

鸡矢藤与柴芍六君子汤配伍使用,方中以鸡矢藤消胀除满、行气导滞;柴胡疏肝解郁,使肝气得有条达;白芍柔肝缓急,使柴胡升散而无耗阴伤血之弊;党参、茯苓、白术、甘草健脾益气而补虚;半夏、陈皮理气和胃以降浊。诸药相伍,共奏疏肝健脾和胃之功,临床应用取得满意疗效。

(收稿:2005-01-20 修回:2005-09-14)

慢性乙型肝炎湿热蕴脾证患者 IFN- γ 及 IL-10 水平的研究

福建中医学院 (福州 350003)

陈锦芳 郑春素

为了探讨细胞因子在慢性乙型肝炎(简称慢乙肝)中医各证型中的作用,本课题选择临床上常见的慢乙肝湿热蕴脾证开展研究,通过动态观察慢乙肝湿热蕴脾证患者治疗前后 γ -干扰素(IFN- γ)及白细胞介素-10(IL-10)水平的变化,了解细胞因子对慢乙肝湿热蕴脾证病理机制的影响,进而为慢乙肝的中医辨证治疗打开新的思路。

资料与方法

1 临床资料 60 例均为福州市传染病医院 2004 年 2 月—2004 年 12 月住院的慢乙肝湿热蕴脾证患者,慢乙肝诊断标准参照中华医学会传染病与寄生虫病学分会肝病学分会联合制定的病毒性肝炎防治方案[中华传染病杂志 2001;19(1):56-62];中医辨证参照《中药新药临床研究指导原则》[郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行). 北京:中国医药科技出版社,2002:371-372],并排除慢乙肝合并有丙型肝炎病毒、丁型肝炎病毒重叠感染者,合并发热及消化道、呼吸道、泌尿道、腹腔感染等。采用单盲随机数字表法分为两组。常规治疗组 30 例,男 26 例,女 4 例;年龄 19~58 岁,平均(37.57±10.93)岁;病程 1~3 个月,平均病程(1.93±0.90)个月。加服中药组 30 例,男 28 例,女 2 例;年龄 19~57 岁,平均(38.03±10.77)岁;病程 1~3 个月,平均(1.98±0.96)个月。经方差齐性检验,两组间在性别、年龄、病程、病情方面差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法 常规治疗组用西药阿拓莫兰(重庆药友制药有限公司,批号:H 20040435)1.2 g,每天 1 次;苦参素注射液(正大天晴药业股份有限公司,批号:H 20010756)200 ml,每天 1 次,静脉滴注治疗。加服中药组在常规治疗的基础上加服中药茵芍散加减:茵陈 15 g 赤芍 9 g 白芍 9 g 白术 10 g 茯苓 10 g

黄芪 10 g 丹参 6 g 白花蛇舌草 12 g 等,每天 1 剂,水煎服,连续服 1 个月。观察两组治疗前及治疗 1 个月后 IFN- γ 、IL-10 指标变化、肝功能变化及中医证候积分的变化。

3 观察项目及检测方法

3.1 IFN- γ 及 IL-10 测定 用双抗体夹心 ELISA 法检测,具体步骤按试剂盒(由美国 Genzyme 公司生产,深圳晶美生物工程有限公司提供)说明书严格操作。

3.2 肝功能和病原学指标测定 ALT、AST、TBIL 采用速率法,应用 BECKMAN 全自动生化分析仪,试剂盒由 BECKMAN 公司提供;HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb 定性检测;采用酶联免疫法,试剂盒由 Abbott 公司提供。

3.3 中医证候积分及疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》,根据主要症状轻重程度进行评分,轻(+),中(++),重(+++),按 1 个(+)记 1 分,症状无或正常记 0 分,症状消失记 0 分,各个症状、体征得分相加为总分。

4 统计学方法 所有数据均用 $\bar{x} \pm s$ 表示。计量资料采用 t 或 t' 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用 Ridit 检验。应用 SPSS 11.0 统计软件处理。

结 果

1 两组患者治疗前后 IL-10 及 IFN- γ 的变化见表 1。慢乙肝湿热蕴脾证患者治疗前 IL-10 升高,IFN- γ 降低,与正常值比较,差异均有显著性($P<0.01$)。两组间比较,差异无显著性($P>0.05$)。治疗后两组 IFN- γ 均升高,与治疗前比较,差异有显著性($P<0.01$),且加服中药组较常规治疗组升高明显($P<0.01$),而 IL-10 差异无显著性($P>0.05$)。

表 1 慢乙肝湿热蕴脾证患者治疗前后 IL-10 及 IFN- γ 的变化 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	IL-10	IFN- γ
加服中药	30	治疗前	62.76±51.21 [*]	352.73±70.55 [*]
		治疗后	53.91±13.90	777.47±385.63 ^{▲▲}
常规治疗	30	治疗前	61.40±24.06 [*]	329.80±146.79 [*]
		治疗后	59.29±20.11	334.50±154.43 [▲]
正常值	30		39.99±6.02	465.00±184.76

注:与正常值比较,^{*} $P<0.01$;与本组治疗前比较,[▲] $P<0.01$;与常规治疗组治疗后比较,^{▲▲} $P<0.01$;正常值来源于 30 名健康人

2 两组治疗前后 ALT、AST、TBIL 的变化比较见表 2。两组治疗前比较,ALT、AST、TBIL 差异无显著性($P>0.05$);两组治疗后 ALT、AST、TBIL 均下降,与治疗前比较差异均有显著性($P<0.05$ 或 $P<$

0.01);两组治疗后比较,ALT、AST、TBIL 差异均无显著性($P>0.05$)。

表 2 两组治疗前后 ALT、AST 及 TBIL 变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	ALT (IU/L)	AST (IU/L)	TBIL ($\mu\text{mol/L}$)
加服中药	30	治疗前	259.56 ± 65.35	242.24 ± 258.36	68.41 ± 38.91
		治疗后	86.40 ± 34.85**	84.23 ± 41.54**	30.52 ± 12.66**
常规治疗	30	治疗前	263.54 ± 54.47	221.28 ± 244.26	59.17 ± 34.13
		治疗后	95.13 ± 29.25**	103.90 ± 43.65*	38.97 ± 21.80**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

3 两组患者治疗前后病原学指标的变化 两组患者各有 1 例 HBeAb 由阴转阳,其余患者治疗前后 HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HcAb 无变化。

4 两组患者治疗前后中医证候积分的变化 加服中药组和常规治疗组治疗前中医证候积分分别为(9.43 ± 1.92)分、(9.43 ± 1.72)分,差异无显著性($P>0.05$);治疗后中医证候积分均下降,分别为(1.93 ± 1.80)分、(3.10 ± 1.84)分,与治疗前比较差异均有显著性($P<0.01$);两组中医证候积分下降程度比较,差异亦有显著性($P<0.05$)。

讨论 本研究表明,慢乙肝湿热蕴脾证患者 IFN- γ 水平降低,IL-10 水平升高,是慢乙肝病情慢性化的重要因素之一;中医辨证用药能有效调节患者的免疫功能,临床上应予重视。

(收稿:2005-08-05 修回:2005-09-19)

中药配合经宫腔镜子宫内膜切除治疗 顽固性月经过多的临床观察

浙江省诸暨市中医院 (浙江 311800)

陈建凤 赵越秀 翁霞 俞菊红
周剑萍 楼玲芳

我院自 2003 年 6 月—2004 年 6 月对 60 例有药物治疗史 0.5 年以上的顽固性月经过多患者予中药配合宫腔镜子宫内膜切除术(TCRE),疗效确切,报告如下。

资料和方法

1 临床资料 参照《中华妇产科学》(曹泽毅主编.北京:人民卫生出版社,2000:2125)与《现代宫腔镜诊断治疗学》(关铮编著.北京人民军医出版社,2001:219—220)月经过多诊断标准,每次月经总量 20~60ml 为正常量,超过 80ml 为月经过多。根据使用卫生巾数量初步估算,每个卫生巾含血量超过其面积的 1/3 至 2/3 为 1 个,每次使用卫生巾的个数超过 30 个为月经过多,16~30 个为正常量,6~15 个为少量,少万方数据

于 5 个为微量。并符合手术适应证:(1)符合月经过多,经药物治疗无改善或不能耐受副反应或停药复发。(2)40 岁以上,无生育要求,但不愿切除或不能耐受子宫切除。(3)经妇科及 B 超检查无明显器质性病变。(4)宫颈管与宫腔深 ≤ 12 cm,子宫内膜厚度 < 3 mm。(5)无子宫恶性肿瘤。(6)无急性生殖系统感染及重要脏器功能衰竭。按预约手术奇偶随机分成中药组和激素组各 30 例。中药组:平均年龄(42.5 ± 3.5)岁,每次行经使用卫生巾(34.3 ± 5.4)个,治疗史(15.6 ± 6.3)个月,伴头晕、乏力 15 例,诊刮史 1 次 23 例,2 次 7 例,子宫内膜厚度(0.9 ± 0.5)cm,血红蛋白(87.7 ± 10.4)g/L,有内科合并症 3 例。激素组:平均年龄(42.8 ± 3.3)岁,每次行经使用卫生巾(34.8 ± 5.1)个,治疗史(15.8 ± 6.1)个月,伴头晕、乏力 15 例,诊刮史 1 次 24 例,2 次 6 例,子宫内膜厚度(1.0 ± 0.3)cm,血红蛋白(87.3 ± 10.5)g/L,有内科合并症 4 例。两组一般资料经统计学处理,差异无显著性,具有可比性。

2 治疗方法 (1)纠正贫血:益血生 4 片,每天 3 次,口服至来院手术。(2)子宫内膜准备:中药组经期予举元煎加止血药:党参 15 g 黄芪 15 g 升麻 6 g 白术 12 g 炙甘草 6 g 阿胶 12 g(烊化) 乌贼骨 15 g 茜草根 12 g 地榆 12 g 血余炭 12 g 益母草 15 g 武火煎沸后文火再煎 30 min,早晚两次均煎 150 ml,每天 1 剂,连服 5 天。经前期用自拟方:党参 15 g 黄芪 15 g 白术 12 g 阿胶 12 g(烊化) 肉苁蓉 15 g 熟地 12 g 菟丝子 15 g 当归 10 g 制首乌 15 g 女贞子 15 g,煎药及服法同上,连服 5 天。16 例经期初诊者,用举元煎 2 个疗程;14 例经前期初诊者,举元煎加自拟方各 1 个疗程。激素组:参照《现代宫腔镜诊断治疗学》,予甲羟孕酮 30 mg,每天 1 次,连服 28 天。(3)手术治疗 术前米非司酮 75 mg,每 12 h 1 次,口服,2 次,术前 0.5 h 杜冷丁 50 mg 加阿托品 0.5 mg 肌肉注射或辅以鞍麻、腰麻、静脉麻醉。手术遵照《现代宫腔镜诊断治疗学》TCRE 操作常规。宫颈扩张器扩至 9 号,5%葡萄糖注射液持续灌流,宫腔压力保持 25 kPa 左右,电切功率 100 W,电凝 60 W,切除深度宫底及子宫前后侧壁约 5 mm 左右,两侧角肌层较薄 2~3 mm,测量所有切除组织,保证所取组织至少 2~3 mm 厚,>50 岁者切除全部内膜,<50 岁者切下组织 8~16 条,并做病理检查。

3 观察项目 术中一般情况、出血量、手术时间、术后阴道流血、月经变化、血红蛋白、头晕乏力等贫血症状改善情况,B 超监测子宫内膜厚度。