

血,善清血分之热,具有清降泄热功效;栀子、苦寒,归心、肺、胃、三焦经,泻火除烦;黄芩、苦寒,归肺、胃、胆、大肠经,清热泻火,三者合用,清内生之阳热以治咽干口苦等诸症,故为佐。茯神,甘淡平,归心、脾、肾经,安神定志;首乌藤,甘平,归心、肝经,养心安神,通络祛风,二者养心安神以助益智,故亦为佐。川牛膝,苦酸平,归肝、肾经,补肝肾,强筋骨,活血化瘀;益母草,辛苦寒,归心、肝经,活血化瘀,二者合用引血下行,热血下行则阳入阴分,阴平阳秘,气血调和,肝气调畅,故共为使药。

补肾活血胶囊治疗慢性肾炎 278 例

天津市公安医院(300050)

张 勉 之

天津市中医药研究院

张 大 宁

澳门中医医疗中心

沈 伟 梁

我们在大量的临床基础上发现“肾虚血瘀·湿热证”是慢性肾炎的主要表现。根据张大宁教授提出的补肾活血法原理,采取标本同治的方法以补肾活血胶囊治疗慢性肾炎,取得了较好的效果,现报告如下。

1 临床资料

本研究共观察 398 例,来源于 2000 年 1~6 月天津市中医药研究院及澳门中医医疗中心门诊及住院患者,均符合 1992 年安徽太平会议“原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准专题座谈会纪要”的诊断标准。并符合以下条件:(1)神志清楚,能配合治疗;(2)除外系统性红斑狼疮、紫癜、糖尿病等原因造成的肾损害;(3)不伴有传染病、精神病及中毒性疾病;(4)除外未满足规定观察期而中断治疗,无法判断疗效或资料不齐全者。

398 例随机分为两组,其中观察组 278 例,西药对照组 120 例,两组进行对照观察。

观察组 278 例中男性 183 例,女性 95 例;14 岁以下 21 例,14~30 岁 72 例,31~50 岁 127 例,51~70 岁 41 例,70 岁以上 11 例;病程 1~15 年。临床分型属普通型 159 例,高血压型 87 例,急性发作型 32 例;278 例中大部分已出现不同程度的肾功能减退,其中尿素氮正常 33 例,7.1~9mmol/L 157 例,9~20mmol/L 68 例,20mmol/L 以上 20 例;血肌酐正常 58 例,107~177μmol/L 135 例,178~442μmol/L 者 66 例,443~707μmol/L 者 19 例。

西药对照组 120 例,男性 79 例,女性 41 例;年龄 14 岁以下 9 例,14~30 岁 31 例,31~50 岁 55 例,51~70 岁 18 例,70 岁以上 7 例;病程 1~15 年;临床分型属普通型 69 例,高血压型 35 例,急性发作型 16 例;大部分患者已出现不同程度的肾功能减退,其中尿素氮正常 16 例,7.1~9mmol/L 70 例,9~20mmol/L 28 例,20mmol/L 以上 6 例;血肌酐正常 27 例,107~177μmol/L 59 例,178~442μmol/L 27 例,443~707μmol/L 7 例。

两组患者的性别、年龄、病程、分型以及实验室检查等方面均具有可比性。

2 治疗方法

观察组用补肾活血胶囊适当配合少量西药降压、利尿对症治疗,不用激素及免疫抑制剂。补肾活血胶囊组成:生黄芪、冬虫夏草、白术、补骨脂、丹参、川芎、三棱、半枝莲、蒲公英,浓缩制成胶囊。每粒 0.5g,每次 2~3 粒,每日 2~3 次,温水送服。除采用西医通用的低盐、高质低量蛋白饮食外,禁食海鲜、羊肉及刺激性食物,当患者肾功能正常且伴大量蛋白尿时,则适当放宽蛋白摄入量,但不超过 $1.0\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 。

西药对照组除采用利尿、降压、抗凝等常规对症治疗外,适当根据病情运用激素。其中血肌酐超过 $354\mu\text{mol/L}$ 者,除外结缔组织性疾病的肾损害,不宜使用激素及免疫抑制剂;持续性高血压、严重镜下血尿、选择性蛋白尿的情况差者,不宜使用激素及免疫抑制剂。当血肌酐低于 $265\mu\text{mol/L}$ 时,以 ACEI 和钙离子拮抗剂为主要降压药,若超过,单使用后者。疗程均为 6 个月~2 年,停药后随访 1 年统计疗效。

统计学方法:根据数据的性质与分布情况,计数资料采用 χ^2 检验;计量资料采用 t 检验;等级资料采用秩和检验。所有数据均采用 SPSS 10.0 统计软件包进行统计学处理。

3 结果

3.1 疗效标准:参考《临床疾病诊断依据治愈好转标准》的方案。完全缓解:连续 3 次以上尿蛋白及红细胞定性检查阴性,24 小时尿蛋白定量 $<0.3\text{g}$,离心尿红细胞计数 <3 个/HP,血压 $<140/90\text{mmHg}$,水肿消失,肾功能恢复正常。显著缓解:连续 3 次以上尿蛋白及红细胞定性检查弱阳性,24 小时尿蛋白定量 $0.3\sim 1\text{g}$,离心尿红细胞计数 $3\sim 5$ 个/HP,血压 $<140/90\text{mmHg}$,水肿明显好转,肾功能恢复正常或血肌酐下降超过 50%。部分缓解:连续 3 次以上尿蛋白及红细胞定性检查减少,24 小时尿蛋白定量较治疗前减少,离心尿红细胞计数减少,血压降低,水肿较前缓解,血肌酐及尿素氮下降或维持。无效:与治疗前相比蛋白尿、血尿、高血压、水肿及肾功能等无差别或恶化。

3.2 结果:观察组 278 例,完全缓解 162 例(58.3%),显著缓解 80 例(28.8%),部分缓解 29 例(10.4%),无效 7 例(2.5%),总有效率 97.5%;西药对照组 120 例,完全缓解 3 例(30.8%),显著缓解 46 例(38.3%),部分缓解 12 例(10%),无效 25 例(20.9%),总有效率 79.2%。两组比较差异有显著性($P<0.05$)。观察组患者经治疗后,24 小时尿蛋白、红细胞、肌酐以及尿素氮等指标较治疗前有显著改善,与西药对照组比较差异有显著性($P<0.01$,表略)。

补肾活血胶囊治疗后,普通型、高血压型、急性发作型的总有效率分别为 97.5%、97.7%、96.9%,3 型组间疗效差异无显著性。

4 讨论

中医学认为,蛋白质属人体的精微物质。蛋白尿的产生是脏腑功能失调,即肺、脾、肾三脏虚弱,特别应责之于肾。肾气不固,精关不固,封藏失职,致精微下注,随尿排出。而脾主升清,使精微上输;若脾虚下陷,亦致精微下注。因此,脾肾气虚是蛋白尿形成病机中的重要因素。此外,瘀血与湿热同样是蛋白尿形成的重要原因。蛋白尿长期反复地存在于肾炎的病程中,湿

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,“久病人络”、“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