

7例脱落。符合统计标准的285例患者中,治疗组143例,男性77例,女性66例,年龄18~65岁,病程1天~3年,病情程度评分最低10分,最高24分;对照组142例,男性74例,女性68例,年龄19~63岁,病程3天~2年,病情程度评分最低6分,最高24分。两组患者年龄、性别、病程及病情程度比较,经统计学处理,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

按《中医病证诊断疗效标准》中对该病制定的诊断标准:
(1)好发于颈、肘、骶、眼睑处,开始时先感觉局部瘙痒,后出现群集至米粒大扁丘疹,表面光滑发亮,丘疹呈淡褐色,久之发展成苔藓样变斑块,相同皮损不超过三处;(2)瘙痒剧烈,夜间尤甚;(3)慢性病程,愈后易复发;(4)组织病理检查示表皮角化过度,棘层肥厚,表皮突延长,可伴有轻度海绵形成,真皮部毛细血管增生,血管周围有淋巴细胞浸润,或可见真皮成纤维母细胞增生,呈纤维化。

1.3 纳入标准

(1)符合上述诊断标准;(2)年龄18~65岁;(3)2周内无系统使用皮质类固醇及抗组胺药物史,1周内无外用此类药物史;(4)已签署知情同意书者。

1.4 排除标准

(1)年龄大于65岁或小于18岁者;(2)病灶在会阴部、面部及有毛发处者;(3)有全身或局部接触性药物过敏史者;(4)皮损局部合并细菌或真菌感染有溃疡或损伤者;(5)有严重内分泌、心血管、血液、肝、肾等系统疾病以及免疫功能低者;(6)妊娠期及哺乳期妇女;(7)不能密切配合,不按规定用药者,或因严重不良反应中断治疗者,不纳入疗效统计,仅统计不良反应。

1.5 治疗方法

治疗组取阿是穴(皮损处)。操作方法:先将皮损部位常规消毒,用皮肤针叩刺至皮损处潮红或微出血,擦去血污。以优质脱脂棉少许,摊开状如蝉翼的薄片(不能有空洞),相当于皮损部位大小,覆盖于皮损部位之上,用火柴点燃,令火一闪而过,迅速燃完,则为1次,视患者体质、皮损情况灸3~5次。每2日治疗1次,1个月为1个疗程,每周观察1次,1个疗程期间观察4次。对照组采用中效激素类药醋酸去炎松尿素软膏(重庆科瑞制药有限公司,批号:040903)治疗,均匀涂抹于患处,每日3次,每日用温水轻洗1次。连续治疗1个月为1个疗程,每周观察1次,1个疗程期间观察4次。两组在治疗及用药期间禁止饮酒,治疗前后1周分别详细观察并记录皮损、苔藓化程度、自觉症状和不良反应。

1.6 统计学方法

所有统计应用SPSS12.0分析软件完成,采用 t 检验和 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 疗效评定标准

参考《临床疾病诊断依据治愈好转标准》自行拟定。(1)症状评分标准:以皮损面积、皮损程度、瘙痒程度、苔藓化程度分别计分并相加,症状全部消退计为0分,减少60%~90%计2分,减少30%~59%计3分,无变化或减少<30%计4分。病情轻重

分组标准(面积分值均为6分):轻度<12分,中度12~18分,重度>18分。(2)疗效评定标准:痊愈:减少率 $\geq 90\%$;显效:减少率 $\geq 70\%$ 而<90%;有效:减少率 $\geq 30\%$ 但<70%;无效:达不到有效标准者。减少率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分 $\times 100\%$

2.2 两组疗效比较

治疗组143例,痊愈100例,显效26例,有效14例,无效3例,总有效率为97.90%;对照组142例,分别为74例、6例、21例、41例、71.13%。两组疗效比较,治疗组明显为优($P<0.05$)。

2.3 两组复发率比较

治疗组总复发率为47.55%,对照组为83.80%,治疗组复发率明显低于对照组($P<0.01$)。

2.4 安全性评价

在临床治疗期间,治疗组仅1例患者因未进早餐发生轻微晕针现象,平卧休息后缓解,后续治疗中未再发生;对照组仅1例患者发生用药后皮损程度加重、面积增大情况,停药并嘱其注意饮食和休息后,情况缓解。

3 讨论

"杨氏贴棉灸"是全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师杨介宾先生多年临床验证有效的一种疗法。该法首先应用皮肤针叩刺,作用于皮毛,所以能更有效地调节全身经络气机,使气血通畅,阴阳平衡;叩刺后使皮损局部出血,实际是以其来体现"宛陈则除之"之泻法,使经络得以舒通,气血得以调畅,瘀去而新生。灸法既可"借火助阳"以补虚,又可"开门祛邪"以泻实。刘完素提出灸法有"引热外出"和"引热下行"的作用。《医学入门》曰:"热者灸之,引郁热之气外发。"说明灸法有除湿泻火解毒的作用,使郁积于肌肤之毒迅速解除。用薄棉灸治该病乃取"火郁发之"之义,"以热引热",使风热、湿热、肝火得以泻,故瘙痒即刻减轻或消失,解决了患者因痒而搔抓引起病情加重,从根本上缓解病情。因此,以杨氏贴棉灸治疗该病,是既能针对患者"邪之所凑,其气必虚"的发病原理,体现灸的温补作用,又能解热抗炎,引热外出,故能取得较好的疗效。

赤芪丹胶囊辅助治疗肝病黄疸119例

河北省秦皇岛市第三医院中医肝病科(066001)

王守云 王玉华 王晋升 杨丽敏 马艳玲

黄疸是指血中胆红素浓度升高而使巩膜、皮肤、黏膜及其它组织和体液出现黄染。其中急、慢性肝炎、淤胆型肝炎、肝硬化所致黄疸,应归属于肝细胞性黄疸及部分肝内胆汁淤积性黄疸,临床发生率较高,黄疸长时间持续不退可继发胆汁性肝硬化,最终可导致肝功能损害而引起肝功能衰竭。因此,迅速消退黄疸是改善肝病预后的关键。我们自2003年7月~2006年6月应用赤芪丹胶囊辅助治疗肝病黄疸119例,临床疗效较满意,报告如下。

1 临床资料

112例均为2003年7月~2006年6月在河北省秦皇岛市第三医院住院并符合西医确诊的急、慢性肝炎,淤胆型肝炎、早期肝硬化患者,并且血清总胆红素(TBil)超过10倍正常参考值上

限, 最高为410 μmol/L; 年龄在18~65岁, 并排除妊娠和哺乳期妇女、合并严重原发疾病、自身免疫性肝病及重型肝炎。随机分为两组, 治疗组119例, 男性67例, 女性52例, 年龄20~65岁, 平均48.25岁; 其中急性肝炎59例, 慢性肝炎28例, 淤胆型肝炎18例, 早期肝硬化14例。对照组93例, 男性57例, 女性36例, 年龄23~63岁, 平均46.75岁; 其中急性肝炎53例, 慢性肝炎21例, 淤胆型肝炎10例, 早期肝硬化9例。两组病例在年龄、性别、病因、病情等方面比较, 差异均无显著性意义($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

对照组采用西医常规治疗, 即每日应用甘利欣150mg、谷胱甘肽1200mg、丹参注射液30ml、苦黄注射液30ml等抗炎护肝退黄对症治疗。治疗组在上述西医常规治疗基础上加用赤芪丹胶囊(由赤芍、黄芪、丹参、牡丹皮、当归、三棱、莪术、当归、三七组成, 本院制剂室提供), 每次5粒, 每日3次, 口服。两组治疗均4周为1个疗程。疗程结束时, 如果有效则继续按原方案治疗至痊愈, 无效则改用其他治疗方案。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准

显效: 治疗前黄疸进行性加深或持续不退, 用药1周停止上升或上升幅度减慢或开始下降; 用药前血清总胆红素(TBil)为100%, 至第4周下降70%以上, 并继续降至正常; 有效: 用药后第4周TBil下降40%以上, 并继续降至正常或小于5倍正常参考值上限; 无效: 达不到上述标准者(包括胆红素下降不明显或反而升高者)。

3.2 两组退黄效果比较

通过212例肝病高黄疸患者的临床观察, 结果显示: 治疗组119例, 显效30例, 其中急、慢性肝炎, 淤胆型肝炎, 肝硬化分别为21、2、3、4例; 有效70例, 其中急、慢性肝炎, 淤胆型肝炎, 肝硬化分别为35、14、10、11例; 无效19例; 总有效率84.03%。对照组93例, 显效12例, 其中急、慢性肝炎, 淤胆型肝炎, 肝硬化分别为10、2、0、0例; 有效48例, 其中急、慢性肝炎, 淤胆型肝炎, 肝硬化分别为34、10、3、1例; 无效33例; 总有效率64.52%。两组比较差异有显著性($P<0.05$), 治疗组疗效明显优于对照组。

3.3 症状及其他观察项目比较

随着胆红素下降, 患者的自觉症状明显好转至消失, 丙氨酸转氨酶、天冬氨酸转氨酶、胆汁酸等项指标亦伴随下降。两组比较, 差异无显著性($P>0.05$)。

4 讨论

中医学认为, 黄疸是感受湿热疫毒、肝胆气机受阻、疏泄失常、胆汁外溢所致, 发黄的关键是湿蒸热郁。故对于出现黄疸的肝病患者常规选用具有清热利湿退黄作用的苦黄注射液等静脉滴注。但病程日久、肝血瘀阻、可形成血瘀发黄, 黄疸持续时间长, 临床多见瘀血阻滞, 而且久病必郁, 故肝郁亦多见。赤芪丹胶囊中赤芍具有清热凉血、祛瘀止痛之功。现代药理研究表明, 赤芍具有改善肝脏微循环、恢复肝细胞的正常代谢和血液供应, 促进损伤的修复与肝细胞的再生等作用, 故为君药, 且用量较大。黄芪具有补气升阳、益卫固表等作用, 针对化瘀易伤正气、久病气虚之兼证, 起到益气扶正、祛瘀的作用。丹参、牡丹皮

均有凉血祛瘀之功, 协助赤芍, 祛瘀退黄, 与黄芪共为臣药。三棱、莪术、当归、三七四药均入肝经, 有化瘀止痛之功, 在方中用量小, 共为佐使药。全方配伍严谨、攻补兼施, 共奏软坚活血、祛瘀退黄之功。

中药治疗激素依赖性原发性肾病综合征29例

河北省三河市燕郊开发区京东中美医院肾科(101601)

陈晓风

激素依赖性(SD)原发性肾病综合征(PNS)在临床上较为常见, 对糖皮质激素治疗敏感, 但在减量或停药后往往出现反跳或反复发作, 治疗较为棘手。近年来, 笔者采用中药分阶段配合激素治疗SD-PNS 29例, 取得了较好的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准

(1) 大量蛋白尿($>3.5\text{g/d}$); (2) 低蛋白血症(白蛋白 $<30\text{g/L}$); (3) 明显水肿; (4) 高脂血症。(1)、(2)为必备条件。SD是指在激素减量过程中或停药后1个月内, 疾病复发被迫长期服用激素者。属于难治性肾病综合征的一种类型。

1.2 一般资料

58例均为我院住院患者, 均符合上述诊断标准, 随机分为两组。治疗组29例, 男性18例, 女性11例; 年龄6~49岁, 平均24.2岁; 服用激素时间14个月~7年, 平均3.2年。其中有17例行肾脏病理检查, 微小病变型(MCD) 3例, 系膜增生性肾炎(MSPGN) 6例, 局灶节段性肾小球硬化(FSGS) 4例, 膜性肾病(MGN) 2例, 膜增生性肾炎2例。对照组29例, 男性19例, 女性10例; 年龄5~48岁, 平均22.6岁; 服用激素时间12个月~6年, 平均2.8年。其中有18例行肾脏病理检查, MCD 6例, MSPGN 6例, FSGS 3例, MGN 2例, 膜增生性肾炎1例。两组在年龄、性别、临床表现、病理类型及激素使用时间方面, 差异无显著性意义($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组

采用标准疗程的激素治疗: 强的松首始剂量每日1mg/kg, 清晨空腹1次顿服, 服用8周后逐渐减量, 每周减原量的10%, 至小剂量阶段, 即每日0.5mg/kg时, 改为2日量合并隔日晨服, 维持6个月。再缓慢减量, 大约6个月撤至维持量, 即隔日0.4mg/kg, 持续服药1~1.5年。

2.2 治疗组

治疗组在上述西药治疗的基础上加用中药治疗。中药治疗分为4个阶段, 治疗前表现为脾肾阳虚浮肿者, 治宜温阳利水, 药用: 黄芪30g, 桂枝10g, 茯苓10g, 猪苓10g, 大腹皮15g, 丹参15g。每日1剂, 水煎服。当大剂量激素治疗后, 患者表现出五心烦热, 精神兴奋, 面部潮红, 失眠盗汗, 口干咽燥, 舌红、少苔, 脉弦细数。治宜滋阴降火, 药用: 生地黄20g, 墨旱莲25g, 女贞子25g, 山药15g, 山茱萸15g, 茯苓12g, 牡丹皮12g, 丹参15g等。每日1剂, 水煎服, 连服3~4个月。减药治疗阶段, 患者表现气阴两虚甚至阴阳两虚时, 症见: 神疲乏力, 少气懒言, 口干纳差, 腰膝