

中西医结合治疗难治性肺结核疗效观察

吴乐峰 孙延康

(贵州省思南县民族中医院 思南 565100)

关键词:难治性肺结核;中西医结合疗法;异烟肼;太白桔苓汤

中图分类号:R 521

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0038-02

难治性肺结核主要是指经完整的复治方案化疗之后仍排菌,其致病菌至少已对异烟肼和利福平产生了耐药性的肺结核病例^[1]。难治性肺结核大多来自于反复治疗失败的复治病例,其特点是病程长、病情重、耐药率高、并发症多、疗效低、预后差。随着结核杆菌耐药菌株的出现,单纯西药治疗难治

性肺结核已很难取得较好疗效。我们自 2004 年 1 月~2007 年 10 月,采用中西医结合治疗难治性肺结核 33 例,取得较好疗效。现报道如下:

1 临床资料

65 例均为我院内科住院患者,其中化疗 2 年以上仍排菌者 15 例,初治病人规律化疗满疗程后有

3 讨论

在 2 型糖尿病的药物治中,双胍类降糖药应用十分广泛,国产二甲双胍是双胍类降糖药中最常用的药物,近几年格华止的应用范围逐渐扩大,目前也是常用药物之一^[1~3]。两种药物的化学成分相同,由于生产厂家和制作工艺不同,带来的疗效也不完全相同。

双胍类降糖药降血糖的主要作用机理是提高肌肉、脂肪等外周组织对葡萄糖的摄取和利用,同时通过抑制糖原异生和糖原分解、降低脂肪氧化率、提高葡萄糖的运转能力等机制降低血糖,还可以改善胰岛素的敏感性,降低胰岛素抵抗^[4,5]。它的不良反应主要是胃肠道不适(如恶心、呕吐、腹泻、口干及食欲不振等)和低血糖反应,还有乳酸酸中毒等现在非常少见的严重不良反应^[2]。

本研究的目的是比较国产二甲双胍与格华止治疗 2 型糖尿病效果和安全性,希望对广大医务工作者有所帮助。从研究的结果可以很明显的看出,国产二甲双胍与格华止均能有效地控制血糖、调节血脂、降低 BMI,但格华止的胃肠道反应明显减少,而且低血糖次数也较国产二甲双胍明显减少。所以在保证降糖效果的前提下,格华止在应用的安全性上优于国产二甲双胍,故在临床应用中可以优先考虑用格华止。

参考文献

[1]胡仁明,赵永桔,宋怀东.糖尿病口服降糖药[A].见:胡仁明.内分泌代谢病临床新技术[M].北京:人民军医出版社,2003.515-525
[2]李玲,魏黎洁,郑仲华.中药联合盐酸二甲双胍片治疗 2 型糖尿病的
临床观察[J].中国实用医刊,2004,33(8): 89
[3]程桦,丁鹤林,胡国亮.口服降糖药治疗[A].见:张中超.内分泌科主治
医生 245 问[M].北京:中国协和医科大学出版社,2005.252-264
[4]张桦.格华止治疗胰岛素抵抗高血压 45 例疗效观察[J].数理医药
学杂志,2005,18(6): 15
[5]潘长玉,陈家伟,陈名道.2 型糖尿病的口服降糖药治疗[A].见:
Joslin.糖尿病学[M].第 14 版.北京:人民卫生出版社,2007.710-735

(收稿日期: 2009-01-05)

FBG、2hBG、HbA₁C 及血脂,测量体重和身高并计算 BMI,计算公式为: BMI (kg/m²)= 体重 (kg)/ 身 高² (m²)。A 组单用国产二甲双胍治疗 8 周,起始剂量为 0.25~0.75g/d,分 1~3 次口服,最高剂量为 1.5g/d,定期监测血糖,至预期血糖目标时剂量维持不动直至试验结束。B 组单用格华止治疗 8 周,起始剂量为 0.25~0.75g/d,分 1~3 次口服,最高剂量为 1.5g/d,定期监测血糖,至预期血糖目标时剂量维持不动直至试验结束。预期血糖目标为: FBG 在 4.4~7.0mmol/L 之间,2hBG 在 7.9~10mmol/L 之间。服药期间记录各组的低血糖次数和胃肠道不良反应的人次。若出现低血糖反应,立即调整药物剂量。每天测量血糖 4 次(即早餐前和早餐后 2h,以及中餐和晚餐后 2h),服药 8 周后再次抽静脉血检查 FBG、2hBG、HbA₁C 及血脂,测量体重和身高并重新计算 BMI。

1.3 统计方法 测定数据以($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验进行显著性分析。

2 结果

A 组和 B 组在 HbA₁C、FBG、2hBG、血脂及 BMI 上均有明显疗效,无统计学差异(P>0.05),见表 1;在低血糖发生次数和胃肠道反应人次上 A 组明显高于 B 组,有统计学差异(P<0.05),见表 2。

表 1 两组治疗前后(治疗后-治疗前)各指标变化 ($\bar{X} \pm S$)

	A 组	B 组
FBG (mmol/L)	-1.68± 0.26	-1.66± 0.23
2hBG (mmol/L)	-1.81± 0.32	-1.84± 0.30
HbA ₁ C (%)	-1.32± 0.13	-1.34± 0.13
TC (mmol/L)	-0.22± 0.08	-0.21± 0.07
HDL (mmol/L)	+0.09± 0.02	+0.09± 0.01
LDL (mmol/L)	-0.25± 0.15	-0.26± 0.13
BMI (kg/m ²)	-0.72± 0.15	-0.70± 0.16

表 2 A 组与 B 组低血糖次数和胃肠道不良反应等比较

	A 组	B 组
例数(男/女)	26/24	25/25
低血糖次数(次)	52	19
胃肠道不良反应(人次)	14	4

排菌者 11 例, 病史 4 年以上未接受全程化疗而迁延不愈者 39 例。随机分为治疗组和对照组, 治疗组 33 例, 男 17 例, 女 16 例; 年龄 35~78 岁, 平均 55 岁; 咳嗽、胸闷气喘者 25 例, 咯血、胸痛 8 例。对照组 32 例, 男 17 例, 女 15 例; 年龄 40~74 岁, 平均 57 岁; 咳嗽咳痰、胸闷气喘者 22 例, 咯血、胸痛 10 例。全部患者均经临床诊断、影像学及实验室检查证实, 肺结核均属难治性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用纯西药治疗, 具体方法如下: (1) 异烟肼片 0.3g, tid, 左氧氟沙星片 0.4g, qd, 利福喷丁胶囊 0.45g, bid, 吡嗪酰胺片 0.5g, tid; (2) 白细胞介素 -2 20 万 IU 加生理盐水 500mL 静脉滴注, 每日 1 次。30d 为 1 个疗程, 3 个疗程后统计疗效。

2.2 治疗组 在对照组基础上加中药治疗。基本方为太白桔苓汤: 太子参 45 g, 茯苓 45g, 白术 24g, 桔梗 9g, 山药 24g, 桃仁 12g, 薏苡仁 24g, 黄精 24g, 胡黄连 24g, 郁金 24g, 佛手 24g, 百部 18g。咯血加仙鹤草 24g、白及 45g、三七 18g; 胸痛加三七 18g、瓜蒌壳 24g; 胸闷气喘加苏子 24g、白果 18g; 纳呆加谷芽 24g、麦芽 24g、鸡内金 18g; 有结核结节加三棱 12g、莪术 12g。服药方法: 每天 1 剂, 水煎 2 次, 取汁分 2 次口服。30d 为 1 个疗程, 3 个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 显效: 咳嗽咳痰、胸闷气喘、咯血胸痛等消失, 痰涂片找抗酸杆菌持续阴性, 胸片示肺部病灶完全吸收, 空洞闭合。有效: 咳嗽咳痰、胸闷气喘、咯血胸痛等明显减轻, 痰涂片找抗酸杆菌连续 3 次阴性, 胸片示肺部病灶吸收 40% 以上, 空洞缩小。无效: 咳嗽咳痰、胸闷气喘、咯血胸痛等无明显减轻, 痰涂片找抗酸杆菌阳性, 胸片示肺部病灶无明显吸收。

3.2 治疗结果 两组治疗结果比较见表 1。

表 1 两组疗效比较 例 (%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	33	14 (42.42)	15 (45.45)	4 (12.12)	87.88*
对照组	32	10 (31.25)	13 (40.62)	9 (28.12)	71.88

注: 与对照组比较, *P<0.05。

4 讨论

肺结核是由结核杆菌引起的肺部感染性疾病, 是慢性、消耗性疾患, 其主要临床表现有全身乏力、失眠、盗汗、午后潮热、咳嗽、咳痰、咯血、胸痛及呼吸困难等。绝大多数肺结核按 5 点化疗原则, 即“早期、联用、适量、规律、全程”, 是可以治愈的。但近些年来, 由于诸多因素的影响^[2], 如: 细菌学因素、机体因素、治疗因素, 形成“难治性肺结核”。针对以上难治性肺结核形成因素, 在抗结核用药上, 选择异烟

肼、左氧氟沙星、利福喷丁、吡嗪酰胺四联化疗。其中利福喷丁的杀菌活性为利福平的 2~10 倍, 对细胞内复合菌作用最强, 其在细胞内浓度高, 为细胞外的 60 倍; 氟奎诺酮类药亦有抗菌谱广、低毒、口服易吸收等特点, 可杀死细胞内外的 TB 杆菌, 对非结核分支杆菌的抗菌活性也较强。结核病是由于免疫功能低下所致, 肺结核病患者体内存在明显的细胞免疫功能紊乱, 当细胞免疫功能低下时, 免疫细胞数量不足或功能不全均有利于结核杆菌无限制地繁殖, 导致抗痨效果不良。而白细胞介素 - 2 (IL-2) 在细胞免疫中起着非常重要的作用, 适当补充 IL-2 有利于诱导 T 淋巴细胞增殖, 使免疫功能得到恢复和增高。在结核分支杆菌与巨噬细胞的接触中, T 淋巴细胞被激活并分泌 IL- 2R, 对提高抗结核细胞免疫反应、加速痰结核分支杆菌阴转速度、促进病灶吸收有明显作用^[3]。

肺结核属中医学“肺癆”、“癆瘵”、“肺痞”等范畴, 病位主要在肺, 常累及脾肾, 主要病机是血瘀痰浊。癆虫袭肺, 腐蚀肺叶, 肺络受伤, 肺阴耗伤, 肺失滋润, 热结在里, 煎熬津血, 血液不畅而成瘀; 或因血热互结, 灼伤脉络, 血溢肺外, 停蓄肺脏组织之间而成瘀, 肺虚络损则痰中带血。肺气耗伤, 清肃失调, 治节无权, 津液停聚, 则生痰浊。阴伤气耗, 子病犯母, 子盗母气, 则脾气受损而致脾虚, 脾虚不能运化水湿, 聚湿成痰, 储于肺, 肺失宣降而咳痰喘嗽。痰瘀互结, 肺络受阻, 不通而致胸闷胸痛。肺虚肾失滋生之源, 肾虚相灼金, 上耗母气, 而致骨蒸潮热。难治性肺癆多系肺癆病久, 迁延不愈, 致肺肾阴虚。对本病的治疗, 《医学正传·劳极》提出了杀虫与补虚两项基本治疗原则。杀虫以绝其根本, 补虚以复其元, 治疗当以杀虫固本、补虚培元为法。方以太子参、白术、黄精益气健脾为君; 辅以茯苓、山药、薏苡仁渗湿健脾为臣; 配以郁金、桃仁行气化痰, 黄精、胡黄连、百部、桃仁杀虫, 佛手、郁金理气化痰共为佐药; 桔梗宣肺利气、通调水道, 载药上行以补益肺气; 全方共奏健脾益肺以生津、祛瘀化痰杀虫之功。

中西药合用, 可调动机体本身抗病能力以清除结核杆菌, 减少西药耐药性, 从而缩短疗程, 减轻抗痨药的毒副作用, 值得临床推广。

参考文献

[1] 谢和祥, 熊汉鹏, 王武明. 难治性肺结核和肺结核后遗症的外科治疗 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2000, 23(3): 150
[2] 郑沛光, 阮培昌. 难治性肺结核 18 例的治疗体会 [J]. 临床荟萃, 2001, 16(19): 892
[3] 周志坚, 岑丽莹. 白介素 - II 辅助治疗空洞型肺结核 50 例疗效观察 [J]. 中国医疗前沿, 2007, 2 (10): 57-58

(收稿日期: 2008-12-25)