

病毒性肝炎速效防治

审 稿 陈钟英
编 著 马云桂

上海科学技术文献出版社

(沪)新登字301号

病毒性肝炎速效防治

审稿 陈钟英

编著 马云桂

*

上海科学技术文献出版社出版发行
(上海市武康路2号 邮政编码 200031)

全国新华书店经售

上海市印刷十二厂印刷

*

开本 787×1092 1/32 印张 2.25 字数 54,400

1995年3月第1版 1995年3月第1次印刷

印数: 1—3,000

ISBN 7-5439-0570-1/R·194

定价: 2.80元

《科技新书目》338-279

前 言

我国病毒性肝炎感染率很高,病毒性肝炎患者有增无减,肝炎病毒已成国害。为了提高全民防治意识,宣传群众,笔者总结了在十余年临床医疗工作中运用中医、西医、特医(特异功能医学)及气功四结合速效治疗病毒性肝炎的方法,总结了速效预防的具体措施,整理编写了《病毒性肝炎速效防治》一书,供广大群众及基层医务工作者参考。书中的中药方剂,病人应在医生指导下服用。欲进行特医及气功治疗者,最好参加气功培训,或请气功师协助。

此书初稿完成后,笔者拜请我国著名传染病学专家南京医科大学陈钟英教授审稿。陈教授今年76岁,她对人民卫生事业高度负责的精神、严谨的科学态度、忘我的工作热情、崇高的思想境界,深深地感动了笔者。在本书出版之际对陈老前辈深表感谢并致崇高的敬意。

编著者

1994年5月4日于南京

目 录

一、肝炎的种类	1
(一)病毒性肝炎	1
(二)细菌性肝炎	2
(三)中毒性肝炎	2
(四)原虫性肝炎	2
(五)寄生虫性肝炎	2
(六)药物性肝炎	2
二、病毒性肝炎的危害性及严重性	3
三、病毒性肝炎的病因	5
(一)外因	5
(二)内因	6
四、急性病毒性肝炎的速效治疗	8
(一)早发现是关键	8
(二)一般性治疗	9
(三)西医治疗	9
(四)中药“肝炎速愈汤”	11
(五)病例	15
五、慢性病毒性肝炎(包括慢性病毒携带者)的速效治 疗	16
(一)西医西药	16
(二)中医中药	18
(三)特医治疗	26

(四) 气功治疗·····	33
六、淤胆型肝炎的治疗·····	35
(一) 一般性治疗·····	35
(二) 西医西药治疗·····	35
(三) 中医中药治疗·····	36
七、重症肝炎的治疗·····	39
(一) 早诊断是关键·····	39
(二) 早治疗·····	40
(三) 治疗的又一关键——中医中药·····	43
(四) 病例·····	43
八、病毒性肝炎的速效预防·····	46
(一) 免疫接种·····	46
(二) 阻断医源性传播·····	48
(三) 严防经口传播·····	51
(四) 彻底治愈急性肝炎患者·····	51
(五) 维持机体的阴阳平衡·····	52
(六) 中草药预防·····	52
九、临床检验·····	53
(一) 有关病毒性肝炎血清学检查的代号·····	53
(二) 病毒性肝炎血清学检查的意义·····	54
(三) 两对半、三对半、四对半·····	55
(四) 肝功能主要检查项目代号及正常值·····	55
(五) 肝功能主要检查项目的意义·····	56
十、我国病毒性肝炎防治研究进展·····	58
参考文献	

一、肝 炎 的 种 类

肝炎可分为病毒性肝炎、细菌性肝炎、真菌性肝炎、中毒性肝炎、立克次体性肝炎、螺旋体性肝炎、原虫性肝炎、寄生虫性肝炎、药物性肝炎等。

(一) 病毒性肝炎

病毒性肝炎是由病毒引起的以损害肝脏为主的全身性疾病。

病毒又可分为肝炎病毒(嗜肝病毒)及其他病毒。

肝炎病毒又分为5种,即甲型、乙型、丙型、丁型、戊型,国外称A型、B型、C型、D型、E型。还有没有其他嗜肝病毒,目前正在探讨。以前所称非甲非乙型即是C型和戊型,以前所谓 δ 因子引起的肝炎就是丁型。患有任何一型肝炎均可再患或同时患其他型。一人可同时被两种或两种以上病毒感染。由上述5种病毒引起的肝炎分别称甲型肝炎、乙型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎、戊型肝炎。它们是传染病。

另外,疱疹病毒、巨细胞病毒、水痘病毒、柯萨奇病毒、埃可病毒、黄热病毒、腺病毒、风疹病毒、麻疹病毒、马尔波病毒、流感病毒等均可引起肝炎,甚至重型肝炎。

根据病毒性肝炎的临床表现可分为6种:

(1) 急性黄疸型;(2) 急性无黄疸型;(3) 慢性迁延性;(4) 慢性活动性;(5) 淤胆型;(6) 重症肝炎(急性重症、亚急性重症、慢性重症)。

慢性肝炎以乙型、丙型、丁型多见。甲型和戊型一般不转成

慢性。

(二) 细菌性肝炎

引起细菌性肝炎的菌种有：肺炎双球菌、链球菌、金黄色葡萄球菌、淋球菌、大肠杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、其他沙门氏菌、痢疾杆菌、厌氧菌、结核杆菌、布氏杆菌、芽孢杆菌、产气菌等。如不及时治疗，有的可能发展成为肝脓肿。

(三) 中毒性肝炎

此种肝炎是指由细菌内外毒素或多种毒物（如农药、砒霜等）引起的肝炎。

(四) 原虫性肝炎

如疟原虫引起的肝脏损害。

(五) 寄生虫性肝炎

如中华枝睾吸虫引起的肝脏损害。

(六) 药物性肝炎

此种肝炎是由长期或大量服用某些药物或特异体质等引起的肝炎。

最常见的药物有：

1. 西药：四环素、先锋霉素、竹桃霉素、新生霉素、更生霉素、新青Ⅱ、灰黄霉素、SD、异烟肼、对氨基水杨酸、利福平、吡嗪酰胺、非那西汀、氯丙嗪、鲁米那、利眠宁、安定、乙醚、氟烷、硫喷妥钠、保太松、消炎痛、阿斯匹林、水杨酸钠、6-巯基嘌呤、环磷酰胺、甲基多巴、优降灵、苯丙酸诺龙、复方炔诺酮、双氢克尿噻、利尿酸、血防846、阿的平、卡巴肿、酒石酸锑钾等。

2. 中药：斑蝥、苍耳子、草乌、黄药子、苦杏仁、蟾酥、木薯、广豆根、北豆根、艾叶、毛冬青、川楝、鱼苦胆、麦角、马钱子、千里光、天花粉、黄独、黄丹、白花丹参等。

二、病毒性肝炎的危害性及严重性

肝炎是我国危害人体健康的比较普遍的一种传染病，尤其病毒性肝炎危害更严重。

(1) 发病人数多：全国甲肝病毒感染率为 71.11%，乙肝病毒感染率为 59.8%；乙肝表面抗原阳性者占全国人口的 11% 左右，有人估计约有 1.3 亿人。

我国病毒性肝炎现患率为 2.77%，年发病率为 0.95%。

慢性肝炎患病率为 1.059%，其中大部分是乙型肝炎。

每年新发病的临床型急性肝炎病人年发病率为 1.76%，每年约 6.71% 人被肝炎病毒感染，每年有 80~100 万人患急性乙型肝炎。

我国约有 1800 万人患慢性肝炎或肝硬化。

(2) 死亡率高：肝炎病人死亡率约为 2‰~3‰，每年约有 85.6 万人死于与病毒性肝炎有关的疾病。其中约有 25 万人死于与乙肝有关的肝硬化或肝癌。

(3) 爆发或流行：戊型及甲型肝炎易爆发或流行。

1988 年 1 月 19 日~3 月 18 日上海市甲肝流行，发病 29.23 万人，死亡 11 例。

1986 年 9 月~1988 年 4 月，新疆和田、喀什等地区戊型肝炎流行，发病 11.92 万人，死亡 717 人。

(4) 癌变：乙、丙、丁型肝炎治疗不及时，不得力，有的即发展成肝硬化及肝癌。全国肝硬化及肝癌的死亡人数每年约有 1.8 万人。HBsAg 阳性和抗-HBc 阳性是乙肝病毒感染的标

志。在肝癌患者中,HBsAg 和抗-HBc 阳性率显著地高于一般人群。据报道,江苏启东县曾检查 55 名 30 岁以下的肝癌病人,其中 53 人 HBsAg 阳性。1973 年~1988 年台湾省调查:在 48 名 3 至 14 岁的肝癌患者中有 31 人 HBsAg 阳性。在 30 名肝癌患儿母亲中有 28 人 HBsAg 阳性。

(5) 治疗病毒性肝炎没有特效抗病毒药:现在还没有发现哪一种药物能直接杀灭人体内的肝炎病毒,但是由于党和国家对防治的重视,我国医疗防疫的措施得力,急性肝炎大多很快治愈,转成慢性肝炎、肝硬化及肝癌的人毕竟是少数。

三、病毒性肝炎的病因

包括外因和内因。外因是嗜肝病毒感染，内因是不同程度的微循环障碍及免疫力下降。

(一) 外因

嗜肝病毒感染。其感染途径：甲、戊型肝炎主要经肠道传播。传染源是急性病人(包括轻型及亚临床型)及带病毒者，从粪便中排出病毒，直接或间接污染饮水及食物或通过密切的生活接触经口进入胃肠道。个别也可通过输血引起感染。乙、丙、丁型肝炎主要经肠道外传播。

1. 母婴传播

孕妇患有乙、丙、丁型肝炎或 HBsAg 阳性者有 30%~40% 将病毒经宫内、产程中及产后直接传播给婴儿，50% 的 HBsAg 阳性者由此产生。有人发现围产期感染乙肝病毒的新生儿 80% 为慢性携带者。幼儿期感染者 30% 为慢性携带者。这些人长大后随时都会发生急性肝炎或慢性肝炎，晚期发展成为肝硬化、肝癌。

2. 医源性传播

受乙、丙、丁型肝炎病毒污染的血液及其制品(血浆、蛋白等)输给健康者，使后者传染上肝炎。使用污染的未经过严格消毒的医疗器械、医疗用品，通过手术、注射、针刺、穿刺、抽液、采血、预防接种、皮试、局部封闭、拔牙等医疗操作传染给健康者。个别通过吸血昆虫传播。有人认为 HBsAg 阳性、HBeAg 阳性患者的血液即使稀释 100 万倍，注射给健康者也可发病。注射千

分之一毫升乙、丙、丁型肝炎病人的血液、血浆或组织液即可使健康者发生病毒感染。

在医院，医务人员病毒性肝炎感染率较正常人群高2至4倍。在医疗过程中，肝炎病人可能传染给其他病人或医务人员，携带乙肝病毒的医务人员也可能传染给其他病人。

3. 密切的生活接触

血液中含有乙、丙、丁型肝炎病毒者，其二便及其分泌物（唾液、泪液、精液、阴道分泌物、乳汁、胆汁、胃肠液、伤口渗出液、胸腔及腹腔积液、脓液、鼻咽分泌物等）均有传染性。因此，只要健康者有皮肤粘膜破损，又和病人密切接触，即可使病毒感染入血而患病。被乙、丙、丁型肝炎病毒污染的饮水、食物，使健康者经口带入胃肠道。如果消化道粘膜破损，胃、十二指肠溃疡出血，肠炎出血，痔出血等，均可感染。也可经眼结膜及破损的鼻腔粘膜感染。

（二）内因

是由多种原因造成机体不同程度的微循环障碍及免疫力下降。有的人虽然和病毒性肝炎病人密切接触，但不生肝炎，或生而速愈，不转成慢性，何也？外因通过内因而起作用。最常见的造成微循环障碍的原因有以下几种：

（1）有效循环血量不足。进流汁饮食太少，导致病毒及毒素不能有效地排出体外，临床表现为气血虚弱（气虚血虚）。

（2）肝胆湿热。可分为湿重于热、热重于湿、湿热并重3种情况。湿热阻滞而使肝胆及全身微循环障碍。

（3）肝郁气滞。长期精神紧张，情绪不稳，心情不舒畅（过怒、过忧、过愁、过思、过悲、过恐、过惊等），气血阻滞，气为血之帅，气不畅则血流不畅，而致血瘀，肝胆失所养。

（4）肝肾阴虚。肾属水，肝属木，水生木，肾为肝之母。肾阴

虚则不能滋润肝木，而致肝阴虚，重者则上热下寒（脐以上虚热，脐以下虚寒）而致肝炎。即使是由肝胆湿热、肝郁气滞形成的肝炎，也必伴或将伴肝肾阴虚。而肝肾阴虚必伴血瘀。

(5) 肝肾阳虚。

(6) 微量元素缺乏：以硒、锗、锌的缺少最常见。

(7) 预防不得力。许多人患肝炎是对预防注射肝炎疫苗、免疫蛋白不重视引起。

免疫力不足，常见原因：

(1) 由于上述7个原因造成微循环障碍而使免疫力下降。

(2) 长期使用免疫抑制剂。如肾上腺糖皮质激素（地塞米松、强的松、氢化可的松）、硫唑嘌呤、环磷酰胺、甲氨嘌呤、苯丁酸氮芥等。

(3) 新生儿、幼儿及老弱病残者，免疫力均较弱。

由于免疫力不足，感染病毒后无力对抗病毒，而患急慢性肝炎。

四、急性病毒性肝炎的速效治疗

早发现早治疗，以中药“肝炎速愈汤”为主，辅以适量的西药，是速效治疗的重要途径。

（一）早发现是关键

实践证明，早发现、早诊断、早治疗，只需很短时间，很少药物即可治愈，也不会转变为慢性肝炎。

如何早发现？笔者认为，一是从症状，二是看眼睛巩膜，三是对病毒性肝炎要提高警惕，发病初期不要漏诊。

病毒性肝炎的症状，一般为厌油、纳差、乏力。有的发热，甚至发高热。但是，许多人上述症状并不是缓慢出现的。有的突然出现食欲不振而被误诊为胃病。

有的伴吐泻而被误诊为急性胃肠炎。

有的伴恶寒、发热、头痛、咳嗽而被误诊为上呼吸道感染。

有的伴有上腹剧痛而被误诊为急腹症。

有的伴有寒颤、高热、黄疸、血白细胞总数增高而被误诊为急性胆管炎、胆囊炎、败血症。

有的伴有全身关节、肌肉酸痛而被误诊为风湿性关节炎。

有的伴有全身荨麻疹、斑丘疹而被误诊。

有的伴有寒颤、高热而被误诊为疟疾。

有的早期出现高热及神经系统症状而被误诊为脑炎、脑膜炎。

有的儿童什颈后淋巴结肿大而被误诊。

有的伴头晕、失眠、健忘而被误诊为神经衰弱。

有的腹胀、腹泻而被误诊为消化不良。

有的低热不退而被疑有结核、风湿等。

有的女病人伴有月经不调而被误诊为妇科病。

有的发现全身浮肿而做心、肺、肾功能检查及其他检查而把病毒性肝炎漏诊。

上述早期症状的鉴别诊断最关键的是看巩膜。一般黄疸型肝炎早期症状出现时即可见巩膜轻度或中度黄染。无黄疸型肝炎则可见巩膜混浊或见巩膜肝区有瘀斑。

但并非巩膜出现上述表现即可排除其他疾病，提高警惕，及时查尿三胆、查肝功能及肝炎免疫学特异指标即可区别。必要时还可采取其他检测手段以鉴别。这里最重要的是提高警惕，不要把病毒性肝炎漏诊了。

(二) 一般性治疗

包括低脂、以清淡饮食为主、适当运动及杜绝自身感染。

(1) 低脂饮食：肝脏功能之一是分泌胆汁，消化脂肪。若脂肪食入过多，则必加重肝脏负担，不利肝炎的恢复。

(2) 以清淡饮食为主：肝炎病早期，病人纳差，有效循环血量不足，这时应以清淡流汁、半流汁饮食为主，适当限制蛋白质摄入，这对防治重症肝炎也是关键措施之一。病情稳定后，仍以清淡饮食为主，饮食要多样化，营养要丰富。

(3) 适当运动：除急性肝炎发作初期及重症肝炎患者要卧床休息、减少活动外，非重症肝炎要适当运动。运动形式以各病情而异，应适度，不能过度劳累。

(4) 杜绝自身感染，所用衣物、食具等应反复消毒，避免自身重复感染，也可避免传染他人。

(三) 西医治疗

主要是使用1~2种抗病毒药及1~2种免疫调节药，纳差

者适当补液。有併发细菌或真菌感染者加用抗菌药物，并补充人体必需的维生素、酶及微量元素。

抗病毒药及免疫调节药很多，笔者常将聚肌胞和左旋咪唑合用，通常可取得较好疗效。

(1) 聚肌胞：本品能高效诱导细胞产生干扰素，抑制已感染的病毒的复制，加强吞噬细胞的活性，改善机体的免疫功能。用法：成人每次 1~2 支，肌肉注射，每周 2~3 次，儿童酌减。一般用药至肝功能及免疫学检测正常后停用。孕妇忌用。

(2) 左旋咪唑：本品是广谱抗线虫药，对蛔、钩、蛲、丝虫的感染均有效。临床应用后使患者排出肠道寄生虫，对通利肠道有好处，不少肝炎患者有肠道寄生虫，特别是蛔虫感染，驱虫后有利肝炎恢复。另外，本品又是免疫调节剂，可使细胞免疫力较低者得到恢复，还能非特异性地增加巨噬细胞数，并增强其吞噬功能，提高抗感染能力。

用法：驱蛔虫，每日每公斤体重 2.5 毫克，睡前顿服，必要时一周后再服一次。

用于增强免疫：50 毫克，一日两次，每周用药两日，儿童酌减。

(3) 补充多种维生素、酶及微量元素。

(4) 适量使用抗生素：由于肝脏和胃肠道通过肝管、胆管相通，所以肝炎患者合并细菌逆行感染肝胆的可能性是存在的。特别对于恶寒、寒颤、高热及呕吐腹泻的肝炎病人，适量使用抗生素是必要的。细菌还可以通过其他途径进入血液到达肝脏，有时还会合并霉菌感染。警惕有无合并细菌、真菌感染是治疗病毒性肝炎的重要一环。

(5) 适量补液：急性病毒性肝炎患者在发热、吐泻、纳差、进饮食不足或有重症肝炎先兆等情况下，应考虑输液、若病人进

饮食尚可,即应以中药为主治疗方是捷径。肝炎多有湿,避免输液过多是快速治愈的关键之一。

(四)中药“肝炎速愈汤”

1989年3月至1994年3月,笔者用自拟“肝炎速愈汤”治疗急性甲肝141人,其中2~14岁97人(男50人,女47人),15岁以上44人(男24人,女20人)。及时就诊者,一般小儿服3~5剂,成人6~8剂可愈,治愈率100%。

近5年用此方治疗急性乙肝69人,其中2~14岁24人(男12人,女12人),15岁以上45人(男24人,女21人)。就诊及时者,一般服8~10剂,个别服10~20剂可愈,治愈率达100%。而且均可将三阳[HBsAg(+), HBeAg(+), 总抗-HBe(+)]转阴。治愈时间3~6周,无一例转成慢性肝炎。

一般急性病毒性肝炎患者服“肝炎速愈汤”一剂后,进饮食及精神即见明显好转。

1. “肝炎速愈汤”组成(重量单位:克)

茵陈600 梔子10 生大黄10~50 厚朴10 枳壳10 香附10 木香10 郁金15 白芍30~50 龙胆草15 板蓝根30 大青叶30 神曲30 山楂30 内金30 麦芽30 连翘30 生甘草60 枸杞子60~100 茜草25。

随症加减:

(1) 此方生大黄用量以每日排大便两次为度。若腹泻重,体弱,则去生大黄。

(2) 阴虚内热重者加生地、知母、地骨皮、黄柏、白茅根等。

(3) 极度虚弱可加山萸肉,去大黄、厚朴。

(4) 血瘀重者加当归、丹参、乳香、没药、赤芍、川芎、地龙等。

(5) 热重者可加生地、知母、丹皮、生石膏等。

(6) 湿重者可加茯苓、猪苓、泽泻、苍术等。

(7) 寒湿者加活血化瘀药、温里药及利湿药。

(8) 遇左关脉弱者为肝阳不振，可加黄芪、桂枝等。

(9) 此方加减原则：不骤用大凉之药，恐所淤之血得凉而凝，转而不能消散，宜用连翘、栀子、茵陈等凉而能散之药。

上方为成人量，小儿或儿童则据体重折算剂量酌减。

用法：煎服。每日服3次，一剂可服4~5次。即一剂服一天半。一天开一剂。每天均要对病人认真体测，至少一次，以便调整中药剂量，适时发现有无重症肝炎的先兆表现。

2. 方解

(1) 舒肝利胆通二便，驱病毒外出是关键。

① 理气舒肝，提壶揭盖的中药：木香、麦芽、连翘、茵陈、郁金。

② 扩张胆道括约肌的中药有：木香、香附、厚朴、郁金。

③ 促进胆汁分泌的中药有：茵陈、栀子、大黄、郁金、枳壳。

④ 通利二便的中药有：茵陈(利小便)、大黄(利二便)、白芍(为阴虚有热，小便不利之要药)。

通利二便可将病毒排出体外。此外，利小便可预防肾衰，利大便可减少氨从肠道吸收，降血氨，可预防肝昏迷。

(2) 补肾阴

中医认为，肝属木，肾属水，水生木。肝恶燥喜润。肝炎必伴肾阴虚，肾阴虚又必致肝阴虚。方中主要用枸杞子强肾阴，以扶肝木之根。

(3) 活血化瘀，舒通微循环

肝炎必伴全身微循环不同程度的障碍。方中主要用山楂、郁金、茜草或加川芎、赤芍、当归、丹参、乳香、没药等药，有利于活血化瘀舒通微循环，可预防播散性血管内凝血。