

慢性乙型肝炎中医证型与实验室指标的关系探讨

蒋健 高月求 吴潇 王灵台

上海中医药大学附属曙光医院（上海 200021）

摘要: 将 256 例慢性乙肝患者按中医辨证分成肝胆湿热、肝郁脾虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚和淤血阻络五个证型，观察了其与部分实验室指标的关联性。肝胆湿热证型 ALT、AST、TBIL 及 IgG 显著高于其他证型 ($P < 0.05$)，而脾肿大率仅有 19.19% 为最低 ($P < 0.05$)。肝郁脾虚证型仅次于肝胆湿热证型，即 ALT、AST 显著高于除肝胆湿热证型以外的其他证型 ($P < 0.05$)，脾肿大率也相对较低为 32.36%。淤血阻络证型的特点是脾肿大率高达 91.43%，IgG 值也居最高 ($P < 0.05$)。HBeAg 阳性率在实证中较低而在虚证中较高的倾向。探讨这些内在联系有不可低估的临床与理论意义。

关键词: 慢性乙型肝炎；中医证型；客观化指标

不断有一些报道地在探讨慢性乙型肝炎中医辨证分型与多项实验室检测指标的关系，检测指标包括病理组织学，生化学，免疫学，血液学，肝炎病毒标志物以及微量元素、内分泌激素等等，勾勒出了不同中医证型的实验室检查特征的大概轮廓。然而由于有些报道在中医症候分型及证型的诊断标准方面各行其是，导致相互之间难以比较。建立中医证型评价标准体系并按之执行是中医现代化必不可少的重要环节。我们主张当前应统一执行 1991 年全国中医药学会肝病分会制订的分型标准，虽然这个标准还有待于更加完善。现以此标准探讨了 256 例慢性乙肝患者中医证型与实验室检查指标的相关性，可作为这方面资料的积累。

一、 材料与方

1. **病例收集:** 本院 1999 年 5 月至 2000 年 5 月住院患者中诊断为慢性乙肝共 256 例，诊断符合第五次全国传染病寄生虫病学术会议修订的有关慢性乙型肝炎的诊断标准^[1]，其中男性 198 例，女性 58 例；年龄最大 67 岁，最小 19 岁，平均 38.9 岁；病程最短 1 年，最长 10 年，平均 3.7 年；诊断为轻度肝炎 23 例，中度 145 例，重度 88 例。

转载

2. 中医证型: 按 1991 年全国中医药学会肝病分会修订的慢性乙型肝炎中医证型的诊断标准^[1], 由住院医师、主治医师、主任医师分别判断, 三者一致者为准。判断为肝胆湿热证 99 例 (占 38.7%), 肝郁脾虚证 62 例 (占 24.2%), 肝肾阴虚证 32 例 (占 12.5%), 脾肾阳虚证 28 例 (占 10.9%), 淤血阻络证 35 例 (占 13.7%)。

3. 观察指标: 生化学检查包括 ALT、AST、白蛋白 (A)、球蛋白 (G)、总胆红素 (TBIL) 等肝功能全套, 用 abboot 公司的 Aeroset 生化自动分析仪测定。免疫学检查主要有 IgG、IgM, 补体 C3 (ELISA 法), CD4、CD8 (流式细胞仪) 等。乙肝病毒学指标包括 HBsAg、HBeAg、HBeAb、HBcAb、HBsAb (ABBOTT 法) 等。B 超检查脾脏大小以脾长径 >100mm, 脾厚 >40mm (男性) 或 >35mm (女性) 作为脾肿大。

统计学处理采用方差分析。

二、 结果

1. 中医证型与肝功能指标的关系: 肝胆湿热证型 ALT、AST、TBIL 明显高于其他证型 ($P < 0.05$); 肝郁脾虚证型的 ALT、AST 也明显高于肝肾阴虚、脾肾阳虚和淤血阻络证型 ($P < 0.05$)。此外可以见到以下倾向: (1) ALT、AST 均值在肝胆湿热、肝郁脾虚证型在 100IU/L 以上, 其中在肝胆湿热证型在 200IU/L 以上; 而在肝肾阴虚、脾肾阳虚、淤血阻络证型则多在 100IU/L 以下。(2) TBIL 均值仅在肝胆湿热证型中异常, 而在其他证型中在正常范围以内。(3) 与肝胆湿热、肝郁脾虚证型比较而言, 肝肾阴虚、脾肾阳虚、淤血阻络证型的 A 值偏低而 G 值偏高 (无显著性差别)。见表 1。

2. 中医证型与免疫指标的关系: 肝胆湿热、淤血阻络证型 IgG 明显高于其他证型 ($P < 0.05$), 这二证型的 IgG 均值也高出正常值范围。见表 2。

3. 中医证型与脾肿大及病毒复制指标的关系: 脾肿大者百分比由低到高依次为肝胆湿热、肝郁脾虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚、淤血阻络证型, 其中肝胆湿热证型较其他各证型显著为低 ($P < 0.05$), 而淤血阻络证型较其他各证型显著为高 ($P < 0.05$)。若以肝胆湿热、淤血阻络证型为实证, 以肝郁脾虚证型为虚实夹杂

证,以肝肾阴虚、脾肾阳虚证型为虚证,则可以看出 HBeAg 阳性率在实证中偏低、在虚症中偏高的倾向,但各证型间无显著性差别。见表 3。

表 1 中医证型的肝功能指标 ($\bar{X} \pm S$)

证型	例数	ALT (IU/L)	AST (IU/L)	TBIL (mmol/L)	A (g/L)	G (g/L)
肝胆湿热 (1)	99	246.92±249.07*	231.40±305.03*	43.64±51.80*	43.53±7.06	29.74±7.91
肝郁脾虚 (2)	62	187.10±161.56#	121.23±86.19#	16.10±9.92	42.54±8.03	30.40±6.73
肝肾阴虚 (3)	32	94.10±151.56	97.23±36.19	13.10±4.92	38.84±6.21	32.40±6.73
脾肾阳虚 (4)	28	76.28±39.36	65.34±55.26	18.63±12.4	37.27±8.57	33.12±7.34
淤血阻络 (5)	35	84.90±172.82	53.85±125.84	15.64±12.27	39.23±6.44	35.08±6.25

*与(2)、(3)、(4)、(5)比较, $P < 0.05$; #与(3)、(4)、(5)比较, $P < 0.05$ 。

表 2 中医证型的免疫指标

证型(No)	例数	IgG (g/L)	IgM (g/L)	C3 (g/L)	CD4 (%)	CD8 (%)
肝胆湿热(1)	99	18.24±5.24*	1.91±1.11	0.93±0.38	47.13±2.62	31.12±2.02
肝郁脾虚(2)	62	16.25±3.29	1.67±1.36	0.73±0.25	48.00±5.17	29.63±1.87
肝肾阴虚(3)	32	15.37±6.28	1.46±3.07	0.62±0.28	48.35±3.88	29.57±1.74
脾肾阳虚(4)	28	14.74±7.28	1.33±3.19	0.44±0.21	45.73±6.37	30.18±1.94
淤血阻络(5)	35	19.23±4.17*	1.78±1.38	0.89±0.56	49.54±4.98	29.23±1.96

*与(2)(3)(4)比较, $P < 0.05$ 。

表 3 中医证型的脾肿大率和 HBeAg 阳性率

证型(No)	例数	脾肿大者(%)	HBeAg 阳性者(%)
肝胆湿热(1)	99	19 (19.19)*	27 (27.27)
肝郁脾虚(2)	62	20 (32.26)	28 (45.16)
肝肾阴虚(3)	32	16 (50.00)	18 (56.25)
脾肾阳虚(4)	28	15 (53.57)	15 (53.57)
淤血阻络(5)	35	32 (91.43)#	12 (34.29)

*与(2)(3)(4)(5)比较, $P < 0.05$; #与(1)(2)(3)(4)比较, $P < 0.05$ 。

三、讨论

从中医证型的出现频度来看,由高而低依次为肝胆湿热证,肝郁脾虚证,淤血阻络证,肝肾阴虚证,脾肾阳虚证;脾肿大百分比与上述中医证型的出现频度呈相反趋势,由低而高依次为肝胆湿热证,肝郁脾虚证,肝肾阴虚证,脾肾阳虚证,淤血阻络证,这两个顺序一致反映了慢性乙型肝炎由实而虚、由浅入深的病情发展过程。

脾肿大在淤血阻络证以外的证型中反居三分之二（70 例），可见有脾肿大者未必都是淤血阻络证，这一点是值得注意的。淤血既是病理产物，又是致病因素，淤血证属于实证而活血化淤药属于祛邪的范畴，将脾肿大看成是淤血证的表现之一似乎无可厚非。但是，由于肝肾阴虚、脾肾阳虚这二个证型中分别各有半数的患者具有脾肿大，要问：（1）中医证型标准的制订是否要参考实验室检查？（2）如果要参考，还成不成为肝肾阴虚证和脾肾阳虚证？不成为何？成又为何？（3）更为重要的是，在临床上对这些证型除了补益肝肾之阴和温补脾肾之阳外，需要不需要运用活血化淤药物防微杜渐？这些都是值得探讨的。

张俊富^[1]通过对 205 例慢性肝炎患者的统计分析，观察到实证患者 HBeAg、HBV DAN 的检出率显著高于虚证患者，本研究观察结果与此相反，HBeAg 阳性率在实证中为 27.27%、34.29%，在虚症中达 53.57%和 56.25%。这个现象是饶有兴趣和耐人寻味的，也许暗示我们运用中药抗乙肝病毒复制时，需从扶正补虚角度考虑。我们认为，乙肝病毒持续感染及在体内复制与机体免疫功能低下有关，而补肾药物多有提高免疫水平的作用。我们早在 80 年代即率先提倡用补肾为主的中药治疗慢性乙型肝炎，取得了较好的疗效，HBeAg 转阴率达到 38.6%^[2]。

本研究的其他结果与其他报道大致相似。例如肝胆湿热证的 ALT、AST、TBIL 明显高于其他证型^[3, 4]；肝胆湿热证、淤血阻络证的 IgG 明显增高^[5]；白蛋白量随着病情加重而呈逐渐减少的倾向，而球蛋白则相反^[6] 等。

本观察结果尚有以下几点提示：（1）肝郁脾虚证型的 ALT、AST 也明显较高。在用苦寒的清热解毒药降酶时，在药物选择及配伍上尤需注意顾及中洲。（2）IgG 增高作为肝脏间质炎症产物，是肝胆湿热证、淤血阻络证的共性之一。临床经验证明，对湿热未尽型患者适当加用一些活血药或对淤血型患者适当加用一些清热解毒药，能期待起到更好的抗肝纤维化作用。（3）C3 在脾肾阳虚证型最低，提示该证型病情较重。

探讨慢性乙型肝炎的中医证型与实验室指标的关系，对指导选方用药以及判断预后都有一定意义，并对隐匿性或亚临床型肝炎的中医药治疗具有启迪作用。随着资料的积累，可图扩大传统辨证论治理念的外延，以促进中医理论的发展。

参考文献:

1. 张俊富. 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. 中医杂志, 1989, 30 (2): 25
2. 高月求, 王灵台, 陈建杰, 等. 补肾冲剂治疗慢性乙型肝炎的临床研究. 上海中医药大学学报, 2001, 15 (1): 34
3. 夏德馨, 蒋健, 王灵台, 等. 慢性乙型肝炎中医辨证分型与某些实验室指标的关系. 上海中医药杂志, 1985, 1: 11
4. 郝玉明. 肝功能和免疫指标在肝炎辨证中的意义: 附 1200 例病例分析. 中医药研究, 1992, 1: 32
5. 桂秀雄. 慢性乙型肝炎中医辨证分型与生化免疫指标关系探讨. 江苏中医, 1988, 9 (12): 32
6. 李延福. 肝脏疾病辨证分型与某些客观指标的联系. 湖北中医杂志, 1983, 2: 48