

国医大师李佃贵自拟清肝方治疗肝硬化摘要

贾苏杰¹ 穆琳琳¹ 郭立芳² 敦泽¹ 张伊萌¹

(1. 河北中医学院研究生院, 河北石家庄 050200; 2. 河北中医学院附属医院脾胃病科, 河北石家庄 050011)

摘要 国医大师李佃贵教授认为肝硬化的发生主要由酒食不节、情绪刺激、邪毒感染等日久伤肝, 肝失疏泄, 气滞血瘀, 郁久化浊生毒而成。临证以化浊解毒为主要治疗法则, 以法统方, 自拟清肝方治疗肝硬化, 临床效果显著。附验案1则以佐证。

关键词 肝硬化; 清肝方; 李佃贵; 名医经验; 病因病机; 化浊解毒; 中医药疗法

中图分类号 R259.752 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 01-0019-03

肝硬化是由一种或多种病因长期或反复作用而形成的弥漫性肝损害, 是临床常见的慢性进行性肝病^[1]。其早期可无明显症状, 后期以肝功能损害和门静脉高压为主要表现, 晚期可出现上消化道出血、脾功能亢进、腹水、癌变等并发症。本病可归属于中医学“积聚”“臌胀”等范畴。西医尚无根治办法, 而中医药治疗具有独特优势, 其临床疗效也得到广泛认可。李佃贵教授为国医大师, 全国第三、四、五、六批老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 首创浊毒学说, 自拟清肝方治疗肝硬化及其并发症, 临床效果显著。笔者有幸跟诊学习, 现将李师治疗肝硬化的经验总结如下, 以飨读者。

1 病因病机

《诸病源候论·水臌候》提出“经络痞涩, 水气停聚, 在于腹内”, 即脏腑经络气血瘀滞, 脉道壅塞, 水液运行受阻, 致使水液停蓄不去, 腹部可日益胀大为臌。《张氏医通·腹满》云: “嗜酒之人, 病腹胀如斗, 此得之湿热伤脾。胃虽受谷, 脾不运输, 故成痞胀。……蓄血成臌, 腹上青筋见, 或手足有红缕赤痕”, 即嗜酒过度, 酿湿生热, 蕴聚于中焦, 阻滞脾胃气机, 水谷精微输布失常, 湿浊内聚, 水热互结, 发为积聚。忧思恼怒, 伤及肝脾, 肝失疏泄, 气机不畅, 日久由气及血, 脉络瘀阻, 亦可为臌。邪毒侵袭, 久留不去, 导致脏腑失和, 气血运行不畅, 水湿内生, 气滞血瘀湿凝, 日久形成积聚。当代医家徐经世认为肝硬化的基本病机为阴虚, 在阴虚基础上又兼有湿热, 阴虚与湿热相互胶着, 日久病程缠绵难愈而成肝硬化^[2]。故在治疗时以养阴为法, 同时兼用其他数法。周大桥认为肝硬化的病因病机为肝血瘀滞、正气不

足^[3]。肝失疏泄, 日久气机不畅, 水液停聚, 肝血内瘀而成积, 依据肝硬化病机创立益气扶正、化瘀生新的治则。谢昌仁认为脾虚失健、湿犯中州为本病主要病机, 故将健脾利水法作为治疗本病的法则^[4]。

李师总结各医家经验, 创立浊毒学说。他认为肝硬化的病因病机为酒食不节、情志不畅、邪毒等伤肝, 肝失疏泄, 气机不畅, 由气及血, 气滞血瘀, 日久化浊生毒, 终成肝硬化^[5]。酒食不节, 损伤脾胃, 脾胃运化失职, 湿浊内生, 日久郁而化热, 生浊成毒, 湿热浊毒熏蒸肝胆, 胆汁泛溢, 可见身体黄染。如《圣济总录·黄疸门》: “大率多因酒食过度, 水谷相并, 积于脾胃, 复为风湿相搏, 热气郁蒸, 所以发为黄疸。”情志不畅, 肝失条达, 疏泄不利, 气阻络痹, 而发为胁痛, 如《济生方·胁痛评治》云: “肝脏既伤, 积气攻注, 攻于左, 则左胁痛, 攻于右, 则右胁痛, 移积两胁, 则两胁俱痛。”肝失疏泄, 气滞血瘀, 肝木横逆犯及脾土, 脾失健运, 水湿停聚, 日久生热, 热蕴为毒, 热毒灼伤血络, 可见出血等症状。肝、脾损伤日久, 累及于肾, 水液代谢失常, 停聚不去, 日久化生浊毒, 可见腹水等症。

2 治疗原则

李师认为本病由肝脏损伤, 疏泄功能失常, 气机不畅, 由气及血, 日久化生浊毒而致, 故以化浊解毒为治疗大法, 从肝、脾、肾等脏腑全面论治。肝硬化病位在肝, 治疗上采用保肝解毒之法; 因肝脏已损, 其条达、疏泄功能失常, 犯及脾胃, 脾胃难于运化, 则易生湿, 水湿内聚, 郁而生热, 日久生浊为毒, 治以清热除湿、化浊解毒; 病延日久, 累及于肾, 肾脏开阖不利, 水液停聚, 发为腹水, 治以化浊解毒、利水消肿。

李师治疗肝硬化兼顾诸脏,以防止其发生传变,正如《金匱要略》言“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”。李师根据肝硬化的病因病机自拟清肝方,并在此方基础上加减治疗肝硬化及其并发症,临证取得良好效果。

3 方药分析

李师自拟清肝方,药物组成:茵陈15 g,黄连9 g,田基黄15 g,红景天15 g,栀子12 g,龙胆草9 g,厚朴9 g,枳实9 g,当归15 g,川芎9 g,鳖甲15 g,甘草6 g。茵陈归肝、胆、脾、胃经,苦寒下降,善于清利肝胆、脾胃湿热;黄连归心、脾、胃、肝、胆、大肠经,性苦、寒,可清热燥湿、泻火解毒,善于清中焦脾胃湿热;栀子清热、利湿、解毒;龙胆草归肝、胆经,可清热燥湿、泻肝胆火。四药合用,清肝利胆,使湿热邪气从小便而出。田基黄归肝、胆经,具有清热解毒、利湿退黄、活血消肿之效,《生草药性备要》:“田基黄治酒病,消肿胀……”;红景天可益气活血,《本草纲目》言“红景天,本经上品,祛邪恶气,补诸不足”,可扶正保肝。枳实破气消积、化痰散痞,厚朴燥湿消痰、下气除满,二药合用可除脾胃气滞痞满,以防肝病伤及脾胃。当归长于补血,为补血之佳品;川芎活血行气,为“血中气药”,肝藏血,与当归合用可养肝荣血。鳖甲味咸,有软肝散结、滋养肝阴之功效;甘草调和诸药。纵观全方既保肝扶正,又可祛邪外出,攻补兼施。

4 辨证加减

若肝硬化出现胁肋胀满、疼痛,多为肝胆气滞,加香附、郁金、延胡索、白芷等理气止痛;伴有胁肋刺痛、身起红点,舌见瘀点、瘀斑为瘀血阻络,加红花、蒲黄、五灵脂等活血化瘀;伴有身目黄染为湿热熏蒸肌肤,小便黄为湿热下注前阴,加虎杖、黄芩等清利湿热;伴有口干苦、胃脘胀满、大便干燥,多为湿热阻滞气机、腑气不通,加木香、大黄、柴胡、黄芩等疏利肝胆、通腑泄热;伴有肢软乏力、气短懒言、大便稀溏等为脾虚湿滞,加黄芪、党参、白术、白芍以益气调血;若见腹水、肢体水肿、少尿等症为水液停蓄,加大腹皮、泽泻、蝼蛄、猪苓、茯苓等利水消肿;若见吐血、血色鲜红,大便下血等出血症,多为瘀热互结,损伤血络,加水牛角、生地黄、赤芍、丹皮凉血,加三七、仙鹤草活血止血;若见身体乏力、腹痛、腹泻、大便溏,多为正气不足、脾气亏虚,加葛根、芡实、白术、山药等健脾止泻。

5 典型病例

王某某,男,46岁。2012年7月18日初诊。

主诉:腹部胀满1年,双下肢水肿3月余。患者

有慢性乙型肝炎病史20余年,肝胆胰脾彩超检查示:肝硬化、腹腔积液。肝功能示:丙氨酸氨基转移酶180 U/L,天门冬氨酸转移酶92 U/L。刻诊:面色无光泽,胃脘胀满,两胁隐痛,口干,口苦,口有异味,双下肢水肿,纳欠佳,寐可,大便黏腻不爽,日行两次,小便黄,舌质暗红、舌苔薄黄腻,脉弦细滑略数。西医诊断:肝硬化,腹水。中医诊断:积聚病;辨证为湿热中阻,浊毒内蕴。治则:清热除湿,化浊解毒。处方:

茵陈15 g,黄芩9 g,黄连9 g,田基黄15 g,红景天15 g,栀子12 g,龙胆草9 g,厚朴9 g,枳实9 g,当归15 g,川芎9 g,鳖甲15 g,藿香15 g,泽泻9 g,蝼蛄9 g,大腹皮15 g,陈皮12 g,焦麦芽10 g,焦山楂10 g,焦神曲10 g,甘草6 g。28剂。每日1剂,水煎取汁400 mL,早餐前半小时、睡前1小时各温服200 mL。

8月15日二诊:服用上方28剂后,患者胃脘胀满减轻,双下肢水肿减轻,仍有两胁隐痛,口干、口苦、口中异味减轻,纳好转,寐可,大便黏腻减轻,日行3次,小便略黄,舌质暗红、舌苔薄黄腻,脉弦细滑略数。于原方基础上加延胡索12 g、白芷12 g,28剂,煎服法如前。

9月12日三诊:患者肝功能恢复至正常范围,胃脘已无明显胀满,双下肢水肿消失,两胁疼痛明显好转,口干、口苦减轻,口无异味,纳可,寐可,大便通畅,无黏腻感,小便基本正常,舌质暗红、舌苔薄黄,脉弦细滑略数。于上方去焦三仙、蝼蛄、泽泻、大腹皮、黄芩,加鸡内金10 g,14剂,煎服法如前。

9月30日四诊:患者已无明显不适,考虑其病程较长,恐其复发,遂守方治疗。

按语:本案患者由于湿热之邪阻滞肝胆,故可见胁肋隐痛;湿热蕴于中焦脾胃,脾胃气机不畅,可见胃脘部胀满、纳差;脾胃运化失常,水湿停聚,可见肢体水肿;湿热留结于大肠,则见大便黏腻不爽;湿热熏蒸肝胆,上犯于口,可有口干、苦,口中异味;湿热下注则见小便黄;舌、脉均为湿热浊毒内扰之证。李师在清肝方基础上酌加泽泻、蝼蛄、大腹皮以利水消肿;加藿香以芳香化湿浊;加焦三仙以助脾胃运化;加黄芩,与茵陈、黄连、栀子、龙胆草等共奏清热除湿之功。二诊时患者症状均有减轻,而胁肋隐痛仍无缓解,故加延胡索、白芷以止疼痛。三诊时,诸症基本好转,故去泽泻、蝼蛄、大腹皮,以防过度利水而伤阴;患者食欲已复,故去焦三仙。考虑患者为肝硬化,为防止其继发为肝癌,故建议患者坚持服用中药治疗。

甘爱萍基于胃肠镜检查结果的消化系统疾病 中医辨证治疗

朱光建

(湖北中医药大学, 湖北武汉 430061)

摘要 甘爱萍参考消化内镜检查的结果,使中医辨证治疗微观化。她观察镜下黏膜组织形态,以判断气血盛衰、寒热虚实、邪正强弱以及病情轻重,分阶段治疗反流性食管炎、胃炎、消化性溃疡、胆汁反流、溃疡性结肠炎、胃肠息肉等多种常见消化道疾病,提高了临床疗效。这种结合现代医学辅助检查以提高中医辨证精准性的方法为现代中西医结合提供了新的思路。

关键词 甘爱萍;消化内镜;消化系统疾病;微观辨证;中医药疗法;名医经验

中图分类号 R259.7 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)01-0021-04

甘爱萍是湖北中医药大学教授,主任中医师,全国第五、六批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从事临床及实验研究工作40余年,临证中不断创新,擅长将消化内镜检查用于中医的微观辨证。其根据镜下黏膜组织形态,判断患者气血盛衰、邪正强弱、寒热虚实以及病情轻重,分阶段辨证治疗多种常见消化道疾病。现将甘师根据消化内镜结果进行中医辨治的经验总结如下。

1 反流性食管炎参考内镜结果之辨治

反流性食管炎是指胃、十二指肠内容物反流进入食管引起炎症性病变,胃镜下可见食管黏膜破损,如食管糜烂或食管溃疡,临床多见反酸烧心、暖气、胸骨后疼痛、咽喉异物感等不适,经抑酸剂、胃肠动力剂、黏膜保护剂治疗后,虽有缓解但症状易反复^[1]。反流性食管炎属于中医学“吐酸”范畴,基本病机为肝气犯胃,胃失和降,可分为寒证和热证^[2]。胃镜下

反流性食管炎分为四级(洛杉矶分级),其中内镜下见食道黏膜破损局限于一条黏膜皱襞,但无相互融合(A级或B级),此为起病阶段,病情相对较轻,可作中医之实热证辨证,临床多以蒲公英、鱼腥草、黄连清热解毒,八月札、郁金疏肝理气,乌贼骨、瓦楞子制酸降逆,石斛、玉竹、沙参养阴和胃,以防热邪伤津。若镜下见两条及以上破损相互融合,甚至为全周性的黏膜破损(C级或D级),此为虚实夹杂阶段,为胃气亏虚、湿热内蕴证,临床多用竹茹、法半夏、砂仁、枳实清热凉血、降逆化痰,茯苓、白术、薏苡仁、芡实健脾利湿,北沙参、太子参益气养阴,兼以木蝴蝶、蝉蜕、甘草宣肺利咽且固守中气。另有内镜下无明显黏膜破损而症状反复者,多属寒证或郁证,以香砂六君丸合吴茱萸、郁金、合欢花、玫瑰花化裁,并嘱舒畅情志,必要时加抗焦虑药物。反流性食管炎的发病基础是气机失调,“调气法”贯穿治疗始终,以“宣

参考文献

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2014:419.
- [2] 徐梦翔,鲁江艳,施卫兵.徐经世运用养阴法治疗肝硬化经验介绍[J].山西中医,2018,34(11):4.
- [3] 彭得偶,陈亮,姜小燕.周大桥教授治疗早期肝硬化经验[J].中西医结合肝病杂志,2018,28(3):183.
- [4] 周玉麟.谢昌仁教授采用健脾行水法治疗肝硬化腹水经验[J].中西医结合肝病杂志,2015,25(3):167.

- [5] 赵润元,刘小发,李佃贵.国医大师李佃贵论治肝硬化举隅[J].世界中西医结合杂志,2018,13(6):785.

第一作者:贾苏杰(1993—),女,硕士研究生,中医内科学专业。

通讯作者:郭立芳,医学硕士,主任医师,教授。glf696@163.com

修回日期:2019-06-27

编辑:傅如海