

肝炎的中医调治

钱 英 著

人 民 卫 生 出 版 社

肝炎的中医调治

钱 英 著

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 33 $\frac{1}{2}$ 印张 72千字

1986年2月第1版 1986年2月第1版第1次印刷

印数：00,001—25,270

统一书号：14048·5114 定价：0.60元

〔科技新书目106—39〕

目 录

一、什么是病毒性肝炎?.....	1
(一) 病原学分型.....	1
(二) 临床分型.....	1
二、怎样才算得了病毒性肝炎?	3
(一) 急性肝炎.....	3
(二) 慢性肝炎.....	3
(三) 重型肝炎.....	4
(四) 淤胆型肝炎.....	5
三、正确对待肝功能化验及有关检查	6
(一) 血清谷丙转氨酶.....	6
(二) 浊絮试验.....	8
(三) 血清蛋白定量.....	8
(四) 胆红质定量、黄疸指数、凡登白试验.....	9
(五) 尿三胆.....	10
(六) 磺溴酞钠排泄试验.....	11
(七) 超声波.....	11
(八) 肝血流图.....	12
(九) 肝穿刺.....	13
(十) 自我疗养时应重点观察的几种肝功能试验和有关检 查项目.....	13
四、积极防治和自我疗养的重要性	14
五、急性病毒性肝炎	15
(一) 概述.....	15
(二) 辨证论治.....	16
(三) 治疗急性肝炎应该重视的两个问题.....	20

(四) 单验方·····	20
(五) 常用中成药·····	24
(六) 针刺疗法·····	26
(七) 喷鼻疗法·····	31
(八) 饮食疗法·····	32
(九) 调养护理·····	34
(十) 预防·····	36
(十一) 谈谈家庭消毒·····	38
(十二) 如何防止急性肝炎转成慢性·····	40
六、慢性病毒性肝炎·····	42
(一) 概述·····	43
(二) 辨证论治·····	45
(三) 常用单验方及中成药·····	53
(四) 饮食疗法·····	55
(五) 调养护理·····	59
(六) 慢性肝炎的辅助治疗·····	61
七、重症肝炎·····	74
(一) 急性重症肝炎·····	74
(二) 亚急性重症肝炎·····	74
(三) 慢性重症肝炎·····	75
八、淤胆型肝炎·····	76
九、乙型肝炎·····	78
(一) 病原学·····	78
(二) 流行病学·····	80
(三) 乙型肝炎与免疫状态的关系·····	80
(四) 关于乙型肝炎表面抗原(HBsAg)携带者·····	81
(五) 乙型肝炎的预防·····	82
(六) 乙型肝炎病人的婚姻与生育·····	83
十、残留黄疸·····	84

十一、黄疸及其简易治疗	86
(一) 病因	83
(二) 病机	86
(三) 辨证论治	87
十二、肝炎后脂肪肝及其简易治疗	92
十三、恶心及其简易治疗	94
十四、乏力及其简易治疗	95
十五、胁痛及其简易治疗	95
(一) 湿热胁痛	96
(二) 气滞胁痛	96
(三) 郁热胁痛	96
(四) 血瘀胁痛	97
(五) 气虚胁痛	97
(六) 血虚胁痛	97
十六、腹胀及其简易治疗	98
(一) 湿困腹胀	99
(二) 食积腹胀	99
(三) 气滞腹胀	99
(四) 脾虚腹胀	99
(五) 火衰腹胀	100
(六) 停水腹胀	100
十七、谈谈五味子	101
十八、谈谈水飞蓟	103

一、什么是病毒性肝炎？

引起肝炎的原因是很多的，本书所讲的主要是病毒性肝炎。

病毒性肝炎是一种常见传染病，它传播于全世界，对人类健康危害极大。其传染源是肝炎病毒。目前这种病毒尚未人工分离培养成功。但是，人们可以用放大几万倍的电子显微镜看到它，这种极小微生物的直径不过几十个毫微米。由于它的传染力很强，用一般的消毒方法不能把它消灭。

近十余年，自从发现乙型肝炎抗原以来，病毒性肝炎的研究进展十分迅速。通过对输血后肝炎的研究，还发现存在着第三型肝炎，暂定名为非甲、非乙型肝炎。

由于普遍重视病毒与人体免疫系统的相互作用，通过对病毒性肝炎（特别是乙型肝炎）发病机理的研究，有人认为病毒性肝炎实际上是由肝炎病毒感染所引起的以肝脏病变为主的全身性免疫反应性疾病。

病毒性肝炎过去叫传染性肝炎，后来由于国内外学术交流的需要，便统一规定称为病毒性肝炎。1978年11月在杭州召开的全国病毒性肝炎学术会议上关于病毒性肝炎的命名和分型做了如下规定：

（一）病原学分型

分甲型，乙型，非甲、非乙型。如不能确定为上述三型，则可注明为 HBsAg (+) (即乙型肝炎表面抗原阳性) 或 HBsAg (-) (即乙型肝炎表面抗原阴性)。

（二）临床分型

1. 急性肝炎：又分(1)急性黄疸型；(2)急性无黄疸型。

2. 迁延性及慢性肝炎：

甲种分类法：分(1)慢性迁延性；(2)慢性活动性。

乙种分类法：(1)迁延性肝炎；(2)慢性肝炎；又分①慢性普通型，②慢性活动型。

3. 重症肝炎：(1)急性重型；(2)亚急性重型；(3)慢性重型。

4. 淤胆性肝炎。

病毒性肝炎是青壮年人的常见病多发病。但是，近年来儿童和老人的发病率也有增高，而且各有特点。首先，“儿童肝炎”以2~4岁为最高峰，甲型肝炎比较多见。多起病急，初起象感冒，有发热、咳嗽等症状，或有腹泄、呕吐。第三、四天就见巩膜、皮肤发黄。肝大显著，脾大也比成人多见。由于儿童的新陈代谢旺盛，肝内血运丰富，再生力强，所以多在20天左右症状和体征基本消失。一般比成人预后好。但值得注意的是1岁内婴儿得了肝炎大多数较重，因此，托幼机构和家长除应对学龄前儿童肝炎加强预防外，还需对婴幼儿肝炎加强观察。

“老年肝炎”是指60岁以上的老年人得了病毒性肝炎。由于老年人肝脏再生能力差，免疫功能减退，所以一般比青壮年人病情严重，预后也比较差。老年肝炎发生黄疸者居多，黄疸程度较深，持续时间也长。一般人患肝炎的黄疸多在两周左右即可消退，而老年肝炎要长达40多天。由于60岁以上是肿瘤的高发年龄，所以，要警惕肝癌，但也不能误将老年肝炎轻易诊为癌瘤。

我国人民早在两千多年前就对传染病有了认识，周代的《礼记·月令篇》中曾记载气候失常“则民大疫”。《内经素问遗篇·刺法论》说：“余闻五疫之至，皆相染易，无问大

小，病状相似”。“黄疸”（当时称“黄瘰”）做为一个独立的病证已在《素问·六元正纪大论》中有明确记载：“湿热相薄……民病黄瘰”。意思是说老百姓中之所以流行黄疸病，多是由于湿邪与热邪共同侵袭人体所致。后人又有“瘟黄”、“疫黄”、“天行发黄”、“时气病发黄”等描述。中医对病毒性肝炎的认识除了与“黄疸”密切相关外，还和“郁证”、“胁痛”、“积聚”、“癥瘕”、“臌胀”等病证有关。

二、怎样才算得了病毒性肝炎？

自己是否真正得了“病毒性肝炎”？对此必须持审慎的态度，切忌主观片面地只凭某一点如“肝大”或某一次化验异常就作出肯定诊断。全国病毒性肝炎会议（杭州会议）曾对各型肝炎的诊断标准作了如下规定：

（一）急性肝炎

1. 急性无黄疸型肝炎：

(1) 凡与确诊病毒性肝炎病人（特别是急性期）同吃、同住、同生活或经常接触病毒污染物（如血液、粪、痰）而未采取防护措施者。或在半年内曾接受输血、血液制品及消毒不严格的药物注射、接种、针刺治疗等。

(2) 近期内出现乏力、食欲减退、恶心、厌油、腹胀、便溏、肝区痛等，而且不能用其他原因解释。

(3) 肝肿大并有压痛，部分病人可有轻度脾肿大。

(4) 血清谷丙转氨酶活力增高。

(5) 病原学检测指 HBsAg(+)（即乙型肝炎表面抗原阳性）。或抗 HBc(+)（即乙型肝炎核心抗体阳性）、或抗 HBs（即乙型肝炎表面抗体）效价增高四倍以上。

对上述条件有可疑者应进行动态观察，必要时做肝活体组织检查（俗称肝穿刺）方可诊断。但是只要有其中任何一条存在，再加上病原学检测（指 HBsAg、抗 HBc、或抗 HBs 效价增高四倍以上）为阳性，而且能排除其他疾病者就可以确诊。

2. 急性黄疸型肝炎：凡急性发病，具有上述症状、体征及化验异常，血清胆红素在 1.0 毫克%以上，尿胆红素阳性。并排除其他原因引起的黄疸，即可诊断为急性黄疸型肝炎。

（二）慢性肝炎

1. 慢性迁延性肝炎：有确诊或可疑肝炎的病史，病程超过半年尚未痊愈，病情较轻，不够诊断慢性活动性肝炎。

2. 慢性活动性肝炎：

(1) 既往有肝炎史，目前有较明显的肝炎症状。

(2) 肝肿大、质地中等硬度以上，伴有蜘蛛痣或肝病面容或肝掌或脾肿大而排除其他原因。

(3) 血清转氨酶活力反复或持续升高伴有浊絮试验长期明显异常者；或血浆白蛋白减低或白/球蛋白的比例明显异常或 γ 球蛋白明显增高者；或血清胆红素长期增高者。有条件时可作免疫学检测，如 IgG、IgM、自身抗体（抗核抗体、抗平滑肌抗体等）、自身细胞免疫（抗肝细胞膜脂蛋白）、类风湿因子等。

(4) 有肝外器官损害：如关节痛、肾炎、脉管炎、皮疹、干燥综合征等。

以上四项凡有三项为阳性者即可诊断。或第(2)、(3)两项为阳性者也可诊断。或肝穿刺检查符合慢性活动性肝炎 (CAH) 的组织学改变者。

（三）重型肝炎

1. 急性重型肝炎（即暴发型肝炎）：急性黄疸型肝炎起病后三周以内迅速出现精神、神经症状（嗜睡、烦躁不安、神志不清、昏迷等）而排除其他原因者。

2. 亚急性重型（即亚急性肝坏死）：急性黄疸型肝炎起病后三周以上，而具备下列指征者：

(1) 黄疸迅速上升（数日内血清胆红素上升大于10毫克%），凝血酶元时间明显延长或胆碱脂酶活力明显降低。

(2) 极度乏力及明显食欲减退或恶心呕吐，重度腹胀及腹水，可有明显出血倾向。

对无腹水及明显出血倾向者应考虑也有可能为本型的早期。

3. 慢性重型（即慢性肝炎亚急性肝坏死）：表现同亚急性重型肝炎，但有慢性肝炎或肝炎后肝硬化的病史、体征或化验异常者。

也可按第二种分型方法进行诊断，即：

1. 迁延性肝炎：有确诊或可疑肝炎的病史，病程超过半年尚未痊愈。病情较轻不够诊断慢性肝炎标准者。

2. 慢性肝炎：具有上述（慢性活动性肝炎诊断标准）四项或具有第四项及前三项中之两项，或肝活体组织检查类似慢性活动性肝炎（CAH）的改变者。

（四）淤胆型肝炎

类似急性黄疸型肝炎，但自觉症状常较轻。其黄疸表现为梗阻性黄疸而且持续三周以上。并应除外其他肝内外梗阻性黄疸（包括药源性等）。

三、正确对待肝功能化验及有关检查

如前所述，肝功能化验只是病毒性肝炎的判断指标之一。如果单纯只凭一项化验结果就想得出完全正确的诊断，往往是不可能的，片面的结论只能给病人带来不必要的思想负担。

肝脏好像一个巨大的化学工厂，它担负着制造人体所需要的各种物质的重要任务。其中最主要的有蛋白质、脂肪、糖、维生素等。此外，肝脏还有非常重要的解毒功能。目前，肝功能化验的目的，大多是为了测定上述这些代谢和解毒功能的好坏。其中常见的有以下几种：

（一）血清谷丙转氨酶

什么叫转氨酶呢？这得从人的饮食说起。人从食物中获取的蛋白质必须转化成氨基酸才能被人体吸收。顾名思义，凡能催化食物变成氨基酸的酶都叫转氨酶。人体有 20 多种转氨酶，最重要的是血清谷丙转氨酶（GPT）和谷草转氨酶（GOT）。

谷丙转氨酶（GPT）主要存在肝细胞内，它的增高说明了肝细胞有损伤，并表明有急性炎症在活动。但是，肝炎病人的预后好坏，并不能由谷丙转氨酶的高低来决定，而是由谷丙转氨酶增高的持续时间来决定。举例来说，假如一个家庭里，哥哥的谷丙转氨酶高达 1000 单位（金氏法），但是不到两三个月就恢复正常了，弟弟的谷丙转氨酶只有 300 单位（金氏法），然而却拖延了一年多，也吃了不少药，仍是在 300 单位上下波动，甚至两三年也不能恢复正常。那么，这哥俩究竟谁的预后好？谁更值得重视呢？要回答这个问题，关键要搞清一个道理，就是病毒本身并不破坏肝细胞，只有

当人体产生的抗体在歼灭和清除病毒时破坏了有病的肝细胞时，转氨酶才会升高。哥哥感染了肝炎病毒之后，由于自身的免疫功能很好，很快产生了抗体，有足够的力量将病毒一举歼灭，当有病的肝细胞全部被破坏时，转氨酶（GPT）立即可以升至1000单位，但很快就会正常，好的肝细胞会迅速再生，因此预后良好。而弟弟由于自身的免疫功能低下，产生的抗体不足，只能战胜和清除一部分病毒，在大量有病的肝细胞中只有部分被破坏掉。所以，转氨酶只有轻度（或中度）升高，而且抗体与病毒形成了不分胜负的对峙局面，以致拖拖拉拉，持续不降，长期不愈。表面上看是不好不坏，转氨酶常在300单位上下变动不大，实际上是在迁延转慢。因此，弟弟的肝炎更应该引起重视。

中医学对人体的免疫功能早有认识，我国最早发明种牛痘预防天花就是例证。中医学对虚实认识早有精辟论述，如指出“邪气盛则实，精气夺则虚”。哥哥就属于精气充足，正气强盛，正能抗邪；弟弟则属于精气被夺，正气已虚，正邪交争并有可能正不抗邪。所以，从某种意义上讲，转氨酶的高低与人体免疫功能的好坏（即正气的强弱）成正比。因此，哥哥的转氨酶在短期内升得很高并不可怕，反而应该在一定程度上把它看成是正能抗邪的一件好事。

同时，还应该了解影响转氨酶升高的因素不仅仅是病毒性肝炎，还常见于中毒性肝炎（如药物中毒等）、脂肪肝、肝结核、肝癌、心力衰竭所引起的肝郁血；胆囊炎、胆石症、各种原因所引起的胆道阻塞性黄疸；肝外疾病还常见于急性风湿热、心肌梗塞、某些急性发热性传染病（如血吸虫病、伤寒、流行性出血热、钩端螺旋体病、疟疾）；某些胃肠道疾病（如胃肠炎、溃疡病、胰腺炎、痢疾）；感染性疾病（如肺

脓疡、败血症)以及胶原病等。此外,在正常的生理情况下也可以出现转氨酶升高,如酗酒、剧烈运动、妊娠等。

另外,从取血到发出转氨酶化验结果中间要经过十几个环节,因此影响结果不准确的因素很多,误差率常在5%左右,个别可达20%以上。所以,如果同时去几个医院化验,有时结果并不相同,这不足为怪。

(二) 浊絮试验

肝炎病人的血清如果和脑磷脂、胆固醇以及其他物质相混合以后,便会产生各种絮状反应。目前临床最常用的是麝香草酚浊度试验(TTT)和麝香草酚絮状试验(TFT),简称浊絮试验。TTT的正常值为6单位,TFT的正常值为0~+。一般认为,浊絮试验主要说明肝脏炎症的程度以及肝脏对蛋白质代谢的状况。如果浊絮长期不降,或越来越高,并不直接反映肝细胞的破坏程度,只表明炎症反应在肝内持续进行并已迁延转慢。但是,有两种情况需要鉴别:第一、高血脂症、疟疾、黑热病、血吸虫病、胶原病、红斑狼疮、风湿病、亚急性细菌性心内膜炎、肺结核、肾病等往往也可以使浊絮试验结果增高。第二、当急性肝炎已经进入恢复期,转氨酶开始下降时,往往出现一过性的浊絮试验增高,这种增高一般是轻度的而且是短暂的。因此,当浊度(TTT)只有7~10单位,絮状(TFT)只有+~++时,不必过早地背上“肝炎已转慢性”或“肝炎越来越重”的思想包袱。此时有可能是属于上述两种情况之一。千万不要只凭一两次浊絮增高,即认为自己已经是“慢性肝炎”了。

(三) 血清蛋白定量

正常人血清白蛋白为3.5~4.8克%,球蛋白为1.5~3.2克%,二者的比例(即A/G)应为1.3~2.5/1.0,至

少应该 $A/G > 1.0$ 。

血清白蛋白的减少和球蛋白的增高（主要指 γ 球蛋白）一般常见于慢性肝炎或重症肝炎，说明肝功能的损害已较严重。 γ 球蛋白长期持续上升是慢性肝炎继续纤维化的标志，当肝组织大块坏死时 γ 球蛋白也明显升高。但是，在阻塞性黄疸、脂肪肝、转移性肝癌出现黄疸时球蛋白往往并不升高。

（四）胆红质定量、黄疸指数、凡登白试验

总胆红质定量正常值应小于 1.0 毫克%，其浓度的增高虽然能反映病毒性肝炎的严重程度，但是，还应该进一步分析在总胆红质中直接胆红质和间接胆红质各占多少。直接胆红质（也叫 1 分钟胆红质）一般应占总胆红质的 20% 以下（即应小于 0.2 毫克%）。如果直接胆红质有轻度增高（占总胆红质的 30% 左右），可以考虑有肝炎的可能，但更多见呈双向反应（即凡登白试验：直接和间接反应均阳性）。如果直接胆红质明显增高（占总胆红质的 30~50%），则常见于肝内毛细胆管淤胆或阻塞性黄疸。如果增高得更明显（占总胆红质的 50% 以上），则更多见于肝外阻塞性黄疸，并要警惕各种新生物的梗阻（此时凡登白试验呈直接反应阳性）。相反，如果直接胆红质正常，而间接胆红质很高，则多见于溶血性黄疸（此时凡登白试验多呈间接反应强阳性）。

由于肉眼观察巩膜的黄染常受光线或脂类物质沉着于球结膜等因素的干扰，从而影响判断结果，因此，通常需要依靠查血胆红质定量来判断黄疸的轻重。尤其当总胆红质定量在 1~2 毫克% 时，一般是不容易看到巩膜或皮肤黄染的，常把这种黄疸称为“隐性黄疸”。

黄疸指数的测定方法简便，但因用肉眼比色，其准确性

较差。通常也可以用1毫克%的胆红质定量近似于10单位的黄疸指数来换算。估计和判断黄疸型肝炎的轻重程度，一般常用测定血清总胆红质定量的方法：即总量在1~5毫克%为轻度；在5~10毫克%为中度；在10毫克%以上为重度，这标志有可能是重症肝炎。

(五) 尿三胆

尿三胆是尿胆红素、尿胆原和尿胆素三者的总称。正常人尿胆红素为阴性，尿胆原呈弱阳性（即半定量稀释法在1:20以下呈阴性）。做为鉴别阻塞性黄疸和溶血性黄疸时，测定尿胆红素和尿胆原最有意义，其鉴别方法如下表：

尿 三 胆	尿胆红素	尿 胆 原
正常人	(-)	在1:20以下
阻塞性黄疸	(+)	(-)
溶血性黄疸	(-)	(+)

因为尿胆原在空气中氧化即成尿胆素，所以，尿胆原和尿胆素的阳性意义是相同的。值得注意的是，只有在病毒性肝炎病人的肝细胞炎变、肿胀或渗出而导致肝内胆管淤滞或阻塞时，以致肝脏不能将过多的直接胆红素转变成间接胆红素，这时才出现尿胆红素(+)。同样，也只有病毒性肝炎发展到一定程度，以致肝脏失去了将全部尿胆原转化为胆红素的能力，这时过多的尿胆原即由尿中排出才出现尿胆原(+)。换句话说，当肝细胞的炎症反应和肝功能的损害尚未达到上述程度时，尿三胆也可以为(-)。

尿胆红素的检测对黄疸型肝炎的诊断和预后最为灵敏。

在急性肝炎初期，如果黄疸或尿胆原尚未出现而尿胆红素已经阳性，此时具有早期诊断的意义。到了肝炎恢复期，尽管黄疸依然存在，如果尿胆红素已经转阴，此时可以预告患者：黄疸即将消退。然而，尿胆原的检测则不然，在急性期与尿胆红素一样，在皮肤黄染之前即可阳性，但是到了黄疸极期，由于肝内胆汁淤积的缘故而使尿胆原一时性减少，到恢复期才又再度回升，等到皮肤黄染全部消退之后，尿胆原才迟迟恢复正常。此时，如果尿胆原持续阳性，可以认为肝炎有迁延转慢的可能。

(六) 磺溴酞钠排泄试验

磺溴酞钠（也叫酚四溴酞钠）做为一种染料吸收后可以由肝细胞排泄于胆汁中。当肝细胞受损害时，这种排泄能力下降。每公斤体重应该静脉注入5毫克磺溴酞钠，45分钟后采血4毫升测定血中磺溴酞钠的浓度。正常值不得超过6%。含量越高表明肝脏的排泄能力越差。必须注意，连续多次进行此试验（B. S. P）可以出现过敏反应。有人还观察到血脂的浓度往往干扰此试验的数值，高血脂病人往往B. S. P值也可以升高。此外，胆道梗阻的病人因胆汁排泄障碍也可以影响磺溴酞钠的滞留量。由于老年人、心力衰竭以及休克病人肝血流量的减少同样可以导致磺溴酞钠的排泄障碍。

(七) 超声波

正常人的肝脏波型可以在进、出肝波的平段上有几个微小微波，但不超过较密Ⅱ级，而把异常波形定为较密Ⅲ级和密集波。因为波的多少只说明肝脏有没有病，并不能反映出病的性质和病理基础，所以，超声波作为对肝炎的诊断是非特异性的，不应该通过超声波的检查来决定有没有肝炎。此外，机器的灵敏性和技术员操作及识别的熟练程度均影响检

测结果的准确。如今，超声波的分析价值在于以下几点：

1. 测量肝脏、脾脏的大小（包括长短和厚薄）。
2. 鉴别肝内组织的性质是实质性？液体性？气体性？
3. 有没有肝外梗阻？尤其对胆总管以上的梗阻（如先天性总胆管囊肿及肝门梗阻等）。
4. 了解胆囊的大小和收缩功能。
5. 在除外其他疾病（如肝癌）以后，肝出波的衰减程度可以做为脂肪肝的分析指标之一。

近年来，由于“B”型超声波的检测得到更多的开展，并能从前后、左右、上下不同角度来反映出正常和病变组织的回声图像，因此，也有人把它称为“立体超声波”，而把普通平面超声波称为“A”型超声波。但是，不论“A”型还是“B”型都不能做为肝炎的特异性检查手段，也不应该做为肝炎病人的常规检查项目。

（八）肝血流图

当人的心脏每跳动一次（即心脏收缩和舒张各一次），就会使肝脏里的血液充盈度及内压波动产生不同于任何脏器的改变，因而可以在肝血流图像上产生具有特殊性的曲线。正常人肝血容量大，波幅就高。肝炎病人由于肝细胞肿胀、坏死、增殖都会造成肝血窦结构的改变，血窦容积变小，肝内供血量减少，肝内阻力降低，这些肝血流的改变必然产生相应的波型改变。

有临床报告，当肝炎患者主诉有肝区疼痛时，大多数肝血流图有异常改变，这种改变还和转氨酶的高低有对应关系。医生可以根据肝血流图的变化选择不同的治疗方案。此外，肝血流图还可以帮助医生进一步查明肝脏质地的软硬程度。对肝炎来讲，肝血流图虽然有助于诊断、鉴别诊断和判断预