

慢性重型肝炎辨治心得

张 赤 志*

主题词 重型肝炎,慢性/中医药疗法

慢性重型肝炎临床症状复杂,治疗棘手,病死率高。笔者应用中医辨证施治的方法,取得满意疗效,择其病案几则,介绍如下。

1 化湿解毒,凉血活血

慢性重型肝炎不少患者起病见胸痞腹胀,肢酸倦怠,身目发黄,舌苔黄而腻。此乃湿热交蒸,酿成热毒,充斥气分所致。湿邪阻滞,气机受困,则见胸痞腹胀,肢酸倦怠;湿热交蒸,胆汁外溢,则见身目发黄;湿热下蕴则小便色赤。舌苔黄腻是湿热蕴阻之象。治宜解毒化湿,甘露消毒丹加减。然肝为血脏,其体为阴,湿热久滞,必然灼耗阴血,故血虚兼见者居多。治疗宜在上方药的基础上加用凉血活血的药物,做到养血而不助热,活血而祛瘀滞,常配用丹参、赤芍、郁金、何首乌等。

例 1:范某,男,40 岁。1997 年饮酒后出现身、目、尿黄,诊断为慢性乙型肝炎,经护肝降酶退黄等药治疗,肝功能恢复正常。近 3 年来肝功能反复不正常,2000 年 9 月 2 日到某医院查肝功能血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)134U/L,血清门冬氨酸氨基转移酶(AST)112U/L,总胆红素(TBIL)20.8 μ mol/L,直接胆红素(DBIL)10.6 μ mol/L,诊断为慢性乙型肝炎住院,予甘利欣、苦黄、思美泰等药治疗,症状反而加重,出现明显食欲不振,饭后腹胀甚,恶心厌油,高度乏力。10 月 17 日复查肝功能 TBIL528 μ mol/L,DBIL262 μ mol/L,ALT36.3U/L,A/G(36.6g/21g)=1.7:1,胆固醇(CHOL)1.03mmol/L(正常值 3.23~6.47mmol/L),凝血酶原时间(PT)23.2s(正常值 11~14s),HBsAg、HBeAg、抗 HBc 阳性,以慢性重型肝炎转入我院。体检:神清,精神倦怠,皮肤、巩膜重度黄染,未见肝掌及蜘蛛痣,腹稍膨隆,肝脾未扪及,腹水征阳性,全腹无压痛及反跳痛,双下肢无指压凹陷,舌淡红、苔白腻,脉细,西药予护肝等药治疗。中医以化湿解毒、活血利胆。药用:藿香、白豆蔻各 10g,丹参、蒺藜、茯苓、连翘、何首乌各 15g,薏苡仁、赤芍、郁金各 20g,茵陈、金钱草各 30g。服上药 3 剂,症状明显改善。于 11 月 7 日复查肝

功能 ALT62U/L,AST28U/L,A/G(33g/15g)=2.2:1,TBIL 257.7 μ mol/L,DBIL 143 μ mol/L,CHOL 1.59mmol/L,PT20.5s,后因大便溏稀,每日 3~4 次,上方去生何首乌,加鸡血藤 30g 活血养血。次年 1 月 5 日症状明显改善,肝功能基本正常带药出院。

2 辛开苦降,开胸散结

有的慢性重型肝炎表现为心下痞、恶心厌油等症。此乃脾胃虚弱,湿热内结,气机郁滞,升降失调而成痞满结胸。表现为胃脘部疼痛,压痛或痞满胀闷。其辨治要点,如叶天士所说:“验之于舌:或黄或浊,可与小陷胸汤或泻心汤,随证治之;或白不燥,或黄白相兼,或灰白不渴,慎不可乱投苦泄。”选用半夏泻心汤加减,和胃降逆、开结除痞。《内经》有“厥阴不治,求之阳明”,及厥阴应“调其中气,使之和平”之论。因肝胆脾胃,在人体气机的升降中起着重要的作用,肝脾之气升发,则一身之清气皆升;胆胃之气通降,则周身之浊气均降。临床上应根据这个生理特点予以辨证用药,使升者能升,降者得降;欲升不能升者,治之使其升,欲降不得降者,调之使其降。应用该法使中州得运,升降复常,诸症自消矣。

例 2:颜某,男,35 岁。1993 年体检发现乙型肝炎标志物阳性,肝功能正常。1 年前无明显诱因出现身、目、尿黄,食欲减退,神疲乏力,肝功能异常(具体不详),经治疗好转。1999 年 3 月因工作劳累病情复发,症如上述,肝功能:ALT711U/L,AST473U/L,TBIL 169.2 μ mol/L,DBIL 83.5 μ mol/L,HBsAg、HBeAg、抗 HBc 阳性。在某医院予白蛋白、血浆、凯时、促肝细胞生长素、肝醒、杜秘克及护肝降酶等药治疗,病情未见好转,恶心厌油,腹胀进行性加重,极度乏力。1999 年 12 月 7 日以慢性重型肝炎转入我院。体检:神清,精神疲乏,少气懒言,皮肤巩膜深度黄染,未见肝掌及蜘蛛痣,皮肤未见出血点。腹稍隆起,全腹压痛,反跳痛,肝脾未扪及,腹水征可疑阳性,双下肢无指压凹陷。舌暗苔黄腻,脉滑。肝功能示:ALT 83U/L,AST 76U/L,A/G(38g/15g)=2.5:1,TBIL 665.6 μ mol/L,DBIL 348.4 μ mol/L,CHOL 1.08mmol/L,PT31s。西药予护肝等对症治疗。中药予以辛开苦降、化湿利胆。药用:干姜、黄连各 3g,法半夏、炒谷芽、炒麦芽、失笑散、生甘草各 10g,茯苓、炒白术各 15g,茵陈、白花蛇舌草各

* 湖北省中医院国家中医肝病医疗中心,武汉市武昌区花园山 4 号(430061)

收稿日期:2003-10-27;修回日期:2004-01-12

30g。服上方2剂后症状明显改善,食欲增加,腹软无压痛,大便调,小便每日1400~1500ml,舌暗红、苔根黄腻,脉细。2000年1月13日查肝功能:ALT 56U/L, AST 111U/L, A/G (38g/15g) = 2.5 : 1, TBIL 218.2 μ mol/L, DBIL 53.2 μ mol/L, CHOL 2.05 mmol/L, PT28s。查舌红苔白腻,脉小滑,恐其温药伤阴,拟滋补肝肾、健脾利胆。药用:炒白术、橘叶、炒谷芽、炒麦芽、郁金、生甘草各10g,茯苓、莢藜、丹参各15g,生地黄、枸杞子、赤芍各20g,茵陈30g。3月15日复查肝功能:ALT 47U/L, AST 61U/L, A/G (37g/32g) = 1.2 : 1, TBIL 44.2 μ mol/L, DBIL 11.2 μ mol/L, CHOL 3.15mmol/L, PT13.5s。乃于方中加沙参30g。9月24日查肝功能:ALT 22U/L, AST 56U/L, A/G (36g/33g) = 1.1 : 1, TBIL 84.6 μ mol/L, DBIL 43.1 μ mol/L, CHOL 2.35mmol/L, PT22.1s。原方加丹参24g。10月24日查肝功能:ALT 24U/L, AST 57U/L, A/G (33g/39g) = 0.85 : 1, TBIL 54.4 μ mol/L, DBIL 28.9 μ mol/L, CHOL 3.93mmol/L, PT17.8s。B超提示,早期肝硬化,腹水阴性,带药出院继续治疗。

3 养血活血,清热化痰

有些慢性重型肝炎患者,黄疸经久不退,腹胀,小便自利。此乃湿热留恋不祛,以致痰湿气血凝滞,经脉痹阻,胆汁流行不畅发为黄疸。《张氏医通》说:“诸黄虽多湿热,然经脉久病,不无瘀血阻滞也。”瘀血郁滞的辨证要点:(1)少腹胀满,小便自利。沈金鳌说:“诸黄皆小便不利,唯瘀血发黄,小便自利。”(2)“腹不满,其人言我满。”治拟养血活血、利胆退黄。选择养血活血药物时须做到,养血而不助热,活血而能祛瘀滞。常用药物有丹参、泽兰、红花、郁金、茺蔚子、白茅根等。其中丹参养血活血偏于养血;赤芍、白茅根凉血活血偏于凉血;红花、茺蔚子活血化痰,偏于调理气血;郁金乃血中气药,活血化痰偏于行气,达到气行则血行的目的;泽兰能舒肝脾之郁而活血破瘀,具有活血而不伤血,补血而不滞血的特点。然湿热痰滞为始发因素,故在方中常选加清热化痰湿之品,如茵陈、薏苡仁、茯苓、浙贝母、藿香梗、白豆蔻、瓜蒌等。

例3:杨某,男,41岁。1993年发现肝功能不正常,HBsAg阳性,嗣后反复发作。本次于20天前因饮酒后出现腰部胀痛,继则身、目、尿黄,纳减,肝功能异常,在某医院住院,经用甘利欣、促肝细胞生长素、白蛋白等药治疗,病情反而进行性加重,出现口干口苦,高度食欲不振,疲倦,极度乏力,腰胀痛,大便偏干,2日1次,小便调。肝功能:ALT 166U/L, AST 73U/L, A/G (35g/17g) = 2.1 : 1, TBIL 322.8 μ mol/L, DBIL 78.7 μ mol/L,

CHOL 1.61mmol/L, PT22.6s。HBsAg、抗HBc-IgM阳性,诊断为“慢性重型肝炎早期”,1997年1月23日转入我院。体查:神清,精神极差,皮肤、巩膜高度黄染,未见肝掌及蜘蛛痣,腹平软,肝脾未扪及,舌暗淡红、苔白腻,脉细。西药以护肝等对症处理,中医拟养血活血,清热化痰。药用:红花、藿香梗各10g,茺蔚子、浙贝母、瓜蒌子各15g,丹参、赤芍、茵陈、薏苡仁、泽兰、白茅根各30g。服上药后症状逐渐改善,1月30日复查肝功能:ALT 67U/L, AST 73U/L, A/G (30g/12g) = 2.5 : 1, TBIL 269.2 μ mol/L, DBIL 68.8 μ mol/L, CHOL 1.71 mmol/L, PT20.6s。4月24日复查肝功能:ALT 32 U/L, AST 44U/L, A/G (34g/23g) = 1.5 : 1, TBIL 36.8 μ mol/L, DBIL 9.9 μ mol/L, CHOL 3.13mmol/L, PT14.5s,乃带药出院。

4 温化寒湿,利胆退黄

黄疸一证,古人多言湿热。文献报道亦多认为重型肝炎是湿热毒邪化火所致,所选方药多采用苦寒清热、化湿利胆之品。然病因寒湿伤人,或素体脾胃虚寒,病后脾阳受损,则湿从寒化,以致中阳不振,寒湿郁滞中焦,脾气壅遏不运,肝胆失疏,胆液被阻,外溢于肌肤经隧,而发为阴黄者,亦常有之。正如俞长荣教授所说:“灿灿橘子色,并非尽阳黄”。虽色黄鲜明如橘子,而症见脘腹胀,食欲不振,大便稀溏,舌淡、苔黄白腻,脉沉迟等。则是阴黄而不是阳黄。《景岳全书》说:“凡病黄疸而绝无阳证阳脉者,便是阴黄。”“阴黄症,则全非湿热,而总由血气之败”。此宜大补脾胃,调整中焦之升降功能,方可化险为夷。宜用温化寒湿、利胆退黄,常用紫苏梗、砂仁、白术、鹿角霜、法半夏、炒谷芽、炒麦芽温中健脾,和胃降逆,伍以茵陈温化寒湿浊邪,失笑散活血行瘀,庶可直抉厥阴之滞,而有推陈出新之功。寒盛者加制附子、桂枝。

例4:胡某,男,47岁。发现乙型肝炎7年余,HBsAg、抗HBe、抗HBc阳性,肝功能正常。本次于20天前因受凉、劳累起病,觉腹胀、腹痛,以剑下及右上腹明显,饭后加剧,食欲不振,时而恶心未吐,牙龈出血,四肢乏力,尿深黄如浓茶,在某医院住院,查ALT 478U/L, AST 521U/L, TBIL 122.9 μ mol/L, DBIL 75.73 μ mol/L,诊断为“慢性乙型肝炎重度”,“慢性胃炎”,给予甘利欣、促肝细胞生长素、丹参、肌苷静滴,口服雷尼替丁,腹痛减轻,但腹胀,乏力,黄疸加重。查肝功能:ALT 554U/L, AST 179U/L, TBIL 237.9 μ mol/L, DBIL 109 μ mol/L。1997年9月20日转入我院。现觉身、目、尿黄,腹痛腹胀,高度食欲不振,口干口

(下转第275页)

附表 两组患者中医老年颤证功能障碍

记分、UPDRS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	颤证功能障碍记分	UPDRS 评分
治疗组	治疗前	20 14.95±1.88	60.95±3.24
	治疗后	20 8.90±1.68*	36.95±7.24*
对照组	治疗前	20 14.80±2.04	60.70±3.59
	治疗后	20 8.65±1.57*	40.35±8.98*

与本组治疗前比较, * $P < 0.01$

内差值前后比较用配对 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 等级资料用 $Ridit$ 分析。统计分析均在 SPSS 10.0 版中操作完成。

3 治疗结果

3.1 中医老年颤证功能障碍记分比较: 附表示, 治疗前、治疗后组间老年颤证功能障碍记分比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 两组治疗前后组内老年颤证功能障碍记分比较, 差异均有显著性意义($P < 0.01$)。

3.2 UPDRS 评分比较: 附表示, 两组治疗前后组间老年 UPDRS 评分比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 两组治疗前后组内 UPDRS 评分比较, 差异均有显著性意义($P < 0.01$)。

3.3 治疗 3 个月后 UPDRS 评分改变: 治疗组: 治愈 0 例, 显效 8 例, 有效 8 例, 无效 4 例, 总显效率 40%, 总有效率 80%; 对照组: 治愈 0 例, 显效 7 例, 有效 8 例, 无效 5 例, 总显效率 35%, 总有效率 75.5%, 差异无显著性意义($P > 0.05$)。全部病例治疗后血、尿、粪常规及心、肝、肾功能检查未出现明显异常变化, 治疗过程中无一例出现不良反应。

4 讨论

帕金森病属中医学“颤病”范畴, 大多发于中老年, 肝肾亏虚是其发病本源。中年之后肝肾自亏, 更兼劳顿、色欲之消耗, 而致阴精虚少、形体衰败。即《内经》所谓“年四十而阴气自半, 起居衰矣”; 本病病位在脑, 脑为髓海, 肾虚则髓减, 脑髓不充, 渐发为本病, 病理解剖

多提示, 多巴胺神经元变性可为佐证。同时, 患者的临床表现也大多提示为肝肾亏虚的特征, 临床常见头昏神疲、痴呆健忘、迟钝少欲、腰酸腿软、不耐疲劳、夜卧多尿等症状, 以及肌张力增强, 也都是肝肾不足的表现。本病以震颤、动摇为主症, 是为肝风内动之征, 然肝风之起, 均由肝肾亏虚所致。在肝肾亏虚的基础上, 痰瘀内生, 阻滞脑脉。更加剧了内风暗动。从上可知, 肝肾亏虚为其根本, 标在内风痰瘀。但内风暗动、痰瘀交阻实为重要的病理因素, 故帕金森病总属虚实夹杂为病。治疗重在权衡标本, 针对本病主要病机特点, 自拟滋阴熄风活血汤治疗早期帕金森病, 其中地黄甘寒多汁, 主清主润。《本草经疏》曰: “干地黄, 为补肾家之要药, 益阴血之品, 血补则阴气得和, 而无枯燥拘挛之疾矣”。山茱萸滋阴补肾, 川芎上行巅顶, 行气活血, 白芍养血柔筋, 天麻熄风舒筋, 诸药合用, 共奏滋阴熄风、活血止颤之功。并且诸药药性较平, 剂量较小, 可长期服用, 寓“平淡中见神奇”之意。现代药理研究表明^[4], 芍药中的主要成分芍药甙具有较好的解痉作用, 山药、天麻均有抗衰老作用。

自拟中药与西药无明显差异, 说明二者疗效大致相同, 均可减轻患者临床症状, 改善和提高生活质量, 延缓疾病进程, 但中药治疗无明显副作用, 可长期服用, 依从性好, 为患者减轻痛苦及经济负担, 但能否替代西药及远期疗效尚待进一步观察。

参考文献

- 1 隆呈祥整理. 中医老年颤证诊断和疗效评定标准. 北京: 中医学院学报, 1992, 15(4): 39-40.
- 2 王新德执笔. 全国椎体外系疾病讨论会. 中华神经精神病杂志, 1985, 28(4): 256.
- 3 贝政平主编. 内科疾病诊断标准. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 906-912.
- 4 高学敏主编. 中药学. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 1781, 1607, 1410.

(上接第 256 页)

苦, 时而恶心未吐, 牙龈出血, 精神极差, 四肢乏力, 夜寐不安, 大便稀, 每日 4~5 次, 无里急后重; 小便每日 1500~2000ml。体检: 神清, 神疲, 皮肤巩膜深度黄染, 颈及前胸皮肤可见 3 颗蜘蛛痣, 腹软无压痛及反跳痛, 肝脾未扪及, 莫非氏征阳性, 腹水征可疑阳性, 双下肢轻度指压凹陷水肿, 舌质淡红、苔白腻有齿印, 脉细。肝功能: ALT343U/L, AST137U/L, A/G (36g/27g) = 1.3 : 1, TBIL201.3 μ mol/L, DBIL146.5 μ mol/L, CHOL2.71mmol/L, 总胆汁酸(CTBA)129 μ mol/L (正常值 0~10 μ mol/L), PT43.4s, HBsAg、抗 HBe、抗

HBc、HBV-DNA 阳性。诊断慢性重型肝炎(中期)。予以护肝支持, 对症处理, 中医以温阳化湿, 利胆退黄法。药用: 苏梗、砂仁、鹿角霜、法半夏、失笑散、炙甘草各 10g, 炒白术、瓜蒌、茯苓各 15g, 茵陈 30g。3 剂后知饥欲食, 无恶心呕吐, 腹胀明显好转, 效不更方。

10 月 13 日复查肝功能: ALT36U/L, AST49U/L, A/G (37g/34g) = 1.1 : 1, TBIL76.8 μ mol/L, DBIL23.3 μ mol/L, CHOL3.65mmol/L, TBA71 μ mol/L, PT20.5s, 恐其久病瘀血阻络及温药伤阴, 先后在原方基础上加丹参 20g, 生地黄 15g, 于 12 月 20 日复检肝功能恢复正常而出院。