

· 当代名医 ·

汪承柏诊治重症淤胆型肝炎验案 2则

朱 云 指导:汪承柏

(中国人民解放军第三〇二医院中西医结合肝病治疗研究中心,汪承柏名老中医工作室,
北京市丰台区西四环中路 100号,100039)

汪承柏(1926~),男,主任医师,教授。著名肝病专家,国家首批老中医药专家学术经验继承工作指导老师。北京市中医管理局批准的首批北京市名老中医,治疗重症淤胆型肝炎疗法在国内享有盛名,研发了第一个专治重症淤胆型肝炎的国家中药新药“赤丹退黄颗粒”,被誉为“治黄一绝”,先后获得军队科技进步二等奖 2项,三等奖 7项。

[关键词] 重症淤胆型肝炎;中西医结合疗法;名医经验;汪承柏

汪承柏教授从事临床工作 50多年,运用中医药治疗重症淤胆型肝炎积累了丰富的经验,兹选汪老师临床验案 2则,以供同道借鉴。

例 1 邹某某,男,44岁,2008年 4月 8日入院。主诉:间断身目黄染 4个月余,加重 6日。患者于 2007年 12月出现皮肤、巩膜黄染,12月 18日化验肝功能:总胆红素(TBiL)49.3 μ mol/L,直接胆红素(DBiL)29.1 μ mol/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)1711U/L,天冬氨酸氨基转移酶(AST)708U/L,给予甘利欣、谷胱甘肽、茵栀黄颗粒等,肝功能反复异常。2008年 4月 9日查肝功能:白蛋白(Alb)42g/L,球蛋白(Glb)21g/L, TBiL 140.2 μ mol/L, DBiL 112.8 μ mol/L, ALT 1410U/L, AST 710U/L,血清前白蛋白(PA)114.46%,乙型肝炎病毒血清标志物(HBV M):乙型肝炎病毒核心抗体(抗-HBc)(+),余皆(-),乙型肝炎病毒基因组(HBV DNA)(-),甲、丙、戊型肝炎及自身免疫性抗体均(-)。B超:①肝回声增粗,脾厚;②胆囊炎性改变。CT:①脂肪肝;②胆囊炎;③左肾囊肿。西医诊断:淤胆型肝炎。给予复方甘草酸苷、谷胱甘肽、丁二磺酸腺苷蛋氨酸等,并于 4月 23日、4月 30日、5月 20日 3次行人工肝血浆置换治疗,肝功能仍反复异常,5月 27日复查 TBiL 277.1 μ mol/L,因西药无法控制病情,人工肝血浆置换仅能使患者黄疸短暂下降,后即迅速反弹,故请汪老师会诊。2008年 5月 29日初诊:患者面色萎黄,皮肤、巩膜重度黄染,乏力,饮食睡眠尚可,口渴不欲饮,

大便每日 1次,小便自利。舌红、苔黄,舌下络脉青紫曲张,脉细弦。中医辨证:血瘀血热。治法:凉血活血,利胆退黄。方药:炙黄芪 30g,茯苓 30g,葛根 90g,桑椹 30g,茜草 30g,稀莪草 30g,秦艽 30g,赤芍 200g,三棱 200g,莪术 200g,桃仁 200g,红花 200g,金银花 30g,穿心莲 30g,苦参 30g,牡丹皮 30g,水煎服,每日 1剂。二诊:患者服上方 14剂,乏力好转,皮肤、巩膜黄染减轻,大便每日 3~5次,为黄色稀便。复查 TBiL降至 164 μ mol/L, HBV M:抗-HBs(+),抗-HBc(+),继用原方。三诊:服上方 14剂,无不适,黄疸明显减轻。复查 TBiL 87 μ mol/L,将赤芍、三棱、莪术、桃仁、红花均减量至 45g。四诊:服上方 25剂,化验 TBiL 37.9 μ mol/L, DBiL 30.3 μ mol/L, ALT 41U/L, AST 63U/L,碱性磷酸酶(ALP)142U/L, γ -谷氨酰转肽酶(GGT)58U/L,带方出院。1个月后复查 ALT、AST、TBiL均正常。

例 2 贾某某,男,35岁,2008年 9月 2日入院。主诉:身目黄染 19天。于 9月 5日无明显诱因出现腹泻,自服诺氟沙星、黄连素,腹泻缓解,3天后出现皮肤、巩膜黄染,于 9月 27日入住我院,诊断为:淤胆型肝炎。9月 28日查肝功能:Alb 38g/L, Glb 21g/L, DBiL 404 μ mol/L, TBiL 537 μ mol/L, ALT 38U/L, AST 42U/L;甲型肝炎、戊型肝炎(-);HBV M:乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)0.27COI,抗-HBs 15.39IU/L,乙型肝炎病毒e抗原(HBeAg)0.167COI,抗-HBe 0.298COI,抗-HBc 0.005COI。经口服醋酸泼尼松龙无效后,改静脉滴注甲泼尼龙琥珀酸脂、苯巴比妥、丁二磺酸腺苷蛋氨酸等治疗。10月 15日化验:DBiL 484 μ mol/L, TBiL 657 μ mol/L, ALT 114U/L, AST 66U/L。停用苯巴比妥、激素,于 10月 16日请汪老会诊。初诊:身目明显黄染,尿黄自利,身痒,便意频繁,每日 4~5次,质稀,咽痒,干咳,口渴不欲饮,胃脘无振水声,舌苔厚、白腻,舌下静脉增粗曲张。辨证:血瘀、脾虚湿困。治法:凉血活血,利胆退黄。方药:生黄芪 15g,茯苓 30g,茜草 30g,秦艽 30g,稀莪草 30g,桃仁 300g,红花 300g,三棱 300g,莪术 300g,紫草 300g,赤芍 300g,桑椹 45g,牡丹皮 30g,升

基金项目:北京市中医药“薪火传承 3+3”工程项目

联系方式:zynorway@126.com, 13601352197

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

麻 6g,木香 10g,川芎 15g,桔梗 15g,甘草 10g 二诊:患者服上方 7剂,身痒、干咳好转,大便每日五六次,无肛坠不收感,而且大便成形,质不稀。舌苔薄白而润,舌下静脉增粗曲张。化验: Alb 32g/L, Gb 19g/L, DBiL/TBiL 345/441. 6 μ mol/L, ALT 87U/L, AST 41U/L 继用原方。三诊:服上方 7剂,化验: DBiL 346. 0 μ mol/L, TBiL 446. 5 μ mol/L, ALT 91U/L, AST 58U/L, HBV M: HBsAg 0. 86COI, 抗-HBs 8. 24IU/L, HBeAg 0. 198COI,抗-HBe 0. 987COI,抗-HBc 0. 007COI 汪老师认为,抗-HBs从 15. 39IU/L降至 8. 24IU/L,提示 HBsAg-IgM 继续形成,故 TBiL不降,乃将茜草、秦艽、稀莪草加量至 90g 四诊:服上方 7剂,身黄、目黄明显消退,咽痒、干咳已基本痊愈,大便次数仍较多,舌暗苔腻,舌下脉静脉曲张。化验: DBiL 232. 7 μ mol/L, TBiL 288. 9 μ mol/L, ALT 81U/L, AST 53U/L 方药:继用原方 7剂。五诊:服上方 7剂,化验: DBiL 99. 3 μ mol/L, TBiL 124 μ mol/L, ALT 123U/L, AST 94U/L, HBV M: HBsAg 0. 63COI, 抗-HBs 31. 23IU/L, HBeAg 0. 175COI,抗-HBe 0. 831COI,抗-HBc 0. 003COI 将原方桃仁减至 200g 六诊:服上方 14剂,化验: DBiL 49. 2 μ mol/L, TBiL 61. 3 μ mol/L, ALT 55U/L, AST 53U/L 方药:生黄芪 15g,茯苓 30g,茜草 30g,稀莪草 30g,秦艽 30g,红花 30g,桃仁 30g,三棱 30g,莪术 30g,牡丹皮 45g,紫草 30g,桑椹 45g,升麻 9g,川芎 15g,木香 9g,赤芍 60g 患者出院后每月复诊 1次,3个月后 TBiL正常,至今患者无任何不适

按语: HBsAg 与抗-HBs形成的免疫复合物有损伤肝脏及肝外脏器的作用,但至今尚无详细报道,因此,临床对此类病例未做出正确诊断,均误诊为药物性肝炎、酒精性肝炎或重症淤胆型肝炎病因不明等,由于误治重度黄疸持久不退而发展为肝硬化、液化性或凝固性肝坏死。抗-HBs和(或)抗-HBc阳性重症淤胆型肝炎有 3个特点:① HBsAg 抗-HBs形成免疫复合物存在可逆性。例 1中 HBsAg 抗原过多,免疫复合物不断形成,可将血清中的抗-HBs消耗完,导致抗-HBs阴性,仅留下抗-HBc既往感染的标志,汪老师以裂解免疫复合物为治,随着 HBsAg/IgM 的裂解,抗-HBs转为阳性,黄疸亦下降;例 2中免疫复合物大量形成,而裂解力度相对不足,则导致黄疸持续不退,汪老师则着重加强方药的裂解免疫复合物的力度,将茜草、稀莪草、秦艽从 30g加至 90g,患者病情迅速逆转。② HBsAg 与抗-HBs形成免疫复合物沉积于肝外组织可导致关节、肾脏等病变。汪老师曾于 1986年治疗 1例长期多关节肿痛患者,曾在相关专科均以类风湿性关节炎论治,未能见

效,化验抗-HBs 抗-HBc阳性,汪老师采用裂解免疫复合物的治疗方法,关节肿痛迅速缓解。③ 抗-HBs与 HBsAg形成免疫复合物继发肝脏炎症,中医证型常表现为血瘀血热,为体受热邪,犯于肝经血络,热灼津液,血热互结发黄,症见身目黄染,尿黄自利,口渴不欲饮,舌下静脉曲张增粗,治则以凉血活血法为法。

目前对于免疫复合物的裂解,西医大多采用激素,其他西药包括人工肝疗效不佳。汪老师于 1984年收治此类病例的第 1例患者,20年内反复出现重度黄疸 10次,前 9次发病均用激素治疗,起到了暂时退黄的作用,但不能完全控制病情发展,导致黄疸反复发作,并且激素长期使用有较多副作用。汪老师联想到类风湿关节炎的发展机制亦为血管外免疫复合物沉积于关节等部位而激活机体的炎症反应,中医证型表现为血瘀血热。汪老师将类风湿性关节炎的治疗方法运用到抗-HBs及(或)抗-HBc阳性重症淤胆型肝炎中,药用大量祛风湿中药,如茜草、秦艽、稀莪草等,经长期临证、反复探索,形成独特治法,君药用茜草、秦艽、稀莪草清热解毒,有解裂免疫复合物、抑制自身免疫反应的作用,其中《本草纲目》中“茜草,行气活血之要药,主治痹疽,……疽,盖指蓄血发黄”;《本草汇言》中云“茜草活血,能行能止”;秦艽“主治痹”(《神农本草经》),亦治黄(《药性论》)。抗-HBs和(或)抗-HBc阳性重症淤胆型肝炎证型为血瘀血热,三棱、莪术、桃仁、红花等活血化瘀药,有很强的抗炎作用,使胆管炎症介质释放迅速减少,加上赤芍凉血利胆作用,共为退黄之臣药。因重用行气破血药,可能破气伤血,故药用黄芪、桑椹(或当归)以防止气血亏损,为佐药。血分热明显加牡丹皮凉血,气滞血瘀加川芎,肝郁便干加瓜蒌疏肝通便,皮肤瘙痒者用紫草清热祛风止痒。由于免疫复合物可反复形成,导致病情反复发作,病程留滞,因此汪老师对于这类病例要求出院后继续服药 1年,每 3个月复查一次肝功能,若正常则用原方制成丸药或胶囊,长期服用,以防其反复发作。

(收稿日期: 2009- 09- 10)

[编辑: 洪涛]

欢迎邮购《中医杂志》光盘合订本

1951- 1986年(4张光盘)480元; 1987- 1994年(1张光盘)260元; 1995- 2004年(1张光盘)280元。光盘合订本为计算机用数据光盘,收入了同期出版的全部杂志内容,可对所有文章进行任意字检索,方便实用。汇款地址: 北京东直门内南小街 16号 中医杂志医海林音像书店浦战兵收,邮编: 100700