

· 临床研究 ·

婴儿巨细胞病毒肝炎不同中医证型临床血液指标的差异研究

郭紫云¹, 杜丽娜¹, 邱梦瑶², 谢晓暄¹, 杨燕^{1*}

1. 国家儿童医学中心/首都医科大学附属北京儿童医院, 北京 100045;

2. 陕西省西安市中医医院, 陕西 西安 710021

摘要 目的:探讨不同中医证型婴儿巨细胞病毒(CMV)肝炎患儿临床血液指标的差异,为婴儿巨细胞病毒肝炎临床辨证提供参考依据。方法:连续收集2022年2月—2024年2月首都医科大学附属北京儿童医院符合婴儿巨细胞病毒肝炎诊断标准的湿热内蕴证、脾虚湿困证与气滞血瘀证患儿各40例,比较各证型患儿红细胞、血小板参数、凝血功能和肝功能等指标的差异。结果:各组间性别、年龄比较差异无统计学意义($P>0.05$);脾虚湿困组、气滞血瘀组病程长于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P<0.01$);各组肝功能比较,气滞血瘀组GGT高于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P<0.01$);脾虚湿困组ALT高于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P<0.01$);脾虚湿困组、气滞血瘀组AST、TBIL、DBIL、TBA均高于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$);气滞血瘀组TBIL、DBIL、TBA均高于脾虚湿困组,差异有统计学意义($P<0.01$);各组红细胞参数比较,脾虚湿困组和气滞血瘀组RBC、HGB、HCT均低于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P<0.01$);脾虚湿困组和气滞血瘀组RDW均高于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$);各组血小板参数比较,气滞血瘀组PLT高于脾虚湿困组,差异有统计学意义($P<0.01$);各组凝血指标比较,气滞血瘀组PT、INR均高于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P<0.01$);气滞血瘀组FIB低于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P<0.05$);脾虚湿困组APTT高于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:婴儿巨细胞病毒肝炎患儿不同证型的血液指标存在差异,可为临床辨证提供理论依据。

关键词 巨细胞病毒肝炎;中医证型;临床指标

中图分类号:R256.41

文献标识码:A

文章编号:1002-2392(2026)02-0058-05

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.260034

婴儿巨细胞病毒(Cytomegalovirus, CMV)肝炎是指婴儿时期感染人巨细胞病毒(Human cytomegalovirus, HCMV)后引起的以黄疸、肝脾肿大、肝功能异常为主要表现的肝脏疾病^[1-2]。HCMV是典型的机会致病病原,生理性免疫功能低下的婴幼儿普遍易感^[2]。HCMV感染容易累及肝脏,引起肝组织变性,胆管上皮

细胞受损,严重可发展为胆道闭锁、肝硬化^[3]。婴儿CMV肝炎属于中医“黄疸”“胎黄”“胎疸”的范畴,病位在肝,病机主要是湿热内蕴或寒湿内侵,导致肝失疏泄、胆汁外溢而发黄。常见中医证型为湿热内蕴证、脾虚湿困证及气滞血瘀证^[4]。目前对婴儿CMV肝炎中医证型与临床血液指标的相关性研究较少。因此,本研究收集患儿临床血液指标,探讨不同中医证型婴儿CMV肝炎患儿血液指标的差异,为婴儿CMV肝炎临床辨证提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

连续收集2022年2月—2024年2月于首都医科大学附属北京儿童医院中医科收治的CMV肝炎湿热内蕴证、脾虚湿困证与气滞血瘀证患儿各40例。本研

收稿日期:2024-11-05 修回日期:2025-06-26

基金项目:国家自然科学基金项目(82205184);北京市医院管理中心科研培育项目(PZ2022027)

作者简介:郭紫云(1996-),女,博士研究生,从事儿童消化系统疾病诊治的相关研究。

*通信作者:杨燕(1965-),女,博士,主任医师,从事儿童消化系统疾病诊治的相关研究。

究已获得首都医科大学附属北京儿童医院医学伦理委员会审批批准([2022] - E - 181 - Y), 所有受试者监护人均签署知情同意书。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《诸福棠实用儿科学·第九版》^[5]及中华医学会儿科学分会《儿童巨细胞病毒性疾病诊断和防治的建议》^[6]。①临床表现:黄疸、肝功能损害、肝肿大或脾肿大等症状表现。②病原学检查:血清CMV IgM、CMV - DNA 或CMV pp65 阳性。③实验室检查:谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)升高,γ - 谷氨酰转肽酶(GGT)升高;总胆红素、直接和/或间接胆红素升高,总胆汁酸升高;白蛋白降低,凝血功能异常,细胞免疫紊乱等。④排除其他病因,如溶血性黄疸、乙肝、EB 病毒性肝炎、遗传代谢病等。

中医辨证标准参照《中医儿科常见病诊疗指南》^[4]之“胎黄”相关章节制定。①湿热内蕴证:面目皮肤发黄,色泽鲜明如橘,小便黄赤,不欲吮乳,哭闹不安,哭声响亮,口渴唇干,或有发热,腹胀,大便秘结,舌质红,苔黄腻,指纹紫。②脾虚湿困证:面目皮肤发黄,色泽晦暗,日久难退,四肢欠温,大便溏薄,色灰白,精神萎靡,不思进食,小便短少,舌质淡,苔白腻。③气滞血瘀证:面目皮肤发黄,颜色逐渐加深,晦暗无华,右胁下痞块质硬,肚腹膨胀,青筋显露,舌质紫,或见瘀斑,苔黄。

1.3 纳入标准

①符合婴儿CMV 肝炎诊断标准及中医辨证分型标准;②月龄在1~12个月的住院患儿;③所有受试者监护人均签署知情同意书。

1.4 排除标准

①合并有心、肾、脑或造血系统障碍的患儿;②先天胆道发育畸形患儿;③经血尿筛检查或基因检测明确的其他先天遗传代谢性疾病的患儿。

1.5 观察指标

1.5.1 一般情况

查阅患儿的病历资料,收集患儿的年龄,性别及病程。

1.5.2 肝功能指标比较

入院后第1天清晨空腹时采集患儿5 mL 静脉血,使用全自动生化分析仪(贝克曼库尔特公司)检测肝功能,包括谷丙转氨酶(ALT 8~71 U/L)、谷草转氨酶(AST 21~80 U/L)、碱性磷酸酶(ALP 98~532 U/L)、γ - 谷氨酰基转移酶(GGT 9~150 U/L)、总胆红素(TBIL 3.42~20.50 μmol/L)、直接胆红素(DBIL 0.00~3.42 μmol/L)、胆汁酸(TBA 0~10 μmol/L)。

1.5.3 红细胞参数水平比较

入院后第1天清晨空腹时采集患儿5 mL 静脉血,使用Beckman - Coulter 750 全自动血液分析仪检测红细胞(RBC $3.3 \times 10^{12} \sim 5.2 \times 10^{12}/L$)、血红蛋白(HGB 97~183 g/L)、红细胞比容(HCT 28%~52%)、红细胞分布宽度(RDW 0~15%)水平。

1.5.4 血小板参数水平比较

入院后第1天清晨空腹时采集患儿5 mL 静脉血,使用Beckman - Coulter 750 全自动血液分析仪检测血小板(PLT $183 \times 10^9 \sim 614 \times 10^9/L$)、平均血小板体积(MPV 6.8~11.5 fL)、血小板分布宽度(PDW 7.7~13.9 fL)水平。

1.5.5 凝血功能水平比较

入院后第1天清晨空腹时采集患儿5 mL 静脉血置于抗凝管中,采用全自动凝血分析仪(ACL TOP)检测凝血功能,包括凝血酶原时间(PT 9.4~12.5 s)、国际标准化比值(INR)、纤维蛋白原(FIB 2~4 g/L)、活化部分凝血活酶时间(APTT 25.1~38.4 s)、D - 二聚体(D - Dimer 0~0.243 mg/L)、抗凝血酶(AT - III 83%~128%)。

1.6 统计学方法

采用SPSS27.0 进行统计分析,计数资料用构成比表示,采用 χ^2 检验。计量资料符合正态分布用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t 检验;不符合正态分布的计量资料采用中位数(四分位数)[$M(P25, P75)$]表示,多组间比较满足正态及方差齐性采用方差分析,不满足采用Kruskal - Wallis H 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况

各组间性别、年龄比较差异无统计学意义($P > 0.05$),脾虚湿困组、气滞血瘀组病程长于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表1。

表1 3组CMV 肝炎患儿不同证型一般情况比较[$M(P25, P75)$]

组别	例数	男 [例(%)]	年龄/月	病程/d
湿热内蕴组	40	30(75.0)	2.35(1.86,3.02)	40.00(20.75,60.00)
脾虚湿困组	40	33(82.5)	2.67(2.03,3.42)	63.00(47.75,87.50)**
气滞血瘀组	40	24(60.0)	2.68(2.11,3.27)	70.00(53.00,107.50)**

注:与湿热内蕴组比较,** $P < 0.01$ 。

2.2 不同证型肝功能比较

不同证型之间ALP 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);气滞血瘀组GGT 高于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P < 0.01$);脾虚湿困组ALT 高于湿热内蕴组,

差异有统计学意义($P < 0.01$);脾虚湿困组、气滞血瘀组 AST、TBIL、DBIL、TBA 均高于湿热内蕴组,差异有统计
学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$);气滞血瘀组 TBIL、DBIL、

TBA 均高于脾虚湿困组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 3 组 CMV 肝炎患儿不同证型肝功能比较[$M(P_{25},P_{75})$]

组别	例数	AST /(U/L)	ALT /(U/L)	ALP /(U/L)	GGT /(U/L)	TBIL /($\mu\text{mol/L}$)	DBIL /($\mu\text{mol/L}$)	TBA /($\mu\text{mol/L}$)
湿热内蕴组	40	102.25 (72.50,146.48)	105.35 (56.20,155.68)	498.50 (320.50,576.25)	106.20 (68.43,154.18)	46.44 (9.18,108.83)	24.50 (2.46,62.03)	40.89 (19.23,92.09)
脾虚湿困组	40	184.95 (133.03,355.20)**	144.90 (126.65,287.70)**	460.00 (389.50,801.00)	131.60 (92.10,185.60)	119.90 (64.14,158.56)**	70.40 (36.79,113.71)**	86.00 (55.92,121.19)*
气滞血瘀组	40	252.00 (173.25,476.05)**	166.65 (90.50,234.60)	488.00 (462.75,706.00)	214.50 (93.73,625.65)**	160.21 (119.51,239.60)**☆☆	94.95 (81.71,172.57)**☆☆	119.02 (95.88,163.27)**☆☆

注:与湿热内蕴组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与脾虚湿困组比较,☆☆ $P < 0.01$ 。

2.3 不同证型红细胞参数水平比较

脾虚湿困组和气滞血瘀组红细胞参数水平比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);脾虚湿困组和气滞血
瘀组 RBC、HGB、HCT 均低于湿热内蕴组,差异有统计

学意义($P < 0.01$);脾虚湿困组和气滞血瘀组 RDW 均
高于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。见表 3。

表 3 3 组 CMV 肝炎患儿不同证型红细胞参数检测结果比较[$M(P_{25},P_{75})$]

组别	例数	RBC/($\times 10^{12}/\text{L}$)	HGB/(g/L)	HCT/%	RDW/%
湿热内蕴组	40	3.87(3.52,4.23)	113.50(101.25,121.75)	33.45(30.03,35.60)	15.50(14.20,16.25)
脾虚湿困组	40	3.09(2.92,3.34)**	93.00(85.00,100.00)**	27.95(26.35,29.55)**	17.80(16.73,18.40)**
气滞血瘀组	40	3.00(2.75,3.32)**	90.50(84.25,96.00)**	27.15(25.60,28.85)**	16.30(15.10,18.28)*

注:与湿热内蕴组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$ 。

2.4 不同证型血小板参数水平比较

不同证型间 MPV、PDW 差异均无统计学意义

($P > 0.05$);气滞血瘀组 PLT 高于脾虚湿困组,差异有
统计学意义($P < 0.01$)。见表 4。

表 4 3 组 CMV 肝炎患儿血小板参数检测结果比较[$M(P_{25},P_{75})$]

组别	例数	PLT/($\times 10^9/\text{L}$)	MPV/fL	PDW/fL
湿热内蕴组	40	374.50(273.50,474.50)	10.10(9.53,10.60)	11.10(10.35,12.23)
脾虚湿困组	40	256.50(226.25,359.00)	10.35(9.53,11.10)	12.60(10.70,14.55)
气滞血瘀组	40	386.00(269.00,567.75)☆☆	10.10(9.40,11.08)	11.55(10.05,13.38)

注:与脾虚湿困组比较,☆☆ $P < 0.01$ 。

2.5 不同证型凝血功能水平比较

各组间比较 D - Dimer、AT - Ⅲ差异均无统计学意
义($P > 0.05$);脾虚湿困组 PT、INR、FIB 与湿热内蕴组
比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);气滞血瘀组

PT、INR 均高于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P < 0.01$);
气滞血瘀组 FIB 低于湿热内蕴组,差异有统计
学意义($P < 0.05$);脾虚湿困组 APTT 高于湿热内蕴
组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 3 组 CMV 肝炎患儿不同证型凝血功能检测结果比较[$M(P_{25},P_{75})$]

组别	例数	PT/s	INR	FIB/(g/L)	APTT/s	D - Dimer/(mg/L)	AT - Ⅲ/%
湿热内蕴组	40	10.40(9.93,11.10)	0.91(0.87,0.99)	2.29(1.72,2.45)	38.95(35.98,43.13)	0.19(0.15,0.34)	82.50(58.00,90.00)
脾虚湿困组	40	11.30(10.20,12.70)	0.99(0.90,1.11)	2.05(1.72,2.36)	43.15(38.68,49.80)*	0.24(0.15,0.44)	63.00(48.25,84.00)
气滞血瘀组	40	11.75(10.75,16.53)**	1.03(0.95,1.44)**	1.85(1.33,2.33)*	41.85(37.50,47.93)	0.39(0.18,0.78)	68.00(48.75,85.00)

注:与湿热内蕴组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$ 。

3 讨论

本研究探讨不同证型婴儿 CMV 肝炎患儿的临床

特征及血液指标差异,发现脾虚湿困组和气滞血瘀组
病程较长,且这两组患儿的 AST、TBIL、DBIL、TBA 均

高于湿热内蕴组,提示气滞血瘀证和脾虚湿困证患儿的肝细胞损伤及胆汁淤积情况更为严重,且气滞血瘀证患儿尤为明显。

肝脏实质细胞是血供最丰富的细胞之一,被看作生理性的血液储存库,可以调节人体的循环血量。肝脏疾病常可导致不同程度的肝性贫血^[7-8],肝性贫血的机制主要是肝功能障碍所致造血因子缺乏、红细胞生存期缩短、骨髓造血功能降低及出血等^[9]。本研究通过比较不同证型患儿的红细胞参数,发现CMV肝炎患者大部分存在轻度贫血,且脾虚湿困组和气滞血瘀组RBC、HGB、HCT均低于湿热内蕴组。《金匮要略·黄疸》云:“黄家所得,从湿得之。”脾湿不化,肝胆疏泄失司,发于肌肤为黄疸。肝失疏泄,一方面,不能疏泄胆汁参与水谷精微的消化吸收,血液生化失常,另一方面,气机不畅,导致脉道不利,盈缩无度,不能调节血量的分布,最终引起肝藏血功能失调。RDW是反映红细胞体积异质程度的一个参数,能准确反映红细胞大小不等的程度,可以随着肝组织损伤、炎症反应、脂代谢紊乱而增宽^[10-11]。脾虚湿困组和气滞血瘀组RDW均高于湿热内蕴组,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$),说明脾虚湿困组与气滞血瘀组肝损伤较湿热内蕴组严重,与上述生化指标趋势一致,可为婴儿CMV肝炎患儿临床辨证提供参考依据。

肝脏是合成凝血、抗凝及纤溶因子的重要部位,具有清除或灭活纤维蛋白的溶解物与抗纤溶物质的作用,因此在凝血、抗凝与纤溶系统的平衡中起重要作用。肝脏的这种生理功能与中医“肝藏血”理论中收摄血液作用相呼应。当受到理化和生物因子刺激时,循环血液的血小板随之活化,发生形态学改变,有利于血小板的黏附;同时释放更多的颗粒内容物,促进血小板聚集和黏附,易形成血栓。本研究中不同证型间MPV、PDW差异均无统计学意义,但气滞血瘀组PLT高于脾虚湿困组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究表明血小板在淤胆性肝损伤中发挥双重作用,早期血小板与微血管相互作用参与肝慢性纤维化,晚期却发挥保护作用^[12]。而卢振等^[13]发现血小板随着肝病病情的加重而发生数量上的减少和功能上的障碍,提示本病不同阶段可能存在血小板增减趋势不一。在肝病患者中可能存在凝血和抗凝系统失调,以及凝血指标的异常^[14-15]。PT检测外源性凝血途径,PT的长短反映了凝血酶原及凝血因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ及Ⅹ的生物活性,与肝细胞或肝功能的损伤程度密切相关,APTT检测机体内源性凝血途径,主要反映内源性凝血因子的水平^[16]。FIB是肝脏合成的一种急性时相反应蛋白,

可以反映肝脏的合成功能,严重肝损害、严重缺氧、感染如巨细胞病毒、血液稀释等可引起继发性的FIB减少或缺乏^[17-18]。与湿热内蕴组相比,气滞血瘀组PT延长,FIB减少,脾虚湿困组APTT延长,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$),说明脾虚湿困组和气滞血瘀组患儿凝血功能下降,凝血时间延长,纤溶活性亢进,易致出血。

本研究对婴儿CMV肝炎患者临床血液指标进行分析,发现不同证型的患儿在肝功能、红细胞参数、血小板参数和凝血指标方面具有差异,为婴儿CMV肝炎的中医辨证提供了初步依据。但本研究仍具有一定的局限性,一是样本量不够大,二是应综合考虑发病时间、病情轻重、地域等因素,开展大样本、多中心的临床研究,揭示婴儿CMV肝炎患儿中医证型与临床血液指标的关系,以更好地指导婴儿CMV肝炎的诊疗。

参考文献:

- [1] 曾庆贺,孟艳,李玉香.巨细胞病毒性肝炎研究进展[J].临床肝胆病杂志,2023,39(6):1431-1439.
- [2] RIZIKI Y N,舒赛男.再论儿童巨细胞病毒肝炎的诊治[J].中华肝脏病杂志,2021,29(1):13-15.
- [3] BILAVSKY E, SCHWARZ M, BAR - SEVER Z, et al. Hepatic involvement in congenital cytomegalovirus infection - infrequent yet significant[J]. J Viral Hepat, 2015, 22(9): 763-768.
- [4] 顾敏勇,杨燕,孙彦丽,等.中医儿科临床诊疗指南·胎黄(修订)[J].中医儿科杂志,2018,14(2):5-9.
- [5] 王天有,申昆玲,沈颖,等.诸福棠实用儿科学(第9版)[M].北京:人民卫生出版社,2022:1002-1007.
- [6] 中华医学会儿科学分会感染学组,全国儿科临床病毒感染协作组.《中华儿科杂志》编辑委员会.儿童巨细胞病毒性疾病诊断和防治的建议[J].中华儿科杂志,2012,50(4):290-292.
- [7] 莫雪.肝病患儿贫血状况调查:一项回顾性研究[D].长春:吉林大学,2018.
- [8] 闫旭,王文静,赵丹彤.酒精性肝硬化患者贫血特征分析[J].临床肝胆病杂志,2022,38(8):1806-1812.
- [9] DAWIDOWSKI J, PIETRZAK A. Rare causes of Anemia in liver diseases[J]. Adv Clin Exp Med, 2022, 31(5): 567-574.
- [10] 李月,代震宇,黄佳佳,等.不同程度肝损伤患者红细胞分布宽度与凝血酶原时间的差异[J].重庆医学,2017,46(36):5074-5075,5080.
- [11] LEE H W, KANG W, KIM B K, et al. Red cell volume distribution width - to - platelet ratio in assessment of liver fibrosis in patients with chronic hepatitis B[J]. Liver Int, 2016, 36(1): 24-30.
- [12] 林岩,李汛.血小板在慢性肝病中的研究现状[J].临床肝胆病杂志,2017,33(11):2243-2246.
- [13] 卢振,王瑜芬.凝血指标和血小板参数在肝病进展中的变化规律[J].国际检验医学杂志,2017,38(7):921-923.
- [14] 刘顺,秦梦,汤绍迁.晚期血吸虫病肝硬化和乙型肝炎肝硬化患者凝血相关参数比较分析[J].中国血吸虫病防治杂志,2017,29(1):68-71,76.

[15] PENG J L,HE G L,CHEN H,et al. Study on correlation between coagulation indexes and disease progression in patients with cirrhosis[J]. Am J Transl Res,2021,13(5):4614-4623.

[16] LIU J,XU D,XIA N,et al. Anticoagulant activities of indobufen, an antiplatelet drug[J]. Molecules,2018,23(6):1452.

[17] 夏洪艳,苏庸春,温贤浩. 新生儿期纤维蛋白原降低研究进展[J]. 儿科药学杂志,2019,25(6):63-66.

[18] HE S,BLOMBÄCK M,BOSTRÖM F,et al. An increased tendency in fibrinogen activity and its association with a hypo-fibrinolytic state in early stages after injury in patients without acute traumatic coagulopathy (ATC)[J]. J Thromb Thrombolysis,2018,45(4):477-485.

Study on Differences in Clinical Blood Indicators Among Different TCM Syndromes of Infantile Cytomegalovirus Hepatitis

GUO Ziyun¹, DU Lina¹, QIU Mengyao², XIE Xiaoxuan¹, YANG Yan¹

1. Beijing Children's Hospital, Capital Medical University, National Center for Children's Health, Beijing 100045, China;
2. Xi'an Hospital of Traditional Chinese Medicine in Shaanxi Province, Xi'an 710021, China

Abstract Objective: To investigate the differences in clinical blood indicators among infants with cytomegalovirus (CMV) hepatitis of different Traditional Chinese Medicine (TCM) syndromes, providing reference for clinical syndrome differentiation. Methods: A total of 120 infants meeting the diagnostic criteria for cytomegalovirus hepatitis were consecutively enrolled from Beijing Children's Hospital, Capital Medical University, from Febuary 2022 to Febuary 2024, including 40 cases each of dampness-heat internal accumulation syndrome, spleen deficiency with dampness retention syndrome, and qi stagnation with blood stasis syndrome. Differences in red blood cell parameters, platelet parameters, coagulation function, and liver function indicators were compared among the syndromes. Results: No significant differences were found in gender or age among the groups ($P>0.05$). The disease duration was longer in the spleen deficiency with dampness retention group and qi stagnation with blood stasis group compared to the dampness-heat internal accumulation group ($P<0.01$). Regarding liver function, the qi stagnation with blood stasis group had higher GGT levels than the dampness-heat internal accumulation group ($P<0.01$), while the spleen deficiency with dampness retention group showed higher ALT levels ($P<0.01$). Both spleen deficiency with dampness retention and qi stagnation with blood stasis groups exhibited higher AST, TBIL, DBIL, and TBA levels than the dampness-heat internal accumulation group ($P<0.05$, $P<0.01$). The qi stagnation with blood stasis group had higher TBIL, DBIL, and TBA levels than the spleen deficiency with dampness retention group ($P<0.01$). In red blood cell parameters, the spleen deficiency with dampness retention and qi stagnation with blood stasis groups showed lower RBC, HGB, and HCT but higher RDW compared to the dampness-heat internal accumulation group ($P<0.05$, $P<0.01$). Platelet analysis revealed higher PLT in the qi stagnation with blood stasis group than in the spleen deficiency with dampness retention group ($P<0.01$). Coagulation tests demonstrated longer PT and higher INR in the qi stagnation with blood stasis group ($P<0.01$) but lower FIB ($P<0.05$) versus the dampness-heat internal accumulation group. The spleen deficiency with dampness retention group had prolonged APTT ($P<0.05$). Conclusion: Significant differences exist in blood indicators among different TCM syndromes of infantile cytomegalovirus hepatitis, providing a theoretical basis for clinical syndrome differentiation.

Key words Cytomegalovirus hepatitis; TCM syndrome; Clinical indicators