

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.11.003

周仲瑛从虚实相因辨治肝炎肝硬化经验

豆晓云, 陈潇颖, 补娟娟, 孙萌, 叶放✉

南京中医药大学, 江苏省南京市栖霞区仙林大道 138 号, 210023

[摘要] 总结周仲瑛教授从虚实相因辨治肝炎肝硬化的临证经验。认为肝炎肝硬化病机总属本虚标实, 以肝、脾、肾虚损为本, 湿热瘀毒郁结为标, 且虚实相因为患, 主张治疗以清化邪实、补虚扶正为总则。肝炎肝硬化早期以邪实亢盛为主, 治宜清化湿热瘀毒、兼顾调理脾胃, 方选茵陈蒿汤合鳖甲煎丸加减。肝炎肝硬化中晚期多见虚实夹杂证, 治宜清化湿热瘀毒、调补肝脾肾, 常用清热祛湿、化瘀解毒之品治标, 并根据本虚之肝脾不调、肝肾阴虚、肝脾肾俱虚三证, 分别配伍六君子汤、一贯煎合二至丸、补中益气汤加减治疗。

[关键词] 肝炎肝硬化; 虚实; 名医经验; 周仲瑛

周仲瑛 (1928—2023), 男, 南京中医药大学教授, 首届国医大师, 第一、第三、第四、第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 第一批国家级非物质文化遗产项目“中医诊法”代表性传承人。从事中医内科临床、教学、科研工作 70 余年, 擅长治疗各种急重症、疑难杂症, 提出审证求机论、辨证五性论、瘀热论、湿热论、癌毒论、复合病机论、复法组方论等学术观点。在此基础上, 以病机十三条为纲, 脏腑病机为内核, 构建了中医病机辨治新体系。

肝硬化是由多种病因引起的以弥漫性肝细胞变性坏死、肝细胞异常再生、肝内血管新生、肝脏纤维组织大量增生和假小叶形成为组织学特征的慢性进行性疾病^[1]。在我国引起肝硬化的主要病因是肝炎, 其中以慢性乙型肝炎多见^[1]。目前中西医结合治疗是提高肝炎肝硬化疗效的重要途径, 其能够提高肝纤维化、肝硬化的逆转率, 降低食管胃静脉曲张破裂出血率, 减少肝硬化患者肝细胞癌的发生率, 提高失代偿期肝硬化患者的五年生存率^[2-3]。周仲瑛教授对肝炎肝硬化的治疗颇有经验, 认为该病病理因素复杂、病位多端, 病机总属本虚标实, 本虚责之肝、脾、肾虚损, 标实以湿热瘀毒郁结为主^[4-6], 且虚实常相因为患。临证主张详辨虚实主次, 把握好扶正与祛邪的尺度, 善用经典方剂加减

治疗。现将周老师对肝炎肝硬化进程中邪正虚实多寡不同阶段的辨证用药经验总结如下。

1 肝炎肝硬化病程多虚实相因为患

从慢性肝炎隐匿进展, 到肝硬化代偿期乃至失代偿期出现明显的临床并发症过程中, 正邪不断交争, 正气不断被邪气克伐消灼^[7]。而不同患者在不同阶段邪实与正虚表现出的主次、轻重、标本、缓急等并不相同。周老师认为, 在各种类型慢性肝炎逐渐发展到肝纤维化—肝硬化代偿期和失代偿期的过程中, 正虚与邪实之间相因为患, 既有因实致虚, 也同时存在因虚致实, 虚实夹杂, 使得病情复杂难治。

1.1 邪实以湿热瘀毒郁结为主

周老师认为, 湿热瘀毒郁结是肝炎肝硬化的基本病机, 贯穿疾病始终, 其高度概括了患者邪实表现的内在病机。如有研究^[8]表明, 湿热、瘀血、气滞是肝炎肝硬化的主要病性证素。其中, 湿热多为肝炎肝硬化的始发因素和发病基础^[6, 9], 且肝炎病毒具有湿热性质, 多属湿热疫毒^[10]。若外感湿热疫毒, 或酒食不节、情志失畅、劳倦过度等损伤脏腑气血致湿热蕴生, 湿性黏滞, 易困阻气机, 火热升腾耗气, 湿热相合最易阻滞耗伤气机, 气滞则血瘀。湿热久羁, 又可深入血分, 酿血成瘀, 正如《丹溪心法》所云: “血受湿热, 久必凝浊”。同时瘀血作为新的病理产物, 又可化热生湿, 如《血证

基金项目: 中国中医科学院学部委员学术传承与传播专项 (CI2022E028XB); 江苏省科技项目 (BE2019723)

✉ 通讯作者: yefang973@163.com

论·瘀血》中“瘀血在肌肉，则翕翕发热”与“瘀血在腠理，则荣卫不和，发热恶寒”均提示瘀血生热。瘀血和水湿均是气血津液代谢异常所形成的病理产物，津血同源，瘀血阻络，津液不循常道，聚而成湿，即《金匮要略》中“血不利则为水”。湿热生瘀，瘀致湿热，湿、热、瘀相互胶结为患，阻滞气机，久羁酿毒，形成湿热瘀毒郁结的病理状态，加之患者多有忧思郁怒等情志不畅表现，易使肝气郁结，气郁化火，加重诸邪困遏肝胆，而见腹胀、乏力纳差、胸胁胀满疼痛、口干口苦、黄疸等多种肝炎肝硬化表现。需指出的是，周老师认为肝炎肝硬化的形成与“毒”并非直接相关^[10]，而是在慢性肝炎病程中，邪正交争，诸邪持续损伤肝体，逐渐形成肝纤维化，最终导致肝硬化。故认为湿热瘀毒郁结病机中的“毒”不仅包含疫毒之邪，还蕴含邪气偏盛即为毒或邪气不解久羁酿毒之意。此“毒”体现了肝炎肝硬化进程中湿、热、瘀、郁相互胶结，兼夹、转化、缠绵难解的病理状况。

1.2 正虚以肝、脾、肾虚损为主

周老师认为，肝炎肝硬化的病位主要在肝、脾、肾，三脏气血阴阳虚损是正气愈虚的主要内因。慢性肝炎病久，耗伤肝之气血阴阳，肝失疏泄，木郁乘土伤脾，则脾失健运，气血生化乏源，加之湿热之邪易犯中焦，加重土壅木郁，常见胁肋隐痛、脘腹胀满、便溏等肝脾不调表现。肝肾同源，肝主藏血，肾主藏精，肝病日久耗血伤阴，则精血亦亏，而见肝区隐痛、眩晕、腰膝酸软等肝肾阴虚表现。随着肝炎肝硬化病程的延长，正气愈虚，湿热瘀毒郁久羁耗伤气血，劫夺阴液，终致肝脾肾三脏气血阴阳虚损，疾病难愈，甚则恶化。

1.3 正虚与邪实相因为患

湿热瘀毒郁结与肝脾肾虚损常相互影响，相因为患。周老师指出，湿热瘀毒郁结的本质是气血津液代谢失调，诸邪久羁体内，损伤脏腑功能。气血津液的生成、输布、排泄与脏腑功能密切相关。肝脾肾虚损影响气血津液的正常代谢，产生湿、热、瘀、毒、郁，加剧邪盛之势；而湿热瘀毒郁结又可损伤肝脾肾三脏的气血阴阳，加重三脏虚损，形成因实致虚、因虚致实，虚实相因为患的恶性循环。基于此，周老师临证以虚实病机为纲，详辨邪正虚实，抓住矛盾的主要方面，把握虚实兼夹的不同状态，分清病机主次，确立相应的治则治法。

2 以清化邪实，补虚扶正为治疗总则

根据肝炎肝硬化正虚邪实的病机特点，周老师主张治疗以清化邪实、补虚扶正为总则，清化湿热瘀毒治其标，培补肝脾肾治其本。因该病不同阶段的虚实病机各有侧重，治疗应把握扶正与祛邪的尺度。

2.1 早期以祛邪为主：清化湿热瘀毒，兼顾调理脾胃

肝炎肝硬化早期多属肝硬化代偿期，此期以邪实亢盛为主，正气尚未虚，患者一般无明显特异性临床症状，亦可出现身目俱黄，口干口苦，胁肋疼痛，恶心呕吐，脘腹胀满，大便秘结，小便黄赤，舌红或暗红，苔黄腻，脉弦滑数等症状。治以清化湿热瘀毒为主，方选茵陈蒿汤合鳖甲煎丸加减，组成：茵陈 20 g，虎杖 15 g，垂盆草 30 g，赤芍 10 g，牡丹皮 10 g，丹参 10 g，醋北柴胡 5 g，郁金 10 g，醋鳖甲 15 g（先煎），炒鸡内金 10 g，炙甘草 3 g。此方为清化湿热瘀毒基本方，方中茵陈、虎杖、垂盆草清热解暑，利湿退黄；赤芍、牡丹皮、丹参清热凉血，活血化瘀；柴胡、郁金疏肝解郁，郁金还兼顾活血化瘀、利胆退黄。现代研究表明，郁金水煎剂对四氯化碳所致小鼠急性肝损伤有一定的拮抗作用，其作用机制可能与下调肝细胞凋亡基因 p53 和半胱氨酸蛋白酶 3 的表达，进而阻碍肝细胞凋亡有关^[11]，故认为郁金可在一定程度上改善肝炎肝硬化的肝损伤现象。湿热瘀毒易耗伤肝阴，鳖甲功善滋养阴血，同时可软坚散结消癥；鸡内金健运脾胃，炙甘草补脾和胃兼调和诸药，二者配伍以防寒凉药物碍胃。全方重在祛除湿热瘀毒之邪，邪气除则气机畅，气郁亦得解，同时兼顾调理脾胃，以顾护后天之本。

若湿热偏重，症见身目黄色鲜明、头身困重等，常加黄芩、栀子、苍术、黄柏、熟大黄、地锦草、龙胆、鸡骨草、酢浆草等清热利湿退黄；若瘀血偏重，症见面色晦暗、皮肤瘀点瘀斑、舌暗等，常加桃仁、红花、三七、土鳖虫、水蛭等活血化瘀消癥；若瘀热偏重，症见身目色黄如金、肝掌、蜘蛛痣、身热烦渴、舌红绛或紫暗等，常加水牛角、紫草、茜草、马鞭草等清热凉血散瘀；若瘀毒偏重，症见胁下肿块坚硬、刺痛，面色黧黑，舌暗伴有瘀斑、瘀点等，常加白花蛇舌草、土茯苓、山慈菇、半枝莲、仙鹤草、石打穿等清热解毒，化瘀散结；若气郁偏重，症见胸胁胀满疼痛、情绪抑郁

等,常加香附、枳壳、青皮等行气解郁。此期用药以苦寒为主,易伤脾胃,虽正气尚存,仍应注意顾护脾胃。如对于脾胃不虚者,可酌加砂仁、神曲顾护脾胃,以未病先防;对于脘腹胀满疼痛、纳食减少等脾胃虚弱者,常加陈皮、香附、炒谷芽、炒麦芽、山楂、神曲、莱菔子等理气健脾和胃;对于口干口苦、胃胀、腹胀纳差等肝脾不调明显者,可合用六君子汤健脾益气。

2.2 中晚期宜扶正祛邪:清化湿热瘀毒,调补肝脾肾

肝炎肝硬化中晚期多属肝硬化失代偿期,多见虚实夹杂证,肝脾肾三脏虚损,湿热毒瘀郁留,治当虚实兼顾,清化湿热瘀毒的同时调补肝脾肾。

2.2.1 清化湿热瘀毒,疏肝健脾

临床若见胁肋隐痛,疲劳乏力,脘腹痞满,纳差,口干口苦,肝脾肿大,便溏,舌红或暗红,苔黄腻,脉细弦滑等,病机多属湿热瘀毒郁结、肝脾不调。治当清化湿热瘀毒、疏肝健脾,方选清化湿热瘀毒基本方配伍六君子汤加减,组成:垂盆草 30 g,地锦草 15 g,鸡骨草 15 g,白花蛇舌草 20 g,苍术 10 g,黄柏 10 g,赤芍 10 g,牡丹皮 10 g,丹参 15 g,醋鳖甲 10 g (先煎),醋北柴胡 5 g,炒鸡内金 10 g,太子参 12 g,党参 10 g,麸炒白术 10 g,茯苓 10 g,法半夏 10 g,陈皮 6 g,青皮 6 g,山药 15 g,焦神曲 10 g,砂仁 3 g (后下),炙甘草 3 g。方中垂盆草、地锦草、鸡骨草、白花蛇舌草、苍术、黄柏合用共奏清热解毒,祛湿退黄之功;赤芍、牡丹皮、丹参、鳖甲活血化瘀消癥;鸡内金、太子参、党参、白术、茯苓、陈皮、青皮、山药、焦神曲、砂仁共奏益气健脾助运之功,理脾重于补脾,可防滋腻碍胃、生湿;法半夏燥湿散结;柴胡疏肝解郁又可引诸药入肝经;炙甘草调和诸药。全方清热祛湿,化瘀解毒,疏肝益气,健脾助运,扶正与祛邪并重。

2.2.2 清化湿热瘀毒,滋养肝肾

临床若见肝区隐痛,眩晕耳鸣,眼目干涩,腰膝酸软,手足心热,遗精,盗汗,舌暗红,苔薄黄腻,脉细弦数等,病机多属湿热瘀毒郁结、肝肾阴虚。治当清化湿热瘀毒、滋养肝肾,方选清化湿热瘀毒基本方合一贯煎、二至丸加减,组成:垂盆草 30 g,夏枯草 10 g,老鹳草 15 g,牡丹皮 12 g,丹参 12 g,醋鳖甲 15 g (先煎),地骨皮 12 g,生地黄 12 g,山萸肉 10 g,枸杞子 10 g,酒女贞子 10 g,墨旱莲 10 g,北沙参 10 g,麦冬 10 g,石斛 10 g,川楝子 10 g。方中垂盆草、夏枯草、老鹳草清热化湿解毒;牡丹

皮、丹参凉血活血化瘀;鳖甲、地骨皮滋阴泻火;生地黄、山萸肉、枸杞子、女贞子、墨旱莲滋养肝肾;北沙参、麦冬、石斛养阴生津;川楝子疏肝行气兼清泻肝火。全方清补并用,用药偏于凉润,以防温燥伤阴。现代研究表明,一贯煎具有多途径、多层次、多靶点防治肝硬化的作用,其机制可能与抗氧化应激、改善肝脏炎症及肝窦血管化、抑制肝星状细胞活化、促进肝细胞再生等有关^[12];老鹳草素对 D-氨基半乳糖诱导的小鼠急性肝损伤具有显著的保护作用,其保肝作用机制可能与抑制氧化应激、炎症反应、Toll 样受体 4/核转录因子 κ B 信号通路等有关^[13],提示上述方药对肝炎肝硬化可能发挥有一定的药理学作用。

2.2.3 清化湿热瘀毒,益气养血

随着肝炎肝硬化病程不断进展,湿热瘀毒郁留恋不去,正气愈虚,出现肝脾肾俱虚,可见畏寒肢冷,面色萎黄,疲乏无力,精神倦怠,少气懒言,腰膝酸软,纳差,小便短少,大便干结,舌淡暗,苔少或薄黄腻,脉细弦数等。此时正虚成为病机矛盾的主要方面,但结合具体临床表现,应属大实大虚之候,仍应祛邪与补虚并用,治当清化湿热瘀毒、益气养血,方选补中益气汤配伍清热祛湿、化瘀解毒之品加减,组成:党参 10 g,太子参 12 g,北沙参 12 g,黄芪 12 g,当归 10 g,麸炒白术 10 g,茯苓 10 g,炒神曲 10 g,炒鸡内金 10 g,鹿角 6 g (先煎),枸杞子 20 g,酒女贞子 12 g,墨旱莲 12 g,石打穿 20 g,白花蛇舌草 20 g,山慈菇 12 g,片姜黄 10 g。方中党参、太子参、北沙参、黄芪、当归益气补血养阴,以助正气恢复;白术、茯苓、神曲、鸡内金健脾益气,复气血生化之源;鹿角、枸杞子、女贞子、墨旱莲滋补肝肾;石打穿、白花蛇舌草、山慈菇、片姜黄祛除湿热瘀毒之邪,邪去才能正安。全方用药以扶正为主,使肝脾肾气血阴阳得调,补益药物宜用平补之品,如党参、太子参、茯苓等均为性味甘平之品,平补而不滋腻助邪,慎用温燥之品,以免耗伤真阴。

2.2.4 随症加减

若胁痛明显,可加香附、延胡索、枳壳疏肝行气止痛;若胃部嘈杂不舒,呕吐酸水,可加黄连、吴茱萸疏肝和胃止呕;若腹胀,口中黏腻,头身困重,可加藿香、佩兰、厚朴化湿醒脾,行气消痰;若皮肤瘙痒,可加白鲜皮、地肤子清热利湿,祛风止痒;若心烦失眠,可加酸枣仁、首乌藤养阴除烦安神;若面色苍白,颜面、下肢浮肿,胃脘冷痛,腰膝酸软,可加附子、肉桂、干

姜、淫羊藿、巴戟天、肉苁蓉等温补脾肾之阳；若口干而不欲饮，腹水，下肢浮肿，尿少，可加猪苓、槟榔、泽泻、大腹皮、楮实子、路路通、车前草等利水消肿；若腹水伴见腹部膨隆，腹壁青筋显露，肌肤甲错，可加水红花子、泽兰、泽泻活血利水；若见鼻衄、齿衄，皮肤瘀斑、瘀点，甚则呕血，可加紫草、白茅根、三七、地榆炭、茜草炭等凉血活血止血，止血而不留瘀。

3 验案举隅

患者，男，53岁，2009年4月8日初诊。主诉：乙型肝炎10年余，发现肝功能损伤1年余。患者1999年体检发现乙型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）、乙型肝炎病毒e抗体（抗-HBe）、乙型肝炎病毒核心抗体（抗-HBc）均阳性，诊断为乙型肝炎，未经系统治疗，肝功能情况不详，无不适症状。2008年出现肝功能损伤，2009年3月28日查肝功能：丙氨酸氨基转移酶（ALT）42.0 U/L，门冬氨酸氨基转移酶（AST）134.0 U/L，总胆红素（TBiL）22.0 μmol/L，总蛋白（TP）85.8 g/L，白蛋白（ALB）45.3 g/L，γ-谷氨酰转移酶（γ-GGT）137.0 U/L，白蛋白/球蛋白（A/G）1.1；血常规：血小板计数（PLT）96.0×10⁹/L；腹部B超示：弥漫性肝损害，考虑肝硬化超声改变；胆囊积液（深度4~6 mm）。刻下症见：自觉胁肋偶有隐痛，牙龈渗血，胃胀泛酸，口干有异味，腰腿酸软，纳食一般，餐后多痰，多梦，尿意不尽，大便调；舌偏暗红、苔黄薄腻，脉细弦。西医诊断：乙型肝炎肝硬化；中医诊断：积聚（湿热瘀毒郁结，肝脾不调证）。治法：清化湿热瘀毒，疏肝健脾。处方：垂盆草30 g，地锦草12 g，赤芍10 g，丹参12 g，醋北柴胡5 g，太子参10 g，麸炒白术10 g，茯苓10 g，法半夏10 g，炒鸡内金10 g，藿香10 g，佩兰10 g，黄连3 g，吴茱萸3 g，蒲公英20 g，老鹳草20 g，白茅根15 g，车前草10 g，首乌藤25 g。28剂，每日1剂，水煎分早晚2次温服。另嘱三七粉每次2.5 g、每日2次于中药汤剂中冲服。未予西药治疗。

2009年5月6日二诊：患者现肝区胁肋隐痛、胃胀泛酸、餐后多痰较前减轻，仍有腰腿酸软乏力，牙龈渗血，口干口黏、有异味，纳食一般，多梦，尿黄；舌暗紫、舌边有齿痕，苔黄，脉细滑。5月4日复查肝功能：ALT 111.0 U/L，AST 71.0 U/L，TBiL 32.24 μmol/L，直接胆红素（DBiL）8.11 μmol/L，间接胆红素（IBiL）24.13 μmol/L，TP 84.7 g/L，球

蛋白（GLB）45.5 g/L，A/G 0.9，γ-GGT 128.0 U/L。予初诊方去太子参、麸炒白术、茯苓、炒鸡内金、地锦草、老鹳草、车前草，将垂盆草增量至40 g，加茵陈15 g、焦栀子10 g、熟大黄9 g、炒黄芩10 g、黄柏6 g、苍术6 g、厚朴5 g、陈皮6 g、炒神曲10 g，28剂，煎服法同前。三七粉用法用量同前。

2009年6月10日三诊：患者自觉精神好转，睡眠改善，腰腿酸软乏力较前减轻，胃胀明显好转，纳食转佳，口干口苦口臭，尿黄，余无不适；舌暗红隐紫、舌边有齿痕，苔黄，脉细滑。6月8日复查肝功能：ALT 42.0 U/L，AST 43.0 U/L，TBiL 27.4 μmol/L，DBiL 8.07 μmol/L，IBiL 19.33 μmol/L，A/G 1.0，γ-GGT 71.0 U/L。予二诊方加石斛10 g、北沙参10 g，14剂，煎服法同前。三七粉用法用量同前。

后根据肝炎肝硬化虚实病机的侧重，辨证加减治疗2年余。2012年4月18日末次就诊，患者病情稳定，乙型肝炎肝硬化未进展，治疗期间多次复查肝功能基本正常。

按语：本例患者乙型肝炎病史10年余，进展至肝硬化，腹部B超结果提示尚属肝硬化早期。此期湿、热、瘀、毒、郁邪气亢盛，困遏肝胆，故见胁肋隐痛、牙龈渗血、腰腿酸软、多梦、舌偏暗红、苔黄薄腻、脉弦等；胃胀泛酸、口干有异味、纳食一般、餐后多痰则提示肝脾不调。治疗在清化湿热瘀毒的基础上兼顾疏肝健脾，方中垂盆草、地锦草、蒲公英、老鹳草、白茅根、车前草、赤芍、丹参清化湿热瘀毒；太子参、麸炒白术、茯苓、法半夏取六君子汤之意，配伍炒鸡内金、藿香、佩兰共奏健脾益气、化湿和胃之功；胃胀泛酸，以黄连、吴茱萸制酸泻火降逆；睡眠欠佳、多梦，以首乌藤养心安神，配伍丹参清心除烦以增安神助眠之功；牙龈出血，以三七粉散瘀止血。二诊时患者胆红素较初诊升高，仍有腰腿酸软乏力、牙龈渗血、尿黄等症状，结合舌暗紫、苔黄、脉滑，考虑病机以湿热瘀毒郁结为主，且湿热较重；胃胀泛酸、餐后多痰较前减轻，提示肝脾不调有所缓解。故在初诊方基础上去太子参、麸炒白术、茯苓、炒鸡内金等健脾之品，加茵陈、焦栀子、熟大黄、炒黄芩、苍术、黄柏以增强清热利湿之功，并增量垂盆草加强清热解毒之力，加厚朴、陈皮行气燥湿，同时去地锦草、老鹳草、车前草以防除湿太过伤阴，加炒神曲以防方中苦寒之品败胃。三诊时患者肝功能已基本正常，仍口干口苦，加石斛、北沙参养阴生

津。治疗全程谨守病机,抓住不同阶段的病机本质,把握虚实主次,辨证准确,灵活配伍用药,力求恢复人体气血津液、脏腑功能的协调平衡,故取得较好疗效。

参考文献

- [1]中华医学会消化病学分会. 中国肝硬化临床诊治共识意见[J]. 临床肝胆病杂志, 2023, 39(9): 2057-2073.
- [2]蒋式骊, 刘平. 肝硬化中西医结合治疗的研究进展[J]. 临床肝胆病杂志, 2022, 38(9): 1953-1955.
- [3]于浩, 侯艺鑫, 江宇泳, 等. 健脾化湿方加减对乙型肝炎肝硬化合并食道胃底静脉曲张出血患者 1 年内再出血及内毒素、细胞因子的影响[J]. 中医杂志, 2022, 63(15): 1456-1462.
- [4]周仲瑛. 清化瘀毒、调养肝脾法辨治慢性乙型肝炎[J]. 中西医结合肝病杂志, 1998, 8(S1): 4-6.
- [5]叶放, 周静汶, 皇金萍, 等. 肝硬化湿热瘀毒郁结复合病机的理论及临床应用研究[J]. 南京中医药大学学报, 2020, 36(6): 788-791.
- [6]相安. 基于 336 例病案资料研究国医大师周仲瑛病机辨治肝硬化临床经验[D]. 南京: 南京中医药大学, 2019.
- [7]张晓东, 凌琪华, 聂红明, 等. 慢性乙型肝炎虚实病理因素的分析[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(5): 712-714.
- [8]叶永安, 刘蕊洁, 杨先照, 等. 乙型肝炎肝硬化中医证型、证素分布特点文献研究[J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 346-350.
- [9]苏克雷, 郭立中, 朱方石. 周仲瑛辨治慢性乙型肝炎经验[J]. 中医杂志, 2014, 55(3): 192-194.
- [10]叶放, 薛博瑜, 周珉, 等. 论湿热瘀毒与肝纤维化[J]. 南京中医药大学学报, 2005, 21(6): 12-15.
- [11]张婉娴, 朱彤彤, 鲁育铭, 等. 郁金水煎剂对四氯化碳致急性肝损伤小鼠肝细胞 p53 和 caspase-3 表达的影响及其对肝损伤的保护作用[J]. 吉林大学学报(医学版), 2014, 40(1): 82-86, 221.
- [12]陈龙, 慕永平, 张华, 等. 一贯煎干预肝硬化作用机制研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(24): 186-192.
- [13]李家妮, 李梓萌, 高雅, 等. 老鹳草素对 D-氨基半乳糖诱导的肝损伤小鼠的保护作用及机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(15): 116-121.

Professor ZHOU Zhongying's Experience in Differentiating and Treating Hepatitis and Liver Cirrhosis from Deficiency and Excess

DOU Xiaoyun, CHEN Xiaoying, BU Juanjuan, SUN Meng, YE Fang

Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210023

ABSTRACT This paper summarized Professor ZHOU Zhongying's experience in differentiating and treating hepatitis and liver cirrhosis from deficiency and excess. It is considered that the pathogenesis of hepatitis and liver cirrhosis belongs to deficiency in root and excess in branch, with depletion of liver, spleen and kidney as the root, and constraint and bind of damp-heat and stasis toxin as the branch. Moreover, mutual cause and promotion between deficiency and excess leads to the disease. For general principle of treatment, it is recommended to clear and transform pathogenic excess, supplement deficiency and rectify the healthy *qi*. In the early stage of hepatitis and cirrhosis, excess pathogen hyperactivity is the main manifestation, which can be treated by clearing and transforming damp-heat and stasis toxin, supplemented by regulating spleen and stomach, with modified *Yinchenhao Decoction* (茵陈蒿汤) and *Biejiajian Pill* (鳖甲煎丸). In the middle and late stages, cases with deficiency-excess complex were more common, which should be treated by clearing damp-heat and stasis toxin, regulating and supplementing liver-spleen-kidney, using medicinals with the function of clearing heat and dispelling damp, dissolving stasis and resolving toxins to treat the branch. Moreover, *Liujunzi Decoction* (六君子汤), *Yiguan Decoction* (一贯煎) plus *Erzhi Pill* (二至丸) and *Buzhong Yiqi Decoction* (补中益气汤) modifications are suggested respectively in correspondence to the different kinds of root deficiency including irregular liver and spleen, liver and kidney *yin* deficiency, and liver-spleen-kidney deficiency.

Keywords hepatitis and liver cirrhosis; deficiency and excess; experience of famous doctors; ZHOU Zhongying

(收稿日期: 2023-12-12; 修回日期: 2024-03-03)

[编辑: 姜冰]