

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.17.014

从“有故无殒”辨治门静脉血栓

董海航, 涂钰莹, 尤亚, 陈艳, 蔡雨洁, 李兴榕, 张引强✉

中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场1号, 100091

[摘要] 基于《黄帝内经》中“有故无殒”思想, 提出门静脉血栓的分层次辨治诊疗思路。针对“瘀毒痼结”之“故”, 分破血、消瘀、和血三阶段施治: 破血当剝悍直折, 破血逐瘀, 松动凝结死血; 活血需涤浊消瘀, 疏化并行, 并减损峻药用量; 和血以调气和血, 养荣通络为主, 标本同治防止疾病复发。同时, 治疗上强调“衰其大半而止”, 动态调整攻补比例, 更兼顾痰、热、寒、虚等兼证, 注重通过扶正固本, 攻补兼施, 通补相济以减毒增效, 体现祛邪不伤正、扶正不留瘀的中医整体观与动态平衡思想, 为门静脉血栓的中医诊疗提供思路。

[关键词] 门静脉血栓; 有故无殒; 破血; 消瘀; 和血

门静脉血栓 (portal vein thrombosis, PVT) 是指门静脉及其分支、小分支的非恶性阻塞, 阻碍或完全堵塞门静脉血液流动, 可延伸至肠系膜或脾静脉, 部分管腔阻塞或完全堵塞^[1-2]。多种因素均可导致PVT的形成, 如肝硬化、腹部恶性肿瘤、先天性基因突变、腹部感染、肥胖、外科手术等^[3], 其中以肝硬化和脾切除术后最为常见^[4]。PVT的病理生理机制涉及局部和全身促凝因子的共同作用, 可能导致严重的并发症, 如门静脉高压、静脉曲张出血和肠系膜缺血等^[5], 预后较差。当前对于PVT的治疗方案以抗凝、溶栓、经颈静脉肝内门体分流术 (TIPS) 等为主^[6], 但对于PVT的治疗尚未形成统一认识。

根据疾病表现及病理特点, 可将PVT归属于中医学“癥瘕”“脉痹”等范畴, 其病位在肝, 病机为以血瘀痼结肝脏脉络为主, 兼见痰浊、寒凝、湿热互结, 以及气血亏衰、阴伤津亏等病久伤正之象, 总属本虚标实之证^[7]。PVT的治疗以活血化瘀为法, 然易有出血之虞。我们在PVT的治疗方面遵循“有故无殒”思想, 因“血瘀”之“故”, 而不囿于“出血”之“殒”, 临证立足PVT血瘀程度

不同而分层施治, 现将临证体会总结如下。

1 “有故无殒”思想概述

“有故无殒”出自《黄帝内经》, 《素问·六元正纪大论篇》曰: “黄帝问曰: 妇人重身, 毒之何如? 岐伯曰: 有故无殒, 亦无殒也。帝曰: 愿闻其故何谓也? 岐伯曰: 大积大聚, 其可犯也, 衰其大半而止, 过者死。”此段论述原意指妊娠妇女在处于“大积大聚”的危重状态下, 可以不拘泥于汗、吐、下、利等妊娠用药禁忌, 把握峻烈药物的作用剂量和时间, 适度合理地使用峻下、滑利、破血、破气等峻烈攻逐乃至有毒之药味, 中病即止以达治疗目的。这样既能祛除疾病, 又可“无殒”, 即不会伤及母体及胎儿。后世医家将“有故无殒”思想进行引申, 俾《本草求真》之“气以类聚, 即从其类以除也”之意, 将以偏纠偏、攻逐通下等“以毒攻毒”之法应用于恶性肿瘤^[8]、类风湿关节炎^[9]以及癌性腹水^[10]等重笃亢盛之邪积聚体内的疾病。《类经》所云: “大积大聚之故, 有是故而用是药, 所谓有病则病受之”, 这一思想也在现代研究中得到了印证与认可^[11-12], 也充分体现了中医辨证思维以及“以平为期”“中病即止”的哲学内涵。

2 从“有故无殒”认识PVT病机

PVT起病隐匿, 成因复杂, 或因外科术后血脉凝滞, 循行失畅, 壅滞肝脉, 结为癥聚; 或因肝脏

基金项目: 中国中医科学院西苑医院提升中医临床循证证据级别研究专项(XYZX0201-23); 中国中医科学院科技创新工程课题(CI2021A00805); 中国中医科学院西苑医院“青师计划”项目

✉ 通讯作者: zhyq992@163.com

病久，肝疏泄失职，统摄乏源，气血失于濡养，阳损阴伤，令肝气不散而枢机郁闭，水饮内停而聚湿生痰，肝血不运而痹阻脉络，痰气瘀虚互结，并生有形之血栓，病势缠绵，难于清化。因此，PVT 总属以血瘀为主，兼见寒、热、痰、郁等多种病理因素，虚实夹杂的癥积之病。

2.1 血瘀为主，兼夹余邪助病盛

《血证论》言：“瘀血结在经络脏腑之间，则结为瘕。”PVT 的形成与发展虽始于瘀血内阻，但其病机深伏，邪聚久羁，非独血分受邪，寒、热、痰、郁等多种病邪皆可与瘀血缠结为患。PVT 之血瘀初起多因气机郁滞、脉络痹阻，盖肝主疏泄，若肝失条达，枢机不利，则血行缓滞，湿浊乘虚壅遏脉道；或因湿浊阻滞，黏腻胶着，如《丹溪心法》所述“痰挟瘀血，遂成窠囊”，致脉络屈曲增厚，血流湍逆，凝血离经，血不利则为水，血水同病，瘀血内结，水饮内生，流连脏腑，入肺则上冲作喘，停胃则聚湿生痞，传肾可发为水肿。若瘀久化热，则血热搏结，灼津炼液为痰，此时瘀热上冲可见烦渴舌绛，下注则见腹壁青筋暴涨；若寒邪外束或阳虚失温，则寒凝血泣，脉络拘挛，血行涩滞，呈现胁下积块坚冷、疼痛遇寒加剧等表现。

2.2 正气衰少，因虚致实是根本

肝积日久，气机郁滞，脾胃虚损，水谷不化精微，正气不足，无力推动气、血、水的正常布散，反生痰湿。痰湿久病入络，因虚生瘀，瘀血更著，虚瘀并见，肝虚则疏泄无力，致气滞血瘀，正如《医宗必读》所谓“脾土虚弱，清者难升，浊者难降，留中滞膈，瘀而成痰”，形成因虚致实、虚实夹杂之病机。肝体阴而用阳，若肝病日久，则阴津亏耗，阳热渐炽，况邪客少阳，本就易于化热，由此血瘀内停，标本合邪，并生瘀热，正应《医学源流论》中“阴气大伤，孤阳独炽，又瘀血未净，结为蕴热”之谓，热瘀成块，更益以热，则炼成干血，不易消散。此外，若平素形寒饮冷，阳气素虚，致肝脉寒凝血瘀者亦不鲜见，临证当四诊合参，方可据证立法。

3 基于“有故无殒”分层辨治 PVT

PVT 的临床辨治需围绕血瘀这一核心矛盾，根据有形实邪即“有故无殒”之“故”的盛衰而动态应用破血、散血、和血等不同程度的活血化瘀治法，并对发病时所兼夹的气郁、水湿、痰浊等病理状态/产物据因施治，方可尽逐其“故”，令治“无

殒”。药物的特性在于以偏纠偏，久服重用反而过犹不及。《素问·至真要大论篇》云：“久而增气，物化之常也，气增而久，夭之由也。”因此，治疗时需中病即止，勿令病轻药重，反生药邪害崇机体。《程杏轩医案》中即有“苟用之不当，即无毒亦转为大毒，用之得当，即有毒亦化为无毒”之谓。血脉之病以通为用，PVT 患者以实邪之“故”阻滞肝脉起病，若发病日久，肝失濡养，无以藏血摄血，更可因实致虚。临证还需辨气血阴阳之不足，通补结合，以补为通，补益更助祛邪之力，标本同治，使 PVT 无复发之虞。

3.1 因“故”立法，分阶段施治

PVT 以血脉痹阻为本，瘀血胶结有形，非单一治法可破。基于“有故无殒”之理，宜立足瘀结程度不同，分破血、消瘀、和血三个层面，予破血散结、活血通脉、调气和血通络三方，层层递进施药，兼佐通补之道。

3.1.1 剽悍直折，破血逐瘀——峻药攻邪以定乱 瘀血积聚，脉道壅闭塞滞，症见胁肋刺痛、时发时止、痛有定处，腹壁青筋如蚓攀附，舌质紫暗、可见瘀点瘀斑，关脉弦涩，超声、CT 或核磁共振可见栓体直径较宽，完全或接近完全占据门静脉管腔，且主干血流信号微弱或消失，此为血瘀重笃。此时需遵“有故无殒”之理，在治疗上首重破血消癥，得《伤寒论》抵当汤之意，予自拟破血散结方，组成：水蛭、土鳖虫、三棱、莪术、鳖甲、牡蛎。方中水蛭为破血消癥之要药，善搜剔络中胶结死血，开闭阻之脉道；土鳖虫咸寒入血，性善走窜，能破留血、消癥块，尤长于通经透络。三棱专入肝脾血分，莪术辛散温通，善破气行血，二者相合，能解气滞血瘀胶着之态，助血行畅达，倍增破血消癥之力。鳖甲功专滋阴软坚，以咸润之性缓解虫药、三棱、莪术燥烈之性，更借其入肝络之性，柔消癥积；牡蛎咸寒沉潜，助鳖甲行软坚散结之功。诸药共奏破血散结、通脉启闭之功。若见血实而络脉艰涩者，见胁腹锥痛、唇甲青紫、肌肤甲错、舌下络脉紫黑而宽者，加用花蕊石、凌霄花、茜草等增活血化瘀药力，直捣血凝痼聚，并伍藕节炭、茜草炭、血余炭等炭类药物敛散相兼，活血止血。

3.1.2 涤浊消瘀，疏化并行——择势转方避蠱伤 待血栓之体消减五六，胁腹疼痛不显，舌体瘀斑较轻，影像学检查示血栓体积缩小，可见断续或部分血流信号，可知血栓再通。此时邪衰及半，药已中病，当酌减破血药物用量，减虫药之峻，避免

血行妄动，溢散脉外，可增通达之品，治当活血软坚、散瘀通脉。方用自拟活血通脉方加减，组成：赤芍、刘寄奴、川芎、桃仁、红花、三棱、莪术、鳖甲、牡蛎、三七粉、炒蒲黄。方中赤芍善除血痹、破坚积，能清解瘀热，防血瘀化热伤阴，其酸敛之性兼具宁络之功；刘寄奴辛散苦泄，能温通脉络，助散未尽之瘀而不致血溢脉外。桃仁可破脏腑蓄血，兼以凉润，红花更能通利血脉，与桃仁相须为用，增活血消癥之力；川芎辛香走窜，配伍桃仁、红花，行气促血行，解气滞血瘀之结。三七甘苦温润，可行瘀血而护新血，炒蒲黄以止血消瘀，与三七共为佐使，敛散相兼，防破血损络。更取破血散结方中三棱、莪术、鳖甲、牡蛎以消散血凝瘀聚之顽瘀，并酌减用量。诸药相伍，既散瘀毒痼结之“故”，又寒温并用，刚柔相济，防蠹伤正气。活血必调气，《景岳全书》曰：“血必由气，气行则血行”。PVT 患者久瘀气结，多见胁下偏痛、心腹刺痛等症，俱由气滞血瘀所致，此时当以柴胡、香附等疏肝解郁，枳壳、佛手等斡旋中焦，恢复气机升降以助血行。血不利则易停聚生水，症见下肢水肿、肠间漉漉作声，取《灵枢·水胀》“去宛陈莖”之旨，用泽兰、益母草、水红花子等使血水同治，兼除交阻。

3.1.3 调气和血，养荣通络——固本培元防复结 《血证论》云：“瘀血不去，则新血断然不生。”若影像学提示门静脉附壁显著缩小，或血流复通，凝血功能无碍，舌体瘀点消失、舌下络脉不粗，脉象流利者，可知标实大去，瘀去病缓。然死血虽削，其气未畅，此时当遵叶桂“通补之法”，寓攻于补，行血而调气，避壅补滞邪。临证常用调气和血通络方，组成：姜黄、郁金、丹参、赤芍、苏木、刘寄奴、鸡血藤、路路通、仙鹤草、卷柏。方中姜黄善行血中之气，专于破血散结，能温散脉络之滞；郁金擅解郁热而达气机，通利肝胆气结；丹参苦降行血，可清解伏热，更与赤芍相伍，养血化瘀兼清血热，柔肝体而润肝络。苏木性善温运肝脉，行血通络中滞气，而不峻烈伤正，合刘寄奴温通脉络以散未尽之瘀；鸡血藤甘温补血，以藤入络，补而不滞，活而不破；路路通性善疏利，通经隧而畅气机，与鸡血藤俱为行血通络之良品。仙鹤草擅补虚通络，更合卷柏而破血通经、通补并行。气虚甚者，见倦怠乏力、神疲懒言，伍黄芪、刺五加益气升陷；血不濡者，见爪甲色白、肌肤甲错，予当归、牛膝养血和络；络失和者，肝脉细急，胁

肋胀闷隐痛，予香附、旋覆花、丝瓜络疏肝通络。诸药共伍，令攻不伤正，补不留瘀，气机得畅，血络得濡，固本元而无留瘀之弊，终使气血调和荣养脉络，标本同治而痼结难复。

3.2 多法立方，蠲散兼夹之邪

PVT 患者素因肝脾功能失调，致肝气郁结，横乘脾土，脾失健运，水湿停滞，痰浊内蕴，易阻碍气血运行。治疗时既需要以活血化瘀作为根本大法，层次辨治贯穿治疗始终，同时还应当根据寒凝、瘀热、痰浊、气郁、正虚等兼夹因素孰为偏盛而多法同伍，通利脉道，逐邪散瘀消癥。

3.2.1 气滞血瘀 《血证论》谓：“凡治血者必调气”，肝气宜升，肝郁则经气逆，气郁则血行滞留，气逆则脉络痹阻，发为瘀结。临床症见胸胁胀满窜痛，常伴脘腹憋闷、暖气频作，痛如针刺且固定不移，面色晦暗，唇甲青紫，舌体紫暗边现瘀斑，舌下络脉迂曲如蚓，脉弦涩或结代；若气郁日久化火，可见烦躁口苦、目赤耳鸣；气滞水停者则见腹部青筋显露、心下撑胀、下肢水肿。因此，治疗 PVT 需于化瘀之中配伍理气之品，行滞开郁，条达气机，以增化痰祛瘀之效。临证可予香附、紫苏叶、青皮等疏肝理气解郁，并仿叶桂“辛香流气”法，以木香、香橼、枳壳、厚朴等宽中行气，快利三焦，令气机宣通则血无凝着。

3.2.2 痰凝血瘀 痰浊壅阻脉络，其性与瘀血俱属于阴，互相影响，若仅去其一，病难根除，故痰瘀必须同治。临床症见胸闷呕恶、体胖痰多、皮下结节硬韧、舌质紫暗胖大边有齿痕、苔白腻或黄浊、脉滑涩或沉弦，治当涤痰化瘀、通络开痹，常取法半夏、僵蚕、白芥子涤痰散结，痰浊胶结者配海藻、浙贝母咸软散结。临证需分痰瘀主次，偏痰者先化痰后化瘀，偏瘀者攻瘀佐涤痰，若痰瘀化热当慎温燥，宜选用夏枯草、瓜蒌清热化痰。痰瘀深伏，停聚脉络，予地龙、全蝎、蜈蚣等虫类药搜剔血络凝痰败瘀，以期破滞通痹，使气血周流复常。

3.2.3 瘀热相搏 临床可见面色赤红或晦暗、胸背灼热、斑疹紫暗、出血色暗夹块、舌质暗红绛紫、边尖瘀点散布、苔黄糙或焦黑、脉弦数或细涩而数。《温热论》载“入血就恐耗血动血，直须凉血散血”，故治当凉血散瘀、清营解毒，方取犀角地黄汤加减（水牛角代犀角），辅紫草、玄参清营透热，大黄炭泄热化瘀。若热毒壅盛，可仿解毒活血汤之意佐用连翘、蒲公英，慎用辛温动血之品，使热毒得清而瘀滞不凝。

3.2.4 寒凝肝脉 寒凝肝脉，血实艰涩，脉络不通，症见四肢厥冷、面色青白、少腹冷痛拘急、舌质淡紫或见瘀斑、苔白而滑、脉沉迟涩或紧、两尺弱而无力。寒凝血瘀，非温不通，非辛不散，故临证需以暖肝通阳为要，药用桂枝、吴茱萸等温肝通络，合红花、姜黄辛散寒凝。更伍细辛、吴茱萸祛寒逐瘀，然需久煎减毒，可佐白芍、甘草柔肝缓急以制温燥。此外，凡温通者必佐行气，可予香附、乌药调气助血行，使寒凝自解。

3.3 攻补兼施，减毒增效

病无虚而不生，一味攻伐可致机体虚损而无力运药，活血化瘀非图一时之功，治疗时需密切关注患者病情演变趋势，判断“邪衰大半”之机，顾护正气，以通为补，补中兼通，通补结合。王清任《医林改错》言：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”，提示血瘀与元气不足、推动无力密切相关。PVT作为“本虚标实”的复杂病证，需以“有故无殒”思想指导治疗，既要针对瘀毒痼结之“故”施以剽悍直折之剂，又需兼顾正气衰少之虚，防范攻伐太过之弊端。丁樱指出^[13]，临证运用峻猛药物时需适当配伍，使不同药物相互配合、共同发挥作用，方能达到减毒增效目的。PVT的病理因素构成复杂，痰浊瘀毒伐伐肝脏，日久必累及肝阴，耗伤精气，以致气阴两伤，法当滋水涵木、培土抑浊，宜用轻灵活泼之品，如太子参、北沙参、五味子等酸甘化阴，补元气不足，收耗散之津。若病久及肾则脾肾亏耗，元气生化乏源，需仿补中益气汤之意，少佐柴胡，升麻以升举清阳，并伍炒山药、黄精以厚肠胃而安脾肾。木郁则易横逆犯脾，予焦三仙、炒谷芽等运脾开胃，可化饮食而行结气，既防药食碍胃，留中滞膈，又复中焦纳化之功，使后天得养而先天肾精自充。

4 验案举隅

患者，男，49岁，2024年5月12日初诊。主诉：酒精性肝硬化5年余，反复上腹部疼痛1年余。现病史：患者5年前因体检发现酒精性肝硬化，一直于当地医院行保肝治疗，病情平稳。1年前患者自觉上腹部隐痛反复发作，于当地医院查肝胆脾超声示：肝硬化，门静脉高压，脾大，门静脉血栓范围约22 mm×8 mm，门静脉主干未见血流信号。患者拒绝介入取栓等有创操作，予利伐沙班10 mg口服，每日1次。服药期间患者腹痛不减，伴见齿龈出血，为求进一步诊治就诊于我科。刻下症见：

腹痛频频，右肋刺痛、痛处不移，夜间7至11时潮热易发，腰膝困重，口渴喜凉，齿衄时发，夜寐欠宁，凌晨1至3时易醒，小便短黄，大便略干、一二日一行，舌暗红少苔有裂纹，舌体瘦薄质老，舌边瘀斑、舌下络脉迂曲粗紫，脉弦涩、尺脉沉弱。辅助检查：超声示肝硬化、脾大、门静脉高压、门脉主干无血流信号、门脉血栓范围21 mm×9 mm、未见腹水。丙氨酸氨基转移酶48 U/L，门冬氨酸氨基转移酶39 U/L，白蛋白35 g/L，血小板 73×10^9 /L，凝血酶原时间16.8 s，凝血酶原时间比值1.38，D-二聚体1.4 mg/L。西医诊断：酒精性肝硬化，门静脉血栓；中医诊断：癥瘕（瘀热互结，肝肾阴虚证）。治法：破血逐瘀，养阴清热，予破血散结方加减。处方：水蛭粉6 g（冲服），土鳖虫10 g，醋三棱10 g，莪术15 g，醋鳖甲15 g（先煎），牡蛎15 g（先煎），藕节炭30 g，青皮10 g，炒枳壳12 g，赤芍12 g，水牛角15 g（先煎），炒山药30 g，墨旱莲30 g。14剂，每日1剂，水煎分早晚两次口服。西药口服水飞蓟素以保肝降酶，每次0.14 g，每日3次，并停用利伐沙班。

2024年5月28日二诊：患者诉腹痛减轻，胁痛不显，无齿衄，潮热改善，仍有腰膝酸软，夜寐尚可，醒后可复入眠，小便略黄，大便质软成型、日二行，舌嫩红少苔，舌下络脉紫暗，脉弦略涩、尺脉沉。治法：活血止血、养阴散结。处方于一诊方中去水牛角、土鳖虫，改赤芍为15 g、水蛭粉为3 g（冲服），加刘寄奴20 g，川芎12 g，三七粉3 g（冲服），阿胶珠10 g（烊化）。28剂，煎服法同前，西医治疗同前。2024年6月27日电话随访，患者当日复查肝肾功能未见异常，超声示门静脉主干可见附壁血栓约15 mm×5 mm，血流信号弱，血常规示血小板 92×10^9 /L，肝功能检测示白蛋白39 g/L，凝血检测指标均无异常，D-二聚体0.9 g/L。故守方继进，抄二诊方28剂续服，西医治疗同前。

2024年7月26日三诊：患者诉腹痛未作，潮热及齿衄已无，睡眠好转，无夜间早醒，惟胁痛隐隐、随情绪波动加重，食欲差，小便清，大便易稀、日一二行，舌淡红少苔，舌下络脉粗，脉弦、尺脉沉。就诊当日超声示门静脉未见血栓，血流信号可，肝肾功能及凝血功能无明显异常。治法：调气和血，软坚通络，处方于二诊方中去水蛭、三棱、莪术、赤芍、青皮，加姜黄15 g，炒白芍15 g，苏木10 g，鸡血藤30 g，卷柏30 g，黄精15 g，佛手10 g。28剂，煎服法同前。西药同前。

此后患者每月规律复诊，治则总以软坚散结、健脾益肾，以期逆转肝硬化，防止 PVT 复发。末次随访时间为 2025 年 2 月 16 日，患者诉胁痛已退，腹痛未作，纳寐安，二便调，诸症改善。

按语：本案患者为中年男性，既往因酒毒伤中而致湿热蕴结，素体阴虚内热，肝脾受戕，气滞血瘀，络脉痹阻，终致肝络癥瘕之变，其核心病机为瘀热互结、虚瘀并见。瘀血久踞肝体，壅遏脉络，瘀毒缠结，经隧不通，故见胁肋刺痛、腹痛隐隐、痛处不移；热毒久羁，灼伤阴液，虚火内炽，肾阴受灼，因而入暮潮热、腰膝酸困；虚火妄动，热郁血分，上扰清窍，迫血离经，发为齿衄；舌体瘦薄裂纹，为阴血枯涸之象；脉弦主痛，脉涩主瘀，尺脉沉弱即为肝肾精血俱损。基于“有故无殒”思想，治疗当分阶攻逐。患者初诊病情较重，以破血消癥直折其势，松动血瘀痼结；然案中亦见齿衄衄血、潮热夜醒等阴虚血热、燥伤肝肾之象，破血逐瘀需兼用柔肝养阴，防峻药伤正。故初诊用破血散结方以水蛭、土鳖虫钻剔破血逐瘀，水蛭更打粉为散以增散瘀之效；三棱、莪术活血破气；鳖甲、牡蛎软坚散结；赤芍、水牛角、墨旱莲凉血养阴；藕节炭能活血止血，收敛而不留瘀；青皮、枳壳共用而疏肝理气；炒山药健脾益气以防攻伐伤正。此际重在“衰其大半”，以峻药松动络中死血，同时密切关注患者病情变化，揆度更方时机。

二诊时患者腹痛稍缓，胁痛减轻，齿衄不著，知其痼结已然松动，死血将去未净，邪气已衰，遵“中病而止”原则，由峻猛攻逐转为消瘀化瘀、兼护阴血，减水蛭用量，去土鳖虫以缓破血药力，去水牛角终属寒凉直折。肝络久瘀初通，少阳生发之气未舒，故赤芍加量代之。加刘寄奴以苦温降泄之性导瘀下行，辛散行血；三七粉以敛散相兼，防破瘀动血。患者经治潮热改善，而腰膝酸苦仍作，夜间易醒，小便黄，此阴虚火旺，余热未清，舌质嫩红，尺脉仍沉，舌转嫩红而苔未生，乃瘀毒渐清而阴血未复，故加阿胶珠柔养肝肾真阴。服药期间患者复查门静脉血栓减小且血流逐渐恢复，提示治疗有效。

三诊可见患者腹痛已止，血栓全消，血流复通；惟胁肋隐痛随情绪波动，并伴食欲减退、便溏，此瘀毒大去，邪退正虚，经隧初通而肝失濡养，气血运行复常而疏泄未调，中焦运化不及所致。《临证指南医案》云：“凡久恙必入络，络主血，药不宜刚”，故更方转以调气和血通络方为主，兼益脾肾。

于二诊方中去三棱、莪术之活血峻药而用姜黄通络行气，并重用鸡血藤、卷柏以养血通经，刚柔相济解肝络枯涩；肝木性喜散，伍苏木辛温行血，通络散结；肝气萌动未舒，易赤芍为白芍柔肝体以养肝阴。治血必调气，佛手可疏肝理气而斡旋中焦，轻扬辛香启气机壅滞而不犯虚火；患者纳呆便溏，予黄精平补脾肾，扶正培元，令脾胃自旺，肝木自和，以期愈病截根，养正除积。本案立足“有故无殒”思想，发挥中医药干预 PVT 动态调整、分层施治的独特优势，从“破血-化瘀-和血”分阶施治，祛邪不伤正，扶正不留瘀，收效满意。

5 小结

PVT 是肝硬化、肝癌等疾病并发的常见病和疑难病，本文基于“有故无殒”思想，从 PVT 的发病机理入手，提出治疗需以血瘀为中心，根据血瘀轻重而分破血、散血、和血等层次用药以活血化瘀。把握“中病”时机，权衡“效”与“毒”的关系，调整偏颇用药，急攻缓补，主次分明，标本兼治。对于合并兼夹之气郁水湿痰浊之邪，临证当审证求因，据因立法，通补协同。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会肝胆疾病学组. 肝硬化门静脉血栓管理专家共识(2020 年, 上海)[J]. 中华肝脏病杂志, 2020, 28(12): 999-1007.
- [2] ELKRIEF L, HERNANDEZ-GEA V, SENZOLO M, et al. Portal vein thrombosis: diagnosis, management, and endpoints for future clinical studies [J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2024, 9(9): 859-883.
- [3] HERNÁNDEZ-GEA V, DE GOTTARDI A, LEEBEEK FWG, et al. Current knowledge in pathophysiology and management of Budd-Chiari syndrome and non-cirrhotic non-tumoral splanchnic vein thrombosis [J]. J Hepatol, 2019, 71(1): 175-190.
- [4] PAN J, WANG L, GAO F, et al. Epidemiology of portal vein thrombosis in liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis [J]. Eur J Intern Med, 2022, 104: 21-32. doi: 10.1016/j.ejim.2022.05.032.
- [5] NORONHA FC, SEIJO S, APLESSIER, et al. Natural history and management of esophagogastric varices in chronic noncirrhotic, nontumoral portal vein thrombosis [J]. Hepatology, 2016, 63(5): 1640-1650.
- [6] PRIMIGNANI M, TOSETTI G, IERARDI AM. Approach to different thrombolysis techniques and timing of thrombolysis in the management of portal vein thrombosis in cir-

- rhotic patients[J]. J Transl Int Med, 2023, 11(3):198-202.
- [7]刘永刚,薛丹,周嘉迪,等. 肝硬化门静脉血栓的诊治思维探讨[J]. 中西医结合肝病杂志, 2024, 34(1):56-59.
- [8]谭兆峰,张传龙,宋永蕾,等. 从“有故无殒,亦无殒也”论攻补法在肿瘤疾病中的应用[J]. 山东中医药大学学报, 2021, 45(1):77-80.
- [9]王文炎,黄裳,李勇,等. 基于“有故无殒,亦无殒”思想谈有毒中药在防治类风湿关节炎中的应用[J]. 环球中医药, 2022, 15(2):315-317.
- [10]张桥,曹亮亮,楼坚伟,等. 甘遂醋炙对正常及癌性腹水模型大鼠毒性的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(17):1-6.
- [11]邢玉瑞. “有故无殒亦无殒”思想古今应用探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(8):1045-1046.
- [12]李会芳,邢小燕,金城,等. 浅论“有故无殒,亦无殒”的内涵及其在中药安全性评价中的意义[J]. 中医杂志, 2008, 49(3):281-282.
- [13]丁樱. 从《黄帝内经》“有故无殒”谈儿童风湿免疫疾病治疗中的药“毒”及“毒”药的应用[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(4):445-449.

Syndrome Differentiation and Treatment of Portal Vein Thrombosis Based on the Principle of "Presence of Cause Without Demise"

DONG Haihang, TU Yuying, YOU Ya, CHEN Yan, CAI Yujie, LI Xingrong, ZHANG Yinqiang

Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100091

ABSTRACT Based on *The Inner Canon of Yellow Emperor* (《黄帝内经》) principle of "presence of cause without demise", a tiered syndrome differentiation and treatment approach for portal vein thrombosis is proposed. Addressing the "cause" of stubborn blood stasis toxin, treatment is divided into three stages, breaking blood stasis, eliminating stasis, and harmonizing blood. The breaking stage requires forceful intervention to disperse and dislodge congealed blood; the activating stage focuses on clearing turbidity, resolving stasis, and facilitating movement while reducing the dosage of strong medicines; the harmonizing stage emphasizes regulating *qi* and blood, nourishing to promote circulation, and treating both manifestation and root cause to prevent recurrence. Throughout treatment, the principle of "stopping after reducing the majority" is applied, with dynamic adjustment of the balance between attack and tonification, considering concomitant syndromes such as phlegm, heat, cold, and deficiency. Emphasis is placed on strengthening the body while eliminating pathogens, integrating attack and tonification to enhance efficacy and reduce toxicity, embodying the traditional Chinese medicine (TCM) holistic perspective and dynamic balance of eliminating pathogens without harming the vital *qi* and strengthening the body without retaining stasis. This provides a therapeutic approach for portal vein thrombosis.

Keywords portal vein thrombosis; presence of cause without demise; breaking blood stasis; eliminating stasis; harmonizing blood

(收稿日期: 2025-03-16; 修回日期: 2025-07-01)

[编辑: 侯建春]