

④刺激心肌内的 cAMP 生成^[2]。Autelitano 用 RT-PCR 法在大鼠肺组织检出 ADM 受体的高表达。ADM 及受体在肺内的广泛高表达提示 ADM 可能以自分泌或旁分泌形式在肺循环中起作用^[3]。Kakishita 等用 RIA 分析发现 COPD 患者血清 ADM 浓度显著增高,且随肺阻力增高而增高^[4]。肺是循环 ADM 和局部 ADM 作用与代谢的主要场所。降低 ADM 可认为是改善 COPD 的评定指标之一。提高动脉血氧分压和降低二氧化碳分压,可以改善缺氧组织器官的功能,缓解呼吸困难症状,延长生存时间,改善生活质量,被认为是影响 COPD 预后的重要措施之一。

中医认为,COPD 属于“久咳”、“喘证”、“肺胀”等范畴,临床以“咳”、“痰”、“喘”多见,按照中医“久病多瘀”理论,辨证多为痰瘀阻肺,痰热和瘀血既是该病的主要病理产物,又是该病的主要致病因素。我们从清肺化痰、活血化瘀着手,在常规西药治疗 COPD 的基础上合用活血清肺饮治疗 COPD 患者,发现可明显降低 ADM,改善 COPD 患者血气分析中低 PaO₂ 和高 PaCO₂ 状态,从而改善 COPD 患者的临床症状。方中以黄芩、法半夏、当归为君药,清肺化痰,活血养血;红花、赤芍活血化瘀,桑白皮、陈皮清热理气化痰为臣药;桃仁活血,桔梗开宣肺气,茯苓健脾化痰共为佐药。诸药合用,共达清肺化痰,活血化瘀之功效。

参考文献

- [1] Jeffery PK. Difference and similarities between chronic obstructive pulmonary disease and asthma [J]. Clin Exp Allergy, 1999, 29(Suppl 2):14-26.
- [2] Kitamura K, Kangawa K, Kawamoto M, et al. Adrenomedullin: a novel hypotensive peptide isolated from human pheochromocytoma [J]. Biochem Biophys Res Commun, 1993, 192(2):553-560.
- [3] Autelitano DJ. Cardiac expression of genes encoding putative a drenomedullin/calcitonin gene related peptide receptors. Biochem Biophys Res Commun, 1998, 250(3):689-693.
- [4] Kakishita M, Nishikimi T, Okano Y, et al. Increased plasma levels of adrenomedullin in patients with pulmonary hypertension[J]. Clin Sci (Lond), 1999, 96(1):33-39.

中药联合激光治疗糖尿病性黄斑水肿 27 例

孙瑞雪 赵 宁 邸平会 王建仓

(河北省石家庄市第一医院眼科,050011)

糖尿病性视网膜病变是糖尿病患者最常见且最严重的并发症,而糖尿病性黄斑水肿则是糖尿病视网膜病变的主要组成部分,是引起患者视力损害和丧失的主要原因。我们通过对治疗组的糖尿病视网膜病变Ⅳ期患者在全视网膜光凝治疗的同时辅以滋阴凉血、平肝健脾中药治疗,与单纯行全视网膜光凝的对照组进行了对照研究,以探讨中药对糖尿病性视网膜病变的疗效,现报告如下。

1 临床资料

病例选取 2005 年 8 月~2007 年 2 月我院眼科门诊完成全程随访的患者 52 例 96 眼,根据中华医学会 1984 年制定的临床分期标准,52 例患者均确诊为 2 型糖尿病,经眼底镜及眼底荧光血管造影诊断为糖尿病性视网膜病变Ⅳ期,且无严重的高血

压、肾脏疾病,无眼外伤及内眼手术史,无其他玻璃体及视网膜病变的患者。随机分为两组,治疗组 27 例 49 只眼,年龄 49~74 岁,平均 58.9 岁;糖尿病病程 7~26 年,平均 16.9 年;男 15 例 28 只眼,女 12 例 21 只眼。对照组 25 例 47 只眼,年龄 46~73 岁,平均 61.5 岁;糖尿病病程 8~27 年,平均 17.3 年;男 12 例 22 只眼,女 13 例 25 只眼。两组患者在年龄、性别、病程方面差异无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

两组患者均用波长为 547nm 的氦黄激光行黄斑“C”字形格栅光凝;用波长为 531nm 的氦绿激光行全视网膜光凝。所有患者的光凝治疗均由同一医师操作,分 4 次完成。同时与内分泌科合作将患者的空腹血糖控制在 7.8mmol/L 以下。治疗组除光凝治疗外,加滋阴凉血散瘀汤(自拟方:生地 15g,玄参 10g,牡丹皮 10g,玉竹 10g,知母 10g,黄芩 10g,白茅根 30g,茜草 12g,槐花 10g,菊花 15g,白术 12g,山药 12g,陈皮 10g,桔梗 10g)水煎服,每日 1 剂,分 2 次口服,服用 1 年。

3 疗效观察

3.1 视力变化判断标准

治疗后视力增进≥国际标准视力表 2 行为视力进步;治疗后视力减退≥国际标准视力表 2 行为视力下降;除外以上标准者为视力无变化。治疗前视力低于 0.1 者,则以视力增减 0.02 为标准判断视力进步或下降。

3.2 黄斑区渗漏面积的测定

于治疗后 3 个月、6 个月、12 个月时复查眼底荧光血管造影,从眼底造影分析系统获取造影图像,应用图像处理软件 Photoshop 7.0 截取黄斑渗漏区域,形成新的图像,然后再用 B 超图像工作站手动描绘新图像的边界,利用 B 超图像工作站自带软件自动计算所截区域的面积。

3.3 黄斑水肿消退情况判断标准

黄斑区荧光素渗漏消失,视网膜肿胀消失为黄斑水肿完全消退;黄斑区荧光素渗漏范围缩小>20%为黄斑水肿部分消退;否则为不变或加重。

3.4 视野检查方法

所用仪器为瑞士 Octopus 101 视野计。分别于治疗前及治疗后 1 个月、12 个月时,对每眼行视野检查。用黄斑检测程序:0~5 45 点、5~10 36 点、10~30 38 点,共 119 点,作中心 30 视野检测,背景光亮度 4asb,光标大小 3ram,光标亮度 0.1ash(梯度调节),光标显示时间 100ms,观察黄斑阈值敏感度变化和中心 30 视野平均阈值敏感度变化,即中心 30 视野内各种刺激点光敏感度的算术平均值。

3.6 两组治疗前后治疗视力变化比较

治疗组治疗后 1 个月后视力进步、无变化、下降的眼数分别为 17 只眼、27 只眼、5 只眼;对照组分别为 18 只眼、24 只眼、5 只眼。治疗 3 个月后治疗组分别为 20 只眼、26 只眼、3 只眼;对照组分别为 19 只眼、23 只眼、5 只眼。治疗 6 个月后治疗组分别为 25 只眼、21 只眼、3 只眼;对照组分别为 15 只眼、26 只眼、6 只眼。治疗 12 个月后治疗组分别为 24 只眼、21 只眼、4 只眼;对照组分别为 13 只眼、26 只眼、8 只眼。两组比较,治疗 6 个月治疗后治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.7 两组黄斑水肿消退情况比较

治疗组 3 个月后治疗组黄斑水肿完全消退 18 只眼,部分消退 27 只眼,改变或加重 4 只眼;对照组分别为 15 只眼、29 只眼、3 只眼。治疗 6 个月后,治疗组分别为 22 只眼、24 只眼、3 只眼;

对照组分别为 13 只眼、27 只眼、7 只眼。治疗 12 个月后治疗组分别为 22 只眼、24 只眼、3 只眼;对照组分别为 12 只眼、28 只眼、7 只眼。两组比较,治疗 6 个月、12 个月后,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.8 两组视野变化

治疗前两组视野阈值敏感度无明显差异($P>0.05$),治疗后 1 个月及 12 个月时阈值敏感度均下降,但治疗组与对照组阈值敏感度下降差异有显著性,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

4 讨论

糖尿病性黄斑水肿光凝治疗后改善了视网膜氧的供给,引起视网膜阻力血管(小动脉)自主调节性收缩,使阻力血管的压力升高,从而降低毛细血管和静脉的流体静力压,减轻视网膜及黄斑水肿^[1]。但光凝治疗并不是对所有的糖尿病性视网膜病变都有效,如果应用不当,也有可能带来严重的不良反应,加速病情进展。即使正确的光凝治疗本身也是一个病理过程,也会对视力、视野造成一定的损害^[2]。

糖尿病性视网膜病变Ⅳ期多属中医学的阴虚燥热证,由阴虚血热,虚火上炎于目,灼伤目络所致。治以滋阴凉血、平肝健脾。方中生地黄、玄参、玉竹清热滋阴,润燥止渴;牡丹皮、茜草、白茅根、槐花凉血止血,活血化瘀;知母、黄芩、菊花清热平肝明目;白术、山药、陈皮健脾理气,使诸药清热滋阴而不伤脾胃之气;桔梗宣肺以载药上行。研究证实,中药联合激光治疗可更有效地改善糖尿病患者视网膜的血液循环,降低视网膜毛细血管的渗漏,减轻视网膜及黄斑水肿,使患者视力得到一定改善,减少视野损害,同时有利于患者血糖的稳定。

参考文献

[1] Stefansson E. The therapeutic effects of refinal laser treatment and vitrectomy. A theory based on oxygen and vascular physiology [J]. Acta Ophthalmol Scand, 2001, 79 (5): 435-440.
[2] 李瑞峰主编. 眼科激光治疗学概要[M]. 北京:人民卫生出版社, 1998: 99.

黄白液治疗复发性生殖器疱疹 54 例

陈晋广 杨志波 刘翔

(浙江省台州市立医院皮肤科, 318000)

生殖器疱疹(GH)主要由 HSV-Ⅱ型疱疹病毒感染引起,由于 HSV 在人体内不产生永久性免疫力,故本病容易复发。临床上 GH 反复发作,不易治愈的倾向与患者细胞免疫功能紊乱有关,因此,调节机体免疫机能是控制 GH 复发的关键。我们前期应用中药黄白液治疗 GH 取得了较好疗效,对其药物作用机制进行了初步的探讨^[1,2]。为进一步完善黄白液治疗 GH 药效学机制,本文就复发性 GH 患者经黄白液治疗前后细胞免疫功能进行检测,报告如下。

1 临床资料

73 例 GH 患者均来自我院皮肤性病科门诊,其中男 40 例,女 33 例;发病年龄 18.5~36 岁,平均(27.5±4.5)岁;病程 1~24 个月,平均 11 个月。将 73 例患者随机分为两组,治疗组 54 例,对照组 19 例,两组临床资料具有可比性($P>0.05$)。凡肝肾功能不全、免疫功能低下、妊娠和哺乳期或不能完成本研究规定疗程以及 1 周内服用抗病毒药、3 个月内接受过免疫抑制剂

或皮质类固醇制剂(系统或局部)治疗者,均作为剔除病例。另选健康体检者 30 人作正常对照,其中男 20 例,女 10 例;年龄 19~37 岁,平均(28.5±5.0)岁。

2 治疗方法

治疗组口服中药黄白液(由黄芪、白花蛇舌草、大青叶、板蓝根等药物组成,由本院药剂科提供,每袋 100ml 相当于生药 120g),每次 1 袋,每日 2 次。对照组口服阿昔洛韦片(丽珠集团丽珠制药厂生产),每次 200mg,每日 5 次。疗程均为 2 个月。

3 疗效观察

3.1 各组治疗前后外周血 T 淋巴细胞亚群变化比较

治疗前两组 GH 患者外周血 CD4⁺细胞百分数、CD4⁺/CD8⁺比值低于正常组,差异有显著性($P<0.01$);CD8⁺细胞百分数明显高于正常组($P<0.01$);CD3⁺与正常组比较无显著性差异($P>0.05$)。治疗后治疗组 GH 患者 CD4⁺细胞百分数、CD4⁺/CD8⁺比值明显高于治疗前及对照组($P<0.01$);CD8⁺细胞百分数明显低于治疗前及对照组($P<0.01$)。

3.2 各组治疗前后血清 IL-2、sIL-2R 变化比较

健康组 IL-2、sIL-2R 值分别为(3804.1±400.2) U/L、(248.9±102.3) U/L;治疗组治疗前后 IL-2、sIL-2R 值分别为(2781.1±576.5) U/L、(3287.9±456.8) U/L、(410.5±129.4) U/ml、(300.9±400.1) U/ml;对照组分别为(2811.9±519.7) U/L、(2910.5±558.7) U/L、(419.8±120.1) U/ml、(398.8±89.97) U/ml。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

机体免疫功能正常是维持潜伏感染的关键,免疫功能低下是引起潜伏病毒被激活的主要原因。本组研究结果显示, GH 患者外周血 CD4⁺细胞百分数、CD4⁺/CD8⁺比值降低,CD8⁺细胞百分数高于正常组。提示辅助性 T 细胞减少;抑制性 T 细胞增加,说明细胞免疫功能受抑制。sIL-2R 是由 IL-2 介导免疫反应的调节拮抗蛋白,一方面可能竞争性抑制 IL-2 与 T 细胞表面调节膜 IL-2 受体结合;另一方面中和活化 T 细胞的 IL-2,使 IL-2 廓清加速,从而抑制了 T 细胞的增殖反应。因此,调节和提高 GH 患者的细胞免疫功能对控制本病的复发,有着重要的意义。

中医认为,生殖器疱疹为交媾不洁,外感淫邪湿毒,下注阴部而发疱疹。反复发作者为湿热秽毒蕴于阴部,日久耗气伤阴,淫秽之邪缠绵难去,致病情经久不愈。我们按照中医“扶正祛邪,邪去则正安”的原理,采用益气养阴,清热利湿解毒之法组方黄白液。全方由黄芪、白花蛇舌草、大青叶、板蓝根等药物组成。其中黄芪益气托毒、排脓生肌,扶正治本为君药;白花蛇舌草清热解毒利湿为臣药;大青叶、板蓝根清热解毒为佐药。全方针对 GH 湿热淫毒久羁,灼伤气阴,正气不足,正虚邪恋之病机,扶正驱邪,标本兼治。

参考文献

[1] 刘翔, 杨志波, 匡琳. 黄白液治疗复发性生殖器疱疹的临床研究及其对患者 IL-12 的影响[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2007, 21(3): 162-164.
[2] 任小丽, 陈晋广. 中药黄白液联合阿昔洛韦治疗复发性生殖器疱疹疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2006, 5(3): 146.

[编辑:黄健]