

中西医结合治疗重型病毒性肝炎疗效分析

第三军医大学第一附属医院传染科 向居正 胡仕琦 余曼英 李贤玉 王慧芬

内容提要 本文报告用中西医结合方法治疗重型肝炎46例,较过去常规治疗方法的存活率有所提高。本组存活率为41.3%,其中亚急性重肝为56.3%,慢性重肝为33.3%。本疗法对调整氨基酸代谢紊乱与防治肝性脑病有一定的作用。通过临床分析认为病程的长短,并发症的有无,胆红素、凝血酶原活动度、胆固醇、GOT/GPT与BCAA/AAA比值的高低,以及甲皱微循环有无障碍和预后有密切关系。

本组病例为1983年2月至1984年11月收治的重型病毒性肝炎(简称重肝)。用中西医结合方法治疗3天以上者共有46例,就其疗效和预后的判断作如下分析。

一般资料

本组病例,男37例,女9例;年龄自12~60岁,18~49岁青壮年42例(91.3%)。诊断标准按第二届全国传染病与寄生虫病专题学术会议制定的病毒性肝炎防治方案。计亚急性重肝16例,慢性重肝30例。其中30例作过肝活检,病理改变为亚急性肝坏死的24例,重型慢性活动性肝炎的6例。

治疗措施与结果

一、支持疗法:静脉滴注葡萄糖液维持每天一定热量。补充适量维生素(复合B、C、E、K等),维持电解质和酸碱平衡,根据病情需要输新鲜血浆或/及人体白蛋白,有贫血者输鲜血。本组病例均未用激素治疗。

二、中医中药:每天服用葫芦素0.6mg及齐墩果酸160mg,并静脉滴注丹参液8ml(含丹参生药8g),直至出院。

三、每日静脉滴注肝病用复方氨基酸(含缬氨酸、亮氨酸、异亮氨酸及精氨酸,含氨基酸总量4.2%)500ml(出现肝性脑病者每日1000ml),以及胰高糖素1mg和正规胰岛素10u,疗程视病情而定,一般待病情稳定好转后,逐渐停用。

四、防治并发症:每晚服用甲氧咪呱0.4g,预防上消化道出血,每天肌注辅酶Q₁₀10mg提高机体免疫功能以预防继发感染,直至病情稳定好转后停用。如已发生并发症,则针对不同情况,积极治疗。

五、治疗结果:亚急性重肝死亡7例,存活9例;慢性重肝死亡20例,存活10例,存活率分别为56.3%及33.3%。总存活率为41.3%。存活病例出院时,主要临床症状消失,肝功能基本接近正常。

影响疗效及预后因素的分析

一、病程与预后:按入院时病程分早期(入院时疑诊重肝,而后确诊者)、中期(入院时重肝临床表现明显,但无并发症者)与晚期(入院时病情重,且有并发症者),早期13例,存活9例;中期23例,存活7例;晚期10例,存活3例,存活率分别为69.2%、30.4%及30%。

二、并发症与预后

1. 肝性脑病:入院时已有肝性脑病者8例,治疗后虽有3例苏醒,1例有一过性清醒,但最后仅2例存活。入院后并发肝性脑病者20例,治疗后虽有2例苏醒,2例有一过性清醒,但最后仅2例存活,共有肝性脑病28例,仅存活4例,病程中无肝性脑病者18例,有15例存活,存活率分别为14.3%及83.3%。

2. 继发感染:入院时已有继发感染者4例,仅1例存活。入院后发生继发感染者27

例, 仅 7 例存活。共有继发感染者 31 例, 仅 8 例存活; 病程中无继发感染者 15 例, 存活 11 例, 存活率分别为 25.8% 及 73.3%。

3. 上消化道大出血: 入院后有 14 例并发上消化道大出血, 死亡 10 例。

4. 肝肾综合征: 入院后有 6 例发生肝肾综合征, 均死亡。

5. 其他: 入院后有电解质和酸碱失衡者 24 例, 其中 1 例因高钾血症死亡; 脑水肿 7 例、肺水肿 1 例死亡; 枕骨大孔疝 1 例死亡。

同一患者可先后发生多种并发症, 本组病例计有并发症者 34 例, 仅存活 8 例; 无并发症者 12 例, 存活 11 例, 存活率分别为 23.5% 及 91.7%。

三、治疗前主要实验室检查与预后

1. 胆红素: 46 例胆红素测定自 8.4~36 mg (<10mg 者仅 1 例), <15mg 者 22 例, 存活 12 例, ≥15mg 者 24 例, 存活 7 例, 存活率分别为 54.5% 及 29.2%。

2. 凝血酶原活动度: 46 例凝血酶原活动度测定自 38.5~8.35% (正常对照为 91.8%), >20% 者 22 例, 存活 13 例; <20% 者 24 例, 存活 6 例, 存活率分别为 59.1% 及 25%。

3. 胆固醇: 44 例胆固醇测定自 45~164mg, <100mg 者 24 例, 存活 5 例; ≥100mg 者 20 例, 存活 14 例, 存活率分别为 20.8% 及 70%。

4. GOT/GPT 比值: 39 例 GOT/GPT 比值测定自 0.37~3.5, <1 者 11 例, 存活 6 例; ≥1 者 28 例, 存活 10 例, 存活率分别为 54.5% 及 35.7%。

5. 血浆氨基酸谱: 10 例 BCAA/AAA 比值测定自 0.811~2.41, 平均 1.381 ± 0.195 ; 治疗后 7 例死亡病例的 BCAA/AAA 比值更低, 平均 0.834 ± 0.089 , 而 3 例存活病例则有所提高, 平均 2.017 ± 0.373 。

6. 甲皱微循环: 17 例甲皱微循环检测, 畸形管袢 >30% 有 41%, 血流缓慢 (>2 秒) 者有 34.3%, 袢顶瘀血或渗出者有 29.4%, 均较正常人多见; 管袢直径输入支 ($11.9 \pm 3.2 \mu\text{m}$) 及输出支 ($14.5 \pm 4.1 \mu\text{m}$) 均较正常人 (分别为

$12.78 \pm 3.0 \mu\text{m}$ 及 $15.7 \pm 3.5 \mu\text{m}$) 缩小。上述结果提示有微循环障碍。治疗后 9 例死亡病例微循环障碍更明显, 而 8 例存活病例则有好转。

讨 论

一、早期治疗: 通过临床分析, 重肝的预后与病程、并发症和主要实验室检测结果有明显关系。凡早期、无并发症、胆红素 <15mg、凝血酶原活动度 >20%、胆固醇 ≥100mg、GOT/GPT <1、BCAA/AAA >1 以及甲皱微循环无明显障碍者, 存活率高。因此, 对重肝患者必须在肝脏损害未至严重程度前能获得诊断和积极正确的治疗。否则, 肝细胞已大量坏死, 坏死范围明显超过 40%, 肝功能衰竭, 即或有特效药物治疗, 也是难以奏效的。本组病例有 33 例入院时病程已至中、晚期, 虽经积极治疗, 仅存活 10 例, 就是很好的例证。从本组病例的治疗措施来看, 经实验研究证明^(1,2), 齐墩果酸能抑制或减轻肝细胞变性与坏死; 促进肝细胞再生, 加速坏死组织的修复; 有非特异性抑制炎症反应的作用; 抑制胶原纤维的增生; 根据超微结构观察, 肝细胞内线粒体肿胀与内质网囊泡变减轻。葫芦素能较有效地控制肝细胞变性、坏死的发展, 加速组织修复及抑制胶原纤维的增生⁽³⁾。丹参有活血祛瘀作用, 改善微循环, 有利于肝细胞的修复, 并可调整非特异性免疫功能⁽⁴⁾。胰高糖素和胰岛素疗法对肝细胞的坏死具有保护作用, 又有促进肝细胞再生, 改善和维持 BCAA/AAA 比值的平衡和降低血氨的作用⁽⁵⁾。支链氨基酸液可纠正 BCAA/AAA 比值的失调, 有利于神志的清醒, 亦可减少肌肉及肝脏的蛋白分解, 促进蛋白质的合成, 有利于肝细胞的修复⁽⁶⁾。血浆及人体白蛋白可促进肝细胞的修补和再生, 促进利尿和减轻腹水及脑水肿, 并可增加各种抗体和凝血因子。应用上述中西药物治疗, 符合重肝治疗要求, 疗效较好。

二、防治并发症: 重肝患者由于肝功能衰竭, 机体抵抗力和免疫功能降低, 易发生各种并发症, 不仅加重病情, 甚至成为直接致死的

原因。本组 27 例死亡病例，除因肝功能衰竭外，26 例还同时因 1 种以上并发症直接致死。因此，积极防治并发症是个关键问题。就本组病例的治疗措施来看，有 10 例患者用复方氨基酸（肝病用）治疗前后，进行血浆氨基酸谱测定，BCAA/AAA 比值治疗前明显下降，治疗后死亡病例更低，而存活病例有所提高。入院时有肝性脑病者，经治疗后，8 例中 3 例神志苏醒，1 例有一过性苏醒；入院后虽有 20 例发生不同程度的肝性脑病，但也有 18 例未发生肝性脑病，从上述治疗结果，可以初步认为：用上述中西医结合方法治疗重肝，对调整氨基酸代谢紊乱及防治肝性脑病有一定的作用。用甲氧咪呱预防因组胺刺激胃粘膜而发生糜烂引

起的消化道出血有一定效果。在诊治过程中，要随时警惕各种并发症的发生，进一步探索有效防治措施，为提高重肝的存活率创造条件。

参 考 文 献

1. 韩德五，等。齐墩果酸防止实验性肝硬变发生的研究。中医杂志 1981；3：57。
2. 马学惠，等。齐墩果酸防治实验性肝损伤作用的研究。药理学报 1982；17(2)：93。
3. 韩德五，等。葫芦素 B 对实验性肝炎与肝硬变的防治作用。中华医学杂志 1979；59：206。
4. 张安翎。丹参的化学及其制剂的研究。中草药通讯 1978；7：33。
5. 陈成伟。肝脏疾病的胰高血糖素——胰岛素疗法。国外医学流行病学传染病分册 1982；5：206。
6. 钱绍诚，等。支链氨基酸治疗急性及亚急性重症肝炎——附 11 例报告。中华传染病杂志 1984；2(1)：40。

生脉散加味治愈重型传染性单核细胞增多症一例

北京航天工业部 721 医院 高耀国 刘金城

陈××，女，59 岁，病案号 039903。因咽痛、轻咳、高热一月于 1983 年 2 月 16 日由外院转入。在外院用过多种抗生素和清热解毒中药皆无效。入院检查：弛张热型，体温 35.2~41℃，血压 100/70mmHg，咽红、背及颈部有散在斑丘疹，全身浅表淋巴结不肿大，心肺（-），肝脾未扪及，其他无阳性体征发现。血白细胞总数 13200~32000，异常淋巴细胞 3~13%，血红蛋白 10.5g，血小板 13.2 万。血沉 10mm/h，抗链“O”1:600，红斑狼疮细胞、抗核抗体、外斐肥达氏试验、血培养均（-）。肝功能、尿常规均无异常，痰多次培养为绿脓杆菌生长。胸片：肺纹理稍增重。抗 EB 病毒抗体先后两次测定 1:1024。诊断：急性传染性单核细胞增多症，继发性呼吸道绿脓杆菌感染。

治疗经过：入院后一直用抗生素（青、链、庆大霉素，氨苄、羧苄青霉素），大量维生素、间断少量输血、输白蛋白及激素等治疗。入院后第 5 日肝肋下可扪及 1.5cm，脾肋下刚及，轻度触痛，右颈后淋巴结肿大后不久又消退。病程中逐渐出现多脏器损害：（1）骨髓呈明显抑制，入院后第 40~44 日血白细胞 1250。（2）神经系统损害，入院后第 42 日查脑脊液无色透明，潘氏试验（+）、白细胞 8/mm³，糖 93mg，蛋白 50mg，氯化物 644mg。两眼有时向上凝视，两上肢抽搐，左下肢巴氏征（+）。（3）肝脏损害，入院后第

45 日黄疸指数 22u，麝香草酚浊度试验 11u，麝香草酚絮状试验（++），谷丙转氨酶 253u；肝肋下 3.5cm，质中等伴压痛。（4）多次心电图有广泛导联 ST—T 改变，并出现 R 波降低，血压下降，有心肌炎表现。入院后第 50 日血白细胞恢复至 1 万，痰培养绿脓杆菌转阴，但肝功能一直不好转，心音低钝，血压需用升压药维持。由于高热已近 3 月，体质极度衰弱，语言低微，心悸，头汗，下肢浮肿，腹胀满，胃纳极差，尿少，便秘。面色油腻而郁，舌质绛、苔黄，脉沉弱。于入院后第 57 日起改用中药治疗。脉证分析：证属大阴伏暑，肺化源欲绝，当急救之，每日用白人参 30g 煮水频服，再以生脉散加味治之。党参、知母、钩藤各 15g，寸冬、五味子、红花各 10g，生石膏 30g，杏仁、水牛角粉各 5g，地骨皮 20g，青黛 3g，每日一剂煎服。一周后体温恢复正常，神经系统症状体征消失，唯血压仍低（84/46mmHg），此后改用恢复心、肝功能药物，共服中药 50 剂，痊愈出院。出院后第 4 个月随访，情况良好。

体会：本例入院后曾按温热、温热夹湿证治疗，仍无效。经再次会诊，确认为此证属伏暑，且此时已进入邪盛正虚阴津将竭之境地，再用辛凉之剂犹如杯水欲救车薪之火。遂投以酸甘化阴之生脉散加味，6 剂后体温即降至正常，病情迅速好转而获效。

An Analysis on the Treatment of Severe Viral Hepatitis with TCM-WM

Xiang Juzheng (向居正), et al

*Dept. of Infectious Diseases, First Affiliated
Hospital of the Third Military Medical College*

This paper reports on the treatment of 46 cases of severe viral hepatitis (SVH) with methods of traditional Chinese medicine and western medicine. The survival rate of this group was increased to some extent as compared with that of previous patients of the past who were treated with routine methods. The survival rate of this group was 41.3%, among which subacute severe hepatitis was 56.3% and chronic severe hepatitis was 33.3%. The effect of this treatment in regulating the metabolic disturbance of plasma amino-acids, preventing and treating hepato-encephalopathy was definite. By means of clinical analysis in SVH patients, several factors were considered to be closely related to prognosis: such as, the course of disease, with or without complications, and level of serum bilirubin, prothrombin activity, serum cholesterol, ratio of GOT/GPT and BCAA/AAA, and the disturbance in nailfold microcirculation.

(Original article on page 345)

Selection of the Indices of Meditation in Practice of "Relaxing Exercise"

Hu Senqi (胡森岐), Ma Jiren (马济人), et al

Shanghai Qigong Research Institute, Shanghai

Thirty patients practiced "Relaxing Exercise", their EEG, EMG, EKG, finger plethysmography, skin potential, skin temperature and respiratory movements were simultaneously recorded by using a polygraph. The findings showed that their physiological responses had marked changes after practicing "Relaxing Exercise" for three months. Of these responses, EEG spectral analysis showed that the alpha wave increased from 30.1% to 37.2%; it was found that the total energy of electromyography from 0 to 500 Hz had an obvious reduction in EMG spectral analysis; the variation coefficient of the respiration circle and amplitude reduced from 14% to 12%; respiration frequency slowed down from 15.3 to 13.8 times each minute; and heart rate increased from 836 ms to 881 ms per beat. The conclusion is that all the above physiological responses are valuable in estimating the state of meditation in the practice of "Relaxing Exercise".

(Original article on page 348)

The Change of Vegetative Nervous Function in Qi Deficiency Patients

Zhang Jingren (张镜人), Yang Hutian (杨虎天), et al

Research Dept. of Qi and Blood Theory of TCM, First People's Hospital, Shanghai

Forty cases of Qi (vital energy) deficiency patients have been examined with the beat interval and the postural difference of blood pressure (horizontal and vertical posture), and in comparison with 100 normal cases in the same sex and age. Among these 40 cases, Qi deficiency was found in 33 cases and deficiency of Qi and blood in 7 cases. The Qi deficiency syndrome itself comprises of diseases of various systems.

Results: (1) The variation of beat interval: With ECG, the heart rate during quiet states, the change of beat interval both during deep breathing (i.e. respiratory difference) and at the horizontal and vertical posture (i.e. postural difference) and the heart beat ratio at time 30 and time 15 (30/15 ratio) of the patients were recorded. Except for the heart rate during quiet states ($P > 0.05$), there were significant difference on respiration, postures and heart beat ratio (30/15) between the patients and control group ($P < 0.01$). (2) Postural difference of blood pressure: The average postural difference of systolic blood pressure was 24.58 mmHg in 17 Qi deficiency patients (8 cases of which showed over 30 mmHg), while that of control group was 2.76 mmHg only (none of them above 30 mmHg). So the indices of the two groups were significantly different.

It indicates that the functional disorder of vegetative nervous system do exists with involvement of sympathetic and parasympathetic disorder to some extent in the Qi deficiency patients. We consider that this test provides a valuable parameter for the clinical observation of Qi deficiency patient and give an important clue to explore the substantial basis of Qi and blood.

(Original article on page 351)