各9g,厚朴、枳壳、广木香各6g,冬瓜子12g。

用法:每日1剂,水煎服。

功效:疏肝和络。

主治:气机不畅,血行不利,消化不良,湿热郁滞。本方旨在疏肝,法在通利,凡是气机不畅,血行不利,消化不良的肝炎病人,都有广泛的应用价值。

加减:临床上亦可去木香、枳壳之辛燥,代之以石菖蒲,以其排气而不耗血,去当归、白芍,代之以夜交藤、合欢皮,取其和血安神,而又能解毒止痛。^[23]

参考文献

- [1] 王凤歧. 中华名医特技集成. 北京: 中国医药科技出版社, 1993. 356 ~ 357
- [2] 王爱民. 季汉源老中医诊治肝病经验鳞爪. 江苏中医, 1994, 5 (5): 3 ~ 4
- [3] 史宇广, 单书健. 当代名医临证精华. 肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988. 83 ~ 85
- [4] 史宇广, 单书健. 当代名医临证精华. 肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988. 83 ~ 85
- [5] 何春水, 柳弓田主编. 当代名医亲献秘验方. 北京: 学苑出版社, 1992. 89
- [6] 何春水, 柳弓田主编. 当代名医亲献秘验方. 北京: 学苑出版社, 1992. 95 ~ 96
- [7] 米一鹤主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 1
- [8] 米一鹤主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 7 ~ 8
- [9] 湛宁生等. 肝炎解毒饮治疗急性病毒性肝炎 112 例临床观察. 北京中医, 1985, 14(4): 6
- [10] 崔应珉主编. 中华名医名方新传. 肝胆病. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999. 38 ~ 39
- [11] 崔应珉主编. 中华名医名方新传. 肝胆病. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999. 8
- [12] 李宝顺主编. 名医名方录. 第四辑. 北京: 中医古籍出版社, 1994. 307
- [13] 柳长华, 徐春波. 肝胆病实用方. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 203
- [14] 李柏棠. 苦苣汤治疗病毒性肝炎 86 例. 浙江中医杂志, 1989, (9): 391

- [15] 邱素兰. 丹芍虎参汤加减治疗急性黄疸性肝炎 84 例. 四川中医, 1988, (7): 21
- [16] 崔应珉主编. 中华名医名方新传·肝胆病. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999. 19 ~ 20
- [17] 崔应珉主编. 中华名医名方新传·肝胆病. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999. 7 ~ 8
- [18] 崔应珉主编. 中华名医名方新传·肝胆病. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999. 10 ~ 11
- [19] 崔应珉主编. 中华名医名方新传·肝胆病. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999. 15
- [20] 崔应珉主编. 中华名医名方新传·肝胆病. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999. 15 ~ 16
- [21] 马汴梁主编. 名老中医验方集. 北京: 中医古籍出版社, 1991. 28 ~ 29
- [22] 马汴梁主编. 名老中医验方集. 北京: 中医古籍出版社, 1991. 29
- [23] 陈熠. 陈明华. 陈苏生经验纂要. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1994. 88 ~ 100

慢性肝炎

一、湿热内蕴证

1. 清化瘀毒方(周仲瑛)

组成:虎杖、平地木、半枝莲、土茯苓各 15~20g,垂盆草 30g,田基黄 15g,败酱草 15g,贯众 10g,片姜黄 10g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:清解泄化湿热瘀毒。

主治:慢性乙型肝炎病毒复制指标持续阳性,正虚不著,症见肝区胀痛或刺痛,纳差,脘痞,泛恶,腹胀,两腿酸重,口干苦粘,大便溏垢或秘,小便黄。面色黯滞,或见血缕,舌苔腻,色黄或白,质黯红或有瘀斑。脉弦或濡数者。

方解:药用虎杖、平地木为主入血解毒,清热利湿;辅以垂盆草、田基黄、土茯苓清热利湿解毒;佐入败酱草、贯众清热解毒活血;取姜黄活血行气之用,入肝为使。

加减:湿热中阻,加炒黄芩、厚朴;肠腑湿热,加凤尾草、败酱草;湿热在下,加炒苍术、黄柏;湿热发黄加茵陈、黑山栀;热毒偏重,加龙胆草、大青叶;谷丙转氨酶增高加蒲公英;湿浊偏重加煨草果、晚蚕砂;血分瘀热,加白花蛇舌草、制大黄;营血热盛加水牛角片、丹皮、紫草;肝郁血瘀加土鳖虫、马鞭草。其他随证加味:如胁痛配延胡索、广郁金;食欲不振,配鸡内金、炒谷芽;泛恶配白蔻仁、橘皮;衄血,配

茜草根、白茅根。^[1]

2. 化肝解毒汤(周仲瑛)

组成:虎杖、平地木、半枝莲、土茯苓各 15~20g,垂盆草 30g,贯众 10g,片姜黄 10g,黑料豆 10g,生甘草 3g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:化肝解毒,化瘀滞,通肝络,具有抗乙肝病毒,改善肝细胞病理损伤的作用。

主治:慢性迁延性肝炎,慢性活动性肝炎及病毒携带者,辨证为湿热瘀毒,症见肝区痛,纳差,或脘痞腹胀,乏力,腿酸重,口干苦粘,小便黄,舌紫暗或质红有瘀斑,或淡白质胖隐紫,苔黄或白,或腻或薄,脉象细、数、弦、濡等几类相兼如细弦、细数、濡数者。亦可用于无明显自觉症状者。

方解:虎杖、平地木,二药苦平,清热利湿,活血化瘀,入血解毒为君;垂盆草甘淡凉,清热利湿,解毒降酶,半枝莲辛平,清热解毒,活血散瘀,土茯苓甘淡平,清热利湿解毒,合而为臣,协同增效;贯众苦微寒,清热凉血解毒,片姜黄辛苦温,活血行气以缓痛胀,黑料豆甘微寒,清肝益肾,共为佐药;生甘草甘平泻火解毒,调和诸药而为使。

加减:湿热毒盛,根据病邪的在气,在血,加用解毒祛邪之品,正气不足者,按肝脾肾及阴阳血气的不同虚候,分别补益,以加强正气,调整机体免疫功能。①邪实明显:湿热中阻,脘痞腹胀,口苦而粘,加炒黄芩 10g,厚朴 5g;湿热在下,尿黄,有热臭,加炒黄柏 6~10g,炒苍术 6~10g;肠腑湿热,便浊,有粘液,加凤尾草 15g,败酱草 15g;湿热发黄,加茵陈 15g,山栀 10g;热毒偏重(或肝功能检查谷丙转氨酶增高),选加龙胆草 5g,大青叶、蒲公英各 15g;湿重,去甘草,加生苡仁 12g,佩兰 10g;湿浊偏重,加煨草果 5g,晚蚕砂(包)

10g; 肝郁血瘀, 加丹参、桃仁各 10g; 营分郁热, 选加水牛角、丹皮、紫草各 10g; 血分瘀毒, 选加白花蛇舌草 15~20g, 马鞭草 12~15g, 制大黄 5~9g (大便溏者不用, 但湿热夹滞, 腑气不畅, 大便虽溏而不爽者仍可用)。②正气亏虚: 肝血虚, 加当归 10g; 肝肾阴虚, 选加制首乌 10g, 楮实子 (或杞子) 12g, 制黄精 12g, 旱莲草 10g; 肝功能谷丙转氨酶增高者, 加五味子 5g; 阴虚有热, 加大生地 12g, 川石斛 10~12g; 脾气虚, 加炙黄芪 12~15g, 党参 (或太子参) 10~12g; 肾阳虚, 酌加仙灵脾 10g, 补骨脂 10g, 淡苁蓉 10g。③其他随症加味: 如肝郁气滞胁痛, 加醋柴胡、香附; 肝区痛甚配延胡索、广郁金; 食欲不振, 配炙鸡内金、炒谷芽; 脘痞、泛恶、口粘, 酌配陈皮、竹茹、蔻仁; 齿鼻衄血、小便黄, 配白茅根等。¹⁾

3. 清肝汤 (朱承汉)

组成: 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。

用法: 每日 1 剂, 水煎服。

功效: 清热解毒利湿, 佐以凉血散邪。

主治: 慢性肝炎证属阳黄, 热多湿少的病证。²⁾

4. 三花汤 (丁济民)

组成: 野菊花 10g, 银花 15g, 红花 5g, 紫花地丁 30g, 甘草 5g, 滑石 15g。

用法: 每日 1 剂, 水煎服。

功效: 清热解毒, 活血渗湿。

主治: 无黄疸型肝炎湿热为患, 以热为主者。³⁾

5. 柴胡解毒汤(刘渡舟)

组成:柴胡、黄芩、茵陈、土茯苓、蚤休、草河车、炙甘草、苍术等。

用法:每日1剂,水煎服。

功效:疏肝理气,清热利湿。

主治:肝炎气分湿热羁留不清,转氨酶高,黄疸指数高,以苔腻、尿黄、胁痛、体疲、口苦、心烦为辨证要点的病证。

加减:若黄疸指数高,大便偏干,热盛于湿,可与茵陈蒿汤合方;若转氨酶持续增高不降,湿热皆盛,可在本方基础上加垂盆草、大金钱草、白花蛇舌草,曰三草解毒汤;若湿热毒邪凝滞不化,苔白厚腻而干,肩背酸凝而胀,身沉重,口渴尿黄,可于本方加生石膏、滑石、寒水石增强清利湿热之功,方名三石解毒汤。湿热郁滞,气机不利,肝区作痛加川楝、延胡、虎杖祛湿热,调畅气机止痛。亦可加连翘、竹叶增强清利气分湿热之功效。⁴

6. 清解降酶方(喻森山)

组成:金钱草 15g,夏枯草 15g,龙胆草 10g,金银花 15g,板蓝根 15g,丹参 15g,党参 15g,甘草 6g。

用法:每日1剂,水煎服。

功效:清热解毒,益气活血。

主治:急、慢性肝炎转氨酶增高,具有湿热内蕴见症者,或无明显自觉症状者。⁵¹

7. 清解退黄方(喻森山)

组成:茵陈 30g,贡黄芩 15g,黄连 6g,黄柏 10g,栀子 10g,大黄 12g,丹参 15g,泽兰 15g。

用法:每日1剂,水煎服。

功效:清热解毒,利湿退黄。

主治:急、慢性黄疸性肝炎之属于湿热疫毒内盛者,或无明显自觉症状者。^[5]

8. 清肝拔毒汤(陆拯)

组成:茵陈40g,黄连6g,土茯苓、垂盆草、虎杖各30g,贯众、野菊花各15g,大黄、柴胡、秦艽、郁金、生鸡内金各10g。

用法:冷水先浸30分钟,文武火煎2次,微温服,头汁300ml,二汁250ml。

功效:清热拔毒,疏肝退黄。

主治:急、慢性黄疸性肝炎湿热毒邪壅阻于肝,胆汁外溢肌肤,面目俱黄,色鲜明,小便短赤,脘腹痞满,大便秘结,舌苔黄腻,脉象弦数。^[6]

9. 贯桑饮(汪履秋)

组成:贯众15g,田鸡黄15g,桑椹子15g,土茯苓15g,平地木15g,虎杖30g,丹皮10g,郁金10g。

用法:每日1剂,水煎2次,早晚分服。

功效:清热解毒,护肝解郁。

主治:用于无临床症状的乙肝患者及乙肝病毒携带者,然具有临床表现的乙肝同样是本方的适应指征。

方解:乙型肝炎往往没有临床表现,中医对此似乎无证可辨,汪教授根据乙型肝炎的一般病机推测,认定本病的病变部位仍在肝脾,湿热疫毒还是它的主要病理因素,故将治疗方法重点放在清热解毒、顾护肝体上。本方首选苦寒的贯众、田基黄、土茯苓、平地木、虎杖等,入肝脾以清热解毒,化湿辟秽,为抗乙肝病毒的辨病用药;《普济方》有桑椹子善治

水肿胀满的记载,因其味酸性凉,能养肝肾,利水消胀;再配上郁金、丹皮二药理气行瘀,更为全面,以利改善肝功能,恢复气血的正常运行。统观全方,既不失中医辨证用药的传统特色,又参进辨病内容,针对性强。

加减:若见肝区胀痛、脘腹满闷不适之时,可加柴胡、枳壳、郁金、川楝子、红花等;如湿热蕴结、肝脾气滞,舌苔黄腻、脘腹胀满、食少泛恶小便黄赤,则增入苍术、厚朴、半夏、木香、黄连、枳壳、泽泻之类;伴 SGPT 增高,应加入白花蛇舌草、茵陈、垂盆草、苦参、半枝莲等;病久迁延,瘀阻络脉,或正虚肝脾不调,可加桃仁、丹参、红花、三棱、郁金、枳壳理气活血、和络止痛,亦可用当归、白芍、党参、黄芪、白术、茯苓、陈皮、半夏等养肝调脾,扶正补虚。^[7]

10. 三草三根汤(李涤新)

组成:白花蛇舌草、白茅根各 15~30g,夏枯草 12~15g,板蓝根、山豆根各 10~15g,甘草 6~12g。

用法:每日 1 剂,水煎分 2 次服,疗程 2~3 个月。

功效:清热解毒、消炎利胆退黄。

主治:慢性乙型肝炎。^[8]

11. 茵陈赤小豆汤(尹常健)

组成:茵陈、赤小豆、丹参各 30g,苍术 12g,竹叶 9g,通草 6g,大黄、甘草各 3g,败酱草 15g,大枣 5 枚。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:利湿清热。

主治:GPT 升高。

方解:茵陈清利肝胆湿热;苍术去湿化浊,消中州胀满;赤小豆利水除湿,兼入血分;竹叶、通草利湿兼清心火,

心火既清,肝火易去。用小量大黄通达腑气,导热下行;用丹参活血,败酱草解毒。

加减:黄疸加田基黄 30g,车前草 15g,栀子 9g; HBsAg (+) 加山豆根 15g,黄芩 12g; 恶心厌油加竹茹 12g,寒水石 15g; 腹胀加薏仁 9g,苡米 30g; 饮食减少加橘皮 9g,炒三仙各 12g。^[9]

12. 升麻甘草汤(方药中)

组成:升麻 30g,甘草 6g。

用法:水煎分 2 次温服,1 日 1 剂。

功效:解毒和中。

主治:本方为治疗迁延性肝炎、慢性肝炎的辅助方。中医辨证属于瘀毒盛者。

方解:方中升麻辛甘、微苦,善清热解毒;甘草和中调药,又擅解毒。二药合用,解毒而不伤中,扶正而不恋邪,共奏解毒和中之功。考升麻《神农本草经》谓其“解百毒,避瘟疫、瘴气、邪气、中毒、时气毒……”《本草备要》谓其“轻宣升阳,解毒……解百药毒,吐蛊毒,杀精鬼”。可见本品擅长攻毒解毒。^[10]

13. 化湿疏通汤(黄文东)

组成:柴胡 9g,前胡 9g,桂枝 9g,赤芍 12g,甘草 3g,丹参 15g,广木香、陈皮、姜半夏各 15g,白芷 6g,生姜 6g,红枣 5 枚。

用法:水煎分 2 次温服,1 日 1 剂。

功效:化湿通经,疏通表里。

主治:慢性迁延性肝炎。

方解:方用柴胡、桂枝以疏通阳气;丹参、赤芍活血化

瘀；白芷、木香、陈皮、半夏以芳香化湿；生姜、大枣、甘草健脾和胃，使表里通达，气血周流，阳气得以舒展，增强抗病能力。^[11]

14. 加味甘露消毒丹(湛宁生)

组成：白蔻仁 6g，藿香 10g，茵陈 50g，滑石 15g，木通 10g，黄芩 10g，栀子 10g，菖蒲 10g，土茯苓 15g，半枝莲 15g，枳壳 10g，生大黄 10g。

用法：水煎分 2 次服，1 日 1 剂。

功效：祛邪，清热解毒，利湿退黄。

主治：重症肝炎，以热毒亢盛为主。

方解：本方以大黄、茵陈、黄芩、栀子、土茯苓、半枝莲清热解毒为主；白蔻仁、藿香、滑石、木通利湿祛邪，佐以枳壳理气，菖蒲化浊；大黄更是必用之要药，当邪热亢盛或瘀热相结之际用之，有突击泻热、急下存阴之功。^[12]

15. 茵陈驱黄汤(潘澄谟)

组成：茵陈、金钱草各 30g，黑栀子、泽泻各 12g，黄柏、秦艽、茯苓、旋覆花各 9g，制厚朴 4.5g，制大黄、郁金、枳壳各 6g。

用法：水煎分 2 次温服，1 日 1 剂。

功效：疏肝理脾，清化湿热。

主治：重症肝炎。

方解：方中茵陈、栀子、金钱草、黄柏、制大黄、泽泻、茯苓清化湿热、利胆退黄；制厚朴、郁金、枳壳、旋覆花、秦艽疏肝和胃。

加减：兼有呕血便血者，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 13

16. 消黄汤(丁济民)

组成:茵陈 60g,黄芩 15g,黄连 10g,黄柏 15g,枳实 12g,山栀 15g,人黄 10g,半夏 12g,全瓜蒌 30g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:清热解毒,燥湿化痰。

主治:重症肝炎,热毒甚直逼血分,在尚未出现狂躁、谵妄或抑郁症状前使用此方为宜。如出现烦躁、昏迷、出血等症,则用犀角地黄汤加味。¹⁴

17. 草河车汤(宋孝志)

组成:草河车 30g,青皮 12g,苏木 6g。

用法:水煎服,1 日 1 剂。

功效:清热活血,舒肝止痛。

主治:慢性肝炎活动期,或单项转氨酶增高。肝经郁热,两胁胀痛,心烦急躁,舌红苔黄,脉象弦数等。

方解:草河车清热解毒,利湿消肿是为主药,用量亦重。青皮辛散温通,苦泻下气,入肝胆经,可疏肝破气,清泻止痛,又防草河车苦寒太过。苏木入肝经,活血祛瘀,通经止痛。《本草纲目》云:“苏木乃三阴经血分药,少用则和血,多用则破血”,故在方中以用 6g 为宜。

加减:如热毒较甚,将草河车更为凤尾草 30g;大便溏者,减草河车加贯众 30g;有黄疸者加茵陈 15g,栀子 10g;在肝硬化早期可加山楂 30g;腹水较明显者加郁金 15g,槟榔 30g;伴见脾胃虚弱加茯苓 15g,白术 12g,党参 12g 等。¹⁵¹

18. 蛇龙解毒汤(乔仰先)

组成:白花蛇舌草 30g, 龙胆草 9~15g, 岩柏草 30g, 鸡眼草 30g, 丹皮、丹参、赤芍、川芎、大黄、甘草各 10g。

用法:每日 1 剂, 水煎服。

功效:祛湿、解毒、活血。

主治:慢性肝炎, 活动期或急性发作时。其适应证为身目黄染, 发热, 胸闷心烦, 厌食油腻, 恶心呕吐, 胁痛腹胀, 小溲黄赤, 大便干结或溏薄, 肝掌, 肝肿大, 实验室检查见谷丙转氨酶、黄疸指数、 γ -GT 异常升高, 乙肝三系阳性。

方解:本方以白花蛇舌草、龙胆草、岩柏草、鸡眼草为主药, 旨在清热解毒利湿浊, 降转氨酶; 而丹皮、赤芍、川芎、丹参为辅, 以活血化瘀, 佐以大黄攻通利腑, 甘草调和诸药。

加减:黄疸重者, 加茵陈、当归、重用大黄; 如急性发作或重症肝炎, 见有“热入营血”之证时, 常加用水牛角、生地; 病情危急则以广犀角粉代替水牛角, 量以 0.3~0.9g, 分吞。^[16]

19. 鸡平合剂(任侠民)

组成:鸡骨柴、平地木、江南卷柏、马兰青、酢浆草。

用法:每日 1 剂, 水煎服。

功效:清热解毒, 宣郁化湿, 活血消肿。

主治:本方无论有无黄疸, 初起或反复迁延不愈, 谷丙转氨酶升高或持续不降, 只要属于湿热患者, 随证加味, 皆有较好疗效。

方解:鸡骨柴, 茜草科, 六月雪属, 植物名六月雪, 性味淡, 微辛凉, 功能清热利湿, 舒肝解郁; 平地木, 植物名柴金牛, 性平味辛, 功能清热利湿, 活血消肿; 江南卷柏, 又名摩

来卷柏、岩柏,性平微甘;马兰青,又名鸡儿肠、路边菊,性味辛平;酢浆草,又名盐酸草,性微温味酸,此三味均有清热利湿功效。

加减:湿重于热,加川朴、茯苓、省头草;热重于湿加山栀、黄芩;发热加秦艽、豆豉;便秘加虎杖或生军;热毒伤阴,舌红苔黄而干,加芦根、知母、麦冬、石斛。^[17]

20. 清泄泻肝汤(张沛虬)

组成:柴胡 10g,黄芩 10g,赤白芍各 10g,生山栀 10g,姜半夏 10g,当归 10g,枳实 5g,泽泻 10g,车前子 12g(包),生军 5~10g(后下)。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:清化湿热,泄肝运脾。

主治:慢性肝炎属肝脾湿热型,症见胸胁胀痛,口苦而干,头痛目赤,溲赤便秘,脘闷腹胀,厌食泛恶,舌质红,苔黄腻,脉弦数或滑数。

加减:若热象较重,烦热口渴或目黄肤黄,加龙胆草 5g,大青叶 30g,白花蛇舌草 30g。龙胆草泻肝胆实火,清下焦湿热,用治湿热黄疸疗效显著,其小剂量(3~5g)有苦味健胃作用,与大青叶、白花蛇舌草配用则清热解毒力更强;伴黄疸者加茵陈 30g,岩柏 30g 以清热化湿解毒。^[18]

21. 藿枳汤(康良石)

组成:佛藿香 5g,茵陈蒿 12g,车前子 10g,白茯苓 10g,漂白术 10g,牡丹皮 6g,焦栀子 6g,金石斛 12g,生白芍 10g,生甘草 3g。

用法:方中藿香后下,水煎分 2 次服,1 日 1 剂。

功效:利湿清热,通滞散结,益气养阴。

主治：慢性迁延型肝炎。

方解：方中丹皮、栀子为即可清气泄火，又可凉血解毒的利湿清热药，与茵陈、车前、藿香合用，可增强利湿清热之功，又奏通滞散结之效；配茯苓、白术、甘草辅助利湿清热，且益气和胃，并防湿浊伤脾耗气；石斛、白芍养肝敛阴，柔肝止痛，切防热毒化火伤阴。^[19]

二、肝郁气滞证

1. 泰肝金乳煎(王临轩)

组成：乳香 12g，金铃子 5 枚（火烧），青皮 12g，柴胡 10g，丹参 14g，白芍 12g，甘草 4g，瓜蒌仁 12g。

用法：水煎服，每日 3 次，两日 1 剂。

功效：疏肝理气，止痛泰肝。

主治：慢性肝炎胁痛愈而复作，病势或轻或重，时痛时休，甚则持续，舌质较淡，苔白少津，脉弦缓。

加减：若症见胆经郁热，厌食，痛膺肩背者，加青皮 14g，黄芩 6g，枳壳 10g；胁胀痛甚者，加九香虫 15g，橘络 10g，厚朴花 10g；伴有肝肾阴虚证伴头昏少眠、舌尖边微红者加炙首乌 15g，女贞子 15g，若久痛不解者，加高良姜 12g，体虚者加党参、黄芪之类。^[20]

2. 理滞和肝散(周文川)

组成：全瓜蒌 30g，姜黄 10g，白蔻仁 6g，青皮 15g，香附 15g，甘草 10g，山甲珠 6g，薏苡仁 15g，木香 6g。

用法：研细过密筛，装瓶备用，每服 6～10g，1 日 2～3 次，温开水送下。或每日 1 剂，水煎分 3 次温服。

功效：疏肝理气，散结止痛。

主治:慢性肝炎,胁肋隐痛或刺痛,肝区灼热不适,伴见口苦口干,心烦不宁,腹满,溲黄热,舌苔腻浊。

方解:情志郁结,气机不畅,每易导致肝脉郁滞,痰血互结。本方为治疗肝脉郁滞的开导剂,宜实不宜虚。方以青皮、木香理气滞,白蔻、苡仁化湿浊,姜黄、香附、甘草散郁阻,瓜蒌、山甲消结,结散气畅,其痛自平。

加減:若胁痛甚者加川楝子、元胡;出血明显者,重用白茅根。^[21]

3. 疏肝解郁汤(秦伯未)

组成:白芍 10g,柴胡 5g,丹参 10g,郁金 6g,枳壳 5g,青皮 5g,陈皮 5g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:疏肝调气,活血解郁。

主治:传染性无黄疸肝炎,表现为右胁或左胁胀痛、剧痛,或时痛时止,或牵及右胸少腹肩胛亦痛,肝大压痛,或兼见腹胀食减、恶心、矢气等胃肠症状。舌苔白腻或净,脉弦滑或细弦。

方解:方中柴胡、枳壳疏肝理气,升清降浊;白芍缓急止痛,与枳壳同用能通畅气滞;丹参、郁金活血和肝、疏解肝郁;陈皮、青皮疏肝和胃;青皮专治胁痛。

加減:胁痛重的或痛引少腹者,加金铃子 6g,荔枝核 10g;久痛不止,痛如针刺或日轻夜重者,加草红花 3g,或制乳没各 5g;肝区有内热感或口苦口干,或小便短黄,或皮肤瘙痒者,加大小蓟各 6g,或加黄芩 5g、竹茹 5g;兼有头痛者,加白蒺藜 10g、菊花 5g;食欲呆滞、纳食不香者,加六神曲 10g;有潮热、头热、掌心热、牙龈出血者,加鳖甲 12g,丹皮 5g;有头晕等血虚症状的加当归 5g;有腰背酸痛、小便频数

等肾阴虚症状者,加细生地 6g; 全身倦怠,中气虚弱者加黄芪 6g,炒白术 6g。^[22]

4. 和肝汤(方和谦)

组成:当归 12g,白芍 9g,白术 9g,柴胡 9g,茯苓 9g,薄荷(后下)3g,生姜 3g,炙甘草 6g,党参 9g,苏梗 9g,香附 9g,大枣 4 枚。

用法:每日 1 剂,水煎 2 次,早晚分服。

功效:疏肝理气,调气和血。

主治:慢性肝炎及其它肝脏疾病。

方解:本方为逍遥散化裁而来。逍遥散为疏肝理脾的常用方剂,为肝郁血虚之证而设。它体用兼顾,肝脾同治,立法用意很为周到。方老在此方基础上加用党参、香附、苏梗、大枣 4 味药,使其和中有补,补而不滞,既保留了逍遥散疏肝解郁、健脾和营之内涵,又加重了培补疏利之特色,从而拓宽了逍遥散的用途。“和肝汤”组成有三个特点。肝为刚脏,体阴用阳,故本方以归、芍为君,养血柔肝。用阴柔之品涵其本,此其一也。肝主疏泄,性喜条达,故用柴胡、薄荷疏肝解郁,更佐入苏梗、香附,不仅降肝气之逆且能条达上、中、下三焦之气。四药和用有疏肝解郁、行气宽中之功。此所谓“肝欲散,急食辛以散之也”。以辛散之剂遂其性,此其二也。肝脾两脏常相互影响,本方以参、苓、术、草四君为佐,甘温益气,健脾和胃。既遵仲景“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之旨,又收“肝苦急,急食甘以缓急”之用。本方以甘温健脾杜其变,此其三也。上述特点,使“和肝汤”成为一个调和气血、疏理肝脾、体用结合的方剂。在临床上广泛应用于肝脾气血失和的病症。^[23]

5. 柴胡活络汤(刘渡舟)

组成:柴胡、黄芩、茵陈、土茯苓、草河车、茜草、炙甘草、红花、当归、白芍等。

用法:每日1剂,水煎服。

功效:疏肝活血通络,兼利湿解毒。

主治:肝血瘀阻,络脉不通,湿热毒邪进入血分,以舌苔白腻,舌质暗,边有瘀斑,脉弦涩为辨证要点的病证。

加减:本方系柴胡解毒汤增加活血化瘀通络之药而成,以达到和肝祛邪两全之效。临床上除典型血瘀证使用本方外,其它如症状不明显的慢肝患者,或乙肝病毒携带者,或慢肝急性发作的恢复期,亦可应用此方治疗,不必拘泥于血瘀见证。临床观察能阻断肝硬化腹水的发生,有寓“防”于“治”的特点。若湿热毒邪已入血分,而又兼转氨酶持续不降,可于本方加入大金钱草、垂盆草、白花蛇舌草、虎杖,增强解毒祛湿之力,名为三草活络汤。⁴¹

6. 柴胡止痛汤(刘渡舟)

组成:柴胡、川楝子、延胡、刘寄奴、片姜黄、茜草、海螵蛸、皂刺、炙甘草等。

用法:每日1剂,水煎服。

功效:活血通络,调理气机。

主治:邪入血分,气血失调,以肝区痛重为辨证特点的病证。

加减:肝炎进入血分,要重用养血药物,可加当归、白芍养血柔肝,川芎理血和肝,使肝血调和疼痛不发。肝络瘀阻不通则痛,瘀而出现热象,可加丹皮、丹参凉血活血。白/球蛋白倒置,可加茜草、土鳖虫,亦可加桃仁、红花活血化瘀。

慎用理气之香燥药,因邪气已伤阴血,复用香燥之品,更加伤阴。

7. 疏肝解毒汤(赵清理)

组成:当归 12g,白芍 15g,柴胡 15g,茯苓 15g,板蓝根 15g,败酱草 15g,茵陈 30g,川楝子 2g,银花 15g,公英 15g,甘草 6g,生姜 10g,红枣 5 枚。

用法:水煎服,1 日 1 剂。

功效:疏肝健脾,清热解毒。

主治:慢性乙型肝炎,或右肋肋疼痛隐隐,或两胁胀痛不舒。

方解:方中柴胡疏肝解郁,当归、白芍养血柔肝,茯苓、甘草、生姜、红枣健脾和胃,此乃逍遥散疏肝健脾之意。板蓝根、败酱草清热解毒,有抗病毒作用,并能促进肝细胞增生,防止肝细胞变性。银花、公英清热解毒。茵陈、川楝子清热利湿,疏肝利胆,对多种病毒有较强的抑制作用。

加减:若两胁胀痛甚者,加青皮、佛手、川朴;若纳差、腹胀者,可加焦三仙、鸡内金;若右肋肋痛甚者,可加玄胡、郁金、丹参;若肝脾肿大者,可加炙鳖甲、三棱、莪术;若转氨酶升高者,可加五味子、黄芩、半枝莲;若体倦乏力者,可加太子参、黄芪等。^[24]

8. 燮枢汤(焦树德)

组成:北柴胡 9~15g,炒黄芩 9~12g,炒川楝子 9~12g,制半夏 10~12g,草红花 9~12g,白蒺藜 9~12g,皂角刺 3~6g,片姜黄 9g,刘寄奴(或茜草) 9~10g,焦四仙各 10g,炒莱菔子 10g,泽泻 9~15g。

用法:每日 1 剂,分 2 次服(白天与睡前各 1 次)。

功效：调肝和胃，活血消痞

主治：慢性肝炎，早期肝硬化，慢性胆囊炎、胆道感染。
 症见：右胁隐痛或两胁均痛，食少脘闷，腹部胀满，肋下痞块（肝或脾大），倦怠乏力，小便发黄，大便欠爽或溏软，舌红或有瘀斑，舌苔白或黄，脉象弦或弦滑或兼数。

方解：柴胡升清阳，黄芩降浊阴，能调转燮理阴阳升降之枢机，而用为主药。以半夏辛温散降中焦逆气而和胃健脾；白蒺藜苦辛而温，宣肺之滞，疏肝之郁，下气和血；川楝子苦寒入肝，能清肝热行肝气而治胁痛、脘腹胀；红花性温，和血通经，并能和血调血，四药共为辅药。片姜黄辛苦性温，行血中气滞，治心腹结积，痞满胀痛；皂刺辛温，开结行滞，化痰化瘀，破坚除积；刘寄奴苦温兼辛，破瘀消积，行血散肿；炒莱菔子辛甘性平，理气消胀，配焦四仙（焦神曲、焦麦芽、焦山楂、焦槟榔），运中焦而健脾胃，是为佐药。以泽泻入肝肾，能行在下之水使之随清气而上升，复使在上之水随气通调而下泻，能降泄肝肾二经水湿火热之邪而助阴阳升降之机，用为使药。

加减：中湿不化，脘闷少食，舌苔白厚者加苍术 6~9g，草豆蔻 6~10g；气血阻滞，胁痛明显者加元胡 9g，枳壳 10g，制乳没各 5g；如血瘀明显，胁痛处固定，或兼月经量少有块者，加茜草 12~20g，乌贼骨 6~9g，桂枝 6~10g；胃纳不佳，食欲不振，饮食少进者，加生谷芽 10~12g，陈皮 10~12g；肝热扰心，心悸失眠，多梦健忘者，加珍珠母 30g，远志 9g，天竺黄 9g，栀子仁 3g；下午低热者，加生白芍 12g，银柴胡 10g，青蒿 15g；肝胆热盛，口苦、尿黄，目红加栀子 6~10g，胆草 3g；肋下痞块，肝脾肿大明显者，加炙鳖甲 15~30g，生牡蛎 20~30g，射干 10g，莪术 3~6g，三棱 3~6g，玄参 12~30g，肝病累肾，脾湿不化而腹部坠胀、小便短少、有轻度腹水者，加

大腹皮 12~15g, 茯苓 30~40g, 冬瓜皮 30~40g, 水红花子 10~12g, 车前子 12~20g, 泽泻改为 30g; 情志不舒者, 加香附 10g, 合欢花 6g; 呕逆便秘、上腹及胁部疼痛、舌苔不化者, 加生赭石 30g(先煎), 旋覆花 10g(布包), 生大黄 3~5g, 炒五灵脂 9g; 肝功能化验较长时间不正常(尤其是谷丙转氨酶高者), 加五苓散(五味子 9.5g, 芦荟 1.5~2.5g, 共为细末, 每服 3g, 每日 2 次, 温开水送下, 或随汤药服用)。腹部喜暖, 遇凉隐痛者, 减黄芩为 6g, 去川楝子; 饮食正常者, 去莱菔子、焦四仙, 只用焦神曲; 口渴明显者, 去半夏; 女子月经不潮或经水量少者, 去刘寄奴, 改茜草 15~30g; 药后胁痛反而加重者, 可去皂刺, 减片姜黄用量。^[25]

三、气虚血瘀毒蕴证

1. 扶正活血解毒汤(梁伯学)

组成: 黄芪 30g, 炒白术 12g, 郁金 10g, 仙灵脾 12g, 佛手 10g, 鸡内金 10g, 炒白芍 12g, 丹参 15g, 贯众 30g, 白花蛇舌草 15g, 砂仁 6g, 甘草 3g。

用法: 水煎服, 每日 1 剂。

主治: 补气健脾, 活血解毒。

功效: 正虚邪恋所致的慢性乙型肝炎。

加减: 湿热未清者去黄芪、仙灵脾, 加茵陈、黄芩、滑石; 偏脾虚者加党参、茯苓, 偏肾虚者选加女贞子、巴戟天、仙茅、菟丝子、寄生; 胁痛者加元胡、川楝子; 肝脾肿大者加土鳖虫、地龙、鳖甲、牡蛎。^[26]

2. 扶正解毒方(周仲瑛)

组成: 太子参 12g, 焦白术 10g, 茯苓 10g, 枸杞子 10g, 黄

精 10g, 虎杖 15g, 土茯苓 20g, 半枝莲 15g, 丹参 10g。

用法: 每日 1 剂, 水煎服。

功效: 扶正解毒, 调养肝脾, 清化湿热瘀毒。

主治: 乙型肝炎虚实夹杂, 正气虚弱, 邪毒内伏, 病势迁延, 表现为肝区隐痛或胀痛不适, 不耐疲劳, 头昏, 腿酸, 口苦粘, 有时腹胀, 大便溏, 小便时黄, 面色黄滞, 舌苔薄腻或中后部黄腻, 质隐紫或有瘀斑, 脉细弦或濡软者。

方解: 药用太子参、白术、茯苓补气健脾渗湿; 辅以杞子、黄精平补肝肾; 佐以虎杖、土茯苓、半枝莲凉血解毒利湿; 取丹参为使, 入血以凉血活血。

加减: 肝血虚加当归、白芍; 肝肾阴虚酌加桑椹子、炙女贞子、制首乌; 谷丙转氨酶高者加五味子(杵); 阴虚有热加生地、金钗石斛; 脾虚酌加党参、黄芪; 肾阳虚加仙灵脾、菟丝子。肝郁气滞加柴胡、香附; 化火加山栀、丹皮; 血瘀加桃仁、穿山甲; 湿困加苍术、厚朴; 热蕴加茵陈、蒲公英。^[1]

3. 疏肝消积丸(周信有)

组成: 柴胡 9g, 茵陈 20g, 板蓝根 15g, 当归 9g, 丹参 20g, 莪术 9g, 党参 9g, 炒白术 9g, 黄芪 20g, 女贞子 20g, 五味子 15g, 茯苓 9g。

用法: 水煎服, 日服 2 次, 亦可共碾为末, 炼蜜为丸, 每丸重 9g, 日服 3 丸。

功效: 清解祛邪, 补虚扶正, 活血祛瘀。

主治: 通治各种病毒性肝炎。

方解: 方中以柴胡调达肝气, 茵陈、板蓝根、茯苓等清解利湿、抑制病毒, 当归、丹参、莪术等养血调肝, 和血祛瘀, 以扩张肝脏血管, 增强肝内血液循环和增加肝脏血流量, 从而起到改善肝脏营养及氧气供应, 防止肝脏细胞损害、变性和

纤维组织增生,以防止肝病的发展。党参、白术、黄芪、女贞子、五味子等,为扶正补虚之品,参、术、芪健脾益气而有利于血浆蛋白的提高,改善肝功能。女贞子、五味子补益肝肾,其中五味子酸收入肝,有降酶作用。上方配伍,全面兼顾,整体调节。

加减:有湿热证候或淤胆现象的,方中茵陈可重用40~60g,以清利湿热,再加赤芍、栀子,是出于去瘀利胆之目的。虚羸不足严重的,如偏阳虚,酌加淫羊藿、仙茅、肉桂等,以温补肾阳,偏阴虚,酌加生地、枸杞子等,以滋补肾阴。如见腹水尚需酌加利气利水之品,如大腹皮、茯苓皮、泽泻、白茅根等。²⁷⁾

4. 复肝草方(关幼波)

组成:金钱草12g,车前子(包)12g,泽泻12g,薏苡仁12g,草决明15g,山楂12g,丹皮10g,丹参15g,白花蛇舌草15g,草河车12g,桑枝30g,生黄芪15g,何首乌12g,当归12g,大黄炭10g,生地15g,桃仁10g,黄精15g。

用法:上方水煎3次,早晚各服1次,每剂服1天半。

功效:清除余邪,扶正补虚,调理气血。

主治:乙型肝炎。

方解:白花蛇舌草、草河车、金钱草、车前子等清热解毒利湿,以清余邪,且有降酶作用,其中白花蛇舌草、草河车等又能增强巨噬细胞功能;黄芪补气固表,不仅能增强巨噬细胞功能,且能增强特异性免疫反应,提高T细胞功能,促使周围血白细胞诱生干扰素的能力;薏苡仁健脾利湿,桑枝化湿通络,对于T淋巴细胞功能均有促进作用;当归、何首乌补血滋养肝肾,黄精气血双补,有助于提高和改善抗体的质量。并能促使肝功能恢复正常。泽泻益肾利水泻相火,大黄炒炭

减其攻积泻下之力,而入血分凉血散瘀,对于脾胃虚弱的慢性肝炎患者可无致泻伤脾之虑。配合丹皮、丹参、生地、桃仁等凉血活血可清血分伏热,且可制约温补药的副作用,对体液免疫和免疫复合物有抑制作用。草决明清肝胆之郁热,山楂消积行瘀化滞,并能改善脂肪代谢。全方药物的配合可使补气而不壅郁,补脾而不呆滞,补肾而不动火,补血而不助瘀,补阴而不滋腻,扶正祛邪并用,有利于邪去正安。对调整机体的免疫功能可能也有一定的作用。

加减:月经过多去桃仁;便溏去生地,或改用生地炭;有黄疸者金钱草改用茵陈。²⁸¹

5. 陆氏乙肝散(陆长清)

组成:蒲公英 20g,野菊花 20g,丹参 20g,党参 20g,猪苓 40g,黄芩 12g,炒白芍 12g,当归 12g,柴胡 6g,五味子 12g,甘草 20g,丹皮 12g,二丑 6g,乌梅 12g。

用法:上药共研细末,分 100 包,每次服 1 包,一日 3 次。

功效:扶正攻毒。

主治:乙型肝炎。

方解:本方根据乙肝的临床过程和证候特征,综合了治疗乙肝的清热解毒、益气护肝、疏肝调气、活血化瘀、健脾消食五法,并结合现代医学的研究补充恢复肝功能一法。此六法为陆师临床治疗乙肝的必备大法。“陆氏乙肝散”即系据此六法所组成的经验方。方中蒲公英、野菊花、黄芩、丹皮抗病毒、清肝热,党参、甘草、五味子益气护肝,当归、白芍养血护肝,猪苓利水护肝,丹参、丹皮、当归活血化瘀,柴胡、黄芩疏肝解郁,乌梅、二丑消食开胃。其中党参、猪苓、当归、五味子能增强机体免疫力,可保护肝功。全方寒温并举,攻补兼施,用药精当,对改善肝功、促进病毒转阴、改善症状和体征

诸方面有综合疗效。

加减:①辨证加减:肝脾湿热型加龙胆草 12g,山梔 12g;肝郁型加青皮 10g,陈皮 10g;肝脾不和与脾虚型加白术 12g;阴虚肝郁型加沙参 12g,石斛 12g;瘀血阻滞型加川楝子 12g,红花 12g。②针对理化检查指标异常加减:血清转氨酶升高者加板蓝根、虎杖;血清白蛋白降低者加大枣、山药;麝香草酚浊度、絮状试验升高者加薏苡仁、贯众。^[29]

6. 益气护肝汤(扬承岐)

组成:黄芪 30g,党参 15g,白术 10g,柴胡 10g,白芍 20g,当归 10g,五味子 10g,炒王不留行 15g,丹参 30g,威灵仙 15g,炒莪术 10g,甘草 6g。

用法:水煎服,每日 1 剂,早晚分服。

功效:调和肝脾,益气护肝。

主治:慢性乙型肝炎。

方解:黄芪、党参、白术、甘草健脾益气,培土抑木,增强机体免疫力,促进肝功能的恢复;柴胡、白芍疏肝解郁,重用白芍意在养血柔肝止痛,养肝之体以复肝,且柴胡、白术同时可调和肝脾;当归、炒王不留行、丹参、炒莪术行肝家恶血,化瘀消积,软缩肝脏;五味子收敛正气,降酶降絮;威灵仙逐瘀解毒,消积化滞,祛湿通络;甘草调和诸药。诸药相合共奏健脾柔肝,化瘀消积,益气护肝之效。^[30]

7. 茜草乌贼汤(刘赤选)

组成:茜草根 12g,乌贼骨 9g,当归尾 9g,炙甘草 6g,白芍 12g,橘络 2.4g,茯苓 12g,白术 12g,党参 12g,葱须一小撮。

用法:水煎分 2 次温服,每日 1 剂。

功效：健脾疏肝，养阴活血。

主治：慢性迁延性肝炎。

方解：方中以四君子汤健脾，乌贼骨、茜草根疏肝清热，当归、白芍养阴活血，继用橘络、葱须通络活血。以化湿清热之法以解肝脾之瘀滞，清胃肠之湿热，使肝气复能条达，脾气得以运化，诸症平息。^[31]

8. 柴芪汤(赵炯恒)

组成：柴胡 10g，炒白芍 20g，元胡 15g，黄芪、丹参、米仁、碧玉散(包煎)各 30g。

用法：每日 1 剂，水煎服。

功效：益气养肝，行气活血，清化湿热。

主治：各种类型的慢性肝炎。

方解：黄芪甘温益气健脾，是遵《难经》“损其肝者，缓其中”之旨；白芍酸敛柔肝养肝，二者着重益气养血以扶正；柴胡疏肝通络，配丹参、元胡活血化瘀以达行气活血之效；生米仁、碧玉散清泄里郁之湿热。

加减：①肝气郁滞：胁肋疼痛，痛处不定，时轻时重，时作时息，痛时拒按，嗳气则舒者加川楝子、小青皮、佛手片；肝胆互为表里，出现胆火上逆而口苦，泛恶黄水者加黄芩、山栀、炒竹茹等。肝脾肿大，胁肋刺痛而气滞血瘀者加鳖甲煎丸、桃仁、红花等；若肝气乘脾症见胁痛而肠鸣腹泻者加茯苓、淮山药等；若兼有胃失和降而恶心呕吐者加旋覆花、代赭石、半夏等。②湿热中阻：肝区胀痛，痛处固定，痛时拒按者加川朴、甘露消毒丹、藿香、苏梗等；脘闷纳呆、腹胀便溏加砂仁、豆蔻等；口苦胸满烦热者加左金丸、山栀、竹茹等；溲黄短少者加木通、车前子等。③肝肾阴虚：肝区隐隐作痛，痛时喜按者加生地、杞子，白芍量增为 30g，阴虚火旺扰动相

火而致梦遗滑者加知柏地黄丸滋阴清火,加肉桂以引火归源;内热口干,舌红少津者加北沙参、石斛等;若兼有潮热者加银柴胡、地骨皮;齿鼻衄血者加茅根、旱莲草之类。

④脾肾阳虚:胁痛时作时息,痛时喜温喜按者加淡萸萸、干姜等;身寒怕冷,便溏泄者加附子、白术、淮山药等;面色皤白,腰膝酸软者加补骨脂、仙灵脾、金匱肾气丸等;下肢浮肿,少尿者加济生肾气丸、猪苓等;脾肿大,肝质地偏硬者加鳖甲煎丸、地鳖虫等。

⑤肝功能异常、HBsAg 阳性者在辨证的基础上加味。转氨酶升高往往由于肝郁气滞、湿热内阻所致,可加垂盆草、过路黄、荷包草等;黄疸指数增高者加茵陈、虎杖、郁金等;麂浊和锌浊升高,属肝肾阴虚者加五味子、大枣、生地、杞子等;属脾肾阳虚者加仙茅、仙灵脾、补骨脂、淮山药等;白/球蛋白倒置加黄芪、肉苁蓉等;HBsAg 阳性属肝郁气滞者加制香附、炒枳壳等;属湿热内阻者加川连、龙胆草等;属肝肾阴虚者加鳖甲、龟甲等;属脾肾阳虚者加金匱肾气丸、补骨脂、白术等。^[32]

四、血虚兼瘀夹有湿热证

1. 益肝降浊丸(喻森山)

组成:当归 30g,生地 30g,赤芍 30g,川芎 12g,茜草 30g,丹参 30g,益母草 36g,豨莶草 30g,桃仁 18g,广木香 18g,茵陈 36g,茯苓 30g,夏枯草 30g,龙胆草 12g。

用法:共为细末,煅蜜为丸,每服 6g,1 日 2 次,3 个月为 1 疗程。

功效:养血活血,清热利湿。

主治:慢性肝炎,血虚兼瘀夹有湿热者,或无明显自觉症状者。^[33]

2. 庵闾汤(季信良)

组成:庵闾 20g,红枣 10g。

用法:每日 1 剂,水煎 300ml,早晚 2 次分服,连服 60 剂为 1 疗程。

功效:化瘀、理气、养阴、去湿。

主治:慢性肝炎有气滞血瘀、湿热留恋及肝阴受损证。

方解:方中庵闾行瘀去湿,根据西医学观点,庵闾主要是通过保护肝脏功能,促进肝细胞再生更新,调整机体免疫功能,以及抗病毒等机制而发挥治疗作用。^[34]

3. 二根活血汤(张伯寅)

组成:岗稔根、板蓝根、蒲公英各 30g,广陈皮 9g,制香附 12g,炒赤芍、焦白术、三棱、当归各 15g。

用法:水煎服,每日 1 剂,每日 2 次温服。

功效:清热利湿解毒,活血祛瘀。

主治:慢性迁延性病毒性肝炎。

加减:肝郁气滞甚者加郁金、川楝子或八月札;湿热重者加黄芩、大青叶;血瘀者加桃仁、蒲黄、石见穿;肝肾阴虚生地、麦冬、女贞子、石斛、桑寄生。^[35]

4. 奇妙调经汤(王灵台)

组成:益母草 30g,制香附 15g,王不留行 15g,鸡血藤 15g,大川芎 15g,路路通 15g。

用法:从月经周期第 1 天开始,每日 1 剂,水煎服,连服 5 剂。一般服用 3~4 个月,行经即转正常。

功效:行气活血调经。

主治:肝源性月经不调,肝经气滞血瘀,表现为月经量

少,愆期,闭经,痛经者。此方效好,曾屡试不爽。^[36]

五、脾 气 虚

1. 慢肝六味饮(邓铁涛)

组成:党参(或太子参)15~30g,云茯苓15g,白术12~15g,甘草5g,川萆薢10g,黄皮树叶15~30g。

用法:每日1剂,水煎服。

功效:健脾补气,扶土抑木。

主治:单纯脾气虚型的慢性肝炎患者。临床症见面色淡白,少气自汗,倦怠乏力,身重,食欲不振,胁部不适,腹胀便溏,舌淡嫩,或舌体胖有齿印,苔白或兼浊,脉虚弱。

方解:本方取四君子汤补脾气健运脾阳以“实脾”,用黄皮树叶以疏肝解毒行气化浊,川萆薢入肝肾两经升清而降浊。

加减:脾虚较甚,并见气短声低,精神不振,加黄芪15~25g;兼湿浊上犯,并见脘闷,恶心呕吐,舌苔厚浊脉缓滑,加法半夏10g,砂仁3g,以和胃降浊;若湿浊中阻,以身肢困重、腹胀便溏明显者,加苡仁15g,白蔻仁6g以通阳除湿;兼肝气郁结,并见胁痛较明显,易急躁,头晕,头痛,脉兼弦者,加素馨花10g,郁金10g以舒肝解郁;兼肝阴不足,并见头目眩晕,失眠多梦,舌边尖红,苔少,脉弦细弱稍数,加桑寄生30g(或桑椹15g),旱莲草12g,女贞子(或五味子)12g,以太子参20g易党参,去川萆薢,以养肝阴;兼肾阴虚,并见面白唇红,头晕睡眠不佳,口干咽燥,腰膝酸痛,舌质红嫩,苔薄白或苔少,脉细数而弱,加首乌30g,山萸肉12g,熟地20g,桑寄生30g,旱莲草12g,以太子参18g易党参,淮山药12g易白术;兼肾阳虚,并见面色青白或晦暗,精神不振,腰腿酸痛,

四肢欠温,脉兼迟或稍沉者,加杜仲 15g,巴戟 12g,肉桂 2g,楮实子 10g,以温补肾阳;兼血瘀阻络,并见面色黧黑或唇色紫黯,胁痛明显,胁下癥块(肝大,质硬易扪及),舌质紫暗,或有瘀点,脉弦缓或涩,加丹参 15g,茜根 12g,桃仁 10g,土鳖虫 10g,以活血祛瘀;兼湿郁化热,并见有口苦,小便黄浊,或轻度黄染,或低热,舌嫩红,苔黄白厚浊,脉虚数,加金钱草 25g,田基黄(或鸡骨草) 25g,土茵陈 25g,以太子参 18g 易党参,以清利湿热。^[37]

2. 健脾疏肝饮(颜亦鲁)

组成:苍白术各 9g,桂枝 3g,茯苓 9g,厚朴 6g,郁金 6g,木瓜 6g,谷麦芽各 12g,姜半夏 9g,甘草 3g,青陈皮各 6g。

用法:水煎分服,每日 1 剂。预防肝病复发,每月服药 7 剂,或制丸常服。

功效:健脾燥湿,疏肝理气。

主治:慢性肝炎,早期肝硬化。症见胃纳不振、舌苔厚腻等脾虚肝旺、痰湿内阻等症状。

方解:方中二陈以健脾运,化痰湿为主;辅以郁金、木瓜、谷麦芽等疏肝郁,和胃气;加入少量桂枝温阳祛湿。

加减:黄疸加茵陈 30g,山栀 6g;右胁胀痛加姜黄 5g,白芍 9g;尿少加猪茯苓各 15g。^[38]

六、肝阳虚证

阳春饮(于克俊)

组成:炙黄芪 30g,鸡血藤 20g,当归 10g,柴胡 10g,白芍 10g,枳壳 10g,党参 10g,白术 10g,茯苓 10g,炙甘草 6g,丹参 15g,五味子 2g(冲)。

用法:水煎服,每日1剂,30日为1疗程。

功效:益气活血,疏肝健脾。

主治:慢性肝炎肝阳虚证者。

加减:若胁痛甚者,重用芪、参、术;纳差者加焦三仙;肝大触痛者,加青皮、桃仁、泽兰、牡蛎;兼黄染者加茵陈、大黄;转氨酶升高著者,重用黄芪,加公英、连翘; γ 球蛋白过高者,加丹皮、连翘、鳖甲;A/G持续异常者,重用黄芪、鸡血藤,加紫参、大枣;HBsAg持续阳性者,加板蓝根。^[39]

七、气阴两虚

1. 愈肝汤(张沛虬)

组成:炙黄芪 10g,党参 10g,白术 10g,当归 6g,赤白芍各 10g,柴胡 6g,枳子 10g,莢肉 3g,生熟地各 12g,炙鳖甲 12g(先煎),木香 10g,青陈皮各 5g,炙甘草 5g。

用法:每日1剂,水煎服。

功效:益气养阴,柔肝健脾。

主治:慢性肝炎属气阴两虚型。症见面晦而暗,两胁隐痛,头晕目眩,腰酸耳鸣,心悸多汗,少气懒言,舌质淡红或稍红,苔净,脉细弱或细数。

加减:若因邪气过盛或治疗失当,病情日趋严重而见气阴两虚者,可加生晒参或西洋参 6~10g,另行炖服,以防泉源枯竭。^[40]

2. 健脾益气养肝汤(王翹楚)

组成:黄芪 15g,党参 15g,白术 15g,茯苓 15g,甘草 6g,黄精 15g,沙参 15g,麦冬 10g,枸杞子 15g,白芍 15g。

用法:水煎服,1日1剂。

功效:健脾益气,生津养肝。

主治:慢性病毒性肝炎,肝病日久,脾虚失运,肝阴受损,缠绵不宜恢复者。

方解:方中黄芪甘温补气,扶正固本,增强机体免疫功能;党参甘平,补中益气,白术甘温,健脾益气,化湿消谷,与党参协同,调理脾胃,扶正达邪;茯苓甘平,益脾养心,利水渗湿;甘草甘平益气,和胃解毒,调和诸药。黄精甘平,补脾润肺,益气生津,兼顾脾胃肺三经;沙参甘苦微寒,清肺养肝,既可御邪,又可养阴滋肝;麦冬甘寒,补肺养心,滋阴生津;枸杞子甘平,养肝明目,滋肾益精;白芍苦酸微寒,柔肝敛阴,和血止痛。上五味分别顾及脾肺心肝肾五脏之气阴,以减少并发症。

加减:黄疸尚未退净,GPT仍不正常,湿热余邪未清者,加金钱草、车前草、大黄以清泻湿热,利胆退黄;有肝郁气滞者,加柴胡、郁金、枳壳,以疏肝理气;肝区疼痛甚者,加金铃子、延胡索以止痛;有肝阳扰心者,性情急躁易怒,夜寐不安,心慌梦多,加龙骨、牡蛎、珍珠母、五味子、酸枣仁、夜交藤等,以平肝、宁心、安神。^[41]

八、肝肾阴虚毒蕴证

1. 清肝汤(王正公)

组成:生地 15g,白芍 9g,赤芍 9g,滁菊 9g,水牛角 15g,羚羊角 5g(或用山羊角 15g),茅根 15g,丹皮 9g,银花 9g,连翘 9g。

用法:药物用水浸泡后,先煎水牛角、羚羊角半小时,然后纳入其它药,共煎 2 次,取汁 500ml,分 2 次服。

功效:清热凉血解毒。

主治:慢性迁延性肝炎。而见胁痛腕胀,面色晦暗黧黑,唇色深褐,午后低热,甚则瘀斑等症,脉象细弦、滑数或沉而有力,舌质偏红、黯紫,苔黄薄腻、津少。

方解:清肝汤是在《千金方》犀角地黄汤和清营汤基础上化裁而来,全方具有清热解毒、凉血行血、辛凉透达、滋阴外托之功。方中生地养肝血、清血热;白芍滋肝液、敛肝阳,赤芍泻肝热、破血痹;滁菊疏风散热,伍山羊角降肝火、熄肝风;水牛角性走散,入心肝胃经清热解毒、消瘀血,治发黄,疗面黑;茅根入血分凉血利尿,引热下行,使邪热有所出路;丹皮属血分药,辛苦微寒,既散肝中浮火,又清肾中相火,消瘀血,除癥坚而无伤正败胃之弊;银翘属气分药,辛凉轻清,宜透诸经郁火。对邪热郁伏,血热血瘀,阴液耗伤之慢性迁延性肝炎是一张有效的方剂。

加减:见热毒旺盛者,重用水牛角、丹皮、连翘、银花、菊花,以清热解毒为先,或加用龟甲以治其炎上之火。如见肝阴耗伤,血瘀络脉,则重用生地、丹参、鳖甲、桃仁、赤白芍,以滋肝液、清肝热、活血软坚,如肝郁气滞,络脉痹阻而胁痛显著,则加用川楝子、延胡、郁金、香附,甚者用失笑散。如兼见脾困湿阻者,去菊花而加用茯苓、苡仁、泽泻。也可在方中配伍党参、木香、佛手、谷芽、麦芽,健中州,理脾胃。^[42]

2. 加味一贯煎(章真如)

组成:沙参 15g,麦冬 10g,当归 10g,川楝子 10g,生地 10g,枸杞 12g,白芍 12g,郁金 10g。

用法:日 1 剂,水煎服。

功效:滋阴柔肝,疏肝达郁。

主治:慢性肝炎,症见两胁隐痛,皮肤干燥,头昏,面色黧黑或不泽,口干而渴,大便秘结,饮食尚好,睡眠较差,脉弦细

或数,舌赤或暗红、苔薄黄,唇红等。中医辨证属肝肾阴虚者。

方解:本方由一贯煎加白芍、郁金而成。方中沙参、麦冬、当归、生地、枸杞、白芍滋阴养血,滋水涵木,以制肝气之横逆;川楝子、郁金清解郁热,理气活血,泄肝疏肝,以通达气机。全方寓疏肝于柔肝之中,使肝得其养而顺其条达之意。

加减:兼有瘀阻者,可加丹参、鳖甲软坚化瘀。^[43]

3. 二甲调肝汤(何炎榮)

组成:炮穿山甲、丹参、白芍、女贞子各 15g,三七 6g,茵陈、田基黄各 30g,太子参、茯苓、黄芪各 18g,鳖甲、糯稻根须各 24g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:清热祛湿、益气养阴、活血消癥。

主治:慢性肝炎、早期肝硬化。

方解:穿山甲、鳖甲入肝络以缓消其癥;三七、丹参活血而不伤正以通瘀滞;茵陈、田基黄善清热祛湿,此六味治其实。益脾气则选太子参、茯苓之甘平,以制黄芪之温;养肝阴则选用白芍、女贞子之中和,而避归地之柔,又用糯稻根须养肝之品,且得水土之气最全,能清阴分燔灼之热者参与其间,此六者所以护其虚。

加减:内热盛,口苦便秘者去黄芪,加虎杖、栀子各 12g;里湿盛,便溏、腹满者,去女贞子,加苍术、厚朴各 9g;胁痛隐隐,痞闷不舒者,加柴胡 12g,郁金 9g;胁痛阵发如刺者,加川楝子、延胡索各 9g;气偏虚,面黄、倦怠、短气、纳差者加白术 12g,山药 24g;阴分偏虚,口干舌燥、虚烦火升者,加玉竹 24g,麦冬 12g;有腹水者,茯苓增至 30g(用皮肉各半),加车

前子 15g,砂仁 6g,白茅根 30g。^[41]

4. 柴胡鳖甲汤(刘渡舟)

组成:柴胡、鳖甲、牡蛎、沙参、麦冬、玉竹、生地、土鳖虫、茜草等。

用法:每日1剂,水煎服。

功效:滋阴清热,软坚消痞。

主治:阴虚内热,气血凝滞,以舌红绛少苔,脉弦细数,低热少寐,口燥咽干,衄血、胁痞为辨证要点的病证。

加减:本方作用重在滋阴清热消痞,柴胡剂量不宜大,当重用养阴之药。甘寒之品养阴清热并举,活血凉血且无伤阴伤正之弊。养阴与活血化瘀之药相互配合,半补半攻,徐徐缓图,而获良效。若已肝硬化血瘀疼痛不解,可加炮山甲,配合原方的鳖甲、牡蛎合为三甲散,以活血化瘀、软坚消痞。^[4]

九、脾肾两虚证

1. 黄精健脾汤(杨春波)

组成:制黄精、生谷芽、白茯苓各 15g,白术、生黄芪、北沙苑各 10g,甘草 3g。

用法:每日1剂,水煎2次服。

功效:健脾益肾、醒胃去湿。

主治:慢性肝炎之脾肾虚、湿阻证。

加减:若夹热者,加草薢、苡仁;湿重者加蚕砂、荷叶;夹郁者加蒺藜、橘络;兼瘀者加卷柏、王不留行。^[45]

2. 益肾解毒汤(陈继明)

组成:淡苡蓉 12g,巴戟肉 10g,当归 10g,熟地黄 15g,炙

蜂房 12g, 土茯苓 30g, 升麻 10g, 桑寄生 12g。

用法: 每日 1 剂, 水煎服, 2 次分服。

功效: 益肾解毒, 疏调肝脾。

主治: 乙型迁延性肝炎。

方解: 病毒性肝炎其病之初, 病位在肝, 肝病及脾, 故以肝脾两经证候最为常见。若邪毒日久, 穷必及肾, 往往在湿热邪毒留恋, 肝脾功能失调的同时, 多易出现肾虚见症, 从而迁延难愈, 治疗棘手。本方以淡苡蓉、巴戟肉、熟地黄益肾为主; 当归、桑寄生养血活血, 与益肾药同时补肾柔肝, 燮理阴阳; 炙蜂房、升麻、土茯苓清热解毒, 兼能利湿, 调理肝脾。^[46]

3. 慢肝宁方(谷济生)

组成: 党参 30g, 沙参 30g, 生地 15g, 熟地 15g, 川楝子 10g, 枸杞子 15g, 麦冬 10g, 当归 10g, 垂盆草 30g, 鸡骨草 30g, 丹参 30g, 郁金 10g, 首乌 10g。

用法: 每日 1 剂, 每剂 2 煎共 200ml, 早晚分服, 每个疗程 3 个月。

功效: 养阴舒肝, 清毒利湿。

主治: 慢性肝炎属脾肾阴虚证, 辨证要点是头晕目涩, 腰膝酸软, 舌红少津, 脉细数。

方解: 本方以一贯煎化裁为“慢肝宁”方, 生熟地为君, 滋阴养血以补肝肾; 首乌、枸杞以养肝肾之阴, 使胃阴充肺阴足, 金水相生, 滋水涵木。少量川楝子加入大量甘寒养阴药中则不伤正反能疏肝气, 以遂其肝木条达之性。当归活血养血。根据经验, 当归可改善肝内血流量, 有保护肝细胞的作用, 促进肝细胞再生, 抗脂肪肝的作用。丹参活血去瘀, 凉血清热, 可使肝脾不同程度的回缩, 变软, 改善肝内微循环。郁

金行气解郁,活血去瘀,利胆清心,长期大量服用能使白蛋白增加,纠正蛋白倒置。党参补中益气、健脾、生津。能促进网状内皮系统的吞噬功能,改善机体的免疫状况。鸡骨草、垂盆草均为清热解毒之中草药,治疗表明二药有较好的降酶作用。诸药合用使湿热得清,肝阴得养,肝气得舒,从而得到治疗慢性肝炎的目的。^[47]

4. 三黄益肝汤(蒋森)

组成:黄芪、黄柏各 30g,淫羊藿、菟丝子、黄精、虎杖各 15~30g,党参、白术、茯苓、蚕砂、桑寄生各 15g。

用法:水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。一般以服用 1 年以上为好。

功效:补益脾肾祛毒。

主治:慢性乙型肝炎。

方解:黄芪、党参、白术、茯苓以健脾补气,淫羊藿、菟丝子、桑寄生、黄精以补肾益气,佐虎杖、黄柏以清除余毒。诸药合用,共奏健脾固肾,兼清余热之功。据现代药理研究表明,方中药物有增强 T 细胞和网状内皮系统功能的作用,并能促使机体干扰素产生和促进抗体提前形成等。

加减:黄疸、转氨酶较高者加茵陈、败酱草、连翘、龙胆草;若见头晕失眠,五心烦热,两眼干涩者加生地、麦冬、鳖甲、北沙参;兼肝脾肿大,质硬,或有衄血、蜘蛛痣、肝掌,舌有瘀斑、瘀点者加鳖甲、穿山甲、丹参、郁金或三七参;若有水肿、腹水,白蛋白减少或白/球比例倒置者加重黄芪、白术、茯苓的剂量,再加怀山药、泽泻、车前子;若病程较长,气血亏损严重者加人参、紫河车。^[48]

5. 柔肝煎一方(马骥)

组成:白芍 20g,炙鳖甲 15g,柴胡 15g,紫丹参 15g,刘寄奴 10g,乌梅肉 10g,炙黄芪 15g,白术 15g,人参 15g,丹皮 15g,陈皮 15g,当归 15g 等 15 味药物。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:益气健脾,养血活血。

主治:慢性肝炎,早期肝硬化,尤其是肝纤维化疗效颇佳。

方解:黑龙江中医药大学消化科曾对该方采用基础实验研究,证明治疗后可使 CD_4^+ 升高, CD_8^+ 降低, IL-2 活性提高, CD_4^+/CD_8^+ 呈正相关,提示柔肝煎在抗病毒和免疫调节上起重要作用,揭示了其治疗肝纤维化的作用及作用原理。

加减:脘闷作呕不纳食,加清半夏、生姜、炒麦芽、炒枳壳;腹中胀气者,加厚朴、紫苏。^[49]

十、脾肾阳虚证

1. 温阳散寒退黄方(喻森山)

组成:茵陈 30g,炮附子(先煎) 10g,干姜 6g,黄芪 30g,党参 15g,白术 10g,桂枝 10g,甘草 6g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:温阳散寒,化湿退黄。

主治:急、慢性黄疸型肝炎,症见食少便溏,畏寒喜热,脉细无力,舌质淡胖,苔白腻者。^[5]

2. 温肾解毒汤(王灵台)

组成:巴戟天 15g,仙灵脾、虎杖各 15 ~ 30g,菟丝子、桑

寄生、丹参各 30g,陈皮 6g,黄芩 10~15g。

用法:水煎服,每日 1 剂。服药时间均在半年以上。

功效:温补脾肾。

主治:慢性迁延性乙型肝炎,症见畏寒、乏力、腰酸、脚软、足跟痛、头晕、耳鸣、遗精等。

加减:如见乏力、面浮、脚肿、舌淡胖,加黄芪、党参;兼见低热、口苦、泛恶、尿黄、舌红苔黄腻等湿热证,减温肾药剂量,加白花蛇舌草、川连、苍术、小蓟、毛根;胁痛甚者加元胡、郁金;腹胀纳呆加茯苓、半夏、鸡内金、麦芽;出血倾向较著者加生地、仙鹤草等。^[50]

3. 温肝汤(张沛虬)

组成:熟附子 10g(先煎),肉桂 3g(后下),黄芪 12g,党参 10g,白术 10g,当归 6g,赤白芍各 10g,巴戟天 10g,菟丝子 12g,仙茅 10g,仙灵脾 10g,制香附 10g,广木香 10g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:温补脾肾,理气行水。

主治:慢性肝炎属脾肾阳虚型。症见面浮肢肿,腰背酸软,精神困倦,大便溏薄,小溲清长,面白少华,舌质淡或胖嫩,边有齿痕,脉弦细或细弱。

加减:若畏寒肢冷,舌淡而黯,可加鹿角霜 10g 以加强温阳之力;若面浮肢肿伴小便不利,可加车前子 10g(包),泽泻 15g,葫芦壳 30g,以通阳利水。^[51]

参考文献

- [1]周仲瑛.周仲瑛临床经验辑要.北京:中国医药科技出版社,1998.86~96
- [2]史宇广,单书健.当代名医临证精华·肝炎肝硬化专辑.北京:中

医古籍出版社,1988.169~170

- [3]赵章忠.丁济民治肝经验.上海中医药杂志,1989,8:19
- [4]刘燕华.刘渡舟教授治疗慢性病毒性肝炎临床经验浅述.北京中医药大学学报,1996,19(5):46~47
- [5]何存水,柳弓田主编.当代名医亲献秘验方.北京:学苑出版社,1992.78
- [6]何存水,柳弓田主编.当代名医亲献秘验方.北京:学苑出版社,1992.80~81
- [7]米一鹤主编.首批国家级名老中医效验秘方精选.北京:今日中国出版社,1999.4~5
- [8]李涤新,等.三草三根汤治疗慢性乙型肝炎50例疗效观察.中西医结合杂志,1986,6:366
- [9]尹常健.茵陈赤小豆汤降酶效果临床观察.山东中医学院学报,1989,6:15
- [10]李宝顺主编.名医名方录·第一辑.北京:中医古籍出版社,1990.58
- [11]黄文东.黄文东医案.上海:上海人民出版社,1997.212~213
- [12]李儒如主编.肝胆疾病古今效方.北京:科学出版社,1999,140~141
- [13]崔应珉主编.中华名医名方新传·肝胆病.郑州:河南医科大学出版社,1999.109
- [14]赵章忠.丁济民治肝经验.上海中医药杂志,1989,8:19
- [15]李宝顺主编.名医名方录.第三辑.北京:中医古籍出版社,1993.347~348
- [16]赵卫.乔仰先治疗肝炎的经验.浙江中医杂志,1995,4:147
- [17]高秋松.任侠民主任医师和他的治肝经验.浙江中医学院学报,1988,12(4):4
- [18]方洁.张沛虬主任医师治疗慢性肝炎的特色.江西中医药,1989,5:2~3
- [19]李宝顺主编.名医名方录.第四辑.北京:中医古籍出版社,1994.83

- [20]何春水,柳弓田主编.当代名医亲献秘验方.北京:学苑出版社,1992.92
- [21]何春水,柳弓田主编.当代名医亲献秘验方.北京:学苑出版社,1992,111~112
- [22]米一鹤主编.首批国家级名老中医效验秘方精选.北京:今日中国出版社,1999,3~4
- [23]米一鹤主编.首批国家级名老中医效验秘方精选.北京:今日中国出版社,1999,17~18
- [24]李宝顺主编.名医名方录 第三辑.北京:中医古籍出版社,1993.176~177
- [25]马津梁.名老中医验方集.北京:中医古籍出版社,1991.29~31
- [26]何春水,柳弓田主编.当代名医亲献秘验方.北京:学苑出版社,1992.122
- [27]米一鹤主编.首批国家级名老中医效验秘方精选.北京:今日中国出版社,1999,6~7
- [28]米一鹤主编.首批国家级名老中医效验秘方精选.北京:今日中国出版社,1999.12~13
- [29]米一鹤主编.首批国家级名老中医效验秘方精选.北京:今日中国出版社,1999.16
- [30]扬承歧.益气护肝汤治疗慢性肝炎42例疗效观察.河北中医杂志,1993,15(4):5
- [31]刘赤选.现代名中医类案选.北京:人民卫生出版社,1983.165
- [32]沈企华.赵炯恒运用柴芪汤治疗慢性肝炎的体会.浙江中医学院学报,1998,12(6):28~29
- [33]何春水,柳弓田主编.当代名医亲献秘验方.北京:学苑出版社,1992.78
- [34]季信良.中药庵闾治疗慢性肝炎100例疗效观察.江苏中医,1990,(8):19
- [35]何春水,柳弓田主编.当代名医亲献秘验方.北京:学苑出版社,1992.60
- [36]王暴魁.王灵台治疗慢性乙型肝炎经验.中医杂志,1997,38

- (5): 271 ~ 272
- [37] 任继学主编. 中国名老中医经验集萃. 北京: 北京科学技术出版社, 1993. 50 ~ 51
- [38] 马沐梁主编. 名老中医验方集. 北京: 中医古籍出版社, 1991. 32 ~ 33
- [39] 何春水, 柳弓田主编. 当代名医亲献秘验方. 北京: 学苑出版社, 1992. 98
- [40] 方洁. 张沛虬主任医师治疗慢性肝炎的特色. 江西中医药, 1989, 5: 2 ~ 3
- [41] 李宝顺主编. 名医名方录. 第三辑. 北京: 中医古籍出版社, 1993. 392 ~ 393
- [42] 米一鹤主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 9 ~ 10
- [43] 米一鹤主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 14
- [44] 刘石坚. 何炎荣老师治疗慢性肝病的经验. 新中医, 1997, 29 (6): 10 ~ 11
- [45] 何春水, 柳弓田主编. 当代名医亲献秘验方. 北京: 学苑出版社, 1992. 81
- [46] 米一鹤主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 11
- [47] 米一鹤主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 15
- [48] 蒋森. 慢性乙型肝炎治验摘介. 新中医, 1982, (12): 20
- [49] 马龙济. 马骥治疗慢性肝炎肝纤维化经验. 黑龙江中医药, 1996, 3: 1
- [50] 王灵台等. 温肾法为主治疗 HBsAg 阳性乙型肝炎 60 例报告. 中医杂志, 1985, (1): 24
- [51] 方洁. 张沛虬主任医师治疗慢性肝炎的特色. 江西中医药, 1989, 5: 2 ~ 3

淤胆性肝炎

血瘀血热症

参芍根草汤(汪承柏)

组成:丹参、葛根各 30g,赤芍 60~80g,茜草 20g。

用法:水煎服,每日 1 剂。可同时服用西药维生素 C、肝泰乐;消化道症状严重时加 10% 葡萄糖液 500ml/日静滴,症状改善后停用。

功效:活血凉血。

主治:极重型胆汁淤积性肝炎。

加减:兼有阳明腑实者加生大黄 10g(后下),玄明粉 2~4g(冲服);兼有心下停饮者加桂枝 15g,茯苓 30g,兼有癥瘕(肝脾肿大)者加桃仁、红花、三棱、莪术各 15g;兼寒湿发黄者加肉桂粉 2~4g(冲服),炮附子 12g。^[1]

参考文献

- [1] 汪承柏,等. 22 例极重型胆汁淤积性肝炎的证治. 中医杂志, 1988, 27(6): 27

肝 硬 化

一、脾虚肝郁血瘀证

1. 健脾理肝丸(董国立)

组成:柴胡 10g,枳壳 10g,川楝子 10g,元胡 10g,丹参 15g,白芍 20g,党参 10g,茯苓 10g,郁金 10g,木香 10g,厚朴 10g,白术 10g,三棱 10g,莪术 10g,鸡内金 10g,炒乳香 5g,炒没药 5g,槟榔 10g,沉香 10g,炒皂矾 5g。

用法:共为细面,蜜为丸,每丸 6g 重,每日 2 次,每次饭后服 1 丸。

功效:疏肝健脾,活血化瘀。

主治:慢性肝炎,早期肝硬化。^[1]

2. 肝回春片(王临轩)

组成:醋制香附 240g,黄芪 360g,红枣去核 360g。

用法:将香附、青矾分成 8 份,用纸包好后,用泥包裹(泥二指厚),将草纸包置于泥内,放暗处,1~2 月许,每隔 5~10 天翻检,发现泥丸开裂,即时添补;到时将泥丸用木材火烧烤以适当焦为度。破泥丸将药取出,除尽杂质,黄芪为粉,以大枣泥制成片,为 400 片备用。成人每日 3 次,每次 2~3 片,饭后服,小儿酌减。

功效:补中益气,行气健运,软坚通络。

主治:早期肝硬化,各型慢性肝炎。^[2]

3. 清积化癥丸(万文漠)

组成:柴胡 6g,白术、茜草、鳖甲胶、阿胶、白花蛇舌草、半枝莲、党参、茯苓各 120g,厚朴、白芍、当归、枳实、水蛭、陈皮、凌霄花、三棱、莪术、三七、藿香各 60g。

用法:将鳖甲胶、阿胶另行溶化,余药文火炒后治成细末,将胶及炼蜜适量与药末拌合制成小丸。每次服 3~6g,每日 2 次。

功效:活血软坚,消积化癥。

主治:肝硬化,肝脾肿大。^[3]

4. 清化四逆散(张琪)

组成:柴胡 10g,白芍 12g,枳实 10g,甘草 3g,白术 10g,茯苓 10g,茵陈 15g,黄连 6g,黄芩 6g,藿香 10g,砂仁 10g,厚朴 10g。

用法:日 1 剂,水煎 2 次,早晚分服,30 天为 1 疗程。

功效:疏肝健脾,清化湿热,行气消胀。

主治:肝炎后肝硬化早期,肝郁气滞,湿热中阻的患者。症见胁痛,腹胀,纳呆,口苦,乏力,便溏,尿黄,舌红,苔白或黄腻,脉弦。

方解:张氏认为,一部分早期肝炎后肝硬化患者,血瘀征象不显著,其主要病机在于肝经气郁。此时当以疏肝解郁为主要治法,然肝为刚脏,体阴用阳,疏肝宜避辛燥伐肝,故用四逆散加味疏肝理气。肝炎后肝硬化多见腹胀纳呆、口苦苔腻、便溏尿黄等候,乃脾胃失和、湿热中阻,加入白术、茯苓以健脾助运,佐以茵陈、黄连、黄芩以清热,藿香、砂仁、厚朴、陈皮等醒脾化湿。本方组合与症相符。^[4]

5. 复肝丸(朱良春)

组成:紫河车 60g,红参须 60g,炙地鳖虫 60g,炮甲片 60g,参三七 60g,片姜黄 60g,广郁金 60g,生鸡内金 60g。共研极细粉末,水泛为丸。

用法:每服 3g,一日 3 次,食后开水送下,或以汤药送下。一个月为 1 疗程。

功效:益气活血,化瘀消癥。

主治:早期肝硬化肝功损害,肝脾肿大,或仅肝肿大,胁痛定点不移,伴见脘闷腹胀,消瘦乏力,面色晦滞,红丝血缕或朱砂掌,舌暗红或有瘀斑,脉象弦或弦细等症。

方解: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;生鸡内金、炮甲片磨积消滞、软坚散结。全方着眼于肝血郁滞、瘀凝脉络的主要病机,着手于扶正祛邪、消补兼施的治疗原则,又以丸药小剂量常服之法,补不壅中,功不伤正,以冀癥积潜移默化,促使肝实质的改变和恢复,通过临床实践,疗效尚能满意。

加减:朱老认为肝硬化虽属病由肝起,却是一种影响全身的错综复杂的慢性病变,在整个病情演变过程中,多影响到脏腑之间的功能紊乱,表现出虚实交错的病机。除肝血郁滞瘀结为癥的基本型外,另分四种证型,结合辨证用药,配合汤药治疗,疗效有所提高。①肝郁脾虚:症见肝脾肿大或仅有肝肿大,质地Ⅱ度,按之则痛,胃纳减少,腹胀便溏,四肢倦怠乏力,面浮而色晦黄,入暮足胫微肿,舌色暗红不泽,舌体较胖或边有齿痕,脉象虚弦,重按无力。治用疏肝益脾、活血消癥。复肝丸配逍遥散、异功散、当归补血汤加减。常用药物如柴胡、当归、白芍、党参、黄芪、白术、丹参、炙甘草、广郁

金、广陈皮、茯苓等。②肝胆湿热:症见肝脾俱肿,胁痛脘痞,头眩口苦,纳减腹胀,心烦易怒,溺短而黄,大便秘结或溏滞不爽,并可出现黄疸,苔黄厚腻,脉多弦数。治宜清肝利胆、泻热渗湿。以龙胆泻肝汤、茵陈蒿汤加减。常用药物如龙胆草、茵陈、柴胡、山栀、当归、黄芩、大黄、白花蛇舌草、虎杖、金钱草、元参、车前草等。不宜早用复肝丸。③脾肾阳虚:症见脾肿大较肝肿大为甚,恶寒怯冷,腰膝酸软,面黄无华,精神萎靡,饮食少思,腹胀便溏,舌淡胖嫩或淡紫,脉多沉弦而细。治用温补脾肾、益气化瘀。以复肝丸为主,配合景岳右归丸、当归补血汤加减。常用药物如熟附片、肉桂、鹿角胶(或鹿角片)、菟丝子、仙灵脾、黄芪、当归、党参、白术、茯苓、甘草等。④肝肾阴虚:症见脾肿明显,肝大不著,面色黧晦,红丝缕缕,胁痛腰酸,鼻衄或齿龈渗血,咽喉干燥,夜寐梦多,舌红绛少苔,或苔薄中剥,脉象弦细而数。治用滋肾柔肝、养阴活络,以一贯煎加减。常用药物如北沙参、生地、杞子、天冬、麦冬、生白芍、川楝子、绿萼梅、女贞子、旱莲草、元参、甘草等。兼心阴虚而心悸心烦者,加丹参、龟甲、枣仁之类。阴虚阳亢、热伤阳络、出血较甚者,加阿胶、水牛角、丹皮之属;齿衄不止可用鲜地骨皮60g煎汤含漱,有止血之效。^[5]

6. 变通逍遥汤(马松忱)

组成:当归、白芍、泽兰各20g,白术、柴胡、丹皮、栀子、郁金、桃仁、鳖甲各15g,三棱、莪术各10g,茯苓25g,丹参30g。

用法:每日1剂,水煎,食后温服。

功效:抑肝扶脾,活血化瘀。

主治:肝硬化。症见腹胀如鼓,胁腹攻痛,饭后胀甚,面色黧黑,手颈胸部有血痣,呈蟹爪纹路状,手掌赤痕烦热,舌质隐青,有瘀斑,脉沉弦细数。

方解：方中当归、白芍、柴胡、丹参养血疏肝，白术、茯苓等健脾燥湿，郁金、桃仁、鳖甲开瘀止痛，三棱、莪术调理气血、行滞化痞，栀子、丹皮、泽兰活血清郁热而利水。

加减：气虚加党参、黄芪各 30g，大便燥结或溏黄，口干苦，舌苔黄腻或白腻，腹胀心烦，脉数者，是胃热合并肝火，加大黄、龙胆草各 10g，生麦芽 25g，鸡内金 15g，如病情未见好转，要减白术、麦芽，加生石膏 50g，知母 15g 以清解之。黄疸加茵陈 50g，渗湿消黄。衄血、牙宣去柴胡加牛膝 20g，棕炭 20g，止血降血。肝掌或身起红点加黄连 10g，黄芩、红花各 15g，凉血散瘀。兼脾肿大加马鞭草、海藻各 15g，同时可于午后服大黄廋虫丸或鳖甲煎丸 1 丸，服至消肿为止。丸药可消瘀血，瘀血去则新血得生。伴有五心烦热，午后热重，身体倦怠，肝肾阴虚证显著，可取乌鸡白凤丸，早晚各 1 丸。^[6]

7. 黄芪丹参黄精汤(蒋森)

组成：黄芪、丹参各 20~30g，黄精、鸡内金(研末冲服)、板蓝根、连翘、败酱草各 15~20g，白术、茯苓、郁金、当归、女贞子各 12~15g，紫河车(装胶囊吞服)2~5g

用法：水煎服，每日 1 剂，日服 2 次。或将上药共研为细末，炼蜜为丸，每丸 9g，日服 3 次。

功效：健脾补肾，滋阴养血，化瘀消积，清热利湿。

主治：早期肝硬化。

方解：药用黄芪、白术、茯苓以健脾益气，培补后天；黄精、女贞子、紫河车以滋补阴血，以养先天；丹参、当归、郁金养血活血；败酱草、连翘、板蓝根以解毒祛邪；鸡内金以消积磨滞。诸药相和共奏健脾补肾，滋养阴血，化瘀消积，清热利湿之功。有补而不壅，祛邪而不损正之优点。

加减：肝经湿热见黄疸色鲜，口苦尿赤，苔黄腻者去黄

芪、紫河车,加茵陈、蒲公英;脾虚湿盛见神疲肢困,纳呆腹胀,便溏身肿,舌胖苔白腻者去败酱草,加苍术、苡仁;气血两虚见面色苍白,气短心悸,精神疲惫,脉细弱者加党参或人参、阿胶;肝血瘀积见面色晦暗,肋下癥积,出血征象,舌质紫黯或有瘀点者加鳖甲、三七参(冲服)、土鳖虫、泽兰叶;肝肾阴虚见头晕目眩,烦热少寐,腰酸胁痛,无苔少苔者去黄芪、紫河车,加沙参、丹皮;脾肾阳虚见形寒怯冷,神疲腰酸,黄疸晦暗,脉沉无力者加淫羊藿、鹿角霜、桑寄生、菟丝子。^[7]

8. 舒肝饮(李聪甫)

组成:炙鳖甲 16g,丹参 13g,茯苓 13g,白术 10g,当归身 10g,郁金 9g,醋青皮 6g,炒泽泻 10g,炒枳壳 7g,广木香 5g,炙甘草 3g。

用法:水煎服,1日1剂。

功效:疏肝理脾,行气活血。

主治:肝硬化。

方解:方用白术、茯苓、炙甘草以益脾气,佐广木香、炒枳壳以利脾机,辅用丹参、当归以和肝血,炒泽泻利水渗湿,佐鳖甲、青皮、郁金以散肝郁。^[8]

9. 三甲散合柴胡白术汤(常学勤)

组成:三甲散由鳖甲、龟甲、穿山甲各等份,共研细末。柴胡白术汤由柴胡 10g,白术 12g,郁金 9g,丹参 15g,当归 10g,白芍 10g,桃仁 10g,麦芽 12g,牡蛎 15g。

用法:三甲散醋淬研末,每次一汤匙,开水冲服,每日服3次,余药水煎服。

功效:攻补兼施,活血逐瘀,疏肝补气健脾。

主治:早期肝硬化。

方解:方中鳖甲、龟甲、穿山甲、牡蛎入肝软坚化结,活血通经;佐柴胡、郁金疏肝解郁,以升清气;白术培中健脾以扶正;当归补血活血;白芍养血止痛;丹参、桃仁活血祛瘀;麦芽消食化积。尤须指出,鳖甲一味不可缺,药理研究表明,本品可抑制结缔组织的增生,既定血分,又走阴分,既可软坚散结,又可入肝搜邪,使肝邪得除,癥瘕得消。

加减:肝区痛甚者加元胡、川楝子、五灵脂疏肝活血止痛;乏力体虚、白蛋白降低者加黄芪、党参、山药、龙眼肉扶正补虚;食欲不振者加神曲、山楂、鸡内金健胃消食;腹胀者加蔻仁、枳壳、砂仁、木香;失眠者加枣仁、柏子仁、五味子、夜交藤、大枣;黄疸加茵陈、苦参;谷丙转氨酶升高加五味子、黄芩、龙胆草、败酱草;合并感染者加败酱草、野菊花、黄连、厚朴。^[9]

10. 健脾软肝丸(朱明烈)

组成:醋柴胡、枳壳、青皮、鸡内金各 12g,白术、五灵脂、茯苓、地龙、茜草各 15g,丹参、炙鳖甲、白茅根各 30g,甘草 5g,另加猪肝粉 20g,冲服。

用法:诸药浓煎,每剂药分 2 次煎,第 1 煎分 2 次服,第 2 煎服 1 次,每天早、中、晚 3 次空腹饮下。服药 1~2 月后,症状明显好转,病情基本稳定后,则将上方制成丸剂,如绿豆大小,水泛为丸,每次服 6g,日服 3 次,红糖水吞服,以 3 个月为 1 疗程。

功效:疏肝解郁,活血化瘀,健脾软坚。

主治:肝硬化。

方解:方中醋炒柴胡、枳壳、青皮疏肝解郁;白术、茯苓、甘草益气健脾;鸡内金、地龙、炙鳖甲软坚散结;丹参、五灵脂、茜草、活血化瘀散结;白茅根利湿祛浊;猪肝粉以脏补

脏,养血柔肝。全方共奏疏肝解郁、健脾益气、化瘀柔肝之功效。

加减:若腹胀纳差者,加砂仁 6g,山楂、谷麦芽各 15g;腹水者加炒黑白二丑末、车前子(包)各 15g;气血虚弱者增西洋参、当归各 15g;腹脉暴露者加赤芍、郁金、三棱、莪术各 15g,有蜘蛛痣和朱砂掌者加生地、鸡血藤各 30g,桃仁、红花各 10g;大便溏泻者加苍术或炒白术、藿香、神曲各 15g,炒薏苡仁 30g;肝脾肿大加土鳖虫 30g,射干 10g,鼠妇 10g,有湿热未尽加茵陈、虎杖、白花蛇舌草、半枝莲各 30g 等。^[10]

11. 软肝煎(邓铁涛)

组成:太子参 30g,白术 15g,楮实子 12g,川草薢 18g,云苓 15g,菟丝子 12g,土鳖虫 3g,甘草 6g,丹参 10g,鳖甲(醋制)30g。

用法:土鳖虫烘干研成细末。水 3 碗入鳖甲先煎半小时,纳诸药煎至 1 碗,冲服土鳖虫末,渣再煎服。

功效:健脾护肝,化癥软坚。

主治:肝硬化。

方解:用太子参补而不燥。楮实子能补虚实,《宜指方》用之治水气蛊胀,配菟丝子,补肝而益肾,亦寓虚则补其母之意。丹参既具四物之功,又有消瘀之力。鳖甲、土鳖皆灵动之物,能化癥软坚,川草薢助四君以祛湿健脾。

加减:酒精性肝硬化加葛花 12g;肝炎后肝硬化加黄皮树叶 30g;门脉性肝硬化,若硬化较甚加炒山甲 10g;牙龈出血者加紫珠草 30g,或仙鹤草 30g;阴虚者去川草薢,加淮山药 15g,石斛 12g。^[11]

二、气滞血瘀症

活瘀消积汤(巴坤杰)

组成:三棱 10g(炒),莪术 10g(炒),青皮 10g(炒),枳实 10g(炒),柴胡 8g,郁金 10g,当归 10g,赤芍 12g,鳖甲 15g(醋制),牡蛎 20g(生用先煎)。

用法:水煎分 2 次温服,1 日 1 剂。

功效:养血活瘀,疏肝止痛,软化肝脾。

主治:多种原因引起的肝硬化。症见:肝脾肿大或肝缩脾大,脘腹胀痛,腹大青筋,或有少量腹水,面色黧黑,或见蜘蛛痣,肝掌,唇青舌瘀或舌质暗红,脉细涩乃肝经气滞血瘀。

方解:方中三棱、莪术破血祛瘀,行气止痛;当归祛瘀血,养新血,赤芍泻火降气,行血散瘀,合为养血泻肝,以辅主药治瘀之效;青皮、郁金、枳实、柴胡皆为肝经气血调治药,青皮疏理肝气,散结消滞,柴胡疏肝解郁,条达气机,郁金入胸膈,活血行气,枳壳走脘腹,宽中疏胀,四药为佐,体现气血相依,气行血循的理论;鳖甲以柴胡引至胁下,牡蛎主心腹癥瘕积聚,二药具咸,软坚散结,佐助软化肝脾;其中柴胡、青皮、当归、赤芍等皆直达肝经,均兼使药之用。

加减:腹水甚者加四苓汤(白术、泽泻、猪苓、茯苓);腹胀甚者加广木香、槟榔各 10g;衄血者加白茅根 15g,茜草 10g,或阿胶、蒲黄炭各 10g;胁痛甚者加金铃子散。^[12]

三、血虚血瘀症

1. 育阴养肝汤(钟一棠)

组成:生地 15g,白芍 20g,枸杞子 20g,女贞子 20g,制何

首乌 20g, 丹皮 15g, 丹参 20g, 茜草 15g, 炙鳖甲或龟甲 20g。

用法: 水煎分 2 次温服, 1 日 1 剂。

功效: 育阴养肝, 化瘀消积。

主治: 适用于早、中期肝硬化。症见: 胁肋隐痛或不适, 脘腹胀满, 头昏神疲, 纳少咽干, 面色晦滞少华, 舌嫩红, 苔少, 脉弦细。

方解: 本证为正虚邪恋, 本虚标实, 以虚为主。治疗不可攻伐太过, 宜标本兼顾, 扶正祛邪。因乙癸同源, 故方中选用育阴养肝, 补血滋肾的何首乌、生地、白芍、枸杞子、女贞子、炙鳖甲等补不恋邪之品, 加上化瘀活血, 散结消癥的丹参、茜草、丹皮等不伤正之药, 共奏育阴养肝、化瘀消癥之效。

加减: 兼肝郁不舒者加郁金 10g, 苏梗 10g; 兼有腹水、苔腻者去生地, 加苡仁 30g, 茯苓 20g, 泽泻 20g; 有牙宣鼻衄者加地榆 30g, 槐花 15g; 尿赤口干加青蒿 10g, 石斛 15g, 麦冬 15g; 大便不实者去首乌, 加葛根 15g, 荷叶 6g, 山药 20g; 便秘加瓜蒌仁 15g; 精神萎顿加黄芪 30g, 当归 25g; 肝功能不正常者加大青叶 30g, 晚蚕砂(包煎) 15g; 腹胀甚加枳壳 6g, 槟榔 20g。^[13]

2. 鳖蒜汤(万友生)

组成: 生鳖甲 500g, 独头大蒜 200g, 或甲鱼 30~60g, 大蒜 15~30g。

用法: 水煎分两次服, 每日 1 剂。

功效: 补阴潜阳, 破瘀软坚, 行气消痞。

主治: 肝硬化。

方解: 鳖甲性味咸平, 鳖肉咸寒, 善补阴潜阳, 破瘀软坚; 大蒜辛温, 健脾暖胃, 行气, 辟秽杀虫, 破瘀利水, 化癥消痞, 散肿止痛。二药一阴一阳, 相须相继, 能功能补, 对肝脾

气血郁滞而有气血不足的寒热虚实错杂甚为合适。

加减:腹胀常呈中气壅滞之象,故常合枳术丸、平胃散、保和丸等。

禁忌:若壅滞太甚,胀满不思饮食,时时呕吐者,不宜用鳖肉而用鳖甲配大蒜,加健脾和胃之品,待胃开纳增之后,才可进食鳖肉。^[4]

3. 柔肝软坚汤(韩经寰)

组成:当归 9~15g,白芍 9~15g,郁金 9~15g,生地 9~15g,茯苓 9~15g,白术 6~12g,丹皮 6~12g,栀子 6~12g,茵陈 6~30g,黄芪 15~30g,鳖甲 9~15g。

用法:水煎分 2 次温服,1 日 1 剂。

功效:柔肝养肝,活血软坚。

主治:肝硬化。

方解:本方以当归、白芍、生地、丹皮柔肝养肝;黄芪、茯苓、白术健脾益气;郁金、茵陈、栀子行气利水,鳖甲软坚消积。^[5]

4. 软坚缩脾汤(赵兰堂)

组成:当归 15g,川芎 9g,炒三棱 9g,莪术 9g,炒桃仁 9g,地鳖虫 9g,丹参 30g,柴胡 12g,陈皮 12g。

用法:水煎服,1 日 1 剂。

功效:活血化瘀,软坚散结。

主治:门脉性肝硬化、脾肿大、脾功能亢进属中医积聚范畴之证。

方解:方中当归、川芎、丹参、柴胡、陈皮疏肝理气,活血化瘀;炒三棱、莪术、地鳖虫理气活血,软坚散结。^[16]

四、血瘀血热症

1. 化瘀软肝汤(张琪)

组成:柴胡 10g,生地 10g,丹参 12g,赤芍 10g,当归 10g,桃仁 10g,丹皮 10g,甘草 3g。

用法:活血化瘀,清热凉血。

主治:肝炎后肝硬化,血瘀血热型。症见胁肋刺痛,痛有定处,心烦易怒,蜘蛛痣,肝或脾肿大。有时齿衄或鼻衄,面色晦暗,妇女月经量多。舌紫,脉弦有力。

方解:当归、丹参、赤芍、桃仁活血化瘀,生地、丹皮清热凉血兼能活血,柴胡疏肝以助血行,甘草调和诸药。共奏活血化瘀、清热凉血之效。张氏指出,此方专事活血,故不可久服,以免伤正。^[17]

2. 活血通络汤(俞尚德)

组成:丹参 20~30g,当归 12g,茜草 12g,赤芍 12~15g (有黄疸时可用 30g),鸡血藤 30g,三棱(或泽兰) 10g,党参 12g,灵脾 15g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:行瘀通络,补脾、益肾、和肝。

主治:肝炎后肝硬化,症见乏力,纳呆,巩膜黄染,面色黄或晦暗,苔薄,脉弦。肝掌,蜘蛛痣。肝脾可于肋下触及。无腹水征。

加减:脾肾阳虚者另服全鹿丸,或加生黄芪、巴戟肉、仙茅、肉桂等;破瘀软坚加廑虫、鳖甲、红花、虎刺等,亦可用丹参注射液 30g 加葡萄糖液静滴;清化湿热加野葡萄根、水杨梅根、茵陈、白毛藤、鸡骨草、半边莲、龙葵、卫茅等;滋养肝

肾加女贞子、旱莲草、白芍、莼肉、阿胶等；和肝解郁加郁金、香附、川芎、柴胡、姜黄等；脾功能亢进者加补骨脂、红枣等；脂肪痢者加炒山楂、焦麦芽等；腹水者加白茅根、泽泻，控制钠盐及水的进入量。

活血化瘀药能改善肝脏血供及组织营养状态，还可促使由于慢性炎变增生的纤维组织吸收，促进肝细胞的新生、修复。在活血化瘀基础上，适当配伍健脾益气药，能较快提高血清白蛋白水平，纯补则见效甚慢；适当配伍清热解毒药（以龙葵、卫茅、七叶一枝花为优），能降低血清球蛋白。如应用强烈的破血逐瘀药如水蛭、穿山甲等，有可能发生消化道出血现象。选用参三七、当归、赤芍、桃仁、茜草、三棱、丹参等最为妥善。

在动物实验中，肝硬化形成后，给予丹参治疗，观察到肝内纤维增生不明显，肝内胶原蛋白含量明显低于对照组，尿羟脯氨酸排量高于对照组。羟脯氨酸是胶原降解的产物，说明丹参可促进已形成的胶原纤维降解和重吸收。使肝脏结构恢复正常。丹参促进胶原降解，可能是通过增加胶原酶的产生或增强其活性而实现的。实验报道，丹参的抗脂质过氧化作用与辅酶 Q 相当，而减轻肝细胞坏死和脂肪变性，促进肝细胞再生，改善肝脾血液微循环及减轻其凝血及缺血状态的作用，均优于辅酶 Q。^[18]

参 考 文 献

- [1]何春水，柳弓田主编．当代名医亲献秘验方．北京：学苑出版社，1992. 86
- [2]何春水，柳弓田主编．当代名医亲献秘验方．北京：学苑出版社，1992. 91
- [3]何春水，柳弓田主编．当代名医亲献秘验方．北京：学苑出版社，

1992, 103

- [4] 米一鹗主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 18 ~ 19
- [5] 米一鹗主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 20 ~ 21
- [6] 马冠儒, 马冠英, 等. 马松忱治疗肝硬化与乙肝经验. 吉林中医药, 1994, (1): 11 ~ 12
- [7] 蒋森. 黄芪丹参黄精汤(丸)治疗早期肝硬化 105 例的临床观察. 新中医, 1983, (8): 24
- [8] 李聪甫. 李聪甫医案. 长沙: 湖南科技出版社, 1979. 101 ~ 102
- [9] 常学勤. 自拟三甲散合柴胡白术汤治疗早期肝硬化. 中医杂志, 1994, 35(7): 406
- [10] 傅绪梅. 朱明烈治疗肝硬化的经验. 湖北中医杂志, 1995, 17(6): 7
- [11] 马汴梁主编. 名老中医验方集. 北京: 中医古籍出版社, 1991. 33 ~ 34
- [12] 李宝顺主编. 名医名方录·第三辑. 北京: 中医古籍出版社, 1993. 65 ~ 66
- [13] 钟一策. 名医名方录·第三辑. 北京: 中医古籍出版社, 1993. 312 ~ 313
- [14] 马汴梁主编. 名老中医验方集. 北京: 中医古籍出版社, 1991. 33
- [15] 崔应珉主编. 中华名医名方新传·肝胆病. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999. 133
- [16] 崔应珉主编. 中华名医名方新传·肝胆病. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999. 133 ~ 134
- [17] 米一鹗主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 19 ~ 20
- [18] 俞尚德主编. 俞氏中医消化病学. 中国医药科技出版社, 1997. 427

血吸虫性肝硬化

一、经隧阻塞,气滞血瘀证

廔虫消瘕汤(陈贤初)

组成:廔虫 15g,丹参 15g,桃仁 10g,红花 10g,三棱 10g,莪术 10g,郁金 12g,柴胡 10g,陈皮 10g,山楂 15g。

用法:水煎服,每日 1 剂,上下午各 1 煎,3 个月为 1 疗程。

功效:行气活血,化瘀消瘕。

主治:血吸虫病肝硬化。

方解:血吸虫病肝硬化是由于血吸虫卵损害肝脏较重,线型纤维化形成肝硬化。经隧阻塞,气滞血瘀是晚期血吸虫病肝硬化的主要病机,活血化瘀是其基本治则。廔虫消瘕汤中廔虫(即地鳖虫)有破瘀血,消瘕痞等作用,为方中主药;辅以三棱、莪术、红花增加活血化瘀作用;丹参能养血活血恢复肝细胞功能;桃仁中含有苦杏仁甙,能使肝脏内虫卵中毒死亡,起到抗纤维化作用;柴胡、枳壳疏肝理气解郁;陈皮燥湿健脾。所以本组方药具有减低血液粘稠度,增加血流量,扩张肝内门静脉,使门静脉压力降低,肝内血管阻力减少,以及对肉芽肿及纤维细胞的抑制作用。

加减:偏阴虚者加一贯煎,偏阳虚者加理中汤。^[1]

二、气滞血瘀,肝郁脾虚证

健脾软肝汤(陈亚军)

组成:生黄芪 30g,太子参 20g,白术 12g,茯苓 12g,炙甘

草 5g, 紫丹参 15g, 桃仁 12g, 生大黄 10g, 土鳖虫 10g, 炙鳖甲 20g, 陈皮 5g, 鸡内金 10g, 麦芽 15g, 蒜 10g。

用法: 水煎服, 每日 1 剂。

功效: 健脾软肝, 活血化瘀。

主治: 血吸虫病肝硬化。临床表现: 腹胀纳呆, 神疲畏寒, 大便稀溏, 肢体浮肿, 腹水, 肝脾肿大, 肝掌, 蜘蛛痣, 黄疸。B 超检查均示有不同程度的肝脏损害。

方解: 方中以鳖甲、土鳖虫灵动走窜之物, 入肝搜邪, 软坚散结, 使肝脏柔软为主; 用大黄辅以大蒜, 健脾开胃, 辟秽解毒又杀虫, 清热导滞利水, 清理肠胃病理产物推陈出新, 减轻肝脾负担; 丹参功同四物, 养血活血, 配桃仁化瘀活血, 以改善肝脏微循环, 恢复正常血流量, 调节肝内供血, 降低门静脉压力; 黄芪异功散, 健脾益气; 鸡内金、麦芽健脾和胃助消化, 促使肝脏代谢增强, 促进肝细胞生长, 有利于肝功能恢复。

加减: 如腹胀明显加用大腹皮、厚朴, 水肿明显加猪苓、泽泻、白茅根, 小便不利加车前、木通、瞿麦, 纳差者加砂仁、神曲, 恶心欲呕加半夏、生姜, 气虚重加参、芪, 阳虚加附片、桂枝, 血虚加当归、首乌, 阴虚加西洋参、麦冬, 有鼻血、齿衄加仙鹤草、小蓟炭, 苔腻湿重加黄连、苍术。临床结合西药治疗, 加强肝功能恢复, 静滴白蛋白, 口服能量合剂利尿剂补钾, 达到机体平衡, 以中西医合璧共奏固本益血、护肝养胃, 意在养血柔肝, 健脾和胃, 因病属“本虚标实”, 故药取攻补兼施, 临床善用, 药中病肯。^[2]

三、气虚血瘀, 湿阻中焦证

董明和方

组成: 黄芪、茯苓各 15 ~ 20g, 党参、炒白术各 12 ~ 15g,

丹参 15~30g,川芎 9~12g,桃仁、红花各 6~12g。

用法:每日 1 剂,分 2 次煎服。20~25 剂为 1 疗程,一般用 2 个疗程。并酌情选双克、安体舒通、速尿或甘露醇等冲击利尿,同时配合保肝治疗。

功效:益气活血。

主治:晚期血吸虫病腹水。症见:腹大胀满,面色萎黄,两胁作痛,纳呆暖气,神疲身倦,溲少便溏,苔白腻,脉细弦而滑。

方解:方中黄芪、党参、白术、茯苓益气健脾,扶正固本,提高抗病能力。丹参、红花、桃仁、川芎行血活血化瘀,使阻于肝络之瘀血消散。

加减:气滞湿阻型加炒苍术、川朴、柴胡各 6~9g,泽泻 9~12g,湿热蕴结型加茵陈、半边莲各 20~30g,生大黄 6g(后下),茅根 30~45g,脾肾阳虚型加附片 6~9g,干姜 9~12g,山萸肉 6~12g,仙灵脾 12~15g,肝肾阴虚型加生熟地各 9~15g,炙鳖甲、制首乌各 9~12g,阿胶 9g(烊冲)。^[3]

参考文献

- [1]陈贤初. 廬虫消癥汤治疗血吸虫病肝硬化 33 例. 安徽中医临床杂志, 1996, 8(5): 195
- [2]陈亚军. 自拟健脾软肝汤配合西药治疗血吸虫病肝硬化 50 例. 安徽中医临床杂志, 1997, 9(3): 129
- [3]董明和. 益气活血法为主治疗 25 例腹水型晚期血吸虫病临床疗效及免疫功能的观察. 安徽中医学院学报, 1986, 5(2): 27

药物性肝硬化

肝郁脾虚、气滞血瘀证

肝痹汤(黄保中)

组成:柴胡 24g,赤、白芍各 15g,枳壳 12g,川芎 12g,茯苓 15g,升麻 15g,甘草 12g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:疏肝理脾,调和气血,清热解毒。

主治:药物(抗癆药)致肝损害的“胁痛”、“黄疸”、“积聚”。

方解:柴胡、枳壳一升一降而升降气机,芍药养阴养血与柴胡合用疏肝理脾,与甘草合用,一酸一甘,具有缓急止痛之功。川芎为血中气药,与赤白芍合用,使血行通畅,邪毒有出路。升麻、茯苓合用清热利湿解毒,共奏疏肝理脾,调和气血,清热利湿,解毒透邪之功。

加减:兼气阴两虚加黄芪 24g,生地 15g;兼湿热中阻加青蒿 15g,金钱草 15g,大黄 5g;兼痰浊阻络加全瓜蒌 15g,黄芩 12g,百部 15g,丹参 24g;兼脾肾阳虚加鹿角霜 15g,桂枝 9g。^[1]

参考文献

- [1] 弓显凤,蒲兰元,綰胤生,等. 肝痹汤治疗抗癆药后肝损害疗效观察. 中医杂志, 2000, 41(3): 157~158

肝硬化腹水

一、脾虚气滞湿阻证

1. 六皮逐水汤(郭清安)

组成:大腹皮 15g,青皮 12g,陈皮 12g,茯苓皮 15g,冬瓜皮 15g,五加皮 15g,炒白术 15g,制苍术 10g,制香附 10g,枳实 10g,厚朴 10g,木香 6g,丹参 20g,砂仁 8g(捣),猪苓 15g,泽泻 15g,生姜 3 片。

用法:每日 1 剂,水煎服,分早晚 2 次服。

功效:行气利水燥湿。

主治:肝硬化腹水。^[1]

2. 腹水汤(董国立)

组成:黄芪 30g,党参 15g,白术 10g,茯苓 12g,泽泻 12g,木通 12g,厚朴 12g,车前子 15g(包),川椒目 10g,木香 10g,枳壳 10g,三棱 10g,莪术 10g,附子 10g,姜皮 6g,郁李仁 15g,冲天草 30g,半边莲 30g,大腹皮 16g,二丑各 10g,甘遂面 1.5g(冲)。

用法:每日 1 剂,每剂煎 2 次,早晚各服 1 次,其中甘遂亦可分 2 次冲服。

功效:益气化瘀,行气利水。

主治:肝硬化腹水。^[2]

3. 宽中达郁汤(章真如)

组成:沉香 3~6g,(研末冲服),当归 10g,白芍 10g,柴胡 8g,香橼皮 10g,晚蚕砂 10g,鸡内金 10g,毛根 30g,川朴 10g,鲜葱 5 茎。

用法:每日 1 剂,煎 2 次。

功效:宽中化气,解郁利水。

主治:肝硬化腹水。

方解:方中沉香温经行气解郁;当归、白芍养血柔肝;柴胡、香橼皮、川朴疏肝理气;晚蚕砂燥湿化浊;鸡内金健脾消积;茅根、鲜葱通经利水,诸药合用能疏肝解郁不伤正,化气利水不留邪。

加减:腹水多加大腹皮,食少有脾虚现象加白术、茯苓;肝区胀痛加郁金、川楝子。^[3]

4. 消水丹(刘渡舟)

组成:甘遂 10g,沉香 10g,琥珀 10g,枳实 5g,麝香 0.15g。

用法:上药共研细末,装入胶囊中,每粒重 0.4g,每次服 4 粒。晨起空腹用桂枝汤去甘草(桂枝 10g,白芍 10g,生姜,肥大枣 20 枚),煎汤送服。

功效:攻水消胀。

主治:肝硬化腹水,症见腹胀而按之疼痛,大便不通,小便短赤不利。其人神色不衰,舌苔厚腻,脉来沉实任按,属实证者。

方解:消水丹辛香温开,利水导滞,攻逐三焦之水邪。方中甘遂泻水逐饮为攻下峻药,沉香行气降逆,引水下行;琥珀利水化瘀,可入血分;枳实破气消积,行气要药;麝香行

气化痰疏通经络。五药合用攻逐水邪,为泻下峻剂。然利之过猛,恐劫伐脾肾元气,故又合桂枝汤,用桂枝护其阳,芍药护其阴,生姜健胃以防脾气、胃液之创伤,具有“十枣汤”之意。去甘草者,以甘草与甘遂相反之故也。本方驱邪而不伤正,保存了正气,以确保治疗立于不败之地。^[4]

5. 苍牛防己汤(方药中)

组成:苍术 30g,白术 30g,川牛膝 30g,怀牛膝 30g,汉防己 30g,大腹皮 30g。

用法:上方先用冷水浸泡 2 小时,浸透后煎煮。煎时水量以水淹没全药为度,细火煎煮两次,首煎 50 分钟,二煎 30 分钟,煎成后两煎混匀,总量以 250 至 300ml 为宜,一般分两次,饭后 2 小时服用。如腹胀甚不能多进饮食,服药后腹满加重者,可少量多次服用,分 4~5 次服,但需在 1 日内服完 1 剂。

功效:健脾活血行水。

主治:水臌(肝性腹水)。症见面色青暗,鼻部发青,腹水,舌淡微青,苔薄白,脉沉细。证属肝瘀脾虚。

方解:方中以苍术、白术补脾燥湿治其本;以怀牛膝、川牛膝养血活血,缓肝疏肝以利补脾;以汉防己、大腹皮行气利水治其标。扶正祛邪,标本同治。^[5]

6. 疏肝消水汤(张明学)

组成:当归 30g,白芍 15g,青皮 15g,车前草 10g,腹皮 30g,白蔻 10g,白术 20g,二丑 30g,上甲 10g,下甲 10g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:疏肝理气,利水除湿,健脾温阳。

主治:肝炎后肝硬化,证属肝郁气滞、脾虚湿停证。症见

纳呆乏力,恶心呕吐,腹胀,下肢浮肿,小便黄赤而少,大便溏泻,精神呆滞,面部布满青紫疮痍,右胁下压痛,腹大如釜,腹围增大,舌淡,苔薄白,脉沉而细。

方解:方中当归、白芍养血柔肝,青皮疏肝行气,车前子、腹皮、二丑利水消肿,通行二便,白术、白蔻健脾利湿,芳香开胃,三甲活血化瘀软坚、散结,合用共奏疏肝健脾,利水活血,软坚散结之功。由于药证相合,切合病机,故疗效较佳。在治疗本病中,以本方为基础随症加减。邪盛之际,以祛邪为主,邪衰之时,以治本为要。病变后期因常累及肝肾之阴又需兼固之。知常达变,辨证用药,方能奏效。

加减:腹胀甚酌加莱菔子、沉香、川朴等;食欲不振加鸡内金、砂仁、麦芽、建曲;肝脾肿大,选加茯苓、莪术、桃仁、红花、牛膝、灵脂、丹参、牡蛎;腹水甚加制大戟、醋莒花、煨甘遂;大便干燥加大黄、番泻叶或郁李仁、火麻仁;转氨酶高加五味子、败酱草、桑寄生。^[6]

7. 白玉消胀汤(刘渡舟)

组成:茯苓 30g,玉米须 30g,白茅根 30g,葫芦 12g,冬瓜皮 30g,大腹皮 10g,益母草 15g,车前草 15g,地鳖虫 10g,茜草 10g,川楝 10g,元胡 10g,紫菀 10g,枳壳 10g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:通气行水,活血助疏。

主治:肝硬化腹水虚寒证,由于阳气虚衰,不能温化水湿,使水邪充盛于内;或在水湿充盛之时,不注意温补阳气,惟用攻逐峻利之品,杀伤正气,均可致虚中夹实证。此方专用于这种腹水腹胀证投补药无效而又不能峻攻之时。^[7]

8. 鳖蒜汤(万友生)

组成:生鳖甲 30g,生大蒜 15g,黄芪 30g,党参 30g,白术 10g,茯苓 15g,山药 30g,生薏苡仁 30g,柴胡 10g,枳壳 10g,陈皮 10g,丹参 30g,生山楂 30g,麦芽 30g,神曲 10g,鸡内金 15g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:补脾调肝,化湿利水。

主治:肝硬化腹水患者脾胃运化失常,症见呕恶、腹胀、纳呆、乏力、便溏,面色萎黄浮肿,气短懒言,舌淡脉弱,血清蛋白降低,白细胞、血小板减少,全血细胞减少等症;面色黧黑、肝掌、蜘蛛痣、腹壁青筋显露、舌紫暗有瘀斑;或见衄血、吐血、便血,或出现腹水。

方解:此方以生鳖甲滋养肝阴,软坚消痞;生大蒜健运脾气,消食化痰,利水解毒,并重用参芪补脾益气固本;白术、茯苓、山药、陈皮、麦芽、神曲健脾助运;山楂、鸡内金健脾且能软坚散结;生薏苡仁补脾利湿;柴胡、枳壳疏肝理气;丹参活血养血。全方以补脾为主,调肝为佐,补中带消,使其补而不致壅中,消而不致伤正,寓补脾、升阳、消散于一体,虽不言泻,而泻在其中。

加减:脾肾阳虚,畏寒肢冷,大便不实,舌淡嫩,苔薄白,脉沉细无力,加附子、干姜;湿热内蕴,烦热口苦,皮肤黄染,溲黄如茶,大便干结,加生大黄、茵陈、虎杖、蚤休;瘀血阻滞明显,两胁刺痛,痛有定处,肝掌、蜘蛛痣,舌质紫暗有瘀斑,脉细涩,酌加参三七、赤芍;腹胀大如鼓,小便短少,加大腹皮,陈葫芦。^[3]

二、脾肾阳虚水泛证

1. 温肾理中汤(李昌源)

组成:制附子 9g,白术 9g,茯苓 12g,白芍 9g,干姜 6g,党参 9g,甘草 6g,猪苓 12g,泽泻 12g,枳实 9g,沉香 9g,三七 9g,琥珀 9g。

用法:每日 1 剂,水煎 2 次,早晚分服。内服方药的同时,取甘遂 100g,研为细粉,每次用 5~10g,以蜂蜜调匀敷于脐上,覆盖 2~3 层纱布后用胶布固定,每日一换。肚脐下有腹主动脉分支通过,甘遂粉敷脐可迅速穿透吸收而产生逐水效应,使腹水从二便去而无任何毒副作用。

功效:温肾理中行水,行气活血化瘀。

主治:适用于以脾肾阳虚为病机重点的腹水证。辨证要点是:腹胀大而形寒肢冷,腰酸足肿,倦怠乏力,口淡不渴,食少便溏,尿少或清长,舌淡嫩、苔白滑,脉沉迟。

方解:本方由真武汤合理中汤加味组成。以真武汤益火消阴、化气行水,理中汤温运脾阳以安后天之本,加猪苓、泽泻利尿消肿,枳实、沉香降气破滞,三七、琥珀活血行瘀。俾脾肾阳复,气行瘀散,则腹水可除。^[9]

2. 温阳利水汤(巴坤杰)

组成:熟附子 10g(先煎),紫油桂 6g(后下),潞党参 15g,生白术 15g,大腹皮 12g,广木香 10g,上沉香 6g(后下),泽泻 15g,猪苓 15g,茯苓 15g。

用法:水煎服,1 日 1 剂。

功效:温运肾阳,健益脾气,化气利水。

主治:晚期肝硬化。症见:腹水腹胀,尿清短少,足肿便

溼,畏寒肢冷,舌质淡紫,脉沉细虚弦或微。

方解:方中主药熟附子、肉桂均辛热,善于补火助阳,二药具有强心、增进血循、消退细胞水肿、提高体温、促进排尿等功效,为阳虚水肿历用有效之品。辅药党参、白术健脾燥湿,增强主药助阳化气之力。佐药两组:一组辛香行气通利三焦,使气行水行。其中木香芳香辛散温通,对脘腹气滞有特效;沉香行气而温寒暖肾,大腹皮以下气宽中利水见长。一组淡渗分利退肿利水,使蓄贮水液下排。其中茯苓健脾利水可宁心;泽泻利水性寒能泻浊;猪苓利水作用较强。本方温阳利水脱胎于真武汤,温化水湿取意于五苓散。

加减:心悸怔忡者,红参6g代换党参,加白芍12g;畏寒肢冷不著者,去熟附子,肉桂剂量酌减;胀满甚者,去熟附子、潞党参,加槟榔、郁李仁各10g。^[10]

三、阴虚水泛内停证

育阴消水饮(姚昌礼)

组成:北沙参15g,阿胶珠12g,麦冬10g,五味子12g,枸杞子12g,大黄15g,沉香10g,醋制甘遂10g,炒二丑15g。

用法:共为细末,装胶囊,每服2g,每日空腹服1次。

功效:养阴逐水,理气消胀。

主治:肝硬化腹水,症见舌红少津者。^[11]

四、肝郁脾虚血瘀证

柯与参方一

组成:郁金9g,赤芍9g,桃仁9g,牛膝9g,杜仲(炒)9g,桑枝15g,牡丹皮6g,去木香3g,槟榔9g,鳖甲(炙)12g,赤小豆15g,薏苡仁12g,黄柏6g,知母6g,萆薢9g,防己6g,车前

草 6g。

用法:水煎分 2 次服,每日 1 剂。

功效:健脾,和肝,通经脉,滋肾,除湿热。

主治:功能代偿期肝硬化合并右侧肾盂肾炎,肝郁脾虚血瘀证。症见:体胖但面色苍白虚肿,头晕且痛,恶寒发热且身痛,心烦易怒,呕逆频作,饮食少进,大便溏滞或时作水泻,腰痛如折,小便短赤,近来心悸、胸闷,视物模糊,腹围增大,舌质淡红,苔黄,脉弦数。^[12]

五、阳虚水泛,气不摄血

柯与参方二

组成:黄芪 15g,当归 9g,党参 15g,炒白术 9g,炒白芍 9g,瓜蒌仁 9g,柏子仁 9g,苇根炭 15g,丝瓜络 9g,旋覆花 9g,肉苁蓉 9g,炒延胡索 9g,川楝子 9g,仙鹤草 9g,泽兰叶 6g,生甘草 3g。

用法:水煎 3 次,分一天半服完。另用三七粉 3g,分 3 次冲服。

功效:和肝、滋肾、止血、通络脉。

主治:晚期肝硬化合并食管静脉曲张、慢性肾炎、高血压、支气管扩张。症见:形体消瘦,肌肤甲错,面色灰滞,畏寒身冷,腹大如鼓,青筋暴露,肚皮紧缩,脐凸,胸膈后背皆胀,吐血便血,饮食不进,心悸气短,倦怠异常,咳嗽发热,终夜不寐,舌质胖淡无苔,脉沉细而数。

方解:方中重用黄芪补气,党参、白术补脾益气;川楝子、白芍、甘草疏肝、制肝;瓜蒌、旋覆花下气;苇根炭、仙鹤草止血;参以延胡索、泽兰、三七行血祛瘀;当归、苁蓉等益血润肠。方剂组成较为严密,主补气以行血止血,所谓“有形之血,不能速生,无形之气,所当担固”也。^[12]

六、肝阳化热，迫血妄行证

颜正华方

组成：代赭石 20g（打碎，先下），夏枯草 15g，黄芩 10g，炒山栀 10g，赤芍 12g，丹皮 10g，干地黄 15g，大小蓟各 12g，侧柏叶 15g，白茅根 30g，生牛膝 15g。

用法：每日 1 剂，水煎服。忌食辛辣油腻生硬炙烤及鱼腥发物，宜清淡稀软饮食。

功效：平肝清热，凉血止血，后再化瘀消癥，清利湿热。

主治：肝硬化、脾肿大，证属肝阳化热，迫血妄行，血瘀癥瘕，肝胆湿热，症见鼻衄每 1~2 日必发一次，色鲜红，并伴口干、便干、尿黄，肝区不适但不痛，舌暗红，苔黄腻，脉弦滑有力。B 超示：肝硬化表面不平整，稍大，脾大，门静脉高压。

方解：方中以既能镇逆平肝又能凉血止血的代赭石为主，辅以清肝泻火、凉血止血的夏枯草、炒山栀、黄芩、生地、大、小蓟、侧柏叶、白茅根等，佐以凉血化瘀的赤芍、丹皮和化瘀通经引血引热下行的牛膝，并随证加减。诸药相合，不但平肝凉血止血力强；而且化瘀通脉无留瘀之弊，故收药到病减，再进血止之效。至于赭石善镇逆平肝、凉血止血，本草早有记载，其中以张锡纯《医学衷中参西录》论述最彻，最为推崇，并录治鼻衄验案以加印证。颜师深谙此点，临床善以赭石为主治气逆、火逆之出血，并每收良效。^[13]

七、脾胃虚弱，瘀热蕴结，水湿壅阻证

邵南金方

组成：冬瓜皮 30~60g，生熟薏苡仁、鳖甲、生麦芽各 30g，六神曲、紫丹参、桃仁各 10g，当归须 9g，炮山甲 12g，葱管 3 根。

用法:每日1剂,水煎服。

功效:扶助脾胃,活血化瘀,清热泄水。

主治:肝硬化腹水,症见周身乏力,饮食少思,恶心欲吐,继而出现巩膜及皮肤黄染,小便深黄如浓茶,小便量少,腹胀较甚,大便溏薄,形体消瘦,头颈胸臂部散见多枚蜘蛛痣,舌质红、苔黄腻,脉弦细数。

方解:方中冬瓜皮、薏苡仁、生麦芽、六神曲扶助脾胃。丹参、桃仁、当归须活血化瘀;炮山甲、鳖甲软坚散结;葱管行气通络。其中大多数药物双功俱备,加冬瓜皮、薏苡仁又有淡渗利水之功;生麦芽、当归须、炮山甲又能行气和络。选药精当,配伍严谨,诸药合用,共奏扶助脾胃、活血通络、软坚散结之功。

加减:腹水者加通草 10g,水红花子 30g,茯苓皮 24g,或黑牵牛干粉 3g(晨空腹顿服);腹胀者加葫芦瓢 15g,大腹皮 10g;气虚者加生黄芪 30g,焦白术 12g;脾肾阳虚者加附片 9g,干姜 3g,肉苁蓉 15g;有出血倾向者加旱莲草 30g,茜草 10g,白茅根 30g;胁痛者加金铃子散 10g(包煎),或泽兰叶 10g,香附 12g;阴虚者加生地 15g,玉竹 10g,玄参 10g,或西洋参 10g(切片,浓煎频服);湿热发黄者加茵陈蒿 30g,焦山栀 10g,生大黄 9g;外感发热者加银花、连翘各 10g,鸭跖草 30g。患者恢复期出现心气不足,心神失宁,酌加太子参、酸枣仁、夜交藤益气宁心安神。有效的中医治疗,不仅能消除腹水,改善症状,而且能保护肝细胞,恢复肝功能。^[14]

参 考 文 献

- [1]何春水,柳弓田主编.当代名医亲献秘验方.北京:学苑出版社,1992.70
- [2]何春水,柳弓田主编.当代名医亲献秘验方.北京:学苑出版社,

1992. 86 ~ 87
- [3] 米一鶚主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 25
- [4] 米一鶚主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 26
- [5] 马汴梁主编. 名老中医验方集. 北京: 中医古籍出版社, 1991. 34 ~ 35
- [6] 史宇广, 单书健主编. 当代名医临证精华·肝炎肝硬化专辑. 北京: 中医古籍出版社, 1988. 393 ~ 395
- [7] 陈明. 刘渡舟治疗肝硬化腹水的经验. 中医杂志, 1997, 38(7): 408 ~ 410
- [8] 万青峰. 补脾疗法与肝硬化腹水. 中医杂志, 1993, 34(8): 471 ~ 472
- [9] 米一鶚主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 北京: 今日中国出版社, 1999. 27 ~ 28
- [10] 李宝顺主编. 名医名方录·第三辑. 北京: 中医古籍出版社, 1993. 66 ~ 67
- [11] 何春水, 柳弓田主编. 当代名医亲献秘验方. 北京: 学苑出版社, 1992. 88
- [12] 甘肃新医药学研究所编. 柯与参医疗经验荟萃. 甘肃人民出版社, 1984. 63 ~ 70
- [13] 常章富编著. 全国名老中医药专家临证验案精华丛书·颜正华临证验案精选. 北京: 学苑出版社, 1996. 123 ~ 125
- [14] 李光耀. 邵南金老中医治疗肝硬化经验. 陕西中医, 1995, 16(7): 310 ~ 311

肝性脑病

一、肝郁脾虚、瘀血内结、 湿毒内蕴、蒙蔽清窍证

紫军醒脑液(党中勤)

组成:紫雪丹 6g,川军 30g(后下),虎杖 30g,公英 30g,黄连 30g,大腹皮 30g,乌梅 50g。

用法:每次加水 500ml,水煎 2 次,共取汁 400ml。每次 200ml,每日 2 次,保留灌肠。5 天为 1 疗程。

功效:通腑泻浊、解毒开窍。

主治:肝炎后肝硬化、肝性脑病。症见神志不清,面色晦暗,呼吸急促,喉中痰鸣,腹大胀满,目黄,小便黄赤,大便色黑,时有躁动及抽搐。舌质淡红,苔厚腻呈灰黑色,脉濡数。

方解:方中紫雪丹解毒镇痉、醒脑开窍;川军、虎杖、黄连、公英通腑泻浊、利湿解毒;大腹皮行气消胀;乌梅酸温,能够涩肠、止血,既防止苦寒通下太过,又止便血。诸药合用,共奏通腑泄浊、醒脑开窍之功。现代药理研究表明,紫雪丹有醒脑镇静作用;川军、虎杖有保肝、利胆、通大便作用,能够清除肠中积水及毒素;黄连、公英能够抑制肠道细菌生长,减少氨的产生;乌梅可酸化肠道,减少氨的吸收。经研究表明,药物灌入结肠后,即可在肠道局部发挥作用,又可经结肠粘膜吸收,通过直肠上静脉、肠系膜下静脉进入门静脉,

不经胃酸消化酶破坏,直达肝脏并进入体循环而发挥全身治疗作用。^[1]

二、湿热痰火,蒙闭心窍证

自拟醒脑汤(李更新)

组成:半夏、钩藤、茯苓、苍术各 12g,菊花、石菖蒲 10g,天竺黄、莲子心、胆南星、竹茹、枳壳、黄连各 9g,甘草 6g。

用法:水煎服,日 1 剂。

功效:涤痰化浊,清心开窍。

主治:肝炎后肝硬化、肝性脑病,出现痰浊内阻的表现,如舌苔厚腻、口有腐臭气味、腹胀呕恶、不思饮食等。

方解:方中半夏、茯苓化痰,竹茹和胃降逆,黄连、莲子心清心火,天竺黄、胆南星除痰热,石菖蒲、菊花醒神开窍,苍术、佩兰芳香化浊,枳壳行中焦之气,甘草调和诸药。

加减:舌苔厚腻、口有臭味者加佩兰 6g。^[2]

三、邪毒内陷,内入营血及心包证

菖蒲加大黄汤(贾夫洋)

组成:菖蒲、生大黄各 30g。

用法:煎液 250ml,取 100ml 鼻饲,150ml 深部保留灌肠。神志转清后改为口服,药量减半。

功效:清热解毒,开窍醒神。

主治:重症肝炎,肝性脑病。

方解:菖蒲具有开窍醒神、和中化湿功效。生大黄具有多方面药理效应,能通便、利胆、保肝、解热、抗感染及清除内毒素作用,还能解除各种毒素对脑神经的毒害作用。^[3]

参 考 文 献

- [1]党中勤. 紫军醒脑液灌肠治疗肝性脑病 48 例. 中国中医药信息杂志, 1998, 5(2): 38
- [2]李更新, 王增祥, 张洁, 等. 自拟醒脑汤治疗肝性脑病疗效观察. 河北中医, 1999, 21(6): 340
- [3]贾夫洋. 菖蒲加大黄治疗肝性脑病 30 例. 安徽中医临床杂志, 1997, 9(1): 22 ~ 23

肝硬化上消化道出血

阴虚火旺,瘀血内停,血不循经证

养阴宁血汤(黄贵华)

组成:生地黄 40g,赤芍 30g,牡丹皮 30g,旱莲草 40g,女贞子 40g,荷叶 30g,乌贼骨 40g,白及粉 40g(另下),蒲公英 30g,蒲黄 30g(包煎)。

用法:以上药物除白及外先煎至 500ml 左右,去渣取药液加入白及粉再浓煎至 300ml,使之呈半糊状。视病情需要,每日 1~2 剂,分 3~6 次口服。

功效:养阴清热,祛瘀止血。

主治:肝硬化门静脉高压致食管、胃底静脉破裂出血,吐血,便血,有口干口渴,心烦失眠,尿短赤,舌苔黄或无苔,脉细数等阴虚内热证候。

方解:肝硬化上消化道出血属中医血证范畴,临床上多有阴血亏虚,虚火内炽,瘀血内停以致血不循经出现活动性出血。养阴宁血汤中生地黄、赤芍、牡丹皮、女贞子、旱莲草养阴清热,祛瘀止血;荷叶“破恶血,留好血”(见《本草纲目》);蒲公英清胃中余热;乌贼骨制酸收涩,保护创面;白及粘腻,生肌收口止血。全方有养阴清热,祛瘀止血之功;且药量大,味厚功专,直达病所,标本同治,从而收到良好的效果。^[1]

参 考 文 献

- [1] 黄贵华. 中西医结合治疗肝硬化上消化道出血 38 例. 广西中医药, 1997, 20(4): 19 ~ 20

肝 癌

1. 臌胀消水方(李佩文)

组成:黄芪、莪术各 40g,薏苡仁 30g,牵牛子、桃仁、红花各 50g。

用法:常规水煎,浓缩呈稀粥状约 150ml 左右。洗净腹壁,将浓缩药液敷于上至肋弓下缘,下至脐下 2 寸处,盖纱布,待干燥后即可穿衣。每 2 日更换 1 次,一般外敷 3~5 次。外敷中药期间不再增加西药用量,不再抽腹水,定时记录腹围、尿量,定期复查 B 型超声波。

功效:利水消肿,活血化瘀。

主治:晚期肝癌腹水。

方解:黄芪利水消肿,可用于晚期癌症胸腹水;苡仁健脾利湿。上二药实验证实对多种癌细胞有抑制作用。牵牛子逐水利强,为治疗腹水的要药;莪术、桃仁、红花活血化瘀,其中莪术消积止痛性强。

加减:证属热者加黄芩、汉防己各 40g,定名为消水 I 号方;证属寒者加桂枝、猪苓各 40g,定名为消水 II 号方。⁽¹⁾

2. 加减参赭培气汤(段凤舞)

组成:生赭石 15g,太子参 10g,生淮山药 15g,天花粉 10g,天冬 10g,鳖甲 15g,赤芍 10g,桃仁 10g,红花 10g,夏枯草 15g,生黄芪 30g,枸杞子 30g,焦山楂 30g,泽泻 15g,猪苓

15g,龙葵 15g,白英 15g,白芍 10g,焦六曲 30g,三七粉冲 3g。

用法:水煎分服,每日 1 剂。

功效:调气,化瘀,利水。

主治:肝癌。

方解:生赭石凉血,镇逆降气,去痰止呕,通便,引瘀下行;太子参、山药培中养胃,防开破之药损伤肠胃;天冬、花粉因用开破之药猛烈,恐伤胃阴;桃仁、红花、鳖甲、赤芍活血化瘀、消肿止痛兼以通络;泽泻、茯苓利水、化瘀;生芪、枸杞子益气滋补肝肾;焦山楂、焦六曲健脾和胃;龙葵、白英清热解毒、凉血利尿。

加减:有黄疸者加茵陈 30g;有腹水者加商陆 10g,牛膝 10g,大腹皮 10g;局部疼痛者加郁金 10g,元胡 10g;凌霄花 15g,八月札 10g;腹胀甚者加大腹皮 6g,厚朴 10g,木香 6g;呃逆者加旋覆花 10g,柿蒂 10g;口干渴甚者加沙参 10g,麦冬 10g;大便干燥,数日不便者加瓜蒌 20g,郁李仁 12g。^[2]

参考文献

- [1]李佩文,等.中药消水方外敷治疗癌性腹水的研究.中医杂志,1991,28(7):28
- [2]马沛梁主编.名老中医验方集.北京:中医古籍出版社,1991,35~36

脂 肪 肝

1. 柔肝泻脂饮(姚培发)

组成:何首乌 20g,枸杞子、生地各 12g,虎杖、菝葜各 30g,泽泻 20g,丹参 30g,莪术 20g,白芥子 10g,生山楂 15g。

用法:每日 1 剂,水煎分 2 次,口服。

功效:滋阴补肾,活血祛痰。

主治:脂肪肝。症见饮食失调,饮酒嗜好,形体肥胖,肝脏肿大,右肋下闷胀不适,食纳稍减,大便溏而不爽,小便淡黄,舌淡尖红,苔白薄黄。

方解:脂肪肝多因肝炎病后调摄失当,长期多量饮酒或过食肥甘厚味,过量或长期应用有损肝之药物。其病机主要热蕴湿阻,痰凝,阴虚。脾胃运化失司则湿热凝聚成痰,肝胆疏泄失常故痰浊阻于肝络,日久肝肾阴亏所致。本方中首乌、枸杞子、生地养阴柔肝治其本,菝葜、泽泻、白芥子、虎杖等疏肝化痰,丹参、莪术活血消瘀治标。现代药理研究表明,何首乌能阻止胆固醇在肝内沉积,减轻动脉粥样硬化;丹参、虎杖能降低胆固醇及甘油三酯;山楂可扩血管;丹参、莪术具有改善微循环,降低肝脂肪特别是甘油三酯作用,从而降低肝脏脂质含量。上药联用,可促进脂质转运和消除多余脂肪的作用,疗效满意。^[1]

2. 化痰祛瘀降脂汤(缪惠娟)

组成:茯苓 10g,陈皮 10g,柴胡 12g,生山楂 30g,泽泻 20g,首乌 20g,决明子 30g,丹参 30g,郁金 12g,制大黄 6~10g。

用法:每日 1 剂,3 月为 1 疗程。

功效:化痰祛湿,行瘀降脂。

主治:脂肪肝。症见疲乏无力,肝区隐痛或腹胀纳呆,瘦黄,形体肥胖,舌质淡苔薄白,脉弦滑或濡。

方解:脂肪肝在中医学辨证为痰湿内蕴,肝失疏泄,气滞血瘀。方中柴胡、郁金、丹参疏肝行气化滞,改善微循环,防止肝脂肪变及纤维增生;茯苓、陈皮、泽泻渗湿健脾,有降血脂之功;山楂、决明子、首乌能调肝降血脂,配合大黄活血化痰,推陈致新,消导积滞,降低血脂,诸药合用,使肝气调畅,湿化痰除,瘀血消散,血脂得降。^[2]

3. 降脂益肝汤(蒋森)

组成:泽泻 20~30g,生首乌、草决明、丹参、黄精各 15~20g,生山楂 30g,虎杖 12~15g,大荷叶 15g。

用法:水煎服,每日 1 剂。连服 4 个月为 1 疗程。

功效:清热利湿,活血化痰。

主治:脂肪肝。

方解:方中重用泽泻利湿;大荷叶生清降浊;草决明、虎杖清肝经之热;丹参、生山楂活血化瘀;佐以首乌、黄精滋养精血,使之清利而不伤阴,活血而不耗血。实验研究证明,泽泻、山楂、丹参、虎杖等均具有良好的降脂作用。

加减:腹胀明显加炒莱菔子;恶心重者加半夏;右胁疼痛较重者加白芍、龙胆草;服药后大便每日超过 3 次者减少

虎杖、生首乌剂量；服药后吐酸水者加乌贼骨或减轻山楂剂量。^[3]

4. 清肝化滞汤(陈伯咸)

组成：柴胡 10g, 白芍 15g, 金钱草 10g, 浙贝母 10g, 鸡内金 10g, 茯苓 10g, 枳实 10g, 郁金 10g, 莱菔子 10g, 香附 10g, 丹参 15g, 黄芪 50g, 山楂 10g, 陈皮 10g。

用法：水煎分 2 次温服, 1 日 1 剂。

功效：疏肝利胆, 运脾化滞。

主治：脂肪肝。症见胁肋胀痛, 口苦纳少, 脘胀体倦, 便秘或便溏, 苔白腻, 脉弱细滑等。

方解：柴胡辛苦微寒, 为疏肝畅胆之要药, 并引诸药以肝经为通道直达病所。研究证实, 本品具有放松胆管括约肌, 促进胆汁排泄功能, 降脂作用显著, 故《神农本草经》将其列入“推陈致新, 久服轻身”之上品；白芍味苦, 善养血柔肝, 与柴胡相合, 疏养并举, 久用全无劫阴之弊；胆为洁净之腑, 性喜清凉而恶浊热, 金钱草性味苦平, 与胆气相求, 清利肝胆；浙贝母解郁清脂散结入肺肃降, 以助大肠推动之力, 促进代谢则脂浊无以内存之机；莱菔子、郁金、枳实、山楂散瘀滞, 化痰降脂, 宽胸利膈；鸡内金、茯苓、陈皮健脾助运, 理气消谷；根据肝病“用热不得远寒, 用寒不得废热”的原则, 取甘温之黄芪, 补肝气以助疏泄。益中气以振奋功能, 佐之以防清胆药苦寒之弊；香附合丹参, 行气活血化瘀, 冀气行痰消, 瘀去血行而百脉通畅。全方清化疏利, 标本兼顾, 祛邪而不伤正, 补虚而不恋邪, 俾肝胆脾胃疏泄升降自如, 机体代谢正常而病自除。^[4]

5. 加味温胆汤(李向农)

组成:陈皮 5g,茯苓、山楂、丹参各 30g,法半夏、竹茹、枳壳各 10g,荷叶 15g。

用法:水煎分早午间服用,1日1剂。

功效:疏肝理气,祛痰清热。

主治:脂肪肝。

方解:加味温胆汤能清热利湿祛痰,加丹参、山楂、荷叶活血通络;去甘草之壅滞,使痰湿郁结得以消解而愈。

加减:气郁者,合四逆散,加青皮 10g;湿重者,加白豆蔻 5g,苍术 10g;热重者,加茵陈 20g,川楝子 10g;胁痛舌有瘀点者,加延胡索 10g,三七 5g;气阴两虚者,加西洋参、麦冬、石斛各 10g;中气不足者,合四君子汤。^[5]

参 考 文 献

- [1]陈琼,等. 柔肝泻脂饮治疗脂肪肝临床观察. 辽宁中医杂志, 1999,26(8):360
- [2]缪惠娟. 化痰祛降脂法治疗脂肪肝 68 例. 江苏中医,1998,6:23
- [3]蒋森. 降脂益肝汤治疗脂肪肝的临床观察. 中医杂志,1989,24(4):24
- [4]李儒如主编. 肝胆疾病古今效方. 北京:科学出版社,1999. 243 ~ 244
- [5]李向农. 加味温胆汤治疗脂肪肝 39 例临床观察. 新中医,1996, 11:39

肝 脓 肿

1. 复元活血汤〔医学发明〕

组成：柴胡、当归、红花、穿山甲、大黄（后下）、桃仁各10g，瓜蒌根15g，甘草6g。

用法：每日1剂，水煎服。

功效：活血化瘀，疏肝清热解毒。

主治：肝脓肿。症见：右肋肌肤隆起疼痛，右上腹（肝区）持续性刺痛或胀痛，触之痛不可忍，转侧不能，压痛明显，发热，口渴，食欲减退，大便干结，舌质暗或暗红，苔薄黄，脉弦有力。

方解：肝脓肿的发病因素多由于外感六淫，瘀血流注，或其他热毒，或过食膏粱厚味，或湿热痢失治，误治，湿热火毒从内而生，湿热瘀毒之邪侵袭人体，郁于肝脏，影响肝之经络循行，以致气血凝滞，而成肝痛，形成“留血”、“恶血”。故瘀毒湿热是本病的主要致病因素。方中柴胡、当归疏肝理气，和血止痛；大黄活血化瘀，引瘀血下行；桃仁、红花、甲珠、瓜蒌根行血润燥，甘草和血缓急。诸药合用有清热解毒，疏肝止痛，缩小脓腔，祛瘀生新之功。

加减：肝胆湿热，瘀血停滞：症见发热，恶寒，午后热甚，汗出热不解，右胸肋胀痛，右上腹肌紧张，肝区疼痛，压之痛甚，胸痞，恶心或呕吐，饥不欲食，口苦口干，饮水不多，或见黄疸，大便稀溏，小便黄，舌质红或暗红，苔黄腻，脉濡数，治

以清利肝胆湿热,活血通络。用本方加茵陈、飞滑石各 30g,连翘、石菖蒲、白豆蔻、藿香各 10g,或本方合龙胆泻肝汤加減,本方加龙胆草、柴胡、黄芩、栀子、车前子、木通各 10g。

热毒炽盛,气滞血瘀:本型多见于细菌性、混合性肝脓肿。症见寒战,高热,胆区灼痛,肿大,按则痛剧,右季肋局限性隆起,口苦咽干,面红目赤,纳减,乏力,汗多,大便结,溲黄,舌质红,苔黄或焦干,脉弦数,治以清热解毒,行气活血。用本方合五味消毒饮加減,主方加野菊花、银花、紫花地丁、土茯苓、蒲公英各 15g,黄芩 10g。

正虚邪恋,瘀毒未净:多见于肝脓肿恢复期,偏气血亏虚者。补益气血,活血通络。本方合八珍汤加減,主方加白术、川芎各 10g,熟地、白芍各 12g,党参、茯苓各 15g。偏阴虚内热者,滋阴清热,活血通络,用本方合青蒿鳖甲汤加減,主方加青蒿、知母、地骨皮各 10g,鳖甲、生地各 15g。^[1]

2. 救肝败毒汤(刘沛然)

组成:金银花 180~300g,夜明砂 20~30g(包煎),赤芍 12~24g,生牡蛎 20~30g,丁香 1~3g,焦栀子 6~12g,郁金 6~12g,两头尖 10~15g,当归 10~15g。

用法:煎服或鼻饲,每次 200~400ml,起初每日 4~6 小时 1 次。

功效:清解火毒,活血化瘀。

主治:细菌性肝脓肿。

方解:方中重用金银花为君,金银花得冬令寒水之气,能行营卫气血,守阴而不伤阳,与当归同用有通瘀破积解火毒之效;夜明砂上清浊阴之滞塞;郁金疏肝解郁;生牡蛎软坚养阴,不仅安中亦缓其峻;丁香去湿,与焦栀子宣越三焦并清泄火热;赤芍、两头尖辅当归增强活血化瘀之功效。

加减:腹腔积液者,加刘寄奴、丹参、炮山甲;黄疸者,加片姜黄、川楝子;恶心、呕吐者加半夏、陈皮。^[2]

3. 白丁汤(朱永生)

组成:白头翁、秦皮、地丁、蒲公英、连翘、茵陈、柴胡、郁金、赤芍、车前草、制乳没、生甘草(随证定剂量)。

用法:水煎服。

功效:清肝泻火,解毒祛湿。

主治:肝脓疡(成脓前期)。

方解:方中白头翁、秦皮、地丁、蒲公英、连翘清肝泄火解毒,柴胡、茵陈、车前子清热利湿,郁金、赤芍、制乳没行气和血散瘀止痛,甘草调和诸药。全方充分体现清肝泄火解毒,活血散瘀以利消痛。

加减:兼见高热、寒战明显者加野菊花、生石膏、丹皮。^[3]

4. 排脓清肝汤(朱永生)

组成:柴胡、炮山甲、皂角刺、桃仁、丹参、川芎、赤芍、白头翁、茵陈、地丁、蒲公英、薏苡仁、郁金、生大黄、制乳没(随证定剂量)。

用法:水煎服。

功效:活血排脓,辅清热解毒。

主治:肝脓疡(成脓期)。

方解:该方是在白丁汤的基础上,加入炮山甲、皂角刺、桃仁、大黄等穿破排脓之品,以使脓液尽快排尽。^[3]

5. 扶正托脓汤(朱永生)

组成:生黄芪、生白术、当归、赤白芍、薏苡仁、桃仁、川芎、白头翁、柴胡、地丁、郁金、生甘草(随证定剂量)。

用法:水煎服。

功效:扶正活血,托脓祛邪。

主治:肝脓疡(吸收期)。

方解:方中生黄芪、生白术、生甘草、当归、白芍等益气养血扶正,白头翁、薏苡仁、桃仁、川芎、地丁清热解毒、活血排脓,柴胡、郁金理气解毒。^[3]

6. 补肝养阴汤(朱永生)

组成:生黄芪、炙鳖甲、柴胡、青蒿、生地、太子参、白术、桃仁、川芎、赤白芍、甘草(随证定剂量)。

用法:水煎服。

功效:补气养阴,生肌敛口。

主治:肝脓疡之脓腔收敛期。

方解:方中生黄芪、炙鳖甲、生地、太子参、白术、川芎、白芍等益气养阴补肝为主;少佐桃仁、赤芍等以活血。故适用于肝脓疡恢复期,此期正虚邪微,通过益气养阴扶正,加速脓腔的愈合。^[3]

7. 败酱消脓汤(陈庆川)

组成:败酱草、金银花各 15g,薏苡仁 30g,当归尾、赤芍、皂角刺、香附、续断各 10g,炮山甲 6g,生甘草 3g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:解毒消痈,活血化瘀。

主治:细菌性肝脓肿。

方解:方中败酱草清热解毒,消痈排脓,又活血化瘀;金银花、生甘草清热解毒;薏苡仁排脓;炮山甲、皂角刺消肿排脓;当归尾、赤芍活血散瘀;香附理气;续断通血脉而利排脓。全方具有清热解毒,理气活血,排脓消肿之功效。^[4]

8. 大黄附子控涎消疡汤(董漱六)

组成:熟大黄 9g, 附子 9g, 桃仁 9g, 赤白芍各 9g, 莪术 9g, 延胡索 9g, 川楝子 9g, 当归 10g, 茯苓 12g, 薏苡仁 12g, 橘叶皮各 4.5g, 败酱草 15g, 红藤 15g, 细辛 2.4g, 控涎丹 1.5g (另吞服)。

用法:水煎服,每日 2 次。

功效:温经散寒,理气化湿,破瘀通络。

主治:肝脓疡。

方解:方中大黄附子细辛汤意在温寒泻结;控涎丹中有甘遂、大戟,重在荡涤胸膈间停痰伏饮,以泻肿疡之脓液;白芥子可去皮里膜外之痰,所以可搜剔停痰伏饮;又合薏苡仁、茯苓、败酱草与附子共成薏苡附子败酱散意在解毒排脓;红藤是用治肠痈之良药,肝脓疡亦消化系病变,故用之也甚切中的;当归、桃仁、赤芍以活血清血,既解因瘀而留之邪毒,又可排毒而生新;莪术、延胡索攻破肿积而止痛;白芍酸敛以护肝;川楝子、橘叶、橘皮行气以疏肝郁。诸药成方共奏温经散寒、理气化湿、破瘀通络之功效。^[5]

参 考 文 献

- [1] 杨香生, 宾学森. 曾庆骅教授用复元活血汤治疗肝脓肿的经验. 中国中西医结合杂志, 1993, 13(8): 491 ~ 492
- [2] 刘沛然. 救肝败毒汤治疗细菌性肝脓疡 33 例. 辽宁中医杂志, 1987, 14(11): 18
- [3] 朱永生. 肝痈证治三法. 吉林中医, 1988, 4: 13
- [4] 崔应珉主编. 中华名医方新传·肝胆病. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999. 182 ~ 183
- [5] 董漱六. 大黄附子控涎丹治愈肝脓疡 1 例. 辽宁中医杂志, 1986, 13(7): 37

肝豆状核变性

1. 东方肝豆散(白凤远)

组成:鹿茸、西洋参、熟地、首乌、防己、木瓜、黄芪、灵芝、白芍、熊胆、鸡内金、羚羊角、血竭、川芎、陈皮、海金沙、大黄、石菖蒲、远志、藏红花、麝香等。

用法:上药按一定比例共研细末,过60目筛,经钴⁶⁰照射后装袋。用白开水或蜂蜜调服,早饭前晚饭后1次,每次10g,连服8周为1疗程。

功效:峻补阴阳,解毒化毒,利尿通便,通络生肌。

主治:肝豆状核变性。症见肝炎的一般症状,肝脾肿大,肢体震颤,肌僵直,活动障碍,面色苍白,面具样脸,语言吐词不清,头昏少眠,大便稀溏,苔薄白舌肿大淡红,脉细数。

方解:本方中鹿茸壮元阳,补气血,益精髓,强筋骨,为峻补元阳之要药;西洋参大补元气;首乌填精补血,四药共奏峻补元阳元阴,补充先天禀赋不足而为君药的一部分。防己解毒利水,解肌通络;木瓜舒筋活络,化湿和胃;鸡内金、熊胆化毒解毒,四药共奏解毒化毒,利水活络之功效而成为君药的另一部分。黄芪益气生肌,白芍柔肝熄风;灵芝养肝清毒;羚羊角平肝熄风;黄连解毒利胆;血竭生血生肌,八味辅助君药为臣。川芎行血中之气;陈皮健脾行气,以佐君药补益之滋腻;海金沙、大黄利尿通便,一水一陆,意在既佐君臣补益太过,又协助君臣排毒之功效,四药共为佐药。石菖

蒲化瘀开窍；远志聪脑明志；藏红花化瘀开路；麝香之达巅顶而共为使药。本方共成峻补元阳元阴，解毒化毒，利尿通便，通经活络和解肌生肌之功效。^{〔1〕}

2. 乔林试验方

基本方一

组成：炙黄芪 20g，党参 15g，白术 6g，当归 10g，白芍 15g，茯苓、木瓜各 10g，山药、玉竹、秦艽各 15g。

用法：水煎服。

功效：健脾益气，养血舒筋。

主治：肝豆状核变性。

加减：兼湿加薏仁、车前子。不主张直接使用熄风或祛风之品，恐损脾胃之虚。

基本方二

组成：黄芪 20g，山药 15g，薏仁 20g，车前子、玉竹各 12g，白芍、当归各 10g。

用法：水煎服。

功效：健脾利湿，佐以养血。

主治：肝豆状核变性。

加减：兼热或黄疸加茵陈、公英各 12g；兼风症加木瓜、秦艽。不主张使用攻伐峻猛之药。

方解：二方在药物选择上，首选黄芪以健脾益气，但其用量应先轻后重，以防虚不受补，反生气滞。白术虽是健脾要药，但不宜重用，重用则壅脾滞湿；玉竹甘平补中，其补而不滞，可重用；养血选当归、白芍。当归补血且活血；白芍入肝经血分，敛气益阴，助当归以养血，养血亦合熄风之意；利水首选车前子，其色黑入肾，利水而固肾气，有助脾气之功用；薏苡仁，健脾利湿，可随湿之轻重而增减用量；茯苓，虽

有利水之功用,但有损肾气之弊,故不宜重用;茵陈,苦寒清热利湿,为治黄疸之要药,但热去即停,以防苦寒伤中气。〔2〕

3. 肝豆汤(杨任民)

组成:大黄 6g,黄连 10g,黄芩 10g,鱼腥草 20g,半枝莲 20g,泽泻 20g。

用法:加水煎 300ml,每日 1 剂,分 2 次服,4 周 1 疗程。

功效:清热解毒,通腑利湿。

主治:肝豆状核变性。症见:言语不清,流涎,四肢抖动及痉挛,肌僵直,黄疸,肝脾肿大,口中臭秽,口苦口腻,舌质红,苔黄腻,脉弦数或弦滑。

方解:本病从中医辨证来看,铜毒内聚,肝胆湿热,内蕴为其主要病机,故苦寒清热,利胆除湿适治本病。方中大黄、黄连、黄芩、泽泻解毒,泻肝胆湿热;半枝莲、鱼腥草、泽泻解毒利湿,全方共成解毒清利肝胆湿热之功用。

现代药理研究也表明,肝豆汤中所选六味药皆属低铜高锌类中草药,其中大黄主要含番泻苷元,它能刺激大肠壁促进大肠排空运动以加速排便,从而减少铜离子在肠道中的吸收;大黄、黄连、黄芩均有促进胆汁分泌,稀释胆液,增进胆汁铜排泄的作用;半枝莲、鱼腥草、泽泻均有利尿解毒的作用。临床用本方在症状改善的同时,尿排铜量显著增加,表明肝豆汤能有效地促进体铜排泄,对肝豆状变性疗效显著。〔3〕

参考文献

- [1] 杨振国,等. 东方肝豆散治疗肝豆状核变性 4 例. 辽宁中医杂志, 1998, 25 (5): 213
- [2] 杜新平. 乔林诚治疗肝豆状核变性的经验. 辽宁中医杂志, 1994,

21(6):251

- [3] 杨任民. 中药治疗肝豆状核变性 107 例疗效观察. 中医杂志, 1993,34(11):676~677

胆 石 症

1. 肝胆溶石方(彭鼎三)

组成:柴胡 15g,枳实 15g,郁金 15g,黄芩 15g,白芍 15g,山楂 30g,三棱 10g,莪术 10g,陈皮 10g,金钱草 50g,炒莱菔子 20g,生甘草 6g。

用法:一般先服汤药 10 余剂,待症状缓解后将上药研粉吞服,每日 3 次,每次 6~9g。或制成片剂口服,连续服药 3 个月为 1 疗程。

功效:疏肝利胆,消积化石。

主治:胆囊结石,胆管结石。症见:右上腹疼痛,痛引背部,恶心、心烦、口干口苦、大便燥结、舌质红、苔薄黄,脉弦略数。

方解:本方具有缓解症状快,改善消化功能的特点。静止期饮食上无特殊要求,但在发作期则应禁食油腻之品。在一般情况下守原方即可,且能使大便秘结或便溏者恢复正常,具有双相调节作用。本方选用四逆散疏肝解郁和营柔肝为君,以调整肝胆疏泄功能治其本,使胆汁的贮存与排空趋于正常,改善胆汁的郁积。本方主要用于胆石症辨证属于气滞型者疗效较佳,湿热型也可选用。

加减:痛甚加黄荆子 15g,元胡 12g;湿热重加虎杖、茵陈各 20g;大便燥结加芒硝(冲服)、大黄各 10g。绞痛还可以配合电针和耳穴。^[1]

2. 排石汤(国光)

组成:金钱草 30g,海金沙 30g,鸡内金 20g,郁金 15g,茵陈 100g,大黄 15g,元胡 15g,板蓝根 30g,大青叶 15g。

用法:每日 1 剂,水煎 2 次,早晚分服,并嘱患者服药期间筛洗大便。

功效:疏肝利胆排石。

主治:胆结石,胆囊炎。症见:右上腹阵发性疼痛,痛向右肩部放射,食欲不振,厌油腻,形体消瘦,舌质红苔黄厚腻,脉弦数。

方解:本病病因病机均不外乎饮食失节,情志失调,湿热之邪蕴结肝胆阻碍肝胆疏泄功能。胆汁为胆之余气,胆汁久瘀不畅而凝为砂石,肝与胆互为表里,故两胁之痛皆肝胆为痛。足少阳胆经起于目锐眦经肩出于手少阳之后入缺盆,故本病疼痛放射呈肩背为特征。大部分患者在饱餐或吃高脂肪饮食后数小时内,或腹部受到剧烈震动后发作。故用主药四金:金钱草、海金沙、鸡内金化坚石,郁金行气止痛;茵陈清利湿热,利胆排石,苦泄下降;大黄泻下攻积,破癥瘕积聚,调中化食,安和五脏之本能;元胡行气止痛;大青叶、板蓝根清热解毒散结。据现代药理研究证明,四金合用能促进胆汁分泌,松弛胆道括约肌,配合茵陈、大黄,使胆道平滑肌舒张,胆道开放,利于胆道结石排出,亦有缓解平滑肌痉挛之作用。^[2]

3. 金砂化石散(马義图)

组成:海蛤粉 60g,海金沙 40g,鸡内金 60g,山楂 60g,椰片 60g,元胡 40g,郁金 40g,硼砂 40g,沉香 30g,香附 60g,大黄 60g,水蛭 30g,穿山甲 60g。

用法:共为细末,过 80 目筛。每次服 6g, 日服 3 次,白开水送下。

功效:疏肝解郁,消积化滞排石。

主治:各类型之胆石症。症见右胁下窜痛,腹胀、食欲欠佳,时有恶心,便溏,苔薄白,脉弦细。

方解:胆石症多由气郁和湿热蕴结而成。胆为中清之府,以通降下行为顺,故以疏肝解郁,消积化滞为治则。方中郁金、沉香、香附、枳片疏肝解郁降气,促进胆囊运动,增强其功能;郁金、大黄清热泻火,促进胆汁分泌,溶解胆石;元胡、香附理气止痛;海蛤粉、山楂、鸡内金、海金沙、硼砂、穿山甲、水蛭软化化石。^[3]

4. 柴牡五金汤(陈苏生)

组成:柴胡 9g,生牡蛎(先煎)30g,海金沙 15g,广郁金 9g,金铃子 9g,鸡内金 4.5g,金钱草 15~30g,青陈皮各 0.5g,枳实 6g,甘草 4.5g,川朴 6g,瓜蒌 12g,冬瓜子 18g,冬葵子 12g。

用法:水煎服,1 日 1 剂,分 2 次口服。

功效:疏肝利胆,清泄湿热。

主治:胆结石偏湿热型。症见右上腹疼痛,腹胀满,恶心呕吐,食欲不振,大便干燥,小便正常,舌质红,苔黄腻,脉弦滑。

方解:柴胡,《本草经解》认为“轻清,开达胆气,胆气条达,则肝能散精,而饮食积聚自下”,牡蛎味咸性降,《汤液本草》“以柴胡引之,胁下之硬”;二者合用,一升一降,既宣畅气机,又软坚散结;郁金、青陈皮,疏肝以解郁,理气兼消积。从现代药理分析得知,郁金含挥发油,有促进胆汁分泌和排泄作用,并使胆囊收缩,有利胆作用,挥发油还可以溶解

泥沙状结石,故用于胆结石尤宜;海金沙、金钱草、鸡内金,清泄湿热,利水通淋,软坚消石;冬葵子、冬瓜子、瓜蒌,滑以去着,通窍利湿,还有消痈排毒作用;制川朴、甘草、枳实,不加大黄加滑利之品,既有小承气汤宣气除滞,清热通便作用,又可避免用药过峻而伤胃气。本方虽以疏清滑利为主,但药不过峻,所以只要不是患者十分虚弱,一般都可以使用。

加减:伴发热炎症,加土茯苓、忍冬藤、连翘、白薇;出现黄疸,加茵陈、山楂;胁痛,酌加香附、乌药、延胡;呕恶胸痞,酌加制半夏、姜竹茹、枳壳;纳呆,加苍术、焦楂曲;大便不畅,酌加郁李仁、桃仁、大黄。^[4]

5. 排石汤(杨浩观)

组成:金钱草 60g,海金沙 20g(布包),海浮石 20g(布包),酒川军 10~15g(后下),硝石 10g(分两次冲服)。

用法:水煎服,每日 1 剂,日服 2 次。

功效:通结攻下,利胆排石。

主治:各型胆结石。气郁型症见肝胆隐痛及肩背、腹胀、便秘、口苦、纳呆、厌油腻、苔薄白、脉弦或弦涩(相当于胆道感染或胆石症间歇期)。湿热型症见寒战发热,右胁剧痛,拒按或扪及包块压痛,恶心、呕吐,大便干结,黄疸尿赤,舌红苔黄腻,脉滑数或弦滑(相当于急性胆囊炎或胆结石合并胆道感染)。

方解:胆为“中清之府”,内寄相火,与肝相表里,肝失疏泄,则胆郁不通,不通则胆汁郁结湿热内生。湿热互蒸,相火煎炼,日久则成结石。排石汤中,大黄配硝石具有清热解毒,活血祛瘀,通腑利胆之作用。现代药理学认为其有恢复肠道功能,促进胆汁分泌,缓解奥狄氏括约肌痉挛的作用,从而有利于胆道结石的排出和胆道梗阻的解除。其中大黄作用最

强,最全面。杨氏善用酒制大黄,谓有消炎、活血之功适用于体虚之人。硝石咸寒散结,可消化结石具有降低胆汁中胆固醇含量的作用。方中金钱草清泄湿热而无伤阴之弊,药理研究证明,该品既可增加胆汁流量,提高胆盐的浓度,又具有增强排胆频率作用,并能在碱性环境中使结石溶解,肝胆管内胆汁增多,内压增高,胆道括肌松弛,而有利于胆汁排出,有良好的排石溶石利胆功效,为治疗胆石病的要药;海金沙利水通淋,其性下降,《千金方》以之治疗石淋。《本草述》谓治湿邪不运,而“又有以火合之者”,近代多用于结石症。海浮石软坚散结,与海金沙相配利湿散结,通下排石,相得益彰。

加减:气郁型加柴胡 15g,枳壳 20g,炒黄连 5g,黄芩 12g,郁金 10g,木香 8g,杭白芍 15g,小青皮 10g,元胡 10g。湿热型加茵陈 30g,黄柏 10g,苍术 10g,山楂 10g,龙胆草 10g。^[5]

6. 金氏排石汤(金文华)

组成:金钱草 120g,海金沙 40g,柴胡 20g,黄芩 20g,川楝子 20g,木香 25g,茵陈 40g,大黄 20~40g,白芍 40g,鸡内金 20g。

用法:水煎服,每日 1 剂。绞痛发作时给予止痛剂。呕吐剧烈,适当补液。

功效:疏肝利胆,清热利湿,化瘀排石。

主治:胆系结石。症见:右肋下持续性绞痛,放射至右肩或隐痛、钝痛,脘腹胀满,口苦咽干,大便不畅,舌红、苔黄或黄腻,脉弦滑数。

方解:胆石症属祖国医学“胁痛”范畴。其成因一般认为多由邪侵少阳,或情志抑郁,或饮食不节,过食油腻,酗酒过度导致湿热蕴结,经久煎熬或气滞血瘀,日久瘀积而结为砂

石。其病机不外乎湿热、气滞、血瘀。方中柴胡、川楝子、黄芩疏肝利胆,和解少阳;金钱草、海金沙、茵陈,清热利湿,利胆排石;大黄化瘀利胆,通腑泻热;鸡内金健脾消石,白芍养血敛阴,柔肝平肝,缓急止痛;木香行气利胆止痛。诸药合用,刚柔相济,疏清化利结合,配伍适当,结构严谨,药专力宏,故获良效。^[6]

7. 张氏清胆汤(张志秋)

组成:柴胡 10g,枳壳 12g,木香 12g,金钱草 30g,黄芩 12g,生大黄 18g(后下),虎杖 30g。

用法:水煎服,日 1 剂。

功效:疏肝理气,利胆排石。

主治:胆石症。①气滞血瘀型症见右上腹胀痛,时轻时重,饮食二便一般正常,舌质偏赤,苔多薄黄或薄白,脉弦细或沉细。②湿热型症见右上腹疼痛或胀痛反复发作,发热,口干苦,恶心,胃纳不佳,神疲乏力,舌赤苔黄腻,脉弦滑或弦而微数。③脓毒型症见右上腹剧痛或绞痛,伴呕吐发热,舌红绛,苔黄粗糙少津,脉弦数或滑数。

方解:肝主疏泄,性喜条达,故以柴胡、枳壳、木香疏理肝气,调达本性,胆腑以通降为顺,故以生大黄伍枳壳通之降之;肝胆之性反逆,脉道瘀阻,结石生成,皆因于湿热,故以金钱草、黄芩、虎杖清利湿热,兼以排石。

加减:①气滞血瘀型加青陈皮各 10g,郁金 12g,香附 12g,鸡内金 12g。②湿热型加茵陈 30g,赤猪苓各 15g,厚朴 10g,苍术 10g。③脓毒型加金银花 15~30g,知母 12g,玄参 20g,生石膏 60~120g,有神昏谵语者加安宫牛黄丸一粒化服或紫雪丹 3g 冲服。

常见兼症:①兼呕吐加姜半夏 12g,左金丸 6g 吞服,或玉

枢丹 3g 分二次吞服。②兼剧痛者加延胡 12g, 川楝子 15g, 赤白芍各 30g。③兼吐蛔虫者加生乌梅 15g, 槟榔 15g。④兼寒热者加淡豆豉 15g, 山栀子 10g, 荆芥、防风各 12g。⑤兼痞块者加桃仁 2g, 赤芍 15g 或加三棱、莪术各 12g。⑥兼黄疸者加茵陈 30g, 蒲公英 30g, 硝石散(即硝石丸散) 3g, 分早晚两次吞服。^[7]

8. 消石散(李稼如)

组成: 郁金粉 2g, 白矾 0.8g, 土硝 0.8g, 滑石粉 6g, 甘草末 1g, 海金沙 2g, 金钱草 20g。

用法: 上药成药末和匀为 1 日剂量, 以金钱草煎水分 3 次冲服, 2 个月为 1 疗程。

功效: 清热利胆消石。

主治: 胆结石, 以泥砂状为主。症见右上腹部闷痛不适, 腹部胀满, 恶心, 厌油腻食物, 胃纳减少, 大便秘结, 舌苔薄白, 脉弦细。

方解: 消石散是根据古方硝石矾石散、六一散、白金散三个方剂化裁而成。消石矾石散出自《金匱要略》, 临床对黄疸腹满, 小便不利者用之辄效; 六一散能祛湿利尿, 为治砂淋常用之方。郁金具有行气解郁凉血破瘀之功用。海金沙、鸡内金、金钱草三药清热排石, 共奏清热利胆排石之效。^[8]

9. 胆石方(马云翔)

组成: 柴胡 10g, 黄芩 10g, 大黄 6g, 郁金 10g, 姜黄 10g, 枳壳 10g, 桂枝 10g, 芍药 15g, 茵陈 10g, 甘草 10g。

用法: 每日 1 剂, 分 2 次水煎服。服药同时鼓励进脂肪饮食。

功效: 疏肝利胆, 清化通腑。

主治:胆系结石。临床表现:急性发作时,以右上腹疼痛,伴发热,黄疸为主症。平时多以右上腹隐痛,或有低热,或有轻度黄疸,恶心纳呆,大便干或溏,小便或黄,舌质红,苔腻,脉弦或数。

方解:凡情志不畅,饮食不节,过食油腻,寒温不适或虫积内滞,均可导致肝胆之气郁滞,湿热蕴结,影响肝胆的疏泄和通降功能,使胆汁排泄不畅,不通则痛;湿热长期不化,胆汁凝结成石。方中柴胡、郁金、枳壳、姜黄,为清轻疏利之品;黄芩、茵陈,清化湿热;大黄泻下通腑,增加清利湿热的作用;桂枝、芍药、甘草缓急止痛,全方以轻散而不伤阴,通腑而不败胃为组成特点。据现代药理研究,方中的柴胡、黄芩、大黄、姜黄、桂枝、芍药具有抗菌、解痉、镇痛作用;大黄、黄芩、郁金、桂枝、姜黄,具有促进胆汁和胰消化液分泌作用。因此,胆石方治疗本病,既符合传统的中医辨证施治原则,又与现代医学研究有一定的相符之处。

加减:黄疸重者,加虎杖 15g;发热者加金钱草 30g;大便不畅者加芒硝 10g(冲服);疼痛剧烈者加玄胡索 30g;久病体虚加黄芪 15g。^[9]

10. 消石饮(沈铭)

组成:金钱草 100g,海金沙、虎杖各 300g,枳壳、木香、延胡索、胡桃肉、五味子各 150g,茵陈、郁金、鱼脑石(先煎)各 200g,生大黄(另煎)80g。

用法:生大黄另煎与其他药水煎浓缩液混合至 1500ml,每次 50ml,日服 3 次。

功效:清泻湿热,利胆排石。

主治:胆囊结石。症见右肋疼痛,多数伴有上腹部胀满,暖气,口苦咽干,恶心,厌油腻,大便秘结等,舌质红,苔黄或

黄腻,脉弦滑数。

方解:胆囊结石,中医学归属“肝胀”、“胆胀”、“胃脘痛”等。肝胆互为表里,共司疏泄之职。若肝气郁滞,过食肥甘,外邪内侵,蛔逆上扰,均可阻碍气机,影响肝胆疏泄的功能,导致胆汁瘀积,湿热内蕴,煎熬日久,沉积而聚为砂石。本方一改单纯咸味软坚,而启用酸苦涌泄之品,如五味子、胡桃肉、虎杖、金钱草、鱼脑石、生大黄等,均可在改善肝之疏泄功能的同时,通过药味“咸酸苦化”作用,促进排石。^[10]

11. 胆净散(刘贵权)

组成:金钱草 30~50g,龙胆草 10g,川郁金、虎杖根各 20g,生鸡内金 15~30g,生大黄 6g,北柴胡 10g,香附末 10g,焦三仙 30g,硝石 6g,枳壳 10g。

用法:每日 1 剂,水煎 2~3 次口服,2 个月为 1 疗程。服药期间忌食油腻,鸡蛋及寒凉食物,药后多做上肢活动。

功效:清泄邪热,理气利湿,解郁化瘀,通腑排石。

主治:胆石症。症见右胁肋闷痛,胃痛背酸,腹部胀满恶闻油腻,食欲不振,巩膜发黄,便秘或便溏,舌红苔黄腻,脉沉弦或弦数。

方解:胆系结石,属中医学胁痛、黄疸等范畴。其病因由肝气郁结化热,横逆犯胃,或因饮食不节,湿热壅滞,肝络不畅,胆腑失通,胃失和降,日久煎熬成石。组方中药以甘寒、苦寒的金钱草、龙胆草清除肝胆邪热,继以柴胡、郁金、虎杖疏肝理气利湿;生鸡内金、硝石软坚溶石,枳壳、大黄除胀清积,相辅金钱草、虎杖促进胆汁分泌,同时扩张胆道括约肌,帮助被溶结石随胆汁排出胆道。

加减:胆热湿滞重加生山栀、北黄芩;湿重加茯苓、白芥子;肝胆气郁加川厚朴、枳实、川楝子、陈皮;胆热脾虚减硝

石用量,加苍白术、肉豆蔻、乌药、广木香、党参、黄芪; 巩膜发黄加茵陈、穿山甲; 恶闻油腻加香橼、佛手; 胁肋痛重加赤芍; 胃痛背酸加延胡索、萆薢。^[1]

12. 复方茵陈蒿汤(叶景华)

组成:茵陈 30g,山栀 10g,生大黄 10g,黄芩 10g,广郁金 10g,厚朴 6g,青陈皮各 10g,枳壳 10g,金钱草 30g。

用法:每日 1 剂,煎 2 汁,分 2 次,隔 3~4 小时服 1 次,病重者 1 日 2 剂。

功效:清热利胆,理气排石。

主治:胆石症,胆囊炎,黄疸不退,腹胀便秘,术后胆汁流通不畅,舌苔黄腻,脉弦滑。

方解:茵陈蒿汤能清热利湿退黄;加黄芩以增强清热消炎作用;加金钱草以加强利湿之功;加郁金、枳壳、青陈皮、厚朴等理气之剂,不仅可以止痛除胀,还有助于利肝排石。临床观察复方茵陈蒿汤的利胆作用是十分明显的,结石随着胆汁畅利而排出。

加减:大便多者加制大黄;热盛而便秘、多日不解者加玄明粉 6g 冲服;发热者加细柴胡 10g,蒲公英 30g,连翘 10g,金银花 30g;腹胀者加大腹皮 10g,广木香 6g;腹痛者加川楝子 10g,延胡索 10g。^[14]

13. 加味五金汤(俞慎初)

组成:金钱草 30g,海金沙 15g,鸡内金 10g,金铃子 10g,川郁金 10g,玉米须 15g。

用法:水煎服,每日 1 剂。

功效:清热利湿,化结排石。

主治:肝胆结石,尿路结石。

方解:方中金钱草苦、酸、凉,入肝、胆、肾、膀胱经,清热解毒、利尿排石,治肝炎、胆囊炎、胆结石、尿路结石等;海金沙甘、淡、寒,入小肠、膀胱经,清热利水通淋,治尿路感染、结石、小便淋漓涩痛、尿血;鸡内金入脾、胃、小肠、膀胱经,健脾胃、消食滞、止遗尿、化结石,治食积、疳积、遗尿、胆结石、尿路结石等;郁金辛、苦、寒,入心、肝、肺经,行气活血,疏肝利胆,治黄疸、胆囊炎、胆石症及尿血等;金铃子苦、寒,有小毒,入肝、胃、小肠经,清利湿热,理气止痛,治肝炎、胆囊炎、肾炎所引起的疼痛,以及胁痛、疝痛、月经痛等;玉米须甘、平,利胆、利水、降压,治胆囊炎、胆结石、尿路结石、肾炎水肿、糖尿病、高血压等。

加减:肝胆结石症应加枳壳 6g,朴根 6g;大便不通加元明粉 12g(后入);尿路结石应加石韦 12g,猫须草 12g;有绞痛者加延胡索 10g,生甘草 3g。^[15]

14. 加味四逆散(田玉美)

组成:柴胡 3g,白芍 15g,枳壳 12g,海金沙 30g(布包入煎),鸡内金末 10g(冲服),郁金 10g,玄胡 12g,王不留行 15g,茯苓 20g,滑石 15g,炙甘草 6g。

用法:水煎服,1日1剂,分3次服,亦可制成丸、散剂,日3次,每次5~8g。

功效:疏肝利胆,溶石排石。

主治:胆石症。

方解:方中柴胡疏转气机,枳壳理气宽中行滞,两相配伍,升清降浊,兼下滞气;芍药和血柔肝止痛,炙甘草缓急和中,且芍药、甘草同用,缓急止痛;枳壳、芍药、玄胡、郁金合用,调理气血;茯苓健脾渗湿;海金沙、滑石清热、利尿、化石,鸡内金既助化石之功,又兼健脾消食之效;王不留行活

血通络,走而不守。

加减:若疼痛范围较大,是病兼气血也,原方加金铃子散;若病以血分为主,疼痛固定不移,范围较小者,上方加失笑散;若肝胆血瘀较明显,舌边有瘀点者,琥珀末冲服;疼痛及胃者,加消导药;病程较长,抑或服清利药久者,有肝阴耗伤之虞,加炒枣仁、枣皮柔肝敛阴;小便短赤者,加猪苓、瞿麦;黄疸者加茵陈。^[16]

15. 利胆排石汤(王羲明)

组成:柴胡 6g,山栀子 9g,生大黄 6g(后下),陈皮 6g,元明粉 15g(冲),茵陈 30g,延胡索 30g,金钱草 30g,玉米须 30g,木香 6g,制香附 12g,郁金 9g,当归 15g,白芍 15g。

用法:水煎服,1日1剂。

功效:疏肝清热,通里攻下,利胆排石。

主治:胆道结石。

方解:柴胡、山栀子疏肝清热;生大黄、元明粉通里攻下;茵陈、金钱草、玉米须利胆排石;木香、郁金、陈皮理气开郁;延胡索、制香附解痉定痛;当归、白芍养血柔肝。

加减:热甚者加板蓝根 30g,黄连 3g,金银花 15g;嗝气者加姜半夏 9g,旋覆花 9g(包),竹茹 9g;腹胀者加枳实 9g,厚朴 6g,乌药 9g;大便次数较多者去生川军、元明粉;小便较少者加泽泻 15g,车前子 30g(包),木通 6g。^[17]

16. 金胆排石汤(何承志)

组成:虎杖 20g,金钱草 30g,猪胆汁 5g,龙胆草 5g,穿山甲 10g。

用法:水煎服,每日1剂,2次分服。

功效:清热祛湿,疏肝利胆。

主治:胆结石。

方解:方中精选龙胆草为主药,具有泻火除湿之功,辅以金钱草能促进胆道括约肌松弛,增加胆汁分泌,提高胆汁酸度,有清热渗湿、利胆退黄作用。虎杖能抑制肠道逆行性细菌感染,且能活血通络。猪胆汁可以促使胆汁呈溶液状态,以纠正胆汁的病理变化。山甲活血通络,善于走窜,性专行散,通经络达病所,增加疏肝利胆及排石作用。

加减:湿热偏盛,伴有黄疸者,加茵陈 15g,山栀 10g,大黄 10g,蒲公英 20g;胁痛甚者加白芍 10g,木香 10g,柴胡 5g。^[18]

17. 五金承气汤(崔玉衡)

组成:金钱草 20~30g,金银花 10~20g,海金沙 10~15g,郁金 10~15g,鸡内金 6~10g,枳实 10~13g,厚朴 10~15g,大黄 6~10g,甘草 6g,芒硝 10~15g(冲服)。

用法:水煎分服,1日1剂。

功效:清热利湿,泻下排石。

主治:急慢性胆囊炎合并胆结石,肝内胆管结石,胆囊切除术后综合征,泌尿系结石合并感染,以及胆汁反流性胃炎等。

方解:金钱草清利湿热,疏肝利胆,化坚消瘀,通淋排石;金银花清热解毒;海金沙甘淡气寒而滑利,善泻小肠湿热,通淋膀胱,泻下结石;鸡内金健脾胃消食积,消坚磨积,化石通淋;郁金辛开苦降,疏肝解郁,理气止痛。五金相配,相得益彰,有较强的清热通淋、解郁化石之功,与承气汤相伍,其效更佳。大黄苦寒,气味厚重,走而不守,能通积滞、泻下热结;芒硝味咸软坚,与大黄配伍荡涤肠胃,推陈致新,通利水谷之道;枳实气香味厚,性剽悍,行瘀导滞,调理气机;

厚朴苦辛温,行脾胃之气滞,化中焦湿浊,与枳实相伍善治痞满胀痛,加甘草甘缓调中,安和五脏。

加减:兼胁痛腹胀者,加柴胡、芍药、香附、元胡;若有黄疸可加茵陈蒿汤;热甚加土茯苓、黄柏、连翘;湿盛者加猪苓、泽泻、玉米须等。^[19]

参考文献

- [1] 欧阳吕基. 肝胆溶石方治疗胆系结石 346 例. 四川中医, 1996, 14 (12): 23
- [2] 国亚利, 国云领. 祖传排石汤治疗胆结石效验报道. 云南中医杂志, 1991, 12(4): 22 ~ 23
- [3] 马鸣礼. 金砂化石散治疗胆石症. 吉林中医药, 1990, 3: 8
- [4] 陈耀. 陈苏生治疗胆石症经验. 新疆中医药, 1993, 4: 40 ~ 41
- [5] 赵秀君. 杨浩观老中医治疗胆结石经验. 天津中医, 1993, 4: 11 ~ 12
- [6] 于景献, 李艺辉. 金文华治疗胆系结石的经验. 黑龙江中医药, 1993, 6: 4 ~ 5
- [7] 谢存柱. 张志秋治疗胆结石经验初探. 云南中医杂志, 1984, 5: 26 ~ 28
- [8] 陈祖兴. 消石散治疗泥砂状胆结石 40 例. 山西中医, 1996, 12 (2): 13 ~ 14
- [9] 张上敏. 胆石方治疗胆总管结石 45 例. 南京中医药大学学报, 1998, 14(4): 248
- [10] 沈良成. 沈铭消石饮治疗胆囊结石 180 例. 浙江中医杂志, 1999, 14(2): 146
- [11] 高丹枫等. 刘贵权辨证治疗胆石症 2450 例临床观察. 辽宁中医杂志, 1999, 26(8): 356
- [12] 叶金, 朱雪萍, 王莉珍, 等编著. 叶景华医技精选. 上海: 上海中医药大学出版社, 1997. 246
- [13] 李宝顺主编. 名医名方录·第三辑. 北京: 中医古籍出版社,

1993. 16 ~ 17

[14] 李宝顺主编. 名医名方录·第三辑. 北京: 中医古籍出版社,
1993. 119 ~ 120

[15] 李宝顺主编. 名医名方录·第三辑. 北京: 中医古籍出版社,
1993. 338 ~ 339

[16] 李宝顺主编. 名医名方录·第四辑. 北京: 中医古籍出版社,
1994. 68 ~ 69

[17] 李宝顺主编. 名医名方录·第四辑. 北京: 中医古籍出版社,
1994. 295 ~ 296

胆 囊 炎

1. 金威逍遥汤(陈祥林)

组成:金钱草 15g, 郁金 9g, 威灵仙 15g, 虎杖 12g, 柴胡 9g, 太子参、白术各 15g, 茯苓 24g, 当归 12g, 白芍 15g, 陈皮 6g, 姜半夏 12g, 枳壳 9g, 制香附 12g, 炙甘草 6g。

用法:每日 1 剂,水煎早晚 2 次分服,1 疗程为 30 天。

功效:疏肝健脾,调和胆胃。

主治:胆郁脾虚型慢性胆囊炎。症见:右胁胀满隐痛,或痛引肩背,或痛连胃脘,情志抑郁,暖气叹息,口干口苦,纳食减少,体倦乏力,大便稀溏,舌淡红或黯,舌体胖有齿痕,舌苔薄白或白腻,脉细滑或沉弦。

方解:本方以传统经典效方逍遥散疏肝健脾为主,加金钱草、郁金、威灵仙、虎杖、枳壳、制香附以助疏肝利胆之功;加太子参、陈皮、姜半夏以增健脾和胃之效。全方味苦辛甘,药性平和,共奏疏肝健脾,调理胆胃,畅通中焦升降气机之功效。据现代药理研究证明,金钱草、郁金、威灵仙、虎杖等中药具有较好的抗炎止痛,增进胆汁排泄,松弛奥狄氏括约肌,收缩胆囊等功用。治疗过程中,嘱患者注意饮食调摄,宜低脂饮食,并配合自我情志心理调治可助提高疗效。本验方体现了注重整体标本调治,肝胆与脾胃同治,疏肝利胆不伤气劫阴,养肝柔肝以抑木横逆,调补脾胃和畅升降气机之特点。^{〔1〕}

2. 胆痛康冲剂(刘建民)

组成:柴胡、郁金、黄芩、枳壳、青皮、木香、生大黄、金钱草。

用法:每日3次,每次2小包。

功效:疏胆利胆,通里攻下,清热解毒,排石。

主治:胆囊炎,胆道感染。症见右上腹胀满疼痛,恶心、呕吐、暖气、纳呆、大便干结、舌质红、苔白、脉弦数。

方解:方中柴胡为舒肝利胆之要药,其性辛而微苦,入肝胆而具有疏肝利胆解郁之功效,郁金辅柴胡,既能疏肝又能散结消石,加强疏肝利胆作用,黄芩性味苦寒入胆,清热燥湿,枳壳理气行气,青皮破气,清热化滞以解肝郁,木香降气,使气行滞消,积散而行,生大黄性苦寒,入胃肠肝脾心包经,通里攻下,荡涤壅滞。金钱草软坚散结,消积化石。实验研究证明,方中柴胡、黄芩、生大黄、金钱草等能对多种细菌有抑菌减毒作用。能改善毛细血管的通透性,有利于控制感染。加之青皮、木香、郁金能使胆总管括约肌紧张度下降,缓解奥狄氏括约肌痉挛,对中枢神经系统有保护性抑制作用,能促进胃肠道推进功能,促使胆汁分泌排泄,有利于胆道感染的控制,促使胆道梗阻解除。^[2]

3. 蒲梔煎(陈之才)

组成:蒲公英10~15g,焦山梔5~9g,茵陈15g,制香附12g,郁金12g,枳壳6g,青陈皮各4.5g,忍冬藤10g,鸡内金10g。

用法:水煎服,每日1剂。皮硝外敷。取250g皮硝捣细末装入缝制的小布袋,睡前敷于右上腹胆囊区,次晨起取下,以皮硝烊化为有效,每晚1次,连续使用至不烊化则停用。

功效:清热利胆,疏肝理气,化湿消滞,溶石排石。

方解:陈氏认为胆囊炎、胆石症是一种常见病、多发病。其临床症状可归中医“胁痛”、“黄疸”等范畴。发病原因多由饮食不节,恣食膏粱厚味,湿热内蕴,肝胆疏泄失常,或情志失调,恼怒或抑郁,导致肝气郁结,久而化热,湿热蕴结,与胆汁相搏,日积月累,煎熬成石。胆汁的分泌与排泄是肝脏疏泄功能的重要方面。胆为六腑之一,以通为用,不通则痛。以降为顺,不降则滞,滞则郁热夹湿。治疗又不离清利、疏泄、通降。方中蒲公英是清热解毒的传统药物,现代药理已证实它的良好抗感染作用,对胆囊炎的炎症及胆结石有效;山栀有清热利湿、泻火凉血之功,唯性味苦寒,多服碍胃,炒焦后可缓和苦寒之性;茵陈退黄,人人皆知,但它还有利胆之功,能增加胆汁分泌,对胆石症有无黄疸均可用之。此三药与忍冬藤同用,加强了清热除湿,消肿利胆之力,再配伍香附、郁金、枳壳、青陈皮,以疏肝理气,消积化滞,合鸡内金消食化石。

皮硝功能泻热润燥、软坚。现代药理分析,认为内服后在肠内形成高渗而阻碍肠内水分的吸收,使肠内保持大量水分,肠内容物变稀薄,容积增大,刺激肠粘膜感受器,反射性引起肠蠕动亢进而致泻。受此启发,陈氏以皮硝外敷治疗胆囊炎、胆结石,意即使患者局部形成高渗,促使局部内在水肿通过渗透压而吸收于外达到消肿的目的,有利于结石的排出或炎症逐步消散。

加减:痛甚加元胡索 9g,川楝子 6g;腹胀加大腹皮 10g,藿苏梗 9g;舌苔腻加厚朴 6~9,焦薏仁 30g;便秘加玄明粉 9~12g 冲服,全瓜蒌 12g;有烧灼感加海螵蛸 15g,煅瓦楞子 15g;发热加银花 9g;纳差加焦谷麦芽各 9g,山楂炭 12g;有泛恶感或呕吐加姜半夏 9g,姜竹茹 6g;有阴虚之象加玄

参9g,麦冬9g,天花粉9g。^[3]

4. 舒肝利胆汤(吴光烈)

组成:金钱草 15g,赤芍 15g,薏仁 15g,茵陈 15g,大黄 12g,白术 12g,川楝子 12g,柴胡 9g,蒲黄 9g,五灵脂 9g,鸡内金 9g,枳壳 9g,青皮 9g,木香 6g(后下),元明粉 6g(另冲),龙胆草 6g。

用法:每日 1 剂,水煎 2 次分服。

功效:疏肝利胆,清利湿热。

主治:胆囊炎、胆结石。症见右上腹持续性疼痛,阵发性加剧,并向右肩放射,伴口苦咽干,纳呆,或有不同程度的发热,畏寒,恶心呕吐,或有黄疸。舌质红苔黄腻,脉弦滑或弦数。

方解:本方中柴胡、枳壳、青皮、川楝、郁金疏肝理气,解肝胆之郁,最能条畅肝木,推陈致新以生气血,有助于肝胆功能的改善;蒲黄、五灵脂、赤芍理气行血而止痛,可明显缓解平滑肌痉挛,为痛引肩背必用之药;金钱草、茵陈、黄芩、胆草能增加胆汁分泌,为利胆退黄之圣药,尤其是茵陈能消除残存肝胆之病毒,改善消化功能;大黄、元明粉荡除积秽,清热利湿,活血化瘀;鸡内金消石顾护脾胃;薏仁、白术补脾利湿,增进食欲,且能产生肝糖原,提高机体抗病能力,与苦寒之剂配伍,可免害胃之弊,诸药合用,使肝气疏,湿热生,病自愈。

加减:若身热口渴者,加银花、连翘、石膏、天花粉;湿重者增加薏仁、白术之量;腹痛甚者加重元胡之量;恶心呕吐者加半夏、竹茹、生姜;纳差者加神曲、山楂;黄疸甚者加重茵陈、金钱草、生大黄之量,有结石者,加重鸡内金之量,再加冬葵子、急性子、王不留行;有蛔虫者,加槟榔、使君子。^[4]

5. 金钱开郁散(魏长春)

组成:金钱草 30g,柴胡 9g,枳实 9g,白芍 9g,炙甘草 3g,郁金 9g,乌贼骨 9g,浙贝母 9g。

用法:每日 1 剂,煎 2 次分服。

功效:疏肝利胆,解郁镇痛,清热化石。

主治:慢性胆囊炎、胆石症。症见上腹部间歇作痛,右胁疼痛尤剧或呕吐苦水,或嗝气,泛酸,恶心,舌苔薄白,脉弦。

方解:本方所主之病症,系湿热、气郁、结石阻于胆道,以致通降失职所致。处方根据张仲景四逆散加味而成,取柴胡疏肝达郁,枳实理气泄浊,白芍缓急止痛,甘草益胃缓中,郁金解郁止痛,大贝母化痰散结,乌贼骨中和胃酸。金钱草一味,有清化湿热,解毒消肿之功,现代药理研究,金钱草有利胆作用,并能促进肝细胞的胆汁分泌,肝胆管内胆汁增加,内压增高,胆道括约肌松弛,而使胆汁排出。

加减:兼脘痛,加蒲公英、甘松、天仙藤;若阴虚血热,烦躁,头昏头痛,舌质红绛者,则去柴胡,加焦山栀、决明子、旱莲草;若舌边有瘀斑或妇女有痛经,经血色紫量少,加川芎、当归、丹参、或失笑散。^[5]

6. 利胆解郁汤(任继学)

组成:柴胡 15g,马齿苋 15g,金银花 15g,川楝子 15g,元胡 15g。

用法:清水适量泡半小时,然后煎服,每日 1 剂。

功效:舒肝解郁,清热利胆。

主治:胆囊炎。症见右胁下作痛及压痛,经常向右肩背放射,恶心欲吐,反复发作,或者黄疸病史。

方解:此方适用于肝郁不伸,湿热内蕴,肝失通降者,故

用柴胡疏肝解郁，茵陈利胆清热，银花清热解毒，川楝、元胡泄肝镇痛，马齿苋是治疗湿热下痢之要药，方中用之，取其凉血解毒之功。

加减：如见寒热往来，胸胁苦满，心烦喜呕等少阳证候者，加黄芩 15g，龙胆草 15g，清半夏 10g，送服紫金锭 1 锭；湿热证候者，加木通 15g，滑石 75g，郁金 30g，青皮 15g，送服紫金锭一锭；胆郁证候者去金银花，加砂仁壳 10g，香椽皮 15g。^[6]

7. 柴胡利胆汤(陈宝明)

组成：柴胡 10g，黄芩 10g，生白芍 20g，炙甘草 10g，金钱草 10g，土茯苓 12g，川楝子 10g，元胡 20g，生大黄 6g(后下)。

用法：每日 1 剂，水煎服 2 次(约 300ml)，早晚饭后服。忌食辛辣油腻食物。

功效：清肝利胆，行气止痛。

主治：胆囊炎引起的右胁疼痛，腹胀便秘，恶心欲吐，口苦口干，小便短赤，舌红苔黄，脉弦滑或弦数。

方解：本方是由小柴胡汤化裁而来，方中用柴胡、黄芩以清少阳经之邪热，且又疏肝利胆；生白芍酸苦微寒，以养血柔肝，配甘草之甘，以其酸甘化湿之用，缓肝胆之急而止痛；金钱草利胆解毒，消肿止痛，为治疗胆囊炎之专药，故重用之，配解毒除湿之土茯苓，以清胆囊之热毒；川楝子、元胡亦名金铃子散，以其行气止痛之专长，善治两胁及少腹之疼痛。六腑以通为顺，故用生大黄泄热毒，通腑气，还有活血化瘀之功。

加减：因腑气不通，大便秘结、多日不便者，可酌加生大黄用量；因胆气犯胃而恶心呕吐者可加竹茹 15g，半夏 10g，

生姜 10g,以和胃止呕;若伴黄疸者,可加茵陈 30g,要先煎 20 分钟。⁷⁾

8. 利胆消炎汤(陈达天)

组成:益母草 30g,茵陈 30g,枳壳 10g,厚朴 12g,甘草 12g,桃仁 20g,大黄(后下)15g,柴胡 12g,黄芩 12g,元明粉 10g,乌药 30g。

用法:每日 1 剂,7 天为 1 疗程。

功效:疏肝利胆,散瘀。

主治:慢性胆囊炎,症见右上腹部隐痛或刺痛,恶心呕吐,口苦咽干或黄疸,舌苔黄,质红,脉弦数。

加减:以刺痛为主者加蒲黄、灵脂;胁胀痛者加川楝子、元胡、佛手。

疗效:121 例慢性胆囊炎患者中,应用本方显效 113 例(阳性体征完全消失 B 超提示正常),占 93.3%,其余全部好转(疼痛消失慢性炎症尚存)。随访 53 例患者,3 年未复发。¹⁸⁾

9. 绵红汤(朱培庭)

组成:红藤 60g,蒲公英 30g,生大黄(后下)、川厚朴、玄明粉(分冲)各 9g。

用法:水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。

功效:清热解毒、通里攻下、活血化瘀。

主治:老年人急性胆道感染。

加减:①急性化脓性胆囊炎合并局限性腹膜炎、结石性胆管炎、胆道蛔虫继发感染、胆道感染合并胰腺炎等(湿热期):原方基础上加大通下清热剂,辅以茯苓、苡仁、半夏等化湿之品;出现发热不退,舌光剥,口干,脉细数等邪恋阴伤之

候,即去化湿药物,选加生地、石斛、花粉、茅根、玄参等养阴药物。同时应用清热解毒中药针剂(如四季青钠盐、黄连素、一枝黄花注射液等)15~20ml于5%葡萄糖液1000ml中静脉滴注;或抗生素(如庆大霉素、氯霉素、氨苄青霉素)静脉滴注。②急性胆囊炎合并弥漫性腹膜炎、急性梗阻性化脓性胆管炎(热毒期):原方基础上加用泻火解毒药物如川黄连、龙胆草、白花蛇舌草、半枝莲等;加大中药注射液剂量,或应用抗生素。^[9]

10. 乌黄合剂(陆昌圣)

组成:乌梅 5g,片姜黄、制川军、鸡内金、佛手、枳实各 9g,茵陈 15g,焦山栀 10g,滑石 30g,甘草 3g。

用法:水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。一般服用 1 至 2 星期后,炎症即可控制。

功效:利胆消炎、化湿消导。

主治:慢性胆囊炎。

方解:方中姜黄味辛苦,性温,入心脾肝三经,有破血、行气、通经止痛的功效。现代药理研究认为,姜黄煎剂及浸剂能增加犬的胆汁分泌,使胆汁成分恢复正常,并增加胆囊功能持久的收缩,可治疗胆道结石,5%姜黄煎剂可促进食欲。姜黄还有可靠的镇痛、抗菌作用。乌梅味酸,性温,入肝脾肺胃四经,本方用量小,一是起到引经的作用,使复方对胆道的药效更强;一是利用乌梅收缩胆囊,促进胆汁分泌的有效作用。^[10]

11. 清降汤(李兰舫)

组成:黄芩 10g,虎杖 30g,蒲公英 15g,郁金 12g,木香 9g,柴胡、芒硝、生大黄各 10g,炒白芍 12g,生甘草 5g。

用法：水煎服。

功效：清热解毒，理气通腑。

主治：急性胆囊炎。

方解：方中柴胡、郁金、木香疏肝利胆；黄芩、虎杖、蒲公英清热湿解毒；芒硝、大黄通腑泄浊，引导湿热下行；佐以白芍、甘草缓急止痛。药理研究证明，柴胡、黄芩、虎杖、蒲公英、大黄等药物均具有广谱抑菌作用。且芒硝、大黄、郁金、柴胡、白芍等品还可增强胆汁排泄，促进胆汁流通，起到引流冲洗之功，从而疏通瘀滞的胆汁，改善胆汁的病理成分，促进炎症的吸收，恢复胆腑的通降功能。^[11]

12. 疏肝利胆汤(李培生)

组成：柴胡 10g，黄芩 8g，海金沙(草) 15g，金钱草 15g，鸡内金 10g，郁金 8g，炒金铃子 10g，白芍 10g，炒枳实 10g，赤茯苓 15g，车前子 10g。

用法：水煎分服，每日 1 剂。

功效：疏肝利胆，清热除湿，理气和营，止痛散结。

主治：肝胆湿热蕴结之证(包括胆系感染疾病，如胆囊炎、胆结石、急性黄疸以及血吸虫病肝硬化腹水等)。

方解：方用柴胡苦平疏木解郁，黄芩苦寒清火泻热，柴胡升达，黄芩苦降，升降协调，最能疏肝利胆，而为本方应用之主药；海金沙、金钱草二药寒凉清利湿热，从而协助柴胡、黄芩发挥疏肝利胆之作用；鸡内金化石磨坚、消积导滞，使肝胆疏泄得以恢复正常；郁金理气解郁、和血散结，佐芍药以和营舒急。金铃子入肝行气、止痛解结，伴枳实以消痞除满；茯苓白入气分，赤入血分，本方用赤茯苓深入血分而利湿行水；车前子通气道、利小便，使肝胆湿热蕴结之邪，得以从小便而出，所谓“治湿不利小便，非其治也”。

加减:黄疸色深加茵陈;泛恶欲呕加川连、法半夏、橘红;腹胀加厚朴、大腹皮;便秘加酒川军;胁肋胀甚加青皮;胁痛甚加玄胡;小便不利加滑石、猪苓、泽泻。^[12]

13. 新方大柴胡汤(徐迪华)

组成:柴胡 10g,枳实 10g,厚朴 15g,黄芩 10g,川黄连 9g,半夏 10g,蒲公英 30g,竹茹 10g,生大黄 10g(后下)。

用法:每日 1 剂,1 日 2 次,空腹服用,5 天为 1 疗程,一般需连服 3~5 个疗程。

功效:疏和少阳,通泄胆胃,清热解毒。

主治:慢性胆囊炎急性发作,症见胸胁胀痛,寒热往来。

方解:本方以仲景柴胡汤为基础,柴胡为君,意在和解少阳,调整枢机;臣以小承气汤的大黄、厚朴、枳实利气荡积,泄浊通腹;黄芩、黄连、蒲公英为佐,内化热毒;竹茹为使,和胃止呕。全方着眼于标本兼顾,共奏疏泄、通降、清解之功。

加减:脓痞者加瓜蒌 30g;有黄疸者加茵陈 15g;有胆道结石者加海金沙 20g;面暗红,舌质紫加桃仁 9g。^[13]

14. 小芩连汤(康良石)

组成:子芩 10g,川黄连 3g,蒲公英 12g,绵茵陈 12g,广郁金 10g,威灵仙 10g,莱豆壳 10g,北柴胡 5g,生甘草 3g。

用法:将药物用清水 600ml 浸泡 30 分钟,先用武火煮沸,后用文火煎存 200ml,第二煎用清水 250ml,先武火,后文火煎存 100ml,将二次煎煮药液混合。每日 1 剂,分 2 次服。15 剂为 1 疗程。

功效:清热利湿,理气解郁,通络止痛,利胆退黄。

主治:慢性胆囊炎急性发作之胁痛。

方解:方中苓、连配茵陈、公英共清肝胆湿热、火毒;伍郁金、灵仙、莱菔壳理气解郁,凉血化瘀,通络止痛;入甘草更助清热解毒,缓急止痛;柴胡疏肝泄热,和解少阳,且引诸药以达肝胆。

加减:胁痛较剧加川楝子 10g,元胡 10g;伴有黄疸者加金钱草 30g,栀子根 30g;脘胀痞满者加马蹄金 10g。^[14]

参 考 文 献

- [1]宋晓鸿.金威逍遥汤治疗肝郁脾虚型慢性胆囊炎 183 例.辽宁中医杂志,1998,25(8):358~359
- [2]赵晓平,等.“胆痛康”冲剂治疗胆囊炎 350 例临床及实验研究.陕西中医学院学报,1998,3(27):32~33
- [3]孙思瑛.陈之才用蒲栝煎皮硝治疗胆囊炎、胆石症经验.上海中医药杂志,1995,11:4~5
- [4]吴盛荣,吴一飘.舒肝利胆汤治疗胆囊炎 225 例小结.湖北中医杂志,1995,17(114):11~12
- [5]魏长春.金钱开郁散.中医杂志,1991,32(5):42
- [6]任继学.利胆解郁汤.中医杂志,1991,32(5):42
- [7]陈宝明.柴胡利胆汤.中国中医药报,2000,8,28 第三版
- [8]何春水,柳弓田主编.当代名医亲献秘验方.北京:学苑出版社,1992,82
- [9]朱培庭等.老年人急性胆道感染 116 例的临床分析.中医杂志,1983,(3):28
- [10]陆昌圣.乌梅、姜黄为主治疗慢性胆囊炎.上海中医药杂志,1981,(12):27
- [11]李兰舫.清降汤治疗急性胆囊炎 52 例.江苏中医杂志,1985,(3):28
- [12]马汴梁主编.名老中医验方集.北京:中医古籍出版社,1991,27~28
- [13]李宝顺主编.名医名方录·第四辑.北京:中医古籍出版社,

1994. 97 ~ 98

- [14] 李宝顺主编. 名医名方录·第四辑. 北京: 中医古籍出版社,
1994. 81 ~ 82

胆道蛔虫病

1. 二金茵枳黄汤(张志雄)

组成:金钱草 15g,郁金 15g,茵陈 15g,枳壳 15g,生大黄 9g。

用法:每日 1 剂,水煎服。

功效:疏肝利胆,行气解郁,通腑退黄。

主治:胆道蛔虫症,胆囊炎,胆石症,胆囊息肉。

方解:胆为中清之腑,喜疏泄,恶壅滞。治胆道疾病必不离疏泄,清利之品。方中茵陈清热利胆,治湿热黄疸,现代研究证实对消退黄疸和缩小肝脏有明显作用。金钱草辛凉,清热利尿,消肿退黄。郁金一味,《本草备要》谓有行气,解郁,泄热,破瘀,散肝郁之功,近代研究认为对止痛,退黄,使肝缩小有较好的效果,对降低转氨酶,提高血浆白蛋白亦有效。枳壳有破气消积之力,治胸痞,胁胀食积,恶心,呕逆。大黄下瘀血寒热,破癥瘕积聚,通利水谷,安和五脏。诸药合同,共起疏肝利胆,行气解郁,通腑退黄的作用。

加减:疼痛剧烈者加制香附 6g,炙延胡 9g;发热重者加丹皮 6g,土茯苓 15g;呕吐者加姜半夏 9g,苏梗 9g;湿重者加苍术 9g,白术 9g,厚朴 6g;谷丙转氨酶升高者加白花蛇舌草 15g;胆道蛔虫症者,加乌梅、川椒目、贯仲。^[1]

2. 乌楝合剂(尹石清)

组成:乌梅 10g,川楝子 12g,木香 6g,延胡索 10g,吴茱萸 6g,黄连、花椒各 3g,大黄 6g,槟榔 15g。

用法:水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。

功效:导滞驱蛔。

主治:胆道蛔虫病。症见:右胁部剧痛,拒按,痛甚放射至右肩。恶心呕吐,甚可吐出胆汁或蛔虫,大便干燥,面部有白斑,舌白苔腻,脉弦滑有力。

方解:本方是尹石清根据蛔虫偏恶辛、酸、苦的特性,将乌梅丸和金铃子散加以化裁加减合成。方中乌梅、川楝子、吴茱萸安蛔止痛,黄连、花椒苦寒以驱虫下蛔,清泄胃热,大黄、槟榔杀虫消积,行气通便,木香、延胡索,行气导滞止痛。诸药合用,行气导滞,驱蛔止痛,清积通便。

加减:黄疸者加茵陈、黄柏、山栀子以清利肝胆;呕甚者加法半夏、陈皮以平逆和胃;烦热者加黄芩、竹茹以清热除烦;腹痛便秘有燥粪者加芒硝、蛭螂以软坚通便。^[2]

3. 胆蛔历验方(王正雨)

组成:槟榔 60g,黄芩 60g,苦楝根皮 30g,乌梅 30g,川椒 10g,细辛 10g,广木香 20g,代赭石 40g。

用法:上药共煎 2 次去渣,将二汁混在一起,分 3 次服,4 小时 1 次,一昼夜可服两剂。

功效:行气止痛,清热解毒,安蛔止呕。

主治:胆道蛔虫病。

方解:方中苦楝根皮、槟榔、川椒有较强的杀虫作用,体外实验表明,30% 槟榔煎剂 40 分钟可使犬短小绦虫强直乃至死亡;槟榔煎剂对鼠蛭虫也具有麻痹作用。苦楝根皮的

有效成分为川楝素,对蛔虫肌肉有直接作用,能使虫体三磷酸腺苷的分解代谢加快,使虫体不能附着肠壁而驱除体外,配伍大量黄芩更能增强清热解毒消炎之力。广木香、细辛为行气止痛之药物,合用则提高扩张肠道、驱除肠虫之力。中医认为木香、槟榔对脾胃气滞而致的腹满胀痛或肝胆湿热所致胆绞痛,作用较强。药理研究表明:木香等对离体肠管能降低其紧张性,对抗乙酰胆碱引起的收缩效应。胆道蛔虫急性期多兼有呕吐、呃逆之症,重用代赭石,意在平肝潜阳,降逆止呕。《医学衷中参西录》认为:其质重坠,又善镇逆气,降痰涎,止呕吐,通燥结,用后则能很快止呕降逆。

加减:体温上升到 38°C 以上者,黄芩可改为90g,或再加银花60g;呕吐甚者,赭石可增加到60g,再加竹茹10g。^[3]

参考文献

- [1]周正效.尹石清治疗胆道蛔虫病经验.山东中医杂志,1996,15(9):416
- [2]朱秋琴,姜习火.张志雄用二金茵枳黄汤治疗胆道疾病的经验.上海中医药杂志,1992,8:16~17
- [3]李宝顺主编.名医名方录·第三辑.北京:中医古籍出版社,1993.429~430

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医