

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≥

30%；(3)血肌酐降低 $\geq 30\%$ 。其中(1)必备、(2)、(3)具备 1 项即可判定。有效：(1)症状减轻或消失；(2)内生肌酐清除率增加 $\geq 20\%$ ；(3)血肌酐降低 $\geq 20\%$ 。其中(1)必备，其它具备 1 项即可判定。无效：不符合显效和有效标准者。

治疗组显效 30 例，有效 7 例，无效 1 例，显效率 78.95%，总有效率 97.4%；对照组显效 8 例，有效 12 例，无效 18 例，显效率 21.05%，总有效率 52.6%。两组显效率及总有效率差异均有显著性($P < 0.01$)。

4 讨论

慢性肾功能衰竭的发病机制是本虚标实，以本虚为主，多为脾肾两虚，标实多以湿浊、血瘀为主。治疗以黄芪为主药，静脉点滴并口服，黄芪性温味甘，自古被列为本草上品，为补气固表、利水消肿之良药。此外尚有“透五脏间恶血”、“通调血脉，流行经络”等功效。现代研究证明，黄芪具有改善血液流变性、改善微循环、消除自由基、抑制脂质过氧化、保护血管内部细胞、调节肾素-血管紧张素-醛固酮系统和促进骨髓造血等作用。熟地黄、山茱萸、牛膝、山药、茯苓、白术、健脾补肾，利水消肿，熟地黄可泻浊解毒。现代研究证实，大黄对肾脏系膜细胞有抑制作用。制剂口服可使体内内甲基胍水平降低，并使自由基生成减少，能抑制肾小管细胞的高代谢状态，大黄灌肠后，粪氮量增加。太子参、甘草协黄芪益气，助茯苓、山药、白术健脾，诸药合用，可延缓慢性肾衰的进展，改善症状。通过与西医综合治疗对照，疗效显著。

疏肝解郁化痰汤治疗中风后抑郁症 30 例

首都医科大学中医药学院附属鼓楼中医医院内科(100009)

申 志 敏

脑中风是神经系统多发病、常见病。其死亡率、致残率高是严重威胁人类健康的疾病。脑中风后抑郁症是常见的心理疾病，笔者以自拟疏肝解郁化痰汤为主治疗中风后抑郁症(肝郁血瘀型)30 例，收到较为满意的疗效，现报告如下。

1 临床资料

治疗组 30 例，男 17 例，女 13 例。年龄 47~82 岁，平均 59.2 岁。病程 3~12 个月，平均 6 个月。其中轻度 17 例，中度 10 例，重度 3 例。对照组 23 例，男 13 例，女 10 例。年龄 45~78 岁，平均 60.1 岁。病程 3~14 个月，平均 6.5 个月。其中轻度 12 例，中度 9 例，重度 2 例。

全部病例来自神经内科住院及门诊患者，两组在年龄、性别、病情分布情况方面差异均无显著性($P > 0.05$)。所有患者均采用汉密顿抑郁量表(HDS)17 项版本作为评分标准。总分超过 24 分，为严重抑郁；超过 17 分为中度抑郁；超过 7 分为轻度抑郁。中医诊断标准参考 1994 年 6 月国家中医药管理局公布的《中医病症诊断疗效标准》制定。脑中风的诊断均以 CT 或 MRI 证实。其中治疗组 21 例脑梗塞，9 例脑出血。对照组 18 例脑梗塞，5 例脑出血。两组病人均排除既往有精神病史及家族精神病史者。

临床表现抑郁心境，思维迟缓，言语动作减少并伴有食欲减退，失眠早醒等躯体症状甚至悲观妄想或有自杀倾向。

2 治疗方法

两组 53 例脑梗塞或脑出血患者均已经过常规治疗，病情稳定。

治疗组：给予疏肝解郁化痰汤(柴胡 10g，白芍 10g，枳壳 10g，香附 10g，丹参 30g，川芎 10g，茯苓 10g，半夏 10g，合欢花 15g，夜交藤 15g，炒酸枣仁 30g)。气虚者加黄芪、党参；纳差腹胀、便溏者加神曲、麦芽、炒白术；热盛者加炒栀子、龙胆草；肾精不足者加枸杞子、制何首乌；心神不宁者加生龙骨、生牡蛎；瘀血甚者加桃仁、红花、水蛭。以上中药加水 300ml，煎汁 100ml，再复煎取汁 100ml，两次药液混合早晚分服，30 天为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。

对照组：给予百忧解(美国礼来公司生产，批号 001031)口服。每次 20mg，每日 1 次，晨起服，30 天为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。

3 治疗结果

疗效标准：(1)根据汉密顿抑郁量表(HDS)疗效评分标准 17 项版本。显效：积分降至 7 分且症状消失或明显改善。有效：积分降至 8~10 分及部分症状改善。无效：积分 > 18 分且症状无缓解。(2)中医疗效标准参考 1994 年 6 月国家中医药管理局公布的《中医病症诊断疗效标准》制定。显效：症状消失，情绪正常。有效：症状减轻，情绪基本稳定。无效：症状情绪均无改善。

结果：治疗组 30 例，显效 21 例(70.00%)，有效 5 例(16.90%)，无效 4 例(13.00%)，总有效率 86.90%。对照组 23 例，显效 12 例(52.17%)，有效 4 例(17.39%)，无效 7 例(30.00%)，总有效率 69.50%。治疗组与对照组比较，总有效率差异有显著性($P < 0.05$)。

4 讨论

中风后抑郁症是中风病常见并发症之一，由于脑中风发病较急，患者往往对突如其来的生理功能障碍引起生活自理困难难以接受，对预后易产生恐惧、消极、悲观、烦躁的心理反应，往往陷入绝望和担忧情绪中。表现为少言、淡漠、缺乏主动性，在日常生活中过分依赖他人，对预后失去信心等，不能主动配合治疗，导致康复差，抑郁心境长久不能恢复。中风后抑郁症属于中医学郁证范畴。《素问·举痛论》曰：“余闻百病生于气也，怒则气上、喜则气缓、悲则气消、恐则气下、思则气结……。”患者中风后情志不舒，肝失条达，气失疏泄，而致肝气郁结。肝郁气滞则可致血瘀；肝气横逆犯胃，胃失和降；肝郁乘脾，使脾失健运，蕴湿生痰；痰瘀复阻气机，又可致气郁不舒；肝郁抑脾，耗伤心气，营血渐耗，心失所养，神失所藏而心神不安，出现心绪低落，言语少，失眠易醒，食纳不佳诸症。治疗宜本《素问·六元正纪大论篇》“木郁达之”以及《证治汇补·郁证》所论：“郁病虽多，皆因气不周流，法当顺气为先。”以疏肝解郁为先，辅以活血、健脾、利湿。方中以柴胡、白芍、枳壳、香附疏肝理气，川芎、丹参行气活血化痰，茯苓、半夏健脾祛湿以绝生痰之源，合欢花、夜交藤、酸枣仁养血解郁安神。全方共奏疏肝理气，化痰解郁安神之功。所观察的 53 例患者，治疗组疗效明显优于对照组，发挥了中医辨证施治的优势，减少了西药的副反应。