

尿、浮肿和高血压。尿常规检查:尿蛋白定性(+)、尿红细胞超过 5 个/HP,或 2~3 个/HP。肾穿刺活检有助于过敏性紫癜性肾炎的诊断,且有助于了解过敏性紫癜性肾炎的病变程度及评估预后。血小板计数、出凝血时间、凝血酶原时间均在正常范围;免疫学检查:血清 IgA 可增高但无特异性;血清补体 C3 和血清总补体(CH50)多数正常;活动期血循环免疫复合物多增高。肾功能检查:尿素氮、肌酐正常。

2 治疗方法

治疗组采用化瘀排毒汤治疗,主要成分:黄柏、泽泻、白茅根、紫草、小蓟、三七粉(冲服)、川芎、生地黄、墨旱莲、白花蛇舌草、地龙、僵蚕、水蛭等,每剂两煎分早、晚两次服用。4 岁以内患儿可少量频服。4 周为 1 个疗程。治疗期间可配合使用潘生丁、维生素 C。轻型紫癜明显者加蝉蜕、苍术、土茯苓;急性肾炎和慢性肾炎型(重型)加用乌梢蛇、地龙、僵蚕、丹参、川芎、水蛭,同时按西医不同类型常规治疗。对照组 30 例采用西医常规治疗,同时应用潘生丁、维生素 C。轻型:对症和支持治疗为主,避免接触引起过敏的食物和药物。有明确感染时可选用敏感的抗生素,急性肾炎综合征型:以降压、利尿、控制感染灶为主,保护肾功能。肾病综合征型:可选用肾上腺皮质激素,常用泼尼松,每日 1.5~2mg/kg,分 3 次口服,4~8 周后根据尿检结果,改为隔日晨顿服疗法,缓慢减量。也可配合免疫抑制剂同时应用。急性肾炎和慢性肾炎型:可采用激素、细胞毒药物、抗凝药物和中药联合治疗。肾功能衰竭可采用透析治疗。对急性肾炎型可早期采用甲基泼尼松龙冲击治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

疗效判定标准参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[2]中疗效判断标准拟定。治愈:临床症状、体征完全消失,肾功能及尿常规正常。显效:临床症状、体征完全消失,肾功能正常,尿常规轻度异常,尿沉渣(红细胞<5 个/HP)。有效:临床症状、体征消失,肾功能和尿常规较前好转。无效:治疗 3 个月以上,各项指标无改善。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 31 例,痊愈 6 例,显效 10 例,有效 11 例,无效 4 例,总有效率为 87.1%;对照组 30 例,分别为 5 例、8 例、9 例、8 例,73.3%。两组疗效比较,治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组病情程度与疗效比较

结果显示,治疗组轻度疗效(91.7%)均优于中、重度疗效(80%、66.7%)(P 均 <0.05),且治疗组轻度疗效优于对照组轻度的疗效(72.7%)($P<0.05$)。

4 讨论

本病属中医学“发斑”范畴,为热入营血,血热灼伤脉络,迫血妄行,溢于肌肤所致。治宜清热解毒、凉血化瘀止血。我们采用化瘀排毒汤治疗本病,效果显著。方中黄柏清湿热、泻火毒,尤长于清泄肾经相火;白茅根、紫草、小蓟、三七粉、丹参、川芎清热凉血,化瘀止血,使肾瘀血减轻;泽泻、白花蛇舌草利水渗湿、泻热解毒,药理研究证实,可增强肾上腺皮质功能,利于恢复肾功能,消除蛋白尿;搜剔风邪的药物如地龙、僵蚕、水蛭等。药理研究表明,可改变血液的高凝状态,改善微循环,调节机体的免疫功能,缓解免疫损伤。活血化瘀药物还可以起到类似西药抗凝剂的作用,还有皮质激素样免疫抑制作用,且无外源性

皮质激素的副作用,因而对变态反应性疾病有一定的疗效;其中川芎还具有活血行气,抑制血小板、抗肾炎及预防肾衰作用;加减中蝉蜕、苍术疏风解痉、燥湿健脾。药理研究证实,具有抗病毒、抗过敏作用。通过以上一系列治疗,彻底恢复肾脏排泄功能,使蛋白质和血尿逐渐恢复正常。

参考文献

- [1]中华医学会儿科分会肾脏病学组.紫癜性肾炎的诊断与治疗(草案)[J].中华儿科杂志,2001,39(12):746-747.
- [2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第 2 辑)[S].1995:145-147.

加味四逆散治疗老年功能性消化不良伴抑郁症 30 例

郑玉李 晔

(云南省昆明市中医医院,650011)

功能性消化不良(FD)为临床常见病。流行病学调查显示,本病发病率高,症状易反复,对患者生活质量造成不同程度的影响,且本病患者又多合并抑郁症。我们于 2007 年 12 月~2009 年 3 月采用加味四逆散联合黛力新治疗老年功能性消化不良伴抑郁症 30 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例均为我院 2007 年 12 月~2009 年 3 月的门诊及住院患者,按其就诊顺序随机分为治疗组和对照组每组各 30 例,均选取 45 岁以上年龄患者。治疗组男 13 例,女 17 例;平均年龄(58.13±7.12)岁;平均病程(16.34±4.67)年。对照组男 12 例,女 18 例;平均年龄(59.45±8.01)岁;平均病程(16.09±4.98)年。两组性别、年龄、病程等资料经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

采用国际认同的《罗马 III 诊断标准》^[1]及 2003 年在重庆召开的第十五届中国中西医结合消化疾病学术研讨会《功能性消化不良的中西医结合诊治方案(草案)》^[2]。并符合汉密尔顿量表评定抑郁症标准。所有病例均在我院行胃镜检查排除器质性病变,排除严重心、肺、肾功能不全者,有腹部手术史及妊娠者。

2 治疗方法

治疗组以四逆散(柴胡 12g,枳壳 9g,白芍 12g,合欢皮 18g,黄精 24g,甘草 6g)为基础方,偏气虚者加黄芪 18g,党参 15g,白术 12g;血虚加当归 12g,女贞子 12g;如气滞为主则原方剂量加大,枳实 12g,易枳壳,加青皮 12g,制香附 10g;痰湿为主加半夏 15g,茯苓 18g;夹瘀者加川芎 12g,郁金 15g。同时每次服用多潘立酮片 10mg,每日 3 次,黛力新每次 1 片(氟哌噻吨 0.5mg,美利曲辛 10mg),每日 1 次。对照组多潘立酮每次 10mg,每日 3 次,黛力新每次 1 片(氟哌噻吨 0.5mg,美利曲辛 10mg),每日 1 次。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

临床症状消失为治愈,临床症状减轻为有效,临床症状没有变化或加重为无效。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 30 例,治愈 11 例,有效 16 例,无效 3 例,总有效率为 90%;对照组 30 例,分别为 5 例、14 例、11 例、63.3%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后汉密尔顿评分变化比较

治疗组治疗前后汉密尔顿量表评分分别为(26.35±6.78)分、(10.01±6.27)分;对照组治疗前后汉密尔顿抑郁量表评分分别为(26.65±7.39)分、(14.45±6.98)分。两组治疗后评分较治疗前均有明显降低($P<0.05$),治疗后组间比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

FD 合并抑郁症临床常见“因郁致病”和“因病致郁”这两种情况,老年患者临床症状常常虚实夹杂,因此,我们以四逆散为基础方进行加味。方中柴胡味微苦,微辛,归肝、胆、脾、胃、三焦经,清轻升散,理气疏郁,升举脾胃清阳之气,条达厥阴风木之性,即“木郁达之”之意;白芍苦泄,平肝阳,其味酸,又敛养肝阴,调肝气,《本草备要》云:“补血、泻肝、益脾、敛肝阴。”枳壳行气宽中,善于破气除痞,和降胃气,与柴胡相伍,升降有常,中焦枢轴得运,气机畅达,郁滞得舒;甘草益气补中实土,调和诸药;合欢皮甘平,归心、肝经,安神解郁。黄精甘平,归脾、肺、肾经,质地柔润,补脾益气而又滋阴血,《本草正义》云:“补血补阴而养脾胃,是其专长。”该药配白芍,更奏补血之功,而使心肝二脏得养,平补之品,久服无动火伤阴之虞。全方立足中焦枢轴,调和肝脾胃,升降有权,顾及情志病“七情本归于心”,补养与畅达互寓,不偏不倚,贵在于“和”。偏虚如气虚者加黄芪、党参、白术以实中土,以防中虚而肝木乘土;血虚者用当归、女贞子补养心肝之阴血,使心神得安,肝木得涵。偏实者如气滞则加重原方药量,枳实 12g 易枳壳,加青皮 12g、制香附 10g,以增疏肝理气、宽中消痞之力;挟痰湿者辅以半夏燥湿化痰和胃,降逆消痞散结,合用枳壳可化痰行气以除痞,破气消满而止痛;茯苓健脾补中、利水渗湿、宁心安神,合半夏以健脾化湿,和胃降逆。现代药理研究亦证明,四逆散具有抗抑郁,改善胃肠动力作用。

参考文献

- [1] Drossman DA. The functional, gastrointestinal disorders and the Rome III process[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1377-1390.
- [2] 张万岱,危北海,陈治水,等. 功能性消化不良的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 13(1): 42.

中药内服外熏治疗虹膜睫状体炎 160 例

徐大梅

(河南省新乡市中医院, 453000)

虹膜睫状体炎属中医学“瞳神紧小症”范畴。笔者以自拟的清肝利湿汤为主内服外熏综合治疗本病 160 例共计 168 只眼, 现总结于下。

1 临床资料

1.1 一般资料

病例共观察 200 例 210 只眼,均来自本院患者。随机分为

两组,治疗组 160 例 168 只眼,男 89 例 95 只眼,女 71 例 73 只眼;初发者 87 例复发者 73 例;病因为结核病史者 7 例,风湿病史者 18 例,糖尿病史者 8 例,眼外伤史者 4 例,余无特殊记载。对照组 40 例 42 只眼,男 22 例 23 只眼,女 18 例 19 只眼;初发者 23 例,复发者 17 例;病因为风湿病史 4 例,眼外伤史者 2 例,余无特殊记载。

1.2 诊断标准

依据中医药院校规划教材和《中医病证诊断疗效标准》^[1]之瞳神紧小症诊断标准:突发眼珠疼痛或胀痛,畏光流泪,视物模糊。眼部检查:结膜混合充血或睫状充血,角膜后可见尘状或小点状,羊脂状物沉着,房水混浊(丁道尔现象阳性)或瞳孔缩小,对光反应迟钝或消失,或前房积脓,或虹膜后粘等。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①内服:清肝利湿汤:龙胆草、栀子、黄芩、黄连、柴胡各 10g,土茯苓、车前子、赤芍各 30g,茺蔚子、青箱子、夏枯草各 15g。每日 1 剂,水煎分 2 次服。若目珠痛甚加羚羊角、三七粉;黄液上冲加大黄、牡丹皮、水牛角粉;有结核病史加鳖甲、地骨皮;有风湿病史加乌梢蛇、海风藤;有糖尿病史者去龙胆草、栀子、加苍术、黄精;有外伤史者加三七、水蛭。②外治法:用上述中药煎取第 3 汁,热熏患眼,待水温时,闭目洗眼,每日 2 次,每次 20min;配合阿托品眼液点眼,每日 1 次。③反复发作者,配服雷公藤片,每次 2 片(每片含雷公藤甲素 33μg),每日 3 次。忌饮酒类及辛辣刺激性食物。

2.2 对照组

①口服吲哚美辛肠溶片,每日 3 次,每次 25mg 饭后服。②配合阿托品眼液点眼,每日 3 次,地塞米松眼液点眼,每日 3 次。③反复发作者,配服雷公藤片,每次 2 片(每片含雷公藤甲素 33μg),每日 3 次。忌饮酒类及辛辣刺激性食物。

所有患者治疗前作全面检查:体温、呼吸、脉搏、大小便、血常规、血沉、胸部、X 线摄片等,个别作血糖、尿糖检查。10 天复诊 1 次,用对数视力表检测视力,裂隙灯查角膜、房水、虹膜等。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]。治愈:眼部病变消退,畏光流泪疼痛等症状消除,视力恢复至正常或发病前水平。好转:眼部病变减轻,畏光疼痛流泪减轻,视力提高 2 行以上,裂隙灯检查,虹膜纹理变清,角膜 KP 消失。无效:畏光疼痛流泪及眼部病变无变化或加重,视力无变化或下降。

3.2 治疗结果

治疗组 168 例,治愈 134 例(79.76%),好转 32 例(19.05%),无效 2 例(1.19%),总有效率为 98.81%;对照组 42 例,分别为 20 例(47.62%)、14 例(33.33%)、8 例(19.05%)、80.95%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。服药最少者 10 剂,最多者 92 剂,其中初发者平均服药(24±6)剂,复发者平均(36±6)剂,无效的 2 眼是糖尿病多年患者。从治疗结果中可知,初次发病治疗效果明显好于复发者。

4 讨论

虹膜睫状体炎是眼科急症之一,病因复杂,大多认为系肝胆火邪攻目,或内蕴热毒,复感风湿,三邪搏结,上犯侵窍,致黄仁展而不缩,发为本病^[2]。清肝利湿汤中胆草、黄芩、黄连、栀子