

现代中医必备丛书

总主编 王之虹

传染病

临床诊治

主编 刘铁军

科学技术文献出版社



现代中医必备

丛书

传染病

临床诊治

主 编 刘铁军
副主编 高 蕾 杨玉洁 刘 丽
编 者 周志益 张景洲 金学洙
孙 刚 邓厚波 霍丹丹
张 鹏 张 莹 于洪涛
魏晓冬 刘扬扬



科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

传染病临床诊治/刘铁军主编.-北京:科学技术文献出版社,2006.1

(现代中医必备丛书)

ISBN 7-5023-5181-7

I. 传… II. 刘… III. 传染病-中医治疗法 IV. R259.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 137000 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)58882909,(010)58882959(传真)

图书发行部电话 (010)68514009,(010)68514035(传真)

邮 购 部 电 话 (010)58882952

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 李 洁

责 任 编 辑 李 洁

责 任 校 对 赵文珍

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京高迪印刷有限公司

版 (印) 次 2006 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 787×960 16 开

字 数 496 千

印 张 28.25

印 数 1~5000 册

定 价 42.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书对临床中医生碰到的各类传染病的诊治进行了全面介绍。全书以病为纲,每种病都述及其概念、病因病机、诊断、辨证论治、古方今用、中成药治疗、其他治疗方法、现代名家经验、验案举例、现代研究。内容全面,叙述清晰、简练,包括了临床中医生临证所需的知识、经验和资料,是临床中医师必备的工具书。

本书适合传染病科医师、医学院校师生阅读。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

现代中医必备

丛书编委会

总 主 编 王之虹

副总主编 曲晓波 王富春

主 编 黄永生 宫晓燕 盖国忠 赵建军
陈立怀 赵文海 魏丽娟 姜 喆
刘铁军 韩 梅 韩万峰 朴志贤
景 瑛 周建华 李 磊 李新建



前 言

祖国医学，源远流长，它与中华民族文化同源共生。伏羲制九针，神农尝百草，轩辕易结绳，共为三皇始祖。几千年来，中医药为我国人民的生存与繁衍发挥了凸显的作用。随着时间的推移，祖国医学所具有的独特优势，为海内外医学界所瞩目，并已发展成为世界医学的重要组成部分。继承和发扬祖国宝贵的文化遗产，使其更好地为人类健康服务，是我们广大医务工作者义不容辞的责任。

为了充分展示中医临床优势与特色，全面系统总结现代中医临床的新技术、新方法、新成果，更好地推动现代中医临床工作的开展，为广大患者解除病痛。我们组织了长春中医学院及其他兄弟院校的各临床学科带头人，以及具有丰富临床经验的专家、教授，共同完成了《现代中医必备丛书》的编撰工作。

本套丛书以临床各科为主，分为传染病、急症、呼吸病、心血管病、消化病，泌尿病、血液病、内分泌代谢病、肾脏病、神经内科病、外科病、肛肠病、皮肤病性病、损伤与骨疾病、骨折与脱位疾病、妇科病、儿科病、眼病、耳

鼻咽喉病等中医临床专著。每部著作均以临床各类疾病为章，下设：概念、病因病机、诊断、辨证论治、古方今用、中成药治疗、其他疗法、现代名家经验、验案举例、现代研究等栏目。论述详尽，内容丰富，中西汇通，实用性强，充分体现了中医辨证论治的特色。理法相应，结构完整，是现代中医临床必备的参考书。

本套丛书适用于各级、各类医院临床工作者，是广大医务工作者、医学院校学生学习提高的重要参考著作，对于广大患者也具有极大帮助。

由于编写本套丛书的时间紧，工作量较大，难免存在不足之处，敬请广大读者提出意见和建议，以便今后进一步修改和完善。

王之虹

2005年10月于长春

目 录

第1章 急性病毒性肝炎	(1)
第2章 慢性病毒性肝炎	(18)
第3章 重型肝炎	(40)
第4章 流行性感冒	(58)
第5章 流行性腮腺炎	(77)
第6章 流行性乙型脑炎	(93)
第7章 流行性出血热	(112)
第8章 登革热	(129)
第9章 艾滋病	(140)
第10章 带状疱疹	(159)
第11章 传染性非典型肺炎	(180)
第12章 细菌性痢疾	(195)
第13章 伤寒与副伤寒	(212)
第14章 白喉	(227)
第15章 百日咳	(240)
第16章 肺结核	(254)
第17章 流行性脑脊髓膜炎	(273)
第18章 败血症	(284)
第19章 感染性休克	(299)

第 20 章	支原体肺炎	(310)
第 21 章	疟疾	(324)
第 22 章	肠阿米巴病	(337)
第 23 章	蛔虫病	(350)
第 24 章	血吸虫病	(364)
第 25 章	囊虫病	(380)
第 26 章	淋病	(390)
第 27 章	梅毒	(403)
第 28 章	非淋菌性尿道炎	(418)
第 29 章	滴虫病	(434)

第1章

急性病毒性肝炎

1 概 念

急性病毒性肝炎是由多种肝炎病毒引起的,以肝脏的急性炎症和坏死病变为主要特征的一组传染病。临床上以疲乏无力、食欲减退、恶心呕吐、肝肿大及肝功能异常为主要表现,部分病例可出现发热和黄疸。急性病毒性肝炎临床上可分为急性黄疸型肝炎和急性无黄疸型肝炎。祖国医学虽无病毒性肝炎的病名,但类似的论述较多,散见于“黄疸”、“胁痛”、“郁证”、“积聚”、“鼓胀”、“疫毒”等。

2 病因病机

2.1 中医学认识

无论急性黄疸型肝炎或急性无黄疸型肝炎其病因均为湿热所致,但二者病机有所区别。

感受湿热疫毒之邪,蕴积中焦,侵犯脾胃,熏蒸肝胆,致肝脏失于疏泄,胆汁不循常道,外溢肌肤,下注膀胱,出现目黄、肌黄、小便黄,从而形成急性黄疸型肝炎。若湿热疫毒入侵,中阻脾胃,肝气郁滞,肝脾失和,可发为急性无黄疸型肝炎。

2.2 西医学认识

经研究表明,引起急性病毒性肝炎的肝炎病毒有7种,即甲型肝炎病毒(HAV)、乙型肝炎病毒(HBV)、丙型肝炎病毒(HCV)、丁型肝炎病毒(HDV)、戊型肝炎病毒(HEV)、庚型肝炎病毒(HGV)和TTV新型肝炎病毒。从病原学来看,7型肝炎病毒中除乙肝病毒和TTV肝炎病毒为去氧核糖核酸病毒外(即DNA病毒),其余5型均为核糖核酸病毒(即RNA病毒),而此5种RNA病毒又各有不同。

急性病毒性肝炎的发病机理,各型有所不同。甲型和戊型肝炎经粪-口途径传播,有季节性,可引起暴发流行,一般不转为慢性。甲型肝炎病毒经口进入人体后,由肠道进入血循环,到达肝脏,通过胆汁排入肠道并出现于粪便之中。HAV引起

肝细胞损伤的机制尚未充分明了,除 HAV 对肝细胞的直接损害外,机体的免疫反应也起重要作用。戊型肝炎所致的肝细胞损害可能由细胞免疫反应所介导,可能不是 HEV 本身引起。而乙、丙、丁、庚、TTV 型肝炎主要经血液传播,无季节性,多为散发,可转为慢性。HBV 感染人体后,所引起的肝脏和其他脏器病变,以及疾病的发生、发展,并非病毒本身所致,主要与机体免疫应答所致的免疫损害有关。目前对丙型肝炎肝细胞损害的机理,多倾向于细胞毒 T 细胞介导的细胞免疫反应。抗体依赖性细胞毒(ADCC)效应也可能参与其中。HDV 是一种缺陷的 RNA 病毒,依赖于 HBV 的存在,丁型肝炎常于乙型肝炎混合感染,其致病可能与 HDV 对肝细胞的直接损害有关,另外免疫系统也参与其中。有关庚肝及 TTV 肝炎的研究刚刚起步,有人认为庚肝病毒只是一个“过路病毒”或“旁观者”,二者的发病机理有待进一步观察总结。

3 诊 断

3.1 诊断要点

3.1.1 流行病学

有与病毒性肝炎患者(特别是急性期)同吃、同住、共同生活,或经常接触肝炎病毒污染物,或进食被污染的未煮熟的海产品等;或接受过输血、血浆、血制品及使用被污染的注射器、针头、医疗器械、针刺治疗、免疫接种等;或有性接触而未采取防护措施者。

3.1.2 临床表现

(1)急性黄疸型肝炎可发生于以上 7 种病毒性肝炎中的任何一种,以甲型、戊型肝炎多见。典型病例的临床表现为:

①黄疸前期:起病急,有畏寒、发热、周身乏力、食欲不振、厌油腻、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、肝区痛、尿色逐渐加深,甚则呈浓茶样。少数病例以发热、头痛、上呼吸道症状等为主要表现。本期持续 1~21 天,平均 5~7 天;

②黄疸期:自觉症状可有所好转,发热减退;但尿色继续加深,巩膜、皮肤出现黄染,约于 2 周内达高峰。可出现大便颜色变浅、皮肤瘙痒、心动过缓等梗阻性黄疸的表现。肝肿大至肋下 1~3 cm,有充实感,有压痛及叩击痛,部分病例有脾肿大。本期持续 2~6 周;

③恢复期:黄疸逐渐消退,症状减轻以至消失,肝、脾回缩,肝功能逐渐恢复正常。本期持续 2 周至 4 个月,平均 1 个月。

甲型病毒性肝炎的潜伏期平均为 30 天(15~45 天)。急性甲型肝炎临床表现

的如上阶段性较为明显,总病程约2~4个月。乙型肝炎潜伏期平均为70天(30~180天)。急性乙型病毒性肝炎起病较慢,常无发热,在黄疸前期免疫复合物病样表现如皮疹、关节疼痛等较急性甲型肝炎常见。其他表现与甲型肝炎相似,但部分可转变为慢性肝炎。丙型肝炎潜伏期平均为50天(15~150天)。急性丙型肝炎表现与乙型肝炎相似但较轻,黄疸发生率及转氨酶升高程度较乙型肝炎为低,但慢性型发生率很高,约有50%以上的患者转为慢性。丁型肝炎潜伏期尚未确定,可能相当于乙型肝炎的潜伏期。急性丁型肝炎的表现分为两种形式:①与HBV同时感染,临床表现与急性乙型肝炎相似,恢复后仅5%以下转为慢性;②在HBV感染基础上感染HDV,称为重叠感染。急性HDV重叠HBV感染时病情往往加重,容易转为重型肝炎,恢复后约70%转为慢性。戊型肝炎潜伏期平均为40天(10~70天)。急性戊型肝炎临床表现与急性甲型肝炎相似,但瘀胆症状较为常见,病情较为严重,尤其是妊娠后期合并HEV感染者,容易发展为重型肝炎。HBV感染者重叠感染HEV时也容易发展为重型肝炎。急性庚型肝炎和TTV肝炎的流行状况及临床特点尚待观察总结。

(2)急性无黄疸型肝炎亦可发生于以上7种病毒性肝炎中的任何一种,由于无黄疸而不易发现,是一种轻型的肝炎,发生率远高于黄疸型肝炎,成为更重要的传染源。

3.2 辅助检查

3.2.1 肝功能异常

化验检查有血清谷丙转氨酶、谷草转氨酶、碱性磷酸酶、谷酰转肽酶、胆红素等可有不同程度的升高。

3.2.2 病原学检查

凡具备急性肝炎表现,并在血清中检出抗-HAV-IgM,可确诊为甲型肝炎。若有以下任何一项阳性则可诊断为乙型肝炎:①血清HBsAg阳性;②血清HBeAg阳性或HBVDNA阳性;③血清抗-HBc-IgM阳性。若在血清中检出抗-HCV阳性或HCVRNA阳性,可诊断为丙型肝炎。若血清HBsAg阳性,而同时血清HDVAg、抗-HDV阳性或HDVRNA阳性者,可诊断为丁型肝炎。若血清抗-HEV-IgM阳性,可诊断为戊型肝炎。

凡符合急性病毒性肝炎诊断条件者,血清胆红素 $17.1\mu\text{mol/L}$ 以上,或尿胆红素阳性,且除外其他原因引起的黄疸,可诊断为急性黄疸型肝炎。否则为急性无黄疸型肝炎。

3.3 鉴别诊断

3.3.1 溶血性黄疸

有药物或感染的诱因,常有红细胞本身缺陷,有贫血、血红蛋白尿、网织红细胞增多,血清间接胆红素测定升高,小便中尿胆原增多。

3.3.2 肝外梗阻性黄疸

胆囊肿大及肝肿大较常见,肝功能改变较轻,有原发病的症状、体征,如胆绞痛、Morphy 征阳性、腹部肿块等,实验室检查可见碱性磷酸酶和胆固醇显著上升,X 线及超声检查可发现胆石症、肝内胆管扩张、肝内外肿块等。

3.3.3 其他原因引起的肝炎

其他病毒(如 EB 病毒、巨细胞病毒等)、细菌、钩端螺旋体、立克次体感染均可引起肝脏损害,出现肝肿大、黄疸等,可根据原发病的临床特点和理化检查来进行鉴别。

3.3.4 药物性肝损害

有用药史,急性肝损伤可发生于摄入已知肝毒性药物后数天内,或服用激发免疫变态反应性药物数周后。临床上可伴有发热、皮疹、关节痛等表现。急性肝细胞损伤时,转氨酶(AST、ALT)和乳酸脱氢酶可高于正常 10~100 倍,而碱性磷酸酶水平却很少高于正常 3 倍,血清胆红素可升高也可不升高,可有嗜酸性粒细胞增多。

4 辨证论治

4.1 辨证纲目

本病辨证,应根据临床是否出现黄疸而分为黄疸型和无黄疸型两种。

4.1.1 急性黄疸型肝炎

(1)热重于湿:身目俱黄,黄色鲜明如橘色,口干口苦,恶心厌油,脘腹胀满,大便秘结,小便黄赤,舌红,苔黄腻,脉弦数或滑数。

(2)湿重于热:身目俱黄,面色晦暗不鲜明,头重身困,倦怠乏力,胸脘痞闷,纳呆便溏,舌苔厚腻微黄,脉弦缓或濡缓。

4.1.2 急性无黄疸型肝炎

(1)湿阻脾胃:脘闷不饥,肢体困重,倦怠嗜卧,或见浮肿,口中黏腻,大便溏泻,苔腻,脉濡缓。

(2)肝郁气滞:胁肋胀痛,胸闷不舒,善太息,情志抑郁,不欲饮食,或口苦喜呕,头晕目眩,脉弦,苔白滑;妇女月经不调,痛经或经期乳房作胀。

4.2 审因论治

急性黄疸型肝炎以清热利湿退黄为主;无黄疸型肝炎以健脾利湿行气为宜。

4.2.1 急性黄疸型肝炎

(1)热重于湿:清热利湿,解毒退黄,以茵陈蒿汤加减。茵陈蒿 30 g,栀子 10 g,大黄 6 g,黄芩 10 g,金钱草 20 g,蒲公英 15 g,板蓝根 20 g,赤芍 15 g,虎杖 15 g,滑石 10 g,车前草 15 g。

本方清热利湿退黄。若恶心呕吐明显者,加竹茹 10 g,黄连 6 g 以清热止呕;腹胀甚者加厚朴 10 g,枳实 10 g,全瓜蒌 30 g 以行气化湿消滞;皮肤瘙痒者加苦参 10 g,白鲜皮 10 g,白蒺藜 30 g 以燥湿清热止痒。

(2)湿重于热:利湿清热,健脾和中,予茵陈五苓散加减。茵陈蒿 30 g,白术 10 g,厚朴 10 g,薏苡仁 15 g,茯苓 15 g,猪苓 15 g,泽泻 10 g,藿香 10 g,佩兰 10 g,黄芩 10 g,车前子 10 g。

本方清热退黄疸,和胃利湿。若恶心厌油腻重者加竹茹 10 g,法半夏 10 g 以清热燥湿,和胃止呕;纳呆食少者加砂仁、白蔻仁各 6 g,炒麦芽 30 g 以芳香宣中、化湿醒脾以开胃;便溏甚者加木香 6 g,苍术 6 g,黄连 10 g,马齿苋 30 g 以清热燥湿行气,调节肠胃。

4.2.2 急性无黄疸型肝炎

(1)湿阻脾胃:健脾利湿,以藿朴夏苓汤加味。藿香 10 g,厚朴 10 g,法半夏 10 g,茯苓 15 g,砂仁 6 g,白豆蔻 6 g,薏苡仁 15 g,陈皮 10 g,木香 6 g。

本方健脾益气,芳香化湿。若腹胀甚伴浮肿者,加大腹皮 15 g,车前子 15 g 以行气导滞、利水消肿;纳差者加鸡内金 15 g,炒麦芽 30 g 以健脾开胃,消积导滞;便溏甚者加白扁豆 10 g,马齿苋 30 g,莲子肉 15 g 健脾渗湿。

(2)肝郁气滞:疏肝解郁,行气活血,解毒祛邪,予逍遥散加减。柴胡 12 g,当归 10 g,白芍 10 g,茯苓 15 g,白术 10 g,香附 15 g,陈皮 10 g,夏枯草 15 g,板蓝根 20 g,郁金 10 g,丹参 15 g,虎杖 20 g。

本方疏肝理气,活血解毒。若胁痛明显者加川楝子 10 g,延胡索 15 g 以行气化痰止痛;纳差、腹胀者加炒鸡内金 10 g,香橼 20 g,香附 30 g 以行气消滞,开胃健脾;失眠多梦者加炒酸枣仁 15 g,百合 15 g 以养阴安神。

5 古方今用

5.1 失笑散(《太平惠民和剂局方》)合茵陈蒿汤(《伤寒论》)加减

组成:五灵脂 10~15 g,炒蒲黄 10~15 g,茵陈 30~60 g,山栀 10 g,大黄 10~

30 g。急性黄疸型:上方加黄柏 12 g,薏苡仁 15 g,茯苓 15 g,郁金 9 g,蒲公英 20 g,金钱草 30 g。急性无黄疸型:上方加胆草 15 g,丹皮 20 g,泽泻 20 g,薏苡仁 15 g,茯苓 15 g,车前子 15 g,赤芍 30 g。

制法:失笑散:酃醋调,然后用汤剂冲服;茵陈蒿汤:日 1 剂,水煎 2 次,取汁约 200 ml。

服法:每次 100 ml,每日 2 次服。

5.2 大柴胡汤(《金匱要略》)合小陷胸汤(《伤寒论》)

组成:柴胡 9 g,枳实 6 g,清半夏 9 g,白芍 9 g,川军 6 g,黄芩 9 g,生姜 12 g,大枣 4 枚,全瓜蒌 30 g,川黄连 3 g。

制法:日 1 剂,水煎 2 次,取汁约 200 ml。

服法:每次 100 ml,每日 2 次服。

5.3 逍遥散(《太平惠民和剂局方》)

组成:甘草 20 g,当归 20 g,茯苓 20 g,白芍 20 g,白术 20 g,柴胡 15 g。

制法:研粗末,加生姜一块,薄荷少许同煎,日 1 剂,水煎 2 次,取汁约 200 ml。

服法:每次 100 ml,每日 2 次服。

6 中成药治疗

6.1 逍遥丸

组成:柴胡、当归、白术、茯苓、炙甘草、薄荷、生姜、白芍。

适应证:疏肝健脾,用于肝郁脾虚者。

用法:每次 5 g,每日 3 次,饭后服用。

6.2 鸡骨草丸

组成:鸡骨草、胆汁、牛黄等。

适应证:清热解毒,清肝利胆,用于湿热内蕴者。

用法:每次 4 粒,每日 3 次,饭后服用。

6.3 垂盆草冲剂

组成:垂盆草全草。

适应证:清热解毒,利湿消肿,用于湿热内蕴者。

用法:每次 10 g,每日 2~3 次,开水冲服。

6.4 茵栀黄注射液

组成:黄芩、茵陈、栀子的有效提取物。

适应证:清热解毒,利湿退黄,用于湿热内蕴者。

用法:每次10~20 ml加入5%葡萄糖液250 ml中静滴,每日1次,或每日2~4 ml肌注。

6.5 清开灵注射液

组成:胆酸、水牛角、黄芩甙、金银花、栀子等。

适应证:清热解毒,除湿利胆退黄,用于湿热内蕴者。

用法:每次20~40 ml加入5%葡萄糖液250 ml中静滴,每日1次。

6.6 复方丹参注射液

组成:丹参、降香。

适应证:祛瘀清热,安神宁心,消痈止痛,用于瘀热黄疸者。

用法:每次10~20 ml静滴,每日1次,或每次2~4 ml肌注,每日1~2次。

7 其他疗法

7.1 针灸

急性病毒性肝炎可取合谷、外关、足三里、阳陵泉、阴陵泉为主穴。湿热熏蒸者可加大椎、曲池、太冲;湿浊壅滞者可加胆俞、三阴交、脾俞;毒热郁结者可加劳宫、涌泉、曲池;每次选主穴1~2个,配穴2~3个,用提插补泻法,先泻后补,留针15~30分钟,每日1次,2周为1个疗程。肝功能异常,取肝俞、胆俞、至阴、太冲;转氨酶反复升高者,取至阳、大椎、足三里;有黄疸者,取阴陵泉、足三里、重阳,配太冲、阳陵泉,用泻法。

7.2 穴位注射

取穴大椎、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、期门、日月穴。肝区痛、乏力者加三阴交;胃痛、恶心、呕吐者加内关;消化不良、便秘、贫血者加足三里;呕逆、汗多者加劳宫、后溪。用丹参注射液,或板蓝根注射液,维生素B₁注射液,每次选2~3穴,每穴注入0.5~1 ml,四肢穴位可注入1~2 ml,每日1次,10次为1个疗程。

7.3 敷贴疗法

(1)取神阙、至阳、期门、阳陵泉,药物用砂仁30 g,白糖50 g,鲜鲫鱼1条制成如膏状,每次取1/3,分别敷于穴位上,用纱布敷盖,橡皮膏固定,每日换1次,7天为1个疗程,适用于湿热黄疸。

(2)转氨酶异常者用甜瓜蒂、秦艽各100 g,青皮、紫草、黄芩、丹参各30 g,铜绿15 g,冰片6 g共研粉,过60目筛,装袋密封,每袋约15 g。用时将药粉倒入神阙穴内填满2/3,胶布贴封,每人每次0.15 g,小儿0.1 g,48小时换药1次。

(3)阿魏、硼砂各等份,研为细末,酒调为稠膏,敷神阙穴,用于肝脾肿大者。

7.4 发泡疗法

鲜毛茛加食糖少许捣烂,敷一侧内关穴,发泡后,用消毒针挑破,流尽黄水,再敷消炎膏即可,用于急性黄疸型肝炎。

7.5 灌肠疗法

大黄 10~20 g,水煎取汁,其内加入食醋 20~30 ml,保留灌肠,以促进肠道毒物的清除。

7.6 单验方疗法

7.6.1 虎茵汤

虎杖、茵陈、红枣各 30 g 煎成 100 ml,加糖适量,分 2 次服,连续服至黄疸消退,适用于湿热黄疸。

7.6.2 大黄甘草汤

生甘草 6~9 g,生大黄(后下)15~20 g。水煎,每日 1 剂,分 2 次服,可用于急性病毒性肝炎。

7.6.3 茵陈合剂

茵陈蒿 20 g,板蓝根 15 g。水煎 2 次,将药汁一起浓煎至 200 ml,加白糖 5 g。每次 100 ml,每日 2 次,主治急性黄疸型肝炎。

7.7 西医抗病毒治疗

抗病毒治疗应视感染病毒类型而定,甲型、戊型病毒性肝炎一般不会转为慢性,为自限性疾病,故不需抗病毒治疗。真正的急性乙型病毒性肝炎也很少变为慢性,亦无需抗病毒治疗。急性丙型肝炎须进行抗病毒治疗。早期应用干扰素可取得较高疗效。 α -干扰素每次 300 万 U,隔日皮下或肌肉注射 1 次,3~6 月为 1 个疗程。

8 现代名家经验

8.1 关幼波治疗急性病毒性肝炎经验

8.1.1 关幼波退黄强调活血化痰解毒

关幼波对黄疸的认识,强调湿热瘀阻血脉,并认识到湿热蕴毒、凝痰,以致痰阻血络则黄疸难以消退。因此归纳出“治黄必治血,血行黄易却;治黄需解毒,毒解黄易除;治黄要化痰,痰化黄易散”的个人见解。

因为黄疸是血脉受病,故治黄应从治血入手,即在清热祛湿或温化寒湿的基础上,适当选用活血药物。关幼波常用的治血法有凉血活血,清血中瘀热,凉血而不滞邪,使血脉通畅,湿热得除,瘀结得散,黄疸易退。常用药物有:生地、丹皮、赤芍、