

本文引用:赵国荣,崔玉晖,戴玉微,唐菲,梅明,袁苏云.四逆软肝方病证结合治疗肝硬化特色分析[J].湖南中医药大学学报,2017,37(7):739-741.

## 四逆软肝方病证结合治疗肝硬化特色分析

赵国荣\*,崔玉晖,戴玉微,唐菲,梅明,袁苏云  
(湖南中医药大学,湖南长沙 410208)

**〔摘要〕**肝硬化为慢性、难治性、不可逆性、高死亡率、顽固性疾病。笔者认为肝硬化的病因病机复杂多样,但始动病因为湿热带毒,病机为肝肾阴虚、痰瘀互结、本虚标实、虚实夹杂,结合现代医学临床表现及病证分型,在治疗上立足中医整体观、辨证论治,以清热利湿、疏肝健脾、活血化痰、软坚散结、益气养阴为基本大法,创制四逆软肝方治疗肝硬化,临床疗效颇著,实现了肝硬化难以逆转的“四逆”。

**〔关键词〕**肝硬化;四逆软肝方;白术;白芍;茵陈

**〔中图分类号〕**R256.42;R575.2

**〔文献标志码〕**A

**〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2017.07.011

### Characteristic of Sini Ruangan Prescription in Treating Hepatocirrhosis with Four Anti-Soft Liver Prescription and Differentiation

ZHAO Guorong\*, CUI Yuhui, DAI Yuwei, TANG Fei, MEI Ming, YUAN Suyun  
(Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China)

**〔Abstract〕** Cirrhosis is a chronic, refractory, irreversible, high mortality, refractory disease. Professor Zhao believes that the etiology and pathogenesis of liver cirrhosis is complicated, but the initial causes were damp heat and pestilence, its pathogenesis is Yin deficiency of liver and kidney, intermingled phlegm and blood stasis, activating blood circulation and dissipating phlegm. Ruangan Sini prescription was made combined with clinical manifestations and syndrome types of modern medicine, which basic therapies were clearing heat and promoting diuresis, soothing liver and strengthening spleen, softening and resolving hard mass, tonifying Qi and Yin. The clinical effect of the prescription in treating liver cirrhosis is obvious.

**〔Keywords〕** liver cirrhosis; Sini Ruangan prescription; Rhizoma Atractylodis Macrocephalae; Radix Paeoniae Alba; Herba Artemisiae Scopariae

肝硬化与中医肝积、臌胀等病密切相关。现代医学认为肝硬化是由各种原因长期作用于肝脏引起肝脏慢性、进行性、弥漫性损害的终末阶段。其发病率高、死亡率高,在欧美国家,因肝硬化致死人数仅次于恶性肿瘤、心血管病、脑血管病和意外事故,居死亡原因第4位或第6位<sup>[1]</sup>。我国无准确发病率统计,但有资料表明肝硬化也是我国人群的主要死亡原因之一<sup>[1]</sup>。目前现代医学对其缺乏理想有效治疗方法,亦将肝硬化定为不可逆性疾病。笔者自拟四逆软肝方治疗肝硬化,不论是血清学

指标还是影像学及肝脏瞬间弹性试验<sup>[2]</sup>均证实肝硬化可逆转。

“四逆”一词最早见于《伤寒论》,如:四逆汤以治少阴寒化或阴盛亡阳;通脉四逆汤以治阴寒内盛,格阳于外;当归四逆汤以治血虚寒厥;通脉四逆加猪胆汁汤以治吐利过重,阳亡阴竭;四逆加入人参汤以治吐利过重,阳亡液脱等等。四逆软肝方主要以白术、茯苓、白芍、川贝、桃仁、牡丹皮、煅牡蛎、西洋参、茵陈、田基黄等药物组成,能疏肝健脾,益气活血,辅以清热祛湿。四逆软肝方因其具备四项逆转肝脏4项病

〔收稿日期〕2017-03-09

〔基金项目〕湖南省财政厅、科技厅国际合作项目资助(2015WK3019);湖南中医药大学中医临床基础重点学科资助。

〔通讯作者〕\* 赵国荣,女,二级教授,主任医师,湖南省名中医,博士研究生导师,主要从事中医温病学及中西医结合感染病学教学、科研、临床工作, E-mail:zhaogrong1116@sina.com。

变而命名:(1)逆转肝硬化 肝硬化结节变小、消失,或维持其不向恶性化发展;(2)逆转肝纤维化 反应肝细胞炎性活动或纤维化程度的血清肝纤维化指标HA、LN、PCⅢ降低或恢复正常,反应肝脏瞬时弹性硬度的测定数据下降或恢复正常;(3)逆转肝硬化失代偿期 腹水消失或不再出现,出血亦止或不再发;(4)逆转肝功能不全 胆红素摄取、结合、排泄代谢能力恢复正常;白蛋白制造能力、胆汁酸代谢能力也可恢复,故命“四逆也”。现将四逆软肝方治疗肝硬化经验特色分析如下。

## 1 肝硬化中医病因病机与西医病因病理的差异性

现代医学认为引起肝硬化的原因包括:病毒性肝炎、慢性酒精性肝病、非酒精性脂肪性肝病、长期胆汁淤积、药物或毒物、循环障碍、遗传和代谢性疾病、免疫紊乱、血吸虫病、肠道感染或炎症、其他隐源性因素等<sup>[3]</sup>。虽病因不一,但病理均首先为肝细胞弥漫性变性坏死,继而出现纤维组织增生和肝细胞结节状再生,三种改变反复交错进行,结果肝小叶结构和血液循环途径逐渐被改建,使肝变形、变硬而导致。晚期失代偿期则出现一系列肝功能损害、门脉高压及多种并发症。西医认识导致肝硬化的原因众多,从中医认识则证本同源,其肝细胞炎性损伤、坏死多与中医“湿热疫毒”<sup>[4-6]</sup>相关。病机则较为复杂,病位不仅在肝,且与脾肾密切相关,首先湿热疫毒郁阻肝胆,导致肝胆疏泄失常,气机郁滞,血行不畅,停为瘀血;肝失疏泄,木乘土,又可致脾失健运,痰湿内生。水湿内停,气机升降失常,土壅木郁;湿为阴邪,热为阳邪,湿伤阳,热伤阴,湿热久羁肝胆,隐伏血分,必伤肝阴,肝体阴而用阳,肝阴受损又可影响肝主疏泄、藏血功能;肝肾同源,肝阴受灼,势必导致肾阴受损;阴阳互根互用,阴伤及阳,而致脾肾阳虚,终致阴阳两虚。湿热合邪,伤津耗气,亦致气阴亏虚。“气为血之帅”“血为气之母”,气虚则血运无力,而致血瘀,瘀血又可致气滞。湿热久羁亦灼津酿痰,痰瘀互结,胶固不化,阻滞血络,邪实正虚,循环往复,日久而形成肝积或臌胀<sup>[7]</sup>。

## 2 临床治疗辨病与辨证相结合

肝硬化中医病机错综复杂,本虚标实、虚实夹杂,其临床治疗是一个复杂系统性工程,将现代医学对肝硬化不同期与中医辨证论治相结合可取得更好

疗效。主要体现在下列两个方面:

### 2.1 辨证治疗与肝硬化活动期、静止期相结合

临床根据肝脏细胞炎症受损情况,将肝硬化分为活动期和静止期<sup>[8]</sup>。肝硬化活动期,提示肝细胞坏死超过再生能力,处病情加重阶段,此病程需要积极治疗,不积极治疗,病情会很快发展,甚至发展为失代偿期,此时邪盛正衰,根据其临床症状体征及实验室检查,中医多辨为湿热内蕴证,此时祛邪为主,邪去正安。湿热内蕴,湿偏重者,以四逆软肝方合茵陈四苓散或茵陈五苓散加减;热偏重者,以四逆软肝方合茵陈蒿汤加减;湿热并重者,以四逆软肝方合甘露消毒丹加减。肝硬化静止期,提示肝细胞无明显炎性损伤,肝硬化亦无明显进行性加重现象,此时以正虚为主,治疗以扶正为主,祛邪为辅,故用四逆软肝方,扶正以祛邪,使肝功能胆红素代谢、各种酶指标长期保持正常,白蛋白升至35 g/L以上,肝纤维指标保持动态平衡,影像学显示肝硬化结节缩小甚至消失。

### 2.2 辨证治疗与肝硬化代偿期、失代偿期相结合

肝硬化代偿期,如果邪不盛、正气虚,以扶正为主,治疗同静止期。但肝硬化失代偿期肝体受损,其用阳功能也相应障碍,人体正气衰弱,邪气亢盛,正不胜邪,治疗时应扶正祛邪并用,以四逆软肝方为主软坚散结,复其肝体,扶其正气,以固其本。同时根据腹水、内毒素血症、出血等肝硬化失代偿期的临床表现而辨证祛邪治疗。腹水是肝硬化病人进入失代偿期的标志之一,其病机为水湿内停,三焦决渎失权,膀胱气化失司,以四逆软肝方合茵陈四苓散,清热利水;内毒素血症导致全身炎症反应综合征最常见的症状是发热,若兼大便不通、如羊屎状等,证属阳明腑实者,以四逆软肝方合调胃承气汤,泄热通腑;兼胸闷脘痞、便溏腹泻,舌苔黄腻等,证属湿热中阻者,以四逆软肝方合连朴饮,清热化湿,理气和中;若兼恶寒,发热,证属三阳热盛者,以四逆软肝方合柴葛解肌汤,解肌清热;有出血或出血倾向者,当分清血热迫血妄行证或血虚气随血脱、气不摄血证。若血热迫血妄行者,当加茜草、紫草、生地黄、牡丹皮等,凉血活血;若血虚气随血脱、气不摄血者,重用西洋参益气摄血,仙鹤草、阿胶、当归、赤小豆、大枣、甘草等补血止血。肝硬化失代偿期由于炎症反应刺激舒血管活性物质增加,腹腔内脏小动脉及外周血管扩张,使得总血浆容量上升,有效循环血浆容量相对不足,更重要的是舒血管活

性物质使毛细血管前小动脉括约肌开放,形成动-静脉短路。此外,总血浆容量虽增加,但因隔离于腹腔内脏血管床,不参与全身有效血循环,中心血容量下降,动脉充盈不足,有效循环血浆容量减少,由此而引起全身血液动力学障碍。故在治疗时,采用四逆软肝方中西洋参补益气阴,气行则血行,提升有效循环血浆容量,茵陈、牡丹皮等能减轻或消除炎性反应,使总血浆循环容量复其正常,腹水得以快速消退,出血也不再出现,疗效持续稳定。

### 3 正确处理治病与治因的关系

现代医学治疗病毒性肝炎后肝硬化,首选抗病毒针对病因治疗,但一部分患者可出现以下情况,转而寻求中医治疗。一是患者开始抗病毒时并无特异性症状及体征,各项实验室检查正常,但服药若干年或停药后,影像学显示肝硬化,硬化结节,甚至有的失代偿出现腹水或出血者;二是抗病毒期间,尤其是丙型肝炎,用药后血常规白细胞、血小板明显下降,肝功能异常无法坚持治疗者。面对这些患者,中医要思考的是如何处理病与因的关系。疾病之所以发生,是病因与人体相互作用斗争的结果。因与病的关系,就是邪与正的关系,也是早在二千年前《内经》提到的科学关系。“正气存内,邪不可干”“邪之所凑,其气必虚”,此时中医治疗如果还是一味的强调祛邪,只见树木,不见森林,同样无法取得好效果。面对上述患者,在治疗时,考虑肝脏用药少而精,尽量减少不必要的药物伤害,也减少其他药物对纯中医治疗的干扰,同时又减少患者经济负担,果断撤抗病毒西药,而用纯中药治疗。四逆软肝方临床应用中使一部分患者不仅肝硬化得到逆转,而且病毒也同时清除。因为病因消失,这类患者治疗时间短,疗效也持续。另一部分患者病毒并未清除,但肝硬化却得到逆转,这是因为中医正确对待正与邪的关系,也就是病与因的关系,在祛邪可伤及正气的情况下,则两权其害,取其轻,先治病,保护肝脏。而不用化学药物伤及无辜,故使患者带病继续坚持工作,不需要因肝功能异常或并发腹水、出血病情进行性加重而反复住院治疗,既提高了患者生活质量,又节约了医疗资源,而且减轻国家负担,充分发挥了中医简、便、廉、效的特点。

### 4 中医方药汤、散、丸多种剂型相结合

中医治病在辨证论治基础上,除遣方用药外,也非常重视剂型与用法,这样才适合病情需要。肝硬化患者的病情复杂多变,其治疗是一项系统工程,处方用药时,非常注意汤、丸、散剂型的结合运用。汤剂具有吸收快、药效速,可据病情变化随证加减、全面、灵活等特点,适用于病情急重或不稳定的患者。正如李东垣所说:“汤者荡也,去大病用之。”在肝硬化活动期或失代偿期肝细胞炎性坏死,患者病情危重之时,多用汤剂以求速效,救患者于危难之间。如慢性重症肝炎,在肝硬化基础上,出现肝功能严重损伤,胆红素异常升高者,常用四逆软肝方合茵陈蒿汤、茵陈四苓汤清热利湿,降低胆红素,恢复肝功能。散剂具有制作简便、吸收快、节省药材、便于服用及携带等优点,肝硬化患者病情危笃,散剂配合汤剂治病疗效相对迅速,能及时缓解减轻病情;同时肝硬化治疗过程漫长,经济负担沉重,处予散剂,节省药材,为患者减轻负担,却不失药效。丸剂与汤剂相比,吸收缓慢,药效持久,便于携带和服用,适用于慢性、虚弱性疾病。正如李东垣所说:“丸者缓也,舒缓而治之也。”冰冻三尺非一日之寒,肝损伤致肝硬化是个漫长累积过程,故其治疗当如抽丝剥茧,在其肝功能、肝脏瞬时弹性硬度正常及肝脏形态基本恢复后,仍需以散剂或丸剂维持治疗一段时间巩固疗效,防其死灰复燃。

#### 参考文献:

- [1] 梁扩寰,李绍白.肝脏病学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2003:821-822.
- [2] 赵国荣,艾碧琛.乙型肝炎疗效评价标准现状及分析[J].湖南中医药大学学报,2009,29(2):76-79.
- [3] 陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学[M].第14版.北京:人民卫生出版社,2013:1997-1998.
- [4] 李勇华.赵国荣治疗慢性病毒性肝炎经验[J].中医杂志,2008,49(10):879-880.
- [5] 赵国荣,贺又舜,张桂华,等.辨证治疗病毒性肝炎肝功能损害295例疗效分析[J].湖南中医杂志,1998,14(1):11-12.
- [6] 赵国荣,张 衍,何宜荣,等.清热解毒化浊对 ETM 兔肝组织 CD14 及 TNF- $\alpha$ 、IL-1 表达的影响[J].湖南中医药大学学报,2016,8(9):26-28.
- [7] 赵伯智,关幼波.肝病杂病论[M].北京:中国医药科技出版社,2013:56-63.
- [8] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会,肝病学会.病毒性肝炎防治方案[J].中华传染病杂志,2001,19(1):55-61.

(本文编辑 贺慧娥)