

引用:尹菁,田晓玲,陈斌,袁长津.从“以肝为核心的五脏一体观”论全国名中医袁长津治肝七法的学术特色[J].中医药导报,2025,31(11):199-203.

# 从“以肝为核心的五脏一体观”论全国名中医袁长津治肝七法的学术特色<sup>\*</sup>

尹 菁<sup>1,2</sup>,田晓玲<sup>1,2</sup>,陈 斌<sup>2</sup>,袁长津<sup>3</sup>

(1.湖南中医药大学第一中医临床学院,湖南 长沙 410208;

2.湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙 410007;

3.湖南中医药大学第二附属医院,湖南 长沙 410005)

**[摘要]** 对全国名中医袁长津教授基于“以肝为核心的五脏一体观”创立的“治肝七法”学术理论进行总结。袁长津教授结合肝脏的生理病理变化特点,认为肝本脏病病机可分为三期,早期为热毒内蕴肝脏,中期为肝郁酿湿生浊,后期为正衰邪入成虚。由此提出“清肝”“疏肝”“补肝”三大治肝之法。结合肝脏传变他脏的致病特点,木生火,肝为母,心为子,传于心,见肝郁血虚证;肝火过旺反侮肺金,传于肺,见肝火犯肺证;肝属木,脾属土,木克土,传于脾胃,见肝郁脾虚证;水生木,肾为肝之母,子盗母气,传于肾,见肝肾阴虚证。故又提出“养肝”“制肝”“调肝”“滋肝”四大治肝之法。清肝法为清热解毒以攻邪,疏肝法为疏肝化浊以畅中,补肝法为益气健脾以扶正,养肝法为清心除烦养肝血,制肝法为清热润肺降肝火,调肝法为健脾和胃调肝气,滋肝法为补肾养精滋肝阴。

**[关键词]** 五脏一体观;治肝七法;学术思想;袁长津;名医经验

**[中图分类号]** R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2025)11-0199-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.11.034

全国名中医袁长津教授是全国第四、五批老中医药学术经验传承指导老师,国家级中医名医工作室导师,从事临床工作50余载,谙熟经典古籍,秉持中医“整体观”理念,临证不为套法所囿,善于探求新的诊疗思路,对内科各系统疾病的诊治造诣颇深。袁长津教授秉承整体观念,强调脏腑生理病理的关联性,主张以“治肝”调燮五脏,形成“以和为贵”的学术思想。笔者有幸跟诊学习,受益匪浅,现将袁长津教授基于“以肝为核心的五脏一体观”理论总结出的“治肝七法”学术经验进行论述,以飨同道。

## 1 以肝为核心的五脏一体观

“五脏相关”的文献最早见于《素问·玉机真脏论篇》。古代医家借五行学说解释五脏,认为五脏之间互滋互制,体现脏气的相通相移<sup>[1]</sup>。“五脏一体观”是中医学整体观念的组成部分,五脏、六腑、组织、官窍通过经络连接,形成一个以五脏为中心,结构完整、功能完善的有机整体,共同维持人体的正常生理功能。《景岳全书·卷四·脉神章(上)》言:“凡五脏之气必相互灌溉,故各五脏之中,必各兼五气。”五脏之间通过气机的升降出入相互联系、相互影响,且各脏器中均蕴含五脏之气的协同作用。气机调畅是维持人体正常生命活动的基

础。肝主疏泄的核心环节就是调畅气机,气机以升发为顺,居阳升之方,行春升之令,肝气升发则生养之政可化,诸脏之气生有由,化育既施则气血冲和,五脏安定,生机不息,正如《读医随笔·卷四证治类》言:“凡脏腑十二经之气化,皆必藉肝胆之气以鼓舞之,始能调畅而不病。”《杂病源流犀烛·卷十》亦云:“肝和则生气,发育万物,为诸脏之生化。”同时,《知医必辨·论肝气》指出:“人之五脏,惟肝脏易动难静。其他脏腑有病,不过自病……惟肝脏一病即延及他脏。”肝脏一旦出现气血阴阳等失衡,除了导致本脏病变之外,还会牵连他脏而致病。基于肝脏生理病理特点,袁长津教授提出“以肝为核心的五脏一体观”,强调肝脏在脏腑中的核心地位,并结合临床实践经验,系统归纳总结出“治肝七法”,为外感病及内伤杂病的辨治提供了重要指导。

## 2 “治肝”理论的内涵

2.1 “治肝”思想的历史源流与学术演变 中医学“治肝”理论的范畴较为宽泛,《黄帝内经》首次明确提出了“甘缓”“辛散”“酸收”三大治肝法<sup>[2]</sup>。此后,历代医家在此基础上各自发挥。张元素在《医学启源·卷之三·五脏六腑,除心包络十一经脉证法》中,总结肝病用药共十三式<sup>[3]</sup>,提出补虚、泻实、

\*基金项目:全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号)

通信作者:陈斌,男,教授,研究方向为中医药防治肝病

温寒、清热的治肝原则；李冠仙在《知医必辨》<sup>[4]</sup>中提出治肝十法；张锡纯确立了散、平、补、敛四大治肝原则<sup>[5]</sup>；王旭高作为肝病证治的集大成者，在《西溪书屋夜话录》中制定治肝三十法<sup>[6]</sup>。近现代医家在中西医汇通背景下，对“治肝”理论深入创新与发展。岳美中在《岳美中医学文集·论医集》中，把治肝法分为和肝、补肝及泻肝法三大类<sup>[7]</sup>；孔令诩从肝气、肝阳和肝阴角度探索，提出“调肝三法”<sup>[8]</sup>。张珍玉在《张珍玉医案医论医话集》<sup>[9]</sup>中，提出“诸病皆可从肝论治”的理论；王行宽<sup>[10]</sup>提出“杂病治肝”的特色学术思想，总结为“杂病治肝、多脏调燮、微观辨证、疏通督脉”十六字。目前，“治肝”理论被广泛应用于各类杂病，并呈现出多元化的特点，例如治疗产后抑郁症<sup>[11]</sup>、高血压<sup>[12]</sup>、2型糖尿病胰岛素抵抗<sup>[13]</sup>、消化性溃疡<sup>[14]</sup>、小儿遗尿<sup>[15]</sup>、细菌性角膜炎<sup>[16]</sup>等多种疾病，疗效显著。

**2.2 基于“以肝为中心的五脏一体观”的“治肝”理论** 袁长津教授认为“治肝”当以肝为核心，兼顾五脏相关，不可囿于肝病一隅，既涵盖肝本脏病的治疗，亦包括因肝脏功能失调累及他脏所致疾病的治疗。根据病机特点，胁痛、黄疸、臌胀、积聚等为肝本脏病；而根据致病特点，不寐、咳嗽、食管瘅、消渴肾病等属肝病传变累及他脏之病症<sup>[17]</sup>。袁长津教授主张，治疗肝本脏病变及肝病传变他脏之病证，皆以治肝为核心，辅以调和五脏。其理论基于肝脏气血阴阳的生理病理特点，深入把握肝气、肝火、肝风、肝血的病理转化规律，辨析肝本脏病不同阶段的病机差异，以及肝病传变他脏的病因病机特点，由此创立了“清肝、疏肝、补肝、养肝、制肝、调肝、滋肝”治肝七法。

### 3 “治肝”七法

**3.1 治肝本脏病—清肝、疏肝、补肝** 袁长津教授认为疫毒是诱发慢性肝病的始动因素，肝气失用、肝体失养是慢性肝病发展的病理基础。肝为风木之脏，喜调达而恶抑郁，受毒邪压制，则肝气郁滞，疏泄失司，横逆犯脾，脾胃受累，湿热由生，正如《读医随笔·卷四证治类》言：“殊不知肝气愈郁愈逆，疏泄之性横逆于中，其实者暴而上冲，其虚者折而下陷。”《医宗金鉴·卷十》亦言：“肝为木气，全赖土以滋培，水以灌溉。”肝体阴而用阳，气血化生不足则肝木无所养，正虚邪进，病情缠绵难愈。袁长津教授将慢性肝病的病机归为“毒、热、湿、郁、虚”五大类。根据以上病因病机的认识，袁长津教授主张清热利湿解毒以祛除外邪，健脾和胃补虚以扶助正气，并强调肝病“治肝”的核心地位，指出慢性肝病初期以实证为主，治当清肝，病程进展则多见虚实夹杂，治宜疏肝，日久病势渐退，虚证显露，辅以补肝。

**3.1.1 清肝法** 无论药毒、虫毒，抑或酒毒所致肝病，病初毒邪均由外入内，侵袭肝脏，肝气郁遏，则酝湿生热，阻碍气机升发疏泄，如《诸病源候论·卷二十五蛊毒病诸候》载：“凡蛊毒有数种……或食毒虫、草药，或饮酒中毒，皆能伤人脏腑。”又如《医学正传·卷之二郁证》云：“气郁而湿滞，湿滞而成热。”袁长津教授认为，慢性肝病初起以毒壅肝郁化热为病机关键，故治以清热利湿、解毒疏肝为要。临证以仲景小柴胡汤为基础，灵活化裁，创制“清肝健脾解毒汤”。药物组成：柴胡

15 g，黄芩15 g，郁金10 g，法半夏10 g，栀子10 g，蒲公英30 g，虎杖18 g，太子参15 g，甘草6 g。方中柴胡味苦辛微寒，与黄芩配伍，行和解退热之功，兼祛湿热邪气；合栀子以增强清热之效；郁金辛散苦泻，行气解郁；法半夏和胃降逆；蒲公英、虎杖以增强解毒之功；再加太子参、甘草顾护正气。升散有常、疏泄并用，和而为方，共奏清湿热、解肝毒之效。

**3.1.2 疏肝法** 慢性肝病进展期，肝郁日久，累及相关脏腑，导致脾失健运，痰瘀内生，脏腑功能失调。可将其归属于中医学“肝癖”“脂毒”“血浊”等范畴<sup>[18]</sup>。如《临证指南医案·卷七痉厥》云：“盖肝者。将军之官。善干他脏者也。要知肝气一逆。则诸气皆逆。气逆则痰生。”《明医杂著·化痰丸论》指出：“惟夫气血浊逆，则津液不清，熏蒸成聚而变为痰焉。”肝病常波及他脏，导致复杂病理变化。袁长津教授提出慢性肝病进展期重在疏肝，选用自拟方“疏肝健中降脂方”以疏肝健脾，化浊降脂。药物组成：柴胡12 g，黄芩12 g，黄精30 g，法半夏10 g，泽泻12 g，炒山楂20 g。方中柴胡、黄芩配伍疏肝胆之气助运化，加泽泻、炒山楂化浊降脂；借大剂黄精扶中焦之气以增强脾运之功，辅以法半夏燥湿健脾。方中攻补兼施，标本兼治，以达调畅气机、恢复中焦运化、改善代谢紊乱的治疗目的。若明确脂肪肝或肝胆疾病，选加郁金、栀子、虎杖、蒲公英等。

**3.1.3 补肝法** 随着病情进展，慢性肝病发展至终末期，可将其归为“臌胀”“积聚”“癥瘕”等范畴。现代中医学认为，慢性肝病病因系内外邪气共同作用，致阴阳失衡、脏腑虚损，如《华氏中藏经·卷上·积聚瘕杂虫论第十八》所述：“积聚、癥瘕、杂虫者，皆五脏六腑真气失，而邪气并遂乃生焉，久之不除也……盖因内外相感，真邪相犯，气血熏抟，交合而成也。”《诸病源候论》亦云：“积聚者，由阴阳不和，脏腑虚弱……搏于脏腑之气所为也。”《圣济总录》又言：“积气在腹中，久不差，牢固推之不移者……按之其状如杯盘牢结，久不绝，使人身瘦而腹大，至死不消。”积聚特点为推之不移，顽固难消。中医药在慢性肝病中晚期防治中作用显著，对该病的综合治疗发挥着不可替代的作用<sup>[19-20]</sup>。袁长津教授常予大剂量太子参(30~40 g)配伍组方以健脾实木，扶正祛邪。太子参性平，归脾、肺经，具有生津润肺、健脾益气之效。作为中国传统补益中药材之一，其富含多糖、环肽、生物碱、皂苷及酚类等活性成分，具有抗炎、抗癌、细胞保护和免疫调节等药理作用<sup>[21-22]</sup>。现代数据<sup>[23-24]</sup>分析表明，慢性肝病中末期多用平性药物治疗，符合慢性肝病发展后期正气虚衰、不耐攻伐的病机特点。

**3.2 治肝脏传变——养肝、制肝、调肝、滋肝** 肝脏以气血为本，肝主疏泄与肝藏血相辅相成，共同维系机体正常生命活动。其病理变化以虚实为纲，气机不畅是肝病或因肝致病的核心病理因素<sup>[25-26]</sup>，气郁日久而化火，肝火耗阴伤血则动风，病初多为实证，常见肝气、肝火、肝风扰动所致诸证<sup>[27]</sup>。根据现代中医证候学分类<sup>[28]</sup>，临床常见肝气郁结证、肝火上炎证、肝阳上亢证、肝风内动证。亦包括肝血瘀滞证、肝经湿热证及寒凝肝脉证。疾病后期多见虚证，常见肝虚失荣而致的杂病，临床证候以肝血虚证及肝阴虚证为主。基于对肝脏致病特点的深刻认识，袁长津教授从以肝为核心的五脏一体观

出发,总结出清心养肝、清金制木、健脾调肝、滋水涵木四大治肝之法。

**3.2.1 清心养肝法** 阴阳为八纲辨证之首,不寐的病机如《血证论·卧寐》言:“肝藏魂,人寤则魂游于目,寐则魂返于肝。若阳浮于外,魂不入肝,则不寐。”其指出不寐病机关键在于肝阳浮越。气为阳,血为阴,从气血的角度细分不寐的病因,正如《辨证录·不寐门》曰:“气郁既久,则肝气不舒,肝气不舒,则肝血必耗,肝血既耗,则木中之血上不能润于心。”从八纲及气血津液辨证分析,不寐的病位不离心肝两脏。袁长津教授提出,不寐病机总属阴阳失衡,阳不入阴,表现为心神不宁、魂不归经。“肝藏血,血舍魂”,肝血失养则虚热内生,魂失其所;“心藏脉,脉舍神”,肝血虚耗则煎灼血脉,神无所居。肝虚血热煎熬心肝,神魂失其居所,则不寐。《玉机微义》云:“肝气通则心气和,肝气滞则心气乏,此心病先求于肝,清其源也。”因此,袁长津教授取酸枣仁汤加减组方,达补血养肝、清热宁心之效。药物组成:酸枣仁30 g,茯苓15 g,川芎10 g,陈皮10 g,竹茹10 g,枳实6 g,炙甘草6 g。方中酸枣仁重用为君,入心、肝经,意在养肝血、除虚烦、安心神;茯苓与竹茹配伍为臣,以增宁心安神之效;佐以味辛善行之川芎,入足厥阴气分,调畅气机,助酸枣仁养血补肝;配合陈皮、枳实疏肝行气;甘草为使药以调和诸药。诸药共奏清热除烦、养肝舍魂、清心安神之功用。

**3.2.2 清金制木法** 巢元方《诸病源候论》提出十咳之说,包括风咳、寒咳、支咳、肝咳、心咳、脾咳、肺咳、肾咳、胆咳、厥阴咳。关于肝咳病机,历代医家多有阐述。《临证指南医案》云:“人身气机……肺病主降日迟,肝横司升日速,呛咳未已,乃肝胆木反而刑金之兆。”汪昂云:“肝者,将军之官,肝火上逆,能烁心肺,故咳嗽痰血也。”吴崑则谓:“肺者,至清之脏,纤芥不容,有气有火则咳。”诸医家皆认为肝咳的病机属肝火上冲肺金。肝属木,主升发,肺属金,主肃降,二者相互制约、协调为用。若七情内伤、五志化火等病理因素致肝火亢盛,肝火循经上逆,侵犯肺脏,则肺气失宣,发为咳嗽、气喘、咽干、声哑等症。1997年出版的国家标准《中医临床诊疗术语·证候部分》将“肝火犯肺证”作为规范证名<sup>[29]</sup>。可见胸胁疼痛、口干口苦、急躁易怒、干咳甚至咳血等临床表现。袁长津教授指出,咳嗽病机变化多端,以虚实为纲。肺脏在外受六淫疫气所扰而咳;在内易受肝木犯逆而发为咳嗽。清代名医柳宝诒曾云:“肝肺两经不足致咳,受病在肺,而病本在肝。”李冠仙亦云:“肺为气之主,肝气上逆,清金降肺以平之。”因此,袁长津教授治疗咳嗽病,以华盖散合小柴胡汤加减配伍组方<sup>[30]</sup>,药物组成:柴胡15 g,黄芩15 g,枳壳10 g,法半夏10 g,芍药10 g,麻黄6 g,杏仁10 g,桑白皮15 g,茯苓20 g。方中柴胡轻清升散透热,配伍黄芩苦降清热,二者辛开苦降斡旋气机;芍药缓解肝郁化火所致的胸胁疼痛,又与柴胡、黄芩配伍形成升降相因之势;枳壳疏畅肝经郁滞;法半夏和胃降逆以化痰;麻黄解表宣肺,杏仁与麻黄配伍,增强宣肺止咳之效;桑白皮泻肺平喘;更加茯苓健脾以助运化,防止肝火犯肺进一步损伤脾胃。小柴胡汤重在和解少阳、调达枢机,华盖散主宣肺祛痰、平喘止咳,两

方加减化裁,共奏制肝火、清肺热、调肝肺气机升降之效。

**3.2.3 健脾调肝法** 《金匱要略》云“见肝之病,知肝传脾”。肝性主升,喜条达而恶抑郁,疏泄太过,则累及脾胃。如《沈氏遵生书·胃病》所言:“胃痛,邪干胃脘病也……唯肝气相乘为尤甚,以木性暴且正气克也。”《伤寒指掌》亦云:“按灵枢经脉篇云,足厥阴肝所生病者,胸满呕逆。夫木动必犯土,呕吐出于胃,而致病之由在肝。”肝木犯脾土,脾胃失于和降,则见胃脘痛、呕吐等症;若疏泄不及,则如《血证论》言:“木之性在于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气疏泄之,而水谷乃化。”气机不畅,脾胃运化失司,水谷精微物质不得运化,症见消化性不良。若肝郁日久,脾胃中焦酿湿生热,如《寿世保元》言:“饮食入胃,被湿热郁遏,食不得化,故作吞酸。”常见于现代医学命名的胃食管反流病。针对肝胃不和之胃食管反流病、慢性胃炎等脾胃系疾病,结合临床实践经验,袁长津教授治以越鞠丸合四逆散加减疏肝行气,降逆和胃。药物组成:炒香附10 g,炒苍术10 g,枳实10 g,炒栀子10 g,神曲10 g,白芍15 g,蒲公英15 g,柴胡、甘草各6 g。方中以疏肝解郁之香附为君;臣以苍术健脾除湿;佐以栀子清热行气,神曲调中开胃消食;柴胡、蒲公英清肝经郁热;更加枳实行气消痞;白芍以防柴胡、枳实凉燥太过而损伤阴液;甘草调和诸药。诸药相合,调畅气机,达到缓解胃脘疼痛、嗳气吞酸、饮食欲呕的目的。针对肝郁脾虚型功能性消化不良,病机根本在于脾胃运化无力,饮食不化;而肝郁血虚,疏泄失职,无力助脾健运,乃发病之关键,故袁长津教授治疗以逍遙散加减组方。逍遙散出自于《太平惠民和剂局方》,其功效为疏肝解郁、养血健脾。方药组成:柴胡10 g,当归10 g,白芍12 g,白术12 g,茯苓12 g,神曲12 g,枳实6 g,炙甘草6 g,薄荷3 g,生姜3片。

**3.2.4 滋水涵木法** 糖尿病肾病是糖尿病患者微血管病变引起的一种慢性肾脏疾病<sup>[31]</sup>,可归属于中医“消渴肾病”范畴。《太平圣惠方》中道:“三消者,本起肾虚……不能蒸上谷气,尽下而为小便。”认为消渴肾病的病机为肾虚。肾主水,肾虚则水无所主而妄行,气化失司,开闭不利,水液蓄积体内不得宣发;肾藏精,日久阳虚而不得固涩,而表现小便频数。袁长津教授认为消渴肾病以肝肾阴虚为病机核心。

阴虚燥热初起,久则耗伤精血,肾阴亏虚则虚火灼津,症见小便浑浊如膏。《景岳全书·三消》言:“此正以元气之衰,而金寒水冷,故水不化气,而气悉化水,岂非阳虚之阴证乎?”消渴病久,阴损及阳,肾阳虚衰,气化失司,水液泛溢,症见小便清长、肢肿畏寒。肝血不足则肾精不充,肾阴亏虚则水不涵木,二者互为因果。故袁长津教授提出滋水清肝饮加减以滋阴补肾,清肝养血。方药组成:黄芪40 g,生地黄30 g,山药25 g,茯苓15 g,牡丹皮10 g,山萸肉20 g,泽泻12 g,白茅根30 g,黄柏15 g,柴胡10 g,当归12 g,黄连10 g,白芍15 g,栀子12 g。方中大剂黄芪益元气而补三焦,于补肝肾之六味地黄丸中,以生地黄易熟地黄,增强滋水养阴之效,配合黄连以制黄芪之温热;再加入柴胡解肝郁,配合栀子清肝热;白芍养血柔肝;当归活血补血,常用于治疗脏腑热盛而致阴血受损<sup>[32]</sup>。

#### 4 “以和为贵”的学术观点

《素问·刺禁论篇》言：“肝生于左，肺藏于右，心布于表，肾治于里，脾为之使，胃为之市。”五脏在结构上相互依存，功能上各司其职。《读医随笔》言：“肝者，贯阴阳，统气血，居贞元之间，握升降之枢也。”其指出肝脏在整体中起调摄的重要作用。根据慢性肝病的病程特点，袁长津教授主张早期以清肝健脾解毒汤加减祛邪，中期以疏肝健中降脂方加减畅中，后期以大剂量太子参扶正。根据肝脏传变的病理特点，袁长津教授提出，酸枣仁汤加减以治心系疾病，华盖散合小柴胡汤加减以治肺系疾病，越鞠丸合四逆散加减以治脾胃系疾病，滋水清肝饮加减以治肾系疾病。从肝治五脏，以肝调五脏，诸方虽各有温、清、消、补之不同，但总以缓和祛邪而不伤正为原则，正如近代医家秦伯未曾说：“凡具有安内之力及攘外之能的，都属于和解的范围”。

#### 5 验案举隅

患者，女，48岁，2025年1月3日初诊。主诉：发现肝占位病变伴胸胁胀闷3个月余。现病史：患者3个月余前体检时发现肝占位性病变，自觉胸胁胀闷，至当地医院住院治疗，完善相关检查。(1)腹部CT：肝右叶占位，考虑包块型恶性肿瘤并肝内多发转移伴门脉右支癌栓；(2)肝功能： $\gamma$ -谷氨酰转移酶(GGT)110 U/L；丙氨酸氨基转移酶(ALT)106.6 U/L。经护肝等对症支持治疗后症状无明显好转，遂来就诊。刻下症见：右胁胀闷，乏力，口中流涎，时有反酸，情绪易怒，面色晦暗，轻微咳嗽，干咳少痰，食欲差，餐后恶心欲呕，寐欠安易醒，小便黄如茶油，大便质稀。舌紫暗，苔黄，脉细数。既往慢性乙型病毒性肝炎病史，未服用抗病毒药。查体：有肝掌、蜘蛛痣。B超示：肝纤维化。西医诊断：(1)肝包块型恶性肿瘤；(2)慢性病毒性肝炎。中医诊断：积聚，毒壅肝郁化热证。治以清肝之法。方选清肝健脾解毒汤加减。处方：柴胡15 g，黄芩15 g，法半夏10 g，郁金15 g，栀子15 g，太子参30 g，田基黄30 g，茵陈20 g，滑石30 g，枳壳12 g，赤芍20 g，甘草8 g，八月札15 g，五味子10 g，海金沙20 g。7剂，1剂/d，水煎服，早晚分服。

2诊：2025年1月10日。患者诉右胁胀闷缓解，现有咳嗽，咳白色黏痰，量中等，咳时胸痛，双下肢乏力，皮疹伴瘙痒，纳食一般，小便量少色黄，大便偏稀。复查肝功能：GGT88.1 U/L；ALT89.3 U/L。舌紫暗，苔薄白，脉细。治以疏肝之法。方选小柴胡汤合华盖散加减。处方：柴胡15 g，黄芩15 g，法半夏10 g，厚朴15 g，茯苓30 g，麻黄6 g，杏仁10 g，苏叶15 g，太子参30 g，滑石30 g，茵陈30 g，栀子15 g，海金沙30 g，郁金12 g，枳壳10 g，田基黄20 g，鸡内金10 g，炒青皮12 g。7剂，1剂/d，水煎服，早晚分服。

3诊：2025年1月17日。患者诉咳嗽、皮疹好转，右胁胀闷反复。现寐差易醒，甚则彻夜不眠，疲劳，双下肢稍乏力，口干，纳可，纳食欠佳，食后腹胀，小便偏黄，大便稀，日行二三次。舌紫暗，苔薄白，脉细。治以养肝之法。方选小柴胡汤合酸枣仁汤加减。处方：柴胡15 g，黄芩15 g，法半夏10 g，郁金15 g，栀子15 g，太子参30 g，田基黄30 g，茵陈20 g，滑石30 g，枳壳12 g，赤芍20 g，酸枣仁10 g，茯苓30 g，甘草8 g，八月札15 g，

五味子10 g，海金沙20 g。5剂，1剂/d，水煎服，早晚分服。

4诊：2025年1月22日。患者诉寐差好转，服药期间肠鸣腹胀，食后仍欲呕，腹胀，肠鸣明显，纳寐一般，大便日行十余次，量少，质稀如水。舌暗红，苔薄白，脉细。治以调肝之法。方选半夏泻心汤加减。处方：山药20 g，黄连8 g，法半夏10 g，太子参30 g，干姜8 g，炒苍术16 g，厚朴15 g，黄芩15 g，金樱子15 g，车前子10 g，陈皮10 g，茯苓20 g，甘草8 g。7剂，1剂/d，水煎服，早晚分服。

5诊：2025年1月29日。患者诉乏力好转，大便质稀，日行五六次，腹胀较前明显缓解，纳食一般，小便偏黄。舌红，少苔，脉弦细。治以调肝之法。方选半夏泻心汤加减。处方：黄连8 g，法半夏10 g，山药30 g，北沙参20 g，黄芩15 g，干姜6 g，车前子12 g，金樱子20 g，鸡内金10 g，甘草6 g，炒白术15 g。5剂，1剂/d，水煎服，早晚分服。

6诊：2025年2月5日。患者诉服药后乏力、腹胀、大便稀等症好转，纳食改善。舌红，光滑少苔，脉弦滑。治以调肝之法，守5诊方巩固疗效。5剂，水煎服，1剂/d，早晚分服。

2025年2月10日电话随访患者，诉诸症缓解。

按语：患者初诊时感胁胀闷，且情绪易怒，此为毒邪阻滞气机；其小便黄如茶油，此为气郁酿湿生热，下注膀胱而成；流涎为脾虚不能固摄津液；时有反酸为胃气上犯所致。综上可知，患者毒邪炽盛，肝气郁滞，湿热内生，渐伤脾胃，发为此症，故袁长津教授治以自拟方清肝健脾解毒汤，达清热利湿、解毒疏肝之用。2诊时患者腹胀诸症缓解，正气亏虚而受寒感冒，故在疏肝的基础上加小柴胡汤合华盖散加减，表里双解。3诊时，治疗寐差之顽疾，此为肝郁日久化火，火性沿上，上扰心神所致，故予酸枣仁汤加减以清心养肝以解郁。4诊、5诊，患者腹中雷鸣，此为正气亏虚，肝病及脾，当以半夏泻心汤健脾调肝。肝病之成，多因久病叠加，病机错综复杂，当详察其源，以多种治法层层剖析，抽丝剥茧，方能切中肯綮。患者经“清肝”“养肝”“调肝”三法，与病机丝丝合缝调治1个月余，诸症好转，生活质量得到明显改善，为基础疾病肝恶性肿瘤的治疗争取更多空间。

#### 6 小结

本文对袁长津教授“以肝为核心的五脏一体观”及其创立的“治肝七法”学术思想进行了系统总结。以肝脏生理病理及传变规律为基础，将肝病分为本脏三期演变及旁及他脏4种传变，相应提出“清肝”“疏肝”“补肝”“养肝”“制肝”“调肝”“滋肝”七法，构建了理法方药贯通的治肝体系，并诠释整体观念与脏腑辨证在临床实践的全面应用。借此可从脏腑病机辨治多种疑难杂症，增强治疗的系统性和精准性，尤其对慢性肝病及其并发症的诊疗具有重要指导意义。未来可进一步开展临床与机制研究，深化该理论的科学内涵，推动名老中医经验在当代肝病临床中的传承与创新。

#### 参考文献

- [1] 张冰冰,朱爱松,石岩.对于“五脏相关”理论的科学内涵探讨[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3259-3263.

- [2] 黄帝内经[M].王冰,注.北京:中医古籍出版社,2003:56-60.
- [3] 张元素.医学启源[M].郑洪新,注解.北京:中国中医药出版社,1970:3-5.
- [4] 李冠仙.知医必辨[M].王新华,点注.南京:江苏科学技术出版社,1984:14.
- [5] 刘从明.衷中参西医圣张锡纯[M].北京:华龄出版社,2020:17.
- [6] 王旭高.西溪书屋夜话录[M].李紫慕,李鸿涛,李哲,校注.北京:人民军医出版社,2012:107-110.
- [7] 岳美中.岳美中医学文集[M].陈可冀,编.北京:中国中医药出版社,2000:74-85.
- [8] 杨金生,金香兰,徐世杰,阎孝诚,李维贤,孔令翊学术传承文集[M].北京:中国中医药出版社,2023:368-371.
- [9] 王小平,魏凤琴,张珍玉医案医论医话集[M].北京:人民卫生出版社,2008:249.
- [10] 王行宽.业医六十余载学术思想撷华:全国名中医王行宽学术思想与临床经验研究(一)[J].湖南中医药大学学报,2022,42(1):1-4.
- [11] 丁纤云,吴鑫,单廷拓,等.张焯从肝论治产后抑郁症经验[J].中医药导报,2024,30(12):159-161.
- [12] 司美龙,金华,刘敏科,等.基于肠道菌群探讨高血压从肝论治机理[J].中国微生态学杂志,2024,36(6):737-741.
- [13] 王宇,宋佳媛,王丽,等.基于从肝论治的气络调节探讨肠道菌群-胆汁酸轴改善2型糖尿病胰岛素抵抗[J].世界科学技术-中医药现代化,2024,26(11):2914-2920.
- [14] 王伟明,柳昕坤,施嘉祥,等.基于脑-肠轴理论从肝论治消化性溃疡的中医治要探析[J].环球中医药,2025,18(4):764-768.
- [15] 康萌,郝建梅,马欣宇,等.杨震教授从肝论治小儿遗尿经验[J].河北中医,2024,46(10):1592-1595.
- [16] 李江伟,陈惠媚,姚小磊,等.彭清华从肝脾论治细菌性角膜炎经验[J].中华中医药杂志,2024,39(8):4152-4155.
- [17] 庞国明,张芳,李慧,等.基于“肝为丛病之脏”论治内科杂病[J].中医杂志,2023,64(15):1604-1607,1611.
- [18] 李柏,金妍,王栋先,等.应用“血浊”理论治疗代谢性疾病研究进展[J].山东中医杂志,2024,43(3):322-327.
- [19] WEI L, WANG Z Y, JING N C, et al. Frontier progress of the combination of modern medicine and traditional Chinese medicine in the treatment of hepatocellular carcinoma[J]. Chin Med, 2022, 17(1):90.
- [20] ZHOU C, WEI J J, YU P, et al. Convergent application of traditional Chinese medicine and gut microbiota in ameliorate of cirrhosis: A data mining and Mendelian randomization study[J]. Front Cell Infect Microbiol, 2023, 13:1273031.
- [21] 倪建成,范永飞,叶祖云.太子参化学成分、药理作用和应用的研究进展[J].中草药,2023,54(6):1963-1977.
- [22] 张森,欧婧,豆晓霞,等.太子参及提取物对动物免疫调节作用研究进展[J].动物医学进展,2024,45(5):97-102.
- [23] 叶俊秋,田双桂,廖楚,等.基于数据挖掘探讨中医药治疗肝癌用药规律[J].中西医结合肝病杂志,2022,32(5):410-414.
- [24] 王木源,李小科,刘蕊洁,等.基于文献分析探讨中医药治疗乙型肝炎肝硬化腹水的用药特点[J].中西医结合肝病杂志,2021,31(8):735-738.
- [25] 童光东,孙屹昕.从“六郁”论代谢相关脂肪性肝病的理论与临床实践[J].临床肝胆病杂志,2024,40(10):1949-1953.
- [26] 朱光海,郭利华.国医大师张震“一体两翼,疏调气机”学术思想及其临床应用价值初探[J].中华中医药杂志,2021,36(10):5921-5925.
- [27] 林珮琴.类证治裁[M].孔立,校注.北京:中国中医药出版社,1997:188.
- [28] 姚乃礼.中医证候鉴别诊断学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2002:99-118.
- [29] 张华敏,杜松,刘寨华.“肝火犯肺证”证名源流考[J].中国中医基础医学杂志,2019,25(2):146-147,165.
- [30] 彭素娟,吴彬才,杨柳,等.基于数据挖掘方法分析袁长津教授治疗咳嗽用药规律研究[J].中医药导报,2018,24(7):51-55.
- [31] LI Y W, LIU Y F, LIU S W, et al. Diabetic vascular diseases: Molecular mechanisms and therapeutic strategies[J]. Signal Transduct Target Ther, 2023, 8(1):152.
- [32] 周元园.《本草纲目》含黄连组方用药规律[J].光明中医,2025,40(1):21-24.

(收稿日期:2025-02-10 编辑:罗英姣)

## (上接第183页)

- [18] 张巧宏,樊瑞红.浅析心胃相关理论及临床意义[J].河北中医,2014,36(6):836-837.
- [19] 李江山,严洁,何军锋.针刺内关、足三里等穴对大鼠孤束核神经元放电的影响[J].湖南中医药大学学报,2007,27(3):55-58.
- [20] 陈姝,雍春燕,陈恒,等.针刺胃扩张模型大鼠内关、足三里等穴位下丘脑室旁核相关神经元的反应[J].中国组织工程研究,2014,18(5):675-680.
- [21] 吉祥,石国傲,陈锐明,等.符文彬教授从心、胆、脾论治顽固性呃逆经验[J].吉林中医药,2024,44(4):404-409.
- [22] 高晓敏,尹聪,吴秋玲,等.贾跃进基于“土湿木陷”辨治抑郁症经验[J].中医药导报,2024,30(5):177-179.
- [23] 舒昀,袁青.古今平补平泻刍议[J].针灸临床杂志,2022,38(7):94-97.

(收稿日期:2025-03-12 编辑:蒋凯彪)