

第一章

概 述

病毒性肝炎，是由肝炎病毒引起的消化道传染病，临床以食欲不振、恶心、上腹部不适或肝区疼痛、乏力等主要症状为特征。部分患者有黄疸和发热。肝脏多肿大而压痛，肝功能多受损害。除少数病例可发展为慢性肝炎外，绝大多数患者能恢复正常。

本病一般分甲型与乙型两种。甲型肝炎即传染性肝炎。乙型肝炎即同种血清性肝炎。目前还有一种非甲非乙型肝炎，其临床经过大致与乙型肝炎相似，但病源学检查找不到与甲型和乙型肝炎有关的抗原，故称为非甲非乙型肝炎。

本病临床分急性和慢性两种，急性肝炎有黄疸型、无黄疸型和肝炎重症等，慢性肝炎有慢性迁延性和慢性活动性肝炎，多由乙型肝炎或非甲非乙型肝炎所引起。

中医无病毒性肝炎的病名，从本病急性期和慢性期各个阶段的临床表现，可归属于中医许多病症中，如急性黄疸型归属于中医阳黄病范畴；急性无黄疸型，属于胁痛范畴；肝炎重症病情险恶者，属于急黄、瘟黄范畴；慢性期肝硬化者，属于阴黄与癥结等范畴；晚期肝硬化腹水，则属于臌胀范畴。这些病变，历代中医文献中均有较详细的记载。

黄疸：首见于《素问·平人氣象论》“溺黄赤安卧者，黄疸……目黄者曰黄疸”。指出了目黄尿黄为黄疸的表现。《灵枢·论疾诊尺》谓：“面色微黄，齿垢黄，爪甲上黄，黄疸也，小便黄赤，脉小而涩者，不嗜食。”对黄疸病的描述，更为具体。汉·张仲景《伤寒论·辨阳明脉证並治》指出“阳明病……此为瘀热在里，身必发黄。”又说：“伤寒发汗已身目为黄，于寒湿中求之。”指出瘀热和寒湿均能发为黄疸，较早地阐发了黄疸的病因学说。他在《金匱要略》中，还有讨论黄疸的专篇，将黄疸分为谷疸、酒疸、女劳疸、黑疸等四种，並提出许多治法和处方。隋巢元方《诸病源候论·黄疸诸候》把黄疸分为二十八候，叙述各种不同黄疸症状，其中有“急黄候”指出“脾胃有热，谷气郁蒸，因为热所加，故卒然发黄，心满气喘，命在顷刻，故云急黄也。”指出急黄为热毒所加，发病迅速，病情危重，这

和重症肝炎极相类似。远在一千多年前能有此认识是难能可贵的。唐代孙思邈《千金翼方·黄疸》谓：“时行热病，多必内瘀着黄。”说明已认识到黄疸有属于时行病即传染的性质。宋“圣济总录”有九疸三十六黄之分，使黄疸分类愈演愈细。元明以来医家，对黄疸分类主张从简。如罗天益《卫生宝鉴》将黄疸只分阳黄与阴黄两大类，执简驭繁，故为后世所取法。明《景岳全书》提出“胆黄证，谓胆气败而胆液泄，故为此证。”认识到黄胆是由胆液外泄所致。清代沈金鳌《杂病源流犀烛·消黄源流》指出：“又有天行疫病以致发黄者，俗谓之瘟黄，杀人最急。”明确瘟黄为传染病，和重症肝炎杀人最急的特征。这些认识，都是十分可贵的。

胁痛：《素问·脏器法时论》说：“肝病者，两胁下痛引少腹令人善怒。”《灵枢·五邪》说：“邪在肝则两胁中痛。”《素问·刺热论》说：“肝热病者小便先黄……胁满痛。”这些记载都明确指出胁痛与肝病有关。《丹溪心法》谓：胁痛，肝火盛，木气实，有死血，有痰流注。”指出胁痛属肝病，除肝火、肝气外，尚有血瘀痰阻之证，为活血化瘀等法治疗胁痛提供了理论根据。李东垣《脾胃论》说：“肝木妄行，胸胁痛，口苦舌干，往来寒热而呕，多怒，四肢满闭，淋瀝便难，转筋腹中急痛，此所不胜乘之也。”指出脾胃与肝病

的关系,故病在肝可治于脾为有效之法。《金匱翼·胁痛统论》说:“肝虚者,肝阴虚也,阴虚则脉絀急,肝之脉贯膈布胁肋,阴虚血燥则经脉失养而痛。”指出肝阴不足而致胁痛的机理,为养肝补肝治胁痛,提供了理论依据。《杂病源流犀烛·肝病源流》说:“气郁,由大怒气逆,或谋虑不决,皆令肝火动甚,以致胁肋痛。”指出肝气郁结而致胁痛。又说:“由恶血停留于肝,居于胁下,以致胁肋痛,按之则痛益甚。”则与肝炎病肝区压痛极为相似,而活血行瘀,亦为治疗肝肿大之一法。

积聚,积聚之名,首见于《灵枢·百病始生》载有:“……凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去,而积皆成矣。”认为气血稽留,逐渐形成积聚。《难经·五十六难》对积聚作了较具体的论述,提出了肥气、伏梁、痞气、息贍、奔脉等五脏聚积的名称並分述其症状。可以看出其中有的是指内脏肿胀而言。所称“肝之积名曰肥气”类似肝肿大的症状。《诸病源候论·积聚诸候》说:“积聚者,由阴阳不和,府藏虚弱,受于风邪,搏于府藏之气所为也……诸藏受邪,初未能为结聚。留滞不去,乃成积聚。”说明脏腑受邪后,久留不去,渐成积聚,这和慢性肝硬化形成过程有些类似。《济生方·积聚论治》载:“忧思喜怒之气……过则伤乎”五脏,留积而为五积。”说

明积聚与精神因素有关。《金匱翼·积聚通论》说：“积聚之病非独痰、食、气、血，即风寒外感，亦能成之。然痰、食、气、血，非得风寒，未必成积；风寒之邪，不遇痰、食、气、血，亦未必成积。”说明积聚之成，往往由内外因相合所致，这些理论，均可供临床参考。

臌胀：又称单腹胀。《灵枢·水胀》说：“臌胀何如？岐伯曰：腹胀身皆大，大与肤胀等也，色苍黄，腹筋起，此其候也。”对臌胀症状，作了简要描述。《金匱要略·水气病脉证并治》记载五脏的水肿，其中称肝水的症状为：“其腹大，不能自转侧，胁下腹痛，时时津液微生，小便续通。”与肝硬化腹水症状极相类似。《诸病源候论》谓：“水肿者由经络否涩，水饮停聚，在于腹内，大小肠不利所为也。其病腹内有结块鞣强，在两胁间胀满，遍身肿，所以谓之水症。”认识到胁下痞块而产生水肿，这和肝硬化腹水、肝脾肿大极为吻合。《医门法律·胀病论》“凡有癥瘕、积块、痞块，即是胀病之根，日积月累，腹大如箕，腹大如瓮，是名单腹胀。”颇具卓见。又说：“胀病亦不外水裹，气结，血瘀。”对臌胀形成机理，作了概括说明，为治疗提供理论依据。

上述黄疸中的阳黄，多见于急性肝炎，阴黄多见于慢性肝炎，胁痛则急慢性肝炎均可见到。癥结多见慢性肝炎肝硬化时，而臌胀则于肝硬

化晚期出现腹水时才见到。因此黄疸、胁痛、结聚、臌胀等四证，包括肝炎病从急性期、慢性期至晚期的全过程。然而中医所称黄疸、胁痛、结聚、臌胀等，包括现代医学中的许多病症，肝炎只是其中之一。

针灸治疗黄疸、胁痛、积聚、臌胀等证，古代文献记载颇多。如《素问·刺热篇》载有肝热病的治法；《素问·脏气法时论》、《灵枢·五邪》载有肝病胁痛的治法；《素问·长刺节论》与《灵枢·卫气失常》均载有治疗积聚之法；《灵枢·水肿》有治疗臌胀之法等；《针灸甲乙经·五气溢发消渴黄疸第六》介绍了治疗黄疸的方法；《肝受病及卫气留积发胸胁满痛第四》介绍了治胁痛的方法；《经络受病入肠胃五脏积发伏梁息贲肥气痞气贲胝第二》介绍了治疗积聚的方法。此后如《千金方》、《针灸资生经》、《针灸大成》等书，对上述四证均有较全面的介绍，为我们治疗急慢性肝炎，提供了十分丰富的经验。

第二章

发病原因

病毒性肝炎由肝炎病毒所引起，其传染源主要是病人和带病毒者。其传播途径如下：甲型肝炎病毒主要从粪便中排出体外，通过日常生活接触经口腔传染，一般多为散发性。在集体单位如不注意隔离病人，则可发生流行；如若水源污染，可引起暴发性流行。

乙型肝炎病毒，过去认为是存在于患者与带病毒者的血液中，通过输血、血浆、血制品、注射器等而发生感染，近年来则认为乙型肝炎也可能由经常接触患者而感染，并认为病毒必须通过口腔溃疡、胃十二指肠溃疡、结肠炎等病灶侵入血行而发生感染。

非甲非乙型肝炎的传播途径与乙型肝炎相似，也由输血、血制品等途径而致感染。

甲型肝炎，学龄儿童发病率最高，青年次之，男女发病率相同，全年均可发生。甲型肝炎

与乙型肝炎之间,无交叉免疫现象。

关于病毒性肝炎的发病机理,尚不十分清楚。病毒进入人体后,汇集于肝脏,繁殖致病,除肝脏外,也常累及其他脏器。疾病的发生和发展,与人体免疫状态有关,根据免疫反应的强烈和免疫功能的正常与低下等的不同,而出现各种不同的临床表现。

中医对本病的病因,是从本病的不同类型,和不同阶段的病机和症状来认识的,急性期多由感受湿热和饮食不节所致,慢性期和晚期则涉及到肝脾肾等脏器的损伤,病变多端,病情复杂,简介如下。

一、外感湿热:湿热之邪,侵入脾胃,阻于中焦,使脾胃运化失常,而出现呕恶、纳呆、等症,湿热交蒸,影响肝胆的疏泄功能,肝气郁结,则见胁肋胀痛,肝失疏泄,胆汁外溢,浸渍于肌肤发为黄疸。《素问·玉机真脏论》说:“湿热复加,民当病瘧。”《金匱要略》所称“黄家所得,从湿得之。”《河间六书》亦谓:“以湿热相搏而体发黄也。”均指此而言。

二、饮食不节:多食肥甘煎炸,积湿生热,湿热壅遏中焦,肝胆失于疏泄,以至气滞血瘀,导致胁下胀痛。或因湿热蕴结,影响胆汁的正常分泌排泄,则可兼见黄疸等症,《诸病源候论》指出:“黄疸之病,此由饮食过度,脏腑不和,水

谷相並。”而成；饮食不节、饥饿、疲劳等因素，均能降低人体抵抗力，使肝炎容易发生或加剧其发作。其中饮食不洁而受传染更为本病的主要原因。

三、脾胃虚寒：脾胃虚寒，中阳不振，水湿不能运化，湿从寒化，以致寒湿阻滞中焦，肝气失于条达，发为脘胀胁痛等症，胆液排泄失常，渍于皮肤而发黄。《临证指南》谓：“阴黄之作，湿从寒水，脾阳不能化湿，胆液为湿所阻，渍于脾，浸淫肌肉，溢于皮肤，色如薰黄。”即属于阴黄症，多见于慢性肝炎中。

四、天行疫疔：外感湿热疫疔之邪，热毒薰蒸，不得泄越，不仅严重影响肝胆脾胃之功能，发生高热如焚，全身色黄如金，而且热毒迅速传入营血，损及肝肾，陷入心包，蒙蔽神明，以致神志昏迷，出现急黄重症，即《诸病源候论》所称“天行病发黄”，《沈氏尊生书》称之为“瘟黄”，并认为“杀人至急”。

五、气滞血瘀形成积聚：肝炎后期，由于长期湿浊留恋，脾胃运化不及，水谷精微不能布化，积湿成痰，与气血交结而成积聚。或黄疸久延，湿热留恋不去，影响气血运行，肝脾络脉痹阻，气滞血瘀，逐渐形成积聚。总由正虚邪气留着，继发癥积，所以张景岳云：“壮人无积，虚人则有之。”多见于肝炎后期肝脏变硬变形，肝脾

肿大者。

六、水停于腹，渐成臌胀：肝炎晚期，由于积聚形成，脾失健运，肝失疏泄，水谷精微失于输布，清浊相混，水湿内停中焦，久则由肝脾而累及肾脏，肾火衰微，不能温助脾阳，蒸化水湿，而且开合失司，气化不利，水湿积聚，形成水臌，《诸病源候论·水蛊候》说：“此由水毒气结聚于内，令腹渐大，动摇有声，常欲饮水，皮肤粗黑，如似肿状，名水蛊也。”即指腹水而言，多见于肝硬化晚期。

上述各节，是肝炎病整个发病和传变的机理及过程。总之，^{〔1〕}本病在病之初，多属外感湿热，或内伤饮食，以致脾胃运化无权，肝胆失于疏泄，而见纳呆、恶心、胁痛、黄疸等症，久延则气滞血瘀，肝脾肿大不消，渐而形成积聚；晚期则因肝脾久虚，累及肾脏水液不化而形成腹水。在病程中，可从热化，亦可从寒化，有虚有实，或虚实互见，变化至为复杂。至于感受时行疫疠之气，形成急黄重症者，病情险恶，变化迅速，虽属少见，多为危候。

第三章

临床表现

本病根据黄疸的有无，病情的轻重和病程的长短等的不同情况，临床可分为下列几种类型：

一、急性期

(一) 无黄疸型肝炎：本型发病率高，约占甲、乙型肝炎病例的 80% 以上，多为缓慢发病，其主要症状为食欲不振、恶心、腹部胀闷不舒、肝区不适或隐痛、全身乏力，或有低热，少数病例有 39℃ 以上高热，肝脏肿大而压痛，与黄疸型肝炎症状相似，但不出现黄疸，肝功能有轻度损伤，血清谷-丙转氨酶升高。部分患者可无明显的自觉症状，而于体检时才发现。

(二) 黄疸型肝炎：起病大多较急，开始有恶寒发热，一般不很高，少数有寒战高热者，全身乏力，食欲减退，恶心呕吐，上腹不适，肝区

疼痛,大便或秘,或腹泻等,有些病例,可见头痛、关节痛等类似风湿和上呼吸道感染症状。数日后出现尿色加深,继则巩膜出现黄疸;次及皮肤,于数日至二周内达高峰,伴有肠胃道症状,有些患者有皮肤搔痒,或心率变慢,脉搏迟缓,大便可呈陶土色,肝肿大可达肋缘下 2~4 厘米,质充实,表面光滑,有压痛及叩击痛。约经 2~6 周,黄疸逐渐消退,而进入恢复期。至此,患者黄疸和其他症状均渐消失,食欲和精神显著好转,肝脾肿大逐渐缩小。轻症一般在 1~3 个月左右康复,少数病例可有较长时期遗留乏力、上腹不适、厌食脂肪等症状。

(三) 重症肝炎:急性重症肝炎(暴发型肝炎),发生率只占肝炎病例的 0.2~0.4%,但病情险恶,多数以黄疸型肝炎开始,但黄疸迅速加深,恶心呕吐频作,肝脏明显缩小,肝功能显著减退,伴有肝臭,并出现烦躁不安,谵妄、狂躁、抑郁等精神神经症状。继则迅速进入昏迷状态。呼吸变深而慢,或兼见便血、呕血、鼻血、腹水等,少数病例有一开始即见高热神昏,黄疸并不显著,肝脏迅速缩小者。若不及时进行抢救,多于数日内因肝肾综合症、肝功能衰竭或严重出血而死亡。

亚急性重症肝炎(亚急性肝坏死)临床表现与急性重症肝炎相似,病程较长,可达数周至数

月,主要症状有黄疸、出血、腹水、肝脏先肿大,后继而缩小变硬,严重病例可出现中枢神经系统症状。经抢救后,部分病例可渐恢复。但易于发展为肝硬化。

二、慢性期

急性肝炎,特别是乙型肝炎患者,病情迁延不愈,或反复发作,而转变为慢性,根据病情的轻重,临床上可分为下列几型:

(一)慢性迁延性肝炎:部分急性肝炎患者,病情迁延不愈,特别是无黄疸型肝炎患者,病程超过半年以上而未见明显好转,仍见食欲不振、全身乏力、腹胀、肝区疼痛、肝肿大压痛、肝功能轻度不正常或反复波动,并易出现类似神经官能症的症状。

(二)慢性活动性肝炎:急性肝炎发作后,病情呈进行性发展,病程常在一年以上,肝功能长期不正常,或明显波动,伴有乏力和低热,以及食欲不振,疲乏无力,腹胀,腹泻等消化道症状,劳动力明显减退,皮肤呈黝黑色,面部或下肢浮肿。部分病例有脾肿大、蜘蛛痣、肝掌、腹水、食道胃底静脉曲张甚或出血等。

(三)慢性胆汁瘀积型肝炎:急性黄疸型肝炎患者,黄疸长期不退,并呈阻塞性,其临床表现有皮肤搔痒、粘土色大便、乏力、食欲可无

明显减退、肝肿大,除黄疸指数、胆红素含量、碱性磷酸酶、胆固醇等增高外,肝功能多数接近正常。此类病人,预后多良,只有少数发展为胆汁性肝硬化。

(四) 肝硬化:肝硬化是一个慢性进行性的长过程病变,一般临床上分为早期,即肝细胞虽受损害,但肝功能还能代偿,故称作肝功能代偿期;晚期,即肝功能不能完全代偿或已丧失代偿能力,而称作肝功能代偿不全期。肝硬化早期,肝脏功能代偿完好,而病情又无明显活动时,在临床上多无明显症状,或仅表现轻度的消化不良,如胃口不佳,胸腹闷胀、暖气不舒,或偶有恶心、呕吐、便溏等症状,体征方面,主要为肝脏肿大。随着肝细胞的不断变性和坏死,肝功能不断受到破坏,肝脏代偿功能逐渐丧失,临床上产生一系列明显症状,如下:

1. 静脉曲张:肝硬化患者,食道下端静脉曲张,痔核形成、及腹壁浅静脉曲张等等。

2. 脾脏肿大:肝硬化后期,常见中度的脾肿。

3. 腹水形成:患者腹胀,食后为甚,严重影响食量,大量腹水时,腹壁皮肤紧张光滑,皮下静脉显露,膈肌抬高,行动即感心悸气急,少数高度腹水病人,脐孔突出而形成疝。

4. 肝脏早期呈轻度或中度肿大,平滑柔

软,或结实;晚期则肝脏缩小、坚硬,表面呈颗粒或结节状。

5. 蜘蛛痣和肝掌:蜘蛛痣为一鲜红色痣,可见于脸、上胸、肩、颈、上臂和手臂等处。肝掌见于患者的手掌大、小鱼际和指尖部,皮肤呈红色,对诊断肝硬化有参考价值。

此外,还可见进行性黄疸、鼻衄、齿衄、皮下出血等。患者呈消瘦、水肿、皮肤甲错等营养缺乏症状。还可并发上消化道大量出血和肝性昏迷等危重并发症,是为晚期肝硬化引起死亡的主要原因。

第四章

诊断要点

一、有与肝炎病人密切接触史，或有输血、注射血制品等史，对流行地区应注意有无水源与食物污染史。

二、近期突然出现消化道症状，如食欲减退、恶心、右肋疼痛、腹胀、腹泻、乏力或发热等，肝脏肿大、压痛或叩击痛、肝功能损害、谷-丙转氨酶增高等，即符合病毒性肝炎的诊断。

三、应根据病史、病程及临床症状、体征等，区分急性、迁延性、慢性等不同类型，并排除胆囊炎、胆石症所致的黄疸、胁痛症状，必要时，可作超声波检查，摄腹部平片或胆囊造影检查，以期确诊。

四、各项肝功能试验和肝脏活组织检查，对确诊各型病毒性肝炎有很大价值。

五、对黄疸型肝炎，应根据黄疸色泽、结合病史、症状，区别阳黄与阴黄。肝硬化患者，应注意肝脾的变化和腹水增减情况。

第五章

预 防

肝炎病毒有较强的抵抗力，而且在黄疸前期即存在传染性，更有无黄疸型及大量带病毒者，故必须积极做好预防工作，开展爱国卫生，加强宣教工作，注意个人及集体单位的防病保健，切断传染源，控制和消灭本病的流行。具体方法如下：

一、早期发现：早期发现患者，早期隔离治疗，隔离期自发病日起不少于 30 天。慢性肝炎病人也应加强管理，如有复发，按急性期病人处理。病人的食具、药杯等应严格消毒，粪便、尿液及鼻咽分泌物均应妥善外理。

对从事饮食业者及幼儿单位的工作者，应检查体格，并作肝功能检查等，如患有肝炎，或为肝炎病毒携带者，必须调离工作，进行治疗。

二、加强饮食管理：粪便污染饮食是甲型