

综 述

中 医 肝 病 研 究 近 况

中国中医药学会内科肝胆病专业委员会(钱 英¹ 俞森山² 执笔)

主题词 肝病(中医)/中医药疗法

从1984年全国中医肝病第一次学术会议以来,中国中医药学会内科肝病专业委员会(以下简称肝病专业委员会)共召开了6次全国肝病学术会议。第五次会议以前,学术活动的重点放在乙型肝炎的研究上,先后重点研讨过黄疸、腹胀、慢性活动性肝炎(以下简称慢活肝)的治疗研究。针对慢性乙型肝炎(以下简称乙肝)病程长、病情复杂多变、治疗难度大的特点,肝病专业委员会集中全国各地肝病专家的经验 and 智慧,在辽宁省本溪第三制药厂的大力支持下,充分发挥专家集团的作用,于1986年在厦门召开的第二次全国中医肝病学术会议上反复论证和研讨,认为乙肝过程中表现出的症状,可以归纳为3个最基本的证候:初期多为肝胆湿热、疫毒蕴结;中期多为肝郁脾虚、湿阻阳遏;后期多为肝肾阴虚、痰瘀阻络。据此设计了乙肝清热解毒冲剂、乙肝益气解郁冲剂、乙肝养阴活血冲剂3个处方,并组成了北京、上海、天津、吉林、河北等临床协作组,根据中医、西医、中西医结合三方面专家共同制订的病例选择标准和科研方案,同时开展临床研究工作,共观察1236例(治疗组1056例,两个对照组各100例),结果治疗组的总有效率为70.7%,近期临床治愈率为33.1%,经统计学处理,均明显高于对照组($P < 0.01$)。1990年通过国家新药评审委员会审定,批准正式投产,这是医学专家与生产厂家相结合,开展科工贸一体化的初步尝试,获得了明显的社会效益和经济效益。

几年来,肝病专业委员会对肝炎证候的规范化作了大量的工作。慢乙肝的证型既不统一又较繁杂,据湖南中医学院综合文献报告,慢乙肝的证型竟多达46种,他们从中总结出5个基本证型为:湿热、肝郁、脾虚、血瘀、阴虚。他们在统计各证型出现的频度和例次发现,肝郁脾虚出现频度占89%,出现例次占65%,认为肝郁脾虚是慢性乙型肝炎的两个主要证型。有人则

认为慢乙肝常见的证候为气滞血瘀和肝肾阴虚两个证型。总之看法很不统一。肝病专业委员会经过反复论证研究,认为肝炎的证候分得太多则繁琐,临床不好掌握,分得太简单了又不能概括全貌。1991年12月在天津召开肝病专业委员会,经过充分讨论,制订了《病毒性肝炎中医辨证标准(试行)》和《病毒性肝炎中医疗效判定标准(试行)》(已先后发表在《中医杂志》1992年第5、6期上)。1993年肝病专业委员会又在大连会议上制定了《肝硬化腹水中医疗效判定标准(试行)草案》。这3个标准的制订,对于统一中医对肝病的认识,提高中医肝病的科研水平,起到了积极的推动作用。

1994年6月,第六次学术会议在青岛召开。此次会议把丙型肝炎(以下简称丙肝)和肝硬化列为会议研讨的重点。在丙肝方面,对其流行病学,认为输血及血制品是丙肝的重要传染途径,潜伏期长短不一,平均11.4周,发病年龄一种认为青壮年多见,一种认为随年龄增长丙肝发病逐渐上升,据观察散发性丙肝占31%,不容忽视。我国不同地区的自然人群抗丙型肝炎病毒(HCV)阳性率不同,天津地区为2.38%,北京为3.31%,均明显高于上海市(上海为0.2%)。关于丙肝的发病特点,症状以乏力、纳差、腹胀、尿黄为主,体征以黄疸、肝大为主,转氨酶呈轻中度增高,且有双峰、多峰变化,血清胆红素一般中轻度升高,直接胆红素与总胆红素之比接近或大于50%者较多。丙肝易呈慢性化,尤以乙、丙重叠感染者更为明显。其证候特点,以湿偏重者居多,痰瘀阻络者常见,致虚较早,在肝郁脾虚证与肝肾阴虚证各型肝炎中,抗HCV阳性检出率高达70.5%。对其病机的认识,从33例丙肝肝穿病理表明,轻型肝炎向慢迁肝→慢活肝→肝硬化转变中,辨证呈湿热→湿热未尽→气滞血瘀发展,其中单纯丙肝以湿热为主,乙、丙重叠感染者以血瘀为主。有人从30例丙肝辨证中发现,以肝郁气滞证和肝郁脾虚证居多(占73.7%),提示丙肝病位虽在肝,但病机以肝脾同病为主。其治法,以化湿活血为主,适当扶正。扶正以调补肝脾肾为重点,尤以固护肝脾为主。在化湿中,单纯丙肝注意兼以清热,乙、丙重叠感染者还应注意化瘀。虽然

1 北京联大中医药学院,北京东四十条(100007)

2 国防科工委514医院

收稿日期:1994-06-09

甲乙丙型肝炎是3种不同病毒引起的肝炎,病原学上属3种独立的疾病,但根据祖国医学异病同治的原则,用与治疗乙肝的相同立法和方药,其疗效近似。

中医药治疗丙肝有较好苗头,辨证论治的近期总有效率为76.7%,其中疗效较好的应为小柴胡及其制剂(肝炎冲剂),疗程不应少于3个月。活血解毒方(以苦参、丹参、赤芍、白花蛇舌草、龙葵、蒲公英为主)的近期总有效率接近80%。关于丙肝的转归与预后,多数认为急性丙肝容易演变成慢性丙肝,转慢率约为1/2,部分慢性丙肝(约10%)病人可以发展为肝硬化及肝癌。乙、丙重叠感染者容易发生重型肝炎,年龄越大,预后越差。总之,对丙肝要力争早诊断早治疗,在中医临床研究中,应积极摸索发病规律,寻找证候特点,在普遍提高辨证论治的前提下,尽快改善机体免疫状态和找到抑制丙肝病毒复制的有效中药,改变给药途径,努力实现有效中药对丙肝的靶向治疗。

肝硬化及腹水也是第六次学术会议研讨的重点之一。上海市中医药研究所对319肝肝胶囊(桃仁、虫草菌丝等组成的扶正化瘀方药)进行了系统的实验研究和临床研究,证明该药有良好的抗肝纤维化、抗肝损伤、保护肝细胞、促进蛋白合成的作用,并且对肝炎后肝硬化患者的异常免疫状态、血氨基酸失调有良好的调节作用,对肝炎后肝硬化患者的病理和免疫组化以及肝窦毛细血管化有逆转作用。北京联大中医药学院用软肝煎(由炙鳖甲、女贞子、水红花子、郁金、三七、半边莲、丹参等组成)治疗31例辨证属肝肾阴虚、痰瘀阻络的乙型慢活肝后肝硬化,获得较好疗效。实验证明,软肝煎能使免疫性肝纤维化大鼠的肝小叶结构基本恢复正常或破坏程度减轻,部分纤维间隔形成不完整,部分无明显肝硬化,使肝内I、III型胶原明显减少。表明“软肝煎”对大鼠免疫性肝纤维化及肝硬化有较好的防治作用。302医院用软肝片(由鳖甲、莪术、三七、黄芪、虫草等组成)进行抗肝纤维化的动物实验研究,结果提示,软肝片可能是通过降低透明质酸、抑制I型胶原合成、减少贮脂细胞增殖而发挥其抗纤维化作用。上海市中医医院回顾性总结了1186例肝硬化腹水的中西医结合治疗,腹水消退率为84%,有效率为91.2%,经1、5、10年远期随访,病情稳定率分别为78.7%、51.6%、32.3%,表明中西医结合治疗比以往单纯中药或单纯西药疗效为高。经验证明,取得疗效的关键在于中西医有机的结合,分阶段治疗,中药扶正活血治本,贯穿始终,西药攻邪逐水治标,间歇运用。辨证分为气阴两虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚、气滞湿阻4个基本证型。河南太康县李跃德氏等用复肝膏(由当归、麝香、牛黄等

16味药制成)局部贴敷治疗为主,个别病例配合西医支持疗法,治疗肝硬化腹水100例,总有效率86%。上海纺织第二医院林宗广氏应用扶正培本、活血化瘀、渗湿利水为主,病人3/4辅用西药利尿等中西医结合治疗,95%病人腹水消退,症状改善,疗效满意。其中14例曾反复应用西药利尿剂,腹水不见减轻,经用上述方法治疗后,却产生了利尿反应,说明扶正、活血、渗利的治法改善了整体状况,从而为西药利尿剂重建了利尿效应。

中医肝病研究取得了不少成绩,但很多关键性问题仍然没有突破,基本规律尚未完全掌握。今后要取得重大进展,还需做以下工作:

(1)肝炎和肝硬化病变涉及面广,病情复杂多变,必须充分发挥中医药的优势,采取“全面调整、重点突破”的战略,一方面多疗法和多途径针对不同环节综合治疗,通过中药、针灸、推拿、刮痧、气功、外敷、食疗等手段,从整体上调动全身的抗病能力,立足于“扶正”。另一方面要总结出疗效高、副作用少,能重复、便于推广的有效方药,总结时要利用现代科学手段,从临床到基础,严格科研设计,立足于“祛邪”,针对肝炎病毒等不同环节,采用靶向治疗途径,以控制肝炎活动、抗肝纤维化。阻止癌变等为突破口,全面提高中医药治疗肝病的整体水平。

(2)今后中医药治疗的重点仍将是乙肝和丙肝。从1992年起我国实施乙肝疫苗计划免疫,并在今后逐步实施献血员的抗-HCV筛查,可望乙肝和丙肝的发病率将会下降,但长期不愈的慢肝病人仍以乙肝和丙肝为主,且多数病人靠中医药调治。过去的经验证明,这类病人在急性活动期多针对湿、热、疫、毒去清除,慢性稳定期多注重调补肝、脾、肾和气血,同时兼以化痰祛瘀。今后将侧重“肝胆并治”的治则研究,根据中医“肝胆互为表里”(1000例肝病患者,B超提示胆囊异常者占72.9%)的脏腑学说,寻找治疗慢肝的有效新途径,发掘祖国医学宝库,使其在中医肝病治疗中大放异彩,这将是第七次全国中医肝病学术会议(1996年上半年举行)的中心议题之一。

(3)《病毒性肝炎中医辨证标准(试行)》《病毒性肝炎中医疗效判定标准(试行)》《肝硬化腹水中医疗效判定标准(试行)草案》均已公布,自觉使用这些《标准》在全国还不够普遍。重症肝炎的中医辨证标准尚待总结经验的基础上加以制定。鉴于各种“标准”的本身都需要在实践中再充实、再完善,故中医的“标准”最好能与中华医学会传染病学会判定的《肝炎防治方案》中的中医部分协调一致,同步实施,有利于推动中医肝病研究水平的迅速提高。