

慢性乙型肝炎中医辨证分型与 生化免疫指标关系的探讨

南京中医学院 金 实 黄建新* 赵新敏 桂秀雄**

指 导 严 明*

内容提要: 本文将 105 例慢性乙型肝炎分为湿热气滞、肝脾两虚、肝肾阴虚和肝脾血瘀四个证型,探讨其与生化、免疫指标的关系。结果表明:湿热气滞证的 HBsAg 平均滴度最高,绝大多数患者 SGPT 升高, IgG 显著增高;肝脾两虚证的 HBsAg 平均滴度最低,肝功能和免疫功能异常均不明显;肝肾阴虚证和肝脾血瘀证除共同表现为 γ -球蛋白、IgG 显著升高,补体 C₃ 显著降低, Ea-RFC 明显低下, Es-RFC 明显增高外,肝脾血瘀证的绝大多数患者并可见到 ZnTT 增高。各证型在生化、免疫指标上的上述改变特点可以作为中医对慢性乙型肝炎辨证分型的参考。

为了探讨慢性乙型肝炎中医辨证分型的实质,1987 年 9 月~1988 年 6 月,我们在南京中医学院江东门肝病专家门诊对 105 例慢性乙型肝炎进行了中医辨证分型与生化、免疫功能检测关系的研究。现将结果报告如下。

对象与方法

一、一般资料

共观察 105 例,其中慢性迁延性肝炎(简称迁延性肝炎)56 例(53.33%),慢性活动性肝炎(简称活动性肝炎)49 例(46.67%)。

在 105 例患者中,男 63 例,女 42 例;年龄最小 9 岁,最大 64 岁,20~45 岁占 72.16%;病程半年以上,一年以内占 25%,1~5 年占 49.04%,5 年以上占 25.96%。

二、检查项目

1. 乙型肝炎病毒(HBV)感染复制指标: HBsAg(R-PHA 法,滴度 1:16 以上为阳性),抗-HBs (PHA 法),抗-HBc、HBeAg 和抗-HBe(ELISA 法),HBV-DNA(RIA 法)。

2. 肝功能:总胆红素(正常值 <0.8 mg%),谷丙转氨酶(金氏法,正常值 <40 U),锌浊度(正常值 <12 U),蛋白电泳(醋酸

薄膜电泳法,白蛋白正常值 55~61%, γ -球蛋白 15~20%)。

3. 免疫功能:体液免疫采用单向琼脂扩散法测定血清 IgG、IgA、IgM;补体系统采用方法同上,测定补体 C₃;细胞免疫采用 Wrigan 法测定活性花环(Ea-RFC)、采用 Gaili 法测定稳定性花环(Es-RFC)。

三、中医辨证分型及其标准

湿热气滞证: 皮肤和巩膜黄染,恶心呕吐,口干口苦,口中粘腻,右胁胀痛,腹胀肠鸣,矢气,尿黄,便溏或便秘,舌质红,舌苔黄腻或白腻,脉弦滑。本证共 27 例,占 25.71%。

肝脾两虚证: 面色无华,乏力,纳差,目干涩,右胁隐痛,便稀或溏,舌质淡红,舌苔薄白,脉细。本证共 33 例,占 31.43%。

肝肾阴虚证: 右胁隐痛或不适,口干,手足心热,齿衄,寐差,多梦,腰痠,腿软,舌质红,舌苔少或无苔,脉细数。本证共 24 例,占 22.86%。

肝脾血瘀证: 右胁刺痛,两肋下结症,面色晦暗,蜘蛛痣,肝掌,舌质有紫气或有瘀斑,

* 南京中医学院附属医院

** 朝鲜东医科学院内科研究所进修生

瘀点,脉涩。本证共21例,占20%。

结 果

一、辨证分型与HBV感染复制指标关系

辨证分型与HBsAg平均滴度、HBsAg阳性率、HBeAg阳性率和HBV-DNA阳性率的关系见表1。

HBsAg阳性率和平均滴度:表1示,各证型的HBsAg阳性率在87.5~95.2之间。湿热气滞证、肝脾血瘀证、肝肾阴虚证和肝脾两虚证的HBsAg平均滴度分别为1:1105、1:643、1:276和1:43。前三证型之间无明显差别($P>0.05$);前三证与肝脾两虚证相比较,其差别均有显著性(按顺序分别为: $P<0.01$ 、 $P<0.01$ 、 $P<0.05$)。

HBeAg阳性率: HBeAg阳性率以肝脾血瘀证(66.7%)为最高,其次为湿热气滞证(48.2%)、肝肾阴虚证(33.3%),而以肝脾两虚证(12.1%)为最低。湿热气滞、肝脾血瘀证各与肝脾两虚证比较均有非常显著性差异($P<0.01$);肝脾血瘀证与肝肾阴虚证比较亦有显著性差异($P<0.05$)。

HBV-DNA阳性率: HBV-DNA阳性率亦以肝脾血瘀和湿热气滞证为高,肝脾两虚证最低,前二证各与肝脾两虚证相比较均有非常显著性差异($P<0.01$)。

二、辨证分型与肝功能的关系

各型肝功能指标的检测结果见表2~3。

如表2所示,总胆红素(SB) $>0.8\text{mg}\%$ 者湿热气滞证占25.9%,其他证型甚少或无。谷丙转氨酶(SGPT) $>40\text{U}$ 者以湿热气滞证患者所占比例(92.6%)最高,且显著高于其他三个证型($P<0.05\sim0.01$)。锌浊度(ZnTT) $>12\text{U}$ 者则以肝脾血瘀证患者所占比例(95.2%)最高,其余依次为湿热气滞证(48.1%)、肝肾阴虚证(25.0%)和肝脾两虚证(18.2%),其中肝脾血瘀证显著高于其他三个证型(均为 $P<0.01$),湿热气滞证也显著高于肝脾两虚证($P<0.05$)。表3示,白蛋白在湿热气滞、肝脾血瘀和肝肾阴虚证中均较低,与肝脾两虚证相比均

表1 辨证分型与HBV感染复制指标的关系

证 型	例 数	HBsAg 阳性例(%)	HBeAg 阳性例(%)	HBV-DNA 阳性例(%)
肝脾两虚	33	31(93.9)	4(12.1)	2(6.1)
肝肾阴虚	24	21(87.5)	8(33.3)	4(16.7)
肝脾血瘀	21	20(95.2)	14(66.7)*^	9(42.9)*
湿热气滞	27	25(92.6)	13(48.2)*	11(40.7)*

* 与肝脾两虚证比较 $P<0.01$

^ 与肝肾阴虚证比较 $P<0.05$

表2 辨证分型与SB、SGPT和ZnTT的关系

证 型	例 数	SB $>0.8\text{mg}\%$ 例(%)	SGPT $>40\text{U}$ 例(%)	ZnTT $>12\text{U}$ 例(%)
肝脾两虚	33	1(3.0)	16(48.5)	6(18.2)
肝肾阴虚	24	0	11(45.8)	6(25.0)
肝脾血瘀	21	1(4.8)	13(61.9)	20(95.2)**^
湿热气滞	27	7(25.9)	25(92.6)**^	13(48.1)**^

* 与肝脾两虚证比 $P<0.05$; ** 与肝脾两虚证比 $P<0.01$; ^ 与肝脾血瘀证比 $P<0.05$; ^^ 与肝脾血瘀证比 $P<0.01$; ^ 与肝肾阴虚证比 $P<0.01$

表3 辨证分型与蛋白电泳的关系

证 型	例 数	白蛋白(%) 均值±标准差	γ -球蛋白(%) 均值±标准差
肝脾两虚	33	62.30±11.50	20.50±6.96
湿热气滞	27	54.30±8.70*	23.65±4.35
肝脾血瘀	21	54.43±15.06*	30.80±6.65***
肝肾阴虚	24	50.74±13.82**	31.93±7.92***

* 与肝脾两虚证比 $P<0.05$; ** 与肝脾两虚证比 $P<0.01$; ^ 与湿热气滞证比 $P<0.01$

有显著性差异($P<0.05\sim0.01$)。 γ -球蛋白在肝肾阴虚和肝脾血瘀证中均明显增高,分别与肝脾两虚、湿热气滞证相比较均有非常显著性差异($P<0.01$)。

三、辨证分型与免疫功能的关系

各证型的免疫功能指标测定结果见表4。

表4的检测结果表明,慢性肝炎的IgG、IgM、IgA均值均高于正常人。各证型的IgG与正常人相比,差异均非常显著($P<0.01$),其中肝脾血瘀和湿热气滞证的升高尤为显著。各证型的Ea-RFC均较正常人低,经统计学处理,肝脾血瘀和肝肾阴虚证显著低于正常人(均为 $P<0.01$)。在所有证型中,Es-RFC均见升高,其中除湿热气滞证外,其他三个证型均显著高于正常人(均为 $P<0.01$)。从以上资料看出,湿热气滞证体液免疫功能亢进,细

表 4 辨证分型与免疫功能各检测指标的关系($\bar{X} \pm SD$)

组 别	例 数	细胞免疫(%)		体液免疫(mg%)			补 体 C ₃ (mg%)
		E _a -RFC	E _s -RFC	IgG	IgM	IgA	
湿热气滞	27	27.20 ± 2.90	4.80 ± 1.74	1690.5 ± 46.75**	156.96 ± 61.97**	156.77 ± 69.67	111.11 ± 27.54
肝脾两虚	33	27.10 ± 3.47	6.70 ± 5.40**	1358.7 ± 32.70**	161.60 ± 88.77*	156.30 ± 67.44	109.90 ± 23.14
肝肾阴虚	24	23.42 ± 1.60**	6.61 ± 2.68**	1374.2 ± 47.04**	155.85 ± 47.13**	186.90 ± 10.87**	82.26 ± 17.15**
肝脾血瘀	21	22.68 ± 1.60**	6.81 ± 1.95**	2880.0 ± 91.65**	174.30 ± 45.70**	166.95 ± 61.91	76.10 ± 19.33**
正常人	30	28.12 ± 3.64	3.20 ± 2.32	1179.5 ± 39.16	123.60 ± 6.54	143.20 ± 43.30	102.70 ± 21.70

* 与正常人组比较 $P < 0.05$; ** 与正常人组比较 $P < 0.01$

胞免疫功能无明显变化;而肝肾阴虚和肝脾血瘀证,无论体液免疫功能或细胞免疫功能均变化显著。肝脾血瘀和肝肾阴虚证的补体 C₃ 均值亦明显较正常人低(均为 $P < 0.01$)。

讨 论

一、慢性乙型肝炎临床表现多而复杂,各证之间常多兼夹。一般而言,慢性乙型肝炎的病变以正虚邪实为主,湿热邪毒留恋不去,肝脾受损,气血亏乏。正虚程度较轻者多为慢性迁延性肝炎;病久及肾,正虚较著,瘀热内结,病情反复波动者多为慢性活动性肝炎。本文观察病例提示,两者与中医辨证分型之间似有一定关系,如在肝脾两虚证患者中,慢性迁延性肝炎占 93.95%,在肝脾血瘀和肝肾阴虚证中,慢性活动性肝炎各占 90% 和 72.85%。

二、近年国内有关慢性肝炎患者免疫功能异常的报道很多,多数指出肝病患者的血清 IgG、IgM、IgA 高于正常,本文结果与此大致相同。本文资料提示,体液免疫亢进多反映邪实的一面,而细胞免疫功能低下,常反映正虚的一面,从全文免疫功能结果分析与邪实正虚具有一定的相关性。

三、国内外学者均认为,HBV 感染复制程度对慢性乙型肝炎具有重要意义。本文资料提示,有明显的 HBV 感染,病毒在肝脏内大量复制者多为湿热气滞证和肝脾血瘀证。肝脾两虚证 HBV 感染复制指标较为低下。中医辨证属实证者,HBV 感染复制一般较为显著。目前在对细胞免疫功能状态与 HBV 感染复制程度的关系上尚未有一致认识。

SGPT 和 IgG 的增高、ZnTT 和 γ -球蛋白的升高与肝脏内反症反应存在、肝细胞变性致使肝脏蛋白代谢障碍有密切关系。根据各个证型的生化、免疫指标特点作如下归纳,可以作为中医对慢性乙型肝炎辨证分型的参考。

湿热气滞证:HBsAg 平均滴度最高,近半数患者 HBeAg 阳性,绝大多数患者 SGPT 升高,IgG 显著升高,说明本证 HBV 感染复制显著,肝细胞炎症反应明显,体液免疫功能亢进而细胞免疫功能变化不著。

肝脾两虚证:HBsAg 平均滴度最低,说明本证 HBV 感染复制不太显著,其他如肝功能、免疫功能异常也不明显。但自觉症状明显,特别是胃肠道功能紊乱显著。本证型多属慢性迁延性肝炎。

肝肾阴虚证:HBsAg 滴度介于肝脾两虚证与湿热气滞证之间, γ -球蛋白升高较为突出,IgG 显著增高,C₃ 显著降低,Ea-RFC 明显低下,Es-RFC 明显增高,提示本证 HBV 感染复制比较显著,肝脏蛋白代谢明显异常,体液免疫功能亢进而细胞免疫功能低下。

肝脾血瘀证:HBsAg 平均滴度高于肝脾两虚证和肝肾阴虚证,绝大多数患者 ZnTT 增高,IgG 明显升高, γ -球蛋白显著高于肝脾两虚和湿热气滞证,C₃ 显著降低,Ea-RFC 在各证型中最低,Es-RFC 在各证型中最高,提示本证 HBV 感染复制比较明显,肝脏蛋白代谢障碍最为突出,体液免疫功能明显亢进而细胞免疫功能显著低下。本证型多属慢性活动性肝炎。

本文病例的免疫测定承蒙江苏省中医院免疫室 汪君梅主任、祁月琴医师鼎力协助,特此致谢。