

周素芳运用参苓白术散治疗酒精性肝病经验*

王锦程¹ 刘 闯² 周相宇¹ 周素芳^{2▲}

摘 要 总结周素芳教授治疗酒精性肝病的临床经验。周素芳教授认为,脾虚、湿邪是酒精性肝病发生、发展的主要因素,贯穿本病发展始终,其病位虽在肝,却与脾脏关系密切,病机当以脾虚为本,湿困为标,病性属本虚标实。在临床诊治过程中,当以健脾渗湿为主要治法,兼顾祛除他邪,临床喜用参苓白术散进行化裁,疗效较好。

关键词 酒精性肝病;参苓白术散;周素芳;临床经验;健脾渗湿

酒精性肝病^[1](alcoholic liver disease, ALD)是一种由于长期或大量饮酒导致的中毒性肝损伤,初期多为酒精性脂肪肝,进而在此基础上发展为酒精性脂肪性肝炎、酒精性脂肪性肝纤维化,最终演变为酒精性脂肪性肝硬化,甚至是肝癌。酒精性肝病的发生、发展,不仅严重危害到患者的生命健康,更给其家庭造成了沉重的经济负担^[2]。因此,在病变早期,以酒精性脂肪肝、酒精性脂肪性肝炎为主要病变时,有效地进行治疗,延缓甚至逆转病情发展具有重要意义。

周素芳教授(以下简称“周教授”)乃中国民族医药学会脾胃病分会副秘书长,贵州省中西医结合消化专业委员会主任委员。其从事中医药防治脾胃、肝胆疾病临床工作近30年,在中药治疗脾胃、肝胆疾病方面具有独特见解,临床经验丰富,在临床工作中运用参苓白术散加减治疗酒精性肝病,特别是早期病变(包含酒精性脂肪肝、酒精性脂肪性肝炎),取得了较好的临床疗效,现将其经验作如下分享。

1 病因病机

酒精性肝病,是现代临床医学的疾病诊断,在中医学中并未有与之明确对应的病名。根据该病发展过程中所导致的临床症状的不同,本病可归属于“胁痛”“黄疸”“臌胀”“虚劳”等范畴^[3]。刘光伟教授^[4]认

为,本病病机是为酒毒湿热不化,热灼津伤,继而汇聚成痰,痰成气阻,故当责之于湿热、痰气。杨震教授^[5]则基于“相火论”提出,脾失健运,湿浊内生,首与酒热相合,后又日久化火,形成湿热相火,相火妄动,损伤肝脏,土壅木郁而发病,湿热相火是本类疾病发病的关键。

周教授认为,ALD乃内外因共同作用所致。酒毒所伤,是为外因;脾脏虚弱,是为内因。该病是由于患者长期或大量饮酒所致,《证治汇补》言“酒之为物,气热而质湿”,《饮膳正要》云“酒味甘辛,大热有毒……少饮为佳,多饮伤神损寿,易人本性,其毒甚也。饮酒过度,伤生之源”,可见酒乃湿热有毒之品,多饮则伤身。脾为土脏,位居中央,主运化水湿及精微,若脾脏虚弱则运化失职,易生内湿,复因酒之湿热内侵,同气相求,合而为病,正如明代医家龚廷贤所言:“伤酒之病,虽为酒而作,实因脾土虚弱,不能专主湿热而发。”脾虚则气血生化乏源,不得充养肝脏;脾胃为气机升降之枢纽,脾虚则气机升降失调,从而影响肝气的调达,肝失疏泄。因此可以看出,本病病位虽在肝,却与脾脏关系密切,脾虚、湿邪是本病发生、发展过程中的主要因素,贯穿本病发展之始终。本病病机当以脾虚为本^[6],湿困为标,病性上属本虚标实。

1.1 脾虚为本 首先,脾主运化,是为后天之本,气血生化之源。脾气充实,则机体生化有源、正气得养,能够发挥固护机体、抵御外邪的作用,不易受到邪气的侵袭。正如李东垣《脾胃论》中所云:“百病皆由脾胃衰而生。”又如张仲景《金匮要略》中所提及:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾,四季脾王不受邪。”此外,酒毒日久伤脾,运化失职,湿浊内生,郁久化热,郁热伤肝,肝胆同病,治当以健脾。其次,周教授在多年临

※基金项目 国家自然科学基金地区科学基金项目(No.81460683);贵州省科学技术厅科技支撑计划项目(No.黔合科支撑[2021]一般015)

▲通讯作者 周素芳,女,主任医师,教授,博士研究生导师。研究方向:中医药防治脾胃、肝胆疾病。E-mail:zhhsfang2669@126.com

•作者单位 1.贵州中医药大学(贵州 贵阳 550025);2.贵州中医药大学第一附属医院(贵州 贵阳 550002)

床实践中证实,多数 ALD 患者确有因不良饮酒习惯而存在营养状况不佳的状态^[7]。过度饮酒导致酒精损伤胃肠道黏膜屏障及肝脏生理功能,引起营养物质的消化吸收欠佳,此与脾胃虚弱,运化失职,气血生化不得有关,亦当健脾助运消导,加强营养。此外,结合现代临床医学“肠-肝轴”理论,周教授认为解剖生理上的肝脏功能表现为解毒、代谢、分泌胆汁、造血、储血、调节血容量等,可对应为藏象理论“肝主疏泄及肝藏血”;解剖生理上的肠脏功能表现为营养消化吸收、物质代谢等,是对藏象理论中“脾主运化”的拓展。因此,传统的肝脾理论在现代医学中表现为“肝脏与肠道”^[8]。周教授研究提出,酒精导致肠道黏膜受损,肠道屏障功能障碍,肝脏免疫炎症激活,是 ALD 发展的重要因素^[9]。治疗 ALD,要从“实脾”入手,通过健脾养胃、维护肠道屏障功能而达到“治肝”,是为“实脾则肝自愈”。

1.2 湿困为标 周教授认为,在 ALD 的致病邪气中,湿邪必居其首。一则,“湿邪稽留,脾土不旺”,酒性为湿,饮酒入胃,外湿浸淫于脾,而脾为太阴湿土,喜燥而恶湿,故湿邪困脾则脾脏不运,清阳不升,邪祟丛生,聚湿生痰化浊,俱害于脾,脾虚愈甚。二则,湿浊痰邪,积聚搏结,而附着于肝,是为 ALD 病理发展的重要基础。三则,肝为木,虽言“滋水涵木”,然此水为清洁之水,绝非浑浊之水。肝为春木,当以善水,而非恶水。饮酒入胃,酒浊水湿积聚一方,肝木置于其中,犹如良木置于恶水,非助木之生发濡养,反害木之根,侵蚀之,使其根发腐烂,生机溃败。

2 辨治思路

基于周教授对 ALD 病因病机的认识,其在临床诊治过程中,采用分期论治的方式。初期,本病是以长期或过量饮酒所致,酒性为湿,湿邪停聚,脾气困阻,则脾失健运。故本病初期以健脾祛湿为主要治法,用药以白术、党参、茯苓、苍术等为主。中期,由于本病早期延治、未能得到重视,造成脾虚、湿邪愈发严重。湿邪日久郁而化热,湿热内盛。脾失健运,水谷不化,痰浊内生,进而食滞痰阻、气血瘀滞不通,故中期治宜健脾理气,清热利湿,兼顾祛痰化瘀,用药以茵陈、黄芩、蒲公英、荷叶、半夏、陈皮、薏苡仁、丹参等为主。晚期,本病失治,延及诸脏,尤以肝脾肾为甚,又日久湿邪成形而多瘀,久病入络,故晚期当健脾养肝益肾,渗湿祛瘀通络,用药以白芍、莪术、泽兰、牛膝、菟丝子、益智仁等为多。

可以看出,无论是 ALD 早期,还是中期、晚期,周教授均以健脾渗湿为主要治法,同时兼顾祛除他邪。对于 ALD,周教授临床上常用参苓白术散为基础方进行化裁。周教授认为,该方契合 ALD 早期“脾虚湿困”之病机,故 ALD 早期病变的患者尤为适用;而对于中、晚期的患者,由于其证候较为复杂,可在此方基础上酌情加减,其常用药如上所述。

3 参苓白术散方药认识

参苓白术散是健脾渗湿之名方。该方来源于《太平惠民和剂局方》,其功用和组方思路均体现“实脾”为用。全方由人参、白术、茯苓、炙甘草、山药、白扁豆、桔梗、砂仁、薏苡仁、莲子肉共 11 味药物组成,其中,周教授多用太子参替用人参。方中太子参补益脾胃之气;白术、茯苓健脾渗湿;山药、莲子肉健脾力强,又可助太子参、白术健脾益气;白扁豆、薏苡仁健脾渗湿,合用白术、茯苓,志在实脾化湿;桔梗载药上行,又可宣发肺气、通利水道,以助渗湿之用;炙甘草健脾和中,调和诸药。全方共奏健脾渗湿之功。其中,太子参有参与脂质代谢、减轻氧化应激反应,抑制肝脏炎症及保护肠道屏障的作用^[10-11];白术有保肝、降酶,改善肝脏损伤的作用^[12]。此外,更有研究^[13]证实,本方具有肠道屏障保护作用及改善肝脏炎症损伤的作用。基于参苓白术散在肝病方面的应用,周教授展开研究,证实参苓白术散对于修复肠道屏障、调节肝脏免疫炎症、调控肝脏脂质代谢、干预 ALD 病情进展具有切实治疗作用^[14],并认为其可能通过 TLR4/MyD88 信号通路干预 ALD^[15]。

4 验案举例

吴某,男,46 岁,2021 年 4 月 14 日初诊。主诉:右侧肋部隐痛 2 月余。现病史:患者于 2 个月前无明显诱因出现右侧肋部隐痛,时有呃逆、腹胀不舒,余无特殊不适,未重视。此后上述症状逐渐明显,遂前来就诊。刻下症见:右侧肋部隐痛,常有反酸、餐后腹胀不适,食欲减退,纳差,口淡,稍进食油腻即感不适,精神尚可,面色暗沉,肢体倦怠,寐可,小便黄,大便约 2 次/天,性状稍软,黏滞。舌淡红,苔黄白相兼,稍腻,脉弦细。个人史:饮酒 20 余年,每周饮酒量约 600 mL,含乙醇量约 250 g。辅助检查:电子胃镜示“慢性非萎缩性胃炎伴胃窦糜烂”;上腹部 CT 提示“中度脂肪肝,胆囊、胰腺、脾脏未见明显异常”;肝脏 B 超提示“脂肪肝”;肝功能示“丙氨酸氨基转移酶(ALT)

86 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST) 136 U/L, γ -谷氨酰转氨酶(γ -GT) 128 U/L”;血脂全套示“总胆固醇(TC) 9.8 mmol/L,甘油三酯(TG) 8.2 mmol/L”;病毒性肝炎系列筛查(-);自身免疫性肝炎系列筛查(-);肝脏瞬时弹性纤维成像测定提示“288 dB/m,中度脂肪肝”。西医诊断:酒精性肝病-酒精性脂肪性肝炎。中医诊断:胁痛,辨为脾虚湿滞证。病机:脾虚失运,湿邪困阻。治法:健脾渗湿。处方:参苓白术散加减。药用:太子参 15 g,白术 20 g,茯苓 15 g,扁豆 15 g,陈皮 12 g,山药 20 g,炙甘草 6 g,桔梗 9 g,砂仁 6 g,薏苡仁 20 g,白芍 10 g,浙贝 15 g,厚朴 10 g,炒麦芽 10 g,炒稻芽 10 g,山楂 10 g。10剂,日1剂,水煎,早晚分服。嘱患者戒酒、清淡饮食。

2021年4月22日二诊:胁肋部隐痛、反酸、餐后腹胀减轻,食欲、大便黏滞感改善,舌淡红,苔白,稍腻,脉弦细。肝功能示“ALT 68 U/L,AST 113 U/L, γ -GT 96 U/L”;血脂全套示“TC 7.6 mmol/L,TG 6.4 mmol/L”。予前方去浙贝、厚朴、炒稻芽,加黄芪 12 g,荷叶 15 g。15剂,煎服法同前。

2021年5月6日三诊:诸症明显减轻,精神良好,面色改善,纳寐可,二便调。舌淡红,苔薄白,脉缓。肝功能示“ALT 52 U/L,AST 72 U/L, γ -GT 64 U/L”;血脂全套示“TC 6.3 mmol/L,TG 4.9 mmol/L”。予前方去黄芪、麦芽,加神曲 10 g。15剂,煎服法同前。

2021年5月20日四诊:无不适症状,精神良好,纳寐可,二便调。舌淡红,苔薄白,脉微滑。上腹部CT示“轻度脂肪肝”;肝脏B超示“脂肪肝(较前改善)”;肝功能示“ALT 46 U/L,AST 48 U/L, γ -GT 31 U/L”;血脂全套示“TC 3.2 mmol/L,TG 2.4 mmol/L”;肝脏瞬时弹性纤维成像测定提示“240 dB/m,轻度脂肪肝”。予前方10剂,嘱患者戒酒、清淡饮食,适度锻炼。

3个月后电话随访,患者告知无不适症状,于当地社区医院复查肝脏B超,未见明显异常。

按 酒精性脂肪性肝炎属酒精性肝病早期表现,根据其症状表现不同而归属于中医学“胁痛”“肝着”“酒癖”等病。本例患者,既往有多年饮酒史,饮酒入腹,酒湿停聚,首伤脾胃,脾胃被伤,纳运不行,故见纳差、口淡;日久脾虚生湿,湿邪郁甚,熏蒸湿土而上,故见反酸;脾虚失运,气血生化失常,精微物质不得上达头面、四肢,加之湿邪困阻,重浊黏滞,故见腹胀、肢体倦怠、面色暗沉等症;脾虚水湿不化,下行于肠腑,故见大便黏滞;脾虚日久,湿邪停聚,气机不畅,则木之条达不行,又因湿久化痰,湿痰附着于肝,则肝之疏泄

失常愈重,肝络失和,故见肝区隐痛;湿邪停聚于里,则苔腻;湿邪日久化热,可见舌苔黄白相间之象;肝气疏泄失常,又病邪附着于肝,肝应脉为弦;湿邪困阻,脉道受遏,故见以脉细。结合舌脉体征,辨为脾虚湿阻证。治疗上当健脾渗湿,方选参苓白术散加减。其反酸、腹胀症状较明显,故以浙贝制酸,厚朴行气除胀;纳差、食欲减退、口淡均为脾虚不纳之表现,故以炒麦芽、炒稻芽、山楂健脾助运消导,山楂亦具有祛湿降浊之功用,现代药理学研究^[16]已证实其具有降脂之效。二诊时患者反酸、腹胀症状改善,故去浙贝、厚朴、炒稻芽等,加黄芪补气健脾,荷叶祛湿化浊,与山楂相须为用,现代药理学研究^[17]证实其亦具有降脂之效。方中消补同用,谨防滋腻。三诊时患者症状均明显好转,恐方中黄芪滋腻补益之力强,故去之,神曲易炒麦芽以加强健脾消食之用。本例患者整体病机属脾虚湿滞,湿邪内盛,停聚于中焦脾胃,脾失健运,气血生化失职,继而内生湿邪,内外湿邪相合,脾被湿困,土不得生,故以健脾渗湿为主要治法,临证以参苓白术散加减山楂、荷叶等化浊降脂之品,疗效较好。

5 结语

周教授认为,酒精性肝病虽病程较长,但脾虚湿困为其主要病机,贯穿全程,故选方用药上以具有健脾渗湿之效的参苓白术散为基础方,遵一方为用,随症加减。此外,周教授强调,无论因何所致脾虚与湿聚,皆非“一日之寒”,在本病治疗上,医师与患者皆当徐徐图之,不可操之过急。

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.酒精性肝病防治指南(2018年更新版)[J].临床肝胆病杂志,2018,34(5):939-946.
- [2]XIAO J, WANG F, WONG N K, et al. Epidemiological realities of alcoholic liver disease: global burden, research trends, and therapeutic promise [J].Gene Expr,2020,20(2):105-118.
- [3]姚志山,吴云,赵红心,等.中医药治疗酒精性肝病研究进展[J].河南中医,2020,40(12):1941-1944.
- [4]彭珂,刘光伟.刘光伟教授治疗酒精性肝病经验介绍[J].中国医药科学,2019,9(17):79-83.
- [5]李小平,郝建梅,赵晶.杨震教授从“湿热相火”论治酒精性肝病经验[J].河北中医,2021,43(2):189-192.
- [6]李艺锋,周素芳,吴文尧.从脾论治酒精性肝病思路探讨[J].亚太传统医药,2013,9(9):62-63.
- [7]王晓丝,岳建新,栗雪琪,等.营养不良通用筛查工具对酒依赖住院患者营养不良风险的评估[J].实用临床医药杂志,2021,25(5):30-32.
- [8]周素芳,李艺锋,王敏.从肠-肝轴学说再论肝脾相关[J].中医杂志,

(下转第67页)