

4 讨论

传统的治疗肝郁乘脾证的方法为疏肝健脾, 我们根据五行相克规律, 提出清心醒脾法, 清心即佐金、佐金即平肝、平肝即醒脾。在左金丸基础上加减化裁, 治疗 D-IBS 肝郁乘脾证取得满意疗效。左金丸原本为肝郁化火所致脘痞吞酸、呕吐嘈杂之证而设, 黄连清心火而达到泻肝火的目的。黄连, 苦寒, 归心、肝、胃、大肠经, 擅长清泻心经实火, 吴茱萸辛苦热, 归肝脾胃经, 既能温中散寒, 又善解肝经之郁滞, 有良好的止痛作用, 与黄连配伍防苦寒清泻太过, 寒热并用, 辛开苦降, 而达平肝的目的。本方改原方⁶药配伍比例为³药, 再配以疏肝祛风之蒺藜、芳香化湿之佩兰、淡渗利湿之茯苓等, 作用平和, 只要存在肝郁乘脾的表现, 即可使用。需强调的是本方中黄连与吴茱萸配伍并非治湿热泻, 亦非治虚寒泻, 而是肝郁乘脾之泄泻, 此法为治疗 D-IBS 肝郁乘脾证提供了另一思路。

沈骏等^[1]通过对 IBS 患者和正常人血浆 VIP 的检测, 发现腹泻型 IBS 患者血浆中 VIP 水平显著高于正常对照组, 提示 VIP 可能在不同环节参与 IBS 的发病, 腹泻型 IBS 的发生可能与 VIP 刺激肠黏膜分泌细胞分泌水和电解质有关。谢建群等^[2]发现, 应激后大鼠血浆和结肠组织中 SP 均有显著升高, 与应激后平滑肌收缩增强相一致。研究发现, 大剂量疏肝饮可以明显抑制应激后大鼠血浆和结肠组织中的 VIP 含量异常升高, 并与正常大鼠 VIP 含量水平一致。

参考文献

- [1] 沈骏, 诸琦, 袁耀宗, 等. 肠易激综合征患者血浆脑肠肽水平的变化[J]. 胃肠病学, 2005, 10(5): 290-292.
- [2] 谢建群, 郑昱, 吴大正, 等. 疏肝饮对腹泻型肠易激综合征大鼠血管活性肠肽和 P 物质的影响[J]. 上海中医药大学学报, 2004, 18(3): 36-39.

针刺治疗亚急性原发性高血压病30例

申鹏飞 指导: 石学敏

(天津中医药大学第一附属医院, 300193)

高血压亚急症是高血压病程中的一种特殊的临床现象, 指血压显著升高($\geq 180/120$ mmHg), 但不伴靶器官的损害, 美国“高血压预防、诊断、评价与治疗联合委员会第七次报告”(JNC7)^[1]认为, 本病病情危重, 病因复杂, 如不及把血压控制到安全水平, 则可导致严重的靶器官损害, 甚至危及生命。高血压亚急症目前治疗以口服降压药为主, 但存在疗效不稳定、剂量不容易控制等问题。以活血散风、平肝降逆为法则的针刺疗法, 是石学敏院士的重要临证经验之一, 我们将之用于治疗高血压亚急症获得显著的临床效应, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

根据 JNC7 对高血压亚急症的定义, 选择标准为原发性高血压患者, 血压 $\geq 180/120$ mmHg, 开始治疗时没有靶器官损害, 年龄在40~70岁之间; 排除继发性高血压患者及合并严重靶器官损害者, 排除合并其他严重心、脑、肾等疾病者。

1.2 一般资料

1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net
患者60例均为2009年4~6月天津中医药大学第一附属医院针灸科病房及急诊科患者, 血压 $\geq 180/120$ mmHg。均经本院

或者外院诊断为原发性高血压病。采用随机数字法分为针刺组和对照组。针刺组30例, 男17例, 女13例; 平均年龄(50.60 ± 8.85)岁; 平均病程(4.73 ± 1.28)年。对照组30例, 男16例, 女14例; 平均年龄(51.13 ± 6.31)岁; 平均病程(4.67 ± 1.24)年。两组患者在男女比例、平均年龄、病程等方面比较, 差异无显著性, 具有可比性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组针刺治疗

①原则: 活血散风, 平肝降逆。②取穴: 人迎、合谷、太冲、曲池、足三里。③操作规范: 人迎: 直刺1~1.5寸, 见针体随动脉搏动而摆动, 施用捻转补法第二定义1min; 留针30min; 合谷、太冲: 均直刺0.8~1寸, 施用捻转泻法第一定义1min, 留针30min; 曲池、足三里: 直刺1寸, 施用捻转补法第一定义1min, 留针30min^[2]。

2.2 对照组药物治疗

1次舌下含服硝苯地平10mg, 即刻。

2.3 观察方法

分别予治疗前, 治疗后3min、15min、30min、60min、2h、4h、6h 测量患者血压。

3 疗效观察

3.1 两组治疗前及治疗后各时段收缩压数值变化比较

针刺组30例, 针刺前, 针刺后3min、15min、30min、60min、2h、4h、6h 收缩压分别为(209.37 ± 13.18) mmHg、(190.13 ± 15.03) mmHg、(145.35 ± 10.33) mmHg、(147.51 ± 11.47) mmHg、(144.32 ± 10.38) mmHg、(145.17 ± 12.80) mmHg、(143.42 ± 13.19) mmHg、(168.24 ± 15.52) mmHg。对照组30例, 分别为(204.87 ± 19.12) mmHg、(199.30 ± 15.38) mmHg、(191.49 ± 13.47) mmHg、(188.32 ± 14.30) mmHg、(174.92 ± 14.34) mmHg、(163.86 ± 14.23) mmHg、(185.33 ± 14.39) mmHg、(198.73 ± 15.64) mmHg。针刺组针刺后3min~6h 7个时段收缩压均值与治疗前比较均有明显下降($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 对照组服药后15min~4h 5个时段收缩压均值与治疗前比较亦有明显下降($P < 0.05$)。组间比较针刺组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.2 两组治疗前及治疗后各时段舒张压变化比较

针刺组30例, 针刺前, 针刺后3min、15min、30min、60min、2h、4h、6h 舒张压均值分别为(121.93 ± 10.21) mmHg、(103.80 ± 9.11) mmHg、(94.25 ± 7.03) mmHg、(92.81 ± 8.14) mmHg、(90.75 ± 8.08) mmHg、(91.29 ± 7.12) mmHg、(88.30 ± 6.09) mmHg、(93.02 ± 5.52) mmHg。对照组30例, 分别为(124.77 ± 10.10) mmHg、(119.53 ± 10.06) mmHg、(104.07 ± 9.93) mmHg、(108.71 ± 10.30) mmHg、(98.56 ± 9.14) mmHg、(93.36 ± 8.50) mmHg、(105.36 ± 10.84) mmHg、(128.85 ± 11.04) mmHg。针刺后3min~6h 7个时段针刺组舒张压均值均有明显下降($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 对照组服药后15min~4h 5个时段舒张压均值亦有明显下降($P < 0.05$)。组间比较, 针刺组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

石学敏院士在深入研究古籍基础上, 结合现代医学理论, 根据大量临床观察, 对中医“气海”理论以及“无虚不作眩, 无痰不作眩, 无风不作眩”进行了深刻的探索和思辨, 确立了以

“活血散风,平肝降逆”为主的治法,创立了以人迎等为主穴的、有规范明确手法量学标准和量效关系的针刺方法。本研究结果显示,两组患者治疗前后收缩压及舒张压水平无统计学差异,针刺组于治疗后³min 血压开始下降,在针刺后¹⁵min 患者血压下降到较为理想水平,并一直持续到针刺后4h,此后血压成略上升趋势,直至针刺后6h,第2次针刺前,血压仍显著低于针刺前水平。对照组服药后¹⁵min,患者血压开始下降,成缓慢下降趋势,于服药后2h 血压开始回升,在服药后6h 达到服药前水平。证实了针刺组治疗本病具有效果迅捷、稳定、持续时间长等特点。

参考文献

- [1] Chobanian AV, Bakrist GL, Black HR, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC7 report[J]. JAMA, 2003, 289(19): 2560-2572.
- [2] 卞金玲, 张春红. 石学敏院士针刺手法量学的概念及核心[J]. 中国针灸, 2003, 23(5): 287-289.

益气活血补肾法联合西药治疗 糖尿病肾病50例

陈志刚 罗宏斌

(广州医学院荔湾医院内分泌科, 510170)

糖尿病肾病又称为糖尿病性肾小球硬化症,是糖尿病全身微血管并发症之一,微量白蛋白尿的出现,标志着早期肾病的存在,是血管内皮受损的标志之一,增加了心血管疾病的患病率及死亡危险性。近年来我科在常规西药治疗基础上,合用益气活血补肾中药,显著提高了疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

采用数字表法将患者随机分为两组,治疗组50例,男26例,女24例;年龄45~68岁,平均(59.3±9.3)岁;病程4~16年,平均(10.8±5.2)年。对照组44例,男23例,女21例,年龄46~70岁,平均年龄(61.2±10.6)岁;病程3~15年,平均(11.2±4.3)年,两组患者资料比较差异均无显著性,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 入选标准

西医诊断标准参照1999年WHO糖尿病诊断标准,并采用国际公认的丹麦学者Mogensen的糖尿病肾病分期标准^[1]。选择:2型糖尿病患者;年龄35~70岁,性别不限;空腹血糖4.4~11.0mmol/L,餐后2h血糖7.8~13.0mmol/L,糖化血红蛋白≤8%;血压经降压治疗舒张压稳定在90mmHg以下,收缩压稳定在140mmHg以下者;血清肌酐3个月内持续稳定在133~150μmol/L;中医辨证属阴虚型或阳虚型或阴阳俱虚型,有络脉瘀结、浊毒内停、气血受伤病机者。

1.3 排除标准

已透析的慢性肾功能不全者;难治性水肿;尿蛋白大于10g/24h,血清蛋白<25g/L;肾血管性高血压;6个月内有恶性高血压、心肌梗死、脑血管意外、糖尿病酮症酸中毒等危重症病史;充血性心力衰竭Ⅰ~Ⅳ级者。

2 治疗方法

2.1 一般治疗

对患者进行糖尿病健康知识教育,重点进行肾病常识教育;饮食治疗:给予优质低蛋白糖尿病饮食,按标准体重计算,每日总热量25cal/kg;蛋白质:早期肾病:每日0.8g/kg,临床肾病:每日0.6g/kg,合并高血压水肿者适当限钠;控制血糖:依据患者的血糖的具体情况使用胰岛素治疗,使空腹血糖<7mmol/L,餐后2h血糖<8mmol/L。

2.2 对照组

在一般治疗基础上加用缬沙坦80mg/d(每片80mg,由北京诺华制药有限公司提供)使血压降至130/80mmHg水平以下;不干扰本研究的其他治疗。

2.3 治疗组

在一般治疗和对组组用药基础上加用益气活血补肾中药(黄芪30g,桑椹10g,枸杞子10g,益母草30g,泽泻15g,山药30g,丹参10g,川芎10g,芡实30g,大黄8g,甘草3g),每日1剂水煎服,分早晚口服。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照2002年《中药新药治疗消渴病(糖尿病)的临床指导原则》^[3]和《中药新药治疗慢性肾小球肾炎的临床研究指导原则》^[4]的有关内容,制定糖尿病肾病近期疗效标准。显效:临床症状基本消失,中医证候疗效指数≥90%,尿微量白蛋白排泄率(UAER)或尿蛋白恢复正常或下降>1/2,血糖、尿素氮、肌酐、血脂等改善>30%或恢复正常。有效:临床症状改善,中医证候疗效指数≥30%但<90%,血糖、尿素氮、肌酐、血脂、UAER或尿蛋白较治疗前有所改善,但不足显效标准。无效:临床症状无改善或加重,中医证候疗效指数<30%,其他实验室检查指标未达到有效标准。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组50例,显效32例,有效15例,无效3例,显效率为64%,总有效率为94%;对照组44例,显效20例,有效19例,无效5例,显效率为45%,总有效率为88.64%。治疗组显效率明显优于对照组($P<0.01$),两组总有效率比较差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 两组患者治疗前后中医证候积分变化比较

两组患者治疗后主要症状积分值显著低于治疗前($P<0.01$),且治疗组治疗前后差值优于对照组,组间比较差异有显著性($P<0.01$)。

3.4 两组患者治疗前后肾功能和UAER变化比较

两组肾功能和UAER与治疗前比较,治疗后均有显著下降($P<0.01$),且治疗组下降幅度优于对照组($P<0.05$)。

3.5 两组患者治疗前后血糖、血脂变化比较

两组治疗后血糖与治疗前比较,治疗组明显下降($P<0.01$)。对照组治疗前后比较,差异无显著性。两组血清总胆固醇治疗前后比较差异无显著性($P>0.05$)。治疗组血清甘油三酯治疗后明显下降($P<0.05$),对照组治疗前后比较,差异无显著性($P>0.05$)。

4 讨论

中医认为,糖尿病肾病病机为肾元亏虚,毒损肾络,病性本虚标实,气阴亏虚为本;病位在肾,痰湿、瘀血等为标实之证。本病早期表现为气阴两虚,逐渐肾体虚损劳伤,肾用失司,气血