

本文引用: 王若涵, 谢晶日, 梁国英. 谢晶日教授基于“痞坚之处, 必有伏阳”论治慢性乙型肝炎之经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(4): 704-710.

## 谢晶日教授基于“痞坚之处, 必有伏阳” 论治慢性乙型肝炎之经验

王若涵<sup>1</sup>, 谢晶日<sup>2</sup>, 梁国英<sup>2\*</sup>

1. 黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨 150040; 2. 黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨 150040

**〔摘要〕** 慢性乙型肝炎(CHB)是指由乙型肝炎病毒(HBV)持续感染引起的肝脏慢性炎症性疾病,其病情复杂多变,缠绵难愈。谢晶日教授结合经典古籍及自身临床经验,基于“痞坚之处,必有伏阳”论治 CHB,认为伏阳为因,痞坚为果,将伏阳作为病理基础,认为此乃疾病初始;进而产生湿、热、痰、瘀,疾病随之进展,在各类病理因素不断蓄积之下,渐化成毒,表示疾病已进入后期;肝脏形体败坏,功能丧失,最终成积,即积为终末期结局。故提出,通调阳气以除痞坚,针对各个阶段分而论之,具体为温阳固本以培元,调阳疏透以清热,通阳调气以祛滞,助阳清源以解毒,护阳融浊以除积,分别遣方选药,效如桴鼓,并予案例以佐证。

**〔关键词〕** 慢性乙型肝炎;痞坚;伏阳;名医经验;谢晶日

**〔中图分类号〕** R256.4

**〔文献标志码〕** A

**〔文章编号〕** doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.04.018

## Professor XIE Jingri's experience in treating chronic hepatitis B based on the theory of "painful and hard areas always harboring stagnant yang qi"

WANG Ruohan<sup>1</sup>, XIE Jingri<sup>2</sup>, LIANG Guoying<sup>2\*</sup>

1. Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin, Heilongjiang 150040, China; 2. The First Affiliated Hospital of

Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin, Heilongjiang 150040, China

**〔Abstract〕** Chronic hepatitis B (CHB) is a chronic inflammatory disease of the liver caused by persistent infection of hepatitis B virus (HBV). The condition is complex, variable, and often difficult to cure. Professor XIE Jingri, drawing on classical texts and his own clinical experience, treats CHB based on the theory of "painful and hard areas always harboring stagnant yang qi." He believes that the stagnant yang qi is the cause, while the pain and hardness are the consequences. The stagnant yang qi is considered the pathological basis, representing the initial stage of the disease. This then gives rise to dampness, heat, phlegm, and blood stasis, leading to the progression of the disease. As these pathological factors continue to accumulate, they gradually transform into toxicity, indicating that the disease has entered its later stages. With the destruction of the liver's structure and loss of function, the condition eventually progresses to tangible masses, which represents the end-stage outcome. Therefore, it is proposed that the regulation of yang qi is essential to eliminate pain and hardness. The treatment approach is tailored to each stage of the disease as follows: warming yang and cultivate primordial qi to strengthen the body, regulating yang qi and soothing the liver to clear heat, unblocking the flow of yang qi to remove stagnation, reinforcing yang and eliminating pathological products to resolve toxicity, or protecting yang and removing turbidity to eliminate masses. Specific formulas and herbs are selected accordingly, yielding highly effective results. A case study is provided as supporting evidence.

**〔Keywords〕** chronic hepatitis B; pain and hardness; stagnant yang qi; famous doctors' experience; XIE Jingri

**〔收稿日期〕** 2024-11-27

**〔基金项目〕** 黑龙江省中医药经典普及化专项课题项目(ZYW2024-047);全国中医临床特色技术传承骨干人才培养项目(国中医药人教函〔2019〕36号)。

**〔通信作者〕** \* 梁国英,女,主任医师,博士研究生导师,E-mail: 1078720583@qq.com。

慢性乙型肝炎(chronic hepatitis B, CHB)是由乙型肝炎病毒(hepatitis B virus, HBV)持续感染引起的一种肝脏慢性炎症性疾病<sup>[1]</sup>,其主要机制为病毒引起的免疫应答导致肝细胞损伤及炎症坏死,而炎症坏死持续存在或反复出现是CHB进展为肝硬化甚至肝癌的重要因素<sup>[2]</sup>。目前,西医治疗包括抗病毒、免疫调节、抗炎与抗氧化等<sup>[3]</sup>,此类药物的使用均有一定的局限性,比如对症状较明显但相关生化指标正常的患者暂无良好的解决方案,因此,越来越多的患者开始寻求中医个性化治疗。CHB属于中医学“胁痛”“癥积”“虚劳”“鼓胀”等范畴,谢晶日教授认为伏阳为因,进而造成痞坚的气滞、湿热、瘀血、痰瘀等。中医通过辨证论治,在抑制病毒复制、减轻临床症状、改善肝功等方面具有独特优势,极大程度上缓解了患者的症状。

谢晶日教授为国家中医药管理局脾胃病重点专科带头人,全国第五、第六批名老中医药专家学术经验继承工作指导教师,享有国务院政府特殊津贴,临证40余年,擅长治疗消化系统疾病,创立“肝脾论”学术思想并应用于临床,疗效显著。现将谢晶日教授基于“痞坚之处,必有伏阳”论治CHB的临床经验总结如下。

## 1 探析“痞坚之处,必有伏阳”的涵义

“痞坚之处,必有伏阳”出自清代尤怡《金匱要略心典·痰饮咳嗽病脉证治第十二》,“痞”者痛也,“坚”者刚也,所以痞坚之处可理解为质地坚硬、胀满疼痛之处。古籍记载“民病伏阳在内,烦热生中”,所以“伏阳”可理解为气机不畅、积而化热而产生的一种伏藏、隐匿的热象。清代医家张秉成在《成方便读·和解之剂》中论述“郁则必热,所谓痞坚之处,必有伏阳”,认为“伏阳”是郁热的一种表现形式,并且临证时需顾及痰、瘀等遏阻阳气的病理产物<sup>[4]</sup>。现代学者通过挖掘古代文献并结合现代临床,归纳出“伏阳”为内热、火郁证候,其成因与有形或无形邪气,闭遏阳气有关<sup>[5]</sup>。因此,“痞坚之处,必有伏阳”可理解为邪气闭阻、痞塞不通之处,易导致阳气郁滞、气化失司,形成痰湿、瘀血等病理产物,日久则郁而化热、化火酿毒。“伏阳”既是邪气痞塞不通形成的郁遏之阳,又是阳气功能障碍的病理之阳,可将其概括为“痞坚”病灶局部潜藏的一种病理状态。“伏阳”之病理状态既可因“痞坚”而形成,又可进一步引起气血运行失常,从而加重“痞坚”状态,二者互为因果,促进疾病的发生发展<sup>[6]</sup>。近年来该理论广泛应用于肿瘤领域<sup>[7-8]</sup>,

诸多医家认为,“伏阳”状态与肿瘤微环境病理特征高度相似,并以此解释肿瘤阻滞气机、郁闭阳气而导致癌性发热、癌性疼痛及放疗、化疗后不良反应的机制<sup>[8]</sup>。

## 2 基于“痞坚之处,必有伏阳”分析CHB的病因病机

### 2.1 阳气伏藏,积聚始成

阳气伏藏即为伏阳,是指阳气在内外因素的侵扰下,机体内形成伏阳的病理微环境,导致阳气卫外、推动、温煦等功能失职,进而产生一系列病理变化。人体阳气具有推动、温煦、防御、固摄等功能。《素问·生气通天论篇》曰:“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰。”指出阳气在生命过程中如太阳一般,是机体生理功能发挥的源动力<sup>[9]</sup>。当机体受HBV所侵,若体内阳气不足,则无法鼓邪外出,最终使病邪潜伏于体内,可达数年之久,此时患者呈慢性HBV携带状态,即处于免疫耐受期,此时患者无明显临床症状,血清丙氨酸氨基转移酶(alanine aminotransferase, ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(aspartate aminotransferase, AST)持续正常,肝脏组织病理学检查无明显炎症坏死或纤维化<sup>[10]</sup>,邪气内伏,伺机而动。然邪气内损于内,持续暗耗人体阳气,阳气受损,此时HBV不断复制,通过炎症及免疫反应导致肝细胞损伤,阳气虚衰,邪气鸱张。现代研究显示,在HBV感染初期,促炎细胞因子和干扰素(interferon, IFN)产生增加以及自然杀伤细胞(natural killer cell, NK)被激活,这表明肝细胞群和固有免疫细胞在感染早期已启动抗病毒免疫应答机制<sup>[11]</sup>。HBV入侵从而激活机体免疫应答与阳气伏藏,伏阳形成,卫外失职,病邪入侵的病理情况一致。谢晶日教授指出,CHB发病之初,伏阳为因,积聚为果,患者感染HBV之后,临床部分患者可出现自愈或者免疫控制。从阳气角度论治,部分患者虽感染HBV,若人体阳气充足,机体通过自我防御机制可清除病毒,使患者自愈,但若阳气本身不足,邪气与阳气交争剧烈,肝脏则反复出现炎症,病毒呈现持续复制状态,即进入CHB活动期,此时患者肝功能明显异常,特别是ALT、AST显著升高,说明肝细胞受损严重,肝组织炎症活动度升高<sup>[12]</sup>。因此,在分析CHB病机时,需将伏阳作为首要原因,注重伏阳状态下的人体免疫微环境及阳气充足情况。

### 2.2 伏阳酿热,湿热交阻

伏阳之下,阳气失于推动、温煦,其化生与输布

功能受阻,精微物质难以布散周身,气血津液等代谢缓慢,使得水湿积聚成形。《温病条辨·上焦篇》指出“湿为阴邪,其来有渐,且其性氤氲黏腻,非若寒邪之一汗而解,温热之一凉则退,故难速已”,故湿邪为 CHB 反复缠绵的病机之本。湿邪通过影响脾脏功能,破坏肝脾之间的平衡,进而破坏肝脏功能。基于中医藏象理论,五脏之脾包含大肠小肠的功能活动,亦与肠道菌群微生物稳态密切相关。现代研究显示,肠道菌群微环境失调,易出现“脾虚湿困”的病理现象,并且肠道菌群微环境失调可影响肠黏膜上皮细胞内质网功能,而内质网应激作为膜网络结构,是肝炎、肝纤维化反应的重要机制之一,与免疫球蛋白活性状态相关<sup>[13]</sup>。因此,湿邪导致肠道菌群微环境失调,进而影响肝脏免疫反应<sup>[14]</sup>,造成 CHB 病情反复。在伏阳状态下,阳气滞留于内,不能宣畅,与湿相合,逐渐郁蒸湿热,正如《丹台玉案·黄疸门》云:“湿气不能发泄,则郁蒸而生热;热气不能宣畅,则固结而生湿。湿得热而益深,热因湿而愈炽,二者相助而成,久而愈甚者也”<sup>[15]</sup>。此时,HBV 在肝细胞内复制增殖,引发机体免疫反应,细胞将受感染的肝细胞识别为外来物进行清除,导致炎症反应和肝细胞损伤凋亡<sup>[16]</sup>。HBV 造成肝脏炎症反应剧烈,致使局部血液循环异常同时微循环受阻,从而出现类似“火热”的症状,如“红、肿、热、痛”等,即说明炎症反应与中医“火热”关系密切<sup>[17]</sup>。HBV 复制使炎症反应剧烈,出现“火热”症状与伏阳酿热,湿热交阻,熏蒸肝胆高度相似。湿热相合,导致 CHB 病程漫长,迁延难愈,并且使 HBV 反复损伤肝细胞,逐渐发展为肝纤维化、肝硬化等。谢晶日教授认为,HBV 属于“疫毒之邪”,性属湿热,并且易与机体内生湿热相合,熏蒸肝胆,可加剧肝脏组织炎症反应。另外,湿热既为病理产物,亦是导致疾病发展的病理因素,湿性黏腻重浊,与热相合则如油入面,淹滞难解<sup>[18]</sup>,不易拔除病根,故造成 CHB 反复难愈。现代研究<sup>[19]</sup>发现,湿热中阻证的 CHB 患者肝功能损害程度更高、HBV 载量高,并且肝组织炎症及纤维化程度已达轻中度,即从肝组织的病理变化方面印证了伏阳酿热、湿热交阻的病机变化。

### 2.3 伏阳郁遏,痰瘀滞络

正常情况下,阳气能够推动体内气血津液运行,伏阳环境下,阳气郁遏,气机不畅,气血津液失于推动而停滞于内,进而生成痰饮、瘀血。中焦伏阳,脾

胃运化不及,水谷无法化生精微,停留为痰为饮。《成方便读·卷三控涎丹篇》云:“痰之本,水也,湿也。得气与火,则结而为痰。”表明湿热内蕴,亦可炼津为痰。《临证指南医案·积聚篇》中提到:“经几年宿病,初为气结在经,久则血伤,病必在络。”故临床 HBV 的反复感染,可耗损正气,使疾病深入血络,导致瘀血发生。《血证论·瘀血篇》云:“内有瘀血,故气不得通,不能载水津上升……气为血滞,则聚而成形。”故患者此时出现面色晦暗、肌肤甲错、肋下痞块等瘀血的外在征象。此时,肝脏中未活化的肝星状细胞(hepatic stellate cell, HSC)等成纤维细胞被激活,一方面增殖并分泌胶原纤维等细胞外基质(extracellular matrix, ECM),使 ECM 在肝组织广泛沉积,从而形成肝纤维化,另一方面使肝窦内压升高造成肝窦微循环障碍及瘀血生成<sup>[20]</sup>。有研究者利用取象比类法将 ECM 归属于痰浊范畴,肝窦微循环障碍归属为血瘀范畴,痰瘀胶结,共同导致肝功能减退及肝窦壁损伤<sup>[21]</sup>。肝窦微循环障碍亦会延迟抗病毒 T 淋巴细胞的募集,从而延缓病毒的清除,最后加重了抗原持续激活的 T 细胞所造成的肝脏组织损伤,是 CHB 迁延不愈的原因之一<sup>[22]</sup>。此时是 CHB 进展为肝纤维化、肝硬化的关键阶段,肝纤维化、肝硬化的病理基础可视为局部微循环障碍下的 ECM 的沉积,ECM 沉积、肝窦微循环障碍与伏阳郁遏、痰瘀滞络具有相通之处。肝脏炎症反应活跃,造成 ECM 的沉积和肝窦微循环障碍从微观角度阐释了 CHB 伏阳郁遏、痰瘀滞络的病机变化。

### 2.4 伏阳化毒,正虚毒结

《金匱要略心典·百合狐惑阴阳毒病脉证治第三》曰:“毒者,邪气蕴蓄不解之谓。”CHB 后期,在伏阳状态下,体内湿、热、痰、瘀稽留于体内,久聚则酝酿成毒,毒瘀盘踞,渐成癌毒。癌毒作为毒的一种,在大量耗伤人体正气的同时,可诱发火热、痰湿、瘀血、痰瘀等多种病理产物继续形成,进一步损耗正气,形成恶性循环<sup>[23]</sup>。毒邪既生,其具有内损性及暴戾性的特点,可作为病因从而产生剧烈致病作用,同时作为病理产物,能够强烈耗伤人体正气,使机体脏腑阴阳气血产生严重紊乱,因此在毒邪的致病作用下,人体正气之气血阴阳虚损难复。《灵枢·五邪》曰:“邪在肝,则两胁中痛……恶血在内。”<sup>[24]</sup>指出病久入络,此时毒瘀胶结,着而不通,是胁痛病机所在。张景岳在《景岳全书·气分胀满论治》中提出:“膨胀……其象

如鼓,故名臌胀。又或以血气结聚,不可解散,其毒如蛊,亦名蛊胀。”可见毒邪亦是导致膨胀的重要原因,故此时患者可出现皮肤黄染、腹水、胸胁胀痛等。现代医学认为,被激活的HSC增殖分化,形成的ECM在肝组织广泛沉积,并逐渐取代肝实质,最终形成肝硬化,诱导肝细胞不典型增生,进而演变为肝细胞癌<sup>[25]</sup>。另外,湿热、瘀血、痰瘀等病理产物的存在使炎症反应过度表达,损伤大量肝细胞,增加癌症的诱发率<sup>[26]</sup>。故ECM久积肝体诱发癌变、病理产物使肝脏炎症反应过度表达并损伤大量肝细胞与伏阳化毒,正虚毒结的理论高度相似。另外,谢晶日教授强调,CHB是感染HBV所致,而HBV属于中医学“疫毒”之列,此时内外合毒,亦能够导致CHB急性爆发,此阶段中HBV不断复制,人体处于HBV活动期,微观可见肝细胞急性炎症或大量凋亡。

### 2.5 伏阳成积,兼杂交织

伏阳成积是CHB的终末结局,在伏阳的内在环境中,各类致病因素的综合作用下,积聚于肝,即为肝之“痞坚”处,正如《景岳全书·杂证谟》云:“积聚之病,凡饮食、血气、风寒之属,皆能致之……盖积者,积垒之谓,由渐而成者也。”临床可见CHB患者肝质地变硬,甚至肝上触及积块。此阶段虚实夹杂,正如《医宗必读·积聚篇》曰:“积之成者,正气不足……后邪气踞之。”在伏阳环境下,阳气不足、推动无力、血行减缓是积聚始发的前提条件,继而衍生出湿热、瘀血、毒邪等病理产物,各种病理产物之间亦能相互影响,均可成为产生积聚的重要因素。正如朱丹溪在《丹溪心法·积聚痞块篇》曰:“气不能作块成聚,块乃有形之物也,痰与食积、死血成也。”故瘀、毒等是导致“积”的重要病理因素<sup>[27]</sup>。《慎斋遗书·痞块篇》亦提及:“痞块,肝积也,肝经湿热之气聚而成也。”现代研究表明,CHB发展过程中,当肝细胞反复坏死修复并持续存在时,胶原蛋白明显增多并沉着于肝小叶各处。随着窦状隙内胶原蛋白的不断沉积,内皮细胞窗孔明显减少,导致血液与肝细胞之间物质交换障碍<sup>[28]</sup>。肝纤维化初期若继续进展,则小叶中央区 and 门管区等处的纤维间隔将互相连接,使肝小叶结构和循环改建而形成肝硬化<sup>[29]</sup>。同时,纤维组织压迫肝内血管,特别是门静脉系统,导致门静脉高压,进而引发腹腔积液等,严重影响患者生存<sup>[30]</sup>。此时肝脏形体衰惫,出现结构、形态的改变,这与伏阳成积,

各类病理产物积聚于肝,兼杂交织的理论一致,亦从微观角度说明了“痞坚”的形成过程。

## 3 基于“痞坚之处,必有伏阳”论治CHB

### 3.1 温阳固本以培元

温阳即为温补肾阳,通过温补肾阳、培补元气进而达到固本的目的。肾阳为肾中之阳,为全身阳气之根本,由肾中精气所化生,是人体生命活动原动力,具有温煦、气化、推动、固摄、防御等功能。肾阳不足是伏阳产生的前提条件,肝气亦需借助肾阳升发,若阳气不足,机体御外不固,易感邪气,体现在机体免疫防御功能减退<sup>[31]</sup>。因此,针对阳气伏藏,积聚始成的病机,谢晶日教授常用仙茅与菟丝子温补肾阳、补充元气。仙茅补肾阳之力较强,并且仙茅的有效成分仙茅苷F具有抗HBV的作用<sup>[32]</sup>。菟丝子,味甘、性微温,入肝、肾经,《本草经疏·卷六》谓其“补肾中之阳气”,且能“益肝肾而强阴”,故本品补阳为主,兼能养阴。二药合用,使肾阳充盛、元气渐增、正气稳固。谢晶日教授强调,阴阳本为一体,阳虚可延为阴虚,进而阴阳俱虚,因此,根据气血阴阳的虚衰,酌情增添药物,阴虚酌加墨旱莲、黄精等,血虚酌加当归、熟地黄等。另外,谢晶日教授指出阳气伏藏从而使机体形成伏阳的病理状态,并非阴寒内盛,或阳虚气脱类阳气不足之证,故不可妄投大辛大热之品,以防刚燥伤阴,引发变证<sup>[33]</sup>。

### 3.2 调阳疏透以清热

调阳即为调理郁遏之阳、疏理肝气,进而将湿热透之外出。正如叶天士在《温热论·温热论篇》云:“渗湿于热下,不与热相搏,势必孤矣。”湿邪与郁热分而透之外出,使湿盛者得燥,郁热者无所依附<sup>[34]</sup>。HBV属于疫毒之邪,具有湿、热、毒的特点,在伏阳状态下,气机郁滞,致酿热生湿,湿热相合,熏蒸肝胆,临床可见胁肋胀痛、口干口苦、舌苔黄腻、小便黄、大便黏滞且臭秽不可闻等湿热象<sup>[35]</sup>。对于湿热交阻,肝气郁遏之机,谢晶日教授常用柴胡与升麻发挥调阳之效,同时合用清热利湿之品,以透邪外出。柴胡主入肝经,可升发阳气、疏肝解郁;升麻具升散之性,升举清阳,与柴胡相伍达疏肝升阳之意,使郁遏之阳得畅,从而发挥调阳之效。另外,谢晶日教授指出此阶段以肝气郁遏为主,进而产生湿热,肝郁为本,湿热为标,故在调阳的基础上,酌加蒲公英、黄芩、龙胆、栀子等,取其清热利湿之效,将湿热透之外出。同时,肝为刚脏,主疏泄,其以升发之力为用,故临床应注

意清热药的合理运用,过用寒凉则伤肝气,阻碍气机,所以应根据病情酌加益气透达与滋柔甘缓之品,如太子参、麦冬等,使清热而不伤正。

### 3.3 通阳调气以祛滞

通阳即为通畅阳气、宣通气机,正如费伯雄曰<sup>[36]</sup>:“阳气贵夫通,气得流通,何郁之有。”阳气输布通畅则气血代谢自可调和<sup>[37]</sup>。联合使用祛滞之品,解除其他病理因素所带来的影响,使邪气去而阳气通,进而气血得行、痰瘀得消。CHB 患者处于伏阳状态下,阳气内郁导致脏腑功能减退、气血津液输布异常,日久则可导致阴津坏血凝敛成形过度,从而形成痰浊、瘀血等多种病理产物,这些成形之阴邪又可致阳气日益亏损,继而加剧阳气内郁的程度,形成恶性循环<sup>[38]</sup>。临床可见胁肋部刺痛不移,肌肤出现瘀点及瘀斑,舌质紫暗或有瘀点,痰多体丰,女性出现闭经、痛经等痰瘀互结之象。针对于此,谢晶日教授以痰饮之生成为眼目,以邪去阳通为根本立脚点,常用角药干姜、半夏、茯苓发挥通阳之效。干姜辛散燥热,具通阳之力,兼能温化寒饮;半夏辛散温通,具燥湿化痰之力,与干姜相伍,能通阳气、化痰饮<sup>[39]</sup>;茯苓淡渗利水,给予邪气出路,令阳气得通,正所谓“通阳不在温而在利小便”,且茯苓可入中焦健运脾胃,更助于运化水湿<sup>[40]</sup>。故三药合用,具通阳行气、温化痰饮之功,使邪气去、阳气通,以发挥通阳之效。另外,合理运用理气、消痰、化瘀等法,畅达邪气外出之路<sup>[41]</sup>。气滞较重时,酌加青皮、槟榔、厚朴等破气消积之品;瘀滞较重时,酌加丹参、红花、桃仁、鸡血藤等活血通络之品;痰浊较显时,酌加半夏、薤白、莱菔子、白芥子等化痰降浊之品,此类药物均为祛滞而设,目的是使气血流通。

### 3.4 助阳清源以解毒

助阳即为扶助正气,因毒邪损耗正气,且清消之品易耗伤正气,故施用助阳之法,防止其正气受损。伏阳状态下,阴阳失衡,气化不足,生成痰、瘀等病理产物,各种病理产物之间相互影响,蓄结鸱张,久成癌毒,致正气亏虚,而癌毒又能诱导病理产物继续生成,形成恶性循环。国医大师周仲瑛认为,癌毒是一种强烈的特异致病因子,是肿瘤产生的必要条件<sup>[42]</sup>。故临床可见该阶段正气亏虚严重,并有腹水、黄疸,或伴随快速消瘦等恶病质表现。针对伏阳化毒、正虚毒结、脏腑虚损的病机,谢晶日教授认为,此阶段扶正与解毒并举,助阳抗邪,避免疾病进一步进展,强调使用角药党参、桂枝、肉桂等甘温气化之品,以增强正气输出,发挥助阳之效。党参健脾补气而不

燥;桂枝助阳化气兼温运脾阳;肉桂补火助阳,引火归元,推动气化。故三药配伍,既能健脾补气,又能助阳化气,从而发挥助阳之效。在助阳的基础上,清源为解毒而设,目的是消除病理产物、恢复脏腑功能<sup>[43]</sup>。热毒常用垂盆草、肿节风、半枝莲、半边莲;湿毒常用白花蛇舌草、车前子、黄连;瘀毒常用赤芍、牡丹皮;痰毒常用生牡蛎、王不留行、瓜蒌。若伴随黄疸出现,常用茵陈、郁金利胆退黄;出现腹水时,常用猪苓、泽泻、大腹皮、薏苡仁利水消肿。

### 3.5 护阳黜浊以除积

护阳是指在 CHB 终末期阳气虚弱的情况下,运用相关药物顾护阳气,回阳救逆,以防阴阳离决。正如谢晶日教授所言:“留得一分阳气,便有一分生机。”在疾病终末期,机体仍处于伏阳的内在环境中,湿热、痰瘀、毒邪等各种病理产物相互作用,积聚于肝,形成肝之“痞坚”处。临床可见肝脏质地变硬、或触及积块等。针对伏阳成积,兼交织的病机,谢晶日教授常用大剂量人参配伍附子、炙甘草发挥护阳之效。人参用量最多至 50 g,意在救急,正如全小林教授所言“人参小剂量延命,大剂量吊命”<sup>[44]</sup>;附子大辛大热,为阳中之阳,可温复心肾之阳、回阳救逆;炙甘草益气和中,亦可缓附子之峻烈,使其回阳救逆而无暴散之虞。故三药相配,可顾护阳气、回阳救逆、防止阴阳离决,从而发挥护阳之效。在护阳的基础上酌情使用三棱、莪术、土鳖虫、鳖甲、夏枯草等,取其破血消癥、软坚散结之效。谢晶日教授强调,在病程中应密切观察病机变化,既不可破血过度,导致气随血耗,应“瘀去大半而止”,勿使正气更虚,邪气更深入。

## 4 典型病案

叶某,男,44 岁,2024 年 2 月 28 日初诊。主诉:胁肋胀痛 2 个月余。患者于 2014 年体检确诊乙肝小三阳,间断自服恩替卡韦、护肝片,由于当时无明显症状,故未进行系统治疗,患者 2 个月前无明显诱因出现胁肋胀痛,为求中医诊治,特来门诊就诊。现症:胁肋胀痛,伴口苦口干,恶心欲呕,纳呆,脘腹胀满,偶见腰膝酸软,乏力,小便偏黄,大便溏薄,1~2 次/d,舌质红,有齿痕,舌苔黄厚腻,脉弦滑。实验室检查示:肝功能检查示,丙氨酸氨基转移酶(ALT)77.00 U/L、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)86.00 U/L、DeRitis 比值(AST/ALT)1.12、总胆红素(TBIL)12.60  $\mu\text{mol/L}$ 、直接胆红素(DBIL)3.00  $\mu\text{mol/L}$ 、间接胆红素(IBIL)9.60  $\mu\text{mol/L}$ 、总蛋白(TP)78.20 g/L、白蛋白(ALB)48.00 g/L、球蛋白(GLB)30.20 g/L、白蛋白/球蛋白

(A/G)1.68。乙型肝炎病毒系列,乙肝表面抗原(HBsAg)(+)、乙肝e抗体(抗-HBe)(+)、乙肝核心抗体(抗-HBc)(+)。西医诊断:CHB(小三阳)。中医诊断:胁痛·肝胆湿热证。治法:清热解毒,利胆祛湿。处方:柴胡15g,茯苓15g,白术20g,白芍15g,甘草10g,升麻15g,金钱草35g,青皮15g,栀子15g,田基黄20g,水飞蓟20g,香附20g,夏枯草15g,苍术15g,白扁豆15g,丹参20g,黄芩15g,黄连10g,川芎20g,半边莲25g,菟丝子15g。15剂,水煎300mL,每日1剂,分早晚2次温服。

2024年3月15日二诊。患者自述服药后胁肋胀痛、口干口苦、恶心欲呕、脘腹胀满、小便黄等症状好转,舌苔有所减薄,但腰膝酸软仍在,舌苔黄腻、脉弦滑。上方去半边莲,加仙茅15g、白花蛇舌草15g。继续服用15剂以巩固疗效,煎服法同前。嘱清淡饮食、心情愉悦。

2024年3月30日三诊。患者自述胁肋胀痛基本消失,食欲尚可,精神状态好,大便略成形,精神状态较好。复查肝功能:ALT 40.00 U/L、AST 38.00 U/L、AST/ALT 0.95、TBIL 13.10  $\mu\text{mol/L}$ 、DBIL 3.30  $\mu\text{mol/L}$ 、IBIL 9.80  $\mu\text{mol/L}$ 、TP 70.90 g/L、ALB 45.90 g/L、GLB 25.00 g/L、A/G 1.84。各项指标均正常,但考虑到该患者乙肝病史10年,病程日久,故二诊方药去田基黄、水飞蓟、黄连、金钱草,加党参15g、桂枝15g、肉桂15g以助阳清源。继续服用15剂以巩固疗效,煎服法同前。并嘱患者注意饮食,忌食辛辣食物,定期复查肝功能及消化系统彩超,不适随诊。

按:本案患者因胁痛前来就诊,既往有乙肝小三阳病史,结合本次实验室检查,西医诊断:CHB(小三阳),且目前处于乙肝活动期。基于“痞坚之处,必有伏阳”分析其病机,患者既往感染HBV多年,持续暗耗人体阳气,形成伏阳的病理环境,先时正强邪弱,人体未见有明显症状,随邪气暗损,阳气不断损耗,出现正虚邪强,故肝细胞受到持续损伤,胁肋部为肝所主,现肝脏受损,故见胁痛。在伏阳的病理环境下,体内津液输布失常形成水湿并逐渐郁而化热产生继发性影响。肝中湿热交织遂见口苦,口干则因湿热阻滞气机,津液不得上承所致。湿热阻滞中焦,中焦受纳失因,运化失常,故见纳呆、大便溏薄、恶心欲呕等中焦湿热之证,患者因正虚受邪而病,阳气不足,可见腰膝酸软、乏力等阳气不充的表现。结合患者舌质红、有齿痕、舌苔黄厚腻、脉弦滑等湿热之象,故诊断为胁痛(肝胆湿热证)。谢晶日教授强调,此时患者处于CHB的活动期,患者体内以湿热为主要病

理产物,但是外象虽未见明显痰、瘀及毒的表现,但是体内已有相关病理产物。故此案在治疗时,清利湿热同时,需要先安未受邪之地,即兼顾清除痰瘀毒,避免疾病进展,同时需要固护人体正气,不可妄攻伤正。一诊方中使用调阳之品,如柴胡、升麻调郁遏之阳,疏理肝气,同时合用清热利湿之品,如黄芩、黄连、田基黄、水飞蓟、栀子、金钱草、半边莲以清热利湿、透邪外出;使用通阳之品茯苓通畅阳气,同时合用白术、青皮、苍术、白扁豆以健脾调气;使用祛滞之品,如夏枯草、丹参、香附、川芎以畅通气血,解毒祛瘀,以防传变;使用菟丝子温阳固本以培元。肝为刚脏,疏泄太过恐伐肝阴,故配伍白芍、甘草等甘温和缓之品,防苦寒辛燥之品劫伐肝阴。二诊时,症状有所好转,湿热减退,但机体仍处于伏阳状态,阳气不足,湿热蒙绕于中焦,故舌苔虽减薄,但仍黄腻、症状仍存,故去半边莲,加白花蛇舌草以增强清热利湿之力,加仙茅以增强温阳固本之力。三诊时,结合肝功能检查显示患者各项指标正常,临床症状基本消失,但考虑到患者患病较久,应注意预防肝脏实质性病变等,故二诊方药去田基黄、水飞蓟、黄连、金钱草,加党参、桂枝、肉桂以助阳清源。

## 5 讨论

CHB病程较久,病机错综复杂,治疗较为棘手,若不加以控制、治疗,其预后较差。谢晶日教授将CHB病因病机与“伏阳”理论相结合,认为伏阳为因、痞坚为果,并针对不同的病机变化,提出“温阳固本以培元,调阳疏透以清热,通阳调气以祛滞,助阳清源以解毒,护阳黜浊以除积”之法,指导临床遣方用药。但临床仍存在病情复杂多变、患者体质有所差异、患者自我管理意识淡薄等问题,故临证应谨守病机,灵活用之,可诸法并施,亦可侧重于某一治法,并加强对患者的人文关怀与心理疏导。

## 参考文献

- [1] 李 堃, 季 瑜, 朱方石. 健肝散治疗慢性乙型肝炎的中西医理论机制[J]. 中西医结合肝病杂志, 2022, 32(2): 173-175.
- [2] 中华医学会肝病学会, 中华医学会感染病学分会. 慢性乙型肝炎防治指南(2022年版)[J]. 中华肝脏病杂志, 2022, 30(12): 1309-1331.
- [3] 刘 磊, 甘 淳. 从“伏毒”探析慢性肝炎病因病机[J]. 中医药信息, 2019, 36(2): 100-102.
- [4] 苏 化, 李世杰, 熊绍权, 等. 基于“伏阳—病络”论肿瘤复发与转移的病机[J]. 江苏中医药, 2018, 50(9): 11-12.
- [5] 朱鹏程, 罗 毅. 基于“阳化气,阴成形”及伏阳学说的肿瘤病机

- 刍议[J]. 南京中医药大学学报, 2022, 38(3): 187-192.
- [6] 戴义宁, 李慧杰, 李秀荣. 基于“痞坚之处, 必有伏阳”探讨肿瘤微环境的形成与干预[J]. 中医杂志, 2023, 64(22): 2275-2281.
- [7] 焦源, 王彦宠, 赵远红, 等. 从“痞坚伏阳”理论刍议三焦辨治癌性发热[J]. 天津中医药, 2025, 42(1): 36-39.
- [8] 熊宏泰, 蔡柳, 郑红刚. 从肿瘤微环境探讨“痞坚之处, 必有伏阳”[J]. 山东中医杂志, 2024, 43(10): 1063-1067, 1073.
- [9] 曹正民, 李彦波, 武庆娟, 等. 从“阳化气, 阴成形”理论探讨肝纤维化的中医辨治[J]. 中西医结合肝病杂志, 2023, 33(12): 1130-1131.
- [10] 王怡群, 陈晓蓉. 慢性乙型病毒性肝炎的中医三期解毒法[J]. 西南医科大学学报, 2025, 48(1): 32-35.
- [11] 孙耀, 赵卫峰. 乙型肝炎病毒感染机制和药物治疗的研究进展[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2024, 33(9): 1256-1261.
- [12] 李彦波, 吕文良, 强睿, 等. 吕文良教授“火候”学理论治疗慢性乙型病毒性肝炎[J]. 西部中医药, 2024, 37(4): 42-45.
- [13] 邱建国, 邱一桐, 李国荣, 等. 黄芩汤通过调控内质网应激减轻小鼠溃疡性结肠炎[J]. 南方医科大学学报, 2024, 44 (11): 2172-2183.
- [14] 张晨阳, 刘天浩, 王维, 等. 论肠道微环境是从脾论治肝病的重要生物学基础[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(7): 2877-2880.
- [15] 孙卫, 曹爽, 彭珂, 等. 中医药治疗慢性乙型肝炎的研究进展[J]. 中医临床研究, 2019, 11(29): 139-141.
- [16] IANNAcone M, GUIDOTTI L G. Immunobiology and pathogenesis of hepatitis B virus infection[J]. Nature Reviews Immunology, 2022, 22: 19-32.
- [17] 翟昌明, 鲁放, 马重阳, 等. 试述肝火证、炎症反应、高血压三者之关系[J]. 环球中医药, 2019, 12(12): 1858-1861.
- [18] 戴尔珣, 戴金梁, 王雯珺, 等. 任达然论治温热病经验探析[J]. 新中医, 2024, 56(1): 221-226.
- [19] 陈泽山, 朱文琳, 陈柏尧, 等. 从湿热中阻论治慢性乙型肝炎研究进展[J]. 西部中医药, 2023, 36(2): 133-136.
- [20] 何迪, 陈鹏, 刘锋, 等. 肝纤维化病因与机制研究进展[J]. 昆明医科大学学报, 2022, 43(11): 165-171.
- [21] 阮博文, 冯丽娟, 磨奕玲, 等. 基于线粒体自噬探讨“阳化气、阴成形”理论治疗肝纤维化科学内涵[J]. 辽宁中医杂志, 1-11[2024-12-20]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1128.R.20241216.0917.062.html>.
- [22] 中国中西医结合学会肝病专业委员会. 肝纤维化中西医结合诊疗指南(2019年版)[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(11): 1286-1295.
- [23] 吴宏昊, 王浩艺, 成扬. 中药单体及复方治疗原发性肝癌的药效及机制研究进展[J]. 中医药学报, 2025, 53(1): 103-110.
- [24] 劳永彩, 陈雅璐, 居燕飞, 等. 从肺论治胆石症[J]. 山东中医杂志, 2024, 43(2): 128-132.
- [25] 谢婷婷, 胡世伟, 韦湘红, 等. 胡振斌教授治疗乙型肝炎相关性肝癌经验[J]. 中西医结合肝病杂志, 2024, 34(6): 555-557.
- [26] 丁鑫, 刘亚茹, 袁方, 等. 基于“玄府-气液-胃络”理论论治慢性萎缩性胃炎[J]. 北京中医药大学学报, 2024, 47(8): 1060-1064.
- [27] 刘雪冰, 李幸, 吴玉潇, 等. 中医从“瘀”与“虚”论治肝纤维化的研究进展[J]. 中医临床研究, 2020, 12(22): 137-142.
- [28] 宋学文, 程永香, 袁成民. 袁成民运用“齐鲁元府一针”治疗肝硬化胁痛临床经验刍议[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(4): 308-311.
- [29] 徐小元, 丁惠国, 李文刚, 等. 肝硬化诊治指南[J]. 临床肝胆病杂志, 2019, 35(11): 2408-2425.
- [30] 钟敏, 王小泽, 杨小莉. 慢性乙型肝炎肝硬化的药物研究进展分析[J]. 中国医药, 2024, 19(11): 1737-1741.
- [31] 谭从娥, 杨飞. 从中西医理论交叉联系论肾阳的免疫功能特性[J]. 中国中医药信息杂志, 2018, 25(8): 1-3.
- [32] 周芳, 姚萌, 吴倩, 等. 仙茅的化学成分和药理活性研究进展[J]. 中草药, 2020, 51(8): 2238-2247.
- [33] 赵钢, 高月求, 祝峻峰, 等. 王灵台教授补肾法为主治疗慢性乙型肝炎的历程[J]. 中西医结合肝病杂志, 2022, 32(5): 397-402.
- [34] 周天惠, 朱沫希, 彭红叶, 等. 基于丹溪“六郁”论治代谢障碍相关脂肪变性肝病[J/OL]. 中医学报, 1-8. [2024-11-11] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/41.1411.R.20240826.1054.040.html>.
- [35] 慢性乙型肝炎中医诊疗指南(2018年版)[J]. 中西医结合肝病杂志, 2019, 29(1): 97-102.
- [36] 涂雨落, 孙克伟, 王石中, 等. 基于气化理论探讨百病“通阳”[J]. 亚太传统医药, 2023, 19(5): 97-101.
- [37] 郭丽颖, 雷金艳, 朱波, 等. 贾建伟教授从“脾气散精”思路探讨通阳法治疗非酒精性脂肪性肝病[J]. 中西医结合肝病杂志, 2023, 33(12): 1119-1122.
- [38] 邢赛伟, 唐胜强, 张杰. “阳化气、阴成形”的临床运用[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(8): 4192-4195.
- [39] 李贞国, 陈潇予, 研智, 等. 《伤寒杂病论》中干姜之温阳五法探析[J]. 环球中医药, 2024, 17(4): 676-681.
- [40] 王梓亮, 黄湘龙, 秦广宁, 等. 张伯礼教授辨治冠状动脉起源异常术后心力衰竭验案[J]. 天津中医药, 2025, 42(1): 1-3.
- [41] 张婷婷, 刘明坤, 李娟梅, 等. 吕文良治疗慢性乙型肝炎经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(3): 495-498, 523.
- [42] 李经蕾, 胡帅航, 侯炜. 基于“痞坚之处, 必有伏阳”理论探讨非小细胞肺癌术后复发转移的防治[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(2): 246-252.
- [43] 段亚飞, 石贤聪, 吕明真, 等. 中医药调控细胞焦亡治疗糖尿病肾脏疾病的机制探讨[J]. 中华中医药学刊, 2025, 43(1): 171-177.
- [44] 邢潇潇, 李君毅, 王涵. 人参、黄芪、山萸肉治疗老年慢性多脏器衰竭急性加重经验: 全小林三味小方撷萃[J]. 吉林中医药, 2025, 45(1): 36-38.