

临床研究

化湿泄浊祛瘀汤治疗湿浊瘀阻型慢性尿酸性肾病 54 例临床观察

伍新林* 李俊彪* 周 莺*

摘要 为了观察自拟化湿泄浊祛瘀汤治疗湿浊瘀阻型慢性尿酸性肾病(CUAN)的临床疗效。治疗组以化湿泄浊祛瘀汤加别嘌醇,对照组以单纯别嘌醇治疗,观察两组治疗前后血尿酸、肾功能、尿蛋白、尿系列微量蛋白、血脂及血粘度指标的变化。结果治疗组(54例)总有效率为92.59%,明显高于对照组(36例)63.89%的总有效率($P<0.01$);治疗组在改善症状及肾功能,降低血尿酸、尿蛋白和尿系列微量蛋白,改善血脂代谢及血液高凝状态等方面均优于对照组($P<0.01$)。表明化湿泄浊祛瘀汤能有效治疗湿浊瘀阻型CUAN。

主题词 肾疾病/中医药疗法 @ 湿浊瘀阻 尿酸

慢性尿酸性肾病(CUAN)是由嘌呤代谢紊乱,血尿酸增高(男 $>417\text{mmol/L}$,女 $>357\text{mmol/L}$),致尿中尿酸排泄增多而造成肾损害的一种代谢性疾病;以往认为多在欧、美等发达国家常见,近年来,该病在我国发病率日益增多^[1]。

我们自1994年3月~1999年11月,运用自拟化湿泄浊祛瘀汤合并别嘌醇治疗湿浊内蕴、瘀血阻络型CUAN 54例,并与单用别嘌醇36例进行临床疗效比较,取得了良好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:90例均病人均为我院门诊及住院患者,随机分为两组;其中治疗组54例,男50例,女4例;年龄25~74岁,平均 54.5 ± 3.23 岁;病程1.5~30年,平均 6.4 ± 1.79 年,其中病程1.5~5年者18例,5~10年者20例, >10 年者16例;对照组36例,男33例,女3例;年龄27~75岁,平均 55.1 ± 2.17 岁;病程2~28.5年,平均 6.2 ± 1.68 年,其中病程 <5 年者12例,5~10年者14例, >10 年者10例。两组的年龄、性别、临床症状、体征、病程等差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准:根据《肾脏病学》(第2版)及有关资料^[1~3]制定诊断标准。所有患者同时符合以下2项:原发性慢性高尿酸血症和/或酸性尿,血尿酸(BUA) $>$

390mmol/L ,尿 $\text{pH}<6.0$,尿酸排泄量 $>4.17\text{mmol/L}$;具有以下肾损害之一:(1)持续性尿检异常(蛋白尿、血尿或尿红细胞 $>3/\text{HP}$,白细胞 $>5/\text{HP}$);(2)1项或多项肾功能指标减退;(3)泌尿道结石,结石成分为尿酸成分。

1.3 临床表现:治疗组54例,其中急性发作者5例,类似慢性肾炎者28例,慢性肾衰者8例,伴肾结石者12例;29例尿蛋白(+~+++),32例见尿潜血(+~+++),7例有肾绞痛发作,35例关节炎反复发作;合并高血压者19例、高脂血症27例、冠心病者8例;行双肾B超检查示:11例有双肾不同程度的缩小,7例伴有肾积水。

对照组36例,其中急性发作者3例,类似慢性肾炎者17例,慢性肾衰者6例,伴肾结石者10例;其中21例尿蛋白(+~+++),23例尿潜血(+~+++),5例有肾绞痛发作,26例有关节炎反复发作;合并高血压者13例、高脂血症20例、冠心病者6例;双肾B超检查示:7例双肾有不同程度的缩小,5例合并肾积水。

1.4 中医辨证按参考文献[4]标准:本文90例患者均辨证为湿浊内蕴、瘀血阻络。其主要症状为:胸腹痞闷、纳呆、呕恶、便溏尿多,肢体困重,头重昏蒙,面色萎黄或黧黑,口唇爪甲紫暗,皮下有瘀斑,舌质紫暗,或有瘀点或有齿痕,舌苔白腻,脉象弦细涩。其中治疗组54例中医诊断为痹证者24例,腰痛者12例,湿热淋8例,水肿者10例;对照组36例,中医诊断为痹证者20例,腰痛者8例,湿热淋4例,水肿者4例。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:对照组以别嘌醇0.1g,每日2~3次,合并高血压者加用洛汀新10mg,每日1次口服,鼓励大量饮水,使尿量维持在2000~3000ml/日;酸性尿以小苏打1.0g,每日2次,或12.5%的枸橼酸钾10ml每日3次,使尿 pH 值维持在6.2~6.8,以利尿酸结晶排出;如血压明显增高、水肿、冠心病、心功能不全者,应适时调整水分及碱的补充^[5]。

治疗组西药治疗同对照组,并给予自拟化湿泄浊祛瘀汤:土茯苓30g,萆薢30g,苍术15g,黄柏12g,牛

* 广州中山大学附属第一医院中医科,广州市中山二路

58号(510080)

收稿日期:2000-02-21;修回日期:2000-04-04

膝 12g, 薏苡仁 30g, 木瓜 20g, 五加皮 15g, 土鳖虫 6g, 延胡索 9g, 丹参 15g, 车前草 30g。每日 1 剂, 水煎两次, 上、下午分服。临证加减: 肾虚腰痛、乏力者选加杜仲、川续断、桑寄生; 血虚明显者选加当归、川芎、鸡血藤; 气虚明显者选加黄芪、党参、白术、茯苓; 大便秘结选加大黄、枳实、厚朴; 阳气虚衰者选加附子、桂枝、细辛; 瘀血甚者选加桃仁、红花、当归; 肾功能不全者选加蒲公英、鱼腥草以解毒泄浊; 合并结石者选加金钱草、石韦、郁金、滑石。

两组患者均采取低嘌呤饮食, 控制肉食并禁酒, 蛋白质摄入量保持每日 0.8~1.0g/kg 体重, 如肾功能有明显损害者, 则按肾衰要求调整饮食^[5]。

治疗 1 个月为 1 个疗程, 全部患者均治疗 3 个疗程后, 进行两组的症状及各项检查指标的比较。

2.2 观察指标: 于治疗前后进行临床症状、体征比较及 BUA、肾功能、血脂、血粘度、尿常规、24 小时尿蛋白定量、尿圆盘电泳、肾小管功能指标检测。

2.3 自拟症状计分方法

2.3.1 CUAN 的临床症状: 多为关节红肿、热痛, 可按其严重程度分为 0~5 级, 每级为 1 分。关节无表现者为 0 分; 关节局限疼痛, 不影响关节活动者为 1 分; 关节局限疼痛、影响活动者为 2 分; 关节局限疼痛、伴红肿、影响活动者为 3 分; 多个关节红肿热痛、影响活动但仍可以活动者为 4 分; 多个关节红肿热痛、难于活动者 5 分。

2.3.2 证候积分: 患者中医证属湿浊内阻、瘀血阻络, 按其严重程度分为 0~5 级, 每级为 1 分。其中无湿浊、瘀血表现的为 0 分; 轻度胸腹痞闷者 1 分; 胸腹痞闷较重, 见头晕昏蒙者为 2 分; 头晕头痛如裹、纳呆、便溏、伴肌肤麻木、肢体重着者为 3 分; 在 3 分的基础上见肌肤甲错、口唇爪甲紫暗者为 4 分; 在 4 分的基础上见呕恶痰涎、浮肿、皮下瘀斑者为 5 分。

2.3.3 舌脉象积分: 舌脉象分为 0~5 分。其中正常舌脉象者 0 分; 舌质淡红苔白浊、脉弦滑者为 1 分; 舌质淡、有齿痕、舌体胖大、苔白腻、脉弦滑者为 2 分; 舌质紫、有痕印、有瘀点、瘀斑、脉弦涩者为 3 分; 在 3 分的基础上, 见舌质紫暗、齿痕、瘀点明显者为 4 分; 如舌质

紫暗、舌体瘀点满布、脉弦细涩者为 5 分。

2.4 统计学方法: 计数资料采用 χ^2 检验; 计量资料采用 t 检验。

3 结果

3.1 疗效标准: 参照《中药新药治疗慢性肾炎的临床指导原则》^[6], 并结合有关文献^[2,4]拟定。显效: 症状和体征消失, 24 小时尿蛋白定量下降 1/2 以上; 血尿酸恢复正常或基本正常, 尿酸下降 1/2 以上或基本正常, 内生肌酐清除率较治疗前升高 1/4, 血肌酐及血尿素氮下降 1/4 或基本恢复正常。有效: 症状和体征好转, 血尿酸下降至 420mmol/L 以下, 24 小时尿蛋白定量持续减少 1/4 以上, 肾功能指标好转但达不到显效标准。无效: 症状和体征无明显改善, 实验室检查不能达到有效标准。

3.2 疗效比较: 治疗组 54 例显效 29 例 (53.70%), 有效 21 例 (38.89%), 无效 4 例 (7.41%), 总有效率为 92.59%; 对照组 36 例显效 8 例 (22.22%), 有效 15 例 (41.67%), 无效 13 例 (36.11%), 总有效率为 63.89%, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.01$)。

3.3 两组临床症状改善情况比较: 按上述自拟症状计分法, 把 3 项积分相加计算症状总分: 治疗组治疗前为 11.32 ± 1.76 , 治疗后为 5.27 ± 0.92 ($P<0.01$); 对照组治疗前为 10.99 ± 1.86 , 治疗后为 10.81 ± 1.57 ($P>0.05$)。治疗后组间比较, 治疗组优于对照组 ($P<0.01$), 说明治疗组药物可显著改善患者的临床症状。

3.4 两组患者 BUA 及肾功能变化比较: 表 1 示, 两组药物治疗 3 个月后, BUA 及血尿素氮 (BUN)、血肌酐 (Scr)、内生肌酐清除率 (Ccr) 均较治疗前明显改善 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$), 治疗后组间比较则治疗组明显优于对照组 ($P<0.01$)。说明中医药治疗可显著降低 BUA 及改善肾功能。

3.5 两组患者 24 小时尿蛋白定量、尿肌酐 (尿 Cr) 及尿 β_2 -微球蛋白 (β_2 -Mg)、尿 N-乙酰- β -D 氨基葡萄糖苷酶 (NAG) 的变化比较: 表 2 示, 治疗组各项指标均较治疗前明显改善 ($P<0.01$), 对照组则无明显变化 ($P>0.05$); 治疗后组间比较治疗组均明显优于对照组 ($P<0.01$), 说明治疗组药物可明显降低尿蛋

表 1 两组患者治疗前后 BUA 及肾功能变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数		BUA ($\mu\text{mol/L}$)	BUN (mmol/L)	Scr ($\mu\text{mol/L}$)	Ccr (ml/min)
治疗组	54	治疗前	541 $\pm$ 22.27	14.42 $\pm$ 1.07	168.38 $\pm$ 39.72	77.45 $\pm$ 18.02
		治疗后	312 $\pm$ 13.39** Δ	6.35 $\pm$ 0.86** Δ	89.31 $\pm$ 15.46** Δ	96.43 $\pm$ 6.56** Δ
对照组	36	治疗前	539 $\pm$ 21.52	14.59 $\pm$ 5.97	162.78 $\pm$ 33.55	77.31 $\pm$ 15.63
		治疗后	398 $\pm$ 12.73**	12.48 $\pm$ 5.23	140.82 $\pm$ 9.17*	83.51 $\pm$ 6.94*

与本组治疗前比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.01$

表2 两组患者治疗前后24小时尿蛋白、尿Cr、尿NAG、尿 β_2 -Mg变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数		24h 尿蛋白 (g/24h)	尿Cr (mmol/L)	尿 β_2 -Mg (μ g/L)	尿NAG (u/L)
治疗组	54	治疗前	2.41 $\pm$ 1.15	5.38 $\pm$ 1.73	335.42 $\pm$ 83.26	16.13 $\pm$ 11.39
		治疗后	1.07 $\pm$ 0.49* Δ	0.42 $\pm$ 5.16* Δ	174.39 $\pm$ 71.91* Δ	9.94 $\pm$ 7.32* Δ
对照组	36	治疗前	2.35 $\pm$ 1.14	5.39 $\pm$ 1.75	337.92 $\pm$ 82.83	16.07 $\pm$ 11.23
		治疗后	2.29 $\pm$ 1.12	5.21 $\pm$ 1.67	329.18 $\pm$ 80.81	15.97 $\pm$ 9.63

与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.01$

白、尿NAG、尿 β_2 -Mg,并使尿Cr排泄增加,从而保护或改善肾功能。

3.6 两组患者血脂变化比较:表3示,治疗组治疗前后总胆固醇(Tch)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)均变化显著($P<0.01$),对照组无明显变化($P>0.05$);治疗后组间比较治疗组明显优于对照组($P<0.01$),说明治疗组药物可明显降低血脂。

3.7 两组患者血液粘度5项指标变化比较:表4示,治疗组治疗前后血粘5项指标均明显下降($P<0.05$ 或 $P<0.01$),对照组则无明显变化($P>0.05$);治疗后组间比较差异有显著性($P<0.01$),说明治疗组药物可明显降低血粘度,改善血液流变异常状态,从而改善肾脏微循环,提高肾小球滤过功能。

表3 两组患者治疗前后血脂变化比较(mmL/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数		Tch	TG	HDL-C
治疗组	54	治疗前	7.66 $\pm$ 1.42	2.84 $\pm$ 0.72	0.88 $\pm$ 0.27
		治疗后	4.78 $\pm$ 0.39* Δ	1.51 $\pm$ 0.37* Δ	1.49 $\pm$ 0.18* Δ
对照组	36	治疗前	7.43 $\pm$ 1.29	2.89 $\pm$ 0.84	0.89 $\pm$ 0.48
		治疗后	7.22 $\pm$ 0.41	2.83 $\pm$ 0.79	0.91 $\pm$ 0.39

与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.01$

4 讨论

4.1 CUAN是嘌呤代谢紊乱所致,过去认为该病在我国发病极少,1958年以前全国只有25例报道^[5],而国外的发病率及报道明显多于国内,这可能是由于我国以前的生活水平偏低及膳食结构与国外不一致所致。近15年来,随着人们生活水平的提高,饮食结构变化及医药卫生状况的改善,其发病率逐年增加^[7],而以中老年发病为多^[1]由于肾脏既是排泄尿酸的重要器官,也是高尿酸血症的靶器官,据文献报道^[8],长期痛风造

成显著肾损害者占41%,25%死于肾衰竭,痛风尸检几乎都有肾损害。

4.2 广东地处南方沿海,气候多湿热,加之多吃海鲜、肉类,更易内生湿浊,湿浊蕴久则内生湿热,与外之湿热气候相合,则易湿热内蕴,湿热蕴久则生瘀^[9],致瘀血阻络,痹阻关节,如湿瘀之热煎煎熬液则成砂石,若入脏则“穷必及肾”,致肾气不足,肾络痹阻。可见,广东特殊的气候因素及饮食结构使该地区CUAN的发病率高,且以湿浊内蕴、瘀血阻络型为多见。

4.3 我们根据南方特殊的气候因素及饮食结构,在CUAN的治疗方面,针对湿浊内蕴、瘀血阻络的病机特点,自拟化湿泄浊祛瘀汤,其功能为化湿、泄浊、祛瘀;方中以土茯苓泄浊解毒,健胃利湿,通利关节;萆薢分清泄浊利湿,此二味为主药;苍术燥湿健脾化浊,除痹通络;黄柏清热燥湿、泻火解毒;木瓜舒筋活络,化湿和胃;五加皮祛湿利水,补益肝肾;土鳖虫化痰消瘀;丹参活血祛瘀通络;延胡索活血行气止痛;薏苡仁、车前草泄浊利尿;牛膝活血祛瘀补肾,利尿通淋,引血下行,又可以引诸药下行;诸药配伍则湿浊得以泄化,瘀血得以清除,共奏化湿、泄浊、祛瘀之功效。

4.4 本文治疗组无论是在改善症状,降低血尿酸,改善肾功能,还是降低尿蛋白及尿微量蛋白,增加尿Cr的排泄量,降血脂及改善血粘状况方面均明显优于对照组,说明中医药化湿泄浊祛瘀法治疗湿浊瘀阻型CUAN有较好的疗效,与文献报道相符^[5,7,10]。

4.5 别嘌呤醇至今仍是治疗本病的首选药物,然而其毒副作用较大^[11,12],而中医药治疗较安全,无明显毒副作用,本文对照组中36例在治疗过程中有近26例出现不同程度的发热,皮疹,肾功能恶化,肝功能受损,胃

表4 两组患者治疗前后血粘5项指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数		低切全血粘度 (mPa·s)	高切全血粘度 (mPa·s)	RBC聚集指数	血浆比粘度 (mPa·s)	RBC比积 (%)
治疗组	54	治疗前	12.50 $\pm$ 2.71	8.79 $\pm$ 0.82	1.54 $\pm$ 0.32	1.96 $\pm$ 0.32	55.23 $\pm$ 6.31
		治疗后	8.62 $\pm$ 1.13* Δ	6.21 $\pm$ 0.55* Δ	1.18 $\pm$ 0.27* Δ	1.58 $\pm$ 0.12* Δ	41.65 $\pm$ 2.16* Δ
对照组	36	治疗前	12.24 $\pm$ 2.62	8.68 $\pm$ 0.74	1.52 $\pm$ 0.29	1.98 $\pm$ 0.37	55.75 $\pm$ 7.02
		治疗后	12.05 $\pm$ 2.19	8.53 $\pm$ 0.87	1.49 $\pm$ 0.22	1.95 $\pm$ 0.21	54.64 $\pm$ 6.96

与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.01$

肠不适,白细胞减少等毒性或过敏反应,而治疗组基本未发现毒副作用,说明本方可以减轻或消除西药的毒副作用;加之该病的发病率逐年增加,中医药的研究运用有着广阔前景。

参考文献

- 王海燕主编.肾脏病学.第2版.北京:人民卫生出版社,1998:967-982.
- 倪青,时振声,郑全.滋肾汤治疗慢性尿酸性肾病的临床研究.中国中西医结合杂志,1998,18(5):269-272.
- 余英豪,谢福安.尿酸性肾病的研究现状.国外医学·泌尿系统分册,1998,18(3):124-126.
- 慢性肾炎辨证分型、诊断、疗效评定标准.陕西中医,1988,(1):封3.
- 朱彩凤,郭晶,张史昭,等.中药为主综合治疗慢性尿酸肾病——附35例临床资料分析.浙江中医杂志,1994,(2):55-57.
- 中华人民共和国卫生部制定发布.中药新药临床研究指导原则.第一辑.1993:153-157.
- 王洪忠,占水力,霍保民.行气利水法治疗尿酸肾病疗效观察.中医杂志,1992,33(3):34-35.
- 蒋季杰,钱桐荪.尿酸肾病.国外医学·内科分册,1981,8(7):293-297.
- 罗致强,陈庆全.因湿致痹的临床治疗体会.中西医结合杂志,1987,7(11):680-681.
- 蒋熙,朱晓华.泄浊化瘀治疗痛风的经验体会.江苏中医,1990,(3):7-8.
- Hande KR, Noone RM, Stone WJ. Severe allopurinol toxicity. Description and guidelines for prevention in patients with renal insufficiency. Am J Med, 1984;76(1):47-56.
- 钱桐荪.高尿酸血症肾病.医师进修杂志,1994,(12):7-8.

中医辨证治疗继发性红皮病 30 例临床疗效分析

赵丽平* 李映琳*

1 临床资料

本组 30 例,其中住院 27 例,门诊 3 例;男 19 例;女 11 例;年龄 7~76 岁,平均 53.03 岁;病程 7 天~9 个月。原发银屑病 19 例(其中 3 例伴发脓疱型银屑病),湿疹、皮炎 5 例,药物过敏 2 例,皮肤炎、毛发红糠疹、副银屑病、上呼吸道感染各 1 例。所有病例均表现为皮肤弥漫潮红、浸润、肿胀及糠秕状脱屑,超过体表面积 2/3 以上。24 例有不规则发热(37.2~40℃),4 例伴浅表淋巴结肿大,2 例伴粘膜损害(眼结膜充血),8 例甲板增厚、混浊。实验室检查白细胞升高($>10 \times 10^9/L$)16 例,血红蛋白降低($<100g/L$)5 例,白蛋白降低 8 例,血沉增高 12 例,心肌酶谱增高 7 例,肝功能异常 6 例,蛋白尿 3 例,甲襞微循环中度异常 6 例,重度异常 3 例。

2. 治疗方法

急性期多为气血两燔、热毒炽盛证,治宜清气凉营,解毒消肿。内服药用:生石膏 30g(先煎),知母 10g,生地黄 30g,水牛角 30g,赤芍 15g,牡丹皮 15g,金银花 20g,连翘 10g,重楼 30g,紫草 15g,淡竹叶 10g,白茅根 30g,清水豆卷 15g,泽泻 15g,生甘草 6g。毒热盛者,加玳瑁粉(冲服);大便秘结者,加生大黄;红肿而痂屑湿粘者,加草薢、赤茯苓皮、滑石;高热烦渴而阴伤者,加鲜石斛、天花粉、沙参。静脉药用清开灵注射液(北京中医药大学药厂生产)40ml/日,加入葡萄糖液或生理盐水 500ml 中静脉滴注,连续静滴 10 天为 1 个疗程,休息 5 天后再开始第 2 疗程治疗,一般为 1~3 个疗程。慢性期多为热瘀互结证,治宜凉血滋阴,活血化瘀。药用生石膏 30g,赤芍 15g,牡丹皮 15g,玄参 12g,石斛 15g,紫草 15g,茜草 15g,当归 10g,桃仁 10g,红花 10g,鸡血藤 30g,忍冬藤 30g,板蓝根 30g。恢复期多为阴伤血燥

证,治宜滋阴健脾,养血润燥,兼清余毒。药用:生地黄 30g,鲜石斛 20g,玄参 12g,沙参 10g,当归 10g,丹参 15g,茯苓 15g,白术 12g,金银花 15g,重楼 15g,白鲜皮 15g,白茅根 30g,生甘草 6g。若午后潮热,舌红绛少苔或光剥者,加龟甲、鳖甲、地骨皮。

本组均采用黄连膏加甘草油调匀外涂,每日 2 次。本组病例中 2 例药物过敏者因高热、病情重而短期加用皮质类固醇激素,皮肤炎患者配合使用激素(强的松)和免疫抑制剂(MTX)。继发于银屑病的患者中 10 例加用雷公藤多甙(60mg/d)。

3 结果

疗效标准:痊愈为弥漫性潮红、肿胀、脱屑全部消退;好转为皮损消退 $\geq 60\%$;无效为皮损消退 $< 60\%$ 。

治疗结果:痊愈 23 例(76.7%),好转 7 例(23.3%)。治疗时间最短 14 天,最长 194 天,平均治疗 85.26 天。

4 体会

红皮病急性期多病情急重,壮热口渴、全身皮肤潮红、肿胀、大量脱屑,故用生石膏、知母清气分热以泻火;水牛角、赤芍、牡丹皮、紫草清血分热以凉营;金银花、连翘、重楼清热解毒;淡竹叶、白茅根、泽泻清热利湿以消肿;清水豆卷、外可透发解表以清热,内可化除水湿而消肿;生甘草泻火解毒。同时配以清开灵注射液静脉点滴以加强清热凉血解毒。慢性期多因病情迁延,热蕴血分,日久灼津耗液,致血液粘稠,运行不利,热瘀互结,肌肤失养,而见皮肤暗红、浸润、粗糙、肥厚、脱屑。治疗重点在于凉血活血,药用生石膏、赤芍、牡丹皮、紫草凉血清血;玄参、石斛、生地黄滋阴生津以润燥;茜草、当归、桃仁、红花、鸡血藤、忍冬藤活血化瘀通络;板蓝根清热解毒。恢复期多表现为气阴不足,阴伤血燥,肌肤失养之证,故治疗重在滋阴养血润燥。药用生地黄、鲜石斛、玄参、沙参滋阴生津以润燥;茯苓、白术健脾益气而调补后天;当归、丹参养血活血以润肤;白鲜皮去风以止痒;金银花、重楼清解余毒。对由银屑病所引起而病程较长者,配合服用雷公藤多甙,以解毒化瘀,常可取得较好的疗效。

* 北京中医药大学东直门医院皮肤科,北京市东城区海运仓 5 号(100700)

收稿日期:2000-03-10

ABSTRACTS FROM ORIGINAL ARTICLES

Clinical Observation on Treatment 54 Cases of Chronic Uric-acid Nephropathy of Blood Stasis Type with Drugs for Purging Turbid, Resolving Dampness and Dispelling Phlegm

Wu Xinlin, Li Junbiao, Zhou Ying

A self-prescribed recipe of drug for purging turbid, Resolving Dampness and Dispelling Phlegm was employed in the treatment group (N=54) with combination of allopurinol, and compared its effect with that in the control group (N=36) only with allopurinol. The total effective rate in the treatment group (92.59%) was significantly higher ($P<0.01$) than that of the control group (63.89%). The levels of uric acid in the blood, urinary protein, microproteins after treatment demonstrated that renal function, lipid metabolism and hyperviscosity were also significantly improved ($P<0.01$). The authors concluded that this therapeutic principle is effective.

Authors' add: TCM Department of The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University of Medical Sciences, Guangzhou 510080

Key words: nephropathy/TCM treatment retention of damp-turbid@ uric acid

(Original article on page 532)

Clinical Observation of 24 Cases of Coronary Disease with Asymptomatic Myocardial Ischemia Treated by Huang Qi Bao Xin Tang

Shang Yun

A self-prescribed Huang Qi Bao Xin Tang was used in the treatment group (N=24) and its effect was compared with the control group (N=24) in which isosorbide dinitrate was administered in cases of asymptomatic myocardial ischemia. The therapeutic effect of the treatment group was significantly better than that of the control after termination of the treatment and 6 months thereafter ($P<0.01$), including the number of decreased ST segment and its duration. The effective rate in the cardinal symptoms and signs in TCM, namely, lassitude, deficiency of qi and disinclination to talk, spontaneous perspiration and teeth-printed corpulent tongue was 90.34%, while in the control group, 43.8% only ($P<0.01$).

Authors' add: Nanhui County, Guangming TCM Hospital, Shanghai, 201300

Key words: coronary diseases/TCM treatment myocardial ischemia/TCM treatment @Huang Qi Bao Xin Tang

(Original article on page 538)

Treatment of 40 Cases of Hyperhyaluronemia due to Liver Cirrhosis by Combination of Drugs for Heat-reducing,

Purgation, Resolving and Tonification

Yang Hongzhi, Yang Yaowu, Shen Weisheng, et al.

Patients of liver cirrhosis with high blood hyaluronic acid level (>800 ng/L) and elevated NO content were enrolled to study the efficacy of treatment with a combination of drugs for heat-reducing, purgation, resolving and tonification for 6 months to 2 years. The symptoms and signs were markedly ameliorated: the level of GPT, GOT, globulin, albumin and bilirubin contents restored to normal level. In B-ultrasonographic examination, a decrease the width of the portal vein and the spleen was found in 50% of the patients. The authors concluded that the combined use of drugs for heat-reducing, purgation, resolving and tonification was effective in treating hyperhyaluronemia due to liver cirrhosis. The ingredient rhemannia root may play the key role in its actions of expelling toxic materials, normalizing the functions of the viscera and discharge of bile, and removing the stagnated heat.

Authors' add: The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University of Medical Sciences, Guangzhou 510630

Key words: liver cirrhosis/TCM treatment hyaluronic acid/metabolism therapy

(Original article on page 543)

Correlation Study on ET, CGRP and NO Levels in Vascular Dementia of Blood Stasis Type

Cai Jing, Du Jian

Patients of vascular dementia (VD) without severe damage in cardinal organs were divided into group VD 1 (mild dementia) and VD 2 (severe dementia) according to the Kasagawa's dementia scale and compared their blood stasis score, endothelin (ET), calcitonin gene-related peptide (CGRP) and NO content with normal subjects. It was found that the blood stasis score and ET in VD were higher than that of the normal subjects and that in VD2 were higher than in VD 1 ($P<0.01$). In contrary, the content of CGRP and NO were significantly lower (all $P<0.01$). ET in VD was negatively correlated with CGRP and NO; while the CGRP is positively correlated with the NO ($P<0.01$). The blood stasis score was positively correlated with the ET, but negatively with the CGRP and NO ($P<0.01$). The authors concluded that the blood stasis in VD is of excess in superficiality and the imbalance in ET, CGRP and NO is an important factor in occurrence and development of VD.

Authors' add: Fujian College of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350003

Key words: dementia, vascular/blood, blood stasis syndrome/blood

(Original article on page 552)