

茵陈蒿汤治疗血液透析患者顽固性皮肤瘙痒症 29 例临床观察

郭佩玲*

主题词 瘙痒症/中医药疗法 血液透析 茵陈蒿汤/治疗应用

皮肤瘙痒症是晚期肾功能不全病人常见的合并症,尤其是血液透析病人发生率更高,严重地影响患者的生存质量。本工作通过前瞻性研究,观察茵陈蒿汤对血液透析病人并发顽固性皮肤瘙痒症的治疗反应,现总结如下。

1 病例选择

1993~1994 年在日本东京医科大学霞之浦病院血液透析中心做维持性血液透析病人共 105 例,有 43 例合并有不同程度的皮肤瘙痒症,其中 29 例自愿加入本研究观察组。29 例中男性 15 例,女性 14 例,平均年龄 54.3 岁。原发病分别为慢性肾小球肾炎 23 例,糖尿病肾病 4 例,慢性肾盂肾炎 1 例,多囊肾 1 例。多数病人使用过抗过敏、抗组织胺类药物或其它止痒剂,而疗效不显。凡曾用过药物者均停药 3 个月以上再进入临床观察组。

2 透析方法

常规血液透析,采用碳酸氢盐透析,透析液钙浓度为 1.75mmol/L,透析器为中空纤维透析器(醋酸纤维膜),透析流量为 500ml/min。每周 3 次,每次 4 小时。

3 治疗及观察方法

采用茵陈蒿汤颗粒冲剂(日本津村药厂),按茵陈蒿 4.0g,栀子 3.0g,大黄 1.0g 的比例制成 2.5g1 包,每天 2~3 包,分 2 次口服,总疗程 16 周。为准确判断药物疗效,在治疗 4 周后,所有病人均停药 2 周观察,再按原剂量继续服药,观察疗效变化。

所有病人在治疗前及治疗后每 4 周检测肾功能、血生化、血钙、甲状旁腺激素(PTH)、亚铅、AMY、NEFA 及 β_2 微球蛋白(β_2 -M)的变化。

所有病人均由专人随访观察,定期观察病情变化,并于用药后 8 周返院进行全面检查。根据白取昭氏文献将瘙痒程度分为 4 度,判断治疗效果^[1]。显效:瘙痒明显减轻,瘙痒度减轻 3 度;有效:瘙痒度减轻 2 度;稍有效:瘙痒度减轻 1 度;无效:达不到上述标准。

4 疗效分析

4.1 治疗结果:服药 8 周后,多数病人的瘙痒症都有不同程度的改善,29 例中获显效者 9 例(31.0%),有效者 13 例(44.8%),稍有效者 4 例(13.7%),无效者 3 例(10.3%)。总有效率 89.6%。进一步分析发现,有反应组(显效和有效者)与无反应组(稍有效和无效者)之间,在透析时间及瘙痒发作时间方面差异有显著性(附表)。26 例对治疗有反应的患者,在治疗 4 周停药后发现,除 2 例未见瘙痒复发外,24 例均有不同程度的瘙痒再现。但继续服药治疗后,这些病人的瘙痒症状均可再次缓解。

附表 不同反应组一般情况比较($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	平均年龄 (岁)	透析时间 (年)	瘙痒时间 (年)
反应组	22	57.8 $\pm$ 14.5	5.51 $\pm$ 2.12*	2.3 $\pm$ 0.8*
无反应组	7	54.3 $\pm$ 9.6	7.98 $\pm$ 3.08	3.7 $\pm$ 0.8

* 两组比较 $P < 0.05$

4.2 治疗后各项指标变化比较:治疗前及治疗后 4 周、8 周,患者 BUN、Cr、UA 无明显变化,血 K、Ca、Zn 亦无明显变化,PTH 从治疗前 7.7 $\pm$ 2.0 降至 6.0 $\pm$ 1.5($P < 0.05$)。治疗后 β_2 -M、AMY 从 333.9 $\pm$ 105 降至 288.9 $\pm$ 88.5($P < 0.05$)。

* 浙江中医学院附属医院肾内科,杭州市上城区邮电路 54 号(310006)

收稿日期:1998-05-20

5 讨论

血透患者皮肤瘙痒表现为皮肤干燥,色素沉着,灰蒙暗黑,局部湿疹,苔癣样变,粗糙增厚,脱屑结痂等皮肤损害。其原因尚未真正明确,可能与血液跟透析器材的接触有关。

茵陈蒿汤由茵陈、栀子、大黄三味药组成,药味简单,组合严谨。茵陈蒿汤具有清热利湿,泻火攻积之功,专治湿热蕴结于里,外达肌肤之黄疸,故适用于尿毒症之湿毒蕴结于里,热毒外

达肌肤的瘙痒症。29例患者中,药前14例(48.2%)有便秘,服药后全部改善。

为了进一步确认茵陈蒿汤对尿毒症透析患者皮肤瘙痒的作用,对29例中有效的26例全部停药2周观察,除2例未复发以外,24例(92.3%)患者均在1周左右瘙痒复发,便秘重现,继服茵陈蒿汤以后症状减轻或瘙痒消失。证明茵陈蒿汤确实对尿毒症血透患者的皮肤瘙痒症有效,停药后继服仍为有效。

活血清利法治疗慢性淋球菌性前列腺炎23例

钟捷*

慢性淋球菌性前列腺炎是临床上比较少见的淋病合并证。由于疗程长,效果欠佳,成为难治之证。从1994年3月至1997年5月,笔者共治疗23例患者,疗效满意,特总结如下。

1 临床资料

选择标准:(1)有慢性前列腺炎。诊断符合吴阶平《泌尿外科》慢性前列腺炎诊断标准。(2)前列腺液细菌培养和PCR检查有淋球菌。23例均为门诊患者,其中24岁~45岁8例,46岁~65岁15例;病程最短者6个月,最长者2年。原有慢性前列腺炎者18例,感染淋球菌后患前列腺炎者5例。经过西药治疗23例,经过中药治疗9例。

2 治疗及观察方法

基本方:丹参20g,莪术10g,王不留行10g,牛膝15g,败酱草30g,白花蛇舌草30g,黄柏10g,瞿麦20g,车前草30g,生地黄30g,女贞子20g。尿道灼热刺痛加木通、石韦、知母;尿道发痒加白鲜皮,滴白加萆薢、海金沙;脓细胞较多者加金银花、青天葵;少腹阴囊胀痛加川楝子、元胡、荔枝核。每日1剂,水煎2次分服。20天为一疗程,共3个疗程。治疗期间停用其它抗淋球菌西药,戒海腥及辛辣温燥、酒之物。

3 治疗结果

疗效标准:痊愈:自觉症状消失,肛门指诊前列腺恢复正常,前列腺液镜检连续2次白细胞 <6 个/HP,红细胞消失,卵磷脂小体75%以上,细菌培养淋球菌转阴;有效:自觉症状显著减轻,肛门指诊前列腺无明显

肿痛,前列腺液镜检白细胞 >20 个/HP,红细胞 <5 ,卵磷脂小体25%以上,细菌培养淋球菌未转阴;无效:自觉症状、肛门指诊及前列腺液较治疗前无好转,细菌培养淋球菌未转阴。

结果:痊愈14例(60.9%),有效6例(26.1%),无效3例(13%)。总有效率为87%。

4 讨论

慢性淋球菌性前列腺炎,大多数是因先有慢性前列腺炎史,后又感染淋球菌所得。当患者感染了淋球菌以后,由于失治或治疗不彻底,使淋球菌从下尿道向上发展,经前列腺导管侵入前列腺体,造成前列腺泡、腺管及间质炎症状态。久之,腺泡发生坏死和纤维化,腺体狭窄。由于腺体表面有一层脂质包膜,病灶周围硬化,缺少血管,以致大多数抗生素难以透过该包膜进入前列腺体内发挥治疗作用,成为难治之症。

从临床看,患者都有房劳过度史。由于房劳过度,耗伤肾阴,使湿热之邪乘虚而入,加上正气虚弱不能祛邪,使湿热久留,导致气血阻滞。形成湿热蕴结、气滞血瘀、肾阴不足的病因病机,而瘀血则是其病机重点。因此在治疗上,宜清热利湿、滋肾养阴、活血祛瘀。活血祛瘀药能消除病灶部位水肿,解除炎症梗阻,畅通前列腺管,使纤维组织软化,局部血液循环增加,使药物易达病所,提高有效的药物浓度,达到治疗效果。在活血祛瘀的同时加用清热利湿药,更能促进组织修复,增强消炎和免疫功能的作用,提高抗菌疗效。用丹参、牛膝、王不留行、莪术活血祛瘀,改变微循环;败酱草、白花蛇舌草、黄柏、瞿麦、车前草清热利湿,消炎抗淋球菌。生地黄、女贞子滋肾养阴,提高免疫功能。由于药证符合,所以疗效显著。

* 广州市天河红十字会医院,广州市天河区东圃大马路13号(510660)

收稿日期:1997-08-18