

临床报道

扶正固本法治疗慢性活动性肝炎

——附 40 例治疗前后免疫功能观察

武汉市传染病医院 徐济群 侯千曾 邱金涛

扶正固本法治疗多种慢性疾病,日益得到广泛的重视。我们根据中医对慢性活动性肝炎的辨证分型,以扶正固本法为主治疗 40 例本病患者,并观察治疗前后免疫功能的动态变化,现报告如下:

观察对象和方法

40 例慢性活动性肝炎均符合 1978 年全国病毒性肝炎会议制订之前三项诊断标准规定。其中男 36 例,女 4 例;年龄 23~54 岁,平均年龄 32.4 岁;病程 2~3 年者 5 例,3 年以上者 35 例,最长达 10 年。治疗前 40 例患者免疫检测均异常,HBsAg 均阳性,滴度(反向血凝法)反应从 1:512~1:1024。肝功能检查 GPT 与 TTT 亦均高于正常,其中 GPT 平均为 262.3 单位,TTT 平均为 15.8 单位。按 1978 年全国病毒性肝炎会议制订的中医分型标准,本组病例中肝郁脾虚型 15 例,肝肾阴虚型 12 例,脾肾阳虚型 6 例,气阴两虚型 7 例。湿热未尽与气滞血瘀型因例数少且资料不全,故未列入。

本组病例的免疫检测项目有免疫球蛋白、双链激酶、植物血凝素皮试、淋巴细胞转化试验、E 玫瑰花结试验、补体₃、总补体等。

辨证施治与疗效

临床观察表明,慢性活动性肝炎患者均有纳差、肢软无力、倦怠、腹胀、面色萎黄、舌淡苔白、舌体胖嫩、脉沉细等之脾虚证候,因

本病病情复杂易变,患者兼可出现其它脏腑病理症候。我们按 1978 年全国病毒性肝炎会议防治方案的中医辨证分型,以四君子汤加黄芪作为基础方剂,根据兼证再加其它药。如:兼肝郁者加柴胡、当归、白芍、丹参、郁金等以舒肝养血;兼肝肾阴虚者加北沙参、麦冬、当归、熟地、枸杞、女贞子、白芍、乌梅等以滋肝补肾;兼脾肾阳虚者加炙黄芪、炙甘草、当归、升麻、柴胡、附片、熟地黄、肉桂、狗脊、山药、山萸肉等以温补脾肾;兼气阴两虚者加五味子、当归、白芍、熟地黄、炙甘草、大枣等以两补气阴。

全部病例经 4~5 个月治疗,复查肝功能与免疫功能二次以上,均符合 1978 年全国病毒性肝炎会议制订的慢性活动性肝炎治愈标准,即自觉症状消失;肝脾肿大稳定不变或缩小,无叩痛及压痛;肝功能检查正常;健康状况好转,一般体力劳动后无病情变化;观察 2 年以上持续稳定,能胜任工作者。治疗后 HBsAg 转阴 28 例(70%),其中肝郁脾虚 9 例,肝肾阴虚 8 例,脾肾阳虚 5 例,气阴两虚 6 例;HBsAg 滴度下降 6 例。

免疫指标改善情况

一、免疫球蛋白

治疗前各型患者的免疫球蛋白三项指标平均值均比正常值高,治疗后各型患者三项指标平均值都下降(表 1)。经统计学处理,除脾肾阳虚型 IgA、IgM,气阴两虚 IgA 治疗前后无

表 1 治疗前后各型免疫球蛋白变化比较

分型	例数	IgA (毫克%)	IgG (毫克%)	IgM (毫克%)
肝郁脾虚	15	267.0~260.2 6.8±1.66**	1846~1588 258±53.7***	188.2~144.2 44.0±1.88***
肝肾阴虚	12	267.2~260.5 6.7±2.58*	1796~1680 116±36.4**	182.9~142.9 40.0±13.2*
脾肾阳虚	6	262.8~259.8 3.0±11.5	1850~1650 200±80.1*	172.0~143.8 28.2±14.8
气阴两虚	7	268.8~259.7 9.1±14.6	1796~1622 174±60.0*	162.8~144.8 18.0±5.95*

注:表中数据上行为治疗前均值~治疗后均值;下行为均差±标准误(以下诸表同)。

正常值IgA为259.3±104.5毫克%; IgG为1606±408.3毫克%; IgM为140.5±52.9毫克%。

* 自身前后比较 $P < 0.05$, ** 自身前后比较 $P < 0.01$,

*** 自身前后比较 $P < 0.001$

显著性下降外,其余均有显著性差异。

二、双链激酶和植物血凝素

治疗前各型患者双链激酶(SK-SD)皮试平均直径与正常值基本一致,治疗后各型仅略有变化,仍与正常值基本一致。治疗前各型患者植物血凝素(PHA)皮试直径均比正常减小,治疗后除气阴两虚型外,其余三型皮试直径增加至已接近或超过正常值水平。(表2)

表 2 治疗前后各型SK-SD与PHA变化比较

分型	例数	SK-SD(毫米)	PHA(毫米)
肝郁脾虚	15	27.43~27.44 0.01±0.09	14.52~16.39 1.87±0.76*
肝肾阴虚	12	27.12~27.45 0.33±0.65	14.60~16.91 2.31±0.41**
脾肾阳虚	6	27.70~27.73 0.03±0.15	13.56~16.51 2.95±0.50**
气阴两虚	7	27.45~27.45 0±0.19	13.27~14.67 1.40±1.06

注:SK-SD 正常值为27.2±0.56毫米;PHA 正常值为16.45±0.94毫米。* 自身前后比较 $P < 0.05$, ** 自身前后比较 $P < 0.001$

三、淋巴细胞转化率和玫瑰花结形成率

治疗前的各型淋巴细胞转化率(LTT)和E-玫瑰花结形成率(E-RFT)均较正常值低下,以气阴两虚组为最低水平,治疗后各组两项免疫指标都有显著性升高,免疫指标均已超过或接近正常值。(表3)

四、补体(C₃)和总补体(CH₅₀)

治疗前各型的C₃均值比正常值为低,以

表 3 治疗前后各型 LTT与E-RFT变化比较

分型	例数	LTT (%)	E-RFT (%)
肝郁脾虚	15	60.66~65.41 4.75±0.94**	44.60~56.07 11.47±0.76**
肝肾阴虚	12	58.76~65.15 6.29±0.68**	45.38~55.53 10.15±0.21**
脾肾阳虚	6	63.08~65.44 2.36±0.28**	45.73~55.57 9.84±3.88*
气阴两虚	7	55.50~66.92 11.42±3.09*	43.01~56.73 13.72±1.94**

注:正常值LTT为64.03±3.80%; E-RFT为55.7±4.30%。* 自身前后比较 $P < 0.05$, ** 自身前后比较 $P < 0.001$

气阴两虚组为最低,治疗后各型C₃水平接近正常值。治疗前各型CH₅₀水平均低于正常值,以气阴两虚组最低,治疗后各型均有升高,并均超过正常值,经统计学处理,脾肾阳虚型和气阴两虚型治疗后均有显著性升高。

(表4)

表 4 治疗前后各型C₃与CH₅₀变化比较

分型	例数	C ₃ (毫克%)	CH ₅₀ (单位/毫升)
肝郁脾虚	15	98.15~99.03 0.88±1.54	245.33~267.21 21.88±16.13
肝肾阴虚	12	96.92~98.10 1.18±1.63	239.12~269.81 30.69±15.39
脾肾阳虚	6	96.78~98.93 2.15±1.63	225.88~267.77 41.89±16.74*
气阴两虚	7	93.17~97.92 4.75±4.50	207.20~268.84 16.86±3.56**

注:正常值C₃为99.54±4.6毫克%; CH₅₀为264.1±17.30单位/毫升。* 自身前后比较 $P < 0.05$, ** 自身前后比较 $P < 0.01$

体 会

经临床观察表明,慢性活动性肝炎有“起病在肝,寄病于脾”之脾虚的共同表现,如纳差、肢软无力、倦怠、腹胀、面色灰黄、舌淡苔白、舌体胖嫩、脉沉细等。根据“脾为后天之本”的主导思想,我们以四君子汤加黄芪作为扶正固本的治疗。本方药性平和,具有益气升阳、健脾和胃的补益强壮作用。我们以四君子汤加黄芪为基础方,结合临床患者的兼证再加减用药,临床疗效满意。治疗后HBsAg转阴者占大多数。至于对兼有湿热未尽者,虽辨证施治中未应用清利湿热方药,但经扶正固本

的治疗后, 其它症候也相继消失。

有人报道慢性活动性肝炎 IgG 增高为最常见, IgA、IgM 亦出现异常高值, 表现为体液免疫亢进、细胞免疫受到抑制、补体功能低下等较有规律性的免疫变化。此类患者常伴有细胞免疫功能低下, 因而失去对体液免疫的正常调节功能, 以至出现自身抗体。我们的临床观察表明, IgG 含量越高、细胞免疫反应越低、病程持久、GPT 和 TTT 长期异常、HBsAg 阳性及高滴度患者, 正虚的症候更为显著。本组气阴两虚型患者的正虚症候比其它三型更为显著, 其免疫指标异常也更为突出。

本病患者经扶正固本结合兼证加减用药治疗, 其症候的消失与免疫指标复常、肝功能恢复、HBsAg 转阴、滴度下降均有平行关系。由于上述脾虚症候和兼证, 以及免疫反应、肝功能、生化指标等的异常改变均得到纠正, 这对阻断慢性活动性肝炎演变成肝硬化、原发性肝癌有重要意义。

本组病例经扶正固本法治疗获良好疗效, 是与坚持不更方、疗程长有关。但本组病例较少, 有些中医分型例数亦较少, 用扶正固本法为主治疗慢性活动性肝炎的确切疗效, 还有待进一步验证和探讨。

灯火灸治流行性腮腺炎 36 例

江西省贵溪县塘湾卫生院 翟 润 民

江西省贵溪县塘湾血防组 夏 坤 根

灯火疗法属于灸治范畴, 它对流行性腮腺炎有较好的疗效, 现将 36 例患者作了临床分析, 报道于下。

一、临床资料: 本组 36 例, 男 21 例, 女 15 例。其中 4 岁 7 例, 7 岁 12 例, 13 岁 8 例, 16 岁 8 例, 35 岁 1 例。患者大多是学龄儿童。临床都具有恶寒发热、头痛和腮部肿、胀、热、痛等症状。患者分作两组治疗, 每组 18 例。一组用灯火灸治疗; 另一组用抗炎解热镇痛的西药治疗。

二、治疗方法: 取患侧角孙穴, 以灯芯一根, 长 2 寸, 蘸菜籽油少许点燃, 对准穴位, 迅速点灸, 然后再快速离开穴位, 此时可听到一声清脆的爆破声, 即表示灸治成功。一般不需要处理。如有轻度感染可涂以龙胆紫即可。

三、治疗结果: 36 例经治 2 天后, 灯火灸组全部热退肿消痊愈; 西药组症状未减, 个别病例发热增高, 肿胀加剧, 以后改用灯火灸治, 全部治愈。

四、病案举例: 汪××, 男, 16 岁, 学生。1981 年 4 月 10 日就诊。

患者恶寒发热头痛, 右侧腮部肿、胀、热、痛 2 日, 曾在西药组治疗, 用安乃近解热镇痛, 注射青霉素 40 万单位, 日 2 次, 口服磺胺剂抗炎。第二天发热增高, 体温达 39.8℃, 腮部肿、胀、热、痛益甚, 同时左侧腮部也肿大, 遂改用灯火灸治, 停用西药。

证见: 面红高热, 倦怠纳差, 伴呕吐, 两侧腮部

漫肿, 局部坚硬拒按, 咀嚼吞咽困难, 便秘, 潮赤, 舌红、苔薄黄, 脉滑数。

诊断: 流行性腮腺炎。证属感染风温疫毒, 肝胆郁火壅滞于少阳经脉而成。

治法: 调和气血, 祛除风邪, 疏通少阳经络瘀滞。

取穴: 角孙(双), 以灯火灸之。

疗效: 灸后第 2 日热退, 局部肿胀渐见消退, 第 3 日即痊愈。

五、体会: “灯火灸”为灸治方法之一。《灵枢·背腧》说: “……以火补者, 毋吹其火, 须自灭也; 以火泻者, 疾吹其火, 传其艾, 须其火灭也。”这说明了虚实寒热均可用灸法。火灸之法不仅可补, 而且可泻。火灸的“疾徐”内寓补泻二法, 即疾泻徐补。疾泻者, 疾吹其火, 快燃快灭, 火力强而时间短; 徐补者, 毋吹其火, 徐燃自灭, 火力微而时间长。这就是说施用于阳证实证采用火力强或比较强的灸法, 而点灸的时间短暂或只取一瞬间, 但刺激量却比较强烈。这种灸法在技术操作上是快灭其火, 火力强而时间短暂。它可起到引热外出, 疏散热邪的作用, 是属于“泻法”范畴。

灯火灸具有疏风散结、清热解毒、软坚消肿之功。该疗法之所以能对本病收到较好的疗效, 是基于经络穴位和“以火泻者, 疾吹其火”相结合的作用, 其中手法是关键。