

郁日久,易从热化,形成湿热;脏器虚损,易反复感染,即生湿热;久用中医温肾壮阳之品,有助阳生热、助湿化热之弊。因此,湿热贯穿蛋白尿形成演变的全过程,“久病入络”、“湿热阻络”皆形成瘀血,使精微不循正道进而外泄下行,形成蛋白尿。从以上看来,蛋白尿的形成原理就是“肾虚血瘀·湿热论”的全部内容体现,可以说“肾虚血瘀·湿热论”是指导慢性肾炎临床的有效原则。所以,临床上治疗蛋白尿不能一味地独用固肾涩精方药,而应补肾健脾与活血化痰、清热利湿同用。

水肿是肾脏疾病的重要体征,慢性肾小球肾炎除急性发作型外,其水肿的分布与急性肾小球肾炎不同,大多数为全身性,腰以下尤甚,面色㿔白,腰酸肢冷,腹胀便溏,舌体胖大齿痕、舌淡、脉沉细;如果是肾病型水肿,这种情况则更为突出,为全身高度水肿,甚至伴有腹水或胸水。此类水肿通常属脾肾阳虚所致,治宜温阳益气,健脾利水。“补肾活血胶囊”的立法原则即蕴含此意。有关研究表明,该法对慢性肾炎的早、中、晚期都有不同的作用,早期可以减少肾小管回收,由此导致水与氯化物的大量排泄,继而提高肾小球滤过率及肾有效血流量的增加;改善后的肾功能又在慢性肾小球肾炎后期消肿中起着关键作用。

辨证治疗慢性萎缩性胃炎 58 例

北京市昌平区中医医院(102200)

李 富 和

近年来,我们用中医辨证方法治疗慢性萎缩性胃炎 78 例,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

一般资料:78 例均选自 1997 年 5 月~2002 年 6 月我院门诊经胃镜及病理活检确诊为慢性萎缩性胃炎的患者。采用随机方法分为治疗组和对照组,治疗组 58 例,男性 32 例,女性 26 例,年龄 40~65 岁,平均 48.5 岁;病程 9 个月~11 年,平均 4.60 年;轻度 21 例,中度 29 例,重度 8 例;单纯萎缩 42 例,伴肠上皮化生 3 例,伴不典型增生 2 例,合并 Hp 感染 11 例。对照组 20 例,男性 12 例,女性 8 例,年龄 41~62 岁,平均 50.2 岁;病程 1~14 年,平均 5.22 年;轻度 7 例,中度 10 例,重度 3 例;单纯萎缩 14 例,伴肠上皮化生 1 例,合并 Hp 感染 5 例。两组在性别、年龄、病理及均衡性检验方面差异无显著性,具有可比性。

诊断标准:西医诊断标准参照 1982 年重庆全国胃炎诊治座谈会标准。中医证候诊断标准参照 1989 年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的诊断试行标准,分为脾胃虚弱、肝胃不和、脾胃湿热、胃阴不足、胃络瘀血 5 个证型。

2 治疗方法

治疗组根据中医证候分型组方遣药。脾胃虚弱型 20 例,治以健脾益气养胃法,方选香砂六君子汤、黄芪建中汤加减;肝胃不和型 17 例,治以疏肝理气和胃法,方选柴胡疏肝散加减;脾胃湿热型 10 例,治以化湿清热助胃法,方选藿朴夏苓汤加减;胃阴不足型 6 例,治以育阴生津益胃法,方选益胃汤加减;胃络瘀血型 5 例,治以活血化痰安胃法,方选自拟活血化痰汤[丹参 15~30g,三七粉(冲)5g,当归 12g,延胡索 12g,莪术 10g,郁金

10g,白术 12g,茯苓 15g,九香虫 5g]加减。汤剂治疗,每日 1 剂,水煎 2 次,早晚温服。连续治疗 4 个月为 1 个疗程,1 个疗程后停药 2 周,复查胃镜及病理,观察疗效。对照组服用摩罗丹(河北邯郸制药有限公司生产),每次 80 粒,每日 3 次,疗程与复查时间同治疗组。采用症状计分法,观察治疗前后两组主要中医证候的变化。将胃脘胀满、疼痛、嗳气、食欲不振、恶心呕吐、大便溏泻、乏力,按轻中重三级,分别计 1、2、3 分。同时观察治疗前后胃镜与病理检查情况,血、尿、便常规及大便潜血等变化。

3 治疗结果

参照 1989 年中国中西医结合学会消化系统专业委员会制定的疗效评定标准进行评定。治疗组 58 例中痊愈 2 例,显效 34 例,有效 18 例,无效 4 例,总有效率 93.1%;对照组 20 例中显效 2 例,有效 14 例,无效 4 例,总有效率 80.0%,两组疗效比较差异有显著性($P<0.05$)。胃镜检查结果:治疗组痊愈 1 例,显效 19 例,有效 29 例,无效 9 例,总有效率 84.5%;对照组有效 14 例,无效 6 例,总有效率 70.0%。两组胃镜和病理检查结果比较差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

慢性萎缩性胃炎以正虚(包括气虚、阳虚和阴虚)为本,且三者之间往往互相交错,表现为气虚、阳虚、阴虚或阴阳两虚;以诸如气滞、湿浊、火热、瘀血、寒邪等邪实为标。其基本病变是胃黏膜固有腺体的萎缩。因此,在治疗上应以把握两大原则最为关键:一是治标(祛邪),消除致病因素,抑制胃黏膜炎症,阻止腺体的进一步萎缩;二是固本(扶正),胃黏膜腺体的萎缩是正气虚弱的表现。因此,应用扶正固本诸法,促进胃黏膜和腺体的生长与再生。临床要根据不同证型分别以固本、调气、化湿、散瘀、补虚等进行辨证施治。

苍龟探穴针刺法为主治疗 单纯性肥胖 40 例

中国中医研究院针灸研究所(100700)

王 兵 刘家瑛

我们采用苍龟探穴针刺法为主治疗单纯性肥胖 40 例,取得显著疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:40 例均为门诊患者。其中男 11 例,女 29 例。年龄 21~46 岁;病程 1~15 年;轻度肥胖 9 例,中度肥胖 23 例,重度肥胖 8 例。治疗前实测体重超过标准体重 20%~56%。

1.2 病例选择标准:全部病例均按照 WHO 单纯性肥胖症的诊断标准进行诊断。成人标准体重为[身高(cm)-100]×0.9(kg),患者实际体重超过标准体重 20%以上,即为肥胖症。肥胖程度分级:轻度(I级)为超过标准体重 20%~29%;中度(II级)为超过标准体重 30%~50%;重度(III级)为超过标准体重 50%以上。本研究所选病例的体重均超过标准体重 20%以上。

1.3 观察指标:体重测定(每周至少 3 次,同一台秤,患者衣着相同),血脂及血糖测定,B 超检查。有症状者观察症状变化。

2 治疗方法

取穴:主穴为上脘、中脘、水分、阴交、中极、大横(双)、不容

(双)、天枢(双)、外陵(双)、水道(双)。配穴:双侧章门、日月、三阴交。患者取仰卧位。先在主穴中选出 4 个穴位(以脐为中点,上下左右各象限均应有 1 穴为佳),常规消毒后,使用华佗牌 30 号 1 寸不锈钢毫针先针刺脐上穴位。采用苍龟探穴法进行针刺:先将针进至地部,复将针提至天部,以拇指、食指扳倒针身,依照先上后下、自左而右的次序斜刺进针,变换针尖方向。向每一方向针刺都必须由浅入深,分三部徐徐而进,待针刺得到新的感应时,则退至穴位浅层,然后改换方向,依上法再刺。手法完毕后,出针(不需留针)再行针刺下一穴位(按照脐左、右、下的顺序)。待 4 个主穴的苍龟探穴针刺法全部完毕后,再消毒其他穴位,用华佗牌 30 号 1.5 寸不锈钢毫针,按照常规进行针刺,手法刺激得气后反复轻插重提,大幅度高频率捻转,产生较强的针感后,将 G-6805 II 型电针仪接于腹部脂肪较为肥厚穴位处的针柄上,采用连续波,强度以患者耐受为度。配穴采用华佗牌 30 号 1 寸不锈钢毫针,按照常规针刺,平补平泻法。留针 30 分钟。起针后,用 4 号火罐在腹部和大腿处拔罐,留罐期间,嘱患者自行摇晃腹部火罐罐底,带动肌肉的运动,10 分钟后起罐。取耳穴饥点、渴点、口、胃、脾、内分泌、神门、大肠、脑点,脱敏胶布剪成 5mm×5mm,中间放王不留行籽,贴上述穴位。每次贴一侧,两耳交替贴压。嘱患者每日按压至少 3 次,每次均按至耳朵发热为止。每周治疗 3 次,10 次为 1 个疗程。治疗 1 个疗程后,如果效果不佳,则继续治疗第 2 个疗程。

治疗期间,患者应限制淀粉类食物的摄入量,提倡高纤维素饮食;适当增加运动量以增加热量消耗,减少脂肪积聚。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:根据 1989 年全国第二届肥胖症会议修订的标准,以体重下降至标准体重为临床治愈;体重下降>5kg,体脂下降>5%为显效;体重下降 3~5kg,体脂下降>2%为有效;体重下降<3kg 为无效。

3.2 治疗结果:40 例患者,经过 1~2 个疗程治疗后,显效 28 例,占 70%;有效 9 例,占 22.5%;无效 3 例,占 7.5%;总有效率 92.5%。1 个疗程治疗后体重减轻最多 9.7kg,最少 1.2kg,平均 5.15kg。腹围缩减平均为 2.3cm。治疗前有 25 例患者血脂(TC、TG)高于正常值,治疗后有 19 例患者血脂恢复正常;治疗前 9 例患者血糖高于正常,治疗后 5 例血糖恢复正常;治疗前有 11 例经 B 超诊断为脂肪肝,治疗后 10 例复查未查出脂肪肝。

苍龟探穴针刺法始见于《金针赋》:“苍龟探穴,如入土之象,一退三进,钻剔四方。”该针法属于平补平泻法,有较强的行气作用,原本适用于治疗顽麻冷痹、瘫痪痿软、肢体麻木、症瘕积聚等一切气滞血瘀症。但由于该手法进针的深浅层次不同,针刺方向上更具有多样性,应用于腹部穴位时,可直接破坏皮下脂肪细胞,加速脂肪细胞的分解。因此,可将该法用于治疗肥胖症。使用 1 寸针可以使操作灵活、快捷;因为行针时针体完全在脂肪层,故患者无明显的疼痛等不适感。腹部是脂肪堆积最多的部位,因此选取腹部穴位应用该法往往特别有效。中医学认为本病的病机为脾胃失和,脾虚胃盛,痰湿壅滞,所以临床选用足太阴脾经和足阳明胃经及任脉的腹部腧穴为主穴,以达健

脾和胃、化痰利湿之效。配合胆经募穴日月、脾经募穴章门、足三阴之交会穴三阴交,可起到疏肝利胆、行气、健脾和胃之效。针刺结束后在腹部拔罐并摇罐底也可起到破坏脂肪细胞,加速脂肪细胞分解的作用。

稳心颗粒配合倍他乐克治疗冠心病 快速心律失常 64 例

四川省绵阳市第二人民医院内科(621000)

尹琼 李薇

近两年来,我院应用步长稳心颗粒与倍他乐克联用治疗冠心病快速心律失常 64 例,并与单用倍他乐克治疗的 32 例作临床疗效对照,现总结如下。

1 临床资料

选择我院内科 2003 年 1 月~2004 年 11 月门诊住院患者 96 例。参照 WHO 缺血性心脏病的命名诊断标准,心电图、动态心电图均诊断为冠心病快速心律失常的患者,随机分为两组,观察组 64 例,其中男 40 例,女 24 例,年龄 53~75 岁,平均(56±4)岁;合并房早 35 例(阵发性房颤 5 例、阵发性房速 7 例),室早 20 例,窦速 9 例。对照组 32 例,其中男 20 例,女 12 例,年龄 50~73 岁,平均(54±4)岁;合并房早 18 例(阵发性房颤 2 例、阵发性房速 3 例),室早 10 例,窦速 4 例。排除哮喘、严重肺部疾病、急性心衰,心率<60 次/分、I 度以上传导阻滞。两组在性别、年龄、心律失常类型及合并症方面经统计学处理,差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

除按冠心病的常规治疗外,停药所有抗心律失常药,观察组步长稳心颗粒每次 9g,每日 3 次,倍他乐克每日 25mg,分两次口服,有效后减量或停倍他乐克,疗程 4 周;对照组予倍他乐克每日 25mg,有效后减量至 12.5mg,分两次口服,疗程 4 周,治疗前后进行心电图、动态心电图、血脂、血流量变检查并判定疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效判断标准:参照 1985 年修订的全国中西医结合防治冠心病及心律失常疗效标准,1988 年《美国心脏病学杂志》温特斯等制定的心律失常疗效标准,症状等级分无(-)、轻(+)、中(++)、重(+++)。(1)症状疗效:显效:症状消失或明显改善,症状等级下降(++)及以上;有效:症状改善,症状等级下降(+);无效:症状无改善或加重,症状等级无下降或增加者。(2)心电图、动态心电图疗效:显效:早搏次数消失或明显减少,较原来早搏次数减少 $\geq 75\%$;24 小时无早搏或小于 10 个/小时,早搏次数 24 小时较治疗前下降 $\geq 50\%$ 。有效:早搏次数较原来减少 50%~75%;早搏次数 24 小时较治疗前下降 $\geq 30\%$ 。无效:早搏次数无改变或较前增多者,24 小时早搏次数无改变或增多者。

3.2 结果:(1)两组症状疗效比较:观察组 64 例,显效 51 例,有效 10 例,无效 3 例,总有效率为 95.32%;对照组 32 例,显效 11 例,有效 13 例,无效 8 例,总有效率为 75%。两组比较差异