

综 述

慢性肝炎中医药降酶治疗概况

洪慧闻* 指导:陈立华*

主题词 肝炎,慢性活动性/中医药疗法 肝炎,病毒性,人/中医药疗法

目前,有关中医药治疗病毒性慢性肝炎谷丙转氨酶(ALT或称SGPT)升高的文献很多,反映了中医药在降酶方面的独特见解和治疗优势。本文就近几年有关文献进行了归纳分析,现介绍如下。

1 五味子及其专方专药降酶

六十年代末首先发现五味子粉剂或蜜丸对病毒性肝炎病人有降低谷丙转氨酶及改善症状的效果,经过三十年的临床观察及实验研究后,汪氏认为五味子粗制剂及其合成品(联苯双酯)仍是目前用于降酶最多且高效、速效的药物,总有效率为70~90%。其用药指征为,气虚而无明显气滞,阴虚而无明显湿热,肝郁而无明显血瘀,脾虚而无明显湿困,肾虚而无明显水泛^[1]。因有较高的反跳率,不为临床医生所喜用。

近年来,有人提出配合中药治疗,可降低反跳率。如程氏用柴胡、香附、赤芍、泽兰、丹参、虎杖、白花蛇舌草、山豆根组方配合联苯双酯治疗,结果联合组SGPT复常率为90%,单纯组为80%,停药后连续观察3个月,反跳率联合组为11.11%,单纯组为47.5%($P < 0.001$)^[2]。

罗氏用五灵丸(五味子、丹参、灵芝、柴胡)治疗慢性肝炎30例,降酶迅速而平稳,未见反跳现象,其中尤以肝郁脾虚型效果最好,有效率为100%^[3]。周氏将五灵丸与五味子丸、联苯双酯作降酶疗效比较,结果显示五灵丸疗效优于其他两组^[4]。樊氏等用降酶丸(五味子、水牛角、大枣,烘干研细,炼蜜为丸,每丸重15g),1丸/次,2次/日,15天一疗程。结果100例患者中治愈83例,总有效率为91%。认为该丸有降酶速度快、反跳少等特点^[5]。楼氏用三味降酶粉(五味子、僵蚕、蝉衣,共研细末)每次10g,2次/日,30天一疗程,也有一定的降酶疗效^[6]。

* 中国中医研究院西苑医院,北京市海淀区西苑(100091)

收稿日期:1994-01-13

2 清热解毒及清热利湿法降酶

清热解毒及清热利湿法是目前公认的慢性肝炎降酶的主要治法之一。近年的临床观察证实,慢性肝炎SGPT升高,以湿热、气滞、血瘀证候为最多,其中湿热气滞者为92.6%^[7]。认为湿热是慢性肝炎活动的一个表现^[8],SGPT升高与湿热毒邪的进退呈正相关,邪进酶升,邪退酶降,湿热去而复返,则酶降而复升,湿热余邪稽留不清则酶持续难复^[9]。因此SGPT不仅是现代医学诊断肝炎的重要指标,同时也是中医衡量湿热毒邪在人体为患的客观指标,为临床辨证论治提供了可靠的依据^[10]。

各家在论述清热利湿及清热解毒法降酶时,均强调湿热证候明显者方可选用。如身目俱黄、脘痞腹胀、口苦口粘、便秘尿黄、苔黄腻等。^[11]此时热毒亢盛,正气尚足,投以清解之剂,可阻遏邪势^[12]。方选茵陈蒿汤、龙胆泻肝汤、茵陈四苓散^[11]、五味消毒饮^[12]等。常用药有茵陈、栀子、大黄、黄芩、龙胆草、公英、板蓝根等^[11],另外还有垂盆草、鸡骨草、连翘、田基黄、草河车、白花蛇舌草^[13]及虎杖、秦皮、土茯苓^[1]等。这些药大都具有抗炎、抗病毒、利胆及免疫调节作用^[12]。郭氏用鸭乙肝自然感染模型为实验对象,发现垂盆草能抑制炎症渗出,减少肝细胞损伤,证实垂盆草具有清热、解毒、消肿、降酶等功效^[14]。

在临床治疗中钱氏运用乙肝清热解毒冲剂(虎杖、白花蛇舌草、土茯苓、茵陈、茜草、橘红、甘草)治疗慢性乙型肝炎356例属肝胆湿热、疫毒蕴结者,总有效率为72.7%,并通过动物实验,证实其降酶效果优于联苯双酯^[15]。陈氏通过对100例慢性肝炎病人分析后认为病至慢性阶段,其证候特点为本虚标实、虚实夹杂。随着个体差异、病情变化,主要有偏实和偏虚两个类型。偏实者,方用宽胸解毒汤,由黄连、法夏、枳实、公英、虎杖等药组成,SGPT复常率为70%^[16]。分析发现疗效较好者用清解和活血药频率高,益气助阳药使用少,在SGPT上升时滋补药使用频率高于SGPT下降时的使用频率。慢性迁延性肝炎时肝细胞病变相对活跃,GPT波动较大,治疗慎用滋补,侧重清热解毒,化痰利湿,而

慢性活动性肝炎时 GPT 波动较小,只要辨证得当,降酶反较顺利。并指出金钱草性苦寒,具通络消瘀之性,用于瘀胆型肝炎疗效好,但用量应小于 30g^[17]。蒋氏通过治疗后认为降酶、退黄、减轻和消除肝细胞变性坏死是治疗慢性活动性肝炎的首要任务,也是慢性活动性肝炎向慢性迁延性肝炎逆转的第一步,反对此时用黄芪、党参、淫羊藿、巴戟天等补益之品,闭门留寇而使 GPT 居高不下^[18]。朱氏认为清解法降酶,即期效果较好,但久用或停用后常易反跳^[19]。俞氏告诫苦寒久伐、脾胃重伤,易使病情迁延,故对 GPT 长期不降者应注意顾护脾胃,病情才能及时恢复^[20]。汪氏亦指出,不能一见酶高,就认为是湿热,而投以大剂量苦寒之剂,实践证明这样难以取效。另外利湿药应根据季节及湿邪所在部位而选用芳香化浊、燥湿、淡渗利湿等有效方剂^[21]。

宋氏通过静滴广豆根治疗慢性活动性肝炎 50 例,发现其降酶疗效突出,且静滴疗效优于肌注,但个别患者停药后有反跳现象。提示本品有轻度抑制 SGPT 活性的作用^[21]。黄氏则用清开灵(牛黄、水牛角、银花为主)静滴治疗乙型肝炎活动期高酶状态 33 例,一疗程后 11 例复常,2~3 疗程后 21 例复常,取得了较好的近期效果^[22]。

3 活血为主及活血清利结合降酶

活血化瘀法是慢性肝炎降酶通法^[13],既可单独运用,亦可联合其他降酶治法。若遇 GPT 久久不降者,在有意识地投用 1~2 味活血药后往往收效显著^[11]。

在分析慢性肝炎病人 SGPT 上升幅度较高的原因时张氏指出,SGPT 升高可能是瘀血内阻致使细胞通透性增加,大量酶进入血液,且随瘀血增多,SGPT 升高将更加明显^[23]。

活血降酶药大都具有活血化瘀,增加肝血流量,使肝细胞得到充足的营养,恢复肝细胞的代偿功能,使变质的肝细胞恢复正常,促进肝细胞对坏死区进行完全性再生而修复,消退炎症渗出浸润,去瘀生新等作用。常用药有当归、赤芍、丹参、郁金、泽兰、桃仁、红花、血竭、五灵脂、乳香、没药、茜草、鳖甲、三棱、莪术、牡蛎、地鳖虫、炮山甲、丹皮^[13]及毛冬青、紫草、山楂、参三七、川芎^[24]等。

目前丹参的降酶作用较为肯定。如王氏选当归、红花、丹参、桃仁四味活血药进行实验研究,结果示丹参、红花降 ALT 明显,当归、桃仁在实验剂量下降酶作用则不明显^[25]。白氏用丹参液 4ml 肌注,治疗慢性活动性肝炎 27 例,降酶效果优于对照组(中医辨证方剂加肝太乐),并在门诊随访 1 年,病情稳定,未出现反跳^[26]。

但丹参的用量应注意,以 15g 为宜^[17]。

巫氏选用参三七注射液治疗慢性肝炎 26 例,其中 13 例用药 3 周后 GPT 发生反跳,继续用药后则逐渐正常^[27]。而张氏用三七粉治疗慢肝 10 例均有效,未见反跳^[28]。提示某些活血药的降酶曲线呈波动下降,并且可能与剂型、剂量等有关。新近有用川芎嗪配合能量合剂治疗慢性活动性肝炎 30 例者,降酶显效率达 96.7%,总有效率 100%^[29]。

朱氏通过治疗 109 例慢性乙型肝炎后认为,运用清泄活血法降酶较清泄法、清泄法加益气养阴药为佳,显效率为 80.7%,且反跳现象少见。具体方有清肝 I 号方(当归、川芎、生地、白芍、胡黄连、川连、芦荟、丹皮、丹参、紫草、刘寄奴、鬼箭羽)、清肝 II 号方(茵陈、黑山栀、丹皮、炒柴胡、当归、赤白芍、焦白术、陈皮、生地、六月雪、望江南、白花蛇舌草、七叶一枝花、制大黄、龙葵草、马鞭草)^[19]。汪氏在分析慢性肝炎部分病人低酶状态时指出,其 SGPT 升高不是肝脏进行性病变所致,而系非特异性反应性炎症所致。慢性迁延性肝炎中约 1/4 病例属于这种类型。而清解活血药如丹皮、三七、徐长卿、白茅根、夏枯草、龙胆草、苦参等能抑制反应性炎症,解除过敏状态,从而间接达到降酶目的^[30]。

4 滋补为主及清补结合降酶

滋补为主及清补结合降酶常用于慢性肝炎后期或早期肝硬化者,由于此时 GPT 常长期波动于 200~300 金氏单位之间,时高时低,为热毒残留未清,邪虽不盛,但正气虚衰,无力祛邪。治疗当以扶正为主,兼顾祛邪^[12]。

滋补法主要包括健脾、养肝、滋肾 3 法。常用药有黄芪、党参、白术、淮山药、黄精、扁豆、云苓、砂仁、白芍、生地、沙参、麦冬、石斛、山萸肉、五味子、枸杞子、女贞子等^[13,31]。这些药大都具有增加机体代谢及免疫功能,使肝细胞的营养得到改善,功能得到恢复^[11]。由于滋补药多味厚,若用量过大或时间过长,可引起 SGPT 增高(如生地、仙茅、仙灵脾等)^[17],故在临床上单纯用滋补之剂降酶甚少,而多为滋补为主或清补结合。

陈氏根据不同治则分 4 组治疗后指出,凉血解毒、调补气血,佐以健脾益肾为最佳治则。若水煎服,则降酶疗效最好,达 67.6%。组方为白花蛇舌草、蒲公英、车前子、车前草、野菊花、丹参、丹皮、白茅根、水红花子、黄芪、当归、党参、枸杞子等^[32]。王氏治疗慢性活动性肝炎以补肾为主,当 GPT 升高时,需将补肾药味减量,而加一些清解药如虎杖、白花蛇舌草等^[33]。陈氏治疗慢性活动性肝炎偏虚者,方用通阳助阳汤,其由黄芪、仙茅、仙灵脾、女贞子、柴胡、土茯苓等药组成。GPT

复常率为 67.5%^[16]。郝氏以祛邪扶正(祛除湿热病邪, 调补脏腑气血功能)为治则, 选用太子参、黄精、甘草、茯苓、柴胡、黄芩、虎杖等药组成肝炎 I 号方加减治疗慢性肝炎 73 例。结果 GPT 全部正常, 最短 25 天, 最长 187 天, 平均 66.8 天。认为本方在降酶方面作用显著^[24]。于氏在治疗慢性活动性肝炎典型发作 SGPT 升高时, 发现此时常出现上腹胀满、乏力、尿少或有渴感, 且在静脉补液或饮水时发生呕吐等症状, 似仲景所述“水入即吐”之水逆证^[35]。姜氏选用黄芪、虎杖、当归、丹参、白芍等, 制成蜜丸, 3~6 丸/次, 3 个月一疗程, 治疗 118 例慢性肝炎病人, GPT 复常率 100%^[36]。贾氏通过临床初步证明小柴胡汤与联苯双酯有相同的降酶疗效^[37]。汪氏则根据古人“夫肝之病, 补用酸, 助用焦苦, 益以甘味之药调之”与现代医学观察到酶的释放和肝细胞周围的酸碱环境有关(即肝细胞周围 pH 越高, 酶的释放越多且快; pH 越低, 酶的释放越少且慢), 提出酸收降酶法^[30]。对有热象者, 选旱莲草、牛膝、白芍、五倍子、鱼腥草、梨皮、马齿苋等; 对气滞血瘀者, 选用五味子、生山楂、石榴皮、木瓜等; 对脾肾虚者, 选赤石脂、乌梅、覆盆子、山萸肉等。因临床情况复杂, 常联合应用, 其中白芍可用至 30g, 疗效好, 无副作用^[1]。

另外, 张氏降酶主张重用枸杞子(30~60g)^[38]。夏氏用当归研细末, 和入适量猪胆汁, 蜜泛为丸, 组成逢春散, 治疗血虚肝旺, SGPT 反复轻度升高者^[39]。王氏用黄芪柴胡复方注射液治疗慢性活动性肝炎, 结果 ALT 复常时间为 31.30±1.03 天, 对照组为肝炎灵, ALT 复常时间为 40.5±9.6 天^[40]。

5 小结

慢性肝炎中的降酶问题是临床治疗中首先遇到的问题。以上所述各法均有利弊, 之所以不能形成一致的看法, 主要与个体的差异、证型的变化、选用药物的性味及现代医学对病毒和酶的认识有关。

从以上资料可以看出, 清热解毒、活血化瘀是当前降酶的主要法则, 但在治疗过程中仍需辨证论治、整体调整、区别虚实、因人制宜, 方可收到满意疗效。

寻找疗效稳定、反跳率低、且经得起重复的降酶药物和方剂, 并能正确使用, 仍是目前临床的首要任务。

6 参考文献

- 1 汪承柏. 中西医结合杂志 1984;4(2): 120.
- 2 程文谦. 中医杂志 1992;33(2): 25.
- 3 罗国钧. 山西中药 1993;(4): 12.
- 4 周永兴. 第四军医大学学报 1991;12(6): 436.
- 5 樊英诚. 黑龙江中医药 1985;(1): 26.

- 7 金实. 中医杂志 1989;30(2): 30.
- 8 龚坚. 中医杂志 1989;30(4): 53.
- 9 郝玉明. 中医药研究 1992;(1): 32.
- 10 葛继民. 中医药信息 1987;28(6): 18.
- 11 刘常世. 新中医 1981;(2): 31.
- 12 吕维柏. 中医杂志 1984;25(9): 27.
- 13 刘兴武. 新中医 1992;(8): 9.
- 14 郭洁. 上海中医药杂志 1991;(4): 47.
- 15 钱英. 北京中医 1992;(1): 31.
- 16 陈立华. 中医杂志 1987;28(6): 41.
- 17 陈立华. 中医杂志 1991;32(9): 30.
- 18 蒋森. 新中医 1992;24(1): 26.
- 19 朱彬彬. 上海中医药杂志 1985;17(4): 9.
- 20 俞荣青. 中医杂志 1989;30(10): 14.
- 21 宋政. 山东中医杂志 1991;10(1): 20.
- 22 黄为群. 中医杂志 1993;34(3): 138.
- 23 张亦忠. 中西医结合杂志 1992;12(4): 210.
- 24 刘常世. 新中医 1989;21(4): 25.
- 25 王祯苓. 中西医结合杂志 1992;12(6): 357.
- 26 白玉良. 中西医结合杂志 1984;4(2): 86.
- 27 巫善明. 中医杂志 1979;20(9): 28.
- 28 张焜. 中医杂志 1980;21(5): 25.
- 29 薛庆培. 江苏中医 1993;(7): 17.
- 30 汪承柏. 中西医结合杂志 1982;2(4): 201.
- 31 潘其民. 中西医结合杂志 1985;5(6): 350.
- 32 陈增潭. 中医杂志 1987;28(4): 23.
- 33 王灵台. 中医杂志 1989;30(2): 37.
- 34 郝朴. 中医杂志 1982;23(8): 29.
- 35 于顾然. 陕西中医 1992;13(1): 1.
- 36 姜经典. 1990 年上海第六次全国病毒性肝炎会议资料.
- 37 贾克明. 解放军医学杂志 1990;15(2): 95.
- 38 张经生. 新中医 1986;18(4): 6.
- 39 严佩贞. 上海中医药杂志 1986;18(4): 8.
- 40 王澍. 白求恩医科大学学报 1992;18(3): 250.

94' 海峡两岸特色医疗交流恳谈大会征文启事

为推进海峡两岸医药卫生界的交流, 给两岸中医界人士提供一个研讨学术、洽商合作的机会, 由卫生部中国医疗卫生对外技术合作公司、中国医疗保健国际交流促进会、北京康大经济技术发展公司、台湾中国中医药研究发展学会联合主办的 94' 海峡两岸特色医疗交流恳谈会将于 1994 年 11 月 9 日在北京举行。届时将邀请卫生部、国家中医药管理局等有关领导和专家及台湾中医界知名人士主持大会。本会以特色医疗技术方法为主进行交流。会后, 台方主办单位将邀请大陆代表 20 余人, 前往台湾进行学术交流。

本次大会报名截止日期为 1994 年 10 月 15 日, 欢迎各级医院、专科门诊部、经卫生部门批准的个体医务人员与会。大会组委会设在北京鼓楼西大街 41 号 402 室, 联系人: 盖静、张国英、于欣海。邮编: 100009。电话: 4012861, 4034443—3059。