

年龄 37~76 岁,平均(57.9±13.9)岁;病程 2~9 个月,平均(4.8±1.9)个月。对照组 50 例,男 32 例,女 18 例;年龄 39~77 岁,平均(58.3±12.7)岁;病程 2~9 个月,平均(4.9±1.9)个月。两组性别、年龄、病程资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断纳入标准

慢性肾功能衰竭早期诊断标准参考方圻主编的《现代内科学》肾功能衰竭第一期,患者血清肌酐(SCr) 132.6~176.8 μmol/L^[1]。

1.3 排除标准

①急性肾小球肾炎;②糖尿病酮症酸中毒;③肾功能衰竭失代偿期、酸中毒期、尿毒症期;④系统性红斑狼疮;⑤高血压危象;⑥肾脏恶性肿瘤;⑦有严重心、肝、脑等功能不全性疾病者;⑧不能按规定服药与加服其他影响肾功能的药物者。

2 治疗方法

治疗组:①低蛋白饮食,每日蛋白总量控制在 40g 左右。②口服补肾益元方煎剂,每日 1 剂,水煎 400ml,分 2 次口服。处方:山茱萸 15g,制首乌 15g,黄精 15g,枸杞子 12g,黄芪 15g,党参 15g,熟地黄 15g,制附子 7g,山药 10g,肉桂 7g,川芎 15g,丹参 10g,墨旱莲 10g,女贞子 15g。对照组:①低蛋白饮食同治疗组。②口服复方 α 酮酸片(北京费森尤斯卡比医药有限公司生产,国药准字 H20041442),每日 0.1g/kg,分 3 次口服。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参考《慢性肾衰中医疗效判定参考意见》(修改稿)^[2]制订。显效:自觉症状消失,肾功能提高 1 级。有效:自觉症状消失,肾功能提高不到 1 级。稳定:症状减轻,肾功能无变化。无效,症状加重,肾功能恶化。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 62 例,显效 58 例,有效 4 例,无效 0 例,总有效率 100%。对照组 50 例,显效 46 例,有效 3 例,无效 1 例,总有效率 98.0%。两组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.3 两组治疗前后 SCr 测定值变化比较

治疗组 62 例,治疗前、治疗后、停药 1 个月后,SCr 测定值分别为(158.80±11.74) μmol/L、(82.93±13.73) μmol/L、(82.69±16.46) μmol/L。对照组 50 例,分别为(158.98±11.02) μmol/L、(83.75±17.75) μmol/L、(121.05±32.06) μmol/L。两组停药 1 个月后 SCr 测定值比较治疗组明显低于对照组($P<0.01$)。

4 讨论

慢性肾功能衰竭是由各种原因造成的慢性肾脏损伤,继而产生多种临床症状和代谢紊乱的综合征。在中医学中属“癃闭”、“关格”、“肾风虚损”、“溺毒”等范畴。中医理论认为,肾藏精,为先天之本,主生长发育。又为水火之脏,内藏元阴元阳,为脏腑阴阳之根本。张介宾在《类经附翼·求证录·真阴论》中指出:“物之生也生于阳,物之成也成于阴,此所谓元阴元阳。”强调了元阴元阳在人体内的重要作用。慢性肾功能衰竭是肾之元阴元阳受到损害,失去平衡,产生紊乱,主要表现为肾之阴阳气

血失调或不足。正气虚损是本病的根本病机。头晕、腰痛、下肢乏力均与肾有关。肾主骨生髓,髓通于脑。当肾气虚衰,肾元不固时,可影响到脑引起头晕,影响到骨引起下肢萎软;腰为肾之外府,故腰痛、腰酸为肾元亏损的外在表现。SCr 升高的患者,多表现为舌淡、苔白、脉沉细无力之肾阳虚证,兼有泌尿系感染患者可有阴虚或气阴两虚表现。故在治疗中首先着重于补肾,即振奋肾之元阴元阳。方中以黄精、山茱萸、枸杞子补肾气为主药;辅以党参、黄芪补气益肾,附子、肉桂温肾助阳,山药补脾助肾;熟地黄、何首乌、女贞子、墨旱莲滋补肾阴以化生元阳为佐助,取阴生阳长之义。川芎、丹参活血化瘀、通行经络为佐使。川芎上达巅顶,下及涌泉,为少阴经活血圣药。现代药理分析证明,川芎、丹参有恢复血管平滑肌弹性,改善微循环障碍,增加肾脏血流量的功能。诸药合用,温肾阳、滋肾阴、益肾气、活肾血,从而改善肾功能,恢复肾脏对代谢产物的排泄,使血清肌酐下降。补肾益元方对慢性肾衰早期血清肌酐升高有恢复作用,并且能保持稳定,为治疗慢性肾功能衰竭开创了一种新的思路。

参考文献

- [1] 方圻·现代内科学[M]·北京:人民军医出版社,1996:3048.
- [2] 陈贵廷·实用中西医结合诊断治疗学[M]·北京:中国医药科技出版社,1994:504.

中西医结合治疗寻常型银屑病 90 例

林 浩 李 波 史月君 宋顺鹏

(辽宁省大连市皮肤病医院,116021)

银屑病是一种由多基因遗传决定的、多环境因素刺激诱导的免疫异常性慢性炎症性增生性皮肤病,是以表皮过度增殖、伴角化不全及真皮淋巴细胞浸润为特征,它与遗传、病毒或链球菌感染、免疫功能异常、表皮生成障碍等因素有关^[1]。我院于 2008 年 1 月~2009 年 1 月对 180 例寻常型银屑病患者进行治疗,现将结果报告如下。

1 临床资料

180 例患者均为我院门诊患者,具有典型的寻常型银屑病临床表现,根据《临床皮肤病学》^[2]诊断标准诊断为寻常型银屑病,据《中医病证诊断疗效标准》^[3]的诊断 of 血热证、血燥证、血瘀证。

排除在治疗前 1 个月内使用过糖皮质激素、免疫抑制剂及其他药物治疗的患者;有严重器质性疾病、肝肾功能异常者;妊娠及哺乳期者;16 岁以下青少年儿童;有精神疾患患者。治疗组 90 例,男 43 例,女 47 例;年龄 17~78 岁,平均(27±5.1)岁;平均病程(18±4.6)年。对照组 90 例,男 41 例,女 49 例;年龄 16~77 岁,平均(25±3.7)岁;平均病程(16±4.2)年。2 组患者在性别、年龄、病程及病情程度等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 中药内治法 ①血热证:新出皮疹不断增多,迅速扩

大,皮损潮红,尿黄,舌质红、舌苔薄黄或白,脉弦滑或数。常见于本病的进展期。治法:清热凉血解毒。方药:土槐汤加減。②血燥证:原有皮损部分消退,皮损淡红,舌质淡、舌苔少或薄白,脉缓或沉细,口干咽燥。常见于本病的静止期。治法:滋阴养血润肤。方药:加味四物汤加減。③血瘀证:皮损肥厚浸润,经久不退,皮损颜色暗红,舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉涩或细缓,女性可有痛经。多见于斑块型银屑病。治法:活血祛瘀。方药:赤芍莪术汤加減^[4]。

2.1.2 中药外治法 ①中药湿敷或封包:黄柏、黄芩、防风、蒲公英、板蓝根、蛇床子、连翘各 20~30g,甘草 10g,加水 3000ml,水沸腾后煎 40min,煎至 1000ml。②中药药浴:透骨草 100g,皂角 50g,生侧柏叶 100g,白鲜皮 50g。辨证加減:血热型加马齿苋 50g,蒲公英 50g,败酱草 50g;血燥型加地肤子 50g,苦参 50g;血瘀型加牡丹皮 50g,生艾叶 50g。加水 5000ml,煎 30min 后药浴,隔日 1 次,连用 4 周。

2.1.3 西药治疗 复方甘草酸苷(商品名美能,日本美能发源制药公司生产)40ml 每日 1 次静脉滴注,局部外用维 A 酸霜(重庆维帮)及曲安奈德乳膏(大连市皮肤病医院制药厂生产),两者交替外搽,每日 2 次,连用 4 周。

2.2 对照组

复方甘草酸苷 40ml 每日 1 次静脉滴注,局部外用维 A 酸霜及曲安奈德乳膏,两者交替外搽,每日 2 次,连用 4 周。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中医皮肤科病证诊断疗效标准》中银屑病的疗效标准判定。治愈:皮损完全消退,或皮损消退 $\geq 95\%$;显效:皮损消退 $\geq 80\%$ 但 $< 95\%$;有效:皮损消退 $\geq 50\%$ 但 $< 80\%$;无效:皮损消退 $< 50\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 90 例,治愈 53 例,显效 17 例,有效 11 例,无效 9 例,总有效率为 90%。对照组 90 例,分别为 41 例、12 例、10 例、27 例、70%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

中医学文献中所载的“白疔”,其所描述的症状与银屑病有相似之处。文献均认为其病因病机与风燥有关。《外科大成》论白疔说:“白疔,肤如疹疥,色白而痒,血燥不能营养所致。”然而风邪客于皮肤,有外感之风,亦有内生之风。引起血燥的原因也不外肝肾亏损,冲任失调,或素有湿热内壅,壅久化热,耗伤阴血;情志内伤,久病重病耗伤阴血等,均可致使营血亏虚,而血虚化燥生风。现代医学认为,该病发病与遗传、外伤感染、精神因素、内分泌失调、寒冷潮湿、代谢障碍及免疫诸多方面因素有关。西医治疗上针对病因采用抗炎复方甘草酸苷静脉滴注,复方甘草酸苷是一种具有类激素作用的抗变态反应、抗炎等多种药理活性的药物,而无激素副作用。外用激素药膏及维 A 酸制剂疗效显著,维 A 酸可以调节角质形成细胞的有丝分裂,抑制角质形成细胞的增生和变形,从而使银屑病患者皮损的增生和分化恢复正常。经临床验证中西医结合治疗寻常型银屑病疗效显著。

参考文献

- [1]郑敏. 银屑病发病机制研究中若干问题的思考[J]. 中华皮肤科杂志, 2006, 39(3): 121-123.
- [2]赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社, 2001:759-763.
- [3]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994:154-155, 186.

仰卧位旋转定点复位手法 治疗颈椎病 190 例

冯建民

(中国中医科学院中医门诊部, 100700)

颈椎病为多发病,在颈椎病发病早、中期多采用保守治疗,保守治疗中以手法治疗最易为患者所接受。近年来,笔者应用仰卧位颈椎旋转定点复位手法治疗神经根型、椎动脉型、交感神经型颈椎病 190 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

治疗组 190 例,男 100 例,女 90 例;年龄 36~65 岁,平均年龄 51 岁;神经根型颈椎病 60 例,椎动脉、交感神经型颈椎病 130 例;病程 3 个月~3 年,平均 6 个月。对照组 160 例,男 92 例,女 68 例;年龄 42~64 岁,平均 53 岁;神经根型颈椎病 50 例,椎动脉、交感神经型颈椎病 110 例;病程 2 个月~3 年,平均 6 个月。两组在性别、年龄、病程方面经统计学分析,差异无显著性意义,具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

依据全国第二届颈椎病专题座谈会通过的《颈椎病诊断标准》^[1]:①具有神经根、椎动脉、交感神经型颈椎病的临床表现。②影像学检查显示椎间盘或椎间关节有退行性改变,特别是椎体有病理移位的征象。③影像学征象与临床表现一致。

1.3 入选和排除标准

入选标准:根据全国第二届颈椎病专题座谈会通过的《颈椎病诊断标准》。椎动脉、交感神经型:临床症状有头痛、头晕、耳鸣、视物不清。神经根型:临床症状有颈肩臂疼痛麻木、肌肉萎缩、肌无力;发病时间短于 3 年;X 线片有颈椎体失稳移位的征象,并与临床症状体征一致者。

排除标准:由其他疾病引起类似颈椎病临床表现者,如高血压或低血压、颈部外伤、肿瘤及颅内占位性病变等;X 线片有明显骨质增生致椎管狭窄者;CT 或 MRI 有明显椎间盘突出及椎管狭窄者。

2 治疗方法

2.1 治疗组

以第 3 颈椎(C3)棘突向右偏歪为例,让患者仰卧于治疗床上,头顶与床头平齐,嘱其自然放松。医生坐于治疗床头前。第一步先做软组织放松手法,术者双手放于患者颈后部,放松颈枕和颈肩部软组织,对软组织的硬结、条索和挛缩进行针对性治疗。在软组织放松治疗的同时,触摸颈椎棘突、椎弓、后关节