

证 的 研 究

慢性丙型肝炎中医辨证分型与临床
检测指标关系的探讨

金 实* 汪 悦*

摘要 慢性丙型肝炎中湿热中阻证 ALT、AST、GGT 明显升高,肝活检多为 CAH,提示炎症活动,肝损害明显特点;瘀血阻络证 P-ⅢP 及球蛋白显著升高,肝活检多示 CAH,部分合并肝硬化,提示明显的肝纤维化及蛋白代谢失调特点;肝肾阴虚证 ALT、AST、GGT 等酶升高,白/球蛋白比例失调,肝活检多为 CAH,部分合并肝硬化,提示炎症活动和肝纤维化趋势特点;肝郁脾虚证酶生化检测指标变化不大,肝活检多为 CPH,具有病程较短、肝损害较轻特点;脾肾阳虚证酶值升高不显著,蛋白代谢常有异常,肝活检为 CAH 或 CPH,常有炎症活动相对平稳,蛋白代谢障碍,症状以功能低下为主等特点;证型不明者大多为 CPH,具有症状及实验检测指标均不明显特点。

主题词 肝炎,丙型/诊断 肝炎,慢性活动性/诊断 辨证分型

慢性丙型病毒性肝炎中医临床辨证分型方法不一,大多以临床症状为辨证分型依据,缺少客观的指标,给科研及临床带来困难。日本 HCV 株和我国相近,基因型均以Ⅰ型为主,笔者于 1993 年 6 月至 1996 年 6 月在日本奈良县、名古屋市及我国南京市有关医院采集了 108 例慢性丙型病毒性肝炎患者的病历资料,进行中医辨证分型与理化检测指标之间关系的探讨。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 观察对象:观察对象全部符合下列条件:(1)经丙型肝炎病毒学指标、肝功能、肝组织活检确诊的慢性丙型肝炎患者;(2)半年以内未进行过干扰素治疗或连续 3 个月以上的中药治疗,或虽经上述治疗,但肝功能及病毒学指标无明显改善者。

1.2 观察项目:中医观察项目选用初诊时的症状及舌脉资料;临床检测指标选用就诊前后最近期的一次资

料。所有患者均进行下列检查:(1)肝功能:血清谷氨酸酶-丙酮酸转氨酶(ALT)、血清谷氨酸酶-草酰乙酸转氨酶(AST)、血清 γ -谷氨酰转氨酶(GGT);(2)血浆蛋白:白蛋白(A)、球蛋白(G);(3)Ⅲ型前胶原肽(P-ⅢP);(4)病毒学指标:抗-HCV、HCV-RNA(PCR 法);(5)肝组织活检。

1.3 一般资料:在 108 例患者中,男性 65 例,女性 43 例。年龄最小 22 岁,最大 71 岁,平均年龄 55.3 岁。病程 0.5~1 年者 22 例,1~3 年者 58 例,3 年以上者 28 例。108 例中慢性活动性肝炎 67 例,慢性迁延性肝炎 41 例。

1.4 中医辨证分型及其标准:参照 1991 年 12 月中华全国中医学会内科肝病专业委员会天津会议制定的病毒性肝炎中医辨证标准^[1]。

湿热中阻证:胸脘痞痞,恶心厌油纳呆,身目发黄而色泽鲜明,口粘口苦,尿黄,舌苔黄腻,脉象弦数。本证共 16 例,占 14.81%。

肝郁脾虚证:胸胁胀满疼痛,胸闷太息,脘痞腹胀,精神抑郁,纳食减少,口淡乏味,倦怠乏力,大便溏泄,舌质淡边有齿印,苔薄,脉沉弦。本证共 9 例,占 8.33%。

肝肾阴虚证:胁肋隐痛,遇劳加重,腰肋酸软,头晕目眩,两目干涩,口燥咽干,失眠多梦,五心烦热,形体消瘦,牙龈出血,舌红少津,脉细数无力。本证共 16 例,占 14.81%。

脾肾阳虚证:胃寒喜暖,四肢不温,精神疲惫,少腹腰膝冷痛,食少便溏,下肢浮肿,阴囊湿冷或阳痿,舌淡胖边有齿印,苔白,脉沉细或沉迟。本证共 12 例,占 11.11%。

瘀血阻络证:面色晦暗,或见赤缕红丝,两胁刺痛,肝脾肿大,质地较硬,或见蜘蛛痣、肝掌,舌质暗或有瘀斑,脉细涩。本证共 34 例,占 31.48%。

仅肝组织活检、病毒学指标、肝功能等检测项目异常而临床症状不明显,无法进行辨证分型者,为证型不明,共 21 例,占 19.46%。

* 南京中医药大学,江苏省南京市汉中路(210029)

收稿日期:1997-05-23

2 结果

2.1 辨证分型与肝功能检测指标的关系:如表1所示,ALT以湿热中阻证最高,平均值达214.63U,其次为肝肾阴虚证,再依次为瘀血阻络证、证型不明者、脾肾阳虚证及肝郁脾虚证。湿热中阻证患者的ALT与肝郁脾虚证、脾肾阳虚证、瘀血阻络证及证型不明者相比差异有显著性($P<0.05$)。

AST亦以湿热中阻证最高,平均值达97.12U,其次为肝肾阴虚证,再依次为瘀血阻络证、脾肾阳虚证、肝郁脾虚证及证型不明者。湿热中阻证患者的AST与肝郁脾虚证及证型不明者相比差异有非常显著性($P<0.01$),与脾肾阳虚证及瘀血阻络证相比差异有显著性($P<0.05$)。

GGT亦以湿热中阻证最高,平均值达103.1U,其次为脾肾阳虚证,再依次为肝肾阴虚证、瘀血阻络证、肝郁脾虚证及证型不明者。湿热中阻证患者的GGT与肝郁脾虚证及证型不明者相比差异有显著性($P<0.05$)。

表1 辨证分型与ALT、AST、GGT的关系($\bar{X}\pm SE$)

证型	例数	ALT(U)	AST(U)	GGT(U)
湿热中阻证	16	214.6±64.64	97.12±15.55	103.1±22.51
肝郁脾虚证	9	47.89±7.95*	44.67±7.09 [△]	48.44±6.07*
肝肾阴虚证	16	81.31±7.84	78.25±8.44	62.29±3.48
脾肾阳虚证	12	53.75±6.44*	48.58±6.29*	78.63±7.77
瘀血阻络证	34	66.12±5.30*	60.82±4.12*	56.08±3.48
证型不明者	21	56.90±9.57*	44.05±4.26 [△]	37.24±6.08*

与湿热中阻证比较,* $P<0.05$, $\Delta P<0.01$

2.2 辨证分型与血浆蛋白及 γ 型前胶原肽的关系:表2示,血浆白蛋白以瘀血阻络证和脾肾阳虚证最低,平均值为3.16g/100ml,其次为肝肾阴虚证,再依次为湿热中阻证及肝郁脾虚证及证型不明者。瘀血阻络证患者的白蛋白值与湿热中阻证、肝郁脾虚证及证型不明者相比差异有非常显著性($P<0.01$)。

球蛋白以肝肾阴虚证最高,平均值达3.96g/100ml,其次为瘀血阻络证,再依次为证型不明者、湿热中阻证、肝郁脾虚证,脾肾阳虚证最低。肝肾阴虚证的球蛋白值与湿热中阻证、证型不明者、脾肾阳虚证及肝郁脾虚证相比差异有非常显著性($P<0.01$)。

P γ P的检查结果说明,瘀血阻络证的P γ P值最高,平均值达1.08U/ml,其次为脾肾阳虚证、证型不明者、肝肾阴虚证、湿热中阻证及肝郁脾虚证,瘀血阻络证患者的P γ P值与其它五个证型相比差异均有非常显著性($P<0.01$)。

表2 辨证分型与A、G、P γ P的关系($\bar{X}\pm SE$)

证型	例数	A(g/100ml)	G(g/100ml)	P γ P(U/ml)
湿热中阻证	16	4.03±0.11	3.12±0.17	0.80±0.03
肝郁脾虚证	9	4.12±0.09	3.01±0.15	0.77±0.02
肝肾阴虚证	16	3.23±0.11	3.96±0.10	0.84±0.03
脾肾阳虚证	12	3.16±0.14	2.89±0.10	0.89±0.03
瘀血阻络证	34	3.16±0.14	3.55±0.10	1.08±0.03
证型不明者	21	4.36±0.07	3.08±0.11	0.86±0.06

表3 辨证分型与肝组织活检结果的关系

证型	CAH例数	CPH例数	合计
湿热中阻证	12	4	16
肝郁脾虚证	1	8	9
肝肾阴虚证	14	2	16
脾肾阳虚证	6	6	12
瘀血阻络证	33	1	34
证型不明者	1	20	21

2.3 辨证分型与肝组织活检结果的关系:表3表明,CAH多见于瘀血阻络证,其次为肝肾阴虚证及湿热内阻证;CPH多见于证型不明者,其次为肝郁脾虚证、脾肾阳虚证。因病例数尚少,未进行统计学处理。67例CAH中,合并肝硬化者占29例,其中瘀血阻络证占21例,肝肾阴虚证占8例。

3 讨论

有关湿热中阻证ALT、AST升高;湿热中阻证腹胀、恶心、纳呆及目黄、肤黄、尿黄等临床表现比较突出,肝组织活检多为CAH,反映炎症活动,肝细胞损害明显的特点。本证型ALT、AST升高幅度较大。

有关瘀血阻络证P γ P升高、蛋白代谢异常;丙型肝炎向肝硬化发展的趋势明显,有资料表明,急性丙型肝炎5年后肝脏病理证实60%发展为肝硬化^[2]。瘀血阻络证肝脾肿大,质地较硬,面晦,肝掌,蜘蛛痣等症状突出,多属慢性活动性肝炎、肝硬化门静脉高压、内分泌失调表现。瘀血阻络证肝组织活检33/34例为CAH,其中21/33例为CAH合并肝硬化。因此,本证型反映肝纤维化的P γ P显著升高,体液免疫亢进,白蛋白生成障碍,蛋白代谢明显异常。

有关肝肾阴虚证检测特点:慢性丙型肝炎具有向肝硬化发展的显著倾向,活动性肝硬化是慢性丙型肝炎中一种常见的类型,它具有慢性活动性肝炎和肝硬化的双重特点^[3]。丙型肝炎与乙型肝炎相比,酶的波动

幅度较小,但波动次数较多^[4]。肝肾阴虚证病程较久,烦热、消瘦、出血等症状突出,多为炎症活动、体质消耗、致热性激素灭活功能降低、凝血障碍等慢活肝、肝硬化表现。肝肾阴虚证肝组织活检 14/16 例为 CAH,其中 8/14 例为慢活肝合并肝硬化。因此,肝肾阴虚证既多有 ALT、AST、GGT 升高等炎症活动特点,又兼具肝硬化趋势的白蛋白明显下降、球蛋白明显升高特点。与炎症肝损害为特点的湿热中阻证相比,本证型酶值升高幅度不大,但统计学处理无明显差异。

有关肝郁脾虚证、脾肾阳虚证及证型不明者:丙型肝炎比乙型肝炎更易慢性化,而且大多炎症坏死反应较弱^[5]。因此,丙型肝炎的大多证型如肝郁脾虚证、脾肾阳虚证、瘀血阻络证及证型不明者 ALT、AST、GGT 升高幅度不大。肝郁脾虚证症状较轻,肝组织活检多显示 CPH(8/9 例),具有病程较短、肝损害较轻特点。脾肾阳虚畏寒、神疲、便溏、浮肿等功能低下症状为主,肝损害不显著,肝活检部分示为 CPH(6/12 例),另 6/

12 例虽为 CAH,但属相对稳定期,因此酶值升高不显著,部分 CAH 患者白蛋白生成障碍,白蛋白显著降低。证型不明者无明显症状,肝活检大多为 CPH,实验室指标基本正常或变化幅度较小。

上述各证型理化检测指标的变化可为中医辨证客观化、规范化提供部分依据,为治疗用药的选择提供参考。辨证施治的客观化是一个浩大的系列工程,诸多问题还有待进一步研究。

4 参考文献

- 1 中国中医药学会内科肝病专业委员会. 病毒性肝炎中医辨证标准(试行). 中医杂志, 1992, (2): 39.
- 2 叶维法, 钟振义主编. 肝炎学大典. 天津: 天津科学技术出版社, 1996: 609.
- 3 叶维法, 钟振义主编. 肝炎学大典. 天津: 天津科学技术出版社, 1996: 606.
- 4 宫本昭正, 水岛裕. 今日の内科学. 第三版, 医齿药出版株式会社, 1993: 825.
- 5 内田俊和, C 型肝炎的病理. 日本肝脏, 1993, 34(1): 88.

固肾丸治疗精液异常不育症的临床观察

彭少芳*

经多年临床实践,固肾丸有促孕安胎、固肾强精之功效,现将固肾丸治疗因精液异常而致的不育症 220 例报告如下。

1 一般资料

1993 年 9 月至 1996 年 11 月在不孕育诊疗中心诊治的 882 例男性患者中,确诊为特发性生精功能低下者 220 例。年龄最小 22 岁,最大 48 岁,平均 31.2 ± 7.5 岁。不孕时间最短 2 年,最长 12 年。其妻子经检查均排除生育功能异常。按 WHO 标准分类,对 220 例不育患者用药前连查精液 2 次,取各指标的平均值。

2 治疗方法

本组病例均应用固肾丸治疗,固肾丸由紫河车、淫羊藿、早莲草、菟丝子、女贞子、川断、杜仲、寄生、阿胶、党参、黄芪、白术、茯苓、山药、黄芩等 26 种药组成,经汕头市卫生局药检所鉴定无伪劣品,由汕头市中药厂浓缩制成丸剂。一般剂量每日 2 次,每次 10g,饭前服。以 3 个月为一疗程,一般用药 12 周至 24 周后,将其精液检查结果作对照观察,并按说明书服药。气滞血瘀甚者,加海七散,每天 1 支,并选加青皮 10g,枳壳 10g,桃

仁 10g,红花 10g,煎水送服;湿热重者选加龙胆草 15g,茵陈 30g,大黄 6~10g,栀子 10g 等煎水送服。

3 疗效分析

3.1 疗效标准:痊愈:女方受孕;临床治愈:精液检查各指标均达到正常值,但女方未孕;好转:在原基础上精液有较大改善,但未达到最低正常值;无效:服药 2 疗程(24 周)以上,精子密度及活动力变化很小,密度增加不足 $1.0 \times 10^6/\text{ml}$,活动率仍低于 50%。

3.2 治疗结果:220 例中,女方受孕 67 例(30.5%),临床治愈 93 例(42.3%),好转 47 例(21.4%),无效 13 例(5.9%),总有效率为 94.1%。

3.3 治疗后精液变化比较:治疗前 220 例精子密度为 $(17.14 \pm 7.54) \times 10^6/\text{ml}$ ($\bar{X} \pm S$, 下同),治疗后升至 $(51.96 \pm 19.54) \times 10^6/\text{ml}$ ($P < 0.01$);精子活动率治疗前 220 例为 $36.02 \pm 14.48\%$,治疗后升至 $64.98 \pm 14.42\%$ ($P < 0.01$)。治疗前精液量 $< 1.0\text{ml}$ 有 14 例,治疗后均复常;治疗前精液液化不良 (> 30 分钟) 28 例,治疗后 21 例复常;治疗前少精症 ($< 20 \times 10^6/\text{ml}$) 有 198 例,治疗后复常 182 例;治疗前精子活力 $< \text{I}$ 级 201 例,治疗后复常 175 例;治疗前精子活动力 $< 50\%$ 199 例,治疗后复常 178 例;治疗前精液 $\text{pH} < 7.2$ 或 > 7.8 有 9 例,治疗后复常 6 例。

* 汕头市中医医院,广东省汕头市新兴路 10 号 (515031)

收稿日期:1997-06-10;修回日期:1997-08-25