

第 1 章 诊治特色篇

1.1 现代医学肝胆疾病的中医病名诊断

目前,现代医学肝胆疾病中医病名尚未统一,甚至缺失,给临床医疗及科研工作带来了诸多困难。有鉴于此,创建省市、国家中医肝病重点专科 10 余年来。雷陵主任医师在查阅历代医籍中有关中医肝胆病病名记载的基础上,结合中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语(疾病部分)》^[1]及中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》^[2]等权威文献论述,对现代医学肝胆疾病中医病名进行了深入研究,提出了自己独特见解。兹介绍于下。

1.1.1 急慢性病毒性肝炎的中医病名诊断

按照 2000 年 9 月中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会联合修订的《病毒性肝炎防治方案》标准,急性病毒性肝炎分为急性无黄疸型和急性黄疸型;慢性病毒性肝炎分为轻度、中度、重度。无论急性或慢性,根据黄疸的有无,均可分为黄疸型病毒性肝炎和无黄疸型病毒性肝炎。关于急慢性病毒性肝炎的中医病名问题,由于本病病情复杂,临床表现不一,至今仍未统一。能得到公认的是黄疸型肝炎属中医“黄疸”范畴。至于无黄疸型急慢性肝炎在中医中实难找到一个确切的对应病名。目前国内大多把急慢性无黄疸型肝炎尤其是慢性无黄疸型肝炎归属于“胁痛”范畴。对于“胁痛”,国家普通高等教育中医药类规划教材《中医内科学》为其定义为:胁痛系以胁肋部疼痛为主要表现的一种肝胆病症。胁指侧胸部,为腋以下到第十二肋骨部位的统称。其诊断依据是:以胁肋部

疼痛为主要特征；疼痛性质可表现为胀痛、窜痛、刺痛、隐痛，多为拒按，间有喜按者；反复发作的病史；血常规、肝功能、胆囊造影、B型超声波（后简称“B超”）等实验室检查，有助于诊断。我们也观察到胁痛在急慢性病毒性肝炎中确实最为常见，但仍有相当数量的病人可无胁痛症状，有的仅表现为胁肋不适或胀闷，从中医症状学分析当不属于“胁痛”范围。由于中医病名诊断决定辨证论治，因此对于急慢性病毒性肝炎有胁肋部见症者，不必拘泥于疼痛与否，凡有胁肋不适、胀闷，进而疼痛者均可从“胁痛”论治。对于无胁肋部异常改变者，如两肋下有痞块，或B超检查肝脾肿大，按其特征，似可归为“积聚”（积证）。但若以积证辨证用药，却与急慢性病毒性肝炎实际治疗相距甚远，唯慢性病毒性肝炎有明显肝纤维化或伴早期肝硬化者可按“积证”论治。有学者把部分慢性病毒性肝炎归属中医“虚劳”范围，然虚劳是一大类以脏腑亏损、气血阴阳不足为主要病机的慢性衰弱证候的总称。慢性病毒性肝炎是感受湿热疫毒之邪所致，虽然病邪久羁、留连不解，也可损伤脏腑气血阴阳，但慢性病毒性肝炎毕竟是以毒邪不解为主，实乃虚实夹杂之证，故不宜从“虚劳”辨治。中国中医药学会内科肝胆病专业委员会曾把病毒性肝炎的中医病名定为“肝瘟”，但未得到国内普遍认可，亦未能推广应用。雷陵主任医师认为，急慢性黄疸型病毒性肝炎属于中医“黄疸病”范畴；急性无黄疸型病毒性肝炎属中医“肝热病”范畴；慢性乙型无黄疸型病毒性肝炎属中医“肝著”范畴；慢性无黄疸型丙型或其他类型病毒性肝炎伴有胁肋部见症者属于中医“胁痛”范畴；慢性病毒性肝炎有明显肝纤维化或伴早期肝硬化，同时见肋下痞块（肝脾肿大）者，可按“肝积”、“积聚”诊治。对于不能归属于中医上述疾病类型的急慢性病毒性肝炎，临床仅以乏力、身困、胸闷、脘痞、腹胀、纳差等为主要表现者，应从中医“湿阻病”论治。

1.1.1.1 急慢性病毒性肝炎归属中医“湿阻病”的理论及实践依据

中医病案书写要求具备中西医双重疾病诊断。急慢性病毒性肝炎的中医病名不能统一，给病历书写带来一定困难。因此必须确定相应的中医病名以适应临床工作的需要。雷陵主任医师根据自己多年的肝病诊治经验和理论探讨，把部分急慢性病毒性肝炎归于“湿阻”，可定为肝病湿阻病，是“湿阻”在肝病中的特殊

运用。其依据为：

(1) 按《中医内科学》有关论述，湿阻主要是由于处感水湿重浊之邪的一种外感疾病。急慢性病毒性肝炎亦是感受湿热疫毒之邪所致。湿阻的病因是湿邪伤人致病，与气候季节、地理环境有密切关系。湿邪致病方式有内外之分，内湿为脾胃运化功能失职，津液不得运化转输，停聚而生。急慢性病毒性肝炎的致病因子是肝炎病毒，其发生和复发亦与气候季节、地理环境有关。内因是机体免疫功能低下。

(2) 湿阻临床以全身乏力、四肢困重、胸闷脘痞、饮食无味、舌苔腻、脉濡等为主症，这些表现在急慢性病毒性肝炎中均为非常常见的症状。

(3) 湿阻起病一般比较缓慢，常呈隐袭起病，病势缠绵，病程较长，病位固定不移。急慢性病毒性肝炎如急性肝炎尤其是乙、丙型肝炎往往潜伏期长，无黄疸型肝炎发病一般都很隐匿，若急性病毒性肝炎未已，一旦转变为慢性，病情往往迁延难愈。急慢性病毒性肝炎临床虽有肝外表现，但根本病理损害仍在肝脏。

(4) 湿阻的三个临床证型：湿困脾胃、湿热中阻、脾虚湿滞均系急慢性病毒性肝炎中常常出现的类型。

1.1.1.2 肝病湿阻病的客观指标

中医内科学“湿阻”诊断条件之一是实验室理化检查多无器质性改变，各项指标数据大致可在正常范围内。今将湿阻纳入肝病中医病名诊断范畴，必须界定其客观检测指标，方能适应临床诊断需要。兹把有关研究罗列于下。

(1) 肝功能异常：表现为 ALT、AST、GGT 升高，Bil 可升高，但不超过 $34.2\mu\text{mol/L}$ ，CHE 降低，Alb 降低，A/G 比值降低或倒置。

(2) 血清病毒学指标阳性：湿阻主要包括急慢性乙型肝炎，其次为丙型肝炎，再次为丁型肝炎，其相应的血清学标志为：HBVM 阳性（可为大三阳或小三阳及其他），HBV-DNA 阳性或阴性；抗-HCV 阳性或同时有 HCV-RNA 阳性；抗-HDV 阳性。

(3) 影像学检测：B 超可显示出肝胆脾异常声像图。包括肝光点增多、增强，分布不匀，胆囊壁毛糙、增厚，脾脏可增厚。

(4) 湿阻不同证型客观指标检测的特点:

1) 湿困脾胃证: 多见于急性病毒性肝炎(主要为乙型、丙型)。肝功能检测 ALT、AST、GGT 轻中度升高; CHE 轻度下降; 乙肝血清病毒学标志至少一项以上阳性, 病毒复制指标 e 抗原、HBV-DNA 可阳性或阴性。或有丙肝、丁肝血清病毒学标志阳性; B 超检查正常或肝光点增多, 胆囊壁毛糙等。

2) 湿热中阻证: 主要见于急性病毒性肝炎或慢性病毒性肝炎病情活动期。肝功能检查 ALT、AST、GGT 轻中度、部分重度升高, TBil 升高, 但低于 $34.2\mu\text{mol/L}$, CHE 轻中度下降, Alb 降低或 A/G 比值下降, 甚至倒置; 乙肝病毒血清学标志阳性, 病毒复制指标如乙肝 e 抗原, HBV-DNA 常阳性, 或有丙肝、丁肝病毒血清学标志阳性; B 超检查常显示肝胆脾形态学改变, 如肝光点增多、增强, 胆囊壁增厚、毛糙, 脾脏增厚等。

3) 脾虚湿滞证: 多见于慢性病毒性肝炎。肝功能正常或 ALT、AST、GGT 轻度或中度升高, Alb 降低, A/G 比值降低或倒置; 血清病毒学指标阳性, 乙肝表现为大三阳或小三阳或其他, HBV-DNA 阳性或阴性, 或见抗 -HCV、抗 -HDV 阳性; B 超显示肝胆脾形态学轻度改变, 如肝光点增多、增强, 分布不匀, 胆囊壁不光滑, 脾脏可增厚等。

1.1.2 黄疸的中医病名诊断

“黄疸”既是一个症状, 也是中医内科一个疾病名称, 通常分为“阳黄”和“阴黄”。雷陵主任医师认为现代医学诸多疾病均可归属于中医“黄疸病”范畴, 包括急性黄疸型病毒性肝炎、慢性黄疸型病毒性肝炎以及自身免疫性肝炎、中毒性肝炎、酒精性肝炎、药物性肝炎、原发性肝癌、肝硬化、急慢性胆囊炎、肝胆管结石等伴有明显黄疸者。遗传性肝病有明显黄疸者亦属中医“黄疸病”。此外, 现代医学肝衰竭属中医“黄疸病”中的“急黄”。

1.1.3 肝硬化的中医病名诊断

现代医学肝硬化一病, 病情复杂, 中医实无确切对应病名, 雷陵主任医师认为代偿期肝硬化或早期肝硬化属于中医内科“积聚病”中的“积证”; 失代偿期肝硬化属中医之“鼓胀病”范畴; 而肝硬化前期之肝纤维化则属于中医“肝积病”

范畴；肝硬化伴有明显黄疸者则应参考中医“黄疸病”辨治。

1.1.4 肝胆肿瘤的中医病名诊断

肝脏肿瘤是肝内良恶性肿瘤的总称，恶性肿瘤属于“癌病”范畴，系统查阅古代文献，中医亦有“癌症”记载，如宋代《任斋直指附遗方》指出：“癌者，上高下深，岩石之状，毒根深藏。”故雷陵主任医师认为原发性或继发性肝癌及肝内胆管细胞癌等属中医“肝癌病”；肝外胆管癌属中医“胆癌”病；肝血管瘤等肝内实质性良性肿瘤属中医“肝瘤”范畴；肝囊肿为肝内非实质性肿瘤属于中医“肝瘤”中的“胶瘤”范畴。

1.1.5 胆囊炎及肝胆管结石的中医病名诊断

急性胆囊炎、胆结石是胆道系统最常见的疾病。雷陵主任医师认为急性胆囊炎及慢性胆囊炎属中医“胆胀病”范畴；肝胆管结石属于中医“胆石病”范畴；急性慢性胆囊炎、肝胆管结石伴有明显黄疸者则属于中医“胆疽”范畴。

1.1.6 非酒精性脂肪性肝病的中医病名诊断

现代医学非酒精性脂肪性肝病一般包括单纯性脂肪肝、非酒精性脂肪性肝炎、非酒精性脂肪性肝纤维化及肝硬化等。非酒精性脂肪肝及非酒精性脂肪性肝炎属中医“肝癖”病；非酒精性脂肪性肝纤维化及肝硬化可归属于中医“肝积”、“积聚”范畴，伴有明显黄疸者可按中医“黄疸病”辨治。

1.1.7 药物性肝病的中医病名诊断

中西药物使用不当均可造成药物性肝损害。雷陵主任医师认为药物性肝炎属中医“药毒”范畴；慢性损伤日久演变为肝硬化则属中医“积聚”或“鼓胀”范畴；伴有明显黄疸者按中医“黄疸病”辨治；演变成“肝衰竭”则属中医“急黄”重症。

1.1.8 酒精性肝病的中医病名诊断

酒精性肝病常包括酒精性脂肪肝、酒精性肝炎、酒精性肝纤维化和酒精性肝硬化。雷陵主任医师认为酒精性肝病一般属于中医“酒癖”范畴；酒精性肝纤维化和酒精性肝硬化属中医“肝积”及“积聚”、“鼓胀”范畴；伴有明显黄疸者

应按中医“黄疸病”诊治；出现“肝衰竭”者属中医“急黄”病。

1.1.9 自身免疫性肝病的中医病名诊断

自身免疫性肝病包括自身免疫性肝炎、原发性胆汁性肝硬化等。雷陵主任医师认为自身免疫性肝炎一般可归属于中医“胁痛”、“湿阻”等；明显黄疸者属中医“黄疸病”；演变为肝纤维化、肝硬化属中医“肝积”、“积聚”、“鼓胀”范畴。原发性胆汁性肝硬化属中医“黄疸”、“积聚”、“鼓胀”病范畴；出现“肝衰竭”症候群者为中医“急黄”病。

1.1.10 肝胆疾病严重并发症的中医病名诊断

肝胆疾病常出现严重并发症，此类疾病属内科急危重症肝病，其发病急，病情复杂，病情重，死亡率高，预后差，中医很早就有详尽论述。雷陵主任医师在深入分析其病因病机、细致观察其临床表现基础上，结合自己多年临床经验认为，肝胆病并发感染性或失血性休克属于中医“厥脱”范畴；肝性脑病属中医“肝厥”病；上消化道出血属于中医“呕[吐]血”范畴；自发性腹膜炎属于中医“腹痛”病；肝肾综合征属中医“癃闭”范畴。

1.1.11 肝脏遗传性疾病的中医病名诊断

肝豆状核变性（Wilson病）是一种染色体隐性遗传铜代谢障碍性疾病，多于青少年期发病，临床以肝硬化、神经精神症状、角膜K-F环，肾脏病变等为主要表现，严重可危及生命。雷陵主任医师认为本病早期表现为急性或慢性肝炎者属于中医“湿阻”、“胁痛”范畴；出现明显黄疸者属于中医“黄疸病”；演变为肝硬化及肝衰竭者属于中医“积聚”、“鼓胀”、“急黄”范畴；出现神经精神症状和体征者属于中医内科“颤震”病。

家族性高胆红素血症（遗传性高胆红素血症）如Grigler-Najjar综合征、Lucey-Driscoll综合征、Gilbert综合征、Dubin-Johnson综合征、Rotor综合征等属于中医“黄疸病”范畴。

附：中西医肝胆疾病病名对照一览表

中医病名	西医病名
肝热病	急性病毒性肝炎（甲、乙、丙、丁、戊型等）
黄疸	急性黄疸型病毒性肝炎、慢性黄疸型病毒性肝炎、淤胆型肝炎以及自身免疫性肝炎、酒精性肝炎、药物性肝炎、中毒性肝炎、原发性肝癌、肝硬化、急慢性胆囊炎、肝胆管结石、遗传性肝病如肝豆状核变性（Wilson病）和家族性高胆红素血症等伴有明显黄疸者
急黄	肝衰竭（急性肝衰竭、亚急性肝衰竭，慢加急性肝衰竭、慢性肝衰竭）
肝著	慢性乙型肝炎
肝癖	非酒精性脂肪肝、非酒精性脂肪性肝炎
酒癖	酒精性脂肪肝、酒精性肝炎
药毒	药物性肝炎
肝积	各种慢性肝病肝纤维化
积聚	代偿期肝硬化
胁痛	各种慢性肝炎伴有肋肋部不适或胁痛者
湿阻	某些慢性无黄疸型病毒性肝炎、自身免疫性肝炎、酒精性肝炎、药物性肝炎、中毒性肝炎、肝豆状核变性（Wilson病）等
鼓胀	失代偿期肝硬化、原发性肝癌及肝衰竭等并发腹水者
肝瘤	肝血管瘤
肝胶瘤	肝囊肿
颤震	肝豆状核变性（Wilson病）伴神经精神症状者
肝厥	肝性脑病
呕[吐]血	上消化道出血
癃闭	肝肾综合征
腹痛	自发性腹膜炎
厥脱	感染性及失血性休克
胆胀	急性胆囊炎、慢性胆囊炎
胆石病	肝胆管结石
胆疸	急慢性胆囊炎、肝胆管结石伴有明显黄疸者
胆瘤	肝外胆管癌

参考文献

- [1] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语(疾病部分). 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994.

1.2 常见肝胆疾病的中医特色诊疗方案

1.2.1 肝热病(急性病毒性肝炎)

肝热病是湿热疫毒之邪侵及中焦, 郁蒸肝胆, 肝失疏泄, 脾失健运而成。以腹胀纳差、恶心厌油、右胁疼痛, 肝肿大, 或有黄疸为主要表现的疫病类疾病。现代医学急性无黄疸型病毒性肝炎属本病范畴。

【临床诊断】

1. 疾病诊断

(1) 中医诊断标准: 参照中国中医药学会内科肝病专业委员会修订的《病毒性肝炎中医辨证标准》^[1]、中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语证候部分》^[2]及《中医内科学》^[3]标准。

本病是由于感受湿热毒邪, 蕴结中焦, 脾胃运化失常, 湿热熏蒸肝胆, 不能泄越, 以致肝失疏泄, 胆汁外溢; 或湿阻中焦, 脾失健运, 胃失和降。

1) 主要症状: 纳呆腹胀, 身目发黄, 小便黄赤, 倦怠乏力。

2) 次要症状: 口干, 口苦, 恶心, 厌油, 呕吐, 头身困重, 脘腹痞满, 胁肋疼痛。

急性起病, 发病前可有诱因(如不洁饮食、劳累、饮酒等)。

具备2个主症以上, 或1个主症、2个次症, 并结合起病、诱因、肝功能检查等可确诊。

(2) 西医参照标准: 参照《病毒性肝炎防治方案》^[4]。

1) 病史: 既往无肝炎病史, 急性起病。近期有与确诊的病毒性肝炎患者(特别是急性期)密切接触史或不洁饮食史, 或经常接触肝炎病毒污染物(血液、粪便等), 或半年内有输注血制品史或消毒不严格的注射、手术史。

2) 主要症状: 病初可有发热, 随即出现乏力、纳差、恶心、厌油腻、尿黄等症状, 注意有无牙龈出血、鼻衄、皮肤瘀斑等出血倾向, 有无精神改变、头晕、意识障碍等肝性脑病症状。

3) 主要体征: 全身皮肤及巩膜黄染, 肝脏肿大并有压痛、肝区叩击痛阳性。

4) 辅助检查: 血清谷丙转氨酶及总胆红素升高; 病毒学检测: 指甲、乙、丙、丁、戊型肝炎病毒学指标阳性。

2. 证候诊断

(1) 肝胆湿热证: 口干, 口苦, 恶心, 纳呆, 脘腹胀满, 乏力, 或身目俱黄, 色泽鲜明, 大便干, 小便黄赤, 苔黄腻, 脉弦滑数。

(2) 湿阻脾胃证: 恶心厌油, 呕吐不止, 纳呆腹满, 头身困重, 倦怠乏力, 或身目发黄, 大便溏薄, 舌质淡红, 苔腻微黄, 脉濡。

(3) 肝郁气滞证: 胁肋胀满或胀痛, 偏于右肋, 胸部满闷, 精神抑郁, 时时太息, 或烦躁易怒, 恶心纳呆, 厌食油腻, 咽中如有物梗阻, 经行乳房胀痛, 或者月经不调, 舌苔薄白, 脉弦。

(4) 肝郁脾虚证: 胁肋隐痛, 乏力, 纳差, 脘腹胀满, 少气懒言, 面色萎黄, 大便溏泻, 舌质淡, 体胖, 边有齿痕, 苔薄白, 脉沉弦。

【治疗方案】

1. 辨证选择口服中药汤剂

(1) 肝胆湿热证:

治法: 清热利湿。

推荐方药: 龙胆泻肝汤加减。龙胆草 12g、黄芩 12g、栀子 15g、泽泻 15g、当归 10g、生地 12g、柴胡 15g、茵陈 20g 等。

(2) 湿阻脾胃证:

治法: 醒脾除湿。

推荐方药: 三仁汤加减。藿香 10g、黄芩 12g、杏仁 12g、橘红 10g、生薏苡

仁 20g、白蔻仁 10g、荷叶 10g、苏梗 10g、苏叶 10g 等。

(3) 肝郁气滞证:

治法: 疏肝理气。

推荐方药: 柴胡疏肝散加。柴胡 15g、制香附 15g、枳壳 15g、郁金 15g、白术 12g、茯苓 15g、白芍 15g、炙甘草 8g 等。

(4) 肝郁脾虚证:

治法: 疏肝健脾。

推荐方药: 柴芍六君子汤加减。柴胡 15g、白芍 15g、党参 15g、茯苓 20g、炒白术 12g、陈皮 10g、半夏 10g、焦三仙 10g 等。

2. 中成药

(1) 口服中成药: 根据病情, 选择 1~3 种中药, 如五味子制剂、垂盆草制剂、茵栀黄制剂、水飞蓟制剂及自制神农肝康合剂、自制神农护肝降酶胶囊、自制神农扶正益肝胶囊(颗粒)等。用法: 当飞利肝宁片, 一次 2 片, 口服, 一日 3 次; 自制神农护肝降酶胶囊, 一次 2 粒, 口服, 一日 3 次; 自制神农扶正益肝胶囊(颗粒), 胶囊剂, 一次 4 粒, 口服, 一日 3 次。颗粒剂, 一次 10g(1 包), 口服, 一日 3 次。

(2) 静脉滴注中药注射液: 根据病情, 辨证选择茵栀黄注射液、丹参制剂、苦参制剂、甘草酸制剂等。用法: 茵栀黄注射液, 一次 20~40ml 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次; 丹参注射液, 一次 20~30ml 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次。或香丹注射液, 一次 20~40ml 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次; 苦参素(苦参碱)注射液(剂) 0.6g 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次; 甘利欣注射液, 一次 30ml 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次。或甘草酸二铵注射剂, 一次 150mg 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次。

3. 药保留灌肠

治法: 通腑泻浊, 凉血解毒。

用于黄疸明显，消退缓慢，大便秘结不通者。

推荐方药：承气类方药灌肠。

病人取右侧卧位，抬高臀部，取药液适量，保留灌肠。

4. 针灸治疗

根据病情需要，辨证取穴，采用针灸疗法和耳穴压豆疗法。

5. 中药外治法

(1) 神农退黄膏穴位贴敷：适应于伴有黄疸患者。穴位选择：神阙、肝俞、胆俞、大椎穴。一日1次。每次贴敷12小时。10次为一疗程。

(2) 神农护肝镇痛膏肝区或脾区贴敷：适应于伴有肝区或两肋疼痛的患者。一日1次，每次贴敷12小时。7次为一疗程。

6. 其他疗法

根据病情需要，可选用电脑肝病治疗仪、生物信息红外肝病治疗仪等治疗。具体用法：电脑肝病治疗仪，一日1次，每次30分钟；生物信息红外肝病治疗仪，一日1次，每次30分钟。

参考文献

- [1] 中国中医药学会内科肝病专业委员会. 病毒性肝炎中医辨证标准(修订稿)[J]. 中医杂志, 1992, 5: 39-40.
- [2] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语证候部分. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [3] 田德禄. 中医内科学. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [4] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会. 病毒性肝炎防治方案. 中华肝脏病杂志, 2000, 8: 324-329.

1.2.2 肝著(慢性乙型肝炎)

肝著是因肝热病、肝瘟等之后，肝脏气血郁滞，着而不行。以右胁痛、右肋

下肿块、用手按捺捶击稍舒、肝功能异常等为主要表现的内脏胀（著）病类疾病。现代医学慢性乙型肝炎属本病范畴。

【临床诊断】

（1）中医诊断标准：参照中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语（疾病部分）》（GB/T16751.1-1997）^[1]和《中药新药临床研究指导原则》^[2]以及《慢性乙型肝炎中医诊疗专家共识》（2012年）^[3]。

本病多因人体正气不足，感受湿热疫毒之邪，侵入血分，内伏于肝，影响脏腑功能，损伤气血，导致脏腑气血郁滞，着而不行。病情的发生发展可与饮食不节（洁）、思虑劳欲过度有关。本病病程多久，缠绵难愈，常见胁痛、乏力、纳差、腰膝酸软、目黄、尿黄等症候。部分病人可见肝掌及蜘蛛痣，脾脏一般无明显肿大。

肝病病程超过6个月，症状持续和肝功能异常者，即为本病。部分病例因病时日久，病史可不明确，而于检查后发现。

1）西医诊断标准：参照2010年中华医学会肝病学分会、感染病学分会联合制订的《中国慢性乙型肝炎防治指南》诊断标准^[4]及2000年中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会西安会议联合修订的《病毒性肝炎防治方案》临床诊断标准^[5]。

既往有乙型肝炎病史或HBsAg阳性超过6个月，现HBsAg和（或）HBV-DNA仍为阳性者。根据血清学、病毒学、生物化学试验及其他临床和辅助检查结果，可分为HBeAg阳性慢性乙型肝炎、HBeAg阴性慢性乙型肝炎和隐匿性慢性乙型肝炎。

1）HBeAg阳性慢性乙型肝炎：血清HBsAg、HBeAg阳性、抗-HBe阴性，HBV-DNA阳性，ALT持续或反复升高，或肝组织学检查有肝炎病变。

2）HBeAg阴性慢性乙型肝炎：血清HBsAg阳性，HBeAg持续阴性，抗-HBe阳性或阴性，HBV-DNA阳性，ALT持续或反复异常，或肝组织学检查有肝炎病变。

根据生物化学试验及其他临床和辅助检查结果，上述两型慢性乙型肝炎也可进一步分为轻度、中度和重度。如表1-2-1所示。

表 1-2-1 慢性肝炎的实验室检查异常程度参考指标

项 目	轻 度	中 度	重 度
ALT 和 / 或 AST(IU/L)	≤ 正常 3 倍	> 正常 3 倍	> 正常 3 倍
胆红素 (μmol/L)	≤ 正常 2 倍	> 正常 2 倍 ~ 正常 5 倍	> 正常 5 倍
白蛋白 (A)(g/L)	≥ 35	< 35 ~ > 32	≤ 32
A/G	≥ 1.4	< 1.4 ~ > 1.0	< 1.0
电泳 γ 球蛋白 (γEP)	≤ 21	> 21 ~ < 26	≥ 26
凝血酶原活动度 (PTA)	> 70	70 ~ 60	< 60 ~ > 40
胆碱酯酶 (CHE)(U/L)	> 5 400	≤ 5 400 ~ > 4 500	≤ 4 500

3) 隐匿性慢性乙型肝炎: 血清 HBsAg 阴性, 但血清和 (或) 肝组织中 HBV-DNA 阳性, 并有慢性乙型肝炎的临床表现。除 HBV-DNA 阳性外, 患者可有血清抗 -HBs、抗 -HBe 和 (或) 抗 -HBc 阳性, 但约 20% 隐匿性慢性乙型肝炎患者的血清学标志均为阴性。诊断需排除其他病毒及非病毒因素引起的肝损伤。

(2) 证候诊断:

1) 湿热蕴结证: 身目发黄, 黄色鲜明, 小便黄赤, 口干苦或臭, 脘闷, 或纳呆, 或腹胀, 恶心, 或呕吐, 右胁胀痛, 大便秘结, 或黏滞不爽, 舌苔黄腻, 脉弦滑或滑数。

2) 肝郁气滞证: 两胁胀痛, 甚则连及胸肩背, 且情志激惹则痛甚, 胸闷, 纳差, 善太息, 得暖气稍舒, 乳房胀痛或结块, 大便不调, 小便黄, 舌质淡红, 舌苔薄白或薄黄, 脉弦。

3) 肝郁脾虚证: 胁肋胀痛或胀痛, 精神抑郁或性情急躁, 善太息, 面色萎黄, 大便溏薄, 暖气, 乳房胀痛或结块, 纳食减少, 口淡乏味, 脘腹痞胀, 舌质淡红, 舌苔薄白或薄黄, 脉弦。

4) 肝肾阴虚证: 腰痛或腰膝酸软, 肋肋隐痛, 头晕, 耳鸣耳聋, 两目干涩, 咽干口燥, 劳累加重, 失眠多梦, 五心烦热或低烧, 女子经少或经闭, 小便短赤, 大便干结, 舌红体瘦, 少津或有裂纹, 脉细或细数。

5) 脾肾阳虚证: 畏寒喜暖, 少腹, 腰膝冷痛或腰膝酸软或阳痿早泄或耳鸣

耳聋，食少便溏，或五更泻，小便清长或夜尿频数，完谷不化，下肢浮肿，舌质淡胖，苔润，脉沉细或迟。

6) 瘀血阻络证：胁肋刺痛，痛处固定而拒按，入夜更甚，或面色晦暗，朱砂掌，或蜘蛛痣色暗，或毛细血管扩张，胁下积块，胁肋久痛，面色晦暗，舌质紫暗，或有瘀斑瘀点，脉沉弦或涩。

【治疗方案】

1. 辨证选择口服中药汤剂

(1) 湿热蕴结证：

治法：清热利湿。

推荐方药：茵陈蒿汤合甘露消毒丹加减。茵陈 15g、栀子 9g、制大黄 9g、滑石 15g、黄芩 9g、虎杖 18g、石菖蒲 9g、川贝母 6g、藿香 9g、射干 9g、连翘 15g 等。

(2) 肝郁气滞证：

治法：疏肝理气。

推荐方药：柴胡疏肝散加减。柴胡 9g、香附 9g、枳壳 9g、陈皮 9g、白芍 15g、川芎 9g、苏梗 10g、八月扎 18g、甘草 6g 等。

(3) 肝郁脾虚证：

治法：疏肝健脾。

推荐方药：逍遥散加减。柴胡 9g、当归 12g、白芍 15g、白术 12g、茯苓 15g、薄荷 6g、甘草 6g 等。

(4) 肝肾阴虚证：

治法：滋补肝肾。

推荐方药：一贯煎加减。北沙参 9g、麦冬 12g、生地 15g、枸杞子 15g、川楝子 9g、玄参 12g 等。

(5) 脾肾阳虚证：

治法：温补脾肾。

推荐方药：附子理中汤合金匱肾气丸加减。党参 15g、白术 12g、茯苓 15g、甘草 6g、干姜 6g、制附子 6g、炙桂枝 6g、山药 15g、生地 15g、山萸肉 9g、枸杞子 12g、菟丝子 12g、肉苁蓉 9g 等。

(6) 瘀血阻络证:

治法: 活血通络。

推荐方药: 膈下逐瘀汤加减。当归 12g、桃仁 6g、红花 6g、川芎 9g、丹皮 12g、赤芍 12g、延胡索 9g、枳壳 9g、丹参 15g、鳖甲 24g、炙甘草 6g 等。

2. 中成药

(1) 清热利湿解毒类: 当飞利肝宁片, 一次 2 片, 口服, 一日 3 次; 叶下珠胶囊, 3 粒, 口服, 一日 3 次; 肝得治胶囊, 4 粒, 口服, 一日 3 次; 自制神农护肝降酶胶囊, 一次 2 粒, 口服, 一日 3 次; 自制神农肝康合剂, 一次 30 ~ 60ml, 口服, 一日 3 次; 茵栀黄注射液, 一次 20 ~ 40ml 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次; 苦黄注射液, 一次 30 ~ 60ml 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次; 岩黄连注射液, 一次 6 ~ 10ml 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次; 苦参素(苦参碱)注射液(剂) 0.6g 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次; 肝炎灵注射液, 一次 4ml, 肌肉注射, 一日 1 次。

(2) 疏肝解郁健脾类: 自制神农扶正益肝胶囊(颗粒), 胶囊剂, 一次 4 粒, 口服, 一日 3 次。颗粒剂, 一次 10g (1 包), 口服, 一日 3 次; 甘利欣注射液, 一次 30ml 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次。或甘草酸二铵注射剂, 一次 150mg 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次; 黄芪注射液, 一次 20 ~ 40ml 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次。

(3) 滋补肝肾类: 杞菊地黄丸, 一次 8 粒, 口服, 一日 3 次; 自制神农滋肝益气丸, 一次 6g, 口服, 一日 3 次; 自制神农滋肾养肝膏, 一次 1 袋 (20g), 热开水冲服, 一日 2 次。

(4) 活血化瘀类: 鳖甲煎丸, 一次 6g, 口服, 一日 3 次; 自制神农纤肝灵胶囊, 一次 4 粒, 口服, 一日 3 次; 自制神农软肝丸, 一次 8g, 一日 3 次, 口服; 丹参注射液, 一次 20 ~ 30ml 加入 10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 一日 1 次。或香丹注射液, 一次 20 ~ 40ml 加入 10% 葡萄糖

注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml，静脉滴注，一日 1 次。

3. 其他疗法

(1) 神农乙肝膏穴位贴敷：选贴神阙、肝俞、胆俞、期门、至阳、大椎等穴。每次贴敷 12 小时，一日 1 次。1 月为一疗程。

(2) 神农护肝镇痛膏肝区或脾区贴敷：一日 1 次。每次贴敷 12 小时。7 次为一疗程。

(3) 神农化积膏肝区或脾区贴敷：一日 1 次。每次贴敷 12 小时。1 月为一疗程。

(4) 神农退黄膏穴位贴敷：选贴神阙、肝俞、胆俞、大椎等穴。一日 1 次。每次贴敷 12 小时。10 次为一疗程。

(5) 电脑肝病治疗仪：一日 1 次，每次 30 分钟。

(6) 中药保留灌肠：适应证为肝着尤其是合并内毒素血症及糖、脂代谢紊乱者。中药基本方：为健脾护肠清毒汤，药物组成：生大黄 6～9g，黄芩 12g，白及 15g，紫草 6g，儿茶 6g，茯苓 30g，薏米 24g，赤芍 24g。水煎 20 分钟，浓缩至 100ml，以 250ml 玻璃输液瓶盛装。药液温度为 38℃ 灌肠。具体用法：灌肠治疗前应向病人详细说明实施该治疗的目的及必要性，取得病人的配合。灌肠前嘱病人排空大小便，清洗肛周，取左侧卧位，适当垫高臀部（10cm 左右）。灌肠时间以患者夜间入睡前为宜。操作时术者戴一次性 PE 手套，取一次性普通输液器一支，将排气管及输液管插入已消毒的盛有灌肠中药药液的玻璃瓶瓶塞，以胶布固定瓶塞防止脱落，去掉前端头皮针，连接一支一次性吸痰管，以石蜡油润滑吸痰管前端（20cm 左右）。嘱病人深吸气，将吸痰管缓慢插入患者肛门，动作要轻柔，插入深度为 15～20cm。调节中药药液滴速为 50 滴/min 左右。灌肠结束后缓慢拔管，嘱病人保持左侧卧位至少 30 分钟。灌肠后中药保留 1～2 小时效果较好，能够保留一夜者更佳。

(7) 脐火疗法：适应于肝著伴有黄疸者（各型慢性乙肝）。药物组成及制备：由黄芪、党参、白术、丹参、肉桂、炒苡米等加工为细粉，过 100 目筛，加水调和而成，饼为类圆形，直径约 6cm，厚 1cm。药筒组成：由草纸和蜡组成中间空心，高 7cm，直径 2.5cm。具体用法：先将药饼置于脐部，再将药筒置于药饼之上，正对脐中心在上端点燃，自然燃烧，燃尽后换第二根，7 根为一次量，一日 1 次，

1月为一疗程，连用3个疗程。

(8) 黄芪注射液足三里穴位注射：适应于肝郁脾虚型肝着肝著。治疗药物及具体用法：黄芪注射液2ml，隔日1次，每次1.6mg，足三里穴注射，每周2次，1月为一疗程，共用3~6个疗程。

(9) 针灸疗法。

参考文献

- [1] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语(疾病部分). 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [3] 中华中医药学会内科肝胆病学组, 世界中医药联合学会肝病专业委员会, 中国中西医结合学会肝病学组. 慢性乙型肝炎中医诊疗专家共识. 临床肝胆病杂志, 2012, 28(3): 164-168.
- [4] 中华医学会肝病学会、中华医学会感染病学会. 慢性乙型肝炎防治指南(2010年版)[J]. 中华肝脏病杂志, 2011, 19(1): 13-24.
- [5] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学会. 病毒性肝炎防治方案. 中华肝脏病杂志, 2000, 8: 324-329.

1.2.3 黄疸(慢性病毒性肝炎黄疸型与淤胆型肝炎)

黄疸是以目黄、身黄、溲黄为主要临床表现的病症，其中目睛黄染为最重要的特征。现代医学慢性病毒性肝炎黄疸型、淤胆型肝炎等属本病范畴。

【临床诊断】

1. 疾病诊断

(1) 中医诊断标准：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-001.9-94)^[1]制定。

- 1) 目黄、肤黄、尿黄，以目黄为主症。
- 2) 可伴有恶寒发热，纳呆厌油，恶心呕吐，神疲乏力，或大便颜色变淡。