

中西医结合治疗慢性乙型肝炎 病毒携带者

湖北省黄石市传染病医院 赵 蕾 汪宏良 陈顺义

指导: 龚 瑛*

为了探索中西医结合对乙型肝炎病毒(HBV)血清学复制标志的作用,我院中西医结合病区自1985年9月以来,分二组对慢性乙型肝炎病毒携带者各30例进行治疗观察。治疗组用温肾解毒中药加小剂量干扰素(由人体白细胞中提取)治疗,对照组则单用上述小剂量干扰素治疗。现将二组的治疗结果报告如下。

一、临床资料

1. 病例选择及诊断标准: 随机选择60例住院患者,分为两组,治疗组及对照组各30例。年龄最小10岁,最大40岁,平均年龄27.5岁。其中男性41例,女性19例,病程1~5年。两组病例HBsAg、HBeAg均为阳性;HBV-DNA治疗组实测25例,阳性19例,对照组实测20例,阳性11例,经统计学处理无显著性差异($P>0.05$)。

所有病例均符合1984年南宁会议修订的《病毒性肝炎的防治方案》诊断标准。

2. 实验室检查: 全部病例均在治疗期间每月复查一次乙型肝炎五项免疫标志物(HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe、抗-HBe)及HBV-DNA。

(1) 乙型肝炎五项标志: 用酶联免疫吸附试验检测,所用单克隆抗体包被或酶标单克隆抗体由上海医化所提供。

(2) HBV-DNA: 用斑点分子杂交法测定,药盒由中国科学院武汉病毒研究所提供。

二、治疗方法

治疗组: 采用温肾益肾、清热解毒法。基本药物: 淫羊藿15克,沙苑蒺藜10~15克,金匱匱15克,大枸杞15~20克,制女贞5~

20克,花槟榔12~15克,净连翘20克,白花蛇舌草15~20克,广陈皮10克。随症加减: 胁痛选用川楝、元胡、郁金;纳差选用神曲、麦芽、鸡内金;腹胀选用厚朴、佛手、枳实。水煎,每日一剂。同时加用干扰素(卫生部成都生物制品所提供)4万单位肌肉注射,隔日一次。

对照组: 单纯应用干扰素,剂量同治疗组。

二组均以三个月为一疗程,最长不超过二个疗程。

三、治疗结果

1. 治疗组及对照组乙型肝炎标志观察: 治疗组治疗后HBsAg有8例转阴,转阴率为26.7%(8/30);HBeAg有23例转阴,转阴率为76.7%(23/30);抗-HBs、抗-HBe各有一例转阳,转阳率为3.3%(1/30)。对照组治疗后HBsAg有1例转阴,转阴率为3.3%(1/30);HBeAg有7例转阴,转阴率为23.3%(7/30);抗-HBe、抗-HBs治疗前后分别有1例阳性。治疗后上述两组HBsAg和HBeAg的转阴结果相比较均有统计学意义($P<0.05\sim 0.01$)。说明中西医结合治疗慢性乙型肝炎病毒携带者较单纯用干扰素治疗有明显疗效。

2. 治疗组及对照组的HBV-DNA观察: 治疗后治疗组HBV-DNA有9例转阴,转阴率为47.4%(9/19例);对照组有3例转阴,转阴率为27.3%(3/11例)。HBV-DNA的转阴率以治疗组为高,但经统计学处理未见明显差异,可能与例数过少有关。以上结果说明,

* 武汉市传染病医院

中西医结合治疗 HBV 携带者的治疗较单纯用西药干扰素治疗者好。

3. HBsAg、HBeAg、HBV—DNA 转阴患者的随访观察：治疗组 7 例患者经用中西医结合治疗 1~2 个疗程后，HBsAg、HBeAg、HBV—DNA 全部转阴。经我们随访观察，即每半年复查一次乙型肝炎五项标志、HBV—DNA 及肝功能，结果肝功能仍正常，HBsAg、HBeAg、HBV—DNA 仍阴性，其中有些病例仍在继续随访，说明应用本治疗组方案治疗后 HBsAg、HBeAg、HBV—DNA 转阴患者疗效稳固。

四、讨论

慢性乙型肝炎病毒携带者呈持续带毒状态，在临床上多有“正气不足，湿热未尽”的表现。正虚邪恋，病变在肝，其本在肾，牵制于脾。肝病久而不愈，往往导致肾虚，出现诸如面色㿔白、畏寒乏力、眼眶晦暗、目睛干涩、

眩晕耳鸣、腰膝酸软、足跟痛等肾精和肾气不足的症状。故我们在治疗上以温肾益肾为主，兼用清热解毒药物。

药理研究表明，温肾药有不同程度的免疫增强作用，黄芪有增强免疫作用，两者合用则有互相促进之功，可调整机体的免疫功能。清热解毒药具有抗炎、抗病毒的作用，调整免疫功能，促进肝细胞的修复，抑制抗原。干扰素是细胞受病毒感染后诱生的一种低分子糖蛋白，其作用是激活细胞再产生一种抗病毒蛋白质，后者影响细胞核糖体而抑制病毒蛋白质合成。许多细胞能生成干扰素，作为防御机制以阻止病毒感染的进一步扩散。

通过初步的观察结果提示温肾益肾法及并用人白细胞干扰素对乙型肝炎病毒血清学标志 HBsAg、HBeAg、HBV—DNA 有一定的抑制作用，值得进一步探讨。

经 方 治 验 一 则

中国人民解放军空军郑州医院 王子融
河南中医学院附院 毛凤仙

仲景之方，世称医方之祖。笔者用经方治病亦每获良效。现列桂枝加大黄汤案于后，望同道赐教。

杜××，男，38岁，干部。1986年7月10日初诊。

患者1986年6月28日与友人聚宴，宴前进食冰镇西瓜、汽水，宴中饱食，畅饮，外以电扇吹风。翌日晨起即现呃逆频作，影响睡眠、饮食、工作，感全身皮肤拘紧，恶风，汗出（以双下肢为著），低烧，体温37.2℃左右，胃脘部不适，大便秘结。曾采用多种方法治疗，未效。7月10日患者要求中医诊治。刻诊：上述症状仍存在，舌质淡红、苔中部厚腻略黄，脉浮沉取有力略弦。证属内伤外感，寒热相杂，营卫失和，胃气上逆。治当解肌发表，清泻胃肠，平肝降逆。方用《伤寒论》桂枝加大黄汤加味。处方：桂枝9克，炒白芍9克，炙甘草6克，生姜15克，大枣3枚，生大黄6克，砂仁6克。三剂。水煎服，药后进热粥一碗以助药力。

次日，患者诉，昨晚如法服药后，全身津津汗出，呃逆随之而止，当晚安然入睡。今日解稀便二次，略感肠鸣不适，皮肤微感拘紧。嘱其不必尽剂，原方去大黄，再服一剂，以尽外邪。后以香砂养胃丸善其后。

按：呃逆一证，胃气上逆，冲动于膈是其主要病机，但和肺失肃降，肝气上逆，肾不纳气等亦有密切关系。此例临床表现虽与《伤寒论》原文所言症状不尽相同，但其外受风寒，内伤中气之因，“啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热”，汗出等伤寒表虚证；大便秘结之腑实证却相似，故可移用桂枝加大黄汤治疗呃逆。方中桂枝汤外则和营卫、解肌表，使肺气肃降，胃气从之；内则平肝、柔肝，解除横逆之势。大黄泻除腐浊积滞，令大便通调，胃气下行。更加砂仁以消酒食之积。全方共奏解肌表，祛腐浊，降胃肃肺平肝之功。药证相合，所以收到桴鼓之效。