DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.03.026

肝细胞器的功能衰竭[2]，以及近年被重视的多小叶灶性坏死的存在[3]，完全可在没有明显的广泛的大片坏死的情况下出现亚急性肝功能衰竭而死亡，与急性肝炎有所不同。

二、慢重肝的临床诊断问题

1．本组病例证实同时具备深度黄疸、腹水、凝血酶原活动度＜40%，是亚大片坏死型慢重肝所共有的重要临床指标。对尚未出现肝性脑病，而具有明显乏力与消化道症状的慢活肝病例，一旦同时具备上述三项指标时，临床上即可确诊为慢重肝的极期。

2．非极期慢重肝的早期临床诊断：本组病例中27.4%的病例（其中70%病理上属非大片坏死型）临床上虽仅具备慢重肝3项指标中的2项，但仍出现亚急性肝功衰竭的结局，下述几点有助于识别此类病例：①起病呈反复波动型的慢活肝；②持续中度黄疸8周以上的慢活肝；③腹水明显、黄疸增长迅速的慢活肝，以及④伴有肝硬化临床症征的慢活肝，上述病例即使仅具备慢重肝的2项指标，也应考虑慢重肝的诊断，而予以积极处理。

3．初发型慢重肝的临床诊断：近年来已明确约有30～50%的慢活肝病例过去并无肝炎病史，本组病例中属初发型者占37%，其中58%早期被误诊为亚急性重型肝炎。下述几点有助于与亚急性重型肝炎鉴别，凡急性黄疸型肝炎活动期病例①病程超过8周始出现恶化趋势者；②肝脏质地偏硬、或脾脏明显肿大、或伴有慢性肝病症征者；③腹水出现早于病情发展高峰期者；④血清白蛋白早期已明显低下或蛋白电泳带上α-β带搭桥者，均提示慢重肝的诊断。

综上所述，在慢活肝或肝硬化的基础上，病理上出现亚大片肝坏死，临床上具备慢重肝的三大指标是慢重肝极期的诊断标准。对于早期或非极期慢重肝的诊断，我们认为应以临床表现为主，当临床已高度疑为慢重肝时，则应结合三大指标与病理结果，具体分析、区别对待，不强求病理与临床指标的全部具备，才能更及时的作出早期诊断，不失时机的进行抢救，以提高慢重肝的存活率。

参考文献

1．常德成，等。重症肝炎92例临床与病理。中华传染病杂志 1983；1:13

2．Bernuan J, et al. Multivariate analysis of prognostic factors in fulminant hepatitis B. Hepatology 1986; 6(4):648

3．Knodell CG, et al. Hepatology 1981; 1:431

中西医结合治疗肾综合征出血热54例分析

王玉亭 （第二附属医院 中医科） 刘思瑛 （第二附属医院 传染科）

肾综合征出血热是病毒所致的传染病，起病急，变化快，临床分五期，低血压期和少尿期最凶险，需及时救治，我们以中医中药为主，辅以西药治疗，疗效有提高，分析如下：

一般资料

一、病例 我院传染科于79年至86年5月共收治肾综合征出血热150例，用中西医结合治疗54例（治疗组），与同期西药治疗96例（对照组）作对照分析。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

二、入院时病期比较

病期比较表

	治疗组	对照组	
发热期	3	8	
低血压期	3	5	
少尿期	22	42	
多尿期	1	3	
恢复期		1	
多期重叠	23	24	$p<0.05$
其它	2	13	
合计	54例	96例	

三、病型与病死率 重型危重型：治疗组44例（81.48%），对照组42例（43.75%），两组有差异（$p<0.01$）。病死率：（由于轻型中型无死亡两组均除去）治疗组死亡2/44例（4.5%），对照组死亡8/42例（19.05%），差异明显（$p<0.01$）。

治疗方法

一、治疗组 据患者所处病期和病型，按中医温热病学的卫气营血辨证施治，辅以西药（输液、利尿剂、维生素等）治疗。

1. 发热期 病邪在卫分，冬季多风寒用荆防败毒散辛温解表，其他季节多风热用银翘散或柴胡针辛凉解表；邪盛入里气分高热用白虎汤加味或承气汤清热生津导泻；邪入营血用犀角地黄汤、桃仁承气汤清营凉血通淤；病原是病毒，配用大青叶、板兰根、银花、连翘等清热解毒药是必要的。

2. 低血压期 用人参白虎汤、或人参针、参麦针静滴，以益气扶正升压稳压。

3. 少尿期 用桃仁承气汤或生大黄开水泡服以导泻通淤；针对出血倾向用丹参针静滴。

4. 多尿期、恢复期 用生脉饮、香砂六君子汤、六味地黄丸、丹参片等，以益气扶正，调理脾胃，补肾固本，促进病体康复。

5. 多期重叠时，心肺肾均可受损，温热病易伤津耗液，治疗补液或服用中药都要控制液体的量，防止过量发生肺水肿，致病情恶化。

二、对照组 西药对病原无特效药，以卧床休息和对症治疗。用激素、维生素、利尿剂等以保护心肾功能；用潘生丁、肝素等防治DIC；低血压以平衡盐液扩容；少尿期注意水和电解质平衡，给利尿药，部分危重病例可用透析疗法。

讨论

一、本病无特效药，病死率较高。中医辨证施治尚无统一规范，大连仲景学术研究会用伤寒六经辨证，成都地区用温病卫气营血辨证，我院依重庆地区发病特点用卫气营血辨证施治获良效。重庆本病四季均有发病，临症观察病初不全是伤于寒，病初在卫分施治应有不同，由于病情变化快，入院时已是病程的6.17（2～11）天，卫分证时间短，接受治疗时多数病例，邪已入里达气分或营血分，依病邪所在的病位，分别用解表透邪、清气生津、清热解毒、清热凉血等方药治疗，虽不能控制疾病发展，明显的减轻了病情，有利于患者安度危重期。

二、中药人参或参麦针静滴，益气扶正，调节免疫功能，增强机体抗病能力；丹参针静滴，凉血活血祛瘀生新，改善肾循环保护肾功能，促进跳期；承气汤或大黄泡服导泻，既泻热又降低氮质血症，起肠透析作用，减轻肾脏负担，对急性肾衰有良效。

三、从以上资料分析，应用中医中药为主的中西医结合治疗，降低重型危重型病例的病死率，优于单用西药治疗的对照组。

今后尚须不断探索，使疗效进一步提高。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net