

疗组和对照组。治疗组40例中,男22例,女18例;慢性肾小球肾炎18例,梗阻性肾病14例,糖尿病肾病5例,良性小动脉性肾动脉硬化2例,狼疮性肾炎1例。对照组40例中,男25例,女15例;慢性肾小球肾炎15例,梗阻性肾病17例,糖尿病肾病4例,良性小动脉性肾动脉硬化2例,狼疮性肾炎2例。两组患者的年龄、性别、原发病等比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组予标准肾衰竭治疗合并益肾补血散(经验方)治疗,对照组予标准肾衰竭治疗,两组平行对照用药6个月,每1个月及每6个月做患者情况完全评估及有关实验室检查,并记录于观察表,于6个月后进行疗效评定。

2.2 观察指标

治疗前后症状和体征、红细胞(RBC)、血红蛋白(Hb)、红细胞压积(HCT)、血小板(PLT)及SCr、血尿素氮(BUN)、血浆白蛋白(ALB)的变化。

2.3 临床疗效判定标准

参照国家卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[2]分为:显效:症状和体征减轻或消失,Hb、HCT增加 $\geq 25\%$ 。有效:症状和体征减轻或消失,Hb、HCT增加 $\geq 10\%$ 但 $<25\%$ 。无效:未达到显效和有效标准者。

3 结果

3.1 两组患者总疗效比较

治疗组40例,其中显效27例(67.50%),有效11例(27.50%),无效2例(5.00%),总有效率 95.00%;对照组40例,其中显效16例(40.00%),有效19例(47.50%),无效5例(12.50%),总有效率 87.50%。

3.2 两组患者治疗前后RBC、Hb、HCT、PLT、ALB变化情况

表1示,两组治疗后血RBC、Hb、HCT、PLT、ALB均较治疗前明显增加($P<0.05$ 或 $P<0.01$),并且治疗组较对照组增加明显,差异有统计学意义($P<0.05$);在PLT方面,两组治疗前后无明显差异($P>0.05$)。

3.3 两组患者治疗前后血SCr、BUN变化情况

表2示,两组治疗后Scr、BUN含量均较治疗前下降($P<0.05$),并且治疗组较对照组下降明显($P<0.05$)。

表1 两组患者治疗前后 RBC、Hb、HCT、PLT、ALB 变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	RBC (g/L)	Hb ($\times 10^{12}$ /L)	HCT (%)	PLT ($\times 10^9$ /L)	ALB (g/L)
治疗组	治疗前	40	5.26 $\pm$ 0.45	65.24 $\pm$ 10.13	19.70 $\pm$ 3.21	110.24 $\pm$ 13.56	25.31 $\pm$ 2.04
	治疗后	40	6.28 $\pm$ 1.97 ^{*△}	95.87 $\pm$ 16.35 ^{**△}	30.16 $\pm$ 1.08 ^{*△}	114.21 $\pm$ 14.20	37.15 $\pm$ 1.20 ^{*△}
对照组	治疗前	40	5.17 $\pm$ 0.82	65.22 $\pm$ 11.30	18.56 $\pm$ 3.04	89.26 $\pm$ 15.44	24.87 $\pm$ 2.56
	治疗后	40	5.23 $\pm$ 0.39 [*]	75.13 $\pm$ 15.24 [*]	25.14 $\pm$ 0.69 [*]	120.27 $\pm$ 18.32	30.90 $\pm$ 2.58 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

表2 两组患者治疗前后SCr、BUN比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	SCr (μ mol/L)	BUN (mmol/L)
治疗组	治疗前	40	626.27 $\pm$ 69.95	25.64 $\pm$ 4.25
	治疗后	40	404.58 $\pm$ 63.74 ^{*△}	16.39 $\pm$ 3.84 ^{*△}
对照组	治疗前	40	597.35 $\pm$ 78.21	25.89 $\pm$ 4.13
	治疗后	40	422.64 $\pm$ 72.35 [*]	20.33 $\pm$ 4.08 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

4 讨论

CRF是临床危重病,肾性贫血是各种肾脏疾病发展到CRF阶段必然出现的症状,目前认为肾性贫血是由多种因素所致,如促红细胞生成素(EPO)缺乏、造血原料的缺乏、红细胞生存时间缩短、尿毒症毒素对骨髓的抑制等。中医传统理论认为,肾

为先天之本,生髓藏精,精血同源,肾强则精髓生藏正常,精足则血旺;脾为生化之源,脾健则气血生化无穷。我院肾病中心根据广东省名老中医梁剑波教授临床经验,采用益肾补血散方(经验方),本方以当归补血汤为基础,黄芪、当归合用以补血为主;加入红参补气;淫羊藿、肉桂温补肾阳;女贞子补肾阴;五药合用起气血阴阳俱补之效,同时辅用三七活血祛瘀;大黄通腑泻浊。方中诸药合用,补而不滞,共奏益肾养血、阴阳双补之效。研究表明,在肾功能方面,益肾补血散能有效降低SCr、BUN水平,有效改善肾功能。综上所述,益肾补血散对肾性贫血有较好的疗效,为治疗肾性贫血提供了一个低廉、效佳的途径。

* 广东省肇庆市中医院肾内科(526020)

羌银解热汤治疗流行性感 124 例

林棉¹ 缪英年¹ 吴志光¹ 李亮¹ 张奉学² 柯昌文³

受气候因素的影响,岭南外感热病以风热袭表为主,风寒袭表为辅,多兼夹湿邪为患,治疗当以辛凉清透为主,佐以散寒化湿。羌银解热汤(羌活、金银花、百日红、水松毛等)作为我院治疗外感热病的协定方,该方以辛凉解表为基础,兼顾风寒湿邪诸邪混杂之象,佐以辛温解表和清热化湿之品。

1 临床资料

1.1 一般资料

所有病例来自于我院2005年10月~2008年10月急诊就诊患者,临床拟诊为流行性感,年龄7~60岁,性别不限,分为日夜百服宁组、病毒唑组、荆防败毒散组、银翘散组、羌银解

热汤组（羌银解热汤组又分为风寒袭表型、风热袭表型、寒热混杂型3个亚组）。所有患者均发病在2天以内伴有中度或中度以上发热，部分患者就诊前服用过退热药，但均未服用过其他治疗感冒的中西药，平均发病时间为（20.15±8.43）h，平均体温为（38.72±0.56）℃。两组患者治疗前发病时间、体温无统计学差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 诊断标准

所有病例均符合中华人民共和国卫生部颁布的《流行性感冒诊断标准及处理原则》（GB15994-1995）和中华医学会呼吸病学分会制定的《流行性感冒临床诊断和治疗指南》中的诊断标准，中医辨证分型在全国高等中医院校规划教材《中医内科学》和《中药新药临床研究指导原则》中关于感冒的辨证分型基础上略作调整。

1.3 排除标准

凡患有严重的任何脏器疾病者；患有慢性支气管炎、支气管哮喘急性发作期合并上呼吸道感染者；不能严格遵照医嘱，治疗期间擅自服用其他药物或中断中药治疗者。

2 治疗方法

羌银解热汤组 3 个亚组均给予羌银解热汤剂治疗，诸药加水 1000ml，水煎药汁 200ml，每天早晚两次顿服。荆防败毒散及银翘散给予相应的原方汤剂，煎煮方法同前。所有患者治疗期间凡体温超过 38.9℃或头身疼痛难以忍受者，可以口服尼美舒利 0.1g。儿童用量酌减。所有患者服药 2 天，随访 4~6 天，观察并评定疗效。

3 疗效判定标准

显效：服药 24h 内，全身及局部主要症状如发热、恶寒、鼻塞、流涕等消失或基本消退。有效：服药 48h 内，全身及局部主要症状如发热、恶寒、鼻塞、流涕等消失或基本消退。或体温 39.5℃以上患者，体温在 48h 内下降 2℃以上亦视为有效。无效：服药 48h 后，全身及局部主要症状如发热、恶寒、鼻塞、流涕等未见好转或加剧。

表1 各组患者临床疗效比较

组别	例数	显效（例）	有效（例）	无效（例）	总有效率（%）
日夜百服宁组	42	6	20	16	61.90
病毒唑组	38	7	15	16	57.89
银翘散组	39	6	20	13	66.67
荆防败毒散组	37	7	16	14	62.16
羌银解热汤组	124	38	63	23	81.45
风寒袭表型	43	13	22	8	81.40
风热袭表型	41	15	20	6	85.37
寒热混杂型	40	10	21	9	77.50

羌银解热汤治疗流感的临床疗效见表1，各组患者的临床治疗效果经过统计分析，羌银解热汤组各型的综合疗效（总有效率81.45%）明显优于荆防败毒散组、银翘散组、日夜百服宁组以及病毒唑组（ $P<0.05$ ）；羌银解热汤对风寒袭表型、风热袭表型也都分别优于荆防败毒散及银翘散（ $P<0.05$ ）。研究结果表明羌银解热汤辛温解表、辛凉解表、化湿宣肺三法合用更适用于岭南流感初期常见证型的治疗，其效果优于传统的辛凉解表及辛温解表治法。

4 讨论

银翘散和荆防败毒散是临床治疗风热袭表和风寒袭表的常用方剂，临床效果显著。羌银解热汤作为我院治疗流感的协定方，该方尊“治上焦如羽，非轻不举”之旨，以辛凉轻清之品为君，兼以清热化湿，佐以辛温发汗，共奏清透宣化之功，虽然辛温、辛凉、化湿、解毒诸法合用，方中以金银花、羌活、连翘、荆芥等为君药，清热散寒解表兼顾，同时配以百日红、水松毛等地方道地药材，增强清热化湿解毒之力，诸药配伍得当，热去不伤阴，湿化不留滞，临床使用，取得了良好的效果。本研究也证实该方对岭南地区流感初期常见证型具有良好的治疗作用，该方适应症广泛，便于临床推广。

1 广州中医药大学附属中山医院（528400）；

2 广州中医药大学热带医学研究所；

3 广东省疾病预防控制中心

脂联素、血脂、超氧化物歧化酶与代谢综合征痰湿内蕴辨证关系研究

李惠林* 李增英* 张志玲* 赵恒侠* 董彦敏* 汪栋材*

代谢综合征（MS）包括了中心性肥胖、高胰岛素血症、糖耐量减低和（或）糖尿病、高血压、血脂异常、微量白蛋白尿等一系列代谢紊乱证候，其最直接的后果是心血管疾病的患病率和病死率大为增加^[1]。

古代中医无 MS 之名称，多从疾病的不同阶段，根据其临床表现，分别从肥胖、消渴、眩晕、胸痹等病证认识并加以辨治。现代研究多认为痰湿内蕴与代谢综合征关系密切。本文主要研究代谢综合征患者痰湿内蕴辨证与脂联素、血脂、超氧化物歧化酶（SOD）等指标之间的关系，为中医辨证代谢综合征寻找客观依据以便更好地指导临床治疗。

1 对象和方法

1.1 研究对象

深圳市中医院内分泌科门诊及住院的代谢综合征患者。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合国际糖尿病联盟（IDF）在2005年4月颁布的代谢综合征的全球共识定义^[2]。一个个体在具有必备指标的基础上至少还具有其他指标中的任何两项者可被诊断为代谢综合征。必要指标：中心性肥胖（在中国人种中定义为男性腰围≥90cm，女性腰围≥80cm）。其他指标：甘油三酯水平升高：≥150mg/dl（1.7mmol/L），或已接受针对性的治疗；HDL-C水平降低或已接受针对性的治疗：男性<40mg/dl（1.03mmol/L），女性<50mg/dl（1.29mmol/L）；血压升高：收缩压≥130mmHg或舒张压≥85mmHg，或已接受降压治疗或此前已被诊断为高血压；空腹血糖升高：空腹血糖≥100mg/dl（5.6mmol/L），或已被诊断为2型糖尿病。

1.2.2 中医辨证诊断参考标准 依据《中医诊断学》（高等医药院校教材第6版）。以胸脘痞闷、形体多肥胖、肢体困重甚或酸痛、困倦思睡、舌苔腻为主要症状，次要症状包括：纳呆、面色晦