

HBeAg(+)和HBV-DNA(+)

1.3 纳入标准

(1)符合上述诊断标准;(2)ALT≤正常值10倍,总胆红素(TBil)≤34.2μmol/L;(3)年龄14~60岁。

1.4 排除标准

(1)重叠嗜肝病毒感染;(2)妊娠期或哺乳期妇女;(3)肝硬化或癌症病例;(4)酒精性肝炎、药物性肝炎。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

治疗组采用补肝益肾汤(组成:黄芪、黄精、黄芩、菟丝子、女贞子、枸杞子等,由我院制剂室制备成500ml药液,瓶装备用),每次250ml口服,每日2次,连用180天。苦参素注射液(宁夏绿谷药业生产,200mg/支,批号:20020118)600mg,每日1次,肌肉注射,连用180天。对照组单用干扰素(北京远策药业公司生产,批号:20020120),300万单位,肌肉注射,每日1次,连用10天后改为隔日1次连用180天。治疗期间两组患者均不使用降酶药物及其他抗病毒和免疫调节药物。

2.2 观察指标及方法

ALT、天冬氨酸转氨酶(AST)、TBil、白蛋白(Alb)、球蛋白(Glb)采用自动生化分析仪分别在治疗阶段的第0、3、6个月及治疗结束后6个月各检测1次。血清病毒学指标包括HBV-M(ELISA法)及HBV-DNA(PCR法),同样在治疗阶段的第0、3、6个月及治疗结束后1个月各检测1次。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

参照2000年9月西安中华医学会传染病与寄生虫病学会肝病分会联合修订的《病毒性肝炎防治方案》制订。(1)完全应答(显效):ALT复常,HBV-DNA、HBsAg、HBeAg均阴转;(2)部分应答(有效):ALT复常,HBV-DNA、HBeAg阴转,但HBsAg仍阳性;(3)无应答(无效):未达到上述指标者;(4)持续应答:完全应答(显效)或部分应答(有效)者,停药6个月仍为显效或有效者。

3.2 两组总体疗效比较

疗程结束时治疗组76例中HBeAg、HBV-DNA同时阴转伴血清ALT正常者23例,部分应答率30.26%,对照组分别为21例、28.00%,两组比较差异无显著性意义。停药6个月治疗组显效2例,有效18例,持续应答率26.31%;对照组分别为0例、10例、13.33%,治疗组持续应答率明显优于对照组(P<0.05)。

3.3 两组不同时间HBeAg、HBV-DNA阴转率比较

治疗组HBeAg、HBV-DNA阴转率在治疗阶段的第3、6个月及治疗结束后6个月时分别为15.79%(12/76)、11.84%(9/76)、34.21%(26/76)、31.58%(24/76)、38.16%(29/76)、28.95%(22/76);对照组HBeAg、HBV-DNA阴转率在治疗阶段的第3、6个月及治疗结束后6个月时分别为14.67%(11/75)、10.67%(8/75)、32.00%(24/75)、29.33%(22/75)、22.67%(17/75)、14.67%(11/75)。治疗6个月后,治疗组HBeAg、HBV-DNA阴转率明显高于对照组(P<0.05)。

3.4 两组血清ALT复常率比较

治疗组和对照组治疗前血清ALT高于正常者分别为71例和69例,治疗后两组的ALT复常率分别为69.01%(49/71)、56.52%(39/69),差异无显著性意义(P>0.05)。治疗结束后6个月时两组的ALT复常率分别为76.06%(54/71)、59.42%(41/69),与治疗后相比均有不同程度递增,且治疗组明显优于对照组(P<0.05)。

3.5 不良反应

苦参素注射局部出现硬结,发生率7.89%(6/76);干扰素除流感样症候群外,尚有一过性骨髓抑制,发生率12.00%(9/75),未影响治疗。

4 讨论

中医学认为,肝胆是湿热之邪易侵部位,“邪之所凑,其气必虚”,肝气虚证在慢性肝炎发生发展过程中起着重要作用。现代医学研究表明,湿热与慢性肝炎HBV复制、肝组织病变有一定关系。补肝益肾汤由黄芪、黄精、黄芩、菟丝子、女贞子、枸杞子、白花蛇舌草等组成,补肾同时又可充实肝体,具“虚则补其母”之意;苦参素具有良好的抗病毒效应,二者配合可能通过免疫调节、打破免疫耐受继而进行HBV的免疫清除。同时发现,补肝益肾汤联合苦参素能有效抑制HBeAg、HBV-DNA,且与疗程呈正相关。

中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期28例

成都中医药大学附属医院急诊科(610072)

李 康 张晓云

我们对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者在西医常规治疗基础上给予中药宣肺化痰平喘治疗,在改善患者呼吸状况、减轻呼吸肌疲劳和缩短住院时间等方面较单纯西医常规治疗有一定优势,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

所选病例均来自成都中医药大学附属医院急诊科住院部。治疗组28例,男性16例,女性12例;年龄53~79岁,平均(67.25±5.28)岁;病程5~23年。对照组26例,男性12例,女性14例;年龄55~80岁,平均(68.6±4.36)岁;病程6~21年。两组患者一般资料经统计学处理差异无显著性意义(P>0.05),具有可比性。

1.2 慢性阻塞性肺疾病诊断标准

参照中华医学会呼吸病分会《慢性阻塞性肺疾病诊断指南》。急性加重期依据病史(咳嗽气促加重、痰量增多、痰色由白转黄,或出现脓性痰,或伴心悸浮肿)、体征(紫绀或紫绀加重、肺部听诊有大小不等的湿啰音)及血常规(白细胞计数增多或中性粒细胞百分比增高)、X线胸片(肺部感染征象)等诊断。动脉血气二氧化碳分压(PaCO₂)>50mmHg,氧分压(PaO₂)<60mmHg,pH<7.30。

1.3 中医证候诊断标准

咳嗽气促,胸部满闷如塞,不能平卧,痰量增多,痰黏难咳、

咳嗽无力或痰色由白转黄,唇舌紫绀,或心悸浮肿,证属痰浊蕴肺、肺气闭郁者。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

对照组给予西医常规治疗,包括抗生素、祛痰剂、 β 受体激动剂、溴化异托品、糖皮质激素等,持续低流量吸氧。治疗组在常规治疗基础上,加用中药协定处方 1 号(由麻黄、杏仁、全瓜蒌、薤白等组成),患者若出现呼吸疲劳、呼吸困难不缓解,且 pH 值 >7.20 ,予无创机械通气。若出现下列情况予气管插管、有创机械通气:pH 值 ≤ 7.20 伴 PaCO₂ 进行性升高,或低氧血症不能纠正;严重意识障碍(昏睡、昏迷等);呼吸或心跳停止;呼吸频率 <8 次/分钟,或 >40 次/分钟。

2.2 观察指标

记录治疗前后呼吸困难评分、辅助呼吸肌评分、PaCO₂、PaO₂、pH 值及呼吸困难缓解时间、住院时间。

3 治疗结果

3.1 两组治疗前后 pH、PaCO₂、PaO₂ 值变化比较

治疗组治疗前后 pH 值、PaCO₂、PaO₂ 分别为(7.23 $\pm$ 0.05)、(7.39 $\pm$ 0.06)、(81.20 $\pm$ 8.91) mmHg、(52.60 $\pm$ 9.25) mmHg、(40.72 $\pm$ 7.73) mmHg、(74.83 $\pm$ 8.45) mmHg;对照组分别为(7.23 $\pm$ 0.07)、(7.38 $\pm$ 0.05)、(81.62 $\pm$ 7.62) mmHg、(53.12 $\pm$ 9.35) mmHg、(41.21 $\pm$ 8.05) mmHg、(75.24 $\pm$ 9.08) mmHg。两组治疗后 pH、PaCO₂、PaO₂ 值与本组治疗前比较差异有显著性意义($P<0.05$),但组间比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

3.2 两组治疗前后呼吸困难评分、辅助呼吸肌评分变化比较

两组治疗后呼吸困难评分、辅助呼吸肌评分比较均有明显改善($P<0.05$),且治疗组较对照组改善明显($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后呼吸困难缓解时间、住院时间变化比较

治疗后治疗组呼吸困难缓解时间、住院时间均明显短于对照组,差异有显著性意义($P<0.05$)。

3.4 不良反应

治疗期间治疗组 3 例予机械通气,对照组 5 例予机械通气,两组机械通气率差异无显著性意义($P>0.05$)。治疗组死亡 1 例,对照组死亡 2 例,两组病死率(指此次住院期间的病死率)比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

4 讨论

慢性阻塞性肺疾病急性加重期的主要病机为痰浊蕴肺、肺气闭郁,治宜宣肺化痰平喘。中药协定处方 1 号宣肺平喘,祛痰宽胸,现代药理研究表明,麻黄可松弛支气管平滑肌、抗炎抗菌、增强免疫力;杏仁止咳抗炎,促进肺泡表面活性物质合成;瓜蒌抗炎抑菌、增强免疫力,抑制血小板聚集;薤白松弛支气管平滑肌、抗炎抗菌,促进纤维蛋白溶解,抑制血小板聚集。研究结果表明,治疗组与对照组在动脉血气、机械通气率、病死率方面比较差异无显著性意义($P>0.05$),未提示中药在改善动脉血气、降低机械通气率及病死率方面有明显优势,但不能排除样本量太少的因素;在呼吸困难评分、辅助呼吸肌评分、呼吸困难缓解时间、住院时间方面,治疗组明显优于对照组($P<$

0.05),提示中药在缓解呼吸困难、减轻呼吸疲劳、缩短住院时间方面有一定优势。

自拟通络荣筋汤治疗糖尿病周围神经病变 18 例

浙江省湖州市中医院(313000)

刘 军 高宪虹

糖尿病周围神经病变是糖尿病(DM)慢性并发症,发病率为 47%~90%,新诊断的 2 型糖尿病中有 12.4%~30%的发病率,并可导致其它慢性并发症,目前治疗效果尚不理想。我们应用自拟通络荣筋汤治疗糖尿病周围神经病变 36 例,收到满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 36 例均为本院门诊或住院患者,男性 21 例,女性 15 例,年龄 38~76 岁,平均 58 例,糖尿病病程(10.6 $\pm$ 6.2)年,糖尿病周围神经病变病程(3.5 $\pm$ 1.5)年。

1.2 诊断标准

36 例均符合(1999 年)WHO 糖尿病诊断标准。符合糖尿病周围神经病变的诊断标准:(1)四肢感觉异常,包括对称或单侧性肢体麻木,自发性疼痛,末端束缚感;(2)腱反射减弱或消失;(3)肌电图神经传导速度减慢;(4)足背动脉搏动正常;(5)排除其它神经疾患。

2 治疗方法

在饮食控制、运动及药物降糖、调脂的基础上,随机将空腹血糖(6.2 $\pm$ 1.6) mmol/L,餐后 2 小时血糖在(8.2 $\pm$ 2.2) mmol/L,糖化血红蛋白(7.4 $\pm$ 1.2)%的患者分为治疗组 18 例,对照组 18 例。治疗组应用自拟通络荣筋汤,每日 1 剂,水煎 400 ml,分上、下午服。方药组成:红花、赤芍、当归、川芎、牛膝各 12 g,葛根、生地黄、玄参、山茱萸、地龙各 15 g,苍术、地骨皮、枳壳各 10 g,黄芪、鸡内金各 20 g。皮肤温度减低者加桂枝 12 g。15 天为 1 个疗程。对照组应用维脑路通片 200 mg/次,每日 3 次,维生素 B₁ 片 20 mg/次,每日 3 次,维生素 B₁₂ 针 500 μ g,隔日 1 次肌注。15 天为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

(1)显效:临床症状麻木、疼痛消失,腱反射正常,肌电图神经传导速度较前增加 5 m/s;(2)有效:临床症状麻木、疼痛好转,腱反射有所改善,肌电图神经传导速度较前增加 <5 m/s;(3)无效:临床症状无改善,腱反射、肌电图传导速度无改变。

3.2 两组疗效比较

治疗组:显效 7 例、有效 9 例、无效 2 例,总有效率 88.8%。对照组:显效 3 例、有效 7 例、无效 8 例,总有效率 55.5%。两组比较,总有效率差异有显著性意义($P<0.05$)。

4 讨论

中医因痹致痹理论符合现代医学的认识,即长期高血糖、高血脂导致血液黏稠度增高,血液瘀滞,滋养神经的微血管基层膜增生,空腔狭窄,血供缓慢,供氧能力下降,神经细胞营养