

符思教授分期论治病毒性肝炎临床经验

杨晓颖 马洪悦 李秀艳

【摘要】 病毒性肝炎是肝脏的一种传染性疾病,具有发病率高、流行性广、病情复杂、预后差等特点。符思教授总结三十年临床经验,在传统以“湿热搏结”为主的对病毒性肝炎病机的认识上,提出阴阳合邪和内外合邪的观点,并根据疾病进展过程中邪正盛衰和虚实变化进行临床分期,采取辨病与辨证相结合的方式,进行分期论治,取得较好临床疗效,值得推广和学习。

【关键词】 病毒性肝炎; 分期论治; 符思

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.07.030

病毒性肝炎根据其临床特征,可归属于中医黄疸、胁痛、鼓胀、肝着等范畴。《金匱要略》云“黄疸之病,当以十八日为期,治之十日以上者差,反剧为难治”,这与现代甲型病毒性肝炎的临床表现、预后相吻合。资料表明^[2],通过辨证论治运用中医药整体治疗,可改善病毒性肝炎患者的临床症状,调节其免疫系统,同时有抗肝纤维化、保护受损肝细胞的作用。符思教授提出明辨各阶段病机,分期论治的思想,临床疗效显著,现将其经验介绍如下。

1 符思教授对病毒性肝炎病机的认识

病毒性肝炎的发病,大多数学者归结为“湿热相搏”,即无形热邪与有形湿邪相互搏结、胶固不化、壅滞不解,使邪无出路,日久瘀而发黄,治疗原则以清热、利湿为两大法则。符思教授认为病毒性肝炎病机的关键为外感湿热毒邪与体内湿热之邪共同为患,致湿毒内蕴,阻滞气机,日久耗伤正气,邪气乘虚客络入血,导致病情深重。在此过程中湿热、气滞、血瘀既是主要病因,又是病理产物,三者中以湿热为最,贯穿本病始终,归结起来具有以下特点。

1.1 阴阳合邪,脾失健运

湿为阴邪,热为阳邪;二者搏结则形成阴阳合邪的胶着局面。湿性黏滞,易阻滞气机,一方面热因湿阻而难解,另一方面湿受热蒸而使阳气耗伤,水液不能宣行而生湿邪,明代赵献可曰“阳盛则火胜,化为湿热”,可见湿可助热,热亦可生湿。而导致病毒性肝炎湿热之所以持续不清的原因,主要责之于脾。因脾属土,主运化水湿,脾胃运化功能一旦受阻,则湿热之邪内聚为患,同时湿为阴邪,易耗伤阳气,而脾阳首当其冲,因此脾阳是否健运为本病关键。

1.2 内外合邪,胶结难解

病毒性肝炎的发病是内外因共同作用的结果,即整个疾病过程中,既有外来之湿热之邪,又有内生之湿热,二者合而

为贼。脾失健运,湿热内伏,则机体抗湿功能低下,此时外界湿热之邪最易内犯。且内外合邪,每每同气相求,素体内蕴湿热则易招致湿热,故古人有“内里无伏热,不易受外感”的说法。由于内外邪气性质相同,合邪发病时,则更加难以解除。

1.3 正邪交争,虚实错杂

病毒性肝炎的临床进展过程实则是典型的正邪交争的过程。疾病初期正气无明显虚象,湿热毒邪为盛,若此时治疗得当,可阻断疾病进展,若失治误治,貽误病机,则热毒深入,熏蒸肝胆,重伤脾胃,致正气受损,气滞与湿热并见,此时正虽伤,但尚耐客伐。如疾病进一步进展,肝失疏泄,气血运行不畅,邪气客于络脉,湿热瘀阻,深伏于血分,日久致血溢脉外,则可出现耗血动血之征。叶天士《临证指南医案》云:“久病在络气血皆窒。”此时病机复杂,易出现危机证候。

2 分期论治

在治疗方面,符教授立足于扶助正气,以调整人体机能为主旨,针对邪气深入、正邪交争的具体情况,将病毒性肝炎分为邪盛正足、邪盛正伤、邪盛正虚三个病理阶段,并分阶段在扶正固本的同时辅以清热利湿、清肝解毒、活血通络等驱邪之法。在用药方面力争做到清而不寒,疏而不烈,补而不膩,化瘀不伤正,补虚不留邪。

2.1 初期邪盛正足,湿热搏结

此阶段患者处于邪盛而正气足,其致病因素主要为湿热合邪,而不单是湿邪或热邪,湿热两邪相互搏结,更加胶固难化,且迅速蔓延,侵及肝胆,弥漫三焦。临床可致肝炎患者出现双胁胀痛、口干口苦、脾气急躁、食欲不振、小便黄赤、大便干结或黏膩费力等症,化验室指标常提示转氨酶升高,病毒复制活跃。此阶段应以治疗湿热为主,重用清热利湿和清热解毒之品,这既符合西医的抗病毒疗法(针对病因治疗),又师从中医急则治标之古训。

用药体会:一方面湿为阴邪,热为阳邪,二者对立矛盾,治疗上也存在着矛盾。临床中清热药多选用黄连、黄芩、大黄、栀子、茵陈、虎杖等,但其性大苦大寒,清热效果虽好,但

作者单位:100012 北京市朝阳区来广营社区卫生服务中心(杨晓颖、李秀艳);北京市通州区次渠社区卫生服务中心(马洪悦)

作者简介:杨晓颖(1981-),女,硕士,主治医师。研究方向:中医内科学。E-mail:spring_yxy@sohu.com

易重伤脾胃,阻遏气机,导致病情加重;湿无温不化,故治湿关键在温运脾阳,宣通气机,用药多选藿香、佩兰、苍术、厚朴、砂仁、半夏、陈皮等辛温之品,以行气除湿。但这一类药物有助热伤阴的弊病,因此在治疗中应注意权衡利弊,在药物配伍和用量上加以斟酌。另一方面可辨病与辨证相结合,参照化验室指标而选取一些特殊的解毒药,常用药物有:板蓝根、蒲公英、土茯苓、山豆根、白花蛇舌草、半枝莲、半边莲、蚤休等。资料显示^[3],蒲公英有降低血清转氨酶的作用,动物实验表明其有效成分能减轻肝细胞炎性反应、保护肝细胞的作用。有临床报道重用白花蛇舌草治疗急性黄疸型肝炎临床收到良好疗效^[4]。此外,中医学自古就有“治湿不利小便,非其治也”的说法,临床在治疗病毒性肝炎初期湿热壅盛阶段,当用利尿的方法,既能祛热,又能使热从小便出,给邪以出路,使清热与利湿得到统一,正如《金匮要略》所讲“诸病黄家,但利其小便”。药物可选择茯苓、猪苓、泽泻、玉米须、白茅根、滑石等淡渗利尿之品。符教授最擅长运用玉米须清热利湿,保肝降酶,用量一般在 30 g 左右。临床资料显示^[5],玉米须不仅能利胆退黄,还具有降低转氨酶和胆红素,保护受损肝细胞的作用。

2.2 中期邪盛正伤,湿热与气滞并存

此阶段的主要矛盾为湿热之邪内侵,损伤脾阳,导致阳气被遏,肝失疏泄,气机不调则肝郁气滞,湿热与气滞并存,临床多表现为肝区胀闷不适、咽干口苦、胃脘痞塞、食少纳呆、大便秘结,甚至可出现乏力、气短。中期的治疗要紧紧抓住“湿热伤脾,肝郁脾虚”这一病机,注重顾护脾胃,这既符合西医的免疫调节疗法,又遵循中医缓则治其本的古训。有学者研究表明^[6],气机不畅、正气不足是慢性肝病进展的关键,故调养肝脾成为本阶段的治疗大法,或化湿运脾,或疏肝健脾,或补益脾胃,均以顾脾为要旨,提高人体正气,所谓“正足邪自退”,常用的中药有:党参、白术、茯苓、白扁豆、大枣、薏苡仁、山药。

用药体会:黄芪、党参为补气药,以黄芪配伍党参(或太子参)有提高机体免疫力的作用,再者黄芪能加快上皮细胞增生,促进伤口愈合,《本草纲目》谓其“疮家圣药”,故而黄芪具有促进肝细胞再生的作用。白术味苦、甘,性温,功能益气健脾、通利水道,现代医学药理研究表明其不仅有升高白蛋白和纠正白蛋白比例的功效,还有抗凝血和显著持久的利尿作用,临床用量宜重,一般在 40 g 以上。值得注意一点,在补益脾胃的同时,还应注意调整脾胃升降功能,如配伍柴胡、升麻、枳实、陈皮,取其升清阳、疏肝郁、泄浊阴、散气滞,补中要寓疏通之意,注意脾气之生发,为实脾之道,此乃源于“肝病治脾”之训。临床中柴胡常有劫肝阴的弊端,可与白芍配伍,既能养血柔肝而疏肝,又无劫阴之弊,一旦肝郁得疏,土壅得散,切断湿热内生之源,病情可迅速改善。

2.3 后期邪盛正虚,湿热与瘀血并存

肝病日久入络,湿热蕴郁,阻于血分,肝胆疏泄失职,胆汁不循常道,溢于皮肤、血脉而发黄,如《伤寒论》所讲“瘀热在里,身必发黄”,临床多表现为患者面色萎黄或暗黄、身疲

气短、口苦咽干、食欲不振、肝区隐隐作痛。肝病发展到后期必然会出现血瘀络阻的病机,所谓“瘀热发黄”“血瘀发黄”,都印证了黄疸是血分发病之一,故病毒性肝炎后期治黄必然要从治血入手。此阶段治疗应以凉血活血为主,清血分之热,行血分之滞。这种清热祛湿或疏肝健脾与活血通络同用的治法,既符合西医减轻肝细胞受损,修复肝组织的原则,又能防止肝纤维化,延缓肝硬化,有利于肝脾肿大的回缩。常用凉血活血药物有:赤芍、丹皮、丹参、当归、泽兰、益母草、大黄、茜草等。

用药体会:泽兰味辛性温,有“通肝脾之血”的特点,横行肝脾之间,活血而不伤血,补血而不滞血,常配伍白茅根同用,既能清热利湿,又能活血化瘀,凡血瘀发黄所致的各类黄疸均可使用。大黄善清湿热、入血分,破一切瘀血,该药不仅能利胆退黄,且能活血祛瘀,改善肝脾郁血,促使转氨酶恢复正常,对肝功能恢复起重要作用。在重症肝炎中,每天可用大黄 30~60 g,浓煎保留灌肠,对排空肠道积滞、防止血氨升高有良好效果。当归辛温,为养血活血之药,又能宣通气分,使气血各有所归,其性能升能降,内润脏腑,外达肌表,能缓肝木之急,本品可与苦参、白茅根并用,对慢性肝炎湿热内盛、瘀血阻络者,疗效甚佳。从现代医学来看凉血活血药对肝炎后期也是十分有益的,它既能调节肝脏炎症过程中抗原—抗体反应所引起的免疫反应的强度,减少机体应激性损害,又能作用于机体的血液循环系统,协助清除免疫应答中产生的有害复合物,减轻其对机体的损害,促进炎性渗出物的吸收。

3 验案举隅

患者,男,49 岁,慢性乙型肝炎病史 30 余年,肝癌 6 个月,2013 年 8 月于地坛医院行介入治疗,治疗后转氨酶持续升高,伴肝区刺痛,不能入睡,口服 20 余天西药保肝、降酶药未好转,2013 年 9 月 3 日经人介绍转至符教授门诊。患者首诊时面色暗黄、精神不振、肝区刺痛、夜间明显、双眼干涩、恶心、食欲不振、小便黄赤、大便 5 日未行,舌淡黯、有瘀斑、苔黄厚而腻、脉沉弦细。8 月 29 日肝功提示:谷丙转氨酶 415 U/L,谷草转氨酶 381 U/L,总胆红素 90.6 $\mu\text{mol/L}$,结合胆红素 77.4 $\mu\text{mol/L}$,甲胎蛋白 58 ng/mL,现代医学诊断:慢性乙型肝炎后期、肝癌介入术后。中医诊断:癥瘕。证型:肝郁脾虚、瘀热内阻。治法:清肝解毒、益气健脾、活血消癥。处方:白花蛇舌草 30 g、土茯苓 20 g、蒲公英 15 g、板蓝根 15 g、黄芩 10 g、赤芍 15 g、丹参 10 g、当归 15 g、生甘草 6 g、炒白术 10 g、炙黄芪 20 g、制鳖甲 15 g、夏枯草 15 g、玉米须 30 g、白茅根 20 g、车前子 10 g。连服 14 剂,肝区刺痛明显缓解,精神好转,仍食欲不振,大便 2 天 1 次,继服上方 21 剂,复查肝功:谷丙转氨酶 117 U/L,谷草转氨酶 96 U/L,总胆红素 26.2 $\mu\text{mol/L}$,结合胆红素 11.4 $\mu\text{mol/L}$,甲胎蛋白 21 ng/mL,上方化裁,连续服用 5 个月,2014 年 3 月 16 日复诊,除两目干涩外,其它症状基本消失,复查肝功能正常,1 周前已恢复上班,仍从原法治疗,巩固疗效,至今随访未

复发。

按 本案为典型病毒性肝炎后期,湿热之邪久羁肝脾,致肝失疏泄、脾失健运、正气亏虚,气血凝聚、脉络痹阻、留于胁下而成癥积之证,但尚未进展为臌胀。正气虽已虚,尚耐克伐,故治疗应以清肝解毒为先,加以益气养血,调养肝脾,使外溢之血得以归经,加入软坚散结的鳖甲、夏枯草,消补兼施,旨在缓图。

4 结语

病毒性肝炎的临床发展过程十分复杂,治疗中分清患者所处的阶段尤为关键。一般情况下,本病患者连续治疗的时间应不少于 6 个月,一些中重度患者则需要持续 1 年以上的治疗,即便当乙肝表面抗原转阴后,仍需继续巩固一段时间,防止复发。而整个治疗过程都应以健脾化湿、清肝解毒为主旨,这与张仲景“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”的理论相契合。多数慢性肝炎患者都与机体免疫功能低下有关,用健脾的方法不仅可以提高机体免疫力,还可延缓肝硬化的进程。此外符教授还指出,临床中慢性迁延性肝炎因偏重于湿,亏损偏重在脾,失调偏重在气,临床表现以肝郁脾虚者

多,其病机总的特点是偏于在气分,所以病情较轻。慢性活动性肝炎因偏重于热毒,亏损偏重在肝,失调偏重在血,临床表现以阴虚血瘀者多,其病机总的特点是偏于在血分,所以病情较深较重。当认清疾病本质,辨证论治,切勿贻误病机。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会肝病学会,中华医学会感染病学会. 慢性乙型肝炎防治指南(2010 年版)[J]. 临床肝胆病杂志,2011,27(1):1-16.
- [2] 肖袁柳. 急性病毒性肝炎的用药体会[J]. 内蒙古中医药,2010,22(48):56.
- [3] 任丽平,杜钢军,崔新萍. 蒲公英对酒精性肝损伤的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,11(55):189-191.
- [4] 张国熙. 白花蛇舌草治疗急性;黄疸型肝炎[J]. 中医杂志,2007,48(8):722-723.
- [5] 朱爱华,马玉杰,陈沛林. 玉米须煎剂对黄疸型肝炎的保护作用[J]. 中国药师,2009,12(4):486-487.
- [6] 侯岩,崔丽萍,张明香,等. 慢性肝病中医证候规律分布特征[J]. 环球中医药,2012,5(4):19-20.

(收稿日期:2015-04-09)

(本文编辑:董历华)