

杨震应用相火学说辨治乙型肝炎经验

郝建梅¹ 凌曼芝¹ 杨彩虹²

杨震(1940~),男,西安市中医医院主任医师、教授、研究生导师、全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。曾任陕西省人民代表大会第八、第九届常务委员会委员。现任中国中医药学会陕西分会副会长,中华中医药学会西安分会副会长,享受国务院政府特殊津贴。从事中医内科临床40余年,对肝病辨证与治疗有独到经验,获科研成果奖多项。

主题词 肝炎,乙型/中医药疗法 @ 相火学说 @ 杨震

杨震主任医师应用元代医家朱丹溪所倡导的“相火论”学说及内生火热理论指导乙型肝炎(乙肝)的临床治疗,疗效显著。“相火学说”是朱丹溪在《格致余论》中提出的。朱丹溪认为,君火指人体正常神明活动,相火指人体内正常或反常的局部内生火热;阴虚相火治用大补阴丸,湿热相火治用枳桔二陈汤。杨师在临床肝病的辨治中应用“相火论”的观点,把肝病所产生的局部内生火热按病理相火这一理论去研究。他在朱丹溪所分2型相火证治的基础上,在肝病临床诊治中按疾病的发展过程将病理性相火分为5种:即郁热相火、血热相火、湿热相火、阴虚相火、相火虚衰。我们在学习过程中为了掌握5型相火的辨证,特别对140例乙型肝炎患者进行临床中医分型观察,其中郁热相火37例,占26.4%;血热相火51例,占36.42%;湿热相火型31例,占22.14%;阴虚相火型13例,占9.28%;相火虚衰型8例,占5.71%。

1 郁热相火

郁热相火是乙肝发病的早期阶段,其病变基础是“气火内郁”。主要以“内郁”为主,且有火郁迫阴之兆。张山雷《脏腑药式补正》云:“肝气乃病理之一大门,善调其肝,以治百病”。善调其肝,就是要运用疏肝、养肝、清肝的方法使气火不致向伤阴方面转化。具体应依《内经》“木郁达之、火郁发之”的原则,综合疏、平、抑、调、柔各法,选用辛、酸、甘、苦、咸之类药味,自拟“解郁合欢汤”加减。方中佛手、香橼皮辛散理气疏肝;白芍、牡丹皮柔肝调肝;配白茅根以酸甘化阴;郁金、合欢皮调肝木之横逆而不伤肝阴;天冬、麦冬凉血养阴以护肝;

大青叶、茜草清热凉血,化瘀通络。共奏疏肝郁、平肝逆、清肝火、养肝阴之效。

2 血热相火

郁热相火治疗不当,病情进一步发展,即进入血热相火阶段,而血热相火的病变基础是“肝经血热”。秦伯未《谦斋医学讲稿》论肝病篇说:“肝郁证的全过程,其始在气,继则及血”,“凡肝脏郁热容易暗耗营血”,杨师认为,乙肝病毒属伏邪范畴,乙肝早期是肝气郁,只有病情深入,气郁与伏邪相结合形成“血分伏邪”,郁久化热达到“肝经血热”之际,才导致质变。如能在治疗中控制“血分伏邪”和“肝经血热”,则可对乙肝起到较好的防治作用。其治疗不宜用苦寒香燥之剂,遵从《王旭高医案》“将军之性,非可直制,唯苦甘凉,佐微酸微辛,以柔制刚”的原则,自拟了“茜兰汤”,凉血解毒。方中茜草、紫草咸凉入血,配伍板蓝根、败酱草清热解毒,佛手、白芍理气平肝。临床治疗乙型肝炎,取得了较好效果。

3 湿热相火

乙型肝炎经常迁延反复,加之肝病必然乘脾,脾失健运则易出现肝郁挟湿,郁久化热,而形成湿热相火之证。湿热是病因,肝脏是病位,调治时应紧紧抓住肝郁与湿滞这一对主要矛盾,疏肝时应注意不要耗气伤阴,化湿时不要寒凉滞脾。温病学家治湿的理论,可以用来指导湿热伤肝的证治,治宜芳香化浊、辛开苦降,自拟“桃红化浊汤”。方用藿香、佩兰、香薷芳香化浊以醒脾困;茵陈、白茅根、板蓝根清热利湿以清相火;薏苡仁、茯苓健脾化湿以健脾运;桃仁、红花疏通肝络以防瘀结,兼作引经以清血分湿热。

4 阴虚相火

肝体阴而用阳,为藏血之脏。若肝郁过久,化火必伤肝阴。肝火伤阴,既可自伤,也可伤及他脏之阴。从病变发展过程看,犹以自伤肝阴、中伤脾阴、下伤肾阴为多见。自伤肝阴,治疗多用一贯煎;中伤脾阴,治疗多用滋脾饮;下伤肾阴,若无瘀血,治疗多用滋水清肝饮,若兼瘀血,治疗多用三甲复脉汤。

5 相火虚衰

历代医家论肝病,多论其有余,而论肝气肝阳不足者少。肝内寄相火,寓一阳生化之气,寄居肾中真阳。

(下转第909页)

1 陕西省西安市中医医院肝病科,陕西省西安市东大街183号(710001)

2 陕西省志丹县中医医院

收稿日期:2005-04-18

疗后比较差异有显著性($P<0.05$),治疗组和中药对照组无明显差异。组间相比,停药 1 个月后和 1 年后,治疗组计分均低于中药对照组,差异具有显著性($P<0.05$),西药对照组在停药 1 个月后,计分低于治疗组,差异无显著性,1 年后,西药对照组计分高于治疗组,差异有显著性($P<0.05$)。

表 3 3 组患者治疗前后及 1 年后
Hp 感染计分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	1 年后
治疗组	10	2.24 $\pm$ 0.79	1.83 $\pm$ 0.61*	1.87 $\pm$ 0.63
中药对照组	40	2.18 $\pm$ 0.81	2.13 $\pm$ 0.70▲	2.20 $\pm$ 0.81
西药对照组	40	2.30 $\pm$ 0.76	1.67 $\pm$ 0.73*△	2.17 $\pm$ 0.73★

与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与本组 1 年后比较,△ $P<0.05$;与治疗组治疗后比较,▲ $P<0.05$;与治疗组 1 年后比较,★ $P<0.05$

4 讨论

Hp 主要通过细菌动力、尿素酶活性及黏附机制等使 Hp 定植于宿主体内。其产生的代谢产物、毒素及细胞因子等可引起上皮细胞内空泡形成,诱发胃黏膜炎症,导致胃黏膜屏障的破坏,以及黏膜萎缩、肠化与异型增生的形成。而后几种病理改变引起癌变率高,已被定为胃癌的癌前状态与癌前病变。因此,及时根除 Hp,消除胃黏膜炎症是治疗 Hp 相关性胃炎的关键环节。

Hp 相关性慢性胃炎属中医“胃脘痛”、“痞满”等病证范畴。传统中医理论强调辨证论治,分型和用药较繁复,病因治疗方面亦存在不足。我们在传统辨证论治基础上,将现代医学对本病的认识纳入中医辨证体系,认为反复持续的外邪侵袭是主要病因;外邪犯胃导致脾胃虚弱,胃黏膜屏障功能下降是本病的病理机转;脾虚则湿邪内蕴而化热,气虚则血运无力而瘀滞,湿、热、瘀血既是本病重要的病理产物,又成为外邪易感的内部环境。基于以上认识,我们提出外邪犯胃→脾胃气虚→内邪丛生是 Hp 相关性慢性胃炎的主要病因病机特点,由此确立了清热解毒活血、健脾和胃化湿的治法,经过反复临床摸索,研制成消幽颗粒。方中蒲公英、白

花蛇舌草、黄连清热解毒,赤芍、丹参活血化瘀,药理研究证实它们均有良好的抑制 Hp 的作用,并且能增加胃黏膜血流量,促进炎症的消退,白花蛇舌草尚能抑制胃黏膜的过度增生。浙贝母清火化痰散结,《别录》载其能疗“心下满”,与上五味共为君药。人参、白术、茯苓、半夏、陈皮取六君子汤之义,而行健脾和胃化湿之功,为臣药。研究证实健脾方药可以改善胃黏膜屏障,促进局部胃黏膜损伤的修复。枳实行气止痛,又能促进胃蠕动,可减少损伤因子在胃内的停留时间。苍术健脾化湿,干姜温胃健脾,既防苦寒伤胃,又与黄芩、半夏相伍,取半夏泻心汤辛开苦降、寒温并施之意,上三药共为佐使。全方寒温并用,清补同施,祛邪而不伤正,扶正而不恋邪,共奏清热解毒活血、健脾和胃化湿之功。

现有研究证实,直接抑制和杀灭 Hp,西药作用优于中药,但亦存在耐药性高、副作用大、依从性差、价格昂贵等缺点。中药具有副作用小,对病变本身有治疗作用,可保护和提高黏膜防御能力,几味中药联用很少产生耐药性等特点。国内有资料显示,用克拉霉素、呋喃唑酮及胶体铋剂治疗 1 周,Hp 根除率达 100%,但不良反应亦相应增加。同样的治疗方案随着时间的推移,其 Hp 根除率越来越低,表明 Hp 治疗中最大的难题是 Hp 对抗生素的耐药性。本研究显示,消幽颗粒治疗 Hp 相关性慢性胃炎具有较好疗效,在改善症状,减轻炎症,促进胃黏膜修复,逆转其萎缩、肠化与增生,根除 Hp 等方面,与对照药物比较有明显优势。消幽颗粒清除 Hp 的长期疗效较西药更好,说明中药对机体内环境的改善也是 Hp 不易繁殖的一个重要因素。

参考文献

- 中华医学会消化病学分会.全国慢性胃炎研讨会共识意见.中华消化杂志,2000,20(3):199~201.
- 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第 1 辑).1993:88~90.
- 中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会.慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案).中西医结合杂志,1990,10(5):319~320.

(上接第 898 页)

“天非此火不能生物,人非此火不能有生”(《相火论》)。《蒲辅周医疗经验集》谓:“肝阳虚则筋无力,恶风,善惊惕,囊冷,阴湿,饥不欲食。”肝气、肝阳虚证,是导致疏泄不及的一个重要病理环节。

对于肝病中之肝气虚者,治疗以补肝益气为大法,自拟补肝益气汤。方中柴胡、升麻益气升提以升发肝气;当归、黄芪益气养血以养肝,山茱萸、白芍理气养阴以柔肝;茯苓、陈皮健脾化痰,远志、夜交藤宁心安神;

合欢皮疏肝解郁,共奏益肝气、养肝体、柔肝阴之功。

对于肝阳虚者,治疗以温生肝肾阳气,自拟桂附二仙汤。方中桂枝配白芍取桂枝加桂汤之意,张仲景用以治“气从少腹上冲心”的阳虚阴乘证;桂枝配附子,温补肝肾;再佐以酸肝温养之品,如淫羊藿、巴戟天、仙茅、石楠叶等温补肝肾;鳖甲、鸡内金畅气通络;青黛、矾石取硝石矾石散之意,并以青黛为引经药,咸软直入肝血。用此方治疗阴黄证、寒重于湿型,包括胆汁性肝硬化、阿狄森病、肝肾综合征等,可取得较好效果。