

慢性乙型肝炎中医辨证分型和乙肝病毒复制关系的初步研究

张俊富 崔丽安 黄 越 王培生
天津市肝病研究所 金书明 谷济生 韩康玲

为了探讨乙肝病毒复制和中医分型的关系,本文对205例慢性乙型肝炎患者的中医辨证分型与HBsAg、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc、HBV-DNA、DNA-P的关系进行了研究探讨。现报告如下:

一、材料和方法

(一) 诊断标准:本文统计的慢性乙型肝炎205例均符合1984年全国南宁肝炎会议慢性肝炎诊断标准。中医分型标准制订如下。实证:(1)形体较壮实;(2)胸胁脘腹胀满;(3)大便秘结;(4)疼痛拒按;(5)舌苔厚腻;(6)脉实有力。虚证:(1)面色萎黄或晦暗;(2)疲倦乏力;(3)大便溏薄;(4)疼痛喜按;(5)舌质淡嫩、苔薄白;(6)脉虚无力或细数。凡分别具备有(5)或(6)中一项,再加上其他三项可成立诊断。

(二) 一般资料:本组共205例,男性167例,女性38例;年龄10~20岁4例,20⁺~30岁59例,30⁺~40岁70例,40⁺~50岁33例,50⁺~60岁28例,60岁以上者11例。病程均在一年以上。205例中诊断为慢性迁延性肝炎者73例,慢性活动性肝炎者78例,肝硬化者45例,HBsAg无症状携带者9例。中医辨证为实证者121例,虚证者84例。

(三) 检测方法:HBV-DNA采用斑点杂交法,DNA-P采用放射免疫法,HBsAg采用RPHA法。

二、结果

本文慢性乙型肝炎患者的HBsAg、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc、DNA-P、HBV—

附表 两组的HBV复制指标比较

测定项目	实证组 (121例)	虚证组 (84例)	两组比较 (P值)
HBsAg	121 (100)	84 (100)	>0.05
HBeAg	80(66.1)	41(48.8)	<0.05
抗-HBe	22(18.2)	14(16.7)	>0.05
抗-HBc	97(80.2)	60(71.4)	>0.05
DNA-P	58(47.9)	17(20.2)	<0.01
HBV-DNA	43(35.5)	9(10.7)	<0.01

注:表内数字为检出例数(%)

DNA的检出情况见附表。检出结果表明,实证患者HBeAg、DNA—P、HBV—DNA的检出率明显高于虚证患者,经统计学处理均有显著性差异。

三、讨论

(一) 对乙型肝炎中医辨证分型的探讨:
《素问·通评虚实论》说“邪气盛则实,精气夺则虚。”指出病证的虚实取决于邪正双方力量的对比。慢性肝炎虚证和实证患者在细胞免疫和体液免疫方面均表现不同。李兴春等⁽¹⁾通过E玫瑰花结形成实验证明病毒性肝炎患者T细胞功能较正常人明显低下($P<0.01$),血清IgG、IgA均较正常人为高,而IgM实证患者较正常人增高明显,循环免疫复合物则实证患者明显高于虚证患者。陈增潭⁽²⁾等发现肝炎血热证者,CIC阳性者多。本文研究表明慢性乙型肝炎患者HBV复制指标和患者虚实有关,实证HBV复制较虚证活跃,如HBeAg、DNA—P、HBV—DNA较虚证患者阳性率明显增高。HBV感染是慢性肝炎的病因,所以HBV复制活跃则产生实证,虚证时则HBV复制相对减

弱,因此认为HBV复制活跃程度和慢性肝炎患者的虚实有关。

(二)对慢性乙型肝炎病因理论的探讨:现代医学认为慢性乙型肝炎主要是由于HBV的持续感染引起的⁽³⁾。中医和中西医结合工作者则认为病毒性肝炎的主要病因是“湿热”,湿热是“启动因子”,认为肝炎慢性化的原因是“湿热余邪残留未尽”⁽⁴⁾。本文研究结果慢性乙型肝炎患者HBV指标阳性,而且有不同程度的复制,似可说明中医所说的“湿热”和HBV感染及复制有一定的联系,也就是说HBV感染是慢性肝炎产生湿热的原因之一,而HBV的复制活跃程度和湿热轻重又有一定相关性。亦即HBV

复制愈活跃,则“湿热”程度愈重,出现黄疸、尿黄、皖闷、胸痞、舌红苔腻等慢性肝炎活动的实热证候;反之,HBV复制减弱则病多表现面色萎黄、倦怠乏力、便溏等虚证,“湿热”明显减轻。

参 考 文 献

- (1) 李兴春,等.病毒性肝炎患者细胞免疫与中医分型的初步研究.白求恩医科大学学报1984;10(3):271.
- (2) 陈增潭,等.循环免疫复合物阳性慢性肝炎115例中医治疗临床分析.中西医结合杂志1985;5(6):332.
- (3) 黄楨祥.病毒性肝炎研究进展.北京科学技术出版社,1986;125.
- (4) 韩经宸,等.中西医结合治疗肝炎肝硬化的研究.人民卫生出版社,1980;29.

耳针治疗阵发性室上性心动过速18例

江苏省丰县中医院 渠敬文

1972~1987年,笔者采用耳针疗法治疗阵发性室上性心动过速,取得较好的临床效果,兹将记录较为完整的18例报道如下。

一、临床资料

本组18例中,男14例,女4例。年龄最大78岁,最小21岁。病程最长8年,最短6个月,其中伴有心肌病2例,风湿性心脏病1例,冠心病3例,高血压性心脏病1例,未伴明显器质性心脏病11例。发作持续时间最短15分钟,最长3天以上。全部病例均作心电图检查,排除室性心动过速。

二、治疗方法

选耳穴心、神门、交感点。用探针探准穴位后,将所取穴位皮肤常规消毒,用5分毫针刺入穴内,进针深度以穿透耳软骨为度,留针30分钟,10分钟行针一次,中等刺激,隔日一次,7次为一疗程。

全部患者只限用耳针治疗,不配合应用任何药物。

三、治疗结果

本组18例患者经1~2个疗程治疗,全部获临床治愈。其中5次治愈者4例,一个疗程治愈者9例,二个疗程治愈者5例。

四、典型病例

王某,男,28岁。患室上性心动过速四年,平时反复发作。于1974年2月5日晚9时急诊。患者突然出现心悸不安、胸闷头晕、干呕等症状。三小时后未

能恢复而来就诊。心电图检查为室上性心动过速。当即予以耳针治疗,针后心悸立即停止。听诊心率一分钟82次,脉搏均匀和缓。随后连续针刺四次。1980年元月追访,未见复发。

五、体会

目前以耳针治疗室上性心动过速的报道尚少,笔者感到耳针治疗本病简便易行,效捷可靠,对控制复发有较为确切的效果,因此临床不失为一种处理阵发性室上性心动过速的简便措施。

耳与心肾的关系极为密切,文献记述甚富,兹不赘述。阵发性室上性心动过速属中医学心悸范畴,其病机多属心君之气阴两虚,或阴虚火旺与肾阳虚寒所致。针刺耳穴心、神门、交感点等穴,有调整气血、燮理阴阳,宁心安神,交通心肾,调整植物神经功能等作用,使失常之机能恢复常态;从而治疗阵发性室上性心动过速。

笔者于临床实践中观察体会到,耳针治疗阵发性室上性心动过速,其疗效与发病年龄、病程长短、发作次数等因素似无明显关系,但与针刺穴位的准确与否有关,因而必须取穴准确,同时必须达到“气至而生效”。临床每见针感明显时,一针刺中,立即感到放射至前胸部,有心胸豁然开朗之感,胸闷心悸亦随之消除。另外,对年老体弱与怕针的患者以采取仰卧位针刺为佳。

施用本法治疗过程中,未发现其他不良反应。