

钱英用“逆流挽舟”法治疗慢性重型肝炎的经验

杨华升* 李秀惠*

(* 首都医科大学附属北京佑安医院,北京市丰台区右安门外西头条 8 号,100054;

“十五”国家科技攻关计划“钱英教授学术思想及经验传承的研究”,课题编号:2004. BA72IA02201)

关键词 慢性重型肝炎/中医药疗法;名医经验;@ 钱英

慢性重型肝炎患者,因其病程迁延,病机复杂,多脏腑功能失调,有虚实夹杂的多种证候群并存,故在治疗上颇为棘手。它既不同于“急黄”治疗,也不同于通常所见的肝炎黄疸的治疗。钱英教授在长期治疗慢性重型肝炎的经验基础上提出运用“逆流挽舟”法治疗慢性重型肝炎,大大提高了慢性重型肝炎的治愈率,并且对中医在治疗慢性重型肝炎方面的理论有所创新。

1 对慢性重型肝炎病因病机的认识

慢性重型肝炎是在慢性病毒性肝炎或肝硬化基础上,因机体强烈的免疫应答,产生多种细胞因子与炎性介质,造成肝细胞大块坏死,病情发展快,短期内出现肝、肾等多脏器衰竭,病死率极高。慢性重型肝炎以黄疸、腹水、肝性脑病、上消化道出血等为常见表现,属中医学“黄疸”、“鼓胀”、“血证”、“神昏”等范畴,病机多属虚实夹杂。虽以湿热疫毒蕴结、毒热炽盛,熏蒸肝胆、热入营血等热毒证为主,但因本病多发生在久病基础上,故常以肝肾阴虚、脾肾阳虚为本,属因虚致邪。

本病之实邪为湿、热、毒、瘀、痰,往往呈胶结难解之势。本病之虚大致分阳虚与阴虚。阳虚包括肺脾气虚、脾肾阳虚;阴虚则主要为肝肾阴虚。如热毒证与肝肾阴虚相兼,则阴虚火旺病性尚一致,滋阴清热也无治疗矛盾。但如果热毒证兼肺脾气虚或脾肾阳虚,则为上热下寒、虚实错杂证,清热解毒则伤阳,温阳益气则助热,治疗颇难。然而临床寒热错杂证颇多,一部分患者病本偏阳虚,但感染热毒或湿郁化热成毒,另一部分为过用苦寒,热毒未清而阳气已伤。

2 “逆流挽舟”法的内容

“逆流挽舟”法原是治疗外感挟湿型痢疾的治法。痢疾兼有恶寒、发热、头痛、身痛、无汗等表证,用人参败毒散治疗。本方疏表除湿、寓散于通,使表解而里滞亦除。亦即前人所谓从表陷里者仍当由里出表,如逆水中挽舟上行之意,故称逆流挽舟。喻嘉言认为:“人受外感之邪,必先汗以驱之。惟元气大旺者,外邪始乘药势而出,若元气素弱之人,药虽外行,气从中馁,轻者

半出不出,流连为困,重者随元气缩入,发热无休。……所以虚弱之体,必用人参三、五、七分,入表药中少助元气,以为驱邪之主,使邪气得药,一涌而出,全非补养虚弱之意也”(《寓意草》)。喻氏不仅常用本方治疗时疫初起,并用治外邪陷里而成痢疾者,使陷里之邪,还从表出而愈,称为“逆流挽舟”之法。

钱英教授提出的运用“逆流挽舟”法治疗慢性重型肝炎即针对其因虚致邪的病机,采用扶正祛邪的方法治疗本病。祛邪不外乎清热解毒、祛湿化痰、活血化瘀等,而扶正则包括滋肝肾之阴、补肺脾之气、温脾肾之阳等。根据肝“体阴而用阳”理论,补肝体而益肝用,使元气充足,能祛邪外出,不致使邪气未除而正气先虚,炽盛之毒邪如顺风之船急转直下。扶正兼以祛邪,先安未受邪之地如逆流挽舟使正气充足则逐渐祛邪外出,逆其病势而使病愈。

3 “逆流挽舟”法治疗慢性重型肝炎的体会

3.1 及早治疗,防止病情进一步发展:钱英教授强调对慢性重型肝炎应早期诊断,早期治疗。在早期阶段虽然患者已出现重型肝炎的某些症状如严重的消化道症状、明显黄疸、显著乏力等,但未出现肝功能衰竭的表现,此时治疗疗效较好。虽然临床诊断须具备 Tbil >10mg/dl 和 PTA <40% 两个条件,但如其中之一符合诊断标准且根据经验已有向慢性重型肝炎发展的趋势,则及早治疗能大大提高治愈率。否则如《内经》所言“病已成而后药之,乱已成而后治之,岂不晚乎”,此即钱英教授“阻断疗法”的学术思想。

3.2 兼顾脾胃功能,宜从益中焦入手:《内经》有“厥阴不治,求之阳明”及治厥阴应“调其中气,使之平和”之论,又根据《金匱要略》“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之旨,故慢性重型肝炎每当出现肝气亢盛,木盛乘脾时,其脾气必虚,此时必须扶脾抑木,以制过盛之肝气,倘若脾气衰败,纵有灵丹妙药,亦难起沉疴。因此,兼顾脾胃在慢性重型肝炎的治疗中有着重要的作用。故常在辨证基础上酌用黄芪、党参、白术、山药、扁豆、茯苓、薏苡仁等药物。尤其喜用黄芪、党参、白术,因其均能改善机体蛋白代谢,对提高血浆白蛋白较为

有效。

3.3 久病及肾,温补脾肾以扶元气:肾为元气之本,久病及肾,慢性重型肝炎大多病史较长,故多虚、多瘀,往往寒热错杂,此类患者多兼有脾肾阳虚,如治疗当中过度使用清热解毒之品,伤及正气,使病情转为阴黄、黑疸等病则更加难治,甚至加速患者死亡。《内经》云:“阳气者若天与日,失其所则折寿而不彰”。临证若遇阳黄证虽热毒炽盛但阳气不虚则任苦寒攻伐,病势虽重但较易治愈。若兼阳虚则易变为阴黄、黑疸,稍一攻伐则正气先馁。而兼阴虚则与热邪无治疗矛盾,清热即存阴,养阴即治热,所以治疗相对较易。另外肝体阴而用阳,肝阴属体难以骤补,而肝阳无形却能急温。所以温补脾肾在治疗慢性重型肝炎中至关重要。

3.4 用药不宜偏颇,忌大剂苦寒清利:慢性重型肝炎患者,因其多种脏腑同时受累,虚实夹杂,故用药时切忌偏颇,以免导致新的失调。例如对阴虚湿困或血热湿困者,去湿宜防辛燥伤阴,滋阴宜防滋腻滞邪,凉血宜防苦寒伤正,活血宜防攻伐而动血耗血。更不能一见黄疸,即认为是湿热,而投以大剂苦寒清利之品。因其过于苦寒清利,不仅耗伤肝阴,还可伐伤脾胃之阳,使纳化呆滞,运化不及,而出现升降乖戾,气机逆乱之候,故治疗上不可孟浪从事,这是慢性重型肝炎治疗中不可忽视的一方面。

4 典型病例

高某,男,59岁,2004年4月30日初诊。主诉:乏力、尿黄、伴关节疼痛2年,加重1个月。患者于18年前体检时发现“澳抗阳性”,肝功能正常,无明显不适,故未予治疗。2年前出现乏力、尿黄、伴四肢关节疼痛,肝功能异常,持续服中药治疗,病情稳定。近1月,上述症状加重,入院后化验肝功能:ALT 364.5U/L,AST 170U/L,TBil 5.16mg/dl,DBil 3.74mg/dl,PLT 50×10^9 /L,AFP 45ng/l,CHE 3229u/l,PTA 51.5%,尿胆原阳性、胆红素阳性,DNA 4.38×10^4 copies/ml。B超示:腹水少量,肝硬化脾大,胆囊炎。患者诉腹胀、口

苦、大便干、牙龈出血。舌暗红,苔薄白,脉滑数。辨证为湿热发黄兼有瘀血,立法为清利肝胆湿热佐以活血。方药:茵陈 80g,栀子 6g,生大黄、熟大黄各 3g,牡丹皮 15g,丹参 15g,赤芍、白芍各 15g,郁金 12g,苦参 15g,水红花子 10g,茺蔚子 12g,猪苓 30g,半边莲 20g。5月9日诊:服上方乏力较前明显,腹胀、口苦、便干等症状缓解,脉弦。上方加薏苡仁 20g,滑石 30g,砂仁 5g,苍术 19g。

5月18日诊:患者睡眠略差,巩膜轻度黄染,面色萎黄,舌淡红、苔薄白,脉沉细。辨证属阴黄,脾虚兼有湿热,治疗以健脾兼清利湿热。方药:党参 10g,白术 15g,茯苓 15g,炙甘草 15g,陈皮 5g,半夏 10g,薏苡仁 30g,当归 10g,赤芍、白芍各 10g,滑石 30g,麦冬 15g,五味子 10g,黄连 5g,生黄芪 30g,栀子 10g,龙胆草 5g。

5月21日诊:患者尿量可,腹水消退,食欲、睡眠均可,无腹胀。

5月24日诊:患者自觉无明显不适,中医辨证属肾气虚衰,兼有瘀血,拟温肾助气化为为主,金匮肾气丸加味。方药:熟地黄 40g,山药 20g,山茱萸 20g,牡丹皮 15g,茯苓 15g,泽泻 15g,肉桂 5g,附子 5g,枸杞子 15g,菟丝子 15g,五味子 10g,牡蛎 10g,菊花 20g,牛膝 15g。

6月4日诊:患者自觉体力恢复,无明显不适,舌淡,脉沉,仍有虚寒之象,上方加当归 10g,干姜 10g,三七 3g,附子、肉桂改为 10g,加減善后。6月18日化验:ALT 29U/L,AST 24U/L,TBil 1.8mg/dl,DBil 1.12mg/dl,CHE 2974U/L,PTA 72%,WBC 2.8×10^9 /L,PLT 37×10^9 /L,Hb 104g/L。患者出院1个月后复查肝功能正常。

按:本例患者年龄较大,肝病病史长,虽未达到重型肝炎诊断标准,但有发展为重型肝炎趋势,发病初期虽有热象但仍兼中焦虚寒,如一味清热则患者乏力更加明显,若转为阴黄更加棘手,因此及早顾护中州,清热健脾并行不悖,属中医学“逆流挽舟”之法。

(2007-04-23 稿稿)

投稿须知:关于数字

数字执行中华人民共和国国家标准 GB/T 15835/1995《出版物上数字用法的规定》。

时间:公历世纪、年代、年、月、日和时,必须用阿拉伯数字。年份用4位数表示,如1994年不宜写成94年。避免用时间代词,如“今年”,“去年”等。时间小时用“h”表示,分钟用“min”表示,秒用“s”表示。

数字范围的表示形式:表示范围用“~”不用“-”。5至10应为5~10;5万至10万应为5万~10万,不能写成5~10万; 3×10^9 至 5×10^9 应为 $3 \times 10^9 \sim 5 \times 10^9$,或 $(3 \sim 5) \times 10^9$,不能写成 $3 \sim 5 \times 10^9$;60%至70%应写为60%~70%,不能写成60~70%;60mg至70mg应写为60~70mg,不能写成60mg~70mg;25.5±0.5摄氏温度应写为(25.5±0.5)℃

长度单位的数值表示方法:每个数值后的单位不能省略。如40mm×20mm×30mm,不能写成40×20×30mm,也不能写成40×20×30mm³。

万方数据