

# 肝瘟（乙肝相关肝衰竭前期）中医诊疗方案 (2018年版)

## 一、诊断

### （一）疾病诊断

1. 中医诊断标准：参照中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》及中华中医药学会《中医内科常见病诊疗指南》拟定。

- （1）以身目、小便色黄，且短期内迅速加深，重度乏力，纳差为特征。
- （2）黄疸持续不退，色泽鲜亮或晦暗，或有呕恶、腹胀、腹痛、尿少等。
- （3）有疫毒感染者。

2. 西医诊断：参照 2000 年 9 月中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会联合制订的《病毒性肝炎防治方案》，及 2012 年中华医学会感染病学会、肝病学会联合制定的《肝衰竭诊治指南》拟订。

有明确的乙肝病毒（HBV）感染证据，如 HBV 血清检测表面抗原（HBsAg）阳性、核心抗体（抗 HBc）阳性，e 抗原（HBeAg）可阳性或阴性；乙肝病毒核酸（HBVDNA）检测阳性，并符合如下条件者：

- （1）极度乏力，并有明显厌食、呕吐和腹胀等严重消化道症状；
- （2）黄疸升高，总胆红素（TBil） $\geq 51 \mu\text{mol/L}$ ，但 $\leq 171 \mu\text{mol/L}$ ，且每日上升 $\geq 17 \mu\text{mol/L}$ ；
- （3）有出血倾向，凝血酶原活动度（PTA）40%~50%，或国际标准化比值（INR）1.5~1.6。

### （二）证候诊断

疫毒炽盛证：身、目、小便色黄、迅速加深，腹胀腹痛，口渴，心烦不宁，失眠多梦，大便干结，舌质红绛苔黄，脉数。

湿热内蕴证：身、目、小便色黄，腹胀脘痞，倦怠乏力，口苦、心烦喜呕、默默不欲饮食、大便多干结或黏滞不畅。舌质红、苔黄腻、脉弦滑数。

## 二、治疗方案

### （一）辨证论治

#### 1. 疫毒炽盛证

治法：清热泄火、凉血解毒。

（1）推荐方药：犀角地黄汤合茵陈蒿汤加减。水牛角、黄连、升麻、炒栀子、茵陈、生大黄、赤芍、蒲公英、金钱草、甘草。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（2）饮食疗法：宜食甘凉，忌食辛辣、温燥动火之食物。宜清热养阴，润

肠通便之品，如：绿豆、冬瓜、木耳、香蕉、西瓜等。

## 2. 湿热内蕴证

治则：清热利湿、通腑解毒。

推荐方药：大柴胡汤合茵陈蒿汤加减。柴胡、黄芩、赤芍、半夏、枳实、大枣、茵陈、栀子、大黄。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

饮食疗法：宜食清淡，忌食肥甘厚味、助湿生热之食物。宜健脾利湿，清热通腑之品，如：山药、薏米、百合、银耳、酸奶等。可食用山药薏米粥。

### （二）其他中医特色疗法

以下中医治疗技术适用于所有证型。

#### 1. 结肠灌洗联合中药保留灌肠

药物组成：生大黄（后下）10g、芒硝 10g、虎杖 15g、厚朴 10g、枳实 10g、赤芍 30g、甘草 6g。

适应证：肝衰竭前期合并有肠源性内毒素血症、肝性脑病患者。

禁忌证：肛门、直肠和结肠等手术后，严重痔疮伴有出血或大便失禁病人不宜此项操作。

操作方法：患者取左侧卧位或仰卧位，暴露臀部，下垫橡胶垫、治疗巾，抬高臀部 10cm。先以结肠透析设备先行全结肠清洗，连接、润滑肛管前端，排气、夹管，显露肛门，肛管插入直肠 20~30cm，用 36.5~37.5℃ 温清水 1000ml 以上，废液自探头经另一管道自行流出后，再以 37~40℃ 之间中药煎剂 200ml 行结肠灌注，注入药液后拔管，轻揉肛门，尽量保留药液 1 小时以上。隔日 1 次，7 次为 1 个疗程。

#### 2. 中药直肠滴入

方药：大黄 10g（后下）、赤芍 10g、酒黄芩 10g、白芍 15g、茯苓 15g、生薏苡仁 15g、白及 10g、乌梅 30g。通腑解毒，减轻肠源性内毒素血症。用法：隔日 1 次。

适应证：肝衰竭前期合并有肠源性内毒素血症患者。

禁忌证：肛门、直肠和结肠等手术后，严重痔疮伴有出血或大便失禁病人不宜此项操作。

操作方法：灌肠液温度与肠腔温度接近，一般在 37~40℃ 之间。灌肠液剂量约 120ml。患者取左侧卧位或仰卧位，暴露臀部，下垫橡胶垫、治疗巾，抬高臀部 10cm。将灌肠液置于可调节滴速灌肠器中，排气、夹管，灌肠器下端连接一次性肛管。显露肛门，润滑肛管前端，肛管插入直肠 20~30cm。灌肠液液面距离肛门不超过 30cm，根据患者的耐受情况，调节灌肠速度为 80~100 滴/分钟。灌肠结束后，取左侧卧位 30min、平卧位 30min、右侧卧位 30min，后可去舒适体位。拔管后轻揉肛门，尽量保留药液 1h 以上。每日 1 次。如同时行结

肠灌洗联合中药保留灌肠，则与之交替进行。

### 3. 肝区红外线照射

可选择应用肝病治疗仪等中医诊疗设备进行治疗。

操作方法：患者平卧于病床，暴露肝区，以红外探头照射肝区，并根据患者的感觉调整距离，每天1次，每次30min，15天为1个疗程。

注意事项：治疗部位必须皮肤保持干燥，以免红外线、毫米波被水分吸收而不能进入人体。治疗时，注意将红外线及毫米波探头对准治疗部位再调节输出，以免辐射至眼睛造成损伤。

### （三）西医治疗

参考《肝衰竭诊治指南（2012年版）》，包括抗病毒、保肝、改善微循环、降低内毒素血症等内科治疗。

### （四）护理调摄要点

1. 生活起居：主要包括卧床休息，减少体力消耗，减轻肝脏负担。

2. 饮食调理：宜清淡易消化食物，可进食高碳水化合物、低脂、植物蛋白为主的优质蛋白饮食及富含维生素果蔬。

3. 情志调摄：提供心理支持，鼓励患者树立战胜疾病的信心，消除恐惧、焦虑和抑郁等不良情绪，保持心情舒畅。

## 三、疗效评价

参照《中药新药临床研究指导原则》（2002）拟定肝衰竭前期临床疗效标准。

### （一）中医证候疗效评价

乙肝相关肝衰竭前期证候评分表见附表，证候疗效评定标准：

1. 显效：症状、体征明显改善，证候积分减少 $\geq 70\%$ ；

2. 有效：症状、体征均有好转，证候积分减少 $\geq 30\%$ ；

3. 无效：症状、体征均无明显改善，甚或加重，证候积分减少不足30%。

注：计算公式(尼莫地平法)为：证候积分减少(%)=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$ 。

### （二）疾病疗效评价指标和评价标准

参照《肝功能衰竭诊疗指南（2012年版）》拟定。

1. 主要疗效指标：生存率(4、12、24和48周生存率)。生存率计算：生存病例数/总病例数 $\times 100\%$ 。

2. 次要疗效指标：乏力、纳差、腹胀、尿少、出血倾向、肝性脑病、感染、腹水等临床症状和体征的改善；生化指标提示总胆红素下降、凝血指标恢复、白蛋白水平上升。

显效：①症状、体征明显改善；②TBiL较原水平下降 $\geq 70\%$ ，PTA $\geq 50\%$ ；

有效：①症状、体征均有好转；②TBiL较原水平下降 $\leq 70\%$ ，但 $\geq 30\%$ ，PTA

≥40%;

无效：①症状、体征均无明显改善，甚或加重；②TBil 较原水平下降≤30%，PTA≤40%。

附表 肝衰竭前期证候评分表

主症	0分	2分	4分	6分
身目发黄	无	轻度	中度	重度
腹胀	无	偶有腹胀，食后半 小时缓解	经常腹胀，食后腹 胀长于半小时	整日腹胀
次症	0分	1分	2分	3分
倦怠乏力	无	动则易疲劳	自觉体倦乏力	乏力欲卧
食欲减退	无	稍有减退	明显减退	纳呆不食
口干口渴	无	<1 小时/日	1~4 小时/日	≥4 小时/ 日
腰膝酸软	无	1~3 天/周	3~4 天/周	≥4 天/周
恶心	无	<1 小时/日	1~4 小时/日	≥4 小时/ 日
大便粘滞不爽	无	粘滞但有形	粘滞呈糊状	粘滞不爽
口粘不爽	无	<1 小时/日	1~4 小时/日	≥4 小时/ 日
口苦	无	<1 小时/日	1~4 小时/日	≥4 小时/ 日
发热 (°C)	无	37~38	38~39	≥39
体征				
腹水量	无	少量	中量	大量

#### 参考文献

- [1] 病毒性肝炎防治方案[J].中华传染病杂志,2001(01):55-61.
- [2] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组,中华医学会肝病学会重型肝病与人工肝学组.肝衰竭诊治指南(2012年版)[J].实用肝脏病杂志,2013,16(03):210-216.

牵头分会：中华中医药学会肝胆病分会

牵头人：宗亚力（江西省南昌市第九医院）

主要完成人：

宗亚力（江西省南昌市第九医院）

李秀惠（首都医科大学附属北京佑安医院）

药源网  
YAOPINNET.COM

李 丽（首都医科大学附属北京佑安医院）