

慢性乙肝患者 120 例中医辨证与临床分类及病毒指标的关系

武警总医院 雷志勇 徐铭宝 唐红卫 黄燕萍 李若冰 (北京 100039)

关键词 慢性乙型肝炎 虚证 实证 临床分类

慢性乙型肝炎是一种严重危害人体健康的常见病。已有资料表明,我国现有慢性乙肝患者约 2 800 万人^[1]。根据本病的临床症状、体征及脉舌象分析,属中医的黄疸、胁痛、痞积、膨胀等病症范畴,临床表现复杂。本文就慢性乙型肝炎中医证型与西医临床分类、病毒指标三者的关系进行综合分析,以供临床参考。

1 临床资料

1.1 病例来源 120 例患者系 1996 年 7 月~1999 年 7 月门诊和住院病例。其中男性 90 例,女性 30 例;年龄 14~65 岁,平均年龄 30.08 岁。合并肝硬化 31 例。

1.2 中医辨证分型 按照第 6 次全国病毒性肝炎学术会议标准及中医辨证基本原则分型^[2],本组病例分为如下 5 型:(1)肝胆湿热型,15 例(12.5%)。表现为右胁胀痛,口苦咽干,不思饮食,胸脘胀满,恶心欲呕,尿赤便溏、苔黄腻、脉弦数;(2)肝郁气滞型,25 例(20.83%)。表现为无固定胸胁胀痛、胸闷、病情随情绪变化而波动、舌淡红、苔薄白、脉弦;(3)血瘀型,30 例(25%)。表现为胸胁刺痛拒按,口干口苦、面色晦暗、鼻衄、齿龈出血、肝掌、蟹爪纹,舌苔黄、有瘀斑、脉弦涩;(4)肝郁脾虚型,23 例(19.17%)。表现为胸胁胀满,神疲乏力、胃脘胀痛、溏便腹胀、舌淡、苔薄白腻、脉濡缓或虚;(5)肝肾阴虚型,27 例(22.5%)。胸胁隐痛、五心烦热、口干欲饮、头晕目涩、腰膝酸软,舌红绛、苔少或有裂、脉细数。前 3 型为实证,后 2 型为虚证。

1.3 临床分类 依据 1995 年北京第五次全国传染病寄生虫病学术会议试行方案分类^[3],可分为:(1)轻度慢性乙型肝炎,相当于慢性迁延性肝炎或轻型慢性活动性肝炎,病情较轻,症状不明显或虽有症状、体征,但生化指标仅 1

~2 项轻度异常。(2)中度慢性乙型肝炎,相当于中型慢性活动性肝炎,症状、体征、实验室检查居于轻度和重度之间。(3)重度慢性乙型肝炎,有明确或持续的肝炎症状,如乏力、纳差、腹胀、溏便等。可伴有肝性面容、肝掌、蜘蛛痣或肝脾肿大并排除其他原因且无门脉高压征者。ALT 反复或持续升高,白蛋白减低或 A/G 异常,γ 球蛋白明显升高。凡白蛋白 ≤ 32 g/L,胆红素 > 85.5 μmol/L,凝血酶原活动度 40%~60%,3 项检测中有 1 项达上述程度即可诊断为重度慢性乙型肝炎。

1.4 乙型肝炎病毒(HBV)复制指标 PCR 扩增仪为 WD-9402 型(北京六一仪器厂),试剂由深圳晶美生物工程有限公司提供。寡核苷酸引物选自 C 基因区相对保守的序列,扩增段为 270 dp,参考 Komminoth 方法操作^[4]。HBV-M 检测采用解放军 302 医院提供的试剂盒,按说明操作。

2 结果

2.1 辨证分型与 HBV 复制的关系 小三阳和乙肝病毒无症状携带者中 HBsAg 阳性率和抗-HBc 阳性率 2 组比较无显著性差异 ($P > 0.05$);大三阳患者虚证组明显多于实证组 ($P < 0.05$)。HBV DNA 检出率虚证组高于实证组 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 辨证分型与临床分类及 HBV 的关系 实证组 70 例中,轻度乙肝 48 例(68.57%),中重度乙肝 22 例(31.43%);虚证组 50 组例中轻度乙肝 29 例(58%),中重度乙肝 21 例(42%)。这说明轻度乙肝患者实证组明显多于虚证 ($P < 0.05$),中重度乙肝患者虚证型与实证型无明显差异 ($P < 0.05$)。在轻度和中重度乙肝中虚证组大三阳患者明显高于实证组 ($P < 0.01$ 、 $P < 0.05$),但小三阳

表 1 虚实辨证分型与 HBV 复制指标的比较

分组	n	HBsAg(+)	HBsAg(+)	HBsAg(+)	HBV DNA(+)
		抗 HBe(+)	抗 HBe(+)	抗 HBe(-)	
		抗 HBc(+)	抗 HBc(+)	抗 HBc(-)	
实证	70	11(15.71%)	21(30%)	38(54.29%)	37(52.86%)
虚证	50	19(38%)	12(24%)	19(38%)	35(70%)

表2 120例患者证型、临床分类与HBV的关系

分组	n	HBsAg(+)	HBsAg(+)	HBsAg(+)	n	HBsAg(+)	HBsAg(+)	HBsAg(+)
		HBsAg(+)	抗HBe(+)	抗HBe(-)		(中重度)	HBsAg(+)	抗HBe(+)
	(轻度)	抗HBc(+)	抗HBc(+)	抗HBc(-)		抗HBc(+)	抗HBc(+)	抗HBc(-)
实证	48	4 (8.33%)	11 (22.92%)	32 (66.67%)	22	7 (31.82%)	9 (41.82%)	6 (27.28%)
虚证	29	7 (24.15%)	7 (24.15%)	15 (51.72%)	21	12 (57.14%)	5 (23.81%)	4 (19.05%)

和无症状病毒携带者虚实二组无显著性差异 ($P > 0.05$), 见表2。

3 讨论

西医诊治乙型肝炎主要依据实验室检查,侧重肝脏本身病变对全身的影响,临床分类亦主要受此影响,易将各临床类型割裂开来,对各临床类型的共存和转化考虑不足,疗效出现较快,但不易稳定,药物副作用大,费用高,疗效达到一定程度就很难深入。中医则根据全身正邪盛衰、阴阳气血虚实进行辨证施治,注重各证型的兼有及转化,疗效稳定,病情缓解期长,副作用小,但治疗时间偏长,疗效进展缓慢,若将两者综合起来,必将促进慢性乙肝的中西医结合治疗。慢性乙型肝炎临床表现往往虚实夹杂,湿热证可伴脾虚,血热、血瘀可伴阳虚,诸证共存但有主有次。国内有人对83例慢性乙肝经辨证后进行肝活检,发现病理改变重者可见实证,也可见虚证^[5]。本文分析结果表明,西医临床分类中轻度乙肝和无症状携带者中实证型明显多于虚证型,中重度乙肝虚实二证型无明显差异,且青年乙肝患者多为实证,中老年乙肝患者多为虚证或虚实兼有。这就为中西医结合治疗慢性乙肝提供了一定的临床依据。

虚实盛衰与HBV复制有密切关系。汪承柏等^[6]对117例乙型肝炎患者中医辨证与HBV复制指标进行了研究,认为虚实证HBsAg阳性率及抗HBe-IgM阳性率相近,而虚证的HBeAg阳性率及HBsAg、HBeAg和抗HBe-IgM

三者同时阳性者其百分比明显高于实证^[6]。结果提示:小三阳和无症状乙型肝炎病毒携带者中HBsAg阳性率和抗HBe阳性率虚实二证型无明显差异 ($P > 0.05$),在轻度和中重度乙肝患者中虚证组大三阳明显高于实证组 ($P < 0.01$ 、 $P < 0.05$)。HBVDNA检出率虚证组高于实证组 ($P < 0.05$)。我们的结果与汪氏的结果较为接近^[6],这说明虚证患者HBV复制比实证活跃。这亦符合中医“邪之所凑,其气必虚”的观点,正气虚者,免疫功能低下,病毒清除率差,故病毒复制活跃。因此在给予补虚扶正,恢复肝功能治疗时应兼顾调整免疫功能。

4 参考文献

- 1 骆抗生编著. 乙型肝炎-基础与临床. 北京:人民卫生出版社,1997.158-168
- 2 崔振宇,汪俊韬,田庚善. 第6届全国病毒性肝炎学术会议纪要. 中华内科杂志,1991,30(1):5
- 3 第5次全国传染病寄生虫病学术会议讨论修订、病毒性肝炎防治方案(试行). 中西医结合肝病杂志,1996,6(2):50
- 4 Komminoth P. Comparison of indirect and direct in situ PCR in cell preparations and tissue sections. Histochemistry,1993,99:51
- 5 金实,黄建新,赵新敏等. 慢性2型肝炎中医辨证分型与生化免疫指标关系的探讨. 中医杂志,1989,30(2):30
- 6 李晓良,汪承柏,贺江平. 慢性乙肝中医辨证与病理,病毒指标的关系. 中西医结合肝病杂志,1996,6(2):4

(1999-05-08收稿,责任编辑 姚红霞)

自拟除痫散治疗难治性癫痫的临床观察

武警河北总队唐山医院癫痫专科 郑国栋 史长生 (唐山 063000)

关键词 除痫散 难治性癫痫 脑电图

1 临床资料

1.1 一般资料 均来自1993年6月~1998年6月我院癫痫门诊。105例中男46例,女59例;5~10岁者34例,11~20岁者48例,21~30岁者15例,31~40岁者8例。

病程:3~5 a者48例,6~8 a者37例,9~11 a者9

例,12~15 a者8例,16~20 a者2例,21 a以上者1例。

发作频度:每日发作2次以上者12例,每周发作8次以上者18例,每月发作7~10次者38例,每月发作4~6次者37例。

发作类型^[1]:大发作者32例,小发作者48例,部分性发作中单纯性发作者8例,复杂部分性发作者7例,精神