

中医诊治慢性乙型肝炎的探讨

江苏省南通市中医院 邵荣世

慢性乙型肝炎为临床常见病、多发病。为了探索其用药规律,1985年1月~1988年6月,笔者在肝炎专科门诊根据辨证,用自拟I、II、III号方加减,治疗慢性乙型肝炎73例,取得较好疗效,现报告如下。

一、临床资料

(一)一般资料:73例患者中男33例,女10例;年龄最小6岁,最大60岁,平均33.4岁;病程半年~1年者13例,1~3年31例,3~5年13例,5年以上16例。

(二)诊断标准及实验室检查:本组病例均符合1984年南宁会议修订的“病毒性肝炎防治方案(试行)”中规定的诊断标准。73例中慢性活动性乙型肝炎33例,慢性迁延性乙型肝炎40例。治疗前肝功能TTT、ZnTT一项异常者31例,二项异常者20例;谷丙转氨酶增高者66例;血清胆红素总量 $>1\text{mg}\%$ 者5例;A/G比值倒置者13例;B超示肝或/和脾大20例。

(三)观察方法:本组病例均测定肝功能(谷丙转氨酶、麝香草酚浊度、硫酸锌浊度、总胆红素、血清白蛋白、球蛋白)及乙型肝炎病毒血清学标志(HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc)。每月复查肝功能及病毒血清学标志一次,并随时观察患者的症状与体征。本组病人均经一个月以上治疗,三个月以上随访。

二、治疗方法

在中医辨证分型的基础上进行药物随症加减。

(一)肝经湿毒、中焦不和型:本组37例。证见脘腹胀满,胃纳欠佳,厌食油腻,口粘口苦,小溲短黄,舌红苔黄腻,脉象弦数。肝功能多有起伏,GPT增高明显。治拟清肝解毒、化

湿和中,药拟I号方:金荞麦30克,白花蛇舌草30克,土茯苓15克,晚蚕沙15克(包),藿香10克,白蔻5克(后下),苡仁15克,法半夏10克,车前子12克(包煎)。热毒偏重,烦躁口干,加青黛、龙胆草;湿邪偏重,恶心、苔白厚腻,加炒苍术、厚朴;黄疸加茵陈、金钱草、赤芍;衄血加煅花蕊石、白茅根、参三七;胁痛加柴胡、郁金;便秘加大黄、元明粉、芦荟,或常服青宁丸。

(二)脾肾两虚型:本组25例。证见面色浮白,神疲易汗,头昏耳鸣,纳减腹胀,腰痠胫软,便溏,女子经事失调,男子遗精阳痿。此型多病程长,肝功能麝浊、锌浊增高,白球蛋白比例失调,GPT轻度升高。治拟健脾益肾,佐以解毒,药用II号方:生黄芪30克,巴戟天10克,淡苡蓉10克,槲寄生15克,炒白术10克,炒苡仁15克,升麻5克,金荞麦30克。胁痛加炒柴胡、制香附、川芎;痰盛苔腻加姜半夏、陈皮、茯苓;腰痠加菟丝子、杜仲;胁下积癖,血络痹阻加山楂、莪术、九香虫;兼夹湿热,舌苔黄腻加蚕沙、车前子。

(三)阴虚瘀热型:本组11例。证见胁肋隐痛,稍劳加重,得卧则减,头昏目涩,口干口苦,五心烦热,夜寐不安,腰膝痠软,齿衄渗血或有赤缕红丝,舌质黯红少苔,脉象细弦或细数。GPT、麝浊、锌浊、血浆蛋白多不正常,或有白球蛋白比例倒置现象。治拟滋阴柔肝、凉血解毒,药用III号方:生地15克,北沙参15克,丹参15克,元参15克,枸杞子10克,赤白芍各10克,川楝子10克,大青叶30克,丹皮10克,紫草15克。鼻衄、齿衄选加白茅根、墨旱莲、藕节;低热夜作加青蒿、地骨皮、白薇;胁下积癖加鳖甲、牡蛎;失眠加熟枣仁、

夜交藤；阴虚气滞，脘胀纳呆加绿萼梅、玫瑰花、生麦芽。

三、治疗结果与分析

(一) 疗效标准：症状消失，肝脾恢复正常，无叩痛及压痛，肝功能恢复后经三个月随访无反复为基本治愈；主要临床症状消失，肝脾基本恢复正常，GPT降至正常或不高于正常值的一倍，其余各项肝功能指标降至正常或接近正常水平，停药三个月内或有轻微波动者为显效；主要症状与体征明显改善，GPT、ZnTT、TTT下降50%以上为有效；未达到有效标准及恶化者为无效。

(二) 治疗结果：基本治愈28例(38.4%)，显效20例(27.4%)，有效16例(21.9%)，无效9例(12.3%)。总有效率为87.7%。

(三) 疗效与各证型关系：表1示，脾肾两虚型及肝经湿毒中焦不和型的有效率均明显优于阴虚痰热型($P<0.01$ 及 $P<0.05$)。

表1 各组间疗效比较

组 别	例数	基本治愈	显 效	有 效	无 效
肝经湿毒	37	13(35.1)	12(32.5)	9(24.3)	3(8.1)
脾肾两虚	25	14(56.0)	6(24.0)	4(16.0)	1(4.0)
阴虚痰热	11	1(9.1)	2(18.2)	3(27.3)	5(45.4)
合 计	73	28(38.4)	20(27.4)	16(21.9)	9(12.3)

注：表内数据为例数(%)

表2 治疗后各组乙肝病毒血清学标志的变化情况

项 目	总例数 73例	肝经湿毒 37例	脾肾两虚 25例	阴虚痰热 11例
HBsAg	24(32.9)	11(29.7)	11(44.0)	2(18.2)
HBeAg	32(43.8)	17(45.9)	13(52.0)	2(18.2)
抗-HBc	17(23.3)	9(24.3)	8(32.0)	0
抗-HBe	28(38.4)*	15(40.5)*	12(48.0)*	1(9.1)*
抗-HBs	4(5.5)*	2(5.4)*	2(8.0)*	0

注：表内数据阴转例数(阴转率)

* 阳转例数(阳转率)

四、治疗后各组病毒血清学标志的变化：治疗前7例病毒血清标志HBsAg、HBeAg、抗-HBc均阳性，抗-HBe、抗-HBs均阴性。治疗后HBsAg、HBeAg、抗-HBc转阴分别为24

(32.9%)、32(43.8%)、17(23.3%)，抗-HBe、抗-HBs转阴分别为3(38.1%)、4(5.5%)。各组变化情况见表2，脾肾两虚组血清学标志的好转均高于另两组。

四、讨论

慢性乙型肝炎的病理变化以湿毒、热、瘀、虚为主，常累及肝、脾、肾三脏。邪毒蕴结为肝炎发病的主要原因之一，由于邪毒的持续、迁延，清肝解毒法每与他法伍用，贯彻治疗的始终。然因邪毒属性有别、患者体质各异、机体反应性不同，故临床使用I号方组当分辨热毒、湿毒和湿热之毒随证加减。热毒为患，多易入血，出现烦躁、口苦、鼻衄、齿衄等症，宜加青黛、龙胆草、紫草清肝凉血解毒。金荞麦亦为常用之品，该药性味微苦、寒，原为治疗肺脓疡的单方，笔者用此清肝解毒降酶收效较著，其作用机理尚需进一步研究。若兼大便秘结宜佐大黄、元明粉、芦荟等通腑泄热，釜底抽薪，腑气通畅，热毒遂泄，可促进病情好转。肝经湿毒型患者平时常服青宁丸，既有通导邪毒之功，又有凉血散瘀之效。湿毒为患，病程缠绵，反复发作，治湿毋忘宣通阳气，三仁、藿、朴、夏、苓为常用之品。若湿困中焦，苔白厚腻宜用平胃治之。若过用苦寒易致洞泄而成脾肾阳虚证。湿热为患，用药常合苦泄渗利，权衡湿与热的孰轻孰重进行药物与剂量的调配，灵活化裁，方可提高疗效。

邪毒久稽，深入血分，阴血受耗可致阴虚痰热证，多见于乙型慢性活动性肝炎较为严重的阶段，由于虚实夹杂，滋阴恋邪，攻伐伤正，治疗颇为棘手。阴虚痰热型患者病情重，变化多，发展快，如文中表1、表2所示，本型病例症状、体征、肝功能的改善和乙肝病毒血清学标志的好转均明显低于另两型。因此，在疾病早期实证阶段就要慎用辛香走窜之味，又要据症配合清养凉营，以免邪毒伤阴入血。

肝病患者，疏泄无权，脾失健运，进而伤肾，出现脾肾两虚证，治宜益肾健脾佐以解毒。重视先后天之本及“治肝实脾”的理论，在乙型肝炎的治疗中是有积极意义的。