

# 血液透析患者丙型肝炎病毒感染原因分析

兰林红

(浙江省文成县人民医院 文成 325300)

**摘要:**目的:调查血透患者丙肝病毒(HCV)感染情况及影响因素,探讨预防 HCV 感染措施。方法:收集 2004 年 7 月~2006 年 8 月在我院行规则维持性血液透析半年以上者共 35 例,采用酶联免疫法(ELISA)检测患者的抗-HCV。结果:患者抗-HCV 阳性感染因素与透析时间、每周透析时间、输血等有关。结论:多次输血是血液透析病人感染丙肝的重要因素,但透析过程中的患者之间或通过医务人员的交叉感染也是不容忽视的重要因素。减少输血量,加强对血透患者 HCV 感染者的管理,严格消毒隔离,医务人员及时彻底洗手等可有效控制血液透析患者高 HCV 感染状态。

**关键词:**血液透析;丙肝病毒感染;影响因素;预防措施

中图分类号:R 512.63

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0039-02

随着血液透析广泛应用于尿毒症的治疗,随之而来并发丙型肝炎病毒(HCV)感染也越来越严重,为了解血透患者 HCV 的感染情况,我们对 35 例血透患者作了丙型肝炎的检测,并作了相应分析,以探讨血透患者 HCV 的感染情况和影响因素以及预防措施。

## 1 资料与方法

1.1 资料 血清均取自 2004 年 7 月~2006 年 8 月在我院血透室维持血液透析半年以上患者 35 例,穿刺针头、注射器、运血导管、透析器等均为一次性使用。HCV 抗体阴阳性患者分机治疗,但没有分室治疗。透析时间 7~24 个月,每周透析 4~12h,输血量 0~20U。

1.2 方法 采用酶联免疫法(ELISA)分别检测患者的抗-HCV,肝功能采用 Hitachi7170 全自动生化分析仪检测,按操作规程进行操作。

## 2 结果

2.1 血透时间对感染 HCV 的影响 血透时间 7~12 月者阳性率 15.38%,13~24 月者阳性率 31.82%。表明随着透析时间的延长,感染 HCV 的危险性显著增加,见表 1。

表 1 血透时间对感染 HCV 的影响

血透时间/月	n	阳性例数	阳性率/%
7~12	13	2	15.38
13~24	22	7	31.82

2.2 每周血透时间对感染 HCV 的影响 每周血透时间 4h

者阳性率 12.50%,8h 者阳性率 22.22%,12 h 者阳性率 44.44%。表明随着透析次数的增加,感染 HCV 的危险性显著增加,见表 2。

表 2 血透次数对感染 HCV 的影响

每周透析时间/h	n	阳性例数	阳性率/%
4	8	1	12.50
8	18	4	22.22
12	9	4	44.44

2.3 输血量对感染 HCV 的影响 输血 1~10U 者阳性率 35.71%,10~20U 者阳性率 40.00%,未输血的 16 例血透患者中有 2 例 HCV 阳性,阳性率 12.50%。表明存在与输血无关的传播途径,见表 3。

表 3 输血量对感染 HCV 的影响

输血量/U	n	阳性例数	阳性率/%
0	16	2	12.50
1~10	14	5	35.71
10~20	5	2	40.00

## 3 讨论

丙型肝炎主要经胃肠道外途径传播,输血后的肝炎有 90%左右为丙型肝炎<sup>[1]</sup>。血透患者处于尿毒症终末期,伴有严重贫血和营养不良,且免疫力低下,经常与血液接触,而成为丙型肝炎病毒感染的高危人群,维持性血透患者 HCV 阳性者占相当比例<sup>[2]</sup>。

本调查全部患者进入血透前均无明确的肝炎病史,进入血透后经输血或接触血制品及血透过程中的交叉感染,导致行气;泽泻、车前子、大腹皮行气利水。诸药合用,共奏活血化痰、益气健脾、软坚利水、提高免疫力、改善肝血循环、促进肝细胞再生之效,能使多数患者从失代偿转为代偿逐渐恢复<sup>[4-5]</sup>。中药软坚利水汤有攻有补,攻而不伤正,补而不碍邪,中西药合用较单一西药或中药疗效明显,值得临床推广。

### 参考文献

[1]第五次全国传染病与寄生虫病学术会议修订.病毒性肝炎防治方案[J].中西医结合肝病杂志,1996,6(1):50-52  
 [2]周进泰.中西医结合治疗肝硬化腹水的疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2005,14(1):11  
 [3]叶任高.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2002.467  
 [4]赵克安,卓著.中西医结合治疗肝硬化腹水 84 例[J].江西中医药,2005,36(2):50-51  
 [5]赵芬桃,郑建森.中西医结合治疗肝炎肝硬化腹水 9 例[J].甘肃中医学院学报,2005,22(1):29-30

(收稿日期:2006-06-29)

肝硬化腹水属中医“鼓胀”范畴,其病机主要为肝、脾、肾三脏受损,导致气血水疏泄失常,运化失职,开阖失度,气血交阻,水气内停,为本虚标实之证,但本虚的关键在于脾虚,标实的关键在于瘀结。笔者在长期的临床实践中也认识到本病的病机在于肝脾肾三脏功能失调,气滞血瘀,水饮互结于腹中。针对这一病机,治当从肝血入手,标本兼顾,攻补兼施。自拟软坚利水汤用益气健脾、利水渗湿与活血化痰、软坚散结之品,达到标本兼治的目的。方中丹参、当归、郁金、红花、大黄、枳壳活血化痰,疏肝解郁,促进肝血循环,加速修复肝细胞,抑制胶原纤维合成,减少肝纤维化;黄芪、党参、白术、茯苓益气健脾,扶正祛邪,调节人体免疫应答系统,增强免疫力,提高血清白蛋白,降低球蛋白;鳖甲、鸡内金能活血化痰,软坚散结,软缩肝脾,可提高血浆蛋白,纠正白蛋白/球蛋白的倒置,促使肝内毒素向外排泄,使肝细胞再生;陈皮调中,

# 慢性胰腺炎 20 例诊治体会

吴蔚

(浙江省余姚市梨洲医院 余姚 315400)

关键词:慢性胰腺炎;药物治疗;诊治体会

中图分类号:R 657.51

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0040-01

慢性胰腺炎临床上较少见,且临床表现变化多而无特异性,多表现为消化不良症状、腹痛、腹泻、消瘦、黄疸、糖尿病等。因此,常给诊断和治疗带来困难,易造成误诊,给患者带来痛苦和不必要的经济损失。笔者谈谈对 20 例慢性胰腺炎的诊治体会。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 2002 年 2 月~2005 年 12 月笔者收治的 20 例慢性胰腺炎患者,其中男 12 例,女 8 例;年龄 40~62 岁,平均 48 岁;病程 1~5 年。

1.2 临床表现 20 例患者均有慢性腹痛,腹痛位于左上腹者 15 例,位于右上腹者 5 例,并有腹胀、恶心、腹泻,时轻时重,反复发作。所有患者均有不同程度的消瘦,其中黄疸 2 例,腹部包块 6 例,并发糖尿病 1 例。20 例在外院均做过纤维胃镜检查,其中 13 例有慢性浅表性胃炎,1 例有慢性萎缩性胃炎,6 例无明显异常发现。20 例在外院做过肝胆 B 超检查,其中 8 例有慢性胆囊炎、胆石症表现。即 20 例患者中,11 例患者在外院诊断为慢性浅表性胃炎,按慢性浅表性胃炎治疗,服过大量药物,包括中药,均未明显好转;2 例诊断为慢性浅表性胃炎合并慢性胆囊炎、胆石症,给予解痉、止痛、消炎、利胆、保护胃黏膜等治疗,症状有所缓解;1 例诊断为慢性萎缩性胃炎,给予对症治疗,无明显好转;6 例在外院诊断为慢性胆囊炎、胆石症,并反复进行输液、抗炎、利胆等治疗,症状有所好转,但不明显。笔者根据患者的病史、病程、腹痛部位等特点(如腹痛比胃炎位置低且较广泛)及其他消化道症状(如脂肪泻,并有消瘦),考虑到其在外院反复治疗效果不佳,故初步考虑为慢性胰腺炎,并对 20 例患者进行腹部 CT 检

查,其中 12 例胰腺增大,8 例缩小,边缘不清,密度异常,3 例有结石改变,1 例有假性囊肿;均进行血、尿淀粉酶测定,其中有 5 例血、尿淀粉酶增高。

1.3 治疗及转归 20 例患者均进行戒酒及低脂肪、高蛋白少量饮食,对有胆道疾病者进行抗炎、利胆治疗,对腹痛较剧、压痛明显、淀粉酶增高急性发作者静脉应用洛赛克针剂,抑制胃酸及胰液分泌,其余口服奥美拉唑胶囊及多酶片,对 1 例合并糖尿病患者进行胰岛素治疗,并均补充维生素、叶酸、铁剂、钙剂及多种微量元素。20 例患者经以上处理后,临床症状均有明显减轻,体重有所增加。

## 2 讨论

慢性胰腺炎是指胰实质的反复性或持续性炎症,胰腺体有部分或广泛纤维化或钙化,腺泡萎缩,胰导管内结石形成,假性囊肿形成,所以有不同程度的胰腺外、内分泌障碍。由于此病在临床上相对少见,所以未引起临床医生重视,较容易引起误诊、漏诊;个别临床医生缺乏临床经验,思路比较狭窄,片面考虑问题,过分依赖辅助检查,如只考虑到纤维胃镜提示慢性胃炎,B 超提示慢性胆囊炎、胆石症,而忽略了最主要的疾病,因为以上两类疾病均可有腹痛及消化道其它症状。

总之,笔者体会当遇到上腹痛、消化不良症状时间较长的病人,如经过规范化反复治疗而疗效不佳时,应考虑到慢性胰腺炎可能,并做相关的辅助检查,20 例患者诊断明确后进行针对性治疗,病情迅速好转,反过来也证实了诊断的正确性。

(收稿日期: 2006-06-26)

HCV 感染。本调查结果表明,透析时间越长,输血量越大,每周透析次数越多,HCV 感染率就越高。推测血液透析患者丙型肝炎病毒感染的原因与上述因素有关。有研究发现,肝炎病毒颗粒可通过未被机器察觉的空心纤维小破口进入透析液,通过反渗入血引起交叉感染<sup>[9]</sup>。尽管我们认识到了肝炎的高感染状态,加强了消毒隔离措施,针头、注射器、运血导管、透析器等均为一次性使用,HCV 抗体阳性患者分机进行治疗,但由于受条件的限制,本院 HCV 感染者与非感染者没有分室进行治疗,这难免使血透患者之间发生交叉感染。

以上分析说明,输血和维持血透时间以及操作中的交叉感染是血透患者感染 HCV 的危险因素,因此,预防血透患者感染 HCV 病毒的措施应包括控制输血及血制品,采取严格的消毒措施,加强 HCV 感染者的管理,HCV 抗体阳性患者分机、分室进行治疗,切实处理好带血污物,医务人员在操

作过程中严格操作规范,及时彻底地洗手。有条件的患者可考虑干扰素治疗,可有效清除 HCV 病毒<sup>[9]</sup>。通过以上措施切断 HCV 传播途径,可有效控制血透患者 HCV 高感染状态。

## 参考文献

[1]汪年松,唐令诤,竺艳娟,等.血液透析患者感染丙型肝炎因素的 Logistic 回归分析[J].中华医院感染学杂志,2002,12(3): 169~171

[2]陈朝生,唐少华.维持性血液透析患者丙型肝炎病毒感染研究[J].中华医院感染学杂志,2000,10(3): 184~185

[3]李保春,陆军,许静,等.血液透析患者丙型肝炎病毒感染的预防[J].中华医院感染学杂志,2003,13(4): 329~331

[4]Torr F, Giusto R, Grasso A, et al. Clearance kinetics of hepatitis C virus different antiviral therapies[J]. J Med Virol, 2001, 64(4): 455

(收稿日期: 2006-10-08)