

### 第三節 從歷代文獻中探討肝炎與舌診的關係

肝炎為我國常見疾病之一，早在戰國時期便有肝病的記載，然而隨著疾病的改變和診斷方法的提高，肝炎的類型於西方醫學的分類中有逐年增加的趨勢，僅就感染 B 型肝炎病毒的人數而言，台灣成年人帶原率達 15-20%，約有 300 萬人左右；而台灣有 12.5% 輸血者發生急性肝炎，其中有 60% 轉變為慢性，而變為慢性的患者中有 85% 的 C 型肝炎抗體呈陽性；而其併發症中以肝硬化、肝癌是最常見又最嚴重，常年列為台灣地區十大死因之一，造成國家社會家庭重大的負擔，因而如何進一步提高肝炎的臨床診斷及療效，預防肝炎的發生與傳播，保障人類的身體健康，不管中醫或者是西醫皆面臨的重要課題之一；中醫與西醫是二種不同的醫療理論系統，它們是在不同的歷史條件下形成和發展起來的，但名稱雖有所不同，其診斷方法及治療目標其實是一致的<sup>(28)</sup>。

中醫舌診是屬於四診中望診的一部份，它是經由觀察舌苔和舌質的變化來判斷體質和病證的方法，中國醫學早至內經時期就有舌診的記載<sup>(30)</sup>，而到了明清時期，尤其是溫病學的出現，舌診處於蓬勃發展的階段。《辨舌指南》指出：「辨舌質，可辨五臟之虛實。視舌苔，可現六淫之深淺。」一般來說，察舌質，重在辨內臟的虛實；察舌苔，則重在辨病邪的深淺與胃氣的存亡。可見在中醫學的理論中，舌頭是反應身體內在狀態的鏡子，臟腑的病變可由舌頭的變化得知；因此，舌診即是利用對舌頭的觀察，而得知體內狀態的診察方法，如何將中國固有的診斷利器用於肝炎的診斷便是本研究的重點。

歷代中國醫籍中雖無肝炎之病名，但依症狀歸類可發現肝炎屬於中醫的天行厲疫、發黃、脅痛、鬱病、痞、疸、水癥、鼓脹、蠱脹、腹脹、胃痛、吞吐酸、嘈雜、噁心反胃、嘔吐、噯氣、呃逆等範疇，希望藉由本研究可從中醫的古籍中探討中醫舌診與肝炎的關係，並找尋出簡便的診斷及治療的依據<sup>(29)</sup>。

#### 一、 戰國至秦漢時期

中國古代《周禮》曾載有四時流行病和「五毒」之藥；《禮記》則有「孟春行秋令，則民大疫」、「季春行夏令，則民多疾疫」等記載，其中都有關於黃疸（急黃或瘟黃）的記載<sup>(28)</sup>。不過，春秋以前有關肝炎的文獻記載尚屬少見。

這時期的醫師是以「五氣、五聲、五色視其生死，兩之以九竅之變，參以九藏之動」，來認識和診斷疾病，但並沒有明載針對舌診的

具體文獻記載。

到了戰國 秦漢時期，《黃帝內經》、《傷寒雜病論》等經典著作的相繼問世，使得古代人們對肝病有了進一層的認識及治療的理論根據，並又以此來指導臨床治療。

## 二、《黃帝內經》奠定了肝炎防治的理論基礎

《黃帝內經》(簡稱《內經》)為我國現存最早的醫學著作，約成書於戰國前後。該書對於黃疸、脅痛、臌脹等病的病名釐定和臨床發病機理與特徵進行了較系統的論述，初步奠定了中醫防治肝炎的理論基礎。

而在《黃帝內經》中有關「舌診」方面的內容共有 60 多條。本書在舌的解剖、生理、病理方面有相當精確的描述，其中《靈樞》以論舌的生理、解剖為主，而《素問》則以論舌的病理、診斷意義為主。

以下分別論述：

### (一)黃疸

黃疸之名，始見於《素問 平人氣象論》：「溺黃赤，安臥者，黃疸」；「目黃者，曰黃疸。」《靈樞 論疾診尺篇》更為詳細地描述了「面色微黃」、「齒垢黃」、「爪甲上黃」以及「不嗜食」、「安臥」等黃疸病的常見症狀。書中不僅闡述了“濕熱相搏”是其主要發病機理，並還討論了“風寒客於人”後因為未能及時治療，遞經臟腑傳交而發黃的病理機轉，提出了「當此之時，可按、可藥、可治」的治療原則（《素問 玉機真藏論》）。同時，《內經》還認識到黃疸的形成與肝、脾、腎三臟功能失調密切相關。

而在《靈樞 經脈篇》提到：是動則病：舌本強，食則嘔，胃脘痛，腹脹，善噫，得後與氣則快然如衰，身體皆重。是主脾所生病者：舌本痛，體不能動搖，食不下，煩心，心下急痛，溏、瘕、泄、水閉、黃疸，不能臥，強立，股膝內腫厥，足大趾不用。這裡提到的舌本強及舌本痛與黃疸的關係並無詳細的描述，但從其他的症狀看卻屬其肝炎發作之症狀

另在《靈樞 經脈篇》亦提到：是動則病：饑不欲食，面如漆柴，咳唾則有血，喝喝而喘，坐而欲起，目如無所見，心如懸若饑狀，氣不足則善恐，心惕惕如人將捕之，是為骨厥。是主腎所生病者：口熱舌乾，咽腫上氣，嗑乾及痛，煩心心痛，黃疸腸澼，脊股內後廉痛，痿厥，嗜臥，足下熱而痛。從其所描述之症狀類似現代肝硬化之症候，此時傷陰嚴重，故有口熱舌乾之津少的症狀。<sup>(30)</sup>

## (二)脅痛

《素問 臟氣法時論》發現：「肝病者，兩脅下痛引少腹，令人善怒。」《靈樞 五邪篇》亦說：「邪在肝，則兩脅中痛。」《靈樞 經脈篇》及《脹論》提出除了肝病能引起脅痛外，膽腑病變亦同樣可引起脅痛，謂：「膽脹者，脅下痛脹，口中苦，善太息。」

《素問 臟氣法時論》提到：心病者，胸中痛，脅支滿，脅下痛，脅下與腰相引而痛，取其經，少陰太陽，舌下血者。這裡應是指治療的方法，而非診斷。

《內經》所提出的上述見解，實是後世進一步認識並防治肝病中黃疸、脅痛等病的理論基礎。

這時期的醫師是以「五氣、五聲、五色視其生死，兩之以九竅之變，參以九藏之動」，來認識和診斷疾病，但並沒有明載針對舌診的具體文獻記載。

## 三、《傷寒雜病論》確立了肝炎辨治的基本法則

如果說《內經》主要是從理論上對常見肝病進行了總結和闡述，那麼東漢末年張仲景編著的《傷寒雜病論》則是將《內經》有關理論與臨床實踐緊密結合起來，從而確立了肝病辨證論治的基本法則，開創了肝炎運用中醫治療的歷史先河，其基本理法方藥，甚至診斷的方法包括舌診的部分也有一里程碑式的躍進，至今仍廣泛地指導著中醫臨床的實踐。

### (一)黃疸

對於黃疸，仲景《傷寒論》、《金匱要略》對外感發黃與內傷發黃均有較深入的研究。於病因病機方面，認為“濕熱在裏”、“寒濕在內不解”以及由於“火劫其汗”之類的誤治，致使“兩陽相薰灼”而發黃是外感發黃的基本病理機制；飲食失節（包括飲酒過度）而致胃熱脾濕，勞役縱欲而致脾腎內傷，是內傷發黃的主要原因。其中濕邪為本，謂“黃家所得，從濕得之”<sup>(28)</sup>。

所以金匱要略提出：濕家，其人但頭汗出，背強，欲得被覆向火，若下之蚤則噦，或胸滿，小便不利，舌上如胎者，以丹田有熱，胸中有寒，渴欲得水，而不能飲，則口燥煩也。在此提示肝病以濕為重，而濕家之病於舌苔上有較多的苔及滑象之表現。

另外於傷寒論中『辨不可下病脈證併治全篇』條文：傷寒發熱，口中勃勃氣出，頭痛目黃，衄不可制，貪水者必嘔，惡水者厥。若下之，咽中生瘡，假令手足溫者，必下重便膿血。頭痛目黃者，若下之，

則目閉。貪水者，若下之，其脈必厥，其聲嚶，咽喉塞。若發汗，則戰慄，陰陽俱虛。惡水者，若下之，則裡冷不嗜食，大便完穀出；若發汗，則口中傷，舌上白苔，煩躁，脈數實，不大便六、七日，後必便血；若發汗，則小便自利也。本條文中闡述頭痛目黃的病人於治療時要考慮其津液的盛衰及陽氣的有無來決定要不要採用下法，否將有副作用的出現，而診斷的要點則在於舌頭上的舌苔表現。

鑑於此，仲景雖將疸分為穀疸、酒疸、女勞疸、黑疸及傷寒發黃等不同病證，分述其辨證要點，提出了“諸病黃家，但利其小便”等治療法則，創制了清熱利濕、瀉熱通腑、發汗湧吐、和解表裡、潤燥消瘀、建中溫補諸法，並擬定了與之相應的茵陳蒿湯、梔子大黃湯、茵陳五苓散、麻黃連翹赤小豆湯、柴胡湯、小建中湯等各方遣治。但是對於診斷黃疸病，舌診的應用上仍稍嫌單薄，如上所述僅應用於副作用的出現，而相對於舌診上其治療有法可循，有方可用，理法方藥漸臻完備。

## (二)臞脹

《金匱要略 水氣病脈證並治》雖無“臞脹”之名，但有心水、肝水、脾水之說，其中肝水的症狀是「腹大，不能自轉側，脅下腹痛，小便時通」；脾水的症狀是「腹大，四肢苦重，小便難。」其所記敘的臨床特徵與臞脹相同，與現代的肝硬化腹水之診斷大異其趣。且明確提出肝脾腎等臟功能障礙是本病的主要發病機理，為本病的治療提供了理論依據。而關於腹部有水的証治中在《金匱要略》中也記載著如《金匱要略·痰飲咳嗽病脈證併治》中載有：「腹滿，口舌乾燥，此腸間有水氣，己椒歷黃丸主之。」<sup>(31)</sup>此段是說明肝病見腹部脹滿，陽氣被阻，津液不能輸布，則出現口舌乾燥，面色黧黑，辨病屬於肝硬化腹水證，用己椒歷黃丸治之，這裡的口舌乾燥是否反應出診斷的要點，則需要再作更深入的探討，但至少讓我們知道臞脹的患者之症狀為何。

## (三)脅痛

《傷寒論》結合《內經》的觀點而提出了“胸脅苦滿”、“脅下痞硬”、“脅下硬滿”等脅痛症狀。

在傷寒論中有一個條文描述有關脅痛與舌診的關係：陽明病，脅下鞭滿，不大便而嘔，舌上白苔者，可與小柴胡湯，上焦得通，津液得下，胃氣因和，身濺然汗出而解(辨少陽病脈證併治全篇)。

1. 若舌上黃苔濇者，為陽明之熱未盡，則當與大柴胡湯兩解之。  
今舌上白苔滑者，是已傳少陽，故可與小柴胡湯和解之。

2.俾上焦得通，則嘔可止，津液得下，則便可通，胃氣因和而硬滿除，則身必濺然汗出而解矣。

在此仲景提示後輩：脅痛與水濕的代謝異常，常有直接的關係，而於舌診的診斷常是以舌上白苔滑者為前提。

另外在《金匱要略·五臟風寒積聚病脈証併治》中指出：「肝中寒者，兩臂不舉，舌本燥，喜太息，胸中痛，不得轉側，食則吐而汗出也。」這是說肝受了寒邪的病人，循經脈出現肝脈所主的病証：兩上肢抬舉困難，舌乾燥無津，且常常嘆氣，胸中疼痛，身體不能轉側，食后易反胃嘔吐而且多汗等症狀<sup>(31)</sup>。

總結仲景對舌診發展上的貢獻，主要是不但繼承了《內經》中舌診的理論，而且又根據自己的臨床體驗再予以擴充發展。他在醫療實踐中，已經把舌診用來作為辨證施治及判斷預後的診斷工具，且運用察舌進行審查病因，辨別病機，確定治則等，為後代溫病學家的察舌辨證論治定下了基礎。

#### 四、《神農本草經》創立了肝炎防治的藥性理論

漢代《神農本草經》一書，為我國現存最早的藥物學專著。書中記載了許多治療肝膽病的藥物，可謂奠定了肝炎中醫治療的藥物學基礎。如清熱去濕類：該書認為，經歸肝膽脾胃的茵陳蒿，功可攻逐風濕寒熱邪氣，熱結黃疸；黃芩主諸熱黃疸；黃柏主五臟腸胃中結氣熱，黃疸，腸痔，止洩利。利水消脹類：如澤漆具有治療皮膚熱，大腹水氣，四肢面目浮腫之功。行氣活血類：如柴胡主心腹，去腸胃中結氣，飲食積聚，寒熱邪氣，推陳致新；木香治九種心痛，逐諸壅氣上衝煩悶；丹參主心腹邪氣，寒熱積聚，破症除癥。

其中針對茯苓這味藥於治療脅痛中有提及舌診的介紹：茯苓性味：甘、平，無毒。功能：利小便，久服安魂養神，不飢延年。主治：主胸脅逆氣，憂恚驚邪恐悸，心下結痛，寒熱煩滿咳逆，口焦舌乾。陳修園提出：心下為太陽之部位，水邪停留則結痛；水氣不化則煩滿；凌於太陰則咳逆；客於營衛則發熱惡寒；內有宿飲則津液不升，為口焦舌乾，唯得小便一利，則水行而氣化諸疾俱愈矣。所以這裏所謂口焦舌乾的原因為水分的代謝異常所造成的，茯苓在此健脾以運化水濕而治其口焦舌乾，對後世的肝炎證治起著一提示的方法。

此外，《本經》還載有許多扶正固本、理氣寬中、活血化瘀、去濕利水類藥物，至今對於肝炎的治療發揮著重要作用。

由於戰國—秦漢這一歷史時期，《內經》從理論上對肝炎作出了重要貢獻，唯其對舌診的描述仍屬少數。《傷寒雜病論》將《內經》的

理論見解與臨床實踐巧妙地結合起來，而《神農本草經》則從藥性理論方面對肝炎的防治作出了重要貢獻，因此可以認為，這一歷史時期是肝炎中醫防治體系的初步形成階段，但對於肝炎的突出症狀似乎出現較多的以口舌乾燥較為明顯，對於舌苔的描述則無較具體的論述。

## 五、 晉唐時期為肝炎診斷及治療的新紀元

秦漢以降，隨著人們對黃疸等病的認識不斷深化，防治肝炎臨床經驗的逐步積累，從而使得肝炎中醫防治體系不斷地得到充實發展。

而唐朝在舌診上的主要成就有兩點：一是孫思邈在《千金方》中所提出的舌象變化屬於「病在臟腑」的理論，為後世的察舌辨證提供了理論根據；二是從唐代開始，我國西藏地區的藏醫學，開始有了舌診的記載<sup>(32)</sup>。

晉唐時期的主要貢獻在於當時的醫家對肝炎病因病機的進一步認識和診斷、治療方法的創新。

### (一)黃疸

對於黃疸病的診斷，晉 葛洪《肘後方》載述了病人“溺白紙，紙即如藥染者。即為黃疸；唐 王燾《外台秘要》則引《必效》中”每夜小便浸自帛片，取色退為驗的“比色法”來判斷黃疸的方法，此乃世界醫學史上對黃疸用實驗手段檢查和診斷的最早文獻記載，實是難能可貴。隋代巢氏《諸病源候論》將黃疸病分為二十八種病候，並認識到卒然發黃，心滿氣喘，命在頃刻的「急黃」是由「熱毒所加」而致；唐代孫思邈《千金方》則進一步指出：「時行熱病，多必內瘀著黃」，對重症黃疸的傳染性、臨床發病特點又有所認識，並提出了相應的防治方法，創制了茵陳湯（茵陳、黃柏、大黃、白朮、黃芩、枳實、芍藥、甘草、茯苓、前胡、梔子、枳實）茵陳丸（茵陳、甘遂、當歸、蜀椒、杏仁、大黃、半夏、葶藶、茯苓、乾姜、枳實、白朮）等多首清熱去濕退黃的有效方藥。

而巢元方的《諸病源候論》，在論九候之要時，亦以察舌來探循諸病之源。而且內容較《內經》《傷寒論》《金匱要略》有明顯的進步，如：舌腫、舌強、舌爛、舌不收、舌縮、弄舌、舌脹、舌出血、舌上生瘡、重舌等。其次，對於舌色和苔色的記載則更加豐富，如：舌上白、舌上黃、舌上白黃、舌焦黑、舌赤、舌青、舌青黑等等。

尤其在肝炎甚至現代的肝硬化方面他亦有精闢的診斷，因巢元方對舌下絡脈進行了觀察，如他在《卷十二·噤黃候》中提到：「身面發黃，舌下大脈起青黑色，舌噤強不能語，各為噤黃也。」則是對舌

下絡脈診法更具體的描述。與現代醫學中肝昏迷的情況可作一結合，亦為一診斷的方式。

故巢氏在繼承《內經》、《傷寒雜病論》和《脈經》等書的察舌經驗外，對舌診最大的貢獻在於：第一次把舌診作為診察諸病之源的診斷依據之一，為後人把舌診納入中醫診斷方法的發展上，有著承先啟後的重要地位。

## (二)脅痛

《諸病源候論·虛勞病諸候下第四十》虛勞骨蒸候中提到：「夫蒸病有五，一曰骨蒸 三曰皮蒸，其根在肺，必大喘鼻乾，口中無水，舌上白，小便赤如血。蒸盛之時，胸滿，或自稱得注熱，兩脅下脹，大嗽，徹背連胛疼，眠寐不安；或蒸毒傷臟，口內唾血。」又第二十五卷 蠱毒病諸候上凡九論中蠱毒候：「凡蠱毒有數種，皆是變惑之氣。人有故造作之，多取蟲蛇之類 病發之時，腹內熱悶，胸脅支滿，舌本脹強，不喜言語，身體恒痛；又心腹似如蟲行，顏色赤，唇口乾燥。經年不治，肝鬲爛而死。而其面色赤黃者，是蜴蜥蠱，其脈浮滑而短。病發之時，腰背微滿，手腳脣口，悉皆習習。而候脈急，舌上生瘡。」從上述三個論述中我們得知脅痛與舌苔白或舌體的僵硬較有關係。

此時一些醫家已認識到脅痛可發生於黃疸、臌脹、積聚等病證過程中：常與肝氣郁結、氣滯血瘀、濕熱內蘊等因素有關，而舌診上則是脅痛與舌苔白或舌體的僵硬較有關係；治療上大多主張採用行氣解郁、活血化瘀、清熱利濕等多種治法治之。如《千金方》曾謂：「病若心下堅滿，常兩脅痛，息忿忿如怒狀，名曰肝實熱也」，治之每選黃芩、梔子、柴胡、枳實、當歸等藥。」

## 六、 宋元時期的重要貢獻

宋元時期，隨著中醫各種流派的產生，使得人們對肝炎的認識又有了新的突破；進一步發現黃疸等病具有傳染性，主張採取一定的隔離措施進行預防；防治方法有所創新與發展，且各具特色，從而提高了肝炎的臨床防治效果。

### (一)黃疸

宋元以降，諸醫家對黃疸的分類經歷了一個由博返約的過程，對脈因證治的認識亦不斷地深化和完善。如宋《太平聖惠方》論述了“三十六黃”的不同病候及其治法；《聖濟總錄》列載了“九疸”、“

三十六黃”，把重症黃疸稱為“急黃”，其中既有歷代醫家獨到見解，亦有不少向不見經傳者，凡是有關黃疸的各種病因及臨床特徵均概括在其申。宋 韓祇和《傷寒微旨論》撰於 986 年，除了論述“陽黃”證外，還首次設《陰黃證篇》：病人六七日，兩手脈沉遲細微，肢體逆冷皮有粟起，時或嘔吐，舌上白苔，身發黃煩躁，欲於泥水中臥，小便赤少，醫者見病人黃生，更不審察脈理，便投寒藥，其病愈甚；愚因而別拱成治陰黃病證並方六七首凡十餘年，不逢病陰黃者自疑無憑。自謂「傷寒病發黃著，古今皆為陽證，治之往往投大黃、梔子、柏皮、黃連、茵陳之類 無治陰黃法」，於是結合自身臨床心得，詳述了陰黃的成因（如可由陰黃服清下藥太過而轉化成陰黃）辨證施治方法，並根據仲景“於寒濕中求之”之說而制定了茵陳茯苓湯（茵陳、茯苓、桂枝、豬苓、滑石）茵陳四逆湯（四逆湯加茵陳）、小茵陳湯（附子、甘草、茵陳）茵陳附子湯（附子、乾薑、茵陳）等六首溫裡散寒去濕退黃方藥。從此陰黃之治有法可循，有方可用。

元 王好古《陰證略例》亦專列“陰證發黃”一篇，選用韓祇和諸方治之，每每獲得良效。元 羅天益《衛生寶鑑》進一步論證了黃疸的辨治規律，指出：「身熱不大便而發黃者，用仲景茵陳蒿湯；若是皮膚涼又煩熱，欲臥水中，喘嘔脈沉細遲無力而發黃者，治用茵陳四逆湯。並制有茵陳附子乾姜湯等方以治陰黃。」

可以說，宋元之際“陰黃”證的深入探討和辨治規律的形成，且對黃疸舌苔的描述仍然偏白苔，而不是我們所認為的黃苔，這是中醫診斷及治療黃疸等病的一重大突破。

在金·成無己《注解傷寒論》注於1144年中原文（二十八）：「陽明溫病，無汗，或但頭汗出，身無汗，渴欲飲水，腹滿，舌燥黃，小便不利者；必發黃，茵陳蒿湯主之。」陽明溫病，汗不出，或只出在頭部而身上沒有汗，口渴喜飲水，腹部脹滿，舌苔燥黃，小便不暢利，這是濕熱鬱結在陽明而成裡實，腑氣不通，濕熱不解的表現。在這種情況下，勢必發生黃疸，治療用茵陳蒿湯，泄裡實而清利濕熱。

這裡所提到的溼熱黃疸所呈現的苔則是黃苔乾燥。這與前面所敘述的白苔似乎有一差別，其實不然，這是中醫辯證上所不同的症狀出現的現象，前面所提顯然以所謂陰黃所表現，於舌苔上出現白苔可以接受，而後者為陽黃其證型為溼熱型舌苔的表現微乾燥的黃苔這於中醫的辯證上亦是可被接受的<sup>(34)</sup>。

## （二）脅痛

關於脅痛，金代張子和《儒門事親》認為：「夫一切沉積水氣，兩脅刺痛，中滿不能食，頭目眩者，可用搽調散。輕湧訖冷涎一二升，次服七室丸則愈矣。」《三因方》、《脾胃論》、《丹溪心法》等書對脅

痛亦提出了一些有效的治法與方藥。

而在《類證活人書》宋 朱肱撰於1108年。書中提到有關脅痛部分：足厥陰肝之經。厥者，盡也。靈樞曰：亥為左足知厥陰，戌為右足之厥陰。兩陰俱寒，故曰厥陰。夫陰盡為晦，陰出為朔。厥陰者，以陰盡為義也。其脈循陰器而脈絡於舌本也。脈弗營則筋急，筋急則引舌與卵，故唇青舌卷而卵縮。凡病人煩滿而囊縮，其尺寸俱微緩者，知厥陰經受病也。問傷寒三四日，胸脅痛而耳聾，或口苦舌乾，或往來寒熱而嘔，其尺寸脈俱弦，此足少陽膽經受病也。

在此提出有關脅痛患者出現舌診上以舌乾來表現。

## 七、 明清之際的重大進展

明清時期，溫病之學的蓬勃發展使中醫學對黃疸、臌脹等病，無論是病因病機，還是防治方法上，又有了進一步的發展。

### (一)黃疸

例如，明代《景岳全書》、清代陳士銜《辨證錄》、葉桂《臨證指南醫案》等書已充分認識到黃疸的形成常與濕熱蘊結(或熱毒熾盛)肝膽瘀熱、脾胃虛寒等因素有關；再次分述了“膽黃”，即黃疸的形成與膽汁外溢肌膚有關。如《臨證指南醫案》指出：「膽液為濕所阻，漬於脾，浸淫肌肉，溢於皮膚，色如薰黃」，瘀熱在裡，膽熱液洩。

又如《傷寒集驗》明 陳文治輯於1633年書中提到：「舌見淡紅中有大紅星者，乃少陰君火熱之盛也。所不勝者，假火勢以侮脾土，將欲發黃之候也。用茵陳五苓散治之」。而明 戈維城《傷寒補天石》撰於1644年書中亦提到：「舌見有紅星者將發黃也。舌見有黑圈者過經未解也，火裂舌心火熱極也，涼膈散加黃連。蟲碎舌裡熱之甚也小承氣下之」。明 李梴的《醫學入門》(編撰於1575年)當中亦提及舌為心苗，腎主津液，無病則舌紅而潤，偶見紅心點者，將欲發黃。他提出：「丹田邪熱，則心苗枯槁，生苔如白苔然，是以邪在表則無苔，邪初傳裡則苔白而滑，胃寒熱懊儂者，梔豉湯吐之」。明 王肯堂在《證治準繩》(撰於1602年)又提出證實：「舌見淡紅，中有大紅星者，乃少陰君火熱之盛也。所不勝者，假火熱以侮脾土，將欲發黃之候也。宜用茵陳五苓散治之」。清 楊鳳庭在《弄丸心法》(撰于1759年)提到：「舌見淡紅，中有大紅星者，乃少陰火熱之盛所不勝者。假火熱以侮脾上，將欲發黃之候。宜用茵陳五苓散治之」。

如上諸多醫家皆提出預見發黃之證則舌見淡紅，中有大紅星者為其診斷之要件，結合現代舌診的看法實為舌質中的朱點顯現時為黃疸

要發之勢或已發之時。

而在《筆花醫鏡》清·江函嗽撰于 1824 年提到：脾寒之症，右關必沉遲，唇舌必白。其症為嘔吐，為泄瀉，為白痢，為腹冷痛，為身痛，為黃疸，為濕腫，為肢冷，為厥脫。脾熱之症。右關必數，舌苔薄而黃，唇赤。其症為熱吐，為流涎，為洞泄，為瀉勃，為赤痢，為腹痛，為目胞腫，為酒疸，為眩暈，為陽黃疸。以上二條在上為陰黃下為陽黃其舌苔一白一薄黃則為一鮮明之對照，也呼應之前醫家所提到的論述。

《溫熱逢源》清·柳寶治於伏溫挾溼內陷太陰發黃疸腫脹泄利證治中提及：溫邪挾濕，則為濕溫，其濕之輕者仍以溫邪為主，略參化濕可耳，其濕之重者，與熱相合，熱勢雖熾，而有脘悶嘔水，舌膩不渴等證，初起宜參芳香宣化，迨濕邪化燥，用蒼朮白虎湯，清熱燥濕，可以一劑而愈，若初起即與清滋，欲清其熱，轉助其濕，而愈發纏綿，每有治不如法，遷延一兩月而病不退者，皆治之不得其法也，然則此乃濕溫之在胃者，治之猶易，有一種濕熱蘊於太陰者，初起不見濕象，但覺熱象蒸鬱不揚，脘悶口甜，而胃口無病，仍可納穀，舌上不見濁苔，其濕熱深鬱於脾藏，漫無出路，或發黃或腹滿肢腫，或則泄，或便秘，或嘔噁，或小水赤澀，甚則熱鬱日深，脾營受傷，則舌底絳色，或薄苔罩灰黃，而不甚燥，種種見證，無非濕鬱化熱，何以燥之則增熱清之則助濕，如此其百無一效也，蓋藏病無出路，必借道於府，乃能外出，此病熱蘊已久，脾中之熱漸欲外達於胃，或胃中挾有痰積，熱即附之而熾，亦有便秘舌焦，燥渴煩譫等證。此段總結黃疸的病因是由於溼熱的形成，且會因溼熱的嚴重程度的不同舌質的顏色亦有不同。

而吳又可的溫病條辨中：陽明溫病無汗，或但頭汗出，身無汗，渴欲飲水，腹滿，舌燥黃，小便不利者，必發黃，茵陳蒿湯主之(中焦篇)。表胃已實，而黃不得退，熱不得越，無出表之理，故從事於下趨大小便也，也更闡明發黃之實證其舌為燥黃的舌苔診斷。

在雷少逸的《時病論》中有一段，問曰：溼熱致病者多，何略而弗詳乎？曰：因溼致病者，固屬不少黃疸淋濁等證，考溼熱之見證，身熱有汗，苔黃而澤，煩渴溺赤，脈來洪數是也。再次闡明黃疸屬溼熱之證則舌苔為黃之見證。

## (二) 臑脹

《景岳全書》曾對臑脹病名作了十分恰當的解釋：「臑脹，以外堅滿而中空無物，其象如鼓，故名臑脹。又或以血氣結聚，不可解散，其毒如蠱，亦名蠱脹。且肢體無恙，脹惟在腹，故又名為單腹脹。」

清代《醫碯》認為本病雖有氣臌、血臌、水臌、蟲臌之稱，但氣、血、水三者常同時存在，僅有主次之分，而非單獨為患。曰：「氣、水、血三者，病常相因。有先病氣滯而後血結者，有先病血結而後氣滯者，有先病水腫而後血隨敗者。」

明清醫家已觀察到病人外表出現紅點、紅紋乃系臌脹病的特有徵象。如喻家言《寓意草》謂：「人但面色萎黃，有蟹爪紋路，已具將來血蠱之候也。」《辨證錄》亦謂：「初起之時，何以知其是蟲鼓與血鼓也？吾辨立於面矣，凡面色淡黃之中，而有紅點或紅紋者是也。」面部蟹爪紋路、紅點、紅紋即蜘蛛痣。」《雜病源流犀燭》已知血臌可出現「煩躁漱水，迷忘驚狂」之候；《醫宗金鑑》認為可並發「吐、衄、洩血」。在此說明古人已認識到本病可出現出血及昏迷等嚴重的肝硬化併發症，唯可惜並未提出此時舌診之診斷。而《景岳全書》亦特別強調治療臌脹「當辨虛實」，其中屬實（如食積、氣滯、血瘀、水濕、寒熱邪氣）者當消食、行氣、活血化瘀、利水、去邪；而虛證居多，如中年之後，及素多勞傷，或大便溏滑，或脈息弦虛，或聲色憔悴，皆虛損之易見也。諸如此類，使非培補元氣，速救根本，則輕者必重，重者必危矣。《醫門法律》亦指出：「實證臌脹不外水裹、氣結、血瘀」，據此，利水、行氣、活血是為主法；虛證則應以補益脾肝腎為主，正氣來復，自有利於邪氣的去除。《風勞鼓膈四大證治》結合臌脹難治的病理特點而擬定了一些有效的法則與方藥。

## 八、 小結

歷代中國醫籍中雖無肝炎之病名，但依症狀歸類可發現肝炎屬於中醫的：天行厲疫、發黃、脅痛、鬱病、痞、疸、水臌、鼓脹、蠱脹、腹脹、胃痛、吞吐酸、嘈雜、噁心反胃、嘔吐、噯氣、呃逆等範疇，但用這些關鍵字搜尋諸多的中醫古籍中發現中醫舌診與這些症狀上的關係並無明顯而直接的關聯，只好從字裡行間徹底搜尋，並找尋出簡便的診斷及治療的依據。

其中發現最多的是黃疸與舌診的關係，對於陰黃及陽黃各有不同的舌診表現，如陰黃所表現，於舌苔上出現白苔，而陽黃其證型為溼熱型舌苔的表現微乾燥的黃苔這非常符合中醫的辯證思維。另有一重大發現為：預見發黃之證則舌見淡紅，中有大紅星者為其診斷之要件，結合現代舌診的看法實為舌質中的朱點顯現時為黃疸要發之勢或已發之時。

最近於廣東科技出版社所出的一本名古今舌診研究與圖譜<sup>(35)</sup>書中提及慢性病毒性肝炎以膩苔、紅舌為主要舌象表現，符合此病為肝

膽經濕熱之病机。這種舌象的好轉與否，對預后有一定的意義。有些病人雖然症狀、體徵及肝功能有不同程度的改善，唯舌苔始終是白膩或白厚膩(直至出院後至門診治療半年以上)，最後轉成慢性病毒性肝炎。

B型肝炎初期以淡紅舌，薄白苔，或白膩苔為主，嚴重期多紅舌，黃膩苔或焦黃、白膩苔，恢復期可見舌質紅或光紅、花剝、或黃膩苔，部分可恢復正常。所以有人認為起病後舌苔不厚膩，舌質不紅的，都為經型，預後良好，很少有併發症或后遺症。凡舌苔厚膩，舌質紅絳的，為病情較重，發展較快，要積極治療。治療後舌苔由厚較薄，由膩化鬆，由黃而白，舌質由紅絳轉為淡紅色，表示病情好轉，預後良好。但這仍需臨床上的多所驗證。

而舌苔厚膩持續時間較長，常伴有神經、精神症狀，如見舌苔有剝脫，則病勢大多凶險，併發症和後遺症均多，預後很差。

結論為：急性肝炎舌象變化以舌苔為主，而慢性肝炎或肝硬化舌象變化則以舌質為主，而慢性病毒性肝炎患者舌質變化的三大特徵是：舌色晦暗、舌尖邊瘀斑、舌下絡脈增粗。肝硬化早期之舌象，以紅絳或青紫，舌下絡脈粗張為多見。晚期代謝失調出現腹水後，舌質常出現光剝紅絳，或光滑如鏡，或有裂紋，或色紅芒刺增生突出、舌體瘦小等陰虛舌象。為此肝功能極度損害的表現，應警惕出現肝昏迷的症狀。這或許對於慢性病毒性肝炎的舌診診斷可稍下一註腳。

以上眾多文獻或許對慢性病毒性肝炎之臨床診斷雖無多大的助益，但對臨床對肝炎的預後卻有相當的描述，實可提供其診斷價值，亦對本研究有所提示。