

在抗纤维化及对肝纤维化逆转有明显效果。

由于 HBV 本身并无细胞杀伤作用,慢性 HBV 感染是由病毒、肝细胞以及宿主免疫系统相互作用所引起的一种动态状态。慢性乙型肝炎的免疫失调,常为细胞免疫功能低下,体液免疫功能亢进,应做到的是低者提之,亢者抑之。对虚证患者,补气药有提高免疫功能的作用,在提高细胞免疫的同时,也提高了体液免疫,补气过之,会致体液免疫更加亢进,加重免疫功能失调。即气旺则壅,影响肝的疏泄,“气有余便是火”,故益气应有度,以免助热。为避免体液免疫亢进,可予清热药、凉血药,如白花蛇舌草、赤芍、丹皮等。养阴药也可调节过于亢进的体液免疫,特别是合以清热凉血药,疗效尤显。养阴补血宜适量,阴盛生湿,可困阻脾胃,血充助瘀,不利于肝之疏泄,又可佐以淡渗利湿与疏泄之品。

总之,对多数病人的中医药治疗,常贯穿了上述三种治疗方法,不过在不同的阶段,侧重有所不同,当结合兼杂病机,逐一对证,量裁用药。对病人相同与不同的证候及病程阶段,治疗又应个体化,分清主证与兼证,立足于主导证型,兼顾其他临床表现,在辨证的基础上,分别或联合运用清除邪毒、清热利湿、舒肝理气、活血化瘀、养阴软肝、健脾益肾扶正等法。同时,还须把握病性的度与用药的度,丝丝入扣,以起沉痾。需要指出的是,在慢性乙型肝炎病人中,HBeAg 阳性者的治疗已为人们所重视。而对其中的 HBeAg 阴性慢性乙型肝炎患者(其中多数为俗称的“小三阳”)却常常重视不够,此型患者约占慢性乙肝的 20%—30%,且近年有增高趋势。由于 HBeAg 持续阴性,让人掉以轻心和部分医务人员认识有误,未予治疗或治疗不足,或治疗的靶点误差,常常造成贻误。实则该类患者多年龄偏大,病程长,预后不良,向肝纤维化、肝硬化或肝癌演变的比例高,治疗中应答率低,复发率高,无明确的治疗

终点,临床证候不一,肝实质损害的程度更重,就更应该引起我们的关注。

慢性乙型肝炎及抗纤维化的治疗是长期的,当制定疗程计划,通常为数月或以年计,此后根据症状、检验结果,决定下一步方案。病情稳定,各项检验指标正常后,可暂停用药,但须监测追踪。目前普遍认为,在肝纤维化阶段,肝脏的病变是可逆转的。至肝硬化阶段则不可逆转。如何防治肝纤维化,阻断其进展,已成为慢性乙型肝炎治疗中的一项重要课题。而近年来,中医在治疗纤维化上已取得明显的进展和特有的优势。

4 疗效

疗效参照《中药新药治疗病毒性肝炎的临床研究指导原则》^[3]拟定的标准。根据个人临床及近年来多篇临床研究报告^[4],在对慢性乙型肝炎患者 3 个月—9 个月治疗或观察期,单纯中药治疗组基本治愈率 20%—30%,有效率 60%—70%,总有效率约 90%。单纯中药治疗组的基本治愈率比联合应用拉米夫定(或干扰素)低或略低,而总有效率两种治法相当。中药治疗具有毒副作用及不良反应少、经济、应用性广、患者易于接受的优势。

参考文献

- [1] 王吉辉. 加强对肝硬化及其并发症的研究. 中华医学杂志, 2002, 82(17): 1153
- [2] 慕永平, 刘平, 刘莺, 等. 下瘀血汤对进展期大鼠肝纤维化的抑制作用及其方证探讨. 中医杂志, 2006, 47(3): 215—218
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则, 1993. 112—117
- [4] 金涛, 游运舫, 李清秀, 等. 肝康合剂联合干扰素治疗慢性乙型肝炎 54 例. 中医杂志, 2007, 48(3): 220—222

作者简介:高志扬,主任医师,兼任四川省中西医结合肝病专委会委员。

(收稿日期:2007-04-15)

代谢综合征从毒论治病机探析*

吕崇山¹ 杨叔禹² 李学军² 杜建³

1. 厦门大学医学院 福建 厦门(361005); 2. 福建医科大学附属厦门市第一医院 福建 厦门(361001)
3. 福建中医学院 福建 福州(350003)

摘要:毒邪致病贯穿代谢综合征(metabolic syndrome, MS)发病的始终而成为重要的病机,MS 发病的毒邪主要有痰毒、瘀毒和热毒,常形成痰、瘀、热毒相互交结的病理状态。认为机体的慢性低度炎症状态及其诱发的胰岛素抵抗,糖毒性、脂毒性就成了“毒邪”致病的物质基础,从而为临床的从毒论治奠定基础。

*基金项目:该项目系获厦门市卫生局科研计划项目资助,资助序号:WSK0607

关键词:代谢综合征/毒邪;病因病机

代谢综合征 (metabolic syndrome, MS) 又称胰岛素抵抗综合征 (insulin resistance syndrome, IRS), 是一组以肥胖、慢性低度炎症等导致胰岛素抵抗为其共同土壤 (common soil) 的代谢异常聚集状态。其主要成分包括^[1]: 肥胖尤其是腹型肥胖, 糖尿病或糖调节受损、血脂紊乱如高甘油三酯血症和 (或) 低高密度脂蛋白血症及高血压。MS 是心血管病的高危因素, 归属于心血管病的前期疾病。然而现代医学对 MS 的发病机制尚不十分明确, 因此只能分割性地治疗其组分, 如减轻体重、控制血糖血压、调节血脂、抗凝等, 缺乏一个整体性的治疗, 尽管胰岛素抵抗是 MS 较认可的重要病理生理基础之一, 改善胰岛素抵抗能否改善除糖尿病以外的组分如高血压、血脂紊乱? 目前虽有一些苗头, 但尚待评估^[2]。中医学能将 MS 的各组成成分看成一个整体来辨证论治, 充分体现中医学整体观念及“异病同治”的理论, 目前中医对 MS 的病机探讨, 多从气滞、水湿、痰浊、瘀血、燥热、气阴两虚等入手, 脏腑主要涉及肝脾肾。然而笔者从“毒”邪理论出发, 把他们归结为“毒”, 从“毒”论治, 兼调脏腑, 就能驭繁执简, 再结合现代医学的慢性炎症学说, 对 MS 毒邪致病的病机做一探析。

1 中医毒邪致病说

中医学毒的含义不外三种: 其一指病因病机, 即对机体产生毒性作用的各种致病因素; 其二指病症, 如丹毒; 其三指药物毒性, 泛指药性或药物的毒性、偏性和峻烈之性。本文讨论的毒当然指病因之毒, 即毒邪, 病因之毒有外来之毒与内生之毒, MS 的病因之毒当以内生之毒为主, 乃因体质因素如素体肥胖; 情志失调如工作竞争、关系应酬、忧思恼怒、所欲不遂; 饮食不节如过食肥甘厚味 (高蛋白、高脂肪等高热量饮食); 劳逸失当如久坐少动、娱乐无常等日积月累, 导致肾失蒸腾, 津液输布失常, 水湿内聚成痰浊; 肝气郁滞, 气滞血瘀; 脾虚失运, 痰浊内生。脏腑功能失调, 痰浊瘀血气滞久留不去, 蕴结不解, 在体内蓄积成毒或化热成毒, 即正衰积损, 邪积成毒。

2 MS 发病过程常见的毒邪有如下几种

2.1 痰毒: MS 患者长期进食高热量饮食, 嗜食肥甘烟酒, 损伤脾胃, 失于运化, 滋生痰饮湿浊, 日久化热。《丹溪心法》云: “湿土生痰, 痰生热。” “邪气亢极成毒”, 痰浊湿热互结, 日久成痰毒, 临床表现为肢体沉重, 头晕头重如裹, 面部垢腻, 困倦嗜睡, 时常吐痰, 舌苔浊腻, 常伴有腹型肥胖、血脂紊乱等。

2.2 瘀毒: MS 患者长期情志失调如工作竞争、关系应

酬、忧思恼怒、所欲不遂, 导致气滞血瘀, 经络闭阻, 临床表现为头痛, 胸憋闷痛, 面紫唇青, 指端麻痹疼痛, 颜面、肌肤出现瘀斑、紫黯, 舌质紫黯、瘀斑、瘀点, 舌下脉络迂曲, 常伴高血压、血脂紊乱、高血糖等。

2.3 热毒: 素体阳盛, 化生内火, 即所谓“气有余便是火”; 五志过极化火, 七情内伤, 气机郁结, 气郁化火, 如肝郁化火; 痰饮湿浊瘀血内阻, 蓄积化火; 过食肥甘厚味, 偏嗜烟酒, 脾胃运化失司, 积滞生痰化火, 火热之邪蕴蓄不解或火热之邪亢极成毒, 即为热毒, 临床表现为头晕头痛, 面红目赤, 急躁易怒, 不寐, 多食善饥, 口干口苦口臭, 渴欲冷饮, 心悸, 小便黄赤, 大便秘结, 舌质红赤, 苔黄, 脉数, 常伴有糖尿病、高血压等。

3 MS 发病机制的“慢性低度炎症”学说

近年来发现腹型肥胖、高血压和糖脂代谢紊乱等均伴有 C 反应蛋白 (CRP) 水平的明显增高, 且 CRP 随 MS 危险因素个数的增多而表达增加。此外, 在代谢综合征时, 炎症因子如肿瘤坏死因子 (TNF- α), 白介素-6 (IL-6) 的水平也是增高, 这些炎症因子可直接干扰胰岛素的信号通路, 导致胰岛素抵抗和 MS 的各种表现。迄今, 大量的动物模型及人体研究发现, 代谢综合征伴随炎症因子水平的升高, 此类研究涉及的炎症因子包括 CRP、TNF- α 、IL-6、IL-1、IL-18、脂联素、瘦素、抵抗素、纤溶酶原激活物抑制物-1 (PAI-1) 以及细胞间粘附分子 (ICAM)-1 等, 因此 MS 实际上是一种慢性低度炎症状态 (low grade inflammatory state)^[3], 由此提出 MS 发病的炎症学说。但炎症的起源在哪? 一般认为, 营养过剩如饮食中含大量糖、奶油等快餐食品可诱导氧化应激和炎症反应, 导致胰岛素抵抗和 MS。现在欧美及中国逐渐增多的人群喜好进食快餐食品, 缺乏纤维、水果和蔬菜, 又缺乏运动, 是导致肥胖和 MS 剧增的主要原因。研究证实, 摄入大量快餐食品, 可迅速诱导氧化应激和炎症反应, 产生过多的过氧化物, 后者与核内转录激活因子 NF- κ B 结合, 减少抗炎因子 I κ B (Inhibitor of NF κ B) 表达以及激活 AP-1 (activator protein-1) 和 Egr-1 (early growth response-1) 两种炎症前转录因子的表达。AP-1 可以调节基质金属蛋白酶的转录, Egr-1 可以诱导组织因子和 PAI-1 的表达, 从而全面激活炎症反应^[4]。

4 中医毒邪致病论与 MS 发病机制的“慢性低度炎症”学说

MS 发病机制的慢性炎症学说中论述的各种细胞因子如 TNF- α 、IL-6; 脂肪因子如脂联素、瘦素、抵抗素、ICAM-1; 凝血因子如 PAI-1 及 CRP 等炎症介质及其过程均可归属于中医毒邪致病学说的内生之毒范畴。

MS 表现为“糖毒性”、“脂毒性”等糖脂代谢紊乱,血糖、血脂本为人体水谷精气,正常代谢应为“变化而赤是为血”;代谢失常则“清浊相干”,转为痰、瘀、火热等壅滞之气,留滞于血分而成为毒邪,毒邪致病贯穿 MS 发病的始终。

中医认为津血同源源于水谷精气,毒邪侵犯机体,导致脏腑尤其是肝脾肾功能失调,津液输布失常,津液凝聚成痰浊,或因毒邪煎熬津液,炼液成痰。毒壅气机,血脉凝涩;热毒损害脏腑,血液运行障碍成瘀;毒邪煎熬血液成瘀,即毒能生痰、生瘀,同时痰瘀蕴结不解,久郁化毒,形成痰、瘀、热毒相互交结的病理状态,毒邪内蕴而使机体处于慢性中毒状态,增加 MS 的慢性迁延性、疑难性和急骤性。而机体的慢性低度炎症状态及其诱发的胰岛素抵抗,糖毒性、脂毒性就成了“毒邪”致病的物质基础。从而为清热解毒法、排毒泄热法及调补解毒法包括疏肝理气、利湿化痰、活血祛瘀及调补脾

肾、升清降浊等治疗 MS 提供理论依据。

最近的临床报道证实了清热解毒、排毒泄热中药如黄连、黄芩、知母、大黄能改善胰岛素抵抗、纠正 TNF- α 过量释放及对高血压、血脂紊乱、糖尿病及腹型肥胖均有明显治疗作用^[5]。

参考文献

[1] http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf
 [2] 李光伟. 对胰岛素抵抗与高血压关联研究的思考. 中华内科杂志, 2005, 44(3): 163—164
 [3] Ridker PM, Buring TE, Cook NR, et al. C-reactive protein: the metabolism syndrome, and risk of incident cardiovascular events: an 8-year follow-up 14719 initially healthy American woman. Circulation 2003, 107(3): 391—397
 [4] 纪宝华. 代谢综合征发病机制研究进展. 见 <http://www.cmt.com.cn/article/050901/a0509012701.htm>
 [5] 陆付耳, 王智明, 郭爱群. 糖尿病从“毒”论治探讨. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(5): 15—16

(收稿日期: 2007 - 06 - 05)

浅谈带状疱疹的辨证施治

陈寅琴 山西省吕梁市卫生学校(033000) 刘月珍 任月香 山西省吕梁市人民医院(033000)

摘要:目的:探讨中医对带状疱疹进行辨证施治的实践经验;方法:使用中医基础理论进行辨证分治;结果:经临床病例辨证分治而获取疗效;结论:带状疱疹的辨证施治疗效甚好。

关键词:带状疱疹/辨证论治

中医把带状疱疹叫为“缠腰火丹”、“缠腰龙”,现代医学认为带状疱疹是由水痘——带状疱疹病毒引起的累及神经和皮肤的皮肤病,以身体一侧成群水疱、灼热、疼痛为特征,严重时可侵害眼睛部位,我们从 2004 年 2 月至 2007 年 2 月应用中医药对本病行辨证施治 50 例收到良好效果,现就病例总结如下。

1 临床资料

在所选的 50 例病例中,男性 26 例,女性 24 例,年龄最小 18 岁,最大 68 岁,病程最短 4 天,最长 6 个月,平均 1.7 个月;皮损位于头面 7 例,腰背部 20 例,四肢 23 例。肝火症 23 例,湿热症 15 例,气滞血瘀症 12 例。伴随胃炎和消化性溃疡者 19 例,伴随高血压、高血脂者 19 例,伴随慢性支气管炎、肺源性心脏病者 19 例。

2 辨证施治

肝火症:皮肤疱疹多见于头面、腰背,疱疹焮红,灼热刺痛,通如锥扎火燎,夜卧不安,伴有口苦、纳呆、大便干结、小便红赤、舌红苔黄腻,脉滑数。治宜清肝火,利湿热。用:龙胆 15g,盐炒黄柏 15g,生黄芩 15g,茵陈 15g,土茯苓 15g,板蓝根 15g,陈皮 15g,延胡索 15g,滑

石 15g(另包),生地 15g,当归 15g,甘草 15g。加减:如果疱疹多见于眼睛部位加菊花 15g(后下),蝉衣 15g,痛剧加延胡索 15g,便干加大黄 15g(后下)。

湿热症:皮肤疱疹多见于腰腹部,水疱疹焮红,灼热刺痛,灼热如火燎,水疱易破裂、糜烂,流津溢出,伴有口苦、纳呆、大便干结、小便红赤,舌红苔黄腻,脉滑数。治宜健脾利湿清热。用陈皮 15g,白术 15g,苍术 15g,黄芩 15g,茵陈 15g,土茯苓 15g,黄柏 15g,滑石 15g,当归 15g,延胡索 15g,生薏仁 15g,内金 15g,砂仁 10g,甘草 15g。加减:如果疱疹多见于眼睛部位加菊花 15g(后下),蝉衣 15g,痛剧加延胡索 15g,便干加大黄 15g(后下)。

气滞血瘀症:发病后期,水泡干燥结痂,灼热刺痛加剧,疱疹消退但是刺痛仍剧烈,伴有头脑晕昏,四肢无力,舌黯,苔薄,脉滑数无力。治宜益气养阴,活血止痛。黄芪 15g,党参 15g,陈皮 15g,白术 15g,黄芩 15g,黄柏 15g,茯苓 15g,桃仁 15g,嫩益母草 15g,当归 15g,延胡索 15g,银花 15g,牛膝 15g,赤芍 15g,甘草 6g。