

# 全国基层医学 经验文集 (内科)

QUANGUO JICENG  
YIXUE  
JINGYAN WENJI



杨柱星 黎之兴 主编

广西科学技术出版社

95  
54-53  
7  
2:1

# 全国基层医学经验文集

(内 科)

主 编 杨桂星 黎之兴  
副主编 陈长娟 陈斌冠



3 0131 8302 9

广西科学技术出版社



C

108826

(桂)新登字06号

**全国基层医学经验文集**

(内科)

主 编 杨柱星 黎之兴

副主编 陈长娟 陈斌冠

广西科学技术出版社出版

(南宁市河堤路14号)

广西新华书店发行

广西民族印刷厂印刷

开本787×1092 1/16 印张47.25 插页1 字数1 217 000

1994年8月第1版 1994年8月第1次印刷

ISBN 7-80565-939-7

R·122

定价: 19.35 元

繁荣基层医药学术活动  
为人民群众健康服务。

李振潜  
一九八〇年四月廿二日

广西壮族自治区人民政府李振潜副主席题词

加強基層醫學、術交流提高  
醫學技術水平，為實現“二〇〇〇  
年人人享有衛生保健”的目標而  
努力奮鬥。

廣西壯族自治區衛生廳

藍芳馨

九〇年六月

## 序

医学经验出自实践，来自基层。我国的基层医务工作者肩负着“2000年人人享有卫生保健”这一战略目标的艰巨使命，他们有着坚实的实践基础和丰富宝贵的医疗经验。为了更好地总结推广这些经验，促进基层医药学术交流活动，提高基层医务人员的医疗水平和医学论文写作能力，将基层医务工作者的好经验征集整理而公开出版，给他们创造一个提高和交流的机会，是一件极有意义的事情。

《全国基层医学经验文集》共汇集了来自全国三十个省市自治区基层医务人员撰写的论文和经验介绍，内容包括内、外、妇、儿、护理、皮肤、传染、耳鼻喉、眼、口腔、中医、预防医学、检验和卫生管理等。论文内容翔实，实用性强，他们的经验具有在基层医院推广应用的价值。其中有一些论文数据精确，科学性强，具有较高的学术水平，这充分显示出基层医务人员在长期的医疗实践中有着科学的态度和严谨扎实的作风，受到评审专家的好评。当然，也有部分文章因基层医院的设备条件所限，未能更好地反映出应有的水平。我们希望通过这次活动，能进一步激发基层医务人员坚持严谨的科学态度和勤于思考、善于总结、勇于创新的科学精神，使基层医疗卫生工作在深化改革的形势下，更好地为经济建设服务。

广西医科大学校长 马朝桂 教授

一九九四年四月十二日

## 前 言

在医药卫生战线中,基层医务人员占绝大多数。他们长期工作在预防、医疗的第一线,直接为中国人民的医疗及卫生保健服务,有着极其丰富的实践经验。为了更好地总结和推广这些经验,繁荣基层医药学术活动,提高基层医务工作者的业务水平和论文写作能力,给他们提供一个切磋医术和交流经验的机会。应广大基层医务人员的迫切要求,中华医学会广西分会与广西医学情报研究所《医学文选》杂志编辑部合作,开展全国首届基层医学论文评选活动,并得到他们的积极响应,纷纷把他们长期实践所积累的宝贵经验,甚至把祖传医技秘方整理成文,贡献给社会,造福于人民。

参加这次征文活动的主要是县、乡、工矿企业及部队的基层医务人员。一些在高等医学院校、科研院所医护第一线工作的专家学者,亦把对基层有指导意义的论文寄来交流,在此,我们表示由衷地感谢!

为了使这些论文更科学、规范,我们邀请了广西医科大学校长马朝桂教授等28位知名专家学者组成评委会,对论文分学科和专业进行评审,挑选出具有一定水平和有代表性的论文公开出版;我们还成立了全国基层医学论文编辑组,组织了15位富有医护实践经验的编辑专家,根据评委提出的意见,对每篇论文进行格式规范化和文字修改,部分论文还退给作者补充材料和数据。应该说,这些论文应用性强,许多具有推广价值和一定的科学性,在一定程度上反映了我国目前基层医务人员的学术水平和扎实的工作作风,得到领导和评审专家的充分肯定。广西壮族自治区人民政府副主席李振潜及广西壮族自治区卫生厅厅长,中华医学会广西分会会长蓝芳馨欣然题词鼓励;广西医科大学校长马朝桂教授在百忙中给予指导,并亲自作序致意。我们对领导的关怀和支持表示衷心的感谢!

为了使论文能科学系统地出版,便于读者阅读和交流,我们将选出来的论文按内、外、妇、儿、皮肤、五官、中医、预防、实验医学、管理、医学教育等学科分集出版。为使各集自成系统,我们在目录上按病症分类。为便于检索,各集附论文作者索引,每篇论文均收取首位作者,按姓氏笔画排列,作者据此可查找自己的论文。

然而,基层毕竟受到医疗技术、设备等条件所限,致使一些论文选题欠新,材料欠全,证据欠足,格式欠规范,加之我们水平有限,未能全面、准确地反映出论文应有的水准。尽管我们为此书的出版尽了最大努力,但错漏之处在所难免,望广大作者批评指正。我们相信,通过这次全国基层医学论文评选活动,一定能激发基层医务人员勤于思考、善于总结、勇于创新的精神,使基层医疗卫生工作在改革开放的大业中,跟上时代的步伐,为中华民族的繁荣昌盛作出应有的贡献。

编者

1994年4月

## 目 录

|               |        |               |       |
|---------------|--------|---------------|-------|
| 病毒性肝炎.....    | ( 1 )  | 慢性阻塞性肺疾病..... | (238) |
| 乙型肝炎.....     | ( 22 ) | 呼吸衰竭.....     | (246) |
| 麻疹.....       | ( 24 ) | 哮喘.....       | (249) |
| 流行性出血热.....   | ( 26 ) | 肺炎.....       | (264) |
| 流行性脑脊髓膜炎..... | ( 46 ) | 肺水肿.....      | (268) |
| 细菌性痢疾.....    | ( 48 ) | 肺咯血.....      | (271) |
| 伤寒.....       | ( 53 ) | 肺癌.....       | (274) |
| 结核病.....      | ( 59 ) | 肺大疱.....      | (283) |
| 钩体病.....      | ( 78 ) | 气胸.....       | (284) |
| 疟疾.....       | ( 80 ) | 磨菇肺.....      | (291) |
| 旋毛虫病.....     | ( 84 ) | 矽肺.....       | (291) |
| 寄生虫病诊断.....   | ( 85 ) | 胸腔积液.....     | (292) |
| 恙虫病.....      | ( 86 ) | 气管内膜溃疡.....   | (293) |
| 蛔虫病.....      | ( 87 ) | 吸氧.....       | (294) |
| 脑囊虫病.....     | ( 90 ) | 膈肌矛盾运动.....   | (295) |
| 心血管病防治.....   | ( 91 ) | 胸壁肿瘤.....     | (295) |
| 心电图检查.....    | (100)  | 再生障碍性贫血.....  | (296) |
| 冠心病.....      | (103)  | 血红蛋白测定.....   | (298) |
| 心力衰竭.....     | (144)  | 血清铁蛋白测定.....  | (302) |
| 高血压病.....     | (162)  | 输血及输血反应.....  | (304) |
| 肺心病.....      | (179)  | 血型变异.....     | (310) |
| 心律失常.....     | (190)  | 血小板减少症.....   | (311) |
| 先天性心脏病.....   | (213)  | 过敏性紫癜.....    | (312) |
| 心肌炎.....      | (214)  | 凝血异常.....     | (313) |
| 心包炎.....      | (217)  | 白血病.....      | (316) |
| 心肌病.....      | (217)  | 恶性淋巴瘤.....    | (319) |
| 心内膜炎.....     | (223)  | 胃镜检查.....     | (321) |
| 风心病.....      | (223)  | 胃电图检查.....    | (336) |
| 心脑综合征.....    | (224)  | 胃肠X线检查.....   | (339) |
| 心跳骤停.....     | (228)  | 肝胆 B 超检查..... | (344) |
| 休克.....       | (231)  | 食道憩室.....     | (345) |
| 心室假腱索.....    | (232)  | 上消化道出血.....   | (346) |
| 上腔静脉综合征.....  | (234)  | 腹痛.....       | (354) |
| 上呼吸道感染.....   | (234)  | 消化性溃疡.....    | (358) |

|               |       |                                 |       |
|---------------|-------|---------------------------------|-------|
| 胃炎.....       | (366) | 脑肿瘤.....                        | (521) |
| 胃癌.....       | (370) | 昏迷.....                         | (524) |
| 肝硬化.....      | (372) | 肺性脑病.....                       | (525) |
| 肝脓肿.....      | (379) | 眩晕.....                         | (526) |
| 脂肪肝.....      | (381) | 瘫痪.....                         | (528) |
| 肝癌.....       | (382) | 低颅内压综合征.....                    | (529) |
| 肝硬化.....      | (391) | 癫痫.....                         | (531) |
| 胆囊炎.....      | (392) | 散发性脑炎.....                      | (532) |
| 胰腺炎.....      | (396) | 化脓性脑膜炎.....                     | (536) |
| 肠炎.....       | (398) | 周围神经疾病.....                     | (537) |
| 克隆病.....      | (402) | 面神经麻痹.....                      | (542) |
| 酒精中毒.....     | (407) | 格林巴利综合征.....                    | (542) |
| 便秘.....       | (408) | 晕动病.....                        | (543) |
| 肾小球疾病.....    | (408) | 植物神经功能失调.....                   | (544) |
| 肾病综合征.....    | (413) | 腰穿后头痛.....                      | (545) |
| 过敏性紫癜性肾炎..... | (413) | Fisher 综合征.....                 | (546) |
| 肾功能衰竭.....    | (414) | Charcot - Marie - Tooth 氏病..... | (548) |
| 肾盂肾炎.....     | (422) | 排尿性晕厥.....                      | (550) |
| 尿道感染.....     | (424) | 痴呆症.....                        | (551) |
| 肾上腺假性囊肿.....  | (428) | 发作性睡眠.....                      | (552) |
| 先天性孤立肾.....   | (430) | Kleine-Levin 综合征.....           | (554) |
| 排尿性晕厥.....    | (431) | 精神分裂症.....                      | (555) |
| 席汉氏病.....     | (431) | 神经衰弱.....                       | (560) |
| 尿崩症.....      | (433) | 癌病.....                         | (565) |
| 甲状腺机能亢进症..... | (434) | 农药中毒.....                       | (566) |
| 甲状腺机能减退症..... | (436) | 盐酸中毒.....                       | (622) |
| 甲状腺炎.....     | (438) | 汞中毒.....                        | (623) |
| 糖尿病.....      | (439) | 磷化锌中毒.....                      | (623) |
| 高脂血症.....     | (447) | 甲醛、丙酮中毒.....                    | (625) |
| 低血糖症.....     | (451) | 一氧化碳中毒.....                     | (626) |
| 血叶啉病.....     | (452) | 汽油中毒.....                       | (627) |
| 周期性麻痹.....    | (453) | 霉甘蔗中毒.....                      | (628) |
| 骨质疏松.....     | (455) | 药物中毒.....                       | (628) |
| 肥胖.....       | (457) | 海洛因成瘾.....                      | (631) |
| 乳溢症.....      | (460) | 临床应用.....                       | (634) |
| 系统性红斑狼疮.....  | (461) | 医院内感染.....                      | (730) |
| 硬皮病.....      | (466) | 高山病.....                        | (732) |
| 类风湿性关节炎.....  | (468) | 淹溺.....                         | (735) |
| 皮炎.....       | (473) | 白血光子疗法.....                     | (737) |
| 脑血管疾病.....    | (475) | 微量元素与疾病.....                    | (739) |

**病毒性肝炎****丙型病毒性肝炎及实验室诊断的研究进展**

山东东营市河口区人民医院(257200) 隋玉飞 王景美

近年来,随着分子生物学的发展,人们对基因的结构、功能、表达调控等方面的研究更加深入,从而逐步实现了从分子(基因)水平上研究生命的发展规律。将基因应用于人类临床诊断、治疗的研究也已广泛开展,其中最令人瞩目的是HCV的基因组最近已被克隆并作全序列分析<sup>[1]</sup>及实验室诊断方法的建立。兹将HCV及实验室诊断方法的研究进展简介如下:

**一、丙型病毒性肝炎**

1. HCV的发现:输血后或接受过血制品后引起的非流行性非甲非乙型肝炎(NANBH)称为丙型肝炎(HC)。此病自1974年被命名后曾相继有人声称发现了NANBH病毒的抗原、抗体,甚至病毒颗粒,但最后均遭否定。后来有人用系列稀释输血后NANBH患者的血清接种于黑猩猩,结果发现后者每毫升血中仅含 $10^2 \sim 10^3$  CID的病毒颗粒。<sup>[2]</sup>以后美国Chiron公司Choo氏用高滴度血清建立基因库,获5/万个阳性克隆,其中之一被证实来自NANBH病毒的基因,再经分子杂交,先后获3'、5'端核苷酸序列于1988年首先在记者招待会上宣布发现了一种新的肝炎病毒称为丙型肝炎病毒。至1989年6月公布了碱基对,9月东京会议定名为HCV。我国1990年第6次全国病毒性肝炎学术会议上正式将非流行性NANBH命名为丙型肝炎<sup>[3]</sup>。

2. HCV的病原学: HCV的基因组最近已被克隆并作全序列分析。该基因组为单股正链RNA病毒,含有脂质外壳,成熟病毒的颗粒直径为36~62nm,其子分长度为1~1.2kb,基因组长度为10kb,约由9400个核苷酸组成,可编码3024或3011个氨基酸呈RNA~RNA复制。在病毒分类学上,HCV属披膜病毒科(Togviridae)近似黄病毒属(Flavivirus)及痘病毒属(Pestivirus)。从进化上分析,HCV是一类重组病毒。其N'一端氨基酸来自小核糖核酸病毒科,而C'一端氨基酸源于被膜病毒甲科<sup>[1,4,5]</sup>。HCV有多个变异株却只有一个共同的大开放性读码框(ORF),可编出3000多个氨基酸的多聚蛋白。在翻译的同时或翻译后,病毒本身和(或)宿主细胞产生的蛋白酶将此多聚蛋白水解成各种病毒的结构蛋白和非结构蛋白:(1)结构蛋白:包裹病毒RNA成为一个传染单位。有三种,即:核衣壳蛋白C和外膜(包膜)蛋白E<sub>1</sub>、E<sub>2</sub>。(2)非结构蛋白:调节病毒在感染细胞中的复制,有NS<sub>1</sub>—NS<sub>5</sub>。其中NS<sub>1</sub>、NS<sub>2</sub>编码为病毒的糖蛋白,与包膜有关;NS<sub>3</sub>、NS<sub>4</sub>编码为病毒的可溶性蛋白,与病毒的螺旋酶相应;NS<sub>5</sub>编码为病毒的RNA多聚酶,与病毒的复制有关<sup>[1,5,6,7]</sup>。经序列分析显示,HCV C基因的核苷酸序列高度保守且含有免疫原性强的决定簇,而只有E基因变异较大。把已发表的部分或完整的HCV序列分析比较,结果表明至少有三个基本组(HCV—I、HCV—II、HCV—III),这说明临床上有可能存在HCV病原的多重感染。同时还发现中国株HCV与美国株HCV-us相比其核苷酸、氨基酸序列的同源性分别为68.6%~72.6%、68.5%~73.9%;于日本株HCV-J相比其核苷酸、氨基酸序列的同源性分别为78.3%~88.4%、77.2%~88%。而我国克隆的HCV-cDNA与美国同片段的核苷酸、氨基酸序列的同源性相比分别为80.9%、93.2%;而与日本的同片段相比则为92.6%、95.2%,说明中国株HCV与日本株HCV亲缘关系较近<sup>[8]</sup>。

3. HC的发病机理、基本病变及治疗: HC的发病机理目前尚不清楚。近年来有关资料表明HC的发病机理与HBV引起的作用相类似,多倾向于细胞免疫和抗体依赖性细胞毒性损害(ADCC),即活化的细胞毒T细胞可能起了主要作用。丙肝的慢性化机制不太清楚,但推测与患者体液免疫较弱,TS功能增强,使机体不能有效地清除病毒有关。

HCV感染后,经过一定潜伏期,组织学上肝组织出现病变。其基本病变为嗜酸性变和透明性变,基本有人将其分为四个亚型<sup>[10]</sup>: (1)嗜酸小体型; (2)透明细胞型; (3)单核细胞增多症样型; (4)成人巨细胞肝炎型。临床上, HCV感染后常为不显性(较隐匿)或亚临床型(大部分为单项ALT增高,仅有乏力、纳减等症状)感染。潜伏期平均36.8天,无黄疸型多于黄疸型(75%为无黄疸)且极易慢性化,至少50%~70%的丙肝患者演变成慢性肝炎<sup>[9]</sup>,而慢性丙肝最后多发展为肝硬化甚至肝癌,其病程进展和乙肝一样。Kiyosawa K等1990年观察了58例慢性丙型肝炎病人,随访7年,结果10例发展为肝癌(HCC),14例发展为肝硬化<sup>[5]</sup>。Polesky HF等1991年报告: 随访5年以上肝硬化发生率高达60%<sup>[10]</sup>。

关于HCV和HBV的重叠感染,目前结果不一,有待进一步研究。冯百芳<sup>[11]</sup>、李兴旺<sup>[12]</sup>等观察结果为HBV和HCV之间无干扰叠加现象,抗-HCV的存在不影响HBsAg滴度,两者并存也可ALT处正常水平。而赵有蓉<sup>[13]</sup>等则认为合并HCV感染后,HBV复制指标阳性率减低,不一定代表HBV复制停止,复制标志阴性患者肝昏迷发生率增高。王磊<sup>[5]</sup>等认为HCV具有促进HB转化为重型肝炎的作用,叠加感染后HBV的复制受到明显抑制并且HBV标志的抑制与重型肝炎的病情有关。

治疗原则基本上同HB,目前多采用 $\alpha$ 干扰素(IFN $\alpha$ ),认为IFN $\alpha$ - $\alpha$ 3MU3/周 $\times$ 24周可作为标准治疗方案有一定疗效<sup>[7]</sup>。

4. HCV的流行性: HCV的流行性呈世界分布,一般发达国家较发展中国家高,但非洲例外。我国各地区的感染情况不一,未有这方面的流行病学调查,但各地的情况表明, HCV的感染在我国存在着广泛性。丙型肝炎的传染源为急性与慢性患者和HCV携带者。其主要传播途径是输血或输血制品。根据美国报导,丙型肝炎在输血后肝炎中占78~94%,日本报告在输血后NANBH中占75.6%的抗-HCV阳性<sup>[14]</sup>。我国王德发<sup>[15]</sup>等报告的结果为69.6%。因此,目前一般认为HCV是输血后肝炎的主要致病因素。另外也有报道通过注射、性接触和母婴垂直等途径传播的。但还有约40%的感染来源不明<sup>[16]</sup>。因为不少报告指出多数散发性丙肝患者无明显输血、注射史。北京报告15岁以下儿童抗-HCV阳性率明显低于成人,说明母婴传播不可能起重要作用。故认为尚有其他传播途径有待发现。HC的易感人群是指经常暴露于血液者,如血友病人、血液透析者等,这方面资料缺乏,有待进一步研究。

## 二、丙型肝炎的实验室诊断

1. 抗-HCV的检测: HCV基因序列的阐明是NANBH研究的重大突破。因此可以通过基因重组表达或合成HCV多肽来检测特异性抗体<sup>[17]</sup>。目前一般采用放免法(RIA)或酶免法(ELISA)。1989年美国Kuo等以HCV-cDNA克隆表达相应多肽C<sub>100-3</sub>,建立了此种多肽为抗原检测抗体的放免法称之为抗-HCV。以后美国Chiron公司Choo氏和日本 Arima小组首次以病毒基因组NS<sub>3</sub>与NS<sub>4</sub>编码的约含363个氨基酸的C<sub>100-3</sub>多肽与超氧化物歧化酶基因融合起来。用重组酵母菌表达,纯化后作为抗原,制成ELISA药盒即第一代检测抗-HCV试剂。抗-HCV是一种传染性指标并非保护性抗体,为IgG型,感染后血清中出现较迟,平均需18周,灵敏度仅为70%~75%。可出现假阳性(自身免疫性慢性活动性肝炎,血清高水平IgG以及类风湿性关节炎等病人)和非特异性反应(HCV感染率很低的人群及病因复杂的慢性肝病

如供血员、散发的非乙型肝炎等);不能说明急、慢性丙肝、携带者、回忆反应及传染性<sup>[2,16,17]</sup>。因为C<sub>100</sub>抗原为HCV的部分非结构蛋白并不代表HCV的完整抗原。第二代ELISA试剂盒含C<sub>22</sub>、C<sub>33c</sub>及C<sub>100</sub>等较第一代提早2~3周出现阳性,提高检出率25%~30%。其中C<sub>33c</sub>抗体比C<sub>100</sub>抗体出现早敏感性强,CP抗体特异性强、持续时间长且具有和HCV—RNA 很高的相符率;因此具有早期诊断和提高阳性率的优点。所以美国UBI公司将全C区 和NS<sub>1</sub>、NS<sub>2</sub>及NS<sub>3</sub>几个保守性强同源性高的片段相结合研制试剂盒,进一步提高了敏感性和特异性。我国闻玉梅<sup>[12]</sup>等选择丙型肝炎病毒的核衣壳C区及非结构蛋白NS区,分别合成了5肽段EIA<sub>1</sub>~EIA<sub>5</sub>,用来分析HCV的抗原决定簇,获得了满意效果,为建立此类诊断试剂提供了信息。

2. 抗—HCVIgM:目前尚在研究阶段。Quriroga 等建立了抗—HCVIgM、酶免法试剂盒。症状出现1—4周内阳性率93%,平均持续8.8周;但半数慢性丙肝亦阳性。

3. 抗—GOR<sup>[16]</sup>:抗—GOR抗体,从HCVcDNA 克隆中发现GOR—47—1,共15个氨基酸,由宿主基因编码。最近由Mishro等在丙型肝炎病人中检出,并建立起了检测该抗体的ELISA法。与抗—HCV相比,抗—GOR与HCV—RNA 有较好的相关性,且急性期出现抗—GOR显著早于抗—HCV。认为有助于诊断HCV感染和献血员筛选。另外还有人合成了HCVC基因区的2个寡肽CP<sub>9</sub>、CP<sub>10</sub>,并建立了相应的酶免检测系统,认为抗—CP出现早、持续时间长,检出率远高于抗—C<sub>100-3</sub>和抗—GOR等HCV的感染标志抗体,与HCV—RNA 有高度相符性,更具有早期诊断的意义<sup>[3]</sup>。

4. 重组免疫印迹试验(RIBA)<sup>[2,17]</sup>:将C<sub>100</sub>和5—1—1抗原及SOD分别包被在醋酸纤维素条上,用已知抗原捕获抗体并加酶标记的鼠抗人IgG单克隆抗体,加底物显色判断结果。能测出HCV不同成分多肽相应抗体的应答,排除重组酵母菌表达C<sub>100</sub>时所含SOD引起的假阳性。在第一代试剂中加入C<sub>33c</sub>抗原和C<sub>22</sub>核心抗原即为第二代RIBA试剂,其敏感度增高并可区别C<sub>100</sub>阳性血有无传染性。

5. PCR检测HCV—RNA:PCR的本质是DNA复制,通过特异性地扩增和检测HCV基因组中的某一特定靶片段,以达到早期、敏感、特异地诊断HC的目的。由于HCV感染者血中病毒的含量很低,用PCR技术将基因扩增后,自血清中提取HCV—RNA,逆转录成HCV—cDNA,再扩增后用凝胶电泳或探针杂交看结果<sup>[2,5,17]</sup>。这样样品中只要有一个拷贝的HCV序列或3CID/ml水平就能被检出。感染后1~2周血中便可阳性;若为短暂阳性表明为急性康复型丙肝;若为持续或间歇性则为慢性丙肝;同时抗—HCV阳性则为现症病人,仅抗—HCV阳性为既往感染。PCR检测HCV—RNA由于2次扩增,极易造成污染而影响结果,所以检测HCV—RNA的反应系统必须严格避免污染。

### 参考文献

1. 闻玉梅,等. 上海医学 1992; 15(6):311
2. 孙溪宾. 江苏医药 1993; 19(1):40
3. 王磊,等. 山东医药 1992; 32(8):49
4. Choo Q L, et al. Science 1989; 244:359.
5. 袁文章,等. 江苏医药 1992; 8(11):613.
6. 王宝恩,等. 中华消化杂志 1992; 12(1):6
7. 骆抗先. 中华内科杂志 1992; 31(11):720
8. 从勉尔,等. 病毒学报 1991; 7(1):10

9. 江曼勋译. 国外预防医学情报 1991; 1(3):4.
10. 张泰和, 等. 江苏医药 1992; 18(11):612
11. 冯百芳, 等. 新医学 1992; 23(9):494.
12. 李兴旺, 等. 北京医学 1993; 15(1):59
13. 赵有蓉, 等. 中华内科杂志 1992; 31(11):688.
14. 庄辉. 国外医学流行病学传染病学分册 1989; (6):241
15. 王德发, 等. 天津医药 199; 20(5):265
16. 王耀宗. 山东医药 199; 31(10):44
17. 刘国璋. 江苏医药 199; 19(1):38

## 3913例丙型肝炎抗体测定结果分析

甘肃长庆石油勘探局职工医院(745101) 耿汉科 赵玉华 徐大千

我们用抗-HCV检测试剂盒共检测3913例的血清抗体, 现将结果报告如下:

### 材料与方法

1. 对象: 献血员696例, HBsAg阴性, ALT在25μ/L以下, 其它检查均正常。肝硬化病人185例, 肝炎病人752例。健康体检人员2280例, 肝功能均正常。
2. 方法: EIA抗-HCV检测试剂盒由上海科华实业生物技术有限公司提供。按照试剂盒检测操作步骤进行。

### 结果

肝硬化组抗-HCV阳性81例(43.7%), 肝炎组阳性106例(14%), 献血员阳性213例(30.6%), 健康体检人员阳性71例(3.2%)。前3组与第4组比较, 经 $\chi^2$ 检验均 $p < 0.001$ 。

### 讨论

1. 本文资料表明肝硬化病人抗-HCV阳性率最高(43.7%), 分析其原因有: ①丙型肝炎其临床和流行病学特点似于乙型肝炎, 因此在临床诊断上较易误诊。本病病程长, 愈后差, 约50—60%转变为慢性肝炎, 其中约20%最后发展为肝硬化和原发性肝癌<sup>[1]</sup>。②慢性肝炎和肝硬化病人常因蛋白倒置等原因反复输血液制品而感染HCV。

2. 肝炎组抗-HCV阳性率为14%。提示我们在肝炎实验室诊断上, 已不能只停留在原来的一般肝功能和乙肝三系上, 应将其范围扩大到其它型肝炎的实验检查上, 为临床提供有力证据, 避免误诊。

3. 献血员抗-HCV阳性率在发达国家约为0.2—1.2%<sup>[2]</sup>, 我国报道有25.6%<sup>[3]</sup>。本文资料表明, 本地区献血员中抗-HCV阳性率较上述水平高, 为30.6%, 分析其原因有: ①献血员管理不够严格, 在多处献血带来更多的感染机会。②单采浆数量及次数增多, 而分浆时用同一分浆器进行多个血源分离, 致使回输的血液交叉感染, 造成HCV在献血员中的传播。③国外报道抗-HCV阳性中约有66—85%ALT升高<sup>[4]</sup>, 而我们对献血员ALT的水平要求不够统一, 我们发现, 如果控制ALT $< 25\mu/L$ 抗-HCV的阳性率会明显下降, 我国有报道, 抗-HCV阳性中曾有ALT $> 25\mu/L$ 者占抗-HCV阳性的42.4%<sup>[3]</sup>。如果血源充足, 果断地去除这些供血者, 其阳性率会显著下降。并在献血员体检中加入抗-HCV检测。

4. 我们检测肝功能正常组中的抗-HCV阳性率为3.2%, 比我国报道健康组(1.94%)<sup>[3]</sup>

高。表明我区的HCV携带率比其它地区高。

5. 丙肝的主要传播途径为经血或血制品(95%)亦可接触传播<sup>[5]</sup>。所以,我们在控制丙肝的传播上应注意血源,血制品,应对其进行不断地检测。但也不能忽视接触传播。

### 参考文献

1. 杜平,等.现代临床病毒学.人民军医出版社 1991; 402
2. 李连发.丙型肝炎研究进展.国外医学输血及血液学分册 1991; 14:3.
3. 叶铭秀,等.献血员及受血者血清中丙型肝炎抗体的调查.临床检验杂志 1993; (1):11.
4. 胡克勤.丙型肝炎研究现状.国外医学流行病学传染病学分册 1991; (1):50
5. 黄祯祥,等.医学病毒学基础及实验技术.科学出版社 1990; 519.

## 干扰素治疗乙丙型肝炎的病例选择及其疗效

中国人民解放军三〇三医院(530021)王金科

广西医学情报研究所杨柱星

译

现在,在日本患慢性乙型、丙型肝炎者各约150万人之多,其中发展为肝癌者每年各约4000人及14000人。临床使用干扰素除可以降低转氨酶外,还有抗肝炎病毒作用。作用机制主要是能攻击感染有肝炎病毒的靶细胞。近年来,随着遗传生物工程学的发展,已弄清了病毒基因序列的排列。所以干扰素治疗作用,也有了理论基础。本文就作者的研究结果及目前乙型肝炎、丙型肝炎治疗情况,尤其对丙型肝炎的治疗动向作一介绍。

### 一、丙型肝炎与干扰素

已知肝癌病人丙型肝炎病毒(HCV)感染者占70%,与乙型肝炎病毒(HBV)感染者比较,发展为肝癌者高3~5倍。HCV健康人携带率为1.4%,主要以水平传播为主,而HBV感染以垂直传播为主,所以预防措施的施实比乙肝难。另外与HBV不同的是,HCV感染者极易转为慢性,因此早期治疗对阻止向慢性转化,防止将来发展为肝癌具有重要意义。

HCV是RNA病毒,不与宿主染色体整合,这也与HBV不同。使用干扰素治疗,选择对象应该是HCV抗体阳性,或者HCV-RNA阳性的慢性活动型肝炎(CAH)病人。因此,病人血清HCV标志物呈阳性,而且肝组织活检证实为CAH者。给药方法各有不同,一般是在大量连用数周后,再每周3次用数周。作者试用天然干扰素 $9 \times 10^6$  IU,每日一次,用6周后改为每周3次,疗程共12周。副作用为初期发热,多经过1周左右而自然消退。白血球及血小板可减少,此时应停止使用,待恢复正常后,减少用量再用。并且观察忧郁症状,皮疹,脱毛等。另外,干扰素本身也可引起肝损害,见转氨酶升高,但通常不需停药。有报导在用药过程中可加重自身免疫性疾病,因此在用药前需详细了解有无自身免疫性疾病的病史。干扰素疗效判定以厚生省制定的标准为依据(附表)

附表

干扰素治疗丙肝的判定标准

|     |                                                     |
|-----|-----------------------------------------------------|
| 显效  | 用药后,6个月以内,ALT正常。其后6个月以上,ALT仍持续正常者。                  |
| 有效  | 用药后,6个月以内,ALT降至正常值上限的2倍以下,其后6个月以上ALT仍持续在正常值上限2倍以下者。 |
| 恶化  | 用药后,经过6个月,与用药前比较,ALT明显上升者。                          |
| 无变化 | 不属于上述者。                                             |

转氨酶的改善,未必意味着HCV被清除。因此停药后继续随访,若HCV抗体消失及使用RT-PCR法测不出HCV,才认为HCV被清除。

作者根据自己的体会,干扰素使用时间延长,病人HCV清除率也随之提高,同时也要考虑到用药前病人血中病毒量的多少。HCV量的测定法,常使用RT-PCR技术。其方法步骤归纳为:首先用RT-PCR法扩增HCV基因序列,并让其发生突变,用ECORI将基因切断,成为基因片段,在PGEM-4Z引导下克隆,加入T7 RNA多聚酶,制成突变的RNA,作为RT-PCR的“竞争物”。从病人血清中提取的RNA中掺入已知的“竞争物”,用共用的引物,进行RT-PCR反应,反应物经ECORI处理后,在凝胶上泳动,除了有扩增的产物处,还可检出由ECORI切断的小带状物,即“竞争物”。依此推算出病人血中HCV-RNA的量。

作者观察认为,病毒少者疗效佳。所以适用于因HCV感染所致的CAH,早期使用为宜。为了证明这一结论,从1987年开始3年间,对急性肝炎病人为了防止向慢性肝炎转化,进行干扰素预期疗效观察。使用干扰素剂量为300万单位,静注连用5天后,改为每周3次,连用8周。结果,治疗组11例中1年后7例HCV-RNA阴转。未阴转的4例,经重复治疗,1年后又有3例阴转。连续随访3年,无一例再次阳转。对照组的11例中8例HCV标志物阳性。可见早期使用干扰素,对防止慢性化有重要意义。

## 二、乙型肝炎与干扰素

乙型肝炎是由HBV-DNA感染引起,通常为一过性感染。而HBV持续感染状态的携带者感染主要是在婴儿分娩时,通过产道感染及幼儿期免疫系统功能尚未完善时的感染。母亲抗原、抗体检测及出生后尽早使用乙肝免疫球蛋白和疫苗,可有效防止HBV的感染或/和携带。

临床的问题是如何治疗有可能转化为肝硬化及肝癌倾向的慢肝病人。这也是使用干扰素的目的。多选择用于HBeAg阳性,同时DNA聚合酶亦阳性的CAH病人。乙肝病毒携带者中,有5%的人HBeAg可自行消失,抗-HBe阳转。如何提高血清HBeAg转换率是研究的课题之一。现在对干扰素疗效评价,以肝功改善及HBeAg消失、DNA聚合酶下降等指标衡量。但是由于HBV变异,不能分泌产生HBeAg。故确切方法是,采用PCR法检查HBVDNA。在HBV清除方面,已知也与HLAI限制性细胞障碍有关,所以选择病例时,最好在转氨酶升高,细胞免疫功能被激活的状态下使用干扰素。

迄今为止,干扰素的疗效仍不尽人意,HBeAg自然阴转率也有限,为此,新近有人提出激素撤除法,并用细胞免疫激活剂,使病毒量下降后,再使用干扰素综合治疗,可提高疗效。

〔译自 松村 雅幸.内科.1993; 71(2): 278(日文)〕

## 256例高原地区急性黄疸型肝炎的临床特点

解放军第22医院(青海格尔木816000) 王方灿

1987年以来,我们共收治急性黄疸型肝炎256例,现就该病在高原地区的表现特点我们作一分析。

### 一、临床资料

1. 一般情况:我院地处海拔2800米的格尔木地区。按1984年南宁会议诊断标准诊断急性黄疸型肝炎256例,其中男178例,女78例;年龄最小2岁,最大46岁,10岁以内66例,11~

20岁86例, 21~30岁72例, 31~40岁26例, 41岁以上6例。

2. 临床表现: 本组256例从起病至住院最少为3天, 最长达30天, 平均8.34天, 均以巩膜黄染就诊。其症状体征的发生率见附表:

| 附表 | 256例急性黄疸型肝炎病人症状体征出现率 |     |     |     |     |     |    |    |     |     |      |
|----|----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|------|
| 症状 | 发热                   | 乏力  | 纳差  | 恶心  | 呕吐  | 腹痛  | 腹泻 | 厌油 | 黄疸  | 肝大  | 肝叩区痛 |
| 例数 | 80                   | 240 | 256 | 192 | 102 | 114 | 22 | 68 | 256 | 120 | 186  |
| %  | 31                   | 94  | 100 | 75  | 40  | 45  | 8  | 27 | 100 | 47  | 74   |

其它伴发症状有: 鼻衄64例, 荨麻疹10例, 并发再生障碍性贫血1例。肝功能均有明显改变, 总胆红素均超过20mmol/L, 谷丙转氨酶均超过150U, 蛋白质量及白球蛋白比例均正常。病人入院后给予休息, 对症治疗, 对消化道症状重者给予静脉补液治疗, 并口服藏茵陈片和肝太乐。病人症状持续时间最短8天, 最长37天, 平均17天; 从起病到首次肝功能恢复正常最短17天, 最长105天, 平均41天。

## 二、讨论

从本组年龄分组来看, 说明本病以青少年多发。男女之比为2.3:1, 提示本病在高原地区有男性多发之特点。这与内地报道肝炎发病率无明显性别差别不同。这可能与高原地区男性人口比例大, 男性接触外界多, 受感染机会增多有关。

从肝炎病人的症状来看, 乏力、纳差、恶心的发生率分别为94%、100%、75%, 呕吐者40%, 发热者31%, 说明肝炎早期症状不典型, 初期门诊多按“上感”、“胃炎”等治疗, 直到出现皮肤巩膜黄染始怀疑为肝炎。这使病人在院外滞留时间延长, 平均达8.34天; 而这期间未对病人采取消毒、隔离及治疗措施, 增加了肝炎的传播机会, 也使病人失去了早期治疗机会。

本组病人在病程中出现鼻出血者有64例, 占25%, 一般2—3次, 多于晨起洗脸时发生, 经压迫止血见效, 出血停止后每日给予薄荷油点鼻治疗。未再发生鼻衄; 所有鼻衄病人经检查凝血机制均正常; 故鼻衄的发生可能是与高原地区气候干燥, 使鼻粘膜易于破裂出血有关, 至于因肝功能异常, 凝血因子生成减少在普通急性肝炎中的作用尚有待进一步研究。

本组病例的症状消失时间平均为17天, 肝功能恢复正常平均为41天, 与内地报道肝炎病人的恢复期相同, 说明高原条件对急性黄疸型肝炎的病程及恢复无显著影响。

通过对256例发生于海拔2800米以上地区的急性黄疸型肝炎的临床分析, 我们认为该病有男性多发的特点, 这可能与本地区男性人口比例大, 男性人口流动性大, 受感染机会增多有关。本病在高原上的另一特点是发生鼻衄者增多, 占全部病历的25%, 这可能与高原气候干燥、鼻粘膜易于破裂出血以及肝脏受损时凝血因子生成减少等多种因素有关。本病在发病年龄, 主要症状, 病程转归等方面与内地报道均无明显差别。

## 急性病毒性肝炎100例的胆脾胰B超分析

广西桂林市人民医院(541002) 李端明

广西桂林医学院 徐镛男

病毒性肝炎是一种全身性疾病, 除了肝脏炎症外还累及胆、肾、胰、脾等脏器。国内学

早有报告<sup>[1]</sup>,但急性肝炎时对胰、脾等并发症报道较少。本文对100例急性病毒性肝炎患者,做脾、胰、胆等脏器的B超检查,现分析如下。

### 一般资料

病例来自我院传染科,根据1984年南宁会议修订的急性病毒性肝炎诊断标准确诊住院的患者,时间从1989年1月至1990年4月止,随机抽样100例,其中男性67例,女性33例,年龄从3.5岁到73岁,<14岁的患儿12例,>14岁的88例,小儿平均年龄9岁,成人平均年龄31岁。疾病类型:急性甲型病毒性肝炎37例,其中黄疸型34例,无黄疸型3例。急性乙型病毒性肝炎63例,其中黄疸型55例,无黄疸型8例。

患者入院时均用日本产日立EUB-27型B超,探头频率3.5MHZ,探视胆、脾、胰等脏器,治愈出院时对部分病例行B超复查。

### 结果

胆囊炎B超声像图:胆囊壁粗糙、增厚、水肿、双层影等改变,伴结石时有小光点或强光团移动。胰腺炎B超声像图:胰腺肿大,边缘模糊,胰内光点分布不均等改变。B超检查结果见表1、表2。

表1: 100例急性病毒性肝炎胆脾胰的B超诊断

| 分型 | 例数 | 胆 囊 炎 |      | 胆 结 石 |      | 脾 肿 大 |     | 胰 腺 炎 |      |
|----|----|-------|------|-------|------|-------|-----|-------|------|
|    |    | 例数    | %    | 例数    | %    | 例数    | %   | 例数    | %    |
| 甲肝 | 37 | 18    | 48.6 | 4     | 10.8 | 3     | 8.1 | 4     | 10.8 |
| 乙肝 | 63 | 40    | 63.5 | 2     | 3.2  | 4     | 6.3 | 1     | 1.6  |

表2 急性病毒性肝炎临床治愈后B超结果

| 分型 | 胆 囊 炎 |    |      | 脾 肿 大 |    |      | 胰 腺 炎 |    |     |
|----|-------|----|------|-------|----|------|-------|----|-----|
|    | 例数    | 愈复 | %    | 例数    | 愈复 | %    | 例数    | 愈复 | %   |
| 甲肝 | 18    | 2  | 11.1 | 3     | 1  | 33.3 | 4     | 1  | 25% |
| 乙肝 | 40    | 4  | 10   | 4     | 1  | 25   |       |    |     |

### 讨 论

1. 根据文献报道,采用非侵入性B超对胆囊炎、胆结石、胰腺炎等脏器的检查诊断正确率分别达95.7%、81.7%<sup>[2,3]</sup>,故本文设计急性肝炎时,经B超检查胆、脾、胰等脏器的累及情况是可靠的,具有较大的参考价值。

2. 100例急性病毒性肝炎患者,B超提示合并胆囊炎分别为48.6—63.5%,伴有胆结石发生率是3.2~10.8%,胆囊炎发生率略高于文献报告<sup>[1]</sup>,且胆结石发生率低,这有区别于一般的胆囊炎。脾肿大的发生率为6.3~8.1%,低于其他学者的报道,可能与本文只限急性肝炎患者有关。而合并轻度胰腺炎者,只占1.6~10.8%,与Gulzow氏及周庆均等报告相近<sup>[1]</sup>,因此证明急性病毒性肝炎合并胰腺炎者亦为常见。

3. 急性病毒性肝炎患者,经住院隔离治疗后,症状消失,肝功能正常,肝脏恢复正常,达到出院标准时,其受累的胆、脾、胰等脏器往往还未完全恢复,B超复查其痊愈率只及10~33%。提示与肝炎痊愈相似,须继续休养,调理1~3个月,才能完全康复。