



慢性乙型肝炎的中医治疗

陈德厚(北京市中医医院):

甲型肝炎是湿温蕴郁而发病,治疗用清热利湿之剂通常即可取效,而慢性乙型肝炎(以下均简称慢性肝炎,编者注)则不然,它的病因是疫毒之邪,其性有似湿温,但与一般湿温不同。患者受疫毒邪长期慢性损害,其临床表现虽错综复杂,但归纳起来不外二个方面的变化:一是失调性变化,一是虚损性变化。失调性变化最主要的是气血失调,初期肝郁气滞,中期肝郁血滞,后期气滞血瘀。虚损性变化是由于乙型肝炎毒邪兼具湿热两重性,性似湿邪的一面伤阳伤气,性似热邪的一面伤阴耗血。所以慢性乙型肝炎的病机演变基本是毒邪内伏血分,造成气血失调和阴阳亏损,这三者往往密切相关,成为三连锁的关系,临床辨证时就是要分析疫毒邪的轻重浅深,气血失调及阴阳亏损的程度和受累的脏腑。

临床最常见的证型是毒热内结、阴血亏损、肝郁血滞。根据上述病机,其治疗原则应是祛邪、扶正、调理气血三结合。

病邪性质既是疫毒,邪伏部位在血分,所以要求药物入血解毒,笔者经验选甘寒凉血解毒药效果最好,如蒲公英、土茯苓、白花蛇舌草、银花、天葵子等。甘寒解毒药不象苦寒解毒药易损伤脾胃,甘可益脾,寒可清热,具有顾护营阴的作用,对于毒热、劫阴尤为合适。甘寒之品入血凉血,可使毒从血解,但还须有合理的配伍:配合清热利湿之品如茵陈、金钱草、车前子、车前草等使毒从利尿,疗效更佳;与凉血药如茅根、丹皮、小蓟等配伍可使血分毒热清得更快,清得更彻底;与酸味药如白芍、木瓜、山萸肉、五味子等配伍,可达酸甘化阴之目的,更能起到顾护营阴的作用,且可抑制纤维组织增生,具有防止肝硬化的作用。

关于调理气血,其内容包括疏肝理气、活血化瘀等,但其中以活血为最主要,活血要和凉血结合,选药如丹参、水红花子、小蓟、大黄等。慢性肝炎应用凉血活血药有以下优点:与解毒药配伍,能搜剔血分毒热;凉血活血药可抑制纤维组织增生,和酸甘寒药配伍,相得益彰;可抑制变态反应和体液免疫反应,对降低 γ 球蛋白和浊絮异常有良好作用。疏肝理气药

一般不宜多用久用,以免耗气伤阴。

扶正补虚的关键在于辨认虚在何脏,以及虚的阴阳属性和程度,治法则针对其所亏,采取补气养血、健运脾胃、补肾滋阴等,辨证选用适当的药物。要注意的是,一要辨证清楚,不可误补;二要用药适当,不可峻补。因肝炎患者体内仍有余邪,倘若补之不当,反而助邪,所以一般以平补、淡补为宜。用药要有合理的配伍,有主力药又有制约药,如黄芪、人参等补气药配决明子、茅根;党参、白术等补脾药配山楂、薏仁;菟丝子、枸杞子、巴戟天、仙灵脾等补肾药配泽泻、丹皮、车前子;当归、白芍、阿胶等补血药配泽兰、水红花子;地黄、天冬、麦冬、沙参等滋阴药配陈皮、炒谷、麦芽。

扶正诸法中重点在于补肾,但补肾药在全方中所占的比例不宜过大。

慢性肝炎的治疗不仅要详察病机与辨证,还要考虑到肝功能改变、病毒复制时相、机体免疫状态等。一般说转氨酶显著增高时可适当应用清解药如茵陈、蒲公英、虎杖、车前草等,浊絮异常明显时应在补气养血中配合凉血活血药;病毒复制期的病例应重用甘寒凉血解毒药;非病毒复制期,保护性抗体反应差者可重在健脾补肾;细胞免疫功能低下者重在补气、健脾、益肾、用黄芪、人参、党参、仙灵脾等;体液免疫反应亢进,有免疫复合物损害者应加重凉血活血药;血脂高者可配以清肝利胆、化滞清痰之品,如金钱草、决明子、青黛、山楂、白矾、郁金等。

孟宪益(上海市中医学会肝病学会):

乙型病毒性肝炎抗原携带者,大多由于脾气虚弱,中气不足,抗病毒能力缺陷,不能排毒外出,以致毒邪留恋肝经,郁久化热,灼伤肝阴,甚或导致血瘀、肾亏,以致迁延不愈。从中医辨证来看,对本病可分为以下几种类型论治。

一、脾气虚弱型:证见面色不华,胃纳不佳,倦怠乏力,大便溏软,舌质淡红而胖边有齿印,苔薄白,脉濡细,治拟参苓白术散加减。处方:潞党参9克,炒白术9克,云茯苓9克,清炙甘草5克,炙鸡内金9克,炒香谷麦芽各9克,炙黄芪12克,生焦山楂各

9克,生熟苡米仁各12克。

二、肝瘀脾虚型:证见面色晦黯,肝区胀痛,中脘满闷,大便溏薄,容易疲劳,心烦忧郁,舌质淡红,质胖、有齿印,边有瘀点瘀斑,苔薄腻,脉小弦滑,拟疏肝健脾汤。处方:软柴胡5克,八月扎9克,紫丹参6克,太子参10克,云茯苓9克,苡砂壳各5克,佛手片3克,川朴花6克,广郁金9克,炒白术9克,云茯苓9克,炒香谷麦芽各9克,生鸡内金9克。

三、气滞血瘀型:证见面色青黯,肝区刺痛,口干口苦,胸闷腹胀,烦躁失眠,胃纳欠佳,舌质红,边有瘀斑或舌质紫暗,脉弦,拟疏肝理气化痰治之。处方:软柴胡5克,八月扎9克,紫丹参9克,桃仁泥6克,制香附6克,佛手片6克,炒枳壳6克,广郁金9克,川石斛9克,天花粉10克,炒赤芍9克,生鸡内金9克,炒香谷麦芽各9克,生鳖甲12克,炙甲片9克。

四、肝脾阴虚型:证见面色无华,消瘦纳差,口干而渴,两胁疼痛,唇色阴红,舌质红而瘦小,苔少,脉沉弦,拟滋阴养肝、健脾为治。处方:银柴胡5克,北沙参9克,肥玉竹9克,淮山药10克,川石斛9克,炒白芍9克,太子参12克,山萸肉9克,枸杞子9克,熟女贞子9克,八月扎9克,紫丹参9克。

五、肝瘀肾虚型:证见面色晦黯,胃纳不佳,形寒怕冷,肝区隐痛,大便溏薄,舌质暗边瘀暗,脉沉细,拟补肾化痰治之。处方:黄厚附块12克,紫丹参9克,八月扎9克,炒枳壳5克,苡砂壳各5克,佛手片3克,制苍朮9克,云茯苓9克,生鸡内金9克,巴戟肉9克,肉苁蓉9克,桑寄生9克,露蜂房6克,炙甘草3克,炙甲片9克。

六、肝郁湿热型:证见两胁胀痛,小便黄赤,胃纳欠佳,舌质红,苔黄腻,脉弦滑。治拟疏肝清理湿热。处方:软柴胡6克,八月扎9克,佛手片5克,炒枳壳6克,绵茵陈15克,金钱草15克,板蓝根9克,白茅根12克,川黄柏9克,川厚朴3克,生苡仁12克。

以上六型处方每2周为一疗程,一般需服2~4个疗程,再根据临床证候的变化辨证选方用药。

儿童乙型肝炎抗原携带者多表现为营养不良,面色不华,发育迟缓的疳积类型,多属肝郁脾虚或肝瘀肾虚型。应以疏肝健脾补肾为主,经调治患儿会逐渐面色转润,营养状况改善,乙型肝炎抗原转阴。在治疗抗原携带者时,切忌单纯为追求抗原转阴,不根据辨证施治原则,一味用克伐攻下,苦寒泻火太过的方法,

也不宜单纯长期用五味子及其制剂、垂盆草及其制剂。应遵循中医整体辨证用药的原则进行调治。

王灵台(上海中医学院):

目前,抑制或清除乙型肝炎病毒(HBV)及调整机体免疫功能已被公认为治疗乙型肝炎的二大关键。我们以中医理论为指导并结合现代医学对慢性乙型肝炎的认识,应用以补肾为主,清化为辅的治法,自1976年以来治疗慢性活动性和慢性迁延性乙型肝炎数百例,对于抑制乙型肝炎病毒复制,改善肝功能及免疫功能均有效果。根据“五脏之伤,穷必及肾”“久病及肾”之说,以及现代医学对“肾”本质研究的发现,又充分注意到肾与机体免疫功能的关系,我们确定了以补肾为主治疗慢性肝炎的方法,并视病人的症状、肝功能、病毒血清学指标及免疫功能检测结果加减用药。

临诊所见慢性肝炎患者,多有乏力、神疲、头昏、耳鸣、腰痠膝软、遗精、畏寒等肾阳亏损表现,舌苔薄白,质淡体胖边有齿印,脉象细沉或细滑。但较重的慢性活动性肝炎或早期肝硬化的患者,常有口干、低热、瘰癧等肝阴不足之证候。这些患者经补肾为主的方法治疗后,其症状、舌象及实验室指标均有不同程度的改善。

我院所拟补肾方由巴戟天、肉苁蓉、桑寄生、虎杖、丹参等十余味中药组成,所选补肾药温而不燥,补而不峻,兼有温养肾阳和补益肾阴之效。盖因乙癸同源,古时即有应用五子衍宗丸、六味地黄丸之类治疗肝病的记载,且补肾药尚有调养肝脾二脏之功能。根据慢性肝炎的病因病机,方中参入养阴、活血之品。如患者有低热、口苦、尿黄、苔腻或肝功能明显异常,HBV复制指标(HBc-IgM、HBeAg、HBV-DNA等)阳性者,表明邪毒较盛,病情活动,可加用川连、黄芩等,并减少补肾药的药味及剂量。如见明显乏力、腰痠、畏寒诸症,苔薄质淡,肝功能基本正常或免疫功能低下者,多属正气虚损、肝肾不足,应加用黄芪、党参。胁痛较甚,舌质带紫,边有瘀斑属血瘀证,可加用当归、桃仁、益母草。

应用补肾为主、清化为辅之法治疗慢性肝炎,患者的肝功能(SB、EnT、GPT)、免疫功能(A-RFC、CH₅₀、C_s、LAI等)均有好转。HBsAg的近期和远期转阴率分别为40%和25%,HBeAg转阴率达60%以上,HBV-DNA转阴率约50%,与对照组比较有统计学意义,提示本法可抑制HBV的复制。利用原代肝细胞培养的实验研究发现,补肾方能提高肝细胞存活率、酶学及糖原、钙离子浓度,具有抗四氯化碳引起肝细胞坏死的作用,且优于以养阴药为主的组方。

此外, 该方对鸭乙型肝炎病毒(DHBV)也有一定抑制作用。

慢性肝炎, 尤其是慢型活动性肝炎病情复杂, 虚实夹杂, 在不同时期正虚邪实各有侧重, 加之患者体质差异, 因此治则虽定, 但药味、剂量、配伍均应随机应变, 否则难以收效。凡有黄疸、转氨酶较高者, 应先清热化湿, 待病情稳定后, 逐步加用补肾药。对于脾胃虚弱者, 可用健脾消导药加强消化功能, 使之能较长期接受中药治疗。我们认为, 中医治疗慢性肝炎, 疗程不能太短, 一般以3~6月为宜, 过早停药, 可使病情反复。

以补肾为主的治法过去报道较少, 但近年来日渐增多。治疗慢性肝炎可不拘一格, 审时度势, 把握分寸, 自能取得预期疗效。

陈立华(中国中医研究院西苑医院):

清除病毒与免疫调控两方面, 是治疗乙型肝炎的基本内容, 它随着病机发展的不同阶段而用, 讲究配合而有所侧重。

与甲型肝炎相比, 乙型肝炎具有潜伏期长, 症状相对隐匿, 黄疸少或轻, 病程长, 易转为迁慢性或肝硬化特点。因此, 我们认为乙型肝炎病毒为阴湿毒, 甲型肝炎病毒为阳湿毒。阴湿毒易于伤气困阳, 深入营血经络脏腑, 病位较深、偏下, 偏于血分, 缠绵难祛。而阳湿毒易于湿热蒸腾, 熏蒸肝胆, 其病位表浅, 偏于外上, 多在气分。人体的防御功能是以阳气为主导的, 外邪入里, 多按由阳入阴的过程传变; 阳气强者, 邪气受阻于表或气分; 阳气弱者, 则可深入营血阴分。乙型肝炎病毒既具有抑制阳气, 易于深入营血脏腑经络, 缠绵难祛的特点, 因此对阳气偏弱者尤其威胁。这正如外科治疗疔疽一样, 发于阳者, 红肿焮热, 脓成乃溃, 脓尽收口即愈; 发于阴者, 紫黯僵硬, 不溃不消, 溃时较长。前者症状似重实轻易治, 后者似轻实重难疗。因此乃创助阳通阳基础上的清热解毒法以治疗乙型肝炎, 经临床数百例验证, 在恢复肝功能及促使HBsAg转阴两方面, 疗效较好。经分析治疗后e抗原系统的10种变化发现, 助阳通阳与清热解毒物的比例以1:3~4为好, 过大过小疗效均欠佳。所谓“少火生气, 壮火伤气”。HBsAg的阴转与肝功能的稳定有极其密切的关系, 我们发现, 往往在GPT上升时伴有抗-HBe的出现, 而随着HBsAg的转阴, 酶、絮也相应降至正常。用此法治疗时, 会出现GPT上升、先升后降、直接下降三种情形。一般而言, 邪气偏盛者多上升, 虚实参半者多先升后降, 邪少虚多者多直接下降。除第一种情形符GPT升至较高水平(一

一般在1500金氏单位左右)时改用大剂清解外, 后两种一般无须变方。故本法在测定正邪的虚实强弱方面, 似有一定的诊断意义。凡用此法后GPT一变长期不升不降的拖蹋状态而大幅度升高者, 一般均能取得较好的近远期疗效。中药理论认为, 苦寒主降, 甘温主升, 但根据GPT的升降与药物配伍的关系发现, 清热解毒或清热利湿药与补气助阳药所致GPT的升降例数大致相仿, 而以清解配伍利湿、大剂活血、大剂淡渗药的配伍所造成的GPT上升例数为最多。药后GPT的升降取决于临床的辨证论治水平。有鉴于此, 我们主张在虚实难辨的情况下先补后清, 而不主张清补兼施或先清后补。先补而GPT升高者, 用苦寒易降; 先清而GPT升高者, 则不易下降。于此可见, 阳气升发而通畅, 虽有外邪, 其证必显, 清之易去; 而阳弱气虚或阳郁不通者, 倘有外邪, 其证隐伏, 清之则邪陷正伤, 难以骤除。临床上有相当一部分患者的GPT升至1000金氏单位上下时症状尚不明显, 而用助阳通阳法治疗后, 则症状很快出现, 如尿黄、脘腹胀满、舌苔厚腻、发生黄疸等。此时改用清解, 肝功能往往能较快复常, 症状好转或消失。这种方法, 是在药物作用下激发人体的免疫功能, 从而造成一种有利于病毒清除的局面。因此, 就某种意义上来说, 是一种“选证法”。辨证者, 辨识症状, 确定病属何证。倘无症状, 证何由辨识? 不知何证, 如何施治? 贸然用补或孟浪清解, 悉如盲人瞎马而已。在治疗乙型肝炎的过程中, 病情反复, 迁延不愈, 与医者用药不当, 掩盖真实证候, 是有一定关系的。因此, 深入研究本法的机理, 对于提高中医中药治疗乙型肝炎的疗效, 当有一定意义。

潘澄瀛(浙江省中医药研究所):

慢性肝炎, 一般认为采用辨证和辨病相结合的诊断和治疗, 可获得较好的疗效。

笔者根据中医脏腑辨证结合八纲辨证, 乙型肝炎(包括无症状病毒携带者)大致分为三证治疗。一为正虚邪恋证: 是因正气虚弱, 邪毒潜伏所致。患者一般自觉症状不明显, 肝功能化验正常或接近正常, 唯面色略带萎黄, 舌苔前半薄, 中后带有黄腻, 脉象濡缓, 病毒抗原系统有一至三项阳性。治宜益气活血、清热解毒法, 选方补中益气汤加减。药用: 黄芪、当归、焦白术、柴胡、升麻、生晒参(或人参叶)、茵草(或丹参)、郁金、土茯苓、白花蛇舌草、七叶一枝花, 或山豆根(但山豆根服后有胃肠道反应)。二为脾虚肝郁证: 是因邪毒内留, 脾胃运化不良, 湿浊内聚, 肝气郁结, 血运不畅。证见肝区胀痛, 四肢乏力, 腹满

纳差,大便多不成形,或先硬后溏,舌苔白腻,或黄腻,脉象濡缓,或弦细。治宜健脾化湿、疏肝解郁法。选方柴平汤加减。药用:柴胡、黄芩、太子参(或生晒参、或人参叶)、姜半夏、厚朴、苍术、陈皮、半枝莲、白花蛇舌草、川芎、郁金、黑山栀等。本证在我省东南地区,霉雨季节,较为多见。三为肝肾亏损证:是因邪毒久稽,阴液耗伤,肝肾俱损,气滞血瘀。证见面色暗黄不泽,皮下红丝缕缕,目眩,梦寐不宁,肝胀腰痠,心烦,可有蜘蛛痣,舌质光薄,或紫绛、苔微黄,脉弦细。治宜养阴活血、补益肝肾。选方柴胡鳖甲饮合一贯煎加减。药用:鳖甲、柴胡、当归、生白芍、枣仁、甘枸杞、丹参、七叶一枝花、土茯苓、清炙黄芪、白花蛇舌草、郁金等。

上述证治,仅举其要。此外,尚有肝外型,症征复杂。如能掌握辨证论治规律,亦可举一反三。笔者体会,不论任何类型的乙型肝炎,对其治疗必须注意三个方面的问题和步骤。其一,为改善症状。本病症状复杂,特别是食欲、睡眠、大便性状三者的改善,对治疗本病起有关键性的意义。对此应以健脾为主,疏肝为辅,应遵循见肝之病,当先实脾之旨。其二,为改善肝功能。主要是谷丙转氨酶,其次是转氨。对其治疗,若属湿热偏盛的实证,常用半枝莲、板蓝根,或龙胆草;如属阴虚证,用枣仁、甘枸杞;气虚者用黄芪、白术、莢肉。五味子籽碎配合垂盆草,虽有降酶作用,但易反跳。其三,对乙型肝炎抗原系统三项阳性的治疗,常选用白花蛇舌草、土茯苓、半枝莲、七叶一枝花(或山豆根)等,虽有疗效,但不够稳定,尚待摸索。总之,笔者认为,对本病治疗,解毒、活血、疏肝药物,适用于病变的全过程,值得重视。尤其是活血疏肝药,对调节血流,控制肝细胞之纤维化有其一定的作用,已经国内外专家实验研究,予以证实。

朱彬彬(上海市中医医院肝胆内科);

慢性肝炎大多病程较长,证候繁复,迁延难愈,尤以肝炎病毒抗原系统三项(指HBcIgM、HBcAg、HBcAg)阳性者。治其大法当扶正驱邪,活血排毒,但临证尚须视其阴阳气血的失衡,湿热瘀毒胶结的程度,权衡利弊,灵活运用扶正驱邪、活血排毒的法则始能收效。我常用扶正的药物有:益气健脾用黄芪、党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、木香;养血柔肝、滋补肝肾用当归、白芍、生地、熟地、首乌、黄精、莢肉;活血软坚用赤芍、丹参、川芎、桃仁、龟板、鳖甲、牡蛎、刘寄奴、鬼箭羽;清热排毒用丹皮、黑山栀、柴胡、茵陈、大黄(制生均用)、芦荟、遍

地香、铁扁担、垂盆草、小青草、穿破石、茵陈、车前草、石见穿、田基黄、土大黄。

此病由于病程长,正气亏损,易因冷暖失调,感受外邪或饮食不节损伤脾胃或七情所伤而致。出现种种夹杂证候,此时如不及时辨证处理,势必影响整体治疗,谷丙转氨酶(GPT)升高,甚或出现黄疸,肝功能更进一步受损,所以慢性肝炎的治疗虽然应从根本大法着手,但亦须因时因人制宜,有是证用是药,辨病与辨证相结合,以免由于上述因素而致湿热疫毒遇机即萌,死灰复燃。故我在临证每遇此病患者外感时邪,如风寒(风热)犯肺或痰热蕴肺,则先以疏解(清解),祛邪或清化痰热,以治其标。若因饮食不节损伤脾胃而致胸闷、纳呆、恶心、呕吐、便秘、腹泻则以宽中理气、和胃止呕、消积导滞、清肠止泄等法辨证应用,以防微杜渐。我曾见一住院患者因贪食,一次连食大排骨三块,而致出现黄疸、GPT升高,病情恶化。故我嘱慢性肝炎患者必须饮食有节,起居有时,谨防感冒发热及腹泻,以免影响正常的治疗。临证常见本病患者因病致郁,因郁再加重病情,以致夜不安寐甚或彻夜不眠,痛苦万分(有人称之为肝性失眠)。此由肝郁化火,灼伤心液,心肝火炽,症见焦虑,惊恐,忧郁,心悸,多梦,遗精,头晕,目眩,日间少神,舌尖红,脉小弦滑数,此时若不清心降火,镇惊宁神,势必影响病情的好转,使GPT久久不降。我一方面予患者以心理疗法,善善循诱,消除忧恐,使之心情豁达,恬愉虚无;一方面以生地、川连、枣仁、首乌藤、合欢皮、莲子蕊、朱茯神、朱灯芯等清心降火,安神宁心,更以龙齿、牡蛎镇其心神、抑其亢火,再以金器一具入煎(与龙、牡一同先煎半小时),加重龙牡之力,临证用之颇验。

我对絮状、浊度试验异常者,采用益气健脾、滋补肝肾、活血通络之法,常用自拟朱氏愈肝汤(已制成糖浆),药物为黄芪、党参、白术、生地、熟地、柴胡、当归、赤芍、白芍、枸杞子、首乌、黄精、莢肉、龟板、鳖甲、丹参、川芎、木香、陈皮、刘寄奴、鬼箭羽、茯苓、甘草、大枣。对长期血清胆红素偏高者(1.5~3.0毫克%),则在清利湿热之剂中加用化痰、活血、益气之品如杏仁、橘络、桃仁、赤芍、川芎、丹皮、丹参、黄芪等,临证用之颇效。

胡翔鹤(北京第二传染病医院);

慢性肝炎的辨证分型,学者们尚未取得一致意见。在统计的10篇文献中,其证型多达23个,充分说明慢性肝炎患者脏腑气血阴阳等病理改变的复杂性。

我们对慢性肝炎的证型作过研究,发现:(1)忌

者往往证型错杂,用一个证型难以准确反映其病情特点,且在病程的不同时期或阶段中,其证型可以转化;(2)从邪(湿热、气滞、血瘀)正(各脏腑气血阴阳的盛衰)两方面来看,发现以邪实为主或以正虚为主者均属少见,分别占9.8%和11.8%,多数(78.4%)表现为邪实正虚,虚实夹杂。从病邪来看,湿热之邪留恋不化者达58.8%,伴血瘀及/或气滞者达52.9%;从正气虚衰来看,以肝阴(血)虚(68.6%)和脾气(阳)虚(64.7%)最为多见,肾阴虚(15.7%)及肾阳虚(1.9%)则较少见。因此,我们将慢性肝炎分为以下三个证型:邪实正气未虚型、邪实正虚型、正虚型。这一分型方法虽然线条较粗,但却能比较准确的反映病人病情的临床特点和病情的发展规律,有利于指导治疗。

在慢性肝炎的治疗上,国外肝病专家们已逐渐将注意力集中在抗病毒治疗(如干扰素、阿糖腺苷等)和调节机体免疫力(如胸腺素等)方面,但这些努力迄今尚未取得令人满意的成绩,且费用昂贵。

国内学者中已越来越多地转而重视中医中药的治疗途径。但由于对其证型的认识不同,治疗方法也各有侧重,如清热解毒法、柔肝养阴法、疏肝健脾法、温阳健脾法、活血化瘀法等。这些方法在缓解症状、改善肝功能方面均有一定疗效。但因患者常兼见二个以上证型,且在不同阶段中证型可以转化,故仅用一方一法治疗都必然带有某种局限性。这也是强调辨证论治的主要原因。

我们治疗慢性肝炎的指导思想,是按患者邪正虚实的不同,分别采用每一阶段中相对固定的治疗方法:(1)以邪实为主,正气未虚者,治疗以清化湿热为主,佐以理气活血。适于慢性肝炎活动期;(2)邪实正气已虚者,则应扶正祛邪,治疗以益气健脾(有时需佐温阳),佐以清化湿热、理气活血。若邪实表现比较突出时,亦可先祛邪,再投扶正祛邪之剂,适于慢性肝炎有轻度活动及恢复初期;(3)正虚为主者,治疗以滋补肝肾、益气健脾为主,佐以理气活血。适于慢性肝炎稳定期。

就目前情况而论,有必要进一步加强对慢性肝炎的深入研究,如辨证分型方面,需继续探讨分型的标准化和客观化,除了传统的舌象、脉证之外,尚需结合现代医学的实验室检查方法。包括病原学、病理学、免疫学、微循环及血液流变学、内分泌学及其他(如微量原素、内毒素、氨基酸测定、人类白细胞抗原基因型等)。又如在治疗方面,也需强调在辨证的基础上,结合病因、病机,寻找新的思路、筛选对各种不同情

况的有效方剂。不宜仅限于肝功能改善作为治疗目标。因转氨酶正常后,如果病毒复制指标未能阴转者,绝大多数迟早仍会复发;相反,若服药数周后,患者症状好转,而转氨酶反而明显增高者,则常常并不表明病情恶化,坚持服药,转氨酶在6~8周左右常稳步下降,伴以病毒复制指标阴转,c抗体阳转,患者可获痊愈。

谢宁生(湖南中医学院第一附属医院):

慢性肝炎经久难愈,其发病机理是由于乙型肝炎病毒的持续存在,机体免疫功能紊乱低下及肝组织损伤和微循环障碍等综合因素所致,并互为因果,因而成为难治之病。目前国内外还没有一种特效治肝药物,可以全面解决上述问题。笔者认为论治本病必须从以下三方面着手:

1. 解毒祛邪:目的是清除病因,乙型肝炎病毒不能彻底清除,则病难求痊愈。清热解毒为论治本病的基本祛邪法,常用药物有白花蛇舌草、夏枯草、半枝莲、田基黄、虎杖、板蓝根等。

2. 补虚扶正:目的是增强正气,提高免疫功能。故补虚扶正,补益脾胃不仅可以增强正气,提高免疫功能和机体抗病能力,而且能促进病毒的清除。常用药物有:生黄芪、党参、白术、淮山药、云茯苓、桑椹子、女贞子、枸杞子、仙灵脾等。

3. 化瘀固本:因肝组织损伤、微循环障碍,是慢性肝炎的基本病理改变。活血化瘀可以改善肝脏微循环,促进病变恢复,达到巩固疗效的目的。常用药物有:赤芍、丹参、川芎、当归、红花、田七、泽兰等。

笔者认为,乙型肝炎病毒(湿热夹毒)是致病的主要病因;免疫功能紊乱低下(正气虚、脾肾功能受损)是发病的重要病机;肝脏组织损伤、微循环障碍(肝郁气滞血瘀)是本病的基本病理变化。三者虽各有别,但可互为因果,不可孤立而视之,故治则必须解毒、补虚、化瘀三法并用,方可奏效。笔者从事临床多年,根据上述原则,自拟治疗乙型肝炎基本方:生黄芪15克,党参10克,淮山药15克,云茯苓10克,紫丹参15克,赤芍药15克,桑椹子15克,女贞子10克,白花蛇舌草20克,虎杖15克,仙灵脾15克。制成合剂或随证加减,对改善症状,恢复肝功能,清除乙型肝炎病毒感染标志物,均有一定疗效。

王伯祥(湖北中医学院熊象肝病研究所):

关于慢性肝炎的辨证分型,国内学者提出的辨证分型有数十种之多,根据病因病机则各分型多有相同之处,不仅繁琐,而且难于掌握。笔者认为慢性肝炎

的病因病机皆由“郁”而发生,据此,宜分为肝郁气滞、肝郁湿热、肝郁脾虚、肝郁血瘀、肝肾阴虚等五型。其辨证简单,论治亦较容易。如肝郁气滞用柴胡疏肝散化裁;肝郁湿热用茵陈蒿汤化裁;肝郁脾虚用逍遥散化裁;肝郁血瘀用桃仁四物汤化裁;肝肾阴虚用滋水清肝饮化裁等。

关于治疗方法大致有三种:一是辨证论治,二是固定复方,三是单味药。根据多年临证,笔者体会,辨证论治对改善症状较好,固定复方对清除乙型肝炎病毒及抗纤维化较优,单味药对改善某项肝功能不良有效。而在辨证论治或固定复方中,如能贯以清热解

毒、活血化痰二个治则,将更能提高疗效。近年有人偶用“多法联用”的治则,不妨一试。

关于抑制病毒复制:我们所设计的多法联用与法邪补肾的二组方,其清除乙型肝炎病毒标志的疗效很好,通过严格的一年随访,乙型肝炎表面抗原(HBsAg)阴转率为36~43%;HBcAg阴转率为55~72%;DNA多聚酶阴转率为78.9~100%。部分病例两次肝穿的病理变化也有明显的改善。在试管内以上二个组方对PIC/PRE/S人肝癌细胞均有明显抑制HBsAg产生的作用。且多法联用组方还能明显地抑制该细胞的生长,电镜下Dane颗粒的超微结构上有变化。

治 验 两 则

广东省湛江市第一中医院 詹锐文

中山大学医院 吴兆华

例一:谢××,女,29岁。1983年7月初诊。自诉口腔溃疡月余,经治乏效,且日渐加重,口痛不堪,说话进食困难。观患者极痛苦面容,下唇、口腔两侧及舌边各有三个似黄豆或豌豆大小之溃疡点,呈椭圆形,边缘微突,周围粘膜充血,牙龈及咽部红肿。舌苔黄而干,脉滑数。诊为口疮。病属心胃积热,火热上熏口舌。治宜清泻实热,导火下行。拟太承气汤加减:大黄12克(后下),枳实、芒硝(冲服)、黄连、赤芍、皂角刺、玄参、丹皮各10克,山栀5克,藿香6克。四剂后复诊:症大减,咽、牙龈肿痛消失,溃疡点疼痛明显减轻,能张口说话、进稀粥,但仍觉口干。舌质红。守上方去黄连、山栀、芒硝、藿香,加麦冬15克,石斛20克。四剂后症状基本好转,改用滋阴降火药善后。

按:本例发病较久,貌似属虚证,初但用滋阴、温补等法治疗乏效,后经细辨,是实证而非虚证。《诸病源候论》说:“手少阴,心之经也,心气通于口;足太阴,脾之经也,脾气通于口。府藏热盛,热乘心脾,气冲于口与舌,故令口舌生疮也”。病在上,病机是心脾胃经积热,遵“上病下取”治法,宜以苦寒之药直折其势。方中君大黄,配枳实、芒硝峻下热结,引火下行,急下存阴;黄连、栀子清心胃火热;伍赤芍、丹皮、玄参凉血清热,消肿解毒;并皂角刺活血排脓。药证相符,故获显著疗效。

例二:龙××,男,11岁。1978年7月16日初诊。其父代诉:20多天前突然发热,全身不适,疲倦,

食欲不振,咽干喉痛,心烦口渴,咳嗽无痰,小便短赤,大便干结难下,六天后觉右手握物不固,下肢痿软不能走路,经治未效。见患儿精神疲惫,右手握拳无力,双下肢肌肉痿软,肌力II~III级,跟腱反射减弱,无法站立行走。舌红少苔,脉细数。诊为痿证。病机属肺胃阴亏,上源枯竭。治应滋补肺胃,以充上源。拟清燥救肺汤出入:玉竹、太子参、天冬各15克,石斛、麦冬、沙参各20克,知母、甘草、桑叶、杏仁、枇杷叶各8克,胡麻仁10克。四剂后再诊,诸症好转,照原方再进二剂。7月12日三诊,咳嗽止,大便畅通,余症大减,手足活动有力。原方去枇杷叶、杏仁、知母、桑叶、胡麻仁,加白芍、生地、牛膝各10克,牛蒡子15克,三剂。7月15日四诊,患儿已能走和站,四肢活动自如。其父高兴奔告。嘱续服十剂巩固疗效。

按:此证其本在肺胃。肺胃阴伤,水津内耗,高源化乏,不能濡养筋脉,故令肢体弛纵痿软不用;津液亏损,失于上润,则咽干口渴;虚火内扰心神,上灼咽喉乃心烦、喉痛;小便短、大便结、舌、脉等症皆为阴津耗损之象。方中桑、知清肺金之燥热;集甘凉增液之二冬、沙参而重用,旨在清金生津。投太子参、甘草以益气健脾,意在“损其肺者益其气”;杏、杷止咳润肺,胡麻仁润肠通便。配用石斛、玉竹以清胃养阴,盖胃为燥土,土为金母,养胃即益肺也。全方既清肺胃之热,又滋肺胃之阴,上源充足,筋脉得养,故取效迅速。