

等所导致的继发性 NS,经肾活检证实其病理类型为对激素不敏感者。随机分为治疗组 and 对照组各 30 例。治疗组中男性 18 例,女性 12 例,年龄 6~48 岁,病程 8~50 个月,IgA 肾病Ⅳ级以上 6 例,膜增生性肾炎 5 例,膜性肾病 5 例,局灶节段性肾小球硬化 14 例;对照组中男性 17 例,女性 13 例,年龄 6~47 岁,病程 8~48 个月,IgA 肾病Ⅳ级以上 6 例,膜增生性肾炎 4 例,膜性肾病 6 例,局灶节段性肾小球硬化 11 例。两组患者性别、年龄、病程、病理类型等方面均有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

对照组以纯西医疗法,采用激素标准疗程治疗 8 周后无效者,按 10% 的剂量递减,减到 $0.4\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 时,加用环磷酰胺(CTX)常规治疗。仍无效者,将激素减为维持量($0.2\text{mg}/\text{kg}$)后,加用环孢菌素 A(CsA) $5\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,2 个月后,每月减 $1\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,至 $3\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 后做维持治疗。或加用霉酚酸酯(MMF, 0.5g ,每日 3 次)进行治疗。治疗组在西医疗法的基础上,进行中医辨证论治。初期应用大剂量激素的同时,以滋阴降火为主,方用滋阴降火汤,药用知母、黄柏、生地黄、牡丹皮、甘草等。病程较长,在用激素、CTX 或 CsA 之后病情无明显好转者以温阳补肾为主,药用附子、肉桂、山茱萸、熟地黄、怀山药、杜仲等。整个治疗过程中可适当加用桃仁、红花、丹参、益母草等活血化瘀药。热重者加野菊花、金银花、板蓝根等清热解毒之品;体质差,易感冒者加用黄芪、党参、白术等扶正之药;有水肿者加用大腹皮、茯苓皮、车前子等;白蛋白较低者加用黄芪、党参、当归等。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准:完全缓解:多次测定尿蛋白,蛋白定量 $<0.2\text{g}/24\text{h}$,血白蛋白正常或接近正常;显著缓解:多次测定尿蛋白 $<1\text{g}/24\text{h}$,血白蛋白显著改善;部分缓解:多次测定尿蛋白减轻,蛋白定量 $<3\text{g}/24\text{h}$,血白蛋白有改善;无效:尿蛋白及血白蛋白与治疗前比较无改善。

3.2 两组总体疗效比较:治疗组完全缓解 9 例,显著缓解 11 例,部分缓解 4 例,无效 6 例,总有效率 80%;对照组分别为 3 例、6 例、7 例、14 例及 53%。两组疗效经统计学处理差异有显著性,治疗组明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 两组患者治疗前后尿蛋白及血浆白蛋白变化:治疗组尿蛋白治疗前 $(5.74 \pm 1.25)\text{g}/\text{L}$ 、治疗后 $(1.28 \pm 0.76)\text{g}/\text{L}$,血浆白蛋白治疗前 $(23.74 \pm 6.78)\text{g}/\text{L}$ 、治疗后 $(38.25 \pm 5.76)\text{g}/\text{L}$,对照组分别为 $(5.68 \pm 1.23)\text{g}/\text{L}$ 、 $(1.87 \pm 1.05)\text{g}/\text{L}$ 、 $(23.86 \pm 6.82)\text{g}/\text{L}$ 、 $(32.15 \pm 5.45)\text{g}/\text{L}$ 。治疗组治疗后患者血浆白蛋白明显升高,尿蛋白明显减少,且与对照组治疗后比较差异有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.4 两组患者用药后毒副反应:治疗组中出现 1 种副反应者 6 例(占 20%),2 种或 2 种以上者 4 例(占 13.3%),其中满月脸 4 例,多毛 0 例,痤疮 5 例,胃痛 2 例,烦躁、失眠 1 例,感染 4 例,白细胞减少 0 例,脱发 0 例,恶心、呕吐 6 例,肝损伤 3 例;对照组出现 1 种副反应者 27 例(占 90%),2 种或 2 种以上者 21 例(占 70%),其中满月脸 21 例,多毛 9 例,痤疮 27 例,胃痛 12 例,烦躁、失眠 15 例,感染 7 例,白细胞减少 4 例,脱发 5 例,恶

心、呕吐 8 例,肝损伤 5 例。

4 讨论

激素抵抗性 NS 患者因长期大剂量应用激素,处于一种相对亢奋的状态,因此,我们在早期应用大剂量激素的同时加用滋阴降火的中药以消除其副作用。同时,应用中药还可以提高机体免疫力,减轻或消除大剂量激素和免疫抑制剂导致的机体免疫功能低下,减少合并感染的机会,减少病情复发的诱因。在疾病后期,我们以中药治疗为主。因这时患者多表现出畏寒、腰膝酸冷等阳气不足之症,治疗以温阳补肾为主。另外,激素抵抗性 NS 患者机体多处于高黏状态,血中血栓素 A_2 明显增高,血小板聚集明显增强,这也为活血化瘀中药的应用提供了理论依据。而且丹参、益母草、桃仁、红花等活血化瘀药均具有抗纤维化作用,对预防和延缓肾小球硬化有一定作用。因此,我们在中药辨证论治的基础上又适当加活血化瘀之品。本研究结果表明,将中西医治疗方法有机结合起来,既能优势互补,提高临床疗效,又能最大限度地减少 NS 的复发,降低激素、免疫抑制剂等的毒副作用,为激素抵抗性 NS 的治疗开辟了一条新途径。

自拟温阳利水方治疗慢性充血性心力衰竭 41 例

上海市奉贤区中医院(201400)

方 芳

慢性充血性心力衰竭是临床常见的危重病,是多数器质性心脏病发展的必然结果。2002 年 6 月~2003 年 5 月,笔者应用自拟益气温阳、活血利水中药配合西医常规处理治疗慢性充血性心力衰竭 41 例,并与地高辛配合西医常规治疗的 38 例进行对照,取得了较好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

79 例观察对象均为 2002 年 6 月~2003 年 5 月上海市曙光医院心内科收治的住院患者。全部符合《中药新药临床研究指导原则》与《中医证候鉴别诊断学》制定的心力衰竭之心气阳虚、血瘀水停证标准,Framingham 心力衰竭诊断标准及美国纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级标准。同时除外年龄 <18 岁或 >80 岁;妊娠期或哺乳期女性患者;急性心肌梗死发生泵衰竭;肝、肾等重要脏器功能衰竭导致心力衰竭;未控制的恶性心律失常;血糖未得到有效控制的糖尿病患者;血压未得到有效控制($\geq 160/100\text{mmHg}$)的高血压病患者;合并心原性休克者;住院前已系统使用过血管紧张素转换酶抑制剂或 β 受体阻滞剂者及未满规定观察期而中断治疗、无法判定疗效或不按规定用药或资料不全者。随机分为治疗组 41 例,其中男性 25 例、女性 16 例;年龄 47~72 岁,平均 (59.59 ± 8.90) 岁;病程 1~9 年,平均 (4.95 ± 2.21) 年;原发病:冠心病 24 例,高血压心脏病 10 例,风湿性心脏病 3 例,慢性肺原性心脏病 2 例,扩张型心肌病 2 例;心功能 2 级 15 例,3 级 22 例,4 级 4 例。对照组 38 例,其中男性 24 例,女性 14 例;年龄 48~79 岁,平均 (59.05 ± 7.54) 岁;病程 1~8 年,平均 (5.47 ± 1.75) 年;原发病:冠心病 20 例,高血压心脏病 12 例,风湿性心脏病 3 例,慢性肺原性心脏病 1 例,扩张型心肌病 2 例;心功能 2 级 13 例,3 级 21 例,4

级 4 例。两组一般情况差异无显著性,具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

两组均进行病因、对症及西医常规治疗,包括卧床休息、限制钠盐、吸氧、口服利尿剂(双氢克尿噻每日 12.5~50mg)、口服血管紧张素抑制剂(ACEI)培哚普利每日 2~8mg 等。治疗组另加自拟温阳利水方[熟附子(先煎)、桂枝、淫羊藿、猪苓、茯苓、泽泻各 15g,生黄芪、葶苈子、玉竹各 30g,益母草 18g,红花 6g,香附 9g。上药用冷水浸泡 10 分钟后用文火煎 2 次,每次 30 分钟,每次煎出药液约 200ml,将头煎药液及次煎药液混合后分 2 次服完]。对照组加用地高辛 0.125~0.25mg,每日 1 次,口服。两组均以 10 天为 1 个疗程,连续观察 2 个疗程。观察患者治疗前后心衰主要症状及体征(心悸乏力、气喘、水肿、肺部啰音等)、静息心率、NYHA 心功能分级、左室射血分数(LVEF)及常规生化检查(如血、尿、便常规,肝肾功能、心电图、X 线胸片等)的变化。

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》中有关充血性心力衰竭的疗效标准制订。显效:心力衰竭基本控制,心功能提高 2 级以上,症状、体征及各项检查明显改善;有效:心功能提高 1 级,但不及 2 级,症状、体征及各项检查有所改善;无效:心功能提高不足 1 级;恶化:心功能恶化 1 级或 1 级以上。

3.2 两组疗效比较:治疗组 41 例,显效 12 例,有效 24 例,无效 5 例,总有效率为 87.80%;对照组 38 例,显效 8 例,有效 17 例,无效 13 例,总有效率为 65.79%。两组疗效差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 两组心功能改善情况比较:治疗组治疗前心率为(113.02±13.12)次/分,LVEF 为(37.73±4.61)%,治疗后心率为(89.17±12.17)次/分,LVEF 为(50.88±8.33)%;对照组治疗前分别为(116.84±12.76)次/分、(39.39±4.03)%,治疗后为(96.55±14.94)次/分、(48.26±8.66)%。两组治疗后均较治疗前明显改善($P<0.01$),且治疗组在减缓心率方面优于对照组($P<0.05$)。

3.1 安全性分析:治疗组与对照组在血、尿、便常规,肝肾功能等方面均未发现明显异常。对照组部分患者有头晕、头痛、恶心等不良反应,及时监测地高辛浓度,发现超过正常范围者,给予减量后症状即缓解。治疗组未发现任何不良反应。

4 讨论

本病属中医“心悸”、“喘证”、“水肿”等范畴。病位在心,基本病理特点是本虚标实,以心气虚弱、心阳不振为本,瘀血内阻、水饮内停为标。故以益气温阳治其本,活血利水治其标。温阳利水方中附子、桂枝、黄芪、淫羊藿益气温阳,合葶苈子、猪苓、茯苓、泽泻泻肺利水,益母草、红花活血化瘀,共为主药;玉竹滋阴宁心、阴中求阳,还可防止附子、桂枝、黄芪、淫羊藿等甘温燥烈,配香附调畅气机,既可防补气之壅滞,又助活血利水,同为辅药。全方攻补兼施,标本同治,以期达到益气强心之目的。配合西医常规治疗,既可减轻心衰患者的症状、体征,减缓心率,改善左室射血分数等,又可减少对西药的依赖,降低其副作用,提高患者生存质量,值得临床选用,尤其适用于不能耐受洋地黄制剂或合并有电解质紊乱者。

补肝强筋法治疗线粒体肌病 32 例

河北以岭医院肌萎缩专科(050091)

王殿华 陈金亮 平 阳

线粒体肌病是指原发性线粒体代谢功能障碍而导致的多系统疾病,为一种遗传性肌病。近几年来,我们采用补肝强筋法治疗原发性线粒体肌病 32 例,收到满意的治疗效果。现报道如下。

1 临床资料

32 例患者均为我院肌萎缩门诊病例,其中男性 15 例,女性 17 例,年龄 25~45 岁,病程 10 个月~6 年。家族史阳性者 18 例。主要症状:四肢无力,不耐疲劳,稍事活动即感极度疲劳,休息片刻便可缓解,伴有肌肉酸胀者 17 例,伴有肌肉萎缩者 8 例。心肌酶有轻度升高者 15 例,肌电图呈肌源性异常者 11 例,肌电图呈周围神经病变者 8 例,32 例患者肌肉活检均符合线粒体肌病。

2 治疗方法

自拟补肝强筋方:黄芪 30g,阿胶 12g(烊化),当归 15g,白芍 15g,熟地黄 15g,茯苓 15g,白术 15g,鸡血藤 15g,川芎 9g,柴胡 6g,甘草 6g。水煎服,每日 1 剂。伴畏寒肢冷者加肉桂 6g,淫羊藿 12g;有食欲不振、脘腹胀满者加厚朴 9g,焦三仙各 9g,兼心肌酶升高者加绞股蓝 21g,五味子 9g,水煎服,每日 1 剂,每剂两煎,每煎 250ml,早晚分服,2 个月为 1 个疗程,症状改善后中药煎剂据症加减,隔 2 天服 1 剂,同时把服用方药制成丸剂,每服 9g,每日 2 次,治疗观察 3~5 个疗程,随访 2~3 年。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准(自拟):显效:无力不耐疲劳等症消失,体力恢复接近常人;有效:无力不耐疲劳等症有明显改善;无效:无力不耐疲劳等症改善不明显。

3.2 结果:显效 15 例,有效 14 例,无效 3 例,总有效率为 90.62%。

4 讨论

线粒体肌病中医尚无对应病名,据其临床症状似属“痿证”范畴。我们就本病“不耐疲劳”之特点,认为本病当是肝之病变。肝藏血,主筋,为“黑极之本”,肝之气血充足,温煦濡润筋脉,维持其坚韧刚强之性,而发挥“肝受血而能视,足受血而能步,掌受血而能握……”之职,是以筋力强劲,能耐疲劳。若肝虚气弱,阴血亏虚,失其温煦濡润筋脉之职,故筋力疲惫,不能耐受疲劳。验之临床,患者多有指甲或趾甲白枯、软薄等肝血失荣之象。故本病当责之于肝,为肝之气血亏虚,筋脉失养,治需益气养血,补肝强筋,药用黄芪、熟地黄、白芍、阿胶、当归、鸡血藤、川芎、茯苓、白术、柴胡、甘草等。熟地黄补阴养肝血,白芍味酸入肝,合阿胶、当归补血益阴,滋养肝体,黄芪补肝气以助肝用,茯苓、白术、甘草补中州以培土荣木;鸡血藤、川芎活血通络,流畅气血,补之静药,佐之动药,可使补药充分地发挥滋润濡养作用,用小量柴胡,是因肝之气血虚弱患者多兼有肝郁之象,用柴胡以疏之、达之,以应肝之性。诸药合用,肝气得补,肝血得养,筋力强用,肢体有力,是以能收佳效。