

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.23.003

王宪波从湿、热、毒、瘀、虚分型辨治 乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭经验

李斌[✉] 指导：王宪波

首都医科大学附属北京地坛医院，北京市朝阳区京顺东街8号，100015

[摘要] 总结王宪波教授治疗乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭（HBV-ACLF）的临证经验。认为HBV-ACLF属本虚标实之证，以脾虚为本，湿热毒瘀互结为标，提出“解毒凉血重通腑，健脾化湿顾中焦”的治疗观点。临证分型辨治HBV-ACLF，瘀热毒结证治以解毒凉血为法，常用解毒凉血方；湿热毒蕴证治以解毒凉血、健脾化湿为法，常用解毒凉血利湿方；脾虚湿热证治以健脾益气、清热化湿为法，常用解毒凉血健脾方（又称重肝2号方）。

[关键词] 乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭；解毒凉血；健脾化湿；名医经验；王宪波

王宪波（1962—），男，首都医科大学附属北京地坛医院主任医师、教授、博士研究生导师，第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，首批全国优秀中医临床人才，首都名中医。从事临床工作近40年，擅长中西医结合诊治各种肝病、传染病、脾胃病等。在长期临床实践中总结出“解毒凉血重通腑、健脾化湿顾中焦”治疗乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭的学术观点；治疗慢性肝病主张以疏肝解郁，清热化湿为先；治疗肝恶性肿瘤主张扶正与祛邪并重。

慢加急性肝衰竭（acute-on-chronic liver failure, ACLF）是在慢性肝病基础上，由各种诱因引起以凝血功能障碍和黄疸、肝性脑病、腹水等为主要表现的一组临床症候群，在我国以乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭（hepatitis B virus associated acute-on-chronic liver failure, HBV-ACLF）最为多见^[1-2]。HBV-ACLF病情危重，传变迅速，现代医学尚无特效治疗药物^[3]。近年来中医药在HBV-ACLF的临床应用日趋增多，其在改善患者乏力、腹胀、纳差、恶心呕吐等症状方面优势明显，还能辅助西医治疗以提高临床疗效、降低病死率、改善肝功能和凝血功能等^[4-6]。王宪波教授擅长中西医结合治疗该病，认为HBV-ACLF基本病机集中在“湿、热、毒、

瘀、虚”五个方面，提出“解毒凉血重通腑，健脾化湿顾中焦”^[7]的治疗观点，已取得较好的临床疗效^[5-8]。现将王老师从湿、热、毒、瘀、虚分型辨治HBV-ACLF的临证经验总结如下。

1 湿热毒瘀为邪实，脾虚失运为本虚

HBV-ACLF属中医学“黄疸”重症范畴，又称“急黄”“瘟黄”^[1]，如巢元方《诸病源候论》曰：“脾胃有热，谷气郁蒸，因热毒所加，故猝然发黄，心满气喘，命在顷刻，故云急黄也”。王老师认为，HBV-ACLF属本虚标实之证，本虚在乎脾虚失运，邪实不离湿、热、毒、瘀，四者相互胶结，损伤肝体，诱发HBV-ACLF。

1.1 邪实以湿、热、毒、瘀为主

《素问·六元正纪大论篇》曰：“溽暑湿热相薄……民病黄瘥而为肘肿”，《金匮要略·黄疸病脉证并治》云：“脾色必黄，瘀热以行”，说明黄疸与湿、热、瘀关系密切。唐宗海《金匮要略浅注补正》亦指出：“瘀热以行，一个瘀字，便见其黄皆发于血分，凡气分之热不得称瘀，小便黄赤短涩而不发黄者多矣……故必血分湿热乃发黄也。”王老师认为，HBV-ACLF的病理因素除湿、热、瘀之外，还包括疫毒。此疫毒多属湿热之邪，其既为肝病之始，又贯肝病之末^[7]。乙型病毒性肝炎属于中

基金项目：国家自然科学基金（81774234）

✉ 通讯作者：may151515@sina.com

医学“疫病”范畴，肝木为肾水之子、心火之母，处于水火之间，水火失调，水液输布失常则聚而成湿，火邪亢盛而生热，湿热易袭肝木，故认为乙型肝炎病毒性属湿热疫毒。

湿热疫毒侵袭机体，因湿性重浊黏腻，易阻滞气机，气病及血，致湿热疫毒入于血分，稽留而不得速解，日久伤及血分。初则血滞不行，久则热毒熏蒸而炼血成瘀，或热毒伤络致血外溢成瘀，或热毒耗伤阴津致血凝成瘀，正如《血证论》所言：“血受热则煎熬成块”。湿热毒瘀胶结为患，致使肝之体用俱损，累及胆腑，胆汁外溢，浸淫肌肤，下注膀胱，则见身目、小便俱黄；肝失疏泄，气机失常，腑气不通，浊气上冲，则见食欲不振、恶心呕吐、腹胀；湿热疫毒化火，迫血妄行，则见呕血、便血；热、毒、瘀炽盛，深入营血，逆传心包，则生变证，可见高热、神昏谵语、抽搐等。综上，湿热疫毒是 HBV-ACLF 的发病之因，与内生之瘀血胶结为患，最终形成湿、热、毒、瘀胶结难解的局面，从而加重肝脏损害，加速病情进展。

1.2 本虚以脾虚失运为主

王老师指出，正气虚损是 HBV-ACLF 发病的关键内因，尤以脾虚为甚。脾为后天之本，气血生化之源，正气充足与脾之健运密切相关，正如《脾胃论·脾胃虚实传变论》所言：“元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气……脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之所由生也”。在 HBV-ACLF 发生发展过程中，脾虚的形成原因有三：其一，肝病及脾。肝属木、脾属土，肝脾二脏以气机相调、营血互养而相互为用，脾土运化正常有赖于肝木疏达之性，肝木亦靠脾土灌溉而得以滋养。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》言：“见肝之病，知肝传脾。”肝气亢盛，疏泄太过，则木旺乘土；肝之不及，失于疏泄，则木不疏土，故肝病日久可致脾病，乙型病毒性肝炎病久多有倦怠乏力、食欲不振、腹胀等脾虚之象。其二，湿热之邪与脾虚互为因果。脾喜燥恶湿，外感湿热之邪易困厄脾土致脾虚失运，而脾虚又易生湿化热，二者相互影响，形成恶性循环，加重脾虚失运。其三，药物损伤脾胃。乙型肝炎病毒性属湿热疫毒^[7]，治疗常以解毒凉血为法，此类药物多为苦寒之品，久服则伤脾胃。以上病因均可引起脾虚失运，气机不畅则气滞血瘀，或湿热内生则煎熬津血，蕴久化为瘀毒，与外来湿热疫毒相合，加速肝之体用的衰败，

形成 HBV-ACLF。

2 解毒凉血重通腑，健脾化湿顾中焦

王老师强调，HBV-ACLF 进展快，传变迅速，病情危重，及早治疗对阻断病情进展尤为重要。鉴于 HBV-ACLF 之病因病机，结合“解毒凉血重通腑，健脾化湿顾中焦”^[7]的治疗观点，临证常用清热解毒、凉血化瘀、健脾化湿等法分型辨治，治法各有侧重。

2.1 瘀热毒结证

瘀热毒结证常见症状为身黄、目黄、困倦乏力、恶心呕吐、厌食，伴见发热，口干口苦，脘腹胀满，大便溏泄或秘结，小便黄赤而短少，舌暗红或紫暗有瘀斑、瘀点，舌苔黄腻，脉数。治以解毒凉血为法，自拟解毒凉血方，药物组成：茵陈 30 g，大黄 6~15 g，栀子 15 g，黄芩 15 g，蒲公英 30 g，生地黄 15 g，赤芍 30 g，丹参 15 g，牡丹皮 15 g，紫草 15 g，郁金 15 g，麸炒白术 15 g，茯苓 15 g，陈皮 15 g。此方由茵陈蒿汤化裁而来，方中茵陈、大黄二药是王老师用于清热解毒退黄的常用药对，茵陈清热利湿退黄，若见舌红、脉洪数、身热烦渴甚则神昏等毒热症状较重或胆红素水平升高明显（如总胆红素 $>171 \mu\text{mol/L}$ ），可用至 60 g；大黄解毒凉血化瘀兼利胆退黄，毒热症状较重时多用 15 g，且大黄生用泻热通便效佳，通腑泄浊以解瘀热毒邪。栀子、黄芩、蒲公英清热泻火解毒；旧血不去，新血不生，重用赤芍清热凉血、活血散瘀，其配伍不同药物时功效各有侧重，伍丹参增强活血化瘀之力，伍生地黄增强清热凉血之力，伍紫草增强凉血解毒之力，伍牡丹皮则长于清血分实热；郁金行气凉血，助瘀热得行，又兼利胆退黄；茯苓、白术、陈皮健脾益气，以防寒凉药物较多而伤正。全方凉血而不滞血，活血而不破血，解毒而不伤正。若患者呃逆、呕吐明显，可少量频服，常每次 50 ml、每日 4 次口服。现代研究^[6,9-10]显示，解毒凉血方可抑制免疫损伤，在改善肝功能及凝血功能、降低血清内毒素方面作用显著，能够缓解病情进展，降低 HBV-ACLF 的发病率及病死率。

2.2 湿热毒蕴证

湿热毒蕴证常见肝经实火表现，如身目发黄，头痛目赤，胁痛，口苦，耳聋，小便色黄淋浊，舌红，苔黄腻，脉弦数有力等。治以解毒凉血、健脾化湿为法，自拟解毒凉血利湿方，药物组成：茵陈

15 g, 龙胆 15 g, 栀子 15 g, 黄芩 15 g, 升麻 15 g, 车前子 30 g, 生地黄 15 g, 泽泻 15 g, 牡丹皮 15 g, 丹参 15 g, 麸炒白术 15 g, 茯苓 15 g。此方由龙胆泻肝汤化裁而来, 方以茵陈配伍大苦大寒之龙胆上清肝胆实火, 下泻肝胆湿热, 达泻火除湿退黄之功; 黄芩、栀子泻火解毒、清热燥湿, 配伍微寒之升麻可增强茵陈清热除湿之功; 车前子、泽泻渗湿泄热, 导湿热毒邪从水道而去, 使邪有出路; 白术、茯苓健脾化湿, 使津液得以输布, 则湿热不生; 肝经实火易伤阴血, 方中苦燥渗利之品亦可伤阴, 故用生地黄养阴生津; 丹参活血祛瘀通经, 牡丹皮凉血散瘀, 以防湿热毒蕴久成瘀。全方清热泻火, 化湿解毒, 凉血祛瘀, 又兼顾滋阴润燥, 使湿热毒去而阴不伤。此方中寒凉之品用量已较多, 各药物剂量不宜再加大, 宜中病即止, 谨防祛邪太过而伤正。现代研究^[5]显示, 解毒凉血利湿方加减联合西药的治疗方案能降低 HBV-ACLF 前期的病情进展率, 提高治疗有效率, 改善预后。

2.3 脾虚湿热证

脾虚湿热证常见症状为面色萎黄, 胸膈痞闷, 恶心呕吐, 少气懒言, 不思饮食, 动则气短或头眩心悸, 便溏, 舌淡, 脉洪大而虚或脉弱。治以健脾益气、清热利湿为法, 自拟解毒凉血健脾方(又称重肝2号方), 药物组成: 黄芪 30 g, 党参 15 g, 茵陈 30 g, 麸炒白术 30 g, 茯苓 30 g, 赤芍 30 g, 生地黄 15 g, 升麻 15 g, 陈皮 15 g, 法半夏 9 g, 山楂 30 g, 大黄 10 g。此方由补中益气汤化裁而来, 方中黄芪配伍党参补中益气、升阳固表; 白术配伍茯苓健脾益气兼利湿, 若见便秘严重, 可将麸炒白术换为生白术以增强润肠通便之效; 陈皮行气化滞, 与法半夏同用取二陈汤燥湿化痰之效, 又可防补益之品阻遏气机; 升麻既能协同党参、黄芪升举脾阳, 又能与茵陈、大黄合用增强清热解毒、利湿退黄之功; 赤芍、生地黄清热凉血生津, 山楂健胃消食兼行气散瘀, 助血行而消湿热。全方以健脾益气为主, 清热利湿退黄为辅, 使中州运化正常, 气血生化有源, 则正气得复, 湿热得去, 肝体得养。现代研究^[8]显示, 解毒凉血健脾方能提高早中期 HBV-ACLF 患者的治疗有效率, 改善肝功能和凝血功能, 降低中性粒细胞与淋巴细胞比值。

2.4 随症加减, 灵活运用

临证时兼肝郁气滞者, 如情志抑郁、喜叹息、乳房胀痛、胁肋不适等, 加柴胡、白芍、陈皮、青

皮疏肝理气; 兼肝肾阴虚者, 如腰酸胁痛、眩晕、耳鸣、遗精、头发及牙齿干枯不荣、失眠多梦等, 加女贞子、墨旱莲、枸杞子滋养肝肾; 兼气滞血瘀者, 如胸胁胀痛、胁下痞块、走窜疼痛, 肿块刺痛拒按、急躁易怒等, 加枳壳、川芎、郁金行气活血止痛; 伴脘腹痞闷胀满明显者, 加山药、薏苡仁健脾化湿, 加瓜蒌、木香、枳实行气消痞; 伴食欲不振明显者, 加鸡内金、焦三仙健脾开胃消食; 伴失眠者, 加酸枣仁、百合、煅龙骨、煅牡蛎宁心安神; 伴腹水者, 加白茅根、玉米须、车前子、车前草利水消肿; 有出血倾向者, 加三七粉、茜草凉血止血; 黄疸消退缓慢或者不退者, 茵陈多用至 60 g, 另加金钱草加强清热化湿退黄之效。

3 病案举隅

患者, 男, 42 岁, 2021 年 6 月 3 日初诊。主诉: 反复乏力 3 年, 身黄、目黄、小便黄 4 天。患者 3 年前体检发现乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)阳性, 自觉乏力, 无纳差、肝区不适等症状, 未予重视, 未进行肝功能及乙型肝炎病毒定量检测等系统检查, 后乏力反复发作, 但未系统治疗。近半月工作劳累, 4 天前出现身黄、目黄、小便黄, 2 天前于当地医院查肝功能: 丙氨酸氨基转移酶(ALT) 1077 U/L, 门冬氨酸氨基转移酶(AST) 1071 U/L, 总胆红素(TBIL) 298.9 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素(DBIL) 222.6 $\mu\text{mol/L}$, 胆碱酯酶(CHE) 2616 U/L; 凝血功能: 凝血酶原活动度(PTA) 42%; HBsAg、乙型肝炎病毒 e 抗原(HBeAg)、乙型肝炎病毒核心抗体(HBeAb)均为阳性; 甲、丙、戊型肝炎病毒抗体均为阴性。予保肝、退黄治疗(具体治疗不详)后未见明显好转, 为进一步系统治疗收入首都医科大学附属北京地坛医院。

入院症见: 精神差, 乏力, 消瘦, 身目深黄色, 腹胀, 纳差, 进食量减少至原来一半, 眠可, 小便黄如浓茶色, 大便质干、排出困难、一二日一行。舌暗红、苔黄, 脉滑数。查体: 体温 37.1 $^{\circ}\text{C}$, 心率 80 次/分, 呼吸 17 次/分, 血压 120/80 mmHg, 肝病面容, 肝掌可疑阳性, 蜘蛛痣阴性, 周身未见瘀点、瘀斑及皮下出血, 皮肤及双侧巩膜重度黄染, 腹部柔软, 全腹无压痛及反跳痛, 肝剑突下 5 cm 可及, 脾肋下 3 cm 可及, 质韧, 肝区叩痛阳性, 移动性浊音阳性, 扑翼样震颤阴性。肝功能: ALT 432.2 U/L, AST 300.0 U/L, TBIL 303.9 $\mu\text{mol/L}$,

DBIL 231.1 $\mu\text{mol/L}$, CHE 2633 U/L, 白蛋白(ALB) 32.3 g/L; 凝血功能: PTA 37%; 血常规: 血小板计数(PLT) $145 \times 10^9/\text{L}$, 血红蛋白(HGB) 134 g/L, 红细胞计数(RBC) $4.31 \times 10^{12}/\text{L}$, 中性粒细胞百分比(NE%) 61.90%, 白细胞计数(WBC) $6.98 \times 10^9/\text{L}$; 血氨(NH₃) 21 $\mu\text{mol/L}$; 甲胎蛋白(AFP) 199.84 ng/ml, 乙型肝炎病毒定量(HBV DNA) $1.20\text{E}+5$ IU/ml; 腹部增强核磁共振提示肝硬化, 肝脏弥漫再生结节形成、脾大, 食管胃底静脉曲张, 腹水。西医诊断: 乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭, 肝硬化; 中医诊断: 黄疸(瘀热毒结证)。治以解毒凉血为法, 予解毒凉血方。处方: 茵陈30 g, 大黄15 g, 栀子15 g, 生地黄15 g, 黄芩15 g, 赤芍30 g, 蒲公英30 g, 郁金15 g, 丹参15 g, 牡丹皮15 g, 紫草15 g, 麸炒白术15 g, 茯苓15 g, 陈皮15 g。7剂, 每日1剂, 水煎共300 ml, 分早晚两次服用。同时西医常规予晚间睡前口服恩替卡韦分散片0.5 mg 每日1次以抗病毒治疗, 口服水飞蓟宾葡甲胺片每次0.2 g、每日3次, 静脉点滴注射用复方甘草酸苷200 mg 每日1次以保肝治疗。

2021年6月10日二诊: 患者精神较前好转, 乏力减轻, 食欲略有恢复, 身目及小便黄、腹胀症状仍明显, 大便质软、一二日一行。舌暗红, 苔黄, 脉涩。查体: 双下肢中度水肿, 皮肤及双侧巩膜重度黄染, 移动性浊音阳性。予初诊方将茵陈增量至45 g, 另加白茅根30 g, 泽兰、泽泻、桃仁各15 g, 焦三仙各15 g。14剂, 每日1剂, 煎服法同前。西医治疗同前。

2021年6月24日三诊: 患者精神明显好转, 乏力改善, 皮肤及双侧巩膜中度黄染, 小便黄减轻, 腹胀减轻, 偶有肝区隐隐不适, 口渴不欲饮, 双下肢无水肿, 进食量恢复如常, 便溏、每日2~4次。舌淡, 苔薄白, 脉弦细。予二诊方去白茅根、泽兰、泽泻、焦三仙, 加党参、黄芪、北柴胡各15 g。16剂, 每日1剂, 煎服法同前。西医治疗同前。

2021年7月10日四诊: 患者精神佳, 已无乏力、腹胀, 皮肤及双侧巩膜轻度黄染, 小便淡黄色, 肝区不适症状消失, 偶有口渴, 纳可, 大便稀软、每日2~4次。舌淡、苔薄, 脉弦细。复查肝功能: ALT 23 U/L, AST 42.4 U/L, TBIL 36.5 $\mu\text{mol/L}$, DBIL 25.4 $\mu\text{mol/L}$, CHE 2166 U/L, ALB 39.2 g/L; AFP 5.8 ng/ml; PTA 69%; HBV DNA $2.25\text{E}+3$ IU/ml;

腹部B超: 未见腹水。患者各项检查指标明显好转, 临床症状改善, 考虑已度过肝衰竭急性期, 病情稳定出院。嘱患者出院后继服三诊方14剂巩固治疗, 继服恩替卡韦抗病毒药物。

后患者于门诊随诊两次, 末次就诊时间为2021年8月10日, 精神佳, 体力好, 无身黄、目黄、小便黄等不适症状, 纳眠可, 大便质软成形、每日1次, 舌淡红, 苔薄白, 脉细。复查肝功能: ALT 21 U/L, AST 12.5 U/L, TBIL 16.5 $\mu\text{mol/L}$, DBIL 9.4 $\mu\text{mol/L}$, CHE 6536 U/L, ALB 42.2 g/L; PTA 100%; HBV DNA <20 IU/ml。嘱停用中药汤剂, 继服恩替卡韦抗病毒药物。2023年4月27日电话随访, 患者病情未见复发, 多次复查肝功能均正常。

按语: 本例患者属HBV-ACLF, 急性发病, 病情重。疫毒客体, 稽留不解而化热, 入血伤及血分致瘀血内生, 瘀热毒胶结, 损伤肝胆, 致胆汁外溢, 浸淫肌肤, 下注膀胱, 故见身目、小便俱黄; 精神差、乏力、腹胀、纳差、大便干等亦符合瘀热毒结证表现。结合舌脉, 辨证为瘀热毒结, 故予解毒凉血方配合西医治疗。二诊时患者身目及小便黄、腹胀仍明显, 腹水伴双下肢中度水肿, 考虑瘀热毒邪仍较重, 且有水湿停聚, 故增加茵陈剂量以加强清热利湿退黄之力, 另加桃仁、白茅根、泽兰、泽泻活血化瘀、清热利水; 食欲略有恢复, 加焦三仙健运脾胃。三诊时患者黄疸症状减轻, 乏力、纳差好转, 但可见肝区隐隐不适、便溏、口渴不欲饮, 结合舌脉提示瘀热毒邪渐退, 正气亏虚, 故去二诊方中白茅根、泽兰、泽泻以减轻清热活血利水之力, 防祛邪太过而加重正虚, 加党参、黄芪、柴胡取补中益气汤益气健脾之效; 进食量恢复如常, 故去焦三仙。四诊时患者已度过肝衰竭急性期, 病情好转出院, 治疗有效, 故予三诊方巩固疗效。治疗全程紧抓疾病的主要矛盾, 根据病情轻重缓急、正邪交争虚实表现, 治则治法有主次之分, 或以解毒凉血祛邪为主, 或以健脾补中为要, 多法并用, 取得良好疗效。

参考文献

- [1] 中华中医药学会. 慢加急性肝衰竭中医临床诊疗指南[J]. 临床肝胆病杂志, 2019, 35(3): 494-503.
- [2] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组, 中华医学会肝病学分会重型肝病与人工肝学组. 肝衰竭诊治指南(2018年版)[J]. 临床肝胆病杂志, 2019, 35(1): 38-44.
- [3] 中国中西医结合学会传染病专业委员会, 中国中西医结合

- 合学会肝病专业委员会, 中华中医药学会肝胆病分会. HBV 相关慢加急性肝衰竭中西医结合诊疗推荐意见[J]. 临床肝胆病杂志, 2019, 35(6): 1215-1221.
- [4] 朱冰冰, 陈宇, 高方媛, 等. 凉血解毒法治疗乙肝慢加急性肝衰竭疗效的 Meta 分析[J]. 世界中医药, 2022, 17(8): 1086-1094.
- [5] 刘慧敏, 高方媛, 江宇泳, 等. 解毒凉血利湿方加减联合西药治疗乙型肝炎慢加急性肝衰竭前期 30 例临床观察[J]. 中医杂志, 2018, 59(1): 41-45.
- [6] 刘慧敏, 王宪波, 侯艺鑫, 等. 解毒凉血方联合西药治疗乙型肝炎慢加急性肝衰竭患者 64 例临床观察[J]. 中医杂志, 2013, 54(21): 1829-1833.
- [7] 王宪波, 李斌, 刘慧敏, 等. 解毒凉血、健脾化湿法治疗乙型肝炎慢加急性肝功能衰竭体会[J]. 中医杂志, 2012, 53(20): 1772-1776.
- [8] 时克, 侯艺鑫, 侯杰, 等. 解毒凉血健脾方治疗早中期乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭的效果观察[J]. 临床肝胆病杂志, 2021, 37(5): 1065-1069.
- [9] 吴云忠, 王宪波, 叶航, 等. 基于 MELD 评价解毒凉血法治疗慢性乙型重型肝炎的疗效[J]. 临床肝胆病杂志, 2011, 27(5): 467-470.
- [10] 刘慧敏, 王宪波, 侯艺鑫, 等. 解毒凉血方加减治疗乙型肝炎慢加急性肝衰竭的随机对照临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(4): 412-417.

Experience of Professor WANG Xianbo in Treating Hepatitis B Virus Associated Acute-on-Chronic Liver Failure by Differentiating Syndromes from Dampness, Heat, Toxicity, Stasis and Deficiency

LI Bin

Beijing Ditan Hospital, Capital Medical University, Beijing, 100015

ABSTRACT By summarising Professor WANG Xianbo's clinical experience in treating hepatitis B virus associated acute-on-chronic liver failure (HBV-ACLF), it is believed that HBV-ACLF is a syndrome of root-cause deficiency and manifestation excess, with spleen deficiency as the root cause and dampness-heat-toxicity-blood stasis as the manifestation, and the therapeutic methods proposed as "detoxification and cooling of the blood to promote circulation of the internal organs, and strengthening spleen and resolving dampness to take care of the middle energizer". In the treatment of HBV-ACLF, for syndrome of stasis-heat-toxicity mass, it was common to use the *Jiedu Liangxue Formula* (解毒凉血方) by detoxifying and cooling blood; For syndrome of dampness-heat-toxicity mass, it was common to use in the *Jiedu Liangxue Lishi Formula* (解毒凉血利湿方) by detoxifying and cooling the blood, strengthening the spleen and resolving dampness; For syndrome of spleen-deficiency and dampness-heat, it was common to use in the *Jiedu Liangxue Jianpi Formula* (解毒凉血健脾方, also known as *Zhonggan No. 2 Formula*) by strengthening the spleen and reple-nishing *qi*, clearing heat and resolving dampness.

Keywords hepatitis B virus associated acute-on-chronic liver failure; detoxifying and cooling blood; strengthening the spleen and resolving dampness; experience of famous doctors; WANG Xianbo

(收稿日期: 2023-04-06; 修回日期: 2023-09-01)

[编辑: 姜冰]