

四 诊 研 究

慢性乙型肝炎的舌象和辨证分型探讨

宁波市传染病医院 陈 汉 诚

宁波市中医院 徐 文 达

慢性乙型病毒性肝炎(下称慢性乙型肝炎)的中医辨证分型,目前尚无统一的标准⁽¹⁾。舌诊是祖国医学望、问、闻、切四诊中最直观、最客观的诊断方法之一,它反映了正气、邪气、病症、病位、预后等各方面的情况。本病有时无脉、证、病史等方面的依据,但其舌象变化(舌体、质、色、苔、脉等)却能提供阴阳表里、寒热虚实、脏腑气血各种病理变化的特征⁽²⁾。我们对524例慢性乙型肝炎患者进行了为期6个月~2年的舌象、病情、实验室指标的对照观察,试图发现它们之间的联系。今报告结果如下。

资 料 和 方 法

一、病例选择

本组男420例,女104例,共524例。均为1984年7月~1986年6月宁波市传染病医院住院和门诊患者。年龄16岁以下2例,16~55岁515例,55岁以上7例。肝炎临床分型:慢性活动型290例,慢性迁延型234例。其中伴甲型病毒性肝炎重叠感染52例,伴胆结石45例。慢性乙型肝炎的诊断符合1983年11月郑州全国病毒性肝炎学术会议修订标准(HBeAg、抗-HBeIgM用ELISA法,药盒由上海市传染病总院提供;HBV-DNA用斑点杂交法,药盒由同济医科大学提供)。甲型肝炎以抗-HAVIgM(ELISA法)阳性确诊。胆结石以B型超声和临床特点确诊。

二、观察方法

对每例患者,均由2名中医师观察确定舌象。患者午休起床温水漱口后15分钟,利用

室内散射光线,自然姿势伸舌,记录结果。典型病例拍摄舌正、腹面彩色幻灯片,部分加摄舌侧面片。于治疗前、疗程结束及追踪观察时3次拍摄进行观察,并记录病史、症状、体征,根据四诊所得作中医辨证。舌象观察内容包括舌质正常、淡白、红、绛、紫;舌体正常、胖大、胖嫩、齿痕、瘦小、裂纹;舌苔薄白、白腻、白兼黄、黄腻、灰黄、花剥、光剥、苔的干湿度(润、滑、腻、干);舌脉(指舌腹面静脉)正常、分枝增多、结节、增粗、扭曲和颜色淡、红、紫⁽³⁾等。

观 察 结 果

一、舌象和临床表现

可分为以下六种变化。

(一) 湿热型:舌质红或绛,甚者起芒刺;舌体正常大;舌苔黄白相兼、黄、灰黄,大多见腻而干;舌脉色红绛。伴发热,口干,尿赤,便干,皮肤色黄鲜明多见,牙龈及鼻腔出血,脉弦滑、数。类似慢性活动型肝炎活动期。共164例。

(二) 气郁湿滞型:舌质、舌体改变不明显;苔薄白、白腻、白滑,不干燥;舌脉无明显变化。伴两胁走窜样痛,恶心纳呆,腹胀便溏,烦躁易怒,脉细。证属肝郁脾虚湿滞。类似慢性活动型肝炎静止期和慢性迁延型肝炎。共117例。

(三) 血瘀型:舌质紫黯;舌体胖或正常大,舌面瘀斑,侧面常见;苔薄白、润;舌脉数量增多、变长、扭曲,甚至结节样改变,色青紫。右胁部刺痛不移,肝、脾肿大,质地改

变,压痛。面色晦黄,肝掌,蜘蛛痣,脉沉细而涩。类似伴肝外表现明显的部分慢性活动型肝炎及极少数慢性迁延型肝炎(个别经肝穿刺证实)。共74例。

(四)肝阴不足型:舌质边尖红;舌体瘦小,舌裂,严重者若地图样,舌稍干;苔薄白、薄黄、花剥或光剥;舌脉有轻度的血瘀证变化或正常。伴低热、盗汗、失眠、心悸、头晕、下肢痠、月经不调等肝肾两亏症状,脉细数。多见于慢性迁延型肝炎或部分慢性活动型肝炎。共114例。

(五)脾肾阳虚型:舌质淡;舌体胖嫩,齿痕明显;舌苔薄白滑或腻;舌脉色淡。常伴面色土黄或皖白,全身虚浮,腹水,肢肿,乏力,纳差,便溏,少尿,脉沉细或迟。证属脾肾两亏,湿浊不化。类似有腹水或失血后的慢性活动型肝炎。此型最少见,共17例。

(六)正虚湿郁化火型:舌质淡;舌体胖,有齿痕,但边尖反见红色;苔黄白相兼、黄、花剥均有;舌脉可见轻度改变如增粗、变紫等。伴畏寒发热,腹胀,腹痛,腹水,虽发热但不口渴,脉沉细或浮大均有。证属湿郁化火,气血运行紊乱,肝、脾、肾阴阳俱受损,造成正虚邪实,寒热错杂的证候。类似慢性活动型肝炎伴感染。共38例。

二、辨证分型与病情、并发症的关系

表1示,湿热型中病情重者较多,明显多于气郁湿滞($P<0.01$)、肝阴不足($P<0.01$)、血瘀型($P<0.05$),脾肾阳虚、正虚湿郁化火两型中病情重者也较多。湿热型中死亡者较其他型为多;经分析,正虚湿郁化火型中的肝硬化患者较肝阴不足型和气郁湿滞型中的明显增加($P<0.05$ 和 $P<0.01$);气郁湿滞、肝阴不足型中的胆石症者较湿热型中者明显增多(P 均 <0.01);脾肾阳虚型中伴甲型肝炎者较湿热型明显增多($P<0.01$)。

三、辨证分型与实验指标的关系

测定HBeAg、抗-HBcIgM、HBV-DNA共500例,内有湿热型157例,气郁湿滞型110例,血瘀型72例,肝阴不足型112例,脾

表1 辨证分型与病情、并发症的关系

分 型	总例数	死亡例 (%)	病情较重 例(%)	并 发 症 例(%)		
				肝硬化	胆石症	甲型肝炎
湿 热	164	5(3.0)	29(17.7)	6(3.7)	3(1.8)	16(9.8)
气郁湿滞	117	0	4(3.4)	0	11(9.4)	14(12.0)
血 瘀	74	0	4(5.4)	3(4.1)	5(6.8)	13(17.6)
肝阴不足	114	2(1.8)	3(2.6)	3(2.6)	13(11.4)	13(11.4)
脾肾阳虚	17	0	2(11.8)	1(5.9)	0	6(35.3)
正虚湿郁化火	38	1(2.6)	4(10.5)	5(13.2)	3(7.9)	4(10.5)

* 指总胆红素 >5 毫克%,凝血酶原时间 >24 秒者

肾阳虚型15例,正虚湿郁化火型34例。测定结果,单项阳性率以湿热型为最高(66.9%),气郁湿滞型次之(45.5%),其余依次为肝阴不足型(40.2%),血瘀型(27.8%),正虚湿郁化火型(11.8%),脾肾阳虚型(6.7%)。其中湿热型显著高于其他五型(P 均 <0.01);气郁湿滞型显著高于血瘀型($P<0.05$)、脾肾阳虚型($P<0.01$)和正虚湿郁化火型($P<0.01$)。

表2示,湿热型患者补体 C_3 、总胆红素(SB)值增高,凝血酶原时间(PT)延长;脾肾阳虚型和正虚湿郁化火型患者,其凝血酶原时间也均延长达20秒以上。

表2 各型患者三项指标变化情况

分 型	补 体 (毫克/毫升)	凝血酶原时间 (秒)	总胆红素 (毫克%)
湿 热	$1.14 \pm 0.04(70)$	$21.7 \pm 0.22(123)$	$5.0 \pm 0.19(164)$
气郁湿滞	$0.97 \pm 0.07(35)$	$16.2 \pm 0.30(85)$	$2.7 \pm 0.15(117)$
血 瘀	$0.73 \pm 0.05(52)$	$17.5 \pm 0.43(51)$	$4.9 \pm 0.22(74)$
肝阴不足	$0.90 \pm 0.06(67)$	$16.8 \pm 0.34(74)$	$2.8 \pm 0.16(114)$
脾肾阳虚	$0.76 \pm 0.22(17)$	$23.5 \pm 0.75(16)$	$2.4 \pm 0.60(17)$
正虚湿郁化火	$0.68 \pm 0.12(36)$	$20.1 \pm 0.52(35)$	$3.4 \pm 0.35(38)$

注:表内数字为均值 $\pm$ 标准误(被测例数)

讨 论

乙型病毒性肝炎的病因,中医一般认为由“湿邪”、“湿毒”引起⁽⁴⁾,慢性乙型肝炎也不例外。由于湿性重浊粘腻,蕴久化火,灼伤肝阴,与气血津液胶结,造成病理产物的积聚,如湿滞、气郁、血瘀、痰积等;进一步发展又可伤及脾、肾,使精、气、神耗损,使病情呈慢性

进行性变化。反映在临床上表现为舌象、证候由湿热型向气郁湿滞、血瘀、肝阴不足及脾肾阳虚、正虚湿郁化火型的转变。

一、湿毒稽留，为大部分慢性乙型肝炎的主要病因，慢性乙型肝炎湿证表现明显者，主要是湿热和气郁湿滞型。两型共 281 例，占总病例数的 53.6%。

乙型肝炎病毒标记物HBcAg、抗-HBcIgM、HBV-DNA 是公认的乙型肝炎病毒复制指标，其单项阳性率，湿热型、气郁湿滞型，较其他四型高。这种高的病毒复制率，与患者湿证的舌象、证候完全一致。而随着病情变化，湿证的逐步减轻或久郁化火，以上 3 项指标阳性率也相应降低。

二、湿热蕴积，郁久化火及肝、脾、肾阴阳虚损是病情重、预后差的主要原因。湿热型、脾肾阳虚型和正虚湿郁化火型中病情重者较多，尤以湿热型为突出，死亡病例也以湿热型为最多。

凝血酶原时间(PT)较敏感地反映了肝脏功能的损害程度。湿热型、脾肾阳虚型、正虚湿郁化火型均超过 20 秒，较其他三型增高；总胆红素也以湿热型为最高。

三、舌象及证候的变化反映了病情的进退。在临床上，湿热型舌象可出现三种变化。第一种，湿热证继续进展，舌质绛、干，苔老黄、灰等。临床可出现清窍蒙蔽之神昏；灼干津液、筋脉失养之抽搐；热迫营血之吐衄和热蓄下焦、肾阴亏竭、气化不行之无尿等，甚则死亡。第二种，随着病情的缓解和稳定，证候和舌象呈现各种病理产物积聚(如血瘀)和肝阴亏损的变化，此时，肝功能渐趋正常，乙型肝炎

炎病毒复制指标阳性率下降，重症率及病死率下降，补体₃处于中等水平。第三种，出现脾肾阳虚和正虚湿郁化火的舌象和证候变化，肝、脾、肾虚损症状明显，出现虚实兼夹、寒热错杂的复杂局面。病情由于正虚而加剧，重症率也随之有所增加，C₃处于低水平；但相反，乙型肝炎炎病毒复制指标阳性率最低。说明湿毒已非主要病因，其病情的危重与正虚有关。

四、本文归纳的六型分证有利于观察病情、确定治则。对于舌质红绛、苔黄持续不化者，应加强观察，每 3~5 天反复查 PT 和 SB 的变化，防止病情恶化，治疗应加强清热、化湿、解毒，以祛邪为主。对脾肾阳虚型及正虚湿郁化火型则应针对脏腑虚损的程度，适时应用补肝、健脾、温肾，以扶正为主；而对虚实兼夹、寒热错杂者尤应扶正祛邪、攻补兼施，防止恶化。总之，对慢性乙型肝炎，由于湿毒稽留，气血运行紊乱，各种病理产物积聚，最后造成肝、脾、肾三脏为主的全身性虚损，应根据六型分证，进行合理治疗，有助于扶正祛邪，使之渡过危险期，提高治愈率。

我们认为，根据舌象、证候进行六型辨证，结合实验室变化，具有比较客观、简明、易于掌握的特点，可有效地指导临床。

本文承钟一棠主任医师、洪善貽副主任医师审阅，特此致谢。

参 考 文 献

- (1) 朱曾柏：中医杂志 23(9):48, 1982。
- (2) 北京中医学院：中医舌诊。人民卫生出版社，第 2 版，1977。
- (3) 陈泽霖等：舌诊研究。上海科技出版社，91~154 页，1965。
- (4) 王灵台等：中医杂志 26(1):24, 1985。

槲 木 治 疗 大 漆 皮 炎

福建省顺昌县建西医院 陈 奕 培

大漆皮炎，是南方林区一种常见的过敏性疾病。笔者用民间土方漆虎(即槲木)治疗本病，收效迅速，现介绍如下：

槲木(*Aralia chinensis*. L.)别名老虎刺、鸟不宿，

味苦微辛、性温，有除湿消肿、活血止痛作用。

用法为将槲木茎切碎，取 250~500 克，加水 3000~4000 毫升，煮沸半小时去渣，乘热倒入脸盆，先熏患处，待水温后再洗患处，每天 1~2 次。