

·老中医经验·

董国立老中医治疗肝病的经验

孙增涛

导师董国立主任医师开展肝病专科门诊已20年有余，在治疗肝病方面积累了丰富的临床经验。今试从急性肝炎、慢性肝炎、肝硬化腹水三个方面加以总结，以示广大。

一、急性肝炎

急性肝炎多以目黄、体倦、厌食甚至呕恶、低热、尿赤为主症。董老抓住其临床表现的特点，以热毒偏盛为型加以治疗，认为热毒是致病的根本，是引发诸症的主因。诚如《诸病源候论》所云：“脾胃有热、各气郁蒸，复为热毒所加，故卒然发黄。”治疗上以银花、连翘、公英、地丁、板兰根、栀子等清热解毒，以茵陈利湿退黄、丹参、郁金凉血活血，大黄泻胃肠积热。

《金匱要略》有：“诸病黄家、从湿得之”的观点，后世医家对黄疸的认识亦多认为由湿热起病。急性肝炎虽可归为黄疸的门下，但作为一独立疾病，自有其发生发展的过程，非单一广义的黄疸所能包括。该病起病较急、变化较迅速，并有毒邪侵入肝血的特点，非单独湿邪所能言，热毒为主，湿邪从之乃是其主要致病关键。《金匱要略》亦有：“诸病黄家，但利其小便”的论述，更不能从单纯祛湿处理解，而有给邪以出路之意。正如《景岳全书·黄疸》中所云：“阳黄症……必须清火邪，利小水，火清则溺自清，溺清则黄自退。”通过利小水，以达到清热、祛湿、退黄的重目的。董老往往在上述药物的基础上加用泽泻、木通等淡渗利湿之品，引黄而出，与大黄起前后分消之势。经此治疗，黄疸多在4—5日间消

退，肝功能在半月至一月之间恢复正常。

不仅如此，气机郁滞在急性黄疸型肝炎发病过程中的作用亦很重要。临证常见40岁以上的患者热毒之象表现不甚而气机郁滞之象表现明显，表现胃脘部及肝区的胀闷不适，导师在清热的基础上较大量地使用行气类药物。如：木香、沉香、大腹皮、甚至三棱、莪术等。因年老之人，气血运行滞缓、复为热毒所侵，郁滞转为明显，行气类药物能条达气机，开通郁滞，调动整体因素祛邪抗邪，有利于疾病的恢复，在与清热药物的配合运用中，起到了相辅相成的作用，丰富了祖国医学关于急性肝炎的辨治内容。

病例一：张某某 男 58岁 1989年12月诊

脘腹胀闷五天、伴呃逆，以目黄、尿色深黄而来肝炎科就诊。时全身酸懒，大便干、舌尖红苔略黄腻，脉弦。

查肝功能：谷丙转氨酶（ALT）：490 u，胆红素：4.19mg/dt，r-谷氨酰转肽酶（r-GT）149u

诊断：急性黄疸型肝炎

处方：茵陈20克、栀子12克、郁金12克、板兰根20克、槟榔12克、木香10克、沉香10克、三棱10克、莪术10克、砂仁12克、厚朴12克、黄芩15克、甘草6克

前方共服十五剂后，复查肝功能：ALT：41u r-GT：49u 胆红素：0.71mg/dt，自觉症状基本消失。后方加焦三仙30克、五味子10克以调理。

二、慢性肝炎

慢性肝炎多为乙肝引起，包括慢性活动

性肝炎和慢性迁延性肝炎。该病以病势缠绵，病情反复发作而令医家忌手，成为现代临床之难题。

董老认为：该病虽见证多样，因素甚多，但气滞血瘀是贯穿疾病过程的主要方面。治疗上强调行气逐瘀。

肝藏血，主疏泄，体阴用阳。慢肝之部位在肝，肝体受损，疏泄不及，气血为之凝滞。况病久缠绵，亦致成瘀。清、吴澄云：

“气滞者，血也滞也，血不自行，随气而行，气滞于中，血因停积，凝而不散，愈滞愈凝愈滞。

在用药方面，董老常选用柴胡、枳壳、木香、沉香、川楝子、元胡、郁金、赤芍、厚朴、槟榔等。遇胃脘堵闷者，更配以三棱、莪术。传统认为，上述药物多为温燥伤津之品，肝病用之，更会导致气阴的损伤。但临床体会：瘀滞之象非此不开，患者气血瘀滞已表现甚为明显，通过逐瘀乃治疗之急务，如顾忌于此而专阴柔，病情势必更加缠绵，久病不愈，气血为之耗伤，变证丛生。有是证而用是药，乃公认之准则，待气机条畅，血瘀消除之后再去除槟榔、厚朴、三棱、莪术等燥烈之品，稍加白芍、首乌之阴柔，滋养肝阴，前后相贯，自成一脉，且不可畏忌此药如猛虎，该用不用，延误时机。

此类病人，又常见身懒一症，如见其形体较盛，切不可误认为虚。气血瘀滞，肌肉筋脉不能得到正常的滋养是该症的关键，如一味地补益，并让患者过多休息，更会加重气机的呆滞，患者亦往往因营养过剩而肥胖，并有转化成脂肪肝的可能。遇此病人，董老在大量行气逐瘀药的基础上加用苦寒之品黄连。认为黄连有利于消除肠胃过积的营养，苦寒泻浊，抑制肥胖。并告诫患者加强活动，与治疗起相辅相成之效。

病例二：路某某，男，38岁，1989年12月诊。

查：HBsAg：1：512，ALT：97u，

r-GT：65u，曾住市传染医院，效果不明显。现自觉腹胀，肝区疼痛不适，身懒、体胖、苔黄腻，脉弦滑。以行气逐瘀，清热利湿方治疗。

处方：柴胡12克、枳壳12克、木香10克、沉香10克、茵陈20克、栀子12克、黄连10克、厚朴12克、槟榔12克、大腹皮15克、三棱10克、莪术10克、当归12克、赤芍12克、泽泻12克、甘草6克。

前方服十余剂后，腹胀、肝区疼痛、身懒之症大减，去赤芍加白芍30克柔肝，去莪术、槟榔，一月后复查肝功能：HBsAg：1：32，ALT：50u r-GT45u，前方去黄连、三棱、加丹参15克、首乌30克缓服。

三、肝硬化并发腹水

董老在临证过程中，重视与现代医学的结合，对经现代医学诊断为肝硬化的患者，常加用白术、云苓、黄芪、党参等。对肝硬化失代偿期而致腹水的，以益气化瘀，气水并治为治疗法则。其基本方药组成为：黄芪30克、党参15克、白术10克、云苓10克、泽泻12克、木通12克、厚朴12克、车前子15克（包）、冲天草30克、椒目10克、木香10克、枳壳10克、三棱10克、莪术10克、半边莲30克、大腹皮15克、黑白丑各10克、郁李仁15克、甘遂末1.5克（冲）。并随证加减。同时配合消水丸，组成：炒皂矾30克，木香60克、椒目60克、党参30克、山药60克、甘遂30克、豆霜15克、细面为丸，每丸重3克，日一次，每次一丸，空腹服下，忌盐、甘草。

董老认为：该病为正虚邪实，治疗过程中必须兼顾，不可偏执。如单独予补则腹水难去，胀急难解，临床症状得不到纠正，于治疗无益，如贪功而多功伐，则正气更虚反欲速不达。对此根深势笃之病，必须采取攻中有补，补中有攻的原则，益气化瘀，气水并治。

· 医史文献 ·

古代针灸流派述评

山西省阳城县中医院 (048100) 梁保义、郑桂英

针灸是中医药体系中重要的组成部分, 现已逐步走向世界, 成为深受世界人民欢迎的医疗方法。

在针灸学历史上, 曾一度出现过不同的针灸学派, 各学派在学术观点上见仁见智, 在临床实践中各有擅长, 通过争鸣和发展, 在一定程度上推动着针灸学术的进步。

古代针灸学派各有其特色。在今天发展针灸, 振兴中医的历史进程中, 回顾和分析不同学派产生和发展的历史渊源, 弘扬各学派之长, 对针灸学科的继承和发展将可起到重要的借鉴作用。本文不揣冒昧, 试对我国古代针灸流派略作如下述评。

一、古代针灸学派的形成与发展

我国古代针灸学术流派, 是在针灸理论

整理和临床实践中自然形成的。

我国针灸学理论奠基于《黄帝内经》。

战国至秦汉, 民间出现了不少通晓针灸术的中医, 他们临床治病, 针药并举, 效验很好。如战国时的秦越人(扁鹊), 汉代时的涪翁及其弟子程高、郭玉, 东汉末年的华佗及其弟子樊阿等人, 在针灸术方面, 都有一定建树。

晋代, 皇甫谧所著《针灸甲乙经》一书问世, 确立了针灸学的专科地位, 奠定了针灸作为一个专门学科的基础。

周代, 医学史上有了分科制度, 但当时学科的分化仅限于食医、疾医、疡医、兽医四个方面, 很显然是比较粗糙的。出现医学十三科还是唐、宋以后的事。金元时代, 随着人类社会文明的发展, 一些医家根据自己

气为血之帅, 血为气之母, 气行则血行, 气滞则水停。这种气血的关系在肝硬化腹水中表现的尤为明显。肝硬化腹水气滞水停的原因可归为二方面: 一为肝络的瘀阻, 气机不得伸展, 一为久病气虚, 推动无力。前者需行气逐瘀药为之疏导, 后者则需益气为之补充。同时水湿过盛又反过来壅滞气机的运行, 因此逐水亦是一大关键, 益气化瘀, 气水并治正是在此基础上的概括总结。

病例三: 李某, 男, 48岁, 于1976年5月患肝硬化腹水, 脾大平脐, 住它院治疗腹水不消, 肝功能反见恶化。ALT: 210.9u, TTT: 26.4u于77年2月22日来我科诊治。时腹水⁺⁺⁺, 腹围94公分, 不得矢气, 尿赤少、鼻衄、口干舌燥。经用上方治疗, 腹水起落三次, 终至消失, 腹围84公分, ALT

: 164u, 后数年一直坚持服用中药。

董老临证数十年, 经验甚多, 以上仅介绍了导师治疗肝病的几个方面, 难以尽叙。肝病其变化是复杂多样的, 临证辨证用药的选择上亦很丰富, 但纵观而言, 热、郁(瘀)、虚是导师临证中非常重视的三点, 或消热或解郁消瘀, 或补虚。但热多见于急性肝炎或慢肝加重之时, 郁(瘀)则贯穿疾病的始终, 虚多为晚期表现。有热必须清除务尽, 郁(瘀)必须消解, 虚则补之, 唯有的放矢, 才能更好地顺应病情, 达到治疗之目的。且不可人云亦云, 忌畏如虎, 有是症而不用是方是药, 唯唯诺诺, 延误病情, 实为治肝病者戒。

(收稿日期1991-04-12)