

· 当代名医 ·

黄保中辨治病毒性肝病经验

李晓燕^{1*} 吕文哲² 黄小林² 吴文平² 孔莹²

(1. 中国中医科学院望京医院, 北京市朝阳区花家地街, 100102 2. 西安市中医医院)

基金项目: “十一五”国家科技支撑计划资助项目(2007BAI10B01-082)

* 通讯作者: xalxy1400@163.com, 13718679315

黄保中(1931—), 男, 第二批至第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 2007 年荣获“全国老中医药专家学术经验继承工作优秀指导老师”称号。历任西安市中医医院大内科主任、院长。学术上力倡辨病与辨证相结合, 突出辨证论治, 立足整体观念, 强调中医综合; 重视气机升降, 推崇和肝理脾。擅治肝胆疾患及热性病证, 尤其对慢性肝炎、肝硬化的治疗疗效显著。

[关键词] 病毒性肝病; 辨证论治; 名医经验; 黄保中

黄保中老师秉承家学, 业医 50 余载, 辨治病毒性肝病经验丰富, 现择要介绍如下。

1 “肝瘟”的提出

黄老师认为, 病毒性肝病是以肝脏为核心的流行性传染病, 符合《黄帝内经》“五疫之至, 皆相染易, 无问大小, 病状相似”之特点, 结合吴又可对瘟疫传染性、流行性、特异性的认识, 如“其年疫气盛行, 所患者重, 最能传染, 即童辈皆知其为疫。至于微疫似觉无存, 盖毒气所钟有轻重也”; “盖当其时, 适又某气专入某脏腑经络, 专发为某病, 故众人之病相同, 非关脏腑经络或为之征也”, 提出“肝瘟”的病名。

2 病因病机

黄老师认为, 湿热疫毒之邪是病毒性肝病的主要致病因素。一方面, 几乎大多数肝病均不同程度地具有湿、热之邪致病的基本特征。湿性重浊黏腻, 具有壅遏气机、易困脾阳的特点; 热性炎上、燔灼、躁动, 具有升温冲逆、伤阴耗气、入血动血、扰乱神明、传变迅速的特点。本病主要临床表现为黄疸或无, 纳呆食少, 恶心厌油, 脘腹满闷, 倦怠乏力, 或有发热, 小便黄, 大便或干或黏腻不爽, 舌苔黄腻, 脉濡缓或细, 属于湿热蕴结所致。另一方面, 本病具有较强的传染性、流行性、季节性和特异性, 符合疫毒致病

的特点。湿热疫毒由饮食经口而入或经血液感染肝脏, 祸及全家, 甚至一村一方皆得之, 尤以深秋初冬之时易发生流行, 均见周身面目发黄。

黄老师认为, 肝炎的病毒类型不同, 病机有异。经肠道传播的甲、戊型肝炎多属气分病变, 可由气入血; 经肠道外传播的乙、丙、丁、庚型肝炎属血分病变, 可由血出气或入里瘀结。但纵观肝瘟其临床表现较为复杂, 虽属肝病, 而病位涉及肝、脾、肾诸脏, 病机涉及阳气功能、阴血实质, 病性涉及寒、热、虚、实。其证候演变规律一般为因实致虚(致损), 因虚致实, 虚实相夹。其实不外热、湿、郁、瘀、风, 其虚不离各脏腑气血阴阳。本病早期, 病在气分, 多为实证, 恒以湿热多见且为始动因素, 尚有湿重、热重、湿热并重之分及化燥化火之急; 又有肝胆湿热、脾胃湿热之别。湿热困脾, 脾失健运, 久郁伤气, 生化无源; 湿热伤肝, 疏泄失常, 郁久化火, 耗血伤阴, 久则致郁; 郁久不化, 气阴虚损, 痰瘀痹阻, 终成瘀血阻滞, 邪留血分, 致本病后期虚中夹实之证。但以脾虚不运为关键, 肝血瘀滞为中心。

3 辨病结合辨证, 分期论治

病毒性肝病尤其是慢性肝病病机复杂, 用简单的分型很难说明疾病的本质。黄老师运用辨病与辨证相结合的方法, 在辨病的基础上进行辨证施治, 以辨别不同阶段的病因病机, 比固定证型更切合该病辨证的临床实际。临证把本病分为肝潜、肝温、肝痹、肝积、臌胀、肝癌六期, 既能体现中医治病的辨证特点, 又能保持相对的特异性、针对性。

3.1 肝潜期

本期相当于乙、丙型肝炎病毒携带者, 多由正气不足, 湿热疫毒之邪乘虚内伏肝脏而成。病机为湿热内伏, 肝经郁热。临床以神色不变, 形体不衰, 症

状不著,肝脾不大,病毒标志物阳性为特点。辨治应立足整体以抗病毒。黄老师认为,按照中医辨证论治的原则,从整体的角度来研究,是治疗肝炎病毒的根本出路。治宜和肝理脾,凉血活血,清热解毒,方用和肝理脾丸。该方出自张锡纯《医学衷中参西录》,原名“肝脾双理丸”,由赤芍、白芍、甘草、冰片、肉桂、薄荷、连翘、厚朴、香附组成,其中白芍与甘草配伍,酸甘化阴以缓肝之急;赤芍凉血活血、冰片醒脾清热;厚朴、香附、薄荷、连翘行气祛风解毒;少量肉桂鼓动阳气。该方寓有“甘以缓之,酸以敛之,辛以散之”之意,临证可作为肝病慢性期的基础治疗,急性期的辅助治疗。

3.2 肝湿期

本期临床特征为急性起病,相当于急性病毒性肝炎,多由湿热疫毒之邪侵及中焦,郁蒸肝胆,肝失疏泄,脾失健运而成。临床症状体征明显,邪实为著,以腹胀、纳差、恶心、右胁疼痛、肝肿大、或有黄疸为主要表现。辨证思路:①首辨湿热之轻重。依感受湿与热邪的程度不同,机体反应的差异,有湿重、热重及湿热并重之分,同时湿热热郁可以化毒,故应在清热利湿之基础上加用解毒之品,否则湿热难以化散,黄疸不易消退。②再辨湿热之病位,以确定清热利湿退黄的主要途径。脾湿胃热、肝胆失于疏泄是发黄之本,故其病位不外脾胃肝胆,且由脾胃而及肝胆,故有脾胃湿热与肝胆湿热之不同。肝主疏泄,调畅人体气机,肝胆湿热以气机郁滞为主,以胁肋胀痛、口苦纳呆、身目尿黄、脉弦数为特点;脾胃乃升降之枢纽,脾胃湿热以升降失常为主,以脘腹痞闷、呕恶厌食、脉濡为特点。治宜清热利湿,解毒退黄,方用肝瘟汤:苍术 15g,龙胆 15g,茵陈 30g,车前草 15g,升麻 15g。其中苍术归脾胃经,燥湿健脾以除生湿之源;龙胆归肝胆经,清热燥湿以清利肝胆湿热,二者共为主药不仅使脾胃肝胆湿热得以清除,且互相佐制以防温燥太过助湿生热与苦寒太过损伤脾胃之虞。伍以茵陈清热利湿退黄,升麻祛风清热解毒,祛邪外出。佐以车前草清热解毒,平肝利尿,导邪外出。若湿重,加大苍术用量,最大量可用至 45g;热重,加大龙胆用量;湿热并重,苍术、龙胆等量;大便秘结、腑气不通,加大黄 30g;呕恶、纳呆,加半夏曲 15g;病原为乙型或丙型者,加赤芍 15~30g;若属“急黄”,加用大剂量赤芍 30~90g。用药应注意不宜过用苦寒。因为本期治疗多以苦寒清利、清热解毒为常法,但临证有些患者不但无效,反而会加

重病情。究其因,是只知火热为患的一面,恣用苦寒清利,而忽视了脏腑气机的升降出入、阴阳平衡。苦寒之品可清利湿热,但用之过度会抑遏肝气,戕脾败胃而出现升降乖戾、气机逆乱之候。

3.3 肝痹期

本期相当于慢性肝炎(轻度),多由急性肝炎迁延不愈而成。湿热内蕴,肝郁气滞,横逆犯脾,脾失健运,则致肝郁脾滞。病机特点为邪气留滞,气血不畅,病机重点不在脾虚,而在木滞土壅,肝郁脾滞。临床症状体征明显,有因实致虚之象,多见胁肋疼痛,脘腹胀满,身困乏力,舌质红、苔白腻,脉弦或弦滑。辨治应以祛邪为要,主以清热利湿解毒。湿热乃慢性肝炎发生和发展的重要环节,应针对湿热交滞痼结不解,淹黏难化的病理特点,辨证立法施药。同时应注重和肝理脾。因肝主调畅气机,脾乃升降之枢,肝脾气机不畅,则全身之气机升降逆乱,本期以肝脾气机不畅为主要病机,故应掌握气机升降之理以调和肝脾。治宜清热利湿解毒,调和肝脾,方用肝痹汤(由四逆散合升麻、土茯苓而成):升麻 15g,土茯苓 15g,(炒)柴胡 12g,枳壳 12g,赤芍、白芍各 15g,甘草 12g,川芎 12g。其中升麻祛风清热,解毒消肿,土茯苓解毒除湿,分消湿热,共为主药。伍以四逆散疏肝理脾以调和肝脾。佐以川芎行气活血,以行血中之气,并与赤芍合用,使血行通畅,邪有出路。使以生甘草加强清热解毒之功,并调和诸药。若气滞湿阻,呕恶、纳呆,加半夏曲 15g;肝经郁热,重用赤芍并加用丹参 15g、牡丹皮 15g;肝郁阴虚,加女贞子 15g、墨旱莲 15g;湿困中阻,舌淡,脉缓,加干姜 12g、桂枝 12g。用药强调:①解毒勿忘透邪。清热利湿解毒是肝病的主要治则,但运用中应注意“解毒勿忘透邪”,故用升麻祛风清热,解毒消肿,旨在祛邪外出。如升麻烦与葛根配伍治疗阴阳毒,与柴胡配伍治上半身疾病,与解毒除湿、分消湿热之土茯苓配伍,一上一下,使邪有出路,湿热疫毒之邪得以祛除。②宗四逆化裁。四逆散乃调和肝脾之祖方,方中柴胡、白芍、枳实、甘草四药共奏透邪解郁,疏肝理脾之效,使邪去郁解,气血调畅。

3.4 肝积期

本期相当于慢性肝炎(中度、重度)和代偿期肝硬化。病机特点为正虚邪恋,正虚乃脏腑气血虚,邪恋乃湿热毒邪留恋。湿热为害,病则肝失疏泄,横犯脾胃,脾失健运,而致肝郁脾虚;或气郁及血,血行不畅,而致气滞血瘀;或郁久化热,热耗阴液,肝阴不

足,久必穷肾,而肝肾阴虚;或脾虚生湿,湿酿成痰,痰瘀夹杂,日久成积。临床以神色有变,肝脾肿大,虚实相兼为特点,但“肝郁脾肾气血虚,湿热余邪未残尽”这一根本病机始终贯穿于整个病程,是本病慢性化且缠绵难愈的原因所在。辨治思路:①主张肝病治脾。脾为后天之本,气血之源,运湿之枢纽,又为肝病波及之重点。在肝病的发展过程中,由于脾虚不运可致湿浊内生,湿郁日久则可化热;或气血不畅,而致瘀血内留;或气血生化之源不足,阳损及阴,而致肝阴不足;或脾虚及肾,而致脾肾两虚。说明脾虚不运为关键,依据“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”的理论,提出治疗慢性肝炎应注意“实脾”原则,但实脾非单纯补脾,而贵乎运脾,脾运则诸脏不郁,升降复常,肝郁自可畅达。②着重活血化瘀。慢性肝炎是始于肝郁气滞,湿痰瘀阻,进而肝郁血滞,湿痰与瘀血凝聚形成积块,更加阻滞经络,以致肝、脾、肾气血失和,故认为,肝血瘀滞为慢性肝炎的病机中心,活血化瘀法则应贯穿慢性肝病治疗的全过程。但临证导致瘀血阻滞的有肝郁、气虚、阳虚、痰湿、疫毒等,治疗应配合疏肝、益气、温阳、化痰、解毒等法,并非单纯活血化瘀皆可奏效。治宜和肝理脾、软坚活血、清热利湿,方用肝积汤:(炙)鳖甲 15g,牡蛎 30g,丹参 30g,白术 30g,枳壳 15g,川芎 15g,赤芍、白芍各 15g,川牛膝、怀牛膝各 15g,车前草 15g,升麻 15g,土茯苓 15g。方中(炙)鳖甲软坚散结,丹参活血化瘀共为主药;配以牡蛎软坚散结,赤芍凉血活血以助鳖甲、丹参之功;白术、枳壳以健脾消痞,升清降浊。佐以川芎行气活血,川牛膝活血化瘀增强丹参活血之力,白芍养血柔肝,缓急止痛,与怀牛膝配伍共补肝肾之阴;车前草平肝利尿;升麻、土茯苓清热利湿,解毒祛邪以清利残留之湿热余邪。若气虚,加黄芪 30g;气阴两虚,加太子参、生地黄各 15g;黄疸,加大赤芍用量至 30g,并加用青蒿、金钱草各 15g,及硝石矾石散;瘀热内阻,加牡丹皮 15g。用药强调:①活血勿妄用破血。因慢性肝病本身存在脾肾气血虚的一面,临证用活血药时应“衰其大半而止”,消补兼施,寓消于补,勿妄用破血之品,如桃仁、红花、土鳖虫、水蛭、三棱、莪术等,否则有耗血、动血之弊。临证常用赤芍、丹参、仙鹤草、牡蛎、(炙)鳖甲等活血养血、软坚散结之品,同时加一味川芎以行血中之气,疗效颇佳。②理中勿忘升降。慢性肝病日久必影响脾胃运化功能,致升降失常,治以调理脾胃气机为要,升降复常,肝郁自可畅达。临证常用枳术

丸,以调理脾胃气机,清升浊降,脾胃调和,则邪去正复,气机通畅,肝气得舒。同时大量白术可润肠通便,改善胃肠道功能,减少毒素的吸收,若兼大便干或黏腻不爽者,可加大白术用量。③滋阴勿忘补肾。慢性肝病瘀热内结,易致肝阴受耗,而肝肾同源,久必及肾,致肝肾阴虚,故应注意肝肾阴液有无耗伤,并及时加用滋养肝肾之品。尤其是慢性肝病患者伴有肝掌、蜘蛛痣及出血时,肝阴受耗,血热妄行,在清热凉血活血基础上,佐以此法更为适宜,常加用川牛膝、怀牛膝以引血下行,补益肝肾。④治黄勿忘活血、化痰。慢性肝病合并黄疸者,其主要病机为肝脉瘀阻,瘀热内结,即“瘀热发黄”、“瘀血发黄”,故治疗应在清热利湿解毒基础上,加用凉血活血之品,如赤芍、牡丹皮、丹参、川芎等,以使瘀热清除,黄疸消退,从而有利于肝脾肿大的回缩。因活血可祛瘀,祛瘀可生新,正所谓“治黄必活血,血行黄易却”,否则不仅有寒凉伤中败胃之弊,而且易变生它证。慢性肝病湿热久羁,化生痰湿,痰浊阻络,痰滞而血瘀;或血阻而瘀,瘀血内阻,津运不畅而生痰,终致痰瘀交结,气机郁滞,肝失疏泄,胆汁淫溢而发黄,故应活血化痰,痰瘀同治。临证常在活血化瘀之基础上加用化痰散结之品,如硝石矾石散以燥湿化痰,软坚散结,如此则痰滞得通,瘀热得清,黄疸必然易于退散,即“治黄必治痰,痰去黄易散”。

3.5 臌胀期

本期相当于失代偿性肝硬化并腹水,多由肝积迁延不愈而来。病机重点为肝脾肾三脏功能失调,气滞、血瘀、水饮互结于腹中,其特点为本虚标实。初、中期为肝郁脾虚,累及于肾,气血水互结;晚期水湿之邪郁久化热,内扰心神,引动肝风,卒生神昏、痉厥、出血等危象。临床以腹部胀大,甚则腹大如鼓为主要特征。辨治思路:①以攻补兼施为要。本病虽属虚中夹实,虚实错杂,但虚实在不同阶段各有侧重。一般初起为肝脾失调,肝郁脾虚;继则肝脾损伤,正虚邪实,终则肝脾肾三脏俱损。证偏重脾肾阳虚、肝肾阴虚者以补虚为主,祛邪为辅;证偏重气滞、瘀血、水饮者应以祛邪为主,补虚为辅。总之,补虚不忘实,泄实不忘虚,切忌一味攻伐,导致正虚邪恋,出现危候。②化瘀行气并重。臌胀的形成始于肝郁脾虚、瘀血内结,故治疗应以化瘀行气并重。因为化瘀是利水的关键,而行气是化瘀的关键。行气与活血配合应用,行气或兼活血,活血必兼行气,使郁滞得散,血络得通,腹水得利。治宜活血化瘀,软坚散

麻柔治疗免疫性血小板减少症经验

李 柳 指导:麻 柔

中国中医科学院西苑医院血液科,北京市海淀区西苑操场 1 号,100091)

通讯方式:liliu19662128@sina.com

麻柔(1945—),男,中国中医科学院西苑医院主任医师,博士研究生导师,中国中医科学院科学技术委员会委员,国家中医药管理局三级实验室“血液细胞实验室”负责人,国家中医药管理局中医内科血液学学科带头人,第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。在中西医结合治疗、研究血液病工作中形成了独到的学术观点和见解,多次获得卫生部、国家中医药管理局及中国中医科学院科技进步奖。

[关键词] 补益法;免疫性血小板减少症;名医经验;麻柔

慢性特发性血小板减少性紫癜,近年已更名为慢性免疫性血小板减少症(cITP),是指病程持续 12 个月以上的免疫性血小板减少症患者,cITP 多发于成年人,起病隐袭,除发现血小板减少、自感乏力外,可无明显症状和体征,多表现血小板计数难以维持在正常生理水平、病情反复和易于复发等特点。cITP 部分病例表现为难治性血小板减少症(rITP)。

1 病机特点

麻老师在临床实践中发现,慢性难治性血小板减少症除检查发现血小板数量减少及少数有轻微出血症状外,可无明显症状和体征,病程长,短则一

年,长者甚至达几十年,表现以“气伤”为特点。近年来,我们在临床中观察到慢性难治性血小板减少患者多数以神疲乏力等气虚证候为主,肌衄、鼻衄、齿衄等出血证候较少。气摄血、脾统血,故脾虚气弱为基本病机,从中医理论“穷必及肾”、“虚久必瘀”及脾之健运有赖于肾之温煦,而气血的生成与脾肾两脏的关系最为密切。因此,我们认为,本病多为病程日久与治疗相关其他因素等所导致脾肾亏虚、阴阳失和之证。其病机主要是脾肾亏虚为本,血溢脉外、瘀阻络脉为标,多数患者还有慢性感染(主要慢性咽炎、扁桃腺炎、尿道炎及胃部幽门螺杆菌感染等)诱发或加重本病。故热毒也为致病之标因。故麻老师辨证治疗以益气健脾、补肾调阴阳兼活血解毒,标本兼治。临床据脾肾虚损程度不同分型治疗,体现出中医同病异治,但其实质是异证异治,为中医辨证论治的具体应用。

2 辨治经验

针对免疫性血小板减少症,目前较公认的发病

结,健脾利水,方用臌胀汤(由肝积汤合五苓散加减而成):(炙)鳖甲 15g,生牡蛎 30g,丹参 30g,川芎 15g,枳壳 15g,(炒)白术 30g,川牛膝、怀牛膝各 15g,赤芍、白芍各 15g,车前草 15g,茯苓 15g,大腹皮 15g,桂枝 9g,牵牛子 12g。方用肝积汤和肝理脾、软坚活血。桂枝辛温通阳,助膀胱、三焦之气化,与白术、茯苓配伍而增强利水之功;二丑荡涤泻下,使腹水从二便分消。随症加减,同肝积汤。唯少腹胀甚,加乌药 15g;阳虚,加鹿角霜 15g。并悬饮者,症见腹胀大如鼓,咳逆倚息不得卧,临证常用疏通合剂(为五子饮、五皮饮、五苓散加减而成)以化气行水,活血通利三焦。用药应注意治腹水不宜过用利尿。因久利伤阴,一再损害肝肾之阴,容易引发吐衄及昏迷。若攻补兼施,肝阴不伤,脾运得健,腹水不再起,则以健脾补肝肾,稍加活血之品,可望带病延年,少数或可治愈。

3.6 肝癌期

本期相当于原发性肝癌,多由肝积及臌胀迁延不愈,湿热血毒入侵,邪凝毒结,脏腑气血虚亏,脾虚湿聚,痰凝血瘀致虚痰瘀毒互结而成。病机特点为本虚标实,虚实夹杂,本虚乃脏腑气血亏虚,标实乃痰瘀毒互结。临床以右胁肿硬疼痛、消瘦、食欲不振、乏力、或有黄疸或昏迷等为主要表现。肝癌患者本虚标实极为明显,临证宜辨虚实,本虚表现为乏力倦怠、形体消瘦、甚至面色萎黄等;标实表现为上腹有坚硬肿物而拒按,甚至伴黄疸、腹水、腹胀闷等,故治宜攻补兼施,扶正祛邪,方用肝积汤或臌胀汤合十全大补汤加减,以达疏肝健脾、软坚散结、化瘀利水、温补气血之功,旨在祛邪不伤正,扶正以达邪,缓缓图之,最大限度地延长患者的生存期,减少痛苦,提高生存率。

(收稿日期:2010-11-26;修回日期:2011-04-06)