名老中醫張金良教授治療肝硬化經驗舉隅

Experience of the Famous Veteran Chinese Medicine Practitioner Prof. *ZHANG Jinliang* in the treatment of liver cirrhosis

鄭麗紅[1] 王楠楠[1] 黃秋思[1] 劉 定[1] 王海強[2] *ZHENG Lihong, WANG Nannan, HUANG Qiusi*

（1. 黑龍江中醫藥大學附屬第二醫院；2. 黑龍江中醫藥大學附屬第一醫院）

[摘要] 介紹名老中醫張金良教授治療肝硬化的臨床經驗及用藥特點，以便充分挖掘、整理名老中醫的學術經驗和思想，更好的總結和傳承祖國醫學。

[關鍵詞] 張金良；肝硬化；經驗

肝硬化是一種常見的由不同病因所引起的慢性、進行性、彌漫性的肝病，臨床上早期可無明顯症狀，晚期則以肝功能減退與門靜脈高壓為主要表現，甚至出現上消化道出血、肝性腦病、肝腎綜合征等嚴重的併發症。因此，古人將此病歸於「風、癆、臌、膈」四大頑症之一。

張金良教授是黑龍江省著名的中醫學家，全國第五、六批名老中醫學術繼承人指導教師。張老從醫50餘載，上溯岐黃之道，下逮諸家之說，博採眾長，學驗俱豐。在治療許多疑難重症時，每能出奇制勝，化險為夷，尤其精於肝胆病的辨證治療，對病毒性肝炎、肝硬化、肝癌等病的治療有獨到之處，並總結多年臨床經驗創制了清解散、軟肝散、扶正散、降酶散等有效組方。筆者有幸跟師侍診，獲益良多，現將張老治療肝硬化的經驗介紹如下：

1 見肝之病，知肝傳脾

肝硬化屬中醫「鼓脹」、「單腹脹」、「蜘蛛蟲」等病證範疇。本病多由飲食不節、情志所傷，以及黃疸、積聚等導致肝失條達、脾失健運、腎失開闔，三焦通調不利，而致氣滯、血瘀、水飲互結腹中。張老認為本病雖病發於肝，但不可唯治肝，這是因為肝病日久，有乘克脾土之轉歸[1]。肝屬木，具有生長、升發之性，主疏泄，喜條達而惡抑鬱；脾主運化，屬土，為後天之本，氣血生化之源。若肝鬱日久，橫逆乘脾，脾虛失運，斡旋無力，失於轉輸，水津敷布失常，則水濕停聚腹中；脾氣虛弱，無力推動血行，血行滯緩而致血瘀，終致瘀血、水濕停聚中焦，清濁相混而成鼓脹。張老發現臨床上大多數肝硬化患者都表現有倦怠乏力、食欲不振、腹脹便溏、口淡、舌質淡有齒痕、脈沉弱等脾氣虛弱的證候，此時應注意調理脾胃，以顧後天之本，脾旺方能正氣旺，有利於正氣抗邪而使肝病向愈。正如《金匱要略》所言：「見肝之病，知肝傳脾，當先實脾」。故張老在治療肝硬化時重視健脾益氣，扶正固本，認為疏肝解鬱和健脾和胃是治療肝硬化的關鍵，兩者相輔相成，不可偏廢。強調疏肝清肝勿過用破氣、苦寒之品，避免敗傷脾土；健脾以運脾理氣為主，勿過用滋膩、厚實之品，避免肝失疏泄。常選用四君子湯、參苓白朮散加減，藥用黃芪、黨參、白朮、茯苓、薏苡仁、白扁豆、山藥、雞內金、陳皮、砂仁等。其中黃芪、黨參、茯苓、白朮健脾益氣，並具有增強免疫、增加白蛋白的作用；砂仁、陳皮醒脾運中；白扁豆、薏苡仁、山藥健脾滲濕止瀉。

2 乙癸同源，肝腎同治

中醫基礎理論認為，肝腎關係極為密切，有「乙癸同源」、「肝腎同源」、「精血同源」之說。肝藏血，腎藏精，慢性肝病後期，窮必及腎，每有腎精受損的表現[2]，如精神萎靡、眩暈耳鳴、腰膝酸軟、男子夢遺滑精、女子帶下清稀等。腎為水臟，腎失開闔，則水道不利，而鼓脹愈甚，應注重肝腎同治。肝為風木之臟，體陰而用陽，肝病日久耗陰動血，必傷腎陰，腎虛又致肝失滋養；且在肝硬化前期階段常濕熱為患，治療時又常用清熱利濕之法，濕熱久稽，深入血分，苦燥通利，藥過病所，釀成傷陰者不少;腹水患者治療過程中的過度利

香港中醫藥學會版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved

水傷陰，均可導致肝腎陰虛；故而滋水涵木、補益腎水亦屬益肝要法。補腎應以平補腎精為主，常選用山茱萸、續斷、枸杞、牛膝、肉蓯蓉等，補而不峻，不宜使用大溫大熱之桂附。腎陰虛者酌加生黃、女貞子、桑堪子、龜板、鱉甲等;腎陽虛者酌加桑寄生、杜仲、菟絲子等。

3 謹審病機，分期論治

肝硬化的病因比較複雜，病機往往虛實互見，病機演變與正氣盛衰有著密切的關係，初病實多虛少，久病則正虛邪實，虛實夾雜貫穿本病整個過程[3]。臨床肝硬化的治療最易犯虛虛實實之戒，所以治療本病要明確其證候之虛實盛衰，不同時期治療應有所側重。

肝硬化初期因肝失疏泄，氣機鬱滯，多以肝鬱絡滯為主，臨床多見右脅肋部脹痛不舒，甚或脅下腫塊，胸悶太息，腹滿納差，時有腹瀉，舌苔薄膩，脈弦等症。治以疏肝通絡為要，宜選柴胡疏肝散、逍遙散之類加減；若肝病日久，橫逆乘脾，或過服寒涼藥物損傷脾胃，使脾失健運，此時應注意補健脾運，常辨證選用香砂六君子、四苓散之類。若病情遷延日久不愈，正氣漸虧，血瘀、水濕壅聚，治宜攻補兼施，予以化瘀利水、消癥散結兼扶正。肝硬化患者常伴有不同程度的腹水，但逐利水濕，攻伐無度易傷正氣，不可過劑及久用。腹水病人，往往虛實互見，或實中夾虛，或虛中夾實，治療頗為棘手。張老主張切不可圖一時之快，過傷正氣，應審察病者體質，觀其邪之輕重，病之久暫而定治療方法。常採取攻補兼施、救本治標之法，在治氣與水的同時，健脾化濕，善用蒼朮、厚朴、白朮、豬苓、大腹皮、檳榔、車前子之屬，再視病之變化而治之，屢屢取效。肝硬化延至晚期，雖有水瘀互結，但氣血、肝腎大虧，治以調補脾腎或補養肝腎為主以治本。

張老在治療肝硬化時，常根據疾病所處不同分期，採用清肝、疏肝、養肝、柔肝等不同的治肝之法，兼以健脾、祛濕、補腎、活血、利水等治療措施。初期以疏肝理氣為主，中期予以逐瘀利水兼以扶正，晚期以養陰柔肝、健脾補腎為主。然「邪之所湊，其氣必虛」，張老認為肝硬化的治療，無論是初、中、末期，均要注意培本扶正，攻不傷正，補不留邪，切不可一味蠻攻，清肝熱不宜過於苦寒，疏肝鬱、理肝氣、利水濕等不宜過於辛燥，且攻伐之藥不宜過度，當「衰其大半而止。」

4 化瘀通絡，貫穿始終

肝硬化屬本虛標實、虛實夾雜之重症，肝硬化的標實主要表現為血瘀絡阻、氣滯水停，其中以血瘀絡阻為要[4]，存在於肝硬化發病的始終，亦是肝硬化久治不愈的重要原因。所以長期正確應用化瘀通絡之法，將其貫穿始終，是治療肝硬化的重要方法。

張老認為本病初始多由憂思惱怒，加之感染濕熱疫毒或酒毒、蟲毒等內外因素使肝氣不舒，木失條達，氣機鬱滯，氣病及血，肝絡瘀阻。張老臨床注重疏肝行氣活血，使氣機調暢，氣血調和，臟腑陰陽平衡，常根據病情選用丹參、赤芍、佛手、香附、柴胡、郁金等具有理氣活血的藥物。

若患者面色晦暗、肝區刺痛、舌質暗紫、舌下脈絡瘀滯，為瘀血阻絡之重證。常選用大黃、水蛭、土鼈蟲、京三棱、莪朮等。同時，張老強調攻堅破積之劑，用之不當，易使正氣受傷，故對虛弱之人應與參、芪同用，以顧護正氣。

氣滯血瘀，血行不暢，經隧不利，絡阻隧壅，水濕瀦留。古有雲「血不利則為水」，肝硬化患者多伴有不同程度腹水，張老認為腹水治療中化瘀通絡亦是關鍵，絡通則水利，絡通有利氣行，故常用赤芍、益母草、川牛膝、澤蘭、車前子、白茅根之屬，活血化瘀以助水行。

張老特別強調對於乙肝肝硬化患者，乙肝病毒已非主要矛盾，此時應集中精力保肝抗纖，保護肝臟功能，延緩肝硬化的發展，從而延長病人的生命。常選用鱉甲、穿山甲、三棱、莪朮、丹參、三七、郁金、桃仁之屬，既能活血化瘀，抗肝纖維化，又能改善肝功能及降低門靜脈壓力，每獲良效。

活血化瘀是治療肝硬化的重要措施，在臨床上多行之有效，但不能無辨證地濫用。此外還應根據引起瘀血的原因，針對其病因病機用藥：瘀血輕證選用桃仁、澤蘭、赤芍、丹參等；瘀血重者加用土鱉蟲、三棱、莪朮

香港註冊中醫學會版權所有 All Rights Reserved Copyright HKRCMP

等；氣血虧虛者選用雞血藤、丹參、白芍、當歸、熟地黃等養血活血之品;瘀熱者，多用丹參、桃仁、玄胡、郁金、穿山甲、丹皮、赤芍等;瘀而偏寒者，多用三七、當歸、澤蘭、莪朮等; 瘀血陰虧之證，常用赤芍、鱉甲、龜板等以活血化瘀、養陰通絡。諸藥合用，扶其正氣，疏其氣血，令其條達，而致和平。

5 分因論治，組藥治肝

肝硬化病因複雜多樣，其中以病毒性肝炎所致者居多，特別是乙肝肝硬化，但尚有酒精性、免疫性、脂肪性等因素。張老常根據肝硬化的不同病因辨證遣方用藥，並根據多年臨床經驗，總結出多組臨床行之有效的組藥。

張老認為肝炎病毒屬「疫毒」範疇，為濕熱之性。若其久伏于肝，成為「伏邪」，留藏肝內，久結不化，濕、熱、毒互結，導致正氣虧損，氣血失調，最終演化為肝硬化。由於濕熱疫毒之邪是導致肝炎後肝硬化的主要病因，而濕熱作為疾病的始動因素，貫穿于疾病的全過程，因此清利濕熱是治療肝炎後肝硬化的關鍵之一。張老以清熱、化濕、解毒主要治療原則，創立了具有清熱利濕、涼血解毒作用的清解散(白花蛇舌草、大青葉、板藍根)，張老在臨床上治療慢性病毒性肝炎、乙肝肝硬化等疾病時，常辨證加減應用此組藥，臨床亦發現組藥清解散對乙肝病毒有較好的抑制作用。

「正氣存內，邪不可幹，邪之所湊，其氣必虛」。從現代醫學觀點來看，人體的免疫能力、組織修復能力，均屬中醫的「正氣」範疇。免疫功能低下是導致乙型病毒性肝炎患者發病或病情遷延難愈的主要原因，因此在乙肝肝硬化治療中，張老酌情選用有調節免疫功能的組藥扶正散（靈芝孢子粉、冬蟲夏草等）改善病人免疫力低下的情況。

血清轉氨酶升高是肝細胞損傷的重要標誌，系因感受濕熱疫毒，停留於肝，濕熱蘊結之象。若肝硬化患者轉氨酶居高不下時，張老常加用降酶散（茵陳、敗醬草、五味子），敗醬草、茵陳清熱利濕解毒，佐以五味子養肝陰防止清利太過，該組藥具有較好的降低轉氨酶的作用，可有效保護肝功能[5]。

酒乃大濕大熱之物，如《諸病源候論》所言：「酒性有毒，而複大熱，飲之過多，故毒熱氣滲溢經絡，浸溢腑髒，而生諸病也。」張老認為酒精性肝硬化多因嗜酒過度，釀生濕熱，損傷脾胃，清陽不升，濁陰不降，以致清濁相混，氣血瘀阻，氣滯、血瘀、水飲互相搏結而成鼓脹[6]。如《景嶽全書論證》曰：「少年縱酒無節，多成水鼓.....其有積漸日久而成水鼓者，則尤多也。」認為此乃酒毒、濕、熱、瘀血相互搏結而成。因此治療該病，首當去除病因，戒酒為先。臨床治療應謹守病機，審時度勢，以清熱化濕、祛瘀解毒為主。張老在治療酒精性肝硬化時善用葛根、枳椇子等藥物，認為葛根可清解酒毒，枳椇子既可解酒毒，又能散瘀、祛濕毒，是治療酒精性肝病不可缺少佳品。

而隨着人們生活方式、飲食結構的改變，因酒食不節、久臥少動等導致的脂肪性肝病逐漸增多，張老認為痰濕是脂肪肝形成的關鍵，治以化痰祛濕降脂，特創用於治療脂肪肝、高脂血症的調脂湯 (生山楂、女貞子、決明子、葛根)，具有較好的調脂護肝作用。

肝硬化無論病因如何，均經歷纖維化到硬化結節形成的過程，有肝臟硬化變小、門靜脈高壓、脾大等病理變化。張老常在疏肝柔肝的基礎上選加生牡蠣、醋鱉甲、郁金、莪朮、穿山甲等軟堅散結之藥物，張老總結前人經驗及自己臨床所得化裁出組藥軟肝散 (醋鱉甲、丹參、生牡蠣)，該藥組可以起到軟肝散結化瘀的功用[7]。肝郁易致血瘀，血瘀又加重氣滯，組方中採用丹參活血化瘀，有助於氣血運行；肝氣鬱結，氣鬱化火，易致陰虛陽亢，選用鱉甲、生牡蠣既平肝育陰又軟堅散結。此種選藥配方，可謂是補中有通，靜中有動，充分體現張老用藥的思想。臨床觀察該配伍不僅可以有效減輕肝臟纖維化程度，而且可以改善門脈高壓所致的脾功能亢進，並能在一定程度上回縮腫大的脾臟，尤其對輕、中度脾大效果明顯[8]。此外，張老認為甲珠對於糾正肝硬化患者的蛋白代謝紊亂方面效果顯著，因此當患者出現白蛋白降低，白球比倒置時，常選用該藥物。

6 善後有方，丸劑緩圖

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKROM All Rights Reserved

本病系沉屙痼疾，難速愈而易復發。張老認為，在肝硬化治療後期，雖然患者諸症漸除，但仍需丸藥緩圖，否則病情反復，終至前功盡棄。故在疾病向愈之時，張老常根據患者不同病情辨證，將軟堅消癥、疏肝健脾之方藥化裁為丸，辨證調治以鞏固療效。

7 病案舉例

韓某，男，41 歲，2013年1月初診。患者既往慢性乙型病毒性肝炎（大三陽）病史10餘年。1個月前曾因極度乏力、腹脹、下肢浮腫、小便短少等症，在北京某三甲醫院診斷為慢性肝衰竭，肝炎後肝硬化（失代償期），脾功能亢進，腹水，低蛋白血症。住院期間血常規：WBC：2.67×109/L，RBC：3.04×1012/L，PLT：65×109/L；肝功能：ALT：98u/L，AST：87u/L，TP：62g/L，ALB：26g/L，TBIL:172.5ummol/L;凝血功能：PT：27.9S，PTA：26.5%；乙肝五項：HBSAg（+），HBeAg（+）；HBV-BNA：9.46×106IU/mL；超聲：肝硬化，脾大（肋間厚47mm），腹水，肝內多發稍低回聲結節，門脈高壓（門脈內經13mm，脾靜脈10mm），側枝循環開放，膽囊繼發改變，膽囊增大。經住院治療病情穩定後，患者為求進一步中醫治療遂來門診求診。

症見：面色晦暗，鞏膜黃染，肝掌（+），蜘蛛痣（+），心肺未見明顯異常，腹部膨隆，腹壁靜脈曲張，肝脾觸診欠滿意，移動性濁音陽性，雙下肢凹陷性浮腫。舌質紫暗，苔薄黃微膩，脈沉弦細。中醫辨證:肝脾血瘀，水濕內停。治以軟肝散結、化瘀利水。

處方：白花蛇舌草50g、重樓20g、半枝蓮25g、五味子15g、枸杞30g、敗醬草40g、柴胡15g、澤蘭15g、白朮30g、茯苓30g、豬苓30g、澤瀉15g、車前子20g、赤芍 50g、鱉甲30、丹參30g、生牡蠣40g、甲珠 10g。每日一劑，水煎150ml，早晚分服。

以此方隨症加減治療2個月後，患者精神明顯好轉，納食增加，二便正常，下肢水腫明顯減輕，除自覺時有腹脹、乏力外，餘無明顯不適，舌質暗，苔薄白，脈弦細。2013年3月27日複查血常規：WBC：3.44×109/L，RBC:3.77×1012/L，PLT:65×109/L;肝功能：ALT：51u/L，AST：58u/L，TP：71g/L，ALB：36g/L，TBIL:36.8ummol/L;凝血功能：PT：14.6S，PTA：67.9%；乙肝五項：HBSAg（+），餘陰性；HBV-BNA:1.13×102IU/mL；彩超：肝硬化，脾大（肋間厚46mm），肝內多發稍低回聲結節，門脈高壓（門脈內經13mm，脾靜脈10mm），膽囊繼發改變，膽囊增大。上方減豬苓、澤蘭，加白茅根30g、雞血藤30g、三七粉10g、炙黃芪50g。

隨症加減服用5個月後，2013年8月28日複查肝功能：ALT：34u/L，AST：28u/L，TP：70g/L，ALB：41g/L，TBIL：22.3ummol/L;超聲：肝彌漫性損害，脾大，肝臟異常實質性回聲，膽囊壁粗糙。

2014年8月，患者病情穩定，精神佳，食欲、睡眠、二便正常，無明顯腹脹，偶覺乏力，基本方改為丸藥繼續鞏固治療。

2015年7月，患者精神如常，體力倍增。複查血常規：WBC：5.2×109/L，RBC：4.49×1012/L，PLT：75×109/L；肝功能：ALT：30u/L，AST：20u/L，TP：80.2g/L，ALB：49.7g/L，TBIL：11.5ummol/L；肝彌漫性病變，脾稍大，膽胰及門靜脈未見異常。

按語：肝硬化大多病程經久，病機複雜，故其治療過程也非一時之功，臨證時尤要注意明辨虛實，及氣滯、血瘀、水停三者的主次，依據脈證靈活化裁，適當配合精神、飲食調攝，方能延緩肝硬化的進展，減少併發症的發生，從而進一步提高患者的生活質量及存活率。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

參考文獻

[1] 劉影哲,遲瑜, 潘祥賓. 基於數據挖掘總結張金良主任醫師從肝論治胃脘痛臨床經驗[J].中國中醫急症, 2019,28(4): 628-632.

[2] 郭丹丹，黃秋思，張金良，等.張金良治療肝癌的臨床經驗總結[J].中醫藥導報,2019,25(21):102-104.

[3] 海英，孫明月，李德新.李德新教授辨治肝硬化學術經驗與學術思想研究[J].中華中醫藥學刊,2016,34(3):525-528.

[4] 董慧琳,聶紅明,趙彬彬.絡病學說指導下的化瘀通絡法治療肝纖維化的研究進展. 中西醫結合肝病雜誌, 2019 , 29(4):383-384.

[5] 劉影哲，潘祥賓，周亞濱，張金良主任醫師「組藥」湯方治療陰黃黃疸經驗[J]，中醫藥學報，2012,40(3) : 132-133．

[6] 劉定，姚曉菲，楊沈秋.基於中醫傳承輔助系統分析張金良治療酒精性肝纖維化用藥經驗[J].中華中醫藥學刊，2016,34(11): 2764-2768.

[7] 楊沈秋，鄭麗紅，潘祥賓，等．軟肝散治療慢性乙型肝炎肝纖維化的臨床研究[J].中國中醫藥科技，2012,19(4) :301-302．

[8] 楊沈秋，張禹，潘祥賓．「組藥」湯方治療脾虛血瘀型臌脹20 例臨床觀察[J].中國中醫藥科技，2011,18(5): 413．

（編委：張群湘審校 2025.04.10）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved