

## · 验案探析 ·

## 刘平治疗慢性肝病验案3则\*

井梦佳 章亭<sup>▲</sup> 蔡虹

**摘要** 文中精选刘平教授治疗慢性肝病的3则典型验案,分别从“以温病方辨治肝性脑病”“调和肝脾治疗原发性胆汁性胆管炎”“分阶段扶正祛邪治疗肝硬化腹水”等方面,系统阐述其审证求因、病证结合、动态调方的学术思想,体现其在把握病机演变、融合经方与时方、兼顾中西医治疗优势方面的临证特色,为慢性肝病的临床实践提供了有益借鉴。

**关键词** 慢性肝病;肝性脑病;原发性胆汁性胆管炎;肝硬化;名医经验;刘平

慢性肝脏疾病通常指病程迁延超过6个月的各种肝脏器质性病变,其发病机制复杂,若迁延不愈,最终可能发展为肝硬化,会显著损害患者的生理功能和生活质量。对于肝硬化的治疗,目前西医方面尚无明确有效的药物,远期预后较差。慢性肝病归属于中医学“肝着”“胁痛”“黄疸”“鼓胀”等范畴。中医在治疗慢性肝病方面具有显著特色和潜在优势,其整体调节与病证结合的干预策略不仅可有效改善患者临床症状,更能在一定程度上逆转肝纤维化病理进程<sup>[1]</sup>。

刘平教授(以下简称为“刘教授”)为上海中医药大学终身教授,国家科技部重点基础研究发展计划首席科学家,国务院政府特殊津贴专家。其深耕肝病领域近50年,在治疗慢性肝病方面临床效果显著。笔者有幸随师,现择3则验案,从而管窥其在慢性肝病方面的治疗特色,以期为临床提供借鉴。

### 1 以温病方,中西结合治疗肝性脑病

肝性脑病(hepatic encephalopathy, HE)是由急慢性肝衰竭、肝硬化和(或)各种门静脉-体循环分流引起的代谢紊乱综合征,症状从认知功能异常至昏迷不等<sup>[2]</sup>。West-Haven分级是评估HE严重程度的金标准<sup>[3]</sup>:Ⅰ级为注意力轻度下降;Ⅱ级为定向力障碍或行为异常;Ⅲ级为嗜睡但可唤醒;Ⅳ级为昏迷。

中医认为,HE急性期以毒邪炽盛为主,肝火炽盛

上炎,引动肝风,肝病及脑;慢性期则为热毒火邪侵袭日久,痰火上攻,热入心包、蒙蔽脑窍,扰乱元神而发为本病<sup>[4]</sup>。《温病全书》记载:“菖蒲郁金汤:石菖蒲三钱,炒栀子三钱,鲜竹叶三钱,牡丹皮三钱,郁金二钱,连翘二钱,灯心二钱,木通一钱半,淡竹沥五钱,紫金片五分。”该方由芳香开窍药与清热涤痰药相配伍组成,为治疗湿热痰浊蒙蔽心窍、堵塞灵机的通用方<sup>[5]</sup>。刘教授以此方为基础灵活化裁,针对热毒痰火扰神之证,契合本病“热、痰”的核心病机,疗效显著。

**案1** 郭某,女,67岁,乙肝肝硬化失代偿期病史10年,因“行为错乱、言语不清1天”于2023年10月15日就诊。刻下症:神志朦胧,烦躁谵语,小便短赤,大便干结,舌黄苔厚腻,脉弦滑数。查体:时间、地点定向力丧失,计算能力下降,言语含糊,嗜睡但可唤醒,扑翼样震颤阳性,符合肝性脑病3级(West-Haven标准:Ⅲ级,嗜睡至半昏迷,显著定向障碍、行为紊乱)<sup>[3]</sup>。实验室检查:血氨120 μmol/L。西医诊断:乙肝肝硬化失代偿期合并肝性脑病3级。中医诊断:神昏,辨为热毒炽盛、痰火扰心证。处方:石菖蒲30 g,郁金15 g,栀子10 g,淡竹叶6 g,连翘10 g,丹皮10 g,灯心草3 g,莲子心3 g,茯苓15 g,半夏6 g,陈皮10 g。3剂,加水煎煮,每剂分成2袋,分2次口服。另予生大黄粉10 g,乳果糖60 mL,加入生理盐水150 mL保留灌肠,并配合门冬氨酸鸟氨酸静滴、低蛋白饮食等。

2023年10月18日二诊:神志转清,West-Haven分级Ⅰ级(注意力轻度下降,无意识障碍),对答切题,乏力倦怠,纳差,舌红少苔,舌根腻,脉弦细。虚象已入,湿热未清,辨证为气阴两伤夹痰湿。前方去栀子、连翘、灯心草,加党参15 g,黄芪30 g,麦冬10 g,枸杞子10 g。7剂,煎服法同前。西医方面停止灌肠。

※基金项目 福建省中医学学术流派传承工作室建设项目(No.闽卫中医函[2019]129号);厦门市扶持中医药发展专项项目(No.XWZY-2023-0615);厦门市医疗卫生科技计划项目(No.3502Z20214ZD1150);福建省科技厅引导性项目(No.2021D006)

▲通信作者 章亭,男,主任医师,硕士研究生导师。主要从事肝病的中医学临床。E-mail: xzmzhangting@yeah.net

•作者单位 福建中医药大学附属厦门中医院(福建 厦门 361009)

2023年10月25日三诊:精神、体力明显好转, West-Haven 分级0级(无神经精神异常),胃纳渐增,复查血氨正常。续予前方14剂。随访半年,无复发。

按 本例患者初诊时 West-Haven 分级属Ⅲ级,经中西医结合治疗后显著改善至0级。初诊时,患者见神昏谵语、舌黄苔腻、脉弦滑数之症,乃热毒夹痰、蒙蔽清窍之急重之候,契合温病学说“热入心包”之病机。《温病条辨》指出:“邪入心包,舌謇肢厥,牛黄丸主之;热痰蒙蔽,菖蒲郁金汤主之。”本案取法菖蒲郁金汤,契合吴鞠通“芳香开窍、清热涤痰”之旨。方中石菖蒲、郁金配伍,取其芳香辟秽、开窍醒神之功为君;配栀子、淡竹叶、连翘、丹皮、灯心草、莲子心大队清心泻火之品,直折热势,体现“透热转气”之温病治则<sup>[6]</sup>;佐以茯苓、半夏、陈皮健脾化痰,杜绝生痰之源。全方紧扣“痰、热、闭”之病机,深合温病“透热转气”<sup>[6]</sup>之旨。生大黄粉配合乳果糖保留灌肠,有助促进肠道氨经粪便排泄,可加速内毒素的排出,降低血氨水平,醒脑开窍,中西医结合治疗成效显著。二诊时患者神志转清,热毒大势已去,然见乏力、纳差、舌红少苔,此乃气阴两伤之象显露,舌根腻提示湿热余邪未净。故治疗上在前方基础上去栀子、连翘、灯心草等苦寒清热之品,防其伤正;加入党参、黄芪益气健脾,麦冬、枸杞滋养阴液;停用灌肠,亦示邪气已衰,不宜再行攻伐。三诊时疾病向愈,故效不更方。

## 2 标本兼顾,调肝运脾论治原发性胆汁性胆管炎

原发性胆汁性胆管炎(primary biliary cirrhosis, PBC)归属于中医学“黄疸”“胁痛”“鼓胀”等范畴<sup>[7]</sup>。刘教授认为,PBC初起虽可见身目俱黄、小便黄赤等湿热发黄之象,属阳黄表现,然其本质为疫毒内伏,郁蒸肝胆,灼伤脏气,致肝失疏泄,脾失健运,气血运行受阻,瘀滞程度较重。正如《金匱要略》所云“脾色必黄,瘀热以行”;《医学心悟》《血证论》等也阐释了湿热瘀互结致黄的病理机制。因此肝郁脾虚、湿热瘀滞是其主要病机。治疗应需标本兼顾,既要化湿瘀毒,也要调理肝脾疏泄、运化之时机。

案2 苏某,女,54岁,2024年8月6日初诊。主诉:身目尿黄、皮肤瘙痒2年。2年前患者于外院确诊为PBC,规律服用熊去氧胆酸(500 mg/次,每日2次)<sup>[8]</sup>,症状改善不明显。现症见:神疲乏力,身目尿黄如浓茶色,皮肤瘙痒,纳寐差,舌晦红边有齿痕,苔薄黄,脉弦涩。辅助检查:总胆红素 58 μmol/L,碱性磷酸酶 320 U/L,γ-谷氨酰转移酶 280 U/L。西医诊断:

原发性胆汁性胆管炎。中医诊断:黄疸(阳黄),辨为肝郁脾虚,湿热瘀滞证。处方:①绵茵陈 30 g,虎杖 15 g,柴胡 10 g,郁金 15 g,青皮 6 g,陈皮 6 g,茯苓 20 g,白术 20 g,甘草 3 g,鸡内金 6 g,赤芍 15 g,丹参 15 g。7剂,加水煎煮,分早晚两次饭后温服。②西医方面予熊去氧胆酸维持原剂量服用。

2024年8月13日二诊:身目尿黄减淡,皮肤瘙痒改善,饮食渐增,夜寐稍安,仍时觉乏力。原方基础上加党参 15 g,黄芪 15 g。7剂,煎服法同前。

2024年8月20日三诊:黄疸减轻,瘙痒缓解,症状改善。复查肝功能示总胆红素 18 μmol/L,碱性磷酸酶 120 U/L。效不更方,继服14剂以巩固疗效。嘱定期复查,熊去氧胆酸长期维持治疗。

按 PBC是一种以胆汁淤积为特点的慢性自身免疫进展性肝病。其病程呈缓慢进行性,最终可发展为肝癌或肝衰竭<sup>[9]</sup>。熊去氧胆酸是PBC的一线治疗药物,标准剂量为 13~15 mg/(kg·d<sup>-1</sup>),需长期服用(至少6~12个月才评估疗效)<sup>[8-9]</sup>。刘教授在长期临证中认为,PBC核心病机为枢机不利、湿瘀互结、肝脾不调。此论上承《金匱要略》“黄家所得,从湿得之”之旨,并结合《伤寒论》“此为瘀热在里,身必发黄,茵陈蒿汤主之”之训<sup>[10]</sup>。故其治疗当以清热利湿、活血调中为法。方中茵陈、虎杖清利湿热退黄,既承茵陈蒿汤清热利湿之旨,又注重给邪以出路;辅以柴胡、郁金、青皮、陈皮疏利肝胆、调畅气机,恢复肝主疏泄之职;同时配伍赤芍、丹参凉血散瘀,疏散肝胆经络之瘀滞;更佐茯苓、白术、鸡内金等品健脾助运,固护中州,既防肝木横逆克犯脾土,又资气血生化之源,暗合《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之训;甘草调和诸药。全方融疏肝、活血、健脾于一炉,旨在复气机升降、化湿瘀毒浊、扶中焦脾胃,多法联用,层次分明,标本兼顾,使肝胆邪气得以外泄,脾土健运,瘀血得化,气血畅行无阻,共奏疏泄肝胆、健脾活血之良效。二诊时黄退痒减,湿热渐化,然乏力仍在,此乃脾虚之本象显露,故加党参、黄芪益气健脾,扶正以助祛邪,体现“肝病实脾”之训,亦防苦寒清利之品耗伤中气。三诊时诸症进一步改善,肝功能指标显著恢复,提示方证相符,病机扭转,故效不更方,续予原法巩固。

## 3 据病机变迁,权衡扶正祛邪治疗肝硬化失代偿期腹水

肝硬化归属于中医学“积聚”“胁痛”“鼓胀”等范畴。刘教授认为,肝硬化的基本病机可概括为“湿热

疫毒伏于血分,瘀热互结,气阴两虚”,形成邪实正虚的恶性循环,与《素问·评热病论》所述“邪之所凑,其气必虚”相契合。湿热疫毒久羁肝胆,一方面湿为阴邪,易伤阳气,气虚则血行无力而瘀滞,导致气虚血瘀;另一方面热为阳邪,灼伤肝阴,使血液黏滞,加重瘀血,最终形成“湿热未清,瘀血阻络,气阴两伤”的复杂病机<sup>[1]</sup>。诊治时应详审病机,权衡扶正与祛邪,依随证情之变灵活组方,以应对肝硬化的复杂病机。

**案3** 张某,男,55岁,2023年10月13日初诊。主诉:乙肝肝硬化失代偿期6个月,腹胀大加重伴尿少10天。刻下症:身体困重,身黄、目黄、小便黄,腹胀大,双下肢浮肿,尿少,大便每天5~6次,黏滞不爽,舌体暗红,苔黄腻,脉细涩。查体:体质量68 kg(近1个月增加5 kg,以腹水为主),腹部膨隆,移动性浊音(+),双下肢凹陷性水肿。辅助检查:肝功能示“白蛋白27 g/L,总胆红素103 μmol/L”;腹部彩超示“脾大(135 mm×52 mm);腹腔探及无回声区,深径分别为20 mm(肝周)、70 mm(左髂窝)、49 mm(右髂窝)、61 mm(膀胱前方),透光良好”;24小时尿量为600 mL。西医诊断:乙肝肝硬化(失代偿期)并腹水。中医诊断:鼓胀,辨为湿热蕴结、气滞血瘀证。处方:①茵陈24 g,虎杖10 g,地胆草15 g,猫须草20 g,栀子根30 g,玉米须30 g,郁金12 g,茯苓皮30 g,猪苓15 g,泽泻15 g,厚朴10 g,木香5 g,连翘10 g,金钱草10 g,田基黄10 g,碧玉散10 g,白蔻仁10 g(后下)。7剂,水煎,分早晚饭后温服。②西医方面予利尿、补充蛋白以消腹水,并配合恩替卡韦抗病毒等。

2023年10月21日二诊:腹胀有较大改善,双下肢浮肿消退,神疲乏力,腰膝酸软,寐差,舌体暗红,苔黄腻,脉细弦。24小时尿量增至1200 mL,体质量下降4 kg,血清白蛋白升至32 g/L。复查彩超示:腹腔探及无回声区,深径分别为30 mm(左髂窝)、21 mm(右髂窝)、41 mm(膀胱前方),透光良好。中药在前方基础上去厚朴、地胆草、碧玉散、木香,加女贞子15 g、白芍30 g、楮实子15 g。7剂,煎服法同前。

2023年10月28日三诊:仍觉乏力,腹无胀大,胃纳渐增,夜寐转安,舌暗红少苔,脉细弱。24小时尿量稳定在1500 mL,体质量下降2 kg。彩超示少量盆腔积液(最深径30 mm)。中药在前方基础上去栀子根、金钱草、猪苓、泽泻,加黄芪60 g,白术30 g。14剂。之后定期门诊随访半年余,未见诸症复发。

**按** 肝硬化腹水多因肝病迁延,湿热瘀浊壅塞脉络,痰凝血瘀阻滞,累及脾肾,致脾虚水湿不运、肾虚

气化不利,终成气滞、血瘀、水停互结,腹中聚水成鼓胀<sup>[2]</sup>。刘教授根据患者初诊时的症状及体征,判断其邪实壅盛,故治疗上应以祛邪为先。方中重用茵陈、虎杖、地胆草、猫须草、栀子根、玉米须、金钱草、田基黄等大队清热利湿、退黄利水之品,使湿热从小便而解;辅以厚朴、木香行气开郁,调畅三焦气机,气行则水行,气行则血行;郁金行气活血,利胆退黄;茯苓皮、猪苓、泽泻淡渗利水,导水湿下行;佐连翘清郁热;碧玉散、白蔻仁化湿和中。二诊时患者湿热大势已去,阴虚之象已显,故去厚朴、木香等辛燥行气之品及地胆草、碧玉散部分清利药,防其伤阴;加女贞子、楮实子、白芍滋养肝肾、柔肝养血,寓“养阴以利水”之意。三诊时患者虚象更甚,故重用黄芪、白术等益气健脾之品,以扶正为主;去栀子根、金钱草、猪苓、泽泻等清利药物,防过利伤正。此案在治疗上循序渐进,细审病机,协调虚实之治,疗效显著。

#### 4 安全性考量与治疗方法的局限性及适用性

刘教授的中西医结合治疗方案在慢性肝病中展现了显著的疗效,但仍存在一定的局限性,临床联合用药时需密切关注潜在的不良反应与长期安全性问题。例如:石菖蒲可能影响西药代谢酶的活性;茵陈等利胆药可能增强熊去氧胆酸的胆汁排泄作用,导致腹泻或电解质失衡;对于血小板减少的肝硬化患者,活血化瘀类中药长期服用可能增加出血风险。因此,治疗期间及长期用药过程中应定期复查肝肾功能、血常规及电解质,观察凝血功能,必要时进行药物浓度监测,以平衡疗效与安全性。此外,患者的年龄、体质、病程阶段及并发症也会影响治疗反应,如热毒型适用菖蒲郁金汤,但阳虚者需调整配伍。因此治疗前应全面评估患者状况,治疗中密切监测各项指标,根据实际情况及时调整方案。

#### 5 结语

刘教授于慢性肝病之辨治,匠心独运,其思路、立法、遣方及用药皆具卓然之特。首先,在痰热蒙窍证治中,刘教授将温病学说与肝病治疗相结合,运用温病学说中的菖蒲郁金汤以清热涤痰、开窍醒神,还结合西医的降氨、灌肠等对症治疗,显著提高临床疗效。其次,刘教授认为,慢性肝病的病机多与肝脾功能失调密切相关,其深谙“肝病传变”之机,治疗时标本兼顾,调和肝脾,如验案2中选用茵陈、虎杖清热利湿,柴胡、郁金疏肝解郁,辅以茯苓、白术、陈皮等健脾益

气,既祛除湿热瘀滞之标,又固护肝脾气血之本。再次,刘教授还强调,慢性肝病病程较长,病机复杂多变,治疗需灵活调整扶正与祛邪的比重。如案3中,肝硬化腹水初期辨证以邪实为主,故用清热利湿、活血利水之品攻邪;此后患者显现肝肾阴虚之虚象,遂酌减祛邪之药,加用女贞子、楮实子等滋阴之品,扶正祛邪兼顾;待邪去正虚时,则转而重用黄芪、白术等益气健脾之药以扶正为主。这种动态调整的治疗策略,既避免了攻伐太过伤正,又防止了补益过早留邪。此法根据疾病不同阶段的病机演变,灵活调整祛邪与扶正之权重,使治疗循序渐进,攻补有序。总之,刘教授在慢性肝病的治疗中,以中西医结合为纲,以病机辨析为目,以调和肝脾为法,以扶正祛邪为度,形成了一套系统而灵活的诊疗体系。其于慢性肝病辨治之精思卓见,诚值吾辈深入探究、传承发扬。

### 参考文献

[1]许立枝,吴莹慧,郝瑞春,等.基于网络药理学及孟德尔随机化探讨中药抗肝纤维化作用机制[J].山西中医,2025,41(5):60-64,71.  
 [2]VILSTRUP H, AMODIO P E, BAJAJ J, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 practice guideline by the American Association for the study of liver diseases and the European Association for the

study of the Liver[J].Hepatology, 2014, 60(2): 715-735.  
 [3]徐小元,丁惠国,李文刚,等.肝硬化肝性脑病诊疗指南(2018年,北京)[J].中华胃肠内镜电子杂志,2018,5(3):97-113.  
 [4]周洁清,张荣臻,陈月桥,等.轻度型肝性脑病中西医结合发病机制的研究进展[J].中西医结合肝病杂志,2024,34(7):655-659.  
 [5]魏星,冯鹏,孙可馨,等.菖蒲郁金汤治疗神经系统疾病的研究进展[J].上海中医药杂志,2024,58(9):17-23.  
 [6]张梦梦,杨淑慧.叶天士“入营犹可透热转气”治法的探讨与应用[J].国医论坛,2020,35(1):16-19.  
 [7]侯沫茗,陈逸云,张玮,等.原发性胆汁性胆管炎的中西医疗进展[J].中国医刊,2024,59(5):478-481.  
 [8]张雅静,吴东洋,王利兵,等.熊去氧胆酸联合醋酸泼尼松片治疗原发性胆汁性肝硬化-自身免疫性肝炎的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2020,36(10):1195-1201.  
 [9]尤红,段维佳,李淑香,等.原发性胆汁性胆管炎的诊断和治疗指南(2021)[J].临床肝胆病杂志,2022,38(1):35-41.  
 [10]贺晴,梁绿圆,曹佳蕾,等.经典名方茵陈蒿汤的关键信息考证[J].中国实验方剂学杂志,2024,30(12):158-165.  
 [11]康良石,刘平,张赤志,等.肝硬化论治经验[J].中医药通报,2002,1(2):3-5.  
 [12]邵宗利,陈翰明,李木子,等.肝硬化腹水的中医发病机制及治疗进展[J].中国疗养医学,2014,23(5):397-398.

(收稿日期:2024-11-27)

(本文编辑:蒋艺芬)

(上接第44页)

“因时、因地、因人制宜”的原则。然而,本研究数据来源于历史文献,在临床应用方面可能存在时效性和地域差异的局限。后续研究中,将基于多临床中心,把本研究所总结的用药规律,运用于多种RFS相关传染病,以期进行验证和拓展实践运用。

### 参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.艾滋病和病毒性肝炎等重大传染病防治科技重大专项传染病监测技术平台项目:发热伴出疹症候群监测实施方案[Z].北京:中华人民共和国卫生部,2008.  
 [2]国家疾病预防控制中心.2023年全国法定传染病疫情概况[J].中国病毒病杂志,2024,14(6):600.  
 [3]许文波,赵世文,李中杰.发热伴出疹症候群病原学监测与检测技术[M].广州:中山大学出版社,2016:78.  
 [4]刘静,殷淑燕.中国历史时期重大疫灾时空分布规律及其与气候变化关系[J].自然灾害学报,2016,25(1):137-146.  
 [5]李宛珊,齐文升.经方治疗发热伴出疹案举隅[J].中国中医急症,2013,22(3):503-505.  
 [6]张海梅,秦艳秋,李培培,等.中药擦浴对1岁内发热出疹期麻疹患儿舒适度的影响[J].实用临床护理学杂志,2017,2(49):130-131.  
 [7]李淑兰,刘燕娜,蒋媛媛等.麻疹合并肺炎患儿发热出疹期中药擦浴护理效果[J].西部中医药,2016,29(7):123-125.  
 [8]朱为坤,纪立金.发热伴出疹症之探析[J].中华中医药杂志,2014,29(11):3373-3375.

[9]周建琿,孟蕾,汪丽娟,等.甘肃省2009—2019年发热伴出疹症候群病原分布特征多重对应分析[J].中国公共卫生,2022,38(3):356-359.  
 [10]周广恩,华华,陈淑红,等.黑龙江省2015—2016年发热伴出疹症候群流行特征及病原学分析[J].中国公共卫生管理,2020,36(4):544-546.  
 [11]费怡,邓鹏飞,杨天,等.2010—2017年上海市浦东新区发热伴出疹性疾病病原学分析[J].中华疾病控制杂志,2019,23(5):550-554.  
 [12]李欣影,文锐玲,林桂鸿,等.广东省惠州市2011—2015年发热伴出疹症候群病原谱和流行病学特征分析[J].岭南急诊医学杂志,2018,23(3):260-264.  
 [13]拉扎提·木拉提,孟蕾,白亚娜,等.2009—2015年西北地区5岁以下儿童发热伴出疹症候群病原及流行病学特征分析[J].中华疾病控制杂志,2017(9):870-873.  
 [14]林帆,郭玉清,李开明,等.2009—2021年全国5岁以下儿童发热伴出疹症候群病原构成及流行特征分析[J].疾病监测,2024,39(6):681-687.  
 [15]TURNER R, PLOS MEDICINE EDITORS. Measles vaccination: a matter of confidence and commitment[J].PLoS Med, 2019, 16(3):e1002770.  
 [16]黄卓英,李智,胡家瑜,等.上海市2009—2017年水痘暴发疫情流行病学特征[J].中国疫苗和免疫,2019,25(4):427-431.  
 [17]胡海贇,蔡明毅,葛玮,等.2016—2018年上海某医院手足口病流行病学特征及病原学监测结果研究[J].检验医学与临床,2023,20(1):4-8.

(收稿日期:2025-07-08)

(本文编辑:金冠羽)