

中国现代名中医治疗 肝胆病理法方药精选

赵志付 主编



科学普及出版社

样 本 库

中国现代名中医治疗 肝胆病理法方药精选

赵志付 主编



科学普及出版社

1211026

2476/22

内 容 提 要

本书精选了新中国成立以来各地名中医治疗肝胆病的名法和名方,内容有各种肝炎、肝硬化、肝癌、胆囊炎和胆石症的病症总论、病因病机、辨证和治疗方法,还介绍了肝病常见症状、肝病化验指标异常和肝胆病人的调摄护养。本书汇集了中医治疗肝胆病的理论研究与探讨以及临床经验与方药,这些对治疗肝胆病具有较强的指导作用。

本书可供中、西医内科医师、传染科医师、医学院校师生学习和参考。

(京)新登字026号

中国现代名中医治疗 肝胆病理法方药精选

主编 赵志付

责任编辑:陈 凯

封面设计:王序德

技术设计:李 牧

*

科学普及出版社出版(北京海淀区白石桥路32号)

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

天津市蓟县印刷厂印刷

*

开本:787×1092毫米 1/23 印张:6.125 字数:140千字

1992年4月第1版 1992年4月第1次印刷

印数:1—5100册 定价:3.00元

ISBN 7-110-02256-0/R·257

顾 问：董建华、欧阳锜

主 编：赵志付

副主编：吕乐远

编委：吕志杰 张国恩

前 言

肝胆病是危害人类健康的常见病、多发病。目前在我国甲型肝炎时有流行，乙型肝炎发病率也很高，仅乙型肝炎表面抗原阳性者一项，在我国人群中大约占10%~15%，计约有1亿多人。这些表面抗原阳性者，一部分发展成乙型肝炎。对乙型肝炎，现在国内外的西医均无很理想的药物治疗，致使一部分乙型肝炎患者演变成肝硬化和肝癌。胆囊炎和胆石症随着我国生产力水平和生活水平的提高，发病率亦呈现逐年增高的趋势。面对这种现实，防治肝胆病已成为整个医疗卫生事业的一项重要任务。

中医药治疗肝胆疾病有着悠久的历史、独到的理论体系和丰富的临床经验，并形成了不同的学术观点和流派。特别是新中国成立后，各地广泛应用中医药治疗经西医确诊的肝胆疾病，并取得了较好的疗效，得到了人们的公认。同时，也涌现出一批治疗肝胆病的知名中医，从而丰富和发展了中医学的学术思想，提高了肝胆病的治疗水平。他们的学术思想和临床经验散见于各家的著作和专业期刊中，要想短期学习、全面掌握，确实不易。有鉴于此，我们对建国以来各地名中医治疗肝胆病的经验，广泛收集，系统整理、以病为纲、博采众长，以成治疗肝胆病的名医、名法、名方之精华选集。本书对于肝胆病的临床、教学和科研都具有较高的实用价值。

编者

目 录

一、急性传染性肝炎.....	1
(一) 黄疸型肝炎.....	1
(二) 无黄疸型肝炎.....	14
(三) 重症肝炎.....	22
二、慢性传染性肝炎.....	27
三、肝硬化.....	51
四、肝癌.....	103
五、肝病常见症状.....	112
六、肝病化验指标异常.....	135
七、肝病调护.....	156
八、胆病.....	163

一、急性传染性肝炎

(一) 黄疸型肝炎

1. 病证总论

急性病毒性肝炎（简称急肝炎）包括黄疸型和无黄疸型两种。急性黄疸型肝炎颇似祖国医学“黄疸”病中的“阳黄”证。（关幼波）

对于黄疸型传染性肝炎，中医一般认为它属于“黄疸”范畴的病变。但是，黄疸不一定是传染性肝炎，还需要辨病。

肝炎是一种传染病，根据本病发病过程及临床表现与中医书所述的急黄、瘟黄、疫黄、天行发黄、时气病发黄相似。（潘澄濂）

2. 病因病机

急性黄疸型肝炎属于祖国医学的阳黄范畴，多因感受湿浊之邪，或酒食不节，脾胃损伤，湿浊不化，郁而生热，湿热阻于中焦，熏蒸肝胆，以致胆液不循常道，外泄浸淫肌肤而为病。（单柏图经验，陈卫平，单元昉整理）

对于急性病毒性肝炎的发病原理，祖国医学可以“湿热”两字加以概括；而湿热之邪既可从外感受，且能兼夹疫

病之气，也可由饮食不洁，经口而入。本病初起可有恶寒发热之表证，但因湿热易困遏脾胃之运化，致使中焦气机阻滞，故纳呆，身体困重，脘胁胀满或疼痛不适等症状便更为多见。若湿热内盛，熏蒸肝胆，胆液外泄，就会出现黄疸。（邹良材经验，朱世楷、尤松鑫整理）

阳黄的发生，一般均认为是：湿热相搏（搏）”所致，关老医师根据临床实践，除同意上述看法外，还认为：

（1）湿热相搏，瘀阻血脉则发黄症：湿热是发生阳黄的病因。所谓“相搏”者，具有内外合邪或邪正交争的双重含义。由于气候、环境、饮食、劳倦、情志等因素的作用，致使脾胃功能失和，或肝郁气滞，横逆犯脾，则脾失健运，湿困中州，不得化散，即所谓湿气不能发泄，则郁蒸而生热，热气不能宣畅则生湿，湿得热而益深，热因湿而愈炽。湿热内蕴，是阳黄的内因根据，而外因也是重要的条件，除了湿热外感外，古代尚有“恶毒”、“疫毒”之说。所谓外界恶毒之气，含有传染性质（且由口入）之类的毒邪。外因通过内因而起作用。又由于体质的差异，“体虚者受之”，所以，内外合邪，邪正交争，即发生阳黄。但是，内蕴湿热与外界湿热、疫毒相搏，并非全部都出现黄疸。若湿热仅停留在气分，甚至弥漫上、中、下焦，虽有恶心、纳呆、脘胀、身重胁痛、乏力，甚至发热等证，但一般多不会出现黄疸。而湿热瘀阻血脉才会出现黄疸，如《诸病源候论·因黄发血候》中说：“此由脾胃大热，热伤于心，心主于血热，气盛故发黄而动热，故因名为发血”。陈无择《三因极一病证方论》中也说：“五疸唯酒疸变证最多。……有大热毒，渗入百脉为病。”《伤寒论》中也说过“瘀热在里，身必发黄”。以上名家的论点足以说明湿热的特性胶固，而且瘀热

在里，入于血脉，瘀热阻滞血络才能出现黄疸。阳黄的发生，除一般认为是由于湿热郁结，肝胆失于疏泄，胆汁不能循常道而行外，所谓不循常道而行的道理，就是湿热胶固之邪，瘀热入于血分，阻滞百脉，逼迫胆液外溢浸渍于肌肤，才能出现黄疸。这一点可以说是关老医师在治黄疸过程中关于必须“治血”的理论根据。

(2) 湿热蕴毒，弛张弥漫则黄疸益甚：在正虚不能内守兼有湿热内蕴之际，若感受外界湿热之邪，或挟恶毒之气，或湿热蕴毒，湿热与毒邪互相影响，湿得热益深，热因湿愈炽，湿热挟毒，则热势弛张，缠绵胶固的湿热之邪，得热则更易凝滞瘀阻百脉，毒热之势不减，则血热沸腾流速，胆液奔流横溢，除黄疸日益加深外，还会出现衄血、呕血或皮肤出血斑点、赤缕、掌红、蜘蛛痣等证。甚至毒热弥漫三焦侵犯心包，而出现高热、烦躁、神昏和谵语等危候。

(3) 湿热凝痰，痰阻血络则黄疸难退：脾湿胃热，肝胆失于疏泄，为黄疸发生的脏腑功能失调的基本状态。脾不运化，水湿停聚蕴湿郁热，煎熬凝炼则为痰（此痰为广义之痰）。湿热凝痰，更加胶固粘滞，痰阻血络，脉道不通，则胆汁更难以循其常道而行，所以黄疸更难消退。若痰阻血络，脉道不通，胆液排泄受阻，不能进入肠腑，浊气不得下流，则黄疸明显加重，小便色黄赤，大便反而灰白如陶土（阻塞性黄疸）。若痰血与瘀血凝结成块，日渐增大则可形成痞块症积（肝脾肿大）。（关幼波经验，高益民等整理）

传染性肝炎系全身性感染，且以肝为主要受侵袭脏器。肝主藏血，性喜条达，脾主运化，性喜温煦，湿热之邪，侵犯于肝，肝气郁结则瘀凝，脾运不良则湿滞。且肝之与胆，脾之与胃，脏腑相连，又为表里，脏病及腑是较自然的。特

别是由于湿热累及于胆，以使胆失疏泄，则胆汁渗溢，成为黄疸。（潘澄濂）

肝炎的病因主要是湿热之邪。湿热熏蒸肝胆而妨碍疏泄，阻遏脾胃而影响运化，病久及肾而损及阴阳，是其基本的病理机制。其中尤以脾胃为枢纽。（夏德馨经验，蒋健整理）

我们认为本病的发病因素主要是湿热，而湿热发病机制在于脾胃，因脾为湿土而主升，胃为燥土而主降。脾胃受病，湿邪内蕴，升降失常以致木郁土中，土不荣木，肝胆气郁不畅，升降亦随之失常，因而湿郁化热，湿热相蒸而发黄。（杨志一经验，杨扶国整理）

按 有关黄疸型肝炎的病因，诸家均主湿热之说，脉承《内经》：“湿热相交，民多病疸”的学术观点。湿热之邪内侵，犯及肝胆脾胃，土壅木郁，湿热内盛，熏蒸肝胆，致胆汁不循常道，外泄漫漫肌肤而发为黄疸，各家认为是黄疸发病的主要病机。惟关老医师提出：“湿热胶固之邪，瘀热入于血分，阻滞百脉，逼迫胆汁外泄浸渍于肌肤，才能出现黄疸。”使黄疸病理机制之研究深入一层。奠定了黄疸病从血分论治的理论基础。

3. 辨证

对黄疸型传染性肝炎的临床辨证，大致可辨别为以阳明为主的热重于湿证与以太阴为主的湿重于热证。（潘澄濂）

阳黄的辨证：第一，应当辨清湿热二邪孰轻孰重：热重则见发热口渴，脉滑偏数，苔腻偏黄；湿重则见不热口粘，脉滑偏缓，苔腻偏白。湿与热是相互对立的两种致病因素，湿为阴邪，其性粘腻重浊，日久伤阳，损其功能；热为阳

邪，其性燥烈，日久灼阴，耗其实质。如果不辨孰轻孰重，过用清热则伤阳气有碍化湿，过用利湿则伤阴液更易生热。第二，应当辨清湿热所在部位，偏于上、中二焦者多见恶呕，纳呆，治宜芳化；偏于中、下二焦者多见二便不利，治宜通利。总之，阳黄的辨证应当首辨湿热孰轻孰重，施治重点先确定；继而三焦病位寻，退黄途径要分清；综合病位与病因，湿热毒邪尽除净。（关幼波）

湿热既是肝炎的主要致病因素，也是肝炎的常见临床证候。以脏腑病位分，有偏于肝胆者，有偏于脾胃者；以合邪偏颇论，有湿重于热者，有热重于湿热，临证应当明辨。

急性期要辨明湿热的轻重，恢复期要辨明湿热的有无。（单柏图经验，陈卫平、单元昉整理）

如何来辨其湿热的偏重？张老医师的经验是着重辨舌苔的白腻或黄腻，辨口渴思热饮或思冷饮；辨大便的稀溏与干结。一般舌苔白腻口渴思热饮者为湿偏重，舌苔黄腻口渴思冷饮者为热偏重。如果口渴思热饮，舌苔黄白相兼而厚腻者，可出现在湿热偏重不明显的黄疸病例中。大便稀溏是湿偏重的表现，相反大便干结乃主不通，则是热偏重的表现。（张海峰经验，张小萍整理）

按 黄疸型肝炎以判明湿热轻重及湿邪留着部位为辨证的关键。

（1）辨湿热轻重：即分为以阳明为主的热重于湿证与以太阴为主的湿重于热证。辨证眼目全在发热与无热，口渴欲饮与不欲饮，大便干结与稀溏，舌苔白腻与黄腻，脉象偏缓与偏数诸证之间。

（2）辨湿邪留着部位：此为关老医师所强调。盖黄疸病皆因湿热所发，湿邪为患，三焦决渎必然失司，故疏利三焦乃

退黄之大法。然湿停三焦，有上、中、下三焦之偏，偏于中、上二焦与偏于下焦者，治疗不尽相同，前者宜芳化，后者宜通利。惟详辨于此，才能决择正确的祛湿途径。

4. 治疗

(1) 治法

急性肝炎不论有无黄疸，其辨证多属于湿热弥漫三焦，结于肝胆，蕴于血分，阻滞胃肠。一般常见恶心、呕吐、厌油、纳差、腹胀、便溏、疲乏、困倦等症。治疗应以清热祛湿活血解毒为大法。

阳黄的治疗仍以清热利湿为常法，重视疏肝利水之惯例，以治中焦为要害，突出活血，解毒，化痰。即：“治黄必活血，血行黄易却；治黄需解毒，毒解黄易除；治黄要化痰，痰化黄易散。”（关幼波）

大凡身目俱黄，其色鲜明如橘皮，发热口渴，苔黄腻，脉弦数者，为热重于湿，治宜清热为主，热清则湿自化。若身目虽黄，其色不鲜，不发热或身热不扬，苔厚腻或淡黄，脉濡稍数或濡缓者，为湿重于热，治宜化湿为主，湿化则热自退。（单柏图经验，陈卫平、单元昉整理）

湿热之邪侵入人体，清化湿热关键在于给邪以出路，使之外出为度。湿热的出路主要有二：一从前阴，一从后阴。苦寒之药固能清化，但不能逐邪外出。故在湿热壅盛之际，单用苦寒清利是不够的，应适当配合利小便，通大便之品。夏师的清利湿热组方原则大抵遵循以下三点：一是取苦寒之品以清热祛湿；二是取淡渗之品以渗湿利尿；三是取攻下之品以通利大便。肝病通便之用乃据《医学入门》：“肝与大肠相通，肝病宜疏通大肠”之明训，能够通腑导滞泄热，排

垢逐秽解毒，使热与湿解。用之得当，其效甚宏，已为临床验证。（夏德馨经验，蒋健整理）

本病常出现一系列消化系统证状，如胸闷噎气、纳呆泛恶、脘痞腹胀、大便或溏、口苦乏味等、舌苔多腻，脉濡缓或濡而稍数，实为“起病在肝，寄病在脾。”《难经·七十七难》提出“肝病实脾”之说，仲景在《金匱要略》中又加以阐述，故单师治疗本病始终不忘“实脾。”临床常用间接实脾或直接实脾之法，前者如化湿或利湿、消食以健脾，后者如益气以健脾。（单柏图经验，陈卫平，单元昉整理）

凡黄疸型肝炎初起总以湿热为本，二者之中以热为本，以湿为标，治疗以清热为主，利湿次之，因为清热有消炎解毒作用，利湿则有通过小便增加排除黄疸作用，利湿为协助清热作用，不起治本作用。（姜春华）

（2）方药运用

对黄疸型传染性肝炎的治疗，常选用山栀、郁金、茵陈为基本方。见热重于湿证，以基本方加黄柏、半枝莲或大黄清热以利胆，见湿重于热证，以基本方合胃苓汤燥湿以健胃作为常规。笔者体会：黄疸型传染性肝炎的发病初期，以能迅速改善消化道症状，特别是恶心、呕吐，是控制病情进展的重要一环。如见舌苔黄腻或黄浊，脉象弦滑，多于以上的常规中配合小陷胸汤以治疗，或加鸡金、麦芽以醒胃，每获较好的疗效。（潘澄濂）

【基本方药】

茵陈一两 酒胆草三钱 草河车五钱 赤芍四钱 鲜茅根一两 车前草五钱（或六一散包五钱）

〔随症加减〕

①热重于湿者，症见口渴（或发烧）。便干、溲赤。脉

滑而数、舌质红、苔黄燥。可加用生石膏、炒栀子、酒军等；

湿重于热者，症见腹胀、不思饮、身困倦、大便溏、脉滑稍数、舌质中、苔白腻，可加用藿香、薏米、草蔻等。

②黄疸重者、茵陈量要大，最大可用四两（后下或另煎）。为了加速退黄，同时加用活血药，如红花、丹参、泽兰等。

③谷丙转氨酶高或经治疗仍不好转者，可重用清热解毒药，如野菊花、石见穿、败酱草、垂盆草、虎杖等。

④肝肿大较明显或经治疗后仍不回缩者可重用凉血化瘀药，如小蓟、生地、丹皮、坤草等。

⑤湿热困于中州，以致脾胃升降失常，所以多见胃肠功能障碍。

其一，湿热偏重在上中二焦时，多见上消化道症状，如恶心、呕吐纳差、厌油、暖气、胃堵闷胀、脉滑、舌苔白黄而腻。治以芳化和胃：旋复花15克，生赭石15克，藿香15克，酒黄芩15克，杏仁15克，桔红15克。

加减：

口干苦思饮者加生石膏20克

胃脘后两肋胀痛者加木瓜20克，元胡15克，

嘈杂反酸者加香稻芽15克，厚朴花15克，尾连10克。

其二，湿热偏重在下焦时多见下消化道症状，如下腹胀疼，大便粘滞，虽日行多次但解之不畅或下坠，脉沉滑，舌苔黄腻。治以清热导滞：

熟军15克，白头翁20克，秦皮20克，茵陈20克，焦三仙50克，六一散25克（包）

以上湿热弥漫三焦，病变多在气分，以胃肠功能失调为

主症，谷丙转氨酶长期不降或者反复。治疗以清除湿热之毒为大法，常用气分药，引邪从二便出或从气达表而出。清理大肠从大便出时常用熟军，白头翁，瓜蒌等；清利膀胱从小便出常用车前草、通草，六一散等；从表解时常用藿香、佩兰、野菊花等。临床上还有一类温热蕴于血分。谷丙转氨酶或胆红素长期不正常，症见肝掌、舌质红、脉细数，应治以凉血解毒，常用小蓟、鲜茅根、生地、草河车、丹皮、胆草等，使毒邪从血分解。（关幼波）

急性肝炎之黄疸，治拟清热化湿，在选方用药上，证见发热、口渴、便结、尿赤、疸色鲜黄者属热重于湿，用加减茵陈蒿汤（茵陈、栀子、大黄、苦参、厚朴、薏仁、滑石、芦根、郁金）；证见头重昏胀、一身困倦、胸闷腹胀。呕恶、口淡不欲饮、苔腻较明显、疸色熏黄者属湿重于热，以藿朴夏苓汤加减，名为：“加减藿朴夏苓汤”（苡仁、薏仁、半夏、厚朴、藿香、赤苓、猪苓、泽泻、广皮、神曲、茵陈、郁金）；湿热并重者，两派症状俱盛，当清热化湿并重，创制“肝炎消毒饮”，其组成为：藿香、厚朴、薏仁、菖蒲、银花、连翘、赤小豆、茵陈、郁金、栀子、木通。活热以甘寒或微苦小寒之品，治湿取芳香宣化之属，在临床上长期使用，可谓得心应手。（谭日强经验，吴银根整理）

本人经验一般黄疸型肝炎以茵陈蒿汤为主，重用大黄并加用其它中草药，有其它症状或体质上有所偏差，亦可加用其它对症药物调整体质药物。如腹胀者加木香、大腹皮、气虚者加党参、黄芪，顽固者加用活血化瘀法，以下瘀血汤为主，加其它中草药。

治疗一般黄疸型无黄疸型肝炎，下降转氨酶及黄疸有一定效果。

田基黄50克，大青叶50克，马兰根50克，平地木50克，对座草50克，荷包草50克，板兰根25克，蒲公英50克，秦艽25克，全瓜蒌40克，龙胆草15克，柳树枝100克，麦苗100克，鲜茅根100克，半枝莲50克，半边莲50克。

以上药物可酌选数种不必全用。（姜春华）

单老医师善用秦艽退黄，自拟苦芩合剂（苦参、茵陈各10克，秦艽、泽泻各15克，甘草5克），其中以大剂量秦艽化湿退黄，苦参清热解毒降谷丙转氨酶为主。秦艽味苦辛，性平而不燥，入肝胆胃经，善退黄疸，尤其是经用茵陈之类效果不显著者，更为适宜。前人早就指出，秦艽治“黄疸、酒疸”，“去遍身黄疸如金。”至于其机理，《本经》谓其“治寒热邪气，利小便。”；《本草纲目》则说得更为透彻：“秦艽，手足阳明经药也，兼入肝胆。故手足不遂、黄疸烦渴之病须之，取其去阳明之湿热也。”临床用量常达15克，收效甚佳。如治一例，曾经前医用茵陈、板蓝根、蒲公英、黄柏、山栀等清利湿热之重剂，治疗月余无效，黄疸有增无减，身目俱黄如金；肝功能检查：黄疸指数68，谷丙转氨酶364，麝香草酚浊度24。投以苦芩合剂加生山栀、败酱草、郁金、猪苓，加减服二十余剂黄疸退净，肝功能复查正常。这种苦芩合剂我们仍在临床上继续使用，效果确实很好。（单柏图经验，陈卫平、单元昉整理）

退黄之药物，除茵陈外，还可适当选用一至两味中草药，如土茵陈、锈花针、酢酱草、白马骨、金钱草等，用量都可在30克左右。张老医师根据明代虞搏著《医学正传》的记载，将土茵陈（即吊钟茵陈）和茵陈蒿（即鹅毛茵陈）同用，获得了很好的疗效。（张海峰经验，张小萍整理）

夏老医师运用清利方药中，重用茵陈和金钱草两药。取

茵陈渗湿退黄，用量高达90克；金钱草利胆清热，用量常为30~60克，两药同用，再合和胃之品，即有退黄功效，却少败胃之弊，这是他治疗重症肝炎中用药的一个特点。在湿热化火时，不管是否出现便秘，均及时应用生大黄配合清利之品，使湿热火毒得以从下而走，这是他用药的另一个特点。他在大剂量苦寒清利通下药之中，还非常注意护其胃气，以免受到戕害。（夏德馨经验，陈建杰等整理）

（3）治疗宜忌

大抵急性期投药要猛，用大剂量的清热解毒之品直捣黄龙；恢复期投药要缓，酌情选方缓缓调之。清热解毒药味苦性寒，易伤脾胃，阻遏气机，故投剂不可太过，须中病即止；利湿化湿药不可蛮用，以防伤阴化燥；补益药不宜早投，以免留邪为患。（单柏图经验，陈卫平、单元昉整理）

古代虽有“治黄不利小便非其治也”之说，关老医生认为这仅仅是退黄的重要途径之一，如果重视利小便，黄疸消退的比较快。但除此之外还应当分辨湿热的主要病位。若偏于中上二焦者，除利湿外，尚应注意宣化畅中而散湿，以便从中上二焦化散；若偏于中下二焦者，则畅中通利，使之从小便或大便泄利；若弥漫三焦，则宣上畅中；通利三焦，使弥漫的湿热迅速退却。（关幼波经验，高益民等整理）

“茵陈蒿汤”药性苦寒，治疗热偏重证的黄疸，确有卓效，但必须注意病人服药过程中大便的变化情况，大便即通或干结转为稀溏或腹泻，黄疸明显消退，可将“茵陈蒿汤”改为“茵陈平胃散”，方药中的药物用量宜轻，直服至黄退，饮食、二便正常。千万不可误认为“茵陈蒿汤”是治疗肝炎的特效方，因服之有效，故而连续服之，则不仅不能除其湿，相反更能助其湿，且苦寒过剂，必伤脾气，致乏脾土