

# 王行寬教授治療脂肪肝經驗及體會

Experience and insights of Professor WANG Xingkuan in the treatment of fatty liver (*gan-pi*)

黃巧捷<sup>1</sup> 胡國恒<sup>1</sup> 指導：王行寬<sup>2</sup> HUANG Qiaojie, HU Guoheng, WANG Xingkuan

(1.湖南省邵陽市隆回縣中醫醫院；2.湖南中醫藥大學第一附屬醫院)

(1.the traditional chinese medicine hospital of Long-hui county; 2.The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine)

**[摘要]** 本文主要論述王行寬教授對脂肪肝的治療經驗的體會。王教授認為其病因主要在於飲食不慎、嗜食膏粱厚味、痰濕內生、或飲酒過度、變生濕熱、或情志不遂、肝失疏泄、氣機鬱滯、脾虛失健運、土虛木旺、痰濕無以運化、排出不暢、久則化癥、痰瘀互結釀生脂濁、蓄積於肝、變生此病。

**[關鍵詞]** 脂肪肝；肝癖；肝脾不調；王行寬

王行寬（1939-），全國首屆名中醫，全國第二、三、四、五、六批老中醫藥專家學術經驗繼承工作指導老師，湖南省名中醫，博士研究生導師，湖南中醫藥大學第一附屬醫院內科教授、主任醫師。從事臨床、教學崗位上默默地耕耘了50餘年，臨證經驗豐富，對心腦血管、脾胃系統、內分泌疾病等內科疑難雜症的診治尤為擅長。

脂肪肝是由於各種原因使肝臟脂肪代謝發生障礙，致脂類物質的動態平衡失調，從而造成脂肪在肝組織細胞內蓄積的一種病理狀態<sup>[1]</sup>。在我國人群中，脂肪肝的發病率約為5%<sup>[2]</sup>。臨床上脂肪肝可分為酒精性脂肪肝、非酒精性脂肪肝、肝炎後脂肪肝。非酒精性脂肪肝病（NAFLD）是一種除外酒精和其他明確的損肝因素所致的、與遺傳-環境-代謝相關聯的、以彌漫性肝細胞大泡性脂肪變為主要特徵的肝臟病變<sup>[3]</sup>，包括單純性脂肪肝、非酒精性脂肪性肝（NASH）及其相關性肝硬化和肝細胞癌。有文獻報導指出<sup>[4]</sup>，歐美國家的NAFLD患病率較高（>45%），已逐漸成為慢性肝病以及肝功能異常的首要原因。隨着NAFLD患病率的升高，其併發的心血管事件和惡性腫瘤的風險逐漸升高，與普通人群對比，罹患NAFLD的生存率降低<sup>[5]</sup>。目前超聲是診斷脂肪肝的首選方法，現代醫學治療方式中並無直接針對性特效藥物，主要行為學干預、改變飲食結構、合理運動鍛煉，調脂藥物包括他汀類和貝特類，但其不良反應主要有肝功能損傷、乏力噁心、黃疸，甚至橫紋肌溶解，故在臨床上對於部分病人來說，治療空間相對局限。中醫學博大精深、源遠流長，臨床療效確切，無明顯不良反應，黃鵬<sup>[6]</sup>等通過收集大量文獻研究發現，中醫藥在改善肝損傷的臨床症狀、降低肝功能指標及提高生活品質方面在一定程度上優於西醫。謝龍芳<sup>[7]</sup>對50例脂肪肝病人的臨床觀察研究表明，中西結合治療明顯優於單用西醫治療，有效改善了患者的肝功能，提高了患者的生活品質，同時優化臨床療效。蔡敏敏教授<sup>[8]</sup>擅用調肝理脾之法論治非酒精性脂肪肝，臨床常獲良效。筆者有幸跟診王行寬教授，王老宣導「辨病脈證論治、微觀辨證，多臟調變」，現將其治療脂肪肝經驗總結如下。

## 1 脂肪肝的中醫病名

脂肪肝是西醫病名，中醫歷代古典醫籍中並未明確記載這一病名，根據其臨床表現，主要見於「痰證」、「脹滿」、「脅痛」、「積聚」等病證中。「肝癖（痞）」見於1997年中國中醫藥學會診斷專業委員會主編的中醫診斷學雜誌中。王行寬教授在臨證之中亦提倡使用「肝癖」作為脂肪肝的中醫病名，「癖」與「痞」音僻，謂之腹積聚、食不消，指生於兩脅，時痛時止的病證。《諸病源候論·癖病諸候》「因飲水漿過多，便令停滯不散，更遇寒氣積聚而成癖。癖者，謂僻側在於兩脅之間，有時而痛也。」《醫學傳燈·積聚證痼痲痞塊》「僻者，隱在兩脅之間，時痛時止，故名曰癖，痰與氣結也。」揭示了病位元，病性及部分病因，相對而言，更加貼

合現代醫學對脂肪肝的研究特點，故以「肝癖（痞）」命名。

## 2 肝癖病因病機

王行寬教授臨證多宗仲景創立「病-脈-證治」模式，宣導「微觀辨證、多臟調變」，指出其病位主要責之於肝，與脾胃關係密切。發病之機要多端，或因長期嗜酒成癖，酒為五穀之精，五穀之液，稍飲之可強身健體，散寒祛濕，活血通絡，振奮精神，若嗜飲無度則不僅傷害脾胃，尤易損傷肝臟，致肝疏泄失司，肝之絡脈瘀阻，痰濁互結，內生而成，或久患邪毒，潛伏於肝臟，致使肝陰血暗耗，疏泄失司，脾虛失健，痰瘀、脂濁互結而為肝癖。或長期嗜食膏粱厚味，「食氣入胃，散精於肝」同樣致使肝疏泄失司，肝木犯脾，脾虛運化不及，變生為痰瘀、脂濁蓄聚於肝所致。臨床多以此者為常見，歲致病因素殊異，終而肝失疏泄，陰血暗耗，脾失健運，痰瘀、脂濁互結則無不同。而「脂濁」之名首見於《傅宗翰醫術集錦》：「膽鬱不暢，則清淨無能，脂濁難化」。此與西醫的高脂血症不謀而合，临床上，而高脂血症常為脂肪肝病因之一，「脂濁」乃為病理產物，失於疏泄，淤積於肝臟而致病。此類病患，有一部分往往無明顯臨床症狀，若從「辨證」論治，頗為棘手，王行寬教授主張從中醫微觀角度，瞭解疾病形成，病理產物的產生，以從中治療。現就肝癖的主要病因及病機關鍵簡要闡述如下。

### 2.1 飲食不節、膏粱厚味

隨着人們生活水平不斷提高，飲食結構改變，人們嗜食肥甘厚味，導致痰濕內生。《素問·通評虛實論》：「甘肥貴人，則膏粱之疾也。」《素問·異法方宜論》：「其民華食而脂肥。」《丹溪心法》：「肥白人多痰濕。」《景嶽全書》：「有因肥甘過度者，有因酒濕傷脾者，皆能生痰。」《內經》雲「膏粱之變，足生大疔」說明嗜肥高粱之品，易釀濕生痰，久則變生熱毒，逆於腠理，在外多生疔瘡，痰濕於內無以運化，變生脂濁，聚集於肝，從而導致肝癖。

### 2.2 脾失健運、痰瘀互結

《醫編》「痰本之津液，隨氣運行，氣若和平，津流液布，百骸受其潤澤。」脾乃後天之本，主氣血生化之源，主升清、運化。《素問·經脈別論》篇說：「飲入於胃，遊溢精氣，上輸於脾，脾氣散精，上歸於肺，通調水道，下輸膀胱，水津四布，五經並行。」說明食糜經胃受納腐熟後，變生水穀精微，包括了血中膏脂的生成，其運化與輸布在於脾。若脾氣健運，精微物質得以布散周圍，膏脂也可入內、溢外，發揮滋潤濡養的作用；反則，脾失健運，乃生痰濕之源，則運化失司，精化為濁，「清陽不升，濁陰不降」，濁陰滯留三焦而為痰濁，痰濁又進而困阻脾氣，加重脾虛，如此惡性循環加重脂濁生成，久病而化癥，痰瘀互結，形成「肝癖」。

### 2.3 肝脾不調，兼有濕熱

脾屬己土，乃太陰濕土，脾氣宜升宜健，主運化水濕痰飲，脾位居於左，而肝位居於右，主疏泄，調暢一身氣機，脾氣升清運化有賴於肝之疏泄，二者相輔相成。若肝失疏泄，氣機阻滯，氣化功能失司，氣血津液輸布障礙，津聚水停成飲，津聚成痰，凝而成脂濁。《內經》「食氣入胃，散精於肝。」唐容川《血證論》雲「木之性主於疏泄，食氣入胃，全賴肝木之氣疏泄之而水穀乃化」。說明胃腐熟食物後，水穀精微布散依附於肝。若肝疏泄無權，精微不布，排出不暢，聚津成痰，釀成脂濁。足厥陰肝經「俠胃、屬肝、絡膽、上貫膈，布脅肋」，肝乃剛臟，將軍之官，喜條達，若肝氣不條達，氣機鬱滯，「不通則痛」，故可見脅肋疼痛不適，劉完素謂「氣有餘便是火」，肝氣鬱滯，久則化熱，灼傷肝陰，熱與濕交雜黏膩，阻滯肝絡，變生此病。

## 3 肝癖的治法

### 3.1 健脾利濕、豁痰祛瘀

王行寬教授認為，太陰濕土，得陽始運，得溫則健，脾氣旺則自能升降脂濁。再者脾喜燥惡濕，易感召濕邪，亦或脾本已虛，運化無力，內生濕邪，內外相合，同氣感召鼓動濕邪更加困脾，臨床常用法半夏、陳皮燥濕化痰，常佐以淡滲利濕之品，如茯苓、白朮健脾利濕，葉天士雲「治濕不利小水，非其治也」片偏愛澤瀉

一味，又意在「通陽不在溫，而在利小便」，濕勝則陽微，故濕邪一去，陽氣自升，猶如離照當空，陰霾自散，濁氣自降。現代藥理研究<sup>[10]</sup>指出澤瀉有較強的降血脂、抗脂肪肝、抗炎作用。配伍之中，佐以丹參、山楂活血化瘀之品。尤其喜用決明子、荷葉、絞股藍之類藥物。有研究表明<sup>[11]</sup>，中藥單體丹參素、或單味中藥山楂等調脂效果好，毒副作用小的優點，臨床效果不亞於他汀類調脂藥。

趙梓銘等<sup>[12]</sup>通過大鼠的動物實驗表明，決明子蒽醌苷可以明顯降低非酒精性脂肪肝大鼠炎症反應、肝功能和血脂，通過上述的改善，降低了肝脂肪細胞浸潤和炎症反應，保護了肝細胞。沈紅波<sup>[13]</sup>等基於網路藥理學研究，發現參柴顆粒（組成：柴胡、黃芩、半夏、人參、大棗、生薑、甘草。中成藥複方顆粒製劑）可通過多成分-多靶點-多通路的調控網路發揮保肝護肝的功效。

### 3.2 毓陰血、疏肝木、清濕熱

王行寬教授指出，疏泄肝木乃關鍵所在，《通俗傷寒論》雲「少陽經，主腠理。」少陽膽經主樞機，起承開合，猶如窗戶所在，樞機不利，疏泄失司，膏脂留滯血脈，久則化成脂濁，釀生濕熱，蓄積於肝，灼傷肝陰，臨證之中，常用當歸、白芍毓肝陰，柴胡疏泄肝木。肝主升、膽主降，若熱勢明顯，可加用黃芩清肝熱。清熱肝經濕熱。丁玉傑<sup>[14]</sup>收集48例脂肪肝患者，研究表明，採用丹參聯合陳皮、柴胡治療的效果確切，臨床價值顯著。而王教授尤擅使用垂盆草、虎杖之品。現代研究表<sup>[15]</sup>，垂盆草中正丁醇提取物中黃酮有直接將轉氨酶作用，調脂護肝。

### 3.3 移情易性，調體攝生

王行寬教授常告誡我們，「治病必求於本」，其病因之本應該是防大於治。遵《內經》中治未病思想，未病先防、既病防變以及瘥後防復。一般肝病來說，病患大多情緒急躁易怒或善太息，王教授每每疏方之後，不厭其煩叮囑患者，保持心情愉快，移情易性，適當加強運動，鍛煉身體，促進脂質代謝排出，增強機體抵抗力。王教授認為，指出合理均衡飲食，多食新鮮蔬菜瓜果，養成良好的睡眠-飲食習慣，「精神內守，病安從來？」，協調好臟腑功能，達到「陰平陽秘」。

## 4 驗案舉例

患者，男性，48歲，2017年04月5日初診：自訴體檢時發現轉氨酶升高，臨床並無明顯不適症狀，形體偏胖，口幹微苦，納食可，夜寐一般，大便軟溏，小便調，無明顯腹脹痛，無噁心嘔吐，無畏寒發熱等不適，近期體重無明顯減輕。既往有「高脂血症、脂肪肝」病史，平素好食濃味厚膩之品，否認大量嗜酒史。舌淡紅，苔薄黃，脈弦細。輔助檢查：2017-02-10日肝膽胰脾彩超：脂肪肝。肝功能：AST 82U/L，ALT 76U/L。乙肝全套（-）中醫診斷：1.肝癖，2.脂濁；西醫診斷：1.脂肪肝，肝功能異常，2.高脂血症；肝癖 脂濁為病，恙由飲食不慎，膏粱厚味，「食氣入胃，散精於肝」致使脂濁蓄聚於肝，一則致使肝失疏泄；二則脂濁變生為濕熱而成。擬毓陰血，疏肝木，化瘀脂，清濕熱為主。處方：柴胡10g、當歸10g、白芍10g、麥冬15g、白朮10g、茯苓10g、法半夏10g、決明子15g、麥芽15g、荷葉10g、炙甘草3g、垂盆草20g、虎杖15g，共10劑，日一劑，水煎服，早晚溫服，囑患者調暢情志，適當鍛煉。2017年05月10日複診：患者藥後於5月8日抽血複查肝功能，轉氨酶趨於正常，餘無特殊不適，舌淡紅，苔薄黃，脈弦細。複查肝功能：AST 43U/L，ALT 41U/L。藥後患者酶學接近正常，上方有效，原方基礎上稍稍調整，處方：柴胡10g、黃芩10g、當歸10g、白芍10g、麥冬15g、白朮10g、茯苓10g、炒山楂10g、決明子15g、荷葉10g、炙甘草3g、垂盆草20g、虎杖15g、蒲公英10g，囑患者再進14劑以鞏固療效。

按：該案例系中年男性，體檢時發現脂肪肝、肝功能異常，臨床無明顯症狀，此時若依靠「辨證」，無從下手，王行寬教授認為，當熟諸病機關鍵，結合「微觀辨證」論治。本病治療關鍵在於柔肝養血，疏泄肝木，豁痰化瘀泄濁，佐以健脾利濕泄濁，標本同治，基本方類似逍遙散，柴胡苦平，入肝經以疏泄肝木，當歸、白芍、麥冬柔肝養血滋陰，法半夏燥濕化痰，佐以麥芽亦一健脾、二則疏肝，茯苓、白朮健脾祛濕，配合決明子、垂盆草清利肝經濕熱，荷葉以泄濁升清，炙甘草調和諸藥，全方藥簡力專。二診時患者複查生化室指標漸趨於正常，原方去法半夏、麥芽，考慮法半夏辛燥易耗傷陰血，故去之，代替以炒山楂，一則活血化瘀，二則現代

藥理表明，可有降脂濁之功，三則其味酸，入肝經，生津開胃。加用丹參加強活血化瘀之功，加用黃芩清膽熱，與柴胡配合，疏肝利膽，調節少陽樞機。蒲公英一味，清熱解毒，利濕通淋，使邪從有出路，從小便而出。

#### 參考文獻

- [1] 李海華. 淺談中醫對脂肪肝的認識和研究[J]. 中國中醫藥現代遠端教育, 2010, 8(9): 38.
- [2] 和家紅. 303 例脂肪肝的臨床分析[J]. 中國中醫藥現代遠端教育, 2008, 6(11): 1370.
- [3] 李志傑, 趙超, 陳尚茹. 非酒精性脂肪性肝炎與胰島素抵抗的相關性分析[J]. 中國中醫藥現代遠端教育, 2008, 6(10): 1228.
- [4] 郭亮, 湯其群. 非酒精性脂肪肝發病機制和治療的研究進展 [J]. 生命科學, 2018, 30(11): 1165 - 1172.
- [5] 楊雷雷, 李昌平. 非酒精性脂肪肝病的診治進展[J]. 現代臨床醫學, 2020, 46(01): 73-76+80.
- [6] 黃鵬, 李家煥, 邱華, 吳聰, 胡曉, 張建玲. 肝損傷中醫藥治療研究概況[J]. 世界最新醫學資訊文摘, 2019, 19(66): 111-113.
- [7] 謝龍芳. 中西醫結合治療慢性脂肪肝、酒精肝 50 例臨床觀察[J]. 安徽衛生職業技術學院學報, 2019, 18(04): 55-56.
- [8] 蔡媛媛, 蔡敏, 程亞偉. 蔡敏教授運用調肝一方治療非酒精性脂肪肝經驗總結[J]. 陝西中醫, 2019, 40(09): 1275-1277.
- [9] 楊春波, 黃可成, 王大仁. 現代中醫消化病學[M]. 福州: 福建科學技術出版社, 2007.
- [10] 王本祥. 現代中醫藥藥理與臨床[M]. 天津: 天津科技出版社, 2004: 428.
- [11] 余一鳴, 胡永慧, 張莉野, 劉素香, 陳常青. 中藥調血脂的研究進展[J]. 中草藥, 2017, 48(17): 3636-3644.
- [12] 沈紅波, 週一農, 鄭傑, 朱若海, 葉偉康. 基於網路藥理學探討參柴顆粒保肝護肝作用的主要成分和靶點[J]. 中國現代應用藥學, 2019, 36(19): 2467-2475.
- [13] 趙梓銘, 武俊紫, 姚政, 李玉晶, 侯偉, 陳文慧, 石安華. 決明子蒽醌苷通過降低 Toll 樣受體 4 和核因數- $\kappa$ B 的表達對非酒精性脂肪肝大鼠的影響[J]. 中國臨床藥理學雜誌, 2019, 35(22): 2863-2867.
- [14] 丁玉傑. 中藥丹參聯合陳皮、柴胡治療脂肪肝的效果[J]. 中西醫結合心血管病電子雜誌, 2019, 7(21): 159.
- [15] 姚曉敏, 陳磊, 孫夢賢, 周余婷, 龔文傑, 朱清俊, 彭尚托, 李宏偉. 垂盆草對四環素所致非酒精性脂肪性肝炎的保護作用[J]. 藥學研究, 2018, 37(08): 439-442+456.

**Abstract:** This article mainly discusses the experience of professor wang xing-kuan in the treatment of fatty liver (gan-pi). professor wang think etiology lies mainly in disordered diets, excessive appetite for fat and sweet taste, phlegmy wet endogenous, or drinking too much, variable damp and hot, or poor mood, resulting in the failure of the liver's free coursing, and it can stopped the activity of qi, causing the infirmity and malfunction of spleen, because of soil virtual wood, the phlegmy wet can not transported, it will becomes blood stasis, the Phlegm and blood stasis brew fat turbidity, accumulation in the liver, become this disease.

**Keywords:** fatty liver; gan-pi; Liver and spleen is not adjustable; Wang xing-kuan

(編委：徐大基審校 2024.01.26)