维普资讯 http://www.cqvip.com

重庆医科大学学报 1992年第17卷第1期

重庆地区丙型肝炎临床研究

第二医院肝炎研究所 周亚苏 骆 骅 贾小平 范 淳 秦 波 张定凤

提 要 本文分析了62例重庆地区丙型肝炎（HC）的临床特点。结果显示，HC起病隐匿，发病年龄偏大，无明确输血史；合并乙肝者，重肝发生率高，且病情较单纯重症乙型肝炎更为严重，肝昏迷发生率高（$P<0.05$），凝血酶原活动度明显降低（$P<0.02$），提示病情加重与HCV感染有关

关键词 丙型肝炎；乙型肝炎；合并感染；重症肝炎
中图分类号 R512.63

自1988年以来，丙型肝炎病毒（HCV）的研究进展十分迅速，现知丙型肝炎为波及全球的传染病。重庆地区的HCV感染情况目前还未见报道。为了解HCV的临床表现特点，现将我们检测发现的丙型肝炎结果报道如下：

对象及方法

1. 观察对象

（1） 抗HCV阳性肝炎共62例，除2例为门诊病人，其余60例均为我科住院病人。其中单纯丙肝感染5例，丙肝与乙肝合并感染57例，（表1），根据1984年南宁全国病毒性肝炎会议的诊断依据划分各临床类型，其中慢性迁延型肝炎5例，慢性活动型肝炎13例，亚急性重症肝炎32例，慢性活动型肝炎重型（慢重肝）8例，慢性活动型肝炎并肝硬化3例，慢性无症状携带者1例。

（2） 本文以同期住院的单纯乙型肝炎241例作为对比，其中急性肝炎7例，慢性迁延型肝炎68例，慢性活动型肝炎111例，亚急性重症肝炎20例，慢性活动型肝炎重型（慢重肝）12例，慢性活动型肝炎并肝硬化8例，慢性无症状携带者15例。

（3） 健康献血员及受血者各50例检测抗HCV作为对照。

表 1 抗HCV阳性的病毒性肝炎临床分类

临床类型	HC	HB+HC
CAH	1 例*	12例
CPH	1 例	4例
SHF	0 例	32例
CHF	1 例	7例
肝硬化	2 例	1例
ASC	0 例	1例
合 计	5 例	57例

注：CAH慢活肝 CPH慢迁肝 SHF亚急性重症肝炎 CHF慢重肝 ASC携带者 *此一例系HCV合并HAV感染

2. HBV标志的检测

HBsAg(RPHA)、抗HBs、HBeAg、抗HBe抗HBc、抗HBc-IgM用ELISA法，HBV-DNA-(^{35}S标记探针斑点杂交法)。

3. HCV抗体的检测

所有留置血清存于−70℃待检，采用ELISA法检测抗HCV，试剂盒为美国Ortho诊断试剂公司生产，由美国圣地亚哥，R·W杨森药学研究所G·B Thorton教授惠赠。该药盒用HCV的C_{100-3}多肽包被96孔酶标板，设置阴、阳性对照，加0.1ml待测

维普资讯 http://www.cqvip.com

标本后37℃孵育1hr，冲洗5次，加辣根过氧化物酶标记的单克隆抗人IgG，再于37℃孵育1h，冲洗5次，加入底物，用4N H_2SO_4终止反应，最后在酶标阅读仪（Bio-Rad）上读取OD值，以三个阴性对照的平均OD值加0.400为下限，凡大于此值者为抗HCV阳性。阳性标本经复试核实。

结　果

1．抗HCV阳性肝炎与单纯乙肝在年龄和性别上的比较（表2）

抗HCV阳性肝炎的平均年龄37.29岁（19～69），单纯乙肝平均年龄30.38岁（6～65岁），和乙肝相比较，丙型肝炎组以45岁以上组较多（$P<0.01$），而乙型肝炎组以26～35岁组较多见（$P<0.05$），提示丙肝发病年龄偏大。

抗HCV阳性肝炎患者共62例，其中男性53例，女性9例；乙肝患者241例，其中男性179例，女性62例。两组病人均为男性多于女性，但相互间无显著性差异（$P>0.05$）。

2．单纯HC的临床表现

5例单纯HC病程均在3～4年以上，无嗜酒史，无输血史。慢迁肝1例，消化道症状轻微，肝功一直正常，但有肝脏肿大。2例肝硬化虽然有时出现乏力，肝区不适，但未引起重视，首次就诊时已发展为肝硬化，临床表现有脾大，肝掌，蜘蛛痣，食道下段静脉曲张，低蛋白血症。1例慢活肝患者既往无肝炎病史，起病虽急，但抗HAV-IgM(+)，而病理诊断已是慢活肝，SB在16天内由286.4→121.75μmol/L，出院时除浊度试验有异常外，其它肝功各项指标正常，临床经过良好。1例慢重肝患者反复发作4次，每次查HBsAg(-)，但最后一次肝功损害明显，因多脏器功能衰竭死亡。

从5例单纯HC临床表现的分析可以看出丙肝起病隐匿，病程中多数没有急性发作的表现，虽然有1例慢活肝患者出现急性发作，因抗HAV-IgM(+)，所以该例急性发作可能与合并甲肝病毒感染有关，但因病例数太少，所以是否有HC的急性病程。尚需进一步探讨。丙肝感染后不易早期诊断，一旦出现临床表现，往往已发展为慢性肝炎或肝硬化。

3．HCV与HBV合并感染

（1）慢肝组的比较

合并感染的慢性肝炎与单纯HBV感染的慢性肝炎在肝功能的比较（见表3），前者白蛋白降低，球蛋白增加（$P<0.05$）及麝香草酚浊度试验增加均较显著（$P<0.005$）。而转氨酶及黄疸两者比较无显著性差异。合并感染者HBV复制指标阳性者13/17(76%)，单纯HB组为124/194(63.9%)，两者相较亦无明显差异。

（2）重肝组的比较

丙型肝炎合并乙型肝炎后发生重症肝炎为54.92%(39/71)，与单纯HB重肝组比较（见表4），合并感染的重症肝炎病情严重，引起肝昏迷较为多见（$P<0.05$），凝血酶原活动度明显下降（$P<0.02$），病死率较高53.85%（$P<0.05$），肝功能中球蛋白增加有显著性差异（$P<0.01$）。单纯HBV感染重肝组32例，有HBV复制者10例(31.3%)，合并感染重肝组39例，有HBV复制者9例（23.1%），两组经统计学处理亦无显著性差异（$P<0.9$）。

4．5例慢肝随访结果

我们随访了5例抗HCV阳性同时伴有HBV复制的病人。这5例均为CAH，随访时间6月～3年，发现这5例HBeAg均阴转，有4例抗HCV也阴转，仅1例抗HCV持续阳性。抗HCV阴转者转氨酶及黄疸均转为正常，而抗HCV持续阳性者，尽管HBeAg阴转，转氨酶呈反复轻微异常，说明抗HCV的持续存在可以引起患者病情迁延不愈。

另一例慢活肝病人住院时查抗HCV阴

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 2　不同类型肝炎病毒感染的年龄分布

年龄分组	HBV 例数	（%）	HCV+HBV 例数	（%）	HCV 例数	P值
<25	58	24.07	14	24.56	0	NS
26—	115	47.71	19	33.33	1	<0.05
36—	41	17.01	11	19.30	2	NS
>45	27	11.2	13	22.81	2	<0.025
合　计	241		57		5	

注：P值系HBV与HCV+HBV比较

表 3　不同类型肝炎病毒感染的肝功能比较

分　组	例数	白蛋白 (x̄±SD)	球蛋白 (x̄±SD)	麝香草酚浊度试验 (x̄±SD)
HCV+HBV感染	16	35.91±5.19	30.7±6.77	18.56±7.60
HBV感染	15	41.61±2.90	26.35±3.86	9.29±5.72
P值		<0.05	<0.05	<0.005

表 4　不同病原的重症肝炎临床比较

	例数	肝昏迷	病死率	PTA(x̄±SD)
HCV+HBV感染	39	20(51.3%)	21(53.85%)	29.3±14.01
HBV感染	32	9(28.1%)	9(28.13%)	38.64±16.78
P值		<0.05	<0.05	<0.02

注：PTA为凝血酶原活动度

性，出院后3月随访抗HCV阳转，肝功能呈轻度损害（GPT<100u，SB正常），持续7月。

5、与输血的关系

我们检查50例健康献血员及50例受血者抗HCV均为阴性，62例丙肝患者中仅1例在病前有输血史，提示在重庆地区的丙肝感染可能与输血关系不大。是否和不洁注射或其它接触有关，有待进一步研究。

讨　论

本文抗HCV阳性肝炎起病大多隐匿，多无急性发作史。与乙型肝炎比较，发病年龄偏高。无输血及血制品史。抗HCV持续阳性的病人肝功能可持续或反复轻度损害，如果与乙型肝炎合并感染可导致病情加重。

本文62例抗HCV阳性肝炎中，合并乙肝占57例，单纯感染仅5例，这种合并感染的高发生率可能与两者的传播途径相似有关。合并感染后重症肝炎发生率在54.92%（39/71），与国外报道的重肝中乙肝占合并丙肝33%相近[1]。与单纯乙肝感染所致的重症肝炎相比，合并感染者病死率明显增高（53.85%）（P<0.05），凝血酶原活动度明显降低（29.30±14.01）（P<0.02）。肝昏迷多见（20/39）（P<0.05），且合并感染中肝肾综合征为单

维普资讯 http://www.cqvip.com

纯乙肝感染所致重症肝炎的2倍以上(11:4)，但统计学处理无显著性差异，这可能与例数太少有关。总之，合并感染者具有肝功能损害重，并发症多，病死率高的特点。产生这种原因的机理目前还不十分清楚，从我们的研究来看，单纯感染与合并感染中 HBV 复制没有显著性差异($P>0.05$)，但合并感染组病情明显加重，提示丙肝病毒起重要作用。

国外报道，输血或输凝血因子是丙肝感染的重要途径，而我们观察的62例抗 HCV 阳性患者中仅1例有输血史，重肝病人虽在住院后有输血浆史，但本组病例血清采于入院时，绝大多数未接受血液及血制品治疗。在50例健康献血员和50名受血者中抗 HCV 均为阴性，有人曾报告，在健康献血员中抗 HCV 阳性率仅0.4%[2]，我们可能检查例数太少而未能发现阳性者，因此，提示输血或血制品在重庆地区不是丙肝传播的主要途径，或许不洁注射、医源性接触和其它密切接触应该引起重视，有无母婴传播及虫媒传播还需进一步研究。

参 考 文 献

[1] Bernuan,et al.Hepatology 1990; 12(4): 875

[2] Feinman S.V, et al. Hepatology 1990; 12(4):877

(收稿日期：1991-05-15)

CLINICAL ANALYSIS OF VIRAL HEPATITIS IN CHONGQING

Zhou Yashu, et al

Inst. for Viral Hepatitis of Chongqing Med. Coll.

Sixty two cases of viral hepatitis positive for anti-HCV including 5 cases of HCV infection exclusively and 57 of HCV concurrent with HBV are reported. In comparision with 241 cases of HBV infection, clinical the characteristics of HCV infection showed insidious onset in senior age and tended to result in hepatic failure with high rate of hepatic coma, low values of PTA and poor prognosis. NO significant differance of HBV replication between the two groups of hepatic failure was observed. It seems that HCV infection might play an important role in the pathogenesis of hepatic failure

KEY WORDS Hepatitis C; Hepatitis B; Coinfection; Hepatic Failure