

中西医结合治疗顽固性复发性口腔溃疡 27 例临床观察

江世哲

(重庆市涪陵中心医院 重庆 408000)

关键词: 口腔溃疡; 转移因子; 中西医结合疗法; 中药煎剂

中图分类号: R 781.5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0059-02

复发性口腔溃疡在临床上颇为常见, 治疗棘手。顽固性复发性口腔溃疡患者常虽经多方治疗, 仍反复发作, 根治难度极大。本人 8 年来用中医辨证施治加用西药转移因子胶囊治疗, 疗效较好。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 27 例全部为门诊病例。其中女 11 例, 男 16 例; 年龄 20~29 岁 3 例, 30~39 岁 4 例, 40~49 岁 6 例, 50 岁以上 14 例; 病程半年以下者 2 例, 0.5~5 年 13 例, 5 年以上 12 例。

1.2 治疗方法 临床应用自拟基本方三个, 同时加用西药转移因子胶囊。一方用于口腔黏膜溃疡, 二方用于舌体溃疡, 三方用于复合性口腔溃疡。基本方药物组成如下: 一方: 石膏 30g、芦根 30g、花粉 20g、知母 20g、玄参 40g、麦冬 20g、连翘 15g、石斛 20g、炙甘草 10g。二方: 生地 30g、木通 6g、黄连 10g、知母 15g、黄柏 18g、炙龟板 15g、女贞子 20g、旱莲草 20g、生谷芽 30g、炒谷芽 30g、竹叶 10g、炙甘草 10g。三方: 生地 30g、知母 15g、石膏 30g、连翘 18g、芦根 30g、石斛 20g、黄连 10g、花粉 20g、炙龟板 15g、炒谷芽 30g、玄参 40g、天冬 15g、玉竹 20g、炙甘草 10g。若伴有便秘、脘痞呕恶者, 加麻仁、枳实、竹茹、酒军; 伴咽干口燥者, 加沙参、重用玄参、玉组 40 例, 对照组 38 例。肺结核诊断标准符合《内科学》第六版, 慢性乙肝诊断标准: 乙肝 HBV-DNA 阳性且存在下列之一者: (1) 肝功能有异常 ALT>40U/L, 无黄疸; (2) B 超示肝区光点增粗或门脉增宽 (门静脉 >12mm); (3) 白蛋白下降 (<38g/L)。

1.2 研究方法 两组同时使用 2HREZ/4HR 抗痨治疗。治疗组使用拉咪呋啉抗病毒治疗, 每次 100mg, 每日 1 次。对照组使用普通的护肝治疗 (甘利欣、中成药护肝片、维生素 C 等)。

1.3 研究结果 治疗组抗痨治疗期间有 4 例肝功能损害有加重趋势, 且使用护肝药及继续抗病毒治疗, 肝功能仍不能恢复正常而暂时中断抗痨治疗。对照组治疗期间有 24 例发生肝功能异常, 其中 10 例轻度异常, 经保肝治疗后肝功能恢复正常, 且皆继续原方案抗痨治疗; 另 14 例肝功能持续异常而中断抗痨治疗。

2 讨论

本组资料中, 治疗组抗痨治疗期间肝功能可长期稳定者达到 90%, 基本上不影响抗痨药的使用, 患者能很好地完成化疗, 使肺结核病得到及时、很好地治疗。而对照组肺结核患者在化疗期间肝功能异常率达 63%, 与文献报道类似^[2-3], 其中因为肝功能持续异常中断抗痨治疗者达 37%, 而反复停药很容易导致结核杆菌耐药的发生, 目前抗结核药种类非常有限, 一旦耐药发生就必需换用二、三线抗痨药, 费用高且疗效差。

在肺结核的治疗中, 通常要常规进行四联强化治疗, 而

竹; 伴口臭者, 加黄连、钩藤、焦楂; 若血常规检查提示白细胞总数或中性粒细胞增加者, 加蒲公英、鱼腥草等。中药以 15 剂为 1 个疗程, 每剂中药服 2d, 总计为 30d。西药用转移因子胶囊 2 粒, 2 次 /d, 30d 为 1 个疗程 (转移因子实行疗程内不间断服药)。

1.3 疗效观察 经 1 个疗程治愈者 3 例, 经 2 个疗程治愈者 8 例, 经 3 个疗程治愈者 16 例。其中 9 例患者经 2 年以上随访, 12 例患者经 3 年以上随访, 均未见复发。仅有 2 例患者在 3 年随访中有轻微复发, 症状较轻, 且一经治疗迅速好转。

2 典型病例

郭某, 男, 67 岁, 区少儿图书馆退休干部。2005 年 6 月 19 日就诊, 自诉 8 年前开始出现口腔溃疡, 发作时间不等, 有时间隔半个月, 有时间隔 1~3 个月, 鲜有超过 4 个月发作。发作前常有疲劳、外感或过食辛辣食物等诱因。发作后即出现口腔黏膜或舌体疼痛, 局部有灼热感, 随即出现溃疡, 喝水、进食或吞咽均可使疼痛加剧。曾服过多种西药、中成药和中药煎剂, 症状时有缓解, 但多不持久, 仍反复发作, 患者甚为痛苦, 伴有口干、大便不爽, 严重影响生活。刻诊: 左侧口腔黏膜可见 3 个溃疡, 右侧口腔黏膜可见 2 个溃疡, 上唇和下唇内侧黏膜各有 1 个溃疡, 均为豌豆大小, 溃疡局部隆起, 表面呈主要的抗结核药物异烟肼、利福平、吡嗪酰胺等大多存在不同程度的肝脏毒性, 慢性乙肝患者由于乙肝病毒的存在, 长期破坏肝细胞及组织肝血流灌注障碍, 肝血流量减少, 使药物清除率下降, 固有清除率减少, 也损害了药物的清除, 肝病患者血浆白蛋白含量下降, 其结合部位性质发生改变, 降低了药物与血浆蛋白的结合, 这些改变均导致多种药物清除变慢, 生物半衰期延长, 游离药物浓度增高, 从而增加药物毒性。

慢性乙肝抗病毒治疗是目前世界上最新的治疗手段, 乙肝的治疗已经由护肝模式转化为抗病毒模式, 特别是核苷类药物的出现更是为慢性乙肝患者提供了福音。我们对并存慢性乙肝病的肺结核病患者实施抗病毒治疗的标准基本符合慢性乙肝指南的标准, 既保证了抗痨的顺利进行又使乙肝得到了很好的治疗。所以, 对于慢性乙肝并存肺结核的患者应尽快实施抗病毒治疗, 使抗痨治疗能尽快、安全、有效、顺利地进行的, 本方法简单易行, 便于推广。

参考文献

[1] 中华医学会结核病分会. 肺结核诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2001, 24(2): 70
[2] 刘国栋, 高太俊, 储旭东, 等. 乙肝病毒标志物阳性肺结核患者抗结核治疗肝功能损害的观察 [J]. 医学理论与实践, 2004, 17(2): 138-139
[3] 马秀玲. 肺结核强化治疗对乙肝病毒携带者肝功能的影响[J]. 中国基层医药, 2004, 11(4): 448-449

(收稿日期: 2008-07-16)

白色,周围边界清楚,溃疡体呈不同程度的糜烂状,触之疼痛。血常规:正常。舌质红,苔黄厚腻,脉滑数。证属湿热蕴结、气机不畅的湿浊内阻证,多因患者长期嗜辛辣醇厚之物而致。处方:石膏 30g、芦根 30g、花粉 20g、知母 20g、玄参 40g、麦冬 20g、连翘 15g、石斛 18g、枳实 15g、酒军 10g(布包后下)、蒲公英 30g、厚朴 15g、淡竹叶 10g、滑石 20g、谷芽 30g、炙甘草 10g。连服 15 剂,并加用转移因子胶囊口服,每次 2 粒,每日 2 次,连服 1 个月。服药后,口腔黏膜疼痛减轻,溃疡明显好转,其后随访 2 年,病情无复发。

3 讨论

中药以石膏、芦根、花粉、知母、连翘、玄参清热、利湿、解

毒;麦冬、石斛、生地、龟板、玉竹滋肾、养阴、生津、凉血;女贞子、旱莲草滋肾养肝;黄连泻心经之火热;黄柏除下焦湿热;木通、竹叶使上中焦之火由水道渗下;谷麦芽健脾护胃抵消苦寒滋阴药可能的伤胃之嫌;甘草调和诸药。综观三方,既有清利,又有滋阴,既利湿热又兼固涩。现代研究证明,复发性口腔溃疡往往与机体免疫功能紊乱或低下相关。实验研究表明,转移因子胶囊通过激活 T 淋巴细胞诱导生维化因子,激活网状内皮系统的吞噬功能,显著提高 NK 细胞的杀伤活性,从而调节和改善机体的免疫系统而达到治愈复发性口腔溃疡的作用。中西相加,既治其本,又治其标,两者相辅相成,相得益彰,故能在临床上取得良效。

(收稿日期:2008-03-13)

安胰颗粒对重症急性胰腺炎患者血清细胞因子的影响 *

雷力民 田玉玲 邓洪彪
(广西中医学院附属瑞康医院 南宁 530011)

关键词:安胰颗粒;急性胰腺炎;细胞因子

中图分类号:R 657.51

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0060-02

急性胰腺炎是临床常见病,其临床分型与疾病的发展和预后密切相关,轻症急性胰腺炎(mild acute pancreatitis, MAP)病情常呈自限性,预后良好;重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)病情凶险,病变进展快,并发症多,死亡率高。由于炎症细胞及胰腺组织大量释放炎性介质和细胞因子,形成系统性炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS),引起多器官功能不全综合征(multiple organ syndrome, MODS),影响着胰腺炎的病程,也是 SAP 早期死亡的主要原因之一。本文观察安胰颗粒对重症急性胰腺炎炎性细胞因子的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部 33 例患者均为本科 2003 年 9 月~2007 年 12 月住院的急性重症胰腺炎^[1]患者,按随机数字表分为西医治疗组(对照组)15 例,其中男性 11 例,女性 4 例,年龄(41.7±15.4)岁;中西医结合治疗组(治疗组)18 例,其中男性 12 例,女性 6 例,年龄(44.3±17.1)岁。两组一般资料经统计学处理均无显著性差异。

1.2 治疗方法 对照组在严密监护下采用:(1)禁食、胃肠减压;(2)补充血容量、纠正水电解质酸碱失衡;(3)生长抑素(善宁),100μg,1min 内静注,25μg/h,静点 72h;(4)静脉应用抗生素预防感染;(5)对症治疗:纠正低氧血症、保护肾功能等。治疗组:在应用上述治疗方法的同时,予安胰颗粒以水 200mL 溶解后经胃管注入或口服,保持大便每日 4~6 次为度。安胰颗粒组成:生大黄 15~30g,玄明粉 5~15g(冲服),甘遂末 0.5~1.0g(冲服),柴胡 12g,黄芩 10g,蒲公英 15g,白芍 20g,木香 10g,红藤 15g,莪术 15g,皂角刺 15g。

1.3 细胞因子检测 均于入院 24h 内、治疗第 7 天后空腹抽取静脉血 3mL,待血液凝固后以 3 000r/min 离心 10min,提取血清于 -30℃ 保存待测。血清 TNF-α 和 IL-6、IL-8 测定,采用放射免疫法,严格按相应放免试剂盒说明书操作。TNF-α

* 广西中医学院重点课题(项目批准号:ZD2007024)

和 IL-6、IL-8 放射免疫分析试剂盒(解放军总医院科技开发中心放免研究所),SN-695B 型智能放免 γ 测量仪(上海原子核研究所日环仪器一厂),放免专用冷冻离心机(上海安亭科学仪器厂)。

1.4 统计学方法 测定值均用($\bar{X} \pm S$)表示,应用 SPSS 10.0 for Windows 统计软件包,组间差异比较用方差分析,检验水准 α=0.05。

2 结果

治疗前两组血清 TNF-α 和 IL-6、IL-8 含量无明显差别,治疗后两组血清 TNF-α 和 IL-6、IL-8 含量均降低,以治疗组降低最为明显,两组间比较有显著性差异(P<0.05),见表 1。

表 1 两组血清 TNF-α、IL-6、IL-8 含量比较 ($\bar{X} \pm S$) μg/L										
组别	n	TNF-α		IL-6		IL-8		治疗前	治疗后	治疗前
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后			
对照组	15	29.11±3.27	19.61±3.39*	87.45±7.03	56.15±6.71*	91.97±18.79	61.39±12.21*			
治疗组	18	30.07±2.69	18.43±3.18*	80.13±6.81	33.41±6.01**△	96.86±19.15	43.86±11.52**△			

注:与治疗前比,*P<0.05,**P<0.01;与对照组治疗后比,△P<0.05。

3 讨论

近年来国内外对重症急性胰腺炎发病机制的研究重点已从“胰腺消化学说”、“自由基损伤学说”转向“胰腺微循环障碍学说”及“细胞因子学说”^[2]。急性胰腺炎尤其是重症急性胰腺炎,由于炎症细胞及胰腺组织大量释放炎性介质和细胞因子,形成系统性炎症反应综合征,引起多器官功能不全综合征,影响着胰腺炎的病程,也是 SAP 早期死亡的主要原因之一^[3]。在大量释放的炎性介质和细胞因子中,以 TNF-α、IL-1β 的作用最为突出,而 TNF-α 又是产生一系列生物学效应的始动和核心因子,可以促发细胞因子网络的“瀑布效应”。TNF-α 和 IL-1 可以诱导 IL-6、IL-8 的产生,IL-6 是一种重要的急性反应期炎症介质,与急性胰腺炎分型密切相关^[4];IL-8 可能是 AP 血清中最早产生的炎症介质,使中性粒细胞脱颗粒释放大量的活性酶导致胰腺炎症^[5]。