

2008 年 12 月 27 日三诊。上方服到 12 月 25 日,效果不理想,停药。近日来劳则心悸,纳可便可,口干苦欲饮,口唇紫绀,舌红苔厚干,脉沉弦滑有力,乃幡然醒悟,脉沉弦滑有力,舌红苔厚干为火郁,证属痰热化火兼瘀,宗:升降散合小陷胸汤,僵蚕 12 g、蝉蜕 7 g、生姜黄 9 g、瓜蒌 12 g、半夏 12 g、黄连 9 g、栀子 9 g、豆豉 9 g、丹参 15 g,14 剂。

2009 年 1 月 11 日四诊。口干苦减,无口臭,仍夜鼻干,寐较前实而长,左脉中取即得,弦滑减,稍有动数之象,右脉沉弦滑。脉已见起,痰火郁闭得发,脉动数,伤阴阳亢之象。上方加生地 12 g、竹叶 9 g、滑石 6 g,14 剂。

2009 年 1 月 26 日五诊。上三楼无气短,口干苦减轻,舌苔较前变薄、且润,脉弦细已不沉。前方继服 7 剂而愈。

按 本案肺栓塞,应用西药治疗 2 个月,INR 数据指标已经达标,仍有系列不适症状求诊中医。一诊、二诊时喘息气短汗出、唇紫,舌红,脉沉细数无力,看似一派气血不足兼瘀血虚之象,以为喘息气短、口干苦为气血两虚不荣所致,但忽略了其脉沉细数之中有一种奔冲激荡、不可宁静之感,未认识到火郁气机不畅,亦可导致喘息气短、口干口苦,亦未察舌红而干、苔黄腻为火郁之证,错误地应用补阳还五汤使火郁更炽。此证初诊时即为火郁郁闭于内成细涩之脉型,然其中有一种奔冲激荡之感,实为类似阴脉的火郁重症。至三诊时幡然醒悟,改用升降散合小陷胸汤透达郁热、宽胸化痰而症状减轻。四诊时脉稍起,为郁热渐透,然脉有动数之象,动数者阴不制阳,阳亢上越也,故加生地、竹叶、滑石,养阴清热,使痰湿之热在升降散向上、向外透达郁热的基础上,增加邪气从小便透解的渠道;五诊时脉弦细已不沉,无动数之象,

为郁火得透的表现。

3 小结

李士懋教授认为火郁证的诊断,有典型的脉证:(1)典型的火郁脉,即沉而躁数,乃火热被遏伏、奔冲激荡、挣扎不宁之象。又称之为“火郁脉”、“躁脉”; (2)舌象:当红,重者红绛而少津,甚至绛紫、干敛; (3)面色:当红而滞,总有一种热邪怫郁不达的红而暗滞之感; (4)神志:轻者心烦少寐,重则谵语、狂躁,甚至昏厥; (5)可呈一派内热之象,如渴喜冷饮、气粗口哆、心烦灼热、溲赤便结或下利臭秽等;在上者可眩晕头疮、在中者可满闷呕逆,在下者可淋漓经乱;郁火深伏者,可其外可呈一派寒象,如恶寒肢厥,甚至通体皆厥,或脘腹冷、背冷等。由于郁火走窜行经不同,可兼有不同脏腑见证。如心经郁热,见烦躁不寐、谵狂昏厥、斑疹疮疡、口舌生疮等;肺经郁热,见咽痛咳嗽、胸闷胸痛等;肝经郁热,见头晕目眩、胁肋胀痛、烦躁易怒、抽搐瘰疬等;脾经郁热,见身热倦怠、呕吐下利、脘腹胀痛、牙痛龈肿等。

升降散组成首载于明代医家龚廷贤《万病回春》,后为清代杨栗山于《伤寒瘟疫条辨》中命名为升降散,列为治温十五方之总方。李士懋教授认为其为治疗火郁病首选方剂,该方的应用标准为:具有上述(1)的典型脉象,但见(2)(3)(4)(5)中一症者便可加减化裁应用。总之,在辨证施治中要始终注重对脉象的把握,根据脉象的辨识结果确定证候,进行辨证治疗。

(收稿日期:2012-03-14)

(本文编辑:秦楠)

中医分期辨证治疗急性黄疸型甲型病毒性肝炎疗效分析

黎彦君 玉艳红 苏芮 徐静 吴继周 黄李平 凌江红

【摘要】 目的 比较中医分期辨证治疗与西医治疗急性黄疸型甲型病毒性肝炎(简称甲肝)的疗效。**方法** 将 36 例患者分成治疗组 and 对照组,治疗组经辨证按证型分期先后分为肝胆湿热证和湿邪困脾证,分别予清热祛湿方药和温中祛湿方药治疗 18 天,对照组以单纯西药降酶退黄等治疗 18 天。**结果** (1)治疗组的治愈率为 95%,对照组的治愈率为 93.75%,差异无统计学意义($P>0.05$);(2)两组治疗前后肝功能指标治疗组较对照组明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$);(3)两组中医症候积分比较,治疗组治疗前后积分比较差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组与对照组同期积分比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 中医分期辨证治疗甲肝改善肝功能的疗效与西医治疗相当,但中医治疗能显著改善患者症状、体征。

基金项目:财政部、国家中医药管理局 2009 年中医药行业科研专项(200907001-1);中医药行业科研专项(200907001-9)

作者单位:530021 南宁,广西医科大学第一附属医院传染科[黎彦君(硕士研究生)、玉艳红、吴继周],中医科(黄李平、凌江红),肝胆血管外科(徐静);中国中医科学院(苏芮)

作者简介:黎彦君(1985-),女,硕士,医师。研究方向:病毒性肝炎的诊疗。E-mail:124961407@qq.com

通讯作者:玉艳红(1970-),女,硕士,副教授。研究方向:病毒性肝炎的诊疗。E-mail:yuyanhong666@163.com

建议参考文献标引格式:

黎彦君,玉艳红,苏芮,等.中医分期辨证治疗急性黄疸型甲型病毒性肝炎疗效分析[J].环球中医药,2012,5(5):375-377.

【关键词】 急性黄疸型甲型病毒性肝炎; 中医分期辨证治疗

【中图分类号】 R512.6+1 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.018

甲型病毒性肝炎(简称甲肝),是经粪一口途径传播的急性传染病,水源或食物污染可致暴发流行,多发于春夏季节。2010 年 4~6 月期间广西河池地区都安县两所中学因河水污染而引起甲型病毒性肝炎的流行,笔者对其中收治的 36 例住宿学生中黄疸型肝炎患者分别采用中医分期辨证治疗和西医治疗,现将结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将 2010 年 4~6 月两所中学诊断为急性黄疸型甲型病毒性肝炎的 36 例患者按随机数字表法分成单纯使用中药的治疗组和单纯使用西药的对照组,患者知情同意并接受所在组别的治疗。治疗组 20 例,男 14 例,女 6 例,平均年龄(18.15±1.34)岁;对照组 16 例,男 11 例,女 5 例,平均年龄(17.62±1.36)岁。两组年龄性别及治疗前肝功能总胆红素(TBil)、谷丙氨酸转氨酶(ALT)、谷草氨酸转氨酶(AST)比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及纳入、排除标准

西医诊断标准 急性黄疸型甲型病毒性肝炎诊断参照 2000 年中华医学会传染病与寄生虫学分会中华医学会肝病学会联合修订的《病毒性肝炎防治方案》^[1]中的标准。

中医辨证诊断标准 肝胆湿热证及湿邪困脾证的中医辨证诊断参照 1992 年中国中医药学会内科肝胆病专业委员会制定的《病毒性肝炎中医辨证标准(试行)》^[2]和《病毒性肝炎中医疗效判定标准(试行)》^[3]。

纳入及排除标准 纳入符合诊断标准的甲肝患者 36 例,并排除了其他类型病毒性肝炎、脂肪肝、酒精肝、肝硬化、肝癌等其他肝脏疾病。

1.3 治疗方法

1.3.1 一般治疗 隔离患者,以安静卧床休息及清淡又富有营养、易吸收饮食为主。

1.3.2 中药治疗 治疗组先辨证为肝胆湿热证,以清热利湿法治疗,第一方采用加味茵陈蒿汤,方剂如下:茵陈 30 g、栀子 12 g、大黄 6 g、板蓝根 15 g、柴胡 12 g、黄芩 12 g、虎杖 20 g、丹参 15 g、车前子 15 g、枳壳 12 g、郁金 15 g、山楂 15 g、白术 15 g、青皮 8 g、甘草 6 g。第四天再辨证仍为肝胆湿热证,在原来治法的基础上调整方剂,第二方为:茵陈 20 g、栀子 10 g、大黄 3 g、板蓝根 15 g、柴胡 6 g、黄芩 10 g、虎杖 12 g、车前子 12 g、枳壳 10 g、郁金 15 g、白术 12 g、青皮 8 g、甘草 6 g。第 11 天经辨证为湿邪困脾证,以温中健脾法治疗,改为第三方:茵陈 20 g、鸡屎藤 20 g、藿香 10 g、苍术 12 g、茯苓 15 g、桂枝 10 g、白术 15 g、炙甘草 8 g、陈皮 8 g、法半夏 15 g、生姜 10 g,服药后再次辨证证型不变,维持上方治疗至 18 天,以上方剂每天 1 剂,3 次/天,水煎服。

1.3.3 西药治疗 对照组予甘草酸二铵 150 mg、门冬氨酸

钾镁 20 ml 分别加入 10% 葡萄糖注射液 250 ml 静脉滴注治疗,每天 1 次,部分患者辅以硫普罗宁片、肝安片等口服治疗,均为每天 3 次,每次 2 片。

1.4 观察项目及检测方法

1.4.1 中医证候积分 评分标准参照《病毒性肝炎中医疗效判定标准(试行)》^[3]和《中药新药临床研究指导原则》^[4]按症状体征的无、轻度、中度、重度分别记以 0、1、2、3 分。参与评分症状有乏力,纳差,口苦口干,厌油,恶心呕吐,头身困重,尿黄;参与评分体征有身目黄染,肝脾肿大,肝区触痛,肝区叩痛。分别于治疗前及治疗后每隔两天记录证候积分,记录到治疗 18 天为止。

1.4.2 实验室检查 治疗前及治疗第 6 天、12 天、18 天测定肝功能 TBil、ALT、AST 等指标。

1.5 疗效判定标准

治愈:临床症状消失,肝脾恢复正常或明显回缩,肝区无扣痛、无触痛,肝功能恢复正常。好转:临床症状明显好转,肝脾明显回缩或稳定,肝功能明显好转。无效:经治疗后,症状,体征,肝功能无改善或者恶化者。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行统计分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,对计数资料行 χ^2 检验,比较两组肝功能变化,采用完全随机化设计 t 检验分析,比较两组中医证候积分用方差分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组甲肝患者治愈率比较

两组甲肝患者治疗 18 天后,治愈率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组甲肝患者治疗 18 天后疗效比较

组别	例数	治愈	好转	总有效率
治疗组	20	19	1	95.00%
对照组	16	15	1	93.75%

2.2 两组甲肝患者治疗前后中医证候积分比较

两组治疗前中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);两组治疗第 6 天、第 12 天、第 18 天证候积分均有改善,差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗第 6 天、第 12 天、第 18 天同期证候积分比较,治疗组较对照组下降更明显,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组甲肝患者治疗前后肝功能比较

两组治疗前肝功能 TBil、ALT、AST 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 18 天后 34 例患者肝功能完全恢复正常,同组治疗前后比较,差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。两组治疗后肝功能改善程度比较,差异无统计学意义($P>$

0.05)。见表 3。

表 2 两组甲肝患者治疗前后症状、体征积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗第 6 天	治疗第 12 天	治疗第 18 天
治疗组	20	28.8±9.5	14.6±5.7 ^{ab}	5.2±3.5 ^{ab}	1.6±2.3 ^{ab}
对照组	16	28.1±10.1	20.8±6.4 ^a	12.8±5.7 ^a	2.2±3.1 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$

表 3 两组甲肝患者治疗前后 TBil、ALT、AST 指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	Tbil (mmol/L)	ALT (U/L)	AST (U/L)
治疗组($n=20$)			
治疗前	46.67±29.09	370.43±268.89	113.20±131.74
治疗后	11.94±4.50 ^a	28.16±8.32 ^a	25.17±3.91 ^a
对照组($n=16$)			
治疗前	49.31±27.91	349.91±291.01	104.20±132.92
治疗后	12.93±4.01 ^a	34.83±12.45 ^a	25.74±4.27 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$

3 讨论

急性黄疸型甲型病毒性肝炎虽然是自限性疾病,但为了尽快康复并减轻患者痛苦,多辅助采用药物治疗缩短病程,目前常规治疗方案有西药治疗和中药治疗两种,但大多数报道经治疗病程约一个月^[5,6],本研究通过使用这两种方案治疗并对疗效进行分析比较,发现治疗 18 天总治愈率 94.44%,中药治疗组治愈率 95%,西药对照组治愈率 93.75%,治愈率没有显著差别($P>0.05$),两种方案均能在短时间内取得高治愈率的原因与研究对象的病情轻且均为青少年有关。两种方案疗效相当,但有待扩大样本量对疗效差别进行进一步研究。

由于疾病在治疗过程中会因病情的变化而引起中医证型的改变,因此中医治疗疾病常常采用分期辨证治疗的方法,但是目前对于甲肝的中医分期辨证治疗尚未见有相关报道。因急性黄疸型甲型病毒性肝炎属于中医“黄疸”的阳黄范畴,其病因病机关键在于湿热熏蒸,瘀热内阻,早期辨证多为肝胆湿热证,治疗应清热利湿,其代表方为茵陈蒿汤。现代药理研究已证明茵陈蒿汤醇提取物具有保肝护肝作用^[7],后世医家则在茵陈蒿汤的基础上根据病证加减药味积累了不少成功治疗阳黄疾病的经验。本研究的患者发病初期辨

为肝胆湿热证,以茵陈蒿汤为基础加减药味,方剂中柴胡、黄芩疏肝理气,除湿热;板蓝根、虎杖、车前子解毒利湿退黄;枳壳、青皮破气解郁;丹参、郁金凉血破瘀,清热除烦;白术、山楂健脾燥湿,理气开胃,诸药配合共奏清热利湿,通瘀退黄之效。用药 3 天后视患者湿热消退情况在原方的基础上减量为第二方,再用 1 周。此时大部分患者郁热已去,而湿邪仍留滞于内,经辨证为湿邪困脾证,不宜再继续服用过于凶猛寒凉之药,于是改用第三方,以健脾燥湿、退黄为主,方中茵陈仍为君药,重用,佐以藿香、苍术芳香化湿,白术健脾燥湿、行气解郁,半夏、陈皮升清化湿,茯苓渗水利湿,桂枝则因茯苓泽之利水,方能入水以化气,气行水走,湿从气化,鸡屎藤祛风除湿、活血止痛,诸药共用,湿黄自退,而脾胃中气不伤。这与钱小情等^[8]提出肝病在没有湿热蕴结的症状时不宜用清热利湿解毒之法,及李可^[9]认为急性黄疸型肝炎“保护脾胃元气为先,不使苦寒败坏中焦气化”的治法相符。

总之,临床诊疗必须遵从“法随证立,方从法出”的原则,灵活变通,不可拘泥。对患者不同时期用药进行辨证治疗,要随证而治,体现中医分期“辨证论治”之灵魂,方能将中医之精髓发挥到极致。

参 考 文 献

[1] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华肝脏病杂志,2000,8(6):324.

[2] 中医药学会内科肝病专业委员会. 病毒性肝炎中医辨证标准[J]. 中医杂志,1992,33(5):39-40.

[3] 中国中医药学会内科肝病专业委员会. 病毒性肝炎中医疗效判定标准[J]. 中医杂志,1992,33(6):53.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:16-18.

[5] 顾冲,郑卫东,吴剑华,等. 中医中药治疗黄疸型肝炎 124 例[J]. 实用肝脏病杂志,2006,9(2):95-96.

[6] 胡世川,盛刚. 50 例暴发性甲肝的治疗体会[J]. 中国实用医药,2007,2(12):98.

[7] 曹宜,董自波,朱荃,等. 茵陈蒿汤对小鼠肝损伤的保护作用[J]. 浙江中医学院学报,2002,26(1):41-43.

[8] 钱小情,林绿冬. 肝病治疗不可倚重清热利湿解毒法[J]. 浙江中医杂志,2009,44(11):789-790.

[9] 李可. 急危重症疑难病经验专辑[M]. 山西:山西科学技术出版社,2002:166-168.

(收稿日期:2012-02-13)

(本文编辑:秦楠)