

思路与方法

丙型肝炎的特点及中医治法

陈立华*

主题词 8 感染/中医药疗法

继本世纪60年代和70年代发现了甲型肝炎病毒(HAV)和乙型肝炎病毒(HBV)以来,又发现了一种与输血感染有关的非甲非乙型肝炎。直到1989年,才明确了这是一种新的致病因子,即丙型肝炎病毒(HCV)。随着特异性免疫血清学诊断方法的确立,才能够逐步明确丙型肝炎在传播、发病、临床表现及预后等方面的特点。本文将在分析归纳丙型肝炎特点的基础上,提出中医治疗的初步意见,仅供大家参考。

1 毒邪直入营血

输血已被公认为是丙型肝炎传播的主要途径。如单采血浆、输注凝血因子浓缩剂、注射抗血友病因子、血液透析、器官移植、静脉吸毒等;在我国则以输血监测不严格引起。输血后血中抗-HCV的检出率各国略有差异:如美国54~71%,德国20%,西班牙86%,荷兰44%,日本15~77%,中国38%^[1]。

由于毒邪(HCV)直接入于营血之中,因此其激烈的正邪剧争即气分证较为少见,黄疸病例较少,发热和脾胃症状较少较轻,血清胆红素和转氨酶呈中低度异常。事实上,输血后HCV抗体往往不能很快测出,一般均需在6个月左右方可测到。虽然除输血途径外尚有散发感染的病例,但输血后较散发性丙型肝炎的转氨酶水平低,慢性化率较高,疗效和预后均较差。这些都反映出毒邪直入于血与经气分传入,确有快慢之分。散发性丙型肝炎的气分证多见,其症状显而快;输血后引起的气分证少见,其症状不显而缓慢。

2 毒瘀易聚,缠绵难愈

据报道,感染丙型肝炎6个月后,转氨酶仍异常的占75%,这些人易发展为慢性肝炎。Alter等报告,对130例丙型肝炎随访6~45个月,发现51%的病人转氨酶持续异常。抗-HCV阳性的病人更易发展为慢性肝炎。肝活检证实,抗-HCV长期阳性和转氨酶持续

升高者,至少有50~75%可转为慢性,其中10~20%最终发展为肝硬化,有的发展为肝细胞癌(HCC)^[2]。国外许多学者的报告指出:大约34~45%的HCC病人可能带有丙肝病毒,这些病人HCC的发展大约需要20~40年时间。有人报告日本的一组丙型肝炎(85例)与乙型肝炎(37例)的临床症状与前纤维蛋白原(P-III-P)等指标的比较发现:胁下症结、赤缕红丝;面色晦暗等症状,均以丙肝组为高,P-III-P亦以丙肝组为高^[3]。这些都说明丙型肝炎对血分的影响。

从转氨酶的变动模式(单峰性、双峰性及多峰性变化)与疾病的临床经过及预后来,甲型和乙型肝炎转氨酶(ALT)达极期后呈单峰渐次下降而治愈(乙型肝炎有部分患者例外)。但在丙型肝炎,发病后3个月内ALT值呈双峰或多峰变动者较多。这种变动模式提示疾病缠绵不愈呈慢性化的发展过程。病理学观察可见,丙型慢性肝炎带状及亚小叶坏死转乙型慢性肝炎少。腹腔镜检查可见,乙型慢性肝炎大都呈赤色纹理,而丙型慢性肝炎明显的炎症反应不多,赤色纹理较少^[4]。

据上可知,丙型肝炎病毒不同于温热毒邪,虽然直入营血,但临床上无斑疹、舌质红绛,神昏谵语及耗血动血等营血热证。相反,表现出一种性质属阴的湿性毒邪,具有湿滞、阴凝、聚毒、阻络、伤气、碍阳的性质。

3 肾虚者易感,中老年人多发

国内外的许多资料表明:丙型肝炎的发病率与年龄有密切关系。据佟氏报道,136例甲、乙、丙型肝炎的年龄分布显示:发病的高峰年龄,甲型肝炎是15岁以下,乙型肝炎为15~30岁,而丙型肝炎则随年龄的增长而增加,60~70岁的发病率最高,为73.7%^[5]。李氏报道的56例丙型肝炎中,平均年龄46.21岁,其中以41~50岁及大于60岁的两组患者最多^[6]。管氏对33例丙型肝炎和丙乙二重感染性肝炎进行肝穿病理观察与年龄的比较后发现,41~50岁年龄组中,有8例肝穿病理诊断为慢性活动性肝炎,其结论是年龄愈大,其病愈重,预后愈差。这与日本学者矢野右人关于HCV抗体的阳性率具有明显的年龄依赖性,即年龄愈高阳性率愈高的报告相符^[7]。管氏将病理所见与中医辨证进

* 中国中医研究院西苑医院,北京市海淀区西苑
(100091)

收稿日期:1994-06-25

行比较后发现,湿热及其兼型主要反映轻型肝炎的病理表现,而血瘀兼型的病理改变几乎全部符合慢性活动性肝炎和肝硬化;而出现慢活肝及肝硬化的,全部为40岁以上的中老年患者。

中医理论认为人的生、长、壮、老、已与肾气的盛衰、精气溢泻的变化息息相关。“人年四十而阴气自半”,中年以后随着肾气亏损,气血渐弱,全身脏腑经络功能均出现衰退征象。因此,疫毒之邪入于营血之后往往留滞营血脏腑,藏伏深处,毒瘀久聚成症。因此,重视人体肾气,补肾益气养血,将有助于丙肝的治疗。

4 易与乙肝合并感染

由于丙型肝炎和乙型肝炎两者都可以通过静脉输血和注射药物等相同的途径传播,因此乙、丙两型合并感染的机会较多。一般认为这是造成病情迁延或病情加重的重要因素之一。如某些急性重型肝炎,过去认为是HBV引起的,现在分析可能系HBV的慢性携带者重叠感染HCV所致。HCV与HBV重叠感染较易引起肝组织的严重损害^[8]。项氏报道30例HBV感染者中有23例HCV阳性,占77%^[9]。但张氏的报告表明,HCV与HBV两重感染者,在普通患者HCV对HBV的复制可能起一定的促进作用;在肝病患者中HCV对HBV的复制可能无明显的抑制作用;而在输血及血制品者中,HCV对HBV的复制可能有较明显的抑制作用。说明乙肝病毒(HBV)与丙肝病毒(HCV)有极其密切的关系,二者重叠感染对肝病患者的影响,值得进一步研究^[10]。

5 中医治法探讨

按照中医的传统理论,结合上述特点分析丙型肝炎的基本治法,笔者认为可以采取如下意见:

5.1 活血解毒:丙型肝炎病毒直入血分,应重用入血分的药物。但因其性质阴凝、毒聚,因此不宜使用过于寒凉、粘滞、阴柔之药,而应选用动而不守之药,以活血通络为主。其解毒之药亦应选择那些具有解毒与活血通络双重作用者,如紫草、虎杖、丹皮、赤芍、麻黄、大黄、郁金、白花蛇舌草之类。但在其转氨酶波动期,选择药物时应尽量避免毒副作用明显的药物,并控制其剂量,防止加重肝脏损害。

按照卫气营血的辨证原则,“入营犹可透热转气”,是指温热之邪入于血分之轻浅者,可使其由营出气,由深出浅,目的在于遏制病邪深入。这一原则用于丙型肝炎,应视具体病情而施。如无明显输血史的抗-HCV阳性患者,其症轻浅的,可试用少量助阳通阳解毒药物,使其由深出浅,由营转气,为进一步解毒祛邪创造一个有利的局面。

5.2 疏肝化痰:HCV也是一种嗜肝性病毒,无论从何途径传入,最终将损害肝脏。临床上肝郁脾虚、肝郁脾湿等以肝脾不和损害为主的占多数,再加上HCV毒邪性主聚敛,热象不显,气滞、湿阻、痰凝往往与瘀血阻络并存,形成毒、瘀、痰、湿交阻的病机,使病程迁延难愈。因此,应采用疏肝理气的药物,如柴胡、青皮、陈皮、香附、厚朴,化痰药如昆布、海藻、浙贝母、半夏等,与活血化瘀解毒药合理配伍使用,可以防止药性阴凝粘滞,加重病情,也有利于缩短病程,提高疗效。临床常用的化痰方主要有二陈汤、小陷胸加枳实汤等。

5.3 补益肝肾:据上述分析可知,肾气亏损者的HCV患病率较高。因此临床上治疗丙型肝炎,宜针对具体证候,在适当时机酌选补益肝肾的药物。据临床所见,丙型肝炎患者肾气虚、肾阳虚者较肾阴虚者多见,宜选用小剂量的补肾阳药物如巴戟天、仙灵脾、仙茅、菟丝子、五味子、葫芦巴等药。在助肾阳时还应适当选加滋补肾阴药味,一方面有阴中求阳,阳中求阴之意,而且可以防止阳药助火之弊。一般来说,病程愈短、病情愈轻的患者,补益肝肾之品愈宜少用;病程愈长、病位愈深、病情愈重的患者,补益肝肾之药愈宜多用。

另外,针对丙型肝炎性质具有阴凝伤气碍阳之特点,宜用较大剂量的生黄芪,其有升举阳气、透邪转气,又可辅助活血化痰通络药。这与乙型肝炎治疗略有不同,乙型肝炎在使用黄芪时应顾及患者转氨酶是否稳定,转氨酶偏高时一般不用或少用,否则会延缓病情恢复。但丙型肝炎则未发现上述情况。

总之,HCV从中医对疾病的分类情况看,应与乙型(HBV)、丁型肝炎病毒(HDV)同属阴性毒邪,甲型(HAV)、戊型(HEV)则属阳性毒邪。阳邪易治,阴毒难祛。因此,治疗丙型肝炎要恪守的原则应该是:阳以抗阴,动以抗凝。以此与甲型肝炎、戊型肝炎之治略有不同。我国幅原辽阔,南北东西水土地域均有不同,患者的临床见证难以化齐。

6 参考文献

- 1 秦绍明,等. 丙型肝炎. 人民军医出版社,1992:111.
- 2 Dienstag JL. Non A. non B hepatitis. Gastroenterology 1983;85:439.
- 3 金实. 中医杂志 1994;(9):605.
- 4 铃木宏,等. C型肝炎 upolate. 日本中外医学社,1993:133.
- 5 佟克敏,等. 全国中医肝病第六届学术会议论文汇编.
- 6 李美玲,等. 全国中医肝病第六届学术会议论文汇编.
- 7 管小汇,等. 全国中医肝病第六届学术会议论文汇编.
- 8 Alter HJ, et al. N Engl J Med 1989;321:1494.
- 9 项大鹏. 全国中医肝病第六届学术会议论文汇编.
- 10 张卿,等. 全国中医肝病第六届学术会议论文汇编.