

## 周仲瑛教授诊治病毒性肝炎经验

陶夏平

**【摘要】** 本文介绍了国医大师周仲瑛教授诊治病毒性肝炎的经验。全文从标本治则角度详细介绍了周仲瑛教授诊治急性肝炎、慢性肝炎、重型肝炎、肝硬化的辨治思路和用药特色,认为只有详审病机,视具体病情分别标本缓急的不同,采取相应的治疗对策,才能获效。充分展示了周教授对于本病的认识思路和学术特色,体现了中医学整体观念和辨证论治精神,对临床诊治该病具有借鉴意义。

**【关键词】** 病毒性肝炎; 辨证论治/标本治则; 老中医经验/周仲瑛

**【中图分类号】** R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.06.013

就病毒性肝炎而言,在湿热疫毒之邪导致肝炎的发生发展过程中,常有复杂多变的病理演变,出现诸多临床表现,故病情表现有标本主次的不同,治疗上亦有先后缓急的区别。周仲瑛教授临证时非常重视疾病过程中证候表现的标本缓急,认为只有详审病机,视具体病情分别标本缓急的不同,采取相应的治疗对策,才能有的放矢,收效显著。兹将其运用标本缓急理论治疗病毒性肝炎之临证经验分述如下。

### 1 肝炎初起,湿热疫毒壅盛,宜治其标

周仲瑛教授认为病毒性肝炎初起之时,总由湿热疫毒之邪伤人所致,就机体方面而言,正气尚盛,临床多表现为湿热疫毒之邪壅盛的证候,此时治疗,当以祛邪为主,祛邪即寓扶正之意。祛邪及时、得当,可防邪盛伤正,正不抗邪,邪恋成为慢性病变。

在祛邪的具体运用上,周仲瑛教授强调尤当注意辨别湿热疫毒病邪的性质。偏于湿盛者,应予祛湿为先,或投淡渗,或投苦温,或投芳化,兼以清热解毒;偏于热盛者,或清气分热,或清营凉血,或凉血通瘀,辅以祛湿解毒。治标之法,总以直折病势、邪去为度,不可过用苦寒而伤中、过于清利而耗伤气阴。

案1 患者,男,19岁。初诊日期:2001年6月18日。

既往无肝炎病史。6月2日自觉腿酸乏力,腹胀,纳差,继见面目发黄,尿黄,去某医院就诊,拟诊为肝炎,予西药保肝、退黄等对症治疗,病情无明显好转,转请中医诊治。6月17日查肝功能提示:谷丙转氨酶(ALT)1358 U/L、谷草转氨酶(AST)2087 U/L、总胆红素(TBIL)96  $\mu\text{mol/L}$ 、结合胆红素(DBIL)71  $\mu\text{mol/L}$ ;乙型肝炎病毒血清学标志物检查(HBV-M):乙型肝炎表面抗原(HBsAg)(+)、乙肝e抗体

(HBeAb)(+)、乙肝核心抗体(HBcAb)(+);抗-HAV·IgM(-);抗-HCV(-)。诊断为:病毒性肝炎,乙型,急性黄疸型。刻诊:面目、皮肤明显黄染,尿色深黄,肝区胀痛,身困乏力,口干,食纳欠馨,腹胀,大便稍溏,舌质暗红,舌苔薄白腻罩黄,脉濡滑;肝区叩痛(+),腹水征(-)。湿热疫毒壅盛,宜清热祛湿解毒,先治其标。处方:

茵陈15g、熟大黄5g、黑山栀10g、炒苍术10g、黄柏10g、炒黄芩10g、厚朴6g、苦参10g、广郁金10g、垂盆草30g、田基黄20g、鸡骨草20g、车前草15g、藿香10g、橘皮6g。7剂。

2001年6月25日二诊:病情减轻,黄疸消退近半,肝区疼痛减轻,纳增,下肢皮肤稍痒,仍有身困乏力、口干等症,舌脉同前。原方加白鲜皮15g、酢浆草15g,14剂。

2001年7月9日三诊:病情显著减轻,自觉症状不多,精神、食纳均好,肝区不痛,但偶有不适,大便正常,小便色黄转淡,面目稍有黄染,舌苔薄黄,舌质暗,脉濡滑稍数。上方加制香附10g,14剂。

2001年7月23日四诊:症状消失,无不适感,复查肝功能:ALT 48 U/L, AST 56 U/L,  $\gamma$ -GT 72 U/L, TBIL 22.7  $\mu\text{mol/L}$ , DBIL 17.4  $\mu\text{mol/L}$ ; HBV-M: 乙肝表面抗体(HBsAb)(+)。临床已告病愈,再予三诊方14帖以善其后。

按 本案患者为急性乙型肝炎,疾病初起,邪毒壅盛,治当及时祛除病邪,使邪去正安。鉴于患者的临床表现,湿、热之象均较显著,周仲瑛教授在辨证的基础上,选用茵陈蒿汤、二妙散等加味,组方融淡渗、苦温、芳化、清热解毒等法为一体,径折其病势,故收效甚捷。

### 2 重肝势笃,瘀热相搏为患,急则治标

周仲瑛教授认为,重型病毒性肝炎的发生多为湿热疫毒之邪深入营血,火热与血相互搏结所致,病理表现复杂,病情笃重,常出现多种危候,可有瘀热阻窍、瘀热发黄、瘀热动血、瘀热水结、络热血瘀等危急之变,若不及时救治,常威胁患者

作者单位:100053 北京,中国中医科学院广安门医院消化科

作者简介:陶夏平(1970-),博士,副主任医师。研究方向:中医药防治消化系统疾病。E-mail:taoxiaping@163.com

生命。因此,治疗应根据“急则治其标”的原则,依其出现的证候不同,在凉血通瘀的基础上,分别佐以醒神开窍、解毒退黄、凉血止血、化痰行水、通络化瘀等方法以治其标,冀能挽救生命。

案2 患者,男,14岁,学生。1992年7月24日入院。

两旬前开始感觉乏力,纳差,食量较正常减少一半,恶心厌油,上腹饱胀隐痛,尿色黄似浓茶,面目皮肤黄染逐渐加深,经当地医院治疗,病无好转,昨来本院。查肝功能异常,ALT 520 U/L, TBIL 362.52  $\mu\text{mol/L}$ , 收住入院。既往无肝炎病史。查体:体温 37.4  $^{\circ}\text{C}$ , 心率 88 次/分,呼吸 22 次/分,血压 127/65 mmHg, 精神萎靡, 皮肤深黄, 巩膜呈金黄色, 肝肋下 2 cm, 剑突下 3 cm, 质 II $^{\circ}$ , 轻度压痛、叩痛, 脾不肿大, 腹软, 无移动性浊音。拟诊为急性黄疸型肝炎(病原待定)。用苦黄、肝炎灵、丹参等注射剂, 并给保肝药治疗。5 天后病情加重, 高度乏力, 神情萎靡, 恶心, 低热(37.8  $^{\circ}\text{C}$ ), 黑便 1 次, 约 500 g, 皮肤、黏膜黄疸进行性加深, 肝肋下触及, 剑突下 2 cm, 质 II $^{\circ}$ , 无压痛, 腹水征(-)。复查肝功能: ALT 318 U/L, 碱性磷酸酶(ALP) 156 U/L, TBIL 382  $\mu\text{mol/L}$ , 考虑为亚急性重型肝炎, 在一般基础治疗的同时, 加用中药清肝解毒注射剂。

辨证经过:从瘀热内蕴营血, 肝脾两伤, 肝胆失于疏泄, 胆汁外溢肌肤发为疫黄辨证, 治予凉血化瘀、解毒退黄。用清肝解毒注射液 40 ml, 加入 5% 葡萄糖液 250 ml 中静滴, 每日 1 次, 经 4 天病情好转, 精神、食纳改善, 低热能平, 肝区痛减, 腹胀不著, 肌肤黄染减退, 小便转淡。用药 7 天后, 因危急症状已获缓解, 改用口服中药清肝解毒汤剂, 配合保肝药。8 月 24 日查肝功能: ALT 80 U/L, TBIL 47.02  $\mu\text{mol/L}$ ; 病原学检查: HBV-M(-), 抗-HAV·IgM(+), 抗 HCV(-)。确诊为:病毒性肝炎, 甲型, 亚急性重型。共住院 41 天, 于 9 月 3 日出院继续调治, 直至肝功能复常。

按 本例患者, 系湿热疫毒之邪深入营血、瘀热在里、壅遏肝胆, 发为疫黄。瘀热相搏, 病情迅速传变, 已见动血之象(黑便), 且有内闭之势, 非一般清热祛湿之法所能奏效, 必须凉血化瘀方能达到治疗目的。在辨证的基础上, 采用周仲瑛教授历时多年研制的清肝解毒制剂, 直清血分之热, 解血分之毒, 散血分之瘀, 方克有济, 终于力挽狂澜。

清肝解毒制剂, 系周仲瑛教授潜心多年研制的治疗瘀热相搏证病在肝胆、营血的特色制剂, 由水牛角、生地、丹皮、赤芍、大黄、黑山栀、茵陈、血余炭、人中白等组成, 有凉血通瘀之功效。根据本案患者危急病证的特点, 势笃时采用注射剂, 势缓时运用汤剂, 体现了中医药治疗急症的特色。

### 3 慢肝急作, 邪实正虚并见, 标本兼顾

慢性病毒性肝炎, 系湿热疫毒之邪久羁为病, 病程较长, 正气受损, 若正不抗邪, 或邪郁日久, 与痰、瘀等病理因素相合, 可表现为急性发作。与初发的急性肝炎所不同的是, 慢性肝炎急性发作, 既有急性肝炎的临床表现, 又有正气受损的临床表现, 即邪实与正虚并见。周仲瑛教授认为, 慢性肝

炎的急性发作, 治疗应标本兼顾, 一方面调养肝脾, 匡正以祛邪; 另一方面清化湿热瘀毒, 祛邪以扶正, 宜将扶正与解毒两法复合应用, 相反相成, 标本兼治<sup>[1]95-96</sup>。临床运用时, 则应辨明湿、热、毒、痰、瘀以及气虚、血虚、阴虚、阳虚等的主次与兼夹, 分别脏腑而治之。

案3 患者, 女, 14岁。2001年1月22日初诊。

慢性乙型肝炎, 肝功能经常损害, 平素易感冒。1月21日查 HBV-M: HBsAg(+), HBeAg(+), HBcAb(+); 肝功能: ALT 105 U/L, AST 109 U/L, 谷酰胺转酞酶(GGT) 95 U/L。自觉疲乏, 肝区有不适感, 但无明显疼痛, 腹稍胀, 食纳欠馨, 大便正常, 尿黄, 鼻炎发作, 涕多, 多嚏, 鼻塞, 嗅觉尚可, 口微苦, 舌苔薄, 舌质红, 脉细滑。慢性肝炎急性发作, 邪实正虚, 治予调养清化。处方:

太子参 10 g、焦白术 10 g、茯苓 10 g、炙甘草 3 g、北沙参 12 g、大麦冬 10 g、丹参 12 g、虎杖 15 g、矮地茶 20 g、苦参 10 g、炒黄芩 10 g、藿香 10 g、白鲜皮 15 g、贯众 12 g、垂盆草 30 g、白花蛇舌草 20 g、丝瓜络 10 g。

上方稍事加减, 连续服用近 2 个月, 至 2001 年 3 月 16 日复诊时已无明显自觉症状, 眠、食俱佳; 复查 HBV-M: HBsAb(+), 余项(-); 肝功能全部正常。

按 本例患者, 为慢性乙肝, 急性发作, 既有疲乏、食纳欠馨、易于感冒等正气不足表现, 亦有肝区不适、腹胀、尿黄、鼻炎发作、口苦等邪实症状, 故治疗上, 一方面予太子参、白术、茯苓、炙甘草、北沙参、大麦冬等调养肝脾, 扶助正气, 匡正以祛邪; 另一方面予虎杖、矮地茶、苦参、炒黄芩、藿香、白鲜皮、贯众、垂盆草、蛇舌草、丹参等清化湿热瘀毒, 祛邪以扶正, 标本兼治, 终于使肝功能恢复正常。

### 4 邪毒蛰伏, 耗伤人体正气, 缓则治本

湿热疫毒之邪蛰伏体内, 留恋不去, 若机体正气强健, 则不易发病, 但邪伏于内日久, 由于机体阴阳的偏盛偏衰, 邪毒或从寒化, 或从热化, 或阻滞气机, 或弥漫三焦, 或产生诸多病理因素, 终可耗伤人体的气血阴阳, 导致正气不足, 进而发病。故周仲瑛教授强调, 邪毒蛰伏体内, 虽暂不发病, 但却能耗伤正气, 治疗时应根据“缓则治其本”的原则, 调养正气, 兼以祛邪, 可避免其发病, 或带“毒”延年。周仲瑛教授则在长期临证的基础上, 进一步认为在扶助机体正气时, 调养重于温补, 且以养阴为主, 补气为次<sup>[1]90</sup>。

案4 患者, 男, 48岁。2001年5月7日初诊。

乙型肝炎病史 5 年, 肝功能经常轻度异常, 迭用中西药病情难以控制。近复查 B 型超声提示慢性肝损害; HBV-M: HBsAg(+), HBeAg(+), HBcAb(+); 前 S2 基因(Pre-S2)(+); 肝功能示: ALT 98 U/L, AST 75 U/L。肝区、胁背部隐痛不适, 尿黄, 时有口干, 两目干涩, 脉细弦, 舌苔薄黄腻, 舌质暗红。肝肾阴伤, 湿热瘀滞, 肝失疏泄。处方:

北沙参 12 g、大麦冬 10 g、生地 12 g、枸杞子 10 g、当归 10 g、丹皮 10 g、丹参 10 g、川楝子 10 g、炒延胡索 10 g、片姜黄 10 g、醋柴胡 5 g、制香附 10 g、白蒺藜 10 g、炒黄芩 10 g、

苦参 10 g、夏枯草 10 g、九香虫 5 g、桑寄生 15 g。

上方化裁,连续服用半年余,2002 年 1 月 21 日复诊,除两目仍有干涩外,症状基本消失,复查肝功能正常,HBV-M: HBsAg 转(-)、仅 HBeAb(+). 仍从原法治疗,以巩固疗效。

按 湿热疫毒之邪留恋,瘀郁日久,耗伤肝肾之阴,治当调养正气,兼以祛邪。周仲瑛教授据证选用一贯煎、金铃子散加减,调养肝肾,疏泄肝胆,兼用黄芩、苦参、夏枯草、丹皮、丹参等药清化湿热瘀毒,祛内蕴之邪,病程虽久,经调养清化,缓图其本,尤获佳效。

## 5 癥积臌胀,证候表现复杂,权衡缓急

癥积是湿热疫毒之邪久羁、肝脾功能失调、气血凝聚、脉络痹阻、留着胁下的结果。癥积形成后,或变生黄疸,或导致出血,或转为臌胀,证候表现极为复杂。周仲瑛教授认为癥积的治疗,一方面须根据癥积形成的不同阶段,分别予攻伐、攻补兼施、补虚培本等法治疗;另一方面,对于癥积的变证,须权衡其缓急:黄疸一时难以消退,且无危象者宜缓图;出血(尤其是大出血)者,常危及患者生命,当以止血为先;臌胀者,应察其二便是否通利、神志是否清醒等,若病情危急,以挽救生命为先,若无危象,则仍应缓治其本。

案 5 患者,男,33 岁。初诊日期:2001 年 1 月 2 日。

乙肝、戊肝病史 3 年,一年前查 B 型超声查有早期肝硬化、脾大,曾出现腹水 1 次,经西药治疗后消退。近查肝功能:ALT 220.8 U/L, AST 110.2 U/L, GGT 99 U/L, TBIL 39.4 μmol/L, DBIL 16.3 μmol/L, TP 84.9 g/L, ALB 46.3 g/L, A/G=1.2, HBV-DNA(+). 肝区时痛,有灼热感,齿衄间作,尿黄,两目干涩,舌苔薄黄,舌质暗红,脉细弦;目睛轻度黄染,颈胸部有蜘蛛痣多枚,肝掌明显。湿热瘀毒互结,肝阴脾气俱伤。处方:

醋柴胡 5 g、赤芍 10g、茵陈 12 g、鸡骨草 15 g、金钱草

20 g、片姜黄 10 g、田基黄 20 g、垂盆草 30 g、苦参 6 g、蒲公英 15 g、旱莲草 12 g、炙女贞子 10 g、楮实子 10 g、太子参 10 g、焦白术 10 g、丹皮 10 g、丹参 10 g。

以上方为基础方加减,同时服用鳖甲煎丸(5 g, 2 次/天),2001 年 9 月 4 日复诊时,症状多半消失,B 型超声检查提示:慢性肝损害,脾大,慢性胆囊炎,未见肝硬化;查肝功能:ALT 50 U/L, AST 72.9 U/L, TBIL 26.7 μmol/L, TP 69 g/L, ALB 44.7 g/L, A/G=1.8。继续予上方加减治疗。2002 年 2 月 8 日复诊时,除手掌鱼际稍有红赤、颈胸部仍有数枚蜘蛛痣外,余症均除,复查肝功能全部正常,HBV-DNA(-)。原法出入,继续治疗,目前仍坚持服药,一般情况良好。

按 该患者病情系湿热疫毒之邪久羁、肝脾功能失调、气血凝聚、脉络痹阻、留着胁下形成癥积的结果,且已有耗伤肝阴脾气和变生臌胀之患,证候表现复杂。但尚无危急之象,故一方面选用汤药清化湿热瘀毒、调养肝脾,另一方面选用鳖甲煎丸软坚消癥,消补兼施,旨在缓图。经过 1 年余时间治疗,病情终于平稳缓解。

由于病毒性肝炎的证候表现多种多样,病理变化极为复杂,病变过程有轻重缓急的不同,不同时间、地点及患者机体自身特点对肝炎的病情变化亦有不同的影响,故病毒性肝炎的治则治法,应在中医学整体观念和辨证论治精神指导下灵活制订,不可拘泥于一方一法。

[作者注:文中验案均由作者的导师——南京中医药大学周仲瑛教授提供。]

## 参 考 文 献

[1] 周仲瑛.周仲瑛临床经验辑要[M].北京:中国医药科技出版社:1998.

(收稿日期:2012-04-08)

(本文编辑:刘群)

## · 信息之窗 ·

## 《环球中医药》2012 年征稿启事

《环球中医药》杂志是由中华人民共和国卫生部主管,中华国际医学交流基金会主办,国内外公开发行的中医药学术期刊,本刊为中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊),美国《化学文摘》收录期刊。

欢迎广大中医药学界同仁积极投稿。

1 本刊在重点反映科研成果与临床进展的同时,重视学术思考与海内外信息交流。主要栏目有:述评、论著、理论探讨、综述、临床经验、学术论坛等;特色栏目有:中医病案析评、海外中医、争鸣、中医文化、名医心鉴等。

2 “论著”、“综述”等以 4000~5000 字为宜,“临床经验”等栏目须 2000 字以上。重大科研创新与理论突破稿件不受字数限制。“论著”、“理论探讨”与“综述”栏目文章须有英文题名、中英文摘要和中英文关键词。

3 请作者以电子邮件方式投稿,发送至 hqzyy@163.com。本刊 1 周左右手工发回含稿号的收稿回执,4~12 周左右回复稿件处理情况。如未及时收到稿号回执和稿件处理情况请电话或邮件查询。

4 本刊 2012 年来稿免收审稿费。

编辑部地址:北京市东城区东四西大街 46 号综合楼 203 室

邮编:100711 电话:010-65133322 转 5203, 010-65269860