

病例报告

慢性乙型肝炎病案

陈立华*

主题词 肝炎,乙型/中医药疗法 肝炎,乙型/诊断
复发

1 病历摘要

卢某,男,31岁,工程师,1986年发现HBsAg阳性,1991年肝功能出现异常,因乏力、纳差、上腹部隐痛、尿如浓茶色、巩膜黄染,收住某医院。住院时HBV-M示HBsAg(+),HBeAg(+),HBcAb(+),肝功能示TBIL234.58 μ mol/L, DBIL162.52 μ mol/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)124U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)70U/L, γ -L-谷氨酰转肽酶(GGT)93U/L,碱性磷酸酶(CALP)240U/L,血浆凝血酶原时间(PT)11.6秒,血液凝血酶原活动度(PTA)68%。体检:左胸可见蜘蛛痣一枚,肝脾不大,肝掌(-),症状有皮肤瘙痒、纳后腹胀等,给予强力宁、肝泰乐等药物治疗,4周后好转出院。出院后患者曾服用一段时间松刚益肝丹,后又出现乏力、纳差、眼黄、尿黄、大便颜色转淡等症状,遂于1993年4月10日第2次住院。医生给予利胆醇、酚妥拉明及中药茵栀黄注射液等治疗。到5月29日,HBeAg转阴;6月12日HBeAg(+),HBVDNA(-),HCVAb(-),HCVRNA(-);4月10日HEVAb(-);4月23日HEVAb(+);6月25日肝功能示ALT22U/L、AST25U/L、TBIL30.39 μ mol/L、DBIL13.05 μ mol/L,症状好转于6月26日出院。1994年5月13日,因ALT升至700U/L、AST500U/L、HBVDNA(++),HBV-M1、3、5(+),抗-HAVIgM(+),第3次住院。此次症状不明显,该院医生

加用促肝细胞生长因子(HGF)静脉滴注,暂停强力宁。6月13日ALT52U/L、AST44U/L、TBIL54.59 μ mol/L、DBIL19.20 μ mol/L,停用HGF,给予金钱草退黄,茵陈泡茶饮用。6月20日HBeAg(-)、HBeAb(+),HEVAb(-),患者好转出院。1995年1月6日,因近1个月来ALT升至200U/L,伴有乏力、纳差、恶心、肝区隐痛、尿黄等症状,第4次住院。用强力宁、HGF、肝泰乐护肝;茵栀黄、门冬氨酸钾镁退黄。1月11日,黄疸加深,PT14.1秒,PTA79%,ALT1650U/L、AST570U/L、TBIL262.5 μ mol/L、DBIL170.50 μ mol/L、血清肌酐(Cr)255.9 μ mol/L、血清胆固醇(CHOL)2.83 μ mol/L。为稳定肝细胞膜,加用甲状腺刺激激素置换抗体(TAD)。1月17日,体力好转、腹胀减轻,纳食仍差,近日出现呃逆、反酸,停用多酶片,加用雷尼替丁;便色浅,偶有白陶土色便,考虑存在胆汁郁积,加用茵陈泡水。HAVAb(-),排除甲肝感染。2月6日查肝功能示,ALT37U/L、AST38U/L、TBIL111.19 μ mol/L,精神食纳均可,黄疸减轻,加用人脾免疫核糖核酸;拟黄疸消除后用抗病毒治疗。3月10日以后肝功能逐渐恢复,临床症状改善,于4月11日出院。1995年7月开始服用联苯双酯及中药,但12月20日又因乏力、纳差、尿黄如茶色,上腹部胀满不适,于12月22日第5次住院。12月24日ALT106U/L、AST158U/L、TBIL41.6 μ mol/L、DBIL26.8 μ mol/L,巩膜及皮肤轻度黄染,以联苯双酯加齐墩果酸联合使用。1996年1月2日,黄疸加重,右上腹不适,有时伴腰背痛,莫非氏征(-),加用HGF及茵栀黄,原降酶药停用。1月29日肝功能稳定,HBV-M示1、3、5(+),行抗病毒治疗,用英特芬每周3次肌注,原保肝药继续使用;3日后

* 中国中医研究院西苑医院,北京市海淀区西苑(100029)

收稿日期:1998-06-10;修回日期:1999-01-06

自觉有低热,体温 37.5℃,肌肉酸困、食纳欠佳。2月16日 HBeAg 转阴, HBeAb(+); 3月14日, ALT、AST、TBIL、DBIL 均正常,于3月6日出院。1996年6月24日又感乏力、纳差、肝区不适, ALT119U/L,第6次住院。给予较大剂量胸腺肽联合抗病毒药物如 Ara-Ama,或猪苓多糖加乙肝疫苗抗病毒治疗。7月12日, ALT53U/L、AST25U/L、TBIL23.2μmol/L。7月15日,将胸腺肽加至 80mg,静脉点滴,每天1次,英特芬 300 万 U,肌肉注射,隔日1次,以加强免疫治疗。7月25日及8月9日的 HBV-M 均为 1、3、5(+),8月12日,肝功能全部正常,于8月13日出院。

1996年9月10日肝功能再次异常: ALT149U/L、AST61U/L、TBIL30.2μmol/L、DBIL(-)。遂转我院以中医治疗。症见:脘胀、恶心、暖气频作、得暖气则快,乏力,便溏 2~3次/日,纳、眠可。脉细、舌紫、苔薄白。结合既往病史可知,疫毒之邪不全在气分,当气血两清。方(1)活血凉血为主:丹参 15g,桃仁 12g,莪术 12g,防己 20g,地龙 20g,茵陈 20g,海藻 15g,青皮 10g,陈皮 10g。方(2)清气化痰为主:苏叶 18g(后下),藿香 12g,佩兰 12g,黄连 10g,姜半夏 10g,全瓜蒌 30g,金银花 30g,虎杖 30g,野菊花 30g,白花蛇舌草 30g,海金沙 30g,石韦 15g,鸡内金 30g,两方交替服用,各 7 剂。

9月26日,肝功能示: ALT291U/L、AST119U/L、TBIL28.6μmol/L、DBIL3.4μmol/L。患者自觉神疲目涩、腿软、背部有压迫感,拍击背部则暖气快然、反酸吐食,右肋隐痛,睡眠不安,纳可,尿清。脉细弦,舌如前。拟加大破气行血、疏肝理气之力。9月10日方(1)加昆布 15g,山楂 15g,茵陈 30g,秦艽 20g。方(2)减黄连为 6g,加薄荷 20g(后下),木香 12g。煎服法如前。各 7 剂。10月10日肝功能示: ALT360U/L、AST142U/L、TBIL20μmol/L、余(-)。患者大便转调,日行1次,尿(-),暖气畅则背部不痛,反之则痛,口淡、反酸、入眠较难、易醒,纳可。脉弦细,舌紫瘀、苔薄白。脾气渐复,肝气未畅,当宗前法,处方再议。方(1):砂

仁 6g,白豆蔻 6g,木香 6g,枳壳 12g,白檀香 10g,丹参 15g,桃仁 15g,茵陈 30g,干姜 3g,肉桂 3g(后下),薄荷 15g(后下)。方(2):茵陈 30g,海金沙 30g,鸡内金 20g,炒莱菔子 10g,黄连 6g,法半夏 10g,全瓜蒌 15g,金银花 30g,白花蛇舌草 20g,秦艽 20g,海螵蛸 15g,干姜 5g。各 7 剂,服法同前。10月23日查: ALT463U/L、AST179U/L、TBIL30.6μmol/L、γ-GT52U/L。患者上症时发时无,大便时调时溏,尿黄、纳差、右肋隐痛。脉细、舌瘀苔薄白。43天以来,患者转氨酶持续上升,尿黄、纳差已初见,是内蕴疫毒有外发之象,当慎用温通,转用清柔。上方(1)去肉桂、干姜,加桃仁 15g,海藻 20g。上方(2)加茜草 20g,鲜茅根 30g。

11月6日,恶心、纳差,尿如浓茶,大便(-),右肋胀痛,睡眠不安。脉细,舌瘀苔薄白。疫毒外发已无疑义,当以清降为主,辅以健脾化湿之剂。方(1):黄连 10g,法半夏 10g,全瓜蒌 30g,茵陈 45g,丹参 15g,桃仁 15g,金银花 30g,虎杖 30g,白花蛇舌草 30g,蒲公英 30g,野菊花 30g,紫花地丁 20g,柴胡 15g,制香附 30g,青皮 12g,陈皮 12g,生甘草 10g。方(2):炒白术 15g,炒山药 15g,炒枳壳 12g,砂仁 6g,白豆蔻 6g,青皮 10g,陈皮 10g,猪苓 15g,茯苓 15g,木香 10g,苏梗 15g,焦三仙各 20g,炒莱菔子 15g,金银花 30g,茵陈 30g,藿香 10g(后下),玫瑰花 10g(后下),竹叶 10g,鲜茅根 30g。各 7 剂,煎服法同前。

11月21日,自觉症状明显改善,尿转清,暖气减少,纳增,大便溏,日行 3~4 次,少腹痛,便后缓解,反酸烧心,睡眠欠安,自述每有黄疸时胸背部皮肤可有疮样改变。舌淡瘀、苔薄白,脉细略弦。疫毒受挫,但脾气亦伤,拟上法稍加出入:方(1)减桃仁为 12g;方(2)去竹叶、加白芍 30g。各 7 剂,煎服法同前。

12月3日,HBV-M 示: HBeAg 转阴, HBVDNA(-),肝功能示: ALT81.7U/L,AST 正常,余(-)。患者仍以肠鸣、脘闷、反酸、暖气、背部梗胀为主,时有水样便 1~4 次/日。脉细,舌淡、苔薄白,脾气未复,宜酌减清润,加

以分利。方(1)减全瓜蒌为 20g,茵陈 30g,加秦艽 15g,去桃仁。11 月 6 日方(2)去竹叶、鲜茅根,加车前子 45g(包),秦皮 20g,各 7 剂,煎服法同前。

12 月 17 日,大便溏,每日 1~3 次,矢气臭秽,少腹痛,反酸暖气烧心,口干欲饮、齿龈肿痛。脉细弦,舌略红苔薄白。脾气未复,有苦寒化燥伤阴之象,拟 11 月 6 日方(1)减全瓜蒌为 15g,茵陈 30g,加生石膏 20g,秦艽 15g,方(2)去焦三仙、藿香,加海螵蛸 15g,制香附 20g,车前子 30g。各 7 剂,煎服法同前。

12 月 31 日据 12 月 20 日肝功能复查示:ALT28U/L、AST28U/L,各项均告正常。患者右肋隐痛连背,大便溏及少腹痛较前减轻,纳佳,尿黄,睡眠可。脉细,舌淡瘀苔薄白。拟酌减苦燥伐伐之品,加健脾和中之药。11 月 6 日方(1)减黄连为 6g,茵陈 30g,生甘草 6g,方(2)去苏梗、炒莱菔子、藿香,加海藻 15g,莲子 20g。各 7 剂,煎服法同前。

1997 年 1 月 28 日,肝功能复查示:ALT、AST、TBIL、DBIL、GGT 等主要项目均正常。2 月 20 日 HBV-M 示:HBeAg 仍阴性,HBsAg(+),HBcAb(+),HBV-DNA(-)。此后基本上每月复查肝功能 1 次,随访至 1999 年 1 月,一直保持正常稳定。

2 讨论

中医治疗的成功,可能与中药不仅能够清除血清中的 HBV,而且能够清除肝细胞内的 HBV 有关。我院的一系列实验证明,中药对乙型肝炎病毒、疱疹病毒和流感病毒等多种常见病毒都有不同程度的抑制或杀灭作用。临床与实验室的结果是完全一致的。本例从 9 月 10 日~10 月 23 日的 43 天内,尽管也使用了清降药物,但转氨酶仍然持续上升,开始出现纳差、尿黄如浓茶等类似急性肝炎的症状,此时使用清降药物,仅仅半个月,症状明显改善,肝功能迅速恢复,其中显然有一个治疗时机的问题。在中医治疗肝炎的过程中,上述情况并不少见。据国内外的资料报告,在 HBeAg 转阴前,有相当一部分患者出现转氨酶升高。上海传染病医院在 70 年代

就曾报道过使用自制参三七注射液治疗 26 例血瘀型慢性肝炎过程中,6 周后有 13 例出现转氨酶的升高,2 例发生黄疸并有淋巴细胞转化率(LBT)升高,有如一次急性肝炎发作,但经坚持治疗,竟有 12 例获得显效。他们认为这是细胞免疫功能得到激发的缘故。我们从临床上的观察发现,转氨酶升高,但 AST/ALT 的比值 <1 ,而且 PT/PA 并没有明显的恶化,这种情况应考虑是免疫得到激发,有望获得较好的疗效;假如 AST/ALT 的比值 >1 , γ -GT 也同时升高,并伴有急性或亚急性的神经精神症状,较重的消化道症状等,就应考虑中毒和合并重型肝炎的可能。这是肝病治疗中一个十分有意义的问题,值得进一步讨论。

本例中医治疗采用双处方法。它的好处是可以防止用药过多时的相互牵制,防止用药时偏激导致的毒副作用,而且两方交替使用,中有间歇,相得益彰,对病情全局的改善较为有利。例如治疗本例,转氨酶经常反复升高,可以一方清其内蕴之湿热,一方健脾活血调理其本,两方协同作用,有理有节,既无连续清利可能发生的伤中化燥之虑,又无健脾活血助火动湿之嫌,两方交替使用,互不干扰,又相互为用,作用有效而平稳,病人多乐于接受。假如用一张处方,集软坚、健脾、利水、理气等于一方,其力度则可能因药物之间的牵制而减轻,而且一方长期服用,容易出现毒副作用,由于治法单一,缺少必要的缓冲和策应,亦显得单调而少章法,病人易产生厌倦心理。初步分析表明,该法见效快,作用平衡,副反应少,有利于长期服用。

本刊征稿启事

《中医杂志》自开辟“病例讨论”栏目以来,深受读者欢迎。现继续征稿如下:(1)近年在病房里曾经讨论过的有西医明确诊断的病例。(2)病历记录完整。(3)在会诊时突出中医辨证施治的讨论(可以有不同看法),对提高读者临床辨证水平有一定启迪。(4)讨论中决定所用的治疗方法结果如何。最好有治疗前后化验等检查指标对比。(5)附有单位证明。

来稿请寄北京市东直门内北新仓 18 号中医杂志社 9 号编辑收,邮编:100700。