

系统等严重原发性疾病,精神病患者;颈肩部有皮损者。

2 治疗方法

2.1 通痹药袋的制备

川芎 20g,红花 20g,桂枝 20g,淫羊藿 20g,苍术 20g,细辛 20g,羌活 20g,独活 20g,白芷 30g,艾叶 20g,花椒 20g,透骨草 20g,伸筋草 20g,荆芥 20g,防风 20g。用适量温水将上药拌潮润加 100ml 白酒拌匀,分装于两个大小适宜的布袋内备用。

2.2 试验组

(1) 通痹药袋外熨颈部:取一备好的药袋放入锅中蒸热,取出后放患者颈肩部外熨,同时将另一药袋放入锅中蒸,如此交替使用,外熨 30 分钟,每剂使用 2 次,次日晚再用上述同样的方法操作外熨患处。(2) 颌枕牵引:患者坐位,根据不同患者取颈前屈 10~20°,重量 5~10kg,每次 20 分钟。以上治疗每天 1 次,12 次为 1 个疗程。

2.3 对照组

(1) 采用 TDP 灯照颈:使用重庆巴山仪器厂生产的电磁波治疗器(型号:CQ-29,频率:50Hz,功率:250W),预热 15 分钟后,灯距 30~40cm,直射颈部,热度舒适为宜,每次 30 分钟;(2) 颌枕牵引:方法同上。以上治疗每日 1 次,12 次为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

治愈:神经根性疼痛、麻木症状消失,压顶和臂丛神经牵拉试验阴性,颈部 X 线片示生理曲度正常或改善。好转:神经根性疼痛、麻木症状好转,压顶和臂丛神经牵拉试验有时可为阳性结果,颈部 X 线检查生理曲度改善或无改变。无效:经治疗症状无缓解或治疗后症状加重。

3.2 两组疗效比较

两组患者均于 2 个疗程后,按上述标准进行疗效评定,试验组 61 例,治愈 29 例,好转 28 例,无效 4 例,总有效率 93.44%,对照组 37 例,分别为 16 例、15 例、6 例、83.78%,试验组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.3 两组症状、体征评分结果比较

试验组在疼痛、麻木、棘旁压痛、臂丛神经牵拉试验、压顶试验自身计分差值的改善与对照组比较,差异有显著性($P < 0.01$),疗效明显优于对照组。

3.4 两组影像学检查结果

(1) 在对改善颈椎生理曲度的影响方面,治疗前试验组中共有 55 例出现生理曲度变直、反张等异常,治疗后共有 44 例恢复正常,有效率为 80%;对照组共有 32 例出现颈椎生理曲度变直、反张等异常,治疗后共有 19 例恢复正常,有效率为 59.37%,两组差异有显著性意义($P < 0.05$)。(2) 在对椎间孔、椎间隙的宽窄度的影响方面,试验组 61 例中,治疗后有 29 例椎间孔、椎间隙的宽窄度发生改变,有效率为 47.54%;对照组 37 例中,治疗后有 9 例椎间孔、椎间隙的宽窄度发生改变,有效率为 24.32%,两组差异有显著性意义($P < 0.05$)。(3) 在对钩椎骨质增生的影响方面,两组在治疗前、后均无变化。

4 讨论

神经根型颈椎病因增生直接压迫,或增生对周围软组织过度刺激而引起局部损伤性炎症和粘连而压迫神经,故表现为

麻木和疼痛。不同的压迫部位表现出不同位置的感觉活动障碍。中医学对颈椎病早有认识,属“痹证”的范畴,多因肝肾亏虚、气血不足、腠理空虚,风寒湿邪乘虚而入,或痰饮瘀血凝滞颈部经脉,以致气血闭阻,气机不畅,不通则痛,筋失所养则痹,则痿。因而对神经根型颈椎病的治疗当以温经散寒,除湿通络、祛瘀止痛为原则。通痹药袋诸药具有遇热易挥发、穿透力强、易于被吸收等优点。现代药理研究表明,上述药物多具有抗炎、镇痛、局部解痉作用。

中西医结合治疗原发性 肾病综合征 25 例

河北省保定恒兴中西医结合医院(071051)

丁素银 肖广显 马顺英

陈益昀主任中医师从医 50 余载,是全国第二、第三批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,现将陈老中西医结合治疗 25 例原发性肾病综合征病例资料加以整理介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

49 例均为 2005 年 7 月~2006 年 7 月本院门诊及住院的原发性肾病综合征患者,按就诊顺序随机分为两组。治疗组 25 例,男 15 例,女 10 例;年龄 31~65 岁,平均 46.3 岁;病程 6 个月~5 年,平均 2.3 年;24 小时尿蛋白定量均值为 4.7g,伴血尿 8 例,高血压 13 例,严重水肿合并胸水、腹水 6 例,不同程度的肾功能不全 3 例;初发 9 例,复发 16 例;16 例曾有激素或细胞毒性药物治疗史。对照组 24 例,男 13 例,女 11 例;年龄 26~67 岁,平均 48.9 岁;病程 7.2 个月~6.5 年,平均 2.5 年;24 小时尿蛋白定量均值为 4.6g,伴有血尿 9 例,高血压 11 例,严重水肿合并胸水、腹水 5 例,不同程度肾功能不全者 4 例;初发 11 例,复发 13 例;13 例曾有过激素或细胞毒性药物治疗史。两组的年龄、性别、临床症状、病程差异均无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

(1) 西医诊断标准:24 小时尿蛋白 $\geq 3.5g$,血浆白蛋白 $\leq 30g/L$,并有高度水肿、高脂血症,其中前 2 项为必备,后 2 项可或缺。(2) 中医辨证标准:①脾肾阳虚型:面色㿔白,形寒肢冷,肢体或全身浮肿明显,可伴有胸、腹水,小便少,神疲纳呆,腰膝酸软,大便溏,舌淡、苔白腻或薄白,脉沉细。②脾肾气虚型:四肢轻度水肿或全身水肿,气少乏力,神疲,易患感冒,纳呆腹胀,腰酸,尿少,舌淡胖或边有齿印、苔白腻,脉无力。③阴虚湿热型:面部及下肢浮肿,怕热汗出,五心烦热,心悸失眠,口苦口干,小便短涩,大便干结,舌红、苔薄黄腻,脉弦细数。④瘀水交阻型:面色黧黑,唇舌肌肤有瘀点或瘀斑,或腰痛如刺,固定不移,或血管栓塞,肢体出现肿痛,脉弦或涩。⑤风邪外袭兼寒型:水肿复发或加重,伴恶寒较重,头痛肢酸,鼻塞流涕,喉痒咳嗽,舌苔薄白而润,脉浮紧。⑥风邪外袭兼热型:水肿复发或加重,伴恶寒发热,咳嗽痰黏,口干咽痛,尿赤,舌边尖红、舌苔薄白微黄,脉浮数。

2 治疗方法

两组均给予相同的综合治疗,治疗组加用中医辨证施治。

2.1 对照组

采用标准疗程的激素治疗, 强的松龙的首始剂量为每日 1mg/kg, 早晨 1 次顿服, 服用 8 周以后每周减原剂量的 10%, 减至每日 20mg 时, 作为维持剂量, 以后每月减 2.5mg, 减至 5mg 后, 维持服药 6 个月~1 年。如激素疗效不佳者, 可选用细胞毒性药物如环磷酰胺 0.2g 加生理盐水 20ml, 隔日静脉注射, 轻型患者一开始即可选用口服制剂, 8~10g 的总量为 1 个疗程, 间歇 1 个月后再继续第 2 个疗程, 环磷酰胺的累计总量为 100~150mg/kg, 疗程、次数及环磷酰胺的总量视肝功能、肾功能、血象结果而定。合并高血压者加用洛汀新每次 10mg, 每日 1 次口服, 使血压维持在 150/90mmHg 以下, 水肿明显者口服双氢克尿塞每次 25mg, 每日 3 次, 对于肾功能不全 II 期以上的患者, 包醛氧化淀粉每次 5g, 每日 3 次, 合并感染者, 可适当选用抗生素。

2.2 治疗组

西药治疗同对照组, 并根据中医辨证分型加用中药治疗。(1) 基本方: 生黄芪 30g, 丹参 20g, 益母草 25g, 茯苓 15g, 桃仁 15g, 红花 10g, 每日 1 剂, 水煎 2 次, 早晚 2 次分服。(2) 辨证分型基础方加减用药: 脾肾阳虚型减桃仁、红花, 加制附子 15g (先煎)、焦白术 20g、车前子 15g (布包)、大腹皮 20g、干姜 10g; 脾肾气虚型减桃仁、红花, 加炒白术 15g、生薏苡仁 20g、扁豆 20g、炒山药 20g; 阴虚湿热型减茯苓, 加白花蛇舌草 20g、墨旱莲 15g、女贞子 15g、生地黄 15g、牡丹皮 15g、泽泻 15g、猪苓 15g; 瘀水交阻型加当归、赤芍、川芎、泽泻各 15g; 风邪外袭兼寒型去丹参、桃仁、红花, 加麻黄 15g、猪苓、泽泻各 15g; 风邪外袭兼热型去丹参、桃仁、红花、茯苓, 加金银花、连翘、桑白皮、玄参、麦冬、生地黄、桔梗各 10g。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

完全缓解: 尿蛋白阴性, 尿蛋白定量≤0.2g/24h; 显著缓解: 尿蛋白定量<1g/24h 但>0.2g/24h; 部分缓解: 尿蛋白有所减轻, 尿蛋白定量<3g/24h 但≥1g/24h; 无效: 尿蛋白与治疗前比较无明显改善。

3.2 两组总体疗效比较

治疗组 25 例, 完全缓解 9 例, 显著缓解 7 例, 部分缓解 7 例, 无效 2 例, 总有效率 92%; 对照组 24 例, 完全缓解 4 例, 显著缓解 5 例, 部分缓解 9 例, 无效 6 例, 总有效率 75%。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比较

治疗组尿蛋白均值治疗前 4.7g/L, 治疗后 0.2g/L, 血浆白蛋白均值治疗前 28g/L, 治疗后 40g/L; 对照组尿蛋白均值治疗前 4.6g/L, 治疗后 1.3g/L, 血浆白蛋白均值治疗前 29g/L, 治疗后 37g/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, 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比较

治疗组患者出现 1 种副反应者 16 例, 占 64%, 2 种或 2 种以上副反应者 5 例, 占 20%。其中满月脸 9 例, 多毛 0 例, 脱发 0 例, 恶心呕吐 0 例, 胃痛 0 例, 烦躁失眠 1 例, 痤疮 5 例, 肝损伤 0 例, 感染 0 例, 白细胞减少 0 例。对照组患者出现 1 种

副反应者 4 例, 占 16.7%, 2 种或 2 种以上副反应者 20 例, 占 83.3%, 其中满月脸 14 例, 多毛 1 例, 脱发 1 例, 恶心呕吐 1 例, 胃痛 2 例, 烦躁失眠 5 例, 痤疮 9 例, 肝损伤 1 例, 感染 4 例, 白细胞减少 3 例。

4 讨论

原发性肾病综合征属中医学“水肿”、“虚劳”的范畴, 中医认为, 属本虚标实证, 以阳虚或气虚为本, 水湿泛滥为标。本虚的核心在脾, 脾虚可致肾虚。实践证明, 中西医结合治疗本病, 的确能拮抗激素副反应, 增强其敏感性、耐受性, 拮抗环磷酰胺引起的白细胞降低和消化道反应, 确保激素的有效撤减, 同时还能调节免疫功能, 预防感染, 减少复发。黄芪具有益气健脾扶正祛邪, 增加肾血流量, 增强肾上腺皮质功能, 增加血浆白蛋白, 消除尿蛋白的功用。特别是其含生物碱、维生素及微量元素, 对非特异性免疫、体液免疫及细胞免疫均有明显的调节作用。丹参活血养血化瘀, 改善微循环, 抑制凝血, 降低血液黏稠度, 改善肾血流, 保护肾功能。茯苓健脾利水, 扶正祛邪, 增强抵抗力, 桃仁、红花等活血化瘀均有抗纤维化作用, 对预防和延缓肾小球硬化有一定的作用。

甘遂半夏膏治疗肝硬化腹水 60 例

浙江省温州市中医院 (325000)

欧阳钦 吴春明

甘遂半夏汤是《伤寒论》方, 我们将汤剂加减化裁制成膏方, 治疗肝硬化腹水, 临床疗效显著, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

诊断均符合《肝硬化中西医结合诊治方案 (草案)》中肝硬化诊断标准。B 超或 CT 等影像学检查提示腹腔积液, 同时排除顽固性腹水及腹水感染等其他并发症。

1.2 一般资料

观察病例均为 2005 年 6 月~2007 年 9 月在本科本院及专科门诊的患者, 共 120 例, 随机分为治疗组 and 对照组各 60 例。治疗组男 44 例, 女 16 例; 年龄 36~70 岁, 平均 55 岁; 病程 6 个月~2.5 年; 轻度腹水 8 例, 中度腹水 36 例, 重度腹水 16 例。对照组男 44 例, 女 16 例; 年龄 35~72 岁, 平均 56 岁; 病程 6 个月~2.5 年; 轻度腹水 8 例, 中度腹水 35 例, 重度腹水 17 例。两组患者中各有 5 例为第一次出现腹水。两组患者性别、年龄、病程及腹水轻重程度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 基础治疗

两组均注意休息、限制饮水及限制钠盐。

2.2 对照组

采用常规治疗方法, 包括静脉滴注还原型谷胱甘肽、补充血浆或白蛋白, 使用利尿剂等, 同时口服六君子汤, 治疗 1 个月, 停药随访 3 个月。

2.3 治疗组

常规治疗同对照组, 同时口服中药甘遂半夏膏, 基本方: 甘遂 30g (研末)、茵陈 300g、黄芪 100g、当归 50g、半夏 60g、陈皮 100g、白术 100g、山药 100g、枸杞子 100g、桑椹子 100g、女贞子 100g、墨旱莲 100g、猪苓 100g、茯苓 100g、泽泻 100g, 车