

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,取晨起中段尿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,武火煮沸后,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

发)、明显进步(溶血、贫血显著改善, $Hb > 90g/L$, $Ret < 8\%$, 不输血, 1年以上病情稳定)、有效(黄疸减轻, Hb 可上升)及无效(用药后无改善)。

3.2 治疗结果:用药后尿色变浅、目黄减退、面色渐红润、食欲改善、体力增加,部分患者脾脏较前缩小。血清胆红素下降、 Hb 升高、 Ret 降低。少数患者大便稀溏、便次增加。30例中临床缓解5例,明显进步8例,有效10例,无效7例,总有效率为76.7%。

3.3 存在问题及影响因素:患者多为幼儿和青少年,较难坚持长期用药,过早停药、断续用药及药材质量差异均可影响疗效。过度劳累或发生感染时仍可诱发溶血发作使病情加重。1例缓解患者妊娠期停药,中期合并营养性贫血,溶血复发。

4 讨论

遗传性球形红细胞增多症目前尚无可靠疗法,脾切除是治疗本病最有效的手段,可减轻或纠正溶血,改善临床症状,但不能改变其球形红细胞形态及渗透脆性的增高,部分患者高胆红素血症及贫血仍长期存在。近年随着对脾脏免疫功能和脾切除后并发症的深入了解,更主张严格掌握脾切除指征,尤其对婴幼儿患者。目前认为手术适宜年龄应在10岁以后,对重型患儿也应尽可能延迟至5岁以上。故低龄幼童和轻中型患者均可试用中药治疗。

本组中药以补气养血健脾类为主,药性平和,长期服用未见明显毒副反应,治疗本病以贫血不严重、轻中度脾肿大者效果较好。患者用药后体质有所增强,不易患感冒等感染性疾病,从而也减少了导致溶血发作的不良因素。另对准备切脾的患者亦可部分减轻症状、改善体质状况,更有利于手术及恢复,体现中西医结合之长。

中西医结合治疗糖尿病末梢神经病变 42 例

四川省攀枝花学院医学系(617000)

刘 华 宝

近年来,笔者采用益气养阴、活血通络法治疗糖尿病周围神经病变,取得较好疗效,总结如下。

1 临床资料

118例患者2型糖尿病诊断均符合WHO诊断标准和1997年美国糖尿病协会提出的糖尿病诊断标准。有明显的肢端感觉异常,分布如袜子或手套样,伴麻木、针刺或不同性质的肢体疼痛感。夜间或寒冷时加重。神经系统检查:深、浅感觉明显减退,膝、腱反射明显减弱或消失。肌电图示神经传导速度减慢,排除其它原因导致的周围神经病变。将患者分为中西医结合治疗组、中药组和对照组,其中中西医结合治疗组42例,男18例,女24例;年龄38~70岁,平均60.65岁;糖尿病1.6~16年,平均7.3年;周围神经病变10个月~11年,平均4.6年。中药组40例,男女各20例;年龄35~69岁,平均56.60岁;糖尿病1.3~13年,平均7.0年;周围神经病变10个月~10年,平均4.3年。对照组36例,男16例,女20例;年龄36~71岁,平均58.89岁;糖尿病1.3~15年,平均7.1年;周围神经病变9个月~12年,平均

4.4年。3组性别、年龄、病程及合并症情况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

2.1 治疗方法:3组患者均进行严格的饮食控制,口服降糖药(双胍类和/或磺脲类)控制血糖;中西医治疗组和对照组同时给予维生素 B_1 、维生素 B_6 各10mg,每日1次,弥可保每日0.5mg,肌肉注射,15天为1个疗程;在此基础上,中西医治疗组与中药组使用中药,方用祝谌予降糖六味基础方加味:黄芪30g,丹参30g,葛根15g,玄参15g,苍术15g,山药30g,知母15g,地骨皮60g,鸡血藤50g,僵蚕12g,蝉蜕12g,当归10g,桑枝30~60g,威灵仙20g,川牛膝、怀牛膝各15g,地龙15g。血脂高者加生山楂30g,姜黄12g;肢体麻木较重者加炮穿山甲6~12g,乌梢蛇20g;以发凉怕冷、疼痛为主,加制附子9g;筋脉拘挛者加木瓜30g,每日1剂,连续治疗2个月后评定疗效。

2.2 观察指标:全部病例均于治疗前后分别行空腹血糖、餐后2小时血糖、心电图检测。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:(1)显效:自觉症状明显好转或消失,膝腱、跟腱反射明显改善或恢复正常,肌电图神经传导速度较前增加 $\geq 5m/s$ 以上或恢复正常。(2)有效:自觉症状好转,膝腱、跟腱反射有所改善,肌电图神经传导速度较前增加 $< 5m/s$ 。(3)无效:自觉症状无好转,膝腱、跟腱反射较前无改善和肌电图神经传导速度较前无变化。

3.2 临床疗效比较:中西医治疗组42例,显效20例(47.62%),有效21例(50%),无效1例(2.38%),总有效率97.62%。中药组40例,显效12例(30%),有效23例(57.5%),无效5例(12.5%),总有效率87.5%。对照组36例,显效4例(11.11%),有效13例(36.11%),无效19例(52.78%),总有效率47.22%。3组疗效比较,中西医治疗组和中药组差异无显著性($P > 0.05$),中西医治疗组、中药组与西药组比较差异有显著性($P < 0.01$)。

3.3 3组治疗前后血糖比较:3组治疗后空腹血糖和餐后2小时血糖与治疗前比较差异均有显著性($P < 0.01$);3组间比较差异无显著性(数据略)。

3.4 肌电图检查:3组治疗前后神经传导速度变化比较差异均有显著性,服用中药的两组改善优于对照组(数据略)。

4 讨论

中医学认为,本病多属本虚标实之证,本虚为气阴两虚,标实为瘀血内阻,脉络闭塞,以至肢端脉络失养,不通不荣则麻,则痛。笔者结合多年的临证经验,运用祝老治疗该病的经验,予以益气养阴、活血通络之法治疗,方中黄芪、山药、葛根、玄参益气健脾,养阴生津;地骨皮、知母养阴清热生津,二者配合,使整方的降糖作用更为明显。丹参、当归、鸡血藤养血活血,桑枝、鸡血藤、牛膝、地龙和威灵仙化瘀通络,活血止痛,舒筋活络。通过临床观察,中西医结合治疗糖尿病周围神经病变既改善了周围神经组织的微循环,又促进了神经纤维的恢复。从治疗的过程观察,中西医治疗组取效的速度较单纯中药组快,与对照组比较,差异均有显著性。