

温阳益肾法治疗阿狄森氏病 5 例报告

中国人民解放军第二六二医院 张 会 川

慢性原发性肾上腺皮质机能减退症, 又称阿狄森氏病, 多由双侧肾上腺结核所致。笔者在1976~1988年间, 采用温阳补肾法为主治疗本病5例, 疗效满意。现报告如下:

一、一般资料

本组5例, 男4例, 女1例; 年龄最小30岁, 最大50岁; 病程1~5年; 有结核病史伴肺部感染高烧2例。

二、辨证分析

症见面色黧黑, 牙龈、口唇、乳晕色素沉着, 伴纳差, 消瘦, 乏力, 畏寒肢冷, 夜尿(3例), 发烧(2例), 脉沉而无力或沉迟, 舌淡苔白。本组病例血压、血糖、血钠均偏低。中医辨证属肾阳虚3例, 脾肾阳虚2例。

三、治疗方法

生黄芪30克, 熟地黄20克, 制附片、全当归各10克, 菟丝子、仙灵脾、仙茅、补骨脂、枸杞子各15克。夜尿多加桑螵蛸、山药、益智仁; 畏寒肢冷重加桂枝、干姜, 重用制附片; 纳差加炒白术、炒麦芽。每日一剂, 水煎, 分二次温服。

本组中合并辅用小剂量激素2例。其中一例服用强的松20毫克, 每日一次; 一例服用醋酸可的松25毫克, 每日一次。上述两例均于2个月内撤除激素。

四、治疗结果

经1~10个月治疗, 5例患者全部治愈。其中4例在治疗前后做了ACTH激发试验, 测定了用ACTH滴注前后的尿17羟皮质类固醇(17-OH)和尿17-酮类固醇(17-KS)含量, 1例于治疗前后分别做了尿游离皮质醇(FC)含量检测。表1、2示, 治疗后5例的肾上腺皮质功能均恢复正常, 血压收缩压平均提高24毫米汞柱, 舒张压平均提高16毫米汞柱。远期随访最长13年,

表 1 5例患者治疗前后肾上腺皮质功能状况改变

	治 疗 前			治 疗 后		
	尿17 OH* (mg/d)	尿17 KS* (mg/d)	尿FC (μg/d)	尿17 OH (mg/d)	尿17 KS (mg/d)	尿FC (μg/d)
例一	0/0	3.3/4.2	—	18.0	8.45	—
例二	2.2/3.1	3.0/3.9	—	16.0	12.0	—
例三	1.9/2.9	2.4/3.3	—	16.0	10.8	—
例四	3.0/3.9	3.8/4.9	—	18.2	12.0	—
例五	—	—	8.4	—	—	110

* 表中数据为: 用ACTH滴注前/用ACTH滴注后

表 2 5例患者治疗前后血压、血糖、血钠含量改变

	治 疗 前			治 疗 后		
	血压* (mmHg)	血糖 (mg%)	血钠 (mEq/L)	血压* (mmHg)	血糖 (mg%)	血钠 (mEq/L)
例一	60/40	70	117	110/80	83	128
例二	78/50	78	131	92/60	110	132
例三	80/60	80	108	118/80	112	131
例四	90/60	72	128	92/60	118	132
例五	76/50	76	120	92/60	118	130

* 表中数据为: 收缩压/舒张压

最短1年, 健康情况均良好。

五、病例介绍

患者×××, 男性, 48岁, 病案号7294。因恶心呕吐一个多月, 于1983年8月12日入院治疗。患者于1983年1月中旬感冒发烧38℃左右。4月底出现纳减、厌食油腻症状, 查GPT280单位, 其他肝功能检查均在正常范围内, 澳抗阴性。继而又出现乏力, 恶心呕吐, 进行性消瘦。至同年7月, 恶心呕吐加剧, 于7月15日住某传染病院, 经多方检查和院内外会诊, 最后肝穿, 除外病毒性肝炎, 但诊断不明确, 虽经诸如保肝、支持、对症疗法和间断小剂量激素等治疗, 症状仍无改善, 纳差、恶心呕吐继续加重, 自感极度乏力, 三个月来体重减轻15公斤, 遂转我院治疗。

查体温 37℃, 脉搏 80/min, 血压 60/40

mmHg, 面色、皮肤、口唇、齿龈色素沉着, 心、肺、腹检查(-)。实验室检查: 血白细胞 $12800/\text{mm}^3$, 中性68%。血沉 60mm/h , 血糖 $70\text{mg}\%$, 钠 117mEq/L , 钾 5.1mEq/L , 氯化物 82mEq/L , 血尿素氮 $13\text{mg}\%$, HBsAg(-), 狼疮细胞(-), 肝功能正常。蛋白电泳: 白蛋白为59.2%, 球蛋白 α_1 为2%, α_2 为9.2, β 为8.1%, γ 为21.4%。ACTH 激发试验: 静滴 ACTH 前、后尿17羟皮质类固醇(17-OH)24小时均为0; 静滴ACTH前、后尿17酮类固醇(17-KS)分别为 $3.3\text{mg}/24\text{h}$ 、 $4.2\text{mg}/24\text{h}$ 。心电图正常。腹平片示两肾及肾上腺区未见明显钙化灶。

患者确诊为阿狄森氏病, 口服醋酸可的松 25mg , 每日一次, 并予补液、抗感染和对症治疗。中医辨证为命门火衰, 湿浊中阻, 脾胃不和, 先拟健脾和胃、降逆止呕以治其标, 继拟益气补肾温阳以治其本。经7个多月的治疗, 面色、口唇、齿龈色素沉着减轻, 乏力明显好转, 胃纳增加, 体重增加10公斤。停药后复查尿17

羟皮质类固醇 $18\text{mg}/24\text{h}$, 尿17酮类固醇 $8.45\text{mg}/24\text{h}$ 。血糖 $83\text{mg}\%$, 钠 128Eq/L , 钾 5mEq/L , 氯化物 92mEq/L , 肝功能正常, 蛋白电泳等均正常。随访三年, 健康状况良好。

六、体会

1. 激素的应用: 病情重者加服小剂量激素可以迅速改善病人症状, 增强病人的治疗信心。经以中药为主治疗后能较快撤掉激素, 且无激素反跳之弊, 亦无其他副作用。

2. 关于守方问题: 凡辨证有据, 立法无误, 选方精良, 投药后即使短期内效果不著, 只要无不良反应, 就应坚持治疗, 不要轻易更方。本病患者病程一般较长, 病位较深, 病势较重, 其阴阳之偏盛偏衰自非服几剂药所能纠正者。如本文病例二, 服用一个月后开始见效, 经治疗半年多治愈, 后改为丸药巩固。若只服5~6剂或8~9剂, 因其效不著而轻易更方, 是难以取得理想疗效的。

针刺中平穴为主治疗颈肩综合征 115 例

北京卫戍区医院 王文远

中国中医研究院 狄福金

颈肩综合征是颈椎病的一种特殊类型, 是以颈椎骨质增生压迫神经导致肩臂痉挛性疼痛的证候群。笔者以针刺经验穴中平穴为主治疗 115 例, 取得较好疗效, 现简要报告如下:

一、临床资料

病例选择具有典型的肩关节疼痛的临床表现, 和全部经 X 线摄片证实有颈椎骨质增生等病理改变者。病例来源为我院专科门诊病人。

本组 115 例中男 64 例, 女 51 例, 年龄最大 76 岁, 最小 36 岁, 平均年龄 53 岁。发病 3 个月以内 45 例, 4~12 个月 36 例, 1~3 年 24 例, 4 年以上 10 例。115 例中 X 线摄片证实全部骨质增生, 其中伴有椎间隙变窄 43 例, 韧带钙化 21 例, 同时伴有肩关节骨质疏松、钙化 8 例。肩臂肌肉痉挛性疼痛 115 例, 肩关节粘连功能障碍 85 例, 伴有冈上肌、冈下肌、三角肌、肱二头肌、肱三头肌不同程度的萎缩。

二、治疗方法

1. 巨刺针法: 取穴为中平穴。此穴位于肩三里穴

下一寸, 偏于腓侧。患者取坐位, 取 28 号 3 寸毫针, 行直刺法, 左肩针刺右下肢中平穴, 右肩针左下肢中平穴, 双肩针双下肢中平穴。进针深度一般根据病人胖瘦为 1~2 寸, 以泻为主。每次为 30 分钟, 5~10 分钟行针一次, 10 次为一疗程。

2. 辅助治疗: 对后期肩关节粘连功能障碍者, 为强化治疗效果可辅以点穴疗法。即以术者手指指腹代针点按风池穴、大椎穴、健侧肩内陵、肩外陵、肩井、手三里、中渚穴, 每穴点压 30~60 秒。

三、治疗结果

本组 115 例中, 临床症状及疼痛消失, 肩关节功能恢复正常者评为临床治愈 79 例 (68.7%), 临床症状基本消失, 疼痛显著减轻, 肩关节功能基本恢复正常者评为显效 22 例 (19.2%), 临床症状改善, 疼痛减轻, 肩关节功能有所恢复者评为进步 13 例 (11.4%), 临床症状、体征无变化, 疼痛未减轻, 功能未改善者评为无效 1 例 (0.7%), 总有效率为 99.3%。