

理论探讨

试论当代中医治疗乙型肝炎的基本原则

陈立华*

摘要 作为难治性疾病之一的病毒性乙型肝炎(简称乙肝),在临床运用中医中药治疗的过程中,必须严格遵循师古不泥古,开拓创新的原则。抗病毒原则、重视客观检测的原则、临床再探索的原则、辨病与辨证统一的原则以及重视药物毒性须慎重择药的原则等。

主题词 肝炎,乙型/中医药疗法 治则

On Basic Principles of Modern TCM Treatment of Hepatitis B

Cheng Lihua

(Xiuyan Hospital of China Academy of TCM, Beijing 100091)

Abstract In TCM treatment of hepatitis B, one of refractory diseases, must follow strictly the principles of learning the past, but not rigidly adhere to it, and opening up and innovation. The principles of anti-virus, playing attention to objective detection, clinically re-researching, unifying disease differentiation and syndrome differentiation, as well as attaching importance to medicine toxicity and carefully selecting medicines and so on mentioned in this paper are a preliminary opinion based on the above view point in combination with long-term clinical practice and thinking.

Key Words Hepatitis, type B/TCM therapy; Treatment principle

中医作为一种传统医学,经过了几千年的发展,在100多年的时间内,则经历了历史上空前激烈变革的岁月,这就是西医东渐所带来的变革。然而由于它有着合理的内涵、又有着巨大的药物学潜力,所以,在声、光、电、数高度发展的今天,它仍然没有显出任何与时代的不协调,相反,某些优势已经成为现代医学必须深入研究的目标了。借此机会,就病毒性乙型肝炎(简称乙肝)的中医治疗问题谈几点个人意见。

1 抗病毒的原则

中医不是以谈虚用补为宗旨的。它历来都是重视“毒”和解毒的。“疫”和“毒”在《素问·刺法论》有所记载:“余闻五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似,不施救疗,如何可得不相移易者?岐伯曰:不相染者,正气存内,邪不可干,避其毒气。”这段对话可以明确地了解到,在上古时代,人们已经明确地了解到“疫”是一种或多种具有传染性质的流行病;在相互“染易”的患者之间,无论年龄大小,所呈现的病状相似,引起相互传染的病因是“毒气”,所以需要在加强正气的同时,避免毒气的内侵。显然,这个“毒气”就是“五疫”相互“染易”的病因。所以,“疫”和“毒”是可以相互联系在一起的一个概念。

概括古代中医对“毒”的认识:(1)与现代医学所说

的某些致病微生物相似但意义更为广泛;(2)对各种蕴积于里而久治不愈的疾病,有积久成毒之说:如《东医宝鉴》载“脏毒者,蕴积热毒久而始见”;(3)毒邪的性质有风、寒、暑、热、湿等多种性质;(4)毒的性质尚与患者自身的阴阳气血偏差有关;如《玉机微要》指出:传染病“有嗜欲饮食积毒”,如“本无内热积毒,亦不能染也”。

《内经》所记载的“溽暑湿热相搏,……民病黄疸”,指出发生黄疸与外界湿热的气候环境有关。中医所言湿热的产生应该说有两个层次上的含义:其一,自然界的湿热性气候与脏腑功能失调所产生的湿热;其二,感染了某种毒素,包括现代所认识到的各种致病微生物所导致的病理性湿热证候。所以就有了“疫邪”、“毒邪”的概念。长期以来的临床资料证实,清热解毒或清热利湿为主的治疗对于急性黄疸性肝炎有着肯定的疗效。解读《本草纲目》主治第三卷记载治疗黄疸的常用药物共有83味;并指出“黄疸有五,皆属湿热。”从书中所列83种药物性味来看,有苦寒、辛散、淡渗、芳香及动物乳、脂等类别,其中以苦寒攻破解毒药物为最多。几乎不用补药。

2 客观检测的原则

传统中医最大的缺憾是没有众多的客观检测指标。但并非前人不需要它,而是受历史条件所限。例如唐代《外台秘要》上曾记录了每日以帛浸入黄疸患者的尿中,动态地观察其颜色的深浅来判断病情的进退。当

* 中国中医研究院西苑医院,北京市海淀区西苑(100091)

收稿日期:2004-02-25

代中医则广泛地采用了西医所有先进的理化指标来诊断和判断疗效。这就比单纯症状学要客观、准确和具有说服力。

所谓参考检验指标的药物运用具有两个前提:其一,药物的运用必须建立在对患者病情的确切诊断和病情的总体把握水平上,不能孤立对待,甚至造成对病情全局的损害。其二,所用的药物必须具有相对的肯定效应。即它的确切性。兹根据临床常用的有关指标,举例论述如下。

2.1 血清白蛋白:肝是合成白蛋白的惟一场所。肝功能损害时,血清白蛋白水平下降。无腹水的肝硬化患者,血清白蛋白水平反映预后,但对急性肝病患者,血清白蛋白不是一个良好的指标。低白蛋白血症对肝病不具有特异性。这是由于血清白蛋白水平降低除合成障碍外,尚可能因血管外池扩充,如腹水、水肿患者,血管内白蛋白进入血管外池,导致血清白蛋白下降。合成白蛋白的原料供应不足,如摄食过少,或消化吸收障碍;蛋白质分解过多,如感染、发热、癌肿等时白蛋白分解增加;从异常途径丢失,如慢性腹泻、慢性肾脏损害等;还可因肝硬化时, γ 球蛋白增多导致渗透压升高抑制白蛋白的合成等多种因素的影响。因此,在选用具有特异性药物的同时必须注意到其全身的总体情况。

药物主要从直接补充白蛋白和改善肝脏的合成能力两方面选择。直接补充性的药物有:紫河车、地龙、僵蚕、阿胶、鲤鱼、龟甲等;改善合成作用的主要有:当归、党参、黄芪、灵芝、枸杞子、女贞子、熟地黄、丹参、鸡血藤、三棱、莪术、仙茅、巴戟天等。

在肝硬化的代偿期,患者无明显腹水的情况下,应针对其肝硬化所常见的瘀血症候积聚、和白/球蛋白比例倒置情况,采用活血软坚益气补血或滋阴为主的方法进行治疗。并需时时防范上述药物对脾胃功能的不良影响。如当归、熟地黄对肠道的刺激和缓泻作用;黄芪、党参、枸杞子、仙茅、巴戟天等所致的“上火”现象等。应适当与理气健脾和清热滋阴药物配伍运用。其中以当归、黄芪和丹参的作用为最好。对失代偿期的肝硬化患者,除应主要选择直接补充蛋白的药物之外,还需适当选用改善合成作用以及利尿消肿的药物。如紫河车、地龙、配合炒当归、黄芪、丹参以及五苓散、五皮饮等。需要说明的是,有腹水的患者,在服用汤剂时可能疗效不尽如人意,可以改用细粉剂与汤剂的联合应用。以减轻服用汤剂所产生的腹胀痞满等不适。

2.2 凝血因子:肝病是凝血障碍的常见原因。肝合成6种凝血因子:I(纤维蛋白原)、II(凝血酶原)、IV、V、VI、VII。当它们单独或联合缺乏时,凝血酶原时间(PT)

即延长;故可作为判断肝合成功能的有用指标。急性肝细胞疾病时,PT延长提示严重肝细胞坏死,预后严重。慢性肝病时,PT延长4~5秒以上,对注射维生素K无反应,提示广泛肝实质损害,远期预后不良。酒精性肝病时,死亡病例中60%的PT延长4秒以上。说明该指标的重要性。

临床上,在检测PT/PA(凝血酶原活动度)之前,更多的是要了解患者有否出血征候;包括大便潜血试验和其他部位不同程度的出血症状。对于一般性出血,最常用的是茜草和仙鹤草。如有消化道出血,则需用白及和三七粉。其主方一定要与其主症相符。

如果仅仅表现为PT/PA的异常,从中医治疗的角度就不是一个止血的概念,而是一个“无形之气所当急固”的概念。即运用益气固脱的药物,防止肝衰竭。急性重型肝炎或亚急性重型肝炎,大多为病毒性肝炎引发,为热毒炽盛,正气败绝的现象,应针对病情,选用紫雪丹、安宫牛黄丸或犀角地黄汤、五味消毒饮等大剂气血两清和开窍药物联合运用,方可寄希望于万一。随着PT/PA的改善,临床症状也会相应缓解。

大出血是慢性肝炎和肝硬化患者最常见的死因之一。即使病情好转并稳定10年以上的患者,如果不慎(如饮酒)仍会发生大出血而危及生命。说明防止出血,不仅是治疗措施,也是保健措施。在常用的处方中,应经常选用炒当归、仙鹤草、三七粉、茜草、白及等药物交替运用。并嘱咐患者防止饮食上的过饱、过热、过硬和情绪上的波动等因素导致的大出血。药物运用中还应注意掌握活血化瘀药和止血药之间的合理比例,避免运用过于辛燥和峻烈的活血药物。

3 临床再探索的原则

经过长达半个世纪的临床观察,在现代检测的配合下,发现了许多新的临床现象。例如舌诊,传统的认识是:气病察苔,血病察质;察舌质的深浅,可知气血的虚实;看舌苔的薄厚,可知邪气之进退。相对而言,临床上,舌苔的变化较舌质的变化大而快;短期内用肉眼观察舌质的变化则是十分困难的。有关舌质的颜色,不能不提到发生学的问题。一个人舌色的形成,与他在胚胎形成过程中的生理内环境有着密不可分的关系。因此,先天决定着它的基本色调。后天的营养、疾病等诸多因素也参与其中。但后天的因素相对而言,其可变性较大。因此,发现舌色的“瘀象”时,不能一味地活血化瘀。临床上用药物改变一个舌色的“瘀象”谈何容易。我们只能改变其后天疾病影响下可改变的部分,不能改变其先天形成的基本色调。如果不是这样的认识问题,一味活血,势必造成不应有的结果。因此,当某些患者从

临床症状上看,具有热象的时候,其舌有时却呈淡红色。这时只能舍舌从证。反之,也会发生错误。在这种情况下,能够起决定作用的只能是客观理化指标。

从立法选方用药上来看,也有同样情形。例如某患者肝功能明显异常,其症状和脉象舌苔又多不相符,补则恐留邪,清则畏伤正。经过长期临床观察发现,丙氨酸氨基转氨酶(ALT)的升高,与临床症状之间并非寒热虚实能够完全概括。此时往往根据客观检测结果来判断其治疗是否得当。例如传统理论认为,运用生石膏的基本要求是必须具备“四大”证:大热、大渴、大汗、脉洪大。运用得当,效如桴鼓;用之不当,祸不旋踵。其实,某些患者出现舌淡、脉弱时,用生石膏并非那么严重;用其它的清热解毒药物时也未必出现更多的弊病。现代药理实验证明,清热解毒药物的作用不单纯在于抗菌、抗病毒,而主要是对复杂的细胞因子网络进行精密协调,经过同一类型的调节方式(下向调节)使之适量,不至于过度分泌,由此抑制炎症介质的合成和释放,从而改善了炎症与组织损害。当然,对不同的病理模型应用不同的清热解毒药物,正如治疗流行性感、流行性腮腺炎、流行性出血热等病毒性传染病用抗戾散,治疗内毒素引起的播散性血管内凝血使用热毒清,治疗腹腔感染是用化解冲剂。这些从辨病与辨证相结合的处方形成的制剂,都已在临床上取得了良好的疗效。

在内毒素造成肿瘤坏死因子 α 、白细胞介素6过度而大量分泌情况下,清热解毒药物具有与地塞米松相同的作用,即削弱防御机制的过度反应,使肿瘤坏死因子 α 、白细胞介素6得以降低。所不同的是,外源性超过生理剂量的激素对机体是一种错误的信息,使机体误以为激素已过量,所以机体就不再产生激素,而且用久了临床上会出现有许多危害性的副作用。清热解毒药物本身不是激素或细胞因子,也非单克隆抗体阻断拮抗剂,或专一的酶抑制剂,而是通过对机体内部的调节,(很可能是通过神经—内分泌—免疫调节网络)达到其治疗效应。人们需要转变对清热解毒药物作用环节的认识。以往人们以为清热解毒药物的作用是祛邪以安正,而今却发现清热解毒药物的杀菌灭毒之力不如其调节细胞因子炎症介质之功效,这是人们始料未及的,含有扶正(扶正不一定是指补法与滋补药)以祛邪之意。

通过一系列的实验发现,所用几种清热解毒药物对感染性炎症或引起过度性炎症反应的前炎症细胞因子都有下向调节的能力,也可以说是发挥了免疫调节剂的作用。近年来,人们通过对虚证本质和补益药的研究发现,虚证普遍具有细胞免疫功能低下的情况,而很多种补益药,无论是健脾补肾,还是滋阴温阳,只要用

药对证(指补益药针对虚证状态),都可增强细胞免疫,表现为上向调节,这几乎已成为补虚药的共性。这说明虚证或实证都可影响到细胞免疫及细胞因子的功能。按“虚则补之,实则泻之”的原则针对具体的机能状态(即中医的证)辨证用药,才会通过整体各系统间的相互作用对免疫起到双向调节,达到治病的目的。

4 辨证论治与辨病论治的原则

辨病,是通过一系列临床现象,客观检测,准确地判断病因和病位的过程。因此,它是临床治疗的基础和前提。辨证,是在此基础之上通过患者的体质特点等相关资料,进一步准确地判断疾病性质,从而贴切地进行治疗的过程。两者是密不可分的。根据中医古籍中所记载的病名来看,都具有独特的性质。例如“狐惑”病,“状如伤寒,默默欲眠,目不得闭,卧起不安,蚀于喉为惑,蚀于阴为狐,不欲饮食,恶闻食臭,其面目乍赤、乍黑、乍白。蚀于上部则声喝”。而“百合”病“意欲食复不能食,常默然,欲卧不能卧,欲行不能行,饮食或有美时,或有不闻食臭时”等等。说明古人对疾病的认识,当然首先是从其特征入手。由于各种疾病在发生发展的某一阶段,特别在其初期,存在着客观上的相似性,在古代一定的历史条件下发展为从证候入手的方法也是不足为奇的。但是,临床经验告诉我们,如果仅仅凭借证候就想准确地进行治疗,则往往会出错。例如酒精性肝炎、自身免疫性肝炎、药物性肝炎、各型病毒性肝炎,在其肝功能受损,出现乏力、纳差、厌油、或者黄疸时,如果没有病毒学或相关特异性的诊断手段,就不能进行有效的鉴别,也就不能进行特异性的治疗。在相似性的疾病中如此,在不同疾病的演变过程中更是如此。这是辨病的必要性。

辨证论治是中医独特的临床思维方法。它的基本精神就是,即使患同种疾病,可能由于时间、地点、不同的身体状况等因素,造成临床上形形色色的表现。因此,强调因时、因地、因人制宜的原则;强调“观其脉证,随证治之”,它的实质是,高度注重治疗中的特殊性。而中药运用中最合理和最精彩的部分就是,不仅重视疾病的普遍规律,更加强调个体因素作用下的特殊规律性。这种特殊性包括了它的动态变化、包括了它的整体内多因素间的互动关系。

5 重视药物毒性和慎重择药的原则

许多人误解中药可以随意选择使用。其实中药是一个天然组合化学库。以每毫克就算一种成分来计算,平均每一味中药所含的化学成分都在80种以上。对于任何一个医生来说,对于中药的认识必然存在着不同。同时存在着认识上的盲区。这个盲区既是我们的弱点,又是可资探索之处。因此,运用中药是一件充满希望、

(下转第896页)

宣降肺气,以开上焦;石菖蒲、郁金化痰开窍;又加栀子豉汤,以淡豆豉宣畅郁热而展气机,栀子畅三焦而泄火。诸药合用,使冰伏解而寒湿化,湿郁开而三焦畅,邪有去路,故入营之热可外透而解。药后遍体小汗,面转红润,是冰伏已解之征。但若营阴已伤,热已透转,仍当兼顾营分,用甘寒滋阴之品。

对于湿热阻肺,过用寒凉,阻遏气机,肺失宣降,入营之热不得外达者,又当宣肺气、化痰浊,以为透热转气之法,可用前胡、杏仁、川贝母、黛蛤散等宣降肺气以化痰浊,黄芩清气分之余热,羚羊角粉清心营,合以畅营热外达之路而透热转气,药后神识转清是为透热转气之标志。若已神清,患者贪食过多,以致食复,复陷昏迷,此为食滞中阻,气机不畅,邪无出路,可在处方中加用消食导滞之品,以为透热转气之用,并可用安宫牛黄丸少量内服,以助开内窍之闭。

总之,透热转气用药原无定法,欲使透热转气,必须找出不能透转的原因,而后针对性用药,目的是给邪以出路,以调畅气机,令三焦通畅为要,则邪气自能透转外泄矣。

4 误治变证分四型

湿热证初起当芳香宣化,透邪外出,若医者因其高热不退,单执寒凉药以疗之,则湿邪寒凝,阻塞气机,三焦不畅,而成变证。赵氏将变证分四型:湿阻、凉遏、寒凝、冰伏。湿阻为最轻变证,也可为湿热初起阶段,其湿邪偏盛,阻滞中上二焦,尚未化热,或虽热不甚,症见头晕沉重如裹,身重酸困,胸脘痞闷,治宜芳香宣化,以展气机,气化则湿化,药如前胡、杏仁、芦根、浙贝母等。若湿阻中焦,呕恶纳呆,大便溏泄,当运脾气为主,用药宜轻疏灵动,忌守中,用辛开苦降法,使湿热分消而去,药如陈皮、法半夏、杏仁、大腹皮、黄芩、黄连等,并须注意芩、连宜量少,防伤阳。凡湿阻,无问上焦、中焦,必有苔

白腻润滑,脉濡软缓滑,此湿盛之征,皆当先治其湿,不可用过寒凉,待湿化再议清热。

凉遏为较重的一种变证。由于寒凉阻遏中阳,脾胃升降之机受阻,症见胸脘憋闷堵满,全身酸困重着,便溏,小便不畅,治宜辛苦微温法,先开湿郁以畅中阳,解其凉遏,湿邪自化,气机宣畅,热随湿皆有出路。药如法半夏、陈皮、杏仁、白豆蔻、草豆蔻、苍术、木香等。若凉遏偏于上焦,心胸憋闷较重,治宜辛以开郁,可用紫苏叶梗、藿香、白芷、防风等。必先开湿郁,解凉遏,再议清热,此为定法。

寒凝为更重之变证,在上症之上可见胸脘堵闷异常,拂拂作喘,腹痛,脉沉,药宜桂枝、煨姜、草豆蔻、香薷、白豆蔻、紫苏叶梗等,此等用药,全在以辛温驱散寒凝,此乃救治之法,中病即止,不可久服。若汗出症减,即减辛温之品,而加芳香宣化之品。

冰伏为湿热证误治最重的一种,多发生在素体阳虚之体,过服寒凉重剂,或暴进冷饮,寒湿大盛,阳气式微,湿热之邪为寒凉所迫,深伏于里,症见面色苍白,胸脘堵满极重,气难续接,四肢逆冷,脉沉微,宜四逆、理中之法,药如桂枝、肉桂、花椒、草豆蔻、吴茱萸、生姜、附子、法半夏等,辛温通阳,芳香化湿。药后面色转红、四肢转温、堵满减轻、周身小汗出,即冰伏得解、阳气宣通之象,可及时停药,以免温燥太过而转增其热。

5 注重饮食调养

赵氏治病,特别注重饮食宜忌。湿热之病,可因饮食不当而生,又可因贪食生冷而生变证,还可因饮食不节而食复,故他强调患者当慎饮食、节口味,肥甘助湿、辛辣增热、生冷遏阳,皆当忌之。否则,虽用药精良,亦不能效也。为引起患者重视,他还常常在开处方的同时,另开一份饮食清单,规定何种食物可吃,何种不能吃。其严谨认真,可见一斑。

(上接第885页)

充满探索快乐和存在一定危险的事情。第九届全国中医肝病会议纪要中曾明确指出存在着“中草药性肝炎”的问题。这是当代中医敢于直面现实,敢于坚持科学精神的写照。某些自称是肝病专家的人往往对一些药物所造成的毒副作用一无所知,不懂得参考现代理化检测,不积极地去回顾总结各级不同疗效的病例,就不可能发现临床上哪些药物可用,哪些不可用以及怎样运用的问题。

临床和实验证明中药在抗病毒、恢复肝功能、调节免疫、改善症状体征等方面都有一定的疗效,如丹参活血、茵陈退黄、五味子降酶、金银花抗病毒等。但某些中

药也存在毒副作用,不利于肝脏功能的恢复。因此,医生必须要有清楚的认识,不能含混。

中药十分讲究配伍。不同的药物配伍、相同药物按不同比例配伍都可产生不同的临床效应。如茵陈蒿汤利胆作用的正交实验表明,生大黄与茵陈配伍具有协同作用;但茵陈与栀子配伍却抑制了利胆效应,栀子与生大黄配伍也能减弱大黄的利胆作用。又如甘草与柴胡按1:1比例制成甘柴合剂,其抗肝损伤作用明显优于单味柴胡或甘草,但容易引起部分患者浮肿,加入茯苓利尿,则疗效提高,逍遥散则包括这种中药,只是剂量小于以上3药的2~3倍,其作用远逊于甘柴合剂。所以,药物之间的“关系”是最具有潜力的一项研究课题。