

g: 日 1 剂,水煎 300 mL,分两次服用,4 周为 1 个疗程。两组在治疗期间均停用其他相关治疗药物。

1.4 观察指标 精神疲乏、四肢无力、胃纳减少、脘胁疼痛、食后腹胀、暖气、反酸、恶心呕吐、咽部异物感等症状,按其症状轻重计分,无为 0 分,轻度为 3 分,中度为 5 分,重度为 7 分,治疗前后对比观察。

1.5 疗效标准^[2] 临床治愈:症状体征消失或改善在 3 级以上,异常指标基本恢复正常,保持 2 个月以上不再复发;显效:症状体征减少或改善在 2 级以上,异常指标明显改善;好转:症状体征减轻或改善在 1 级以上,异常指标基本好转;无效:症状体征及异常指标均无好转。

1.6 结果 经 1 个疗程治疗后,治疗组总有效率高于对照组,有显著性差异($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例						
组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	38	12	15	9	2	94.7*
对照组	38	5	11	13	9	76.3

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2 讨论

FD 是临床上最常见的一种功能性胃肠病,欧美流行病学调查表明,普通人群中消化不良症状者占 19%~41%,我国某市一份调查报道显示,FD 占胃肠病专科门诊的 50%。FD 不仅影响患者的生活质量,而且构成相当高的医疗费用,因此已逐渐成为现代社会中一个突出的医疗保健问题,其发病之高,与当今社会竞争激烈、工作压力大、心理负担重有很大关系。研究表明大多数患者均有不同程度的情绪变化,表现出紧张、焦虑等不良情绪^[3],及口干、

口苦、失眠等症状,同时出现食欲不振、暖气等。本病属于中医“胃痛、痞满、嘈杂、反酸”等范畴,中医学认为,胃主受纳、脾主运化,本病病位在胃,但与肝脾关系密切,清代名医叶天士在《临证指南医案》中言:“肝为起病之源,胃为传病之所……醒胃必先制肝,培土必先制木。”因肝性喜调达,恶抑郁,长期情绪不畅而致肝郁,肝气横逆犯胃,胃失和降所致,久之肝木克脾,则致脾虚,脾失健运,壅滞中焦。因此我们认为本病的基本病机为肝失疏泄,脾胃气机升降失常,故以疏肝健脾、理气和胃为基本治疗大法。逍遥散为疏肝健脾解郁的代表方剂,方中柴胡疏肝解郁,使肝郁得以条达为君药;白芍养血敛阴,柔肝缓急,当归养血和血,当归、白芍与柴胡同用,补肝体而调肝用,使血和则肝和,血充则肝柔,共为臣药;木郁则土衰,肝病易于传脾,故以白术、茯苓、甘草健脾益气,实土以御木乘,共为佐药;薄荷疏散郁遏之气,透达肝经郁热;枳壳调理脾胃气机升降;现代药理表明厚朴能显著增强乙酰胆碱脂酶活性和提高血浆胃动素水平,从而促进胃运动功能^[4]。全方既养血健脾土,又实脾土以御木侮,助运化以化营血,体用兼顾,肝脾并治,故能取得满意疗效。

参考文献

[1]Drossman DA.The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process[J].Gastroenterology,2006,130(5):1 377-1 390
[2]张万岱,危北海,陈治水,等.功能性消化不良的中西医结合诊治方案(草案)[J].中国中西医结合消化杂志,2004,12(1):42
[3]潘腊梅,杨胜兰.逍遥散治疗功能性消化不良 72 例[J].中国中西医结合消化杂志,2001,9(6):371
[4]林江,唐静芬,蔡淦.枳实消痞丸对大鼠胃排空影响的实验研究[J].中华消化杂志,1999,19(1):46

(收稿日期: 2013-09-02)

拉米夫定联合苦参素治疗慢性乙型肝炎 36 例

王宏峰 乐永红

(新疆维吾尔自治区中医医院肝病科 新疆 830000)

摘要:目的:观察拉米夫定联合苦参素治疗慢性乙型肝炎的疗效。方法:治疗组 36 例患者应用拉米夫定联合苦参素治疗,对照组 32 例应用拉米夫定治疗,对比分析 3、6、12 个月 HBV-DNA 阴转率与 HBeAg/HBeAb 血清转换率。结果:治疗组治疗 12 个月后 HBV-DNA 阴转率及 HBeAg/HBeAb 血清转换率均高于对照组 ($P<0.05$);治疗组治疗 6 个月后 HBV-DNA 水平低于对照组 ($P<0.05$)。结论:拉米夫定联合苦参素治疗慢性乙型肝炎疗效较单用拉米夫定疗效显著。

关键词:慢性乙型肝炎;拉米夫定;苦参素;中西医结合疗法

中图分类号:R512.62

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.027

慢性乙型肝炎(CHB)是我国的常见病与多发病,易发生肝硬化、肝癌及其他严重并发症,抗病毒治疗为最重要的治疗措施。有研究发现^[1],抗病毒联合中药制剂可提高抗病毒疗效,为此,我科应用拉米夫定联合苦参素治疗慢性乙型肝炎,与单用拉米夫定进行对照观察,疗效满意。报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 1 月~2012 年 1 月在我院治疗的慢性乙型肝炎患者 68 例,所有病例诊断皆符合 2005 年 12 月中华医学会肝病分会、中华医学会感染病学分会联合制定的《慢性乙型肝炎防治指南》诊断标准^[2],且符合下列条件:血清 HBsAg

和 HBeAg 持续阳性超过 6 个月;HBV-DNA (logcopies/mL); 治疗前 24 周内血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)至少 2 次超正常值上限,但小于正常值上限的 10 倍,且至少有一次在治疗前 14 d 以内。其中男 45 例,女 23 例;年龄 20~42 岁,平均 35 岁;病程 2~18 年,平均 11.2 年。将 68 例随机分为治疗组 36 例与对照组 32 例,两组在病情程度、性别、年龄、病程、ALT 值、HBV-DNA 定量等方面经统计学分析,无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组:拉米夫定片 100 mg 口服,每日 1 次;苦参素胶囊 0.2 g/ 次口服,每日 3 次,疗程 12 个月。对照组:拉米夫定 100 mg 口服,每日 1 次,疗程 12 个月。

1.3 观察指标 两组治疗前及治疗后 3、6、12 个月检查乙肝血清标志物、HBV-DNA 定量;每月查肝功能、肾功能等,监测不良反应。

1.4 统计学方法 所有指标均以均值± 标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组间指标采用成组 t 检验,样本率的比较采用四格表的卡方检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 HBV-DNA 水平变化 见表 1。治疗后 6 个月、12 个月,治疗组 HBV-DNA 水平低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组治疗前后 HBV-DNA 水平比较 ($\bar{X} \pm S$) logcopies/mL

组别	<i>n</i>	治疗前	3 个月	6 个月	12 个月
治疗组	36	7.10± 0.76	4.31± 0.85	3.67± 0.68	3.12± 0.95
对照组	32	6.97± 0.69	4.94± 0.69	4.01± 0.85	3.68± 0.87
t 值		1.34	1.95	2.47	3.08
P 值		>0.05	>0.05	<0.05	<0.01

2.2 两组治疗后 HBV-DNA 转阴率比较 见表 2。两组 HBV-DNA 转阴率比较,3 个月、6 个月差异无统计学意义($P>0.05$),12 个月两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组治疗后 HBV-DNA 转阴率比较 例(%)

组别	<i>n</i>	3 个月	6 个月	12 个月
治疗组	36	5(13.9)	15(41.7)	21(58.3)
对照组	32	4(12.5)	9(28.1)	11(34.4)
χ^2 值		0.028	1.360	3.903
P 值		>0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组治疗后 HBeAg/HBeAb 血清转换率比较

见表 3。治疗组和对照组 HBeAg/HBeAb 血清转换率在 3、6 个月比较差异无统计学意义($P>0.05$),12 个月两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组治疗后 HBeAg/HBeAb 血清转换率比较 例(%)

组别	<i>n</i>	3 个月	6 个月	12 个月
治疗组	36	7(19.4)	12(33.3)	20(55.6)
对照组	32	6(18.8)	8(25.0)	10(31.2)
χ^2 值		0.052	1.145	4.059
P 值		>0.05	>0.05	<0.05

2.4 不良反应 两组患者在治疗过程中均有部分病例出现轻度恶心、腹胀症状,对症治疗后好转,不影响治疗。

3 讨论

慢性乙型肝炎是我国的常见病与多发病,主要采用抗病毒、免疫调节、保肝、抗肝纤维化等治疗,抗病毒治疗是最为重要的措施之一。拉米夫定片为核苷类似物^[1],在细胞内磷酸化成拉米夫定三磷酸盐,以环腺苷磷酸形式通过乙型肝炎病毒(HBV)多聚酶嵌入到病毒 DNA 中,导致 DNA 链合成中止。长期使用拉米夫定,可导致 HBV 对其敏感性降低。苦参素是从苦参根及苦豆子中提取,以苦参碱及氧化苦参碱为主要成分,不仅具有抗炎、免疫抑制、保肝、清除自由基和利胆等作用,同时还具有抑制 HBV-DNA 复制及表达的作用,可作为治疗各种急慢性肝损害和抗 HBV 的药理学基础^[4]。

本研究发现,治疗组 HBV-DNA 水平治疗后 6 个月低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组治疗后 12 个月 HBV-DNA 转阴率、HBeAg/HBeAb 血清转换率高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。显示拉米夫定片联合苦参素治疗有明显优势,可能与拉米夫定、苦参素协同抑制 HBV 有关,两组出现统计学差异在治疗 6 个月后,应引起临床重视与研究。

参考文献

[1]辛绍杰,韩晋,丁晋彪,等.六味五灵片治疗慢性乙型肝炎多中心随机对照研究[J].中西医结合肝病杂志,2009,19(1):7-9
[2]中华医学会肝病分会,中华医学会感染病学分会.慢性乙型肝炎防治指南[J].中华传染病杂志,2005,23(6):421-431
[3]林立敏,胡盈莹,林琴.我院 2008-2010 年乙型肝炎抗病毒药物应用分析[J].中国执业药师,2011,8(11):5
[4]王俊学,王国俊.苦参素及氧化苦参碱的药理作用及临床应用[J].肝脏,2000,5(2):66-68

(收稿日期: 2013-10-16)

邮购信息

本刊存有自 2001 年创刊以来的《实用中西医结合临床》合订本。定价为:2002 年合订本 (含 2001 年创刊号)85 元;2003、2004、2005、2006、2007、2008、2009、2010、2011、2012 年合订本,每本各 75 元。以上均含邮费,需要者请直接与本刊

发行部联系。地址:江西省南昌市文教路 529 号,江西省中医药研究院院内。邮编:330046。联系电话:0791- 88528704,传真:0791-88528704。联系人:刘丹,E-mail:szxl@chinajournal.net.cn,jxnc 5621@tom.com。