

专科专病
名医临证经验丛书

肝胆病

刘燕玲 洪慧闻·主编



人民卫生出版社

专科专病名医临证经验丛书

肝 胆 病

主 编 刘燕玲 洪慧闻

副主编 东文兆 肖守贵

编委 (按姓氏笔画为序)

毛文藻 东文兆 齐 蓓 刘燕玲

肖守贵 赵利民 赵晓威 张谷运

洪慧闻 韩 刚

14.11.08

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

肝胆病/刘燕玲等主编. —北京: 人民卫生出版社, 2001

(专科专病名医临证经验丛书)

ISBN 7-117-04610-4

I. 肝... II. 刘... III. ①肝病 (中医)-中医学临床-经验-中国-现代 ②肝病 (中医)-验方
IV. R256.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 084439 号

专科专病名医临证经验丛书

肝 胆 病

主 编: 刘燕玲 洪慧闻

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph@pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 北京市通县永乐印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 19

字 数: 417 千字

版 次: 2002 年 1 月第 1 版 2002 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印 数: 00 001—3 000

标准书号: ISBN 7-117-04610-4/R·4611

定 价: 29.50 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

出版者的话

为了进一步抢救、挖掘、继承和发扬名老中医、著名中西医结合医学术思想和宝贵经验，不断提高中医、中西医结合诊疗水平，满足广大中医、中西医结合工作者学习需要和加强中医专科专病建设的要求，我社特组织全国有关专家学者编写了《专科专病名医临证经验丛书》。本丛书是在广泛收集近现代国家级和部分省部级名医临床诊疗经验和学术成果的基础上，经过精选、整理研究、汇编而成的系列丛书。该丛书共 12 个分册，包括呼吸病、心脑血管病、脾胃病、肝胆病、肾脏病、糖尿病、风湿病、血液病、肿瘤、妇科病、儿科病、皮肤病等分册。每一分册均包括两个部分，即疾病篇与方剂篇。其中疾病篇所选医家诊疗经验以病为纲，以人为目；每一疾病均按概述、名医经验、按语三部分来阐述。方剂篇所选医家诊疗经验以病为纲，以证为目，下分列临证有效的专病专方。本丛书作者均为长期在临床第一线从事相关专科专病医疗的工作

者，对名医的诊疗经验和学术思想学习理解颇深，故所收名医经验突出名医在诊疗疾病方面的独到之处，而不是面面俱到、泛泛而谈；其中也选录了少量对某一疾病有独到认识和经验的专家体会，以提高本书的实用性。按语是作者结合个人临证体会加以阐述，对名医辨证思维、遣方用药心得进行挖掘、归纳、提炼，指出各名医诊疗疾病的特点所在，语言精练，客观公允，具有画龙点睛的作用，以便于读者理解和掌握。该丛书资料翔实，内容丰富，重点突出，切合临床实际，为各科临床医生提高诊疗水平提供借鉴。本丛书所收病种一律采用西医病名，所选病种为中医或中西医结合治疗疗效好，有优势、有特色者。本丛书对各级中医和中西医结合医师、中医药大专院校师生、中医药专业研究生学习提高参考价值颇大。

人民卫生出版社

2001年10月

内 容 提 要

本书系《专科专病名医临证经验丛书》之一。集全国名医名家、学者治疗肝胆病临证经验、思路和方法之精粹编撰而成。

全书共分两篇，分别为疾病篇和方剂篇。疾病篇中，介绍了名医名家对常见的 16 种肝胆疾病的病因病机认识、辨证论治、治疗方法、独特用药的经验，有效病案等，重点介绍了 87 位名医治疗慢性肝炎的各自特色。方剂篇中，介绍了实用有效的 100 余首方药。

本书提纲挈领地介绍了名医名家治疗肝胆病的临证经验，内容丰富、精要，为临床医师提供了简便快速查阅名老中医治疗肝胆病经验及方药的一个途径，以此更好地指导临床治疗。本书可供中医、中西医结合临床医师、中医院校的教师和学生参考使用。

编写说明

我国是肝病特别是病毒性肝炎的高发区，乙型肝炎的感染率近60%，多年来，由于其传染性强，成为我国流行最为严重的传染病之一。不仅影响整个民族的健康素质，也给社会和家庭带来沉重的经济和精神负担，已成为目前我国重要的公共卫生问题，也是世界医学界研究的热点。

中医药在防治肝胆疾病方面，源远流长，早在《黄帝内经》中就有记载，汉张仲景的《伤寒论杂病》对常见肝胆疾病的病因病机、治疗方法已有了颇为详细的论述，为后世医家的治疗提供依据。在长期的医疗实践中，众多医家积累了丰富的临床经验，形成了各自独特的治疗风格，结合现代医学的检测手段，取得了较好的疗效。本书将大量名医治疗肝胆疾病的书籍、数百种医学期刊杂志有关名医经验介绍进行了收集整理，将众多名医对肝胆疾病发病机制的认识、治疗经验并附以有效病案、有效方药等一一介绍，目的是为临床医师提供方便快捷查阅名医诊治经验、有效方药的一个工具，希望能助治疗肝胆疾病的医师一臂之力。

本书编写时间较为仓促，内容较多，错漏之处难以避免，期望广大读者及时指正，以共同提高。

编者

2001年9月

目 录

疾 病 篇

急性肝炎	1
慢性肝炎	72
肝硬化	271
病毒性肝炎后肝硬化	272
血吸虫性肝硬化	303
酒精性肝硬化	314
药物性肝硬化	318
肝硬化腹水	321
肝性脑病	390
肝硬化上消化道出血	395
肝癌	398
脂肪肝	413
肝脓肿	418
肝豆状核变性	424
胆石症	427
胆囊炎	442
胆道蛔虫病	457

方 剂 篇

急性肝炎	461
慢性肝炎	475
淤胆性肝炎	514
肝硬化	515
血吸虫性肝硬化	529
药物性肝硬化	532
肝硬化腹水	534
肝性脑病	545
肝硬化上消化道出血	548
肝癌	550
脂肪肝	552
肝脓肿	556
肝豆状核变性	561
胆石症	565
胆囊炎	580
胆道蛔虫病	592

疾病篇

急性肝炎

【概述】

急性病毒性肝炎指由肝炎病毒所引起的一种以肝脏损害为主的全身性急性传染病。病理学上以急性肝细胞坏死和炎症反应为特点。一般以乏力、精神不振、肝区疼痛、食欲减退、恶心、厌油腻、肝肿大及肝功能异常为主要临床表现，部分患者出现发热、黄疸。诊治及时，调护得当，病情大多能顺利恢复，少数迁延成慢性，极少数呈重症经过。其主要发病机制较为复杂，尚未完全阐明，主要与病毒感染及免疫反应因素有关，目前能通过特异性检查明确的肝炎病毒至少有六种，即甲、乙、丙、丁、戊、庚型肝炎病毒，分别引起甲、乙、丙、丁、戊、庚型病毒性肝炎。其他病毒如腺病毒、单纯疱疹病毒、巨细胞病毒、EB病毒、科萨奇病毒、B群风疹病毒等也可引起肝内炎症，但各有独特的临床表现，不包括在本书范围之内。

中医学认为本病属于“黄疸”、“胁痛”、“疫毒”、“郁症”等范畴。多由于脾胃素虚，或因饮食不慎，酒食不洁，以致脾

胃运化失常,湿浊内生,或因情志失调,劳伤过度,复感疫毒时邪而发病。急性发病以实证为主,病机主要为邪毒、湿热蕴结,气滞血瘀。由于湿热的轻重及邪毒入侵气血之深浅的不同,故而出现黄疸与无黄疸的不同类型。急性期黄疸,常为阳黄,此时邪气盛而正气未伤。疫毒入侵与湿邪互结,湿从热化,熏蒸肝胆,致肝失疏泄,胆汁外溢,浸淫肌肤,下流膀胱,使面目小便俱黄,黄色鲜明。若湿热较轻,侵犯脾胃,以气滞为主,胆汁尚能循常道而泄利,可不出现黄疸,而常以胁痛为主,因情志失调,肝气郁结,或气郁日久,气滞血瘀,瘀血停积,或脾失健运,湿热内郁,疏导不利,均可导致胁痛。

总之,劳倦、情志、饮食、感受外邪是本病的诱因,肝、脾、肾三脏功能失调是发病的内因。疫毒、湿热之邪是发病的关键。临床依据流行病学、症状、体征、肝功能试验、病原学和血清学检查结合病人具体情况及动态变化进行综合分析,可进行合理的、有效的治疗。

【名医经验】

1. 关幼波诊治经验

关氏认为,急性病毒性肝炎不论黄疸型和无黄疸型,其致病因素都是以湿热为主,其中黄疸型肝炎湿热较重,无黄疸型湿热较轻,但它们又有一个共同特点,即“肝病犯脾”,均以中州失运为主证。故在治疗中治理中州,清利肝胆湿热的治疗原则应贯穿整个过程。

关氏对于急性病毒性肝炎的治疗特色,概括起来为“三辨”、“三要”、“三原则”、“两重视”。

三辨:首辨湿热轻重。湿热证见:纳呆、恶心、呕吐、灰油

腻、发热心烦、尿黄短少。若湿重于热,兼见头身困重、腹胀、便溏、苔白腻、脉沉滑,当以利湿为主,兼以清热,可用茵陈五苓散加减;若热重于湿,兼见口渴、烦躁、苔黄腻、脉弦数,当以清热为主,兼以利湿,可用茵陈蒿汤加减;若湿热并重,当以清热利湿,兼以解毒泻火,用茵陈栀子银花汤加减。二辨在气在血。关氏认为:急性病毒性肝炎“有黄湿热较重,无黄湿热较轻”,有黄是湿热入于血分,瘀阻血脉,蕴毒生痰,瘀阻血络,熏蒸肌肤而发黄疸,在治疗上清利宜重、偏于治血;无黄是湿热入于气分,胆汁尚能循常道而泄利,故不出现黄疸,在治疗上清利宜轻、偏于治气。实际上气与血互相关联,难于截然分开,无黄只是偏于气分,并非完全不入血,故仍稍佐治血,临床上常可见到开始为无黄,由于治疗不及时,正气虚衰,正不抗邪或复感外邪,湿热久蕴而入血,瘀阻血分,仍可出现黄疸,相反,如果治疗及时,正气渐复,正盛邪却,湿热由血透气病情减轻,疾病自愈。三辨三焦部位。湿热侵入三焦,一般以偏于中上二焦、中下二焦和弥漫三焦为多见,湿热偏于中上二焦主要是看舌苔,如苔白、黄或腻,并以恶心、厌病腻、纳呆、身重乏力为多见,其治疗以芳香化浊为主,如藿香、佩兰、银花、杏仁、橘红等;湿热偏于中下二焦主要看大小便,如尿黄短少、大便燥结,随证选用茵陈蒿汤化裁;若湿热下注膀胱证见尿黄赤、尿频、少腹急痛,尿道灼痛等,可用八正散化裁;若湿热下注大肠,见腹痛、泄痢、里急后重、肛门灼热等,用白头翁汤或葛根芩连汤化裁;若湿热弥漫三焦,则为病情危重之象。

三要:治黄要治血,血行黄易却。关氏认为,黄疸主要是湿热蕴于血分,病在百脉,百脉即周身血脉,肝为藏血之脏,与胆互为表里。所谓“瘀热发黄”、“瘀血发黄”都说明黄疸是血分受病,主要是湿热瘀阻血脉,所以治疗也从治血入手,

即在清热祛湿的基础上加用活血药,活血又可分为凉血活血,养血活血,温通血脉。凉血活血旨在清血中瘀热,凉血而不滞邪,使之血脉通达,湿热得除,热邪得清,瘀结得散,常用的药物有:生地、丹皮、赤芍、白茅根、小蓟、藕节等。养血活血的药物必须是养血而不助热,活血而祛瘀滞,常用的药物有:丹参、白芍、当归、益母草、泽兰、红花、郁金等,用以治疗热邪灼伤阴血,血热血虚兼见者。温通血脉主要是使用温阳通脉的药物,化散瘀滞,疏通百脉,去除寒湿,常用药有附子、桂枝等。并特别指出运用活血药有四大优点:即加快黄疸的消退,有利于肝脾肿大的软缩,有助于肝功能的恢复,缓解肝脾区的疼痛。

治黄要解毒,毒解黄易除。当湿热久羁蕴而成毒,或兼感疫毒之时,毒助热势,热助毒威,必须加用解毒之品,尤对现代医学的急性炎性病变和转氨酶过高者效果显著。若不加用解毒的药物,则湿热难以化散,黄疸不易消退,临床上根据辨证,运用化湿解毒(薄荷、野菊花、藿香、佩兰、黄芩、黄连等)、凉血解毒(银花、公英、草河车、板蓝根、土茯苓、白茅根、青黛、石见穿)、通下解毒(大黄、黄柏、败酱草、白头翁、秦皮)、利湿解毒(金钱草、车前子、车前草、木通、篇蓄、瞿麦)等,同时配以芳香化湿的药物如藿香、杏仁、橘红以开上中二焦之源,使下焦易于通利。酸敛解毒,主要用于黄疸后期,正气耗伤,病邪漫散不羁,必须在清热祛湿或温化湿滞的基础上,佐用一些酸敛解毒药物,常用五味子、乌梅、五味子等。

治黄要化痰,痰化黄易散。湿热可以生痰,痰阻血络,湿热瘀阻,黄疸胶固难化。使用化痰散结,祛除胶结凝滞的湿热,痰滞得通,可使黄疸易于消退。化痰法多与行气、活血、化瘀诸法配合使用。常用药物有杏仁、橘红、莱菔子、瓜蒌等。另外,山楂消食化痰,草决明清肝热化痰,半夏燥湿化

痰,焦白术健脾化痰,麦冬、川贝清热养阴化痰,海浮石清热化痰,郁金活血化痰,旋覆花清上中焦之顽痰,均为临证常用药物。关氏通过多年实践体会到,黄疸使用治痰之法,实为治本之策。

三原则:关氏认为:急性肝炎发病急,病程短,治疗的重点在于祛邪,在急性肝炎的辨治中,首先要正确处理祛邪与扶正的关系。

邪实正不虚阶段,当以祛邪。《素问·评热病论》说:“邪之所凑,其气必虚。”可知平素体健正气旺盛的人,一般不会感邪患病。即使因一时之虚,湿热之邪内侵而发病者,由于正气能拒邪于卫分或气分,而形成正盛邪实证型,在治疗上应以祛邪为主。若兼有表证时要在解表的基础上佐以退黄之法,使在表之邪迅速透达,以免湿热缠绵入里,酿成大患。因人体正气未衰,故运用解表、利尿、通下、清热、解毒、活血、化痰等祛邪之法,祛邪即是扶正。急性肝炎初期,体质尚强,正气可支,兼外邪而见表证者,重在清热解表,佐以化湿,使之在表之邪迅速透达,以免缠绵久羁。

邪实正已虚阶段,要用攻补兼施之法。一般来讲,正虚的原因有两种:一是素体虚弱,一是因病致虚。正虚是导致外邪深入机体的内在因素。如果内侵之邪过盛,就形成正虚邪实的证型,此时往往病情较重,治疗起来也较困难。在这种情况下,如果单纯补虚则可碍邪,反之,若单纯祛邪则必将更损其正。故在邪实明显时治疗以祛邪为主,佐以扶正;在正虚严重时,治疗以固本为主,辅以祛邪。重要的是,本阶段一定要牢记:“祛邪勿忘扶正,扶正勿忘祛邪”的原则。

在正虚邪衰阶段,当以扶正为主。正气虚弱,除上述两种原因外,还有在治疗过程中因过用泻热、通利、攻下以及破气、破血之剂,病邪虽减,正气大伤,此乃因治疗不当而致虚。

在正虚为主情况下,或体内尚有少量余邪,或复感少量外邪,形成虚多邪少证型,主要以扶正固本为法,令其气血充足,阴阳调和,脏腑功能旺盛,即使体内有少量余邪也必将会由于正气的恢复而消除。这就是中医学“扶正以祛邪”的原则。但在具体运用上,也不排除根据临床见证,在不损伤正气的情况下,辅佐一些祛邪之品,这样可达到正复邪尽的目的。

两重视:重视治愈后的巩固,防止复发。关氏认为:急性病毒性肝炎,虽然病势较急,预后一般较好,但在恢复阶段必须注意调理,巩固治疗,湿热之邪侵入人体后,最易损伤肝脾肾三脏,造成肝郁脾虚,肝肾不足和肝胆湿热未清等证型,如果治疗不彻底,则易复发,向慢性转化。因此,在临床上即使肝功已恢复正常,自觉症状完全消失,也不宜过早停药,而要继续治疗一个阶段加以巩固。防止复发。

重视辨证与辨病的关系。对急性病毒性肝炎的诊断,除了临床症状外,还应结合化验和物理检查,以确定其病因和病性。所以治疗此证在中医辨证的同时,还要考虑辨病的问题,同时结合化验和物理检查,如胆红素、肝功、超声波的检查等仔细分析,方不致谬。

病案举例:

例1:急性甲型黄疸性肝炎

患者7天前发热,两天前热退,全身皮肤巩膜发黄,大便曾有白色,身痒,恶心,厌油腻,口苦咽干,尿黄。化验:黄疸指数60U,凡登白试验迟缓阳性,胆红素 $>68.4\mu\text{mol/L}$,尿三胆阳性,ALT 700U、AST 245U, A/G 4.4/3.5, HBsAg 阴性。腹平柔软,肝脾未及,巩膜皮肤呈橘黄色。舌苔薄白,舌质正常,脉沉弦。证属湿热内蕴。治以清利湿热,活血解毒,佐以化痰。处方:茵陈 30g,青蒿 10g,金钱草 30g,杏仁 10g,橘红 10g,炒山栀 10g,丹皮 10g,丹参 15g,白芍 15g,山楂 15g,熟

军 10g。上药 15 剂后,巩膜皮肤黄染消退,身痒消失,偶有鼻衄,自觉症状不明显,复查肝功 ALT 220U,AST 正常。以上方为主,加用白茅根、阿胶珠以凉血止血,茵陈减为 15g,方中去金钱草、大黄、炒山栀,稍佐沙参、寄生以调补肝肾,月余后复查肝功已全部正常。

例 2:急性黄疸性乙型肝炎

患者两周来恶心、厌油腻、纳呆、口干苦、乏力、尿黄如茶。近一周面目发黄,身肢略觉瘙痒,眼睛酸楚不适。化验检查:黄疸指数 60U,凡登白试验直接即刻阳性,胆红素 $> 68.4\mu\text{mol/L}$,GPT440U,HBsAg 阳性。查体:面部、全身皮肤橘黄色,巩膜发绿,患者精神弱,腹平软,肝脾未及。苔心白,质正常,脉沉滑。证属湿热中阻,蕴而发黄。治以清热祛湿,凉血解毒,佐以化痰。处方:茵陈 30g,青蒿 15g,金钱草 30g,板蓝根 15g,苡米 15g,杏仁 10g,橘红 10g,丹皮 10g,丹参 15g,白芍 20g,熟军 10g,草河车 15g,山楂 15g。服上药 30 剂后复查黄疸指数 4U,凡登白试验阴性,胆红素 $6.84\mu\text{mol/L}$,GPT 正常,HBsAg 阴转。自觉症状消失,继服上方减茵陈用量,去金钱草、熟军。治疗两月余,重返工作岗位。

例 3:急性黄疸性丙型肝炎

患者于一月前突然出现双目及全身发黄,且逐渐加重,经用各种西药及中药茵陈、五苓散等治疗,黄疸仍呈上升趋势,胆红素由 $64.98\mu\text{mol/L}$ 上升到 $71.82\mu\text{mol/L}$,GPT500 单位以上,HBsAg 阴性,抗-HCV 阳性。现症:巩膜及皮肤深度黄染,色泽鲜明,全身皮肤瘙痒难忍,食欲不振,胃脘堵闷,腹部胀满,恶心欲呕,呃逆频频,时感头晕,精神倦怠,睡眠尚安,小溲黄赤如浓茶,大便溏软日解 3 次,舌苔黄垢而腻,舌质正常,脉沉滑而数。证属湿热蕴于肝胆,阻遏中上焦,胃失和降。治以清热利湿,解毒活血化痰,理气和中。处方:茵陈

50g,蒲公英 30g,草河车 10g,赤芍 10g,杏仁 10g,橘红 10g,旋覆花 10g,生赭石 10g,砂仁 10g,枳实 10g,焦四仙 30g,车前子 20g,六一散 10g,炒栀子 10g,藿香 10g。上方一剂后,即觉上下通气,呃逆矢气通畅,脘腹顿感舒畅,更服两剂后,自觉诸症明显减轻,黄疸渐退,手臂及面部肤色接近正常,晨起尿色仍深黄,而白天尿已正常,恶心欲呕已除,胃满腹胀不明显,食欲好转,精神体力有所康复。唯身瘙痒不减。舌苔前半部已退,根部仍黄腻。上方枳实改枳壳,减覆花、生赭石、杏仁、橘红,加苦参、荆芥、防风、地肤子、白鲜皮,共服 14 剂,纳食增加,头晕、腹胀、身痒均除,精神佳,二便正常。化验检查:GPT 正常,胆红素 $11.97\mu\text{mol/L}$,抗-HCV 阳性。处方:茵陈 30g,公英 20g,茅根 30g,草河车 10g,赤芍 10g,丹皮 10g,枳壳 10g,砂仁 6g,厚朴 10g,焦四仙 30g,车前子 10g,滑石 10g,白术 10g,藿香 10g,杏仁 10g,橘红 10g。服上方后,患者一切正常,唯略感纳食不香,体力稍差。再拟健脾养胃,稍佐利湿清热之剂。方用:党参 10g,白术 10g,云苓 10g,砂仁 6g,藿香 10g,焦三仙 30g,炒莱菔子 10g,茵陈 20g,公英 29g,丹参 20g,车前子 10g,鸡内金 10g,枳壳 10g,佛手 10g。共服 14 剂,复查肝功全部正常,自觉症状已无,上方间日一剂继服,另加乌鸡白凤丸中午服一丸,以巩固疗效。^[1]

2. 汪承柏诊治经验

对于急性黄疸型肝炎的病因、病机,汪氏主要从以下几方面考虑:

湿热:由于湿热郁蒸于里不能外泄。湿邪无出路,邪热不得外达,水湿与热邪相蒸不解,郁而不达,从而酿发黄疸。此证临床上有两种特殊证型,一种为长夏季节(阴历 6~7 月)湿热型,但本属脾虚。急性肝炎在长夏季节发病,或慢性