

· 临证心得 ·

赵文霞治疗慢性重型肝炎经验

刘君颖 指导:赵文霞

(河南中医学院第一附属医院消化病诊疗中心,郑州市人民路 19 号,450000)

通讯方式:liujunying111@163.com, 13598412672

[关键词] 慢性重型肝炎;名医经验;赵文霞

慢性重型肝炎是在慢性肝炎、肝硬化及乙型肝炎病毒携带的基础上,病情急剧恶化,肝细胞广泛坏死,肝功能严重损害的一种重型肝炎。具有来势猛、进展快、病势重、变证多的特点,临床最主要的特征是高黄疸和出血倾向。中医认为,本病属“急黄”、“疫黄”、“瘟黄”、“臌胀”及“肝厥”等范畴。河南中医学院第一附属医院内科赵文霞教授从事中医药防治肝胆病临床研究 30 余载,对慢性重型肝炎的治疗积累了丰富的临床经验,现介绍如下。

1 祛湿邪详辨三焦

黄疸是慢性重型肝炎的主要表现之一。赵老师认为,太阴中土,易受湿困,湿邪有自表传来,有水谷精微不化、水湿内蕴或内外相合而成者,故中焦湿证居多,但有湿热寒湿之分。薛生白谓:“中气实则病在阳明,中气虚则病在太阴”。赵老师认为,治疗首要的是分利湿邪。若湿在上焦而有卫表症状者,或轻浅湿邪停滞于胃,治疗宜芳香化湿,药选轻清芳香之品,如藿香、佩兰、豆蔻、佛手之属,既可以顾护胃气,又使湿邪去而黄易退。若湿在中焦,困阻脾胃,或湿邪较重,出现食呆,消化迟钝,噎噫吞酸,中脘痞闷,大便不实,舌苔白滑黏腻等,治疗则宜苦温燥湿。若口中黏腻可选苍术、厚朴、陈皮、半夏等;若舌苔厚浊,腹胀满者加用草果、槟榔、炒莱菔子等以疏利宣泄。若湿邪停于下焦,小便短少不利,大便泄泻等,可用淡渗利湿、通利小便之法,药选茯苓、猪苓、泽泻、六一散等淡渗利湿。若湿邪阻滞三焦,水道不利,湿盛水停发为臌胀,亦可用逐水的方法,药选牵牛子、花椒、白茅根、大腹皮等利而不峻之品,而少用大戟、芫花、甘遂等峻猛有毒之药。治疗时尚需根据湿邪致病的特点用药,有利于湿邪的消退,如湿邪凝滞,宜佐理气药如枳壳、木香、砂仁之属;湿性阴寒,当佐以温

药如桂枝、生姜之属,即张仲景之“当以温药和之”。

2 除瘀血治法各异

慢性重型肝炎是在慢性肝病的基础上发展而来,具有“久病入络”、“内结为瘀血”的特点。赵老师认为,无形邪热必附于有形之瘀血,瘀血不祛,则邪热不易化解,黄疸亦无以消退。血瘀的存在对重型肝炎的病理变化,病情发展有着重要的影响,及时采取措施清除瘀血,使被阻塞的脉道通畅,气血流通,脏腑经络得以濡养,功能得以发挥,有利于抗邪外出,对重型肝炎的病情发展、转归有积极作用。正如唐容川《血证论》所说:“凡系离经之血,与营养周身之血,已睽绝而不合。……此血在身,不能加于好血,而反阻新血之化机,故凡血证,总以祛瘀为要。”慢性重型肝炎瘀血的原因较多,包括血热、气滞、血虚、气虚等,临床可根据患者不同兼证选用凉血活血、理气活血、益气活血、养血活血、活血逐瘀之剂。

凉血活血用于血热较盛,或瘀热动血之证,临床可见掌赤,颈前蛛丝赤缕,或是皮下瘀斑,血色暗红、深紫,或伴吐血,夹有血块,质浓而稠,或肌肤瘀斑成片,此证临床常见,病情也较重。凉血化瘀方首选《备急千金要方》之犀角地黄汤,此方具凉血活血、散瘀解毒之功,应用时以水牛角粉代替犀牛角,并可酌加紫草、大黄、玄参、赤芍、丹参、葛根等药,尤其可以大量应用赤芍,临床以之为主药,治疗慢性重型肝炎胆汁淤积症状取效非常迅速。理气活血主要用于正气尚盛,邪气虽实而不甚,有气滞血瘀表现者,如肝脾肿大,软而不坚,肝区不适、胀痛并见,常选用柴胡、佛手、香附、丹参、赤芍、郁金、川楝子、五灵脂等。益气活血主要用于血瘀兼有气虚表现者,临床可见乏力,动则尤甚,皮肤可散见瘀点瘀斑,舌下络脉曲张等症,药选党参、茯苓、白术、黄芪、当归、水红花子、土鳖虫、水蛭等。养血活血适用于瘀血日久,正气已虚,邪气渐甚,出现肝脾肿大、面色晦暗、消瘦乏力

者,常选用当归、鸡血藤、丹参、川芎、三七粉等,养血而不助热,活血而祛瘀滞。活血逐瘀适用于“久病入络”,肝脾肿大明显、质地坚硬、疼痛不已者,临床常根据瘀阻的不同程度而选药,轻者可用丹参、赤芍、郁金,重者则用三棱、莪术、桃仁、红花,甚者可用水蛭、蜈蚣等,配合(制)大黄、茵陈、鸡内金等利胆退黄,穿山甲、鳖甲、土鳖虫、生牡蛎等以软坚散结。逐瘀类药物其性峻猛,易于动血,且耗气伤阴,用时宜“衰其大半而止”,或与益气药物同伍,既可益气摄血,又可益气活血,使瘀去而不伤正。

3 识毒源毒除神安

慢性重型肝炎证候变化多端,病机错综复杂,病情严重,进展迅速,部分患者还会出现神昏谵语、行为异常等肝性脑病症状。赵老师认为,这些都和中医的毒邪致病有密切的联系。具体来说,“毒”的来源有二:一为自外而来的湿热疫毒,相当于西医嗜肝与非嗜肝病毒的感染;一则为内生毒邪,相当于西医所言的肠道内吸收的内毒素。二者来源虽然不同,但都以迅速祛除为要。

赵老师认为,内生毒邪的产生是由于湿热疫毒之邪入侵人体,充斥内外,阻遏气机,伤及气血,致瘀致热而成,毒邪外窜经络,内伤脏腑,使气阴耗伤,表里三焦俱病。祛邪时可根据具体的表现,如热毒较盛,则重用栀子、山豆根、白花蛇舌草、半边莲、半枝莲等以清热解毒;若湿毒较盛,则选用木瓜、半夏、苍术、泽泻、薏苡仁等药以化湿解毒;若瘀毒较盛,则选用丹参、三七、赤芍、牡丹皮等以凉血和血解毒;若疫毒瘀结于肝,母病及子,毒入心营,出现神昏出血等表现,即重型肝炎之脑病型,则可加用清心开窍、凉血止血之品,如羚羊角、水牛角、石菖蒲及安宫牛黄丸等;若毒瘀化火,熏蒸三焦,出现发热腹痛等,是并发腹膜炎等感染,则可加黄连、金银花、蒲公英、紫花地丁、栀子等以泻火解毒。赵老师认为,中医的通里攻下法可明显减少肠源性内毒素的吸收,方以张仲景三承气汤为主,用药首选大黄。大黄味苦性寒,具清热通下、泻火解毒、化瘀止血之功效,有保护肝脏,减少毒物吸收,加速退黄的作用;若患者腹胀、便秘,舌质红、苔黄厚腻,脉弦数等热象较甚,可配以枳实、厚朴、芒硝等峻泻之药;若患者热象不著,则配以炒莱菔子、枳壳等缓泻行气之药。然无论用何药,均应使其大便日行二三次,稀而不溏,患者无不适为度。

4 扶正气健脾养肝

赵老师认为,脾虚是慢性重型肝炎发生发展之

根本。慢性重型肝炎临床最常见的高度腹胀、乏力,食欲不振等表现,就是肝失疏泄、中焦脾胃功能失常所致。“肝肾同源”,肝病日久,必将殃及肾脏,出现脾肾阳虚之证,临床常见乏力、畏寒、溲少便溏等症。除此之外,赵老师认为,肝虚亦是慢性重型肝炎的重要病机,肝病之人,其肝本虚,才致邪气侵犯,诱发肝病。另外,“肝体阴而用阳”,慢性重型肝炎时肝脏发生大块坏死或亚大块坏死,从中医角度来看就是肝体的严重损伤,也是导致肝虚的直接原因。赵老师认为,慢性重型肝炎如果尽早采用补虚扶正,使元气充足,能驱邪外出,不致使邪气未除而正气先虚,使邪气长驱直入,加重病情,补虚有先安未受邪之地之妙用,有助于截断病势,在治疗上要注重健脾、补肾、养肝三法。健脾重用白术、黄芪、党参、陈皮等药,尤其是大量白术的应用(可用至 60g 以上)可以提高机体的免疫力,提高肝脏合成白蛋白的合成,升高血白细胞,对改善慢性重型肝炎患者的症状,减轻腹水,减少感染,纠正低蛋白血症有良好的作用。补肾则根据患者病情,若脾肾阳虚者用温肾药,药选(熟)附子、肉桂、续断、桑寄生等药,附子用量宜小,多不超过 10g,以免因其有毒伤肝;若属肝肾阴虚,则可用六味地黄丸,适加枸杞子、墨旱莲、女贞子、白芍等药,滋阴药具有重浊之性,应用时采取浊药轻投的方法,药量宜轻,以免碍胃伤脾;针对肝虚之证,赵老师采用补肝体以助肝用的治法,用药时以具有益气、养阴、健脾作用之党参、黄芪、西洋参、麦冬、三七、丹参、冬虫夏草等补肝体,兼用清肝利湿、疏肝理气、凉肝化瘀、温肝散寒之茵陈、柴胡、牡丹皮、赤芍、附子、肉桂等益肝用;若病久肝脾肾俱虚,出现精神疲惫、食欲极差、小便癃闭、极度乏力等表现,此为并发电解质紊乱、酸碱失衡,则可加西洋参、人参、当归、黄芪、生山药等。

此外,赵老师强调临床应特别注意预防变证,治疗应力争早期、中西医结合、综合疗法、多途径多渠道给药,以顿挫病势、维护正气。湿、毒、瘀、虚是该病发生发展的重要因素,临床常同时存在,且往往相因而病,治疗颇为棘手,应针对患者的具体情况进行辨证。在治疗中尤应注意顾护患者的脾胃之气,“存一分胃气,即存一分生机”。同时亦不可忽视西药的应用,如常规营养支持、血液制品、抗感染、处理并发症等措施都直接影响该病的预后。积极采用中西医结合治疗如中医药治疗与人工肝支持的结合,可明显

在健脾调肝、解毒利湿的同时,还应充分重视顾护脾肾阳气。本病阴阳俱虚,寒热错杂,正虚邪实。因此,治疗原则应遵循《黄帝内经》“大积大聚,其可犯也,衰其大半而止”之古训,切记以辨证论治为准绳,反对舍本逐末,急功近利,不顾患者正气之盛衰,一味峻下逐水,致正气衰败,加速病情恶化。该患者肿瘤负荷大,门脉广泛瘤栓形成,持续午后低热,1个月内体重下降迅速,进行性消瘦,均提示病情恶化迅速,生存期短,预后较差。建议以中药物治疗为主或配合靶向治疗,可能对改善生活质量有益。建议中药以鳖甲煎丸、茵陈术附汤为基础加减。由于肝癌患者大多存在肝门静脉压力增高,凝血机制异常,应注意破血药的剂量与应用时机,必要时监测DIC系列,减少引发消化道出血的潜在风险。

3 后记

经过耐心思想开导,患者同意服用中药。中医治疗以疏肝健脾,化湿解毒,平调阴阳为法。药用:太子参 30g,生石膏 60~100g,柴胡(醋炙) 30~50g,地骨皮15g,牡丹皮15g,茵陈30~50g,鳖甲15~30g,五灵脂6~15g,鸡内金30g,焦山楂、槟榔各15~30g,鼠妇30~50g,山茱萸 10g,茯苓 15~30g,(制)附子 10~30g,白术 15g,蜂房 15g,炙甘草 10g,砂仁 6g。每日 1

剂,每日2次。配合静脉滴注康莱特注射液200ml,每日1次。治疗5天后,患者精神、体力改善,肝区胀痛及腹胀明显减轻,食纳增加,小便量增多。2周后体温恢复正常。2008年9月3日本院复查腹部平扫合增强CT示:肝脏增大,右肝斜径16.1cm。肝脏回声明显不均,左右叶内弥漫分布多个低回声,边界不清,内部回声不均,门脉内未见明显瘤栓。第一肝门、胰周、上腹腹主动脉周围可见肿大淋巴结。大小约1.9cm×0.9cm。腹腔内未见游离液体。考虑:肝内多发实性占位,肝门静脉内未见明显瘤栓。胆囊壁增厚,胰腺内多发钙化灶,脾大,腹腔淋巴结肿大”。2008年9月23日复测体重增加18kg。2009年3月25日于北京某医院行肝动脉造影见:肝内未见明确占位病变,肝门静脉有丰富侧枝循环形成。印象:①肝硬化,伴门静脉侧枝循环形成;②腹主动脉周围淋巴结影。因未发现病灶,未行肝穿刺。患者自诉精神、体力如常,无明显不适,继服前方。2009年9月复查各项指标均在正常范围内,未见明显复发迹象,临床治愈,目前仍以上方为基础,坚持中药巩固治疗。

(收稿日期:2010-04-20)

[编辑:洪涛]

(上接第67页)

提高慢性重型肝炎的临床疗效。病情获得好转后,还应加强恢复期的调治,疏肝养肝、运脾健胃,兼清湿热余邪,佐以活血通络,以防止复发或留下后遗症。

5 典型病例

马某,男,38岁,以“间断乏力15年,低热1个月,身目尿黄1周”于2007年12月23日入院。入院症见:身目尿黄,黄色深重,晦暗,脘腹痞满,纳差,乏力,鼻塞,发热,恶寒,头身疼痛,口干不欲饮,小便量可,大便黄软,日一次,夜眠欠安。查体:肝掌、蜘蛛痣(+),腹水征(+),舌质暗紫、苔白腻,舌下脉络显露,脉弦滑。入院查:乙型肝炎病毒标志物:乙型肝炎表面抗体(HBsAg)(+),乙型肝炎核心抗体(HBcAb)(+),DNA 4.65×10^4 copy/ml,抗-HCV弱阳性,抗HEV阳性,抗HAV阴性,EB病毒IgM阳性,副流感病毒IgM阳性,巨细胞病毒IgG阳性;肝功能损害明显:丙氨酸氨基转移酶(ALT)1118U/L,天冬氨酸氨基转移酶(AST)738U/L,

(ALP)173U/L,总胆红素(TBiL)264.9 μ mol/L,直接胆红素(DBiL)209.3 μ mol/L,凝血时间(Pt)29.9s。病情进展迅速,TBiL最高达698 μ mol/L,Pt最长达38.2s。中医诊断:①黄疸(阴黄,湿浊兼表);②肝积;③感冒。西医诊断:①肝炎肝硬化,乙型,失代偿期,活动性;②慢性乙型病毒性肝炎,急性,戊型病毒性肝炎;③慢加急性肝功能衰竭;④EB病毒、副流感病毒感染。中药治疗先以表里双解为治则,除湿化浊兼以解表。陈皮15g,清半夏6g,茯苓15g,木香10g,砂仁6g,藿香10g,佩兰10g,炙麻黄3g,荆芥10g,防风10g,瓜蒌30g,白芷10g,川芎15g,葛根10g,桂枝3g,白芍15g,柴胡6g(醋炙),青蒿15g,黄芩6g,焦三仙各15g。服药1周,表证除后,以健脾和胃,除湿化浊,利胆退黄,解毒、活瘀、化痰为则,香砂六君子汤为主方,随症加减。调理3个月后病情好转出院。

(收稿日期:2010-03-26)

[编辑:洪涛]