

- △ 2002;1:48-53
- 21 路仲遥. 临床医学词典. 第1版. 重庆: 重庆出版社, 1982:51-60
- 22 南山堂. 医学大辞典. 修订第10版. 东京: 南山堂株式会社, 1964: 17; 158
- 23 魏敬能, 雷蕾. 消化源性胸痛73例临床分析. 中国实用内科杂志 2001;21:99-100

- 24 M AB. 第1版. : 《 》1984:263-291
- 25 林向进, 吴嘉庚, 杜峻华. 脊柱手术时对胃功能的影响及相关治疗的疗效研究. 中国中西医结合杂志 2000;11:834-835
- 26 王一平, 刘鸣. 循证医学与消化系统疾病. 中国实用内科杂志 2001;21:196-197

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2003年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 艾滋患者群中 HCV、HBV 及 HGV 的感染状况

骆嘉拉, 桂希恩, 庄柯

骆嘉拉, 桂希恩, 庄柯, 武汉大学中南医院感染科 湖北省武汉市 430071  
项目负责人: 骆嘉拉, 430071, 湖北省武汉市武昌东湖路 169 号, 武汉大学中南医院感染科. jiala2009@sina.com  
电话: 027-87330466  
收稿日期: 2002-10-09 接受日期: 2002-10-18

### 摘要

目的: 了解丙型肝炎病毒(HCV)、乙型肝炎病毒(HBV)和庚型肝炎病毒(HGV)在艾滋病病毒(HIV)感染人群中的感染状况, 初步分析病毒之间的相互影响。

方法: 对血源性艾滋病流行地区人群进行流行病学调查, 检测 HIV 阳性人群血清抗-HCV、HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc、抗-HGV 及梅毒抗体。

结果: 314名 HIV 阳性人群中, 抗-HCV 阳性 273 例(86.9%), HBVM(HBV 病毒标志物)阳性 95 例(30.3%), HBsAg 阳性 13 例(4.1%), 抗-HGV 阳性 206 例(65.6%), 梅毒抗体 2 例阳性(0.6%)。HIV 重叠感染 HGV 组 AIDS 患病率明显低于未重叠感染组。

结论: 在艾滋病高发地区, HIV 感染者常合并 HCV、HGV 感染; HIV 合并 HCV 和/或 HGV 感染可能干扰 HBsAg 合成; 合并感染 HGV 可能延缓 HIV 感染者疾病的进展。

骆嘉拉, 桂希恩, 庄柯. 艾滋患者群中 HCV、HBV 及 HGV 的感染状况. 世界华人消化杂志 2003;11(11):1835-1837  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/1835.asp>

### 0 引言

人类免疫缺陷病毒(HIV)与血传播的肝炎病毒如丙型肝炎病毒(HCV)、乙型肝炎病毒(HBV)及庚型肝炎病毒(HGV)等具有相似的传染源和传播途径, 普通人群有较多的无症状病毒携带者, 常常呈多病毒重叠感染状况。为了了解 HIV 感染者中 HCV、HBV 及 HGV 感染状况, 分析几种病毒重叠感染时的相互影响, 并为制定 HIV、HCV、HBV 和 HGV 综合防治措施提供科学依

据, 我们对此进行了调查与研究。

### 1 材料和方法

1.1 材料 来自我国中部某血源性艾滋病流行地区 HIV 阳性人群。

1.2 方法 现场进行一对一的询问调查和体格检查, 并采集全血标本 5 ml, 离心吸取上层血清, 置 -20 °C 冰箱保存待测。检测方法: (1)HIV 检测及确认: 采用华美生物公司和厦门新创科技公司抗 HIV ELISA 检测试剂盒初筛, 两次筛选均阳性者判为 HIV 阳性, 其中 138 份样本经 Genelabs 公司的 Western-blot 试剂盒确认, 小于 18 mo 儿童观察到 18 mo 复检无误。(2)抗-HCV、HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe、及抗-HBc 均采用华美生物公司 ELISA 试剂盒, 按说明书操作并判定结果。(3)抗-HGV 抗体采用上海贝西生物公司提供美国进口原料分装的试剂盒操作并判定结果。(4)梅毒血清试验采用上海荣盛生物公司提供的 TRUST 试剂盒, 按说明书操作并判定结果。人类免疫缺陷病毒(HIV)感染者和获得性免疫缺陷综合征(AIDS)的诊断标准: 按 1995 年中华人民共和国 HIV/AIDS 诊断标准诊断<sup>[1,2]</sup>。

统计学处理  $\chi^2$  检验及四格表确切概率法。

### 2 结果

2.1 一般资料 经 WB 确认和/或经两次不同生物公司 ELISA 试剂盒检测为 HIV 阳性者 314 例。其中男 138 例, 年龄 1-68 岁, 平均 35.1±12.5 岁; 女 176 例, 年龄 1-67 岁, 平均 36.4±12.5 岁。经流行病学调查分析, 274 例为供血浆感染, 1 例为供全血感染, 8 例为输血不洁血或血制品而感染, 24 例 1-10 岁儿童为母婴感染, 5 例成人系夫妻感染, 2 人感染途径不明。

2.2 梅毒感染情况 314 份 HIV 阳性标本作梅毒抗体测定, 仅 2 例为阳性, 占 0.6%。

2.3 HCV 感染情况 314 份 HIV 阳性标本, 抗-HCV 阳性者 273 份, 占 86.9%; 其中 274 名供浆员 HIV 阳性血

清中检出抗-HCV阳性260份,占94.9%。(P<0.01).

2.4 HBV感染情况 HIV感染者314份血清标本,HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe及抗-HBc五项感染指标阳性者分别为13、73、7、13、20例,其构成比为4.1%、23.2%、2.2%、4.1%、6.4%,总感染人数95例,阳性率为30.3%。

2.5 HGV感染情况 HIV感染者314份血清标本,抗-HGV阳性者206例,占65.6%;其中274名单采供浆员HIV阳性血清中检出抗-HGV阳性199份,占72.6%。(P>0.05)

2.6 HIV、HCV、HGV三重感染情况 314份HIV感染者血清标本,HCV、HGV抗体均为阳性者201例,三重感染比率为64%;其中274名单采供浆员HIV阳性血清中检出HCV和HGV抗体均为阳性者194份,占70.8%。

2.7 HIV、HCV、HBV、HGV四重感染情况 检测314份HIV阳性血清标本,HCV、HBVM(至少一项指标阳性)及HGV抗体均为阳性者52例,四重感染比率为16.6%。

2.8 HIV阳性人群中HBsAg和AIDS/死亡人数与HCV、HGV感染的关系,见表1。

表1 HIV阳性人群中HBsAg和AIDS/死亡人数与HCV、HGV感染的关系

组别	病毒标志物	n	HBsAg阳性数(%) <sup>a</sup>	AIDS/死亡人数(%) <sup>b</sup>
1	HCV-HGV-	36	6 (16.6)	11 (30.6)
2	HCV+HGV-	72	4 (5.6)	19 (26.4)
3	HCV-HGV+	5	0 (0)	0 (0)
4	HCV+HGV+	201	3 (1.5)	22 (10.9)

HIV合并HCV感染组HBsAg阳性比率较未合并HCV感染组有显著性差异(<sup>a</sup>P<0.01, 1+3 vs 2+4); HIV合并HGV感染组HBsAg阳性比率较未合并HGV感染组有显著性差异(P<0.01, 1+2 vs 3+4); HIV合并HCV感染组AIDS/死亡人数比率较未合并HCV感染组无显著性差异(<sup>b</sup>P>0.05, 1+3 vs 2+4); HIV合并HGV感染组AIDS/死亡人数比率较未合并HGV感染组有显著性差异(P<0.01, 1+2 vs 3+4)。

### 3 讨论

HIV、HCV、HBV及HGV等病毒均可经不洁采血、输血、母婴和性接触等方式传播。本组艾滋病高发区HIV感染者均否认吸毒及性乱史,314份HIV阳性血标本中仅发现2份梅毒抗体阳性,提示通过性病(STD)传播可能性小。274名为供浆员,占87.3%,提示供浆方式是此地区HIV流行的主要因素。

314份HIV阳性标本抗-HCV阳性占86.9% (273/314),明显高于Dodig et al<sup>[3]</sup>报告HIV阳性人群HCV的检出率(30-50%),也远远高于我国人群HCV感染率(3.2%)<sup>[4]</sup>。该人群抗-HGV阳性比率占65.6% (206/314),与Tillmann et al<sup>[5]</sup>报告的检出率(56.85%)相近,但显著高于我国南方部分地区献血员HGV感染率(1.2-17.3%,平均3.5%,P<0.01)<sup>[6]</sup>。274名HIV阳性供浆员中,HCV感染率更高(94.9%,P<0.01),HGV感染率稍高(72.6%,

P>0.05),提示该地区HIV阳性人群常常重叠HCV和/或HGV感染,HIV阳性供浆员是HCV或HGV感染的高危人群。造成这种状况与供浆方式有密切关系,不规范采供血(或血浆)引起HIV传播<sup>[7]</sup>,同时也引起HIV、HCV、HGV高重叠感染。

273例抗-HCV阳性者中抗-HGV阳性201例,占73.6%;206例抗-HGV阳性者中抗-HCV阳性201例,占97.6%。提示HCV与HGV感染可能无明显相互干扰。该地区HIV阳性人群中,HGV常合并HCV感染,HGV与HCV感染呈同步性,HGV和HCV感染人群互为高危人群。

本资料HBVM阳性95例,占30.3%,低于我国人群HBV总感染率(57.63%)<sup>[4]</sup>,且HBsAg阳性率亦低于中国人HBsAg总感染率(9.75%)<sup>[4]</sup>。同时HIV、HCV、HGV三重感染较多见(64%,201/314),甚至供浆员三重感染达70.8% (194/274),而HIV、HCV、HGV和HBV(至少一项阳性者)四病毒重叠感染减至16.6% (52/314),提示病毒之间可能出现干扰作用。

单纯HIV阳性人群组HBsAg阳性占16.7% (6/36),而HIV合并HCV感染组HBsAg阳性比率(2.6%,7/273)明显较低(P<0.01); HIV合并HGV感染组HBsAg阳性比率(1.5%,3/206)亦明显较低(P<0.01)。提示HIV合并HCV或HGV感染可能干扰HBsAg合成。

国外Tillmann et al<sup>[5,8]</sup>和Xiang et al<sup>[9]</sup>报道:合并HGV感染可以减慢HIV感染的病程,同时可以见患者体内有较高CD4细胞数和较低HIV病毒载量。

本调查52名HIV感染者已发展为AIDS,其中37名已死亡。HIV阳性人群合并抗-HCV阳性组与抗-HCV阴性组比较无明显差别(P>0.05),提示HIV进展与HCV感染关系不大;但是,AIDS/死亡人数在抗-HGV阳性组的比率(10.7%,22/206)明显低于抗-HGV阴性组的比率(27.8%,30/108)(P<0.01),合并HGV感染的HIV携带者无症状期延长,发病死亡延迟,与国外报道相一致,提示HGV可能对感染者体内的HIV病毒复制和免疫破坏具有干扰作用。

### 4 参考文献

- 1 白雪帆,张树林. 艾滋病的诊断与治疗. 第1版. 北京:人民军医出版社,2000:345-351
- 2 康来仪,潘孝彰,翁心华. 艾滋病防治手册. 第1版. 上海:上海医科大学出版社,1999:226-249
- 3 Dodig M, Tavill AS. Hepatitis C and human immunodeficiency virus coinfections. *J Clin Gastroenterol* 2001;33:367-374
- 4 刘崇柏. 我国病毒性肝炎人群流行病学特征及流行因素研究. 中华肝病杂志 1998;6:67-70
- 5 Tillmann HL, Heiken H, Knapik-Botor A, Heringlake S, Ockenga J, Wilber JC, Goergen B, Detmer J, McMorrow M, Stoll M, Schmidt RE, Manns MP. Infection with GB virus C and reduced mortality among HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2001;345:715-724
- 6 贾秀岩,吕作芝,徐萍,刘丹,刘玉明. 献血员中庚型肝炎病毒血清流行病学. 疾病控制杂志 2000;4:44-45
- 7 郑锡文. 遏制艾滋病在我国经吸毒及采供血传播的流行. 中华流行病学杂志 2000;21:6
- 8 Tillmann HL, Manns MP. GB virus-C infection in patients

infected with the human immunodeficiency virus. *Antiviral Research* 2001;52:83-90  
9 Xiang J, Wunschmann S, Diekema DJ, Klinzman D, Patrick

KD, George SL, Stapleton JT. Effect of coinfection with GB virus C on survival among patients with HIV infection. *N Engl J Med* 2001;345:707-714

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2003 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 胆心反射及胆心综合症的诊治

卫洪波, 汪壮流, 杨柳, 李文胜, 陈勇, 唐秋林

卫洪波, 汪壮流, 杨柳, 李文胜, 陈勇, 唐秋林, 中山医科大学附属第三医院普外科 广东省广州市 510630  
项目负责人: 卫洪波, 510630, 广东省广州市, 广州中山医科大学附属第三医院普外科. drwhb@21cn.com  
电话: 020-85516867-2228 传真: 85262937  
收稿日期: 2002-11-19 接受日期: 2002-12-02

### 摘要

目的: 探讨胆道手术中胆心反射及胆心综合症的诊治方法。

方法: 回顾性分析1 041例胆道手术患者的临床资料。

结果: 胆心反射发生率与年龄、性别无关; 而与手术期限、手术方式、麻醉方式、切口选择、术前EKG改变、胆囊床局部封闭、静注阿托品等因素显著有关。

结论: 充分的术前准备、选择全麻、术中局部封闭及静注阿托品是预防胆心反射的有效措施; 手术治疗胆道疾患是治疗胆心综合症的有效方法。

卫洪波, 汪壮流, 杨柳, 李文胜, 陈勇, 唐秋林. 胆心反射及胆心综合症的诊治. 世界华人消化杂志 2003;11(11):1837-1839

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/1837.asp>

### 0 引言

胆心反射是指胆道手术时由于牵拉胆囊或探查胆道时所引起的心率减慢, 血压下降甚至心跳骤停等现象, 而胆心综合症是指由于胆道疾患引起冠状动脉供血不足, 心脏活动失调以及心电图异常的临床综合症. 二者有着本质的区别, 但又有内在的密切联系, 因其在胆道疾患中较常见, 越来越被人们所重视, 现就胆心反射及胆心综合症的诊治方法探讨如下:

### 1 材料和方法

1.1 材料 1996-10/2001/10 共施行胆道手术 1 041 例, 男 364 例, 女 677 例, 年龄 14-85 岁. 急诊手术 260 例, (25.0 %) 择期手术 781 例(75.0 %). 急诊手术中行单纯胆囊切除术 135 例, 胆囊切除+胆总管探查 107 例, 胆肠 Roux-y 术 18 例; 择期手术中胆囊切除术 523 例,

胆总管探查术 171 例, Roux-y 术 87 例. 术前有心区疼痛者 54 例, 心电图异常者 162 例 (包括 ST 段下降、T 波倒置或低平), 术后心前区疼痛消失 33 例, 心电图正常 129 例.

1.2 将在牵拉分离胆囊或探查胆总管时患者心率或血压下降幅度达到或超过基础心率或血压的 20 % 定为胆心反射.

### 2 结果

本组胆心反射发生率与性别、年龄无关( $P > 0.05$ ), 而与手术期限、手术方式有显著相关方式( $P < 0.01$ ), (表 1).

表 1 各组胆心反射发生情况

	n	胆心反射发生人数	发生率(%)	$\chi^2$ 值	P 值
性别					
男	364	79	21.7	0.149	0.378
女	677	140	20.7		
年龄					
<50 岁	252	44	17.5	2.561	0.064
$\geq 50$ 岁	789	175	22.1		
急诊手术	260	76	20.9	14.005	0.000
胆囊切除术	135	30	22.2		
胆总管探查	107	39	36.4	6.712	0.000
Roux-y	18	7	38.9		
择期手术	781	143	18.3		
胆囊切除术	523	84	16.1		
胆总管探查	171	40	23.3	8.248	0.016
Roux-y	87	23	26.4		

急诊、择期手术中, 胆心反射的发生率与麻醉方式、切口选择、术前EKG改变、术中胆囊床局部封闭, 牵拉胆囊前静注阿托品均有显著相关性( $P < 0.01$ ) (表 2、3).