

论 坛

慢性乙型肝炎中医亟待解决的问题及反思

徐守常¹ 章期生²

主题词 肝炎,乙型/中医病机 肝炎,乙型/中医疗法

据报道,我国由于乙型肝炎引起肝功能不正常约有三千万人,若对照 1995 年 5 月北京第五次全国传染病寄生虫病学术会议讨论修订的《病毒性肝炎防治方案(试行)》诊断标准,其中有相当多的患者为慢性乙型肝炎(以下简称慢乙肝)。目前西医对此病尚无特效方法,众多患者均寄希望于中医中药,故为中医临床诊治最多的疾病之一。多年来中医中药治疗慢乙肝取得了不少成绩和经验,有关慢乙肝的报道最多,但争议也大,这给基层中医临床工作者带来了一定的困惑,使之无所适从。“九五”国家中医药科技攻关计划把慢乙肝的研究列入重点任务。现就中医临床中对慢乙肝的诊断、治疗和疗效评估的几个亟待解决的问题,结合本人看法一并提出,供同道商讨。

1 诊断与立法

1.1 关于病因病机:作为一种传染病,乙型肝炎有其特有的病原体和发病规律。中医病因病机的总体认识也应当是一致的。目前有杂气致病说、伏邪致病说和内外相召致病说,这三种说法基本符合乙型肝炎的发病规律和特点。现代医学认为乙型肝炎病毒(HBV)是乙型肝炎的特异性病原体,具有传染性、嗜肝性、潜伏性等特征。其导致慢性持续性乙型肝炎的机理,可能包括病毒和宿主两方面的因素;特异性细胞免疫反应是引起乙型肝炎慢性化的重要原因之一^[1]。这与中医的外感病邪,伏而待发,脏腑功能失调而致病有相吻合之处。

应当指出病毒性肝炎甲、乙、丙、丁、戊 5 型(现已发现己、庚两型),它们的传播途径、方式、病理机制、临床变化及预后转归是不同的。特别是乙型慢性活动性肝炎具有的亢进性、衰退性、失调性等错综复杂的病

理变化,不等同于其它病毒性肝炎,作为基层中医工作者应该了解。

1.2 关于辨证分型:慢乙肝的辨证分型一直是争论较多的问题。1992 年中国中医药学会内科肝病专业委员会制定了《病毒性肝炎中医辨证标准(试行)》,把慢性肝炎分为 5 型,这无疑对规范本病的辨证是一个进步。在此之前慢乙肝的证型既不统一又较繁杂,慢乙肝的证型多达 46 种^[2]。分型论治具有一次性辨证的特点,便于总结与比较,却忽视了型的可变性与各型之间错综复杂性、互见性。因此分型论治存在着明显的主观性。实践证明慢乙肝这类难治病,病机十分复杂,用简单的分型很难说明疾病的本质^[3]。这也就是《标准》不易普遍推广运用的主要原因。

《标准》为了便于操作,提出了主症与次症,但也不够规范准确。据有关方面统计:慢乙肝患者主诉乏力占 81.3%,胁痛占 68.6%,脘腹胀满占 59.3%,纳差占 52.3%^[3],若按此辨证,大多数可归入脾虚肝郁型中。另据报道,慢乙肝出现黄疸仅占 2.7%^[4],但实际上湿热中阻证却居慢乙肝之首,若按主症身目发黄,色泽鲜明来判断显然不符合。

1.3 关于辨证:80 年代以来,中医界围绕着“证”的问题,展开了激烈的辩论和研究,投入了大量人力物力。如果证的概念和定义不清,势必影响慢乙肝的诊断和治疗,杨维益等提出:目前中医临床水平处于较缓慢的发展状态,就是概念混乱的“证”不足以提高临床疗效的明证^[5]。同是统编教材《中医基础理论》和《中医诊断学》对“证”下的定义也不尽相同。这不仅使年轻的中医工作者感到无可适从,老一代中医也感到忧心忡忡。传统中医理论是一种直观的思辨医学,观察者以主观思维为主,不可避免的,带来了主观性和随意性。这种主观性和随意性找不到一个统一的被大多数人都接受的指标。辨证论治是中医的特色,证是临床的核心,只能在有症状可资辨别的情况下,辨证才有意义,无症状表现者也就无证可辨。慢乙肝病人可以隐匿起病,也有无症状首次发病即为慢乙肝。因此大量的慢乙肝被漏诊、误诊。这可能与肝脏强大的代偿储备和再生能力有

1 浙江省淳安县肝病防治中心,浙江省淳安县千岛湖镇四马巷 1 号(311700)

2 浙江省淳安县第一人民医院传染病科

收稿日期:1998-02-03

关^[6]。再者慢乙肝的临床表现与肝脏病理变化严重程度不一定呈平行关系,有时肝脏病变很显著而临床表现并不明显,例如一组 122 例经病理证实的慢活肝患者,转氨酶及 γ 球蛋白轻度异常,而大多数病人(90%)无明显症状^[1]。

1.4 关于辨病:病名是反映疾病全过程的总体属性、特征或演变规律的诊断概念,它是由病因、病位、病性、主症或特征等某一方面或几方面综合命名的。目前中医把慢乙肝病命名为黄疸、胁痛、虚劳、症积等,并明令要写在中医病历上,这实在使许多医生难以接受,且患者也不解。明明是肝脏疾病,却名之以它。黄疸、胁痛、虚劳、症积实系它病或慢乙肝的某一阶段的表现,并不反映疾病的本质。再者,乙型病毒性肝炎可以出现许多肝外表现:如关节炎、肾小球肾炎、甲状腺炎、心肌炎、胸膜炎等,有些出现的比例还比较高,如关节炎(12%~27%)、肾小球肾炎(26.5%)^[1]。如果以中医命名,还要得出痹证、水肿等许多病名,这势必使慢乙肝的诊断变得更加繁琐和混乱。

中国中医药学会理论研究专业委员会在第四届中医药理论研讨会上指出:中医的病可与现代疾病并存,如心脉痹阻(心痹);同样现代医学的疾病名称也可以被中医所移用^[7]。

“病毒性肝炎乙型慢性(轻、中、重)”这个病名把病因、病位、病性讲得一目了然,中医完全可以接受,实际上已经逐步接受。笔者统计近 5 年来中医期刊上有关本病的报道,都冠以西医病名,而且与乙肝相关的疾病,如肾小球肾炎、关节炎、胃痛、胁痛等都标明是乙肝病毒所引起的,并有乙肝病毒标志等免疫学指标,这无疑是中医的进步和发展。

2 治疗与方法

2.1 治疗原则:慢乙肝病变涉及面广,病情复杂多变,持续时间日久。据中医“正气存内,邪不可干”以及“久病必虚”的理论,治疗原则上应着重扶正,“正气复,邪必自去”。但多年来许多人使用健脾益气、滋补肝肾等方法,较长时间使用,效果并不理想,有的还趋向恶化。笔者赞同有的专家提出的观点:中医对慢乙肝的整体宏观辨证有虚实寒热之分;但从微观辨证分析研究,应以“热”以“实”为根本。我对雍履平提出的治疗慢乙肝“祛邪务专务尽”;“避其毒气,祛除毒气不无为第一要义”的认识深有同感^[8]。当然也不是一味的祛邪,应根据慢乙肝各个阶段的不同情况,或以祛邪为主辅以扶正,或祛邪与扶正并施。

肝为藏血之脏,易亢易郁;乙肝病毒深伏肝脏,入于血分;湿助瘀毒,气血同病,祸及肝胆脾胃。常见有纳

差、神疲、腹胀、胁痛、心烦、呕恶、苔黄腻,甚则出现肝脾肿大、肝掌、蜘蛛痣等症,病程较长,迁延不愈,湿热瘀毒贯穿疾病的全过程。由于邪毒伤正,也可以出现脾气虚弱的现象。因此在治疗上应以清化肝胆湿热、凉血化瘀解毒为主,配合以健脾理气、滋补肝肾等法,因时因地因人制宜,或一法为主,或多法联用。近年来有人用肝病治胆、肝病治风等法来治疗慢乙肝,收到一定的疗效,笔者认为是有意义的尝试。

2.2 专方专药:赵锡武指出:中医“治病所用方剂,有已成熟者,有尚未成熟者,成熟者专病专方,未成熟者一病多方”。就连被尊为辨证论治体系鼻祖的张仲景也随机选用专方专药,如乌梅丸治蛔厥、鳖甲煎丸治疟母、半夏厚朴汤治咽中炙脔,还为胸痹、湿热黄疸、痰饮致咳逐一开列瓜蒌与薤白、茵陈与大黄以及细辛、干姜、五味子等专药,我们现今仍广泛使用。如何将中医方药由传统剂型成功地改成冲剂、片剂、膜剂、气雾剂、针剂之类新剂型的问题,已成为中医学术理论发展特别是中医诊治急重症成败的重要因素之一,同时也向辨证论治提出挑战。临床医师须正确处理辨证论治与专方专药的关系,以便为有关病证不断地总结出相应的专方专药。

笔者统计《中医杂志》1992 年起所发表的中医药治疗慢乙肝病的报道共 27 篇,其中 21 篇是用专方专药治疗的。根据多家实验研究,对乙型肝炎病毒(HBV)有抑制作用的中草药有柴胡、大黄、黄柏、黄连、黄芩、连翘、贯仲、佩兰、丹参、厚朴、赤芍、郁金、虎杖、茯苓、五味子、茵陈、白花蛇舌草等,方剂有茵陈蒿汤、小承气汤、黄芩汤、小柴胡汤等^[8,9]。笔者多年使用大柴胡汤加减治疗慢乙肝数百例,疗效颇可,病毒等客观指标逐渐减轻乃至消失。开始用此方加佩兰、猪苓、连翘、紫草、白花蛇舌草等汤剂服用 2 月左右,俟症状和体征、肝功能稳定,再用大柴胡汤合甘露消毒丹方意制成丸剂,间断服用 6 月以上。

2.3 关于治疗时间:慢乙肝发病机理十分复杂,涉及机体内外环境失调的各个方面(包括病毒及机体的免疫反应),病程较长。笔者复习文献资料发现大多为 3 年至 5 年以上,少数还有 8 年至 10 年的。如果以传统中医的治疗概念,5 剂可知 10 剂则效,最多 1 月可愈的观念是不可能的。现在公认对乙肝病毒有作用的西药干扰素治疗慢乙肝的时间为 6 个月或 1 年以上才能见效(有效率为 30%~50%,停药还可能出现反跳)。日本用小柴胡汤治疗慢性肝炎及艾滋病,其疗程为 1 年至 4 年 9 个月^[10]。这方面的经验对于我们治疗慢乙肝应该是个启示。笔者看到有关治疗慢乙肝的报道,治疗时间

仅为 1~2 月,这是不现实的。慢乙肝属自身免疫性疾病,临床呈慢性迁延过程,免疫反应复杂且反复发作,治疗时间不能少于 6 个月,中重度的病人需 1 年或更长时间。

2.4 关于剂型:制剂的研究也为“九五”国家中医药科技攻关重点。慢乙肝治疗周期长,如果长期使用汤剂,患者难以坚持。笔者认为一旦找到有效方剂即予以固定,改制成丸剂或粗末颗粒冲剂等,这既给患者带来方便,又可以从中筛选有效中药单体,更有利于总结出确切有效能够重复的方药。回顾研究青蒿素治疗恶性疟疾,日本发明用甘草次酸(强力新)治疗病毒性肝炎,都是制剂上的突破,这不能不对我们是一个启发。

2.5 关于中药剂量和副作用:前人有“中医不传之秘在量上”之说,慢乙肝为湿热瘀毒胶裹,脾虚胃弱,根深势笃,治疗应缓图之,不能求速效而用重剂。笔者曾见到因使用茵陈、山豆根剂量过大,而致呕吐腹痛而不得不停药的许多病例。曾有报道:乙肝病人在使用黄芪时应顾及转氨酶是否稳定,转氨酶偏高时一般不用或少用,否则会延缓病情恢复^[11]。有人发现:活血药在运用的时机、剂量、具体活血药物的选择与配伍方面都与病情变化息息相关。如丹参用量偏大容易导致 ALT 升高,凝血功能改变;某些清热解毒药物也有许多副作用,如青黛使用不当往往会引起黄疸;某些补益药如党参、黄芪使用不当容易延缓 ALT 的下降;生地黄、熟地黄使用时间过长会导致胶体试验的变化^[12]。

笔者注意到临床有人使用六神丸、片子黄等中成药,民间用单方重楼(七叶一枝花)、黄独、千里光、蟾酥、鱼苦胆治疗慢乙肝,如使用时间偏长,剂量偏大是很危险的,因为这些都会引起肝脏损害,可能会出现意外,应慎重对待。

3 关于疗效评估

目前判断病毒性肝炎是否获得根本治愈,在于病毒指标是否阴转。随着酶免法(ELISA)和放免法(RIA)的使用,以及 HBV-DNA 的检测方法及聚合酶链反应(PCR)技术的应用,使检测乙型肝炎病毒方法更为敏感可靠,特异性更强。田庚善教授指出:评价一种药物对乙肝病毒的疗效似不宜以 HBsAg 阴转为指标,而应以 HBV-DNA、DNAP(DNA 多聚酶)及 e 抗原为指标。以这 3 项为指标重新评价我们曾经试用过的各种药物,特别是中草药是很值得研究的课题^[13]。

肝功能是判断肝细胞损害程度的重要指标,若用药得当会平稳渐降。但也有部分人在用同一方药后先升后降,据国内外资料报道,有不少患者在乙肝病毒指标转阴时也会出现 ALT 及 AST 升高。如上海传染病

医院使用参三七注射液治疗一组慢乙肝患者,用药 2 周后有部分患者出现 ALT 及 AST 升高,甚至出现黄疸,有一次肝炎发作。但坚持用药后,这些患者都能获得较好的疗效。他们推测这是与免疫功能得到激发有关。

中医药治疗慢乙肝疗效的优劣,应该与症状和体征变化紧密相关,尤其应与脾胃功能是否得到恢复相关。

对于疗效的观察时间,应有 12 个月至 24 个月的中远期随访,以判断其疗效的持久性和可靠性。以前关于治疗慢乙肝的许多报道,观察时间均较短,应该予以重视。

笔者建议,中国中医药学会应尽快修订《病毒性肝炎中医辨证标准(试行)》和《病毒性肝炎中医疗效判定标准(试行)》,使之与中华医学会传染病寄生虫病学会《病毒性肝炎防治方案》协调一致,同步实施,这有利于推动中医对慢乙肝治疗水平的提高。

4 参考文献

- 1 戴自英主编. 实用内科学(上册). 第九版,北京:人民卫生出版社,1993:38.
- 2 钱英,喻森山. 中医肝病研究近况. 中医杂志,1994,33(12):750.
- 3 陈立华. 肝炎辨证论治中的几个基本问题. 中医杂志,1992,33(11):691.
- 4 金实,陈全良. 丙型和乙型慢性肝炎的临床表现及中医辨证的比较研究. 中医杂志,1994,35(9):539.
- 5 杨维益,王天芳,陈家旭,等. 关于中医证的概念及其定义的思考. 中医杂志,1996,37(6):371.
- 6 毕绍先,戴淑文,李定坤. 各型病毒性肝炎穿刺活检的体会. 中级医刊,1986,21(2):84.
- 7 中国中医药学会理论研究专业委员会. 中医药理论的若干问题探讨. 中医杂志,1994,35(8):459.
- 8 雍履平. 我对乙型肝炎的再认识. 中医杂志,1995,36(5):308.
- 9 李文. 中草药抑制 HBV-DNA 的实验研究. 中医杂志,1997,38(1):46.
- 10 张志军. 日本对小柴胡汤的研究. 中医杂志,1993,34(10):622.
- 11 陈立华. 丙型肝炎的特点及中医治法. 中医杂志,1994,35(10):622.
- 12 陈立华. 中医中药治疗病毒性肝炎的疗效评估. 中医杂志,1995,36(10):621.
- 13 田庚善. 传染病的现状与展望(上). 中级医刊,1985,20(6):324.

更正:本刊 1998 年 3 期 143 页文章作者单位应为“浙江省嘉兴市妇幼保健院”。