

红斑狼疮中医临床研究

沈丕安 著

陈顺乐 审阅

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

红斑狼疮中医临床研究/沈丕安著. -北京: 人民卫生出版社, 1997
ISBN 7-117-02748-7

I. 红… II. 沈… III. 红斑狼疮-中医学: 临床医学-研究 IV. R259.932.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (97) 第 13314 号

红斑狼疮中医临床研究

沈丕安 著

人民卫生出版社出版发行

(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

中国科学院印刷厂 印刷

新华书店经销

850×1168 32 开本 7 $\frac{1}{4}$ 印张 197 千字

1997 年 12 月第 1 版 1997 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 00 001—3 000

ISBN7-117-02748-7/R·2749 定价: 11.50 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

从病毒性肝炎到肝硬变，最重要的治疗是：清除病毒、抑制肝内炎症和坏死、抗肝纤维化、促肝细胞再生、恢复肝脏的功能与代偿、防治并发症等。然而，以往的“保肝疗法”，对于病因学和发病学治疗，几乎无能为力。近年来，虽然开发了抗乙型肝炎病毒新药和免疫调节剂等，但因取效不显著或有副作用，远非理想。展望今后的治疗，微观上应以分子水平和亚微结构病理学的发病机理为基础；宏观上应重视整体疗法，恢复内环境平衡，诱发机体自愈抗病能力等。前者有赖于现代医学的研究，后者则属中医治疗学的特长。两相汇通，正显示中西医结合治疗学的优势。

中国医药学有悠久的历史，它所遵循的整体疗法、阴阳平衡、辨证施治，以及理、法、方、药以疏方的理论，实是治疗学指导思想之精粹。它所使用的清热解毒、疏肝解郁、健脾利湿、补气养血、滋补肝肾、活血软坚等法，更同肝病病机的发展，颇多相合。因此，中医药治疗肝病有效，确有客观基础。只是在这些方面，用现代科学方法进行系统的研究尚少。

我们从医30多年，自60年代起，转为中西医结合治疗肝病的研究：坚持以汇通中西医理论确定病机而立方用药；以动物实验和临床观察相结合来验证疗效与推理；按辨病、辨证、主方基础上加减法分型证治。相继研究出治疗急性肝炎的“急肝汤”、治疗慢性肝炎的“强肝汤”“强肝丸”、治疗肝硬变的“强肝软坚汤”，取得了良好疗效。强肝丸曾在1971年全国中草药成果展览会上展出，并在国内多家药厂生产出售。强肝软坚汤曾获1978年全国医药卫生科学大会奖和山西省科技成果奖。

1979年，我们将研究论文整理成册：《中西医结合治疗肝炎肝硬化的研究》。出版后，深得广大读者的欢迎，使作者受到莫大的鼓舞。本书脱销以来，不断收到要求再版的来信。为不辜负读者

所望,在人民卫生出版社同志的鼓励下现予以大修和增新为《中西医结合治疗肝病的研究》(第二版)。除扩大临床病例的总结外,还增加了肝纤维化与抗肝纤维化的研究进展、中药抗肝纤维化、肝硬变病机与治则、肝病的针灸疗法与气功疗法等。此外,在肝病常用中药简介中,既增加了药数,又补充了有关中药药理学研究方面的新资料;在肝病治疗问题讨论中,根据国内外最新报导,增加为60答问,以助从事肝病的青年医师面对这些棘手问题,开阔思路,遴选方法。

中西医结合工作,任重而道远。我们以肝病研究为起端,不揣陋简,忝作掇芹之献。但求中西合参,相济为用,不分畛域,择善面从。既扬国医学之瑰宝,又添活人之新术。然而,作者水平有限,时间仓促,编写中虽不敢苟忽,错误之处仍在所难免,欢迎读者不吝指正则幸甚。

韩经襄 李凤阁 1987年3月

山西省中医研究所 太原

序

狭义的肝病，多指肝炎肝硬变而言。中医言肝主两胁、主藏血、主疏泄，包括现代医学肝脏之意但又未能概其功能也。现代医学狭义之肝病究相当于中医何病乎？接近人临床之摸索，约相当于黄疸、胁痛、癥痞、臌胀等。至于脾功能亢进之齿龈出血，食道静脉曲张破裂之出血，则又属吐衄之范围。中医据中医之法治之而有效，以往则皆然。今之中医中西医结合者欲以祖国医学之经验，用之于今日认识之肝病进行研究观察，已见成效。韩经寰、李凤阁医师在中西医结合治疗肝病研究中，坚持以中医为主，中西医理论汇通，动物实验与临床观察、理论与实践相结合，以之为主导思想。其急肝汤、强肝汤、强肝软坚汤，均在中西医理论汇通下拟出之治则处方，临床上以辨病辨证加减而施治，确能收到良好效果，很值得进一步实践和推广研究。

本书在1980年出版后，颇受读者欢迎，不久即销售一空，纷纷致函要求再版。韩研究员等经近数年努力，将原书补充、提高，力求反映中西医结合治疗肝病的良好效果与前景，寄希望于未来。问序于余，余甚赞其思路与方法，特为之序。

姜春华

于上海医科大学附属中山医院

1987年2月

目 录

急肝汤治疗急性病毒性肝炎 353 例疗效观察	1
强肝汤（丸）治疗慢性肝损害的实验研究	12
强肝汤治疗慢性肝炎的临床观察	19
强肝汤治疗慢性肝炎中西医结合分型与证治	29
强肝软坚汤治疗肝硬变的实验研究	48
强肝软坚汤治疗失代偿期肝硬变疗效观察	60
肝纤维化与抗肝纤维化的研究进展	74
中药抗肝纤维化的探索与展望	100
肝硬变病机与治则中西医理汇通论说	115
针灸疗法在肝病中的应用	142
慢性肝脏病的气功疗法	146
治疗肝病常用中药的临床与现代研究简介	154
肝病治疗中若干疑难问题的讨论与答问	220
关于急性肝炎的治疗问题	220
关于慢性肝炎的治疗问题	226
关于肝硬变的治疗问题	236
关于中医中药治疗肝病的若干问题	259

急肝汤治疗急性病毒性肝炎

353 例疗效观察

急性病毒性肝炎至今尚无特效疗法^[1]。但机体通过免疫功能的调节，以及肝细胞强大的再生力，病变多能自限。这常使人们过分乐观地强调其自然愈复性^[2]。然而，大量肝活检追踪表明，急性肝炎约有10~30%的病人在一年后转成慢性肝炎^[3]。另有资料报道，西药“保肝疗法”治疗急性肝炎，未必能保证完全康复，多数情况下，病人带着残留症状出院^[4]。一度临床好转后又复发。特别是急性乙型或非甲非乙型病毒性肝炎。

为了消除症状，改善体征，缩短病程，恢复肝功能，防止复发与慢性化，对急性病毒性肝炎，积极探索有效疗法，仍是一个很重要的问题。

祖国医学治疗黄疸和肝病具有丰富的经验。我们根据急性病毒性肝炎的病机制订了“急肝汤”。本着应用主方，随证略有加减的原则，治疗急性病毒性肝炎 353 例，取得了良好的疗效。兹总结如下：

一般资料

一、病例选择标准

(一) 近期典型发病：发烧、乏力、食欲不振（或厌油）、恶心或呕吐、腹胀、腹泻、肝区痛、尿黄或黄疸等。

(二) 肝脾肿大：肝脏肿大在右锁中线肋缘下2厘米以上，或伴同脾脏肿大。

(三) 肝功能损害：血清谷丙转氨酶120单位以上（GPT正常<35单位）；血清麝香草酚浊度试验8单位以上（TTT正常<6单位）、血清麝香草酚絮状试验“+”以上（TFT正常+~ -）。

(四) 连续服药：最少不低于10剂（10天），最多不超过90剂

(3个月)。

二、分组情况

(一) 儿童组: 共249人。男146人, 女103人, 其中黄疸型137人, 无黄疸型112人。年龄分布是: 3岁以内20人; 3⁺~8岁154人; 8⁺~14岁75人。

(二) 成人组: 共104人。男54人, 女50人。其中黄疸型48人, 无黄疸型56人。年龄分布是: 14⁺~25岁32人; 25⁺~45岁63人; 45⁺~65岁9人。

各组病程分布见表1。

表1 各组病人的病程分布

病 程			< 1 周	1~ 2 周	2~ 3 周	3~ 4 周	4~ 8 周	总 计		
儿 童 组	黄 疸 型	男	34	20	14	9	6	83	137	249
		女	21	13	7	11	2	54		
	无 黄 疸 型	男	23	10	8	13	9	63	112	
		女	11	10	9	13	6	49		
成 人 组	黄 疸 型	男	6	4	5	6	6	27	48	104
		女	7	4	4	3	3	21		
	无 黄 疸 型	男	4	6	4	7	6	27	56	
		女	6	5	1	11	6	29		
353										

治 疗 方 法

一、方剂组成与适应证

(一) 急肝汤的组成: 茵陈15~60克 白茅根15~30克 黄芩3~13克 龙胆草3~13克 板蓝根10~20克 白术3~13克 山楂6~20克 神曲5~10克 甘草3~10克

(二) 适应证: 急性病毒性肝炎, 病初主要表现为湿热型。临

床特征是：急性发病，多在4~6周以内。起病急，发烧、纳呆、恶心、厌油、脘腹胀、尿短赤，或目黄染。热偏重者，发烧明显，口干欲饮，大便干，苔黄或黄腻，脉数、弦数或滑数；湿偏重者，多有头重，身沉困，口干不欲饮，大便溏，苔黄白或白腻，脉濡数，滑缓或濡缓。肝功能明显损害，或单项GPT高，或GPT、TTT、TFT三项均高。

二、随证加减

(一) 病人以热重为主者，酌加银花、大黄、败酱草、蒲公英、栀子等。以湿重为主者，酌加苍术、茯苓、土茯苓、车前子、藿香、陈皮等。

(二) 若病人湿热现象已逐渐消退，应将清热的苦寒药量酌减。若出现肝郁（胁痛、纳呆、胸脘闷等）酌加柴胡、白芍、郁金、川楝子、香附等。若出现脾湿（恶心、纳呆、腹胀、便溏等）酌加苍术、厚朴、苡米、佩兰、枳壳、白蔻仁、党参、陈皮等。

(三) 若病人已进入恢复期，湿热现象已基本消退。此时应将清热利湿药减少，酌加当归、白芍、丹参、郁金、生地、旱莲草、柴胡、陈皮、谷麦芽等。意在疏肝健脾，养血柔肝，滋阴清热，以善其后。

三、投药方法

投给病人急肝汤，每日一剂，水煎分两次服。根据年龄、病期、主证，用量及药味可酌情加减。但在发病初一个月内，急肝汤主成分不宜变化太大。

结 果

一、疗效标准

(一) 临床治愈：主要症状消失；肝脏肿大恢复正常，或回缩到右肋下1横指以内稳定不变；脾肿大恢复正常，或回缩到右侧卧位肋下刚可触及；肝功能恢复正常（复查两次）。

(二) 好转：症状基本消失或明显好转；肝、脾不同程度的回缩；肝功能好转或轻度异常（肝功能下降到原高出正常值的1/2以下）。

(三) 无效;症状轻度好转或不变;肝、脾肿大无明显好转;肝功能无明显好转。

二、治疗结果

儿童组 249 例中, 临床治愈 245 人, 占 98.4%; 好转 3 人, 占 1.2%; 无效 1 人, 占 0.4%。总有效率 99.6%。经统计学处理 ($P_{0.95} = \bar{P} \pm t_{0.05df} S\bar{P}$), 儿童组临床治愈率的疗效置信限, 在 95% 把握度下, 介于 82~100% 之间。

成人组 104 例中, 临床治愈 93 人, 占 89.4%; 好转 7 人, 占 6.7%; 无效 4 人, 占 3.9%。总有效率 96.1%。经统计学处理, 成人组临床治愈率的疗效置信限, 在 95% 把握度下, 介于 83~95% 之间。

从治愈率看, 儿童组高于成人组 ($P < 0.01$)。

服药剂数同疗效的关系见表 2。

表 2 两组疗效同服药剂数的关系

服药剂数	儿 童 组						成 人 组					
	临床治愈		好 转		无 效		临床治愈		好 转		无 效	
	黄疸型	无黄疸型	黄疸型	无黄疸型	黄疸型	无黄疸型	黄疸型	无黄疸型	黄疸型	无黄疸型	黄疸型	无黄疸型
10~20	26	33					6	14				
21~30	53	46					13	18				
31~40	34	22					11	6				
41~50	16	3					3	4				
51~60	1						4	2				
61~70	3	4					2	2				
71~80	2	1					4	3				
81~90		1	1	2	1		1		3	4	1	3
总 计	135	110	1	2	1		44	49	3	4	1	3
	245		3		1		93		7		4	
百分率	98.4%		1.2%		0.4%		89.4%		6.7%		3.9%	

治疗后两组病人主要症状与体征的变化见表 3。

表 3 治疗后两组病人主要症状与体征的变化

	儿 童 组						成 人 组					
	例数	消 失		好 转		不 变	例数	消 失		好 转		不 变
		例数	%	例数	%			例数	%	例数	%	
全身乏力	247	241	97.6	6	2.4		102	88	86.3	14	13.7	
食欲不振	242	225	93.0	17	7.0		101	92	91.1	9	8.9	
肝区痛	145	138	95.2	5	3.4	2	67	46	68.7	15	22.4	6
腹 泻	81	77	95.1	3	3.7	1	29	26	89.7	2	6.9	1
腹 胀	108	103	95.4	4	3.7	1	75	63	84.0	7	9.3	5
恶 呕	177	176	99.4	1	0.6		92	90	97.8	2	2.2	
头 痛	72	69	95.8	2	2.8	1	47	40	85.1	2	4.3	5
发 烧	103	103	100.0				38	38	100.0			
黄 疸	137	137	100.0				48	48	100.0			
肝肿大	249	160	64.3	88	35.3	1	104	88	84.6	16	15.4	
脾肿大	78	60	76.9	17	21.8	1	26	19	73.1	3	11.5	4

治疗后肝功能的变化见表4。

儿童组肝功能异常者249例，治疗后完全恢复正常者245例，占98.4%；好转者3例，占1.2%；无好转者1例，占0.4%。成人组肝功能异常者104例，治疗后恢复正常者93例，占89.4%；好转者7例，占6.7%；无好转者4例，占3.9%。在肝功能复常率上，儿童组优于成人组（ $P < 0.01$ ）。

表4 治疗后各组病人肝功能的变化

肝 功 异 常	儿 童 组						
	例 数	恢复正常		好 转		无好转	
		例 数	%	例 数	%	例 数	%
GPT、TTT、TFT	221	219	99.1	2	0.9		
TTT、TFT	13	12	92.3			1	7.7
GPT	15	14	93.3	1	6.7		
总 计	249	245	98.4	3	1.2	1	0.4
肝 功 异 常	成 人 组						
	例 数	恢复正常		好 转		无好转	
		例 数	%	例 数	%	例 数	%
GPT、TTT、TFT	55	51	92.7	3	5.5	1	1.8
TTT、TFT	17	15	88.2	1	5.9	1	5.9
GPT	32	27	84.4	3	9.4	2	6.2
总 计	104	93	89.4	7	6.7	4	3.9

典 型 病 案

〔例一〕 尹××，男，12岁，学生。1974年7月23日来诊。患者一周前发烧，曾服银翘解毒丸未效。进而食欲不振，厌油，恶心并呕吐两次。近日内全身乏力、头晕、心窝区不适、口苦、尿色深黄，两日来未大便。查体呈急性病容。巩膜黄染。T. 37.5℃，舌质红，苔黄腻，脉弦数。肝在右肋下1.5指，质充实有压痛。脾在左肋下刚及边，质软。GPT 640单位，TTT 16单位，TFT 卅，黄疸指数20单位。临床诊断为急性黄疸型肝炎。证属

湿热型（热偏重）。投以急肝汤治疗：

茵陈35克 黄芩9克 龙胆草9克 板蓝根12克 败酱草15克 白茅根30克 白术6克 茯苓9克 山楂9克 神曲9克 甘草6克

患者服药7剂后，食欲好转，不恶心，体温正常，尿黄减轻，但大便一日三次，稍稀。再拟方：

茵陈30克 黄芩6克 龙胆草6克 板蓝根12克 白茅根30克 焦术9克 茯苓9克 山楂9克 神曲9克 甘草6克

患者又服7剂，大便正常，食欲增加，尿黄进一步减轻，但易出汗。再改方：

茵陈30克 黄芩6克 龙胆草6克 板蓝根10克 白茅根20克 白术6克 茯苓9克 浮小麦30克 山楂9克 甘草6克

患者又服上方10剂，多汗已止，精神、食欲皆好，巩膜黄染消失，苔薄白，脉弦缓。再改方：

茵陈20克 黄芩3克 龙胆草3克 白茅根15克 白术6克 茯苓6克 白芍6克 生地6克 山楂6克 甘草3克

患者继服上方6剂，诸症基本消失，肝脾已触不到，肝功能恢复正常。为巩固疗效再拟方：

当归6克 白芍6克 丹参10克 郁金3克 板蓝根10克 党参6克 白术3克 茯苓6克 茵陈9克 生地6克 神曲6克 甘草3克

患者又服上方7剂，诸症消失，复查肝功正常，于病后一个半月复学，随访8年未复发，肝功一直正常。

〔例二〕李××，男，24岁，1974年3月5日来诊。患者十多天来自觉全身困倦，食欲不振，轻度恶心但未呕吐，曾服健胃药未效。近日来，心窝区胀闷，大便秘，一日两次，无脓血，不发烧，头晕，口干不欲饮，尿黄。查体为急性病容，巩膜不黄染，舌苔白腻，脉弦滑。肝在肋下1.5指，质地充实不硬，表面光滑，有轻压痛。脾在右侧卧位肋下0.5指，质软。GPT 620单位，TTT 10单位，TFT++，黄疸指数5单位。临床诊断为急性无黄疸型肝炎，证属湿热型（湿偏重）。给以急肝汤加减：

茵陈30克 黄芩9克 白茅根30克 板蓝根15克 苍术9克
茯苓10克 神曲9克 陈皮6克 龙胆草9克 甘草6克

患者服上方10剂，精神明显好转，食欲增加，尿量增加，大便一日一次，稍软。尚口干。上方去苍术改白术9克，加莲子肉9克，苡米30克。

继服以上变方8剂，便已不软，口干好转，有时胃区不适。
再拟方：

茵陈25克 黄芩6克 白茅根20克 板蓝根12克 白术9克
茯苓9克 白蔻仁5克 麦芽10克 山楂10克 甘草6克

继服上方10剂，患者胃区无不适，食欲正常，尿不黄，偶有肝区不适。服药近30剂时，复查肝功已正常。肝在肋下0.5指，质软；脾已触不到。活动多时易出汗。再拟下方：

当归6克 白芍6克 丹参12克 柴胡6克 党参6克 白术6克 茯苓9克 生地9克 板蓝根10克 浮小麦30克 茵陈9克 甘草5克

上方，服三剂停一天，继服10剂。一月后再次复查肝功仍正常。休息到病后两个半月，上班工作。治愈后随访七年，未复发。

讨 论

急性病毒性肝炎是很常见的病。往往起病急，症状重，传染性强。现代医学，尽管对急性病毒性肝炎的血清学和流行病学方面，研究进展很快，但对其治疗，却无明显进展^[1]。我们使用急肝汤治疗，儿童组临床治愈率为98.4%；成人组临床治愈率为89.4%。绝大多数病人在40剂内治愈。结果表明，急肝汤对缩短病程，消除症状，改善体征，恢复肝功能等，具有良好的效果。

中医学虽无病毒性肝炎这一病名，但早有黄疸病的记述。《景岳全书·杂证谟·黄疸》中说：“阳黄证，因湿多成热，热则生黄……宜清火邪，利小便，湿热去而黄自退”。表明治阳黄，应以清热利湿为主。

急性黄疸型肝炎多似阳黄，急性无黄疸型肝炎则可能包括在

中医的“肝郁”、“胁痛”、“肝脾不和”或“肝胆郁热”等证中。

目前，中医对急性黄疸型肝炎的治法虽多，但多以张仲景的“茵陈蒿汤”、“茵陈五苓散”、“栀子柏皮汤”等清热利湿剂为主加减，效果尚好。对于急性无黄疸型肝炎，目前尚无既定的疗法可循。

我们通过临床实践发现，急性病毒性肝炎无论黄疸型或无黄疸型，发病初期多有不同程度的湿热象（黄疸型较明显）。随着病情的迁延或缓解，湿热象逐渐减退，而出现肝郁、胁痛、肝胃（脾）不和，乃至肝肾阴虚等现象。故治疗急性肝炎时，病初多以清热利湿为主，稍后，则在清热利湿的基础上，酌加疏肝健脾药。至恢复期或巩固疗效阶段，则应减少苦寒药，着重保护脾胃之阳，滋养肝肾之阴，使余邪尽去而正不虚。可概括为：“病初多湿热，病迁多肝郁，早期重清利，后期调肝脾，苦寒当适度，邪去正不虚”。据此原则，所制订的“急肝汤”，即以清热、利湿、退黄为主，兼有健脾、消食、解毒作用。

治疗中，以急肝汤原方为主，随证略有加减，但主方不应更动太大。若病期已逾6周以上，表现为肝郁脾湿、余热未尽者，可在急肝汤主方上加减，以疏肝、健脾、清热为主，兼以养血、活血。病至恢复期，原方中苦寒药应进一步减量，此时应以益气、养阴、补脾为主，兼以疏肝、清热、渗湿。若少数病人超过3个月仍未恢复，有迁延倾向者，可参照我们发表的强肝汤疗法^[5]。

急性病毒性肝炎按病原学分类，可分为甲型、乙型和非甲非乙型。甲型易“自限”，预后良好。乙型和非甲非乙型，发生重症肝炎或慢性化的比率均高。

据日本学者报道，急性肝炎在6个月内治愈者为60~75%^[6]。多数病人在3个月内逐渐恢复^[7, 8]。大约10~30%病人转成慢性肝炎^[3]。（国内估计约为10~15%^[8]）。另有报道^[9]，散发性急性肝炎中，甲型肝炎超过3个月以上才恢复者尚有4%（谷川，1982）或19%（铃木，1981）。急性乙型肝炎中，一过性（HBsAg+）感染型，超过三个月未恢复者尚有6%（谷川，1982）或17%（铃木，1981）；而持续（HBsAg+）感染型，超过一年仍未恢复者

可达80% (鈴木, 1981)。急性非甲非乙型肝炎, 三个月以上未恢复者有22% (谷川, 1982) 或42% (清沢等, 1981)。

本文未做病原学分类观察, 有待今后进一步研究。但从表2可见, 超过三个月未治愈者, 353例中只有15例, 占4.2%。无论如何比较, 也能显示出急肝汤在缩短病程、消除症状、改善体征、恢复肝功能等方面的优越性。

关于急肝汤的疗效原理, 尚待进一步研究。可以推测, 急性病毒性肝炎的治愈, 必是通过肝内病毒的清除、炎症的消退、抗肝细胞变性与坏死, 促肝细胞再生与修复, 以及调整机体免疫功能等实现的。急肝汤或许是通过上述诸环节起作用, 有待进一步证实。

小 结

本文总结了急肝汤治疗急性病毒性肝炎 353 例 (儿童249人, 成人104人)。在不超过三个月的治疗中, 儿童组临床治愈率98.4%, 好转率1.2%, 无效率0.4%; 成人组临床治愈率89.4%, 好转率6.7%, 无效率3.9%。绝大多数病人在40剂 (天) 内治愈, 显示了良好的疗效。

我们对急性病毒性肝炎的病机认识和用药原则是: “病初多湿热, 病迁多肝郁, 早期重清利, 后期调肝脾, 苦寒当适度, 邪去正不虚”。急肝汤的组成和使用, 正符合这一治则。

(韩经寰 李凤阁)

参 考 文 献

- [1] Seeff, L. B.; Diagnosis, Therapy and Prognosis of Viral Hepatitis, in: Zakim, D. and Boyer, T. D. (eds); Hepatology; A Textbook of liver disease. Philadelphia, Saunders, 1982, P.P. 911-955
- [2] Grady, G. F. et al; Treatment of acute hepatitis, Modern treat., 6(1):123, 1969
- [3] 市田文弘: 急性肝炎 (含副症肝炎), 综合临床, 33(5):946, 1984

- [4] Лебелев, С. Н., Клинико-физиологические тесты в оценке Вызд овления при вирусном гепатите,Клин.Мед., (2):71, 1973
- [5] 韩经寰 李凤阁: 中西医结合治疗肝炎肝硬化的研究, 北京, 人民卫生出版社, 1980年, 第13~29页
- [6] 市田文弘等: 肝炎の予後に影响する因子, 形態学的特徴——急性肝炎, 綜合臨床, 21(10):2353, 1972
- [7] 鈴木宏等: ウイルス肝炎, 東京, 医学書院, 1976. pp. 118~119
- [8] 周庆均等: 病毒性肝炎, 北京, 人民卫生出版社, 1980, 第456~458
- [9] 古田精市等: ウイルス肝炎, 日本臨床,(春季増刊):516, 1983