

# 吴耀南基于“痰瘀相关论”论治非酒精性 脂肪性肝病的学术思想<sup>※</sup>

● 梁惠卿<sup>1\*</sup> 吴春城<sup>1</sup> 庄琳伊<sup>2</sup> 杨嘉恩<sup>1</sup> 指导:吴耀南<sup>1▲</sup>

**摘要** 本文旨在介绍吴耀南教授针对非酒精性脂肪性肝病脏腑功能失调、痰浊瘀血留着于肝的主要病机,提出“痰瘀同源、互化、同病”的“痰瘀相关论”,采取“痰瘀同治”的方法治疗非酒精性脂肪性肝病的学术思想。

**关键词** 非酒精性脂肪性肝病;痰瘀同源;痰瘀互结;痰瘀同治

随着人们生活水平的不断提高,饮食结构随之悄然改变,非酒精性脂肪性肝病(non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)已成为我国慢性肝病和健康体检肝脏生化指标异常的首要原因<sup>[1]</sup>,严重危害人们的健康。全国第六批老中医药专家吴耀南教授从事消化系统疾病研究30余年,总结临床诊疗经验,认为脏腑功能失调、痰浊瘀血留着于肝为NAFLD的主要病机,采取“痰瘀同治”的方法治疗NAFLD,在临床上颇有成效,本人有幸师从左右,受益匪浅,兹将吴

教授治疗NAFLD的临床经验总结如下。

吴教授指出根据NAFLD的病因、病位、表现可以将其归属于中医学的“胁痛”“肝癖”“积聚”“痰证”“痰浊”“瘀证”等范畴<sup>[2]</sup>。NAFLD所涉及的病位除肝之外,与脾脏也有密切联系。其病因多种多样,如饮食不节、过食肥腻、情志失调、久劳少逸、久病迁延等均可导致肝体、脾脏二者机能失调,肝失疏泄,脾失健运,体内津液、水饮无以正常输布,以致痰浊、瘀血内生,积滞于体内,进而导致

NAFLD的发生。据此吴教授认为,NAFLD的主要病理产物为痰浊、瘀血,痰与瘀同源、互化、同病,共碍肝脾二脏机能,因此二者是NAFLD的主要致病因素。

## 1 痰瘀相关论的理论依据

**1.1 痰瘀同源** 痰浊与瘀血均属于病理产物。痰是津液输布失调、郁而不化所成的产物,一般有“稠者为痰,稀者为饮”的说法;而瘀则是由于血液运行失常,或离经之血停滞不去所生成的。要谈论痰瘀同源,则不得不论津与血的同源。津血的生成,实际上共同来源于体内各脏腑组织运化转输的水谷精微。清代医家周学海在其所著的《读医随笔》中提到:“津亦水谷所化,其浊者为血,清者为津,以润脏腑、肌肉、脉络,使气血得以周行通利而不滞者此也。凡气血中不可无此,无此则槁涩不行矣。”《灵枢·痈疽》亦云:“津液和调,变化而赤

**※基金项目** 国家自然科学基金(No.81673660;No.81873242);福建省医学创新课题(No. 2018-CXB-28);厦门市重要重大疾病联合攻关项目(No.3502Z20179047);厦门康氏肝病学术流派传承工作室项目;全国第六批老中医药专家学术经验继承工作项目(2017年);厦门市第五批中青年中医后备人才培养项目

**\* 作者简介** 梁惠卿,女,副主任医师。主要从事中医肝病的临床与科研工作。

**▲ 通讯作者** 吴耀南,男,主任医师。主要从事中医消化病的临床与科研工作。E-mail:13306051108@163.com

**• 作者单位** 1.福建中医药大学附属厦门中医院(福建 厦门 361009);2.福建中医药大学(福建 福州 351012)

为血”，足见津血同源的说法古已有之。据此，吴教授认为津血二者共同发挥着滋养、润泽体内脏腑器官的作用，当津血在输布濡养之时不归正化，津有郁则凝为痰，血有碍则滞为瘀，痰瘀二者由此而来，故可将痰浊及瘀血视为津血发生病理变化而成的产物。痰源于津，瘀本乎血，津血同源，则痰瘀亦同源。

**1.2 痰瘀互化** 痰浊与瘀血，二者的本质来源均为水谷精微所生成的津血，二者不仅能够相互渗透，也可以在病理状态下相互转化。津液蓄溢，郁而不行则成痰，痰浊壅阻经脉，久滞不散，血脉通行不利则致瘀血。瘀血停积于经脉之中，阻碍津液进一步“入脉化血”，“津水得入不得化”又再聚为痰浊，正如《金匱要略》所提及的“血不利则为水，水聚则成痰”，二者在这样的过程中相互滞碍，互相转化。《诸病源候论》中首次提到了痰由瘀血所化的说法：“诸痰者，此由血脉雍塞，饮水积聚而不消散，故成痰也。”而唐宗海也在《血证论》中提及“血积既久，亦能化为痰水”，亦说明了瘀能化痰。吴教授指出，痰瘀二者既为同生，又在病理过程中相互转化，形成互为因果的关系，长此以往，病情则愈发胶结不解，病根愈发难以拔除。

**1.3 痰瘀同病** 津液煎熬成痰，血液停滞成瘀，痰瘀在相互转化的过程中亦能相互胶结，形成多种病变，其中也包括了NAFLD。吴教授认为肝主疏泄，体阴而用阳，具有生发条达之性，能够内藏血液，顺畅全身气机，又能外主情志，条达人的七情五志，从而推动血液、津液的正常运行。现代生活水平的提高，使得人们逐渐改变了过往

的饮食习惯，开始喜食肥脂厚腻之品，而迫于生活节奏的加快及工作的压力，人们减少了体育运动锻炼，劳逸的失度严重破坏了体内脏腑功能的正常发挥。过度的肥脂厚腻之品与减少的体育锻炼等，共同阻碍了肝的正常疏泄与脾的运化功能，肝气无以条达舒畅，生发不能，郁结于内，脾胃又失其运化职能，不能转输水运，气血津液之运行受阻，津液郁久则化热而生痰。痰湿浊质又再阻遏气机，肝气不得条畅，血液亦无力运行，瘀于血脉之中，又或有肝内所藏之血因肝气之横逆而外溢，血溢于脉外，留存于体内，则瘀血生成。痰瘀相互搏结，日久化热，炼痰成脂，蕴于肝络，最终发为NAFLD。目前现代医学较为公认的NAFLD的发病机制是由Day等人在1998年所提出的“二次打击”学说。二次打击学说阐释NAFLD的发病机制为：初次打击中，胰岛素抵抗引起了脂质的代谢紊乱，导致肝脏内肝细胞的脂肪变性，脂质蓄积于肝脏中形成单纯性脂肪肝；在二次打击中，蓄积的脂质进一步进行过氧化反应，炎症性细胞因子释放，线粒体功能异常，DNA出现损伤，使得肝细胞开始出现凋亡、坏死，逐步导致肝纤维化发生，炎细胞持续浸润，肝纤维化不断进展，最终发展为非酒精性脂肪性肝炎(NASH)，甚至可进一步导致肝硬化、肝癌发生<sup>[3-4]</sup>。吴教授认为，“二次打击”学说体现于中医学中，则是脏腑失和，气机阻滞，运化无能，酿生湿热痰浊，郁为血瘀，痰瘀相互搏结、互化，交阻于肝脉，最终导致脂肪肝的发生。据此，吴教授指出，痰瘀同生、互化、同病的发病进展，与脂质在肝脏中蓄积、过氧化反应，最

终发展为脂肪肝的过程是存在一定相似性的。

## 2 痰瘀同治法治疗NAFLD的临床应用

### 2.1 痰瘀同治法治疗NAFLD

痰与瘀结，共成病变，此类痰瘀互结型患者多形体肥胖，于右侧肋肋处可有刺痛感甚或痞块积聚之感，可伴有胸脘部的胀闷不舒，食欲减退，不欲饮食，望诊见面色晦暗，舌质黯淡有瘀斑，舌下脉络可见迂曲，脉弦滑。痰瘀同病，俱因肝失疏泄、脾失健运，二脏疏泄转运功能失司，肝脾功能减弱，气虚无以运血，血滞无以生气，气血失和，运化受阻，水湿内停，郁久化热，酿湿为痰，痰阻脉中，经行不利，瘀血内生，痰瘀互结，积聚于肝而发“肝癖”。故吴教授提出，治疗痰瘀互结型NAFLD，不可单祛痰而不化瘀，亦不能只化瘀而忘祛痰，二者必须结合看待，痰瘀同治，方能达到痰消而瘀除，瘀化而痰净。针对此类患者，吴教授遵循“痰瘀同治”的治疗原则，采用皂术茵陈方作为主方进行加减治疗，在临床诊疗实践中取得了良好的疗效<sup>[5-6]</sup>。皂术茵陈方以茵陈蒿汤为基础，加入皂角刺活血化痰、白术健脾除湿。其中，茵陈蒿汤由茵陈蒿、栀子、大黄组成。方中茵陈清肝利胆；栀子清热降火，利小便以引湿热下出；大黄泄热逐瘀，通大便以导瘀热下行。三者各司其职，又共泄湿热，阻止湿热酿痰化脂。此外，白术性温，健脾益气，使精微上奉，浊气下降，泄浊化痰；皂角刺活血化痰，助白术逐脂祛浊。诸药合用，清热除湿与化痰祛瘀并行，痰瘀同治，共奏其功。

### 2.2 病案举例 刘某，男，36岁，

2019年8月8日初诊。自诉右胁部闷痛不适3个月,时腹胀,纳呆,口干口苦,喜吐痰液,夜梦较多,舌质紫暗,苔白腻,舌下脉络II度迂曲,脉滑。腹部彩超:中度脂肪肝,肝功能:丙氨酸氨基转移酶(ALT)210 IU/mL,天冬氨酸氨基转移酶(AST)123 IU/mL;血脂:总胆固醇(TC)7.3mmol/L,甘油三酯(TG)5.2 mmol/L。患者平素嗜食肥甘油腻食物,无烟酒史。辰下见:右胁部闷痛不适,痛处固定不移,形体肥胖,纳呆,吐痰,夜梦多,舌质紫暗,苔白腻,舌下脉络II度迂曲,脉滑。西医诊断:NAFLD。中医诊断:肝癖病。证属痰瘀互结。治以清热利湿、化痰活血。予皂术茵陈方口服。处方:茵陈15g,大黄5g,栀子10g,皂角刺10g,白术15g。共14剂,日1剂,水煎2次取汁300mL,分早、晚2次饭后温服。

2019年8月22日二诊,诸症较

前减轻,续服上方2个月,诉无右胁部闷痛,体重减少6 kg,食欲可,夜寐安,舌质淡紫,苔薄白,舌下脉络I度迂曲,脉略滑。肝功能:ALT 34 IU/mL,AST 25 IU/mL;血脂:TC 4.5 mmol/L,TG 2.9 mmol/L;腹部彩超:肝脏形态回声正常。

### 3 总结

综上所述,痰瘀二者共为NAFLD的主要致病因素,也是其不断发展而成的病理产物,两者关系密切,同源于津血,且能互相转化,共同致病。吴耀南教授在临床诊疗实践中总结经验,基于“痰瘀同源、互化、同病”的“痰瘀相关论”,结合NAFLD现代病因学说——“二次打击说”,根据临床辨证结果,祛痰不忘除瘀,化瘀兼以消痰,二者并重,遵循“痰瘀同治”治疗原则诊治NAFLD,在临床中颇有见效,值得进一步推广。

### 参考文献

- [1]中华医学会肝病学会脂肪肝和酒精性肝病学组,中国医师协会脂肪性肝病专家委员会.非酒精性脂肪性肝病防治指南(2018更新版)[J].传染病信息,2018,31(5):393-402,420.
- [2]张声生,李军祥.非酒精性脂肪性肝病中医诊疗专家共识意见(2017)[J].临床肝胆病杂志,2017,33(12):2270-2274.
- [3]Day CP,James OFW.Steatohepatitis:a tale of two"hits"[J].Gastroenterology,1998,114(4):842-845.
- [4]张玉佩,杨钦河,孔怡琳,等.从痰瘀角度探讨脂肪肝“二次打击”学说[J].新中医,2010,42(10):11-12.
- [5]林立,梁惠卿,庄鸿莉,等.皂术茵陈方治疗非酒精性脂肪性肝炎的临床观察及其对肠道菌群的影响[J].中国中西医结合杂志,2018,38(6):673-676.
- [6]兰秀梅,吴耀南,陈少东,等.皂术茵陈方治疗非酒精性脂肪性肝炎的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2019,39(5):557-560.

(收稿日期:2019-11-22)

(本文编辑:金冠羽)

## 《中医药通报》第三届编辑委员会委员名单

(按姓氏笔画排序)

万文蓉	卫明	王长荣	王付	王和鸣	王彦晖
王挹青	毛嘉陵	文磊	卢太坤	吕惠栋	伍德娜
刘力红	许冬瑾	阮诗玮	孙卫	孙永章	孙丽娜
孙健	李岩	李俊德	李赛美	杨叔禹	杨宗保
杨思标	肖熙	吴宽裕	闵凡锦	张成国	张瑞良
陈介甫	陈成东	陈进春	陈国良	陈学勤	陈美华
陈洪涛	陈维养	林志南	林昭庚	金冠羽	周文
周肇平	郑健	柳辉	俞鼎芬	姜杰	洪丰颖
姚冠华	耿学斯	钱林超	钱新春	高树彬	涂福音
宾博平	黄亦琦	曹东义	眭承志	崔晓榕	梁秉中
彭国民	戴铭				

《中医药通报》编辑部