

参芪降糖颗粒联合拜糖平治疗 2 型糖尿病 46 例临床观察

刘泽林

(南昌大学第四附属医院 江西南昌 330003)

关键词:2 型糖尿病;中西医结合疗法;参芪降糖颗粒;拜糖平

中图分类号:R 587.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0047-02

2004 年 11 月~2007 年 6 月我院采用参芪降糖颗粒(国药准字 Z10950075)联合拜糖平(国药准字 H19990205)治疗 2 型糖尿病(气阴两虚证)患者 46 例,收到较为满意的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为门诊患者,共 86 例,随机分成两组。治疗组 46 例,男 26 例,女 20 例;年龄 28~60 岁,平均 52.5 岁;病程 1 个月~15 年,平均(4.5±1.3)年;治疗前空腹血糖(FBG)(11.93±3.77)mmol/L,早餐后 2h 血糖(PBG)(18.60±4.65)mmol/L。对照组 40 例,男 22 例,女 18 例;年龄 25~60 岁,平均 51.6 岁;病程 2 个月~14 年,平均(4.3±1.2)年;治疗前 FBG(12.55±4.15)mmol/L,PBG(18.83±4.85)mmol/L。两组病例性别、年龄、病程、治疗前 FBG、PBG 差异均无显著性意义(P>0.05),具有可比性。中医诊断参照《中药新药治疗消渴(糖尿病)的临床研究制导原则》^[1],西医诊断符合 1999 年 WHO 糖尿病诊断新标准。

1.2 治疗方法 治疗组口服参芪降糖颗粒 3g,每天 3 次;同时口服拜糖平 25mg,每天 3 次。对照组口服拜糖平 25mg,每天 3 次,均 4 周为 1 个疗程。两组患者均停用与糖代谢有关腺皮质激素,导致胃黏液分泌不足,前列腺素合成减少,从而削弱胃黏膜的抵抗力,而血栓素、白三烯合成相对增多,导致胃黏膜局部缺血、缺氧。另一方面,胰腺炎急性期可兴奋迷走神经和交感神经,使胃黏膜血管痉挛,血流量下降,黏膜下动静脉短路开放,加重了胃黏膜缺血、缺氧,导致胃黏膜上皮损伤、糜烂、溃疡,甚至出血^[5-7]。Soong 等^[8]认为,急性胰腺炎特别是急性重症胰腺炎时合内脏血流不足,可产生内毒素血症,引起胃黏膜血流减少,削弱胃黏膜屏障,导致肠源性内毒素血症,内毒素从消化道入血循环后可促发 IL-1β、IL-6、IL-8、IL-10 等促炎症细胞因子的级联反应,从而加重胃黏膜损害。其次,在受损区存在缺血情况,而缺血导致氧自由基生成增多,从而累及细胞膜,趋化中性粒细胞、巨噬细胞、单核细胞、淋巴细胞和其他细胞进入损伤区,释放各种炎症介质,已有大量的研究证实氧自由基是急性胃黏膜损伤的重要致病因子。胃泌素为一较强的胰酶激动剂,在急性胰腺炎的发病中起着一定的作用^[9]。

本结果提示幽门螺杆菌感染与急性胰腺炎所致的胃黏膜病变无明显关系,这一结果与国外的研究基本一致^[10]。综上所述,急性胰腺炎并发胃黏膜损伤与炎症介质、内毒素的增多,胃黏膜缺血缺氧,胃黏膜屏障受损有很大关系,对急性胰腺炎患者及早使用抑酸剂及胃黏膜保护药物是必要的,这不仅可以防止胃酸刺激胰酶的分泌,而且可防治胃炎及消化性溃疡的发生发展,缩短病程,减少患者的住院时间,使患者

的其他药物,同时进行饮食控制。

1.3 疗效标准 显效:治疗后症状基本消失,FBG<7.2mmol/L,PBG<8.3mmol/L,或血糖较治疗前下降 30% 以上。有效:治疗后症状明显改善,FBG<8.3mmol/L,PBG<10.0mmol/L,或血糖较治疗前下降 10%~30%。无效:治疗后症状无明显改善,血糖下降未达有效标准。

1.4 结果 治疗组显效 21 例,有效 19 例,无效 6 例,总有效率 86.96%;对照组分别为 9、15、16 例,总有效率 60.00%。两组治疗前后血糖及症状变化见表 1、表 2。

表 1 两组治疗前后血糖变化 ($\bar{X} \pm S$) mmol/L				
组别	n		FBG	PBG
治疗组	46	治疗前	11.93±3.77	18.60±4.65
		治疗后	7.32±1.15* [△]	8.55±2.11* [△]
对照组	40	治疗前	12.55±4.15	18.83±4.85
		治疗后	10.32±2.59*	10.81±2.38*

注:与治疗前比较,*P<0.01;与对照组治疗后比较,[△]P<0.01。

2 讨论

糖尿病属中医“消渴”范畴。中医认为本病的主要发病机理是阴虚燥热,导致体内气血津液失调所产生的一系列病变化。而导致这种病理变化的主要因素有脏气不足、饮食劳

参考文献

[1]黄象谦.胃肠道疾病治疗学[M].天津:天津科学技术出版社,1996. 801-809

[2]Geller LZ,Bullgakova QS,Pashko MM.Course and therapy of nonpancreatic complication of chronic pancreatitis [J].Klin Mosk,1992,70: 30-35

[3]Tessmann D,Koster E,Nagel KH.Coincidence of chronic pancreatitis and duodenitis[J].Dtsch-Z-Verdau-Stoffwechselkr,1988,48:244-248

[4]陈灏珠.实用内科学[M].第 10 版.北京:人民卫生出版社,1999. 1 561

[5]Nie SN,Qian XM,Wu XH,et al.Role of TFF in healing of stressinduced gastric lesions[J].World J Gastroenterol,2003,9:1 772-1 776

[6]Cosen-Binker LI,Binker MG,Negri G,et al.Influence of stress in acute pancreatitis and correlation with stressinduced gastric ulcer [J].Pancreatology,2004,4:470-484

[7]Letoha T,Somlai C,Takacs T,et al.A nuclear import inhibitory peptide ameliorates the severity of cholecystokinin-induced acute pancreatitis [J].World J Gastroenterol,2005,11:990-999

[8]Soong CV,Lewis HG,Halliday MI,et al.Intramucosal acidosis and the inflammatory response in acute pancreatitis [J].AM J Gastroenterol, 1999,94:2 423-2 429

[9]瞿蔚娟,黄小让,崔伟力.西米替丁对急性胰腺炎的影响及机制探讨 [J].临床消化病杂志,1997,9(3): 100-103

[10]Larsen MS,Mouritsen EA,Thorsgaard N.Helicobacter pylori infection in patients with chronic pancreatitis and duodenal ulcer[J].Scand J Gastroenterol,1997,32:1 201

(收稿日期: 2008-08-27)

拉米呋啶联合阿德福韦酯治疗乙肝肝硬化的临床观察

杨红梅¹ 张伦理²

(1 江西省抚州市第一人民医院 抚州 344000;2 南昌大学第一附属医院 江西南昌 330006)

关键词: 乙肝肝硬化;拉米呋啶;阿德福韦酯

中图分类号:R 575.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0048-02

我国是乙肝病毒感染率非常高的国家,长期的乙肝阳性携带将导致慢性乙肝、乙肝肝硬化的产生。拉米呋啶(LAM)可抑制乙肝病毒的复制,阻止肝硬化的病程,延长病人的生命,提高生活质量。但长期使用可发生病毒变异和耐药,导致治疗失败。阿德福韦酯是(ADV)新一代核苷酸类似物,在体内代谢为阿德福韦而发挥抗病毒作用。该药对乙肝病毒有较强的抑制作用,对拉米呋啶耐药变异株的复制亦有良好抑制作用。本研究联合应用拉米呋啶和阿德福韦酯治疗乙肝肝硬化患者,观察联合治疗的疗效、耐药变异发生率与用药安全性。

1 临床资料

1.1 研究资料 2004 年 6 月~2008 年 6 月在抚州市第一人民医院门诊或住院的乙肝肝硬化患者 101 例,年龄 35~70 岁,男 65 例,女 36 例,血清 HBV-DNA 阳性。排除同时感染人类免疫缺陷病毒、甲型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、丁型肝炎病毒或戊型肝炎病毒及 6 个月内接受过干扰素、免疫调节剂、细胞毒性药物者。

1.2 分组及治疗 随机分为三组:A 组 34 例,采用拉米呋啶联合阿德福韦酯治疗;B 组 34 例,单用拉米呋啶治疗;C 组 33 例,单用阿德福韦酯治疗。三组病人在年龄、性别、基线 HBV-DNA 水平、Child-puch 评分等方面均有可比性 ($P>0.05$)。

1.3 观察项目 (1)三组患者分别于治疗前及治疗 24 周、48 周、96 周时定量检测血清 HBV-DNA 滴度。(2)肝功能恢复情况。(3)药物的不良反应。

1.4 统计学处理 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 治疗后血清 HBV-DNA 水平变化 三组患者治疗 24 周血清 HBV-DNA<500 IU/mL 比率,A 组为 26 例,占 76.47%;B 组为 27 例,占 79.41%;C 组为 17 例,占 51.52%。A、B 两组比较,无统计学差异 ($P>0.05$);A、C 两组比较,差异有统计学意义($\chi^2=4.43,P<0.05$);B、C 两组比较,差异有统计学意义($\chi^2=5.78,P<0.05$)。

表 2 两组治疗后症状变化情况 例							
症状	组别	n	显效	有效	无效	有效率(%)	P
口渴多饮	治疗组	41	20	19	2	95.12	<0.01
	对照组	38	14	11	13	65.79	
多食易饥	治疗组	40	19	13	8	80.00	<0.01
	对照组	36	10	10	16	55.56	
尿频量多	治疗组	44	24	14	6	86.36	<0.01
	对照组	32	8	9	15	53.12	

伤、色欲过度、七情所伤、邪客所变、甘美多食、积久饮酒、过食辛辣燥食^[2]。久则气阴两伤,阴阳两虚,从而引发糖尿病诸多症状。在治疗上以益气养阴为主,佐以清热。参芪降糖颗粒由人参、黄芪益气之品为君;以五味子、地黄、山药、麦冬、花

=5.78, $P<0.05$)。治疗 48 周及 96 周血清 HBV-DNA<500IU/mL 的比率,三组在统计学上均无差异。见表 1。

表 1 三组患者治疗后血清 HBV-DNA<500 IU/mL 例数 例			
组别	24 周	48 周	96 周
A 组	26	28	27
B 组	27	26	21
C 组	17	20	22

2.2 血清 ALT 水平复常率 治疗 24 周血清 ALT 复常率 A 组 26 例(76.47%),B 组 26 例(76.47%),C 组 16 例(48.48%)。A、B 两组比较,无统计学差异;A、C 两组比较,有显著差异($\chi^2=5.60,P<0.05$);B、C 两组比较,有显著差异($\chi^2=5.60,P<0.05$)。治疗 48 周及 96 周血清 ALT 复常率,三组在统计学上均无差异。见表 2。

表 2 三组血清 ALT 水平复常例数 例			
组别	24 周	48 周	96 周
A 组	26	28	27
B 组	26	26	21
C 组	16	20	22

2.3 治疗后耐药变异的发生率 A 组于治疗 48 周末检测到 YMDD 变异及阿德福韦酯相关变异,B 组有 6 例(17.65%)患者因变异而发生耐药,C 组未检测到相关耐药变异。治疗 96 周 A 组 1 例(2.94%)、B 组 10 例(29.41%)、C 组 2 例(6.06%)耐药。

2.4 安全性和耐受性评价 三组患者均显示良好的药物耐受性,只有 B 组出现 1 例全身皮疹。

3 讨论

乙肝肝硬化患者体内 HBV-DNA 的持续复制可导致病情反复发作,肝功能反复异常,易致病情恶化甚至死亡。核苷类药物抗病毒治疗可以长期抑制病毒的复制,使肝炎不复发,从而病情长期稳定,延长患者的生命。

有研究表明 LAM 较 ADV 起效更快,患者一般 3 个月内肝功能转氨酶降为正常,HBV-DNA 阴转,但耐药率更高^[1]。自 1996 年首次发现拉米呋啶耐药以来,越来越多的研究证实,应用一年以上的人群中,耐药的发生率高达 17%~45%^[2]。粉等滋阴生津之品为臣;佐以覆盆子、枸杞等滋肾固本之品,可共奏益气养阴之功。本组参芪降糖颗粒配合拜糖平临床疗效观察 46 例,有效率为 86.96%;对照组单用拜糖平观察 40 例,有效率 60.00%,两组比较有显著性意义。参芪降糖颗粒联合西药治疗 2 型糖尿病,比单纯用西药既能更好地控制血糖,又能更明显地改善病人的临床症状,因而在临床上对于单用降糖西药疗效不佳的患者,可考虑采用中西医结合的方法。

参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].1995.10
[2]杨思澍,张树生,傅景华.中医临床大全[M].北京:北京科学技术出版社,1991.531-536

(收稿日期:2008-08-06)