

徐湘江诊疗脂肪肝之经验

王 皓¹ 徐 慧²

(1.华北石油管理局总医院,河北任丘062552;2.华北石油中医医院,河北任丘062552)

摘 要 徐湘江教授擅长脂肪肝的诊断和治疗,针对病因痰(湿)、瘀、热、虚和病机土郁木壅,运用特色腹诊和舌诊,治疗上重视肝脾同调,内治外敷相结合,同时提倡医患共同合作,帮助患者建立健康管理档案,形成了一套特有的“诊、治、管”一体的临床诊疗体系。附验案2则以佐证。

关键词 脂肪肝;中医病机;中医诊断;中医药疗法;徐湘江;名医经验

中图分类号 R259.752 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2021)01-0021-04

脂肪性肝病(fatty liver disease, FLD)简称脂肪肝,是由多种病因引起的肝脏脂质代谢紊乱及动态平衡失调,以致肝细胞内脂质蓄积、肝细胞脂肪变性的一种临床病理综合征。当肝内脂质蓄积超过肝湿重的5%或组织学上每单位面积见1/3以上的肝细胞脂肪变时,称为脂肪肝。随着人们生活水平的提高,饮食结构发生变化,高脂肪、高热量食物更多地占据了人们餐桌。多静少动、久坐贪食等生活方式的变化,使脂肪肝的发病率逐年上升。脂肪肝已成为我国仅次于病毒性肝炎的第二大肝病,严重影响到国民的身心健康及生活质量^[1]。

徐湘江教授是河北省名中医,业医30余载,长期致力于脾胃病、肝胆病的临床与研究,学验俱丰,衷中参西,在脂肪肝的诊断和治疗中积累了大量经验,疗效显著。笔者有幸从师侍学,获益良多。现将其治疗脂肪肝的经验总结如下。

1 病机重肝脾

中医学没有脂肪肝的病名,根据其临床表现,可将其归为“肝积”“痞满”“积聚”“癥瘕”“胁痛”等范畴,其病位在肝,与脾密切相关^[2]。中医学认为脂膏源于水谷精微,与气血津液一样都是人体的营养物质。清·张志聪《黄帝内经素问集注》云:“中焦之气,蒸津液化其精微……溢于外则皮肉膏肥,余于内则膏育丰满。”《灵枢·五癯津液别》记载“五谷之津液和合而为膏者”。构成人体的皮肉膏肥,由水谷所化生,类似现代医学中的脂肪组织,起着固卫腠理、抵御外寒等作用。膏脂的正常代谢有赖于脾胃的正常运化。《张氏医通》^[3]云:“嗜酒之人,病腹胀

如斗。”酒为湿热之邪,其性大热,易阻碍气机,损伤脾经。《温热经纬》^[4]云:“盖太饱则脾困,过逸则脾滞,脾气滞而少健运,则饮停湿聚矣。”《证治准绳》中云:“脾虚不分清浊,停留津液而痰生。”脾胃本为气血生化之源,一旦失于运化,不能化生水谷精微为人体所用,反而酿湿成痰,如《景岳全书·痰饮》所言:“痰即人之津液,无非水谷之所化。此痰亦既化之物,非不化之属,但化得其正,则形体强、营卫充;而痰涎本皆气血,若化失其正,则脏腑病、津液败,而气血即成痰涎。”痰为病理产物,也是致病的元凶,痰涎壅滞,日久化积,与瘀血胶结,血中痰浊瘀滞,而肝主藏血,一有疏泄不及,则痰瘀互结,流注积聚于肝,肝经布于两胁,发为胁痛^[5],即《古今医鉴》所云“胁痛者……或痰积流注于血,与血相搏”。这是脂肪肝形成的原因之一。徐师认为脂肪肝的形成主要为饮食不节,嗜食肥甘厚味或过量饮酒,湿从脾生,痰湿阻络,壅遏脾胃,气机阻滞,脾胃升降失序,受纳运化失职。脾土壅滞,反侮肝木,致肝气郁结,气血运行不畅,积而成瘀。久病多瘀,瘀久化热。久病多虚,无虚不留邪,进而致病程迁延,反复不愈。故本病病位在肝,与脾密切相关。饮食不节和过量饮酒为脂肪肝的主要外因,脾虚不运、肝郁不疏为脂肪肝的主要内因。本病核心病因是“痰(湿)、瘀、热、虚”;病机是肝郁脾虚,即“土壅木郁”。

2 诊断有法度

2.1 重视腹诊 首先观察腹部,脂肪肝患者大多腹部膨隆,腰臀比失衡,呈腹型肥胖,有些患者腹部的皮肤毛孔增粗,汗毛的走向出现紊乱、不规律等现

象。其次触摸腹部,感受腹部的紧张度和温度。脂肪肝患者大多腹部呈绷紧状态,按之顶手,如触鼓皮,初期结实而有弹性,随着病情加重硬度逐渐增加,弹性逐渐减少,严重者如按额头,多伴有肝区压痛。再次感受温度,有不少患者上腹部与其他部位皮肤温度对比,手感偏凉,尤其是中脘穴、神阙穴周围。这也是脂肪肝患者出现中焦脾胃虚弱的诊断指标之一。

2.2 重视舌诊 舌质观病性,舌苔察病邪。临床中大多数脂肪肝患者舌苔比较厚腻,观察舌面的舌质较困难,舌质颜色以舌下为准,即让病人把舌头卷上去,观察舌下的舌质,舌质水滑偏于痰湿,舌质暗偏于血瘀,舌质红偏于热,舌质淡偏于虚。同时舌下络脉的迂曲情况是判断瘀血轻重的指标,关系到活血化瘀药物使用的数量与剂量。舌苔白腻者多为痰浊中阻,舌苔黄厚腻者多为湿热蕴结。

3 治疗调土木

土木同调即肝脾同调,其理论主要基于“木土疏化”理论。肝主疏泄,“土得木而达”,协调脾胃升降,促进脾胃消化、吸收和转输;脾主运化,“脾土营木”,气血生化有源,濡养肝体而利于发挥疏泄功能。若肝失疏泄,木郁克土,或脾失健运,土壅木郁,致肝脾功能失调而发病。犹如自然界的树木与土地的关系。土壤不肥沃,树木得不到充分滋养,长势羸弱,枝不繁叶不茂。而树木发达的根系可以疏松土壤,避免土壤板结。如遇暴雨天气,树根牢牢抓住土壤,防止水土流失。《道德经》曰:“人法地,地法天,天法道,道法自然。”大自然中蕴含着“生生之道”。《素问·藏气法时论》的“肝苦急,急食甘以缓之”和《难经·第十四难》的“损其肝者缓其中”之论在脂肪肝的治疗中有深远的意义。徐师在诊疗脂肪肝时反复强调“厥阴不治,求之阳明”,出处见于《医学衷中参西录·论肝病治法》:“《内经》谓:‘厥阴不治,求之阳明’,《金匱要略》谓:‘见肝之病,当先实脾’,先圣后圣,其揆如一,此诚为治肝者之不二法门也。”张锡纯阐释云:“欲治肝者,原当升脾降胃,培养中宫,俾中宫气化敦厚,以听肝木之自理。”徐师强调这段话阐明了肝病治疗的精髓——肝脾同调。

临证徐师选用基础方如下:茯苓20 g,白术15 g,虎杖15 g,丹参20 g,柴胡15 g,枳实15 g。方解:茯苓、白术健脾补中,从阳明脾胃论治。茯苓健脾利湿,现代药理研究证实茯苓具有保肝降酶、抗肝纤维化、增强免疫力作用^[6]。白术温中健脾,《医学启源》记载:“(白术)能除湿益燥,和中益气,温中,

去脾胃中湿,除胃热,强脾胃”,现代药理研究证实,白术的主要有效成分——白术多糖,具有明显的防治非酒精性脂肪性肝炎的作用,且其降脂效果与罗格列酮相当,在改善肝损伤指标方面效果更明显^[7]。柴胡、枳实疏肝理气,从厥阴肝论治,取四逆散之意。现代药理研究证实,加味四逆散对大鼠酒精性脂肪肝有一定疗效,通过抑制CYP2E1和肿瘤坏死因子 α (TNF- α)的表达,减轻脂质过氧化反应^[8]。丹参活血化瘀,治其“瘀”,现代药理研究证实丹参具有保肝作用,能够促进肝细胞再生,有效改善肝组织坏死、肝纤维化,降低转氨酶,还有改善血液循环、抗缺氧等作用^[9]。虎杖利湿退黄,清热散瘀,配合丹参活血化瘀,现代药理研究证实虎杖中的有效成分虎杖苷有抗氧化、抑制脂质过氧化及机体炎症反应、降低胰岛素抵抗、减少脂质合成等作用^[10]。

方药紧扣脂肪肝的“痰(湿)”“瘀”“热”“虚”病因,围绕“木土同调”这个核心。同时结合临床,分型论治,即湿浊中阻型和湿热蕴结型。

3.1 湿浊中阻型 主证:体胖,腹型肥胖为主,乏力,倦怠,身体困重、便溏,舌质淡红或淡白水滑,舌苔白或白厚腻,脉滑。治则:清泄湿浊。处方以基础方加清半夏10 g、佩兰12 g、藿香12 g、紫苏叶12 g、厚朴20 g、薏苡仁15 g、白芍20 g。

方解:藿香、清半夏、佩兰、厚朴、薏苡仁取藿香正气散之意,芳香醒脾,清泄湿浊。白芍配合柴胡、枳实,柔肝缓急,取四逆散之意。现代药理研究发现厚朴有效成分厚朴酚及厚朴酚合用物可使高脂摄入所引起的脂肪肝得到抑制^[11]。白芍的活性成分芍药苷对高脂饮食诱导的大鼠非酒精性脂肪性肝病的肝脏起到了保护作用^[12]。腹胀明显、脾胃虚弱者可加入党参补中益气。腹诊触诊中脘部有明显凉感,伴有大便溏泄的患者,可加入干姜温中补虚,但量不宜大,3~8 g即可,以免助热。

3.2 湿热蕴结型 主证:体胖,以腹型肥胖为主,胁肋胀和/或痛,乏力倦怠、口中黏腻、口苦、腹胀、大便秘结、小便黄赤,舌红、苔黄腻,脉滑或数。治则:泄热祛瘀化湿。处方以基础方加黄芩15 g、黄连10 g、厚朴15 g、栀子10 g、大黄6 g、茵陈6 g。

方解:病人郁久化热或者素体阳盛者可出现湿热蕴结,黄芩、黄连、大黄,取三黄泻心汤之意,泻火解毒,燥湿泄热。现代药理研究发现黄芩的有效成分黄芩苷对高脂-脂肪肝大鼠肝细胞变性和肝组织炎症损伤有较好的治疗作用^[13]。栀子清利三焦湿热。茵陈、虎杖清利肝胆湿热。同时循证医学也

证实“茵陈-大黄”药对治疗非酒精性脂肪肝安全、有效^[4]。

4 内外治相结合

徐师注重内服中药结合外用脐疗法。神阙穴,即肚脐,为连接母体与子体的通道,是先天元气出生之地,也是后天脾胃围绕的地方,即“五脏六腑之本,冲脉循行之地,元气归藏之根”。其位于大腹中央,中央戊己土,为中焦所主,健脾和胃,调畅肝经,治肝强脾,补益气血。外敷药主要组成为肉桂、丁香、丹参、炒莱菔子、炒决明子等。肉桂温中健脾,除积通脉;丁香芳香醒脾,散结除秽。两药体现“见肝之病,当先实脾”,肝脾同调思路,并且两药药气雄厚,可以载诸药渗透肌表,有利于药物发挥作用。丹参活血化瘀,针对其“瘀”;炒莱菔子化痰消积,针对其“痰(湿)”;炒决明子清肝降脂,针对其“热”。神阙穴为补益之大穴,针对其“虚”。诸药从先天元气加后天水谷之海的门户进入,既是针对脂肪肝的“痰(湿)、热、瘀、虚”进行治疗,也是肝脾同调理论的外治体现。内服外敷,相互结合,提高疗效。

5 管理防复发

徐师重视脂肪肝患者的健康管理。脂肪肝是一种生活方式病,医院的正确饮食生活指导与患者和家属的积极自我管理相配合,最大程度减少疾病的复发或加重。诊疗结束后,徐师总是耐心指导患者饮食运动,患者配合“自我管理记录本”,记录生活起居的情况,以便总结出最合适的个体化管理方案。(1)饮食方面,以高蛋白、低脂肪、多膳食纤维为原则。忌食酒、肥肉、辛辣煎炸食品,忌食动物内脏、鸡皮、鸭皮,可摄入瘦肉、鱼肉等优质蛋白质为主的肉类,多食各种蔬菜、水果增加膳食纤维。饭量分配上遵循“早上吃好,中午吃饱,晚上吃少”的原则,每餐以七八分饱为宜,尤其避免消夜。(2)运动方面,勿劳累,饭后半小时后散步,坚持每天锻炼,适当加强运动强度,可选择慢跑、游泳、太极拳、八段锦等运动。(3)体重方面,控制体重,缩减腰围。(4)睡眠方面,勿熬夜,遵循“日出而作,日落而息”的原则,最迟不能超过晚上11点入睡。因为夜间11点到凌晨3点是肝胆经循行值守的时刻,也是养肝血的最佳时机,即所谓“人卧则血归于肝”,良好的休息有助于肝功能恢复。(5)情志方面,肝喜条达,保持情志舒畅,避免焦虑、抑郁、愤怒等不良情绪,减少郁闷、生气等行为。

徐师提出医患合作,将医院诊断治疗与患者自我管理相结合,如制定膳食参照表、作息时间规划

表,定期举办患者保健经验交流会,建立患者健康教育微信群,举行趣味运动会等,帮助患者制定个体化的管理方案,逐渐形成“诊、治、管”一体的思路,使患者对治疗有决心,有信心,有恒心,起到了“未病先防、将病防发、既病防变”的作用。

6 验案举隅

案1.王某,女,48岁。2019年10月11日初诊。

胁腹坠胀隐痛,体型肥胖,腹部膨隆,时暖气乏力,大便溏滞不爽,月经后期,量少。腹部触诊中脘部位偏凉,按之顶手,肝区有压痛。舌质淡胖大,脉滑。肝功能:血清总胆红素(TBILI) 32 μ mol/L、丙氨酸氨基转移酶(ALT) 216 U/L、门冬氨酸氨基转移酶(AST) 150 U/L、碱性磷酸酶(ALP) 190 U/L、谷氨酰转移酶(GGT) 175 U/L。生化:总胆固醇(TC) 7.9 mmol/L、甘油三酯(TG) 5.6 mmol/L。彩超:肝区光点密集增粗,前场增强后场衰减,重度脂肪肝。中医诊断:肝积,辨证属湿浊中阻。治以清泄湿浊。处方:

茯苓20 g,白术15 g,虎杖15 g,丹参20 g,柴胡15 g,枳实15 g,清半夏10 g,佩兰12 g,藿香12 g,紫苏叶12 g,厚朴20 g,薏苡仁15 g,白芍20 g,干姜6 g。14剂。每日1剂,水煎分2次服。

外用中药脐部贴敷,药物组成:肉桂10 g、丁香10 g、丹参10 g、炒莱菔子10 g、炒决明子10 g、草果10 g,打粉,每日5 g用姜汁调成丸状,塞入脐部。每日夜间贴敷,晨起去掉。

健康管理:饮食多素少肉,运动以慢跑、游泳为宜,早睡早起,调畅情志,填写健康管理系列表格。

10月25日二诊:腹胀减轻,大便黏好转。原方去干姜,余不变,继续治疗。治疗4个月后症状消失,肝功能、血脂在正常范围,彩超:肝区光点细密,余正常。

按语:患者脾虚不运可见腹胀、暖气、乏力;湿浊阻滞中焦气机,气血不能充盈其间可见中脘部位偏凉;湿浊内生可见大便溏滞不爽;湿浊阻塞气血运行,可见月经后期;舌、脉均是湿浊中阻的表现。故用基础方,茯苓、白术健运脾胃,柴胡、枳实疏理肝气,肝脾同调,虎杖祛湿化瘀,丹参活血化瘀。藿香、清半夏、佩兰、厚朴、薏苡仁取藿香正气散之意,芳香醒脾,清泄湿浊。干姜温中补虚,针对其腹部凉感。外治法,通过神阙穴导药入腹,针对“痰(湿)、热、瘀、虚”,增加草果芳香化浊。二诊时,腹胀缓解,上方去干姜,以免湿与热结,造成湿热留恋。再配合健康管理方案,协助患者改善生活方式。

案2. 张某, 男, 58岁。2019年4月3日初诊。

右胁肋胀满不适6个月。刻下: 右胁肋胀满, 乏力, 口干苦, 饮食、睡眠可, 小便黄, 大便偏干, 便质黏腻。平素喜饮酒, 多肉食。腹部触诊: 中脘部位温度正常, 按之顶手有紧绷感。舌质偏红、苔黄厚腻, 脉滑。上腹部CT提示: 脂肪肝。肝功能: ALT 106 U/L, AST 79 U/L, GGT 97 U/L, TG 3.1 mmol/L。中医诊断: 肝积, 辨证为湿热蕴结。治以泻热祛瘀化湿为主。处方:

茯苓 20 g, 白术 15 g, 虎杖 15 g, 丹参 20 g, 柴胡 15 g, 枳实 15 g, 黄芩 15 g, 黄连 10 g, 厚朴 15 g, 栀子 10 g, 大黄 6 g, 茵陈 6 g。7剂。每日1剂, 水煎分2次服。

外用中药脐部贴敷, 药物组成: 肉桂 10 g、丁香 10 g、丹参 10 g、炒莱菔子 10 g、炒决明子 10 g、茵陈 10 g, 打粉, 每日5 g用姜汁调成丸状, 塞入脐部。每日夜间贴敷, 晨起去掉。

健康调护: 忌酒, 多素少肉, 晚饭少食, 早睡。增加体育锻炼, 建议慢跑、打太极、游泳等, 填写健康管理系列表格。

4月10日二诊: 右胁肋不适好转, 无明显腹胀、口干苦, 饮食、睡眠尚可, 小便淡黄, 大便黏腻不爽, 每日2次。舌质胖大、苔薄黄, 脉滑。上方继续服用14剂。

4月24日三诊: 未诉异常不适。舌质淡红、苔薄腻。复查肝功能: ALT 31 U/L, AST 28 U/L。

按语: 患者嗜食酒肉, 湿热蕴于中焦脾胃, 阻滞肝胆, 肝经不畅, 可见右胁肋胀满; 湿热留结于大肠, 则见大便偏干, 便质黏腻; 湿热熏蒸肝胆, 上犯于口, 可有口干苦; 湿热下注则见小便黄; 舌、脉均为湿热内蕴之证。予以基础方: 茯苓、白术、虎杖、丹参、柴胡、枳实, 肝脾同调, 同时针对“痰(湿)、热、瘀、虚”。黄芩、黄连、大黄, 取三黄泻心汤之意, 泻火解毒, 燥湿泄热。茵陈、大黄导湿热下行。外治脐疗法中加入茵陈以增强祛湿热之效。填写健康管理系列表格有利于督促患者养成良好的生活习惯。二诊症状缓解, 依法继续治疗。三诊肝功能已恢复正常。

7 小结

徐师从致病源头、发病途径、健康管理上对本病进行治疗干预。他认为脂肪肝的病因是痰(湿)、瘀、热、虚; 病机核心是土郁木壅; 诊断中运用特色腹诊和舌诊; 治疗上重视肝脾同调, 内治外敷相结合; 医患共同合作, 帮助患者建立健康管理档案。从

而形成了一套特有的脂肪肝“诊、治、管”一体的临床诊疗体系。顺应了中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)中提出的“加强健康教育, 提升全民健康素质”“实施早诊早治, 降低高危人群发病风险”的防治策略。

参考文献

- [1] FAN J G, FARRELL G C. Epidemiology of non-alcoholic fatty liver disease in China[J]. J Hepatol, 2009, 50 (1): 204.
- [2] 罗军. 慢性肝病从脾论治刍议[J]. 江苏中医药, 2017, 49 (2): 73.
- [3] 张璐. 张氏医通[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1995: 55.
- [4] 王士雄. 温热经纬[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997: 42.
- [5] 李卫民, 李晋灵, 徐湘江. 从水谷精微化生、代谢探讨脂肪肝的病因病机[J]. 河北中医, 2009, 31 (3): 455.
- [6] 徐硕, 姜文清, 邝咏梅, 等. 茯苓的化学成分及生物活性研究进展[J]. 西北药学杂志, 2016, 31 (3): 327.
- [7] 车财妍, 李红山, 应豪, 等. 白术多糖对非酒精性脂肪性肝病的防治作用研究[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35 (7): 1801.
- [8] 彭汉光, 王萍, 艾长征, 等. 加味四逆散对脂肪肝大鼠肝组织PPAR α mRNA表达的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2004, 11 (8): 690.
- [9] 冯彦. 丹参的现代药理研究及临床应用[J]. 中医临床研究, 2017, 9 (30): 46.
- [10] 刘皎皎, 戴玲, 董璐, 等. 虎杖苷对非酒精性脂肪肝的影响及相关分子机制探究[J]. 中国免疫学杂志, 2019, 35 (10): 1188.
- [11] 王颖, 陈文强, 邓百万, 等. 厚朴酚与和厚朴酚的药理作用及提取合成研究进展[J]. 陕西理工大学学报(自然科学版), 2018, 34 (2): 58.
- [12] MA Z, CHU L, LIU H, et al. Beneficial effects of paeoniflorin on non-alcoholic fatty liver disease induced by high-fat diet in rats[J]. Sci Rep, 2017, 7: 44819.
- [13] 唐彬, 宋振梅, 肖琦凡. 黄芩苷对高脂-脂肪肝模型大鼠肝脏炎症改善及炎症因子表达的影响[J]. 青岛大学医学院学报, 2017, 53 (6): 659.
- [14] 马骁, 文建霞, 何璇, 等. “茵陈-大黄”药对治疗非酒精性脂肪肝的系统评价[J]. 中国医院用药评价与分析, 2018, 18 (9): 1170.

第一作者: 王皓(1981—), 女, 医学硕士, 副主任医师, 擅长肝胆、脾胃病的治疗。wanghao1308@126.com

修回日期: 2020-07-15

编辑: 傅如海