

· 中医病案析评 ·

陈定潜辨治慢性重型乙型肝炎经验

叶庆 李继科 高峰 毛创杰 段萌 曾义岚 温贤敏 陈定潜

【摘要】 陈定潜老师多年临床观察表明慢性重型乙型肝炎多为“阴黄”，病机是肝郁湿阻脾困，宜采用疏肝通络、醒脾除湿法，方药为肝脾疏络饮，治疗中应注意时时顾护脾胃；1 例在两次人工肝治疗后无效的慢性重型乙型肝炎患者，通过此法治疗而基本痊愈。

【关键词】 慢性重型乙型肝炎； 辨证论治； 经验

【中图分类号】 R512.6+2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.03.016

1 病例摘要

患者，男，36 岁。因“乏力、纳差 10 天，皮肤眼黄 4 天”于 2010 年 7 月 25 日入住成都市传染病医院。患者乙型肝炎表面抗原(HBsAg)阳性 10 年，2 年前曾使用拉米夫定抗病毒治疗。入院 10 天前无明显诱因感疲乏无力，食欲减退，食量下降一半多，伴恶心、厌油，呕吐胃内容物一次，非喷射状，在私人诊所输液治疗后症状无缓解；4 天前出现皮肤黄、眼黄及尿黄如浓茶色，无尿急、尿频、尿痛、尿少，遂至成都市龙泉驿区第一人民医院就诊，查肝功能异常：丙氨酸氨基转移酶(ALT)2461 U/L、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)3274 U/L、白蛋白(ALB)40.8 g/L、总胆红素(TBIL)73.9 μmol/L、直接胆红素(DBIL)45.2 μmol/L、凝血酶原时间(PT)21.9 秒，凝血酶原活动度(PTA)31.8%；HBsAg、乙型肝炎病毒 e 抗原(HBeAg)、乙型肝炎病毒核心抗体(HBcAb)阳性，继续在私人诊所静脉滴注保肝治疗，病情无好转，黄疸加深，为进一步治疗而入住成都市传染病医院。西医诊断：病毒性肝炎乙型慢性重度。入院后予以口服当飞利肝宁胶囊、静脉滴注多烯磷脂酰胆碱、硫普罗宁、甘草酸二铵、促肝细胞生长素等药物抗炎、保肝、促进肝细胞再生。

入院 7 天后患者症状无明显缓解，黄疸加深，出现低血糖和肝性脑病，诊断为“病毒性肝炎乙型慢性重型(晚期)并肝性脑病、自发性腹膜炎？低血糖”。于 2010 年 8 月 2 日和 6 日做两次人工肝治疗，但黄疸指数稍微下降后又迅速升至

670.4 μmol/L，血糖 0.28 mmol/L；全血细胞分析：血小板(PLT)45 × 10⁹/L；PT 32.8 秒，PTA 20.4%；乙肝病毒的脱氧核糖核酸(HBV-DNA)3.171E+7 IU/ml。因肝功损害严重，预后极差，病区医师建议其再做人工肝治疗或肝移植，但由于家庭经济原因，患者签字予以拒绝。遂采用中医中药保守治疗。

初诊(8 月 11 日)：神差，全身黯黄、目黄，乏力，胃纳较差。大便 1~2 次/日，伴肛门坠胀感。晨起小便黄。舌淡红，苔薄白、稍腻。脉弦滑，左关濡。

中医诊断：阴黄。辨证：肝郁湿阻。其病机是肝气不疏、脾胃失和、湿阻经络。治则：疏肝通络、醒脾除湿。方药：肝脾疏络饮(茵陈 30 g、柴胡 30 g、赤芍 15 g、枳实 15 g、法半夏 15 g、茯苓 15 g、陈皮 15 g、建神曲 15 g、甘草 5 g)，8 剂，每天 1 剂，水煎服，200 ml/次，3 次/天。

二诊(8 月 20 日)：患者精神差、纳差，仍有肛门坠胀感。黄疸指数下降尚不明显(TBIL 650.6 μmol/L)，凝血功能有所改善(PT 29.2 秒)。舌暗红、苔白厚腻，脉弦滑。考虑湿困脾胃已久，致其阳气受损，运化乏力故湿邪胶着难解，而湿邪“得温则行，得寒则聚”，《金匱要略》云“病痰饮者，当以温药和之”，故参照《温病条辨》“四加减正气散”意，前方加草果 15 g、焦山楂 15 g、草果温燥除湿、焦山楂消食化滞以温运脾胃、化湿导滞，服 6 剂。

三诊(8 月 26 日)：患者精神差，食欲较前有所好转，肛门坠胀感减轻，午后感头昏重，腹部胀气。舌正苔白，脉弦滑。肝功中 TBIL 557.6 μmol/L，空腹血糖 1.51 mmol/L，B 型超声显示少量腹水。虑其湿阻络瘀，故上方加大腹皮 20 g、建神曲 15 g、川芎 10 g 以加强利湿助运，行气活血，服 6 剂。

四诊(9 月 1 日)：患者精神食欲均较前好转，肛门坠胀感和腹胀减轻，胃纳有所改善。舌正苔白，脉弦。化验 TBIL 497.6 μmol/L，空腹血糖 1.52 mmol/L；PT 27.9 秒，PTA 24.4%；PLT 54 × 10⁹/L；HBV-DNA < 1000 IU/ml。因腹胀和胃纳有改善，故以前方减大腹皮、焦山楂、建神曲，加丹参 25 g 助活血通络，服 12 剂。

基金项目：国家“十一五”科技重大专项“艾滋病和病毒性肝炎等重大传染病防治”专项(2009ZX10005-017)；“西部中医药防治传染病重点研究室建设”项目(200907001-9)

作者单位：610061 成都市传染病医院中医药防治传染病重点研究室(叶庆、李继科、曾义岚、温贤敏、陈定潜)，肝病科(高峰、毛创杰、段萌)

作者简介：叶庆(1970-)，硕士，副主任中医师。研究方向：传染病的中医药防治。E-mail:464671011@qq.com

通讯作者：陈定潜(1947-)，主任中医师。研究方向：传染病的中医药防治。E-mail:dredq@163.com

文献引格式：

叶庆，李继科，高峰，等.陈定潜辨治慢性重型乙型肝炎经验[J].环球中医药,2012,5(3):214-216.

之后根据患者病情进退,总以“温药和之”为原则,加减用利湿、温阳、活血药(薏苡仁、肉桂、当归等)58剂,患者寒湿逐渐得以温化,面色由晦暗转为有光泽,黄疸稳步消退,食欲恢复,二便正常。复查肝功能转氨酶正常、TBIL 76.2 $\mu\text{mol/L}$,腹水消失而好转出院。

患者出院后继续在陈定潜老师的专家门诊用药,随访一年一般情况良好,肝功能正常。

2 讨论

2.1 诊断

慢性重型乙型肝炎是在慢性乙型肝炎或肝硬化基础上,因各种因素引起的肝衰竭,是指因肝脏损害,导致其合成、解毒、排泄和生物转化等功能发生严重障碍或失代偿,出现以凝血机制障碍和黄疸、肝性脑病、腹水等为主要表现的一组临床症候群,病情凶险,病死率极高。其临床最主要的特征是高黄疸和出血倾向,病情多变,治疗难度大,影响预后的因素多,为肝病治疗的难点^[1]。

中医文献中没有“重型肝炎”的名称,但有类似记载,隋·巢元方《诸病源候论》称“脾胃有热,谷气郁蒸,因热毒所加,故猝然发黄,心满气喘,命在顷刻”,此谓“急黄”。明·王伦《名医杂著》提出了“瘟黄”的概念。

中医学认为重型肝炎的病因病机为湿热疫毒侵犯机体,内阻中焦,熏蒸肝胆,致使肝失疏泄,胆汁外溢,身目发黄。若热毒炽盛,迫入营血,逆传心包,肝风内动,可出现神昏、抽搐,即“急黄”。湿热后期“久病入络”、“内结为瘀血”、“热耗阴伤”、“病久伤阳”可出现瘀血阻滞、肝肾阴虚、脾肾阳虚等证^[2,3]。

此患者病程已久,脾胃阳气受损,湿热已向寒湿转化,致身目黄染色黯、神差、乏力、纳差。舌淡红、苔薄白腻、脉弦滑等为寒湿之象。故“阴黄”诊断明确。

2.2 辨证与治疗

陈老认为慢性重型乙型病毒性肝炎患者多“阴黄”,是由于肝郁湿阻导致。早期患者感染湿热疫毒,使肝气不疏,进而克伐脾土,日久则脾阳虚,不运化水湿致寒湿困脾胃,气滞更甚致络脉瘀阻,故湿毒阻滞、肝郁脾困是重要病机,治疗原则为疏肝通络、醒脾除湿,常用方剂——肝脾疏络饮(茵陈 15~30 g、柴胡 15~30 g、赤芍 15 g、枳实 15 g、法半夏 10~15 g、陈皮 15 g、茯苓 15~20 g、建神曲 15 g、甘草 5 g);面色黧黑者加草果、木香、砂仁、生姜温运醒脾;湿毒减轻后则去草果,加苍术、佩兰芳化湿邪,加丹参、川芎、红花、当归活血化瘀;脾虚甚者加炒白术、薏苡仁、潞党参;肝郁甚者加郁金、炙香附。上述治法经多年临床验证,均收到较好疗效。

该例患者辨为肝郁湿阻证,病机是肝气郁结、寒湿困脾,气郁而血瘀,故有肛门坠胀感;湿困则胆汁不循常道而外溢肌肤,出现身黄、目黄,清气不布达周身则乏力。舌淡红、苔白腻、脉滑为寒湿之象,脉弦为气郁之征。其治疗难点在于:(1)重度黄疸,凝血功能差,曾出现肝性脑病和自发性腹膜炎;(2)极低血糖;(3)胃纳差。有文献表明^[4],血清胆红素、

凝血酶原活动度、胆碱酯酶和白蛋白水平反映了肝实质细胞损害的程度,血清胆红素越高,肝功能恢复时间越长;而凝血酶原活动度、胆碱酯酶及白蛋白水平越高,则肝功能恢复越快。亚急性重型肝衰竭患者的血糖水平与预后关系密切,低血糖组病死率更高^[5]。《素问·平人氣象论》说:“平人之常气禀于胃,胃者平人之常气也,人无胃气曰逆,逆者死。”盖人以胃气为本,“纳谷者昌,绝谷者亡”,患者胃纳差则胃气无从得生,且药物的纳入也受限。故其虽为阴黄,初起时仍不宜用过温药,仅选平和之品以调养胃气,缓缓图之。

此例在两次人工肝治疗无效的情况下,采用疏肝除湿治则,以肝脾疏络饮加加减,根据症状变化先后加用草果、肉桂、焦山楂等助脾温运湿邪和食滞,使湿去脾运,肝气条达。经过服用上述汤药 90 剂(未使用抗病毒药物),使肝功能明显好转,避免了又一次昂贵的人工肝治疗或肝移植,显现了中医药的独特魅力。

2.3 经验与讨论

现代许多医家按“湿热”辨治慢性重型肝炎^[6-9],多以茵陈蒿汤加减;有的则侧重于“瘀血发黄”^[10];而部分医家认为正虚邪盛、(气)阳虚湿毒是重要的病理机制,提倡对慢性肝炎者不能过分地用清热利湿及活血化瘀,这样不仅会再伤脾胃,使症状进一步加重,而且对正虚邪实者易导致出血等,使病情恶化^[11,12]。

笔者跟随陈老查房过程中,见慢性重型乙型肝炎病人的黄疸多呈“阴黄”,与患者病程长、脾胃亏损、湿热向寒湿转化有关,治疗时适当加用温运药物有较明显疗效,说明气(阳)虚夹湿毒确为其重要病机,和一些大样本的临床观察结果相似^[3,13]。如陈老所言:医者不应一味认为肝炎是湿热病邪,不加分辨地应用清热燥湿,只会重伤脾阳,则寒湿更胶着,病情无起色。对慢性重型肝炎的治疗尤其应注意固护脾胃,“留得一分胃气,便有一分生机”;还要配合人工肝等综合治疗,为提高存活率开辟更大的空间。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会传染病与寄生虫分会、肝病学会联合修订. 病毒性肝炎的诊断标准[J]. 中西医结合肝病杂志, 2001, 11(1): 56-60.
- [2] 张建军, 张赤志. 温阳活血退黄方治疗阴黄证的疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2001, 23(6): 29-30.
- [3] 徐晓婧, 杨大国, 冉云, 等. 100 例慢性重型乙型病毒性肝炎患者中医证型及临床特点分析[J]. 山西中医学院学报, 2010, 11(2): 42-43.
- [4] 王立福, 李筠, 张晓峰, 等. 中西医结合治疗慢性重度乙型肝炎肝硬化疗效分析[J]. 实用中医药杂志, 2007, 23(7): 446-447.
- [5] 江群, 李俊. 低血糖对亚急性重型肝衰竭患者预后的影响[J]. 四川医学, 2007, 28(8): 861-862.
- [6] 刘坚, 陈军. 茵陈蒿汤为主治疗重型肝炎[J]. 湖北中医杂志, 1996, 18(6): 30.
- [7] 牛晓玲, 党中勤. 退黄灌肠液治疗肝胆湿热型重度慢性乙型肝炎的临床研究[J]. 河南中医, 2005, 25(3): 39-40.

- [8] 刘晓兰, 赖根福, 徐鹏飞, 等. 促肝细胞生长素、痰热清注射液联合茵陈汤加减治疗慢性重度肝炎 56 例临床观察[J]. 中国实用医药, 2010, 05(23): 178-179.
- [9] 湛建军, 李振军, 曲鹏, 等. 赤丹退黄颗粒联合茵陈汤注射液治疗慢性乙型肝炎重度 50 例[J]. 实用肝病杂志, 2007, 10(2): 120-121.
- [10] 汪承柏, 贺江平. 行气破血法治疗重度黄疸肝炎及慢性重型肝炎 46 例分析[J]. 光明中医, 1995, 10(1): 11-12.
- [11] 余万祥. 温阳活血利湿解毒法治疗慢性重型肝炎 30 例[J]. 实用中西医结合杂志, 1998, 11(4): 323-324.
- [12] 袁海宁, 邓一鸣, 吴健林, 等. 益气健脾方剂治疗慢性乙型肝炎重度患者的临床观察[J]. 广西医科大学学报, 2006, 23(2): 303-304.
- [13] 孙克伟, 陈斌, 黄裕红, 等. 慢性乙型肝炎不同黄疸证的临床特点研究[J]. 中西医结合肝病杂志, 2010, 20(1): 8-11.

(收稿日期: 2011-10-08)

(本文编辑: 秦楠)

· 临床经验 ·

孙兰军教授治疗心悸验案拾萃

严吉峰

【摘要】 孙兰军教授在临床治疗心悸时一直贯穿着同病异治的思想。阴火心悸以天王补心丹加减治疗; 痰火心悸以黄连温胆汤加减治疗; 气虚心悸以炙甘草汤加减治疗; 阳虚心悸以桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减治疗。治疗上辨证论治为本, 在临床治疗心悸取得了满意的疗效。

【关键词】 孙兰军; 同病异治; 心悸; 心律不齐

【中图分类号】 R256.21 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.03.017

孙兰军教授, 主任医师, 博士生导师, 享受国务院特殊津贴专家, 任天津市中西医结合学会心血管专业委员会主任委员。余有幸师从并随诊左右, 受益匪浅。

心悸属中医学惊悸、怔忡范畴^[1], 是指患者气血阴阳亏虚或痰饮瘀血阻滞, 心失所养, 心脉不畅, 感心中悸动、惊惕不安, 甚则不能自主, 或脉见三五不齐。病位在心, 与肝胆、脾胃、肾脏有关。病分虚、实, 虚为气血阴阳不足, 实为气滞、痰浊、水饮。

1 阴火心悸

患者, 女, 57 岁。2011 年 8 月 12 日初诊。因照料 3 岁外孙半年余, 近日心悸加重, 来天津中医药大学第二附属医院就诊。就诊时症见: 心悸, 易惊, 心烦, 失眠, 口干, 头晕, 盗汗, 手足心热, 大便干燥, 舌红少津, 苔少, 脉细数。心电图: 偶发室性早搏。心率 68 次/分, 心音可, 心律不齐, 杂音无, 血压 120/75 mmHg。西医诊断: 室性过早搏动。中医诊断: 阴火心悸。治则: 滋阴降火, 宁心安神。予以天王补心丹加减。处方: 生地 20 g、当归 20 g、太子参 15 g、丹参 20 g、沙参 20 g、麦冬 20 g、炒枣仁 30 g、五味子 15 g、柏子仁 30 g、远志 12 g、茯苓 15 g、肉桂 6 g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎服, 每天 2 次。

作者单位: 300193 天津中医药大学

作者简介: 严吉峰 (1984 -), 2005 级七年制在读硕士研究生。研究方向: 中医内科 (心血管方向)。E-mail: yanjifeng119@163.com

此后即以上方加减, 共服 20 余剂, 诸症悉。

按 柯韵伯在《古今名医方论》中谓: “合者主火, 而所以主者神也。神衰则火为患, 故补心者必清其火而神始安也。”《素问玄机原病式·火类》所云: “水衰火旺而扰火之动也, 故心胸躁动。”乃因患者 57 岁, 年过半百肾精渐衰, 天癸渐竭, 冲任二脉虚衰, 肾阴不足, 水不济火, 致使心火内动, 扰动心神, 故发心悸 (室性早搏) 之症。由于病人心失所养致心悸, 烦躁, 易惊, 失眠; 虚火上冲致头晕; 盗汗, 手足心热, 大便干燥, 舌红少苔, 脉细数皆为阴虚内热之象。宜用滋阴抑火, 养心安神之剂。方中生地黄滋阴补肾, 养血润燥; 沙参、麦冬清热养阴; 丹参、当归调养心血; 太子参、茯苓益气宁心; 酸枣仁、五味子敛心气, 安心神; 柏子仁、远志养心安神; 肉桂辛甘而热, 主归心肾, 尤长于入肾命之间同气相求, 引火归宅。对此, 程钟龄在《医学心悟》中说最为明确: “无根失守之火浮游于上, 当以辛热杂于壮水药中, 导之下行。所谓导龙入海, 引火归元。”^[2]

2 痰火心悸

患者, 男, 43 岁。2011 年 5 月 9 日初诊。既往有室性早搏病史 3 年, 但无明显自觉症状。三月前始心慌、气短, 活动后加重, 平素血压略高, 服降压药后血压正常, 近日心悸时发时止, 就诊于天津中医药大学第二附属医院。就诊时症见: 心悸时发时止, 易惊, 头晕, 胸闷烦躁, 失眠, 口苦, 脘腹胀满, 大