

通阳助阳法治疗乙型肝炎初探

中国中医研究院西苑医院肝炎攻关组

陈立华 关茂会 刘燕玲
姚汉龙 王江河 陈诗林

国内外大量临床资料提示,乙型病毒性肝炎在发病、临床表现及预后转归上都不同于甲型肝炎。乙型肝炎的特点是:青壮年发病比例高,男性多,潜伏期长,起病缓,多数阴匿,无发热或低热,黄疸发生少而轻,转氨酶增高后持续时间长,易反复,转为慢性肝炎或肝硬化者多。我们在近年来用中医理论探讨乙型肝炎的临床特点,摸索出用温阳通阳法治疗本病,现将我们的认识和体会介绍如下。

一、中医理论认为阳气对生命有主导作用,它在生理上首先具有卫外作用。如《素问·生气通天论》载:“阳者卫外而为固也”、“是故阳因而上,卫外者也”。一般来说,疾病初期,病位表浅,阳气亢盛,而在疾病后期,病变深沉,阳气相对较弱。肝炎时外邪入侵,若阳气盛、正气强,可起而与邪剧争,出现湿热熏蒸亢盛,黄疸明显,病位偏上,病势向外,偏于气分等以腑病为主的见证。阳弱者,正气较虚,抗邪无力,可出现正邪相持的局面;故虽然有湿热之象,但与阳盛者相比,则有起病较缓,黄疸较轻或无黄疸,病位偏下,病势隐潜,偏于血分等脏病为主的见证。而阴阳气血俱弱者,则表现为正不敌邪,故临床表现为病势起伏剧烈,重度黄疸、血热妄行迅而转为阳衰阴盛、四肢厥逆,出现内闭外脱等危象。“实则阳明、虚则太阴”,“在阳旺之躯,胃湿恒多;在阴盛之体,脾湿亦不少”,叶天士把人的素体阳气强弱及其相应的临床表现作了简炼的概括。从现代免疫学的角度来看,一般认为细胞免疫对肝病的发展和修复占重要地位。大量的研究证明,肝病时多有细胞免疫异常,但细胞免疫的异常是肝病的原因还是结果尚不能肯定。《灵枢·百

病始生》篇曰:“风雨寒热不得虚,邪不能独伤人,卒然逢疾风暴雨而不病者,盖无虚……此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形”。即言外邪必须与人的易感性相结合才能发病。前述乙型肝炎的潜伏期长,起病缓,黄疸少而轻,恢复较慢,容易转向迁延型或慢性肝炎以及肝硬化,因此,乙型肝炎病毒是一种具有抑制阳气,易于深入营血脏腑和络脉、缠绵难祛的湿热毒邪。

二、阳气具有温养脏腑经脉的作用。肾为阳气之根,内藏“元阳”。在“元阳”的温煦鼓舞下,肝阳得以疏泄气血,温养筋脉;脾阳得以斡旋上下,生化气血。整个脏腑的功能在“元阳”的鼓舞下呈现生气勃勃的局面。设若阳气不足,则气血势必运行滞缓,上下交通因而失畅,整个脏腑功能必将逐渐缓弱无力。加之毒邪入里,无力驱邪,造成正邪相持。在长期相持过程中,脏腑的阳气进一步削弱,一个生机勃勃的脏腑气化活动过程便逐渐趋于僵滞,这可能是肝炎的慢性化原因。大量资料表明,机体细胞免疫功能低下,缺乏清除病毒的防御机能,是导致HBsAg长期滞留体内,从而促使乙型肝炎转向慢性化和发展为肝硬变的原因。据吉林省中医中药研究所的统计,HBsAg持续阳性的198例中,发生肝硬变者48例(24.2%),发生癌变者19例(9.59%);而HBsAg阴性的319例中,发生肝硬变者仅18例(5.64%),发生癌变者3例(0.94%)。可见,阳气不足与细胞免疫功能低下的含义是相通的。因此,扶助阳气,温煦脏腑经络,促使脏腑功能活跃,阳气旺盛,阳气与毒邪由相持转向激化,则可能缩短病程,促使慢性肝炎的恢

复。

在我们治疗的一组(20例)慢性活动型乙型肝炎患者(其中14例行肝穿术得到病理证实)中,运用通阳助阳法,有4例在两周内出现GPT的急剧上升,同时伴有较明显的湿势蒸腾见证,如舌苔黄腻、尿黄、胃纳减少等,然后再改予清热化湿法治疗,其中3例获得显效,使长期不正常的酶、絮试验都能在三周内迅速降至正常,症状亦改善;另1例肝功能在降至正常后发生轻度反跳。这种先升高转氨酶以缩短正邪相持局面的治法由此得到了初步验证。例如患者陈××,男性,31岁,战士,住院病历号101531。三年前发现肝功能异常,HBsAg 1:256, HBeAg(+), 抗-HBe(-), 抗-HBc抑制率99%。于1984年6月入院。经临床及肝穿术病理诊断为乙型慢性活动型肝炎,曾先后服用“复肝能胶囊I号”及中药活血凉血、健脾利湿等方法治疗,肝功能各项指标一直未能正常,1985年3月转由我组治疗。第一步先予通阳助阳方剂12剂,即出现胃纳减退,尿色变深等症状,同时伴有GPT上升至2000单位以上。第二步以清热解毒、宽胸开结为主,三周后症状显著好转,GPT降至200单位。第三步加入小量助阳通络药物,三周后GPT降至130单位以下,症状明显好转,尿色转淡。连续两次肝功能复查结果:GPT 130单位以下,TTT 6单位,胆红素6单位以下,抗原抗体系统:HBsAg 1:64, HBeAg(-), 抗-HBe阳性。临床近期治愈,于1985年6月10日出院。

在无效的3例中我们发现其GPT几乎没有较大的波动,一般均在200~400单位,而且症状多不明显,处于正邪长期相持的局面。因此我们初步认为,不出现正邪的激烈交争,正邪相持的局面就不能终止。中医所谓:“欲降先升”、“上行极而下”等理论,特别是外科对痈疽的认识和治法,对我们不无启发。如《外科正宗》卷一指出:“痈者壅也,为阳,属六腑,毒腾于外,其发暴而所患肤浅,因病原稟于阳分中,阳气轻清而浮,浮故易肿易脓易腐易敛,

不伤筋骨而易治。疽者,沮也,为阴,属五脏,毒攻于内,其发缓而所患深沉,因病原稟于阴分中,阴血重浊而沉,沉故不易肿易脓易腐易敛,伤筋蚀骨而难治。”我们的治疗思路,正是受此启发而制定出来的。

三、阳气宜通不宜郁。正常情况下,阳气内温脏腑经络,外达肌肤皮毛,周而复始地循环,但在湿热、痰浊、瘀血、水饮的影响下,阳气的运行受阻,会加重病情,甚至形成恶性循环。故《内经》指出:“阳气挡隔,隔者当泻,不亟正治,粗乃败之。”多处指出要“疏其血气,令其条达”,“治之各通其脏脉”。上海传染病总院曾报道使用参三七注射液治疗一组(26例)由多种药物治疗无效的血瘀型慢性肝炎,13例于治疗后6周内GPT发生反跳,2例伴轻度黄疸,LBT同时相应增高,有如一次肝炎急性发作。但经坚持治疗,此13例中有12例获得显效,1例好转。他们推测这种现象可能与机体的细胞免疫功能被激发与提高有关。从中医角度讲,正是瘀血将去,阳气得通,邪气有外出之机的表现。在乙型慢性肝炎患者中,除了阳气不足可以形成正邪相持的局面外,更多的是由于瘀血、痰湿等原因造成的阳郁不通,使机体出现了免疫耐受性。因此,疏通阳气在本病的治疗中显得更加重要。

四、由阴引阳,驱邪外出。肝、胆经位于阴阳之界畔,为由阳入阴或由阴出阳之枢纽。任何外感疾病,多按由阳入阴,即由表入里,由浅入深的顺序传变;又按由阴出阳即由里出表,由深到浅的顺序恢复。因此,足少阳胆经气是为疾病能否阻止在阳经及能否由阴出阳的关键,故有“少阳为枢”、“凡十一脏皆取决于胆(《素问·六节脏象论》)”之说。李东垣亦谓:“胆气春升则万化安”,意即少阳阳气若得生长,则五脏皆获生机,反之则不生不化。据此,我们制定了由阴引阳、驱邪外出的治疗方案,如患者杨××,男性,25岁,住院号103230。患者于1984年7月普检时发现HB_sAg阳性,GPT 500单位,未予特殊治疗,11月初GPT 1000单位时症状仍不明显,临床以乙

型病毒性肝炎收住院。经抗原抗体系统检查: HBsAg > 1:256, HBeAg 阳性, 抗-HBc 抑制率 > 50%。肝穿术病理诊断为迁延性乙型肝炎。我们先用由阴引阳、驱邪外出的方法进行治疗, 服药10天后, 出现巩膜黄染、舌苔黄腻、尿黄加重及脘腹胀闷等症, GPT 升至2000单位以上, 胆红素1.6/1.0毫克%, 然后减去引邪出阳的药物, 加强清热解毒利湿的治疗。再服三周, 症状明显好转, 胆红素6单位以下, GPT 800单位, 加入通腑泻热的药物后再服三周, 胆红素6单位以下, GPT 180单位。原方再服三周后, 症状已不明显, 胆红素6单位以下, TTT 3单位, GPT 130单位以下, 以后复查仍全部正常, HBsAg 1:8, HBeAg 转阴, 抗-HBe 转阳, 抗-HBc 53%。临床治愈出院。出院后随访, 第一个月肝功能全部正常, 第二个月肝功能仍正常, HBsAg 转阴, HBeAg 仍阴性, 抗-HBc 抑制率78%, 获得了较满意的疗效。

运用本治法亦曾引起某些医师的顾虑, 认为有可能会引起碎屑样肝坏死, 但我们实践表明, 转氨酶的升高及下降, 症状的出现及消失, 都与中药的变化有关, 而且出现药后高酶者, 都能取得较好的效果。据Don及Ken氏等从体外实验观察到的所谓碎屑样肝细胞坏死, 是指单核的细胞(包括T及K细胞), 在肝实质中的浸润, 通过T细胞的淋巴毒及K细胞的杀伤作用使单个肝细胞消失; 并不是以中性白细胞浸润及渗出为主的“坏死”, 且暴发性肝炎被抢救成功者证明: 肝细胞大块坏死后常不产生硬化。此外, 大多数肝细胞碎屑样坏死改变也不遗留纤维化。相反, 另有一些虽然肝细胞并无坏死, GPT一直正常者却不断发展为肝硬化。

上述方法是我们在治疗慢性乙型肝炎临床工作中的初步观察和体会, 但却提供了治疗方面的新途径, 有待于继续总结经验, 以提高中医中药治疗乙型慢性肝炎的疗效。

加味三香汤治疗胸胁挫伤24例小结

湖北省松滋县人民医院 文 晖

胸胁挫伤是一种常见病症, 其中有不少病例属于气滞证候, 我们采用《温病条辨》中三香汤加味治疗24例, 收到较好效果, 现介绍如下:

一、临床资料

24例中, 男16例, 女8例; 21~40岁11例, 41~59岁13例; 发病10天以内15例, 10天以上9例。其中伤势较重的6例经X线胸片检查未见器质性病变。

二、治疗方法与效果

本组病例均在门诊以加味三香汤治疗。药物: 全瓜蒌12克, 降香10克, 郁金10克, 炒栀子6克, 香豉8克, 桔梗6克, 枳壳8克, 川芎8克, 田七4克。水煎服, 1日1剂。若疼痛甚者加元胡、制乳没, 暖气加香附, 咳嗽加杏仁; 兼瘀者加桃仁、红花。经治疗后, 临床症状消失, 局部无压痛者为痊愈, 共18例; 临床症状显著减轻, 压痛不明显者为显效, 共5例; 临床症状无改善者为无效, 1例。

三、病案举例

李××, 男, 31岁, 1984年3月12日门诊。因骑车不慎跌倒, 致右侧胸胁挫伤疼痛2天, 于深呼吸或咳嗽时则疼痛增剧。检查局部皮色如常, 压痛不果中, 胸廓挤压试验(-), 摄胸片未见异常。舌脉如常。此缘外伤致使气机不畅, 郁滞胸胁为患, 治宜行气开郁, 兼以活血。拟全瓜蒌12克, 桔梗6克, 枳壳8克, 炒栀子6克, 香豉8克, 郁金10克, 降香10克, 田七4克, 制乳没各10克。服2剂后, 胸胁疼痛明显减轻, 但局部按压稍感不适, 前药继服2剂而告痊愈。

四、体会

胸胁挫伤, 以往多以活血化瘀之剂如复元活血汤等治疗, 但有时疗效并不理想。本文以全瓜蒌、桔梗、枳壳直达上焦、开利肺胸、畅通气机; 再以栀子、香豉、郁金、降香清热解郁、调气疏滞; 加川芎、田七兼治血瘀。由于药证合拍, 适宜病机, 所以在临床运用中收到较好效果。