



*Academic Treatise
Compilation*

学术论文汇编

XUE SHU LUN WEN HUI BIAN

主编 刘恒军

石家庄市第五医院

一九九九年七月

学术论文汇编

XUE SHU LUN WEN HUI BIAN

主编 刘恒军

石家庄市第五医院

石家庄市第五医院论文汇编

委印单位:石市第五医院

承印单位:石家庄市裕华印刷厂

开本:16开 字数:30万
印数:500册 印刷时间:1999年7月
冀出内准字(1998)第A502号
内部资料 免费交流

天津华立达生物工程有限公司

天津华立达生物工程有限公司是由中国·中新药业股份有限公司、立陶宛共和国尤勃·拜奥泰克玛(UAB BIOTECHMA)公司和俄罗斯工业微生物遗传与育种研究所三方共同组建国际合作企业,总投资 600 万美元,生产能力为 600 万支冻干针剂,是国内规模最大的集科研、生产、贸易与一体的基因工程制药基地。

华立达公司有职工约 100 人,其中 80% 以上为技术人员,博士、硕士、高级工程师、执业药师等高级管理人员占技术人员总数的 30%。公司拥有 4000 平方米完全符合 GMP 的现代化厂房和从德国、瑞典、美国等欧美国家引进的世界一流的全套关键设备、仪器,并系统配套了设备精良、具有相当规模的分析检测中心,并拥有国家级的基因工程制药中试基地。

华立达公司施行国际标准化管埋,是我国首批通过 GMP 达标的制药企业,自从建立以来即被命名为天津市技术先进型企业。华立达公司的质量方针是向用户提供世界上品质最优良的药品,公司通过施行标准化程序管理和严密的监督机制,去实现产品质量零缺陷的目标,努力使用户对公司的产品和服务达到完全满意。我国著名生物学家、中国科学院院士谈家桢教授担任公司的首席技术顾问,谈老在百忙中欣然命笔题下了“天津华立达生物工程有限公司”。

华立达公司实行董事会领导下的总经理负责制。著名生物工程专家、高级工程师许玉昆女士担任公司的总经理,她带领着华立达人走出了我国基因工程制药企业向世界生物制药强国挑战的第一步。

1992 年,华立达公司开始从国外引进先进的抗病毒、抗肿瘤——第二代基因工程 α -2b 干扰素生产技术,第二代基因工程 α -2b 干扰素的商品名是“安福隆”,其生产技术在欧美国家拥有十多项专利,它是我国第一个正式批准生产的基因工程干扰素,在整个技术引进过程中得到了当时国家卫生部和天津市市政府的高度重视和大力支持。经过几年来的生产和临床实践证明,“安福隆”的技术水平和产品质量目前已经在国际上全面领

先,主要具有以下质量特征:

第一:具有完美的人体天然分子结构,活性更高,疗效肯定:

“安福隆”采用了新型专利基因工程表达系统——假单孢菌作为表达受体,所表达的 $\alpha-2b$ 干扰素生物学比活性高达 $3-4 \times 10^8 \text{IU/mg}$,居国际首位;是世界上唯一具有完美的人体天然分子结构重组干扰素,病人在长期使用过程中不会因产生中和抗体而降低疗效。

第二:纯度更高,不良反应小。

“安福隆”采用了新型专利纯化技术,使产品的纯度高达 99.5% 以上,领先国际水平。“安福隆”是我国唯一免检动物免疫球蛋白 IgG 和乙肝标志物 HBsAg 项目的干扰素产品,产品外观洁白,纯净如雪,内在质量更加稳定,有效期长达三年。

第三:不使用任何血液提取成份,免除了感染病毒的担忧

“安福隆”在整个生产过程中不使用任何动物或人的血液提取成份,是世界上唯一无血液污染的干扰素制品,从根本上解决了生物制品污染和传播肝炎病毒、艾滋病病毒等这一世界性医学难题,为我国广大肝炎、肿瘤和血液病患者带来了福音。

自 1988 年这种无人血污染的干扰素问世以来,在欧亚十多个国家数以百万计病例的临床应用与实践证明了它优良的品质,并取得了对肝炎、血液病、肿瘤等许多疾病的确切疗效。华立达的“安福隆”产品已在我国绝大多数省区得到了广泛的临床应用,取得了良好的临床效果。其不含人血提取成份的特性受到了广大医生和患者的积极支持和一致好评,被我国科技主管部门列为“国家重点新产品”。周边国家和地区也对华立达的产品十分关注,已逐步从使用欧美国家的产品转向品质优良、价格适宜的“安福隆”,欧洲一些国家也通过不同方式进口华立达的第二代基因工程 $\alpha-2b$ 干扰素产品。“安泰国人,福祿众生”,华立达人的美好愿望正在实现。

注射用促肝细胞生长素

INJECTION OF HEPATOCYTE GROWTH - PROMOTING FACTORS, HGF

(荣获广东省科技进步奖 国家一类新药)

注射用促肝细胞生长素(PHGF)是广州市天河生物工程研究开发中心与广州军区军事医学研究所联合研究开发的国家一类新药。

从乳猪新鲜肝脏提取制备的小分子促肝细胞生长素经高效液相色谱(HPLC)分离分析表明,含有五个组份,经中国药品生物制品检定所与广东省分析测试中心检验证实其分子量均在 6.0KD 以下。它能显著刺激体外大鼠肝细胞 DNA 合成和体内再生肝细胞有丝分裂、并能显著提高 D-氨基半乳糖所致大鼠急性肝功能衰竭存活率、改善肝损伤大鼠肝功能。

通过大量的临床前研究工作,中华人民共和国卫生部药政局(94)XL-31号文件按国家一类新药批准进行临床研究。结果表明,广州市天河生物工程研究开发中心与广州军区军事医学研究所研制的注射用促肝细胞生长素(PHGF)治疗重型病毒性肝炎和重度慢性病毒性肝炎的疗效显著且无不良反应;PHGF 能刺激正常肝细胞 DNA 合成,促进肝细胞再生,对四氯化碳诱导的肝细胞损伤有较好的保护作用,可降低谷丙转氨酶,促进病变细胞恢复。目前 PHGF 已广泛应用于亚急性重症肝炎(病毒性:肝功能衰竭早期或中期)、慢性肝炎重度综合治疗。

进一步的研究已能得出初步结论:PHGF 混合物中含有诱导肝癌细胞凋亡的物质。因此有关专家认为 PHGF 有望成为治疗肝癌的新药。

连云港正大天晴制药有限公司

LIANYUNGANG CHIA TAI TIANQING PHARMACEUTICAL CO., LTD.

公司简介

正大天晴制药有限公司是正大制药集团(泰国正大集团的全资机构)与江苏天晴制药总厂合资经营的制药企业,是江苏省高新技术企业,也是中国一百家最大医药工业企业之一。

可耐—膦甲酸钠注射液

批准文号:(97)卫药准字 X—37 号

新一代广谱抗病毒药

本品为广谱抗病毒药物,可直接抑制病毒特异的 DNA 多聚酶和逆转录酶,对乙型,丙型肝炎病毒,1 型,2 型单纯疱疹病毒,巨细胞病毒等有抑制作用。

请按医生处方使用 and 购买

免费咨询热线:800828559

地址:江苏省连云港市新浦区巨龙北路 8 号

电话:(0518)5804002-3857/3859

传真:(0518)5806524

邮编:222006

前 言

石家庄市第五医院(原市传染病医院)历经半个世纪发展,现已成为河北省省会唯一的大型传染病专科医院。担负着省会及周边县市数百万人民传染病及相关疾病的预防、医疗、科研、教学、康复与保健工作任务。是河北医科大学首批教学医院和河北省继续医学教育基地,并建有省会肝病等重点学科。

建院五十年来,经过几代医务工作者的艰苦创业和知识积累,特别是改革开放以来,医院建设和专业技术长足进步,科学研究硕果累累。为了更好地总结交流,促进广大职工的相互学习,不断提高医疗质量和服务水平,顺利迈入二十一世纪,迎接知识经济的到来,医院组织了《学术论文汇编第七期》的搜集整理工作,共收集到1991年1月1日至1998年6月30日公开发表及学术会议交流的论文500余篇,经审阅、修改,选出119篇予以汇编。这些论文内容涉及到医疗、医技、护理及医院管理等多个方面,基本上反映了医院业务建设和管理水平。作者结合自己的工作实际,从不同角度不同方面立题,研究探讨有关学术问题,有力地促进了医院的业务技术建设和管理工作。

当今知识信息时代,科学技术迅猛发展,日新月异。在医学科技领域新理论新技术不断问世。学科的相互交叉,边缘学科的兴起,生物医学工程的发展,Internet网的建立,更是大大促进了医学科技的进步。这就要求全院职工既要看到我们所取得的成绩,更要知道我们的差距。要不断了解、学习、掌握和应用医学及相关学科的新理论、新知识、新技术和新方法,透视、捕捉、跟踪和把握本学科本专业最新动态、发展方向及前沿水平,引导和促进医学高新技术的引进、开发、移植、渗透及嫁接工作,为医院适应社会主义市场经济激烈竞争和整体水平的提高,为顺应新世纪发展的形势共同努力,不断进取,发挥出众人的智慧和力量。

由于时间仓促,不妥之处,敬请指正。

石家庄市第五医院

一九九九年五月

学术论文汇编

第七期
Academic Treatise Compilation No.7

石家庄市第五医院 1999.5

主编

刘恒军

副主编

徐道权 张振福 王世文

刘晓平 郭明方

组稿

张新元 刘彦华 杨院花

执行编辑

刘晓平 张新元

责任编辑

张新元 刘彦华

封面设计

刘晓平

责任校对

张新元 刘彦华 杨院花

赵俊兰 黄艳

印刷

准印证号

冀出内准字(1998)第 A502 号

地址

石家庄市桥东区仓兴街

邮政编码

050021

电话

(0311)6011148

本刊免费赠阅交流

目 录

医疗篇

- 流行性出血热肾脏 B 型超声探测的临床意义
..... 郑金国 吴志华 孙丽冬等(1)
- B¹²³家鼠型小儿流行性出血热的临床特点
..... 孙丽冬 贺彩果 王淑云等(4)
- 猪苓多糖治疗慢性乙型肝炎的临床疗效观察
..... 来家骥 贺彩果(5)
- 老年肝硬化 116 例临床分析
..... 来家骥 曹来福(7)
- 麻疹合并脊髓炎 1 例报告
..... 来家骥 曹来福 陈文彬(10)
- 甲胎蛋白与肝癌特异蛋白平行试验诊断原发性肝癌
的研究 苏国权 刘先段 赵凤珍等(11)
- 24 例流行性出血热患者临床表现与肝脏病理改变关系
的探讨 来家骥 孙丽冬 刘凤格等(12)
- 重型肝炎血清病原学及临床研究
..... 来家骥 耿国钰 赵凤珍等(14)
- 单磷酸阿糖腺苷治疗慢性乙型肝炎的临床研究
..... 来家骥 王淑云(18)
- 关于狂犬病的几个问题 来家骥(20)
- 流行性出血热肾脏病变的超声诊断
..... 郑金国 李同和(22)
- 原发性肝细胞癌与乙型肝炎病毒
..... 常丽丽 宁更献 孙杏丽等(24)
- 原发性肝癌与 HBV、HCV 感染的关系
..... 张新元 郑欢伟 丁志然等(27)
- 甘草酸二胺不良反应的临床观察
..... 来家骥 王建彬 孙丽冬等(29)
- 病毒性肝炎 HAV、HBV、HCV、HDV 和 HEV 重叠感染
的研究 戴二黑 刘月梅 崔荣辉等(31)
- 肾综合征出血热低血压休克的抢救 孙丽冬(34)

部分脾栓塞术治疗肝硬化门脉高压症的研究	郑金国 张新元 邵石祥等(35)
自体 LAK 细胞回输疗法与单磷酸阿糖腺苷在慢性乙肝治疗中的应用研究	来家骐 孙丽冬 戴二黑等(37)
肾综合征出血热贫血的临床观察	黄 艳(40)
近年来伤寒的临床特点	来家骐 孙丽冬(41)
对流行性出血热外斐氏反应假阳性的探讨	郑金国 耿国玉 郭明芳等(46)
紫外线照射充氧自血回输法治疗破伤风的疗效观察	陈玉和 王素平 胡瑞敏等(47)
小量 PBMNC 体外增殖培养 CD ₃ AK 细胞治疗丙型肝炎的疗效观察	来家骐 张振福 王淑云等(48)
89 例原发性肝癌抗 HCV 检测结果分析	苏国权 李爱萍 邵石祥等(50)
丙型肝炎病毒感染与慢性肝病	常丽丽 刘玉珍 胡瑞敏等(51)
流行性出血热患者血清尿素氮、血糖、血肌酐及尿酸动态监测的临床意义	常丽丽 陈秀丽(53)
安灭菌治疗肝硬化自发性细菌性腹膜炎的疗效观察	苏国权 张 宏(55)
肝癌肝动脉灌注化疗栓塞术并发症的预防措施	张新元 郑金国 苏国权等(57)
急性与慢性丙型肝炎临床特点的比较	黄 艳 孙丽冬(59)
肝再生刺激因子治疗重型肝炎临床研究	来家骐 王建彬 郭明芳等(60)
肝炎后肝硬化并发糖尿病的临床分析	陈秀莉 胡彦萍(63)
丙型肝炎病毒感染在重型肝炎发病中的作用	陈秀莉 吴丽萍 张素琴(64)
门脉高压性胃病的研究进展	张新元(65)
HBV 感染患者 AFP 升高 6 例临床分析	王素平 胡瑞敏(69)
细胞凋亡与肝脏疾病	来家骐(70)
自体腹水直接回输治疗肝硬化腹水 50 例临床观察	丁志然 张新元 何朝霞等(73)
肝病的生物导向疗法	来家骐(74)
流行性出血热发生高血压危象 1 例	胡瑞敏 薛志芹 王素平等(77)
胸腺因子 D 与单磷酸阿糖腺苷抗-HBV 疗效观察	苏国权 董正洪 胡瑞敏等(78)
核糖核酸治疗慢性乙型肝炎疗效对照观察	苏国权 邵石祥 胡瑞敏等(80)
脾动脉栓塞术并发症及防治	常丽丽 陈秀丽 宁更献等(82)
肾综合征出血热并发低蛋白血症 116 例分析	王保才 王建彬 吴丽萍(84)
干扰素联合胸腺因子治疗慢性丙型肝炎临床观察	张新元 王惠芳 李保正等(86)
建立肝炎病人档案 开展社区预防治疗	刘晓平(87)
HDV 的基因结构新进展	戴二黑 刘树贤(89)
前列腺素 E ₁ 治疗重度黄疸致不良反应的观察	王建彬 刘 斌(91)
肝硬化引起的血液动力学障碍	郑金国(92)
中药降低病毒性肝炎麝香草酚浊度方法概述	张照琪(93)
217 例乙型肝炎 HBeAg 性质不同患者的中医临床调查分析	张照琪 李军生(94)
护理篇	
传染病医院分诊工作的重要性	刘润霞(96)
1 例肝穿术后不良反应及护理	武晓娥(97)
经肝动脉灌注化疗和栓塞治疗肝癌的护理体会	李爱萍 李进景(98)

猪苓多糖、乙肝疫苗联合抗乙肝免疫核糖核酸治疗慢性乙型肝炎的观察与护理

.....	刘金花 张荣霞 冯翠玲等	(100)
肝硬化合并上消化道出血的抢救与护理.....	曹美凤	(101)
简易腹水回输法及术后观察与护理.....	李 汛 武美岩	任晓媛(102)
流行性出血热低血压休克的临床护理.....	侯素清	(103)
加强医院感染管理 控制传染病蔓延.....	曹美凤	(105)
传染病房实行责任制护理的作用.....	刘金花	陈孟珍(106)
责任制护理在传染病护理发展中的作用.....	刘金花	陈孟珍(107)
流行性出血热病人少尿期的护理.....	薛志芹	(109)
1 例妊娠晚期合并重症肝炎的分娩前后的护理体会.....	武晓娥	(110)
在职护士继续教育的做法与体会.....	曹美凤	杜丽辉(111)
部分脾栓塞术的护理体会.....	张桂芹	曹美凤(113)
肝硬化病人的自我护理.....	武晓娥	(114)
重型乙型脑炎患者院内感染的分析及预防.....	侯素清	(115)
单磷酸阿糖腺苷的应用与护理.....	周彦军 刘金花 赵三春等	(116)
肝动脉化疗、栓塞术及脾动脉栓塞术的护理.....	曹美凤	(118)
肝硬化合并上消化道出血的观察与护理.....	李 汛	秦香兰(119)
防止狂犬病的院内感染.....	曹美凤	(120)
静注病毒唑出现过敏反应的几点体会.....	廉春娥	(121)
护理工作中的第一印象.....	张荣霞	(121)
谈谈医院内感染与护理.....	秦香兰	廉春娥(122)
流行性乙型脑炎的护理.....	廉春娥	高敬匣(123)
肝硬化合并上消化道出血病人的护理要点.....	秦香兰	(125)
肝硬化腹水患者电解质紊乱的观察与护理.....	李 汛 刘玉肖	张 静(125)
药物小剂量穴位注射治疗高胆红素血症的观察与护理.....	曹美凤	(127)
简易腹水回输治疗肝硬化腹水的护理.....	曹美凤	(128)
流行性出血热急性肾功能衰竭的护理.....	杜丽辉	王美春(129)
紫外线辐射充氧血液疗法治疗慢性乙型肝炎的疗效观察及护理.....	曹美凤	姚秀岚(131)
特异性 CTL 治疗慢性乙型肝炎疗效与临床分型的关系.....	高慧萍 郝翠芝 张 丽等	(132)
自血光量子疗法治疗破伤风的观察与护理.....	张荣霞	(133)
流行性出血热低血压休克期的护理.....	吴惠萍	(134)
护理道德在护理工作的重要性.....	张荣霞	(135)
护士长在预防差错事故中的作用.....	侯素清	(136)
医技篇		
万古霉素敏感试验和拉丝试验用于鉴别革兰氏阳性和阴性细菌的探讨.....	卢 玲	(138)
尿路感染患者尿液中连续 6 次分离出嗜乳酸杆菌.....	卢 玲 孙喜英	陈黎明(139)
从患儿脑脊液中分离到 1889 群脑膜炎球菌.....	卢 玲 侯素清	杨秀英等(140)
杆状核粒细胞判断标准的探讨.....	梅志勤	杨秀英(141)
菌尿症快速检查的初步探讨.....	杨秀英	梅志勤(142)
检验科管理工作点滴体会.....	赵凤珍	(142)

84 消毒液对乙肝表面抗原灭活效果观察	杨秀英	陈黎明	卢 玲(143)
398 株临床分离菌分布及药敏试验结果分析	陈黎明	卢 玲	赵凤珍(144)
尿液常规分析有关问题探讨			杨秀英(145)
慢性肝炎与肝硬化患者血清中 HBV 与抗-HCV 检测结果分析			
.....	赵凤珍	卢 玲	陈黎明(146)
国产 X 光机用于介入放射治疗的防护改装	杜瑞清	张新元	(147)
导管打结的旋转松解法	杜瑞清	郑金国	苏国权等(148)
药械篇			
84 消毒液稳定性监测及次氯酸盐稳定性浅谈	王 宁	王 莉	(149)
抗生素应用中值得重视的问题与建议	王 宁	罗 君	(150)
非处方药制度与药师职能范围的扩大	王 宁		(152)
浅谈优良药房管理与药品经济管理中存在的问题			常宝萍(153)
临床常用抗肝纤维化药物的评价			倪 旭(155)
十二经的主病候及引经药	张同果		倪 旭(156)
加强药房调剂工作之我见	张振福	常宝萍	刘世霞(158)
搞好药品储存与供应 保证病人用药安全有效	常宝萍	张振福	王 宁(160)
药房管理若干问题的思考	张振福	王 宁	常宝萍(161)
浅谈医院药品采购工作的若干问题	张振福		董世让(163)
管理篇			
市场经济条件下深化医院改革的思考			刘恒军(164)
传染病医院的现状与改革			刘恒军(167)
论市场经济条件下的医德医风建设			刘恒军(169)
加强医院管理 减轻病人负担			张振福(170)
市场经济体制下国有医院发展策略的探讨	刘晓平	周学愚	田瑛(172)
对医疗质量概念更新的思索	刘晓平		周学愚(174)
浅谈如何树立医院形象			白雪峰(175)
克服困难找出路 积极改革求发展	刘恒军	侯素平	徐道权(177)
大、中型医院门诊量下降原因分析及对策	刘晓平		李望(180)
论基层党组织发展工作面临的挑战及对策			刘恒军(181)
医院工会如何抓好精神文明建设			白雪峰(185)
现阶段医院职工队伍思想工作研究			刘恒军(187)
基层医院消防安全存在的问题及对策			祁文昌(191)

流行性出血热肾脏B型超声探测的临床意义

郑全国 吴志华 孙丽冬 芦金玲

摘要 对98例流行性出血热(EHF)患者的肾脏,在不同病期进行了218例次B型超声的动态观察。EHF发病早期肾B超声象图便可出现肾肿大和锥体增大呈无回声区等特征性改变。在肾功能明显受损的少尿期和多尿期,肾前后径和上下径比值(H/L)与血BUN水平呈正相关。肾B超检查对EHF的早期诊断、临床分型、指导治疗和判断预后具有重要临床价值。

关键词 流行性出血热 肾脏 B型超声

流行性出血热(EHF)肾脏的主要病理改变为以肾髓质出血性病变及肾小管坏死为特点的急性出血性间质性肾炎,其形态特征为肾肿大,髓质极度充血、出血、肿胀和缺血性坏死区,肾周围组织出血和水肿。肾B超检查可见相应的声象图改变。本文报告我院对98例EHF患者肾B超声象图动态观察的结果,以探讨EHF肾B超探测的临床意义。

研究对象和方法

一、研究对象:本组98例EHF均系我院住院病人,根据流行病学资料,典型临床表现和实验室检查结果,确诊为EHF。其中男74例,女24例。年龄18~66岁,平均31.12岁。

根据1981年全国EHF防治科研座谈会的临床分型标准,本组轻型25例,占25.51%;中型59例,占60.20%;重型11例,占11.23%;危重型3例,占3.06%。除危重型1例死于肾功能衰竭外,其余均达临床治愈出院。

二、探测方法:应用TOSHIBA SAL-30A型线阵实时超声诊断仪,探头频率3.5MHz。检查时,先仰卧位探测右肾,然后右侧卧位探测左肾。探头沿肾脏长轴作纵向和横向探测双侧肾脏的上下径(L)和前后径(H),分别标明测量长度,进行记录,摄片或录像。

本组患者在不同病期共接受肾B超检查218例次,其中发热期56例次,低血压休克期4例次,少尿期29例次,多尿期77例次,恢复期52例次。以85例健康成人正常双肾的B超探测结果做为对照组。

结果

一、声象图特征:

(一)肾肿大:98例双肾的L和H平均值均显著大于对照组($P < 0.001$),由于H增大更显著,故H/L值显著大于对照组($P < 0.001$),见表1。

1.肾肿大与临床分期的关系:从表1可以看出,在发热期时(平均 5 ± 1.28 病日)双肾已开始增大,至低血压休克期和少尿期时(平均 8 ± 2.0 病日)肾肿大最显著。进入多尿期后(10.72 ± 5.42 病日),双肾L值开始减少($P' < 0.05$),但H值仍无明显改变($P' > 0.05$)。在恢复期时(20.58 ± 7.41 病日),两侧肾脏差异明显:右肾除L值明显小于低血压休克期和少尿期外($P' < 0.05$),H和H/L的平均值仍无明显改变,而左肾各径线都显著减小($P' < 0.01$),但依然大于对照组($P < 0.001$)。

2.肾肿大与临床分型的关系:见表2。

各临床类型患者的肾脏均大于对照组($P < 0.001$),轻型和中型患者双肾H/L值均无显著差异($P > 0.05$)。重型和危重型患者两侧肾脏的H/L值均显著大于轻型或中型患者($P' < 0.001$)。

3.肾肿大与血BUN水平的关系:在对EHF的218例次肾B超探测中,有153例次同时测定了血BUN水平。相关分析表明,双肾H/L的变化与血BUN水平无明显相关性。但若将其中少尿期和多尿期82例次的H/L值与血BUN进行相关分析,则两者呈

正相关, 双肾 $P < 0.001$ 。

表1 EHF患者双肾L、H和H/LB超测定值($\bar{x} \pm S$)

		EHF患者各病期肾径线平均值 $\bar{x} \pm S$					
		对照组	EHF患者	发热期	低血压休克期和少尿期	多尿期	恢复期
B超例次		85	218	56	33	77	52
L (cm)	右	9.73 $\pm$ 0.42	10.44 $\pm$ 0.78 $P < 0.001$	10.37 $\pm$ 0.70 $P < 0.001$ $P' < 0.01$	10.84 $\pm$ 0.94 $P < 0.001$	10.47 $\pm$ 0.78 $P < 0.001$ $P' < 0.05$	10.38 $\pm$ 0.78 $P < 0.001$ $P' < 0.05$
	左	9.90 $\pm$ 0.55	10.60 $\pm$ 0.78 $P < 0.001$	10.49 $\pm$ 0.78 $P < 0.001$ $P' < 0.01$	11.05 $\pm$ 0.72 $P < 0.001$	10.64 $\pm$ 0.80 $P < 0.001$ $P' < 0.05$	10.49 $\pm$ 0.80 $P < 0.001$ $P' < 0.01$
	右	4.32 $\pm$ 0.55	5.36 $\pm$ 0.70 $P < 0.001$	5.21 $\pm$ 0.66 $P < 0.001$ $P' < 0.05$	5.53 $\pm$ 0.72 $P < 0.001$	5.49 $\pm$ 0.76 $P < 0.001$ $P' > 0.05$	5.22 $\pm$ 0.69 $P < 0.01$ $P' > 0.05$
	左	4.34 $\pm$ 0.51	5.38 $\pm$ 0.73 $P < 0.001$	5.40 $\pm$ 0.69 $P < 0.001$ $P' > 0.05$	5.69 $\pm$ 0.85 $P < 0.001$	5.47 $\pm$ 0.72 $P < 0.001$ $P' > 0.05$	5.14 $\pm$ 0.70 $P < 0.001$ $P' < 0.01$
H (cm)	右	0.44 $\pm$ 0.05	0.51 $\pm$ 0.06 $P < 0.001$	0.50 $\pm$ 0.06 $P < 0.001$ $P' > 0.05$	0.51 $\pm$ 0.06 $P < 0.001$	0.51 $\pm$ 0.06 $P < 0.001$ $P' > 0.05$	0.50 $\pm$ 0.05 $P < 0.001$ $P' > 0.05$
	左	0.43 $\pm$ 0.05	0.50 $\pm$ 0.05 $P < 0.001$	0.50 $\pm$ 0.05 $P < 0.001$ $P' > 0.05$	0.51 $\pm$ 0.05 $P < 0.001$	0.50 $\pm$ 0.06 $P < 0.001$ $P' > 0.05$	0.48 $\pm$ 0.05 $P < 0.001$ $P' < 0.01$
	右	0.44 $\pm$ 0.05	0.51 $\pm$ 0.06 $P < 0.001$	0.50 $\pm$ 0.06 $P < 0.001$ $P' > 0.05$	0.51 $\pm$ 0.06 $P < 0.001$	0.51 $\pm$ 0.06 $P < 0.001$ $P' > 0.05$	0.50 $\pm$ 0.05 $P < 0.001$ $P' > 0.05$
	左	0.43 $\pm$ 0.05	0.50 $\pm$ 0.05 $P < 0.001$	0.50 $\pm$ 0.05 $P < 0.001$ $P' > 0.05$	0.51 $\pm$ 0.05 $P < 0.001$	0.50 $\pm$ 0.06 $P < 0.001$ $P' > 0.05$	0.48 $\pm$ 0.05 $P < 0.001$ $P' < 0.01$
H/L							

注:L:肾上下径;H:肾前后径;H/L:肾前后径与上下径比值;

P:与对照组比较时t检验的P值;

P':与低血压休克期患者比较时t检验的P值;

表2 不同临床分型EHF患者的肾H/L值

临床分型		对照组	轻型	中型	重型及危重型
B超例次		85	42	139	37
H/L	右肾	0.44 ± 0.05	0.50 ± 0.053 P<0.001	0.50 ± 0.056 P<0.001 P'>0.05	0.54 ± 0.053 P<0.001 P'<0.001
	左肾	0.43 ± 0.05	0.50 ± 0.053 P<0.001	0.50 ± 0.056 P<0.001 P'>0.05	0.52 ± 0.042 P<0.001 P'<0.001
$\bar{x} \pm S$					

注:P:与对照组比较时t检验的P值;P':与轻型患者比较时t检验的P值;

(二)肾锥体增大及“压迫征象”:声象图上,肾锥体显著增大,呈6~8个顶端朝向肾门的等腰三角形或卵圆形无回声区,肾皮质及肾柱的界线清楚,加大增益后仍无回声光点出现。增大的肾锥体压迫周围组织形成明显的“压迫征象”,其特征为:(1)肾皮质及其深入锥体间的肾柱明显变窄;(2)肾集合部变窄,其宽度小于肾宽径的1/2,甚或不足其1/3。

(三)肾皮质回声光点增强、增粗、增多,

而且分布欠均匀。肾被膜增厚。

(四)其它:少数病例可合并肾周围血肿、肾盂积水、腹水,甚至自发性肾破裂等。

二、声象图的分型:大致分为三型:

I型:肾声象图无明显异常改变,各径线均在正常范围之内,多见于轻型患者。II型:肾肿大,肾被膜增厚,皮质回声增强,锥体增大呈无回声区,有不同程度压迫征象,不伴有肾周围病变。轻型、中型和重型患者中均以

此型改变者居多。Ⅲ型:在Ⅱ型声象图改变的基础上,同时伴有肾周围病变,如肾周围血肿、肾盂积水、腹水,以及自发性肾破裂等。该型可见于危重型、重型,以及病情较重的中型患者。

上述三类声象图变化在不同临床类型 EHF 患者中的分布情况,如表 3 所示。

表 3 EHF 肾 B 超各型声象图在不同临床分型的分布

声象图 类型	轻型	中型	重型	危重型	合计(%)
I	12	0	0	0	12(12.25)
II	13	55	9	0	77(78.57)
III	0	4	2	3	9(9.18)

讨论

一、肾 B 超检查对 EHF 的早期诊断意义:EHF 的肾脏病变于发病早期即可出现,甚至有人发现发病 12 小时的患者已有皮、髓质交界处充血及肾小管变性。肾 B 超检查和 EHF-IgG(IFAT)的阳性率,在发病早期(3 病日)没有差别。至 4~5 病日,两者阳性率均显著增加,但肾 B 超异常阳性率的增加更显著($P<0.01$),使综合阳性率高达 87.1%,远超过单纯测定 EHF-IgG 的阳性率($P<0.001$)。结合流行病学资料和临床表现,肾 B 超检查可使 80% 以上的 EHF 患者在 4~5 病日内明确诊断,如能同时测定 EHF-IgG 抗体,则可使 5 日内确诊率接近 90%。此时,除部分病情较重的患者已进入低血压期或少尿期外,多数正处于发热期。因此,该项检查对 EHF 的早期诊断有重要参考价值,对于尚未开展 EHF 特异性血清学检测的医疗单位,更有其特殊临床意义。

二、对判断病情和预后的意义:Nomura 等发现,急性肾小管坏死患者 H/L 值与血浆肌酐和钾的水平呈正相关,与尿渗透压呈负相关,而与血 BUN 水平和尿量无关,从而认为肾肿大程度与肾小管坏死程度密切相关, H/L 值显著增加(>0.53)的患者多数需血透治疗,恢复期亦长。本组患者在肾功能明显受损的少尿期和多尿期时肾 H/L 值与血

BUN 水平呈正相关,而与 Nomura 的结果不同,这可能是由于 EHF 肾脏损害更为广泛和严重的缘故。最近的研究证实,EHF 的肾脏除有明显的小管间质及血管损伤外,同时伴有广泛的肾小球损伤,其病变程度与临床表现的严重性有一定联系。本组患者肾 H/L 与血 BUN 水平的相关分析结果表明, EHF 肾肿胀程度与肾损害的程度是一致的,当 $H/L>0.52\sim0.54$ 或肾 B 超声象图呈Ⅲ型改变时,应警惕患者有发展为重型或危重型的可能性。

由于 BUN 测定不是一项敏感的肾功能指标,在发热期虽然已有肾肿大,但血 BUN 多数没有明显增高;在多尿期末或恢复期,多数患者血 BUN 已趋于正常,但因组织修复过程尚未完成,肾肿大者仍然相当多见,故 EHF 整个病程的 H/L 与血 BUN 水平无密切相关性。进入恢复期后,左肾肿大的恢复较右肾为早,提示本组患者多数右肾受损较重。

三、肾 B 超探测对 EHF 诊断的特异性:Nomura 等认为,许多能够导致间质性肾炎和肾小管坏死的疾病,如急性小肠结肠炎、急性肝炎、脓毒性休克、心肌梗塞、钩端螺旋体病,以及氨基甙类抗生素中毒等,肾 B 超检查均可能呈现肾肿大和肾锥体清晰可见等改变。我们曾见到 1 例肾炎型肾病患儿的肾 B 超声象图呈现与 EHF 相同的改变。因此, EHF 肾 B 超声象图改变,对该病的诊断缺乏特异性,必须结合流行病学资料和断床表现才能确定诊断。轻型和不典型病例的诊断,仍需依赖特异性血清学检查。在 EHF 流行地区的暂时不明原因的发热患者,若肾 B 超检查有特征性改变时,宜先考虑 EHF,这对于及早施以正确治疗,提高治愈率,无疑有很大益处。

综上所述,肾 B 超检查对于 EHF 的早期诊断,临床分型和指导治疗具有重要临床价值,建议将该项检查列为 EHF 的常规检查项目,并作为临床分型的一项参考依据。

报告于第六届中日友好超声医学交流会
1991, 11

B123 家鼠型小儿流行性出血热的临床特点

050021 石家庄市传染病医院 孙丽冬 贺彩果 王淑云 来家骥

我院于 1986~1991 年共收治家鼠型小儿流行性出血热(下称出血热)34 例,为探讨小儿出血热的临床特点,将其与同期收治的青壮年出血热病例(下称成人组)进行对比分析。

临床资料:小儿组 34 例,年龄 7~14 岁,成人组 40 例,年龄 18~47 岁。小儿组轻型 24 例(70.5%),中型 9 例(26.4%),重型 1 例(2.9%)。成人组轻型 17 例(42.5%),中型 19 例(47.5%)重型 3 例(7.5%),危重型 1 例(2.5%)。发热、头痛、恶心、呕吐等两组均较明显而普遍存在。肾区叩痛、尿素氮增高、肝功能异常、低血压休克、少尿以及越期率等,小儿组均少于成人组,但无统计学意义。小儿组腰痛 12 例,皮下出血 6 例,球结膜水肿 8 例,均明显少于成人组,多尿期持续时间也明显短于成人组,四者分别与成人组比较,均有极显著性差异($P < 0.01$)。尿蛋白小儿组 + ~ + + 者 27 例,成人组 20 例,两组比较差异显著($P < 0.05$)。免疫荧光抗体平均滴度小儿组为 61,成人组为 65,两组差异显著($P < 0.05$)。具有典型临床症状、体征及免疫荧光抗体阳性者小儿组 17 例,成人组 38 例,两组相比差异极显著($P < 0.01$)。

讨论:家鼠型小儿出血热的主要临床特点是:1、发病急,热度较高,但全身中毒症状不重。2、消化道症状显著,出现肝功能异常

者少于青壮年。3、三痛以头痛为主,腰痛不明显。4、球结膜水肿明显少于青壮年,出血倾向不明显,皮下出血点仅占 17.6%,提示小儿感染出血热病毒后,血管损伤较轻,出凝血机能损伤不严重,故渗出及出血现象均不明显。5、肾脏损害轻,尿蛋白少,多尿期持续时间明显短于青壮年,免疫荧光抗体阳性率及抗体平均滴度均低于青壮年,这可能与小儿机体免疫系统功能低下,感染出血热病毒后,不能产生高水平的免疫球蛋白,免疫复合物的生成处于低水平,其对血小板、红细胞的聚集,破坏以及沉积于血管和肾小球基底膜的量均减少有关。6、本组小儿出血热均为学龄期农村儿童,与张惠民报道的小儿出血热学龄期儿童占 90.6% 相接近。这与学龄期儿童户外活动增多感染机会随之增加有关。其临床分型以轻型为主,占 70.5%,而青壮年以中型为主,两组比较差异显著($P < 0.05$)。本组小儿出血热病例约 14.7% 缺乏典型的临床症状,体征而依赖实验室检查才得以确诊。这说明小儿出血热临床症状轻,且体征不典型,故在流行地区、流行季节,对于发热的小儿,应想到出血热的可能,给予必要的化验检查,以免造成漏诊、误诊。

报告于全国第二届小儿感染、传染病学学术会议,1992,4

猪苓多糖治疗慢性乙型肝炎 的临床疗效观察

来家骥 贺彩果

摘要 155例慢性乙型肝炎随机分为治疗组85例,其中CAH45例,CPH40例;采用猪苓多糖注射液联合乙肝疫苗常规治疗。对照组70例,其中CAH40例,CPH30例;采用一般常规保肝治疗。全部病例均为:HBsAg、HBeAg、抗-HBc三项阳性者,肝功能全部异常。本组资料在症状、体征、及肝功能改善方面,治疗组未能优于对照组。个别病例HBsAg阴转,抗-HBs阳转。HBeAg阴转;CAH为51%,CPH为50%;抗-HBe阳转;CAH为46.7%,CPH为35%均明显优于对照组。但在治疗组中CAH与CPH结果相近,无明显统计学差异。猪苓的主要成份为猪苓多糖,经动物试验证实有促进肝受损组织的修复作用,促进肝细胞再生提高机体免疫功能,促进抗体形成,主要提高非特异性免疫功能。试图应用乙肝疫苗提高机体特异性免疫功能,提高抗-HBs阳转率,但本组资料治疗组中抗-HBs阳转病例较少。本治疗组中无论CAH与CPH接受治疗后HBeAg阴转率较对照组均有明显差异,而CAH与CPH治疗后其结果相近,因此我们认为该疗法适合慢性乙型肝炎的抗病毒治疗,而且其抗病毒疗效满意。

慢性乙型肝炎是一种常见病,目前尚无特效的治疗方法。我院从90年开始采用猪苓多糖注射液联合乙肝疫苗治疗慢性乙型肝炎,现将观察结果报告如下。

材料与方法

一、一般资料

本文155例慢性乙型肝炎均符合90年全国肝炎学术会议(上海)制订的肝炎诊断与分型标准。随机分为:1、治疗组:85例,其中慢性活动型肝炎(CAH)45例,慢性迁延性肝炎(CPH)40例。2、对照组:70例,其中CAH40例CPH30例。

治疗组45例CAH中,男性34人,女性11人,CPH中男30人女10人。年龄5—68岁,平均年龄33岁。血清乙肝标志物(HBVM)检测(ELISA)法85例中均为:HBsAg、HBeAg、抗-HBc三项阳性者,肝功能全部异常(ALT32单位—200单位以上,正常值25单位以下)。

对照组40例CAH中,男性病人34例女性6例,30例CPH中25例为男性,女性5例,年龄3—65岁,平均年龄35岁。血清HBsAg、HBeAg、抗-HBc均阳性。肝功能检

测全部异常(ALT34—200单位以上)。

两组在性别、年龄、病程及HBVM和肝功能检查等方面均无统计学差别。

二、治疗方法与疗程:

治疗组采用:猪苓多糖注射液40毫克每日肌肉注射一次,连续使用20天休息10天,重复3次,以3个月为一疗程。乙肝疫苗30微克每隔2周皮下注射一次,6次为一疗程。

对照组采用:护肝片、肌苷片、肝炎灵等常规保肝疗法。

结 果

一、症状及体征:

症状及体征如:乏力、纳差、腹胀、黄疸及肝脾肿大等方面的改善,两组均无明显差异。但是治疗组有些患者自述在治疗过程中“不易患感冒了”。

二、肝功能:

治疗结束后CAH:治疗组与对照组ALT复常率分别为:67%和57.5%,CPH:治疗组与对照组ALT复常率分别为75%和73%。治疗组中CAH与CPHALT复常率分别为67%和75%,上述经统计学处理均无显著差异。TTT复常率亦无差异。