

21 例轻度慢性乙型肝炎肝组织病理与中医证型相关性分析

杨进虎 朱肖鸿

(浙江中医药大学第一临床医学院 杭州 310006)

摘要:目的:了解慢性乙型肝炎患者肝组织病理程度、中医证型的分布情况,分析轻度慢性乙型肝炎患者肝组织病理程度及中医证型的分布规律,以期对轻度慢性乙型肝炎患者的诊治提供参考。方法:筛选 2009 年 5 月~2010 年 1 月在我科就诊的 21 例慢性乙肝患者($1\times ULN\leq ALT\leq 2\times ULN$ 、HBV-DNA 均 $\geq 10^4$ 拷贝/mL),分别行肝组织病理活检及中医辨证分型,对所得结果进行分析。结果:21 例患者中肝组织病理炎症程度 G₁1 例,G₂20 例;纤维化分级 S₀₋₂16 例,S₃₋₄5 例;中医辨证肝郁脾虚型 11 例,湿热中阻型 9 例,脾肾阳虚型 1 例。肝郁脾虚型与湿热中阻型在组织学肝纤维化分级上存在统计学差异($P<0.05$),在组织学炎症分期上差异不显著($P>0.05$)。结论:(1)肝组织学检查对于 HBV-DNA $\geq 10^4$ 拷贝/mL、 $1\times ULN\leq ALT\leq 2\times ULN$ 的慢性乙肝患者抗病毒治疗的选择与否具有重要意义。(2)符合本文纳入标准的慢性乙肝患者中医证型以肝郁脾虚、湿热中阻为主,其肝组织学炎症及纤维化程度以轻度为主,且大多数需抗病毒治疗。(3)符合本文纳入标准的慢性乙肝患者肝郁脾虚型较湿热中阻型肝纤维化程度相对较重,更应积极治疗。

关键词:轻度;乙型肝炎;组织病理;中医证型

中图分类号:R 512.62

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.032

目前,抗乙肝病毒治疗在慢性乙型肝炎治疗中的地位已得到确立。我国肝病指南指出,对 HBV-DNA $\geq 10^5$ 拷贝/mL (HBeAg 阴性者为 $\geq 10^4$ 拷贝/mL),如 ALT $<2\times ULN$,但肝组织学显示 Knodell HAI ≥ 4 ,或 $\geq G_2$ 炎症坏死者应考虑抗病毒治疗;对慢性 HBV 携带者,应动员其做肝组织学检查,如肝组织学显示 Knodell HAI ≥ 4 ,或 $\geq G_2$ 炎症坏死者应考虑抗病毒治疗。2008 年亚太肝病学会 (APASAL) 乙肝指南建议:对于存在病毒复制并 ALT 升高或年龄 >40 岁、ALT 在正常值较高水平的患者在治疗前应进行肝活检。可见,肝组织学检查在乙肝治疗方案的选择上具有重要地位。目前慢性乙型肝炎的中医辨证仍以传统的望、闻、问、切四诊资料为主,缺少客观依据及疗效评价体系,建立科学、实用、客观的中医证型的标准及量化指标,将有助于中医肝病学的发展,为揭示中医证候的实质、临床疗效评定、中成药的研发等工作奠定基础。本文选取 21 例慢性乙型肝炎患者 (HBV-DNA $\geq 10^4$ 拷贝/mL, $1\times ULN\leq ALT\leq 2\times ULN$),对其肝组织学检查结果及中医证型进行相关分析。

1 资料与方法

1.1 研究对象 所有病例均为我院感染科 2009 年 5 月~2010 年 1 月住院的慢性乙肝患者。诊断符合 2005 年我国肝病指南慢性乙肝诊断标准,要求 HBV-DNA $\geq 10^4$ 拷贝/mL, $1\times ULN\leq ALT\leq 2\times ULN$,近 1 个月内未应用过保肝降酶中西药物,近 2 年未行抗病毒治疗,年龄 18~65 周岁。排除慢性重型肝炎或合并其他嗜肝病毒感染的肝炎,或伴有心、肾、肺、内分泌、血液、代谢及胃肠道严重原发病者。

1.2 中医辨证分型 参照 1991 年中国中医药学会内科肝病专业委员会天津会议《病毒性肝炎中医辨

证标准》分为 5 型:湿热中阻型、肝郁脾虚型、肝肾阴虚型、瘀血阻络型、脾肾阳虚型。由 2 名副主任中医师协同进行辨证分型。

1.3 肝组织病理学检查 经皮肝穿刺活检术获取肝组织。全程 B 超定位,穿刺点 2%利多卡因局麻后以美国 16G Tru-cut 一次性肝组织活检针进行穿刺;组织长度 1.5~2cm,10%甲醛固定,石蜡包埋,4 μ m 厚连续切片,常规 HE、网状纤维染色。本院病理科固定医师阅片,参考 2000 年西安会议《病毒性肝炎防治方案》的诊断标准作出肝组织病理程度分级。

1.4 统计学方法 计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

21 例患者中肝组织病理炎症程度 G₁1 例,G₂20 例;纤维化分级 S₀₋₂16 例,S₃₋₄5 例;中医辨证肝郁脾虚型 11 例,湿热中阻型 9 例,脾肾阳虚型 1 例。肝郁脾虚型与湿热中阻型在肝纤维化分级上存在统计学差异($P<0.05$)。见表 1。

表 1 21 例慢性乙肝患者肝纤维化分级与中医证型分布				
组别	S ₃₋₄	S ₀₋₂	G ₁	G ₂
肝郁脾虚	5	6	0	11
湿热中阻	0	9	1	8
脾肾阳虚	0	1	0	1
合计	5	16	1	20

3 讨论

本文入选的 21 例患者参照目前慢性肝炎的实验室检查异常程度参考指标均属于轻度慢性肝炎。21 例中肝组织病理炎症程度 G₁1 例,G₂20 例,G₂ 占 95.24%,组织学活动指数 (HAI) 炎症活动度分级均为轻度;S₀₋₂16 例,S₃₋₄5 例,纤维化程度分期轻度占 76.19%。可见,实验室指标与 HAI 在分期分级上存在一致性。但 21 例 $1\times ULN\leq ALT\leq 2\times ULN$ 患者中 S₃₋₄5 例,纤维化程度分期属中重度,占 23.81%,

83 例脑动脉瘤临床治疗疗效分析

李焕生 王刚 周从斌 杨水斌 钟俊亮

(江西省湘雅萍矿合作医院 萍乡 337000)

摘要:目的:通过回顾性分析我院 83 例脑动脉瘤临床资料,探讨脑动脉瘤的治疗方法。方法:2006 年 10 月~2010 年 4 月,我院对 126 例经颅脑 CT 或 MRI 发现蛛网膜下腔出血(SAH)或疑似动脉瘤的患者行全脑血管造影(DSA)检查,其中 83 例证实脑动脉瘤患者,43 例采用脑动脉瘤夹闭术(开颅组),21 例采用血管内介入栓塞术(介入组),19 例采用内科治疗(内科组)。结果:内科组的死亡率最高,开颅组致残率最高,介入组则死亡率、致残率均最低,三组愈后有明显的差异性。结论:脑动脉瘤介入栓塞治疗成功率最高,并发症少,是一种完全有效的治疗方法。

关键词:脑动脉瘤;脑动脉瘤夹闭术;脑动脉瘤介入栓塞术;疗效比较

中图分类号:R 739.41

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.033

脑动脉瘤破裂是自发性蛛网膜下腔出血的主要原因,临床上多有剧烈的头痛,伴恶心呕吐、颈部抵抗明显。因脑动脉瘤的再破裂出血及脑血管痉挛其致残率和死亡率较高,临床治疗较为棘手。动脉瘤的治疗过去以外科开颅夹闭术为主,随着医学影像和介入栓塞技术的进步,目前在欧洲一些医疗中心约 85%的动脉瘤采用介入栓塞治疗^[1]。该治疗方法能安全有效地治疗颅内动脉瘤,改善患者的生活质量,降低死亡率达到治愈的目的。

1 资料与方法

1.1 临床资料 回顾我院 2006 年 10 月~2010 年 4 月 83 例经 DSA 证实的脑动脉瘤患者临床资料。43 例采用开颅脑动脉瘤夹闭术(开颅组),其中男 25 例,女 18 例,年龄 26~72 岁(平均 43.3 岁),有

因此肝功能 ALT 并不能完全反映乙肝病毒引起的肝损害,单凭 ALT 指标来判断慢性乙肝患者肝脏病变的活动性和程度是不够的。美国肝病研究学会(AASLD)慢性乙型肝炎临床实践指南(2007)认为 HBV-DNA $\geq 10^5$ 拷贝/mL 的患者不仅 ALT 中度以上升高者大部分具备抗病毒指征,ALT 正常或轻微升高($< 2 \times \text{ULN}$)的患者,也有相当部分需抗病毒治疗。本文入选 21 病例中 20 例肝组织炎症程度达到 G₂,按我国 2005 年肝病指南大部分应抗病毒治疗,此结果与美国指南相符,且支持对于 HBV-DNA $\geq 10^4$ 拷贝/mL、 $1 \times \text{ULN} \leq \text{ALT} \leq 2 \times \text{ULN}$ 的慢性乙肝患者,大部分具备抗病毒指征,因此肝组织学检查对此类患者抗病毒治疗的选择与否具有重要意义,应重视肝组织病理学检查,将肝活检作为判断肝炎活动性和是否抗病毒治疗的主要依据。

本研究结果显示,HBV-DNA $\geq 10^4$ 拷贝/mL、 $1 \times \text{ULN} \leq \text{ALT} \leq 2 \times \text{ULN}$ 的慢性乙肝患者中医证型以肝郁脾虚型、湿热中阻型为主,肝郁脾虚型、湿热中阻型肝组织病理程度以轻度为主,且肝郁脾虚

SAH 38 例(26 例为首次 SAH,12 例为第二次或多次出血),Hunt 和 Hess 分级,Ⅰ级 18 例,Ⅱ级 15 例,Ⅲ级 5 例,Ⅳ级 3 例,Ⅴ级 2 例;21 例采用血管内介入栓塞术(介入组),其中男 13 例,女 8 例,年龄 29~76 岁(平均 45.7 岁),有 SAH 18 例(14 例首次 SAH,4 例第二次 SAH),Hunt 和 Hess 分级,Ⅰ级 6 例,Ⅱ级 11 例,Ⅲ级 3 例,Ⅳ级 1 例,Ⅴ级 0 例;内科保守治疗 19 例(内科组),男 12 例,女 7 例,年龄 32~80 岁(平均 50.2 岁),有 SAH 19 例,Hunt 和 Hess 分级,Ⅰ级 1 例,Ⅱ级 6 例,Ⅲ级 6 例,Ⅳ级 4 例,Ⅴ级 2 例。

1.2 治疗方法 开颅组在全麻插管下行开颅脑动脉夹闭术,行额、颞开颅侧裂入路,术后辅以尼莫同 24h 静滴以防止脑血管痉挛。介入组在全麻插管下

型与湿热中阻型在肝纤维化分级上存在统计学差异,肝郁脾虚组肝纤维化程度相对为重($P < 0.05$)。莫让辉等^[1]研究显示,慢性肝炎湿热中阻型及肝郁脾虚型的炎症改变及纤维化程度以轻、中度为多。张国良等^[2]报道:当肝组织炎症为 G₁、G₂,纤维化分期为 S₁、S₂ 时,慢性乙肝中医证型主要为肝郁脾虚和湿热中阻。可见,中医证型具有一定的客观基础,本文中肝郁脾虚患者较之湿热中阻者更宜积极抗病毒、抗纤维化等治疗;对符合本研究入选标准的肝郁脾虚患者更应积极建议行肝组织学检查。另外,莫让辉等^[1]报道肝郁脾虚型的炎症改变及纤维化程度与湿热中阻型相似,两者比较差异不显著,本文结果与之略有出入,可能与入选标准、统计方法及样本量不同有关,有待进一步深入研究和循证医学的验证。

参考文献

[1]莫让辉,甘楚林,梁柱石,等.慢性肝炎中医证型与肝组织病理变化的关系[J].辽宁中医杂志,2006,33(8):918
[2]张国良,吴其恺,林巧,等.260 例慢性乙型肝炎中医证型与肝组织病理改变的相关性研究[J].中国中西医结合杂志,2007,27(7):614
(收稿日期:2010-06-29)