

表1 两组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	全血黏度(mPa·s)		血浆黏度(mPa·s)	RBC 压积(%)	纤维蛋白原(g/L)
		高切	低切			
对照组	治疗前	6.9±1.0	11.5±1.8	1.92±0.37	46.12±6.11	3.91±0.58
	治疗后	5.9±0.8	8.2±0.6	1.70±0.29	43.12±5.39	3.11±0.44
治疗组	治疗前	6.9±0.8	11.2±2.1	1.98±0.20	45.33±5.77	3.58±0.30
	治疗后	5.1±0.6	7.9±0.3	1.22±0.15	40.09±5.22	2.52±0.46

3 讨论

脑梗死患者多处于血液高聚集、高凝状态,改善血液流变学,控制血液高凝状态都是预防缺血性脑血管疾病发生的重要因素。脉平片是由银杏叶提取物、何首乌、当归等组成的中成药。本研究治疗组治疗后神经功

能缺损评分改善明显,血液流变学多项指标较对照组改善明显,优于对照组。说明脉平片对缺血性脑血管病有良好的治疗作用。

* 山东省海阳市中医院心内科(265100)

慢性乙型肝炎患者中医证型特点及分布规律的初探

凌琪华* 陈建杰* 徐文杰* 齐艳艳* 孙媛* 陈晓蓉* 张盛杰*

慢性病毒性乙型肝炎(chronic hepatitis B, CHB)是目前临床常见传染病之一,全世界曾感染过乙型肝炎病毒(hepatitis B virus, HBV)的人口约20亿,其中3.5亿人为慢性HBV感染者。我国现有的慢性HBV感染者约9300万人,其中慢性乙型肝炎患者约2000万例^[1]。我们在上海范围内首次开展一项以慢性乙型肝炎中医证候调查为主的、多中心、大样本的临床流行病学研究,对收集到的1348例病例的四诊资料进行了聚类分析,旨在总结中医证型的特点及分布规律,为临床辨证提供参考。

1 资料及方法

1.1 西医诊断标准

参照2000年9月西安中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会联合修订的《病毒性肝炎防治方案》^[2]中慢性乙型肝炎、慢性乙型肝炎病毒携带者的诊断标准。

1.2 纳入标准

①年龄16~75岁的男性和或女性;②符合慢性乙型肝炎、慢性乙型肝炎病毒携带者西医诊断标准。

1.3 排除标准

①肝硬化和或肝癌者;②合并其他病毒性肝炎患者;③孕妇或嗜酒者;④自身免疫性肝炎患者;⑤合并心、肾等其他脏器严重原发性疾病者。

1.4 一般资料

研究病例来源于2007年7月~2008年3月上海中医药大学附属曙光医院、上海市公共卫生临床中心、上海中医药大学附属龙华医院、上海市浦东新区传染病

医院等肝病专科门诊和住院的慢性乙型肝炎患者1348例,其中男性895例,女性453例,年龄16~74岁,平均年龄(39.98±11.95)岁;病程0~40年,平均病程(7.86±6.72)年。有明确HBV感染家族史者365例。

1.5 资料采集

采集内容包括患者的人口学资料(姓名、性别、年龄等)、病史(病程、家族史、治疗史、用药史、合并其他疾病等)和中医证候(症状、体征),并加用ZBOX中医舌脉象数字化分析仪采集患者的舌、脉象。所有中医证候,根据轻重程度分级表示(0、1、2、3分);舌、脉象指标则根据出现有、无以1、0表示。

1.6 统计学方法

采用SAS 9.1.3统计软件对原始数据进行数据管理和统计分析。

2 结果

2.1 临床症状分布

按慢性乙型肝炎症状体征(共55个)的发生率,从大到小排列见表1。

2.2 中医证型特点

55个变量(症状体征)的评分数据(0、1、2、3分)进行样本聚类。样本聚类方法采用逐个修改法(K-MEANS法),结合专业知识,将样本聚为5类,聚类结果为第一类:湿热中阻型447例,第二类肝郁脾虚型359例,第三类肝肾不足型300例,第四类脾肾阳虚型187例,第五类气滞血瘀型52例。具体见表2。

表 1 症状体征的频数和发生率[例(%)]

症状体征	频数发生率	症状体征	频数发生率
薄苔	1226(0.909)	失眠	330(0.245)
弦脉	1149(0.852)	面色无华	326(0.242)
倦怠乏力	897(0.665)	耳鸣	325(0.241)
红舌	853(0.633)	眼花	320(0.237)
口干	747(0.554)	黄苔	303(0.225)
烦躁易怒	673(0.499)	脘闷	301(0.223)
腹胀	645(0.478)	胃脘胀痛	296(0.220)
口苦	628(0.466)	恶心呕吐	278(0.206)
小便发黄	608(0.451)	腰痛	264(0.196)
滑脉	598(0.444)	白苔	261(0.194)
腻苔	578(0.429)	嗝气	252(0.187)
头晕	523(0.388)	口淡	241(0.179)
多梦	508(0.377)	蜘蛛痣	234(0.174)
口渴	489(0.363)	盗汗	228(0.169)
胁肋胀痛	451(0.335)	肠鸣	228(0.169)
口腻	434(0.322)	五心烦热	221(0.164)
太息	422(0.313)	吞酸	218(0.162)
腰酸	422(0.313)	畏寒肢冷	218(0.162)
目干	415(0.308)	咽喉干燥	206(0.153)
肝掌	410(0.304)	便秘	203(0.151)
面色晦暗	405(0.300)	胁肋刺痛	199(0.148)
牙齿出血	399(0.296)	便溏	193(0.143)
食欲不振	388(0.288)	迟脉	192(0.142)
淡红舌	372(0.276)	皮肤瘙痒	182(0.135)
膝软	370(0.274)	数脉	165(0.122)
肢体困重	370(0.274)	胃脘隐痛	124(0.092)
胁肋隐痛	353(0.262)	身目发黄	106(0.079)
面色萎黄	335(0.249)		

表 2 中医证型归属

类型	综合判断筛选的症状	例(%)	辨证分型
1	舌红、黄苔、腻苔、口苦、身目发黄、胁肋胀痛、胃脘胀痛、脉滑、脉弦	447(33.23 %)	湿热中阻
2	胁肋胀痛、烦躁易怒、腹胀、倦怠乏力、肠鸣、便溏	359(26.69 %)	肝郁脾虚
3	胁肋隐痛、目干、眼花、咽喉干燥、失眠、多梦、脉数	300(22.30 %)	肝肾不足
4	腰酸、膝软、畏寒肢冷、倦怠乏力、食欲不振、便溏、面色晦暗、面色无华、脉迟	187(13.90 %)	脾肾阳虚
5	面色晦暗、肝掌、蜘蛛痣	52(3.87 %)	气滞血瘀

3 讨论

本研究显示,慢性乙型肝炎患者中医症状具有以下的特点:①慢性乙型肝炎患者常见的临床症状为倦怠乏力、胁痛、烦躁易怒、腹胀、口干、口苦、洩黄;而舌象多表现为红舌、腻苔,脉象多见弦脉。“肝者罢极之本”(《素问·六节脏象论》),罢极,乃疲劳之极也。肝气郁结、横逆犯脾导致的脾虚无力升清,可见到乏力。胁痛是慢性乙型肝炎的另一个主要临床表现,其中胀痛的发生率最高(451 例,占 33.5 %),主要反映了肝郁气

滞。其次为隐痛(353 例,26.2 %),隐痛的出现常提示肝病病程已较长,主要反映了肝肾不足。烦躁易怒一症的出现频率也不低(673 例,49.9 %),肝主疏泄,故与人的情志活动密切相关。腹胀一症的发生频数为(645 例,占 47.8 %),本症的发生与气滞、脾虚、湿热等因素相关。口苦、洩黄为湿热熏蒸肝胆,疏泄不利致胆汁泛溢。口干发生率达(747 例,54.4 %)则提示在慢性乙型肝炎病程中常有阴液不足或津液运化失常的病理变化。从舌象来看,舌色之中红舌的出现频率最高,有853 例,占 63.3 % ,说明慢性乙型肝炎患者多见热像,此热可以是湿热,也可以是郁热、瘀热、阴虚内热等。就舌苔腐腻而言,腻苔有 578 例,占 42.9 % ,腻苔的存在是肝病舌象的另一大特点,提示慢性乙型肝炎患者大多有湿浊内阻的表现。从脉象来看,单脉中出现频率最高的是弦脉(1149 例,85.2 %),其次为滑脉(598 例,44.4 %),弦脉是肝病特征性的脉象。②归纳该病的中医证型特点及分布。湿热中阻证在本次临床调查中出現频率居首(447 例,33.23 %),湿热可以说是慢性乙型肝炎中医核心病机之一,古代医家已认识到本病的发生与外感湿热密切相关,如《黄帝内经》云“湿热相搏,民病黄疸”等;现代医家将本病归于中医“疫毒”范畴,然疫毒与湿热亦密切相关,它既可以借湿热为依附而作祟,又可以从湿热而化,因此,湿热疫毒相挟就成为了本病的始动因素。同时湿与脾合,湿热外侵直驱脾胃,又可形成外湿内湿相互为引,湿热脾虚相互为患的局面。从对各证型的兼证统计来看,湿热中阻证以外的 4 个证型均可兼有湿热,湿热中阻证本身亦可以兼有肝郁、脾虚、阴虚、阳虚,所以,湿热贯穿了本病的各个证型中,是慢性乙型肝炎的基本矛盾。排名末席者为气滞血瘀证(52 例,3.87 %),本证的出现说明在慢性乙型肝炎的发生发展中存在气血失调性的改变,即本病日久可由气分深入血分,出现肝络瘀阻,而瘀血即成又能阻碍气机,进而导致气滞血瘀、血瘀气滞的恶性循环。

参考文献

[1]中华医学会肝病学会和感染病学分会.慢性乙型肝炎防治指南[J].实用肝脏病杂志,2006,9(1):8-18.
[2]中华医学会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝脏病杂志,2000,8(6):324-329.

基金项目:上海市市级医院新兴前沿技术联合攻关项目
SHDC12006109
*上海市上海中医药大学附属曙光医院(200021)
通讯作者:陈建杰, jianjie—chen@hotmail.com