

· 思路与方法 ·

慢性肝炎“湿热瘀毒互结”复合病机的形成机制探讨

叶 放 徐吉敏 薛博瑜* 周学平 吴勉华 指导:周仲瑛

南京中医药大学第一临床医学院,江苏省南京市汉中路 282 号,210029)

基金项目:国家重点基础研究发展计划(“973”计划)资助项目(2006CB504807);江苏省科技厅基础研究计划(BK2010563);江苏省科技厅“科技基础实施建设计划”专项(BM2009903);南京中医药大学基础研究与重点培育专项基金项目(09XJC03)

* 通讯作者: xueboyu9502@sina.com, (025)85811626

[摘 要] 基于“复合病机转化论”和国医大师周仲瑛教授肝病学术思想,提出“湿热瘀毒互结”复合病机的是慢性肝炎过程中的共性的基本病机。探讨了湿热、气滞、血瘀、毒之间存在相互转化、因果夹杂、复合为患的复合病机形成机制。提出临证之际只要把清化湿热瘀毒法作为基本治法,依据病机虚实多寡和兼夹主次,随证加减、灵活应用,就抓住了慢性肝炎祛邪的关键,提高中医治疗慢性肝炎的针对性、准确性。

[关键词] 慢性肝炎;湿热瘀毒互结;复合病机

中医以整体联系、动态演变思维方式把握疾病发生发展的内在本质及其规律,辨证论治过程中的每个环节都能充分体现出中医治病的个性化特征。而多年来的辨证分型论治模式使得中医辨证论治方法程序化,尽管容易推广和进行疗效评价,但同时也使得中医临证思维模式日趋僵化,如何建立中医辨证论治新体系是多年来不断探索的热点。

我们基于国医大师周仲瑛教授学术思想,提出“复合病机转化”理论,内涵包括病性、病理因素、脏腑病位及病势都存在病机复合与转化的复杂关系,临证把握复合病机转化规律,能够执简驭繁,最大限度的提高临床疗效^[1]。本文重点探讨慢性肝炎“邪气”之间的转化与复合关系,阐述“湿热瘀毒互结”复合病机的形成机制,以期切实指导临床应用。

1 “湿热瘀毒互结”是慢性肝炎的基本病机特征

30 多年来,国内相继制定了多个版本的慢性肝炎辨证分型标准和指导原则,导致临床医生难以操作,未能切实指导临床应用。如吕文良^[2]就 1984—2001 年间国内公开发表的涉及慢性肝炎证治分型的论文及专著进行了分析,发现目前有 73 种不同证型的表述;叶永安等^[3]统计分析了国内外 40 年来的 522 篇文献资料的 133 103 例患者资料,发现涉及的证型多达 299 种。我们认为,这些文献研究结果显示了此前相关辨证分型方法的可行性、实用性都值得商榷,从证型研究回到病机层面的研究将有助于解决这一重大科学问题。

从慢性肝炎临床表现特点而言,多数患者存在

口干、口苦,胁肋、脘腹胀痛或刺痛,疲劳乏力,或低热,或衄血,或尿黄,或身目俱黄,多数见有不同程度的黄腻苔,舌尖偏红、舌边暗红,或有瘀点瘀斑,脉弦细或数等表现,常易出现黄疸、肝脾肿大、肝掌、蜘蛛痣、或面色晦黄等体征,这些证候表征很难用某一种致病因素来阐释,单纯清热化湿或清热解毒法、或单纯用活血化瘀法,或单纯扶正补虚法等皆难取得良效。我们认为,慢性肝炎主要病理因素湿、热、瘀、毒、郁等邪气之间并非是单独致病,而是存在“邪毒久羁,密切相关,相互兼夹,彼此转化,因果夹杂,复合为患”的复杂病机网络,表现为“湿热瘀毒互结”这一基本病机,在此基础上,因虚致实,或邪毒致虚,终致病情迁延难愈。因此,“湿热瘀毒互结”复合病机是慢性肝炎的基本病机特征。

由于湿热瘀毒在慢性肝炎活动时表现显著,炎症相对稳定时则邪气内伏于血。因此,上述临床表现在不同阶段时轻时重,未必同时出现,或湿重、或热重、或瘀重、或湿热瘀毒并重,但常难单用湿热,或单用血瘀等来解释,治疗用药需要多法兼顾才会取得更好疗效。这些特点是学者至今难以对本病制定统一的分型论治标准的原因之一,也是整体辨证与微观辨证常常不一致的原因所在。盛国光^[4]曾认为,“慢性乙肝(肝纤维化)的病因病机当责之于毒、痰、瘀,三者在发病过程中,可有先后之别、显隐之分,但势必相互滋生、相互搏结为患”,初步认识到慢性肝炎复合病机的客观存在,但这种观点并没有引起肝病学术领域广泛的重视。

2 “湿热瘀毒互结”病机的形成机制

2.1 湿热久羁,滞气、致瘀

人们较早就认识到肝炎湿热证候的轻重常与病情活动程度有关。但慢性肝炎反复活动之后,患者血瘀证候逐渐明显,如肝脾肿大、肝掌、蜘蛛痣、舌质瘀点等,因此,慢性肝炎湿热久羁或湿热炽盛是导致肝病血瘀的主要因素。

湿热久羁,湿热瘀结。肝炎湿热由气分逐渐深入血分,湿热郁于血分,困阻脉络,阻遏气机,久则血分瘀滞,因果夹杂,从而形成湿、热、瘀并存。朱丹溪有“血受湿热,久必凝浊”之说。叶天士曾谓“湿甚热郁,三焦隧道气血不通”。《温热逢源》也谓:“热附血而愈觉缠绵,血得热而愈形胶固”。

湿热炽盛,久羁肝络,化热酿毒,湿热瘀毒互结。《金匱要略》云:“热之所过,血为之瘀滞。”《医林改错》谓:“热毒之邪在内烧炼其血,血受烧炼,其血必凝,……脏腑受毒火煎熬,随变生各脏逆症”。若为慢性重症肝炎,热毒化火,内陷心肝,瘀热阻窍;热毒炽盛,迫血妄行,血溢脉外而血瘀。如《温疫论·蓄血》云:“邪热久羁,无由以泄,血为热搏,留于经络,败为紫血”;“热不更泄,搏血为瘀”。

此前我们提出:病机转化进而形成复合病机,导致证候动态演变形式的复杂性,病机转化与相应的证候表征之间并非呈线性关系,后者未必能够完全真实的反映前者,并且,后者的出现无疑会滞后于前者^[1]。如在湿热致瘀,因果夹杂,进而形成湿热瘀毒互结的病理过程中,病机与证候表征的关系可通过图1大致表示。

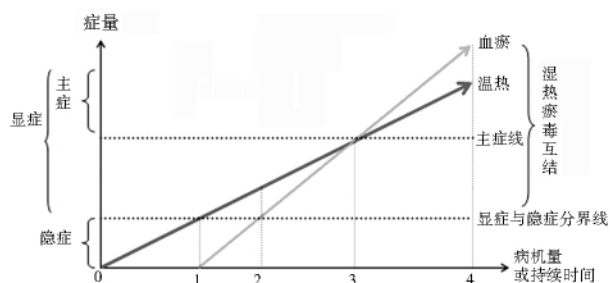


图1 湿热瘀毒互结示意图

横坐标表示湿热或血瘀程度及其存在持续时间的长短,即病机“总量”的多少;纵坐标表示病机相应的临床四诊信息表征(症状、体征)的外显度,即相应证候量的多少。0~1阶段:表示仅有湿热病机,但尚未有外在的湿热证候,属“隐症期”;1~2阶段:表示有湿热外在表征,已经形成内在的血瘀,但没有血瘀的外在表征,临床表现为湿热证候,但无血瘀证候

信息,即所谓“潜在病机”;2~3阶段:表示湿热、血瘀的外在信息表征俱现,但以湿热证候为主,血瘀证候为次;3~4阶段:表示血瘀、湿热的外在表征俱现,但以血瘀证候为主;1~4阶段:皆属于“湿热瘀毒互结”,但不同阶段病机主次不尽相同。

2.2 肝气郁结,久则血瘀、化热、生湿

慢性肝炎情迁延、反复发作,多数患者都存在病情相对静止与病情活动交替发作过程,并进而形成肝纤维化、肝硬化或肝癌。由于患者对病情恐惧及社会歧视而忧思郁怒,邪毒郁滞于肝,气机失调,肝气郁结,《丹溪心法》谓“气郁者即肝郁也,气不舒则肝失条达,是病在气而本在肝”。肝气郁结可见于慢性肝炎患者的不同阶段,患者多表现为肝区不适,或胀或痛等。肝气郁结,气机不畅,血行瘀滞,脉络瘀阻。如叶天士所说:“气既久阻,血亦应病,循行之脉络自痹”。陈士铎也谓:“肝气一郁,则气不能畅行脏腑,遇肝之部位,必致阻滞而不行,日积月累,无形化为有形”。气滞血瘀,瘀血化热。七情拂郁,气机不畅,邪毒久羁,脏气失和,初为气滞,久必血瘀;瘀血阻滞,壅遏不得疏散而生热、化毒,可成“瘀热”证。如《素问·气穴论》有云:“卫散荣溢,气竭血著,外为发热”;《灵枢·痈疽》亦曰:“营卫稽留于经脉之中,则血泣而不行,不行则卫气从之而不通,壅遏而不得行,故热,大热不止”;《金匱要略》:“病者如热状,烦满口干燥而渴,……此为阴伏,是瘀血也”等都是对瘀热证候具体认识。

肝郁日久,脾失健运,湿浊内生,湿与热合则形成湿热。肝经瘀热,脾虚湿停,肝热脾湿日久,则形成肝胆湿热、肝气郁结、脾胃虚弱并存。

2.3 肝血瘀滞,化热、助湿

人们认识到肝炎日久必有血瘀,血瘀是乙型肝炎肝纤维化病理演变的最终结局,并贯穿全过程。肝病血瘀不仅是病理产物,更是新的致病因素,不仅因瘀化热、因瘀致湿,尚有因瘀化毒等多种病机转化趋势。周仲瑛教授研究发现,在慢性肝炎过程中,瘀热病机是病情演变的关键环节,在不同病程阶段可见瘀热发黄、瘀热阻窍、瘀热水结、瘀热血溢、瘀热阻络等不同表现。

血瘀化湿,瘀湿内停。一方面,血瘀则气滞,气滞则生湿。《血证论》曰:“凡有所瘀,莫不壅塞气道,阻滞生机。”若血瘀在肝,则气机尤为壅滞,因肝藏血、主疏泄,人体气血津液的正常输布无不关于于肝脏,湿热毒蕴于肝引起肝络瘀滞,血瘀作为新的致病

因素久羁于肝络,肝络瘀滞必然影响肝气疏泄功能,“肝病及脾”,肝郁则脾失健运,脾虚则生湿,甚者则水湿停留。另一方面,“津血互生”,湿邪与血瘀同为气血津液代谢异常的产物,气机失调不仅引起血瘀,同时也必然生湿。如《灵枢·百病始生》曰:“凝血蕴里而不散,津液渗涩”;《灵枢·刺节真邪》云:“血道不通,……此病茺然有水”;《金匱要略》有谓“血不利,则为水”。此处的“水”当包括水、湿、痰、饮等。因此,血瘀可使络阻而湿滞,经脉隧道不通,势必影响津液的代谢输布,也可出现津停凝聚,为湿、为饮、为痰、为水。临床发现,部分患者在首先见有血瘀表征之后,继之出现湿浊内停,或湿热内蕴,属“因瘀致湿”,故称之为肝病“瘀湿”病机,肝病久瘀能够促进内湿的形成和加重。

2.4 诸邪酿毒,邪毒胶结,复合为患

近年来,中医对“毒”的内涵有新的认识^[5],“毒邪致病”有毒损脑络、毒损肝络、瘀毒致病等新概念,我们认为,对毒邪的内涵尚需进一步重新界定,以免“凡病皆毒”、“但见病毒就必解毒”之弊。“毒邪”致病观在慢性肝炎过程中的表现特点有三。①感受“疫毒”之邪。《素问·刺法论》曰:“五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似”。吴又可《温疫论》认为,“今感疫气者,乃天地之毒气也”。王孟英认为“疫既曰毒”。“疫毒”概念强调的是疾病的流行性和发病的急骤特点。慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎并非通过口鼻传播,不会因此造成“皆相染易”,血液传播或母婴传播后多数首先成为病毒携带状态,属于“伏毒”致病范围,且此“毒邪”多与湿、热、瘀胶结为患,具有其特殊性。②邪气偏盛为“毒”。《诸病源候论》云:“因为热毒所加,故卒然发黄,心满气喘,命在倾刻,故云急黄也。”刘完素把“皆阳热亢极之证”称为“热毒”等。慢性肝炎病情活动常见湿热偏盛,重症肝炎则热毒偏盛,肝硬化瘀毒偏盛等,皆属“毒邪”为患。③邪气不解为“毒”。喻嘉言认为,病久不解,可蕴结成毒,“太阳温证,病久不解,结成阳毒,少阴温证,病久不解,结成阴毒”。尤在泾《金匱要略心典》亦说:“毒,邪气蕴结不解之谓”。肝炎属于难治之病,病程常常数年、数十年,甚至终生为肝炎所困,其湿、热、瘀等邪气久羁不解,故可称之为“湿毒”、“热毒”、“瘀毒”等。

3 因虚致实,邪毒致虚,虚实夹杂

复合病机的基本内涵不仅是邪气之间复合为患,虚实之间、脏腑病位之间及病机转化趋势之间也

存在复合多变的临床特征。在慢性病毒性肝炎发展到肝纤维化、肝硬化、肝癌或重症肝炎等病情不断进展的过程中,虚实病机的演变规律尚未形成统一认识,有强调“因虚致实”者,也有重视“邪实致虚”者。我们认为,肝炎病情的不断进展,无疑都是邪气久羁,邪正交争,正气不断耗损,邪毒更加炽盛的过程。

就阴虚邪实而言,肝属木,内寄相火,肝气久郁,肝火易炽,进而伤阴,导致肝肾阴亏、肝气郁结并存;湿热久羁,湿热疫毒暗耗阴血,则阴虚与湿热瘀毒并存。湿热久恋,邪从燥化,耗灼阴液,肝肾之阴受劫,阴血凝涩,肝络失养,气血运行迟滞,形成瘀血结于胁下;血瘀日久,化热酿毒伤阴耗气。此际,不仅湿热瘀毒互结之实,更有阴血亏损之虚,阴虚更有助热之势,而成正虚邪实互为因果的复杂局面。患者可见有两目干涩、胁痛隐隐、手足心热、筋脉拘急、面部皮肤血缕、烦热耳鸣、肝掌红赤、腹中痞块等。多见于肝炎中、晚期。

4 结语

以上分析显示,慢性肝炎由于诸邪相互转化,因果夹杂,复合为患,进而以“湿热瘀毒互结”复合病机为基本特征,只是在不同患者和不同阶段各个病理因素(湿、热、瘀、毒、郁等)量的多少和及其的不同。“湿热瘀毒互结”贯穿于整个慢性肝炎病程的始终,随着慢性肝炎病程的进展,邪毒久羁,不断耗伤正气,甚至邪毒嚣张,病情传变,正气更虚。因此,祛邪法在慢性肝炎的治疗过程中始终应占有重要位置,在临证之际,只要把清化湿热瘀毒法作为基础治法,依据虚实多寡和病机兼夹主次,随证加减,灵活应用,就抓住了慢性病毒性肝炎祛邪的关键。

参考文献

- [1]叶放,周学平,周仲瑛.复合病机转化论初探[J].中医杂志,2010,51(10):869-874.
- [2]吕文良,李樯,姚乃礼,等.慢性乙型肝炎中医辨证现状及辨证方法探讨[J].中国中医基础医学杂志,2002,8(9):11-12.
- [3]叶永安,江锋,赵志敏,等.慢性乙型肝炎中医证型分布规律研究[J].中医杂志,2007,48(3):256-258.
- [4]盛国光.慢性乙型肝炎中医病因病机的探讨[J].中西医结合肝病杂志,1997,7(2):126-127.
- [5]刘震,陶夏平,姚乃礼.慢性乙型肝炎、早期肝硬化“毒损肝络”病机证候特点的研究[J].中国中医基础医学杂志,2011,17(2):201-203.

(收稿日期:2011-07-07;修回日期:2011-08-16)

[编辑:黄健]