

慢性肝炎谷丙转氨酶升降与方药关系的探讨

中国中医研究院西苑医院 陈立华

谷丙转氨酶 (GPT) 是反映肝功能的重要指标之一。运用中医中药来促使 GPT 恢复正常并保持稳定,是医师和患者共同关心的问题。临床实践证明,如何在辨证论治原则指导下合理地组方配伍用药,与 GPT 的升降有十分密切的关系。本文对慢性乙型肝炎住院患者 100 例进行了初步的统计分析。兹将分析结果报告如下:

一、临床观察

1. 一般资料:按照 1983 年南宁会议的诊断标准,本组 100 例中诊为慢性活动性肝炎 80 例,慢性迁延性肝炎 20 例。除少数有凝血功能障碍或年龄较大的患者外,有 67 例作了肝穿术得到病理诊断,其中 51 例为慢性活动性肝炎,16 例为慢性迁延性肝炎。100 例中男 91 例,女 9 例。慢性活动性肝炎者平均年龄 34.8 岁,平均病程 2 年 1 个月;慢性迁延性肝炎者平均年龄 25.9 岁,平均病程 2 年 6 个月。

2. 治疗结果和分析:全部病例均按传统的辨证论治方法进行,降 GPT 的疗效按以下四级划分。一级:GPT 完全恢复正常并稳定 3 个月以上,共 36 例;二级:GPT 恢复正常但只稳定 1 个月,共 11 例;三级:GPT 下降超过治疗前 50% 以上,共 30 例;四级:GPT 无明显下降,共 23 例。

二、疗效分析

1. 疗效与药物组方的关系:从表 1 中看出,获一、二级疗效者用解毒药达 100% (36/36 例、11/11 例);四级疗效者为 86.9 (20/23 例)。一级疗效用活血凉血者达 86.1% (31/36

表 1 不同疗效与组方药物的关系

疗 效	总例数	解毒	活血凉血	滋阴	益气助阳	健脾	利湿	疏肝理气
一 级	36	36	31	22	21	4	5	10
二 级	11	11	7	8	6	3	0	5
三 级	30	27	18	0	17	4	6	11
四 级	23	20	11	10	16	3	5	8

例);四级疗效者仅为 47.8% (11/23 例)。使用益气助阳药者一级疗效为 58.3% (21/36 例);四级疗效为 69.6% (16/23 例)。从初步分析中可见,疗效较好者使用解毒药和活血药的频率较高,益气助阳药则使用较少。

2. GPT 升降与药物种类的关系:在选用处方中最常用的有黄芪、仙茅、仙灵脾、丹参、生地、当归、金钱草、茵陈、虎杖、黄连、法半夏、全瓜蒌、野菊花、枳实等十四味。在 GPT 上升或下降时,统计这些药物在处方中出现的频率见表 2。初步分析显示:滋补类药在 GPT 上升时的出现频率高于 GPT 下降时的出现频率;清热解毒、利湿化痰类药物在 GPT 下降时的出现频率高于 GPT 上升时的出现频率。

我们又对显效(即一级疗效,下同)者及无效(即四级疗效,下同)者使用滋补药的情况作了初步分析。显效者 36 例中,用滋补药者 25 例(69.4%),未用者 11 例(30.6%);无效者 23 例中,用滋补药者 21 例(91.3%),未用者 2 例(8.7%)。无效者中用滋补药者明显多于显效者($P < 0.05$)。初步分析表明,用清解药 GPT 易降,用滋补药 GPT 易升。

3. GPT 升降与一些滋补药用量的关系:笔者在临床观察中注意到, GPT 升降与某些

表 2 GPT 升降与药物出现频率的关系

药 名	GPT 上升 (210个处方)	GPT 下降 (440个处方)
黄 芪	168(80.0%)	66(15.0%)
仙 茅	123(58.6%)	53(12.0%)
仙灵脾	121(57.6%)	56(12.7%)
丹 参	118(56.2%)	68(15.5%)
生 地	112(53.3%)	70(15.9%)
当 归	102(48.6%)	72(16.4%)
金钱草	121(57.6%)	83(18.9%)
茵 陈	131(62.4%)	401(91.1%)
虎 杖	130(61.9%)	401(91.1%)
黄 连	130(61.9%)	401(91.1%)
法半夏	113(53.8%)	342(77.7%)
全瓜蒌	111(52.9%)	339(77.0%)
野菊花	109(51.9%)	307(69.8%)
枳 实	101(48.1%)	238(54.1%)

滋补药的用量似有一定关系。如助阳药仙茅和仙灵脾，当用量偏大(>15克/剂)时，GPT 往往立即上升，在慢性迁延性肝炎有 GPT 明显波动史患者中表现尤为明显，而在早期肝硬化证属阳虚气虚者则表现不显著；当用量偏小(<6克/剂)时却呈现出良好的降酶作用，特别适用于长期服用苦寒类药物者。我们统计一级和二级疗效者中用过这两味药的 27 例，仙茅每剂平均用量为 5 克，仙灵脾为 8 克；在三级和四级疗效者中用过这两味药的 32 例，其每剂平均用量仙茅为 16 克，仙灵脾为 17 克。我们还发现，滋阴药生地服用时间愈长，GPT 似乎愈易升高。初步统计显示，在用生地而 GPT 上升的 112 次处方中，有 83 次(74.1%)是在用生地 5 次后出现的；初用或短期使用未发现有此现象。作为活血的主要药物丹参，我们发现其用量大小与 GPT 的升降也有一定关系。据统计在使用丹参而 GPT 上升的 118 次处方中，其每剂平均用量为 23.5 克；而在使用丹参 GPT 下降的 68 次处方中，其每剂平均用量为 15 克。值得注意的是，活血药用量偏大的病例，其凝血酶原时间和凝血酶原活动度往往出现相应的延长和下降，这可能有助于了解其内在机制。

4. 处方结构与 GPT 升降的关系：首先，我们将清热解毒(或清热利湿)、化痰散结、凉

血活血、滋阴润燥、益气助阳、疏肝健脾等六种治法作为慢性肝炎的基本治法，比较了显效者与无效者所用处方结构的差异。在显效的 36 例中，治疗超过上述六种基本治法的有 6 例(16.7%)；无效的 23 例中，治疗超过上述六种基本治法的有 9 例(39.1%)。初步分析表明，显效处方结构较为精炼，主旨明确；而无效处方则用药零乱杂沓，药味较多。

我们进一步分析 36 例显效患者 GPT 下降曲线的变化情况。分析结果显示，其 GPT 下降曲线大致可分为下述三型：(1)顺利下降型：包括治疗前 GPT 高、中、低度异常，经治疗后直接降至正常范围，共 23 例。该型患者大多为辨证贴切，用药妥当，治疗顺利。(2)先升后降型：共 7 例。该型患者多在使用助阳通阳法或停服联苯双酯、五味子制剂或激素后出现。(3)波动下降型：包括大、小波动幅度在内，共 6 例。该型患者的出现多与病情较复杂，辨证不准，用药较杂乱，或加减过频，或过早进补等有关。

从肝脏病变情况看，在 36 例显效者中，慢性迁延性肝炎 9 例，其中 5 例(55.6%) GPT 为非顺利下降型；慢性活动性肝炎 27 例中，8 例(29.6%)为非顺利下降型。临床提示，慢性迁延性肝炎肝细胞病变相对活跃，GPT 波动较大，治疗要慎用滋补，侧重清热解毒、化痰利湿等法；而慢性活动性肝炎 GPT 波动较小，絮浊异常明显，故只要辨证得当，降酶反较顺利。

为了进一步了解显效和无效患者处方中药组成的差异，我们分别统计了各类药物在显效方和无效方中的每剂平均用药剂量及其在每剂总剂量中所占的百分比。统计结果见表 3。从表 3 中看出，显效方中清热解毒、化痰散结、滋阴润燥类药物在每剂药中的平均用量及其所占比例高于无效方；而无效方中的凉血活血用量及其所占比例大于显效方。说明药物类别及其剂量的把握是影响 GPT 下降的因素之一。

三、讨论

由于人与实验动物的差异及试验动物肝脏

表 3 不同类药物在每剂显效和无效处方中的
的用量及其所占比例的情况

药物分类	显 效 方 (克/剂)	无 效 方 (克/剂)
清热解毒	105.6(42.4%)	86.8(34.3%)
凉血活血	34.6(13.9%)	49.6(19.6%)
滋阴润燥	18.4(7.4%)	16.2(6.4%)
益气助阳	16.0(6.4%)	22.8(9.0%)
化痰散结	18.4(7.4%)	16.2(6.4%)
疏肝健脾	16.9(6.8%)	16.9(6.7%)
其 他	39.1(15.7%)	44.5(17.6%)
合 计	249(100%)	253(100%)

损害与人类病毒性肝炎所致肝脏损害之差别,欲了解中药复方治疗病毒性肝炎肝功能损害的机制,在当前实验室条件下是很困难的。因此,通过临床运用传统的辨证论治方法,结合现代生化、免疫、病理等检测手段进行观察,似是当前唯一可行的方法。多种临床现象表明,中药随患者体质、证型的不同往往呈现不同的临床效应。其他,诸如药物属性的不同、气味厚薄的差异、用量的轻重、配伍的区别及运用时机的迟早等因素,也都足以影响 GPT 的升降。

1. 既要掌握中药的四气五味,又须知常达变。通过以上初步分析可知, GPT 的升降基本上与传统中药四气五味升降浮沉理论中的阴主沉降、阳主升发、苦寒降泄、甘温升散之性相一致。但这仅仅反映了慢性肝炎在中药治疗过程中的一般规律即:宜清者,清之则降,补之温之则升;宜补者,清之寒之则升,补之温之则降;虚则补之、实则泻之为顺,虚其虚、实其实为逆。这正是辨证论治的原则,但其中尚有不尽如此者,如仙茅、仙灵脾,剂量偏大, GPT 即升,剂量若小则降,这与“少火生气,壮火蚀气”之说似有相同意味。又如金钱草,虽性味苦寒,但又具通络消痰之性,用于瘀胆型肝炎效果较好,但对慢性肝炎患者,倘用量偏大, GPT 往往明显上升。如统计所示,在 GPT 上升的 121 次使用中,有 101 次金钱草剂量大于 30 克,而随着减量或弃之不用, GPT 往往能得以下降。再如当归,对降絮浊的作用较好,但对 GPT 的影响亦往往与其剂量有关。对于

病程长、虚象明显、具有低酶高絮特点者,多呈现良好的正效应;而对病程短、GPT 波动明显者,多呈负效应。

2. 既掌握治疗时机,又善用气味厚薄之性。临床上常常会遇到这种情形:加入同样剂量的两味药,此时使用, GPT 可升高,而彼时使用却不升高,这说明有一个用药的时机问题。临床医师的责任就在于:当 GPT 在升高时,应令其下降,使病情好转;当 GPT 应升而反降(如酶疸分离),病情恶化,或 GPT 不升不降,病情相持时,又当令其先升再降,摆脱危境。这与临床用药的水平是息息相关的。临床所见,一个促使 GPT 下降的有效处方,其加减变化是需要十分审慎的。一般而言,对 GPT 的影响味薄者较小,味厚者较大;对絮浊的作用则基本相反,味薄者无效,味厚者易降。因此,当酶絮俱升时,药物气味的厚薄之性是大有考虑必要的。如有一例慢性活动性肝炎患者,治疗一直顺利,但 GPT 降至 45 单位时(改良金氏法),根据其脉证加入首乌和鸡血藤,2 周后其 GPT 升至 75 单位。经分析后撤去此两药,加入竹茹、竹叶清灵平和兼辛润通络之品, GPT 便顺利降至正常。由此可见,临床上 GPT 升降与药物气味的关系与《内经》所指出的“味厚者为阴,薄为阴之阳;气厚者为阳,薄为阳之阴。味厚则泄,薄则通;气薄则发泄,厚则发热”的理论确有相同的意义。因此,在降酶过程中,应遵循这些原则,精选药物,慎重取舍,便可防止某些不必要的反复,缩短疗程。

3. 既要掌握药物之共性,又当深谙药物之特点。如果说辨证是对病情的总体把握,施治处方用药,则必须有对病情具体把握的能力,否则,中医的临床辨证论治只能停留在一般的水平上,很难有所发现,有所深入。例如,同为慢性肝炎肾阳虚型,我们发现,用此类补肾药(仙灵脾、仙茅等)则可,用他种(如益智仁、肉苁蓉等)则不可。这是在现代检测监控下初步发现的一些临床现象。类似的内容则太多了,需要我们去认真观察与探索。临床医生不能只

停留于总体把握的水平上,应有至精至微、至细至深的具体把握能力。当然,仅凭感觉可能是有局限性的、不准确的,但借助病人不断反馈的信息,加上现代化的检测手段,则可能接近这种水平。

总之,治疗慢性病毒性肝炎,在辨病辨证的前提下,必须重视清热解毒药的运用;处方的组织结构应主次分明,有明确的目的性;法则与遣药配伍应紧扣病机,精炼准确,防止面面俱到,叠床架屋式的堆砌;慎用滋补类药物,

应防止过早、长期和大量使用;使用活血类和动物类药物应防止剂量过大过猛;清热利湿及淡渗利湿类药物应谨防苦燥及通利太过,伤阴损液,发生它变。凡此等等,都应“以平为期”,尽快找到重建并保持患者新的生理平衡态的支点。研究处方用药与降GPT的关系,还在于尽量减少临床用药的盲目性,提高自觉性,缩短疗程,提高疗效,并进一步发现最佳药物、最佳剂量及合理处方,以及用药的规律性。本文仅对此作一初探,以供大家参考。

中医治疗急性后极部多发性鳞状色素上皮病变

河北省医院中医眼科 赵廷富

急性后极部多发性鳞状色素上皮病变,是一种常见的眼底病,类似中医眼科“视惑症”,多见于青年,起病急,视力急骤减退,严重时仅留眼前指数,常先后累及双眼,有视物变形及小视症。笔者根据临床实践用中药治疗本病效果较好,现介绍如下:

例1 古某某,男,30岁,农民,于1990年5月12日初诊。双眼突然视物不清5天。检查:远视力,右0.4,左0.2,近视力双眼均0.2,矫正不正。双眼视盘充血,边界清,后极部及黄斑区网膜明显青色水肿,网膜下隐见形状不一灰色圈,中心凹反射不见。平面视野有旁中心暗点。眼底荧光血管造影(序号1672)报告:双眼后极部病灶区不显荧光,晚期无荧光渗漏。舌质淡、苔白,脉弦。诊断:双眼急性后极部多发性鳞状色素上皮病变。据脉证考虑为:肝郁乘脾,水湿不运,上泛于目所致。治宜舒肝健脾,燥湿除邪。方药:利眼灵(《中医眼科五色复明新论》),苍术15克,陈皮15克,枳壳10克,柴胡12克,羌活15克,白芥子12克,甘草6克,水煎服,每日一剂。服药至1990年6月16日,查视力右0.8,左1.0,双眼后极部水肿大部吸收,中心窝反射隐见。

例2 李某某,男,34岁,工人。于1982年2月17日初诊。双眼先后视物不清,变小30天,伴耳鸣。检查:视力:右0.4,左0.9,近右0.5,左1.0,矫正不正。双眼后极部水肿,反光强,视网膜血管下有大小不等黄白鳞状病灶,右中心窝反射不见,左中心窝反射隐见。平面视野有中心暗点。眼底荧光血管造影(序号792)报告:双眼后极部病灶无荧光,晚期无渗漏。舌质稍红、少苔,脉弦。诊断:双眼急性后极部

多发性鳞状色素上皮病变。据脉证考虑为肝肾不足,津亏血少,虚火上炎于目导致此病。治宜补肝益肾,养血明目。处方:补肝益肾明目汤,生地10克,寸冬10克,山药10克,枸杞子12克,当归10克,白芍10克,云苓10克,白术10克,泽漆10克,车前子10克,丹皮10克,鸡血藤12克,水煎服,每日一剂。服药至1982年4月2日,双眼远视力1.5,近视力双眼1.5,双眼后极部水肿吸收,中心窝反射可见而愈。

体会

祖国医学治疗眼病的特点,是以全身及眼部症状辨证,再分型施治,遣方用药。但是笔者临床实践观察,很多眼底病患者就诊,只因视物不清而求医。在无眼底镜,特别是眼底荧光血管造影以前,只有凭着多年临床经验治疗眼病,此法对眼与全身症状的调节,还是十分必要的。笔者根据眼底病的特点,十分重视现代医学技术检查,科学的分析五脏功能变化的病理产物在眼底中的集体表现,乃是辨证、定位、定性的客观基础及愈后观察的实际客观指标。本文仅介绍二例,一例无全身症状,辨证应侧重于眼底;一例有全身症状,辨证应结合整体兼顾眼底。

笔者认为,本病多因肝郁犯脾,脾被湿困,或肝肾亏损,血不荣目所致。依据“五色入五脏”的理论指导临床,多用青色木贼、枳壳入肝,以理气养血明目;用黄色陈皮、泽漆、苍术入脾,培土健脾除湿明目;用黑色熟地、车前子、当归入肾,大补其阴,用红色枸杞子、白芍、鸡血藤入心,养血明目,对控制本病,促进恢复视力功能有一定的作用。