

• 临证心得 •

解毒凉血、健脾化湿法治疗乙型肝炎
慢加急性肝功能衰竭体会

王宪波* 李 斌 刘慧敏

首都医科大学附属北京地坛医院中西医结合中心, 北京市朝阳区京顺东街 8 号, 100015)

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(81072766); 北京市自然科学基金资助项目(7112066);
北京市科技计划课题(Z111107056811044); 北京市中医药科技发展基金科技提升专项(KJTS2011-05)

* 通讯作者: wangxianbo638@163.com, (010)84322301

〔摘 要〕 慢加急性肝功能衰竭是指在慢性肝病基础上出现的急性肝功能失代偿, 以凝血机制障碍、黄疸、肝性脑病、腹水等为主要临床表现, 乙型肝炎病毒感染是其主要病因。乙型肝炎慢加急性肝功能衰竭病因病机复杂, 湿、热、毒、瘀、虚相互胶结, 贯穿疾病始终, 病情进展迅速, 病死率高。提出“基于核心病机的病—证—症结合”的治疗理念, 凝炼出“解毒凉血重通腑, 健脾化湿顾中焦”的思想, 其内涵包括清热解毒、凉血活血、通腑泻浊和健脾化湿等系统治疗方法, 强调临证时谨守病机灵活运用, 或以一法为主再辅以它法, 或多法并用, 病证结合。

〔关键词〕 慢加急性肝功能衰竭; 清热解毒; 凉血活血; 健脾化湿; 通腑泄浊

慢加急性肝功能衰竭是指在慢性肝病基础上出现的急性肝功能失代偿, 以凝血机制障碍、黄疸、肝性脑病、腹水等为主要临床表现, 在我国乙型肝炎病毒感染是其主要病因。乙型肝炎慢加急性肝功能衰竭病情进展迅速, 病死率高, 预后差, 发病两个月内为患者死亡的高峰期, 也是患者救治成功与否的关键时期, 消化道出血、肝肾综合征、电解质紊乱、肝性脑病、凝血酶原活动度及抗病毒治疗时机是影响患者生存时间的独立危险因素^[1]。我院在中西医结合救治肝功能衰竭方面积累了丰富的经验, 经过努力和探索, 对于乙型肝炎慢加急性肝功能衰竭提出了“基于核心病

机的病—证—症结合”的治疗理念, 总结出解毒凉血重通腑、健脾化湿顾中焦的治疗原则^[2-4]。解毒凉血重通腑、健脾化湿顾中焦是一个整体治疗方案, 其内涵包括清热解毒、凉血活血、通腑泻浊和健脾化湿等系统治疗方法。虽是一个系统整体方案, 但有主次之分, 其要义为根据病情发生发展的不同阶段及正邪交争的虚实表现, 治当谨守病机, 或以解毒凉血祛邪为主, 或以健脾培补中焦为要, 或一法为主再辅以他法, 或多法并用, 病证结合, 方能取得良好疗效。本文分别以清热解毒法、凉血活血法、通腑泻浊法和健脾化湿法为主并辅以他法的临床应用总结如下。

药性, 目前已作为抗 HBV 一线药物使用^[7]。

本研究表明, 当飞利肝宁胶囊联合替比夫定对 CHB 患者肝功能恢复方面具有较好的治疗作用, 但当飞利肝宁胶囊不具有明显的抗病毒作用, 联合应用不影响核苷类药物抗病毒疗效的发挥, 临床研究表明联合应用患者依从性及安全性良好, 值得进一步研究。

参考文献

- [1] 姚光弼. 慢性乙型肝炎长期抗病毒治疗的目标与策略[J]. 中华传染病杂志, 2005, 23(增刊): 7-10.
- [2] 中华医学会肝病学分会, 中华医学会感染病学分会. 慢性乙型肝炎防治指南[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(2): 162-170.

- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 143-151.
- [4] 中华中医药学会内科分会. 病毒性肝炎中医辨证标准[C]. 全国第十一届中医肝胆病学术会议论文集, 2004: 12-16.
- [5] 蒋开平, 吴寿善. 慢性乙型肝炎辨证分型与肝功能变化及肝组织病理类型的关系[J]. 新中医, 1995, 27(4): 44-46.
- [6] 丁晋彪, 李跃旗, 周越朔, 等. 当飞利肝宁胶囊治疗慢性乙型肝炎临床研究[J]. 传染病信息, 2010, 23(3): 168-171.
- [7] 贾继东, 侯金林, 尹有宽, 等. 替比夫定或拉米夫定抗乙型肝炎病毒的疗效预测探讨[J]. 中华肝脏病学杂志, 2007, 15(5): 342-343.

(收稿日期: 2012-06-11; 修回日期: 2012-8-10)

1 清热解毒法

1.1 清热解毒法能够顿挫病势并截断疾病进展

慢性乙型病毒性肝炎属“疫毒”为患,此“疫毒”多属湿热之邪,“疫毒”既为肝病之始,又贯肝病之末。在乙肝病毒相关的肝功能衰竭发生发展中,外感湿热疫毒,毒热炽盛,热迫心营,内闭心包,进而瘀阻脉络,即在“热毒交攻”的基础上形成“瘀血阻络”,毒、热、瘀三者相互胶结,互为因果。根据慢加急性肝功能衰竭发病机制并结合多年来诊治本病的实践经验,我们认为,湿热交蒸、瘀热相搏是造成病毒复制和宿主应答异常,致使肝细胞大量坏死和严重变性的病理基础;毒邪内蕴、弥漫三焦则是内毒素诱导的肝细胞继发性损伤,以及多种致死性并发症的病理机制。湿热疫毒(肝炎病毒)是慢加急性肝功能衰竭病因,而毒热互结深入营血,则变证丛生;肝之体用皆衰,则内生浊毒(如内毒素),而内生之浊毒又可加重肝脏的损害。针对慢加急性肝功能衰竭之湿热疫毒和内生浊毒,及早采用清热解毒治法能够顿挫病势,抑制机体超强免疫反应。因此,清热解毒法既可去除病之因,也可以衰减病之势,是截断病情进展的关键。

1.2 清热解毒方药临床应用体会

清热解毒常用的药物为大黄、黄连、黄芩、茵陈、栀子、黄柏、蒲公英、败酱草、金银花、连翘、垂盆草、田基黄等。慢加急性肝功能衰竭在疾病初期阶段往往以实证热证为主,常用大黄、黄芩、黄连等,取大黄、黄连泻心汤之意,以清泻热毒,对于内毒素、炎性细胞因子引起的发热、自发性细菌性腹膜炎等有良好的疗效,剂量不宜过大以免苦寒伤胃;“诸病黄家但当利其小便”,慢加急性肝功能衰竭患者黄疸明显,配伍茵陈、栀子则寓意茵陈蒿汤之意,以清利湿热,引邪从小便而去,同时茵陈、栀子也入血分,切合“瘀热以行”之黄疸病机;蒲公英乃清热解毒之良药,尤善清肝热,且有利胆退黄之效,并发性自发性细菌性腹膜炎常配伍红藤、败酱草;并发肺部感染常配伍黄芩、鱼腥草等;金银花与连翘均有良好的清热解毒作用,既能透热达表,又能清里热、解疮毒,对于黄疸患者之皮肤瘙痒也有一定疗效;垂盆草、田基黄乃治疗病毒性肝炎之要药,鉴于慢加急性肝功能衰竭肝损伤较重之病机,两种药物常合而用之,既可抗炎保肝又能利胆退黄。

1.3 典型病例

陆某,男,17岁。主诉:自幼乙肝表面抗原

(HBsAg)(+)。主因“乏力、纳差、尿黄1周伴发热1天”入院。症见:发热,乏力,腹痛,纳差,偶有恶心,齿衄,尿黄,大便干,舌红、苔黄,脉滑。体温 38.4°C ,全身皮肤、黏膜、巩膜重度黄染,肝掌(+),全腹有压痛及反跳痛,肝区叩痛(+),移动性浊音(+)。肝功能:丙氨酸氨基转移酶(ALT)829U/L,天冬氨酸转氨酶(AST)1072.7U/L,总胆红素(TBiL)413.1 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素(DBiL)262.3 $\mu\text{mol/L}$,白蛋白(ALB)32.6g/L。凝血酶原活动度(PTA)20.4%。彩色超声示肝脏稍大,腹水。西医诊断:病毒性肝炎慢性乙型,慢加急性肝功能衰竭(中度)。予输注血浆、白蛋白支持治疗,抗炎保肝、抗感染及抗病毒治疗。中医辨证:热毒炽盛,治以清热解毒,兼凉血活血、益气健脾。处方:茵陈30g,蒲公英30g,败酱草15g,栀子15g,黄连9g,生地黄15g,赤芍15g,白术15g,茯苓15g,陈皮15g,瓜蒌30g,枳实15g,鸡内金15g。服用7剂后,患者体温正常,腹胀较前好转,仍少气懒言,小便黄,大便质软,每日一行,纳眠差。舌红、苔薄黄,脉滑。患者病情有所好转,原方基础上加大清热解毒力度,改败酱草为30g,加酸枣仁30g、黄芪15g。服药14剂后,患者乏力改善,食欲正常,大便调,睡眠佳。全腹无压痛、反跳痛,腹水征阴性。肝功能:ALT36U/L,AST43.2U/L,TBiL92.4 $\mu\text{mol/L}$,DBiL69.2 $\mu\text{mol/L}$,ALB37.5g/L,PTA70.1%,患者病情好转出院。

按:患者为青年男性,起病急骤,发为急黄,乃由疫毒之邪深入血分,迫血妄行,血行上逆则齿衄;湿热浊毒困遏脾胃,脾运胃纳失职,则腹胀腹痛,食欲不佳。治疗应以清热解毒为主,辅以凉血活血之法,使血热得清,血瘀得化,再佐以健脾和胃之品,以助后天之本。方中茵陈清热退黄,为治疗黄疸之要药,蒲公英、败酱草、栀子清热解毒,生地黄、赤芍滋阴凉血,茯苓淡渗利湿,黄芪、白术健脾补中,陈皮理气消痞,瓜蒌、枳实顺气通便,鸡内金开胃消食。此方驱邪与扶正兼顾,体现出本病虚实夹杂的特点。

2 凉血活血法

2.1 凉血活血法针对肝功能衰竭“瘀热相搏”关键病机

“瘀热”一词首见于《伤寒论》,云:“瘀热在里,身必发黄,茵陈蒿汤主之”。《丹溪心法》云:“血受湿热,久必凝浊”,提出了湿热致瘀的理论。陈平伯《外感温病篇》曰:“热毒内壅,络气阻遏”;唐容川《血证论》云:“血受热则煎熬成块”,均阐明了热与瘀互为

因果的关系。现代医家钱英认为^[5],肝衰竭主要为“肝胆热毒炽盛,湿毒壅盛,毒瘀胶着,肝体肝用俱损,脾肾气阴或阴阳两伤”,其病程迁延难愈,病机演变有湿(毒)一(郁)瘀一虚的本虚标实病理点。瘀热搏结意味病情进展和加重,热和瘀既是病理产物又是新的致病因素,瘀热发黄病在血分,瘀热相搏造成肝脏功能和实质的损害,甚者可致脏腑功能衰竭,不但加重原有病情,甚至可引起系列并发症。可见“瘀热”对慢加急性肝功能衰竭病情演变及转归有着重要的影响,是病理变化的关键环节,也是确立凉血活血法为本病主要治法的理论基础。

2.2 凉血活血方药临床应用体会

凉血活血法常用药物为水牛角、生地黄、赤芍、紫草、牡丹皮、丹参、桃仁、红花、郁金、泽兰、益母草等。水牛角凉血作用虽不及犀角,但是用至30~60g甚至更大剂量,也可收凉血止血之功。牡丹皮入肝经,清热凉血,和血消瘀,丹参凉血活血,祛瘀止痛,前者以凉血为主,后者以活血为重,在慢加急性肝功能衰竭治疗中牡丹皮、丹参常作为对药使用,凉血活血相辅相成;生地黄清热凉血生津,瘀热相搏多伤及阴津,故对于慢加急性肝功能衰竭兼有口干、舌红绛阴虚之象(此类患者多因大量腹水给予重剂利尿剂,有效循环血容量不足,极易出现肝肾综合征等致死性并发症),生地黄当为首选;泽兰、泽泻相配伍,具有活血利水的作用,能够降低门静脉高压,防治上消化道出血,同时尚有利尿消退腹水之功;益母草活血利水消肿,而且对瘀血黄疸有良效,一举三得,即活血退黄、消退腹水、改善肾功能以防治肝肾综合征,临证时配伍泽兰、泽泻、当归、川芎等。

2.3 典型病例

王某,男,36岁。主诉:慢性乙型肝炎病史15年。主因“肝区刺痛15年,加重伴意识不清2天”收入院。症见肝区刺痛,痛处固定不移,低热,入夜尤甚,反应迟缓,小便色黄,大便干,二三日一行。舌暗红、边有瘀斑、苔黄腻,脉濡数。查体:体温37.8℃,神志模糊,计算力及定向力障碍。肝病面容,全身皮肤黏膜及巩膜中度黄染,肝掌(+),蜘蛛痣(+),移动性浊音(+),扑翼样震颤(+).肝功能:ALT 137.1U/L,AST 90.3U/L,TBil 295.2μmol/L,DBil 164.3μmol/L,白蛋白(ALB)31.5g/L,PTA 28.3%,血氨(NH₃)44.0μmol/L。彩超提示有腹水。西医诊断:病毒性肝炎(慢性乙型),慢加急性肝功能衰竭(中度),肝性脑病。予血浆、白蛋白支持治

疗,保肝、抗病毒和调节免疫治疗等,脱氨纠正肝性脑病。中医辨证:瘀热互结,内闭心营。治以凉血活血,通腑开窍。处方:水牛角30g,生地黄15g,赤芍30g,丹参15g,牡丹皮15g,紫草15g,蒲公英15g,败酱草15g,黄连6g,黄芩15g,白术15g,茯苓15g,郁金15g,茵陈30g,石菖蒲15g。同时以大黄煎剂(大黄60g、乌梅30g、黄连15g)水煎至500ml保留灌肠,以通腑泄浊开窍。两周后,患者肝区刺痛稍有缓解,灌肠后大便可排出,仍反应迟钝,双下肢水肿。化验结果:ALT 77.6U/L,AST 99.5U/L,TBil 490.1μmol/L,DBil 286.8μmol/L,TP 65.0g/L,ALB 33.7g/L,PTA 29.3%。方药调整茵陈用量为60g,加玉米须30g、白茅根30g、泽兰15g、泽泻15g以利水消肿。

用药两周后,患者肝区刺痛明显缓解,反应正常,大便通畅,黄疸减轻,双下肢不肿。肝功能:ALT 43.9U/L,AST 78.8U/L,TBil 172.5μmol/L,DBil 115.4μmol/L,ALB 33.0g/L,PTA 40%。原方减去玉米须、白茅根,加用太子参15g、黄芪15g,补益中气,扶助机体祛邪外出。继续用药4周,ALT 43.9U/L,AST 61.4U/L,TBil 118.4μmol/L,DBil 82.7μmol/L,ALB 37.3g/L,PTA 51.9%。彩超未及腹水。病情好转出院。

按:患者病程日久,瘀血阻留胁下,日久化热,瘀热内结,阻闭心营,以致胁肋疼痛,神明不清;营热不解,则见身热入夜为甚;血瘀脉络,新血不生,肌肤失于濡养,则皮肤黄而晦暗,并见红色蛛纹丝缕。治以凉血活血、清热解毒、健脾祛湿为法。方中丹参、牡丹皮、赤芍、紫草凉血活血,茵陈利湿退黄,蒲公英、败酱草、黄连、黄芩清热解毒,白术、茯苓健脾化湿。患者有肝性脑病,辅以通腹泄浊之大黄煎剂灌肠治疗。治疗中患者黄疸加重并现浮肿,茵陈加量,加用玉米须、白茅根、泽兰、泽泻以活血利水消肿,收到良效。后期于方中加入太子参、黄芪,以补气扶正,恢复体力。

3 健脾化湿法

3.1 健脾利湿法有助于中焦运化和黄疸消退

《金匱要略》曰:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”。重视健脾益气是促使肝病恢复的重要环节。“然黄家所得,从湿得之”则指出了湿邪为黄疸发病的重要因素。若素体脾胃虚弱,或饮食劳倦,或思虑伤脾,可致脾失健运而生湿。湿蕴化热,湿热之邪蕴阻脾胃,则中焦升降失司,肝胆疏泄失常,致胆液不循常道,发为黄疸,故曰“脾色必黄”。再则脾胃为后

天之本, 气血生化之源, 有胃气则生, 无胃气则死, 且解毒凉血药多为苦寒之品, 久服必损伤脾胃, 所以治疗用药中应注意固护脾胃, 佐以健脾利湿、运化中州之品。健脾化湿能祛除湿邪, 醒脾助运, 敷布精微, 恢复正气, 促使病情痊愈。因此, 无论是针对湿邪这一致病因素, 还是脾气本虚这一疾病本质, 其治疗从脾入手, 中焦健运, 脾强土旺, 则为肝的疏泄功能提供物质基础和功能保障, 如此肝体有养肝用复常。

3.2 健脾化湿方药临床应用体会

常用健脾利湿药有黄芪、党参、白术、茯苓、茵陈、泽泻、藿香、佩兰、山药、薏苡仁等。黄芪具有补中益气、利水消肿、托毒生肌之效, 慢加急性肝功能衰竭患者若表现为气怯声低、困倦乏力、便溏腹泻者, 宜(炙)黄芪配升麻、柴胡等, 以补益中气。若表现为腹水尿少、肾功能不全等, 宜黄芪配伍泽兰、泽泻、白术、益母草等, 以利尿消肿。黄芪用量可适当加大, 常配伍青皮、陈皮等, 以防补而气滞; 党参力能补脾养胃, 润肺生津, 健运中气, 且健脾运而不燥, 滋胃阴而不湿, 润肺而不寒凉, 养血而不滋腻, 能鼓清阳振中气, 为临床治疗慢加急性肝功能衰竭最常用的健脾和胃之品。党参与黄芪、太子参相配伍, 可治疗慢加急性肝功能衰竭患者高度乏力这一常见症状。

3.3 典型病例

张某, 女, 49岁。主诉: 慢性乙型肝炎病史4年, 自行停抗病毒药物5个月, 自觉体力明显下降, 食欲不振, 极度困倦乏力, 腹胀, 口干, 纳差, 恶心, 呕吐胃内容物, 小便黄, 大便干结, 四五日一行, 舌暗、苔腻, 脉细。查体: 皮肤巩膜黄染, 肝掌(+). 肝功能: ALT 399.1U/L, AST 458.7U/L, Tbil 173 μ mol/L, ALB 33.4g/L, PTA 38.9%. 腹部超声: 肝实质回声偏粗, 脾大。西医诊断: 病毒性肝炎(慢性乙型), 慢加急性肝功能衰竭(轻度)。予血浆、白蛋白支持治疗, 及抗炎、保肝、抗病毒等治疗。中医辨证: 脾虚湿困, 瘀血内阻。治以健脾化湿, 活血退黄, 润肠通便。处方: 茵陈 30g, 黄芪 15g, 党参 15g, 白术 15g, 茯苓 15g, 山药 15g, 薏苡仁 15g, 陈皮 15g, 法半夏 6g, 焦三仙各 15g, 当归 15g, 丹参 15g, 牡丹皮 15g, 麻仁 15g。服药14剂, 大便每日一行, 量少质软, 腹胀缓解, 周身乏力症状减轻, 小便色较前变淡, 双下肢轻度水肿。在上方基础上加用太子参增强健脾益气之力, 加用泽兰、泽泻活血利水消肿。继续服用两周后, 患者体力明显恢复, 食欲佳, 无恶心呕吐及厌油腻, 无腹胀, 眠安, 小便色淡黄, 大便通

畅, 双下肢水肿消退。肝功能: ALT 32.8U/L, AST 54.2U/L, Tbil 37.1 μ mol/L, ALB 35.3g/L, PTA 73.1%, HBV-DNA 小于 5×10^2 copies/ml。患者出院后继续门诊服用中药, 随访已恢复正常生活。

按: 脾主肌肉四肢, 脾胃虚弱, 则运化无力, 精微不得输布四肢, 故见体倦无力, 少气懒言; 脾运胃纳失职, 则脘闷腹胀, 食欲不佳; 脾虚气弱, 气虚推动无力, 糟粕滞留于肠道, 则大便秘结; 脾虚水湿停积, 外犯则肢体浮肿, 上泛浸淫于舌, 则见舌体胖大, 边有齿痕。治疗以健脾化湿为主, 辅以疏肝理气。方中黄芪、党参健脾益气, 白术、茯苓健脾化湿, 山药、薏苡仁补益脾肾, 陈皮、半夏理气除胀, 降逆止呕。茵陈清热利湿退黄, 黄连清泻中焦之火, 当归养血活血, 配合黄芪有当归补血汤之意。瓜蒌、麻仁润肠通便。治疗中患者出现双下肢轻度水肿, 方药加用泽兰、泽泻以利水消肿。

4 通腑泻浊法

4.1 通腑泄浊是退黄开窍重要治法

慢加急性肝功能衰竭黄疸明显, 而通腑治黄是重要法则。《金匱要略》云: “一身尽发热而黄, 肚热, 热在里, 当下之。”喻嘉言曰: “湿热蕴蒸而发黄, 其当从下夺。”张从正曰: “目黄九疸……通利大小便。”吴又可则认为“发黄疸是腑病”。此外, 肝性脑病是慢加急性肝功能衰竭致死性并发症, 多是在腑气不通的基础上浊邪蒙闭脑窍。特别是肠源性内毒素血症系肝衰竭中继发性肝损伤及肝脏遭受持续打击的最重要的因素之一, 而通腑泻浊法是减少肠源性内毒素血症最有效的方法。慢加急性肝功能衰竭病性虽为本虚标实, 然急则治其标, 故对于肝性脑病应注重通腑泻浊, 釜底抽薪。通腑法通过泻下、抑制细菌繁殖和酸化肠道等以减少毒素生成和吸收, 能显著降低患者内毒素、肿瘤坏死因子及血氨水平^[6]。直肠给药较口服吸收快, 且药物吸收后直接进入大循环, 避免了肝脏的首过解毒作用, 对肝性脑病患者及有肝功能衰竭倾向、腑气不通的患者用大黄煎剂保留灌肠, 能够提高机体清除内毒素的能力, 使肝细胞得以新生而肝功能恢复, 生存率提高^[7-8]。

4.2 大黄应用体会

我们也体会到在茵陈蒿汤中“舍去大黄而服茵陈、栀子”是忘本治标, 鲜有功效”。大黄具有攻积导滞、泻火解毒、活血祛瘀、利胆退黄作用, 大黄以通腑逐邪为主, 制大黄以活血退黄为要。现代药理研究表明, 大黄不仅能抑制肠内细菌、减少氨的生成, 而

且可以通过清除胃肠道的尿素而调控最主要的产氨途径,降低血氨水平^[9]。临证中常以大黄 10~15g 后下,配伍枳实、厚朴、黄连、木香等,以每日大便二三次为度,但注意不要引起患者腹痛腹泻。如果患者体质虚弱,虚实兼挟,可用润肠通便药如桃仁、麻子仁、肉苁蓉等,务必使患者保持大便通畅。我科协定处方大黄煎剂(大黄、芒硝、乌梅等)灌肠治疗肝性脑病、高胆红素血症、肠源性内毒素血症等,强调取效之关键在于使药液到达升结肠脾区,并尽可能保留 15~30 分钟^[10]。大黄保留灌肠既能提高大黄的药效,又避免了口服药液导致的胃肠道反应,具有价格低廉、操作简便等优点^[11]。

4.3 典型病例

徐某,女,39岁。主诉:间断腹胀、乏力2年,反应迟钝2天。入院时自觉极度乏力,手抖,反应迟钝,低热伴畏寒,小便色黄,大便干,每四五日一行,舌红、苔黄,脉滑数。查体:体温 37.8℃,全身皮肤黄染和巩膜黄染,肝掌(+),脾肋下 6cm,移动性浊音阳性。肝功能:ALT 111.5U/L,AST 121.2U/L, TBiL 174.5μmol/L, ALB 22.1g/L, PTA 24.3%。彩色超声示肝实质回声偏粗,脾厚,腹水。西医诊断:病毒性肝炎(慢性乙型),慢加急性肝功能衰竭。予血浆、白蛋白支持治疗及抗炎、保肝等治疗。中医辨证:湿热蕴结,腑气不通。治以清热化湿,通腑解毒。处方:黄芩 15g,黄连 10g,陈皮 15g,法半夏 10g,白术 15g,茯苓 15g,山药 15g,薏苡仁 15g,党参 15g,大黄 10g,枳实 15g,厚朴 15g,白茅根 30g,茵陈 30g。服用1周后,患者乏力减轻,但反应迟钝、手抖症状未改善,大便每3日一行。2010年4月12日,患者进食带鱼后出现嗜睡,神识欠清,对答不流畅,扑翼征(+),急查 NH₃ 60mmol/L。出现肝性脑病,予我院复方大黄煎剂灌肠,排出臭秽粪便。第2日继续予灌肠1次,患者神志转清,对答切题,腹胀缓解,无发热,查 NH₃ 25mmol/L,已降至正常。改大黄 15g,加瓜蒌 30g、莱菔子 15g、鸡内金 30g,以加强通腑消食导滞。继续服用两周,患者乏力腹胀消失,食欲正常,定向力、计算力恢复,大便质软,一二日一行。扑翼征(-)。ALT 10.8U/L,AST 26U/L, TBiL 65.6μmol/L, DBiL 29.5μmol/L, ALB 33.7g/L,PTA 45.2%,病情好转出院。

按:大肠为传化之腑,具有泻而不藏、以通为用的特点。肠道积滞,腑气不通,肝失疏泄,气机升降失衡,浊气上蒙清窍,则神明受扰,不能主事。治疗应以通腑泄浊为要。方中大黄、枳实、厚朴理气导

滞,取大承气汤之意。白术、茯苓健脾化湿,山药、薏苡仁补益脾肾,党参益气补中,陈皮、半夏取二陈汤之意,以祛痰化浊,黄芩、黄连清热解毒,茵陈、白茅根清热利湿,退黄消肿,如此引热从小便出,引毒邪从大便去,腑气通畅,则脑清神明。

5 结语

基于核心病机的病—证—症结合的系统治疗方法体现了慢加急性肝功能衰竭中西医结合的理念和思路,“凉血解毒重通腑,健脾化湿顾中焦”的观点,是针对慢加急性肝功能衰竭发生发展中湿、热、毒、瘀、虚相互胶结的病机特点总结而成,融清热解毒、凉血活血、通腑泄浊、健脾化湿等四大法则于一体,临证时应谨守病机,或以清热解毒为主,或以凉血活血为先,或以健脾化湿为法,或以通腑泄浊为要,或各法结合运用,只有审证求因、病证结合,方能取得良好的临床疗效。

参考文献

- [1]刘慧敏,王宪波,曾辉,等.乙型肝炎慢加急性肝功能衰竭患者短期预后的生存分析[J].中华医学杂志,2012,92(1):21-24.
- [2]刘慧敏,王宪波,王融冰.基于解毒凉血法的中西医结合方案治疗乙型肝炎慢加急性肝衰竭疗效分析[J].中西医结合肝病杂志,2011,21(4):197-200.
- [3]吴云忠,王宪波,叶航,等.基于 MELD 评价解毒凉血法治疗慢性乙型肝炎重型肝炎的疗效[J].临床肝胆病杂志,2011,27(5):467-470.
- [4]王融冰,王宪波,孙凤霞,等.解毒凉血法治疗慢性乙型肝炎重型肝炎[J].北京中医药,2008,27(2):83-84.
- [5]张秋云,李秀惠.钱英教授治疗慢性病毒性重型肝炎经验介绍[J].新中医,2005,37(3):14-15.
- [6]邢佑美.中西医结合治疗肝性脑病 59 例[J].中国中医急症,2009,18(9):1141-1144.
- [7]张薇薇,袁学华,尹盛强,等.自拟退黄汤保留灌肠治疗慢性重型肝炎 57 例[J].中西医结合肝病杂志,2004,14(5):305-306.
- [8]黄古叶,毛德文,胡国平,等.大黄煎剂配合西药治疗慢性重型肝炎肠源性内毒素血症疗效观察[J].辽宁中医杂志,2006,33(12):1588-1589.
- [9]李军生,苏立稳,盛国光.大黄、赤芍汤加促肝细胞生长素治疗重型肝炎 65 例[J].中西医结合肝病杂志,2001,11(6):351-352.
- [10]王融冰,马烈,江宇泳,等.复方大黄煎剂灌肠治疗肝性脑病 35 例.中国中西医结合杂志,2000,20(11):870-871.
- [11]邱华,毛德文,胡振斌,等.肝性脑病灌肠治疗方案的效果和费用分析[J].江苏中医药,2008,40(1):103-104.

(收稿日期:2012-01-04;修回日期:2012-05-20)

[编辑:侯建春]