

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法: 治疗组以自拟降尿酸合剂治疗。方药: 苍术、黄柏、防己、牛膝各 10g, 土茯苓、薏苡仁、王不留行各 20g, 萆薢、威灵仙、赤芍各 15g, 车前子、鸡血藤各 30g。湿热偏盛加金钱草、忍冬藤; 寒湿偏盛加海风藤。每日 1 剂, 煎水取汁 300ml, 每日 2 次分服。对照组口服别嘌醇片, 每日 2 次, 每次 100mg。两组均以 6 周为 1 个疗程。

2.2 观察指标: 观察治疗前、治疗后、停药 1 个月及停药 3 个月血尿酸、肝功能、肾功能、血常规、尿常规的变化。

2.3 注意事项: 两组均要求低嘌呤、低热量饮食, 多饮水, 避免饮酒、过度劳累、精神紧张、创伤、受凉等诱发因素。

3 治疗结果

3.1 疗效标准: 痊愈: 血尿酸恢复正常, 停药 3 个月后仍正常。有效: 血尿酸基本正常或明显下降, 停药 1 个月后仍稳定。无效: 血尿酸虽有所下降, 但停药后 1 个月即恢复甚至超过治疗前水平。

3.2 两组总体疗效比较: 治疗组 30 例, 痊愈 15 例, 有效 12 例, 无效 3 例, 总有效率为 90%; 对照组 30 例, 痊愈 5 例, 有效 15 例, 无效 10 例, 总有效率为 66.7%。两组治疗 1 个疗程后均获得较好疗效, 差异无显著性 ($P > 0.05$)。停药 3 个月治疗后痊愈率、总有效率分别为 50%、90%, 对照组分别为 16.7%、66.7%, 治疗组远期治愈率和总有效率明显优于对照组, 差异均有显著性 ($P < 0.05$)。

3.3 两组血尿酸变化比较: 治疗组血尿酸治疗前、治疗后、停药 1 个月、停药 3 个月分别为 (515.1 ± 41.2) $\mu\text{mol/L}$ 、(403.5 ± 58.2) $\mu\text{mol/L}$ 、(410.3 ± 60.1) $\mu\text{mol/L}$ 、(416.1 ± 61.5) $\mu\text{mol/L}$, 对照组分别为 (513.6 ± 43.5) $\mu\text{mol/L}$ 、(401.2 ± 51.7) $\mu\text{mol/L}$ 、(421.8 ± 56.7) $\mu\text{mol/L}$ 、(457.3 ± 50.7) $\mu\text{mol/L}$ 。两组治疗 1 个疗程后血尿酸均有所下降, 两组间差异无显著性 ($P > 0.05$)。停药 1 个月和 3 个月后, 两组比较, 患者血尿酸水平差异有显著性 ($P < 0.05$)。表明治疗组降尿酸的作用更平稳、持久、有效。

3.4 不良反应: 治疗组在治疗后未发现肝肾功能损害及血、尿常规异常者, 4 例超重患者体重有所下降, 6 例血脂偏高患者得到了改善。对照组 3 例出现肝功能异常, 2 例出现白细胞减少, 4 例出现不同程度的胃肠道反应, 停药后逐渐恢复正常。治疗组无明显副作用。

4 讨论

高尿酸血症是指血中尿酸水平超过正常的一种状态, 是由于人体嘌呤类物质代谢紊乱导致尿酸生成过多, 或肾脏排泄尿酸障碍所致。人体长期处于高尿酸状态下, 组织器官会发生相应的病变, 可导致痛风性关节炎、痛风性结石、痛风性肾病、痛风性心脏病、痛风性高血压等严重并发症, 与高血压、高血脂、冠心病、脑血管意外、糖尿病的发生发展密切相关。对高尿酸血症早期干预治疗意义深远。目前临床常用的降尿酸的西药副作用大, 停药后复发率高, 用药过程中脏器损害严重, 患者往往因为担忧得不偿失而拒绝服药, 使部分患者错过了最佳治疗期。

从其主要临床表现看, 本病应属于中医学腰痛、石淋、水肿、痹证、历节、痛风、肾劳等病症的范畴。究其病因多为先天禀

赋不足, 后天脾胃失养, 过食肥甘厚味、辛辣醇酒等, 导致脏腑功能失调, 脾失健运, 肺失通调, 肾失气化, 变生痰浊, 与湿、热、瘀、毒等邪气夹杂, 流注脏腑、关节、经络而成。因此, 笔者在嘱咐患者节饮食、薄厚味的同时, 以“清热利湿解毒, 化瘀涤痰通络”之法治标, 佐以“健脾固肾清肺”之法固本。方以《丹溪心法》二妙散(苍术、黄柏)燥湿清热为主; 加薏苡仁、牛膝健脾补肾, 通淋渗湿, 强筋骨, 利关节合为四妙丸方; 辅以防己通经络、除痰湿; 萆薢除阳明之湿, 固下焦, 分清别浊; 威灵仙除湿通络, 祛肌表之风湿; 车前子清肺, 利水道, 分清浊; 佐以土茯苓清热解; 王不留行、赤芍、鸡血藤活血化瘀、舒经活络。现代药理学研究证实, 黄柏能碱化尿酸; 萆薢能提高内生肌酐清除率, 增加尿量, 降低血尿酸; 薏苡仁能利尿消炎; 土茯苓、车前子、苍术可以促进尿酸从肾脏排出; 诸药合用, 在促进体内尿酸排泄方面起到明显作用。同时配合活血化瘀之品, 能有效改善血液循环, 促进糖脂代谢, 防止并发症的产生。

清热解毒活血化瘀法治疗陈旧性包块型异位妊娠 37 例

首都医科大学附属北京妇产医院中医科(100006)

张 莹

异位妊娠保守治疗中, 附件包块下降速度较血绒毛膜促性腺激素(HCG)下降速度缓慢。往往血 HCG 恢复正常, 附件包块仍然存在。笔者于 2002 年 8 月~2005 年 1 月对 70 例陈旧性包块型异位妊娠患者用两种方案治疗, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择: 观察病例为我院中医门诊就诊患者。入选标准: (1) 一般情况良好, 生命体征平稳。(2) 血 HCG 恢复正常(酶标免疫测定法, 非孕 $\leq 10\text{mIU/ml}$)。(3) 附件包块直径 $\leq 5\text{cm}$ 。(4) 各项生化指标正常, 外周血计数正常。

1.2 一般资料: 共观察 70 例, 随机分为两组。A 组 37 例, 年龄 21~42 岁, 平均 31.8 岁; 血 HCG 正常时, B 超检查附件包块直径 1.8~5.0cm。B 组 33 例, 年龄 20~43 岁, 平均 30.4 岁; 血 HCG 正常时, B 超检查附件包块直径 1.6~4.9cm。两组一般资料经统计学处理, 差异无显著性 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

A 组采用清热解毒, 活血化瘀法。选用我院经验方盆腔炎康颗粒(主要成分: 薏苡、郁金、萆薢、木通、香附、延胡索、败酱草、蒲公英等, 由北京九龙制药厂生产), 每次 12g, 每日 3 次; 加用血府逐瘀口服液(主要成分: 桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、生地、黄、柴胡、牛膝等, 由吉林敖东延边药业股份有限公司生产), 每次 10ml, 每日 3 次。B 组采用单纯清热解毒法。只用盆腔炎康颗粒, 每次 12g, 每日 3 次。每周复查 B 超, 观察附件包块完全被吸收所用的时间。

3 治疗结果

A 组治疗前包块直径为 (3.43 ± 1.51) cm, 包块完全吸收所需时间为 (41.84 ± 24.67) 天; B 组治疗前包块直径为 (3.24 ± 1.66) cm, 包块完全吸收所需时间为 (63.26 ± 29.41) 天。两组包块完全吸收所需时间比较, 差异有显著性 ($P < 0.01$)。

4 讨论

近年来,异位妊娠的发病率逐渐上升,其中以输卵管妊娠最常见。发病原因包括输卵管炎、输卵管手术、放置宫内节育器、输卵管发育不良或功能异常、受精卵游走等。其常见症状为停经后出现阴道出血、腹痛,严重者可有晕厥、休克,形成血肿时间较长者可扪及腹部包块。陈旧性异位妊娠是指妊娠流产或破裂后病程长,经反复内出血病情渐趋稳定。此时胚胎死亡,绒毛退化,内出血停止,腹痛有所减轻,但所形成的血肿逐渐机化变硬,且与周围组织及器官粘连。

中医学认为,异位妊娠的发病机理属少腹血瘀之实证。其原因或为肝郁气滞,气血运行不畅;或为先天肾气不足,发育异常,冲任不固;或为产后、经期摄生不慎,寒凝滞于冲任及手术损伤,外邪乘虚侵入,阻滞经脉,导致冲任不畅,孕卵运行迟缓,或运行受阻,致孕卵滞留于胞宫腔外,影响胞脉、胞络气血流畅和胚胎自身的发育。血气不和,日久胀破脉络,血溢于内,离经之血或离宫之胚流入少腹,形成少腹血瘀之证。包块型异位妊娠属瘕瘕范畴。治疗多以活血化瘀、散结消症为原则。陈旧性包块型异位妊娠的治疗常常参考慢性盆腔炎性包块的治法,清热解毒、活血化瘀并用达散结消症目的。方中篇蓄、萆薢、木通清热利湿,木通又可通血脉;败酱草、蒲公英清热解毒;延胡索、柴胡理气散瘀止痛;桃仁、红花、当归、川芎、赤芍活血化瘀。

胃力康治疗反流性食管炎 105 例

河北省中医院消化内科(050011)

王志坤 刘启泉 杜艳茹 白海燕 刘晓辉

反流性食管炎(RE)是由于胃、十二指肠内容物反流使食管黏膜损伤,产生炎症、糜烂或溃疡,临床以烧心、反酸、胸骨后疼痛、夜间平卧时呛咳、咽部不适等症状为主。本病为消化系统常见病,也是一种慢性难治性疾病,需要长期治疗,我们于2003~2005年采用胃力康治疗RE 105例,效果显著,现报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择:因烧心、反酸、反食等反流症状就诊,内镜检查发现食管下段炎症。内镜诊断及分级按1999年中华消化内镜学会烟台会议制定的《我国反流性食管炎内镜分级标准》,即0级,内镜检查正常;1级,内镜见食管下段点状、条索状发红、糜烂、无融合;2级,内镜见食管下段糜烂、有融合、不弥散;3级,病变广泛,全周性融合。符合上述诊断标准,纳入试验前1个月内检查证实诊断,4周内未服用过抑酸药及其他影响胃肠功能的药物,胸痛患者均经心电图除外冠心病心绞痛。

1.2 一般资料:本组150例患者均来源于2003~2005年河北省中医院门诊及住院病例,按随机数字表法随机分为两组。治疗组105例,其中男62例,女43例;年龄18~66岁;病程1年以下者12例,1~5年者55例,5年以上者38例;内镜诊断1级17例,2级69例,3级19例。对照组45例,其中男25例,女20例;年龄19~64岁;病程1年以下者5例,1~5年者23例,5年以上者17例;内镜诊断1级7例,2级30例,3级8例。两组患

者性别、年龄、病程、病情轻重比较差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗方法:治疗组予胃力康(四川宝光药业股份有限公司生产,国药准字Z19990007)10g,口服,每日3次;对照组予奥美拉唑20mg,口服,每日2次。两组均以6周为1个疗程,治疗期间停用其他一切药物。

2.2 观察项目:主要观察临床症状、内镜疗效、复发率及不良反应。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:治疗前后临床症状改善情况采用计分法,参照《中药新药临床研究指导原则》(2002版)有关标准拟定,按症状轻重分为4级,积分分别为0分、1分、2分、3分。痊愈:反流症状消失,症状减分率 $\geq 95\%$;显效:反流症状基本消失,虽偶有症状但很快消失,症状减分率 $\geq 70\%$ 而 $<95\%$;有效:反流症状未消失,但较以前减轻,症状减分率 $\geq 30\%$ 而 $<70\%$;无效:反流症状未消失,程度未减轻,症状减分率 $<30\%$ 。计算公式为:症状减分率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

治疗前后内镜下食管黏膜改善情况按1999年中华消化内镜学会烟台会议制定的《我国反流性食管炎内镜分级标准》分为4级。痊愈:内镜下分级为0级;显效:内镜下分级减轻2级;有效:内镜下分级减轻1级;无效:内镜下分级未减轻甚至加重。

3.2 两组总体疗效比较:治疗组105例,治愈33例,显效49例,有效16例,无效7例,总有效率为93.3%;对照组45例,治愈8例,显效13例,有效13例,无效11例,总有效率为75.6%,两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

3.3 两组内镜疗效比较:治疗组炎症Ⅰ级17例,痊愈、显效、有效、无效例数分别为16例、0例、0例、1例;Ⅱ级69例,分别为12例、0例、52例、5例;Ⅲ级19例,分别为4例、5例、4例、6例;总有效率为88.57%。对照组Ⅰ级7例,分别为5例、0例、0例、2例;Ⅱ级30例,分别为3例、0例、21例、6例;Ⅲ级8例,分别为0例、1例、1例、6例;总有效率为68.89%。两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

3.4 两组停药3个月、6个月、12个月后复发情况比较:治疗组随访32例,3个月复发1例(3.1%),6个月复发3例(9.4%),12个月复发4例(12.5%);对照组随访8例,复发例数分别为2例(25%)、3例(37.5%)、4例(50%)。治疗组复发率低于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。

3.5 安全性评估:治疗组患者一般查体及血、尿、便常规,肝、肾功能检查均无明显变化;对照组出现肝功能异常2例,停药后1周复查恢复正常。

4 讨论

反流性食管炎属中医学“噎膈”、“胸痛”、“吐酸”等病证范畴。本病多由肝气郁结,胃气不利而发,治宜疏肝和胃,清热降浊。胃力康颗粒以古方柴胡疏肝散及左金丸为基础研制而成,方中用柴胡疏肝解郁,疏利肝胆气机,《神农本草经》载柴胡: