

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 0 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, 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

前子 300g, 香附 100g, 郁金 100g, 延胡索 100g, 枳壳 100g, 龟甲 300g, 鳖甲 150g, 炒谷芽 300g, 加饴糖 500g 制成膏方, 早晚各 1 匙, 豆浆送服, 治疗 1 个月, 停药后随访 3 个月。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

参照《肝硬化中西医结合诊治方案(草案)》中疗效标准。显效:症状完全消失, 一般情况良好;肝脾肿大稳定不变, 无叩痛及压痛, 腹水消失;肝功能恢复正常;以上 3 项指标保持稳定 6 个月~1 年。有效:主要症状消失或明显好转;肝脾肿大稳定不变, 无叩痛及压痛, 有腹水者腹水减少 50% 以上而未完全消失;肝功能指标下降幅度在 50% 以上而未完全正常。无效:未达好转标准或恶化者。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组显效 25 例, 有效 32 例, 无效 3 例, 总有效率 95%; 对照组显效 9 例, 有效 39 例, 无效 12 例, 总有效率 80%。两组比较, 治疗组显效率和总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

3.3 两组治疗前后肝功能指标变化比较

两组治疗后丙氨酸氨基转移酶 (ALT)、门冬氨酸氨基转移酶 (AST)、血清总胆红素 (TBil)、血清白蛋白 (Alb) 较治疗前均有明显改善, 两组治疗后比较, 治疗组改善程度明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.4 随访情况

治疗组腹水消退平均时间为 12 天, 对照组腹水消退平均时间为 21 天, 两组比较差异有显著性 ($P < 0.01$)。在随访的 3 个月中, 治疗组腹水复发 6 例, 复发率 10.5%, 对照组腹水复发 14 例, 复发率 29.2%, 两组腹水复发率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4 讨论

甘遂半夏汤是张仲景治疗留饮欲去而未去, 出现“病者脉伏, 其人欲自利, 利反快, 虽利, 心下续坚满”的方剂, 药物组成为甘遂、半夏、芍药、甘草, 功效为攻逐水饮, 洁净肠腑。我们临证将此方加减化裁、变通而用于治疗肝硬化腹水。原方中甘遂研末, 攻逐水饮为主药, 去芍药与甘草等甘缓之品, 配合茵陈利胆解毒, 黄芪、当归益气生血, 半夏、陈皮、白术、山药燥湿健脾, 枸杞子、桑椹子、女贞子、墨旱莲滋养肝阴, 猪苓、茯苓、泽泻、车前子利水消肿, 香附、郁金、延胡索、枳壳疏肝利胆, 龟甲、鳖甲滋阴软坚, 炒谷芽健胃消食, 加饴糖(有糖尿病者以木糖醇代替)制成膏方。全方扶正祛邪, 标本同治, 共奏益气生血、健脾疏肝、软坚散结、滋阴逐饮之效。

千锤膏、玉红膏配合应用 治疗伤口感染 50 例

山东省潍坊市中医院(261041)

王建春 张云

湖南中医药大学

李振海

近年来, 我们联合使用千锤膏和玉红膏治疗伤口感染、褥疮及痈疔等, 特别是对面积较大的Ⅱ、Ⅲ期压疮效果明显, 现总结如下。

1 临床资料

2005 年 6 月~2007 年 12 月山东省潍坊市中医院收治的各类伤口感染患者 95 例, 男 53 例, 女 42 例, 随机分为试验组和对照组。试验组 50 例, 其中创伤伤口 13 例, 褥疮及痈疔感染 37 例; 年龄 20~81 岁, 平均年龄 (52.4 ± 4.6) 岁; 感染面积 $< 5\text{cm}^2$ 15 例, $5 \sim 10\text{cm}^2$ 28 例, $> 10\text{cm}^2$ 7 例; 伤口深 $< 1\text{cm}$ 14 例, $1 \sim 2\text{cm}$ 23 例, $> 2\text{cm}$ 13 例。对照组 45 例, 其中创伤伤口 10 例, 褥疮及痈疔感染 35 例; 年龄 19~82 岁, 平均年龄 (51.7 ± 4.4) 岁; 感染面积 $< 5\text{cm}^2$ 12 例, $5 \sim 10\text{cm}^2$ 25 例, $> 10\text{cm}^2$ 8 例; 伤口深 $< 1\text{cm}$ 10 例, $1 \sim 2\text{cm}$ 23 例, 伤口深 $> 2\text{cm}$ 12 例。伤口部位一般在颈部、背部、臀部、腹部、下肢、肛门等处, 所有伤口均为感染伤口, 按照感染程度分为轻度、中度、重度。其中, 轻度 18 例, 试验组 10 例, 对照组 8 例; 中度 37 例, 试验组 20 例, 对照组 17 例; 重度 40 例, 试验组 22 例, 对照组 18 例。两组临床资料具有可比性 ($P > 0.05$)。依据《实用医院感染管理手册》、《医院感染性疾病科(室)规范化建设管理实用手册》和卫医发(2001)2 号卫生部《关于印发医院感染诊断标准中的有关规定》, 作为感染伤口的诊治判断标准, 进行护理治疗。

2 治疗方法

试验组采用千锤膏和玉红膏进行换药。感染清创:用生理盐水彻底清洗创面, 再用 0.5% 碘伏溶液消毒创面, 用 75% 酒精消毒伤口周围皮肤后, 彻底清除坏死组织, 清除脓性分泌物。感染清创后, 视感染程度分类治疗:中、轻度感染患者单独使用玉红膏, 用玉红膏油纱敷在感染创面或腔内, 无菌敷料包扎, 隔日换药 1 次, $2 \sim 5$ 次后根据肉芽生长情况, 改成传统换药直至痊愈; 重度感染患者采用千锤膏和玉红膏联合使用的治疗方式, 先用千锤膏油纱敷在感染创面或腔内, 无菌敷料包扎, 每日换药 1 次, 使用千锤膏 $2 \sim 3$ 次后, 待创面新鲜改用玉红膏油纱换药, $2 \sim 4$ 次后根据肉芽生长情况, 改成传统换药直至痊愈。

对照组采用传统方法进行换药, 先用 0.5% 碘伏消毒创面, 75% 酒精消毒周围皮肤, 用 0.5% 碘伏油纱条或凡士林纱布填塞腔隙及创面, 再用无菌敷料包扎伤口, 中、轻度患者隔 $1 \sim 2$ 天换药 1 次, 重度患者开始每日换药 1 次, 然后根据渗液情况进行换药。

3 治疗结果

试验组患者伤口愈合时间为 $7 \sim 22$ 日, 平均 12.65 日; 换药 $3 \sim 15$ 次, 平均 9.91 次。对照组伤口愈合时间为 $11 \sim 38$ 日, 平均 25.86 日; 换药 $11 \sim 34$ 次, 平均 24.32 次。两组比较, 试验组疗效明显优于对照组 ($P < 0.01$)。

3 讨论

千锤膏其成分为甘草、白芷、当归、紫草、白蜡、血竭、轻粉等, 为草绿色软膏, 略有气味, 有解毒消肿、生肌止痛等功能, 主治疮疡肿痛, 乳痈发背, 溃烂流脓, 浸淫黄水等, 对伤口感染, 治疗效果明显, 无明显毒副作用。玉红膏又名生肌玉红膏, 其成分为白芷、甘草、当归、血竭、轻粉、白蜡、紫草、麻油等, 有活血祛腐、解毒生肌、消除肉芽水肿、促进健康组织爬行替代等功能, 主治痈疽疔疮、溃烂流脓, 对伤口感染有明显疗效。千锤膏和玉红膏配合应用, 在痈疽疔疖、皮肤溃疡、褥疮等感染伤口的换药治疗中, 具备愈合时间短、疗效显著的特点, 明显优于一般传统换药方式, 是一种值得推广的治疗方法。

[编辑:黄健]