

运用益气解毒通络法治疗肝硬化

许海芹¹, 徐光福²

(1.北京中医药大学,北京 100020; 2.北京中医药大学东直门医院 感染科)

摘要:络病是以局部气滞血瘀为特点,以脏腑器官功能障碍为主要表现的疾病。基于现代中医络病理论治疗多种慢性复杂性疾病的研究成果,将中医传统络病理论与现代基础研究相结合互参,慢性肝病肝硬化可归属于中医络病的范畴,其病理演变为“毒损肝络,气虚络闭”,以益气解毒通络为治法疗效确切。

关键词:络病;毒;气虚络闭;肝硬化

中图分类号: R575.2

文献标识码: B

文章编号: 2095-512X(2020)03-0247-03

1 中医络病在慢性疾病的重要作用

络脉在经络体系中是遍布全身的网状系统,其病变以络脉局部血络闭塞,脏腑功能障碍为主要表现。许多慢性疾病均以局部络脉病变为基础,络脉^[1-6]病变可用于消化、循环、呼吸等多个系统疾病的诊治。以络病理论治疗多种慢性疾病,结合多年临床工作与相关研究认为虚、毒、瘀是慢性络病的三个基本方面。

虚可表现为两种形式,难以御邪则发生多种慢性虚弱性疾病,过度反应则多发自身免疫性疾病。正气足则疾病难以产生或产生后很快祛除。传染性疾病中隐性感染是最常见的感染类型,机体不出现或仅出现轻微的组织损伤或临床表现。正气亏虚则疾病易发,且难以将邪气祛除而致邪气留恋不去,疾病缠绵难愈而致慢性迁延,所谓“至虚之地,便是留邪之所”。因此机体正气不足是导致疾病传变入里的重要因素,正气的状态也影响着疾病发展转归的全过程。

毒,传统中医指其偏性,古语谓“是药三分毒”,言其寒热温凉之偏性也。现代中医所言的毒指的是对于机体具有不良影响的物质,在西医学中为具有毒理作用的物质或代谢产物。当邪气入里,正气奋起抗邪以维持人体的阴阳平衡状态,邪正交争,多种病理代谢产物随之产生,此时正不甚虚,而邪气炽盛,两者相互搏结于络脉内外,蕴藉不解而蕴

热化毒。脾土居中央以灌四傍,外邪入侵必然耗损化生之源,水谷精微难以化为气血以濡养局部络脉,因个人禀赋不同而化生湿热、寒湿或痰饮,此时人体正常的分清泌浊与排泄糟粕功能下降而致毒邪内生,以上多种因素共同作用而导致毒邪深结于络脉。西医学中人体病理状态下产生的毒性氧自由基、微生物毒素、炎性介质等,在中医理论中均可视作“毒邪”^[12-5]。而生理状态下产生的正常衰老死亡的细胞、各种激素代谢产物等在人体自身免疫功能不足的情况下也可视作“毒邪”。亦赖络脉实现

瘀主要指血瘀证。络为血聚之处,久病由气及血,由经入络,血瘀证的发生最为常见。西医的淤血指的是血液异常的淤积在周围组织或器官而没有正常的参与血液循环。中医的瘀血证含义更加广泛,包含现代医学淤血的内容,为局部血络的功能异常。与现代医学中毛细血管发生病变导致的局部微循环障碍有关。其一,微循环是输送养料和排泄代谢产物的最小单位,类似于络脉的灌渗气血、濡养组织的作用,人体之“溢奇邪,通荣卫”功能亦赖络脉实现;其二,微循环是现代医学脏腑器官的基本功能单位,经络学说中的络脉也是最小的单位,二者都具有血液丰富,血流缓慢的特点。“瘀”的发生与“毒”有着密不可分的关系,两者互为因果,“瘀”则脏器失于濡养,最终导致脏腑器官功能障碍。此时人体正气不足,无法将正邪相争所产生的“毒”及时清除排出体外,正气便将毒邪尽量局限,

收稿日期: 2020-01-25; 修回日期: 2020-04-02

基金项目: 北京市自然科学基金资助项目(7174319)

作者简介: 许海芹(1992-),女,北京中医药大学2017级在读研究生。

通讯作者: 徐光福,教授,E-mail:51580175@qq.com 北京中医药大学东直门医院感染科,100010

避免造成全身更大的损害,影响机体的整体功能。故现代医学的急性炎症损害后所形成的囊肿、瘢痕组织、纤维化等均可归属于此范畴。

2 络病与肝硬化的共同特点

我国乙肝病毒感染是慢性肝病发生发展的最主要因素,流行病学调查显示^[6-9],感染乙肝病毒后95%的病人能产生自身抗体,清除病毒而不产生任何症状,5%的病人会成为携带者,其中约20%发展为慢性乙型肝炎,不足20%的慢乙肝病人会发展成肝硬化。可见人体正气足,乙肝邪毒无可趁之机,正气不足是慢性肝病发生发展的前提条件。现代医学认为自身免疫反应的激活是肝纤维化的主要原因,机体免疫力的自我识别能力下降,导致对自身物质产生攻击,网状内皮系统在保持机体自身稳定方面的作用下降。肝细胞坏死的程度和数量与肝窦内皮失窗孔呈正相关^[9-11],进而造成肝窦毛细血管化。肝细胞因此缺血,造成与肝细胞炎症同样的反应,星状细胞活化,大量纤维组织增生包裹,形成肝纤维化。基于以上研究,肝纤维化的过程可能与中医理论中的阴虚阳亢相关。肝体阴而用阳,湿热邪毒侵袭,耗伤肝血,肝体不足而致肝用亢盛于上,因此慢性肝病前期多以肝经热毒炽盛为主要表现,肝血渐耗而局部毒瘀不去,病至后期而致瘀血阻络。因毒损肝络,造成气虚络闭。故以益气解毒通络为肝硬化治疗法则。

3 益气解毒通络释义

“益气”为广义而言,意为扶正。以健脾益气、温肾益气为主。肝为厥阴而性至刚,病则克伐脾土,故治肝必先实脾,防止传变入里,故应健脾益气,选黄芪为健脾要药。一行为病日久,必然累及母脏而子病及母,木为水之子,湿热久蕴耗竭肝阴,子盗母气,暗伤人体肾水,补肾则补母以强子;肝肾同源,精血互生,温肾水以养肝木。壮火之气散而少火之气生,肝藏血而肾属水,故温肾宜选阳中有阴的温润之剂以少火生气,如杜仲、菟丝子、山萸肉等。不可用辛甘大热之品以免进一步耗伤阴液。

解毒则为清热解毒利湿。《医学入门·脏腑相通篇》载:“肝与大肠相通”。肝脏直接回流富含微生物群及其代谢产物的门脉血液。当肠道炎症导致肠黏膜受损时,肠道菌群会逆行入肝脏而导致其发

生免疫反应,这也是肝硬化发生发展的重要因素。刘华等认为慢性肝病与肠道菌群的失调,相互影响、互为因果。临床上肝硬化病人多见便秘,肝硬化病人保持大便通畅,可减轻肝脏炎症反应。但肝硬化为病日久,多见脉沉,舌红苔白腻或黄腻,乃邪实正虚之候,硝、黄类通腑药则不可用,一则湿热在脏不在腑,通腑难轻在脏之湿热以,二则此时正气亏虚,过用清利则更伤正气。应当以清代泻,清气或清血视病人舌脉而定。

肝藏血,肝脏血络闭塞为肝硬化最终的病理表现,通络是治疗的最终目的。因正虚为本,故多选用活血而不伤血之品,如三七、赤芍等,还应活血通络与益气通络并行,气为血之帅,气行方血行。临床多重用生黄芪以补气通络。黄芪能补虚、固表、益元气、托毒外出,历代医家记载详甚。《医学衷参西录》载:黄芪温而升,性同肝木,补肝效佳。大量研究证明黄芪多糖对阻断肝纤维化具有确切的作用。故临床肝硬化的治疗应重用黄芪补气,尺脉沉弱者,用量可以百克计。董红军通过改变补阳还五汤中黄芪剂量发现,对于脑供血不足病人,黄芪剂量越大,中医症候改善程度越明显,其疗效和黄芪剂量也成正比关系。石歆等研究发现血脂的降低程度与黄芪多糖的浓度呈正相关,浓度达到150mg/L时巨噬细胞的脂质蓄积进程明显缓解,进而改善血脂的代谢。脂类物质的代谢也是肝细胞的重要功能之一,这也侧面论证了黄芪对肝硬化治疗的重要性。

4 验案举例

病人,男,45岁,2018-05~14初诊,主诉:乙肝病史10余年,体检发现肝硬化。现病史:乙肝携带10余年,口服抗病毒药物两年,长期工作压力较大,近期情绪不稳定,易怒,易疲乏,体检发现肝硬化,平素口臭明显,常有右侧胸胁胀痛,便秘,2~3d/次,小便短赤,舌红苔黄腻,脉弦滑。辅助检查:B超示:肝右叶缩小,形态不规则;肝表面不光滑,肝内回声弥漫性增强,肝回声低强不均,呈结节状;门静脉宽度14mm;少量腹水。肝功能:ALT:57.8U/L;AST:62.4U/L;TBIL:48.5umol/L;DBIL:23.2umol/L;TP:68.7g/L;ALB:36.1g/L。血凝:凝血酶原时间17.0s,凝血酶原活动度60%。西医诊断:乙肝后肝硬化(失代偿期);中医诊断:肝积,胁痛;证型:毒损肝络,气虚络闭;治法:益气解毒通络。处方:生黄芪100g、柴胡25g、白芍25g、苦参10g、(下转第287页)

杂志,2019;35(11):2408-2025

- [10]Søren Møller.EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis.[J].J Hepatol,2010;53(3):397-417
- [11]邹金海,李春英,郑国启,等.肝硬化自发性腹膜炎检测腹水 CD64、CD14 的临床价值[J].河北医药,2016;38(8):1226-1228
- [12]杨丽霞,张伦理,赖玲玲,等.腹水中肝素结合蛋白及降钙素原对肝硬化腹水伴自发性细菌性腹膜炎的诊断价值[J].

临床肝胆病杂志,2019;35(6):1266-1269

- [13]华云旗,赵翠云,李敏,等.探讨血清降钙素原和 C 反应蛋白检测对肝硬化腹水并发自发性细菌性腹膜炎的意义[J].中国医师进修杂志,2017;40(11):986-989
- [14]杨仁国,徐开菊,黄仁刚,等.降钙素原下降率在肝硬化伴自发性腹膜炎的治疗及预后评估的意义[J].四川医学,2016;38(8):849-852
- [15]闫丽娜,原芳.降钙素原和淀粉样蛋白 A 在重型肝炎自发性细菌性腹膜炎中的诊断价值[J].安徽医药,2019;23(4):771-774

(上接第 248 页)

土茯苓 30g、半枝莲 30g、垂盆草 30g、三七 15g、知母 10g、黄柏 30g、茜草炭 30g;30 剂,1 剂/d,早晚分服。2018 年 6 月 20 日二诊:药后胸胁痛明显减少,大便 1 次/d,较黏稠。上方加茯苓 30g、生薏苡仁 30g,加强清热利湿,3mo 药后复诊,诉大便次数较前增多,偏稀,便常规无异常,亦无疲乏感,考虑为正气渐胜,邪气退却之排毒过程,前方苦参改为 20g、生黄芪改为 150g,加强益气解毒之力,续服 3mo 后复查: B 超示:肝大小尚可,形态不规则;肝表面不光滑,肝内回声密集、增强、增粗、似条索状,肝右叶 19X16mm 高回声,边界清;门静脉宽度 13mm,腹水(-)。肝功能: TBIL: 25.8umol/L; TP: 73.2g/L;ALB: 39.7 g/L,余正常。血凝结果:凝血酶原时间 15.6s,凝血酶原活动度 71%。病人检查结果好转,续服前方 6mo,复诊诉此次药后精神状态佳,口臭明显好转,长时间工作亦无明显疲乏感,但睡眠较多,舌质淡苔薄白黄,脉寸关弦,两尺沉而空。前方加酒萸肉 30g、生杜仲 30g、川断 30g、淫羊藿 30g 温阳补肾益气,补母益子,滋水以涵木;服药 6mo 后复查: B 超示:肝大小、形态尚可,肝包膜欠光滑,回声增粗,无结节,门静脉 11mm,呈弥漫性肝病表现;肝功能、血凝正常。药后诉无明显不适,前方复取药 6mo 继续治疗。

按:本例病人因乙肝病毒感染,加之情绪因素长期作用而发展为肝硬化,发现前有易怒、疲乏等先兆,是较为常见的毒损肝络、气虚络闭证型。湿热疫毒侵袭,病位最先在肝,因工作压力耗损肝肾精血,为病日久见肝肾亏虚,木不疏土,脾胃运化亦亏。但初诊时,病人正虚之象并不明显,因此时湿热毒邪炽盛,人体此时以抗邪为主,早期在生黄芪益气的基础上,以苦寒药物清热解毒利湿,先去邪实;病人治疗早期,大便次数增多,即为肝脏排毒所

致,治疗 1a 后邪毒渐去,病人病情明显好转,而此时正虚之象则显现,见睡眠较多,脉沉而空,故后期加强温阳益气以扶正祛邪。

参考文献

- [1]郭太品,刘自力古代刺络理论的历史演变[J].中国中医基础医学杂志,2017;23(08):1126-1128
- [2]雷燕.络病理论探微[J].北京中医药大学学报,1998;(02):17-22+71
- [3]段瑞波,刘立新.1992-2016 年我国乙型肝炎病毒携带率变化特点的 Meta 分析[J].中华消化病与影像杂志(电子版),2018;8(03):116-126
- [4]陆雄,刘平,徐光福,等.肝窦毛细血管化在二甲基亚硝胺大鼠肝纤维化门静脉高压形成中的作用[J].中华肝脏病杂志,2003;(10):21-24
- [5]陆雄,刘平,刘成海,等.肝窦内皮细胞损伤在大鼠肝纤维化形成中的作用[J].中华肝脏病杂志,2002;(06):42-45
- [6]赵晨玮,孙启华,张迎超,等.肠道微生物群与慢性肝病[J].胃肠病学和肝病学杂志,2019;28(03):267-271
- [7]刘华,苟小军,曹健美.肠道菌群失调与慢性肝病[J].实用药物与临床,2017;20(09):1098-1101
- [8]黄进,张晨,詹菲,等.黄芪多糖对肝纤维化大鼠 TGF-β1/Smads 信号通路的影响[J].中华中医药杂志,2015;30(06):2184-2186
- [9]周玉平,杨萍,唐春兰,等.黄芪总皂苷调节环状 RNA34116 表达阻止肝纤维化进展[J].温州医科大学学报,2019;49(04):263-266
- [10]董红军.应用不同剂量黄芪的补阳还五汤治疗慢性脑供血不足的疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2016;3(23):4672+4674
- [11]石歆,秦燕.黄芪多糖对巨噬细胞脂质代谢的影响及机制[J].西安交通大学学报(医学版),2019;(04):640-645