

综述

中医治疗肝病近况

陈立华 钱 英

全国肝病学术会议(1984年10月20~24日在大连召开)反映了近年来中医治疗肝病的近况和学术水平,现就会议选出的60篇论文,摘其主要内容介绍于下,以供从事本专业的同道和广大读者参考。

一、理论探讨

(一) 强调整体观, 突出辨证论治

在理论探讨方面, 大部分作者都强调了应从整体观念出发。指出五脏是一个整体, 具有相互制约、相互促进的密切关系, 因此不能单从一脏一腑出发, 同解剖学上肝脏的概念划等。湖北中医学院朱曾柏指出, 要从中医脏象学说的认识出发, 了解中医所谓之“肝”, 是一个对全身阴阳气血都有调节作用的系统。因此, 仅仅用西医观点来套用中医是不能反映中医治疗特色的。宁波市肝病医院沈锦波以降酶为例, 指出从全身整体调节来治疗, 较单纯运用降酶药物虽然幅度下降慢, 但较易复发。解放军302医院喻森山以治阴黄为例, 指出应以患者是否具有阳虚寒湿证为准, 不宜囿于病程之新久。桂林市中医门诊部黎克忠也指出, 中医不是按甲型、乙型、急性、慢性来用药, 重在辨证论治, 不可以新病多实、久病多虚印定眼目, 应有是证即用是法是方。

(二) 病因病机与治法

湿毒邪入侵与正气受损为主要病机, 主张从清热解毒利湿与理气活血、滋阴益气立法, 是大多数作者的见解。但随其见证不同, 而治各有异同。如厦门中医院康良石通过对744例黄疸和无黄疸急、慢性肝病(肝炎)的分析, 初步认为肝病发生“黄疸”、“胁痛”、“肝火”、“积证”的主要原因为肝郁。因此强调从解郁疏肝施治, 并结合患者的身体强弱及气候环境等因素综合分析, 全面制定治疗方案。天津传染病医院远建德通过对541例肝炎患者的症状进行分析, 发现有湿象者占全部病例的84.1%, 其中尤以阳黄证和阴黄证为明显。湿象的诸种临床见证中, 以舌苔的变化为突出, 在病情变化之前, 往往首先发生舌苔的变化, 湿象反复出现4~5次以上者, 常为慢性肝炎的征兆。据

此指出, 湿邪在病理上具有缠绵难祛和蔓延流注的特性, 是肝炎发生多种见症的主要病机。提出当“除湿务尽”。解放军172医院何黎明、中医研究院西苑医院陈立华从肝的生理病理特点结合国内外大量临床资料 and 比较了各种治法的利弊后, 指出阳气不足(主要是肝肾脾的阳气)是出现种种不同临床见证的基础。素体阳气不足, 对病邪的反应性有迟速强弱之分, 病程有长短之异。阳气强者必热重, 阳气弱者必湿盛, 且因目前有过用苦寒的趋势, 脾肾之阳往往受遏, 应重视阳气的主导作用, 提出在辨证论治的基础上要时时注意固护阳气, 保持阳气通畅, 气血条达, 以助阳通阳法作为各类治法的基础。

(三) 突出中医特色, 多途径、多方法用药

中医治病方法众多, 除汤剂口服外, 尚有其他途径和多种剂型用药的方法。朱曾柏指出要适当运用粉剂配合汤剂吞服, 如治疗肝脾两虚证食纳太差, 用鸡内金、香砂六君子丸研成极细末, 每次随药吞服3~6克; 如阴虚肝旺兼见脾胃不和者, 以佛手片、玫瑰花研末随药吞服等。白求恩医大二院李学中等通过中药不同剂型治疗肝炎的疗效观察指出: 不同的药物剂型治疗慢性肝炎疗效基本相似, 而丸、粉、散剂药物用量小, 节省药材, 服用方便, 故有推广的价值。吉林市传染病院孟捷提倡多途径给药, 在口服、静脉、肌肉给药有困难时, 可从细管插管鼻饲、经络穴位注射、穴位敷药、鼻腔给药、耳穴给药、呼吸道超声雾化吸入、肠道灌注、腹腔内注射、胸壁敷贴、摩擦吸收、点眼、烟熏和蒸发等途径给药。对于危重病人的抢救, 具有积极的意义。北京市中医医院陈勇、陈增潭等人从1978年开始将该院著名老中医关幼波教授治疗肝病的经验编制成计算机程序。在六年的临床实践中, 不断总结提高电子计算机模拟关老治疗肝病的能力。其临床有效率从第一个程序的67.5%提高到第二程序的80%, 将关老亲自治疗的一组病例的疗效与第二程序计算机治疗的一组病例的疗效进行比较, 经统计学处理, 无显著差异, 反映了计算机第二程序符合关老的辨证论治要求。

(四) 统一中医病名和诊断标准的设想

内蒙中蒙医院胡志坚根据祖国医学有关理论与肝病临床表现,认为现代医学之病毒性肝炎与《医部全录》瘟疫门所载之“肝瘟”相似。根据不同的临床类型,可将“肝瘟”给予如下命名:(1)肝瘟黄疸者,医籍统称“瘟黄”;(2)肝瘟黄疸之急重证可命名为“肝瘟急黄”;(3)肝瘟黄疸久不退者可命名为“肝瘟久黄”;(4)对肝瘟反复出现黄疸且伴有痞块者,命名为“肝瘟癖黄”。对肝瘟无黄疸者,可依其不同情况分别命名:病属初起,命“肝瘟新感”;迁延不愈者命“肝瘟迁延”;病久出现胁下痞块者,命“肝瘟癖积”;对主证已消失,但尚有虚劳、郁证表现者,可命名为“肝瘟遗症”等。作者认为上述做法有如下优点:(1)将祖国医学中散见的与肝炎类似的论述系统化并上升为一种疾病来认识,明确其主要病位,使辨病与辨证紧密结合,有利于提高祖国医学对该病的诊治水平;(2)病名基本上均有书籍为根据,并尽可能保持原意,有利于继承和发扬;(3)既可保持和发扬中医特色,又能在一定程度上与现代医学沟通,有利于医、教、研工作的开展。

二、临床观察

(一) 慢性肝炎

1. 确定主方,辨证化裁

湖南省中医研究所赵志付对52例慢性乙肝患者首先列出常见的18种症状,从中发现胁痛、胁胀、烦躁易怒、乏力、脉弦为其主症,其他次症往往随主症的轻重而相应改变,因此确定从肝论治。其基本方为:柴胡、白芍、郁金、川楝、枳实(或枳壳)。再按肝郁气滞、肝郁化热、肝郁伤阴、肝郁湿热中阻、肝郁脾困、肝郁脾虚、肝郁血瘀等不同证型加味治之。由于慢性乙肝病程较长,又提出用药应注意:疏泄不宜太猛、清热不宜太寒、祛瘀不宜太破、祛湿不宜太燥、养阴不宜太腻、健脾不宜太补等六“不宜”为原则,按照杭州会议规定的诊断和疗效判定标准(以下简称“标准”),临床治愈12例,好转38例,无效2例,总有效率96.2%。52例中,表面抗原阴转17例,复发又转阴者4例。另有10例在治疗前后比较其HBsAg滴度下降显著。西安新城区中医医院杨震等分析了140例乙肝患者的临床症状,认为乙肝主要病机为肝郁化热型为主,拟定白芍茵陈汤为主方,以清肝解郁,其药物组成是:茜草15克,紫草15克,佛手15克,败酱草15克,白芍10克,板蓝根10克,白花蛇舌草15克,上茯苓15克。分肝经血热、湿热蕴滞、气滞血

瘀、肝肾阴虚四型辨证化裁。显效者60例,占42.85%,好转69例,占49.28%,无效11例,占7.85%,总有效率92.13%。桂林中医门诊部黎克忠认为湿热积滞是急性肝炎的共同特点,以清热利湿为主法,自拟茵陈郁金汤为主方:绵茵陈、栀子、黄柏、郁金、枳实、麦芽、丹参、广木香。分肝郁湿阻、肝胃不和、肝郁脾虚、肝肾阴虚、症积等五型随证加减。共治疗61例,近期治愈38例,好转17例,无效6例,总有效率为90.2%。内蒙乌盟医院封万富治疗慢肝47例,根据脘腹痞满、嗳气泛酸、纳少倦怠、苔腻等主症,认为湿浊中阻是本组病例的特征,以芳香化浊法为主,选择藿朴夏苓汤和温胆汤,依偏热、偏寒两证化裁进行治疗。发现对降低谷丙转氨酶有良效,其显效32例,好转9例,无效6例,总有效率为87%。治疗时间最长者87天,最短65天,平均76天。江苏宝应县人民医院李则藩等治疗慢性乙肝30例,认为其病机为虚中夹实,寒热错杂,以调理脾胃为主,选用四君子汤为基本方,进行辨证施治。近期显效者24例,有效者4例,无效者2例,总有效率为90%左右。表面抗原近期阴转率为66%左右。浙江省中医研所潘毓仁治疗乙肝80例,以补为主,清补兼施为原则,用柴胡疏肝散加减,配合滋阴、益气、活血养血等法,强调重用黄芪、升麻的剂量(15~30克)。其有效率为46.25%。上海市中医医院朱彬彬等认为慢活肝的病机属疫毒羁留,正气不足,病变在肝脾二经,以湿热蕴蒸和瘀热在里为特征。以清泄法治疗乙慢肝109例。其基本方为:(1)清肝活血I号方(当归3克,川芎2克,生地3克,赤白芍各3克,川连1.5克,胡连1.2克,芦荟1.5~3克,丹皮2克,丹参3克,紫草3克,刘寄奴3克,鬼箭羽3克)适宜于便秘或便秘、GDT在200单位以下者。(2)清肝活血II号方(茜草12克,黑山栀9克,粉丹皮9克,炒柴胡4.5克,全当归6克,赤白芍各9克,焦白术9克,新会皮9克,生地12克,六月雪12克,白花蛇舌草12克,望江南12克,七叶一枝花12克,马鞭草12克,制军9克),凡不宜服I号方或服I号方无效者改服本方。其总显效率为80.7%,总有效率为94.5%。其中迁肝显效率为80.9%,有效率为95.5%;慢活肝显效率为80.0%,有效率为90%。在运用本法的过程中,发现清泄活血法的疗效高于单纯清泄法和清泄益气养阴法。

2. 成药观察

空军广州医院屈戎英等对1976~1982年间应用五味子制剂治疗的迁延型、慢性普通型、慢性活动型

及早期肝炎肝硬化病例,列为慢性肝炎 328 例进行疗效分析观察,全部病例符合“标准”。其治疗方法采用(1)五味子制剂。降酶丸:五味子粉 3 克,丹参 0.6 克,制成蜜丸或糖衣水泛丸,每日 3 次,每次蜜丸 1 个或糖衣水泛丸 3~6 克。降酶灵:五味子仁的乙醇提取物,加适量淀粉混匀装入胶囊,每粒含提取物 0.15 克(相当于生药 2 克),每日 3 次,每次 2~3 粒。(2)辅助用药。部分病例曾加用转移因子(TF)或中医辨证施治或齐墩果酸、三七、丹参注射液、连柏注射液、维丙胺注射液等。其临床治愈率达 94.6%,降酶作用迅速可靠。本制剂无毒性及较严重的副作用,为长期服药提供安全保证。但本药存在反跳现象,其反跳率 36.51%。反跳形式为转氨酶呈波状下降或先升后降,但持续治疗仍可临床治愈。本组病人接受治疗前 HBsAg 为阳性者 127 例,治愈 118 例,其中 22 例阴转。经用间接凝法检测提示五味子制剂对 HBsAg、抗-HBs 无何影响,反之 HBsAg 阳性患者反跳率显著增加,可能与乙型肝炎的发病机理有密切关系。该院胡肇椿等在上述基础上选用川芎、桃仁、当归各 6 克,制成浸膏片,为一日量,3 次分服。观察治疗了 70 例慢性肝炎,均系连续或反复多次服用上述五味子制剂,逾半年无效者,再加服“川桃片”后,转氨酶 63 例复常,平均为 50.66 天。70 例中 TTT 异常者 12 例,治疗后复常 11 例。其总的近期治愈 63 例,好转 2 例,无效 5 例。证明单用五味子制剂治疗无效时加用川桃片取得一定效果。随访观察一年以上者 63 例,其中复发 22 例。因此认为此方剂确具增强降酶和降低复发率的效果。福建厦门中医院康良石等以鲜橘叶、板蓝根、黄芪、菝葜、梔子根、菜豆壳、元参、葛根、郁金、甘草等加工制成“复方橘叶合剂”,每日 2 次,每次 30 毫升,早晚服,治疗 120 例乙肝近期总有效率为 83.78%。在 120 例中,治疗前除 4 例表面抗原已经阴转外,其余均为阳性,治疗后有 88 例获得阴转,实际转阴率 75.86%。提示本品可能具有抑制或清除乙型肝炎病毒之效。白求恩医大二院李学中等以当归、丹参、川芎、大黄等配制成化瘀效灵丹治疗 216 例各型肝炎,其中对迁肝的有效率达 100%、慢活肝为 84.7%,经动物试验,证明本品无毒副作用,是治疗各型肝炎的有效中成药之一。作者尚在多年临床观察的基础上,以人参、茵陈、柴胡、白芍、甘草等配制成乙肝灵,经 201 例乙肝患者的临床应用,其中 103 例 HAA 阴转,35 例好转,60 例无效,总有效率 70.1%。广西玉林地区中医院赖祥林以板蓝根 15 克,鸡骨草 15 克,阴阳莲 15 克,杭白芍 15 克,田基黄 15 克,北沙参

15 克,北柴胡 15 克,紫丹参 15 克,灵芝菌 10 克,北黄芪 15 克,白茯苓 15 克,炒白术 10 克,配制成乙肝冲剂,治疗 31 例乙肝,每包含生药 20 克,日三服,每次一包,30 天为一疗程,其近期治愈 15 例,好转 8 例,无效 8 例,总有效率 84.2%。一年后随访复查,有 4 例反复。湖北医学院黄天蓉等选螃蟹菊配制成糖浆,治疗慢迁肝 137 例,慢活肝 10 例,对纳呆、恶心、疲乏、头昏有明显疗效,其中对迁肝的有效率为 79.56%,慢活肝的有效率为 80%。

(二) 重症肝炎

吉林市传染病医院孟践在急黄诱发肝昏迷的防治过程中,采用传统的和现代的多途径、多剂型给药和全面监护方法,使本症的存活率从 1958~1969 年单纯用西药治愈的 23.5% 提高到 48.2%。在临床方面从急性重症肝炎诊断的十个指征、诱发肝昏迷的十个因素、发生肝昏迷的十种预兆以及防治中抓“三早”(早发现、早去诱因、早期抢救)、促“三利”(利胆、利尿、通便)、重“三防”(防出血、防感染、防水电解质及酸碱糖代谢失衡)及抢“三保”(保肝、保脑、保肾)等方面施行全面监护。在治疗方面采用(1)经络穴位注射:如在“肝俞”、“胆俞”、“至阳”等穴位注射板蓝根或茵栀黄注射液;在“足三里”注射当归、川芎注射液;“内关”注射维生素 B₁ 注射液以及“章门”、“期门”、“长强”等穴位注射当归、红花、郁金注射液、“涌泉”注射醒脑静注射液等,有加强清解毒邪、扶正强脾及开窍醒神的作用。(2)穴位敷药:在“列缺”、“足三里”、“中脘”等穴位以毛茛敷贴,引起发泡放液以退黄;在“涌泉”穴敷以醋调生附子泥或苏合香丸有助于回阳救逆;“神阙”敷以皂角、半夏、麝香、葱白泥以清利湿热等。(3)鼻腔给药:用瓜蒂散吹鼻、苦葫芦捣烂取汁滴鼻以退黄;通关散吹鼻取嚏以通关开窍。(4)耳针:在耳穴肝、胆、三焦施行针刺“肝炎点”埋针等,有利于利胆退黄、开窍醒神。其他如呼吸道雾化吸入、肛门直肠给药等综合措施,对改善症状、提高存活率起了很大的作用。杭州第四医院施维群回顾了 1977~1983 年中 86 例肝昏迷病例,发现频繁呕吐、或呃逆、或便秘等三症是重症肝炎病势危笃的信号。认为本症的主要病机是湿热蕴结,弥漫三焦,气机逆乱,传导失司,湿浊阻窍。因此,以迅速改善消化道症状,控制以上三症是阻断重症肝炎发展、提高存活率的重要环节。河南淮滨县中医院李锡涛认为治疗毒、湿、瘀、痰、虚是急性重症肝炎的五大要素,提出抓主症顾兼症,特别是从发热、黄疸、昏迷、出血、腹水、腹泻、疼痛七大症状进行治疗的方案:在临床上分疫毒

火热炽盛、湿热毒邪内陷、正虚邪陷内传三个证型，配合饮食护理，取得了较好的疗效。湖北中医学院朱起贵等认为主要病机是热毒炽盛，损伤精血，邪陷心包或湿热蒙蔽心包，或热邪火毒入血伤络，以清热解毒，凉血活血为法，方用茵陈、黄连、山栀、生地、丹皮、丹参、广犀角、赤芍等随证加减配合西药对症治疗63例重症肝炎，存活16例。上海曙光医院著名老中医夏德馨将临床常见的各种黄疸分为症积、阳虚、湿郁、阴虚、气虚、气郁、血瘀等六类。属于症积、血瘀者，以破症活瘀配合清利之剂治之，多选用茵陈、鳖甲、牡蛎、丹参等药；脾虚湿重者以苍术配茵陈为主，阳虚者以附子、仙茅、仙灵脾伍用茵陈之类，气虚则以茵陈配伍参、芪等。夏老认为茵陈是退黄主药，可用至90克，但对气虚、阳虚者，应配伍得宜，以防败胃。大黄对“亚黄”与胆汁性肝硬化、胆汁郁积、急肝黄疸均可用为主药。

(三) 肝硬化

肝硬化是临床重症，为治疗后期肝病难点之一。长春市中医院段英廉等认为导致肝硬变的病机为肝气郁滞化热伤脾，脾失健运，进而伤及肝肾之阴阳，络脉闭塞不通所致，因此在治疗上主张以疏肝、清肝、养肝和通络为主要方法。临床上对出现腹水的患者依其症状分为轻、中、重、特重四型。先以调整肝脾肾三脏的功能为主，间以祛湿利水，其主要方剂为：党参20克，黄芪15克，甘草10克，干姜10克，远志10克，桂枝10克，知母20克，黄芩10克，蒲公英10克，五味子10克，大生地35克，公丁香10克，大枣18枚(擘碎)，黑丑10克，葶苈子8克，杏仁10克。水煎服。并随证出入。在171例肝硬变的治疗中，显效98例(57.3%)，好转52例(30.4%)，无效16例(9.4%)。天津市第二中心医院刘鹭如认为本病同臌胀证，其病因病机为感受毒邪，情志郁结，嗜酒过度等伤及肝脾肾三脏，失治误治，病久迁延导致肝脉

瘀阻，气机失和，水湿停留形成的。以自拟平臌汤为基本方随证施治，其方剂组成为：丹参30克，茜草10克，木香6克，香附9克，郁金9克，柴胡6克，白芍12克，当归9克，白术9克，茯苓15克，陈皮9克，半夏10克，猪苓10克，泽泻10克，姜皮6克，乌药9克，甘草3克。经临床治疗50例，痊愈24例，好转19例。天津中医学院第二附院董国立认为本病有腹水者应以益气化痰，气水并治为基本治法，自拟腹水汤：黄芪30克，党参15克，白术10克，云苓12克，泽泻12克，木通12克，厚朴12克，车前子15克(包)，椒目10克，冲天草30克，半边莲30克，木香10克，枳壳12克，大腹皮15克，黑白丑20克，三棱10克，莪术10克，附子10克，姜皮6克，郁李仁15克，甘遂末1.5克(冲)。水煎服。每日一剂。另有消水丸辅助腹水汤攻逐腹水，其组成为：炒皂矾30克，木香60克，椒目60克，党参30克，山药60克，甘遂30克，巴豆霜15克。共为细末，蜜丸，每丸重3克，每服一丸，日2次，空腹送下，忌盐、碱及甘草。用上法治疗肝硬变腹水64例，腹水基本消退者14例，减少好转者13例，略减者9例，腹水消而复胀者11例，死亡8例，疗效不明(未坚持来诊者)13例，总好转率为56.2%。

(四) 肝癌

陕西省卫生学校王志平以自制之中药阿雄膏外敷配合内服活血攻坚之剂治疗肝癌(经西安医学院一附院、西安市第四医院等确诊为原发性肝癌)两例，均取得了疗效。其方剂制法及用法为：(1)阿雄膏：阿魏60克，雄黄30克，皮硝60克，马钱子30克，麝香3克。先将前四味研成细末，后与葱白捣如泥状，以整体鳖甲一个，将药泥叩敷于右肋肝瘤明显处，药泥与皮肤间涂布麝香，外以纱布包扎固定，一周一换。同时配合内服辨证论治中药，方宜灵活变通，不可太执。

中药治疗皮肤划痕症

河北医学院邯郸分院 鲍国章*

河北省邯郸地区医院 姚文珍*

基本方剂：防风15克，麻黄9克，荆芥15克，薄荷15克，大黄3克，芒硝3克(冲服)，生石膏30克，黄芩15克，连翘15克，滑石15克，栀子15克，甘草9克。日一剂，水煎两次，分早晚服。如兼气虚者加党参、黄芪各15克；兼血虚者加当归、白芍各9克；兼脾虚者加白术、茯苓各9克；兼瘀血者加川芎

9克，桃仁6克；兼痒甚者加蝉蜕、苦参各6克；兼热甚者加黄连6克，黄柏15克；兼寒热错杂者加附子6克，干姜3克。用本方法治疗24例，痒消、划痕试验转阴者20例；痒消、划痕试验转弱阳性者4例。其中服药15剂以下显效者9例；15剂以上显效者15例。

* 现已调到天津市红桥区中医门诊部。