

行政院衛生署七十四年度科技發展專案計畫
七十四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

行政院衛生署合辦
中國醫藥學院

一、計劃摘要

肝炎發生的原因不一，如化學藥物、黴菌、毒素、酗酒等皆是，但以B型肝炎病毒感染最爲嚴重。據統計在台灣肝癌病人中高達百分之八十至九十均感染過B型肝炎，因之肝癌被認爲是B型肝炎的後遺症。

由流行病學的觀察已知國人到四十歲時，約有百分之九十曾受B型肝炎病毒的感染，而其中有百分之十五到二十於感染後，不幸會變成慢性帶有病毒抗原，即帶原者，目前在台灣地區有三百萬左右的帶原者。此等帶原者之存在有二種意義：其一是其體內帶有肝炎病毒

而成為散佈病毒的來源；其二，在體內長期帶有此病毒易發生慢性肝炎、肝硬化乃至肝癌。目前國人十大死因中以癌症居首位，而癌症中肝細胞癌又居數一數二的領先地位，肝硬化則居死亡原因中之第六位，此兩種肝病大部分都與長期慢性B型肝炎病毒感染有關，可見B型肝炎對我國健康危害之鉅。

政府有鑑於B型肝炎流行之猖獗，於民國七十年行政院首先通過衛生署所擬之「加強B型肝炎防治計劃」，七十一年在第二次科技會議中並將B型肝炎列爲重點計畫，在衛生署成立肝炎防治委員會，負責策劃及推動工作，由衛生署負責防治之實務，國科會則推動相關的

基礎研究及B型肝炎免疫製劑的開發。

目前學齡前兒童已經開始接受B型肝炎疫苗接種，但臨床統計顯示，學齡前幼童的B型肝炎感染率甚高，幾達半數；國小兒童之感染率更高居不下。疫苗接種推廣後，預期將來B型肝炎之感染率將可大為減低。

B型肝炎之預防固屬重要，但為遏阻B型肝炎之繼續傳播，及已罹患肝炎之病人病情惡化，由慢性肝炎轉變為肝硬化及肝癌，發展積極的治療方法，更為刻不容緩，然目前西方醫學對B型肝炎之治療仍束手無策。

本研究計畫之目的在於應用中醫藥及針灸，配合西醫之診斷法，由中西醫密切配合，主要以肝炎尤其是B型肝炎病毒所引起之慢性肝炎病人為對象，施以治療，並評估其療效，冀望對肝炎之治療有所貢獻。

本研究計畫之臨床部分係以慢性活動性及持續性肝炎為研究之對象，病人之來源為設於本院附設醫院之「肝炎特別門診」，由肝炎研究小組醫師（中、西醫師）就來診病人或由他院轉診之疑似肝炎病人中篩選之。所有病人均須經過臨床、實驗（生化及血清）或病理診斷。

病人分三組（中醫藥組、針灸組、對照組）接受治療，治療以中醫藥組為主。納入本研究計畫之病人，定期門診，並做肝功能及血清學檢查，以明瞭病情之進展及療效。

與臨床研究並行，由病理學組進行肝炎之臨床及實驗病理學研究；藥理學組前從事用於治療肝炎之中藥方劑之藥理學研究。

二、計劃緣起

由於B型肝炎在國內泛濫，對國民健康造成嚴重傷害，政府近年來大力推行肝炎防治計劃。配合該項計劃，行政院衛生署與中國醫藥學院自七十一年亦開始合辦「中醫藥與針灸對肝炎之療效」研究計劃，以突破西醫藥對治療肝炎一籌莫展之瓶頸。本項計畫連續執行已逾四年。

本計畫之臨床研究部分在中國醫藥學院台中附設醫院設「肝炎特別門診」，為肝炎病人服務，應用中藥方劑及針灸施予治療。自民國七十年十二月以來，已診治將近兩千名肝炎病患，由於中醫藥對肝炎病人之症狀改

善確有顯著之成效，甚獲病家信賴，邇來肝炎門診之病人與日俱增。

在中西醫和基礎醫學者之密切合作下，臨床治療與相關的研究工作均獲致可觀的研究成果，令人鼓舞。本研究計畫結合了傳統和現代醫學，基礎和臨床醫學，為中醫科學化樹立了良好的模式。

三、研究計劃報告

(一)慢性B型肝炎之中醫辨症及療效之評估

中醫部·內科

張恒鴻

鍾國俊

宋光迪

陳德榮

蔡順輝

摘要

本項研究經由肝炎門診篩選慢性B型肝炎患者七〇〇例，並承續前年度之研究方法，依據傳統辨症論治原則，給予枳實梔鼓湯等五種方劑，連續治療達六個月以上者計一六四例，對其治療前後之觀察比較，獲致以下結論：

一、根據中醫辨症原則，慢性B型肝炎之症候，可區分為熱、濕、虛、瘀等四群。

二、血清之生化檢驗顯示：SGOT、SGPT值降低者佔五一%，顯較對照組之三八%為高。

三、血清免疫學檢驗顯示：HBeAg轉陰及HBeAb轉陽之比率較自然轉換率為高。

四、經中醫藥治療之慢性B型肝炎患者之臨床症狀有非常顯著的改善。

前言

B型肝炎主要並非由於病毒傷害肝細胞所引起，而是人體被B型肝炎病毒引發的自體免疫反應，無症狀帶原者的反應通常很輕微，反應過激即形成猛暴性肝炎。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性地發生炎症反應，牽延不愈，甚或併發肝硬化、肝癌而致命。上述對病毒的各種不同反應，乃取決於宿主的免疫體質，並直接影響疾病的預後。基於以上理由，醫學界正積極進行抗病毒治療及免疫調節劑（如Interferon及ARA-A）的研究，但尚未獲得肯定的結論。

另一方面，就古典中醫藥對人體免疫效應的研究方興未艾，這些研究獲致一項值得注意的結論，即用藥必須遵循傳統「辨症」原則，才能獲得療效，否則可能適得其反，此種雙相作用的藥理學基礎為何，有待更進一步的研究。

辨症原是中醫診治疾病的共通原則，根據此種理論，我們得以透過患者主觀與客觀的各種症狀，來分析其體質趨向與疾病動態，因此「症」成為臨床研究的主要關鍵和指標。為要對慢性B型肝炎進行辨症，首先必須詳悉其症候內容。

現代醫學對慢性B型肝炎症候的敘述，從無症狀到程度不等的食慾不振、疲憊等主訴，但缺乏類似中醫所重視的舌診、脈診等客觀病徵資料，且口苦、口乾等許多常見的主訴亦未見提及，用以辨症，顯有不足。本項研究自七十四年起，使用辨症問卷，配合預診工作，詳細調查症後輸入電腦，予以統計分析，以期對慢性B型肝炎之辨症建立一可靠的基礎，以利肝炎之治療。

材料與方法

一、患者之來源：

- (一) 由本院肝炎特別門診篩選。
- (二) 由本院一般門診篩選。
- (三) 由其他醫院病患轉介。
- (四) 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。

- (一) 肝功能異常超過六個月。
- (二) B型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)陽性超過六個月。

- (三) 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」(參閱三二頁至三五頁附件)，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：

(一) 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。

- (二) 血清免疫學檢查：包括HBsAg、HBsAb、HB-

eAg、HBsAb、HBcAb等五項，每六個月檢查一次。

(三)腹部超音波檢查：配合 α -胎兒蛋白檢查，每六個月檢查一次。

(四)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）。

五、研究進程序：

肝炎預診、實驗室檢查 → 治療三週 → 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醫營養劑，包括 Proheparum、Essential、Panynorm；實驗組依病人之病情，經中醫傳統之辨症論治後酌用下列統一方劑（H₁~H₅）：

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、茵陳、黃芩、枳殼、枇杷葉、甘草、紫丹參。

H₄（蠶桑合劑）：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）：白芍、白朮、扁豆、茯苓、黃耆、甘草、大棗、生薑。

以上統一處方均製成濃縮劑投與，如經辨症後，列五種處方中並無適當方劑可以選用者，另行處方，歸於H_x組。

結 果

本項研究自民國七十四年二月至民國七十五年八月共篩選患者七〇〇例，並將全部患者之辨症問卷及診察資料輸入電腦，作詳細的統計分析，將展現慢性B型肝炎患者中醫辨症之全盤概況及其類型。而根據傳統辨症

論治原則，使用五種統一方劑及其加減方治療，持續達六個月以上者共計一六四例，未達六個月者計四十五例，失去追蹤者七一例。根據一六四例患者治療前後之症狀，血清生化檢驗及免疫學檢查等各項結果之比較，進行療效之評估，茲將其結果分述如下：

一、患者年齡分佈與性別之比例：

本項研究篩選七〇〇例慢性B型肝炎患者中，男性五四八例，女性有一八二例，男女比例約為三：一；與前年所篩選六四例中，男女比例為六：一者不同。其年齡與性別分佈如下表，其中廿一歲至六〇歲者佔總人數九五%以上。

七〇〇例慢性B型肝炎患者年齡性別分佈表

女	男	性別 年齡
8	24	1 ~ 20
123	381	21 ~ 40
42	123	41 ~ 60
9	20	61 以上
182	548	合 計

二、舌診之觀察：

就舌之形、質、色、苔四項觀察所見如下：

形：胖大一二三、瘦小二七、齒痕一八一、中裂一

三一、皺摺一三。

質：軟八一、硬三一。

色：紅二九九、淺紅二六六、紫一三、絳二六、黯

一七、不鮮三七、邊緣紅七七、淡四一。

苔：白黃灰黑厚薄膩光剝乾濕無
點點
瘀瘀
朱朱
紅紅

7.	6.	5.	4.	3.	2.	1.
478	492	496	505	503	498	488
123	146	140	161	132	125	120
2	3	3	4	2	2	2
3	3	3	4	4	4	4
81	86	79	83	68	69	68
304	315	320	330	329	325	313
98	107	103	109	99	96	81
3	5	5	5	5	6	6
6	9	10	11	9	12	10
122	128	129	125	128	125	122
57	62	61	61	67	67	62
5	2	5	1	4	5	2
4	3	4	3	15	14	12
9	10	11	13	60	64	95
1	2	2	2	9	8	15

中醫診斷非常注重舌診，而慢性B型肝炎患者之舌診亦有較常見的變化類型。本項研究七〇〇例患者之舌診記錄顯示：舌色顯現偏紅、邊緣紅及絳舌（深紅）的患者，約佔總人數百分之六十。這些程度不等的熱象，是慢性B型肝炎患者的中醫辨症中，一項顯著的特徵。舌苔白與薄白的患者，約佔總人數百分之七十，其次是呈現或兼有薄黃苔者，約佔百分之二十，顯示此等患者在中醫外感病因中，以濕邪為主，其次是熱邪。苔厚者

三、脈診之觀察：

浮沈遲數滑瀦弦緊濡細大洪代緩微其他		左手：寸		右手：寸	
關	尺	53	38	63	55
122	108	3	3	2	3
143	122	3	3	2	3
103	77	72	102	140	152
195	148	46	196	44	213
28	35	28	25	25	55
61	25	28	29	29	84
28	18	18	25	25	111
1	1	1	1	1	27
51	40	51	53	53	78
6	9	6	8	8	29
0	1	0	0	0	5
					0

僅佔百分之十，意指邪重者並不多；無苔及光、剝苔常見於傷陰的重症患者，在此均甚罕見。但有多於三分之一的患者出現舌體邊緣的齒痕，可見本病有導致氣虛的傾向，舌苔之中央裂紋（約見於百分之二十的患者）亦顯示此點。此外朱點、紅刺與瘀點的分佈，傾向於舌尖及兩側，此種現象一般是反映肝膽與上焦的熱象及血循環欠佳所致。

治療前的七〇〇例慢性肝炎患者脈象統計顯示：該病的脈象以弦、數、滑、沈、瀦較為常見。數脈為熱象，與前項舌色偏紅符合；弦數脈多見於肝熱症，滑脈多見於痰濕氣滯，二者也與舌診的白、黃苔（濕熱相兼）符合。值得注意的是：不論弦、滑、數脈、丈關兩部位均顯得較為突出，此點與舌診朱點的分佈於肝膽及上焦相符。另外，浮脈主「表」（病勢向外、向上），當有浮脈出現時，三部之中，也以寸關較浮；反之，沈脈主「裡」（病勢深入或體力轉低沈），沈脈出現時，唯獨關部較少見沈。凡此種種，皆顯示此等患者之關鍵病灶在肝、脾兩藏象，依三焦部位而言，是表現人體中上焦

部位而言，是表現人體中上焦作用過盛的症狀。

四、辨症問卷分析：

七〇〇例未經治療的慢性B型肝炎者經詳細之間診後，其結果均經輸入電腦統計，茲列出該七〇〇例患者顯示之症狀頻率，其出現率最高者達五四八例。其結果如下：

症 狀	困 倦	小 便 黃	煩 躁	口 乾	腰 酸	胸 悶	口 苦
病例數	548	490	371	328	325	307	285
症 狀	胃 口 不 佳	腹 脹	咽 乾 、 背 酸	目 眩 、 口 渴	多 汗	項 酸	耳 癢 、 畏 寒
病例數	222	217	216	207	206	203	195
症 狀	小 便 頻	心 悸	眼 屎	便 稀	肢 酸	目 癢	目 不 明
病例數	158	152	151	150	149	148	135

口 臭	失 眠 、 多 夢	頭 昏	目 酸	目 清 淚	小 便 濁	頭 痛 (太陽穴) 身熱、頭暈	腹 痛	身 重	便 秘	面 熱	痰
278	254	251	230	125	123	122	121	120	117	113	112
肢 麻	項 緊	常 感 冒	耳 鳴	肢 無 力 、 目 怕 光	小 便 多 泡 沫	口 舌 破	喘	常有痰、畏 冷飲	喜 冷 飲 、 心 汗	背 痛 腹 痞 悶	頭 痛 (枕)
192	191	184	162	111	95	94	93	92	91	85	84
面 座	鼻 塞	肢 冷	脇 隱 痛	口 淡 、 痔	痰 稠	頭 痛 (項)	多 瘡	手足心熱	頭 脹 、 額 痛		
131	130	128	127	81	80	77	76	72	71		

上列問症之統計與前年度之觀察對照，顯示慢性B型肝炎患者之主觀症狀分佈，以各種亢奮不安或功能阻滯的症狀為主，其次是各種虛弱現象。

五、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，經篩選之一六四位所檢得之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：

六、血清免疫學檢查：

一六四例慢性B型肝炎患者，均經中醫藥組追蹤診

組別 \ 類型	第一類	第二類	第三類	總數
H ₁	4	3	1	8
H ₂	6	15	5	26
H ₃	21	8	7	36
H ₄	2	4	1	7
H ₅	4	1	1	6
H ₂ + H ₃	19	6	0	25
H _x	28	21	7	56
總計	84	58	22	164
百分比	51 %	35 %	14 %	100 %

療六個月，各組治療前後之血清免疫學檢查變化如下。

各抗原、抗體之陰性或陽性反應係依 HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb 之順序排列，並依 Mushahwar 氏十五種模式分類（參閱五四—五七頁）其不包括在 Mushahwar 氏模式中者，均以（“0”）表示之。

H₁組總病例數 8 人，其中 3 例在治療前的 B 型肝炎血清標記是 + + + + (III)，治療後未見改變；另 3 例治療前為 + - - - + (IV)，治療後有 1 例變為 + + + +，產生 S 抗體，而另二例未見改；另 1 例治療前為 + - - - + + (IV)，治療後不變；1 例治療前為 + + - - - + (XV)，治療後變為 - - - - + (IX)，表示 HBsAg 消失。

H₂組總病例數二六人，其中十例在治療前為 + + - - - + (III)，治療後 8 例不變，而有 2 例分別變為 + - - - + (IV) 及 + + + - -，其中 1 例產生 S 抗體；另 9 例治療前為 + - - - + (VI)，治療後 6 例未變，而有 3 例分別變為 + + - - - + (XV)、+ - - - + (IV) 及 - - - - + (X)，計有 2 例產生 S 抗體；另 3 例治療

前為 + - - - + (IV)，治療後 2 例不變，1 例變為 + - - - + (X)，HBsAg 消失，產生 HBsAb；另 1 例治療前為 - - - - + (X)，治療後轉為 - - - - + (VII)；另有 3 例治療前分別為 - - - - + (IX)、- - - - + (VII) 及 + + + - - + (0)，治療後均未見改變。

H₃組總病例數三六例，其中 9 例在治療前為 + - - - + (III)，治療後 5 例未見改變，而有 2 例變為 + - - - + (IV)，e 抗原消失。並有 2 例分別變為 + - - - + (V) 及 + + - - - + (0)，1 例產生 e 抗體，1 例產生 s 抗體；另有十例治療前為 + - - - + (VI)，治療後 4 例不變，而有 5 例變為 + - - - + (IV)，另 1 例變為 - - - - + (X)，表示 s 抗體產生，s 抗原消失；另有 6 例治療前為 + - - - + (IV)，治療後 3 例未變，而有 3 例變為 + - - - + (VI)，產生 e 抗體；另有 3 例治療前為 + - - - + (0)，治療後均變為 + - - - + (XV)，產生 e 抗體；另 2 例治療前為 + - - - + (0)，治療後變為 + - - - + (III) 及 - - - - + (X)；另有 3 例治療前為 + - - - + (V)，治

療後有2例變為+—+—+ (IV) 另1例變為+—+—+ (II) ; 另3例治療前為+—+—+ (IX) , 治療後均未改變。

H₄組總病例數7例, 其中3例治療前為+—+—+ (III) , 治療後不變; 另1例治療前為+—+—+ (VI) , 治療後不變; 另3例治療前為+—+—+ (IV) , 治療後1例不變, 1例變為+—+—+ (XV) , 1例變為+—+—+ (VI) , 有2例產生e抗體, 1例產生s抗體。

H₅組總病例數6人, 治療前有3例為+—+—+ (II) , 2例為+—+—+ (IV) , 1例為+—+—+ (VI) , 治療後均未見改變。

H₂+H₃組總病例數廿五人, 治療前有十一例為+—+—+ (III) , 治療後5例不變, 4例變為+—+—+ (VI) , 另2例分別變為+—+—+ (0) 及+—+—+ (0) , 共有5例產生e抗體, 1例產生s抗體; 另6例治療前為+—+—+ (IV) , 治療後4例不變, 2例分別變為+—+—+ (VII) 及+—+—+ (X) , 有1例產生s抗體, s抗原消失, 另4例治療前為+—+—+ (VI) , 治療後1例不變, 2例變為+—+—+ (IV) , 1例變為+—+—+ (IX) , 表示s抗體產生, s抗原消失; 另1例治療前為+—+—+

(0) , 治療後變為+—+—+ (IX) ; 1例治療前為+—+—+ (XV) , 治療後變為+—+—+ (VI) ; 1例治療前為+—+—+ (0) , 治療後變為+—+—+ (IV) , 1例治療前為+—+—+ (IX) , 治療後變為+—+—+ (0) 。

H_x組總病例數五六人, 其中十八例治療前為+—+—+ (III) , 治療後十一例不變, 而有3例變為+—+—+ (0) , 2例變為+—+—+ (V) , 2例分別變為+—+—+ (0) 及+—+—+ (VII) , 共計3例產生e抗體抗原轉換現象, 2例產生s抗體; 另十二例治療前為+—+—+ (IV) , 治療後3例不變, 3例變為+—+—+ (0) , 3例變為+—+—+ (VI) , 另3例分別變為(III) 、+—+—+ (X) 及+—+—+ (VII) , 共計3例產生e抗體, 4例產生s抗體; 另十三例治療前為+—+—+ (VI) , 治療後十二例不變, 1例變為+—+—+ (IX) , 顯示s抗體抗原之轉換; 另有4例治療前為+—+—+ (XV) , 治療後1例不變, 2例變為+—+—+ (VI) , 1例變為+—+—+

++(IX)，顯示s抗體抗原之轉換；另2例治療前爲++-++-(0)，治療後1例不變，1例變爲+-+-(IV)；另2例治療前爲++-++-(IX)，治療後1例不變，1例變爲++-++-(XV)；另2例治療前爲--++-(VII)，治療後1例不變，1例變爲--++-(X)；另3例治療前爲--++-(X)，治療後均未改變。

茲將以上結果作一總計：經六個月之中醫藥治療後，一六四位患者之血清免疫學檢查變動如下：HBsAg轉陰者有十三例，佔8%；HBsAg轉陽者十九例，佔11%；HBeAg轉陰者15例，佔6%；HBeAb轉陽者二三例，佔十四%。

七、肝穿刺病理檢查結果

本項研究共有六六例經肝穿刺作病理切片檢查，其結果表列如下，其中廿一例爲慢性活動性肝炎，卅二例爲慢性持續性肝炎，1例爲急性肝炎，3例脂肪肝，3例已有肝硬化，4例未獲肝組織，2例正常肝組織。

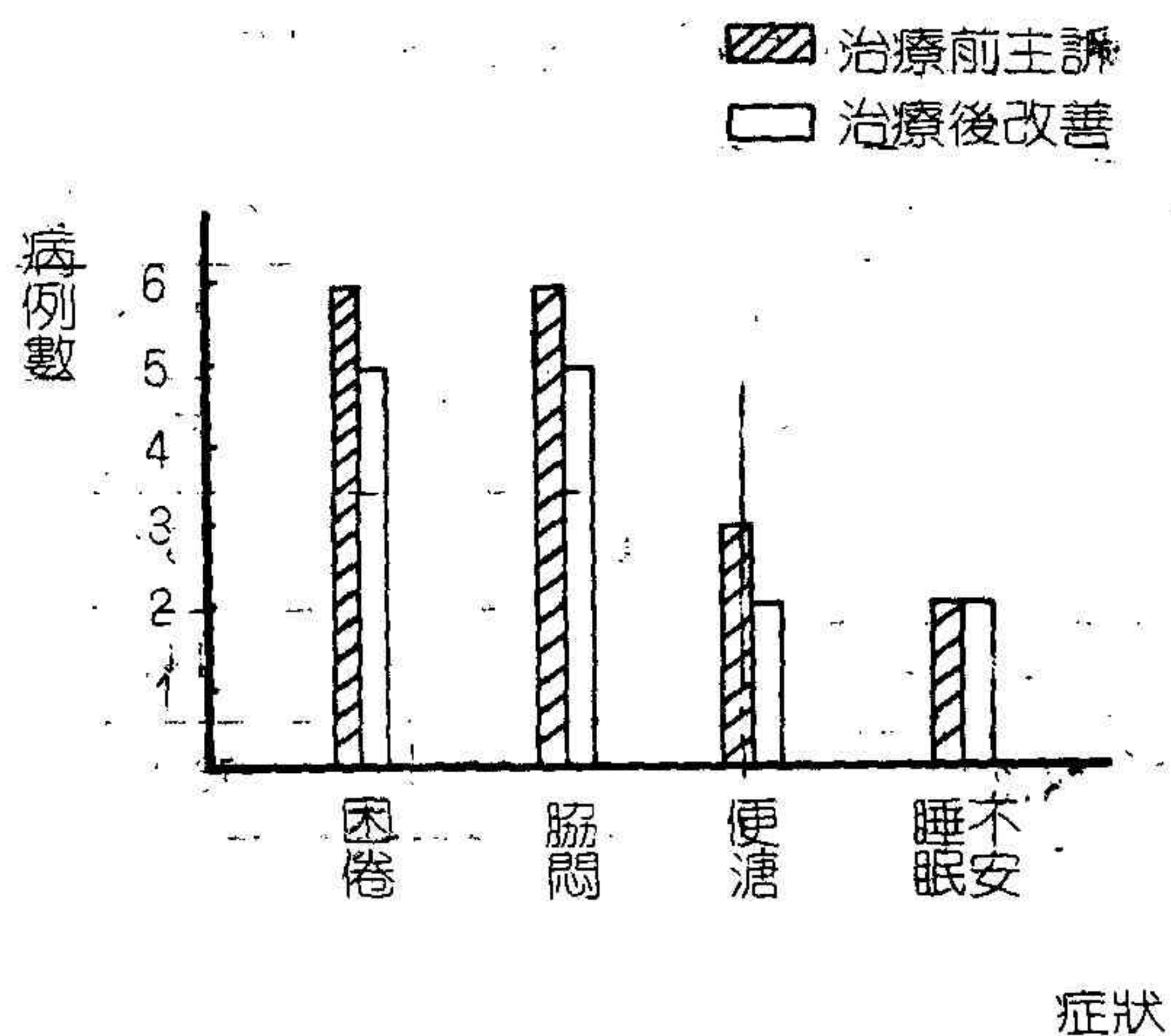
病理學診斷	病例數(人)
慢性活動性肝炎	二十一
慢性持續性肝炎	三十二
急性肝炎	一
脂肪肝	三
肝硬化	三
未獲肝組織	四
正常肝組織	二
總計	六十六

經半年之治療後，患者願再接受肝穿刺的意願不高，故比例甚少。但有一例男性患者，經九個月之治療後，重複做病理學檢查，結果由治療前的慢性活動性肝炎轉爲慢性持續性肝炎。該患者同時顯示肝功能恢復正常值，且HBsAg及HBeAg轉陰，HBeAb轉陽等結果。另1例男性患者，經一年兩個月之治療後，雖仍爲慢性持續性肝炎，但炎症顯然減輕，且無纖維化或壞死現象，同時並顯示肝功能恢復正常值，及HBeAg轉陰，HBeAb轉陽等現象。該兩位患者均服用H₂+H₃。

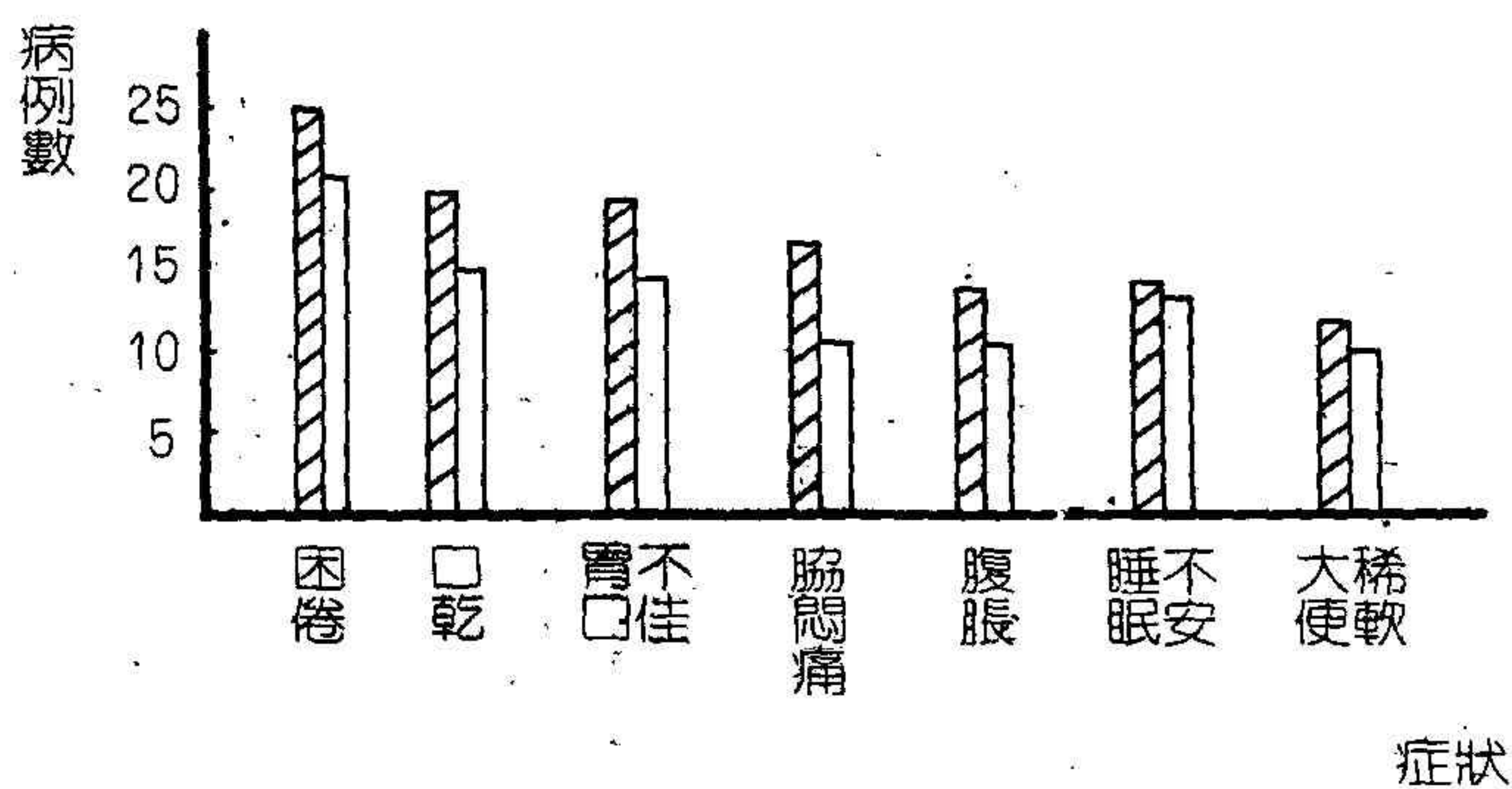
八、臨床症狀之改善

本項研究一六四位患者，經服用不同之方劑（ H_1 、 H_2 、 H_3 、 H_4 、 H_5 、 $H_2 + H_3$ 、 H_x ）後，治療前後主要症狀之改善狀況比較，如下列各圖。

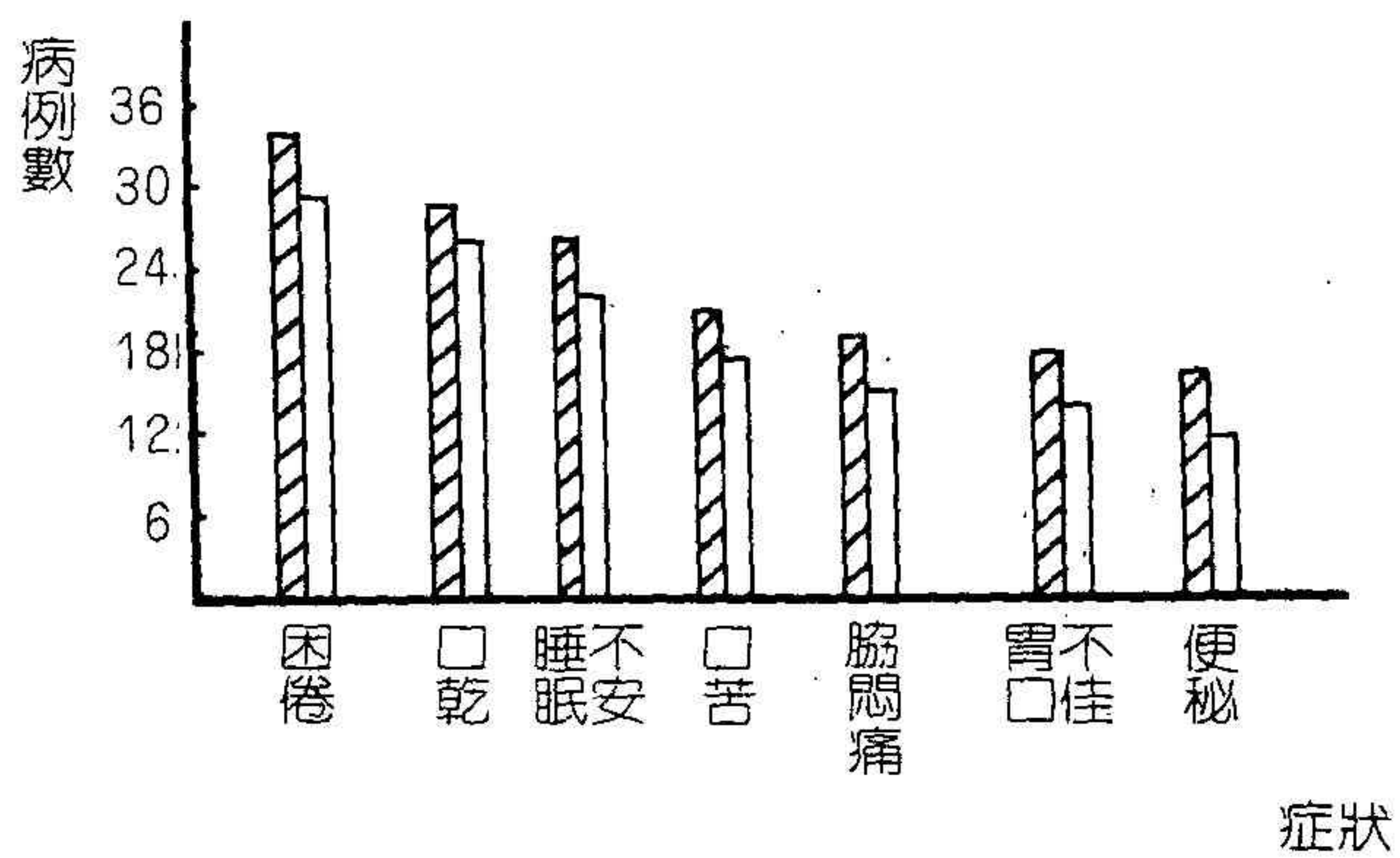
H_1 組



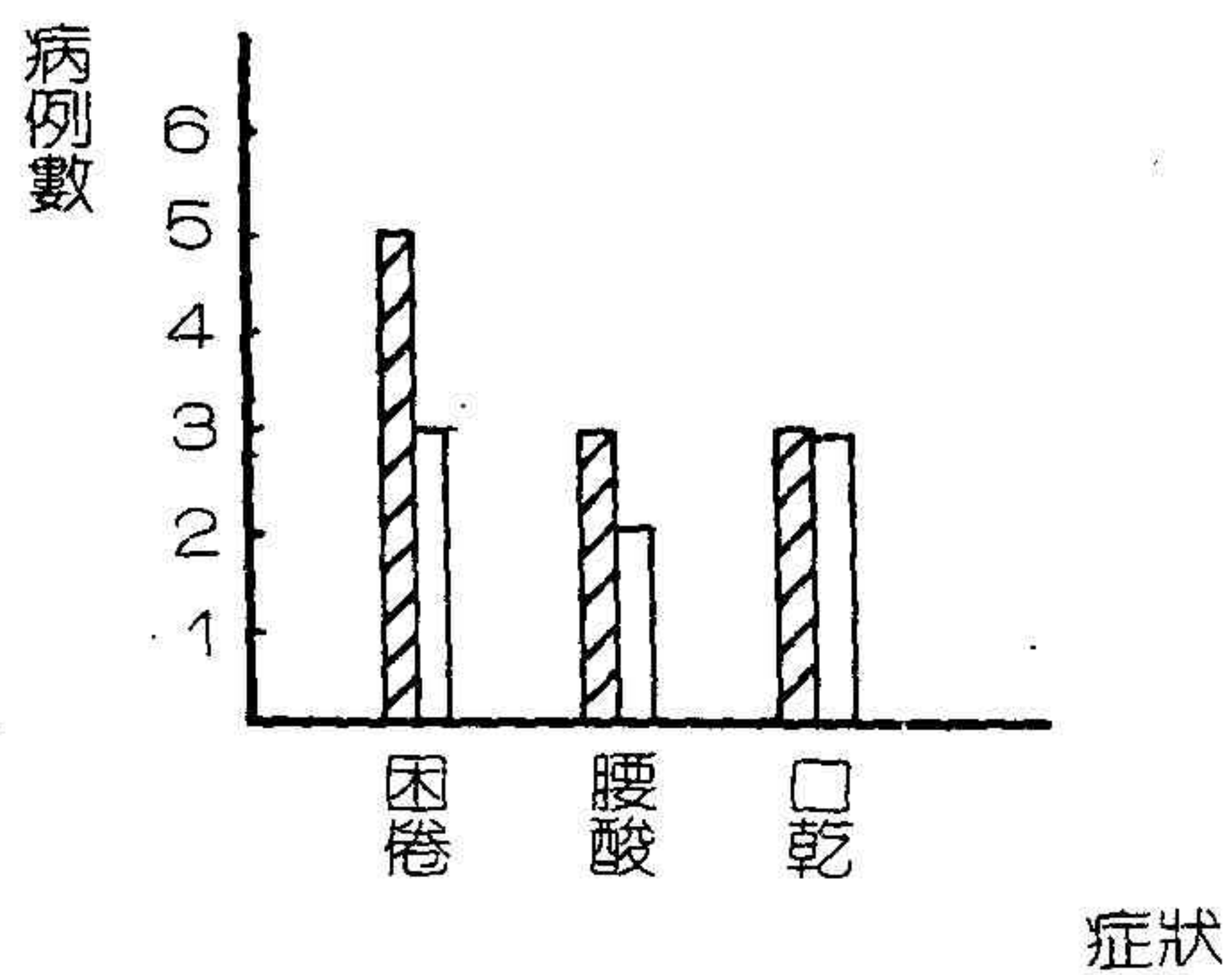
H_2 組



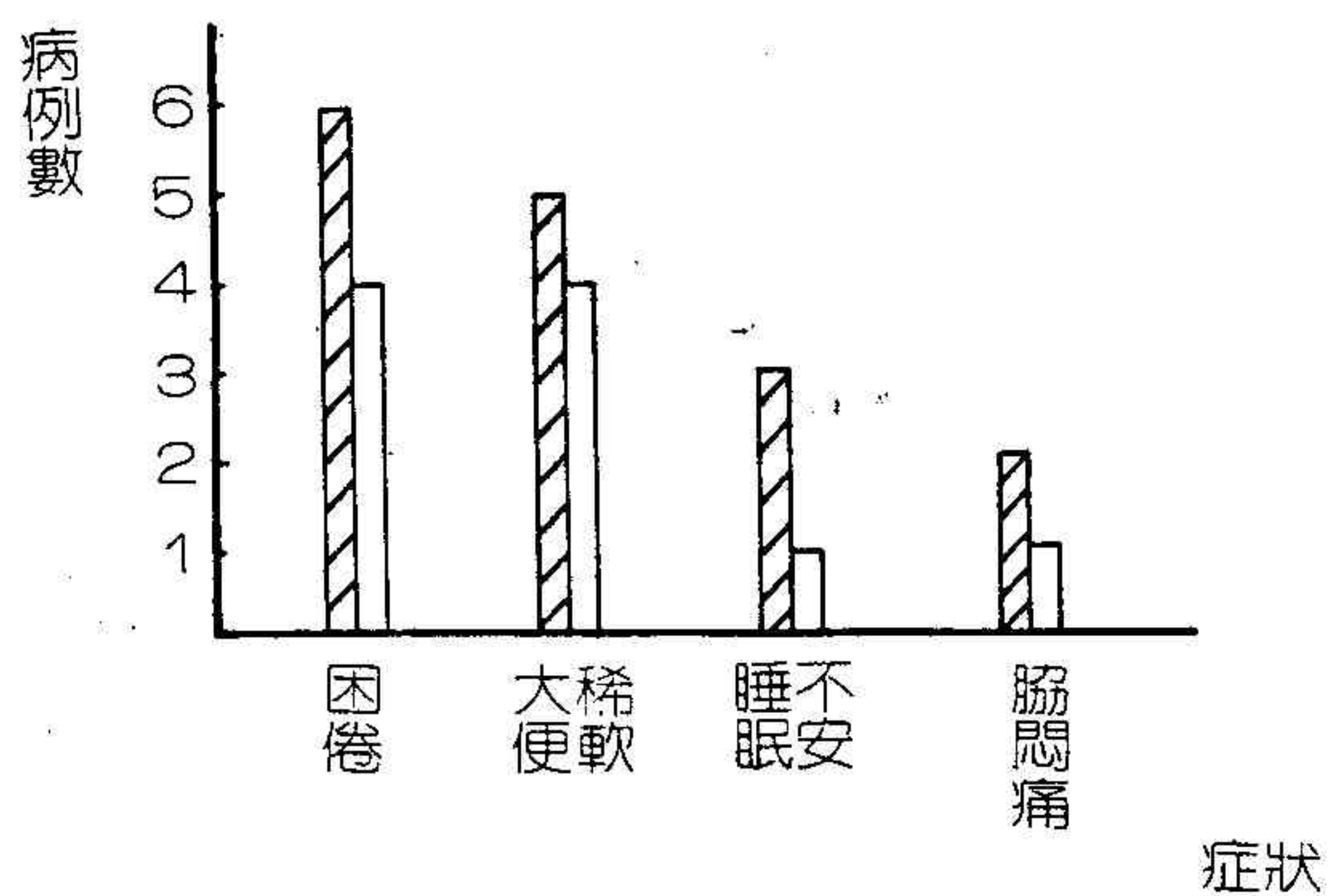
H₃組



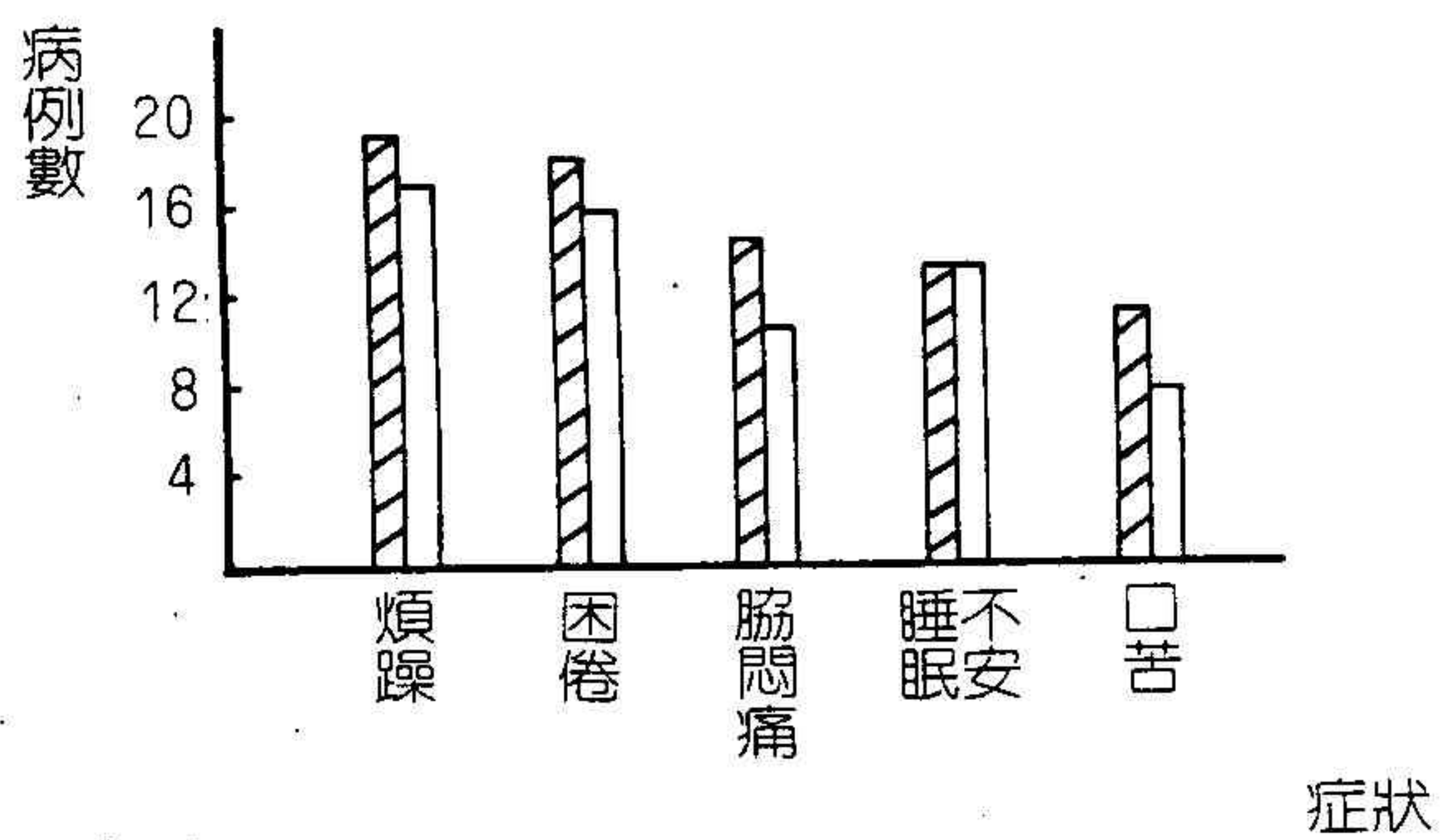
H₄組



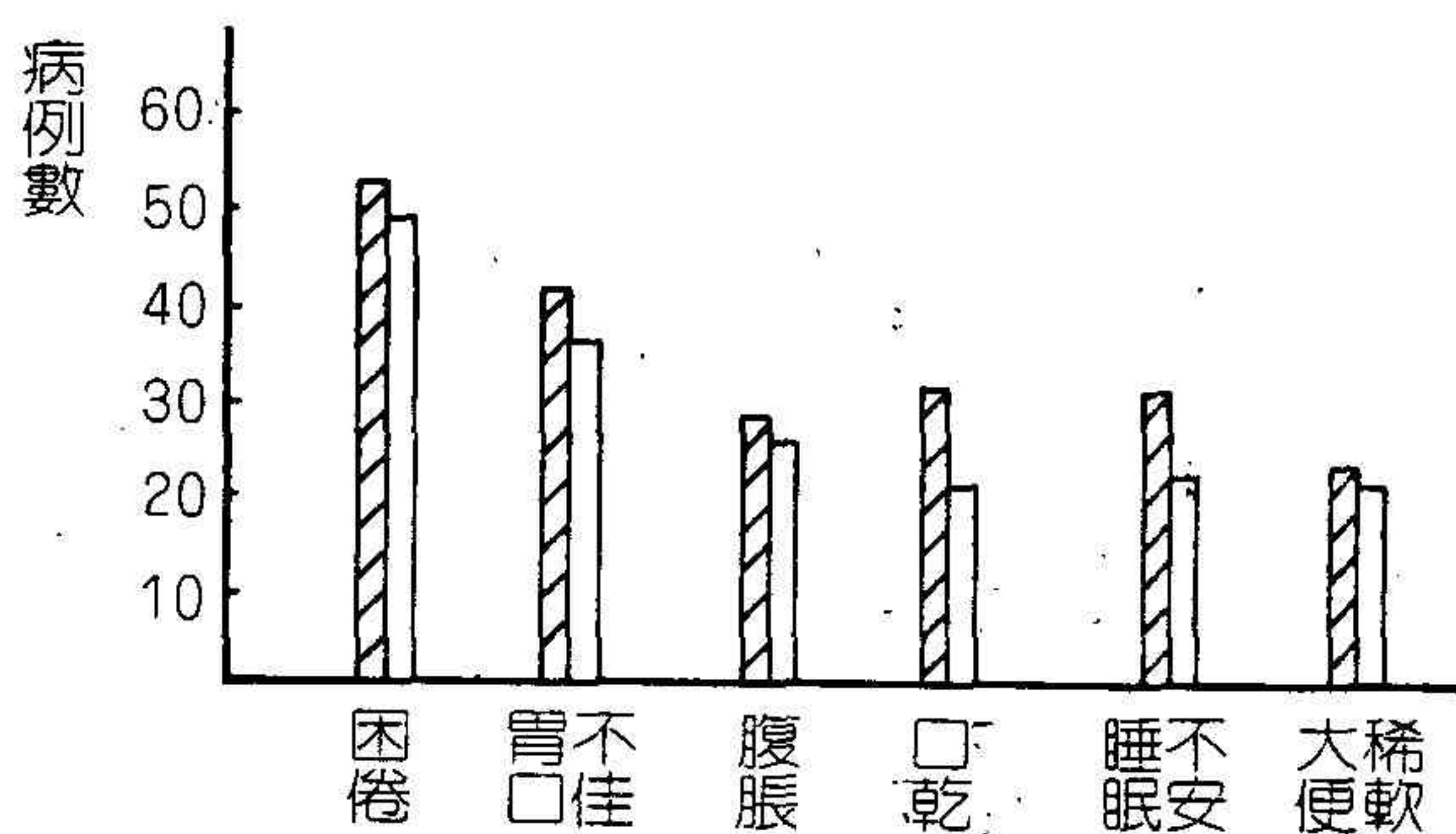
H₅組



H₂ + H₃組



Hx組



症狀

討論

1. 過去以中醫藥治療肝炎的研究，每多從與「黃疸」有關的典籍資料着手，尋找可能有效的方藥施予治療。但依據本項研究對七〇〇例慢性B型肝炎患者的辨症問卷統計顯示：此等患者出現黃疸者微乎其微，因之選用治黃疸的方藥治療慢性B型肝炎，並無事實上的根據。

2. 慢性B型肝炎患者各種症狀候包括舌診、脈診等雖無特殊性，但顯然可以分為幾種類型，依據電腦統計分析，可將該等症候分為下列四群：

第一群為煩躁失眠、口乾口苦、心悸脈動、身熱溲黃等亢奮不安的症狀。

第二群為困倦、昏悶、重脹等各種功能阻滯的症狀。

第三群為乏力、畏寒、羞明、手足心熱等虛弱症狀。

第四群為脇痛、舌紫及瘀點、痔瘡等血循環不

暢的症狀。

依據傳統中醫辨症原則，第一群相當於「熱」症；第二群相當於「濕」症；第三群爲氣虛、陽虛、血虛、陰虛等不同層次的「虛」症；第四群則屬「瘀」的併發症。此四群之各種排列組合，大致可以包括所有慢性B型肝炎之辨症類型。

3. H_1 至 H_5 各方劑之適應症與前一年度之研究結果大致相符，枳實梔子湯適用於輕度濕熱症，丹梔逍遙散適用於脾濕肝熱症；加味甘露飲適用於肝熱陰虛症；蠶桑合劑爲陰虛濕熱兼有瘀症的綜合處方；葉天士方則適用於脾虛有濕的見症。

4. 一九八一年Chen Zelin對急性肝炎患者的舌診觀察顯示：肝炎在急性期出現白膩苔者，傾向於轉爲慢性肝炎，且在慢性期仍爲白膩苔。但本項研究七〇〇例患者中，見白膩苔者不到十五%，且白膩苔經治療消除之後，慢性肝炎亦未必痊癒。

5. 經中醫藥治療後，患者血清GOT、GPT值持續下降或恢復正常值者佔五一%，顯較對照組之三八%爲高。 H_3 組及 $H_2 + H_3$ 組之此種傾向尤爲顯著，可能

H_3 傾向於降低肝臟的炎症反應， H_2 組患者之肝功能檢查則無此種顯著傾向。本項研究五種處方中，唯 H_3 具相當份量之「養陰藥」，可能與此有關。

6. 台大醫院陳等對四一三例慢性B型肝炎患者的追蹤研究，發現每年由HBeAg陽性變成HBeAb陽性的轉換率爲十二%，但本項研究一六四位患者，在半年內產生HBeAb者佔十四%，時間縮短而獲得更高比例的轉換率可能顯示中醫治療在遏止B型肝炎病毒的繁殖複製上，較西醫對照更具療效。

7. $H_2 + H_3$ 組對Mushahwar氏第Ⅲ型的患者十一例中，有5位產生HBeAg/HBeAb轉換的現象，由於此等患者病毒複製旺盛，傳染力甚高，能夠產生此等療效，是非常值得注意的。同一類型的患者十八例中， H_x 組亦有三三三%的HBeAg/HBeAb轉換率，均較十二%的自然轉換率高出甚多。

8. 本年度治療前後之肝臟病理切片比較僅獲二例，一例爲慢性活動性肝炎，另一例爲慢性持續性肝炎。整體觀之，二者治療後恢復的過程頗爲理想，但由於病例數過少，尚難加以論斷。此外在 H_x 組發現一

例使用「養陰」系統藥物治療後，肝細胞之再生極為旺盛，我們參照本項研究所獲血清免疫、血清生化及病理學等結果來看，「養陰」系統的方藥在慢性B型肝炎陰虛型患者的治療上，似乎扮演了非常突出的角色，值得進一步的研究。其次H₃雖具「養陰」之效，但亦夾有清熱之藥如黃芩、茵陳等，我們可以另擬專用養陰的方劑，於下一年度中進行療效的評估。

9. 各組方劑之臨床症狀改善狀況，大致與前一年度相符，但辨症上屬於H₂與H₃組之患者較多，而符合H₁、H₄及H₅之適應症型者較少。今年度H_x組佔將近三分之一的患者，在H₁至H₅中並無適當方劑可以選用。根據第二條討論，應增加對濕症、濕熱並重症以及陰虛症的處方。前二者如溫膽湯及甘露消毒丹等，後者如加味二至丸、一貫煎等，並須增加對「瘀」症的選用藥物，如桃仁、紅花等，才足以涵蓋所有的症型。

參考文獻

- 1 中醫免疫學，啟業書局，P43-45, 1985
- 2 Chen Zelin, Recent Investigations on Tongue Inspection, Am. J. Acup. Vol. 9, No. 2, P 145, 1981
- 3 Shi YD, Lian ZJ, Chen JM and Chen ZL, Studies on the Nature of Violet Tongue, Comparative Med. East and West. Vol. 6, No. 4, P286-300, 1982
- 4 中西醫結合治療肝炎肝硬化，啟業書局，P 209, 1985
- 5 中醫內科學症治，啟業書局，P. 27, 1985
- 6 簡明中醫診斷學，正中書局，P. 55, 1979
- 7 中醫症狀鑑別診斷學，啟業書局，P. 252, 1986
- 8 醫宗金鑑，四診心法要訣，文光圖書公司，P. 619-621, 1976
- 9 王叔和，王叔和脈經，文光圖書公司，P. 28-32, 1975
- 10 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，P10-17, 1986

11 中醫藥與針灸對肝炎之療效，行政院衛生署七十三年
度醫療衛生科技研究計畫報告，P5-25，1985

12 Krupp, Chatton, Werdegarg, Current Medical
Diagnosis and Treatment P407-408, 1985

13 中醫病理研究，啟業書局，P158-183，1983

14 Harrison, Principles of Internal Medicine
， P1803-1804, 10th Ed. 1983.

15 Sheila, S. John As., Liver Disease, P22,
1979.

16 中醫治療慢性B型肝炎之病理學觀，行政院衛生署七
十三年度醫療衛生科技研究計畫報告，P80-95，
1985.

(本項研究工作承陳富芬及鄒春琴兩位小姐協助，

謹致謝意)

附件：肝炎患者個人病歷記錄

A、個人基本資料

日期：

肝炎門診病歷號碼

醫院病歷號碼：

姓名：

性別：

身份證號碼：

生日：

電話：

住址：

職業：

教育：

婚姻：

組別：

B、中醫辨證記錄表(請圈選)

困倦

胃口不佳

自汗

畏寒

常感冒

煩躁

身熱

多汗

身重

噁心嘔吐

盜汗

畏冷飲

傍晚發熱

失眠多夢

喜冷飲

多瘡

頭：昏

暈

脹

重

痛

位置在：頂

額

顳

枕

太陽穴(

左 右)

面：熱

座

腫

目：眩

眼屎

清淚

酸

怕光

不明

癢

乾

鼻：出血

過敏(嚏塞涕)

口：苦

淡

乾

渴

臭

鹹

甜

黏膩

澀

出血

口舌破

耳：鳴

癢

重聽

項：緊

痛

酸

偶)

右 痛處（固定 不定）

胸・悶
痛
喘
悸
咳(已
年

月
日
)

背：酸痛
痛
緊
冷
熱

腰·酸·痛·重

肢：麻
酸
重
釋攣

無力
腫
冷
痛

手足心熱 手足心汗

小便：清長濁頻

少黃赤熱痛多泡沫

大便（日次）秘 稀軟 出血

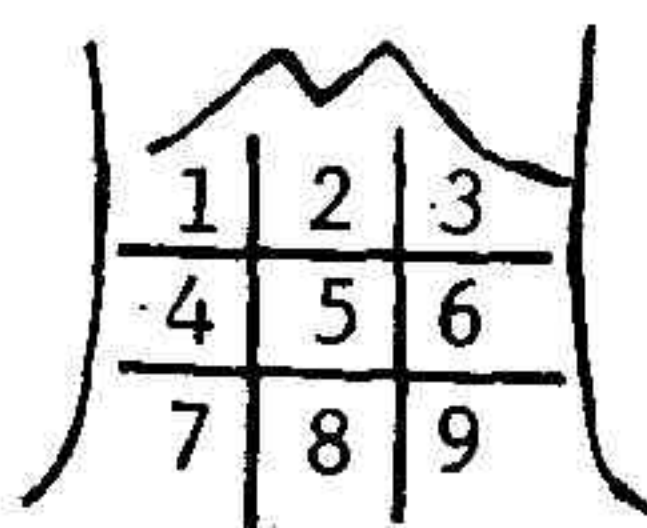
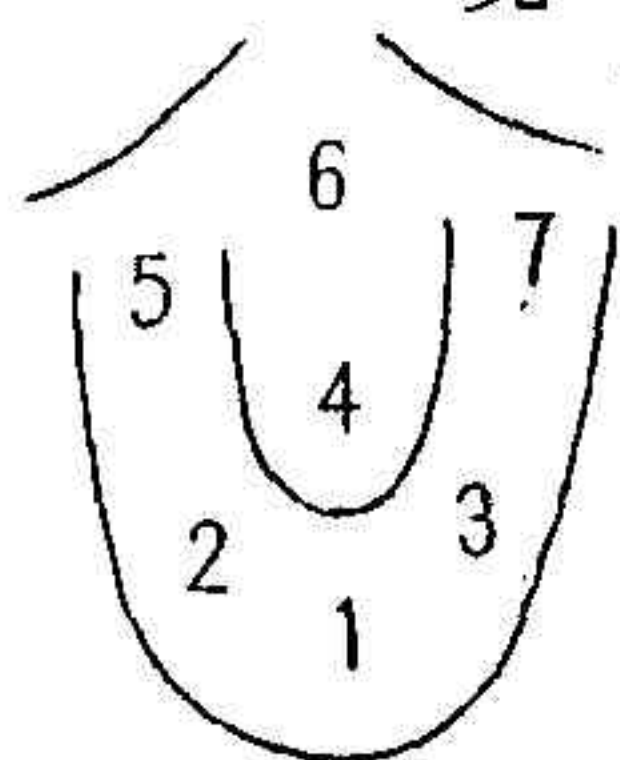
黏液 瀉（黃臭 清稀 完穀）

腹：痞悶
脹
痛
飢痛
噯氣

反酸（飯前　飯後）　腫塊

其他：痔瘡 白帶

(清稀乳白)



黃臭)

舌診：

形・胖大 瘦小 齒痕 中裂 皺壁

質：軟硬

色：紅 淺紅 紫 絳 黯 不鮮

邊緣紅
淡

苔：白黃灰黑厚薄膩光剝乾濕無
瘀點朱點紅刺

[illegible]

右 手			左 手			
尺	關	寸	尺	關	寸	
						浮
						沈
						遲
						數
						滑
						瀼
						弦
						緊
						濡
						大
						洪
						代
						緩
						微

C、物理診察記錄：

腋溫：

℃

脈博：

/ M

右

呼吸：

/ M

血壓：

mmHg

正常

異常（請填寫）

左

7 4 5
2 8 3 6 1

頭面（ ）

翳

鞏膜黃疸

蒼白

面色（青 黃 赤 白 黑

無華

晦黯

垢濁）眼中赤絲

心臟（ ）

心律不整

雜音

位置在

雜音名稱

肺臟（ ）

囉音

喘鳴

胸腹（ ）

疤痕

鼓音

靜脈曲張

轉移性實音

腫塊

變色

腸蠕動音異

常

蜘蛛痣

壓痛在（ ）

軟弱

強韌

其他

四肢（ ）發紺

水腫

畸形：杵狀指

異常動作

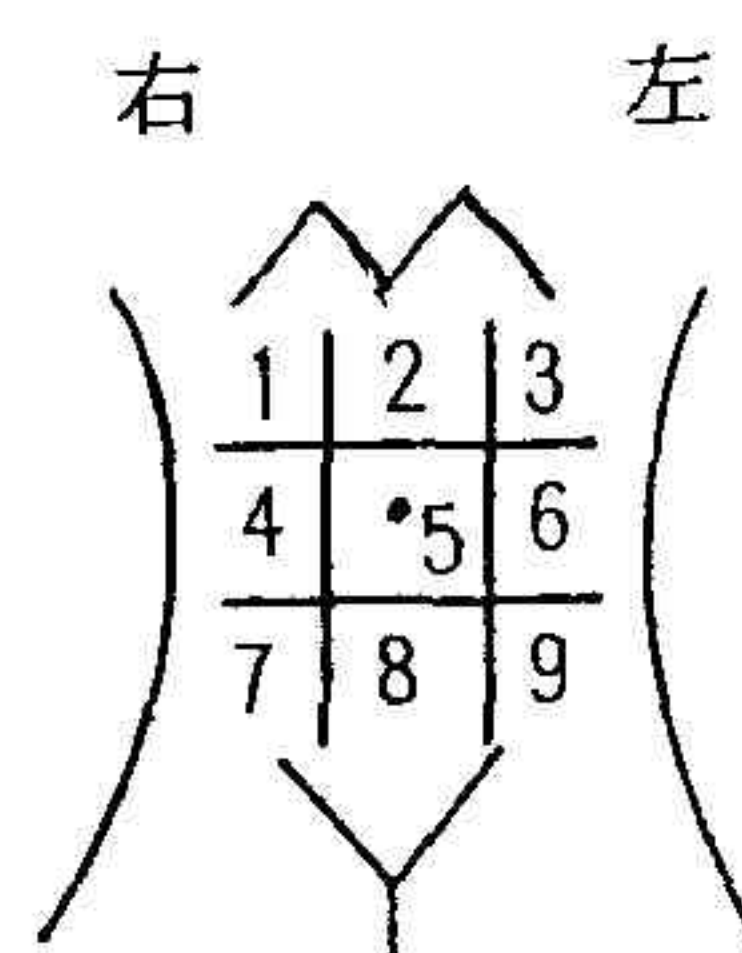
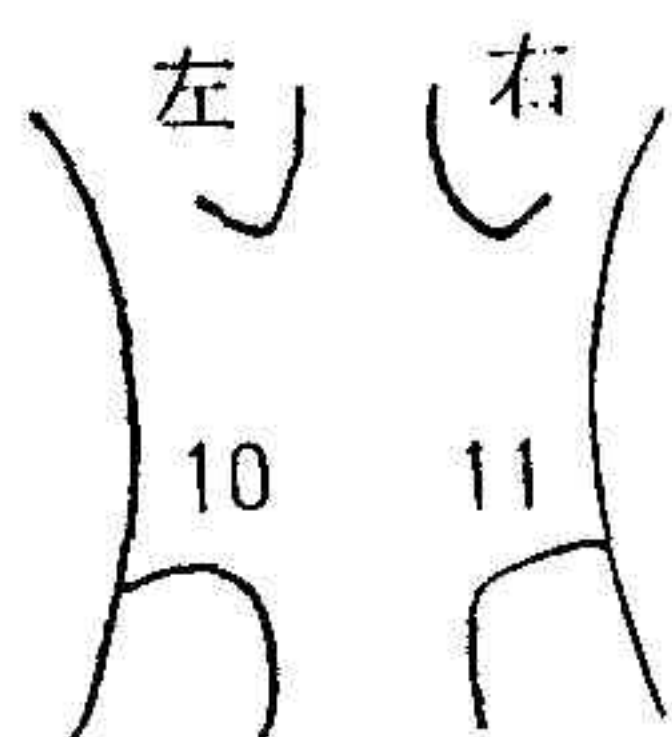
手掌紅斑

其他

皮膚（ ）黃疸

乾燥

其他（ ）



(一) 針灸治療慢性肝炎之效果

針灸科

張永賢

巫錦璋

廖力興

許世明

黃玉治

摘要

本項研究係經由本院肝炎針灸門診診療之慢性肝炎患者一七四例中篩選五四人，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型肝炎患者之臨床症狀有顯著的改善，其中以腹瀉、噁心、腹脹、困倦、頭暈改善最多。

二、血清之生化肝功能檢驗顯示，肝功能好轉者佔五二%；顯較對照組之三八%為高。

三、血清免疫學檢驗顯示，接受針灸治療之慢性B型肝炎病人五四人中HBeAg轉陰者8人，HBcAb轉陽者五人；HBsAg轉陰者6人，及HBsAb轉陽者4人。

四、針灸治療慢性B型肝炎不失為一有效治療方法之途

徑，值得深入探討。

前言

中國傳統醫學對肝炎的臨床症狀已有記述，歷代醫籍文獻頗有見地，如諸病源候論提出「急黃」一症，「脾胃有熱，穀氣鬱蒸，因熱毒所加，故猝然發黃，心滿氣急，命在頃刻」。類似急性肝炎或猛暴性肝炎，聖濟總錄也提出「病人心腹之間，煩躁身熱，五日之間，便發狂走，體如金色，起臥不安，此是急黃」。

肝炎以中醫病理觀之，為肝經濕熱鬱蒸致病，而現代醫學統計有部份急性肝炎病患，將轉為慢性持續性或活動性肝炎，此種轉變，中國傳統醫學有所觀察與記載，慎齋遺書提出「痞塊，肝積也，肝經濕熱之氣聚而成也」。醫學正傳則對痞塊的症狀做了詳盡的描述「痞氣在胃脘右側，覆大如盤久不癒，令人四肢不收，發黃疸，飲食不為肌膚」痞塊所表現的慢性肝炎症狀，乃是急性肝炎之色黃轉變為慢性肝炎之痞塊之觀察事實。

肝炎具傳染性的觀念，萌芽於漢代，張仲景所著傷寒論，提到「傷寒發黃」的論點，如條文二一〇條、二

一五條皆提出外感可以引起發黃的症狀。爾後，吳又可
在「溫疫論」中更明白指出「疫邪傳裏；移熱下焦，小
便不利，其傳爲疸，身目如金」。由「時疫發黃」觀察
與論點的提出，得知中國醫學對黃疸具傳染力有其早期
症狀及傳染的診察。

由於中國醫學文獻對肝炎的觀察和記載，同時現代
醫學對肝炎尚乏有效的治療方法，發展傳統醫學治療此
難症有其積極的意義。行政院衛生署與本院合作，開設
了「針灸肝炎特別門診」至今已屆四年，在中、西醫
的密切合作下，客觀探討針灸治療肝炎的臨床療效。

材料與方法

一、研究對象：本項研究之對象分爲二組。

(一)對照組：從西醫內科門診及台中公保門診中心篩選
七四人爲本研究之對照組，篩選條件爲：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。

(二)實驗組：從中國醫藥學院台中附設醫院肝炎針灸門
診求診病患的一七四人中篩選合乎篩選條件的五四

人爲本研究之實驗組，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。

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爲慢性肝炎者。

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、實驗用材料：本研究過程中所採用的針灸具如下：

(一)針：使用無菌，用後即丟之針具 (Disposable
Acupuncture Needle)，針身長度一寸及1·
五寸，其中一寸者爲三二號針，1·五寸者爲三〇
號針。

(二)灸：使用直徑1cm長十六cm，雪茄狀之艾條，內含
陳年艾絨。

三、研究方法：

(一)對照組病人每兩週取藥一次，投予藥物包括 Pro-
heparum、Essentiale 及 Panzynom，每三個
月檢查肝功能一次，每六個月做腹部超音波一次。

(一)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、太衝、陽陵泉。

第一組及第二組穴道輪流使用，每次針刺一組穴位，留針三十分鐘，兩側穴位同時實施。

2.灸療：

五柱穴（巨關、中脘、下脘、梁門二側）——當病人出現胃腸道症狀時使用。

關元、氣海——病人有倦怠乏力時選用。

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。

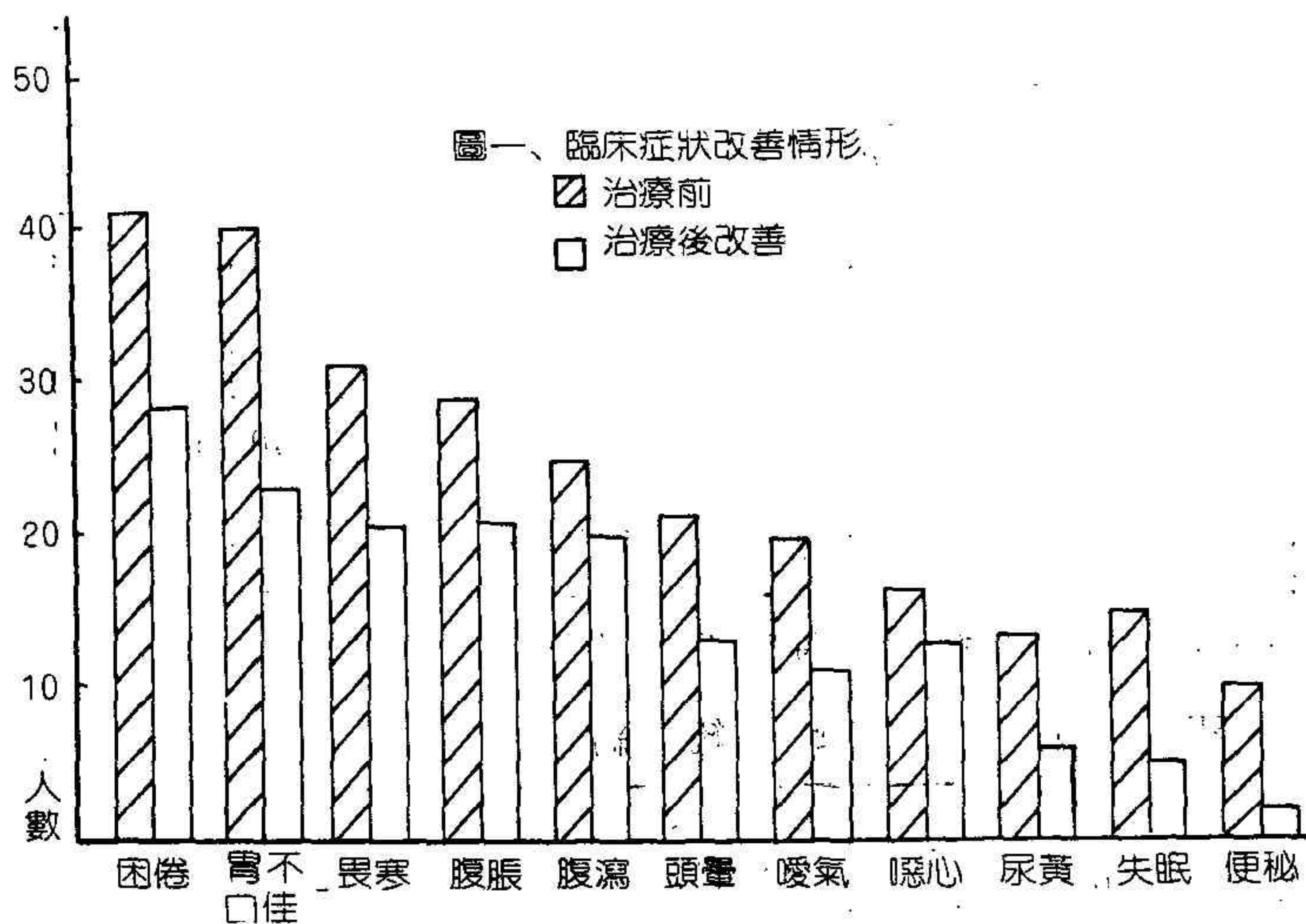
每一選用穴以艾條距穴道2公分的高度灸二分鐘。

結果

慢性B型肝炎病人經針灸治療後，其臨床症狀之改善情形如表一及圖一。

表一：臨床症狀改善情形

症狀	治療前人數	治療後人數	%
困倦	四二	三〇	七一
胃口不佳	四〇	二六	六五
畏寒	三三	二一	六六
腹脹	二八	二三	七五
腹瀉	二五	二〇	八〇
頭暈	二三	一六	六九
噁氣	二〇	一二	六〇
噁心	一八	一四	七七
尿黃	一七	八	四七
失眠	一五	五	三三
便秘	一〇	二	二〇



慢性B型肝炎病人經針灸治療後肝功能之改善情形如表二。

表二、針灸治療後肝功能檢查結果

肝 功 能 檢 查			
恢復正常	改善	不穩定	變壞
19 (35%)	9 (17%)	8 (15%)	18 (33%)

慢性B型肝炎病人經針灸治療後，其血清B型肝炎標記之檢查結果如下：

- (1) 六人HBsAg陽性轉為陰性。
- (2) 四人HBsAb陰性轉為陽性。
- (3) 八人HBeAg陽性轉為陰性。
- (4) 五人HBeAb陰性轉為陽性。
- (5) 三人無變化。

討 論

一、根據肝炎患者病人病歷表記錄問卷統計發現，肝炎病患之臨床症狀，以消化系障礙為最常見，這與難經第五十七難中的脾積引起的痞氣一症相似，另外

四肢怠惰困倦、焦慮不安、失眠等症狀，則屬於中醫肝經生理範圍；我們以扶土壯脾，泄木疏肝為治則，所以針療穴道選用足三里（足陽明胃脈所入為合土）、三陰交（足太陰脾、少陰腎、厥陰肝三經之交會穴）、曲池（手陽明大腸脈所入為合土）、太衝（足厥陰肝脈所注為俞土）、支溝（手少陽脈所行為經火）、陽陵泉（足少陽三焦所入為合土）。

二、治療後臨床症狀以腹瀉、噁心、腹脹、困倦等症狀之改善最多，此與針療穴道選用脾經、胃經、大腸經、三焦經有密切關係；另外灸療選用五桂穴發揮出溫中散寒之功效，對脾胃症狀的改善有莫大幫助。

三、自一九七一年Magnius等人提出HBeAg報告之後，HBeAg已被視為B型肝炎預後及傳染力的指標。HBeAg的存在代表高度感染性，也表示疾病正進行中，本研究實驗組中十八位患者經治療後，HBeAg仍呈陽性疾患，其SGOT、SGPT值有十三位已恢復正常，三位不穩定，另2位則趨於轉

壞，另8位治療後HBeAg由陽性轉為陰性，其SGOT、SGPT皆恢復正常。而HBeAg存在時SGOT、SGPT值出現偏高的原因，可能係HBeAg在血液中呈陽性時產生細胞免疫反應，促使毒殺性T細胞（Cytolytic T cell）殺死有病毒感染且帶有核抗原的肝細胞，使SGOT、SGPT釋出而增高。

四、感染病毒性肝炎後，可因干擾素（Interferon）的產生，使肝炎病毒在血清中的濃度降低的研究報告已有多人提出；一九七六年Greenberg等人則以干擾素使用於慢性活動性肝炎病患之治療，發現有抑制Dane particle相關的標記為DNA聚合酶，血中HBeAg及HBeAg等使感染性降低；一九八六年林昭庚醫師等發現針灸可以增加人體內的干擾素的生成對抗病毒；針灸治療肝炎是否透過這種轉機，有待進一步的探討。

五、本次研究實驗組中，肝功能恢復正常者佔三五%，改善者十七%，換言之，經針灸治療而好轉者佔五二%；顯然較對照組之三八%為高。血清B型肝炎

標記檢查方面，6人HBsAg陽性轉為陰性，4人之HBsAb陰性轉為陽性，可以看出針灸治療慢性B型肝炎有其療效。但因本院針灸科肝炎門診基於篩選條件嚴謹，患者多半只有生化檢查異常，而臨床症狀不明顯，因病人懼痛，長期治療意願不高，致病例不多，有待日後之改進與克服。

六、在目前尚未找出一積極的治療方法之前，以針灸治療慢性肝炎及帶原者，不失為一種治療途徑，宜予以重視。

參考文獻

- 1 隋·巢元方，諸病源候論，卷十二，P.2國立中國醫藥研究所出版。
- 2 宋·曹孝忠等，聖濟總錄，卷六十，P.522，新文豐出版公司。
- 3 中西醫結合治療肝炎肝硬化，啟業書局，P.29，民國七十三年。
- 4 漢·張仲景著，承澹齋註，傷寒論科學新註，P.340，旋風出版社，民國六十六年。
- 5 明·吳又可，溫疫論，P.33，民國六十七年出版。
- 6 元滑壽，難經本義，國際書局，P.47，民國七十三年。
- 7 針灸學，啟業書局，P.324，民國六十八年，再版。
- 8 Nielsea, Joetal; Incidence and meaning of the determinants among hepatitis-B-antigen patients with acute and chronic liver disease. Lancet 2: 913-915, 1974
- 9 Antigen positive serum distinct from the Le Boucier determinants J. Immunol. 109:1017-1021, 1972
- 10 沈弘德：B型肝炎之免疫學探討，臨床醫學16:100~103, 1985.
- 11 Viola LA, Coleman JC, Barrison IG et al, The clinical course of acute type A hepatitis in chronic HBsAg carrier. A report of three cases, Postgraduate Med.J. 1982
- 12 Conteos C. Kao H. Robela J. et al, Acute

- type A hepatitis in three patients with chronic HBV infection Dig, Dis and Sci 1983
- 13 Greenberg HB et al, Effect of human leukocyte interferon on hepatitis B virus infection in patients with chronic active hepatitis, N Engl J. Med, 295:517-522, 1976.
- 14 黃帝內經靈樞譯解，P.105-135，台聯國風出版社印行，民國七十三年修訂第六版。
- 15 中醫藥與針灸對肝炎之療效，行政院衛生署七十三年度醫療衛生科技研究計劃報告，P.35-53，1985。
- 16 載達莫等，慢性B型肝炎病程中HBeAg的自現，長庚醫誌，第八卷，第三期，P.176-179。

(三) B型肝炎病人肝炎病毒血清標記之出現率

檢驗科 王貴譽

摘要

以與敏感度與特異性最佳的放射免疫分析法(RIA)相同的酵素免疫分析法(EIA)來測定五五八位門診肝炎病人血清中的B型肝炎病毒五種血清標記結果陽性率HBsAg為七九·五七%、Anti-HBs為二五·二七%、HBeAg為一九·二二%、Anti-HBe為四五·七〇%、Anti-HBc為九七·一二%。Mushahwar之十五種模式加以詮釋，屬於模式I者為3人，屬模式II者為一二三人，屬模式IV者為七三人，屬模式V者二〇人，屬模式VI者為一六八人，屬模式VII者為二一人，屬模式VIII者為9人，屬模式IX者為二五人，屬模式X者為四六人，屬模式XI者為十三人，另十四人及十人之血清標記未包括在Mushahwar氏之模式內，我們加以詮釋，另十一人全部為陰性。

前言

肝炎現已知可分為四種，即A型、B型、非A非B型及D型(Delta)，而其中以B型肝炎最為可怕，因為在感染B型肝炎後，若未痊癒，輕則可變為帶原者，重則最後可能轉變為肝硬化及肝癌。據統計研究在台灣

患肝癌的病人百分之八十至九十都曾受過B型肝炎病毒的感染，另一方面在本省成年人約百分之九十都被B型肝炎病毒感染過，而其中有百分之十五至二十成爲帶原者，估計目前台灣地區有三百萬帶原者。國人十大死因中以癌症居首，而其中以肝癌領先，肝硬化則居死亡原因之第六位，其可怕之程度可想而知。

目前由病毒所引起的疾患尙乏特效療法，B型肝炎是一種病毒當然也不例外。欲根除病毒的感染唯有注射疫苗一途，現B型肝炎疫苗已經問世，預防重於治療，政府正在大力推行新生兒注射疫苗，希望十數年後B型肝炎疾患在台灣絕跡。

另一方面對成年人患B型肝炎的病人必須加以治療使其早日復原，但施予治療前要確定其診斷就必須要做B型肝炎血清標記及肝功能的檢查，否則即無從確定。肝炎之診斷固然以肝穿刺做病理診斷最爲重要，但目前來本院接受中醫藥治療的病人多不願做肝穿刺檢查，因之肝炎血清標記及肝功能的檢查成爲不可或缺的工作。

材料與方法

病人血清：

自七十四年六月至七十五年五月底止共檢查肝炎特別門診病人六六五人，其中做五項檢查（HBsAg、Anti-HBs、HBeAg、Anti-HBe、Anti-HBc）者五五八人，行單項檢查者一〇七人，而後者不是我們研究的對象。在病人抽血分離血清後放置於負二〇℃之冰櫃中保存，以備檢查其5種血清標記。

酵素（酶）免疫分析法或稱連酶法（Enzyme-Link-Immuno-Assay）…

全部採用Abbott公司出品之B型肝炎酵素免疫分析的試劑套組（Kit）。Auszyme II檢測表面抗原（HBsAg）、AusAB檢測抗表面抗原抗體（Anti-HBs）、Abbott-HBe I A檢測e抗原抗體（HBeAg、Anti-HBe）、Corzyme抗體核心抗體（Anti-HBc）。按照所附試劑說明書指示的方法檢測及判定，並將檢測結果以不同的血清標記，及其組合模式，以Mushahwar氏B型肝炎病人血清模式加以詮釋。

結 果

共檢視五五八名肝炎病人血清以酵素免疫分析法檢測其B型肝炎病毒血清中五種標記，其結果為表面抗原（HBsAg）陽性者四四四人佔七九·五七%；抗表面抗原抗體（Anti-HBs）一四一人佔二五·二七%；e抗原（HBeAg）陽性者一六三人佔二九·二一%；抗e抗原抗體（Anti-HBs）二五五人佔四五·七〇%；抗核心抗體（Anti-HBc）陽性者五四二人佔九七·一三%見表一。其中HBsAg陽性（+），HBeAg陽性（+）者計一六三人佔二九·二一%；HBsAg陽性（+），Anti-HBs陽性（+），HBeAg陽性（+）計二七人佔四·八四%；HBsAg陽性（+），HBeAg陽性（+），Anti-HBe陽性（+）計二〇人佔三·五八%；而HBsAg陽性（+），Anti-HBs陽性（+），HBeAg陽性（+），Anti-HBe陽性（+），Anti-HBc陽性（+）者計六人佔一·〇八%

血清標記以Mushahwar氏B型肝炎病人血清模式分型，共分為十五種模式（表二），我等於去年及今年發現Mushahwar氏模式並不完全，因為我們檢測結果有的不包括在Mushahwar模式內，需按五種血清標記

之陰、陽性結果，另外加以詮釋。檢驗結果，依該模式分類及詮釋下表（表三）。如

表一 B型肝炎病人五種血清標記陽性率

各項肝炎	陽性數	% 值
HBsAg (+)	444/558	79.57 %
Anti-HBs(+)	141/558	25.27 %
HBeAg (+)	163/558	29.21 %
Anti-HBe (+)	255/558	45.70 %
Anti-HBc (+)	542/558	97.13 %

表二、Mushahwar氏B型肝炎病人血清模式及其詮釋

List of Possible Pattens 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，病人血清由HBsAg轉變為Anti-HBs具有中等度的傳染性。

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在急性感染者過程中，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。

模式Ⅶ：(Anti-HBc +)

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4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。

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)。

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免疫球蛋白種類即Anti-HBcM與Anti-HBcG種類的效價而區別其為現時或最近所感染。

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，而未被傳染，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)，由一貫的研究顯示在缺乏其他的血清標記，而Anti-HBe單獨存在情況下。

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，但兩者皆無大量出現。

屬模式IV者七三人，表示為急性或慢性肝炎；屬模式IX者二五人，表示為急性肝炎恢復期，無傳染性，對B型肝炎病毒 (HBV) 具抵抗力，屬模式XV者二七人，表示為一種循環免疫複合症；屬模式V者計二〇人，表示為急性或慢性B型肝炎，血清中HBsAg轉變為Anti-HBs，僅具中等度傳染性；屬模式VI者計一六八人，表示為急性或慢性B型肝炎，具低等度傳染性；屬模式VII者計廿一人，表示為非活動性帶原者，HBsAg在測出量以下，HBsAg將消失，但Anti-HBs尚未產生；屬模式III者計一二三人，表示為急性或慢性肝炎或為HBV帶原者，以快速度繁殖複製，傳染力特強；屬模式VIII者計九人，表示現時或最近被HBV感染，以Anti-HBcM或G可以測出是否為現時或最近被感染；屬模式X者計四六人，表示為急性B型肝炎恢復期，不具傳染性，對HBV具抵抗力；屬模式XI者計十三人，表示為免疫注射後現象，表示有免疫力；屬模式I者計三人，表示為急性B型肝炎潛伏後期。

另外有十四人爲HBsAg (+) , HBeAg (+) , Anti-HBc (+) , Anti-HBe (-) , Anti-HBs (+) , 但Mushahwar 氏未將此列於其模式內，此表示已具有免疫力；另有十人爲HBsAg (+) , HBeAg (-) , Anti-HBc (+) , Anti-HBe (-) , Anti-HBs (+) , 此表示已具免疫力，Mushahwar 氏亦未將此包括於其模式內（表三）。

表三 558 位肝炎病人血清以Mushahwar 模式分析結果

1985 年																	1986 年					合計	模式	可能之診斷意義
HBsAg	HBcAg	Anti-HBc	Anti-HBe	Anti-HBs	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月								
+	-	+	-	-	10	7	6	7	8	5	4	12	6	2	2	4	73	IV	為急性或慢性肝炎。					
-	-	+	+	+	0	7	3	1	3	1	1	0	0	4	4	1	25	IX	急性肝炎恢復期無傳染性，對B型肝炎病毒表（HBV）具抵抗力。					
+	-	+	-	+	0	4	1	2	0	2	0	3	3	3	4	5	27	XV	表與病人AHBsAg及Anti-HBs的一種循環免疫複合症兩者皆無大量存在。					
+	+	+	-	+	0	0	2	4	3	3	0	1	0	1	0	0	14		表已有免疫力。					
+	+	+	+	-	1	0	0	2	2	2	0	0	1	4	7	1	20	V	為急性或慢性B型肝炎血清中HBsAg轉變為Anti-HBs 僅具中等度傳染性。					
+	+	+	+	-	6	21	19	24	18	12	7	15	11	7	12	16	168	VI	為急性或慢性B型肝炎具低等度傳染性。					
-	-	+	-	-	2	3	4	3	1	1	1	0	2	1	2	2	21	VII	為非活動性帶原者HBsAg在測出量以下，HBsAg將消失，但Anti-HBs尚未產生。					
+	+	+	-	-	3	14	12	13	10	13	15	10	14	5	4	10	123	III	為急性或慢性肝炎或為HBV帶原者，以快速繁殖複製，傳染性特強。					
-	-	+	+	+	1	0	2	2	0	2	0	0	0	1	0	0	9	VIII	表現時或最近被感染，檢查Anti-HBc可知或表為急性B型肝炎恢復期，不具傳染性，本人對HBV具抵抗力。					
-	-	+	-	+	5	7	6	4	6	3	2	5	2	3	1	2	46	X	為免疫注射後現象，表有免疫力。					
+	-	+	-	+	1	0	3	1	2	0	4	1	0	1	0	0	13	XI	已具免疫力。					
+	-	+	-	+	3	0	1	0	2	1	1	1	0	0	0	1	10							
+	-	-	-	-	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	I	急性B型肝炎潛伏後期。					
+	+	+	+	+	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2	0	6							
合 計					32	67	63	63	58	45	36	48	39	35	40	43	558							

討 論

我等檢測的B型肝炎病人血清五種標記結果如上述，但正常人其五種血清標記又如何，極少有報告，劉靜月等於民國七十二年一月七日至三月十五日間在台北市立婦幼綜合醫院共檢測生產的產婦一、〇六一人的B型肝炎五種血清標記，其結果是HBsAg (++)陽性者一九〇人，佔一七·九一%，Anti-HBs (++)陽性者七三〇人，佔六八·八〇%，HBeAg (++)陽性者七三人，佔六·八八%，Anti-HBe (++)陽性者三三六八，佔三一·六%，Anti-HBc (++)陽性者八一二人佔七六·五三%。見表四。

本人於七十二年四月間在台北國立護專附設婦幼中心共檢測五〇六名正常孕婦血清中B型肝炎五種血清標記(尚未發表)，其結果HBsAg (++)陽性者九六八，佔十八·八%，Anti-HBs (++)陽性者三二五人佔六二·一%，HBeAg (++)陽性者四一人，佔八·三%，Anti-HBe (++)陽性者七五人，佔十四·八%，而Anti-HBc (++)陽性者三九九人，佔七八·八五%

。見表五。

我等檢測五〇六位孕婦與劉氏一〇六一產婦檢測結果，除Anti-HBe外，其他四種標記相差甚微，在統計學上無任何差異，但我等所測HBeAg (++)陽性者為八·三%，Anti-HBe為十四·八%，而劉氏測得則分別為六·八八%及三一·六七%，這可能是與Anti-HBe產生及HBeAg 之消失先後有關。

另外我等對五〇六位孕婦也檢測其抗A型肝炎病毒抗體G感染情形(Anti-HAV IgG)感染的情形結果有四六五位為陽性佔九三·四%，劉氏報告對此未作檢查，可能是中國人大半在其一生中均受過A型肝炎病毒(HAV)的感染，不過HAV沒有帶原者，也不會發生肝硬化及肝癌等致命的疾患。

對正常孕婦之研究顯示：HBsAg (++)陽性(即帶原者)為一八·九%；Anti-HBs (++)陽性者六一·一%，HBeAg (++)陽性者八·三%，Anti-HBe (++)陽性者一四·八%；而Anti-HBc (++)陽性者為七八·八五%。而本院B型肝炎病人HBsAg (++)陽性率為七九·五七%，Anti-HBs (++)陽性者為二

五·一七%，HBeAg（+）陽性者為二七·二一%，Anti-HBe（+）陽性者四五·七〇%，而Anti-HBc（+）陽性者為九七·一三%，由此可見B型肝炎病人其帶原率之高令人驚異。

結合中，西醫的智慧和力量對此等病人加以治療，使病人增強其免疫力，產生Anti-HBs 抗體而不致發病，是我們研究的目標所在。

表四 1061 位正常產婦 B 型肝炎病毒五種血清標記陽性率

各項抗原	陽性數	%值	陽性數目	%值
HBs Ag			190/1061	17.91
Anti-HBs			730/1061	68.80
HBeAg			73/1061	6.88
Anti-HBe			336/1061	31.6
Anti-HBc			812/1061	76.53

（依據劉靜月報告）

表五 506 位正常孕婦 B 型肝炎病毒五種血清標記陽性率

各 項 肝 炎	陽性數 %值	陽 性 數 目	% 值
HBsAg (+)		96/506	18.8 %
Anti-HBs (+)		315/506	62.2 %
HBeAg (+)		42/506	8.3 %
Anti-HBe (+)		75/506	14.8 %
Anti-HBc (+)		399/506	78.85 %

(依據王貴譽報告)

參考文獻

- 1 Fon-Jou Hsieh, Su-Ou Hsieh, kwei-Yu Wang, Hepatitis B Surface Antigen in Pregnant Woman, Chinese J. Microbiology, 12:1-5, 1979
- 2 胡小婷, 謝素娥, 王貴譽, 劉武哲, 用連酶法測定 B 型肝炎病毒表面抗原, Chinese J. Microbiology, 12:162-164, 1979
- 3 R. P. Beasley, Lu-Yu Hwang, Chin-Chin Lin, Cladde Stevens and kwi-Yu Wang, Hepatitis B Immune globulin (HBIG) Efficacy in the Interruption of Perinatal Transmission of Hepatitis B Virus Carrier State. The Lancet Aug, 22, 1981
- 4 R. P. Beasley, Lu-Yu Hwang, Cladde E. Stevens, Chia Chin-Lin, Fon-Jou Hsieh and kwei-Yu Wang, Efficacy of Hepatitis B Immune Globulin for Prevention

- of Perinatal Transmission of the Hepatitis B Virus Carrier State: Final Report of a Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial, *Hepatology*. Vol 3, No. 2 : 135-141, 1983
- Shiow-Feng Liu, Kwei-Yu Wang and Wu-Tse Liu, Separation of Hepatitis B Surface Antigen (HBsAg) From Human Saliva, *China Med. J.* : 30:239-246, 1982
- Jaw-Ching Liao, I-Fan Liou, Kung-Tung Chen, Shiow-Fen Liu, Kuei-Yu Wang and Wu-Tse Liu, The correlation of HBsAg and e Antigen in Young Adult Chinese Males, *Chin Med. J.* 32: 344-7, 1983
- Isa K. Mushahwar and Jules L. Dienstag, Interpretation of Various Serological Profiles of Hepatitis B Virus Infection, *Am J. Clin. Path.* Vol 76, No. 6 Dec, 1981
- Jay H. Hoofnagle, Serologic Markers of Hepatitis B. *Virus Infection*, *Arm*, Rev, Med. 32:1-11, 1981
- Jing-Yueh Lin, Hui-Chin Sun, Liang-Chu Hsu, Yu-Mei Chang, Chan-Ching Lin, Chung-Lin Chen, Prevalence of HBV Serological Markers in Parturients in Taipei Area, *J. Formosan Med Ass.* Vol 83, No. 5:430-435, May, 1984
- Isa K. Mushahwar and R.H. Decker, Interpreting Hepatitis B Markers Hepatitis Forum, *Abbott*, Winter 1983 / 1984
- 王貴譽：五〇六正常孕婦B型肝炎病毒五種血清標記之出現率（尚未發表個人資料）
（本項研究工作承鄒春琴小姐協助謹致謝意）
- of Perinatal Transmission of the Hepatitis B Virus Carrier State: Final Report of a Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial, *Hepatology*. Vol 3, No. 2 : 135-141, 1983
- Shiow-Feng Liu, Kwei-Yu Wang and Wu-Tse Liu, Separation of Hepatitis B Surface Antigen (HBsAg) From Human Saliva, *China Med. J.* : 30:239-246, 1982
- Jaw-Ching Liao, I-Fan Liou, Kung-Tung Chen, Shiow-Fen Liu, Kuei-Yu Wang and Wu-Tse Liu, The correlation of HBsAg and e Antigen in Young Adult Chinese Males, *Chin Med. J.* 32: 344-7, 1983
- Isa K. Mushahwar and Jules L. Dienstag, Interpretation of Various Serological Profiles of Hepatitis B Virus Infection, *Am J. Clin. Path.* Vol 76,

四中藥治療慢性B型肝炎之病理學觀

II 肝細胞再生能力之研究

病理學科 朱康初

摘要

本實驗係以中藥治療慢性B型肝炎患者，然後以肝穿刺取出肝組織作病理研究，再以對照組（慢性B型肝炎患者，以西醫方式治療）做比較。

本實驗結果，發現用中藥治療之患者肝細胞再生能力較對照組強二·二倍，顯示某些中藥確具有促進肝細胞再生之能力。

對於肝炎治療之原則，一為抑制或消滅肝炎病毒；一為促進肝功能之恢復，目前西醫尚無任何一種藥物可以抑制或消滅肝炎病毒，亦無藥物可以促進肝功能之正常化。而本實驗發現某些中藥具有促進肝細胞再生的能力，亦即促進肝功能之正常化，對肝炎之治療開創新猷，值得進一步加強研究。目前要解決者有兩個問題，一是分析中藥之藥理，以瞭解何種藥物具有促進肝細胞再生能力，另一問題是進行動物實驗以證實中藥確有促進

肝細胞再生之能力。要解決此兩重要問題必須要有較長的時間，投入較多的人力與物力。

前言

本文係繼續以病理學之觀察，研究中藥治療慢性B型肝炎所產生的特殊變化。在前文中吾人發現經中藥治療後之慢性B型肝炎患者做肝臟切片檢查時，其肝細胞再生能力較用現代醫學方法治療之患者為強¹。經過一年加强的研究，更深一層證實吾人之發現，此點頗值得鼓舞。若能投入更多的人力與物力，或可對中藥治療肝炎之效果作一肯定的結論。

同樣吾人亦可在多種現代醫學所不能解決的問題上，以中國醫藥為經，以現代科學為緯，作科學化的研究，將可解決現代醫學上的難題，亦可發揚中醫藥之真諦，當然此項重大工作，尚須仰賴政府之大力支持，庶可早日達到中醫藥之科學化。

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6μ厚之切片，固定於玻片上，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，冰凍切片作脂肪染色等。

結 果

本實驗之實驗組中，收集肝臟標本二十二例，其中有二十例僅作一次肝臟穿刺，皆在服藥後半年至一年間作穿刺之檢查，有兩例作過兩次肝臟穿刺，故共計二十四依標本。從病理檢查中十例為慢性持續性肝炎（CPH）（圖一）、十一例為慢性活動性肝炎（CAH）（

圖二)、一例爲肝硬化(圖三),其中有兩例慢性持續性肝炎曾作過兩次穿刺,第二次穿刺皆變爲極輕微的慢性持續肝炎。

在對照組中收集了二十七例肝臟標本,其中十二例爲慢性持續性肝炎,十一例爲慢性活動性肝炎,兩例爲肝硬化,兩例爲正常肝臟。

(表一)

病理 診斷	組 別	實 驗 組	對 照 組
慢性持續性肝炎		一〇	一二
慢性活動性肝炎		一一	一一
肝 硬 化		一	二
無病理變化		〇	二

在切片中,肝細胞再生現象仍然出現在實驗組與對照組的一些病例中,但肝細胞再生的程度各有不同,茲將肝細胞再生的程度分級如下,以便作對照及比較:

1. Negative..表示無再生現象。

2. Trace..表示有少許再生現象(0—1/H P)

3. +:表示有顯著之再生現象(1—2/H P)
 4. ++:表示再生現象甚爲顯著(3—5/H P)
 5. +++:表示再生極強(超過5/H P)

在實驗組中,肝細胞再生現象如下:

Negative者7例, Trace者3例

+者3例, ++者8例, +++者1例

對照組中,肝細胞再生現象如下:

Negative者十三例, Trace者六例

+者4例, ++者2例, +++者無

茲將肝細胞再生現象列表比較如下(表二)

再 生 現 象 / 組 別	實 驗 組	對 照 組
Negative	七 三三·一%	一三 五二·五%
Trace	三 一一·三·六%	六 二五·五%
+	三 一一·三·六%	四 一六·六%
++	八 三六·三%	二 八·八%
+++	一 四·五%	〇 〇·〇%

包括實驗組和對照組在內，只有一例肝細胞再生現象爲（十十），此例爲實驗組中一慢性持續性肝炎患者，此例之肝細胞再生現象極爲顯著，在顯微鏡下觀察時，每一高倍鏡下皆可看到十個以上的再生肝細胞，再生的肝細胞皆呈現雙核細胞（圖四），每一個再生的肝細胞都已分裂成兩個完整的細胞核，以便分裂成兩個肝細胞，而達到肝細胞再生的目的。

討 論

慢性B型肝炎是由B型肝炎病毒所引起，在臨床與病理學上可分爲慢性持續性與慢性活動性肝炎⁽²⁾。在病理學上，持續性肝炎僅有局限性淋巴球浸潤、局限性肝細胞壞死、輕微的小葉間纖維組織增生，而活動性肝炎則有較顯著的肝細胞壞死，散在性大量的淋巴球浸潤，此等變化常常造成小葉與小葉之間的聯貫性病變，而一般稱之爲橋狀壞死，小葉間纖維化亦甚顯著⁽³⁾。此兩種肝炎前者大致上趨向痊癒的方向，而後者則顯示炎症尚停留在破壞性階段，此型肝炎若向好的方向進行則可成爲持續性肝炎而漸漸痊癒，但也可繼續惡化而造成肝硬化或

急性肝臟萎縮而導致死亡。⁽⁴⁾

任何破壞性肝病，包括肝炎與肝硬化在內，肝臟組織一面遭到破壞，一面則有再生現象。⁽⁵⁾肝細胞再生能力比體內任何細胞之再生力都強，若再生的肝細胞超過破壞的肝細胞，則肝病向痊癒的方向進行，若再生的肝細胞速度慢於破壞，則肝病將趨向惡化。肝細胞再生的能力是一種自然現象，但再生的能力則因人而異，其原因甚爲複雜，一般講來，與種族、性別、年齡、身體健康狀況、以及外來因素皆有關係，故肝細胞之再生能力亦因人而異。⁽⁶⁾

肝炎是一種破壞性疾病，但一般病毒性急性或慢性肝炎因其破壞的能力不強，而肝細胞再生力却甚爲顯著，故大多數肝炎患者皆可痊癒。⁽⁷⁾至於目前醫學對肝炎治療之原則有二，一爲消滅原因，二爲恢復肝臟功能，前者即應用抑制或殺死肝炎病毒之藥物，後者則應使用促進肝細胞再生的藥物，但目前西方醫學既無抑制或殺死肝炎病毒之藥物，亦無促進肝細胞再生之藥物，故目前西方醫學上對肝炎之治療僅限於保守療法，增進患者一般之身體狀況而等待其自癒。⁽⁸⁾

本實驗經連續兩年的觀察，發現中藥雖尚無強烈證據可以證明有抑制或殺死肝炎病毒之能力，但某些中藥確有促進肝細胞再生之功能，從表二中顯示，實驗組中有明顯肝細胞再生能力之患者（包括+，++，+++）佔所有患者之五四·四%，而對照組有明顯肝細胞再生能力之患者佔有患者之二四%，故實驗組患者肝細胞再生能力與對照組相比為二·二比一。由此比例來看，在臨床上確有相當之價值，亦可顯示某些中藥可以促進肝細胞之再生。但由於實驗之時間太短，而中藥之種類與性能尚未確定，故中藥治療慢性B型肝炎尚處於初步之臨床觀察，猶得進一步作中藥之藥理分析，再進行動物實驗，將不難瞭解中藥治療慢性B型肝炎之確切功效。

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 Redeken, A.G.: Chronic hepatitis, *Mad. Clin*, N. Amer. 65:787, 1976

3 Ishak K.G.: Light microscopic morphology of viral hepatitis, *Am. Clin Path*, 65:787, 1976

4 Lipman To, Seaff LS, Doffins WO: Chronic active hepatitis prolonged survival without treatment, *Am. J. Dig Dis* 22:43, 1977

5 Neftzger MD, Chalmer TC: The Treatment of acute infectious hepatitis, *Am J. Med*, 35:299, 1963

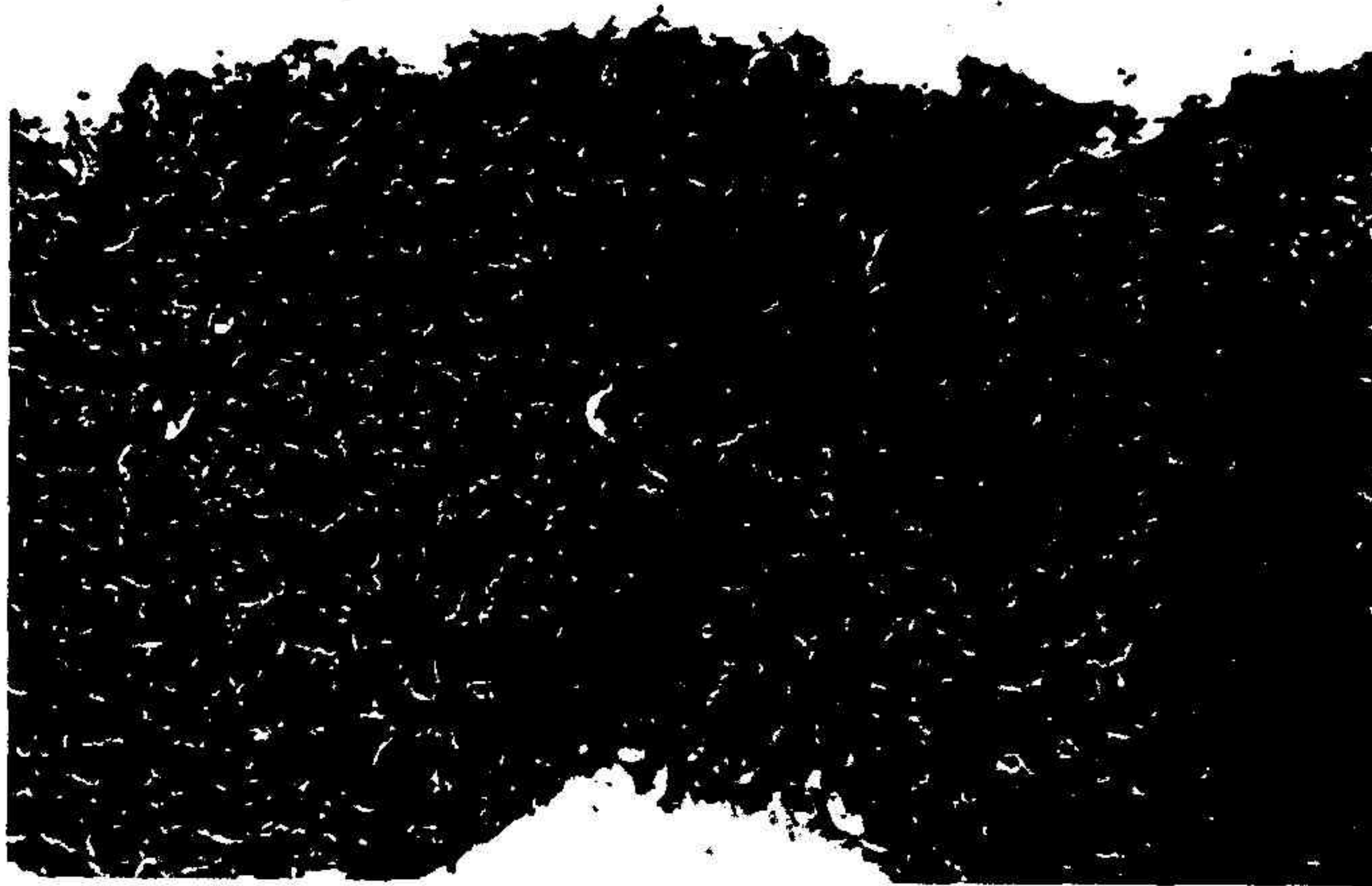
6 Wright EC, Shett LB, Berk PD: Treatment of chronic active hepatitis, *Gastroenterology*, 73:1422, 1977

7 Sansonno DE. Leadro G., Detormaso P.: Serum binding activity for human albumin polymers in acute and chronic viral hepatitis, *Hepato-gastro-enterology*, 32: ~ 95。

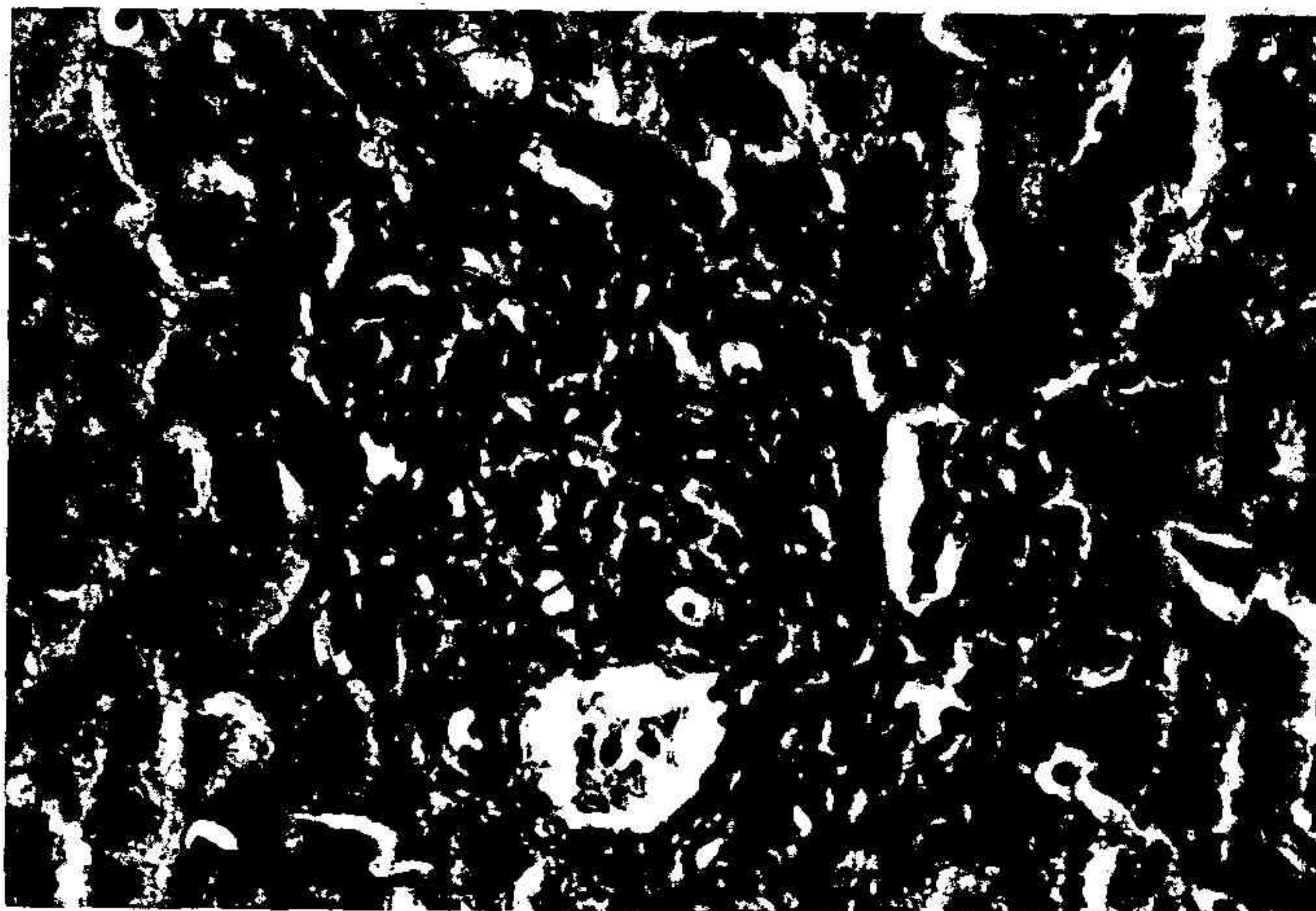
226, 1985

8 Chalmers TC, Eckhardt RD, Regnolds WE
: The treatment of infectious hepatitis
controlled studies of the effects of diet
, rest, and physical reconditioning on
the acute cause of the disease and the
incidence of relapses and residual abnorm-
alities, J. Clin, Invest, 74:1163 1985

(本項研究工作承林彩婉，陳蕙芬，溫寶香各位小
姐協助，謹致謝意)



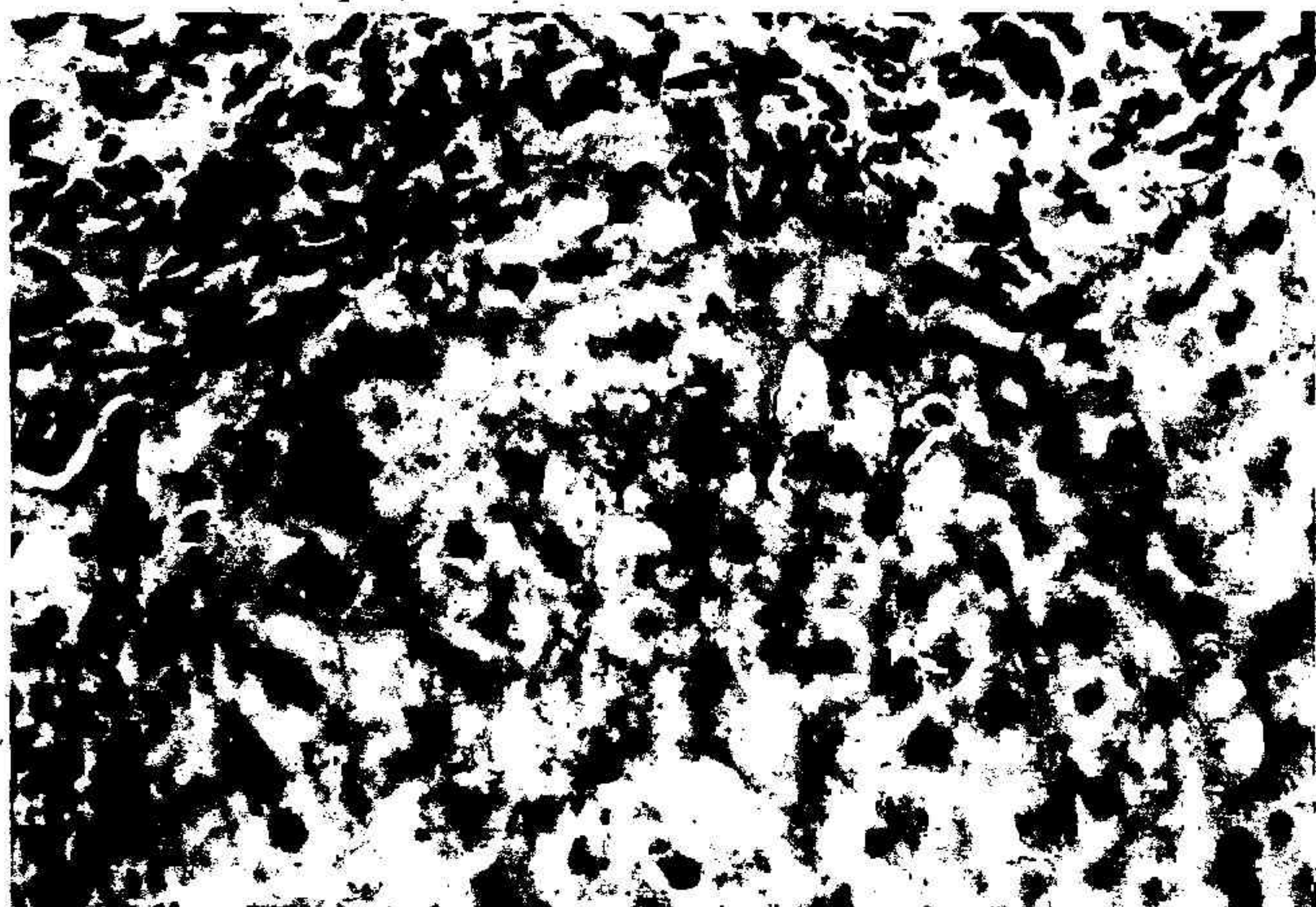
圖一：(A) 慢性持續性肝炎，在門脈區有局限性的淋巴球浸潤，肝細胞沒有壞死，H & E, X160。



圖一：(B) 同上，X480。



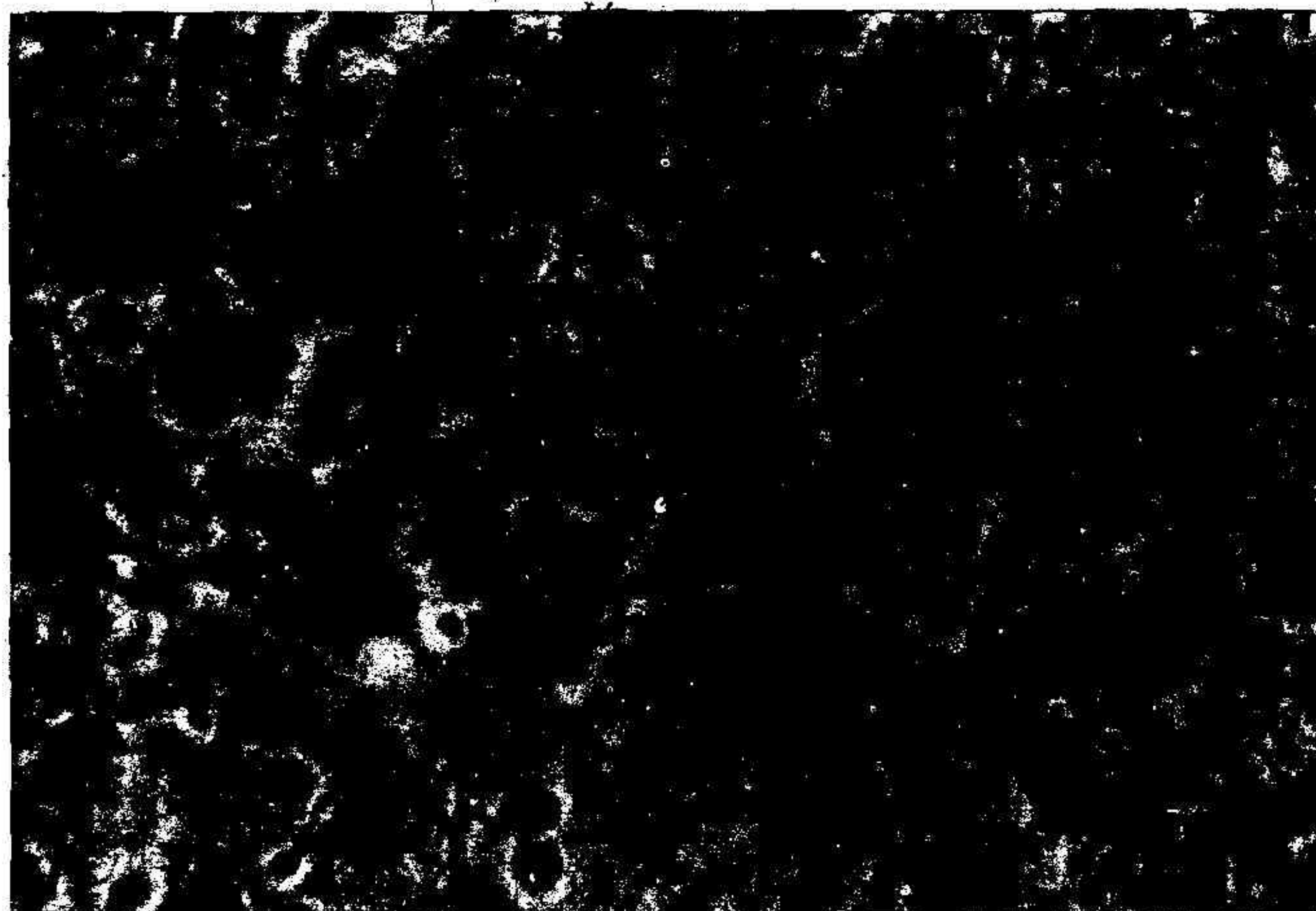
圖二：(A) 慢性活動性肝炎，肝細胞有廣泛性壞死，被淋巴球代替，橫跨小葉之間稱之為橋狀壞死，H & E, X160。



圖二：(B) 同上，X480。



圖三：肝硬化，圖中顯示肝細胞，被纖維組織所圍繞，成為結節狀，H & E, X480。



圖四：肝細胞再生現象，圖中有許多雙核細胞，即為再生的肝細胞，H & E, X480。

前言

台灣地區最嚴重的一個醫療問題即為B型肝炎，據統計全世界約有一億多人口為B型肝炎帶原者，而其中約四分之三分布在亞洲，且台灣地區人口中約百分之九十都曾在十四歲以前感染過B型肝炎，並有近五分之一的成人人口為B型肝炎帶原者。目前西醫方面治療肝炎的方法包括消極的休息、充分攝取營養；免疫抑制法以及最近發展尚在實驗階段的抗病毒藥物和干擾素。然而此等藥物之療效不顯著，有副作用，且多在試驗階段，尚乏肯定的結論。易言之即現代醫學仍缺乏適當的藥物治療法，因之尋找有效且副作用少之治療肝炎藥物，將是刻不容緩的事。而我國歷來一脈相傳之醫藥有悠久的歷史，由先人經驗、智慧所累積之中藥方劑將可供治療肝炎用。

本研究就本院附設醫院肝炎特別門診用於治療肝炎之中藥方劑： H_1 （枳實梔莖湯）、 H_2 （丹梔逍遙散）、 H_3 （甘露飲加味）、 H_4 （蠶桑合劑）及 H_5 （清葉天士方）等五種方劑給予高膽固醇飼料誘發高血脂之雄性大白

（五）治療肝炎用中藥方劑對於實驗性高血脂大白鼠之影響

中國藥學研究所 謝明村
檢驗科 王貴譽

摘要

本研究係探討肝炎特別門診用於治療肝炎之 H_1 、 H_2 等五種方劑對於實驗性高血脂大白鼠之影響。以血清中膽固醇、三甘油脂、高密度脂蛋白、SGOT及SGPT等濃度之變化為作用之指標，俾進一步瞭解其對於肝功能之影響。

實驗結果僅 H_1 或 H_2 能降低高血脂大白鼠血清中膽固醇，提升高密度脂蛋白及降低SGOT濃度。由以上結果顯示： H_1 或 H_2 可能阻斷膽固醇及三甘油脂回肝臟代謝排泄，使罹患冠狀動脈硬化之機會減少，及使肝功能趨於正常。

鼠，以實驗探討 $H_1 \sim H_5$ 對高血脂大白鼠血清中Cholesterol, Triglyceride, HDL-C, SGOT及SGPT高濃度之影響，做為中藥對肝炎療效研究之一端。

材料與方法

一、材料：

用於本實驗之中藥方劑有下列五種：

H_1 ：枳實梔鼓湯

H_2 ：丹梔逍遙散

H_3 ：甘露飲加味

H_4 ：蠶桑合劑

H_5 ：清葉天土方

以上方劑皆由順天廠製成濃縮劑，用以治療肝炎病人或做動物實驗。

二、實驗方法：

(一)以體重一八〇～二〇〇g之雄性大白鼠分3組，為對照組Ⅰ（給予正常飼料8週；實驗組Ⅱ飼以高膽固醇飼料，連續餵8週；實驗組Ⅲ以高膽固醇飼料給予8週，但從第4週起給予分為5群，個別口服

H_1 、 H_2 、 H_3 、 H_4 、 H_5 五種方劑其劑量為1g/kg，每天1次，至第8週。

(二)高膽固醇飼料中含有Cholesterol 2%及Cholic acid 〇.五%，（即福壽牌飼料1〇〇〇g，Cholesterol (Hayashi) 110g，Cholic acid (sigma) 5g，花生油1〇〇〇g混合均勻）(3)，(4)。

實驗中每週固定時間以Pentobarbital麻醉後抽取各組（每群六隻）大白鼠之下腔主動脈取出血液，以測定血中Cholesterol, Triglyceride, HDL-C, SGOT及SGPT之濃度，連續至第8週。

(三)總膽固醇及SGOT、SGPT之測定方法

對於高血脂大白鼠各別給予治療肝炎用中藥 $H_1 \sim H_5$ 各組方劑，其血清中總膽固醇、SGOT、SGPT之測定方法如下：

- 1 Cholesterol ..以強酸直接作用，產生顏色反應，即Liebermann-Burchard反應測定。
- 2 Triglyceride ..酵素法，利用glycerol-3-

phosphate-Oxidase 作用方法測定。

3 HDL-C 以鎂離子 (Mg) 沈澱法測定。

4 Alk-Phosphatase 以 Bessey-Lowry-Brock 法測定。

5 SGOT 以 Reitman-Frankel 呈色法測定。

6 SGPT 同上。

結果

一、對於 Cholesterol 之影響

雌性大白鼠飼以高膽固醇飼料，第2週起膽固醇含量皆有顯著升高，第4週起分別口服 H_1 、 H_5 五種方劑，其結果如圖1所示，給藥後血液中 Cholesterol 之濃度， H_5 在第六週 ($P < 0.05$)，第八週 ($P < 0.01$) 呈現顯著的下降，且 H_5 在第8週 ($P < 0.05$) 亦呈現下降，其他方劑對於血液中 Cholesterol 之變化在統計學上無意義。

二、對於 Triglyceride 之影響

雌性大白鼠以高膽固醇飼料，第4週起分別口服 H_1 、 H_5 五種方劑，其結果如圖2所示大白鼠血液中，Triglyceride 含量無統計學上之意義。

三、對於 HDL-C 之影響

雌性大白鼠飼以高膽固醇飼料第2週起，HDL-C 含量下降，第4週分別口服 H_1 、 H_5 五種方劑，其結果如圖3所示 H_5 及 H_5 使血中 HDL-C 濃度在第8週呈現顯著上升現象 ($P < 0.05$)，其他方劑則無統計學上的意義。

四、對於 SGOT 之影響

雌性大白鼠飼以高膽固醇飼料，第4週起 SGOT 之含量有顯著上升現象，第4週分別口服 H_1 、 H_5 五種方劑，其結果如圖4所示，給藥後血液中 SGOT 之濃度 H_5 在第6週 ($P < 0.05$)，第8週 ($P < 0.01$) 呈現下降現象，且 H_5 在第6週 ($P < 0.001$)，第8週 ($P < 0.05$) 亦呈現顯著下降，其他方劑則在統計學上無意義。

五、對於 SGPT 之影響

雌性大白鼠飼以高膽固醇飼料，第1週起 SGPT 濃度，有微上昇現象，但乏統計學上意義。第4週起分別口服 H_1 、 H_5 五種方劑，其結果如圖5所示，給藥後血液中 SGPT 濃度 H_5 在第6週呈現上升現象，

但因偏差大，所以缺乏統計學上之意義；其他方劑在統計學上亦無意義。

討 論

中國臨床上治療黃疸、肝硬化、高血壓及動脈硬化症等之方劑中均含有柴胡、黃芩、枳實、生薑等藥材。而治療肝炎之處方中亦含有上述藥材。依齋藤及澁谷之研究報告中指出柴胡中 Saikosaponin 會抑制中性脂肪的吸收⁽⁵⁾；因此本院肝炎特別門診所用之方劑是否會影響血清中血脂質之濃度，為本實驗研究之重點。

從本實驗結果 H_2 及 H_3 二種方劑能使高血脂大白鼠之膽固醇下降，又能使高密度脂蛋白上昇。據許多專家報告指出，血清中膽固醇及三甘油脂之含量與血管動脈硬化疾病之發生率有正性平行關係；而血清中高密度脂蛋白之含量與其負有性平行關係。亦即血清中膽固醇及三甘油脂之濃度可加速形成動脈血管之硬化，高密度脂蛋白之濃度有保護動脈血管硬化之作用。由本實驗顯示， H_2 及 H_3 能提升高密度脂蛋白，即可能從週邊組織將膽固醇及三甘油脂帶回肝臟，代謝排泄，故能使罹患冠狀動

脈硬化之機會減少，肝功能趨於正常。又從本實驗得知 H_2 及 H_3 方劑降低高血脂大白鼠血清中膽固醇比三甘油脂更顯著，所以 H_2 及 H_3 二種方劑可能有阻斷三甘油脂與膽固醇合成之途徑。然本實驗對於 SGOT 濃度有顯著下降，但對於 SGPT 却無影響，其機轉則有待進一步探討。

參考文獻

1. 吳昭新等，B 型肝炎病毒在台灣感染情況之研究。台灣醫學雜誌 79: 767, 1980.
2. 蔡養德、王觀瑜，抗肝炎病毒藥物的新趨勢。臨床醫學 12(1): 72 ~ 79, 1983.
3. 楊渝珍、程舸、孫家壽、奇數碳中鏈脂酸對食物膽固醇誘導的大白鼠血清脂質和脂蛋白含量的影響。Acta Academiae Medicinae WUHAN 3: 85 ~ 86, 1982.
4. 陳介甫、陳正益、蔡輝彥、張惠玲，十一種台灣市售中藥之藥理作用研究，中國醫藥學院研究年報，十一期，一九八〇。
5. 齋藤、澁谷、柴胡中 Saikosaponin 對中性脂肪吸收

之影響，東京醫科大學雜誌 40(4)，1982。
 (本項實驗工作承林俊男先生及檢驗科王育英先生
 、張淑齡小姐協助謹致謝意)

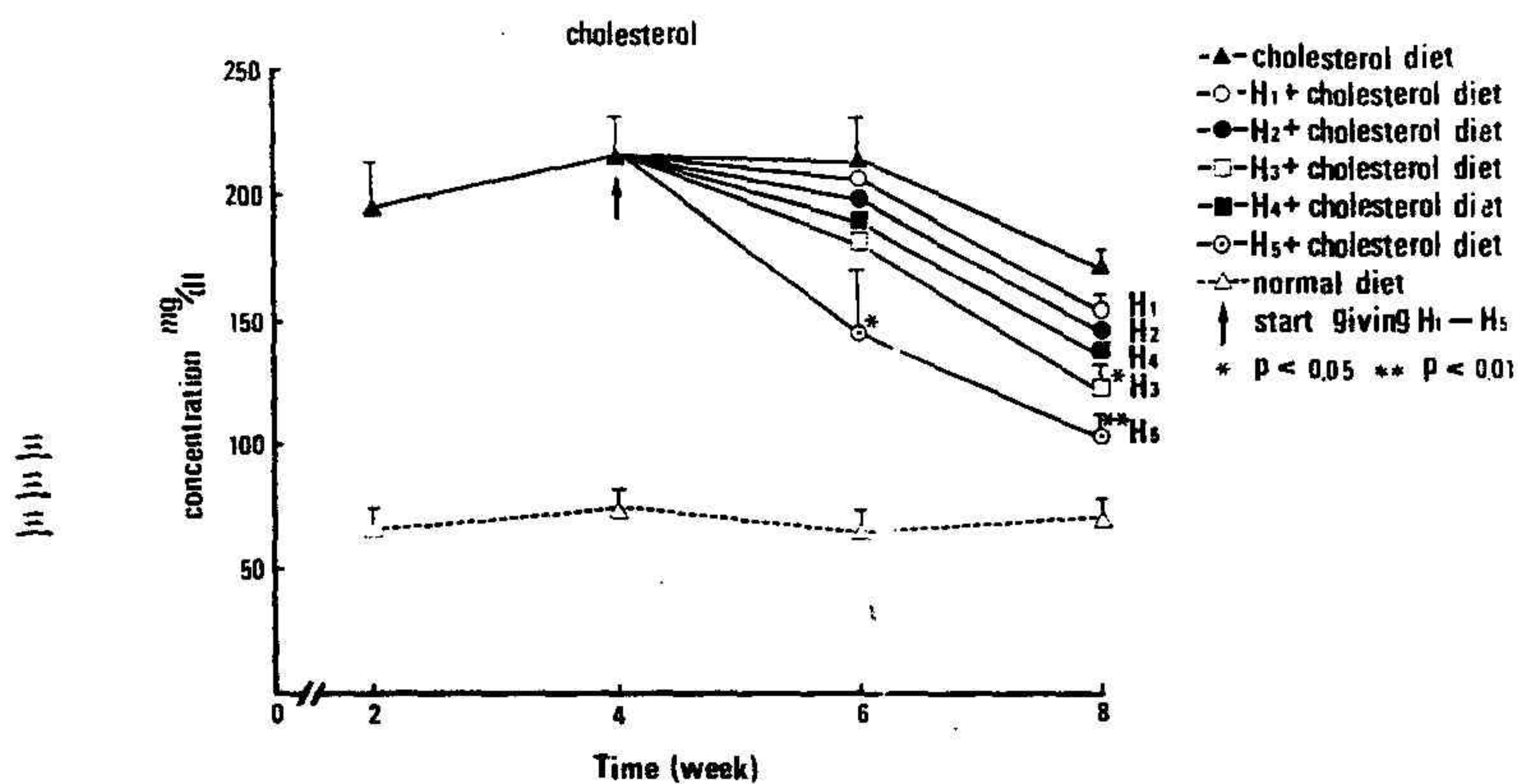


Fig.1 Effects of H₁,H₂,H₃,H₄,H₅on serum cholesterol in rats

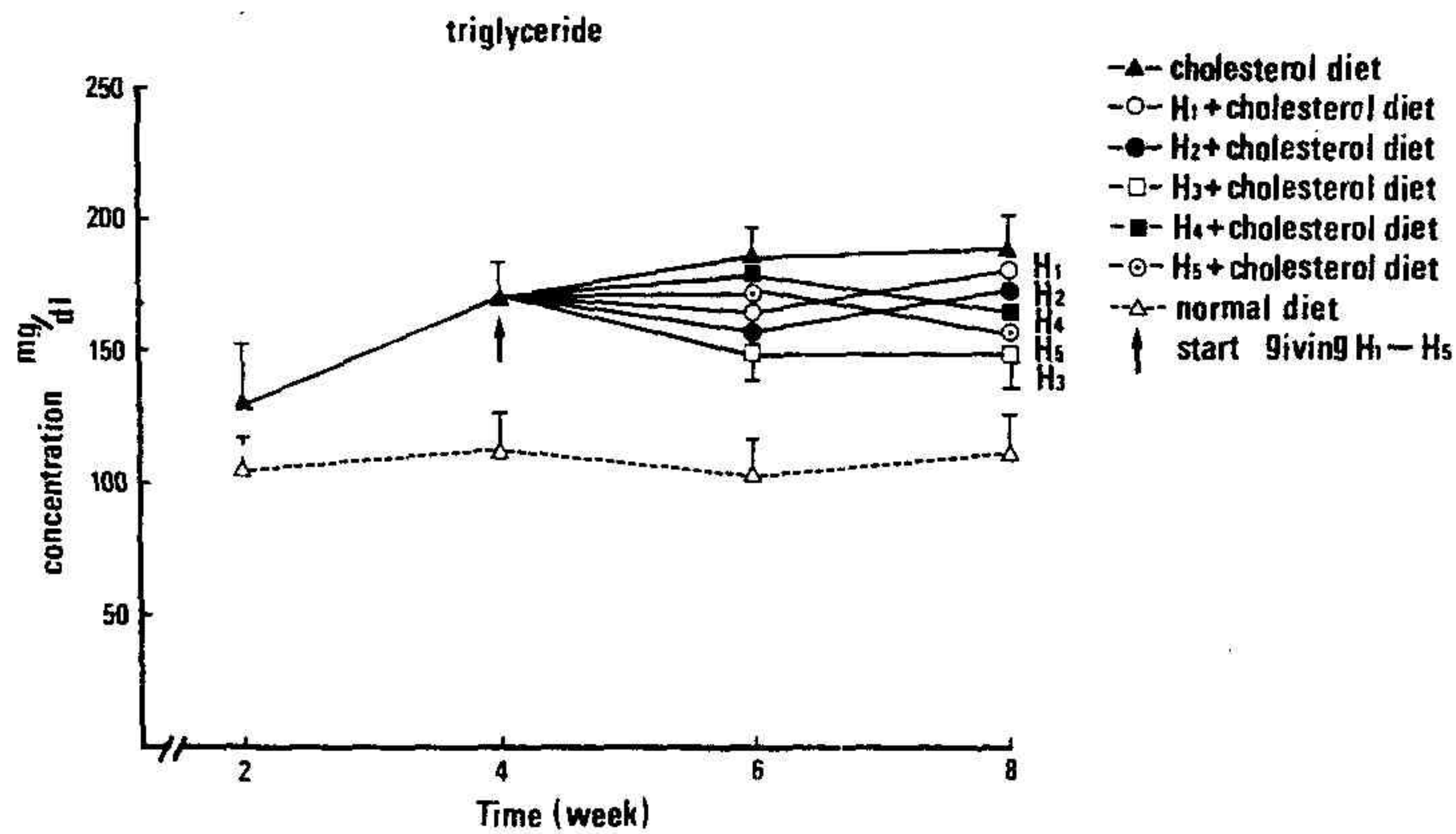


Fig. 2 Effects of H₁, H₂, H₃, H₄, H₅ on serum triglyceride in rats

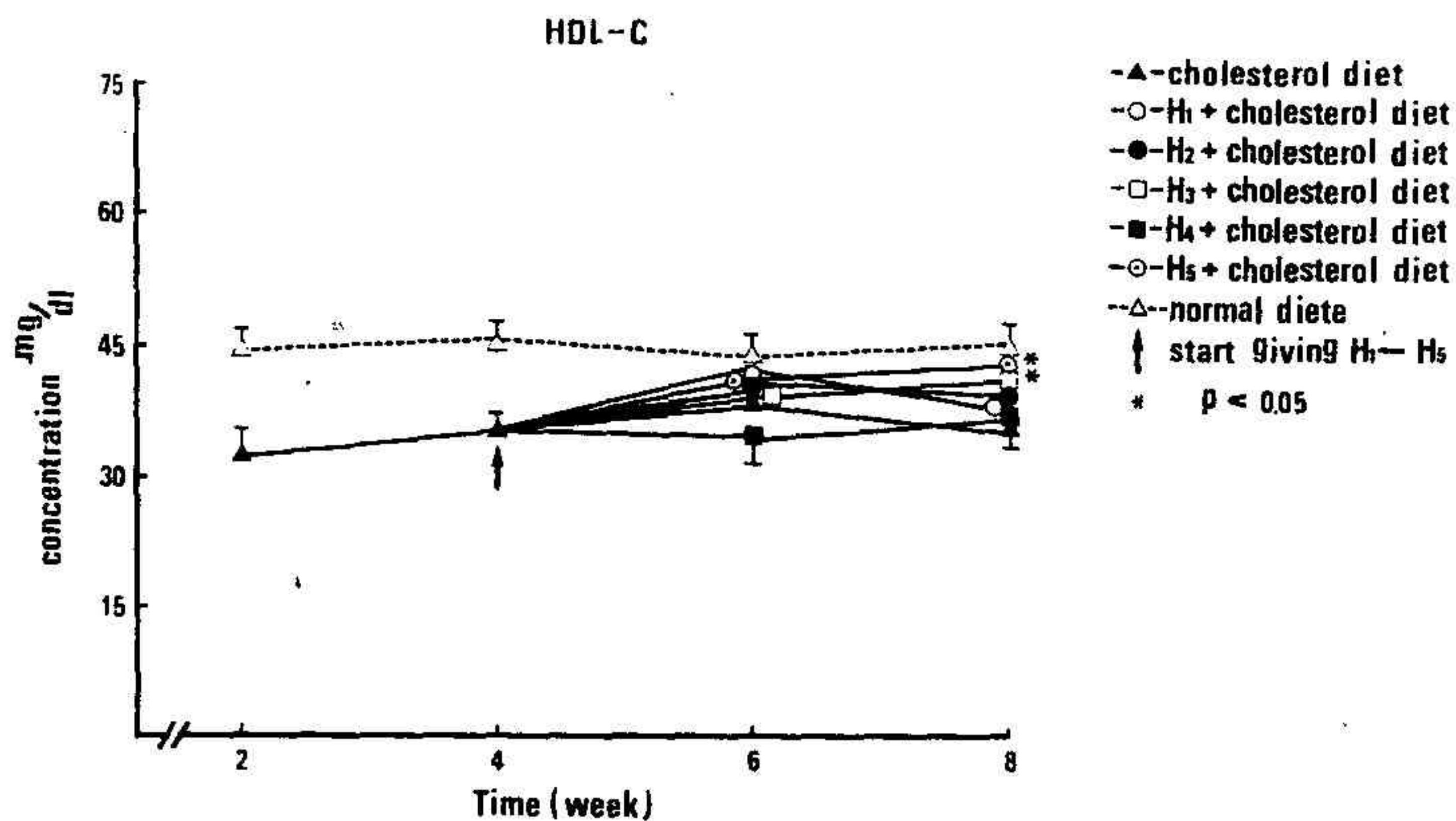


Fig. 3 Effects of H₁, H₂, H₃, H₄, H₅ on serum HDL-C in rats

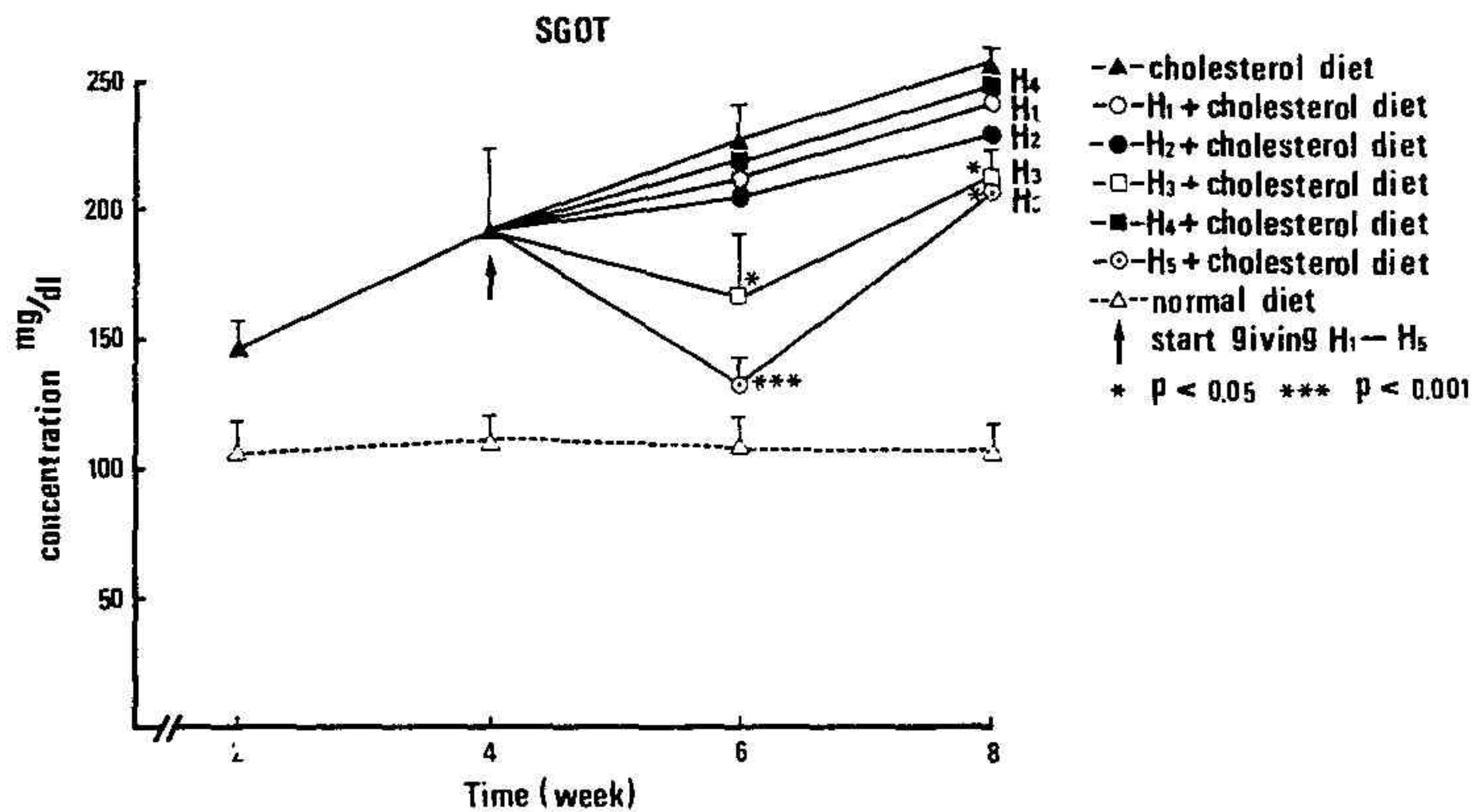


Fig. 4 Effects of H₁, H₂, H₃, H₄, H₅ on serum SGOT in rats

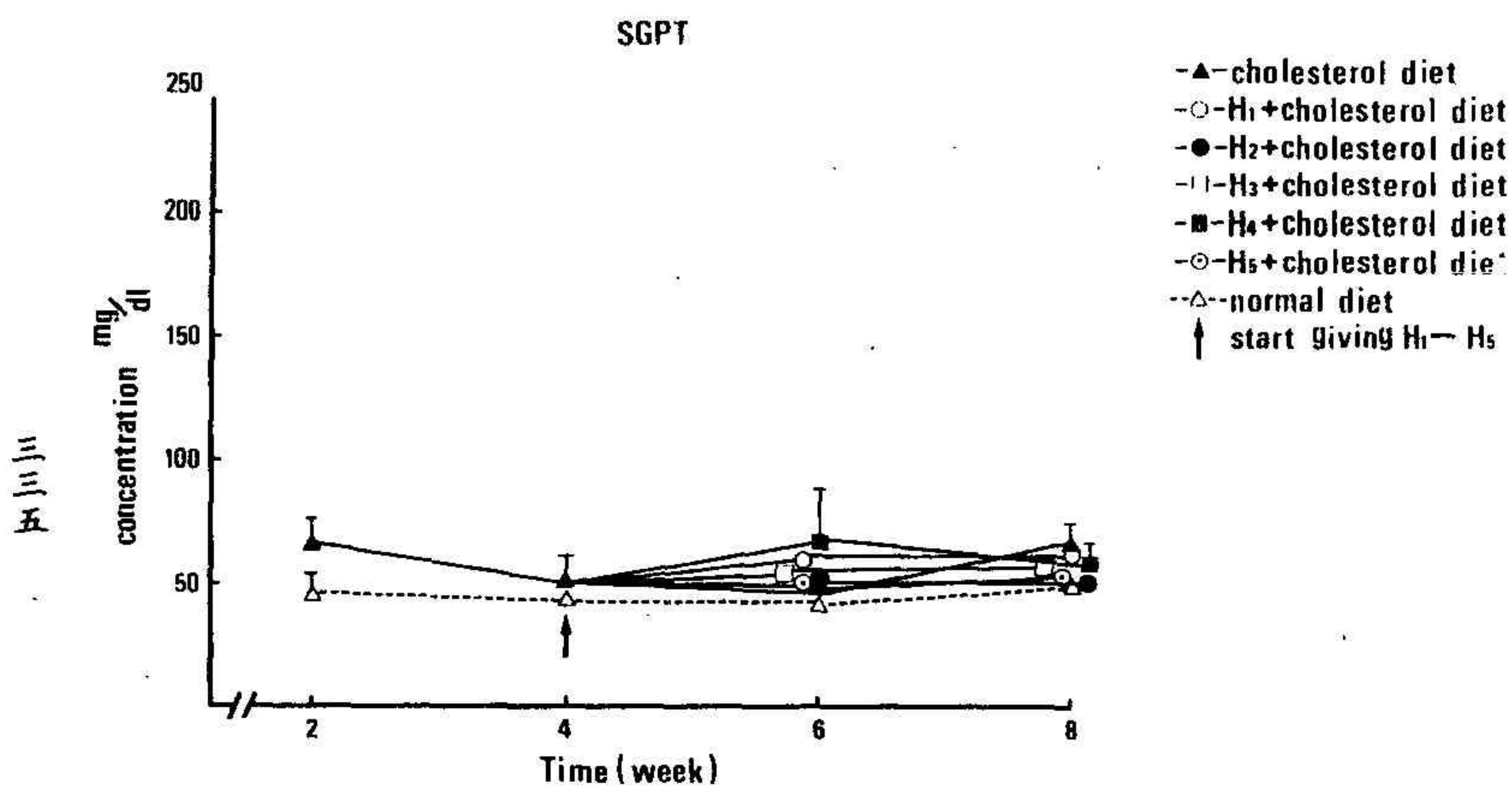


Fig. 5 Effects of H₁, H₂, H₃, H₄, H₅ on serum SGPT in rats

四、總 結

行政院衛生署與本院辦本計畫已屆滿四年，四年來本項研究聚合中醫藥、針灸、實驗診斷、病理及藥理等五組專家學者，共同對慢性肝炎進行不同層面的研究，各組均充分發揮了整合研究之團隊精神，確立了中醫科學化的良好模式。

七十四年度之研究成果如下：

一、慢性B型肝炎患者之症候，可歸納為熱、濕、虛、瘀等四種類型，根據中醫辨症原則，給予不同性質之方劑或針灸治療，經一定療程後，其肝功能之改善，免疫抗原抗體之轉換，臨床症狀之緩解均較對照組為優。

二、以酵素免疫分析法測定本院肝炎門診患者血清中的五種B型肝炎病毒血清標記，以Mushahwar氏分類法分型，發現除該分類之十五型外，尚有其他類型出現，並均加以詮釋。

三、臨床病理學的研究發現：經用中藥治療之患者，有明顯的肝細胞再生現象，依其再生程度分級，發現

實驗組之肝細胞再生現象較對照組增加二·二倍。

四、應用於治療肝炎處方之藥理學研究顯示：加味甘露飲及葉天士方能降低實驗性高血脂大白鼠之血清膽固醇，提升高密度脂蛋白，在肝功能方面可降低血清GOT濃度等，與中醫藥組之臨床研究結果相符合。

綜合以上研究，中醫藥對慢性B型肝炎之療效包括：促進免疫機能、緩解炎症反應、改善臨床症狀及病程轉歸等，實為一項突破性的治療方式，應予深入探討並予推廣。