

# 基于“伏邪从化”谈廖静论治乙肝肝纤维化经验总结

赵倩<sup>1</sup> 许方沥<sup>2</sup> 廖静<sup>2</sup> (通讯作者) 刘鹏<sup>2</sup>

1.成都中医药大学 四川 成都 610075

2.内江市中医医院 四川 内江 641100

**【摘要】**：总结廖静主任医师从“伏邪从化”论治乙肝肝纤维化的临证经验。以《黄帝内经》“伏邪”《医宗金鉴》“从化”理论为根基，明确乙肝病毒（HBV）是靶向肝脾的“伏邪”，致病呈“伏邪潜伏-从化致变-久郁生毒”演变。其病机契合“肝脾损伤、伏邪从化”，廖师据此构建“疏运杜邪潜一补通散伏瘀一温清解伏毒”分期思路，多维度改善症状、延缓纤维化，为临床提供参考。

**【关键词】**：乙肝肝纤维化；伏邪；伏邪从化；肝脾损伤；体质学说

DOI:10.12417/2811-051X.26.07.060

乙肝肝纤维化<sup>[1]</sup>是慢性病毒性肝炎炎症损伤后，肝内细胞外基质异常沉积的病理过程。西医以血清学指标、肝脏弹性成像为诊断依据，患者多有胁肋不适、乏力食少等症状，早期多隐匿，以抗病毒为核心治疗，但存在长期服药、耐药等局限<sup>[2]</sup>。该病属中医“胁痛”“积聚”范畴，廖师认为肝脾失调是基础，据“脾虚湿化-久郁化瘀-瘀而生毒”病机确立“疏运、补通、温清”诊疗思路。结合医案与跟诊经历，总结其临床经验，为该病诊疗提供参考。

## 1 乙肝肝纤维化核心病机

“伏邪”理论源于《黄帝内经》，《素问·金匮真言论》“藏于精者，春不病温”，首提寒邪冬侵潜伏、春发为病，揭示“邪伏时序、待时而发”规律<sup>[3]</sup>。清·刘吉人《伏邪新书》明确“感六淫而不即病，过后方发者总谓之伏邪”，奠定正虚邪显核心逻辑。“从化”<sup>[4]</sup>指六气淫胜伤人，随患者体质发生不同病理变化，《医宗金鉴·伤寒心法要诀》“人感邪气虽一，因形藏不同，或从寒化、热化”，揭示体质是病机分化关键。HBV属“杂气伏邪”，侵入后以肝脾为靶位隐匿潜伏。中医体质学说强调，个体体质对疾病发生发展与转归至关重要<sup>[5]</sup>，如《医宗金鉴》“邪随形藏而异化”，阐明该病核心病机为“伏邪”与“从化”协同作用。

### 1.1 邪入期——脾虚为基，伏邪化湿化热

此阶段为HBV初染、伏邪初伏的起始阶段，核心病机为“伏邪循脾虚从湿化，湿邪久郁生湿热”。《素问·评热病论》“邪之所凑，其气必虚”，正气亏虚则邪易入侵；《灵枢·五癯津液别》载“脾者主为卫”，脾赖水谷精微充养卫气，发挥

保卫机体之效<sup>[6]</sup>。脾虚则卫气不固，无力抗邪且无自愈能力。小儿“脏腑娇嫩，形气未充”，契合明代万全“三有余，四不足”理论<sup>[7]</sup>中“脾常不足”的表述<sup>[8]</sup>。故HBV感染无论老幼，均与“脾虚”相关，脾虚决定伏邪从化方向，属“证从虚化”<sup>[9]</sup>。伏邪趁脾虚从湿化，与内生湿邪胶结为湿滞。湿邪阻气机，《丹溪心法》“气郁则生内热”，HBV作为“杂气伏邪”助湿化热，契合《温热逢源》“伏邪久郁，必从火化”。先后天体质差异决定从化方向<sup>[5]</sup>，叶天士《温热论》“阳旺之躯，湿邪亦易化热”，小儿、成人阴虚胃燥或嗜食辛辣者，湿邪均易化热。此阶段阳虚不著，湿热为常见方向，伏邪轻浅，临床多无症状或轻微表现；肝功能多正常或转氨酶轻度升高，肝纤维化指标无异常。

### 1.2 伏藏期——肝脾不调，伏邪郁（瘀）化

此期为HBV伏邪长期潜伏、逐步耗伤肝脾，向乙肝肝纤维化过渡的关键转折阶段，核心病机是肝脾不调，伏邪久郁酿瘀。HBV伏邪初侵即靶向肝脏，为首先受邪之脏，其潜藏肝内耗伤肝体、损伤调达之性，疏泄失司致气机郁结，气不行则血不畅，渐生瘀滞。《金匱要略》云，“见肝之病，知肝传脾”，言明肝脾传变规律；加之邪入期“脾卫”不足，加重脾运化失司。“肝木赖脾土之荣”，脾虚则气血生化乏源，肝失濡养难复疏泄，形成“肝先病—传脾致脾病—脾病反滋肝损”的恶性循环<sup>[10]</sup>，致肝脾不调，引导伏邪循“从郁化→从瘀化”演进。临床可见胁肋隐痛、乏力加重、食欲减退等，肝纤维化指标轻度升高，不及时干预则瘀滞加重、肝络阻滞，最终进入更重的鸥张期。

作者简介：

第一作者：赵倩，2024级硕士在读，研究方向：从事中医药防治消化系统疾病的研究。

通讯作者：廖静（1971—），学士学位，主任医师，全国名老中医药专家胡国栋主任医师学术继承人，四川省第五批老中医药专家学术继承指导老师，四川省名中医，从医30年，擅长治疗慢性肝病、肝纤维化、肝硬化、肝癌及各种内科杂病。研究方向：从事中医药防治消化系统疾病的研究。

基金项目：四川省中医药管理局科研项目专项面上项目（项目编号：25MSZX356）。

### 1.3 鸱张期——肝脾俱损，瘀毒生寒湿

此阶段为乙肝肝纤维化中晚期危重阶段，核心病机为“肝脾俱损，伏邪从瘀化毒，毒伤阳化寒湿”，终成瘀毒寒湿交织之局。《素问·通评虚实论》“精气夺则虚”，此期肝脾损伤极致：肝失藏血疏泄，致气机不畅、瘀滞加重，且无力濡养脏腑；脾为后天之本，《灵枢·决气》言“中焦受气取汁，变而化赤，是谓血”，脾虚则运化失司、气血生化不足、统摄无权。伏邪与瘀滞胶结，张仲景云“毒者，邪气蕴结不解之谓”，瘀久不通则蕴结成毒。《难经·四十二难》提及“脾裹血，温五脏”，既阐明脾对五脏的温养作用，更强调脾阳是脾运化的原动力<sup>[1]</sup>。《温疫论》明言“杂气所伤，多在中焦”，瘀毒暴戾，直中失养的脾阳，肝脾俱损致脾阳虚弱，成为毒邪靶点。毒邪伤脾阳后湿邪更盛，二者胶结助毒势。《景岳全书》云“脾阳之健运，必借肾阳之温煦”，脾阳久伤必耗先天肾阳<sup>[2]</sup>，阳气损伤从后天波及先天。肾阳亏虚则失却温助脾阳、蒸腾之力，湿邪难排、瘀毒阻络，湿聚更甚；阳气布散无力，阴寒内生与湿邪胶结为寒湿，形成“毒与寒湿互为因果”之局。临床可见肋肋刺痛等瘀毒寒湿征象，肝纤维化指标显著升高，不干预易进展为肝硬化、肝癌。

## 2 动态诊疗思路

廖师认为，乙肝及乙肝肝纤维化的病程演变，始终以“肝脾损伤”与“伏邪从化”为核心病机特点，二者相互影响，贯穿全程。因不同阶段病机各有侧重，故需遵循“分期论治、随证调整”原则，以“伏邪”在各阶段的从化特征为核心抓手，构建“疏运杜邪潜-补通散伏瘀-温清解伏毒”的动态诊疗思路，分别针对邪入期、伏藏期、鸱张期精准辨证论治，实现因期施方、随邪调整，契合疾病不同阶段的病机需求。

### 2.1 邪入期——疏运杜邪潜

邪入期治则以“健脾渗湿、杜邪安伏”为主，通过调补脾虚之本、消散湿化之标，阻断伏邪深入。《素问·至真要大论》“湿淫于内，治以苦温，佐以酸淡”为治湿纲领，脾虚生湿、湿郁易酿热，故以健脾为根、渗湿为要，兼清初萌之热，方选参苓白术散加减。方中人参、白术、山药益气健脾，筑牢抗邪根基；茯苓、薏苡仁、白扁豆健脾渗湿，直驱湿邪；桔梗宣肺利气，助脾升清。湿热初显（舌苔薄黄腻、尿黄）者，加炒栀子、茵陈，清湿热、利黄疸，引邪从二便分消，兼顾健脾。佐藿香、佩兰芳化湿浊，陈皮理气和中；加柴胡、佛手轻疏肝气，肝脾相因。湿热明显时加芦根、竹叶，助清热利尿。方药需贴合体质证候：小儿“脾常不足”兼湿热，去人参加炒麦芽、莲子心；成人湿盛热微加泽泻、冬瓜皮；乏力便溏伴口干者，加炒芡实、炒丹皮。调护忌生冷油腻、辛辣助热之物，多饮热水助排湿热；定期监测肝功能，观察舌苔、尿色变化，调理令伏邪无依附，阻断病情进展。

### 2.2 伏藏期——补通散伏瘀

此期伏邪循“从郁化→从瘀化”路径演进，诊疗核心为“疏肝健脾调脏腑，行气活血散瘀化”，以逍遥散合桂枝茯苓丸加减为主方，践行既病防变，阻断病情发展。逍遥散长于疏肝健脾，解肝脾不调之本；桂枝茯苓丸源自《金匮要略》，善缓化瘀滞，针对伏邪久郁酿瘀之标，二者合用标本兼顾，契合“本虚标实、久瘀宜缓”特点。基础方组方为：柴胡、白芍、当归疏肝柔肝，契合肝“喜调达、体阴而用阳”之性；白术、茯苓、炙甘草健脾益气，补《医宗必读》“肝木赖脾土之荣”之虚，助肝疏泄行血；桂枝温通血脉，丹皮、桃仁、赤芍活血化瘀，直击“伏邪久郁酿瘀”，避峻攻伤正。方药加减贴合病理：气郁显著、肋肋隐痛加郁金、香附增强疏肝；瘀滞偏重、面色晦暗加川芎、鸡血藤化瘀通络；脾虚突出加黄芪、山药健脾；郁而化热减桂枝，加黄芩、栀子清解郁热；残留湿滞加薏苡仁、泽泻渗湿。调护需调肝脾、解郁瘀：忌忧思恼怒，调畅情志；忌生冷油腻，规律起居，避免熬夜过劳，适度温和运动；定期监测肝纤维化指标及肝功能，动态调整方药。

### 2.3 鸱张期——温清解伏毒

鸱张期为乙肝肝纤维化中晚期危重阶段，治以“健脾温肾、清解伏毒”，方选膈下逐瘀汤合肾气丸加减。肾气丸温肾助阳、化气行水，针对肾阳亏虚、寒湿内生之本；膈下逐瘀汤化瘀解毒、通络散结，直攻瘀毒互结之标，合用共奏温肾生脾阳、逐瘀散毒湿之效。方中附子、肉桂、熟地、山药、山茱萸温肾填精，契合“脾阳之健运，必借肾阳之温煦”；桃仁、红花、赤芍、川芎、当归活血化瘀，解邪结为毒之困；党参、白术健脾益气，复“中焦受气取汁”之能；香附行气疏肝，白花蛇舌草轻清解毒，避免峻攻伤正。方药加减直击危重证候：腹水明显加泽泻、茯苓、大腹皮化气利水；寒湿黄疸，色晦暗者，加茵陈、白术温化寒湿；有出血倾向去桃仁，加仙鹤草、三七、茜草化瘀止血；肝脾肿大加莪术、鳖甲软坚散结；畏寒肢冷增淫羊藿强化温肾；湿浊壅盛加苍术、薏苡仁化湿健脾。此方兼顾先天肾阳与后天脾运，扶肝脾肾亏虚之本、祛瘀毒寒湿之标，扶本祛标，温而不燥、攻而不伤，是阻断病情恶化的核心方案。

## 3 验案举隅

患者谢某，男，56岁，2024年11月23日首诊，主诉：乙型病毒性肝炎肝纤维化病史10余年。长期口服恩替卡韦分散片抗病毒治疗。虽无明显腹痛、身目黄染等典型重症表现，但肝纤维化病程日久，伏邪久羁，肝脾功能已暗损。刻下症见：偶有肋肋部胀满不舒，食后脘腹痞闷，口苦黏腻，睡眠欠佳；舌质淡红偏黯，苔黄腻，脉弦细。西医诊断：乙型病毒性肝炎肝纤维化。中医诊断：肝着（肝胆湿热证）。治宜疏肝利胆、清利湿热。予以逍遥散合苓连温胆汤加减，处方：法半夏12g 黄芩12g 黄连12g 炙甘草10g 大枣15g 陈皮15g 炒枳实10g 竹茹10g 桂枝12g 赤芍15g 茯苓12g 丹皮15g 桃仁6g，每日一剂，

共6剂,水煎服450ml,分三次温服,嘱调节情绪,忌食生冷,油腻及坚硬食物、避免劳累,定期复查。

2024年11月30日二诊:察舌苔可见舌质转淡红,苔仍黄腻,脉弦。偶有肋肋胀满不疏,口苦,饭后腹胀等不适,小便偏黄,大便正常,睡眠好转。以首诊方去桂枝,赤芍,桃仁,加川楝子12g、莱菔子12g。二诊病机由首诊“肝胆湿热兼血瘀”,演变为“肝胆湿热未净,兼肝气郁滞、食积内阻”,故去活血化瘀药避免活血太过耗伤正气。煎服法同前,调护同前。

2024年12月1日三诊:诉腹胀较前减轻,矢气较多,纳食可,睡眠差,二便调。舌质淡红,苔微黄腻,脉弦。予桂枝茯苓丸加减,处方:桂枝12g 茯苓12g 白芍20g 赤芍15g 桃仁6g 丹皮15g 柴胡15g 陈皮15g 川芎15g 醋香附12g 炒枳壳10g 甘草10g 酸枣仁12g 合欢皮12g 五味子12g。煎服法同前,调护同前。药后患者诉精神食欲改善,无明显食欲减退及肤目黄染,此后患者每一周左右复诊一次,第四诊至第五诊仍以活血化瘀,理气疏肝为治疗大法,患者一般情况良好,病情整体平稳。

2024年1月4日六诊:诉腹胀、肋肋不适明显减轻,近1周偶感神疲乏力,食后腹胀轻微反复,大便偏溏(日1-2次,质软不成形),纳食尚可,睡眠平稳,小便清长。精神稍显倦怠,面色淡润(较前无晦暗),肋肋部无压痛,腹部平软无胀硬。舌质淡红,苔薄白腻,脉弦细。以健脾祛湿,活血化瘀为治则,予参苓白术散合桂枝茯苓丸加减而成,处方:党参12g 白术15g 茯苓12g 白扁豆10g 陈皮15g 山药15g 甘草10g 莲子

9g 薏苡仁30g 砂仁6g 桔梗6g 桂枝12g 丹皮15g 赤芍15g 桃仁6g,共7剂,煎服法同前,嘱其少食甜腻食物,勿久卧久坐,适当户外锻炼。

此后患者每1周规律复诊,无腹痛、腹胀、身体黄染等特殊不适。症状上,神疲乏力、食后腹胀消失,纳眠佳、二便调,可日常活动;查体见舌质淡红、苔薄白(腻苔消退),脉弦缓(细象无),面色红润、肋肋无压痛。始终以参苓白术散合桂枝茯苓丸为核心方,依症状加减,患者遵调护,定期复查肝功能、肝纤维化指标等,腹部超声无腹水。当前病机稳定,后续仍维持原方,每周复诊。

#### 4 结语

患者谢某,乙型病毒性肝炎肝硬化,诊疗全程契合“伏邪从化”理论。HBV长期潜伏肝脾,随正气亏虚渐次“湿热化”“瘀毒化”,病情从伏藏期向鸱张期过渡,终达“伏邪受控、正气渐复”,核心围绕“扶正抑伏邪、祛邪减损伤”展开。首诊以“肝胆湿热兼血瘀”为主,系伏邪借肝脾亏虚易“湿热化”“瘀毒化”,恐进展为鸱张期“伏邪化毒”,予逍遥散合苓连温胆汤加减,清湿热、解伏邪、疏肝脾,阻断恶化路径。二诊转为“湿热未净兼气滞食积”,伏邪转而“气郁化”“湿滞化”,去桂枝、赤芍等活血药,加川楝子、莱菔子调治,随化调整方药。后续复诊,伏邪受控,脾虚湿盛、瘀邪减轻,以参苓白术散合桂枝茯苓丸为核心,前者健脾祛湿固正气,后者减赤芍温和散瘀防伤正,偶加砂仁消胀,始终扶正不助邪、祛邪不伤正,印证伏邪从化赖正气亏虚的核心逻辑。

#### 参考文献:

- [1] 翁飞鸿,周一平,伊思敏,等.肝纤维化的病理学发生机制及诊疗研究进展[J].天津医科大学学报,2023,29(05):559-563.
- [2] Yu Y, Cui X, Zhao J, Jia T, Ren B, Zhang X. Effect of Entecavir Combined with Adefovir Dipivoxil on Clinical Efficacy and TNF- $\alpha$  and IL-6 Levels in Patients with Hepatitis B Cirrhosis. J Oncol. 2021 Aug 24; 2021:9162346.
- [3] 李明伟,刘龙.浅谈对温病中“伏气”的认识[J].现代中医药,2009,29(05):59-60.
- [4] 刘家义.从化学说初探[J].山东中医杂志,1986,(02):4-6.
- [5] 王琦.中医体质学[M].北京:人民卫生出版社,2008:2.
- [6] 李晓菲,李进红,孙玥枫,等.基于“脾为之卫”理论的五加减正气散治疗轮状病毒性肠炎的理论依据[J].时珍国医国药,2023,34(08):1935-1936.
- [7] 俞景茂.儿科各家学说及应用[M].北京:中国中医药出版社,2017:26,83.
- [8] 马融.中医儿科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:15-17,82.
- [9] 张登本,李翠娟,陈震霖.《黄帝内经》“三阴三阳”六气致病“从化”机理内及其意义的研究[J].中医药通报,2022,21(04):1-5.
- [10] 陈佳慧,马重阳,徐甜,等.从“肝脾相关”与“肝胃不和”探析张仲景肝病证治思想[J].中西医结合肝病杂志,2024,34(03):262-264.
- [11] 薛建军,朱维娜,丁康,等.基于“脾阳不伤不泻”理论探究生冷饮食对炎症性肠病的影响[J].中外医学研究,2025,23(13):170-175.
- [12] 刘少津,乔荣勤,万雷,等.基于“脾肾相关”理论探讨 TGF- $\beta$  信号通路与肌肉骨骼的关系[J].世界中西医结合杂志,2019,14(08):1176-1179.