

黃賢樟教授對中醫治療乙型肝炎的論析

Discussion and analysis by Professor *Huang Xianzhang* on the treatment of hepatitis B with Chinese medicine

劉碧鳳 *LIU Bifeng*

(香港註冊中醫學會學術委員會)

黃賢樟教授是香港註冊中醫學會副會長，香港中醫專科發展工作組內科小組召集人，《香港中醫雜誌》副主編，廣州中醫藥大學香港校友會理事長。黃教授1982年畢業於廣州中醫藥大學，獲醫學學士學位，1988年獲醫學碩士學位，曾任廣州中醫藥大學第一臨床醫學院副院長，第一附屬醫院副院長，副教授，主任中醫師，碩士研究生導師，《新中醫》雜誌編委，廣東省醫療事故技術鑒定專家等職，曾在抗擊非典型肺炎工作中被廣東省政府授予三等功，被廣州市政府授予先進個人稱號。以輸入內地人才方式來港後曾任香港浸會大學中醫藥學院高級講師、首席講師、碩士研究生導師、院務委員會委員等。黃教授學驗俱豐，先後於廣州和香港從事中醫醫療、教學和研究工作30餘年，對肝膽胃腸病、糖尿病、老年病的預防與治療及香港地區的中醫發展有較深入的研究，主持或參與國家級或省級的醫學研究課題九項，參與香港特區政府關於中醫發展的政策性研究課題一項，主編出版學術著作十餘部，發表學術論文五十餘篇，尤以對乙型肝炎的論著，深受業界重視。

〔摘要〕 乙型肝炎呈世界性分佈，中國（包括香港地區）為高流行區。黃賢樟教授經過較長時間的臨床實踐與研究，體會到中醫治療可以在抑制與清除乙肝病毒，改善與恢復肝功能，減少肝硬化與肝癌發生的機會，消除患者不適症狀等方面發揮積極有效的作用。黃教授在臨證中總結出乙型肝炎的中醫證治規律，以「清濕熱、化瘀毒、健脾補腎養肝法」為乙肝的基本治則，乙肝病毒攜帶者，重在補中益氣；乙型肝炎患者，重在清熱去濕；乙肝出現黃疸者，注意健脾活血；重型乙肝者，注重截斷與善後。臨床用藥心得包括應注意祛邪解毒貫穿治療全程，祛邪重在清熱去濕與涼血解毒，祛邪需注意給邪以出路，適當配伍涼血活血藥，在選用補益類藥時要防其偏性太過，適當按現代藥理研究結果進行辨病用藥等，依此治療，可獲良效。

〔關鍵詞〕 乙型肝炎；中醫證治規律；名醫用藥心得；黃賢樟

乙型肝炎呈世界性分佈，中國（包括香港地區）為高流行區。1995年內地人群HbsAg陽性率為9.8%，而2006年衛生部開展的乙肝血清流行病學調查則顯示，內地人群的乙肝表面抗原攜帶率為7.18%，即有約9300萬人攜帶乙肝病毒^{〔1〕}，此數字雖然已較上述1995年的數字下降，但仍在全世界居於較高水準。

香港大學醫學院內科學系於2008年根據多年來為本港市民免費檢測肝炎發現，約9%至10%的人帶有乙肝病毒，以全港人口推算，即約有60萬人攜帶乙肝病毒，其中約兩成半至四成人更會在40~60歲前演變為肝癌或肝硬化^{〔2〕}。攜帶乙肝病毒者部分人無肝功能損害，部分人有肝功能損害，因此在臨床上如細緻劃分，乙肝可以分為乙肝病毒攜帶者（沒有肝功能損害）；乙型肝炎患者（有肝功能損害）兩大類。肝功能損害嚴重者，稱重症肝炎。

中醫學雖無乙型肝炎的病名記載，但在古代文獻裏很早就有類似症狀的描述。黃賢樟教授指出，乙型肝炎的中醫病名可根據患者各自的臨床表現分別診斷為胃痞、痞滿、脅痛、嘔吐、泄瀉、黃疸、濕阻等。如無症狀者可直接診斷為乙型肝炎。

乙肝可引起肝功能損害，並可導致肝硬化與肝癌的發生，是它對人體健康的三大危害。目前西醫對本病主要使用口服藥進行治療，而其最好的療效只是使乙肝病毒不再複製，並不能徹底清除病毒，而且需要終身服藥。黃賢樟教授經過較長時間的臨床實踐與研究，體會到中醫治療可以在抑制與清除乙肝病毒，改善與恢復肝功能，減少肝硬化與肝癌發生的機會，消除患者不適症狀等方面發揮積極有效的作用，因此特把黃賢樟教授對中醫治療乙型肝炎的論析總結如下。

1 乙型肝炎的中醫證治規律

1.1 以「清濕熱、化瘀毒、健脾補腎養肝法」為乙肝的基本治則

中醫學認為「正氣存內，邪不可干」，「本氣充滿，邪不易入」。說明正氣虛弱，邪氣則乘虛侵入而發病。所以，正氣不足是乙型肝炎（包括乙肝病毒攜帶者）發病的內在原因，即使無症狀者，如病毒已留於體內，就已顯示具有正氣不足的情況。黃教授指出，乙肝（包括乙肝病毒攜帶者）的基本病機是邪實正虛，在香港地區，其「邪實」主要是濕熱疫毒蘊伏肝臟，直入血分，瘀毒互結；「正虛」主要是肝脾腎虧虛，故乙肝（包括乙肝病毒攜帶者）的基本治則是祛邪扶正。「祛邪」是清熱去濕，解毒化瘀；「扶正」是健脾補腎養肝。扶正可促進祛邪，祛邪有利扶正，兩者缺一不可，只是在應用時要根據病人邪實與正虛的孰輕孰重，以及是屬於無肝功能損害的乙肝病毒攜帶者，還是有肝功能損害的乙型肝炎患者；是有證可辨，還是無證可辨，來決定祛邪與扶正的輕重，以及祛邪與扶正的具體方法而已。

因此，黃教授根據該病的基本病機及治則，擬定治療的基本方：白花蛇舌草、太子參、丹參、杞子各20g，垂盆草、蒲公英、葉下珠、黃芪、菟絲子、黃精、赤芍各15g（以下簡稱乙肝基本方）。方中白花蛇舌草、垂盆草、蒲公英、葉下珠清熱化濕解毒以祛邪；丹參、赤芍性寒涼血清熱，又能活血化瘀，主入肝經，善走血分，與前面諸藥同用，可清除蘊伏於肝臟與血分的濕熱疫毒、瘀毒；太子參、黃芪健脾胃、補中氣；杞子尚能益精血，與菟絲子合用有補腎陰腎陽，溫腎補脾之效；黃精既能滋腎潤肺，又能補脾益氣。各藥同用，互相配合，互相促進，健脾補腎養肝之力倍增。

1.2 乙肝病毒攜帶者的治療—重在補中益氣

乙肝病毒攜帶者為無肝功能損害者，部份乙肝病毒攜帶者可以無症狀出現，即所謂「無證可辨」。黃教授認為，這只是表象而已，只要已診斷為本病，即該病者已屬正氣不足，從而導致濕熱疫毒乘虛而入，亦就是內在有邪實正虛的情況，因而可直接用上述的乙肝基本方為主，並加強補中益氣的藥物（加量或加味）組方治療。如有證可辨者，則可在此方基礎上根據其辨證分型來加減用藥，即保留及加用對此證型有治療作用的藥物，減除不適合用於此證型的藥物，但不論如何加減，均要注重補中益氣。

黃教授以臨床上常見的證型為例，對「肝膽濕熱型」病者是基本方去黃芪、菟絲子、黃精，加茵陳、虎杖、田基黃、五指毛桃、四葉參、芡實；「濕困脾胃型」去黃精，加土黨參、茯苓、白術、山藥、白蔻仁；「肝鬱血瘀型」去蒲公英、黃精，加醋柴胡、醋鱉甲、郁金、川芎、千斤拔、牛大力；「肝鬱脾虛型」去蒲公英，加醋柴胡、醋香附、黨參、白術、茯苓；「肝腎陰虛型」去黃芪、葉下珠加女貞子、旱蓮草、白芍、西洋參、盤龍參。

黃教授強調，不論是無證還是有證可辨，乙肝病毒攜帶者的治療都重在補中益氣，以調動正氣與邪相爭（改變機體的免疫耐受或免疫麻痹狀態），從而清除濕熱毒邪。如有濕熱或陰虛者，只要選用補中益氣而不過於溫燥，或配伍能制約溫燥的藥物即可，例如可用較大劑量的五指毛桃（25—60g）代替黃芪。

【病案一】：黃某某，男，38歲。2011年3月11日首診。患者在一年前出現頭暈氣短、神疲乏力，10年12月發現帶乙肝病毒，HBV-DNA 1.85×10^4 IU，HBsAg 與HBeAg陽性。就診時上述症狀尤甚，大便稍爛，睡眠易醒，夜尿一次，間有腰酸脅痛腹痛，口乾、憂鬱焦慮，舌淡紅略暗，苔微黃厚，脈細稍弱。黃賢樟教授指出，本患者乃由於素體虛弱，正氣不足，導致疫毒乘虛而入，就診時則是肝血不足，脾腎虛弱，而以脾虛為主，另有濕熱疫毒蘊伏肝臟，致肝鬱血瘀。故治以健脾養肝補腎、清熱去濕、解毒化瘀，而注重補中益氣。方用上述乙肝基本方為主加減：太子參、黨參、黃芪、茯苓、白術、白芍、菟絲子、黃精、白花蛇舌草、垂盆草、田基黃、菊花各15g，丹參、杞子、雞血藤各20g，川芎10g。

開始時每日服用一劑，復渣再煎，一日飲用二次。用藥十劑後病情改善。繼續在上方基礎上根據其就診時的情況加減用藥，病情穩定後，一般2—4周復診一次，從第4周起上述症狀基本消失，服藥劑量改為2劑藥分三天服用，即第一天一日服用2次（早晚各服1次），第2、3天則1天服用1次，依此循環往復，按2、1、1、2、1、1的劑量循環服用。服藥至2011年7月8日復查肝腎功能，血常規、空腹血糖、AFP、TSH、ESR均正常，HBsAg與HBeAg轉為陰性，HBV-DNA < 10 IU，乙肝病毒已被徹底清除。在乙肝病毒已清除後，囑患者仍需繼續鞏固治療，但服藥劑量可逐漸減少，以提高病人服藥的依從性與保障用藥安全。鞏固治療4個月後，及隨後的1年、2年後隨訪病人，病情均無復發，囑病人可接種乙肝疫苗，以免再度受感染。而患者在整個治療過程中均無使用任何治療乙肝的

西藥或保健品。

1.3 乙型肝炎(肝酵素高)的治療—重在清熱去濕

黃賢樟教授指出，這類患者的基本病機同上，但在肝酵素高或有其它肝功能損害時，患者往往濕熱的情況較為明顯，故在用清濕熱、化癥毒、補脾腎養肝的治則時要重在清熱去濕。其中急性乙肝患者在虛實夾雜中以邪實為主，邪實中又以濕熱尤為明顯，故可用乙肝基本方去黃芪、菟絲子、黃精，加敗醬草、田基黃、虎杖、芡實、連翹、豬苓等。而慢性乙肝患者則往往邪實正虛並重，為免在濕熱困脾之時又復傷脾敗胃，因此可用乙肝基本方去苦寒之蒲公英，加甘淡微寒的清熱去濕藥，如田基黃、雞骨草、溪黃草、蘆根、土茯苓等，再根據何臟虛弱明顯而選擇相應的扶正補虛藥。例如，脾虛明顯，加黨參、茯苓、白術、山藥；腎陰虛明顯，加女貞子、旱蓮草、天冬、龜板；腎陽虛明顯，加巴戟、杜仲、仙靈脾、肉蓯蓉；肝陰虛明顯，加生地黃、麥冬、沙參、桑椹、石斛，使濕熱去，正氣復。若肝酵素高者，不論急性乙肝，還是慢性乙肝，不論屬何種證型，均可加入五味子、白背葉根作為持異性治療。

〔病案二〕：林某某，女，36歲，2009年7月22日初診。患者從母親處感染乙肝病毒，但7年前才發現，當時已有肝酵素增高，即在西醫處使用拉米夫定，數年後因效果不佳而加服阿德福韋酯。患者由於計劃懷孕而於09年5月1日停服上述二藥，停藥前檢查HBV-DNA 616IU/ml ，肝功能(包括肝酵素)正常。停服二藥後於09年6月23日檢查，HBV-DNA已明顯地增高至 $3.61\times 10^8\text{IU/ml}$ ，7月21日ALT 395IU/L ，AST 304IU/L ，顯示其病毒復制非常活躍，肝臟有明顯的炎症情況，因病程已超過6個月，故可診斷為慢性乙型肝炎。由於患者仍計劃懷孕，而不能再服西藥，故即來黃賢樟教授處尋求中醫治療。

初診時患者肝區不適，胃脹噯氣，神疲乏力，語聲低微，外陰瘙癢，白帶色黃，睡眠夢多，牙肉腫而咽乾痛，口乾，面色稍黃，舌淡紅，邊有齒印，苔微黃，後有剝苔，脈細弱。患者要求既要控制乙肝病情，又要不要影響其隨後的安全懷孕及胎兒的正常發育。考慮到患者的要求，以及其就診時的四診所得與肝酵素明顯增高者，乃屬於濕熱疫毒內蘊，肝鬱脾虛，肝腎不足情況，治以清熱去濕解毒為主，疏肝健脾為次，顧護肝腎為輔，處方如下：白花蛇舌草、敗醬草、垂盆草、田基黃、蒲公英、夏枯草、太子參、山藥、女貞子、麥冬各15g，旱蓮草、枸杞子各18g，柴胡、醋香附各10g，北五味子8g，五指毛桃25g。

患者因工作繁忙而選用濃縮顆粒劑，一劑分二次服，早晚各服一次，服藥二周後症狀明顯改善，繼續在上方基礎上根據其每次就診的情況加減用藥。服藥五周餘後於09年9月3日復查肝功能明顯改善，ALT 118IU/L ，AST 99IU/L ，其餘肝功能指標正常，患者並於10月初成功懷孕。懷孕後患者已不宜再恢復服用西藥，因而繼續來求診用中藥治療。求診時其肝區不適、胃脹噯氣、外陰瘙癢、白帶、睡眠夢多，面色稍黃等症狀均減輕，但間有惡心，胃納稍欠佳，偶覺心跳氣短反酸，舌淡紅，邊有齒印，苔微黃，脈細滑，重按乏力，其病機雖與前類似，但有孕在身，選藥時要更為小心，除了如前辨病結合辨證用藥外，所有藥物均不能影響母體健康及胎兒的生長發育，治病與安胎要兩不誤，乃處方如下：垂盆草、田基黃、銀花、太子參、山藥、女貞子、旱蓮草、杞子、桑寄生、白芍各15g，黃芩、白術各12g，蘇葉10g，北五味子8g，砂仁、陳皮各6g，麥芽、五指毛桃各20g。

黃教授指出，此方乃是在懷孕前方藥的基礎上去白花蛇舌草、敗醬草、蒲公英、夏枯草等較苦寒之藥，以及柴胡、香附等較辛散之藥，另加入既可清熱去濕，可和胃止嘔，可健脾補腎，而又有安胎作用的藥物，仍用濃縮顆粒劑，劑量則減至2劑藥分3天服，即用2、1、1、2、1、1的服藥方法。在用上方加減治療的過程中，患者均定期檢查肝功能等指標及胎兒的發育情況，09年11月26日復查肝功能又再進一步改善，ALT 47IU/L ，AST 77IU/L ，此後約一個月檢查一次，均可大致維持在上述水平，胎兒亦發育正常。患者終於在10年7月足月順產一女嬰，

嬰 兒 發 育 完 全 正 常。

分娩後患者繼續服藥治療，在10年10月8日復查肝酵素已恢復正常，其它肝功能指標亦正常。10年11月17日再復查，血常規、肝功能、AFP均正常，HBV-DNA明顯下降至 128000IU 。隨後患者再減少服藥劑量，間歇服藥作鞏固治療至今，並定期復查肝腎功能、AFP、血常規等，均一直維持正常。2012年6月28日HBV-DNA下降至 1400IU ，2014年11月22日HBV-DNA已轉為陰性。黃教授強調，本患者在這7年的治療期間並無再使用任何治療肝病的西藥及保健品，說明中藥對慢性乙肝患者，乃至乙肝孕婦均有顯著的療效，而且無毒副作用，特別適合用於需停服西藥的乙肝孕婦。

1.4 黃疸的治療—注意健脾活血

黃教授認為，乙型肝炎患者出現黃疸時，陽黃者可在乙肝基本方的基礎上去黃芪、菟絲子、黃精，再根據濕與熱的孰輕孰重而加用藥物。如熱重於濕時加茵陳蒿湯；濕熱並重時加甘露消毒丹；濕重於熱時，加茵陳四苓散。只要屬陽黃，不論濕熱輕重，均可加大基本方中赤芍的用量，並宜加入顧護與恢復脾運的藥物，除了茯苓、白術外，還可選加白扁豆、薏苡仁、山藥、芡實、黨參等，另外可加地錦草、金錢草等。

如屬陰黃則可在乙肝基本方的基礎上去白花蛇舌草、蒲公英，如屬寒濕阻遏型加茵陳術附湯；屬脾氣虧虛型加參苓白術散。

黃教授進一步指出，本文所述的黃疸均由乙肝病毒所引起，故宜注意以下3點，療效才會明顯。

(1) 需在上述治乙肝的基本方的基礎上加減用藥。單純用一般治療黃疸的方劑效果不夠理想。(2) 「黃家所得，從濕得之」，濕性屬土，而脾為土臟，同性相求，濕熱或寒濕之邪往往先困阻脾胃，故黃疸病位不僅在肝膽，更重要的是在脾胃，而且往往由脾胃涉及肝膽，如脾胃運化功能可恢復正常，則濕濁可去，升降復常，藥力得行，而黃疸可退，故需注重健脾養胃，顧護脾胃，尤其不宜純用苦寒，以免傷脾敗胃。(3) 黃疸病人常見濕聚成痰，痰濕阻滯，乃致血行不暢，故有謂「治黃必治血，血行黃易退」，治療時宜加入活血化瘀通絡之藥，除赤芍、丹參外，還可選用鬱金、桃仁、澤蘭、紅花、當歸尾等。

1.5 重型乙肝的治療—注重截斷與善後

急性重型乙肝少見，而且一般已往醫院急症室求診，亞急性重型乙肝與慢性重型乙肝有個別會來中醫診所求診。黃教授指出，按照重型乙肝的診斷標準，患者均有黃疸的表現，而其黃疸的程度均較嚴重。後兩種重型乙肝除黃疸外，還均可見極度乏力，消化道症狀明顯，化驗檢查有明顯的肝功能異常。慢性重型乙肝可同時有慢性肝病體徵（如肝掌、肝病面容、蜘蛛痣等）。

重型乙肝病情嚴重，臨床表現較為複雜，中醫辨證多為虛實夾雜，治療時可參照上述黃疸的治療方法，但要注意下述2點：(1) 如虛實夾雜而以實證為主為重時，要當機立斷加大藥量，迅速截斷其病情的發展。例如屬陽黃時，大黃、梔子、連翹可用至20g，田基黃、地錦草、垂盆草可用至30—40g，茵陳、赤芍可用至60g，同時配合用顧護脾胃的藥物，可日用二劑，分四次服，或日用一劑，分二次服，但需中病即止，如病情改善，則減少劑量。恢復期則要視病情養陰益氣，或調和肝脾以善後。(2) 重型乙肝的療效不僅是看症狀的改善與否，還要看化驗指標是否回復正常。而臨床上症狀與化驗指標有時呈分離現象，並不能以症狀代替化驗指標。為此黃教授在辨證用藥時，注意選擇一些既能治療相應的證型，又為現代藥理與臨床研究證實能改善化驗指標的藥物，如果治療某一證型的所有中藥均無改善化驗指標的作用，則可放寬選藥至不違背「寒者熱之，熱者寒之」的原則即可。

〔病案三〕：蕭某某，男，26歲。2010年3月26日初診。患者出生時已攜帶乙肝病毒，屬母嬰傳播。在這二十餘年未有進行定期檢查及任何治療。在來求診中醫前一個月出現身黃目黃小便黃，發現後即到西醫門診治療，但無效而入醫院住院治療。當時檢查血清總膽紅素與肝酵素均明顯升高，凝血酶原時間延長，AFP279ug/L，HBV-DNA 154200IU/ml，診斷為重型乙肝，經住院西醫治療多日後病情仍未見好轉，故由住院部醫生轉介到瑪麗醫院輪候肝移植。由於肝移植的輪候時間不確定，患者決定在等候期來找黃賢樟教授行中醫治療。

初診時患者身黃目黃，黃色鮮明，小便色黃如濃茶樣，神疲欲睡，精神極差，身倦乏力，不欲活動，動則乏力更甚，右上腹、右脇及胃脘疼痛，飯後胃脹，胃納、睡眠欠佳，惡心嘔吐，皮膚瘙癢，間有身熱惡寒口乾，舌淡紅略暗，苔微黃，脈弦細稍弱。來診前一天（3月25日）化驗血清總膽紅素527umol/L，ALT157 IU/L，白蛋白27g/L，肌酐120.3umol/L，PT（凝血酶原時間）16.6sec。黃教授臨證分析：在中醫學的角度，除了接受重型乙肝的診斷外，還可診斷為黃疸。其病情虛實夾雜，實證以濕熱內蘊，瘀滯肝膽為主；虛證以脾胃虛弱為主。雖然其症狀以虛證的表現為多，但由於其出現黃疸的時間未算太長，黃色鮮明屬陽黃，舌象屬實，脈象未為大虛之象，身熱惡寒乃為正邪相爭，均顯示正氣雖虛而未竭，故此時治療可虛實兼顧，通過適當的選藥與配伍，達到祛邪而不傷正，扶正而不礙邪，以至祛邪有利扶正，扶正促進祛邪的目標。具體治則是一方面清熱去濕，疏肝化瘀，利膽退黃，另一方面是健脾養胃，扶助正氣，其中尤其要注重健脾活血，處方如下：白花蛇舌草、垂盆草、雞骨草、溪黃草、田基黃、太子參、黨參、白術、赤芍、郁金、白背葉根各15g，茯苓18g，五指毛桃25g，茵陳20g，大黃12g，梔子10g，陳皮、甘草各8g。每日一劑，復渣再煎，早、晚餐後45分鐘各服一次。

服藥二周後，身黃目黃尿黃改善，神疲乏力明顯減輕，胃納、睡眠改善，右上腹、右脇及胃脘痛消失，惡心嘔吐、飯後胃脹與身熱惡寒消失，皮膚瘙癢與口乾減輕，4月9日總膽紅素、ALT分別下降至272umol/L與111IU/L，肌酐回復正常，PT改善為15.2sec，HBV-DNA下降至207IU。隨後以上方為基礎，根據每次就診時的病情加減用藥，其中曾加入秦艽與五味子分別加強退黃與降酶素作用，在治療至一個多月時減少大黃的用量，停用白花蛇舌草等，逐步加入杞子、芡實等健脾養肝補腎之品。用藥2個月後服藥劑量減至2劑藥分3天服，用2、1、1、2、1、1的服藥方法。5月10日總膽紅素再下降至82umol/L，ALT已回復正常。至6月25日（服中藥三個月）檢查肝功能包括膽紅素已全部回復正常：ALT 18 IU/L，ALP 81 IU/L，A/G 46/31，總膽紅素24 umol/L，所有不適症狀亦消失，並已回復正常工作，其重型肝炎已獲治愈。

黃教授強調，重型肝炎已愈，仍需鞏固治療，服藥劑量逐步減至2、1、1、1，隨後是一劑分二日服，一日一次，到8月28日檢查全部肝功能指標繼續保持正常。以後患者間歇服用中藥，並定期做肝功能檢查等，均一直保持正常，隨訪至今（2016年3月）患者病情一直無復發，維持正常生活與工作。

2 臨床用藥心得

乙型肝炎是各種肝炎中發病率較高，危害性較大的一種傳染病。本病潛伏期長，發病隱襲，病程長，易反復，有部份患者容易轉變為肝硬化或肝癌，因而頗受學者與醫師的重視。黃賢樟教授治療本病有新突破，複習他治療乙肝的臨證規律，在抑制與清除乙肝病毒，改善與恢復肝功能方面，確能發揮積極有效的作用。黃教授經過長期臨床實踐與深化研究，除了上述對乙肝中醫證治規律的認識以外，還有以下心得，特整理推介如下。

2.1 治療全程均需注意祛邪解毒

乙肝在香港地區以感受濕熱疫毒為主，急性期多屬邪實，治療當以祛邪為主。即使遷延轉為慢性，正氣更為耗傷，亦需注意仍有濕熱餘毒存在，仍要注意祛邪。在肝功能基本復常和/或主要的病毒學指標已轉陰的鞏固治療階段，雖可以扶正為主，但亦不宜純補戀邪。

2.2 祛邪重在清熱去濕，涼血解毒

因本地區本病以感受濕熱疫毒為主，並可直入血分，故祛邪治療重在清熱去濕，涼血解毒，選藥宜多用甘寒之品，甘可養脾，寒可清熱，故可多用白花蛇舌草、葉下珠、垂盆草、土茯苓、田基黃、雞骨草、銀花、蒲公英、金絲草等，可從中選用幾味藥，並交替輪換使用。對於苦寒之品，一時用之即可，通常不宜大劑久用，以免傷脾敗胃。至於大苦大寒或有毒之品，則當慎用或不用。在濕熱毒盛，傷及營血，需用大劑苦寒清熱涼血解毒藥時，亦宜佐以健脾護中之品，如五指毛桃、山藥、盤龍參、大棗、炙甘草等，並需中病即止。

2.3 祛邪需注意給邪以出路

在清熱去濕、涼血解毒的基礎上，應注意導邪外出，給邪以出路。除注意使小便通利外，還需保持大便通暢。可根據二便情況適當選用白花蛇舌草、葉下珠、垂盆草、田基黃、雞骨草、土茯苓、綿茵陳、蒲公英、虎杖、大黃等其中的幾味藥。

2.4 適當配伍涼血活血藥

因熱在血分，血與熱互結，極易成瘀。《金匱要略肺癰篇》謂：「熱之所過，血為之凝滯」，王清任也說「血受熱則煎熬成塊」，故需視病情適當選配涼血活血藥，如赤芍、丹參、丹皮、郁金、虎杖等。

2.5 在選用補益類藥時要防其偏性太過

因本地區本病的全過程均有濕熱疫毒為患，所以即使需補虛時，補陽補氣亦不宜濕燥太過，以免助熱傷陰，可多選用補而不燥之藥，如吐絲子、沙苑子、杜仲、冬蟲夏草、五指毛桃、土黨參、太子參、山藥、千斤拔、牛大力等。補陰補血則不宜滋膩太過，以免傷脾礙胃，助生濕濁，宜多選用補而不膩之品，如女貞子、旱蓮草、黃精、沙參、百合、石斛、盤龍參、四葉參、杞子、首烏、桑椹子、桑寄生等。兩者均可從中選用幾味藥，並交替輪換使用。

2.6 適當按現代藥理研究結果，進行辨病用藥

無論是在有證可辨，需根據證型用藥，還是在無證可辨，需根據本病的共同病機用藥時，均可同時攷慮參照以下的藥理研究結果來選藥，爭取做到兩方面兼顧。①清除乙肝病毒：可選用白花蛇舌草、葉下珠、虎杖、重樓、魚腥草、板藍根、公英、赤芍、丹參、黃芪、桑寄生、巴戟、菟絲子等。②利膽退黃：可選用柴胡、綿

茵陳、梔子、溪黃草、雞骨草、田基黃、赤芍、大黃、郁金、金錢草、虎杖等。③降低轉氨酶：可選用五味子、垂盆草、敗醬草、田基黃、虎杖、夏枯草、蒲公英、豬苓、女貞子、柴胡、白芍、郁金、丹參、白背葉根、甘草、白術、靈芝等。④調整蛋白代謝：可選用生地、黃芪、黨參、太子參、白術、紫河車、龜板、大棗、刺五加、阿膠、黃精、杞子、丹參、吐絲子、芡實、白芍等。⑤抗肝纖維化：可選用丹參、紅花、三七、鱉甲、川芎、冬蟲夏草、三棱、莪術、柴胡、丹皮、桃仁等。⑥提升機體免疫功能：可選用人參、黃芪、黨參、太子參、白術、茯苓、沙參、黃精、桑寄生、杞子、女貞子、靈芝、白芍、吐絲子、巴戟、絞股藍、靈芝等。當有證可辨時，盡量在上述藥物中選用對該證型有相應治療作用的藥物，如無相應藥物，則可放寬選藥至不違背「寒者熱之，熱者寒之」的原則即可。

[參考文獻]

- [1] 健康主題:傳染病-病毒性肝炎-乙型病毒性肝炎。中國疾病預防控制中心網站。
www.chinacdc.cn/n272442/n272530/n273736/n273781/n305053/n328570/index.html
- [2] 60萬人料帶乙肝。明報專訊。2008年5月19日。05:05AM。

(編委：黃賢樟審校2016.07.08)