

慢性病毒性肝炎 73 例的 辨证施治观察

徐州医学院附属医院中医科 郝 朴

自 1979 年以来我们应用“肝炎 I 号方”辨证治疗慢性病毒性肝炎（下称慢性肝炎）73 例，经 1 年以上随访，证明有一定疗效。此外，我们还结合中医辨证，观察了中医证型与免疫功能变化的关系。现一并报道如下。

观察对象

病例选择按 1978 年杭州全国病毒性肝炎会议的诊断标准。其中属慢性迁延性肝炎 36 例，慢性活动性肝炎 37 例。年龄 21~56 岁。男 44 例，女 29 例。工人 41 例，农民 14 例，干部 13 例，其他 5 例。病程最短 8 个月，最长 39 个月，平均 18.5 个月。

主要症状包括肝区痛 65 例，多数为胀痛、隐痛，少数为刺痛；腹胀 64 例；纳差 57 例；恶心 42 例；乏力 69 例。部分病例有出血倾向，主要为齿衄。体检：肝大 61 例，肋下 0.5~3 厘米不等，质 I°~II°，48 例肝区有叩、触痛；脾大 31 例，肋下 0.5~2 厘米；43 例有蜘蛛痣及面部毛细血管扩张现象；36 例有肝掌；29 例伴轻度下肢浮肿。实验室检查：谷丙转氨酶高于正常者 68 例（正常值 25 个单位以下），其中 25~100 单位 25 例，100 单位以上 43 例；麝絮全部异常，其中+++以上者 51 例；麝浊异常 59 例；γ 球蛋白>25% 38 例，球蛋白与白蛋白比例倒置 45 例；HBsAg 阳性 39 例。

本组 73 例，根据中医辨证属湿热证 29 例，阴虚证 19 例，脾虚证 25 例。

观察方法和结果

一、临床治疗观察

1. 治疗方法：全部病例治疗期间均停用西药。根据辨证以“肝炎 I 号方”为基础方，辨证加减。“肝炎 I 号方”处方：太子参 12 克，黄精 15 克，甘草 9 克，茯苓 15 克，柴胡 12 克，黄芩 10 克，虎杖 15 克。水煎服，每日一剂。辨证为湿热证者去黄精、甘草，加白术、苍术、薏仁、泽泻、车前子；脾虚证者太子参易党参，加黄芪、炒白术、山药；阴虚证者加生熟地、枸杞子、制首乌。遇肝区胀痛者加川楝子、玄胡；刺痛者加红花、丹参、归尾；肝脾肿大者加三棱、莪术、鳖甲；腹胀者加八月扎、枳壳；齿衄者加仙鹤草、茜草；谷丙转氨酶持续升高者加夏枯草、败酱草、生山楂等。

2. 治疗结果：疗效按 1978 年杭州全国病毒性肝炎会议制订的标准判定，分为基本痊愈、好转、无效三项。本组 73 例疗程 3~9 个月，平均 6.5 个月。治疗结果见表 1。73 例中基本痊愈 16 例(21.9%)，好转 32 例(43.8%)，无效 25 例(34.3%)，总有效率为 65.7%。其中慢性迁延性肝炎疗效较慢性活动性肝炎者高，但经统计学处理无显著性差异 ($P>0.05$)。中医辨证各组疗效基本相仿。

表 1 73 例慢性肝炎患者治疗结果比较

疗 效	总 例 数	肝 炎 诊 断		中 医 辨 证		
		慢性迁延性 肝炎 (36 例)	慢性活动性 肝炎 (37 例)	湿热证 (29 例)	脾虚证 (25 例)	阴虚证 (19 例)
基本痊愈	16	11(30.5)	5(13.5)	5(17.3)	8(32.0)	3(15.8)
好 转	32	15(41.7)	17(45.9)	15(51.7)	9(36.0)	8(42.1)
无 效	25	10(27.8)	15(40.6)	9(31.0)	8(32.0)	8(42.1)

注：表内统计数字为例数(%)

本组病例治疗后临床症状的改善以肝痛、腹胀的消除为最快,体倦乏力恢复较慢。谷丙转氨酶全部降至正常,所需时间最快25天,最慢187天,平均66.8天。治疗前麝絮+++以上者51例,治疗后减为9例;治疗前血浆白蛋白与球蛋白比例倒置45例,治疗后37例恢复正常;治疗前HBsAg阳性39例,治疗后7例转阴。有效病例均随访1年以上,随访结果12例复发,其中属慢性活动性肝炎10例。

二、免疫功能观察

本组73例慢性肝炎患者按证型不同分别测定了IgG、IgM及淋巴细胞转化率(简称淋转率),并与30例健康人进行对照观察。结果见表2。

表2 73例慢性肝炎患者免疫功能测定结果

组别	例数	IgG(毫克%) 均值±标准差	IgM(毫克%) 均值±标准差	淋转率(%) 均值±标准差
对照组	30	1425.26±201.0	134.40±38.0	58.27±8.0
慢性肝炎组	73	1657.00±636.4	130.00±55.9	54.17±7.4
湿热证	29	1691.30±414.0	141.17±69.0	55.52±7.9
脾虚证	25	1293.00±319.0	130.64±58.0	53.96±8.9
阴虚证	19	1504.73±470.0	112.3±35.0	52.42±6.7

从表2中可以看出,73例慢性肝炎组的IgG均值显著高于健康人对照组($P<0.01$),而淋转率则显著低于对照组($P<0.05$),提示本组慢性肝炎患者细胞免疫功能减低。按中医辨证73例慢性肝炎分为湿热、脾虚、阴虚证分别观察,结果表明,各证之间改变不尽相同。如表2所示,与正常人对照组相比较,湿热证IgG增高,经方差分析处理有显著性差异(新复极差检验法 $P<0.05$),而脾虚组则有降低趋势;在IgM方面也有类似情况,湿热组IgM趋向增高,而脾虚组和阴虚组则趋向降低。

讨论及体会

已知慢性病毒性肝炎的发病与机体免疫反应有密切关系,目前主要从抑制肝炎病毒和调整免疫功能方面进行治疗。中医认为本病与感受湿热病邪导致肝脾功能损伤有关。由于病程较长,往往导致脏腑气血功能失调,故治疗多

从整体出发,辨证施治。本病总的治则不外扶正和祛邪两个方面,祛邪即祛除湿热病邪,扶正即调补脏腑气血功能,其中可能包含有调整机体免疫功能的意义。我们在既往辨证治疗本病经验的基础上,逐步固定处方,试图探索慢性肝炎的有效方药。“肝炎I号方”即从扶正祛邪这个治则出发而设计的。方中以太子参、黄精、甘草、茯苓扶正,补益气阴,有资料表明太子参、黄精有增强细胞免疫功能作用;柴胡、黄芩、虎杖能疏利肝胆,清利湿热,茯苓淡渗利湿,有利于祛除湿热病邪,纠正机体病理状态,且柴胡、黄芩对肝脏有保护作用,为中医治肝的常用主药。本文资料表明,应用“肝炎I号方”辨证加减对改善慢性肝炎的症状、恢复肝功能均具有一定作用,特别是在降酶方面,作用比较显著。

已知病毒性肝炎发病与免疫反应有密切关系。本组患者IgG较正常人明显增高($P<0.01$),淋转率较正常人明显降低($P<0.05$),提示本组慢性肝炎患者细胞免疫功能减低,这与肝炎发病中T细胞功能减退的理论是一致的。本文资料表明,慢性肝炎患者的不同辨证,在免疫功能检测中表现有不同的结果,如湿热证IgG和IgM增高,脾虚证二者均降低等,似可说明中医的不同辨证不仅表现在临床症状上的不同,而且还有可能各有其不同的病理学基础,上述免疫功能检测上的不同,可能只是反映其内在变化的一个方面,值得进一步研究。

慢性肝炎病程较长,临床症状和肝功能检查易有反复。在治疗过程中,不要随意更方,也不要一见肝功能正常就立即停药,以免导致病情反复。我们经验,在连续复查肝功能三次正常时(每月复查一次),方可停药观察。此外,我们还发现清热解毒药如柴胡、黄芩、败酱草、夏枯草等,对本病降酶有良好效果;改善絮浊主要用健脾益气、活血化湿药,如党参、当归、薏仁、丹参等;血浆蛋白偏低宜重用益气养血药,如黄芪、首乌、山药等。另据观察,薏仁、太子参对提高患者细胞免疫功能似有一定影响。由于经验有限,仅供临床参考。