

WHO西太区资助项目

中医循证临床实践指南

中医内科

Evidence-based Guidelines of Clinical Practice in Chinese Medicine
Internal Medicine

中国中医科学院 组织编写

全国百佳图书出版单位

中国中医药出版社

中国中医药出版社

中国医药出版社

中医辨证临床实践指南

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社



WHO 西太区资助项目

中医循证临床实践指南

中医内科

Evidence – based Guidelines of Clinical
Practice in Chinese Medicine
Internal Medicine

图书在版编目 (CIP) 数据

中医循证临床实践指南. 中医内科/中国中医科学院编写. —北京: 中国中医药出版社, 2011. 1

ISBN 978 - 7 - 5132 - 0270 - 1

I. ①中… II. ①中… III. ①中医内科学—指南 IV. ①R2 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 001909 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

传真 010 64405750

北京市顺义兴华印刷厂印刷

各地新华书店经销

*

开本 880 × 1230 1/16 印张 29.75 字数 870 千字

2011 年 1 月第 1 版 2011 年 1 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 0270 - 1

*

定价 58.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 010 64065413

书店网址 csln.net/qksd/

前 言

《中医循证临床实践指南》(以下简称《指南》)是中医药领域第一部通过国际合作、基于证据的指导中医临床实践的专著。

中医学是中华民族几千年来与疾病斗争过程中积累的宝贵财富,其丰富的理论知识与有效的医疗实践中蕴含着深厚的科学内涵,是中华民族优秀文化的重要组成部分。中医学的优势和特色在于天人合一、形神统一的整体观和辨证论治的个体化诊疗模式。规范化和标准化建设是发展中医药、促进其走向世界的必由之路。编撰临床实践指南(Clinical Practice Guideline, CPG)的目的旨在针对特定的临床情况,制定系统的、能帮助临床医生和患者做出恰当处理的指导方案。在指南的指导下结合患者的具体病情做出诊断和治疗的决策,有助于循证医学的原则在临床医疗实践中得到更好的贯彻和实施,有助于规范临床医生的医疗行为,提高中医医疗服务质量。

2007年,中国中医科学院与世界卫生组织西太区达成合作意向,编写一套基于证据、有中医诊疗特色和优势的28种疾病的中医临床实践指南和5种疾病的针灸临床实践指南。7月,曹洪欣院长与世界卫生组织西太区签署了编写第一批11种疾病基于证据的传统医学临床实践指南的实施协议(APW)。项目组聘请名誉院长王永炎院士为负责人,成立了专家指导委员会和项目办公室,《指南》编制工作正式启动。为保证《指南》的编撰质量,我们组织200余名专家展开研究与编写工作,多次召开编写工作会议,确定编写体例与工作细则,研究解决编写中遇到的困难与问题。成立审定委员会,包括中文统审组和英文统审组。2007年9月,为保证项目高质量按时完成,中国中医科学院决定立项,给予专项经费资助。项目办公室与11个指南和5个针灸指南编写组分别签署工作协议。12月完成了第一批11个指南和5个针灸临床实践指南的中英文编写工作,并向WHO西太区提交了中英文文稿和技术报告。

第一批11个病种包括:原发性支气管肺癌、年龄相关性黄斑变性(湿性)、慢性稳定性心绞痛病、脑梗死、2型糖尿病、感冒、类风湿关节炎、偏头痛、失眠症、原发性骨质疏松症、慢性胃炎。第二批17个病种包括:血管性痴呆、高血压病、慢性阻塞性肺疾病、慢性乙型肝炎、艾滋病、IgA肾病、再生障碍性贫血、单纯性肥胖病、慢性盆腔炎、小儿肺炎、特应性皮炎、寻常型银屑病、慢性前列腺炎、神经根型颈椎病、桡骨远端骨折、抑郁症、2009甲型H1N1流感。并将这28个病种分为《中医内科》(20种)和《专科专病》(8种)两个分册。5个针灸指南由中国针灸学会主持编写,病种包括:面瘫、带状疱疹、抑郁症、偏头痛和中风假性球麻痹。《指南》的体例系在WHO西太区提供的框架下,经过《指南》编写指导委员会、审定委员会、项目办公室和编写组反复讨论,结合中医学的特点,并按照“研制基于证据的传统医学临床实践指南”香港研讨会通过的《指南》模板,对已完成的《指南》进行了反复修改和完善。指南的内容主要由介绍、背景、临床特征、诊断标准(包括西医诊断标准和中医证候诊断)、干预、管理和推荐及方法构成。附件包括指南编写人员情况、信息资源、证据分级与推荐强度、指南评价及指南涉及的专业词汇表。

指南编制工作在统一部署下顺利进行。

专家指导委员会对指南编写的总体框架、编写体例、共性技术(文献检索方法、策略、范围、文献证据级别、文献质量等级、推荐强度等级)反复论证,对各指南编制方案进行专题研讨,审定委员会提出中、英文稿编写、翻译细则,并指导统审工作。项目办公室组织、协调,形成了一个大军

团作战的高水平编写队伍。同时邀请相关领域的专家，对指南编写的关键环节，从文献检索、证据分级、证据合成与专家共识到指南撰写、翻译举行专题讲座，对指南编写人员进行培训等，共召开不同层次的编写工作会议近 20 次，对各指南逐一进行多次论证、中英文统审和讨论，组织编写组对指南草案进行反复修改、完善。

各疾病编写组分别成立起草小组，形成了汇集循证医学、临床流行病学、临床医学、中医学、文献学、统计学等专业人员参与的编写队伍，包括各专业领域著名专家学者、临床医生及护理人员的老中青结合、多学科参与的团队，分工协作，共同推进。各组在项目办公室统一工作方案和组织协调下，按照国际临床实践指南编制办法，进行了相关文献检索和信息收集。检索的数据库包括中外文大型生物医学数据库和检索文本文献，包括中、日、英文文献以及中国古代医籍等。本指南所有证据均选用结构性摘要表，并按照本指南选用的分级体系进行评价。通过文献检索与评价、证据评价、合成推荐建议等程序，形成指南中文版文稿。

在广泛征求意见的基础上，特别是围绕保证编写质量，各组分别召开多次专家咨询会，部分编写组通过函审广泛征求意见，经过反复论证达成共识，对指南中文稿进行反复修改。审定委员会对指南中文稿和英文稿进行了认真的统稿和审定。

中国针灸学会成立了专家委员会，全程参与了针灸临床实践指南编制的咨询与指导工作，学会常务理事会通过决议，将 5 个针灸临床实践指南作为学会标准，向全国推行。

《指南》的特色在于引进国际通行的临床实践指南编写的思路和方法，旨在制定融合西太区各国传统医学精华和最新成就，整合和吸纳国际中医药临床研究成果和成功经验，借鉴临床流行病学的研究方法。多学科交叉组成的编写人员队伍，突破单纯由中医药领域专家共识形成指南的局限，形成具有循证医学证据的中医药防治疾病的临床实践指南。这对于规范使用中医药，提高中医药的临床疗效具有重要意义。指南的编写参照 WHO 西太区组织专家讨论推荐的要求和模板进行，这在国际上尚属首次。中国中医科学院通过实施这一项目，锻炼了一支编写临床实践指南、能与国际接轨的专业队伍，为促进中医药走向世界奠定了坚实基础。

《指南》的编写与出版，凝聚着我院专家学者与管理人员的辛勤汗水，是集体智慧的结晶。由于辨证论治的个体化诊疗模式是中医学理论与实践的精华，与循证医学有机结合存在着很大的难度，广大编写人员不辞辛苦，精益求精，几易其稿，使指南的系统性、完整性更加完善。然而由于编写者时间和编写经验有限，难免出现疏漏之处，恳请广大读者提出宝贵意见。

应该说明的是，直接或间接资助指南制定的资助者没有对指南最终的推荐意见产生任何影响。指南工作组成员和咨询专家与指南的制定均无利益冲突或潜在的利益冲突。

《指南》的问世，要感谢 WHO 西太区对此项目的资助支持，感谢中国中医科学院的专项资助，感谢国家中医药管理局国际合作司和政策法规司领导的热心指导，感谢各位专家的通力合作，感谢中国中医药出版社的编辑出版。

曹洪欣 王永炎
2010 年 11 月

《中医循证临床实践指南》编委会

主编：曹洪欣 王永炎

副主编：陈可冀 刘保延 梁菊生 范吉平 翁维良 吕爱平 刘建平

编委：

审定委员会(中文稿)：王永炎 曹洪欣 刘保延 晁恩祥 李乾构 沈绍功 谢雁鸣

韩学杰 王志国 王泓午 张明雪 王忠 刘 焜 黎元元

宇文亚 王丽颖 史楠楠 房繁恭 訾明杰 刘炜宏 武晓冬

(英文稿)：吕爱平 谢竹藩 邹建华 王奎 朱明 薛崇成 刘建平

张允岭 王惠珠

项目办公室：邹建华 谢雁鸣 赵宜军 张咏梅 刘 焜 宇文亚

编写组：

中医内科

慢性乙型肝炎指南编写小组

组长：姚乃礼

成员：刘绍能 陈兰羽 陶夏平 周斌 吕文良 刘震 白宇宁 王少丽 燕东
刘慧敏

艾滋病指南编写小组

组长：梁菊生 王健

成员：刘颖 邹雯 陆嘉明 董继鹏 王莹

原发性支气管肺癌指南编写小组

组长：林洪生

成员：花宝金 侯炜 张培彤 李杰 李道睿 张培宇 董海涛 杨宗艳 贺用和
卢雯平 闫洪飞 石闯光 郑红刚 蒋宇光

再生障碍性贫血指南编写小组

组长：麻柔

成员：刘锋 唐旭东

2型糖尿病指南编写小组

组长：林兰

成员：倪青 魏军平 梁晓春 王学美 方邦江 李显筑 余江毅 苏诚炼 王洪武
龚燕冰 庞健丽 肖月星 王秀秀 孔文文

单纯性肥胖病指南编写小组

组长：翁维良 高蕊

成员：郭中宁 李博 许云 李智 田元祥 耿涛

抑郁症指南编写小组

组长：赵志付

成员：王彩凤 熊抗美 王敏 张成 刘超 肖怡 孙璐 赵鹏
廖洪超 汪卫东 杨秋莉 黄世敬 唐启盛 张捷 苏建民 冯秀杰
李丽 郭荣娟

失眠症指南编写小组

组长：刘艳骄

成员：何丽云 汪卫东 齐向华 许良 徐建 闫雪 胡春宇 吕学玉
吕梦涵 王芳 滕晶 张艳红 米歇尔（加拿大）

血管性痴呆指南编写小组

组长：周文泉

成员：罗增刚 李浩 时晶 荆志伟 刘方 程伟 刘征堂 郭明冬
郭仁真 张晋 李鸿涛 倪敬年 刘恒

偏头痛指南编写小组

组长：何良志

成员：李涛 刘红梅 石学敏 刘长信 郭兰 杨霞 周哲屹 冯柯
杨苗 李扬 高金柱 石秋杰 袁洪雷 吴平凡 鲁岩

高血压病指南编写小组

组长：雷燕

成员：王阶 陈可冀 蒋跃绒 詹思延 杨静 王振华 杜雪君 陶丽丽

慢性稳定性心绞痛指南编写小组

组长：曹洪欣 史大卓

成员：殷惠军 蒋跃绒 高铸焯 董国菊 王承龙 张华敏 李立志 郭艳
郭春雨

脑梗死指南编写小组

组长：王永炎

成员：邹忆怀 刘建平 周莉 常静玲

感冒指南编写小组

组长：姜良铎

成员：刘建平 赵百孝 刘清泉 张纾难 焦扬

2009 甲型 H1N1 流感指南编写小组

组长：王永炎

成员：晁恩祥 王融冰 王书臣 周平安 姜良铎 张燕萍 李国勤 李秀惠
刘清泉 王玉光 刘薇 焦扬

慢性胃炎指南编写小组

组长：唐旭东

成员：吕宾 周丽雅 詹思延 李振华 李保双 高蕊 王凤云 王萍
卞立群 刘赓 张引强 林媚 李博 赵迎盼

类风湿关节炎指南编写小组

组长：冯兴华

成员：姜泉 何夏秀 张华东 曹炜 母小真 唐晓颇 刘宏潇 葛琳
王海隆 张显彬 梁慧英 石英杰 张鹏翔 莫捷 袁永 许凤全
焦娟

原发性骨质疏松症指南编写小组

组长：谢雁鸣

成员：董福慧 孙树椿 王和鸣 宇文亚 刘庆思 马良宵 廖星 徐桂琴
支英杰 牛璐芳 武常生

IgA 肾病指南编写小组

组长：聂莉芳

成员：徐建龙 李赛 薛武更 余仁欢 于大君 韩东彦 孙红颖 高蕊

慢性阻塞性肺疾病指南编写小组

组长：王书臣

成员：张燕萍 赵兰才 苗青 何昌生 张文江 许宗伟 崔云 樊茂蓉
谭素贞 韩克华 祁海艳 罗海丽 代昭欣

专科专病

年龄相关性黄斑变性（湿性）指南编写小组

组长：唐由之

成员：巢国俊 冯俊 王慧娟 张励 李学晶 梁丽娜 周尚昆 钟舒阳
王影 任燕茹 于静

特应性皮炎指南编写小组

组长：黄尧洲

成员：姚春海 刘青云 陈少君 李云峰 宋艳丽 迟慧彦 余远遥 郎娜
赵一丁 李彬 罗然 刘洋 关雅素 张婉容

寻常型银屑病指南编写小组

组长：刘瓦利

成员：庄国康 颜志芳 王俊慧 闫雨荷 陈岩 王君伟 潘军 聂晨

神经根型颈椎病指南编写小组

组长：朱立国

成员：于杰 王尚全 王乾 李金学 高景华 张清 冯敏山 金哲峰
徐凡平 甄朋超 魏戌

慢性前列腺炎指南编写小组

组长：贾金铭

成员：马卫国 董佳晨 罗少波 焦拥政 孔令青

慢性盆腔炎指南编写小组

组长：李光荣

成员：郭永红 赵瑞华 王燕 陈瑞雪 刘新敏 艾莉 曾玲

小儿肺炎指南编写小组

组长：安效先

成员：冀晓华 彭征屏 刘昆 潘潞 崔宁

桡骨远端骨折指南编写小组

组长：张兴平

成员：周卫 高云 李金学 赵勇 孙瑞华 郑移兵 徐聪 孙研
余跃 李文杰 陈青海 宋山峰

针 灸

针灸临床实践指南制定方法编写小组

组长：刘保廷

成员：梁繁荣 吴中朝 刘志顺 赵吉平 赵宏 武晓冬 訾明杰 吴曦
彭唯娜 房繁恭

带状疱疹指南编写小组

组长：刘志顺

组员：彭唯娜 刘保廷 王晶 毛湄 邓艳华 于金娜 廖育麟 穆岩
罗云 肖晓玲 王扬 武晓东 赵宏 訾明杰 郭旭

面瘫指南编写小组

组长：梁繁荣

成员：李 瑛 吴 曦 陈 勤 李学智 罗 玲 郑 晖 曾 芳 黄文静
赵 凌 武晓冬 赵 宏 訾明杰 郭 旭

抑郁症指南编写小组

组长：赵 宏

成员：郭 旭 柏巧玲 王 寅 刘 军 王 漪 姚 明 王 杨 苏 苇
赵玉雪 陶 莎 陈锦宇 罗 云 顾宝光

中风假性球麻痹指南编写小组

组长：赵吉平

成员：王 军 刘保延 李 俊 白 鹏 王 朋 王 鹏 赵 宏 武晓东
訾明杰 郭 旭

偏头痛指南编写小组

组长：吴中朝

成员：杨金洪 王京京 胡 静 焦 玥 黄子明 王丽娜 郭宇鹏 陈仲杰

总目录

慢性乙型肝炎中医临床实践指南	(1)
艾滋病中医临床实践指南	(24)
原发性支气管肺癌中医临床实践指南	(40)
再生障碍性贫血中医临床实践指南	(72)
2 型糖尿病中医临床实践指南	(95)
单纯性肥胖病中医临床实践指南	(119)
抑郁症中医临床实践指南	(146)
失眠症中医临床实践指南	(166)
血管性痴呆中医临床实践指南	(190)
偏头痛中医临床实践指南	(210)
高血压病中医临床实践指南	(227)
慢性稳定性心绞痛中医临床实践指南	(250)
脑梗死中医临床实践指南	(283)
感冒中医临床实践指南	(311)
2009 甲型 H1N1 流感中医临床实践指南	(329)
慢性胃炎中医临床实践指南	(346)
类风湿关节炎中医临床实践指南	(372)
原发性骨质疏松症中医临床实践指南	(391)
IgA 肾病中医临床实践指南	(414)
慢性阻塞性肺疾病中医临床实践指南	(434)

慢性乙型肝炎中医临床实践指南

要点说明

1 关键事项

本指南主要根据中国慢性乙型肝炎的中医药临床研究成果并结合专家的经验制订，力争做到与中医药治疗慢性乙型肝炎的临床实际相符。

需要说明的是，本指南并不是医疗行为的标准或者规范，仅是根据现有的研究证据而形成的一个文本，随着临床实践的发展，新的证据不断出现，指南所提供的建议亦会随之不断修正。就指南本身而言，并不包括所有有效的处理方法，也并不排斥其他有效的处理方法，最终临床治疗措施的选择，需要医疗工作者根据辨证论治的原则，针对临床的具体情况，结合自身的经验及患者的意愿做出。

2 关键建议

中医药治疗慢性乙型肝炎以中药汤剂为主，中成药、针灸等治疗为辅，配合饮食调节、心理疏导等综合干预，关键建议如下：

对肝气郁结证患者，可选用柴胡疏肝散为主方加减治疗（推荐强度：B）；肝气郁结证为主而有其他兼夹证候者，应根据中医理论进行辨证治疗（推荐强度：C）。

对肝胆湿热证患者，可选用茵陈蒿汤为主方加减治疗（推荐强度：A）；甘露消毒丹、茵陈五苓散、龙胆泻肝汤随证加减可用于肝胆湿热证的治疗（推荐强度：B）。

对肝郁脾虚证患者，可选用逍遥散为主方加减治疗（推荐强度：B）；肝郁脾虚证为主而有其他兼夹证候者，应根据中医理论进行辨证治疗（推荐强度：C）。

对肝络瘀阻证患者，可选用桃红四物汤、复元活血汤、血府逐瘀汤加减治疗（推荐强度：B）；肝络瘀阻证为主而有其他兼夹证候者，应根据中医理论进行辨证治疗（推荐强度：C）。

对肝肾阴虚证患者，可选用六味地黄汤、一贯煎加减治疗（推荐强度：B）；肝肾阴虚证为主而有其他兼夹证候者，应根据中医理论进行辨证治疗（推荐强度：C）。

对脾肾阳虚证患者，可选用肾气丸、右归饮加减治疗（推荐强度：B）；脾肾阳虚证为主而有其他兼夹证候者，应根据中医理论进行辨证治疗（推荐强度：C）。

目前的证据表明，中医药具有抗乙肝病毒的作用，其中猪苓多糖、冬虫夏草、叶下珠、苦参碱可用于抗乙肝病毒的治疗。（推荐强度：B）

清热解毒法是慢性乙型肝炎抗病毒治疗的常用方法，但临床上仍以辨证论治为原则，应注意邪正关系，从扶正和祛邪两方面进行调整而采取适当的治疗方法。（推荐强度：B）

中医药与抗病毒西药联合应用可增强其抗病毒效果。（推荐强度：B）

基于目前的证据，补阳还五汤、血府逐瘀汤、小柴胡汤、青蒿鳖甲汤加减可用于慢性乙型肝炎肝纤维化的治疗，但需辨证使用。气虚血瘀者用补阳还五汤、瘀血阻络者可用血府逐瘀汤、和解少阳者用小柴胡汤、阴虚内热者可用青蒿鳖甲汤。（推荐强度：B）

肝纤维化是在慢性乙型肝炎基础上发生的，因此，抗乙型肝炎病毒有益于肝纤维化的治疗。（推荐强度：B）

中医药在保肝降酶方面有一定的优势，临床应用仍需辨证论治。苦参素有明显的保肝降酶效果。（推荐强度：A）其他中成药可根据辨证选当飞利肝宁胶囊、垂盆草冲剂等。（推荐强度：B）

针刺是治疗慢性乙型肝炎的另一种选择。对脾肾阳虚证患者，可使用温针，并配合艾灸治疗。（推荐强度：B）

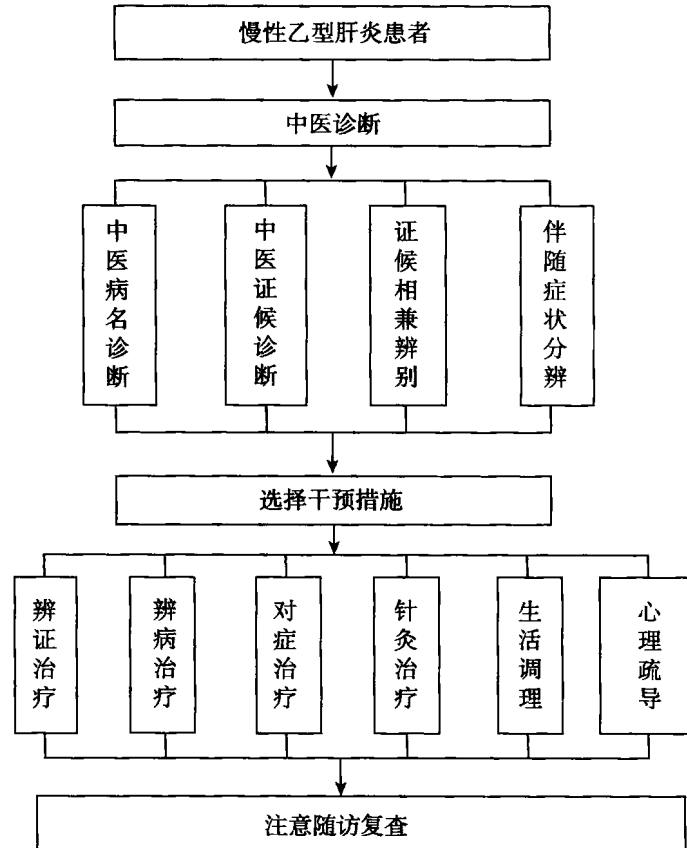
慢性乙型肝炎患者有必要养成良好的生活习惯，应适当休息、营养摄入保持平衡、禁止饮酒。（推荐强度：A）

加强心理疏导对慢性乙型肝炎疾病的治疗，减轻症状，提高生活质量有一定的帮助。（推荐强度：B）

慢性乙型肝炎患者应定期复查。（推荐强度：A）

3 实施过程

对确诊为慢性乙型肝炎的患者，可以按如下流程实施操作：



目 录

介绍	4
背景	4
临床特征	5
1 临床表现	5
2 理化检查	5
3 影像学检查	6
4 病理学诊断	6
诊断标准	6
1 西医诊断	6
2 中医病名诊断	6
3 中医证候诊断	6
4 辨证要点	7
干预、管理和推荐	7
1 干预	7
2 管理	8
3 推荐建议	11
方法	15
1 临床证据的检索策略	15
2 证据级别和质量评价	15
3 推荐强度	15
4 评议和咨询过程	15
5 宣传	16
6 执行	16
7 更新	16
附件	20
附件 1：指南工作组	20
附件 2：信息资源	20
附件 3：证据分级与推荐强度标准	21
附件 4：指南评价	22
附件 5：词汇表	22

介 绍

在中国，慢性乙型肝炎（Chronic hepatitis B, CHB）的规范化研究始于1978年“病毒性肝炎防治方案”的提出^[1]；1983年11月，中华医学会第二届全国传染病与寄生虫病专题学术会议对“病毒性肝炎防治方案”进行了修订，增加了病理诊断分型标准^[2]；1995年5月在北京召开的第五次全国传染病与寄生虫病学术会议上，对“病毒性肝炎防治方案”又进行较大的修改^[3]；2000年，由中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学会联合召开的“全国第十次病毒性肝炎和肝病学术会议”对“病毒性肝炎防治方案”进行了修订^[4]；2005年12月2日，中华医学会肝病学会和感染病学分会发布了中国首部针对乙型肝炎的防治指南^[5]。至今，国际上已形成了2001年美国肝病学会（AASLD）指南^[6]、2003年欧洲肝病学会共识^[7]、2005年亚太肝病学会（APASL）共识^[8]等影响较大的慢性乙型肝炎的防治指南或共识。

中医学对肝病的治疗具有悠久的历史，早在秦汉时期的《黄帝内经》对肝病、黄疸等病证就有较多的论述，汉代张仲景的《伤寒杂病论》对肝病及黄疸的病机认识及诊治方法已有专论，并一直影响到现代。中医对乙型病毒性肝炎的研究自上世纪70年代开始便不断探索，到1991年12月，中国中医药学会内科肝胆病专业委员会制订了“病毒性肝炎中医辨证标准”及“疗效判定标准（试行）”^[9]。1994年，中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制订了“肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准”^[10]。上述共识和指南对慢性乙型肝炎的中医诊治和评价进行了规范，促进了慢性乙型肝炎的中医药研究工作。

目前，国际上尚未有中医药治疗慢性乙型肝炎的循证临床实践指南。慢性乙型肝炎指南编写小组遵循循证医学的理念，在系统分析国内外学术界指南制作方法和指南评价方法的基础上，将其与中医学的特点相结合，通过文献预调查、临床问题的分解与定义、文献检索、文献评价与证据形成、证据评价与推荐建议形成、指南草案书写、专家评审、草案修改等步骤，完成了本指南的编写工作，以期对近几十年来中医、中西医结合的研究成果加以总结，对中医药治疗慢性乙型肝炎的临床操作方案进行规范。指南编写小组成员包括卫生保健政策制定者、医学专家、方法学专家、文献专家及患者代表等。

背 景

慢性乙型肝炎（ICD-10编码：B15-B19）是指由乙型肝炎病毒（hepatitis B virus, HBV）感染引起的，病程至少持续6个月以上的肝脏传染性疾病，可分为HBeAg阳性慢性乙型肝炎及HBeAg阴性慢性乙型肝炎两种类型。根据其临床特征、生化试验及其他辅助检查结果，上述两型慢性乙型肝炎也可进一步分为轻度、中度和重度。HBV感染呈世界性流行，是全球性公共卫生问题，据报道^[11]，全球约20亿人曾感染过HBV，其中4亿人为慢性HBV感染者，估计每年约有100万人死于HBV感染的相关性疾病，如肝衰竭、肝硬化和原发性肝细胞癌（HCC）等。中国属HBV感染高流行区，现在全国HBV平均感染人数已达1.4亿左右^[12]，现症患者估计在2000万人以上，导致每年约28万人死亡^[13]。慢性乙型肝炎起病缓慢或隐匿，多数患者为母婴垂直传染，无明显急性肝炎史，少数则由急性起病，持久不愈，从而演变成慢性乙型肝炎。感染HBV时的年龄影响临床结局，母婴传播者有90%会慢性化，0~5岁感染者则有25%~50%慢性化，成人感染者则少于5%慢性化^[14]（证据级别：Ib）。

慢性乙型肝炎属于现代医学病名，根据本病的临床表现，中医归属于“胁痛”、“黄疸”、“积聚”和“虚劳”等范畴。认为本病多因湿热疫毒之邪入侵所致^[15-19]，早期轻度阶段多表现为湿热蕴

结肝胆或肝郁脾虚之证。但随着病情的多次反复，使病变逐渐加重，湿热瘀毒相互胶结，阻塞肝络，导致“久病入络”，出现瘀血内停证。肝肾同居下焦，肝肾同源，精血可互相滋生，若肝不藏血，血不化精，则可导致肾精亏虚；湿热内蕴，或肝郁气滞，均可化燥化火，损及肝肾之阴，从而形成肝肾亏虚之证。总之，慢性乙型肝炎病因病机与湿热疫毒有关，病机特点为正虚邪恋、本虚标实，病势缠绵难愈。

中医治疗慢性乙型肝炎，目前仍以内服中药为主。临床以中医基础理论为指导，辨证论治，并加强中医辨证与西医辨病相结合，综合运用多种疗法，以充分发挥中医药的治疗优势，缩短疗程，提高疗效，并提高患者的生存质量。

临床特征

1 临床表现

部分慢性乙型肝炎患者可无明显临床症状，有症状者主要表现为肝区不适或疼痛、乏力、全身不适、食欲减退、恶心欲呕、腹胀、失眠、低热等。患者可出现面色晦暗，巩膜黄染；可有蜘蛛痣及肝掌；可有肝肿大，肝脏质地中等硬度或有充实感，有压痛及叩痛；亦可出现脾肿大。

2 理化检查

2.1 血清标志物检查

慢性乙型肝炎血清标志物包括 HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc 和抗-HBc IgM。HBsAg 阳性表示 HBV 感染；抗-HBs 为保护性抗体，其阳性表示对 HBV 有免疫力，见于乙型肝炎康复及接种乙型肝炎疫苗者；HBsAg 转阴而抗-HBs 转阳，称为 HBsAg 血清学转换；HBeAg 阳性可作为 HBV 复制和传染性高的指标；抗-HBe 阳性表示 HBV 复制水平低（但有前 C 区突变者例外）；HBeAg 转阴而抗-HBe 转阳，称为 HBeAg 血清学转换；抗-HBc 总抗体主要是抗-HBc IgG，只要感染过 HBV，无论病毒是否被清除，此抗体均为阳性。

2.2 HBV-DNA 检测

慢性乙型肝炎 HBV-DNA 定性和定量检测反映病毒复制水平。血清 HBV-DNA 的检测主要用于慢性 HBV 感染的诊断及抗病毒疗效评价。

2.3 生化检查

2.3.1 酶学检测

血清丙氨酸转氨酶（ALT）、血清天门冬氨酸转氨酶（AST）、血清碱性磷酸酶（ALP）、血清 γ -谷氨酰转肽酶（ γ -GT）均反映肝细胞损伤的程度。当肝脏受损时，这些酶可有升高。

2.3.2 胆红素

可检测的胆红素有总胆红素（TBil）、直接胆红素（DBil）和间接胆红素（IBil）。通常血清胆红素水平与肝细胞坏死程度有关，但需与肝内和肝外胆汁淤积所引起的胆红素升高相鉴别。

2.3.3 凝血酶原时间（PT）、凝血酶原活动度（PTA）及部分凝血酶原时间（APTT）

这些是反映肝脏凝血因子合成功能的重要指标。重度慢性乙型肝炎可有 PT 及 APTT 的延长，对判断疾病进展及预后具有重要意义。

2.3.4 胆碱酯酶

可反映肝脏合成功能，对了解病情轻重和监测肝病进展有参考价值。

2.3.5 血清蛋白

可反映肝脏合成功能。慢性乙型肝炎可有总蛋白（TP）、白蛋白（ALB）、白蛋白/球蛋白（A/G）比值降低。