

的《急性痛风性关节炎诊断标准》及《中药新药临床研究指导原则》制定的标准。

1.2 排除标准:(1)年龄 <18 岁或 >65 岁,妊娠期或哺乳期妇女,过敏体质及对本药过敏者。(2)合并脑血管、心血管、肝、肾及造血系统等严重原发疾病及精神疾病患者。(3)晚期关节重度畸形僵硬,丧失劳动力者。(4)不符合纳入标准、未按规定用药、无法判定疗效或资料不全等影响疗效或安全性判定者。

1.3 一般资料:60例均来自1999~2004年我院门诊及住院患者,均为临床诊断的急性痛风性关节炎患者。按照抽签方法随机分为治疗组和对照组。治疗组30例,男26例,女4例;年龄18~65岁;体重60~91kg;病程1个月~15年;受累关节1~11个;伴有高血压15例(其中6例伴冠心病,3例伴糖尿病)。对照组30例,男28例,女2例;年龄30~64岁;体重60~89kg;病程3天~28年;受累关节1~11个;伴有高血压13例(其中8例伴冠心病,2例伴糖尿病)。两组在年龄、性别、体重、病情、病程等方面差异无显著性,具有可比性。

2 治疗方法

对照组予扶他林25mg,每日3次,口服;别嘌醇0.1g,每日3次,口服。治疗组口服自拟方痛风宁煎剂,组成:桑寄生15g,川续断12g,川牛膝15g,赤芍15g,威灵仙10g,黄柏10g,苍术10g,土茯苓18g,山慈菇12g,气虚神疲乏力者加黄芪15g;阴虚骨蒸劳热者加龟甲30g;湿甚者加萆薢12g,炒薏苡仁20g,木瓜12g;恶心纳呆者加竹茹15g,厚朴12g,法半夏12g;湿热甚者加生石膏12g,连翘12g。水煎取汁400ml,分2次温服。局部肿痛关节外敷桃核膏(栀子、桃仁等量粉碎加蛋清调成糊状,适量外敷,塑料薄膜覆盖)。两组疗程均为7天。治疗前后检测血尿酸,采用酶标方法(日立7600-010全自动生化分析仪)。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:疗效评定标准及临床症状分级计分标准均参照《中药新药临床研究指导原则》制定。(1)临床痊愈:症状完全消失,关节功能恢复正常,主要理化检查指标正常;(2)显著改善:主要症状消失,关节功能基本恢复,主要理化指标基本正常;(3)有效:主要症状基本消失,主要关节功能及理化指标有所改善;(4)无效:与治疗前相比,各方面均无改善。

3.2 两组疗效比较:治疗组30例,临床痊愈8例,显效12例,有效7例,无效3例,总有效率90%;对照组30例,临床痊愈10例,显效12例,有效6例,无效2例,总有效率93.3%。两组治疗后血尿酸值、关节症状积分(包括关节疼痛、肿胀、灼热、功能及受累关节)与治疗前相比,差异均有显著性($P<0.01$);两组间疗效、血尿酸值及症状改善等差异均无显著性($P>0.05$)。

3.3 不良反应:治疗组治疗过程中无不良反应;对照组中有4例出现胃部不适,1例出现白细胞下降,两组疗程结束后复查肝肾功能均正常。

4 讨论

本研究采用痛风宁煎剂与桃核膏外敷和扶他林加别嘌醇治疗相对照,两组治疗急性痛风性关节炎的总有效率分别为90%和93.3%。两组比较差异无显著性,说明中药治疗痛风性关节炎疗效同单纯西药治疗,而西药治疗有一定毒副作用。中

药方中桑寄生、川续断入肝、肾经,具有补肝肾、强筋骨作用;牛膝、赤芍、威灵仙活血化瘀止痛;黄柏、土茯苓、苍术健脾燥湿,能增加肾血流量而增加尿酸排量、降低血尿酸;苍术可消除局部炎症反应,缓解关节肿痛;山慈菇含有秋水仙碱及其衍生物秋水仙酰胺等物质,可迅速减轻急性痛风性关节炎患者的症状;栀子、桃仁有活血化瘀、消肿止痛功能,促进已破坏软骨再生修复,使关节液量明显减少。

醒脑开窍针刺法治疗急性 脑梗死超早期 38 例

天津中医学院 2003 级博士研究生(300193)

熊 杰 温景荣

天津中医学院第一附属医院

路 明 李兰原 指导:石学敏

多年的临床实践证实,石学敏院士创立的醒脑开窍针刺法对中风急性期、恢复期、后遗症期有明显疗效。本研究即用该法治疗急性脑梗死超早期患者38例,取得了满意的近期疗效。现报告如下。

1 临床资料

急性脑梗死患者38例,均为我院急诊科收治入院者,并符合1986年中华医学会第二次全国脑血管病学术大会修订的《各类脑血管疾病诊断要点》及1995年全国第四届脑血管病学术会议通过的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》。其中男性21例,女性17例;年龄38~82岁,平均 (56.95 ± 13.81) 岁;病程 ≤ 3 小时20例, $3 \sim 6$ 小时8例;轻型19例,中型14例,重型5例;并发症积分 <6 分15例, ≥ 6 分23例;既往史积分 <6 分24例, ≥ 6 分14例;首发27例,复发(2~6次)11例;基底节区14例,基底节区伴发额、丘脑、颞、枕、顶部18例,额、丘脑、顶、枕部6例;肝阳暴亢型6例,痰热腑实型4例,风痰瘀阻型11例,气虚血瘀型8例,阴虚风动型9例。

2 治疗方法

在西医对症治疗基础上,加用醒脑开窍针刺法。每日2次,10天为1个疗程,休息1天,共治疗2个疗程。

3 治疗结果

疗效标准:(1)基本痊愈:功能缺损评分减少90%~100%,病残程度0级;(2)显著进步:功能缺损评分减少46%~89%(>21 分),病残程度1~3级;(3)进步:功能缺损评分减少18%~45%(8~20分),生活能自理;(4)无效:功能缺损评分减少或增加18%以内(<8 分);(5)恶化:功能缺损评分增加18%以上(增加9分);(6)死亡。其中基本痊愈4例,显效24例,好转9例,无效1例,显效率73.68%,总有效率97.37%;轻、中型有效率100%,重型85.71%,且重型与轻、中型有效率差异有显著性($P<0.05$);病程 <3 小时、首发、既往史 <6 分的患者有效率为100%;从中医分型而言,风痰瘀阻型、气虚血瘀型疗效最佳。

4 讨论

脑梗死发生后,如何使缺血半暗带细胞恢复其正常功能是各种治疗的目的。针灸治疗急性脑梗死,各家有不同的观

点,有人认为急性期针刺治疗可醒脑开窍,也有人认为早期针刺不利于疾病恢复,应在两个星期后针刺为宜。本研究结果显示,病情轻重与疗效有关,而首次发病、病程<3小时、既往史及伴发症状<6分者的有效率、显效率高于病程>3小时、既往史及伴发症状>6分者,但差异无显著性。在治疗的第14天、21天时,超早期患者疗效均优于急性期($P<0.05$)。

石学敏院士创立的醒脑开窍针刺法,针对“窍闭神匿、神不导气”的总病机,以“醒脑开窍、滋补肝肾为主,疏通经络为辅”为治疗原则。其作用机理可能是血栓或栓塞刚形成,病变区域的血管组织虽已缺血缺氧,但对针刺尚保有较好的反应能力;而超早期针刺直接作用于血管,扩张了局部血管,增加了病变区域的血流量、血流速度,改善了局部微循环状况,“半暗带”得以尽早最大限度恢复。提示超早期针刺介入具有疗效好、见效快、缩短病程的作用。

化湿解毒法治疗糖尿病肾病 白蛋白尿 60 例

河南省郑州市第七人民医院肾内科(450006)

张志民 高艳霞 李海霞

现代医学除控制血糖、血压及优质低蛋白饮食外,对糖尿病肾病(DN)白蛋白尿尚无理想的防治措施。我们自1999年6月~2003年9月运用化湿解毒法治疗DN白蛋白尿60例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

112例患者均符合1997年美国糖尿病学会有关糖尿病(DM)的诊断标准,DN符合Mogensen建议分期,排除非因DM并发DN引起的白蛋白尿患者。依就诊顺序随机分为治疗组与对照组。治疗组男37例,女23例;病程2.5~31年,平均4.9年。对照组男32例,女20例;病程2~30年,平均5.1年。尿蛋白定性采用德国BM-200型尿10项分析仪,德国BM-200原装试纸,晨展起中段尿1小时以内检验,隔日再检1次。治疗前两组尿蛋白检验结果近似,有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

治疗组采用口服化湿解毒中药配合尿激酶治疗。方药:紫苏梗15g,藿香15g,蜈蚣1条(去头足),苍术15g,玄参12g,葛根12g,丹参24g,黄芪20g,生地黄12g,冬虫夏草2g,山楂15g,决明子15g,水红花子15g,蛇蜕9g。取上药1剂,加水适量,凉水浸泡30分钟,武火煎沸后,文火再煎30分钟,2次取汁600ml,每次300ml,每日2次,早晚温服。在服汤药的同时,用生理盐水100ml加入尿激酶2万U(血压较高及有出血倾向者慎用)静脉缓慢滴注,每日1次。对照组采用传统疗法:糖尿病教育,优质低蛋白饮食,应用适合自己的降糖药物,科素亚每日50mg,口服。两组均以14天为1个疗程,1个疗程结束后治疗组停药1日,再进行下1个疗程,连用4个疗程后评定疗效。在不影响试验药物的前提下,两组病例对并发症及伴发疾病均可给予适当对症处理。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:显效:尿白蛋白降低(++)以上或消失,临床

症状明显好转;有效:尿白蛋白降低(+),临床症状减轻;无效:尿白蛋白无改变,甚或临床症状加重。

3.2 结果:治疗组60例,显效29例,有效30例,无效1例,总有效率为98.3%;对照组52例,显效7例,有效21例,无效24例,总有效率为53.85%。两组总有效率比较差异有显著性($P<0.01$)。

4 讨论

中医学认为,本病多虚多瘀,阴虚内热,阳虚寒凝为本;脾虚不运,浊毒内生,血瘀、三焦不畅为标。浊毒是贯穿DM病变之始终的启变要素。我们运用化湿解毒法,意在标本同治,阴阳并调。方中紫苏梗、藿香芳香化湿,蜈蚣消坚化毒为君;苍术、玄参、葛根、丹参、黄芪、生地黄配伍,稳定血糖为臣;冬虫夏草平补阴阳,山楂、决明子改善脂质代谢,水红花子调气活血,蛇蜕助蜈蚣攻毒以消蛋白,共为佐使。全方共奏化湿解毒,固脾肾、止漏浊之功。再配合尿激酶静脉滴注,使瘀去新生,毒化湿除,而尿蛋白自消。

中药治疗遗传性球形红细胞 增多症 30 例

中国医学科学院血液学研究所血液病医院(300020)

李海燕 薛艳萍 钱林生

遗传性球形红细胞增多症是临床较常见的因红细胞膜异常所致的先天性溶血性疾病。目前治疗方法惟有脾脏切除,我们试用中药治疗部分患者,获得了不同程度的疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料:30例患者经门诊或住院诊断符合张之南主编的《血液病诊断及疗效标准》。男女各15例,年龄8个月~40岁,中位年龄11岁。6例曾用皮质激素,2例加用硫唑嘌呤均无效。1例脾切除后仍有黄疸和贫血。

1.2 症状、体征及主要检验特点:多数患者幼年发病,皮肤巩膜黄染,或面色苍黄,尿色偏深呈浓茶水样,患感染性疾病或过度疲劳时病情加重。病程长者常并发胆石症、胆囊炎。有不同程度脾肿大。血常规检验可有不同程度的血红蛋白(Hb)降低,网织红细胞(Ret)升高。血清胆红素升高以间接胆红素为主,尿胆元阳性。

1.3 中医辨证特点:身目黄染,甚者面色苍黄,左腹包块,常伴纳差,易腹泻、感冒,以气血亏、脾虚征象为主,少数夹湿热。

2 治疗方法

2.1 给药方法:治则以补气养血健脾为主,黄疸重及合并胆石症者加清热利胆退黄。处方由黄芪、白术、茯苓、黄精、生地黄、熟地黄、当归、何首乌、赤芍、白芍等组成,或加金钱草、茵陈、黄芩等。水煎,每日1剂,部分患者病情好转后改服丸剂。疗程2个月至1年以上。

2.2 观察方法:观察尿色、巩膜黄染情况、面色、睑结膜及脾脏大小。检测Hb、Ret、血清胆红素。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准:参考张之南主编的《血液病诊断及疗效标准》,分为临床缓解(溶血及贫血症状消失,Ret<4%,1年无复