

慢性乙肝治验

周熙虎

(江西省鄱阳县人民医院 鄱阳 333100)

关键词:慢性乙型肝炎;中医药疗法;治疗经验

中图分类号:R 512.62

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0071-02

慢性乙肝为目前医学界难治性疾病之一,在我国发病率,危害性大,目前尚无确实可靠的有效方法和药物。笔者在长期的慢性乙肝治疗中,按照中医的整体观、恒动观和辨证论治观,逐渐探索出“五个相结合”的临证思路,积累了一些经验,获取了不少成功案例。兹分述如下,与同道探讨。

1 病例资料

1.1 病例 1 王某,男,39 岁,教师,于 2004 年 3 月 29 日就诊。患者肝功能异常 2 年余,曾在本地及外地多家医院治疗疗效欠佳,经人介绍前来诊治。诊见:面色黧黑,精神不振,胃纳极差,稍食腹胀,呃逆,右肋隐痛入夜更剧,头晕目眩,肝掌,牙龈出血,夜寐欠安,大便不畅,小便黄短,舌质红绛边有紫斑,苔薄黄微腻,脉细弦。肝功能:ALT 627 U/L,AST 249 U/L,直接胆红素升高,白、球蛋白比例失调。乙肝两对半:HBsAg、HBcAg、抗-HBc 均为阳性。B 超检查:肝回声增粗增强,胆囊壁毛糙,脾稍大。病属慢性乙型活动性肝炎,胆囊炎;证属疫毒蕴结,脾失健运,肝阴不足,经脉瘀滞,治以清热解毒,疏肝运脾,处方:绿梅花、佛手、郁金、当归各 10g,垂盆草、绵茵陈、白花蛇舌草各 20g,虎杖、鸡内金、茯苓各 15g,炒谷芽、炒麦芽各 24g。嘱忌酒、油腻食物,并注重休息。上方服用 20 剂,查肝功能:ALT 256 U/L、AST 148 U/L,胆红素正常。诉食后腹胀减轻,胃纳转佳,精神好转,但右肋仍隐痛,五心烦热,夜寐不宁,口干,牙龈仍有出血,大便干结,小便偏黄,舌深红边有瘀斑,苔薄黄干,脉细弦数。证属疫毒未尽,阴亏火盛,血热血瘀,针对阴虚体质,结合 B 超检查,治以养阴降火,化瘀通络,兼清余毒,调养肝体,以防肝硬化之变,处方:生地、赤芍、枸杞、麦冬、女贞子、旱莲草各 15g,焦山楂、虎杖、垂盆草、白花蛇舌草各 12g,当归、鳖甲、穿山甲各 10g,五味子、田七各 6g。上方加减服用 2 个月,肝功能及 A/G 恢复正常,右肋已舒,牙龈血止,肝掌已除,余无不适,至今仍在上班。

1.2 病例 2 刘某,男,35 岁,农民工,于 2005 年 5 月 6 日就诊。患者 1 年来精神萎软,尤其在近期劳累后,更神疲乏力,腰酸腿软,晨起面浮,入暮两下肢有凹陷性水肿,纳差,胁胀不舒,恶心,小便微黄量少,舌质淡胖偏紫暗,苔白腻,脉细滑。尿检:蛋白(+++),颗粒管型(+),并有少量白细胞、红细胞,血压正常,肾功能基本正常。证属脾失健运,水湿内停,治以益气健脾,利湿消肿,处方:生黄芪、白茅根各 30g,金樱子、茯苓皮各 20g,白芍、白术、大腹皮、猪苓各 15g,陈皮、桂枝、泽泻、汉防己各 10g。嘱低盐、低蛋白饮食,并注重休息。上方服 15 剂后,面浮足肿基本消失,尿检:蛋白(+),颗粒管型(±),患者诉胁肋胀闷依旧,食欲也未改善,且咽喉干痛,查肝功能:ALT 865 U/L,AST 367 U/L,球蛋白偏低,乙肝两对半:HBsAg、HBcAg、抗-HBc 均阳性。病属乙肝相关性肾炎;证属疫毒内伏,肝郁脾虚,治以解毒祛疫,疏肝健脾,兼化血瘀,处

方:垂盆草、白花蛇舌草、田基黄、虎杖各 30g,黄芪、土茯苓、白术、丹参、元胡各 15g,柴胡、佛手、郁金、淫羊藿各 10g。上方加减服 3 个月,坚持乙肝、肾炎两病同治,结果胁肋已舒,精神如常,尿常规、肝功能全都正常,乙肝两对半检查,仅抗-HBc 阳性。至今稳定未复发。

2 讨论

2.1 祛邪与扶正相结合 慢性乙肝起病隐匿,免疫功能失调,病邪深伏久羁,损伤正气,正虚无力抗邪而长期邪恋不解。可见,湿热顽毒深伏蕴结贯穿本病始终。因此,祛邪为第一要务,应予侧重;尽管邪恋与正虚密切相关,但扶正仍须谨慎。临床所见,扶正稍多,则易疾病进展,肝功能愈异常,似有“闭门留寇”之患。即使正虚内亏出现免疫耐受状态,为增强免疫力要扶正,也须与祛邪药相配合,上述两病例的成功治疗,都坚持把祛邪贯穿病程始终,做到祛邪不伤正,扶正不助邪,把握精当。

2.2 宏观辨治与微观辨治相结合 宏观辨治是根据四诊所获得的宏观临床资料,按照传统中医理论所进行的辨证论治。但有相当一部分患者,可能属耐受性强或病情尚轻,从四诊中收集不到宏观资料,处于无证可辨,按“有是证用是药”的原则,甚感束手无策。何以为之?笔者认为,中医也应与时俱进,依据微观检测结果进行微观辨治,方可柳暗花明。

微观辨治有三:一是降低转氨酶。如 ALT、AST、ALP 增高,按湿热蕴结论治,常用田基黄、垂盆草、虎杖、平地木、半枝莲、绵茵陈、广郁金等清解湿热药治疗。如仅为 ALT 增高,其它正常,可在清热解毒的基础上,加用酸味药能起到降酶效应。二是降低胆红素。有些患者没有出现明显黄疸,但胆红素有所增高,可在清热利湿的基础上配合疏肝利胆退黄药进行治疗。三是促使慢性 HBsAg 携带者转阴。可用清热解毒利湿药进行抗病毒、祛湿热的治疗,但是,这些解毒祛邪药物久用,要谨防苦寒败胃之弊。

2.3 治已病与治未病相结合 慢性乙肝由急性乙肝演变而来。因湿热疫毒深伏难祛,以致病情从本脏传它脏,从实证转虚证;病程从气分入血分,从早期到晚期,势不可挡,久缠难愈。如何遵循其演变规律,截断病势发展,缩短病程,尽早康复是治疗中的一大难题。为此必须提前用药,防患未然。据“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”的理论,在治疗乙肝这个“已病”的同时,就要开始着手健脾“治未病”,及早“实脾”,以防止病情蔓延。健脾应包括运脾和补脾两个方面:早期湿热疫毒较重,以运脾为主;后期正气渐虚,以补脾为主。补脾不足涉及肾者,尚需脾肾同补,既实脾又实肾,以杜传变。遵《张氏医通·卷九·黄瘵》所云:“以诸黄,虽多湿热,然经脉久病,不无瘀血阻滞也。”可见慢性乙肝“经脉久病”,出现血黏度增高,微循环障碍,痰瘀,血瘀等,会加速肝细胞损害,导致肝纤

