

·当代名医·

李佃贵治疗慢性肝病经验

孟宪鑫¹ 史淑红² 李刚¹ 顾洁¹

(1. 河北医科大学研究生学院, 石家庄市中山东路361号; 2. 河北医科大学第二医院)

李佃贵(1950~), 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 河北省中医院院长。现任中华中医药学会脾胃病分会副主任委员, 河北省中西医结合学会会长等职。享受国务院政府特殊津贴, 获首届中医药传承特别贡献奖。从事中医教学、临床、科研工作近40年, 擅治多种疑难杂病, 对慢性肝病及慢性萎缩性胃炎的治疗有较深的造诣。主持完成了“新清肝饮防治酒精性脂肪肝的临床与实验研究”, “康胃胶囊治疗萎缩性胃炎癌前病变实验与临床研究”等多项课题, 获省级科技进步奖多项。代表著作有《实用中医肝胆病学》、《绞股蓝的研究与应用》等, 发表学术论文50余篇。

[关键词] 慢性肝病; 慢性胃病; 中医药疗法; 名医经验; 李佃贵

李佃贵教授擅长于慢性病毒性肝炎、肝硬化的治疗。李教授认为, 各种慢性肝病病程较长, 病机错综复杂, 很难以一方一法取效, 必须谨守病机, 治疗上顺应、恢复肝脏生理特性, 截断逆转肝脏病理性改变, 多法并用方可取效。现将李教授治疗肝病经验归为以下8法。

1 治疗大法

1.1 解毒化浊法

传统观点认为, 病毒性肝炎属温病范畴, 毒邪存在已是公认。李教授以毒邪论治病毒性肝炎, 谓“以毒攻毒”, 常据症舌脉表现, 分层次应用解毒法, 毒轻者, 应用黄连、黄芩、苦参、板蓝根之属; 中毒者应用白花蛇舌草、半枝莲、半边莲之属; 重毒者用白英、黄药子。临床应用能改善肝功能, 抑制病毒复制, 调节免疫, 防治肝炎及肝纤维化。病毒性肝炎普遍遵《内经》之旨“湿热相交, 民当病瘴”, 习张仲景之说“黄家所得, 从湿得之”, 谨记“治湿不利小便非其治也”。临床皆以清热利湿为法, 然效果不甚显著。李教授指出, 当从浊论治, 治疗浊邪有三法: (1) 芳香化浊法。此类药辛香温通, 芳香悦脾, 脾运复健, 气行湿化浊消。选用去舌苔浊垢之要药藿香, 重者加佩兰、荷叶以升清降浊; (2) 燥湿化浊法。选用黄连、黄芩。苦寒能通泻下行, 能燥湿, 能泻火存

阴。为免日久碍胃滞脾, 每喜加砂仁、白豆蔻; (3) 利湿祛浊法。常用茵陈、滑石、白茅根、竹叶等使湿浊从小便而出。此三法不可偏废, 亦不可偏执一法, 三法灵活运用, 治湿化浊效若桴鼓。

1.2 养肝和胃(脾)法

尽管病毒性肝炎种类繁多, 证情不一, 病机各异, 并有新旧急慢之分, 但木旺易克土, 肝病每传脾胃, 使脾失健运, 胃失和降。所以养肝和胃(脾)成为治肝之常法。益气健脾治肝病, 早有古训, 张仲景云: “见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”, 叶天士又言: “补脾之中必宜疏肝, 肝气调达而不致郁而克土, 疏肝即所以补脾也”, 明示后人既要重视“治肝先实脾”之古训, 又要谨记“疏肝即所以补脾”, 抓主要矛盾, 处理好调肝与和胃(脾)的关系, 方可取得较好疗效。李教授认为, 脾胃为后天之本, 肝病患者脾胃功能之好坏, 直接关乎预后吉凶。如果脾胃功能健旺, 后天充沛, 肝病自会逐渐向愈; 如果用过苦寒败胃伤脾, 后天失养, 病情就加重恶化。所以治肝时注意扶助后天, 保护脾胃。李教授喜用当归芍药散养肝和胃, 配二陈汤燥湿和胃降逆, 不用参芪草温燥健脾、药虽平凡, 守方常服能明显改善患者乏力、腹胀、纳呆及面色萎黄、黧黑肝病面容等病征。

1.3 软肝化坚法

肝病积久, 气滞、血瘀、湿阻、水停、热结, 肝郁脾虚, 阴亏血耗, 正虚邪恋, 肝体失养, 萎而变硬, 变生臌胀。这时须入络软坚, 缓缓消磨, 祛邪兼以扶正。当遵《金匱要略》大黄䟽虫丸之旨, 缓中补虚。李教授喜用鳖甲、穿山甲珠、三棱、急性子等软肝散结, 用全蝎、水蛭、虻虫等动物药入络搜剔。

1.4 行气法

肝脏喜疏恶郁, 肝病必有肝气郁滞, 肝失疏泄, 随之全身各脏腑气机升降出入失去平衡, 滞于上焦胸膈则胸闷, 滞于中焦脾胃肠则腹胀, 滞于下焦小腹则满闷不适, 继则血瘀、湿阻、水停、热结。李教授临床常用辛香理气之品, 以畅达全身气机。其意有三: (1) 宣畅气机。临床常用能升降诸气的三焦气分之药木香和能利

三焦,解六郁的气病之总司香附。(2)醒脾开胃。临床常用能醒脾开胃促进脾胃消化功能的辛温芳香之砂仁、白豆蔻,以改善患者腹胀、纳呆之症状。(3)辛香理气除湿浊。肝病属湿热者多,舌苔浊腻、厚腻。在清热利湿基础上,非辛香理气之品,方能气行湿化,化腻浊之舌苔于无形。李教授常根据三焦辨证选药,气滞上焦用功善行气宽胸利膈之檀香、紫苏梗;气滞中焦用枳实、厚朴、槟榔、莱菔子畅达中焦;气滞下焦常用荔枝核、乌药、沉香之属行气散结。如此三焦气治,气行则血行,湿化,气血调和,病易恢复。

1.5 疏肝法

《素问·至真要大论》云:“疏令气调”,《素问·六元正纪大论》中记载“木郁达之”即指此而言。肝郁为病之始。李教授常根据肝郁之轻重缓急,把疏肝解郁分为两法:(1)疏泄法。适用于肝郁轻症。李教授喜用香苏散加柴胡以调达肝郁。(2)通泻法。任应秋讲“肝气盛的,还得用泻法”即指此。所以李教授常在疏泄法的基础上加用姜黄、郁金、龙胆草、栀子等苦泄通降。

1.6 活血通络法

血瘀之因,约略有四:一曰气滞血瘀;二曰因热致瘀,目前已公认疫毒蕴伏血分是病毒性肝炎的基本原因。《医林改错》:“疫毒在内烧炼其血,血受烧炼,其血必凝”;三曰因湿致瘀,湿热是病毒性肝炎的发病基础,水湿内蕴阻于脉络,血脉不通而为瘀。四曰因虚致瘀,慢性肝病长期过用苦寒,致中阳不足,最终脾肾阳虚,最终气机失运,血不畅行而致瘀,可以说气滞血瘀贯穿于慢性肝病的全程,所以活血法与行气法一样重要。但活血法一定要“缓中补虚”。李教授喜用失笑散为基础方,轻者可配丹参养血和络活血,虎杖解毒化瘀;稍重用牡丹皮、地骨皮、白薇等凉血活血;瘀久肝纤维化、肝硬化,配伍软肝化坚,入络搜剔之品,如鳖甲、穿山甲、三棱、全蝎。但不可重用、久用,以免造成出血。

1.7 滋补肝肾法

肝病日久,湿热疫毒蕴于血分,久久不除,耗伤阴液,先是肝阴虚,继则肾阴虚,最后肝肾之阴皆亏。乙癸同源,滋肾即所以养肝,柔肝。因肝属木,藏血体阴,设若阴亏血少,木失水涵,肝失荣养,势必枯萎变硬,这是慢性肝炎向肝纤维化,肝硬化发展的重要病机。所以以滋养肾阴,柔润肝体,滋水以涵木是防止慢性肝炎向肝硬化发展非常重要的一环。李教授喜用一贯煎养肝阴,二至丸滋肾阴。

1.8 保肝降酶法

虽说中医所论肝与西医所论肝不尽一致,但是慢性肝病患者每每出现肝功能不正常,转氨酶增高的现

象,说明肝脏有损害,应从肝脏体阴而用阳考虑,这是肝体受损,应急则治其标,注意保肝降酶。李教授常用龙胆草、垂盆草、五味子,历经临床检验,屡试不爽。

总之因“浊毒内伏”是始动因子,所以解毒化浊为治因之法。如果患者已出现肝纤维化或肝硬化则应以软肝化坚为主,解毒化浊和软肝化坚二法均应配合养肝和胃法,助正气祛邪外出,邪去而正自安。若浊毒或肝纤维化、肝硬化不著,可单用养肝和胃法。养肝和胃、解毒化浊、软肝化坚为基本大法,同时需根据患者体质,病程长短,病情轻重,分别有所侧重应用行气法、疏肝法、活血法、滋肾法、保肝降酶法。

2 病案举例

王某某,男,40岁,农民。主因腹胀、尿黄1月,加重伴腹大8天入院。患者有慢性肝炎病史7年,间断服药中药治疗,8天前无明显诱因出现腹部胀大,遂来就诊。患者现身目微黄,腹胀,腹大,体倦乏力,腰膝酸软,纳呆,便溏,每日2~3次,小便黄,舌质暗红,苔黄腻,舌下青筋暴露,脉弦细滑。体检:神志清楚,精神倦怠,巩膜及全身皮肤黏膜轻度黄染,胸颈部可见蜘蛛痣3枚,肝掌不明显,浅表淋巴结未触及肿大,心肺未见明显异常,腹部微膨隆,肝脾触及不满意,腹水征阳性,肠鸣音存在,双下肢轻度水肿,生理反射存在,病理反射未引出。肝功能:总胆红素37.62 μ mol/L,丙氨酸氨基转氨酶326.6U/L,门冬氨酸氨基转氨酶103.3U/L,白蛋白28.37g/L,球蛋白31.63g/L,A/G为0.891,乙型肝炎病毒标志物检测:HBsAg(-),HBeAg(+),抗-HBcAg(+).B超示:肝脏不大,肝边呈锯齿状,肝内光点分布不均,增强、增粗,血管网走向不清,门静脉内径1.5cm,脾大,脾静脉内径1.0cm,胆囊大,壁毛糙,腹腔内可见片状液性暗区。超声诊断:(1)肝硬化伴腹水;(2)慢性胆囊炎。西医诊断:肝硬化(失代偿期)。中医诊断:臌胀(浊毒内蕴,血瘀肝结)。治疗宜解毒化浊,软肝化坚。方用穿山甲20g,鳖甲20g,红景天15g,田基黄15g,龙胆草15g,五味子15g,垂盆草15g,虎杖15g。方中鳖甲、穿山甲功善搜剔走络,软坚散结;红景天、田基黄现代药理研究表明具有保护肝脏和提高人体免疫的作用;龙胆草、五味子、垂盆草为李教授经验方,保肝降酶效果颇佳;虎杖能清热解毒利湿浊、活血化瘀,且能泻下通便,使浊毒从二便分消。患者服药14剂后,精神饮食已如常人,无腹胀、腹大,二便调。复查肝功能正常。B超示:肝脏大小形态正常,肝内光点分布稍强,血管网走向清晰。患者出院后坚持门诊中药治疗,整体状态良好,无明显不适,多次复查肝功能及B超无异常。

(收稿日期:2007-06-12)