

对慢性乙型肝炎辨证论治的重新认识

蒲志孝¹ 蒲永文²

主题词 肝炎,乙型/中医药疗法 辨证论治

慢性乙型肝炎(乙肝)患者及病毒携带者在我国约超过 1 亿人。接种疫苗对预防乙肝起到较大的作用,然而对于目前大量乙肝患者的治疗尚不够理想。如何通过辨证论治提高中医治疗乙肝的疗效,是摆在临床医生面前不可回避的问题。通过多年的临床实践,我们在乙肝治疗中摸索出一定的规律,在此提出,供中医同道参考指正。

1 乙肝的病位

对于乙肝的证候学研究,首先应当明确乙肝的病位。从目前中西医结合研究角度,多认为乙肝病位主要在肝,并且影响多个脏器。我们认为肝炎的中医脏腑病位在于脾胃肝胆脏腑功能失调,最终必引起真阴真阳的失调,病久必损及于肾,在这里尤其应强调脾胃在肝病定位中的主要地位。

中医学对脏腑的认识,强调藏象、气化及功能上的脏腑,而非局限于解剖意义上的脏器。中医在论述肝脏的生理主要有:肝为风木之脏,体阴而用阳,以血为体,以气为用。肝主疏泄,喜调达,恶抑郁;肝主藏血,其志为怒,主谋虑,藏魂,其经脉过阴器,抵少腹,布胸胁,上巅顶,开窍于目,在体和筋,其华在爪。中医肝胆病变出现病症则为眩晕、偏头痛、巅顶痛,视物模糊、目赤,口干苦,耳鸣耳聋,寒热往来,指甲无华,抽搐、拘挛、手足麻木、膝部屈伸不利、胁肋少腹胀痛或有痞块、或偏瘫坠痛,急躁易怒或忧郁胆怯、多梦易惊,黄疸,以及面色萎黄,脱发,女子与男子生殖系统症状。与乙肝临床表现相比,除黄疸、胁痛两个症状以外均与中医肝胆系病症无关。可见中医学的肝病与西医的肝炎有着较大的差别,不应将两者混同起来。

从乙肝的主要临床表现来看,如乏力、食欲不振、腹胀、便溏、恶心、厌油,多数出现黄疸。其中,乏力、食欲不振、腹胀、便溏、恶心,属于中医脾胃功能障碍。对于黄疸,《素问·六元正纪大论》提出“湿热相搏”是黄疸的直接原因,“诸湿肿满皆属于脾”,湿热当不离脾胃。张仲景继承了《内经》湿热发黄的思想,《金匮要略》:“黄家所得,以湿得之。”治疗原则指出“诸病黄家,

但利其小便”,通利小便而使湿邪有所出路,治疗仍在脾胃。并且在《伤寒论》多处提出阳明病发黄。《诸病源候论》说:“脾胃有热,谷气郁蒸,因为热毒所加,故卒然发黄。”《丹溪心法》“黄疸乃脾胃经有热所致,当究其所因,分利为先,解毒次之”。《临证指南医案·疸篇》说,“阳主明,治在胃”,“阴主晦,治在脾”。综合历代医家论述,黄疸虽与解剖学的肝胆相关,实不离中医脾胃。如果简单地把西医的肝病等同于中医的肝病,那么必然存在着误区,往往导致在乙肝治疗中方向性的失误,如用疏肝、清肝、泻肝等方法治疗,则偏离了疾病的主要矛盾。中医治疗,应遵循张仲景“观其脉证,知犯何逆,随症治之”所确立的辨证论治的原则。

2 乙肝的病性

对于慢性乙肝的病性,我们认为应当属于中医“虚损”范畴。之所以把慢性乙肝确定为虚损,主要是基于长期临床观察实践。乙肝的直接原因虽然是病毒感染,但与患者机体状态有很大关联。乙肝病毒作用于人体,其主要临床症状为中医脾胃功能失调。中医学认为,脾胃是后天之本,气血化生之源,五脏六腑之海。胃主受纳,脾主运化。《内经》:“水谷皆入于胃,五藏六腑皆禀气于胃。”表明脾胃功能正常,正气才能充盛,才能发挥抵御外邪的作用。回顾上世纪 60 年代初期,我国人群中广泛患有营养不良,当时曾经出现无黄疸性肝炎的流行,可见脾胃虚损在慢性肝病发病中的重要意义。

我们在临床中发现,乙肝患者包括病毒携带者的面色与表面抗原的滴度存在很大的相关,乙肝标志物小三阳患者往往表现为面色淡黄无泽,大三阳患者在此基础上表现为面色晦暗,面色越晦暗,往往表面抗原的滴度越高,面色发青甚或黧黑,病变进而损及肝肾,由气分渐及血分。反之,如采取合理的治疗,随着患者表面抗原滴度的下降,患者气色也明显好转。因此,乙肝与中医所称“萎黄”相似。《金匮要略·黄疸病脉证并治》:“男子黄,小便自利,当与虚劳小建中汤。”张仲景在论述黄疸多次强调小便不利,“若小便自利者,不能发黄”,而此处男子黄突出小便利,实际为仲景所运用的春秋笔法,为了对比揭示与湿热发黄病机不同的虚证萎黄。仲景所示虚黄与慢性乙肝临床表现有许多相似之处,小建中汤是治疗虚劳的名方,对消除疲乏、改善消化系统症状有明显的疗效。慢性乙肝患者或 HBV 携带者多出现面色萎黄,根据《金匮要略》的论述,以萎

1 四川省梓潼县中医院,梓潼县文昌路中段 46 号(622150)

2 中国中医研究院基础理论研究所

收稿日期:2004-08-30;修回日期:2004-12-01

黄或虚黄命名似乎更能反映慢性乙肝的病机。

3 乙肝的分阶段认识

我们认为,正气不足、免疫功能障碍在乙肝的发病中起着关键性的作用。根据正邪胜负可以把乙肝大致分为以下4个阶段。

3.1 急性乙肝,属于正气尚盛,邪正相争。现代研究发现感染乙肝病毒并不一定成为乙肝患者,急性乙肝可在2~3个月内恢复正常,少部分患者转变为乙肝病毒携带者或慢性迁延性肝炎、慢性活动性肝炎。累计病毒抗原和抗体的流行率,我国约有一半以上人口曾经感染过乙肝病毒,而血清流行病学调查HBsAg的检出率为10%,对于大部分急性感染者乙肝是可以不治自愈的。此因本病初期,患者正气尚盛,正气足以抗邪,故虽感染病毒而不遗肝炎。符合中医学所论述“正气存内,邪不可干”。

3.2 慢性无症状HBV病毒携带者,属于正气受挫,邪气留恋。正如《内经》中所论,“风雨寒暑不得虚,邪不得独伤人”,“邪之所凑,其气必虚”,若患者正气略弱,不足以驱邪外出,则会导致乙肝病毒长期在体内存留。然而正气虽然不足,尚与邪气保持均衡,因此患者缺乏自觉症状。在这里需要强调的是患者无自觉症状,肝脏仍然存在炎症,部分病情缓慢进展。若邪略胜于正,正气渐损,在某些情况,如饥饱劳逸等因素诱发身体素质下降或随着年龄增长,正气渐衰,可以导致疾病明显进展;反之,合理的休息与营养支持,正气渐充,乙肝病毒携带者病情可以保持相对稳定。

3.3 慢性迁延性肝炎和慢性活动性肝炎,属于正气不足,正虚邪进。患者体质欠佳,正气不足以抗邪,导致疾病持续存在或进展。若得到合理的治疗,充分的休息,体质有所恢复,则患者病情稳定或出现转机。反之,则加速病情的进展。因此,此期的治疗显得尤为重要。

3.4 肝硬化、肝癌,属于正气溃败,邪气相对大胜的阶段。肝硬化、肝癌属于中医学“积聚”范畴。《医宗必读》积聚篇中说:“积之成者,正气不足而邪气踞之。”《景岳全书》说:“脾肾不足及虚弱失调的人,多有积聚之病。”聚为府病,积为脏病。“中气必实,脉无留血”,反之,中气不足,脉有留血。若气虚推动无力,则血行缓慢,脾胃失调,痰湿内停,痰瘀交阻,而成积。《外证汇编》说:“正气虚则成岩。”中医学认为七情过度,饮食失调,气血凝滞,毒邪内侵,情志郁结,正气亏损,而致机体抗邪能力减退,免疫功能低下,对局部细胞的突变,失去了“免疫监督”的作用,不能及时消灭突变细胞,任其分裂繁殖,以至形成肿瘤。正气亏虚,机体免疫功能衰退,是发生肿瘤的主要原因。

4 乙肝的治疗

乙肝影响中医多个脏腑,脏腑虚损、功能失调为其主要病理机制。脾胃为升降之枢,气血生化之源。故治疗应当首重调理脾胃为主,兼顾他脏,不能把西医的肝脏等同于中医的肝脏而从肝论治——疏肝、清肝、泻肝之法不应当成为治疗的主要方向。

乙肝属于中医的脾胃病范畴,属于本虚标实之病。对此,前人早已确定了治疗原则,“急则治其标,缓则治其本”,“实则阳明,虚则太阴”。当前治疗乙肝,往往沿袭的是治疗甲型肝炎(甲肝)的清热解毒抗病毒思路。我们认为这是不正确的。因为甲肝和乙肝在疾病性质上有很大的差异,甲肝是一种自限性疾病,起病急,以标实为主,予以清热解毒的抗病毒治疗,可以迅速改善症状体征及检验指标,符合中医急则治标。对于急性乙肝或暴发性乙肝也可以采用清热解毒、清利湿热等方法治疗为主。但是,对于慢性乙肝患者及乙肝病毒携带者这一方法显然是不合适的,易致虚虚实实。因为现在使用的抗病毒药物大多属于中医苦寒药,而慢性乙肝属于虚损范畴,本虚为主,标实为次,属于正虚邪恋,病在脾胃。若过用苦寒药则脾胃受损,脾胃生化无源,气血亏虚,正气不足,更加难以托邪外出,造成疾病缠绵难愈。蒲辅周先生曾论述慢性肝炎的治疗,很值得参考。他说:“无黄疸性肝炎,有伤于情志,有伤于过劳,有伤于失治,因此更不可动辄茵陈、栀子。伤于情志者,决非单靠药物能奏效;伤于过劳者,必先节劳而后药,方能奏效。同时还要从整体着眼,不要把病位死扣在肝胆上,如一例肝炎患者,多方治疗转氨酶不降,我直接调整其脾胃,而转氨酶亦降。因为中药对各脏器的概念与西医的概念不是完全相同的。西医的病位可提供参考,但不能对号入座。”中医治病注重辨证论治,注重人的体质与疾病的辨证统一,单纯从西医抗病毒角度考虑治疗乙肝是不够的。忽视患者的实际体质情况,是不符合中医辨证论治精神的。

现代医学对抗病毒药物的使用规律值得中医借鉴。即抗病毒并非可以应用于所有患者、所有时期,并且最重要的是抗病毒药的疗效取决于患者机体对HBV的免疫应答。HBV感染之所以慢性化,主要是由于人体免疫应答功能低下,不能完全清除HBV病毒。慢性无症状病毒携带者表现为对HBV免疫耐受。如何提高患者的免疫力、打破免疫耐受,成为治疗乙肝的关键。临床所见,小儿免疫系统发育不全,对感染的免疫应答不成熟,对乙肝的免疫耐受性高,乙肝炎症较轻,但易慢性化;老年人免疫器官衰老,免疫功能低下,患有乙肝易致慢性化、重症化。中医认为,小儿稚阴稚

阳、脏腑气血未充,而老年人生机日减、气血阴阳俱不足,因而导致乙肝发病的不同特点。可见调补正气,使正气旺盛,才能驱邪外出。中医的正气、真气与现代医学的免疫功能虽然不能完全等同,但确实存在很大的相通之处。通过调补正气,可以提高机体的免疫力,调动免疫功能。现代研究表明,补益中药在提高机体免疫力方面有着很好的作用。另一方面,人体的免疫机制是非常复杂的,在免疫耐受的基础上也有相对亢进的一面,造成肝细胞损害,这与中医理论中寒热错杂、虚实夹杂的情况相符,应当在临床中加以考虑,适当调节扶正祛邪比例来调节免疫机制的混乱。

乙肝大致可分为气虚、气阴两虚、气血两虚、阴阳两虚等型,兼症则有气虚挟湿、湿郁化热、痰瘀互阻等虚实兼见的证型。乙肝病的“本”属虚,其“标”则为实,不可将标本混淆。如果仅有 HBsAg 阳性,而无自觉症状,此类患者最轻;如果既有 HBsAg 阳性,而又自觉身倦乏力、消化力减退、头昏、失眠这一类症状者,病情又较重一些;乙肝病毒标志物 HBsAg、HBeAg、HBcAb 阳性(俗称大三阳),又有肝功能损害者,这一类患者就比较严重了;如果兼有极度乏力、气短、心悸怔忡、五心烦热、胁痛腹胀、自汗盗汗、遗精、腰痛、月经减少、面色

黧黑,此类患者即属阴阳气血皆伤,最难速愈。疾病进展至后期,正气已虚,邪实又重,攻之则体虚不能耐受,补之则壅滞以资盗寇之粮,因此应当抓住早期治疗,所谓上工救其萌芽。我们发现,在治疗过程中部分患者在原有肝病症状明显好转的同时,转氨酶会一度增高,继续坚持治疗,在一定时期相应加强使用祛邪药物,则患者病情明显好转或痊愈。这正是现代医学认为由于扶助正气,打破免疫耐受,或提高免疫功能,加快了病毒清除,引起部分感染病毒的肝细胞凋亡,是正气渐盛足以与病邪相争的良好表现。由于还存在无损伤清除 HBV 机制,因此这种情况并非必然,适时根据疾病变化调整扶正祛邪的比例,是十分必要的,但不可轻易改弦易辙。

我们认为,在乙肝的认识和治疗中不能简单地套用治疗甲肝——黄疸——抗病毒模式,与张仲景在《金匮要略·黄疸病脉证并治》篇所揭示的治疗虚黄劳者温之、损者益之的原则相违背。现代医学的研究可以给中医提供大量真实可靠的数据,但机械地中西结合、简单地模仿西医往往造成中医理论的混乱及庸俗化,因此有必要对乙肝的辨证论治重新审视,以便能使中医在治疗乙肝方面发挥出应有的积极作用。

中西医结合治疗妊娠期肝内胆汁淤积症 86 例

姬红* 郑大炜*

我院产科病房自 2000 年 9 月~2003 年 1 月,共收治妊娠期肝内胆汁淤积症(ICP)患者 86 例,采用中西医结合治疗,改善了母体症状、生化指标和胎儿预后,疗效满意,总结如下。

1 临床资料

ICP 诊断标准:妊娠中晚期出现躯干、四肢、皮肤瘙痒,不同程度黄疸,血清总胆汁酸(TBA)升高,可伴血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天冬氨酸转移酶(AST)轻至中度升高,血清总胆红素(TBIL)轻度和中度升高。分娩后上述症状、体征、生化指标迅速恢复正常,排除感染、糖尿病、皮肤病等全身疾病,无其它妊娠并发症。86 例孕妇中 44 例在我院孕产保健门诊筛查后入院诊断为 ICP,并接受中西医结合治疗(治疗组),42 例入院时已临产或临近临产,未接受综合治疗(未治组)。

2 治疗方法

治疗组采用中西医结合方法进行治疗,中药用茵陈蒿汤加减,西药:(1)低分子右旋糖酐 500ml 静脉滴注,每日 1 次;(2)10%葡萄糖液 500ml 加维生素 C 3.0g,肌酐 0.4g 静脉滴注,每日 1 次;(3)地塞米松 3mg,每日 3 次口服,3 天后逐渐减量;(4)鲁米那 0.03g,每日 3 次口服;(5)分娩前 3 天给予维生素 K₁ 肌

内注射,7 天为 1 个疗程。治疗期间检测胎心、无负荷试验(NST)、羊水指数、肝功能、TBA 指标等,必要时重复治疗。

3 治疗结果

3.1 生化指标分析:治疗后治疗组患者 TBA、ALT、AST 均明显下降($P < 0.01$),TBIL 治疗前后差异无显著性($P > 0.05$),相关资料略。

3.2 两组分娩结果比较:治疗组分娩孕周为(37.6±2.03)周,未治组为(35.7±2.16)周;治疗组新生儿体重为(2993.7±219.6)kg,未治组为(2482.1±144.5)kg,两组比较差异均有显著性($P < 0.05$)。产后出血治疗组 4 例,未治组 8 例;新生儿死亡治疗组 0 例,未治组 1 例。

4 讨论

我们在临床中采用中医辨证、西医辨病,结合现代医学研究,选用退黄名方茵陈蒿汤加减治疗本病。其中茵陈清热化湿,解毒退黄为君药。黄芩、栀子清热散结,荡涤热毒,茯苓、泽泻健脾利湿,通利小便,使黄从小便出,共为臣药。柴胡、枳壳疏肝理气,疏肝胆之气机;白芍柔肝止痛,当归、赤芍活血养血以为佐,使以炙甘草调和诸药,健脾和胃,收到退黄止痒,缓解临床症状的良好疗效。加之给予西药正规治疗,相辅相承,服药后 2~3 天均开始起效,瘙痒症状 16 例治疗 1 周后缓解,23 例治疗 2 周后缓解,5 例治疗 3 周后缓解,黄疸程度也随之明显好转。

* 河南省南阳市中心医院妇产科,南阳市工农路 139 号(473009)
收稿日期:2004-11-17