

衰竭者,给予抗感染、降压、纠酸、调节水电解质平衡、强心等对症处理。所有患者均不用激素及透析疗法,疗程为30天。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:显效:(1)治疗后临床症状明显改善或消失;(2)内生肌酐清除率增加 $\geq 30\%$;(3)血肌酐降低 $\geq 30\%$ 。以上(1)项为必备,(2)、(3)具备1项即可判定。有效:(1)治疗后临床症状改善或消失;(2)内生肌酐清除率增加 $\geq 20\%$;(3)血肌酐降低 $\geq 20\%$;(4)治疗前后以血肌酐的对数或倒数,用直线回归方程分析,其斜率有明显意义者。以上(1)项为必备,其他具备1项即可判定。无效:不符合显效和有效判定条件者。

3.2 结果:治疗组36例,显效13例(36.11%),有效17例(47.22%),无效6例(16.67%),总有效率为83.33%;对照组36例,显效、有效、无效病例分别为6例(16.67%),16例(44.44%),14例(38.89%),总有效率为61.11%。两组比较差异有显著性($P < 0.05$),治疗组疗效明显优于对照组。

4 讨论

本治疗组所拟慢性肾衰方,针对慢性肾衰的发病机制,有健脾补肾、泄浊排毒、益气养血、活血化瘀的作用。方中生黄芪、太子参、茯苓、当归、白术、陈皮有健脾益气、生津利水、和胃化浊之功,可改善病人的消化功能,明显增进食欲,增加营养物质摄入,促进体内蛋白合成,改善脾虚所致的血失所养,提高骨髓的造血功能;生地黄、山茱萸、旱莲草、杜仲、桑寄生补肾以治其本。蒲公英、土茯苓解毒降浊以治其标。大黄通腑泄浊,使脾气升、胃气降、肾气得以充养。现代医学证明,大黄有泻下、排毒、活血化瘀等作用,能改善尿毒症病人的血液高凝、高粘滞度状态,改善肾血流量,并能使部分氮质从肠道排出体外。大黄还能抑制残余肾的高代谢状态,保护残余肾功能,明显延缓肾衰进展,尤以青壮年有瘀浊者,效果更好;生黄芪、丹参通过活血祛瘀、宁心安神,起到改善心肌供血供氧作用,降低血压,减轻病人因久病气虚所致的“瘀血”,改善高凝状态。有研究认为,中西医结合治疗能提高疗效,可能与抑制慢性肾衰患者体内的IL-6产生与表达有关。

通过临床观察我们认为,慢性肾衰的中医辨治规律如下:肾衰不宜峻补,肾衰不宜强攻;病在肾,要治脾,虽治脾,宜护肾;肝宜和,肺宜清,切忌肾水凌心。浊阴向下引,清阳方得升,关格一通肾气平。平补是治疗慢性肾衰的一般原则。治脾治肾宜平补平泄,治肝宜柔和之品,治肺以轻清为宜。水向下流,阳气上升,故引浊阴之水下行,使清阳之气上升,则水不凌心,关格得通,从而达到“平”的境界,即《内经》“以平为期”之义。

活血化瘀法治疗肛门病术后并发症

上海市嘉定区中医医院(201800)

陶 孟

笔者10余年来从“瘀”立论,以活血化瘀的方法治疗肛门病术后多种并发症,略收小效。

1 瘀血不化,疼痛不去

直肠肛门部神经分布致密,手术或术后处理不妥均可引起疼痛,它作为肛门病术后最常见的并发症,几乎每人术后均可

出现轻微的疼痛,一般不作处理。但是,手术后也常有剧烈疼痛不能缓解的,对此临床常作对症处理,给予不同类型的止痛剂。其收效甚微,往往药效一过,疼痛又现,此乃致痛之因未去之故。据对400例统计,术后疼痛216例(54%),一般口服止痛剂即见效,但有21例(5.25%),疼痛持续不能缓解,口服止痛药效果较差。因其疼痛之因非一般创口损伤,而在于肛门病术后局部生瘀,瘀血阻滞不化,持续刺激肛门括约肌,使肛门内外括约肌产生痉挛,故剧烈疼痛,其疼痛固定持续,局部常见瘀血结块,紫斑等,舌质暗红,脉弦涩,或舌脉反应不明显。对此治疗首先祛瘀,瘀去则病无所因,疼痛即止,也乃取不通则痛,痛则不通之意。临床上还可结合局部治疗,或清创清除瘀血瘀块。一般内服药以活血化瘀,解痉通络为主,常用活血散瘀汤加减,方如:当归尾30g,赤芍、白芍各15g,桃仁、酒炒大黄、牡丹皮、枳壳、火麻仁、槟榔、牛膝各10g,甘草6g。如久痛耗气,中气不足,可加服补中益气丸,此法经临床应用,14例疼痛消失,5例减轻,2例无效。

2 水肿之因,瘀血阻滞

肛门病手术后第二大并发症即为肛缘水肿,初水肿组织透明,时间一久,中可挟瘀血瘀块,水肿常在肛门一侧,或肛门周围,除可见疼痛外还伴坠胀,异物外脱,步履不便,舌脉常无变化。据500例统计,出现水肿42例,占8.4%。现代医学认为,主要是局麻、牵拉,术后缝合创口及敷料填塞过紧等,引起局部静脉、淋巴回流不畅,而致水肿,所以一般拆线及减少敷料填塞并经热敷后,每能见效,也有因水肿组织中瘀阻结块不能消散的,其实此症也因术中诸因,导致瘀血阻滞局部,气血运行不畅,经脉纵解,横逆冲突,瘀血结块,阻塞不通,而成水肿夹瘀。所以一经解除局部压力后,气血运行通畅,又取热敷,温经活血化瘀,并外敷消肿活血凉血之药,如消痔膏等,就可使瘀血消去,阻滞解除而起效,如消散缓慢者,也可给服上方,笔者曾对16例水肿吸收缓慢的病人进行治疗,经服上方,有效率为88.3%,对瘀血阻滞,局部已结成瘀块不能消散的,可用手术将其消除。

3 通淋利尿,在于祛瘀

尿潴留,或尿淋漓不尽,涩痛点滴不畅,这在肛门病术后也较多见,这与肛门直肠和膀胱的神经失调有关,因它们受同一组神经(骶神经丛)支配。在临床上排尿困难与疼痛、水肿常同时并存,据对300例病人观察,术后引起尿潴留,或小便不畅者22例,占7.3%,大多数发生在手术当天或次日,有8例术后小便一直不畅,此也为术后局部瘀血阻滞,刺激肛门括约肌引起疼痛,并使膀胱括约肌同样处于收缩痉挛状态而引起排尿不畅,所以治疗之关键即在于解除括约肌痉挛,要解除痉挛,必当祛瘀,只有瘀去痉挛才解,后疼痛止尿自出。笔者曾对8例病人进行对比治疗,结果单纯服利尿通淋者4例,只有1例有效,其余无效,而服利尿通淋结合活血祛瘀药(三棱、莪术、桃仁、红花等)治疗后,3例治愈,1例有效。这虽不能代表全部,但也可见一斑。

4 血阻瘀结,外邪易袭

据对2000年术后1400例统计,感染仅12例,占0.86%,这与肛门特殊的解剖位置有关,12例中,内痔4例,外痔2例,

肛裂 6 例,主要是手术不当,致创口过深或过浅,局部受大肠杆菌、金黄色葡萄球菌等病菌的感染而致。但笔者认为,此由于局部血液阻滞,瘀血凝结,新血不生,使局部抵抗力更弱(屏障不固)外邪湿热乘虚侵袭,以致经络阻塞,气血凝滞,湿热交蒸,热胜肉腐,功能障碍,热毒熏蒸而成脓,邪正相争可见寒热交作。《内经》云:“营气不从,逆于肉理,乃生痈肿。”此因营气不从,气血不通,营阴不守导致。因为,凡肛裂术后(侧切术),感染者均可见瘀血先从创口流出后再化脓,内外痔感染,也可见局部瘀血瘀块凝聚,疼痛后发热化脓,所以上 12 例均采取活血祛瘀,清热解毒利湿药内服,局部清创祛瘀,除 1 例内痔感染者最后成瘻外,其余均控制了感染,治疗痊愈。

中药预防多发性腺瘤性结肠息肉 再复发 110 例

广东省韶关市粤北人民医院(512026)

饶振芳 陈 斌 刘文清

自 1990 年以来,我们采取纤维结肠镜摘除多发性腺瘤性结肠息肉,术后给予中药辨证施治,对防止息肉再复发取得了较好效果。

1 临床资料

所选 210 例均为我院门诊经纤维结肠镜检查并经活检确诊为多发性腺瘤性结肠息肉患者,随机分为治疗组 110 例,其中男 62 例,女 48 例,年龄 14~79 岁,平均 43 岁;对照组 100 例,其中男 56 例,女 44 例,年龄 15~78 岁,平均 45 岁。全部患者均有不同程度的腹痛或腹泻或腹部不适或大便习惯改变等症状。所选 210 例患者均为多发性腺瘤性结肠息肉,共检出息肉 516 枚。治疗方法为活检钳钳除、高频电凝电切术等,其中活检钳钳除 296 枚(57.4%),高频电凝切 220 枚(42.6%)。

2 治疗方法

两组患者肠镜术后均予常规止血、抗炎处理,7 天后均嘱低脂高纤维素饮食。治疗组另予自拟散结方汤剂服用:党参 20g,白术 15g,茯苓 15g,布渣叶 15g,白及 10g,青黛 10g,败酱草 15g,蒲黄 10g,五灵脂 10g,延胡索 10g,砂仁 5g,甘草 5g,木香 6g,湿热偏盛者加葛根、白头翁、黄芩;肾虚者加白附子、草豆蔻、干姜;偏阴虚者加玄参、麦冬、五味子。1 个月为 1 个疗程,连服 3 个疗程。治疗结束后,全部病例均进行随访,并对两组 1 年、2 年、3 年、5 年随访结果进行统计学处理。

3 结果

对两组 1 年、2 年、3 年、5 年再复发率进行比较。结果治疗组 110 例,1 年复发 0 例,2 年 2 例(1.8%),3 年 3 例(2.7%),5 年 1 例(0.9%);对照组 100 例,1 年、2 年、3 年、5 年再复发例数分别为 10 例(10%),20 例(20%),12 例(12%),5 例(5%),治疗组再复发率明显低于对照组,差异有显著性($P < 0.01$)。

4 讨论

结肠息肉是临床常见病、多发病,腺瘤占结肠息肉的 80%~90%。结肠腺瘤性息肉与结肠癌的关系密切。纤维结肠镜治疗结肠息肉是行之有效的方法,但却容易再发(指在原病变部位之外再发现息肉)。国内报道经肠镜治疗后 2 年内再复发率

约 20% 左右,最高可达 41%。如何防止息肉再发对控制结肠癌前病变的患病率有着重要意义,但目前国内类似研究报道甚少。我们认为,多发性腺瘤性息肉的发生与患者先天禀赋不足和后天饮食失节有关。先天禀赋不足,脾胃虚弱,肠腑运化失机,聚湿生热,湿热结于肠道而成息肉;后天饮食失节,嗜食辛辣厚味,或暴饮暴食,致肠腑湿热壅滞,气机运化不畅,瘀血浊气凝聚,气血搏结而成息肉。从临床辨证来看,患者多属脾虚、湿滞、挟瘀,因此,我们以“急则治其标,缓则治其本”为原则,先用纤维结肠镜除息肉,然后再用中药健脾、化湿、祛瘀法治疗。数年来,对控制多发性腺瘤性结肠息肉再发,取得了较满意效果。治疗组再复发率和对对照组相比,差异有显著性($P < 0.01$)。散结方中,以白术、党参、茯苓健脾益气为主,以布渣叶、木香、砂仁化湿行气,延胡索、蒲黄、五灵脂活血化瘀为辅,佐以青黛、败酱草清热解毒,白及消肿生肌,甘草调和诸药,诸药合用,共收健脾祛湿、行气化瘀之功。

二脂汤治疗子宫出血 60 例

江苏省灌南县妇幼保健所(222500)

骆建平

笔者近年试以温补脾胃、收敛止血的二脂汤治疗子宫出血患者 60 例,疗效尚为满意,现综述如下。

1 临床资料

患者共 60 例,年龄 14~50 岁,20 岁以下 10 例,21~30 岁 28 例,31~45 岁 18 例,46 岁以上 4 例。按西医病因分,宫内置环 1 例,刮宫未净 1 例,恶露不净迁延 2 例,子宫肌瘤 5 例,月经量过多 12 例,功能性子宫出血 39 例;按中医病因分:心脾两虚型 23 例、肝肾阴虚型 22 例、脾肾阳虚型 8 例、肝郁气滞型 6 例、不定型 1 例。

2 治疗及观察方法

补骨脂 6g,赤石脂 5g,合为 1 剂,故自定名为二脂汤。每日 1 剂,早晚煎服,连服 5 日,如阴道出血停止即可停药;如出血明显减少可继服药直至血净;若连服 5 日而出血无明显减少或出血反而增多,则佐以其它止血药或停药改用其它法治疗;对单纯月经过多的患者,可在月经来潮的第 3 天或辨明子宫内膜脱落后再按上法服药。

3 疗效标准及结果

疗效标准:治愈:用药 3 天之内阴道出血完全停止;有效:用药 5 天后虽出血未净,但较以往经量明显减少或稍有见红;无效:用药 5 日后出血量未见明显减少或与以往未治无异;加重:用药期间出血量反而增多或比以往未治疗之经血量更多。60 例中,治愈 23 例,有效 30 例,无效 5 例,加重 2 例,总有效率为 88.3%。从用药时机看,以迁延日久、量少淋漓患者服药疗效为最佳;提前预防性用药药效亦理想;突然大下、崩症患者疗效最差,须佐以其它止血药物或改用其它止血方法。

4 典型病例

张某,女,36 岁,放置金属节育环后,经血量较未戴前增约 3 倍,每次月经量虽不多,但迁延半个月。头晕无力,倦怠难眠,恶心纳差,曾用西药治疗未见效,本次月经来潮第 3 天来诊,试