

临床报道

温肾法为主治疗 HBsAg 阳性 乙型肝炎 60 例报告

上海中医学院附属曙光医院 王灵台 蒋 健*

指导: 夏德馨

近年来,乙型肝炎发病率逐年上升,全世界 HBsAg 阳性者已逾 2 亿人⁽¹⁾,有关肝炎会议材料报道,我国 HBsAg 阳性人群高达 10%。国内应用中医中药治疗乙型肝炎取得某些效果,HBsAg 的阴转率约为 12~25%。我院肝病科在 1976 年开始应用中医中药治疗乙型肝炎的基础上,自 1981 年 6 月至 1982 年 12 月,应用以温肾法为主的方法治疗 HBsAg 阳性的慢性迁延型乙型肝炎 60 例,经 1 年半的治疗和随访,HBsAg 的近期转阴率为 43.3%。现将有关资料总结如下:

临 床 资 料

一、病例选择

60 例均为门诊病例,按 1978 年杭州会议的诊断标准均为慢性迁延性乙型肝炎并具备下列条件:(1) HBsAg 2 次以上阳性;(2) 排除非病毒性肝炎患者;(3) 经其它方法治疗 HBsAg 未转阴者。

二、一般资料

年龄 13~66 岁,平均 33 岁,其中 20~40 岁者占 73.3%。男 48 例,女 12 例。病程 6 个月~14 年,其中 5 年以下者占 66%。

三、实验室检查

每例病人在治疗前均检测下列项目:肝功能(胆红素、麝浊、锌浊度、谷丙转氨酶)、乙型肝炎病毒抗原抗体系统(HBsAg、抗-HBs、抗-HBc、HBeAg、抗-HBe)。HBsAg 用 RPHA 法及 RIA 法测定。免疫指标作总玫瑰花环形

成试验(T-RFC)、活性玫瑰花结形成试验(A-RFC)、免疫球蛋白(IgG、IgM、IgA)、补体(C₃)、循环免疫复合物(CIC)。上述项目在治疗期间每 2 月复查一次(肝功能除外),至 1982 年 12 月统计结果。

治 疗 方 法 和 效 果

一、治疗方法

本组病例大多病程较久,多有肾阳亏损表现,因此采用温肾法为主进行治疗。所用基本方为:巴戟天 15 克,仙灵脾 15~30 克,菟丝子 30 克,桑寄生 30 克,丹参 30 克,陈皮 6 克,虎杖 15~30 克,黄芩 10~15 克。如见乏力、面浮、脚肿、舌淡胖,加黄芪、党参;兼见低热、口苦、泛恶、尿黄、舌红苔厚腻等湿热证者,减温肾药剂量,加用白花蛇舌草、川连、苍术、小蓟草、茅根等;胁痛甚者加元胡、郁金;腹胀纳呆加茯苓、半夏、鸡内金、麦芽;出血倾向较著者加生地、仙鹤草等。

所有病例每 1~2 周复诊一次,不服用其它中西药物,个别病例曾经短期服用降酶中成药(垂盆草、黄芩武等)。服药时间均在半年以上。

二、治疗结果及分析

凡 HBsAg 连续 2 次阴性且间隔 2 月以上者列为转阴病例。60 例中 HBsAg 转阴者 26 例(43.3%),未转阴者 34 例(56.7%)。至随访

* 上海中医学院研究生

时, HBsAg 转阴持续时间 2~4 月者 9 例, 4~6 月者 6 例, 6~9 月者 5 例, 9~12 月者 4 例, 1 年以上(超过 14 个月)者 2 例。治疗后 HBsAg 转阴最短需 2 个月, 最长 18 个月, 平均 10 个月。其中 HBsAg 在半年内转阴者 4 例(15.4%), 1 年内转阴者 15 例(57.7%), 1 年以上转阴者 7 例(26.9%)。

HBsAg 转阴组 26 例患者中, 病程 5 年以下者 17 例(65.4%)、5 年以上者 9 例(34.6%); 未转阴组 34 例患者中分别为 24 例(70.6%)、10 例(29.4%), 经统计学处理, 病程长短与

HBsAg 的转阴率无关。此外, 据本组病例分析表明, HBsAg 的转阴与否与性别、年龄亦无明显关系(资料从略)。

三、治疗前后各项检测指标的变化

治疗前各项指标均有部分患者异常, 经温肾法治疗后, 原来异常患者有部分恢复正常, HBsAg 转阴组或未转阴组的恢复情况基本一致。定量观测各项指标结果表明, HBsAg 转阴组有 5 项指标有显著性变化, 而 HBsAg 未转阴组仅 3 项指标有显著性变化。(见表 1 及表 2)

表 1 两组治疗前后各项指标定量变化情况

组 别	谷丙转氨酶 (GPT)	总玫瑰花环 形成试验 (T-RFC)	活性玫瑰花 结形成试验 (A-RFC)	循环免疫 复合物 (CIC)	补 体 ₃ (C ₃)	免疫球蛋白 G (IgG)	免疫球蛋白 A (IgA)	免疫球蛋白 M (IgM)
HBsAg 转阴组 (26例)	74.56~51.68 -22.88± 10.83*	66.46~70.50 4.04±1.39**	17.23~23.61 6.38± 1.62***	0.043~0.055 0.012± 0.005*	99.00~ 120.37 21.37± 4.09***	1795~1899 104±117	273~282 9.0±19.0	170~173 3.0±20.5
HBsAg 未转阴组 (34例)	71.56~52.12 -19.44± 7.75*	65.85~68.17 2.32±1.46	16.62~22.74 6.12±1.79**	0.046~0.051 0.005±0.006	98.78~ 111.56 12.78± 4.02**	1648~1784 136±80	259~261 2.0±11.8	181~205 24.0±14.0

注: 表中数据上行为治疗前均值~治疗后均值, 下行为治疗前后的平均差值±标准误;
治疗前后自身比较, * P<0.05, ** P<0.01, ***P<0.001

表 2 两组治疗前后各项指标异常人数

组 别		GPT	T- RFC	A- RFC	CIC	C ₃	IgG	IgA	IgM
HBsAg转阴 组(26例)	治前	14	1	23	5	0	13	5	10
	治后	8	0	14	8	4	18	5	7
HBsAg未转 阴组(34例)	治前	17	5	29	7	2	12	4	11
	治后	7	5	19	8	1	15	4	11

四、抗原抗体系统变化情况

HBsAg 转阴组 26 例, 治疗前 HBsAg 滴度 ≤1:32 者 19 例, 1:64 者 3 例, ≥1:128 者 4 例; 治疗后全部转阴。治疗前抗-HBc 阳性 2 例, HBeAg 阳性 7 例; 治疗后均转阴。未转阴组 34 例, 治疗前滴度 ≤1:32 者 12 例, 1:64 者 11 例, ≥1:128 者 11 例; 治疗后有 9 例滴度下降, 滴度反复 21 例, 无变化 3 例, 滴度升高 1 例。治疗前抗-HBc 阳性 16 例, 治疗后转阴 13 例。治疗前 HBeAg 阳性 6 例, 治疗后

均转阴。治疗前后两组抗-HBs、抗-HBe 均为阴性。

讨 论

一、祖国医学认为急性肝炎的病机系“湿热蕴于肝胆”为主, 病程迁延者可有肝、脾、肾之不足, 故在急性期多以清热解化湿为主。由于肝病久而不愈, 往往导致肾虚, 即谓肝肾同病, 前人就有用补肾药如首乌、生地、杞子、苁蓉及“五子衍宗丸”等治疗肝病的记载, 国内尚有应用清热化湿、健脾益肾法治疗慢性肝病收效的报道。本组病例大多病程较长, 常诉畏寒、乏力、腰痠、膝软、足跟痛、头昏、耳鸣、遗精等, 少数病例尚有面浮、脚肿, 除肝炎活动期外, 舌苔多薄、质淡而胖嫩, 脉细小或细滑, 可见这类疾病患者多数已有肾阳亏损或肾阴虚耗的表现, 因此我们采用以温

肾法为主的基础方进行治疗,并结合辨证与临床化验结果,适当增损药物,收效良好。如细胞免疫低下者,脾肾虚寒症状常较明显,可加党参、黄芪之品以奏扶正之功;体液免疫异常者常并见抗-HBc 或 HBeAg 阳性、肝功明显异常,临床常兼有湿热症状,宜减少温肾药物剂量,加用清热化湿药以收祛邪之效。此外,慢性肝病患者常诉腰痛,女病人有月经异常,其面色较暗、舌质带紫或边有瘀斑者亦不罕见,提示尚有血瘀存在,对这类患者,在基本方中加用活血化瘀药物,有助于肝病的好转。

二、HBsAg 的自然转阴率报告不一,国内报道 HBsAg 的自然转阴率约 2.6~18%。据此,本组病例 HBsAg 的近期转阴率为 43.3%,与自然转阴率比较有显著差别。关于 HBsAg 转阴的疗效评定目前尚无统一标准,我们曾对用中医中药治疗后 HBsAg 转阴 3 次以上的乙型肝炎患者进行随访,发现少数病例在长期转阴后仍可出现阳性。因此,建议 HBsAg 转阴后的随访时间至少以 6 个月为宜,并且在随访 HBsAg 的同时,应同时检测其它有关项目,如抗-HBc、HBeAg 等,以制定合理、可靠的客观疗效标准。本组病例中部分随访时间尚未满 4 个月,不能作为评定依据,有待继续随访。

三、研究表明,乙型肝炎的发生发展及其转归与机体的免疫反应关系密切。多数认为,乙型肝炎患者的体液免疫亢进而细胞免疫功能偏低^(2,3)。本组病例在治疗前,无一例免疫功能全部正常,尤以细胞免疫低下及细胞、体液免疫的异常者居多。上述结果证明免疫功能在乙型肝炎发病中有重要作用。经温肾法为主的中药治疗后,免疫功能有明显变化,且 HBsAg 转阴组与未转阴组有异。HBsAg 转阴组治疗后总玫瑰花环及活性玫瑰花结值上升,有统计学意义;HBsAg 未转阴组上述指标虽有上升,但其显著性不如转阴组。这一结果表明,HBsAg 的转阴与细胞免疫功能的提高和恢复有密切的关系。

本组病例治疗前后免疫球蛋白水平均有变化,但两组的免疫球蛋白水平均无统计学意

义。

国外报道认为循环免疫复合物(CIC)与乙型肝炎的临床表现、生化改变及病情转归呈一定的相关⁽⁴⁾。慢性活动型肝炎、慢性迁延型肝炎和 HBsAg 携带者的 CIC 检出率不同,约为 10~56.8%^(3,5)。本组病例治疗后所有病例的 CIC 数值均较治疗前上升,HBsAg 转阴组有显著性差异。此外,补体₃(C₃)水平两组病例治疗后均上升,并均有统计学意义,其中 HBsAg 转阴组的升高更加明显。提示应用温肾法为主的中药治疗可能增强机体的免疫反应并通过这种作用来清除体内病毒。

国内对抑制 HBsAg 的中草药作了大量的筛选工作,发现黄芩、川连、虎杖、大黄、赤芍、蜈蚣、三七等药在试管中能抑制 HBsAg 的滴度,并有免疫抑制作用。药理研究表明,某些温肾药,如仙茅、仙灵脾、菟丝子、巴戟天等均有不同程度的免疫刺激作用,可增强细胞免疫功能,黄芪、党参等更有适应原样作用,可调整机体的免疫功能;丹参也有免疫抑制作用。基本方中的中草药,其药理作用不同,配伍使用可能调整原来异常的免疫功能从而使病情逐步好转、稳定。从治疗前后患者细胞、体液免疫功能的变化,证实这些中草药确有这样的功效,初步表明,调整异常的细胞免疫功能与 HBsAg 转阴有一定的相关性。

四、Sherlock 指出,血液中 HBsAg 的多少与肝脏病变的严重性无关^(6,7)。我们认为,这个观点对不同病例来说是正确的,但就同一个体而言,则不尽如此。本组病例在治疗期间,HBsAg 滴度逐渐降低,部分病例的病情及肝功能亦有所好转。但不能单纯以 HBsAg 滴度升降作为临床疗效的标准,转阴组与未转阴组中 HBsAg 滴度水平与转阴率无关。

HBeAg 和 DNA 多聚酶与乙型肝炎病毒的复制和传染性有关,本组病例治疗后 HBeAg 阳性者均转为阴性,这一结果表明,以温肾法为主的中药治疗对于 HBeAg 和抗-HBc 的转阴有效,对抑制乙肝病毒的复制有一定作用。

五、HBsAg 与肝功能变化的关系,文献报

道不一,可有几种情况,即两者呈平行或相反变化,或无关。近来有人认为GPT升高是Dane颗粒转阴的先兆⁽⁸⁾。本组病例中无论HBsAg转阴与否,治疗后GPT均有显著下降,尤以转阴组较著,说明温肾法治疗对于改善肝功能亦有一定作用。治疗前HBsAg转阴组和未转阴组分别有14例和17例的GPT高于正常范围,治疗后分别有6例和10例的GPT恢复至正常水平,经统计学处理,两组无显著差别($P>0.05$),表明GPT的变化与HBsAg转

阴无明确的关系。

参 考 文 献

- (1) Zuckerman AJ; Bull WHO 56:1, 1978.
- (2) 北京第一传染病院: 中华内科杂志 20(8):479, 1981.
- (3) Eddleston ALWF, et al: Immune reactions in liver disease. 1 ed, London, 1979.
- (4) Zuckerman AJ: Hepatitis virus of man, P 120, 1979.
- (5) 刘锦海等: 上海免疫学杂志 1(3):30, 1981.
- (6) Sherlock S: Clin Gastroenterol 4(2):218, 1975.
- (7) Hoofnagle JH, et al: Ann Int Med 94:74, 1981.
- (8) 第16届欧洲肝脏研究会议资料, 国外医学流行病学分册(2):49, 1982.

应用程氏蠲痹汤加减治疗五十肩22例

吉林省吉林市龙潭中医院 刘玉璞

笔者运用程氏蠲痹汤治疗“五十肩”22例,疗效尚好,现报道如下。

一、临床资料

本组22例,男8例,女14例,年龄42~67岁,以53~60岁者为多,共16例,占72.8%;病程1个月~6+个月,其中1~2月者10例,2~6月者8例,6月以上者4例;本组22例患者均有肩部疼痛,患肢上举、后伸、内收、外展等活动受限;其中单侧19例,双侧3例。

二、治疗方法

均服用程氏蠲痹汤(见《医学心悟》):桂心2.5克,羌活5克,当归15克,川芎3.5克,独活5克,乳香4克,木香4克,桑枝15克,秦艽5克,甘草2.5克,海风藤10克。肩部畏寒甚者去桂心,加桂枝、炙川乌各10克;肩部疼痛较剧者加片姜黄、没药各10克,丹参15克;肩部酸重者加威灵仙10克;患臂屈伸不利者加伸筋草15克;气虚者加党参25克,黄芪30克;血虚者加鸡血藤30克;病程日久不愈者加防己10克,草薢、苡仁各15克。

三、治疗结果

22例患者中,治愈(自觉症状和临床体征完全消失,伸展、摇臂无疼痛感觉)16例,占73%;好转(自觉症状和临床体征基本消失,但患臂上举仍有微痛)3例,占14%;无效(自觉症状和临床体征有改善,但患臂活动仍受限)2例,占9%;中断治疗(外地患

者原因不详)1例,占4%;总有效率达86%。有效患者最多服药14剂,最少6剂。

四、典型病例

李××,女,56岁,社员,1982年8月6日初诊。右肩疼痛、痠沉、畏寒、活动障碍3个月,经服小活络丹、百宝丹等药无效,近两周加重,伴形寒畏冷、头晕倦怠、食少纳呆。查右上臂不能抬过头部,舌淡苔白,脉沉微兼细。此属气血双亏、外受寒湿、营卫失调、痹阻络脉所致“五十肩”。治宜补气通络、活血化瘀、温经祛湿。处方:桂枝、羌活、乌蛇、秦艽、炙川乌、片姜黄、威灵仙各10克,丹参、当归、海风藤各15克,川芎、炙甘草各7.5克,炙乳没各5克,鸡血藤20克,黄芪30克。4剂,水煎早晚饭后温服。服药后症状减轻,右臂可抬至头部,向后可摸到腰部,宗前方去川芎加党参25克,再服4剂。8剂药后,患肩活动时疼痛明显减轻,已可忍受,惟乏力纳呆,于前方加补气血之品,并嘱其加强功能锻炼,共服药14剂而愈,经随访1年未见复发。

五、小结

“五十肩”亦称漏肩风,因老年人多患此症而得名。本病多因外伤劳损或外受风寒湿邪所致,气血瘀阻于筋脉而为患。本组服用的程氏蠲痹汤具有活血化瘀、调和营卫之功效故能奏效。治疗期间应嘱患者注意避免患肩受风着凉,并配合功能锻炼(抬肩、摇肩)以促进恢复。