

张赤志治疗肝病经验

程良斌*

主题词 肝病/中医药疗法 名医经验 @ 张赤志

湖北中医学院附属医院张赤志教授,从事中医肝病临床、教学和科研工作 30 余年,对肝病的治疗尤有独到见解,现介绍如下。

1 慢性肝炎的治疗经验

对于病毒性肝炎,张教授认为,主要是由内蕴湿热,或感受疫邪杂气,当人处于气交之中,机体适应性降低,或发生障碍时,杂气足以强化致病病因,由口鼻或接触而形成本病。正如吴又可所言:“邪之所着,有天受,有传染”。对于慢性肝炎的治疗,张教授有着自己独特的见解。

1.1 补脾调肝为主,注重顾护胃气:从临床所见,慢性肝炎大多为脾胃不调的证候,属肝失条达,脾失健运,即叶天士常说的“肝木乘脾土”。治疗当以补脾调肝为法,方药常以逍遥散、柴胡疏肝散之类加减。调理之要,应以病情的变化为依据略加增损,而加减之要当抓住肝脾虚实及补泻等关键。如病证偏于肝者,多见肝气、肝火、肝风等证,治疗上以疏肝理气、清肝泻火、养血息风为主;病证属脾者,常见有脾虚湿胜和中气下陷两种证候。前者当以健脾化湿,常用二陈汤加减,后者则以益气升阳为法,补中益气汤主之。临证用药,张教授特别注重胃气存亡,尤其对于重症肝炎,正所谓“有胃气则存,无胃气则死”。用药上注意去邪而不伐正,喜用沙参、石斛养胃,半夏和胃降逆,黄芩清胃,砂仁醒胃,黄芪升胃,忌以大苦大寒之品损伤脾胃。

1.2 清热解毒非常法,行气活血宜少用:病毒性肝炎,特别是兼有黄疸的患者,常有湿热内蕴,用大量清热解毒的苦寒药物治疗,虽可取得一定疗效,但绝不能作为一种常法普遍滥用。清热解毒之法主要用于湿热熏蒸于中焦,胃气尚可,且病程短,邪盛而正实之证。此时病程初起,形气俱实,在顾护胃气的同时,合理运用清热解毒之品,常可取得疗效,能迅速改善临床症状,促进肝功能的恢复。但用过苦寒之品,虽可图一时之效,却往往易伤中败胃,反不利于病情恢复。

肝藏血,主情志,慢性肝炎患者常见气滞血瘀之

证,当用理气活血之品。但张教授以为,肝脏体阴用阳,喜柔恶刚,治疗用药上宜柔不宜燥。有的医生一见到患者有肝脾肿大,以为气血瘀滞,大量使用行气活血之品,愈治而肝功能愈坏,病不得解。究其原因,实不知肝为阴脏,全赖肾水以涵之,血液以濡之,肺金之清肃以平之,中宫之气以培之,使刚劲之质,得柔和之体,遂其条达之性。临床用药,张教授少用柴胡,认为其有耗竭肝阴之嫌,而喜用生地黄、枸杞子等酸敛柔润之品。

2 肝硬化腹水的辨治

所谓难治性肝硬化腹水是指经严格的内科治疗,腹水消退不明显者,同时还出现肾功能不全、上消化道出血等多种严重并发症,是肝硬化失代偿晚期的一个重要标志,预后极差。本病的形成以肝脾肾至虚为本,气滞、血瘀、水蓄病变为标,形成本虚标实、虚实错杂的病机特点。因此,见此腹水不消切不可妄投攻下、峻下之剂。治疗当以扶正固本,兼顾其标。急则治其标,适当利水缓急,中病即止。张教授认为,血吸虫病肝硬化腹水,因其阻塞部位在肝血窦之前,腹水中蛋白含量较少,用十枣汤类药峻下逐水效果明显。而肝炎肝硬化腹水,其阻塞部位在肝血窦之后,腹水中蛋白含量较高,用峻下逐水药效果往往不甚理想,强行攻之,则易引起电解质紊乱及消化道出血,反使病情恶化。故对于顽固性腹水,主张针对其本虚为主的病机特点,充实虚损之脏腑,配合西药对症治疗的同时进行辨证施治。

2.1 温补脾肾,助阳化气,须护肝体:肝硬化出现脾虚臌胀者,久则由脾及肾,火不生土,不能化气行水,腹胀愈盛,表现为水多于气,腹满而实,叩之而浊。治当以健脾温肾利水,即王冰所谓“益火之源,以消阴翳”。常用干姜、制附子、椒目等补脾阳,以肉苁蓉、巴戟天、菟丝子等温肾阳,同时选用连皮茯苓、白术、猪苓、陈葫芦、大腹皮、防己、马鞭草、车前子等药。肝硬化患者往往阴已先伤,须谨防温阳利水伤阴,故在治疗方中常选加生地黄、枸杞子之类以护肝体。

2.2 滋补肝肾,增液利水,兼养肺阴:肝藏血,肾藏精,精血互生,乙癸同源。若肝体受损,肾阴亏虚,阴损及阳,气不化津,导致水液停聚而成臌胀。表现为腹胀,尿少且黄浊,或伴鼻衄、齿衄,舌红或绛,脉弦细。若舌红绛而光亮,脉细数者,为肾阴枯竭,则病情凶险,治疗最为棘手。张教授认为,养阴与利水互为矛盾,养阴最易

* 湖北中医学院附属医院肝病医疗中心 武汉市武昌区花园山 4 号 (430061)

收稿日期:2006-02-17

助水恋邪,祛湿利水则易致伤阴耗液,此类证候最忌温阳利水,或强行峻下逐水,误则“消烁津液,涸尽而死”。故遣方用药要做到利水不伤阴,滋阴不碍湿。常用楮实子、生地黄、牡丹皮、赤小豆、冬瓜皮、马鞭草、泽泻、白茅根等,以滋补肝肾,增液利水。盖肾为水之下源,肺为水之上源,故方中亦常加沙参、石斛之属,滋养水之上源,有提壶揭盖之妙。

2.3 化瘀通络,活血利水,勿忘行气:肝为血脏,久病入络,气血凝滞,隧道壅塞,肝脏疏泄失常,则影响膀胱气化功能而成臌胀。正如叶天士所言:“络瘀则胀”。临床表现为胁痛,腹部坚满,按之不陷而硬,见肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉怒张。治疗上,张教授常用泽兰、制鳖甲、益母草、白茅根等化瘀利水,尤喜用海藻,且剂量宜大,一般为 30g。并主张在化瘀时常选用枳壳、大腹皮、制香附等行气之药,正所谓气行则血行,肝气疏泄有权,腹水自消矣。他特别强调忌用大队破血祛瘀类药重剂攻伐,不但欲速不达,反致藏血、统血之脏受害,脉络破裂,迫血妄行,而现呕血、便血之危重险症。

3 阴黄的辨治

张景岳言:“凡病黄疸,而绝无阳证阳脉者,便是阴黄。”阴黄误以为是阳黄,袭用苦寒攻伐,则更伤已衰之正气,甚者可随药而毙,故须把握阴黄证治规律。张教授认为,阴黄与阳黄的辨证要点,应以是否出现阳明或太阴证的证候来判断,而不能单以黄色鲜明与否来判定。正如当代名医俞长荣先生所说:“灿灿橘子色,并非尽阳黄”。如黄疸者,无论黄色鲜明与否,但见脘腹痞胀,食欲不振,大便稀溏,舌淡苔白,脉沉细迟等,则为阴黄。

对于阴黄证的辨治,张教授主张分为初期、中期和

后期 3 个阶段。初期阶段,症见脘腹痞满,恶心呕吐,大便溏垢,舌苔白厚腻或有浮黄,脉濡缓者,为湿重于热,治宜燥湿化浊、利胆退黄为法,方用雷氏芳香化浊法加减:藿香、佩兰、陈皮、法半夏、大腹皮、厚朴、茵陈等。此时重在化湿,切忌早投寒凉,避免伐伤脾阳,闭郁湿浊,转为阴黄重症。中期阶段,常为中阳不振,临床表现为色黄而晦暗,脘痞纳少,神疲畏寒,大便不实,舌淡苔腻,脉濡缓或沉迟,治拟健脾和胃,渗湿利胆,方用六君子汤加减:党参、白术、茯苓、陈皮、法半夏、茵陈。随着病情的进一步发展,由脾及肾,致脾肾阳虚,此又称为黑疸,如宋·窦材在《扁鹊心书》中所载:“黑疸由于脾肾两经,纵酒贪色则伤肾,寒饮则伤脾”。诊断要点为额上黑,小便自利,然其病初亦不即黑。黄疸至于黑,危险极矣,虽主治之法,亦未见效。治疗当以八味肾气丸、右归丸等加减。兼有瘀血证,或加用硝矾散,或选用当归尾、桃仁、红花、赤芍之属。治疗总以扶正为主,使脾肾之阳气得以恢复,尚有一线希望。

另外,临床用药张教授还十分注重药物的炮制与疗效的关系,从现代医学角度讲,肝脏本为人体之解毒器官,肝病时如用药不当,某些药物的毒性自然会加重肝脏的负担,甚至导致肝损害。适当的炮制可以降低或消除药物的毒副作用,增强或突出药物某方面的作用,甚至改变药物的性能和功效。如鳖甲一药,用于抗肝纤维化,宜醋制后研末冲服;若煎服则仅起到滋阴潜阳的功效,而抗肝纤维化的效果则大打折扣。同时,在临床上还应注重配合食疗,利用食物的不同的阴阳属性,选用相应食物,可达到治疗疾病或增强机体抵抗力的作用,促进病情的恢复。

(上接第 899 页)

基本病机,将健脾、运脾、醒脾贯穿始终,同时重视兼症的治疗。健脾常用太子参、白术、茯苓、薏苡仁、扁豆、山药等药性平和,补而不滞之品;运脾常用苍术、厚朴、陈皮、槟榔、木香等,其中苍术用量较大,如舌诊见苔白厚或腻,一般均在 10~20g 左右,意即“脾不在补贵在运”;醒脾多选用藿香、砂仁、白豆蔻;如清气下陷,久泻不止,则以黄芪、升麻、柴胡等益气升清;气阴两伤,常投太子参补气养阴,炙甘草、乌梅、白芍酸甘化阴;阴损及阳,脾肾阳虚,多以附子理中汤化裁。对于兼症,如湿热阻滞中焦,当辨湿与热孰轻孰重,热重于湿者,多用葛根芩连汤加马齿苋、车前草、泽泻等清热利湿;湿重于热,则以平胃散运脾、醒脾为主,稍加马齿苋、车前草之类。至于神曲、山楂、鸡内金、炒谷芽、麦芽等消食导

滞、开胃助脾之品,倪师几乎每方必用,虽为佐药,其功亦不可没。泄泻日久,虚实夹杂,以虚为主,或纯虚滑脱不尽者,可于扶正祛邪中稍加一、二味收涩药,如煨诃子、石榴皮、乌梅等,不仅不会留邪,而且还有助于肠道功能尽早恢复。如遇腹痛,便前哭吵,肠鸣则泻,常伍痛泻要方抑肝扶脾。倪师在治疗本病时还善用风药,如方中常可见防风、白芷、秦艽、葛根之类,一则可祛风以胜湿、止痛,还可升清以降浊、止泻。至于蟾酥等有毒药物,只要切合病机,倪师峻药缓投,常收事半功倍之效,一俟邪去,则中病即止,强调以治本为主,常用七味白术散加减,健脾和胃而善后。此外,倪师还非常重视患儿的饮食调护,常嘱避免生冷、肥甘厚味之品,如此才能有助于提高疗效。