

· 理论探讨 ·

从湿热疫毒瘀郁辨治慢性乙型 病毒性肝炎探讨[※]

● 胡秋红 陈四清[▲]

摘要 慢性乙型肝炎发病具有疫毒的性质和致病特点,乙型肝炎病毒具有嗜肝性,感染后常表现“湿热证”,因此,湿热疫毒感染是其根本病因。“湿热”既具有湿、热二邪的原有特征,二者又阴阳相合,导致慢性乙型肝炎临床表现复杂多端、轻重殊异。湿热疫毒瘀郁,肝脾肾功能失司是其病机关键,病性属本虚标实、虚实夹杂。临床可分为肝胆湿热疫毒证、肝郁脾虚湿盛证、肝肾阴虚瘀热证3个证型,分别以龙胆泻肝汤、肝郁脾虚方、茵陈蒿汤合犀角地黄汤为代表方进行辨证论治,法随证转,灵活处方,不可偏执,勿犯虚虚实实之戒。

关键词 陈四清;慢性乙型肝炎;中医药治疗;疫毒;湿热

全球有 2.57 亿人感染乙型肝炎病毒(Hepatitis B virus, HBV), 非洲地区和西太平洋地区占 68%^[1]。2016 年中国人群 HBsAg 流行率约为 6.1%, 其中约 8600 万人为慢性 HBV 感染者^[2]。慢性乙型肝炎(Chronic hepatitis B, CHB)易发展成为肝硬化、肝细胞癌(HCC)等严重病变^[3], 我国肝硬化和 HCC 患者由 HBV 感染引起的比例分别是 60% 和 80%^[4]。江苏省中医院感染科陈四清主任医师, 师从首届国医大师周仲瑛教授, 又为张继泽全国名老中医药专家传承工作室主任、孟河医派(马家)第五代传人, 长期

致力于 CHB 的中医药诊治研究, 推崇从湿热疫毒瘀郁辨治慢性乙型肝炎, 疗效显著。笔者有幸跟随陈四清老师(下称陈师)学习, 对其从湿热疫毒瘀郁辨治慢性乙型病毒性肝炎的经验作一探讨, 以抛砖引玉。

1 湿热疫毒感染是根本病因

陈师认为, 由于受古代科技水平的局限, 中医先贤们没能将慢性乙型肝炎从其他肝病中完全分列出来, 只是笼统地按照“胁痛”“黄疸”“鼓胀”“积聚”等进行辨证论

治, 而没有充分认识到其属于疫毒感染引起的“疫病”范畴, 因此治疗效果也一直差强人意。

中医认为, 疫毒是指较六淫病邪损害更强, 具有强传染性, 可引起广泛流行的一类病邪。在古代文献中, 又称为毒气、疫气、戾气、非时之气等, 其所致病一般称为“疫病”“温病”“温疫”等^[5]。疫毒致病具有易于传染流行、临床表现相似两大特征。正如《温疫论》中所云:“瘟疫之为病, 非风、非寒、非暑、非湿, 乃天地间别有一种异气所感。”“邪之所着, 有天受, 有传染, 所感虽殊, 其病则一。”因此, 疫毒的实质就是引起各种传染性疾病的特异性致病因子, 对慢性乙型肝炎而言就是乙型肝炎病毒。

相关研究早已证实, 各种急、慢性乙型肝炎患者和 HBV 携带者均为本病的传染源。HBV 可通过

[※]基金项目 1. 江苏省中医院院内课题[No. 省中科(2018)12号]; 2. 2017年江苏省高等教育教改研究立项课题(No. 2017JSJG042)

[▲]通讯作者 陈四清, 男, 主任医师, 副教授, 硕士研究生导师。擅长慢性肝病、肿瘤、腹泻等疾病的中医辨治。E-mail: 2467571233@qq.com

• 作者单位 南京中医药大学附属医院(江苏南京 210029)

母婴、破损的皮肤黏膜、血和血液制品、性接触感染而发病。慢性乙型肝炎发病具有疫毒的致病性质和特点,即症状相似,具有流行性、传染性等特点^[6]。因此,应该重新认识慢性乙型肝炎的病因,不能仍停留在过去的“七情不节、饮食不节(洁)、六淫侵袭、劳累过度”等一般认识上,而应将其上升到疫毒感染的层面。

考虑到HBV的嗜肝性,感染后常表现的是中医“湿热证”,因此,陈师认为将乙型肝炎病毒称为“湿热疫毒”更为贴切,既与一般的“疫毒”“温疫”相区别,又能反映其致病的特征,为临床应用清热利湿解毒药物提供理论支撑,提高治疗效果。

2 湿热疫毒瘀郁、肝脾肾功能失司是病机关键

疫毒之邪本具有火热之性,故部分乙型肝炎急性感染者初期也会有发热、恶寒等病毒血症表现。《金匱要略·脏腑经络先后病》云:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,说明肝病易于传脾。乙型肝炎病毒内侵肝脏后,阻滞气机则肝失疏泄,每易乘犯脾胃,而致脾胃运化功能失司,水谷津液不归正化,变生内湿。

湿为阴邪,热为阳邪,湿热二邪相合之后,形成“湿热”复合病邪,既具有湿、热二邪的原有特征,二者又阴阳相合,狼狈为奸,变化多端,致乙型肝炎临床表现复杂多端、病情轻重殊异、病程漫长难愈。随患者体质阴阳偏盛的差异,既可表现为湿重热轻,又可表现为热重湿轻、湿热并重,而有阴黄、阳黄、疫黄等区别。病位早期表现在肝胆,中期则多为肝郁脾虚,后期则

又深入营血、肝病及肾,甚则阴阳两虚等;临床表现轻重不一,既有“无症状可辨”的HBV携带者,又有病势迅猛的肝功能衰竭而难救治者。

湿热互结,阻滞气机,或热灼津液等,均可致血滞为瘀,形成“湿热疫毒瘀郁”复合病机,因此慢性乙型肝炎每呈肝纤维化、肝硬化趋势。湿热瘀郁疫毒久而不去,正气日虚,甚则可酿生癌毒之变。我国肝癌患者中,90%有乙型肝炎病毒感染史即是佐证^[7]。

因此,陈师指出,本病病位主要在肝,与脾、肾密切相关。湿热疫毒瘀郁,肝脾肾功能失司是其病机关键。

3 辨证论治

陈师主张疾病临床分型尽量简单化,过于复杂反令临床医生难以掌握。经多年的临床实践,陈师认为可将慢性乙型肝炎分为肝胆湿热疫毒证、肝郁脾虚湿盛证、肝肾阴虚瘀热证3个证型,基本可涵盖临床病例,简单实用,纲举目张。

3.1 肝胆湿热疫毒证 本型多见于男性、年轻病患,病程短,病理性质以邪实为主。外感湿热毒邪,内结脾胃,土壅木郁,肝胆失疏。故临床常见胸胁胀满窜痛,急躁易怒,口苦口黏,脘腹痞满,纳呆呕恶,厌食油腻,身目俱黄,黄色鲜明,尿黄便溏,或黏滞臭秽,倦怠乏力,头身困重,面发痤疮,易发湿疹。舌质红,舌苔黄厚腻,脉弦数或弦滑数。治疗上以龙胆泻肝汤为代表方加减,药用龙胆草、黄芩、焦山栀、黄连、制大黄、生地黄、垂盆草、五味子、金钱草、郁金、六一散、人中黄、丝瓜络、豨莶草、夏枯草等。方中龙胆草、黄芩、黄连清

热利湿,解毒除瘟;焦山栀、丝瓜络、豨莶草、六一散清热泻火利湿;垂盆草、五味子、金钱草、郁金清利肝胆;生地黄、人中黄、制大黄、夏枯草加强清热解毒之功。兼见黄疸者,去白芍,加茵陈、赤芍;大便溏泻者,去制大黄、焦山栀,加焦山楂;HBV高复制者,加用土茯苓、败酱草、忍冬藤、苦参、鱼腥草、大青叶、蛇舌草、叶下珠等清热解毒药。诸药合用,共奏清热利湿解毒,疏利肝胆之功。

3.2 肝郁脾虚湿盛证 本型多见于慢性反复发作患者,病程长,病理性质多为本虚标实。湿热疫毒之邪内郁,络瘀气滞,脾胃虚弱,运化失健。故临床常见胁肋胀痛,善叹息,抑郁烦闷,食少腹胀,身倦乏力,肠鸣矢气,大便稀溏,每因进食生冷油腻食物而泄泻。舌质淡有齿痕,舌苔白腻或薄白,脉弦。陈师自拟“肝郁脾虚方”,药用醋柴胡、炒白术、炒白芍、茯苓、金钱草、郁金、垂盆草、生黄芪、六神曲、泽兰、紫苏叶、黄连、土茯苓等。其中醋柴胡具有和解表里、疏肝解郁、升阳止泻之用,并引诸药入肝经;炒白术、茯苓、黄芪、六神曲健脾化湿、益气扶正;金钱草、郁金、垂盆草、土茯苓疏肝利胆,清热利湿解毒;泽兰、紫苏叶、黄连三药“分消走泄”以祛湿邪。若腹胀明显者,加厚朴;恶心呕吐、嗝气反酸者,加浙贝母、乌贼骨、煅瓦楞、法半夏、陈皮、木蝴蝶等;肠鸣欲泻者,加防风、苍耳草、炒地榆、羌活;口臭,舌苔厚腻者,加藿香、佩兰;面色萎黄者,加当归、鸡血藤、仙鹤草。诸药合用,共奏疏肝健脾,清热利湿,益气解毒之效。

3.3 肝肾阴虚瘀热证 本型多见于久病、老年患者,病理性质为虚

实夹杂,以虚为主。湿热相搏,耗伤肝阴,久病及肾,内入营血,灼津成瘀。故临床常见胁肋隐痛,遇劳加重,头晕耳鸣,目干目涩,腰膝酸痛,五心烦热,潮热盗汗,少寐多梦,肝掌明显,面布丹丝赤缕,月经不调。舌质红少津有裂纹,无苔或花剥苔,脉细数。方选茵陈蒿汤合犀角地黄汤加减,药用茵陈、制大黄、水牛角、生地黄、炒赤芍、龟板、知母、黄柏、黄连、金钱草、郁金、垂盆草、五味子、丹参、丝瓜络、豨莶草、女贞子、墨旱莲等。其中生地黄、龟板、知母、五味子、女贞子、墨旱莲滋阴清热,补益肝肾;水牛角、赤芍、制大黄、丹参清热凉血,活血散瘀;茵陈、金钱草、郁金、垂盆草清利肝胆湿热;黄柏、黄连、丝瓜络、豨莶草清热利湿解毒;B超检查提示肝脏弹性硬度值增高明显者,加蛭螂虫、土鳖虫、水红花子、失笑散等。诸药合用,共奏滋阴补肾,清热凉血解毒之功。

陈师进一步指出,治疗慢性乙型肝炎,实证应以清热解毒、利湿清热、疏肝解郁为主,虚证应以健脾化湿、活血通络、补益肝肾为主。临床上三种证型往往相互交织,互有主次,不能完全分开,并且在治疗的过程中也可相互转化,故临床每需法随证转,灵活处方,不可偏执,勿犯虚虚实实之戒。

4 验案举隅

患者裴某某,男,27岁。2018年4月8日初诊。罹患“乙型肝炎小三阳”数年,肝功能多次检查均

在正常范围。近因劳累,出现右肋隐痛,稍感乏力,胃脘部胀满不适,偶有反酸,大便不实。查肝功能仍然正常;HBV-DNA: 1.69×10^3 IU/mL;肝弹性B超提示肝回声增粗、SWE6.1Kpa。舌质淡红,苔淡黄腻,脉小弦。证属湿热疫毒内蕴,肝郁脾虚,胃失和降。处方:醋柴胡6g,炒白术10g,炒白芍10g,金钱草45g,郁金15g,垂盆草30g,五味子6g,法半夏8g,陈皮6g,乌贼骨30g,紫苏叶10g,土茯苓15g,败酱草15g,忍冬藤15g,灵芝6g。14剂,日1剂,常法煎服。

2018年5月3日二诊:胃胀改善,舌质淡红,苔淡黄腻,脉小弦。原方加淡竹叶15g,击鼓再进,21剂。

2018年7月3日三诊:间断服用上方,餐后时有胃胀,有时腹泻。舌质淡,有齿印,苔淡黄腻,脉小弦。上方去黄柏,加佩兰15g、泽兰15g。21剂。

2018年8月13日四诊:复查HBV-DNA < 500 IU/mL,肝功能正常。胃胀已平,食水果则易腹泻。舌质暗红,苔薄黄腻,脉小弦。予7月3日方去五味子,改紫苏叶15g。21剂。

之后连续服用上方,2019年4月13日查HBsAg处于低复制状态,HBV-DNA < 500 IU/mL,肝功能正常,守原方继续巩固治疗。

按 患者罹患“乙型肝炎小三阳”数年,HBV-DNA含量为 1.69×10^3 IU/mL,肝功能正常,故暂不适合运用西药抗病毒治疗。患者初

诊时符合肝郁脾虚湿盛证,故陈师以自拟方肝郁脾虚方加减治疗。二诊加淡竹叶以利湿下行。三诊时,患者多食腹胀,腹泻时作,故去黄柏,酌加佩兰、泽兰以理气化湿。四诊时患者症状明显减轻,食水果后易腹泻,HBV-DNA < 500 IU/mL,予7月3日方去五味子,加大紫苏叶用量,守方继服。前后治疗年余,不但临床症状消失,HBV-DNA亦维持低复制状态,且HBsAg处于低复制状态。中医标本同治,虚实同医,于此案可见一斑。

参考文献

- [1]王贵强,王福生,庄辉,等.慢性乙型肝炎防治指南(2019年版)[J].临床肝胆病杂志,2019,35(12):2648-2669.
- [2]Razavi-Shearer, Gamkrelidze I, Nguyen M H, et al. Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study[J]. The Lancet Gastroenterology & Hepatology, 2018,3(6):383-403.
- [3]Mazzaro C, Dal Maso L, Visentini M, et al. Hepatitis B virus-related cryoglobulinemic vasculitis. The role of antiviral nucleot(s)ide analogues: a review[J]. Journal of Internal Medicine, 2019,286(3): 290-298.
- [4]刘燕玲,袁成民.慢性乙型肝炎的中医研究进展[J].光明中医,2018,33(24):3647-3649.
- [5]陈四清.乙型肝炎中医辨治思路与方法研究[J].2004,25(10):8-10.
- [6]王常松,刘清华.慢性乙型肝炎的中医辨治浅探[J].实用中医内科杂志,2007,21(3):7-8.
- [7]徐建平,张华堂,丁高明.HBV相关性肝癌的治疗引起病毒再激活及抗病毒防治的意义[J].深圳中西医结合杂志,2018(11):87-89.

(收稿日期:2019-09-09)

(本文编辑:金冠羽)