

行政院衛生署七十五年度科技發展專案計畫
七十五年度醫療衛生科技研究計畫報告

中醫藥與針灸對肝炎之療效

行政院衛生署
中國醫藥學院合辦

一、計劃摘要

B型肝炎在台灣地區廣泛流行，對國民健康危害甚鉅，但醫學界對肝炎防治方面，除對新生兒予以接種肝炎疫苗外；對已罹患肝炎之病人則仍無良策，迄無任何積極的治療方法。本院與行政院衛生署合辦本研究計劃，於本院台中附設醫院設置「肝炎門診」，應用中醫藥及針灸就肝炎病人，尤其是B型肝炎病毒所引起之慢性肝炎病人為對象，進行臨床研究，配合西醫診斷法，以為評估；並同時進行相關之基礎實驗研究。

本項計劃前五年之研究成果顯示：中醫藥及針灸確有減輕肝炎病人臨床症狀，促進肝功能改善及肝細胞再生等療效。

本年度之研究計劃分為中醫藥組、針灸組、實驗診斷組、病理組及藥理組同時進行。

本報告包括七十五年度之研究成果及過去五年度研究成果之總結。

二、計劃緣起

台灣地區為全世界B型病毒肝炎流行率最高的區域之一，國人感染率高達九十%之多，嚴重威脅國民健康，實為當前國內最重要的醫療保健問題。

感染HBV，罹患B型肝炎，雖絕大多數病人會產生抗體而自行痊癒，但如轉為慢性，就很可能演變成肝硬化或合併肝癌，而危及生命。同時，於感染後即使不產生肝炎臨床症狀，但成為帶原者，不斷的經過水平感染，傳染他人；如果母體帶原者，又可經垂直感染，傳染給胎兒。如此，肝炎病人有增無減，而目前醫學界又乏良策，不能遏阻肝炎之繼續蔓延。至於已展開之全國性B型肝炎預防接種，以B型肝炎帶原者產婦之新生兒

為對象實施，其成效如何，仍有待長期的評估。

至於肝炎之治療，因尚乏有效的治療方法，克服肝炎以維國民健康，實刻不容緩。

我國自古以來，對肝病即有一套辨症論治的療法，但其理未明，又乏科學論據。行政院衛生署與中國醫藥學院合辦「中醫藥與針灸對肝炎之療效」研究計劃，在台中附設醫院開設「肝炎門診」，由中、西醫合作，應用西醫的診斷法，以中醫藥及針灸治療肝炎病人，為臨床治療肝炎發展出一種可行的模式，相關的研究工作，包括生化、免疫、臨床病理、藥理等方面均獲致相當成果，並為中西醫合作以科學方法研究傳統醫藥樹立良好典範。

三、研究計劃報告

(一)中醫藥治療慢性B型肝炎療效之評估及脈波圖之分析

中醫部・內科 張恒鴻 蔡順輝

張學成 黃銘晁

內科腸胃科 徐章虎

摘要

本項研究經由肝炎特別門診篩選慢性B型肝炎患者八一三例，並承續前年度之研究方法，依據傳統辨症論

治原則，給予加味甘露飲等八種方劑，連續治療達六個月以上者計一〇九例，對其治療前後之觀察比較，獲致以下結論：

- 一、肝功能血清生化檢查顯示：SGOT、SGPT 降低者占七二・五%，顯較對照組之四四・八%為高。
- 二、血清免疫學檢查顯示：HBeAg轉陰，HBeAb轉陽者達二一・八%，唯獨HBeAg轉陰者有一九・一%。
- 三、慢性B型肝炎患者之脈波圖形有顯著之不同，值得更進一步之研究。

前言

根據一九八二年Beasley的估計，全球至少已有二億一千萬人是B型肝炎病毒的慢性帶原者，且其中有四〇%的患者將來可能合併肝細胞癌⁽¹⁾。此種病毒正以垂直和水平感染等方式繼續蔓延，而現代醫療對其病程及併發症包括慢性肝炎、肝硬化等均乏對策，已形成世界性的嚴重威脅，在台灣地區其為患尤烈⁽²⁾。

B型肝炎病毒感染的後果及演變方式變化多端，難以預測。除了已經了解e抗體產生後，其活動性會顯著

的減少之外，對其來龍去脈目前所知不多。大部分的資料顯示：感染的後果、演變及病變的輕重，可能是由宿主方面的因素，即被感染者的年齡、性別，特別是免疫能力等來決定⁽³⁾。

慢性B型肝炎病毒感染顯與免疫異常有關，但其機轉未明，目前仍以支持療法為主⁽⁴⁾。抗病毒劑仍在實驗階段，且其藥物的副作用及毒性的高發生率亦值得注意⁽⁵⁾。幸而在感染的預防上近年已獲致長足的進展⁽⁶⁾，我國衛生署亦已通令全國積極推展新生兒B型肝炎病毒疫苗預防接種，但對台灣地區二百九十餘萬罹患者而言，仍迫切需要能改變其病程的治療。

從病理學⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾、藥理學⁽¹⁰⁾及免疫學⁽¹¹⁾等不同的觀點，中醫藥對於慢性B型肝炎療效的研究已在廣泛進行，但由於病程本身演變的相關因素非常複雜，尚須更多的證據支持，以求確認其療效之作用機轉。即使以支持性療法的觀點而言，中醫藥所能處理的問題，及其所涵蓋的層面，如主觀症狀之顯著緩解⁽¹²⁾⁽¹³⁾，及舌診⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾、脈診⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾之變化等，多為現代醫學所未及，且其藥方變化之繁複與副作用之微少，與現代醫學之用藥簡單而

副作用繁多，恰成強烈的對比。

治療慢性B型肝炎常用的中藥如柴胡等，已證實具有刺激網狀內皮系統及促進產生腫瘤壞死因子等功用⁽²⁰⁾，而小柴胡湯對末梢淋巴球誘導產生干擾素^{IFN}有促進的作用⁽²¹⁾，並能增強T淋巴球群落之形成⁽²²⁾，以上種種，對於幫助廓清病毒及防治慢性B型肝炎合併肝癌方面，應是一線曙光。至於病毒活動性是否能予以減輕，當由HBV DNA、DNA polymerase或e抗體之變化加以評估⁽²⁷⁾。

中醫診療為本項研究計劃之中心，而切診在臨床診斷上佔有重要地位。傳統以三指把脈，個人主觀因素甚重，本年度採用脈波儀，使脈診圖象化，從事客觀的分析。此外，前一年度以五種方劑為主，將患者分組施治，在臨床應用上，頗覺不夠靈活。本年度增加方劑，以供選用，並隨症加減藥味，以求達到理想的療效。

材料與方法

一、患者之來源：

1. 由本院肝炎特別門診篩選。

2. 由本院一般門診篩選。

3. 由其他醫院病患轉介。

4. 本院住院病患轉入。

二、患者之篩選：合於以下各項者均為本研究之對象。

1. 肝功能異常超過六個月。

2. B型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg) 陽性超過六個月。

3. 肝穿刺經病理檢查證明為慢性肝炎病患。

三、預診病歷記錄：

經篩選進入研究程序之患者均須詳填「肝炎患者個人病歷記錄」(參閱352頁、354頁附件)，但脈診、舌診及物理診察記錄，均由主治醫師填寫。

四、實驗室檢查：

1. 肝功能檢查：包括SGOT、SGPT、Bilirubin、r-GT、Albumin、Alk-P-tase等項，通常每月檢查一次。

2. 血清免疫學檢查：包括HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb等五項，每六個月檢查一次。

3. 腹部超音波檢查：配合 α -胎兒蛋白檢查，每六個月檢查一次。

4. 肝臟病理檢查：經徵得患者同意做肝臟病理檢查時，由西醫部內科主治醫師施予肝穿刺，原則上治療前一次，治療六個月後，重覆一次(僅在慢性肝炎患者實施)。

5. 脈波圖檢查：與中醫之切脈對照，治療前檢查一次，治療中每月重覆一次。

五、研究進程序：

肝炎預診、實驗室檢查——治療四週——複診、肝功能檢查——追蹤診療六個月。

六、治療方法：

以西醫組為對照組，以中醫組為實驗組，由患者自行選擇由中醫或西醫治療。對照組僅投與口服西藥營養劑，包括Proheparum、Essentiale、PanzyNorm；實驗組依病人之病情，經中醫傳統之辨證論治後酌用下列統一方劑(H₁、H₂)：

H₁ (枳實梔豉湯)：枳實、山梔子、淡豆豉。

H₂ (丹梔逍遙散)：柴胡、當歸、甘草、白芍、白朮、茯苓、薄荷、山梔子、牡丹皮。

H₃ (甘露飲加味)：生地、熟地、麥冬、石斛、茵

結 果

陳、黃芩、枳殼、枇杷葉、甘

草、紫丹參、茯苓。

一、患者年齡分佈與性別比例

H₄ (蠶桑合劑)：旱蓮草、虎杖、女貞子、桑寄

生、蠶砂、連翹、貫衆、丹參

、白朮、澤蘭、扁豆、柴胡。

H₅ (清葉天土方)：白芍、白朮、白扁豆、茯苓、

黃耆、甘草、大棗、生薑。

H₆ (溫膽湯加減)：陳皮、半夏、茯苓、枳實、竹

茹、生薑。

H₇ (甘露消毒丹)：茵陳、黃芩、連翹、射干、薄

荷、木通、滑石、浙貝、藿香

、菖蒲、薏仁。

二、肝穿刺病理檢查結果

H₈ (加味二至丸)：沙參、麥冬、女貞子、旱蓮、

何首烏、生地、扁豆、黃精、

玉竹。

〔附註〕：

以上統一處方均製成濃縮粉劑投與。臨床上如有需要，得隨症加減，以求完全適症。

1. 治療前三個月以內曾在國內二級以上教學醫院施行肝穿刺病理檢查，並能取得報告或切片者亦列入統計。

表(一)慢性B型肝炎患者109例之年齡與性別分佈

性 別	年 齡	1 ~ 20	21 ~ 40	41 ~ 60	61 以上	合 計
男		3	88	7	1	99
女		1	9	0	0	10

表(二)109例慢性B型肝炎患者病理學檢查結果

病 理 檢 查 報 告	病 例 數 (人)
慢 性 活 動 性 肝 炎	26
慢 性 持 續 性 肝 炎	34
未 曾 接 受 檢 查	49

2. 治療後，患者再度接受肝穿刺病理檢查之意願甚低，目前僅有四例，均有不同程度之緩解。

三、肝功能血清生化檢驗

每位患者均經定期抽血檢驗，以確實追蹤肝炎的病程變化，經篩選之一〇九位患者所檢得之SGOT、SGPT值呈一連續性之變化，茲將該等變化歸納為以下三類：

第一類：SGOT、SGPT值繼續下降，或降至正常值以內，未再昇高者。

第二類：維持在穩定高度上，未降至正常值，但亦無明顯波動，或起伏不定者。

第三類：治療中有升高之趨向者。
統計結果如下表所示：(表三)

四、血清免疫學檢查：

以酵素免疫分析法(EIA)測定一〇九位慢性B型肝炎患者血清五種標記，並依HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb之順序排列，以Mushahwar氏十五種模式分類，一〇九例患者中，有七十八例屬第Ⅲ型(十一十一)，表示病毒增

表(三)實驗組與對照組肝功能血清生化檢驗值變化之比較

類 別	病例數 (人)	第一類	第二類	第三類
慢性活動性肝炎	26	17	6	3
慢性持續性肝炎	34	24	9	1
慢性肝炎 (未經病理檢查)	49	38	6	5
合 計	109	79	21	9
百 分 比	100 %	72.5%	19.3%	8.2 %
∴	∴	∴	∴	∴
西醫對照組	98	44	38	16
百 分 比	100 %	44.8%	38.8%	16.3%

表(四) Mushahwar 第Ⅲ型(+-+++)患者治療後血清轉換狀況

病 理 診 斷	病例數 (人)	(Ⅵ) (+---++)	(Ⅳ) (+---+)
慢性活動性肝炎	19	2	10
慢性持續性肝炎	28	10	2
慢性肝炎 (未經病理檢查)	31	5	3
合 計	78	17	15
百 分 比	100 %	21.8 %	19.2 %

殖旺盛，疾病活動力最高之期，其中十七人，治療後轉變為第六型（十一—十十），此種轉換表示病毒之複製降低，感染力亦減弱。佔二一·八%，較一般一五—二〇%之自然發生率為高。另十五人轉為（十一—十一）第四型者，即其e陽性血清變為陰性，佔一九·二%。此外經病理診斷為慢性持續性肝炎患者二十八人中，有一位由（十一—十一）治療後轉為（十一—十十）第九型，一例轉為（十—十一十）在Mushakash氏分類法中未予分型。（參見本報告第349頁）。

五、脈波圖檢查結果：

B型肝炎之脈診圖形研究，以汪叔游教授開發之電腦多頻道脈波儀測得九十四位B型肝炎患者（包括肝功能正常之帶原者三十四位，經肝組織病理檢查證實為慢性持續性肝炎者三十四位，慢性活動性肝炎二十六位，年齡十九歲至四十四歲，平均三十一歲）與三十位正常者（年齡十九歲至四十歲，平均三十歲）之脈波圖形記錄。並將B型肝炎患者依症狀表現，舌診所見以及醫師用手把脈所得之資料作

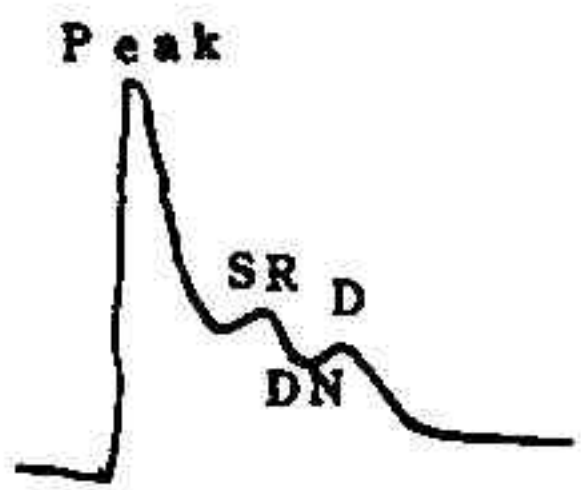
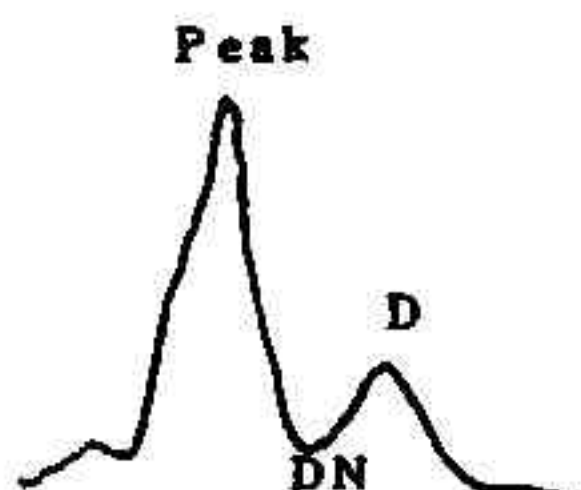
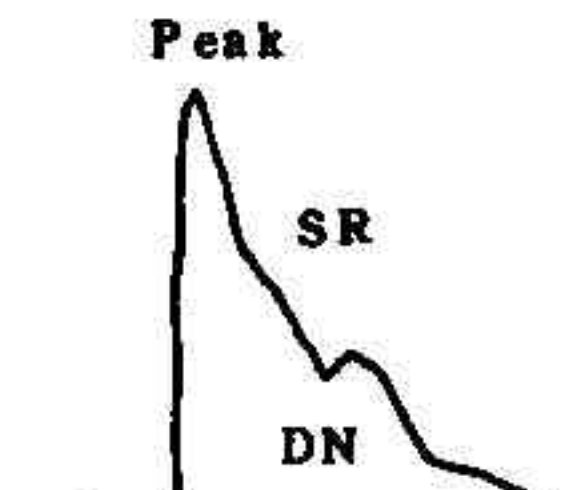
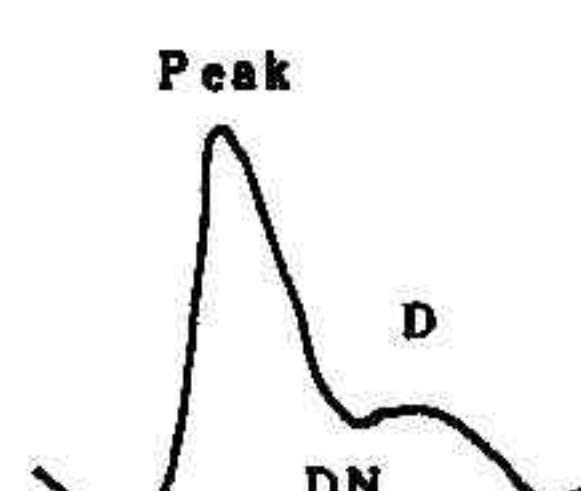
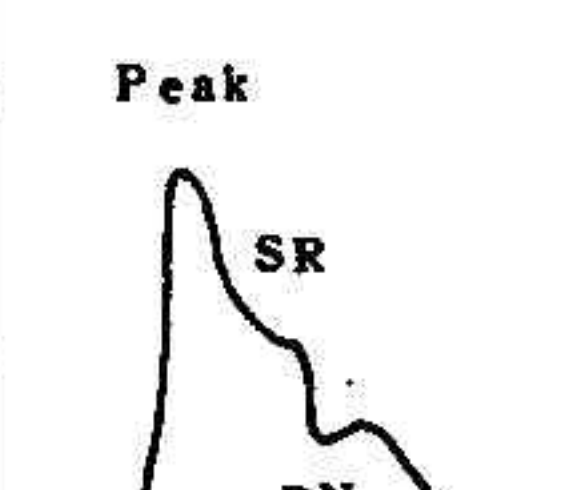
中醫辨證，在共有的陰虛證型下再分為兼脾虛濕困與熱重二大類（如圖一），並找出其脈波圖形之特性。結果如下：

1. B型肝炎患者之脈波圖形與正常人有顯著的不同。見表(五)。
2. B型肝炎患者其重博脈之出現率高。見表(五)。
3. B型肝炎患者之脈波圖形具P波萎陷者，比率甚高。見表(五)。
4. B型肝炎患者出現重博脈者，若 Y_{DN} 與 Y_D 的比值小於 $\frac{2}{3}$ 屬於熱重型，若 Y_{DN} 與 Y_D 的比值大於 $\frac{2}{3}$ 屬於兼脾虛濕困型。見表(六)。
5. B型肝炎患者之脈波圖形具有P波萎陷者，若SR之角度大於一三五度屬於熱重型，若SR之角度在九十度與一三五度之間屬於兼脾虛濕困型。見表(七)。

討 論

慢性B型肝炎之抗病毒療法，目前已有許多報告，而其療法之評估常以e抗原抗體之血清轉換率為準。但該轉換率之自然發生率，由四十四個月間的九·七%⁽²³⁾

圖一 脈波圖形之示範及名詞說明

辨證分型	脈波圖形	量化標準	名詞說明
正 常 人		① $Y_{Peak} > Y_{SR} > Y_{DN}$ ② $SR < 135^\circ$ ③ $DN < 90^\circ$	Y_{Peak} : F 峰之振幅 Y_{DN} : 重搏點之振幅 Y_{SR} : 收縮中陷之振幅
B 型肝 炎 熱 重		① $Y_{Peak} > Y_D > Y_{DN}$ ② $\frac{1}{2} Y_{Peak} > Y_{DN}$ ③ 無 SR ④ $Y_{DN} < \frac{2}{3} Y_D$	Y_D : 重搏波之振幅 SR : 收縮中陷 (systolic retraction)
		① $Y_{Peak} > Y_{SR} > Y_{DN}$ ② P 波萎陷 ③ $SR > 135^\circ$	DN : 重搏點 (dicrotic notch)
B 型肝 炎 兼脾虛濕困		① $Y_{Peak} > Y_D > Y_{DN}$ ② $\frac{1}{2} Y_{Peak} > Y_{DN}$ ③ 無 SR ④ $Y_{DN} > \frac{2}{3} Y_D$	
		① $Y_{Peak} > Y_{SR} > Y_{DN}$ ② P 波萎陷 ③ $90^\circ < SR < 135^\circ$	

表(五) B型肝炎患者之脈波圖形其量化數值與正常人相比較之統計結果

組別 \ 類型	主要脈型		P波萎陷		SR < 135° 且 DN < 90°	
	重搏脈	疊脈	有	無	有	無
正 常	1	29	2	28	24	6
肝 炎	25	69	42	52	8	86
chi 值	7.43		14.36		60.70	
P 值	< 0.01		< 0.01		< 0.01	

表(六) B型肝炎患者具重搏脈者，其熱重與兼脾虛濕困型脈波圖形之量化值相比較之統計結果

組別 \ 類型	$Y_{DN} > \frac{2}{3} Y_D$	
	是	否
熱 重	1	9
兼脾虛濕困	13	2
chi 值	14.31	
P 值	< 0.01	

表(七) B型肝炎患者具P波萎陷者，其熱重與兼脾虛濕困型脈波圖形之量化值相比較之統計結果

組別 \ 類型	S R	
	90° ~ 135°	> 135°
熱 重	4	17
兼脾虛濕困	20	1
chi 值	24.89	
P 值	< 0.01	

到二年間的五十一%⁽²⁴⁾不等。各地報告非常不一致。台灣地區一九八三年廖等報告一年間的自然轉換率為十七%⁽²⁵⁾，而本項研究以半年為一療程，治療後產生血清轉換的比率為二一·八%，e抗原消失的比率為一九·二%。

一九八七年溝口靖紘等報告⁽²⁶⁾，對八十例e抗原陽性的慢性肝炎患者給予小柴胡湯粉劑，每日七·五公克，持續六個月，其產生e血清轉換者有十%，e抗原消失者有十八·七%，該項研究詳於免疫藥理學之研究，治療上並未經過嚴密的辨證論治，對於使用由七種藥物組成的小柴胡湯，如何配合於臨床見症，理論上是值得注意的問題。

一般而言，e抗原消失或e抗體產生是代表病毒的複製減弱，疾病的活動趨向歇止，但有些e抗體陽性的患者，其血清中的HBV DNA仍存在，未來應以HBV DNA作為評估的標準，較為可靠⁽²⁷⁾。但e血清轉換僅代表感染力之降低，病毒的DNA可能也嵌入宿主的基因之中，此種患者將來合併肝細胞癌的可能性也增高，轉變成一種隱憂。而一九八五年Katsuyuki Har-

adaoka等的研究指出數種中藥及方劑經由對免疫系統的刺激，具有抗腫瘤的效果⁽¹⁵⁾。此等方藥皆為治療慢性B型肝炎所常用。

目前有關Interferon及Ara-A的臨床試驗上，副作用是一項困擾的問題。兩者合併使用使療效提高，但毒性亦加大⁽⁵⁾，百分之四十的患者會出現運動失調、繪圖不能、振顫、抽搐等症，此種症候在中醫辨證上屬肝風內動，是否因藥物耗傷肝陰引起，非常值得追究，因為養陰法是中醫之所長，本項研究列舉的加味二至丸即是一例。

慢性B型肝炎患者的脈波分析顯示與對照組有明顯的差異($P < 0.01$)，對於中醫辨證上，電腦脈波圖形的測定將能提供一種科學且客觀的分析。本項研究並未發現肝功能正常之帶原者、慢性持續性肝炎及慢性活動性肝炎三者之間脈波圖形之特異性。對於脈波作更精密的量化分析或許可以解決此一問題，此亦為下年度研究重點之一。

謝 辭

本項研究進行期間，中醫辨證方面承馬教授光亞指導，脈波研究方面承汪教授叔游指導，謹致謝忱。復蒙肝炎小組陳富芬、鄒春琴及中醫診斷科巫真璫、蔡旻旆等四位小姐惠予協助，特此致謝。

參考文獻

- (1) Beasley RP, Hepatitis B virus as the etiologic agent in hepatocellular carcinoma - Epidemiologic considerations, *Hepatology*, 2, Suppl., 21S. 1982.
- (2) Sung Juei-Low., Hepatitis B virus infection and its sequelae in Taiwan, *Proc, Nati. Sci. Counc. B.*, R.O.C. 5(4):385-399, 1981.
- (3) 宋瑞樓，B型肝炎病毒感染（上）。*台灣醫界*，第30卷，第10期，69，1987。
- (4) Warren Strober, Stephen P. James, The immunopathogenesis of gastrointestinal and Hepatobiliary disease. *JAMA*, Vol. 258, No.20, 2966, 1987.
- (5) Sacks SL, Scullard GH, Pollard RB et al. Antiviral treatment of chronic hepatitis B virus infection. 4. pharmacokinetics and side effects of interferon and adenine arabinoside alone and in Combination. *Antimicrob. Agents Chemoth.*, 21, 93. 1982.
- (6) A. Meheus et al, Immunogenicity of a recombinant DNA hepatitis B vaccine in neonates. *Postgraduate Medical Journal* 63, (suppl. 2) 139-141, 1987.
- (7) 朱康初，中藥治療慢性肝炎之病理學觀，*行政院衛生署七十三年度醫療衛生科技研究計劃報告*，p80 - 95

1986。

- (8) 朱康初，中藥治療慢性B型肝炎之病理學觀(Ⅱ)肝細胞再生能協之研究，行政院衛生署七十四年度醫療衛生科技研究計劃報告，p65-76，1986。
- (9) 白玉良等，病毒性肝炎中醫辨證分型與肝臟病理變化關係探討，中西醫結合雜誌，3:3，161，1983。
- (10) 陳惠珍，丹梔逍遙散對於實驗性肝炎大白鼠之影響，中國醫藥學院中國藥學研究所碩士論文 ICPS-66，1-29，1987。
- (11) 喻森山，中醫中藥在治療病毒性肝炎中的免疫調控作用，中醫雜誌，26:2，1985。
- (12) 馬光亞，台北臨床十三年(續集)，世界書局，57-70，1986。
- (13) 張恒鴻等，慢性B型肝炎之中醫辨症及療效之評估，行政院衛生署七十四年度醫療衛生科技研究計畫報告，6-35，1986。

(14) Phen Zelin, Recent Investigations on Tongue Inspection. Am. J. Acup. Vol.9, No.2, 145, 1981.

(15) hi YD, Lian ZJ, Chen JM and Chen ZL, Studies on the nature of violet Tongue, Comparative Med. East and West, Vol.6, No.4, 286-300, 1982.

(16) 黃惠新，中醫脾胃病之脈診圖研究，中國醫藥學院中國醫學研究所碩士論文，ICMS-054，P.1-32，1986。

(17) 汪淑游、黃正一、游哲芬、游景熊、唐繼善、張海心：中國脈診脈象圖形化之研究(四)，空軍總醫院醫學研究論文第二集，P.53，1981。

(18) Shu-Yu Wang, Diagnosis of intrinsic asthma with Chinese sphygmography-Renal ceficit, Proceedings of 4th

international congress of oriental
medicine, 1986.

(19) 陳逸光，以微電腦分析中醫脈波圖形之軟體設計並以
肝炎爲例，中國醫藥學院中醫研究所碩士論文 ICMS
-069，P.1-45，1987。

(20) Katsuyuki Haranaka et al, Antitumor
activities and tumor necrosis factor
producibility of traditional
Chinese medicine and cruse drugs.
Cancer Immunology Immunotherapy,
20:1-5, 1985.

(21) 各務伸一，藤 明彦，ヒト末梢リンパ球の IEN r
產生誘導に對する小柴胡湯の效果，第四回和漢醫藥
學會學術總會誌，S-II-①，1987。

(22) 松田重三，T cell colony 形成に對する小柴胡
湯の效果。第四回和漢醫藥學術總會誌 S-II-②，
1987。

(23) Viola LA, Barrison IG, Coleman JL et al,
Natural history of liver disease in chr
onic hepatitis B surface antigen
carriers: survey of 100 patients from
Great Britain. Lancet, 2, 1156, 1981.

(24) Hoofnagle JH, Dusheiko GM, Seeff LB et
al, Seroconversion from hepatitis B e
antigen to antibody in chronic type B
hepatitis, Ann. Intern. Med., 94, 744,
1981.

(25) Liaw Y-F, Chu C-M, Su I-J et al, Clinic
Clinical and histological events
preceding hepatitis Be antigen serocon-
version in chronic type B hepatitis,
Gastroenterology, 84, 216, 1983.

②6 溝口靖紘，肝炎患 おける免疫異常と和漢藥治療，第四回和漢醫學會學術總會誌，5—II—③，1987.

②7 S. Sherlock, The natural history of hepatitis B. Postgraduate Medical Journal 63, (Supp-2) 7-11, 1987.

付 件

中藥對慢性乙型肝炎之療效記錄表

編號：_____ 日期：_____ 病歷號：_____

姓名		性別	男 女	年齡		婚姻	已 未	職業	
地址						電話			

A、病歷簡述：

一、主 訴：_____

二、現病史：_____

三、實驗室檢查：

1. 肝功能 (/ /)		2. 免疫學 (/ /)		4. 超音波 (/ /)	
SGOT		HBsAg			
SGPT		Anti-HBs			
ALK-p-tase		HBeAg			
Bilirubin T/D		Anti-HBe			
T.Protein		Anti-HBc		5. 肝穿刺 (/ /)	
Albumin		3. AFP			
		(/ /)			

B、實驗檢查記錄

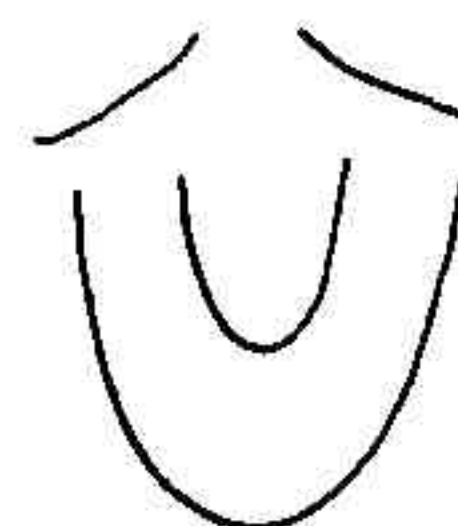
檢 驗 項 目		檢 驗 結 果	時 間	初診	一	二	三	四	五	六
肝 功 能	SGOT									
	SGPT									
	ALK-p-tase									
	Bilirubin T/D									
	T.Protein									
	Albumin									
血 清 免 疫 學	HBsAg									
	Anti-HBs									
	HBeAg									
	Anti-HBe									
	Anti-HBc									
α-fetoprotein										
超 音 波										
肝 穿 刺										
脈 波										

四、舌診：

形：胖大 瘦小 齒痕 中裂 皺襞
 質：軟 硬
 色：紅 淡 紫 絳 黯
 不鮮 邊緣紅
 苔：白 黃 灰 黑 厚 薄 膩
 光 剝 乾 濕 無 瘀點
 朱點 紅刺

五、脈診：

左：_____
 右：_____



三五二

C、舌診與脈診記錄

類 別	診 象	日 期	/	/	/	/	/	/
舌	診							
脈	診							

D、療效記錄

病情	輕	微	✓
	中	度	✗
	顯	著	✗

病 症	日期	初診	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1.	容易疲倦													
2.	怕冷													
3.	自汗													
4.	盜汗													
5.	失眠多夢													
6.	頭暈眼花													
7.	情緒不穩定													
8.	煩躁													
9.	心悸													
10.	食慾不振													
11.	噁心嘔吐													
12.	噯氣嘔酸													
13.	五更泄瀉													
14.	身體發熱													
15.	午後發熱													
16.	手足心熱													
17.	大秘結													
18.	稀軟													
19.	便水樣													
20.	小黃色													
21.	赤色													
22.	便短少													
23.	口苦													
24.	口乾													
25.	口喜喝水													
26.	渴不喜喝水													
27.	眼睛乾澀													
28.	耳鳴													
29.	流鼻血													
30.	胸脹悶													
31.	刺痛													
32.	脇悶痛													
33.	腕脹悶													
34.	腹疼痛													

病 情 日 期 症 狀		初診	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
35.	腰 部 痠 痛													
36.	膝 蓋 痠 軟													
37.	四 肢 無 力													
38.	四 肢 發 冷													
39.	下 肢 浮 腫													
40.	月 經 不 順													
41.	白 帶 (清 稀)													
42.	陽 萎													
43.	遺 精													
44.	肌 肉 消 瘦													
以下由醫師填寫														
45.	神 疲													
46.	身 目 發 黃													
47.	面 色 晦 暗													
48.	面 色 晄 白													
49.	口 唇 暗 紫													
50.	脇 下 癥 積													
51.	蜘蛛痔													
52.	肝 掌													

(二)六一合劑治療慢性B型肝炎之療效評估

中醫部內科 蔡順輝 張恒鴻

張學成 黃銘晃

摘要

本項研究經由肝炎特別門診篩選二十三例患者，連續接受六一合劑治療二至六個月，並且在治療前後接受一系列完整的腹部超音波檢查，肝功能檢查與血清B型肝炎標記檢查，對於此二十三個病人採用問卷的方式觀察其症狀改善的情況，以症狀的表現配合脈診和舌診，探討慢性B型肝炎在中醫辨症分型上的歸屬，並評估治療前後SGOT、SGPT值改變的情形，和治療後血清B型肝炎標記之轉換率，獲得以下結果：

一、二十三例患者，依據中醫辨症的原則，其在肝腎陰虛症的基礎上，可分為挾肝熱重與挾脾濕重二類症型。

二、治療後二十三例患者臨床上的症狀皆獲得改善。

三、血清生化檢查顯示，六一合劑可降低大多數患者之SGOT和SGPT值，在統計學上有意義。

四、血清免疫學檢驗顯示，在十五例HBeAg陽性且HBeAb陰性的患者中，治療後HBeAg轉陰同時HBeAb轉陽者有十六·六%；HBeAg轉陰同時HBeAb仍為陰性者有一三·三%，合計HBeAg轉陰者有三九·九%，較自然轉換率高。

前言

在台灣地區，B型肝炎帶原者約占全人口的百分之十五至二十，總計約三百萬人，由此可知B型肝炎猖獗的程度，若因感染B型肝炎病毒而造成肝臟炎症反應超過六個月以上者，稱之為慢性B型肝炎⁽¹⁾。B型肝炎患者，不僅時時在散佈病毒，而且本身較容易演變成肝硬化、肝癌等，對人體的健康造成莫大的威脅。

治療慢性B型肝炎方面，已被使用的藥物有干擾素（Interferon），干擾素誘發劑，和病毒抑制劑（ARA—A，ARA—AMP）等，均尚未達到公認有

效的程度，所以不能普遍的用以治療慢性B型肝炎的患者。中國醫學文獻雖無B型肝炎病名的記載，但對於類似慢性B型肝炎患者所表現的臨床症狀多有記述，並且也提供了許多治療的經驗與方法。應用中醫辨症的原則，配合中醫病理的觀點，找出慢性B型肝炎的辨症歸屬，然後給予有效的中藥治療，此為治療慢性B型肝炎的一條新的途徑。

在去年度「慢性B型肝炎之中醫辨症及療效之評估」的研究中⁽²⁾，我們發現慢性B型肝炎所表現之臨床症狀，在中醫的辨症分型上大多屬於肝腎陰虛兼挾濕熱型，且以養陰系統為主的方劑治療後，獲得了良好的效果⁽²⁾。因此在本年度的研究中，我們專用養陰的方劑（六味地黃丸合一貫煎的加減方，簡稱六一合劑）進一步的評估其療效，並找出此類方劑在治療慢性B型肝炎的適應症。

材料與方法

甲、材料

(一)受檢者：

病人之來源乃由本院肝炎特別門診篩選，合於以下之條件者均為本研究之對象。

B型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）陽性超過六個月且（SGOT、SGPT）值異常或肝組織病理檢查證明為慢性肝炎者。（二）肝組織病理檢查和腹部超音波檢查排除肝臟其他病變之可能性者。

(二)藥物：

選用六味地黃丸合一貫煎加減的科學中藥粉劑，其組成為熟地黃、山萸肉、山藥、澤瀉、丹皮、茯苓、北沙參、麥冬、枸杞、川棟子、丹參、鬱金、鱉甲，定名為六一合劑，由本院中藥局製備。

乙、方法：

（一）治療方法：依據病人的症狀，經中醫傳統之辨症後，以上述藥物為基礎方治療之。

（二）實驗室檢查

1. 肝功能檢查：於治療前檢查SGOT、SGPT、Bilirubin、ALK—P—Tase、Albumin、Total Protein，以後每個月檢查一次。
2. 血清免疫學檢查：於治療前檢查HBsAg、HB-

sAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb，以後每個月檢查一次。

3. Alpha-Fetoprotein 於治療前檢查。

(三) 症狀之評估：治療前配合錄音帶的講解填寫問卷，以後每二個星期填寫一次。

(四) 資料分析

1. 統計二十三例慢性B型肝炎以六一合劑治療後，其SGOT與SGPT值之改變。
2. 統計二十三例慢性B型肝炎常見之症狀，及其中醫辨症分型上的歸屬。
3. 統計二十三例慢性B型肝炎以六一合劑治療後，血清B型肝炎標記之轉換率。
4. 分別統計治療後SGOT、SGPT改善與未改善者常見之症狀，舌診與脈診之所見，及其中醫辨症分型。

結 果

(一) 比較二十三例慢性B型肝炎以六一合劑治療前後SGOT與SGPT值，見表一、二、三，治療前SGOT之

平均值為九四·〇四，治療後為四五·九一，有十九例SGOT值下降，占八二·六%，用「Paired t-test」做療效之統計顯示有意義的差別（ $P < 0.05$ ），治療前SGPT之平均值為一二八·三〇，治療後為七五·七八，有十八例SGPT值下降，占七八·三%，用「Paired t-test」做療效之統計顯示有意義的差別（ $P < 0.01$ ）。

(二) 二十三例慢性B型肝炎患者，其中有十五例為HBeAg陽性且HBeAb陰性。以六一合劑治療後血清B型肝炎標記之轉換率見表四。有4例轉為HBeAg陰性且HBeAb陽性，占二六·六%。有2例轉為HBeAg陰性且HBeAb陰性，占二二·二%，總計HBeAg轉陰者占三九·三%。

(三) 統計二十三例慢性B型肝炎常見之症狀，見表五。症狀出現最多的是困倦，占九五·七%，其他依次為多夢、小便黃、口渴、口苦、情緒失調、胸脇悶痛、失眠、納呆、眼睛乾澀、脘腹脹悶、頭暈眼花、腰痠、四肢沉重。

(四) 二十三例經治療後症狀皆有改善，有十七例SGOT、

表一23例慢性B型肝炎以六一合劑治療前後SGOT與SGPT值
(SGOT)

N = 23	治療前	治療後	前後差別
1	50	37	— 13
2	43	43	0
3	53	31	— 22
4	48	42	— 6
5	109	18	— 91
6	455	37	— 418
7	135	65	— 70
8	24	66	+ 32
9	115	95	— 20
10	40	26	— 14
11	32	19	— 13
12	213	35	— 178
13	36	42	+ 6
14	71	11	— 60
15	106	44	— 62
16	39	26	— 13
17	123	81	— 42
18	143	65	— 78
19	39	15	— 24
20	74	19	— 55
21	88	164	+ 76
22	69	24	— 45
23	58	51	— 7

(續表一)

(S G P T)

N = 23	治療前	治療後	前後差別
1	40	44	+ 4
2	78	77	- 1
3	79	52	- 27
4	125	78	- 74
5	206	12	- 194
6	185	89	- 99
7	165	90	- 75
8	60	161	+ 101
9	217	156	- 61
10	32	60	+ 28
11	38	24	- 14
12	283	27	- 256
13	98	93	- 5
14	39	4	- 35
15	80	35	- 45
16	40	31	- 9
17	254	133	- 121
18	330	126	- 204
19	61	14	- 47
20	145	18	- 127
21	182	281	+ 99
22	131	23	- 108
23	83	115	+ 32

表二 23 例慢性 B 型肝炎以六一合劑治療後 SGOT 值之改變

	治 療 前	治 療 後
Mean $\pm$ S. D.	94.04 $\pm$ 91.08	45.91 $\pm$ 33.68
D. F.	22	
T	2.44	
P	< 0.05	

表三 23 例慢性 B 型肝炎以六一合劑治療後 SGPT 值之改變

	治 療 前	治 療 後
Mean $\pm$ S. D.	128.30 $\pm$ 85.95	75.78 $\pm$ 65.21
D. F.	22	
T	2.84	
P	< 0.01	

表四 23 例慢性 B 型肝炎以六一合劑治療後血清 B 型肝炎標記之轉換率

治 療 前	人 數	治 療 後	人 數	百分比(%)
HBeAg(+)	15	HBeAg(-) HBeAb(+)	4	26.6
HBeAb(-)		HBeAg(-) HBeAb(+)	2	13.3
總 計			6	39.9

表五 23 例慢性 B 型肝炎常見症狀之統計

症 狀				人 數	百 分 比 (%)
困			倦	22	95.7
多			夢	19	82.6
小	便		黃	15	65.2
口			渴	14	60.9
口			苦	14	60.9
情	緒	失	調	12	52.2
胸	脇	悶	痛	12	52.2
失			眠	12	52.2
納			呆	11	47.8
眼	睛	乾	澀	11	47.8
腕	腹	脹	悶	11	47.8
頭	暈	眼	花	10	43.5
腰			痠	10	43.5
四	肢	沉	重	10	43.5

表六17例慢性B型肝炎（治療後SGOT、SGPT改善者）常見症狀之統計與症狀改善之百分比

症 狀	人 數	百 分 比 (%)	改 善 人 數	百 分 比 (%)
困 倦	16	94.1	11	68.8
多 夢	14	82.4	7	50.0
口 渴	11	64.7	6	54.5
小 便 黃	10	58.8	4	40.0
口 苦	9	52.9	7	77.8
胸脇悶痛	8	47.0	4	50.0
腰 痠	8	47.0	4	50.0
情緒失調	7	41.1	6	85.7
納 呆	7	41.1	6	85.7
脘腹脹悶	7	41.1	6	85.7
失 眠	7	41.1	5	71.4
眼睛乾澀	7	41.1	4	57.1
頭暈眼花	6	35.3	5	83.3

表七 6 例慢性 B 型肝炎（治療後 SGOT、SGPT 未改善者）
常見症狀之統計與症狀改善之百分比

症 狀	人 數	百分比(%)	改善人數	百分比(%)
困 倦	6	100.0	3	50.0
小 便 黃	5	83.3	4	80.0
四肢沉重	5	83.3	4	80.0
情緒失調	5	83.3	3	60.0
口 苦	5	83.3	2	40.0
多 夢	5	83.3	1	20.0
失 眠	5	83.3	1	20.0
眼睛乾澀	4	80.6	3	75.0
胸脇悶痛	4	80.6	3	75.0
脘腹脹悶	4	80.6	2	50.0
頭暈眼花	4	80.6	2	50.0
煩 躁	4	80.6	2	50.0
納 呆	4	80.6	1	25.0

表八 17 例慢性 B 型肝炎（治療後 SGOT、SGPT 改善者）舌診與脈診之統計

舌 診	人 數	百分比 (%)	脈 診	人 數	百分比 (%)
體			細 數	4	23.5
齒 痕	4	23.5	數	3	17.6
中 裂	3	17.6	弦 數	3	17.6
質			弦	3	17.6
紅	8	47.1	弦 細	1	5.9
淡 紅	6	35.3	沉 弦	1	5.9
黯	3	17.6	沉 緩	1	5.9
朱 點	7	41.2	沉 滑	1	5.9
瘀	1	5.9	細	1	5.9
苔					
薄 白	13	76.5			
薄 黃	4	23.5			

表九 6 例慢性 B 型肝炎（治療後 SGOT、SGPT 未改善者）舌診與脈診之統計

舌 診	人 數	百分比 (%)	脈 診	人 數	百分比 (%)
質			細 數	2	33.3
紅	3	50.0	弦 細	1	16.7
淡 紅	3	50.0	沉 數	1	16.7
朱 點	5	83.3	弦 數	1	16.7
苔			細	1	16.7
薄 白	5	83.3			
薄 黃	1	16.7			

SGPT值下降，十七例中的九例血清B型肝炎標記有轉換，症狀出現最多的是困倦，占九四·一%，其他依次為多夢、口渴、小便黃、口苦、胸脇悶痛、腰痠、情緒失調、納呆、脘腹脹悶、失眠、眼睛乾澀、頭暈眼花。症狀改善以情緒失調、納呆、脘腹脹悶、頭暈眼花最多，見表六。六例SGOT、SGPT值升高且血清B型肝炎標記無轉換，症狀出現最多的是困倦，占一〇〇%，其他依次為小便黃、四肢沉重、情緒失調、口苦、多夢、失眠、眼睛乾澀、胸脇悶痛、脘腹脹悶、頭暈眼花、煩躁、納呆，但症狀亦有改善，症狀改善以小便黃、四肢沉重、眼睛乾澀、胸脇悶痛最多，見表七。

(五)十七例慢性B型肝炎（治療後SGOT、SGPT改善者）舌診之所見最多的是舌體有齒痕，中裂，舌質紅，其次是淡紅，朱點亦常見，舌苔是薄白其次是薄黃，脈診之所見最多的是細數，其次是數、弦數、弦，見表八。

(六)六例慢性B型肝炎（治療後SGOT、SGPT未改善者）舌診之所見最多的是舌質紅與淡紅，朱點亦常見

，舌苔是薄白其次是薄黃，不見舌體有齒痕或中裂者。脈診之所見，細數占二例，其次是弦細，沉數、弦數、細各占一例，見表九。

(七)根據中醫辨症並配合中醫病理的觀點，分析此二十三例慢性B型肝炎患者之症狀並參照脈診與舌診之所見，發現此類患者在肝腎陰虛症的基礎上，可分為挾肝熱重與挾脾濕重二類症型，對六一合劑之治療反應良好者，大多屬於挾肝熱重型，對治療反應不明顯者，大多屬於挾脾濕重型。

討 論

中國醫學在很早就有類似肝炎症狀的記載，如〔內經〕云：「肝熱病者，小便先黃，腹痛，多臥，身熱；熱爭則狂言及驚，脇滿痛，手足躁，不得安臥⁽³⁾。」「溺黃赤，安臥者，黃疸⁽⁴⁾。」病毒性肝炎所表現的黃疸，中醫認為是感受瘟疫毒邪所致，或與濕熱有關，在感受瘟疫毒邪方面，如〔諸病源候論〕云：「天行大體似傷寒，亦頭痛壯熱，其熱入脾胃，停滯則發黃。」〔瘟疫論〕云：「疫邪傳裡，移熱下焦，小便不利……其傳

爲疸，身目如金。」此乃論及病毒性肝炎的傳染性，在濕熱導致肝炎方面，「類證治裁」云：「黃疸，由脾胃濕熱鬱蒸，漸致身目如金，汗溺皆黃，經謂濕熱相交民病疸也⁽⁵⁾。」「傷寒論」云：「傷寒瘀熱在裡，身必發黃⁽⁶⁾。」所以慢性B型肝炎的發病原理可能是疫毒久稽與肝膽濕熱纏綿不除，此病往往會耗傷氣陰，損傷脾胃而致氣血化源不足，進一步發展則脾病及腎，肝腎俱病⁽⁷⁾。依據問卷，對症狀分析的結果顯示：患者大多夾雜有陰虛、熱、濕、氣滯、血瘀、脾虛之症狀，而以陰虛之症狀最爲明顯。

舌診的統計顯示能與臨床症狀相吻合，出現最多的是舌體有齒痕，舌質紅，舌見朱點，苔薄白。「中醫臨症備要」云：「舌邊緣凹凸不齊如鋸齒狀，爲肝臟氣血鬱滯。」「辨舌指南」云：「苔白底紅，脈形弦細者，陰虛而挾濕熱也。」又云：「舌紅而有大紅點者，營熱甚也。」「簡明中醫診斷學」云：「舌之邊尖紅赤者，有的是屬於陰虛型⁽⁸⁾。」脈診的統計顯示能與臨床症狀相吻合，出現最多的是細數弦三者之間的組合。「簡明中醫診斷學」云：「弦脈主肝病，諸痛，脇痛。」又云

：「數脈主熱症，外邪寒熱，煩躁，燥渴⁽⁸⁾。」「醫宗金鑑，編輯四診心法」云：「數熱主府，數細陰傷⁽⁹⁾。」觀察六一合劑對慢性B型肝炎之療效顯示：全部病人之臨床症狀皆獲得程度不等的改善，亦能有意義的降低SGOT與SGPT值，使肝功能得到改善，最值得注意的是血清B型肝炎標記獲得相當高的轉換率。

根據廖等的報告⁽¹⁰⁾，在台灣每年約有十七%慢性HBsAg帶原者，其血中HBsAg會自然消失。HBsAg的存在，表示B型肝炎病毒正在進行複製，且具有極高的傳染性，HBeAg的存在，表示病人正在復原中，感染率很低⁽¹¹⁾。因此，在本研究中，以六一合劑治療慢性B型肝炎患者，其血清B型肝炎標記e轉換率達三九·九%，同時肝功能改善，症狀亦改善，由此可見六一合劑對於慢性B型肝炎有一定的影響。

二十三例慢性B型肝炎患者之症狀，以肝腎陰虛症的表現最明顯。十七例經治療後肝功能有改善，且其中有六例發生血清B型肝炎標記轉換者，其所兼挾之肝熱的症狀較重，而六例經治療後肝功能未見改善且血清B型肝炎標記無一例轉換者，其所兼挾之脾濕的症狀較重

。在本研究中，曾觀察到有一例具有典型肝腎陰虛症的患者，於治療一星期後，做肝組織切片檢查，發現肝細胞再生現象極強（超過五／HP）且SGOT與SGPT也下降至正常值。由此觀之，六一合劑對於肝腎陰虛挾肝熱重型的慢性B型肝炎有較好的療效，乃因本方劑具有滋陰清熱的作用。而對於挾脾濕重型，由於本方劑所含之藥物較為滋膩，會妨礙脾之運化，故療效較差，此皆符合中醫辨症論治的原理，今後努力的方向是在辨症論治原則的指導下，分別找出對於各類症型最適合的方藥，如此將可大大的提高治療慢性B型肝炎的效果。

謝 辭

本項研究進行之中，中醫內科劉主任俊昌在臨床方面惠予指導，陳富芬、鄒春琴、溫寶香三位小姐惠予協助，謹此一併致謝。

參考文獻

- (1) Sheila Sherlock. Disease of The Liver and Biliary System. 7th ed. Oxford and Biliary System. 7th ed. Oxford and Biliary System.

Ford, Alden Press, P.280, 1985.

(2) 張恒鴻等，中醫藥與針灸對肝炎之療效。行政院衛生署七十四年度醫療衛生科技研究計劃報告，PP. 6-31, 1987.

(3) 唐，王冰撰，黃帝內經素問。台北，旋風出版社，卷九，刺熱編第三十一，P.166. 1974.

(4) 同(2)，素問平人氣象論第十八，P.97.

(5) 清，林佩琴編著，類證治裁。台北，旋風出版社，卷四，黃疸，P.268, 1978.

(6) 清，吳謙等編，醫宗金鑑。台北，文光圖書公司，卷四，訂正仲景全書傷寒論註，辨陽明病脈證併治全篇，P.111, 1976.

(7) 急、慢性B型病毒性肝炎的治療，中西醫結合治療肝炎肝硬化。啓業書局，P.209, 1985.

(8) 馬建中，簡明中醫診斷學。台北，正中書局，1979. 1. P. 47, 2. P. 111, 3. P. 106.

(9) 同(5)，卷三十四，編輯四診心法要訣，訂正素問脈要精微論，P.620.

(10) Liaw YF, Chu CM, Su Ij. Clinical

and Histological events Proceeding
hepatitis B antigen seroconversion
in chronic type B hepatitis. Gast-
roenterology 1983 .84 .216-9.

(11)王觀瑜，B型肝炎之血清學診斷，臨床醫學，
1985 .16 .93-99.

(三)針灸治療慢性B型肝炎之療效評估

針灸科 黃玉治 許世明
巫錦璋 張永賢
內科腸胃科 徐章虎

摘 要

本項研究係經由本院肝炎針灸門診診療之慢性B型肝炎患者。五十二例中篩選十四人，即連續接受至少三個月以上的針灸治療，並連續三次肝功能檢查及血清B型肝炎標記檢查，對其治療前後之觀察比較，加以分析獲得以下結果：

- 一、經針灸治療之慢性B型肝炎患者，以肝熱脾濕型之臨床症狀改善及肝功能之好轉最為顯著。
- 二、血清之生化肝功能檢驗顯示，肝功能好轉者占五十%，顯然較對照組之四四·九%為高。

三、血清免疫學檢驗顯示，接受針灸治療之慢性B型肝炎病人十四例中，HBsAg轉陰者一人，HBsAb轉陽者二人，HBeAg轉陰者一人，HBeAb轉陽者二人。

四、本項研究發現曲池、足三里、三陰交與支溝、太冲、陽陵泉兩組穴道對於肝熱脾濕型之慢性B型肝炎患者療效最佳。

前 言

B型肝炎病毒 (Hepatitis B Virus) 感染的臨床變化，可歸納為急性感染與慢性感染兩大類。一般急性肝炎通常預後良好，可以自行痊癒；慢性肝炎則經常或間歇地發生炎症反應，牽延不癒，甚或併發肝硬化、肝癌而致命。許多證據顯示B型肝炎病毒本身並無直接細胞毒性 (cytotoxic)，而肝炎病變之所以發生，乃是宿主本身的免疫系統，主要是毒殺性T淋巴球 (OKT₈) 及自然殺手細胞 (natural killer cell; NK) 對被感染的肝細胞攻擊所致。基於此理，醫學界正積極進行抗病毒治療及免疫調節劑的研究，以期

有突破性的發現。

另一方面，有許多的臨床和實驗研究資料顯示，針灸對於人體的免疫系統有調節功能，亦即使免疫功能低下者有促進作用，亢進者有抑制作用，使之趨於正常，達到免疫平衡。欲達到此雙向作用，必須遵循傳統中醫的「辨症」原則來選擇適當的穴道，才能發揮最高的療效。

「辨症論治」是傳統中醫治療疾病的規律，根據「慢性B型肝炎之中醫辨症及療效評估」一文，慢性B型肝炎之症候群可歸納為四群，相當於「熱」症、「濕」症、「虛」症、「瘀」症。根據此辨症原則，本項研究自七十五年度起，使用辨症問卷，配合舌診、脈診，對慢性B型肝炎患者加以辨症，以期找出治療慢性B型肝炎最佳的針灸處方模式，以利肝炎之治療。

材料與方法

一、研究對象：本項研究之對象分為二組。

1. 對照組：從西醫內科門診及台中公保門診中心篩選九十八人為本研究之對照組，篩選條件為：肝功能

異常六個月以上，臨床上無膽道疾患，無酒癮，無濫用藥物之病史者。

2. 實驗組：從中國醫藥學院台中附設醫院肝炎針灸門診求診病患的五十二人中篩選合乎篩選條件的十四人為本研究之實驗組。

實驗組篩選之條件如下：

(1) 肝功能檢查異常 (SGOT、SGPT)、或血清免疫檢查HBsAg陽性病史逾六個月者。

(2) 肝穿刺病理檢查確定為慢性肝炎者。

(3) 在本科接受三個月以上的治療，並接受三次肝功能檢查，及血清B型肝炎標記檢查。

二、實驗材料：本研究過程中所採用的針灸用具如下：

1. 針：使用無菌、用後即丟之針具 (Disposable Acupuncture Needle)，針身長度一寸及一寸五寸，其中一寸者為三十二號針，一寸五寸者為三十號針。

2. 灸：使用直徑一公分長十六公分，雪茄狀之艾條，內含陳年艾絨。

三、研究方法：

1. 對照組：病人每兩週取藥一次，投與藥物包括 *proheparum*、*Essentiale* 及 *Panzy norm*，

每三個月檢查肝功能一次，每六個月做腹部超音波一次。

2. 實驗組：病人每週針灸三次，針與灸並施。

(1) 針刺所用穴道：

第一組：曲池、足三里、三陰交。

第二組：支溝、太沖、陽陵泉。

第一組及第二組穴道輪流使用，每次針刺一組穴位。留針十五分鐘，兩側穴位同時實施。

(2) 灸療：

五柱穴（巨關、中腕、下腕、梁門二側）——當病人出現胃腸道症狀時使用。

關元、氣海——病人有倦怠乏力時使用。

肝炎點、陽陵泉——病人出現右脇疼痛時選用。

肝俞、腎俞、足三里——病人出現腰背酸痛及免疫球蛋白檢查異常者選用。

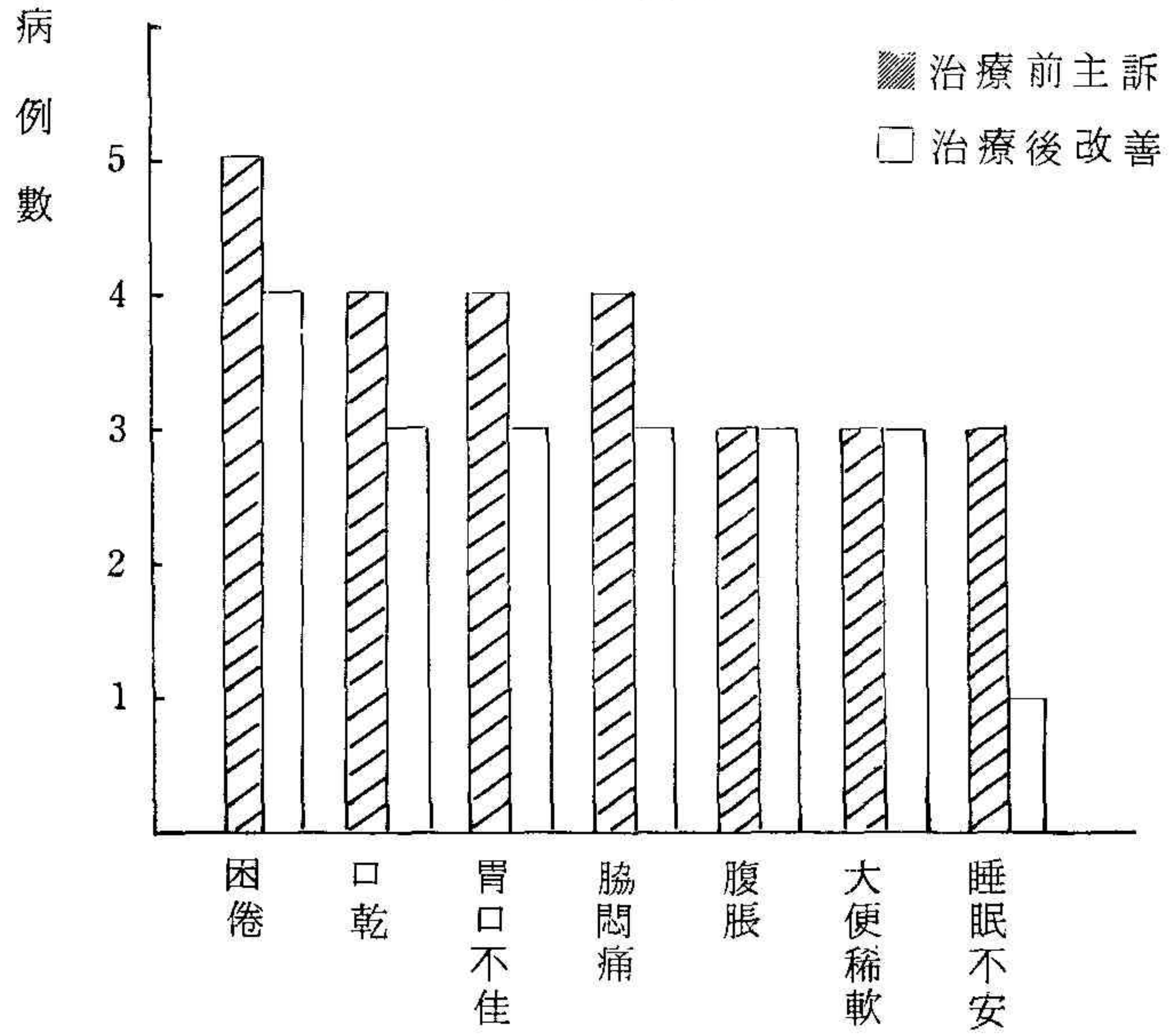
每一選用穴以艾條距穴道二公分的高度灸二分鐘。

結 果

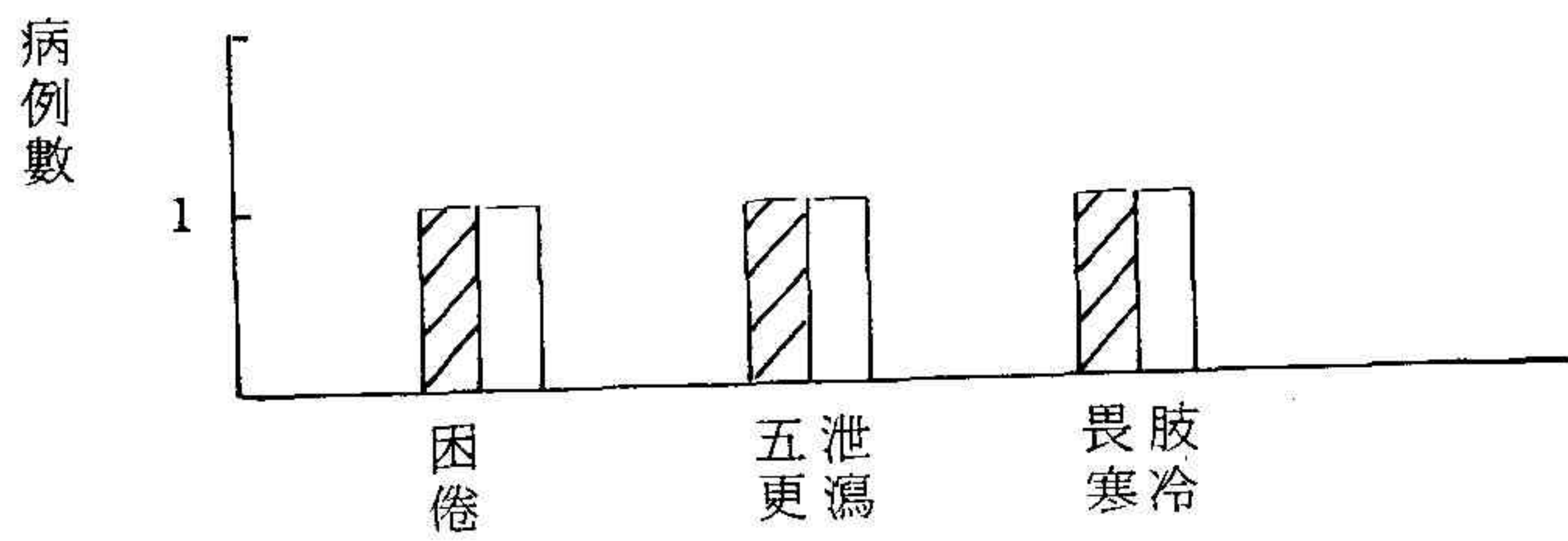
一、臨床症狀之改善：

本項研究十四名患者，經中醫辨症分為四型（肝熱脾濕型、肝熱陰虛型、陰虛濕熱兼瘀型、脾腎陽虛型），接受針灸治療前後主要症狀之改善狀況比較，如下列各圖：

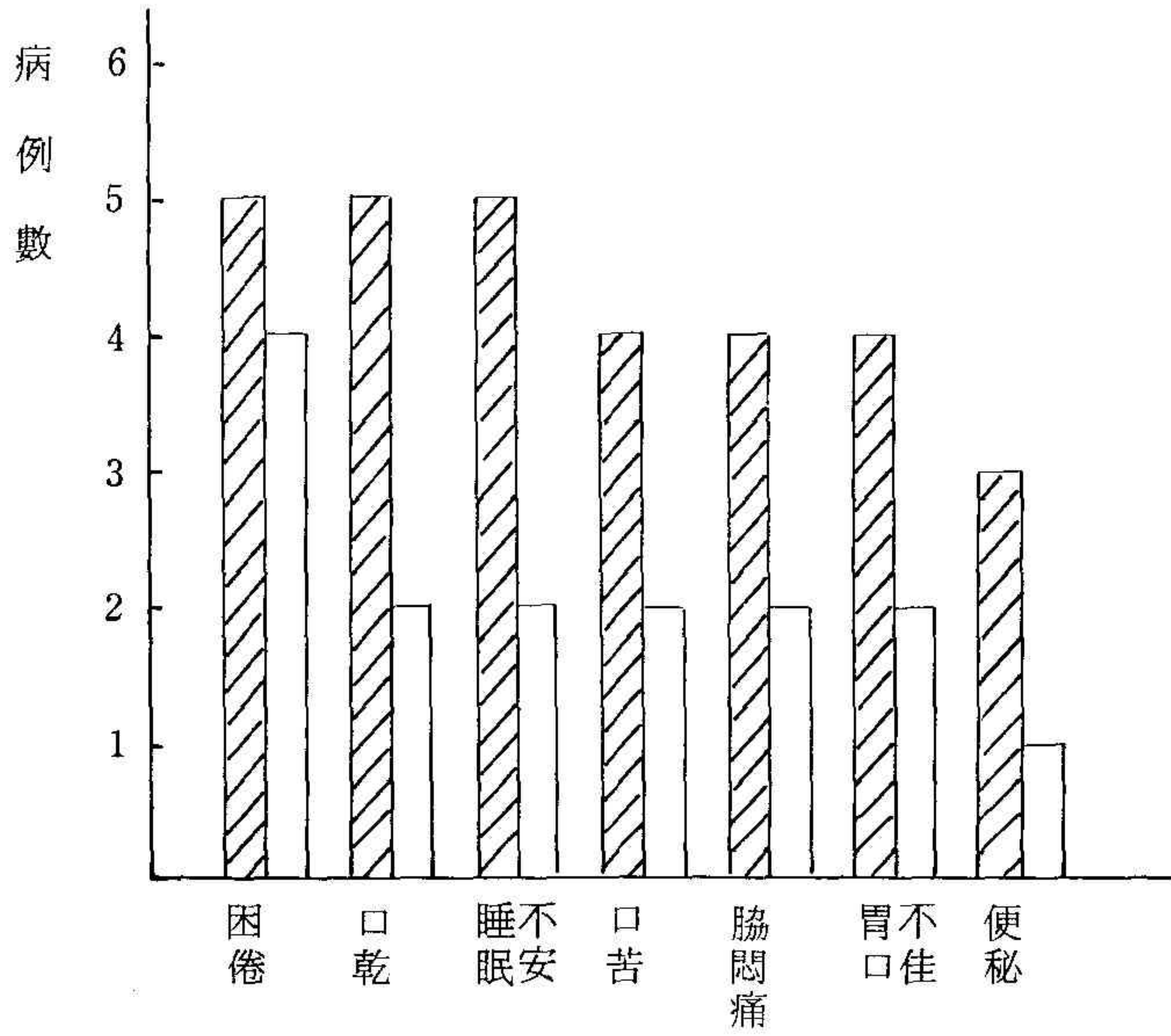
圖一 肝熱脾濕型



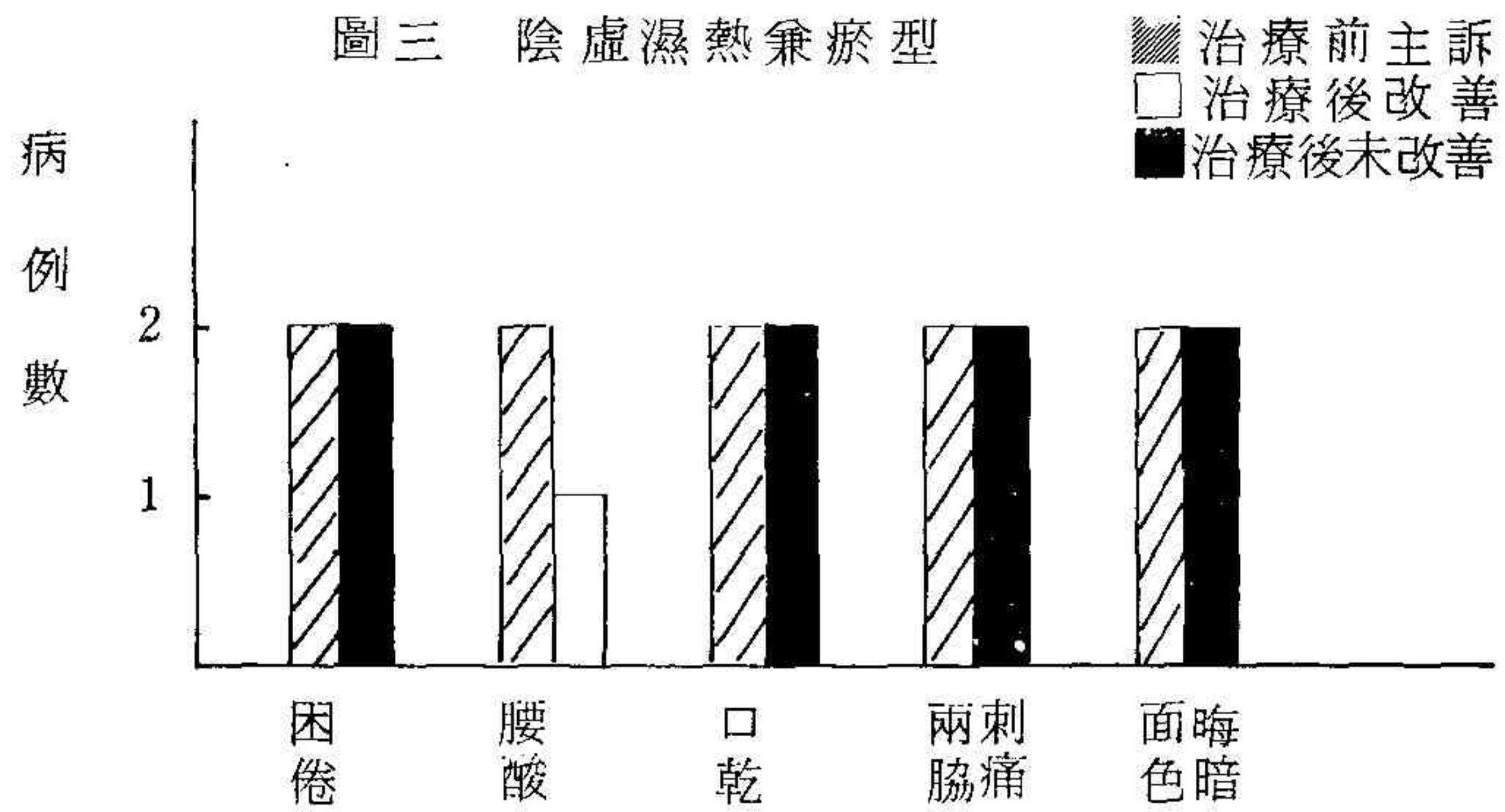
圖四 脾腎陽虛型



圖二 肝熱陰虛型



圖三 陰虛濕熱兼瘀型



二、肝功能血清生化檢驗

經篩選之十四位患者所檢驗之肝功能數據呈一連續性之變化，茲將該變化歸納為五種：

1. 恢復正常：治療前肝功能不正常，治療後恢復正常。
 2. 改善：治療前肝功能不正常，治療後有進步，但數據尚未降至正常值範圍。
 3. 不穩定：治療前肝功能不正常，治療後升降不定，但皆不在正常值範圍之內。
 4. 變壞：治療前肝功能不正常，治療中有升高之趨向者。
 5. 不變：治療前後肝功能皆在正常值範圍。
- 統計結果如下表所示：

表一 針灸治療後肝功能檢查結果

辨症類型 肝 功 能	恢復正常	改善	不穩定	變壞	不變	總數
肝熱脾濕	3	1	0	0	1	5
肝熱陰虛	2	1	1	1	1	6
陰虛濕熱 兼 瘀	0	0	0	2	0	2
脾腎陽虛	0	0	0	0	1	1
統 計	5	2	1	3	3	14
百 分 比	35.7%	14.3%	7.2%	21.4%	21.4%	100%

三、血清免疫學檢查：

十四例慢性B型肝炎患者，經針灸追蹤診療三個月以上者，各類型之血清免疫學檢查如下所述。茲將各抗原、抗體之陰性或陽性反應依HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb之順序排列，並依Mushahwar氏十五種模式分類。

肝熱脾濕型總病例數五人，其中二例在治療前的B型肝炎血清標記是+-++-(IV)，治療後有一例變為-+-++(IV)，顯示HBsAg消失，另一例變為+-++-(VI)，產生HBeAb；另二例在治療前為+-++-(VI)，治療後未見改變；最後一例治療前為-+-++-(VII)，治療後變為-+-++-(X)，產生HBsAb。

肝熱陰虛型總病例數六人，其中有四例在治療前為+-++-(VI)，治療後三例不變，而有一例變為-+-++-(XV)，產生HBsAb；其餘二例治療前為+-++-(III)，治療後一例不變，另一例變為-+-++-(IV)，HBeAg消失。

陰虛濕熱兼瘀型病例數二人，治療前二例皆為+-

+-++-(III)，治療後皆不變。

脾腎陽虛型病例數一人，治療前為+-++-(IV)，治療後變為+-++-(VI)，產生HBeAb。茲將以上結果作一總結，經三個月以上之針灸治療後，十四位患者之血清免疫學檢查變動如下：

- (1) 一人HBsAg轉陰。
- (2) 二人HBsAb轉陽。
- (3) 一人HBeAg轉陰。
- (4) 二人HBeAb轉陽。
- (5) 八人無改變。

討 論

1. 依據傳統中醫辨症，本研究發現慢性B型肝炎患者，屬於單純之「濕」、「熱」、「虛」、「瘀」四症中任何一症者較少，多半以「兼症」出現，其中以「濕」、「熱」與「虛」、「熱」兼症病患較多，單純之「虛」症較少，此與「慢性B型肝炎之中醫辨症及療效之評估」一文所述相似。

2. 本研究實驗組十四人依中醫辨症分為四型，即肝

熱脾濕型五人，肝熱陰虛型六人，陰虛濕熱兼瘀型二人，脾腎陽虛型一人。

3. 根據去年度肝炎患者個人病歷表記錄問卷統計，發現肝炎病患之臨床症狀以消化系障礙及脇悶痛、困倦等症狀最為常見，選擇兩組針刺穴道（曲池、足三里、三陰交；支溝、太沖、陽陵泉）以扶土壯脾、泄木疏肝為治則，配合灸療五柱、關元、氣海、腎俞諸穴治療肝炎患者，對其臨床症狀有顯著改善，故今年度之選穴配方不加變更。

4. 治療後臨床症狀之改善以脾腎陽虛型最好，肝熱脾濕型次之，肝熱陰虛型又次之，陰虛濕熱兼瘀型最差。脾腎陽虛型之主要臨床症狀為困倦、五更泄瀉、畏寒肢冷，除針刺治療外，配合灸療五柱、關元、氣海、腎俞諸穴，來補陽溫中散寒，此對症狀之改善有很大的幫助，由於此型病例太少，只有一人，有待日後更進一步之研究。足厥陰肝經之原穴太沖，配合手三焦經之經穴支溝與足少陽膽經之合穴陽陵泉，組成疏肝清熱方，另外手陽明經之合穴曲池，配合足陽明胃經之合穴足三里與足三陰經之交會穴三陰交，構成健脾滲濕方，此二組

處方配合使用，共奏疏肝清熱、健脾滲濕之功，對於肝熱脾濕性之症狀改善大有幫助。由於肝熱陰虛型忌用灸療，二組處方中養陰、滋陰之穴道較少，故臨床症狀之改善較差。至於陰虛濕熱兼瘀型，由於「濕」、「熱」、「虛」、「瘀」挾雜，臨床症狀甚少改善。

5. 本項研究實驗組十四人中，肝功能方面，恢復正常者有五人（肝熱脾濕型三人，肝熱陰虛型二人）；占三五·七%；改善者二人（肝熱脾濕型與肝熱陰虛型各一人），占一四·三%；換言之，經針灸治療後肝功能好轉者有七人，占五〇%，而肝功能轉壞者有二人，皆屬於陰虛濕熱兼瘀型。血清標記檢查方面，有一人HBsAg轉陰（屬肝熱脾濕型），二人HBsAb轉陽（肝熱脾濕型與肝熱陰虛型各一人）。

6. 綜合以上所述，就臨床症狀之改善、肝功能之恢復、以及血清標記之轉變三項來評估，四型中以肝熱脾濕型之療效最好，肝熱陰虛型次之，脾腎陽虛型又次之，陰虛濕熱兼瘀型最差，顯然這與選穴配方有密切的關係。換言之，曲池、足三里、三陰交與支溝、太沖、陽陵泉兩組穴道，較適合肝熱脾濕型之患者。今後對於「

陰虛」症與「瘀」症的選穴配方應該加強，以期提高慢性B型肝炎之療效。

參考文獻

1. 蔡順隆等：人類B型肝炎病毒的分子生物學，當代醫學，十三卷五期，P. 10～17，1986.
2. 沈弘德：B型肝炎之免疫學探討，臨床醫學 16：100～103 1985.
3. 中醫免疫學，啓業書局，P. 43～45，1985.
4. 馬光亞著：簡明中醫診斷學，正中書局，P. 7，1979.
5. 中醫藥與針灸對肝炎之療效，行政院衛生署七十四年度醫療衛生科技研究計畫報告，P. 6～29，P. 36～46，1985.
6. 針灸對穴臨床經驗集，啓業書局，P. 51，P. 141，P. 158，P. 167，P. 273，P. 257，1987.
7. 特藏資料：中國針灸處方學，P. 224～226，1982.
8. 針灸作用機理研究，啓業書局，P. 140～154，1985.
9. 陸瘦燕針灸論著醫案選，啓業書局，P. 164～174，1987.
10. 針灸臨床各科資料彙編，啓業書局，P. 53，1984.
11. 中西醫結合治療肝炎肝硬化，啓業書局，P. 207，1984.
12. 針灸病例綜合療法，啓業書局，P. 16，1986.

(四)七十一—七十五年五年來以酶免疫分析法檢查由中醫藥治療B型肝炎病人之五種B型肝炎血清標記之
總報告
檢驗科
王貴譽

B型肝炎病毒病人之診斷不外乎臨床診斷、血清診斷、肝功能試驗以及肝臟穿刺等四項。但本國人比較保守，患者多不願意且拒絕肝臟穿刺，如此僅靠臨床症狀、肝功能試驗，難以確定其是否為B型肝炎，肝炎病毒除B型外，尚有A型，以及非A非B型。除潛伏期外，臨床症狀類似，不易區別。因此血清診斷為唯一可靠可行的診斷方法。但B型肝炎血清診斷又分為五種主要血清標記，即HBsAg、Anti-HBs、HBeAg、Anti-HBe、Anti-HBc等。此五種標記因患者之病程而有不同，如在患病初期可能為HBsAg陽性，半年後可能產生抗體，HBsAg變為陰性，而Anti-HBs變為陽性而痊癒。也可能數年後HBsAg仍為陽性，無抗體產生，即Anti-HBs仍為陰性，則病人可能變為慢性肝炎，以後可能發生肝硬化，最後變成不治的肝癌。又如病人HBsAg陽性者，若HBeAg也為陽性，則此病人

與別人接觸容易感染他人。若一個國家有一人HBsAg陽性，而HBeAg也為陽性，則在各方面都應避免直接及間接接觸，如飲食需要分開、牙刷不能共用等。在HBeAg發生三個月後可能消失，則病人產生抗體，而Anti-HBe轉為陽性，如此病人就可減低感染他人之機會。再就HBcAg，多存在於肝細胞中，在病人血清中不易檢查出，但其抗體Anti-HBc，在B型肝炎感染初期，HBsAg出現後不久，HBcAg之抗體就出現，而變成Anti-HBc陽性，但Anti-HBc陽性的人，與免疫無關，Anti-HBc陽性僅代表此人曾感染B型肝炎病毒，此可能終身存在，但與免疫力無關，此點必須牢記。

本科自七十一—七十五（一九八二—一九八六）年止在衛生署醫療衛生科技研究計劃之中醫藥與針灸對肝炎之療效計劃中，擔任B型肝炎病人之五種B型肝炎血清標記之檢查，五年中共檢查B型肝炎病人之血清總計一、六九八人，今依年次的先後分述如下：

七十一年度對臨床B型肝炎病人，僅檢查HBsAg一種血清標記，共檢查一三七人，HBsAg陽性者81／

137 人 (占五九・一二%)。HBsAg 陰性爲 56 / 137 人 (占四〇・八八%)，如附表(一)。較正常人高出三倍以上，正常陽性率爲一五・二〇%左右。

七十二年度對診斷爲 B 型肝炎的病人，與七十一年度相同，亦僅檢查一種血清標記，共檢查一一〇人，HBsAg 陽性爲 72 / 110 人 (占六五・四五%)。HBsAg 陰性爲 38 / 110 人 (占三四・五四%)，如附表(一)。

由七十三年度起對診斷爲 B 型肝炎的人，改用五種肝炎病毒血清標記檢查，共檢查四〇二人，HBsAg 陽性爲 291 / 402 人 (占七二・三九%)。HBsAg 陰性爲 111 / 402 人 (占二七・六一%)。Anti-HBs 陽性爲 79 / 402 人 (占一九・六五%)。Anti-HBs 陰性爲 323 / 402 人 (占八〇・三五%)。HBeAg 陽性爲 112 / 402 人 (占二七・八六%)。HBeAg 陰性爲 290 / 402 人 (占七二・一四%)。Anti-HBe 陽性爲 96 / 402 人 (占二三・八八%)。Anti-HBe 陰性爲 306 / 402 人 (占七六・一一%)。Anti-HBc 陽性爲 394 / 402 人 (占九八・〇一%)。Anti-HBc 陰性爲 8 / 402 人 (占一・九九%)，如附表(二)。

表(一) 71、72 年度肝炎血清病毒檢驗，表面抗原陽性及陰性 % 率

總 項 數	年 度 目	% 率		% 率	
		71年度	% 率	72年度	% 率
HBsAg (+)		81	59.12	72	65.45
HBsAg (-)		56	40.88	38	35.54
總 數		137		110	

七十四年度受檢B型肝炎病毒血清五種標記，共計有五五八人，HBsAg陽性爲444／558人（占七九五七％）；HBsAg陰性爲114／558人（占二〇・四三％）；Anti-HBs陽性爲141／558人（占二五・二七％）；Anti-HBs陰性爲417／558人（占七四・三三％）；HBeAg陽性爲163／558人（占二九・二一％）；HBeAg陰性爲395／558人（占七〇・七九％）；Anti-HBe陽性爲237／558人（占四二・四七％）；Anti-HBe陰性爲321／558人（占五七・五三％）；Anti-HBc陽性爲542／558人（占九七・一三％）；Anti-HBc陰性爲16／558人（占二・八七％），如附表（一）。

七十五年度受檢B型肝炎病毒血清五種標記，總計有四九一人，HBsAg陽性爲404／491人（占八二・二八％）；HBsAg陰性爲87／491人（占一七・七二％）；Anti-HBs陽性爲75／491人（占一五・二七％）；Anti-HBs陰性爲416／491人（占八四・七三％）；HBeAg陽性爲173／491人（占三五・二三％）；HBeAg陰性爲318／491人（占六四・七七

％）；Anti-HBe陽性爲209／491人（占四二・五七％）；Anti-HBe陰性爲282／491人（占五七・四三％）；Anti-HBc陽性爲473／491人（占九六・三三％）；Anti-HBc陰性爲18／491人（占三・六七％），如附表（一）。

表(二) 73、74、75年度B型肝炎病毒檢驗，五種抗原、抗體的陽性及陰性百分率

總數	項目	%率		%率		%率		合計
		73年度	% 率	74年度	% 率	75年度	% 率	
	HBsAg (+)	291	72.39	444	79.57	404	82.28	1,139
	HBsAg (-)	111	27.61	114	20.43	87	17.72	312
	Anti-HBs (+)	79	19.65	141	25.27	75	15.27	295
	Anti-HBs (-)	323	80.35	417	74.73	416	84.73	1,156
	HBeAg (+)	112	27.86	163	29.21	173	35.23	448
	HBeAg (-)	290	72.14	395	70.79	318	64.77	1,003
	Anti-HBe (+)	96	23.88	237	42.47	209	42.57	542
	Anti-HBe (-)	306	76.12	321	57.53	282	57.43	909
	Anti-HBc (+)	394	98.01	542	97.13	473	96.33	1,409
	Anti-HBc (-)	8	1.99	16	2.87	18	3.67	42
總數		402		558		491		1,451

Mushahwar 氏曾發表一篇論文，將 B 型肝炎病人之五種血清標記以其陽陰性之不同分成十五種模式加以詮釋，臨床醫師可以其詮釋的結果，對 B 型肝炎病人之急慢性，按其模式加以診斷，此對不願施行肝臟穿刺的病人極為重要。本科對七十三—七十五年度診斷，為 B 型肝炎之患者皆行五種血清標記檢查，醫師可依此結果加以判斷其是否為 B 型肝炎及診斷病人的病況加以治療，茲將 Mushahwar 氏對 B 型肝炎病人血清模式及其詮釋方法，列表如下：

表一 Mushahwar 氏 B 型肝炎病人血清模式

List of Possible Patterns of HBV Serologic Markers Present in a Single Serum of a Patient					
Pattern No.	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc	Anti-HBe	Anti-HBs
I	+	0	0	0	0
II	+	+	0	0	0
III	+	+	+	0	0
IV	+	0	+	0	0
V	+	+	+	+	0
VI	+	0	+	+	0
VII	0	0	+	0	0
VIII	0	0	+	+	0
IX	0	0	+	+	+
X	0	0	+	0	+
XI	0	0	0	0	+
XII	0	+	0	0	0
XIII	0	0	0	+	0
XIV	0	+	+	0	+
XV	+	0	+	+	+

Mushahwar 氏 B 型肝炎病人血清模式之詮釋

模式 I.: (HBsAg +)

急性 B 型肝炎潛伏後期。

模式 II.: (HBsAg +, HBeAg +)

急性 B 型肝炎早期，有高度的傳染性，出現 Dane 氏顆粒 (HBV) 及 DNA polymerase。

模式 III.: (HBsAg +, HBeAg +, Anti-HBc +)

急性或慢性 B 型肝炎，病毒複製旺盛，有高度的傳染性。

模式 IV.: (HBsAg +, Anti-HBc +)

急性或慢性 B 型肝炎。

模式 V.: (HBsAg +, HBeAg +, Anti-HBe +,

Anti-HBc +)

急性或慢性 B 型肝炎。

模式 VI.: (HBsAg +, Anti-HBe +, Anti-HBc +)

急性或慢性 B 型肝炎，具低度的傳染性，此種模式偶而出現在慢性帶原者及急性感染過程中，在急性感染，此與疾病消失及病毒複製減低

模式 VII.: (Anti-HBc +)

相符合，然而在無症狀的慢性帶原者，其病毒可能繼續複製。

在 HBsAg 及 HBeAg 消失與 Anti-HBe 及 Anti-HBs 出現前之空檔期或開窗期 (Window period)。具傳染力，此可由四種情況產生 ..

① 為 HBV 非活動性的帶原者，血清 HBsAg 在測出量以下。

② HBsAg 將消失而 Anti-HBs 尚未產生即所謂空檔期 (可能仍具有傳染性)。

③ 病人在很久以前被 HBV 感染，Anti-HBc 能長期存在。

④ 有交互反應的抗體存在，為一種偽陽性 (False positive)。

模式 VIII.: (Anti-HBe +, Anti-HBc +)

此表示現時或最近被 HBV 感染，在現時感染中，血清的 HBsAg 量很少，在測出量以下，在最近感染，其 Anti-HBs 是在出現以前，如

上所指，似乎可由Anti-HBc 免疫球蛋白類種類的效價而區別其為現時或最近所感染，如Anti-HBc IgM及IgG。

模式IX: (Anti-HBs +, Anti-HBe +, Anti-HBc +)

表示B型肝炎已經痊癒，認為過去被感染及有永久性的免疫力。

模式X: (Anti-HBs +, Anti-HBe +)

與模式IX相同，若其Anti-HBe稍存即失的話。

模式XI: (Anti-HBs)

表示僅在免疫注射後，而不是被傳染，有此現象出現，或是Anti-HBc稍存即失的情況下，或是由於有交互反應抗體存在（假陽性），而不似被HBV所感染，由連續的研究尚未發現有此種情況。

模式XII: (HBeAg +)

由連續的研究尚未發現有此種現象出現，可能在感染早期的過程中，在Anti-HBc 產生前

，HBsAg量過少，尚不能測出，有人認為此可能為假陽性（False positive）。

模式XIII: (Anti-HBe +)

為一種交互反應抗體（假陽性）。

模式XIV: (HBeAg +, Anti-HBs +, Anti-HBc +)

此表示HBeAg與Anti-HBs的一種循環免疫複合現象（circulating immune complexes）由抗體過多所致，此種患者見於熱帶性脾臟腫大症候群。

模式XV: (HBsAg +, Anti-HBs +, Anti-HBe +, Anti-HBc +)

表示此病人的HBsAg及Anti-HBs的一種循環免疫複合症，兩者皆無大量存在。

民國 73 年、74 年、75 年度肝炎門診患者受檢人數及 Mushahwar 模式分析結果

HBsAg	Anti- - HBs	HBeAg	Anti- - HBe	Anti- - HBc	模式	73 年	74 年	75 年	合計	% 率
+	-	-	-	+	IV	115	73	52	240	16.46
-	+	-	+	+	IX	15	25	18	58	3.98
+	+	-	+	+	XV	7	27	12	46	3.16
+	+	+	-	+		4	14	11	29	1.99
+	-	+	+	+	V	2	20	6	28	1.92
+	-	-	+	+	VI	75	168	160	403	27.64
-	-	-	-	-		8	0	11	19	1.30
-	-	-	-	+	VII	30	13	16	59	4.05
+	-	+	-	+	III	110	123	155	388	26.61
-	-	-	+	+	VIII	6	9	13	28	1.92
-	+	-	-	+	X	58	46	24	128	8.78
+	-	-	-	-	I	0	3	2	5	0.34
-	+	-	-	-	XI	0	0	5	5	0.34
+	+	-	-	+		0	10	5	15	1.03
+	+	+	+	+		0	6	1	7	0.48
總 計						402	558	491	1,451	

七十三、七十五年度肝炎門診患者作五種血清標記檢查的有一、四五八人，屬於模式IV者有240／1451人（占一六·四六％），此表示這些為急性或慢性肝炎；屬於模式IX共有58／1451人（占三·九八％），表示B型肝炎已經痊癒，認為過去曾被感染及有永久性的免疫力；屬於模式XV共有46／1451人，（占三·一六％），表示此病人的HBsAg及Anti-HBs的一種循環免疫複合症，兩者血中皆無大量存在；屬於模式V共有28／1451人（占一·九二％），為急性或慢性B型肝炎，或病人血清由HBsAg轉變為Anti-HBs具有中等度的傳染性；屬於模式VI共有403／1451人（占二七·六四％），表示此為急性或慢性B型肝炎，具低度的傳染性，此種模式偶而出現在慢性帶原者及急性感染過程中，在急性感染，此與疾病消失及病毒複製減低相符合，然而在無症狀的慢性帶原者，其病毒可能繼續複製；屬於模式VII共有59／1451人（占四·〇五％），表示此在HBsAg及HBeAg消失與Anti-HBe及Anti-HBs出現前之空檔期或稱開窗期（Window period）。具傳染力，此可能由四種情況發生：①為HBV非

研究尚未發現有此種情況。

活動性的帶原者，血清HBsAg在測出量以下。②HBsAg將消失而Anti-HBs尚未產生即所謂空檔期（可能仍具有傳染性）。③病人在很久以前，被HBV感染，Anti-HBc能長期存在。④有交互反應的抗體存在，為一種偽陽性（False positive）。屬於模式III共有388／1451人（ 26.74% ），表示為急性或慢性B型肝炎，病毒複製旺盛，有高度的傳染性。屬於模式VIII共有28／1451人（ 1.93% ），此表示現在或最近被HBV感染，在現時感染中，血清的HBsAg量很少，在測出量以下，在最近感染，或是在Anti-HBs出現以前，如上所指似乎可由Anti-HBc免疫球蛋白種類的效價而區別其現時或最近所感染；屬於模式X共有128／1451人（ 8.82% ），此與模式IX相同，若其Anti-HBe稍存即失的話。屬於模式I共有5／1451人（ 0.34% ），此為急性肝炎潛伏後期。屬於模式XI共有5／1451人（ 0.34% ），表示僅在免疫注射後，而不是被傳染，有此現象出現，或是Anti-HBc稍存即失的情況下，或是由於有交互反應抗體存在（偽陽性），而不似被HBV所感染，由連續的

(五)丹梔逍遙散對於四氯化碳誘發大白鼠肝損傷之保護作用

中國藥學研究所 謝明村

摘 要

慢性肝病及肝硬化爲台灣地區十大死亡原因之第六位，且台灣人口中約有五分之一成人人口爲B型肝炎帶原者，帶原率爲世界之冠。又化學藥品、重金屬和酒類亦能導致藥物性、中毒性或酒精性肝炎。因此，病毒性及非病毒性肝炎嚴重地危害國民之健康。

丹梔逍遙散源自宋·太平惠民和劑局方之逍遙散，至明·薛己始加牡丹皮、梔子而成者。在中醫臨床上主治肝鬱火旺而煩熱勞倦、食少嗜臥、脇痛、臍腹脹痛、吐血衄血等症，此與肝炎或肝硬化患者常見之症狀相近似。據臨床研究報告，丹梔逍遙散能改散慢性B型肝炎患者之臨床症狀。因此，本研究探討丹梔逍遙散對於實驗性肝炎大白鼠之影響，進行藥理學實驗，獲致如下結果：

1. 丹梔逍遙散酒精提取物產率爲十八%，其水提取物產

率三十%。

2. 丹梔逍遙散酒精或水提取物經口投予對於小白鼠之急毒性試驗，其LD₅₀均大於10g/kg。

3. 丹梔逍遙散酒精提取物經由腹腔注射對於小白鼠之急毒性試驗，其LD₅₀爲3.85g/kg (3.24~4.85g/kg)。其水提取物經由腹腔注射對於小白鼠之急毒性試驗，其LD₅₀爲5.80g/kg (4.95~6.80g/kg)。

4. 丹梔逍遙散酒精或水提取物對於四氯化碳誘發大白鼠之急慢性肝炎所引起血清GOT、GPT、鹼性磷酸酶、總膽紅素等之升高現象，具有顯著降低作用。

5. 丹梔逍遙散酒精或水提取物對於四氯化碳誘發大白鼠之亞急性肝炎所引起血清GOT之升高現象，具有降低作用。

6. 丹梔逍遙散酒精或水提取物對於實驗性肝炎之改善作用，以水提取物較酒精提取物效果顯著。

7. 丹梔逍遙散酒精或水提取物對於實驗性肝炎之改善作用，以誘發肝炎之前就給予丹梔逍遙散者較誘發肝炎之後再給予丹梔逍遙散者效果顯著。

前言

慢性肝病及肝硬化為台灣地區十大死亡原因之第六位⁽¹⁾。據血清抽樣分析報告，台灣地區成人人口中有九十%以上曾感染過A型肝炎，九一·三%曾感染過B型肝炎，且約有五分之一成人人口為B型肝炎帶原者，帶原率為世界之冠⁽²⁾。又據臨床病理研究報告，肝硬化、肝癌中約有四分之一以上為B型肝炎帶原者⁽³⁾，顯示B型肝炎帶原者可能將病毒傳染給他人，本身亦可能轉為急性、猛爆性、慢性肝炎、肝硬化或肝癌等疾病⁽⁴⁾。由於現今台灣經濟繁榮，工業急速發展，致化學品、農藥之使用不當、工業重金屬之污染、醫藥品之濫用或長期酗酒等，都可能引起中毒性、藥物性或酒精性肝炎。因此，病毒性及非病毒性肝炎成爲一個急待預防與治療之疾病。

目前治療肝炎之方法，除休息及食物控制外，尚有免疫學療法（使用類固醇）、免疫預防法（使用高效價B型肝炎球蛋白）、及抗病毒藥物（如干擾素）等。然而這些療法大都在試驗階段，未有確切結論，亦即現在

臨床上對於肝炎仍缺乏適當之治療藥物⁽⁴⁾。因此，尋求有效治療肝炎藥物是刻不容緩之事。

中國醫藥爲我國一脈相傳精湛文化之一，歷經四千餘年，維護了中華民族生命健康，是醫藥治療學之寶典，在衆多中醫藥典籍中，對於治療肝臟疾病有豐富詳實之記載，如丹梔逍遙散是其中之一。丹梔逍遙散原方出自宋·太平惠民和劑局方所載之逍遙散，至明·薛己始加牡丹皮、梔子，稱加味逍遙散。其主治依清·醫方集解⁽⁵⁾：「逍遙散，治血虛肝燥，骨蒸勞熱，咳嗽潮熱，往來寒熱，口乾便澀……本方加丹皮、梔子，名八味逍遙散，治怒氣傷肝，血少目暗。」這些症狀即常見於肝炎患者。

丹梔逍遙散對於肝炎之藥理學研究尚未見報告，故本研究試就本方劑探討其對於肝炎之療效。然而，關於病毒性肝炎實驗，可感染之動物有黑猩猩（chimpanzee）、及南美小猿（marmoset）⁽⁴⁾，但這些實驗動物價格昂貴。最近發現在土撥鼠（woodchuck），北京鴨等動物上有類似B型肝炎病毒，但仍在研究中⁽⁴⁾。故本研究採用對肝臟具有毒性之物質，四氯化碳誘發大

白鼠急性、亞急性肝炎，做為肝炎實驗模式⁽⁶⁾，進行肝功能生化檢驗並探討其效果，以供臨床治療或預防肝病之參考。

材料與方法

材料

一、丹梔逍遙散之藥材來源

本實驗所使用之藥材係購自台中市全壽堂蔘藥行。

經本所邱技正年永鑑定藥材來源 (origin) ..

柴胡·*Bupleurum chinense* DC.

(繖形科 Umbelliferae)

當歸·*Angelica sinensis* DIELSS

(繖形科 Umbelliferae)

白芍藥·*Paeonia lactiflora* PALLAS

(毛茛科 Ranunculaceae)

白朮·*Atractylodes avata* DE

(菊科 Compositae)

茯苓·*Poria cocos* WOLF

(多孔菌科 Polyporaceae)

甘草·*Glycyrrhiza uralensis* FISCHER
et DC.

(豆科 Leguminosae)

牡丹皮·*Paeonia suffruticosa* ANDREWS
(毛茛科 Ranunculaceae)

梔子·*Gardenia jasminoides* ELLIS
(茜草科 Rubiaceae)

薑·*Zingiber officinale* ROSCOE
(薑科 Zingiberaceae)

薄荷·*Mentha arvensis* L. var. *pipere-*
ascens MALINVAUD

(唇形科 Labiate)

二、丹梔逍遙散提取物之製備：

(1) 丹梔逍遙散酒精提取物之製備

將柴胡、當歸、白芍藥、白朮、茯苓、甘草、牡丹皮、梔子、薑、薄荷等乾燥藥材，依出典原方之比例，分別用磨粉機研成粗粉混合後，取一公斤置於 101 圓底燒瓶內，加入九十五%酒精 500 ml，在水浴中加溫保持 70°C，連續抽取四

次，收集全部抽取液過濾混合，於50°C下減壓濃縮至呈黏稠狀，以50°C乾燥。抽取率為十八%。(以下簡稱T. S. AIC.)

(2) 丹梔逍遙散水抽取物之製備

本製備法藥材之處理同上。但溶劑為蒸餾水，水浴加溫保持90°C，以60°C乾燥。抽取率為三十%。(以下簡稱T. S. H₂O)。

三、實驗動物：

本實驗所使用之動物為體重18~25 g之雄性ICR系小白鼠及體重200~250 g之雄性Sprague-Dawley系大白鼠。

四、實驗試藥

Carbon tetrachloride (Kokusai)。

方法

一、急性毒性試驗

本實驗使用體重18~25 g雄性ICR系小白鼠，依Litchfield and Wilcoxon⁽⁷⁾方法，測定抽取物經由口服(P. O.)或腹腔注射(I. P.)後，七十二小時內可使實驗動物一半死亡之劑量及其九十五%可

信限，以作為下列實驗用藥劑量之指標，並觀察其中毒症狀。

二、對四氯化碳誘發急性肝炎之影響

使用體重200~250 g雄性Sprague Dawley系大白鼠。四氯化碳溶於橄欖油製成50%CCl₄ (v/v)之濃度，腹腔注射1 ml/kg。

(1) 對照組 (Control) 注射50%CCl₄，誘發急性肝炎。

(2) 治療組 (Treatment) 分成二組：

(A) 注射50%CCl₄，後第一及第五小時，分別口服T. S. AIC(0.5 g/kg、1.0 g/kg)或T. S. H₂O(0.5 g/kg、1.0 g/kg)。

(B) 在注射50%CCl₄，前一小時及注射後第五小時，分別口服T. S. AIC(0.5 g/kg、1.0 g/kg)或T. S. H₂O(0.5 g/kg、1.0 g/kg)。

(3) 正常組 (Normal) 給予等量橄欖油。

在四氯化碳注射後二十四小時，以pentobarbital sodium 40mg/kg I. P. 麻醉，由腹腔

動脈抽血，所採取之血液置室溫下約十分鐘後，分離血清（離心機 KUBOTA KA-1000，3000 rpm. 十分鐘）測定其肝功能之生化值。

三、對四氯化碳誘發亞急性肝炎之影響：

使用體重 200~220g 雄性 Sprague Dawley 系大白鼠。四氯化碳溶於橄欖油製成 50% CCl₄（v/v）之濃度。腹腔注射 1 ml/kg。

(1) 對照組每週一注射 CCl₄，一次，連續八週。

(2) 治療組，每週一注射 CCl₄，一次，連續八週。第三週起每週一至週日，一天一次分別口服 T.S.AICo. 5g/kg 或 T.S.H₂O. 5g/kg，至第八週。

各組於第一、二、四、六、八週作抽血檢驗，採取方法同實驗一。

四、統計分析：

本實驗結果之數據，均利用 Unpaired Student's t-test 統計，並分析比較組間差異之顯著性，凡 P 值大於 0.05 以上時，則認定其差異在統計上無意義。

結 果

一、急性中毒試驗及中毒症狀之觀察：

小白鼠經口服（P.O.）給予丹梔逍遙散酒精提取物（T.S.AIC）或水提取物（T.S.H₂O）劑量雖高至 10g/kg，觀察七十二小時仍未見死亡，但活動性明顯減低。經腹腔給藥（I.P.）後使小白鼠在七十二小時內一半死亡劑量（LD₅₀）及其九十五%可信限如表 1 所示。

中毒症狀之觀察：實驗觀察口服給藥後之小白鼠活動性明顯減少。腹腔給藥後之小白鼠除活動性減少外，亦見步履不穩、跳躍、掙扎而死。

二、對四氯化碳誘發急性肝炎之影響：

如表 2 所示，注射四氯化碳之大白鼠，其血清 GOT、GPT、鹼性磷酸酶（Alkaline phosphatase, AIP）、膽紅素（Bilirubin）等濃度急速升高。治療組（A），口服丹梔逍遙散酒精提取物對 GOT 有顯著降低作用（0.5g/kg P < 0.05，1.0g/kg P < 0.001）；水提取物 0.5g/kg 對 GOT 有顯著降低（P <

Table 1. Acute toxicity of T.S. extracts in mice

Drug	Route	LD ₅₀ (g / kg)	95 % confidence limit (g / kg)
T.S. _{alc.}	P.O.	> 10	
	I.P.	3.85	3.24 ~ 4.85
T.S. _{H₂O}	P.O.	> 10	
	I.P.	5.80	4.95 ~ 6.80

0.001)，且其1.0g/kg對GOT ($P < 0.001$)、GPT ($P < 0.05$)、鹼性磷酸酶 ($P < 0.05$)等均有顯著降低作用。治療組(B)，酒精或水抽取物對GOT、GPT、鹼性磷酸酶等均有很顯著之降低 ($P < 0.05$) (0.001)，且隨劑量增加而呈相關性之改善。

三、對四氯化碳誘發亞急性肝炎之影響：

如表3所示，注射四氯化碳之大白鼠，第一週時血清GOT、GPT等已有升高現象，至第二週更明顯。於第三週起開始口服丹梔逍遙散之酒精或水抽取物。第四週時，酒精或水抽取物僅對GOT有降低作用 (T.S.AIC $P < 0.05$ ，T.S.H₂O $P < 0.01$)。第六週時，酒精抽取物對GOT有降低作用 ($P < 0.001$)，而水抽取物對GOT ($P < 0.001$)及鹼性磷酸酶 ($P < 0.01$)均有降低作用。於第八週時，酒精抽取物僅對總膽紅素有降低作用 ($P < 0.05$)，而水抽取物對GOT ($P < 0.01$)、GPT ($P < 0.01$)、鹼性磷酸酶 ($P < 0.01$)、總膽紅素 ($P < 0.05$)等均有顯著降低作用。

討 論

丹梔逍遙散在中醫臨床主治肝鬱火旺而煩熱勞倦、食少嗜臥、脇痛、臍腹脹痛、吐血衄血等症，此與肝炎或肝硬化患者之發熱、疲倦、食慾不振、右季肋區痛、噁心嘔吐、腹水及出血等症狀相當。據本院與衛生署合辦「中醫藥對肝炎療效」之專題研究報告指出，丹梔逍遙散治療之慢性B型肝炎患者，其臨床症狀有顯著之改善⁽⁸⁾。因此本研究運用對肝臟破壞之化學藥品，引起肝傷害，急性、亞急性肝炎，進行實驗，以探討丹梔逍遙散對於實驗性肝炎大白鼠之療效。

首先探討丹梔逍遙散對於四氯化碳誘發急性肝炎之療效。四氯化碳與肝微粒體 (microsomal cytochrome P-450) 之藥物代謝酶系統反應，產生之有毒自由基再與細胞膜不飽和脂質反應，形成脂質過氧化物 (lipid peroxides)⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾，也能破壞細胞膜，使細胞內之酶及電解質釋出，鈣離子則進入細胞內堆積，造成肝傷害⁽¹¹⁾。因而引起血清肝功能GOT、GPT等生化值上升。由實驗結果，丹梔逍遙散酒精或水抽取物對

於四氯化碳引起血清GOT、GPT、鹼性磷酸酶等之升高現象，均能顯著降低，顯示丹梔逍遙散對於四氯化碳誘發之急性肝炎，具有改善作用。其次再探討丹梔逍遙散對於亞急性肝炎之療效。由於四氯化碳在肝中代謝數日後，其肝功能會趨近正常值範圍⁽⁹⁾。因此以長期連續注射四氯化碳使肝功能生化值不能恢復至正常。由實驗結果，丹梔逍遙散之酒精或水抽取物對血清GOT、GPT、鹼性磷酸酶、總膽紅素等之升高現象均有不同程度之降低。顯示丹梔逍遙散對於四氯化碳誘發之亞急性肝炎，亦有改善作用。

丹梔逍遙散對於以上各種實驗性肝炎具有改善作用，可能與丹梔逍遙散方劑組成藥材之成分及藥理作用，有某種相關性存在。據文獻指出，柴胡對於D-galactosamine所引起之炎症，有抗炎作用，其saponin對於四氯化碳所引起GOT、GPT升高現象，有降低作用⁽¹²⁾⁽¹³⁾。又甘草之glycyrrhizin、glycyrrhetic acid 對於四氯化碳引起之GPT升高現象，均有降低作用，而glycyrrhizin對於四氯化碳生成脂質過氧化物反應，有抗氧化作用⁽¹⁴⁾。且

梔子之geniposide對於四氯化碳引起GOT、GPT之升高現象，有降低作用，可增加肝微粒體P-450之活性，並能活化不同ATPase，而改善細胞內環境，加強鈣離子排出細胞外，減少化學藥品對肝臟之毒性⁽¹⁵⁾，而梔子crocīn、crocetin、genipin和geniposide均有促進膽汁排泄作用⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾。另外，白芍、白朮、甘草、牡丹皮等皆有抗炎作用⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾。因此，丹梔逍遙散對於四氯化碳誘發之各種肝炎均具有改善作用，可能綜合了組成方中柴胡、甘草、梔子、白芍、白朮、牡丹皮等之效果。丹梔逍遙散對於四氯化碳所誘發之實驗性肝炎具改善作用，是否與能活化肝微粒體P-450、加強細胞內鈣離子排出，抑制脂質過氧化物之形成，減輕炎症，減少膽管周圍發炎，改善細胞及膽管對膽汁之排泄功能等有關，仍待今後進一步之探討。

丹梔逍遙散酒精或水抽取物對四氯化碳誘發之肝炎，均有不同程度之改善，並由實驗結果顯示，以水抽取物之改善作用較酒精抽取物顯著，可能是丹梔逍遙散方劑組成藥材中對實驗性肝炎之有效成分saikosaponin、glycyrrhizin和geniposide等均屬於配

糖體(glycoside)，為極性頗高之化合物，對於水之溶解度較九十五%酒精之溶解度佳所致。且梔子之水抽取物對於膽汁排泄作用較強⁽²¹⁾。因此，丹梔逍遙散治療實驗性肝炎，以水抽取物之改善效果較佳。至於丹梔逍遙散對四氯化碳所誘發之肝炎之改善作用，以誘發肝炎之前就給予丹梔逍遙散者較誘發肝炎之後再給予丹梔逍遙散者效果顯著，此是否因誘導肝炎之前先給予丹梔逍遙散能增強體內之防禦能力？有待進一步探討。

丹梔逍遙散為中醫臨床治療肝病主要方劑之一，其方劑之組成，以柴胡能疏肝解鬱為君，配合甘草之健脾、解毒為臣，及梔子清熱利膽為佐，加當歸、白芍藥、白朮、茯苓、牡丹皮、薑、薄荷為使，而產生協同作用並加強其治療肝臟疾病之效果。

參考文獻

1. 施純仁：中老年人病防治工作簡報，衛生月刊，1(5)，115，1987。
2. 吳昭新、陳家和、江易雄、李元成、李懋華、葛應欽、胡惠德：A型及B型肝炎病毒在台灣感染之研

- 究，台灣醫學雜誌，79，694-699，1980.
3. 陳定信：B型肝炎與肝癌的過去、現在與未來，科學月刊，75-1，20-24，1986.
4. 陳定信：病毒性肝炎討論會綜合報導，當代醫學，9(1)，81-108，1982.
5. 清・汪詡庵：醫方集解，118，1972，文光圖書公司。
9. Recknagel R. O. . . A new direction in the study of carbon tetrachloride hepatotoxicity. Life Sci. 33，401 ~ 408，1983.
7. Litchfield，J. T.，Wilcoxon，F. . . A simplified methods of evaluating dose effect experiments，J. Pharmacol. Exp. Ther. 96，99-113，1949.
8. 張恒鴻、鍾國俊、宋光迪、陳德榮、蔡順輝：慢性B型肝炎之中醫辨症及療效之評估，行政院衛生署七十四年度醫療衛生科技研究計劃報告，6-31，1986.
6. Recknagel，R. O. . . Carbon tetrachloride hepatotoxicity. Pharmacol. Rev. 19，145-208，1967.
10. Farber，J. L.，and Gerson，R. L. . . Mechanism of cell injury with hepatotoxic chemicals. Pharmacol. Rev. 36(2)，715-755，1984.
11. Waller，R. L.，Glende，E. A. Jr.，and Recknagel，R. O. . . Carbon tetrachloride and bromotrichloromethane toxicity . . . Dual role of covalent binding of metabolic cleavage products and lipid peroxidation in depression of microsomal calcium sequestration. Biochem. Pharmacol. 32，1613 ~ 1617，1983.
12. 加藤正秀：柴胡劑の藥理學的研究(第六報)小柴胡湯のD-galactosamine 肝障害テストに對する作用，藥學雜誌，104(7)，798-804，

- 1984.
- 13 Hiroko, A., Machiko, S., Shizuo, O. and shigeru, A. Protective effect of saikosaponin-d isolated from Bupleurum falcatum L. on CCl₄-induced liver injury in the rat. Naunyn-Schmiedeberts Arch. Pharmacol. 320, 266-271, 1982.
- 14 Hiroshi, H. Chinese medicinal plants used against hepatitis. Advances in chinese medicinal materials research, 205-214, 1985.
- 15 陳介甫、蘇美貴、莊清堯：治肝炎中藥藥理作用之研究Ⅱ國科會「免疫增強劑及抗炎中藥」專題研究計劃討論會論文摘要，34-47，1986.
- 16 Jap. J. Pharmacol. 2 (2), 102, 139, 3 (1), 1, 1953.
- 17 Jap. J. Pharmacol. 50 (1), 25-26, 1954.
- 18 顏焜熒：原色生藥學，柴胡（128-129）、當歸（127-128）、白芍藥（184-185）、甘草（165-167）、白朮（76-77）、茯苓（253）、牡丹皮（183）、梔子（109-110）、薑（223-224）、薄荷（98-99），1985，南天書局。
- 19 ヒキノヒロシ：白朮、蒼朮の生理活性，現代東洋醫學，5（2），43-50，1984。
- 20 原田正敏：牡丹皮の藥理，現代東洋醫學，5（1），48-52，1984。
- 21 中西醫結合治療肝炎肝硬化，110，1985，啓業書局。

(六)中藥治療慢性B型肝炎之病理學觀

病理科 朱康初
內科腸胃科 徐章虎

摘 要

本實驗研究慢性肝炎患者併有脂肪肝時，分別以中藥與西藥治療視其脂肪肝消失之速度，在中藥組中五例脂肪肝經服用中藥三個月後，肝細胞中之脂肪顆粒完全消失，在西藥組中十一例脂肪肝經服用西藥三個月後，七例之肝細胞中脂肪顆粒完全消失，其餘四例在服用西藥六個月後，仍有二例，肝細胞中脂肪顆粒繼續存在，由此觀之，中藥可能對脂肪之新陳代謝有較佳之效果。

前 言

B型肝炎是一種全球性流行的傳染病，其病原體為B型肝炎病毒（HBV），此病毒普遍貯留在慢性帶原者體內，據估計全球約有二億人口為HBV的帶原者，換言之全球有百分之五的人口受到HBV的感染。B型肝炎雖屬全球性疾病，但各地域的分佈情形却有不同，以北美與西歐地區感染率為最低，約為總人口的百分之零

一至零點五，而感染率最高的地區包括東南亞及薩哈拉非洲，其感染率高達總人口的百分之五至二十之間，台灣地處東南亞，B型肝炎之感染率極高，在醫學上造成極嚴重問題，肝炎與肝癌之關係亦甚密切，肝炎感染率高的地區，肝癌之發生率亦高，故對於肝炎之防治，已成為醫學上一大課題。目前的醫學已可預防肝炎，但却無法治療肝炎，我國傳統醫學有數千年之歷史，且廣為流傳於中外，許多靈驗之處方可治療西醫所不能治之疾病。本院為中西合作之醫院，對推廣中醫及中醫科學化，不遺餘力，五年前開始與衛生署合作，致力於尋求中藥治療肝炎之可能性，在數年之經驗中，發現有些中藥用以治療B型慢性肝炎後，對於臨床症狀之改進，肝功能之進步都較用西藥治療者為佳，對於肝臟病理變化之改變，亦發現中藥可以促進肝細胞之再生，其再生現象較用西藥治療之病患強二、四倍。

經過長期的觀察與比較，肝炎患者若有肝細胞脂肪顯形 *Fatmetamorphosis* 者對中藥治療之反應亦與西藥治療有異，本文即對脂肪肝經中西藥治療後所得之變化，作一深入之探討。

材料與方法

一、病患：一般本院門診病患，經檢查確定患慢性B型肝炎者，若志願接受中醫治療者即列入本研究小組，以中藥或針灸治療。對於不願以中醫治療之患者，轉由現代醫學方法治療，並列為對照組，以做為本實驗之對照用。

二、治療方式：參與本實驗之慢性B型肝炎患者按志願分為中藥組與針灸組，中藥組之患者以固定之五種中藥處方製成濃縮劑，定期服用。其五種處方定名為H₁、H₂、H₃、H₄及H₅，其成分為：

H₁：枳實、山梔子、淡豆豉

H₂：柴胡、當歸、甘草、白芍、白朮

H₃：生地、麥冬、石斛、茵陳、黃芩、枳殼、枇杷

葉、甘草、紫丹參

H₄：扁豆、虎杖、桑寄生、白朮、丹參、貫仲、旱蓮、連翹、澤蘭、蠶砂、女貞子、柴胡

H₅（清葉天士方）：白朮、白扁豆、茯苓、黃耆、

甘草、大棗、生薑

針灸組患者則定期施以特定穴道之針刺治療。

三、臨床追蹤檢查：患者經治療後，經常追蹤檢查，包括症狀、肝功能檢查、肝炎血清抗原抗體之檢查，病理切片檢查等。病患之一切資料均輸入電腦以做進一步之分析與研究。

四、病理切片檢查：部分患者在治療前或治療期間施以肝臟穿刺，作病理切片檢查。肝臟穿刺由內科醫師施行，抽取一至二公分長之肝臟組織，固定於10%中性福馬林液中二至四小時，然後經過脫水、脫脂、包埋等程序，再用切片機切成6 μ 厚之切片，固定於玻璃片上，經Hematoxylin-Eosin染色法，染色後用顯微鏡檢查之。

必要時另作特殊染色檢查，如鍍銀法以觀察纖維組織之生成，PAS染色以觀察細胞內碳水化合物之變化，水凍切片作脂肪染色等。

五、切片檢查之兩組患者，若在治療前發現有脂肪肝者，經治療後再行追蹤檢查，以觀察在治療後，肝脂肪之改變情形。

結 果

本實驗之實驗組中，收集肝炎標本十五例，其中有五例在服用中藥前有不同程度之脂肪顯形（圖一，二）。在對照組中，收集肝炎標本二十二例，其中有十一例在服用西藥前有不同程度之脂肪顯形。兩組中有脂肪顯形之患者經服用中西藥後，在三個月及六個月時各做一次肝臟切片。

在實驗組中，五例脂肪顯形之肝臟，經過服用中藥三個月後，肝細胞中之脂肪顆粒均已大部份消失（圖三、四），六個月後，亦不復再有脂肪顆粒出現。在對照組中，十一例脂肪顯形之肝臟，經服用西藥三個月後，有七例之肝細胞中之脂肪顆粒均已消失，其餘四例仍有部份脂肪顆粒出現，六個月後，尚有二例仍有脂肪顆粒存在。

至於肝炎之病變，在實驗組十五例中有十一例為慢性持續性肝炎，四例為慢性活動性肝炎，服用中藥三個月後，十一例慢性持續性肝炎中已有六例痊癒，其餘五例仍為慢性持續性肝炎，服用中藥六個月後，此五例又

有兩例痊癒，有三例仍為慢性持續性肝炎，而四例慢性活動性肝炎，在服用中藥三個月後有一例轉變為慢性持續性肝炎，其餘三例仍為慢性活動性肝炎，服用中藥六個月後，此一慢性持續性肝炎及另一慢性活動性肝炎已痊癒，另兩例仍為慢性活動性肝炎，故十五例肝炎患者服用中藥，六個月後有十例已痊癒，有五例仍未痊癒。

在對照組二十二例肝炎中有十例為慢性持續性肝炎，十二例為慢性活動性肝炎，經服用西藥三個月後，十例慢性肝炎中八例已痊癒，兩例仍為慢性持續性肝炎，六個月後，又有一例痊癒，尚有一例仍為慢性持續性肝炎，在十二例慢性活動性肝炎，經服用西藥三個月後，三例痊癒，二例轉為慢性持續性肝炎，七例仍為慢性活動性肝炎，六個月後，二例慢性持續性肝炎中，一例維持原狀，另一例則轉為慢性活動性肝炎，其餘七例原為慢性活動性肝炎者，有兩例痊癒，四例變成慢性持續性肝炎，兩例仍為慢性活動性肝炎，故二十二例肝炎患者服用西藥六個月後，十一例痊癒，十例仍未痊癒。

討 論

肝臟脂肪形成仍由中性三甘脂出現在肝細胞漿中，這種病變是肝臟中最常見的變化：常常發生於：①突然有大量移動性脂肪顆粒進入肝細胞，②由於蛋白質不能完全利用而導致細胞內脂肪也不能完全代謝而侵入肝臟，③由於細胞與細胞之間代謝管導相通而使肝臟產生較多的脂肪，④脂肪酸利用率減少。

實際上脂肪在肝細胞內出現，將妨碍肝臟正常功能，在許多肝臟病都會出現肝臟細胞堆積，假如肝功能正常，則可在短期內將脂肪代謝而使肝細胞在功能上與形態上恢復正常，若脂肪長期貯留在肝細胞內，將會導致肝細胞變性而至壞死。

肝炎患者肝細胞內出現脂肪顆粒的機會也不少見，通常肝炎患者之肝功能已經不太正常，一旦發生脂肪顯形，不太容易消失，故肝炎痊癒的時間亦將拉長，因此若能及早促使脂肪肝消失，對肝炎之治療亦有很大的幫助，本實驗中發現中藥對脂肪肝之轉化其效果較西藥為佳。中藥組中五例脂肪肝三個月內即全部消失，而西藥

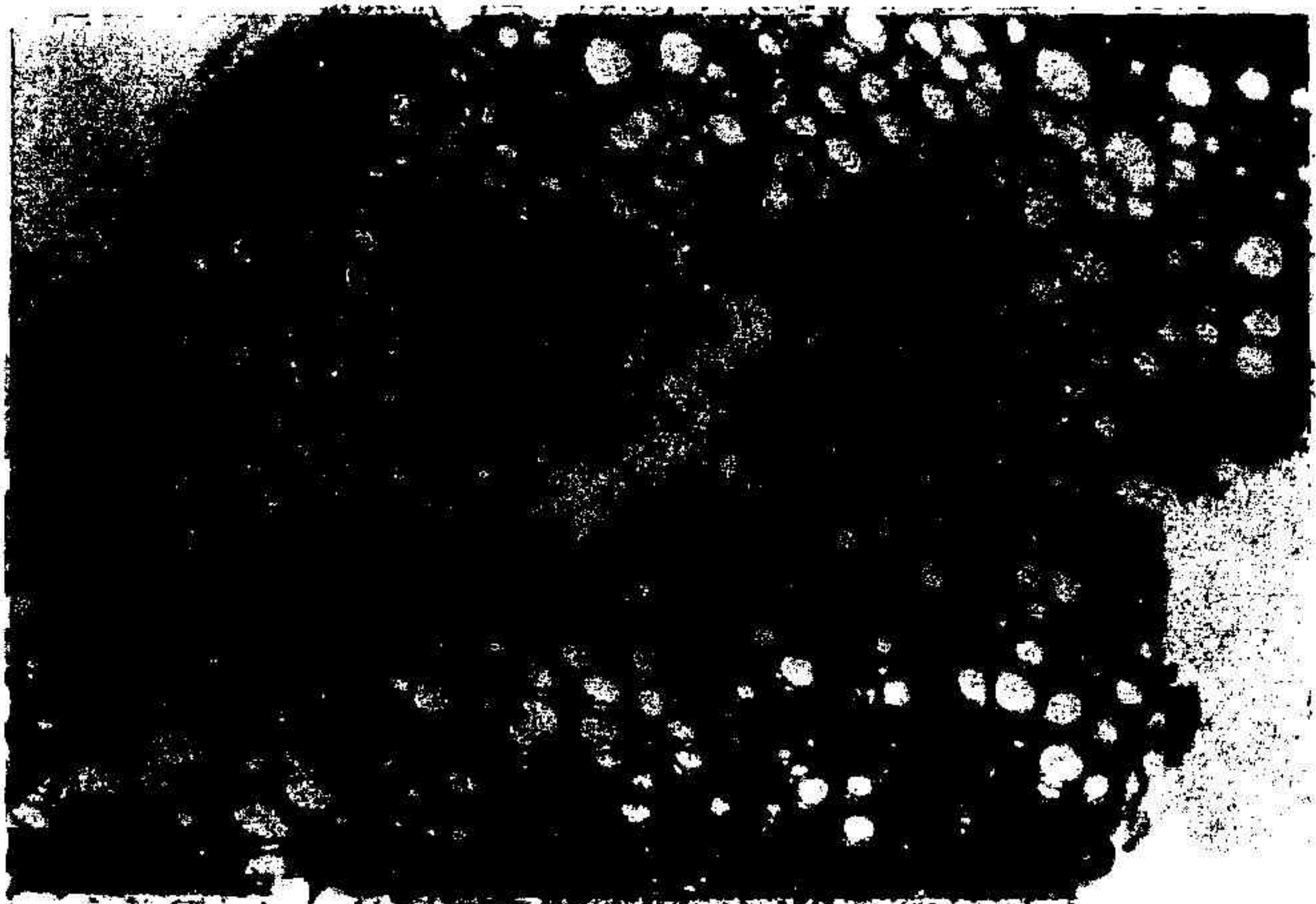
組中十一例脂肪肝出現，六個月後，還有兩例脂肪肝。至於何種中藥可促使脂肪之新陳代謝，其藥理作用如何則宜作更進一步之研討。

參考文獻

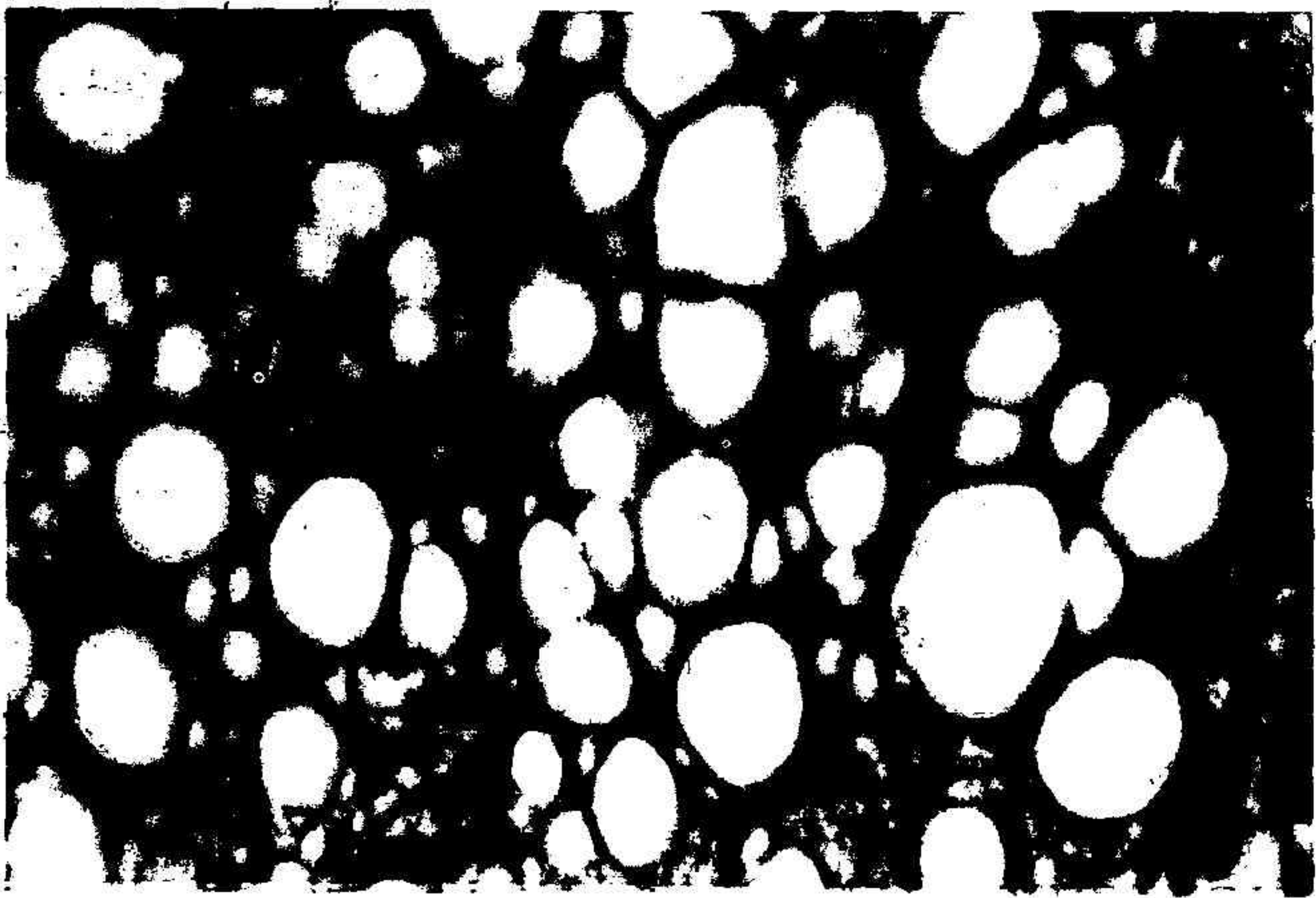
1. Chu, K. C. . A Pathologic view of chronic hepatitis B after treatment by traditional herbs, 行政院衛生署, 七十三年度醫療衛生科技研究計劃報告, 中醫藥與針灸對肝炎之療效, P 80 ~ 95
2. Chu, K. C. . A Pathologic view of chronic hepatitis B after treatment by traditional herbs, II, Studies on regeneration of hepatocytes. 行政院衛生署七十四年度醫療衛生科技研究計劃報告, P 65 ~ 76.
3. Redeken, A. G. . Chronic hepatitis, Med. Clin. N. Amer. 65..787, 1976.
4. Ishak K. G. . Light microscopic mo-

BIOO

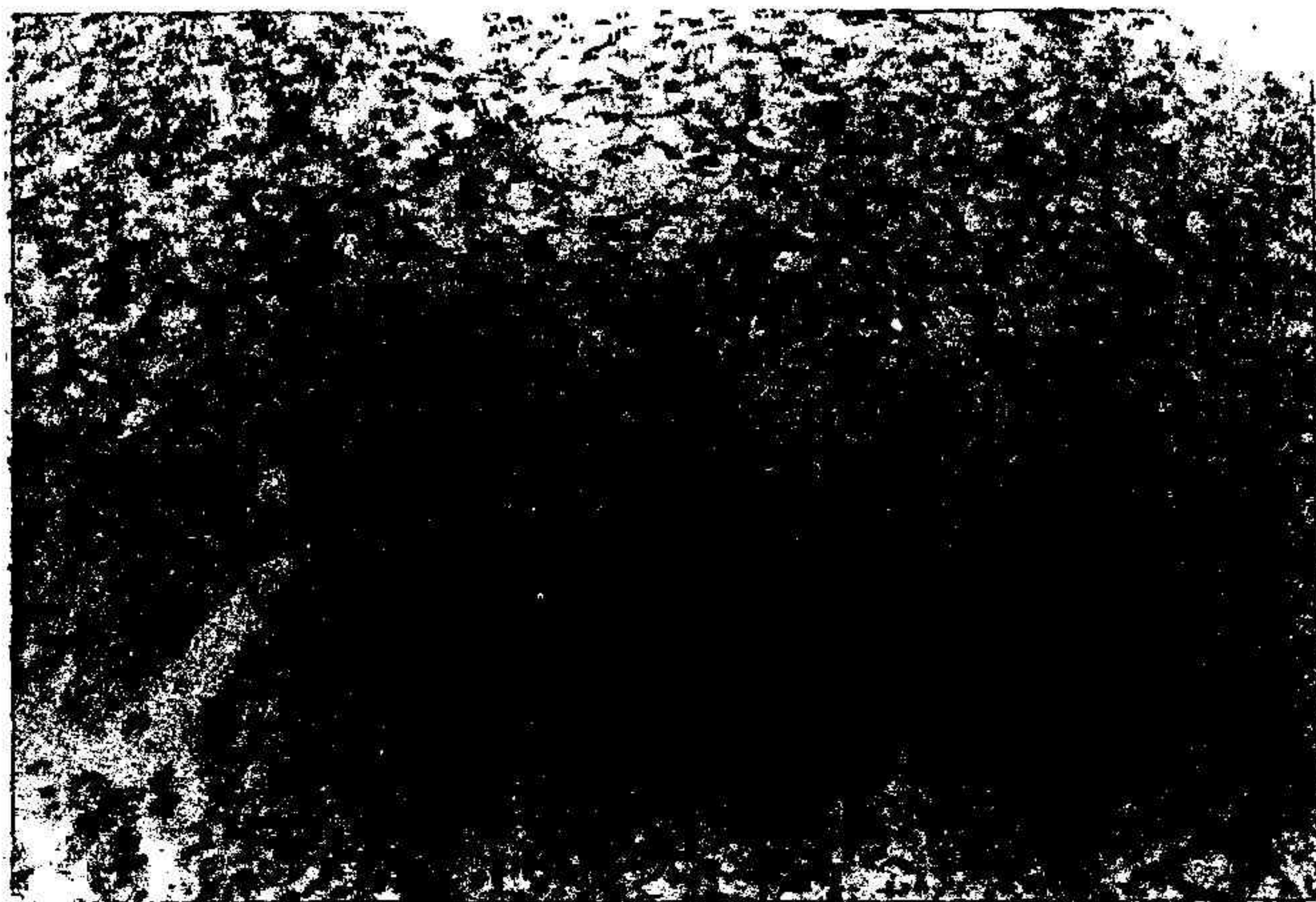
- rphology of viral hepatitis . Am. Clin path . 65 .. 787 . 1976.
- u Lipman To . Seaff LB . Doffins Wo.. Chronic active hepatitis prolonged survival without treatment . Am. J. Dig Dis 22 .. 43 . 1977.
- o Nefzger MD . Chalmer TC .. The Treatment of acute infectious hepatitis . AM J. Med . 35 .. 299 . 1963
- Wright EC . Sheff LB . Berk PD.. Treatment of chronic active hepatitis . Gastroenterology . 73 .. 1422 . 1977.
- o Sansonno DE. Leadro G. . Detormaso P. ... Serum binbing activity for human albumin polymers in acute and Chronic viras hepatitis . Hepato-gastro-enterology . 32 .. 226 . 1985.
- o Chalmers TC . Eckhardt RD. Reynolds WE.. The treatment of infectious hepatitis controlled studies of the effects of diet . rest . and physical reconditioning on the acute course of the disease and the incidence of relapses and residual abnormalities . J. Clin . Invest . 74 .. 1163 1985
- o Hann . H. L. . Kim . C. Y. . London . W. T. and Blumberg . B. S. .. Hepatitis B virus and Primary hepafocellular Carcinoma Int. J. Cancer 30 .. 47 ~ 51 . 1982.
- o Mills . P. R. . Fallett . E. A. C. . Urquhart . G. E. D. and Macsween . R. N. M. . Evidence of previous Hepatitis B Virus infection in alcoholic cirrhosis . Brit. Med. J. 282 .. 437-438 . 1982.



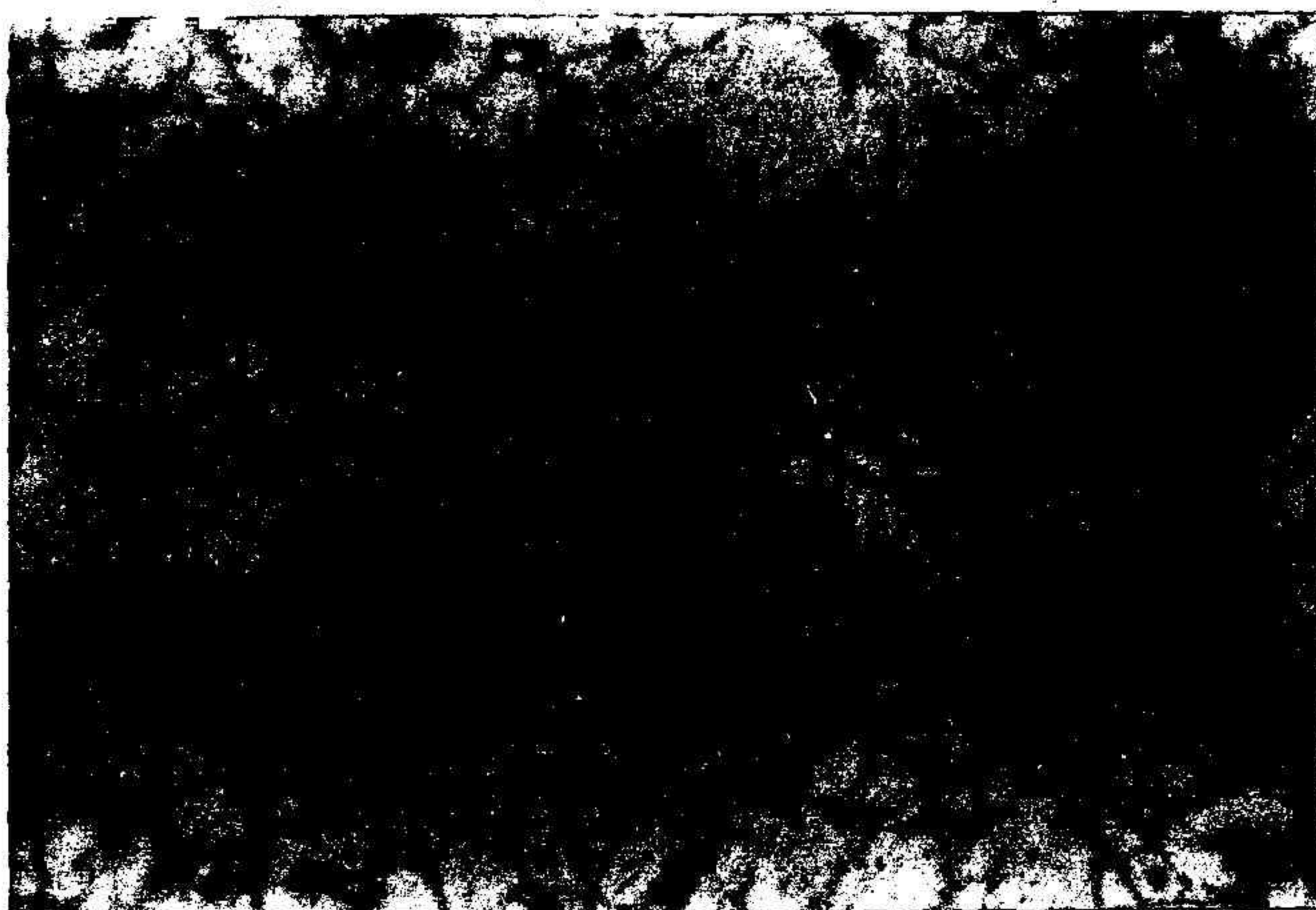
圖一：慢性持續性肝炎之病理切片，肝細胞中有中等度之脂肪顆粒出現，H & E， $\times 160$ 。



圖二：上圖之高倍鏡觀， $\times 480$ 。



圖三：圖一之病患經中藥治療三個月後，再作肝臟切片，其脂肪顆粒均已消失，H & E， $\times 160$ 。



圖四：上圖之高倍鏡觀， $\times 480$ 。

四、總結

「中醫藥及針灸對肝炎之療效」研究計畫
五年總報告

研究計畫主持人 王廷輔

前言

根據一九八二年一項調查指出，全球至少已有二億一千萬人是B型肝炎病毒的慢性帶原者，且其中有百分之四十的患者將來可能合併肝細胞癌，此種病毒正以垂直和水平感染等方式繼續蔓延，而現代醫療對其病程及併發症包括慢性肝炎、硬化等，均乏對策，對人類健康已形成一項嚴重的威脅。

台灣地區為B型肝炎盛行區域，其感染率高達全人口百分之八十以上，目前約有二百九十餘萬帶原者，占人口總數百分之十五至二十，而在台灣因肝癌致死者居於因癌症死亡的第一位，此等患者中約有百分之八十至九十可能與B型肝炎病毒感染有關，而慢性肝炎與肝硬化的廣泛與嚴重更為衆所週知，因此B型肝炎病毒感染之防治，應為我國醫界之重要課題。

政府有鑒於此，已大力加強對肝炎之防治，以控制B型肝炎之傳播，但西醫對肝炎尚缺乏理想的療法，目

前只止於消極的對症療法而已，而我國醫學自古以來對肝病即有一套辨症論治的療法，應予發揚。

本項研究之目的在於應用中醫藥及針灸治療肝炎，並配合西醫之診斷法，由中西醫密切配合，以肝炎尤其是B型肝炎病毒所引起之慢性肝炎病人為對象，施以治療後，給予客觀之評估，希望對肝炎之治療有所突破。

本院自民國七十年十二月一日在台中附設醫院開設肝炎特別門診，開始為肝炎病患服務，至今屆滿五年，各年度診療肝炎病患總數如附表一，累積診次達一萬七千九百七十六人次，各年度診次逐年增加。研究工作除中醫藥組、針灸組外，尚有藥理組、病理組及實驗診斷組等，中醫與西醫、臨床與基礎醫學研究同時進行，各組研究成果分別報告如下：

一、中醫藥組：

本組七十一年度以小柴胡湯等七種處方為主藥，治療肝炎患者一百三十七名，大部分肝炎患者之臨床症狀皆獲得改善。七十二年度重新選擇方劑，以荊防敗毒散等五種處方，篩選一百一十名肝炎患者施予治療一年，除臨床症狀改善外，肝功能之改善亦

達百分之七十九，較對照組高。前兩年度之研究成果主要為：建立了中西合一的臨床研究模式，並篩選中醫藥治療肝炎之基本處方。七十三年度篩選慢性B型肝炎患者六十八例，以蠶桑合劑等五種處方製為濃縮粉劑施治，除臨床症狀及肝功能之改善外，並發現B型肝炎表面抗體轉為陽性者有百分之十五。七十四年度，對慢性B型肝炎之各種主觀及客觀症狀作全面之調查，確定其辨症之主要類型為熱、濕、虛、瘀等，而中醫的「養陰」方法與肝功能之改善有關，一百六十四位患者經半年之治療後，產生e抗體者達百分之十四，而症狀之改善尤為優越。七十五年度增加為加味二至丸等八種處方，篩選一百零九例慢性B型肝炎患者施治半年，肝功能改善達百分之七十二點五，e血清轉換達百分之二十一點八，e血清轉換率達百分之十九點一，顯示中醫藥在減輕疾病之活動性方面，確較對照組為優，七十五年度增加以脈波儀，將中醫切診圖象化，發現慢性B型肝炎患者之脈波圖與正常人確有不同，值得進一步深入研究。以上研究自七十四年度起

全部輸入電腦分析統計，將為中醫治療慢性B型肝炎建立一完備之資料庫。

二、針灸組：

本組七十一年度篩選十五位慢性B型肝炎患者，連續針灸治療三個月以上，對其臨床症狀及肝功能的改善均甚顯著；七十二年度同法診治二十位患者，療效同上，且發現血清免疫球蛋白異常者十位，治療後有八位升高；七十三年度篩選九名患者，治療後肝功能之改善顯著；七十四年度篩選慢性B型肝炎患者五十四人（其中包括七十四年度以前來診病人，其後繼續來院接受治療者），亦給予三個月以上之治療，除肝功能（百分之五十二）及症狀之改善顯著外，發現肝炎血清標記之轉變亦甚明顯。七十五年度篩選十四位患者，其治療後之症狀改善及肝功能好轉均以脾濕肝熱型為最顯著，而其穴位之選擇，以曲池、足三里、三陰交與支溝、太沖、陽陵泉兩組穴位療效最佳。

三、藥理學組：

本組負責臨床所使用方劑之急慢性毒性實驗為主。七

十一年度將治療肝炎所用之中藥：枳實、山梔、豆豉等進行急性毒性試驗，實驗結果顯示個別藥材之毒性甚低，口服之毒性較腹腔給藥之毒性低，且該三種中藥配成方劑後，其毒性更低，證實中藥方劑配合具有意義。七十二年度以中醫藥組臨床使用之五種濃縮方劑進行急性毒性試驗，實驗結果顯示三種方劑之毒性甚低，且腹腔給藥較口服之毒性為高。七十三年度臨床使用方劑之毒性試驗顯示：此等方劑經口服殆無毒性，腹腔給藥時，以葉天士方毒性最大，丹梔逍遙散毒性最小。七十四年度以同等方劑探討對於實驗性高血脂大白鼠之影響，發現加味甘露飲或葉天士方能降低血中膽固醇，提升高密度脂蛋白及降低血清轉氨酶濃度，其機理可能由於其能阻斷血脂合成，並代回肝臟代謝排泄，七十五年度進行以四氯化碳誘發大白鼠肝損傷，並觀察丹梔逍遙散對其肝臟之保護作用，結果顯示：丹梔逍遙散對急性及亞急性之肝炎具有改善作用，且肝炎誘發前開始給藥，效果較佳，水抽取物較酒精抽取物效果更顯著。

四、實驗診斷組：

本組配合臨床之診斷，進行肝功能血清生化、血清免疫學、 α 胎兒蛋白等檢查，七十一至七十五年度之B型肝炎血清標記檢查共一千六百九十八例，七十一及七十二年度B型肝炎表面抗原檢查結果如表三，七十三至七十五年度B型肝炎病毒五種血清標記檢查結果如表四，並與Mushahwar氏十五種分類對照，詮釋其意義（見表五）。

五、病理學組：

本組於七十二年十月開始配合臨床診療，進行肝炎患者之病理學研究，包括慢性持續性肝炎、慢性活動性肝炎及大結節型肝硬化等。七十三年度發現十例慢性活動性肝炎中有七例肝細胞再生現象特別明顯。七十四年度以中醫藥組慢性B型肝炎患者之肝穿刺病理切片與西醫對照組比較，發現實驗組之肝細胞再生能力較對照組強二點二倍，顯示某些中藥確具有促進肝細胞再生之能力，其次中藥對脂肪肝亦有分解吸收之作用，經服用中藥之患者，肝細胞中出現之脂肪顆粒易於消失，而對照組之脂肪肝則

不易消失。

本研究計畫進行迄今已屆滿五年，進行期間集合基礎與臨床醫學、中醫與西醫之專家學者，對中醫藥治療肝炎尤其是慢性B型肝炎之療效進行整合研究，發揮團隊力量，已獲致重要的研究成果，證實本項研究為中醫藥臨床研究之良好模式，七十四年度之研究報告發表後，肝炎門診患者激增，遠從全省各地前來求診者絡繹不絕，甚至美國、日本、歐洲均有患者專程前來接受診療，沙烏地阿拉伯之肝炎患者，亦曾透過我國駐吉達總領事館安排，前來住院治療，對我國醫療聲望之提高甚有助益。

慢性B型肝炎患者是我國醫療衛生環境中危險而無助的群眾，西醫既無特異療法，又無理想的支持性療法，坐令二百九十餘萬病患陷於病痛之中，絕非政府當局所願見，本項研究已有具體成果，顯示中醫能改善患者之臨床症狀及肝功能，極具價值，且在學清免疫學及病理學方面，亦均有令人鼓舞的發現，值得更進一步深入研究，對於慢性肝炎之中醫診治模式電腦化及脈波圖之開發，尤為具前瞻性的研究方向。將來藉此項研究，建

立本土醫學中西整合的模式，為肝炎病患提供更佳的醫療，當已可預見。至於是否能在病理學、免疫學、藥理學方面更進一步，作出突破性的成果，實有賴於衛生行政當局之大力支持與鼓勵也。

致謝

本項研究工作，轉瞬已屆滿五年，承蒙行政院衛生署提供研究經費，謹致誠摯謝忱。

本研究計畫係配合國家重點科技發展計畫，以肝炎防治為主要目標。本院集聚了中醫與西醫、基礎與臨床醫學之專家共同努力，發揮總體力量，樹立了科技整合之良好研究模式，為中醫現代化的工作探索出一條可行的方向。中醫治療肝炎已有具體成果，今後仍應繼續更進一步的研究。

在此，謹向陳董事長立夫先生之鼓勵及衛生署各級長官之指導與協助及本院有關部門之合作深致謝意。

最後，對參與本研究計畫同仁之辛勤努力與精誠合作，使研究工作得以順利進行，卓著績效，在此一併致謝。

王 廷 輔 謹識

表一 肝炎門診病例年度統計表

人 數 年 度	71	72	73	74	75
中 醫	366	246	356	700	813
針 灸	46	50	38	174	52
對 照	321	30	82	74	98
總 計	733	326	476	948	963

表二 肝炎門診累積診數年度統計表

診 數 年 度	71	72	73	74	75
總 計	1305	1675	3528	5644	5824
平 均 每 診 人 數	9	11	24	39	40

表三 71、72年度肝炎血清病毒檢驗，表面抗原陽性及陰性%率

總 數 項 目	% 率		% 率	
	71年度	% 率	72年度	% 率
HBsAg(+)	81	59.12	72	65.45
HBsAg(-)	56	40.88	38	35.54
總 數	137		110	

表四 73、74、75年度 B 型肝炎病毒檢驗，五種抗原、抗體的陽性及陰性百分率

總數	項目	% 率		% 率		% 率		合 計
		73年度	% 率	74年度	% 率	75年度	% 率	
	HBsAg (+)	291	72.39	444	79.57	404	82.28	1,139
	HBsAg (-)	111	27.61	114	20.43	87	17.72	312
	Anti-HBs (+)	79	19.65	141	25.27	75	15.27	295
	Anti-HBs (-)	323	80.35	417	74.73	416	84.73	1,156
	HBeAg (+)	112	27.86	163	29.21	173	35.23	448
	HBeAg (-)	290	72.14	395	70.79	318	64.77	1,003
	Anti-HBe (+)	96	23.88	237	42.47	209	42.57	542
	Anti-HBe (-)	306	76.12	321	57.53	282	57.43	909
	Anti-HBc (+)	394	98.01	542	97.13	473	96.33	1,409
	Anti-HBc (-)	8	1.99	16	2.87	18	3.67	42
總 數		402		558		491		1,451

表五 民國73年、74年、75年度肝炎門診患者受檢人數及Mushahwar 模式分析結果

HBsAg	Anti- - HBs	HBeAg	Anti- - HBe	Anti- - HBc	模 式	73 年	74 年	75 年	合 計	% 率
+	-	-	-	+	IV	115	73	52	240	16.46
-	+	-	+	+	IX	15	25	18	58	3.98
+	+	-	+	+	XV	7	27	12	46	3.16
+	+	+	-	+		4	14	11	29	1.99
+	-	+	+	+	V	2	20	6	28	1.92
+	-	-	+	+	VI	75	168	160	403	27.64
-	-	-	-	-		8	0	11	19	1.30
-	-	-	-	+	VII	30	13	16	59	4.05
+	-	+	-	+	III	110	123	155	388	26.61
-	-	-	+	+	VIII	6	9	13	28	1.92
-	+	-	-	+	X	58	46	24	128	8.78
+	-	-	-	-	I	0	3	2	5	0.34
-	+	-	-	-	XI	0	0	5	5	0.34
+	+	-	-	+		0	10	5	15	1.03
+	+	+	+	+		0	6	1	7	0.48
總 計						402	558	491	1,451	



研究計畫主持人王廷輔院長介紹本院肝炎研究小組
同仁並做工作簡報。



江副署長致詞。



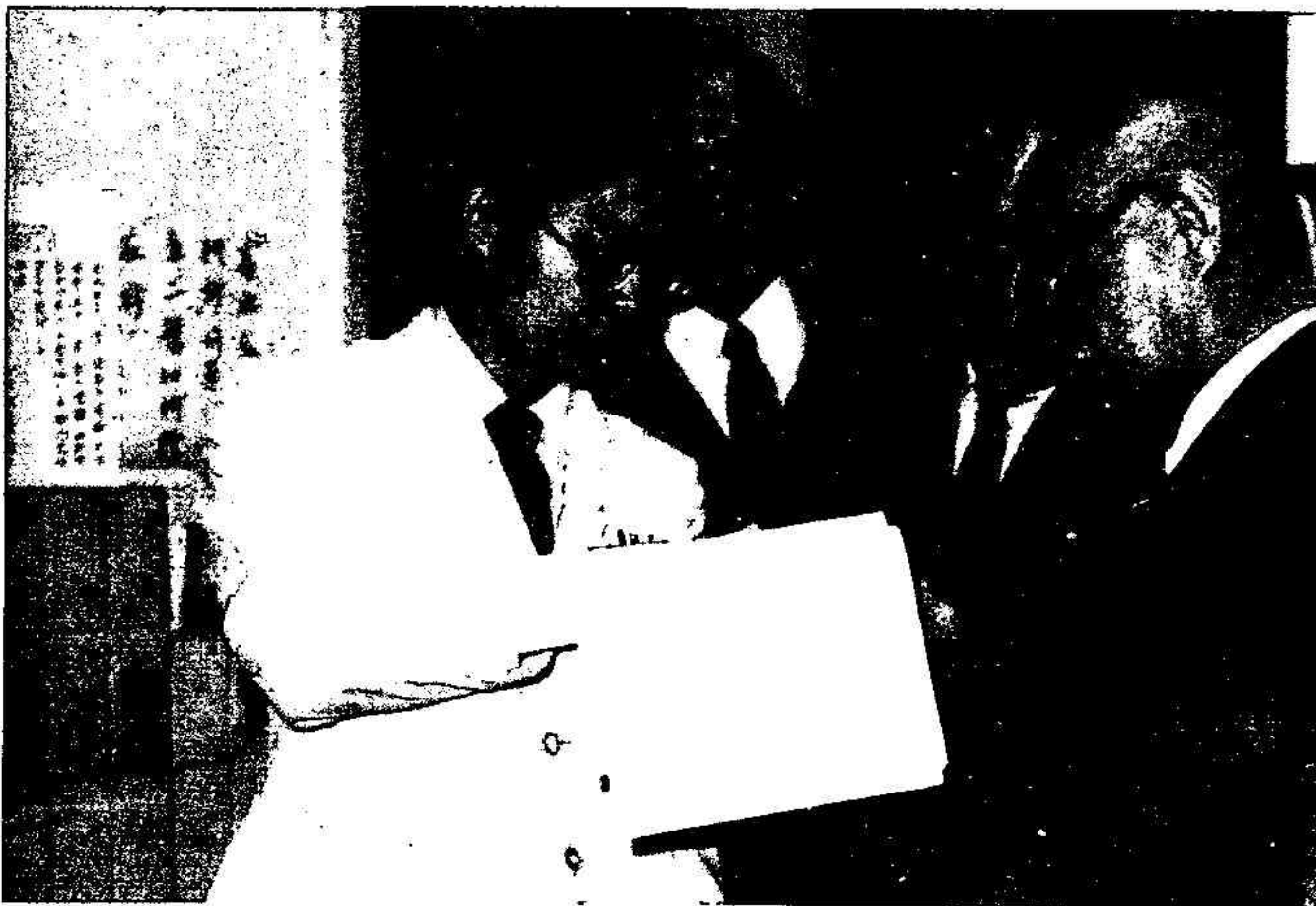
江副署長等一行與工作人員在本院肝炎小組辦公室前合影。



張恆鴻醫師向江副署長簡報肝炎病歷電腦問卷。



中藥局李世滄主任報告肝炎處方作業情形。



江副署長調閱肝炎病歷。