

王灵台教授治疗慢性肝病临床经验

□ 高月求^{1*} 孙兴华²

(1. 上海中医药大学附属曙光医院 上海 200021

2. 上海中医药大学 2000 级博士研究生 上海 200032)

关键词 慢性肝病 辨证论治 经验 王灵台

王灵台教授系上海中医药大学附属曙光医院主任医师、博士生导师，上海市名中医，国家中医药管理局全国中医肝病重点专科主任、上海医学领先学科—中医肝病学的学科带头人、中华中医药学会内科肝病专业委员会副主任委员。王教授对慢性肝病包括病毒性肝炎、肝硬化、脂肪肝颇有研究，具有丰富的临床经验和很高的学术造诣。笔者有幸跟随王老学习多年，受益匪浅，现整理如下，与同道共享。

1 慢性肝病的病位与病因病机

中医历来认为慢性肝病常累及肝、脾、肾三脏，因而治疗也以上述三脏为主，健脾、疏肝、补肾成为主要治法。但临床所见，患者多

伴有胆、胃及三焦之证候，如胁痛、腹胀、噎气、大便习惯改变等。西医检查也证明，多数慢性肝病患者伴有慢性胃炎、慢性胆囊炎或胆结石等。因此，慢性肝病的病位不止于肝，常涉及到胆、胃及三焦等腑，是一种全身性疾病。在治疗方药中适当加入利胆、和胃之药，脏腑同治，不仅可明显改善患者之证候，也有助于病情的好转和康复，进一步佐证了慢性肝病脏病及腑的病机。

中医对慢性肝病的病因病机的论述颇多，但归纳起来不外乎外邪（湿、热、毒）侵袭导致机体一系列生理病理的改变，临床常表现为湿热蕴结、肝郁脾虚、肾亏、血瘀等证，基本上与现代医学病毒复制、肝脏损伤及免疫异常等疾病特

点相符合。由此可得出治疗慢性肝病的治则、治法和处方用药。大量的临床实践证明，扶正祛邪、虚实兼顾是治疗本病的主要治则，如能辨证得当，对症下药，确能收到较佳疗效。

2 慢性肝病治法要略

2.1 辨证与辨病相结合

辨证论治是中医临床的根本。中医和中西医结合肝病专业委员会已经对慢性肝炎的辨证分型有了统一的标准，可作为临床的指导原则。但是，慢性肝病常存在三种特殊的情况：其一，各种证型重叠交杂，很少有单纯的证型，因此，辨证处方首先要分清主次。其二，部分患者血清学检查确诊为慢性肝炎，但缺乏症状，甚至舌象、脉象也无显著的改变，对于这部分病人就存着无证可辨的情况。然而科学的诊断不能因

* 作者简介 高月求，男，医学博士，副主任医师。

为没有症状就否认其疾病存在,在这种情况下,就应以辨病为基础,参照慢性肝炎的病因、病机、病位等特点施治。一般来说,病是证的基础,证是病的表现,有病才有证,无病当无证,在治疗无明显证候的慢性肝病时,应该运用有证辨证、无证辨病的原则。可以借助现代医学对乙型肝炎的认识或实验室检查进行妥善的处理,特别是解决要不要治疗和如何治疗的问题。如有的患者肝功能明显异常而无明显的自觉症状,在这种情况下,就需要针对其病情进行治疗。王教授认为谷丙转氨酶增高,多为湿热毒邪较重,采用清利湿热的药物常常奏效,如虎杖、黄芩、猫人参、大黄、车前草等。无论急、慢性肝炎或肝硬化,在病理上都有血液循环淤滞的表现,尽管在临床上可能并不构成中医的血瘀证,但是治疗中适当加用活血化瘀的药物,如丹参、当归,可以提高疗效。其三,慢性肝病的发生和演变过程十分复杂,虽存在内在规律,但至今尚未完全明确,因此,在辨病辨证的同时要考虑“病”和“期”的动态变化,按照一般规律,慢性肝病的早期以祛邪为主,而晚期则以扶正为主,再结合病人的临床表现,综合客观检查,合理用药,以“变”的治疗来达到使疾病治愈、康复的“不变”目标。

2.2 一法为主而多法联用 慢性肝病的治法很多,如清热解毒、益气养阴、活血化瘀、健脾化湿、疏肝理气、益肝补肾等,在临床上均有一定疗效。但由于慢性肝病病机复杂、矛盾交错,因此,应多法联

合施治,如疏肝健脾、清热化湿法多用于慢性肝炎之轻度患者,健脾益肾、疏肝理气法多用于慢性肝炎之中度患者,而补肾柔肝、活血化瘀法较多用于本病之重度患者,清热解毒、化湿法多用于急性肝炎及慢性肝炎活动期。大凡按此治法,多可取得预期疗效。除特殊情况外,一法独用或“重用”某药应该慎重,防止产生偏差,复习古今治疗慢性肝病(慢性肝炎、肝硬化)的方药可以印证上面的观点,多法联用也要体现疾病的特点和处方原则,要分清君臣佐使,不是多种药味的杂拌,要真正体现治法的“主角”。如慢性轻度肝炎常见肝郁脾虚和湿热蕴结证共现,王教授对此以疏肝健脾、清利湿热两法合施,根据证候偏倚而以其中一法为主,药味的数量及剂量也随之加减。在稳定期多以肝郁脾虚为主,疏肝健脾的药物如柴胡、郁金、川楝子、延胡索、八月札、香附可以多用或重用;活动期以湿热蕴结为主,可重用清热利湿的药物,如虎杖30g、黄芩15g、苦参15g、车前子30g、制大黄30g、胡黄连9g,酌加疏肝健脾药,如柴胡10g、郁金15g、川楝子15g、党参15g、白术12g、茯苓10g。

在临床治疗中王教授提出平和稳进,分期分阶段治疗,在一定的时间内解决一定的问题,不可急于求成,用一张处方解决所有问题。治疗时症状、体征、化验检查都要考虑进去,如慢性乙肝患者,其肝功能、病毒指标、免疫功能、肝纤指标都可能存在异常,王教授常先抗病毒、稳定肝功能,其次调节免

疫,再抗肝纤维化。

2.3 治肝不忘和胃与益肾 治肝不忘治胃,其意有三:其一,肝胃不和是慢性肝病最常见之证候,脾胃同属于土,肝木乘土必先犯胃,然后及脾,故和胃实寓健脾之意,此与古人云“知肝传脾,当先实脾”相符;其二,任何疾病之治疗不论中药西药均需经过吸收代谢后方起作用,故胃乃第一关,人以胃气为本,若胃气败,不但正气不足,亦难接受汤药之治,势必直接影响疗效,因此,保护脾胃功能是达到治疗目的首要条件;其三,临床上慢性肝病患者伴有慢性胃炎为数甚多,常常累及胆囊,可谓“肝胃胆综合征”。故治肝时不可忽视慢性胃病的治疗,常用陈皮、半夏、鸡内金、麦芽等药,可取良效。

肝病从肾论治并非标新立异之举,其理论依据于“肝肾同源,子母相关”之说。肝病日久必累及肾,故慢性肝病多见肝肾阴虚之证,也有脾肾阳虚者。补肾当分清阴阳,凡肝肾阴虚为主者,治以补肾阴为主,药用生地、枸杞、女贞子、首乌等;以肾阳虚为主者,则以温肾为要,药用仙茅、仙灵脾、菟丝子、巴戟天等;若无偏颇,则阴阳平补。总之,补阴补阳,孰多孰少,应视证型而定,并根据患者的脾胃功能适当调整药物及剂量。我院自20世纪七十年代开始应用补肾为主的方法治疗慢性乙型肝炎,在改善症状、肝功能及免疫功能,尤其是抑制病毒复制方面,取得了较好的疗效。有资料表明补肾法是治疗慢性肝病的有效方法之

一。

2.4 善于处理治疗矛盾 由于慢性肝病的病情复杂,加之患者大多经历过诸多方法的治疗,因此,临诊时常会遇到难题,比较突出的是“养阴与化湿”和“正虚与邪实”这两种情况。慢性肝病患者久病必虚,理应扶正,但若邪毒亦盛,又当祛邪为先,虚实夹杂或虚实“并重”的患者,处方用药更需谨慎,以免造成“虚其虚”或“实其实”的后果。王老认为如果肝病邪毒较盛时,则应以祛邪(清热解毒、化湿)为主,至少在一段时间内不应服用如党参、黄芪之类扶正药物,以免病情波动或延滞,即使根据病情要加用扶正药,也以太子参、北沙参、芍药等平和清淡者为宜。此时肝功能及症状可供参考,如肝炎症状明显,胆红素、转氨酶明显升高者,待邪毒消退时再酌加补益之品或加大剂量,反之即使邪毒之象已尽,肝功能复常,处方中仍应适加法祛邪药,以防病情反复。总之,要做到“正邪兼顾、分清主次”。肝病日久必伤及阴,病人多见口干舌燥、舌质红之象,然湿邪未清常有苔腻之征,若按传统之法,养阴易滞湿、化湿又易伤阴,产生治疗矛盾,处理颇感棘手。王教授根据多年的经验认为“养阴”、“化湿”可采用“双通道”的治法,即如有湿邪仍可用化湿之品,若同时兼有肝阴虚则联用养阴之药,可以收到殊途同归之效。但要注意掌握药味和药量比例,少用燥湿、滋腻的药物,并根据病情掌握分寸,避免大过与不及而适得其反。

3 用药心得

王教授处方选药颇具特色,现将其部分选药经验奉献与大家。

3.1 湿热并除泻于二阴 大黄、车前子、甘露消毒丹为急性肝炎或慢性肝炎活动期症见肝胆湿热者常用之药,意在湿热并除,从前后二阴使邪有出路,一般用制大黄15-30克或生大黄9-15克,以保持每日二次糊便为准。

3.2 清热利湿解毒善用虎荟连 虎杖、黄芩、胡黄连为清热解毒、降酶退黄要药,其中胡黄连性味与黄连相近,清热利湿之效甚佳,国外有报道其体外抑制HBV作用极强,唯味苦难咽,临床运用时要注意胃肠道反应,剂量以不超过9克为宜。

3.3 抗肝纤维化善用丹归鳖甲 无论急性、慢性或肝炎后肝纤维化,都有血瘀的共同病理改变。因此,都必须应用活血药,但具体用药应有选择,如鳖甲常用于肝纤维化,但若肝功能明显异常时则应慎用;丹参、当归均可入药,如女性病情稳定期,无出血倾向,大便正

常者多用当归;当病情处于活动期,特别是有出血倾向时,必须慎用活血药。

3.4 镇肝以止痛安眠 代赭石、灵磁石、生牡蛎可用于胁痛较甚而用疏肝药、活血药疗效不佳者,尚可改善患者之睡眠障碍。

3.5 善用二草血藤对症下药 仙鹤草、鸡血藤、夏枯草三药有不同的功效,慢性肝病患者常有关节酸痛、出血倾向,可以对症用药,国内外已有报道三药均有较强的体外抑制HBV的作用,临床应用可收“一箭双雕”之效。

3.6 调经验方 慢性肝炎女性患者常有持久或间歇性月经异常,药用益母草30克、王不留行15克、制香附15克、川芎15克、鸡血藤30克、路路通15克,于经前1-2天服用,连服五剂为一疗程,坚持服用三、四个疗程为宜。临床应用,颇为灵验,可供参考。

总之,王灵台教授学识丰富,经验独到。大致可归纳为辨证为主、辨病为辅;把握重点、统筹兼顾;循序渐进、分段解决;病药互参、精心组方;审时度势、中西医结合。

“专题笔谈”专栏征稿

本刊开设“专题笔谈”栏目。今年征集有关专病临床治疗心得与体会,病名如下:脂肪肝、糖尿病肾病、老年性痴呆症。可选其中一病介绍个人临证施治经验。字数在1500字左右;突出科学性、实用性、可读性。着力介绍个人临床经验精华;列举不必求全,可以只谈一证、一方、一药、一法,务使读后必有所得;介绍病例务求精当,尽量少引用参考文献。请自留底稿。来稿请寄本刊编辑部。