

敷药 3 天,皮损消退 30%~70%。无效:敷药 3 天,皮损消退 30%以下或无变化。治疗组 120 例,显效 52 例(43.3%),有效 66 例(55%),无效 2 例(1.7%),总有效率 98.3%;对照组 60 例,显效 9 例(15%),有效 25 例(41.7%),无效 26 例(43.3%),总有效率 56.7%。两组经统计学处理差异有显著性($P < 0.05$)。治疗组疗效明显优于对照组。

4 讨论

尿布性皮炎多发生于 6 个月以下的小婴儿,由于会阴部、臀部皮肤长期受湿尿布浸泡,尿液中的尿素刺激皮肤,尿布上残留的粪便也对局部皮肤产生刺激,当皮肤屏障功能被破坏后常使患儿继发感染。蒲黄为香蒲草的成熟花粉,辛香行散,性凉、滑,具有凉血收敛、行血止血、祛瘀消肿的作用,能使皮损处炎症消退,并促进创面愈合,疗效明显优于爽身粉,用后无任何副作用。在用药治疗的同时应对家长进行卫生宣教,注意使用纯棉、柔软的尿布,做到给小婴儿勤洗勤换,尽量避免其它发病诱因。

血府逐瘀汤治疗中心性浆液性 视网膜炎 58 例

河南省孟州市中医院(454750)

宋爱青 成国军 宋秋云

中心性浆液性视网膜炎是临床常见的眼底病,其病程长,易复发。为进一步缩短疗程和预防复发,我们自 1987 年以来用中药方剂血府逐瘀汤加味治疗本病患者 58 例,疗效尚著,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组 58 例均系经过西医治疗未见明显效果而来我处就诊的患者。其中男 32 例,女 26 例,年龄 24~48 岁,平均 36 岁。单眼发病 42 例,双眼发病 16 例。病程 15 天~2 年,平均 3 个月。

1.2 诊断标准:视力下降 0.1~0.8 不等,中心暗点,眼前似有纱幕遮盖,视物变形、变小;眼底检查:黄斑部色暗有盘状水肿、黄白色渗出物,中心凹光反射消失。

2 治疗方法

临床采用理气活血利水、祛瘀通络开窍法。方用血府逐瘀汤加味。药物组成:柴胡 18g,枳壳 15g,桔梗 12g,桃仁 10g,红花 15g,赤芍 15g,生地黄 12g,当归 15g,川芎 15g,泽泻 30g,车前子(另包)20g,郁金 18g,菖蒲 15g,生甘草 5g。每日 1 剂,水煎,早晚饭后服。加减:初起加密蒙花 18g,沙苑子 12g 以疏肝明目;病久多虚,去桔梗、桃仁、生地黄加菊花 15g,枸杞子 18g,女贞子 30g 以补肝肾明目;渗出物多者加昆布 15g,牡蛎 30g 以软坚散结。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:治愈:视力或矫正视力达 1.0 以上,黄斑区水肿消退,中心凹光反射正常;显效:视力提高 5 行以上,自觉眼前尚有少许暗影,黄斑区有微量渗出物;有效:视力提高 2~4 行,症状减轻,黄斑部轻度水肿;无效:视力和眼底无变化。

3.2 结果:本组 58 例,治愈 37 例,显效 15 例,有效 5 例,无效

1 例,总有效率 98.3%。疗程 15~50 天,平均 32 天。

4 典型病例

患者,男,46 岁,1999 年 3 月 6 日初诊。主诉:双眼视物模糊、变小 4 月余。视力:双眼 0.1,双外眼及眼前段正常。眼底检查:双眼视盘边界及色泽正常,黄斑区色暗有水肿、渗出,中心凹光反射消失。伴双眼眉棱骨困胀,性情急躁,舌质暗、苔薄、脉沉弦。诊断:双眼中心性浆液性视网膜炎。治宜理气活血,通络开窍。服用血府逐瘀汤加味,15 剂后查视力双眼 0.7,原方去桃仁、桔梗,加菊花 15g,枸杞子 18g,女贞子 30g,继服 20 剂,双眼视力达到 1.0,眼底检查趋于正常。随访 1 年未复发。

5 讨论

中心性浆液性视网膜炎属中医“视瞻昏渺”、“视瞻有色”、“视大为小”、“视直为曲”等范畴,西医多采用皮质类固醇及血管扩张剂。近年来有不少学者发现这些药物治疗后效果慢、疗程长、复发率高,有的甚至引起大泡状视网膜脱离,加重病情。我们根据临床观察,用中药方剂血府逐瘀汤加味治疗本病 58 例,每获良效,可降低复发率。方中柴胡、枳壳、桔梗理气解郁,桃仁、红花、赤芍、川芎、当归、生地黄活血通络,加泽泻、车前子以利湿消肿、郁金、菖蒲以开窍,甘草调诸药,共奏理气活血利水,祛瘀通络开窍之效。诸药配伍,相得益彰。

围刺隔姜灸配合穴位封闭治疗 腱鞘囊肿 76 例

云南省农垦总局第二职工医院(678400)

吴乃桐

腱鞘囊肿是一种好发于青壮年的临床常见病,它是筋膜部位发生的囊肿物,以腕关节多见,也可发生于手掌指关节和足趾的背面、膝、踝关节等处,影响关节功能。笔者近 6 年来运用围刺隔姜灸配合穴位封闭治疗此病 76 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 76 例患者中,男 40 例,女 36 例;年龄 14~62 岁,其中 18~45 岁者 63 例(82.9%);病程 2 个月~7 年;单房性 69 例,多房性 7 例;发于腕关节 49 例,踝关节 5 例,足背 12 例,掌指关节 4 例,膝关节 6 例。本组 76 例患者中,11 例为外科手术治疗后复发者。诊断标准:参照国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》。

2 治疗及观察方法

操作方法:局部阿是穴,患者坐位或卧位,囊肿局部常规消毒,在囊肿四周用 1~1.5 寸毫针从前、后、左、右四个方向横刺入囊肿底部,使针身在囊肿内呈“十”字样,囊肿顶端放厚约 0.4cm 的生姜 1 片,上置艾炷施灸,如病人感觉灼热不可忍受时,将施灸姜片向上提起,再垫 1 片生姜再灸,每次施灸 3~5 壮,使局部皮肤潮红为止。施灸结束后捻转行针 1 分钟,然后摇大针孔出针,出针时不按压针孔。针灸结束后用 2ml 注射器抽取曲安缩松针剂 20mg 与 2%利多卡因 0.5ml 混匀,垂直刺入囊肿内行封闭疗法。最后以轻柔的按压法、柔法按摩囊肿及其周围,以促进药物充分吸收、囊肿消散。每周治疗 1 次,2 次为 1

个疗程。

注意事项：(1)针刺封闭治疗前应严格消毒，治疗后12小时内患处勿接触冷水，以防感染。(2)治疗期间注意患处保暖、避免寒湿，减少患处关节活动，避免负重。(3)治疗前应排除有曲安缩松注射液使用禁忌症者。

3 治疗结果

3.1 疗效标准：按国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》评定。

3.2 治疗结果：所有病例均在治疗1个疗程后统计疗效，结果治愈65例(85.5%)，好转11例(14.5%)，总有效率为100%。

4 讨论

腱鞘囊肿是一种常见病。西医治疗多采用外科手术治疗，但手术后疗效不稳定，易复发，如本组患者中11例为术后复发者。而运用围刺隔姜灸配合穴位封闭法治疗避免了手术开刀之痛苦，疗效好、操作简便、易掌握、不易复发，且治疗后不留瘢痕，不失为治疗该病的一种较好方法。

腱鞘囊肿在中医学属“筋瘤”、“筋结”等范畴。多因外伤或慢性劳损而内损经络、经筋、致气血循行不利，气滞血瘀于局部，聚积肿胀疼痛。瘀久不散、新血不生、经筋失养而成囊肿；也有因素体阳气不足，阳气难于温达肢末远端，致经络空虚，寒湿乘虚入侵，郁结于筋膜腱鞘而发病者。通过对囊肿行围刺隔姜灸起到舒筋通络、温经散寒、活血化瘀的作用，配合局部曲安缩松针剂封闭治疗，从而达到消炎解痉，加速局部血液循环、松懈粘连，消肿散结之功，促使囊肿消散吸收。

中药口服及保留灌肠治疗慢性肾功能衰竭48例

湖南中医学院第一附属医院肾内科(410007)

张绪生

慢性肾功能衰竭(CRF)是多种病因引起的肾实质进行性损害、恶化所产生的严重症候群，临床上十分常见，且预后差。为了延缓病情的进展、提高CRF患者的生活质量和延长生存时间，笔者自1995年1月~2000年12月，根据其临床特点，运用自拟中药肾衰解毒汤口服和自制降浊排毒合剂保留灌肠治疗CRF患者48例，疗效满意，现报告如下。

1 临床资料

观察对象全部为我院肾内科住院患者，按3:2比例随机分为治疗组与对照组。治疗组48例，男30例，女18例；平均年龄 43.83 ± 12.1 岁；平均病程 27 ± 1.8 个月；原发病中慢性肾炎28例，慢性肾盂肾炎8例，高血压病6例，糖尿病3例，其它3例。对照组30例，男19例，女11例；平均年龄 44.84 ± 11.2 岁；平均病程 25 ± 2.3 年；原发病中慢性肾炎17例，慢性肾盂肾炎5例，高血压病5例，糖尿病2例，其它1例。

临床根据患者血尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)升高情况，将CRF患者肾功能损害的程度分为4期，即肾功能不全代偿期(Scr $133 \sim 177 \mu\text{mol/L}$)，肾功能不全失代偿期(Scr $178 \sim 442 \mu\text{mol/L}$)；尿毒症早期(Scr $443 \sim 707 \mu\text{mol/L}$)，尿毒症晚期(Scr $>707 \mu\text{mol/L}$)。治疗组肾功能不全失代偿期30例，尿毒症

早期12例，尿毒症晚期6例；对照组肾功能不全失代偿期16例，尿毒症早期8例，尿毒症晚期6例。两组临床资料经统计学处理，无明显组间差异($P>0.05$)。

2 治疗及观察方法

治疗组口服肾衰解毒汤煎剂(生黄芪15g，生地黄15g，生大黄10~20g，土茯苓30g，太子参30g，丹参10g，红花6g，泽泻15g，黄连4g，竹茹10g，法半夏10g，佩兰10g，怀山药30g等)，每日1剂，约300ml，温服频饮。同时用降浊排毒合剂(生大黄15g，煅牡蛎20g，蒲公英20g，煅龙骨20g，红藤20g，附子10g，白芍20g，丹参20g等，由本院药剂科制剂室制成250ml/瓶备用)保留灌肠，每日1~2次，每次200ml左右，肠道保留时间不少于1小时。对照组口服包醛氧淀粉(天津市北方制药厂生产)，每次10g，每日3次。两组病人均采用高热量、LPD+EAA饮食，蛋白质摄入量每日控制在0.6g/kg左右，同时纠正水、电解质紊乱，酸碱平衡失调并进行降压、利尿、抗感染等对症处理。30天为1个疗程，共2个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准：参照《中药新药临床研究指导原则·第一辑》中“中药新药治疗尿毒症的临床指导原则”中的疗效判定标准。

3.2 近期临床疗效：治疗组使用肾衰解毒汤剂口服和降浊排毒合剂保留灌肠后，大多数CRF患者症状和BUN、Scr都有不同程度的好转，其中显效20例(41.67%)，有效19例(39.58%)，无效9例(18.75%)，总有效率81.25%；对照组显效9例(30.00%)，有效8例(26.67%)，无效13例(43.33%)，总有效率56.67%。两组疗效比较差异有显著性($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后肾功能分级变化比较：治疗组治疗前肾功能不全代偿期0例，治疗后18例，对照组分别为0例、10例；治疗组治疗前肾功能不全失代偿期30例，治疗后20例，对照组分别为16例、9例；治疗组治疗前尿毒症早期12例，治疗后7例，对照组分别为8例、7例；治疗组治疗前尿毒症晚期6例，治疗后3例，对照组分别为6例、4例。两组比较差异有显著性($P<0.01$)治疗组明显优于对照组。

4 讨论

CRF属中医“水肿”、“关格”、“肾劳”、“溺毒”等证范畴，现在亦有中医学者称之为“慢性肾衰”。该病病因病机错综复杂，临床多表现为脾肾衰败，阴阳气血俱虚；水湿、瘀浊、邪毒内聚之顽疾。笔者在治疗上以调理脾肾，祛邪解毒为主要手段，自拟肾衰解毒汤治疗，方中生黄芪、太子参、生地黄、怀山药等益肾健脾，培补脾肾之本；生大黄、土茯苓、川黄连、泽泻解毒泻浊，使内聚之湿浊邪毒经二便排泄；丹参、红花化瘀活血通络，有改善肾血流量、缓解高凝状态、促进肾组织的重修复和提高肾小球滤过率的作用；竹茹、法半夏、佩兰等化湿和胃止呕，有明显改善CRF患者消化道症状的作用。另外用降浊排毒合剂保留灌肠治疗是取其煅龙骨、煅牡蛎收敛吸附体内“毒素”至肠道，再通过生大黄、蒲公英、红藤的清热泻下排毒的功能，使其邪毒从肠道排出体外；附子之反佐，以防寒凉太过而伤肠胃。如此两法合用，从临床观察的疗效来看，可使CRF患者的临床症状缓解或减轻，能有效地降低CRF患者体内Scr和BUN水平，使