

黄疸（戊型病毒性肝炎，重度） 中医诊疗方案（2018年版）

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断标准

参考《中医临床诊疗术语·证候部分》（国家技术监督局发布，中国标准出版社 1997 出版）、《中医内科常见病诊疗指南：急性病毒性肝炎》（中华中医药学会发布，中国中医药出版社 2008 出版）、《中医内科学》（张伯礼主编，中国中医药出版社 2017 年出版）、《病毒性肝炎中医辨证标准（2017）》^[1]拟定。

（1）主要表现为身目发黄，小便黄赤，纳呆腹胀，倦怠乏力。

（2）伴有口干口苦，恶心呕吐，头身困重，脘腹痞满，胁肋疼痛。

（3）急性起病，有外感湿热疫毒，内伤酒食不节等诱因。

2. 西医诊断标准

参考中华人民共和国卫生行业标准《戊型病毒性肝炎诊断标准》（2008 年）、《中草药相关肝损伤临床诊疗指南》（2016 年）^[2]拟定。

（1）流行病学史：发病前 15d~75d 内有不洁饮食（水）史、或有接触戊型病毒性肝炎患者史，或到戊型病毒性肝炎高发区或流行区出差、旅游史。

（2）临床表现：无其他原因可解释的持续乏力、食欲减退或其他消化道症状和（或）肝肿大伴有触痛或叩击痛；尿黄，皮肤、巩膜黄染，并排除其他疾病所致的黄疸；无定向力下降、行为异常等肝性脑病表现。

（3）实验室检测：①血清学检测 抗-HEV IgG 和（或）抗-HEV IgM 阳性；②血清丙氨酸氨基转移酶短期内明显升高（通常不低于正常值上限 2.5 倍），血清总胆红素（TBIL） $\geq 85.5 \mu\text{mol/L}$ （2 mg/dL）和（或）尿胆红素阳性；③血清学排除急性甲、乙、丙型等嗜肝病毒感染；④凝血酶原活动度 $\geq 50\%$ 。

（二）证候诊断

1. 热重于湿证：身目俱黄，黄色鲜明，发热口渴，口干而苦，恶心呕吐，脘腹胀满，小便赤黄短少，大便秘结，舌苔黄腻，脉象弦数。

2. 湿重于热证：身目俱黄，头重身困，胸脘痞满，食欲减退，恶心呕吐，腹胀或大便溏垢，舌质红，舌苔厚腻微黄，脉象濡数或濡缓。

3. 湿热并重证：身目俱黄，或发热，口干而苦，纳呆或呕恶，脘腹痞满或肢体困重，胁肋疼痛，大便干或黏滞不爽，尿黄或赤，舌红苔黄腻，脉弦滑数。

二、治疗方法

（一）辨证论治

1. 热重于湿证

治法：清热通腑，利湿退黄。

方药：茵陈蒿汤加减。茵陈、栀子、大黄、连翘、虎杖、田基黄、郁金、丹参、车前子、泽泻等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

2. 湿重于热证

治法：利湿清热，健脾化浊。

方药：茵陈五苓散加减。茵陈、茯苓、泽泻、桂枝、茯苓、白术、薏苡仁、陈皮、藿香、佩兰等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

3. 湿热并重证

治法：清热解毒，利湿退黄。

方药：甘露消毒丹加减。茵陈、滑石、黄芩、石菖蒲、川贝母、藿香、佩兰、白蔻仁、连翘、薄荷、射干、陈皮等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（二）中药灌肠

治法：通腑泻浊，凉血解毒。

推荐药物：大黄乌梅汤（生大黄、乌梅各 30g）或承气类方药灌肠。

适应症：用于黄疸明显，消退缓慢，大便秘结不通者。

方法：中药浓煎取汁 100ml。患者取侧卧屈膝位，臀部抬高 10cm，使用石蜡油润滑灌肠管及肛周皮肤，将灌肠管从肛门轻轻插入直肠，深度 15~20cm，治疗药物温度以 37~40℃为宜，液面距肛门 40~60cm，将药液缓慢灌入，在肠道内保留 1~2h。每日 1 次，7 天 1 个疗程。

（三）针灸治疗

根据病情需要，辨证取穴，采用针灸疗法和耳穴压豆疗法。建议取穴胆俞、阴陵泉、内庭、太冲、阳维、阳陵泉、建里，手法以泻为主。耳穴取胆、肝、脾、胃、耳中，毫针中等强度刺激，每日 1 次。

（四）护理

1. 情志护理：患者多存在紧张悲观、多虑善怒的不良情志，应因势利导，解除顾虑和烦恼，增强患者战胜病疾的信心，使肝气条达。

2. 饮食护理：禁食酒类、生冷、油腻、辛辣、坚硬的食物，宜进食富于营养而易消化的软食或半流质饮食，保证营养供应，但应注意要适量，不可过偏。

3. 生活护理：注意起居有时、寒温适度、劳逸得当、休息为主、生活有节。

（五）西药治疗

参考《戊型病毒性肝炎诊疗规范》（中国医师协会感染科医师分会制定，2009年）。一般无需抗病毒治疗，可酌情应用保肝利胆药物，如甘草酸类制剂、S-腺苷蛋氨酸等。患者有明显食欲不振、频繁呕吐时，可静脉滴注10%~20%葡萄糖液及维生素C等加强能量补充。

三、疗效评价

（一）中医证候疗效评价

1. 评价方法

中医症状体征治疗前后的变化情况采用《黄疸（戊型病毒性肝炎）中医证候评定量表》（附后），采用尼莫地平法。

积分减少（%）=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。

总有效率=（痊愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

2. 评价标准

中医证候疗效评价标准：采用2002年《中药新药临床研究指导原则》的疗效评价标准：

痊愈：主要症状、体征消失或基本消失，证候积分减少≥95%。

显效：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥70%。

有效：中医临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥30%。

无效：中医临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少<30%。

（二）疾病疗效判断标准：通过丙氨酸氨基转移酶和总胆红素的变化评价肝功能的改善情况。

治愈：肝功能正常。

显效：丙氨酸氨基转移酶<5倍正常值上限，总胆红素较基线下降50%。

有效：丙氨酸氨基转移酶和总胆红素有所下降但未达显效标准。

无效：丙氨酸氨基转移酶和/或总胆红素无好转甚至恶化。

附：黄疸（戊型病毒性肝炎）中医证候评定量表

症状	量化分数				计分
	0	1	2	3	
身目发黄	无	目黄而身不黄，难以察觉	身目色黄	身目色深黄	
小便黄赤	无	色黄	色深黄	色黄如浓茶	
纳呆	无	食量减少 1/3 以下	食量减少 1/3 以上	食量减少 1/2 以上	
腹胀	无	腹胀轻微，不影响饮食和工作	腹胀明显，影响饮食和工作	持续不解，需服药缓解	
倦怠乏力	无	肢体稍倦，可坚持轻体力工作	四肢乏力，勉强坚持日常活动	全身无力，终日不愿活动	
发热	无	体温<38.0℃	体温 38.0~39.0℃	体温 39.0℃以上	
口干	无	口微干	晨起口干少津	整日觉口干欲饮	
口苦	无	晨起口苦	经常口苦	口苦持续不解	
恶心呕吐	无	偶有恶心，无物吐出，每天≥2次	经常恶心，每天3-4次，时出涎沫或食物残渣	明显恶心，多伴有呕吐，吐出食物残渣，每天>4次	
头身困重	无	肢体发重，有困束感，活动乏力	肢体重滞，困束感明显，活动费力，有难受感	肢体困重，活动感极费力，神倦懒言，卧亦不适	
胁肋胀痛	无	轻微，时发时止，不影响工作和休息	发作频繁，影响工作和休息	持续不止，需服药缓解	

参考文献：

[1]中华中医药学会肝胆病分会.病毒性肝炎中医辨证标准(2017年版)[J].中西医结合肝病杂志,2017,27(3):后插1-后插2.

[2]中华中医药学会肝胆病分会,中华中医药学会中成药分会.中草药相关肝损伤临床诊疗指南[J].临床肝胆病杂志,2016,32(5):835-843.

牵头分会：中华中医药学会肝胆病分会

牵头人：过建春（杭州西溪医院）

主要完成人：

过建春（杭州西溪医院）

荀运浩（杭州西溪医院）

万虎（杭州西溪医院）

李秀惠（首都医科大学附属北京佑安医院）

李丽（首都医科大学附属北京佑安医院）

