

4 讨论

OA 属中医“骨痹”范畴,是中老年尤其是老年人最常见的骨关节病。我们确立益气活血通络法,据此治疗原则通过长期临床总结和摸索,筛选中药组成益气活血通络方防治膝关节炎,效果满意。方中黄芪、党参、白术三药合用,益气健脾之力强,配伍阿胶、川芎、当归活血补血;白芍、木香、柴胡行气柔肝止痛,络石藤、威灵仙、地龙、蜈蚣引经通络作用,全方共奏益气活血通络之功。

参考文献

[1] Resnick·骨及骨关节疾病诊断学(二)[M]·影印版·北京:人民卫生出版社,2002:16.
[2] Bellamy N·Pain assessment in osteoarthritis:experience with the WOMAC osteoarthritis index[J]·Semin Arthritis Rheum,1989,18(4 Suppl 2):14-17.
[3] 郑筱萸·中药新药临床研究指导原则[M]·北京:中国医药科技出版社,2002:349-353.

中西医结合治疗支气管结核
并发哮喘31例

叶祖明¹ 范丽萍¹ 苏锦瑞¹
张 红² 马兆润¹ 李 丽¹

(1.天津海河医院,300350;
2.天津中医药大学第二附属医院呼吸科)

由于病毒、细菌导致肺内感染引发的支气管哮喘临床上较常见,由于支气管结核所致者报道不多,且治疗困难。我们采用中西医结合方法治疗31例支气管结核并发哮喘,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部病例均为天津海河医院住院患者,均为结核首次发病病例,既往无哮喘病史,入院前多经抗炎、止咳化痰平喘等治疗效差。按抽签法将61例支气管结核并发哮喘病例随机分为治疗组和对照组。治疗组31例,男20例,女11例;年龄30~68岁;病程1~3个月。对照组30例,男16例,女14例;年龄23~69岁;病程35天~3个月。两组病例在性别、年龄、病程方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及纳入标准

参照中华医学会呼吸病学会1997年制定的《支气管哮喘防治指南》^[1]和彭卫生1994年主编《新编结核病学》^[2]拟定:①阵发性咳嗽,喘鸣或痰中带血、低热,两肺可闻及哮鸣音。②外周血嗜酸性粒细胞直接计数(EOS)和嗜酸性粒细胞阳离子蛋白(ECP)增高。③支气管镜检:发现支气管内膜结核病灶。④OT试验强阳性。⑤支气管激发试验阳性。

1.3 排除标准

年龄<20岁或>70岁者;肺部有肿瘤病变及胸腔、纵隔病变者;心肺功能衰竭和其他系统严重病变者。

2 治疗方法

治疗组和对照组均采用常规抗痨方案²SHRZ⁰/4HR治疗:S为链霉素,大连美罗大药厂生产,批号:H21021674,肌肉注射,每次0.75g,每日1次;H为异烟肼(天津力生制药厂生产,批号:H12020232)口服,每次0.3g,每日1次;R为利

福平(哈药集团制药总厂生产,批号:H23020933)口服,每次0.45g,每日1次;Z为吡嗪酰胺(沈阳红旗制药有限公司生产,批号:21022352)口服,每次0.5g,每日3次;0为左氧氟沙星(浙江新昌制药厂生产,批号:H20033965)静脉滴注,每次0.3g,每日1次;保肝肌苷口服,每次0.4g,每日3次,治疗6个月。治疗组同时口服中药汤剂抗痨灵(院内制剂:鱼腥草30g,百部30g,三棱10g,莪术10g,桃仁10g,红花10g,丹参15g,夏枯草15g,黄芩10g,黄精20g,猫爪草15g等)合麻杏石甘汤加味(炙麻黄8g,杏仁10g,生石膏30g,防风10g,蜂房10g,蝉蜕10g,甘草10g)。润肺止咳杀虫,宣肺平喘,活血散结。痰中带血加侧柏叶20g,藕节15g;低热加地骨皮20g;咽红加牛蒡子15g。每日1剂,每次200ml,每日2次,与口服抗痨药间隔1小时服用。对照组同时口服茶碱缓释片(广州迈特兴华制药厂生产,批号:H44023791),每次0.2g,每日2次。两组治疗均以30天为1个疗程观察疗效,如30天内支气管哮喘缓解,则停止中药及茶碱缓释片治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参考中华医学会呼吸病学会1997年制定的《支气管哮喘防治指南》^[1]和彭卫生1994年主编的《新编结核病学》^[2]症状疗效判断标准而拟定。临床控制:哮喘症状、体征全部消失,即使偶有发作,不需治疗,即可缓解;好转:哮喘治疗后发作程度轻,次数少,持续时间短;无效:哮喘治疗前后无变化或症状加重。

3.2 两组症状疗效比较

治疗组31例,临床控制16例,好转13例,无效2例,总有效率93.5%;对照组30例,分别为6例、17例、7例、76.7%。两组症状疗效总有效率比较差异有统计学意义($P<0.01$),治疗组优于对照组。

3.3 两组治疗前后外周血EOS、ECP比较

治疗组31例,治疗前外周血EOS、ECP值分别为(481 ± 210) $\times 10^6$ /L、(33.4 ± 27.92) $\mu\text{g/L}$,治疗后分别为(254 ± 162) $\times 10^6$ /L、(12.24 ± 8.31) $\mu\text{g/L}$;对照组30例,治疗前外周血EOS、ECP值分别为(478 ± 200) $\times 10^6$ /L、(34.61 ± 26.51) $\mu\text{g/L}$,治疗后分别为(258 ± 158) $\times 10^6$ /L、(29.21 ± 17.79) $\mu\text{g/L}$ 。两组治疗后EOS、ECP均较治疗前下降明显($P<0.01$),但治疗组ECP的改善程度明显优于对照组($P<0.01$)。

3.4 两组治疗前后气道反应性比较

治疗组31例,治疗前气道反应阈值(Dmin)、诱导控制值下降斜率(SCRs)值分别为(3.010 ± 2.557)Dmin/U、(2.117 ± 1.227)SCRs/L s^{-1} kPa^{-1} m^{-1} ,治疗后分别为(9.741 ± 7.227)Dmin/U、(0.108 ± 0.049)SCRs/L s^{-1} kPa^{-1} m^{-1} ;对照组30例,治疗前Dmin、SCRs值分别为(2.846 ± 2.575)Dmin/U、(2.049 ± 1.047)SCRs/L s^{-1} kPa^{-1} m^{-1} ,治疗后分别为(6.309 ± 4.557)Dmin/U、(0.149 ± 0.118)SCRs/L s^{-1} kPa^{-1} m^{-1} 。治疗组与对照组治疗后Dmin的测定值均有显著升高($P<0.01$ 或 $P<0.05$),SCRs均有显著下降($P<0.01$ 或 $P<0.05$),但治疗后治疗组较对照组Dmin升高明显($P<0.05$)、SCrs下降明显($P<0.05$)。

4 讨论

中医学认为,本病属于肺癆,哮喘范围。病变在肺,阴虚为

本,感染结核菌。机理变化为阴虚火旺,炼液为痰,痰阻肺络气道,肺气上逆。治以润肺止咳杀虫,宣肺平喘,活血散结。方用抗癆灵合麻杏石甘汤加味。抗癆灵润肺杀虫、活血散结;麻杏石甘汤加味宣肺平喘止咳,两药合用紧扣病机,标本兼顾,故咳嗽自止。现代药理研究也证实^[1]:防风、蜂房、蝉蜕有抗变态反应作用,还有解痉脱敏及缓解支气管痉挛作用;炙麻黄能缓解支气管痉挛,减少支气管炎症分泌;杏仁有祛痰镇咳作用,还能缓解支气管痉挛;鱼腥草、百部、黄芩、黄精、猫爪草具有祛痰、抗炎、抑制结核菌作用;甘草不但有抗过敏调节免疫反应作用,还有祛痰镇咳作用。

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1997, 20(5): 261-267.
- [2]彭卫生. 新编结核病学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1994: 365-366.
- [3]梅全喜, 毕焕新. 现代中药药理手册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 10.

复方大黄液治疗高血压性脑出血88例

曹利民 胡志诚

(浙江省杭州市萧山区中医院神经内科, 311201)

急性脑血管疾病是我国三大主要死亡疾病之一。其中以脑出血患者死亡率最高。幸存患者也多遗留残疾,带来了沉重的社会和经济负担。我们自2003年1月~2008年5月应用复方大黄液治疗急性高血压脑出血患者88例,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

167例均为我院住院患者,疾病诊断参照1995年第4次全国脑血管病学术会议修订的《高血压脑出血诊断标准》执行,神经功能缺损评分按中华神经科学会1995年拟订的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[1]执行。发病后72h内入院,均为幕上出血,CT扫描示出血量均 $\leq 35\text{ml}$ 。排除非高血压性脑出血、有凝血功能障碍、有严重心肝肾等脏器疾病史、入院后24h内病情急剧加重需外科手术者,排除中医诊断为脱证者及未按规定用药及无法判断疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者。随机分为两组,治疗组88例,男49例,女39例;平均年龄 (58.72 ± 5.83) 岁;入院时平均神经功能缺损程度评分 (25.40 ± 7.28) 分;平均伴发疾病积分 (3.43 ± 1.57) 分;平均既往史积分 (1.57 ± 0.34) 分;平均出血量 $(20.13 \pm 4.89)\text{ml}$ 。对照组79例,男45例,女34例;平均年龄 (59.93 ± 5.72) 岁;入院时平均神经功能缺损程度评分 (25.99 ± 6.87) 分;平均伴发疾病积分 (3.38 ± 1.63) 分;平均既往史积分 (1.52 ± 0.24) 分;平均出血量 $(19.58 \pm 4.47)\text{ml}$;两组上述资料比较差异均无显著性 $(P > 0.05)$ 。

2 治疗方法

对照组予西医常规治疗,包括保持安静,防止继续出血;积极抗脑水肿,减低颅内压;调整血压,改善循环;加强护理,防治并发症等。治疗组在上述治疗的基础上加用复方大黄液(生大黄6g,酒制大黄12g,丹参30g,虎杖12g,茯苓9g,陈皮15g,姜半夏15g,炙甘草5g,瓜蒌12g,石菖蒲15g,胆南星9g),每日1剂,水

煎取汁250ml分3次口服或鼻饲。两组均治疗3周。

所选病例分别于入院当天,治疗后第7天、第14天、第21天行颅脑CT检查,并计算下列项目。①血肿体积: $\pi/6 \times \text{最大血肿层面血肿的长轴} \times \text{短轴} \times \text{层数}$;②血肿周围水肿的容积: $\pi/6 \times \text{最大血肿层面水肿区域的长轴} \times \text{短轴} \times \text{层数} - \text{血肿体积}$ 。观察神经功能缺损评分变化情况。

3 疗效观察

3.1 两组患者血肿周围水肿带及神经功能评分变化比较

在治疗后7天、14天、21天时两组血肿吸收速度明显不同,治疗组分别为 $(16.42 \pm 4.72)\text{ml}$ 、 $(10.55 \pm 4.12)\text{ml}$ 、 $(5.84 \pm 3.59)\text{ml}$;对照组分别为 $(18.25 \pm 4.79)\text{ml}$ 、 $(15.36 \pm 4.35)\text{ml}$ 、 $(9.76 \pm 3.90)\text{ml}$,治疗组较对照组血肿体积明显缩小 $(P < 0.01)$ 。在治疗后7天、14天、21天时两组水肿带体积明显不同,治疗组分别为 $(4.19 \pm 0.79)\text{ml}$ 、 $(3.42 \pm 0.81)\text{ml}$ 、 $(2.81 \pm 0.75)\text{ml}$;对照组分别为 $(4.76 \pm 1.06)\text{ml}$ 、 $(4.18 \pm 1.12)\text{ml}$ 、 $(3.42 \pm 0.97)\text{ml}$,治疗组的水肿带体积明显小于对照组 $(P < 0.01)$ 。在治疗7天、14天、21天时,两组神经功能缺损程度评分明显不同,治疗组分别为 (15.78 ± 3.72) 分、 (10.75 ± 4.12) 分、 (8.84 ± 4.90) 分,对照组分别为 (17.76 ± 4.24) 分、 (14.52 ± 5.33) 分、 (11.49 ± 5.81) 分,治疗组神经功能缺损评分明显低于对照组 $(P < 0.01)$ 。

3.2 神经功能改善与血肿、水肿变化的相关性

相关系数分析显示,两组神经功能缺损评分与血肿体积、水肿带体积有高度相关性 $(r = 0.971, r = 0.988, P < 0.01)$,提示血肿体积、水肿带的转归与临床神经功能的恢复关系密切。

4 讨论

脑出血属中医“中风”范畴,多由脏腑功能失调,气血逆乱,肝风内动,风火相煽,挟痰火上扰清窍,络破血溢而成。我们根据患者脑出血后多伴有腑气不通而以通腑化痰、活血化瘀立法,自拟复方大黄液取得较好疗效^[2]。本方生大黄、制大黄共用,通腑泻热、活血化瘀兼顾;虎杖活血化瘀、化痰解毒;丹参活血通络;茯苓、姜半夏、陈皮化痰和胃;瓜蒌、胆南星清化痰热;石菖蒲化痰开窍;炙甘草调和诸药。诸药合用,使壅滞之痰热得以迅速清除,腑气通降,气血敷布,痹通络活。本方重用大黄,现代医学认为,大黄具有多种药理作用^[3]:①降低血管通透性;②钙离子拮抗作用;③清除氧自由基;④对血浆渗透压的双向调节作用,能减轻血肿对周围脑组织神经细胞的继发性损害。治疗后两组患者脑血肿体积、周围水肿带及神经功能缺损评分变化显示,治疗后治疗组无论血肿、水肿带体积缩小,还是神经功能缺损评分下降,均优于对照组 $(P < 0.01)$,且临床神经功能的改善伴随着血肿的吸收、水肿的减轻逐渐好转。

参考文献

- [1]全国第4届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [2]曹利民, 夏志荣, 胡志诚. 复方大黄液合西药治疗急性脑出血45例[J]. 中国中医急症, 2003, 12(3): 267-268.
- [3]焦东海. 单味大黄活血止血作用的实验研究[J]. 中成药研究, 1983, 3(4): 30.