

# “治肝实脾”理论在慢性乙型肝炎治疗中的应用浅析

马 昆<sup>1</sup>, 宋 宇<sup>2</sup>, 陈永跃<sup>2</sup>, 刘燕玲<sup>3</sup>, 戚团结<sup>4</sup>

(1. 北京中医医院延庆医院, 北京, 102100; 2. 北京市石景山区中医医院, 北京, 100043;  
3. 中国中医科学院西苑医院, 北京, 100091; 4. 北京中医医院, 北京, 100010)

**[摘要]** “治肝实脾”理论是中医的经典传统理论之一,起源于《难经》,经汉代张仲景得以推广,并受到历代医家的高度重视和发展。慢性乙型肝炎(CHB)发病广泛,危害严重,其临床证型复杂多变,肝郁脾虚证是其最主要证型,继承和发展“治肝实脾”理论,充分发挥和应用其理论优势,既可防止肝病进一步发展传变,又可培土荣木,减轻甚至逆转病情,促进疾病向愈,对于治疗 CHB 具有重要的临床和现实意义。

**[关键词]** 慢性乙型肝炎;肝郁脾虚证;治肝实脾

**[中图分类号]** R259.126+.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.08.052

慢性乙型肝炎(chronic hepatitis B, CHB)是危害人类健康的重要传染病之一,并且其感染呈世界性流行趋势,据世界卫生组织报道,全球约 20 亿人感染乙型肝炎病毒(HBV),其中 2.4 亿人为 CHB 患者<sup>[1]</sup>,每年约有 65 万人死于乙型肝炎病毒感染所致的肝衰竭、肝硬化和肝细胞癌<sup>[2]</sup>。我国是 CHB 的高发地区,根据流行病学调查结果推算,我国有 HBV 感染者约 9300 万人,其中 CHB 患者约 2000 万人<sup>[3]</sup>。中医药在我国 CHB 诊治中发挥着十分重要的作用,中医辨证论治配合西药抗病毒治疗 CHB 取得了很好的疗效。中医学认为湿热毒蕴伏血分是 CHB 的病机特点<sup>[4]</sup>,常可引发湿热蕴结证,因肝病传脾或湿疫伤脾,可导致肝郁脾虚证。中医学“治肝实脾”理论在治疗 CHB 方面临床应用广泛,优势明显。本文拟对“治肝实脾”理论的实质内涵及其在 CHB 治疗中的临床应用进行如下探讨和研究,以便更好地指导临床,提高疗效。

## 1 “治肝实脾”理论

### 1.1 来源与内涵 “治肝实脾”最早见于《难经》。《难经》·

七十七难记载:“所谓治未病者,见肝之病,则知肝当传之于脾,故先实其脾气,无令得受肝之邪也,故曰治未病焉。”后东汉张仲景在《金匮要略》中将其作为治疗法则:“夫治未病者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,并将“治肝实脾”谓之上工之举,这对后世医家的临床实践有着广泛的影响。“治肝实脾”主要包含三层含义:一是肝病会影响脾的客观规律;二是“上工治未病”的积极思想,即未病先防、已病防变;三是治疗肝病的法则以实脾为先。

所谓“实脾”,应广义地来理解,不单纯指补脾。“实”,充实、调补之意,“调其中气,使之和平”,蕴含多法在内,含有扶正、祛邪两方面内容。扶正可补脾如补脾气、温脾阳、滋脾阴、养脾血等,祛邪可用清脾、开脾、醒脾、运脾等法。此外,脾胃同属中焦,构成表里关系,皆属五行之土,胃主受纳,脾主运化;胃气主降,脾气主升;胃为腑,属阳土,性喜润而恶燥;脾为脏,属阴土,性喜燥而恶湿,二者关系密切。“实脾”包括脾胃同调,对于健脾和与胃,必须分清主次,有所侧重,以求治本。总之,只要是能使脾胃升降生理功能

**第一作者:** 马昆,男,主治医师,研究方向:中西医结合消化病学

**通讯作者:** 宋宇,男,医学硕士,主治医师,研究方向:中西医结合肝病学, E-mail: 13426047060@163.com

或滋补肝血,或补益肾精,使精血足,则阴能敛阳,则虚烦自止;亦或为虚热扰神,仅见心烦,症状较轻者,可予以清宣郁热之法,或泻心火,或清肺热,或调和脾胃,或清泻胆热,或滋补肾水;亦有因邪热扰神而致烦躁、谵语,症状较重者,则须逐瘀泻热,或清泄胃火或通腑泻热,使邪热速去,以存津液,方能救心以安神。心悸若因水气内停、上凌于心所致,则可温补脾肾之阳,使阳气行而水气去;其心病最重者,自当非心阳虚衰、阳气欲脱之证莫属,治之当急温肾阳,急从全身阳气之根本救之,使肾阳复,则心阳必振。

以上所述,为诊断和治疗心系病证提供了较完整的辨证论治体系,从对仲景原著的深刻分析总结中,吾辈自当深谙仲景处方、组方之旨,方能将其灵活运用于临床。

## 参考文献

- [1] 陶弘景. 名医别录[M]. 北京:人民卫生出版社,1986:28.
- [2] 王朴. 生地黄的现代药理研究与临床应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2008,6(8):986.
- [3] 莫枚士. 经方例释[M]. 北京:人民军医出版社,2010:3,162.
- [4] 魏·吴普述. 神农本草经[M]. 南宁:广西科学技术出版社,2016:79,155.
- [5] 吉益东洞. 药征[M]. 北京:中国中医药出版社,2016.
- [6] 黄元御. 伤寒悬解[M]. 北京:人民军医出版社,2014:168.
- [7] 傅文录. 李可应用附子经验[J]. 河南中医,2011,31(8):849-853.

(收稿日期:2018-11-05)

正常、不受邪气侵犯的措施,都是“实脾”。通过“实脾”,可使脾胃气机升降有序,运化功能健全,正气充足,从而防止邪气侵袭,即所谓“四季脾旺不受邪”。脾胃之气健旺有利于化生气血,滋养肝血,肝体阴而用阳,肝体得养,则肝主藏血和主疏泄的生理功能得以正常发挥,对血液的蓄泻调节则顺畅;脾胃之气健旺还有利于水湿运化,胆汁的输送、排泄,使湿邪无以郁阻熏蒸肝胆而形成黄疸。

## 1.2 理论

1.2.1 五行理论 “治肝实脾”基于中医学的五行学说。肝属木,脾属土,肝和脾是木和土之间的关系,木能疏土,土能荣木,土得木而达,木得土而荣。肝主疏泄,脾主运化,肝脾两脏的关系首先在于肝的疏泄功能和脾的运化功能之间的相互影响。若肝阳、肝气太过,肝强脾弱,横逆犯脾,即形成“木郁克土”的病理变化,临床可见胁肋胀痛、胸闷太息、腹胀腹痛、嘈杂反酸、嗳气纳少、肠鸣泄泻等症状。另外,肝“体阴而用阳”,肝阴、肝血不足,无以为用,导致肝气疏泄无力,无助于脾之升散,又会形成“木不疏土”的病理变化,此亦为肝病传脾的一种表现。正如唐容川在《血证论》所说:“木之性主乎疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,水谷乃化,设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泻中满之症在所难免。”张锡纯在《医学衷中参西录》中亦云:“人多谓肝木过盛,可克伤脾土,即不能消食;不知肝木过弱,不能疏泄脾土,也不能消食。”

肝主藏血,脾主统血,肝与脾的生理联系还表现为藏血与统血的相互协调,即所谓“肝木疏土,脾土营木,土得木而达之,木赖土以培之”,肝所藏之血还有赖脾之运化,只有脾气健旺,气血化生充足,肝体得到阴血的濡养,肝用才能正常发挥。正如《素问·经脉别论》云:“食气入胃,散精于肝,淫气于筋。”肝病者,无论是肝阳太过,还是肝阴不足,均导致疏泄功能失常,并影响脾胃功能,是为肝病及脾。这客观地反映了疾病的发展变化,每每得到了临床验证,临床上遇到肝病往往先见头昏、精神抑郁、胁痛、胸闷、脉弦,然后纳食减少、乏力、便溏、舌苔白腻等脾脏功能失调症状,还有许多慢性肝病患者主要表现为不思饮食、恶心呕吐、厌食油腻、脘腹胀满、神疲乏力等脾胃症状。因此“治肝实脾”这一理论对后世医家以及现代中医治疗肝病的法则具有重要的指导作用。

1.2.2 脏腑经络理论 “治肝实脾”是根据脏腑之间相互关系、疾病传变规律所制定的一种有的放矢的治未病方法。脏腑之间相互联系、互相制约,一脏有病,可以影响他脏。足厥阴肝经与足太阴脾经同起于足大趾,两者在内踝上八寸处交出,且足厥阴肝经夹胃上行,足阳明胃经与足少阳胆经同循于此,在经络上,肝、脾具有紧密的相关性,一旦受病,邪气就可由此及彼,或由彼及此。现代医学研究亦发现,在胚胎发育中,肝和胆的胚芽均起源于前肠,这个共同的起源使肝胆和胃肠道之间在整个生命过程中保持着密切联系<sup>[5]</sup>。西医学胃肠道的功能大致相当于中医学脾胃的功

能,因此这也从现代医学的角度论证了肝、脾的相关性。通过治疗未病脏腑,预先防止疾病可能发生的传变,防治疾病的蔓延和扩展,有利于疾病治疗。如姜春华教授在温病治疗中提出了著名的“截断疗法”,根据温病卫气营血的传变规律和叶天士“温邪则热变最速”、温病最易发生传变的观点,提出邪在气分时就可使用清营凉血法,以阻止疾病向营血分传变,体现了已病防变的治未病思想<sup>[6]</sup>。治病时必须从整体入手,治其未病之脏腑,以防止疾病之传变。如见肝之病,要考虑到肝病易于传变及脾,在治肝的同时,脾病证状还未出现之前,当先调补脾,预先充实脾土之气,不让脾遭受肝邪的侵害,这就是治其未病。脾气充实,生理功能正常,有利于肝病的恢复,这也是《黄帝内经》“正气存内,邪不可干”思想的具体体现。

## 2 肝郁脾虚证是 CHB 的主要证型

CHB 是一种临床常见、多发性疾病,可导致肝衰竭、肝硬化、原发性肝癌等终末期肝病,严重损害患者的健康。中医辨证主要包括湿热蕴结、肝郁气滞、肝郁脾虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚及瘀血阻络<sup>[4]</sup>。李洁等<sup>[7]</sup>检索 1990—2004 年中医药治疗 CHB 临床文献中涉及中医证型的文献,建立文献评价表,结果显示总病例数共 10606 例,涉及证型共 78 种,排在第一位的证型是肝郁脾虚型。杨广栋<sup>[8]</sup>对自 2010 年 9 月至 2012 年 3 月间,在中国中医科学院广安门医院、北京中医药大学东直门医院、中国人民解放军 302 医院、北京市地坛医院等 12 家医院就诊的 CHB 患者采用专家辨证与统计学相结合的方法,探索 CHB 的证候分布特征的研究结果显示:基于专家辨证的 1787 例 CHB 患者证候分布情况排在首位的是肝郁脾虚(49.6%),其次是湿热中阻(17.7%),然后是肝气郁结(13.9%)等;基于因子分析的 636 例 CHB 证候研究共得到 22 个因子,排在首位的因子仍然是脾虚。王凤云等<sup>[9]</sup>针对 126 例西苑医院的 CHB 患者症状体征、中医证型分布差异及特点进行前瞻性调查的结果显示:CHB 患者中医证型分布规律以肝郁脾虚型为主,湿热型次之。叶永安等<sup>[10-11]</sup>对 CHB 中医证型分布规律进行研究,通过计算机检索和手工检索国内外有关中医药治疗 CHB 的文献,将符合纳入标准的 522 篇文献进行证型分布情况统计和评价,得出肝郁脾虚和湿热内阻是 CHB 最主要的证型,其中肝郁脾虚为出现频次最高的证型。进一步研究发现“肝郁脾虚”为 CHB 的核心病机<sup>[11]</sup>。大量临床观察亦表明,CHB 的患者普遍都曾出现过肝郁脾虚的证候,并且出现较早,维持时间长,甚至贯穿病程始终,所以肝郁脾虚是 CHB 的最主要证型。

目前认为 CHB 的病因多为湿热疫毒<sup>[12]</sup>。吴行明等<sup>[13]</sup>、裴建宏等<sup>[14]</sup>、刘兴家<sup>[15]</sup>认为本病的病机过程为湿热、疫毒之邪首先伤及人体气分,阻遏气机伤脾胃,以致肝郁脾虚,后随着病变的发展逐渐侵入血分,出现气滞血瘀、耗阴损阳等多种变证。陈立华<sup>[16]</sup>认为肝炎病毒是一种具有抑制阳气,易深入营血脏腑和脉络,缠绵难去的湿热之

邪,并认为湿热在整个病程中占有重要地位,主要表现为肝郁脾虚,随病情反复迁延不愈,变证丛生。湿热毒邪是 CHB 重要的病机,湿为阴邪,其性重浊黏滞、趋下,湿邪易阻碍气机,阻滞中焦脾胃,气机升降失常,日久造成土壅反侮肝木,更易使肝失条达,肝气郁结。这对 CHB 的治疗极具指导意义。

### 3 “治肝实脾”理论在 CHB 中的临床应用

治疗 CHB 是个长期的过程,除了疾病本身容易出现肝郁脾虚症状外,若长期服用具有抗病毒效果的清热解毒类苦寒药,亦会对脾胃之阳造成损伤,因此治疗过程中始终要注意顾护脾胃,疏肝健脾解毒是治疗 CHB 的重要原则。

**3.1 实脾法** 实脾法并非健脾益气药物的简单罗列,要根据患者的症状表现而辨证施治。如气虚明显者以补益脾气为主,方剂可选用逍遥散、四君子汤、异功散、六君子汤、补中益气汤、归脾汤等,药物可选用白术、茯苓、党参、黄芪、炙甘草补益脾气;如食滞明显者以健脾助运为主,配以消食导滞、行气消胀之品,如炒麦芽、鸡内金、山楂、神曲、麦芽、焦神曲、焦麦芽、焦山楂、陈皮、枳实等,帮助脾胃纳运,其中麦芽最合肝性,为疏肝要药;如脾虚湿困明显者以健脾燥湿为主,方剂可选用参苓白术散、胃苓汤、二陈平胃散等,药物可选苍术、厚朴、藿香、佩兰、砂仁、薏苡仁、白蔻仁等;如脾胃升降功能失调,出现胃脘胀满、恶心欲吐,用香苏散加减,香苏散中有香附、陈皮等理气和胃;脾为后天之本,气血生化之源,如果是素体脾虚引起的肝血亏虚,最终肝用得不到发挥,从而肝气郁结不疏,则更应加大实脾的力度,可选用归芍六君子汤加减,药物有党参、白术、茯苓、陈皮、当归、白芍、大枣、山茱萸、酸枣仁、山药等。

**3.2 治肝防伤脾** 实脾法不仅体现在尽早选用治脾药健脾益胃,阻断疾病进一步传变,更体现在选用调肝药时,应时时不忘顾护脾胃,避免药物对脾胃造成损伤。在肝病治疗中,因病情不同阶段常需使用苦寒、香燥、攻伐等药,这些药物如服用过久,均易损伤脾胃。若肝郁严重化火时,更易伤及脾胃之阴,“木火无制,都系胃汁之枯”(《临证指南医案》),所以运用苦寒药泻肝时,要注意不可寒凉太过而损伤脾阳,更不可苦燥太过而伤及胃阴。临床尽量不选龙胆泻肝汤等过于苦寒的方剂,可用桑丹汤加减清金制木。桑叶与丹皮乃微苦之品,无凝滞碍气之弊,更不致有损脾胃,药性平和,平中见奇。若肝郁化火生风,则易导致内风乘胃,如明代喻嘉言在《寓意草》中曾有胃中“空虚若谷,风自内生”之论述,后人称之为“空谷生风”。清代叶天士结合其实践经验,补充了“内风乘胃”的病机,提出“阳气郁勃于中,变化内风,掀旋转动”,补前人不足,对内风与胃的关系进行了详细的阐述。其症状如呕吐、脘胁攻痛等,治以平肝和胃之法,用降香、佛手、郁金、栀子等苦辛类药以降气平肝,用黄连、吴茱萸与川楝子、白芍相配,苦辛酸并投,还常配用牡蛎之咸,以制肝木,潜降泄热。

**3.3 服药方法顾脾胃** 在服药方法中强调每服 6d 休息 1d,以给脾胃恢复时间,否则持续久服有中伤脾胃之嫌,加重脾胃负担,并且将服药时间定于饭后 30min 温服,勿空腹服,这都体现了“治肝实脾”的思想。

### 4 小结

在充分发挥中医学“治肝实脾”理论传统优势的基础上,注重吸收现代医学优势,参考现代医学检测指标如乙肝病毒标志物检测、HBV - DNA 病毒复制指标、肝功能、肝纤维化指标及 B 超影像学检查等,结合中西医的各自优势,即西医辨病、中医辨证,以期在宏观和微观上对疾病有一个全面、准确的认识,这是临床治疗 CHB 的一大特色。

### 参考文献

- [1] Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, et al. Global epidemiology of hepatitis B virus infection: new estimates of age - specific HBsAg seroprevalence and endemicity[J]. Vaccine, 2012, 30(12): 2212 - 2219.
- [2] Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010[J]. Lancet, 2012, 380(9859): 2095 - 2128.
- [3] 中华医学会肝病学分会, 中华医学会感染病学分会. 慢性乙型肝炎防治指南(2015 年版)[J]. 中国肝脏病杂志: 电子版, 2015, 7(3): 1 - 18.
- [4] 中华中医药学会内科肝胆病学组, 世界中医药联合学会肝病专业委员会, 中国中西医结合学会肝病分会. 慢性乙型肝炎中医诊疗专家共识[J]. 临床肝胆病杂志, 2012, 28(3): 164 - 168.
- [5] 李乃民. 实用中西医结合周围血管病学[M]. 北京: 学苑出版社, 2006: 192.
- [6] 王佩芳. 姜春华中医学思想研究及临床经验选粹[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 217.
- [7] 李洁, 赵晓东, 史美育, 等. 慢性乙型肝炎中医证型临床文献研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2006, 12(1): 57 - 58.
- [8] 杨广栋. 慢性乙型肝炎证候分布特征研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2012.
- [9] 王风云, 唐旭东, 刘燕玲, 等. 慢性乙型肝炎患者中医证型特点及分布差异[J]. 世界华人消化杂志, 2008, 16(7): 716 - 720.
- [10] 叶永安, 江锋, 赵志敏, 等. 慢性乙型肝炎患者中医证型分布规律研究[J]. 中医杂志, 2007, 48(3): 256 - 258.
- [11] 叶永安, 田德禄, 蒋健, 等. 1003 例慢性乙型肝炎(ALT ≥ 2 × ULN)患者中医常见症状及证候分布特点研究[J]. 世界中医药, 2015, 10(9): 1293 - 1298, 1304.
- [12] 王吉耀. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 75.
- [13] 吴行明, 王耀武. 论“湿”在乙型肝炎辨证中的地位[J]. 实用中医药杂志, 1996, 12(3): 33 - 34.
- [14] 裴建宏, 王灵台. 辨治慢乙肝经验[J]. 安徽中医临床杂志, 2002, 14(6): 548 - 549.
- [15] 刘兴家. 对乙型肝炎病因病机的探讨[J]. 陕西中医, 2000, 29(1): 48.
- [16] 陈立华. 慢乙肝的中医治疗[J]. 中医杂志, 1989, 30(3): 25 - 27.

(收稿日期: 2018 - 11 - 12)