

96 例慢性肝炎某些免疫指标与中医辨证分型关系的观察

海军 401 医院 蒋传梅 胡新梅 谢成业

一般认为,机体的免疫状况与慢性肝炎的发病机理和临床过程密切相关,但其与中医辨证分型的关系,尚缺乏统一认识。本文目的在于探索慢性肝炎的中医辨证分型与免疫功能的关系,以期为肝炎的辨证论治提供理论根据。兹将我们的观察结果小结如下:

临床资料

96 例中男性 94 例,女性 2 例,年龄皆为青壮年,全部系住院病人。

诊断标准:西医辨病:按全军《病毒性肝炎防治方案》规定符合肝炎诊断标准者。中医辨证:一、肝郁型:具有胁痛、腹胀、食减、乏力,苔薄白、脉弦者。二、脾虚型:除上述外,以疲乏无力、腹胀便溏为主要表现者。三、阴虚型:头晕目眩、失眠多梦、腰腿酸软、烦躁易怒、手足心热,舌红少苔、脉弦细数者。四、血瘀型:面色晦暗,肝大或肝脾均大,朱砂掌或蜘蛛痣,舌质暗紫或有瘀斑者。

96 例中慢性迁延性肝炎 71 例,慢性活动性肝炎 24 例,慢性重症肝炎 1 例。按中医辨证属肝郁型 31 例,脾虚型 32 例,阴虚型 9 例,血瘀型 24 例。病程半年至一年者 28 例,一至二年者 51 例,二年以上者 17 例。

结果分析

一、辨证分型与细胞免疫的关系:(见表 1)

表 1 提示各证型的 E 玫瑰花环试验(ERFT)平均值及淋巴细胞转化试验(LTT)平均值多数较正常人低,其中肝郁型差异不显著($P>0.05$),阴虚型的

表 1 细胞免疫检测结果 (均值±标准差)

组别	例数	ERFT %	LTT %
正常人	100	59.0±7.1	63.6±8.3
肝郁型	31	57.4±7.9	62.3±6.6
脾虚型	32	51.5±7.4	58.4±7.5
阴虚型	9	49.2±4.7	52.3±9.9
血瘀型	24	50.1±2.8	56.4±7.7

LTT 差异显著($P<0.05$),余差异非常显著($P<0.01$)。

二、辨证分型与体液免疫的关系:(见表 2)

表 2 体液免疫检测结果 (均值±标准差)

组别	例数	IgGmg%	IgAmg%	IgMmg%
正常人	100	1094±396	160±80	97.4±54
肝郁型	31	1497±521	199±74	131.4±50
脾虚型	32	1217±664	157±76	143.5±87
阴虚型	9	1227±569	176±77	149.8±104
血瘀型	24	1713±714	204±88	179.9±102

表 2 显示 IgG、IgA、IgM 各平均值在各证型中较正常人高,经统计学处理,在肝郁型及血瘀型中差异非常显著($P<0.01$),脾虚型 IgM 差异非常显著($P<0.01$),IgG 及 IgA 无显著差异($P>0.05$),阴虚型差异均不显著($P>0.05$)。

讨论与小结

一、关于慢性肝炎的发病机理:祖国医学认为,疾病是致病因素作用于人体后引起阴阳、气血、脏腑、经络机能活动失调的结果,慢性肝炎乃湿热久恋,正气虚损所致。本文 96 例中属虚证或以虚证为主者 65 例(67.7%),其中细胞免疫指标一项低于正常者 38 例(58.4%),二项同时低于正常者 17 例(26.1%)。说明慢性肝炎之虚证多数表现为细胞免疫功能低下,可见正气虚弱在慢性肝炎的发病中具有重要意义。

二、慢性肝炎的辨证分型与免疫:目前对慢性肝炎的辨证分型,认识尚不统一,一般分为肝郁型、脾虚型、阴虚型、血瘀型以及兼有二型或多型的复合型。肝郁型以实证为主或夹有虚证;阴虚型及脾虚型以虚证为主,或夹有实证,血瘀型属标实本虚之证,以实证为主。从本文细胞免疫功能测定结果所见,除属实证的肝郁型外,血瘀型同其它属虚证的阴虚型及脾虚型一样,均显示细胞免疫功能低下,差异非常显著,故血瘀型以属虚证为主似较合理。因此,检测患者的免疫功能,对中医辨证分型和临床用药均具有一定的指导意义。

三、关于慢性肝炎的辨证治疗：鉴于慢性肝炎多属正虚而细胞免疫功能多呈低下状态，故治疗当以扶正为主，以提高机体抗病能力，设想在传统辨证治疗的基础上，选用一些有促进机体免疫功能的中药组成基础方剂，计有党参、黄芪、白术、白芍、茯苓、川楝子、甘草。不同证型在此基础上加减用药。据研究，

上述药物有的能提高吞噬细胞的吞噬能力，有的能促进淋巴细胞转化，有的能诱生干扰素等等，共起调整与提高机体免疫能力。

四、本文三种体液免疫指标，在肝郁型、血瘀型及脾虚型多为增高，而在阴虚型中增高不显著，其原因有待进一步探讨。

中西医结合治疗胆囊炎胆石症1,068例疗效观察(摘要)

辽宁省锦县人民医院 刘廷俊 徐德凤整理

我院自1972年1月~1980年12月，以中西医结合方法治疗胆囊炎、胆石症1,068例，取得较好疗效，现摘要报道如下：

临床资料：一、一般资料：本组1,068例中，男422例，女646例，男女之比为1:1.53。最大年龄81岁，最小年龄17岁，其中以40~50岁发病最多，平均42.9岁。病程最短1年，最长28年。

二、主要临床表现：上腹部绞痛1,068例(100%)；发热753例(70.5%)；黄疸440例(41.2%)；上腹部压痛981例(91.9%)；肌卫804例(75.3%)；胆囊肿大368例(34.5%)；休克194例(18.2%)。

三、诊断标准：1979年以前均按遵义医学院《中西医结合治疗急腹症》一书中制定的诊断标准。1980年开始改按全国中西医结合防治胆系疾病第二次科研经验交流会大连会议制定的诊断标准。

治疗方法：一、1977年底以前通用方剂：白芍100g 郁金50g 丹皮50g 柴胡50g 枳实40g 半夏40g 大黄40g 黄芩50g 干姜30g。

二、1978年以后通用方剂：白芍25g 柴胡20g 木香20g 郁金25g 大黄25g 芒硝15g 黄芩20g。

三、加味方法：1.腹痛频频，辗转不安，苔白厚，脉弦紧，肝胆气机郁滞不通者，加元胡30g 川楝子25g 以行气疏郁，活血止痛。2.胆囊肿大迟迟不缩，壮热、舌绛苔黄，热毒炽盛，气血两燔者，加银花50g 黄连25g 栀子20g 以清热，解毒、泻火。3.周身灼热，四肢厥逆，脉微欲绝或浮大无根，热毒内陷，正气不支者，加人参50g 麦冬50g 五味子50g 羚羊角0.5g，以大补元气、固阴泻热，扶正祛邪。

四、总攻疗法：为了加快部分病人排石，缩短疗程，采用了遵义医学院制定的总攻方案。一般可实施1~4次。

五、西医疗法：控制感染联合应用抗菌素，解痉止痛，维持水电解质平衡，纠正脱水酸中毒，对休克者应用升压药等。

治疗效果：本组1,068例经中西医结合治疗，临床治愈852例(79.8%)，好转185例(17.3%)，总有效率达97.1%。其中合并中毒性休克者194例，均采用了中西医结合治疗，治愈163例，无效中转手术31例，占总例数的2.9%。其中20例术后治愈，8例死亡(另3例中途自动退院)，死亡率占总休克病例的4.1%。对352例患者进行了淘筛大便，有229例查出结石，排石率为65.1%，排石最短时间在服药后6小时，最长时间为服药后3天，个别病例连续排石最长达40天，排石最多者计168块，获得的最大结石为2.4×4.5cm。

临床体会：一、胆囊炎、胆石症的最基本病理过程不外梗阻、感染及血循环障碍。从中医来看，本病主要是郁热停滞。郁则达之，以去其热；停则通之，以消其滞。因此我们对通用方剂反复进行了筛选，使总有效率不断提高。

二、中毒性休克是胆囊炎、胆石症的严重并发症。临床上我们对此一面迅速采取抗休克措施，一方面积极给病人服中药治疗，并严密观察病情变化，采取相应治疗措施，一般多能使休克缓解、排出结石而达临床治愈。从而显著地降低了手术率和死亡率。

三、关于手术时机的掌握，我们体会对病人经过1~3天的中西医结合治疗，病情无好转，不出现排石现象，休克未见明显缓解，经过详细检查分析认为病人有胆道狭窄、过大结石形成嵌顿、胆道壁炎症粘连、胆囊内过多结石或肝胆管结石难于排出等情况，继续治疗难于奏效者，应及早改为手术治疗。本组31例中转手术者多属于以上几种情况。