

編號：CCMP88-IP-3

行政院衛生署中醫藥委員會八十八年度
委託研究計畫成果報告

中醫典籍計畫-急慢性肝炎

計劃主持人：高尚德

協同主持人：張賢哲

研究人員：賴慧真、張宏州、黃國欽、吳宜璋、
陳祈宏、謝長奇。

目錄

目錄.....	I
摘要.....	1
壹、前言.....	3
貳、材料與方法.....	4
參、結果.....	5
古典醫籍整理.....	5
一、資料電腦化輸入.....	5
二、資料搜尋.....	5
肆、討論.....	6
伍、分析.....	7
(壹) 肝炎之歷史沿革.....	7
一、前言.....	7
二、肝炎之發現與進展.....	8
三、流行病學之研究.....	8
(一) 病毒性A型肝炎—流行病學資料.....	8
(二) 病毒性B型肝炎—流行病學資料.....	11
(三) 病毒性C型肝炎—流行病學資料.....	15
(四) 病毒性D型肝炎—流行病學資料.....	18
(五) 病毒性E型肝炎—流行病學資料.....	19
四、中國醫學對於肝炎相關的認識與文獻.....	20
第一節 肝炎中醫防治體系的初步形成(戰國~秦漢).....	20
第二節 肝炎中醫防治方法的不斷充實(晉唐~明清).....	23
(貳) 急慢性肝炎之病因病機.....	29
一、急慢性肝炎的西醫病因病機.....	29
(一) 病毒性肝炎.....	29
(二) 酒精性肝炎.....	31
(三) 毒物及藥物性肝炎.....	32
二、急慢性肝炎的中醫病因病機.....	33
(一) 風寒.....	33
(二) 濕熱.....	34

(三) 疫毒.....	36
(四) 情志.....	37
(五) 飲食.....	38
(六) 飲酒.....	38
(七) 藥物.....	38
(八) 勞倦.....	39
(九) 蟲蠱.....	39
(十) 痰飲.....	40
(十一) 瘀血.....	40
三、病機變化.....	41
(一) 疏泄失常.....	41
(二) 肝病傳脾.....	42
(三) 虛實夾雜.....	42
(四) 痰瘀交阻.....	43
(五) 易致壞證.....	43
(參) 急慢性肝炎之診斷.....	44
一、急性肝炎之診斷.....	44
(一) 診斷要點.....	44
(二) 鑑別診斷.....	45
(三) 西醫診斷.....	46
二、慢性肝炎之診斷.....	49
(一) 診斷要點.....	49
(二) 鑑別診斷.....	50
(三) 西醫診斷.....	52
三、急慢性肝炎之中西醫診斷.....	53
(一) 中醫辨證要領.....	53
(二) 病理變化及臨床表癥.....	54
(三) 現代醫學的鑑別診斷.....	56
(肆) 急慢性肝炎之症狀與治療.....	63
一、肝炎中醫之症狀與治療.....	63
(一) 濕熱證：.....	64
(二) 寒濕證：.....	66
(三) 熱毒證：.....	66

(四) 痰濕證：	67
(五) 肝鬱脾虛證：	68
(六) 肝胃不和證：	69
(七) 肝鬱血瘀證：	69
(八) 肝腎陰虛證：	70
(九) 膽熱鬱積證：	71
二、西方醫學之症狀與治療：	72
(一) 慢性B型肝炎治療的目標：	72
(二) 治療慢性B型肝炎的西藥：	73
(三) 結語：	80
三、肝病用藥之研究	81
(一) 改善和恢復肝臟功能的中藥：	81
(二) 抗B肝病毒的中藥	83
(三) 抗肝纖維化的中藥：	84
(四) 調節免疫功能的中藥：	85
(五) 抗脂肪肝的中藥：	87
(六) 臨床應用要點	87
四、清除肝炎病毒之方法與用藥	89
(一) 關於辨證施治	89
(二) 關於辨病治療	90
(三) 關於療效的判斷	90
(伍) 現代治療肝病重要醫家論治肝病治驗述要	90
一、馬光亞	90
二、關幼波	103
三、姜春華	108
四、王玉潤	113
五、夏德馨	116
六、朱良春	119
七、陳繼明	124
八、鄒良材	131
九、張琪	137
陸、參考文獻	142

中醫典籍計畫-急慢性肝炎

高尚德

中國醫藥學院 學士後中醫學系

摘 要

中醫古典醫籍文獻，為古代醫學家遺留下來之醫學知識寶庫，蘊藏歷代豐富醫學知識與治療經驗，但中醫典籍文獻文詞艱澀，又無標點，不易了解其涵意，為幫助現代人閱讀中醫古典醫籍文獻，及方便文獻檢索，若能配合現代科技將其電腦化，則對閱讀及研究古典醫籍有莫大助益，故將中醫典籍文獻電腦化，透過電腦資訊，大量儲存文獻資料，並提供檢索系統，以供臨床、教學與研究應用，是急需要進行之工作。

本研究以急慢性肝炎重要醫籍文獻為主，其各種基本論點和治療方法，主要散見於歷代中醫文獻中的“黃疸”、“脅痛”、“臌脹”等病証中。為了繼承前人經驗，拓寬臨証辨治思路，本研究以歷代中醫典籍，擷取各書急慢性肝炎之精華，除其繁雜，依病因病機、症狀、診斷、治療、食療、保健等六項目歸納，分析整理，建立中醫藥防治肝炎的獨特醫療文獻資料。選擇之典籍包括丹溪心法、丹溪先生治法心要、金匱翼、肘後備急方、千金方、黃蟬門、醫學正傳、嚴氏濟生方、醫門法律、石室祕錄、蘭室祕藏、儒門事親、雜病源流犀燭、醫學入門、明醫指掌、醫宗必讀、醫學心悟、赤水玄珠、千金要方、金匱要略、華氏中藏經、諸病源候論、脈因證治、景岳全書、古今醫鑑、論治匯補、活人書、傷寒明理論、河間六書、衛生寶鑑、沈氏尊生書、臨症指南醫案、醫宗金鑑、備急千金方、壽世保元、類證治裁、醫述、雜病廣要、醫方考、增詳柳選四家醫案、四明心法、聖濟總錄、張氏醫通、論治要訣、仁齋直指方、醫貫、醫徹、血證論、石室秘藏、靜香樓醫案、華陀神方、外台秘要、醫碁、三因極一病症方論、直指方、素問玄機原病式、活法機要、古今醫統大全、證治要訣等書整理出肝炎部份，並加上衛生署中醫藥委員會已建立好之典籍包括黃帝內經、難經、傷寒論、千金翼方、太平惠民和劑局方等，將全書加上標點，分明段落，逐字輸入電腦，經建立起資料庫系統並於網際網路中進行搜尋測試，進而完成高效率、易學易操作中醫典籍電腦資訊化之工作，本計畫配合完成中醫藥典籍急慢性資訊網，及網址之操作使用介紹，進而完成急慢性肝炎典籍資料庫整理之計畫。同時亦搜集整理現代出版有關急慢性肝炎之書籍、期刊資料加以闡釋，編輯成一重要中醫急慢性肝炎資料庫。

關鍵詞：古籍今用、電腦資訊化、中醫藥典籍急慢性肝炎資訊網、急慢性肝炎典籍文獻

壹、前言

急慢性肝炎為臨床常見疾病之一，隨著疾病譜的改變和診斷方法的提高，肝炎的類型有逐年增加的趨勢，僅就感染 B 型肝炎病毒的人數而言，台灣成年人帶原率達 15-20%，約有 300 萬人左右，而台灣有 12.5% 輸血者發生急性肝炎，其中 60% 轉變為慢性，而變為慢性的患者中 85% C 型肝炎抗體呈陽性，肝硬化、肝癌是病毒性肝炎最常見又嚴重的併發症，常年列為台灣地區十大死因之一，造成國家社會家庭重大的負擔，因而如何進一步提高肝炎的臨床療效，預防肝炎的發生與傳播，保障人類的身體健康，是醫學界面臨的重要課題之一，中醫與西醫是二種不同的醫療理論系統，它們是在不同的歷史條件下形成和發展起來的。古代中醫醫籍中並無肝炎之病名，肝炎可歸類於中醫黃疸、脅痛、臌脹等範疇。

中醫學在長期的醫療中對肝炎的預防和治療累積了豐富的經驗，大量的臨床治療經驗和研究結果表明，中醫學對於肝炎防治方法豐富多采，臨床療效切實可靠，許多行之有效的防治方法至今仍有效地應用於中醫臨床。因此系統地整理總結歷代醫籍中中醫藥防治肝炎的研究成果，認真探索中醫藥防治肝炎的基本規律，完成中醫藥防治肝炎的獨特醫學體系，對肝炎的防治是必要的工作。

本研究擬運用衛生署中醫藥委員會已建檔之中醫典籍電腦檔案為歷代重要中醫典籍具體範圍，由古而今搜集歷代中醫典籍有關急慢性肝炎相關資料，依病因、症狀、診斷、治療、食療、保健等六項目歸納整理，並參考近代相關文獻、分析說明，建立肝炎之中醫典籍檢索資料庫。

貳、材料與方法

1. 建立關鍵字詞：依急慢性肝炎之現代醫學定義，對照中醫臨床理論與病名、症狀，建立相關的關鍵字詞。
2. 就所建立之關鍵字詞，應用電腦搜尋功能依年代找出相關資料與內容。
3. 就所得之資料，依病因、症狀、診斷、治療、食療、保健等項目歸納整理。
4. 參考近代中西醫學有關急慢性肝炎之文獻，加以分析討論、說明、比較。
5. 彙整分析之資料，依設計之格式進行電腦資訊化整理，建立檢索系統。
6. 編寫急慢性肝炎典籍資訊系統規定格式編排檔案，並建立資料庫及查詢程序。
7. 難字、少用字、古字，使用新內碼造字。
8. 校對輸入電腦資料。
9. 檢索系統建立，以書名、作者、病名、方名、關鍵字來找尋資料。
10. 建立中醫藥典籍，急慢性肝炎資訊網。

參、結果

古典醫籍整理

一、資料電腦化輸入

1. 資料電腦輸入軟體之安裝

- a. 解壓縮安裝檔案：disk1.zip, disk2.zip, disk3.zip (image1.bmp)。
- b. 執行 setup.exe (image2.bmp)。
- c. 依步驟循序執行安裝程式。
- d. 產生疾病資料庫之視窗 (image3.bmp)。
- e. 執行“疾病資料庫”。
- f. 分別進入書籍資料、藥方資料、疾病資料之選項輸入資料 (image4.bmp, image5.bmp, image6.bmp)。

2. 書籍資料、藥方資料、疾病資料之輸入：

- a. 新增資料：新增一筆資料，之後按“確認”以完成輸入。
- b. 修改資料：修改資料後按“確認”以修改資料。
- c. 刪除資料：確定資料刪除。

3. 本計畫利用輸入界面將中醫藥典籍輸入共 27 本典籍，985 筆資料庫檔案，1546 筆方劑資料。

二、資料搜尋

1. 使用網路瀏覽器進入網站首頁：

<http://apple.cmc.edu.tw/~icp/ccmp/index.htm>

建議電腦螢幕使用 800x600 dpi 之解析度 (image7.bmp)

2. 按右方之“進入搜尋”按鈕以進入搜尋網頁：(image8.bmp)
3. 依“肝病典籍資訊搜查方法”搜尋所要找尋之資料。

肆、討論

為迎接網路搜尋 (WEB SEARCHING) 的時代來臨，本系統改善搜尋的方式，利用網際網路的搜尋方式建立本系統。本系統經由各研究人員於每週開一次專題研討會並確立以病名為分類急慢性肝炎之分類依據，務求使得本搜尋介面能更確實的提供專業的中醫藥研究人員作進一步之研究之用。

其分類依據如下：

- 一、脅痛（計672筆）
- 二、黃疸、疸（計280筆）
- 三、胃痛（計22筆）
- 四、吞吐酸（計55筆）
- 五、嘈雜（計36筆）
- 六、嘔心反胃（計3筆）
- 七、鼓脹（計141筆）
- 八、嘔吐（計259筆）
- 九、發黃（計 73 筆）
- 十、痞（計 91 筆）
- 十一、噯氣（計 3 筆）
- 十二、呃逆（計 26 筆）
- 十三、蠱脹（計 8 筆）
- 十四、腹脹（計 121 筆）
- 十五、水癥（計 35 筆）
- 十六、鬱病（計 38 筆）
- 十七、天行厲疫（計 3 筆）

本計畫在執行之初利用輸入法將中醫藥典籍利用資料輸入介面之軟體輸入共27本典籍，985筆資料庫檔案，1866筆方劑資料。

在電腦資訊進步如此迅速的今日利用一個封閉系統與過時文書處理軟體建立起來的資料常會發生一些缺點：資料難以流通、推廣；不同系統之間無法互相利用資料（如 MacOS），在今日全球網際網路不斷發達的今日將資料普及化是勢在必行的。

本資料系統應該在利用已有的數位文字資訊加以製作網路搜尋界面、並希望能進一步作到光碟資料搜尋系統並廣泛的在 WindowsOS 與 MacOS 兩大個人電腦系統中下功夫，將電腦資料以網路搜尋的規格編排，進一步推廣到全球資訊網上，才能使本計畫的附加價值更上一層樓。

伍、分析

（壹）肝炎之歷史沿革

一、前言

肝炎，是肝臟細胞受到發炎細胞的浸潤，而損傷肝細胞的一種疾病。導致肝炎的發生有幾種不同的原因，包括酒精、藥物、毒性物質、病毒、寄生蟲、自體免疫問題或新陳代謝疾病造成。其中又以病毒性肝炎尤為重要，它是一個遍及全球的傳染病，在臺灣地區更是慢性病毒性肝炎的盛行區，其中 80%歸因於 B 型肝炎病毒 (hepatitis B virus, HBV) 感染，其餘則大多和 C 型肝炎病毒 (hepatitis C virus, HCV) 有關。由於肝炎病毒的感染，常導致急、慢性肝炎的發作，並因此進入肝硬化、肝癌的三部曲。根據衛生署公佈民國八十七年我國國民死亡因素中，癌症仍舊居於首位，肝炎、肝硬化排名第六名，而癌症死因中肝癌已從去年的第二名，超越肺癌而居於首位，對國人生命威脅相當的大，雖然自從 1984 年實施全國疫苗接種十年之後，全面性疫苗接種已經被證實對 B 型肝炎高度流行區域控制感染的成功方法，並且也可以使孩童因肝細胞癌而造成的死亡率降低，但是對於已患有肝炎或是帶原者的治療，尚無有效的方式，因此我們將把以下討論的章節重點擺放在病毒性肝炎的介紹。

二、肝炎之發現與進展

西方醫學對肝炎的認識及發展，早在公元前 5 世紀在巴比倫就發現有流行性黃疸。而在第八世紀時，就已經有人提出病毒性肝炎具有傳染特性的看法。到了十七至十九世紀的戰爭時期，有紀錄顯示在軍中及民間爆發傳染性肝炎（就是現在的 A 型肝炎）。接著 Lurman 報告，在 1883 年當碼頭工人接種疫苗之後接著爆發了肝炎（即經由血液傳染的肝炎）。另外，二次大戰期間，在接種麻疹和黃熱病疫苗後，爆發一連串的肝炎事件。

到了 1946 年通過人工感染實驗，Mac Callum 將病毒性肝炎歸納為兩類型：第一類型 A 型肝炎（傳染性肝炎），第二類型 B 型肝炎（血清型肝炎）。

1965 年 Blumberg 在澳洲原住民中發現澳大利亞抗原（B 型肝炎表面抗原 HBsAg），並明確了它與肝炎有關。1970 年 Dane 發現完整的 B 型肝炎病毒顆粒（Dane particle）。1972 年，Magnius 發現 B 型肝炎的 e-抗原（HBeAg）。1973 年，Feinstone 和 Purcell 確認 A 型肝炎病毒，從而明確了至少有兩類病毒感染人類，稱為 A 型病毒性肝炎及 B 型病毒性肝炎。1974 年，有人推測人類病毒性肝炎存在著第三種病原體。1977 年，Rizzetto 發現 delta 抗原（D 型肝炎病毒 HDV）。1978 年，Trepo 發現了非 A 非 B 型病毒顆粒，並使非 A 非 B 型病毒性肝炎被承認。1983 年，Balayan 由檢體證實 E 型肝炎病毒（HEV）的存在，這些檢體的來源是 1955-1956 年間印度德里地區發生經由水源傳染的肝炎大流行時所留存下來的。1988 年，Chiron 研究小組將 C 型肝炎病毒（HCV）選殖並確認出來。

1995 及 1996 年，Abbott 研究小組和 Genelab 研究小組分別報告發現了 GBV-C 及 G 型肝炎病毒（HGV）。這兩種病毒經過證實是同一種病毒。

三、流行病學之研究

（一）病毒性 A 型肝炎—流行病學資料

1. 致病因子 (Infectious agent)

A 型肝炎病毒 (HAV)--27nm 大小，無外衣的核糖核酸 (RNA) 病毒。

2. 傳染方式 (Mode of transmission)

糞口途徑的傳染。於發病前一至二週可於糞便中檢出大量病毒，在AST、ALT上升或臨床症狀出現後，迅速減少而消失。共同感染源的爆發流行通常與受污染的水、受傳染的病人污染食物有關。雖然非常罕見，但亦曾有報告指出，輸入潛伏期患者之血液亦可引起感染。

3. 潛伏期 (Incubation Period)

15 至 50 天，平均為 28—30 天。

4. 臨床表現 (Clinical appearance)

發病情況通常為突然出現發燒，全身倦怠不適，食慾不振，嘔吐及腹部不舒服，數天之後發生黃疸，通常臨床症狀的嚴重度會隨年齡增加而增加。恢復期有時會拖延，但會完全康復不留後遺症或復發。許多感染並不出現臨床症狀，或者症狀輕微且沒有黃疸，僅能靠肝功能等生化學或血清檢驗測出，兒童時期感染尤其多不出現臨床症狀或症狀輕微。A 型肝炎的死亡率低（約千分之一）；通常死亡情形多半為猛暴型肝炎且發生於老年患者。

5. 發生情形 (Occurrence)

全球性疾病，散發個案或週期性的爆發流行。在開發中國家，成年人多半具有免疫力，因此很少爆發流行；然而，因世界上許多地區環境衛生狀況逐漸改進，因此很多年輕人並未感染過A型肝炎病毒，爆發流行機會增加。在已開發國家，A型肝炎感染多發生在托兒所、家裡，與急性期患者發生性接觸，靜脈注射毒癮者及曾到A型肝炎流行地區的旅行者。在環境衛生差的地方，A型肝炎感染頻繁，而且多發生於年齡層較低的人。

台灣曾經是 A 型肝炎的高度流行地區。一九八〇年左右之研究顯示，至國小畢業時約已有 43%~83%的人感染過 A 型肝炎，一九八六年研究則顯示僅約 13%群體感染過。因此，在台灣將來仍有機會發生 A 型肝炎之大流行。山地鄉因環境衛生及個人衛生習慣不良容易發生流行。良好的環境衛生及個人衛生習慣已經被證實可以改善並根除 A 型肝炎的感染。

6. 可傳染期 (Period of Communicability)

感染力最強的時間在潛伏期的後半期，持續到出現黃疸之後幾天；無黃疸現象之病人，則為 AST、ALT 上升至最高峰時。大多數的病患在出現黃疸症狀後一星期即可不具感染力。

7. 感受性及抵抗力 (Susceptibility and resistance)

由於嬰兒及學齡前兒童感染之黃疸發生率低，顯示輕微的傳染及無黃疸感染很普遍。感染後產生之抗體或可延續終生，因而終生有抵抗力。

8. 診斷 (Diagnosis)

診斷依據靠急性期或甫感染患者之血清 IgM A 型肝炎抗體 (anti-HAV IgM) 檢驗；感染後二至四週內，通常在臨床症狀出現前會在血清中檢測出 anti-HAV IgM，並持續至四至六個月。病毒及其抗體可藉由 EIA 或 RIA 的方法測得，如果在沒有實驗室檢驗設備配合的情況下，經由流行病學資料亦可做為診斷的參考依據，但在 E 型肝炎流行地區，就無法藉由流行病學資料分辨究竟是 A 型肝炎或 E 型肝炎感染。

9. 傳染窩 (Reservoir)

人類，及極少數黑猩猩，極少數的某些特定靈長類。

10. 預防 (Prevention)

過去有一段很長的時間使用人類免疫球蛋白來預防 HAV 感染。但由於其所含的抗 HAV 的抗體不高，且效期不長，又可能會含有迄今尚未能完全過濾的病毒存在，這些在使用前都宜審慎加以衡量，最近出現了兩類的 HAV 疫苗。

(1) HAV 減毒活性疫苗

目前是使用皮下注射，但尚待進一步的研發，以求更有效、更安全。

(2) HAV 非活性化疫苗

目前建議使用於兩足歲以上的幼童。以施用兩次為宜。

如果體內沒有抗 HAV 抗體，而必須前往 HAV 流行地區者。建議至少出發日兩週之前要接受 HAV 疫苗。衛生工作人員、食品操作員、托嬰、托幼

所工作人員、藥癮者、同性戀者最好都接種 HAV 疫苗，當然最好的預防之道便是養成經常洗手的個人衛生習慣，中央及地方衛生主管機關對於疫情隨時加以掌握，設法及時撲滅流行是最好的預防之道。

(二) 病毒性 B 型肝炎—流行病學資料

1. 致病因子 (Infectious agent)

B 型肝炎病毒 (HBV)，42nm 大之雙股去氧核糖核酸 (DNA) 病毒；由 27nm 大小之核心 (HBcAg)，外包以一層脂蛋白外套，此外套包含 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)。以免疫反應來分，B 型肝炎病毒可分為幾種不同的次型，它們間有共同的決定因素「a」和兩對次決定因素「d」或「y」，及「r」或「w」，因此 B 型肝炎病毒，可分為四種次型，即 adr、adw、ayr、ayw。B 型肝炎病毒的次型與地理分佈有關，例如，中國人所感染的 B 型肝炎病毒多半是 ad 型，而 ay 型則約在 5% 左右；南方人主要是 adw 型，北方人則有不少是 adr 型，台灣地區，則以 adw 為主。對某種次型的保護力也可抵禦其他次型的 B 型肝炎病毒。另一與 B 型肝炎有關的抗原 e 抗原 (HBeAg) 是一種可溶解的蛋白質，是 B 型肝炎病毒核心新陳代謝的次成分。

在 B 型肝炎病毒內尚存有 DNA polymerase，在細胞內以反轉錄複製表現。一般以 B 型肝炎表面抗體 (Anti-HBsAg)、核心抗體 (Anti-HBc) 及 e 抗體 (Anti-HBe) 來分別表示對應於表面抗原 (HBsAg)、核心抗原 (HBcAg) 及 e 抗原 (HBeAg) 之抗體。血清內 e 抗原的存在表示病患具有高傳染力；因此相對的，血清內出現 e 抗體表示感染力較低；若母親在生產時為 e 抗原陽性 (即血清中可檢測出 e 抗原)，則其新生兒約為 95% 會感染 B 型肝炎且其中 85% 亦成為帶原者。

2. 傳染方式 (Mode of transmission)

B 型肝炎表面抗原可在體液及分泌液內被發見，但只有血液、唾液、精液及陰道分泌物顯示具感染性。當有 e 抗原或病毒 DNA 存在時，表示體內病毒濃度高具有高傳染力，經由受污染注射器，週產期感染及性行為皆有可

能感染 B 型肝炎，輸入未經檢驗之血液及其製劑亦有可能感染。在東南亞國家及遠東區，新生兒週產期感染是重要傳染途徑，尤其是經由 B 型肝炎表面抗原及 e 抗原兩項檢驗皆陽性之母親於生產前後傳染給新生兒所致。另外，家庭接觸感染共用刮鬍刀、牙刷亦有可能感染 B 型肝炎。

3. 潛伏期 (Incubation period)

通常為 45~180 天，平均潛伏期為 60~90 天，潛伏期長短與感染的病毒量，傳染途徑及宿主本身因素有關。

4. 臨床表現 (Clinical appearance)

發病通常是隱伏的，伴隨著厭食，隱約的腹部不適、噁心、嘔吐；有時會有關節痛和出疹，通常隨後會發生黃疸。可能沒有發燒或只是輕微發燒。疾病的嚴重度可從僅能靠血清檢驗才能測出之無症狀感染，到會引發致命情況的猛暴性肝炎。B 型肝炎住院病患之致死率為 1%，40 歲以上年齡層之致死率稍高些。在北美地區，成人持續性的無症狀 B 型肝炎帶原率約為 0.2~0.9%；在台灣地區帶原率則達 15~20%；幼兒早期感染約有 70~90% 成為帶原者。80% 之肝細胞癌與 B 型肝炎病毒感染有關，這些極可能在成人時引起慢性肝炎、肝硬化或是原發性肝細胞癌。

慢性 B 型肝炎的成因是因宿主對 B 型肝炎病毒的細胞免疫機能不佳所致，一般而言，毒殺性 T 淋巴球 (cytotoxic T lymphocyte) 可被 B 型肝炎病毒感染之肝細胞破壞，而造成肝細胞壞死，但若人體之細胞免疫機能不佳，便無法將 B 型肝炎病毒完全清除，而造成慢性肝炎。細胞免疫機能不佳的機制有：

- (1) 抑制性 T 淋巴球 (suppressor T lymphocyte) 的功能增強。
- (2) 毒殺性 T 淋巴球的缺損。
- (3) 作用在細胞膜上的阻滯性抗體 (blocking antibody)。
- (4) B 型肝炎病毒抗原/HLA 抗原無法呈現在肝細胞膜上。

e 抗原陽性的母親所生的嬰孩，因免疫系統不成熟，有 95% 機會成為 B

型肝炎帶原者，而成人時期感染 B 型肝炎，通常可將病毒完全清除，僅有 3%至 5%機會成爲 B 型肝炎帶原者。

慢性 B 型肝炎的自然病史可分 3 個階段：

- (1) 免疫容忍期 (immune tolerance)：B 型肝炎病毒在肝細胞中大量複製，血清 e 抗原陽性，HBV DNA 濃度頗高；肝細胞損傷頗輕，血清 AST、ALT 值正常；肝組織切片顯示輕微的慢性發炎。
- (2) 免疫廓清期 (immune clearance)：免疫反應增強，毒殺性 T 淋巴球攻擊被 B 型肝炎病毒感染的肝細胞，常伴有肝炎的急性發作和 e 抗原的血清轉換 (e seroconversion)，HBV DNA 濃度下降；肝組織切片顯示慢性活動性肝炎或慢性小葉性肝炎。
- (3) 潛伏期 (latent phase)：血清 AST、ALT 值正常，e 抗原陰性，e 抗體陽性，HBV DNA 嵌鑲於肝細胞 DNA 內以 integrated DNA 形式存在；肝組織切片可顯示輕微變化或不活動性肝炎、肝硬化或肝癌，端視廓清期長短而定。

5. 發生情形 (Occurrence)

此爲全球性疾病；在亞非地區，嬰兒及兒童期之感染非常普遍，在北美洲及歐洲，感染通常發生在青年時期後。台灣爲 B 型肝炎的高度流行區域，因爲孕婦約 7.8%是 e 抗原陽性者，因此新生兒中每年會有 6~8%左右之帶原者。接下繼續發生家庭內及後來家庭外之水平感染，因此 40 歲以上的人約有 80%以上已感染。受感染者中變成慢性感染者，即 HBsAg 陽性者(帶原者)，40 歲以下者約佔 18%，40 歲以上者約佔 12%。

在美國，成年人之表面抗體 (Anti-HBsAg)陽性率爲 5%，表面抗原陽性率爲 0.2~0.9%。在已開發國家，B 型肝炎病毒感染之高危險群體包括靜脈注射毒癮者、性伴侶多之異性戀者、同性戀者及需經常接觸血液、體液之醫療檢驗人員。

全世界約有 3 億 5 千萬個 B 型肝炎帶原者，其中 6 千萬人最終可能死於肝癌，而 4 千 5 百萬人最終可能死於肝硬化。據估計每年約有 1 百萬人死於

慢性 B 型肝炎及其併發症。在台灣肝硬化與慢性肝炎為十大死因之第 6 位，肝癌為男性癌症死因之第 1 位。女性之第 3 位，對國人健康的威脅相當的大。

6. 可傳染期 (Period of communicability)

從出現第一個臨床症狀前數週到整個急性期，及慢性帶原期皆具傳染性，無症狀感染亦可引起慢性帶原，尤其慢性帶原者通常是發生在嬰兒期之感染。慢性帶原者的傳染力亦有差別，e 抗原陽性帶原者傳染性強，而 e 抗體陽性帶原者則甚少以自然途徑感染他人；e 抗原陽性者有可能轉變為 e 抗體陽性，e 抗體陽性者則不太可能反轉為 e 抗原陽性。

7. 感受性及抵抗力 (Susceptibility and resistance)

感受性為一般性的，通常症狀輕微，兒童感染常不發生黃疸，而嬰兒感染常無症狀出現，感染後若 B 型肝炎表面抗原消失且表面抗體出現，則表示此人已有保護性抵抗力。若表面抗原持續存在六個月則可認為已成為慢性感染，可稱為帶原者。

8. 診斷 (Diagnosis)

診斷通常依賴 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 確定。B 型肝炎表面抗原於臨床症狀發生前的數週即可於血清檢驗出，並可持續存在至臨床症狀出現後數天，甚至數個月；對於慢性肝炎患者，B 型肝炎表面抗原則持續存在，B 型肝炎核心 (Core) 抗體 (Anti-HBcAg) 則於發病之時出現，並可持續長久。IgM Anti-HBcAg 則於急性感染期測出高濃度，通常在六個月內會消失，這個檢驗可有效檢測出急性 B 型肝炎病毒感染。

9. 傳染窩 (Reservoir)

人類、黑猩猩具有感受性 (Susceptible)，但在自然界中之動物宿主則尚未確定。

10. 預防 (Prevention)

台灣從 1985 年七月起，對所有新生兒實施全國性的 B 型肝炎疫苗接種（在 1984 年，只對母親呈現 B 型肝炎表面抗原陽性反應的新生兒才接種）。

自從 1984 年實施全國疫苗接種十年之後，全面性疫苗接種已經被證實對 B 型肝炎高度流行區域控制感染的成功方法，並且也可以使孩童因肝細胞癌而造成的死亡率降低。總共有 1515 個 12 歲以下的孩童參加這項研究。就大體而言，血清中 B 型肝炎表面抗原的盛行率從 1984 年的 9.8% 明顯降低至 1994 年的 1.3%，相對地因肝細胞癌死亡的機率也減少了。

(三) 病毒性 C 型肝炎—流行病學資料

1. 致病因子 (Infectious agent)

從流行病學及傳染情況研究來看，至少有一種以上病毒可引起非 A 非 B 型肝炎，C 型肝炎是 1989 年由 Kuo 等發現 C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 及試劑後始定名。致病因子為 30nm~50nm 直徑大小，具脂質外套的 RNA 病毒，即 C 型肝炎病毒。

2. 傳染方式 (Mode of transmission)

藉由受污染之血液或血清製劑感染，如同 B 型肝炎，受污染之針、注射器為重要傳染途徑，尤其是對靜脈注射毒癮者。高危險群體包括受血、靜脈注射毒癮者及洗腎者。需常接觸血液之醫療人員與 C 型肝炎患者同居一處或發生性行為的人亦有可能感染 C 型肝炎。

3. 潛伏期 (Incubation period)

2~6 個月，通常為 6~9 週。

4. 臨床表現 (Clinical appearance)

發病通常是隱伏的，伴隨著厭食、隱約的腹部不適、噁心、嘔吐，有時會有黃疸。疾病嚴重度可從不明顯的症狀到會引發致命情況的猛暴性肝炎，但大都症狀輕微或無症狀。通常在急性期之症狀較不嚴重，但 C 型肝炎頗易形成慢性化。輸血後 C 型肝炎約 70% 會變成慢性，慢性 C 型肝炎可能有症狀，其症狀之發生是呈波動性的出現，但常常無臨床症狀。慢性 C 型肝炎可能演變為肝硬化，部分病人也會產生肝細胞癌，在日本當為引起肝細胞癌之主因。

5. 發生情形 (Occurrence)

C 型肝炎可發生於全球各地，依地區、職業、教育程度、種族等有很大差異，其中以日本、美國南方、南歐、非洲、中東等為高流行地區，其捐血者約有 0.5-1.5% anti-HCV 陽性。台灣各地盛行率有很大差距，從健康人的 0.28%到捐血者 0.8%，另一研究發現捐血者 ALT<30 IU/L，anti-HCV(+) 為 1.04%，ALT 在 30-45 IU/L 為 4.05%，ALT>45 IU/L 為 7.95%。一般社區從 2.5%到某些原住民的 35%，此與性別無關。有些鄉村，anti-HCV 的陽性率可能相當高，仍待進一步研究。一般年齡愈大，比例愈高。C 型肝炎盛行率也與所使用的試劑有關，以 HCV RNA 再確認，第一代準確率約 70%，第二代約 90%，第三代約 94%。

特殊族群研究發現以第二代試劑測臺灣孕婦 C 型肝炎盛行率，ALT 正常為 1.24%，ALT 異常為 5.77%。對精神病人的研究發現 anti-HCV(+)為 6.8%，與得病時間及輸血有正相關。以前在台灣約 69%的輸血後肝炎為 C 型肝炎，但自 1992 年 7 月起，C 型肝炎抗體檢驗納入血液篩檢項目之一後，已無輸血後 C 型肝炎之發生，在日本亦如此。在美國 90%的輸血後肝炎為 C 型肝炎，15~40%社區發生之肝炎為 C 型肝炎。

臺灣地區肝癌病人有 80%左右是 B 型肝炎造成的，而非 A 非 B 型肝炎、肝硬化與肝癌病人中，45-60% anti-HCV(+)，因此其造成國人健康的威脅相當大。臺灣 C 型肝炎 genotype 主要為 typeII，約佔 70%，其次為 typeIII 及 IV，所佔比率因調查對象分類而不同，但 typeI 很少。而慢性肝炎主要為 typeII，即 Ib，其在肝癌的比率比在肝硬化有明顯意義的多。

我國在 1984 年後推行 B 型肝炎預防注射，將來 B 型肝炎帶原者與其併發症將會減少，目前 C 型肝炎沒有疫苗可預防。C 型肝炎引起的肝硬化與肝癌有愈來愈多的趨勢，日本最近 20 年的肝癌中 C 型肝炎逐漸比 B 型肝炎多，甚至佔目前日本肝癌的 70-75%。我國也可能出現此種時間差，因此對於引起 C 型肝炎之流行病學有需要去瞭解，以預防此疾病之傳播。

6. 診斷 (Diagnosis)

以前 C 型肝炎診斷是靠除去 A 型、B 型、D 型肝炎及其他因素引起的肝炎後來判定，現已發展出 C 型肝炎抗體檢驗試劑可用來診斷或篩檢血袋。大部分慢性肝炎患者血中都可測出 C 型肝炎抗體。但在急性期患者中，目前 C 型肝炎抗體檢驗在發病後有段時間，才會呈陽性反應。

7. 可傳染期 (Period of communicability)

從發病的一至數週前直到整個急性期，及慢性帶原期皆具傳染性。從黑猩猩或核酸增幅試驗看來，在病人血液中的 C 型肝炎病毒濃度較低。

8. 感受性及抵抗力 (Susceptibility and resistance)

感受性為一般性的，感染後的免疫反應尚不清楚。會有急性重複發病，可能是因為感染不同型的 C 型肝炎病毒或是因原有感染之再發。

9. 傳染窩 (Reservoir)

人類，在實驗研究上，可感染黑猩猩。

10. 預防 (Prevention)

C 型肝炎病毒 (HCV) 是一單股 RNA 病毒，與登革熱病毒部是 flavivirus 家族的成員，基因是由 9379-9481 個核 酸組成。HCV 基因與其他 RNA 病毒類似，如 HIV，在病毒複製時會產生突變而存在明顯的基因變異性。此基因變異性有兩個特有名稱，quasispecies 是指在同一個受 HCV 感染的人身上可找到多種基因變異性的 HCV，此表示在基因內存在著一群很緊密相關但不同的系列，quasispecies 特性可以逃避免疫偵查而在宿主身上構成持續性感染與影響干擾素的療效。

另一為 genotype 是在不同 HCV 感染病人身上觀察到基因庫的特異性質，這些因病毒在進化過程所產生的突變累積被分成 9 個主要族群及至少 30 個次族群。這些特異性對疫苗的發展有很重要的啓示，且影響疾病嚴重度與治療反應。HCV 不會激發身體產生保護性抗體且具高度突變特性，不同基因類型的 C 型肝炎病毒會在同一人身上發生獨立的急性肝炎。此特性也可用來

解釋很難發展出有效對付的主動或被動疫苗。

(四) 病毒性D型肝炎—流行病學資料

1. 致病因子 (Infectious agent)

D 型肝炎病毒是一個 35~37nm 大小，類病毒粒子，由 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)及獨一的內部抗原 (delta 抗原) 組成。脫去 delta 抗原後的結構即為一單股 RNA 遺傳子。此 RNA 並不會與 B 型肝炎病毒之去氧核糖核酸 (DNA) 產生交配。D 型肝炎病毒無法單獨感染肝細胞，它必需與 B 型肝炎病毒共同感染才能完成它病毒顆粒的形成，有趣的是，當 D 型肝炎毒複製時會暫時抑制 B 型肝炎病毒的複製。

2. 傳染方式 (Mode of transmission)

一般認為與 B 型肝炎病毒傳染方式類似，包括暴露在血液、體液、受污染的針、注射器、血液製劑及性行為感染，在台灣地區嫖妓曾被證實為具高感染危險的行為。

3. 潛伏期 (Incubation period)

在黑猩猩實驗上顯示潛伏期約 2~10 週，在人類上的潛伏期尚不確知。

4. 臨床表現 (Clinical appearance)

通常為突然發病，症狀與 B 型肝炎類似。而且總是與 B 型肝炎病毒感染併存。D 型肝炎可具自限性，也可能演變為慢性肝炎。D 型肝炎病毒與 B 型肝炎病毒可共同感染，或 D 型肝炎病毒可次加感染於 B 型肝炎帶原者。D 型肝炎病毒次加感染於 B 型肝炎帶原者時，常可能被誤診為慢性 B 型肝炎的急性發作，同時感染時血清 AST 及 ALT 之上昇可呈雙峰，前者由 B 型肝炎，後者由 D 型肝炎引發。感染急性 D 型肝炎有可能引起猛暴性肝炎，但同時感染時比較少發生。同時感染不易引起慢性感染，但重疊感染時常變為慢性感染。

5. 發生情形 (Occurrence)

全球性的，但感染盛行率間不同地區有很大差異。在 B 型肝炎病毒高感

染地區或高感染群體（如血友病人、靜脈注射毒癮者及經常接觸血液者、同性戀者等）的 D 型肝炎病毒感率較高。熱帶南美地區、中非共和國為流行地區。台灣地區一般而言，並不十分嚴重，但在特定危險群，如靜脈藥癮者、娼妓若為 B 型肝炎帶原者，則有頗高的感染率 (40~85%)。

6. 診斷 (Diagnosis)

在台灣通常是藉由檢測血清中抗體或肝臟內的病毒抗原來診斷，抗體的檢測較常被用為診斷依據。病毒 RNA 可經由核酸雜交方法測知。

7. 可傳染期 (Period of communicability)

在 D 型肝炎病毒感染活動期之血液皆有可能具傳染力；感染高峰期可能在急性發病期正要發病前，當血液中剛可檢測出 D 型抗原粒子時。發病後，血液中病毒濃度隨即快速降低，甚至到檢測不出的程度，在研究上發現，在血液中無法檢驗出 D 型肝炎抗原粒子之慢性 D 型肝炎患者，其血液仍可使黑猩猩感染。

8. 感受性及抵抗力 (Susceptibility and resistance)

所有對 B 型肝炎病毒具感受性的，或 B 型肝炎帶原者皆對 D 型肝炎病毒具感受性，即使是兒童感染皆可能導致嚴重疾病，但在台灣兒童之感染率極低。

9. 傳染窩 (Reservoir)

人類，在實驗研究上，可感染受 B 型肝炎病毒感染的黑猩猩及受土撥鼠肝炎病毒感染的土撥鼠。

(五) 病毒性 E 型肝炎—流行病學資料

1. 致病因子 (Infectious agent)

E 型肝炎係由一種病毒或一家族病毒引起。在感染急性期的初期可在患者糞便中發現 32nm 大小類似病毒狀的粒子。病毒可能屬 RNA 病毒。

2. 臨床表現 (Clinical appearance)

流行病學特徵及臨床病程與 A 型肝炎類似，無任何跡象顯示會形成慢性化。除孕婦外，其他人口感染 E 型肝炎的致死率與 A 型肝炎類似，懷孕第三期的孕婦感染 E 型肝炎時，其致死率有報告達 20%。

3. 傳染方式 (Mode of transmission)

藉由受污染的水傳播，另人與人之間的糞口途徑感染亦有可能發生。

4. 潛伏期 (Incubation Period)

15 至 64 天，在不同流行地區，平均潛伏期從 26 天到 42 天。

5. 發生情形 (Occurrence)

E 型肝炎病毒流行區包括印度、緬甸、尼泊爾、巴基斯坦、蘇聯、阿爾及利亞、利比亞、索馬利亞、墨西哥及中國大陸。通常 E 型肝炎流行多因水污染引起，但散發性病例及與水污染感染無關連之暴發流行事件亦曾報告。

E 型肝炎侵襲率以年輕人最高，通常男性感染率較高。兒童及老年人發生 E 型肝炎的情形較不常見。

6. 診斷 (Diagnosis)

E 型肝炎的診斷是經由血清學方法除去其他肝炎致病原。目前，已開發血清學檢驗方法測出 E 型肝炎病原之某種特性。

7. 可傳染期 (Period of Communicability)

尚不清楚，但有可能與 A 型肝炎類似。

8. 感受性及抵抗力 (Susceptibility and resistance)

感受性不詳，家戶內的二次感染應該不高。尚不明白為何 E 型肝炎高感染群體在年輕人，而在相同地區，其他病毒性肝炎卻多半感染嬰幼兒。

9. 傳染窩 (Reservoir)

人類、黑猩猩、馬來猴、獼猴及黑獼猴 (tamarins) 亦可感染。

四、中國醫學對於肝炎相關的認識與文獻

第一節 肝炎中醫防治體系的初步形成（戰國～秦漢）

中國古代《周禮》曾載有四時流行病和“五毒”之藥；《禮記》則有“孟春

行秋令，則民大疫”、“季春行夏令，則民多疾疫”等記載，其中都有關於黃疸（急黃或瘟黃）的記載。不過，春秋以前有關肝炎的文獻記載尚屬少見。到了戰國～秦漢時期，《黃帝內經》、《傷寒雜病論》等經典著作的相繼問世，使得古代人們對肝病有了進一層的認識及治療的理論根據，並又以此來指導臨床治療。

一、《黃帝內經》奠定了肝炎防治的理論基礎

《黃帝內經》對於黃疸、脅痛、臌脹等病的病名釐定和臨床發病機理與特徵進行較系統的論述，初步奠定了中醫防治肝炎的理論基礎。

1. 黃疸

黃疸之名，始見於《素問·平人氣象論》：“溺黃赤，安臥者，黃疸；”“…目黃者，曰黃疸。”《靈樞·論疾診尺篇》更為詳細地描述了“面色微黃”、“齒垢黃”、“爪甲上黃”以及“不嗜食”、“安臥”等黃疸病的常見症狀。書中不僅闡述了“濕熱相搏”是其主要發病機理，並還討論了“風寒客於人”後因為未能及時治療，遞經臟腑傳交而發黃的病理機轉，提出了“當此之時，可按、可藥、可治”的治療原則（《素問·玉機真藏論》）。

2. 臌脹

《靈樞·水脹篇》指出：“臌脹……腹脹身皆大，大與膚脹等也。色蒼黃，腹筋起，此其候也。”《素問·腹中論》認為臌脹：“病心腹滿，旦食則不能暮食……治之以雞矢醴，一劑知，二劑已。”對本病病因病機、臨床表現及其治療作了簡要的介紹。

3. 脅痛

《素問·臟氣法時論》：“肝病者，兩脅下痛引少腹，令人善怒。”《靈樞·五邪篇》：“邪在肝，則兩脅中痛。”《靈樞·經脈篇》及《脹論》亦提出了肝病能引起脅痛。

4. 積聚

首見於《內經》《靈樞·五變》：“人之善病腸中積聚者，皮膚薄而不澤……

如此，則腸胃惡，惡則邪氣留止，積聚乃成。”其病因病機《內經》認為主要由外邪侵入及內傷憂怒，以致“血氣稽留”、“津液澀滲”，著而不去，漸積而成。《素問·至真要大論》則提出了“堅者削之”、“積者散之”的治療法則。

二、《傷寒雜病論》確立了肝炎辨治的基本法則

《內經》主要是從理論上對常見肝病進行了總結和闡述，東漢末年張仲景編著的《傷寒雜病論》則是將《內經》有關理論與臨床緊密結合起來，確立了肝病辨證論治的基本法則，開創了肝炎運用中醫治療的歷史先河。其基本理法方藥，至今仍廣泛地指導中醫臨床。

1. 黃疸

仲景《傷寒論》、《金匱要略》對外感發黃與內傷發黃均有較深入的研究。於病因病機方面，認為“濕熱在裏”、“寒濕在內不解”以及由於“火劫其汗”之類的誤治，致使“兩陽相薰灼”而發黃是外感發黃的基本病理機制；飲食失節（包括飲酒過度）而致胃熱脾濕，勞役縱欲而致脾腎內傷，是內傷發黃的主要原因。其中濕邪為本，謂“黃家所得，從濕得之”。仲景將之分為穀疸、酒疸、女勞疸、黑疸及傷寒發黃等不同病證，分述其辨證要點，提出了“諸病黃家，但利其小便”等治療法則，創制了清熱利濕、瀉熱通腑、發汗涌吐、和解表裡、潤燥消瘀、建中溫補諸法，並擬定了茵陳蒿湯、梔子大黃湯、茵陳五苓散、麻黃連翹赤小豆湯、柴胡湯、小建中湯等各方遣治，理法方藥漸臻完備。

2. 臌脹

《金匱要略·水氣病脈證並治》有心水、肝水、脾水……等，其中肝水的症狀是“腹大，不能自轉側，脅下腹痛……小便時通”；脾水的症狀是“腹大，四肢苦重……小便難。”其所記敘的臨床特徵與臌脹相同。並明確提出肝脾腎等臟功能障礙是本病的主要發病機理。

3. 脅痛

《傷寒論》提出了“胸脅苦滿”、“脅下痞硬”、“脅下硬滿”等脅痛症狀。
《金匱要略》之旋覆花湯（旋覆花、新絳、蔥）至今仍是用治療因瘀血停著所致脅痛的代表方藥。

仲景還結合肝炎的傳變特點而提出了防止肝炎發展的基本原則，如“見肝之病，知肝傳脾，當先實脾”。

三、《神農本草經》創立了肝炎防治的藥性理論

漢代《神農本草經》一書，書中記載了許多治療肝膽病的藥物，奠定了肝炎中醫治療的藥物學基礎。

1.清熱去濕類

茵陳蒿，功可攻逐“風濕寒熱邪氣，熱結黃疸”；黃芩“主諸熱黃疸”；黃柏“主五臟腸胃中結氣熱，黃疸，腸痔，止洩利……”；苦參“主心腹氣結，癥瘕積聚，黃疸，溺有餘瀝，逐水，除痛腫”。

2.利水消脹類

如澤漆具有治療“皮膚熱，大腹水氣，四肢面目浮腫”之功。

3.行氣活血類

如柴胡“主心腹，去腸胃中結氣，飲食積聚，寒熱邪氣，推陳致新”；木香“治九種心痛……逐諸壅氣上衝煩悶”；丹參“主心腹邪氣……寒熱積聚，破症除瘕”；桃仁“主瘀血”；蟪蟲“主心腹……血積臌瘕，破堅，下血閉”……等等。

《本經》還載有許多扶正固本、理氣寬中、活血化瘀、去濕利水類藥物，對於肝炎的臨床治療發揮重要作用。

第二節 肝炎中醫防治方法的不斷充實（晉唐～明清）

一、晉唐時期的主要成就

晉唐時期的主要貢獻在於當時的醫家對肝炎病因病機的進一步認識和診斷、治療方法的創新。

1.黃疸

對於黃疸病的診斷，晉·葛洪《肘後方》載述了病人“溺白紙，紙即如蘘染者，即為黃疸。”；唐·王燾《外台秘要》則引《必效》中每夜小便浸自帛片，取色退為驗的“比色法”來判斷黃疸的方法，此乃世界醫學史上對黃疸用實驗方法檢查和診斷的最早文獻記載。晉·皇甫謐《針灸甲乙經》中專篇討論了黃疸的針灸配穴方法，為針灸治療本病提供了重要的參考。

隋代巢氏《諸病源候論》將黃疸病分為二十八種病候，並認識到“卒然發黃，心滿氣喘，命在頃刻”的“急黃”是由“熱毒所加”而致；唐代孫思邈《千金方》則進一步指出：“時行熱病，多必內瘀著黃”，對重症黃疸的傳染性、臨床發病特點又有所認識，並提出了相應的防治方法，創制了茵陳湯、茵陳丸等清熱去濕退黃的方藥。

2.臃脹

臃脹在晉唐之際又稱“水蠱”、“蠱脹”等。如《肘後方》：“唯腹大，動搖水聲，皮膚黑，名曰水蠱”。該書還首次介紹了放腹水治療本病的方法：“若唯腹大，下之不去，便針臍下二寸，入數分，令水出，孔合，須與腹減乃止。”《諸病源候論·水症候》觀察到臃脹病出現腹水，是由於腹內有腫塊在兩脅下（即肝脾腫大）所致，謂“腹內有結塊鉚，在兩脅間脹滿，遍身腫”，“若積引數月，人即柴瘦，腹轉大。”當時人們已初步認識到本病的病因常由“蟲毒”或“水毒”（即血吸蟲）所引起。

3.隋唐時期

已認識到脅痛可發生於黃疸、臃脹、積聚等病證過程中：常與肝氣鬱結、氣滯血瘀、濕熱內蘊等因素有關；大多主張採用行氣解鬱、活血化瘀、清熱利濕等多種治法治之。

二.宋元時期的重要貢獻

宋元時期，隨著中醫各種流派的產生，使得人們對肝炎的認識又有了

新的突破；進一步發現黃疸等病具有傳染性，主張採取一定的隔離措施進行預防；防治方法有所創新與發展，且各具特色，從而提高了肝炎的臨床防治效果。

1. 黃疸

宋元以降，諸醫家對黃疸的分類經歷了一個由博返約的過程，對脈因證治的認識亦不斷地深化和完善。如宋《太平聖惠方》論述了“三十六黃”的不同病候及其治法；《聖濟總錄》列載了“九疸”、“三十六黃”，把重症黃疸稱為“急黃”，其中既有歷代醫家獨到見解，亦有不少向不見經傳者，凡是有關黃疸的各種病因及臨床特徵均概括在其中。宋·韓只和《傷寒微旨論》除了論述“陽黃”證外，還首次設《陰黃證篇》，謂“傷寒病發黃者，古今皆為陽證，治之往往投大黃、梔子、柏皮、黃連、茵陳之類……無治陰黃法”，詳述了陰黃的成因、辨證施治方法，並根據仲景“於寒濕中求之”之說而制定了茵陳茯苓湯（茵陳、茯苓、桂枝、豬苓、滑石）、茵陳四逆湯（四逆湯加茵陳）、小茵陳湯（附子、甘草、茵陳）、茵陳附子湯（附子、乾薑、茵陳）等六首溫裡散寒去濕退黃方藥。從此陰黃之治有法可循，有方可用。元·王好古《陰證略例》亦專列“陰證發黃”一篇，選用韓只和諸方治之，每每獲得良效。元·羅天益《衛生寶鑑》進一步論證了黃疸的辨治規律，指出：“身熱不大便而發黃者，用仲景茵陳蒿湯”；若是“皮膚涼又煩熱，欲臥水中，喘嘔脈沉細遲無力而發黃者，治用茵陳四逆湯。”並制有茵陳附子乾薑湯等方以治陰黃。可以說，宋元之際“陰黃”證的深入探討和辨治規律的形成，乃是中醫治療黃疸等病的一重大突破。

2. 膽黃證

宋·竇材《扁鵲心書》對膽黃論述亦較全面，並首次提出“膽黃證”之說，認為此證乃“因大驚卒恐，膽傷而汁洩於外”所致；成無己《傷寒明理論》，陳言《三因方》，金代劉完素《宣明論方》，宋代楊士瀛《仁齋直指附遺方論》……等醫家亦有不少獨特見解。

3. 臌脹

金元四大家對臌脹病因病機各有發揮。如劉完素《河間六書》中提出主要由邪熱內侵、氣機壅滯所致，“是以熱氣內鬱，不散而聚，所以叩之如鼓也。”同時與肝脾腎功能失調密切相關，因而治療用攻邪法時，須時時顧護正氣，不可太過。（《格致餘論·鼓脹論》）李東垣於《蘭室秘藏》中提出本病“皆由脾胃之氣虛弱，不能運化精微……聚而不散而成脹滿”，治療主張扶脾益胃以制水濕，常用中滿分消湯等方治之。《丹溪心法·臌脹》指出：“七情內傷，六淫外侵，飲食不節，房勞致虛，脾土之陰受傷，轉運之官失職……清濁相混，隧道壅塞……遂成脹滿。”此實屬見地之論。

4. 脅痛

《三因方》、《脾胃論》、《丹溪心法》等書對脅痛提出了一些有效的治法與方藥。

5. 積聚

宋·嚴用和《濟生方》強調了積聚發病與七情攸關，行氣活血當為主要治法，所制香稜丸、大七氣湯一直沿用至今。金元時期之《活法機要》認為積聚的產生與正氣不足亦有關係，因此活血化瘀消症時應適當加用扶正固本之品。《衛生寶鑑》中用以治療積聚之方達 17 首，理氣導滯、活血消積之品在處方中所佔比重比唐宋以前之方有明顯增加，並把三稜、莪朮作為治療積聚的主藥。如荆蓬煎丸。

三、明清之際的重大進展

明清時期，中醫學對黃疸、臌脹等病，無論是病因病機，還是防治方法上，又有了進一步的發展。

1. 病因病機的深入探討

明代《景岳全書》、清代陳士鐸《辨證錄》、葉桂《臨證指南醫案》等書已充分認識到黃疸的形成常與濕熱蘊結、肝膽瘀熱、脾胃虛寒等因素有關；《臨證指南醫案》指出：“膽液為濕所阻，漬於脾，浸淫肌肉，溢於皮

膚，色如薰黃”，“瘀熱在裡，膽熱液洩”。清代《醫門法律》一書探索仲景之學，將《傷寒論》所述者稱之為外感黃疸，《金匱要略》所述者則謂之內傷黃疸。清代不少醫家進一步闡發了重症黃疸（急黃）的發病機理主要為“熱毒充斥”內外，並稱之為“瘟黃”。如沈金鰲《雜病源流犀燭》說“又有天行疫厲，以致發黃者，俗謂之瘟黃，殺人最急。”並發現這類病人起病急聚，病情重篤，具有較強的傳染性；常並發出血、神昏譫語等危候。如明代皇甫中《明醫指掌》說：“瘀血發黃，則發熱，小便自利，大便反黑”。清代李用粹《證治匯補》說：“疸毒衝心，如狂喘滿，腹脹。”這些見解，為及時有效防治本病提供了理論依據。

《景岳全書》：“臌脹，以外堅滿而中空無物，其象如鼓，故名臌脹。又或以血氣結聚，不可解散，其毒如蠱，亦名蠱脹。且肢體無恙，脹惟在腹，故又名為單腹脹。”清代《醫碁》認為本病雖有氣臌、血臌、水臌、蟲臌之稱，但氣、血、水三者常同時存在，僅有主次之分，而非單獨為患。曰：“氣、水、血三者，病常相因。有先病氣滯而後血結者，有先病血結而後氣滯者，有先病水腫而後血隨敗者……。”

清代《醫林改錯》強調，積聚之成無不與瘀血相關，謂“氣無形不能結塊，結塊者必有形之血也。血受寒則凝結成塊，血受熱則煎熬成塊。”所以無論是脅下還是其他部位的積聚，均用膈下逐瘀湯活血化瘀消積。

2. 診治方法的不斷創新

例如對陽黃的治療，注重採用清熱利濕滲濕退黃諸法，增補出不少新的方藥；對於陰黃，清代《醫學心悟》又制茵陳朮附湯，至今仍為治療寒濕黃疸的基本方劑。《景岳全書》強調“不可以黃為意，專用清利”，主張對虛證“但宜調補心、脾、腎之虛，以培氣血”，另闢四君、理中、六味諸法。關於急黃之治，明清兩代已較系統提出清熱解毒、通裡攻下、清瘟敗毒、涼散血熱、活血化瘀諸法以急速救之。如餘師愚《疫病篇》謂“淫熱薰蒸，濕濁壅遏，則周身發黃，宜本方（清瘟敗毒飲）增石膏、梔子，加

茵陳、滑石、豬苓、澤瀉、木通。”張景岳《慈幼新書》主張以犀角散（犀角、黃連、升麻、梔子、茵陳）救治。《沈氏尊生書》根據急黃“殺人最急”等特點而制茵陳瀉黃湯（茵陳、葛根、黃連、梔子、白朮、赤苓、白芍、人參、木通、木香、薑、棗）或桃仁承氣湯加味以治。

明清醫家已觀察到病人外表出現紅點、紅紋乃系臌脹病的特有徵象。如喻家言《寓意草》謂：“人但面色萎黃，有蟹爪紋路……已具將來血蠱之候也。”《辨證錄》亦謂：“初起之時，何以知其是蟲鼓與血鼓也？吾辨立於面矣，凡面色淡黃之中，而有紅點或紅紋者是也。”面部蟹爪紋路、紅點、紅紋即蜘蛛痣。《雜病源流犀燭》已知血臌可出現“煩躁漱水，迷忘驚狂”之候；《醫宗金鑑》認為可並發“吐、衄、洩血”。說明前人已認識到本病可出現出血及昏迷等嚴重並發症。《景岳全書》特別強調治療臌脹“當辨虛實”，其中屬實（如食積、氣滯、血瘀、水濕、寒熱邪氣）者當消食、行氣、活血化瘀、利水、去邪；而虛證居多，如“中年之後，及素多勞傷，或大便溏滑，或脈息弦虛，或聲色憔悴……皆虛損之易見也。諸如此類，使非培補元氣，速救根本，則輕者必重，重者必危矣。”《醫門法律》亦指出：實證臌脹“不外水裹、氣結、血瘀”，據此，利水、行氣、活血是為主法；虛證則應以補益脾肝腎為主，正氣來復，自有利於邪氣的去除。

《景岳全書》認為：“脅痛之病，本屬肝膽二經，以二經之脈，皆循脅肋故也。”診斷當分虛實，以及在氣在血之不同。所制柴胡疏肝散一方，至今乃為治療脅痛的代表方。明·李埏《醫學入門》亦指出：“脅痛本是肝家病……實者，肝氣實也，痛則手足煩躁，不安臥，小柴胡湯加蒿、歸、白芍、蒼朮、青皮、龍膽草或黃連丸。虛者，肝血虛也，痛則悠悠不止，耳目慌瞶，善恐如人將捕，四物湯加柴胡梢，或五積散去麻黃，加青木香、青皮。”《臨證指南醫案》對脅痛之屬久痛入絡者，善用辛香通絡、甘緩理虛、辛泄化瘀等法，立法選方用藥，對後世頗具影響。

明·戴思恭《證治要訣》認為：左右脅下出現包塊，固定不移，即是

積聚。明·王肯堂《證治準繩》提出治療本病當分早期、中期、末期等三期，早、中期當以去邪為主，晚期當攻補兼施，此實屬經驗之談。《景岳全書》亦認為：治療積聚關鍵是攻補得法，“而攻補之宜，當於孰緩熟急中辨之。凡積聚未久而元氣未損者，治不宜緩，蓋緩之則養成其勢，反以難治……速攻可也”；“若積聚漸久，元氣日虛”，則以扶正為主，不可攻之太過。攻法多用活血化瘀、消痰散結、清熱解毒諸法；扶正多用益氣固本之品。其治此嘗用三稜丸（三稜、莪朮、青皮、麥芽、半夏）等方。王清任所創膈下逐瘀湯至今仍是治療積聚的有效方藥。

（貳）急慢性肝炎之病因病機

一、急慢性肝炎的西醫病因病機

肝炎一直是我國的國病，國人罹患肝炎的比例一直高居世界之冠而且遙遙領先。長期以來，衛生單位一直致力於肝炎防治的研究，以期能減少肝炎的罹患人口。在台灣，常見的急慢性肝炎病因包括病毒性、酒精性、藥物性、工業和環境毒物性、及自體免疫性肝炎。其中，病毒、酒精與藥物性肝炎為最常見之因素，以下分述之。

（一）病毒性肝炎

肝炎病毒一直是國人肝炎最常見的病因，其分型目前已發現的，包括 A 型、B 型、C 型，以及 D 型、E 型、G 型等，各有各的傳播途徑及發病機轉，所引起的肝炎病理類型也不盡相同。

A 型肝炎病毒為 27nm 大小的單股 RNA 病毒，沒有外套，屬微小病毒（picornavirus）中的肝病毒（hepatovirus）。傳染途徑為糞口傳染，故可經由食物、水來傳播流行，常流行於低度開發的國家，並常暴發於照護中心、收容所等地方。病毒侵入人體後，會有 15 至 45 天的潛伏期，病毒的複製局限於肝組織，但於潛伏後期病毒可出現於肝、膽、糞便及血液中，緊接著引發黃疸的發生，ALT 亦隨之而上揚。黃疸期開始，病毒便會迅速消失，並開始出現 IgM

Anti-HAV 抗體。IgM Anti-HAV 可持續六至十二個月，隨後便由 IgG Anti-HAV 抗體所取代。A 型肝炎病毒本身並不具有細胞致病性，其病理機制仍是未知。感染通常具有自限性，也不會演變為慢性肝炎。

B 型肝炎病毒為 42nm 大小的雙股 DNA 病毒，有外套、內核殼核心，屬 hepadnavirus。傳染途徑可經由針刺、性交，或垂直感染。病毒含有相互重疊的四段基因：S、C、P、X，其中 S 基因組譯型成 HBsAg，C 基因組譯成 HBcAg 和 HBeAg。病毒侵入人體之後，會有 30 至 180 天的潛伏期，病毒的複製局限於肝組織內進行，但病毒微粒則可散佈於肝外，血液中可偵測出三種病毒微粒：42nm 的完整病毒顆粒、27nm 的內核殼核心顆粒，含 HBcAg 或 HBeAg，及 22nm 的多餘病毒外套物質，含 HBsAg。病毒並不會直接對肝細胞造成傷害，肝組織受損情形取決於宿主的免疫反應。病毒侵入肝細胞後，會將核殼蛋白表現在細胞膜上，核殼蛋白上所含的 HBcAg 會誘導細胞溶解 T 細胞對病毒所侵襲的肝細胞造成破壞。血中偵測出 HBeAg 的存在代表病毒的複製活動頻繁及高傳染力。如發病三個月後，HBeAg 仍持續存在者，則可能轉變為慢性肝炎。

C 型肝炎病毒為約 30-60nm 大小的單股 RNA 病毒，有外套，基因結構類似 Flavivirus。傳染途徑亦為輸血或針刺方式。其基因自 5 端至 3 端依序為：C、E1、E2/NS1、NS3、NS4、NS5。病毒侵入人體之後，會有 15 至 160 天的潛伏期。病毒的複製無需透過 DNA 當作中間介質，也不會嵌入宿主的基因中。病毒微粒在血液中的濃度甚低，因此不容易觀察。由於有很高的突變率，病毒擁有至少六種以上的基因型及其亞型，受感染之宿主也因此而不易產生有效的抗體。50% 的受感染者將演變成慢性肝炎，20% 的患者將走向肝硬化。

D 型肝炎病毒為約 35-37nm 大小的單股 RNA 病毒，為一種缺陷病毒，以 HBsAg 為外套，故需有 B 型肝炎病毒存在之下方能感染。可以是以共同感染（coinfection）方式與 B 型肝炎病毒一起感染宿主，或超感染（superinfection）方式感染已被 B 型肝炎病毒感染之患者，潛伏期約 30 至 180 天。其感染可加重 B 型肝炎病毒感染的嚴重度，加速慢性 B 型肝炎轉為肝硬化，或轉為急性肝

炎。D 型肝炎病毒可能是細胞致病性的病毒。

E 型肝炎病毒為 32-34nm 的單股 RNA 病毒，無外套，基因結構類似 Alphavirus。傳染途徑為糞口傳染，潛伏期為 14 至 60 天，盛行於亞洲、地中海區，及中美洲國家。病毒有三個基因片段，最大的一段關係病毒的複製，中等的一段涉及核殼的合成，最小的一段目前功能不明。E 型肝炎只會以急性肝炎的方式發作，不會轉為慢性肝炎。

G 型肝炎為最近所發現的第六種肝炎病毒，目前發現有兩群：HGV 和 GBV-C。與 C 型肝炎病毒一樣，基因結構類似 flavivirus，亦為單股 RNA 病毒。雖然此病毒也是以血液作為傳染途徑，至今其與急慢性肝炎的關係仍不清楚。

除了肝炎病毒外，其他如 Epstein-Barr virus、巨細胞病毒(cytomegalovirus)、柯沙奇病毒 (Coxsackievirus) 等，也會引起肝炎。

急性肝炎的病理變化包括全葉性單核細胞、小淋巴細胞、漿細胞、嗜伊紅性細胞浸潤，肝細胞損害，Kupffer 細胞增生，和不同程度的膽汁鬱積。肝細胞形成薔薇結或偽腺泡狀，表示有肝細胞再生之現象。肝細胞損害包括肝細胞變性、壞死、退化、形成氣球狀細胞和嗜酸性退化（形成 Councilman 小體）。C 型肝炎會表現較少的發炎反應，肝竇內襯皮細胞的活動增強，淋巴細胞凝集，及膽管損傷。E 型肝炎則會表現較嚴重的膽汁鬱積，反之，A 型肝炎則表現較輕的膽汁鬱積。

嚴重的肝組織病變會形成橋狀肝壞死，橋狀現象是由於大塊的肝細胞壞死，合併網狀架構崩潰所造成。典型的橋狀壞死會含有濃縮的網狀組織、發炎細胞碎片和變性的肝細胞。過去認為這種病變化代表著病人不是在數月內循著亞急性病程而終至死亡，就是發生慢性活動性肝和壞死後肝硬化，但最近的研究認為，橋狀壞死與不良預後之間並無密切關係。

(二) 酒精性肝炎

儘管食物營養均衡，中量或大量的乙醇會使正常人與嗜酒的人肝臟功能失常及脂肪浸潤，這種肝損傷在停止喝酒時可完全復原。大部分嗜酒而有脂肪肝

的人並不發生酒精性肝炎，但有些人除脂肪肝外，還發生多形核白血球浸潤的發炎反應及肝細胞的壞死，而形成酒精性肝炎。酒精性肝炎可能是酒精性肝硬化的前身，因痊癒時纖維組織會扭曲正常的肝小葉構造。至於飲酒總量和期間多少才足以引起肝硬化目前並不知道。一般而言，乙醇的總量才是決定因素，而不是酒類。

酒精性肝炎的病理上特點有肝細胞退化之壞死（氣球細胞），及多形核白血球、淋巴球的浸潤，多形核白血球可能環繞著細胞質內含有 Mallory 體的受損肝細胞。T細胞聚集於肝中，這表示免疫機轉可能也參與了酒精性肝炎的致生。

（三）毒物及藥物性肝炎

某些化學藥劑可能產生肝臟的傷害，這些藥劑包括工業用毒素（如：四氯化碳、三氯乙烯、黃磷），某些毒蕈屬所產生的有毒環狀肽鏈，以及某些用於醫療上的用品。一般來說，化學藥劑對肝臟的毒性主要可以分為兩類：直接毒性和特異體質。

直接毒性是凡暴露在毒性藥品之下的人均會發生，而且肝臟受損程度和藥品劑量有關。直接毒性會引起肝組織的異常，且每一種都能引起其獨特而可再現的變化：如四氯化碳引起小葉中心區壞死，黃磷中毒則會引起典型的肝門周圍傷害。直接毒性所造成的肝損害，潛伏期通常很短。

特異體質的藥物反應導致肝炎的情形並不常見，也無法預測。其所造成的組織形態變化，較直接毒素所造成者要來得變化多端，且同一種藥物常常可以引起許多種不同的變化。

B 型肝炎、B 型合併 D 型肝炎、C 型肝炎、自體免疫性肝炎、以及某些藥物性肝炎，可以轉變為慢性肝炎。依照慢性肝炎的活動情形，可分為慢性持續性肝炎，慢性小葉性肝炎，及慢性活動性肝炎。

慢性持續性肝炎的病理特徵為：單核球浸潤局限於肝門區，並無壞死性發炎反應侵入肝小葉。肝細胞呈鵝卵石狀分佈，顯示肝細胞的再生活動。慢性持續性肝炎的病患通常沒有症狀或症狀輕微，肝門區周圍雖然有少量的纖維形

成，但通常都不會走向肝硬化。

慢性肝小葉肝炎除了肝門區的發炎反應之外，還可以在肝小葉中發現到肝細胞壞死與發炎反應。一般而言，慢性肝小葉肝炎是屬於輕症，但有時也會轉變為急性肝炎而出現 ALT 明顯升高，或轉為其他較嚴重的病理形態。

慢性活動性肝炎的病理特徵包括在肝門區有濃密的單核球與漿細胞，而且還有發炎性浸潤擴展入肝小葉內。肝小葉周圍有肝細胞破壞及界限板糜爛現象，即所謂的碎片狀壞死（piecemeal necrosis）。結締組織中隔從肝門區伸展入肝小葉，將肝實質細胞孤立成一小群一小群，並包圍著膽管。肝細胞再生形成薔薇結，肝細胞板增厚，出現再生性偽小葉。慢性活動性肝炎通會有較差的預後，即使在疾病的早期，病人作肝活體切片時，仍會有 20—50%會有肝硬化的現象。

二、急慢性肝炎的中醫病因病機

從中醫的觀點，肝炎的病因病機甚為複雜，一病的不同階段，亦常呈現出不同的病因特徵。因此臨床實踐中必須注意審查證候，方可準確探求發病原因，從而為臨床立法選方用藥提供理論依據。一般說來，肝膽病常見的病因主要有如下幾方面：

（一）風寒

六氣侵人為病，風寒為首，風為百病之長，四時皆可傷人。外感風寒多自皮毛肌腠而入，常為六淫、疫毒致病之先導，每易與他邪相合為病。中醫認為風寒與肝炎的關係，可見於《素問·玉機真臟論》：「今風寒客於人，使人毫毛畢直，皮膚閉而為熱，當是之時，可汗而發也。或痺不仁腫痛，當是之時，可湯熨及火灸，刺而去之。弗治，肝傳之脾，病名曰脾風，發瘧，腹中熱，煩心出黃。」，又如傷寒論中：「傷寒，瘀熱在裡，身必發黃。」乃言風寒之邪襲人，如失其治，可化熱而傳變入裏，熱鬱於內而無從宣泄，則發為黃疸，可知風寒為肝炎的病因之一。

臨床上，急性 A 型肝初期，可見惡寒、發熱、頭痛、全身酸痛等風寒襲表、

營衛不和之徵，急性黃疸型 B 型肝炎初期，亦可見發熱、惡寒、咳嗽、咳痰稀薄等風寒犯肺、肺衛失宣所致之上呼吸道感染之肝外症狀，可見急性肝炎之黃疸前期，亦可見風寒襲表之症狀。此外，如風善行數變，其致病則具有病位游移、行無定處、發病急驟、變化迅速等特點。在急慢性肝炎中則可表現為遍身關節游走疼痛；若在 B 型肝炎、藥物性肝炎等病中就可見起病快、消失快、出沒無常的皮疹。又如寒邪具有收引凝斂主痛的致病特點，若侵犯人體，則凝斂氣血，收引筋脈，阻礙血行，而致各種疼痛病證，如肝病臨床中可表現為寒凝肢節的關節冷痛、寒邪中裡的腹痛攣急等，是皆風寒為病之表徵。

此外，若因臟腑氣血功能失調所產生的病理變化，其臨床表現符合風、寒的某些特點，則可將其看作內生風寒。內生風證在肝炎中，可見於肝腦病變所表現的震顫、肌張力增高、肢體痙攣等屬肝風內動之證。其他如肝腎綜合徵可見抽搐、撲翼樣震顫；猛暴性肝炎的強直性抽搐等，皆合乎「諸風掉眩皆屬於肝」的致病特點。此外，在黃疸病證中，可見色黃晦暗如煙薰之陰黃證，多由脾陽失運，濕從寒化，寒濕中阻，膽汁外溢所致，亦屬內生風寒的範疇。

（二）濕熱

濕性重油黏膩，與水同類，故為陰邪；具有蘊遏氣機，易困脾陽的致病特點，濕邪傷人，可見身體倦重、四肢沉困，頭重如裹，舌胖，苔膩，脈濡等症狀。火熱之性炎上、燔灼、躁動，與寒相對，故屬陽邪；其致病具有升溫衝逆，傷陰耗氣，入血動血，擾亂神明，傳變迅速等特點，熱邪傷人，可見發熱不惡寒，畏熱，煩躁、小便短赤、舌紅、苔黃、脈數等症。濕熱合邪，困阻中焦，可表現發熱、痞脹、噁心嘔吐、食慾不振、渴不多飲，舌苔黃厚膩，脈濡數或滑數等症。濕熱之邪亦有內外之分。外感濕熱多見於長夏暑濕之氣襲人，內濕由脾胃運化功能失常之所生，而內熱則多因五志化火、嗜食辛辣、煙酒成癖、痰濕瘀血內蘊等所形成。

中醫認為「濕熱」是黃疸性肝炎的最常見、最主要病因，諸疸、發黃皆屬此範疇。例如醫宗必讀中所言「黃疸多屬太陰濕土脾不能勝濕，復挾火熱，則

鬱而生黃」；又如明醫指掌中所言「發黃譬如蠶麴相似，多因飲食勞倦，致傷脾土，不能運化，濕熱內蓄，無由發泄，流於皮肉，偏於四肢。」均指出脾虛不能化濕，濕與熱結，鬱而發黃，是黃疸形成的主因，可見濕熱之邪對本病的重要性。

其實，臨床上，幾乎大多數肝膽病均不同程度地具有濕熱之邪致病的基本特徵。無論是肝膽病中頻見的腸胃道症狀，如腹脹、腹瀉、納呆等，還是各種感染性肝膽疾病所表現的發熱、膿腫之類，均與濕、熱之邪內犯肝膽密切相關。

脾性喜燥惡濕，主運化水濕，而濕邪內犯當先困脾，又濕為陰邪易傷陽氣，所以濕邪客於人體，最易困阻脾陽。脾陽失運，水濕內漬，故肝炎患者每常表現為倦怠納呆，腹滿便溏，小便不利，肢體浮腫或腹水。濕邪具有黏膩滯著之性。又若濕邪困遏臟腑經絡，可致氣機壅滯，升降失常，而為腹脹脘悶，噁心嘔吐，大便黏膩不暢等症。濕性滯著還表現為病情的纏綿難愈，如慢性 B 型肝炎，病程常遷延多時，日久不癒，反覆發作，均為濕性之表現。濕性重濁，具有沉重蒙困、重著不移之特徵。表現於外，可見肢體沉重，身體困倦，關節重病不移以及大便穢惡黏著，小便渾濁不清，咳痰稠黏等均是。

熱（火）為陽邪，其傷人可致體溫升高而發熱，甚則壯熱、惡熱；陽邪易傷陰液，主要由於陰熱之邪本當耗陰，且熱又蒸於內必迫津外洩所致。津液外洩，氣隨液耗，故熱（火）邪為病在臨床上就具有既傷陰又耗氣的特點。如肝炎患者，每多見高熱煩渴，大汗出，尿赤便結，少氣懶言，倦怠乏力等氣陰兩傷之症。熱（火）邪炎上升騰之性，可使氣機上逆，易呈急迫上衝之勢，如肝炎所見之面紅目赤，熱勢馳張，嘔吐呃逆等。中醫認為心屬火，主血脈，主神明，故熱（火）邪一旦犯人，最易入心動血，甚則擾亂神明。如火熱之邪入營動血，甚或迫血妄行，則症見脈數舌絳，吐血，發斑等；熱邪入心動血，輕則擾及心神，可致心神不寧，而症見心煩失眠，躁動不安；重則擾亂神明而出現譫語，譫妄，甚至神昏等。火熱之邪致病還具有發病急驟，傳變迅速，變化多端等特點。上述火熱之邪為病的特徵，於某些感染性急重症肝膽疾病尤為常見，

如猛暴性肝炎起病急、病情進展迅速就與這一特點相合。如猛暴性肝炎就表現為起病急驟，黃疸迅速加深，肝臟縮小，很快出現譫妄、神昏、抽搐等精神神經症狀，並易發生出血傾向，中毒性鼓脹、腹水、肝臭、腦水腫和急性腎功能衰竭等。其病勢急劇，往往迅速深入營血、迫血妄行，或逆傳心包，神昏譫語。

（三）疫毒

疫毒又有戾氣、疫厲、毒氣等之稱，係指具有較強傳染性、流行性、季節性和特異性的致病因子。傳染性肝炎就可視為疫毒為病，如溫疫論所言：「疫邪傳裏，遺熱下焦，小便不利，邪無輸泄，經氣鬱滯，其傳為疸，身目如金」便是一例。

疫毒的產生和形成，以及能否導致疫病的發生和流行，主要取決於自然、社會及個人自身的某些因素和條件。如自然氣候乖戾，歲時氣運異常，既可為疫毒的孳生、傳播提供條件，又能削弱或破壞人體的防禦機能，則疫病可能發生。人口流動，衛生條件差，空氣、食品、水源的污染，以及預防免疫工作不力等社會因素，亦可能成為疫病發生或流行的促發因素。飲食被疫毒污染過的不潔之物，隨地大小便的不良習慣，不積極接受必要的預防免疫措施，疫病流行期間不知“避其毒氣”等，也是疫毒感人發病的基本條件。

疫毒與六淫致病不同之處，主要在於疫毒為病的傳染性、流行性、季節性和特異性，其中傳染性是疫毒致病最基本的特點。若其傳染性強則可於某一區域或更大範圍內發生流行，疫毒一般只在某一季節內易感人或發生流行，而有“時行疫氣”之稱，且某種疫毒只導致某種疫病，而以好犯某一臟腑，專發某疫病及病狀相似為特徵。如病毒性肝炎就是濕熱疫毒由飲食經口而入的結果，常無論老少強弱，觸之者即病，往往一人得之，禍及全家，甚至一村一方皆得之，尤以深秋初冬之時易發生流行，且病無長少，均見發病。

此外，疫毒為病還具有起病急，來勢兇，傳變快，易致壞證等特點。如猛暴性肝炎就表現為起病急驟，黃疸迅速加深，肝臟縮小，很快出現譫妄、神昏、抽搐等精神神經症狀，並易發生出血傾向，中毒性鼓脹、腹水、肝臭、腦水腫

和急性腎功能衰竭等壞證，常病情兇險，救治極度困難。

(四) 情志

中醫學把人體各種情志（或稱情緒）變化歸納為“喜怒哀思悲恐驚”等七種，簡稱“七情”。正常情況下七情只是人們對外界各種刺激所產生的情感反映，一般不具有病因意義，只有當某種情緒變化過激、過頻或持續不解，成為導致臟腑氣機失調的主導或誘發因素，才視為病因之一。情志往往為肝炎的協同因素之一，尤其和無黃疸性肝炎十分有關，在中醫的領域裏，主要屬於鬱病、脅痛、噯氣等的範疇。

與肝炎密切相關的情緒表現，以怒和思二種為最主要。怒多指因周圍事物所呈現的狀況與個人意志或心境發生急遽衝突，激起個人對此作出較強烈心理反應的一種情緒表現。凡稟性剛強壯實、自尊心強的人尤易發生。一般又有鬱怒（雖怒不敢言）和暴怒（既怒敢言）之分。怒為肝之志，肝性喜條達，主疏泄，為一身氣機之主司，故鬱怒和暴怒之情緒變化均可致氣機受病。其中鬱怒主傷肝臟條達之性，影響其疏洩氣機之職，從而導致氣機不暢或氣機鬱結的病理變化。若氣機不暢，臨床可見胸脅悶脹，竄痛，噯氣頻作，矢氣則舒等症。若肝氣鬱結，橫逆犯胃，可致肝脾不和之證，症見腹脹，脅痛，納呆，倦怠，大便不調等。鬱怒常可誘發或加重急慢性肝炎的臨床症狀。

思亦可分為憂思和思慮二種。憂思多指所思對象常為客觀上難以如願之事，或指所憂思之事在客觀上無能為力，如對自身所患疾病或遠處人生活處境的憂思。此情日久則可致脾胃氣機鬱結。思慮多指所思之事雖客觀上可能實現，只是暫時條件不具備，如對工作生活所遇難題的思慮。若此過度或日久，常既可傷脾，亦可暗耗心血。思為脾之志，故憂思、思慮日久則傷脾，脾胃氣機結滯，升降失常，納運失健，則可見食欲不振，脘腹脹滿，體倦便溏等。或暗耗心血，則可並見頭昏眼花，心悸，失眠，多夢等。臨床上，思慮傷脾亦可表現為加重急慢性肝炎的症狀表現。

（五）飲食

適宜的飲食是維持正常生命機能的基本保證。然若飲食不潔、偏食擇食、飢飽無度等，又可成爲多種疾病從口而入的重要途徑。

飲食不潔係指飲用或進食污染的不潔之物，與糞口傳染之肝炎有關。由於對飲用水和食品的衛生管理不嚴，加之防病從口入的意識不強，任意飲食未經嚴格洗滌或消毒的不潔之物，則可因之而致多種肝膽疾病的發生。如病毒性肝炎中的 A 型及 E 型，便是通過飲食的方式進行傳染。

不良的飲食習慣，如嗜食肥甘、貪食生冷、偏嗜辛辣、飢飽無度等，亦可導致和誘發肝炎的發生。唐千金方所言：「穀疸者，食畢頭眩，心忪佛不安，面發黃，由失饑大食，胃氣衝熏所致。」，另如過食肥甘厚味，亦可加重肝臟負擔，影響急慢性肝炎的恢復。若恣食生冷，貪飲寒涼，日久必致寒積於中，濕從內主，而成寒濕犯脾之證，臨床可見腹痛、腹瀉，納少等症。若偏嗜辛辣灼熱之物，久則可致腸胃積熱之病，亦爲內生火熱之因。

（六）飲酒

飲酒無度既指一次飲酒過量，亦指長期嗜酒。酒爲水穀之精，熟穀之液，其味美而清香可口，適量飲用可怡神禦寒，和暢氣血，有恢復疲勞之功。然其性喜上升，且大熱大毒，又爲濕熱之最。故若暴飲過量，必擾亂氣血，以致氣逆於上，而症見昏冒眩暈，頭痛如破，噁心嘔吐，甚或吐血、昏迷等。飲酒亦可引起肝炎，如酒精性肝炎即因慢性酒精中毒所致。在中醫，金匱要略中便有「酒黃疸」之名。唐孫思邈千金方中更明言：「酒疸者，心中懊 脛滿，小便黃，面發赤斑黑黃，由大醉當風而致」。若長期大量嗜酒，久必濕熱蘊結，熱毒內攻，終成「酒積」、「酒癖」、「酒黃」諸病，症見腹痛腹瀉，兩脅滿痛，腹中痞塊，黃疸等。

（七）藥物

不恰當地服用某些中西藥及化學藥劑，亦可引起各種不同類型的藥物性肝

病。如中藥的黃藥子、西藥的磺胺類及化學藥劑中的四氯化碳等。

（八）勞倦

勞倦即勞作太過使人疲倦懈怠的簡稱。適當的勞作，則有益身心健康。然勞作太過或勉力勞作，日久必能耗人氣血，損及筋骨，傷人臟腑，憚散心神，而成爲致病因素之一。常有形勞、心勞、房勞之分。

形勞係指形體勞作的強度超過了機體能力所能承受的範圍。若形勞太過，必致氣血耗傷，筋骨爲損，累及臟腑，而使抗病能力減弱。心勞即勞心過度，過度思慮，日久則傷心脾；又勞心之人常久坐、久視，久坐傷肉，久視傷血，故勞心太多致心脾兩虛之證。房勞就是行房交歡太頻。房勞太過則可致精液耗傷、腎氣虧乏之證。房勞與肝炎之關係，可見於金匱：「黃家日晡所發熱而反惡寒，此爲女勞」，而千金方中更明確指出：「女勞疸，…，由大勞大熱，而交接，竟入水所致。」勞倦多爲肝炎的協同因素或誘發因素，一般不會直接引起肝炎。

（九）蟲蠱

蟲概言之即指寄生蟲，若分而言之則“蟲”指寄生蟲，而“蠱”言蠱毒。多因攝食爲寄生蟲所污染之食物，或接觸蠱毒之疫水而感染。與肝膽病有關的蟲蠱主要有蛔蟲和血吸蟲。

“蠱”意爲腹中有蟲，“蠱毒”即指腹中蟲物害人且致脹病（腹水）而言。以其具有傳染性和流行性，而有“蠱疫”之稱。蠱毒染人，必因人與含蠱毒之疫水接觸，經由皮膚侵入人體而發病，凡無論男女老少，觸之者即病。

蠱毒爲病的臨床見症，隨其病之階段不同而有所異。一般早期可有惡寒、發熱、皮疹等表裡受邪之證；若蠱毒敗壞腸膜脂膏，可見下痢膿血之“腸蠱痢”。中期肝脾受損，可見黃疸及“蠱吐血”之證；又因蠱毒沉積肝脾，使氣機鬱滯，經隧阻塞，痰濕瘀血互結，則積聚痞塊由生。晚期可因水裹、氣結、血凝，而發生腹水證，屬中醫蠱脹、水癥的範疇。

（十）痰飲

痰飲係由臟腑功能失調所產生的一種病理產物，因其停積體內可引起各種病證的發生，故視作繼發性致病因素之一，是中醫學特有的病因病理概念。凡外感六淫、情志內傷、飲食失宜、勞倦太過或感染疫毒等原發致病因素，均可導致肺脾腎三焦等臟腑生理功能失常，水液代謝紊亂，而形成痰飲。其於臨床具有致病廣泛、複雜、怪異等特點，故有“痰生百病”、“怪病責之於痰”之說，所以痰飲為病在肝膽病中亦較為普遍。

痰飲若分而言之，則“稠濁者為痰，清稀者為飲”。飲指蓄積停聚於體內而未被氣化和排洩的水液。臨床上若飲停中州，則脾陽失運，而症見納少腹瀉，腸中雷鳴等；又結腸間則可見腹滿，口舌乾燥之症；若飲聚於腹便為腹水；若飲停胸脅即為懸飲（胸水）等。如肝硬變腹水或併發胸水，當以飲邪為病論之。

痰為水液停積之較為稠濁者，多因飲積日久又為火熱煉灼而成。痰濁混雜於氣血之間，隨氣血之行而無處不至。若上擾清空則眩暈困蒙；蒙蔽心竅則神情呆滯或昏蒙；壅阻於肺則咳喘痰多；凝著肌膚或為痰核、瘰，總以其所到之處而變生諸證。痰濁性膩而黏，若膩滯胸脅，阻礙氣機升降之道，在肝炎中則可見脅肋脹滿、肝區疼痛等，屬於脅痛之範疇；若黏膩氣血，使血行緩澀，而致痰瘀互結，為慢性肝炎之重要病機。痰濁隨氣而動，易與肝風相合為病，若肝風挾痰上擾或風痰竄阻經絡，則症見頭昏或昏仆、肢體麻木、手足蠕動、頭搖身等，見於肝炎合併肝腦病變所引起之撲翼顫動，屬於風痰上擾之範疇。

（十一）瘀血

瘀血是脈道不暢、血質污濁、血流緩澀以及血液瘀積等概念的總稱。各種致病因素均可導致瘀血的形成，而瘀血停滯於體內又可引起各種不同病證，作為繼發性致病因素。動物實驗上可見慢性肝炎的病理組織呈現血液流動減緩，可知血瘀為慢性肝炎之重要病機之一。

由於瘀血具有污穢渾濁、滯澀不暢、停蓄瘀積等病理特徵，故其病表現為

易阻氣機、瘀塞脈道、蓄積成塊、內攻心神等特點。氣機不暢本為血液發生淤滯的主要原因，而瘀血一旦形成亦可導致氣機鬱滯，故臨床上每可見氣滯血瘀或血瘀氣滯之證。若血瘀氣滯，經絡不通，不通則痛，其疼痛性質多為錐刺樣、針扎樣、刀割樣或絞痛樣，如肝病中所表現的肝區刺痛、膽絞痛、血色病的腹部劇痛等。

瘀血瘀阻脈道的致病特點，一方面表現為脈道受阻，血不循經而致出血之症，如食管靜脈曲張破裂之消化道出血；另一方面則表現為血液於脈管中，不能以正常速度運行而瘀滯，如肝掌、蜘蛛痣以及毛細血管擴張等。

瘀血停滯體內，既可表現為全身性的血質污濁，如體內鐵存積過多的血色病，症見皮膚乾燥或肌膚甲錯，色如青銅或黯黑等，則為全身血液污穢渾濁所致，常與稟賦陰盛或感染寒熱邪毒等有關；亦可表現為瘀血停蓄凝結於一處而形成癥積，如門脈高壓、血液回流受阻之肝脾腫大，即為血液瘀積肝脾所致。此外瘀血停積凝結常與較嚴重的肝炎併發症有關，如肝硬變、肝癌等，多因於血瘀而成。

此外，瘀血亦與黃疸有關。溫疫論有言：「胃實失下，表裏壅閉，鬱而為黃，熱更不泄，搏血為瘀」。此外，名老中醫關幼波亦有「治黃必治血，血行黃易卻」之銘言。

三、病機變化

各種病因侵襲人體後，可引起種種病機變化，歸納而言主要可分為以下五個方面：

（一）疏泄失常

肝主疏泄的功能，主要包括疏泄氣血，調達情志，促進膽汁的分泌、排泄以協助脾胃的運化。鬱怒所傷、濕熱蘊結等均可導致肝失疏泄、氣機失常，而引起一係列病理改變。若肝氣鬱結，木失條達，使膽汁分泌減少或排泄不暢，以致脾胃運化功能失調，氣機升降失常，則可見納呆、噯氣、腹脹、倦怠乏力等症；若膽汁排泄不暢而泛溢肌膚，則發生黃疸。氣血疏泄之職失司，則氣機

不暢、血行受阻，進而形成氣滯血瘀之證。肝調達情志，可使人情緒保持穩定，若肝失疏泄，如疏泄太過則表現為急躁、易怒；疏泄不及，便可見情緒抑鬱、心志低沉等。急性肝炎所表現的過性精神症狀，以及肝腦病變等所見的易激動或抑鬱，則與中醫所謂肝調節情志的功能失常有關。

（二）肝病傳脾

人體是一有機整體，某一臟腑發生病理改變時，每常累及其他臟腑，肝膽病尤其如此。按照五行生克規律，肝膽屬木，係腎水之子，而為心火之母；木能克脾土，而受制於肺金，故一旦肝膽有病就會影響其餘四臟；然其餘四臟有病，亦必影響於肝膽。生理上，水生肝木，而病理上就可能母病及子或子病及母，若肝膽有病引起腎與膀胱發生病證，此即子病及母。如肝腎綜合徵一病，因肝硬變而影響了腎功能，故臨床除可見肝病症狀外，還可見少尿或無尿等腎病表現，此即與中醫肝病及腎類似。又如肝硬變晚期還可出現陽萎、閉經等腎虛不足之證。正常情況下，肺金可以克制肝木，使其不致太過，若肝膽因病而有餘，則易成肝木反侮肺金的病理變化，臨床上就可出現肺病的某些病症，如某些肝病可見肝外症狀的呼吸道感染、血吸蟲病的咳嗽、少痰等。肝木為心火之母，若母病及子，則臨床可見心悸、心痛、失眠、多夢，甚或譫語、神昏等。如色素性肝硬變的心律失常、心室顫動、心絞痛，某些肝病所併發的心包炎、心肌炎，以及多種肝病各個階段可能出現的精神症狀。

肝膽與脾胃同居中焦，且脾胃的運化有賴肝主疏泄、膽汁分泌和排泄的正常，故肝膽有病最易傳脾。如金匱要略之中，便有言：「見肝之病，知肝傳脾」。若木鬱犯脾，脾失升清則泄瀉，濁氣不降則腹脹；若肝旺脾虛，運化失職則納少便溏、倦怠乏力；若肝橫犯胃，胃失和降則噁心嘔吐或呃逆噯氣等。這一肝病傳脾、肝脾同病是肝炎表徵之重要病機。在中醫可見於腹脹、噁心、嘔吐、噯氣、呃逆、反胃、嘈雜等病的範疇。

（三）虛實夾雜

虛實亦即虛證、實證，是中醫學特有的病理概念。凡由於人體感受外邪或

體內病理產物蓄積所致之病理變化即為實，凡因人體正氣虛弱引起的病理改變就是虛。虛與實在肝膽病臨床上並無明確界限，往往是虛中有實，實中見虛，或由實致虛，因虛致實，從而表現為虛實夾雜的病理特點。

肝炎的早中期多表現為以邪實為主，兼見虛象的病理特點，如黃疸、脅痛等症，均以邪氣盛為主要的表現方向，臨床上就有起病急、身目黃、熱勢高、痛拒按等一系列邪氣盛則實的病理表現。然邪正交爭的過程也就意味著邪氣犯人尤在傷正，而正氣抗邪，勢必自耗，故常又於邪實之中必兼見正氣不足之象，而成實中挾虛之證。如肝膽邪實，脾氣多虛；熱毒內感，氣陰易傷之類。肝炎後期併發肝硬變、肝癌有密切關係。然而在肝硬變、肝癌等病的晚期，亦可見形羸少氣、面色白、陽萎早泄、聲低息微等一派精氣奪則虛的病理表現，則當以虛多實少看待之。

（四）痰瘀交阻

慢性肝炎常見之肝脾腫大、以及其併發之肝硬變、肝癌等，按照中醫的認識，均屬癥積之範疇。而頑痰、痰血停蓄凝結，則是形成癥積的主要病理因素。

邪毒外感、飲食失宜、七情內傷等可引起肝病，而肝病最易傳脾，脾失健運，水濕停聚，則生痰濁；肝疏泄調暢氣血之職失常，則可形成氣血瘀滯。痰濁性膩而黏，若停留蓄積於肝膽，與氣血相互搏結，久則可形成以痰瘀為主的癥積。瘀血性滯澀，作為病因，又可阻礙氣血的運行，若痰積肝膽，或與痰濁、邪毒相合，成為以瘀為主的癥積。癥積一證，雖有以痰、以瘀為主之不同，但仍以痰濁裹血，瘀血夾痰，相互膠結而致之者為多見。

慢性肝炎的病因病機，除了濕熱交阻之外，更有痰瘀互結之特性，故其病程易於發展走向肝脾腫大、肝硬變、肝癌等屬於癥積之併發症。病程走至癥積，實則已經超出肝炎的範疇了。

（五）易致壞證

肝炎所涉及的病理變化亦很廣泛，且累及臟腑較多，故易發展為壞病。肝主藏血，血失歸藏，屢見血證；肝為厥陰風木，肝風內動，易成動風之證；肝

主藏魂，魂病及神，故神志失常之證亦多見。慢性肝炎後期易發展為神昏、動風等最為常見。猛暴性肝炎則以出血、神昏、動風最為常見。如大量失血，則進一步可發展至亡陽、陰竭之危候。

肝藏血，脾統血，共同維持血液循脈道正常運行。若肝不藏血，脾統血無權，則可併發各種出血病證。凡熱毒入血，迫血妄行；肝火過亢，灼傷絡脈；瘀血內阻，血不循經；陰虛火旺，血隨火動等，均可導致各種出血見症。其中尤以嘔血情形多見。且常因大量嘔血，而致氣隨血脫，進而發展成陰竭、陽脫的嚴重壞證。絕大多數猛暴發性肝衰竭多由病毒性肝炎發展而來，而任何肝病的終末期均可發生肝性腦病（肝昏迷），這是肝膽疾病中最嚴重的並病壞證。若濕熱蘊結肝膽，熱毒熾盛，消耗津液，傷及營血，燔灼肝經，則可見熱盛動風之瘳厥（抽搐、角弓反張、撲擊震顫等）若熱毒內陷心包，或痰濁蒙蔽心神，或瘀血內阻腦竅，或陰液耗竭而心神失養，以致神明擾亂，靈機喪失，則可見各種精神症狀，甚至出現昏迷。如肝性腦病的早、中期可見意識錯亂，睡眠時間倒錯，幻覺，恐懼，狂躁；晚期則神志喪失，神昏譫語等。此外，無論大出血的氣隨血脫，還是熱盛陰液耗竭，或久病陰氣衰脫等，均可導致亡陰、亡陽甚或陰陽離決之兇險壞證。臨床表現為熱汗而黏，手足溫熱，脈疾躁無力（溫休克）和冷汗淋漓，四肢厥逆，脈微欲絕（冷休克）。常見於危重症的末期階段。

（參）急慢性肝炎之診斷

一、急性肝炎之診斷

（一）診斷要點

1. 有密切與肝炎病人接觸史。
2. 急性發病，以近期出現而無其他原因可以解釋的消化道症狀如食慾減退，噁心，腹脹，肝區疼痛等為主，乏力和低熱也屬常見。
3. 體徵以肝腫大為主，伴有觸痛及叩擊痛。黃疸型肝炎在發病一週左右出現黃

疸。

4. 肝功能異常。以 ALT 較有價值。但由於缺乏特異性，因此，單憑 ALT 升高診斷肝炎可能導致誤診。肝功能應經兩次或兩次以上的檢查，發現有確定異常者方有確診意義。
5. B 型肝炎抗原陽性者對 B 型肝炎的診斷有參考價值，但陰性時不能除外。超音波肝區檢查有輔助診斷價值。

(二) 鑑別診斷

1. 黃疸型肝炎：應與下列疾病鑑別。

(1) 膽道疾患：

如膽囊炎，膽管炎，膽石症。少數急性黃疸型肝炎患者上腹痛較重，可被誤診為膽道疾患，甚至誤行手術。膽道疾患一般多有反覆發作的病史。發作時可有畏寒發熱，右上腹絞痛，黃疸加深，隨著疼痛的緩解，畏寒發熱停止，黃疸消退。檢查時膽囊區有壓痛，血中的白細胞及中性細胞增加。肝功能檢驗可顯示 ALT 增高，但不及病毒性肝炎者顯著。ALP 增加。超音波檢查對鑒別診斷有幫助。

(2) 傳染性單核細胞增多症：

可有黃疸、肝腫大和肝功能異常。但多有咽峽炎，全身淺表淋巴結腫大。周圍血液淋巴細胞增多，其中異型淋巴細胞比例占 10%以上。嗜異性凝試驗陽性。

(3) 瘀膽型肝炎：

急性黃疸型肝炎在黃疸出現後也可能有一過渡性的肝內梗阻性黃疸，結節腫大。皮膚搔癢，尿中尿膽原、尿膽素陰性等。易被誤診為瘀膽型肝炎。但急性黃疸型肝炎所引起的肝內梗阻持續時間很短，一般在一週左右，偶可達二週，即自行緩解，而瘀膽型肝炎則持續至少三週以上。另外，前者多有明顯的胃腸道症狀，明顯的疲乏無力等。ALT 也常明顯升高。故一般不難鑒別。

(4) 中毒性肝炎：

有與化學藥物接觸史，或同時有其他嚴重全身感染（如沙門氏菌屬感染、敗血症等）的臨床表現。

2. 原發性肝癌：

肝臟明顯腫大，質地堅硬，表面有結節，有時可在肝區聽到血管雜音；甲胎兒蛋白(alpha-FP) 測定持續陽性或滴度進行性增高；超音波掃描檢查時可見異常光團或實性暗區；放射性核素掃描或 CT 檢查可發現占位性病變。

3. 無黃疸型肝炎：

早期應與急性胃腸炎、上呼吸道感染相鑒別，後期應與早期妊娠、消化不良、中華肝吸蟲病等相鑒別。

(三) 西醫診斷

1. 實驗室診斷：

(1) 嚴重的徵象：總膽紅素 > 20 mg/dl

但 G-6-P-D 缺乏 (glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency) 和鐮刀型貧血 (sickle cell anemia)，膽紅素高是很平常的事，因為是溶血的關係，這些病人的膽紅素一般大於 30 mg/dL。

(2) 凝血時間 (PT) 延長。

2. 各類型肝炎之診斷：

(1) A 型肝炎的診斷：

抗 A 型病毒抗體 (Anti- HAV)

(2) B 型肝炎的診斷：

HBsAg (HBsAg 數值的高低與臨床疾病的嚴重程度沒有絕對的關係)，HBeAg(對於是否有嚴重的傳染性是很好的指標 但 HBV DNA 則更靈敏)。

表一、B 型肝炎的診斷依據表

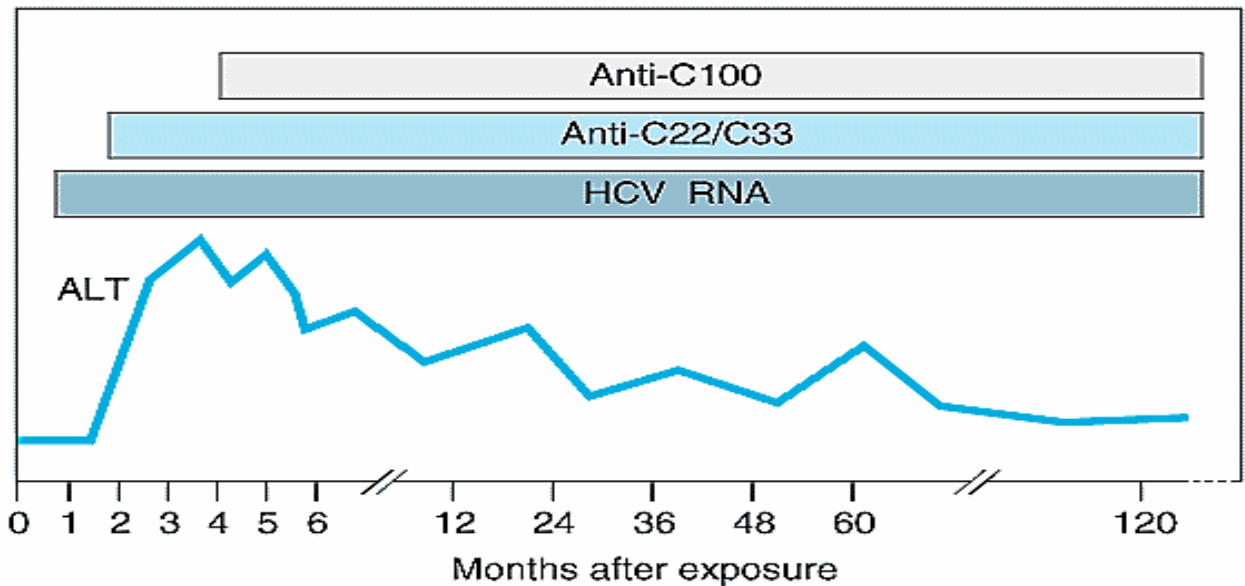
HbsAg	Anti-HBs	Anti-HBc	HBeAg	Anti-HBe	Interpretation
+	-	IgM	+	-	急性 HBV 感染，高傳染性
+	-	IgG	+	-	慢性 HBV 感染，高傳染性
+	-	IgG	-	+	延遲的急性或慢性 HBV 感染，低傳染性
+	+	+	+/-	+/-	HBsAg 的亞型和 anti-HBs 的異型核
-	-	IgM	+/-	+/-	1. 急性 HBV 感染 2. Anti-HBc 空窗期
-	-	IgG	-	+/-	1. HBsAg 帶原者 2. 相隔很遠的感染者
-	+	IgG	-	+/-	HBV 感染者康復
-	+	-	-	-	1. HBsAg 免疫抗體 (打疫苗後) 2. 相隔很遠的感染者 (?) 3. 假陽性

摘自:HARRINSON'S PRINCIPLES of INTERNAL MEDICINE 14th EDITION

(3) C 型肝炎的診斷

1. Anti-HCV 在急性 C 型肝炎的初期可被偵測出來。
2. 急性 C 型肝炎痊癒後 有 5-10%永遠偵測不到 Anti-HCV。
3. HCV RNA 是較靈敏的測驗。

圖一、HCV RNA 可被偵測到，即使是急性的 ALT 升高及急性肝炎 anti-HCV 還沒有出現之前。



摘自:HARRINSON'S PRINCIPLES of INTERNAL MEDICINE 14th EDITION

(4) D 型肝炎的診斷

決定 HDV 感染的存在：

1. HDV 抗原位於肝細胞內 (在急性的感染中循環中的 HDV 抗原亦可短暫的被偵測到)
2. anti-HDV 抗體 (是較有用的，但時常是偵測不到)
3. anti-HBc IgM or IgG (detect coinfection IgM or superinfection IgG)
4. HDV RNA (傳染力)

表二、四種血清檢查 (針對急性肝炎的病人)

HBsAg	IgM Anti-HAV	IgM Anti-HBc	Anti- HCV	Diagnostic Interpretation
+	-	+	-	急性 B 型肝炎
+	-	-	-	慢性 B 型肝炎
+	+	-	-	慢性 B 型肝炎下，感染急性 A 型肝炎
+	+	+	-	急性 A 型肝炎和急性 B 型肝炎
-	+	-	-	急性 A 型肝炎
-	+	+	-	急性 A 型肝炎和急性 B 型肝炎 (HbsAg 低於檢查濃度)
-	-	+	-	急性 B 型肝炎 (HBsAg 低於檢查濃度)
-	-	-	+	急性 C 型肝炎

摘自:HARRINSON'S PRINCIPLES of INTERNAL MEDICINE 14th EDITION

假如病人有很明顯的急性肝炎症狀，但所有的檢查都是正常的，這時我們就要考慮是否為 G 型肝炎，或者是我們還未知的肝炎類型。

二、慢性肝炎之診斷

(一) 診斷要點

1. 慢性持續性肝炎

- (1) 多有急性 B 型病毒性肝炎和 (或) 輸血的病史，少數有長期服用某些藥物或飲酒史。
- (2) 病程至少半年。
- (3) 肝功能輕度減退或波動。
- (4) 肝穿刺活組織檢查對本病的診斷具有重要價值，特別是對診斷較困難的病

例。

2. 慢性活動性肝炎

- (1) 多有病毒性肝炎遷延不癒的病史，病程至少半年以上。少數病例有長期服某些藥物或飲酒史。
- (2) 臨床上有較顯著的全身性和消化道症狀及肝脾腫大等。
- (3) 肝功能有不同程度的改變或持續異常。
- (4) 正確診斷靠肝穿刺及活組織檢查。

(二) 鑑別診斷

1. 慢性持續性肝炎的鑒別診斷：

慢性持續性肝炎主要是與慢性活動性肝炎相鑒別，因為二者在治療上很不相同。兩者鑒別要點詳見下表。

2. 慢性活動性肝炎鑒別診斷

- (1) 慢性：兩者鑒別慢性持續性肝炎要點詳見下表三。
- (2) 肝硬化：早期肝硬化與慢性活動性肝炎，在臨床上鑒別比較困難，主要靠肝臟活組織檢查。
- (3) 原發性肝癌：肝臟明顯腫大，質地堅硬，表面有結節，有時可在肝區聽到血管雜音。甲胎兒蛋白 (alpha-FP)測定持續陽性或滴度進行性增高。超音波檢查可見異常光團或實質性暗區。放射性掃描或 CT 檢查可發現占位性病變。必要時可作肝穿刺活組織檢查，或腹部探查。
- (4) 肝炎後綜合徵：在急性病毒性肝炎恢復後，患者仍感疲乏，食慾不振及右上腹不適等症狀，但肝功能試驗持續正常，肝活組織檢查亦無異常。

表三、慢性持續性肝炎與慢性活動性肝炎的鑑別

鑒別項目	慢性持續性肝炎	慢性活動性肝炎
臨床表現		
發病時如急性病毒性肝炎	70 %左右	30 %左右
反覆急性發作	不常見	常見
疲乏等全身症狀	常不明顯	明顯
黃疸	偶見	常見
肝臟腫大	輕度腫大	常中度腫大
脾臟腫大	輕度	進行性腫大
蜘蛛痣、肝掌及其他內分泌功能障礙	常無	常有
肝外系統表現	偶見	多見
實驗室檢查		
ALT 活力	輕度或中度增高	持續或反覆增高
血清白蛋白	正常	可降低
血清 T-球蛋白	正常	增高
血清 IgG	多數正常	明顯增高
血清 IgA、IgM	正常或輕度增高	輕度或中度增高
自體免疫抗體	陰性	半數以上 ANA、SMA 陽性
病理檢查		
炎症反應部位	僅限於匯管區	由匯管伸展入肝小葉
肝細胞呈碎屑狀壞死	無	有
肝小葉結構	完整	紊亂
纖維化	無或輕度	常有，可形成間隔
肝硬化改變	罕見	可有
預後	良好	較差，重者常發展為肝硬化

摘自:CLINICAL MEDICINE SECOND EDITION

(三) 西醫診斷

1. 實驗室診斷 (表四):

表四、慢性肝炎臨床及實驗室的診斷

肝炎的類別	實驗室檢查	自體抗體(Autoantibodies)
慢性 B 型肝炎	HbsAg、HBVDNA、IgG、 anti-HBc、HbeAg	Uncommon
慢性 C 型肝炎	Anti-HCV、HCV-RNA	Anti-LKM1
慢性 D 型肝炎	Anti-HDV、HDV-RNA、 HbsAg、IgG、anti-HBc	Anti-LKM3
其它病毒	Anti-HGV、?HGV-RNA	?
自體免疫性肝炎	ANA(homogeneous)、 Anti-LKM1、 hyperglobulinemia	ANA、Anti-LKM1、 Anti-SLA

摘自:CLINICAL MEDICINE SECOND EDITION

2. B 型肝炎的診斷

- (1)慢性 B 型肝炎的定義：HBsAg 在體內超過半年而未轉成陰性者，但實驗室的檢查沒有辦法分別出其組織學上的變化是屬於輕微或是嚴重的肝炎。
- (2)ALT 的升高必需審慎考慮是否為慢性 B 型肝炎，而其範圍是 100 到 1000。
- (3)慢性 B 型肝炎的患者其 alanine aminotransferase (ALT) 比 aspartate aminotransferase (AST)高。
- (4)慢性 B 型肝炎的患者其鹼性磷酸 alkaline phosphatase 的濃度一般都是正常的或是高出一點。
- (5)在比較嚴重的病人其 bilirubin 膽紅素 [51.3 to 171 umol/L (3 to 10 mg/dL)] 則會有中度的提高。
- (6)在比較嚴重甚至末期的病人其 Hypoalbuminemia (白蛋白過低) 及 prothrombin time (凝血時間的延長)。

3. C 型肝炎的診斷

- (1) 實驗室的檢查與慢性 B 型肝炎相似，但其血清病毒種類不同且其 ALT 的幅度有更大的變化，尤其是發病時間愈長的患者。
- (2) 某些非常少見的自體免疫性疾病及球蛋白增多症的患者，會有假陽性的 anti-HCV。

三、急慢性肝炎之中西醫診斷

一般說來，中醫要診斷急慢性肝炎，中醫古籍上的記載都是以症狀來診斷。所以我們找到一些較相關的病名如：天行厲疫，發黃，脅痛，鬱病，痞，疸，水癥，鼓脹，蠱脹，腹脹，胃痛，吞吐酸，嘈雜，噁心反胃，嘔吐，噯氣，呃逆，吐酸等都是與現代的急慢性肝炎所表現的症狀較相符合的。然而在中醫的辯證論治的前提下，在臨證時須重視人體的特異性，也就是同病異治，異病同治。即使是表面症狀類似的病症，有應根據患者的個體差異，年齡，性別以及情緒的變化和素性剛柔等立法選藥。同時還要根據季節時辰，地區方域以及天時變化等對疾病的影響。特別是那些病程較長肝功能損害明顯的患者，從解除一些主要的症狀入手，往往隨著臨床症狀的好轉或消失，正氣來復，肝功能隨之好轉，因此抓住主要症狀進行治療，就具有重大的臨床意義。

(一) 中醫辨證要領

1. 辨發熱：

初期有發熱惡寒類似感冒症狀出現，屬外濕之象，往往時間比較短暫，本病發熱多屬濕熱蘊結。若熱毒或疫毒較重，可出現高熱症狀；邪正交爭較甚者，可出現熱寒戰；熱毒較輕者，也可不發熱。

2. 辨舌苔：

苔白膩或白膩而厚，多屬濕盛，苔黃膩或黃膩而厚，多濕熱並重；苔黃燥，多屬熱重於濕；苔黃膩而潤，多屬濕重於熱；苔黃膩舌尖絳，為熱盛；舌絳無苔，為胃陰不足。舌質紅，苔黃膩，多濕熱。舌質紅絳，或舌邊尖紅而起刺，或舌邊有瘀斑，苔黃膩或厚膩，多屬濕熱毒蘊，血瘀血熱。舌根部常年

覆少許黃膩苔不化，多屬血分鬱毒。苔薄膩有剝脫，或舌乾紅而苔白厚，多屬濕熱，而陰已虧。舌質紅而少苔，或舌面龜裂，多屬肝腎陰虛。舌質淡胖而嫩，邊有齒痕，或有瘀斑瘀點，苔厚濁或膩，或膩而滑，多屬痰瘀互結。舌苔薄，舌質淡而胖嫩，多屬脾腎陽虛。

（二）病理變化及臨床表徵

然而急慢性肝炎的變化在不同階段有不同的病理變化及臨床表徵。而根據中醫治療肝病的文獻記載和臨床經驗，詳分為各種證型，如下：

1. 濕熱證：

面目及全身發黃，脅肋脹痛，脘腹脹滿，五心煩熱，口乾口苦，渴欲飲水，但飲而不多，胃納呆，不喜食油膩食物，噁心欲嘔，大便秘結，小便黃赤，身倦乏力，舌質紅，苔黃厚膩，脈弦滑數等證。

肝膽濕熱證多見於急性病毒性肝炎、慢性活動性肝炎、瘀膽型肝炎、重症肝炎等病。

2. 寒濕證：

臨床表現以身目俱黃，黃色晦暗，畏寒而喜暖，四肢不溫，脘腹部脹悶，得熱則較舒緩，自覺口淡而不渴，喜食熱飲，食慾減退，大便溏，精神疲倦，四肢困重乏力，小便不利，舌質淡胖，舌苔白膩，脈沉緩。

本證多見於慢性肝炎、瘀膽型肝炎或亞急性重症肝炎及少數急性黃疸型肝炎等病。

3. 熱毒證：

臨床表現以黃疸出現黃色鮮明，起病急驟，高熱不退，或高熱夜甚，甚則狂亂、抽搐，或神情恍惚，甚則神昏譫語，嘔吐，脘腹滿脹，疼痛拒按，大便秘結或粘滯，小便短赤，或尿閉不通，煩燥不安，舌苔穢濁或黃糙，舌質紅絳，脈弦數。

本證多見於急性肝炎、亞急性重症肝炎等病。

4. 痰濕證：

臨床表現以身目發黃，面目虛浮，面色黯滯，目眶晦黯，體形肥胖，胸脘脹滿，肢體沉重，痠困乏力，納食減退，不喜食油膩厚味，噁心，多痰或咯痰少量，口渴不欲飲，或口不渴，大便溏而不爽，女子白帶量多，質稀或稠，肝臟腫大，伴有沉重感，舌體胖嫩，舌邊有齒痕，或舌紫黯邊有瘀點，舌苔黃膩或白膩，脈弦滑。

本證多見於慢性活動性肝炎。

5. 肝鬱脾虛證：

臨床表現以脅肋脹滿疼痛，胸悶善太息，精神抑鬱或性情急躁，納食減退，口淡，脘痞腹脹，四肢倦怠，面色萎黃，少氣懶言，大便溏，腹鳴腹脹，苔白，脈沉弦細。

本證多見於慢性肝炎、重症肝炎的恢復期。

6. 肝胃不和證：

臨床表現以脅肋脹痛，痛無定處，胸悶太息，精神抑鬱或急躁易怒，噁心嘔吐，噯氣呃逆，嘈雜吞酸，或吐出酸苦水，胃脘脹滿疼痛，食慾不振；舌苔薄白、脈弦。

本證多見於急、慢性肝炎。

7. 肝鬱血瘀證：

臨床表現以身目發黃而晦暗，面色黧黑，口唇紫黯，脅下有癥塊，脅腹刺痛不移，按之痛甚，脘腹脹滿，得矢氣後稍緩解，腹部青筋顯露，頭頸胸背有血痣，皮膚可見赤紋絲縷，手掌赤痕，舌質紫黯或有瘀斑，舌下青筋怒張，脈弦細澀。

本證多見於慢性活動性肝炎。

8. 肝腎陰虛證：

臨床表現以腹大脹滿，甚則青筋暴露，面色晦暗或黧黑，心煩口渴，失眠難寐，小便短少，舌質紅絳少津，脈弦細數。

肝腎陰虛水停證多見於肝炎後期。

9. 膽熱鬱積證：

臨床表現為右脅灼熱疼痛，按之痛甚，口乾口苦，不喜油膩食物，胃納呆，噁心嘔吐，胸脅苦滿，大便乾結，或伴惡寒發熱，甚者目黃身黃，小便短赤；舌苔黃膩，脈弦數。

多見於急性重症肝炎、亞急性重症肝炎和膽囊炎、膽管炎及膽結石等病。

(三) 現代醫學的鑑別診斷

然而在現代醫學的領域當中，這些病名的鑑別診斷則相當的複雜。如發黃，即是黃疸，現代醫學的鑑別診斷如下：

1. 非結合型黃疸現代醫學的鑑別診斷(表五)：

表五、非結合型黃疸現代醫學的鑑別診斷

膽紅素的製造增加	膽紅素的吸收及 conjugation 降低
溶血	Gilbert's syndrome
Ineffective erythropoiesis	Crigler-Najjar syndrome
輸血 (Blood transfusion)	藥物
血腫的吸收	新生兒物理性黃疸

摘自：CLINICAL MEDICINE SECOND EDITION

2. 結合型黃疸

(1) 遺傳性疾病

- Dubin-Johnson syndrome
- Rotor's syndrome

表六、肝細胞疾病

急 性	慢 性
Viral hepatitis A , B , C , D , CMV , EBV	Viral Hepatitis B , C , D
藥物	Hepatotoxins
Hepatotoxins (e.g acetaminophen , alcohol-fatty liver , hepatitis)	酒精性肝炎及肝硬化
缺血	自體免疫性肝炎
代謝性疾病 如 Reye syndrome	代謝性疾病 如：Wilson's disease , hemochromatosis
懷孕相關的問題	

摘自：CLINICAL MEDICINE SECOND EDITION

表七、Cholestasis

Intrahepatic-Infiltrative	Intrahepatic-Inflammatory	Extrahepatic
Granulomatous infection	Primary biliary cirrhosis	Choledocholithiasis
Drug	Graft versus host disease	疸道狹窄術後
Malignancy	藥物如 Hormones (estrogen , androgens)	Primary sclerosing cholangitis
Amyloidosis	Total parenteral nutrition	AIDS cholangiopathy
	Bacterial infection	疸道惡性腫瘤
	Postoperative	胰臟炎
	懷孕	胰臟癌
		Pancreatic pseudocyst
		Portal lymphadenopathy

摘自：CLINICAL MEDICINE SECOND EDITION

表八、急性腹痛的鑑別診斷則如下：

症狀	診斷
Peritoneal sings (腹膜症狀)	Surgical abdomen (腹腔手術)
Dysuria/hematuria (解尿困難 血尿)	Pyelonephritis (腎盂腎炎)
	Ureteral obstruction (輸尿管阻塞)
心血管病史	Abdominal aortic aneurysm (腹主動脈瘤)
	Mesenteric ischemia (大網膜缺血)
	心肌梗塞
	小腸梗塞
Alcoholism (酗酒史)	胰臟炎
	肝炎
	胃炎
Altered mense (月經的改變)	子宮外孕破裂
	骨盆腔炎
	(Ruptured ovarian cyst) 卵巢水囊破裂

摘自：CLINICAL MEDICINE SECOND EDITION

表九、腹脹的鑑別診斷則如下：

Gaseous causes	Solid causes	Fluid causes
Functional gas/bloat syndrome	器官實質脹大如： 肝臟 脾臟 腎臟	腹水
Gastric outlet syndrome		Perforated viscus
小腸阻塞		腹腔出血
Ileus	腫瘤	Cyst (囊腫)
Intestinal pseudo-obstruction	大便阻滯的便秘	Abscesses
Pneumatosis cystoides intestinalis	懷孕	Pancreatic pseudocysts
Perforated viscus	肥胖	Gastric outlet syndrome
		小腸阻塞
		Intestinal pseudo-obstruction
		Ileus
		Bladder outlet syndrome

摘自：CLINICAL MEDICINE SECOND EDITION

表十、噁心嘔吐的鑑別診斷則如下：

合併有腹痛	合併有神經症狀
Viral gastroenteritis (病毒性胃腸炎)	腦壓的增加
急性胃炎	Midline cerebellar hemorrhage (小腦中線出血)
Food poisoning	
胃潰瘍	Vestibular disturbances (前庭擾亂)
急性胰臟炎	
小腸阻塞	Migraine headaches (偏頭痛)
急性盲腸炎	
急性膽囊炎	
Acute cholangitis	
急性腎盂腎炎	
Inferior myocardial infarction (下方心肌梗塞)	

摘自：CLINICAL MEDICINE SECOND EDITION

表十一、急、慢性或反覆發作

急性	慢性或反覆發作
Digitalis toxicity (毛地黃的毒性)	Psychogenic vomiting (心因性嘔吐)
Ketoacidosis (酮酸中毒)	Metabolic disturbance (代謝性障礙)
Opiat use (毒品的使用)	Gastric retention (胃的暫留)
腫瘤的化學治療	胃手術後的膽汁逆流
懷孕的初期	懷孕
Inferior myocardial infarction (下方心肌梗塞)	
Drug withdrawal	
Binge drinking (瘋狂飲酒)	
肝炎	

摘自：CLINICAL MEDICINE SECOND EDITION

雖然有這些鑑別診斷，但要從這些症狀中診斷出急慢性肝炎仍須一些實驗室的數據來幫助，其判別如下：

表十二、急慢性肝炎之實驗室診斷

Pattern	Bilirubin	Alkaline phosphatase	Aminotransferase	Albumin	Prothrombin time
Hemolysis (溶血)	通常增加(尤其是 Indiret 的部份)	正常	正常	正常	正常
Acute hepatitis (急性肝炎)	增加或沒有 (Diret 或 Indiret 的部份皆會)	正常或小於正常值的三倍	通常大於 400U/I 且 ALT>AST	正常	正常或若大於五秒的延長且對於 Vit K 的治療無效 (預後很差)
Chronic hepatitis (慢性肝炎)	增加或沒有 (Diret 或 Indiret 的部份皆會)	正常或小於正常值的三倍	通常小於 300U/I	也許會降低	常是延長的且對於 Vit K 的治療無效
Cholestasis (膽汁鬱滯)	通常都會增加(Diret 或 Indiret 的部份皆會)	大於四倍的正常值	通常小於 300U/I	通常是正常	正常 若延常亦可對 Vit K 的治療有效
Infiltrative (浸潤型)	通常是正常	大於四倍的正常值 大於五倍的 nucleotidase 或 g-GT	通常小於 300 U/I	通常是正常	正常

摘自：CLINICAL MEDICINE SECOND EDITION

根據研究統計在急慢性 B 型肝炎分析上發現急慢性肝炎的實驗室數據上變化與中醫的證型上有些關係可供參考其分析如下：

1. 劉克剛，慢性 B 型肝炎分析：肝鬱脾虛型：CPH 佔 94.6%肝腎陰虛型：CAH 佔 75.5% (中國中西結合雜誌，1990)
2. 楊興中，慢性 B 型肝炎分析 (山西中醫，1991)：
 - (1)濕熱未清型： Bil、ALT 顯著升高、HBeAg(+)：62.5%
 - (2)肝鬱脾虛型： Bil 大部份正常、ALT 輕度升高、HBeAg(+)：80.6%
 - (3)氣滯血瘀型： Bil、ALT 較高、C3 含量最低、HBeAg(+)：100%
 - (4)肝腎陰虛型： γ -globulin 增高、HBeAg(+)：85.7%
3. 金實，慢性 B 型肝炎分析(中醫雜誌，1989)：
 - (1)濕熱氣滯型：HBsAg 滴度最高、ALT 升高、IgG 顯著增加
 - (2)肝脾兩虛型：HBsAg 滴度最低、LFT、免疫功能改變不明顯
 - (3)肝腎陰虛型： γ -globulin、IgG 顯著升高
 - (4)肝脾血瘀型：C3 顯著降低、Ea-RFC 明顯低下、Es-RFC 明顯增高
4. 楊學禮，慢性 B 型肝炎分析：
 - (1)肝膽濕熱多 AST ALT 升高。
 - (2) γ -globulin 升高多為肝腎陰虛。
 - (3)自覺症狀明顯而肝功能異常不顯著多為肝鬱脾虛。

(肆) 急慢性肝炎之症狀與治療

一、肝炎中醫之症狀與治療

肝炎疾病的變化在不同階段有不同的病理變化及臨床表癥。根據中醫治療肝病的文獻記載和臨床經驗，可依各個階段所表現出不同的證候，根據中醫的辨證論治法則詳分為各種證型，如：濕熱蘊結證、肝膽瘀熱證等，再依證型進行辨證論治。將中醫醫籍的論述與現代醫學的發展相結合，在掌握中國醫學辨證施治的原則之下，將臨床辨證與辨病相結合。

(一) 濕熱證：

肝膽濕熱證多見於急性病毒性肝炎、慢性活動性肝炎等病。

面目及全身發黃，脅肋脹痛，肝臟腫大(在中醫視為有形之血瘀阻)，或兼有灼痛感，右脅觸痛明顯，脘腹脹滿，五心煩熱，口乾口苦，渴欲飲水，但飲而不多，胃納呆，不喜食油膩食物，噁心欲嘔，大便秘結，小便黃赤，身倦乏力，或出現肝掌、蜘蛛痣，面部毛細血管擴張，舌質紅，苔黃厚膩，脈弦滑數。

若濕重於熱者，頭重身困，苔白膩微黃，脈濡緩或弦滑；熱重於濕者，發熱尿赤，苔黃膩，脈弦滑數；濕熱兼表，則畏寒發熱，苔黃白膩，脈浮弦或浮數。

本證為肝膽疾病中最常見之證候，多因外感濕熱之邪或內傷飲食，使濕熱蘊結，燻蒸肝膽，肝失疏泄，氣機不暢，致肝膽氣鬱，血行不暢，瘀血阻滯，日久化熱而成。膽汁橫溢所致。屬實熱證。實指邪氣盛實，起病迅速，病程短，黃色鮮明如橘子色。其病變部位在肝膽，與中焦脾胃亦密切相關。

治療以清熱化濕，涼血利膽為法則。

1. 濕熱兼表：

症狀：黃疸初起，輕度目黃或身黃不明顯，畏寒發熱，頭重身疼，倦怠乏力，脘悶，納呆，小便色黃，舌稍紅，苔薄膩，脈浮弦或浮數。

治則：清熱化濕，佐以宣透。

方藥：麻黃連翹赤小豆湯去桑白皮，加茵陳，藿香，白蔻仁，黃芩，滑石，本型往往時間短暫，很快就可消失或者轉化，治法總以清熱化濕為主，適當佐以少量辛散，取其微汗即可，但黃疸總以濕熱為主，切不可主次顛倒，用大劑量的辛散之品，以致助熱傷陰，使濕熱之邪轉變為熱毒熾盛。

2. 熱重於濕：

症狀：身目色黃如鮮橘色，發熱咽乾，口渴心煩，脘腹脹滿，大便秘結，小便短赤，皮膚搔癢，舌質紅，苔黃厚少津，脈弦數或滑數。

治則：清泄熱毒，化濕散結。

方藥：茵陳蒿湯加蒲公英、半枝蓮、連翹、丹參、鬱金，噁心、嘔吐者，加竹茹、黃連以清熱和胃，脘腹脹滿者，加厚朴，枳實以行氣消脹，小便短赤者，加白茅根，木通以利尿清熱。

3. 濕重於熱：

症狀：身目色黃而不光亮，多無發熱或身熱不揚，頭身困重，口淡不渴，脘腹痞悶，厭惡油膩，不欲飲食，便稀不爽，小便短黃，苔厚膩或黃白相兼脈濡數或濡緩。

治則：利濕化濁，佐以清熱。

方藥：胃苓湯去桂枝加茵陳，金錢草，小便短赤者，加白茅根以清利，大便泄瀉者，加炒扁豆，炒苡仁以健脾去濕，腹脹較甚者，加大腹皮，木香以行氣，夾有食滯者加焦三仙以助化。

4. 濕熱並重：

症狀：黃疸較重，心煩胸悶，嘔吐，納差，倦怠乏力，脅脹疼痛，舌質紅苔黃膩，脈弦。

治則：清熱利濕，化癥解毒。

方藥：甘露消毒丹合茵陳蒿湯，嘔吐甚者，加竹茹，陳皮，川連，半夏以和胃降逆，脅肋疼痛者，加鬱金或延胡，川棟子以行氣止痛，脅有癥塊者，加赤芍，澤蘭葉以活血軟堅。

5. 濕熱未盡，正氣虧損：

症狀：黃疸消退後，精神欠佳，食慾稍差，脅脹微痛或不痛，脅下癥塊或有或無，或腰背痠困，疲乏無力，舌淡，苔白，脈緩。

治則：清熱利濕，利膽活血，兼以扶正。

方藥：茵陳、丹參、鬱金、板藍根、連翹、白朮、茯苓、焦三仙，兼脾氣虛者，加白糖參，生黃耆，以健脾益氣，兼肝腎虧虛者，加女貞子、川斷、菟絲子以補益肝腎。

(二) 寒濕證：

本證多見於慢性肝炎、或亞急性重症肝炎及少數急性黃疸型肝炎等病。

臨床表現以身目俱黃，黃色晦暗，畏寒而喜暖，四肢不溫，脘腹部脹悶，得熱則較舒緩，自覺口淡而不渴，喜食熱飲，食慾減退，大便溏，精神疲倦，四肢困重乏力，小便不利，舌質淡胖，舌苔白膩，脈沉緩。

本證因感受寒濕之邪，或平時體質偏於陽虛易感受濕邪，濕從寒化而困阻中焦，或由於邪盛而正氣衰或過用苦寒清熱之藥，導致脾陽受損，使濕從寒化，寒濕屬陰邪，內阻陽氣之暢行，土壅木鬱，阻滯膽汁排泄，溢於肌膚而發為黃疸。故身目黃色晦暗；寒濕困脾使運化失調，故脘悶腹脹，食慾減退，大便溏薄；寒濕久留，陽氣已虛，氣血不足，則見神疲畏寒，四肢不溫等證；舌淡、苔白、舌體胖、脈沉緩，為寒濕中阻，或陽虛濕濁不化之徵，證屬本虛標實之候。其病變部位主要在肝膽，與中焦脾胃亦有密切關係。

治則：溫陽散寒，健脾化濕為法則。

用藥：以附子、肉桂、乾薑溫補脾腎，以復元氣，佐以茵陳溫化寒濕濁邪，黨參、白朮、茯苓、大棗以增健脾之力，升運脾陽，甘草調和諸藥。若胃滿腹脹者，加砂仁、厚朴之類行氣除脹；若氣逆嘔吐者，加陳皮、半夏和胃降逆；若呃逆連綿不止者，加丁香、柿蒂、代赭石、旋覆花之類降逆止呃，若腹大水腫，小便短少者，加豬苓、茯苓皮、澤瀉、車前子，大腹皮淡滲利水；若有瘀血者，加桃仁、紅花、赤芍、丹參、當歸之類化瘀通絡。

(三) 熱毒證：

本證多見於急性肝炎、亞急性重症肝炎等病。

臨床表現以黃疸出現黃色鮮明，起病急驟，高熱不退，或高熱夜甚，甚則狂亂、抽搐，或神情恍惚，甚則昏譫語，嘔吐，脘腹滿脹，疼痛拒按，大便秘結或粘滯，小便短赤，或尿閉不通，煩燥不安，舌苔穢濁或黃糙，舌質紅絳，脈弦數。

本證為肝膽疾病中之危重證，因病毒入侵，病勢急，傳變迅速。熱毒灼津耗液，熱閉膀胱，氣化無權，出現高熱煩渴，小便短少；熱毒結於陽明，腑氣不通，則大便秘結，脘腹脹滿疼痛；胃失和降，則嘔吐頻作；熱毒炎上，擾亂神明，故煩躁不安。苔黃舌絳，脈弦滑數，皆是中醫所言熱毒熾盛的現象。

其病位雖在肝膽，但與脾胃、大小腸都有密切相關。病情發展，亦可累及心、腎、腦。

治療以清熱解毒，瀉火退黃，涼血救陰為法則。

症狀：肝區或兩脅下脹滿疼痛，並波及脘腹，肢體困重，納差乏力，厭食油膩口黏口苦口臭，或有噁心，大便呈糊狀，尿黃且短，少寐多夢，低熱，黃疸，舌質紅，邊有瘀斑，舌苔黃膩或厚膩，或舌根部常年覆少許膩苔不化，脈弦數，體格檢查可見肝脾腫大，蜘蛛痣，實驗室檢查可 ALT 常明顯升高 γ -GT 增高，IgG 也常明顯增高，血清膽紅素常增高血清白蛋白降低，A/G 比值倒置， γ -球蛋白明顯增高，本証多見於慢性活動性肝炎。

治則：涼血活血，解毒利濕。

方藥：白花蛇舌草、丹皮、生蒲黃、丹參、桃仁、白茅根、生大黃、升麻、葛根、黃耆，有黃疸者加赤芍、金錢草以涼血活血，利濕退黃，鼻血者，丹參、桃仁減量，另加白頭翁，小蘗以解毒涼血，ALT 明顯升高者，丹參、桃仁減量，另加白芍、龍膽草，血脂增高者，加生山楂，澤瀉，類風濕因子陽性或關節疼痛者，加漢防己，秦艽，TTT、TFT 長期明顯異常者，加當歸，黃精，A/G 倒置者加三七、水牛角粉， γ -球蛋白升高者，加當歸、白芍、女貞子，脾大明顯者，加赤芍、瓦楞子。

(四) 痰濕證：

本證多見於慢性活動性肝炎。

臨床表現以身目發黃，面目虛浮，面色黯滯，目眶晦黯，體形肥胖，胸脘脹滿，肢體沉重，痠困乏力，納食減退，不喜食油膩厚味，噁心，多痰或咯痰

少量，口渴不欲飲，或口不渴，大便溏而不爽，女子白帶量多，質稀或稠，肝臟腫大，伴有沉重感，舌體胖嫩，舌邊有齒痕，或舌紫黯邊有瘀點，舌苔黃膩或白膩，脈弦滑。

本證乃因濕熱久羈，化生痰濕，痰濁阻絡，血行不暢，遂成血瘀，終致膠著不解，肝失疏泄，膽汁外溢而發病。其證初起，本標俱實；久則發展為脾虛失運，痰濕內盛，與瘀實相結，為正虛邪實。

其病位主要在肝膽脾胃，後期亦可影響至心腎。

治療以化痰除濕，祛瘀散結為原則。

症狀：形體肥胖，面目虛浮，或面色晦滯，眼眶下晦暗或瘀紫，頭暈，心悸，健忘難寐或嗜睡，疲倦無力，四肢痠軟，口中黏膩，厭食油膩厚味，或胸悶脘滿，噁心多痰大便溏而不爽或有肝區刺痛，女子則帶下量多色白，如涕如唾，甚至纏綿不絕或黏稠，舌質胖嫩，邊有齒痕，或有瘀斑瘀點，苔厚濁或膩，或薄膩而滑，脈多細濡，或滑或弦，或兼有肝脾腫大，實驗室檢查可見， γ -球蛋白增高，lgG 增高，TTT、TFT 改變明顯並持續難降，或持續高（ALT），或有高脂血症，或 A/G 倒置，本證多見於慢性活動型肝炎。

治則：滌痰去瘀

方藥：法夏、陳皮、茯苓、甘草、當歸、赤芍、丹參、山楂、雞內金、參三七、桃仁、瓦楞，病程較長，脅痛如錐如刺，牽及腰背，肝脾腫大者，加醋炒鱉甲、地鱉蟲、土炒穿山甲、生僵蠶、生牡蠣，以剔痰去瘀消癥積。

（五）肝鬱脾虛證：

本證多見於慢性肝炎、重症肝炎的恢復期。

臨床表現以脅肋脹滿疼痛，胸悶善太息，精神抑鬱或性情急躁，納食減退，口淡，脘痞腹脹，四肢倦怠，面色萎黃，少氣懶言，大便溏，腹鳴腹脹，苔白，脈沉弦細。

本證多因肝鬱之病因而引致脾虛之果，肝氣鬱結，疏泄失職，肝木橫逆犯脾土，致脾失健運，水穀不化所致，肝脾同病，其病位主要在肝脾，亦可涉及到胃腸。

治療以疏肝解鬱，健運脾氣為原則。

症狀：右脅疼痛，食慾不振，疲乏無力，脘腹脹滿，厭油，腰痠背困，大便稀薄舌淡，苔膩，脈沉弦或弦緩。

治則：疏肝健脾，佐以清利濕熱。

方藥：豬苓、茯苓、白朮、山藥、扁豆、白芍、香附、藿香、佩蘭葉、茵陳、丹參、鬱金、甘草，脘腹脹滿者，加厚朴以行氣除滿，夾有食滯者，加焦三仙，炒萊菔以消食健胃。

(六) 肝胃不和證：

本證多見於急、慢性肝炎。

臨床表現以脅肋脹痛，痛無定處，胸悶太息，精神抑鬱或急躁易怒，噁心嘔吐，噯氣呃逆，嘈雜吞酸，或吐出酸苦水，胃脘脹滿疼痛，食慾不振；舌苔薄白、脈弦。

本證因肝氣犯胃，胃失和降，故噁心嘔吐，噯氣呃逆，嘈雜吞酸，甚則胃脘疼痛；肝鬱氣滯，經絡不通，故肝經所過之脅肋部位疼痛。肝失條達則胸悶太息，精神抑鬱或急躁易怒。屬實證，病久亦有虛者。其病位主要在肝胃，與脾亦密切相關。治療以疏肝解鬱，理氣和胃原則。

症狀：周身沉困乏力，嘔惡不欲食，厭油膩，脘腹脹滿，脅肋呈陣發性脹痛或下有癥塊，舌苔薄黃或微膩，脈象弦滑。

治則：清熱利濕，疏肝理氣。

方藥：茵陳、茯苓、澤瀉、連翹、丹參、鬱金、藿香、白蔻仁、法夏、廣皮、白芍、甘草、焦三仙，脅下癥塊較大者加鱉甲、澤蘭葉以軟堅散結。

(七) 肝鬱血瘀證：

本證多見於慢性活動性肝炎。

臨床表現以身目發黃而晦暗，面色黧黑，口唇紫黯，脅下有癥塊，脅腹刺痛不移，按之痛甚，脘腹脹滿，得矢氣後稍緩解，腹部青筋顯露，頭頸胸背有血痣，皮膚可見赤紋絲縷，手掌赤痕，舌質紫黯或有瘀斑，舌下青筋怒張，脈弦細澀。

本證多由病久，肝鬱氣滯，血行不暢，瘀血留著所致。瘀血內聚，結於脅下，漸成癥塊，使絡道滯塞而出現赤紋絲縷；膽汁受阻，而發為黃疸。證屬虛實夾雜之候。

其病位主要在肝膽，病變發展，亦可影響到脾、胃、腎等臟腑。

治療以活血化瘀，疏肝退黃為原則。

方藥：丹參，赤芍，桃仁，白茅根，茵陳，柴胡，鬱金，香附，川七粉、五味子，枸杞子，黃芩，白芍，當歸。

(八) 肝腎陰虛證：

肝腎陰虛水停證多見於肝炎後期。

臨床表現以腹大脹滿，甚則青筋暴露，面色晦暗或黧黑，心煩口渴，失眠難寐，小便短少，舌質紅絳少津，脈弦細數

本證多由於遷延日久，濕熱未盡，蘊遏化熱，熱耗陰血，或用攻下逐水之藥太過，傷津耗液，致肝腎陰虛，津液不得輸布，水液停聚所致。證屬虛實夾雜之候。

病位主要在肝腎，亦可影響脾胃。

治療原則為滋養肝腎，育陰利水，兼活血化瘀。

症狀：頭暈目糊，腰膝痠軟，爪甲脆弱，兩脅隱痛，口乾咽燥，夜不成寐，動輒心悸，婦女則月經愆期，經量減少，或則經閉不行，男子則遺精早泄、手足心熱或身有低熱，齒衄鼻衄，舌紅少津苔剝脫，或舌質乾紅而苔白厚，脈細數或弦細，實驗室檢查可見 ALT 升高，白蛋白下降，球蛋白升高，A/G 比值倒置，鋅濁度試驗明顯異常， γ -GT，IgG 高於正常值，本證多見於慢性活動性肝炎，病程往往在一年以上，並經過相當長的，

清熱利濕法治療，其轉氨 雖有下降而一直未恢復，此外，本型也可見於經清熱利濕法治療後肝功能已正常者。

治則：滋養肝腎：

方藥：當歸、枸杞、製首烏、女貞子、白芍、生地黃、沙參、麥冬、川棟子，失眠者，加棗仁、夜交藤，以養心安神，齒衄者，加丹皮、旱蓮草、仙鶴草，以涼血止血，頭暈目糊者，加甘菊、銀花，以清肝平肝，遺精早泄者，加炒川柏，以泄相火，肝區刺痛者，加參三七研粉吞服，以和絡止痛。

（九）膽熱鬱積證：

多見於急性重症肝炎、亞急性重症肝炎和膽囊炎、膽管炎及膽結石等病。

臨床表現為右脅灼熱疼痛，按之痛甚，口乾口苦，不喜油膩食物，胃納呆，噁心嘔吐，胸脅苦滿，大便乾結，或伴惡寒發熱，甚者目黃身黃，小便短赤；舌苔黃膩，脈弦數。

本證多因情志不暢，寒溫不適，飲食不節，過食油膩而致脾失健運，肝失泄疏，膽汁鬱滯，熱積不散，久則氣血凝滯，聚而為瘀。屬實熱證。其起病急病情重。

病變部位主要在肝膽而偏重於膽，與中焦脾胃亦有關係。

治療原則為疏肝利膽，清熱消瘀。

1. 論治要點：

中醫治療本病主要因其濕熱久蘊，致成血瘀血熱，故以重用涼血活血為基本原則若早期濕熱明顯者，則以清利濕熱為主。

2. 分證施治：

（1）肝膽濕熱：

症狀：黃疸不退，發熱或不發熱，口乾，口苦，大便乾，尿短黃，右脅下疼痛連徹後背，舌質紅，苔黃膩，脈弦數，實驗室檢查可見，血清膽紅素升高 ALK-P， γ -GT 均可升高，尿膽紅素陽性，尿膽

原和尿膽素減少或消失。

本證多見於急性瘀膽型肝炎。

治則：清利肝膽濕熱。

方藥：茵陳、生大黃、梔子、金錢草、黃芩、丹參、鬱金、片薑黃、川棟子,小便短赤者，加木通，車前子，白茅根，以清熱利水，嘔惡者，加川連，竹茹以降逆清熱止嘔。

(2) 血瘀血熱：

症狀：黃疸較甚，持久不退,皮膚搔癢，抓後有細小出血點，皮膚有灼熱感及瘀斑，大便灰白，呈黏土樣，小便短赤，甚則如濃茶色，便秘腹脹，面色晦暗脅下癥塊，舌質紫暗或有瘀斑或舌下靜脈怒脹，舌苔黃膩，脈弦緊，實驗室檢查可見，血清膽紅素明顯升高，ALP， γ -GT 均可升高， γ -球蛋白也可升高，A/G 比值倒置，本證多見於慢性活動性肝炎。

治則：重用涼血活血

方藥：赤芍、丹參、葛根、茜草，兼陽明腑實者，加生大黃後下，元明粉沖服，通腑利膽，尿短赤，苔黃膩明顯者，加茵陳，金錢草，以清利濕熱，脅下癥塊者，加桃仁，紅花，瓦楞子，以化瘀消癥。

二、西方醫學之症狀與治療：

(一) 慢性 B 型肝炎治療的目標：

B 型肝炎帶原者，因肝硬化而死亡的危險性為正常人的 12 倍至 79 倍；發生肝癌的危險性，在阿拉斯加為 148 倍，在遠東地區為 30 倍至 98 倍。因此如果能早期清除 B 型肝炎病毒或抑制病毒複製，理論上將可避免走向肝硬化和肝癌之不歸路。藥物治療慢性 B 型肝炎的目標有：

4. 抑制或清除病毒以達到肝炎的緩解。
5. 降低感染力。
6. 使病毒複製的標記，例如 e 抗原，HBV DNA，和 DNA 聚合 持續性地消

失。

7.血清 AST，ALT 值正常，同時肝組織發炎改善。

8.表面抗原消失，表面抗體出現，達到痊癒的終極目標。

(二) 治療慢性 B 型肝炎的西藥：

1. 干擾素 (interferon alfa)：

為美國食品藥物管理局 (FDA) 最早核准用來治療慢性 B 型肝炎的藥物，它是以基因重組技術製造，與人體產生之內源性干擾素類似。其作用機制為：

(1) 抗病毒作用：抑制 pregenomic HBV RNA 包裹 (packaging) 進入核心粒子 (core particle)。

(2) 免疫調節作用：增強肝細胞上核心抗原的表現。

干擾素治療之適應症為肝功能不正常 (AST，ALT 值上升 2 倍以上)，e 抗原陽性，肝組織切片為慢性肝炎，而無肝硬化的慢性 B 型肝炎患者。如果有效，臨床上可見到 e 抗原消失，e 抗體出現，肝功能變成正常，肝組織切片發炎較緩解。目前較常使用之劑量為：1 週 3 天，5 百萬---1 千萬 U/天，皮下注射，給予 4 至 6 個月，25-40% 患者可達到長期緩解。在 15 個臨床實驗的綜合分析中，接受干擾素治療的患者有 33% 有持久反應，8% 表面抗原消失；而對照組僅有 12% 之持久反應，2% 表面抗原消失。在反應良劣的預估上，高 AST，ALT 值 (>200IU/ml)，低 HBV DNA 值 (<200pg/ml)，活動性肝炎，女性，近期感染為反應良好的指標；反之，同性戀者，HIV(+)，HDV(+)，早期感染，東方人為反應不佳的指標。副作用方面 (表 1)，最常見的是發燒，畏寒，虛弱，肌肉酸痛，頭痛等類似感冒的症狀，通常在注射第一劑之後 6 至 8 小時出現，可持續 12 小時，在注射第二劑、第三劑時，此種副作用會減輕，一星期之後、大多數患者不會再出現此種副作用。其他副作用如顆粒球低下，掉髮，體重減輕，憂鬱症，甲狀腺功能失調亦非少見，不過大多數在停藥後可自然恢復。干擾素治療到第 2 至 3 個月時，有時會出現 AST，ALT 值升高至正常值 2 至 5 倍的短暫現象，此時常伴隨

e 抗原的消失。

表 1：干擾素的副作用

全身性	疲倦，發燒，頭痛，肌肉酸痛，關節痛，頭痛，食慾不振，體重減輕，嘔吐，噁心，腹瀉，腹絞痛，掉髮
神經系統	注意力無法集中，睡眠障礙，昏迷，暈眩，耳鳴，視力減弱，聽力減弱
精神心理	焦慮，躁動，憂鬱，社交退縮，性慾減低，被害妄想，自殺意念
血液系統	血小板，白血球，紅血球減少
免疫系統	容易發生細菌感染，特別是支氣管炎，鼻竇炎，毛囊炎，泌尿道感染 自體免疫產生自體免疫抗體，抗干擾素抗體，甲狀腺功能低下，甲狀腺功能亢進，糖尿病，扁平苔蘚，栓塞性血小板減少性紫斑病 (TTP)
少見	肺炎，間質性腎炎，腎病症候群，心臟衰竭，心律不整

2. 對特殊患者的治療如下：

(1) 感染突變種病毒 (mutant virus)：

在地中海地區和某些亞洲地區，35%至 80%慢性B型肝炎患者的e抗原為陰性，但HBV DNA仍存在，病毒持續複製，這類患者有較嚴重的肝病變，預後較差。最常見的突變發生在B型肝炎病毒基因的核前區 (precore region) 1896 位置發生G→A變化，產生終止密碼 (TGG to TAG)、而無法合成e抗原。此種病患雖然對干擾素反應良好，但停藥後極易復發。Hadziyannis等報告，給予干擾素 (3 百萬U/天，1週 3 天) 治療 3 個月後，50%患者有反應，但追蹤 16 至 24 個月，卻有 50%患者復發。Fattovich等報告，給予干擾素 (5 百萬U/m²，1 週 3 天) 治療 6 個月，53%患者有反應，但追蹤 12 個月後，有 27%患者復發。

(2) 肝硬化：

傳統劑量的干擾素治療並不建議，因為可能使肝炎加劇，引起肝衰竭，或因白血球低下及血小板低下，而造成敗血症或出血。Perrillo 等報告，低劑量微量調整的干擾素 (50—300 萬 U/2 天 1 次)治療 6 個月，對輕微程度的非代償性肝硬化，Child's A 可達到 100%療效，Child's B 僅有 33%有反應，而 Child's C 則完全無反應。

(3) 合併 D 型肝炎病毒感染：

B 型肝炎患者若合併 D 型肝炎病毒感染，疾病可能進展更快。Farci 等曾給予此類患者高劑量干擾素 (9 佰萬 U/天，1 週 3 天)治療 1 年，71% 患者的 ALT 值正常，71%患者測不到 HDV RNA，完全反應率為 50%；然而停藥後長期追蹤至 4 年皆會復發，雖然 50%以上的患者 ALT 直仍維持正常，然而 HDV RNA 皆會再現。

(4) 少數慢性 B 型肝炎患者合併肝外免疫複合體疾病：

如腎絲球腎炎，結節性多發性動脈炎。Conjeevaram 的臨床研究顯示對於 B 型肝炎病毒相關的腎絲球腎炎，給予干擾素 (5 佰萬 U/天)治療 4 月，53%患者獲得長期緩解，HBV DNA 消失，e 抗原陰性，肝功能正常，同時蛋白尿可獲得明顯改善。但是結節性多發性動脈炎患者時常因全身性血管炎發作而威脅生命，需要立即給予免疫抑制劑治療，而不適合給予干擾素。

(5) 免疫系統被抑制的患者：

免疫系統被抑制的患者，時常伴隨 B 型肝炎病毒感染，可是大多數對干擾素治療反應不佳，可能是因免疫抑制劑阻滯了干擾素的抗病毒作用之故，因此僅有正常 CD4 數目的 HIV 感染患者和接受低劑量免疫抑制劑的器官移植患者，才有較佳反應。

除了干擾素單獨治療外，亦有研究者嘗試給予口服減量類固醇 4 至 6 週 (30 毫克/天至 10 毫克/天)，停藥後 2 週，再給干擾素治療 (4-6 佰萬U/m²，1 週 3 天)3 至 4 月。據分析多個臨床實驗後，發現對低ALT值

《100 U/L》的患者效果較好，44-57%患者有反應，而單獨使用干擾素治療的患者，僅 17-20%有反應。值得注意的是肝硬化患者的起始類固醇劑量不可超過 40 毫克/天，以避免造成急性肝衰竭。Niederan等針對接受干擾素治療者作長期追蹤，103 個接受干擾素治療的患者，有 53 個患者發生e抗原血清轉換，而 50 個患者e抗原持續陽性，在 6 年追蹤期間，有 6 人因肝衰竭死亡，2 人需接受肝移植，這 8 人之e抗原皆為陽性；有 8 人進行為肝硬化，其中 7 人之e抗原為陽性。接受干擾素治療的患者，若發生e抗原血清轉換，有較佳的存活率和較低的併發症發生率。

3. 抗病毒藥物：

核酸類似物 (Nucleoside analogue)可抑制 DNA 聚合，而終止 B 型肝炎病毒的複製。然而核酸類似物在體內的作用機制極複雜，雖然很多在體外是有效的 DNA 聚合抑制劑，但在動物實驗或臨床實驗卻是無效的。此外，核酸類似物亦可能干擾細胞和粒線體 DNA 的複製，而產生細胞毒性。Lamivudine 和 famciclovir 兩種口服藥，效用強而毒性低，是治療慢性 B 型肝炎最有前景的新藥，對長期感染患者，干擾素反應不佳患者和肝移植患者有一定療效；但須長期使用，直到 e 抗原血清轉換，以控制病毒感染，並預防撤除後再發 (withdrawl flare)。

(1) Lamivudine：

為 stereoisomer of 3-thiacytidine (3TC)，可抑制 HIV 複製，FDA 已批准與 zido-vudine 併用，治療 HIV。本藥亦可藉由干擾 B 型肝炎病毒反轉錄活性和聚合活性，終止 B 型肝炎病毒複製。FDA 於 1997 年底亦已批准此藥用於慢性 B 型肝炎的治療。一般劑量為 100 毫克/天，口服給予。臨床實驗給予 3 個月治療，100%患者血清中測不到 HBV DNA，但停藥後，64%患者血清 HBV DNA 值恢復至原來數值，只有 18%患者有持續性反應，且極少數患者發生 e 抗原血清轉換。Nevens 等報告，給予 6 個月治療，93%患者血清中測不到 HBV 之 DNA，但停藥後 1 個月，

所有患者血清 HBV 之 DNA 值恢復至原來數值。Dienstag 等報告，給予 4-60 個星期治療，38%患者發生 e 抗原血清轉換，9%患者表面抗原消失。Tassopoulos 等報告，給予 26 個星期治療，若在第 24 個星期測不到 HBV 之 DNA，繼續服用至 52 個星期，65%患者血清中測不到 HBV DNA。香港賴等報告，給予長期治療 12 個月，100%患者血清中測不到 HBV DNA，16%患者發生 e 抗原血清轉換，56%患者肝組織切片的壞死發炎活性有明顯改善，纖維化進展變緩。值得注意的是患者接受 lamivudine 治療 6 個月以上時，易有 HBV DNA 重新出現，並伴隨 ALT 值上升的現象，這是逃脫突變種 (escape mutant) 產生之故，通常是在 HBV DNA 聚合基因的 YMDD locus (tyr-met-asp-asp)發生 methionine 被 valine (YVDD)或 isoleucine (YIDD)取代，這種突變會使 lamivudine 的效用下降 20-100 倍，一年約有 14%患者產生逃脫突變，此種突變病毒對帶原者之長期影響仍有待觀察。

Lamivudine 之副作用包括腸胃不適，血液學病變，頭痛，掉髮，周邊神經炎，解脂，和澱粉上升。Lamivudine 對肝臟移植患者的 B 型肝炎復發之預防確實有效。干擾素對這類患者是禁忌，因為有高比例的移植肝排斥現象。在一項美國，加拿大多醫學中心臨床實驗，顯示給予 6 個月 lamivudine 治療，96%患者血清中測不到 HBV DNA，30%患者發生 e 抗原血清轉換；給予 12 個月 Lamivudine 治療，75%患者血清中測不到 HBV DNA，44%患者發生 e 抗原血清轉換。Lamivudine 對因慢性 B 型肝炎產生肝硬化的患者，亦可能有療效。Van Thiel 的臨床實驗，給予 6 個肝硬化患者長期 lamivudine 治療，可有效抑制病毒複製，血清中測不到 HBV DNA，其中 4 個患者接受肝臟移植後仍持續服用 lamivudine，即使併用免疫抑制劑，亦無 B 型肝炎病毒活化現象，移植後肝組織切片測不到 HBsAg，HBcAg，和 HBV DNA。

(2) Famciclovir

爲 penciclovir 的口服劑型，結構式與 acyclovir 相似，起初用來治療 疹病毒感染。亦可嵌鑲入 HBV DNA，抑制 B 型肝炎病毒之聚合活性，終止 B 型肝炎病毒複製。常用劑量爲 500 毫克/次，3 次/天，口服給予。臨床研究顯示對肝臟移植患者的 B 型肝炎復發之治療有效，給予 1 年治療，可降低 HBV DNA 95%，給予 2 年治療，可降低 HBV DNA 99%。給予慢性 B 型肝炎患者 4 個月治療，追蹤 8 個月，血清 HBV DNA 值下降，14%患者發生 e 抗原血清轉換。如同 lamivudine 一樣，接受 famciclovir 治療 1 年以上時，有 19%患者產生抗藥性病毒株，但突變位置並不相同。常見副作用有頭痛，噁心，和腹瀉。Famciclovir 對於 B 型肝炎病毒相關的結節性多發性動脈炎可能有效。Kruzei 等報告一例對干擾素治療無反應的患者，給予干擾素 (5 佰萬 U/天，1 週 3 天)加 famciclovir (500 毫克/次，3 次/天)合併治療，1 個月後，病毒複製減少，症狀改善；1 年後發生 e 抗原的血清轉換。

4. 免疫調節劑

(1) 胸腺素(Thymosin- α 1，T- α 1)：

爲一種胸腺來源的多肽，可調節 T 細胞功能，促進淋巴球產生內源性的 IFN- α ，IFN- γ ，IL-2，增加淋巴球 IL-2 receptor 的表現。Andreone 等報告，給予 e 抗原陰性的慢性 B 型肝炎患者胸腺素 (900 $\mu\text{g}/\text{m}^2$ ，1 週 2 次)或干擾素 (5 佰萬 U/天，1 週 3 天) 6 個月後，反應率爲：胸腺素組 -29.4%，干擾素組 -43.8%，對照組 -6.7%；再過 6 個月追蹤，反應率爲：胸腺素組 -41.2%，干擾素組 -25%，對照組 -7%。與干擾素比較胸腺素可產生漸進持續性的 ALT 正常化，HBV DNA 消失。據研究報告，給予慢性 B 型肝炎患者胸腺素 (1.6mg，1 週 2 次) 26 個星期，可達到 40.6% 的反應率，且肝組織切片的肝小葉活性降低，沒有顯著副作用。雖然如此，多數學者對胸腺素的臨床應用仍抱持著保留的態度。

(2) Interleukin 2(IL-2)與 Tumor necrosis factor-alpha(TNF- α)：

加強 Th1 (T helper 1)反應，可增強對干擾素的反應，但目前之臨床試用結果仍不完全。

5. 治療性疫苗：

基因疫苗活化免疫功能的原理如下：

質體 (plasmid) 經由胞飲作用 (endocytosis) 進入肌細胞，產生蛋白質，分解後，與 HLA class I 分子結合，呈現在細胞表面，活化 CD8 陽性 T 淋巴球，產生毒殺性 T 淋巴球反應；質體產生的蛋白質，亦可由肌細胞分泌出來，被周邊的抗原呈現細胞 (antigen presenting cell) 吸收，分解後，與 HLA class II 分子結合，呈現在細胞表面，活化 CD4 陽性 T 淋巴球，產生助手性 T 淋巴球反應，活化 B 淋巴球，產生抗體。臨床實驗給予慢性 B 型肝炎患者 pre-S2/S 重組疫苗，HBV DNA 的確有減少的趨勢。動物實驗給予老鼠含 S 基因的 DNA 疫苗，可有效刺激對病毒外套蛋白產生毒殺性 T 淋巴球反應，同時產生輔助性 T 淋巴球反應。

6. 組合治療：

理論上，藉由藥物不同的作用機制，可得到較佳療效，減少抗藥性病毒株的產生。動物實驗研究不同的細胞激素 (cytokines) 在抑制病毒複製所扮演的角色：IL-2，TNF- α ，IFN- γ 抑制肝內病毒轉錄；IL-12 藉由抑制病毒轉錄和誘發肝內 TNF- α ，IFN- γ 分泌以分解病毒，來抑制病毒複製。毒殺性 T 淋巴球反應有兩種抗病毒效應：藉由 Fas 和 perforin 途徑，促進 CD8 陽性 T 淋巴球殺死感染的肝細胞；藉由肝內細胞激素的產生，抑制病毒複製。核酸類似物和細胞激素的各種組合，應可應用在慢性 B 型肝炎的治療上。但是干擾素和核酸類似物併用，似乎並未比單一使用干擾素效果更佳。Marinos 等報告，給予 9 個對干擾素治療無效的患者干擾素 (1 仟萬 U/天) 加上 lamivudine (100 毫克/天)，1 週 3 天，共 16 個星期治療，偵測 HLA class II-限制的 T 淋巴球反應，顯示在干擾素單一治療期間和組合治療期間並無差異，所有患者皆無法有持續的抗病毒反應。Multimer 等

亦報告，給予 20 個對干擾素治療無效的患者干擾素 (1 千萬 U/天，1 週 3 天) 加上 lamivudine (100 毫克/天) 共 16 個星期治療，治療期間所有患者皆有 HBV DNA 消失現象，但治療結束 19 個患者復發，僅有 1 個患者發生 e 抗原血清轉換。因此，不同核 酸類似物併用或許是另一種選擇。其原理在於藉由不同核 酸類似物對聚合 的不同抑制模式，可達到抗病毒的協同作用，延緩抗藥性病毒株的產生。如 lamivudine 對肝外的病毒作用較強，而 famciclovir 可減少共價封閉環狀 DNA (covalently closed circular DNA)。體外試驗之初步結果顯示兩者併用確有治療加成效果，較不會產生抗藥性病毒。但臨床實驗尚在進行中。

7. 基因治療-未來的期望：

從遺傳學觀點來看，B 型肝炎是一種後天性的遺傳疾病，可以由不同層面來抑制病毒的基因功能或表現，以治療慢性 B 型肝炎。目前在體外實驗證實有效的療法有：

- (1)核醣核酸 (Ribozyme)：可分解 RNA，抑制病毒複製。
- (2)反意義單股核 酸 (Antisense oligonucleotide)：與 RNA 鍵結，形成 RNA-RNA (antisense RNA)或 RNA-DNA (antisence DNA)，終止 RNA 複製，反轉錄和轉譯等。
- (3)Dominant negative mutants：HBV core mutant 可干擾 HBV capsid 的形成。

(三) 結語：

臺灣地區約有三佰萬個 B 型肝炎帶原者。因慢性肝炎造成的肝硬化，肝癌，長期以來為國人十大死因之一，因此對慢性 B 型肝炎的有效治療益形重要。在慢性 B 型肝炎的現有治療藥物中，干擾素對慢性 B 型肝炎只有 25%至 40%的療效，且對東方人的療效較差；核 酸類似物 lamivudine 和 famciclovir 雖然可以有效抑制 B 型肝炎病毒複製，且對干擾素反應不佳患者和肝移植患者有一定療效，但須長期服用，又極易產生抗藥性。治療性疫苗，組合治療和基因治療或為未來值得努力的方向。期望本文能讓諸位讀者對慢性 B 型肝炎治療的進展

有所瞭解。

三、肝病用藥之研究

中醫藥治療肝病的臨床用藥研究已經進行了多年，除在証治規律的探討方面總結了許多有益的經驗外，由于絕大部分肝臟疾病的研究方向和主攻目標已經確定，近年來針對這些方向和目標，對肝病常用中藥方劑進行了多層次，多角度的系統的臨床觀察與實驗研究，對一些藥物的確切作用已獲得比較中肯的結論對某些中藥治療肝病不同環節的作用機理進行了科學的闡述，這些成果的取得與應用彌補了傳統辨証論治的不足，賦予肝病用藥許多新的內容，使肝病臨床用藥的方法更爲豐富，科學和實用大大提高了臨床療效，其意義是深遠的，目前肝病用藥已形成辨證用藥爲主導，現代研究結果爲補充，或有主有副，或融爲一體或對肝病某一環節確無證可辨而只能單獨用現代研究成果指導用藥等幾種格局，現將改善肝功，抗病毒，抗纖維化及調節免疫等中藥的現代研究分述如下，以供肝病用藥時參考。

(一) 改善和恢復肝臟功能的中藥：

臨床上許多肝臟疾病可以表現爲肝臟功能的異常，改善和恢復患者肝臟功能能是臨床治疫的主要目標之一，凡具有降 γ -GT，降絮降濁，利膽退黃，抗炎護肝，促進肝細胞再生，防止肝細胞損傷，增強肝臟解毒功能的藥物都屬於改善肝功藥物的範疇這類藥物包括清熱解毒藥，清熱利濕藥，涼血活血藥，健脾益氣藥，酸甘化陰藥，疏肝利膽藥等。

1. 抗炎護肝降 γ -GT 藥物：

(1) 清熱解毒藥：

這類藥物主要是減輕肝實質炎症，防止肝細胞壞死，促進肝細胞修復和再生，從而使血清 ALT 降至正常範圍常用中藥，敗醬草，板藍根，大青葉，銀花，杭菊，連翹，黃芩，黃連，白花蛇舌草，蒲公英，生甘草，田基黃，龍膽草等。

(2) 清熱利濕：

此類藥常與解毒藥同用，從而加大解毒藥護肝降 常用中藥，車前草，竹葉，赤小豆，通草，燈心草，茯苓，豬苓，蒼朮等。

(3) 涼血活血藥：

這類藥物有擴張血管，活血化瘀，改善門靜脈和肝內血液循環，防止微血管內凝，促進纖溶功能減少部位缺血狀態，增加肝臟血流量，豐富肝細胞營養和活化肝細胞，加速病灶的修復等作用。常用中藥，丹參，丹皮，赤芍，當歸，澤蘭，紅花。

(4) 疏肝利膽藥：

此類藥物多具有利膽退黃，減輕肝細胞炎，防止肝細胞壞死，促進肝細胞再生的作用。常用中藥，柴胡、杭芍、枳實、鬱金、佛手、青皮、陳皮、梔子、金錢草、大黃、田基黃等。

(5) 酸甘化陰藥：

這類藥物能調節肝細胞的酸鹼環境，並有減輕肝細胞內 的滲出作用，從而減少 的指數。常用中藥，山楂、五味子、烏梅、木瓜、旱蓮草、白芍、魚腥草、牛膝等。

2. 降低血清膽紅素作用的藥物：

此類藥物多包括清熱去濕解毒，疏肝利膽類藥物，一部分涼血活血藥也有較好的降低血清膽紅素的作用，其退黃機理有的是以增加膽汁排泄與分泌作用為主，有的是以降低血中膽紅素為主，也有的是通過鬆弛膽道括約肌或收縮膽囊的作用來實現的常用中藥，茵陳蒿、柴胡、黃芩、黃柏，赤芍、大黃、黃連、大青葉、金錢草、薑黃、鬱金、敗醬草、山梔子、澤蘭、板藍根、田基黃、連翹、卷柏、龍膽草、竹葉、通草、羚羊角粉、鮮麥苗、鮮柳枝等。

3. 降濁降絮類藥物：

這類藥多屬中醫活血化瘀藥，如當歸、丹參、桃仁、鬱金、夏枯草等，健脾藥如人參、白朮、蓮子、苡米、山藥、黃耆等；補腎藥如熟地、枸杞、

淫羊藿、丹皮、女貞子、黃精、白朮、首烏、茯苓、山藥等；清熱利濕藥如田基黃、土茯苓、夏枯草、茵陳、山楂、黃柏、甘草等。

4.促進肝臟合成蛋白的藥物：

此類藥物多屬於中藥中活血、健脾、補氣、補虛類藥物，如鬱金、大棗、白參、白朮、肉桂、熟地、當歸、靈芝、阿膠、三七、水牛角、白芍、鱉甲等這些藥物常可提高患者的血漿白蛋白促進肝臟蛋白代謝，起到糾正蛋白倒置的功效。

5.增強肝臟解毒功能的藥物：

這類藥物能增強肝臟解毒功能，使肝細胞內肝糖元蓄積增加，促進肝內物質代謝，常用約有甘草、黃芩、當歸、連翹、柴胡、茯苓、茵陳等，這其中尤以甘草解毒作用最強，其應用的頻率也最高。

(二) 抗 B 肝病毒的中藥

肝炎病毒是病毒性肝炎的病原體 目前已知的肝炎病毒有六種，即 HAV、HBV、HCV、HDV、HEV 及 HGV，分別引起甲、乙、丙、丁、戊、庚型肝炎，抗病毒治療是針對病因的治療，對肝炎患者和病毒攜帶者具有重要意義，中醫藥抗肝炎病毒的研究主要側重於抗乙肝病毒的臨床觀察和藥物篩選。

近年來，國內許多單位開展了 HbsAg 體外抑制試驗，發現了不少在肝外有抑制 HbsAg 作用的中草藥，綜合七個單位對 980 味單味藥篩選，其中發現對-HBsAg 體外有明顯抑制作用的藥物有 50 餘種，如大黃、黃柏、首烏、紫參、黃連、虎杖、貫眾、肉桂、麻黃、蠶砂、地榆、白礬、魚腥草、大青葉、板藍根、半枝蓮、艾葉、青龍衣、敗醬草、石榴皮、寄生、昆布、苦丁茶、獨活、沙參、鉤藤、升麻、丹皮、胡麻仁、糯米藤、草豆蔻、金錢草等。

重慶醫學院對 508 種中藥抑制 HBsAg 的作用進行了實驗研究，發現 23 種藥物對 HBsAg 有較強的抑制作用，如胡黃連、貫眾、黃藥子、鉤藤、桑寄生、黃柏、昆布、石榴皮等，61 種中藥具有輕度抑制作用，如桑葉、陳皮、木瓜、丹皮、丁香、山楂、七葉一枝花、鬱金、黃芩、淮山藥、桑椹子等。有人篩選

了 206 種中藥 發現石榴皮、丹參、首烏、五味子、虎杖、白花蛇舌草、大黃、蠶砂、板藍根、茵陳、黃連、礞石、魚腥草等對 HBsAg 有較強的抑制作用。

有人相繼用反相被動血凝抑制 (RPHI) 試驗和 ELISA 技術篩選了 1000 多種中草藥對 HBsAg 的抑制作用，結果發現對 HBsAg 有高效抑制的有雲實、地耳草、桑寄生、木通、過路黃、知母、柿蒂、連翹、竹葉、瓜子金、兩面針、旋覆花、巴戟天、草果、茵陳、貫眾、虎杖、生地、地耳草、昆布、海金砂、紫金牛、荔枝核、赤小豆等，中低效中草藥有 100 多種，用 ELISA 技術篩選出的有抗 HBsAg 作用的藥物有 29 種，它們是夏枯草、荔枝核、棉花根、蘇木、吳茱萸、半枝蓮、貫眾、橄欖、馬齒莧、木通、山楂葉等。

有人用 HBV-DNA 斑點雜交法對治療肝炎常用的 80 種中藥體外抑制 HBV-DNA 進行研究，發現有 66 種(佔 83.8%)對 HBV-DNA 有抑制作用，其中以蚤休、北山豆根、虎杖、大黃、丹參、赤芍、何首烏等 7 種藥物最強。

以上中藥由於使用的藥物濃度與方法不同，其抑制作用的強度也不相同。另外，從上述所到藥物看，有不少有抑制乙肝病毒作用的中藥同時具有損害肝臟的副作用，如黃藥子、桑寄生、貫眾、石榴皮等，臨床應用時應予以注意，臨床觀察表明，體外抑制乙肝病毒實驗研究的結果與臨床實際療效差別甚大單純用病原學觀點及實驗研究結果選用此類藥物，療效並不理想，因為，機體清除 HBV 要通過複雜的免疫反應，所謂抗病毒中藥單純對 HBV 具有抑制作用是遠遠不夠的今後應篩選對清除 HBV 免疫反應各個環節有作用的中藥，才會使抗病毒中藥的研究不斷趨於深入。

(三) 抗肝纖維化的中藥：

肝纖維化是指肝臟結締組織異常增生，是慢性肝病重要的病理特徵之一既是肝臟慢性炎症的結局，又是導致肝病進一步發展惡化的重要原因，探索防止肝纖維化發生和減輕肝纖維化程度並促使其向愈的方法與藥物，具有重要的臨床意義進年來，動物實驗研究發現不少中藥確有抑制肝纖維結締組織的增生或促進吸收新生的肝內纖維，為防止肝纖維化的發生發揮作用，常用中藥，丹參、

赤芍、桃仁、川芎、柴胡、莪朮、紅花、當歸、百合、冬蟲夏草、漢防己、鱉甲、穿山甲、三稜、葛根等。

有人對肝炎後肝硬化和血吸蟲性肝硬化兩類肝纖維化病變用桃仁、冬蟲夏草的有效成分進行治療獲得較好效果，使肝脾明顯縮小，血清蛋白升高，實驗研究支持臨床療效，證明桃仁提取物與蟲草菌絲對動物肝纖維化有良好的逆轉作用，大量研究表明中藥抗肝纖維化以活血化瘀藥最有希望，活血化瘀藥可以改善微循環，回縮肝脾，促進纖維蛋白溶解及已形成的膠原纖維降解，對防止肝硬化有一定作用。

(四) 調節免疫功能的中藥：

病毒性肝炎特別是慢性乙型肝炎的發病、轉歸及預後與免疫功能有著密切的關係，中醫藥在調節免疫功能方面的療效與作用日益受到重視，根據大量的臨床觀察和實驗研究，發現了許多具有調節機體免疫反應的中藥，稱為免疫性中藥，這些藥物對機體免疫反應的作用是多方面的，有的可激發免疫反應，有的可抑制異常免疫反應，一般分為以下幾類：

1. 增強免疫反應的中藥：

一般認為此類藥物可改善下丘腦垂體與腎上腺皮質的功能和免疫功能，對機體免疫過程的不同環節發生作用或增強網狀內皮系統的吞噬功能，提高巨細胞數量，或增強細胞免疫或增強體液免疫，有的對多個免疫環節發揮作用。

(1) 增強網狀內皮系統吞噬功能的中藥：

補氣藥：黃耆、人參、黨參、靈芝、白朮。

滋陰藥：沙參、五味子、玉竹、麥冬、首烏、生地、女貞子、枸杞子、茯苓。

清熱解毒藥：金銀花、穿心蓮、魚腥草、山豆根、野菊花、白花蛇舌草、黃連。

多醣類植物：香菇、菌類、蘑菇、竹根等。

(2) 增強細胞免疫反應的中藥：

增強 T 細胞比值的藥物：黨參、黃耆、人參、黃精、白朮、鹿茸、靈芝、山藥、地黃、旱蓮草、五味子、菟絲子、天門冬、女貞子、香菇、淫羊藿等。

促進淋巴細胞轉化的藥物：桑寄生、旱蓮草、地丁、水牛角、麻黃、黃連、黃芩、五味子、白芍、雲芝、豬苓、何首烏、當歸、阿膠、淫羊藿、黃耆、苡米、枸杞、菝葜、地黃、鹿茸、菟絲子、扁豆、女貞子、茯苓、茵陳、桑寄生、桑枝、仙茅、鎖陽、肉桂等

(3) 激活體液免疫反應的中藥：

促進抗體生成的中藥：淫羊藿、仙茅、巴戟天、黃耆、肉蓯蓉、補骨脂、鎖陽、黃精、肉桂；延長抗體存在的中藥：鱉甲、天冬、玄參、沙參、麥冬等；人參、香菇、地黃、何首烏等有促進抗體產生提前的作用。

2. 抑制免疫反應的中草藥：

活血化瘀藥：桃仁、當歸、川芎、赤芍、大黃、丹參、益母草、穿山甲、虻蟲、水蛭。

清熱解毒藥：黃芩、丹皮、茵陳、銀花、黃柏、山豆根、大青葉、板藍根、貫眾、虎杖、魚腥草、白花蛇舌草。

補氣藥：甘草。

理氣藥：木香、枳實。

解表藥：細辛、麻黃、柴胡、桂皮、蒼耳子、蟬衣、荆芥、蘇葉；

利濕藥：防己、地膚子、桑白皮、瞿麥、車前草等

合理應用調控免疫的中藥對提高抗病能力、促使疾病康復都有十分重要的意義，既往對中藥調控免疫的研究已取得許多可喜的成果，前景是廣闊的，應當在臨床與實驗研究的基礎上，進一步論證治法學規律和某些中藥對免疫功能的影响，最終尋找出辨證論治與免疫調節藥物合理、協調地配合應用的最佳方案來。

（五）抗脂肪肝的中藥：

脂肪肝為多種原因引起的一種臨床現象，近年來發病率有增高趨勢，現代醫學尚無特效藥物，臨床觀察與實驗研究都發現和證實了部分中藥可使肝細胞損傷及代謝障礙減輕，阻止脂肪變性，具有一定的抗脂肪肝作用。常用藥有山楂、澤瀉、瓜蒌、荷葉、草決明、茯苓、白朮、蒼朮、藿香、連翹、柴胡、甘草、枸杞、靈芝、黃精等，可在辨證用藥時隨證加入。

（六）臨床應用要點

1. 降 ALT 之方法與應用

除了常用的降 ALT 八法：如疏肝理氣、清泄邪熱、健脾益氣、滋養肝體，氣血雙補、活血化瘀、祛風解毒、攻補兼施外。

降 ALT 治療仍有以下的思路：

(1) 清熱利濕

ALT 升高是正氣與濕熱毒邪相爭的結果，ALT 明顯升高，說明濕熱毒盛，正氣尚實，治以祛邪為主；輕度或中度升高，長期遷延不愈，是正氣已虛，濕熱邪毒殘留，應祛邪兼扶正。清熱藥物中以夏枯草、蒲公英、龍膽草、黃芩、大黃、虎杖、秦皮、土茯苓較好。但清熱藥性味苦寒，易傷脾胃，應予慎用。利濕藥應根據季節及濕邪所在部位而選用芳香化濁、燥濕、淡滲利濕及有效方劑。

(2) 酸收降 ALT

用複方酸味藥降 ALT 具有療效高、反跳率低，可防止因提高細胞免疫而引起 ALT 上升等優點；具體應用時，對有熱象者，選用偏寒的旱蓮草、牛膝、白芍、五倍子、魚腥草、梨皮、馬齒莧、敗醬草等；對於有氣滯血瘀者，選用五味子、生山楂、石榴皮、木瓜等；對有脾腎虛者，選用赤石脂、烏梅、覆盆子、山萸肉等。因臨床情況複雜，常聯合應用，有些藥如白芍可用至一兩，療效好，且無副作用。

(3) 瀉肺降 ALT

單項 ALT 升高，重用杏仁、秦皮、枳殼、地骨皮瀉肺有降 作用。然而常用的降 ALT 二法是疏肝理氣和解毒化瘀兼以斂陰。在臨床中發現，慢性活動性肝炎 ALT 升高病人多有肝氣鬱結，往往是肝鬱脾濕，這類病人用疏肝理氣法效果較好。葉天士云：肝氣條達不致，鬱而克土，疏肝所以補脾也。此亦《內經》以辛補之之意。常用方劑為柴胡疏肝散。若 ALT 增高而肝鬱者，則宜解毒化瘀兼以斂陰。這類病人多為正氣已傷，餘毒未盡，肝血瘀滯。肝病治療，《內經》有“以酸瀉之”的原則，這一法則在此時最為適宜，一解餘毒，二斂肝故用五味子三錢、白芍四至五錢，再配以白丹湯（白花蛇舌草一兩、連翹五錢、丹參三至六兩、鬱金三錢、三七一錢沖服）活血化瘀，相得益彰。

臨床觀察到，單用五味子降 ALT，極易出現反跳，同時療效也不如合用活血化瘀解毒藥為好，此乃瘀血不去，新血不生，正氣難復。

(4)改變身體的反應性

慢性肝炎部分病人，雖然長期 ALT 不正常，但肝臟組織學可能沒有變化；有的病例肝臟組織雖不正常，但係非特異性反應性炎症，慢性遷延性肝炎有 1/4 病例屬於這種類型。這些病人可能由於肝細胞膜通透性增高或反應性增強而長期有少量的 ALT 滲入血液。這類病人，臨床上常有過敏現象，改變這些病人全身反應性，有助於改變肝細胞的通透性，減少 的釋放，從而間接達到降 ALT 的目的。能抑制反應性炎症解除過敏狀態的中草藥有丹皮、三七、白毛夏枯草、龍膽草、苦參等，這些藥本身有清熱解毒、活血化瘀等作用，據證選用，有相當好的降 ALT 效果。

(5)調整肝細胞的酸鹼環境

肝細胞周圍的 pH 越高，ALT 的釋放多而且，pH 質愈低， 的釋放少而且慢。根據辨證在組方時選用一些酸味藥，明顯的加快了降 ALT 的速度。對有熱象或熱毒較盛者選用酸寒之品，如牛膝，魚腥草，馬齒莧，敗醬草、白芍；對有氣滯血瘀者選用疏肝理氣的生山楂、五味子、木瓜等；對脾腎虛者

選用健脾固腎的赤石脂、烏梅、覆盆子、山萸肉等。

(6)提高身體的細胞免疫功能

B 型肝炎病毒引起肝細胞損害的機制與身體的細胞免疫功能密切相關，慢性肝炎 70% 以上的病例細胞免疫功能低於正常。許多中草藥能改善細胞免疫功能，如能增強網狀內皮系統功能的有黃耆、人參、黨參、梔子；能增強 T 細胞的數量及提高 T 淋巴細胞轉化率的有黃耆、淫羊藿、五味子、茯苓、桑寄生、紅花、丹參、王不留行、黃連、黃芩、蒲公英、地丁、水牛角、金銀花等。在具體應用時既要考慮其對細胞免疫可能發揮作用的一面，有選擇性地應用；更要根據辨證論治選用相應的藥物。細胞免疫功能低下者，虛證多見；但也有因抑制因子所導致的，往往是實證；比較多的情況是正虛邪實。處理好扶正祛邪的關係，提高機體的免疫能力，也可提高降 ALT 的效果。

(7)調整病人的代謝機能

慢性肝炎造成的肝實質性損害，將帶來醣、脂肪、蛋白質、內分泌荷爾蒙、色素物質等各種代謝混亂，其中有些代謝混亂可使 ALT 長期不正常，故要糾治這些代謝混亂。如能提高白蛋白的有水牛角粉、三七、僵蠶、人參等；能抑制球蛋白的有大棗、黃耆、甘草、大黃、桃仁、牛膝、生地、當歸、川芎、紅花、丹參等，應辨證選用。

四、清除肝炎病毒之方法與用藥

(一)關於辨證施治

B 型肝炎的病理比較複雜，患者身體狀態和疾病階段不同，往往個體差異很大。一般認為，B 型肝炎病程可分為 3 個不同的階段，即高複製階段、低複製階段和非複製階段。各階段的治療重點應有所不同，單用一種藥物治療 B 型肝炎是不夠的，辨證施治在這方面顯示了一定的優勢。然而，臨床上辨證分型確定後，處方用藥卻有較大的伸縮性。因此，同是採用辨證施治的方法，臨床療效卻可以有較大的差異。

(二) 關於辨病治療

清熱化濕解毒、活血化癥、健脾補腎是治療 B 型肝炎，清除病毒感染指標最常用的三大治療法則。目前應用的固定組方，其組方原則多是以上述三大治則為主的多法聯用。從現代藥理研究來看，清熱化濕解毒類藥多具有抑制病毒的作用，健脾補腎、活血化癥類藥則具有調整身體免疫功能的作用。因此，選用這三大治則進行組方有其合理性。

(三) 關於療效的判斷

必須同時檢測 HBsAg、HBeAg、DNA-P 及 HBV-DNA 等指標，如能使上述各項指標轉陰，可認為具有抑制 HBV 複製的作用。

(伍) 現代治療肝病重要醫家論治肝病治驗述要

肝炎嚴重威脅健康，目前西醫藥對許多肝病尚缺乏肯定的療效。現代許多中醫在使用中醫藥治療肝病具有豐富的經驗與療效。我們介紹馬光亞、關幼波等十數位現代名醫治療肝病的經驗。使古代醫學與現代科技相互結合，師古而不拘泥，創新又不失法度。

一、馬光亞

馬光亞（1915 年生），湖南湘潭人，致力於肝病、腎病研究四十年，臨床經驗豐富，著有《台北臨床三十年》、《臨床辨證與經驗實際》、《中醫如何診治肝病》、《中風與昏厥之辨證與治驗》等。

中國醫藥學院前中醫系系主任暨中醫所所長馬光亞教授認為中醫治療肝病，審證必先求病因，肝炎多發於外因之溼熱、與風寒諸邪，而以溼熱為多。治病必分標本，標是病邪，本是患者體質狀況，體實邪盛者，治標為急，體虛邪實者，固本為先，病之初期，邪不急去，必傷元氣(傷本)，本傷必損及氣血及臟腑而生他變；肝病之後期，元氣漸弱，驅邪必護正氣。中國醫學對肝炎之分型按疾病之發生來分(以病因而定，如風寒症、溼熱型)或按疾病之轉歸來分(以

歸屬如何而定，如脾虛型、陰虛型、血瘀型)，診斷知病因之何在，依病之轉歸，擬定除病之方。馬教授將肝炎分五種證型論述如下：

(一) 風寒型：

流行性肝炎，風寒之邪，極易蘊為肝炎之惡候，傷寒論曾說：「傷寒，瘀熱在裏，身必發黃」，黃即是肝炎證候之一。風寒型之肝炎，可分為風寒襲表證、風寒入裏證、半表半裏證及表寒裏熱四證。

1. 風寒襲表證：

風寒之邪襲表，即見表證，如畏寒無汗、頭痛、項強、筋骨酸楚、脈浮緊、舌苔白滑等象，如肝臟有瘀熱內伏，必發為黃疸，是因風寒外襲，瘀熱不得發越之故，以傷寒論麻黃連翹赤小豆湯治之，此是最早治療急性肝炎之藥方。

千金方治黃疸畏寒無汗，用麻黃醇酒湯，醫宗金鑑亦有麻黃茵陳酒，治黃疸無汗之證，麻黃為發汗之重藥，後世多避而不用，但表邪不能不解，改用荆芥、紫蘇、薄荷、防風之屬代之，亦可奏效，治肝炎有表邪之證，常用荆防敗毒散合小柴胡湯加減治之。風寒之邪為肝炎病因之一，表邪不解，肝炎不癒，表解，肝炎癒後不復作。

2. 風寒入裏證：

風寒入裏患肝炎者，雖不多見，亦時有之，如見風寒入裏之證，乾薑、附子之類亦必用之無疑。其證惡寒不發熱，四肢逆冷，嘔吐，下痢，口淡不渴，脈沉遲，舌苔白潤。處方：茵陳一兩，薑半夏四錢，竹茹四錢，柴胡三錢，茯苓四錢，鬱金二錢，枳實二錢，蒼朮三錢，乾薑一錢，澤瀉四錢，豬苓三錢，黃芩三錢，廣皮二錢。

若大便不實，無汗，改方如下：茵陳一兩，麻黃錢半，薑半夏四錢，蒼朮三錢，厚朴二錢，乾薑一錢，茯苓四錢，澤瀉三錢，柴胡三錢，桂枝三錢，黃芩三錢，白朮三錢，豬苓三錢，紅花二錢，枳實錢半。

若舌苔已退，已有汗，原方去麻黃加丹參五錢。

若膚黃已退，胃納正常，口仍淡，口涎甚多，大便仍不正常，是裏寒未除，非溫不可，以五苓散合四逆湯，舌質紫者加丹參、紅花等味。

3. 風寒半表半裏證

傷寒有半表半裏證，是少陽證，證象是寒熱往來（時惡寒時發熱），口苦，右肋痛，嘔吐，肝炎半表半裏是常見之證，治以小柴胡湯加減合茵陳蒿湯或大柴胡湯加茵陳、澤瀉、梔子、茯苓、滑石。

後嘔吐止，大便通，身熱退，可以進食，改以四苓散加茵陳、滑石、梔子。其小便已清，恐過於滲利傷其陰分，再加入歸芍。最後用四君子湯加味收功。

馬教授認為半表半裏證，屬少陽經，用小柴胡湯治之即癒，而報載日本漢醫好用小柴胡湯治肝炎，發生反效果，恐是不對證，不是半表半裏的少陽證不可用小柴胡湯。

4. 表寒裏熱證：

證有表裏同病者，凡熱邪內蘊之症，如表有風寒，清熱同時必須解表，去其風寒，否則熱邪不易除，此即表裏雙解之法，證狀可見胸悶身疲，口苦，欲吐，睡眠不良，小便短赤，時惡風寒，脈浮數，舌苔薄白，是熱重之證，表有風寒。可見於急性肝炎患者。

處方：涼膈散加枳殼、桔梗、銀花，以清熱，加竹茹、半夏以去濕，加防風、荊芥以散風。

咽喉已不痛，口不苦而覺乾，仍時怯寒，小便深黃，舌質深紅，苔黃薄，熱勢已減，邪有入血之虞，不宜續服涼膈散，處方：綿茵陳五錢、葛根三錢、花粉三錢、柴胡二錢、梔子仁三錢、銀花五錢、防風三錢、黃芩三錢、茯苓三錢、枳殼二錢、桔梗三錢、薄荷三錢、紅花二錢、澤蘭四錢、荊芥三錢、澤瀉三錢。

病程轉歸若至肝陰不足之時，改方和胃並保肝陰。處方：薏仁四錢、藿香三錢、茯苓三錢、扁豆三錢、桔梗三錢、玉竹三錢、首烏三錢、法半夏三

錢、廣皮錢半、厚朴二錢、柴胡二錢、黃芩二錢、甘草一錢。

重病用藥不宜過輕；方中有荆、防等風藥，是本證有風邪在表，非散不易收效；最後方中加首烏、玉竹方竟全功。

(二) 溼熱型：

流行性肝炎，因感受溼熱而發生者最多，溼之特性是：病程一般較長。多出現身體倦重，四肢沈困，頭重如裹等症狀。侵犯腸胃，出現食慾不振，消化不良，胸悶腹脹，大便溏薄諸症，肝炎患者，常見先表現出腸胃見症。熱證包括六淫中之火與暑，熱之特性為：發熱煩躁、小便短赤、舌紅苔黃、脈數。傷津液，出現舌乾無津，喜冷飲，大便乾結等證。易動血迫血妄行，引起出血或發斑疹。

為陽邪，若與溼邪合病，表現如：發熱、胸肋痞脹，噁心嘔吐，食慾不振，渴不多飲，大便秘結或泄瀉，小便短少黃赤，脈濡數或滑數，舌苔黃厚而膩等，治療原則是清熱化溼，對溼熱的辨證，必須注意辨別溼重於熱與熱重於溼，清熱化溼必須配合適當。

1. 肝炎溼重證

溼邪偏重之肝炎，見證是身肢困倦，頭重，口淡不渴，筋骨酸楚，胸悶欲吐，不思飲食，小便黃，大便溏瀉，脈濡，舌苔白溼，此是溼重於熱之證，處方如下：茵陳一兩、蒼朮三錢、厚朴二錢、白芷二錢、藿香三錢、陳皮二錢、葛根三錢、茯苓三錢、薑夏三錢、澤瀉三錢、羌活三錢、甘草一錢。

服藥後，患者可感覺如釋重負，疲倦之感減輕，未見腹瀉，惟胸仍覺悶，溼稍減退，而胃氣未甦，更方如下：茵陳一兩、蒼朮三錢、厚朴三錢、蘇梗三錢、半夏三錢、陳皮二錢、豬苓三錢、山楂三錢、穀芽三錢、白芷二錢、葛根三錢、藿香三錢、甘草一錢。

若溼邪未淨，食後脘腹滿脹，腳微腫，行步無力，處方如下：茵陳一兩、蒼朮三錢、白朮三錢、枳實二錢、茯苓四錢、厚朴三錢、砂仁三錢、澤瀉三錢、豬苓三錢、陳皮二錢、薏仁三錢、扁豆三錢、甘草一錢、腹皮四錢、生

薑三片。

最後可用參苓白朮散以收功。

2. 溼傷腸胃證：

腸胃主消化，屬脾經，古云：「脾惡溼」，溼傷脾，易發生急性肝炎，出現黃疸，食入即吐，或腹滿泄瀉之證。

其脈濡緩，舌苔白溼，為溼邪傷腸胃，處方用平胃散，五苓散，藿香正氣散加減化裁。以平胃散、五苓散和胃去溼，加藿香、蘇梗治其時邪，加乾薑以溫胃，服藥後，倦怠胸悶等症消失後，繼用下方：茵陳五錢、蒼朮三錢、白朮三錢、厚朴二錢、豬苓三錢、澤瀉三錢、桂枝錢半、豬苓三錢、廣皮二錢、六一散五錢。

3. 溼邪下注證：

受了溼邪容易生病在下身，臨床對身半上部有病，多從風邪考慮，身半以下有病多從溼邪考慮，治水腫有「上腫多風下多溼」之語的經驗之談。

溼邪下注之肝炎，常見小便不利，短而深黃，足膝作腫等症。先予茵陳五苓散，再服六君湯加粳米。

茵陳五苓散是治肝炎溼邪在下的主方，醫宗金鑑明言治黃疸小便不利者主用此方。

4. 肝炎熱重證：

熱重型的肝炎較嚴重，多發黃疸，是瘀熱在裏，傷寒論云：「傷寒，身黃發熱，梔子柏皮湯主之」。外感發熱不惡寒是熱之徵，又傷寒論云：「陽明病，發熱汗出，此熱越，不能發黃也。但頭汗出身無汗，劑頸而還，小便不利，渴飲水漿者，此為瘀熱在裏，身必發黃，茵陳蒿湯主之。」

梔子柏皮湯，茵陳蒿湯，都是清熱之方，溼重之肝炎，多不發熱，若有發熱，亦甚輕微，熱重之肝炎，多發熱，若發熱甚高，口苦便秘，煩躁不眠，小便短赤，脈弦數，舌紅苔黃，則為大熱證，梔子柏皮湯，為清熱之方，茵陳蒿湯，是下熱之方，使熱從腸下之而去，若是大熱證，則二方再須配伍其

他藥物治之。

治肝炎熱重之證，純用苦寒，收效不一定圓滿，必須佐以辛開宣氣之品，方能得到除邪盡淨之功。因熱入肝經，多少挾有溼邪，故常發生阻滯沈著之象，將熱封蟄不出，故嚴重之證，常見肝昏迷之惡候，治熱重之肝炎，用苦寒三黃解熱，必選配枳實、鬱金、橘紅，竹茹、菖蒲、桔梗、厚朴等宣氣，銀花、連翹、板藍根解毒之品，便秘者必下之而後方可減其病勢。

一肝炎熱證患者：全身發黃，醫院斷為急性肝炎，膽管有阻塞現象，脈數，舌苔黃膩，擬方以大柴胡湯、茵陳蒿湯、涼膈散全方加銀花，清熱解毒，橘紅、鬱金、桔梗行氣。

至寒熱退，右肋痛減，若膚黃未退，睡眠不良，皮膚搔癢，改用下方：竹茹五錢、枳實二錢、綿茵陳一兩、梔子三錢、黃芩三錢、半夏三錢、茯苓三錢、陳皮二錢、黃連二錢、銀花五個、連翹三錢、苦參三錢、荊芥三錢、淡竹葉錢、板藍根五錢、六一散五錢。

服後膚癢止，漸能安睡，惟黃未退淨，右肋仍微痛，且引及左肋亦痛者，改方如下：綿茵陳一兩、柴胡三錢、黃芩三錢、鬱金四錢、青皮二錢、枳實二錢、生白芍三錢、半夏三錢、紅花二錢、銀花四錢、桔梗三錢、連翹三錢、板藍根五錢、甘草一錢、茯苓三錢、澤瀉三錢、滑石五錢。

此證是熱邪偏重，初用大柴胡湯合涼膈散加味，解毒清熱之力甚大。若痛及左肋，是邪已入血分，加紅花，服之甚適。

5. 熱盛昏迷證：

肝炎嚴重者，常見昏迷惡候，因溼熱之邪，深陷於內，蒙蔽清陽，致神識迷糊，此與溫病之熱入心包不同，溫病之邪為患，清熱可解，此是溼熱內陷，必用辛開涼泄，芳香逐穢諸法，方可轉危為安，明、清溫熱學家對此有所發明，在馬光亞教授所著「臨床辨證與經驗實錄」中曾說明，昏迷可分下列諸證：

(1) 溼與熱合

葉天士云：「溼與熱合，蒸鬱而蒙蔽於上，清竅爲之壅塞，濁邪害清也。」宜用藿香、厚朴、半夏、川連、菖蒲、蘆根、山梔、茵陳、薏仁、葛根、滑石、橘紅、杏仁、白蔻之類，成方有王氏連朴飲。

(2) 熱邪內陷心包

薛生自云：「溼熱壯熱口渴，舌黃或焦紅，發瘧神昏；譫語或笑，邪灼心包，榮血已乾，宜犀角、牛黃、羚羊角、連翹、生地、元參、鉤藤、銀花露、鮮菖蒲、至寶丹等味」，成藥可用牛黃清心丸。

(3) 肝功能衰竭

多見於肝硬化、肝功能衰竭，失去代償能力，出現神經系統證候，末期可見全昏迷，治危證，大陸有載經驗方：生耆十五克、當歸十克、赤白芍各十五克、何首烏藤三十克、茵陳十五克、藿香十克、佩蘭十克、杏仁十克、橘紅十克、鬱金十克、遠志十克、菖蒲十克、川連四、五克、琥珀粉一、二克分沖，羚羊角粉零點六克分沖。

馬教授曾治肝昏迷不醒，膚黃溺赤，面部潮紅，大便秘結，口乾唇燥，舌紅苔黃膩，脈象模糊，處方如下：生地四錢、玄參四錢、木通二錢、菖蒲二錢、茵陳四錢、鬱金四錢、遠志錢半、連翹四錢、川貝三錢、竺黃二錢、梔子二錢、牛黃二分、竹葉二錢。

認其熱入心營，故以導赤散、茵陳蒿湯、菖蒲鬱金湯三方加犀角、牛黃。

6. 溼熱交錯證：

肝炎證有溼熱交錯者，溼重熱亦重，其混雜現象不易分辨。溼重者用清熱之方治之，必損傷脾胃致生嘔吐泄瀉之變；熱重者用祛溼之法治之，必損傷肺胃致生出血躁擾不安之變。

患者見證身疲頭重、胸悶、昏瞶、腳跗浮腫等溼象，又見發熱、口渴、口苦、小便短赤、大便秘結煩躁等熱象，就是溼熱交錯，兩者不必同時具見，只要互見一、二即可認定，此必按溼熱兩邪之輕重處方治之，古方甘露消毒

丹、王氏連朴飲等方，是治溼熱交併之良方。

溼熱並重，初治著重祛溼，因溼為凝滯之邪，宜用苦溫淡滲治之，兼予消導清熱，此時如過用苦寒，溼有被遏伏之虞。到舌苔已退，腹脹已除，即大用苦寒清熱，以龍膽瀉肝湯加減與之，方竟全功。

(三) 脾虛型：

臟象學說所講的脾，是指消化機能，按病理言，脾虛之原因有肝病殃及脾經；肝炎過用或誤用苦寒之藥或溼邪使脾陽不振，運化無力。

1. 溼遏脾陽證：

肝炎患者終日感覺疲倦，食慾不振，小便赤短，大便溏薄，脈緩，舌苔白，為溼遏脾陽，熱邪留戀，主升陽去溼，兼予清利。

處方：平胃散去甘草加羌活、葛根、升麻、桔梗升陽，茯苓、車前子利水祛溼，川連、忍冬藤、板藍根清熱，山查、麥芽消食健胃。

身疲減輕，食慾大增，惟小便仍深黃，守前法，繼予升陽去溼。處方：胃苓湯加減，熱已減輕，即減黃連，加豬苓、澤瀉清利，用羌活、葛根、升麻、柴胡，使上中焦之溼邪從上清化，又用茯苓、豬苓、澤瀉、車前子，使下焦之濕從下滲利。

此原是溼熱久羈，溼重於熱，初見倦怠，食後覺飽滿，而小便短赤，故用胃苓湯加減。方中用川連、車前子清利，小便轉淡，以後惟用升陽除溼之方，終得正常。

另有一例：E 型肝炎、肝功能不正常、AST、ALT 超過七百，但感疲倦，無其他證狀，脈緩，舌苔白潤。處方：黃耆五錢、羌活三錢、柴胡二錢、獨活二錢、葛根三錢、白芍四錢、防風三錢、升麻八分、甘草一錢、板藍根五錢、忍冬藤五錢。

溼遏脾陽，用升陽除溼之方，患者都能霍然而癒，現在有人尋找通治 B 型肝炎之方，馬教授認為此方決不是通治方。對其他肝炎，若非溼困脾陽者服之無用。

2. 脾虛肝硬化腹水證：

肝硬化腹水，若肋下硬痛，腹大如鼓，食慾不振，雙腳腫大，大便稀溏，小便不多，脈沈緩，舌質淡，苔白者。處方：理中湯、香砂六君子湯合方加柴、芍、雞內金、烏藥，服後可使胃納增加，腹脹減輕，因患者脾虛不能制水，運化不好，大便不實，腹雖脹大，按之不堅，甚少彈力，故以補脾為主，後常服下方：西黨參四錢、白朮四錢、山藥五錢、黃耆五錢、玉竹三錢、首烏五錢、砂仁錢半、陳皮錢半、薑半夏三錢、扁豆二錢、炙草一錢、茯苓三錢、生薑二片、大棗三枚。

3. 脾虛瘀結之肝硬化證：

脈沈細，按其腹，右肋下結塊甚堅，腹部卻軟，壓之無彈力，舌苔薄白，食慾不振，食後腹脹，大便不暢通。用補脾化瘀方，五日更方一次，服藥二月餘而癒，方舉二方如下：

(1) 黃耆五錢、山楂三錢、生地三錢、柴胡三錢、白朮三錢、麥芽三錢、青皮錢半、苓皮四錢、三稜二錢、香附三錢、砂仁錢半、桔梗二錢、枳實二錢、川棟子三錢。

(2) 丹參五錢、芍藥四錢、柴胡三錢、白朮二錢、當歸三錢、茯苓三錢、山楂三錢、砂仁二錢、麥芽三錢、青皮錢半、白朮三錢、川棟子三錢、豬苓三錢、玄胡三錢、三稜錢半、黃耆一兩。

4. 慢性肝炎誤治成脾虛證：

「金匱要略」云：治肝之病，須先實脾，許多醫者治肝病都用苦寒的藥，苦寒的藥治急性肝炎之熱重者有效，不知久服損脾，常使患者成中寒之證，此證是因此而成。

一急性肝炎患者服生草藥，腹瀉，後服中藥龍膽瀉肝湯，腹瀉益甚，成臌脹，脈沈弦，舌苔白膩，腹瀉如水，一日十餘次，腹脹大如鼓，按之柔軟如棉，食慾不振，食後覺滿脹，此是脾失運化之力，必須溫中補脾，處方以理中湯合實脾飲加減，服後腹瀉止，腹脹消，之後加黃耆一兩，扁豆二錢，

待食慾正常，消化力恢復，大便一日一次，肝功能檢查接近正常，最後用參苓白朮散加黃耆、補骨脂、茵陳而癒。

5. 慢性肝炎溼盛脾虛證：

肝功能不正常，倦怠，食慾不好，食後飽脹，右肋腹部壓之微痛，小便淡黃，大便軟，脈緩，舌苔白，為溼邪在脾，消化不良，已成虛證，處方：保和丸加白朮、砂仁、厚朴、枳殼、雞內金等味以健脾化食開其道路，苔白厚而溼，右肋感痛，是溼而兼寒，氣血受寒凝阻，當予溫化宣通。處方：藿香正氣散加減，服後，舌上白苔較薄，大便順暢，腹仍脹，頻轉矢氣，腹脹漸輕，舌上白苔已化，惟脾寒突見水瀉，宜用實脾飲治之。

右肋間感緊，用逍遙散加丹參、砂仁、桂枝、薑夏、茵陳、烏藥、川芎等味。

有外感，頸項酸痛，腹瀉，用藿香正氣散加柴胡、羌活、桂枝、茵陳。

表邪已解，腹瀉未癒，服附子理中湯加茵陳、茯苓、山楂、車前子，腹瀉減輕，但仍不成條狀後用附子理中加山藥、扁豆、茯苓、烏藥、砂仁、草薢，始痊癒。

本證肝炎，是溼邪兼寒；初身倦胃脹，食慾不振，脈緩苔白，用茵陳胃苓湯加消導藥，微有效驗；繼因苔白不化，右肋緊痛，而用砂仁、桂枝、薑黃、烏藥、白芍等實脾溫肝之劑，寒溼日見減輕了，終用實脾飲、理中湯等加味，久服始獲痊癒，自始至終，不用苦寒如梔、芩、連之類，溼邪凝滯，宣氣利溼，最後溫補脾胃。

6. 慢性 B 型肝炎溼盛脾虛證：

慢性 B 型肝炎，身倦，頭重，食慾欠佳，咳嗽，脈緩，舌苔白，診為溼勝，肝經微熱。

處方用二陳、平胃、藿香、茵陳去溼，紫菀、桑皮、桔梗清肺止咳，柴胡、黃芩、板藍根等清熱，服後，若喉乾，咳嗽痰黃，肺經熱甚，改方去蒼朮、厚朴等味，著重清肝肺之熱。

口乾，身倦，口微覺苦可改用小柴胡湯加茵陳、花粉、葛根、板藍根、茯苓、車前子等味。處方：沙參三錢、柴胡三錢、黃芩二錢、半夏三錢、茵陳三錢、花粉三錢、葛根三錢、茯苓三錢、廣皮二錢、板藍根五錢、車前子三錢、甘草一錢。

治療慢性型肝炎，脾虛者補脾最爲重要。以補脾爲主，兼予去溼，處方：西黨參三錢、焦白朮、黃耆五錢、茯苓三錢、薑半夏三錢、淮山五錢、廣皮二錢、砂仁二錢、扁豆三錢、白芍三錢、茵陳四錢、枳殼二錢、甘草一錢。

(四) 氣滯血瘀型：

肝炎發生初期，肝功能異常，遷延及久，肝的實質即起變化，或纖維增加而硬化，或細胞壞死而萎縮，或生腫瘤，或門靜壓亢進而導致出血，由淺而深，由輕而重。

中醫對此，是從氣血上研究，古籍認定「肝藏血」，實際肝對血有儲存、循環、代謝、解毒多種功能，這些功能又與氣有關，因氣爲血之帥，血隨氣行，中醫診斷方法，望診最重要，患者舌上見紫塊，面孔呈黯色，目睛見瘀點，腹部現紫筋及朱砂痣，可斷其內臟有瘀血，按診，按腹肋有硬塊，重按不痛是肝已僵壞，按之呼痛者，是內部炎腫，爲熱證，按之不硬無彈力軟如棉絮者爲虛證；問診腹肋刺痛不移者爲血瘀，痛無定處上下左右移竄者爲氣注，覺脹者也是氣病；切診是探病之虛實輕重，臨床認清病之所在，是氣是血，是虛是實，或攻之以去其邪，或補之以救其虛，常可奏效而轉危爲安，起難症於指顧之間。

1. 急性肝炎血瘀實熱證：

患肝病已久，未發肝硬化腹水，腹隆腫如鼓，小便赤而少急，不能坐起，不能轉側，脈弦大，舌紅無苔，口渴，大便秘結，目黃，進食甚少，此證是肝病失治，血分有熱，積而成瘀，熱灼肝膽，依照「溫病條辨」用二金湯加減。

若腑行暢，小便不多，腹脹稍軟，舌仍紅，更方如下：生地五錢、石斛四錢、檳榔四錢、黃芩二錢、茵陳五錢、大腹皮四錢、雞內金五錢、金砂五

錢、金鈴子煨三錢、赤芍三錢、丹皮三錢、馬鞭草五錢、豬苓三錢。

小便增多，大便下的是黑色黏液解出後覺舒適；舌紅不退，內熱留戀可慮，加川連錢半重用馬鞭草(每帖一兩)，化瘀消腫；服後舌紅可轉淡，腹脹減輕，小便略增，漸漸能坐起；仍重用馬鞭草、雞內金，主要是著重化瘀清熱。方如下：鞭草一兩、雞內金五錢、牡荊根一兩 豬苓三錢、車前子五錢、苓皮五錢、山楂三錢、金針一兩、縮砂仁二錢、大腹皮四錢、萊菔炒四錢、厚朴二錢、川連一錢、倒地蜈蚣五錢。

腹脹消退，目黃漸退後。車前子可用至一兩；腹脹消，腹皮上面的紅點(朱砂痣)，亦漸消失，小便清長，惟大便較乾；後加入麥冬、石斛養陰。

2. 瘀血沖逆的肝昏迷證：

肝炎患者於，經醫院診斷發現肝硬化，食管靜脈曲張(肝硬化併發食管靜脈瘤破裂)，頸靜脈(人迎)微擴大，眼結膜微黃，胸前滿佈蜘蛛痣，呼吸音正常，腹脹，未見腹水，但肝、脾約在肋緣下三指可摸出硬塊。意識由清醒轉成嗜睡，焦躁不安，譫語(肝昏迷)。

刺人中、湧泉，均無反應，瞳孔不等徑，心跳 140 次/分，脈軟，呼吸 20 次/分，血壓 150/100，抽搐，躁動不安，口含污黑色血水，病況危急，處方如下：牛黃二分(分二次沖服)、生地一兩、丹皮三錢、赤芍三錢、茵陳三錢、梔子三錢、鬱金三錢、蒲黃炭二錢、五靈脂三錢、菖蒲二錢。

服藥後，打呃，大量黑膠便排出(治肝昏迷患者多人，在甦醒之前，均排出黑膠狀大便)，終獲痊癒。

(五) 陰虛型：

陰與陽是中醫臨床區別病證類型的總綱，任何事物都可分陰陽兩種不同的性質，陽是剛，陰是柔，剛與柔是性質不同正負兩方面。中醫學上，陽主氣，陰主血，陽是實，陰是虛，所謂陰虛，是血分或津液等方面的不足，患肝病的人，後期有表現內分泌不足，口乾、目澀、唇焦、舌裂、皮膚乾燥及血小板減少，貧血等證狀者都是陰虛。

脈數無力，唇紅舌質紅絳無苔，口乾目澀，可知其陰分不足，即陰虛，治療須予養陰，絕不能施用溫燥辛散的藥。

1. 肝炎肝腎陰虛熱入血分證：

肝炎、肝硬化、食道靜脈曲張，目澀面黯，牙齦出血，腹脹易飢，口渴不欲飲，溲黃，大便乾，脈緩，舌紅，診為肝腎陰虛，內熱入血分。

處方用一貫煎合沙參麥冬飲加減，牙齦出血可減少，仍用原法加桑葉、枇杷葉清肺胃之熱，加茜草涼血化瘀止血。

古人云：「陽虛易補，陰虛難填。」患者服一貫煎加減，進步緩慢，中間因胃納不香，頭暈，可參朮、耆等味，並加黃柏清熱降火，服後食慾雖增加而睡眠轉壞，乃用前法，減去參耆朮。

腹不臌脹，大便仍較結，照前方略予增減。處分：北沙參三錢、首烏四錢、花粉四錢、麥冬四錢、女貞子四錢、旱蓮草三錢、石斛三錢、川棟子三錢、枸杞三錢、菊花三錢、黃柏三錢、虎杖三錢、甘草一錢。

2. 肝炎溼熱並重之陰虛證：

患慢性肝炎，脈濡，舌微絳，口乾舌燥，溲黃量少，多夢，目赤，肝區鈍痛，肝功能異常，診為肝陰虛。處方：用四逆散、導赤散合方加味。

轉氨 稍降，小便仍短赤，常欲吐，黃疸高，肝區痛。處方：竹茹四錢、薑夏三錢、白芍三錢、枳實二錢、黃芩三錢、澤瀉三錢、柴胡三錢、鬱金四錢、豬苓三錢、膽草三錢、砂仁二錢、連翹四錢、廣皮二錢、茵陳五錢、車前子三錢、竹葉三錢、甘草一錢。

若黃疸指數仍高，用前方加大黃錢半。

溼熱漸退，而正氣已入虛境，改用健脾疏肝法。處方：小柴胡湯、四逆散、逍遙散、四苓散合方加黃耆，效果甚佳， 降低，但黃疸指數仍高，欲吐。前方加砂仁、鬱金、藿香，服後吐逆之象已無，改方加入養陰之藥，效果更佳。

肝陰虛，而溼熱俱重，因病機瞬息萬變，如捉摸不定，處方即出偏差，

病邪已退，即要從扶正著想，以扶正為主，養陰健脾疏肝面面顧到終竟全功。

3. 慢性肝炎陰虛津少證：

患肝炎已成肝硬化，有糖尿病史，胃不脹，便不結，小便赤，睡眠欠酣，皮膚搔癢，口乾少津，身體疲乏，舌紅無苔，脈數大無力，是陰虛證，處方救其陰：一貫煎加減：生地四錢、薏仁四錢、茵陳三錢、花粉三錢、枸杞三錢、石斛三錢、麥冬四錢、茯苓三錢、白芍四錢、丹參五錢、馬鞭草四錢、仙人對坐草四錢。

口乾更減輕，睡眠有進步，舌上略見薄白之苔，仍用養陰救津法，方如下：北沙參三錢、石斛三錢、馬鞭草五錢、麥門冬五錢、天花粉四錢、薏仁四錢、生地四錢、茵陳四錢、丹參五錢、白芍三錢、鱉甲三錢、茯苓三錢、枸杞三錢。

證脈數大無力，舌紅無苔，口乾少津，睡眠不好，是陰虛，如僅治其肝炎，是不會收效的，根據脈證用北沙參、生地、麥冬、石斛、花粉，養陰增液，用丹參、馬鞭草、活其血絡，用枸杞養其肝細胞，用鱉甲軟堅消結，最後增入川連助天花粉，降其血糖，故能漸奏功效，終獲全愈。

二、關幼波

關幼波（生於 1913 年），北京人。創制《關幼波肝病診斷程序》，著有《關幼波臨床經驗選》等。

將急性肝炎分爲黃疸型和無黃疸型二種。認爲黃疸型與中醫的“陽黃”相似，無黃疸型屬於“肝膽濕熱”、“鬱症”、“肝胃不和”，……等辨證範圍。

（一）治“黃疸”的經驗：

黃疸有陽黃與陰黃之分。臨床上以陽黃居多，亦以陽黃爲主證，將陰黃視爲變證。治療上掌握治黃必治血、治黃需解毒及治黃要治痰三大原則。

1. 治黃必治血：使用活血藥物可以加速黃疸的消退；有利于肝脾腫大的回縮；活血即可祛瘀，祛瘀即可生新。在治血上有涼血活血、養血活血、溫通血脈等法：

- (1) 涼血活血以消血中瘀熱，涼血而不滯邪，常用藥物如：生地黃、丹皮、赤芍、白茅根、小蘗、藕節等。
 - (2) 養血活血：黃疸是血分受病，濕熱瘀滯，必灼耗陰血。常兼見血熱、血瘀，所以使用養血活血的藥物。常用的藥物如：丹參、白芍、當歸、澤蘭、紅花、鬱金、香附等化濕解毒藥。
 - (3) 溫通血脈：陰黃多為寒濕凝滯血脈，故選用溫陽通脈的藥物，常用藥物有附子、桂枝。
2. 治黃需解毒：毒解黃易除。濕熱久羈，內蘊成毒，則黃疸益甚。若不加用解毒的葯物，則濕熱難散，黃疸不易消退。所以在清熱祛濕的基礎上加用解毒的藥物。在黃疸病濕熱蘊毒時，如果加用解毒的藥物，濕熱易解，黃疸消退較快。也有降低轉氨 的作用。解毒之法有化濕解毒、涼血解毒、通下解毒、利濕解毒及酸斂解毒：
- (1) 化濕解毒：在黃疸初期邪居中上二焦之際，可以使用辛涼或芳香化濕的藥物，以清解蘊毒。常用的藥物如：薄荷、野菊花、藿香、佩蘭、黃芩、黃連等。
 - (2) 涼血解毒：濕熱瘀阻血脈，熱盛於濕者，加用涼血解毒的藥物以清解血中之毒。常用藥物如：蒲公英、板藍根、土茯苓、白茅根、青黛、金銀花等。
 - (3) 通下解毒：濕熱毒邪蘊結，偏於中下二焦時，則以使二便通利以尋邪外出為原則。若熱盛於濕，大便燥結，口舌生瘡，或排便不暢，都應通利腸腑，使濕熱毒邪從大便排出。常用的藥物如：大黃、黃柏、敗醬草、白頭翁、秦皮等。
 - (4) 利濕解毒：“治黃不利水非其治也”，使之從小便滲利，則黃疸易於消退。常用的葯物如：車前子(草)、木通、扁蓄、瞿麥、六一散。同時常配合芳香化濕的藥物如藿香、杏仁、橘紅以升其上、中二焦之源，使下焦易於通利。
 - (5) 酸斂解毒：在黃疸的後期，正氣耗傷，佐用一些酸斂解毒的藥物，因肝欲

散以辛補之，以酸瀉之，瀉肝以解毒邪。常用藥物如：五倍子、烏梅、五味子等。

3. 治黃要治痰：治痰之法用治黃疸，可以加速利濕退黃的效果。尤其是長期黃疸不退的患者，使痰化則黃易散。脾濕胃熱，肝膽失于疏泄，為黃疸發生臟腑功能失調的基本。脾不運化，水濕停聚蘊濕鬱熱，煎熬為痰。治痰之法，重在治脾，脾主運化，易被濕所困，所以治痰之法實為治本之妙。化痰法多與行氣、活血、化瘀的方法配合使用。常用藥如：杏仁、橘紅、萊菔子、瓜蒌等。另外，山楂、草決明、半夏、焦白朮、麥冬、川貝母、海浮石、鬱金、旋覆花、白礬。

(二) 治無黃疸肝炎：

無黃疸肝炎除內虛因素外，濕熱之病理與黃疸肝炎是一致的。也要以清熱去濕為常法，配合利水舒肝，並佐以活血、解毒、化痰等法。濕熱可以發黃，也可以不發黃，區別在於前者偏于病在血分，後者偏於氣分。

無黃疸肝炎濕熱較輕，但是肝病犯脾是一致的，均以中州失運為主證。在治療上，無黃疸肝炎清利宜輕而偏於氣分。

治療無黃疸肝炎更重要的是內因較突出。主要是肝、脾、腎三臟的功能失調，或臟腑氣血的虛虧。因脾主運化水濕，又居於中州，中州不運，以致水濕不化，濕熱蘊育，形成了無黃疸肝炎的內因依據。若復感外邪或勞倦傷脾，即可發病。除了注意分析濕熱輕重、出入氣血、病位上下以外，應密切結合其內因依據，才能防止復發。所以在治療時，以治理中州、清利肝膽濕熱為法則。所謂正虛，不只是臟腑氣血實質性的虧損，有些患者只表現出臟腑氣血功能性的失調。濕熱較輕，正虛也不明顯，可以清利濕熱為主，佐以和中之品，貫通到底，在恢復期稍事調理肝脾即可。

濕熱稍重而正氣也虛，始以清利濕熱為主，待其濕熱漸減，肝功能化驗好轉，再以扶正為主，兼清餘邪。有時肝功能化驗雖已正常，但是中醫四診尚有異常，就不當停藥，以防止復發。

在治療慢性肝炎方面則認為慢性肝炎多由于急性肝炎久治不愈，遷延復發而致，一般病程較長。就中醫的觀點認為可以概括以下兩方面：祛邪不利及忽視扶正。如果濕熱較輕，正虛也不明顯，可以清利濕熱為主，佐以和中之品，貫通到底，在恢復期稍事調理肝脾即可。濕熱稍重而正氣也虛，也可以先治其標，後治其本，始以清利濕熱為主，待其濕熱漸減，肝功能化驗好轉，再以扶正為主，兼清餘邪。皆以調整機體狀態為重點。否則正氣損傷犯“虛虛實實”之戒。

慢性肝炎階段，多表現為正氣虛(包括肝、脾、腎、氣血、陰津等)。肝病日久臟腑功能日衰，氣血功能不足。所謂久病體自虛的實際意義就是指整體的氣血虛而言。所以應從整體觀念出發，重視各臟腑器官氣血的盛衰，加以調整。

慢性肝炎一般病程較長，大都經過多種治療，效果不佳，肝功能反復波動或始終未恢復正常，表現有的以實證為主，有的表現為虛證，有的虛中夾實即濕熱未清，正虛邪戀，在臨床上，強調區分類型，定型定方，雖然便於觀察療效，但是由於個體的差異性、病情輕重、階段性的不同，就很難將複雜的臨床病象，簡單地歸納為幾個固定的類型。雖有一定的原則性，但是未能充分發揮中醫辨證施治的特點。臨床證明這種定型定方的臨床效果並不理想，若從其病理實質來分析，基本上可以歸納出以下幾種辨證歸類。這些證候，可以單獨出現，也可以夾兼而至，前後交錯或相互轉化。證候辨證分類如下：

1. 濕熱未清：多因急性肝炎治療不當，或在恢復階段調護失宜，以致濕熱之邪未能徹底清除，餘邪留戀，寄於肝膽，或蘊積脾胃。主要表現為噁心，不喜油膩，食慾不振，口苦口乾，肝區脹痛，四肢酸困，溲黃短赤，大便粘臭不爽，或皮膚、鞏膜色澤枯黃，或見低熱，或見衄血。舌苔黃厚膩、舌質紅，脈滑數。

如濕熱蓄積化火，毒熱內蘊，也可見有口苦口臭，心煩唇燥，腹脹納差，大便秘結，小便黃赤，脈弦大，舌苔黃燥等。

2. 肝胃不和：多因肝鬱不舒，橫逆犯胃，肝胃功能失調。主要表現為：胸脅滿

悶或脹病，食入不化，噯氣吞酸，腹鳴，矢氣多，大便失調，舌苔白膩或黃厚，舌質微紅，脈弦滑。

3. 肝鬱脾虛：多因肝氣鬱滯，橫逆犯脾，以致脾氣虛弱。主要表現為，脅痛，頭暈，腹脹，食後飽滿，乏力，面色蒼白，面肢浮腫，舌苔薄白、舌質淡、或邊紅。
4. 肝鬱血滯：多因肝氣鬱滯，氣滯則血瘀，情志急怒鬱悶則症狀加重，主要表現為，胸悶氣憋，抑鬱不舒，兩脅痛，或周身竄痛，脅下痞塊，婦女痛經，或瘀血內阻，舌苔白、舌質紫或有瘀斑。若血瘀日久，則可見有面色晦暗，唇暗舌紫，肝脾腫大堅硬，兩脅刺痛，口乾咽燥而不欲飲。
5. 脾虛濕困：多因脾為濕困日久，脾陽不振，而濕邪困阻不化。主要表現為：面部及四肢浮腫，下肢沉重，腹脹納呆，或食後飽滿，面色無華，身倦無力，舌苔薄白或白膩、舌質淡、舌體胖。
6. 脾腎兩虛，多因濕困中州，脾陽虛衰，後天不足，先天失濟，進而可導致腎陽衰微或脾腎兩虛。主要表現為：面色晦暗或灰黃，精神萎靡，喜暖怕涼，畏寒肢冷，食納不香，完穀不化，胸悶痞滿，兩脅虛痛，乏力腿沉，大便溏，小便清長，或見頻尿，少苔、舌質淡，脈沉弱。
7. 肝腎陰虛：多因肝膽鬱熱，致胃熱脾濕，濕熱灼耗肝陰，由於肝腎同源，腎陰也耗傷。主要表現為：口乾唇燥，口渴喜飲，頭暈眼花，心悸怔忡，腰酸背痛，足跟痛，失眠多夢，遺精滑泄，納差脘脹，肝區隱痛，大便乾燥，小便黃少，或手足心熱，或伴有低熱，舌苔薄白或無苔，舌質紅，脈弦細數。
8. 氣血兩虧：多因肝鬱脾虛，運化失常，氣血生化無源，肝鬱化熱或濕熱久羈，灼耗陰血，以致肝脾兩傷，氣血兩虧。主要表現為：面色無華，頭暈心悸，全身無力，納差腹脹，大便稀溏，口乾不渴，唇淡，舌苔薄白、舌質淡，脈沉細無力。

慢性肝炎的辨證施治基本上是從臟腑、氣血論治為原則，且以扶正治其本，祛除餘邪治其標。但仍以祛邪為主，先祛邪而後扶正。因為脾居中州，

爲後天之本，氣血之源，運濕之樞紐，又爲肝病波及之要害，所以在治療時應注意調理中州，稍佐祛邪，使之濕熱餘邪非但無藏身之地，而且又無由以生。在辨證的基礎上，根據整體的不同情況，調理脾、腎、肝，而中州又要當先。

慢性肝炎始于肝鬱氣滯，濕痰瘀阻，進而肝鬱血滯，濕痰與瘀血凝聚形成痞塊，故見面色晦暗，痛或脅下痞滿而痛，觸之有塊，更加阻滯經絡，以致肝、脾、腎，氣血失合所以活血化痰的法則亦需貫通全程，對於痞塊的治療在活血化痰的基礎上，配合軟堅散結的藥物。痞塊的形成，主要是由於肝陰虛，肝血虛，血虛痰濕阻於血絡所致，不宜三稜、莪朮等攻逐破瘀之品，宜以補肝腎之陰，養血柔肝爲主，一般多選用當歸、白芍、丹參、王不留行、藕節、龜板、鱉甲、生牡蠣等，配合其他活血、化痰、化瘀之品。

所以，對於慢性肝炎的治療在扶正的基礎上，根據病情佐以祛濕解毒之品。一般祛邪之藥每多苦寒，扶正之品每多甘溫，長期服用甘溫易蘊熱，所以配合苦寒之劑也寓有反佐之意。

此類病人的肝功能損害多呈單項谷丙轉氨 增高或反覆波動，肝臟可增大，觸之疼痛或有叩擊痛，所以扶正之中仍需配合解毒，濕熱才能徹底清除。

三、姜春華

姜春華(1908~1992)，江蘇南通人。著有《中醫基礎學》、《中醫診斷學》、《中醫病理學》、《腎本質研究》、《中醫治則研究》等。

(一) 急性肝炎治療經驗：

姜春華治療急性肝炎主以清熱解毒，善用大黃草藥，兼顧醒脾健胃。

急性黃疸型肝炎，分爲濕重、熱重、濕熱並重三型，治療多以清利濕熱爲主。以清熱解毒爲主，較少用利濕藥。同時宗吳又可之說，認爲發黃乃由小便不利而致，小便不利因於小腸之火，小腸之火緣於胃家移熱，故以胃熱爲本，餘均爲標。方選茵陳蒿湯，其中尤以大黃爲重。

認爲一般祛濕藥並不能消退黃疸。而且認爲利小便雖能使濕熱從小便排

出，但不能消除黃疸產生的根源。中藥治療應以清熱為主，利濕次之。因清熱解毒消炎之劑，能針對病毒起治本作用。利濕則協助清熱藥，通過增加小便以排除黃疸等代謝產物，但不是治本作用。常用生大黃、黃柏、川連、龍膽草、山梔、丹皮、連翹、大青葉、田基黃等。方義是取茵陳蒿湯、梔子柏皮湯、龍膽瀉肝湯三方增減相合而成。唯方中多不用茵陳。姜老體會茵陳力薄微，徒有虛名，退黃作用不強。治肝炎喜用大黃，一般用量為三錢以上。主張生用，勿久煎。除胃有宿疾服後不舒，需佐以溫胃健胃之品外，其餘逕用之。大黃少些可健胃。服後若有腹瀉，此乃熱毒得泄，三五天後毒去則瀉止。

急性無黃疸型肝炎，有些無明顯症狀，而反見肝功能化驗異常，其脈證多屬肝熱。常以龍膽瀉肝湯變通治之，藥用：龍膽草、黃芩、梔子、木通、柴胡、當歸、藿香、蘇梗、陳皮各三錢，生地五錢，薏仁一錢。亦常用梔子柏皮湯化裁：梔子、黃柏、甘草、垂盆草、陳皮、白朮、薏仁。

急性肝炎的治療，應當根據脈證等有關資料，以解決病毒為本，不可病重藥輕，坐失良機。治療急性肝炎，還擅用草藥，如田基黃、荷包草、垂盆草、崗稔根、平地木之類，對於降低 ALT 與黃疸有較好的作用。這些草藥的作用確較茵陳五苓等藥為好。配入方劑中使用，效果確比單用效果高。且草藥不僅“草澤醫”用，正規方書亦有記載。如田基黃、荷包草、平地木等，《醫林繩墨》中則有記載。

姜老主張治療肝炎應考慮體質因素，這樣才能取得較為滿意的效果。如體弱者，苦寒之劑酌減或加參、耆之品，以扶助人體正氣（提高機體免疫力）來抗衡病毒；納差者，可加豆蔻、砂仁、藿蘇梗、生穀芽之類以醒脾健胃，扶助後天；對於宿有胃寒之人或胃有不適者，略加溫養胃氣之藥即可；腹脹者，加川朴、大腹子(皮)以疏暢氣機，使其升降有度，開闔有常；嘔惡者，加半夏、竹茹和胃降逆，恢復胃氣之正常樞紐；口渴者，加天花粉，石斛以生津養陰止渴，促進體液新生。

(二) 慢性肝炎治療經驗：

1. 慢肝炎宜辨病辨人相結合，適當照顧兼症

臨床常分爲氣虛、陰虛、氣陰兩虛三型，還有心腎不足、肝胃不和、肝膽火升、心神不寧等型。在辨證施治基礎上選加前述草藥，以清除殘留的濕熱邪毒。對於無症狀可辨或無濕熱表現者，仍須清熱利濕。治病求本、辨證與辨病結合。

認爲中醫治療應以化驗指標作爲衡量療效的唯一標準。這種病，過去只是根據症狀治療。但有時症狀還不能完全反映出病的本質來。現代檢查，可以反映病的本質，但不能反映人的本質。病與人，是不可分割的。通過客觀檢查，看到病的本質；通過診察症狀，了解人的體質，兩者不可偏廢。只有將兩者結合起來，以辨證論治爲手段，才能達治病的目的，關鍵在人、病、辨證三者並重。

姜老對化驗異常的一般處理是：鋅濁度、絮狀反應陽性，加丹皮三錢，連翹四錢，蒲公英、羊蹄根各一兩；蛋白比例倒置、 γ -球蛋白升高，加炮山甲三錢，鱉甲五錢；肝在肋下可觸及，超音波提示肝脾腫大，加活血化瘀藥丹參四錢，當歸、赤芍、紅花各三錢，甚者合用下瘀血湯。慢性肝炎常見免疫功能低下，加黨參三錢，黃耆五錢至一兩，益氣藥與清熱解毒藥同用，扶正祛邪並舉。但濕熱偏重或實熱之證不宜應用。

慢性肝炎臨床症狀較多，治療也較棘手，一般處理原則是：

- (1) 食慾不振：常用“消”、“開”二法。胃有積滯，以焦三仙、雞內金等消導之。“開”分二途：濕鬱中焦，以草薢、砂仁、厚朴花之屬芳香開胃；濕鬱化熱，以黃連苦寒燥濕、健胃開食。
- (2) 失眠：傳統常用柏子仁、酸棗仁、茯神、朱砂等。柏子仁安眠作用不強；酸棗仁用於肝虛不眠，量多方效；茯神無安眠作用；朱砂含汞，對肝臟不利，不宜使用。失眠，多爲心火、肝火偏盛，或是陰虛火旺。心火用川連，肝火用山梔，陰虛火旺酌加柏子仁、酸棗仁、夜交藤。頭煎晚服，二煎上午服。

(3) 肝區痛：肝區疼痛頑固或劇烈者，疏肝利氣藥常無效。姜老取活血化癥方法，分三步：首先用當歸、桃仁、丹參；進一步加九香蟲；第三步加五靈脂、制乳香。基本上解決了肝區痛這一難題。

(4) 發熱：肝病外感發熱，不能用麻黃湯、桂枝湯之屬，應以小柴胡湯為主。柴胡有很好的退熱效果。“柴胡劫肝陰”之說不必拘泥。

2. 治療慢性 B 型肝炎，重在扶正祛邪

認為慢性 B 型肝炎遷延不愈，其病在肝。臨床上可根據各臟腑的陰陽氣血、寒熱虛實，辨證用藥。如陰虛病人失眠、口乾、溲黃，可用生地、石斛、花粉、首烏、麥冬、阿膠、五味子之類養陰藥；失眠重者加棗仁、夜交藤之類；肝膽火旺加山梔、龍膽草；心火偏盛加川連；氣虛病人四肢乏力、神疲倦怠、面色萎晦，著重益氣，加黨參、黃耆、白朮之類；有大便溏瀉者加訶子、神麴；食慾差者加砂仁、蔻仁、川連、陳皮；腹脹者加蘇梗、大腹皮，氣陰兩虛者隨症酌加補陰益氣兩類藥物。在沒有明顯症狀可辨時，只有從已證實的病上去考慮，推論正邪虛實，探索針對性藥物進行治療。

慢性 B 型肝炎患者，常見 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 反復陽性，纏綿不癒。從中醫病因學角度出發，認為這是由於邪正相爭有反復。正指人體內在的抗病能力，邪指致人疾病的外來因素，正勝則 HBsAg 轉陰，邪勝則 HBsAg 轉陽。所以在治療上，扶正與祛邪是不可忽略的兩個方面。常用以下藥物治療：

中藥黃耆、黨參為益氣之藥，以黃耆為主藥，輔以黨參（或太子參）、五味子，能增強人體免疫力，提高抗病功能，這是扶正的一面。黃耆用量為五錢至五兩，或言黃耆多用有壅氣之弊，但臨床上未見。有毒當清當解，可採用全瓜蒌（對黃疸、轉氨酶增高有效）、羊蹄根、大黃、丹皮、連翹（有活血涼血作用），或加蒲公英、板藍根以加強解毒。臨床上可視人之虛實、毒邪大小，增損用藥。

慢性 B 型肝炎既有正虛的一面，又有邪盛的一面，在治療時，對人體、

病原、症候三者應通盤考慮。扶正治人，可以增強病人抗病力、恢復力；治療症狀，可因症狀的消失而增加人體抗病能力；治療病原可以消除症候，使之不復損害病人身體。三者互有關係，相互影響。

根據臨床經驗，清熱利濕藥對下降 ALT，恢復肝功能有一定作用，以崗稔根、垂盆草、羊蹄根、五味子、荷包草、全瓜蒌、石見穿、龍膽草，尤為突出。既採用複方治療，又注意民間有效單方，並汲取現代醫學知識和科研成果，中藥、草藥合並使用，使臨床療效提高。

營熱絡傷，熱毒深重：加犀角（或水牛角）、生地、丹皮、山梔、黃連、龍膽草、小蘗、蒲黃、茅花、羊蹄根、板藍根、敗醬草，以清營涼血、清熱解毒。姜老主張大黃、生地重用，能加強清熱解毒、涼血止血的作用，並常常將它們與益氣藥同用，如人參配大黃，生地配黃耆，寒熱兼顧，攻補兼施，扶正與祛邪並舉。

肝痛脾大者：加旋覆花、綠萼梅、藿香、蘇梗、柴胡、鬱金、木香、九香蟲、五靈脂、乳沒、延胡索，以理氣行血，活血止痛。姜老認為，肝硬化、肝痛脾大是氣為血阻而致氣行不暢，氣血為之鬱結為腫為痛，用活血化瘀法才是治本之道。因此常選用當歸、紅花、丹參、赤芍、炮山甲、鱉甲、丹皮、三稜、莪朮、崗稔根、五靈脂、制乳沒，兼加利氣藥，使瘀化氣暢，腫痛解除。實驗研究證明，活血能促進肝細胞營養和氧的供應，減少肝細胞的壞死，因此，在理氣的同時，活血是恢復肝功能不可缺少的條件之一。

對於體質較實，大量腹水，繃脹難堪小便極少者，用下瘀血湯加商陸三錢，大戟五錢，芫花錢半。車前子、赤茯苓、瞿麥各五錢，葫蘆、對坐草各一兩半，大腹子皮各五錢。另黑白丑一錢，研粉沖入煎藥中服。亦可先服下列丸散，輔以湯藥，或不服湯藥，只服下述丸散：①巴漆丸：巴豆霜錢半、乾漆（熬去煙）、陳皮、生蒼朮各三錢。共研細粉，蜜水為丸，如綠豆大（須現製，乾陳無效）。每次服錢半。可漸加至一錢，最大可至二錢。每日服 1~2 次，或隔日 1 次，或數日 1 次，視病情、體力、耐受程度而定。每服 1 次者，

可於清晨空腹服，服兩次者可於下午 3 時加服 1 次（以免深夜起床。服巴漆丸除泄瀉外，無特殊副作用。如泄瀉可停服 1~2 天。②舟車丸：每日 1 次，早晨空腹服。③甘遂散：甘遂（煨過）研細粉，每次服錢半，每日 1 次，清晨空腹服。還可另用甘遂末一錢，芒硝 1 斤，敷臍腹部，藥性滲入體內，刺激腸管，增強腸蠕動，則產生較強的瀉下作用，若協同湯藥，則逐水通下之功倍增。在利尿以消除腹水的藥物中，姜老特別推崇西瓜皮和鮮茅根，因其性味甘涼、甘寒，含大量的鉀鹽、葡萄糖、果糖、蔗糖等，二藥既清熱利尿、養陰生津，又能涼血止血且不傷胃，是治療肝硬化腹水常用藥之一。對於腹水者，姜老常囑病家用鮮白蘿蔔 10 斤，搗爛取汁，浸洗雙足，藥液滲透人體，引水下行。如與湯藥配合應用，則有顯著的利尿消水作用。

四、王玉潤

王玉潤（1919~1991）教授，上海市人。幾十年來悉心研究肝硬化的中醫療法，曾主編大陸高等中醫院校《兒科學》教材和西學中用《中醫兒科學》教材等。

王玉潤教授晚年結合現代醫學理論，提出了“辨病論治”的學術思想，並以此為指導，由動物實驗和臨床試用，篩選出抗肝纖維化有效中藥。

（一）肝硬化的“辨證論治”：

肝硬化在中醫歸入“積聚”證，以腹部結塊，或脹或痛為主要臨床特徵。若以一側或兩側脅肋部發生疼痛為主，亦可納入“脅痛”門。可根據其臨床證候不同，分入不同證內。如肝功能衰竭出現黃疸，按“黃疸”論治；出現肝昏迷，則從“昏迷”論治；出現腹水時從治於“鼓脹”；胃底食道靜脈破裂出血時以“血證”論治；出現肝腎綜合徵時稱之為“關格”；如此多門類，使醫者難以抓住其病因病機的本質，因而治療方法紛紜如疏肝健脾法、活血化瘀法、清熱解毒法、利水峻下法、滋養肝腎法、溫陽健脾法和補益氣血法等。雖各自都取得了一定的療效，但大多數滿足於併發症的暫時緩解，未能從本質上把握住肝硬化的病因病機，進行針對性的治療，因而療效不佳。

王玉潤認為：肝硬化形成的過程中所出現的各種不同的臨床證候和不同證型，都屬標證，而其主要病本在肝。肝炎病毒造成肝細胞壞死等原因，刺激肝臟內纖維組織增生，破壞了正常肝小葉結構，使肝內血液循環途徑改建，致使肝硬化。因而不問肝硬化的臨床症候有多麼錯綜複雜，其病機的本質都是“肝絡阻塞，血瘀氣滯”。故肝硬化患者多有兩脅積塊、腹大堅滿、青筋怒張、紅紋赤縷、牙宣鼻衄、嘔血黑糞、舌質紫暗等血瘀氣滯見證。由於病邪的性質、病變的輕重、病程的久暫及患者的體質、生活和工作條件等諸多方面的差異，可使患者在血瘀氣滯的基礎上夾雜感受其它病邪；或因久病，“血不養肝”，在實證的基礎上，出現種種虛象。治療上應以“活血化瘀、行氣通絡”為基本大法，不論此病發展到何種程度何種階段，都應針對“瘀”來治本，在此基礎上可兼治各種標證。

王玉潤將肝硬化分為實證和虛證二大類型：

1. 實證：

(1) 基本型：面色萎黃，有紅紋或蟹爪紋路，皮膚赤縷；腹大，青筋，紫紋，腹脹脅痛，兩脅積聚癥塊，嘔血或黑糞如漆，鼻衄，齒衄；心煩易怒，口燥便秘；舌質紫暗，有瘀點，脈弦澀。

病機：肝絡阻塞、血瘀氣滯。

治則：活血化瘀、行氣通絡。

方藥：桃紅飲為基本方，桃仁、紅花、川芎、當歸尾、威靈仙。丹參注射液靜脈滴注可增加行氣通絡的作用。

(2) 水濕型：

證候：前證並見腹水明顯，一般體質尚佳，舌苔薄白，脈較有力。

病機：肝絡阻塞、血瘀氣滯、水濕滯留。

治則：活血化瘀、行氣通絡、利水化濕。

方藥：桃紅飲合木香檳榔丸加減。

(3) 鬱熱型：

證候：基本型並見面色晦暗，目黃膚黃，或有瘀斑，神情抑鬱，煩熱口乾，尿澀短赤，便秘或溏垢不爽，舌苔黃膩，脈象弦數。

病機：肝絡阻塞、血瘀氣滯、濕鬱化熱。

治則：活血化瘀、行氣通絡、清熱瀉肝。

方藥：桃紅飲合龍膽瀉肝湯或合茵陳蒿湯加減。

2. 虛證：

(1) 偏陽虛型：

證候：基本型並見面色白或蒼黃，面浮肢腫，畏寒肢冷，神倦氣怯，納少便溏，舌質淡胖、邊有齒印，苔白滑潤，脈象弦細緩軟。

病機：肝絡阻塞、血瘀氣滯、脾腎陽虛、水濕停聚。

治則：活血化瘀、行氣通絡、溫腎健脾、行水化濕。

方藥：桃紅飲合真武湯、或合理中湯、或合五苓散。

(2) 偏陰虛型：

證候：基本型並見面色憔悴或黧黑，形體消瘦，潮熱盜汗，手足心熱，口乾咽燥，虛煩腹脹，便秘尿少，舌質紅絳少苔，脈象弦細而數。

病機：肝絡阻塞、血瘀氣滯、鬱熱傷肝、肝腎陰虛。

治則：活血化瘀、行氣通絡、養陰清熱、柔肝益腎。

方藥：桃紅飲合一貫煎、或合知柏地黃丸加減。

(3) 陰陽兩虛證：

證候：基本型並見面色枯暗，骨瘦如柴，顴突目陷，大肉削脫，毛髮稀疏，肌膚甲錯，神萎無力，舌質淡白舌光如鏡，脈細小無力或浮大虛弦。

病機：肝絡阻塞 血瘀氣滯 精血兩虛。

治則：活血化瘀 行氣通絡 溫陰育陰、大補氣血。

方藥：桃紅飲合十全大補丸、或合河車大造丸。

(二) 肝硬化的“辨證論治”

隨著研究的深入，發現以上“辨證論治”雖有療效，但不穩定。未能“辨病論治”。如前所述，“血瘀”是肝硬化病機之本，但血瘀也能造成其它各種瘀證。肝硬化的“血瘀”有特殊性，血瘀表現在肝硬化的病理上就是肝硬化形成的重要環節---肝纖維化。研究證明：活血化瘀藥對結締組織有明顯的作用，可以將結締組織增生與變性作為與瘀血有關的內容之一來研究。“活血化瘀、行氣通絡”的治則適應範圍較廣，具有此功能的方劑和中藥很多，發現桃仁提取物和含有桃仁提取物成分的桃仁霜是桃仁抗肝纖維化的主要成分，因而將桃仁提取物作為“辨病論治”肝硬化的首選藥物。

桃仁性平味苦，入心、肝、大腸三經，有破血去瘀之功效，為歷代醫家所喜用。早在《神農本草經》中已有主治“瘀血血閉，癥瘕邪氣”記載。金元時代滑伯仁重用桃仁行血破滯治蓄血證。桃仁有效成分的提取和應用，改了傳統的給藥途徑，使藥用更加精專，藥效充分發揮。冬蟲夏草入肺腎二經，具有補虛損、益精氣之功用，為治療病後虛損之要藥。以此藥治療肝病是基於肝腎同源之說。肝腎兩臟，榮則俱榮、損則俱損。以蟲草補腎，使腎水得壯，則肝血得充，有利於肝病恢復。

五、夏德馨

夏德馨 (1923~1985)，江蘇江都人，曾主編《中醫內科手冊》。

(一) 治療急性肝炎的經驗：

急性肝炎是肝炎病毒所致的消化系統疾病。屬於中國醫學“黃疸”、“瘟黃”、“脅痛”等範疇。

1. 辨證識病，掌握特異性：

夏德馨認為“濕熱在肝炎病中普遍存在，但有其特殊性”。本病特異性症狀是黃疸、二便、脅肋痛脹及舌診。

(1) 辨黃疸：黃疸深如金或兼斑，是熱毒極盛；鮮明為濕熱；如橘子色熱偏重；淡而鮮濕偏重；黃有赤縷紅絲屬濕熱；如煙薰為寒濕。

(2) 辨二便：大便秘結色深黃光滑鮮明為濕熱之熱重；溏而不爽色黃為濕重；

如柏油洗水爲熱毒；肛門不暢有栓塞感屬脾虛有濕；乾結色黑異臭爲熱毒；溏而灰黃無臭爲寒濕；灰白爲阻塞性黃疸；先硬後爛是濕熱之濕重。小便深黃灼熱屬濕熱之熱重；不利色黃有熱感爲濕熱之濕重；如濃茶爲熱毒；淡黃不利或清白不利爲寒濕。

(3) 辨脅肋痛脹：脅肋脹痛，舌淡紅，爲肝鬱氣滯，肝脾不和；脅肋疼痛持續或燒灼樣痛，屬濕熱內蘊，肝膽火旺；脅肋刺痛，舌暗紅或邊有瘀點，爲氣滯血瘀；脅肋隱痛，舌淡紅潤滑，爲脾腎陽虛，氣血兩虛；脅肋隱痛，舌淡紅，爲肝腎陽虛。

(4) 舌診：從舌根並行到舌尖有兩條紋路爲濕重；舌紅苔黃膩爲濕熱之熱重；舌淡苔白膩或微黃膩爲濕熱之濕重；舌紅絳苔黃燥爲熱毒；舌淡紅苔白膩爲寒濕；舌淡紅苔灰滑爲寒濕。

2. 定法論治，找出路，首當清利。

病毒性肝炎急性期，邪毒是其根本，給病邪以出路排出體外。在虛實未明確之前，出路一定要找到。找出路法，是一個“利”字，其出路有四：

(1) 利肝膽：有黃疸用茵陳一至三兩，金錢草一至二兩；無黃疸用丹參、鬱金、枳殼。

(2) 利大便：濕熱化火時，不管是否出現便秘，及時運用大黃等通便，使濕熱火毒從下而走，常用大黃、芒硝、番瀉葉，在大劑量苦寒通瀉藥中，結合和胃之品護胃，以免受戕害。

(3) 利小便：若小便不利，色異常，尿道有熱感，應及時選用滑石、車前子、木通、赤芍、澤瀉等。

(4) 利汗腺：宜微汗，勿大辛大溫發汗，否則濕熱不去，反傷正氣。常用蘇葉、藿香葉、佩蘭、杏仁、前胡、桔梗等。

若患者發瘡癩、癬、耳流濕水，是自身出路，邪毒外出表現。“遇此勿處理，否則閉門留寇”。

肝病從中醫角度來分析，應當責之於脾，在治療上首當清利，在運用

清利方藥中，重用茵陳和金錢草兩藥。取茵陳瀉濕退黃，用量高達三兩；金錢草利膽清熱，用量常為一至二兩，兩藥同用，佐以和胃之品，即有退黃功效，卻少敗胃之弊。在濕熱化火時，不管是否出現便秘，均及時運用生大黃以配合清利之品，使濕熱火毒得以從下而走，這是其用藥的另一個特點。在大劑量苦寒清利通下藥中，還極其注意護其胃氣，以免受到戕害。

(二) 治療慢性肝炎的經驗：

夏老認為慢性肝病的治療，總的原則是和中守方，緩緩收功。從病機上分析，無論有無黃疸，多數與濕熱內阻有關。濕熱內阻可見脾虛不運，胃弱損納；可見陰液虧耗，氣機不暢。臨床表現遂見神疲乏力，四肢痠軟，步履痿弱，納呆，厭食油膩；大便或溏；濕蒙為頭重脛悶；濕阻則脛腹脹滿，泛泛欲惡；濕注見溺且短；或見脅肋隱痛，納少口乾，寐差神疲，舌紅苔少而乾，脈象弦細。虛實皆有，孰多孰少，尚易辨明。病見脾濕不化，故非如表寒或表熱，須守方，不能孟浪更張，待脾胃生機恢復，陰液漸充，症情漸趨穩定，緩緩收功。

用藥劑量：急性肝炎或病程較短者，用藥重而專（祛邪宜急）；慢性肝病，應當量小輕投（化濕宜緩）。歸納和中方藥有兩方面：

1. 二陳湯為主加減：太子參、茯苓、白朮、半夏、陳皮、山藥、枳殼、炙雞內金、炙甘草等。
2. 一貫煎為主化裁：太子參、石斛、扁豆衣，延胡索、麥冬、生地、北沙參、川棟子等。

和中法是根據臟腑氣血失調情況及邪正盛衰而選用。但多酌情加入清利濕熱之品，肝功能往往易於恢復。

(三) 治療 B 型肝炎表面抗原陽性的經驗：

對於 B 型肝炎表面抗原陽性，或已確診為 B 型肝炎的診治，目前仍是中西醫探討的重要課題之一。臨床表現，多見面痿黃，腰膝痠軟，畏寒肢冷，遺精帶下，舌淡，脈細尺弱等症狀，此乃腎虛。五臟六腑失其真陽之鼓舞，失其元精之滋榮，故一般補腎藥物難以奏效。經現代醫學實驗室檢查，這一類患者的

腎上腺皮質功能往往低下，反映在身體的免疫機制上異常。治療上，從本著手，取溫腎補腎，佐以清熱化濕為法，用仙茅、仙靈脾、巴戟肉、菟絲子等藥，溫而不燥，免傷已耗之元精，配以清熱化濕之平地木、胡黃連、黃連、虎杖、小蘗草等。其基礎方有二：

治 B 型肝炎表面抗原陽性，ALT 升高者：

菟絲子、平地木、虎杖各一兩，仙茅、仙靈脾各五錢，胡黃連、川連各二錢，蒼朮、黨參各三錢，小蘗草二兩，苦參片四錢。

治 B 型肝炎表面抗原陽性，但 ALT 正常者：

菟絲子、小蘗草各二兩、仙靈脾、石斛、平地木各二兩，黨參、蒼朮各三錢，大生地五錢，川連二錢。

分析 B 型肝炎的臨床表現與中醫腎的生理病理之關係，配用清化之品，起相助相制的作用。扶正為了祛邪，祛邪利於保存正氣和正氣的恢復。用上述藥物乃取自景岳大補元煎之意，嫌熟地、枸杞、山萸肉之膩，取仙茅、仙靈脾、菟絲子以陰陽變易而代之。另外，認為 B 型肝炎也有腎陰虛的，可以生地、首烏等藥治之。

治療肝病突出清、和、補三個字。肝臟解毒功能的失常，肝病後腎上腺皮質功能減退，提高身體免疫功能結和肝病治療，以清利、溫腎、和中三方面相配和。

六、朱良春

朱良春（1917 出生），江蘇丹徒人。創“復肝丸”用治慢性肝炎。主要著作有《傳染性肝炎的綜合療法》；《湯頭歌訣詳解》《蟲類藥的應用》《章次公醫案》及日文版《現代中醫臨床新選》等。

（一）慢性肝炎治療經驗：

朱良春認為慢性肝炎多由於濕熱之邪留戀，肝脾久病，而致氣虛血虧，或氣滯血瘀，遷延不愈，演變而來。因為病程較長，肝功能長期損害，正虛邪戀，往往不易驟效，其病理變化，因稟賦有強弱，感邪有輕重，而各有不同。約言

之，有傷陰傷陽之異，在氣、在血之分。關於慢性肝炎的證治經驗敘述如下：

1. 疏肝與養肝結合

肝病之證治，頭緒紛繁。清代治肝大家王旭高就總結出治肝三十法。朱老認為疏肝與養肝是治肝臟自病的基本大法。這是以肝臟的生理功能為理論基礎的。其見解如下：

肝為藏血之臟，其體柔，主疏泄，性喜條達，對人體氣機的運行有著重要的調節作用。但其為病則顯露出剛強之性。肝屬厥陰，但中寄相火，易於化火動風，所以前人以體陰用陽來概括它的生理功能。肝的疏泄功能是與肝體密切相關的，肝血充沛，肝體不燥，則疏泄有度；若肝血不足，肝氣有餘，則易於橫逆致變。肝體愈虛，肝用愈強，這一論點是精確的。

疏肝法是理肝“用”的一種方法，凡肝臟“曲”而不“直”者用之。養肝法是濡養肝“體”的一種方法，凡肝臟“直”而不“曲”者宜之。“疏”與“養”是中醫治療學動靜觀的體現。

歷代典籍的治肝方劑，純用疏肝藥或養肝藥是少見的，疏養結合則較普遍。四逆散，在疏泄中不忘柔養。一貫煎是柔養肝體之要方，於柔養中不忘疏泄。柴胡與川棟雖同為疏肝藥，但柴胡其性升散，川棟苦降。一般肝氣鬱結，陰傷未著者，用柴胡，取其疏肝解鬱；若肝鬱化熱，肝陰已傷，用川棟取其清肝止痛。

慢性肝炎證見情志抑鬱，胸悶不舒，兩脅脹滿，食欲不振，舌苔膩，上有垢濁，脈弦或濡滑，為肝失疏泄，影響脾胃運化功能，濕濁內阻，氣機不暢。其治須遵照古人“疏肝毋忘和胃”之說，以疏肝為主，參以健脾和胃之品，可選柴胡疏肝散（四逆散加制香附、川芎化裁），加蠶砂以泄濁；薏苡仁、茯苓、半夏、豆卷化濕和中；若鬱久化熱，小溲色黃者，去川芎，加梔子、蒲公英清瀉之。若久病傷陰，見烘熱體倦，口乾思飲，兩脅疼痛，情緒易於激動，大便乾結，舌紅，苔少而乾，脈弦略數，當以柔養為主。因肝腎同源，肝陰受損日久，勢必下及腎陰，故此類證候之特點是伴見腎陰虧虛，

治療養肝需參益腎，可取六味地黃湯加柴胡、白芍，既可養肝益腎，又能達肝鬱，泄濕熱。方中萸肉有溫助肝陽之弊，不妨刪去，加女貞子、旱蓮草清滋之品。若陰虛不耐柴胡升散者，可用川棟、生麥芽、白蒺藜代之。烏雞白鳳丸移治肝腎兩虧之慢肝而肝功能異常者，可降低轉氨 及麩濁，升高白蛋白。

2. 扶正與驅邪並用

認為慢性肝炎多由急性肝炎演變而來，而濕熱、疫毒又是導致急性肝炎之主因，所以驅邪仍是治慢性肝炎的重要環節。按照中醫學的觀點，“邪之所湊，其氣必虛”，“至虛之處，便是容邪之所”，須正確地運用扶正驅邪。慢性肝炎多屬虛實夾雜，正虛多由實邪留連日久而來，只有肝氣得舒，脾胃才能健運；瘀血得去，新血才能化生，故應攻補兼施，權衡適度，始收佳效。

慢性肝炎用補法，辨須在明確病位的基礎上，區別其為陰虛，抑為陽虛，方能對症下藥。若陰虛者，宜補而兼清；陽虛者，宜補而兼溫。病由肝而起，傳脾而盛，傳腎更劇。從肝、脾、腎損傷之程度，可以測知病情之輕重。

凡肝脾陰傷，症見爪甲少華，口乾溲黃，烘熱肢軟，納穀不香，食後脹悶不適，大便乾結，兩脅脹痛，舌紅苔少，脈細略數者，當以養肝濡脾為主，參以和中助運之品，此症不宜用參、耆溫補，用之反覺脹悶不舒。可取大劑量黃精為主(一般用一兩)，配合枸杞、沙參、山藥、首烏、雞血藤等，佐以川棟、木瓜、生麥芽等為基本方，隨症化裁。氣陰兩傷，可加重太子參。方中黃精滋養生津，平補肝脾腎；木瓜酸能生津，又可利肝，且能入脾消脹，為陰傷而木橫之良藥，均值得選用。

慢性肝炎傷陰最多，但亦有傷及肝陽者，陽虛氣弱，則肝用不及。其主要臨床表現為疏泄無力，症見面色灰滯，氣短乏力，不耐疲勞，稍勞則精神倦怠，納穀乏味，食後腹脹，大便乾澇不一，小溲時黃，脈弦細，舌質淡，苔白。陽虛往往有怯冷之表現，臨床不難辨識。對肝氣虛的治療，喜重用黃耆（一至二兩），配合當歸、桂枝、白芍、甘草、杜仲、川芎、生薑、大棗

爲基本方(當歸補血湯合桂枝湯加味)。若陽虛怯冷，則加鹿角霜、附子、仙靈脾。臨床上還可見到一種情況，病人既有肝陽虛衰的一面，又有疫毒深藏的一面，除上述見症外，伴見口苦、溲赤。此時，不妨溫陽與解毒並進，可加用板藍根，黃柏、丹皮、白花蛇舌草等。

3. 在氣在血當辨

各種證候區別在氣分或在血分，利於把握病理層次，在氣指慢性肝炎因氣機失調所導致的一系列病理變化，如肝氣鬱滯，濕熱壅遏；或脾虛氣弱，濕濁不化等。前者可選用小柴胡湯加枳殼、瓜蒌皮、鬱金（宜大量，一般用一兩，可使轉氨 迅速下降，並有利於肝之回縮），宣通氣機，薏苡仁、茯苓、滑石淡滲利濕。後者，當取補中益氣湯爲主方。方中妙用升麻、柴胡二味，柴胡除升陽外，兼有疏肝作用，升麻宜生用，意在兼以解毒。以脾虛爲主要見證者，選此湯爲優。

所謂在血，是指病邪由氣入血所產生的一系列病理變化，或氣滯以致血瘀，或熱毒入血而耗血動血。而病程已久，正氣不足，濕熱病邪混入血絡之中，亦屬於血分之證治範圍。

慢性肝炎以肝脾虛損爲本，血瘀爲標。其血瘀之表現，主要有氣虛血瘀和陰虛血瘀之不同。氣虛血瘀喜用黃耆配莪朮，山藥配雞內金兩個對藥。黃耆、山藥均需重用至一至二兩，隨證加用丹參、石見穿、參三七、鬱金等。陰虛血瘀，當養陰化瘀，軟堅散結，可用一貫煎加丹參、澤蘭、牡蠣等。熱毒入血，有出血傾向者，往往鼻衄、齒衄時見，口乾口苦，或伴有午後低熱，夜有盜汗，或大便乾結難解，舌質紅，苔薄黃，脈弦帶數，當清營解毒，可取犀角地黃湯爲主方。其中犀角可用水牛角代之，用量一至二兩，其效始顯。隨症加用大小蘗、貫眾、白薇、枸杞子、女貞、旱蓮、鱉甲等。若熱毒耗灼真陰，大便乾結，可暫加大黃泄熱通腑。

久病入絡。其特點，肝區疼痛，牽及背部，舌質紫，苔薄膩，脈弦澀，肝功能長期不正常，可用《金匱》旋覆花湯爲主方，取茜草代新絳。藥選旋

覆花、茜草、丹參、澤蘭、柏子仁、紫草、路路通、參三七等。不效。需參用蟲類藥，可選用九香蟲、全蠍、參三七各等分，研細末，膠囊裝盛，每服 5 粒，1 日 3 次。蟲類藥對慢性肝炎之治療，大有前途，值得進一步加以研究與應用。

(二) 早期肝硬化治療經驗：

肝硬化是一種由各種慢性肝病延續發展而來的、具有廣泛肝細胞損害以及結締組織增生的慢性進行性疾病。根據臨床症狀和體徵，早期肝硬化屬中醫“癥積”、“痞塊”範疇，晚期肝硬化則屬“臌脹”門。肝硬化的病理改變，是肝實質的損傷，以氣血鬱滯、瘀凝脈絡為主要矛盾。由於瘀結日久，肝脾損傷，其臨床表現多呈本虛標實，治療較為棘手。創訂“復肝丸”，用之臨床。

“復肝丸”處方：紫河車、紅參鬚、炙地鱉蟲、炮甲片、參三七、片薑黃、廣鬱金、生雞內金各二兩，共研為極細粉末，水泛為丸。每服一錢，每日 3 次，食後開水送下，或以湯藥送服。1 個月為 1 療程。本方針對肝硬化虛中夾實的病機，採用扶正祛邪的原則。方取紫河車大補精血，紅參鬚益氣通絡，兩味用以扶正；參三七活血止血、散瘀定痛；地鱉蟲破血消瘀，和營通絡；更加鬱金、薑黃疏利肝膽、理氣活血；生雞內金、炮甲片磨積消滯、軟堅散結。全方具有益氣活血、化瘀消滋之功。適於早期肝硬化肝損傷，肝脾腫大，或僅肝腫大，脅痛定點不移，伴見胸悶腹脹，消瘦乏力，面色晦滯，有紅絲血縷，舌暗紅或有瘀斑，脈弦澀或弦細等肝血鬱滯瘀結為癥的病證。朱老參合全身情況，將早期肝硬化綜合為四種證型，分別施治。

1. 肝鬱脾虛：重在疏肝益脾、扶正消癥

肝失疏泄，氣血痺阻，脾運不健，生化乏源。其症肝脾腫大或僅有肝腫大。按之則痛，胃納減少，腹脹便溏，四肢倦怠乏力，面浮而色晦黃，入暮足脛微腫，舌質暗紅不澤，舌體較胖或邊有齒印，脈象虛弦，重按無力。治用疏肝益脾、活血消癥，復肝丸配逍遙散、異功散、當歸補血湯加減。常用藥物如柴胡、當歸、白芍、黨參、黃耆、白朮、丹參、炙甘草、廣鬱金、廣

陳皮、茯苓等。

2. 肝膽濕熱：急當清肝利膽，通腑泄濁

濕遏中焦，邪從熱化，肝失疏泄，移熱於膽。其症肝脾俱腫，脅痛脘痞，頭眩口苦，納減腹脹，心煩易怒，溺短而黃，大便秘結或溏“不爽”，後可出現黃疸，苔黃厚膩，脈多弦數。治宜清肝利膽，泄熱滲濕。以龍膽瀉肝湯、茵陳蒿湯加減。常用藥物如龍膽草、茵陳、山梔、柴胡、當歸、黃芩、大黃、玄參、白花蛇舌草、虎杖、金錢草、車前草等。此類病人不宜早。

3. 脾腎陽虛：法宜溫補脾腎，益氣化瘀。

氣血瘀滯，肝脾久傷，由脾及腎，損及腎陽。其症脾腫大較肝腫大為甚，惡寒怯冷，腰膝酸軟，面黃無華，精神萎頓，飲食少思，腹脹便溏，舌淡胖嫩或胖紫，脈多沉弦而細。治用溫補脾腎，益氣化瘀法，以復肝丸為主，配合景岳右歸丸、當歸補血湯加減。常用藥物如熟附片、肉桂、鹿角膠(或鹿角片)、菟絲子、仙靈脾、黃耆、當歸、黨參、白朮、茯苓、甘草等。

4. 肝腎陰虛：治應滋養肝腎，涼營寧絡

邪毒久羈，肝血虧耗，腎陰損傷，熱瘀脈絡。其症脾腫明顯，肝大不著，面色黧晦，紅絲縷縷，脅痛腰酸，鼻衄或齒衄滲血，咽喉乾燥，夜寐夢多，舌紅絳少苔，或苔薄中剝，脈象弦細而數。治用滋腎柔肝，養陰和絡，以一貫煎加減。常用藥物如北沙參、生地、杞子、天冬、麥冬、生白芍、川棟子、綠萼梅、女貞子、旱蓮草、玄參、甘草等。兼心陰虛而心悸心煩者，加丹參、龜板、棗仁之類。陰虛陽亢，熱傷陽絡，出血較甚者，加阿膠、水牛角、丹皮之屬；齒衄不止，可用鮮地骨皮二兩煎湯含漱，有止血之效。

根據經驗，朱老認為只要重視肝硬化病理改變的特點，從化瘀消癥著眼，扶正祛邪著手，早期診斷與治療，是可以提高療效，縮短療程。

七、陳繼明

陳繼明 (1919 年生)，江蘇南通人。主編《肝炎與肝硬化的中醫辨治》《中醫學入門》《中醫內科臨證手冊》等書。

(一) 療慢性肝炎的經驗：

慢性肝炎是由急性肝炎遷延不愈而成。它多以臟腑功能失調，虛實錯雜為特徵，所以病程較長，病情複雜。在治療有如下見解：

1. 疏肝解鬱，宜佐通絡而避辛燥

肝主疏泄，性喜條達，肝臟受病，主要在於肝經氣鬱。脅為肝之分野，故脅痛常為肝炎常見症狀之一。“木鬱達之”，為治療肝病的主要治則，臨床常用柴胡疏肝散加減，對病程尚短而氣滯為主者，確有解鬱止痛之效。日久，必致肝絡瘀阻，且證脅痛持續，有時撐脹，肝大壓痛明顯，脈弦而細，苔薄根微膩，舌色暗紅，或有瘀斑，此屬肝鬱血瘀，氣滯絡痺之徵。治宜解鬱通絡，和營化瘀，若徒持疏肝理氣，反傷肝陰。以四逆散配合瓜蒌散為主方，佐以當歸鬚、澤蘭葉等，收效甚佳。

四逆散既有柴胡疏肝以升清陽，又取枳實以降濁陰，更配白芍柔肝斂陰，甘草緩中補虛，共奏疏肝解鬱，調節氣機升降之功。瓜蒌散用全瓜蒌清熱潤燥，舒肝緩急，佐以紅花活血化瘀，甘草緩中潤燥，是治肝炎脅痛之良方。柴胡升陽，慮劫肝陰，慢性肝炎陰血虧耗者多，用之宜慎。臨床體會疏肝解鬱，柴胡當屬首選，配伍得當，可無偏盛之虞，仲景四逆散中柴胡與白芍同用，薛己滋水生肝飲中柴胡與生地相伍，均是範例。或疑瓜蒌滑腸，便清非宜。臨床所見，不少肝炎病人，雖然大便次數增多，但多溏滯不爽，與脾虛飧泄不能相提並論。慢性肝炎大便溏滯不爽者，藥後多有腑行通暢，脘腹寬舒之感，並且認為全瓜蒌乃皮、子、瓢三者並用，功在通絡，更無滑腸之弊，故可大膽用之。

肝為剛臟，宜柔而不宜伐，理氣藥物大多辛溫香燥，不利肝體，如用量過大，或使用過久，或配伍不當，往往耗損陰血，甚至進一步化火動風，促使病情增劇。所以選用藥物時，對於氣滯初起，病情較輕，症見精神抑鬱，胸悶不暢，胃納不香者，一般用蘇梗、鬱金、陳皮、佛手、砂仁、枳殼、桔梗、白蒺藜等芳香舒氣之品。若氣滯較重，症見胸脅脹痛、氣滯胃痛、氣結

腹痛，以及積滯、痞塊者，則用香附、青皮、柴胡、木香、枳殼、枳實等辛宣破結之藥。凡屬氣滯而兼陰血不足者，在疏肝解鬱的前提下，必佐柔肝養陰之品，以防耗傷陰血。常喜用綠萼梅、玫瑰花、生麥芽、佛手、川楝子等，配合沙參、麥冬、白芍、枸杞子等養肝柔陰。

2. 疏肝不應，須調脾胃升降之機

肝炎病位在肝，以肝經氣鬱為主要病機。肝氣不舒，理應疏泄，但慢性肝炎，恆有疏之不應者。臟腑相關，久病必傷脾胃，中醫歷來重整體調節，不拘於局部之病灶，在疏之不應的情況下，必須注重調理脾胃，特別注意調整脾胃升降功能，從肝脾、肝胃的關係來糾正升發之不及或降令之失和。升降是陰陽運動的基本形式，人體功能的發揮，離不開陰陽之升降。主升降之中樞在脾胃，肝腎之陰升，心肺之陽降，有賴於脾胃氣機之升降。若脾升失職，肝鬱不達，勢必導致“肝脾鬱陷”之病機，其證腹脹脅痛，食後尤甚，情懷悒鬱，周身困倦，大便稀溏，小溲時黃，苔薄白根膩，邊有齒痕，在婦女尚可見月經不調，帶下頻多等症。肝功能檢查反覆異常。此證應著眼於補脾升陽，以達鬱邪。陳老在臨床上以四逆散合異功散為主方，氣滯甚者加木香，收效甚佳。此乃源於“肝病治脾”之訓，張仲景早就指出：“見肝之病，知肝傳脾，當先“實脾”。所謂“實脾”並非補脾藥物的羅列，補中要寓疏通之意，尤須刻刻注意脾氣之升發，方為實脾之道。

關於肝病治胃，《內經》指出，“厥陰不治，取之陽明”，說明了肝病治胃的重要性，這對慢性肝炎的辨治，頗有指導意義。肝病治胃，主要有降陽明以制木橫和益胃陰以抑肝強之不同。慢性肝炎纏綿難愈，邪踞中焦，降令失和，其證多見頭暈且痛；脅脹脘痞，口苦泛惡，溲赤，少寐，舌苔黃膩，脈弦而滑，治當降胃氣以制肝逆，選用黃連溫膽湯加夏枯草、龍膽草、生赭石等。至於養胃陰以抑肝強，主要適用於胃陰不足而肝體失柔者。應充養陽明，兼以柔肝。臨床上常用北沙參、麥冬、石斛、王竹、烏梅、木瓜、白芍、甘草、杞子、生大麥芽等酸甘化陰之品。如兼胃氣虛者，加太子參、白朮益

氣養胃；肝功能檢查谷丙轉氨 偏高者，加北五味子、生山楂，能收佳效。

3. 運化中州，甘淡為宜

肝鬱脾虛，以肝鬱不達，脾升失職為主要病機，為慢性肝炎主要見證。其證倦怠乏力，食欲不振，右脅隱痛，脘痞腹脹，大便溏軟，面色晦滯，脈虛弦或弦細，舌苔薄膩或邊有齒印。其治要在運化中州，故常用四君子湯加黃耆合四逆散為主方，氣滯甚者加木香、陳皮。方中參、苓、朮、草益氣和脾，黃耆不但補脾肺之氣，且為補肝必用之要藥，合入四逆散，取柴胡升清陽，疏肝鬱，枳實降濁陰，散氣滯且與參朮同用，消補兼行，配合白芍斂肝和營，陰陽相濟，符合“肝病實脾”之旨。另一方面，脾居中州，為運化水濕之樞紐，脾虛濕困之證，在慢性肝病中亦屬多見，藥則不宜偏補，可選四苓散、平胃散之類隨證加減，濕化亦有助於肝氣之疏泄。

慢性肝病肝鬱脾虛證型中，表現為脾陰虛者不乏其例，其證納少便難，食後腹脹，口燥咽乾而不思多飲，倦怠乏力，肌肉消瘦，舌淡紅少苔，脈細弦或弦細而數，乃緣脾津不足，化源匱乏，精微不布之所致。脾陰虛的治療，應以甘淡為主，常用藥物如淮山藥、扁豆、蓮子肉、芡實、苡仁、黃精、茯苓、甘草、糯稻根等。前人推崇著名成方“資生丸”，為養脾陰之良方，該方用淮山藥、蓮子肉、苡仁、芡實、扁豆子以滋脾陰，佐入人參、白朮、甘草健脾益氣，桔梗、麥芽升清助運，陳皮、山楂、神麴、砂仁、蔻仁、藿香理氣和脾，並加少量黃連清脾和胃。其它如慎柔“養真湯”，方以四君子湯加黃耆補益脾氣，而佐以山藥、麥冬、五味子、白芍、蓮子肉等滋養脾陰，並用煎去頭煎，令服二三煎的服藥方法，意在“取其燥氣盡去”，以達甘淡補脾之目的，亦堪效法。

4. 滋柔肝陰

慢性肝炎，肝鬱脾虛之證頗為多見，其症脘腹脹滿，食少納呆，口淡乏味，脅痛隱隱，倦怠乏力，大便溏軟，舌苔白膩，脈濡緩或弦緩。一般常用平胃散加味，重在化濕和脾，濕化脾運，肝鬱可解。若病程日久，臨床表現

雖然脾虛濕困症狀突出，但應考慮肝強侮脾。慢性肝炎出現上述見症而脈象虛弦，苔白而舌體胖大、邊有齒印者，多屬肝強失柔，中氣虛餒，對此若疏泄燥濕太甚，反而更傷肝脾，宜緩肝健脾，常以六君子湯加柴、耆、薑、棗，並重用甘草，頗能應手。甘草祛邪扶正，補中寓通是其專長，常用之，未見壅中之弊。

肝鬱日久，其病機演變，肝絡瘀阻，其證屬實，宜在疏肝解鬱的基礎上佐以和營通絡，若鬱久，木失濡潤，證見脅痛隱隱，有時脹滿，頭目暈眩，腰痠膝弱，夜寐夢多，或齒齦滲血，或鼻衄時作，脈弦細或數，舌光紅少苔，其證屬虛。治宜滋柔陰血，不可再用疏肝理氣，耗其陰血。蓋肝體陰用陽，肝鬱日久，必致血燥陰虧，若疏泄太過，則愈疏愈燥，脹痛更甚，隨之夜熱虛煩。對此證，多用一貫煎，隨證加入柏子仁、生白芍、綠萼梅等濡燥舒鬱，並用大量生麥芽養胃疏肝，多獲佳效。

5. 溫補陽氣慎投剛燥，清泄鬱火勿過苦寒

慢性肝炎失治，肝脾損傷，務必及腎，亦為臨床所常見。

其證倦乏少神，面色晦暗，形寒怯冷，脅痛綿綿，腹脹便溏，腰膝痠軟，男子可見遺精陽萎，女子往往月經失調，脈多沉弦而細，或濡遲，苔白舌淡而胖，或舌色淡紫。治法以溫補脾腎為主，多用金匱腎氣丸配合理中湯益火之源，溫補脾腎。但桂附剛燥，只可暫用而不宜久服。法取溫養命火、扶陽配陰，最為穩當。治從溫潤常用鹿角霜、鹿角膠、菟絲子、熟地、枸杞、仙靈脾、茯苓、當歸、巴戟天、紅參鬚等出入為方，每可改善病情，緩圖恢復。

肝寄相火，肝氣鬱結不解，久則蘊熱化火。雖為實證，但火能傷陰劫津，屬標實本虛之候，對苦寒藥的應用，極為審慎。凡肝火上炎之輕症，多從清肝、涼肝立法，選用夏枯草、丹皮、焦山梔、苦丁茶、決明子、黃芩、桑葉、菊花之類；肝重症，則有大苦大寒瀉肝方藥，且多佐以甘寒養陰之品，以防耗傷肝陰。

6. 消癥散結 刻刻不忘正虛之本

肝脾腫大，隸屬於“癥積”範疇，是慢性肝炎常見之體徵。活血化瘀為常規之治法，但每見用化瘀攻堅法而事與願違者，乃緣囿於對症治療，未見病治源之故。癥塊癖積，雖有形可徵，而究其本，則源於正虛。脾虛則水穀運化失常，釀濕生痰，氣虛則血液運行無力，瘀血阻滯，痰瘀夾雜，日久易成癥積。氣血虛弱是積病之本。權衡正氣之偏衰，初中末三期攻補各有不同。慢性肝炎肝脾腫大，乃病程日久，正氣傷殘，氣虛則血滯，氣鬱則血瘀，從無形到有形，有一個從量變到質變的過程。當恪守“養正則積自除”之古訓，而不斤斤於化癥散結，方是治本之法。

臨床見症慢性肝炎之肝脾腫大，多接近早期肝硬化階段，常伴見倦怠乏力，食少神疲，脅脹且痛，面色晦滯，舌紫或見瘀斑，脈細而澀等一派本虛標實之症。此證多從扶正消瘀著手，以當歸補血湯益氣和血為主方，重用黃耆（一兩），伍以生雞內金、焦楂麴、生大麥芽等運脾而磨積滯；莪朮、紫丹參、石見穿等治血而行血瘀；更加瓦楞子化痰瘀而消癥積。陰虛加鱉甲、牡蠣，取其養陰兼能軟堅；陽虛加桂枝、附子，取其溫陽而能和營。如此消補兼施，則補而不滯，消而不傷，緩圖效機，多能應手。

由於肝腎同源，脾腎相關，慢性肝炎日久，尤多傷腎之候。大多病勞及腎，正氣虧乏殊甚，攻伐之品，更宜慎用。對肝脾腫大而呈現肝腎陰虛證型者，用六味地黃湯合一貫煎為主方，藥如：生地黃、白芍、丹皮、山藥、澤瀉、枸杞子、北沙參、當歸等，佐以牡蠣、海藻鹹寒軟堅，而為養陰化瘀之法。至於腎陰虧虛，瘀積久不消退，證見面色灰黯或黧黑，懈怠無力、怯冷形寒，納穀不馨，大便稀溏，舌質色紫、苔薄或膩，脈細尺弱者，則著重溫養陽氣，常選用景岳右歸丸意，取熟地（一兩至一兩半）、當歸、鹿角霜、杜仲、山萸肉、仙靈脾、菟絲子、菴蓉、山藥、茯苓等組合成方，虛寒證象顯著者，更加附、桂，配合“復肝丸”（紅參鬚、炮山甲、炙地鱉蟲、廣鬱金、片薑黃、參三七、生雞內金、紫河車研末水泛為丸，益氣化瘀，氣旺血行，瘀積漸消。

7. 病邪深伏 通絡宜用搜剔之法

“初病在經在氣，久病入絡入血”，慢性肝炎病程較長，尤多入絡之候。但病自外而入內者，係外入之邪毒導致肝脾功能失調，進而痰瘀留滯，邪毒夾痰瘀混入血絡所致；而雜症肝病之入絡，乃體內陰陽之變動，氣血之逆亂，導致痰瘀阻滯，絡脈不和之故。所謂慢性肝炎之絡病，為病邪深伏之徵，往往急切難除，肝功能難以驟復，即基因於此。治慢性肝炎絡病，當注重搜邪；治雜症絡病，則強調宣通，二者不可不辨。

慢性肝炎之絡病，以脅痛為主症，其痛狀如錐如刺，往往牽及腰背，伴見胸脘窒悶，欲噯不爽，口乾口苦，小溲色黃，苔膩舌紫、脈弦等症。吳又可治正虛疫邪陷於經脈，立“三甲散”，方由鱉甲、龜板、穿山甲、蟬衣、僵蠶、牡蠣、當歸、白芍、蟪蟲等所組成，通絡注重搜邪，搜邪不忘扶正。治濕熱證七八日，口不渴，聲不出，飲食亦不卻，默默不語，神識昏迷，認為係邪入厥陰，用醉地鱉蟲，醋炒鱉甲、土炒穿三甲、生僵蠶、柴胡、桃仁等。

8. 結合病與症，用解毒法

齒衄、鼻衄是慢性肝炎常見症狀之一，是氣病及血的徵兆。關於齒衄、鼻衄之病機，陰陽不相維繫，或陰虛陽亢，迫血妄行，或陽離陰走，血溢脈外。慢性肝炎因可見多臟腑之病候，肝脾兩虛，統藏失職；木火內燔，心胃淫熱。這種截然不同的證候表現，是因為稟賦的差異、病程的長短與治療失當所造成，故首當審查陰陽。慢性肝炎之血證，有其特殊性，往往均可出現濕熱邪毒之病候，名之為“毒鬱於經”，乃濕熱鬱毒久羈，化火傷陰，絡傷血溢所致，即使陽氣虛弱的患者，亦不能忽視邪伏的一面，故解毒一法，無論陰虛陽虛，均不可廢。慢性肝炎陰傷血溢，證見身熱頭痛，或低熱纏綿，口乾思飲，形體消瘦，舌紅苔黃，脈弦大者，可用犀角地黃湯為主方，以水牛角（一兩至二兩）代犀角，加升麻、元參、小蘗、寒水石、知母、土茯苓、川軍炭等。但慢性肝炎遷延日久而致陽虛出血者，亦非罕見，其證面色浮黃，

體倦無力，頭暈，勞則齒衄、鼻衄增多，大便溏硬不調，小溲深黃，脈弦虛大。不可誤認陰虛漫投涼血滋陰之劑。以理中湯爲主方，加升麻、貫眾炭、土茯苓等多能取效。若中陽衰憊而餘毒留戀，肢冷怯寒、口苦溲赤等寒熱錯雜者，則用附子湯加川黃連、川軍炭、貫眾炭等亦可奏效。總以扶助正氣，溫陽化毒，振奮機能清泄餘邪爲治則，乃常法中之變法。

對於 B 型遷延性肝炎，採用益腎解毒法治療，此法適用於病程較長，肝功能異常，表面抗原持續陽性，出現精神萎靡，頭暈耳鳴，腰酸膝弱，足跟疼痛，或男子陽萎、遺精，女子月經不調等腎虛見症者。如係腎陰腎精虧損，多伴見咽乾少寐，脅隱痛，舌紅苔少，脈多弦細而數；若腎陽腎氣虛衰，則伴見少氣懶言，形寒怯冷，腹溏，足跗浮腫、舌質胖淡、脈沉而細等症。但無論腎陰腎陽虧虛，又多兼見口苦溲黃，脘痞納差或齒衄、鼻衄等濕熱邪毒未盡的臨床表現，呈現虛實錯雜的病候，應分清主次，善於隨證化裁。

在臨床上運用益腎解毒法以菴蓉、巴戟肉、當歸、地黃、炙蜂房、土茯苓、升麻、桑寄生等爲基本方。陰虛者加入北沙參、元參、女貞子、旱蓮之屬，滋腎陰以涵木；陽虛者增入仙茅、仙靈脾、黃耆、白朮之類，溫腎陽而益脾氣；濕熱較甚者，佐青蒿、黃芩、蠶沙、茵陳等清利濕熱；血瘀絡痺者，參用紫丹參、生山楂、全瓜蒌等活血消瘀；齒衄、鼻衄較頻，重用懷牛膝（五錢至一兩）配合青黛、焦山梔等，補腎益肝而引血下行；遺精頻作、腰痠乏力者，則加枸杞子、菟絲子、覆盆子、五味子益腎精以固攝下元。隨證加減，持之以恆，需連續服藥 3~6 個月，證情遞減，肝功多隨之恢復正常，表面抗原可獲陰性之效。

八、鄒良材

鄒良材（1910 年生），江蘇人。致力於肝病研究三十餘年，著有“中醫肝病治療要義”等。

（一）治急性病毒性肝炎的經驗

急性病毒性肝炎的臨床表現，除重症肝炎之外，通常發病比較緩慢，往往

表現為食慾減退、噁心、上腹不適或肝區疼痛、乏力等，部分也可見黃疸，肝臟多數腫大、有壓痛，檢查肝功能不正常。本病多涉及中醫黃疸、急黃（或瘟黃）、脅痛等範疇。

對於急性病毒性肝炎的發病原理，鄒老認為中醫學可以“濕熱”兩字加以概括；而濕熱之邪既可從外感受，且能兼夾疫癘之氣，也可由飲食不潔，經口而入。本病初起可有惡寒發熱之表證，但因濕熱易困遏脾胃之運化，致使中焦氣機阻滯，故納呆，身體困重，脘脅脹滿或疼痛不適等症狀便更為多見。若濕熱內盛，薰蒸肝膽，膽液外泄，就會出現黃疸。如夾疫癘之氣，邪毒更為酷烈，可迅猛傳變，深入營血，內陷心包，發為急黃重症。

鄒老對於本病，按黃疸的有無及病情輕重，區分為黃疸型肝炎、無黃疸型肝炎及重症肝炎三類。前兩種臨床最為常見。其主要內容可以歸納為以下幾個方面：

1. 熱蒸濕鬱之熱重於濕證

本症多數屬病毒性肝炎之急性期，常可出現黃疸，因而屬中醫“陽黃”範圍。

其主證可見：一身面目肌膚俱黃，黃色鮮明如橘子色，發病較快，口乾而苦，煩熱便秘，或見腹部脹滿，小便黃赤，舌苔黃膩或老黃，脈弦數或弦滑。治療時既應側重清熱，也不可忽略化濕、利濕。常用茵陳蒿湯合梔子柏皮湯加減。常用藥如茵陳、大黃、山梔、黃柏、黃芩、廣鬱金、夏枯草、蒲公英、車前草等。如見噁心嘔吐者，可加橘皮、半夏、竹茹；熱盛而見心煩懊者，加黃連清心除煩；邪戀少陽，寒熱往來者，加柴胡和解之。而當熱勢稍減，應隨時加入芳香醒脾之品，如藿香、砂仁、蔻仁之類，這是因為苦寒藥易傷脾胃，過用可傷脾而不利化濕的緣故，因此用藥須處處顧護後天。

2. 濕遏熱伏之濕重於熱證

可見於病毒性肝炎之急性期，黃疸可有可無，如出現黃疸則也屬於中醫“陽黃”範圍。其主證為：胸悶腹脹，噁心或嘔吐，食慾不振，口粘，大便

稀溏，或見一身面目肌膚俱黃，其色鮮明，小便深黃，舌苔白膩或淡黃膩，脈濡數或濡滑。對本證施治，以運脾化濕兼以清利為法。以茵陳胃苓湯加減化裁，常用藥如茵陳、蒼朮、川朴、陳皮、豬苓、茯苓、澤瀉、黃芩、車前子、木通等，如初起兼表證，見惡寒、發熱、頭痛者，可加蘇葉、豆豉、防風等疏散表邪；有寒熱往來之少陽見證者，可酌加柴胡、青蒿以和解少陽；如胃氣上逆，而泛惡甚或頻繁嘔吐者，則宜加藿香、蔻仁、半夏、生薑等以芳化和中，止嘔止吐。此外，對濕重患者，儘管夾有熱邪，短期配用桂枝、乾薑等溫熱藥，可望加強除濕作用，縮短病程，但應避免過用。

3. 濕困中焦之脾運失健證

病毒性肝炎之急性期居多，通常不出現黃疸，但易纏綿反復而轉為遷延性，甚至進而轉成慢性。臨床主要表現為：身困無力，胸悶臌脹：不思納穀，厭食油膩，噁心欲吐，口中發粘，腸鳴便溏，或有輕度腹瀉，舌苔白膩，脈濡緩。治療重點在於化濕而健脾運，常用香砂平胃散加減。如嘔惡較甚，加半夏、乾薑以止嘔燥濕；伴見口乾苦、尿黃、苔黃，為濕鬱化熱之象，宜酌加茵陳、黃芩、滑石、木通等清利之品。配用虎杖，對降低 ALT、改善一般症狀，均有一定效果。此外，此證脾氣之損傷更為顯著，為此如濕邪之勢漸減，便宜參以培脾，逐步佐入焦白朮、苡仁，乃至山藥、黨參之類藥物；甚至當症狀基本消除時，也還應以香砂六君子湯類調理一段時間。

4. 肝失條達之氣機不暢證

肝炎之急性期及恢復期均可見到此證。

其臨床之主要見證為：脅肋脹痛或隱痛，胸悶不舒，噯氣頻頻，納穀欠香，常因情志刺激而發病或加劇，舌苔薄白，脈弦或弦細。治用疏肝理氣法，以柴胡疏肝飲或逍遙散作為主方進行加減。其中肝鬱較甚者，多投柴胡疏肝飲，以其行氣力偏勝；如有陰血不足傾向或見於女病人者，則多採用逍遙散，於疏肝行氣之中參以養血。臨證時之常用藥如醋炒柴胡、白芍、香附、延胡索、鬱金、枳殼、青皮、陳皮、川芎、甘草等。如氣鬱化火，見口苦、便秘、

尿黃、舌苔薄黃、質紅，脈弦數等，宜加當歸、丹皮、山梔、夏枯草，並可稍加薄荷清涼透達，此即參用丹梔逍遙散之方意；如肝鬱乘脾見肝脾不和，出現腹脹痛、腸鳴、大便溏泄，矢氣多，又當參用痛瀉要方予以疏肝健脾，可加白朮、防風、茯苓、扁豆等藥；如脅痛呈刺痛樣，或舌紫，為氣滯而致血絡瘀阻之象，則可酌加丹參、桃仁、紅花等活血通絡之品；脅痛甚者，加用九香**豆，此藥味甘辛、氣微溫、無毒，對脘脅痛確有一定效果。

臨證時其間相互兼夾、轉化等情況，也並不少見，其時便應知常達變、靈活對待。

(二) 治療慢性病毒性肝炎經驗

慢性病毒性肝炎從其症狀表現來看，屬黃疸、脅痛、癥積等病證範疇。

患者常感全身乏力，食慾不振，食後腹脹等，同時可伴有右季肋或兩脅部隱痛或脹痛，部分病人可逐漸出現腹部癥塊，少部分尚可反復或持續呈現輕度黃疸，一般有急性病毒性肝炎之既往史。根據肝病臨床表現，提出如下見解：

1. 脾胃病發在先，肝病繼見於後

病是從脾胃而起。脾胃失健則運化無權，濕邪易生，進而傷及脾氣，而脾虛則肝木乘侮，即可見肝脾同病。然而其關係則是脾病始發在先，肝病既見於後，病機多屬土虛而木侮或土壅而木鬱，終因土敗木賊而延為臌脹重證。

2. 脾胃久為患，肺腎亦受累

本病雖說多半先是脾胃為患，隨之而見肝經症狀，但與肺、腎也可以相互影響。如肝旺可上刑肺金，下汲腎水等。因此常選用抑木扶土，滋水涵木，養金制木等法。

3. 濕熱纏綿難解、當清熱化濕

4. 病久每傷陰，治須顧護陰液

本病日久，每有傷陰趨勢。先是肝陰虧虛，繼而肝腎俱傷。所以如濕熱漸見消退，並須隨時注意有無陰傷傾向出現。對本病之調治，頗重顧護陰液，認為如見陰傷，將易發生危險之出血，或者轉成更形棘手之“陰虛型”肝硬

化腹水，致使預後轉惡。

(三) 臨證治療慢性病毒性肝炎，常用以下八法：

1. 化濕健脾法

主治濕困脾運，症見脘腹悶脹不適，口黏欲嘔，納穀不香，食後脹甚，肢體困倦，大便不實，蒼白膩或垢膩，脈濡等。方用茵藿平胃散加減，藥如茵陳、藿梗、蒼朮、陳皮、山楂、神麩、夏枯草、蒲公英、車前草等。濕熱重，苔見黃厚膩者，加川連、薏仁；苔見灰厚膩者，則加草果仁。兼有濕濁，納差，厭濁者，加佩蘭、炒楂麩、生麥芽；濕阻氣滯，腹脹甚者，加大腹皮、廣木香；脾虛明顯，知飢食少，納後不運，苔薄白者，加黨參、乾薑、炙草、蒼朮換白朮。

2. 疏肝運脾法

主治肝脾不調，症見肝區作痛，口苦脅脹，脘腹痞滿，納穀不香，精神不振，四肢乏力，苔薄白，脈弦或細弦等。方用四逆散加減。藥如炒柴胡、白芍、枳實、茯苓、廣鬱金、香附、川棟子、延胡索等。便溏、苔膩者加蒼朮、川朴、炒楂麩；腹脹納差者，加木香、砂仁；肝區痛甚者，加九香蟲、炒莪朮、紅花、當歸。

3. 柔肝健脾法

主治肝脾兩虛，症見右脅隱痛，頭暈目眩，神疲乏力，大便易溏，面色欠華，口乾少寐，苔薄，脈細弦等。方用歸芍異功散加減。藥如當歸、白芍、炒黨參、炒白朮、茯苓、炙草、陳皮、制首烏、丹參、鬱金等。氣虛明顯者，加炙黃耆；肝陰虛明顯者，加炒熟地、枸杞子；便溏次數多者，去當歸加乾薑或炮薑；食慾不振者，加炒楂麩、穀麥芽；齒衄者加茜草、藕節、女貞子、旱蓮草。

4. 泄肝和胃法

主治肝氣犯胃，症見兩脅隱痛，噯氣吞酸，脘腹不適，納穀不香，舌邊尖紅，苔薄黃，脈小弦數等。方用左金丸合金鈴子散加減。藥如川黃連、炒

吳萸、炒柴胡、川棟子、延胡索、薏仁、陳皮、生白芍等。嘔吐者加半夏、竹茹；夾濕者加藿香、佩蘭；有寒者，加肉桂，川椒。

5. 雙補脾腎法

主治脾腎兩虛，症見面色萎黃或蒼白，肢面輕度浮腫，神倦便溏，食欲不振，小溲消長，腰膝酸軟，間或滑泄陽萎，苔薄白，舌淡胖或有紫氣，邊有齒印，脈小弦或細軟。

方用左右歸丸加減。藥如炒黨參、大熟地、陳萸肉、淮山藥、甘杞子、鹿角片、菟絲子、牛膝、杜仲、炙甘草等。晨起腹瀉或便溏。數多者，去牛膝、熟地，加煨肉果、補骨脂；氣虛甚者，加黃耆、紫河車；肝區痛甚者，加木瓜、九香蟲；滑精頻者，去牛膝、加川柏、龍牡或黃連。

6. 養陰柔肝法

主治陰虛肝旺，症見勞累則脅痛綿綿，或痛處有灼熱感，頭昏眩暈，眼花耳鳴，心煩少寐，或寐則多夢，手足心發熱，時有衄血，口乾苦，舌偏紅苔少，脈弦或帶數等。用一貫煎加減，藥如炒生地、當歸、生白芍、北沙參、大麥冬、何首烏、甘杞子、川棟子、靈磁石、旱蓮草、女貞子等。有盜汗者，加鍛龍牡、淮小麥；失眠甚者，加川連、棗仁、龍牡、五味子；頭眩耳鳴甚者，加夏枯草、潼白蒺藜；肝火亢盛，面熱顴紅者，加龍膽草、黑山梔。

7. 清金制木法

主治肺陰不足，木火刑金，症見肝區隱痛，口乾咽燥，乾咳少痰，或有痰血齒衄，小溲黃，時有低熱，舌紅有裂紋，苔少或剝，脈細數等。方用沙參麥冬湯加減。藥如南北沙參、大麥冬、肥玉竹、川百合、蘆根、生白芍、粉丹皮、生甘草等。經常有低熱者，加地骨皮、青蒿、銀柴胡；有盜汗者，加浮小麥、紅棗、牡蠣；口乾甚者，加川石斛、冬瓜子、天花粉；溲赤者，加生地、木通、竹葉。

8. 活血化瘀法

主治氣滯血瘀，症見肝區刺痛，痛有定處，脅下癥積明顯，有血痣或血

縷，面色晦滯，時有齒鼻衄，舌質紫紅，或有紫斑，脈弦遲或澀等。方用當歸活血散加減。藥如當歸、赤芍、白芍、生地黃、桃仁、紅花、三稜、莪朮、鬱金、地鱉蟲等。氣虛者，加黨參、黃耆、白朮；肝區痛甚者，加九香蟲、炙乳沒、炮山甲；癥積堅硬者，加水蛭、牡蠣、瓦楞子、夜明砂；出血明顯者，去三稜、莪朮、地鱉蟲、加茜草、藕節、川軍炭；或用地骨皮一兩泡湯漱口。

九、張琪

張琪（1922 年生），河北省樂亭縣人。生於中醫世家。著有《臨床經驗集》《脈學急議》

（一）急性黃疸型病毒性肝炎

急性黃疸型病毒性肝炎，係因濕熱鬱結，邪無出路，瘀而發黃。治療原則以清熱和利濕為兩大法則。如濕重於熱者，應以利濕為主，如茵陳五苓散。若熱重於濕者（無表裏症）可用梔子柏皮湯；裡實不大便腹滿症狀者可用茵陳蒿湯，大黃硝石湯等，1~2 週內，黃疸消退，體徵改善，肝功能恢復，如濕熱兩盛，可用加減甘露丹之類。有表證亦當汗解之，麻黃連翹赤小豆湯。張老治療本病大法有三。

1. 芳香宣化法：

如甘露消毒丹，用於陽黃初起，臨床可見發熱、易疲勞、食納不佳、厭油膩、噁心嘔吐、大便溏、胃脘脹滿不適、或頭痛、全身肢節酸痛、尿色黃、脈緩、舌苔白膩、鞏膜稍黃、肝臟腫大。少數病人見脾腫大，血中膽紅素陽性，谷丙轉氨 活性增高。可用甘露消毒丹：滑石七錢，茵陳、黃芩、石菖蒲、川貝母、木通、藿香、射干、連翹各五錢，薄荷、蔻仁各三錢，本方具有化濁利濕、清熱解毒之功。凡濕溫、時疫初起、邪在氣分，濕熱俱盛時，均可使用。

2. 苦溫化濕法

適用於濕邪偏重、熱較輕者。如黃疸型肝炎，黃色不鮮明、尿少、色黃、

大便溏、腹滿、頭昏、噁心、脈沉緩、舌白苔厚膩，肝功能有明顯改變、肝腫大等。茵陳五苓湯為代表方劑。

3. 消化濕熱法

用於熱偏重者。臨床表現為黃色鮮明潤澤，如橘子色、發熱、口渴、小便黃少、煩躁、腹滿、右季肋痛、大便秘結、脈數有力、舌苔厚黃且乾。肝功能有改變，谷丙轉氨 活性增高，黃疸指數升高，麴濁、腦絮皆增高。其代表方劑為茵陳蒿湯，大黃硝石湯、梔子大黃湯皆可變通應用。

對急性黃疸性肝炎，張老常以茵陳蒿湯加銀花、板藍根治之。茵陳、大黃、金銀花各一兩半，板藍根一兩，梔子七錢，適應急性黃疸型肝炎具有下列證候者：黃疸明顯，色澤鮮明如橘子有光澤、身熱口苦，嘔吐噁心，不欲食，腹滿大便秘，小便色深黃，舌苔乾或黃，脈緩大有力或沉滑。肝區痛、肝大有觸痛，肝功能有明顯異常。本方辨證重點在於腹滿便秘，如無腹滿便秘則大黃可不用。陽黃與陰黃在於黃疸色澤明亮與晦暗，前人以寒與熱區分，據臨床觀察屬寒濕發黃的，除肝炎外有屬肝病末期者，如肝硬化、肝癌等。但是屬於濕熱黃疸型病毒性肝炎其黃疸也有鮮明與晦暗之別，其病機為濕熱之比重，如濕重於熱，即出現黃色不明亮，宜茵陳五苓散之類。如熱重於濕，即黃色有光澤者，宜本方或梔子柏皮湯之類。

茵陳味苦微寒，有除濕清熱退黃作用。若濕熱薰蒸而發黃者，多以此藥為主。能促進膽汁分泌，故能退黃疸，同時有解熱降壓作用。本品絕大部分為揮發油，如高溫煮沸時間過久，其揮發油被揮發，即降低或失去藥效。故宜輕煎不宜久煎，一般後下，用於解熱，用浸劑效較好。

(二) 無黃疸型病毒性肝炎

無黃疸型病毒性肝炎在急性期表現為全身無力疲乏，厭食噁心，腹脹多矢氣，大便不爽、小便色黃，肝區不適、隱痛、發熱（低熱）、面色晦暗、脈緩。肝功能有輕度損害，多數人的血清 ALT 活性升高。表面抗原出現陽性者為 B 型肝炎，與濕溫症狀相近似，宜芳香化濁，輔以清熱利濕，可用加減正氣散。藿

香梗、厚朴、杏仁、茯苓、陳皮、神麴、麥芽、茵陳、大腹皮各三錢。臨床亦常用下方，即清熱解毒之劑中，配用藿香、蒼朮，芳化濕濁，宣鬱解滯。茵陳、大青葉、板藍根各七錢，藿香、蒼朮各五錢，川連二兩半，龍膽草三錢，白花蛇舌草二兩，金銀花八錢。適應症：急性無黃疸型肝炎見下列證候者：肢體沉重、頭昏沉、倦怠無力、噁心欲吐、脘腹痞滿、時腹瀉、面色晦暗、小便色黃、低熱、肝區痛、舌苔白膩、脈沉滑或濡。肝功能有明顯改變，表面抗原出現陽性、肝臟腫大質軟。

急性無黃疸型病毒性肝炎，初起症狀與濕溫相似，如頭昏身重，倦怠、噁心，脘悶、便溏、尿黃、發熱、苔膩、脈濡等。本方以化濕清熱解毒之品組成。板藍根有涼血解毒清熱的作用，治咽喉腫痛、丹毒、腮腺炎有顯著療效。用於治療急性肝炎頗效。據藥理實驗證實能促進肝細胞再生，與茵陳配合保肝利膽有降 降絮的作用。龍膽草治肝經濕熱、目赤腫痛、陰囊腫痛、耳聾等。藥理實驗證明有扶肝降 降絮的作用，但須有口苦、舌苔白膩、小便赤、脈弦數等。肝膽熱證方可應用，否則無效。白花蛇舌草，甘、淡、涼、清熱解毒，除治泌尿感染外，亦為治急性肝炎之有效藥，用於治療 B 型肝炎表面抗原陰性者頗效。

(三) 暴發型肝炎

暴發型肝炎也稱重症肝炎，病情兇險，死亡率高，與中醫之急黃、瘟黃相似。常以下方治之：茵陳一兩半至三兩，當歸、丹參各八錢，金銀花、敗醬草各一兩半，川連、龍膽草、大黃、鬱金、甘草各五錢，茯苓、白朮各七錢，適應症：暴發型肝炎，急性、亞急性黃色肝萎縮。

1. 黃疸進行性加深，身熱、意識障礙、在昏睡前期或已入昏睡，先昏睡繼而煩躁不寧，譫妄和狂躁、最後轉入昏迷或半昏迷、舌質紅絳，苔黃燥，腹脹滿、或有腹水、小便少、色赤黃，脈滑數或弦數。
2. 肝功能明顯減退、黃疸指數隨黃疸加重而增高、血氨有時升高、肝縮小伴明顯肝臭。

本方以清熱解毒為主，健脾利濕為輔，活血化瘀次之。方內銀花、敗醬

草、川連、黃柏、茵陳、梔子、大黃皆為清熱解毒、利膽退黃之藥；白朮、茯苓健脾利濕；當歸、丹參、鬱金活血祛瘀。

急性黃色肝萎縮黃疸進行性加深，呈現昏迷、半昏迷狀態，為邪熱內陷心包之證，故以大黃等清熱解毒之藥為主，此可與安宮牛黃丸合用。本方證多伴有腹脹、腹水，故輔以白朮、茯苓以健脾利濕，如腹脹甚者可加二丑、海藻等，以攻逐水氣，佐以活血化瘀之藥，如丹參、鬱金、當歸等以增強疏肝利膽之功。

敗醬草辛苦微寒，清熱解毒，消癰排膿，同時又有活血行瘀之效。因此，對血滯所致之胸腹疼痛有效。如《衛生簡易方》治產後腹痛如錐刺者，獨用敗醬一味水煎服。近代藥理實驗證實本品有扶肝降、降絮、促進肝細胞再生，防止肝細胞變性壞死，故本品與茵陳、銀花用量較大。

(四) 對治療 B 肝的見解

近年來隨著 B 肝檢測方法的日益完善，臨床上 B 肝患者亦見增多，頗有心得，茲介紹如下：

1. 見肝之病，當先實脾

臨床表現多見肝區疼痛不適，腹脹納差、頭昏無力、噁心、厭油膩等。屬中國醫學“脅痛”、“肝鬱”等病。治療上多以疏肝解鬱為主。雖以疏肝解鬱為主，但勿忘健脾，即《金匱要略》“見肝之病，當先實脾”之意，防肝病傳脾，因肝病最易傳脾，無論有無脾虛之證，疏肝之時均要加以健脾，以防肝病傳脾，含有治未病之意。

2. 補氣解鬱，寓消於補

病人日久不愈，往往出現氣短乏力，體弱消瘦，食欲不佳、脘腹脹滿、便溏、脅肋痛、舌苔白潤、脈弱無力。張老認為此久病體弱氣虛，兼有肝鬱。此肝鬱是由肝氣弱疏泄不利而氣鬱留結。治當以補氣為主，氣得補則自行。如多用消散則重虛其虛，更難解其鬱。張老以黃耆配人參，大補肝經生升之氣。黃耆性升，對於肝弱不升之證最為適宜。黃耆之性溫而上升，以之補肝，

原有同氣相求之妙用。故黃耆配人參補肝氣之主，而佐以理氣之品可見效驗。

3. 疏肝理氣、勿忘活血。

病人以肝鬱氣滯表現為多見。氣為血之帥，氣行則血行。氣滯則血運不暢，故易見血瘀之證。疏肝理氣之時勿忘活血化瘀。血瘀辨證當以舌紫暗、唇青及疼痛較明顯，痛處拒按，痛有定處為其依據。

張老認為，在治方用藥上，還應結合中草藥現代藥理研究成果，有針對用一些抗病毒，保護肝細胞、維護肝功能的藥物。如表面抗原陽性較高可加白花蛇舌草、蒲公英等，谷丙轉氨 活性增高者，加龍膽草、板藍根等。茵陳、黃耆、黨參、當歸、白芍、丹參、鬱金等藥，具有保護肝細胞，促進肝細胞再生，抑制肝纖維化作用，在辨證論治的基礎上，適當地選用這些藥物，可提高其治療效果。

認為在疏肝的同時，應注重健脾，即使未見脾虛之證亦應加脾之藥，以防肝病傳脾；由肝氣弱而不疏，氣鬱留結，應大補肝氣以解其鬱；氣滯血者，理氣解鬱配以活血化瘀，還須結合現代研究成果，適當選方用藥。

陸、參考文獻

1. 中醫肝膽病學，王伯祥主編，中國醫藥科技出版社，1993。
2. G 型肝炎，高嘉宏、陳定信，當代醫學，第二十三卷，七期，p556-562。
3. 慢性 B 型肝炎治療的過去，現在與未來，高嘉宏、陳定信，當代醫學第二十六卷，三期，p180-187。
4. C 型肝炎流行病學，江忠川，台灣醫界，40 卷第 3 期，p202-205。
5. C 型肝炎之現況與展望，高嘉宏、陳定信。當代醫學，第十九卷，三期，p174-180。
6. Bianchi L et al. Acute and chronic hepatitis revisited. *Lancet* 2: 914, 1977.
7. De Groote J et al. A classification of chronic hepatitis, *Lancet* 2: 626, 1968.
8. Desmet VJ et al. Classification of chronic hepatitis: diagnosis, grading and staging. *Hepatology* 19: 1513, 1994.
9. Knodell RG et al. Formulation and application of a numerical scoring system for assessing histological activity in asymptomatic chronic active hepatitis, *Hepatology* 1: 431, 1981.
10. LiaW YF et al: Acute exacerbation in hepatitis B e antigen positive chronic type B hepatitis. *J Hepatol.* 1:227, 1985.
11. Ludwig J: The nomenclature of chronic active hepatitis: an obituary. *Gastroenterology* 105: 274, 1993.
12. Pugh RNH et al: Transsection of esophagus for bleeding esophageal varices. *Br J Surg* 60: 646, 1973.
13. Scheuer PJ: Classification of chronic viral hepatitis: a need for reassessment. *J Hepatol* 13:372, 1991.
14. Scheuer PJ: The nomenclature of chronic hepatitis: time for a change. *J Hepatol.* 22:112, 1995.
15. Sheu JC. Wang JT, Wang TH, et al. Prevalence of hepatitis C viral infection in a community in Taiwan. Detection by synthetic peptide-based assay and polymerase chain reaction. *J Hepatol.* 17:192-198, 1993.
16. Wu JS, Lu CF, Chou WH. et al. High prevalence of hepatitis C virus infection in

- aborigines in Taiwan. *Japanese Journal of Medical Science & Biology*. 45:165-174, 1992.
17. Hayashi J, Nakashima K, Yoshimura E, Hirata M, Maeda Y, Kashiwagi S. Detection of HCV RNA in subjects with antibody to hepatitis C virus among the general population of Fukuoka, Japan. *J Gastroenterology*; 29: 147-151, 1994.
 18. Kao JH, Lai MY, Hwang YT et al. Chronic hepatitis C without anti-hepatitis C antibodies by second-generation assay. A clinicopathologic study and demonstration of the usefulness of a third-generation assay. *Digest Dis Sci*. 41:161-165, 1996 .
 19. Lin HH, Hsu HY, Lee N, Kao JH, Chen PJ, Chen DS. Hepatitis C virus infection in pregnant women: detection by different anti-HCV immunoassays and serum HCV-RNA. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 20:13-19, 1994.
 20. Chang TT, Lin H, Yen YS, Wu HL. Hepatitis B and hepatitis C among institutionalized psychiatric patients in Taiwan. *J Med Virology*. 40:170-173, 1993.
 21. Woodall DW, Godenick M, Valain GT. Hepatitis C experience at a community teaching hospital. *J Fam pract* 39:257-261, 1994.
 22. Mansell CJ, Locamini SA. Epidemiology of hepatitis C in the East. *Semin. Liver Dis.*; 15:15-32, 1995.
 23. Hayashi J, Kishihara Y, Yamaji K, et al. Transmission of hepatitis C virus by health care workers in a rural area of Japan. *Am J Gastroenterol*; 90:794-799, 1995.
 24. Kuo My, Hahn LJ, Hong CY, Kao JH, Chen DS. Low prevalence of hepatitis C virus infection among dentists in Taiwan. *Journal of Medical Virology* 40:10-13, 1993.
 25. Wang JT, Wang TH, Lin JT, Sheu JC, Sung JL, Chen DS. Hepatitis C virus in a prospective study of post transfusion non-A, non-B hepatitis in Taiwan. *J Med Virology*. 32:83-86, 1990.
 26. Ni YH, Chang MH, Lue HC, et al. Posttransfusion hepatitis C virus infection in children. *J Pediat*. 121:709-713, 1994.
 27. Wang JT, Wang TH, Lin JT, Lee CZ, Sheu JC, Chen DS. Effect of hepatitis C antibody screening in blood donors on post-transfusion hepatitis in Taiwan. *J Gastroenterology & Hepatology*. 10:454-458, 1995.

28. Lin DY, Lin HH, Huang CC, Liaw YE., High incidence of hepatitis C virus infection in hemodialysis patients in Taiwan. *Am J Kid Dis*. 21:288-291, 1993.
29. Wu JC, Lin HC, Jeng FS, Ma GY, Lee SD, Sheng WY. Prevalence, infectivity, and risk factor analysis of hepatitis C virus infection in prostitutes. *J Med Virol*. 39:312-317, 1993.
30. Akahanze Y, Kojima M, Sugai Y, et al. Hepatitis C virus infection in spouses of patients with type C chronic liver disease. *Ann Intern Med*. 120:748-752, 1994.
31. Kao JH, Chen PJ, Yang PM, et al. Intrafamilial transmission of hepatitis C virus: the important role of infection between spouses. *J Infect Dis*. 166:900-903, 1992.
32. Chang TT, Lieu TC, Young KC, et al. Intrafamilial transmission of hepatitis C virus: The important role of inapparent transmission. *J Med Virol* 42:91-96, 1994.
33. Hou CH, Chen WY, Kao JH, et al. Intrafamilial transmission of hepatitis C virus in hemodialysis patients. *J Med Virol*. 45:381-385, 1995.
34. Romero R, Lavine JE. Viral hepatitis in children. *Semin liver dis*; 14:289-302, 1994.
35. Wejstal R, Widell A, Mansson AS, et al. Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. *Ann Intern Med*. 117:881-890, 1992.
36. Kurauchi O, Furui T, Itakura A, et al. Studies on transmission of hepatitis C virus from mother-to-child in the perinatal period. *Arch Gynecol & Obstet*. 253:121-126, 1993.
37. Lin HH, Kao JH, Hsu HY, et al. Possible role of high-titer maternal viremia perinatal transmission of hepatitis C virus. *J Infect Dis*. 169:638-641, 1994.
38. Lin HH, Kao JH, Hsu HY, et al. Absence of infection in breast-fed infants born to hepatitis C virus-infected mothers. *J Pediatr*.; 126:589-591, 1995.
39. Thomas DL, Vlahov D, Solomon L, Cohn S, Taylor E, Garfein R, Nelson KE. Correlates of hepatitis C virus infection among injection drug users. *Medicine*. 74:212-220, 1995.
40. 肝病用藥十講・尹常健，中國中醫藥出版社，1998。
41. 當代醫學・第22卷，第7期，p529, 1995。
42. 臨床辯證與經驗實錄・馬光亞，知音出版社，1997。

43. 肝炎肝病專輯·史宗廣，單弟健，中醫古籍出版社，1988。
44. Clinical medicine, Harry L. Greene. 2nd 1996, Mosby-year Book.Inc.
45. 新刊仁齋直指·楊士瀛、朱崇正，新文豐出版社，1982。
46. 聖濟總錄·趙佶，人民衛生出版社，1982。
47. 證治彙補·李用粹，文光出版社，1984。
48. 醫學心悟·程鐘齡，文光出版社，1991。
49. 醫門法律·喻嘉言，五洲出版社，1984。
50. 石室秘錄·中清殿天師岐伯，新文豐出版社，1979。
51. 傷寒類證治人書·朱肱，集文出版社，1980。
52. 血證說·唐容川，人民出版社，1977。
53. 瘟疫論·戴天章，上海千頃堂出版社，1986。
54. 金匱要略·張機，台灣中華出版社，1981。
55. 難經·秦越人，科學技術出版社，1996。
56. 金匱翼·尤怡，中國中醫藥出版社，1992。
57. 肘後備急方·葛洪，人民衛生出版社，1983。
58. 孫真人千金要方·孫思邈，人民衛生出版社，1996。
59. 赤水玄珠·孫一奎，中國中醫藥出版社，1996。
60. 雜病源流犀燭·沈金鰲，中國中醫藥出版社，1994。
61. 黃帝內經素問·旋風出版社，1974。
62. 明醫指掌·皇甫中，中國中醫藥出版社，1997。
63. 醫方考·吳昆，江蘇科學科技出版社，1985。
64. 醫宗必讀·吳中梓，人民衛生出版社，1995。
65. 醫學入門·李梴，臺聯國風出版社，1979。
66. 醫學正傳·虞搏，新文豐出版社，1981。
67. 臨證指南醫案·葉天士，新文豐出版社，1980。
68. 嚴氏濟生方·嚴用和，新文豐出版社，1980。

69. 儒門事親·張子和，旋風出版社，1970。
70. 丹溪心法·朱震亨，遼寧科學技術出版社，1997。
71. 三百種醫籍錄·啓業書局，1986。
72. 中醫症狀鑒別診斷學·啓業書局，1986。
73. 中醫內科急症醫案輯要·董建華，山西科學教育出版社，1986。
74. 中醫學現代化研究·陳士奎、陳維養，中國醫藥科技出版社，1994。
75. 中藥研究進展·張洪魁、李華祥，中國醫藥科技出版社，1990。
76. 中醫內科學·張伯實，知音出版社，1989。
77. 台北臨床三十年·馬光亞，世界書局，1981。
78. 台北臨床三十年續集·馬光亞，世界書局，1986。
79. 中醫如何診治肝病·馬光亞，九思出版社，1998。
80. 常見病中醫臨床治療進展·李富山、牛滿山，知音出版社，1995。
81. 炎症的中醫辨治·王鳳岐、孫光學，知音出版社，1992。
82. 經方中藥研究集成·林乾良、王貴森，中醫古籍出版社，1989。
83. 中藥藥理與臨床研究進展·周金黃、劉干中，中國科學技術出版社，1992。
84. 中藥學·顏正華，知音出版社，1989。
85. B型肝炎中醫療法·黃進明，昭人出版社，1994。
86. 肝膽病臨床治療精選·樂群出版社，1985。
87. 肝炎與肝硬化的中醫辨治·陳繼明，中國醫藥科技出版社，1985。
88. 中西醫結合治療肝病的研究·韓經寰、李鳳閣，南天書局，1995。
89. 現代著名老中醫臨床治療薈萃·啓業書局，1988。
90. 中醫複方研究和應用·王潤生、楊淑坤、王繼仁，中國醫學科技出版社，1993。
91. 病毒性肝炎的中醫治療·尹國有、韓振宏，中國中醫藥出版社，1998。
92. 中醫證候病理學·王慶其，上海科學普及出版社，1992。
93. 中醫肝膽病學·王伯祥著，中國醫學科技出版社，1993。
94. 病毒性肝炎的中醫治療·尹國有著，中國中醫藥出版社，1993。