

· 临床经验 ·

浅谈温肝法治疗慢性乙型肝炎

高玉华

【摘要】 温法,又称祛寒法,是用温热药治疗寒证的方法。本文从《黄帝内经》、《伤寒杂病论》中关于温法的论述谈起,结合历代医家观点,并通过多年临床观察,认为慢性乙型肝炎患者普遍存在肝阳虚这一病机特点。用温肝法治疗慢性乙型肝炎,每能收到较好疗效。温肝法即温补肝之气血,温散肝经之寒邪,通过温肝以恢复肝的生理功能的一种治疗方法。临证用于肝阳虚衰及七情内伤、肝气郁滞以致气不能敷布,郁而寒化的病症,其临床多见厥阴肝寒、寒湿内阻、寒凝血脉证。

【关键词】 温阳法; 慢性乙型肝炎

【中图分类号】 R512.6+2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.08.013

温法,系八法之一,又称祛寒法,是用温热药治疗寒证的方法。本文从《黄帝内经》、《伤寒杂病论》中关于温法的论述谈起,结合历代医家观点,并通过多年临床观察,认为慢性乙型肝炎患者普遍存在肝阳虚这一病机特点。用温肝法治疗慢性乙型肝炎,每能收到较好疗效。

1 温肝法源流

肝虚在临床上,大多习惯从肝血虚,肝阴虚来描述,但是可以查阅到的肝气虚、肝阳虚的文献很少^[1-2]。肝为罢极之本,将军之官,体阴用阳,临床确实多见血虚、阴虚,然而肝的阴阳气血互根互用,所以既会有肝脏阴血之不足,也会有肝之阳气之不足。因此温肝一说虽言者不多,但其早在《黄帝内经》^[3]中已有相关记载。温法主要针对寒邪,《素问·生气通天论》曰:“阳气者,若天与日,失其所,则折寿而不彰。”寒邪为病,最易伤人阳气。为使寒去病除而阳气得复,施以温法乃其不二大法,以《素问·至真要大论》所提出的“寒者热之”为其理论依据。关于寒证的论述,如《素问·至真要大论》所言“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒”;“劳者温之,损者温之……阴阳形气俱不足,而调以甘药”。《素问·调经论》曰“阴盛生内寒……厥气上逆,寒气积于胸中而不泻,不泻则温气去,寒独留,则血凝泣,凝则脉不通,其脉盛大以涩,故中寒”;《素问·痹论》云“痛者,寒气多也,寒故痛也”。故将《黄帝内经》温法定义为:总体上乃针对“寒证”所设,能兴奋人体整体或局部机能,提高功能水平的治法。而对于温肝的记载,《灵枢·五邪》即有:“邪在肝,则两胁中痛,寒中,恶血在内,行善掣节,时脚肿。取之行间,以引胁下,补三里以温胃中,取血脉以散恶血”。

肝属厥阴,寒邪侵袭于肝,则为厥阴肝寒之证。《伤寒

论》^[4]中对温肝也有相应记载。378条“干呕,吐涎沫,头痛者,吴茱萸汤主之”。讲述的是肝寒犯胃,致使胃失和降,阴寒随肝经上逆,厥阴肝经与少阴肾脉交会于巅顶,清阳被扰,故而出现头痛的症状。259条:“伤寒发汗已,身目为黄,所以然者,以寒湿在里不解故也,以为不可下也,于寒湿中求之。”寒湿发黄,仲景有论无方,后世在此基础上用茵陈术附汤等方,立意于散寒燥湿退黄之原则。174条:“伤寒八九日,风湿相搏,身体疼烦,不能自转侧,不呕不渴,脉浮虚而涩者,桂枝附子汤主之。”适用于寒湿凝滞血脉,或湿从寒化痹阻脉络者。

《黄帝内经》、《伤寒论》以降,历代医药学家对温肝法也素有发挥,唐代著名医家孙思邈在《千金方》^[5]中提出“病苦胁下坚,寒热,腹满不欲饮食,腹胀,悒悒不乐。妇人月水不利,腰痛,名曰肝虚寒也”。《重订严氏济生方·五脏门》^[6]云:“虚则生寒,寒则苦胁下坚胀,时作寒热,腹满不食,悒悒不乐。如人将捕,眼生黑花,视物不明,口苦头痛,关节不利,筋脉挛缩,爪甲干枯,喜怒悲恐,不得太息,诊其脉沉细而滑者,皆虚寒之候也。”明·张景岳在《求正录·真阴论》^[7]中论及“或拘挛痛痹者,以木脏之阳虚,不能营筋也”的肝阳虚证。清·王泰林在《西溪书屋夜话录》^[8]中,详述治肝三十法,其中以《金匱要略》、《近效方》白术附子汤,治“风虚头重眩苦极,不知食味”者,“暖土以御风寒之法”。近代名医蒲辅周:“五脏皆有阴虚阳虚之区别,”又谓“肝阳虚则筋无力,恶风寒,善惊惕,囊冷阴潮,饥不欲食”,且其主张用附子汤温肝补肝。

2 肝阳虚的病机

首先从肝的生理机能来考查,肝藏血主疏泄,以血为本。血属阴,气属阳,肝体阴而用阳。肝之阳气,可以温煦、升发和条达,肝之阴血又是肝阳气功能活动的基础。所以正常情况下,肝阴肝阳、肝气肝血是互相依存,密不可分的。所谓“阴为阳之母,阳为阴之用”,“阳无阴不长,阴无阳不生”。

作者单位:056000 河北省邯郸市传染病医院肝七科

作者简介:高玉华(1975-),主治医师。研究方向:中西医结合肝病的治疗。E-mail:hdslf2008@163.com

文献标引:

高玉华.浅谈温肝法治疗慢性乙型肝炎[J].环球中医药,2012,5(8):606-608.

病理情况下,则阴阳互相影响,即“阳病及阴,阴病及阳”。因此,在临床中虽然多见肝之阴虚血虚证,但也必然会出现肝之阳虚证。

其次,从肝与肾两者而言,肝藏血,肾主精,精血相互转化,肝与肾“盛则同盛,衰则同衰”,故有“乙癸同源,肝肾同治”之说。亦即肾之阴虚,可以导致肝阴之不足,而肾之阳虚,也就必然会引起肝阳之虚损。

3 慢性乙型肝炎肝阳虚的临床表现和治疗

中医学认为,肝病急性期以湿热为主,后期则“脾胃气虚,热毒未尽”。乙型肝炎病毒又是一种具有抑制阳气的毒邪^[9],故湿热蕴蒸,寒湿阻遏或本有阳虚之体的患者均会出现湿胜阳微之征。治疗上顾及阳气十分重要。后期湿热已祛,阳气衰微,更宜以扶阳为主,清热解毒为辅。由于肝脏的生理生化功能非常复杂,肝病牵涉的脏腑经络不同,病因又各不相同,加之病人的天赋秉赋、体质、生活环境也有很多不同,慢性乙型肝炎出现肝阳虚的症状也非常复杂,但总的来说其表现及治疗结合临床可归纳为以下三个方面。

3.1 厥阴肝寒证

症见肝区隐痛,绵绵不止,按之则缓,胃脘不舒,泛酸,或口吐清水,食欲不振,头痛眩晕,苔白,脉细弦,方用吴茱萸汤加减。方由吴茱萸、人参、大枣、生姜 4 味组成,其中吴茱萸、生姜暖肝和胃,降逆止呕;人参补虚健脾,大枣调理诸药和中。君药选用大辛大热的吴茱萸,是因为肝喜调达恶抑郁,吴茱萸既能散肝寒又能疏肝郁,在此不但体现张仲景辨证论治思想,也可以看出其选药考虑到脏腑的生理特性,吴茱萸在此方中既能温胃暖肝以祛寒,又善疏肝和胃,一药而两擅其功,足见其选药精当。其它常配以柴胡、黄芩、枳壳、黄连等疏肝理胆,调和肝胃之药。此法促进肝脏解毒,发挥保护肝细胞等作用。

3.2 寒湿内阻证

症见面色暗黄,头身困重,脘腹痞满,恶心欲吐,腹胀如鼓,四肢肿胀,尿黄或如浓茶,苔白厚腻,脉沉缓。以黄疸型肝炎属阴黄或肝硬化腹水者多见,方用茵陈术附汤加减。方中附子、干姜、白术、肉桂温脾阳;茵陈利胆退黄;甘草调和诸药,共奏温运脾阳、利胆退黄、消肿利水之功,是治本之法。其它常配伍清利药、滑石、通草、虎杖之类,在祛湿同时兼清热毒。

3.3 寒凝血脉证

症见面唇苍白,肝区疼痛较剧,手足逆冷,舌暗胖大苔白,或见瘀斑、瘀点。慢性乙型肝炎迁延日久或伴有肝硬化者多见此证。方用桂枝附子汤加减。桂枝祛风,配附子温阳行湿;草、姜、枣和中养胃,有祛风除湿,和中养胃之效。在肝病证治中辛温通络药常与三棱、莪术等破血药同用,此法扩张血管,改善血液循环,促进肝细胞再生。

4 验案举隅

4.1 厥阴肝寒证

患者,女,42 岁,2009 年 4 月 20 日初诊。因肝区疼痛 2

周入院。入院时肝功能丙氨酸转氨酶(ALT) 352 U/L,天门冬氨酸转氨酶(AST) 158 U/L,乙型肝炎表面抗原(HBsAg)、e 抗体(HbeAb)、核心抗体(HbcAb)均为阳性。入院诊断:慢性乙型肝炎。诊见:患者精神萎靡,少气懒言,面色晦暗,干呕,吐稀白涎沫 1 周,日吐涎沫量在 100~200 ml,胃中寒冷,喜热饮,大便溏,小便黄,舌淡,苔白边有齿印,脉细缓。证属肝胃俱寒,脾气虚弱。肝寒失疏泄横逆犯胃,胃失和降,而干呕吐稀白涎沫,胃中寒冷,则喜温恶寒,渴喜热饮,肝气受邪犯脾,脾虚不能运化水湿,湿阻于舌而舌体胖大,受齿列挤压而形成齿痕舌。治以温肝暖胃,方以吴茱萸汤加味。处方:吴茱萸 10 g,熟附子 9 g,党参、姜半夏、生姜、炒白术、大枣各 10 g。7 剂,水煎服。每天 1 剂。4 月 29 日二诊:7 剂后,患者干呕除,胃中寒冷好转,吐涎沫量减,舌脉同前,守方 7 剂。5 月 6 日三诊:精神转佳,食欲改善,吐稀白涎基本消失,胃中寒冷减轻,舌淡红、苔白边有齿印,脉缓。肝功能 ALT 60 U/L,AST 46 U/L,HbsAg、HbeAb、HbcAb 阳性。

4.2 寒湿内阻证

患者,男,55 岁。于 2010 年 8 月因头身目黄、肝硬化腹水住院,诊见身黄,目黄,小便黄,面色晦暗无华,无光泽,周身乏力,纳少,腹胀便溏,下肢肿,四肢发凉,舌质淡,两侧有瘀斑,苔白,脉沉细,腹软,有移动性浊音。住院化验查血红蛋白(Hb) 102 g/L,ALT 220 U/L,AST 102 U/L,HbsAg、HbeAb、HbcAb 阳性。入院诊断:慢性乙型肝炎,肝硬化腹水。辨证:寒湿困脾,气虚血瘀。患者肝脾肾三脏功能失调,肝气瘀滞不能疏泄则见身黄,目黄,小便黄,血瘀则见面色晦暗,舌两侧瘀斑,水停于腹中则见移动性浊音。治以温肝化湿,健脾消肿,方以茵陈术附汤加减。处方:茵陈 30g,干姜、熟附子、肉桂各 9 g,黄芪 20 g,党参、苍术各 15 g,车前子、猪苓各 15 g,三七粉^{兑入}5 g,大腹皮 30 g,生甘草 10 g,7 剂,水煎服。每天 1 剂。二诊:服上方 7 剂,身黄,目黄,小便黄均减轻,腹胀,四肢发凉有好转,舌脉同前,继服前方,加大补气药量,黄芪改为 40 g,党参改为红参 15 g,7 剂,患者好转出院。患者出院后门诊三诊:黄疸已不明显,腹水退净,下肢肿胀已消,颜面仍有虚浮感,乏力,小便微黄,舌脉同前,守方 10 剂。

4.3 寒凝血脉证

患者,男,45 岁。2010 年 6 月因肝区疼痛病情加重转入本院诊治,自述 1 个月前因乙型肝炎右肋不适、脘腹胀闷就诊于外院,予以拉米夫定片治疗,因转氨酶不下反继续升高遂停药。诊见:神疲乏力,面色萎黄暗滞,脘痞纳差,口干口苦,右肋痛,大便干,小便黄,舌暗苔白,脉细涩。检查:轻度肝掌,左腹蜘蛛痣,肝脏肋下可触及。住院化验检查示:ALT 285 U/L,AST 210 U/L,HbsAg、HbeAb、HbcAb 均为阳性。B 型超声提示:肝硬化,脾大。入院诊断:慢性乙型肝炎,肝硬化。辨证:寒凝血脉。患者肝肾不足,肝气郁则口干口苦,右肋痛,肝脉血瘀则见肝掌,蜘蛛痣,脉细涩。方用桂枝附子汤加减。处方:桂枝、熟附子各 20 g,川芎、白芍、当归各 10 g,干姜、猪苓各 15 g,三七粉^{兑入}5 g,生甘草 10 g,7 剂,水煎服。二诊:服上方 7 剂,肝区疼痛减轻,大小便正常,纳

文献标引:

高玉华.浅谈温肝法治疗慢性乙型肝炎[J].环球中医药,2012,5(8):606-608.

可,舌脉同前,继服前方 7 剂。三诊:肝区疼痛基本消失,纳可,舌淡暗、苔白,脉细。肝功能示 ALT 80 U/L,AST 64 U/L,HbsAg、HbeAb、HbcAb 阳性,患者好转出院。

5 讨论

笔者认为温肝法即温补肝之气血,温散肝经之寒邪,通过温肝以恢复肝的生理功能的一种治疗方法。临证要用于肝阳虚衰及七情内伤、肝气郁滞以致气不能敷布,郁而寒化的病症,其临床多见厥阴肝寒,寒湿内阻,寒凝血脉证。而在治疗中多以温中有补,以温为主,兼施疏泄为主要治疗法则。

参 考 文 献

[1] 张炜. 复方鳖甲软肝片联合黄芪注射液治疗慢性乙型肝炎 216

例临床观察[J]. 中国医药导报, 2010, 7(29): 70-71.

[2] 刘红, 夏章, 曹廷智. 慢性乙型肝炎患者证候学调查与分期辨证模式[J]. 环球中医药, 2011, 4(2): 109-113.

[3] 王冰 注. 黄帝内经 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 2003.

[4] 张仲景. 伤寒论 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.

[5] 孙思邈. 备急千金要方 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 1999.

[6] 严用和. 重订严氏济生方 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1980.

[7] 张景岳. 类经 [M]. 北京: 学苑出版社, 2005.

[8] 王泰林. 王旭高医书六种 [M]. 上海: 上海科技出版社, 1965.

[9] 王文宝. 益肝气温肝阳在肝病治疗中的应用体会 [J]. 安庆医学, 1995, 16(2): 35.

(收稿日期: 2012-06-12)

(本文编辑: 刘群)

甘淡和胃法治疗胃食管反流病初探

吕冉 张喆 刘瑜 符思

【摘要】 中医认为胃食管反流病与湿、热二邪有关。笔者经多年临床总结,运用甘淡和胃法加减,遵循胃宜降则和的法则,甘以养胃生津,淡以利湿去热,对于治疗胃食管反流病的吐酸、嘈杂等症,疗效颇高。本文通过一临床病例,简述甘淡和胃法的临床应用指征及方法。

【关键词】 甘淡和胃; 胃食管反流; 吐酸; 嘈杂

【中图分类号】 R256.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.08.014

1 从脾胃分治到甘淡和胃

胃食管反流病是指胃食管反流引起的烧心、反流等症状,包括反流性食管炎和非糜烂性反流病,属于中医的吐酸、嘈杂病范畴。吐酸是指胃中酸水上泛,随即咽下;嘈杂是指胃中空虚,似饥非饥,似辣非辣,似痛非痛,莫可名状,时作时止的病证。中医传统上多认为与湿、热二邪有关,因为酸在五味中为肝味,肝在五行中属木,肝木的生长、发育须中土培植,中土湿盛则导致肝木迂曲不能升发,蕴化为热邪,本味外现,再加上中焦湿热,胃气上逆,所以出现吐酸、嘈杂症状。

本病临床中多选用越鞠丸、吴茱萸汤、左金丸、温胆汤、半夏泻心汤等辛开泄或辛开苦降方剂,适当加用煅瓦楞子、海螵蛸、煅牡蛎等制酸药物治疗。笔者在临床初始遵循上法治疗,但发现疗效不佳,故时常迷惑不解,于是广泛涉猎各家典籍,当读到叶天士《临证指南医案》论脾胃分治时,似

有所悟。

叶天士根据内经“胃为水谷之海,饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,脾主为胃行其津液者也。故胃主纳,脾主运,胃喜凉,脾喜燥”理论,高度的总结出脾宜升则健,胃宜降则和,给此之前的脾胃混治当头棒喝,无怪乎华岫云称其议论越出千古。华岫云谓“所谓胃宜降则和者,非辛开苦降,亦非苦寒下夺,以损胃气,不过甘平或甘凉濡润以养胃阴,则津液来复,使之通降而已,此即内经六腑者传化物而不藏,以通为用之理也”^[1],是对叶天士养胃阴以通降胃气理论的剖析,之后私淑叶天士的著名医家如林佩琴、吴鞠通、潘名熊等,无不奉此为圭臬。

脾胃分治论也被近现代无数医家所赞赏,广泛的应用于临床,但主要应用在于温燥运脾与甘寒凉胃,很少用甘味药物治疗中焦湿热证。养胃阴似与湿、热二邪所致吐酸、嘈杂的治疗相悖,但当读到章次公《药理学·山药(下)》所论时,顿觉豁然开朗,盖依此理论,用药稍加变通即可。章次公论述为“临证指南医案脾胃门曾以脾胃分治立论,其言曰‘太阴湿土得阳始运,阳明阳土得阴自安,以脾嗜刚燥,胃嗜阴柔也’。叶氏此说,余以为信然。故余每遇吞酸嘈杂,恒和其胃而不运其脾。山药、扁衣、云苓、薏仁、粳米、甘草、谷芽,均

作者单位:100029 北京,卫生部中日友好医院中医消化科

作者简介:吕冉(1981-),本科,住院医师。研究方向:中西医结合治疗消化系统疾病。E-mail:Hitman74@sina.com

通讯作者:符思(1957-),本科,主任医师。研究方向:中西医结合治疗消化系统疾病。E-mail:syajk@sina.com

文献标引:

高玉华. 浅谈温肝法治疗慢性乙型肝炎[J]. 环球中医药, 2012, 5(8): 606-608.