

中医辨证治疗慢性活动性乙型肝炎 80 例临床观察

薛焕德¹ 刘晓艳²

摘要 通过对 80 例慢性活动性乙型肝炎(CAHB)分析,认为其病机以湿热中阻为主,多兼瘀血阻络。本病病程、年龄、血浆白蛋白、球蛋白、HBeAg 阳性率与辨证分型无相关性,但如丙氨酸转移酶(ALT)超过正常值 6 倍和黄疸出现可作为湿热中阻型诊断的客观指标。本病湿热中阻型与肝郁脾虚型的 ALT 最易复常,肝肾阴虚型难于治疗,疗程长且疗效较低。本病病机演变的关键是湿热疫毒,其治疗当立足湿热,兼顾瘀血,分清主次,辨证施治。

主题词 肝炎,乙型/中医药疗法 肝炎,慢性活动性/中医药疗法

笔者对我科 1993 年~1996 年间收治资料完整的 80 例慢性活动性乙型病毒性肝炎(CAHB)患者进行分析,试图探讨本病的中医辨证论治规律,以指导临床治疗,现报告如下。

1 临床资料

80 例均为住院病人,其中男 58 例,女 22 例;年龄 17~74 岁,平均 39.2 岁。病程 7 个月~17 年,平均 38.3 个月。所有病例 HBsAg 均阳性。全部病例的诊断均符合 1990 年上海会议修订标准^[1],排除肝硬化病人。

2 治疗与观察方法

2.1 辨证治疗:全部病例的辨证分型均分为一个主症和一个兼症两部分。根据临床表现主症分为 4 个证型,(1)湿热中阻型,治以清利湿热,方药选茵陈蒿汤或龙胆泻肝汤加减;(2)肝郁脾虚型,治以疏肝健脾,方药选逍遥散加减;(3)肝肾阴虚型,治以滋补肝肾,方药选一贯煎加减;(4)瘀血阻络型,治以活血化瘀,方药选膈下逐瘀汤加减。此外,兼症分为瘀血阻络、湿热中阻、肝郁气滞、肝肾阴虚、脾虚湿困等 5 个证型,配合主症方药予以相应加减治疗。

主症的诊断按照 1991 年天津会议制订的辨证标准^[2],兼症的诊断也参考此标准。

2.2 观察方法:观察各种证型的出现率及不同主症患者间在病程、年龄、血清丙氨酸转移酶(ALT)、血浆白蛋白(A)、球蛋白(G)、HBeAg 阳性率、黄疸出现率、有效率、获效时间 9 项指标是否存在差异,HBsAg、HBeAg 的转阴效果。

统计学方法:采用 χ^2 检验, F 检验及 q 检验,计量数据以 $\bar{X} \pm S$ 表示。

3 结果

3.1 辨证分型:本组 80 例共出现 4 型主症,分别为湿热中阻型 33 例(41.3%),肝郁脾虚型 27 例(33.8%),肝肾阴虚型 12 例(15.0%),瘀血阻络型 8 例(10.0%)。本组病例中无脾肾阳虚证。兼症共出现 5 型,分别为湿热中阻型 5 例(6.3%),脾虚湿困型 3 例(3.8%),肝肾阴虚型 5 例(6.3%),肝郁气滞型 27 例(33.8%),瘀血阻络型 36 例(45.0%)。80 例中有兼症者 76 例(95.0%),无兼症者 4 例(5.0%)。其中主症为湿热中阻型,兼症为瘀血阻络型 16 例,肝郁气滞型 11 例,肝肾阴虚型 2 例,无兼症者 4 例;主症为肝郁脾虚型,兼症为瘀血阻络型 12 例,湿热中阻型 3 例,肝郁气滞型 10 例,脾虚湿困型 2 例;主症为肝肾阴虚型,兼症为瘀血阻络型 8 例,湿热中阻型 1 例,肝郁气滞型 3 例;主症为瘀血阻络型,兼症为湿热中阻型 1 例,肝郁气滞型 3 例,肝肾阴虚型 3 例,脾虚湿困型 1 例。

3.2 各证型间 ALT、A、G 关系:见附表,肝郁脾虚、肝肾阴虚、瘀血阻络 3 型 ALT 指标,明显低于湿热中阻型,组间比较有显著性差异($P < 0.01$)。各证型中黄疸出现情况:湿热中阻型 21 例(63.6%),肝郁脾虚型 4 例(14.8%),肝肾阴虚型 3 例(25.0%),瘀血阻络型 2 例(25.0%)。其中肝郁脾虚、肝肾阴虚、瘀血阻络 3 型黄疸出现例数明显低于湿热中阻型,经统

1 青岛市中医院,山东省青岛市城阳路 5 号(266012)

2 中国中医研究院研究生部

收稿日期:1998-01-05;修回日期:1998-03-20

附表 各证型间 ALT、A、G 比较($\bar{X} \pm S$)

分型	例数	ALT (IU/L)	A (g/L)	G (g/L)
湿热中阻	33	360.8±189.9	34.2±6.7	36.9±8.9
肝郁脾虚	27	177.0±112.7*	34.6±6.0	37.1±6.2
肝肾阴虚	12	142.0±89.3*	38.7±6.3	34.0±5.3
瘀血阻络	8	126.5±65.1*	34.9±3.9	36.8±8.2

* 与湿热中阻型比较 $P < 0.01$

计学处理有显著性差异 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。各证型中 HBeAg 阳性情况: 湿热中阻型 25 例 (75.8%), 肝郁脾虚型 18 例 (66.7%), 肝肾阴虚型 8 例 (66.7%), 瘀血阻络型 5 例 (62.5%)。各证型间统计学处理无显著性差异。

3.3 治疗效果: 治疗后患者 ALT 指标恢复正常 (≤ 60 IU/L) 者为有效, 未恢复正常者为无效。结果湿热中阻型 33 例中有效 29 例 (87.9%), 无效 4 例 (12.1%); 肝郁脾虚型 27 例中有效 22 例 (81.5%), 无效 5 例 (18.5%); 肝肾阴虚型 12 例中有效 5 例 (41.7%), 无效 7 例 (58.3%); 瘀血阻络型 8 例中有效 5 例 (62.5%), 无效 3 例 (37.5%)。其中湿热中阻、肝郁脾虚 2 型疗效与肝肾阴虚型相比有显著性差异 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。4 型获效时间 $\bar{X} \pm S$ 分别为 47.9±41.6 天、60.4±34.0 天、105.2±59.1 天、67.8±35.3 天。其中湿热中阻、肝郁脾虚 2 型获效时间与肝肾阴虚型相比有显著性差异 ($P < 0.01$)。本组中 HBsAg 阳性共 80 例, 治疗后转阴 4 例 (5.0%), HBeAg 阳性共 56 例, 治疗后转阴 12 例 (21.4%)。

4 讨论

我国乙型肝炎患者较多, 有关中医药治疗 CAHB 的文献也很多, 但某些临床效果难以进行横向比较和重复验证, 这影响了对本病的深入研究, 所以探讨 CAHB 辨治的规律性, 统一对本病的认识是很必要的。

本组资料显示, CAHB 分为 4 个主症和 5 个兼症, 兼症出现率为 95.0%, 几乎每一例都有兼症, 这反映了本病病机的复杂性, 单一的证型不能提示其病理实质, 提示辨治本病时应重视主症与兼症相结合。在主症中, 湿热中阻、肝

郁脾虚 2 型所占比例最大, 这与何国基等^[3]报道相符。兼症中以瘀血阻络型最多, 加上 8 例主症共有 44 例, 占全部病例的 55.0%, 可见, CAHB 多血瘀证, 提示治疗上应重视配合活血化瘀之法。另外, 本组资料中无脾肾阳虚证, 笔者复习近 10 余年的有关文献也不多见该证型, 提示该证型在 CAHB 中少见。

本组资料显示, 各主症间在年龄、病程上无显著性差异 ($P > 0.05$, 资料略) 提示辨证分型与此二项指标无相关性; 而且与有的文献报道^[4~6]不同的是 A、G、HBeAg 阳性率在本组资料的各主症间亦没有显著性差异 ($P > 0.05$), 提示蛋白质代谢异常、乙肝病毒 (HBV) 复制与辨证分型的关系有待进一步探讨。湿热中阻型 ALT、黄疸出现率与其他 3 型间存在显著性差异, 而这二项指标在肝郁脾虚、肝肾阴虚、瘀血阻络 3 型间无显著性差异 ($P > 0.05$), 这与金实等^[4]报道相符。提示 ALT 均值是正常值的 6 倍以上, 再加上黄疸的出现, 可作为诊断湿热中阻型的一个客观指标。

关于中医药治疗 CAHB 的效果, 本组资料显示, ALT 恢复正常的总有效率是 76.3% (61/80)。湿热中阻型、肝郁脾虚型的有效率高, 获效时间较短, 肝肾阴虚型有效率不足 50%, 获效时间也长, 与前两组比较有显著性差异, 提示前两型的肝细胞损伤易治疗, 而后者治疗困难, 应延长疗程。本组资料还显示获得较满意降酶效果的处方其清除 HBV 的疗效却较差。本组资料中 HBsAg 转阴率为 4/80 (5.0%), HBeAg 转阴率为 12/56 (21.4%), 排除自然转阴因素后, 可发现药物转阴的有效率相当低。中药降酶效果好, 而乙肝病毒标志物转阴效果差的类似报道也时有所见。其原因及如何提高乙肝病毒标志物转阴率尚待进一步探讨。

本组资料显示 HBsAg、HBeAg 阳性率分别为 100% (80/80)、70% (56/80), 说明 HBV 复制活跃, HBV 属中医“疫毒”范畴, 多为湿热之性, 疫毒内客, 化生湿热, 壅阻中焦; 湿热内阻, 肝失条达, 肝气郁滞, 必先乘脾, 故本病最多见湿热中阻与肝郁脾虚之证。湿热疫毒灼伤肝

肾之阴则见肝肾阴虚之证,湿热内阻最易使气血运行失畅而致脉络瘀阻,故本病多见瘀血阻络之兼症。湿热留恋不去,必使病机演变复杂化,故在主症基础上可出现多种兼症。可见本病因病机的关键是湿热,治疗本病当立足湿热,兼顾瘀血,分清主次,辨证施治。另外,疫毒属中医温病范畴,加之其自身的湿热特性,提示治疗本病,尤其是清除 HBV,可参考湿热病、温病的立法制方用药原则,或许由此可开辟一条治疗 CAHB 的新路。

以上观点是笔者初步分析得出的,有待更大的样本、更严格的设计和前瞻性研究加以验证、深化。

5 参考文献

- 1990 年上海第六次全国病毒性肝炎会议修订,病毒性肝炎防治方案(试行). 中华传染病杂志,1991,9(1):52.
- 1991 年中华全国中医学会内科肝病专业委员会天津会议制订. 病毒性肝炎中医辨证标准(试行). 中医杂志,1992,33(5):39.
- 何国基,汪承柏,陈增潭. 治肝汤加减对慢性乙型肝炎的远期疗效观察——附 188 例报告. 北京中医,1995,(2):11.
- 金实,黄健新,赵新敏,等. 慢性乙型肝炎中医辨证分型与生化免疫指标关系的探讨. 中医杂志,1989,30(2):30.
- 赵志刚,章红玲,陈小舜. 慢性肝病蛋白异常的证治近况. 四川中医,1992,10(10):20.
- 李晓良,汪承柏,贺江平. 慢性乙型肝炎中医辨证与病理、病毒指标的关系——附 117 例分析. 中西医结合肝病杂志,1996,6(2):4.

消疡丸治疗十二指肠溃疡的临床观察

魏 明*

为了发挥中医药特色,提高中医药治疗十二指肠溃疡的疗效,我们研制出治疗十二指肠溃疡的纯中药制剂消疡丸,共治疗十二指肠溃疡病人 110 例,现将结果分析如下。

1 临床资料

本组病人共 110 例,其中男 78 例,女 32 例,男女之比为 2.44:1;年龄最大者 66 岁,最小者 18 例;病程最长者 15 年,最短者 4 个月。18 岁~30 岁者 55 例,31 岁~50 岁者 46 例,50 岁以上者 9 例。

诊断标准:以胃脘部饥饿疼痛、进食能缓解为主,兼有夜间疼痛或疼痛加重,兼见泛酸、嘈杂或黑色大便,舌质暗红或有瘀斑,苔白腻或黄腻,脉弦或滑。胃镜检查见十二指肠活动期溃疡。溃疡大小直径<2cm、>0.3cm,溃疡数不超过 2 个,病人在治疗前须停用抗溃疡药物 5 天。

排除标准:凡有下述情况者均予剔除:复合性溃疡;特殊原因的十二指肠溃疡(如长期服用激素、肝硬化等);在观察前 30 天内发生并发症而手术者;或伴有其他并发症而影响疗效观察者;孕妇或不能坚持治疗者。

2 治疗方法

治疗组:用消疡丸(苍术 12g,厚朴 10g,半夏 10g,

陈皮 10g,生磁石 6g,生大黄 6g,白及 10g,硼砂 0.2g,由河南中医学院第一附属医院制剂室提供),每瓶 60g,每次 6g,每日 3 次,半空腹温开水送服。对照组:雷尼替丁胶囊,常州市第二制药厂生产。疗程均为 6 周。

3 结果

临床痊愈:主症与次症全部消失,胃镜检查溃疡完全消失,局部轻度充血,无明显水肿;显效:主症与次症均有明显改善,胃镜检查溃疡基本消失,仍有明显炎症;有效:主、次症均有改善,胃镜检查溃疡面缩小 50% 以上;无效:主、次症均无改善,胃镜检查溃疡面积缩小不及 50%。

治疗组 6 周溃疡愈合率为 86.3%。对照组为 73.3%;治疗组总有效率为 93.7%,对照组为 93.3%。两组疗效无显著性差异。

两组治疗前,HP 感染阳性率分别为 85%、83.3%,治疗后消疡丸组 HP 阳性率下降到 28.75%,雷尼替丁组为 66.6%,经 t 检验,两组之间 HP 阳性率有显著性差异($P<0.05$)。

经治疗后疼痛症状的消失,两组之间有极显著差异($P<0.05$),消疡丸止痛效果明显优于雷尼替丁。

4 讨论

近年来证实,HP 与十二指肠溃疡的发生与反复发作关系密切。通过临床观察证实,消疡丸不仅在促进溃疡迅速愈合,解除疼痛方面有好的疗效,而且对 HP 也具有较强的清除作用,因而取得了很好的效果。

* 河南中医学院第一附属医院,河南省郑州市人民路 19 号(450000)

收稿日期:1997-10-27