

时的方法服药。每次均用黄酒兑少量温开水于餐后送服药物。均 3 个月为 1 个疗程。采用双盲双模拟法,分别将治疗药与对照药进行统一包装,外形、颜色统一,分别命名为风湿 I 号,风湿 II 号,试验结果全部临床资料统计后再揭盲。用药期间禁用激素及其他一切中西药、理疗、针灸等治疗。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:根据相关文献拟定。临床治愈:症状全部消失,功能活动恢复正常,主要理化检查指标基本正常。显效:全部症状或主要症状消除,关节功能基本恢复,能参加正常工作和劳动,理化检查指标基本正常。有效:主要症状基本消失,主要关节功能基本恢复或明显进步,生活不能自理,或者失去工作和劳动能力转为劳动和工作能力有所恢复,主要检查指标有所改善。无效:和治疗前相比较,各方面均无进步。

3.2 两组临床总疗效比较:治疗组 97 例,临床治愈 8 例(8.2%),显效 8 例(8.2%),有效 69 例(71.1%),无效 12 例(12.5%),总有效率 87.5%。对照组 50 例,临床治愈 3 例(6.0%),显效 1 例(2.0%),有效 19 例(38.0%),无效 24 例(48.0%),总有效率 52.0%。两组总有效率比较,差异有显著性($P < 0.05$)。

4 讨论

腰痛宁胶囊是由制马钱子、乳香、没药、甘草等药组成,其他保密部分也应在疏散寒邪、温经通络、消肿止痛类药的范围内。方中马钱子苦寒有大毒,有较强的开通经络、透达关节、散寒除湿、消肿止痛的作用;对于寒邪深伏、疼痛剧烈的风湿顽痹有奇特的功效。乳香、没药辛散苦降温通,芳香走窜,内通脏腑,外达经络,活血止痛,消肿生肌;对于顽痹之气滞血瘀,消除病变之充血水肿独奏奇功。甘草缓急止痛,协调药性。诸药共奏温经散寒、活血通络、消肿止痛之功效。我们采取了分次法,从小剂量开始,逐渐递增,依据个体的差异性、耐受性、病情的需要性,最后用到既能耐受,又有明显效果的理想状况,从而在临床上科学合理、有效地掌握其用法与用量。

指迷茯苓丸加味治疗十二指肠壅积症 发作期 48 例

湖南省人民医院中西医结合科 (410002)

陈自愚

十二指肠壅积症迄今尚无理想的治疗方法,主要表现为发作期频繁而又剧烈的呕吐,系目前临床上较为棘手的问题。笔者自 1993 年以来运用指迷茯苓丸加味治疗本症发作期患者 48 例,疗效满意,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准:(1)反复发作进食后呕吐,常为喷射状,呕吐量多,吐物中有胆汁及宿食,中上腹痛,体位改变可使症状有所减轻;(2)钡餐检查示胃及十二指肠第一、第二部肠段扩张,钡剂排空受阻。

1.2 一般资料:48 例患者均系西医内科或外科治疗无效者,诊断明确。其中男 14 例,女 34 例;年龄 12~56 岁,平均 36.2 岁;病程反复发作 1.5~11 年,平均病程 4.8 年;此次呕吐再发时

间 0.5~3 个月;曾经手术治者 15 例,其中十二指肠空肠吻合术后 12 例,屈氏韧带松解术后 3 例;全部患者就诊时呕吐均为频发、剧烈,均不有同程度的营养不良、贫血、消瘦及水电解质平衡紊乱等,均有赖静脉输液补充营养。

2 治疗方法

全部患者予以口服加味指迷茯苓丸治疗。该方由茯苓、枳壳、半夏、玄明粉、生大黄、沉香组成,比例为 3:1.5:6:1:1:0.5,研末,蜜炼为丸如桐子大,瓶装置冰箱内备用。每次服 3~6g,每隔 2 小时服 1 次,生姜煎汤分次送服,若药后吐出,再追加同等量服下。呕吐缓解后,改为 4~6 小时服 1 次。嘱禁食,卧床休息(取俯卧位或膝胸位),并配合补液以纠正水电解质平衡紊乱。呕吐中止后酌情予以健脾和胃或补中益气之品调理,两周后进行疗效评定。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:优:进食后呕吐完全消失,钡餐复查胃及十二指肠排空正常;良:进食后呕吐控制,但恶心不适尚存,钡餐复查胃及十二指肠排空稍迟缓;无效:进食后呕吐无改善,改用或联合其他方法治疗者;复发:有效病例(指优级和良级)2 周内再发频繁、剧烈呕吐者。

3.2 治疗结果:药后见效时间短者 6 小时,长者 7 天,平均见效时间 2.3 天。本组 48 例患者中,疗效优者 30 例(62.5%),良者 13 例(27.1%),无效 5 例(10.4%),总有效率为 89.6%。43 例有效患者中优级复发 2 例,良级复发 4 例,总复发率为 11%。

4 讨论

指迷茯苓丸原本治疗痰痹之剂,该方是在和中降逆之名方小半夏加茯苓汤的基础上,再加枳壳宽肠理气,玄明粉软坚开结而成;笔者又伍生大黄导浊下行,沉香降逆下气,重用“呕家圣药”生姜煎汤送服,所增药物加强了原方通降之功效。此外,笔者考虑中药煎剂药量太多,药味太浓将诱发或加重呕吐的情况,故采用丸药不用煎药,嘱少量顿服不予大量顿服。总之,对本症发作期的治疗,除明确标本缓急之外,剂型选择与服药方法亦不容忽视。

升阳益胃汤加减治疗心绞痛 188 例

北京中医药大学 2002 级博士研究生 (100029)

高京宏

稳定性非劳力型心绞痛的病例病情稳定,易于长期观察总结。笔者多年来突出中医治疗慢性病的优势,结合门诊工作特点,以辨证论治为指导原则,对符合胃阳不举、心阳不振型病例,发挥中医治疗慢性病的优势,用升阳益胃汤加减治疗 188 例,疗效满意,报道如下。

1 临床资料

所选病例均来源于门诊,西医诊断符合稳定性非劳力型心绞痛,中医辨证符合胃阳不举、心阳不振型。所选病例按 2:1 随机分为治疗组和对照组。治疗组病例总数 188 例,其中男性 103 例,女性 85 例,平均年龄 52.60 ± 5.55 岁,病程 7.08 ± 1.26 年;对照组 94 例,其中男 48 例,女 46 例,平均年龄 53.98 ± 6.7 岁,病程 7.6 ± 1.4 年,两组性别及年龄无明显差异,具有可比

性($P>0.05$)。

诊断标准:西医诊断标准参照 1979 年国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专业组的报告,符合自发性心绞痛特征,胸痛发作与心肌需氧量的增加无明显关系。与劳累性疼痛相比,疼痛持续时间较长,病情较重,且不易为硝酸甘油缓解。未见酶变化,心电图常出现某些暂时性 ST 段压低或 T 波改变。同时参考 1979 年全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会修订的心绞痛分型,符合稳定性、非劳力型心绞痛分级。轻度:有较典型心绞痛发作,每次持续时间数分钟,每周疼痛至少发作 2~3 次,但疼痛不重,有时需含硝酸甘油。中度:每天有数次较典型的心绞痛发作,每次持续数分钟到 10 分钟左右,绞痛较重,一般都需口含硝酸甘油。中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》。

中医辨证分型:阳虚证参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》。

2 治疗及观察方法

升阳益胃汤来源于李东垣《脾胃论》,其药物组成为:白参 5g,黄芪 30g,白术 10g,黄连 3g,半夏 10g,泽泻 10g,防风 10g,羌活 10g,独活 10g,柴胡 10g,干姜 5g,白芍 10g,大枣 3 枚。加味:葛根 30g,延胡索 15g,川芎 15g。治疗组 188 例以升阳益胃汤水煎口服治疗,每日 1 剂,每剂 3 煎,每煎 150ml,早中晚饭后服 1 煎,对照组仍按常规治疗,口服复方丹参片 1 日 3 次,1 次 3 片;心痛定片,每次 10mg,每日 30mg;消心痛片,口服 1 次 5mg,每日 15mg。阿司匹林肠溶片饭后吞服。两组疗程均为 4 周,两组病人如有突发心绞痛者,均常规含服硝酸甘油。含量每片 0.5mg,若两组病人中有合并高血压、高血脂等合并症者,均常规给予对症治疗。记录每周心绞痛发作次数,每次疼痛持续时间及观察心电图改变。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:依据 1979 年全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会修订心绞痛症状疗效判定标准。

3.2 观察结果:治疗组显效者 104 例,占 55.32%;改善者 53 例,占 28.19%;基本无效者 15 例,占 7.98%;加重者 16 例,占 8.51%,总有效率 83.51%。对照组显效 20 例,占 21.28%,改善 43 例,占 45.74%,基本无效 18 例,占 19.15%,加重 13 例,占 13.83%,总有效率 67.02%。治疗组心电图改善情况:显效 32 例,改善 45 例,基本无改变 105 例,加重 6 例。对照组心电图显效 5 例,改善 22 例,基本无改变 48 例,加重 19 例。治疗后治疗组每周心绞痛 0 次者 65 例,1~2 次者 89 例,3~5 次者 315 例,5 次以上者 19 例。对照组每周心绞痛 0 次者 13 例,1~2 次者 28 例,3~5 次者 39 例,大于 5 次者 14 例。两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

升阳益胃汤方中以生姜、大枣升发阳气,增强脾胃消化功能,故名升阳益胃汤。其功效为补气健脾,和胃安中,升阳益胃。但是,将此方用于胸痹证的治疗并非南辕北辙,而是根据心胃关系决定的。脾胃阳虚,消化不良,对饮食中营养精微吸收不全,营血化生必然不足。血为阴,阴不足者阳不生,因此心阳不

振,故方中白参、白术、白芍、陈皮、半夏、甘草以升胃阳,健脾和胃,对于脾胃阳虚,消化不良而产生的痰湿等病理现象也一并消除。方中重用黄芪是固胃阳,配合白芍敛脾阳,调营血,更使阴阳气血受到调和补益,胃得以安和。脾胃虚弱者停湿不化,阴阳气血不足的患者抵抗力下降,易受外邪侵袭,故以柴胡、防风、羌活、独活升阳散风,配合泽泻渗利水湿,同时加入少量黄连不仅燥湿,而且反佐,防升发太过。现代研究认为,方中独活、柴胡、防风、甘草和生姜均有抗炎镇痛作用。笔者在原方中加葛根、延胡索、川芎三味,不仅疏通脉道而且协同升发胃阳之剂,激发心阳,以奏心病治胃之功效。

中药配合治疗慢性肾功能衰竭 38 例

河北省沧州市中心医院 (061001)

孙秀琴 杨洪娟 杨作成

慢性肾功能衰竭是各种病因引起的肾脏损害和进行性恶化的结果。目前肾功能衰竭国内外运用透析疗法、肾移植手术等方法进行治疗已取得了较为满意的疗效,但由于其费用昂贵、技术操作复杂而难以普及推广。因此,大多数慢性肾功能衰竭患者仍依赖于内科非透析治疗。我们运用中西医结合方法治疗慢性肾功能衰竭 38 例,临床均取得了满意疗效。其对改善临床症状、提高生活质量、延缓病情进展、延长患者生命起到了重要作用,现报道如下。

1 临床资料

治疗组 38 例,男 20 例,女 18 例,年龄 26~64 岁,平均 41.5±8.4 岁;病程 14 个月~30 年;慢性肾小球肾炎 22 例,高血压肾病 8 例,慢性肾盂肾炎 8 例。对照组 38 例,男 26 例,女 12 例,年龄 32~68 岁,平均 44.5±8.6 岁;病程 13 个月~20 年;慢性肾小球肾炎 21 例,慢性肾盂肾炎 6 例,高血压肾病 8 例,糖尿病肾病 2 例,多囊肾 1 例。两组治疗前后临床表现、实验室检查相近,具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

对照组:西医综合治疗(给予低盐、低蛋白、低磷、高热量、高维生素饮食,纠正水电解质及酸碱平衡紊乱,控制感染,控制高血压)。

治疗组:在西医治疗的基础上,配合静脉给药,中药汤剂口服,中药灌肠。静脉给药:黄芪注射液 40ml,加 0.5%葡萄糖液 250ml 静脉滴注。每日 1 次,15 日为 1 个疗程。中药用益气健脾补肾。基本方:熟地黄 15g,生黄芪 20g,山药、茯苓、白术、山茱萸、牛膝各 10g,太子参、熟大黄各 15g,甘草 6g。水煎,每日 1 剂,早晚分两次温服。随症加减:脾肾阳虚者加仙茅、淫羊藿;血瘀明显者加丹参、桃仁、泽兰;湿热明显者加白豆蔻、黄芩、黄连、车前子;血虚者加当归、鸡血藤、阿胶。中药灌肠方:附子 10g,肉桂 10g,生大黄 30g,生牡蛎 30g,蒲公英 30g 浓煎 150ml,高位保留灌肠,每日 1 次,保留时间 1~2 小时,以每日腹泻 2~3 次为度,10~15 天为 1 个疗程。

3 治疗结果

参照 1987 年全国肾衰保守疗法专题学术会议拟定的标准。显效:(1)症状减轻或消失;(2)内生肌酐清除率增加≥