

慢性肝病中医辨证分型的生化和免疫学基础的初步探讨

中国人民解放军第三七〇医院 鲍 逊 杨珍珠 范纯武 王 彤 王桂英 程秀章

自1978年至1981年3月,我们对80例慢性肝病患者有计划地进行了中医辨证分型的生化和免疫学基础的探讨。现初步小结如下:

临床资料

一、病例选择

80例中,男77例,女3例。年龄18~57岁。均为住院病人。病程半年以上者9例,1年以上者71例,最长者12年。

二、诊断标准

西医诊断和中医辨证分型按1978年杭州会议《病毒性肝炎防治方案》进行。中医辨证分型如下:

肝郁脾虚:两胁胀痛,口苦,腹胀便溏,脉弦缓,舌质淡,苔白。共30例。

气滞血瘀:面色暗黑,皮肤甲错,腹中痞块,赤缕红丝,朱砂掌,衄血,脉弦涩,舌质紫暗或有瘀斑等。共28例。

肝肾阴虚:腰酸腿软,五心烦热,头晕失眠,目干涩,脉沉细,舌质红或有裂纹或苔剥脱。共13例。个别病例兼有气阴两虚的证候,也归于此型。

脾肾阳虚:乏力气促,腹胀便溏,肢肿足凉,男子阳痿,女子白带,脉沉缓,舌质淡,舌边有齿痕,舌苔白。共9例。少数病例肝脾肿大,以本型证候为主,缺乏赤缕红丝,朱砂掌者亦归此型。

三、检查项目

1. 葡萄糖耐量试验:采用口服法。

2. 血清蛋白电泳分析:采用滤纸法。我院参考正常值:白蛋白 $61.7 \pm 1.35\%$;球蛋白

$\alpha_1 5.28 \pm 1.08\%$, $\alpha_2 7.21 \pm 1.38\%$, $\beta 10.55 \pm 1.0\%$, $\gamma 15.2 \pm 2.86\%$ 。

3. 血脂测定:我院参考正常值:胆固醇110~200毫克%,三酸甘油酯20~110毫克,磷脂110~210毫克%。

4. E-玫瑰花结形成试验(E-RFC):采用微量全血法测定活性玫瑰花结(A-RFC)和总玫瑰花结(T-RFC)的百分率。我院免疫室参考正常值:A-RFC $41.0 \pm 5.0\%$, T-RFC $62.6 \pm 3.3\%$ 。

5. 免疫球蛋白:采用单向免疫扩散法。我院免疫室参考正常值:IgG 150.0 ± 32.5 单位/毫升, IgM 130.0 ± 40.0 单位/毫升。

6. 自身抗体:类风湿因子(RF)采用乳胶凝集试验法,灭活后阴性者不计入;抗核抗体(ANA)采用间接免疫荧光测定法。

7. 乙型肝炎表面抗原(HBsAg):采用对流免疫电泳法。

中医辨证分型与生化和免疫学检查,均采取双盲法。

结果及分析

一、葡萄糖耐量试验

从表1结果(表1~5内数字为均值 $\pm$ 标准差)看出,空腹血糖各型间无显著性差异($P>0.05$),肝肾阴虚型30分钟、120分钟血糖较其它三型均有显著性升高,180分钟血糖仍较肝郁脾虚型、气滞血瘀型明显增高。从糖耐量曲线来看,四型患者均为正常型或降低型曲线,肝肾阴虚、肝郁脾虚、气滞血瘀、脾肾阳虚型糖耐量降低型分别为11例(84.6%)、6

表 1 各型患者的葡萄糖耐量试验结果

型 别	例数	糖 耐 量 (毫克%)				
		空 腹	30'	60'	120'	180'
肝郁脾虚	23	88.78±13.57	152.13±24.83***	148.17±30.55*	119.33±30.41**	86.57±18.17**
气滞血瘀	19	91.00±15.37	155.89±24.49**	138.79±27.78**	120.37±28.67*	85.68±20.23**
脾肾阳虚	7	87.21±11.70	156.57±21.04*	160.57±37.10	116.60±26.70*	96.46±24.33
肝肾阴虚	13	94.65±18.43	180.46±16.29	200.46±61.78	199.35±91.51	141.92±55.76

* 和肝肾阴虚型比较 $P<0.05$; ** 和肝肾阴虚型比较 $P<0.01$; *** 和肝肾阴虚型比较 $P<0.001$

例 (26.1%)、7 例 (36.8%)、2 例 (28.6%)，经统计学处理，肝肾阴虚型与其它三型 (肝郁脾虚、气滞血瘀、脾肾阳虚型) 比较均有显著性差异 ($P<0.001$ 、 $P<0.01$ 、 $P<0.05$)，其

它三型间无显著性差异。

二、血清蛋白电泳

从表 2 看出，各型患者间蛋白电泳各项指标均无显著性差异 (P 均 >0.05)。将四型患

表 2 各型患者的血清蛋白电泳分析结果

型 别	例 数	血 清 蛋 白 电 泳 率 (%)				
		A	α_1	α_2	β	γ
肝 郁 脾 虚	22	54.28±3.70	5.70±1.24	7.29±2.01	10.58±1.17	22.72±4.55
气 滞 血 瘀	25	53.93±5.57	4.48±1.43	7.16±2.03	10.39±3.08	23.72±6.86
脾 肾 阳 虚	7	51.20±7.30	6.53±3.60	8.00±2.93	12.28±2.77	22.17±6.28
肝 肾 阴 虚	13	53.34±9.56	6.04±1.85	7.33±1.48	11.28±1.54	22.17±3.17

者白蛋白值和正常值比较，可分为正常范围 (正常均值 $\pm 2 \times$ 标准差，下同) 和低于正常 (小于正常均值 $-2 \times$ 标准差，下同)。结果示，各型患者中白蛋白多数 (76.0~90.0%) 低于正常，各型间无显著差异。将四型患者的 γ 球蛋白值与正常值比较，亦可分为在正常范围和高于正常范围 (大于正常均值 $+2 \times$ 标准差，下同)。结果示，四型患者中 γ 球蛋白有半数以上 (57.1~69.2%) 高于正常，各型间无显著性差异。

三、血脂

从表 3 看出，血清胆固醇和磷脂各型患者间无显著性差异 (P 均 >0.05)。各型患者胆固醇水平均在正常范围和高于正常范围，四型患者高于正常范围者占 7.7~33.3%，各型间无显著性差异。磷脂水平均在正常范围和高于正常范围，四型患者高于正常范围者占 23.1~33.3%，各型间无显著性差异。三酸甘油酯，肝肾阴虚型较肝郁脾虚型和气滞血瘀型明显降低。各型中多数患者三酸甘油酯均在正常范

表 3 各型患者血脂检查比较

分 型	例数	胆 固 醇 (毫克%)	三 酸 甘 油 酯 (毫克%)	磷 脂 (毫克%)
肝郁脾虚	24	189±30.7	89±29.9*	196±42.6
气滞血瘀	21	185±37.3	96±33.8*	199±29.3
脾肾阴虚	7	173±42.5	125±87.9	191±98.2
肝肾阴虚	13	173±27.5	69±21.1	181±37.3

* 和肝肾阴虚型比较 $P<0.05$

围，脾肾阳虚、气滞血瘀、肝肾阴虚高于正常范围者分别占 42.9%、28.6%、7.7%，但经统计学处理各型间无显著性差异。

四、免疫指标

1. E-玫瑰花结形成试验：从表 4 看出，各型患者间活性玫瑰花结形成率无显著性差异 (P 均 >0.05)。各型中有半数左右患者 (41.4~69.2%) 低于正常值，各型间无显著性差异。仅气滞血瘀型中有 1 例高于正常范围。总玫瑰花结形成率各型患者间亦无显著差异 (P 均 >0.05)，各型中半数以上患者 (55.6~84.6%) 低于正常范围，各型间亦无显著性差异，仅肝郁脾虚型 3 例和气滞血瘀型 2 例高于正常。

表 4 各型患者E-玫瑰花结形成试验比较

分 型	例数	活性玫瑰花结形成率(%)	总玫瑰花结形成率(%)
肝郁脾虚	29	32.10±7.36	50.59±12.93
气滞血瘀	28	32.04±11.13	50.50±13.45
脾肾阳虚	9	25.56±9.13	52.33±11.57
肝肾阴虚	13	28.15±7.27	49.08±9.27

2. 免疫球蛋白: 表 5 示, 免疫球蛋白 IgG 各型间无显著性差异 ($P>0.05$)。脾肾阳虚型有 4 例 (44.4%) 高于正常范围, 其它三型波动于 15.4~28.6%, 但各型间无显著性差异。肝郁脾虚型、气滞血瘀型分别有 3、2 例低于正常范围。IgM 值各型间亦无显著性差异 (P 均 >0.05)。脾肾阳虚型有 6 例 (66.7%) 高于正常范围, 其它三型波动于 23.1~39.3%, 但各型间无显著性差异。肝郁脾虚型、气滞血瘀型、肝肾阴虚型各有 1、3、1 例 IgM 值低于正常范围。

表 5 各型患者免疫球蛋白检测比较

分 型	例数	IgG (单位/毫升)	IgM (单位/毫升)
肝郁脾虚	30	175.86±55.26	205.00±67.70
气滞血瘀	28	192.07±51.32	186.56±90.89
脾肾阳虚	9	227.72±106.95	252.76±132.59
肝肾阴虚	13	171.62±38.99	191.76±99.38

五、自身抗体和 HBsAg 测定

从表 6 看出, 脾肾阳虚型患者抗核抗体 (ANA) 阳性率显著增高, 与肝郁脾虚型、肝

表 6 各型患者自身抗体和 HBsAg 检测阳性率比较

分 型	例数	ANA 例(%)	RF 例(%)	ANA+RF 例(%)	HBsAg 例(%)
肝郁脾虚	30	8(26.7)	7(23.3)	3(10.0)	12(40.0)
气滞血瘀	27	13(48.1)	18(66.7)	12(44.4)	14(51.9)
脾肾阳虚	9	8(88.9)	5(55.6)	5(55.6)	7(77.8)
肝肾阴虚	13	3(23.1)	5(38.5)	2(15.4)	6(46.2)

肾阴虚型、气滞血瘀型比较均有显著性差异 ($P<0.01$ 、 $P<0.01$ 、 $P<0.05$); 类风湿因子(RF)阳性率以气滞血瘀为最高 (66.7%) 与肝郁脾虚型比较有显著性差异 ($P<0.01$);

ANA+RF 两项阳性率以脾肾阳虚型为最高, 与肝郁脾虚型比较有显著性差异 ($P<0.01$); 肝郁脾虚型与气滞血瘀型比较, 也有显著性差异 ($P<0.01$)。乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 阳性率以脾肾阳虚型最高, 但与其它三型比较均无显著性差异。

讨 论

本组 80 例病例分析结果表明, 各型均有明显的细胞免疫功能低下, 按一般的认识, 反映了机体的正气虚, 即使气滞血瘀型也是本虚标实。细胞免疫功能低下是肝炎患者易转为慢性肝炎的根本原因, 其中 A-RFC 比 T-RFC 具有更大的细胞免疫活性。由此而显示出的另一共同特点是 HBsAg 阳性率高, 特别是脾肾阳虚型为高。各型均有 IgG、IgM 增高和一定数量的病人出现自身抗体, 以脾肾阳虚型为最高。近来研究表明^(1,2), 慢性活动性肝炎患者由于细胞免疫损害, 抑制性 T 细胞功能不足, 致使 B 细胞功能活跃, 促使免疫球蛋白的生成, 自身免疫反应亦持续存在。这是免疫功能紊乱引起的一系列的免疫病理学变化。当然相继而来的就有 γ 球蛋白的增高 (其中包括病态 γ 球蛋白)。因此, 我们认为治疗慢性肝炎时, 可根据西医的诊断和中医的辨证分型采取中西医结合的方法“调整”免疫功能。

血清白蛋白明显降低是本组各型的另一共同特点。肝脏是合成白蛋白的唯一器官, 白蛋白的降低, 是肝功能不全的重要表现, 是继发性的。因此“升高白蛋白”措施是辅助的, 是“治标”, 但有时也是重要的。

肝肾阴虚型还有其最显著的特点, 就是糖耐量降低, 低耐量型占 84.6%, 与其它三型比较有显著性差异。陈达光等⁽³⁾提出中医所谓肾阴虚大多伴有交感神经紧张, 并根据 Ettlinger 的试验, 认为交感神经紧张引起糖耐量减低。这些提法与生理生化和临床表现相符合。因此临床上既要及早的作出诊断, 又要进行中西医结合的调理和治疗, 改善患者的痛苦, 更要防止对肝炎患者盲目施以静脉滴注葡萄糖或

糖尿病一号合剂治疗糖尿病 33 例报告

中医研究院西苑医院 郭玉英

我们从 1979 年春开始在门诊和病房应用赵锡武老中医多年治疗糖尿病的有效方剂进行临床观察,现将初步观察结果报告于下:

一、一般资料

本组共 33 例,均有明显多尿、多饮及多食的“三多”症状,空腹血糖在控制饮食的情况下仍在 150~300 毫克%左右,尿糖分段测定 +~++++,口服降糖药物疗效不显或无效,肝肾功能均基本正常。

本组病例中门诊 25 例,住院 8 例;男性 16 例,女性 17 例;年龄最小 28 岁,最大 77 岁,平均年龄 51.6 岁,其中以 41~60 岁者最多;病程为半年~14 年之间,其中 <1 年者 16 例;按《实用内科学》分型标准,本组重型 2 例,中型 25 例,轻型 6 例;合并症中有高血压病者 8 例,冠心病者 6 例,视网膜病变者 4 例,肺结核、泌尿系感染及白内障者各 1 例。

二、药物制备和观察方法

(一) 糖尿病一号方组成及观察方法:生熟地各 3 公斤,菟丝子 6 公斤,川连 0.15 公斤,天冬、麦冬、元参、大腹皮、云苓、知母、五味子、山萸肉各 1.5 公斤,党参、黄芪各 6 公斤,生石膏 3 公斤。上述药物由本院药厂制成浓缩合剂(每毫升含生药 1 克),每瓶 500 毫

升,每日三次,每次 50~80 毫升,饭前半小时服,3 个月为一疗程。

阳明热盛甚者先予白虎汤加减,待阳明热盛缓解后再继用糖尿病一号合剂;阳虚者加用金匱肾气之类,其中桂、附每剂用至 10 克与合剂兑服;合并高血压者加杜仲、牛膝,煎后与合剂兑服或加用西药降压药物;有冠心病者加瓜蒌、薤白、半夏,煎后与合剂兑服或加用活血通脉片等;合并视网膜病变、白内障、肺结核及泌尿系感染者,用西药对症积极治疗。

根据病人平时活动量、饮食习惯,女性一般每日主食 5~6 两,男性 7~8 两,重体力劳动者 9~10 两,副食适当控制。开始服用中药时,原用西药不变。

所有病例治疗前均做空腹血糖、24 小时尿糖定量及四段尿糖定性,以后每 2~4 周复查一次。

(二) 疗效评定标准:具有下列二项者为显效:(1) 空腹血糖基本正常;(2) 24 小时四段尿糖定性检查在无特殊应激状态时经常阴性或 24 小时尿糖定量阴性或 <5 克;(3) 原有糖尿病症状消失;(4) 减少原用胰岛素量的 50% 左右。具有下列二项者为有效:(1) 空腹血糖下降 20% 左右;(2) “三多”症状明显好转;(3) 尿糖定量减少至原有的 50%。在无其

口服大量糖类“护肝”造成病情的加剧。

小 结

本文试图初步探讨慢性肝病中医辨证分型的生化和免疫学基础。笔者认为:细胞免疫功能低下及免疫功能紊乱是各型的共同特点,脾肾阳虚型尤为明显。这是符合久病必虚的论述

的,因而调整免疫应为中西医结合防治慢性肝炎的重点;肝肾阴虚型的葡萄糖耐量降低,与各型比较有显著性差异,临床必须注意。

参 考 文 献

- (1) Eddleston AI, et al: Lancet 2 (7896):1543, 1974.
- (2) Colombo M, et al: Clin Exp Immunol 30:4, 1977.
- (3) 陈达光等:中华内科杂志(4):199, 1977.