

协会1977年诊断标准,选择(1)具有原发性高尿酸血症(男 $>416\mu\text{mol/L}$,女 $>357\mu\text{mol/L}$),并除外其他肾脏病,血液病,肿瘤放疗、化疗或噻嗪类利尿剂等所致的继发性高尿酸血症。(2)至少有下列肾脏损害之一者:①蛋白尿;②血尿;③一项或数项肾功能减退;④泌尿系结石,其肾脏损害可排除其他病因。(3)符合肝肾不足、湿浊瘀血阻络中医辨证标准。症见:关节疼痛、肿胀、重着或关节僵直变形、或皮下结节、活动不利、神疲肢肿、夜尿增多、尿频、腰痛、舌质淡、苔白、或暗有瘀斑、脉细或细弱。

1.2 一般资料:按入选标准将原发性痛风性肾病患者随机分为两组。治疗组40例,男性38例,女性2例;年龄34~75岁,平均 (47.8 ± 12.5) 岁;病程0.5~16年,平均 (7.37 ± 8.17) 年;合并高血压18例,合并高脂血症33例,合并糖尿病4例。对照组40例,男性37例,女性3例;年龄36~76岁,平均 (49.6 ± 11.7) 岁;病程0.5~14年,平均 (6.47 ± 7.23) 年;合并高血压14例,合并高脂血症35例,合并糖尿病1例。两组在性别、年龄、病程及合并症等方面,差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗方法:治疗组用痛风合剂(百合、土茯苓、萆薢等水煎浓缩、软包装汤剂,每袋150ml)每日3次,每次1袋,同时服用益肾养肝口服液(黄芪、山茱萸等,我院药厂生产,每瓶100ml)每次25ml,每日2次。对照组用别嘌醇每次0.1g,每日3次。

两组患者同时使用碳酸氢钠碱化尿液,保持尿pH值在6.5,每昼夜尿量在2000ml以上。低嘌呤饮食,由我院统一印发痛风患者配膳标准。治疗4周为1个疗程,全部患者均治疗3个疗程。服药期间不得使用其他影响尿酸、肾脏的药物及措施。

2.2 观察方法:所有入选者均于治疗前及治疗后每2周记录症状、舌、脉象变化,每周查尿常规1次,调整碳酸氢钠用量,保持尿pH值在6.5。治疗前后进行血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血尿酸、血和尿 $\beta_2\text{-MG}$ 、24小时尿蛋白定量检查。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:显效:症状和体征消失,血肌酐降至 $159\mu\text{mol/L}$,血尿酸氮降至 7.1mmol/L ,血尿酸降至 $360\mu\text{mol/L}$ 以下,24小时尿蛋白定量下降1/2以上,血、尿 $\beta_2\text{-MG}$ 降至正常。好转:症状和体征显著减轻,血尿酸降至 $420\mu\text{mol/L}$ 以下,24小时尿蛋白定量 $<1\text{g}$,血、尿 $\beta_2\text{-MG}$ 基本降至正常。无效:症状和体征无明显改善或加重,实验室指标不能达到好转要求。

3.2 治疗结果

3.2.1 两组疗效比较:治疗组显效21例,好转14例,无效5例,总有效率87.5%。对照组显效9例,好转19例,无效12例,总有效率70%。经统计学分析差异有显著性($P<0.01$)。

3.2.2 两组治疗前后各项检查指标情况比较:治疗组血尿酸治疗前后分别为 $(498\pm93)\mu\text{mol/L}$ 、 $(405\pm76)\mu\text{mol/L}$;对照组分别为 $(487\pm91)\mu\text{mol/L}$ 、 $(411\pm82)\mu\text{mol/L}$ 。治疗组24小时尿蛋白治疗前后分别为 $(1.86\pm0.23)\text{g}$ 、 $(0.88\pm0.13)\text{g}$;对照组分别为 $(1.84\pm0.21)\text{g}$ 、 $(1.65\pm0.43)\text{g}$ 。治疗组血 $\beta_2\text{-MG}$ 治疗前后分别为 $(3.57\pm3.65)\text{mg/L}$ 、 $(2.04\pm0.83)\text{mg/L}$;对照组分别为 $(3.97\pm3.71)\text{mg/L}$ 、 $(2.69\pm1.78)\text{mg/L}$ 。治疗组尿 $\beta_2\text{-MG}$ 治疗前后分别为 $(0.97\pm1.37)\text{mg/L}$ 、 $(0.37\pm0.81)\text{mg/L}$;对照

组分别为 $(0.94\pm1.07)\text{mg/L}$ 、 $(0.74\pm0.79)\text{mg/L}$ 。治疗组血肌酐治疗前后分别为 $(189\pm103)\mu\text{mol/L}$ 、 $(128\pm96)\mu\text{mol/L}$;对照组分别为 $(193\pm98)\mu\text{mol/L}$ 、 $(168\pm81)\mu\text{mol/L}$ 。治疗组血尿素氮治疗前后分别为 $(9.91\pm3.34)\text{mmol/L}$ 、 $(6.78\pm3.23)\text{mmol/L}$;对照组分别为 $(9.62\pm3.26)\text{mmol/L}$ 、 $(8.21\pm3.07)\text{mmol/L}$ 。治疗组治疗后较治疗前指标均有改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$),对照组仅前2项有明显改善($P<0.05$)。两组患者治疗前各项检查指标差异无显著性($P>0.05$);血尿酸和24小时尿蛋白定量两组治疗后均明显降低,组间比较前者无显著性差异($P>0.05$)、后者治疗组明显优于对照组($P<0.01$);血和尿 $\beta_2\text{-MG}$ 及血肌酐与血尿酸氮对照组治疗前后无明显变化($P>0.05$);治疗组治疗后明显降低,并低于同期对照组($P<0.05$)。

4 讨论

痛风性肾病的主要发病基础是高尿酸血症,当血浆及肾间质液中尿酸盐浓度增高时,尿酸盐在肾组织沉积,引起慢性间质性肾炎,导致肾小管萎缩变性,肾小球纤维化及硬化,出现小管性、小球性蛋白尿,最终发展至慢性肾功能衰竭。西医治疗本病以促进尿酸排泄、抑制尿酸合成为主,缺乏特异性治疗方法。本病的中医基本病机是正虚、邪实;其虚乃饮食不节、损伤脾胃、湿浊内滞、聚于肾络、日久化热、耗伤气血、内及肝肾,导致肝肾不足;其实为湿(痰)浊瘀血交阻;肝脾肾虚损、气血运行不畅,进一步加重水湿、痰浊、瘀血瘀滞脏腑经络;此乃本虚标实之证。根据这一病机,我们以清热利湿泄浊、活血化瘀止痛治其标(邪实),益肾养肝健脾治其本(正虚),采用痛风合剂和益肾养肝口服液治疗本病,不但能降低血尿酸、解除骨关节肿痛,还能明显减少尿蛋白排出,尤以代表肾小球、肾小管功能的 $\beta_2\text{-MG}$ 的改善最为明显,从而起到保护肾脏,改善肾功能的作用。

三黄二豆粥治疗放疗、化疗致 白细胞减少症41例

山东省东营市第二人民医院(257335)

宋 星 宏

随着放疗、化疗技术的广泛开展,因接受放疗、化疗导致白细胞减少者越来越多。临床体会到常用治疗白细胞减少的药物疗效并不十分满意。近年来,参考有关文献将在升高白细胞方面有可靠疗效且味甘无毒的多味中药组成一方,以药粥的形式让患者服用,既方便又有良好效果。现将有关资料总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准:(1)有放疗、化疗治疗史。(2)参照《血液病诊断及疗效标准》中关于白细胞减少及中性粒细胞减少和粒细胞缺乏症的诊断标准。

1.2 排除标准:(1)为能准确研究对照,其他原因所致白细胞减少不纳入研究。(2)虽系放疗、化疗所致白细胞减少症,但发现白细胞减少症已超过2周,为排除自然恢复因素亦不列入研究之列。(3)发现白细胞减少症后已进行其他治疗者。

1.3 一般资料:入选病例皆为近几年来在本院住院或门诊就诊患者。皆有放疗或化疗史。对首次发现化验白细胞减少的患者,再复查一次血白细胞,若仍低,再给予做肾上腺素试验以排

除假性白细胞减少。共研究观察81例,随机分为药粥治疗组与西药治疗组(对照组)。药粥治疗组41例,男22例,女19例,年龄26~78岁,平均59岁。其中白细胞 $<4 \times 10^9/L$ 者28例,中性粒细胞 $<2 \times 10^9/L$ 者10例,中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$ 者3例。对照组40例,男21例,女19例,年龄28~76岁,平均61岁。其中白细胞 $<4 \times 10^9/L$ 者29例,中性粒细胞绝对值 $<2 \times 10^9/L$ 者10例,中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$ 者1例。两组资料经统计学处理差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

药粥治疗组用三黄二豆粥治疗,方药组成:黄精15g,黄芪10g,鸡血藤6g,熟地黄6g,黑大豆15g,白扁豆6g。制作:由药房预先将6种药分别制成粉末状保存。用时按上述剂量(可视患者情况略有加减)称取混合包装,嘱患者1次1剂,加水约400ml煮成粥样食用(每剂煮好后约为250~300ml),亦可加几枚大枣同煮同食。早、晚饭后服用。方中诸药除鸡血藤味微苦外,余皆味甘且无异味,如食米粥一般。对照组给予利血生20mg,每日3次,沙酚醇20mg,每日3次。开始治疗后每周查1次外周血象,治疗2周后进行疗效总结,并追踪观察2周,了解外周血象情况。

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》中由药源性引起者(如化疗药、化学药品、放疗等)的疗效标准及有关文献制定。显效:治疗后连续2次白细胞计数 $\geq 4 \times 10^9/L$,并维持2周以上。有效:治疗后白细胞总数 $<4 \times 10^9/L$,但比治疗前上升 $(0.5 \sim 1.0) \times 10^9/L$,并能维持至停药2周。无效:经治疗后白细胞数无明显提高。

3.2 两组疗效比较:药粥治疗组41例,显效32例,有效7例,无效2例,总有效率95.1%。对照组40例,显效14例,有效17例,无效9例,总有效率77.5%。两组显效率与总有效率经统计学处理有显著性差异($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。且从治疗第1周血化验结果看,治疗组白细胞 $>4.0 \times 10^9/L$ 者11例,占26.8%,而对照组白细胞 $>4.0 \times 10^9/L$ 者3例,占7.5%。两组比较差异有显著性($P<0.01$)。经治疗2周后,治疗组患者由于肿瘤所致之神疲、体乏、气血亏虚诸象皆有明显改善,而对照组变化不明显。治疗结束后随访2周,疗效稳定。且未见明显副作用。

4 讨论

临床显示,放疗、化疗皆易导致骨髓造血系统功能的损伤,特别是粒系增生最易受损。据有关文献统计报道,放疗、化疗所造成的白细胞减少,多发生在放疗、化疗开始后7~10天左右。而自然回升多在白细胞下降后1~2周开始,故我们的研究将发现白细胞减少2周多的病例排除在外。中医学认为,放疗、化疗副反应是毒邪内侵,损害肝脾肾等脏腑功能,耗伤机体气血津液,导致气血阴阳的失调与缺失。故我们所拟之三黄二豆粥即宗补脾壮肾、益气养血、填精补髓之旨,方中黄精为补气健脾常用药,《本草纲目》云其有行补诸虚填精髓作用,更有前人将其蒸熟切碎食之以奏健身延寿之功。黄芪亦为补气健脾的常用药,可气阴双补,还可增强免疫功能,用其治疗白细胞减少早有多家报道。鸡血藤味苦甘,具有活血补血作用。熟地黄养血滋阴,补肾益髓,用治白细胞减少早有记载。黑大豆补肾,白扁豆

健脾,验方升白宁即以黑大豆、白扁豆伍以其他药组成用以治白细胞减少疗效甚著。总之,三黄二豆粥中各药皆具升白细胞之功能,且诸药配伍不仅对放疗、化疗后所致白细胞减少疗效明显,且对肿瘤患者精疲体乏、气血亏虚之象亦有明显治疗作用,且制成药粥食用易为患者接受,值得推广。

定坤丹为主治疗子宫内膜异位症37例

湖南省妇幼保健院(410008)

张西芝 潘 涛

子宫内膜异位症(EMT)的发病率近年呈上升趋势。临床上主要表现为持续加重的盆腔粘连、慢性盆腔疼痛、痛经、不孕等,是目前困扰患者和妇科医师的难题之一。

1 临床资料

选择2002年1月~2003年12月在我院门诊诊断为EMT的患者37例;年龄19~46岁;其中已婚31例,未婚6例;痛经36例,性交痛15例;B超诊断盆腔附件单侧或双侧巧克力囊肿28例,子宫肌层光点增粗增强11例;CA125超过正常范围27例;EMAb阳性者19例;不孕15例。

2 治疗方法

从就诊之日临床诊断为子宫内膜异位所致之痛经、不孕、盆腔粘连、慢性盆腔疼痛、巧克力囊肿后即采用定坤丹口服,每日2次,每次1丸,症轻者1日2次,每次半丸,连服3个月不间断,月经期间不停药,并于每个月经周期的第16天开始辅用安宫黄体酮(甲羟孕酮)4mg,1日2次,连用10天;如有不孕改用黄体酮肌肉注射10mg,每日1次,连用10天,3个月为1个疗程。治疗前后观察患者痛经程度、CA125、EMAb、B超检查、巧克力囊肿的大小及子宫情况。

3 治疗结果

3.1 患者治疗前后临床症状改善比较:治疗前痛经36例,治疗后3例;治疗前性交痛15例,治疗后0例;治疗前CA125值上升27例,治疗后2例;EMAb阳性治疗前19例,治疗后0例。

3.2 B超检查:治疗前B超检查28例盆腔巧囊(单侧或双侧),治疗后复查明显改善,其中18例完全消失,有效率100%,显效率64%。

4 讨论

定坤丹始于乾隆年间,由人参、鹿茸、西红花、黄芩、香附、菟藟子、川芎、延胡索、三七、鹿角霜、益母草、五灵脂、柴胡、乌药、干姜、川牛膝、肉桂等32味中药制成。能调节肝、肾、天癸、胞宫,使肾气盛冲任调达,月经舒畅而至。定坤丹集滋补气血、活血化瘀、理气疏郁、调经止痛于一体,既能扶正祛邪,又能祛瘀活血、消症瘕、调气血、平阴阳、缓急急。定坤丹通过疏肝补肾、调理气血能够有效改善盆腔内微环境,从而使巨噬细胞活性降低,使异位内膜这一“异物”激活的免疫补体系统的应答反应降低。特别是在排卵期后辅以孕激素黄体酮周期性地限制子宫内膜增生并使子宫内膜从增生期转化为分泌期,为妊娠做好准备。笔者认为,对于不便采用根治性手术治疗和不愿接受激素治疗的EMT患者,特别是合并有不孕症患者,定坤丹可视为一种安全、有效的药物。